

מהשוליים אל המענה: חוק צוותי ההתערבות במשבר נפשי כמדיניות לקידום שוויון וצדק חברתי – מאמר דעה

יבגני קנייפלי¹

מאמר דעה זה עוסק בחוק צוותי התערבות במשבר נפשי (התשפ"ג-2023), אשר מבקש להקים מערך ארצי, מקצועי וזמין 24/7 להתמודדות עם משבר נפשי בקהילה. על בסיס גישת ההצטלבות של מיקומי שוליים (intersectionality) ברצוני לטעון כי יישום אפקטיבי של החוק אינו רק סיוע רפואי לשיפור הרצף הטיפולי באנשים החווים משבר נפשי חריף, אלא מדיניות חברתית לצמצום פערים בבריאות הנפש בין הקבוצות החזקות לקבוצות המוחלשות והמודרות בחברה הישראלית. דעה זו נתמכת בניתוח ביקורתי של ארבע זירות עיקריות שבהן ניכר אי-שוויון בטיפול במשבר נפשי: (1) היעדר מענה ציבורי הולם והסתמכות על שירותים פרטיים שאינם נגישים כלכלית, גאוגרפית ותרבותית לכלל האוכלוסייה; (2) מעורבות משטרתית המגבירה את הסיכון לפגיעה, במיוחד בקרב קבוצות המיעוט; (3) שיעורי אשפוז פסיכיאטרי גבוהים בקרב עולים ומיעוטים, המעידים על הדרה ואי-השתלבות; (4) העומס הרב המוטל על בני משפחה מטפלים – ובעיקר על נשים, שנחשפות לעיתים אף לאליומות מצד האדם המצוי במשבר נפשי. באמצעות סקירה של ממצאים המצביעים על הקשר שבין סטיגמות מצטלבות, חסמים מערכתיים ופערים בבריאות הנפש אבקש להדגים את האופן שבו יישום של החוק החדש עשוי לתרום לשינוי חברתי ולהבטיח מענה שוויוני ונגיש לכלל הקבוצות בחברה הישראלית.

מילות מפתח: חוק צוותי התערבות במשבר נפשי, מדיניות בריאות הנפש, אי-שוויון, הצטלבות, מיעוטים

¹ דוקטור, הפקולטה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית אשקלון <https://orcid.org/0000-0002-7019-4272>

מבוא

חוק צוותי התערבות במשבר נפשי (התשפ"ג-2023) הוא יוזמת חקיקה חדשה בישראל ומטרתה להקים מערך לאומי של צוותי התערבות במצבי משבר נפשי. הצעת החוק, שיזמו חברי הכנסת מיכל וולדיגר ושמחה רוטמן, אושרה לקריאה ראשונה בוועדת הבריאות של הכנסת ביולי 2023. החוק צפוי להיכנס לתוקפו בהדרגה בשנים הקרובות, והוא נועד לתת מענה ראשוני, מקצועי ורגיש למצבי משבר נפשי בקהילה: ניסיונות אובדניים, התקפים פסיכוטיים או אפיזודות נפשיות קיצוניות אחרות. הצעת החוק התגבשה במידה רבה בעקבות פעילות רבת-שנים של ארגוני המשפחות להעלאת הנושא לסדר היום הציבורי, תוך התרעה על היעדר מערך קהילתי נגיש ומתפקד במצבי משבר פסיכיאטריים (קנייפל, 2020). ברמת המדיניות החוק משתלב ברצף של רפורמות חדשניות שבוצעו בשלושת העשורים האחרונים בישראל בתחום בריאות הנפש – הרפורמה המבנית, הרפורמה השיקומית והרפורמה הביטוחית (אברם, 2019) – ומוסיף נדבך ייחודי של התייחסות למצבי משבר, אשר נעדרה מהרפורמות הקודמות.

ידוע שמשברים נפשיים חריפים מלווים פעמים רבות בהידרדרות תפקודית ורגשית של האדם, המלווה לעיתים בנשירה מהטיפול השוטף, בהסתגרות ממושכת בבית ובהתגברות של התנהגות מסוכנת כלפי עצמו או סביבתו הקרובה (משרד הבריאות, 2019; Compton et al., 2024). במצבים כאלה ההתערבות נדרשת להיות מהירה, רגישה ומותאמת – לעיתים על ידי צוותים רב-מקצועיים המגיעים לביתו של האדם ויכולים להעריך את מצבו הנפשי, להכיל את המצב המשברי, להעניק טיפול ראשוני (לעיתים בעזרת תרופות ושיחות), ובמקרים רבים לתווך לטיפול המשך בקהילה או בבית החולים. מודלים בין-לאומיים שמופעלים בהם צוותי התערבות משבריים בקהילה, דוגמת *Community Mental Health Crisis Teams* באוסטרליה ובקנדה, וכן *Ambulant Acute Teams* בארצות סקנדינביה, הוכיחו את יעילותם בשילוב בין טיפול רפואי, תמיכה חברתית וגיוס משאבים קהילתיים. ברוח זו, המערך המוצע בישראל יפעל 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע, ויכלול מוקד ארצי לסיוע נפשי שממנו יזנקו צוותי התערבות בהתאם לצורך. צוותים אלו יופעלו בפריסה ארצית ויורכבו מאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש דוגמת עובדים סוציאליים, אחים/אחיות ופסיכיאטרים. הללו ישתמשו בפרוטוקולים ובכלים שכבר נמצאו יעילים במדינות מערביות רבות (משרד הבריאות, 2019; Compton et al., 2024).

מסגרת תאורטית: גישת ההצטלבות ובריאות הנפש

במאמר הדעה הנוכחי ברצוני לטעון שהמשך חקיקתו ויישומו בפועל של חוק צוותי התערבות במשבר נפשי (התשפ"ג-2023) הוא לא רק מענה חיוני לשיפור רצף הטיפול בקהילה לאנשים החווים משברים נפשיים ולהפחתת עומסים מגורמים משפחתיים ומערכתיים המעורבים בטיפולם, אלא מדיניות הכרחית לצמצום אי-שוויון ופערים חברתיים בין הקבוצות החזקות לקבוצות המוחלשות והמודרות בחברה הישראלית. לצורך הניתוח של פערים חברתיים ואי-שוויון בבריאות הנפש אשתמש בגישת ההצטלבות של מיקומי שוליים (intersectionality), מונח שטבעה קימברלי קרנשו (Crenshaw, 1991) כאשר חקרה את מנגנוני הדיכוי שחוו נשים שחורות בארצות הברית בהשוואה לקבוצות חברתיות אחרות. גישת ההצטלבות צמחה מתוך התאוריה הפמיניסטית הביקורתית, והיא גורסת כי קבוצות בחברה עלולות לחוות דיכוי והפליה באמצעות מערכות כוח מצטלבות אשר מעצבות את ההדרה שלהן על בסיס מגדר, אתניות ומעמד חברתי.

בשנים האחרונות השימוש בגישה של הצטלבות מוטמע ביתר הרחבה גם בשירותי בריאות ורוחה, במטרה לצמצם אי-שוויון ולשפר את הנגישות של המענים עבור קבוצות מיעוט מרקעים חברתיים ותרבותיים שונים.² בהקשר של בריאות הנפש, ממצאים מעידים ששילוב בין מערכות סמויות של דיכוי כגון גזענות, סקסיזם, פטריארכיה ואייבליזם לבין קטגוריות חברתיות השזורות זו בזו כגון מעמד, אתניות, מגדר, זהות מינית, מצב משפחתי וסטיגמה בבריאות הנפש, מייצר איום מתמשך על זהותם ובריאותם של אנשים עם מצוקות נפשיות ועל בני משפחתם, ומרחיק אותם ממקורות טיפול ותמיכה חיוניים (Knaifel & Rubinstein, 2025). אי לכך, על מעצבי מדיניות ואנשי מקצוע להכיר במנגנונים המייצרים אי-שוויון בבריאות הנפש, לפעול להסרת הסטיגמה וההדרה המצטלבות המופנות כלפי מטופלים מקבוצות השוליים ולסייע בהנגשת המשאבים החיוניים להם בתהליכי החלמה אישיים ומשפחתיים. בהמשך איישם את ההתבוננות מבעד לעדשה זו בארבע זירות מרכזיות של אי-שוויון בטיפול במשבר נפשי בישראל; אולם תחילה אציג את הלקונה המבנית במענים הציבוריים להתערבות במשבר פסיכיאטרי.

² במאמר זה המונח "מיעוטים" מתייחס למיעוטים אתניים, קהילת הלהט"ב, מיעוטים דתיים, עולים ומהגרים.

הלקונה במדיניות ההתערבות במצבי משבר פסיכיאטריים בישראל

אף שהמצבים הנפשיים שאנשים מתמודדים עימם הם רבים ומגוונים, המענה העיקרי להתמודדות עם מצבי משבר פסיכיאטריים היה ונשאר עד היום מערך האשפוז. מערך זה ריכז את רוב המשאבים, וההתערבויות במשבר נפשי נשענו בעיקר על חוק טיפול בחולי נפש (תשנ"א-1991), המסדיר את התנאים לאשפוז פסיכיאטרי כפוי ואת הסמכויות של הפסיכיאטרים המחוזיים במצבים שבהם אדם נמצא במצב נפשי מסוכן לעצמו או לאחרים (אבירם, 2019). עם זאת, החוק לא אפשר ביקורי בית יזומים של צוותים פסיכיאטריים לצורך הערכה, טיפול ומניעה של המשבר, אלא אם כן כבר הוצא צו הוראת בדיקה או אשפוז. לגורמים המטפלים בקהילה, דוגמת צוותי בריאות הנפש בקופות החולים, אין סמכות, הכשרה מתאימה או יכולת להגיע לביתו של אדם המצוי במשבר נפשי אלא אם כן פנה אליהם מיוזמתו. ואולם בפועל פנייה יזומה מצד המטופל כמעט שאינה מתרחשת במצבי משבר, ובמיוחד במצבים פסיכוטיים או אובדניים, שבהם יש לרוב עלייה בחשדנות, בחרדה ובהימנעות מקבלת טיפול (קנייפל, 2020). עקב כך, במקרים רבים נדרש סיוע של המשטרה כדי להביא אדם לבדיקה פסיכיאטרית, ובכך נמנעת האפשרות לספק מענה בקהילה במסגרת תהליך טיפולי רציף עם האדם ובני משפחתו (חוק צוותי התערבות במשבר נפשי, התשפ"ג-2023).

כך או כך, המדיניות הקיימת אינה הולמת את מצבור הצרכים הבריאותיים והחברתיים המורכבים של מתמודדי נפש, כגון עוני, התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים, מוגבלויות פיזיות או קוגניטיביות נוספות, פוסט-טראומה וחישיפה לאלימות (Aviram et al., 2023); לכן מצטרפים גורמים חיצוניים לקהילה כגון מגפת הקורונה, מלחמה מתמשכת והגירה פנימית וחיצונית (Carpiniello, 2023). שילוב נסיבות אלה יוצר תחושה של מצב חירום ומשבר מתמשכים, וזו אינה עולה בקנה אחד עם מודלים טיפוליים שמרניים, המתבססים על יציבות יחסית ועל היכרות ארוכת טווח עם האוכלוסיות. במצב זה היעדר אינטגרציה בין שירותי הבריאות, הרווחה, הדיור והקהילה מותיר את המטופלים ואת משפחותיהם חשופים במיוחד לסיכון של הידרדרות, ומכניס גם את המערכות עצמן לתפקוד משברי מתמשך (Krivoy & Rosenthal, 2025).

המערך הקהילתי הטיפולי, שמאז הרפורמה הביטוחית ב-2015 ניתן באמצעות קופות החולים, כולל בעיקר טיפול תרופתי ופסיכותרפיה, ואלה תלויים במידה רבה בשיתוף פעולה של האדם (אבירם, 2019). התערבויות פרו-אקטיביות שמכינות את האדם לחיים

משמעותיים תוך שימוש בתמיכות מקצועיות וקהילתיות כמעט שאינן קיימות במערך האמבולטורי, ורוב אנשי מקצוע אינם מקבלים הכשרות מתאימות לסוג ההתערבויות שצוותי חירום נדרשים להן, כגון פעולות יישוג (reaching out) ותיאום טיפול (case manager). למרות התחייבות של קופות חולים טרם הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש לטפל גם במצבי משבר, או לכל הפחות לערוך ביקורי בית לצורך הערכה ראשונית, פרקטיקה זו כמעט שאינה מיושמת בפועל. עוד לפני המשברים הלאומיים של מגפת הקורונה ומלחמת "חרבות ברזל", דוח הוועדה של המועצה הלאומית לבריאות בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים לאחר הרפורמה לבריאות הנפש התריע על כך במישרין: "למרות חשיבות השירות ויתרונותיו והכללתו כחלק מהשירותים בהסכם הרפורמה, בפועל ביקורי בית כמעט ואינם מבוצעים על ידי קופות החולים. זאת כתוצאה של העומס הנוכחי, שיטת התגמול וההתחשבות והיעדר מערך לגיטימי המסדיר זאת" (משרד הבריאות, 2019, עמ' 22). מיותר לציין שמאז משבר הקורונה ומלחמת חרבות ברזל העומס המוטל על המערך האמבולטורי בבריאות הנפש רק הלך והתעצם, המחסור בכוח אדם בשירותי הבריאות רק הלך והחריף, והמענים ציבוריים ומכווני החלמה להנגשת הטיפול במצבי משבר הוזנחו כמעט לחלוטין (Aviram et al., 2023; Krivoy & Rosenthal, 2025).

אי-שוויון בטיפול במשבר נפשי: ארבע זירות ניתוח

במאמר הנוכחי אבקש לנתח ארבע זירות עיקריות שמתקיים בהן אי-שוויון בטיפול במשבר נפשי בישראל: (1) היעדר מענה ציבורי הולם בשעת משבר והסתמכות על שירותים פרטיים שאינם נגישים כלכלית, גאוגרפית ותרבותית לכלל האוכלוסייה; (2) מעורבות משטרית בטיפול במשבר נפשי המגבירה סיכון לפגיעה, במיוחד בקרב קבוצות המיעוט; (3) שיעורי אשפוז פסיכיאטרי גבוהים וחוזרים בקרב עולים ומיעוטים, המעידים על הדרה ואי-השתלבות חברתית; (4) העומס המוטל על בני משפחה מטפלים – ובעיקר נשים, שלעיתים נחשפות אף לאליומות מצד האדם הנתון במשבר. מבעד לעדשה של גישת ההצטלבות, כל אחת מהזירות הללו משקפת יחסי גומלין בין מערכות סמויות של דיכוי לזהויות מצטלבות מזדורות. יחסי הגומלין הללו מקשים על התמודדות עם משבר נפשי בקרב קבוצות מיעוט, ומעמיקים את פערי הבריאות והטיפול בישראל.

הסתמכות על שירותים פרטיים בשעת משבר נפשי

היעדר מענה ציבורי למצבי משבר נפשיים הוביל לאורך השנים לכניסת גופים פרטיים לשדה זה (קנייפל, 2020). אף שמדובר לרוב בשירותים חשובים, מקצועיים ולעיתים אף מצילי חיים, עצם ההסתמכות על שוק פרטי במרחב שאמור להיות באחריות המדינה ממחיש את עומק אי-השוויון במערכת הבריאות בישראל. לפי גישת ההצטלבויות, אי-שוויון מתבטא בדרכים שונות עבור אנשים הנמצאים בצומתי שוליים חופפים – כלכליים, גאוגרפיים, תרבותיים ובריאותיים.

ראשית, משפחות שמצבן הכלכלי ירוד אינן יכולות לממן שירותים פרטיים – ובפרט שירותים יקרים כמו ביקורי בית של פסיכיאטרים ואנשי מקצוע אחרים בבריאות הנפש. עבור אוכלוסיות עניות המשבר הנפשי אינו רק אתגר אישי או רפואי, אלא גם משבר כלכלי מתמשך. כאשר האחריות לטיפול נופלת על המשפחה ללא תמיכה ציבורית נוצרת העמקה של מחזור העוני וההדרה מהשירותים (Krivoy & Rosenthal, 2025). שנית, רוב השירותים הפרטיים מרוכזים במרכז הארץ, בעיקר באזורים עירוניים. תושבי פרפריה גאוגרפית – למשל בגליל, ננגב וביישובים כפריים – נאלצים לשלם מחירים גבוהים יותר או לגלות שהשירות הפרטי אינו קיים כלל באזורם. ההצטלבות בין שוליות גאוגרפית לשוליות כלכלית מחריפה את הפערים ומצמצמת את האפשרות לקבל מענה בזמן אמת. שלישית, שירותים פרטיים רבים אינם מונגשים מבחינת שפה ותרבות. ידוע שעבור קבוצות מיעוט בישראל – דוגמת עולים חדשים, קהילות חרדיות וערביי ישראל – היעדר התאמה תרבותית מונע גישה לשירותים, גם אם היכולת הכלכלית קיימת. ההדרה כאן היא כפולה: גם שירותים ציבוריים נעדרים, וגם שירותים פרטיים המדירים אותם שלא במכוון. רביעית, בהיעדר פיקוח ציבורי מחייב הכניסה של שחקנים פרטיים עלולה להוביל גם לבעיות של איכות, אתיקה ושקיפות. לא כל שירות פרטי פועל מתוך מחויבות מקצועית או אתית, ולעיתים מתעוררות שאלות בדבר אינטרסים כלכליים וזמינות נמשכת של השירות. מצב זה מערער את האמון הציבורי במערכת הבריאות ומעצים את תחושת ההפקרה של קבוצות מוחלשות. במילים אחרות, כאשר המדינה מפקירה את תחום ההתערבות במשברים נפשיים ומותירה אותו בידי גורמים פרטיים בלבד, היא לא רק מגלגלת את האחריות לפתחן של משפחות מטפלות, אלא משעתקת ומעמיקה את מערכי אי-השוויון והפערים החברתיים.

מעורבות משטרתית במשברים נפשיים

ממצאים רבים מעידים שאנשים עם מוגבלות בכלל, ועם מוגבלות נפשית בפרט, חשופים יותר מכלל האוכלוסייה לאלימות מצד שוטרים ואנשי ביטחון (DeVylder et al., 2022). ב-2020 תופעה זו הגיעה לשיאה גם בישראל, אז נרשמו מקרים אחדים של אלימות קשה ואף קטלנית באינטראקציה בין כוחות המשטרה למתמודדי נפש (Weishut et al., 2021). אירועים טראגיים אלה, שבהם מתמודדי נפש המוכרים למערכות הבריאות והרווחה נהרגו בשגגה במהלך מעצרים, האיצו את השיח הציבורי והובילו לדרישות גוברות לשינוי מדיניות הטיפול במצבי משבר נפשיים ולקידום שילובם של צוותי התערבות מקצועיים וייעודיים להתמודדות עם מצבים אלה.

גישת ההצטלבות מסייעת להבין שהאלימות של כוחות הביטחון נובעת לא רק מדעות קדומות כלפי מתמודדי נפש, אלא מהצטלבות של מוגבלות נפשית עם קטגוריות חברתיות נוספות כגון מעמד, מגדר ושונות אתנית. על בסיס ניתוח שיטתי של מקרי האלימות המשטרתית כלפי מתמודדי נפש על רקע של מצב הביטחוני הרגיש בישראל טענו וייסהוט ואח' (Weishut et al., 2021) כי ההצטלבות של הקטגוריות החברתיות הללו עלולה ליצור דינמיקה של חשדנות, איום ותגובה מוגזמת ואלימה מצד כוחות הביטחון. כל ארבעת מתמודדי נפש שנורו למוות על ידי השוטרים היו גברים, ממעמד חברתי-כלכלי נמוך ובעלי שונות תרבותית מובחנת: שני ערבים-פלסטינאים, יהודי חרדי ויהודי יוצא אתיופיה. כלומר הסטיגמה כלפי מתמודדי נפש כאנשים אלימים ובלתי צפויים מועצמת כשהיא נחוות עם תיוגים חברתיים נוספים כלפי קבוצות המיעוט, מה שמגביר את ההסתברות שהמענה של המשטרה יהיה אלים ואף קטלני.

חשוב להסתייג ולומר שמרבית האינטראקציות בין כוחות המשטרה לאנשים עם מוגבלות נפשית אינן מסתיימות באלימות, אך כל מקרה של שימוש בכוח מופרז עשוי להותיר פגיעה קשה וטראומטית בקרב מתמודדי נפש ובני משפחתם. מצד אחד מאז האירועים הטראגיים השוטרים בישראל מודעים יותר לנושא בריאות הנפש ועוברים הדרכות ייעודיות בנושא. מצד אחר מאז מלחמת חרבות הברזל שוטרים וכוחות הביטחון נמצאים בפעילות ביטחונית עצומה, וכל מענה מערכתי בחירום שיוכל להפחית מהעומס המוטל עליהם עשוי להיטיב עם כלל אזרחי ישראל, לרבות מתמודדי נפש מקבוצות מיעוט.

מגמות באשפוז פסיכיאטרי

רוב האשפוזים הפסיכיאטריים מתרחשים על רקע של שילוב בין תסמינים פעילים של הפרעות פסיכוטיות ואפקטיביות ורמת המסוכנות גבוהה של האדם לעצמו או לסביבתו. במחקרים רבים בעולם המערבי ובישראל נמצא שאנשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, מהגרים ומיעוטים אתניים סובלים משיעורי אשפוז פסיכיאטרי גבוהים יותר מאשר אוכלוסיית הרוב (Morgan et al., 2019). כך למשל, ממצאי מחקרים מלמדים כי שיעור האשפוז של יוצאי אתיופיה בישראל במערך הפסיכיאטרי גבוה בהרבה מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית: שיעור האשפוזים הפסיכיאטריים בקרבם גבוה פי 3, ואילו שיעור האשפוזים הכפויים גבוה פי 1.7 (Weiser et al., 2008; Youngmann, Goldberger et al., 2021). ממצאים הראו שגם בקרב יוצאי ברית המועצות לשעבר נרשמו שיעורי אשפוז פסיכיאטרי גבוהים, בערך פי 1.5 מהשיעור בקרב ילידי הארץ (Weiser et al., 2008). זאת ועוד, ידוע כי שיעורי ההתאבדות בקרב עולים מאתיופיה ומברית המועצות לשעבר גבוהים בהרבה מאשר באוכלוסייה הכללית, וכי הסיכון פוחת ככל שהשתלבותם החברתית והתרבותית טובה יותר (Youngmann, Zilber et al., 2021). לצד קבוצות מיעוט אתנו-תרבותיות חשוב להתייחס גם לקבוצת הלהט"ב בישראל, החשופה להדרה חברתית ולשיעור גבוה במיוחד של מצוקה נפשית והתנהגויות אובדניות בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Levi-Belz et al., 2024).

לפי גישת ההצטלבות, אנשים שנמצאים בסיכון מוגבר לעוני, להפליה ולהדרה חברתית בשל שונות פיזית ותרבותית מובחנת מתרבות הרוב נמצאים בסיכון גבוה יותר גם לפתח משבר נפשי, לרבות משבר פסיכטי או אובדני (Morgan et al., 2019; Youngmann, Zilber et al., 2021). החוקרים הצביעו על כמה מכשולים מערכתיים ותרבותיים שעשויים להסביר ממצאים הללו. ראשית, פערים תרבותיים ולשוניים: אנשי מקצוע מתקשים לעיתים להבין את הדימויים והמשמעויות התרבותיות שקבוצות מיעוט משתמשות בהם בעת משבר, מה שעלול להוביל לאבחון שגוי, להתאמה לא מיטבית של הטיפול ולצורך מוגבר בפיקוח חברתי. שנית, בקרב קהילות עולים ומיעוטים, ובייחוד אלו שמקורן בתרבויות קולקטיביסטיות, עדיין קיימת סטיגמה חזקה יותר כלפי פנייה לשירותי בריאות הנפש, דבר המביא לדחייה של קבלת הטיפול עד להחמרה ניכרת במצב הנפשי. שלישית, חסמים מערכתיים, כגון חוסר מידע בנוגע לזכויות ולשירותי שיקום, וכן נגישות גאוגרפית מוגבלת של שירותים, פוגעים ברצף הטיפול ותורמים לעלייה בשיעוריהם של משברים ואשפוזים פסיכיאטריים קשים וחוזרים בקרב אוכלוסיות המיעוט.

כדי לצמצם את פערי הבריאות הקיימים נדרש לעלות את רמתה של אוריינות בריאות הנפש בקרב הציבור הכללי, ולהנגיש את ההתערבויות הטיפוליות בשלבים מוקדמים של משברים נפשיים. לצוותי ההתערבות במשבר נפשי עשויים להיות המשאבים הדרושים לכך – כגון ידע מקצועי ותרבותי, זמינות וניידות – והפעלתם נועדה לסייע בצמצום ובמניעת אשפוזים פסיכיאטריים שאינם הכרחיים, בכלל האוכלוסייה ובמיוחד בקרב קבוצות מיעוט.

עומס וחשיפה לאלימות בקרב בני משפחה מטפלים

בעקבות הרפורמה המבנית, אנשים המתמודדים עם מצבי נפש מורכבים אינם זוכים ברובם למענה טיפולי מוסדי סדיר, ונשענים במידה רבה על תמיכת בני משפחותיהם ועל מערכות השיקום בקהילה לצורך מימוש צורכיהם היום-יומיים. בישראל, למשל, מוערך כי כ-300,000 איש חיים עם הפרעות נפשיות חמורות (serious mental illness), וכ-95% מהם מתגוררים בקהילה (אבירם, 2019). עם זאת, רק שליש מהם מוכרים למוסד לביטוח לאומי, ורק שיעור קטן מאלה נהנה בפועל משירותי שיקום בקהילה במסגרת "סל שיקום" (Aviram et al., 2023).

תחושת הנטל הכבד המאפיינת בני משפחה מטפלים (family caregivers) במישורים כלכליים, חברתיים, רגשיים ובריאותיים מועצמת מאוד במקרה שהמתמודד אינו משתף פעולה עם טיפול המוצע לו ו/או חווה משברים נפשיים חוזרים (קנייפל, 2020). בעקבות כך רבים מבני משפחה עצמם נקלעים למצוקה כלכלית ובריאותית חמורה. יתרה מכך, לא פעם המבוגרים והחלשים שבהם, כגון אימהות יחידניות והורים מבוגרים, נפגעים ברגעי משבר נפשי מאלימות מילולית, רגשית או פיזית מצד יקיריהם הנמנעים מטיפול הקיצוניות במשפחה מחד גיסא והזנחת הטיפול מאידך גיסא עלולות להוביל להחמרת המחלה ולעלייה בתסמינים הפעילים, ואלה מגבירים התנהגות אימפולסיבית ואלימה כלפי הסביבה הקרובה בכלל, וכלפי בני המשפחה בפרט.

גישת ההצטלבות מאפשרת בחינה מעמיקה יותר של תחושת נטל הטיפול בקרב בני משפחה המטפלים, בהתייחסה למפגש של קטגוריות חברתיות כגון מגדר, מעמד, מוצא אתני, סטטוס משפחתי והיסטוריה משפחתית של אלימות. בהיבט המגדרי ידוע כי נשים – ובעיקר אימהות – הן רוב המטפלות, והנושאות העיקריות בנטל הטיפול (Knaifel & Rubinstein, 2025). הפגיעות של נשים אלו מועצמת כאשר מדובר באימהות חד-הוריות, מהגרות, או נשים ששרדו אלימות זוגית. אלה מוצאות את עצמן לעיתים קרובות מתמודדות לבדן עם

מצבים נפשיים מורכבים, תוך שחזור של דפוסים טראומטיים מהעבר. כך למשל, מחקרים מעידים על שיעור גבוה של אלימות מצד מתמודדי נפש, בעיקר גברים צעירים, כלפי אימהות חד-הוריות, תופעה שמחזקת את הקשר בין היררכיות מגדריות לבין מצבי סיכון משפחתיים (Knaifel & Rubinstein, 2025). הצטלבותם של צירי דיכוי חופפים – כגון פטריארכיה, עוני, הגירה והדרה מוסדית – ממקמת את הנשים המטפלות בעמדה של פגיעות נפשית מתמשכת, וזו מתבטאת בשיעור גבוה במיוחד של תסמינים פוסט-טראומטיים, חרדה ודיכאון בהשוואה לבני משפחה אחרים (Wildman et al., 2023).

התערבות של צוות משברי יכולה להיות המשאב החיוני המגויס לבית המשפחה בעת הצורך. בני משפחה מעידים על הקושי שלהם לפנות למשטרה, כיוון שהם מבינים שבן משפחתם המתמודד אינו עבריון, אלא אדם הנמצא במצוקה נפשית לא מטופלת ומתקשה לווסת את רגשותיו ולבקש עזרה. לכן הגעה של צוותי משבר למרחב המשפחתי יכולה להיות פתרון הולם הן לצמצום של מעגל ההסלמה הן ליצירת הזדמנות מחודשת לתהליך טיפולי-מערכתי.

דין וסיכום

האירועים הטראגיים שהחלו ב-7 באוקטובר 2023 והמלחמה המתמשכת שבאה בעקבותיהם הציבו את החברה הישראלית בפני התמודדות חסרת תקדים עם מצוקה נפשית רחבת היקף (Krivoy & Rosenthal, 2025). השלכותיה של טראומה קולקטיבית זו ניכרות בקרב חיילים וכוחות הביטחון, משפחות שכולות, מפונים וקהילות שנפגעו במישרין מן הלחימה והטרור, אך גם בקרב כלל האוכלוסייה החיה במציאות של חרדה ואי-ודאות מתמשכת. הניסיון המצטבר ממלחמות ומאסונות קודמים מלמד כי ההשפעות הנפשיות נמשכות שנים, ולעיתים אף מתעצמות עם הזמן (Carpiniello, 2023).

במצב זה, מימוש החוק להקמת צוותי התערבות במשבר אינו רק רפורמה נוספת במערך בריאות הנפש, אלא מהלך מתבקש לצמצום פערים ולהבטחת מענה מהיר, נגיש ויעיל למצבי משבר. בעת שמדרשת היערכות נרחבת לגלי מצוקה נפשית, החוק עשוי לשמש נדבך מרכזי במערך החירום הלאומי ולתרום לחוסנה ולהחלמתה של החברה הישראלית כולה. לצד השינוי בתפיסה וביישום של התערבויות במשברי חירום פסיכיאטריים החוק מציע גם הפחתה של העומס מהמשטרה, מהפסיכיאטרים המחוזיים, מקופות החולים, מבתי החולים

ומבני המשפחות המטפלים. הצלחתו של החוק תלויה בהשלמת הליך החקיקה, בהקצאת משאבים ייעודיים ובשיתוף פעולה בין כלל הגורמים הרלוונטיים. נכון לרגע כתיבת המאמר, ספטמבר 2025, החוק אושר בקריאה ראשונה בלבד, והחלתו מותנית בהמשך האישור הפרלמנטרי והתקציבי.

עם זאת, חשוב לציין כי הנושא של צוותי המשבר, כפי שהוא עולה בהצעת החוק, נשען על ניסיון מוגבל בלבד בבניית מערך טיפולי קהילתי. אומנם קיימות בישראל יוזמות להתערבות מוקדמת במשברים נפשיים, כגון דיאלוג פתוח³ או נויגיט⁴, אך הן מוגבלות בהיקפן ואינן נותנות מענה זמין ונגיש למורכבות הצרכים – במיוחד בקרב מתמודדי נפש מקבוצות מיעוט. בהיעדר פיתוח של מערך קהילתי רחב והקצאת משאבים הולמים מתעורר החשש כי גם צוותי המשבר יתפקדו בתוך מציאות של מחסור כרוני. יתרה מזאת, ההצעה מתקדמת במידה רבה בנפרד מהרפורמות המבניות, השיקומיות והביטוחיות שכבר עיצבו את המערכת, ובכך משמרת את הפער בין יוזמות נקודתיות לבין הצורך בתכנון כולל שיבטיח רצף של מניעה, טיפול ושיקום. מכילול זה משקף את מאפייניה של מערכת בריאות הנפש בישראל; מערכת שנותנה מנותקת משירותי קהילה וחירום רחבים יותר, כפופה לשלטון המרכזי ולא לרשויות המקומיות, ומעוצבת בצל חסמים מערכתיים ותקציביים מתמשכים (אבירם, 2019). במובן זה, האתגר העיקרי במדיניות החדשה אינו מסתכם בהקמת צוותי המשבר עצמם, אלא בשילובם בתוך תפיסה מערכתית כוללת – כזו שתכיר במציאות המורכבת של מצוקה נפשית בשגרה ובחירום, ותישען על חיבור בין קהילה, ממשל ורשויות הבריאות והרווחה.

במאמר דעה זה הובאו נימוקים לקידום חוק צוותי התערבות במשבר נפשי (התשפ"ג-2023) לא רק על בסיס שיקולים רפואיים גרידא, אלא גם על בסיס שיקולים חברתיים רחבים: צמצום אי-השוויון והפערים בין קבוצות חזקות לקבוצות מוחלשות ומודרות בישראל. ניתוח ביקורתי של יחסי גומלין מתוך גישת ההצטלבות מדגים את האופן שבו בהיעדר מענים מערכתיים הולמים למצבי משבר נפשיים נרקמים ונשמרים פערי בריאות וטיפול בחברה הישראלית. החוק החדש עשוי לתרום למיגור תופעה זו, היות שפריסה של צוותי משבר בכל רחבי הארץ, המעניקים שירות טיפול זמין, מונגש מבחינה גאוגרפית ותרבותית ומורכב מצוותים רב-מקצועיים – מתאימה במיוחד לקבוצות המיעוט המצויות בסיכון מוגבר לתחלואה נפשית (Morgan et al., 2019; Youngmann, Zilber et al., 2021).

³ דיאלוג פתוח (Open Dialogue) – גישה מערכתית לטיפול במשברים נפשיים בבית המטופל שפותחה בפינלנד בשנות השמונים ומוטמעת בשנים האחרונות גם בישראל.

⁴ נויגיט (Navigate) – תוכנית רב-מקצועית המתמקדת ביישום התערבות מוקדמת ככל האפשר לצעירים החווים משבר פסיכוכטי ראשון. התוכנית פותחה בארצות הברית ומוטמעת בשנים האחרונות בשמונה מוקדי טיפול ברחבי ישראל.

לסיכום, ברצוני לטעון במאמר זה כי הצלחת יישומו של החוק תלויה לא רק בהשלמת הליך החקיקה ובהקצאת משאבים הולמים, אלא גם בהכרה עמוקה בצורך לתקן עוולות היסטוריות בתחום בריאות הנפש – ובפרט כלפי אוכלוסיות מודרות, עולים ומיעוטים המתגוררים בפריפריה ונפגעים לאורך שנים מהיעדר תמיכה מערכתית מספקת. יישום של החוק ומדיניות של התערבויות במשבר נפשי תומנים בחובם פוטנציאל לקידום צדק חברתי: צמצום פערים חברתיים, הנגשה שוויונית יותר של שירותי בריאות הנפש, והכרה בצרכים הייחודיים של קבוצות שונות בחברה. בכך, דווקא בתקופה שבה הצורך בטיפול נפשי ברמה הלאומית הוא חיוני במיוחד, החוק החדש יכול להיות תשתית מתקנת וראויה למענה מותאם, רגיש ונגיש לכלל האוכלוסייה הישראלית.

מקורות

- אבירם, א' (2019). **מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל: בין קדמה לקיפאון**. רסלינג.
- חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.
- חוק צוותי התערבות במשבר נפשי, התשפ"ג-2023.
- משרד הבריאות. (2019). **זו"ח מסכום: תת הוועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש**. <https://katzr.net/a63914>
- קנייפל, י' (2020). סרבנות או היעדר נגישות? פרספקטיבה חברתית לאי-היענות לטיפול בבריאות הנפש בישראל. **פסיכולוגיה עברית**. <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3457>
- Aviram, U., Lachman, M., & Ifergan, A. (2023). The Israeli law for the rehabilitation in the community of persons with psychiatric disabilities: Achievements and challenges. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 185–195. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/prj0000582>
- Carpiniello, B. (2023). The mental health costs of armed conflicts: A review of systematic reviews conducted on refugees, asylum-seekers and people living in war zones. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2840. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042840>
- Compton, M. T., Pope, L. G., & Watson, A. C. (2024). Community-based mental health crisis response: An overview of models and workforce implications. *Psychiatric Clinics*, 47(3), 491–509. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.04.004>
- Crenshaw, K. (1991) Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>

- DeVylder, J. E., Anglin, D. M., Bowleg, L., Fedina, L., & Link, B. G. (2022). Police violence and public health. *Annual Review of Clinical Psychology, 18*(1), 527–552. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-020644>
- Knaifel, E., & Rubinstein, L. (2025). Intersectionality and caregiving: The exclusion experience and coping resources of immigrant women caring for a family member with severe mental illness. *Qualitative Health Research, 35*(6), 611–625. <https://doi.org/10.1177/10497323241271996>
- Krivoy, A., & Rosenthal, G. (2025). Wake-up call for recovery: A paradigm shift to address the deep crisis in Israel's public mental health services in the shadow of October 7, 2023. *Israel Journal of Health Policy Research, 14*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13584-025-00670-y>
- Levi-Belz, Y., Peleg, D., & Ifrah, K. (2024). An integrative psychological model of risk factors for suicidal ideation and behavior among Israeli LGBT individuals. *OMEGA – Journal of Death and Dying, 90*(2), 475–502. <https://doi.org/10.1177/00302228221087504>
- Morgan, C., Knowles, G., & Hutchinson, G. (2019). Migration, ethnicity and psychoses: Evidence, models and future directions. *World Psychiatry, 18*(3), 247–258. <https://doi.org/10.1002/wps.20655>
- Schindler, M., & Alon, S. (2024). Lawyers' encounter with parents subjected to elder abuse by their adult offspring with mental disorders. *Journal of Social Welfare and Family Law, 46*(1), 39–58. <https://doi.org/10.1080/01913123.2024.2306059>
- Weiser, M., Werbeloff, N., Vishna, T., Yoffe, G., Lubin, G., Shmushkevitch., & Davidson, M. (2008). Elaboration on immigration and risk for schizophrenia. *Psychological Medicine, 38*, 1113–1119. <https://doi.org/10.1017/S003329170700205X>
- Weishut, D. J. N., Benninga, Z., Aitchison, L. R., & Steiner-Birmanns, B. (2021). Police violence in Israel towards people with mental disabilities. *Ethics, Medicine and Public Health, 18*, 100694. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100694>
- Wildman, E. K., MacManus, D., Harvey, J., Kuipers, E., & Onwumere, J. (2023). Prevalence of violence by people living with severe mental illness against their relatives and its associated impacts: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 147*(2), 155–174. <https://doi.org/10.1111/acps.13516>
- Youngmann, R., Goldberger, N., Haklai, Z., Pugachova, I., & Neter, E. (2021). Involuntary psychiatric hospitalizations in Israel 2001–2018 and risk for immigrants from different countries. *Psychiatry Research, 301*, 113958. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113958>
- Youngmann, R., Zilber, N., Haklai, Z., & Goldberger, N. (2021). Suicide rates and risk factors for suicide among Israeli immigrants from Ethiopia (1985–2017). *Israel Journal of Health Policy Research, 10*(27), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00454-0>

