

דו"ח מחקר מסכם

מחקר הערכה לכפר איזון - 2006

אחראית למחקר
דר' רחל בר המבורגר
מדענית ראשית
הרשות הלאומית למלחמה
בסמים ובאלכוהול

צוות המחקר
דר' יעקב אזרחי
דר' מלכה שבתאי
אילן רוזינר
ירון יבלברג
נטע עובדיה
דגנית כהן (מיימון)

שלמי תודה

ביצוץ המחקר הנכחי לא היה מתאפשר ללא שיתוף הפעולה ההדוק מצד צוות
כפר איזון. אשר לא חסך מאמצים, בכדי לאפשר את איסוף הנתונים בתנאי שדה
מורכבים.

הצוותו להוצות במיוחד למנהל כפר איזון, מר עומרי פריש, אשר פתח בפנינו את
שערי הכפר והעניק לנו את זווית ראייתו הייחודית.
תוצות מיוחדות מוקדשות לצ"ר יעקב נחמקין, פסיכיאטר הכפר, אשר נאלץ חלק פעיל
הביצוץ המחקר, וכן ללבי' פאלאח טרבר-אפשטיין, ללבי' שרית ריה - פלטי וללבי'
עירית אסא, אשר סייעו לנו רבות בכל התחום הטכני - ארגוני של ביצוץ המחקר.
כמו כן, הצוותו להוצות למדריכים, למפללים וליתר אנשי הצוות שהקדישו זמן
יקר לשאלותינו, וכמו כן, למפללי כפר איזון, הורי הנפלטים וכן נבדקי
קבוצת ההשוואה אשר הסכימו לחשוף בפנינו את צפונות ליבם, במטרה לסייע
לצדדים אחרים בעתיד.

לסיום, תוצות רבות מוקדשות לצ"ר רחל בר - המבורג, שליוותה את המחקר לכל אורכו
ולחברי וועדת הרישוי, שנתנו משוב בונה באבני דרך משמעותיות במהלך המחקר.

לכולם תודה והכרה.

צוות המחקר

תקציר מנהלים

מטרות המחקר

כפר איזון הוקם במטרה לענות על מצוקתם של תרמילאים ישראלים, שנפגעו נפשית במהלך טיול בכפר. המחקר להלן בוצע במטרה לבחון מספר היבטים בפעילות הכפר:

- אפיון המסגרת הטיפולית ואוכלוסיית השהים בכפר.
- אפיון תהליך הטיפול בכפר על שלביו השונים.
- בחינת יעילות הפעלת הכפר ואיתור נקודות חוזק ותורפה.
- בחינת תרומה ואפקטיביות, בהיבטים שונים, המוגדרים בספרות המקצועית כמדדים להחלמה.

שיטת ביצוע המחקר

המחקר שילב מספר רב של מאמצי מחקר: סקירת ספרות מקצועית; תצפיות משתתפות בפעילות הכפר; ראיונות עומק עם בעלי תפקידים, מטופלים, בוגרים, הורים וכן עם קבוצת השוואה¹; ניתוח 115 תיקי בוגרים ו-512 תיקי מועמדים וכן בחינת שינויים במערך "לפני-אחרי", באמצעות העברת מבדקים פסיכיאטריים ופסיכולוגיים ל-36 מטופלים בתחילת הטיפול ולקראת תומו.

מכיוון שהמחקר כולל טכניקות איכותניות וכמותיות, הרי שדיווח הנתונים יתבצע בהתאם. הממצאים הכמותיים יכללו אחוזים ואילו בממצאים האיכותניים יצוינו סדרי גודל בלבד. בבדיקות הכמותיות ידווחו רק הבדלים מובהקים סטטיסטית בין תתי קבוצות.

ממצאים עיקריים

☒ קליטת מטופלים: סוגיות בתהליך קבלת ההחלטה

- במהלך השנים 2005 – 2001, פנו לכפר 802 מועמדים. 290 מהם התקבלו לכפר ואילו 512 לא נקלטו בסוף התהליך. חלק גדול מהמועמדים שלא נקלטו (56%), נמצאו כלא מתאימים לכפר, לאחר תהליך מיון קפדני. עם זאת, 194 איש מתוך המועמדים שלא התקבלו, נמצאו מתאימים לכפר (44%)², אך מסיבה זו או אחרת, לא הגיעו אליו.
- הגורמים המשפיעים על ההחלטה להיקלט בכפר הינם: הפחד מאשפוז, רושם ראשוני חיובי והמלצה מגורם מקצועי.
- הגורמים התורמים להחלטה שלא להיקלט בכפר הינם: מפגש שנחוה כשלילי עם איש צוות, חוסר נכונות לטיפול, חשש מהתחייבות למסגרת ועלויות הטיפול.
- מעניין לציין, כי המראה החיצוני של הכפר ואוכלוסיית מטופליו, מהווים גורם חיובי ומושך עבור חלק מהמטופלים, ואילו עבור אחרים - הדבר נתפס כהיבט מרתיע.

¹ קבוצה זו כללה צעירים, שנמצאו מתאימים לכפר מבחינת הקריטריונים לקבלה, אולם בסופו של דבר לא נקלטו בו.

² האחוז חושב לאחר השמטת ערכים חסרים (מועמדים שלא התקבלו לכפר, אולם לא ברור מי הוא יוזם ההחלטה).

☒ מאפייני המטופלים

- מניתוח תיקי הבוגרים עולה, כי הבוגרים הם צעירים, רווקים, ברובם גברים (77%) וחלקם הגדול רכש תעודת בגרות (כ-60%). רבים מהם מאופיינים בנתוני רקע אישיים או משפחתיים בעלי פוטנציאל משברי (80% ו-69% בהתאמה). המונח "נתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי" מתייחס לטווח רחב של בעיות, כגון קשיי הסתגלות, יחסים מורכבים במשפחה וכיו"ב.
- יצויין, עם זאת, כי רק 7% מהם דיווחו, כי חוו טראומה במהלך השירות הצבאי. הממצא נוגד את התפיסה הרווחת, לפיה טראומות בצבא מהוות את אחד הזרזים למשבר שחווים מטופלי הכפר.
- 92% מהבוגרים מאופיינים בשימוש רב או מזדמן בקנביס בעברם, 65% השתמשו שימוש רב או מזדמן בסמי הזיות בעברם ואילו 30% השתמשו שימוש רב או מזדמן בהרואין או קוקאין.
- כשליש מהבוגרים חוו משבר במהלך טיול תרמילאי, כרבע נוספים הינם בעלי רקע תרמילאי, אך ללא קשר ישיר למשבר, ואילו היתר (כ-43%) אינם בעלי רקע תרמילאי כלשהו.
- התרמילאים מאופיינים במשבר פסיכוטי פתאומי (89%), המתרחש עקב שימוש בסמים (כ-30% חוו משבר עקב שימוש בקנביס או בסמי הזיות, ואילו כ-15% חוו משבר בשל שימוש בסם אחר או בסם לא ידוע). לעתים, המשבר משולב באלמנטים של שיח רוחני (12%) ובמקרים רבים צפויה לו פרוגנוזה טיפולית טובה יחסית.
- לעומת זאת, הלא – תרמילאים מאופיינים במגוון בעיות שונות, כאשר לרובם הסטוריה משברית ומודעות לבעייתם. מהרציונות עולה, כי הטרוגניות זו נתפסת כבעייתית בעיני חלק מאנשי הכפר, כאשר מכורים לסמים קשים וחלופות המעצר נתפסים כבעייתיים מכולם. עם זאת, יצויין, כי מטופלים אלו נמצאים בשכיחות נמוכה יחסית בכפר (לדוגמא, 8% בלבד מדווחים על שימוש רב בקוקאין או בהרואין בעברם. כמו כן, חלופות המעצר מהוות 2% בלבד מאוכלוסיית הכפר).

☒ התהליך הטיפולי

- גישת הטיפול ההוליסטית של הכפר הכתיבה, הן את מגוון הטיפולים המוצעים בו והן את האווירה והמראה הייחודיים לו. מהרציונות עולה, כי הטיפול הפרטני וכן האווירה הכללית בכפר נתפסים כבעלי תרומה רבה. לעומת זאת, נמצאה שונות לגבי התרפיות הקבוצתיות והטיפולים האלטרנטיביים, כאשר באופן כללי, הלא – תרמילאים מוצאים בהם פחות עניין. יוצאים מן הכלל הם הפסיכודרמה והטיפול הקבוצתי הדינמי, המוערכים ע"י כולם. הטיפול המשפחתי נתפס כתורם, אולם היו שציינו, כי החל מוקדם מידי או כי לא היו מעוניינים בו.
- מצאנו, כי הטיפולים השונים בכפר לא תמיד נובעים מתפיסה טיפולית מגובשת. כמו כן, עמדת הצוות לגבי משברים רוחניים אינה ברורה דיה.

☒ מהלך השהות ועזיבה

- ממוצע השהות בכפר עומד על 103 יום. שהות ממושכת בכפר נקשרת בדרך כלל לשיפור רב יותר בעת העזיבה. עם זאת, כחמישית מהמטופלים פורשים מהטיפול לאחר 50 יום או פחות.

- שהות קצרה בכפר נמצאה כקשורה לפסיכוזה, שפרצה על רקע שימוש בסמים או על רקע טראומטי. נראה, כי צעירים הלוקים בפסיכוזה ללא הפרעות נלוות, מתאוששים מהר יותר משאר המטופלים ולכן שוהים בכפר תקופה קצרה יותר.
- מרבית ההורים שבעי רצון ממידת שיתופם בתהליך. יחד עם זאת, עיקר הקשר מתקיים דרך הטיפול המשפחתי והדבר עלול להוות בעיה להורים, אשר אינם מוצאים בו עניין.
- בוגרים רבים אינם משתתפים בטיפול ההמשך המוצעים בכפר, אולם עדיין מצפים להמשך קשר מסוים עם הכפר, שלא תמיד מתקיים. יצוין, כי לצורך פתרון בעיה זו, הופעלה במהלך 2006 קבוצת תמיכה לבוגרים בשיתוף "אל-סם".

☒ יעילות הפעלת הכפר

- גישת "הכפר הפתוח" מהווה מרכיב משמעותי בתהליך הטיפול בכפר ולה חשיבות רבה מבחינת השבת תחושת האחריות והעצמאות לידי המטופלים. עם זאת, להתרשמותנו, גישה זו טומנת בחובה בעייתיות מסוימת, שכן היא משדרת לחלק מהמטופלים, כי ניתן להפר את כללי הכפר ללא סנקציות משמעותיות.
- החל משנת 2004 חלה התקדמות משמעותית בנוגע לתיעוד המידע בכפר. עם זאת, יש עדיין מקום לשיפור בנושא, הן מבחינת הקמת ארכיב מסודר והן מבחינת ארגון המידע בתיקים.

☒ אפקטיביות הכפר ותורמתו

- עקב הקושי בהגדרת המונח "הצלחה טיפולית", הערכנו את תרומת הטיפול במספר היבטים שונים. הערכה זו בוצעה על פי נתוני התיקים, ראיונות הבוגרים וקבוצת ההשוואה ונתוני מערך "לפני – אחרי". להלן המדדים שנמצאו מובהקים סטטיסטית (לפירוט יתר הממצאים, ראו נספח ד'):
- בהיבט הקליני – פסיכיאטרי מצאנו, כי מרבית הבוגרים חווים שיפור ברמות שונות, הן יחסית למצבם בתחילת הטיפול והן יחסית לקבוצת ההשוואה.
- בהיבט התפקודי – התנהגותי, איתרנו שיפור משמעותי ברמת התפקוד של המטופלים, כאשר רבים מהם שבים למסגרות החיים הנורמטיביות (לימודים, עבודה וכו'). עם זאת, בוגרים רבים הסובלים ממחלות כרוניות, זקוקים לסיוע צמוד, גם לאחר תום הטיפול. כמו כן, נמצא, כי חלק מהבוגרים שבים להשתמש בסמים בתום הטיפול (בעיקר, בקנביס ובנגזרותיו). כידוע, שימוש חוזר בסמים מהווה את אחד הגורמים להתפרצות מחודשת של פסיכוזה, בקרב אנשים שסבלו ממנה בעבר (ויצטום ונחמיה – שופמן, 2000; צוברי, 2001). היות ומניעת שימוש עתידי בסמים מהווה את אחד מיעדי הכפר, נראה, כי בחלק מהמקרים, יעד זה אינו מושג.
- בהיבט הרגשי – קוגניטיבי, נמצא, כי הטיפול בכפר סייע להפגמת חווית המשבר בתפיסת העצמי. תהליך זה מתואר בספרות כקשור להתאוששות טובה יותר ברמות שונות.
- בהיבט החברתי נמצא, כי בוגרים רבים הצליחו לפתח מערכות יחסים משמעותיות לאחר הטיפול. כמו כן, נמצאה עדות לתרומת הטיפול המשפחתי, שהתבטאה בשיפור רמת התמיכה החברתית, שניתנה למטופל.
- בהיבט הסובייקטיבי, מצאנו, כי מרבית הבוגרים והוריהם סבורים, שהתהליך הטיפולי בכפר תרם וסייע רבות בהתמודדות עם המשבר.

- יש לציין, כי נמצאו הבדלים בין תרמילאים ללא – תרמילאים, כאשר התרמילאים מאופיינים בשיבה מהירה יותר לאורח חיים תקין, הן בהיבט התפקודי והן בהיבט החברתי.

ממצאי המדדים הפסיכיאטריים מעלים, כי הקבוצות הבאות מפיקות תועלת רבה יותר מהטיפול: נשים, בעלי השכלה גבוהה, נפגעים למשפחות ללא רקע בעל פוטנציאל משברי, נפגעים ללא רקע של בעיות הסתגלות וכן מטופלים הנקלטים בכפר סמוך למשבר. כמו כן, מצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול (ע"פ נתוני התיקים) נמצא בקרב בוגרים ששירתו שירות צבאי מלא, חוו משבר על רקע שימוש בסמי הזיות ועברו חילוף כתרמילאים.

לסיכום, סקירת מכלול הממצאים מעלה כי הטיפול בכפר מסייע למטופלים ברמות שונות של הצלחה.

המלצות

- ✓ כיום מפעיל הכפר מספר מאמצי שיווק במטרה להגדיל את אוכלוסיית מטופליו. כחלק ממאמצים אלו, מומלץ לאפשר קליטה בכפר לתקופת ניסיון וכן להקל על תנאי התשלום והסכומים הנדרשים.
- ✓ לאור הפרופורציות הנוכחיות של התרמילאים בכפר, מומלץ לבחון את מדיניות הכפר לגבי אוכלוסיית המטופלים שלו. יש לשקול, האם לתת לתרמילאים משקל רב יותר כאוכלוסיית היעד של הכפר. הטיפול בתרמילאים הינו ייחודי לכפר איזון והולם את ייעודו הראשוני. כמו כן, לאור הממצאים נראה, כי התרמילאים נתרמים יותר מהטיפול בכפר, מאשר מטופלים אחרים.
- ✓ בעת קבלת מטופל, אשר מאפייניו אינם הולמים את אוכלוסיית היעד העיקרית, יש לבחון במשנה זהירות את התאמתו, הן ברמה הפרטנית והן ברמה הקבוצתית.
- ✓ צוות הכפר החל לגבש מודל טיפולי, אשר יגדיר מטרות וסדרי עדיפויות. מומלץ, כי מודל זה יתחשב בתפיסות המטופלים שצוינו לעיל. כמו כן, יש להבהיר את מדיניות הכפר בכל הנוגע לשיח רוחני.
- ✓ יש לפתח דרכי פעולה הולמות להקטנת היקף הנשירה מהכפר, הפוגעת באפקטיביות הטיפול.
- ✓ מומלץ למסד קשר שאינו טיפולי עם הורי המטופלים. יש לציין, כי בעבר הוקמה קבוצת תמיכה להורים, אולם זו הופסקה, עקב מגבלות תקציב.
- ✓ מומלץ לשקול מסלול טיפול מקוצר, עבור צעירים הסובלים מפסיכוזה ללא הפרעות נלוות, שכן מהממצאים עולה, כי צעירים אלו נוטים להתאוששות מהירה יחסית. כיום, ממומשת המלצה זו באופן לא ממוסד, כאשר צעירים החווים שיפור ניכר במצבם, פונים להנהלה בבקשה לעזיבה מוקדמת. יחד עם זאת, נראה, כי ישנה עדיפות להגדרה מראש של תקופה טיפולית מקוצרת עבור צעירים עם פרוגנוזה טובה, תוך מתן האפשרות להארכת טיפול, במידה והשיפור הרצוי לא התרחש.
- ✓ מומלץ, כי מדריכי הכפר יזמו קשר עם מטופליהם, לפחות בחודשים הראשונים לאחר העזיבה. קשר זה יסייע הן בפתרון בעיות הסתגלות והן במניעת שימוש חוזר בסמים, לאחר השיבה לשגרה.
- ✓ יש לתת את הדעת לשילוב רצוי בין אווירת הפתיחות בכפר לבין ההקפדה על נוהלים.
- ✓ מומלץ לפתח מדיניות מוצהרת לניהול ותיעוד מידע, אשר תיושם באופן גורף על פני כלל המטופלים ואנשי הצוות. מן הראוי לציין, כי לאחרונה, החלה מזכירות הכפר לטפל בנושא זה באופן יסודי.

תוכן העניינים

פרק א': מבוא.....	1
פרק ב': מטרות ושיטת המחקר.....	4
פרק ג': כפר איזון לאור הספרות.....	13
פרק ד': ממצאי המחקר.....	31
חלק א': אפיון המסגרת הטיפולית.....	32
חלק ב': אפיון תהליכים – החוויה המשברית ומהלך ההחלמה.....	50
חלק ג': יעילות הפעלת הכפר.....	68
חלק ד': בחינת תרומה ואפקטיביות.....	83
פרק ה': סיכום ומשמעויות.....	102
פרק ו': אחרית דבר – התייחסויות הנהלת הכפר לסוגיות שהועלו בדו"ח.....	118
פרק ז': ביבליוגרפיה.....	123
נספחים.....	130
נספח א': הרחבות לסקירת הספרות.....	131
נספח ב': המועמדים לכפר איזון.....	141
נספח ג': בוגרי כפר איזון.....	149
נספח ד': השינויים שחלו במטופלים במהלך השהות בכפר.....	165
נספח ה': כלי המחקר האיכותניים.....	187
נספח ו': כלי המחקר הכמותיים.....	191



כלל

מדי שנה יוצאים אלפי מטיילים ישראלים לטיול, המהווה "טקס מעבר" ממוסד כמעט בין גיל ההתבגרות לבין חיי האדם הבוגר והעצמאי. ההתנסות בחומרים פסיכואקטיביים שונים נתפסת בעיני חלקם הגדול כחלק בלתי נפרד מפרטואר החוויות, שמציע הטיול. אולם, השילוב בין תחושת החופש, הניתוק מהמערכות החברתיות המוכרות והשימוש האינטנסיבי בסמים, מהווה קרקע פורייה להתפרצות של משברים נפשיים והתנהגויות, המוגדרות כפסיכוטיות. בחלק מהמקרים, הדבר גורר גם את התפרצותן של מחלות נפש. רבים מהצעירים, הנפגעים במהלך הטיול, אף נזקקים לחילוץ מקצועי על מנת לשוב לארץ.

מצבם הנפשי של הצעירים מצריך ברוב המקרים את מעורבותם של שירותי בריאות הנפש, אולם למרבה הצער, עד לפני שנים מספר, לא נמצאה עבורם מסגרת הולמת. הצעירים שולבו במסגרות הפסיכיאטריות המקובלות, כאשר הטיפול שניתן להם נטה במקרים רבים להתעלם ממאפייניו הייחודיים של המשבר אותו חוו, מהתרבות התרמילאית עליה התבסס, ממשותני הרקע שלהם ומהפרוגנוזה הטיפולית, אשר אינה זהה לזו של אוכלוסיית נפגעי הנפש הכללית.

כפר איזון נוסד בשנת 2001 על בסיס חזונו האישי של מר עומרי פריש, מנהל הכפר, במטרה לענות על מחסור זה. תכונותיו הייחודיות של הכפר הוגדרו בהתבסס על מספר מודלים תרפויטיים, המעניקים התייחסות ספציפית לתרבות ולמאפיינים של אוכלוסייה זו. בהתבסס על מודלים אלו, נבנתה תוכנית טיפולית, המשלבת מגוון שיטות טיפול, החל מאלו הקונבנציונליות וכלה בתרפיות אלטרנטיביות שונות. התוכנית מופעלת בתנאי פנימייה, למשך תקופה בת כארבעה חודשים. המטופלים מתקבלים ב"שיטת הרכבת", כך שבו זמנית מצויים בכפר מטופלים בעלי ותק שונה.

מטרת העל של הכפר הינה עידוד המטופל לקראת חזרה הדרגתית לתפקוד תקין, תוך כדי ליווי צמוד ותמיכה במשך כל שעות היממה. מטרה זו אף הוטבעה בשמו של הכפר: "איזון – בחזרה למסלול", המשקף את שלביו העיקריים של הטיפול:

א. שיבה לאיזון פיזיולוגי, פסיכולוגי ורגשי.

ב. חזרה למסלול- כניסה מחודשת לתפקוד בסביבה נורמטיבית.

המטרות הטיפוליות, התוכנית התרפויטית ומאפייניו הכלליים של הכפר, הוגדרו כאמור, בהתאמה לאוכלוסיית יעד ספציפית (צעירים שנפגעו משימוש בסמים, במהלך טיול בניכר). במהלך השנים ועם הניסיון המצטבר, הגיעו הנוגעים בדבר לכדי מסקנה, כי ביכולת הכפר לסייע גם לאנשים בעלי בעיות, השונות מאלו של קהל היעד המקורי, כגון הפרעות מצב רוח, התמכרויות, הפרעות התנהגות וכדומה. מובן ששינויים אלו באוכלוסיית המטופלים, לוו בקשיים ובטעויות, כמו גם בהצלחות ובתובנות לגבי יכולת הסיוע של הכפר לאוכלוסיות שונות.

ייחודיות התהליך הטיפולי בכפר איזון והשינויים שחלו בו עם השנים, העלו את הצורך בביצוע מחקר מקיף, אשר ישלב הערכה מעצבת עם הערכת אפקטיביות הטיפול. הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול, המסייעת במימון הכפר, יזמה את המחקר הנ"ל, מתוך שאיפה, כי ממצאיו יסייעו להפקת לקחים בעתיד. האחראית למחקר היתה **ד"ר רחל בר – המבורגר**, המדענית הראשית ברשות.

המחקר בוצע על ידי **חברת מרטנס – הופמן, יועצים לניהול בע"מ**, וממצאיו מוצגים בדו"ח שלפנינו. ממצאים אלו הושגו באמצעות מגוון מאמצי מחקר, המשלבים שיטות איכותניות (ראיונות עומק עם בעלי תפקידים, מטופלים, הורים ואנשי צוות וכן תצפיות בפעילות הכפר) עם שיטות כמותיות שונות (כלים סטנדרטיים להערכת אפקטיביות, ניתוח תיקי בוגרים וכיו"ב). פירוט שיטות אלו מופיע בפרק ב'. בפרק ג' מנותחים מאפייני הכפר לאור לקחי הספרות המקצועית ולאור התפיסות המכוונות את דרכו. פרק ד' כולל את פירוט ממצאי המחקר, הן בהיבט התפעולי של הכפר והן מבחינת יעילותו התרפויטית של התהליך הטיפולי. לנוחיות הקוראים, פרק ה' מסכם באופן אינטגרטיבי את מכלול ממצאי המחקר ואת ההשלכות הנובעות מהם. בפרק ו' מופיעה אחרית דבר, אשר נכתבה ע"י מנהל כפר איזון, מר עומרי פריש, וכוללת התייחסויות לסוגיות שהועלו במהלך הדו"ח מזווית הראיה של הכפר.



מצוות ושיטת המחקר

1. מטרת המחקר

1.1 אפיון המסגרת הטיפולית

- אפיון אוכלוסיית המטופלים בכפר.
- בחינת מאפייני הכפר כמרכז טיפולי והתפישות המנחות את הפעלתו.
- מיפוי אופני הפעילות בכפר.

1.2 אפיון תהליכים: החוויה המשברית ומהלך ההחלמה

- סקירת תהליך קליטת המטופלים.
- בחינת שלבי הטיפול השונים.
- אפיון תהליך היציאה מן הכפר וההכנה לקראתה.

1.3 יעילות הפעלת הכפר

- בדיקת נוהלי הכפר ויישומם בפועל.
- בחינת מדיניות דוקומנטציה וניהול מידע.
- בחינת יעילות העבודה הצוותית: מעורבות הגורמים השונים בתהליך הטיפול, תיאום ושיתוף פעולה בין חברי הצוות, אופני קבלת החלטות וכדומה.
- אפיון הקשר בין הכפר לבין המשפחות.
- איתור נקודות חוזק ותורפה בהפעלת כפר איזון.

1.4 בחינת תרומה ואפקטיביות

- בחינת הצלחת הטיפול במספר היבטים, המוגדרים בספרות כמרכיבים משמעותיים בקביעת החלמה:
 - ההיבט הקליני – פסיכיאטרי: נסיגה מלאה או חלקית של תסמיני המחלה.
 - ההיבט התפקודי – התנהגותי: שיבה לתפקוד יומיומי נורמטיבי, כגון השתלבות בתעסוקה, לימודים או תחומי עניין, אי תלות במוסדות רווחה, הימנעות משימוש בסמים וכיו"ב.
 - ההיבט הרגשי – קוגניטיבי: הפנמה ועיבוד המשבר בחוויית העצמי, סגנון התמודדות אדפטיבי ועלייה במודעות העצמית ובדימוי העצמי.
 - ההיבט החברתי: קיומם של יחסים בין אישיים אדפטיביים ומעורבות במערכות יחסים משמעותיות.
- בחינת תרומת הטיפול בעיני הבוגרים ובני משפחותיהם.
- אפיון מסלולי תרומה דיפרנציאליים לקבוצות מטופלים שונות.
- בדיקת היקף הנשירה והסיבות לכך.

2. שיטת המחקר

2.1 גישת המחקר

בגישת המחקר מודגשות שתי נקודות עיקריות:

- שילוב הפרדיגמה האנתרופולוגית (Eisikovits, 1997), הכרוכה מטבעה בטכניקות איכותניות, עם שילוב שיטות מחקר כמותיות.
- גישה מערכתית המתבטאת בניסיון לבחון את זוויות המבט השונות של "הנפשות הפועלות" בסוגיות העומדות על הפרק.

שילוב שיטות מחקר מגוונות והבאה לידי ביטוי בעלי עניין שונים יתנו למסקנות המחקר מהימנות ותוקף רבים יותר.

2.2 מאמצי המחקר

עקב מורכבות הנושא שילבנו מספר מאמצי מחקר:

- סקירת ספרות
- ראיונות עומק עם בעלי תפקידים (מטה וכפר)
- תצפית משתתפת
- ראיונות עומק בוגרים מול קבוצת השוואה
- ראיונות עומק עם הורים
- ניתוח תיקי בוגרים
- ניתוח תיקי מועמדים
- בחינת שינויים בין תחילת הטיפול לבין סיומו

להלן יפורטו מאמצי מחקר אלו:

☒ סקירת הספרות

הסקירה נבנתה באמצעות ספרות מקצועית, מחקרים רלוונטיים וחיפוש ברשת האלקטרונית.

הסקירה עסקה בין השאר בנושאים הבאים:

- תופעת התרמילאות וסכנותיה
- שימוש בסמים
- מסעות רוחניים ופרקטיקות מזרחיות

- האוכלוסיות המגיעות לכפר
- התפיסה הטיפולית של הכפר
- מערך הטיפולים בכפר
- אפקטיביות התהליך הטיפולי – הגדרת מדדים להצלחה
- כלים המודדים את אפקטיביות טיפולית

☒ ראיונות עומק עם בעלי תפקידים

בחלק זה של המחקר רואיינו בעלי תפקידים רלוונטיים מהרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול, וכן אנשים רלוונטיים מצוות הליווי המקצועי של מרכז איזון. בנוסף רואיינו בעלי תפקידים בכפר עצמו.

הראיונות היו חצי מובנים ועסקו בין השאר בנושאים הבאים:

- "אני מאמין" של בעלי התפקידים לגבי טיפול בתרמילאים נפגעי סמים
- מודל העבודה של הכפר:
 - אפיון המודל
 - נקודות חוזק ותורפה
 - תרומה למטופלים
- אוכלוסיות היעד של הכפר
- יעילות הפעלת הכפר
- קריטריונים להצלחת הכפר ודרכים למדידתם
- המלצות לשיפור
- ציפיות מהמחקר

הראיונות נותחו ניתוח תוכן איכותני והממצאים שולבו בדו"ח. חלק מבעלי התפקידים המרכזיים בכפר רואיינו מספר פעמים במהלך המחקר.

☒ תצפית משתתפת

בין החודשים מרץ-אוקטובר בשנת 2004 השתלב אנתרופולוג מצוות המחקר בפעילויות הכפר. האנתרופולוג (מר ירון יבלברג) הגיע לכפר בתקופה הנ"ל בין יום ליומיים בשבוע. ירון צפה במגוון פעילויות (כגון גינון טיפולי, עבודת יד, קונג-פו, שיטת אלבאום, קבוצת התמכרויות, טיפול באומנות, שיאצו, סדנת אפייה וכדור סל), וכן השתתף בחפיפת בוקר ובישיבות צוות. בנוסף, ערך ירון כ- 20 ראיונות עומק וכן שיחות אישיות רבות עם מטופלים מהכפר (חלקם יותר מפעם אחת). כמו כן, התקיימו ראיונות ושיחות עם בעלי תפקידים בכפר.

שהותו של האנתרופולוג בכפר נוצלה, במטרה להבין לעומק את הפעילות בשטח, את תפיסות המטופלים לגבי הפעילויות והטיפולים השונים, האם ניתן לאפיין תפיסות שונות בקרב תת קבוצות של מטופלים (תרמילאים, מכורים, בעלי מחלות כרוניות וכו'), השפעת הטרוגניות הקבוצה על חבריה, נקודות החוזק והתורפה בהפעלת הכפר וכיצד נתפסת תרומתו. בחלק מהנושאים הושו עמדות ותפיסות בעלי התפקידים בכפר עם עמדות המטופלים. לצורך המחשה, ראו נספח ה'2, בו מוצג מדריך ראיון למטופלים. החומר נותח איכותנית והוצג בדו"ח הביניים (נובמבר 2004). עיקרי הממצאים יוצגו גם בדו"ח הנוכחי.

ראיונות עומק – בוגרים לעומת קבוצת השוואה ☒

במסגרת זו, בוצעו ראיונות עומק חצי מובנים בקרב 31 בוגרים. כבסיס להשוואה, נבחרו מועמדים לכפר שנמצאו מתאימים אך מסיבות אלו או אחרות לא נקלטו בכפר. בקבוצת השוואה זו בוצעו 17 ראיונות.

איתור נבדקי קבוצת ההשוואה בוצע ע"י נציג מטעם הכפר, אשר פנה טלפונית למועמדים רלוונטיים וביקש את אישורם להשתתף במחקר. מרבית האנשים אליהם פנו סירבו להשתתף. עקב מיעוט המשתתפים בקבוצת ההשוואה והיקף אי התשובה, ניתחנו את הממצאים באופן איכותני בלבד.

הראיונות עסקו בנושאים דומים לאלו של ראיונות המטופלים. עם זאת, ניתן דגש לתהליכי הסתגלות לאחר היציאה מהכפר, אופן שמירת הקשר עם הכפר וביטויים שונים של הצלחה (או אי הצלחה) של הטפול בכפר. קבוצת ההשוואה נשאלה לגבי השיקולים שהובילו לאי כניסה לכפר, ההתרחשויות שאירעו מאז וכיצד נראים חייהם כיום במדדים שונים של הסתגלות. הנתונים נאספו בין אוקטובר 2004 ליוני 2005. הנתונים כאמור נותחו איכותנית.

ראיונות עומק עם הורים ☒

בוצעו 15 ראיונות עומק עם הורי מטופלים ובוגרים. הראיונות עסקו בפרוץ המשבר, בקשר הראשוני עם הכפר ובציפיות מהכפר מול מסגרות טיפול אחרות. בנוסף, נשאלו ההורים לגבי תרומת הטיפול לילדם, באילו היבטים חלו שיפורים ובאילו פחות. נבדקה גם תפיסת ההורים לגבי פעילויות שונות בכפר (כולל הטיפול המשפחתי). לצורך פירוט, ראו נספח ה'3. לנתוני הראיונות צורפו מאפיינים של המרואיינים (כפי שנלקחו מתיקם האישי). הנתונים נאספו בין אוקטובר 2004 ליוני 2005. הראיונות והנתונים הנוספים נותחו איכותנית והממצאים שולבו בדו"ח.

☒ ניתוח תיקי בוגרים

בין התאריכים ינואר 2001 - ספטמבר 2005, סיימו את כפר איזון כ- 290 בוגרים. יש חשיבות לבחון, מהם המאפיינים והרקע של בוגרי הכפר, הנסיבות בגינן הגיעו לכפר, משך השהות בו ומצבם בתום התהליך הטיפולי.

לצורך זאת, נותחו תיקיהם האישיים של הבוגרים בשתי רמות:

- לגבי כל הבוגרים בתקופה זו נותחו מספר משתני רקע (מין, גיל, השכלה ושירות צבאי) ומשך השהות בכפר ($N=290$).

- לגבי הבוגרים שהחלו את התהליך הטיפולי בכפר בין התאריכים 01/01/2004 עד 30/09/2005 ($N=115$), נותחו הנתונים ביתר הרחבה.

יש לציין, כי בהגדרת הבוגרים כללנו גם צעירים, אשר לא השלימו את התהליך הטיפולי בכפר, אלא פרשו במהלך השהות מסיבות שונות.

דפי הקידוד עסקו בין השאר בנושאים הבאים:

- פרטי רקע כלליים: גיל, מין, השכלה, שירות צבאי, מצב משפחתי, מספר ילדים בבית וכד'.
- נתוני רקע ייחודיים: רקע משפחתי ו/או אישי בעלי פוטנציאל משברי (כגון, בעיות נפש במשפחה, קשיי הסתגלות וכדומה), האם ארעה פגיעה טראומטית בעבר והאם הפרט עבר טיפול נפשי.
- שימוש בסמים ללא קשר למשבר.
- מצב בעת הקבלה לכפר והנסיבות לכך (מועד פרוץ המשבר, הגורם/זרז לפרוץ המשבר, תרמילאות כגורם למשבר, דיאגנוזה עם הקבלה לכפר וכד').
- מהלך השהות בכפר וסיום הטיפול: אירועים חריגים, משך שהות בכפר, מצב הנבדק בסיום הטיפול והמלצה להמשך טיפול.

מכיוון שמטופלים רבים משלבים מספר מאפיינים בכל משתנה (לדוגמא, שילוב של מספר נתונים משפחתיים בעלי פוטנציאל משברי), הרי שמרבית המשתנים כללו מספר אופציות תשובה ולפיכך האחוזים מסתכמים ליותר מ- 100%.

כמו כן, מפאת מורכבותן של הפרעות נפש ככלל, סיווג המטופלים מבחינת דיאגנוסטית בוצע תוך שיתוף פעולה הדוק עם מנהל הכפר, מר עומרי פריש, במטרה להבטיח חלוקה המשקפת נכונה את תמונת המטופלים בכפר. יחד עם זאת, מדובר בחלוקה גסה, אשר נועדה לצרכי מחקר בלבד.

מפתח הקידוד ששימש אותנו בשתי רמות הניתוח מוצג בנספחים ו'4- ו'6. הנתונים נותחו כמותית בתוכנת SAS.

ניתוח תיקי מועמדים

במהלך השנים 2001 – 2005 פנו להתקבל לכפר איזון כ- 100 מועמדים בממוצע בכל שנה. מועמדים אלו, למרות שחלקם נמצאו מתאימים לכפר מבחינת הקריטריונים לקבלה, לא נכנסו אליו בסופו של התהליך. בעקבות הפנייה לכפר, מבצע מנהל הכפר שיחת אבחון והתרשמות ראשונית עם המועמד. בשנת 2001 (ובאופן חלקי גם בשנים 2002 – 2003), המועמדים נשלחו לאבחון נוסף במכון גרין. משנת 2004 ואילך, תהליך הקבלה כולו מתבצע בתוך הכפר. עם הקבלה לכפר, עוברים הצעירים אבחון נוסף ע"י ד"ר יעקב נחמקין, פסיכיאטר הכפר, המתאים להם טיפול תרופתי, במידת הצורך. יש חשיבות לבחון, מהם מאפייני המועמדים (שלא השתלבו בסופו של דבר בכפר איזון) ומה מבחין בין אלו שנמצאו מתאימים לכפר לבין אותם שהוגדרו כלא מתאימים.

הנתונים בחלק זה התקבלו ע"י ניתוח נתוני אינטייק של 512 מועמדים, שפנו לכפר משנת 2001 עד 2005 ולא התקבלו אליו. הנתונים שנאספו עסקו בין השאר בנושאים הבאים:

- מאפייני רקע של המועמד
 - החלטה בנוגע למידת התאמתו של המועמד
 - הערכת המראיין לגבי סוג ההפרעה ממנה סובל המועמד
 - במקרה של אי התאמה:
 - מהן הסיבות להחלטה על אי התאמה
 - להיכן הופנה המועמד
- לפירוט הנתונים שנאספו מתיקי המועמדים ראו נספח ו'6. הנתונים נותחו כמותית בתוכנת SAS.

השינויים שחלו במטופלים במהלך השנות בכפר

מחקרי הערכה, המנסים לבחון את תרומתו של תהליך טיפולי מסוים, נתקלים בקשיים מסוגים שונים. אחד הקשיים קשור בעובדה, כי קנה המידה להצלחת הטיפול הינו אישי ותלוי (בין השאר) במצבו ההתחלתי של הפרט. כלים למדידת החלמה עשויים להפיק הערכה זהה עבור שני מטופלים, אולם עבור האחד הדבר יהווה כישלון ואילו עבור האחר – הצלחה מרשימה.

במרכיב זה של המחקר, 36 מטופלים נבחנו באמצעות מספר כלים פסיכיאטריים ופסיכולוגיים בשתי נקודות זמן:

1. במהלך השבועות הראשונים לשהות בכפר.
2. עם תום הטיפול.

כך, התאפשר לנו למדוד את השינוי שחל במצבו של כל פרט שהשתתף במחקר, יחסית לנקודת ההתחלה שלו עצמו.

השינויים שעברו המטופלים במהלך הטיפול בכפר, נבחנו במספר היבטים :

- ההיבט הקליני פסיכיאטרי

היבט זה נבחן באמצעות הכלים הבאים :

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale); MADRS (Montgomery & Asberg Depression Rating Scale); MRS (Mania Rating Scale).

כמו כן, נבנה מדד הבודק תחושה כללית של בריאות פיזית ורווחה (well-being) מתוך פריטי שאלון Q-LES-Q (The Quality of Life Questionnaire).

- ההיבט התפקודי – התנהגותי

היבט זה נבחן באמצעות שאלון ה- GAF (Global Assessment of Functioning), וכן דרך סולמות של ביצוע מטלות יומיומיות וניצול שעות הפנאי מתוך ה- Q-LES-Q.

- ההיבט הרגשי קוגניטיבי

סגנונות ההתמודדות נבדקו ע"י ה- CISS (Coping Inventory for Stressful Situation) ושביעות רצון כללית נבחנה ע"י שאלון Q-LES-Q.

- ההיבט החברתי

בהיבט זה בחנו את רמת התמיכה החברתית לה זוכה הפרט, באמצעות שאלון ה- MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support). כמו כן, נבחנה התפתחותם של קשרים חברתיים ע"י מדד הלקוח מפריטי ה- Q-LES-Q.

הכלים הפסיכיאטריים (BPRS, MADRS, MRS, GAF) מולאו ע"י ד"ר נחמקין, פסיכיאטר הכפר, לגבי כל 36 המטופלים.

יתר הכלים הועברו ע"י מר ירון יבלברג, האנתרופולוג שביצע את התצפית המשתתפת בכפר. בעת העברת כלים אלו, נתקלנו במספר קשיים :

א. הכלים שהועברו ע"י האנתרופולוג חייבו שיתוף פעולה מצד המטופלים (באמצעות מענה לשאלות או מילוי עצמי של השאלונים). לכן, לעתים נבצר מעימנו להעביר כלים אלו עם הקליטה לכפר, עקב מצבו הקשה של המטופל, שלא איפשר תקשורת עימו. במקרים אלו, הועברו השאלונים רק לאחר שיפור ביכולת התקשורת של הפרט, שהתרחש בד"כ כעבור 3-4 שבועות לשהות בכפר. נראה איפוא, כי בכלים אלו יתקבל אומדן חסר לשינוי שחל בקרב המטופלים.

ב. עקב קשיים טכניים ואדמיניסטרטיביים (עזיבה פתאומית של מטופלים באמצע השהות, חוסר נכונות לענות בשלב ה"אחרי" וכו'), נאספו נתונים אלו (בשתי נקודות הזמן) רק לגבי 18 מטופלים מתוך ה- 36.

לפירוט הכלים ששימשו אותנו ונתוני המהימנות של המדדים השונים, מופנים הקוראים לנספחים ו'1 ו-ו'2. לנתוני המבחנים צורפו נתוני רקע מתוך התיק האישי. הנתונים נאספו מדצמבר 2004 ועד דצמבר 2005. הנתונים נותחו כמותית בתוכנת SAS.

2.3 דיווח הממצאים

מכיוון שהמחקר כולל טכניקות איכותניות וכמותיות, הרי שדיווח הנתונים בוצע בהתאם. על מנת להימנע מסרבול יתר, חולקו הממצאים לפי סוגיות עיקריות, כאשר בכל סוגיה שולבו הממצאים האיכותניים והכמותיים המתייחסים אליה. הממצאים הכמותיים שולבו בדו"ח בצירוף אחוזים. כמו כן, דווחו קשרים על סמך מתאמים מובהקים סטטיסטית (אלא אם כן דווח אחרת), ברמת מובהקות של $p \leq 0.05$. יצויין, כי במסגרת בחינת שינויים במערך "לפני – אחרי", נקטנו לעתים ברמות מובהקות גבוהות יותר (עד 0.15), עקב ה- n הקטן. הממצאים האיכותניים, מעצם טבעם, אינם כוללים מספרים מדויקים אלא מתייחסים לסדרי גודל בלבד.

2.4 אתיקה ושמירת סודיות

רגישות נושא המחקר ומורכבות מצבם הנפשי של הנבדקים, חייבו הקפדה מקסימלית על כללי האתיקה, מעבר למקובל במחקרי שדה רגילים. שמירה על חיסיון הנתונים התאפשרה הודות לשימוש באמצעים שונים, כגון אחסון החומר בקבצים מסווגים, הנגישים רק לעובדים המורשים לכך, שימוש בשמות בדויים או בקודים מספריים, ניתוח תיקי המטופלים בתוך הכפר עצמו וכיו"ב. כמו כן, עקב מאפייני המטופלים, נקטנו ברגישות מירבית בעת איסוף הנתונים. כניסת החוקרים לכפר בוצעה בתיאום עם צוות הכפר ולאחר קבלת הסכמת המטופלים לכך. באופן דומה, בוצעו הזימונים לראיונות בידי גורמי צוות בכפר ותוך הבהרה, כי הראיון הינו וולונטרי לחלוטין. במידה ומצבו של המטופל לא איפשר מתן הסכמה מדעת, נדחה הראיון עימו עד לשיפור במצבו. מעבר לכך, ועדת ההיגוי הנחתה את צוות המחקר בסוגיות אתיות שונות שהתעוררו.

2.5 לסיכום

המחקר הנוכחי בוצע מול קשיים שונים, המאפיינים מחקר שדה. לכל אחת משיטות המחקר בה נקטנו ישנן מגבלות (כמו גם יתרונות), הנובעות בחלקן מעצם העובדה כי לפנינו מחקר שדה. בנוסף, המחקר בוצע בקרב אוכלוסייה אשר מאפייניה היקשו על תהליך איסוף הנתונים. להערכתנו, שילוב המידע ממגוון שיטות המחקר בהן נקטנו מאפשר הסקת מסקנות מושכלת ומבוססת. עם זאת, לא ניתן לקבוע באופן כמותי את אחוז ההצלחה של הכפר. על מנת לבחון את תרומתו, יש לסקור את מגוון הפרמטרים שנבדקו (ההיבט הקליני, התפקודי וכו') וכך להגיע לכדי תמונה כוללת ומהימנה.



כתב איצון לאור הספרות

תופעת התרמילאות וסכנותיה

בשנים האחרונות הפכה התרמילאות למעין "טקס התבגרות" לצעירים רבים בחברה הישראלית. על פי נתוני הרשות למלחמה בסמים, משרד החוץ וגופים אחרים, מדי שנה יוצאים כ-50,000 תרמילאים לכל רחבי העולם. כ-30,000 מהם נוסעים למזרח הרחוק ובעיקר להודו. יעדי טיול נפוצים נוספים הם ארצות מרכז ודרום אמריקה, וכן אוסטרליה ואפריקה (צדוק, 2005).

הטיול התרמילאי מהווה נקודת משיכה עוצמתית ביותר, עבור הצעירים הישראלים. רבים מהם אף מציינים אותו כנקודת מפנה בחייהם, בה נפטרו משרידי עכבות ישנים ובנו את נפשם באופן שלם ובוגר יותר, המאפשר כניסה אדפטיבית אל עולם המבוגרים, המצפה להם. יחד עם זאת, הטיול צופן בחובו סיכונים רבים, המעמידים בסכנה את שלמותם הנפשית של צעירים אלו. ככלל, גילאי ה-20 הם גילאים מועדים לפרוענות. הפרעות רדומות רבות נוטות להתפרץ בטווח גילאים זה, עקב גורמי דחק האופייניים לו. לדוגמא, נמצא כי 80% מהלוקים בפסיכוזה, חוו זאת בטווח הגילאים 16 – 30. שילוב גורמים הייחודיים לחוויית הטיול, מגבירים נטייה זו ומציבים את התרמילאים בסיכון מוגבר לפריצתן של הפרעות מנטליות שונות (Sauteraud, 1997; Sauteraud & Hajjar, 1992).

גורמים אלו עשויים להיות רבים ואף להשתלב אחד עם השני. הטיול עצמו מהווה שינוי סביבתי חד, המעורר במקרים רבים תחושות דחק ומצוקה בקרב המטייל החדש. דחק הוא גורם סיכון ידוע להתפרצותה של הפרעה נפשית, בקרב בעלי פרה דיספוזיציה תורשתית לכך. יתירה מכך, בקרב המטיילים רווחות שתי תופעות, המגבירות את הסיכון לפריצת המחלה: א. בראש ובראשונה אחראי לכך השימוש הנפוץ בחומרים פסיכואקטיביים בקרב מטיילים.

ב. מטיילים רבים נחשפים במהלך הטיול לפילוסופיות ולפרקטיקות מזרחיות שונות, המערערות לעתים את המבנה הנפשי של העוסקים בהן. גורם סיכון נוסף הוא הצורך ליטול תרופה מסוימת למניעת מלריה, לה תופעות לוואי פסיכיאטריות (Sauteraud & Hajjar, 1992; Corbett et al. 1996; אלקן ואח', 1999).

להלן, בחרנו לסקור בהרחבה את שתי התופעות הבולטות ביותר, האחראיות למרבית מקרי המחלה בקרב מטיילים:

א. השימוש בסמים בקרב תרמילאים

השימוש בסמים בקרב תרמילאים הינו תופעה נפוצה ביותר. בסקר שערכה הרשות הלאומית למלחמה בסמים בקרב סטודנטים (בר המבורגר, 2003), דיווחו 76.6% מכלל הנשאלים, כי היו תרמילאים, ו-32.2% מהם דיווחו, כי השתמשו בסמים בזמן שהטיול. בקרב המדווחים, כי טיילו במזרח הרחוק, עלה שיעור השימוש ל-55%. עבור כ-31% מכלל המטיילים במזרח הרחוק היה השימוש בסמים בזמן הטיול ההתנסות הראשונה שלהם עם חומרים פסיכואקטיביים.

בסקר אחר שנערך ע"י פרופ' ישראל פוטסמן, מנהל היחידה למחלות זיהומיות בבית-החולים "בני ציון", דווח, כי 66.2% מכלל התרמילאים הישראלים המטיילים במזרח הרחוק, משתמשים בסמים במהלך הטיול. 50% מכלל התרמילאים שהשתמשו בסמים עשו זאת באופן יום-יומי, ו-24% מכלל התרמילאים השתמשו בסמים בפעם הראשונה במהלך הטיול (צדוק, 2005). במחקר נוסף נמצא שיעור גבוה יותר של משתמשים בסמים, המתקרב ל-80% מכלל המטיילים הישראלים (בלחסן, 2004).

נראה, כי עצם היציאה לטיול התרמילאי מגבירה את נכונותם של הצעירים הישראלים להתנסות בשימוש בחומרים פסיכואקטיביים, בהשוואה לצעירים שאינם תרמילאים (בר המבורגר, 2003). לתופעה זו מספר סיבות:

- שכיחות ונפיצות הסמים במדינות היעד ובעיקר בהודו ובמזרח הרחוק.
- אווירת החופש, הריחוק מהבית והניתוק משאר המסגרות החברתיות המוכרות.
- נורמה בתרבות התרמילאית, המייצרת לחץ חברתי חזק להתנסות בסמים במהלך הטיול.

בר המבורגר (2003) איתרה גורמים מנבאים נוספים לשימוש בסמים במהלך הטיול, כגון מצב משפחתי (רווקים משתמשים בסמים יותר מנשואים), תפיסת אי הנזק כתוצאה משימוש, תפיסת ההנאה הנגרמת מכך, השכלת ההורים (תרמילאים להורים משכילים נוטים לשימוש רב יותר), ארץ לידה ומוצא ההורים (ילידי ארצות המערב נוטים להשתמש יותר במריחואנה, מאשר ילידי אסיה או אפריקה, וההפך לגבי הסמים הקשים).

ממצא מדאיג נוסף נוגע להמשך השימוש בסמים לאחר תום הטיול. בעוד התרמילאים תופסים את השימוש בסם כזמני, ולפיכך בלתי מזיק, הרי שנתוני הסקר שביצעה הרשות למלחמה בסמים (בר המבורגר, 2003) מצביעים, כי 30% בלבד מהתרמילאים שהחלו בשימוש בסמים בעת הטיול, הפסיקו את הצריכה עם חזרתם ארצה. רק 15% מאלו שהחלו בשימוש עוד לפני הטיול, הפסיקו להשתמש עם חזרתם (בר המבורגר, 2003).

השימוש המוגבר בסמים נובע, בין היתר, מחוסר המודעות לסיכון במעשה זה. החומרים הפסיכואקטיביים משבשים את הביוכימיה הטבעית של מוח האדם, ולצד התופעות הנעימות שהם עשויים לעורר, הרי ששימוש בחומרים אלו עלול לגרור אחריו השלכות מנטליות חמורות. הערכות הרשות למלחמה בסמים מעלות, כי כ-2,000 תרמילאים בשנה מפתחים התנהגויות אבנורמליות, כתוצאה משימוש בסמים במהלך הטיול. כ-600 מהם נאלצים לחזור לארץ כדי לקבל טיפול וכמה עשרות זקוקים לחילוץ מיידי (צדוק, 2005).

החומרים הנפוצים בקרב תרמילאים הם תוצרי צמח הקנביס, סמי הזייה ("סמים הלוצינוגניים") כגון ה-LSD ו-PCP וחומרים ממריצים כדוגמת האקסטזי והקוקאין. עדויות מחקריות רבות מעלות, כי לסמים אלו עלולות להיות השלכות קשות על בריאות נפשם של המשתמשים בהם. לפירוט הממצאים ולתיאור מאפייני חומרים אלו, ראו נספח א'1.

ב. מסעות רוחניים ופרקטיקות מזרחיות

גורם סיכון נוסף לפריצת משברים נפשיים בקרב צעירים תרמילאים הוא נטייתם הגוברת להתנסות בחוויות רוחניות מיסטיות במהלך הטיול, לעתים קרובות בשילוב עם שימוש מוגבר בחומרים פסיכואקטיביים.

נטיה זו נובעת מצורך נפשי, המתעורר בקרב צעירים רבים בשנות ה-20 לחייהם, הדוחף אותם לחשוף את משמעות קיומם, מעבר לזו היומיומית. לשם כך, הם יוצאים ל"מסע רוחני", המוגדר כחיפוש אחר ה"אני האמיתי" או לחילופין כניסיון להתקרב אל היישות העליונה או אל כוח טרנסצדנטי כלשהו. רבים מהם מעדיפים לבצע את תהליך החיפוש, כחלק ממסע בארצות נכר. לפיכך, אחוז גדול מקרב התרמילאים, בעיקר בארצות מזרח אסיה, משלבים במהלך טיולם התנסויות רוחניות, כגון מדיטציות, מפגשים עם מורים "מוארים", סדנאות ועוד.

המדיטציות הנפוצות ביותר הן **הויפסנה והמדיטציה הטרנסצדנטאלית**, במהלכן האדם מתקן עיוותים בתפיסת המציאות שלו ומארגן מחדש את מבנה נפשו. **סדנאות** כוללות בעיקר קורסים חווייתיים, במהלכם מתמודדים התלמידים עם עבר כואב ועם עכבות עכשוויות.

צעירים רבים מוצאים, כי התנסויות אלו מעשירות את עולמם הרוחני ומספקות מענה לשאלות הטורדות את מנוחתם. אולם, רבים אינם ערים לכך, כי מסע רוחני זה טומן בחובו גם סיכונים רבים. כמו בכל מסע, קיימת האפשרות לאבד את הדרך או להתמכר להנאות השביל ולהיתקע בנקודה מסוימת בו. לדוגמא, הנאות השביל עשויות לכלול שקיעה לתוך אופוריה פסיכדלית, המלווה בשימוש רב בסמי הזיה. במצב זה, האדם עלול לאבד את היכולת או את הרצון לחזור ולפגוש את העולם ממנו הגיע. סכנה אחרת קיימת, כאשר המסע מציב בפני האדם אתגרים קשים מדי, המאיימים על מבנה האישיות, באופן העלול לגרום אובדן גבולות והתפרקות העצמי (Cortright, 1997). במקרים אלו עשוי האדם לחוות קריסה מנטלית, המכונה "משבר רוחני".

ישנם שלושה מצבי סיכון עיקריים, בהם האדם עלול לחוות משבר רוחני :

- כאשר האדם חסר את היכולות הנדרשות, על מנת לצלוח תהליך רוחני אינטנסיבי ללא פגע.
- כאשר מצבו הפיזי או הרגשי ירוד.
- כאשר הוא נוטל על עצמו באופן פתאומי תהליך אינטנסיבי מדי, מבלי לספק לתהליך קרקע יציבה.

מצב זה עלול להפגיש את האדם עם דלוזיות והלוצינציות, חרדה, מאניה, דיכאון ותנודות בתיאבון ובשינה. בהיעדר תמיכה מספקת, האדם יחוש אבוד בתוך סערה רגשית, פיזית ונפשית, וחסר יכולת לשוב לקרקע יציבה (Cortright, 1997).

בשל התסמינים הדומים, קיים קושי ליצור אבחנה מבדלת בין מצבי משבר רוחניים ובין הפרעות פסיכוטיות. בנוסף, במקרים רבים, קיימת קומורבידיות עם פגיעות נפשיות אחרות, כגון הפרעה ביפולרית או הפרעות הקשורות בסמים (Lukoff & Turner, 1998). עם זאת, לוקוף (1985) מציע מספר קריטריונים לאבחנה בין מטופל פסיכוטי לנפגע הסובל ממשבר רוחני:

- דיווח על חוויה רוחנית אינטנסיבית במונחים של מצב רוח אקסטטי, רכישת ידע חדש, שינויי תפיסה, או מחשבות שווא, המקושרות למיתוסים. דיווח זה אינו חסר סדר קונספטואלי, כפי שנפוץ בהפרעות פסיכוטיות אחרות.
- תוצאות חיוביות, לכאורה, המתבטאות בתפקוד תקין עד פרוץ האירוע ובגישה "חקרנית" חיובית.
- סיכון נמוך להתנהגות אובדנית או פוגענית.

חוקרים ומטפלים אחרים מתארים אף הם את קיומה של אפיזודה פסיכוטית נבדלת, לה תוצאות חיוביות ותורמות עבור הפרט בתום התהליך. מצב זה כונה על ידם במונחים שונים, כגון: problem-solving schizophrenics (Boisen, 1962), positive disintegration (Dabrowski, 1964) creative illness (Ellenberger, 1981). נראה, אם כן, כי ההבדל העיקרי בין משבר רוחני להפרעות מנטליות אחרות הוא במקורות המשבר ובפוטנציאל החיובי, שניתן להפיק ממנו.

לסיכום, השילוב בין גורמי הסיכון שתוארו לעיל – קבוצת הגיל המועדת לפורענות, השינוי הסביבתי החד, השימוש המוגבר בסמים וכן חוויות רוחניות אינטנסיביות – מציב את התרמילאים בסיכון לחוות משבר נפשי במהלך הטיול. ברוב המקרים, מדובר במשבר בעל סימפטומים, הדומים לאלו המוגדרים בספרות כסימפטומים של פסיכוזה.

מהי פסיכוזה?

פסיכוזה (Psychosis) היא הפרעה קשה בחשיבה ובתפיסת המציאות, המתבטאת במחשבות שווא, בהזיות ובהפרעות חשיבה. פסיכוזה עשויה להיות סממן למחלת נפש או לבעיה גופנית, החל מהשפעת סמים (בעיקר, LSD), דרך תופעות לוואי של תרופות שונות וכלה בבעיות מוחיות שונות, כגון גידולים, שטפי דם ועוד. הפרעות פסיכיאטריות שכיחות הגורמות לפסיכוזה הן סכיזופרניה והפרעות במצב הרוח, כגון דיכאון פסיכוטי או מאניה פסיכוטית (מתוך אתר מכון שחר). לפירוט תסמיני הפסיכוזה וגורמיה, ראו נספח א'2.

אוכלוסיות נוספות בכפר איזון

כפר איזון הגדיר את תפיסתו הטיפולית, בהתאם למאפיינים של קבוצה חברתית ספציפית ביותר: תרמילאים, אשר חוו משבר נפשי, ברוב המקרים בעל גוון פסיכוטי, על רקע שימוש בסמים. בניגוד להפרעות נפש אחרות, המתפתחות בהדרגה, הצעירים המשתייכים לקבוצה זו קיימו אורח חיים

נורמטיבי לחלוטין עד פרוץ המשבר, אשר נחת עליהם כרעם ביום בהיר. בנוסף, הפרוגנוזה הטיפולית שלהם שונה מזו של נפגעי נפש אחרים. ברוב המקרים, המשבר חולף לאחר תקופת התאוששות בת מספר שבועות או חודשים, והמטופל מסוגל לשוב לתפקוד נורמטיבי.

ואולם, כחלוף השנים התברר, כי לעתים הפסיכოזה המתעוררת בעקבות חווית הטיול, מהווה סמן לפריצתה של מחלת נפש רדומה, כגון סכיזופרניה וכדומה, אשר הפרוגנוזה הטיפולית שלה מורכבת ואיטית הרבה יותר. כמו כן, לעתים המשבר מתרחש על רקע בעיה נפשית קודמת, כגון הפרעות אישיות, הפרעות התנהגות וכדומה, והדבר מקשה על תהליך ההחלמה. במקרים אלו, על המטופלים להתמודד עם עובדת הפרעותיהם לאורך תקופה ארוכה, והדבר דורש התייחסות מותאמת מצד הצוות הטיפולי.

יתירה מכך, עם השנים שולבו בכפר איזון גם מטופלים, אשר אינם תרמילאים כלל או ללא חוויות פסיכוטיות כלשהן. מטופלים אלו מתמודדים עם מגוון בעיות נפש, החל מהפרעות מצב רוח, דרך הפרעות התנהגות וכלה בהתמכרויות לחומרים פסיכואקטיביים שונים. על מנת להרחיב את ההבנה בדבר הפרעות אלו, מופנים הקוראים לנספח א'3.

קטגוריית ייחודית של שוהי הכפר הם חלופות המעצר. אלו המטופלים היחידים, אשר אינם מגיעים לכפר עקב בעיה נפשית כלשהי, אלא כפועל יוצא של הליכים פליליים.

חלופת מעצר הוא למעשה מושג משפטי, אשר משמעו שחרור ממעצר, תחת תנאים מגבילים מסוימים. אנשים אשר הידרדרו מסיבות אלו ואחרות לעבריינות, כגון שימוש וסחר בסמים, זנות וכן הלאה, נאלצים בדרך כלל לשהות זמן רב במעצר, עד תום משפטם. אולם, במקרים בהם מדובר בעבריינות קלה וראשונית, בקרב צעירים בעלי פוטנציאל לשוב להתנהגות נורמטיבית, קיימת נטייה במערכת המשטרה והמשפט לשחררם ממעצר, בתנאים שיבטיחו את השגת מטרת המעצר (כגון, מניעת בריחה, הפסקת סחר בסמים וכדומה). לאחר דיון וחשיבה, הוחלט מסיבות שונות לאפשר למספר צעירים לשהות בכפר איזון כחלופת מעצר, למרות היותם שונים במאפייניהם מכלל אוכלוסיית הכפר. הגורמים וההשלכות של מהלך זה ידונו בפרק הממצאים.

התפיסה הטיפולית בכפר איזון

שלל הבעיות מהן סובלים מטופלי כפר איזון מטילים משימה מורכבת במיוחד על כתפי הצוות הטיפולי, בבואו להעניק את הטיפול המיטבי לכל אחד ואחד. זאת, עקב השוני באוכלוסיית המטופלים, על פיה נבנתה תפיסתו הטיפולית הראשונית של הכפר.

כאמור במבוא, כפר איזון נוסד כפתרון למצוקה שהתעוררה בקרב תרמילאים ישראלים, עקב העדר מענה הולם במסגרות המקובלות לבריאות הנפש. רוב המוסדות הפסיכיאטריים בארץ נשענים על הפסיכותרפיה המערבית, המשקפת נטייה להפריד בין גוף, רוח ונפש. הפרדה זו מביאה, לטענת הוגים רבים, לטיפול חלקי ובלתי מספק במצוקות נפשיות, הקשורות באספקטים רוחניים. לטענתם, הרפואה המערבית מסוגלת לספק לאדם תרופות או אשפוז במידה והתנהגותו פסיכוטית, אולם אינה מאפשרת מענה אמיתי לשאלות הרוחניות העומדות מאחורי התנהגות זו (Lukoff & Turner, 1998; Pancner & Pancner, 1988).

מכיוון שהנושא הרוחני עומד במקרים רבים במרכז ההווה של התרמילאי הישראלי, הרי שהמשבר הנחוה על ידו נושא לעתים קרובות גוון רוחני בולט, אשר אינו זוכה להתייחסות מספקת בטיפול המערבי.

מעבר לכך, תרמילאים רבים תופסים עצמם כמשתייכים לתת-תרבות ייחודית, המשלבת אמונה חזקה בתפיסות מזרחיות, העומדות כאנטי-תיזה לפסיכותרפיה המערבית. תפיסות אלו דוגלות בהתייחסות הוליסטית אל האדם וכאבו ומעניקות התייחסות למכלול הממדים באדם: הרוחניים, הנפשיים, הגופניים, המשפחתיים, החברתיים ועוד. יתירה מכך, הטיפול המזרחי מדגיש אמצעים טבעיים ככל האפשר, כגון שהיה בטבע, טיפולים אלטרנטיביים ועוד, ללא שילוב של תרופות, חדרי טיפול מנוכרים וכדומה. תרבות זו, המושרשת בתודעתו של התרמילאי הישראלי, יוצרת חוסר סיפוק ומצוקה, כאשר הוא נדרש להתאים את עצמו למוסדות הפסיכיאטריים המקובלים.

לפיכך, גם במקרים בהם מוסדות אלו הצליחו מבחינת העלמת התסמינים הפסיכוכטיים, הרי שהמצוקה הפנימית אשר עוררה אותם, לרוב לא באה על פתרונה.

לפיכך, התפיסה הטיפולית, המנחה את דרכו של כפר איזון, הותאמה במיוחד לקבוצה ייחודית זו והינה שונה בתכלית מזו הנפוצה במסגרות פסיכיאטריות אחרות. למעשה, גישה זו אינה נשענת על מודל ספרותי ספציפי. ניתן לומר, כי הכפר משלב בתוכו מגוון מאפיינים, הלוקחים מתפיסות טיפוליות שונות, אשר נתפסו בשעתו, כהולמות את התרבות והרקע של המשבר התרמילאי.

בהתאם לתפיסה המזרחית, הגישה הטיפולית בכפר הושתתה על השאיפה לתת מענה לממדים רבים ככל האפשר, המרכיבים את עולמו של הנפגע. בניגוד לקולות רבים בשיח הטיפולי, המצדדים אך ורק בטיפול תרופתי או לחילופין – שוללים אותו לחלוטין, העמדה השלטת בכפר היא **הוליסטית – אינטגרטיבית**, המאפשרת הפקת תועלת ממגוון אפשרויות טיפוליות, המתאימות למטופלים שונים, בנקודות זמן שונות בתהליך (Schwartz & Prout, 1991; Kiyuna et al, 1993).

הטיפול ההוליסטי כולל בתוכו מספר מאפיינים, המיושמים רובם ככולם בכפר איזון, כגון:

- צוות אינטרדיסציפלינרי, הכולל אנשי צוות מתחומי התמקצעות שונים, כגון פסיכיאטר, פסיכולוגים קליניים, עובדים סוציאליים, מדריכים בעלי היכרות עם מאפייני האוכלוסייה, מטפלים אלטרנטיביים ועוד.
 - מגוון שיטות טיפוליות, המיועדות להביא לידי ביטוי את מירב הממדים באדם: פסיכותרפיה קלאסית, פסיכודרמה ושיטות אלטרנטיביות שונות (כגון, שיאצו, טיפול באומנות ועוד), כמו גם פעילויות גופניות ואקטיביות (כדוגמת הקונג – פו, משחקי חברה טיפוליים וכו').
 - העברת מידע ושיתוף הפעולה בין כל חברי צוות, במטרה לקבל דיאגנוזה רב-ממדית, המקיפה את מכלול ההיבטים של המטופל הספציפי.
- (Schwartz & Prout, 1991; Kiyuna et al, 1993).

במטרה לענות על הממד הרוחני, המהווה מאפיין בולט של אוכלוסיית התרמילאים, שילב הכפר בתוכו גם מאפיינים של הפסיכולוגיה הטרנס-פרסונאלית: אסכולה צעירה יחסית בשיח הפסיכותרפויטי, אשר בניגוד לעמדה המקובלת, נוקטת בגישה אוהדת כלפי הממד הרוחני באישיות. לטענת קורטרייט (1997), אסכולה זו ממצאת את תבונתן של המסורות הרוחניות בעולמנו עם תובנות המחקר הפסיכולוגי, שכן היא עוסקת בעצמי ובגבולותיו, אך לצד זה מתייחסת גם למצוי "מעבר לעצמי".

גישה זו מביאה בחשבון כוחות גדולים יותר הפועלים על האדם, ומתייחסת בכבוד לשאיפתו של האדם לפגוש את הכוחות הללו. לפיכך, הדוגלים בגישה זו מתייחסים למצבי משבר רוחניים, כמצבים מאיימים אך רצויים, במהלכם דפוסים ישנים מתנפצים ומפנים מקום לצמיחה. במובן זה, מדובר בתהליך חיובי, שיש לתת לו להתפתח באופן מלא וטבעי ככל הניתן (Cortright, 1997).

לדעת קורטרייט (1997), צליחת משבר רוחני באופן הרצוי טומנת בחובה רמה גבוהה יותר של אינטגרציה פסיכולוגית ורוחנית עבור האדם. לשם כך, על המטפל לסייע למטופל לשלב את החוויה באופן אופטימלי בתפיסת העצמי שלו, תוך התמקדות בתוצאות החיוביות, שניתן להפיק ממשבר זה. בנוסף, על הטיפול להישען על כוחות הריפוי העצמי של המטופל (Lukoff & Turner, 1998).

ואומנם, ניכר כי עקרונות אלו עומדים אף הם בבסיס ההתייחסות הטיפולית בכפר איזון. המטופלים נוטלים חלק אקטיבי בתהליך הטיפולי, כאשר המטפלים מתמקדים במתן הכלים, אשר יסייעו להם לפתח תפיסת עצמי מגובשת, המכילה את החוויה המשברית.

האסכולה הטרנס – פרסונלית מעניקה חשיבות רבה גם לאקלים בו יתבצע הטיפול. בעיקר שוללים אנשי גישה זו את האווירה האופיינית לבתי חולים פסיכיאטריים, המשדרת קרירות, ניכור וריחוק מהאפקט התרפויטי של הטבע. לטענתם, על התהליך הטיפולי להתבצע במקום שליו ומכיל, רחוק מחיי היומיום וקרוב ככל האפשר אל הטבע. מקום זה אמור לאפשר לאדם לחוות קתרסיס, לצעוק, לבכות ולחוש חופשי לבטא את העולה על רוחו (Cortright, 1997).

תפיסה זו הנחתה את מייסדי הכפר, בבואם לבחור את האזור בו ימוקם הכפר. אין ספק, כי המראה והאווירה של כפר איזון מהווים סתירה מוחלטת, לאלו האופייניים למסגרות טיפוליות רגילות. הכפר שוכן בפאתי קיבוץ שדות ים ומשתרע בשלווה על החופים הלבנים של קיסריה. במקום מבני בטון גבוהים ומנוכרים, האופייניים לבתי חולים פסיכיאטריים, משוכנים המטופלים בבקתות חד קומתיות קטנות וביתיות, המפוזרות ברחבי הכפר. גם הטיפולים השונים מתבצעים בצריפי עץ חמימים, מהם נשקף הנוף הקסום של הים התיכון. הדשא הירוק, השבילים המרוצפים, העדרם של שערים וגדרות, וגולת הכותרת – הים הכחול הניצב במרחק נגיעה – משרים אווירת חופש, פתיחות ושלווה.

האספקט החמים והביתי של הכפר מקבל משנה תוקף בזכות המדריכים, המלווים את המטופלים במשך כל שעות שהותם בכפר. לצד הידע המקצועי הנדרש מהם, מעניקים המדריכים חום, הבנה וקבלה. לפי התפיסה הטרנס-פרסונלית, הנוכחות הצמודה והאישית של מדריך קשוב הינה חיונית לצורך התקדמות התהליך הטיפולי.

בדומה לגישה ההוליסטית, מתייחסת הפסיכולוגיה הטרנס-פרסונלית לממדים השונים באדם, ובעיקר לאלו אשר אינם ניתנים להמשגה מילולית, ולפיכך אינם באים לידי ביטוי בפסיכותרפיה הקלאסית, המבוססת בעיקרה על שיחה בין המטפל למטופל. אי לכך, בעת בניית התוכנית הטיפולית בכפר, נכללו בין מגוון הטיפולים, גם פעילויות בעלות דגש חוויתי רב, המעניקות ביטוי לערוצי תקשורת שאינם מילוליים בהכרח, כגון שימוש באומנויות, דרמה, יצירה ועוד (Cortright, 1997).

כפר איזון משלב בתוכו גם פעילויות, המאפשרות קרקוע (grounding) – עקרון נוסף של הקונספציה הטרנס-פרסונלית, ומשמעו השבת האדם אל המציאות הפיזית, באמצעות פעילויות ספורטיביות, עבודות פיזיות, הקפדה על היגיינה והרגלי שינה, דיאטה המבוססת על אוכל עתיר פחמימות וכדומה (Cortright, 1997).

יש לציין, כי חרף הנטייה האלטרנטיבית של תפיסה זו, הרי שהיא אינה שוללת את השימוש בתרופות. זאת, מתוך ההבנה, כי במידה ומופעלת בקרה מתמדת על המינון, הרי שעשוי להיות להן אפקט מסייע בתהליך הטיפולי. לכן, בהתאם לצורך, מקבלים רוב המטופלים בכפר טיפול פסיכיאטרי – תרופתי, במקביל לשאר הטיפולים.

מודל טיפולי נוסף, עליו נשענת ההווה הטיפולית בכפר איזון, הוא **מודל ה- PIE** (Proximity, Immediacy, Expectancy), המיועד לטיפול בנפגעי הלם קרב ופוסט טראומה. קהל היעד המקורי של מודל זה היה חיילים, שנפגעו נפשית במהלך קרבות, מתוך שאיפה להשיבם לתפקוד במהירות האפשרית (Kardiner & Spiegel, 1947). היות ומרבית התרמילאים פונים לטיפול בעקבות משבר או טראומה (התקף פסיכוטי, "טרף גרוע" וכדומה), סברו מקימי הכפר, כי מודל זה עשוי לתת מענה הולם למצוקתם. מודל ה- PIE הוצע על ידי הפסיכיאטר האמריקני Salmon (1919), ופותח על ידי Artiss (1963), והוא כולל שלושה עקרונות טיפוליים:

- עקרון הסמיכות (proximity) דוגל בהגשת הטיפול לנפגעים במקום הקרוב לשדה הקרב. הבחירה במיקומו של הכפר נבעה לא רק מחיפוש אחר פסטורליות ושלווה, אלא גם מתוך ניסיון לשחזר את אזור הפגיעה. כאמור, הצעירים חוו את המשבר תוך כדי טיול בארצות אקזוטיות שונות, ומראהו החיצוני של הכפר נועד לשחזר ככל האפשר את ההווי ואת האווירה המקובלים במקומות אלו. בנוסף, צעירים רבים נפגעו במקומות הסמוכים לים, כגון גואה בהודו, ולכן התקווה היתה, כי לים ולחוף הלבן יהיה אפקט תרפויטי.
- עקרון המיידיות (immediacy) – המדגיש את מתן הטיפול במועד סמוך ככל הניתן למועד הפגיעה, מיושם בקבלה המהירה לכפר איזון, ללא צורך ברשימת המתנה. אלו הנמצאים מתאימים, מתחילים מיידית בטיפול. לעתים, נפגע המחולף מהודו מוצא עצמו כבר למחרת בשערי הכפר.
- עקרון הציפייה (expectancy), מתמקד בהעברת המסר, כי הפגיעה היא זמנית, והציפייה היא לשיבה מהירה לתפקוד. מעבר למסרים המועברים ע"י המטפלים, תפיסה זו מודגשת באמצעות תקופת הטיפול בכפר איזון, המוגבלת לכ- 4 - 3 חודשים בלבד (ברוב המקרים).

זאת, בניגוד למוסדות אחרים, בהם שוהים המטופלים למשך פרקי זמן ארוכים. תקופה מוגבלת זו משדרת העדר תיוג וציפייה להחלמה מהירה. מסר זה מועבר גם באמצעות עובדת היות הכפר מקום פתוח, ללא שערים וגדרות. בכך, משדר הכפר אמון בסיסי במטופל וציפייה לחידוש הקשר עם העולם החיצון.

יש לציין, כי מודל ה-PIE יושם בהצלחה בישראל בטיפול בנפגעי הלם קרב ממלחמת לבנון (Solomon & Benbenishty, 1988). לפיכך, סברו מקימי הכפר, כי למודל יהיה אפקט חיובי גם על מטופלי כפר איזון.

מערך הטיפולים

הקונספציות העומדות בבסיס התנהלותו של כפר איזון, הכתיבו את הקמתו של מערך תרפויטי רב – גוני, הכולל שפע של שיטות טיפול, החל מאלו הקלאסיות וכלה בטיפולים אלטרנטיביים ויצירתיים. כל הפעילויות, המרכיבות את התוכנית הטיפולית בכפר, נבחרו בקפידה, כאשר מאחורי רובן המוחלט עומד רציונל, הנשען על ספרות מקצועית ענפה. להלן, בחרנו לסקור בקצרה את השיטות הטיפוליות הבולטות בכפר איזון, ואת ממצאי הספרות, עליהם הן נשענות. בפרק הממצאים נדון במידה, בה שיטות אלו אכן נמצאו אפקטיביות בקרב מטופלי כפר איזון.

הטיפול התרופתי

הוגים מסוימים בקהילה הפסיכותרפית שוללים את השימוש בתרופות פסיכיאטריות, בין השאר, מתוך הטענה, כי התרופות אומנם מקלות על תסמיני המחלה, אולם אינן מטפלות בגורם שעורר אותה. לכן, הן אינן פותרות את מוקד הבעיה, אלא בסך הכל מטייחות ומסתירות את קיומה.

אומנם, רבים ימצאו את הטיפול התרופתי לבדו בלתי מספק. עם זאת, במקרים רבים, הוא עומד כתנאי הכרחי, אשר בלעדיו לא תתאפשר כל התערבות טיפולית אחרת. זאת, משום שלעתים קרובות, חומרת הסימפטומים היא כה קשה, עד כי החולים אינם מסוגלים לגייס את המשאבים הנפשיים הנדרשים לצורך תהליך טיפולי עמוק. במקרים אלו, התרופות מסייעות לנפגעים להגיע לרמה בסיסית של איזון נפשי וגופני, המאפשרת להם בשלב מאוחר יותר, לטפל ברובד העמוק יותר של מחלתם.

מסיבה זו, מרבית המטופלים בכפר משולבים בטיפול התרופתי ברמה זו או אחרת, לפחות בתחילת שהותם. טיפול זה ניתן בעיקר לאלו הלוקים בפסיכוזה או בהפרעה ביפולרית, אולם גם ללוקים בדיכאון, חרדה ועוד, בהתאם לחומרת הפרעתם. מגוון התרופות הקיימות הוא עצום ולכן בחרנו לסקור להלן רק את אלו הנוגעות לטיפול בפסיכוזה, המהווה את ההפרעה הנפוצה ביותר בקרב השוהים בכפר.

התרופות האנטי פסיכוטיות המוקדמות פותחו במהלך שנות ה-50 וכינו "התרופות הטיפוסיות", כגון Perphenan, Largactyl, Halidol ועוד. לתרופות אלו נמצאה הצלחה רבה בהקלת התסמינים החיוביים, אולם פחות בהתמודדות עם הסימפטומים השליליים. בנוסף, היתה להן שורת תופעות לוואי מוטוריות, כגון התכווצויות שרירים בלתי רצוניות, איטיות בתנועות ועוד.

במטרה להפחית תופעות אלו, פותחה במהלך השנים סדרה של תרופות חדשניות יותר, המכונות "התרופות הלא-טיפוסיות", כגון Risperidal, Zyprexa, Seroquel ועוד (מלמד ואח', 2005).

ממחקרים עולה, כי 60% מהחולים, המטופלים בתרופות, מגיעים לרמיסיה (היעלמות התסמינים) כעבור 12 שבועות. 25% נוספים מגיעים לרמיסיה בפרק זמן ארוך יותר ואילו 15% אינם מגיבים באופן מספק לתרופות (מלמד ואח', 2005). הקלה סימפטומטית זו, מאפשרת, אם כן, למרבית החולים, להתאושש מהפסיכוזה ולגייס כוחות לצורך תהליכים טיפוליים עמוקים יותר.

הטיפול הפסיכותרפויטי

בעוד הטיפול התרופתי מתמקד באיזון הביוכימיה של מוח האדם, הפסיכותרפיה היא ניסיון לטפל בהפרעות נפשיות באמצעים פסיכולוגיים, המשפיעים על הנפש. רוב שיטות הטיפול מתבצעות באמצעות שיחות בין המטפל למטופל, כאשר המפורסמת שביניהן היא **הפסיכותרפיה הפסיכודינמית**. על פי תפיסה זו, מחלת נפש היא ביטוי להתרחשויות מנטליות עמוקות, על פי רוב בלתי מודעות, הקשורות בעברו של הפרט. באמצעות העלאת אסוציאציות חופשיות, נעשה ניסיון לחשוף את הקונפליקטים העמוקים של המטופל, בהנחה שהבנתם תביא לידי היעלמות התסמינים (Atkinson, 2000).

שיטה מקובלת נוספת היא **הפסיכותרפיה ההתנהגותית**, לפיה כל ביטוי של התנהגות בלתי מסתגלת, אינו אלא הרגל שנרכש בעבר. לכן, באמצעות התאמת מערך של התניות, ניתן להביא לידי הכחדת הרגלים בלתי רצויים ורכישת הרגלים רצויים אחרים. יחד עם זאת, כיום מטפלים רבים אינם מסתפקים בהתייחסות להיבטים התנהגותיים חיצוניים בלבד, אלא מבקשים לטפל גם במנגנוני החשיבה והרגש, העומדים מאחוריהם. לפיכך, מקובל לשלב שיטה זו עם **פסיכותרפיה קוגניטיבית**, המכוונת לרכישת תפיסות אדפטיביות יותר כלפי העצמי והסביבה. שילוב זה הוכח כאפקטיבי בטיפול בדיכאון ובהפרעות חרדה שונות (Atkinson, 2000).

במקורה נועדה הפסיכותרפיה לאדם אחד בלבד (קרי, טיפול פרטני), אולם, לימים פותחו גם שיטות לפסיכותרפיה קבוצתית, זוגית ומשפחתית. מסתבר, כי לקבוצה ישנו כוח רב, השונה מהכוח שיש למטפל יחיד. לא לחינם נטבעה הסיסמא הידועה, כי "השלם גדול מסכום חלקיו": לקבוצה עוצמה ייחודית, שהיא גדולה וחזקה יותר מהכוח האריתמטי של הנוכחים בה.

הקבוצה החברתית קיימת כנתון מוגדר ואינה תוצר של תפיסה טיפולית זו או אחרת, אולם **הפסיכותרפיות הקבוצתיות** מנצלות את עוצמתה, לצורך עידוד תהליכים תרפויטיים שונים. הקבוצה הטיפולית מהווה מעין מיקרוקוסמוס למתרחש בין בני אדם בעולם המציאותי, אך מאפשרת, בנוסף להתרחשויות המתקיימות בה, גם לחקור ולהבין התרחשויות אלו. לכן, היא מעניקה הזדמנות ייחודית לרכישת דפוסיים בין אישיים וחוויות רגשיות מתקנות של עיוותים, המהווים חלק מהיסטוריית היחסים הבין-אישיים של הפרט.

מעבר לכך, הבנת האחר מסייעת למטופל לקבל ולהשלים עם עצמו, בפרט עם הממדים המודחקים והכאובים ביותר שבו. הוא לומד להעלות קונפליקטים, לפתור אותם וללמוד לחיות עימם. תהליך זה כרוך בחרדה שהיא בלתי נמנעת נוכח קונפליקט, והקבוצה מסייעת למטופל לשאת חרדה זו. האינטראקציה הבין-אישית מאפשרת גם תובנה לדפוסים מאל-אדפטיביים של התנהגות והכשלה עצמית, רכישת יכולת הסתגלות למסגרות, ניהול מצבי משבר ולחץ, למידת עבודה משותפת, חינוך לערכים ולמיומנויות בין-אישיות ועוד (גיל, צ.).

גם **הפסיכותרפיה המשפחתית** מכוונת להעצמת כוחה של הסביבה, אולם זו מתמקדת במעגל הקרובים הראשוני ביותר והוא – המשפחה הגרעינית. כידוע, התפתחות אישיותו של הפרט תלויה רבות באופי היחסים הבין אישיים במשפחה. תקשורת חמימה וזורמת בין בני המשפחה, כמו גם תמיכה, קבלה והערכה, הינם אבני יסוד חיוניות לצורך בנייתו של נפש בריאה. לחילופין, יחסים משפחתיים לקויים עלולים לעודד את פריצתן של בעיות מנטליות שונות. לדוגמא, נמצא, כי יחסים בעייתיים במשפחה (כגון, מעורבות יתר, קונפליקטים, תקשורת אבנורמלית ועוד) מנבאים הפרעות פסיכוטיות ומגדילים את הסיכון להתקף חוזר בקרב חולים פסיכויטיים, לאחר תקופת נסיגה (Comer, 2001).

לפיכך, במחצית השנייה של המאה ה-20 החלה להתפתח מגמה כללית של תפיסת האדם כחלק מסביבתו החברתית והמשפחתית. על בסיס מגמה זו, פותח הטיפול המבני במשפחה על ידי סלבאדור מינושין (1982), הגורס, כי יש להתייחס אל היחיד כאל חלק ממערכת ולא כאל פרט בודד, מאחר והבעיה עשויה להימצא בתוך המטופל, בהקשר החברתי שלו או בהיזון החוזר ביניהם (מינושין, 1982).

טיפול, המתוכנן מתוך השקפה זו, מתבסס על שלושה עקרונות:

- חיי הנפש של היחיד אינם תהליך שכולו פנימי, אלא רצף של פעילות גומלין בין הפרט וסביבתו. לפיכך, חובה להביא בחשבון את המערכת השלמה.
 - שינויים או זעזועים במבנה המערכת המשפחתית תורמים לשינויים בהתנהגות ובתהליכים נפשיים פנימיים של חברי אותה מערכת.
 - תפקיד המטפל הוא ליצור מערכת תרפויטית חדשה, שהוא מהווה חלק ממנה, על-מנת לכוון את התנהגות חברה.
- (מינושין, 1982. טיבי, 1997).

שיטת טיפול נוספת הנהוגה בכפר הינה **הפסיכודרמה**. הפסיכודרמה לפי מורנו (61 - 1946) היא שיטה של טיפול אישי במסגרת קבוצתית. שיטה זו מבוססת על האמונה, כי בכל אדם יש מן הכוח הבורא והיוצר. במסגרתה, המשתתפים בוחנים דפוסים של יחסים בין-אישיים, קונפליקטים ובעיות אמוציונליות ומטפלים בהם באמצעות שיטות, הלקוחות מעולם התיאטרון. בהיבט זה, פירוש המלה "דרמה" אינו "משחק" או "הצגה", אלא היא משמשת כאן במשמעותה הראשונית (כלומר, במקורה היווני) - "פעולה". כלומר, במקום לפתור בעיות המתעוררות בין אדם לבין עצמו, בין אדם למשנהו, או בתוך קבוצת אנשים באמצעות השפה המילולית, מועלות הבעיות ע"י הצגתן בפועל.

שיטת העבודה בפסיכודרמה מבוססת על חילוף תפקידים, המאפשר לכל משתתף להיות, במהלך הדינמי, בתוך תפקידו ואף בתוך "עורו" של חברו לקבוצה. היכולת לראות את המציאות ואת העצמי בעיני האחר, פותחת אפשרויות לשיתוף פעולה על בסיס ידידותי, תוך פתיחות לנקודת מבט שונה. פתיחות זו היא אבן יסוד להכרות מעמיקה יותר עם העצמי.

לפסיכודרמה יתרונות מספר על פני הפסיכותרפיה הקלאסית, המבוססת על מלל. ביטוייה הפיזיים מאפשרים למשתתפים לחוות קתרזיס, קרי, פורקן רגשי של אמוציות, שאינו תמיד מתאפשר בשיחה מילולית. בנוסף, היא מאפשרת תקשורת יצירתית מתוך הקשבה ואמפתיה, במקום ביקורת ואשמה, האופייניות לפתרון בעיות בשיטות וורבליות. הטכניקות הייחודיות של הפסיכודרמה מרככות התנגדות לטיפול ומעודדות הצטרפות לתהליך הטיפולי (Kellermann, 1992).

בהתאם לכך וכחלק מתפיסת הטיפול ההוליסטי, משלב כפר איזון בתוכו מגוון שיטות של פסיכותרפיה, החל מטיפול פרטני קלאסי, דרך טיפול משפחתי, המערב את הוריו ולעתים אחיו של המטופל, וכלה בטיפולים קבוצתיים, כגון טיפול קבוצתי דינמי, קבוצת ההתמכרות, הפסיכודרמה ועוד.

הטיפולים האלטרנטיביים

מעבר לתרפיות הקלאסיות, המקובלות במקומות רבים, משלב כפר איזון במערך הטיפולים שלו גם טיפולים אלטרנטיביים שונים, הנפוצים הרבה פחות. טיפולים אלו מהווים את אחד הדגלים המרכזיים של הכפר, בהיותם מאפיין ייחודי, אשר אינו בנמצא במסגרות המקובלות.

ההחלטה לשלב שיטות אלטרנטיביות בתוכנית הטיפולית של הכפר, נשענה, כאמור, על הקונספציה הבסיסית, הדוגלת בהתייחסות הוליסטית לנפש האדם. לפיכך, מעבר לפסיכותרפיות הקלאסיות, המבוססות בעיקר על יכולת וורבלית, ניתן בכפר מקום גם לביטויים אחרים, המבוססים על תנועתיות, דמיון, יצירה ועוד. מעבר לכך, תרפיות אלו נועדו לייצר קרבה תרבותית לעולמם של התרמילאים, מתוך ניסיון לדבר בשפה ובסמלים הקרובים ללבם.

הטיפולים המוצעים בכפר כוללים מגוון אפשרויות, כגון טיפול באומנות, דרבוקות, חימר וכדומה, וכן תרפיות בעלות גוון גופני, כגון שיאצו, רפלקסולוגיה, דיקור, שיטת אלבאום, קונג – פו ועוד.

אפקטיביות התהליך הטיפולי – הגזרת מדדים להצלחה

מאפייניו הבלתי שגרתיים של כפר איזון, הקונספציות הטיפוליות עליהן הוא מושתת, מגוון הטיפולים והאוכלוסיה אליה הוא מיועד – מגדירים את הכפר כמוסד יחיד במינו, אשר אין דומה לו בארץ ובעולם. אומנם, הכפר נשען על מודלים תרפויטיים, להם תמיכה רבה בספרות, אולם המבנה והמאפיינים הייחודיים שלו מעלים את השאלה, האם לגישות אלו ישנה הצלחה גם בהקשר הספציפי של כפר איזון.

כבסיס לבחינת אפקטיביות של שיטה טיפולית, יש להגדיר, ראשית כל, מהי אפקטיביות? כלומר, כיצד נמדדת הצלחה טיפולית ומהם הקריטריונים, הקובעים, כי מטופל מסוים אכן החלים מהמספר שתקף אותו?

כאשר מדובר במוסדות המטפלים בגופו של אדם, מדידת השיפור קלה יותר. מדדים פיזיולוגיים – אובייקטיביים בדרך כלל מספקים מענה פשוט לשאלה, האם שיטת הטיפול היא יעילה או שמא – חסרת משמעות ואף מזיקה. לעומת זאת, כאשר מדובר בטיפול נפשי, נתקלנו בקושי רב להגדיר מהו שיפור רצוי, או במילים אחרות – מהי ההגדרה הטובה ביותר למושג "החלמה" או "בריאות נפשית".

מגוון הדעות בנושא רחב לא פחות ממגוון הקריטריונים, המוצעים למדידת אפקטיביות של תהליך טיפולי. בשיח הקליני – פסיכיאטרי מקובל למדוד החלמה במונחים של **רמיסיה** (remission), כלומר, נסיגת הסימפטומים המגדירים את מצב המחלה. בהתאם לכך, יעילות הטיפול נמדדת במונחי האחוז הסטטיסטי של המטופלים, המגיעים לרמיסיה מלאה או חלקית בפרק זמן מסוים.

עם זאת, בשנים האחרונות החלה להתפתח מודעות הולכת וגדלה בקרב קהיליית המטפלים, כי מונח זה הינו צר מידי. במקרים רבים, החולים מגיעים לרמיסיה מלאה, אולם עדיין נתונים תחת השפעת המאורע שחוו. השפעה זו מתבטאת בקשיי תפקוד בחיי היומיום, ליקויים בתחום החברתי והאינטימי וכן בעיות הקשורות במדד הרגשי ובתחושות של חוסר משמעות. מסתבר, כי בריאות הנפש אינה מוגדרת רק כ"אי – מחלה", אלא כוללת בתוכה מגוון רחב של דפוסי התנהגות, חשיבה ורגש, המשפיעים על רווחתו של הפרט. מודעות זו הביאה לדרכי הערכה מתוחכמות יותר, הכוללות מספר מדדים, הבוחנים את מצבו של המטופל בקריטריונים כגון תפקוד, שביעות רצון מהחיים, התייחסות לרגשות, רשתות חברתיות ועוד (Andreasen, 2005).

ניתן לחלק קריטריונים אלו למספר היבטים מרכזיים:

א. ההיבט התפקודי – התנהגותי

חלק אינטגרלי מהגדרתה של החלמה הוא השיבה לתפקוד נורמטיבי (Schorre & Vandvik, 2004), המתבטאת ביכולת לקיים חיים עצמאיים ולהשתלב במסגרות החברתיות המקובלות בקרב האוכלוסייה הבריאה בשכבת הגיל המדוברת. ברור, כי לא ניתן להעניק את התואר "בריא" לאדם, אשר פסק מלחוות תסמינים פסיכויטיים, אולם אינו מסוגל לשוב לשגרת יומיום תקינה. מכיוון שבוגרי הכפר הם צעירים בשנות ה-20 ו-30 לחייהם, הרי שהחלמה בהיבט זה תתבטא, בין השאר, בשיבה לביצוע הפעילויות האופייניות לצעירים בריאים בשכבת גיל זו, קרי:

- השתלבות במסגרות עבודה או לימודים.
- תפקוד עצמאי בחיי היומיום, ללא תלות במסגרות שיקומיות.

פרמטר נוסף לבחינת שיפור בהיבט זה, הינו המידה בה הפרט נפטר מעולן של התנהגויות בלתי סתגלניות, העלולות לפגוע בתפקודו. אחת הדוגמאות הבולטות לכך היא השימוש בחומרים פסיכואקטיביים.

מכיוון שהכפר שם לו למטרה לשרש נוהג זה ממטופליו, ומאחר והמסר הרווח בכפר הינו, כי שימוש בסמים מהווה התנהגות מאל-אדפטיבית, הפוגעת בקיומו של אורח חיים תקין – הרי שהמידה בה הבוגרים הפנימו מסר זה, מהווה מדד להצלחה טיפולית.

ב. ההיבט הרגשי – קוגניטיבי

החלמה והתאוששות בהיבט הרגשי – קוגניטיבי מתבטאת ברכישת דפוסי חשיבה ורגש אדפטיביים יותר, המובילים לתפיסת עצמי מגובשת, המכילה את חווית המשבר בתוכה. היבט זה הוא מוקד העניין של הפסיכולוגיה הטראנס – פרסונלית, המתמקדת בהפנמה ובעיבוד נכון של המשבר כחלק מתהליך ההחלמה (קורטרייט, 1997).

תומס מקגלשן (1987) ואח' טוענים, כי אחד הגורמים המשפיעים על תוצאה טיפולית רצויה זו הוא סגנון ההתמודדות של הפרט עם המצב הפסיכוטי. חוקרים אלו איתרו שני סגנונות התמודדות אופייניים:

- **סגנון התמודדות מטייח (Sealing over)** מתבטא בהדחקה, בהכחשה ובניסיון להימנע מעיסוק במשבר הפסיכוטי. זאת, משום שבבסיסו עומדת התחושה, כי המשבר הינו שלילי, בלתי רצוי ואין בו כל מהות חיובית. הניסיון הקדחתני להתעלם מעובדת התרחשותו של המשבר, מונע את האינטגרציה של החוויה בתוך תפיסת העצמי, וכתוצאה מכך – את היכולת להשלים עימה. חוסר ההשלמה עם המשבר מונע מהפרט להתקדם הלאה, והוא חש כקורבן הנשלט ע"י כוחות חיצוניים.

סגנון התמודדות בעייתי זה גורר אחריו תוצאות עגומות גם בשאר היבטי חייו של הפרט. התפיסה הנגיביסטית של המשבר מובילה לרצון עז "למחוק" את רישומו ממפת החיים ולשוב אל המצב הפרה – מורבידי. מכיוון ששאיפה זו, כמובן, בלתי ניתנת למימוש, הרי שמדובר במתכון לפגיעה בדימוי העצמי ולתחושות דכדוך, ייאוש ואף דיכאון. למעשה, דיכאון פוסט פסיכוטי נובע לעתים קרובות מההכרה במשמעות השלילית של הפסיכוזה כלפי המשך החיים. בנוסף, המאמץ למנוע את חשיפתה של ההתנסות הפסיכוטית, גורר כתוצר לוואי גם ליקויים בתפקוד חברתי, שכן האדם חושש ליצור מערכות יחסים משמעותיות, שמא ייחשף "קלונו". הוא אף נמנע מניסיונות של מטפלים לחקור את הסימפטומים שלו. הבדידות הכפויה, ההסתגרות בתוך העצמי וההימנעות מקבלת תמיכה חברתית, עלולים לגרור אחריהם הידרדרות ונסיגה כללית.

- **סגנון התמודדות משלב**, לעומת זאת, נובט מיחס אמביוולנטי כלפי ההתנסות הפסיכוטית, המתבטא באמונה, כי התנסות זו אינה כולה שלילית, אלא עשויה להוות כלי לצמיחה ולהתבגרות. אמונה זו מובילה לרצון עז לחקור את פשר המשבר ולהפיק ממנו תובנות חדשות. באמצעות שילוב המידע החדש שנחשף בזמן המשבר, משתנה הדימוי העצמי של הפרט, והוא אינו אוחז עוד בתפיסת העצמי, בה החזיק טרם המשבר.

- לפיכך, סגנון התמודדות משלב, כשמו כן הוא, מוביל לאינטגרציה של חווית המשבר בתפיסת העצמי. לכן, הוא נתפס כסגנון התמודדות אדפטיבי, אשר אינו חומק מהבעיה, אלא מתמודד עימה עד להשלמה והפנמה. השלמה זו מאפשרת לפרט לשקם את דימויו העצמי ולשוב לחוויות חיים מלאים ומספקים.

סגנון התמודדות זה אכן נמצא כקשור להתאוששות טובה יותר גם בהיבטים אחרים, כגון התמודדות טובה יותר עם דיכאון פוסט – פסיכטי. במחקר של Drayton (1998), לדוגמא, נמצאו רמות גבוהות יותר של דיכאון אצל מטופלים בעלי סגנון התמודדות מטייח, מאשר בקרב מטופלים המתמודדים באופן "משלב". בעוד 88% מ"המטייחים" לקו בדיכאון בינוני עד גבוה, המטופלים "המשלבים" היו בעלי רמת דיכאון קלה לכל היותר. כמו כן, לסגנון ההתמודדות המשלב השפעה חיובית גם על התאוששות ברמה החברתית. מכיוון שמטופלים "משלבים" מעוניינים בסיוע בהבנת המשבר, הרי שהם אינם נמנעים מקשרים חברתיים וזוכים גם לתמיכה ולעידוד, שקשרים אלו מסוגלים לספק (McGlashan, 1987 ; צדיק, 2003).

ניתן לקבוע, אם כן, כי תהליך טיפולי מוצלח יתמקד בפיתוח סגנון התמודדות משלב, המוביל להפנמה ועיבוד של חווית המשבר. החלמה לקויה בהיבט זה תתבטא בסגנון התמודדות מאל – אדפטיבי, ביחס שלילי כלפי החוויה המשברית ובהעדר השלמה עימה.

ג. ההיבט החברתי

סגנון הטיפול בכפר מדגיש ובמידה מסוימת אף "כופה" על המטופל את מעורבותם של אחרים. דגש זה מתבטא בעצם השהות האינטנסיבית עם מטופלים, מדריכים ואנשי צוות במשך כל שעות היממה, כמו גם בטיפולים הקבוצתיים ובטיפול המשפחתי. דגש זה נובע מהבנת חשיבותו של הזולת בתהליך ההחלמה. היכולת לנהל מערכות יחסים ולתפקד כשורה במסגרת חברתית מעידה במידה רבה על מצב נפשי ורגשי תקין. בנוסף, קשרים חברתיים משמעותיים עשויים להיות הרי גורל בקביעת מהלך החלמתו של הפרט. רשת חברתית, המעניקה תמיכה, קבלה ועידוד, מסוגלת להאיץ את מהלך ההחלמה ולמנוע נסיגות ומשברים. לעומת זאת, ליקויים בהיבט זה, כגון בדידות והסתגרות או לחילופין, מעורבות חברתית שלילית (כגון, ביקורתיות יתר, חודרנות, רגשות שליליים ועוד), עלולים לפגוע בתהליך ואף לגרום לקריסתו (Zimet et al., 1998).

לפיכך, החלמה בהיבט זה תתבטא במעורבות המטופל במערכות יחסים משמעותיות ואף במסגרת זוגית יציבה. מעבר לכך, מכיוון שאחד מיעדי הכפר הוא המסגרת המשפחתית, הרי שטיפול משפחתי מוצלח יתבטא בקיומם של יחסים משפחתיים חמים, תומכים ומקבלים יותר.

על מנת לתת מענה לטווח הרחב של מדדי ההחלמה, נעשה במחקר זה שימוש במגוון מאמצי מחקר למדידת ההצלחה הטיפולית.

חלק מההיבטים לעיל נבחנו באמצעות ראיונות איכותניים עם בוגרי הכפר, ואילו אחרים נבדקו בסיוע כלים כמותיים, המקובלים להערכת התאוששות בתחום בריאות הנפש. חלק מהכלים הללו מכוונים ישירות למדידת מושג הרמיסיה ולנוכחותם או העדרם של תסמינים, המגדירים הפרעה נפשית. יתרת הכלים בודקים פנים נוספים של החיים האישיים והחברתיים, כגון שביעות רצון מהחיים, תמיכה מרשתות חברתיות משמעותיות וכדומה (לפירוט הכלים בהם נעשה שימוש במחקר, ראו פרק "מטרות ושיטת המחקר" וכן נספח ו'1).

סיכום

עם התרחבות תופעת התרמילאות בחברה הישראלית, נלוותה אליה כתוצר לוואי תופעה מדאיגה. צעירים רבים, היוצאים לטייל בניכר, מתקשים לשוב ולהתערות בהויית העולם המערבי. גילם הצעיר המועד לפורענות, בשילוב עם גורמים שונים הייחודיים לחווית הטיול (כגון, שימוש מוגבר בסמים או עיסוק בחוויות רוחניות) צופנים בחובם סיכון לקריסה מנטלית ולהתפרקות מבנה האישיות.

למרבה הצער, צעירים אלו אינם מוצאים את מקומם במסגרות הפסיכיאטריות המקובלות. המשבר אליו נקלעים הצעירים אומנם דומה בתסמיניו להתקף פסיכוטי, אולם הגורמים למשבר, מאפייני הרקע של הצעירים והפרוגנוזה הטיפולית שלהם שונים בתכלית, מאלו הנפוצים בקרב אוכלוסיית נפגעי הנפש. יתירה מכך, עולם התרמילאים מהווה מעין תת תרבות, הכוללת בתוכה אמונות וחוויות ייחודיות, בפרט בתחום הרוחני. תרבות זו, המשלבת בתוכה אלמנטים שונים של תרבות מזרח אסיה, מחייבת התייחסות טיפולית מותאמת.

כפר איזון הוקם כמענה ראשוני וייחודי למצוקה זו. הכפר משלב בתוכו אלמנטים מתפיסות טיפוליות שונות, כאשר "גישת – העל" של הכפר הינה גישה מזרחית – הוליסטית, השואפת לתת מענה לממדים רבים ככל האפשר בחווייה המשברית של הפרט. בהתאם לכך, מופעל בכפר מערך טיפולים מגוון ביותר. מעבר לטיפול ממוקד סימפטומים, מנסה התוכנית הטיפולית בכפר לענות על מצוקות שונות בהיבט הרוחני, הרגשי, הקוגניטיבי, המשפחתי ועוד. בכפר לא ניתן למצוא את אוירת הניכור האופיינית לבתי חולים פסיכיאטריים, והצעיר הבא בשעריו אינו מתוייג כ"חולה נפש", אלא כאדם הנזקק לסיוע זמני, מתוך ציפיה, כי ישוב במהרה למעגל החברה הנורמטיבית.

ברבות השנים, התעורר הצורך לבחון את התפיסות הטיפוליות ואת צורות הפעילות בכפר, במטרה לוודא כי הן עדיין עונות על צרכי אוכלוסיית המטופלים, חרף השינויים שחלו בה. מאפייני הכפר הותאמו לקבוצת התרמילאים, אולם עם השנים החל הכפר לקלוט גם צעירים, שאינם משתייכים לקטגוריה ספציפית זו. בעקבות זאת, נוצרה בכפר תמונה חברתית מגוונת, אשר ייתכן והיא דורשת התייחסות שונה, מזו שתוכננה בראשונה. כמו כן, כ- 300 מטופלים סיימו את התהליך הטיפולי בכפר, אולם עד כה לא נערך בקרבם מחקר שיטתי ואובייקטיבי, במטרה לברר את תרומתו הטיפולית של הכפר.

דו"ח המחקר להלן כולל בתוכו שני היבטים מרכזיים, שנועדו לענות על שאלות אלו. בפרק הממצאים, חלקים א' – ג', יפורטו ממצאי ההערכה המעצבת, המשרטטת תמונה מקיפה בנוגע לשיטות הפעילות בכפר, ההרכב האנושי של האוכלוסייה השוהה בו, שלבי התהליך הטיפולי ועוד. חלק ד' בפרק הממצאים מפרט את חלקו השני של המחקר – הערכת אפקטיביות הטיפול במגוון היבטי התאוששות. כאמור לעיל, מדידת האפקטיביות בהיבט הסימפטומטי בלבד, אינה משקפת את המצב לאשורו. לפיכך, הפעלנו טכניקות איכותניות וכמותיות שונות למדידת התוצאות הטיפוליות בכפר ממגוון היבטים קליניים, תפקודיים, רגשיים וחברתיים. אנו תקווה, כי ממצאי המחקר והמשמעויות הנובעות ממנו, יסייעו לצוות הכפר בביצוע מלאכתו החשובה.



ממציא' המחקר

חלק א'

אפיון המסערת השיפוטית

1. אפיון אוכלוסיית המטופלים

1.1 חלוקה קטגוראלית

קבוצת המטופלים הבולטת בכפר מורכבת מקהל היעד הראשוני שלו: צעירים ישראלים, שנסעו לטיול תרמילאים בחו"ל ונפגעו נפשית עקב שימוש בסמים.

לקבוצה זו מספר מאפיינים בולטים:

- מרביתם משתייכים לקבוצה איכותית מבחינה חברתית. רובם ניהלו אורח חיים נורמטיבי טרם פרוץ המשבר, אשר כלל השתלבות מוצלחת במסלול חייו התקין של צעיר ישראלי: השלמת לימודיים תיכוניים, השגת תעודת בגרות ושירות צבאי. חלקם אף הוגדרו כתלמידים מחוננים או מצטיינים, ושירתו בצבא בתפקידים איכותיים. היו, אשר חוו את המשבר במהלך לימודים אקדמיים (יענקלה- יש לי חלק מהנתונים, אך לגבי כלל האוכלוסיה ולא ספציפית לתרמילאים).
 - 89% מהתרמילאים הגיעו לכפר בעקבות התפרצותה של חוויה משברית בעלת מאפיינים פסיכוטיים, הכוללים הזיות, דלזיות וכדומה. כ- 30% חוו את המשבר על רקע שימוש בקבנים או בסמי הזיות במהלך הטיול, ואילו בקרב 15%, הזרז למשבר היה סם אחר או סם לא ידוע. כאמור, בדרך כלל מדובר במשבר ראשוני ומפתיע, אשר לא קדמה לו היסטוריה של בעיות נפש (יענקלה-בשביל זה צריך את אילן – תרמילאים בפילוח של נתוני רקע אישיים).
 - ממצאי המחקר האיכותני מעלים, כי במקרים רבים, התיאור הנמסר ע"י הצעירים לגבי מהלך המשבר ואופיו, רווי בשיח רוחני, המזכיר את המונח "משבר רוחני" (לפירוט, ראו בסקירת הספרות). רבים מהם מתארים את המשבר כאירוע שנבע ממסע של חיפוש משמעות, אשר הגיע לכדי אובדן שליטה. לעתים המשבר נחווה על רקע השתתפות באירוע רוחני מיסטי, כגון סדנאות מדיטציה וכדומה, שלווה בשימוש רב בחומרים פסיכואקטיביים. יצויין, עם זאת, כי ע"פ נתוני תיקי הבוגרים, רק 12% הוגדרו כסובלים ממשבר שפרץ על רקע חוויות רוחניות. ייתכן, כי הפער נובע מהגדרות שונות של המושג "משבר רוחני". נתוני התיקים מתבססים על הערכות הצוות הקליני בכפר, בעוד ממצאי המחקר האיכותני נאספו לאור ההגדרה האנתרופולוגית הרחבה יותר של מושג זה.
 - למרות חריפות המשבר בקרב רבים מהצעירים, נראה כי לחלקם הגדול יש פרוגנוזה טובה, בהשוואה לנפגעי נפש אחרים. החלמתם מהירה יחסית והם בעלי סיכויים גבוהים יותר לחזור לתפקוד נורמטיבי, לאחר תקופת הטיפול בכפר.
- כחצי שנה מתחילת פעילות כפר איזון, החל הכפר לקלוט לקרבו גם צעירים בעלי מאפיינים, השונים מאוכלוסיית היעד המקורית. החלטה זו נבעה בעיקר מהקשיים הכלכליים בפניהם עמד הכפר, עקב מיעוט יחסי של מטופלים בקטגורית אוכלוסיית היעד ובשל מיעוט התמיכה התקציבית בו.

מטופלים אלו יכוננו להלן "קבוצת הלא – תרמילאים", עקב הקושי למצוא מכנה משותף מאחד, למעט העובדה, כי לא חוו את המשבר בנסיבות של תרמילאות ומהלך מחלתם אינו זהה, בדרך כלל, לזה של אוכלוסיית התרמילאים.

צעירים המשתייכים לקבוצה זו לוקים במגוון בעיות נפשיות, בדרגות חומרה שונות. למרות השונות, ניתן לשרטט באופן גס מספר קטגוריות משנה בקבוצת הלא – תרמילאים:

- **צעירים הלוקים במחלות נפש כרוניות**, שפרצו על רקע שימוש בסמים, כגון הפרעות אפקטיביות, הפרעות חרדה, סכיזופרניה ועוד.
- **מכורים לחומרים פסיכואקטיביים**, כגון אלכוהול, קוקאין, קנביס ועוד. במקרים מעטים נקלטו בכפר גם מכורים להירואין (3%), למרות שהדבר נוגד את המדיניות הרשמית המוצהרת של הכפר. רוב המשתייכים לקטגוריה זו אינם סובלים ממחלה פסיכוטית במקביל לבעיית ההתמכרות.
- **צעירים הסובלים מהפרעות התנהגות על צורותיהן השונות** (היבטים שונים של חוסר שליטה על דחפים, כגון התפרצויות זעם, עימותים עם סמכות ועוד) וכן מהפרעות קשב וריכוז. ברוב המקרים, מתלווה להפרעות אלו גם שימוש בחומרים פסיכואקטיביים.
- **במסגרת שהותנו בכפר נתקלנו במספר צעירים, המוגדרים כ"חלופת מעצר" (2%) (לפירוט, ראו בסקירת הספרות). צעירים אלו, בדרך כלל, אינם לוקים בהפרעות פסיכוטיות, אולם במקרים רבים, נטייתם העבריינית מלווה וקשורה לבעיות נפש שונות, כגון הפרעות התנהגות, הפרעות אישיות ועוד וכן לשימוש בסמים.**

במסגרת המחקר, איתרנו שני הבדלים בולטים, המבחינים בין המשתייכים לקבוצת הלא-תרמילאים לבין קבוצת התרמילאים:

- א. רובם הגיעו לכפר, לאחר היסטוריה של משברים נפשיים.
- ב. רובם מודעים במידה זו או אחרת לבעיה ממנה הם סובלים.

מחובתנו לציין, עם זאת, כי **החלוקה הקטגוריאלית לעיל היא גסה ביותר ונועדה בעיקר לצרכי הבנת המבנה הכללי של אוכלוסיית המטופלים בכפר.**

בפועל, חלק גדול מהמטופלים אינם משתייכים לקטגוריה אחת בלבד, אלא משלבים מאפיינים ממספר קטגוריות. למעשה, למעט חלק מהתרמילאים, הסובלים ממשבר פסיכוטי בלבד, רוב המטופלים לוקים במגוון בעיות, אשר לעתים הובילו אחת אל השניה. בנוסף, בקרב שתי הקבוצות ניתן למצוא מטופלים, הדומים יותר במאפייניהם לאנשי הקבוצה השניה. לדוגמא, ישנם תרמילאים, אשר המשבר הפסיכוטי היווה עבורם זרז לפריצתה של הפרעה כרונית. לעומתם, מצאנו צעירים, שנפגעו משימוש בסמים שלא בנסיבות תרמילאות, אך מאפייניהם מבחינת השתייכותם התרבותית, העדר היסטוריה מנטלית בעייתית וההתאוששות המהירה, דומים יותר לאלו של קבוצת התרמילאים.

אי לכך, במרבית המקרים, אין להתייחס רק להגדרה היבשה, המסווגת את המטופל לפי המדינה בה חווה את המשבר, אלא גם לרקע ולאופי החוויה המשברית, המשייכים את המטופל לאחת משתי הקבוצות לעיל. כאשר נדון בממצאים שנחשפו "בקרב אוכלוסיית התרמילאים", כוונתנו היא לתאר את המתרחש בקרב מטופלים, בעלי תכונות האופייניות לאוכלוסייה זו. לפיכך, ניתן לייחס ממצאים אלו גם לצעירים, אשר טכנית לא חוו את המשבר תוך כדי טיול, אך הם בעלי רקע ומאפיינים דומים.

1.2 מאפייני אוכלוסיית המטופלים

במהלך המחקר, ניתחנו לעומק את תיקיהם האישיים של 115 בוגרים, שטופלו בכפר מתחילת 2004 ועד ספטמבר 2005. ניתוח זה מאפשר לנו לאפיין את אוכלוסיית המטופלים בכפר (לפירוט ראונספח ו'5).

1.2.1 נתוני רקע

- ☒ בוגרי הכפר הינם צעירים (גיל ממוצע – 25 שנה) ורובם רווקים.
- ☒ 77% מתוכם גברים ו- 23% נשים.
- ☒ כ- 60% מהבוגרים הינם בעלי השכלה תיכונית (כולל בגרות) או אקדמאית. כמחציתם שירתו שירות צבאי מלא.
- ☒ לגבי כשליש מהבוגרים לא נמצא דיווח בגין רקע משפחתי בעל פוטנציאל משברי. בקרב משפחות בעלות רקע מסוג זה, המאפיינים השכיחים הינם: גירושין, יחסים מורכבים במשפחה (קונפליקטים, תלות וכו') ובעיות נפש.
- ☒ לגבי חמישית מהבוגרים לא נמצא דיווח לגבי מאפייני רקע בעלי פוטנציאל משברי. מאפיינים שכיחים מסוג זה הינם: קשיי הסתגלות, ליקויי למידה וחינוך מיוחד, משברים שאינם מחלה וקשיים חברתיים/זוגיים.
- ☒ 24% דיווחו על פגיעה טראומטית בעבר, אולם רק 7% מהם דיווחו, כי חוו טראומה במהלך השירות הצבאי. הממצא נוגד את התפיסה הרווחת, לפיה טראומות בצבא מהוות את אחד הזרזים למשבר שחווים מטופלי הכפר.
- ☒ כ- 40% ציינו, כי חוו טיפול נפשי פסיכיאטרי בעברם.
- ☒ שימוש בקנביס ובסמי הזיות הינו תופעה שכיחה בעברם של בוגרי הכפר. 92% מהבוגרים מאופיינים בשימוש רב או מזדמן בקנביס בעברם, 65% השתמשו בשימוש רב או מזדמן בסמי הזיות בעברם ואילו 30% השתמשו בשימוש רב או מזדמן בהרואין או קוקאין.

1.2.2 מצב בקבלה לכפר ונסיבות הפניה

- ☒ עבור 55% מהבוגרים דווח, כי המשבר פרץ בתוך שנה טרם הגיעם לכפר. 14% חוו את המשבר בין שנה לשנתיים, טרם הכניסה לכפר, ואילו 31% נוספים חוו את המשבר מספר שנים קודם לכן.
- ☒ בתיקיהם של כחמישית מהבוגרים, לא נמצא דיווח לגבי גורם חיצוני ידוע, שהיווה זרז לפרוץ המשבר. בקרב 22%, המשבר פרץ עקב הפרעה קיימת, החמרה להפרעה מלאה או שימוש בסמים. כ- 10% מדווחים על משבר בעקבות לחצים או התנסות בחוויות רוחניות.
- ☒ כשליש מהבוגרים חוו משבר במהלך טיול תרמילאי, כרבע נוספים הינם בעלי רקע תרמילאי, אך ללא קשר ישיר למשבר, ואילו היתר (כ-43%) אינם בעלי רקע תרמילאי כלשהו.
- ☒ הדיאגנוזות השכיחות של הבוגרים בעת הקבלה לכפר הינן פסיכוזה (כ-70%) ומחלת נפש מתמשכת (46%). בשכיחות נמוכה יותר אובחנו הבוגרים כסובלים מהפרעות אישיות (15%), התמכרות לסמים (קנביס, קוקאין ואלכוהול – 14%) ומשברים שאינם הפרעה מלאה (1%). 2% מהבוגרים הגיעו לכפר כחלופת מעצר ו- 3% עקב התמכרות להירואין.
- ☒ כאשר המשבר פרץ בנסיבות של תרמילאות, הזרז למשבר היה בדרך כלל שימוש בסמים (כ-30% חוו משבר עקב שימוש בקנביס או בסמי הזיה ואילו כ-15% חוו זאת על רקע שימוש בסם אחר או בסם בלתי ידוע). זאת, בניגוד לקבוצת הלא – תרמילאים, שהזרז השכיח בקרבה היה "הפרעה קיימת" או "ללא גורם ידוע". כמו כן, נמצא כי משבר על רקע תרמילאות קשור יותר לדיאגנוזה של פסיכוזה (89%) ופחות להתמכרויות, מחלות נפש מתמשכות, הפרעות אישיות והפרעות התנהגות, המאפיינות יותר את קבוצת הלא – תרמילאים.

1.3 השפעת הקבוצה וסוגיית השוונות

אוכלוסיית המטופלים בכפר איזון מהווה מעין קהילה חברתית, לה משמעות רבה, מעבר להיותה סך כל המטופלים בכפר. בסקירת הספרות תיארו בהרחבה את חשיבותה של הקבוצה בתהליך הטיפול. ואומנם, רוב הבוגרים זוכרים ומעריכים את הקבוצה כגורם מרכזי במהלך החלמתם. מילת המפתח שחזרה בהקשר זה היא "מראה" או "אולם של מראות", כפי שתיארה זאת אחת הבוגרות: "ראיתי את עצמי בתוך כולם".

חילוקי הדעות היו בין הגדרת הקבוצה כאוסף של בודדים לבין גורם נפרד, עצמאי, הגדול מסכום חלקיו: "אני לא אוהב את הכוח של הקבוצה. הוא יכול להיות נורא הרסני. זה מונע מחשבה. האנשים, לעומת זאת, (לא כקבוצה) זה הכל. זה שיקוף, אהבה, עזרה וזה המון. לכולם יש כאן דודות (dudot = צורך בשימוש בסם, שהוא יותר מנטלי מאשר פיזי) למיניהן וכשאתה רואה בן אדם שעבר את זה, זה נותן תקווה" (בוגר, סיים לפני כשנה וחצי).

בוגר אחר ציין את אחד היתרונות הגדולים של הקבוצה והוא השוני בותק המטופלים. גיוון זה נוצר, עקב אופן קבלת המטופלים לכפר, המבוצע בשיטת "הרכבת": "יש חשיבות... לכך שהגעתי והיו אנשים שעומדים לעזוב ויכולתי להישען עליהם, וכשאני עומד לצאת, אז יש אנשים שאני יכול לעזור להם." יתרון זה צוין גם בידי הורים מסוימים, שראו בקבוצה גורם חשוב בתהליך הטיפול: "עירוב של מקרים שונים וגילאים שונים – זה הצד החיובי של הכפר... הקרבה בין המטופלים, לחיות בחדר עם מישהי שעוברת אותו סיפור, זה כמו לראות מראה של מה שקורה לה. כל מה שקשור למשיחיות וכו'... כשהיא ראתה אחרים אומרים את זה, זה מאד עזר לה לראות את עצמה".

כאשר ישנה אווירה קבוצתית טובה ומספר מטופלים דומיננטיים, הגוררים את הקבוצה קדימה, יש לכך השפעות רחבות טווח, גם ברמה האישית. באותה המידה, כאשר הקבוצה אינה מגובשת או מסוכסכת, האווירה ספוגה בכך, והדבר ניכר בהתנהלותו של כל אחד מהמטופלים. בהקשר זה, ישנה חשיבות רבה למתן התייחסות נאותה לסוגיית השונות בין המטופלים בכפר. בעוד בראשית ימי הכפר, אוכלוסיית המטופלים היתה הומוגנית יחסית, הרי שכיום (דצמבר 2006), ההטרוגניות הרבה מציבה אתגרים רבים בפני הצוות.

לצורך הבנת מכלול ההיבטים, ראיינו במהלך שהותנו בכפר מספר רב של מטופלים, בוגרים ואנשי צוות. כמדווח בדו"ח הביניים, רוב השוהים בכפר, מטופלים כמדריכים, מעדיפים הרכב אוכלוסייה הומוגני ככל האפשר. בקרב המטופלים, אוחזים בתפיסה זו בעיקר התרמילאים, המעדיפים אוכלוסייה המבוססת על הקטגוריה אליה הם משתייכים. זאת, בעיקר עקב השפה המשותפת, ההזדהות והבנת הצרכים, אותן חולקים התרמילאים. המדריכים אף הם הביעו שאיפה לקיומו של רוב תרמילאים בכפר, שכן התאוששותם מהירה יחסית והם גוררים אחריהם גם את שאר חברי הקבוצה. לעומת זאת, בראיונות שביצענו עם בוגרי הכפר, הפגינו הבוגרים יחס חיובי יותר כלפי הטרוגניות הקבוצה. נראה, כי במבט לאחור, חלק מהבוגרים שינו את תפיסתם והצביעו על השונות בקבוצה, כמרכיב שאף תרם במקרים רבים לתהליך הטיפול.

יחד עם זאת, יש לציין, כי התייחסות המרואיינים לא היתה זהה כלפי קטגוריות שונות של מטופלים. בעוד חלקן זוכות ליחס אוהד וחיובי, הרי שאחרות נתפסות כבעייתיות וכפוגעות בתהליך הטיפול. ניתן לקבוע, כי מבין מגוון המטופלים, רוב המרואיינים (מדריכים, מטופלים ובוגרים) תופסים את אוכלוסיית המכורים ואת חלופות המעצר כבעייתיות ביותר.

בנוגע ל**מכורים**, כמעט כל המרואיינים הביעו תפיסה זהה ושוללת. לטענתם, המסגרת הטיפולית אינה מתאימה לטיפול במכורים, שכן ההתייחסות הטיפולית לה זקוק תרמילאי פסיכוכטי אינה זהה לזו הנדרשת לצורך שיקום צעיר מכור. מעבר לצורך בפיתוח גישה טיפולית שונה לחלוטין עבור צעירים אלו, התכונות המאפיינות את המכורים מטילות עומס רב על הצוות. המכורים, בעיקר המכורים לקוקאין, מוצגים כערמומיים וכמניפולטיביים מאד, תכונות הדורשות מן הצוות מאמץ עודף בהתמודדות בלתי פוסקת מולם. מאמץ זה פוגע במקרים רבים בהתייחסות הניתנת לשאר המטופלים.

להלן, מספר ציטוטים מפי מדריכי הכפר :

- "מבחינתי חד וחלק זה לא המקום בשבילם. קוקאיניסט אחד פר תקופה זה אפשרי ומאד קשה. יותר מזה – בלתי אפשרי".
- "הגישה לפסיכויטים לא מתאימה לקוק ולהירואין. זה מצריך גמישות שהיא גם טיפולית, גם אנושית וגם מערכתית".

עם זאת, מן הראוי לציין, כי מכורים להירואין או קוקאין מהווים חלק קטן מאוד מאוכלוסיית הכפר (בניתוח תיקי הבוגרים, נמצא, כי 8% בלבד דיווחו על שימוש רב בקוקאין או בהירואין בעברם. 3% בלבד הגיעו לכפר על רקע התמכרות להירואין).

הקטגוריה הלא פופולרית הבאה היא **חלופות המעצר**. רוב המרואיינים אווזים בתפיסה, כי אין מכנה משותף אמיתי בין הצעירים המשתייכים לקטגוריית "חלופות מעצר" לבין שאר מטופלי כפר איזון. רובם אינם פסיכויטים ואינם לוקים בהפרעה נפשית מובחנת. לפיכך, הם מתקשים להבין את עולמם של שאר המטופלים ואינם מצליחים להתערות בקרבם. עקב השוני הרב בינם לבין שאר המטופלים, חלופות המעצר מתקשים בהבעת אמפתיה והבנה, ולעתים אף מפגינים רתיעה ובהלה, נוכח התנהגויות "מוזרות" ויוצאות דופן של המטופלים, בעיקר הפסיכויטים שביניהם. להלן, מספר ציטוטים נבחרים :

- "בשביל חלופות זה איזה בית משוגעים שהם משחקים נורמלים. זה מעצבן אותי. שילכו לעבוד בעבודות שירות, אלא אם כן הם מוכנים לטיפול" (מטופל, תרמילאי).
- "לדעתי, השילוב של חלופות מעצר הוא לא אידיאלי. הקשר היחיד אולי זה שהם משלמים כסף... אדם שנמצא בחלופת מעצר מאד נבהל מהמצב שאני נמצאת בו. באתי לפה לקבל סוג של תמיכה, לא סוג של בהלה." (מטופלת, תרמילאית).

נראה, כי גם חלופות המעצר עצמם, אינם חשים בנוח בקרב אוכלוסיית המטופלים בכפר : "המפגש עם הפסיכויטים – זוועה. מפחיד, נורא קשה כי כולם כאלה ואני לא. דחייה – מה את לא הולכת לד"ר? אני גם בקצב אחר, כי אני לא על תרופות." (מטופלת, חלופת מעצר).

גם בנוגע לחלופות המעצר, מן הראוי לציין, כי מאז תחילת הפעילות בכפר, שהו בו מטופלים בודדים בלבד מקטגוריה זו (2%).

לעומת המכורים וחלופות המעצר, מופגנת אהדה רבה יותר כלפי מטופלים, הסובלים מדיכאון קליני, מהפרעות התנהגות ומסוגים שונים של אפיזודות פסיכוטיות, שאינן קשורות בטיול. רוב המרואיינים מאמינים, כי הכפר מתמודד בהצלחה עם מטופלים אלו ואינם רואים בעייתיות בקליטתם בכפר. נהפוך הוא, נראה כי מטופלים פסיכויטים רבים מוצאים מכנה משותף עם המטופלים הדיכאוניים, למשל, ומתקיים ביניהם קשר מועיל של הזדהות והבנה. יש לציין, עם זאת, כי מדריכים מסוימים ציינו קושי בהתמודדות עם בעלי המחלות הכרוניות, ככל הנראה, עקב העדר כלים והכשרה מספקת בתחום זה.

לסיכום, נכון להיום (דצמבר 2006), כ- 40% לפחות מכלל המטופלים בכפר אינם בעלי רקע תרמילאי כלשהו. לאור זאת, מומלץ לבחון את מדיניות הכפר לגבי הרכב אוכלוסיית המטופלים. יש לשקול, האם לתת לתרמילאים משקל רב יותר כאוכלוסיית היעד של הכפר, שכן הטיפול בתרמילאים הינו ייחודי לכפר איזון והולם את ייעודו הראשוני.

כמו כן, יש לבצע את הגיוון בקבוצה תוך הקפדה על שלושת ההיבטים להלן:

- ☒ מטופלים ומדריכים רבים טענו, כי חרף קיומן של קטגוריות מטופלים בעייתיות, הרי שההחלטה על קבלה לכפר אינה צריכה להיות קטגוריאלית. זאת, כיוון שהאופי ומבנה האישיות, הם התורמים המשמעותיים לשהות פרודוקטיבית בכפר. לדעתנו, תפיסה זו צריכה לעמוד בבסיס תהליך בחינת התאמתו של מטופל חדש לכפר. כאשר מדובר בקליטת צעירים, המשתייכים לקטגוריות הידועות כבעייתיות, יש לבחון את ההשלכות של נוכחותם ואת מאפייניהם האישיותיים הספציפיים של הפונים. לדוגמא, בנוגע לחלופות מעצר, יש לבחון לעומק את נכונותו האמיתית של הפונה לטיפול ולהבהיר לו היטב את טיב המקום ואת אופי המטופלים.
- ☒ חובה להקפיד על מינון אופטימלי ועל יחסים נכונים בין קטגוריות המטופלים השונות בתוך הקבוצה. לדוגמא, יש להימנע ממצב, בו קיים יותר ממטופל מכור אחד בזמן נתון, על מנת למנוע עומס יתר על הצוות.
- ☒ יש להעניק דגש רב יותר להכשרת המדריכים בהתמודדות עם מטופלים מסוגים שונים. בעוד רוב המדריכים מגיעים לכפר, לאחר היכרות עם אוכלוסיית התרמילאים, לא תמיד יש בידם את הכלים הנדרשים לצורך טיפול במכורים קשים, חולים כרוניים במצב ירוד וכדומה. עם זאת, מן הראוי לציין, כי מאז הגשת דו"ח הביניים בנובמבר 2004, השתנה מבנה העבודה בכפר, באופן המאפשר הדרכה צמודה יותר. בשיחה עם מנהל הכפר התברר, כי כל מטפל מוצמד לשני מדריכים, המטפלים אך ורק במטופליו שלו. המטפל נפגש עם המדריכים פעמיים בחודש לצורך הנחייה והדרכה, והמדריכים נפגשים אחת לשבוע לדינמיקה קבוצתית מונחית. רכזת הטיפול ורכזת המדריכים אף הן מקפידות להיפגש עם המדריכים, במטרה לדון בסוגיות שונות המתעוררות.

2. מאפייני הכפר כמרכז טיפולי

2.1 מיקום ואווירה

הנושא אשר עלה באופן המובהק ביותר בראיונות ובמהלך המחקר כולו נגע למיקומו הפיזי של הכפר. כל המרואיינים, בוגרים כמטופלים, ציינו את המיקום המיוחד והפסטורלי, הבתים הקטנים, הדשא, חוסר הרשמיות והיחס החמים והביתי, כגורמים משמעותיים ביותר בחוויית הטיפול בכפר. הם נתפס ע"י המרואיינים כבעל אפקט תרפויטי מרכזי וכן האווירה הכללית, המזכירה במובנים מסוימים את הטיול.

במובן זה, אין ספק, כי הבחירה במיקום טיפולי, המשחזר את חווית הטיול ומשדר חופש, חמימות ושלווה, הינה הצלחה מובהקת. לדוגמא, מספר ציטוטים מפי בוגרי הכפר:
"המיקום הפיסי של הכפר, זה הדבר הכי חשוב!" (בוגר, סיים לפני כשנה).
"אהבתי את המקום ואת הנוף. מצאה חן בעיני העדינות של המסגרת, היחס האישי, מידת תשומת הלב שכל מטופל מקבל" (בוגר שהגיע לכפר לאחר ניסיון כושל ב"מלכישוע", סיים לפני כשנה).

לתפיסה זו היו שותפים גם חלק מהורי המטופלים, אשר ציינו את העדר הפורמליות והאווירה החמימה בכפר כמרכיב משמעותי בתהליך שעבר על ילדם.

2.2 אפיון מערך הטיפולים – נקודות חוזק ותורפה

כאמור בסקירת הספרות, כפר איזון מקיים מערך טיפולים מגוון ביותר. כצפוי, מטופלים שונים מפיקים תועלת שונה ממכלול הפעילויות המוצעות להם. מדרך הטבע, חלקם מתחברים יותר לטיפול זה או אחר, ואילו אחרים מביעים עמדות הפוכות בתכלית. יחד עם זאת, לגבי כל שיטת טיפול, איתרנו מספר נקודות בולטות, אשר עלו בראיונות השונים, ואשר עשויות ללמד על מידת התרומה של כל שיטה או של כל מטפל לקהלי יעד שונים:

2.2.1 הטיפול הפסיכיאטרי

חלקם הגדול של שוהי הכפר נוטלים תרופות פסיכיאטריות, כחלק מהתהליך הטיפולי. היבט זה נמצא תחת אחריותו ופיקוחו של ד"ר יעקב נחמקין, הפסיכיאטר של הכפר.

מצאנו, כי מרואיינים שונים הביעו עמדות מגוונות כלפי ד"ר נחמקין.
 בדו"ח הביניים, רואיינו מטופלים השוהים בכפר וכן לא מעט אנשי צוות. מרואיינים אלו הביעו הערכה רבה כלפיו והדגישו את גישתו הייחודית והנעימה כלפי מטופליו.
 עם זאת, בראיונות הבוגרים שבוצעו לקראת הדו"ח המסכם, עלתה תמונה הטרונגנית יותר. חלק מהמרואיינים הביעו חוסר שביעות רצון, בטענה, כי לא זכו להבנה ולקבלה כפי שציפו. מרואיינים אחרים, לעומתם, הביעו עמדות הפוכות בתכלית וטענו, כי מצאו בפסיכיאטר תכונות יוצאות דופן, אותן לא מצאו במקומות או באנשים אחרים: **"כשראיתי את נחמקין היה לי בלינק כזה, שהוא יכול להבין על מה אני מדבר. נוצר קשר מאד חזק והוא לא נתן לי כדורים. הוא בן אדם מאד חריף. הוא מבין בדיוק על מה אתה מדבר איתו. אתה יכול לדבר ולא יחשבו שאתה משוגע."** (בוגר, סיים לפני כשנה וחצי).

באופן כללי, ניתן לקבוע, כי אלו שאינם מאובחנים לטיפול תרופתי, עומדים בצד המעריך, ואלו אשר מאובחנים לטיפול זה, במיוחד אם הם סבורים אחרת, נמנים על הצד המאוכזב. דפוס זה הינו מובן והגיוני, אולם הקיטוב העמוק מצביע על בעייתיות מסוימת.

בנוגע להורי המטופלים, נראה, כי עמדתם הכללית שלילית יותר מעמדות ילדיהם. למעט אמון רב בהשפעתן החיובית של התרופות, הורים רבים הביעו חוסר שביעות רצון מהיחס לו זכו בהיבט זה.

יש לציין, כי חלק מהעמדות השליליות כלפי הפסיכיאטר נובעות מן התחושה, כי הוא אינו שותף לתפיסה הטיפולית המוצהרת של הכפר, המעניקה דגש רב גם לטיפולים בעלי גוון אלטרנטיבי-רוחני. עמדה זו התקבלה בהפתעה ובאכזבה בקרב מטופלים והורים, אשר ציפו, כי במקום מסוגו של כפר איזון, יגלה הפסיכיאטר אהדה רבה יותר כלפי קולות שונים בשדה הטיפולי.

לסיכום, אין ספק, כי תרומתו של ד"ר נחמקין לכפר היא רבה וחיובית. מטופלים רבים חשים, כי הם מוצאים בחדרו אוזן קשבת, הבנה והקלה על סבלם. יתירה מכך, אין להתעלם מן העובדה, כי עצם תפקידו של ד"ר נחמקין מהווה פוטנציאל למתח ותרעומת מצד המטופלים. תפקידו של הפסיכיאטר הינו לייצג למשפחות ולמטופלים את הצד העגום יותר של מצבם ולהפגיש אותם עם מציאות שהינה לעתים קשה לעיכול. מתן דיאגנוזה פסיכיאטרית והעלאת נושאים כאובים כגון, שימוש בתרופות, אשפוז פסיכיאטרי וכדומה, מהווים מכה קשה למשפחה, המתקשה לקבל את העובדה, כי הילד הנורמלי והמתפקד הפך לפתע לפגוע נפש. יש לזכור, כי בחלק גדול מהמקרים מדובר במשפחות נורמטיביות לחלוטין, אשר מעולם לא נקלעו להתמודדות מסוג זה בעבר.

לפיכך, אין זה מפתיע, כי חלק גדול מהן מסרבות לקבל את קביעותיו של ד"ר נחמקין. יחד עם זאת, ייתכן והקדשת מאמץ יתר לריכוך המסרים הקשים והצגת זווית ראייה אופטימית יותר, עשויים לשפר את תחושתן. בנוסף, מומלץ, כי כל חברי הצוות יהיו שותפים לעמדות הטיפוליות המוצהרות של הכפר, בעיקר בנושאים שנויים במחלוקת בשדה הטיפולי, כגון העיסוק בממד הרוחני.

2.2.2 הטיפולים הפסיכותרפויטיים

2.2.2.1 הטיפול הפרטני

גולת הכותרת של הפסיכותרפיה היא מסגרת הטיפול הפרטני, המתקיימת באמצעות שיחה מילולית ואישית בין המטפל למטופל בלבד. השיחות דנות בהיבטים שונים בחייו של המטופל, במטרה לכוונו אל מהלך חיים סתגלני יותר. הקשר האישי בין המטפל למטופל יוצר מערכת יחסים ייחודית, המבוססת על הזדהות ואמפתיה ומאפשרת למטופל לחוש הבנה, חום וקבלה. כחלק מהמסגרת הטיפולית בכפר, זוכה כל מטופל לקיים קשר זה עם מטפל אישי, באמצעות שיחות קבועות. כמובן, באופן לא פורמלי, מתקיים הקשר גם מעבר לשיחה זו.

הראיונות שערכנו במסגרת מחקר זה מצביעים באופן עקבי על תרומתו העצומה של הטיפול הפרטני לשוהי הכפר. בוגרים כמטופלים ציינו, כי הטיפול הפרטני הינו האפקטיבי ביותר מבין שלל הטיפולים המוצעים בכפר, והביעו הערכה רבה למטפלים האישיים ולהשקעתם בתהליך.

בהיבט זה לא נמצא הבדל בין סוגים שונים של מטופלים. עם זאת, מטופלים אשר אינם נמנים על קבוצת התרמילאים, הדגישו במיוחד את תרומתו של הטיפול הפרטני עבורם. מטופלים אלו לא תמיד התחברו לתרפיות הקבוצתיות והאלטרנטיביות, להן אוריינטציה "תרמילאית" יותר, ומצאו את הטיפול הפרטני כטיפול המשמעותי ביותר לו זכו בכפר.

לסיכום, מעבר לתרומתו המשמעותית של הטיפול הפרטני עבור כלל מטופלי הכפר, נראה כי יש לו תרומה ייחודית לקבוצות מטופלים, אשר אינן משתייכות לקהל היעד הראשוני של הכפר. המסגרת האישית מאפשרת למטפל להתמקד בבעיותיו הספציפיות של כל מטופל, גם במידה והן אינן תואמות את הזרם המרכזי של השהים בכפר. בכך ניתן מענה ראוי גם למטופלים, אשר הקטגוריה הטיפולית שלהם נמצאת במיעוט.

הטיפול המשפחתי

2.2.2.2

הטיפול המשפחתי נחשב לחלק אינטגרלי ממכלול הטיפולים בכפר איזון, מתוך התפיסה, כי לא ניתן לטפל באדם, ללא התייחסות למערך האנושי האופף אותו. ביכולת ההורים והאחים לעודד התקדמות ולסייע רבות בהעלאת המטופל על דרך המלך. מאידך, כפי שתיארנו בסקירת הספרות, יחסים לא תקינים במשפחה עלולים לפגוע בתהליך ההתאוששות. ישנם מקרים, בהם אבנורמליות במבנה ובקשרים המשפחתיים היא העומדת מאחורי פריצת המשבר הראשוני.

אומנם, הראיונות מעלים, כי מטופלים ובוגרים רבים מוצאים תועלת רבה בטיפול המשפחתי. עבור חלקם, טיפול זה סייע בפתרון של סוגיות כואבות ושיפר את איכות הקשר בינם לבין המשפחה המקיפה אותם. יחד עם זאת, לא מעט בוגרים טענו, כי הטיפול המשפחתי לא תרם להם כמצופה, והביעו ספק בנוגע לרלוונטיות שלו במסגרת כפר איזון. לדוגמה, בוגרת שסיימה לפני כשנתיים טענה, כי: "...בכפר לא יכולנו להגיע לאינטימיות". בנוסף, ציינו לא מעט מרואיינים, כי לא היו מעוניינים בטיפול המשפחתי מלכתחילה.

יתירה מכך, במסגרת הראיונות הובעה לעתים העמדה, כי הטיפול המשפחתי מתחיל מוקדם מדי, בטרם התמודדו המטופל ובני משפחתו עם הבעיה הבווערת יותר. יש לזכור, כי מרבית המטופלים מגיעים לכפר במצב משברי קשה, וזקוקים לפרק זמן ממושך לצורך התאוששות ושיבה לאיזון נפשי וגופני. לפיכך, סברו חלק מהמרואיינים, כי בשלב מוקדם זה (כשבועיים לאחר הקליטה), אין מקום לפתוח קונפליקטים במסגרת המשפחתית, שכן הדבר דורש אנרגיות ומשאבים נפשיים, אשר אין ביכולתם לגייס.

בניגוד לכך, מרבית ההורים מצאו בטיפול המשפחתי עניין ותועלת רבה. טיפול זה מהווה את אחת מנקודות השיתוף הבודדות של ההורים בטיפול בפועל, ולכן הם נוטים למצוא בו ערך רב יותר מאשר ילדיהם:

- "הטיפול המשפחתי עזר מאד... בבית זה היה האבא שמדבר איתה וזה נתן קצת איזון עד כמה אני צריכה להיכנס... זה נתן לנו את האופציה איך ומה לעשות כדי לעזור לה".

- "הטיפול המשפחתי היה חשוב. אילץ אותו לשבת איתנו... בבית היה מאד קשה לו, כמעט לא ישב איתנו. אמא שלו מעצבנת אותו נורא והוא לא היה מוכן לשמוע כמעט כלום".

כמובן, שלא כל ההורים מצאו עניין בטיפול המשפחתי, כפי שטען אחד ההורים: "יש בעיה בטיפול המשפחתי. חסר החיבור עם המטפלת הפרטנית. חסרה הייתה לנו הדרכה לתובנות שלנו כמשפחה". כמו כן, בדומה לחלק מהבוגרים, היו משפחות שלא ראו עצמן זקוקות לטיפול זה, בצדק או שלא: "הגענו באופן קבוע פעם בשבוע, למרות שלא היינו זקוקים לזה. לא היינו זקוקים לתיווך. באנו כחלק מן החוזה".

לסיכום, נראה, כי ברוב המקרים, הטיפול המשפחתי הינו בעל השפעה מועילה וחשובה לשיקומם של המטופלים בכפר. אולם, ישנם לא מעט מקרים בהם הטיפול נתפס כמיותר והמשפחה חשה, כי היא מסוגלת להתמודד עם הילד בכוחות עצמה, ללא סיוע חיצוני.

מעבר לכך, גם במקרים בהם הטיפול המשפחתי הינו נדרש, חלק מהמראיינים סבורים, כי העיתוי להתחלתו אינו הולם. אחת המעלות העיקריות של הכפר, כפי שעולה מן הראיונות, היא היותו מצע נח ויעיל להתאוששות ממשבר נפשי. אומנם, אין ספק, כי ישנה חשיבות מירבית למשפחה בתהליך זה, אולם השאלה היא, האם התקופה המיידית של התאוששות ממשבר קשה היא העיתוי הראוי להעלאת פצעים וטראומות משפחתיות.

לפיכך, נראה, כי על צוות הכפר לבחון את סוגיית הטיפול המשפחתי משתי בחינות עיקריות:

☒ **שילוב כלל המטופלים:** ייתכן והטיפול אינו נדרש עבור כל משפחה ואין לחייבו באופן גורף.

☒ **עיתוי הולם:** ייתכן, כי מטופלים מסוימים יפיקו תועלת רבה יותר מהטיפול, במידה ויתחילו להשתתף בו בשלב מאוחר יחסית של השהות בכפר, לאחר שעברו את התקופה המשברית הראשונה. מומלץ לצוות הכפר לשקול את האפשרות לשלב את הטיפול המשפחתי לקראת היציאה מהכפר ולהציע אותו כאופציה להמשך טיפול. יש לציין, עם זאת, כי מנהל הכפר אינו סבור כן, וכי לפי דעתו, מועד התחלת הטיפול (כשבועיים לאחר הקליטה) הינו ראוי ונכון.

הטיפולים הקבוצתיים

2.2.2.3

התוכנית הטיפולית בכפר איזון כוללת טיפולים קבוצתיים רבים, במטרה לנצל את כוחה של הקבוצה לכיוון מועיל ומשקם עבור הפרט. כדוגמה לטיפולים אלו ניתן לציין את הטיפול הקבוצתי הדינמי, קבוצת ההתמכרות, הפסיכודרמה והטיפול באומנות.

הראיונות שביצענו עם מטופלי הכפר ובוגריו מעלים, כי רובם מוצאים את הטיפולם הקבוצתיים כיעילים ביותר.

הטיפול הקבוצתי הדינמי צוין בידי רובם המוחלט של המרואיינים כפעילות חשובה, תורמת ומגבשת. רובם גם ציינו לשבח את כישוריה ותכונותיה של המנחה, שהנחתה בזמנו את הקבוצה. עם זאת, יש לציין, כי לעתים עלו מספר ביקורות, הנוגעות למסרים המועברים במסגרת הקבוצה. ישנם בוגרים, אשר לא אהדו את נטייתה של המנחה לכוון את הקבוצה לקראת מסרים חינוכיים וחד משמעיים.

לצד טיפול זה, **הפסיכודרמה** נתפסת אף היא כבעלת תרומה טיפולית רבה. רובם המוחלט של המרואיינים ציינו את הפסיכודרמה כטיפול אפקטיבי ביותר, ומצאו בו סיפוק, הנאה ושחרור. השילוב בין האופי הריאליסטי של הטיפול הקבוצתי הדינמי לבין האופי הדרמטי של הפסיכודרמה, תואר כשילוב מנצח: "נעמי (הפסיכולוגית שהנחתה את הטיפול) **מאד חריפה. היא יודעת לקלוט את הבן-אדם ולהוריד אותו לקרקע בשניות. בפסיכודרמה זה קצת הפוך. זורמים עם הדמיון, מחליפים תפקידים וזהויות...איפשהו באמצע אתה מוצא את עצמך... (מטופל, תרמילאי).**"

קבוצת ההתמכרות אף היא הוזכרה כאפקטיבית, אם כי בשכיחות נמוכה יותר.

גם **הטיפול באמנות**, צוין לשבח לעתים קרובות, שכן חרף העבודה האישית, זהו טיפול קבוצתי אקטיבי, בו למשוב של הקבוצה יש משמעות רבה: "**באומנות גיליתי על עצמי פן חדש לחלוטין ואני מתכוון להמשיך עם זה... מאד אהבתי לשבת אחרי זה ולשמוע איך אנשים פירשו את הציורים שלי..הם לא קלעו בכלל..אבל זה נתן לי בטחון...שאני לא שקוף.**" (מטופל, תרמילאי).

התנייחות המטופלים לתרפיות הקבוצתיות השונות מדגישה ומחזקת את חשיבות הקבוצה כחלק אינטגרלי בתהליך הטיפולי. עם זאת, יש לציין, כי בוגרים מסוימים חשו, שהדגש צריך להיות יותר אינדיבידואלי: "**לאנשים שיש להם בעיות עם עצמם צריך טיפול אינדיבידואלי ולא קבוצתי...צריך להתאים את התהליך של האינדיבידואל לקבוצה. הפער הוא לפעמים מאד גדול.**" (בוגר, סיים כשלוש שנים). בנוסף, מהראיונות עולה, כי מטופלים אשר אינם תרמילאים, לא תמיד מוצאים את מקומם במסגרת הטיפולים הקבוצתיים. ייתכן ותחושה זו נובעת מנטיית המנחים לכוון את מהלך הקבוצה לבעיות האופייניות לאוכלוסיית התרמילאים, המהווה בדרך כלל את רוב הקבוצה.

לפיכך, מומלץ לבחון את התאמת הטיפולים הקבוצתיים לכל מטופל בפני עצמו. במידה והמטופל אינו חש תועלת רבה בטיפול קבוצתי מסוים או בטיפולים מסוג זה ככלל, יש לשקול את האפשרות לבנות עבורו תוכנית טיפולית אינדיבידואלית יותר, אשר תעניק מענה ספציפי לצרכיו הוא.

2.2.3 הטיפול האלטרנטיביים

הטיפולים האלטרנטיביים בכפר מופעלים בהתנדבות, ע"י מטפלים מוסמכים. טיפולים אלו מתפרשים על פני מגוון רחב ביותר, כגון הטיפול באומנות, שפורט קודם לכן, שיטת אלבאום, קונג-פו, תיפוף, גינון טיפולי, שיאצו, כדור סל, פעילויות ספורטיביות שונות ועוד.

הרציונל מאחורי תרפיות אלו נובע משתי תפיסות בסיסיות ביחס למושג "טיפול" וביחס לאופי האוכלוסייה המטופלת, אשר תוארו בהרחבה בסקירת הספרות. ההנחה הראשונה היא, כי הטיפול האופטימלי הוא הוליסטי ולכן על הטיפול להתייחס למימדים רבים ככל הניתן. ההנחה השנייה היא, כי פעילויות אלו הולמות את התרבות האופיינית לעולם התרמילאים. הנחות אלה, כשלעצמן הן הגיוניות, מושכלות ונשענות על מחקר וספרות ענפה. השאלה היא, עד כמה הולמות הנחות אלו, שעוצבו בימיו הראשונים של הכפר, את מצבו הנוכחי.

ראשית, חלק גדול מן המטופלים בכפר בזמן נתון אינו משתייך לקבוצת התרמילאים. בוגרים אלו לא דיווחו על תועלת מיוחדת של הטיפולים האלטרנטיביים ולא גילו בהם עניין רב. דבריה של בוגרת שסיימה לפני כשנה, מלמדים על המבוכה עליה דיווחו רבים מן הנמנים על קבוצה זו: *"אלבאום גורם לך להרגיש משוגע. חבורה של אנשים מבוגרים שעומדים כמו עץ. נו באמת... גם הציור – פעמיים בשבוע, בין אם בא לך או לא, תציירי!"*. כאמור לעיל, לדידם של הלא – תרמילאים, הטיפול הפרטני הוא הטיפול המשמעותי ביותר לו זכו בכפר.

ממצא מפתיע הוא, כי גם בקרב התרמילאים, לא מצאנו התרפקות מיוחדת על התרפיות האלטרנטיביות ורוב המרואיינים לא ציינו אותם כנקודת חוזק או כיתרון מיוחד של הכפר. עם זאת, בקרב קבוצה זו, מצאנו בוגרים רבים יותר, אשר הביעו אהדה רבה לטיפול אלטרנטיבי ספציפי. היו, שמצאו באמנות כלי רב עוצמה והיו אחרים, אשר ראו בקונג פו את האור וכיו"ב.

סוגיה נוספת, אשר צוינה בדו"ח הביניים, נוגעת לטיפולים הספורטיביים, כגון קונג-פו, כדורסל ועוד. ביחס לפעילויות אלו, ישנה שונות גדולה מאוד, כאשר באופן כללי, מטופלות מעריכות ונהנות מהן פחות. חרף נקודה זו, חשוב לציין, כי הפעילויות הגופניות מיועדות לשמש כ"משקל נגד" לטיפולים המילוליים, בהם הצד השכלי הוא הדומיננטי. לפיכך, נראה, כי יש מקום להפעלה פיזית רבה. יש לציין, עם זאת, כי מרואיינים רבים הביעו העדפה לפעילויות גופניות, שאינן בעלות גוון טיפולי, אלא חברתי ומגבש יותר, כגון משחקי כדור וכדומה. גם בראיונות עם ההורים עלתה המשאלה לדגש רב יותר על משחקים פיזיים, שאינם בעלי היבט טיפולי, אלא הנאתי בלבד.

נושא נוסף הראוי לשבח, הוא הגמישות הגדולה של הצוות ביחס לפעילויות בלתי שגרתיות, כגון רכיבה על סוסים, שחייה או טאי-צ'י, המיועדות לבדודים על פי צרכיהם. במסגרת שהותנו בכפר, נתקלנו במקרים בהם נעשו מאמצים עליונים, על מנת לאפשר למטופלים מסוימים להשתתף בפעילויות חיצוניות, שהיוו עבורם מקור עניין והעצמה.

2.3 הגישה הטיפולית – נקודות חוזק ותורפה

מעבר לדיון הפרטני בכל שיטת טיפול בפני עצמה, עלו במהלך הראיונות מספר סוגיות, הנוגעות להיבטים כלליים בתפיסה ובסגנון הטיפול של הכפר:

2.3.1 העדר תפיסה טיפולית מאחדת

כפר איזון אינו נשען על מודל תרפויטי בודד, אלא משלב בתוכו מגוון התייחסויות טיפוליות, אשר נועדו לענות על היבטים שונים במצוקה אותה חווים המטופלים. גיוון זה הוא בעל יתרון רב, בכך שהוא מאפשר גמישות והתאמה לצרכיו הספציפיים של כל מטופל, בנקודות זמן שונות על פני התהליך הטיפולי. אולם, להתרשמותנו, מגוון זה אינו מגובה בתפיסה טיפולית שלמה ומנומקת, המהווה גורם מרכזי בשיקול, האם ליישם טיפול מסוים כחלק מרפרטואר הטיפולים.

כיום, הבחירה בטיפול זה או אחר היא תוצר של ניסוי וטעייה או של מקריות. העדר תפיסה טיפולית מאחדת, אשר ממנה נגזרים הטיפולים השונים, מעורר תחושת גודש ואף בלבול לגבי תוצאות התהליך: "מלא טיפולים יש פה. מרוב עצים לא רואים את היער." (מטופלת, על סף סיום השהות). בוגרת אחרת, שסיימה לפני כשנה, ניסחה זאת כך: "לא מבינה לאן כל התובנות יכולות ללכת. טחנו, לעסנו ו...".

מכיוון שנושא זה הינו מהותי וחשוב, יש לגבש תפיסה טיפולית או מודל, אשר יכיל בתוכו את כל הממדים התרפויטיים של הכפר, החל בטיפול התרופתי וכלה בפסיכודרמה. במסגרת זו, יש גם לתת מענה לאוכלוסיית הלא – תרמילאים, אשר כפי שראינו בסעיף 2.2, אינם שבעי רצון ממרבית הטיפולים המוצעים כיום. יש לציין, כי לדברי מנהל הכפר, בימים אלו (דצמבר 2006) פועל צוות הכפר בכדי לגבש מודל טיפולי, אשר יגדיר מטרות וסדרי עדיפויות.

להערכתנו, ניתן לאמץ שלוש גישות לבצע זאת:

☒ **גישה אינדוקטיבית:** הניסיון הרב שהצטבר במהלך השנים וכן הממצאים שהעלה המחקר הנוכחי, עשויים לשרטט תמונה די ברורה לגבי "הטיפולים הפופולריים" או המוערכים ביותר, כפי שחווים זאת המטופלים.

הבעייתיות בגישה זו היא הסתמכותה על תפיסותיו הסובייקטיביות של המטופל. לא תמיד המטופל יודע להעריך נכונה, מהו הטיפול אשר הביא לשיפור במצבו. לדוגמא, רוב המרואיינים לא הביעו התלהבות משיטת אלבאום, אולם אין בכך כדי לקבוע, כי הטיפול או העקרונות העומדים מאחוריו, אינם אפקטיביים.

☒ **גישה דדוקטיבית:** ניתן למנות צוות מומחים, אשר יכלול מדריכים, מטפלים ואנשי מקצוע, שיגבשו את התפיסה הטיפולית של הכפר. המונח "הוליסטי" המייצג תפיסה זו כיום הוא כללי מדי. תפיסה זו צריכה לכלול עקרונות תיאורטיים לגבי מהות הטיפול בכלל, המטרות אליהן שואף הכפר והפרקטיקות האפשריות להגיע אליהן.

לאחר גיבוש תפיסה זו, ייגזר ממנה מערך הטיפולים. נקודת התורפה של גישה זו היא היווצרות פער בין העקרונות התיאורטיים לבין האופן בו חווים זאת המטופלים.

☒ **דרך האמצע:** המלצתנו היא לשלב באופן מושכל בין שתי הגישות לעיל, על מנת למקסם את היתרונות ולמזער את החסרונות. הווה אומר, יש לגבש תפיסה טיפולית על סמך המידע המקצועי הקיים ולגזור ממנה תוכנית טיפולית עקבית. עם זאת, על הצוות הקובע להיות קשוב למשוב העולה מן המטופלים, הן במחקר זה והן בהמשך הדרך. לדוגמא, מומלץ לבקש מכל מטופל העוזב את הכפר (בתום הטיפול או מסיבות אחרות), למלא שאלון משוב קצר, אשר יכלול התייחסות למאפייני הכפר ככלל ולמערך הטיפולים בפרט.

2.3.2 התייחסות לשיח הרוחני

נושא המשבר הרוחני הוא מונח מפתח, הדורש התייחסות בתהליך הטיפולי (לפירוט, ראו בסקירת הספרות). השאלה היא, האם הכפר כמוסד טיפולי מכיר ברלוונטיות של מושג זה לאוכלוסיית המטופלים, והאם מושג זה על משמעויותיו, אכן מיושם בגישה הטיפולית הכוללת של הכפר ועל פני הטיפולים השונים?

התשובה לשאלה זו הינה מורכבת. מחד גיסא, כמתואר בהרחבה בסקירת הספרות, כפר איזון מפגין מאמץ עילאי על מנת ליישם גישה טיפולית, הדוגלת בקרבה תרבותית לעולם המטופלים. מאמץ זה בא לידי ביטוי בבחירת המדריכים, במגוון הטיפולים והמטפלים האלטרנטיביים הקיימים בכפר, ובהבנה לצרכים המיוחדים של צעירים, שחוו טראומה על רקע רוחני או שחוויותם גדושה במונחים מעולמות תוכן מסוג זה. מאידך גיסא, גילינו נטייה מובנת של המטפלים להימנע מעיסוק בתכנים רוחניים, שכן שאיפתם היא, בשלב זה, להשיב את המטופל אל קרקע המציאות. נטייה זו מתבטאת ברתיעה מעיסוק בתכנים, אשר לעיתים, מטרידים מאוד את המטופלים. מעבר לכך, כפי שראינו לעיל, ישנם גורמים בצוות, אשר אינם מגלים הבנה יתרה לעולם תוכן זה.

מצב זה יוצר ערפול ואף תחושת בלבול ואכזבה בקרב לא מעט מן המטופלים. האווירה והמראה של הכפר, השמות של הטיפולים המוצעים והשפה המדוברת, נותנים למטופל את הרושם, כי במקום זה יוכל לשוחח בשפתו הוא על נושאים רוחניים – מיסטיים, המעסיקים אותו, כגון תודעה, חופש, כבילה ושחרור, מדיטציה, משמעות, רוע וטוב וכיו"ב. לעומת זאת, הרתיעה מעיסוק ממשי בתכנים אלה ולעיתים ההשתקה שלהם, משדרים מסר הפוך. יצוין, כי לדברי מנהל הכפר, הצוות השתתף בהשתלמות רחבת היקף בנושא "מצבי חירום רוחניים" ולקחיה מיושמים במדיניות הכפר.

לסיכום, מומלץ לערוך חשיבה משותפת לכל אנשי הצוות ביחס למושג זה, האפשרויות הגלומות בו, והגישה הטיפולית של הכפר כלפי הנושא כולו. לאחר קביעת עמדה ברורה בנושא, יש להנחילה לכל הגורמים הטיפוליים בצוות, בכדי למנוע סתירות וחוסר תיאום בין אנשי הטיפול השונים. כמו כן, יש להבהיר למטופלים באופן ברור את עמדת הכפר, כאשר יוחלט עליה, על מנת להימנע מאכזבות מיותרות.

2.3.3 חינוך לעומת שיקום

סיסמת הכפר "איזון – בחזרה למסלול" משקפת את מטרותיו המרכזיות של כפר איזון:

- שיבה לאיזון פיזיולוגי, פסיכולוגי ורגשי.

- שיבה למסלול חיים תקין.

ואומנם, עבור חלק גדול מהמטופלים, הכפר נתפס כמוסד, אשר מטרתו היא בראש ובראשונה שיקומית. מטופלים רבים תיארו, כי הגיעו לכפר, כאשר הם מרוקנים לחלוטין מאנרגיה: "כמו ילד", "הייתי כמו פלסטלינה". כחלוף הפסיכוזה, נותרת בליבם ריקנות עצומה, ובהקשר זה הכפר אכן מספק מצע נוח להתאוששות מהמשבר ומעודד אותם לקראת שיבה הדרגתית למסלול.

יחד עם זאת, הרושם המתקבל הוא, כי הכפר, כמסגרת טיפולית, שואף ליותר מכך. אנרגיה רבה מושקעת בניסיונות לשנות דפוסי התנהגותיים וקוגניטיביים שליליים, אשר נרכשו במשך שנים. מובן, כי השיבה לאורח חיים נורמטיבי דורשת במקרים רבים גם פיתוח דפוסי חשיבה בריאים וסתגלניים יותר. השאלה היא, האם תקופת הטיפול הקצרה, המוקדשת ברובה להתאוששות מהמשבר, אכן מתאימה לעבודה טיפולית מסיבית, המנסה לשנות ב"טיפול בזק" הרגלים ועמדות מושרשים היטב.

יתירה מכך, חלק מבוגרי הכפר הביעו עמדה בלתי אוהדת כלפי גישה זו של הכפר. היו שטענו, כי מטפליהם ניסו "לצרוב" להם אמיתות, בעת שהיו נתונים בסיטואציה רגישה ונתונים להשפעה: *"צריך לחשוב טוב על המסרים שמעבירים פה... לפעמים שיחות מסתיימות במסר חד משמעי ומכוון... יש יותר מדי אג'נדה. אני מרגיש מרמור על ---, שקיבלה אותי פלסטלינה וצרבה לי בדיסק דברים כמו: 'סמים יובילו אותך לפסיכוזה בודאות', 'אתה יותר מדי תועלתני'."* (בוגר, סיים לפני כשנה וחצי). דוגמא לכך ראינו בביקורת שעלתה כלפי הטיפול הקבוצתי הדינמי (ראו סעיף 2.2.2.3). רוב המרואיינים אומנם מצאו בה עניין ותועלת רבה, אולם היו אשר ציינו בנוסף, כי לא היו שבעי רצון מהקביעות החד משמעיות, אליהן כוונו השיחות.

לסיכום, ניתן להבין את הרציונל העומד מאחורי ניסיונות המטפלים "לחנך" את מטופליהם, לכדי חשיבה נורמטיבית וסתגלנית יותר. אולם, על הצוות להגדיר באופן חד משמעי, האם חינוך לערכים אלו הינו מטרה מוצהרת של הכפר. במידה והתשובה חיובית, הרי שעל הצוות לנסח עקרונות וערכים מוסכמים, המייצגים את תפיסת הכפר ולדאוג, כי כל אנשי הצוות יהיו שותפים להם. כמו כן, יש להבהיר את עמדת הכפר בנושא גם למטופלים בעת כניסתם, על מנת למנוע התנגדויות ומרמור מאוחרים יותר.

מפאת תקופת הטיפול הקצרה, המיועדת ברובה להתאוששות מהמשבר, ייתכן, כי יש לחלק את התהליך הטיפולי לשני שלבים עיקריים:

- ☒ השלב הראשון יכלול את רוב תקופת השהות בכפר ויאפשר למטופלים לנוח ולהתאושש מהמשבר, ללא ניסיונות לשנות דפוסים אישיותיים מושרשים ועמוקים. עבודה טיפולית מסוג זה דורשת אנרגיות נפשיות, אשר אינן בנמצא בשלב זה בקרב חלק גדול מהמטופלים.
- ☒ השלב השני יכלול הכוונה לערכים מוגדרים, שתחל לקראת תום השהות בכפר ותימשך בצורת מפגשים או סדנאות, לאחר תום הטיפול. התקווה היא, כי בשלב זה המטופל כבר התאושש דיו ואגר די כוחות ויכולות התמודדות, אשר יאפשרו לו לבצע שינוי מושכל ואיטי בהשקפת עולמו.

חלק ב'

אפיון תהליכים:

בחוויה המשברית ומהלך ההחלמה

לכל מטופל ישנו סיפור ייחודי, בבואו לתאר את הנסיבות שהובילו לפרוץ המשבר, את מפגשו הראשוני עם כפר איזון, את שלבי ההתמודדות השונים במהלך השהות ואת חבלי ההסתגלות אותם חווה בדרך להשתלבות חוזרת בחיים מחוץ לכפר.

בפרק זה ניסינו לשרטט תמונה כללית, המתארת את התחנות השונות, בהן חולפים הצעירים במהלך תקופת המשבר וההחלמה. במסגרת תחנות אלו, התייחסנו לכל נקודת זמן, בה התחכך הצעיר עם המושג "כפר איזון", החל מדימוי הכפר והמודעות לקיומו, דרך מפגש ההיכרות הראשוני ותהליך הקליטה, וכלה בשלבי השהות השונים, המסתיימים בעזיבה ובהסתגלות לחיי היומיום.

1. פרוץ המשבר

תיאורים אלו מובאים על מנת לאפשר לקורא לחוש, ולו במעט, את מהלך האירועים, המביא צעירים ישראלים לטיפול בכפר "איזון". הסיפורים שונים מאד זה מזה, אולם בכל זאת ניתן לאתר מספר קווי דמיון:

בקרב התרומילאים, רוב התפרצויות המשבר התרחשו לאחר תקופה ניכרת של טיול, לרוב כאשר המטייל נפרד מחבריו המקוריים למסע. גורמים משותפים נוספים הם מחסור בשינה וארוחות מסודרות. בוגר שחולץ מהודו תיאר באוזנינו את פרק הזמן, שקדם להתפרצות: "יחזרנו לפרוטי והסתובבנו הרבה ביחד – הרבה עישונים, נכנסתי לזה ממש חזק... פתאום התחלתי לקבל אנרגיות... התחלתי ללכת לכל מיני מקומות מבודדים, של מדיטציות... התחלתי להיות יותר פעיל, לתקשר עם אנשים יותר ויותר. זו הנקודה שאני מזהה כתחילת הפסיכוזה... הפסיכוזה לא באה בבת אחת אלא בתהליך איטי".

בוגר אחר תאר ברפלקסיביות נדירה את דו השיח בין ה"הגיון" לבין המחלה: "היו עליי כמויות של טולות וכדורים וטיפות. היה כל כך טוב, שנתתי לעצמי להידרדר. אמרתי ואללה... החיים יפים, לא קורה שום דבר וכולם עושים פה כמויות... באיזה שלב, כל אלו שטיילתי איתם כבר חזרו לארץ. פעם ראשונה שטיילתי לבד... ואז אכלתי את הפליפ... זה התחיל בכמה ימים, שבמקום לצאת, הייתי נשאר המון בחדר. היו לי חזיונות ומה שאני חושב – זה מה שיקרה. נכנסתי להזיות ופרנויות. לכל דבר היתה משמעות... נעלם לי הארנק. הייתי בלי כסף, שלושה ימים בלי שינה והתחלתי לעשות דברים מוזרים. לא הבנתי מה הולך, איך זה יכול להיות, שקורים לי כ"כ הרבה דברים מוזרים? חשבתי שאולי אני מאושפז בבית משוגעים וכל זה סתם הזייה, חשבתי "אז ככה זה להשתגע?".

קבוצה קטנה, אך משמעותית, כוללת מטיילים, המקשרים את התפרצות המשבר לאירוע "רוחני" כלשהו, כגון סדנת ויפסנה או מדיטציות אינטנסיביות: "בטיול הייתה לי קצת בעיה חברתית, אולי בגלל שאני לפני צבא וכולם אחרי... זה היה ניגוד, שהלך והקצין עם הזמן. אז נכנסתי לוויפסנה. הגעתי לכאפות מטורפות, הארות ממש... באחד הלילות הייתי במאניה ולא ישנתי ואז גיליתי שיש עוד יום והתפרקתי לגמרי. בכיתי בהתקף חרדה... עייף ולא מצליח לישון, כל העיניים נוזלות ריר, האף נוזל. אחרי זה נהיה הרבה יותר פסיכי – התחילו זרמים בכל הגוף, עלו לי לראש, האזניים רעדו, הכל רעד, הרגשתי שאני מתחיל לאבד את עצמי".

בעוד סיפורי התרמילאים מתארים התפתחות איטית יחסית של הפסיכוזה, הרי שרוב ההורים נשאבו למערבולת המחלה כרעם ביום בהיר. הידיעה ברוב המקרים הגיעה אליהם בצורת טלפון פתאומי, או אי-מייל לא מובן, והיה עליהם להגיב במהירות רבה ככל האפשר. ייתכן ויש בכך כדי להבין את האופי הטראומתי של המשבר עבור ההורים.

כמובן, שרבים מהם לא מיהרו להפנים את המשמעות המלאה של המצב הקשה בו נתון הילד. דבר זה עלול לנבוע מהדחקה או מחוסר ידע וניסיון בתחום, כפי שמעיד הסיפור הבא: "היא סיפרה לי שעשתה אייאווסקה. חודש אחרי הטקס היא התקשרה אליי. בשיחה אחת היא אמרה לי, שלקחה משהו חזק. רציתי לא לתת לזה משקל. הציפיות שכל אבא מנסה לבנות הן, שהכל בסדר. בגלל שאף פעם לא לקחתי, אין לי מושג. קשה היה לי לתפוס מה זה בכלל".

לעומת התרמילאים, בוגרים **מקבוצת הלא – תרמילאים** תיארו מהלך שונה לחלוטין, באשר לנסיבות שהובילו אותם לכפר איזון. סיפורי המחלה של אנשי קבוצה זו מאופיינים בהדרגתיות רבה יותר ובהופעתם של סימפטומים נפשיים או התנהגויות שאינן סתגלניות, כבר בגילאים מוקדמים יחסית. מהלך הידרדרותם התפרש בדרך כלל על פני מספר שנים, החל מאפיזודות מינוריות יחסית ועד לנקודת זמן, בה מחלתם דרשה סיוע מנטלי דחוף: "בגיל 14 הייתה לי אנורקסיה...את הצבא סיימתי לאחר שנה, כי נכנסתי להריון...יצאתי ועשיתי הפלה...בבית דברים התחילו להפריע לי. רציתי להטביל את הכלים, כי הם נגעו בכלב. דברים שמאד הפחידו את ההורים שלי. בהתחלה זה היה סביב ניקיון. זה היה דפוס של צורך להתנקות ממחשבות ולשחרר כל הזמן. הלכתי ברחוב והתחלתי להרביץ לאנשים...התחילו מחשבות אלימות...ההורים שלי מאד נבהלו."

בוגר אחר תיאר כך את סיפור חייו: "התחלתי לעשן בגיל 15, בקטנה, עם חבריה של אחי הגדול. לפני הצבא כבר הייתי מוריד 100 גרם בשבוע. את כל הצבא עברתי בעישונים ואף אחד לא שם לב. אחרי שהשתחררתי התחילו תקופות של דיכאון, לא יכולתי לקום מהמיטה בבוקר, מחשבות אובדניות, חוסר טעם, חוסר אנרגיה – מצב נוראי...נסעתי לדוד שלי בארה"ב...גם שם עישנתי, למרות שאחרי כל פעם כזו, בא התקף דיכאון. לילה לפני הטיסה חזרה עישנתי אחרי הליכה בחום כבד וזה הביא לי התייבשות. הלכתי לבי"ח וקיבלתי עירויים. בדרך לשדה התעופה, החבר שלי עישן וזה החזיר לי את ההתייבשות. המטוס יצא ונשארתי מיושב בשדה התעופה – חרדות ודיכאון. בסוף התמוטטתי ואשפזו אותי...הגעתי הביתה על הברכיים ואחרי שבועיים נכנסתי לדיכאון כבד."

2. דימוי הכפר ומודעות ראשונית

הראיונות עם בוגרי הכפר העלו שני מסלולים עיקריים להיכרות עם המושג "כפר איזון":
רוב התרמילאים בדרך כלל שמעו על קיומו של הכפר במהלך הטיול ולא קודם לכן.
אולם, מצאנו, כי עם השנים, גברה המודעות לקיומו בקרב המטיילים. מודעות זו באה לידי ביטוי בראיונות העומק, כאשר מרואיינים ששהו בכפר במהלך השנים 2003-2004 הפגינו מודעות רבה יותר לקיומו, מאשר מרואיינים שטופלו בכפר במהלך שנותיו הראשונות.

התרמילאים שכן שמעו על הכפר, העלו אסוציאציות של "בית משוגעים": "עוד בפסיכוזה היה לי מושג על הכפר, אבל הוא נתפס בעיניי ככפר של אוטיסטים, רובוטים שבקושי זזים, שמתישו אולי יחזרו לחיים מעוותים...". בוגר נוסף שחולץ מהודו, מתאר "הומור שחור" הנפוץ בקרב תרמילאים, המשתמשים בסמים פסיכודליים: "על איזון שמעתי בטיול. 'נפגשים בכפר' – זו הבדיחה של הדלוקים".

יחד עם זאת, אין להסיק מכך, כי דימוי הכפר הוא שלילי. מטבע הדברים, זוהי התייחסותם של אנשים, שאינם במצב משברי, למסגרות טיפוליות לבריאות הנפש. לעומת זאת, העובדה, כי המשתמשים בסמים מודעים לקיומו של הכפר ואף קובעים להיפגש שם באירוניה עצמית, מעידה על מודעות מספקת לאפשרות זו.

המסלול הנוסף להיכרות עם הכפר הוא בעיקר נחלתם של המשתמשים **לקבוצת הלא – תרמילאים**. ברוב המקרים, צעירים אלו מגיעים לכפר לאחר שהות במוסדות טיפוליים אחרים. לעתים, הם אף מגיעים בעקבות המלצות של אנשי הצוות במוסד הטיפול. לפיכך, הם נוטים לקבוע את התייחסותם לכפר בהשוואה למסגרות אלו, בעיקר למחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים. נראה, כי ההשוואה למוסדות אלו, מאירה את כפר איזון באור זוהר וחיוני. בוגר, שסיים לפני שנתיים אמר: "אם הייתי מאושפז, הייתי מת. הכפר נתן לי תקווה, אני לא מת, אני בסדר...". דברים דומים שנאמרו בראיונות מעידים, כי בעיני מטופלים שהספיקו לחוות את טראומת הטיפול בבתי חולים פסיכיאטריים, כפר איזון נתפס כמקום מפלט וכמקור לתקווה ולהתאוששות.

תפיסה זו חולקים גם **הורי המטופלים**. בעוד הצעירים תופסים את הכפר כ"מקום של שרונים", לנגד עיני ההורים עומדת כל העת האופציה של בית חולים פסיכיאטרי, אשר נתפס כסיוט בהתגלמותו: "שלחו אותו לבי"ח פסיכיאטרי ואנחנו הרגשנו שהשמיים נפלו עלינו. היינו מבוהלים מאד מהעניין הזה. חשבנו שהילד השתגע ובחיים לא יחזור להיות נורמלי... נתנו לו מיליון ואחת תרופות שלא עבדו. אחרי חמישה חודשים, הוא עדיין לא היה בסדר. כאילו כל הרגשות שלו קהו. כאילו ינקו ממנו את היכולת להיות שמח או עצוב, משהו חלק בלי עומק... הייתה כתבה על הכפר בעיתון או בטלוויזיה, העו"ס של בית החולים חשבה שזה יכול להתאים לו והמליצה עליו. אחת הסיבות שהלכנו הייתה, שלא היו כ"כ אופציות. להביא אותו הביתה – הוא ידרדר ויחזור לחברים הישנים. להכניס אותו לדיר מוגן, לא נשמע לנו טוב. חשבנו שהכפר יכול להיות מקום טוב, בגלל המרחב והים".

אם כי לא רואינו גורמים טיפוליים מחוץ לכפר איזון, הראיונות עם הבוגרים מעלים בעקיפין, כי לכפר דימוי מקצועי גבוה גם בקרב **אנשי טיפול וגורמי רווחה** בארץ. הכפר נתפס כאקסקלוסיבי מאד, חדשני וכמקום שלא קל להתקבל אליו, כפי שסיפר אחד הבוגרים: "אושפזתי בכפר שאול במשך חודש, שם המליצו לי על כפר איזון. אמרו שזה מקום אחר. שזה המקום בארץ. כל איש מקצוע שהתייעצנו איתו, המליץ על המקום הזה". מעבר לכך, הראיונות מעלים, כי במידה ויוזם ההגעה לכפר הינו איש טיפול מקצועי, הנכונות להתחייב לטיפול מצד המטופל ומשפחתו הינה גבוהה יותר.

לסיכום, רוב התרמילאים שמעו על כפר איזון במהלך הטיול מפי מטיילים אחרים. רוב המשתייכים לקבוצת הלא – תרמילאים, לעומת זאת, התוודעו לכפר בעקבות שהות במוסד טיפולי אחר. יש לציין, עם זאת, כי יוזם ההגעה לכפר הינו בד"כ גורם חיצוני למטופל ולרוב ההורים הם אלו המקבלים את המידע.

3. המפגש עם הכפר

תהליך הקליטה בכפר מורכב משני שלבים עיקריים, הקרויים בעגה המקצועית "אינטייק":

☒ שלב ההיכרות: הקשר הראשוני עם הכפר נוצר בד"כ באמצעות פניה טלפונית מצד קרובי המטופל, בעקבותיה – במידה ונמצאת התאמה ראשונית – מזומן המטופל ו/או קרוביו לשיחת היכרות עם מנהל הכפר. במידה והמטופל נמצא מתאים ובמידה והוא מעוניין להשתלב בכפר, עובר המטופל לשלב השני, והוא:

☒ שלב האבחון הפסיכיאטרי: במהלך האבחון, מרואיין המטופל ע"י ד"ר נחמקין, הקובע דיאגנוזה וטיפול מומלץ.

בתום שלבים אלו נקבעת ההחלטה הסופית, הן מצד הכפר והן מצד המטופל ומשפחתו, האם לפתוח בתהליך הטיפולי. במסגרת המחקר האיכותני, ניסינו לאתר את הגורמים המרכזיים, המשפיעים על החלטת הצעירים להצטרף לשוהים בכפר איזון או להימנע מכך.

3.1 גורמים מעודדים

בראיונות שקיימנו עם בוגרי הכפר, ציינו המרואיינים מספר גורמים, להם היתה השפעה חיובית מכרעת על החלטתם להיקלט בכפר:

3.1.1 רושם ראשוני חיובי

בוגרים רבים ציינו, כי החלטתם הושפעה בעיקר ע"י הרושם הראשוני שנחרט בליבם בעת בואם לראשונה לכפר.

שני מאפיינים בולטים של כפר איזון נמצאו כמשפיעים על יצירת רושם ראשוני חיובי:

☒ המראה החיצוני והאווירה

המראה החיצוני והאווירה החמימה והבלתי פורמלית בכפר איזון, מהווים גורם משיכה רב עוצמה עבור הנפגעים. היבט זה משמעותי במיוחד עבור התרמילאים, החשים בעת הביקור הראשוני מעין תחושת היכרות נעימה, הודות לדמיון הרב בין קווי המתאר החיצוניים של הכפר לבין המקומות, בהם שהו עד לא מזמן:

- "הגעתי לכפר והוא נראה כמו מקום מוכר..." (בוגרת, סיימה לפני שנתיים).
- "כשראיתי את המקום עלה לי חיוך על הפנים. עוד לפני שטסתי חיפשתי מקום כזה. איפה לא הייתי – כרכור, פרדס חנה, בית ינאי, רק לכאן לא הגעתי..." (בוגר, סיים לפני כשנה וחצי).

- בוגרת שסיימה לפני שנה סיפרה: "כבר בראיון ידעתי שזה המקום...המיקום הגיאוגרפי, מקום פתוח, שיוצר חמימות."

☒ ההרכב האנושי

מספר מרואיינים תרמילאים ציינו, כי גם לסוג האוכלוסייה בכפר יש השפעה על הרושם הראשוני. בוגר, שסיים לפני שנתיים, סיפר: "פגשתי יותר אנשים עם אוריינטציה רוחנית, בחיפוש אחרי משמעות. כל הסבל קיבל משמעות." המפגש עם אוכלוסיה דומה במאפייניה יוצר תחושת הזדהות ותקווה להבנה ולעזרה הדדית.

במסגרת הראיונות עם **הורי הבוגרים**, ציינו אף הם כי הרושם הראשוני החיובי, שנוצר במהלך האינטייק, היווה גורם מרכזי בהחלטתם לשלב את הבן או הבת במסגרת הטיפולית של כפר איזון: "...הגענו לביקור והרושם הראשוני היה נהדר. אפילו הבת אמרה שזה מלון חמישה כוכבים". יש לציין, עם זאת, כי המראה הפיזי של הכפר, המהווה נקודת חוזק משמעותית בקרב הבוגרים, עלול להיתפס באופן שונה על ידי חלק מההורים. אחד ההורים, למשל, סיפר, כי העדר השערים והגדרות הטריד את מנוחתו: "...הלכתי לראות את המקום, נראה לי פרוץ מדי. במבט ראשון נראה לי שמנסים לעשות ורוד מדי, אבל התחלתי להתוודע לכל הנושא, לראות איך זה עובד. השיטה נראתה לי בסדר..."

3.1.2 החשש מאשפוז בבי"ח פסיכיאטרי

כאמור, חלק ניכר מן הנפגעים מגיעים לכפר, לאחר שהתנסו בצורה זו או אחרת במסגרות טיפוליות אחרות, בעיקר מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים. הרושם הקשה שמותירה בהם חוויית האשפוז, מבליט את כפר איזון כאופציה נעימה ורצויה בהרבה. יתירה מכך, רבים מהם חוששים, כי האשפוז בבית חולים פסיכיאטרי יעניק להם תיוג חברתי של "חולה נפש" ונרתעים מהמשמעות הנלוות לסטיגמה זו. בהקשר זה, כפר איזון נתפס כמקום המאפשר טיפול והתאוששות מחד, ללא הצורך לשאת תווית של חולה נפש, מאידך. כמו כן, בהשוואה לנהלים הנוקשים של מוסדות פסיכיאטריים, כפר איזון נתפס כגמיש בהרבה וכקרוב יותר ברוחו לנפש המטופלים.

באופן דומה, הורים רבים הדגישו את החשש מאשפוז פסיכיאטרי, כגורם מכריע בביצוע ההחלטה. כמתואר בסעיף 2, אופציית האשפוז מהלכת אימים על ההורים, המוכנים לכל פיתרון ובלבד שלא לראות את ילדם במחלקה סגורה. בהיבט זה, נראה כי הרתיעה והמודעות להשלכות הקשות של אשפוז פסיכיאטרי מאפיינים את ההורים, הרבה יותר מאשר את ילדיהם: "בשבילי, כשאמרו אשפוז, כל העולם התרסק. לא יכולתי לקבל את זה...מישהו הציע שנדבר עם עומרי והוא העלה את רעיון הכפר. אני ראיתי בזה אופציה יותר טובה. ראיתי שמול אשפוז בבי"ח, הכפר קרוב יותר להגיון שלנו... כל הזמן ההשוואה הייתה למחלקה בבית חולים."

3.1.3 המלצות

גורם חשוב נוסף, אשר צוין בעיקר ע"י ההורים, הינו אמון רב בגורמים חיצוניים, אשר המליצו על הטיפול בכפר איזון. נראה, כי לתמיכתו של איש מקצוע חיצוני בתהליך הטיפולי בכפר, ישנה השפעה משמעותית על ההחלטה הנקטת לבסוף.

3.2 גורמים מרתיעים

על מנת לאתר את הגורמים המרתיעים נפגעים מפני הטיפול בכפר, פנינו לנבדקי קבוצת ההשוואה. קבוצה זו הורכבה מצעירים, אשר פנו להתקבל לכפר ונמצאו מתאימים, אולם בסופו של דבר בחרו שלא להשתלב בו. במהלך הראיונות עימם, התבקשו המרואיינים לציין את הגורמים, אשר הובילו להחלטה זו. מתשובותיהם עולים מספר נימוקים עיקריים:

3.2.1 רושם ראשוני שלילי

מרואיינים אלו העלו מספר היבטים, שיצרו בליבם התרשמות שלילית בעת ביקורם הראשון בכפר –

☒ חוסר שביעות רצון מהמפגש עם הצוות

מספר מרואיינים חוו מפגש, שנתפס בעיניהם כשלילי עם מי מחברי הצוות: "הייתי בפגישה עם המטפלת והרגשתי שלא נתנים לי תשובות".

בהיבט זה ציינו חלקם את שיחת האבחון, שבוצעה ע"י הפסיכיאטר. נראה, כי מרואיינים לא מעטים נטו "לבחון" את עמדותיו הטיפוליות בעת המפגש ולחלץ ממנו הבנה והזדהות עם מצבם. במידה וגישתו לא הלמה את דעותיהם ותחושותיהם, הביעו הללו אכזבה ותחושה, כי הדיאגנוזה הפסיכיאטרית הוצמדה להם במהירות רבה מידי, ללא בחינה מעמיקה דיה.

עם זאת, כאמור בחלק א' (סעיף 2.2.1), תפקידו של הפסיכיאטר הינו בעל פוטנציאל אינהרטי לחיכוך מסוג זה, שכן לרוב הוא ייאלץ להעביר לנבדקיו בשורות מרות וקשות לעיכול. אין הדבר מתמיה, כי נבדקים רבים מתקשים לקבל את עובדת היותם נפגעי נפש וחשים כי לא הובנו כיאות. אולם, יתכן והצגת העובדות באופן מרוכך ועדין יותר, תסייע בהפחתת ההתנגדות, העולה בסופו של דבר למנוע מהנבדק את הטיפול הנדרש לו.

☒ המראה החיצוני והאווירה

מספר מרואיינים טענו שדווקא המראה והאווירה של כפר איזון – גורמים שזכו להערכה רבה בקרב קבוצת הבוגרים – הכריעו את הכף מבחינתם לשלילה. מסתבר, כי דווקא הדמיון הרב לתקופת הטיול היווה עבורם גורם מרתיע, המזכיר להם את טראומת המשבר שחו. "הזכיר לי יותר מדי את גואה ולא רציתי להיות שם. פחדתי שזה ישאיר אותי בגואה..", סיפר אחד הצעירים.

מרואיינים אלו גם ציינו את הגבולות הפתוחים מדי לטעמם ואת הקרבה בין המדריכים והמטופלים, כגורמים אשר השפיעו על החלטתם שלא להיקלט בכפר: "הדמיון להודו – מרתיע, המראה של המדריכים, צוות שדומה למטופלים".

זוהי נקודה מעניינת, מכיוון שכאמור, מאפיינים אלה בדיוק, היו בקרב קבוצת הבוגרים את אחד מגורמי המשיכה העיקריים של הכפר.

3.2.2 חוסר נכונות להשתתף בתהליך הטיפול

באופן כללי, אנשים שחויית המשבר שלהם הייתה מלווה במאפיינים "רוחניים", תחושת התרוממות או סימני משיחיות, מתקשים יותר לקבל את ההגדרה שלהם כחולי נפש, הזקוקים לתרופות. רבים מהם אינם מעוניינים בטיפול כלשהו, שכן הם סמוכים ובטוחים, כי התהליך אותו הם חווים הוא חיובי ורצוי, וכי אין להם כל הפרעה, ממנה עליהם להירפא. היו שהביעו מודעות למצבם, אך טענו, כי ביכולתם להתמודד בכוחות עצמם, וכי אין להם צורך בסיוע טיפולי:

"הרגשתי שאני יכול להתמודד לבד. מי שהולך לכפר זה לא אדם שרוצה לחזור למציאות. המציאות זה לא לשבת מול הים ולנגן בדרבוקות. אדם שרוצה לחזור למציאות, צריך להתמודד מולה. גם לו הייתי שם 4 חודשים, הייתי חוזר ואז מה?"

3.2.3 החשש מההתחייבות למסגרת

לצד נפגעים, שנרתעו מהפתיחות בכפר, טענו צעירים אחרים, בעיקר תרמילאים, כי גם מקום פתוח זה הינו סגור מדי עבורם. מרואיינים אלו מצאו, כי אינם מעוניינים להכפיף את עצמם למסגרת טיפולית בעלת כללים ברורים, גם אם גמישים יחסית:

"לשבת מול הים לשחק פינג-פונג זה אחלה, אבל לחתוך לעצמי את הרגליים, לקצץ את הכנפיים בלי לצאת, לסגור את עצמי שם, לא בטוח שרוצה להיות במסגרת. לא חושב שהגבלה במקום אחד תתרום לי. חתכתי את זה ברגע שידעתי, שאני לא אהיה חופשי. כשהיא הקריאה לי את החוזה, הבנתי שאני לא חותם. זה כמו פנימייה, אני לא אחזיק שם מעמד."

מרואיין אחר תיאר זאת כך: "בוחנים אותך, מסתכלים עליך בזכוכית מגדלת כמו חיות מעבדה שאתה סגור במקום... לא רציתי להגביל את עצמי, ואם אני עושה משהו שאני לא רוצה, מפה מתחילה הבעיה... אם הייתי קם בבוקר ולא רוצה להיות שם, זה לא היה טוב."

אחרים ציינו, כי הצורך להתחייב לטיפול למשך מספר חודשים, היווה עבורם מוקד נוסף לחשש:

- "פחדתי שצריך להתחייב ל-3-4 חודשים.. זה נראה לי מחייב מידי.. במצב שלי לא יכולתי לקבוע בצהריים עם חברה לערב..."

- "אחד הדברים שהפחידו אותי בכפר, הוא שחייבים להיות לתקופת זמן. אני הגעתי בנובמבר וראיתי שזה נכנס לחורף וצריך לקום בבוקר ולנקות את הגינות, וזה נראה לי שהיה קשה לגרור בן אדם שבור והרוס כמו שהייתי כדי לעדור. אני בטוחה שזו שיטה שיכולה לעזור...אולי אם היו מציגים לא באופן כל כך מאיים...חבל, כי בפרספקטיבה של זמן, המקום היה יכול להיות חיובי."

3.2.4 עלות הטיפול

העלויות הגבוהות הכרוכות בטיפול בכפר צוינו אף הן כגורם, אשר היטה את הכף בתהליך ההחלטה. אחת המרואיינות, לדוגמא, לא נקלטה בכפר למרות רצונה העז, משום שמשפחתה בת עשרת הנפשות לא יכלה לעמוד בהוצאה זו: "לכפר לא הגעתי מבחינה כלכלית, הלוואי.. הלוואי ויכולתי להיכנס לשם. ההורים במצב כלכלי ממש לא טוב. אמא אמרה בהתחלה שתנסה להשיג, אבל ממש אין. משפחה מרובת ילדים... הלוואי והייתי בכפר."

יש לציין, עם זאת, כי גורם זה עלה בשכיחות קטנה יותר מזו שציפינו לה. אחת הסיבות לכך היא, שבעת הכניסה לכפר, מצבם הרעוע של רוב הנפגעים אינו מאפשר להם להתחשב בשיקולים כלכליים לטווח ארוך והם מרוכזים, לרוב, בבעיותיהם המיידיות. ייתכן וזו גם הסיבה לבולטות הרבה יותר שניתנה לנושא זה בקרב קבוצת הבוגרים, שנחשפו בנקודת זמן זו או אחרת למעמסה הכלכלית הכבדה.

4. תהליך קבלת ההחלטה – המועמד ובני משפחתו

ברוב הפעמים, היו אלו הנפגעים עצמם, אשר החליטו להיקלט או שלא להיקלט בכפר, ולא בני משפחותיהם. אולם, מצאנו הבדל משמעותי בין קבוצת הבוגרים לבין קבוצת ההשוואה, מבחינת השפעת בני המשפחה על ההחלטה הסופית. בקרב קבוצת הבוגרים גילינו, כי התעקשות המשפחה על טיפול גררה לעתים קרובות תהליך, שהחל בהתנגדות והסתיים בהסכמה ובהכרת תודה. בניגוד לכך, בני משפחותיהם של אנשי קבוצת ההשוואה, נמנעו, בדרך כלל, מלהתערב.

ייתכן, כי דווקא בני משפחה, אשר אינם מסוגלים להתמודד עם נוכחותו של ילד פסיכוטי בבית, מצויים במצב בו הכפר מהווה עבורם את המפלט האחרון מפני מחלקה פסיכיאטרית. במקרה זה, הם מטילים את כל יכולת ההשפעה שלהם, במטרה להביא את בנם או את ביתם לכדי השתלבות במסגרת כפר איזון. בקבוצת ההשוואה, לעומת זאת, מצאנו מספר הורים, שהפגינו יכולת גבוהה יותר להכיל את בעיותיו של ילדם, ואף צוינו כחלק משמעותי בתהליך ההחלמה.

5. תהליך קבלת ההחלטה – זווית הראייה של הכפר

במהלך השנים 2001 – 2005 פנו לכפר איזון מועמדים רבים, אשר בסופו של התהליך לא נכנסו לכפר (למרות שחלקם נמצאו מתאימים). ניתחנו את נתוני האינטייק של מועמדים אלו (לפירוט, ראונספח ו'6).

מהנתונים עולה, כי:

☒ במהלך התקופה הנ"ל פנו 802 מועמדים להתקבל לכפר איזון. 290 מהם התקבלו לכפר ואילו 512 מועמדים לא נקלטו בסוף התהליך.

194 איש מתוך המועמדים שלא התקבלו (44%)³, נמצאו מתאימים לכפר, אך מסיבה זו או אחרת, לא הגיעו אליו. כשליש הוערכו כלא מתאימים ואילו לגבי כ- 20%, ההחלטה לא היתה חד משמעית.

הסיבות העיקריות לקביעת אי התאמת המועמד הינן:

- חומרת ההפרעה ממנה סובל המועמד (47%): פתולוגיה חמורה דורשת השגחה צמודה מזו הניתנת בכפר איזון, הנחשב למסגרת פתוחה יחסית.
- מצב נפשי טוב יחסית, המאפשר התאוששות בבית ללא צורך במסגרת כוללנית (29%).
- חוסר תובנה ומוטיבציה מצד המועמד (22%).

מועמדים הסובלים מהפרעות אישיות, אובדנות, הפרעות התנהגות ושימוש בהירואין הוגדרו יותר כלא מתאימים לכפר.

בוגרי הכפר די דומים במאפייניהם לקבוצת המועמדים המתאימים, אולם נמצא, כי דווקא מאפיינים הקשורים להחלטה לגבי אי התאמה היו שכיחים יותר בקבוצת הבוגרים.

מהנתונים עולה, כי 15% מהבוגרים סבלו מהפרעות אישיות לעומת 3% מהמועמדים המתאימים, מהפרעות התנהגות סבלו 7% מהבוגרים לעומת 1% מהמועמדים המתאימים ואילו אובדנות אפיינה 6% מהבוגרים לעומת 1% מהמועמדים המתאימים.

עם זאת, ייתכן כי לפנינו אומדן חסר בקרב קבוצת המועמדים המתאימים. ברוב המקרים, מאפיינים אלו אינם הבעיה המרכזית ממנה סובל המטופל, ולכן הם מאותרים רק במהלך האבחון הפסיכיאטרי המקיף, המבוצע בעת הכניסה לכפר.

המועמדים, לעומת זאת, עוברים שיחת התרשמות ראשונית בלבד, בה המעריך נטה לציין רק את הבעיה המרכזית. סביר להניח, כי גם המועמדים סובלים משיעורים דומים של הפרעות אלו, אולם מטבע הדברים, הן לא אותרו בשיחת ההתרשמות הקצרה. לעומת זאת, במידה ומאפיינים אלו היוו בעיה מרכזית ובולטת, הרי שהדבר צוין על גבי הטופס ולרוב הביא לפסילת המועמד.

מאפייני המועמדים די דומים לאורך השנים.

מהנתונים עולה, כי כ- 40% מכלל הצעירים המתאימים, אינם נקלטים לבסוף בכפר מסיבות שונות. מדובר בקבוצה גדולה, אשר ביכולתה להגדיל את מסת המטופלים בכפר באופן משמעותי. בשיחה עם מנהל הכפר התברר, כי במהלך שנת 2005 החל הכפר לטפל בנושא זה, במטרה למשוך מטופלים פוטנציאליים אלו. מזכירת הכפר, בסיוע שלושה מתנדבים, יוצרים קשר עם מועמדים או הורים מהססים. במהלך השיחה, מלובנות התלבטויות המועמד לגבי הכפר ונעשה ניסיון לספק מענה לשאלותיו.

³ האחוז חושב לאחר השמטת ערכים חסרים (מועמדים שלא התקבלו לכפר, אולם לא ברור מי הוא יוזם ההחלטה).

באופן דומה, נוצר קשר עם מועמדים שפנו טלפונית לכפר בכדי לברר פרטים ראשוניים, ופנייתם לא טופלה מיידית, עקב אי דחיפותה. סביר להניח, כי התקשרויות אלו מגדילות את הסיכויים לשילוב מועמדים מתאימים בכפר.

כמו כן, על מנת לפתור את הקושי בהתחייבות למסגרת, המעיק על מועמדים רבים (כפי שניתן לראות לעיל), מומלץ לאפשר למתלבטים להיקלט בכפר לתקופת ניסיון, ללא הסנקציות הכרוכות בקיצור שהות. מעבר לכך, גמישות רבה יותר בנושא התשלומים ומתן הנחות משמעותיות יותר, עשויים להפוך את הכפר לאופציונלי גם עבור משפחות מעוטות יכולת. יש לזכור, כי תוספת כה משמעותית של מטופלים לאוכלוסיית הכפר, עשויה להגדיל את הכנסותיו ולאפשר מתן הנחה גדולה יותר.

6. מהלך השהות בכפר

במידה והמטופל נקלט בכפר, הוא זוכה למטפל אישי, להדרכתם הצמודה של מדריכי הכפר ולמגוון פעילויות וטיפולים. מצאנו, כי אנשי הצוות משקיעים משאבים רבים, במטרה להעלות את המטופלים על דרך ההחלמה. אולם, מטבע הדברים, ההתאוששות ממשבר נפשי בדרך כלל אינה מתקדמת באופן ליניארי, אלא מאופיינת בעליות ובמורדות, עד להתייצבות הרצויה. בראיונות עם בוגרי הכפר, ביקשנו לאתר דפוסי התאוששות שונים, המאפיינים את מהלך השהות בכפר איזון. זאת, במטרה לזהות נקודות משבר בולטות, אשר הכרתן תסייע לצוות הכפר להתכונן לקראתן באופן מיטבי.

6.1 התקופה הראשונה

ניתוח הראיונות מצביע על שני דפוסים עיקריים, האופייניים לתקופת השהות הראשונה:
מטופלים, שהגיעו לכפר עקב הפרעה פסיכוטית, חשים הנאה ואופוריה במהלך השבועות הראשונים, אך לאחר כחודש, חווים ירידה משמעותית במוטיבציה ובמצב הרוח. להלן תיאורו של בוגר, שסיים את הטיפול לפני כשנה וחצי: *"שבועיים ראשונים היו תענוג. הייתי מרוקן מכל החוויה הזו, וזו הייתה מנוחה. ואז לאט לאט זה ללמוד מחדש את הכל. פתאום חטפתי קריזות, צעקות. פתאום אני סגור בחדר."*

בוגרים שחוו פסיכוזה מדווחים על תחושות דומות בעת הכניסה לכפר. המילים "פלסטלינה" או "כמו תינוק" חזרו על עצמן במהלך הראיונות. דיווחים אלה מלמדים על המצב הנפשי, המאפיין את הנפגעים בשלבי היציאה מן הפסיכוזה: תחושת ריקנות ראשונית, המכילה אושר ותמימות בד בבד עם תלות וחוסר אונים.

הדפוס השני לרוב מאפיין מטופלים שאינם פסיכוטיים, כגון דכאוניים, מכורים וכן הלאה, העוברים תהליך הפוך בתכלית. מטופלים אלו מתארים תקופה ראשונית קשה מאוד.

חלקם אף מספרים, כי במהלך הימים הראשונים חשו התנגדות מוחלטת לעצם הצורך בשהייה בכפר, כמו גם להשתתפות פעילה בסדר היום, כגון השכמה, עבודות או טיפולים:

- "דיכאון, געגועים הביתה, הרגשתי כמו ילד שיצא מהרחם ורוצה לחזור אליו." (בוגר, סיים לפני כשנתיים).
- "בהתחלה הרגשתי שכולם כאן משוגעים." (בוגרת, סיימה לפני כשנה).
- בוגר נוסף תיאר זאת כך: "ימים ראשונים קשים. כולם היו ותיקים בשלבי טיפול סופי. כשאתה אומר שאתה בדיכאון, אז כולם באים כאילו לעזור לך, אבל זה רק מקשה. כל יום רציתי לחזור הביתה".

כחלוף תקופה זו (במקרים של הצלחה), מופיעה עלייה בתפקוד ובמצב הרוח, המלווה בתחושת הערכה רבה לכפר ולצוות.

6.2 אמצע השהות

בכל מקרה, בשתי הקבוצות חל משבר במועד די אחד: כשלושה שבועות עד חודש לאחר הכניסה לכפר. גם צעירים מקבוצת הלא – תרמילאים, החווים עליה במצב הרוח לאחר מספר ימים ראשונים קשים, נוטים לחוות משבר מסויים לאחר תקופה זו.

למשבר זה עשויות להיות סיבות שונות:

- רבים המטופלים שהגיעו לכפר במצב פסיכוטי, מתאוששים מהפסיכוזה לאחר כחודש וחשים לפתע תחושת מיצוי ורצון עז לשוב לחייהם הקודמים. הם סבורים, כי הם בריאים ומתפקדים, חברים וותיקים עוזבים את המקום ושלושת החודשים הנותרים נדמים כנצח:
- "ואז מגיע הקטע של ההתנגדויות – טוב, נו, מיצינו, כבר יצאתי מהפליפ, אז מה אני עושה פה?"
- "אחרי חודש הרגשתי שמיציתי... אחרי חודשיים התחלתי להיות חלק מהזמן בחוץ והאוריינטציה הייתה ליציאה. זו הייתה תחושה של...מה אתם תוקעים אותי כאן בכיתה של הטעוני טיפוח...אבל הייתה בזה גם חוויה של צניעות ולהוריד את הראש." (בוגר, סיים לפני כשנה וחצי).

אחרים מתארים את התהליך האופייני לאנשים רבים, המשתלבים במסגרת חדשה. בתחילה, האדם חש הנאה ועניין מכל פעילות חדשה ולא מוכרת, ונחשף בעיקר ליתרונותיה של המסגרת. לאחר זמן מה, כאשר הוא מתרגל לסגנון חייו החדש, הוא חווה לפתע תחושה בלתי נעימה של ריקנות וחוסר התקדמות. זהו גם השלב, בו מרבית המטופלים נחשפים למגרעות שבמצבם, והדבר מדכדך את ליבם. להלן תיאוריהם של מספר בוגרים:

- "אחרי חודש בערך נכנסתי לדיכאון, שחבל על הזמן. כמו שבאה המאניה, ככה באה גם הדיפרסיה. הרגשתי ריקנות אדירה. לא יכולתי לצאת מהמיטה." (בוגר, סיים לפני כשנתיים)

- "בשבוע השלישי התחילו סרטים, מה אני עושה פה? בשביל מה אני צריך את זה?... אחרי חודש היה לי הרבה אנטי למקום, לאנשים, לעצמי, מצבי רוח קשים. כל יום היה קשה. לא היה יום שעבר סבבה.... למדתי לחיות עם הבאסה, לזרום עם מה שאני מרגיש..." (בוגר, סיים לפני כשנתיים וחצי)
- "ראשון ושני אין מה לעשות פה והתחלתי לקלוט את עצמי שאני הולך אחורה. פתאום התחיל להגיע אליי שזה בית חולים... החודש השני היה מאוד קשה. לא הצליחו להבין אותי." (בוגר, סיים לפני כשנתיים וחצי)
- "אחרי חודש רציתי לצאת. פחדתי שזה מקום של מופלפים ואני לא שייכת לפה ואני לא עשיתי כימיקלים וזה עלול לקחת אותי אחורה. עומרי היה נקודת המשען שלי. כל הזמן ניסה להסביר לי, שאני צריכה להישאר בכפר." (בוגרת, סיימה לפני כשנה).

לסיכום, מרבית המטופלים חווים תקופה משברית קשה, כחודש לאחר הכניסה. בראש ובראשונה, על הצוות להיות מודע לדפוס זה ולהתכוון לקראתו. לעתים, נקודת משבר זו עלולה להתפתח לכדי הפסקת הטיפול, בשלב בו המטופל טרם הגיע להתייבבות הרצויה. לפיכך, ישנה חשיבות יתר לנקיטת אסטרטגיות רגישות להתמודדות עם המטופלים בתקופה זו.

יתירה מכך, על צוות הכפר לדעת, כי לעתים קרובות משבר זה מושפע גם מתסכול ורגשות אשם שחשים חלק מהמטופלים כלפי הוריהם, עקב המחיר הכלכלי הכבד שאלו נדרשים לשלם עבור תהליך השיקום. לעתים, גורמי הצוות נעזרים ברגשות אלו, בכדי להשפיע על המטופל להישאר בכפר, אולם הדבר אינו מומלץ.

מן הראוינות עולה, כי אחת האסטרטגיות הטובות בהן נוקט הכפר ביחס למשברים מסוג זה היא מתן האופציה לשהות בבית למשך מספר ימים. בוגר שסיים לפני כשנתיים וחצי, תאר זאת כך: "אחרי חודש וחצי-חודשיים רציתי לעבור ליומיים בשבוע לא להיות פה. עומרי שאל אותי עוד כמה זמן אני רוצה להיות פה, אמרתי חודש. כל מה שביקשתי, תמיד הסכימו. יום ראשון אחד נשארתי בבית ומתתי משעמום. הבנתי, שזה יותר נחמד להעביר פה את הזמן מאשר בבית...מה ששחרר אצלי את ההתנגדות, זה שנתנו לי להיות בבית והבנתי שעדיף לי פה."

6.3 לקראת סיום

תקופת הטיפול בכפר מוגבלת, כאמור, לכ- 3-4 חודשים (למעט מקרים מיוחדים, בהם מטופלים שוהים בכפר למשך חודש נוסף, בדרך כלל כחלק מ"סל שיקום"). לכן, מטבע הדברים, התהליך הטיפולי אינו מסתיים בכפר איזון. ההתאוששות ממשבר נפשי עשויה להימשך חודשים ולדרוש משאבים מנטליים רבים. כאשר מדובר בבעיה כרונית, הרי שעל המטופל להסכין עם קיומה התמידי ולפתח אסטרטגיות התמודדות, שתאפשרנה לו לקיים חיים תקינים ככל האפשר, בצידה של המחלה.

אי לכך, ישנה חשיבות עליונה להכוונה נאותה של המטופלים לקראת החיים מחוץ לכפר. הדרכה בדבר ההתרחשויות המצפות להם בהמשך הדרך, כמו גם הפניה למסגרות המשך, הינן קריטיות לצורך שימור וקידום התוצאות החיוביות, שהושגו במהלך תקופת הטיפול בכפר. העדר הכוונה מספקת עלול לפגוע בהתקדמות המטופל, ואף לגרור נסיגה ומשבר חוזר.

ואומנם, מצאנו, כי כפר איזון משקיע מאמצים לא מועטים בהדרכת המטופלים לקראת יציאה מוצלחת לחיים. לאורך כל תקופת השהות, אנשי הצוות מציבים לעצמם כמטרה את הצורך במתן כלים להתמודדות בידי המטופל, כך שיוכל להשתמש בהם בעתיד בכוחות עצמו. כמו כן, כחודש וחצי לפני תום השהות, נבנית קבוצת "מסיימים", המונחת על ידי רכזת השיקום בכל התחומים הקשורים להתמודדות עם העולם מחוץ לכפר. מעבר לכך, לקראת תום השהות, מושקעים משאבים רבים בניסיונות לשלב את המטופלים במסגרות טיפוליות כלשהן, על מנת להבטיח סיוע תרפויטי בהמשך הדרך.

הכפר מציע מגוון אפשרויות לטיפול המשיך. חלק מהטיפוליים מתקיימים בתוך הכפר ובאחריותו, ואילו אחרים מופעלים ע"י גורמים או מוסדות חיצוניים, ואזי משמש הכפר כמתווך בלבד. כאשר מדובר במטופלים, המסוגלים לקיים אורח חיים עצמאי, נוטה צוות הכפר להמליץ על המשך טיפול ממוקד, בצורת מפגשי טיפול שבועיים, השתלבות בקבוצות תמיכה וכדומה. טיפול המשך מסוג זה עשוי להתקיים בכפר עצמו, באמצעות הגעה ליום טיפול או לפגישות טיפוליות מסוימות. כמו כן, מפעיל הכפר קבוצת תמיכה בתל אביב, בשיתוף "אל-סם". במקרים אחרים, מפנה הכפר את מטופליו לשירותים הזמינים בקהילה, כגון מעקב מרפאות לבריאות הנפש, מרכזי יום, מטפלים פרטיים וכדומה.

ישנם מקרים, בהם טיפול ממוקד מסוג זה אינו מספק, ואז עומדת בפני המטופל האופציה להמשיך להתגורר בכפר, ע"י שכירת דירה ישירות מקיבוץ שדות ים. כך ניתנת לו האפשרות להמשיך בקשר טיפולי אינטנסיבי יחסית עם כפר איזון, בד בבד עם קיום חיים עצמאיים והשתלבות בעבודה ובלימודים.

חלק מהמטופלים סובלים ממחלות כרוניות, אשר אינן מאפשרות להם לקיים מסגרת חיים עצמאית, גם לאחר תום שהותם בכפר. מטופלים אלו זכאים בדרך כלל לקבלת סל שיקום מטעם משרד הבריאות, המאפשר להם להיקלט במסגרות שיקומיות שונות, כגון הוסטלים, דיור מוגן ועוד. במקרים אלו, מתפקד הכפר כמתאם טיפולי רב עוצמה ונוטל על כתפיו את מרבית ההתעסקות הביורוקרטית והלוגיסטית הנדרשת, בכדי לשלב את המטופל במסגרת אופטימלית.

מזה שנתיים פועלת בכפר רכזת שיקום, המסייעת למטופלים בכל הקשור להגשת בקשת הזכאות, הכרת מסגרות ההמשך האפשריות ועוד. לקראת תום השהות, נשלחים המטופלים לסייר במוסדות השונים, על מנת שיוכלו לבחור באופן מושכל יותר את זה הרצוי עבורם. רכזת השיקום אף מדריכה את המטפלים הפרטניים בכל הקשור לתוכניות השיקום של מטפליהם.

יש לציין, כי כפר איזון עצמו הוכר כהוסטל כוללני, ולעתים קרובות, מטופלים הזכאים לסל שיקום שוהים בו חודש נוסף, כחלק מסל השירותים הניתן להם ע"י המדינה.

מעבר להכוונה למסגרות המשך שונות, כוללת ההכנה לקראת העזיבה גם ניסיון להשיב את המטופלים לכדי תפקוד נורמטיבי, הדומה ככל האפשר לזה הנדרש בחיי היומיום מחוץ לכפר. אחת הדוגמאות לפעילות זו היא מאמצי הצוות לשלב את המטופלים באופן מבוקר בתעסוקה או בלימודים. כמובן, שתהליך זה מבוצע רק עבור מטופלים, אשר מצבם הנפשי מאפשר להם זאת. במסגרת זו, נחשפים המטופלים למגוון אופציות בהתאם לנטייתיהם האישיות, ובחרים את הכיוון התעסוקתי או הלימודי הרצוי להם, עוד במהלך שהותם בכפר. כך ניתן למצוא מטופלים רבים, אשר במהלך החודש האחרון לשהותם, יוצאים מהכפר באופן הדרגתי לצורך לימודים אוניברסיטאיים, עבודה ועוד.

לתהליך זה חשיבות רבה, שכן הוא מאפשר למטופלים להסתגל בהדרגתיות ובקלות רבה יותר לחיים מחוץ לכפר. השיבה למסגרות, אותן הכירו בתקופה הטרומ – משברית, מאפשרת להם לחוש ביטחון עצמי ומסוגלות, לצד התמודדות מבוקרת ועדינה עם קשיי החיים בחוץ.

ד. משך השהות בכפר

כאמור, כחלק מהמחקר ניתחנו לעומק את תיקיהם האישיים של 115 בוגרים שטופלו בכפר מתחילת 2004 עד ספטמבר 2005. במסגרת ניתוח זה, בדקנו את הנתונים הנוגעים למשך הזמן בו שוהים המטופלים בכפר. מהנתונים עולה, כי:

- ☒ 36% מהבוגרים שהו בכפר פחות מ- 100 יום, ואילו 22% שהו בכפר 50 יום או פחות. כזכור, תקופת הטיפול בכפר נמשכת כ- 3-4 חודשים (כ- 120 יום), ולפיכך ניתן להסיק כי בוגרים אלו פרשו באמצע הטיפול. כמו כן נמצא, כי מרבית בוגרים אלו עזבו את הכפר מרצונם. יחד עם זאת, בשיחה עם מנהל הכפר התברר, כי חלק מהבוגרים העוזבים את הכפר בתום פחות מ- 100 יום, עושים כן בתיאום עם הנהלת הכפר ולאחר שהושגה הסכמה הדדית. הסיבה לעזיבה נעוצה לרוב בשיפור משמעותי במצבם, המאפשר להם לסיים את הטיפול, טרם המועד המתוכנן. לדעת מנהל הכפר, ניתן להגדיר כ"נושרים", רק מטופלים אשר פרשו מהטיפול כחלוף 50 יום או פחות. במקרים אלו, המטופלים לרוב עוזבים על דעת עצמם, בעיקר מפאת קשיי השתלבות בכפר, ומצבם בעת העזיבה עדיין מצריך טיפול.
- ☒ שהות קצרה יחסית בכפר (פחות מ- 100 יום) מאופיינת בשיפור קטן יותר במצבו של הבוגר בתום הטיפול.
- ☒ שהות קצרה בכפר קשורה לבוגרים, שהגיעו לכפר בעקבות שימוש בסמי הזיות או טראומה ואובחנו כסובלים מפסיכוזה. שהות ארוכה יותר נמצאה בקרב בוגרים, שהגיעו לכפר בעקבות הפרעה קיימת ואובחנו כבעלי הפרעת אישיות.

שהות ארוכה בכפר נמצאה כקשורה גם לרקע משפחתי בעל פוטנציאל משברי (יחסים מורכבים, קונפליקטים וכו') וכן לרקע אישי בעל פוטנציאל משברי, המאופיין ב: קשיים חברתיים/זוגיים, חיפוש עצמי רוחני, שימוש בהירואין וקוקאין בעבר ושתיית משקאות אלכוהוליים.

☒ ככל שבוגר שהה זמן רב יותר בכפר, כך הוא הופנה יותר להמשך טיפול באמצעות "סל שיקום". נתון זה מובן, לאור העובדה שצוינה לעיל, כי מטופלים רבים הזכאים ל"סל שיקום", שוהים בכפר כחודש נוסף לאחר תום התקופה, כחלק משירותי הסל.

☒ פרוץ המשבר בנסיבות של תרמילאות לא נמצא קשור למשך השהות בכפר.

מהנתונים עולה, כי כחמישית מהמטופלים נושרים מהטיפול בכפר כעבור פחות מ- 50 יום. כזכור, מטופלים רבים חווים משבר כחלוף חודש מתחילת הטיפול, וייתכן ומשבר זה מהווה את אחת הסיבות העיקריות לנשירה.

מומלץ לקיים ראיון עם הנושרים בעת העזיבה, במטרה לברר האם משבר זה מהווה את המניע לעזיבה או שמא סיבות אחרות(כיום נבצר מעימנו לברר זאת, עקב תיעוד חלקי ולא מסודר בתיקי הבוגרים). לאור ממצאי ראיונות אלו, ניתן יהיה לאתר דרכי פעולה הולמות, במטרה להקטין תופעה זו, הפוגעת באפקטיביות הטיפול עבור הבוגרים.

8. לאחר תום השהות

סוגיית הקשר עם הכפר משקפת את אחת הדילמות הקשות בנוגע לתהליך הטיפולי בכפר: מהם גבולות אחריות הכפר על מטופליו? רק בזמן השהות בכפר? חודשים ספורים לאחר היציאה? מספר שנים, או שמא - כל החיים?

הכפר משקיע מאמצים לא מועטים בהכוונת המטופלים לקראת יציאה מוצלחת לחיים, אולם לאחר העזיבה, הקשר עם הכפר נשמר למשך תקופה קצרה ביותר, אם בכלל. הכפר אמנם מציע טיפולי המשך מסובסדים למשך שלושה חודשים, אולם כעבור חודש – חודשיים, טיפולים אלו נפסקים בדרך כלל, משום שהבוגר כבר לא מוצא את מקומו בתוך הכפר. עקב קבלת מטופלים ב"שיטת הרכבת", כעבור תקופה זו, הבוגר כבר אינו מכיר את מרבית המטופלים בכפר, והוא חש זרות וחוסר שייכות.

בנוסף, בוגרים רבים בוחרים שלא להשתתף בטיפולי ההמשך, אולם עדיין מצפים להמשך קשר מסוים עם הכפר. בחלק גדול מהראיונות, הביעו בוגרים אלו חוסר שביעות רצון מניתוק הקשר הפתאומי. אחת הבוגרות, לדוגמא, הביעה טענה קשה של נטישה ועלבון כלפי המטפלת האישית: "ארבעה חודשים פתחתי בפניה את הנשמה שלי, ואפילו טלפון היא לא הרימה מאז שיצאתי מהכפר". אותה בוגרת הוסיפה: "יכול להיות שבקטע החברתי, אפילו חשוב כשיוצאים מהכפר, לא להיזרק פתאום. זה שוק. פתאום לשבת בבית, אין חשק לחברים ישנים, דווקא צריך חבר'ה כמוך שיצאו מהכפר..".

בוגרת אחרת שסיימה לפני כשנה סיפרה, כי ניסתה לקיים קשר טלפוני עם המדריכה, עד שזו הודיעה לה, כי צוות הכפר לא רואה זאת בעין יפה: "זה הוריד אותי בבת אחת שוב לרמה של מטופלת. הרגשתי נבוכה וקצת מושפלת".

סוגיית הקשר עם הכפר בולטת באופן חריף במיוחד, בקרב בוגרים החווים תקופה משברית, מייד לאחר העזיבה. במסגרת הראיונות מצאנו, כי חרף ההכנה המסיבית לקראת היציאה, עדיין מהווה הפרידה מן הכפר אירוע משברי קמעה, עבור רוב המטופלים. באופן טבעי, לאחר מספר חודשים בהם סדר היום היה נתון בידי אחרים ובהם היה המטופל מוקף במדריכים, אנשי מקצוע וחברים לקבוצה, הרי שכעת הוא ניצב מול המבחן הסופי – יכולתו להתמודד באופן עצמאי עם חיי היומיום.

חלק קטן מן המטופלים, בעיקר אלו שהצלחתם הטיפולית כמעט שלמה, מחכים ליציאה מן הכפר בקוצר רוח ולרוב גם עוברים את משבר היציאה בצורה קלה יחסית. לעומתם, שאר המטופלים חווים תקופה קשה ואף נסיגה מסוימת, בחודשים הראשונים שלאחר היציאה: "...מאד חששתי מהיציאה. הייתה לי הרגשה שהתרגלתי לכפר...ממש חששתי ממה אני הולך לעשות בבית...הייתי במצב של חוסר מוטיבציה. לא דיכאון כמו שהיה קודם, אבל מצב רוח מדוכדך כזה...מעין דיכאון קל כזה...." (בוגר שסיים לפני שנתיים וחצי). בוגרים אחרים תיארו תחושות דומות:

- "בחודש הראשון לא הייתי מסוגלת לעשות כלום. נרא הרגיע אותי, כשאמרו לי שזה בסדר..."
- "יצאתי מפה (מהכפר) והייתי בבית. חודש ראשון היה תלוש, ואקום. לא עבדתי...לא דיכאון, אבל אפתייה מסוימת".

תקופה משברית זו עשויה להופיע גם בקרב בוגרים, המופנים למסגרות שיקומיות שונות, עקב היווצרותו של פער זמן משמעותי בין סיום השהות הכפר לבין הקליטה במוסד, כפי שתיאר אחד הבוגרים: "הייתי בבית, סיימתי את הכפר באמצע מאי ולא עשיתי כלום...חיכיתי למכון 'סאמט'. בבית לא היה קל, מאד משעמם. הייתי רואה טלוויזיה בעיקר, לא יותר מזה..."

רוב הבוגרים אומנם מתאוששים מן המעבר, מי מהר יותר ומי לאט יותר, אולם ראוי לתת את הדעת לדפוס הברור, המורה על תקופת נסיגה ומשבר, לאחר היציאה מן הכפר. בוגרים רבים מתקשים לקבל את ניתוק הקשר התומך והחס עם הכפר, דווקא בתקופה בה הם זקוקים לו במיוחד.

לסיכום, נראה, כי משבר העזיבה, האופייני למרבית הבוגרים, מתרחש עקב הנחיתה הפתאומית אל חיקו של העולם העצמאי, ללא תמיכה מספקת בתהליך. ייתכן, כי שמירה על קשר מסוים עם הבוגרים בתקופה זו, תקל מעליהם את טראומת המעבר ותאפשר להם לעבור את המשבר במהירות ובקלות רבה יותר. בנוסף, גם בוגרים, המתמודדים בהצלחה עם המעבר אל העולם החיצון, נקשרים רגשית אל הכפר במהלך השהות בו, וניתוק הקשר גורר לעתים קרובות תחושות נטישה ומרמור.

יתירה מכך, ראיונות הבוגרים מעלים, כי חלק מהם שבים לשימוש בסמים, לאחר עזיבת הכפר (ראו לפירוט חלק ד', סעיף 1.2.1.3). קיום קשר מסוים עימם לאחר תום השהות, עשוי למנוע נסיגה בהיבט זה, המהווה את אחד מיעדי הכפר.

לפיכך, מומלץ, כי צוות הכפר יגבש מדיניות חדשה לגבי המשך הקשר עם הבוגרים. ברור, כי חובה להציב גבולות לקשר הטיפולי לאחר השהות. מעבר לכך, עקב היבטים אתיים, נאסר על המטפל האישי ליצור קשר מיוזמתו עם הבוגר לאחר העזיבה. יחד עם זאת, מכיוון שהתהליך הטיפולי בכפר הינו אינטנסיבי ביותר, מן הראוי, כי ההפחתה במידת ההשקעה והאינטנסיביות תבוצע באופן הדרגתי ולא פתאומי. לכן, יש למצוא את הנוסחה הרגישה, אשר תאפשר לבוגרים לקיים קשר ממושך יותר עם הכפר, כגון קשר טלפוני אחת לתקופה עם המדריך האישי, עליו לא חלות מגבלות אתיות.

מאמץ בכיוון זה עשוי להשתלם בשני מובנים:

- שמירת קשר ממושך תאפשר לצוות להמשיך ולהיות מעורב בתהליך ההחלמה של המטופל.
- מיסוד הקשר עם הכפר יאפשר את הקמתן של קבוצות בוגרים או שירותים אחרים בתשלום, ובכך להוסיף להכנסותיו. מן הראוי לציין, כי הכפר כבר החל לממש המלצה זו, ובמהלך השנה האחרונה הפעיל קבוצת תמיכה לבוגרים בתל אביב, בשיתוף עם אגודת "אל – סם".

חלק ג'

ישיבות הפעלת הכשר

ככלל, מרבית הסוגיות הרלוונטיות לנושא זה נידונו בהרחבה בדו"ח הביניים (למעט סעיף 4), שהוגש בנובמבר 2004. לשם הבנת התמונה הכללית, נחזור עליהן להלן באופן תמציתי. יצוין, כי לא נאספו נתונים עדכניים יותר בנוגע לסוגיות אלו, מאז מועד הגשתו של דו"ח הביניים. עם זאת, הסוגיות המרכזיות נסקרו ע"י מנהל הכפר, אשר פירט באוזניו את השינויים שחלו בכפר בסוגיות אלו, נכון לחודש דצמבר 2006.

1. מבנה הכפר הפתוח – נקודות חוזק ותורפה

אחד הדגלים הבולטים של הכפר הוא גישתו הפתוחה והבלתי רשמית, הממעטת ככל האפשר בהצבת גבולות חונקים. הכפר אינו מוקף גדרות, מתקיימת אווירה חופשית בין המטופלים לבין הצוות ונעשה מאמץ רב, שלא לכפות על המטופלים מערך נוקשה של גבולות וצווים. כל זאת, במטרה לאפשר למטופל הבודד להתאושש מהמשבר בקצב האישי שלו. התפיסה היא, כי נוקשות רבה מידי בהקפדה על נהלים קבועים, לא תקדם את התהליך ותמנע גמישות בהתאמה לצרכיו הספציפיים של כל מטופל ברגע נתון.

אין ספק, כי גישה זו מהווה את אחד מגורמי המשיכה העיקריים של הכפר, בעיקר עבור קהל היעד שלו. יחד עם זאת, פעמים רבות, חוסר הפיקוח מעורר סיטואציות מעוררות שאלות, לגבי מידת הגמישות הראויה למקום טיפולי. להלן, הסוגיות הבולטות:

1.1 השכמות

כפר איזון מקיים סדר יום קבוע, הכולל יקיצה בשעת בוקר סבירה, ארוחה מזינה והשתתפות בפעילויות שונות. סדר זה נבנה על פי התפיסות הטיפוליות של הכפר, ולכן יש חשיבות לדאוג, כי מטופלי הכפר אכן ינהלו את סדר יומם לפי התבנית שקבע הכפר. חשיבות היקיצה בבוקר אינה נוגעת אך ורק להשתתפות בטיפולים השונים, אלא עצם קיומם של סדרי שינה וקימה נורמטיביים מהווה חלק חיוני מתהליך השבת המטופל לכדי איזון נפשי וגופני.

מובן, כי מטופלים רבים אינם ששים להתעורר, כאשר קיימת אפשרות להמשיך את שנתם. במהלך שהותנו בכפר, נכחנו במקרים לא מעטים, בהם מטופלים לא יצאו מחדרם עד שעות הצהריים ואף מעבר לכך. היבט זה בולט באופן חריף יותר בקרב מטופלים פסיכוטיים או דיכאוניים, הסובלים מהפרעות שינה כחלק ממהלך מחלתם ולפיכך מתקשים להירדם בלילות. קשיי השינה מותירים אותם ערים בשעות הקטנות של הלילה, ולמחרת בבוקר הם שוב קמים בשעות מאוחרות ביותר. מדובר במצב לא רצוי, הפוגע בהתקדמות התהליך הטיפולי. בנוסף, בלילות, הפיקוח הוא מינימלי ומטופלים, הנותרים ערים בשעות אלו, עלולים למצוא בכך פתח להפרות נוספות של נוהלים.

ראוי לציין, עם זאת, כי צוות הכפר מודע לסוגיה זו ועלתה הדרישה מהמדריכים להיות נוקשים יותר ביחס לשעות השינה והיקיצה. יתירה מכך, במהלך הראיונות, מספר אנשי צוות הביעו את העמדה, כי מטופלים אשר מזלזלים באופן קבוע בסדרי ההשכמה, אין מקומם בכפר.

אף להתרשמותנו, חרף השאיפה לשמור על אווירה פתוחה ובלתי לוחצת, אין מנוס מהבהרה חד משמעית למטופלים, כי מטופל אשר לא יציית לסדרי הכפר באופן עקבי, יאלץ לעזוב את המקום.

1.2 השתתפות בפעילויות

סדר היום בכפר רווי בפעילויות מסוגים שונים, אולם מידת ההשתתפות בהן אינה קבועה. נראה, כי נוצרה מעין "היררכיה" של פעילויות, על פי מידת ההקפדה על ההשתתפות בהן. בפעילויות כגון טיפול קבוצתי דינמי, פסיכודרמה, קונג-פו או קבוצת ההתמכרות, הנוכחות היא כמעט מלאה על פי רוב, בעוד בפעילויות אחרות, מידת הנוכחות תלויה בנחישותו של המדריך התורן. במקרים רבים נראה, כי המטופלים מנצלים את היחסים הקרובים והבלתי רשמיים עם המדריכים, בכדי להשיג פטור מפעילויות אלו ואחרות, למרות נחיצותן.

הגמישות בנושא ההשתתפות בפעילויות יוצרת פרקי זמן ארוכים, בהם המטופלים שרויים בחוסר מעש. גם לטענת ההורים, הן בראיונות דו"ח הביניים והן באלו שבוצעו לקראת הדו"ח המסכם, לעתים קרובות הם מצאו את ילדם ישן או "מתבטל".

ההורים הביעו את התחושה, כי ישנן שעות רבות ללא תעסוקה וכי קיים צורך במילוי חסר זה: "יש יותר מדי הפסקות של זמן פנוי וחוסר מעש". הורה אחר אמר: "היה נדמה לי שיש דברים שמוצגים יפה, אבל עבודה... לא הייתה ממש עבודה, בשעות הערב לא היה עיסוק".

מכיוון שהכפר אכן מפעיל מערך טיפולים אינטנסיבי וגדוש, ייתכן, כי רושם זה נוצר, עקב חוסר הקפדה מספקת על השתתפות המטופלים בפעילויות השונות.

חשוב לזכור, כי מטופלים רבים, בעיקר דיכאוניים או פסיכוטיים בשלב שלאחר שיא הפסיכוזה, חשים ריקנות, עייפות נפשית וכדודך עמוק. תחושות אלו מביאות לרצון עז להסתגר בתוך העצמי ולצנוח אל חידלון וחוסר מעש. נטייה זו מתבטאת גם בחוסר מוטיבציה להשתתף בפעילויות השונות, בעיקר הקבוצתיות או האקטיביות שבהן. נטייה זו, אף כי היא מובנת, במקרים רבים מביאה את המטופל לכדי שקיעה והחמרה של מצבו.

בשיחה עם מנהל הכפר, הבהיר האחרון את הבעייתיות שבכפיית המטופלים להשתתף בפעילות. כחלק מתפיסת הכפר הפתוח, הצוות מעודד את המטופלים ליטול אחריות על חייהם ולבצע בחירות מושכלות בכוחות עצמם. הבחירה, האם להשתתף בפעילות מסויימת או להימנע מכך, מהווה, במובן זה, היבט משמעותי בתהליך הטיפולי. יחד עם זאת, במטרה למנוע את החסרונות הכרוכים בכך (כפי שצינו לעיל), פוצלו הפעילויות בכפר, כך שחלקן הוגדרו כפעילויות חובה וחלקן הוגדרו כפעילויות רשות, בהן ניתנת למטופלים האפשרות לממש את חופש הבחירה שלהם.

1.3 תגובה להפרת נוהלים

על פי כללי הכפר, כל הפרה של החוזה הטיפולי או של נהלי הכפר אמורה לגרור אחריה סנקציה או תגובה כלשהי מצד ההנהלה. עם זאת, הדחה או סילוק מן הכפר כמעט ואינם באים בחשבון, למעט שני המקרים הבאים:

◀ במידה והמטופל מהווה סיכון לעצמו או לאחרים.

◀ במידה ונעשה שימוש בסמים בתוך הכפר.

מצב זה יוצר, פעמים רבות, תחושה בקרב המטופלים, כי ניתן להפר נוהלים ללא תגובה. מטופלים רבים דיווחו על מקרים, בהם הופרו כללי הכפר ללא סנקציה משמעותית מצד ההנהלה. יתירה מכך, גם במקרים בהם המדריך היה מודע להפרת הנוהל והגיב בחריפות, לא תמיד ננקטה בסופו של דבר פעולה כנגד המטופל מצד ההנהלה. מקרים אלו גוררים זלזול מצד שאר המטופלים, החשים כי נהלי הכפר הם בגדר המלצה בלבד.

ההפרות הנפוצות נוגעות בעיקר לאחזקת תרופות ללא אישור, שימוש בחומרים פסיכואקטיביים, יחסים אינטימיים בין מטופלים ומטופלות וכן חוסר עמידה בסדרי היום יום. נראה, כי מעל לכל, הנקודה הבעייתית ביותר הינה הקלות היחסית, בה מטופלים מצליחים להשיג תרופות ללא אישור. בדו"ח הביניים המלצנו על צורך דחוף בשינוי מדיניות אחזקת התרופות וחלוקתן למטופלים. אנו תקווה, כי סוגיה זו זכתה למענה.

לסיכום, לגישת הכפר הפתוח יתרונות רבים, בפרט עבור האוכלוסיה האופיינית לכפר איזון. במקרים רבים, נקיטת יד נוקשה מידי לא תקדם את התוצאות הרצויות, אלא נהפוך הוא – תגרור מרמור ונסיגה. לדעה זו שותפים כל מדריכי הכפר, התומכים במודל הכפר הפתוח, חרף הקשיים הנלווים אליו. למרות זאת, מומלץ לתת את הדעת על הסוגיות שצוינו לעיל, במטרה להביא לשילוב אופטימלי בין האווירה החופשית והפתוחה של הכפר לבין הקפדה על הסדרים החיוניים לצורך תפקוד תקין.

2. הצוות

דו"ח הביניים כלל בתוכו התייחסות נרחבת לצוות המקצועי בכפר, והתייחס בעיקר לקשיים וללבטים, שעלו כתוצאה ממשבר ארגוני, אשר פקד בשעתו את הכפר. מיעוט התמיכה הכלכלית בכפר דרדרה אותו לכדי משבר כלכלי חריף, שפגע בהיבטים שונים בפעילות אנשי הצוות. בנוסף, נדרשה ההנהלה לבצע סדרת שינויים ארגוניים, שיצרו התנגדויות ותסכול בקרב אנשי צוות רבים.

כיום, כשנתיים לאחר הגשת דו"ח הביניים, נראה, כי חל שיפור במצבו של הכפר. עם זאת, מצאנו לנכון לחזור בקצרה על מספר היבטים מרכזיים, אשר יש להעניק להם התייחסות, במידה ולא זכו למענה עד כה.

2.1 הטרונגיות המטופלים

לשונות הרבה במאפייני המטופלים בכפר ישנן השלכות רבות על התהליך הטיפולי ועל תפקוד אנשי הצוות. השלכות אלו פורטו בחלק א' (סעיף 1), אולם כאן המקום לחזור ולהדגיש, כי ללא ספק, שילוב אוכלוסיות, השונות במאפייניהן מקהל היעד המקורי של הכפר, משפיע לרעה על יכולת ההכלה של הצוות. אנשי הצוות, ובפרט המדריכים הנמצאים בקשר המידי ביותר עם המטופלים, מתקשים לעתים להתמודד עם ההטרונגיות הרבה, בפרט מול קטגוריות מסוימות של מטופלים.

מכיוון שכיום הכפר אינו מסוגל לקיים את עצמו על בסיס אוכלוסיה תרמילאית בלבד, הרי שחובה על הנהלת הכפר למצוא מענה, אשר יבטיח פגיעה מינימלית בתפקוד הצוות. אחד המענים שנמצאו, הוא ההנחיה הצמודה הניתנת למדריכים באמצעות המטפלים הפרטניים ורכזות הכפר. המלצות נוספות בנושא פורטו בחלק א' (סעיף 1).

2.2 הזרכות מקצועיות

בעבר נהנו חברי הצוות בכפר מהזרכות מקצועיות חיצוניות, שסייעו רבות לשיפור איכות הטיפול, הניתן על ידם. אולם, לאור הקשיים התקציביים, פסקה ההסתייעות בהזרכות אלו. בעת הגשת דו"ח הביניים, כל ההזרכה שניתנה לצוות (למעט רכזת השיקום) היתה פנימית, כלומר, חברי הצוות הדרכו זה את זה. הדרכה זו לא סיפקה את צרכי הצוות והעמיקה את שחיקתם. עם זאת, במהלך השנתיים שחלפו מאז, חלה התייצבות במצבו של הכפר, ולדברי מנהל הכפר, אחת לשבוע ניתנת הדרכה מקצועית למטפלים הפרטניים, מטעם אנשי מקצוע חיצוניים.

2.3 מדריכי הכפר

אם כי המדריכים אינם מטפלים, מצאנו, כי למדריכים חלק חשוב בתהליך הטיפולי בכפר. לא יהיה זה מן ההגזמה לקבוע, כי **המדריכים הם הלב הפועם של הכפר**. הם מהווים את הקשר הישיר ביותר למטופלים ואלו מצידם, לומדים לראות בהם אוזן קשבת, חברים ואף יותר מכך. הקשר החם, המקבל והבלתי אמצעי מהווה מרכיב חיוני בתהליך ההתאוששות של המטופלים, בעידוד התקדמותם ובמניעת נסיגה.

במהלך ראיונות הבוגרים, שבוצעו לקראת הדו"ח המסכם, נשאלו המרואיינים לגבי מידת שביעות רצונם מתפקוד המדריכים. הקונצנזוס שנמצא היה מוחלט: כל הבוגרים הביעו הערכה והערצה למדריכי הכפר. ההתייחסות למדריכים נעה בין חברי נפש למטפלים ופעמים רבות נטתה המטוטלת לכיוון של חברי נפש. כמובן שבמקרים מסויימים, עלו טענות ספציפיות כלפי מדריך זה או אחר, אולם לא מצאנו דפוס ביקורת דומיננטי כלפי המדריכים. אחד הבוגרים, לדוגמה, ייחס את עצירת ההידרדרות שלו למדריך: **"בכפר לא נותנים להידרדר. המדריך האישי היה מעיר אותי, לוקח אותי ביד..."**. בוגרת אחרת סיפרה, כי המדריכה היתה עבודה כחברת נפש, אשר שימשה לה כאוזן קשבת וכיד תומכת בכל עת.

מעבר לתמיכה הנפשית במטופלים, על כתפי המדריכים מונחות כל משימות היומיום, המרכיבות את שגרת החיים בכפר. העומס הרב המוטל על המדריכים גורר בהכרח עייפות ושחיקה. במסגרת דו"ח הביניים עלו מספר סוגיות, המטילות קושי נוסף על תפקודם האופטימלי של המדריכים. להלן, תמצית הקשיים העיקריים:

2.3.1 חפיפה וימים ראשונים

בשלב הראשון משמשים רוב המדריכים ככוננים. זוהי תקופת חפיפה והכנה, בה אמור המדריך ללמוד את הכפר ואת סדר יומו, את מהות התפקיד וכן הלאה. במסגרת דו"ח הביניים מצאנו, כי לא קיים נוהל חפיפה מובנה, הכולל תחנות חפיפה מוסדרות ומינוי גורם ספציפי, המופקד על ביצועו היעיל של התהליך. העדר נוהל מסוג זה גורר תחושת בלבול ומחסור בהכוונה מספקת. טענה נוספת עלתה ביחס למרווחי הזמן הארוכים בין המשמרות בתקופת החפיפה, אשר פוגעים ברציפות תהליך הלמידה.

בפועל, מרבית המדריכים עומדים בכך ומסתגלים למקום ולתפקיד בתוך זמן קצר. עם זאת, המלצנו בדו"ח הביניים להקל על המדריכים, באמצעות בניית נוהל חפיפה מסודר, המבוסס על היצמדות למדריך וותיק למשך ימי עבודה שלמים ורצופים.

2.3.2 יחסי מטופלים – מדריכים

קושי נוסף אשר עלה בדו"ח הביניים התייחס למידת הקרבה בין המדריכים ובין המטופלים. נקודת חוזק מרכזית של הכפר הינה הקשר הבלתי אמצעי בין המדריכים למטופלים. המטופלים יכולים לפנות למדריכיהם בכל שעות היממה ובכל נושא אפשרי, ללא שמירת הגבולות והמרחק האופייניים ליחסי מטפל ומטופל. להיבט זה יתרון משמעותי בתהליך הטיפול, אולם אין ספק, כי הוא דורש מהמדריכים תעצומות נפש, אשר אינן תמיד ברשותם. במקרים רבים, הם מתקשים להתמודד עם הצורך האינטנסיבי להיות זמינים במשך 24 שעות ביממה, ללא אפשרות להתנתק לצורכי מנוחה והתחדשות.

2.3.3 משמרות

נקודת קושי נוספת נוגעת לאורך המשמרות, בהן משובצים המדריכים. להתרשמותנו, הדרישה לבצע עבודה אינטנסיבית מסוג עבודתו של המדריך לאורך פרקי זמן ארוכים ורצופים, גוררת מידה רבה של עייפות ושחיקה.

לסיכום, אין ספק, כי עבודתם של המדריכים הינה קשה ושוחקת. יחד עם זאת, מנתוני הכפר עולה, כי ממוצע הוותק של המדריכים בכפר הולך וגדל עם הזמן. להתרשמותנו, הדבר מעיד על שיפור בתנאי עבודתם של המדריכים, הגורר עימו שביעות רצון רבה יותר.

2.4 תיאום ושיתוף פעולה

היבט חיוני ביעילותו של מבנה ארגוני נוגע למידת שיתוף הפעולה בין חברי הצוות השונים. תיאום בין הגורמים השונים, העברת מידע באופן רציף ומסודר, שיתוף בהחלטות ונגישותם של הגורמים הבכירים, הינם בעלי השפעה קריטית על מיצוי אופטימלי של התהליך הארגוני.

באופן כללי, ניתן לקבוע, כי מערכת היחסים בין אנשי הצוות בכפר היא איכותית ויעילה. ברוב המקרים, עבודת הצוות מתקיימת תוך תיאום, הבנה והסכמה. הגורמים השונים בצוות משתדלים לשמור על נגישות וזמינות לשאר חבריהם, על מנת לאפשר התייעצויות שוטפות ומעבר מידע תקין. יש לציין, עם זאת, כי המשבר אשר חלף על הכפר בעת כתיבת דו"ח הביניים, השפיע לרעה גם על מערכת היחסים בין אנשי הצוות השונים לבין ההנהלה. היבט זה תואר במפורט בדו"ח הביניים ואנו תקווה, כי הקשיים שהועלו, באו על פתרונם.

אולם, מצאנו לנכון לציין בשנית שתי סוגיות עיקריות, אשר צוינו בזמנו ע"י הצוות :

2.4.1 המדריכים ויתר המטפלים

על מנת להביא את התהליך הטיפולי לכדי יעילות מירבית, ישנה חשיבות מרכזית לקיומה של תקשורת סדירה ומאורגנת בין המדריך לבין יתר הגורמים המטפלים, ובראשם המטפל האישי. העברת מידע והתייעצויות שוטפות הינן חיוניות הן ברמה הכללית של המתרחש בכפר, והן ברמה הספציפית עבור כל מטופל ומטופל.

מצאנו, כי הקשר בין המדריכים לבין יתר הגורמים הינו חיובי ויציב, וכי המידע זורם, בין באופן ספונטני ובין באופן ממוסד. בדו"ח הביניים טענו מספר מדריכים, כי מערכת היחסים אינה מבוססת דיה וכי במקרים רבים היא נוצרת ביוזמתם ולא ביוזמת המטפלים. עם זאת, כאמור לעיל, מבנה העבודה בכפר השתנה, ומאז הגשת דו"ח הביניים בנובמבר 2004 כל מטפל מנחה באופן צמוד שני מדריכים, הנמצאים בקשר רק עם מטופליו שלו.

2.4.2 חוסר גיבוי ברמת התגובות

בסעיף מס' 1, דנו במתח הקיים בין תפיסת הכפר הפתוח לבין הקושי באכיפת סדרי הכפר. מתח זה מתבטא, בין היתר, בהעדר תגובה או התייחסות למקרי הפרת נוהלים מצד מטופלים.

בהיבט זה, טענו מדריכים במסגרת דו"ח הביניים, כי לעתים אינם זוכים לגיבוי מצד ההנהלה, בכל הנוגע לסדרי אכיפת המשמעת. בנוסף, במקרים רבים, הם לא שותפו בתהליך קבלת ההחלטה לגבי נקיטת סנקציה או אי נקיטתה, ולעתים קרובות לא הבינו את הסיבה העומדת מאחוריה. חוסר התיאום בין תגובת המדריך לבין תגובת הצוות הבכיר, יצר תחושה של עקיפת סמכות, כמו גם פגיעה במעמד המדריך מול מטופליו.

בשיחה עם מנהל הכפר התברר, כי ניתנה התייחסות משמעותית לסוגיות שהועלו בדו"ח הביניים וכי פותח מודל מיוחד להעברת מידע אופטימלית בין אנשי הצוות. כאמור בחלק א' (סעיף 1.3), לכל מטפל הוצמדו שני מדריכים, המטפלים אך ורק במטופלים שלו. כך מתאפשר מעבר המידע באופן פשוט יותר, שכן התקשורת מתבצעת מול שני מדריכים בלבד ולא מול כל הצוות.

בנוסף, אחת לשבועיים מתפצלת ישיבת הצוות לפי המטפלים הפרטניים, כאשר יתר אנשי הצוות (המטפלת המשפחתית, המטפלים הקבוצתיים וכו') עוברים ברוטציה ממטפל למטפל ומעבירים לו את המידע הרלוונטי למטופלים שלו. כל אחד מהמדריכים מתלווה למטפל האחראי עליו ונוכח בפגישות עם יתר המטפלים. מעבר לכך, מכיוון שהמטפלים האלטרנטיביים פועלים בהתנדבות, מונה רכז טיפולים אלטרנטיביים בשכר, במטרה למסד את פעילותם. הרכז משתתף בישיבות הצוות והמטפלים עצמם נפגשים גם עם רכזת המדריכים, המעדכנת אותם במתרחש.

לסיכום, אין ספק כי הצלחת הכפר תלויה בראש ובראשונה באנשי הצוות, המפגינים מסירות רבה והשקעה ללא גבול בתהליך הטיפולי.

ברצוננו להדגיש במיוחד את חשיבות עבודת המדריכים, המהווים תשתית מרכזית לתהליך הטיפולי בכפר. השקעתם העצומה והקשיים הנלווים לעבודתם גוררים אחריהם תחושת שחיקה מתמשכת, העלולה להביא לכדי עייפות וירידה במוטיבציה. לפיכך, מעבר לפתרון הקשיים הספציפיים, **המלצתנו היא לחזק את המדריכים בכל דרך אפשרית**, החל ממתן בונוסים ומענקים כספיים (במידת האפשר) וכלה בימי גיבוש, חופשות משותפות וכיו"ב. כל תשומת לב מיוחדת ולו הקטנה ביותר, תהווה זריקת עידוד והכרת תודה.

3. הקשר עם המשפחות

חיליק מגנוס, האחראי על חילוצם של נפגעים רבים, הגדיר לא פעם את המשבר הפסיכופי כ"פיגוע טרור במשפחה". ואומנם, הנפגע בדרך כלל אינו יחידי בתהליך. המשבר הפוקד את הילד מחלחל לתא המשפחתי ומלווה בחרדה, כאב ודאגה ללא קץ מצד המשפחה.

מכאן נודעת חשיבות רבה לשמירה על קשר הדוק עם המשפחה ועם ההורים בפרט, במהלך השהות בכפר. המשבר הפתאומי מציב את ההורים בעמדת חוסר אונים קשה מנשוא והם זקוקים נואשות ליד מכוונת, אשר תמתן את עוצמת הזעזוע. בנוסף, ההורים, בהיותם הדמויות הקרובות ביותר לפרט, מסוגלים לספק לו רשת חברתית של חום, תמיכה וסיוע, המהוות מרכיב חשוב במהלך ההחלמה.

למרות החשיבות שיש לשיתוף ההורים, מצאנו, כי מעורבותם בתהליך הטיפולי ובשמירת הקשר עם ילדם בכלל, משתנה מאוד בין המשפחות השונות. ישנם הורים, המגיעים לבקר מידי יום, לפחות בתקופה הראשונה, וישנם אשר פקדו את הכפר פעמים ספורות בלבד במהלך תקופת השהות כולה.

התרשמנו, כי נקודות המפגש העיקריות של ההורים עם הכפר מתקיימות במסגרת הטיפול המשפחתי ובמפגשים עם הפסיכיאטר או עם מנהל הכפר (יש לציין, כי המטפל הפרטני אינו רשאי להיפגש עם הורי מטופליו, שכן קשר מסוג זה עלול לפגוע ביחסי האמון שלו עם המטופל).

באופן כללי, הראיונות שבוצעו לקראת הדו"ח המסכם (במהלך 2004-2005) מעלים, כי ההורים שבעי רצון ממידת שיתופם בתהליך הטיפולי ומזמינות אנשי הטיפול כלפיהם. יש לציין, כי מרבית ההורים הביעו הערכה עצומה כלפי מנהל הכפר בפרט, והם רואים בו את הכתובת העיקרית למצוקותיהם. עם זאת, בדו"ח הביניים עלו תלונות בנוגע לזמינותו המעטה, המקשה על קיום קשר רציף עימו. כמו כן, בדו"ח הביניים טענו מספר הורים, כי לא זכו להדרכה מספקת לקראת היציאה מהכפר בתחומים שונים, כגון מידע בנושא סל שיקום, היערכות לקראת הוועדות השונות, מסגרות המשך אפשריות וכן הלאה.

לסיכום, נראה, כי הכפר מקפיד לשמור על קשר עם משפחות המטופלים, וכי מרבית המשפחות שבעות רצון מקשר זה. עם זאת, היות ומרבית הקשר עם הכפר מבוצע במסגרת הטיפול המשפחתי, הדבר עלול להוות גורם בעייתי עבור הורים, אשר אינם מוצאים בו עניין. הורים אלו עשויים להביע רצון בסוג קשר שאינו טיפולי, כגון ימי הורים, קבוצות תמיכה וכן הלאה. יש לציין, כי במהלך שנת 2003 הופעלה קבוצת תמיכה להורי המטופלים, אולם עקב מגבלות תקציב, פעילותה נפסקה לאחר ארבע פגישות בלבד.

בנוסף, במידה והדבר לא טופל מאז דו"ח הביניים, מומלץ להקים תוכנית הדרכה מובנית, אשר תועבר באופן שיטתי לכל ההורים, לקראת שיבת ילדם הביתה. על הדרכה זו לעסוק בהיבטים רבים ככל האפשר, הנוגעים לתקופה שלאחר העזיבה, כגון, ההתייחסות הרצויה לנוכח התנהגויות שונות של המטופל, התמודדות עם נסיגה ומשבר, אופציות לטיפולי המשך, משמעויות והשלכות כלפי המשך החיים וכן הלאה. ייתכן ויהיה זה מועיל ביותר לבנות חוברת, אשר תכלול הסברים מפורטים לגבי מסגרות ההמשך הקיימות, מידע בנוגע לפן הבירוקרטי של הטיפול בילד (השגת זכאות לקצבאות, סל שיקום וכיו"ב), כתובות וטלפונים חיוניים וכן הלאה.

4. מדיניות תיעוד וניהול מידע

כל מוסד ארגוני מבנה את פעילותו על בסיס המידע, המצטבר בין כתליו. מידע זה הינו חיוני לצורך תהליכי קבלת החלטות, התייעלות ושיפור ליקויים, שיתוף פעולה ותיאום בין גורמים ועוד. כמו כן, ארגון שיטתי של המידע מאפשר לגורמים חיצוניים לקבל תמונה ברורה אודותיו במהירות וביעילות. ללא מידע זה, יתקשה המטפל להעניק לפציינט את הטיפול המיטבי, שכן אין לו אפשרות ללמוד משגיאות קודמיו והוא חסר פרטים חיוניים, העשויים להשפיע על מהלך הטיפול.

בחלק זה ננתח את יעילות שיטת התיעוד בכפר, ע"פ נתונים שעלו מסקירת תיקי בוגרי הכפר וכן מעיון בתיקיהם של צעירים, אשר קיימו קשר מסוים עם הכפר, ובסופו של דבר, לא נקלטו בו.

סקירה זו בוצעה במהלך סוף שנת 2005 ותחילת 2006, ועל כן ממצאיה נכונים לתאריכים אלו. הממצאים אינם מתייחסים לתיעוד הממוחשב המבוצע בכפר או לתיקי הנהלה אחרים, אותם לא בדקנו במחקר זה.

כללית, החל משנת 2004 חל שיפור משמעותי מבחינת שיטת התיעוד בכפר ומידת ההקפדה על תרשומת מדוקדקת. יחד עם זאת, מצאנו מספר נקודות הטעויות שיפור בהיבט זה. תחילה, נפרט ממצאים כלליים שנמצאו בתהליך התיעוד. לאחר מכן, נתייחס באופן פרטני לצורת הרישום של כל שלב טיפולי. לבסוף, יפורטו המלצותינו בנושא זה.

4.1 ממצאים כלליים

4.1.1 אחסון המידע

תנאי בסיסי לניהול מידע תקין הוא אחסון נאות של המידע, באופן בו יהיה נגיש מחד, ושמור מפני פגעי הזמן, מאידך. הנהלת הכפר מודעת לחשיבותו של אחסון תקין, אולם עקב העדר מקום, מסמכי הבוגרים מרוכזים בניילוניות משרדיות בתוך ארון בחדר המזכירות. להתרשמותנו, שיטת אחסון זו מקשה על שליפת מידע בצורה קלה ואינה שומרת עליו מפני נזקים ואי סדר. יש לציין, כי מזכירות הכפר פועלת בימים אלו (דצמבר 2006) במטרה להקים חדר ארכיון מסודר.

4.1.2 ארגון המידע בתיקים

מעיון בתיקי הבוגרים עולה, כי רובם אינם מסודרים באופן המאפשר הבנה מהירה של נתוני המטופל:

- ברוב התיקים מצאנו, כי המסמכים אינם מסודרים באופן כרונולוגי או על פי סדר מסוים, והדבר מקשה על המעיון, כאשר ברצונו לאתר פרט מסוים.
- בתיקים רבים חסרים מסמכים, כגון טופסי אינטייק וסיכום טיפול, שנועדו לסכם את המידע באופן תמציתי ונוח (יש לציין, עם זאת, כי בהיבט זה חל שיפור ניכר בשנתיים האחרונות). כמו כן, תיקים רבים כוללים עותקים כפולים של מסמכים שונים, המסרבילים את העיון בתיק.
- לעתים קרובות, לא ניתן לקבל תמונה מלאה אודות המטופל באמצעות טופס אחד מובנה. גם בתיקים בהם קיים סיכום טיפול, לעתים פרטים חשובים אינם כלולים בו.
- בחלק מהמסמכים לא מופיע שמו של המטופל או מצוין השם הפרטי בלבד. זהו מתכון לבלבול בין מסמכי מטופלים שונים, בעיקר כאשר שוהים בכפר מטופלים בעלי שם פרטי זהה.
- מצאנו, כי מטפלים ומדריכים רבים מתעדים מידע בכתב יד, שאינו תמיד ברור.

4.2 תיעוד שלבי הטיפול השונים

שיטה יעילה לניהול מידע מחייבת, כי כל שלבי הטיפול יהיו מתועדים.

כיום, התיעוד מתבצע באופן הבא :

4.2.1 שלב האינטייק

שיחת ההיכרות הראשונית ☒

תיעוד תוכן השיחה מורכב בעיקר מתמליל רציף של דברי הנוכחים. בתיקי הבוגרים מצאנו, כי בניגוד לשנים עברו, התמליל מודפס באופן קריא וברור. בסוף התמליל אף מופיעות מספר שורות, המסכמות בקצרה את הפרטים החיוניים. יחד עם זאת, במקרים בהם הצעיר לא נקלט בכפר בסופו של דבר, התמליל אינו מודפס ולעתים קיים קושי בהבנת הכתוב. כמו כן, לא תמיד קיים תיעוד בנוגע לסיבה שהובילה לאי קליטתו בכפר. יש לציין, כי לדברי מנהל הכפר, כיום (דצמבר 2006) כל האינטייקים מודפסים, ללא יוצא מן הכלל.

בנוסף מצאנו, כי תמלילי השיחות עם צעירים אלו מאוחסנים בקלסרים, המסודרים בסדר כרונולוגי. סדר זה הוא לעתים בעוכרי המעיין, כאשר מדובר בצעיר שהגיע לכפר מספר פעמים. האינטייק החוזר לרוב אינו מצוי בצמידות לאינטייק הקודם ולא תמיד ברור, כי מדובר באותו מטופל.

האבחון הפסיכיאטרי ☒

להתרשמותנו, אבחון זה מתועד ללא דופי על גבי טופס מובנה ומודפס ותוך ציון שמו המלא של המטופל. עם זאת, לעתים אין פירוט מספק בנוגע לרקע והסיבה לפניית המטופל לכפר.

4.2.2 מהלך השהות בכפר

תיעוד הטיפולים ☒

להתרשמותנו, ישנה חשיבות לתעד כל סגנון טיפול לו זכה המטופל, ההתרחשויות שאירעו בכל מפגש, תוצאותיו וכן הלאה. באופן זה ניתן לבצע מעקב אחר התקדמות המטופל וכן לאתר את הטיפולים האפקטיביים ואת הפעילויות אשר אינן מקדמות את המטרה. מידע זה חיוני גם לאחר עזיבת המטופל, שכן הוא מאפשר למטפלים הבאים להמשיך את התהליך החיובי שנוצר בכפר, באמצעות הידע שנצבר ממגוון הפעילויות בהן השתלב.

עם זאת, נראה, כי אין הקפדה מספקת על תרשומת מסודרת של מהלך השהות. ראשית, התיעוד אינו מבוצע באופן יומיומי, שיטתי ועקבי על פני כלל המטופלים. בנוסף, נמצאה שונות רבה בין מטפלים שונים ובין סגנונות טיפול שונים, כאשר טיפולים מסוימים מתועדים באופן עקבי ונאות, אחרים מתועדים אך בצורה שאינה תמיד ברורה (בכתב יד, למשל) וישנם טיפולים אשר אינם מתועדים כלל.

הנחתנו היא, כי כל המטפלים מקיימים תרשומת בפורמט כלשהו, אך מן הראוי, כי תרשומת זו תופיע גם בתיקו האישי של כל מטופל. מטרת התיק הינה לרכז את כל המידע הטיפולי לגבי הפציינט, כך שגורם חיצוני יוכל להפיק במהירות תמונה שלמה לגבי המטופל, ולא יאלץ ללקט את הפרטים מכל מטפל בנפרד.

☒ תיעוד התרחשויות חריגות

מעבר לטיפולים השונים, התנהלות המטופלים בכפר מאופיינת, מן הסתם, בהתרחשויות שונות, שלחלקן חשיבות בתהליך. לדוגמא, מטופלים לא מעטים מתקשים לעמוד בסדרי הכפר, ולעתים נוצרים קונפליקטים בינם לבין הצוות, אשר אינם מתועדים באופן שיטתי ומפורט.

לעניות דעתנו, יש להקפיד על רישום בשני מקרים מרכזיים:

- כאשר המטופל מפר נוהל בסיסי, המחייב השעיה/הדחה, כגון שימוש בסמים, עימותים פיזיים וכו'. לעתים נמצא אזכור לכך בסיכום מפגש טיפולי, אך לדעתנו, קיים צורך ברישום נפרד על גבי טופס מובנה, בכדי למנוע את הצורך בקריאת כל סיכומי המפגש.
- כאשר המטופל מפר נוהל באופן חוזר ונשנה, הדורש התייחסות כוללת מצד הצוות, כגון הימנעות מהשתתפות בטיפולים לאורך זמן, אי ציות עקבי לדברי המדריכים וכו'.

באופן דומה, במקרים רבים לא מצאנו תיעוד מסודר של החלטות שונות שהתקבלו בנוגע למטופל, כגון שילובו בקבוצת טיפול חיצונית, שחרור לשהות בבית במשך תקופה מסוימת וכו"ב.

☒ ניהול תקציבי

בהיבט זה, הכפר מקפיד לקיים דוקומנטציה די מסודרת. רוב התיקים כוללים את החוזה הטיפולי, טפסים תקציביים מובנים המתעדים את הסדרי התשלום והמעקב אחריהם וכו'.

4.2.3 שלב העזיבה – סיכום טיפול

מטרת סיכום זה הינה להעניק תיאור קצר וממצה של המידע הקיים בתיק, בכדי למנוע את הצורך לקרוא את כולו. מעבר לכך, על הסיכום לכלול תיאור מפורט של מצב המטופל בעת עזיבתו, וכן את פירוט ההכוונה וההמלצות, אשר ניתנו לו לקראת המשך הדרך.

בהיבט זה, מצאנו מספר נקודות הטעונות שיפור:

- בשנותיו הראשונות של הכפר, כלל לא בוצע סיכום טיפול. משנת 2004 לערך ועד היום, ניתן למצוא סיכומי טיפול מודפסים, אך לא באופן עקבי מעבר לכלל המטופלים, אלא כתלות בזהותו של המטפל האישי. העדר סיכום טיפול מקשה על הבנת התהליך הטיפולי, ותוצאותיו, כגון מצב המטופל בעת העזיבה, המסגרות אליהן נשלח וכדומה.

יתירה מכך, סיכומי טיפול מופיעים בעיקר בתיקי מטופלים, אשר השלימו שהות מלאה בכפר. לרוב לא מצאנו סיכום טיפול בתיקי מטופלים, אשר שהותם קוצרה מסיבה כלשהי. במקרים בהם המטופל קיצר שהות מיוזמתו, מופיע בתיק טופס "עזיבה מרצון", אולם טופס זה אינו מפרט את סיבת העזיבה המוקדמת, הנסיבות שהובילו אליה וכיו"ב.

- במהלך השהות בכפר ובעיקר במפגשים הטיפוליים, עולים תכנים רבים, שהינם משמעותיים להבנת מהלך ההחלמה או אי ההחלמה, כגון מחלות נפש במשפחה, אירועים טראומטיים בעבר וכן הלאה. סיכום הטיפול אמור להוות תמצית של מידע זה, אולם לעתים נוכחנו, כי פרטים חשובים שהופיעו במסמכים שונים, לא צוינו בסיכום הטיפול.
- סיכום הטיפול הפסיכיאטרי נמצא בנפרד מהסיכום הכללי, ובמקרים רבים במקום שונה בתיק. לטעמנו, הדבר מקשה על הסקת התמונה השלמה ממסמך כוללני אחד.
- בשיחה שהתקיימה עם מנהל הכפר התברר, כי בימים אלו (דצמבר 2006) שוקדת מזכירות הכפר על פיתוח טופס סיכום טיפול בפורמט קבוע ומובנה, אשר ימולא באופן גורף ע"י כלל המטפלים.

4.2.4 המשך מעקב וטיפול חוזר

חלק מבוגרי הכפר ממשיכים לפקוד את שערינו לאחר העזיבה, כחלק מטיפול המשך. במהלך סקירת התיקים מצאנו, כי טיפולי ההמשך אינם מתועדים כראוי. לרוב לא ניתן לדעת מה התרחש בהם ומה היה מצב המטופל בעת ניתוק הקשר הסופי. תמונה דומה ניתן לראות גם בתיקי בוגרים, אשר שבו לכפר לטיפול חוזר. שוב, ברור לנו, כי המטפלים מתעדים את טיפולי ההמשך במסגרת עבודתם, אולם על תיעוד זה להופיע גם בתיקו האישי של המטופל.

4.3 סיכום והמלצות

ניתן לקבוע בוודאות, כי תיעוד המידע במהלך השנתיים האחרונות הינו איכותי בהרבה, מזה שבוצע במהלך שנותיו הראשונות של הכפר.

יחד עם זאת, גם כיום, אופן התיעוד בכפר אינו אופטימלי. המלצתנו היא, כי תגובש שיטת תיעוד מוסכמת, אשר תיושם באופן גורף לגבי כל מטופלי הכפר ובכל שיטות הטיפול. לטעמנו, שיטת התיעוד היעילה ביותר מבוססת על מספר טפסים בסיסיים (אינטייק, סיכום מפגש טיפולי, סיכום טיפול וכו'), להם פורמט אחיד. אנשי הצוות יקפידו לתעד את המידע על גבי טפסים אלו בלבד.

כמו כן, מומלץ לטפל בנושאים הבאים:

- ✓ שינוי שיטת האחסון והקצאת חדר נפרד לצרכי ארכיון. כאמור, נושא זה נמצא בטיפול כבר בימים אלו.
 - ✓ ביצוע הפרדה בין מסמכים השייכים לשלבים שונים בתהליך, על מנת למנוע ערבוביא.
 - ✓ הקפדה על ציון פרטי המטופל על גבי כל מסמך, בכדי למנוע אובדן מסמכים.
 - ✓ הדפסת התרשומת, ובמידה והדבר אינו אפשרי – הקפדה על כתב יד ברור.
 - ✓ הכללת טופס שיהווה מעין "יומן מטופל", אשר יפרט את המטרות הטיפוליות ואת התוכנית הטיפולית שנבנתה עבור המטופל. בנוסף, ישמש היומן כמסמך לצורך תיעוד התרחשויות שונות שאירעו במהלך השהות, כגון קונפליקטים מרכזיים, החלטות שהתקבלו בנוגע למטופל וכן הלאה.
 - ✓ ארגון מחדש של התיק בתום הטיפול, כך שיוותרו בו רק מסמכים מהותיים, העשויים להיות רלוונטיים להמשך.
- לסיכום, ברור, כי לניהול מידע תקין ישנו גם היבט תקציבי משמעותי. לדוגמא, שכירת חדר נוסף לצורכי ארכיון בלבד מהווה ללא ספק עול כלכלי. עם זאת, ישנם היבטים בתהליך תיעוד תקין, אשר ניתן ליישם, גם ללא עלות כלכלית משמעותית.

5. תחזוקה

אחד מסימני הזיהוי הבולטים של הכפר הוא מראהו ומיקומו הייחודי, המאופיינים בהעדר רשמיות, פשטות ואף רישול מכוון. אולם, בראיונות שבוצעו במסגרת דו"ח הביניים עלתה פעמים רבות הטענה, כי התנאים הסניטריים במקום אינם הולמים מסגרת טיפולית. מטופלים והורים רבים העלו שלל תלונות לגבי רמת התחזוקה של המקום, החל מאיכות המזון המוגש, דרך העדר הקפדה על ניקיון והיגיינה וכלה בשוטטות של כלבים בשטחי הכפר. לפיכך, המלצנו בדו"ח הביניים להפקיד את נושא התחזוקה בידיו של איש צוות, אשר יהיה אחראי על מגוון ההיבטים של נושא זה.

הננו שמחים לציין, כי המלצתנו התממשה בדמותו של איש אחזקה קבוע, אשר מונה ע"י הנהלת הכפר, במטרה לתת מענה מידי לליקויים שהועלו. במהלך ביקורינו בכפר בשנה האחרונה (2006), נוכחנו, כי אכן חל מהפך בנושא זה. סביבת הכפר מטופחת, ניכרת הקפדה רבה יותר על ניקיון וסניטציה במועדון ובחדרי המגורים, ואף נושא שוטטות הכלבים טופל כמעט לחלוטין. על פי דיווחו של מנהל הכפר, חל שיפור גם בתחום התזונתי וכן שופצו וחודשו מבני הכפר.

שיפור זה הינו משמעותי ביותר, שכן מחובתו של הכפר להוכיח, כי הבחירה במיקום ובמראה הייחודיים שלו הינה תוצר של תפיסה טיפולית שיש בה הגיון רב ויעילות מוכחת ולא חלילה, תוצר של הזנחה. השילוב של מיקום ייחודי עם מחויבות תברואתית בלתי מתפשרת, תדגיש את יתרונותיה של שיטה טיפולית זו.

6. עלויות

בלתי ניתן לסיים פרק זה ללא התייחסות לנושא עלות השהות בכפר, אשר עלה כסוגיה כאובה בראיונות רבים. מטבע הדברים, נושא זה בלט בעיקר בראיונות שקיימנו עם הורי המטופלים והבוגרים, אשר הדגישו את המחיר הכלכלי הכבד, אותו נדרשו לשלם עבור הטיפול בילדם.

עלות השהות בכפר איזון עומדת על סך של כ- 9,000 ₪ לחודש. במקרים בהם המשפחה מוכיחה יכולת השתכרות נמוכה ביותר, היא זכאית להנחה מסוימת, אולם הקריטריונים להנחה זו הם די מחמירים וגם במקרים בהם היא ניתנת, העלות עדיין גבוהה למדי.

עלות זו נובעת, בעיקרה, מחוסר סבסוד מספק מצד המדינה. הכפר ממומן ע"י הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול וכן על ידי תרומות של גורמים פרטיים שונים, אולם נראה, כי אין די בכך. חלק גדול מהנטל הכלכלי מוטל על ההורים, המתקשים לעמוד בתשלומים הכבדים.

הורים רבים ציינו, כי היו מעוניינים בהמשך טיפול, אולם מפאת העלות הגבוהה, נאלצו להימנע מכך : *"הכפר היה המקום הכי נכון בשבילי... יכול להיות שעוד חודשיים - שלושה היו מוציאים אותנו יותר טוב (נראה יקר). כפר איזון היה המקום היחיד מתוך מה שחיפשנו, שנתן את המעבר ממחלקה סגורה לחיים פתוחים..."*. במהלך ניתוח תיקי הבוגרים, נתקלנו בעשרות מכתבים, מהם זועמים ומהם כואבים, בהם הביעו ההורים הפצרות חוזרות ונשנות להקל מעליהם את הנטל. נראה, כי ההורים, החפצים להעניק את הטיפול המיטבי לילדם, ניצבים לעתים בפני דילמה בלתי אפשרית, הדורשת מהם לבחור בין טובת ילדם לבין טובתה הכלכלית של שאר המשפחה.

בראיונות הביעו רוב ההורים את העמדה, כי מחובת המדינה להשתתף במימון הטיפול. בודדים טענו, כי אין הדבר באחריותה של המדינה וכי זהו המחיר שיש לשלם על שימוש בסמים ועבירה על החוק. אולם, גם הורים אלו דיווחו על הוצאות עצומות וקושי רב לעמוד במחירה הכבד של עבירה זו.

חלק ד'

בח'נת תרמ"ה ואשקט'ג'ות

שאלת האפקטיביות מהווה, למעשה, את השאלה הקריטית עבור כל מוסד טיפולי: באין שיפור משמעותי בתום התהליך, אין סיבה לקיומו של המוסד. השאלה היא, כיצד ניתן למדוד שיפור זה? בסקירת הספרות תיארו מספר היבטים אפשריים לבחינת אפקטיביות טיפולית. היבטים אלו שימשו אותנו, בבואנו לאמוד את התרומה הטיפולית של הכפר עבור בוגריו. בחינה זו בוצעה במגוון כלים כמותיים ואיכותניים, במטרה לאפשר לקורא זוויות מבט רבות ככל האפשר.

החלק האיכותני בחן את תרומת הכפר בשני אופנים מרכזיים. בחלק מהמקרים, בחרנו להשוות את מצבם של בוגרי הכפר למצבם של אנשי קבוצת ההשוואה. אנשים אלו לקו במשבר די דומה לזה שחווי הבוגרים, אולם מסיבות אלו ואחרות לא עברו את התהליך הטיפולי בכפר או נטשו אותו מיד בתחילתו. בנוסף לכך, ראינו מטופלים במהלך הטפול ולקראת תומו, כמו גם בוגרים והוריהם, על מנת לבחון את תפיסותיהם לגבי אפקטיביות הכפר ותרומתו.

החלק הכמותי בדק אף הוא את תרומת הטיפול בכפר, תוך שימוש בשני מקורות מידע:

- ניתוח תיקיהם האישיים של 115 בוגרים (מתחילת 2004 ועד ספטמבר 2005).
- ניתוח נתונים, העולים מסדרת מבחנים פסיכיאטריים ופסיכולוגיים שהועברו בקרב 36 מטופלים במערך "לפני – אחרי": בתחילת הטיפול ולקראת תומו. (לפירוט, ראו פרק "מטרות ושיטת המחקר").

מעבר לכך, מצאנו לנכון לשרטט את מסלולי התרומה השונים של התהליך הטיפולי בכפר, עבור קבוצות שונות של מטופלים. זאת, משום שתהליכים טיפוליים משפיעים באופן דיפרנציאלי על אנשים שונים ועל קבוצות אוכלוסיה שונות.

לפיכך, המסקנה הסופית נובעת ממבט אינטגרטיבי על מדדי ההצלחה השונים ותוך התייחסות דיפרנציאלית לקבוצות מטופלים ספציפיות.

1. הממצאים בהיבטי ההחלמה השונים

1.1 ההיבט הקליני – פסיכיאטרי

כאמור בסקירת הספרות, האופן המקובל למדידת ההחלמה בהיבט זה נעשה תוך שימוש במושג **רמיסיה** (remission): נסיגת תסמיני המחלה. לפיכך, תרומת הטיפול נמדדת באמצעות אחוז המטופלים, המגיעים לרמיסיה מלאה או חלקית בפרק זמן מסוים.

1.1.1 ממצאי המחקר האיכותני

במסגרת הראיונות ביקשנו לאתר הבדלים בין קבוצת הבוגרים לבין קבוצת ההשוואה, מבחינת הטיפול שקיבלו ומצבם הקליני בעת הראיון.

מהריונות עלה, כי רוב נבדקי קבוצת ההשוואה זכו לטיפול נפשי כלשהו, אולם רובם טופלו בקהילה ולא נקלטו במוסדות אחרים לבריאות הנפש. לכן, רובם שוהים בבית ההורים ומדווחים על הקושי הרב במצב זה. להערכתנו, מבחינה קלינית, חלקם הגדול של המרואיינים התאוששו במידה מסוימת מהמשבר אשר פקד אותם. יחד עם זאת, נתקלנו בארבעה מקרים לפחות (מתוך 17 איש), אשר מצבם הפסיכיאטרי קשה ביותר. הקשה שבהם, היה בכפר באינטימיקה, אך סירב להיקלט בכפר עקב חוסר נכונות לטיפול. מאז הדרדר מצבו: הוא מסוגר בחדרו מזה שנתיים ואינו יוצר קומוניקציה עם הסובב. בשלושה מקרים נוספים, מצאנו את הנבדקים שרויים במצב מנטלי רעוע. נבדקים אלו דיווחו על סימפטומים פתולוגיים שונים, ושניים מהם אף ביקשו מהמראיינת, כי תסייע בידם להתקבל לכפר. לא נתקלנו במרואיינים הנתונים במצב קליני כה ירוד בקרב קבוצת הבוגרים.

כדוגמא, בחרנו להביא להלן את תמצית הראיון עם ג' מקבוצת ההשוואה:

חייה של ג' רצופים משברים מגיל 15, ביניהם – שינוי באורח חייהם של הוריה, ניסיון התאבדות ושירות צבאי קשה ומשברי. לאחר שחרורה מצה"ל, החלה לעשן גראס, אשר לעתים עודד את רוחה, אולם במקרים אחרים דרדר אותה לכדי משברים נפשיים שונים. לפני טיסתה להודו, חוותה הריון בלתי רצוי והפלה, שהרעה עוד יותר את מצבה הנפשי. בהודו ג' הגבירה את מידת השימוש בגראס ואף התנסתה בסמים פסיכודליים קשים. היא החלה לנוע בין מצבי רוח קיצוניים, עד שלבסוף, תחת השפעת סמים, התפרצה הפסיכוזה במלוא עוצמה. היא נלקחה ל"בית החם" ומשם הוטסה לארץ והגיעה לכפר. ג' נמצאה מתאימה והביעה רצון עז להיקלט בכפר, אולם משפחתה לא יכלה לעמוד במחיר הכלכלי של הטיפול והיא נאלצה לוותר. בעת הראיון עימה, ג' לא התאוששה מהמשברים שפקדו אותה. היא מתגוררת עם הוריה, מטופלת אצל פסיכיאטר ונוטלת תרופות. מצבה הנפשי רעוע והלך רוחה דיכאוני: "הייתי בחורה חכמה, חזקה ועכשיו זה כלום, לא מסוגלת לעשות שום דבר...". בראיון שוב ציינה, שהיתה מעוניינת מאוד בטיפול המוצע בכפר איזון, אולם חוסר היכולת הכלכלית מונע ממנה אפשרות לעזרה ואולי אפילו להצלחה.

1.1.2 ממצאי המחקר הכמותי

1.1.2.1 ניתוח תיקי הבוגרים

- תהליך עזיבת המטופל את הכפר כולל בדרך כלל הערכה לגבי מצבו הנפשי (המתבצעת ע"י ד"ר נחמקין), בהשוואה למצבו בעת הקליטה. מניתוח הערכות אלו עולה, כי:
- 24% החלימו מהמשבר ועזבו את הכפר ללא סימפטומים נראים לעין של פתולוגיה כלשהי. יתר המטופלים עזבו את הכפר עם סימפטומים קליניים ברמה זו או אחרת: 31% הוגדרו כסובלים ממחלת נפש, אך כמצויים במצב של רמיסיה טובה. 39% חוו שיפור חלקי בלבד במצבם ואילו מצבם של 6% הבוגרים לא השתפר כלל בעקבות הטיפול.
 - נמצא, כי בוגרים במצב נפשי טוב יותר היו מעורבים פחות באירועים חריגים במהלך השהות ונזקקו פחות לטיפול תרופתי. בוגרים רבים יותר מקרב קבוצה זו הופנו להמשך טיפול בקהילה, לעבודה וללימודים.

- בוגרים ששירתו שירות צבאי מלא וכן בוגרים שהזרז לפריצת המשבר שלהם היה שימוש בסמי הזיות, הוערכו כמצויים במצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול.
- פריצת המשבר על רקע טיול תרמילאי נמצאה כקשורה למצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול (עם זאת, המתאם לא מובהק סטטיסטית).

1.1.2.2 מערך "לפני – אחרי"

להלן מוצגת השוואה בין הנתונים שנאספו בתחילת הטיפול בכפר ולקראת תומו, במדדים הרלוונטיים להיבט זה.

לוח מס' 1: שינויים בהיבט הקליני-פסיכיאטרי

המדד	מה נבדק	טווח	התחלה	סוף	מובהקות הפער
BPRS	הערכה כללית לשינוי לאחר טיפול	1 – 7	2.64	2.03	שיפור – $p < 0.01$
MADRS	תסמיני דיכאון	0 – 6	1.10	0.71	שיפור – $p = 0.02$
MRS	תסמיני מאניה	0 – 4	1.26	1.02	שיפור – $p = 0.12$
O-LES-Q	תחושת בריאות ו-well being	1 – 5	3.69	3.86	שיפור לא מובהק

מהלוח עולה, כי:

- במדד ה-BPRS חלה ירידה מובהקת סטטיסטית בחומרת הסימפטומים הפסיכיאטריים מסימפטומים הקרובים למתונים (2.6) לסימפטומים קלים מאוד (2).
- במדד ה-MADRS חל שיפור מובהק סטטיסטית. עם זאת, יש לציין, כי רמתם ההתחלתית של המטופלים במדד זה לא היתה גבוהה.
- במדד MRS השיפור התקרב למובהקות סטטיסטית.
- במדד תחושת בריאות ו-well being, ההבדל בין שתי נקודות הזמן לא היה משמעותי.

1.2 ההיבט התפקודי – התנהגותי

כאמור בסקירת הספרות, היבט זה כולל שלושה פרמטרים, בהם עשויה להתבטא התרומה הטיפולית של כפר איזון:

- השתלבות במסגרות עבודה או לימודים.
- תפקוד עצמאי בחיי היומיום, ללא הזדקקות למסגרות שיקומיות.
- הימנעות משימוש בחומרים פסיכואקטיביים.

1.2.1 ממצאי המחקר האיכותני

במהלך הראיונות עם בוגרי הכפר מצאנו, כי רוב הבוגרים שבו למסלול חיים עצמאי, הכולל השתלבות בתעסוקה או במסלולי השכלה גבוהה, פיתוח תוכניות לעתיד והצבת מטרות נורמטיביות לבני גילם. חלק קטן מן הבוגרים, הלוקים בהפרעות כרוניות, אשר אינן מאפשרות תפקוד עצמאי, הופנו למסגרות המשך בסופו של תהליך, שראשיתו עוד בכפר. חלק קטן נוסף שוהה בבית ההורים, ללא תעסוקה מיוחדת. להלן פירוט הממצאים:

1.2.1.1 השתלבות בתעסוקה

כאמור בחלק ב' (סעיף 6), התקופה המיידית לאחר הטיפול בכפר נתפסת כמאיימת וכקריטית. בוגרים רבים חוששים מאד מן השהייה בבית, מכיוון שהיא עלולה להביא לשתי תופעות לא רצויות:

- מחשבות טורדניות והתעסקות מיותרת בעצמי ובעבר, המלווה בפחד מפני התפרצות מחודשת של הפסיכוזה.
- פיתוי לשוב ולהשתמש בחומרים פסיכואקטיביים, עקב הבטלה.

לכן, בקרב חלק ניכר מהבוגרים התרמילאים, מצאנו רמה גבוהה יחסית של מוטיבציה להשתלב במסגרת תעסוקתית כלשהי. מפאת גילם הצעיר ועקב העדר השכלה מקצועית לרובם, מרבית העבודות האופייניות להם הינן זמניות, לא מקצועיות ולעיתים חלקיות. טווח המשרות כלל: מכירות, שליחויות, ארגון מסיבות, גננות ועוד.

תופעה אחרת בה נתקלנו, אם כי בממדים פחותים, היא תופעת ההתנדבות. חלק מן הבוגרים מקבוצת התרמילאים, ובמיוחד אלו שהטיפול שלהם הוגדר כהצלחה, דיווחו על התנדבות במסגרות שונות, כגון נעמ"ת, מוסדות ללוקים בפיגור, מוסדות גמילה ועוד. בוגרים אלו העידו, כי התנדבות זו לא היתה אופיינית להם בתקופה הטרם – משברית. נראה, כי מדובר בתוצאה חיובית נלווית של התהליך הטיפולי בכפר, המעורר את הבוגרים לכדי חשיבה חברתית כוללת.

בקרב קבוצת הלא-תרמילאים, מצאנו תמונת מצב מורכבת יותר. כאמור, עבור רובם, אין מדובר במשבר ראשון וכפר איזון אינו המסגרת הטיפולית הראשונה שלהם. אוכלוסיה זו היא לרוב בוגרת יותר וחלקה הגדול כבר חווה אכזבות וקשיי השתלבות בשוק העבודה, בין השאר עקב ההיסטוריה המנטלית הבעייתית. לפיכך, ההשתלבות במסגרת תעסוקתית מהווה מטרה פחות נכספת בקרב קבוצה זו. המטרות הראשיות שלהם הן שונות ומגוונות: מציאת מסגרת טיפול יומית, גמילה מסמים או מטרות אחרות. מובן שישנם בוגרים בקרב קבוצה זו, המביעים שאיפות תעסוקתיות דומות לאלו של קבוצת התרמילאים, אולם בוגרים אלו גם דומים יותר במאפייניהם לקבוצה זו: הם בדרך כלל צעירים יותר ובעלי רקע תרבותי דומה יותר לאוכלוסיית התרמילאים.

אם ההשתלבות בתעסוקה מסמלת עבור התרמילאים חזרה ראשונית לחיים תקינים, הרי שלימודים במוסד להשכלה גבוהה או בכל מוסד אחר, מהווים עבורם צעד גדול נוסף בהשבת הביטחון העצמי ובביסוס עתידם האישי. מבין הבוגרים התרמילאים, רוב המרואיינים לומדים במוסדות להשכלה גבוהה, החל מעבודה סוציאלית ומדעי ההתנהגות ועד הנדסת מחשבים ואלקטרוניקה.

בקרב קבוצת הלא-תרמילאים, מצאנו שיעורים נמוכים יותר של בוגרים, המשולבים במסגרת לימודית כלשהי. בדומה לתחום התעסוקה, גם במקרה זה, ללימודים ישנה רלוונטיות שונה עבור קבוצה זו. מתוקף היותם מבוגרים יותר, רובם נמצאים בעמדה, בה ויתרו על האפשרות ללימודים גבוהים. גם בקרב אלו המצויים בגיל המתאים, מצאנו פחות עיסוק ממשי באפשרות זו, אלא התייחסות מעורפלת ולא ממוקדת מטרות.

שימוש בחומרים פסיכואקטיביים

כפר איזון נוקט בעמדה ברורה בנוגע לשימוש בסמים והיחס הישיר בינו לבין התפרצות מחלות נפש. מצאנו, כי שיטת הפעולה של הכפר בנושא זה מתמקדת בהסטת הדיון הכללי והעקרוני בדבר סמים "קלים", "קשים" ואחרים, לדיון אישי בשאלה: מה הסמים עלולים לגרום לי (המטופל)?

במהלך השעות בכפר, הביעו מטופלים רבים עמדות, המייצגות הפנמה, לכאורה, של מסר זה. עם זאת, במהלך ראיונות הבוגרים, אותם מטופלים ממש, שבו בהדרגה לשימוש בסמים (בעיקר בנגזרות הקנביס, אך במקרים מסוימים גם לחומרים פסיכודליים). כידוע, שימוש חוזר בסמים מהווה את אחד הגורמים להתפרצות מחודשת של פסיכוזה, בקרב אנשים שסבלו ממנה בעבר (ויצטום ונחמיה – שופמן, 2000; צוברי, 2001). ואומנם, מצאנו, כי מספר בוגרים שבו לטיפול חוזר בכפר, בעקבות התפרצות מחודשת של הפסיכוזה, כתוצאה משימוש בסמים.

לדברי מנהל הכפר, החזרה לשימוש בסמים נובעת לעתים קרובות מעצם השיבה לאורח החיים, המאפיין את קבוצת ההתייחסות הנורמטיבית שלהם. אין להתעלם מהעובדה, כי חלק גדול מבני גילם משתמש בקנביס ובתוצריו כנורמת התנהגות מקובלת. לפיכך, חלק מהמרואיינים אף רואים בהתנהגות זו חלק מהשיבה לשגרה: *"...חזרתי לעשן. חלק מהחזרה שלי לתפקוד, זה להשלים גם את הצד הזה"*.

אחרים דיווחו על צריכת סמים, אך בד בבד גם על התחושה, כי זוהי התנהגות לא רצויה, המהווה שריד לתקופות קודמות: *"שאלטות מדי פעם, אבל אין בזה שום דבר טוב. סוף היום קצת...נושא טעון שיפור מבחינת הציונים שלי לעצמי. זה מעכב אותי."*

ישנם כמובן בוגרים, אשר בעקבות המשבר והטיפול הנלווה, החליטו להימנע מסמים לחלוטין: *"יש כל כך הרבה אנשים שלא יוצאים מהסמים. זו אשלייה, זה לא ממש אמיתי. אני חושבת, שלא שווה לקחת את הסיכון."*

1.2.1.4 קבוצת ההשוואה

בהשוואת ראיונות הבוגרים עם הממצאים שעלו מניתוח ראיונות קבוצת ההשוואה, עולה, כי רמת התפקוד היומיומי של קבוצת ההשוואה הינה מעט נמוכה יחסית. לעומת זאת, אין הבדל משמעותי בין שתי הקבוצות בנוגע לשימוש בחומרים פסיכואקטיביים.

לסיכום, ניתוח הראיונות מצביע על הצלחת הטיפול מבחינת השבת הצעירים לחיים נורמטיביים, בעיקר בקרב קבוצת התרמילאים. יחד עם זאת, בהיבט של מניעת שימוש עתידי בסמים, הרי שהמסר ברוב המקרים נקלט, אך לא תמיד מיושם.

יש לתת את הדעת על סוגיה זו, שכן מעבר להיותה מטרה מוצהרת של הכפר, הרי ששימוש חוזר בסמים טומן בחובו סכנה רבה בדמות התקף פסיכוטי חוזר. התקף חוזר עלול למוטט את ההתקדמות אשר הושגה בעמל רב ולהשיב את המטופל אל המצב בו היה נתון טרם הגעתו לכפר.

1.2.2 ממצאי המחקר הכמותי

1.2.2.1 ניתוח תיקי הבוגרים

לגבי 82 בוגרים (מתוך 115 בוגרים שתיקיהם נסקרו) נמצא בתיק טופס, המתעד את ההמלצות להמשך הדרך. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 2: המלצות להמשך

אחוז	המלצות
55%	מעקב פסיכיאטרי/תרופתי
52%	המשך טיפול בקהילה
43%	שיקום במסגרת "סל שיקום"
33%	שילוב בלימודים/עבודה
7%	אשפוז
6%	המשך טיפול בכפר**

* (מיועד בד"כ ללוקים במחלה מתמשכת).

** לעתים המעקב הפסיכיאטרי/תרופתי מבוצע בתוך כפר איזון, כך שקטגוריה זו מוטה כלפי מטה (אומדן חסר).

מהלוח עולה, כי :

- שליש מהבוגרים הופנו בתום שהותם בכפר למסגרות לימודים או עבודה. עובדה זו מעידה על שיפור משמעותי במצבם של בוגרים אלו, אשר בתום הטיפול הגיעו לרמה תפקודית טובה דיה, המאפשרת להם להשתלב במסגרות החברתיות המקובלות. כמובן, ייתכן, כי בוגרים נוספים פנו לעבודה או ללימודים בשלב מאוחר יותר.
- כמחצית מהמטופלים הופנו להמשך טיפול בקהילה (טיפול פרטני, קבוצות תמיכה, מרכזי יום וכדומה), בנוסף או ללא קשר להמלצות אחרות. המלצה זו קשורה למצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול, שכן היא בד"כ מומלצת כטיפול תומך לבוגרים, המסוגלים לתפקד באופן עצמאי ואינם זקוקים למסגרת כוללת יותר.
- מהנתונים עולה, כי 43% מהבוגרים נזקקו לשירותים, הניתנים במסגרת "סל שיקום". שירותים אלו ניתנים בדרך כלל לסובלים מהפרעות כרוניות, המתקשים לתפקד ללא סיוע צמוד. עם זאת, ישנן מספר השגות על נתון זה. מנתונים ממוחשבים שסיפקה לנו הנהלת הכפר עולה, כי רק 21.67% מכלל המטופלים נשלחו ל"סל שיקום" בשנת 2005. אחוז דומה נמצא גם לגבי שנת 2006. נראה כי פער זה נובע משני מוקדים עיקריים:
 - ראשית, עקב העדר סיכום טיפול מסודר ברבים מתיקי הבוגרים (לפירוט ראו חלק ג', סעיף 4), ההסקה לגבי הפניית המטופל ל"סל שיקום" בוצעה תוך הסתמכות על מגוון טפסים : טופסי הפנייה לוועדה, מכתבים שנשלחו לגורמים שונים וכו'. נתוני הכפר, לעומת זאת, כוללים רק צעירים, אשר חלק משהותם בכפר מומנה ע"י "סל שיקום".
 - בחלק מהמקרים, כלל לא ניתן היה להסיק לגבי ההמלצות שניתנו להמשך, ולפיכך חושב האחוז רק על פני 82 איש, שנמצאו נתונים לגביהם (במקום 115).עם זאת, כפי הנראה, 33 הבוגרים הנותרים לא הופנו ל"סל שיקום", שכן לא סביר, כי יבוצע מהלך מסוג זה ללא אזכור בתיק. במידה ומתייחסים לערכים חסרים אלו כצעירים שלא הופנו לסל שיקום, הרי שהאחוז יורד ל- 30%. יש לציין, כי לדברי מנהל הכפר, גם במקרה זה מדובר באחוז גבוה, אשר אינו הולם את המצב בפועל.

מעריך "לפני – אחרי"

1.2.2.2

ההיבט התפקודי – התנהגותי נבחן באופן ישיר יותר, באמצעות ניתוח הנתונים ממעריך "לפני – אחרי", במדדים הרלוונטיים להיבט זה.

לוח מס' 3: שינויים בהיבט התפקודי – התנהגותי

המדד	מה נבדק	טווח	התחלה	סוף	מובהקות הפער
GAF	הערכת תפקוד כללית בתחום התעסוקתי, החברתי והפסיכולוגי	1 – 100	45.92	59.3	שיפור – $p < 0.01$
"מטלות" (Q-LES-Q)	ביצוע מטלות יומיומיות בכפר (ניקיון, הכנת האוכל וכו')	1 – 5	3.98	3.77	ירידה – $p = 0.13$
"פנאי" (Q-LES-Q)	ניצול שעות הפנאי לפעילות מהנה	1 – 5	3.64	3.85	שיפור לא מובהק

מהלוח עולה, כי:

- חל שיפור מובהק סטטיסטית בהערכת תפקוד כללית (GAF).
- ביתר המדדים נמצאו שינויים (ירידה בביצוע מטלות בכפר ועליה בניצול שעות הפנאי), אך שינויים אלו לא נמצאו מובהקים סטטיסטית. ייתכן, כי הירידה בביצוע מטלות היומיום בכפר הושפעה מארטיפקט הקשור לעיתוי מבדק ה"אחרי" – מבדק זה בוצע לקראת תום השהות, בשלב בו מטופלים רבים שוהים מחוץ לכפר מספר ימים בשבוע, ולכן באופן טבעי אינם נוטלים חלק בחובות היומיום, כפי שנהגו בתחילה.

1.3 ההיבט הרגשי – קוגניטיבי

כפי שראינו בסקירת הספרות, אחת הדרכים החשובות למדידת תרומה של תהליך טיפולי היא המידה, בה הגיע המטופל בתום הטיפול לכדי אינטגרציה של המשבר בתפיסת העצמי. כפי שהוכיח מקלגשן (1987), אינטגרציה זו תלויה רבות במידה, בה הפרט נוקט בסגנון התמודדות אדפטיבי, אותו כינה "סגנון התמודדות משלב". החלמה בהיבט זה תתבטא, אם כן, בקיומו של סגנון התמודדות משלב, בשינוי התפיסה העצמית ובהפנמה ועיבוד של החוויה המשברית.

1.3.1 ממצאי המחקר האיכותני

ראיונות הבוגרים מעלים, כי זוהי אחת ההצלחות של התהליך הטיפולי בכפר איזון.
 בקרב הבוגרים מצאנו שיעורים גבוהים בצורה משמעותית של סגנון התמודדות משלב, מאשר בקבוצת ההשוואה. נראה, כי הצורך בהתמודדות אינטנסיבית עם המשבר במהלך הטיפול בכפר, הוביל לתהליך מאורגן יותר של הפנמת החוויה על כל פניה. במהלך הראיונות עימם, הבוגרים היו מסוגלים לנתח באופן מושכל ומרתק את אשר חוו, ורובם הפיקו לקחים ותובנות, שהפכו את החוויה כולה לחלק מרצף חיים ליניארי ולא אירוע משברי מנותק.

לפיכך, רבים מהם דיווחו על יחס אמביוולנטי כלפי חוויית הפסיכוזה, כמצופה מבעלי סגנון התמודדות משלב. לצד הכאב והסבל הרב, חלק נכבד מהמראיינים ציינו, כי אינם מצטערים על המשבר שחוו. חלקם אף טענו, כי הם שמחים בו, וכי חל בהם שינוי, אותו הם תופסים כחיובי. אין ספק, כי תהליך רצוי זה הושפע רבות ע"י הצוות הטיפולי בכפר, המעודד את המטופלים לחקור את ההתרחשויות שחוו מנקודת מבט חיובית, המאפשרת צמיחה.

ממצאים אלו מבליטים את המגמה ההפוכה בתכלית, שנמצאה בקרב **קבוצת השוואה**. רובם של מרואיינים אלו הפגינו סגנון התמודדות מטייח או נמנע, התופס את חווית המשבר כשלילית וכחסרת תועלת. רובם ציינו, כי לו היתה ניתנת הבחירה בידיהם, היו מעדיפים להעלים את עובדת התרחשותו מעברם. לכן, הראיונות עם קבוצה זו חשפו מעט מאוד שלמות והשלמה עם התהליך, גם בקרב מרואיינים, ששבו, כביכול, לתפקוד יומיומי תקין. יתירה מכך, מצאנו, כי ההשקעה בפיתוחו של סגנון התמודדות משלב, הובילה לתוצאות חיוביות גם בהיבטים אחרים. חלק נכבד מהבוגרים ששבו לתפקוד עצמאי ותקין, מעידים במקביל על שינוי משמעותי וחיובי בחייהם ובתפיסת עולמם. אצל אחדים, הדבר מתבטא בשינוי כיוון מוחלט, בנטייה לתחומים בהם לא עסקו בעבר (למשל, לא מעט מהם החלו לעסוק באמנות בעקבות הטיפול בכפר), ובתפיסה שונה של העצמי והסביבה.

לסיים, להלן תיאור של בוגר, שסיים לפני כשנה: **‘יתקופה מאד גדולה של עלייה. היכולת להבין, שגם יום שהוא פחות טוב, הוא טוב בצורה שלו. עקומת למידה מאד גדולה של החיים. לפתוח את עצמי ללמידה.. להסתכל על הטבע של החיים...אני משלים שינוי של כמעט 180 מעלות. אני עדיין בתהליך של להבין...’**.

1.3.2 ממצאי המחקר הכמותי

במסגרת זו בדקנו את השינויים שחלו בין תחילת הטיפול לסופו בשני מישורים עיקריים:

- תחושת **שביעות רצון כללית** (מוראל).
- **סגנון ההתמודדות** המאפיין את הפרט, בעת מפגש עם מצב לחץ. מבין שלושת סגנון ההתמודדות שנבחנו, סגנון התמודדות משימתי (המכוון לפתרון הבעיה) נחשב לסגנון האדפטיבי ביותר. סגנון התמודדות אמוציונלי משמעו התמודדות המערבת מרכיבים רגשיים, כגון כעס, אשמה וכדומה. סגנון התמודדות הימנעותי מכוון להסחת הדעת מהבעיה וכולל נטייה לעסוק בדברים שאינם קשורים אליה.

לוח מס' 4: שינויים בהיבט הרגשי – קוגניטיבי

המדד	מה נבדק	טווח	התחלה	סוף	מובהקות הפער
CISS	סגנון התמודדות משימתי	פתרון בעיות, סדרי עדיפויות, תכנון וארגון	1 – 5	3.66	3.42
	סגנון התמודדות אמוציונלי	האשמה עצמית, מתח, חרדה וכעס	1 – 5	2.81	2.60
	סגנון התמודדות הימנעותי	שינה, אכילה, בילוי, מאמץ שלא להיות לבד	1 – 5	3.24	3.09
מוראל (Q-LES-Q)	שביעות רצון מהיבטים מגוונים (בריאות, מצב רוח, משפחה וכו')	1 – 5	3.66	3.62	לא מובהק

ככלל, לא חלו שינויים מובהקים סטטיסטית במדדים שנבחנו. עם זאת, במדד סגנון ההתמודדות האמוציונלי חלה ירידה מסויימת (המהווה שיפור), המתקרבת למובהקות סטטיסטית ($P=0.14$).

1.4 ההיבט החברתי

1.4.1 ממצאי המחקר האיכותני

מעורבות מחודשת במערכות יחסים משמעותיות מהווה במידה רבה סממן ליציבות נפשית. מטופל, אשר מהלך החלמתו לקוי, יתקשה בבניית קשרים חברתיים, בפרט כאשר מדובר במערכת יחסים רומנטית. לפיכך, ביקשנו לבדוק את מידת מעורבותם של הבוגרים בקשרים חברתיים, ובעיקר ביחסים זוגיים.

יש לציין, כי השונות בניהול מערכות היחסים של המרואיינים טרם פרוץ המשבר, מקשה על היכולת להיעזר בקריטריון זה לנוכח המידע הנוכחי. עם זאת, ניתן לומר, כי באופן כללי, הממצאים בהיבט זה די דומים לאלו שעלו בשאר היבטי ההחלמה. במהלך הראיונות, בוגרים רבים העידו על קיומו של קשר זוגי ואינטימי, וחלקם אף ציינו זאת בגאווה, כהוכחה לחזרתם המלאה לחיים תקינים.

יש לציין, כי גם בהיבט זה נמצא הבדל בין הבוגרים התרמילאים לבין קבוצת הלא – תרמילאים. בקרב התרמילאים, מצאנו מעורבות רבה יותר במערכות יחסים רומנטיות ונכונות גבוהה יותר להתמודדות עם קשיים במערכות יחסים אחרות (חברים, קרובים, משפחה וכדומה).

1.4.2 ממצאי המחקר הכמותי

במסגרת המחקר הכמותי ביקשנו לבדוק, האם חל שיפור בתמיכה החברתית לה זוכה המטופל לאחר תום השהות, בהשוואה למצב בכניסה. במידה ונמצא שיפור מסוג זה, ניתן יהיה לייחס אותו לתהליך הטיפול בכפר, ובפרט לטיפול המשפחתי, המיועד ליצור אקלים סביבתי חם ומקבל יותר עבור המטופל. בחינה זו בוצעה במערך "לפני – אחרי", באמצעות שני מדדים. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 5: שינויים בהיבט החברתי

המדד	מה נבדק	טווח	התחלה	סוף	מובהקות הפער
MSPSS	תמיכה חברתית נתפסת ואמונה ביכולתה להוות מקור תמיכה	1 – 7	5.6	6.1	שיפור – $p<0.04$
קשרים חברתיים (O-LES-Q)	קשרים ויחסים חברתיים בשבוע האחרון	1 – 5	3.75	3.72	לא מובהק

מהלוח עולה, כי חל שיפור בתפיסת התמיכה החברתית הניתנת למטופלים ע"י המשפחה והחברים (ע"פ נתוני ה-MSPSS). לעומת זאת, במדד קשרים חברתיים, הלקוח מפריטי ה-Q-LES-Q, ללא נמצאו הבדלים בין תחילת הטיפול לסופו.

1.5 ההיבט הסובייקטיבי: מידת שביעות רצון מהטיפול

במסגרת בחינת היבטי התרומה השונים, מצאנו לנכון לבדוק את מידת שביעות רצונם של בוגרי הכפר ושל בני משפחותיהם, מהתהליך הטיפולי שבוצע בכפר איזון. אומנם, אין מדובר במדד אובייקטיבי מקובל להערכת אפקטיביות טיפולית, אולם אנו סבורים, כי הרושם אותו הותיר כפר איזון בליבם של בוגריו הוא נתון משמעותי, שיש לתת לו חשיבות בעת בחינת תרומתו של הכפר. ככלות הכל, המטופל ומשפחתו חווים את השיפור (או את העדרו) על בשרם, ולפיכך הם מסוגלים להעיד, יותר מכל אדם אחר, על יעילות הטיפול בכפר.

1.5.1 תפיסות ההורים

מצאנו, כי הדפוס המשמעותי ביותר הרווח בקרב הורי הבוגרים הינו הערכה עצומה לכפר ומעל הכל למנהל הכפר, מר עומרי פריש. הורים רבים טענו, כי הסכימו להתראיין אך ורק בשל תחושת התודה וההערכה, שהם רוחשים למר פריש ולכפר איזון ככלל.

רובם המוחלט מתארים את הכפר במונחים של "גלגל הצלה" וכנקודת אור בחשכת המשבר. הטיפול בכפר העניק לרובם את התקווה לשובו של ילדם לתפקוד תקין, בד בבד עם הבנת מצבו הבריאותי הריאלי של ילדם, כפי שתיאר זאת אחד ההורים: "איזון מהווה חוליה מקשרת למצב הקודם...". מונחים, כגון "סיכוי לחיים חדשים", ו"איננו יודעים, היכן היינו היום, לולא הכפר" חזרו על עצמם פעמים רבות.

בנוסף, כמפורט בסעיפים אחרים בדו"ח, הורים רבים מוקירים תודה לכפר, לו רק בזכות העובדה, כי בכך "ניצלו" ילדיהם מזרועותיו של הממסד הפסיכיאטרי, על המשמעויות הנלוות לכך. תחושות דומות הובעו גם ע"י הורי מטופלים, שרואינו במסגרת דו"ח הביניים.

1.5.2 תפיסות הבוגרים

כיצד תופסים בוגרי הכפר את תקופת השהות בו, במבט לאחור? להלן מספר ציטוטים נבחרים:

- "קיבלתי בכפר תקווה שאני יכול לצאת מזה, יכול לחיות חיים סבירים ונורמליים." (בוגר, סיים לפני כשנתיים).
- "הכפר מילא מקום ששום דבר אחר לא יכול היה למלא. הייתי בבית חולים, בבית עם חבר. לא הרגשתי נוח בשום מקום. לא מצאתי את עצמי. כאן עטפו אותי בהבנה, רצון לעזור, שאפילו חבר שאהב אותי לא יכל להביא אותי למקום כזה. לא היה מקום נכון יותר מהכפר." (בוגרת, סיימה לפני כשלוש שנים)
- "יגדול היה לי טוב בכפר. אני חושב שהכפר נתן לי כלים מאד טובים. יש חשיבות למקום, לים, לדשא, למערכת הקבועה אבל גמישה, לקבוצה..." (בוגר, סיים לפני כשנתיים)
- "הכפר עזר לי מבחינת זה שהוא היה האופציה היחידה. בית חולים יותר גרוע ובבית אין מצב".

ניתן לראות, כי הרוח העולה מן הדברים היא שביעות רצון גבוהה וזיכרון חיובי של הכפר כשלב בחיים. בוגרים רבים ציינו, כי הכפר היה המקום היחידי, בו מצאו מענה לבעיותיהם, ורובם הגדול הביע הערכה רבה לצוות הכפר, למדריכים, למטפלים, לצוות המסייע וכמובן למנהל הכפר. בוגרים רבים נוהגים לבקר בכפר מידי זמן מה, חלקם להמשך טיפול וחלקם סתם כך, מתוך געגועים ורצון לשהות מספר שעות במקום האהוב עליהם. מעט מאוד בוגרים (אם בכלל) הביעו אכזבה מעצם בחירתם בכפר כאופציה טיפולית. מיותר לציין, כי תמונה זו מחמיאה מאוד לכפר איזון ולצוות הטיפול.

2. נתיבי טיפול דיפרנציאליים

למוסד טיפולי אין השפעה אחידה על כל הבא בשעריו. כל מטופל, בהתאם למאפייניו האישיים, לעברו ולאופי מחלתו, מפיק תועלת שונה מהשיטה הטיפולית המוצעת במקום. בחלקים המפרטים את ממצאי המחקר האיכותני, פירטנו את ההבדלים שנמצאו (במידה ונמצאו) בין קבוצת התרמילאים לבין קבוצת הלא – תרמילאים, מבחינת השיפור שחל במצבם בהיבטי ההחלמה השונים. לכאורה, המחקר האיכותני מעלה, כי תרומת כפר איזון לקבוצת הלא – תרמילאים היא נמוכה יותר. זאת, משום שמבחינה אובייקטיבית, התרמילאים מפגינים הצלחה רבה יותר במרבית הפרמטרים, הבוחנים החלמה. עם זאת, מסקנה זו, כמובן, שגויה ולוקה בחסר, שכן היא אינה מתחשבת במצבם ההתחלתי של הלא – תרמילאים ובמטרות הטיפוליות השונות, הנקבעות להם. לכן, ביקשנו לייחד סעיף נפרד, בו תנותח תרומת הכפר עבור קטגוריות שונות של מטופלים, מעבר להיבטי ההחלמה השונים ותוך השוואה לפרוגנוזה הצפויה, בעת הכניסה לכפר. ניתוח זה יבוצע הן ברמה האיכותנית והן ברמה הכמותית, בה ינותחו נתוני מערך "לפני – אחרי" לפי תתי קבוצות של מטופלים.

2.1 ממצאי המחקר האיכותני

במסגרת זו, ביצענו חלוקה מעט שונה ועדינה יותר, מאשר החלוקה הגסה בין תרמילאים ללא – תרמילאים בלבד. כפי שצוין בחלק א' (סעיף 1) ישנה חפיפה מסוימת בהגדרת שתי קבוצות אלו, כאשר בשתייהן ניתן למצוא אנשים, הדומים יותר במאפייניהם לאנשי הקבוצה השניה. סוגיה זו בולטת בעיקר בבואנו לנתח את תרומת הכפר לאוכלוסיות השונות השהות בו. לכן, על מנת לעמוד על הדקויות, שרטטנו להלן שלושה נתיבי טיפול, המיושמים בכפר איזון. המטרות הטיפוליות והגדרת טיפול מוצלח משתנות בין נתיבי הטיפול השונים, בהתאם לאוכלוסיות, אליהן הם מיועדים:

☒ מסלול א'

מסלול זה נועד לצעירים, אשר חוו משבר ראשוני וחד פעמי, עקב שימוש בחומרים פסיכואקטיביים ו/או מעורבות בחוויות רוחניות. למסלול זה משתייכת בעיקר קבוצת התרמילאים, אולם נכללים בו גם צעירים, שחוו משבר בעל אופי דומה, שלא בארצות ניכר. המטרות הטיפוליות של אוכלוסיה זו מתבטאות ברכישת כלים לצורך עיבוד מושכל של החוויה והפקת לקחים ממנה לחיוב ולשלילה. טיפול מוצלח אמור להסתיים בשיבה לתפקוד נורמטיבי מלא, לאחר תקופה בת מספר חודשים עד שנה.

שני המסלולים הבאים מיועדים בעיקר לאנשי קבוצת הלא – תרמילאים, אך כאמור, ניתן למצוא בהם גם תרמילאים, אשר טכנית חוו את המשבר בחו"ל, אך מאפייניהם דומים יותר לקבוצה זו:

☒ מסלול ב'

נתיב זה כולל את "אוכלוסיית הכרוניים", קרי, מטופלים הסובלים מהתפרצותה של מחלת נפש, כגון סכיזופרניה, מאניה – דפרסיה ועוד. במקרים אלו, מחלת הנפש מהווה בדרך כלל בעיה כרונית, עימה על המטופל להתמודד לאורך שנים. לפיכך, איש אינו מצפה מאוכלוסיית הכרוניים לשוב לתפקוד מלא בתום מספר חודשים. התהליך הטיפולי לקבוצה זו מתמקד בעיקר במתן הכלים להכרה ולקבלה של המחלה כאלמנט שאינו בר חלוף. לעיתים, המטופל הוא זה שזקוק להכרה זו ולעיתים אלו הם הסובבים אותו. לכן, טיפול מוצלח יסתיים כאמור בהשלמה עם עובדת המחלה ובהפנייה למסגרות טיפול אחרות, שיאפשרו את קיומם של חיים תקינים ככל הניתן.

☒ מסלול ג'

המסלול השלישי כולל, למעשה, את כל המטופלים שאינם שייכים לקטגוריות שנזכרו. הבולטים שבהם הם המכורים לחומרים פסיכואקטיביים שונים, בעלי הפרעות התנהגות, חלופות המעצר ועוד. מכיוון שנתיב זה כולל מגוון סוגי מטופלים, הרי שהדגשים הטיפוליים משתנים מאוד בין מטופל למטופל, בהתאם לבעייתו הספציפית. לפיכך, התקשינו במקרה זה לקבוע קריטריונים ברורים להצלחה ולתרומת הכפר.

עם זאת, ברור, כי עבור **המכורים**, לדוגמא, התהליך הטיפולי יתמקד בעיקר בהתמודדות עם קשיי הגמילה ובהעברת מסרים לגבי היכולת לחיות חיים מלאים, ללא שימוש בסמים. טיפול מוצלח יתבטא בהפנמה של עקרונות אלה ושיבה לחיים נורמטיביים, ללא הזדקקות לשימוש בחומרים.

במקרים של **חלופת מעצר**, לעומת זאת, הרי שמטרת השילוב בכפר היא בראש ובראשונה למנוע את הצורך במעצר, העלול לדרדר את מצבם. התהליך הטיפולי האופטימלי עבורם יעסוק בהכרת הנסיבות שהובילו למצבם ובמתן האפשרות לשיבה לחיים תקינים, ללא המעמסה של תיוג עברייני קלאסי.

עבור הלוקים **בהפרעות ההתנהגות**, בין אם מדובר בהפרעתם מרכזית ובין אם מדובר בהפרעה הנלווית לבעיות אחרות, נראה, כי על הטיפול המיועד להם להתמקד באלמנטים של תפקוד חברתי נורמטיבי: הפחתת התנהגויות אנטי סוציאליות ושיפור יכולת ההתמודדות במסגרות החברתיות ומול גורמי סמכות.

מובן, שלכל אחת מן הקטגוריות הנ"ל מוצעות כיום אפשרויות טיפול שונות, החל מבתי חולים פסיכיאטריים וכלה במוסדות אלטרנטיביים ככפר איזון. להלן היתרונות והחסרונות של הטיפול בכפר לעומת מוסדות אחרים:

☒ מסלול א'

עבור אוכלוסיית התרמילאים ודומיהם מהווה הכפר "מפלט" מהסטיגמה ומהדימוי העצמי הנמוך באשפוז בבי"ח פסיכיאטרי. אלו שהתנסו בשהות בבי"ח מסוג זה, תיארו אותו במונחים קשים, והערכתם לכפר, כמו גם הנכונות לטיפול בקרבם, גבוהים. גם הורים מקבוצה זו תיארו בהלה מהצורך לאשפז את ילדם והיו מוכנים לנסות כל מסגרת אלטרנטיבית, ובלבד שלא להגיע למוסד כזה.

כאמור, החשש הוא בעיקר מהתיוג המרתיע, אולם זו אינה הנקודה היחידה. המשבר הנפשי המאפיין אוכלוסיה זו הוא בעל אלמנטים של חוויה רוחנית, חופש ושחרור (גם אם באופן פתולוגי). השהות במוסד סגור, הנהלים הנוקשים ואווירת בית החולים, מתקבלים בצורה קשה ביותר על ידי מטופלים אלו. הכפר, לעומת זאת, אווירת החופש והחלל הפתוח, היחס החם של המדריכים והצוות והשהות בקרב אנשים דומים, שעברו חוויות דומות, מהווה לדעתנו, גורם מרכזי בהחלטתם ובחזרתם לחיים תקינים.

בבחינת מדדי ההחלמה השונים מצאנו, כי מאפייניו היחודיים של הכפר אכן מביאים ברוב המקרים לתוצאות הרצויות. מרבית המשתתפים לאוכלוסיה זו הפגינו שיפור והתאוששות בהיבטים שונים ורובם שבו לתפקוד יומיומי תקין ונורמטיבי, כמצופה.

☒ מסלול ב'

אוכלוסיית ה"כרוניים" מאופיינת בעבר של מחלות נפש גלויות או סמויות וסביר להניח, כי כפר איזון לא יהווה עבורם את החוליה האחרונה בשרשרת הטיפולים. מצאנו, כי הכפר מציע למטופלים אלה מגוון טיפולים ויחס אישי ברמה גבוהה.

מבחינת מדדי ההחלמה השונים, נמצא שיפור איטי ופחות בולט מזה של אנשי הקבוצה הקודמת. יחד עם זאת, כאמור לעיל, המטרות הטיפוליות של אוכלוסיה זו אינן נוגעות כל כך לשיבה לתפקוד עצמאי, כמו לקבלה ולהכרה בעובדת המחלה ובצורך להתמודד עימה. בחלק מהמקרים, מצאנו, כי מטרות אלו אכן הושגו. עבור בוגרים רבים, הטיפול בכפר היווה נקודת מפנה בהתייחסות הכללית של המטופל והסובבים אותו למחלת הנפש, ולווה בהכרה בהכרח שבמסגרת טיפול יומית. עם זאת, איתרנו לא מעט בוגרים, אשר נדמה היה, כי השהות בכפר לא שינתה אותם לכאן או לכאן וכי הכפר היווה תחנה נוחה, אולי אף נוחה מדי, במסכת מתמשכת של מוסדות טיפוליים.

מסלול ג' ☒

כאמור, תרומת הכפר לאוכלוסיה זו משתנה בהתאם למאפיינים הספציפיים של כל מטופל. עם זאת, ניתן לשרטט מספר תרומות עבור הקבוצות המרכזיות באוכלוסיה זו:

צעירים המכורים לסמים סובלים מבעיה כרונית, המלווה את המטופל, עוד בטרם הגיע אל הכפר, בדומה למחלות נפש מתמשכות. מכורים להירואין כמעט ואינם מגיעים לכפר, אולם במקרים מסוימים ניתן למצוא בכפר מטופלים המכורים לקוקאין. יחד עם זאת, מובהר למטופלים אלו כי הכפר אינו מוסד גמילה ובמובן זה, אכן לא נתקלנו במקרים של גמילה מסמים במסגרת הטיפול בכפר.

להתרחשותנו, השתלבות המכורים בקבוצה הייתה סבירה (כלומר, היו מטופלים שהשתלבו באופן מוצלח והיו שכשלו בכך), אולם נראה כי שילובם בכפר יוצר שני קשיים מרכזיים. ראשית, בשל מאפייני בעייתם והקושי הרב שלהם להימנע משימוש בסמים, הם מטילים עומס רב על חברי הצוות ולעתים הדבר מביא לכדי הפחתת המשאבים המושקעים במטופלים אחרים. מעבר לכך, לעתים עלולה להיות להם השפעה בלתי רצויה על חברי הקבוצה. לדוגמא, לפחות שלושה בוגרים ומטופלים סיפרו, כי בתקופה בה שהו בכפר, אחד המטופלים, שהיה מכור לסמים קשים, לימד אותם מגוון שיטות לייצור סמים מתרופות וחומרים שונים ואף החדיר את החומרים לכפר.

בנוגע ללוקים **בהפרעות התנהגות**, קשה להתייחס אליהם כקטגוריה בפני עצמה, משום שהסיבה המרכזית לפנייה לכפר אינה בגין הפרעות אלו. ברוב רובם של המקרים, הפרעות ההתנהגות נלוות להפרעה מרכזית אחרת. יחד עם זאת, במקרים הבודדים בהם צפינו במטופלים שסבלו מהפרעה התנהגותית כבעיה מרכזית, נוכחנו, כי מערכת היחסים בינם לבין הצוות ושאר המטופלים, עלולה להיות בעייתית מאד. כחלוף הזמן, אומנם ניתן היה לראות שיפור בהתנהגותם, אולם ההתמודדות עימם דרשה אנרגיה רבה מצד הצוות לכל אורך הטיפול.

במקרים הבודדים של **חלופת המעצר**, בהם נתקלנו (כזכור, חלופות המעצר מהווים 2% בלבד מכלל המטופלים), מהווה הכפר מפלט יוצא דופן בחשיבותו ממעצר ממושך ומשהיה בכלא. ברוב המקרים, מדובר במעידה פלילית חד פעמית של צעירים, אשר אינם עבריינים באופיים, וייתכן שריצוי מאסר בכלא היה מקרב אותם להגדרה זו. מצאנו, כי שהות בת מספר חודשים בכפר, המספק תעסוקה יומיומית, טיפולים ומשמעת נוקשה ביחס לסמים ולאכזוהול, מהווה לעתים קרובות קרש קפיצה חזרה לחיים נורמטיביים. במקרה אחד, לדוגמא, נתקלנו במטופל שנאלץ לשהות במעצר וחווה זאת כטראומה קשה. הכפר היווה עבורו אפשרות של תקווה והוא אכן ניצל אותה ומקיים כיום אורח חיים תקין. הוריו היו מזועזעים מהאפשרות, כי הוא עשוי לרצות מאסר בכלא, והביעו הוקרה והערכה לכפר, על התקווה שסיפק להם.

מקרים בודדים אלו, מהווים לדעתנו, אפשרות שאינה מנוצלת דיה. כמובן, הכפר אינו אמור לשמש כמפלט נוח למפירי חוק. עם זאת, בדומה לתרמילאים נורמטיביים שמעדו באופן חד פעמי, ישנם צעירים המועדים באופן חד פעמי בפלילים והתגובה לכך עשויה לקבוע את עתידם. בהיבט זה, מומלץ להדק את הקשר עם המשטרה ומערכת המשפט על מנת למצות את האפשרות הזו בצורה מקסימלית.

יחד עם זאת, בחלק א' סעיף 1.2, תיארנו את הקונפליקט הנוצר לעתים, עקב חוסר ההתאמה במאפייני חלופות המעצר לבין מאפייני שאר המטופלים. בנוסף, רבים מחלופות המעצר סובלים מהפרעות התנהגות, שהובילו, בין השאר, לביצוע העבירה הפלילית. במקרים אלו, מתעוררות גם הסוגיות, העולות כתוצאה משילובם של בעלי הפרעות התנהגות בכפר. לאור היבטים אלו, מומלץ כי שילובן של חלופות המעצר יתבצע באופן מושכל ועדין, תוך בחינה מדוקדקת של התאמת המטופל לכפר והבהרת המשמעות של שהיה במקום מסוג זה.

2.2 ממצאי המחקר הכמותי

מניתוח נתוני מערך "לפני – אחרי" עלו מספר ממצאים לגבי תתי קבוצות של מטופלים, המפיקות תועלת רבה יותר מהשהות בכפר:

מגדר ☒

- בהשוואה לגברים, נשים מתחילות את הטיפול במצב חמור יותר מבחינת רמת הסימפטומים הפסיכיאטריים (ע"פ ה-BPRS) והיקף האפיזודות המאניות (ע"פ MRS). עם זאת, במהלך הטיפול חל שיפור משמעותי יותר בהיבטים אלו בקרב הנשים.
- נמצא, כי הנשים מפיקות תועלת רבה יותר מהגברים מהטיפול בכפר, המתבטאת ברמת תפקוד כללי גבוהה יותר בתום הטיפול (ע"פ ה-GAF).
- הנשים מביעות נכונות ומסוגלות נמוכות יותר לבצע מטלות יומיומיות בכפר בהשוואה לגברים, הן בתחילת הטיפול בכפר והן לקראת סופו.

גיל ☒

- בקרב מטופלים בני 23 ומטה נמצאה ירידה בהפעלת סגנון התמודדות המנעותי (שינה, אכילה וכו') בהשוואה לגילאי 24 ומעלה. לעומת זאת, בקרב מטופלים מבוגרים יותר, חלה ירידה רבה יותר בהפעלת סגנון התמודדות אמוציונלי (תחושות אשם, כעס וכו').
- נמצא, כי רמת התמיכה החברתית בקרב גילאי 24 ומעלה הינה נמוכה יותר, הן בתחילת הטיפול והן בסופו, בהשוואה לגילאי 23 ומטה. עם זאת, בקבוצה המבוגרת יותר חל שיפור ניכר בנושא זה במהלך הטיפול.

☒ השכלה

- מהנתונים עולה, כי בעלי השכלה גבוהה (בגרות ומעלה) מבטאים ירידה רבה יותר בהיקף האפיזודות המאניות (ע"פ ה-MRS), חרף נתונים התחלתיים קשים יותר, בהשוואה לבעלי השכלה נמוכה.
- בעלי השכלה גבוהה מבטאים שיפור רב יותר בתום הטיפול מבחינת רמת תפקודם הכללית (ע"פ ציוני ה-GAF). לעומתם, בעלי השכלה נמוכה מפגינים שיפור רב יותר הן בסגנון ההתמודדות שלהם (ירידה בהפעלת סגנון התמודדות אמוציונלי) והן בתחום החברתי (עליה בתפיסת התמיכה החברתית וביחסים החברתיים).

☒ רקע משפחתי בעל פוטנציאל משברי

- מטופלים המגיעים ממשפחות להן פחות נתוני רקע מסוג זה (כגון בעיות נפש, התפרקות המסגרת המשפחתית וכדומה), מבטאים שיפור רב יותר בתום הטיפול, מבחינת חומרת הסימפטומים הפסיכיאטריים (ע"פ ה-BPRS) והיקף האפיזודות המאניות (ע"פ ה-MRS). זאת, למרות נתונים התחלתיים קשים יותר, בהשוואה למטופלים המגיעים ממשפחות בעלות יותר מאפיינים מסוג זה.
- כמו כן, מטופלים אלו הפגינו בתום הטיפול רמת תפקוד כללית מעט יותר גבוהה (ע"פ ה-GAF), בהשוואה לקבוצה השניה.

☒ רקע אישי בעל פוטנציאל משברי – קשיי הסתגלות

- מטופלים ללא רקע של קשיי הסתגלות מבטאים שיפור רב יותר בהיקף האפיזודות המאניות (ע"פ ה-MRS) וברמת התפקוד הכללית (ע"פ ה-GAF) בתום הטיפול.
- מטופלים בעלי רקע של קשיי הסתגלות מתחילים את הטיפול ברמה נמוכה יותר של תמיכה חברתית נתפסת, בהשוואה למטופלים ללא רקע מסוג זה. עם זאת, בתום הטיפול, מטופלים אלו מפגינים שיפור רב יותר בנושא זה.

☒ עבר תרמילאי (ללא קשר למשבר)

- מטופלים בעלי עבר תרמילאי מגלים יותר שיפור במהלך הטיפול מבחינת תחושת בריאות ורווחה, בהשוואה למטופלים ללא רקע תרמילאי. שיפור רב יותר נמצא בקבוצה זו גם בנוגע לניצול שעות הפנאי לפעילות מהנה.
- בקרב מטופלים ללא עבר תרמילאי עולה השימוש בסגנון התמודדות אמוציונלי (אשם, מתח, כעס וכדומה) בתום הטיפול. לעומת זאת, בקרב תרמילאים לשעבר חלה ירידה קלה בשימוש בטכניקה זו.
- בעלי עבר תרמילאי מדווחים גם על שיפור רב יותר בממדד הקשרים והיחסים החברתיים.

☒ מועד פרוץ המשבר ביחס לכניסה לכפר

- נמצא, כי מטופלים שנקלטו בכפר בתוך שנה מפרוץ המשבר, הפיקו תועלת רבה יותר מהטיפול בכפר, שהתבטאה בהפחתה בחומרת הסימפטומים הפסיכיאטריים (ע"פ ה-BPRS) ובהיקף האפיזודות המאניות (ע"פ ה-MRS). בנושא האחרון חל שיפור משמעותי, חרף העובדה, כי מצבם בתחילת הטיפול היה ירוד, בהשוואה לקבוצה שהגיעה לכפר לאחר תקופה ממושכת יותר.
- כמו כן, מטופלים שהגיעו לכפר בתוך שנה מפרוץ המשבר מפגינים רמת תפקוד כללית מעט יותר גבוהה (כפי שמתבטא בציוני ה-GAF) בתום הטיפול, בהשוואה לקבוצה השניה.
- מהנתונים עולה, כי כאשר המשבר פרץ בסמוך לכניסה לכפר, חלה ירידה ברמת הקשרים החברתיים במהלך הטיפול, לעומת מטופלים שנקלטו בכפר לאחר זמן ממושך יותר, אשר חוו שיפור במדד זה.

☒ הגורם/הזרז למשבר – הפרעה קיימת

- מטופלים שחוו משבר על רקע הפרעה קיימת או כהחמרה להפרעה מלאה, מאופיינים בירידה בתחושת הבריאות והרווחה, ברמת המוראל ומידת השימוש בסגנון התמודדות משימתי, לעומת מטופלים ללא רקע מסוג זה.
 - מטופלים שחוו משבר ללא רקע נפשי קודם הפגינו ירידה בשימוש בסגנון התמודדות אמוציונלי (אשם, כעס, מתח וכדומה), לעומת עליה קטנה בשימוש בטכניקה זו בקרב מטופלי הקבוצה השניה.
- כמו כן, מצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול (ע"פ נתוני התיקים) נמצא בקרב בוגרים ששירתו שירות צבאי מלא, חוו משבר על רקע שימוש בסמי הזיות ועברו חילוץ כתרמילאים.



סיכום ומשעיון

1. כללי

כפר איזון הוקם במטרה לענות על מצוקתם של תרמילאים ישראלים, אשר נפגעו נפשית במהלך טיול בניכר. הכפר פועל מזה מספר שנים, אולם עד כה, טרם נבחנה תרומת הכפר למטופלים באופן שיטתי. כמו כן, עלה הצורך לבדוק את אופני הפעלת הכפר, על מנת לאתר מוקדים לשיפור והפקת לקחים לעתיד. המחקר להלן נועד לענות על שאלות מהותיות אלו, תוך שימוש בכלים כמותיים (ניתוח תיקים, מבחנים סטנדרטיים וכדומה) ובשיטות איכותניות שונות (כגון, ראיונות עומק, תצפיות ועוד).

פרק זה יסכם את מגוון הממצאים לפי ארבעה נושאים עיקריים:

❖ **קליטת מטופלים:** סוגיות בתהליך קבלת ההחלטה

❖ **מהלך השהות בכפר**

- מאפייני המטופלים
- התהליך הטיפולי בכפר
- משך השהות ותופעת הנשירה
- הקשר עם המשפחות
- הקשר עם הבוגרים

❖ **יעילות הפעלת הכפר**

- פתיחות מול הקפדה על נהלים
- מדיניות תיעוד וניהול מידע

❖ **אפקטיביות הכפר ותרומתו**

2. קליטת מטופלים: סוגיות בתהליך קבלת ההחלטה

מסקירת הממצאים, עולה כי:

☒ בין השנים 2005 – 2001 פנו 802 מועמדים להתקבל לכפר איזון, כאשר 290 מהם התקבלו לכפר ואילו 512 לא נקלטו בסוף התהליך. 194 איש מתוך המועמדים שלא התקבלו (44%), נמצאו מתאימים לכפר, אך מסיבה זו או אחרת, לא הגיעו אליו.

☒ מניתוח הנתונים עולה, כי בוגרי הכפר (290 הצעירים שהתקבלו לכפר) די דומים במאפייני הרקע שלהם לקבוצת המועמדים המתאימים. כמו כן, נמצא, כי הבוגרים לוקים יותר בהפרעות אישיות, הפרעות התנהגות ואובדנות, אולם ייתכן כי הדבר נובע מדיווח חסר בקרב קבוצת המועמדים המתאימים (לפירוט ראו פרק "ממצאי המחקר", חלק ב', סעיף 5).

מנתונים אלו עולה, איפוא, כי הכפר "מפסיד" כ- 40% מכלל הפונים המתאימים (194 מתוך כלל המועמדים המתאימים [194 + 290]).

בדקנו, מהם הגורמים המשפיעים **לחיוב** על ההחלטה להשתלב בתהליך הטיפולי בכפר, הן בקרב הנפגעים והן בקרב הוריהם. הגורמים הבולטים היו:

- ☒ המראה החיצוני והאווירה
- ☒ ההרכב האנושי של אוכלוסיית המטופלים
- ☒ הפחד מאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי ומהתיוג החברתי הכרוך בכך.
- ☒ רושם חיובי שנוצר במהלך האינטייק
- ☒ המלצה מגורם מקצועי ואמין.

בראיונות שביצענו עם קבוצת ההשוואה (צעירים שנמצאו מתאימים לכפר אך בחרו שלא להשתלב בו) עלו מספר גורמים שתורמו להחלטה **שלא** להיקלט בכפר:

- ☒ רושם ראשוני שלילי מהמפגש עם מישוהו מחברי הצוות (מטפל, פסיכיאטר וכו')
- ☒ מראה חיצוני ואוכלוסיית המטופלים, המהווים תזכורת שלילית למשבר שחוו.
- ☒ חוסר נכונות להשתתף בתהליך הטיפולי (תחושה, כי אינם זקוקים לטיפול וכי ביכולתם להתמודד באופן עצמאי).
- ☒ חשש מהתחייבות למסגרת (קושי להתחייב לטיפול בן 3-4 חודשים בתוך מסגרת, שלמרות פתיחותה, נתפסת ע"י המטופלים כמגבילה את עצמאותם).
- ☒ עלויות הטיפול, אם כי גורם זה עלה בשכיחות קטנה יחסית.

המלצות

נראה, כי בעוד כפר איזון סובל ממיעוט מטופלים (ונאלץ עקב כך לקלוט מטופלים שאינם מהווים את אוכלוסיית היעד שלו), הרי שצעירים רבים הנתפסים כמתאימים לכפר, אינם מגיעים אליו בסופו של דבר. **היקף האוכלוסיה המתאימה, שלא מגיעה לכפר, מחייב את ההנהלה לנקוט במאמצי שיווק בקרב המועמדים המתאימים.** בשיחה עם מנהל הכפר התברר, כי במהלך שנת 2005 הוקם צוות, המבצע ניסיונות התקשרות עם מועמדים פוטנציאליים, במטרה להגדיל את הסיכוי לשילוב מועמדים מתאימים בכפר.

מעבר לכך, להלן שתי המלצות, העשויות להגדיל את מספר הנקלטים בכפר:

- ✓ יש לבחון את מתן האפשרות להיקלט בכפר לתקופת ניסיון, ללא הסנקציות הכרוכות בקיצור שהות (כפי שנהוג כיום).
- ✓ במידה והגורם הוא נושא העלויות, יש לבחון את האפשרות לפריסת תשלומים, הרחבת הקריטריונים לקבלת הנחה וכדומה. יש לזכור, כי תוספת כה משמעותית של מטופלים (20-30 איש בשנה) עשויה להגדיל משמעותית את הכנסות הכפר ולאפשר מתן הנחה גדולה יותר.

3. מהלך השהות בכפר

3.1 מאפייני המטופלים

3.1.1 נתוני רקע

במהלך ניתוח תיקיהם של 115 בוגרים (מתחילת 2004 – ספטמבר 2005), מצאנו, כי בוגרי הכפר מאופיינים בנתוני הרקע הבאים:

- ☒ הבוגרים הינם צעירים (גיל ממוצע – 25 שנה) ורובם רווקים (95%).
- ☒ 77% מתוכם גברים ו- 23% נשים.
- ☒ כ- 60% מהבוגרים הינם בעלי השכלה תיכונית (כולל בגרות) או אקדמאית. כמחציתם שירתו שירות צבאי מלא.
- ☒ כשני שליש מהבוגרים מגיעים ממשפחות, להן מאפייני רקע בעלי פוטנציאל משברי. המאפיינים השכיחים הינם: גירושין, יחסים מורכבים במשפחה (קונפליקטים, תלות וכו') ובעיות נפש. כאמור בסקירת הספרות, היבטים משפחתיים אלו עלולים להוות זרז לפריצתה של הפרעת נפש, בשילוב עם גורמים נוספים.
- ☒ לגבי חמישית מהבוגרים לא נמצא דיווח לגבי מאפייני רקע בעלי פוטנציאל משברי. מאפיינים שכיחים הינם: קשיי הסתגלות, ליקויי למידה וחינוך מיוחד, משברים שאינם מחלה וקשיים חברתיים/זוגיים.
- ☒ 24% דיווחו על פגיעה טראומטית בעבר, אולם כי רק 7% דיווחו, כי חוו טראומה זו במהלך השירות הצבאי. הממצא נוגד את התפיסה הרווחת, לפיה טראומות בצבא מהוות את אחד הזרזים לפריצת משבר נפשי בשלב מאוחר יותר בקרב מטופלי הכפר.
- ☒ כ- 40% ציינו, כי חוו טיפול נפשי פסיכיאטרי בעברם.
- ☒ שימוש בקנביס ובסמי הזיות הינו תופעה שכיחה בעברם של בוגרי הכפר. 92% מהבוגרים מאופיינים בשימוש רב או מזדמן בקנביס בעברם, 65% השתמשו שימוש רב או מזדמן בסמי הזיות בעברם ואילו 30% השתמשו שימוש רב או מזדמן בהרואין או קוקאין.
- ☒ כשליש מהבוגרים חוו משבר במהלך טיול תרמילאי, כרבע נוספים הינם בעלי רקע תרמילאי, אך ללא קשר ישיר למשבר, ואילו היתר (כ-43%) אינם בעלי רקע תרמילאי כלשהו.

3.1.2 תרמילאים לעומת לא – תרמילאים

ממצאי המחקר מעלים, כי התרמילאים מאופיינים בד"כ במספר תכונות ייחודיות:

- ☒ קבוצת התרמילאים מהווה בדרך כלל קבוצה איכותית מבחינה חברתית.
 - ☒ הזרז למשבר הוא לרוב שימוש בסמים (כ- 30% חוו משבר עקב שימוש בקנביס או בסמי הזיות, ואילו כ- 15% חוו משבר בשל שימוש בסם אחר או בסם לא ידוע). הדיאגנוזה השכיחה בקרבם הינה פסיכוזה (89%).
 - ☒ בחלק מהמקרים, מהלך המשבר רווי ב"שיח רוחני", קרי, חיפוש משמעות אשר הגיע לכדי אובדן שליטה (12% ע"פ התיקים, אך יתכן שלפנינו אומדן חסר, עקב הגדרה לא ברורה של נושא זה). כאמור בסקירת הספרות, תרמילאים רבים נוטים להתנסות במהלך הטיול בחוויות רוחניות – מיסטיות, מתוך רצון להעשיר את עולמם ולענות על שאלות קיומיות. עם זאת, נמצא, כי חוויות אלו מגבירות את הסיכון לפריצתו של משבר נפשי, בקרב המועדים לכך (Cortright, 1997).
 - ☒ רוב התרמילאים קיימו אורח חיים נורמטיבי טרם פרוץ המשבר, והפרוגנוזה הטיפולית שלהם היא לרוב טובה מזו של נפגעי נפש אחרים.
- כעבור מחצית השנה מתחילת פעילות הכפר, החל כפר איזון לקלוט מטופלים שאינם תרמילאים, לדוגמא: מכורים לחומרים פסיכואקטיביים, צעירים הלוקים במחלות נפש כרוניות, בעלי הפרעות אישיות, הפרעות התנהגות ועוד, וכן מספר מועט של צעירים המוגדרים כחלופת מעצר (לפירוט מאפייני ההפרעות השונות, ראו נספח א'3). מצאנו, כי ישנם שני גורמים מרכזיים, המייחדים אותם מקבוצת התרמילאים:
- ☒ רובם מגיעים לכפר לאחר היסטוריה של משברים נפשיים.
 - ☒ רובם מודעים במידה זו או אחרת לבעיה ממנה הם סובלים.
- חשוב להדגיש, כי החלוקה לקטגוריות בוצעה באופן גס וכי לעתים קרובות משלבים מטופלי הכפר מאפיינים של קטגוריות שונות.
- נראה, כי ההטרוגניות בכפר אינה נתפסת בעין יפה בעיני רבים מאנשי הכפר. מהראיונות עולה, כי רוב השוהים בכפר, מטופלים כמדריכים, מעדיפים הרכב אוכלוסיה הומוגני ככל האפשר. עם זאת, קטגוריות מסויימות של מטופלים נחשבות לפחות רצויות מאחרות, כאשר מכורים לסמים קשים וחלופות המעצר נתפסים כבעייתיים מכולם. יש לציין, עם זאת, כי מטופלים אלו מגיעים לכפר בשכיחות נמוכה מאוד (לדוגמא, 8% בלבד מדווחים על שימוש רב בקוקאין או בהרואין בעברם. כמו כן, חלופות המעצר מהוות 2% בלבד מאוכלוסיית הכפר).

3.1.3 המלצות

לאמור לעיל מספר השלכות על מיון המועמדים לכפר :

- ✓ לאור הפרופורציות הנוכחיות של התרמילאים בכפר, מומלץ לבחון את מדיניות הכפר לגבי אוכלוסיית המטופלים שלו. יש לשקול, האם לתת לתרמילאים משקל רב יותר כאוכלוסיית היעד של הכפר. הטיפול בתרמילאים הינו ייחודי לכפר איזון והולם את ייעודו הראשוני. כמו כן, לאור הממצאים נראה, כי התרמילאים נתרמים יותר מהטיפול בכפר, מאשר מטופלים אחרים.
- ✓ בעת קבלת מטופל, אשר מאפייניו אינם הולמים את אוכלוסיית היעד העיקרית, יש לבחון במשנה זהירות את התאמתו לכפר. מעבר להתאמה פרטנית, יש להתחשב בתמהיל הקטגוריות הקיים בכפר ובהשלכותיו על המטופלים והמטפלים.
- ✓ כמו כן, בעת קבלת מטופל, הדורש התייחסות ייחודית, יש לדאוג, כי המדריכים יקבלו הכשרה נאותה מבחינת דרכי ההתמודדות עימו. יצויין, כי בשנתיים האחרונות (2004-2006) זוכים המדריכים להנחייה צמודה מצד המטפלים, ונראה כי הנחייה זו עשויה לתרום משמעותית להגברת תחושת הכשירות שלהם.

3.2 התהליך הטיפולי בכפר

3.2.1 תפיסות לגבי מערך הטיפולים

כפר איזון נשען על תפיסה מזרחית – הוליסטית, הדוגלת במתן התייחסות למכלול הממדים באישיותו של הפרט: הרוחניים, הנפשיים, הגופניים, המשפחתיים ועוד (Schwartz & Prout, 1991; Kiyuna et al, 1993). כמו כן, הכפר משלב בתוכו את עקרונותיה של הפסיכולוגיה הטרנס – פרסונאלית, המדגישה את חשיבות הפן הרוחני בתהליך הטיפולי (Cortright, 1997). זאת, כחלק מהשאיפה לענות על מצוקת התרמילאים, אשר המשבר אליו הם נקלעים עוטה לעתים גוון רוחני בולט.

גישות אלו מתבטאות במערך הטיפולים המגוון, המנסה לענות על שלל היבטי המשבר באמצעות שיטות טיפוליות שונות, כגון הטיפול הפסיכיאטרי, פסיכותרפיות קונבנציונליות כדוגמת הטיפול הפרטני והקבוצתי וטיפולים אלטרנטיביים שונים (טיפול באומנות, קונג פו, שיאצו, שיטת אלבאום ועוד). תפיסות אלו הכתיבו גם את מראהו החיצוני הפסטורלי של הכפר. הכפר מורכב מבקתות חד קומתיות, הטובלות בדשא ירוק ונושקות לים התיכון.

במסגרת הראיונות, בחנו את תפיסותיהם של המטופלים, הבוגרים והוריהם לגבי מאפייני הכפר והשיטות הטיפוליות הנהוגות בו. באופן טבעי, מטופלים שונים מתחברים יותר לטיפול זה או אחר.

עם זאת, במהלך הראיונות איתרנו מספר נקודות בולטות:

- ☒ כל המרואיינים, בוגרים כמטופלים, כמו גם חלק מההורים, ציינו את **המיקום המיוחד**, הפסטורלי והביתי של הכפר כגורם משמעותי ותורם בחוויית הטיפול.
- ☒ להערכת המטופלים והבוגרים, **הטיפול הפרטני** הינו אפקטיבי ביותר והובעה הערכה גבוהה למטופלים האישיים ולהשקעתם בתהליך. יתירה מזו, מטופלים בקבוצת הלא – תרמילאים שלא תמיד התחברו לטיפולים הקבוצתיים והאלטרנטיביים, מצאו את הטיפול הפרטני כמשמעותי ביותר עבורם.
- ☒ **הטיפול המשפחתי** נתפס כתורם בעיני מטופלים ובוגרים רבים. עם זאת, חלקם ציינו, כי אינם מעוניינים בטיפול מסוג זה. אחרים דיווחו, כי להערכתם, הטיפול המשפחתי מתחיל מוקדם מידי, בשלב בו מרבית המשאבים הנפשיים עדיין מוקדשים לטיפול במשבר האישי הנובע יותר. יצויין, עם זאת, כי מנהל הכפר אינו שותף לדיעה זו וכי לדעתו, עיתוי התחלת הטיפול (כשבועיים לאחר הקליטה) הינו הולם. כמו כן, מרבית הורי המטופלים מצאו עניין ותועלת בטיפול זה, המהווה עבורם אחת מנקודות השיתוף הבולטות בטיפול בפועל.
- ☒ רוב הבוגרים והמטופלים תופסים את **התרפיות הקבוצתיות** (טיפול קבוצתי דינמי, קבוצת ההתמכרות, הפסיכודרמה, הטיפול באומנות וכו') כבעלי תרומה רבה בתהליך הטיפול. עם זאת, חלק מהמטופלים ה"לא – תרמילאים" לא תמיד מוצאים את מקומם בטיפולים אלו. יוצאת מן הכלל היא הפסיכודרמה, הזוכה להערכה רבה בקרב כלל המטופלים ונחשבת לאחת התרפיות האפקטיביות ביותר, לצד הטיפול הקבוצתי הדינמי.
- ☒ בנוגע ל**טיפולים האלטרנטיביים** (כגון, שיטת אלבאום, קונג פו, תיפוף, גינון טיפולי ועוד), נראה כי קבוצת הלא – תרמילאים אינה מוצאת בהם תועלת מיוחדת ולא מגלה בהם עניין רב. מעניין לציון, כי גם התרמילאים אינם תופסים טיפולים אלו כנקודת חוזק מיוחדת של הכפר. עם זאת, בקרב קבוצה זו, מצאנו בוגרים רבים יותר, אשר הביעו אהדה רבה לטיפול אלטרנטיבי ספציפי. בנוסף, מרואיינים רבים הביעו העדפה לפעילות גופנית, שאינה בעלת גוון טיפולי אלא חברתי ומגבש (משחקי כדור וכדומה).

3.2.2 "סוגיות על"

מעבר לבחינת כל שיטת טיפול בפני עצמה, במהלך המחקר עלו מספר סוגיות הנוגעות לסגנון הטיפולי הכללי של הכפר:

- ☒ מגוון הטיפולים מהווה יתרון, בכך שהוא מאפשר התגמשות לנוכח צרכיו של כל מטופל. יחד עם זאת, נראה כי הכפר חסר תפיסה טיפולית מגובשת, המספקת רציונל עקבי לבחירה בטיפולים השונים. מחסור זה מעורר תחושת ערפול בקרב המטופלים, המעוניינים בכיוון ברור לתהליך כולו. יצויין, כי בימים אלו פועל צוות הכפר בכדי לגבש מודל טיפולי זה.

☒ להתרשמותנו, כפר איזון מפגין גישה מעורפלת בכל הנוגע למשברים רוחניים. מחד, הכפר כולל בתוכו אלמנטים רבים, המתייחסים לתרבות התרמילאית ולשיח הרוחני המאפיין אותה. מאידך, גילינו, כי מטפלים רבים נמנעים מעיסוק בתכנים אלו, מתוך רצון להשיב את המטופל אל קרקע המציאות. מצב זה יוצר תחושת בלבול ואכזבה בקרב חלק מהמטופלים. יצוין, כי לדברי מנהל הכפר, הצוות השתתף בהשתלמות רחבת היקף בנושא "מצבי חירום רוחניים" ולקחיה מיושמים במדיניות הכפר.

3.2.3 המלצות

- ✓ מומלץ, כי המודל הטיפולי, הנבנה כיום ע"י צוות הכפר, יתבסס על המידע המקצועי הקיים, אך בד בבד יתחשב במשוב העולה מן המטופלים. לדוגמא, יש לדון בשאלה, האם הטיפול המשפחתי נדרש באופן גורף עבור כל משפחה ומהו העיתוי האופטימלי לביצועו. ייתכן, כי יש לשלב את הטיפול המשפחתי לקראת היציאה מהכפר ולהציע אותו כאופציה להמשך טיפול.
- כמו כן, יש לבחון את התאמת הטיפולים הקבוצתיים לכל מטופל בפני עצמו. במידה והמטופל אינו חש תועלת רבה בטיפול קבוצתי מסויים או בטיפולים מסוג זה ככלל, יש לשקול את האפשרות לבנות עבורו תוכנית טיפולית אינדיבידואלית, אשר תעניק מענה ספציפי לצרכיו הוא.
- ✓ יש חשיבות לבחון מהי מדיניות הכפר לגבי ההתייחסות לשיח הרוחני, המאפיין חלק מהמטופלים (בעיקר בקבוצת התרמילאים), ולהבהירה הן לגורמי הצוות והן למטופלים עצמם.
- ✓ מעבר למשוב העולה מממצאי מחקר זה, מומלץ לבקש מכל מטופל, העוזב את הכפר למלא שאלון משוב קצר, אשר יאפשר הפקת לקחים עתידית.

3.3 משך השהות בכפר

מניתוח הממצאים עולה, כי:

- ☒ בעוד שתקופת הטיפול בכפר נמשכת כ- 120 יום, מצאנו, כי 36% מהבוגרים שהו בכפר פחות מ- 100 יום, ואילו 22% שהו בכפר 50 יום או פחות. עם זאת, לדברי מנהל הכפר, חלק מהבוגרים העוזבים בתוך 100 יום, עושים כן בתיאום עם ההנהלה, לאחר שחל שיפור ניכר במצבם. לפיכך, ניתן להגדיר כנושרים, רק מטופלים שעזבו לאחר 50 יום או פחות.
- ראיונות העומק מעלים, כי ייתכן והנשירה המוקדמת מהטיפול נובעת מהמשבר שחווים המטופלים לאחר שהות בת כחודש בכפר. רבים המטופלים שהגיעו לכפר במצב פסיכוטי, מתאוששים מהמשבר לאחר כחודש וחשים תחושת מיצוי ורצון לשוב לחייהם הקודמים. בקרב אחרים פג החידוש הקיים במסגרת חדשה ומתעוררת תחושה של ריקנות וחוסר התקדמות.
- מניתוח תיקי הבוגרים עולה, כי שהות קצרה יחסית בכפר (פחות מ- 100 יום), מאופיינת בשיפור קטן יותר במצבו של הבוגר בתום הטיפול.

☒ ניתוח תיקי הבוגרים מעלה, כי שהות קצרה בכפר קשורה לבוגרים, שהגיעו לכפר בעקבות שימוש בסמי הזיות או טראומה ואובחנו כסובלים מפסיכוזה.

שהות ארוכה יותר נמצאה בקרב בוגרים, שהגיעו לכפר בעקבות הפרעה קיימת ואובחנו כבעלי הפרעת אישיות. שהות ארוכה בכפר נמצאה כקשורה גם לרקע משפחתי בעל פוטנציאל משברי (יחסים מורכבים, קונפליקטים וכו') וכן לרקע אישי בעל פוטנציאל משברי, המאופיין ב: קשיים חברתיים/זוגיים, חיפוש עצמי רוחני, שימוש בהירואין וקוקאין בעבר ושתיית משקאות אלכוהוליים.

כמו כן, נמצא כי ככל שבוגר שהה זמן רב יותר בכפר, כך הוא הופנה יותר להמשך טיפול באמצעות "סל שיקום". יש לציין, כי מרבית מהפונים ל"סל שיקום" נשארים בכפר כחודש נוסף, כחלק מהתהליך הטיפולי שנקבע עבורם.

☒ פרוץ המשבר בנסיבות של תרמילאות לא נמצא קשור למשך השהות בכפר.

המלצה

✓ לאור אחוזי הנשירה (כחמישית מכלל המטופלים) מומלץ לקיים ראיון עם הנושרים בעת העזיבה, במטרה לברר את סיבותיה המדויקות. לאור ממצאי ראיונות אלו, ניתן יהיה לאתר דרכי פעולה הולמות, במטרה להקטין תופעה זו, הפוגעת באפקטיביות הטיפול.

✓ מומלץ לשקול מסלול טיפול מקוצר, עבור צעירים הסובלים מפסיכוזה ללא הפרעות נלוות, שכן מהממצאים עולה, כי צעירים אלו נוטים להתאוששות מהירה יחסית ולעתים קרובות אינם ממצים את תקופת הטיפול בכפר.

כיום, ממומשת המלצה זו באופן לא ממוסד, כאשר צעירים החווים שיפור ניכר במצבם, פונים להנהלה בבקשה לעזיבה מוקדמת. יחד עם זאת, נראה, כי ישנה עדיפות להגדרה מראש של תקופה טיפולית מקוצרת עבור צעירים עם פרוגנוזה טובה, תוך מתן האפשרות להארכת טיפול, במידה והשיפור הרצוי לא התרחש.

3.4 הקשר עם המשפחות

המשבר שפוקד את הבן/הבת מחלחל לתא המשפחתי ומלווה בחרדה, כאב ודאגה רבה מצד המשפחה. בני המשפחה זקוקים ליד מכוונת, שתמתן את הזעזוע ותאפשר להם לספק את רשת התמיכה, החיונית בתהליך ההחלמה.

מהראיונות עם ההורים עולה, כי באופן כללי, הם שבעי רצון ממידת שיתופם בתהליך הטיפולי ומזמינות אנשי הטיפול כלפיהם. יחד עם זאת, נראה, כי הקשר עם ההורים מתבצע ברובו דרך הטיפול המשפחתי (המטפל הפרטני אינו רשאי ליצור קשר עם הורי המטופל, מסיבות אתיות) והדבר עלול להוות בעיה עבור הורים, אשר אינם מוצאים בו עניין מסיבות אלו ואחרות. בנוסף, הורים מסוימים טענו, כי לא זכו להדרכה מספקת לקראת שיבתו של בנם או ביתם הביתה.

המלצות

- ✓ יש לשקול יצירת קשר שאיננו טיפולי באמצעות ימי הורים, קבוצות תמיכה וכו'. יצוין, כי נעשה ניסיון להפעיל קבוצת תמיכה להורים, אולם ניסיון זה לא צלח, עקב מגבלות תקציב.
- ✓ חשוב לבנות תוכנית הדרכה (במידה והדבר לא יושם עד כה), אשר תועבר להורים לקראת השיבה הביתה. על הדרכה זו לכלול התייחסות להתנהגויות אפשרויות מצד המטופל (נסיגה, משבר וכדומה), צורות ההתמודדות עימן, אופציות לטיפול המשך, מידע בנושא סל שיקום, כתובות וטלפונים חיוניים ועוד.

3.5 הקשר עם הבוגרים

הכפר מציע סדרת טיפולי המשך מסובסדים לבוגרי הכפר. בוגרים רבים בוחרים שלא ליטול בהם חלק, אולם עדיין מצפים להמשך קשר מסויים עם הכפר ומביעים חוסר שביעות רצון מניתוק הקשר הפתאומי. סוגיה זו בולטת במיוחד במהלך התקופה הראשונה לאחר היציאה מהכפר, המהווה לא אחת תקופה משברית. רוב הבוגרים מתאוששים ממשבר זה בקצב זה או אחר, אולם רבים מהם מצפים להמשך הקשר התומך עם הכפר לפחות בתקופה ראשונה זו של הסתגלות לחיים מחוץ לכפר. יצוין, כי הכפר החל לטפל בסוגיה זו ובמהלך השנה האחרונה (2006) הופעלה קבוצת תמיכה לבוגרים בתל אביב, בשיתוף אגודת "אל – סם".

המלצה

- ✓ בעוד המטפל הפרטני אינו רשאי ליזום קשר עם הבוגר לאחר העזיבה, מסיבות אתיות, הרי שעל המדריך האישי לא חלות מגבלות אלו. מומלץ לשקול מיסוד קשר מסויים בין המדריך למטופלו, במשך תקופה מסויימת לאחר העזיבה. קשר מסוג זה עשוי לסייע לא רק במניעת קשיי הסתגלות, אלא גם במניעת שימוש חוזר בסמים, לאור הממצאים כי חלק מהבוגרים שבים לשימוש בסמים, לאחר עזיבת הכפר (ראו לפירוט חלק ד', סעיף 1.2.1.3).

4. יעילות הפעלת הכפר

4.1 פתיחות מול הקפדה על נוהלים

כפר איזון פועל במודל של כפר פתוח, שמשמעו אווירה חופשית בין המטופלים לבין הצוות והימנעות מהקפדה יתירה על גבולות ונהלים. זאת, כחלק מהתשתית הרעיונית של הכפר, המדגישה את חשיבותה של אווירה חופשית ורגועה, המותאמת לקצב האישי של כל מטופל (Cortright, 1997). חרף יתרונותיה של גישה זו, התרשמנו, כי אווירה זו יוצרת לעתים את התחושה בקרב המטופלים, כי ניתן להפר כללי התנהגות ונהלים ללא סנקציות משמעותיות מצד ההנהלה. להפרות נוהלים אלו עלולות להיות תוצאות לא רצויות, הן עבור המטופלים והן עבור הכפר עצמו.

המלצה

✓ יש לתת את הדעת לשילוב אופטימלי בין האווירה החופשית והפתוחה של הכפר לבין הקפדה על הסדרים החיוניים לצורך תפקוד תקין. לדוגמא, אחד הפתרונות המיושמים בכפר בנוגע להשתתפות בפעילויות, הינו הגדרת פעילויות חובה ופעילויות רשות, בהן ניתנת למטופלים אפשרות הבחירה.

4.2 מדיניות תיעוד וניהול מידע

תיעוד תקין של מידע הינו חיוני לצורך השגת המטרות, שכפר איזון הציב לעצמו. עם זאת, חרף התקדמות ניכרת שחלה בנושא מאז שנת 2004, עדיין ישנן מספר נקודות טעונות שיפור בנוגע לניהול המידע בתיקי המטופלים, הן מבחינת אחסון נאות של המידע והן מבחינת ארגונו בתוך התיק. המסמכים השונים אינם מסודרים באופן המאפשר שליפה מהירה של הנתונים הנחוצים, ובמקרים לא מעטים, נעדרים מהתיקים מסמכים שונים, הנחוצים לצורך הבנת מאפייני המטופל, התהליך הטיפולי בו השתתף ומצבו בעת העזיבה.

המלצות

✓ יש להקצות מקום מיוחד, אשר ישמש כארכיון, וכן להקפיד על שיטת אחסון נאותה, אשר תשמר את המסמכים ותמנע את אובדנם.

✓ יש לפתח תיק מטופל מובנה, על פי יתועד ויקוטלג כל המידע הנוגע למטופלים מכאן ואילך. יצויין, כי בימים אלו (דצמבר 2006) פועלת מזכירות הכפר בכדי להקים חדר ארכיון ייעודי. כמו כן, נבנה טופס סיכום טיפול בעל פורמט מובנה, אשר יחייב את כלל אנשי הצוות.

5. אפקטיביות הכפר ותרומתו

5.1 הגדרת מדדי ההצלחה

בחינת אפקטיביות הכפר מחייבת הגדרה של מדדי הצלחה. במחקר הנוכחי הוגדרו ארבעה היבטים שונים:

☒ **בהיבט קליני פסיכיאטרי** בחנו את הצלחת הטיפול במונחי רמיסיה קלינית (נסיגת תסמיני המחלה).

☒ **בהיבט התפקודי – התנהגותי**, בדקנו את יעילות הטיפול בשלושה מישורים:

- השתלבות במסגרת עבודה/לימודים.
- תפקוד עצמאי בחיי היומיום.
- הימנעות משימוש בחומרים פסיכואקטיביים.

☒ **בהיבט הרגשי קוגניטיבי** נבחנה הצלחת הטיפול בשני המישורים הבאים :

- פיתוח סגנון התמודדות אדפטיבי עם מצבי לחץ.

- תחושה כללית של מוראל ושביעות רצון.

☒ **בהיבט חברתי** – נבחנה הצלחת הטיפול בשני מוקדים :

- בקרב המטופלים עצמם הגדרנו את היכולת ליצור קשרים חברתיים וזוגיים כמדד להחלמה והתאוששות.

- מוקד נוסף היה הטיפול המשפחתי, אשר הצלחתו נמדדה באמצעות שינויים במידת התמיכה הניתנת למטופל מצד אחרים משמעותיים.

מעבר לכך, שילבנו הערכה סובייקטיבית של הבוגרים והוריהם לגבי תרומת הכפר והשינויים שלהערכתם אירעו בעקבות השהות בו (לפירוט הרציונל העומד מאחורי הבחירה במדדים אלו, כמו גם ממצאי הספרות המבטאים את חשיבותם בתהליך ההחלמה, ראו סקירת הספרות ונספח ו'1).

בבחינת היבטים אלו יש להתחשב גם בנקודת ההתחלה ממנה יצא המטופל. ברור שהמטרות הטיפוליות תהיינה שונות, כאשר מדובר במטופל הלוקה במחלת נפש כרונית, לעומת מטופל החווה משבר ראשוני ומפתיע, ללא רקע של בעיות נפשיות קודמות.

במסגרת המחקר נקטנו במגוון טכניקות איכותניות וכמותיות על מנת למדוד את הצלחת הכפר :

☒ ראיונות עומק בקרב מטופלים במהלך הטיפול ולקראת סיומו וכן בקרב בוגרים והורים.

☒ השוואה איכותנית בין הראיונות שבוצעו עם בוגרי הכפר לבין נבדקים מקבוצת השוואה. קבוצה זו כללה צעירים, שפנו לכפר לקבלת טיפול ונמצאו מתאימים, אולם בסופו של דבר בחרו שלא להגיע אליו מסיבות שונות.

☒ ניתוח תיקיהם האישיים של 115 בוגרים (מתחילת 2004 – ספטמבר 2005), על מנת לבחון תהליכי שיפור או שינוי, ע"פ התיעוד בתיקים.

☒ מערך "לפני – אחרי" במסגרתו, הועברו מבחנים פסיכיאטריים ופסיכולוגיים בקרב 36 מטופלים הן בתחילת הטיפול והן לקראת תומו. המבחנים הפסיכיאטריים היו ה-BPRS, MRS, MADRS, GAF. המבחנים הפסיכולוגיים היו Q-LES-Q, CISS, MSPSS (לפירוט המבחנים השונים, ראו נספח ו'1).

המחקר הנוכחי בוצע מול קשיים שונים, המאפיינים מחקר שדה. לכל אחת משיטות המחקר בה נקטנו ישנן מגבלות (כמו גם יתרונות), הנובעות בחלקן מעצם העובדה, שלפנינו מחקר שדה. מעבר לכך, המחקר בוצע בקרב אוכלוסייה, אשר מאפייניה הקשו על תהליך איסוף הנתונים. להערכתנו, שילוב המידע ממגוון שיטות המחקר מאפשר הסקת מסקנות מבוססות. עם זאת, לא ניתן לקבוע באופן כמותי את אחוז ההצלחה של הכפר. על מנת לבחון את תרומתו, יש לסקור את מגוון הפרמטרים שנבדקו (ההיבט הקליני, התפקודי וכו') וכך להגיע לכדי תמונה כוללת ומהימנה.

על מנת לאפשר לכפר לאסוף נתוני הצלחה עבור מחקרים עתידיים, מומלץ לנקוט בצעדים הבאים:

- ✓ הקפדה על תיעוד שיטתי בתיקים בנוגע למטרות הטיפול, מהלך ההתקדמות (או אי התקדמות) ומצב בתום הטיפול.
- ✓ העברה שוטפת של הכלים הפסיכיאטריים בתחילת הטיפול ולקראת תומו. כלים אלו יועברו ע"י פסיכיאטר הכפר כחלק מתפקידו ויאפשר בחינת שינויים באופן שיטתי.
- ✓ כחלק משמירת קשר עם הבוגרים, מומלץ לברר באמצעות סיקור טלפוני את מצבם בהיבטים שונים של הסתגלות, לאחר כחצי שנה מתום הטיפול בכפר.
- ✓ בחינת האפשרות לביצוע סקר דומה בקרב קבוצת השוואה, כחלק ממאמצי השיווק של הכפר.

5.2 תרומת הכפר בהיבטים השונים

☒ ההיבט הקליני – פסיכיאטר

ראיונות העומק העלו, כי מצבם הקליני של בוגרי הכפר הינו טוב יותר מזה של קבוצת ההשוואה. כמו כן, במערך "לפני – אחרי" מצאנו, כי בהשוואה לתחילת הטיפול, חלה ירידה בחומרת הסימפטומים הפסיכיאטריים (BPRS) ובתסמיני הדיכאון (MADRS). כמו כן, חל שיפור ברמת תסמיני מאניה (MRS), אשר התקרב למובהקות סטטיסטית. במדד תחושת בריאות ו-well being, נמצא שיפור לא מובהק.

בתיקי הבוגרים הופיעה הערכה לגבי מצבו של המטופל בעת העזיבה, בהשוואה למצבו בכניסה. הערכה זו ניתנת ע"י פסיכיאטר הכפר, דר' יעקב נחמקין. מניתוח הערכות אלו עולה, כי:

- 24% החלימו מהמשבר ועזבו את הכפר ללא סימפטומים נראים לעין של פתולוגיה כלשהי. יתר המטופלים עזבו את הכפר עם סימפטומים קליניים ברמה זו או אחרת: ע"פ הנתונים, 31% הוגדרו כסובלים ממחלת נפש, אך כמצויים במצב של רמיסה טובה. לגבי 39% מהבוגרים דווח, כי חל שיפור חלקי בלבד במצבם ואילו מצבם של 6% מהבוגרים לא השתפר כלל בעקבות הטיפול.
- נמצא, כי בוגרים במצב נפשי טוב יותר היו מעורבים פחות באירועים חריגים במהלך השהות ונזקקו פחות לטיפול תרופתי. בוגרים רבים יותר מקרב קבוצה זו הופנו להמשך טיפול בקהילה, לעבודה וללימודים.
- בוגרים ששירתו שירות צבאי מלא וכן בוגרים שהזרזו לפריצת המשבר שלהם היה שימוש בסמי הזיות, הוערכו כמצויים במצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול.
- פריצת המשבר על רקע טיול תרמילאי נמצאה כקשורה למצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול (עם זאת, המתאם לא מובהק סטטיסטית).

לסיכום, נראה, כי בהיבט זה, הכפר סייע למרבית בוגריו ברמות שונות של הצלחה.

☒ היבט תפקודי – התנהגותי

המחקר האיכותני בחן היבט זה בשני קריטריונים עיקריים:

א. לימודים ותעסוקה

ראיונות העומק העלו, כי בוגרים תרמילאים מאופיינים במוטיבציה גבוהה לשוב למסגרות העבודה והלימודים. בעת ביצוע הראיונות מצאנו, כי רבים מבוגרים אלו עבדו (לרוב בעבודות זמניות ולא מקצועיות) ולמדו מגוון רחב של מקצועות. לעומתם, קבוצת הלא – תרמילאים פחות מתעניינת בנושא התעסוקה והלימודים, אלא מתמקדת במציאת מסגרת נוחה, בה ניתן לקבל טיפול.

ב. שימוש בחומרים פסיכואקטיביים

מצאנו, כי חלק מהבוגרים בשתי הקבוצות שבו להשתמש בקנביס ובנגזרותיו ולעתים אף בחומרים פסיכדליים. אין להתעלם מן העובדה, כי לעתים קרובות מדובר בחלק מהשיבה לאורח החיים, המאפיין את קבוצת ההתייחסות הנורמטיבית שלהם. יחד עם זאת, היות ומניעת שימוש עתידי בסמים מהווה את אחד מיעדי הכפר, נראה, כי בחלק מהמקרים, יעד זה אינו מושג. כמו כן, שימוש חוזר בסמים מהווה את אחד הגורמים להתפרצות מחדשת של פסיכוזה, בקרב אנשים שסבלו ממנה בעבר (ויצטום ונחמיה – שופמן, 2000; צוברי, 2001). שיבה לשימוש בסמים, אם כן, עלולה לפגוע בהתקדמות שהושגה ואף להשיב את המטופל לנקודת המוצא הראשונית שלו, טרם הטיפול בכפר.

במסגרת המחקר הכמותי, נותחו המלצות להמשך טיפול, שנמצאו בתיקי הבוגרים. מהנתונים עולה, כי:

- שליש מהבוגרים הופנו בתום שהותם בכפר למסגרות לימודים או עבודה. עובדה זו מעידה על שיפור משמעותי במצבם של בוגרים אלו, אשר בתום הטיפול הגיעו לרמה תפקודית טובה דיה, המאפשרת להם להשתלב במסגרות החברתיות המקובלות. כמובן, ייתכן, כי בוגרים נוספים פנו לעבודה או ללימודים בשלב מאוחר יותר.
- כמחצית מהמטופלים הופנו להמשך טיפול בקהילה (טיפול פרטני, קבוצות תמיכה, מרכזי יום וכדומה), בנוסף או ללא קשר להמלצות אחרות. המלצה זו קשורה למצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול, שכן היא בד"כ מומלצת כטיפול תומך לבוגרים, המסוגלים לתפקד באופן עצמאי ואינם זקוקים למסגרת כוללת יותר.
- עם זאת, יצויין, כי 43% מהבוגרים נזקקו לשירותים, הניתנים במסגרת "סל שיקום". שירותים אלו ניתנים בדרך כלל לסובלים מהפרעות כרוניות, המתקשים לתפקד ללא סיוע צמוד. יצויין, כי ישנן מספר השגות על נתון זה (לפירוט, ראו פרק ד', חלק ד' סעיף 1.2.2.1).

בנוסף, במערך "לפני – אחרי" איתרנו שיפור משמעותי ברמת התפקוד הכללית של מטופלי הכפר (ע"פ ציוני ה-GAF), בתום הטיפול לעומת מצבם בהתחלה. ביתר המדדים נמצאו שינויים (ירידה בביצוע מטלות בכפר ועליה בניצול שעות הפנאי), שאינם מובהקים סטטיסטית.

☒ היבט רגשי קוגניטיבי

בראיונות העומק עם הבוגרים עלה, כי הם נוקטים יותר בסגנון התמודדות משלב, יחסית לקבוצת ההשוואה. סגנון התמודדות זה מכון לשילוב החוויה המשברית בתוך תפיסת העצמי ולפיכך נתפס כסגנון התמודדות אדפטיבי, שכן אינו חומק מהבעיה אלא מתמודד עימה (McGlashan, 1987). מחקרים מצאו, כי סגנון התמודדות זה אכן קשור להתאוששות טובה יותר, הן ברמה הקלינית והן ברמה החברתית (McGlashan, 1987; Drayton, 1998; צדיק, 2005). נראה, אם כן, כי הטיפול בכפר הוביל לתהליך מאורגן של הפנמת חווית המשבר על היבטיה השונים. מרבית הבוגרים השכילו להפיק לקחים ותובנות מן המשבר ובכך הפכו אותו לחלק מרצף החיים.

במבחן CISS שבוצע במערך "לפני-אחרי", מצאנו, כי בתום הטיפול חלה ירידה בהתמודדות ממוקדת אמוציות (האשמה עצמית, מתח, כעס וכדומה), לעומת תחילת הטיפול. ירידה זו מבטאת שיפור, המתקרב למובהקות סטטיסטית ($p=0.14$). ביתר המדדים, לא נמצאו שינויים מובהקים סטטיסטית.

☒ היבט חברתי

בראיונות העומק נמצא, כי בוגרים תרמילאים מגלים מעורבות רבה יותר במערכות יחסים רומנטיות ואחרות (משפחה, חברים ועוד), בהשוואה לקבוצת הלא – תרמילאים. בנוסף, נמצא שיפור מובהק סטטיסטית בתפיסת התמיכה החברתית הניתנת למטופל (ע"פ נתוני ה-MSPSS). לעומת זאת, במדד "קשרים חברתיים" לא נמצאו הבדלים בין תחילת הטיפול לסופו.

☒ הערכה כללית – שביעות רצון מהטיפול

מרבית הבוגרים, כמו גם הוריהם, תופסים את הכפר במונחים של "גלגל הצלה", "סיכוי לחיים חדשים", "קבלת תקווה", "רכישת כלים להתמודדות" וכן הלאה. מדד זה אינו אובייקטיבי, אך הינו בעל חשיבות היות והוא משקף את הרושם שמוותיר הכפר בקרב הנפגעים, שחוו את המשבר על בשרם.

5.3 הפקת תועלת מהכפר – ניתוח לפי תתי קבוצות

ממצאי המדדים הפסיכיאטריים מעלים, כי הקבוצות הבאות מפיקות תועלת רבה יותר מהטיפול:

☒ נשים.

☒ בעלי השכלה גבוהה (בגרות ומעלה).

☒ נפגעים, המגיעים ממשפחות להן פחות נתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי (בעיות נפש, גירושין וכו').

☒ מטופלים ללא רקע של בעיות הסתגלות.

☒ מטופלים הנקלטים בכפר סמוך למועד המשבר.

כמו כן, מצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול (ע"פ נתוני התיקים) נמצא בקרב בוגרים ששירתו שירות צבאי מלא, חוו משבר על רקע שימוש בסמי הזיות ועברו חילוץ כתרמילאים.

סקירת מכלול הממצאים מובילה למסקנה, כי הטיפול בכפר מסייע למטופלים בהיבטים השונים שנבדקו.

6. סיכום

בתום תקופת מחקר בת למעלה משנתיים נאספו בידינו תובנות רבות לגבי מכלול ההיבטים של כפר איזון שאת העיקריות והמשמעותיות שבהן, הבאנו בדפים אלה. תחושתנו היא, כי הכפר אכן מהווה אופציה "מצילת חיים" לאוכלוסייה מסוימת ויש ביכולתו לתרום גם לאוכלוסיות נוספות. כמו כן, התרשמנו רבות מצוות הכפר, המוסר את נפשו למען מטופליו והינו ראוי להערכה רבה על פועלו ומאמציו. אנו מודים לכולם על שיתוף הפעולה ומקווים שדברים אלו יתרמו ולו במעט לעשייה ולעזרה שלה נחשפנו.



אחרית דבר

התייחסויות הנחלת הכפר לסוליות שהועלו בזו"ח

מחקר ההערכה לכפר איזון התפרש על פני כשלוש שנות מחקר, ועסק בניתוח היבטים רבים ומגוונים בחיי כפר איזון: החל מאפיוני אוכלוסיית המטופלים, המסגרת הטיפולית, אורח החיים בכפר ויעילות הפעלתו וכלה בניתוח תוצאות הטיפול ובחינת תרומתו למטופליו לאחר תום השהות בכפר.

במסגרת המחקר, עלו סוגיות שונות לגבי ממדים מסוימים בחיי הכפר, אשר פורטו בהרחבה במסגרת הדו"ח. יחד עם זאת, מטבע הדברים, להנהלת כפר איזון זווית ראייה ייחודית על הסוגיות שנידונו, וסברנו, כי מן הראוי יהיה לתת ביטוי לזווית ראייה זו בתוך הדו"ח.

יתירה מכך, על מנת לאפשר להנהלת הכפר להפיק לקחים מממצאי המחקר עוד בטרם סיומו, פורסם דו"ח ביניים בנובמבר 2004, אשר הכיל את מרבית הסוגיות העוסקות בהיבטים ארגוניים ותפעוליים של הכפר. בעקבות הדו"ח, הוקמו צוותי חשיבה בכפר וננקטו פעולות רבות, במטרה להביא סוגיות אלו על פתרון. על מנת לאפשר לקורא זווית ראייה כוללת על הממדים השונים של פעילות הכפר, פורטו במסגרת הדו"ח כל ממצאי המחקר, כולל ממצאי דו"ח הביניים. עם זאת, הנהלת הכפר תיארה בפנינו את השינויים שחלו במהלך השנים שחלפו, על מנת שנוכל להציג בפני הקורא תמונה עדכנית של המתרחש בכפר.

התייחסות הנהלת הכפר לממצאי הדו"ח פורטה במסמך המצורף להלן, אשר נשלח לידינו בתאריך ה- 25/12/2006.

סעיפים 3.1-3.5 וכן סעיף 3.8 מבטאים את תפיסת הנהלת הכפר לגבי ממצאים שונים ומעבר להצגתם להלן, שילבנו אותם גם בפרקים הרלוונטיים בדו"ח.

סעיף 3.6 במסמך ההתייחסויות נובע בעיקרו מהבדלים באופן חישוב האחוזים והנושא פורט בפרק ד' ("ממצאי המחקר"), חלק ב' סעיף 5. סעיף 3.7 מבטא את השגות הכפר על אחוז המטופלים המופנים ל"סל שיקום" בתום הטיפול. השגות אלו נובעות הן מצורות שונות של חישוב אחוזים והן מהגדרה שונה של המושג שנמדד. התייחסותנו להשגה זו נידונה בהרחבה בפרק ד', חלק ד', סעיף 1.2.2.1.

הנדון: תגובה למחקר הערכה לכפר "איזון"

1. כללי

- 1.1 ברצוני להביע את הערכתי הרבה לצוות המחקר – על ההשקעה הרבה, המסירות, המקצועיות ועל שלא חסכו זמן ומאמץ להגיע לתוצאות שלפנינו.
- 1.2 דרכו של כפר "איזון" מאז הקמתו לפני כמעט 6 שנים – לעסוק בלמידה, התחדשות ושינויים. אני מאמין שכך גם נעשה עם המחקר שלעיל.
- 1.3 כבר לאחר הגשת דו"ח הביניים (לפני כשנתיים) – הוקמו צוותי חשיבה בכפר ונערכו מספר שינויים בהתאם לחלק מהערות הדו"ח.
- 1.4 כיוון שחלפו כמעט 3 שנים מתחילתו של המחקר – חלק מהדברים שונו לבלי היכר, חלק עברו שדרוג וחלק המתין לתוצאות המחקר, על-מנת שיעזור לנו בבחירת הכיוון.
- 1.5 למותר לציין שחלק מההערות ידוע לנו והוא איננו מתקיים מתוך קשיים תקציביים בלבד.

2. התפתחות

הכפר לא מפסיק להתפתח ולבחון אפיקים חדשים לעשייה שלנו :

- 2.1 לפני כשלוש וחצי שנים, בעקבות ביקורו של שר הבריאות בכפר, היינו עדים לפריצת דרך, בכך שנפגעי סמים הוכרו לראשונה כזכאים לסל שיקום, ואף הכפר הוגדר לצורך העניין כ"הוסטל כוללני".
- 2.2 לפני כשנתיים וחצי הוקם ביחד עם הרשות למלחמה בסמים – ה"בית החם" בהודו.
- 2.3 מזה כשנה אנחנו מעבירים סדנאות מניעה לכ- 4,000 חיילים קרביים לקראת שחרורם מהצבא.
- 2.4 הסתיים בהצלחה מו"מ ארוך עם חלק מחברות הביטוח לגבי פוליסת חילוץ וטיפול לתרמילאים נפגעי סמים בחו"ל.
- 2.5 הוחל בתכנית חומש להרחבת הכפר ושיפוצו – פרויקט משותף עם קרן סאקט"א-רש"י ובסיוע הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול.
- 2.6 הכנת סרט דקומנטרי (יואב שמיר ומיכה שרפשטיין) על תופעת התרמילאים וכפר "איזון" – חלקו צולם בהודו עם בוגרי הכפר.

3. הערות לגבי המחקר עצמו

- 3.1 התאמת התכנית הטיפולית לשינויים באוכלוסיית היעד – התכנית הטיפולית מתאימה את עצמה כל הזמן לצרכים החדשים: תפקיד של רכזת שיקום, השתלמויות מיוחדות לצוות, קשר הדוק עם הוסטלים ודיור מוגן ברחבי הארץ, פתרונות תעסוקתיים בסביבה (אורות סוסים, רפת, חממה ועוד).
- 3.2 חזות הכפר – הכפר עבר שדרוג משמעותי, מבנים שופצו, חדרי נצבעו, נוספה פגודה לטיפולים האלטרנטיביים, פרגולה בדשא המרכזי ומשרה חלקית לאיש אחזקה קבוע בכפר.
- 3.3 הליווי לאחר סיום הטיפול בכפר – אנו מציעים כאמור לכל המטופלים המשך ליווי ומעקב לשלושה חודשים נוספים, בנוסף לכך קבוצת תמיכה לבוגרי הכפר בשיתוף עם אל-סם ת"א, ובנוסף מלפני חצי שנה – הוספנו קבוצת "מסיימים" הנפגשת פעם בשבוע בהנחייתה של פאולה ומיועדת לכל מי שנמצא חודש וחצי לפני מועד סיום הטיפול בכפר.
- 3.4 בנוסף לאמור בסעיף 3 – קיימת מגבלה אתית מקצועית סביב הסוגיה, עד כמה מותר למטפל "לרדוף" אחרי מטופל שסיים טיפול ובחר לא להמשיך בקשר הטיפולי איתנו מכל סיבה שלא תהיה.
- 3.5 סוגיית חוסר הפעילות – כמדומני שכפר "איזון" מציע מבחר מגוון ביותר של טיפולים ופעילות, הרבה מעל המקובל. זאת ועוד, הניסיון הטיפולי שלנו מראה שיציאה מפסיכოזה והדיכאון שמגיע לעיתים בעקבותיה – מלווה בתחושות קשות של שעמום וריקנות. לפיכך ההתמודדות עם "שעות פנאי" היא חלק מהתפיסה הטיפולית. לכך מתווסף קושי נוסף – האיסור על הפגת השעמום בעישון סמים.
- 3.6 קליטת מטופלים – אתם מציינים ש- 44% מתוך המועמדים שלא נתקבלו לכפר נמצאו מתאימים – מהנתונים שלכם עולה, כי מדובר על 38% (194 מתוך 512), שהם 28% מכלל הפונים.
- 3.7 נתוני סל שיקום – בניגוד מוחלט לנתונים שלכם, המצביעים על 43% שנזקקו לשירותי סל שיקום, להלן הנתונים הנמצאים בידינו:
- א. בשנת 2005 – 21.67% .
- ב. בשנת 2006 – 21.82% .
- 3.8 הטיפולים האלטרנטיביים – בראשיתו של המחקר, עבדנו בעיקר עם סטז'רים ממכללת רידמן. כיום מיסדנו בצורה משמעותית את התחום, ובכלל זה רכז המשתתף גם בשיבת הצוות הכללית. עם תחילת פרויקט ההרחבה, התחום ימוסד באופן מלא – אני מאמין שבהתאם לכך גם תהיינה התגובות.

4. לסיכום

- 4.1 נראה, שלאחר 6 שנים – הצלחנו לשים את נושא התרמילאות (בהקשר של נפגעי סמים) על סדר היום הציבורי, ולעובדה שקיימים כנראה אלפי נפגעי סמים שלא ניתן להם קודם לכן מענה ראוי.
- 4.2 בהתאם להבנתנו וניסיונו – לתרבות השימוש בסמים בזמן טיול התרמילאות בחו"ל – יש השפעה מכרעת על תרבות צריכת הסמים בארץ. לפיכך צריך להמשיך ולהשקיע בעשייה ובמחקר, על מנת שנוכל לתת מענה הולם לתופעה.
- 4.3 שמחנו לשתף פעולה עם צוות החוקרים, עוד רבה העבודה לפנינו, מי ייתן ונוכל להמשיך עם מחקרים נוספים, שהמחקר הנוכחי מצביע לנו על כיוונם.

בכבוד רב - בשם כל צוות כפר "איזון"

עומרי פריש

מנהל כפר "איזון"



ביבליאליאטיק

אלקן, מ., חרמש, ח., עצמון, ב., פרי, ג. ושוורץ, א. (1999). תופעות פסיכיאטריות קשות בעת הטיול למזרח אסיה. "הרפואה", כרך 137, חוברת י"ב.

אתר הרשות למלחמה בסמים : <http://www.antidrug.org.il/>

אתר הרפואה הישראלי : <http://www.infomed.co.il/>

אתר מכון שחר : <http://www.biu.ac.il/SOC/sw/shachar/index.htm>

בלחסן, י. (2004). תיירות סמים – היבטים התנהגותיים וניהוליים. הרשות הלאומית למלחמה בסמים.

בר-המבורגר, ר. (2003). סקר עמדות ושימוש בסמים בקרב סטודנטים במוסדות להשכלה גבוהה בארץ. הרשות הלאומית למלחמה בסמים.

גיל, צ. הטיפול הקבוצתי. מכון קדם לטיפול פסיכולוגי והתפתחותי בין תחומי, בכתובת :

<http://kedem.org.il/faq/faq-2.html>

היחידה להדרכת הילד והמשפחה. הפרעות התנהגות בקרב ילדים ובני נוער. בית החולים לגליל המערבי -

נהריה. בכתובת : <http://nahariya.edu.haifa.ac.il>

ויצטום, א. ונחמיה – שופמן א. (2000). קנביס – סם בעל השלכות מסוכנות בתחום בריאות הנפש. "הרפואה", כרך 138, חוברת ה'.

טיבי, נ. (1997). טיפול משפחתי במתבגרים לפי הגישה המבנית, בכתובת :

<http://www.snunit.k12.il/sachlav/noar/main/upload/kidarticle/nituk88.doc>

כהן, ט. (2003). טירוף. מתוך אתר NRG : <http://www.nrg.co.il/online/archive/ART/580/602.html>

מינושין, ס. (1982). משפחות ותרפיה משפחתית. דבר-רשפים.

מלמד, י., פינקל, ב., ברק, י., סיפריס, פ., אויפה, א., ויצמן, א. ובליוך א. (2005). הטיפול התרופתי בסכיזופרניה : השוואה בין התרופות מהדור השני. "הרפואה", כרך 144, חוב' ד'.

מנור, א. (2002). הפרעות בקשב וריכוז – ADHD – הגדרה, אבחון וטיפול. להיות כמו כולם, גיליון 18. ניצן : אגודה לקידום ילדים ובוגרים לקויי למידה, הסתגלות ותפקוד.

סלע, ב.ע. התבוננות חדשה אל תוך נבכי מחלה מסובכת : ששעת (סכיזופרניה). מתוך אתר טבעלייף :
<http://www.tevalife.co.il/article.asp?id=1962>

צדוק, ד. (2005). שימוש בסמים בקרב תרמילאים – נתונים ומסגרות טיפול, מסמך רקע לועדת הסמים של הכנסת. מרכז המחקר והמידע.

צדוק, ד. (2005). השימוש הרפואי בקנביס - מסמך רקע לחה"כ איוב קרא. מרכז המחקר והמידע - הכנסת.

צדיק, י. (2003). סגנונות התמודדות עם משבר פסיכוטי: שילוב (Integration) וטיוח (Sealing Over) ומשמעותם לפסיכותרפיה. מתוך אתר hebPsy.net.

צוברי, י. (2001). LSD (אסיד) – סם הזייתי בעל עוצמה ומסוכן. מתוך אתר הרשות למלחמה בסמים.

צוברי, י. (2002). אקסטזי (MDMA) – סקירת ספרות מחקרית. מתוך אתר הרשות למלחמה בסמים.

שופמן א. וגורני, א. (2002). המריחואנה: אמיתות, חצאי אמת ושקרים. מתוך אתר הרשות למלחמה בסמים - סקירות מידע.

Andreasen, et al. (2005). Remission in Schizophrenia : Proposed Criteria and Rationale for Consensus. American Journal of Psychiatry, 162, 441-449.

Artiss, K. (1963). Human behavior under stress- from combat to social psychiatry. Military Medicine, 128:1011-1015.

Atkinson, R.A et al. (2000). Hilgard's introduction to psychology. Fort Worth, Tex.: Harcourt College.

Boisen, A. T. (1962). The exploration of the inner world. New York: Harper and Row.

Boles, S.M., & Miotto, K. (2003) Substance abuse and violence: a review of the literature, Aggressive and Violent Behavior, 8: 155-174.

Bovasso, G.B. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. American Journal of Psychiatry, 156, 2033-2037.

Carlson, N.R. (2001). Physiology of behavior (7th Ed.), Allyn & Bacon, Boston.

Carmody T.J., John Rush A., Bernstein, I., Warden, D., Brannan S., Burnham, D., Woo A. & Trivedi, M.H. (2006). The Montgomery Asberg and the Hamilton ratings of depression: A comparison of measures. European Neuropsychopharmacology, June 10; [Epub ahead of print].

Corbett, E.L., et al. (1996). Adverse events associated with mefloquine: Study in returned travellers confirms authors' findings. British Medical Journal, 313(7071):1552.

Comer, R.J. (2000). Abnormal psychology (4th Ed.), New York: Worth, 2000.

Cortright, B. (1997). Psychotherapy and spirit. NY: State university of New York press. pp. 7-154.

Dabrowski, K. (1964). Positive disintegration. Boston: Little Brown & Co.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –Forth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR. (2000). Published by the American Psychiatric Association, Washington D.C.

Drayton, M., Birchwood, M. & Trower, P.(1998). Early attachment experience and recovery from psychosis. British Journal of Clinical Psychology, 37, 269-284

Ellenberger, H. (1981) The Discovery of the Unconscious. Basic Books, USA.

Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) :new measure. Psychopharmacology Bulletin 29, 321–326.

Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. Toronto: Multi-Health Systems.

- Goldberg, T.E., Aloia, M.S., Gourocitch, M.L., Missar, D., Pickar D. & Winberger, D.R. (1998). Cognitive substrates of thought disorder I: The Semantic System. American Journal of Psychiatry, 155: 1671-1676
- Higgins J., & Purvis K. (2000). A comparison of the Kennedy Axis V and the Global Assessment of Functioning Scale. Journal of Psychiatric Practice, 6(2): 84-90.
- Johns, A. (2001). Psychiatric effects of Cannabis. British Journal of Psychiatry, 178: 116-122.
- Kardiner, A. & Spiegel, H. (1947). War stress and neurotic illness. New York: Paul B. Hoeber
- Kellermann, F. P. (1992) Focus on Psychodrama. Jessica Kingsley: London and Philadelphia.
- Kiyuna, R., Kopriva R., & Farr S. (1993). The experiential learning model as a conceptual framework for the treatment of post-traumatic stress disorder. Journal of Social Behavior and Personality, 8:5:105-116.
- Lister, A., Abrey, L. E. & Sandlund J. T. (2002). Central Nervous System Lymphoma. Hematology, 283 - 296.
- Luckoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1998). From spiritual emergency to spiritual problem: the transpersonal roots of the new DSM IV category. Journal of Humanistic Psychology, 38(2), 21-51.
- Lukoff, D. (1985) Diagnosis of mystical experiences with psychotic features. Journal of Transpersonal Psychology, 17(2): 155-181.
- Lukoff, D., Liberman R.P., & Nuechterlein K.H. (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, 12:578-602.
- McGlashan, T. H. (1987). Recovery style from mental illness and long-term outcome. Journal of Nerv. Ment. Dis., 175, 681-685.

Moor, J.H. & Tucker, G.J. (1979). Delusions: Analysis and Criteria. Comprehensive Psychiatry, 20: 388-393

Moreno, J. L. (1946-61). Psychodrama 1-3, New York: Beacon House.

Morlan, K.K., & Tan S. (1988). Comparison of the Brief Psychiatric Rating Scale and the Brief Symptom Report. Journal of Clinical Psychology, 54(7):885-894.

Pancner, K. L. & Pancner, R. J. (1988). The quest, gurus and the yellow brick road. Individual Psychology, 44, 158-166.

Rey, J.M. et al. (2002). Mental health of teenagers who use Cannabis. British Journal of Psychiatry, 180: 216-221.

Rhoades H.M, & Overall J.E. (1988). The semistructured BPRS interview and rating guide. Psychopharmacology Bulletin, 24(1):101-104

Salmon, T. (1919). The war neuroses and their lesson. NY State Journal of Medicine, 59:993-994.

Sauteraud, A. & Hajjar, M. (1992) Psychotic disorders: higher incidence during travels in Asia. Presse Médicale, 21, 805-810

Sauteraud, A. (1997). Occurrence and management of psychiatric pathology in travelers. Médecine Tropicale, 57, 457-460

Schorre, B.E., & Vandvik, I.H. (2004). Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry: A review of three unidimensional scales (CGAS, GAF, GAPD). European Child and Adolescent Psychiatry, 13(5):273-86.

Schwarz, S., & Prout, M. (1991). Integrative approaches in treatment of post-traumatic stress disorder. Psychotherapy, 28:2:364-373.

Solomon, Z. & Benbenishty, R. (1988). The role of proximity, immediacy, and expectance in frontline treatment of combat stress reactions among Israelis in the Lebanon war. American Journal of Psychiatry, 143.

Spitzer M. (1997). A cognitive neuroscience view of schizophrenic thought disorder. Schizophrenia Bulletin, 23: 29-50

Van Os J. et al. (2002). Cannabis use and psychosis; a longitudinal population based study. American Journal of Epidemiology, 156: 319-327.

Young R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E. & Meyer, D.A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. British Journal of Psychiatry, 133: 429-35.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52, 30-41.



נספח א'

הרחבות לסקירת הסמך

נספח א'1: סוגי חומרים פסיכואקטיביים והשלכותיהם

חומרי הזייה ("סמים הלוצינוגניים")

מונח זה מתייחס למגוון חומרים, שהמכנה המשותף שלהם הוא אופן השפעתם על מערכת העצבים המרכזית והתערבותם בתהליכים המתרחשים בה. השפעות אלו עשויות לכלול תגובות פיזיולוגיות, כגון אישונים מורחבים, דופק מואץ, עלייה בלחץ הדם ובחום הגוף ועוד. תחום אחר של השפעות קשור בעיוותי תפישה, כגון הזיות שמיעה וראיה, עיוות תחושות המגע והזמן ואמונות שווא. אמונות שווא מוגדרות כאמונות כוזבות, העומדות בסתירה מוחלטת למציאות, כגון מחשבות רדיפה, גדלות וכדומה (Moor & Tucker, 1979; צוברי, 2001).

השפעות אלו נגרמות באמצעות הדמיון בין המבנה הכימי של החומרים הללו לבין מתווכים עצביים טבעיים (נוירוטרנסמיטרים) בגוף האדם. דימיון זה מאפשר לחומר לתפוס את מקומו של המתווך העצבי שהוא דומה לו על גבי הקולטן שלו, ולחקות או למנוע את פעולתו. לדוגמא, חלק מהחומרים ההלוצינוגניים משבשים את פעילות המתווך העצבי סרוטונין, המעורב בבקרה על מגוון התנהגויות, וביניהן חלומות. התערבות זו מגבירה הופעת חלומות ולפיכך מעוררת הזיות (מתוך אתר הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול).

אחד החומרים החביבים ביותר על תרמילאים ישראלים הוא ה-**LSD**, הנחשב לאחד מחומרי ההזייה העוצמתיים ביותר. בנוסף להזיות, ל-**LSD** השפעות שונות ברמה המנטלית, כגון תחושת הימצאות בחלום, דה – פרסונליזציה, איבוד המודעות העצמית ואובדן עכבות התנהגותיות (צוברי, 2001). חומרים פופולריים נוספים הם ה-**PCP**, המכונה "אבק כוכבים", פטריות שונות ועוד (Carlson, 2001).

ברוב המקרים, העיוותים התפיסתיים הנוצרים ע"י חומרים אלו, חולפים לאחר זמן מה. עם זאת, לעתים עלולים חומרים אלו, בפרט העוצמתיים שבהם כגון ה-**LSD** וה-**PCP**, לגרום לפריצתה של מחלת נפש רדומה או לזרז את הופעתה בגיל מוקדם יותר, בעיקר בקרב בעלי נטייה תורשתית. לדוגמא, נמצא, כי חומרי הזייה זרזו את הופעת התופעות הפסיכיאטריות אצל חולים סכיזופרניים ב-4 שנים, לעומת חולים שלא השתמשו בסם.

יתירה מכך, שימוש בחומרים אלו עלול לעורר התפרצות מחודשת של מחלת נפש, אצל אדם שסבל ממנה בעבר. מרישומים רפואיים בבתי חולים בארה"ב התברר, כי שיעורי הפסיכוזות הממושכות בעקבות שימוש ב-**LSD** נעו בין 4.6% ל-0.08% (שיעור אמצעי של 2.7%), כאשר שני הערכים הנמוכים ביותר נרשמו עבור משתתפים בניסוי ושאר הערכים נרשמו בקרב אוכלוסיות קליניות (צוברי, 2001).

חומרים ממריצים (פסיכו – סטימולנטים)

קבוצת חומרים נוספת, האהובה על תרמילאים, היא קבוצת הפסיכו – סטימולנטים, הממריצים את הפעילות המוטורית והנפשית. אחד החומרים הידועים ביותר הוא **האקסטזי** או בשמו המלא: MDMA – Methylenedioxymethamphetamine. האקסטזי הוא סם כימי, שהשפעתו היא גם הלוצינטורית וגם ממריצה. הוא פועל להגברת השחרור של הנוירורנסמיטורים המונואמיניים במוח, והשפעתו העיקרית מתבטאת בתחושת ערנות מוגברת, אנרגיה, אופוריה ותחושות קרבה וחברתיות. לעתים הוא גורם גם לשינויים תפיסתיים ולתחושות פיזיולוגיות שונות (צוברי, 2002; Lister et al., 2002).

תחושות העוררות והאופוריה שיוצר האקסטזי, הופכות אותו לחומר פופולרי ביותר במסיבות, בעיקר באלו הנהוגות במזרח הרחוק. עם זאת, רוב המשתמשים בו אינם מודעים לעובדה, כי שימוש כרוני באקסטזי עלול לגרום לפסיכוזה דמוית סכיזופרניה ולירידה קוגניטיבית בתפקוד המוח. כמו כן, האפקט המרעיל של האקסטזי על עצבים המפרישים סרוטונין, עלול לגרום או להחריף בעיות פסיכיאטריות, המתווכות ע"י חסר בסרוטונין, כגון הפרעות חרדה, הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית ודיכאון (כהן, 2003). ישנן גם עדויות מחקריות להופעתם של התקפים פסיכוטיים, הזיות ופראנויות, לאחר שימוש באקסטזי (צוברי, 2002). לדוגמא, בשנה האחרונה אושפזו לפחות 12 צעירים בבית החולים הפסיכיאטרי בטירת כרמל בעקבות שימוש בכדורי אקסטזי. חלקם פיתחו מצבים פסיכוטיים זמניים ואחרים לקו במחלה כרונית, עקב השימוש בחומר (שם, 2003).

סם אהוד נוסף הוא **הקוקאין**, המופק מעלי צמח הקוקה (Erythroxylon coca). אחת הסיבות להתפשטות השימוש בו היא הופעתו של הקראק, המיוצר מקוקאין, ובשונה ממנו, ניתן לעשן אותו. הפופולריות שלו נובעת בעיקר מיכולתו לשבש במהירות מפתיעה את הפעילות הכימית במוח. בתוך דקות מעטות, ממריץ הקוקאין את פעילות המשתמש, מדכא תחושות רעב וצמא, מעלה את צריכת הסוכר באזורים מסוימים במוח ומשרה הרגשת אופוריה ותחושה של יכולת פיזית מוגברת (מתוך אתר הרשות למלחמה בסמים).

ברוב המקרים, הקוקאין אינו בעל השפעות פסיכוטיות, כמו ה-LSD והאקסטזי, אולם מחקרים העלו, כי תחת שימוש ממושך, הוא עלול לגרום להופעתן של פסיכוזה פרנואידית, הזיות ותפיסת מציאות מעוותת (Boles & Miotto, 2003).

הקנביס

ההשפעות הפסיכואקטיביות של הקנביס מיוחסות לאחד ממרכיבי צמח הקנביס סאטיבה (Cannabis Sativa), הקרוי THC. הקנביס משמש להפקת מספר תוצרים, ובהם מריחואנה, חשיש, צ'אראס וגנג'ה וכן שמן חשיש. ההבדל בין התוצרים השונים נעוץ בעיקר בחלק הצמח ממנו הוא מופק וכן במידת הריכוז של החומר הפעיל (צדוק, 2005). הקנביס פועל על מערכת מוחית, המעורבת בבקרה על תחושות הנאה וכאב, ריכוז, קשב, זיכרון ולמידה. השפעתו המיידית מתבטאת בפרצי צחוק, בתחושת הקלה ואופוריה, בשחרור עכבות, בהרגשת טשטוש וחוסר שיווי משקל ועוד (מתוך אתר הרשות למלחמה בסמים).

צריכת הקנביס רווחת ביותר, גם בקרב צעירים הנמנעים משימוש בחומרים פסיכואקטיביים אחרים. זאת, בשל האמונה, כי בניגוד לשאר החומרים, הקנביס הוא "סם קל" ואין לו כל השפעה מזיקה על פעילות המוח. תפיסה זו עוגנה במספר מחקרים שגרסו, כי "ישנן מעט הוכחות לכך, ששימוש בקנביס גורם להפרעות נפשיות". ואולם, מחקר פרוספקטיבי שנערך בהולנד, העלה, כי היסטוריה של שימוש בקנביס מעלה את הסיכון לפריצתה של פסיכוזה עתידית, גם בקרב נבדקים ללא היסטוריה של פסיכוזה (Van Os et al, 2002). בנוסף, נמצא, כי קנביס עלול להקדים את הופעתן של מחלות נפש או לגרום להתלקחות פסיכוזה, בקרב חולים הנתונים בהפוגה (ויצטום ונחמיה – שופמן, 2000). יתירה מכך, נמצא קשר לינארי בין כמות צריכת הקנביס לבין רמת הסיכון. כלומר, הסיכוי לפתח הפרעה פסיכוטית עקב שימוש בקנביס, הוא פרופורציונלי לכמות, לתדירות ולמשך השימוש בו (שופמן וגורני, 2002; ויצטום ונחמיה – שופמן, 2000; Johns, 2001). מעבר לתסמינים פסיכויטיים, נמצא, כי לצרכני קנביס ישנו סיכוי של פי ארבע לסבול מדיכאונות, מאשר אוכלוסייה שאינה צורכת קנביס. כמו כן, עלול החומר לעורר תופעות של חרדה, מחשבות שווא, קשיי זיכרון והפרעות התנהגות שונות (שופמן וגורני, 2002; Bovasso, 2001; Rey et al., 2002).

נספח א'2: הפסיכოזה – מאפיינים וגורמים

להפרעות פסיכוטיות ישנם 2 סוגי סימפטומים. הסוג הראשון כולל "סימפטומים חיוביים", הניכרים בהופעתה של התנהגות אבנורמלית, וכוללים מספר ליקויים:

- הפרעות במהלך החשיבה, המתבטאות בחשיבה מבולבלת וחסרת הגיון פנימי, כגון מתן פירוש למילים, באופן שאינו קשור למשמעותן האמיתית (Goldberg et al, 1998). לטענת ספיצר (1997), הפרשנות השגויה של המציאות נובעת מליקוי ביצירת אסוציאציות ומהפעלה בלתי מבוקרת של הקשרים סמנטיים.
- הפרעות בתוכן החשיבה, המתבטאות בעיקר באמונות שווא.
- הפרעות תפיסה, המוגדרות כחוסר יכולת לעבד את המידע החושי. ליקוי זה גורם להזיות שמיעה או ראייה.

לעומת הסימפטומים החיוביים, "התסמינים השליליים" ניכרים בהעדרה של התנהגות נורמלית, כגון: אנהדוניה (חוסר יכולת לחוות עונג) ורדידות רגשית, שיבושים בתחושת העצמי, רצייה משובשת, המתבטאת בהידרדרות התפקוד היומיומי, נסיגה לעולם פנימי וקיום קשר רופף בלבד עם הסביבה, התנהגות מוטורית משובשת ועוד (Comer, 2000).

שלבים בפסיכוזה

להתקף הפסיכוטי שלושה שלבים עיקריים:

- בשלב המקדים (פרודרום) מופיעים שינויים רגשיים (כגון, חרדה ועצבנות), שינויים בקוגניציה (כמו, קשיי ריכוז או זיכרון), שינויים בתוכן החשיבה וכן נסיגה חברתית או ליקוי תפקודי.
- בשלב הפעיל מופיעות מחשבות השווא, הפרעות התפיסה והפרעות החשיבה. משך שלב זה משתנה מאדם לאדם, ועשוי לנוע בין מספר ימים ועד מספר חודשים. במקרים מסוימים, האדם נותר פסיכוטי באופן קבוע, אם כי בעוצמה פחותה.
- בשלב השיקום חלה ירידה הדרגתית בעוצמת מחשבות השווא וההזיות וחלה התארגנות של החשיבה. בשלב זה החולה מסוגל להתבטא בקלות רבה יותר ולהבין את משמעות החוויות שעברו עליו.
(מתוך אתר מכון שחר).

גורמים לפסיכוזה

ההשערה הרווחת היא, כי שורש ההפרעה הפסיכוטית נעוץ במועדות או בפרה-דיספוזיציה ביולוגית לכך. קיימות עדויות מחקריות רבות, המצביעות על מרכיב תורשתי בהתפרצות המחלה. לדוגמא, הסיכון ללקות בסכיזופרניה באוכלוסיה הכללית הוא כ 1%, לעומת 8%-15% עבור אדם שאחד מהוריו לקה במחלה. אדם ששני הוריו סבלו מסכיזופרניה הוא בעל סיכון של 45%-35%.

עדויות נוספות למועדות הביולוגית נמצאה במחקרים, שאיתרו שני ליקויים מוחיים, הקשורים להתפרצות פסיכוזה. האחד, כרוך בהיווצרותם של מרכיבים ביולוגיים במוח ברמות לא תקינות. השני מתבטא, ככל הנראה, בהתפתחות חסרה או לא תקינה של קשרים עצביים מסוימים. התוצאה היא קושי להתמודד עם גירויים חיצוניים ולעיתים הצפה של גירויים ללא בקרה.

חרף הממצאים הרבים, המעידים על נטייה ביולוגית – תורשתית למחלה, אין הדבר מורה בהכרח, כי הפרט, הסובל מנטיה זו, אכן ילקה בהפרעה פסיכוטית גלויה. התפרצות התסמינים בפועל מושפעת רבות מגורמים סביבתיים שונים, כגון לחצים פסיכו-חברתיים. תקופות של לחץ אישי או חברתי (כגון גיל ההתבגרות, או לצורך העניין, טיול גדול) עלולות לפעול על האדם בעל המועדות התורשתית ולגרום להתפרצות המחלה. גם לחץ נפשי, הנובע מאירועים טראומטיים, כגון מוות במשפחה, אבדן פרנסה או גירושין, עלול להיות בעל השפעה דומה. כאמור לעיל, גם שימוש בסמים מהווה גורם סיכון להופעת פסיכוזה בקרב בעלי הנטייה לכך. כאשר השימוש בסמים משתלב עם גורמי דחק נוספים, כגון הטיול התרמילאי, הרי שהסיכון גדל כפל כפליים (פרופ' בן-עמי סלע, אתר טבעלייף).

נספח א'3: הפרעות נפש נפוצות

ישנן מספר קטגוריות בסיסיות של הפרעות נפש, השכיחות בקרב שוהי כפר איזון.

ההפרעות האפקטיביות (הפרעות במצב הרוח)

רגשות בדרך כלל קשורים לאירועים בעולם הממשי ונובעים מהערכה הגיונית של חשיבות אירועים אלו לחיינו. ואולם, בקרב הלוקים בהפרעה אפקטיבית (רגש=אפקט), הרגש נעשה מנותק מהמציאות: הם שרויים ברוממות רוח קיצונית (מאניה) או בדיכאון עמוק, שאין להם יסוד באירועי חייהם (Comer, 2000).

קבוצת ההפרעות האפקטיביות מתחלקת לשני סוגים עיקריים. הסוג השכיח ביותר הוא הפרעה חד קוטבית (unipolar), המתבטאת בדיכאון ללא אפיזודות מאניות. הפרעה זו נובעת בדרך כלל משילוב בין נטייה תורשתית לבין מאפיינים פסיכולוגיים והשפעות סביבתיות. ניתן לטפל בה בשיטות פסיכותרפיות שונות, או במקרים קשים יותר – בשילוב עם טיפול תרופתי. לעומת זאת, בהפרעה דו קוטבית (bipolar), הקרויה גם "מאניה – דפרסיה", החולה סובל מתקופות של מאניה ודיכאון לסירוגין. המרכיב התורשתי בהפרעה זו הינו משמעותי יותר, והיא בדרך כלל דורשת טיפול תרופתי ארוך טווח. לעתים, ההפרעות האפקטיביות כוללות גם תסמינים פסיכויטיים, כגון הזיות, אמונות שווא וכדומה (Comer, 2000; Carlson, 2001).

הפרעות חרדה

חרדה מוגדרת כאבנורמלית, כאשר היא בלתי מציאותית, בלתי רציונלית ועוצמתה משתקת. ישנם סוגים שונים של הפרעות חרדה. הקלה שלהם היא הפוביה, שמשמעה, פחד מוגזם ומתמיד מאובייקט/מצב, שבפועל אין בו איום ממשי, כגון קלאסטרופוביה (פחד ממקומות סגורים), זואופוביה (פחד מבעל חיים מסוים) ועוד. הפרעה נוספת בקבוצה זו היא הפרעת פאניקה, בה הפרט סובל מהתקפי פאניקה חוזרים ובלתי-צפויים, ללא סיבה נראית לעין. בהתקפים אלו מופיעה עוררות יתר של מערכת העצבים האוטונומית, המתבטאת בסימפטומים כגון הזעה, דפיקות לב מואצות, סחרחורת ועוד. בהפרעת חרדה מוכללת, לעומת זאת, לא מדובר בהתקפים או בפוביה, אלא בחרדה כרונית וקשה לשליטה, שאינה מעוגנת באובייקט או במצב מסוים (Comer, 2000).

בכפר איזון נתקלנו גם במספר מקרים של מטופלים, הסובלים מ-OCD (הפרעה אובססיבית – קומפולסיבית). חולה, הלוקה בהפרעה זו, נרדף ע"י הרהורים טורדניים (אובססיביים), המלווים בהתנהגויות כפייתיות (קומפולסיביות), המיועדות להפיג את החרדה והמצוקה, הנגרמת ע"י הרהורים אלו (Comer, 2000).

הפרעת חרדה ייחודית נוספת היא הפרעת הדחק הפוסט – טראומטית (PTSD).

בניגוד לשאר ההפרעות, אשר רובן אינן נעוצות באירוע שהתרחש במציאות, PTSD מתפרצת בעקבות מעורבות של הפרט באירוע, שאיים על השלמות הפיזית שלו עצמו או של אחרים, כגון פיגוע טרור, תאונת דרכים, תקיפה וכדומה. תחושת הפחד הקיצוני, אשר התעוררה במהלך האירוע, גוררת לעתים את התפתחותם של תסמיני חרדה בלתי נשלטים, גם לאחר הסרת האיום מעל הפרט. סימפטומים אלו כוללים חלומות חוזרים, היזכרות תכופה באירוע ומצוקה פסיכולוגית חריפה, המובילה לקשיי תפקוד, הפרעות שינה, התפרצויות זעם ועוד (Carlson, 2001).

בדרך כלל, הטיפול בהפרעות חרדה משלב טיפול תרופתי (בהתאם לחומרה) לצורך הקלת תסמיני המצוקה, וטיפול פסיכותרפי, המתמקד בשינוי סגנון החיים המאלאדפטיבי (Comer, 2000).

הפרעות התנהגות

קבוצת הפרעות אלו מאפיינת רבים ממטופלי כפר איזון. ברוב המקרים, מדובר בהפרעה הנלוות לבעיה המרכזית, בשלה הגיעו לכפר, אולם עצם קיומה מקשה לעתים קרובות על מהלך ההחלמה. ההגדרה המקובלת להפרעות התנהגות הינה תבניות התנהגותיות חוזרות ונשנות, אשר אינן תואמות את הגיל המצופה. התנהגויות אלו חורגות מהנורמות החברתיות המקובלות, ובמקרים רבים פוגעות בזכויותיו הבסיסיות של הזולת. הן מתבטאות בדרך כלל בקשיים בשליטה על דחפים, אימפולסיביות וליקוי ביכולת דחיית סיפוקים.

ישנם סוגים שונים של הפרעות התנהגות, כאשר האשכול הבולט שבהן כולל את הפרעות הקשב, הריכוז וההיפראקטיביות: ה- **ADHD** (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder), וה- **ADD** (Attention Deficit Disorder). הפרעות אלו מתבטאות בעיקר בליקויים בשימור הקשב, המביאים להסחות דעת, קשיי התמדה ובעיות לימודיות. הסובלים מהיפראקטיביות בנוסף להפרעת הקשב הינם חסרי שקט ומתקשים להימצא במקום אחד לאורך זמן. הפרעות אלו נפוצות ביותר וניתן למצוא אותן בכל שכבות החברה, הגילאים ורמות האינטליגנציה. סוג נוסף של הפרעות התנהגות הוא קבוצת **ההפרעות האנטי סוציאליות**. בעוד הלוקים בהפרעות קשב וריכוז בלבד אינם נוטים לפגוע בזולתם, הרי שההפרעות האנטי סוציאליות מתבטאות בהתנהגות אגרסיבית ולעתים אף עבריינית, כגון ונדליזם, אלימות, שימוש בנשק וכדומה (מנור, 2002).

משום שהפרעות ההתנהגות מאופיינות בחוסר התאמה לנורמות החברתיות, הרי שלעתים קרובות הן מובילות את הפרט לעימותים חוזרים ונשנים מול מסגרות ומוקדי סמכות. במקרים בהם מדובר בהתנהגות עבריינית, הרי שבמקרים רבים הלוקים בהן מגיעים גם לזרועות המשטרה ובתי המשפט (מתוך אתר היחידה להדרכת הילד והמשפחה).

הפרעות אישיות

תכונות אישיות הן דפוסים מתמשכים של תפיסת הסביבה והעצמי, של התייחסות אליהם וחשיבה עליהם, המתבטאים במגוון הקשרים חברתיים ואישיים. כאשר תכונות אלו הופכות לבלתי מסתגלות, וגורמות למצוקה או לפגם בתפקוד, הן מוגדרות כהפרעת אישיות (Comer, 2000). בדומה להפרעות התנהגות, הן בדרך כלל אינן מהוות את הסיבה להגעת המטופל לכפר. יחד עם זאת, מטופלים רבים סובלים מהן בצד מחלתם המרכזית, ויש לכך השלכות רבות על התהליך הטיפולי.

למעשה, הפרעות אישיות הן קטגוריה ייחודית של בעיות נפש. בעוד שאר המחלות הנפוצות כוללות תסמינים די מוגדרים ומובחנים, בהפרעות אישיות מדובר ברובד כרוני ועמוק יותר, אשר אינו ניתן לאבחנה בצורה חדה ומדויקת. בדרך כלל, המאפיינים המגדירים אותן הם מימדיים – כלומר, ניתן למצוא אותם בקנה מידה קטן, גם בקרב בני אדם נורמטיביים, ולכן ההבדל בין הנורמלי למופרע אינו איכותי, אלא כמותי (Comer, 2000).

ישנו מגוון רב של הפרעות אישיות, בהתאם לתכונות האישיות המאל – אדפטיביות, המאפיינות אותן, כגון הפרעת אישיות פרנואידית, הפרעת אישיות נרקסיסטית ועוד. אחת ההפרעות הנפוצות ביותר היא הפרעת אישיות גבולית, המאופיינת בחוסר יציבות כקו מנחה ומתמיד בהיבטים שונים של התנהגות ורגש.

למרבה הצער, הטיפול בהפרעות אישיות אינו זוכה להצלחה רבה. יתירה מכך, נמצא, כי אנשים הלוקים הן בהפרעה פעילה (כגון, דיכאון, פסיכוזה וכדומה) והן בהפרעת אישיות, אינם מצליחים בטיפול בהפרעתם הפעילה, כמטופלים ללא תחלואה נלווית של הפרעת אישיות. הקושי הטיפולי נובע בעיקר מעצם היותן תכונות אופי בסיסיות ומושרשות, כמו גם מהעדר מודעות ומוטיבציה מצד המטופלים (Comer, 2000).

התמכרויות

כאמור, רוב רובם של מטופלי הכפר פיתחו את בעייתם הנפשית, על רקע שימוש בחומרים פסיכואקטיביים שונים. לפיכך, למרות שכפר איזון אינו מוגדר כמוסד גמילה ואינו מותאם לכך, הרי שלעיתים מגיעים לכפר מטופלים, הסובלים מבעיות התמכרות.

למעשה, המושג התמכרות אינו מתייחס רק לסמים, אלא מוגדר כתלות בלתי ניתנת לשליטה בגורם חיצוני כלשהו, ויהא זה תרופה, סם או אף פעילות מסוימת, במידה כזו שהפסקתו הפתאומית תגרום לתגובות נפשיות או גופניות קשות (מתוך אתר הרפואה הישראלית). עם זאת, ההתמכרויות הרווחות ביותר הן, כצפוי, התמכרויות לחומרים פסיכואקטיביים, כגון אלכוהול, קוקאין, הירואין וכדומה.

בנוגע לשימוש בקנביס, קיימת מחלוקת באשר למידה, בה ניתן להתמכר לחומר זה. אומנם, הפסקת צריכת הקנביס אינה מעוררת בדרך כלל תופעות גמילה קשות, האופייניות לקוקאין והירואין, למשל. אולם, צריכה מסיבית של קנביס יוצרת ללא ספק תלות פסיכולוגית ונפשית, המקשה על תפקוד יומיומי תקין, במידה והפרט מנסה להפסיק את הצריכה (Johns, 2001).

לאחרונה, נמצאו אף עדויות לתלות פיזית בקנביס, כאשר תסמונת הגמילה ממנו כוללת תסמינים כגון חוסר מנוחה, חרדה, הפרעות שינה, תוקפנות, רעד בשרירים, שינויים בקצב הלב ובלחץ הדם ועוד (שופמן וגורני, 2002).

בשיח התרפויטי נפוצות שיטות שונות ורבות לטיפול בהתמכרויות, אולם רובן כוללות התייחסות לשני ממדים עיקריים. האחד, מתמקד בהפסקת השימוש בחומר ובסיוע בהתמודדות עם תסמיני הגמילה הפיזיים המופיעים. ממד טיפולי נוסף מכוון לשינוי דפוסי החשיבה וסגנון החיים, במטרה למנוע את הישנות הצריכה.

נספח ב'

המלועזים לכפר איילון⁴

⁴מועמדים שבסופו של דבר לא נקלטו בכפר

1. כללי

במהלך השנים 2005 – 2001 פנו להתקבל לכפר איזון כ- 100 מועמדים במוצע בכל שנה. מועמדים אלו, למרות שחלקם נמצאו מתאימים לכפר מבחינת הקריטריונים לקבלה, לא נכנסו אליו בסופו של התהליך.

בעקבות הפנייה לכפר, מבצע מנהל הכפר שיחת אבחון והתרשמות ראשונית עם המועמד. בשנת 2001 (ובאופן חלקי גם בשנים 2003 – 2002), המועמדים נשלחו לאבחון נוסף במכון גרין. משנת 2004 ואילך, תהליך הקבלה כולו מתבצע בתוך הכפר. עם הקבלה לכפר, עוברים הצעירים אבחון נוסף ע"י ד"ר יעקב נחמקין, פסיכיאטר הכפר, המתאים להם טיפול תרופתי, במידת הצורך.

יש חשיבות לבחון, מהם מאפייני המועמדים (שלא השתלבו בסופו של דבר בכפר איזון) ומה מבחין בין אלו שנמצאו מתאימים לכפר לבין אותם שהוגדרו כלא מתאימים. הנתונים בחלק זה התקבלו ע"י ניתוח נתוני אינטייק של 512 מועמדים, שפנו לכפר משנת 2001 עד 2005 ולא התקבלו אליו. לפירוט הנתונים שנאספו מתיקי המועמדים, ראו נספח ו'6.

2. עיקרי הממצאים

2.1 היקף הפונים לכפר והחלטת הכפר לגביהם

להלן נתונים לגבי מספר הפונים לכפר לפי שנים.

לוח מס' 6 : היקף הפונים להתקבל לכפר לפי שנים

שנה	*2001	2002	2003	2004	2005	סה"כ
מס'	138	84	111	91	88	512
אחוז	27	16	22	18	17	100

* 6 אנשים פנו בשנת 2000.

במוצע פנו אפוא כ- 100 איש בכל שנה להתקבל לכפר. בשנת 2001 היקף הפונים היה מעט גבוה בהשוואה לשנים הבאות.

לגבי כל מועמד, מקבל הכפר אחת מארבע החלטות:

- לא הוחלט/זומן לפגישה נוספת.
- מתאים
- לא מתאים/לא מתאים כרגע.
- מתאים בהסתייגות/לא בטוח.

בלוח להלן מוצגים נתוני ההחלטה לגבי מועמדים לפי שנים.

לוח מס' 7: החלטת הכפר לגבי המועמדים לפי שנים

(הנתונים באחוזים, N=437)

שנים / החלטה	2001	2002	2003	2004	2005	סה"כ
פגישה נוספת	33	16	13	12	5	17
מתאים	39	48	47	43	48	44
לא מתאים	28	35	32	35	42	34
בהסתייגות	---	1	8	10	5	5

- מעבר לשנים, ניתן לראות כי לגבי 44% מהמועמדים, הוחלט כי הם מתאימים לכפר ואילו כשליש הוגדרו כלא מתאימים. לגבי 20%, ההחלטה לא היתה חד משמעית.
- בניתוח לפי שנים, בולטת העובדה, כי בשנת 2001 נשלחו יותר מועמדים לפגישה נוספת לצורך קבלת החלטות. בשנה זו, כזכור, תהליך הקבלה הדגיש הפניה למכון גרין לקבלת אבחון נוסף.

מארבע קטגוריות ההחלטה הנ"ל, נבנה משתנה דיכוטומי:

- מתאים לכפר (44%).

- לא מתאים/פחות מתאים (56%).

הקבוצה שנמצאה כלא מתאימה הופנתה לגופים שונים בקהילה ומחוצה לה.

להלן התפלגות הנתונים:

לוח מס' 8: גופים אליהם הופנו מועמדים שלא התקבלו לכפר

סוגי טיפול	אחוז
טיפול בקהילה (טיפול פרטני, קבוצת תמיכה, מרכזי יום וכו')	54%
מוסד שיקומי (הוסטל, מוסד גמילה וכדומה)	24%
אשפוז	16%
השגחה בבית	6%

2.2 מאפייני הפונים לכפר

2.2.1 מגדר

77% מהפונים היו גברים ו-23% נשים. לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בניתוח לפי שנים. יחס דומה בין גברים לנשים התקבל גם בניתוח נתוני הבוגרים (מתחילת פעילות הכפר ועד ספטמבר 2005).

2.2.2 גיל

בלוח להלן מוצגים נתונים לגבי גיל המועמדים :

לוח מס' 9 : גילאי המועמדים להתקבל לכפר

גיל	עד 18	מעל 18 עד 21	מעל 21 עד 24	מעל 24 עד 27	מעל 27 עד 30	מעל 30	ממוצע
אחוז	2.6%	13.7%	29.6%	22.3%	15.1%	16.7%	25.9

מהלוח עולה, כי :

- הגיל הממוצע עומד על 26 שנה (סטיית תקן – 5.1).
- טווח הגילאים של הפונים נע מ-15.5 עד 54 שנים.
- לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בניתוח לפי שנים.
- הגיל הממוצע בקרב בוגרי הכפר שנבדקו עומד על 25 שנה. כלומר, הבוגרים צעירים במקצת בהשוואה למועמדים.

2.2.3 סיווג לקטגוריות

בתהליך הקבלה מעניק המראיין דיאגנוזה ראשונית, המסווגת את המועמד לקטגוריה מסוימת, שהינה בדרך כלל בעיה נפשית כלשהי. להלן הנתונים בנושא (ניתן היה לציין יותר מקטגוריה אחת ולכן האחוזים מסתכמים ליותר מ-100%).

לוח מס' 10 : קטגוריות המועמדים להתקבל לכפר

(הנתונים באחוזים, N=325)

קטגוריה	אחוז
פסיכוזה	63%
מחלת נפש מתמשכת (דיכאון, סכיזופרניה וכיו"ב)	37%
התמכרות לקנביס, קוקאין או אלכוהול	19%
משבר שאינו הפרעה מלאה (דיכאון/חרדה ברמה מינורית)	7%
הפרעות אישיות	6%
אובדנות	5%
התמכרות להירואין	4%
הפרעות התנהגות	3%
משבר רוחני	3%
הפרעות אכילה	2%
הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD)	2%
חלופת מעצר	1%

מהלוח עולה, כי:

- הדיאגנוזות השכיחות שניתנו למועמדים היו פסיכוזה, מחלת נפש מתמשכת והתמכרות לקנביס, קוקאין או אלכוהול.
- מעניין לציין, כי משבר רוחני, שע"פ סקירת הספרות מאפיין תרמילאים, אובחן בשכיחות נמוכה בקרב המועמדים (לפחות כפי כשהדבר בא לידי ביטוי בתיקי האינטיק).
- גם פונים מחלופת מעצר הגיעו בשכיחות נמוכה.

בחנו את הקטגוריות השונות בקרב המועמדים, לפי שנים. פערים מובהקים סטטיסטית נמצאו רק לגבי פסיכוזה והתמכרות לקנביס, קוקאין או אלכוהול. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 11: פסיכוזה והתמכרויות לקנביס, קוקאין או אלכוהול בקרב המועמדים לפי שנים

(הנתונים באחוזים)

	2005	2004	2003	2002	2001
פסיכוזה	62	44	72	66	75
התמכרות	28	21	16	23	0

בשנת 2004 התקבלו פחות פניות ממועמדים שהוערכו כבעלי פסיכוזה. בשנת 2001 לא הגיעו מועמדים (ע"פ המדווח בתיקי האינטיק), שסבלו מהתמכרות לקנביס, קוקאין או אלכוהול.

2.3 מתאימים לעומת לא – מתאימים

כזכור, 44% מקרב הפונים לכפר (N=194) הוערכו בתהליך הקבלה כמתאימים להשתלב בתהליך הטיפול. בחלק זה ננסה לאמוד, מה מבחין בין קבוצה זו לבין המועמדים הנתפסים כפחות מתאימים לכפר (N=243) ועל פי מה נקבעת הערכה זו:

- בשתי הקבוצות, 23% מהמועמדים הם נשים.
- קבוצת המתאימים מבוגרת מעט יותר מקבוצת הלא – מתאימים מבחינת גילה הממוצע (26.3 שנים לעומת 25.8 שנים), אולם הפער אינו מובהק סטטיסטית.

בלוח הבא נשווה את הקטגוריות המאפיינות את קבוצת המתאימים והלא – מתאימים. בנוסף, נציג את המתאימים המובהקים סטטיסטית בין סוג הקטגוריה לבין ההחלטה על התאמת המועמד לכפר.

לוח מס' 12: קטגוריות המועמדים – מתאימים לעומת לא מתאימים

קטגוריות	מתאימים	לא מתאימים	מתאם פירסון
פסיכוזה	65%	60%	
מחלת נפש מתמשכת (דיכאון, סכיזופרניה וכיו"ב)	41%	34%	
התמכרות לקנביס, קוקאין או אלכוהול	16%	23%	
הפרעות אישיות	3%	10%	-0.14*
משבר שאינו הפרעה מלאה (דיכאון/חרדה מינוריים)	11%	4%	0.15*
אובדנות	1%	8%	-0.14*
התמכרות להירואין	0%	8%	-0.19*
הפרעות התנהגות	1%	5%	-0.11*
משבר רוחני	4%	2%	
הפרעות אכילה	3%	2%	
הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD)	1%	2%	
חלופת מעצר	0%	2%	

* $p \leq 0.05$

- נמצאו קשרים נמוכים (אך מובהקים סטטיסטית) בין ההחלטה לגבי התאמת המועמד לכפר לבין סוג הקטגוריה אליה הוא מסווג. נראה, כי מועמד נתפס כמתאים יותר לכפר, אם הוא מאופיין במשבר שאינו הפרעה מלאה ופחות מתאים לכפר אם הוא סובל מהפרעות אישיות, אובדנות, הפרעות התנהגות או התמכרות להירואין.
- סה"כ השונות המוסברת בהחלטה לגבי התאמת המועמד לכפר הינה 9%. כלומר, ההחלטה קשורה למשתנים נוספים שלא נבדקו.

מעבר לכך, נמצאים בידינו נתונים לגבי בוגרי כפר איזון בתקופה שבין התאריכים 31/09/2005 – 01/01/2004 (N=115). להלן השוואה מבחינת הסיווג לקטגוריות בין הבוגרים לבין מועמדים שנמצאו מתאימים לכפר, אך לא השתלבו בסופו של דבר בתהליך הטיפול.

לוח מס' 13 : קטגוריות המועמדים – בוגרים לעומת מועמדים מתאימים שלא נכנסו לכפר

קטגוריות	מתאימים	בוגרים
פסיכוזה	65%	69%
מחלת נפש מתמשכת (דיכאון, סכיזופרניה וכיו"ב)	41%	46%
התמכרות לקנביס, קוקאין או אלכוהול	16%	14%
הפרעות אישיות	3%	15%
משבר שאינו הפרעה מלאה (דיכאון/חרדה מינוריים)	11%	11%
אובדנות	1%	6%
התמכרות להירואין	0%	3%
הפרעות התנהגות	1%	7%
משבר רוחני	4%	6%
הפרעות אכילה	3%	1%
הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD)	1%	1%
חלופת מעצר	0%	2%

- שתי הקבוצות די דומות מבחינת הקטגוריות השכיחות אליהן הן מסווגות (פסיכוזה, מחלת נפש מתמשכת והתמכרות לקנביס, קוקאין או אלכוהול).
- זכור, מספר קטגוריות נמצאו קשורות להחלטה לגבי אי התאמת המועמד (הפרעות אישיות, אובדנות, הפרעות התנהגות והתמכרות להירואין). מעניין לציין, כי דווקא הפרעות אלו שכיחות יותר בקרב קבוצת הבוגרים בהשוואה לקבוצת המועמדים המתאימים (שלא הגיעו לכפר).

בחלק מהמקרים, המראיין ציין את הסיבה בעטיה הוגדר המועמד כלא מתאים. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 14 : סיבות לקביעת אי התאמת המועמד לכפר

(הנתונים באחוזים, N=94).

סיבות	אחוז
חומרת הבעיה ממנה סובל המטופל*	47%
מצב טוב יחסית (אין צורך במסגרת)	29%
חוסר תובנה, מודעות או מוטיבציה**	22%
אובדנות, מסוכנות, אלימות, עבריינות	14%

* מצב נפשי קשה מידי או שימוש כבד מידי בסמים, הדורשים מסגרת סגורה יותר מכפר איזון.

** כולל התנגדות לטיפול תרופתי, כאשר יש צורך בו.

3. סיכום

- ☒ בין השנים 2005 – 2001, פנו 512 איש להתקבל לכפר איזון, אולם בסופו של דבר לא באו בשערי. 194 מתוכם (44%) נמצאו מתאימים לכפר, אך מסיבה זו או אחרת, לא הגיעו אליו. כשליש הוערכו כלא מתאימים ואילו לגבי כ- 20%, ההחלטה לא היתה חד משמעית.
- ☒ הסיבות העיקריות לקביעת אי התאמת המועמד הינן:
- חומרת ההפרעה ממנה סובל המועמד (47%): פתולוגיה חמורה דורשת השגחה צמודה מזו הניתנת בכפר איזון, הנחשב למסגרת פתוחה יחסית.
 - מצב נפשי טוב יחסית, המאפשר התאוששות בבית ללא צורך במסגרת כוללנית (29%).
 - חוסר תובנה ומוטיבציה מצד המועמד (22%).
- ☒ מועמדים הסובלים מהפרעות אישיות, אובדנות, הפרעות התנהגות ושימוש בהירואין הוגדרו יותר כלא מתאימים לכפר.
- ☒ בוגרי הכפר די דומים במאפייניהם לקבוצת המועמדים המתאימים, אולם נמצא, כי דווקא מאפיינים הקשורים להחלטה לגבי אי התאמה היו שכיחים יותר בקבוצת הבוגרים. מהנתונים עולה, כי 15% מהבוגרים סבלו מהפרעות אישיות לעומת 3% מהמועמדים המתאימים, מהפרעות התנהגות סבלו 7% מהבוגרים לעומת 1% מהמועמדים המתאימים ואילו אובדנות אפיינה 6% מהבוגרים לעומת 1% מהמועמדים המתאימים. עם זאת, ייתכן כי לפנינו אומדן חסר בקרב קבוצת המועמדים המתאימים (לפירוט, ראו פרק ד', חלק ב', סעיף 5).
- ☒ מאפייני המועמדים די דומים לאורך השנים.
- במהלך שנת 2005 הוקם צוות בכפר, המקיים התקשרויות חוזרות למועמדים מהססים, במטרה להגדיל את מסת המטופלים בכפר. מומלץ לשקול מאמצי שיווק נוספים (כגון, מתן תקופת ניסיון, הקלה בתשלומים וכדומה), בכדי להגביר את הסיכויים להשתלבותם בכפר.

נספח ג'

גאט'י כשר איז

1. כללי

עד חודש ספטמבר 2005 סיימו את כפר איזון כ- 290 בוגרים. יש חשיבות לבחון, מהם המאפיינים והרקע של בוגרי הכפר, הנסיבות בגינן הגיעו לכפר, משך השהות בו ומצבם בתום התהליך הטיפולי. לצורך זאת, נותחו תיקיהם האישיים של הבוגרים בשתי רמות:

- לגבי כל הבוגרים נותחו מספר משתני רקע (מין, גיל, השכלה ושירות צבאי) ומשך השהות בכפר ($N=290$).
 - לגבי בוגרים שהחלו את התהליך הטיפולי בכפר בין התאריכים 01/01/2004 עד 30/09/2005 ($N=115$), נותחו הנתונים ביתר הרחבה.
- יש לציין, כי בהגדרת הבוגרים נכללו גם צעירים, שלא השלימו את התהליך הטיפולי בכפר, אלא פרשו במהלכו מסיבות שונות. מפתח הקידוד ששימש אותנו בשתי רמות הניתוח מוצג בנספחים ו'4 ו- ו'5.

2. עיקרי הממצאים

2.1 פרטי רקע כלליים

הנתונים המדווחים בסעיפים 2.1.1 – 2.1.4 מבוססים על 290 בוגרי הכפר מעת הקמתו. יתר הנתונים מבוססים על הנתונים המורחבים של 115 בוגרים (ינואר 2004 עד ספטמבר 2005), אלא אם כן נכתב אחרת.

2.1.1 מגדר

77% בקרב הבוגרים הינם גברים ו- 23% נשים. בשנת 2002, שיעור הנשים היה נמוך יחסית (14%) ואילו בשנת 2004 היה שיעור זה גבוה יחסית (31%).

2.1.2 גיל

להלן הנתונים: עד 23 שנים – 43%. מעל 23 שנים – 57%. ממוצע: 25 שנים (סטיית תקן- 4.21). טווח: 18 – 41.

בשנים 2003 – 2004, גילם הממוצע של הבוגרים היה נמוך יחסית ואילו בשנת 2002, גיל הבוגרים היה מעט יותר גבוה.

2.1.3 השכלה

להלן הנתונים לגבי התפלגות משתנה ההשכלה בקרב בוגרי הכפר:

לוח מס' 15: השכלתם של בוגרי הכפר

פחות מ- 12 שני"ל	תיכון ללא ת. בגרות	תעודת בגרות	אקדמאי
15%	23%	47%	15%

השכלת הבוגרים בשנת 2005 היתה גבוהה יחסית להשכלת בוגרי השנים 2002 ו-2003.

2.1.4 משך השירות הצבאי

להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 16 : משך השירות צבאי בקרב בוגרי הכפר

קטגוריות	אחוז
לא שירתו	22%
שירות חלקי	27%
שירות מלא	51%

- אין הבדל בנתון זה בין השנים השונות.
- בדקנו את הקשרים בין משתני הרקע הללו ומצאנו כי :
 - בהשוואה לגברים, בוגרות הכפר הינן צעירות ומשכילות יותר.
 - שירות צבאי מלא נמצא בשכיחות גבוהה יותר בקרב בוגרים בגילאים גבוהים יותר (מעל 23) ובקרב בוגרים משכילים יותר (בעלי תעודת בגרות ומעלה).

2.1.5 אופי השירות

מבין המשרתים בצבא (שירות מלא או חלקי), נמצא כי הבוגרים שירתו ב :

לוח מס' 17 : סוג שירות צבאי בקרב בוגרי הכפר

קטגוריות	אחוז
שירות קרבי	45%
שירות רגיל	37%
מעבר משירות קרבי לרגיל במהלך השירות	18%

2.1.6 מצב משפחתי

95% מקרב הבוגרים הינם רווקים והיתר גרושים או אלמנים.

2.1.7 מיקום הבוגר בתוך המשפחה

במסגרת סקירת תיקי הבוגרים, בחנו את מקומם של הבוגרים בין ילדי המשפחה. להלן הנתונים :

לוח מס' 18 : מיקום הבוגרים בתוך המשפחה

ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	ילד רביעי או יותר
34%	38%	19%	9%

2.1.8 מספר ילדים במשפחה

להלן הנתונים בנוגע למספרי הילדים במשפחות הבוגרים :

לוח מס' 19 : מספר ילדים במשפחה

1-2 ילדים	3 ילדים	4 ילדים	5 ילדים ומעלה
27%	47%	12%	14%

2.2 רקע בעל פוטנציאל משברי (ללא קשר ישיר למשבר הנוכחי)

2.2.1 נתונים משפחתיים בעלי פוטנציאל משברי

במהלך בחינת תיקי הבוגרים, אספנו נתונים לגבי התרחשויות שונות במשפחות הבוגרים, העלולות להוות גורם סיכון לבעיות נפש שונות. להלן הנתונים :

לוח מס' 20 : אירועים בעלי פוטנציאל משברי בקרב משפחות הבוגרים

אחוז	סוגי התרחשויות
31%	אין אירועים מסוג זה
29%	גירושין
26%	יחסים מורכבים (תלות, קונפליקטים, בעיות תקשורת)
21%	בעיות נפש
10%	הורים/אחים חורגים
6%	מות הורה
6%	מחלות פיזיות/ פציעה
6%	שינויים ומעברים חדים
5%	נטישה/העדר הורה
5%	אלימות במשפחה
4%	התמכרויות
3%	מות אח
2%	אימוץ/אומנה

מהלוח עולה, כי :

- כשליש מהמשפחות אינן בעלות היסטוריה משפחתית, הצופנת בחובה פוטנציאל משברי.
- מאפייני הרקע השכיחים בקרב משפחות בעלות היסטוריה מסוג זה הינם : גירושין, יחסים מורכבים במשפחה ובעיות נפש.

2.2.2 נתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי בעברו של הבוגר

להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 21 : נתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי בקרב הבוגרים

אחוז	קטגוריות
40%	קשיי הסתגלות (בעיות התנהגות ומשמעת, חוסר יכולת להתמיד במסגרת, בעיות מול גורם סמכות וכו')
28%	ליקויי למידה/חינוך מיוחד
22%	משברים שאינם הפרעה מלאה (חרדה/דיכאון מינוריים)
21%	קשיים חברתיים או זוגיים
11%	פגיעה פיזית (פציעה, מחלה, נכות וכדומה)
10%	משבר פסיכטי
6%	מחלת נפש
6%	אובדנות/הרס עצמי
6%	הפרעות אכילה
6%	חיפוש עצמי/רוחני
4%	התמכרויות
4%	הפרעות אישיות
4%	עבריינות
4%	אלימות/התפרצויות זעם
20%	אין נתוני רקע מסוג זה

מהלוח עולה, כי :

- לגבי חמישית מהבוגרים, לא נמצא דיווח, הנוגע לנתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי.
- לגבי יתר הבוגרים, מדווחים במוצק 1.4 נתונים בעלי פוטנציאל משברי.

2.2.3 פגיעה טראומטית בעבר

- 76% מהבוגרים מדווחים, כי לא חוו פגיעה טראומטית בעברם.
- 11% מהבוגרים דיווחו, כי חוו טראומה, הקשורה לפגיעה פיזית או מינית (תקיפה או התעללות פיזית/מינית, הפלה או היריון בלתי רצוי).
- 7% מדווחים על אירוע טראומטי שחוו במהלך השירות הצבאי.
- 5% ציינו, כי חוו פציעה טראומטית.
- 4% דיווחו על אובדן אדם קרוב ואילו 1% סיפרו, כי חוו התעללות נפשית.

2.2.4 טיפול נפשי בעבר

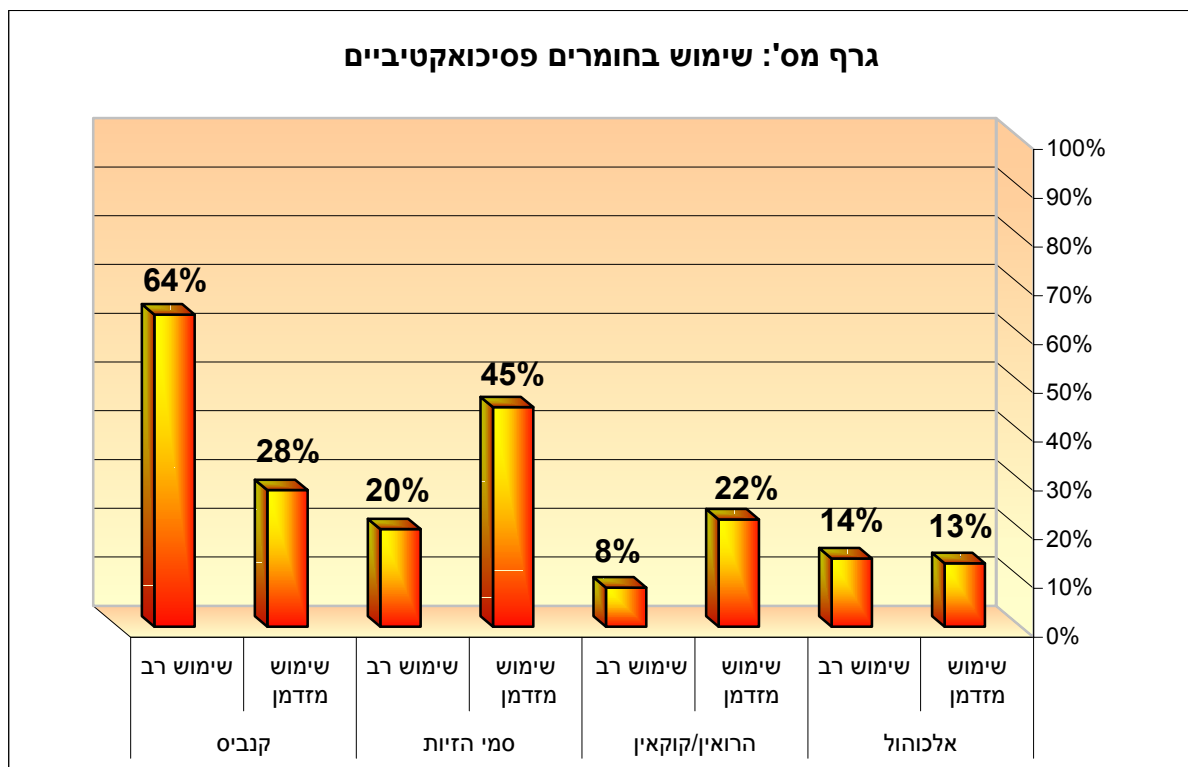
בעת סקירת התיקים, בדקנו האם הבוגרים השתתפו בטיפול נפשי כלשהו בעברם, על פי דיווחם. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 22: השתתפות בטיפול נפשי בעבר בקרב הבוגרים

סוגי טיפול נפשי	אחוז
ללא טיפול נפשי בעבר	61%
טיפול פסיכולוגי	13%
טיפול תרופתי או פסיכיאטרי	17%
אשפוז	9%

2.2.5 שימוש בחומרים פסיכואקטיביים

להלן הנתונים אודות שימוש רב או שימוש מזדמן בחומרים פסיכואקטיביים שונים בעברו של הבוגר. חשוב לציין, כי נתונים אלו נשענים אך ורק על דיווח עצמי של המטופל בעת הקבלה לכפר.



נראה, אם כן, כי שימוש בקנביס ובסמי הזיות הוא תופעה שכיחה בעברם של בוגרי הכפר.

2.2.6 תרמילאות בעבר (ללא קשר כרונולוגי למשבר)

34% מהבוגרים היו תרמילאים בעברם לעומת 66% שלא השתתפו בטיול תרמילאי.

2.3 מצב בקבלה ונסיבות הפניה לכפר

2.3.1 מועד פרוץ המשבר

בעת סקירת התיקים, ציינו את משך הזמן שחלף בין מועד פרוץ המשבר ועד תאריך הגעת המטופל לכפר. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 23: הזמן שחלף ממועד פריצת המשבר ועד ההגעה לכפר

זמן	אחוז
עד שנה	55%
שנה - שנתיים	14%
מעל שנתיים	31%

2.3.2 הגורם/הזרז לפרוץ המשבר

להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 24: גורמים מזרזים לפריצת המשבר בקרב הבוגרים

אחוז	גורמים
22%	הפרעה קיימת/החמרה להפרעה מלאה
20%	קנביס
20%	סמי הזיות
9%	סם לא ידוע
6%	סם אחר (הירואין/קוקאין)
10%	לחצים
10%	התנסויות/משברים רוחניים
3%	טראומה
1%	מחלה פיזית
19%	ללא גורם חיצוני/לא ידוע

2.3.3 משבר במהלך טיול תרמילאי

- 33% מהבוגרים חוו את המשבר במהלך טיול תרמילאי (לרוב באסיה). 61% מהם לא היו מסוגלים לשוב לארץ באופן עצמאי ונזקקו לחילוץ.
- הצלבנו את נתוני הבוגרים שהיו תרמילאים בעברם (ללא קשר למשבר) עם נתוני בוגרים, שחוו את המשבר במהלך הטיול.

לוח מס' 25 : הקשר בין עבר תרמילאי ומשבר במהלך טיול תרמילאי

(מספרים מוחלטים)

סה"כ	משבר בטיול		סה"כ
	כן	לא	
70	24	46	לא
36	11	25	כן
106	35	71	סה"כ

נראה, כי לפנינו שתי קבוצות שונות, עם חפיפה מסויימת ביניהן. רק 11 איש גם היו תרמילאים בעברם וגם דיווחו, כי חוו את המשבר על רקע טיול תרמילאי. בנוסף, מהטבלה עולה, כי 25 צעירים היו תרמילאים בעברם, אולם לא דווח לגביהם, כי חוו את המשבר בעקבות הטיול. ייתכן, כי לגבי קבוצה זו, ישנה בעייתיות בהגדרת המושג "תרמילאי" והקשר שלו למשבר המנטלי. לעתים קרובות, הצעירים חווים את הפגיעה במהלך הטיול, אולם השפעתה מתבטאת רק לאחר זמן, כאשר הצעיר כבר שב לארץ. במקרה זה, הצעיר לא יסווג כתרמילאי, שכן המשבר פרץ לאחר תום הטיול ולכאורה ללא קשר אליו, אולם למעשה טיול זה הוא שהוביל לפריצת המשבר. במידה ומתחשבים בטענה זו, קיימים 60 בוגרים בעלי עבר תרמילאי ו/או משבר בעקבות טיול תרמילאות (57%). כלומר, ישנם בין 33%-57% בוגרים בעלי רקע תרמילאי, כאשר עבור חלקם נמצא בוודאות, כי רקע זה קשור ישירות למשבר שחוו.

2.3.4 הדיאגנוזה עם הכניסה לכפר

45% אושפזו עקב המשבר, טרם הקבלה לכפר איזון. עם ההגעה לכפר, אובחנו הבוגרים ע"י ד"ר נחמקין, פסיכיאטר הכפר, וקיבלו דיאגנוזה מתאימה. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 26 : דיאגנוזה בעת הקבלה לכפר

אחוז	קטגוריה
69%	פסיכוזה
46%	מחלת נפש מתמשכת (דיכאון, סכיזופרניה וכיו"ב)
15%	הפרעות אישיות
14%	התמכרות לקנביס, קוקאין או אלכוהול
11%	משבר שאינו הפרעה מלאה (דיכאון/חרדה ברמה מינורית)
7%	הפרעות התנהגות
6%	אובדנות
6%	משבר רוחני
3%	התמכרות להירואין
2%	חלופת מעצר
1%	הפרעות אכילה
1%	הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD)

מהלוח עולה, כי :

- ההפרעות השכיחות בעת הכניסה לכפר הינן משבר פסיכוטי ומחלת נפש.
 - מעניין לציין, כי "משבר רוחני" מופיע בתיקים בשכיחות נמוכה יחסית, כדיאגנוזה של הפרט.
 - גם הפונים בגין חלופת מעצר מגיעים בשכיחות נמוכה (2%).
- בנוסף, מהתיקים עולה, כי 88% מהמתקבלים לכפר אובחנו כזקוקים לטיפול תרופתי.

2.3.5 תרמילאים לעומת לא – תרמילאים

בעת סקירת התיקים חילקנו בין בוגרים, אשר חוו את המשבר הנפשי על רקע טיול תרמילאי (קבוצה זו תכונה להלן "התרמילאים"), ובין בוגרים, אשר המשבר שחווי לא תואר כקשור לטיול מסוג זה (להלן, "לא – תרמילאים").

במסגרת ניתוח הנתונים, השווינו את שתי הקבוצות הללו בשני סוגי משתנים :

- הגורמים לפריצת המשבר.
- הדיאגנוזה שניתנה להם בעת ההגעה לכפר.

להלן הנתונים :

לוח מס' 27 : הגורמים/הזרזים לפרוץ המשבר

(הנתונים באחוזים)

גורמים רקע למשבר	קנביס	סמי הזיות	סם אחר	סם לא ידוע	משבר רוחני	לחצים	טראומה	הפרעה קיימת	לא גורם ידוע
תרמילאות	29	32	12	18	12	6	----	9	9
רקע אחר	15	14	3	4	8	13	4	28	24

מהלוח עולה, כי בקרב התרמילאים, הזרז השכיח למשבר היה שימוש בסמים מסוגים שונים. גורמים שהופיעו בשכיחות נמוכה יותר (בהשוואה לקבוצה השניה) היו הפרעה קיימת, לחצים או גורם בלתי ידוע.

להלן הנתונים בנוגע לדיאגנוזה שניתנה לשתי הקבוצות :

לוח מס' 28 : הדיאגנוזה בעת הכניסה לכפר

(הנתונים באחוזים)

דיאגנוזה רקע למשבר	פסיכوزה	מכור לסמים *	מכור להרואין	מחלת נפש	משבר שאינו מחלה	חלופת מעצר	הפרעות אישיות	הפרעות התנהגות	אובדנות
תרמילאות	89	3	----	22	8	----	3	3	3
רקע אחר	58	19	4	58	13	3	21	10	8

*למעט הירואין

מהנתונים עולה, כי משבר על רקע תרמילאות קשור יותר לדיאגנוזה של פסיכוזה ופחות להתמכרויות, מחלות נפש מתמשכות, הפרעות אישיות והפרעות התנהגות.

2.4 מהלך השהות בכפר וסיום

2.4.1 משך השהות בכפר

בדקנו את משך הזמן בו שוהים המטופלים בכפר איזון, על פני כ – 290 בוגרים (מעת תחילת פעילות הכפר ועד ספטמבר 2005). להלן הנתונים:

לוח מס' 29: משך השהות בכפר (בימים)

(הנתונים באחוזים)

עד 25	26 – 50	51 – 75	76 – 99	100 – 125	126 – 150	151 ומעלה
12.5	8.1	8.0	12.9	39	4.9	14.6

מהלוח עולה, כי:

- 41.5% שהו בכפר פחות מ- 100 יום.
- ממוצע השהות בכפר עומד על כ- 97.7 יום (סטיית תקן: 47 יום).
- כמו כן, בנתוני הבוגרים שנותרו בהרחבה (תחילת 2004 – ספטמבר 2005) מצאנו, כי:
 - 36% שהו בכפר פחות מ- 100 יום, כאשר ממוצע משך השהות הינו 103 יום (ס"ת: 52.7 יום).
 - 22% שהו בכפר פחות מ- 50 יום.
 - לדברי מנהל הכפר, חלק מהצעירים, אשר שהו בכפר פחות מ- 100 יום, פרשו מהטיפול בתיאום עם הנהלת הכפר ולאחר שחל שיפור ניכר במצבם. לפיכך, הוגדרו כנושרים רק צעירים, אשר שהו בכפר פחות מ- 50 יום.
 - ע"פ נתוני התיקים, 4 מטופלים בלבד הודחו מהכפר במהלך תקופה זו.

2.4.2 אירועים חריגים במהלך השהות בכפר

אירוע חריג מוגדר כהתנהגות של הפרט, המנוגדת לנהלים בסיסיים של הכפר. במקרים אלו נוקט הכפר סנקציות כנגד הפרט, הכוללות לעתים השעיה מהתהליך הטיפולי.

בניתוח תיקי הבוגרים, לא נמצא דיווח על אירוע חריג מסוג זה בתיקיהם של 71% מהבוגרים. לגבי יתר הבוגרים, נמצא דיווח לגבי התרחשותם של אירועים חריגים, כאשר השכיחים שבהם מפורטים בלוח להלן:

לוח מס' 30 : אירועים חריגים במהלך השהות

אחוז	אירועים חריגים
14%	שימוש בסמים או תרופות ללא אישור
6%	שתיית משקאות אלכוהוליים
6%	יציאה ללא אישור מתחומי הכפר
5%	עימות עם סמכות
4%	קיום יחסי אישות עם שוהים אחרים בתוך הכפר
4%	אלימות/התפרצויות זעם
1%	אובדנות/פגיעה עצמית

2.4.3 מצב הגבדק בתום הטיפול

עבור 67 בוגרים (מתוך 115) נמצאה בתיקיהם האישיים הערכה בנוגע למצבם הנפשי בתום הטיפול. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 31 : מצב נפשי בתום הטיפול

אחוז	קטגוריות
24%	החלמה מלאה (המשבר חלף)
31%	ישנה מחלה אך רמיסיה טובה
39%	שיפור חלקי
6%	ללא שיפור

מהלוח עולה, כי להערכת צוות הכפר, מרבית המטופלים מתאוששים במידה זו או אחרת בתום הטיפול.

2.4.4 המלצות להמשך

לגבי 82 בוגרים נמצא בתיק טופס, המתעד את ההמלצות להמשך הדרך. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 32 : המלצות להמשך

אחוז	המלצות
55%	מעקב פסיכיאטרי/תרופתי
52%	המשך טיפול בקהילה
43%**	שיקום במסגרת "סל שיקום"
33%	שילוב בלימודים/עבודה
7%	אשפוז
6%	המשך טיפול בכפר***

* (מיועד בד"כ ללוקים במחלה מתמשכת).

**ישנן מספר הסתייגויות בנוגע לאחוז זה. לפירוט, ראו חלק ד', סעיף 1.2.2.1.

*** לעתים המעקב הפסיכיאטרי/תרופתי מבוצע בתוך כפר איוון, כך

שקטגוריה זו מוטה כלפי מטה (אומדן חסר).

2.5 משך השהות ומצב בסיום

2.5.1 השהות בכפר והמלצות להמשך

בחלק זה בחנו, כיצד משך השהות בכפר ומצבו הנפשי של הבוגר בתום הטיפול קשורים למשתנים, העוסקים באירועים שהתרחשו במהלך השהות בכפר ובהמלצות להמשך. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 33: קשרים עם משך השהות בכפר והמצב בתום הטיפול

(מתאמי פירסון)

משתנים	מהלך השהות בכפר				המלצות להמשך			
	מצב בסיום	קיצור שהות	אירועים חריגים	טיפול תרופתי	סל שיקום	טיפול בקהילה	מעקב פסיכיאטרי	לימודים/עבודה
משך השהות	-0.34*	-0.87*	ל.מ. **	ל.מ. **	0.32*	ל.מ. **	-0.22*	0.22*
מצב בסיום	-----	0.46*	0.38*	0.43*	0.31*	-0.22*	0.52*	-0.36*

* $p \leq 0.05$

** לא מובהק

מהלוח עולים מספר ממצאים:

- מצבם הנפשי של בוגרים שלא השלימו את התהליך הטיפולי בכפר (כלומר, שהו בו פחות מ-100 יום), הוערך כפחות טוב בעת העזיבה, בהשוואה לבוגרים ששהו בכפר עד תום התקופה.
- בוגרים ששהו זמן רב יותר בכפר, הופנו פחות למעקב פסיכיאטרי או תרופתי ויותר ללימודים או עבודה. יחד עם זאת, שהות ממושכת בכפר קשורה גם להפניות רבות יותר לסל שיקום. זאת, משום שרבים מהצעירים הפונים לסל שיקום נשארים בכפר חודש נוסף לאחר תום התקופה, כחלק מהתהליך שנקבע עבורם.
- נמצא כי, בוגרים שמצבם הנפשי היה טוב יותר בתום הטיפול (על פי נתוני התיק), היו מעורבים פחות באירועים חריגים ונזקקו פחות לטיפול תרופתי. בהמלצות להמשך, בוגרים אלו הופנו יותר למסגרות לימודים, עבודה וטיפול בקהילה ופחות למעקב פסיכיאטרי – תרופתי או לסל שיקום.

2.5.2 פרטי רקע כללי

- משך השהות בכפר ומצב הבוגר בתום הטיפול לא נמצאו קשורים לפרטי הרקע הבאים: מגדר, גיל, השכלה, מיקום הבוגר בין ילדי המשפחה ומספר ילדים במשפחה.
- בוגרים ששירתו שירות צבאי מלא, הוערכו כי מצבם הנפשי טוב יותר בתום הטיפול ($r=-0.27$).

2.5.3 נתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי

במסגרת ניתוח הנתונים נמצא, כי :

- בוגרים המגיעים ממשפחות להן מאפיינים בעלי פוטנציאל משברי (יחסים מורכבים, תלות, קונפליקטים ובעיות תקשורת), שהו זמן רב יותר בכפר בהשוואה לאחרים ($r=0.30$).
בנוסף, שהות ממושכות יותר בכפר נמצאה בקרב בוגרים, שמאפייני הרקע שלהם כללו :
קשיים חברתיים/זוגיים ($r=0.24$), חיפוש עצמי/רוחני ($r=0.19$), שימוש בהירואין או קוקאין ($r=0.22$) ושתיית משקאות אלכוהוליים ($r=0.24$).
- שהות קצרה יותר נמצאה בקרב בוגרים, שאחד מהוריהם נפטר ($r=-0.28$).
- הערכה גבוהה יותר לגבי מצב הבוגר בתום הטיפול התקבלה בקרב בוגרים, שהרקע המשפחתי שלהם כלל נטישה או העדר הורה ($r=-0.25$).
- מצבם הנפשי של בוגרים בעלי רקע של אימוץ/אומנה ($r=0.25$) או בעלי רקע אישי של מחלות נפש ($r=0.28$) הוערך כפחות טוב בתום הטיפול.

2.5.4 מצב בקבלה ונסיבות הפניה לכפר

- **משך שהות ארוך יותר בכפר נמצא בקרב בוגרים, ש :**
 - חוו את המשבר למעלה משנה, טרם ההגעה לכפר ($r=0.19$).
 - הגורם למשבר הנוכחי היה הפרעה קיימת או החמרה להפרעה מלאה ($r=0.30$).
 - אובחנו כבעלי הפרעות אישיות בעת הקליטה ($r=0.27$).
- **משך שהות קצר יותר בכפר נמצא בקרב בוגרים ש :**
 - הזרז למשבר שלהם היה שימוש בסמי הזיות או טראומה ($r=-0.23$).
 - אובחנו כסובלים מפסיכוזה בעת הקליטה בכפר ($r=-0.20$).
- **מצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול נמצא בקרב בוגרים ש :**
 - הזרז למשבר שלהם היה שימוש בסמי הזיות ($r=-0.32$).
 - עברו חילוץ כתרמילאים ($r=-0.24$).
- **מצב נפשי גרוע יותר בתום הטיפול בכפר נמצא בקרב בוגרים ש :**
 - הגורם לפריצת המשבר שלהם אינו ידוע ($r=0.29$).
 - אובחנו כבעלי מחלת נפש מתמשכת בעת שהותם בכפר ($r=0.47$).

- לא נמצאו קשרים בין חווית המשבר על רקע תרמילאות לבין משך השהות בכפר. לעומת זאת נמצא, כי בוגרים שחוו את המשבר בעקבות טיול תרמילאי, סיימו את התהליך הטיפולי בכפר במצב טוב יותר, מאשר בוגרים ללא רקע משברי זהה ($t=-0.21$). עם זאת, הקשר אינו מובהק סטטיסטית ($p=0.09$).

3. סיכום

3.1 מאפייני הבוגרים

- ☒ בוגרי הכפר הינם צעירים (גיל ממוצע – 25 שנה) ורובם רווקים.
- ☒ 77% מתוכם גברים ו- 23% נשים.
- ☒ כ- 60% מהבוגרים הינם בעלי השכלה תיכונית (כולל בגרות) או אקדמאית. כמחציתם שירתו שירות צבאי מלא.
- ☒ לגבי כשליש מהבוגרים לא נמצא דיווח בגין רקע משפחתי בעל פוטנציאל משברי. בקרב משפחות בעלות נתוני רקע מסוג זה, המאפיינים השכיחים הינם: גירושין, יחסים מורכבים במשפחה (קונפליקטים, תלות וכו') ובעיות נפש.
- ☒ לגבי חמישית מהבוגרים לא נמצא דיווח לגבי מאפייני רקע בעלי פוטנציאל משברי. מאפיינים שכיחים הינם: קשיי הסתגלות, ליקויי למידה וחינוך מיוחד, משברים שאינם מחלה וקשיים חברתיים/זוגיים.
- ☒ 24% דיווחו על פגיעה טראומטית בעבר וכ- 40% ציינו, כי חוו טיפול נפשי פסיכיאטרי בעברם.
- ☒ שימוש בקנביס ובסמי הזיות הינו תופעה שכיחה בעברם של בוגרי הכפר.

3.2 מצב בקבלה לכפר ונסיבות הפניה

- ☒ עבור 55% מהבוגרים דווח, כי המשבר פרץ בתוך שנה טרם הגיעם לכפר. בקרב כשליש, המשבר פרץ מספר שנים קודם לכן.
- ☒ בתיקיהם של כחמישית מהבוגרים, לא נמצא דיווח לגבי גורם חיצוני ידוע, שהיווה זרז לפרוץ המשבר. בקרב 22%, המשבר פרץ עקב הפרעה קיימת, החמרה להפרעה מלאה או שימוש בסמים. כ- 10% מדווחים על משבר בעקבות לחצים או התנסות בחוויות רוחניות. אצל שליש מהבוגרים, המשבר פרץ בעקבות טיול תרמילאות (כ- 25% נוספים הינם בעלי רקע תרמילאי, אך ללא קשר ישיר למשבר).

- ☒ הדיאגנוזות השכיחות של הבוגרים בעת הקבלה לכפר הינן פסיכוזה (כ- 70%) ומחלת נפש מתמשכת (46%). בשכיחות נמוכה יותר אובחנו הבוגרים כסובלים מהפרעות אישיות (15%), התמכרות לסמים (קנביס, קוקאין ואלכוהול – 14%) ומשברים שאינם הפרעה מלאה (11%).
- ☒ 2% מהבוגרים הגיעו לכפר כחלופת מעצר ו- 3% עקב התמכרות להירואין.
- ☒ כאשר המשבר פרץ בנסיבות של תרמילאות, הזרז למשבר היה בדרך כלל שימוש בסמים ואילו הדיאגנוזה השכיחה שניתנה היתה פסיכוזה.

3.3 משך השהות בכפר

- ☒ 36% מהבוגרים שהו בכפר פחות מ- 100 יום ואילו 22% שהו בכפר 50 יום או פחות. עם זאת, לדברי מנהל הכפר, חלק מהבוגרים שעזבו את הכפר בתוך פחות מ- 100 יום, עשו כן בתיאום עם ההנהלה, ולפיכך רק בוגרים שפרשו לאחר פחות מ- 50 יום, מוגדרים כנושרים.
- ☒ שהות קצרה יחסית בכפר (פחות מ- 100 יום) מאופיינת בשיפור קטן יותר במצבו של הבוגר בתום הטיפול.
- ☒ שהות קצרה בכפר קשורה לבוגרים, שהגיעו לכפר בעקבות שימוש בסמי הזיות או טראומה ואובחנו כסובלים מפסיכוזה. שהות ארוכה יותר נמצאה בקרב בוגרים, שהגיעו לכפר בעקבות הפרעה קיימת ואובחנו כבעלי הפרעת אישיות. שהות ארוכה בכפר נמצאה כקשורה גם לרקע משפחתי בעל פוטנציאל משברי (יחסים מורכבים, קונפליקטים וכו') וכן לרקע אישי בעל פוטנציאל משברי, המאופיין ב: קשיים חברתיים/זוגיים, חיפוש עצמי רוחני, שימוש בהירואין וקוקאין ושתית משקאות אלכוהוליים.
- ☒ ככל שבוגר שהה זמן רב יותר בכפר, כך הוא הופנה יותר להמשך טיפול באמצעות "סל שיקום" (רבים מהמופנים ל"סל שיקום" נשארים בכפר חודש נוסף, כחלק מהתהליך הטיפולי שנקבע עבורם).
- ☒ פרוץ המשבר בנסיבות של תרמילאות לא נמצא קשור למשך השהות בכפר.
- לأور אחוזי הנשירה (כחמישית מכלל המטופלים), מומלץ לקיים ראיון עם הנושרים בעת העזיבה, במטרה לברר את סיבותיה (כיום נבצר מעימנו לברר זאת, עקב תיעוד חסר ולא מסודר בתיקי הבוגרים). لأور ממצאי ראיונות אלו, ניתן יהיה לאתר דרכי פעולה הולמות, במטרה להקטין תופעה זו, הפוגעת באפקטיביות הטיפול עבור הבוגרים.
- כמו כן, מומלץ לשקול מסלול טיפול מקוצר, עבור צעירים הסובלים מפסיכוזה ללא הפרעות נלוות, שכן מהממצאים עולה, כי צעירים אלו נוטים להתאוששות מהירה יחסית.

3.4 מצב הבוגר בתום הטיפול

- ☒ בתום הטיפול הוערך מצבו הנפשי של המטופל (ע"י פסיכיאטר הכפר, ד"ר נחמקין), בהשוואה למצבו בעת הקליטה. מניתוח הנתונים עולה, כי 24% החלימו מהמשבר ועזבו את הכפר ללא סימפטומים נראים לעין של פתולוגיה כלשהי. יתר המטופלים עזבו את הכפר עם סימפטומים קליניים ברמה זו או אחרת. ע"פ הנתונים, 31% הוגדרו כסובלים ממחלת נפש, אך כמצויים במצב של רמיסיה טובה. לגבי 39% מהבוגרים דווח, כי חל שיפור חלקי בלבד במצבם ואילו מצבם של 6% מהבוגרים לא השתפר כלל בעקבות הטיפול.
- נראה, אם כן, כי הכפר סייע למרבית בוגריו, לפחות באופן חלקי.
- ☒ נמצא, כי בוגרים במצב נפשי טוב יותר היו מעורבים פחות באירועים חריגים במהלך השעות ונזקקו פחות לטיפול תרופתי. בוגרים רבים יותר מקרב קבוצה זו הופנו להמשך טיפול בקהילה, לעבודה וללימודים.
- ☒ בוגרים ששירתו שירות צבאי מלא וכן בוגרים שהזרז לפריצת המשבר שלהם היה שימוש בסמי הזיות, הוערכו כמצויים במצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול.
- ☒ פריצת המשבר על רקע טיול תרמילאי נמצאה כקשורה למצב נפשי טוב יותר בתום הטיפול (עם זאת, המתאם לא מובהק סטטיסטית).

נספח ד'

השינויים שחלו במאופל'ס

במהלך השנות בכפר

1. כללי

מחקרי הערכה, המנסים לבחון את תרומתו של תהליך טיפולי מסויים, נתקלים בקשיים מסוגים שונים. אחד הקשיים קשור בעובדה, כי קנה המידה להצלחת הטיפול הינו אישי ותלוי (בין השאר) במצבו ההתחלתי של הפרט. כלים למדידת החלמה עשויים להפיק הערכה זהה עבור שני מטופלים, אולם עבור האחד הדבר יהווה כישלון ואילו עבור האחר – הצלחה מרשימה.

בחלק זה, נציג את ממצאיו של מהלך מחקרי, אשר ניסה להתגבר על סוגיה זו. במרכיב זה של המחקר, 36 מטופלים נבחנו באמצעות מספר כלים פסיכיאטריים ופסיכולוגיים בשתי נקודות זמן:

- במהלך השבועות הראשונים לשהות בכפר.
- עם תום הטיפול.

כך, התאפשר לנו למדוד את השינוי שחל במצבו של כל פרט שהשתתף במחקר, יחסית לנקודת ההתחלה שלו עצמו.

השינויים שעברו המטופלים במהלך הטיפול בכפר, נבחנו במספר היבטים:

1.1 ההיבט הקליני – פסיכיאטרי

היבט זה נבדק במספר מישורים:

☒ תסמיני פסיכوزה

בדקנו את נוכחותם של תסמיני פסיכוזה ופסיכופתולוגיה כללית באמצעות שאלון ה-BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale): כלי מקובל המספק הערכה מהירה לשינויים בעקבות טיפול פסיכיאטרי.

☒ תסמיני דיכאון

תסמינים אלו אותרו ע"י ה-MADRS (Montgomery & Asberg Depression Rating Scale), המהווה את אחד הסולמות הנפוצים ביותר למדידת סימפטומים של דיכאון. הוא משמש בעיקר לצורך הערכת חומרת ההפרעה או מידת השיפור שחלה לאחר תקופת טיפול.

☒ תסמיני מאניה

בדקנו את קיומם של תסמיני מאניה בסיוע סולם ה-MRS (Mania Rating Scale): סולם בן 11 פריטים, המיועד לאבחון אפיזודות מאניות.

תחושת בריאות ו- Well being ☒

בנינו מדד הבדק תחושה כללית של בריאות פיזית ורווחה (well being), באמצעות מספר פריטים, הלקוחים משאלון ה-Q-LES-Q (The Quality of Life Questionnaire). שאלון זה הינו שאלון למילוי עצמי, אשר פותח במטרה לשרטט תמונה רחבה, אודות תחומי חיים שונים של הפרט.

1.2 ההיבט התפקודי – התנהגותי

היבט זה נבחן באמצעות שלושה מדדים:

הערכת תפקוד כללית ☒

הערכה זו ניתנה ע"י ד"ר נחמקין, על גבי סולם ה-GAF (Global Assessment of Functioning), המשמש להערכת תפקוד בתחומים תעסוקתיים, פסיכולוגיים וחברתיים. סולם זה נע על טווח מ-1 עד 100, כאשר הציון 100 משקף יכולת תפקוד אופטימלית.

ביצוע מטלות וחובות יומיומיות ☒

בדקנו את יכולת המטופל לבצע משימות שגרתיות באמצעות מדד, הכולל מספר פריטים משאלון ה-Q-LES-Q.

ניצול שעות הפנאי ☒

יכולת ניצול שעות הפנאי באופן נורמטיבי נבחנה אף היא בסיוע מדד, הלקוח משאלון ה-Q-LES-Q.

1.3 ההיבט הרגשי – קוגניטיבי

היבט זה נבדק על פני שני מישורים:

סגנונות התמודדות עם גורמי לחץ ☒

בדקנו שינויים בסגנון ההתמודדות האופייני לפרט ע"י שאלון ה-CISS (Coping Inventory for Stressful Situation): מדד לדיווח עצמי, הבוחן סגנונות התמודדות מכווני רגש, משימה או הימנעות.

מוראל ושביעות רצון כללית ☒

בנינו מדד המעריך את רמת המורל של המטופל ואת שביעות הרצון הכללית שלו, על בסיס פריטים הלקוחים משאלון ה-Q-LES-Q.

1.4 ההיבט החברתי

בהיבט זה בדקנו את השינויים ברמת התמיכה החברתית לה זכו המטופלים ע"י שני מדדים :

☒ שאלון ה- MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

שאלון זה בוחן את התפיסות הסובייקטיביות של המטופל בנוגע לסביבתו החברתית, ואת אמונתו ביכולתם לסייע לו או להוות מקור לתמיכה. הסביבה החברתית נבחנת בשלושה מישורים : חברים, משפחה ואחרים משמעותיים.

☒ מדד יחסים וקשרים חברתיים

מדד זה לקוח מתוך פריטי שאלון ה-Q-LES-Q.

הכלים הפסיכיאטריים (BPRS, MADRS, MRS, GAF) מולאו ע"י ד"ר נחמקין, פסיכיאטר הכפר, לגבי כל 36 המטופלים. יתר הכלים הועברו ע"י מר ירון יבלברג, האנתרופולוג שביצע את התצפית המשתתפת בכפר. בעת העברת כלים אלו, נתקלנו במספר קשיים :

- הכלים שהועברו ע"י האנתרופולוג חייבו שיתוף פעולה מצד המטופלים (באמצעות מענה לשאלות או מילוי עצמי של השאלונים). לכן, לעתים נבצר מעימנו להעביר כלים אלו עם הקליטה לכפר, עקב מצבו הקשה של המטופל, שלא איפשר תקשורת עימו. במקרים אלו, הועברו השאלונים רק לאחר שיפור ביכולת התקשורת של הפרט, שהתרחש בד"כ כעבור 3-4 שבועות לשהות בכפר. נראה איפוא, כי בכלים אלו יתקבל אומדן חסר לשינוי שחל בקרב המטופלים.
- עקב קשיים טכניים ואדמיניסטרטיביים (עזיבה פתאומית של מטופלים באמצע השהות, חוסר נכונות לענות בשלב ה"אחרי" וכו'), נאספו נתונים אלו (בשתי נקודות הזמן) רק לגבי 18 מטופלים מתוך ה- 36.

לפירוט הכלים ששימשו אותנו ונתוני המהימנות של המדדים השונים, מופנים הקוראים לנספחים ו'1 ו-ו'2 ולפרק "שיטה ומטרות המחקר".

2. עיקרי הממצאים

2.1 מאפייני מדגם המטופלים

בחלק זה נשווה את מאפייני הרקע של מדגם המטופלים, שהשתתפו במרכיב זה של המחקר, מול מאפייני הרקע של בוגרי הכפר (ראו נספח ג').

2.1.1 פרטי רקע כלליים

להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 34 : השוואת המדגם למאפייני הבוגרים – פרטי רקע כלליים

(הנתונים באחוזים)

	גברים	עד גיל 23	ת. בגרות ואקדמאי	שירות צבאי מלא	רווקים	4 ילדים + במשפחה
מדגם	74	55	61	53	92	22
בוגרים	77	43	62	51	95	26

במדגם "לפני – אחרי" השתתפו נבדקים צעירים יותר. ביתר המשתנים, אין הבדלים מובהקים סטטיסטית.

2.1.2 נתונים משפחתיים בעלי פוטנציאל משברי

השווינו את מאפייני משפחות המטופלים במדגם למאפייני משפחות הבוגרים. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 35 : השוואת המדגם למאפייני הבוגרים – נתוני משפחה בעלי פוטנציאל משברי

(הנתונים באחוזים)

סוגי התרחשויות	מדגם	בוגרים
אין אירועים מסוג זה	24	31
גירושין	27	29
יחסים מורכבים (תלות, קונפליקטים, בעיות תקשורת)	30	26
בעיות נפש	8	21
הורים/אחים חורגים	14	10
מות הורה	11	6
מחלות פיזיות/ פציעה	5	6
שינויים ומעברים חדים	8	6
נטישה/העדר הורה	5	5
אלימות במשפחה	5	5
התמכרויות	3	4
מות אח	5	3
אימוץ/אומנה	5	2

מאפייני המשפחות במדגם די דומים למאפייני משפחות הבוגרים. עם זאת, בקרב בוגרי הכפר, נמצא שיעור גבוה יותר של משפחות עם בעיות נפשיות בהשוואה למדגם.

2.1.3 נתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי

בדקנו, האם קיים הבדל בין שתי הקבוצות בנוגע לנתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי. להלן הנתונים:
לוח מס' 36: השוואת המדגם לנתוני הבוגרים – נתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי

(הנתונים באחוזים)

קטגוריות	בוגרים	מדגם
קשיי הסתגלות (בעיות התנהגות ומשמעת, חוסר יכולת להתמיד במסגרת, בעיות מול גורם סמכות וכו')	40	46
ליקויי למידה/חינוך מיוחד	28	38
משברים שאינם הפרעה מלאה (חרדה/דיכאון מינוריים)	22	16
קשיים חברתיים או זוגיים	21	24
פגיעה פיזית (פציעה, מחלה, נכות וכדומה)	11	11
משבר פסיכופי	10	11
מחלת נפש	6	3
אובדנות/הרס עצמי	6	5
הפרעות אכילה	6	5
חיפוש עצמי/רוחני	6	8
התמכרויות	4	3
הפרעות אישיות	4	5
עבריינות	4	-----
אלימות/התפרצויות זעם	4	3
אין נתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי	20	22

הנתונים לגבי רקע בעל פוטנציאל משברי הינם די דומים במדגם לעומת קבוצת הבוגרים (כולל שיעור המטופלים לגביהם לא דווח על נתוני רקע בעלי פוטנציאל משברי). עם זאת, במדגם נמצא שיעור מעט יותר גבוה של מטופלים, שלקו בלקויות למידה או שלמדו בחינוך מיוחד.

2.1.4 טיפול נפשי בעבר

במסגרת זו בדקנו, האם קיים הבדל בין שתי הקבוצות בנוגע להשתתפות בטיפול נפשי בעבר. להלן הנתונים:

לוח מס' 37: השוואת המדגם למאפייני הבוגרים – טיפול נפשי בעבר

(הנתונים באחוזים)

סוגי טיפול נפשי	בוגרים	מדגם
ללא טיפול נפשי בעבר	61	65
טיפול פסיכולוגי	13	11
טיפול תרופתי או פסיכיאטרי	17	16
אשפוז	9	8

מהלוח עולה, כי אין הבדל משמעותי בין נתוני שתי הקבוצות.

2.1.5 שימוש בחומרים פסיכוקאטיביים

להלן הנתונים אודות שימוש רב או שימוש מזדמן בחומרים פסיכוקאטיביים שונים במדגם לעומת נתוני הבוגרים.

לוח מס' 38 : השוואת המדגם למאפייני הבוגרים – שימוש בחומרים פסיכוקאטיביים

(הנתונים באחוזים)

סוגי סמים		בוגרים	מדגם
קנביס	שימוש רב	64	74
	שימוש מזדמן	28	24
סמי הזיות	שימוש רב	20	21
	שימוש מזדמן	45	55
הירואין/קוקאין	שימוש רב	8	8
	שימוש מזדמן	22	21
אלכוהול	שימוש רב	14	13
	שימוש מזדמן	13	8

נראה, אם כן, כי שימוש בקנביס ובסמי הזיות נמצא בשכיחות מעט גבוהה יותר במדגם לעומת הבוגרים.

2.1.6 תרמילאות בעבר (ללא קשר כרונולוגי למשבר)

מניתוח הנתונים עולה, כי 34% מהבוגרים היו תרמילאים בעברם לעומת 46% במדגם.

2.1.7 סיכום

כללית, נמצא כי מאפייני הרקע של מדגם "לפני – אחרי" די דומים לנתוני הרקע של הבוגרים. עם זאת, נמצאו מספר הבדלים:

- ☒ נבדקי המדגם צעירים יחסית לקבוצת הבוגרים.
- ☒ משפחות המדגם פחות מאופיינות בבעיות נפש.
- ☒ בקרב נבדקי המדגם נמצא דיווח רב יותר על ליקויי למידה וחינוך מיוחד.
- ☒ נבדקי המדגם מדווחים יותר על שימוש בקנביס ובסמי הזיות.
- ☒ בקרב נבדקי המדגם נמצאו תרמילאים רבים יותר, מאשר בקרב הבוגרים.

חרף ההבדלים שצוינו לעיל, הדמיון רב על השוני ונראה, כי ניתן יהיה להכליל את ממצאי המדגם על כלל מטופלי הכפר.

2.2 שינויים בקרב מטופלי הכפר – היבט קליני פסיכיאטרי

להלן מוצגת השוואה בין הנתונים שנאספו בתחילת הטיפול בכפר ולקראת תומו, במדדים הרלוונטיים להיבט זה.

לוח מס' 39: שינויים בהיבט הקליני -פסיכיאטרי

המדד	מה נבדק	טווח	התחלה	סוף	מובהקות הפער
BPRS	הערכה כללית לשינוי לאחר טיפול	1 – 7	2.64	2.03	שיפור – $p<0.01$
MADRS	תסמיני דיכאון	0 – 6	1.10	0.71	שיפור – $p=0.02$
MRS	תסמיני מאניה	0 – 4	1.26	1.02	שיפור – $p=0.12$
O-LES-Q	תחושת בריאות ו-well being	1 – 5	3.69	3.86	שיפור לא מובהק

מהלוח עולה, כי:

- במדד ה-BPRS חלה ירידה מובהקת סטטיסטית בחומרת הסימפטומים הפסיכיאטריים מסימפטומים הקרובים למתונים (2.6) לסימפטומים קלים מאוד (2).
- במדד ה-MADRS חל שיפור מובהק סטטיסטית. עם זאת, יש לציין, כי רמתם ההתחלתית של המטופלים במדד זה לא היתה גבוהה.
- במדד MRS השיפור התקרב למובהקות סטטיסטית.
- במדד תחושת בריאות ו-well being, ההבדל בין שתי נקודות הזמן לא היה משמעותי.

בדקנו האם ישנן תתי קבוצות, המפיקות תועלת רבה יותר מהטיפול, במדדים הקשורים להיבט הקליני פסיכיאטרי. בדקנו מגוון משתנים (רקע כללי, רקע בעל פוטנציאל משברי וכדומה), כאשר להלן יוצגו ההבדלים שנמצאו מובהקים סטטיסטית (או קרובים למובהקות).

2.2.1 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי מגדר

בדקנו, האם ישנם הבדלים בין גברים ונשים מבחינת מצבם הקליני בעת ההגעה לכפר ועם העזיבה. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 40: הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הקליני - פילוח לפי מגדר

מגדר	מאניה (MRS)*		הערכה כללית (BPRS)*	
	התחלה	סוף	התחלה	סוף
גבר	1.17	1.07	2.56	2.09
אישה	1.51	0.90	2.85	1.85

* $p=0.05$

* $p=0.13$

מהלוח עולה, כי נשים מגיעות לכפר במצב קשה יותר בהשוואה לגברים, אך מפיקות תועלת רבה יותר מהשהות בכפר.

2.2.2 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי רמת השכלה

להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 41: הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הקליני - פילוח לפי רמת השכלה

מאניה (MRS)		ממד השכלה
סוף	התחלה	
1.10	0.97	ללא בגרות
0.93	1.53	בגרות ומעלה

$p=0.02^*$

מהנתונים עולה, כי בעלי השכלה גבוהה יותר מגיעים לכפר במצב קשה יותר, אך מפיקים תועלת רבה יותר מהטיפול בכפר, המתבטאת בשיפור משמעותי יותר מבחינת נוכחותם של סימפטומים מאניים.

2.2.3 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי מאפייני משפחה

בדקנו, האם קיימים הבדלים בין מטופלים המגיעים ממשפחות בעלות היסטוריה בעייתית לבין מטופלים הבאים ממשפחות ללא רקע דומה. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 42: הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הקליני - פילוח לפי מאפייני משפחה

מאניה (MRS)*		הערכה כללית (BPRS)*		ממד משפחה
סוף	התחלה	סוף	התחלה	
1.08	0.94	2.18	2.53	בעיות משפחתיות
0.97	1.56	1.90	2.79	ללא בעיות משפחתיות

$p=0.01^*$

$p=0.03^*$

נמצא, כי מטופלים, שמשפחתם לא מאופיינת בבעיות מיוחדות, מתחילים את הטיפול במצב קשה יותר, אך משתפרים יותר במהלך הטיפול בהשוואה למטופלים בעלי משפחות בעייתיות.

2.2.4 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי קשיי הסתגלות

במסגרת הניתוח, בחנו האם ישנם הבדלים בין מטופלים בעלי קשיי הסתגלות לבין מטופלים ללא קשיים מסוג זה. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 43 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הקליני - פילוח לפי קשיי הסתגלות

מאניה (MRS)		מדד קשיי הסתגלות
סוף	התחלה	
0.83	1.28	ללא קשיי הסתגלות
1.27	1.21	עם קשיי הסתגלות

מהלוח עולה, כי מטופלים ללא רקע של קשיי הסתגלות מפיקים תועלת רבה יותר מהטיפול בהיבט זה.

2.2.5 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי רקע תרמילאי

במסגרת זו בדקנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים בעלי רקע תרמילאי (ללא קשר למשבר הנוכחי) לבין מטופלים ללא רקע דומה. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 44 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הקליני - פילוח לפי רקע תרמילאי

תחושת *well being		מדד רקע
סוף	התחלה	
4.08	3.64	תרמילאות
3.63	3.74	ללא רקע זה

* p=0.04

מהלוח עולה, כי בהיבט זה, בעלי רקע תרמילאי מפיקים תועלת רבה יותר מהטיפול.

2.2.6 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי מועד פרוץ המשבר

בדקנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים שהגיעו לכפר בתוך שנה לפרוץ המשבר לבין מטופלים, שנקלטו בכפר לאחר תקופה ארוכה יותר. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 45 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הקליני - פילוח לפי מועד פרוץ המשבר

הערכה כללית (BPRS)*		מאניה (MRS)*		מדד מועד פרוץ המשבר
סוף	התחלה	סוף	התחלה	
1.87	2.67	1.00	1.54	עד שנה
2.27	2.63	1.03	0.97	מעל שנה

* p=0.09

* p=0.04

מהלוח עולים שני ממצאים:

- לגבי הערכה כללית (BPRS): מטופלים שהגיעו לכפר בתוך שנה מפרוץ המשבר מפקים תועלת רבה יותר, ממטופלים שנקלטו בכפר לאחר זמן ממושך יותר.
- לגבי תסמיני מאניה (MRS): מטופלים שנקלטו לכפר בתוך שנה מפרוץ המשבר, נמצאו במצב קשה יותר בתחילת הטיפול, בהשוואה למטופלים שחוו את המשבר יותר משנה טרם כניסתם לכפר. במהלך הטיפול חל שיפור במצבם, כך שבסוף הטיפול שתי הקבוצות היו דומות מבחינת מצבן הקליני.

2.2.7 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי הזרז לפריצת המשבר

במסגרת זו בדקנו, האם ישנם הבדלים בין המטופלים בפילוח לפי הגורם/הזרז לפריצת המשבר. הבדלים משמעותיים נמצאו בין מטופלים, שחוו משבר על רקע הפרעה קיימת או כהחמרה להפרעה מלאה, לבין מטופלים ללא רקע דומה. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 46: הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הקליני - פילוח לפי הזרז למשבר

*well being תחושת		מדד זרז למשבר
סוף	התחלה	
3.39	3.82	הפרעה קיימת
4.08	3.64	ללא הפרעה

*p=0.02

מטופלים שחוו משבר בעקבות הפרעה קיימת מדווחים על תחושה נמוכה יותר של well being בתום הטיפול לעומת תחילתו. לעומת זאת, בקרב מטופלים שחוו משבר ללא רקע של הפרעה קיימת, נמצא שיפור בתחושה זו בעקבות הטיפול.

2.3 שינויים בקרב מטופל הכפר – היבט תפקודי התנהגותי

להלן השווינו בין הנתונים שנאספו בתחילת הטיפול בכפר ולקראת סיומו, במדדים הרלוונטיים:

לוח מס' 47: שינויים בהיבט התפקודי – התנהגותי

המדד	מה נבדק	טווח	התחלה	סוף	מובהקות הפער
GAF	הערכת תפקוד כללית בתחום התעסוקתי, החברתי והפסיכולוגי	1 – 100	45.92	59.3	שיפור – $p<0.01$
"מטלות" (Q-LES-Q)	ביצוע מטלות יומיומיות בכפר (ניקיון, הכנת האוכל וכו')	1 – 5	3.98	3.77	ירידה – $p=0.13$
"פנאי" (Q-LES-Q)	ניצול שעות הפנאי לפעילות מהנה	1 – 5	3.64	3.85	שיפור לא מובהק

מהלוח עולה, כי :

- חל שיפור מובהק סטטיסטית בהערכת תפקוד כללית (GAF).
- ביתר המדדים נמצאו שינויים (ירידה בביצוע מטלות בכפר ועליה בניצול שעות הפנאי), אך שינויים אלו לא נמצאו מובהקים סטטיסטית. ייתכן, כי הירידה בביצוע מטלות היומיום בכפר הושפעה מארטיפקט הקשור לעיתוי מבדק ה"אחרי" – מבדק זה בוצע לקראת תום השהות, בשלב בו מטופלים רבים שוהים מחוץ לכפר מספר ימים בשבוע, ולכן באופן טבעי אינם נוטלים חלק בחובות היומיום, כפי שנהגו בתחילה.

בדקנו האם ישנן תתי קבוצות, המפיקות תועלת רבה יותר מהטיפול, במדדים הקשורים להיבט התפקודי – התנהגותי. בדקנו מגוון משתנים (רקע כללי, רקע בעל פוטנציאל משברי וכדומה), כאשר מתוכם מוצגים להלן ההבדלים שנמצאו מובהקים סטטיסטית (או קרובים למובהקות).

2.3.1 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי מגדר

בדקנו, האם ישנם הבדלים בין גברים ונשים מבחינת מדדי ההתאוששות בהיבט התפקודי – התנהגותי. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 48 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט התפקודי - פילוח לפי מגדר

מטלות (Q-LES-Q)*		תפקוד כללי (GAF)*		מדד מגדר
סוף	התחלה	סוף	התחלה	
3.82	4.02	57.1	46.7	גבר
3.64	3.85	65.3	43.9	אישה

* p=0.04

* p=0.17

מהלוח עולה, כי :

- בנוגע להערכת תפקוד כללית, בקרב הנשים חל שיפור ניכר יותר בהשוואה לגברים.
- לגבי מסוגלות להשתתף במטלות היומיום בכפר, הנשים מפגינות רמת תפקוד נמוכה יותר בהשוואה לגברים, הן בתחילת הטיפול והן לקראת תומו.

2.3.2 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי רמת השכלה

להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 49 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט התפקודי - פילוח לפי רמת השכלה

תפקוד כללי (GAF)*		מדד השכלה
סוף	התחלה	
53.6	46.8	ללא בגרות
62.6	45.1	בגרות ומעלה

* p=0.07

מהנתונים עולה, כי בקרב בעלי השכלה גבוהה יותר, חל שיפור רב יותר מבחינת יכולת תפקוד כללית, בהשוואה לבעלי השכלה מעטה.

2.3.3 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי מאפייני משפחה

בדקנו, האם קיימים הבדלים בין מטופלים המגיעים ממשפחות בעלות היסטוריה בעייתית לבין מטופלים הבאים ממשפחות ללא רקע דומה. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 50: הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט התפקודי - פילוח לפי מאפייני משפחה

תפקוד כללי (GAF)*		משפחה
סוף	התחלה	
56.4	48.1	בעיות משפחתיות
61.6	43.2	ללא בעיות משפחתיות

* p=0.07

נמצא, כי מטופלים, שמשפחתם לא מאופיינת בבעיות מיוחדות, מפקים תועלת רבה יותר מהטיפול, המתבטאת בשיפור רב יותר מבחינת כושר תפקוד כללי.

2.3.4 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי קשיי הסתגלות

בחנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים בעלי קשיי הסתגלות לבין מטופלים ללא קשיים מסוג זה. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 51: הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט התפקודי - פילוח לפי קשיי הסתגלות

תפקוד כללי (GAF)*		קשיי הסתגלות
סוף	התחלה	
63.5	45.7	ללא קשיי הסתגלות
53.9	45.9	עם קשיי הסתגלות

* p=0.08

מהלוח עולה, כי מטופלים ללא רקע של קשיי הסתגלות חווים שיפור רב יותר במצבם, בהשוואה למטופלים שסבלו מקשיים אלו בעברם.

2.3.5 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי רקע תרמילאי

במסגרת זו בדקנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים בעלי רקע תרמילאי (ללא קשר למשבר הנוכחי) לבין מטופלים ללא רקע דומה. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 52 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט התפקודי - פילוח לפי רקע תרמילאי

ניצול פנאי (Q-LES-Q)		ממד רקע
סוף	התחלה	
3.97	3.26	תרמילאות
3.73	3.98	ללא רקע זה

* p=0.05

מהלוח עולה, כי מטופלים בעלי רקע תרמילאי מפיקים תועלת רבה יותר מהטיפול, בהיבט של ניצול שעות הפנאי.

2.3.6 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי מועד פרוץ המשבר

בדקנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים שהגיעו לכפר בתוך שנה לפרוץ המשבר לבין מטופלים, שנקלטו בכפר לאחר תקופה ארוכה יותר. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 53 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט התפקודי – פילוח לפי מועד פרוץ המשבר

תפקוד כללי (GAF)*		ממד מועד פרוץ המשבר
סוף	התחלה	
60.2	44.4	עד שנה
56.0	48.0	מעל שנה

* p=0.17

נמצא, כי מטופלים שהגיעו לכפר בתוך שנה מפרוץ המשבר, מסיימים את התהליך הטיפולי ברמה תפקודית מעט יותר גבוהה ומפיקים תועלת רבה יותר מהטיפול.

2.4 שינויים בקרב מטופל הכפר – היבט רגשי קוגניטיבי

במסגרת זו בדקנו את השינויים שחלו בין תחילת הטיפול לסופו בשני מישורים עיקריים :

- תחושת שביעות רצון כללית (מוראל).
- סגנון ההתמודדות המאפיין את הפרט, בעת מפגש עם מצב לחץ.
מבין שלושת סגנון ההתמודדות שנבחנו, סגנון התמודדות משימתי (המכוון לפתרון הבעיה) נחשב לסגנון האדפטיבי ביותר. סגנון התמודדות אמוציונלי משמעו התמודדות המערבת מרכיבים רגשיים, כגון כעס, אשמה וכדומה. סגנון התמודדות הימנעוטי מכוון להסחת הדעת מהבעיה וכולל נטייה לעסוק בדברים שאינם קשורים אליה.

לוח מס' 54 : שינויים בהיבט הרגשי – קוגניטיבי

המדד	מה נבדק	טווח	התחלה	סוף	מובהקות הפער
CISS	סגנון התמודדות משימתי	פתרון בעיות, סדרי עדיפויות, תכנון וארגון	1 – 5	3.66	3.42
	סגנון התמודדות אמוציונלי	האשמה עצמית, מתח, חרדה וכעס	1 – 5	2.81	2.60
	סגנון התמודדות המנעותי	שינה, אכילה, בילוי, מאמץ שלא להיותר לבד	1 – 5	3.24	3.09
מוראל (Q-LES-Q)		שביעות רצון מהיבטים מגוונים (בריאות, מצב רוח, משפחה וכו')	1 – 5	3.66	3.62
		לא מובהק			

ככלל, לא חלו שינויים מובהקים סטטיסטית במדדים שנבחנו. עם זאת, במדד סגנון ההתמודדות האמוציונלי חלה ירידה מסויימת (המהווה שיפור), המתקרבת למובהקות סטטיסטית ($P=0.14$).

לאחר מכן בדקנו, האם ישנן תתי קבוצות, המפיקות תועלת רבה יותר מהשהות בכפר, במדדים הקשורים להיבט זה. להלן ההבדלים שנמצאו מובהקים סטטיסטית (או קרובים למובהקות).

2.4.1 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי גיל

בדקנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים צעירים למטופלים מבוגרים יחסית, מבחינת מדדי ההיבט הרגשי – קוגניטיבי. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 55 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הרגשי קוגניטיבי - פילוח לפי גיל

מדד / גיל	סגנון המנעותי*		סגנון אמוציונלי*	
	התחלה	סוף	התחלה	סוף
עד 23	3.43	3.18	2.81	2.72
24 ומעלה	3.14	3.05	2.82	2.54

$p=0.09^*$

$p=0.04^*$

מהלוח עולה, כי בקרב גילאי 23 ומטה, חלה ירידה בשימוש בסגנון התמודדות הימנעותי (שינה, אכילה, פסק זמן וכו') בהשוואה לגילאי 24 ומעלה.

לעומת זאת, בקרב מטופלים מבוגרים יותר, חלה ירידה רבה יותר בשימוש בסגנון התמודדות אמוציונלי (אשמה, כעס, מתח וכו').

2.4.2 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי רמת השכלה

להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 56 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הרגשי קוגניטיבי - פילוח לפי רמת השכלה

סגנון אמוציונלי*		ממד השכלה
סוף	התחלה	
2.24	2.91	ללא בגרות
2.74	2.75	בגרות ומעלה

* $p=0.04$

מהנתונים עולה, כי בעלי השכלה נמוכה משתמשים פחות בסגנון התמודדות אמוציונלי כתוצאה מהטיפול, בהשוואה לבעלי השכלה גבוהה יותר, ומפיקים תועלת רבה יותר מהטיפול בהיבט זה.

2.4.3 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי רקע תרמילאי

במסגרת זו בדקנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים בעלי רקע תרמילאי (ללא קשר למשבר הנוכחי) לבין מטופלים ללא רקע דומה. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 57 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הרגשי קוגניטיבי - פילוח לפי רקע תרמילאי

סגנון אמוציונלי*		ממד רקע
סוף	התחלה	
2.53	2.66	תרמילאות
3.02	2.63	ללא רקע זה

* $p=0.04$

מהלוח עולה, כי בקרב מטופלים ללא רקע תרמילאי, עולה השימוש בסגנון התמודדות אמוציונלי בתום הטיפול, ואילו בקרב תרמילאים לשעבר חלה ירידה קלה מבחינת מידת השימוש בסגנון זה.

2.4.4 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי הזרז לפריצת המשבר

במסגרת זו בדקנו, האם ישנם הבדלים בין המטופלים, שחוו משבר על רקע הפרעה קיימת או כחמרה להפרעה מלאה, לבין מטופלים ללא רקע דומה. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 58 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט הרגשי קוגניטיבי - פילוח לפי הזרז למשבר

סגנון אמוציונלי*		סגנון משימתי*		מוראל*		ממד זרז למשבר
סוף	התחלה	סוף	התחלה	סוף	התחלה	
2.59	2.48	2.93	3.91	3.17	3.64	הפרעה קיימת
2.51	2.92	3.64	3.65	3.79	3.69	ללא הפרעה

* $p=0.17$

* $p=0.07$

* $p=0.03$

מהלוח עולים הממצאים הבאים :

- מטופלים שחוו את המשבר על רקע הפרעה קיימת, מאופיינים בירידה במוראל ובירידה בשימוש בסגנון התמודדות משימתי בתום הטיפול.
- מטופלים ללא רקע מסוג זה מפחיתים את השימוש בסגנון אמוציונלי במהלך הטיפול.

2.5 שינויים בקרב מטופל הכפר – ההיבט החברתי

להלן הנתונים הנוגעים לשינויים שחלו בהיבט החברתי במהלך תקופת הטיפול בכפר :

לוח מס' 59 : שינויים בהיבט החברתי

המדד	מה נבדק	טווח	התחלה	סוף	מובהקות הפער
MSPSS	תמיכה חברתית נתפסת והאמונה ביכולתה להוות מקור תמיכה	1 – 7	5.6	6.1	שיפור – $p < 0.04$
קשרים חברתיים (O-LES-Q)	קשרים ויחסים חברתיים בשבוע האחרון	1 – 5	3.75	3.72	לא מובהק

מהלוח עולה, כי חל שיפור בתפיסת התמיכה החברתית הניתנת למטופלים ע"י המשפחה והחברים (ע"פ נתוני ה-MSPSS). לעומת זאת, במדד קשרים חברתיים, הלוקח מפריטי ה-Q-LES-Q, ללא נמצאו הבדלים בין תחילת הטיפול לסופו.

לאחר מכן בדקנו, האם ישנן תתי קבוצות, המפיקות תועלת רבה יותר מהטיפול במדדים הקשורים להיבט החברתי. להלן ההבדלים שנמצאו מובהקים סטטיסטית (או קרובים למובהקות).

2.5.1 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי גיל

בדקנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים צעירים למטופלים מבוגרים יחסית, מבחינת מדדי ההיבט החברתי. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 60 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט החברתי - פילוח לפי גיל

תמיכה חברתית*		מדד גיל
סוף	התחלה	
6.44	6.5	עד 23
5.88	5.15	24 ומעלה

$p=0.09^*$

מהלוח עולה, כי בקרב גילאי 24 ומעלה, חלה עליה ברמת התמיכה החברתית הנתפסת, לעומת חוסר שינוי בקרב הקבוצה הצעירה יותר.

2.5.2 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי רמת השכלה

להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 61 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט החברתי – פילוח לפי רמת השכלה

תמיכה חברתית*		קשרים חברתיים*		מדד השכלה
סוף	התחלה	סוף	התחלה	
6.67	5.37	4.30	3.56	ללא בגרות
5.79	5.65	3.55	3.89	בגרות ומעלה

.p=0.01 *

.p=0.04 *

מהנתונים עולה, כי בקרב בעלי השכלה נמוכה חל שיפור ברמת התמיכה החברתית ובקשרים החברתיים במהלך הטיפול.

2.5.3 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי קשיי הסתגלות

בחנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים בעלי קשיי הסתגלות לבין מטופלים ללא קשיים מסוג זה. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 62 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט החברתי – פילוח לפי קשיי הסתגלות

תמיכה חברתית*		מדד קשיי הסתגלות
סוף	התחלה	
5.88	5.84	ללא קשיי הסתגלות
6.57	5.44	עם קשיי הסתגלות

.p=0.08 *

מהלוח עולה, כי בתחילת הטיפול, מטופלים הסובלים מקשיי הסתגלות תופסים את התמיכה החברתית לה הם זוכים כנמוכה בהשוואה למטופלים ללא רקע דומה, ותופסים שיפור רב יותר בהיבט זה לקראת תום הטיפול.

2.5.4 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי רקע תרמילאי

במסגרת זו בדקנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים בעלי רקע תרמילאי (ללא קשר למשבר הנוכחי) לבין מטופלים ללא רקע דומה. להלן הנתונים בנושא :

לוח מס' 63 : הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט החברתי – פילוח לפי רקע תרמילאי

קשרים חברתיים*		מדד רקע
סוף	התחלה	
3.82	3.59	תרמילאות
3.61	3.90	ללא רקע תרמילאי

.p=0.11 *

מהלוח עולה, כי בקרב מטופלים בעלי רקע תרמילאי, חל שיפור במדד הקשרים החברתיים ואילו בקרב מטופלים ללא רקע דומה, חלה ירידה במדד זה.

2.5.5 הבדלים בין תתי קבוצות – פילוח לפי מועד פרוץ המשבר

בדקנו, האם ישנם הבדלים בין מטופלים שנקלטו בכפר בתוך שנה לפרוץ המשבר לבין מטופלים, שהגיעו לכפר לאחר תקופה ארוכה יותר. להלן הנתונים בנושא:

לוח מס' 64: הבדלים בין תתי קבוצות בהיבט החברתי – פילוח לפי מועד פרוץ המשבר

קשרים חברתיים		מדד
סוף	התחלה	
3.40	3.78	מועד פרוץ המשבר
4.09	3.72	עד שנה
		מעל שנה

* $p=0.11$

מהלוח עולה, כי במקרים בהם המשבר פרץ בסמוך לקליטה בכפר, חלה ירידה במדד הקשרים החברתיים במהלך הטיפול. לעומת זאת, בקרב מטופלים שהגיעו לכפר לאחר זמן ממושך יותר, חלה עליה במדד זה.

3. סיכום

3.1 הממצאים בהיבטי ההחלמה השונים

להלן סיכום הממצאים שעלו מניתוח הנתונים בהיבטים השונים שנבדקו:

3.1.1 בהיבט הקליני פסיכיאטרי

- ☒ חל שיפור בקרב המטופלים בחומרת הסימפטומים הפסיכיאטריים (ע"פ מדד ה-BPRS).
- ☒ חלה ירידה ברמת הדיכאון של המטופלים (ע"פ ה-MADRS). עם זאת, גם רמת הדיכאון ההתחלתית לא היתה גבוהה.
- ☒ נמצאה ירידה בהיקף האפיזודות המאניות (MRS). עם זאת, השינוי לא היה מובהק סטטיסטית (אם כי התקרב למובהקות הנדרשת, $p=0.12$).
- ☒ לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין תחילת הטיפול לסופו בתחושת הבריאות והרווחה של המטופלים.

3.1.2 בהיבט התפקודי התנהגותי

- ☒ במהלך הטיפול חל שיפור ברמת התפקוד הכללית של המטופלים (ע"פ ה- GAF).
- ☒ חלה ירידה בנכונות לבצע מטלות יומיומיות בכפר, אולם הפער לא היה מובהק סטטיסטית ($p=0.13$).
- ☒ אין הבדל מבחינת ניצול שעות הפנאי לפעילות מהנה בין תחילת הטיפול לסופו.

3.1.3 בהיבט הרגשי קוגניטיבי

- ☒ במהלך הטיפול חלה ירידה בשימוש בסגנון התמודדות אמוציונלי (האשמה עצמית, כעס, מתח וכדומה), אולם הפער לא היה מובהק סטטיסטית ($p=0.14$).
- ☒ בסגנון התמודדות משימתי, סגנון התמודדות מניעתי וברמת המוראל לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין תחילת הטיפול לסופו.

3.1.4 בהיבט החברתי

- ☒ במהלך הטיפול חל שיפור בתפיסת התמיכה החברתית הניתנת למטופלים, ע"י המשפחה והחברים.
- ☒ לא נמצא הבדל בדיווח על קשרים ויחסים חברתיים בין תחילת הטיפול לסופו.

3.2 הבדלים בין תתי קבוצות

עלו מספר ממצאים לגבי תתי קבוצות של מטופלים, המפיקות תועלת רבה יותר מהשהות בכפר:

3.2.1 מגדר

- ☒ בהשוואה לגברים, נשים מתחילות את הטיפול במצב חמור יותר מבחינת רמת הסימפטומים הפסיכיאטריים (ע"פ ה- BPRS) והיקף האפיזודות המאניות (ע"פ MRS). עם זאת, במהלך הטיפול חל שיפור משמעותי יותר בהיבטים אלו בקרב הנשים.
- ☒ נמצא, כי הנשים מפיקות תועלת רבה יותר מהגברים מהטיפול בכפר, המתבטאת ברמת תפקוד כללי גבוהה יותר בתום הטיפול (ע"פ ה- GAF).
- ☒ הנשים מביעות נכונות ומסוגלות נמוכות יותר לבצע מטלות יומיומיות בכפר בהשוואה לגברים, הן בתחילת הטיפול בכפר והן לקראת סופו.

3.2.2 גיל

☒ בקרב מטופלים בני 23 ומטה נמצאה ירידה בהפעלת סגנון התמודדות המנעותי (שינה, אכילה וכו') בהשוואה לגילאי 24 ומעלה. לעומת זאת, בקרב מטופלים מבוגרים יותר, חלה ירידה רבה יותר בהפעלת סגנון התמודדות אמוציונלי (תחושות אשם, כעס וכו').

☒ נמצא, כי רמת התמיכה החברתית בקרב גילאי 24 ומעלה הינה נמוכה יותר, הן בתחילת הטיפול והן בסופו, בהשוואה לגילאי 23 ומטה. עם זאת, בקבוצה המבוגרת יותר חל שיפור ניכר בנושא זה במהלך הטיפול.

3.2.3 השכלה

☒ מהנתונים עולה, כי בעלי השכלה גבוהה (בגרות ומעלה) מבטאים ירידה רבה יותר בהיקף האפיזודות המאניות (ע"פ ה-MRS), חרף נתונים התחלתיים קשים יותר, בהשוואה לבעלי השכלה נמוכה.

☒ בעלי השכלה גבוהה מבטאים שיפור רב יותר בתום הטיפול מבחינת רמת תפקודם הכללית (ע"פ ציוני ה-GAF). לעומתם, בעלי השכלה נמוכה מפגינים שיפור רב יותר הן בסגנון ההתמודדות שלהם (ירידה בשימוש בסגנון התמודדות אמוציונלי) והן בתחום החברתי (עליה בתפיסת התמיכה החברתית וביחסים החברתיים).

3.2.4 נתוני רקע משפחתיים בעלי פוטנציאל משברי

☒ מטופלים המגיעים ממשפחות בעלות פחות נתוני רקע מסוג זה (כגון בעיות נפש, התפרקות המסגרת המשפחתית וכדומה) מבטאים שיפור רב יותר בתום הטיפול, מבחינת חומרת הסימפטומים הפסיכיאטריים (ע"פ ה-BPRS) והיקף האפיזודות המאניות (ע"פ ה-MRS). זאת, למרות נתונים התחלתיים קשים יותר, בהשוואה למטופלים המגיעים ממשפחות בעלות יותר מאפיינים מסוג זה.

☒ כמו כן, מטופלים בעלי משפחות להן פחות נתוני רקע מסוג זה, הפגינו בתום הטיפול רמת תפקוד כללית מעט יותר גבוהה (ע"פ ה-GAF), בהשוואה לקבוצה השניה.

3.2.5 רקע אישי בעל פוטנציאל משברי – קשיי הסתגלות

☒ מטופלים ללא רקע של קשיי הסתגלות מבטאים שיפור רב יותר בהיקף האפיזודות המאניות (ע"פ ה-MRS) וברמת התפקוד הכללית (ע"פ ה-GAF) בתום הטיפול.

☒ מטופלים בעלי רקע של קשיי הסתגלות מתחילים את הטיפול ברמה נמוכה יותר של תמיכה חברתית נתפסת, בהשוואה למטופלים ללא רקע מסוג זה. עם זאת, בתום הטיפול, מטופלים אלו מפגינים שיפור רב יותר בנושא זה.

3.2.6 עבר תרמילאי (ללא קשר למשבר)

- ☒ מטופלים בעלי עבר תרמילאי מגלים יותר שיפור במהלך הטיפול מבחינת תחושת בריאות ורווחה, בהשוואה למטופלים ללא רקע תרמילאי. שיפור רב יותר נמצא בקבוצה זו גם בנוגע לניצול שעות הפנאי לפעילות מהנה.
- ☒ בקרב מטופלים ללא עבר תרמילאי עולה השימוש בסגנון התמודדות אמוציונלי (אשם, מתח, כעס וכדומה) בתום הטיפול. לעומת זאת, בקרב תרמילאים לשעבר חלה ירידה קלה בשימוש בטכניקה זו.
- ☒ בעלי עבר תרמילאי מדווחים גם על שיפור רב יותר במדד הקשרים והיחסים החברתיים.

3.2.7 מועד פרוץ המשבר ביחס לכניסה לכפר

- ☒ נמצא, כי מטופלים שנקלטו בכפר בתוך שנה מפרוץ המשבר, הפיקו תועלת רבה יותר מהטיפול בכפר, שהתבטאה בהפחתה בחומרת הסימפטומים הפסיכיאטריים (ע"פ ה-BPRS) ובהיקף האפיזודות המאניות (ע"פ ה-MRS). בנושא האחרון חל שיפור משמעותי, חרף העובדה, כי מצבם בתחילת הטיפול היה ירוד, בהשוואה לקבוצה שהגיעה לכפר לאחר תקופה ממושכת יותר.
- ☒ כמו כן, מטופלים שהגיעו לכפר בתוך שנה מפרוץ המשבר מפגינים רמת תפקוד כללית מעט יותר גבוהה (כפי שמתבטא בציוני ה-GAF) בתום הטיפול, בהשוואה לקבוצה השניה.
- ☒ מהנתונים עולה, כי כאשר המשבר פרץ בסמוך לכניסה לכפר, חלה ירידה ברמת הקשרים החברתיים במהלך הטיפול, לעומת מטופלים שנקלטו בכפר לאחר זמן ממושך יותר, אשר חוו שיפור במדד זה.

3.2.8 הגורם/הזרז למשבר – הפרעה קיימת

- ☒ מטופלים שחוו משבר על רקע הפרעה קיימת או כהחמרה להפרעה מלאה, מאופיינים בירידה בתחושת הבריאות והרווחה, ברמת המוראל ומידת השימוש בסגנון התמודדות משימתי, לעומת מטופלים ללא רקע מסוג זה.
- ☒ מטופלים שחוו משבר ללא רקע נפשי קודם הפגינו ירידה בשימוש בסגנון התמודדות אמוציונלי (אשם, כעס, מתח וכדומה), לעומת עליה קטנה בשימוש בטכניקה זו בקרב מטופלי הקבוצה השניה.

מהנתונים עולה, כי המטופלים שהשתתפו בחלק זה של המחקר היו בעלי מאפייני רקע די דומים לכלל בוגרי הכפר. אי לכך, אנו סבורים כי ניתן להכליל את המסקנות על כלל מטופלי הכפר.

נספח ה'

כלי המחקר האיכותניים

נספח ה'ו: מדריך ראיון – בעלי תפקידים

- ❖ רקע אישי וכיצד הגיע לכפר?
- ❖ מה התפקיד בכפר והאם חלו שינויים לאורך הזמן בתפקיד?
- ❖ מה יחודי במודל הייחודי?
- ❖ סיכום עד כאן : האם הטיפול אפקטיבי?
- מהן נקודות החוזק?
- היכן צריך לשפר?
- ❖ קריטריונים להצלחה : ביציאה מהכפר ולאחר זמן.
- ❖ האם המידע הנמצא בתיק האישי עשוי לשמש בסיס לשיפוט ההתקדמות (מהו המידע הקיים, האם מסודר), זמינות מידע מנהלתי, נושרים, מידע נוסף.
- ❖ אתנוגרף – תצפיות עדיפות, מגבלות ורגישויות שכדאי לקחת בחשבון, מודל עבודה מול בוגרים ומשפחות.
- ❖ חזון והמלצות לעתיד.
- ❖ ציפיות מהמחקר .

נספח ה'2: מדריך ראיון – מטופלים

- ❖ נקודות משמעותיות וארועים משמעותיים בחיים מילדות ועד המשבר הראשוני (ארועים משפחתיים, טראומות, נקודות שיא, שימוש בסמים וכו').
- ❖ הטיול, התהליך האישי ושימוש בסמים בטיול.
- ❖ המשבר עצמו – איך קרה, איך נחוה, המשפחה בתהליך ופרספקטיבה על הארוע במעגל החיים.
- ❖ איך נוצר הקשר עם הכפר ? האם שמע עליו קודם ? איזה תדמית הייתה לכפר ?
- ❖ החזרה לארץ והמפגש עם המשפחה (אשפוז ? בבית ? קשיים ?)
- ❖ המפגש הראשוני עם כפר איזון – עם מי ומה היה הרושם הראשוני ? (החליט בעצמו על הטיפול או שהחליטו עבורו ?)
- ❖ השבועות הראשונים בכפר – נקודות חולשה וחוזק, זכרונות מיוחדים.
- ❖ הטיפול התרופתי והשפעתו הסובייקטיבית (התנגד ? הסכים ?)
- ❖ איזה טיפול או פעילות זכורים כמועילים במיוחד, אילו פחות ?
- ❖ חלקו של המדריך האישי בתהליך הטיפול.
- ❖ הטיפול המשפחתי ותרומתו.
- ❖ חשיבות הקבוצה בתהליך הטיפולי? (יתרונות, חסרונות, מתח בין הפרט והקבוצה)
- ❖ קטגוריות של מטופלים (תרמילאים, חלופת מעצר וכו'), האם ההטרונגניות מועילה ? למי ?
- ❖ גבולות ויחס מהצוות – יתרונות וחסרונות.
- ❖ תכניות לעתיד

נספח ה'3: מדריך ראיון – משפחות

- ❖ ההכנות לטיול – באיזו מידה היו שותפים?
- ❖ כיצד נשמר הקשר במהלך הטיול ?
- ❖ מה היה מסלול הטיול של הבן/בת ?
- ❖ מתי חשו שמשהו השתבש?
- ❖ כיצד נכנסו לתמונה ואיך פעלו?
- ❖ איך, מתי ובאמצעות מי נוצר הקשר הראשוני עם כפר איזון?
- ❖ מה היו הציפיות מהכפר בעת הפנייה?
- ❖ כיצד הם חשים כיום לנוכח ציפיות אלו ?
- ❖ האם יש ומהו ההבדל בין כפר איזון ומסגרות טיפול אחרות עליהם ידעו/ ביקרו או הגיעו בהמשך ?
- ❖ מה במסגרת של כפר איזון להערכתם, תרם לילדם ?
- ❖ מה במהלך הטיפול תרם להם כהורים/ משפחה ?
- ❖ כיצד הם רואים את תהליך ההחלמה של הבן/בת ? באילו היבטים חל שינוי ? באילו עדיין לא ?
- ❖ מהי תרומתו של הטיפול המשפחתי שניתן במהלך הטיפול בכפר ?
- ❖ מהם התכניות להמשך עבור הבן/בת ?
- ❖ האם ישנה תכנית המשך להורים ולמשפחה ?
- ❖ אם הופסק הטיפול, מדוע ? ביוזמת מי ? מה היה המסלול החלופי ?
- ❖ כיצד ההורים מסבירים ומבינים את מה שקרה לבן/בת ? מה משמעות האירוע עבורם ?
- ❖ כיצד משפיע אירוע זה על המשך החיים ?
- ❖ האם היו ממליצים למשפחות נוספות להביא את ילדיהם לטיפול בכפר ? מה היו אומרים להם ?
- ❖ האם לדעתם המדינה צריכה לתמוך בכפר ? מדוע ?

נספח ו'

כלי המחקר הכמותיים

נספח ו'ו: כלי המחקר לפי תחומים

כלים המודדים התאוששות בהיבט הקליני - פסיכיאטרי

BPRS (brief psychiatric rating scale) ☒

שאלון זה פותח בשנת 1962, על מנת לספק יכולת הערכה מהירה לשינויים בעקבות טיפול פסיכיאטרי, כמו גם לתת תיאור כללי, אודות נוכחותם או העדרם של סימפטומים פסיכיאטריים או של פסיכופתולוגיה כללית. מיני אז, הורחב הכלי ל- 24 פריטים ונקרא: BPRS-E (brief psychiatric rating scale-expanded). כיום, זהו אחד הכלים המקובלים ביותר להערכה פסיכיאטרית. הוא נפוץ בעיקר בשל פשטותו, גמישותו ויכולת האבחנה שלו. (Lukoff, Lieberman, & Nurchterlein, 1986; Morlan & Tan, 1998; Rhoades & Overall, 1988).

MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) ☒

סולם ה-MADRS הוא אחד הסולמות הנפוצים ביותר למדידת סימפטומים של דיכאון. הוא נמצא בשימוש בעיקר ע"י קלינאים, המשתמשים בו בכדי לאמוד את חומרת ההפרעה או את מידת השיפור שחלה לאחר תקופת טיפול. איכויותיו הפסיכומטריות של ה-MADRS נבדקו פעמים רבות. לדוגמא, בשני מחקרים בקרב פציננטים הלוקים בדיכאון מגוררי, נמצא, כי ה-MADRS היה מדויק פי שניים בהערכת חומרת ההפרעה מאשר כלי הערכה נפוצים אחרים, כגון ה-Hamilton Rating Scale for Depression ועוד. לפיכך, הוא נחשב לכלי הערכה אמין ביותר (Carmody et al., 2006).

MRS (Mania Rating Scale) ☒

ה-Mania Rating scale הוא סולם בן 11 פריטים, המיועד לאבחון אפיזודות מאניות. יאנג ואח' מצאו, כי לסולם זה מהימנות ותוקף גבוהים. לדוגמא, במחקר נמצא מתאם גבוה בין דירוגיהם של שני קלינאים בלתי תלויים, הן בציון הכללי (0.93) והן בציוני הפריטים הבודדים (0.66-0.92). כמו כן, ציון ה-MRS נמצא במתאם גבוה עם דירוג גלובלי בלתי תלוי ועם ציוניהם של שני כלים אחרים למדידת מאניה. לציון זה היתה גם קורלציה גבוהה עם מספר ימי אשפוז בבית החולים. מעבר לכך, נמצא כי לסולם ה-MRS יכולת אבחנה גבוהה בין פציננטים לפני ואחרי שבועיים של טיפול (Young et al., 1978).

כלים המודדים התאוששות בהיבטים תפקודיים, חברתיים ורגשיים – קוגניטיביים

GAF (Global Assessment of Functioning) ☒

הערכת יכולת תפקוד כללית מייצגת היבט חשוב בקליניקה ובמחקר. להערכה זו יכולת ניבוי גבוהה והיא מודדת שינוי לאורך זמן, כולל אפקטיביות טיפולית (Schorre & Vandvik, 2004). סולם ה-GAF הוא סולם נומרי להערכת תפקוד בתחומים תעסוקתיים, פסיכולוגיים וחברתיים. סולם זה נע על טווח מ-1 עד 100, כאשר הציון 100 משקף יכולת תפקוד אופטימלית (מתואר בהרחבה ב-DSM-IV-TR).

במחקרים שונים נעה מהימנותו של ה-GAF מסבירה ועד גבוהה ביותר, כתלות במיומנות המדרג ובקבוצה המאובחנת (Schorre & Vandvik, 2004; Higgins & Purvis, 2000). היגיס ופורביס (2000) מצאו, כי ל-GAF יכולת אבחנה טובה בין רמות שונות של תפקוד בקרב נפגעים, ויש לו קורלציות גבוהות עם כלים אחרים להערכת תפקוד בקרב נפגעי נפש, כגון ה-Kennedy Axis V.

O-LES-Q (The Quality of Life Questionnaire) ☒

שאלון זה פותח על מנת לתת למטפל תמונה רחבה, אודות תחושות הסיפוק וההנאה של המטופל בתחומי חיים שונים. השאלון בודק את שביעות הרצון של המטופל בהיבטים רבים, כגון סביבת המגורים שלו, יחסיו עם חבריו ומשפחתו, הופעתו החיצונית, תוכניותיו לעתיד, עבודתו ולימודיו. השאלון הוכח כבעל תוקף פנימי גבוה ויש לו מתאם טוב עם מבחנים חוזרים. הוא משמש רופאים ומטפלים במגוון רחב של הפרעות נפשיות (Endicott, 1993).

CISS (Coping Inventory for Stressful Situation) ☒

ה-CISS הוא מדד לדיווח עצמי, הבוחן סגנונות התמודדות מכווני רגש, משימה או הימנעות. התכונות הפסיכומטריות שלו נמדדו במדגם של פציינטים עם הפרעת דיכאון מגוררי, והוא הוכח מהימנות ותוקף גבוהים. סגנונות התמודדות פחות אדפטיביים (כגון, סגנון התמודדות המכוון לרגש) נמצאו כקשורים לתכונות אישיות בלתי סתגלניות (כגון, נירוטיות), ולמצוקה פסיכולוגית (דיכאון), בעוד ההיפך נמצא לגבי סגנונות התמודדות אדפטיביים (מכווני משימה) (Endler & Parker, 1990).

MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) ☒

כאמור, לתמיכה חברתית נתפסת השפעה רבה על רווחתו הרגשית של הפרט. לכן, הערכה אפקטיבית של תמיכה חברתית היא נושא מרכזי, הן במחקר והן בקליניקה. שאלון זה בודק את המעטפת החברתית התומכת של המטופל בשלושה מישורים: חברים, משפחה ואחרים משמעותיים. השאלון מספק למטפל תמונה רחבה אודות התפיסות הסובייקטיביות של המטופל בנוגע לסביבתו החברתית, ולגבי אמונתו ביכולתם לסייע לו או להוות מקור לתמיכה.

מחקרים בקרב פציינטים ונבדקים בריאים תמכו במודל בן שלושת הגורמים עבור ה-MSPSS, כאשר לגורמים "משפחה" ו"חברים" היו הקשרים החזקים ביותר עם סימפטומים פסיכיאטריים. תוצאות אלו תומכות בשימוש ב-MSPSS ככלי להערכת המבנה ההיררכי של תמיכה חברתית נתפסת (Zimet et al., 1998).

נספח ו'2: מדדים להערכת שינויים במהלך המחקר

המדד	התחום	הפריטים המרכיבים את המדד	מהימנות בהתחלה	מהימנות בסוף
BPRS	קליני פסיכיאטרי	24-1	0.76	0.94
MADRS	קליני פסיכיאטרי	10-1	0.94	0.92
MRS	קליני פסיכיאטרי	12-1	0.91	0.91
*Wellbeing	קליני פסיכיאטרי	4-2, 27-6	0.90	0.95
GAF	תפקודי-התנהגותי	---	---	---
מטלות *	תפקודי-התנהגותי	45, 54-47	0.83	0.93
פנאי *	תפקודי-התנהגותי	72-67	0.84	0.86
התמודדות משמעתית **	רגשי קוגניטיבי	1,2,6,10,15,21,24,26,27,36,39,41,42,43,46,47	0.93	0.96
התמודדות רגשית **	רגשי קוגניטיבי	5,7,8,13,14,16,17,19,22,25,28,30,33,34,38,45	0.75	0.90
התמודדות דרך הימנעות **	רגשי קוגניטיבי	3,4,9,11,12,18,20,23,29,31,32,35,37,40,44,48	0.87	0.93
מוראל *	רגשי קוגניטיבי	84,85, 93-87	0.76	0.89
MSPSS	חברתי	12-1	0.92	0.96
קשרים חברתיים	חברתי	83-73	0.81	0.90

* Q-LES-Q

** CISS

MONTGOMERY & ASBERG DEPRESSION RATING SCALE (MARDS)

_____ SUBJECT NUMBER

Evaluation Date: _____

MARDS - Items

1. Apparent sadness: Observation
2. Reported sadness: Reports and "automatism" of the symptom
3. Inner tension: Inner turmoil
4. Reduced sleep: Compare to patient's normal pattern
5. Reduced appetite: Compare to patient's normal pattern
6. Concentration difficulties: Do not confuse with memory problems
7. Lassitude: The closest to psychomotor retardation you get in Europe
8. Inability to feel
9. Pessimistic thoughts: 5 or 6 is psychosis
10. Suicidal thoughts: Thoughts/plans, does not need attempt to score 6

Tick (V) only one box for each item.

1		APPARENT SADNESS. Representing despondency, gloom and despair, (more than just ordinary transient low spirits) reflected in speech, facial expressions and posture. Rate by depth and inability to brighten up.
0		No sadness
1		
2		Looks dispirited but does brighten up without difficulty
3		More than occasional but mild.
4		Appears sad and unhappy most of the time
5		
6		Looks miserable all the time. Extremely despondent

2		REPORTED SADNESS. Representing reports of depressed mood, regardless of whether it is reflected in appearance or not. Includes low spine despondency or the feeling of being beyond help and without hope. Rate according to intensity; duration and the extend to which the mood is reported to be influenced by events.
	0	Occasional sadness in keeping with the circumstances
	1	
	2	Sad or low but brightens up without difficulty
	3	More than occasional but mild.
	4	Pervasive feeling of sadness or gloominess. The mood is still influenced by external circumstances.
	5	
3	6	Continuous or unvarying sadness, misery or despondency
		INNER TENSION. Representing feeling of ill-defined discomfort, edginess, inner turmoil, mental tension mounting on either panic, dread or anguish. Rate according to intensity, frequency, duration and the extent of reassurance called for.
	0	Placid. Only fleeting inner tension
	1	
	2	Occasional feeling of edginess and ill-defined discomfort.
	3	More than occasional but mild.
	4	Continuous feelings of inner tension or intermittent panic which the patient can only master with some difficulty.
	5	
4	6	Unrelenting dread or anguish. Overwhelming panic.
		REDUCED SLEEP. Representing the experience of reduced duration, depth of sleep, compared to the subject's own normal pattern when well.
	0	Sleeps as usual
	1	
	2	Slight difficulty dropping off to sleep: slightly reduced, light of fitful sleep.
	3	More than occasional but mild.
	4	Sleep reduced or broken by at least two hours
	5	
	6	Less than two or three hours sleep.

5	REDUCED APPETITE. Representing the feeling loss of appetite compared with when well. Rate by loss of desire for food or the need to force oneself to eat.
0	Normal or increased appetite.
1	
2	Slightly reduced appetite.
3	More than occasional but mild.
4	No appetite. Food is tasteless.
5	
6	Needs persuasion to eat at all.
6	CONCENTRATION DIFFICULTIES. Representing difficulties in collecting one's thoughts mounting to incapacitating lack of concentration. Rate according to intensity, frequency, and degree of incapacity produced.
0	No difficulties in concentrating.
1	
2	Occasional difficulties in collecting one's thoughts.
3	More than occasional but mild.
4	Difficulties in concentrating and sustaining thought which reduces Ability to read or hold a conversation.
5	
6	Unable to read or converse without great difficulty.
7	LASSITUDE. Representing a difficulty getting started or slowness initiating and performing everyday activities.
0	Hardly and difficulty in getting started. No sluggishness.
1	
2	Difficulties in starting activities.
3	More than occasional but mild.
4	Difficulties in starting simple routine activities which are carried out with effort.
5	
6	Complete lassitude. Unable to do anything without help.

8	INABILITY TO FEEL. Representing the subjective experience of reduced interest in the surroundings, or activities that normally give pleasure. The ability to react with adequate emotion to circumstances or people is reduced..
0	Normal interest in the surroundings and in other people.
1	
2	Reduced ability to enjoy usual interests.
3	More than occasional but mild.
4	Loss of interest in the surroundings. Loss of feelings for Friends and acquaintances.
5	
6	The experience of being emotionally paralysed, inability to feel anger, grief or pleasure and a complete or even painful failure to feel for close relatives and friend.
9	PESSIMISTIC THOUGHTS. Representing thought of guilt, inferiority, self-reproach, sinfulness, remorse and ruin.
0	No pessimistic thoughts.
1	
2	Fluctuating ideas of failure, self-reproach or self depreciation.
3	More than occasional but mild.
4	Persistent self-accusations, or definite but still rational ideas of guilt or sin. Increasingly pessimistic about the future.
5	
6	Delusions of ruin, remorse or unredeemable sin. Self-accusations which are absurd and unshakable..
10	SUCIDAL THOUGHTS. Representing the feeling that life is not worth living, that a natural death would be welcome, suicidal thoughts, and preparations for suicide. Suicidal attempts should not in themselves influence the rating.
0	Enjoys life or takes it as it comes.
1	
2	Weary of life. Only fleeting suicidal thoughts.
3	More than occasional but mild.
4	Probably better off dead. Suicidal thoughts are common and suicide is considered as a possible solution, but without specific plans or intention.
5	
6	Explicit plans for suicide when there is an opportunity. Active preparations for suicide.

MANIA RATING SCALE

(Bech & Rafaelsen)

Tick (V) only one box for each item.

1	Activity (motor) <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Normal motor activity, adequate facial expression</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Slightly increased motor activity, lively facial expression</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Somewhat excessive motor activity, lively gestures.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Outright excessive motor activity, on the move most of the time. Rises one or several times during interview.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Constantly active, restlessly energetic. Even if urged, patient cannot sit still.</td> </tr> </table>	0	Normal motor activity, adequate facial expression	1	Slightly increased motor activity, lively facial expression	2	Somewhat excessive motor activity, lively gestures.	3	Outright excessive motor activity, on the move most of the time. Rises one or several times during interview.	4	Constantly active, restlessly energetic. Even if urged, patient cannot sit still.
0	Normal motor activity, adequate facial expression										
1	Slightly increased motor activity, lively facial expression										
2	Somewhat excessive motor activity, lively gestures.										
3	Outright excessive motor activity, on the move most of the time. Rises one or several times during interview.										
4	Constantly active, restlessly energetic. Even if urged, patient cannot sit still.										
2	Activity (verbal) <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Normal verbal activity.</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Somewhat talkative.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Very talkative, no spontaneous intervals in the conversation.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Difficult to interrupt.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Impossible to interrupt, dominates completely the conversation.</td> </tr> </table>	0	Normal verbal activity.	1	Somewhat talkative.	2	Very talkative, no spontaneous intervals in the conversation.	3	Difficult to interrupt.	4	Impossible to interrupt, dominates completely the conversation.
0	Normal verbal activity.										
1	Somewhat talkative.										
2	Very talkative, no spontaneous intervals in the conversation.										
3	Difficult to interrupt.										
4	Impossible to interrupt, dominates completely the conversation.										
3	Flight of thoughts <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Cohesive speech, no flight of thoughts.</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Lively descriptions, explanations and elaborations without losing connection with the topic of conversation. The speech is thus still cohesive.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Now and again it is difficult for the patient to stick to the topic, as the patient is distracted by random associations (often rhymes, clangs, puns, pieces of verse or music).</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>The line of thought is regularly disrupted by diversionary associations.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>It is difficult to impossible to follow the patient's line of thought, as the patient constantly jumps from one topic subject to another.</td> </tr> </table>	0	Cohesive speech, no flight of thoughts.	1	Lively descriptions, explanations and elaborations without losing connection with the topic of conversation. The speech is thus still cohesive.	2	Now and again it is difficult for the patient to stick to the topic, as the patient is distracted by random associations (often rhymes, clangs, puns, pieces of verse or music).	3	The line of thought is regularly disrupted by diversionary associations.	4	It is difficult to impossible to follow the patient's line of thought, as the patient constantly jumps from one topic subject to another.
0	Cohesive speech, no flight of thoughts.										
1	Lively descriptions, explanations and elaborations without losing connection with the topic of conversation. The speech is thus still cohesive.										
2	Now and again it is difficult for the patient to stick to the topic, as the patient is distracted by random associations (often rhymes, clangs, puns, pieces of verse or music).										
3	The line of thought is regularly disrupted by diversionary associations.										
4	It is difficult to impossible to follow the patient's line of thought, as the patient constantly jumps from one topic subject to another.										
4	Voice/Noise level <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>Natural volume of voice.</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Speaks loudly without being noisy.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Voice discernible at a distance, and somewhat noisy.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Vociferous, voice discernible at a long distance, is noisy, singing.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Shouting, screaming, or using other sources of noise due to hoarseness.</td> </tr> </table>	0	Natural volume of voice.	1	Speaks loudly without being noisy.	2	Voice discernible at a distance, and somewhat noisy.	3	Vociferous, voice discernible at a long distance, is noisy, singing.	4	Shouting, screaming, or using other sources of noise due to hoarseness.
0	Natural volume of voice.										
1	Speaks loudly without being noisy.										
2	Voice discernible at a distance, and somewhat noisy.										
3	Vociferous, voice discernible at a long distance, is noisy, singing.										
4	Shouting, screaming, or using other sources of noise due to hoarseness.										

5	Hostility/Destructiveness	
	0	No signs of impatience or hostility.
	1	Somewhat impatient or irritable, but control is maintained.
	2	Markedly impatient or irritable, provocation badly tolerated.
	3	Provocative, makes threats, but can be calmed down.
	4	Overt physical violence. Physically destructive.
6	Mood (feeling of well-being)	
	0	Natural mood.
	1	Slightly elevated mood, optimistic, but still adapted to situation.
	2	Moderately elevated mood, joking, laughing.
	3	Markedly elevated mood, exuberant both in manner and speech.
	4	Extremely elevated mood; quite irrelevant to situation.
7	Self-esteem	
	0	Normal self-esteem.
	1	Slightly increased self-esteem, slightly boasting.
	2	Moderately increased self-esteem, boasting, Frequent use of superlatives.
	3	Bragging, unrealistic ideas.
	4	Grandiose ideas which cannot be corrected.
8	Contact	
	0	Normal contact.
	1	Slightly meddling, putting his oar in.
	2	Moderately meddling and arguing.
	3	Dominating, arranging, directing, but still in context with the setting.
	4	Extremely dominating and manipulating, without context with the setting.
9	Sleep (average of last 3 nights)	
	0	Habitual duration of sleep.
	1	Duration of sleep reduced by 25 %.
	2	Duration of sleep reduced by 50 %.
	3	Duration of sleep reduced by 75 %.
	4	No sleep.

10	Sexual interest <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Habitual sexual interest and activity.</td></tr> <tr><td>1</td><td>Slight increase in sexual interest and activity.</td></tr> <tr><td>2</td><td>Moderate increase in sexual interest and activity.</td></tr> <tr><td>3</td><td>Marked increase in sexual interest and activity, as shown in manner and speech.</td></tr> <tr><td>4</td><td>Completely and inadequately occupied by sexuality.</td></tr> </table>	0	Habitual sexual interest and activity.	1	Slight increase in sexual interest and activity.	2	Moderate increase in sexual interest and activity.	3	Marked increase in sexual interest and activity, as shown in manner and speech.	4	Completely and inadequately occupied by sexuality.
0	Habitual sexual interest and activity.										
1	Slight increase in sexual interest and activity.										
2	Moderate increase in sexual interest and activity.										
3	Marked increase in sexual interest and activity, as shown in manner and speech.										
4	Completely and inadequately occupied by sexuality.										
11	Work: At first rating of the patient <table border="1"> <tr><td>0</td><td>Normal work activity.</td></tr> <tr><td>1</td><td>Slightly increase drive, but work quality is slightly reduced, as motivation is changing, and the patient somewhat distractible.</td></tr> <tr><td>2</td><td>Increased drive, but motivation clearly fluctuating. The patient has difficulties in judging own work quality and the quality is indeed lowered. Often quarrels at work.</td></tr> <tr><td>3</td><td>Work capacity clearly reduced, and from time to time the patient loses control. Has to stop work and be sick-listed. If the patient is hospitalized, he can participate for some hours per day in ward activities.</td></tr> <tr><td>4</td><td>The patient is (or ought to be) hospitalized and unable to participate in ward activities.</td></tr> </table>	0	Normal work activity.	1	Slightly increase drive, but work quality is slightly reduced, as motivation is changing, and the patient somewhat distractible.	2	Increased drive, but motivation clearly fluctuating. The patient has difficulties in judging own work quality and the quality is indeed lowered. Often quarrels at work.	3	Work capacity clearly reduced, and from time to time the patient loses control. Has to stop work and be sick-listed. If the patient is hospitalized, he can participate for some hours per day in ward activities.	4	The patient is (or ought to be) hospitalized and unable to participate in ward activities.
0	Normal work activity.										
1	Slightly increase drive, but work quality is slightly reduced, as motivation is changing, and the patient somewhat distractible.										
2	Increased drive, but motivation clearly fluctuating. The patient has difficulties in judging own work quality and the quality is indeed lowered. Often quarrels at work.										
3	Work capacity clearly reduced, and from time to time the patient loses control. Has to stop work and be sick-listed. If the patient is hospitalized, he can participate for some hours per day in ward activities.										
4	The patient is (or ought to be) hospitalized and unable to participate in ward activities.										
12	Work: At weekly ratings <table border="1"> <tr> <td>0</td><td> a) The patient has resumed work at his/her normal activity level. b) When the patient will have no trouble in resuming normal work. </td></tr> <tr> <td>1</td><td> a) The patient is working, but the effort is somewhat reduced due to changing motivation. b) It is doubtful whether the patient can resume normal work on a full scale due to distractibility and changing motivation. </td></tr> <tr> <td>2</td><td> a) The patient is working, but at a clearly reduced level, e.g. due to episodes of non-attendance. b) The patients is still hospitalized or sick-list. He is only able to resume work if special precautions are taken: close supervision and/or reduced time. </td></tr> <tr> <td>3</td><td>The patient is still hospitalized or sick-listed and is unable to resume work. In hospital he participates for some hours per day in ward activities.</td></tr> <tr> <td>4</td><td>The patient is still fully hospitalized and generally unable to participate in ward activities.</td></tr> </table>	0	a) The patient has resumed work at his/her normal activity level. b) When the patient will have no trouble in resuming normal work.	1	a) The patient is working, but the effort is somewhat reduced due to changing motivation. b) It is doubtful whether the patient can resume normal work on a full scale due to distractibility and changing motivation.	2	a) The patient is working, but at a clearly reduced level, e.g. due to episodes of non-attendance. b) The patients is still hospitalized or sick-list. He is only able to resume work if special precautions are taken: close supervision and/or reduced time.	3	The patient is still hospitalized or sick-listed and is unable to resume work. In hospital he participates for some hours per day in ward activities.	4	The patient is still fully hospitalized and generally unable to participate in ward activities.
0	a) The patient has resumed work at his/her normal activity level. b) When the patient will have no trouble in resuming normal work.										
1	a) The patient is working, but the effort is somewhat reduced due to changing motivation. b) It is doubtful whether the patient can resume normal work on a full scale due to distractibility and changing motivation.										
2	a) The patient is working, but at a clearly reduced level, e.g. due to episodes of non-attendance. b) The patients is still hospitalized or sick-list. He is only able to resume work if special precautions are taken: close supervision and/or reduced time.										
3	The patient is still hospitalized or sick-listed and is unable to resume work. In hospital he participates for some hours per day in ward activities.										
4	The patient is still fully hospitalized and generally unable to participate in ward activities.										

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (ref 1)

Individual's name:

Date:

Rater's name:

INSTRUCTIONS

This form consists of 24 symptom constructs, each to be rated on a 7-point scale of severity ranging from 'not present' to 'extremely severe'. If a specific symptom is not rated, mark 'NA' (not assessed). Circle the number headed by the term that best describes the patients present condition.

1	2	3	4	5	6	7
not present	very mild	mild	moderate	moderately severe	severe	extremely severe

1.	Somatic concern	NA	1	2	3	4	5	6	7
2.	Anxiety	NA	1	2	3	4	5	6	7
3.	Depression	NA	1	2	3	4	5	6	7
4.	Suicidality	NA	1	2	3	4	5	6	7
5.	Guilt	NA	1	2	3	4	5	6	7
6.	Hostility	NA	1	2	3	4	5	6	7
7.	Elated mood	NA	1	2	3	4	5	6	7
8.	Grandiosity	NA	1	2	3	4	5	6	7
9.	Suspiciousness	NA	1	2	3	4	5	6	7
10.	Hallucinations	NA	1	2	3	4	5	6	7
11.	Unusual thought content	NA	1	2	3	4	5	6	7
12.	Bizarre behaviour	NA	1	2	3	4	5	6	7
13.	Self-neglect	NA	1	2	3	4	5	6	7
14.	Disorientation	NA	1	2	3	4	5	6	7
15.	Conceptual disorganisation	NA	1	2	3	4	5	6	7
16.	Blunted affect	NA	1	2	3	4	5	6	7
17.	Emotional withdrawal	NA	1	2	3	4	5	6	7
18.	Motor retardation	NA	1	2	3	4	5	6	7
19.	Tension	NA	1	2	3	4	5	6	7
20.	Uncooperativeness	NA	1	2	3	4	5	6	7
21.	Excitement	NA	1	2	3	4	5	6	7
22.	Distractibility	NA	1	2	3	4	5	6	7
23.	Motor hyperactivity	NA	1	2	3	4	5	6	7
24.	Mannerisms and posturing	NA	1	2	3	4	5	6	7

Reference

1 This version was adapted by Ventura, M.A., Green, M.F., Shaner, A. & Liberman, R.P. (1993). Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale: "The drift buster". International Journal of Methods in Psychiatric Research, 3, 221-244.

Global Assessment of Functioning (GAF) Scale

Consider psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health-illness. Do not include impairment in functioning due to physical (or environmental) limitations.

Code (Note: Use intermediate codes when appropriate, e.g., 45, 68, 72.)

- 100 Superior functioning in a wide range of activities, life's problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his or her many positive qualities. No symptoms.
- 90 Absent or minimal symptoms (e.g., mild anxiety before an exam), good functioning in all areas, interested and involved in a wide range of activities, socially effective, generally satisfied with life, no more than everyday problems or concerns (e.g., an occasional argument with family members).
- 80 If symptoms are present, they are transient and expectable reactions to psychosocial stressors (e.g., difficulty concentrating after family argument); no more than slight impairment in social, occupational, or school functioning (e.g., temporarily falling behind in schoolwork).
- 70 Some mild symptoms (e.g., depressed mood and mild insomnia) OR some difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., occasional truancy, or theft within the household), but generally functioning pretty well, has some meaningful interpersonal relationships.
- 60 Moderate symptoms (e.g., flat affect and circumstantial speech, occasional panic attacks) OR moderate difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., few friends, conflicts with peers or co-workers).
- 50 Serious symptoms (e.g., suicidal ideation, severe obsessional rituals, frequent shoplifting) OR any serious impairment in social, occupational, or school functioning (e.g., no friends, unable to keep a job).
- 40 Some impairment in reality testing or communication (e.g., speech is at times illogical, obscure, or irrelevant) OR major impairment in several areas, such as work or school, family relations, judgment, thinking, or mood (e.g., depressed man avoids friends, neglects family, and is unable to work; child frequently beats up younger children, is defiant at home, and is failing at school).
- 30 Behavior is considerably influenced by delusions or hallucinations OR serious impairment in communication or judgment (e.g., sometimes incoherent, acts grossly inappropriately, suicidal preoccupation) OR inability to function in almost all areas (e.g., stays in bed all day; no job, home, or friends).
- 20 Some danger of hurting self or others (e.g., suicide attempts without clear expectation of death; frequently violent; manic excitement) OR occasionally fails to maintain minimal personal hygiene (e.g., smears feces) OR gross impairment in communication (e.g., largely incoherent or mute).
- 10 Persistent danger of severely hurting self or others (e.g., recurrent violence) OR persistent inability to maintain minimal personal hygiene OR serious suicidal act with clear expectation of death.
- 0 Inadequate information.

The rating of overall psychological functioning on a scale of 0-100 was operationalized by Luborsky in the Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L: "Clinicians' Judgments of Mental Health." *Archives of General Psychiatry* 7:407-417, 1962). Spitzer and colleagues developed a revision of the Health-Sickness Rating Scale called the Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: "The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance." *Archives of General Psychiatry* 33:766-771, 1976). A modified version of the GAS was included in DSM-III-R as the

שאלון איכות הנוחה ושביעות רצון מהחיים * Q-LES-Q

Jean Endicott, Ph.D.

שאלון זה מתמקד בדרך לשיעור מדענות וביטחון הרצון שיתרגש במשך השבוע שעבר

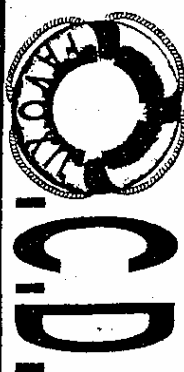
שם _____ מס' ת.י. _____ ותאריך _____

מקום: 1 - זכר, 2 - נקבה, גיל: _____

Developed with the assistance of Wilma Harrison, M.D. and Dianne Schechter, Ph.D.
Available From Jean Endicott, Ph.D., Department of Research, Assessment and Training, 722 West 168th Street, New York NY 1003

* Hebrew version - Psychiatric Epidemiology Research Unit, Talbich Mental Health Center,
P.O.B. 4487, 18 Disraeli Street, Jerusalem, Israel

Xanax
(alprazolam)
tablets



NEW YORK STATE
OFFICE OF
MENTAL HEALTH

עמוד 1 מתוך 8

בהתאם לחישוב הנוכחי במהלך השבוע האחרון, כמה זמן...

מסלול כל הזמן או תמיד	לעיתים קרובות או רוב הזמן	לפעמים	לעיתים רחוקות	גבול לא או אף פעם לא	
5	4	3	2	1	1. היית חופשי/ת לחלוטין ממחשבים, כאבים או אי-נוחות
5	4	3	2	1	2. הרגשת נטות?
5	4	3	2	1	3. הרגשת נמרון?
5	4	3	2	1	4. הרגשת כבד בברך או ברגל?
5	4	3	2	1	5. הרגשת לחץ או כבד בכתף או בכתף?
5	4	3	2	1	6. היית חופשי/ת מדאגות או דאגות בריאות או חופשי/ת?
5	4	3	2	1	7. הרגשת שיעור מספיק?
5	4	3	2	1	8. הרגשת יכולת לבצע פעילות גופנית לפי האור?
5	4	3	2	1	9. הרגשת שיש לך קואורדינציה טובה?
5	4	3	2	1	10. הרגשת שיוכלו לנהל מומקד טוב?
5	4	3	2	1	11. הרגשת טוב מבחינה גופנית?
5	4	3	2	1	12. הרגשת מלא מרץ וחיוניות?
5	4	3	2	1	13. היית חופשי/ת מבעיות ראיה?



THE CENTER FOR HEALTHCARE QUALITY IMPROVEMENT
CHQI & REFERENCE

עמוד 2 מתוך 6

כמעט כל הזמן או תמיד	לעיתים קרובות או רוב הזמן	לפעמים	לעיתים רחוקות	בכלל לא או אף פעם לא	
5	4	3	2	1	במהלך השבוע האחרון כמה זמן...
5	4	3	2	1	הרגשת צליל בראשו <input type="checkbox"/> .14
5	4	3	2	1	הרגשת שבע רצון מהידיד <input type="checkbox"/> .15
5	4	3	2	1	הרגשת טוב לגבי המראה החיצוני שלך <input type="checkbox"/> .16
5	4	3	2	1	הרגשת מאושר או שמח <input type="checkbox"/> .17
5	4	3	2	1	הרגשת בלתי תלוי <input type="checkbox"/> .18
5	4	3	2	1	הרגשת סיפוק <input type="checkbox"/> .19
5	4	3	2	1	הרגשת יכולת להתקשר עם אחרים <input type="checkbox"/> .20
5	4	3	2	1	הרגשת מעוניינת לספל בהמטעד (שער, כינון) ובדיגיטל <input type="checkbox"/> .21
5	4	3	2	1	הרגשת יכולת לקבל החלטות <input type="checkbox"/> .22
5	4	3	2	1	הרגשת נינוחה <input type="checkbox"/> .23
5	4	3	2	1	הרגשת טוב מהזדמנויות לחיידן <input type="checkbox"/> .24
5	4	3	2	1	הרגשת יכולת לנע כדף לעשות זכרים כשיש בכך צורך (ללכת ברגל, להשתמש במכונית, אוטובוס, רכבת, או כל אמצעי התחבורה ומין כפי שרצונו) <input type="checkbox"/> .25
5	4	3	2	1	הרגשת יכולת לספל בפעילות החיים <input type="checkbox"/> .26
5	4	3	2	1	הרגשת יכולת לספל בעצמך <input type="checkbox"/> .27



כמעט כל
הזמן או
תמיד

לעיתים
קרובות או
רוב הזמן

לפעמים

לעיתים
רחוקות

נכלל לא או
אף פעם לא

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

עמוד 3 מתוך 8

האם יש לך קשרה _____, עובדת עצמית _____

עושה עבודת סיוענות _____

אם לא, למה? האמת האפשרויות: (צייקי סיבה ועבר/עבר לעמוד 4)

- אם לא, מידע לא:
- 1. חולה גופני קשה מדי
- 2. מוצקה נפשית קשה מדי
- 3. פסיכיאטר
- 4. סיבה אחרת _____
- ציני _____

אם כן, לאמת האפשרויות (המשך פרק זה)

במהלך השבוע האחרון כמה זמן...

- 30. ☐ תזניות מועטות שלדך
- 31. ☐ פתרת בעיות בעבודה או סופלת בדרך ללא מוהל רב מדי
- 32. ☐ יכולת לחשוב בעלילות על העבודה?
- 33. ☐ היית החלטיג על העבודה, או קיבלת החלטות מדי שהיה צריך?
- 34. ☐ הישגת את מה שרצית לעשות?
- 35. ☐ היית מודעה מהישגך?
- 36. ☐ עבדת טוב
- 37. ☐ היה לך ענין בעבודתך?



5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

עמוד 3 מתוך 8 (המשך)

- ☐ .38 חתוכות בעבודה שלך
☐ .39 עבודת נקפולטו
☐ .40 עמודת בריסקס העבודה הנפיו
☐ .41 טיפול בעבודה בעמך כשהיה בכך עוררו
☐ .42 יצרת בקלות קשרים עם אחרים תוך כדי העבודה



האם את/ה אחראית לחובות כלשהן במשק הבית (נכון : נכון, שטיפת כלים, קניית מזון או הכנתו) לעצמך או לאנשים אחרים?

43. לא (צייני סיבה ועבור/עבורי לעמוד 5)

אם לא, מדוע לא?

1. חולה גופני קשה מדי
2. מצוקה נפשית קשה מדי
3. לא מצפים ממני שאעשה משהו
4. סיבה אחרת

ציין

44. אם כן לאחת האפשרויות (המשך פרק זה)

במתלך השבת האחרון כמה זמן...

כמה שכל הזמן או תמיד	לעיתים קרובות או רוב הזמן	לפעמים	לעיתים רחוקות	בכלל לא או אף פעם לא	
5	4	3	2	1	45. שמרת על חדר/דירתך/ביתך נקי לשבועות רצופים?
5	4	3	2	1	46. שולמת חשבונות, ביצעת פעולות בנקאיות לשבועות רצופים?
5	4	3	2	1	47. קנית מזון ומצרכי בית אחרים לשבועות רצופים?
5	4	3	2	1	48. הכנת אוכל או השגת אוכל לשבועות רצופים?
5	4	3	2	1	49. דאגת לכביסה/לניקיון לשבועות רצופים?
5	4	3	2	1	50. הייתה לך הרגשת סיפוק בנוגע לפעילות אחזקת משק הבית?
5	4	3	2	1	51. התרכזת וחשבת בבהירות על פעולות אחזקת משק הבית שיש לבצע?
5	4	3	2	1	52. פנתת בעיות משק הבית או טיפלת בהן ללא מרחב גיבוי מיד?
5	4	3	2	1	53. היית החלטית או קיבלת החלטות כפי שגדרש לגבי פעולות משק הבית?
5	4	3	2	1	54. ביצעת תיקונים או דאגת לאחזקת משק הבית כפי שגדרש?

עמוד 5 מתוך 8

האם לקחת קורסים כלשהם, חלקם לשעורים, או השתתפת בסוג כלשהו של עבודה בקורסים, בנית ספר או בלמודים נבחרים במסך השבוע שעבר?

לא (צייני סיבה ועבר/עברי לעמוד 6)

אם לא, מודע לא?

1. חולה גופנית קשה מדי
2. מנקה במשך קשה מדי
3. לא מנלים ממני
4. סיבה אחרת

אני/אנן (השלים פרק זה) כן

כמעט כל
הזמן או
תמיד

לעיתים
קרובות או
רוב הזמן

לפעמים

לעיתים
רחוקות

בכלל לא או
אף פעם לא

במהלך השבוע האחרון כמה זמן...

57. ☐ נהנית מהעבודה בקורס/בכיתה?
58. ☐ צפית להשתתף בקורס/בכיתה?
59. ☐ טיפלת בעבודת הקורס/הכיתה ללא מעט מחפז?
60. ☐ חשבת במהירות על עבודת הקורס/הכיתה?
61. ☐ היית החלטי/ת לגבי עבודת הקורס/הכיתה לשבוע?
62. ☐ היית שבע רצון במה שהיגיד בעבודת הקורס/הכיתה?

עמוד 5 מתוך 8 (המשך)

- היה לך עניין בעבודת הקורס/הכיתה שלך? ☐ .63
- התוכנות בעבודת הקורס/הכיתה? ☐ .64
- הרגשת טוב בזמן שעשית את עבודת הקורס/הכיתה? ☐ .65
- יצרת בקלות קשר ופעלה הודות עם אנשים אחרים בקורס/כיתה שלך? ☐ .66
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |



עמוד 6 מתוך 8

חשאלת הבאות מתייחסות לפעילויות בזמן החופש/פנאי (בגן): צפייה בטלוויזיה, קריאת עיתונים וכתבי עת, טיפול בצמחי בית או בגינה, חליכה לטרסים וכו')

כמעט כל הזמן	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	בכלל לא או אף פעם לא	
או תמיד	או יוב הזמן				
5	4	3	2	1	67. כאשר היה לך זמן חופשי, באיזו תכיפות חשתבזש בזמן הזה לפעילויות פנאי?
5	4	3	2	1	68. באיזו תכיפות נהנית מפעילויות הפנאי שלך?
5	4	3	2	1	69. באיזו תכיפות ציפית לפעילויות הפנאי לפני שהשקעת בחן זמן?
5	4	3	2	1	70. באיזו תכיפות התרכזת בפעילויות הפנאי לפני שהשקעת בחן זמן?
5	4	3	2	1	71. אם התעוררה בעיה בפעילויות הפנאי שלך, באיזו תכיפות פתרת אותה או טיפלת בה ללא מתח מופרז?
5	4	3	2	1	72. באיזו תדירות משכו מפעילויות הפנאי את תשומת לבך?

214

רמת הסיפוק

עמוד 8 מתוך 8

רצ מאוד	רצ	טביר	טוב	טוב מאוד
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

אם לוקחים את הכל בחשבון, במהלך השבע האחרון עד כמדד
היית שבע רצון לגבי...

- ☐ .84 בריאותך הגופנית
- ☐ .85 מצב הרוךך
- ☐ .86 עבודתך
- ☐ .87 פעילויות משק וזמנת שלך
- ☐ .88 קשריך החברתיים
- ☐ .89 קשריך המשפחתיים
- ☐ .90 פעילויות הפנאי/זמן חופשי שלך
- ☐ .91 יכולתך להפיק בריי נים-ים
- ☐ .92 דוחך, עניין וראו ותפקיד מנינו
- ☐ .93 מוצד הכלכלי



Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

שם: _____ תאריך לידה: _____ זכר: _____ נקבה: _____

התאריך היום: _____

הוראות: אנו מעוניינים לדעת איך אתה מרגיש לגבי החיגדים הבאים. תקרא כל משפט בקפידה. תציין איך אתה מרגיש כלפי כל משפט.

הקף בעיגול 1 אם אתה מתנגד באופן מאוד חזק.
הקף בעיגול 2 אם אתה מתנגד באופן חזק.
הקף בעיגול 3 אם אתה מתנגד בצורה קלה.
הקף בעיגול 4 אם נייטרלי.
הקף בעיגול 5 אם אתה מסכים בצורה קלה.
הקף בעיגול 6 אם אתה מסכים באופן חזק.
הקף בעיגול 7 אם אתה מסכים באופן מאוד חזק.

מתנגד באופן מאוד חזק	מתנגד באופן חזק	מתנגד בצורה קלה	נייטרלי	מסכים בצורה קלה	מסכים באופן חזק	מסכים באופן מאוד חזק		
1	2	3	4	5	6	7	1.	יש אדם מיוחד בסביבה כשאני במצוקה
1	2	3	4	5	6	7	2.	יש אדם מיוחד עמו אני יכול להתחלק בעת שמחה ובעצב
1	2	3	4	5	6	7	3.	משפחתי באמת מנסה לעזור לי
1	2	3	4	5	6	7	4.	אני מקבל ממשפחתי את העזרה הנפשית ואת התמיכה שאני צריך
1	2	3	4	5	6	7	5.	יש לי אדם מיוחד שהוא מקור אמיתי לנחמה עבורי
1	2	3	4	5	6	7	6.	חברי באמת מנסים לעזור לי
1	2	3	4	5	6	7	7.	אני יכול לסמוך על חברי כשדברים לא הולכים כמו שצריך
1	2	3	4	5	6	7	8.	אני יכול לשוחח על הבעיות שלי עם משפחתי
1	2	3	4	5	6	7	9.	יש לי חברים עמם אני יכול להתחלק בשמחה ובעצב שלי
1	2	3	4	5	6	7	10.	יש אדם מיוחד בחיי שאכפת לו מהרגשות שלי
1	2	3	4	5	6	7	11.	משפחתי מוכנה לעזור לי לקבל החלטות
1	2	3	4	5	6	7	12.	אני יכול לשוחח על הבעיות שלי עם חברי

Final version – July 2, 1998

Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

(Norman S. Endler and James D. A. Parker)

שם: _____ גיל: _____ מין: _____ תאריך: _____

מקצוע: _____ השכלה: _____ מצב משפחתי: _____

הוראות: להלן דרכים שונות בהם אנשים מגיבים למצבים קשים, מלחיצים או מרגיזים. נא להקיף בעיגול מספר מ- 1 עד 5 לכל פריט. ציין באיזה מידה אתה עוסק בפעילויות כאלה כאשר אתה נתקל במצב קשה, מלחיצ או מרגיז.

מספר	הרבה מאוד	כלל לא					הרבה מאוד	מספר
		5	4	3	2	1		
1								מתכנן את הזמן שלי יותר טוב
2								מתמקד בבעיה ורואה איך אני יכול לפתור אותה
3								חושב על הזמנים הטובים שהיו לי
4								משתדל להיות עם אנשים אחרים
5								מאשים את עצמי שאני דוחה ביצוע דברים
6								עושה את מה שלהערכתי הוא הכי טוב
7								מוטרד במיוחדים וכאבים
8								מאשים את עצמי על כך שנקלעתי למצב כזה
9								מסתכל בחלונות ראוה
10								מגדיר את העדיפויות שלי
11								מנסה ללכת לישון
12								מצ'פר את עצמי עם אוכל או חטיף שאני הכי אוהב
13								חש חרדה בגלל שאני לא מסוגל להתמודד
14								נעשה מתוח
15								חושב על איך פתרתי בעיות דומות
16								אומר לעצמי שזה באמת לא קורה לי
17								מאשים את עצמי על רגישות היתר שלי לגבי המצב
18								יוצא לאכול משהו קל או ארוחה
19								נעשה נרגז מאוד
20								קונה משהוא לעצמו
21								קובע מסלול פעולה ופועל לפיו
22								מאשים את עצמי על כך שאני לא יודע'מה לעשות

Final version – July 2, 1998

נספח ו'4: דפי קיזר - תיקי כלל בוגרי הנספח עד 2004

days
מס' הימים שהמטופל שהה בנספח, אמור לשקף את הישגיו בין ת. החתולה לסיום.

code
קוד לכל מטופל לפי סדר הגעה לנספח: 1-167 מטופלים חוזרים קיבלו את אותו הקוד פעמיים

milit
שירות צבאי
לא
0
חלקי
1
מלא
2

edu
פחות מ-12 ש"ל
1
12-14 ש"ל
2
15-17 ש"ל
3
18 ש"ל ומעלה
4

gender
זכר
1
נקבה
2

time
טיפול ראשוני
1
טיפול חוזר
2

שימוש בסמים בעבר, ללא קשר למשבר

bag
גיל התחילת שימוש בסמים
עבר תרופתי
לא
כן

ale
שימוש באולטרות
לא השתמש/לא דווח על שימוש
שימוש מדין
שימוש רב
השתמש, לא ידוע כמות

otter
שימוש בסם אחר (הרואין/קוקאין)
לא השתמש/לא דווח על שימוש
שימוש מדין
שימוש רב
השתמש, לא ידוע כמות

del
שימוש בסם היזיקי: קסמית, אקס, MDMA, LSD
לא השתמש/לא דווח על שימוש
שימוש מדין
שימוש רב
השתמש, לא ידוע כמות

can
שימוש בקנביס
לא השתמש/לא דווח על שימוש
שימוש מדין
שימוש רב
השתמש, לא ידוע כמות

מצב בקבלה ונסיבות הפניה ללפך

hos
אשכנז קרב המשבר לפני הנגיסה ללפך
לא
כן

hosp
תרופתי שחולץ מה"ל
לא
כן

med
האם הוגדר קרב חרפות בלפך
לא
כן

דאגה 1-3
דאגנות במהלך השמות בלפך
פסיכונה
מכור לקבוצה/קוקאין/אלקוהול
מכור להרואין
מחלת נפש (דיאגנזה, תרופה, סכיזופרניה, OCD)
משבר שאינו מחלה מלאה (פוביה, דיאגנזה מקרה וכו')
חלופת מעור
הפרעת אשיות
הפרעת התנהגות/הפרעות עם/אלימות/אליטה על דחפים
אובדנות
הפרעת אכילה
PTSD

החלטה
משבר במהלך תרופות
לא
אסיר
דורס אמריקה
דרום הפסיקה
אירופה
ארה"ב
אפריקה

דאגה 2-4
גורמים/זרזים למשבר
שימוש בקנביס
שימוש בסם היזיקי
שימוש בסם אחר (הרואין, קוקאין)
התנהגות/משבר/אחרים (אספסופ וכו')
לחצים
טראומה
בעיות בריאות
הפרעה כרונית/התנהגות זלזולת מלאה
ללא גורם חיצוני/לא ידוע
סם לא ידוע
מחלה פיזית

עזרים
מערך פרוז המשבר
עזר שנה
לפני שנה
לפני שנתיים
מס' שנים

מהלך השמות וסיום

דאגה 1-3
החלטות להמשך טיפול
לא
אשכנז
בלפך
פניה ללפך (הוסטלים, ידוע מהגן)
בקרוב (תרופות, ג. הפסי, קט' המש)
מקבץ פסיכיאטר/תרופות
לימודים/עבודה

cond
מצב הבריאות בסיס טיפול
לא משבר
יש מחלה אך רחוקה טובה
שיפור חלקי
אין שיפור

short
קוצר שנות
לא
עזבה מרצון
סילוק מהכפר
אין צורך בטיפול

דאגה 2-4
אירועים חריגים במהלך השמות
אין
פסיכונה/תרופות בלי אשכנז
אלקוהול
קיום סמים
עומת עם סמכות
ציאת ללא רשות
אלימות/התפרצויות עם
אשכנז במהלך השמות
אובדנות/הפרעת עשיית
אחר

במידה ואין מידע - 89 א. ריק
שאלה רב בריאות- מספר אופציות משגב

כל מי שמצא בלפך פחות מ- 120-100 יום, כל הוראה קוצר שנות
לקבוצה לברוא תאריכים וליקח את הקצוץ בקטל יז במקרה חשוד
למשל, לחוסף קטל "עזבה מסיבה לא ידועה"

נספח ו'ט: דפי קידור – תיקי אינטיים

feas-2*	
במקרי א קבלה/הסתייגות: הסיבה מדוע לא התקבל (במידה ונכתב)	
1	מצב טוב יחסית: אין צורך במסגרת, יכולת התאוששות ספונטנית, אפשרות להשגחה בבית וכו'.
2	חוסר חובנה/מורעו/מחשבות/חוסר נכונות לקחת חרפות
3	מצב קשה מדי/שיתוש כבד מדי, בסמים, צורך בהשגחה אמורה (אידון = מסגרת פתוחה מיד).
	תחלואה כפולה, נרקומן, פסיכיים גמורים להפחתת שימוש
4	אובדנות/מסוכנות/אלמות
5	ללא תוצקה נפשית/שימוש חסר בסמים/ראשן להיכנס מסיבות אחרות (מצאת מקלט וכו').
6	עבריינות

cont	
במקרי א קבלה/הסתייגות: המועד הופנה ל-	
1	טיפול בקהילה: פרטי, קב' תמיכה, מרכז יום וכו'.
2	השגחה בבית
3	מוסד טיפולי קוללי (הוסטל, תחלואה כפולה וכו') / מוסד גמילה
4	אשפוז

time
אינטיים ראשון, שני או שלישי

gender	
1	זכר
2	נקבה

dec	
החלטה בגובה לחומרת	
0	לא חוזר/חוזר לעגשה נוספת
1	מתאים
2	לא מתאים/לא מתאים כרגע
3	מתאים בהסתייגות/לא בטוח

age: דפול	
הערות המראין לגבי סוג ההפרעה ממנה סובל המטופל	
1	פסיכידה
2	מסור לקב/ס/קוק/אלכוהול
3	מסור להראיו
4	מחלות נפש*
5	משבר שאינו הפרעה מלאה (דיכאון/חרדה לא קליניים)
6	חלופת מעצר
7	הפרעת אישיות
8	הפרעת התנהגות
9	אובדנות
10	הפרעות אכילה
11	PTSD
12	משבר רוחני

* כאשר 4+1, מדובר במחלת נפש פסיכידה: סכיזופרניה, בופולרי וכו'. כאשר 4 לבד, מדובר במחלה ללא פסיכידה: דיכאון, חרדה, OCD וכו'.