

פנומנולוגיה של הפרעות נפשיות באוכלוסיה חרדית
שנחשפה לטיפול ציבורי

חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה

הוגש לסינט האוניברסיטה העברית

מאת

לאה וייל

אדר תש"ן

מרץ 1990

עבודה זו נעשתה בהזדרכתם של: פרופסור מודכי רוטנברג
ד"ר יורם בילו

התוכן

1	הקדמה מבוא
2	פרק א': האוכלוסיה החרדית
2	הגדרת האוכלוסיה החרדית
4	פילוג באוכלוסיה החרדית
8	מאפייני החברה החרדית
8	יציבות ובלנות
9	מחזור החיים
12	עולם התורה
14	חיי הקהילה
17	פרק ב': דת ורפואת הנפש
18	פסיכולוגיה ודת
22	יחסי הגומלין בין דת ורפואת הנפש
24	הלכה ורפואת הנפש
29	יחס ההלכה לחולי הנפש
31	פרק ג': תרבות ורפואת הנפש
33	גילויים של הפרעות נפשיות
35	הסברים להפרעות נפשיות
36	פנייה לטיפול נפשי
37	משתנים תרבותיים וחברתיים המשפיעים על דפוסי הפנייה לשירותים פסיכיאטריים
39	משתנים משפחתיים המשפיעים על דפוסי הפנייה לשירותים פסיכיאטריים
40	משתנים אישיים המשפיעים על דפוסי הפנייה לשירותים פסיכיאטריים
41	טיפול בהפרעות נפשיות
43	התייחסות להפרעות נפשיות
48	הגישה המחקרית
49	שאלות המחקר
50	השיטה
51	הנבדקים
52	הכלי המחקרי
52	ראיונות
55	תיקים רפואיים
55	מידע מהמטפלים
56	עיבוד הנתונים
56	ניתוח תוכן
57	ההתנסות במהלך המחקר (הפנומנולוגיה של המחקר)

60
60
60
61
63
64
65
65
66
67
67
69
71
71
72
74
74
75
75
77
78
80
80
80
81
81
82
83
83
87
88
90
90
91
91
92
93
93
94

תוצאות

פרק א': נתוני רקע של הנבדקים
מין הנבדקים
גיל הנבדקים
מוצא הנבדקים
משפחות המוצא של הנבדקים
תורשה בקרב הנבדקים
מצבם המשפחתי של הנבדקים
רווקים
נשואים
גרזשים ופרודים
דפוס יצירת קשר הנישואין בקרב הנבדקים
גיל הנישואין של הנבדקים
ילודה בקרב הנבדקים
יציבות הזהות החרדית של הנבדקים
הזהות החרדית של בן/בת הזוג
השכלת הנבדקים
שנות לימוד
מסגרות לימוד
עבודה ומקורות הכנסה של הנבדקים
שירות צבאי של הנבדקים
פרק ב': מסלולי הפנייה לטיפול של הנבדקים
קשיים טרם הפנייה
התחום הלימודי
התחום החברתי
התחום המשפחתי
התחום הנפשי-רגשי
מחזור החיים ועיתוי הפנייה לטיפול
ילדות
התבגרות
שידוכים ונישואין
הריון ולידה
טראומות
בגרות
הגורם שהפנה את הנבדקים לטיפול
משפחה
גורמים בקהילה
גורמים רפואיים
פניה עצמית
יצירת הקשר עם הגורם המטפל

96	הקשר הראשון של הנבדקים עם גורם טיפולי
97	מין הנבדקים עם פי סוג השירות הרפואי הראשוני שבו נעזרו
98	מוצא הנבדקים על פי השירות הרפואי הראשוני שבו נעזרו
98	מצבם המשפחתי של הנבדקים על פי סוג השירות הרפואי הראשוני שבו נעזרו
98	מגע עם שירותי רפואה ורווחה טרם הפנייה לטיפול
99	מהות הקשר הראשוני של הנבדקים עם השירות הצבורי
100	שעורי האשפוזים בקרב הנבדקים
100	יחסי הגומלין בין סוגי הרפואה השונים בהם השתמשו הנבדקים
101	רפואה, ציבורית ורפואה פרטית
101	רפואה עממית-דתית ורפואה פרטית
102	רפואה קונבנציונאלית ורפואה עממית-דתית
102	תפוצת השמוש ברפואה עממית-דתית בקרב הנבדקים
103	אמצעי הריפוי העממי-דתי בהם השתמשו הנבדקים
104	הערכת הרפואה העממית-דתית על ידי הנבדקים שהשתמשו בה
106	פרק ג': יחסי הגומלין בין הנבדקים והקהילה
106	מגורי הנבדקים
108	מעורבות משפחת המוצא בחיי הנבדקים
108	מהות יחסי הנבדקים עם הוריהם
110	מהות היחסים המעשיים של הנבדקים עם הוריהם
113	מהות יחסי הנבדקים עם אחיהם
114	מהות היחסים המעשיים של הנבדקים עם אחיהם
116	מעורבות המשפחה הגרעינית בחיי הנבדקים
117	בני/בנות זוג
118	ילדי הנבדקים
119	מעורבות המשפחה המורחבת בחיי הנבדקים
120	סבים סבתות
120	דודים דודות
120	בני דודים
120	אחיינים
121	הורי בן/בת הזוג
121	גיסים
122	מקורות תמיכה חוץ משפחתיים - לא ממוסדים
125	רבנים
128	מקורות תמיכה ממוסדים
128	ארגוני תמיכה ממלכתיים
128	ארגוני תמיכה חרדיים
132	השתלבות הנבדקים בקהילה
132	עבודה
133	לימודים
134	בית כנסת

137	שמחות
138	ביקורים
140	ההתייחסות החברתית למחלה כפי שנתפסה בעיני הנבדקים
141	הצורך להסתיר את מחלת הנפש
142	ההסברים שניתנו על ידי הנבדקים לצורך להסתיר את מחלת הנפש
	השוואת ההתייחסות החברתית למחלת הנפש בחברה החרדית והחילונית
144	כפי שנתפסה בעיני הנבדקים
148	פרק ד': תרבות ופסיכופתולוגיה
148	תפיסת המחלה
148	הסברים גופניים
149	הסברים תוך־נפשיים
149	הסברים בין־אישיים
150	הסברים חיצוניים־סביבתיים
150	הסברים דתיים
151	המחלה כעונש
152	המחלה כתיקון
153	אמונה ומחלה
154	האמונה אינה עוזרת בהתמודדות עם המחלה
154	אמביוולנטיות ביחס לאמונה כעוזרת בהתמודדות עם המחלה
156	האמונה מסייעת בהתמודדות עם המחלה
159	גילויים דתיים במחלה
159	גילויים דתיים ברמה ההתנהגותית
160	הקצנה דתית
162	הזנחה דתית
164	גילויים דתיים ברמה המחשבתית
168	דיון
168	החולה
172	הקהילה
177	המחלה
181	סכום ומסקנות
182	כיווני חקירה לעתיד
183	מסקנות ישומיות
185	ביבליוגרפיה בעברית
187	ביבליוגרפיה באנגלית
198	נספח מס. 1
203	נספח מס. 2
	תקציר באנגלית

הקדמה

מחקר זה הוא נסיון לפתוח צוהר לעולמם של אלה הסובלים מהפרעות נפשיות בקרב האוכלוסייה החרדית. האוכלוסייה החרדית הינה קבוצה תרבותית המאופיינת באורח חיים המוכתב על ידי ההלכה, ובאידיאולוגיה של בדלנות מן החברה הסובבת אותה. מתוך תפיסת עולם זו צומחת מגמה של הפחתת הקשר עם החברה הסובבת – למנימום אפשרי. בשל כך שוקדת הקהילה החרדית על פיתוח שירותים פנימיים לצרכים שונים, אך קיימים שירותים שחברה זו נאלצת לקבל מהחוץ, הן בגלל מספרם המצומצם של חברי הקהילה והן בגלל היעדר משאבים כספיים ומקצועיים. אחד התחומים הללו הינו תחום הרפואה, ובכללה רפואת הנפש. תחום רפואת הנפש הינו בעייתי במיוחד, כי הוא חושף את הנזקים לשירותיו למגע עם החברה הסובבת, בנושאים שביחס אליהם מעוניינת ביותר הקהילה החרדית בבדלנות החיים הרוחניים, הנפשיים והאדיאולוגיים של חבריה. מחקר זה עוסק בהיבטים אחדים של מפגש זה, ובנסיון להבין את עולמו של האדם החרדי הסובל מהפרעות נפשיות, והנזק לשירותי בריאות הנפש הציבוריים.

בשל מיעוט המחקר בתחום זה, ומתוך רצון לקבל מבט מקיף על עולמו והתנסויותיו האישיות של הסובל מהפרעות נפשיות, השייך לקהילה החרדית והמטופל במרפאה ציבורית, בחרתי בשיטת מחקר פנומנולוגית. לשם כך יצרתי קשר עם מרפאה לבריאות הנפש, שבאזור היעד שלה קיימים ריכוזים של אוכלוסייה חרדית. מתוך אוכלוסיית המטופלים במרפאה זו, התמקדתי במטופלי מרפאות המעקב.

רואיינו 69 נבדקים חרדים בראיונות פתוחים שהתמקדו במספר נושאים.

1. איפיוני הנבדקים החרדים שפנו לטיפול פסיכיאטרי ציבורי.
2. המסלול הטיפולי שעשו הנבדקים עד הגיעם לטיפול פסיכיאטרי ציבורי.
3. יחסי הגומלין בין הנבדקים והקהילה החרדית.
4. השפעות תרבותיות דתיות הבאות לביטוי בתפיסת הנבדקים את הפרעתם הנפשית.
5. השפעות תרבותיות דתיות הבאות לביטוי בהתמודדות הנבדקים עם ההפרעה הנפשית.
6. השפעות תרבותיות דתיות בגילויי ההפרעה הנפשית.

מטרת המחקר היא לבחון עד כמה משפיע הייחוד התרבותי-דתני של האוכלוסייה החרדית על ההתנסויות, החוויות, ודרכי ההתמודדות של אלה מחבריה הסובלים מהפרעות נפשיות.

פרק א': האוכלוסיה החרדית

בפרק זה נתאר את ייחודה של האוכלוסיה החרדית, אשר הנבדקים במחקר זה, נמנים על שורותיה.

הגדרת האוכלוסיה החרדית

לאוכלוסיה היהודית בישראל התייחסויות שונות כלפי הדת והמסורת. כללית ניתן לזהות שתי מגמות עיקריות, שקיימות גם בחברות אחרות, של מסורתיות ומודרניות (כ"ץ 1960).

חוקרים שונים עסקו בשאלת היחס לדת ולמסורת בחברה הישראלית ומיינו את האוכלוסיה בנושא זה. סמט (1979) מתייחס לשלש קבוצות עיקריות: א. החילונים, ב. האורתודוקסים, המקיפים 15% מהאוכלוסיה, אלו המצביעים למפלגות דתיות. ג. האולטרה אורתודוקסים, קבוצת שוליים קטנה של חרדים קיצוניים, שאינם מצביעים בבחירות לכנסת.

SHEN (1978) מחלק את האוכלוסיה לארבע קבוצות, כשדן בדפוסי התייחסות לדת: לאומיים (חילונים), ניאור אורתודוקסים (דתיים לאומיים), אורתודוקסים (אגודה), ועדות המזרח שהם קבוצה נפרדת, אך גם חוצה את שלש הקבוצות הראשונות.

מיונים אלה מדגימים את הקושי בהגדרת האוכלוסיה החרדית. על פי סמט (1979) משתמע שבקבוצת האורתודוקסים נכללים גם המצביעים למפלגה החרדית (בלשון יחיד כיוון שזה היה המצב בעת כתיבת מאמרו), ואילו האולטרה-אורתודוקסים הם אלה שאינם מצביעים לכנסת; כלומר, קבוצה קטנה. לעומת זאת, על פי SHEN (1978), החרדים הם המצביעים למפלגות חרדיות, ואז לא באה לביטוי קבוצת הנמנעים מהצבעה לכנסת.

SHILHAV (1983) טוען שההבחנה בין דתיים וחילונים הינה בין אלה ששומרים את כל מצוות הדת, לכאלה שאינם שומרים על מצוות הדת. אך כיצד יובחנו החרדים מתוך הציבור שומר המצוות? לדעתו מייצגים האולטרה אורתודוקסים את הקיצוניים בין המקיימים את הטוטאליות של מצוות הדת. מהגדרה זו ניתן להסיק כאילו החרדים הם דתיים יותר מן המוגדרים דתיים. במאמר מאוחר יותר טוענים שלהב ופרידמן (1985): "ההבחנה בין הקבוצה הדתית-מודרנית (דתיים לאומיים על פי הגדרתו של SHEN) לבין הקבוצה האורתודוקסית ביהדות ברורה וחדה. שתיהן רואות את עצמן מחויבות להלכה כפי שנתפרשה במסורת היהודית. אולם בעוד מאפייניה של הקבוצה ה'דתית מודרנית' הם: מחויבות להלכה תוך קיום זיקה ופתיחות לתרבות המודרנית, הגדרת החברה ה'דתית-חרדית' קשה יותר. בדרך כלל נהוג לתאר אותה בספרות המחקרית כ'אולטרה אורתודוקסית' אולם אין בהגדרה כללית כל כך לתרום להבנה טובה יותר

של המהות היחודית של חברה זו מן החברה הדתית-מוררנית, מה עוד שאין היא דתית יותר ממנה, אלא דתית באופן שונה. לכאורה ניתן לומר כי החברה ה'חרדית' על שם הפסוק: 'שמעו דבר ה' החרדים אל דברו' (ישעיהו ס"ו, ה') רואה עצמה מחוייבת למסורות שהתפתחו במסגרת היהדות המזרח אירופית, כשם שהיא מחוייבת להלכה. אולם, אף שיש בכך הרבה מן האמת, הרי הסתכלות מעמיקה יותר מלמדת כי במסגרת החברה החרדית קיים יחס מורכב ודיאלקטי למסורת. לדעתנו אפשר להגדיר ולומר כי החברה החרדית מובחנת כמחוייבות להלכה תוך נטיה ברורה לבחור באלטרנטיבות המחמירות המוצעות בספרות הפסיקה, יחד עם זיקה למסורת החיים המזרח אירופאית. אחד הביטויים המהותיים של הדתיות החרדית הוא התפיסה של לימוד התורה כמצווה דתית. לעניין זה בולטת המחוייבות למושג 'תלמוד תורה' לפיו למודי הקודש (בעקר התלמוד ומפרשיו) הם התוכן התרבותי הלגיטימי הבלעדי. מכך משתמעת התביעה למניעת השכלה כללית מכל צעיר לאורך כל תהליך החיברות לפחות עד לנישואין" (עמ' 6).

4 בהגדרה זו מודגש שההבדל בין דתיים לחרדים או בין אורתודוקסים לאולטרה אורתודוקסים, אינו בדתיות אלא בבחירת האלטרנטיבה המחמירה של ההלכה, בשימור דפוסי החיים היהודיים כפי שהתגבשו במזרח אירופה, ובמיסוד חברת לומדים. ואכן, למרות השינויים הרבים שהתחוללו בעולם היהודי בעיקר עקב תנועת ההשכלה, הציונות והשוואה, ניתן לזהות באוכלוסיה המוגדרת כחרדית רבים מן האיפיונים עליהם עמד כ"ץ (תשי"ח) בתארו את החברה היהודית במזרח אירופה במוצאי ימי הביניים. כמו כן ניתן לזהות בה את אורח החיים כפי שמצטייר מן המחקר האנתרופולוגי דטרוספקטיבי של ZBOROWSKI & HAKSBO (1955) על העירה היהודית במזרח אירופה בטרם השואה. כלומר, אפיון זה מדגיש את היציבות וההתנגדות לשינוי, שהם אחד ממאפייניה של האוכלוסיה החרדית.

עמירן, במבוא לפרסומם של שלהב ופרידמן (1985), מגדיר:

"הקהילה החרדית בירושלים היא מגזר מוגדר, המדגיש את ייחודו על ידי היבדלות חברתית-תרבותית וגיאוגרפית. באורחות חייה ובמגעייה עם העיר המודרנית, מתאפיינת הקהילה זו בשלילה עקרונית של אורח החיים החילוני המתבטאת לעתים גם באלימות. מגזרים חשובים בקהילה זו (העדה החרדית ונטורי-קרתא) שוללים גם בצורה תקיפה את המדינה ה'ציונית', סמליה ומוסדותיה" (עמ' 1).

סמט (1979) מתייחס לקבוצה הקיצונית אותה אינו מכליל בקטגוריית האולטרה-אורתודוקסים, ומתאר: "סוג קיצוני עם התנגדות טוטאלית לציונות ובמיוחד לציונות הדתית... הוא לא הכיר באפשרות של פשרה וסיסמתו היתה 'בהירות' כלומר, הנחת מציאות מוסרית של שחור ולבן ושליכת גווני הביניים. הוא קידש את לשון היידיש, את ההברה האשכנזית שעתידה להדחק מפני הספרדית, ודבק בפרטי לבוש שהיו מקובלים בישוב הישן בארץ" (עמ' 72).

תאורים אלו מדגישים את בדלנות הקהילה החרדית, הבאה לביטוי חיצוני ואידיאולוגי, וקובעים את אופי יחסיה עם המדינה ומוסדותיה, תוך הדגשת קיומם של מגזרים שונים באוכלוסיה החרדית שאיננה מהווה מקשה אחת. מן הראוי להדגיש שקיימים ריכוזים של אוכלוסיה חרדית במרכזים יהודיים נוספים בעולם. בארץ קיימים כיום מספר ריכוזים של אוכלוסיה חרדית, אך רוב האוכלוסיה החרדית מרוכזת בירושלים ובבני-ברק. פרידמן ושלהב (1985) מעריכים שבעת בצוע מחקרם כ-27% מהאוכלוסיה היהודית בירושלים היתה חרדית. הפילוג והכיתתיות המאפיינים את האוכלוסיה החרדית אינם חופפים לפיזורם הגאוגרפי, ולעתים קיימת זיקה יחסית גומלין בין ריכוזים המצויים ביבשות שונות, יותר מאשר בין ריכוזים חרדיים הקרובים זה לזה גאוגרפית. אם כך נשאלת השאלה מהם התנאים היוצרים יחסי קירבה וריחוק בין קהילות חרדיות שונות? נדון בנושא זה תוך התמקדות באוכלוסיה החרדית בארץ ובירושלים בפרט, מקום בו נערך מחקר זה.

הפילוג באוכלוסיה החרדית

הפילוג בחברה החרדית שופך אור על יחודה של האוכלוסיה החרדית, וניתן לתארו בשלושה צירים עיקריים. 1. מורשת היהדות כפי שהתגבשה במזרח אירופה במאות האחרונות. המשך הפילוג שחל בחברה היהודית במזרח אירופה במחצית השניה של המאה ה-18 עם הופעת החסידות והתנועה שהתנגדה לה, המתנגדים. על מייסד תנועת החסידות הבעל־שם טוב והנוהים אחר שיטתו, הוכרז חרם על ידי הגאון מוילנה (מנהיג המתנגדים), שראה בחסידות סכנה של חידוש מגמות משיחיות. אשיותו הכריזמטית של הבעש"ט, ועיקרי תורתו, סחפו רבים מפשוטי העם, אך גם מבין אלה שקצה נפשם בגישה הלמדנית הנוקשה שאיפנה את מרכזי הלימוד היהודיים במזרח אירופה באותה תקופה. לאחר פטירת הבעש"ט, התגברה המגמה הדה־צנטרליסטית בחסידות והיא התפלגה לחצרות המרוכזות סביב דמותו של צדיק. כל אחת מן החצרות הדגישה היבט שונה של החסידות, אך המגמות המרכזיות של התנועה נשמרו. המאבק בין שני הזרמים היה חריף, ונוצר פילוג בקרב יהודי מזרח אירופה, שהקיף את כל תחומי החיים, והדיו הגיעו אף לשלטונות. ברמה האישית הקרע בא לביטוי בהמנעות מקשרים כלשהם בין חברי שני זרמים אלו, עד כדי המנעות מנישואין (אטינגר תשל"ב).

שרידיה של מחלוקת זו, שחצתה את החברה היהודית במזרח אירופה ניתן לזהות עד היום בחברה החרדית, אם כי הגבולות בין שני הזרמים הללו הטשטשו במידה ניכרת. כיום עדים אנו לעיתים למחלוקות חריפות דווקא בין חצרות חסידים שונות, ולליכוד השורות בין מתנגדים וחסידים סביב נושא מסויים, דוגמת הקמת מפלגה פוליטית המאגדת בשורותיה מתנגדים וחסידים.

מוקדי פילוג נוספים בחברה החרדית בכלל, ובישראל בפרט, מקהים אף הם את חודו של פילוג היסטורי זה, בין חסידים ומתנגדים.

2. הזיקה לקהילות המוצא. עליות של קבוצות יהודים ממזרח אירופה במאה ה-18 ובתחילת המאה ה-19 תרמו להגדלת הישוב היהודי בארץ ישראל שהדלדל במאה ה-17. הרשות שניתנה על ידי השלטונות העות'מאניים ב-1824 לחידוש הישוב היהודי האשכנזי בירושלים, הביאה לעיר, שהיתה מיושבת ביהודים ספרדים בעיקר, קבוצות של יהודים יוצאי מזרח אירופה. בעוד שהקהילה הספרדית שמרה על איחוד, וחבריה היו נתיני השלטון העות'מאני, התפצלו היהודים האשכנזים בכוללים על פי ארצות מוצאם, ונהנו מחסותם של קונסולים המייצגים ארצות שונות.

עוד במאה ה-15 החל לפעול מוסד הש"דרים (שליחי דרבנן), שהיו יוצאים לארצות הגולה לאסוף כסף עבור התושבים היהודים בארץ ישראל. במחצית המאה ה-19 נוספו על הש"דרים קופות הצדקה (קופת ארץ ישראל וקופת רבי מאיר בעל הנס). הנשארים בגולה ראו עצמם מחוייבים לתמוך בבני עירם שהגשימו את מצוות הישיבה בערי הקודש של ארץ ישראל בכלל ובירושלים בפרט. היהודים שעלו לא מכבר לירושלים שמרו על זיקה לארצות מוצאם, והכוללים השונים היו אוספים את החלוקה מארצות מוצאם תוך הקפדה על תחומי איסוף. כך נוצר מצב בו היו כוללים עשירים ועניים. אומנם, היה נסיון לאזן פער זה על ידי יסוד וועד כללי לכל הכוללים אך בפועל הוועד לא הצליח במשימתו, והפערים ברמתם הכלכלית של בני הכוללים השונים, נותרו בעינם ותרמו למגמת הפצול (אטינגר תשל"ב). החל מן המחצית השניה של המאה ה-19 ועד תחילת מלחמת העולם הראשונה גדל הישוב היהודי בירושלים מ-10600 נפש ל-45000, כשרובם המכריע (כ-90%) נשענים על סיוע מחו"ל (פרידמן

תשל"ח). גידול זה במספר התושבים הגביר את הפילוג בין היישוב הישן והחדש, וחיוק את הזיקה בין העולים וקהילות המוצא שלהם. חלק מהעולים העדיפו להתגורר במחיצת בני קהילתם, ולכן רכשו קרקעות במשותף בעזרת התרומות והחלוקה, שרובם הגיעו מקהילות האם. כך נוצרו שכונות וכוללים המזוהים עם ארצות המוצא של חבריהם ונתמכים באופן קבוע על ידיהם (למשל בתי-הורשא, בתי-הונגריין, כולל הר"ד וכד'). מצב זה פילג את תושבי ירושלים לוותיקים וחדשים, כאשר חלק מן החדשים התפצלו לתת-קבוצות על פי ארצות מוצאם.

עם חורבן של קהילות המוצא בשואה, נותרה הזיקה הרוחנית בלבד, שבמשך שנים של ישיבה בארץ ישראל הלכה ונחלשה. יחד עם זאת ראוי להדגיש שגם כיום קיימת נטייה של עולים חרדים בירושלים, להתרכז בקרבת עולים חרדים בני אותן ארצות מוצא.

3. יחסי הגומלין עם החברה הסובבת. שאלה זו התחדדה בקרב הקהילה החרדית עם הקמת המפעל הציוני ~~המסבך~~ של מדינת ישראל היהודית, לאור התפיסה ההלכתית ש"כל ישראל ערבים זה בזה" (בבלי, שבועות, ל"ט, א'), שמשמעה, שכל חבר בקהילה אחראי גם על קיום המצוות של שאר חברי הקהילה.

המאבק בין הדת והמדינה הוא מאבק בן מאות שנים, שנפתר ברוב ארצות המערב על ידי הפרדת הדת מן המדינה. ביחסים שבין הדת היהודית והמדינה, השואפת להיות מדינתו של העם היהודי, נעשית דילמה זו חריפה מעצם טיבן של השתים, ומלווה את התנועה הלאומית היהודית-ציונית מראשית דרכה. בניסוחו של ליבוביץ (תשל"ז):

"התוכן האמוני של היהדות הוא שאין הוא מתבטא אלא במעריך השטתי של מצוות מעשיות – בהלכה" (עמ' 17). "אם היהדות היא מציאות קולקטיבית, הרי רציפות קיומה והתמדת זהותה אינן יכולות להיות מותנות בגורמים דעיוניים או תחושתיים, שהם סוביקטיביים ואינדיבדואליים, אלא רק בגילוי קולקטיבי ואוביקטיבי: במעשה הדתי המשותף – בהלכה" (עמ' 19).

גיטלין (תשל"ז) טוען:

"הציונות הדתית היא סתירה מניה וביה. ציונות ומדינה מנוגדים להשקפת התורה. כל מאמרי חז"ל הרבים המובאים בשבחה של ארץ ישראל, לא יוכלו לשנות את העובדה היסודית שעליה דובר לעיל בפי. טרוט: המדינה היא גולת הכותרת של הציונות ומהווה כלי חשוב ועיקרי בידה, במגמתה האחת והמרכזית לשנות את מהותו של כלל ישראל לגוי ככל הגויים" (עמ' 14). לכן: "רובם המכריע של גדולי ישראל החרדים הבחינו מיד בסכנה הגדולה ליהדות ברוחניות וגם בגשמיות שהציונות טומנת בקרבה. יחסם לציונות לא יכול היה להיות אלא שלילי, ומימלא היה אותו היחס השלילי קיים גם בכל אותם החוגים שהשפעתם של גדולי התורה והיראה הגיע" (עמ' 5).

שבייד (תשמ"א) מנסה למצוא את הגשר אך גם הוא מסכם את דיונו: "אסור שנתעלם מן המתיחות האימננטית בין החילוניות – גם בצורתה ההומניסטית – לבין הדתיות גם בצורתה הבלתי דוגמטית" (עמ' 237).

והרפטיג (תשל"ז) מציג את הבעייתיות מתוך התייחסות לכוליותה של ההלכה, ואומר: "בכל הסדר שבין שני כוחות, ששניהם שואפים להקיף את כל הליכיו של האזרח תמיד היו ויהיו חכוכים. הדת היהודית מקיפה את כל האדם כולו, החל מקומו בבוקר וכלה בשוכבו לישון בלילה, ומאיך גיסא, המדינה המודרנית היא היום בעלת מגמה להקיף כמה שיותר את חיי האזרח" (עמ' 53).

דון יחיא וליברמן (1984) בדיונם על הדילמה של תרבות מסורתית במדינה מודרנית מציגים אפשרויות פתרון שונות. גישת העימות וגיבושה של דת אזרחית; גישה סלקטיבית הנמנעת מנקיטת עמדה מפורשת כלפי הדת והתרבות המסורתית; גישת הפירוש מחודש המעודדת חדירה של סמלים מסורתיים, תוך פירוש מחודש ואי שלילת הפירוש והמשמעות המקורית. גישה נוספת היא זו הנמנעת מכל ניסיון של גישור בין השתים. בקבוצה זו

הם מזהים שתי קבוצות: הכנענים, "וקבוצה שולית אחרת של נטוריקרתא שגישתם כלפי היהדות המסורתית מנוגדת אמנם באופן קוטבי לגישה הכנענית, אולם אף הם סבורים שמדינת ישראל הנוכחית היא האנטיתזה של היהדות המקורית" (עמ' 467). לפיכך גם הם פטורים מן הנסיון ליישב את הדילמה. או כפי שמציג זאת ליבוביץ (תשל"ו):

"בעיית ההלכה במדינה תלויה במתן תשובה על שאלה מכרעת ויסודית: האם הדבר שעשינו לגטימי מבחינה דתית? תשובה שלילית וחד-משמעית ניתנת על ידי 'נטוריקרתא', לגביהם אין בעיית ההלכה במדינה קיימת, ודין תורה קיים ועומד כפי שגובש, עד לביאת הגואל. ואין בהקמת מדינה ישראל אלא משום מעשה שטן" (עמ' 196).

רוב אזרחי המדינה פתרו בעיה זו על ידי תהליך של חילון, ואלה שנותרו דתיים התפצלו לתומכים ברעיון הציוני (במדינה) ומכונים אורתודוקסים-ציוניים, או דתיים-לאומיים, ואלו האחרים אורתודוקסים שאינם ציוניים. פתרון הבדלנות שנקטה האורתודוקסיה הלא ציונית טומן בחובו בעייתיות רבה גם בחיי היום יום. שביד (תשמ"ד) מתאר:

"ואולם עד מהרה נתברר שאין מנוס מהסתגלות חלקית לשם הקיום החומרי. הפרנסה מחייבת השתלבות חלקית במערכת המדינית והחברתית. כיצד עושים זאת איפוא בלי לפגוע באורח חיים של קיום מצוות ותלמוד תורה כמימים ימימה? הפתרון שהתגבש התבסס על הגדרה נוקשה של תחומי איסור והיתר במגע עם הסביבה החיצונית. ההיתר ניתן לצורך הפרנסה, כלומר, למגע עם הסביבה אין מעמד תכליתי, הוא אינסטרומנטלי גרידא ומשני בחשיבותו" (עמ' 88).

מן הראוי להדגיש שבדלנות קיימת גם בחברה הדתית ציונית, אך היקפה ומהותה שונים מזו המקובלת בקרב החרדים (פרידמן 1981, ליברמן 1982, ברנע 1982).

פרידמן (תשל"ח) בספרו "חברה ודת" מתאר את תולדות החברה האורתודוקסית הלא ציונית בארץ ישראל (בירושלים בפרט) בשנים 1918-1938, תוך התייחסות לכוחות החיצוניים והפנימיים שהביאו לעיצובן של המגמות המרכזיות בחברה זו, האיום שיצרה החברה הציונית חילונית, שהתגבשה והתחזקה בארץ, גררו פתרון של התבדלות אצל הדתיים קיצוניים. בפתרון זה נכרו בקיעים בשאלת הנכונות למצוא שפה משותפת עם החברה החילונית הציונית, שנבעו בעיקר ממצואות החיים בארץ, מגלי העליה, ומאוחר יותר מהשוואה ומעצם הקמתה של מדינה ישראל כמדינה ריבונית. בסופו של תהליך זה התגבשו בצבור החרדי שתי מגמות עיקריות: 'אגודת ישראל' המקיימת שיתוף פעולה עם החברה הציונית, ואף ממסדת אותו, ו'נטוריקרתא' הממשיכה במדיניות של בדלנות מן החברה הציונית. שתי מגמות מרכזיות אלה קיימות עד עצם היום הזה, כאשר ההבדל העיקרי ביניהן הוא במידת הבדלנות מן החברה הסובבת אותם, ביחסן למדינה ולמוסדותיה, ובנכונותן לשינוי. אגודת ישראל (1975) ממיין את הקבוצה המתבדלת, המכונה העדה החרדית, לארבע תת-קבוצות על פי מידת קיצוניותן, הקשר שלהן עם שאר האורתודוקסים, מידת שימושן בגישות מיליטנטיות במאבקם עם המדינה הציונית, ויחסן למדינה.

הקיצוניים ביותר הם נטוריקרתא, המיצגים את הישוב האשכנזי הישן, והם מהווים את מרכז הפעילות נגד מדינת ישראל. הם אינם משתתפים בבחירות לכנסת, מקיימים יום אבל ביום העצמאות, לא מתייצבים בלשכת גיוס וכד'. הקבוצה השנייה הם חסידי סאטמר, המייצגים את האורתודוקסיה החסידית הקיצונית ההונגרית, וחוגים נוספים המקורבים לעדה החרדית. הם דומים למדי לנטוריקרתא, אם כי שיטות המאבק שלהם הן בעיקר מילוליות ומדגישים את נפרדותם יותר מאשר את ההפגנה הפוליטית. הם אינם מכירים במדינה אך מכירים באחדים ממוסדותיה; לדוגמה, הם הולכים ללשכת הגיוס לקבל פטור משירות בצה"ל. הקבוצה השלישית:

בדיסק, היא קבוצה ליטאית המגובשת סביב משפחת סולביצ'יק, המכירה מעט יותר במדינה, אך אינה שותפה באגודה, ומסכימה עם פעילות נטורייקרתא ביחס לקיצוניות דתית. הקבוצה הרביעית היא הקבוצה המגובשת סביב ממשכי דרכו של החזון איש. הם קרובים יותר לאגודה, יחד עם זאת מביעים התנגדות לפעילות של אגודת ישראל ולמעורבותה בכנסת. המאפיין את שתי הקבוצות הראשונות שאינן מקבלות את העובדה שיש דתיים שאינם הולכים בדרכם.

שנלר (תשל"ז) המתיחס במחקרו לנטורייקרתא, מתאר את איפיוני העדה החרדית ביחסה למוסדות הממלכתיים והמוניציפלים. הם אינם מצביעים לכנסת ולעירייה, ונמנעים משימוש במערכת המשפט הממלכתית. הם מנסים להמנע ממנשיאת תעודות זהות, אך מדווחים לרשויות הממלכתיות על לידות ופטירות. מתנגדים לשירות כלשהו בצה"ל, אך מקבלים את חוק חנוך חובה, תוך המנעות מקבלת עזרת הרשויות לצרכי חינוך. הם משלמים חלק מן המיסים שאינם יכולים להמנע מלשלם או שמעוניינים בטובות ההנאה שלהן. הם משתמשים בשירותים ציבוריים פרטים כמו: חשמל, תחבורה וכו', אך נטיתם היא ליצור גם בתחומים אלה מערכת נפרדת. הם משתמשים בשירותי רפואה אם כי מעדיפים רופאים דתיים, אך במקביל מפתחים גם שירותי רפואה פנימיים. "צורך מיוחד קיים בהזדקקות לעזרה רפואית בתחום הפסיכיאטריה, בו כמעט אין למוצא רופאים דתיים, ואכן גם משפחותיהם של בני העדה נזקקים לטיפול משפחתי במרפאות הפסיכיאטריות הכלליות. עד כמה שיכולנו להשיג עדויות מאחת המרפאות הללו" (75).

FRIEDMAN (1975) מראה כיצד העדה החרדית שהיא, כאמור, הפלג הקיצוני ביהדות החרדית בארץ ואשר באופן מוצהר זאף אקטיבי מתנגדת למדינה הציונית, נקלעת למצבים בהם היא נאלצת לשתף פעולה עם שלטונות המדינה הציונית, על מנת לקיים את אורח חייה בתחומים כמו: כלכלה, אישות, רפואה וכו'.

POUL (1969) שחקר את הקהילה החרדית של חסידי סאטמר בארה"ב מצביע על מגמה דומה ביחסי הגומלין עם החברה הסובבת אותה, בעקר בתחום הכלכלה. הוא מדגים כיצד הכלכלה בקהילה זו כולה מאורגנת ומבוססת סביב צרכי הדת והפולחן. כלומר, הקהילה מייצרת מוצרי ושירותי דת אשר להם היא נזקקת ואותם היא יכולה לשווק לצרכנים יהודיים מחוץ לקהילה. לדעתו המערכת החיצונית של המטרופולין (ניו יורק) היא זו שמאפשרת את המשכיות ההתבדלות. הוא מדגים כיצד חלק מהשירותים, שבדרך כלל הינם ממלכתיים, בקהילת המחקר שלו, מיוצרים על ידי הקהילה עצמה. רק שירותים בודדים שהקהילה לא יכולה לספק לעצמה - נקנים מנותני שירותים שמחוץ לקהילה. אחד התחומים אליו הוא מתייחס הינו תחום הרפואה, תחום שהנו רלוונטי למחקר זה. הרופאים שלשירותיהם נזקקה אוכלוסית המחקר שלו היו צריכים לענות על סטנדרטים דתיים מסויימים, כדי שיוכלו להתקבל על ידי הקהילה. במחקרו אין התייחסות ספציפית לתחום הפסיכיאטרי.

ממחקרים אלו מתבררים יחסי גומלין מורכבים ביותר בין הקהילה החרדית והחברה הסובבת. בעוד שהקהילה החרדית הינה בעלת אידיאולוגיה של בדלנות ושמירה קנאית על הקיים, הרי שהיא זקוקה לחברה שאינה חרדית על מנת לקיים אידיאולוגיה זו. הקנאות בה שומרים חברי הקהילה החרדית על בדלנותם, ומדת נכונותם להשתמש בשירותים הממלכתיים היא אחד המדדים המפלים את האוכלוסיה החרדית.

הרחבנו את תאור הפילוג באוכלוסיה החרדית ביחסה לחברה הסובבת, משום שמחקר זה עוסק במגע של מגזר מסויים באוכלוסיה החרדית, עם שירות ממלכתי שירותי בריאות הנפש העוסק בנפשי ונוגע ברוחני שבאדם.

תאור צירי הפילוג באוכלוסיה החרדית מבהירים את מורכבותה הפנימית של חברה זו, הבאה לביטוי מעשי

בהזדהות ושייכות של חבריה לאחד מן הפלגים. בהמשך נראה כיצד תופעה זו באה לביטוי בקרב הנבדקים.

מאפייני החברה החרדית

למרות שההאוכלוסיה החרדית מאופיינת בכיתתיות ובפילוג, המשותף לה בעיקר בהשוואה לכלל האוכלוסיה, רב על השונה. חברי הקהילה הם בעלי אידיאולוגיה משותפת של חיים למען קיום מצוות התורה ולימוד התורה, עובדה המטביעה את חותמה על אורחות חייו של היחיד, על אופיה של הקהילה ועל יחסי הגומלין בין השניים. הם מובחנים גם בהופעתם החיצונית המאופיינת בהקפדה רבה על צניעות ושימוש בפרטי לבוש יחודיים. הם מרוכזים גאוגרפית בשכונות המאוכלסות על ידי חרדים, בהם מסופקים גם רוב השירותים להם נזקקים התושבים. על האוכלוסיה החרדית נמנים כיום בני כל הערות, אך הקבוצה הדומיננטית היא עדין אשכנזים, בעיקר ממוצא מזרח ארופי.

עתה נפנה לתאור האיפיונים המשותפים לאוכלוסיה החרדית, הרלוונטיים למחקר זה.

יציבות ובלנות

כ"ץ (1960) דן בהבדלים שבין חברה מסורתית ומודרנית, ומדגיש את הזיקה שיש לראשונה אל המסורת, תוך שאיפה להימנע משינויים, וכאשר אלה מתחוללים, קיים נסיון ליישבם ברוח המסורת, בעוד שהחברה המודרנית שואפת לשינויים ומבססת את קיומה על ערכים ויריעות העתידים להתפתח ולהתגלות. תאור זה מדגיש את ההבדל ברמה של יציבות החברה המסורתית, מול הדינמיות והשינוי המאפיינים את החברה המודרנית. נשאלת השאלה: באיזו מידה האוכלוסיה החרדית עונה לקריטריון הזה.

Simon (1978) חקרה את המשכיות והשינוי במאה השערים בשני דורות ובשני המינים, ביחס לשלושה נושאים: פולטיקה (בחירות וכו'), חינוך (תוך דגש על השונה) והתייחסות לאמצעי התקשורת הממוניים. כללית היא מצאה שהנשים והבנות יותר פתוחות לשינוי בהשוואה לגברים ולבנים, אך ככלל, הדור הצעיר (בנים ובנות) קיצוני יותר מדור ההורים. לכן היא צופה שלא יתרחש כל שינוי בדפוסי החיים של אוכלוסיה זו בעשרים השנים הקרובות, וההסתגקות אף עשויה לגבור. החרדים שהיו יכולים להתקבל לחברה לא מעוניינים בשינוי המצב הקיים. מסקנתם של Full & Krausz (1975) דומה, והם מתייחסים לחרדים כמבודדים מרצון. Aouf (1972) שחקר את הקהילה החרדית של חסידי סאטמר בארה"ב, דן בשאלה של סטטיות מול שינוי. כסמון (1978) שחקרה את הקהילה החרדית בארץ, הוא מדגיש את יציבותה של אוכלוסיית המחקר שלו. אך בניגוד לה, לאור הדילמה של שמירת שווי המשקל בין המשומר לחדש, הוא מצביע על מספר תחומים אשר להערכתו עלולים להביא לתנודות במבנה הסטטטי של אוכלוסיית המחקר שלו (כגון: השכלת נשים, המגע עם החברה הכללית הגויית וכו'). אך כפי שניתן ללמוד ממחקרו של שנלר (תשל"ז), העוסק במערכת החינוך החרדי הקיצוני בירושלים, שינויים בחברה החרדית יכולים לתרום דווקא לשימור היציבות. הוא מתאר את יציבות מערכת החינוך של הבנים בצד שינויים שהתחוללו במערכת החינוך של הבנות. הוא מצא ששינויים אלה הינם תוצר של התאמה למערכת לחצים חיצוניים ופנימיים. אך מאחר ושינויים אלה בוצעו תוך פיקוח והכוונה מלאים של המנהיגות הקבוצתית, הם תורמים ליציבותה ולהמשך התבדלותה של חברה זו. כלומר, מה שנראה למתבונן מן הצד כשינוי, מתגלה כשינוי פונקציונלי באשר הוא מאפשר פלורליזם לגיטימי, ומשמר את אורח החיים הייחודי של הקבוצה. פרידמן (1988)

הציג תיזה דומה, כשרן במעמד האשה החרדית בתחום התעסוקה וההשכלה.

חשוב להדגיש שהחברה החרדית, בניגוד לקבוצות דתיות אחרות הדוגלות אף הן ביציבות כגון: הקטוריסטים (1955 EATON & WEIL), האמיש (1988 SAYELLS) ואחרות, אינה מתנגדת באופן עקרוני לטכנולוגיות חדישות ולהתפתחויות אחרות במדע, כולל רפואה. ללא (1969) מדגיש שהשימוש בטכנולוגיה הינו גם לצרכים דתיים פולחניים. ביהדות אין אידיאולוגיה של סגפנות. ZBOROWSKI & HERZOG (1955) מציינים, שלמרות החשיבות הרבה שיש לעולם הבא בתפיסה היהודית, יש לגיטימציה ליהנות מן העולם הזה במסגרת שאינה חורגת מן ההלכה. יתכן ועובדה זו באה לביטוי, בין השאר, במגמה של עליית הצריכה בשוק החרדי (גניחובסקי 1985). שימור החיים הנו ערך מרכזי ביהדות כפי שנאמר: "ונשמרתם מאד לנפשותיכם" (דברים, ד', ט"ו), "כל המקיים נפש אחת מישראל כאלו קיים עולם מלא" (בבלי, סנהדרין, ל"ז, א') "פקוח נפש דוחה שבת" (בבלי, שבת, קל"ב, א') וכד'. המשמעות המעשית לכך היא שיש לעשות הכל על מנת לרפא חולים, ואין התנגדות לשום טיפול רפואי היכול לתרום לבריאות האדם ולהצלת חייו. ZBOROWSKI & HERZOG (1955) מתארים זאת:

• "מחלות חולפות מתייחסים אליהן כאל דבר נורמלי, ומדברים עליהן בחופשיות במשפחה ובשכונה. מחלות כרוניות, שעשויות להותיר פגם פיזי או נפשי, שייכות לתחום המוסתר מעין כל. המשפחה מסתירה זאת והשכנים מתנהגים כאילו שאינם יודעים על כך דבר על מנת שלא לבייש... מחלות נפש שייכות לקטגוריה של מחלות המחייבות תחבולות הסתרה, למשפחות שבכותן לעשות זאת. הורים יוותרו לעיתים רחוקות על התקווה לרפא את המצב המביש, הם ילכו מרופא לרופא, מצדיק לצדיק, ולפרופסור. הבושה הגדולה ביותר היא הצורך לאשפז, וכשה קורה, לעולם לא יזכירו זאת. לא רק שאין זה מקנה כבוד למשפחה, זה עלול להפריע בנישואי הילדים האחרים. מתייחסים לנישואין כאילו הם יכולים להבריא אייציבות נפשית קלה... למרות הסבל, הצער, הבושה, הסודיות ואי היכולת לשדך, אין אדם מאבד בהכרח את מעמדו בגלל שיש מחלת נפש במשפחה" (עמ' 355-356).

תאור זה ממחיש את המאמצים הכוללים המושקעים בריפוי חולים, אך הוא גם מדגים את הבושה והסטיגמה הכרוכות בסוגים מסויימים של מחלות ומחלות נפש בעיקר, והעלולות לפגוע בסיכוייו של החולה, ואף של בני משפחתו, בהשגת שידוך ראוי. על כן נלווים למחלות אלה מאמצי ההסתרה, תופעה בה נעסוק בהמשך מחקר זה. לסיכום, השמירה על היציבות ועל הקיים מאפיינת את החברה החרדית, וגם השינויים המתחוללים בה הינם פונקציונאלים בשימור מגמה זו.

מחזור החיים

החברה החרדית רואה את יעודה בחיים למען קיום מצוות התורה ולימוד תורה. דבר זה בא לביטוי בכל אורחות החיים של היחיד והקהילה החרדיים.

הקמת משפחה וקיום מצוות 'פרו ורבו' הנם יעד מרכזי בחברה החרדית, ובמידה מסויימת מחזור החיים מרוכז סביב ציר זה (GOSHEN-GOTTSTEIN, 1966, 1984, 1987, 1978 SIMON, 1969 POLL, 1978, "כ"ץ תשי"ח ואחרים). ZBOROWSKI & HERZOG (1955) מתארים זאת: "אם גבר אינו בעל ואב אין הוא שווה דבר, ואשה שאינה רעיה – אינה אשה אמיתית" (עמ' 192). פרישמן (1979) השווה עמדות של בנות חרדיות וחילוניות בדבר נישואין, הריון ולידה. הנבדקות החרדיות רואות בלידת ילדים ובטיפול בהם יעד מרכזי של חיי הנישואין, לעומת הנבדקות החילוניות הרואות בפיתוח עצמי יעד מרכזי, ואילו את לידת הילדים דרגו במקום רביעי בלבד.

לנישואין קודם תהליך של שידוך. הצורך בשידוך הינו פועל-יוצא של הפרדה מוחלטת בין המינים הנהוגה בחברה החרדית החל מגיל צעיר מאד, והטלת טאבו על כל גילוי מיני עד הנישואין. לכן, הנטייה היא לנישואין

בגיל מוקדם (פרידמן ושלהב 1985 עמ' 51-52), ובמקורות: "בן שמונה עשרה לחופה" (פרקי אבות, ה', כ"ו). תאורו של כ"ץ (תשי"ח) את האחראים לשידוך: "הקמת המשפחה בתקופה הנדונה היא על פי הסכם בין אלה החשובים לבאי כוחם הטיבעיים של בני הזוג – ההורים" (עמ' 165) הנו בתוקף גם כיום (GOSHEN-GOTTSTEIN 1966, 1984, 1987 RUBIN, 1972 SIMON, 1978). כלומר, ההורים יוזמים את יצירת קשר הנישואים של ילדיהם, הן בבחירת המועמדים האפשריים לנישואין, והן בבחירת העיתוי. כחלק מתהליך השידוך עורכות המשפחות המחוננות חקירה על הצד המחנות (ZBOROWSKI & HERZOG 1955). יחד עם זאת אין משיאים בניגוד להסכמת בני הזוג. הסכמה זו ניתנת לעיתים על סמך היכרות קצרה, ולעיתים אף חטופה, שנערכת תחת עינם הפקוחה של ההורים (GOSHEN-GOTTSTEIN 1966). כתוצאה מכך אין האהבה מהווה שיקול במסוד קשר הנישואין, "ההתאמה האישית וכל שכן ההתקשרות הנפשית בדרך של התאהבות מוקדמת אינה באה כלל במנין" (כ"ץ תשי"ח עמ' 170). ZBOROWSKI & HERZOG (1955) טוענים שהתפיסה היא שקודם נישאים ואחר כך אוהבים. GOSHEN-GOTTSTEIN (1966) מצאה בקרב נבדקות חרדיות נשואות שאהבה רומנטית הנה מושג זר, והן לא מצפות להיות נאהבות. בחירת המועמד לשידוך מושגת על חישוב ראציונאלי שבו תופס המרכיב המעמדי מקום מרכזי. המרכיב המעמדי הופך חתן למבוקש ביותר לשידוך, הוא היותו תלמיד חכם. GOSHEN-GOTTSTEIN (1966) מצאה שעבור נשים חרדיות הבעל האידיאלי הינו תלמיד חכם. מרכיבים נוספים בעלי משקל בריבוד החברתי הם יחוס ומצב כלכלי (גם HELMREICH 1982). כפי שצינו לעיל קיימים מרכיבים אחרים המורידים את ערכם של המשודכים הפוטנציאליים, ועל פי מכלול שקולים אלה נערך השידוך. כ"ץ (תשי"ח) מתאר את החברה היהודית

במוצאי ימי הביניים במזרח אירופה, כחברה מעמדית בה ניתנת חשיבות רבה לתלמידי החכמים בריבוד. "התמונה הריבודית המצטיירת היא איפוא של חברה בעלת מבנה עם פסגות ועמקים המרוחקים זה מזה מוז תכלית רחוק. אולם המכפר על הפרדה אף בין העמדות הקיצוניות ביותר שבמבנה זה הוא, שאין תריס ומעצור בניהן. המבקש לעלות לפסגה דרכו ארוכה ותלולה, אך אם כוחו, כשרונותיו ורצונו עמו אין הדרך חסומה לפניו" (עמ' 243).

מעבר לכללי התאמה בתהליך השידוך, חשיבות מוסד הנישואין באה לביטוי בנסיון למצוא שידוך לכל חבר בקהילה, ובהתייחסות לסוטים מנורמה זו. "אם היא לא נאה, או שיש לה נכות... יתכן שיהיה קשה להשיאה, אבל יש הסכמה כללית שאיזשהו הסדר יש לעשות" (ZBOROWSKI & HERZOG 1955 עמ' 273). רווקים חשודים לפי תנאי חייהם על סטיות (כ"ץ תשי"ח). גירושין הינם מנגנון מתקבל אך כפתרון אחרון. במחקר זה, יתבהרו ההשלכות שיש לעמדות אלה ביחס לנישואין בחברה החרדית, על חברי הקהילה הסובלים מהפרעות נפשיות.

לאחר ששני הצדדים הביעו את הסכמתם להינשא זה לזה נערכים האירוסין, שבמהלכם נחתמים תנאים בין המשפחות המחוננות. התנאים הינם בעלי תוקף חוזי, שתוכנו הוא קביעת מועד הנישואין, וההסדרים הכלכליים המחייבים כל אחד מן הצדדים בבניית התשתית הכלכלית של הזוג הצעיר. לעיתים עובר פרק זמן של שנה בין הארוסין והחתונה, שבמהלכו בני הזוג אינם נפגשים כלל, או ממעטים להיפגש ולא ביחידות. הזיקה למשפחת המוצא באה לביטוי, גם לאחר הנישואין, בעזרה שמושיטה המשפחה לזוג הצעיר, בעיקר בגידול הילדים, ולעיתים בעזרה כלכלית.

ROSENHEIM (1982) מדגיש שהגוף אינו המרכז בתפיסה הדתית, אך אין דחייה של הגופניות; והמגמה ההלכתית הינה רגולציה של צרכים גופניים. על פי ההלכה צריכה המיניות להיות ביטוי לקדושה, ולהיעשות מתוך רצון הדדי של שני בני הזוג. מאחר והיצר המיני נתפס כיצר חזק מאד, קיימים כללים רבים ביחס לאופן הביטוי של יצר זה.

מין מותר רק במסגרת הנישואין, קיים איסור לתכנון ילודה. קיימות תקופות בהן יש התר לקירבה מינית, ופרישות לסירוגין, הסדר זה מקביל לתקופות הפוריות של האשה. ברגולציה זו של חיי המין ניתן לראות כיצד מותאמת ההלכה עם התפיסה האידיאולוגית ביחס להולדת ילדים.

GOSHEN-GOTTSTEIN (1966) מצאה במחקרה על נשות שכונת גאולה, שכולן נכנסו להריון מיד לאחר הנישואין. מקרב 20 הנבדקות, 16 הביעו שמחתן מההריון, 3 היו אמביוולנטיות, ורק אחת לא היתה מרוצה מכך. לנבדקות החרדיות היו גם פחות סימפטומים במהלך ההריון בהשוואה לנשים מסורתיות שאינן חרדיות, וכולן הביעו את רצונן להניק ככל שתוכלנה. קיימת העדפה ללידת בנים.

במחקר משווה שערכה GOSHEN-GOTTSTEIN (1984) על דפוסי גידול ילדים במשפחות חרדיות ובמשפחות שאינן חרדיות מצאה הבדלים בין השתיים. אמהות חרדיות מעודדות חשיבה ודיבור מגיל 20 חודש. הן מרבות לדבר עם הילדים ומשפרות את שפתם, כשהילדים גדלים במעט הן מעודדות הישגים. החנוך למוסר והתנהגות דתית מתחיל בגיל צעיר, ונעשה בעזרת הוראות, איומים וכעס, כשהילד אינו מתנהג בהתאם לצפיות. נראה שרמת התוקפנות של אמהות חרדיות בתנאים אלה, רבה יותר מאשר בקרב אמהות לילדים בני אותו גיל בקבוצות אחרות. מעט דגש מושם על התפתחות אמוצינאלית, כמו ביטוי רגשות. קיימות דרישות שונות מבנים לעומת בנות, בהתאם לתפקידים השונים המיועדים לשני המינים בבגרות. דבר זה בא לביטוי גם בחינוך הפורמלי, שמראשיתו קיימת הפרדה בין המינים. בנים מתחילים ללכת ל'חדר' בגיל שלוש ומתחילים אז, באופן הדרגתי, ללמוד את יסודות הקריאה ולהתחנך לחיים דתיים, בעוד שבנות הולכות לגן עד גיל שש, וערוור המוטיבציה שלהן לחיים דתיים נעשה באופן פחות פורמלי במשפחה. סביב החינוך לחיי משפחה קיים קשר של שתיקה הנושא טאבו, קיים איום קשה על אוננות, עובדה שלדעתה מפריעה לילדים בלימודיהם בעיקר בגיל ההתבגרות. הסברה מינית מינימלית ניתנת סמוך לחתונה. בקבוצת הלא חרדים השתתפו האבות באופן פעיל בגידול הילדים פי 1.7 מהאבות החרדים. האבות החרדים עוזרים בטיפול בילדים בעיקר בשבתות ובחגים. יחד עם זאת ניתנות לבנים מספיק הזדמנויות להזדהות עם האב, בעיקר סביב פעילויות דתיות פולחניות.

GOSHEN-GOTTSTEIN (1966, 1984, 1987), SIMON (1978) ואחרים מדגישים שבחברה החרדית אין מתח ומשבר בין דורות. למשפחה יש משקל מכריע בסוציאליזציה של דור ההמשך, כפי שמצאו רקובר, ינון וארד (1970) במחקרם. GOSHEN-GOTTSTEIN (1987) טוענת שהיעדר פער הדורות מונע משברי זהות, הפוגמים לדעתה בתהליך הגדילה של הפרט. משבר זה המופיע בקרב אחדים מחברי הקהילה בגיל מאוחר, הינו הרה סכנות וגורם לבעיות רבות וקשות.

הבית והמשפחה הם מרכז השיתוף בין בני הזוג. הזוג ממעט לצאת ביחד, עובדה זו היא גם תוצר של היעדר תרבות פנאי בחברה החרדית (כ"ץ תשי"ח, POLL, 1969, SIMON 1978 ואחרים). אירועים בעלי גוון של בילוי הם אירועים ממוסדים הסובבים סביב חיי המשפחה (שמחות), הקהילה ומחזור השנה]SIMON (1978) טוענת שהנישואין מחוללים שינויים מהותיים יותר בחיי הנשים מאשר בחיי הגברים, והופכים אותן לפחות פסיביות ותלותיות. GOSHEN-GOTTSTEIN (1987) מצאה שבקרב נשים חרדיות, בעיות נפשיות מופיעות יותר לאחר הנישואין, בעוד שבקרב גברים חרדים הן מופיעות לפני הנישואין. GOSHEN-GOTTSTEIN (1984) מדגישה שזו חברה בה הנשים נחותות, האשה משיגה את מעמדה באמצעות הבעל. הנשים אינן מעונינות בקריירה, עובדה התורמת לדעתה להפחת מתחים במשפחה. כרנשטיין (1985) מדגיש:

"שאיפתה של האשה (החרדית) היא שבניה יהיו תלמידי חכמים ושביתה יהיה בית של תורה, ולכן מתפקידיה גם לאפשר לבעלה לעסוק בתורה: לא להטרידו יותר מדי, ואם אפשר לשחררו מעול פרנסת הבית ולזרוז להקדיש זמן לתורה" (עמ' 53).

ZBOROWSKI & HERZOG (1955). בתארם את הבית היהודי בעיירה, מנסים להדגיש את חשיבות האשה על ידי תאורה כמנהלת את עניני הבית, את העיניינים הכספיים של המשפחה, מפרנסת, מכירה את לשון הארץ וכד'. תאור זה תואם את מימצאיהם של שנלר (תשל"ז), פרידמן (1988) RUBIN (1972), (1978) SIMON ואחרים ביחס לתפקידי האשה החרדית, ולמגמה של עידוד נשים, בעיקר אלו שעדיין אין להן ילדים קטנים, לעבוד מחוץ לבית על מנת לשפר את רמת חיי המשפחה. מגמה זו מתאפשרת גם בשל השיפור המטריאלי טכנולוגי המקל על עבודות הבית. כתוצאה מתעסוקתן, התמצאותן טובה יותר בעולם הסובב אותן בהשוואה לגברים. אך הם, כברנשטיין (1985), רואים בתעסוקת נשים אמצעי לשחרר את הבעל ללימוד תורה ולמנוע ממנו לעסוק בהוויות העולם הזה, ולא מטרה בפני עצמה.

מן התאור שהובא לעיל עולה כיצד מחזור החיים של הפרט והמשפחה, סובב סביב הציר של קיום אורח חיים על פי ההלכה. במחקר זה נתייחס לעיתוי הופעתן של הפרעות נפשיות מבחינת השלב במחזור החיים.

עולם התורה

"אלו דברים שאין להם שיעור: הפאה והביכורים, והראיון וגמילות חסדים. ותלמוד תורה כנגד כולם" (זרעים, פאה, א', א'). לימוד תורה שקול כנגד כל המצוות שעל ידי תלמוד תורה זוכה האדם בכלן כמו שאמרו: "לימוד גדול שהלימוד מביא לידי מעשה" (בבלי, קידושין, מ', ב'), ואבן לימוד התורה הינו מטרה מרכזית בחיי האדם בחברה החרדית. הדבר בא לידי ביטוי בכך שמעמרו של תלמיד חכם בריבור החברתי הוא גבוה ביותר, וכפי שהדגשנו – מידת התמדתו ושקדנותו של בחור מעלים את ערכו כחתן פוטנציאלי. כמו כן לימוד בישיבה הינו תעסוקה לגיטימית לגברים גם לאחר הקמת משפחה, ובמידה שהם עומדים בסטנדרטים לימודיים שקובעת הישיבה בה הם לומדים, הם אף יקבלו קצבה המהווה מעין משכורת.

HELMREICH (1982) עוסק בעולם הישיבות בארה"ב ומתאר עולם זה כמסורת עתיקה בארץ חדשה. מסורת זו שהחלה בתחילת המאה ה-19 (בוולזין 1802) עת הוקמה הישיבה הראשונה של לימוד לשמו, כלומר, לימוד התלמוד כמטרה בפני עצמה. אך בעוד שבמחקרו מתוארת הישיבה כעולם זמני לרוב התלמידים, הרי שבחברה החרדית לימוד כקריירת חיים היא חזון נפוץ. עובדה זו הופכת את החברה החרדית לחברת לומדים. MAYER (1979) מראה מגמה של עליה בחינוך היהודי בקרב הדור הצעיר בבורגפארק (שכונה בארה"ב, בה מתגוררים יהודים אורתודוקסים רבים) בהשוואה לדור ההורים. פרידמן (1988) טוען שמיסוד חברת לומדים התאפשר כתוצאה מהשינויים שהתחוללו במעמדה של האשה בחברה החרדית.

מסלול הלימודים בחברה החרדית שונה מהמקובל בשאר האוכלוסיה. מערכת החינוך החרדי פועלת במדינת ישראל כמערכת חינוך עצמאית מבחינת תוכנית הלימודים, ההכשרה הנדרשת מן המורים, המעבר משלב לימודים אחד למשנהו, ההישגים הנדרשים מן התלמידים, וכו'. אחד המאפיינים של החינוך החרדי הנו הפרדה מוחלטת בין המינים. הפרדה זו לדעת GOSHEN-GOTTSTEIN (1987) עלולה להיות מקור לבעיות נפשיות בשני המינים. מטרת מערכת החינוך החרדי הנה: "הכנסת הצעירים לאורח החיים המסורתי של החברה, למסכת מינהגיה ומצוותיה, והקניית הבקיאות וההתמצאות במקורות ההלכה, כבסיס להתנהגות המעשית הרצויה"

(קליינברגר תשכ"ב עמ' 25). לכן, כפי שמדגישים RUBIN (1972), SIMON (1978) ואחרים, קיימת בישיבות התנגדות לכל דבר שריח של תרבות זרה נודף ממנו, ממעטים בלימודי חול ולומדים את החינוכי לצורך התמצאות בסביבה ובחיי היום יום. קיימות ישיבות, השייכות לפלגים הקיצוניים בחברה החרדית, שבה אין לימודי חול כלל. בראש הישיבה עומד ראש הישיבה שהוא הסמכות העליונה הן מן הבחינה הדתית והן מן הבחינה הרוחנית. בישיבות בהן מספר התלמידים גדול, הקשר הישיר עם ראש הישיבה רופף, אך סמכותו היא ללא עוררין. תחתיו נמצאים המשגיחים והמלמדים הנמצאים בקשר יום יומי עם התלמידים. הלימוד בקרב הבנים מתחיל כאמור בגיל מוקדם במסגרת 'חדרים', בהם מתקיים יום לימודים ארוך, ותכנית לימודים המאופיינת במיעוט חופשות (שנלר תשל"ז). לדעת GOSHEN-GOITSTEIN (1987) פרידה מוקדמת ומזמשכת זו מהאם, והציפייה ללימוד ולא למשחק בגיל כך-כך, עלולה להוביל מקור לקשיים רגשיים. בהמשך עוברים הבנים לישיבות קטנות, ומשם לישיבות גדולות המיועדות לבחורים (כינוי מקובל לגברים חרדים טרם נישואיהם). לחלק מישיבות אלה צמודות פנימיות, עובדה המעצימה את השפעת הישיבה על גיבוש עולמו של הלומד בה. עם הנישואין עוברים ללמוד בכוללים, שבהם, כאמור, מקבלים הלומדים קיצבה, המהווה בדרך כלל את תרומתם לפרנסת המשפחה. לא מקובל שבחור יעסוק בדבר, פרט ללימוד תורה עד נישואיו. לאחר הנישואין ממשיכים חלקם בקריירה של תלמידי ישיבה (כולל), ומקדישים את כל זמנם לתורה בבחינת תורתם היא אומנותם. האחרים עוסקים בעבודות שפרנסתן בצידן (חינוך, שירותים שהם פועל יוצא מצרכי הקהילה, מסחר, ועוד), אך גם הם מקפידים להקדיש עיתים לתורה. תאוד זה ממחיש את הבעייתיות בה נתקל בחור חרדי המתקשה להשתלב בעולם הישיבה, משום שזה אפיק ההגשמה הנורמטיבי היחיד עד לנישואין. כמו כן מיעוט לימודי החול בישיבה מקשה על האדם החרדי להשתלב בחיי התעסוקה מחוץ לקהילה החרדית, בהם נדרש בדרך כלל ידע מקצועי. לדעת BOHUA (1972) מצב זה הינו פונקציונאלי למגמת ההסתגרות של החברה החרדית, שאינה מעוניינת להרחיב את מעגל התעסוקה, כדי לשמור שקבוצת ההתייחסות תהיה בתוך הקהילה.

תכני הלימוד בעולם הישיבה מישתנים בהתאם לגיל התלמידים, כשהמגמה היא מן הקל אל הכבד. הדגשים סביב תכני הלימוד מישתנים אף הם. שנלר (תשל"ז) מתייחס לשתי מגמות בלימוד כאשר האחת מדגישה את הבקיאות והשניה את הניתוח האנליטי. HELMREICH (1982) מדגיש שני כיווני הצטיינות אפשריים בישיבה: בלימודים (העילוי והנאון), ובמירות (אופי הדתיות). יחד עם זאת הוא מדבר על תהליך של פרולטרזציה של הכולל, שאינו עוד, כבימים עברו, מקום לעילויים כלבד. תופעה זו אופיינית גם לקהילה החרדית בירושלים, ומתבקשת כשמדובר בחברת לומדים. הדבר בא לביטוי בריבוי ישיבות בעלות רמות שונות. פתיחת שערי הישיבה לתלמידים ברמות שונות, הופכת את הפיקוח על התנהגות סוטה לבעלת חשיבות רבה בהצלחת מוסדות אלה. הוא טוען שמערכת הפיקוח פועלת ביעילות רבה, ומופעלת באופנים שונים. הסנקציה החרפה ביותר על סטייה, המופעלת כאפשרות אחרונה, היא הרחקה מן הישיבה, אך ישנה גם הרחקה לא מורמלית על ידי התעלמות. MAYER (1979) מדגיש אף הוא את המודעות הרבה שקיימת לסטייה לא רק בישיבה אלא בחברה האורתודוקסית. הוא מבחין בסטייה בעלת אופי כרוני הבאה לביטוי בהזנחה ובהקצנה דתית. לדעתו אלה ברובם נפלטים או פולטים עצמם מראש מהחברה. הסוג השני של סטייה, אותה הוא מתאר כבעלת אופי אקוטי כמו שימוש בסמים, עבריינות, הפקרות מינית וכו', הינו נדיר. הפיקוח החזק ושיעורי הסטייה הנמוכים אינם מהווים איום בכוון של שינוי.

* בקרב הבנות החרדיות מסלול הלימודים הוא, כאמור, שונה. הן מתחילות ללמוד רק בגיל שש, וקודם לכן נמצאות רובן במסגרת חינוכית הדומה למסגרת הגן במערכת החינוך הכללית. מיגוון מסגרות הלימוד לבנות הוא מצומצם, יחסית לבנים, ויום הלימודים קצר. רוב הבנות לומדות בבתי ספר של 'בית יעקב', אם כי גורמים קיצוניים מחרימים רשת זו משום שלדעתם מפריזים שם בלימודי חול (שנלר תשל"ז). חינוך הבת מיועד להכשירה לתפקידיה כאשה נשואה וכאם. משמעות הדבר, הכשרתן לקיום אורח חיים חרדי ולאפשרות לשחרר את הבעל ללימוד התורה. לכן קיימות מגמות לימוד בחינוך העל יסודי, המכשירות את הנערות למקצועות מסויימים. ראוי להדגיש שמיגוון האפשרויות המקצועיות הוא מצומצם, וזאת מתוך האידיאולוגיה שקיימים רק עיסוקים מסויימים הראויים לאשה שתעסוק בהם, שכן "כל כבודה בת מלך פנימה" (תהילים, מ"ה, י"ד). יחד עם זאת מציין פרידמן (1988) תהליך שבו מרחיבים את נושאי הלימוד בקרב הבנות על מנת לאפשר להן, עם נישואיהן, להשתלב במעגל העבודה והפרנסה. בכל הזרמים החינוכיים קיימת התנגדות להכניס את הבת לעולם התורה מעבר לנדרש בחיי היום יום, כפי שנאמר: "כל המלמד את בתו תורה כאלו למדה טפלות" (בבלי, סוטה, כ', א'). כלומר, ההתייחסות להשכלתן של הבנות היא פרגמטית בעיקרה.

לסיכום עולה, שמערכת החינוך החרדית של שני המינים, היא גם המטרה וגם האמצעי להגשמת יעודו של האדם החרדי. במחקר זה, נעסוק במצוקתם ובדרכי התמודדותם של חברי הקהילה המתקשים בהגשמת יעוד זה.

חיי הקהילה

חברות בקהילה וקיום אורח חיים דתי-יהודי, ניתן לומר שחד הם, כפי שאומרים ZBOROWSKI & HERZOG (1955) היעיירה פירושה הקהילה, האנשים שלי. חלק ניכר ממצוות הדת ניתן לקיים רק בקהל, כלומר בנוכחותם של עשרה גברים בוגרים (אחרי בר מצוה), כגון: תפילות מסויימות, קידושין ועוד. האדם שומר המצוות וקוק למוצרים ושירותים מסויימים בתחום המזון, הפולחן, ועוד, המיוצרים במיוחד עבור אוכלוסיה זו, והם זמינים רק במקומות בהם מרוכזת אוכלוסיה הדורשת זאת. כלומר, בצד הבדלנות אידיאולוגית של החברה החרדית, אותה הזכרנו לעיל, קיים צורך והכרח אידיאולוגי-הלכתי בהתלכדות פנימית.

הפלגים המרכזיים המרכיבים את החברה החרדית, מפוצלים לקבוצות משנה רבות המרוכזות סביב המנהיג. המנהיגים בחברה החרדית הם הרבנים, העומדים בראש בית כנסת מסויים, ישיבה, שכונה, זרם אידיאולוגי וכד'. לא ניכנס בעבודה זו לפרוט המערכת ההירארכית של המוסדות הרבניים השונים הקיימים בקהילה החרדית, אך נתייחס לאלו מתפקידיו של הרב שיש להם השלכות למחקר זה.

החשיבות והחיוניות של קשר בין הפרט והמנהיג באה לביטוי בהיגד "עשה לך רב" (פרקי אבות, א', ו'). משמעות הדבר מבחינה מעשית היא שאם אדם פונה לרב בשאלה הלכתית – פסיקה זו מחייבת אותו. חשיבות זו נובעת גם מן העובדה שהמנהיג בחברה החרדית הינו גם הסמכות הדתית-הלכתית והרוחנית. ZBOROWSKI & HERZOG (1955) מדגישים את העובדה שהרבנים משמשים גם סמכות שיפוטית, והחלטתם מחייבת את הפונים אליהם.

בקהילה החרדית הרב אינו רק הסמכות בה נועצים בענייני הלכה ובוררות, אין עושים שום צעדים ללא התייעצות עם הרב. הכוונה היא לעניינים הנוגעים בהחלטות בתחומי חיים שונים, כגון: מעמד אישי (שידוכים, נישואין, גרושין), החלטות כלכליות (הקשורות לעסקים, רכישות וכו'), יחסים במשפחה, נסיעות, פניות

לשירותים, כולל לרופאים ועוד (RUBIN, 1972, HELMREICH, 1982, GOSHEN-GOTTSTEIN, 1984 ואחרים). עובדה זו מרחיבה את כח סמכותו ומנהיגותו של הרב, ובמקביל יוצרת מערכת יחסים בעלי אופי אישי, עובדה המגבירה את היקף השפעתם וכוחם של הרבנים. בכך מתקרב הרב בקהילה החרדית לתפקיד המסורתי שהיה בעבר לרבי החסידי. עובדה זו באה לביטוי גם בכך שסגולות של תבונה וחכמת חיים מיוחסות כיום גם לרבנים שאין להם כל זיקה לעולם החסידי. תופעה זו לא נחקרה עדיין, אך אין ספק שהיא מבטאת צרכים של חברי הקהילה, אותם זיהו מייסדי תנועת החסידות כבר לפני שנים רבות. תופעה זו היא אחד הסממנים המקהים את ההבדלים, אותם הזכרנו לעיל, בין חסידים ומתנגדים. הרב, כאמור, ברוב המקרים הינו ראש מוסד מסויים כמו בית כנסת או ישיבה, שאליו קשורים הכל, עובדה המגדילה את כוח השפעתו.

הקשר של היחיד לבית הכנסת הנו אינטנסיבי, ועבור האדם המקפיד על תפילה כציבור גם בימי חול, הופך הוא למעין בית שני. לפיכך אין הוא משמש לצרכי פולחן בלבד, והוא הפך מכבר למוסד בעל תפקידים רבים אחרים. לבית הכנסת תפקיד מרכזי בפיקוח החברתי (ZBOROWSKI & HERZOG, 1955, "אין סודות בעיירה"). העובדה שמתפלל קבוע נעדר מבית הכנסת, מעוררת תמיהות בדבר הסיבה להיעדרותו, ואלו עשויות ללמד על מצבו הבריאותי, נסיעותיו של הפרט, וכדומה. מתפללי בית הכנסת שותפים לאירועים במחזור החיים של הפרט ומשפחתו, כמו: לידות, כניסה לעול מצוות, אירוסין, חתונות, פטירות, אירועים של הצלה וכד', משום שחלק מהטקסיות הנלווית להם מתרחשת בבית הכנסת.

MAYER (1979) טוען שחלק מן התפקידים המסורתיים של המשפחה, בתחום הסוציאליזציה והפיקוח החברתי של דור ההמשך, הועבר לישיבות ולבתי הכנסת. כ"ץ (תשל"ח) מדגיש שהתפילה בציבור הופכת את בית הכנסת למקום בו גם מופגן הריבוד החברתי. מתפללי בית הכנסת שותפים גם לאירועים במחזור השנה של הקהילה, שבתות, חגים, ימי אבל ותענית, שחלק מהטקסיות הנלווית להם מתרחשת בבית הכנסת.

אינטנסיביות זו של הקשר בין הפרט לבית הכנסת, הופכת אותו למוסד חשוב ביותר, ובנוסף למימד הפולחני, הוא מעניק למשתייכים אליו תחושת שייכות, קבוצת החייחוסות ופיקוח, מערכת תמיכה וכד' על כל המשתמע מכך.

מעבר להיות האדם בן למשפחה, תלמיד בישיבה וחבר בבית כנסת, הוא שייך גם למערכת קהילתית רחבה יותר, שהסדרת היחסים בין חבריה היא אחד מעיקריה. הערבנות ההדדית אינה חלה רק ביחס לקיום המצוות, אלא גם ברמה החברתית הגורסת שיש אחריות הדדית בכל הנוגע לתמיכה ועזרה לחלשים שבקהילה. במערכת החוקים הדתית יש התייחסות רבה והוראות מדוקדקות בדבר החובה לעזור לחלשים שבקהילה, בחומר וברוח. החוקים מתייחסים לעניים, לחולים ולנזקקים אחרים. מעשים אלו נכללים תחת הכותרת צדקה, וחשיבותה באה לביטוי במקורות במאמרים שונים: "וצדקה תציל ממות" (משלי, י', ב'), "משולה צדקה כנגד כל המצוות" (בבלי, בבא בתרא, ט', א'), "כל המעלים עין מן הצדקה, כאילו עובד עבודת כוכבים" (בבלי, בבא בתרא, י', א') ועוד. במקורות קיימת גם התייחסות לדרך בה ניתנת הצדקה, המבטאת את הרגישות לקשיי הנצרך: "אין צדקה משתלמת אלא לפי חסד שבה" (בבלי, סוכה, מ"ט, ב'), "גדול העושה צדקה בסתר יותר ממה רבנו" (בבלי, בבא בתרא, ט' ב'), "הנותן פרוטה לעני מתברך בשש ברכות... והמפייסו בדברים מתברך באחת עשרה ברכות" (בבלי, בבא בתרא, ט', ב'). הדאגה לחלשים היא קבועה או בעיתות משבר, תוך התחשבות בצרכים האינדיבידואליים של כל פרט: "לפי מה שחסר העני אתה מצוה ליתן לו: אם אין לו כסות מכסים אותו. אם אין לו כלי בית קונים לו,

אפילו היתה דרכו של העני לרכב על סוס קונים לו סוס לרכוב עליו" (רמב"ם, הלכות מתנות עניים, ז', ג'). עקרון התמיכה בנוי על מתן זכות קדימה לקרובים לעומת סתם עניים כמו שנאמר: "ענייך ועניי עירך ענייך קודמין, עניי עירך ועניי עיר אחרת עניי עירך קודמין" (בבלי, בבא מציעא, ע"א, א').

כ"ץ (תשי"ח) טוען שלמרות שהקהילה הינה מוסד על-משפחתי, היא לא ביטלה את עקרון המשפחתי כשדבר זה היה לטובתה. עובדה זו בולטת בדאגה לכושלים: "הכושל ינסה תחילה למצוא סעד בבני משפחתו העשירים בעלי היכולת, אם נמצא בין קרובי העני מי שמסוגל לתמוך בו, ניערו המוסדות את חוצנם מלעזור לו" (עמ' 182). לדעת RUBIN (1972) כיום, הדאגה לפרט עוברת יותר מן המשפחה לקהילה, הוא מתייחס בעיקר לשירותים, לחינוך ולפיקוח חברתי. גם אם נכון טיעונו של כ"ץ (תשי"ח), הרי שמבנה הירארכי זה של מחוייבות לעזרה, מבטיח את הפרט מפני מצב בו הוא עלול להישאר ללא הגנה כלשהי. נושא אותו נבחן ביחס לסובלים מהפרעות נפשיות בהמשך מחקר זה.

לסיכום, האוכלוסיה החרדית הינה קבוצה דתית-תרבותית השונה משאר האוכלוסיה בישראל. ייחודה כא לביטוי בבחירת האלטרנטיבות המחמירות המוצעות בספרות הפסיקה של ההלכה, בשימור דפוסי החיים היהודיים כפי שהתגבשו במזרח אירופה, ובמיסוד חברת לומדים. קבוצה זו הינה בעלת אידיאולוגיה של בדלנות מן החברה הסובבת אותה, ושמירה קנאית על הקיים (סטטיות). מתוך אדיאולוגיה זו צומחת גם המגמה של הפחתת הקשר עם החברה הסובבת אותה, לכדי מנימום אפשרי. מסיבה זו שוקדת האוכלוסיה החרדית על פיתוח שירותים פנימיים לצרכים שונים. אך קיימים שירותים שחברה בדלנית זו נאלצת לקבל ממסגרות חוץ, הן מפאת היותה חברה מצומצמת, והן בגלל קוצר המשאבים הכספיים והמקצועיים. אחד התחומים שבהם נזקקת החברה החרדית לסיוע מבחוץ הינו תחום הרפואה, כאשר רפואת הנפש נכללת בו. תחום בריאות הנפש הינו בעייתי במיוחד, משום שהוא חושף את הנזקים לשירותיו למגע עם העולם החיצון בתחומים בהם הקהילה החרדית מעונינת ביותר בהסתגרות והוא תחום החיים הרוחניים, הנפשיים והאידיאולוגיים של חברה. להלן נדון במפגש זה.

פרק ב': דת ורפואת הנפש

במחקר זה עוסקים אנו, כאמור, במיגזר מסויים של האוכלוסיה החרדית (שאת איפיוניה המרכזיים תארנו לעיל), הסובל מבעיות נפשיות והזקוק לטיפול בגינן. לכן נביא להלן סקירה על יחסי הגומלין בין הדת ורפואת הנפש בכלל, וביהדות בפרט.

חוקרים רבים ניסו להגדיר דת מהי. CLARK (1958) טוען שאין מילה קשה יותר להגדרה. לדעתו הקושי בהגדרת הדת נעוץ בעובדה שמדובר בהיתנסות אישית וסובייקטיבית; זהו מושג טעון רגשית, והגדרתו מושפעת מן הסתם ממטרתו של המגדיר. חיזוק לטענותיו של CLARK ניתן למצוא בחבורו המקיף והחלוצי של ג'יימס (תשמ"ד) על "החוויה הדתית לסוגיה". ג'יימס טוען:

"אבל עצם העובדה שמספרן (של הגדרות הדת) כה רב והן כה שונות זו מזו, היא לבדה דיה להעיד כי מלת 'דת' אי אפשר לה שתסמן איזו מהות בודדה או עקרון יחיד, מלה זו היא להפך שם עצם קיבוצי... נודה מרצוננו בראשית דרכנו, כי אמנם ייתכן מאד שנמצא לא מהות אחת, אלא תכונות מרובות העלולות להיות בזו אחר זו בעלות חשיבות שווה לגבי הדת" (עמ' 12). "זברגע שאנו מסכימים בלבנו לראות את המונח 'רגש דתי' כשם קיבוצי לכל אותם הרגשות המרובים העשויים להתעורר על ידי מושאיאמונה בזה אחר זה, מתחוור לנו, שרגש זה כשהוא לעצמו, ודאי אין בו שום תכונה מיוחדת מהצד הפסיכולוגי... הרגשות הדתיים הריהם כמובן חטיבות נפשיות, הנבדלות מאמוציות ממשיות אחרות; אולם אין שום יסוד להניח את מציאותה של 'אמוציה דתית' פשוטה מופשטת, הקיימת לעצמה כהפעלה רוחנית יסודית מובהקת והמעורבת בכל חויה דתית, בלי יוצא מן הכלל. וכשם שאין איפוא במציאות שום אמוציה דתית ויסודית, אלא רק אוצר אמוציות כללי, שגם המושאים הדתיים נזונים ממנו. כן יתכן כי יתברר לנו שאין במציאות סוג מיוחד ומהותי של מושא דתי ואין במציאות גם סוג מיוחד ומהותי של אקט דתי" (עמ' 22). "כבר בראשית המחקר אנו פוגעים במחיצה גדולה אחת המחלקת את כל שטח הדת. מצדה האחד נמצאת הדת המוסדית, ומן הצד השני הדת האישית. וכמאמרו של המלומד פ. סאבאטייה; הענף האחד של הדת מבליט יותר את האלוהות, הענף השני - את האדם" (עמ' 22-23).

כלומר ג'יימס מדגיש את רב גוניותו של הרגש, החוויה והמושא הדתי, ומתנגד לכל נסיון להגדיר רגש דתי כהוויה נפרדת ממכלול רגשותיו והתנסויותיו של הפרט. הוא עוסק בדת במימד האישי שלה ולא במימד המוסדי שלה. חיזוק לטענתו של CLARK בדבר הקשר בין הגדרת המונח דת ומטרתו של המגדיר, ניתן למצוא בספרו של SPINKS המביא הגדרות שניתנו על ידי חוקרים מדיסציפלינות שונות למושג דת, אשר מתייחסות לאספקטים שונים של הדת. SPINKS מצטט גם את דעתו של WEISS הטוען: "אני לא מאמין שדת ניתנת להגדרה" (עמ' 7). לדעתו של CLARK (1958) ניתן לזהות בקרב המגדירים את הדת שלוש מגמות מרכזיות: המסרבים לראות בדת אספקט שונה מכל תופעה פסיכית של החיים, המדגישים בדת את המרכיבים החברתיים הנובעים מיחסי תן וקח הקיימים בין בני האדם, והמדגישים את ההתנסות והחוויה הדתית של הפרט. למרות הבעיתיות שהוא מזהה בהגדרת הדת, הוא מגדיר אותה: "כחוויה פנימית של הפרט החווה תחושה של 'מעבר', בעיקר כאשר התנסות זו באה לביטוי בהתנהגות ובנסיון פעיל להביא להרמוניה את חייו עם ה'מעבר'" (עמ' 22).

ARGYLE & HEIT-HALLAHMI (1975) מדגישים גם הם, בפתיחה לספרם, את ריבוי ההגדרות למושג דת. הם מציעים הגדרה מוגבלת, ישירה, המתייחסת לחיי היום-יום ועל פיה דת הינה: "מערכת של אמונות בכוח אלוהי או על-אנושי, ובביצוע פולחנים או ריטואלים אחרים המכוונים לכך זה" (עמ' 1).

ההכרה שההתנסות הדתית הנה חוויה פלורליסטית ואדיוסינקרטית במהותה, מקשה על הגדרת דת ודתיות. יחד עם זאת ניתן לומר שלדת נודעת השפעה מכרעת על חוויותיו של המאמין בה, התנסויותיו, התנהגותו, יחסיו הבין אישיים, יחסו לעולם (קוסמוס) ועל השקפת עולמו. לאור ההשפעה הרבה שיש לדת על חיי המאמין, חשוב לעמוד על יחסי הגומלין בין הדת ורפואת הנפש. נדון בשאלה זו משני היבטים עיקריים: האחד, יחסה של הפסיכולוגיה לדת, והשני, יחסי הגומלין בין שתי דיסציפלינות אלה.

פסיכולוגיה ודת

בבואנו לדון בשאלת יחס הפסיכולוגיה לדת, נמצא שתי מגמות מרכזיות המנוגדות אחת לשניה. האחת רואה בחלק מהביטויים הדתיים גילויים פסיכופתולוגיים, כלומר, קיימת סתירה בין בריאות נפשית ודתיות, ואילו השנייה אינה רואה בדתיות ביטוי לפסיכופתולוגיה, ורואה בדת משאב היכול לתרום לבריאותו הנפשית של האדם.

הגישה הראשונה מיוצגת בעיקר על ידי פרויד הרואה בחלק מהביטויים הדתיים גילויים פסיכופתולוגיים. התייחסותו המוקדמת של FREUD לדת באה לביטוי במאמרו TOTEM & TABOO מ-1913 בו הוא מנתח תופעות אלה מבחינת משמעותן הפסיכולוגית. לדעתו, הטוטם הינו ייצוג קדום של דתיות; הטאבו, ביחס לטוטם, הינו תוצר של אירועים מוקדמים, שהתרחשו בהווית המין האנושי. ההתארגנות האנושית המוקדמת ביותר, היתה סביב אב חזק ששלט בכל הכפופים לו ולקח לעצמו את כל הנשים בחברתו. הבנים שנתקאו באב, אספו כח, מרדו בו, רצחוהו ולקחו את נשותיו (אמהותיהם) לעצמם. מעשה זה הותר משקע כבד של אשמה, שכן היחס לאב הקדמון היה טעון ברגשות אמביוולנטיים, ולא היה עויין בלבד. הטוטם הינו ייצוג של האב הקדמון. לטוטם נלווים חוקי טאבו שעל פיהם חוייבו בני אותו הטוטם ביחסים אקסוגמיים. כך היוו הטוטם והטאבו יחידה אחת שנועדה לרסן דחפים סותרים כלפי האב, ואת משאלת העריות הטבועה באדם. קונסטלציה יצרית זו, שגרמה לאדם הקדום ליצור את הטוטם והטאבו, ניתן לזהות כיום בקרב ילדים בשלב האדיפלי, ובקרב בוגרים נאורוטיים (כפייתיים). מכאן ניתן לומר שתוקי הדת מייצגים את אי פתרונם של קונפליקטים מהילדות.

במאמר מאוחר יותר THE FUTURE OF AN ILLUSION מ-1927 מתייחס פרויד לתרבות בת ימינו. התמודדות האדם עם חרדותיו מעוררת בו צורך שהיה קיים בילדותו, למצוא תחליף לאב המגן. תחליף זה הוא מוצא באמונה הדתית באל המהווה תחליף לדמות האב. היחס לאל הינו דרערכי: של הערצה (אהבה) ויראה (פחד), כפי שמאופיין יחס הילד אל אביו בילדות. לאמונה בעזרתו של האל אין כל בסיס רציונאלי, וכוחה הוא בהיותה מורשת אבות שיש לקבלה ללא עוררין. לכן רואה פרויד בדת מרגוע של אשליה. דרך נוספת של הילד להתגבר על חרדותיו היא על ידי פעילות כפייתית, את הריטואלים הדתיים רואה פרויד בצורה דומה. מכאן שהדת הינה ביטוי לנאורוזה אובססיבית כלל-אנושית, שמוצאה מן התסביך האדיפלי. תפיסתו של פרויד את האל והמנהיג הדתי כמייצגי דמות האב, באה לביטוי נוסף במאמר שאת כתיבתו סיים סמוך למותו ב-1939. MOSES & MONOTHEISM. במאמר זה טוען פרויד שמשה היה מצרי שהתחבר לבני ישראל על מנת להנחיל להם דת חדשה, מונוטאיסטית, שהתפתחה במצרים בימיו. במהלך מסעם במדבר רצחו בני ישראל את משה, והדחיקו מימוש משאלת יצר זאת

במשך דורות. האשמה שרבעה עליהם פרצה את ההדחקה עם צליבתו של ישו. הבאנו לעיל מקצת מן ההוכחות שמביא פרויד לתפיסתו את הדת. תפיסה שניתן להכלילה בראיית הדת כביטוי לקונפליקטים בלתי פתורים מן הילדות, כלומר, ביטוי לפסיכופתולוגיה. חוקרים רבים התקשו לקבל את עמדת פרויד הרואה סתירה בין דת לבריאות הנפש, וניסו להתמודד עם דילמה זו באופנים שונים.

פרום (תשכ"ד) טוען שהשאלה איננה דת או לא דת, אלא איזה סוג של דת. לדעתו חלק מן הדתות הסתלפו בכך שהפכו לאירגונים המוניים, כובלים ושוללי חרות. לכן יש להתרכז בחוויה הדתית עצמה. הוא מחלק את הדתות לשתי קבוצות: לדתות אותוריטאריות, המדגישות את כניעתו של האדם לאיסורים, למשמעת, ולעדרי שבו, ולדתות הומניות המדגישות את כוחותיו של האדם, את איתלותו ואחריותו למעשיו, את המימד האתי ואת האהבה. הדתות הגדולות התפתחו בכיוון של ניסוחים חיוביים של חרות, ונטשו את הנוסחים השליליים. הוא סבור כי פרויד, בהדגישו את מטרת התפתחות האדם בהשגת אידיאלים של דעת, מימוש כוחותיו הפנימיים, חפוש אחר האמת הפנימית, אהבת הבריות, המעטת הסבל, אי תלות ואחריות עוסק בנושאים שהינם הגרעין האתי של כל הדתות ההומניות. "הרפוי הפסיכואנליטי של הנפש מטרתו לעזור לחולה להגיע למצב שאפשר לקרא לו דתי במובן ההומאני אך לא במובן האותוריטארי של המלה... לראות את האמת, לאהוב, להשתחרר ולהיות אחראי למעשיו וער למצפונר" (עמ' 81-82).

* GREENSTED (1930) איש דת ניסה להתמודד עם בעיה זו בתחילת המאה, כתוצאה מן העניין הגובר והולך בפסיכולוגיה, מדגיש שהאהבה הינה מטרה משותפת לדת ולפסיכולוגיה. לדעתו המרכיב הסוגסטיבי בדת, שאותו תוקפים הפסיכולוגים, והפסיכואנליטיקאים בפרט, קיים גם בתהליך הריפוי הפסיכולוגי, בו לאמונה בשיטה ובמרפא יש כח ריפויי מרכזי. יסודות מסויימים בעבודה הטיפולית יכולים לשפוך אור על עבודתם של כמרים, והכוונה בעיקר לתהליך ההעברה בטיפול. הוא מדגיש את הדמיון שבין הפרעה נפשית וחטא. לדעתו אין סתירה אימיננטית בין דת ופסיכולוגיה, וקיימות נקודות בהן יכולה הפסיכולוגיה לתרום לדת, אך באחרות לא התפתחה הפסיכולוגיה לרמת הדת.

GROSS (1959) כפרום מדגיש את היסודות הרעיוניים המשותפים לדת ולחורתו של פרויד. הוא, MILLPORT (1960) ואחרים מדגישים את ההקבלה בין תפקידי הפסיכיאטר ואיש הדת. לדעתם, הגישה הפסיכואנליטית גרמה לשינוי בחלק מן התפיסות הדתיות, והשפיעה רבות על דרכי עבודתו של איש הדת.

KATESKEY (1979) אינו שותף לנסיגנות גישור אלה בין הפסיכואנליזה והדת. לדעתו, הגישה הפסיכואנליטית וההתנהגותית, המדגישות את החייתיות שבאדם, סותרות לדעתו את התפיסה הנוצרית, אשר רואה את האדם כמורכב גם מיסודות אלוהיים (נפשי, תפיסתי, קוגניטיבי).

SPINKS (1963) מדגיש את הפרדוקס, הנעוץ בכך שדווקא תפיסה תיאורטית כמו זו של פרויד שיצאה נגד הדת, עקרוניתה מנחים אנשי דת רבים בעבודתם.

הבאנו טיעונים אלה על מנת לתת ביטוי לקושי של חוקרים שונים לראות באבי הפסיכולוגיה המודרנית (פרויד), את היוצא חוצץ נגד הדת. זאת גם משום, שרבים הם הגורסים שאין סתירה בין דת לבריאות הנפש, וחלקם אף רואים בדת משאב היכול לתרום רבות לבריאותו הנפשית של הפרט.

יונג, שהיה בראשית דרכו תלמידו של פרויד, נפרד ממנו עקב חילוקי דעות רבים, כולל יחסו למקומה של הדת

בחיי הנפש. HUNG (1938) מגדיר את הדת:

"דת כפי שהמילה הלטינית מורה, הנה שמירה זהירה וחסרת דופי על מה שרודולף אוטו מכנה בשם 'נומיניזם'. כלומר, קיום דינאמי או אפקט, שאינו נובע מפעולה רצונית וחופשית. אדרבא, היא משתלטת ומפקחת על האדם, שיותר משהוא יוצרה הוא קורבנה" (עמ' 4).

יונג אינו עסוק בשאלת מציאותו של האל. לדעתו, בלא-מודע הקולקטיבי בצד הניגודים ומורשת מליוני השנים, קיימת האמונה וקיים הפוטנציאל לחוויה דתית, אותם לא ניתן לעקור. בחיבורו "הפסיכולוגיה של הלא מודע" (תשל"ה) הוא מסכם עמדה זו: "מושג האל הוא תיפקוד פסיכולוגי נחוץ, שטבעו לא רציונאלי ואין לו ולא כלום עם השאלה בדבר קיום האלוהים" (עמ' 59). כחלק מתהליך ההתפתחות והבשלות מחפש האדם אחר השלמות ומפתח את העצמי (SELF) התופס את מקומו של האגו. העצמי הוא בעל איכויות רוחניות ואינטגרטיביות, ולכן הוא מאפשר ביטוי ללא-מודע האישי והקולקטיבי. מאחר והדת נמצאת במאגר הלא-מודע, הרי שהתנסויות, חוויות, ורגשות דתיים, הינם ביטוי לשלמות ולדרגת התפתחות רבה יותר של האישיות. בניסוחו של יונג (תשל"ג):

"כשאנו מיחדים איפוא להשפעותיהם של תכנים אוטונומיים את התואר 'אלהי' אנו מכירים ביתרון כוחם היחסי. ויתרון כח זה הוא שהכריח את בני האדם בכל הדורות להעלות במחשבתם את הדברים המופלגים ביותר, ואפילו לקבל עליהם את היסורים הגדולים ביותר, כדי להיות ראויים להשפעות אלה. כוח זה הוא ממשי כמו הרעב ואימת המות" (עמ' 131).

כלומר, יונג בניגוד לפרויד, רואה בהתנסויות הדתיות הוכחה להתפתחות, בשלות ושלמות האישיות.

OSTOW & SCHARPESTEIN (1954) פסיכיאטר ופילוסוף, כתבו על הצורך להאמין. הם אינם שוללים את התיזות של פרויד בדבר מקורה של הדת, ומדגישים שהדת נותנת מענה גם למשאלות לפסיביות של האדם. יחד עם זאת אין הם רואים בגורמים אלו סיבה לשלילת הדת וראייתה כביטוי לפסיכופתולוגיה. הם מדגישים שכפי שהפסיכואנליזה הינה פתרון לאשמתו של הפרט, מהווה הדת פתרון לאשמתו של ציבור שלם. הם רואים בייצוג של האל גורם מרגיע (כמו האם בילדות) ושומר (כמו האב בילדות), כלומר, מקור לאופטימיות. את הריטואלים הדתיים הם רואים כמכשיר המעשי של האתיקה, ומדמים אותם לרסן ולמושכות של הסוס. הם מדגישים שיש דתות 'טובות ופחות טובות' וזאת על פי מידת יעילותם לחברה. השאלה אינה מציאותו או אי-מציאותו של האל (בנגוד לפרויד ובדומה ליונג), אלא, העובדה שהאמונה היא צורך חיוני של האדם. צורך אי-רציונאלי זה הינו בלתי נמנע, וחיוני. הרציונאליות לבדה תוביל את האדם לאגואיזם שיכול להיות הרסני לחברה. OSTOW (1968) מרחיב את היריעה וטוען שבצד כל המרכיבים המודחקים וההשלכתיים הקיימים בדת (כפרויד) יש בה משהו נוסף, שאינו רק בעל איכויות מושלכות. הדת עונה על צרכים (לתלות, לשווי משקל, ליצירת אדיאולוגיה, לאירגון המחדים סביב מוות ופרידה, ועוד), ופותרת לאדם מספר בעיות ספציפיות ברגע נתון. לכן הדת יכולה לשמש גם פונקציה בריאה של יצירתייות והסתגלות, וגם פונקציה שיוצרת סימפטומים פתולוגיים. לכן, לדעת OSTOW (1959) אין להתייחס באופן עקרוני לכל חומר דתי שעולה בטיפול כאל חומר נאורוטי.

ALLPORT (1960) העוסק בפרט ובדתו, מדגיש שפנים רבות לה לאמונה הדתית. לדעתו יש לאדם יכולת לפתח מה שהוא מכנה סנטימנט של דתיות בוגרת. סנטימנט זה הינו תוצר של אינטגרציה של אינסטינקטים ופעולות שונות של הפרט, וביטוי לצורך להשתייך ולהאמין. הוא מתאר את התפתחותו של הסנטימנט הדתי במקביל להתפתחות האישיות. באישיות הבשלה, המאופיינת בין השאר בפילוסופיית חיים מגובשת, מהווה הסנטימנט הדתי גילוי נעלה של בשלות. "זהו נסיונו הייחודי (של האדם) להרחיב ולהשלים את אשיותו על ידי מציאת תוכן

נעלה שאליו מן הראוי שישתייך" (עמ' 161).

* פראנקל (תשל"ג) מבסס את גישתו התיאורטית והטיפולית על צורך בסיסי של האדם למצוא משמעות, "השאיפה לפשר ברוב בני האדם היא לא בגדר אמונה אלא עובדה" (עמ' 120). לכן, מציאת משמעות הינה תנאי הכרחי לבריאותו הנפשית של האדם. קיימים אפיקים שונים למציאת משמעות, ודתיות היא אחת מהן.

יש חוקרים המדגישים את הצד הפונקציונאלי שבדת לחיי הנפש של הפרט ושל החברה.

SPIRO טוען, שלמרות שהדת לא נוצרה לפתרון קונפליקטים, אמונה וריטואלים דתיים יכולים לשמש לכך. הוא מדגים כיצד הנחה זו באה לביטוי בקרב נזירים בודהיסטים בבורמה. במבחני השלכה שהועברו להם, הם נמצאו סובלים מקונפליקטים פנימיים רבים יותר מאשר כלל האוכלוסיה בבורמה. מבנה מוסד הנזירות והתפקיד הנדרש מהנזיר הבודהיסטי מאפשרים לו להתמודד עם קונפליקטים אלה בדרך ממוסדת, ולהמשיך ולהיות חלק אינטגרלי מהחברה. כלומר, אלו הן דוגמאות כיצד מסגרות תרבותיות ודתיות יוצרות דרכים ממוסדות להשבת שיווי המשקל הנפשי.

POLLACK (1972) מדגיש את ערכם הפונקציונאלי של מינהגים דתיים. לדעתו אלה צמחו מתוך מודעות לצרכים תוך נפשיים של הפרט, ומתוך מגמה להחזיר שיווי-משקל נפשי וחברתי באמצעות חוקיות מוסדית. הוא מדגים זאת על ידי ניתוח דיני אבלות וטקסי זכרון ביהדות. BRAVER (1982) מתייחס לאותם מינהגים וטוען שלמרות המשמעות הפונקציונאלית של מינהגים אלו, אין להתעלם מן העובדה שמטרתם הראשונית שונה, ושהפילוסופיה העומדת ביסודם שונה אף היא. GOLDBERG (1986) טוען ששמירת השבת ביהדות הינה פונקציונאלית לחיי הפרט והקהילה. לא זו בלבד שהיא מפחיתה לחצים פיזיים ונפשיים, היא אף מחזירה מחדש ריתמוס למעגל חיי היומיום. דשן (1973) טוען, שהמרת האזכרה הפרטית בקרב יהודי תוניסיה בהילולת זכרון, הנה פונקציונאלית ומשרתת את הליכוד הקבוצתי. המדה זו התאפשרה משום שהיא מושתתת על רעיון קבלי.

* ARGYLE & BEIT-HALLAHMI (1975) מייחדים בספרם הדין בפסיכולוגיה החברתית של הדת, פרק לקשר שבין דת והסתגלות אנושית, הם מציגים את שתי הגישות אותן הצגנו לעיל. האחת טוענת שהדתיות הינה ביטוי לקשיים ולפסיכופתולוגיה, והשניה טוענת שהדתיות גורמת אושר. הם מציעים לבדוק קשר אפשרי נוסף, והוא: שאנשים הסובלים מבעיות רגשיות פונים אל הדת. בספרם הם סוקרים מחקרים רבים שעוסקים בקשר בין דתיות לבין הסתגלות. לדעתם לא נמצא קשר בין משתנים של פסיכופתולוגיה לסוגיה לבין דתיות, שלא ניתן להסבירם במשתנים נוספים כמו: מעמד, גיל וכד'.

SANICA (1982) סוקר מחקרים, שעניינם הוא שיעורי תחלואה נפשית בקרב יהודים. לדעתו לא ניתן להסיק ממחקרים אלה מסקנות על שכיחות שונה של הפרעות בקרב יהודים, שלא ניתן להסבירן כמשתנים אחרים. OSTROW & SCHARFSTEIN (1954) תומכים בעמדה זו ביחס למחקרים המנסים למצוא קשר בין דתיות והסתגלות. למרות זאת הם טוענים שמבנה האישיות שעליה מושתתת הפסיכוזה הפרנואידית, גורמת לחולים אלה להרבות בשימוש בשפה ובתכנים דתיים. כמו כן התקפנות המורחקת על ידי הדת, מוצאת ביטוי עקיף ולגיטימי מבחינה דתית, לדוגמה: בדברי אנשי דת, במלחמות דת, וכו'.

LEVIN & VANDERPOOL (1987) סוקרים 27 מחקרים העוסקים בקשר שבין דתיות ובריאות. למרות שהם מצביעים על בעייתיות בחלק מן המחקרים הניסקרים, הם טוענים שאין מספיק עובדות המורות על קשר חיובי משמעותי בין השתיכות דתית ובריאות נפשית.

SCHUMAKER (1987) בדק 80 נבדקים והעביר להם שאלון שמדרג דתיות, ומבחן הבודק קיומם של סימפטומים. לא נמצא קשר בין אמונה דתית וסימפטומים.

✳ לסיכום, ניתן לומר שרוב התיאורטיקנים רואים בדת ובדתיות משאב שיכול לתרום לעולמו הפנימי, הנפשי, והרוחני של הפרט. עם זאת נראה שלא ניתן להצביע על קשר מובהק בין דתיות והסתגלות. בהמשך נתאר את במקומה וחשיבותה של הדת בהתמודדותם של חרדים הסובלים מהפרעות נפשיות.

יחסי גומלין בין דת ורפואת הנפש

את דיוננו ביחסי הגומלין בין שתי דיסציפלינות אלו נמקד בשני היבטים של הנושא. האחד, מתייחס לדמיון במושאי ההתייחסות (נפש ורוח האדם) ובאופנויות הפעולה של אנשי הדת והעוסקים בבריאות נפש. השני, מתייחס להשפעת הדת על התפתחות תאוריות, התייחסות, ודרכי טיפול בחולי-נפש.

כפי שהדגשנו לעיל, רבים מדגישים את הדימיון במטרות שמציבות חלק מהדתות בפני המאמין, ובמטרות הפסיכולוגיה הקלינית (פרום תשכ"ד, 1930 GRENSTEID, 1960 ALLPORT, ואחרים). כמו כן עמדנו על השימוש שעושים אנשי דת בתאוריות הפסיכולוגיות בבואם לסייע לפונים אליהם (SPINKS, 1959 GROSS, 1930 GRENSTEID, 1963 ואחרים).

GROSS (1959) טוען שהפסיכולוגיה עוסקת בנושאים שבהם עסקה הדת באופן מסורתי. לדעת BRAGINSKY & BRAGINSKY (1974) הפסיכולוגיה הופיעה במקום בו דחו את הדת והאל. לדעתם הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה ירשו רבים מתפקידי הכנסיה בהקשר של זיהוי סטיות והטיפול בהן. כלומר, בדברים אלו באה לביטוי העובדה שמושאי ההתייחסות של הדת והפסיכולוגיה הינם זהים, או כפי שמתאר זאת GROSS (1959), תפקיד הפסיכיאטר הינו לאהוב את הלא-אהובים, תפקיד שהוא לדעתו דתי במהותו. יחד עם זאת היננו מסתייגים מן התאור שהפסיכולוגיה נכנסה בחלל שנוצר כתוצאה מתהליכי חילון. זאת מאחר שאין אנו רואים בדתיות ובחילון תופעות דיכוטומיות, אלא שני קצוות של רצף. לכן נראה לנו שטיעונו של MOWRER (1960), בדבר קיום יחסי RAPPROCHEMENT בין שתי דיסציפלינות אלה, הולם יותר. לדעתו אין לצפות לאן יגיע היכן תהליך זה. אולם ניתן לתאר מגמות מרכזיות בתהליך זה בפרספקטיבה היסטורית. לכן, נביא להלן סקירה על השפעת הדת בעיצוב ההתייחסות, ההבנה, והטיפול בחולי הנפש.

RIVERS (1924) שעסק בתופעת הדת, הקסם והרפואה, טוען שבתחילת הקיום האנושי היו דת ורפואה יחידות של אותה דיסציפלינה, כאשר המקשר בניהם הוא העיסוק במיסתורין שבקיום האנושי. עם התפתחות הרפואה התרחקה זו מעיסוק בבעיות הנפש וראתה בהן תחום חיצוני. רק לאחרונה (סוף המאה ה-19 ותחילת המאה ה-20) חוזרת הרפואה באופן מוצהר לעסוק בנפשי וברוחני (תיזה זו מובאת בעיקר מתוך התייחסותו של RIVERS לעבודותיו של פרויד, שבהן הדגיש את היסוד הנפשי שבמחלה). תפיסה זו משיבה את שיתוף הפעולה שהיה קיים בשחרר ההיסטוריה בין שתי דיסציפלינות אלה, למרות שלכאורה קיים קונפליקט ביניהן, כאשר האחת שמה יתרה באל והשניה באדם, טוען RIVERS, שבחלק מהדתות חלו התפתחויות הגורסות שהאל עוזר רק לאלו העוזרים לעצמם. כלומר, לדעתו, אין ניגוד בין השתיים אלא השלמה. יחד עם זאת מדגיש RIVERS, תרבויות התופסות את המחלה כנגרמת על ידי סוכן אלוהי, עלולות לתפוס את מהמאבק בה כמאבק נגד האל, וכתוצאה מכך לדחות

ZILBOORG (1941) מפרט את המגמות עליהן מדבר RIVERS. בספרו הוא סוקר את התפתחות הפסיכולוגיה הרפואית, וטוען שאין תחום ברפואה שכה הושפע על ידי התפתחויות בתחום הדת, הפילוסופיה, התרבות והחברה, כתחום זה. העובדה שהיוונים כללו את העיסוק בבעיות הנפש בתחום הרפואה, הינה תוצר של התפתחויות דתיות (הומרוס) ופילוסופיות (אפלטון ואריסטו) שקדמו לתצפיותיו וטיפוליו של היפוקראטס בבעיות נפשיות. לדעתו, גלן, שחי במאה השניה לספירה, חתם את הפרק שבו הוכללו בעיות נפשיות בתחום הרפואה. במשך מאות רבות של שנים לאחר מכן הועבר הטיפול בבעיות נפשיות לאנשי הדת. הוא מציין שדוקא במאה ה-15, כשאירופה חזרה והתעניינה במורשת העולם הקלאסי ונכנסה לעידן הרנסאנס, הוצא ספר העוסק במכשפות, מתאר אותן, ומתיר את דמן. חלק מן האיפיונים של המכשפות זהים לאיפיוני חולי-נפש. ספר זה יצא בחסות הכנסייה הקתולית, אך גם הרפורמאטים והקלוויניסטים לא יצאו נגדו חוצץ. למרות שבמאות ה-16 וה-17 החלו להישמע באירופה דעות אחרות ביחס לשאלות הנוגעות בזכויות האזרח, ונעשו יותר מחקרים והסתכלויות על חולי-נפש, לא חל בפועל כל שינוי בהתייחסות ובדרכי הטיפול בבעיות אלה. חולי-נפש, אם לא הזכרו כמכשפות, הושלכו לבתי מחסה, שבפועל היו בתי-סהר, בהם הושמו גם עברניים, סוטים, ואנשי שוליים, שאיש מהם לא זכה לטיפול. עד סוף המאה ה-18 לא היה כמעט שום מוסד המיועד לחולי-נפש. לדעת ZILBOORG התחוללו שתי מהפכות בתחום הפסיכולוגיה הרפואית. האחת של פינל בסוף המאה ה-18, אשר השגיה באו לביטוי במאה ה-19, עת שוחררו חולי הנפש מכבליהם על כל המשתמע מכך. השניה, אותה מייחס בעיקר לגילויו של פרויד על הנאורות, תוך התבססותו על מחקרים קודמים של מְסמר, בלוילר ואחרים.

דעה שונה ביחס להתפתחויות בתחום, ובעיקר ביחס למהפכות עליהן מדבר ZILBOORG מציג FOUCAULT (1965) לדעתו קיימת רציפות בדפוסים מסויימים של הרחקה, נידוי ושימוש בכוח ביחס לחולי-נפש. מאמצע המאה ה-15 חל שינוי בהתייחסות לחולי הנפש, שבא לביטוי באמביוולנטיות ל'שגעון'. ה'משוגעים' הקסימו ונרדפו בזמנית. הם סימלו מוות, קיום עם אינות, פיתוי וחייטיות, אך נתפסו גם כבעלי ידע מיוחד השייך לכוחות שטניים ולעולמות אחרים. מאמצע המאה ה-17, תפס המשוגע את מקומו של המצורע מבחינה מוסדית, חברתית ומושגית, והפך להיות מושא להרחקה, ולשלילת החרות האישית. הוא נכלא ללא כל טיפול, עם כל אנשי השוליים, מתוך מטרה להגן על החברה ועל חולי הנפש. ההתייחסות אליו היתה מוסרית, ובטלנותו מעבודה העמידה אותו בשורה אחת עם הקבצנים, ובטאה את חוסר יכולתה של החברה להתמודד עם ה'UNREASON', אלא על ידי הרחקה. ה'שגעון' נותק מחופש הדמיון שאפיין את הרנסאנס. הקמת מוסדות הטיפול על ידי המתקנים הנאורים, יצרה לדעתו את מחלת הנפש, והסטייה קיבלה מעמד ישותי נפרד. הגבול בין שפיות ואישפיות נקבע ומוסד. בעוד שבימי הביניים ובתקופת הרנסאנס היה בשגעון משהו שייצג גם את כוחות הנסתר – הבהירות של ימינו הנה במחיר של קפאון והיעדר יצירתיות בהתייחסות לסוטים.

ROTENBERG (1975, 1978) מקשר שינויים אלה בהתייחסות לחולי-נפש לשינויים דתיים. שינויים אלה באים לביטוי במטאפורות השונות שניתנו לחולי-נפש ולסוטים בתקופות שונות בהיסטוריה. לדעתו, בעת העתיקה ובימי הביניים, עדיין היתה קיימת התפיסה, שהשגעון הינו תוצר של חדירת ישויות חיצוניות (שדים ורוחות), וחולה הנפש נתפס כתמים ביחס למחלתו, ולא אשם. את השינוי לדעה שחל ביחס לחולי-נפש ולסוטים דווקא ברנסאנס ולאחר מכן, הוא מייחס בעיקר לאתיקה הפרוטסטנטית ולקלוויניזם שבבסיסם מונחות גישות

דואליסטיות ותפיסות של פרה־דסטיניציה. על פי תפיסות אלה מחולקים בני האדם לנבחרים=מצליחים, ולמקוללים=נכשלים (מנוודים). מחלת הנפש נתפסת על פי גישה זו כסימן הניתן על ידי האל להיות האדם מקולל, וממילא לא זכאי לתמיכה. לדעתו, בארצות שבהן הגישה הפרוטסטנטית והקלוויניסטית שלטו בכיפה, היה היחס לחולי־נפש גרוע יותר מאשר בארצות שהיו משוחררות מתפיסות דטרמיניסטיות אלה. קו זה נמצא בהלימה עם המגמות שעליהן הצביע WEBER (1961) בתחום הכלכלה, בדבר השפעת האתיקה הפרוטסטנטית על התפתחות הקפיטליזם.

MOWRIER (1960) מפתח תיזה זו מהיבט אחר. לדעתו הרפורמציה והפסיכואנליזה – שתיהן במשבר, משום שנכשלו במתן מענה למצוקות הנפש. מצוקת המאמין נובעת מחטאי, ומצוקת חולה הנפש מבוססת, בתלקה לפחות, על אשמה אמיתית שיש להשתחרר ממנה. הרפורמציה והפסיכואנליזה הטילו על האדם אחריות ואשמה, אך בו בזמן נטלו ממנו את היכולת להתוודות ולקבל מחילה.

DAVIS (1949), SARIBIN (1967), WILSON (1976) ואחרים טוענים, שמורשת הכנסיה, והאתיקה הפרוטסטנטית בפרט, ניכרים גם בקרב המשוחררים ממנה לכאורה, ומשפיעים עדיין מאד על ההתייחסות לחולי־נפש, אפילו בעידן ה־MENTAL HYGIENE והמדעייות.

לסיכום, עולה מסקירתנו שניתן למצוא קשר בין תפיסות ושינויים דתיים ובין ההתייחסות והטיפול בחולי הנפש והבנת עולמם.

הלכה ורפואת הנפש

תארנו את עמדת הפסיכולוגיה כלפי הדת ואת יחסי הגומלין בין השתיים. אך לא עסקנו עד כה ביחסה של הדת לפסיכולוגיה ולרפואת הנפש. מאחר ובמחקר זה אנו עוסקים באוכלוסיה החרדית – נתמקד בעמדת ההלכה היהודית אל הפסיכולוגיה, ובעמדתה כלפי חולי־נפש.

ביחס היהדות לפסיכולוגיה קיימות שתי גישות מרכזיות. האחת גורסת שקיימת סתירה בין יהדות ופסיכולוגיה, והשנייה טוענת שניתן לגשר ביניהן.

הגישה הראשונה רואה סתירה בין הדת, שהינה תאוצנטרית במהותה, ובין הפסיכולוגיה שהיא כמהותה אנתרופוצנטרית, ולכן טוענת שלא ניתן לגשר בין השתיים. הסתירה באה לדעתם לביטוי בשאלות בדבר מהותו של האדם ותכלית קיומו בעולם.

AMSEL (1969) בספרו, JUDAISM & PSYCHOLOGY, עוסק בשאלת הבריא וחולה הנפש, ומציג השקפה שמחלה הינה תוצאה של מרכיבים אורגניים ואו מוסריים (חטא), כלומר אשמה אמיתית כפי שטוען גם MOWRIER (1960) ואשר המענה לה הוא לפי רוח היהדות – תשובה. החטא של חוסר האמונה גורם למחלת נפש, ומידות רעות יכולות לגרום להפרעות אחרות. לדעתו הטיפול בחולה הנפש הינו טיפול כוללני של כל הדיסציפלינות העוסקות בכריאות הנפש ובחינוך. רק במקרים שבהם לא ניתן לשוחח עם החולה יש מקום להתערבות רפואית. מידה מסויימת של הדחקה הינה חיונית לבריאותו של האדם. הוא טוען שקיימת פסיכולוגיה יהודית, ויוצא נגד יהודים מאמינים המקבלים את עקרונות הפסיכולוגיה, שלדעתו עומדים בסתירה לדת. הוא תוקף בעיקר את הדטרמיניזם הפסיכי ותפיסת הלא־מודע, שבאים לביטוי בגישה הפסיכואנליטית, וההופכים את האדם למכני.

הוא ציפה שספרו זה יהווה מנוף לפיתוח רעיונותיו, אך הוא התקבל בבקורת רבה על ידי הגורמים שאין סתירה בין הלכה ופסיכולוגיה.

בספרו השני: RATIONAL, IRRATIONAL, MAN (1976) הוא חוזר ומדגיש שיש רק שתי פסיכולוגיות: יהודית וגויית, מאחר וכל התאוריות הפסיכולוגיות שואבות מתורתו של פרויד. לכן אין הוא רואה מקום לנסות להבחין בין תאוריות שונות בפסיכולוגיה, ולטעון כאילו אחדות מהן מתאימות יותר לדת מאחרות (לכן, בדברו על הפסיכולוגיה הוא מתייחס לגישה הפסיכואנליטית). הוא רואה בפסיכולוגיה סתירה לתפיסה היהודית, יוצא נגדה בתוקף, ותולה בה רבים מתחלואי החברה, כולל זניחת הדת. כל התאוריות הפסיכולוגיות נכשלו בבניית תאוריה כוללת על מהות האדם, בעוד שביהדות מצוי מענה לשאלה זו. לכן יכולה הפסיכולוגיה היהודית לתרום לפסיכולוגיה הגויית ולא להפך. הוא מתמקד במרכיבים הגורמים לאדם להיות בריא על-פי היהדות, תוך השוואה לעמדת הפסיכולוגיה. הקונפליקט עליו מדובר בגישה הפסיכואנליטית, שונה במהותו מהקונפליקט בין היצר הטוב (המתייחס גם לזולת ולכלל האנושות) והרע (המרוכז בעצמו) ביהדות. ההבדל הוא ביכולת הבחירה החופשית שהיא מהותית ביהדות ולא קיימת בדטרמיניזם הפסיכולוגי. המרכיבים התורשתיים והסביבתיים הם פרהדיספוזיציות, וגם הם נתונים לבחירה חופשית. בפסיכולוגיה האדם נשלט על ידי הלא-מודע, כלומר, האדם הוא לא רציונלי, בעוד שביהדות האדם הוא רציונאלי-כוחר. הנורמלי ביהדות הוא זה שיש בידו יכולת לעשות בחירה רציונלית בין טוב ורע, גוף ונפש ולא לבצע פעולות הרסניות.

KLEIN (1979) מציג עמדה דומה לשל AMSEL וטוען שיש פסיכולוגיה ופסיכותרפיה יהודית, ורק היא מקיפה וכוללת את מורכבות הקיום האנושי, לכן יש לפסיכולוג מה ללמוד מן התורה ולא להיפך. הבחירה החופשית ביהדות פותחת לאדם פתח לשינוי והתפתחות מתמידים. אדם המקבל על עצמו אורח חיים דתי מתחייב לסגנון חיים שונה, שבכל רגע מודע הוא ישלוב בחייו. מעשיו מכוונים להגשמה עצמית מוגדרת, של חיי קדושה, ולא מעורפלת כפסיכולוגיה. בהלכה קיימת אבחנה בין אובייקט וסובייקט והיא תובעת התחייבות לשניהם, בעוד שהפסיכולוגיה נמנעת מנקיטת עמדות ערכיות מגובשת. KLEIN לא רואה בפסיכולוגיה מיקשה אחת והוא מתייחס לתאוריות פסיכולוגיות שונות, ומראה את סתירתן ליהדות. הוא יוצא בעיקר נגד המאמצים לראות בתאוריות ההגשמה העצמית דמיון לעמדה הלכתית. ומביא מחקרים המעמידים בספק את יעילותן של שיטות טיפול שונות, ותוקף גם את הפסיכותרפיסטים. לדעתו ההלכה והפסיכולוגיה הן שני מחנות נפרדים, ואת המסרבים להכיר בכך הוא רואה כמי שעושים מאמצים אינטלקטואליים מאונסים, ואף אינם מכירים בכך. KLEIN ו-AMSEL טוענים שתפיסות שונות אלה על מהות האדם יוצרות סתירה שאין לישיבה בין היהדות והפסיכולוגיה.

תפיסה זו מרחיב רוטנברג תוך התייחסות לתאוריות שונות מתחום הפסיכולוגיה והסוציולוגיה, והצגת מודל יהודי על מהות האדם ועל תפיסות ביהדות המגלמות בהן דרכי טיפול והתייחסות לחולי-נפש. רוטנברג (תשמ"ג) טוען, שקיים הבדל מהותי בין תפיסת האדם היהודית לבין התפיסה המערבית. התפיסות המערביות יוצאת מתוך השקפה דואליסטית של הטוב והרע המצויים בקונפליקט, ואילו תפיסת האדם היהודי, כפי שבאה לביטוי בקבלה ובחסידות, יוצאת מתוך השקפה מוניסטית המניחה שהטוב והרע אינם עומדים בקונפליקט ואין חייב ביניהם. אולם, בניגוד להשקפה הנאואפלטונית המוניסטית בה הרע הינו מציאות פסיבית סטטית (העדר טוב), הרי שבתפיסה היהודית החסידית קבלית, בין הטוב והרע קיימים יחסי גומלין של צמצום והתפשטות. תפיסה זו שואבת מן ההשקפה היהודית שלאדם יש יכולת להשפיע על האל על ידי תיקון; כלומר, תפיסה השוללת סטטיות,

דטרמיניזם וקונפליקט, ולעומתם גורסת שקיים פרדוקס המאפשר דו־קיום. בספרו "קיום בסוד הצמצום" (תש"ן) מפתח רוטנברג רעיון זה תוך התייחסות לשאלות על מהות האדם, החברה, ויחסי הגומלין ביניהם, וליחס הניגוד מהם לסוטים כפי שבא לביטוי בתאוריות פסיכולוגיות וסוציולוגיות. החסידות צמחה, והצליחה להכות שורשים עמוקים, בקרב יהדות מזרח אירופה, משום שהרחיבה את מעגל האפשרויות להגשמה וכך הפכה לדרך חיים רב־תגית. האפשרויות בנויות על מערכת יחסי גומלין על פי המודל של זבולון ויששכר ('זלזבולן אמר שמח זבולן בצאתך ויששכר באהליך', דברים, ל"ג, י"ח). על פי מערכת זו לא נותר האחד בעל־חוב לאחר, ואין אפשרות אחת שהיא בעלת ערך רב יותר מן האחרת. הרב־תגיות החסידיים אינה אגואיסטית ואינה אלטרואיסטית כי אם אלטרצנטרית (זולתית). היא אינה תובעת מן האדם לבטל את עצמיותו אלא לחיות במערכת הדדית של יחסי תלות וגומלין. מערכת זו מבוססת על תפיסה מוניסטיית, שבה הטוב והרע הינם צדדים של אותה מטבע, והאדם נתון למחזוריות המקבילה למחזוריות הקוסמית. כתוצאה מתפיסה זו נגזרת מערכת התייחסות לחלשים ולסוטים שבחברה. סטיה רוחנית (מחלת נפש) או סטיה חומרית (עבריינות) אינם נידונים להרחקה ולהגליה, אלא נתפסים כאירוע במחזוריות הטוב והרע. הירידה נתפסת כירידה לצורך עליה, והתיקון מאפשר מעברים אלה ללא משקעי אשמה ויאוש. לכן הסטיה יכולה לתרום לגדילתו של הפרט ושל חברי קהילתו. יחסי הגומלין של האדם עם עצמו ועם סביבתו מבוססים על צמצום והתפשטות.

הסבר מסוג אחר לסתירה שבין יהדות ופסיכולוגיה נובע מתפיסה המסרבת להתייחס לדת היהודית באופן פונקציונאלי, ורואה את מהות ותמצית היהדות בקיום מצוות הדת. לכן, כל דיון בדבר התועלת שבקיום מצוות

מחטיאה את מטרתן. ליבוביץ (תשל"ו) מדגים תפיסה זו בדבריו:

"את המכנה המשותף של כל הדתות נוכל לראות בעניין של מעמדו של אדם לפני אלוקים. הדת האנתרופוצנטרית תופסת מעמד זה מבחינת צרכיו או ערכיו של האדם, וכאן מיטשטש הגבול בין צורך וערך. סיסמתה ותכליתה הן 'הגאולה'. גאולת האדם־זהאל היא האמצעי להשגת תכלית זו. סיסמתה של הדת התיאוצנטרית היא 'עבודה', עבודת ה', ותכליתה מנוסחת בסעיף ראשון של שלחן ערוך: 'תגבר כארי לעמוד בבוקר לעבודת בוראו'. מול הדת הנתפסת מבחינת מה שהיא מעניקה לאדם, מוצגת הדת הנתפסת מבחינת מה שהיא תובעת מן האדם. ואין לך ניגוד עמוק מזה" לכן, "...כל דת המספקת צורך או מגשימה ערך אנושי איננה בגדר עבודת ה', אלא בגדר עבודת האדם את עצמו או את חברת האדם או את המין האנושי, זאת אומרת איננה עבודת ה'" (עמ' 338).

במקום אחר מדגים ליבוביץ (תשכ"ט) תפיסה זו ביחס לתפילה:

"מצוות התפילה ביהדות היא מצוות עבודת ה' בצורה המחייבת שנקבעה בהלכה ולא מתן בטוי לרגשי האדם המישתנים בהתאם לזמנים, לתנאים ולמסיבות. מצוות בהתאם לסיטואציה או לרחשי לבו של האדם אינה עבודת ה' אלא עבודה שהאדם עובד את עצמו על ידי מתן פורקן לרגשיותו, אמנם אין לפסול תפילה זו אבל אין בה משום קיום מצוות תפילה. תפילה היא במקום קרבן, העבודה הקבועה המוטלת על האדם, ואין עבודת ה' תלויה או מותנית בקורות האדם ובתודעתו" (עמ' 30).

לעומת הגישות שהובאו לעיל יש חוקרים המדגישים את העובדה שאין סתירה אימיננטית בין יהדות ופסיכולוגיה וניתן לגשר בין שתיהן.

SPERO (1980), שהרבה לעסוק בשאלה זו, יוצא כנגד הטוענים שההלכה והפסיכולוגיה נמצאות בקונפליקט. לדעתו עמדה זו נובעת בעיקר מן העובדה שהאחת אינה מתייחסת אל השנייה ואינה קבלת את מציאותה, ולכן, המטה־פסיכולוגיה של ההלכה לא נוסחה ולא נחקרה. הוא מציג את ההסברים הפסיכולוגיים והאנתרופולוגיים, המקובלים, המסבירים את התפתחותם של מינהגים דתיים. הסברים אלה הינם פונקציונאליים בעיקרם, ועל

פיהם צמחו המנהגים הדתיים מתוך הצורך לתת מענה לצרכים שונים של האדם, כפי שהם מנוסחים בתאוריות פסיכולוגיות שונות על מהות האדם. SPERO מתנגד (כליבוויק) להסברים מסוג זה ומציע מודל שונה שהוא מכנה מודל הלכתי אונטולוגי, הטוען שההלכה קדמה למציאות בצורה של מבנה אפריורי (מצוות), והיא נוצרה למען מציאות זו וכדי לקיים אותה (צרכים אנושיים). על פי תפיסה זו "תורה קדמה לעולם" ולכל המשתתפים במציאות זו יש אופי הלכתי. על כן אין ההלכה יכולה לעמוד בסתירה עם מה שהינו מחוץ להלכה, אלא רק עם תופעות שהן עיוותים של הצורה ההלכתית, ולכן לפסיכולוגיה יש מקום בעולם ההלכתי. ההלכה משקפת לדעתו, אפריורי, מודל של קיום אנושי טוב יותר, "אני יצרתי יצר הרע ואת התורה כנגדו" (בבלי, בבא בתרא, ט"ז, ב'). ההלכה הנחות אפריורי על מה שהוא טוב ורע, ותוויית אלה ניתנות על התנהגות מסויימת לאחר מעשה.

לדעת SPERO ישנן סוגיות רבות בהן יכולים שני התחומים לתרום זה לזה, והוא אף מדגים שקיימים מספר עקרונות זהים בין השניים. הוא מתייחס לטענה כאילו יש סתירה בין דטרמיניזם פסיכולוגי ובין בחירה תופשית בהלכה. הוא טוען ומדגים שהפסיכולוגיה וההלכה אינן מכירות במונחים אלה כבמונחים מוחלטים. לדעתו, גם ההלכה מכירה בכך שיש התנהגות צפויה (לדוגמה בן סורר ומורה מוצא להורג על שום סופו), אין בהלכה ליברליזם אבסולוטי וקיימת רגולציה של התנהגות. ההלכה מכירה בקיומה של סיבתיות, ולאדם פתוחה הבחירה מתוך נסיבות אלה. ההלכה מכירה באובדן הבחירה החופשית במצבים מסויימים (כגון: שוטה). במקום אחר SPERO (1986) מדגים שההלכה מתירה במצבים מסויימים התערבויות טיפוליות דרסטיות (כגון: תרופות, שוקים חשמליים, ניתוחים וכו'), שמבוצעים בלא התתייעצות עם החולה מתוך מגמה להגדיל את יכולת בחירתו. דוגמה נוספת היא ההתייחסות לחלום במקורות ההלכתיים. ההלכה מניחה שהתוכן הלסנטי של החלום טומן בחובו לעיתים משמעויות שונות, אם כי אינה מתייחסת לחלום כביטוי למשאלות יצריות (גם PUFCHER 1982). לדעתו קיים דמיון בין המצב הנפשי שיוצר את הנאורוזה ובין המצב הנפשי הגורם לאדם לחטוא. יחד עם זאת הוא מתאר מצב חרדה, שיכול להתעורר בעקבות חטא, ושהינו חוויה בריאה אשר יכולה להוות מנוף לחוויה דתית של קיום אונטולוגי של האל (כ"ר MOWREY 1960).

SPERO (1986) מתייחס גם לטיפול הפסיכולוגי ולבעיותיו של המטפל הדתי.

לדעתו, ניתן לבצע התנהגות מקצועית על פי נורמות הלכתיות. ניתן למצוא היתרים להוראה המקובלת בטיפול האנליטי, לומר את כל אשר עולה על דעתו של המטופל, ושהוראה זו לא תעמוד בסתירה להלכה, בדבר הרהור אסור. SPERO מדגיש שההלכה מכירה בסכנה פסיכיאטרית גם כאשר אינה כרוכה בסכנת נפשות. המונח של לחץ נפשי וסבל נפשי אינו מוגדר הלכתית, אך הינו מונח הנתון לשקול דעת הלכתי. בגין קיומה של אפשרות זו ניתן לגשר על מצבים נפשיים בעייתיים שמעוררים שאלות הלכתיות, כגון: היתר הילכתי לשימוש באמצעי מניעה, להפסקת הריון (גם שטינברג 1977), לדחיית ברית מילה אצל שאינם בני יומם, בטיפול בבעיות נפשיות שאינן כרוכות בסכנת נפשות בשבת, ועוד. במצבים אלה על המטפל להיוועץ בסמכות הלכתית ולא לסמוך על שקול דעתו (גם 1980).

SPERO (1976, 1980, 1985, 1986) מדגיש שעל המטפל באדם הדתי להבחין בין התנהגות דתית שהיא דתית במהותה ובין כזו שהיא נאורוטית, לא בשלה, לא אותנטית והגנתית. לדוגמה ניתן למצוא בקרב פונים דתיים הקצנה דתית, שהיא במהותה נאורוטית.

GREENBERG, WITZTUM & PISANTE (1987) מתייחסים אף הם לנוקדנות דתית, מציגים את עמדת היהדות

והנצרות לתופעה זו, ומדגימים כיצד היא באה לביטוי, בקרב מטופלים מרקע חרדי, וכיצד ניסו לטפל בה. OSTROV (1982) מביא לדוגמה מקרה של זוג שפנה לטיפול, והקונפליקטים בניהם תוארו כקשורים בדתיות, אך הסתבר שזו היתה דרכם לבטא את אכזבתם מן הנישואין.

SPERO (1980, 1985, 1986) דן גם בבעיות הטיפוליות העוללות להתעורר אצל המטפל הדתי בבואו לטפל בהולה הדתי, מתוך הזהות בין עולמם של המטפל והמטופל. הוא דורש מן המטפל מודעות שתאפשר לו הערכת ההתנהגות הדתית של המטופל (כדתית או כנאורוטי), יכולת לטפל בבעיות מסוג זה, ונכונות להכיר בהסתגויותיו מאופני דתיות שונים, אם אלה קיימים בו. SPERO מדגים, תוך התייחסות לרמה התאורטית וליישום המעשי, את גישתו שלפיה ניתן לגשר בין יהדות ופסיכולוגיה.

נגד הטיעון של AMSEL שכל התאוריות הפסיכולוגיות חד הן, יש התומכים באפשרות לגשר בין הלכה ופסיכולוגיה תוך התייחסות דיפרנציאלית לתאוריות שונות.

BULKA (1982) טוען, שאין בהכרח סתירה בין כל הגישות הפסיכולוגיות ועקרונות היהדות. לדעתו תיתכן אפילו השלמה בין השתיים, ותאוריות פסיכולוגיות מסוימות אף מעמידות את הדת במקום הראוי לה מבחינת האגדה האנושית. הוא מביא את גישתו של אולפורט לדתיות (כפי שהצגנו לעיל) הנותנת מקום חשוב בהתנסויותיו של האדם לדתיות אינטגרטיבית ובשלה. הוא גם מתייחס לפסיכולוגים ההומניסטיים, ובעיקר למסלאו, ורואה בהארכיית הצרכים שלו הקבלה ליהדות, הדורשת מן האדם שיתפנה למטרות שהן מעבר לעצמו. במאמר אחר מתייחס BULKA (1982 א) ללוגותרפיה וטוען שרבים מעקרונותיה מצויים בהלימה עם תפיסת היהדות. כמו היהדות, תאוריה זו מדגישה את הבחירה החופשית הניתנת לאדם בכל מצב נתון, למרות שיש הכרה בקיומם של גבולות (תורשה, סביבה נסיבות וכד'). חפוש המשמעות עומד במרכז החיים, משימה שהיא בשליטתו של האדם (בנגוד לתאוריות הדחף). במאמר נוסף מדגיש BULKA (1986) את הדמיון בחשיבות ה-SELF ומקומו כפי שבא לביטוי ביהדות ובתאוריות ה-SELF בפסיכולוגיה. SHIMOFF (1986) טוען שקיימים יחסי גומלין בין הגישות ההתנהגותיות והיהדות. לדעתו ניתן להבין ולהשיג באמצעות גישה זו אינטגרציה של מסורת וקונפורמיות.

יש חוקרים המחפשים דמיון בין עקרונות התנהגות יהודית ובין עקרונות פסיכולוגיים. SHULMAN (1982) מראה כיצד עשרת הדברות הינם רלוונטיים לעבודה פסיכותרפויטית בקבוצות. RACHLIS (1982) מדגיש את הדמיון בין עקרונות תנועת המוסר, ובעיקר הדרישה להסתכלות פנימית מתמדת, ובין עקרונות פסיכולוגיים המדגישים את חשיבות התובנה בתהליך הגדילה והטיפול (גם SPERO 1980). גרוספוגל (תשי"א) מצביע על מקומות רבים במקורות היהודיים, המצביעים על כך שחז"ל הכירו בכוחו הרב של הלא-מודע בחיי האדם. הדילמות המתעוררות בנסיון לגשר בין ההלכה והפסיכולוגיה באות לביטוי במאמרו של SCHIMMEL (1982) הטוען שקיים דמיון זקיים גם שוני בין יהדות ופסיכולוגיה. הוא מציג עקרונות דומים של הפסיכולוגיה והיהדות בדרישה להתבוננות פנימית, בנסיון ליצור שינוי ובנסיון לתאר את מהות האדם. יחד עם זאת הוא מדגיש גם את השונות; היהדות נותנת מערכת ערכים ברורה, מול מערכת ערכים מעורפלת של הפסיכולוגיה. הפסיכולוגיה מותירה לאדם שליטה מעטה על חייו, והוא נתון לכוחות לא רציונאליים (לא מודע, סביבה ותורשה), בעוד שביהדות קיימת בחירה חופשית. אשמה ובושה אינן נתפסות ביהדות כתחושות שליליות בהכרח.

לסיכום, הצגנו את הדעות הטוענות לקיום סתירה בין הלכה ופסיכולוגיה, ואת הדעות הטוענות לאפשרות של גישור ביניהן. נראה לנו, שדיון זה נותר בלא הכרעה, ומבטא את מורכבות הנושא, ויבוא לביטוי בהמשך מחקר זה. לכן, נביא להלן את יחס ההלכה לחולי הנפש.

יחס ההלכה לחולי הנפש

במקורות היהודיים קיימת התייחסות לחולי-נפש וקיימים תיאורים שלהם. HES & WOLLSTEIN (1964) מביאים את הכינויים המופיעים בתנ"ך לחולי הנפש, וסוקרים במקורות תופעות שעל פי הפסיכיאטריה המודרנית היו נחשבות להפרעות נפשיות. מתוך המקורות הם מביאים שני סוגי הסברים למחלות נפש: האחד, גורמים שאינם תלויים בהתנהגות האדם (תורשה, תהליכים פיזיולוגיים, רוח-דעה, נפש לא נקיה), והשני, סיבות שמקורן בהתנהגות האדם (חוסר יכולת לשפוט בין טוב ורע, יחסי מין לא מתאימים הגורמים לאפילפסיה, ליכלוך ובטלה). הם מדגישים שקיימים גורמים נוספים העלולים לגרום להתפרצותה של מחלת נפש, והם: מחלה פיזית, צרות הפוקדות את האדם וכד'. PREUSS (1975) מדגיש שמחלות נפש יכולות להגרם גם כעונש על עבירות: "ביום ההוא נאם ה' אכה כל סוס בתמהון ורוכבו בשגעון" (זכריה, י"ב, ד'). זיקנה יכולה אף היא לגרום לאבדן הכושר המנטלי: "בן שמונים שנה אנכי היום, האדע בין טוב לרע" (שמואל ב', י"ט, ל"ו).

אין התייחסות בתנ"ך לדרכי הטיפול בחולי-נפש אך מתוך הפסוק: "ה' נתן כהן תחת יהוידע הכהן להיות פקידים בית ה' לכל איש משגע ומתנבא, ונתתה אתו אל המהפכת ואל הצינוק" (ירמיהו כ"ט, כ"ו), ניתן להסיק שכליאה היתה סוג טיפול מקובל.

במשנה ובתלמוד קיימים כינויים שונים למצב של חולי נפשי, אך הביטוי הרווח ביותר הינו 'שוטה'. "איזהו שוטה? היוצא יחידי בלילה והלן בבית הקברות והמקרע את כסותו. איתמר רב הונא אמר: עד שיהיו כולן בבת אחת. רב יוחנן אמר אפילו באחת מהן... אמר רב פפא: אי שמיע ליה לרב הונא הא דתניא: איזהו שוטה זה המאבד כל מה שנותנים לו הוה הדר ביה" (בבלי, חגיגה, ג', א'). כלומר, קיימת מחלוקת האם סימן אחד או כולם ביחד מהווים עילה לקביעה שאדם הינו שוטה.

בבבלי ז'בירושלמי לכל אחד מן הסימנים מוצמד שם תואר של תופעות פסיכיאטריות שהיו מקובלות באותם ימים. קיימים כינויים נוספים למצבי חולי נפשי בתלמוד, אך בזק (1985) ו-HES & WOLLSTEIN (1964) טוענים שקשה לזהות שמות אלה עם מחלות המקובלות בימינו. יחד עם זאת הם מדגישים שבמונח שוטה יש התייחסות גם לפסיכוטי וגם למפגר.

HES & WOLLSTEIN (1964) מדגישים, שאין במקורות היהודיים הערצה של השגעון כפי שהיה קיים בקרב היוונים. PREUSS (1975) מדגיש, שבניגוד לאוונגליון, מזהות בתלמוד מחלות נפש רק לעיתים רחוקות עם שדים ורוחות. לדעתו, בתפיסה התלמודית קיימת קידמה רבה בהתייחסות לחולי נפשי, הבאה לביטוי בהכרה באפשרות לרמיסיה: "פעמים שוטה ופעמים חולה – כל זמן שהוא שוטה הריהו שוטה לכל דבר, חלים – הריהו כפיקח לכל דבר" (תוספתא, תרומות, א', ג').

בזק (1985) מציין שבמקורות מאוחרים יותר קיימת מחלוקת בין שיטתו של רבנו שמחה משפירא והרמב"ם. על פי רבנו שמחה משפירא, שוטה הוא זה שיש בו כל הסימנים המצויינים במסכת חגיגה (עיין לעיל). הרמב"ם

נותן הגדרה כוללת: "כל מי שנטרפה דעתו ונמצאה דעתו משובשת תמיד בדבר מן הדברים, הרי זה פסול ובכלל השוטים יחשב... הפתאים ביותר, שאין מכירים דברים... וכן המבוהלים והנחפזים בדעתם והמשתגעים ביותר הרי אלו בכלל השוטים. ודבר זה לפי מה שיראה הדיין שאי אפשר לכוון לדעת בכתב" (הלכות עדות, ט', הלכה ט'). יש הטוענים שמחלוקת זו נוגעת רק לעניני עדות. על כל פנים הגדרתו של הרמב"ם רחבה בהרבה מהגדרת הגמרא (רבנו שמחה). בזק (1985) ו- PRIUSS (1975) מדגישים את הקידמה בשיטתו של הרמב"ם, הנותנת מקום להיוועץ במומחים ודורשת לדון בכל מקרה לגופו.

עתה משקרנו את ההגדרות המרכזיות לחולי נפשי ואת הסיבתיות המיוחסת להן במקורות, נביא את יחס המקורות לחולי הנפש (השוטים). יחס זה בא לביטוי במעמד המשפטי המוקנה לשוטים.

רש"י מפרש: "איזהו שוטה? שוטה האמור בכל מקום, שפטור מן המצוות ומן העונש ואין קנינו קנין ואין ממכרו ממכר" (בבלי, חגיגה, ג', ב'). ההסברים שנותן הרמב"ם ליחס משפטי זה הינם: חוסר-דעת, לפי שאינו בן מצוות, שלמות הדעת. בזק (1985) טוען שלגבי דינים שהם גזירת הכתוב, כמו: מצוות הראיה, קורבנות, גיטין וקדושין אין אדם נחשב לשוטה אלא אם הופיעו בו הסימנים המפורטים במסכת חגיגה, ואילו לגבי קניינים אין שוטה פסול אלא במידה שדעתו משובשת באותו עניין דווקא. מתוך סקירת ספרות ההלכה הוא גם מסיק, שיש הכרה בעובדה שיסוד הרצון נשלל מהשוטה, והוא נתון למצבים בהם הוא פועל מתוך יצר שאינו בר כיבוש. בהלכה קיים אף העקרון: ש'שתחלתו באונס וסופו ברצון, פטור'; כלומר, אינו חייב בעונשין על אותה עבירה, אם כיש לבחון כל מקרה לגופו ולהגיע למסקנה שעקרון זה אכן בתוקף. בזק (1985) מסכם: "מתוך האמור לעיל נוכל להסיק כי לפי המשפט העברי, פטור השוטה מאחריות פלילית, כשם שהוא פסול לכל הדינים כולם" (עמ' 303).

בזק (1985) HES & WOLLSTEIN (1964) טוענים שבצד שלילת זכויות השוטה, עמד לעיני המחוקק ההלכתי הצורך להגן עליו. בתחום הנזיקין לדוגמה: "שור של פקח, שנגח שור של הרש, שוטה וקטן מעמידין להם אפוסטרופוס ומעידין להם בפני אפוסטרופוס" (בבלי, בבא קמא, ל"ט, א'). בתחום האישות ההגנה באה לביטוי גם ביחס לבני משפחתו של החולה: "מי שנשתטה בית דין יורדין לנכסיו וזנין ומפרנסים את אשתו ואת בניו ובנותיו" (בבלי, כתובות, מ"ח, א'). "שוטה וקטן שנשאו נשים ומתו נשותיהן פטורות מן החליצה והיבום". (בבלי, יבמות, קי"ב, ב').

יחד עם זאת הם מכירים בכך שיש חוקים שהם ביטוי ליחס שלילי. "שוטה אין לו בושת" (בבלי, בבא קמא, פ"ו, ב'). "שוטה אין לך בושה גדולה מזו" (בבלי, בבא קמא, פ"ו, ב'). מן השוטה נשללת הזכות לייצג את הצבור, שוטה אסור לכהונה, פסול לעדות, קיימת מחלוקת ביחס לכשירותו לשמש כשוחט, ועוד. למרות זאת הם טוענים שהעמדה הבסיסית של המקורות כלפי מחלת נפש היא אמפטית ואופטימית, ומעל לכל – תמיד קיימת ההשקפה ההלכתית שכל אדם נברא בצלם.

לסיכום, סקרנו את יחסה המורכב של הפסיכולוגיה לדת ואת יחסי הגומלין בין השניים. הצגנו את הדעות השונות והמנוגדות ביחס למקומה של הפסיכולוגיה החילונית בהלכה, ואת ההתייחסות ההלכתית לחולי-נפש. חומר זה מלמד על הבעייתיות שבפניה עלול לעמוד שומר מצוות, בעת הזדקקותו לשירותי בריאות הנפש, נושא בו עוסק מחקר זה.

פרק ג': תרבות ורפואת הנפש

מאחר והקהילה החרדית מנהלת את אורחות חייה על פי ההלכה, והדת היא מוסד תרבותי מוגדר, מן הראוי להתייחס לשאלות בדבר יחסי הגומלין בין תרבות להפרעות נפשיות.

תרבויות והשוואה ביניהן שימשו נושא למחקר כבר בתחילת המאה הנוכחית. BOAS, בהתייחסויותיו הבין-תרבותיות, חולל מפנה והציב אתגר לפסיכולוגים ביחס להכללותיהם על ההתנהגות האנושית (KLINEBERG) (1980). BENEDICT (1934, 1960), אחת מחלוצות המחקר בתחום זה, הדגישה את היחסיות שבתרבויות בכלל, ובהתייחסות לנורמלי וללא-נורמלי בפרט. לדעתה, לכל תרבות יש אתוס תרבותי היוצר דימוי של אדם אידיאלי. מידת ההתאמה של חברי התרבות לאתוס היא שקובעת מהו נורמלי ומהו אבנורמלי.

עוד קודם למחקרה של BENEDICT נערכו מחקרים שעסקו בפסיכופתולוגיה בתרבויות שונות, ומהם עלו שני ממצאים מרכזיים:

האחד, מתייחס לתפוצתן השונה של הפרעות נפשיות בקבוצות אתניות ודתיות שונות. לדוגמה, DURKHEIM (1951) במחקרו על שעורי התאבדות במערב אירופה במחצית השנייה של המאה ה-19, מצא שבצד תהליכים חברתיים המשפיעים על שעורי התאבדות, מישתנים שעורים אלה בקבוצות אוכלוסיה שונות על פי דת, מין, מצב משפחתי, ועוד.

הממצא השני הוא קיומם של גילויים שונים של תחלואה נפשית בתרבויות שונות. לדוגמה, KRAEPELIN (1974) מצא בתחילת המאה שעורים שונים וגילויים שונים של תחלואה נפשית במערב-אירופה, באלז'יר ובאינדונזיה. בעקבות מחקרים חלוציים אלו, נערכו מחקרים השוואתיים רבים בתחום הפסיכופתולוגיה, ומתוכם הסתמנו שתי גישות מרכזיות:

א. תפוצתן של מחלות נפשיות ספציפיות – שונה בקרב תרבויות שונות, וקיימות מחלות המצויות בתרבות אחת שאינן קיימות בתרבויות אחרות.

ב. מחלות נפש קיימות בשכיחות דומה בתרבויות שונות (על פי מינוחו של EDGERTON (1977) הדטרמיניסטים מול האוניברסליסטים).

התומכים בגישה הראשונה מתבססים על ממצאי מחקרים משווייץ. MURROE & MURROE (1980) טוענים, שתפוצתן של מחלות נפש ספציפיות שונה בתרבויות שונות. הם מדגישים שאם מתייחסים לעשרת הקטגוריות הפסיכיאטריות המרכזיות המקובלות בארה"ב, מוצאים ביניהן כאלה ששעורן דומה בכל התרבויות; כגון פיגור והפרעות אורגניות מוחיות. יש הטוענים כך גם ביחס לסכיזופרניה, אך ככלל קיימים הבדלים בין-תרבותיים בשכיחותן של פסיכופתולוגיות, (לדוגמה: דכאון מצוי פחות בארצות מתפתחות מאשר בארצות מפותחות). הם גם מדגישים את קיומן של תמונות קליניות יחודיות לתרבויות מסוימות (כגון: KORO בדרום מזרח אסיה, SUSTO בתרבות הספרדית, VOODO DEATH & CURSE ועוד).

התומכים בגישה השנייה טוענים שמחלות נפשיות חוצות תרבות, כלומר, הפרעות דומות קיימות בתרבויות

שוונות בשכיחות דומה. גם הם, מבססים את טיעוניהם על מחקרים משווים, אך תוך ניתוח שונה של הממצאים. THOMPSON (1980) מדגיש את הסכנות הטמונות בהשקפה זו של שוונות תרבותית בתפוצת מחלות נפש, בעיקר מתוך ההיבטים האבולוציוניים והגנטיים. הוא יוצא נגד המגמה, ממנה משתמע כאילו תרבות אחת עדיפה על פני חברתה. MURPHY (1976) השוותה תוויות פסיכיאטריות מקובלות בחברה המערבית ובקבוצות מסורתיות, אסקימוסים וניגרים. בסיכום ממצאיה היא קובעת שהרמזים, שבאמצעותם מגדירים מחלות נפש במערב, משמשים גם את החברות שאותן חקרה היא. ממצא דומה מביא EDGERTON (1977) ביחס לארבעה שבטים שונים במזרח אפריקה. שיעור מחלות הנפש דומה בחברה המערבית ובחברות המסורתיות, למרות שבקרב החברות המסורתיות קיימות תופעות שאין להן שם (תוויות), הן מוכרות וזוכות להתייחסות כאל מחלה. לדעתה גם התגובות למחלת הנפש אינן שונות במהותן בחברות המסורתיות בהשוואה למערב.

כיצד אם כן מסבירים תומכי גישה זו את השעורים השונים של חולי נפשי בתרבויות שונות, ואת התמונות הקליניות היחודיות לתרבויות מסוימות.

ההסברים המקובלים לשאלה זו מתחלקים לשתי קטגוריות עיקריות: האחת, מתייחסת לבעייתיות של המחקרים האפידמיולוגיים, הבודקים שעורי פסיכופתולוגיות. KIEV (1964) טוען שמחקרי הפרולנס ואינסידנס של חולי-נפש בארצות מתפתחות אינם משקפים את פיזור ההפרעות הנפשיות בארצות אלה, משום שלעיתים קיימת אי-בהירות ביחס לזהותה של המחלה, ובמצבים רבים לא ברור אם מדובר במחלה פיזית או נפשית. כמו כן עלולה תוחלת החיים הקצרה יחסית בארצות מתפתחות – לעוות את תמונת המצב. במקום אחר מדגיש KIEV (1972) שתרבויות רבות, בעיקר מסורתיות, סובלניות יותר למחלות נפש ומציעות דרכי טיפול אלטרנטיביות, ולכן, חולים רבים אינם מגיעים כלל לידיעתנו (מחקרי אינסידנס). הוא אף מעלה עת הבעייתיות והמגבלות של מרבית המחקרים האפידמיולוגיים, המבוססים בעיקר על החולים המוכרים, ובדרך כלל אינם מבוססים על סקר של האוכלוסייה כולה.

הטיעון השני, מתייחס בעיקר לגילויים השונים של חולי בתרבויות שונות. מה שסוטה בחברה אחת אינו בהכרח סוטה בחברה אחרת KIEV (1972). גם בתרבות נתונה קיימת אי-בהירות ביחס למה שמוגדר נורמלי ומה שמוגדר הפרעה נפשית (יהודה 1960, WILSON 1976). BENEDICT P. & JACKS (1954) טוענים ששעורים שונים של תחלואה נפשית קיימים גם באזורים שונים בארה"ב, ואין להסיק מכך שיש תרבויות שבהן חשופים יותר לחולי נפשי מאשר באחרות.

הגילויים הפסיכופתולוגיים השונים אינם בהכרח ביטוי לתופעות פסיכיאטריות שונות, אלא הן ואריאציות תרבותיות של מחלות מוכרות (BENEDICT P. & JACKS, 1954, WALLACE 1969). רב כוחה של התרבות בעיצוב ההתפתחות, הצורה, האופי, הטיפול וההתייחסות להפרעות נפשיות, ולא ביצירת המחלות עצמן (KIEV 1972). תרבויות שונות נחנות פירוש שונה למחלות, ונכונותן להכיר בהן ולטפל בהן מישתנה אף היא (ALEXANDER 1968, RACK 1982).

מחקר שניסה להתמודד עם בעיות אלה הינו מחקדם של EATON & WEH (1955) על הפרעות נפשיות בקרב הקטוֹרְיִים בארה"ב. קבוצה זו הינה כת דתית נוצרית הדוגלת באידיאולוגיה של בדלנות, צמידות לאורח חיים דתי ושימור המסורת, אשר חיה ביישובים חקלאיים על בסיס שיתופי, ומאופיינת ביציבות רבה. במספר מרכיבים קיים דמיון בינם לבין אוכלוסיית מחקר זה. התרשמותם של אנשים מהחוץ שבאו במגע עם קבוצה דתית

תרבותית זו, היתה שאורח החיים השלו של חברה מפחית את שעור מחלות הנפש. EATON & WEIL מצאו שתרבות ההטוריים אינה המחסנת מפני מחלות נפש. בהשוואה למחקרים שנעשו בתרבויות אחרות, הם מצאו בקרב ההטוריים שעור דומה של מחלות נפשיות, אם כי בהתפלגות שונה. הממצא הבולט הוא שיש בקרבם יותר חולים מאניים-דפרסיביים ופחות סכיזופרניים. ההסברים הניתנים על ידם לממצא זה קשורים לאידיאולוגיה הדתית-תרבותית של כח זו, לגורמים גנטיים ולשיטת המחקר שלהם שסקרה את האוכלוסיה כולה. הם מדגישים שאם היו משתמשים במחקרם בגישות אפידמיולוגיות מקובלות, היתה מתקבלת תמונה מעוותת לחלוטין, משום שבעת עריכת מחקרם לא היה אף חבר מקרב קהילת ההטוריים נתון באשפוז פסיכיאטרי. הם מצאו שקהילת ההטוריים רואה חובה דתית-מוסרית לעזור בשיקום חולי הנפש, והסובלים מבעיות נפשיות בקהילתם. חברה זו מאפשרת מעבר ממצב של חולי נפשי למצב של בריאות, והסטיגמה אינה מלווה את האדם כל חייו. כך הופכת חברה זו לחברה בעלת שעורי ההבראה הגבוהים ביותר. למעשה מתפקדת חברה זו כקהילה טיפולית, וכמערכת טיפולית אלטרנטיבית למערכות הטיפול המקובלות בחברה המערבית. הם טוענים שהפרעות נפשיות אינן נמנעות על ידי אורח חיים זה, אך המשמעות הטראומטית שיש להן על היחיד ומשפחתו היא יחסית.

מחקר זה מחזק את הטענות שהבאנו לעיל, התומכות ביחסי תרבותית, תוך הכרה בהשפעת התרבות על העיצוב, הטיפול, וההתייחסות להפרעות נפשיות.

להלן נדון בהשפעות תרבותיות ומברתיות כפי שהן באות לביטוי בגילויי המחלה, בהסברים הניתנים לה, בדרכי ההתמודדות עמה (פנייה לטיפול וסוגי טיפול) ובהתייחסות אליה.

גילויים של הפרעות נפשיות

כפי שנטען לעיל ניתן למצוא, לחלק מהגילויים הפסיכופתולוגיים היחודיים מקבילות בתרבות המערבית. גילויים אלה מעניינים במיוחד משום שהם מאפשרים לחולה לארגן את אירוע המחלה, בתוך אפיזודה שיש לה צורה ומשמעות (LOW 1981). KIEV (1972) מדגיש שלמרות שאותה דינמיקה פועלת על כל בני-אנוש – התרבות היא המגדירה מה מותר ומה אסור, ולכן היחס להגנות שונה מתרבות לתרבות. לדוגמה, במערב קיימת הנטייה להתייחס לתופעות מיסטיות כמו הטרנס, הינן מקובלות בתרבויות מסוימות כחלק מאירוע חברתי. כלומר, גילויי המחלה יכולים לשפוך אור לא רק על מצוקתו של היחיד אלא על התרבות בה מתרחשת ההפרעה.

ארץ ישראל הינה כור-היתוך לתרבויות שונות, ולכן היא מהווה כר נרחב למחקרים מסוג זה, היכולים לשפוך אור על קבוצות תרבותיות שונות. HALLEVI (1965) סקר את שעור המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים בישראל ב-1964, על פי סוג ההפרעה. הוא מצא התפלגות שונה לפי סוג ההפרעה ביוצאי ארצות שונות. ככלל מצא שעורי אשפוז דומים ביוצאי ארצות שונות, להוציא ילידי הארץ. MILLER (1966) טוען שלמרות ההבדלים בסימפטומטולוגיה שמצא בקרב עדות המזרח והמערב, לא נמצא הבדל משמעותי בפיזור ההפרעות נפשיות. RAHAV, POPPER & NAHON (1981) בדקו שעורי אשפוזים ראשוניים בארץ בשלושים השנים האחרונות, ומצאו שקיימת התפלגות דומה ביוצאי ארצות שונות מלבד יוצאי רוסיה ששעורם נמוך מן השאר.

YACAR-ELLENCWEIG (1985) בדק דפוסי אשפוז בישובים עירוניים בארץ בין 1972-1976. הוא מצא שכיחות נמוכה של פסיכוזות בקרב יוצאי ארצות אסיה ואפריקה, ושעורים גבוהים של הפרעות אחרות, כמו סמים ואלכוהול בהשוואה ליוצאי ארצות מערב. SKEA, DRAGUNS & PHILLIPS (1969) מצאו בארץ, בקרב ילדים ממוצא אתני שונה שהופנו לטיפול נפשי, סימפטומים שונים, גם כאשר משתני ההשכלה והמעמד נשמרו קבועים. HES (1968) מצא יותר תלונות היפוכונדרייות בקרב עדות המזרח מאשר בקרב יוצאי המערב, אך מצא שמשנתנה ההשכלה משפיע יותר בהתפלגות זו.

MINUCHIN-ITZIGSHON ET. AL. (1984) מצאו דפוסי תלונות שונים בקרב בני עדות שונות, בעת פנייתם למרפאה לבריאות הנפש. הפרסים פונים עם תלונות סומטיות רבות, המתמקדות בעיקר סביב מערכת העיכול: המרוקאים ממקדים את ההפרעה בראש או במוח, ומתארים אותה באופן דרמטי; האשכנזים פונים עם סימפטומים מכל הסוגים, אולם בולטת נטייתם לתלונות נפשיות כמו דכאון, דימוי עצמי ירוד, ואופי חלש. ZOLA (1966) מדגים את ההבדלים התרבותיים בדפוס הצגת הבעיה ביחס למחלה פיזית, כשמשנתנה המחלה נשאר קבוע).

בילו (תשמ"ג) מדגים באמצעות הדיבוק, שרווח בקהילות יהודיות, מהמאה ה-16 ועד תחילת המאה ה-20, כיצד הבנייה תרבותית ופיקוח חברתי תורמים לעיצוב הפרעה נפשית. יחוס הדבוק לגורם חוץ, וטקס הוצאתו, מגבירים את הלכידות והקונפורמיות בקהילה, ומאפשרים דרך ממוסדת לביטוי משאלות אסורות. PEREZ (1977) שבדק דלוזיות משיחיות של חולים פסיכויטיים בני דתות שונות בישראל, מצא שרק מעטים חורגים מגבולות התרבות של המודל המשיחי המיתי שלהם (גם CLARK 1980).

ARIELI (1970) מדגים כיצד בקרב יהודים במזרח התיכון, קיימות תופעות הנראות כדלוזיות פרנואיריות, שאינן בהכרח כאלה, וניתנות לטיפול קל יחסית. GREENBERG (1984) מדגים כיצד קומפולסיביות לובשת אופי דתי בקרב יהודים, ומשמשת להפחתת חרדה.

ממצאים דומים קיימים גם ביחס לתרבויות אחרות: נדגים רק אחדים מהם. PARKER (1977) טוען שריבוי הסימפטומים ההיסטריים אצל האסקימואים, בהשוואה לריבוי הדכאון והפרנויה בקרב האינדיאנים, קשורים במבנה האישיות כפי שהוא מתגבש על ידי דפוסי הגידול (תסכול מועט של צרכי תלות), המערכת החברתית (יחסי קהילה קרובים וצפייה לעזרה הדדית רבה), מעמד האשה (הנשים נחותות), והאמונה הדתית (מאמינה ב־POSSSESSION). הסימפטום ההיסטרי הוא קריאה לתשומת לב, שסביר שתזכה למענה בחברה זו. CARPANZANO (1977) מתאר זוג במרוקו שנשלטו על ידי שדים; הוא על ידי אשה, והיא על ידי השד, בן-זוגה. מצב זה איפשר להם להמשיך בחייהם כווג, להתמודד עם קשייהם האישיים, ובמיוחד עם מות בנם בן השנה וחצי. WOOD-SAUNDERS (1977) מתארת את תופעת ה־ZAR שהינה סוג של POSSSESSION, ושם הטקס לטיפול בו הרווח במצריים בקרב נשים. קיימים שני סוגים של טקסי ZAR – ציבורי ופרטי. קיום התופעה והשימוש הדיפרנציאלי בטקסים אלה, הינו פונקציונאלי לבעיות המעמדיות של האשה.

ממצאים אלה עולה שבארץ דומה שכיחות חולי הנפש בקרב יוצאי התרבויות השונות. אולם, יוצאי תרבויות שונות מבטאים את הפרעותיהם בדרכים שונות. ההבדלים בתמונות הקליניות מושפעים ונצבעים בצבעי התרבות ממנה הם שואבים, ומקבלים הבנייה ומשמעות ייחודיים בהקשרם התרבותי, בהמשך נדון כיצד השפעות אלה באות לביטוי באוכלוסייה החרדית.

הסברים להפרעות נפשיות

ההסברים הניתנים להפרעות נפשיות משפיעים על אפשרות הריפוי (VALINS & NISBETT 1972) ועל אופן הטיפול (כפי שהדגמנו בדיון ביחסי הגומלין בין דת ורפואת הנפש). RACK (1982) טוען שבמערב – מעונין החולה יותר להבין ממה הוא סובל, ואילו בתרבויות אחרות – מדוע הוא סובל. הבדל זה הוא אולי אחד הגורמים לעושר ההסברים הניתנים להפרעות נפשיות בתרבויות המסורתיות.

SIEGLER & OSMOND (1974) מציגים מודלים שונים המקובלים כמערב כהסבר למחלות נפש. לדעתם, רק המודל הרפואי נותן מענה לשאלה מהו בסיס המחלה, ומונע אשמה, בעוד שהמודלים האחרים טובים אולי לתמיכה.

SELLY (1977) מצא שההסברים המקובלים בחברה המערבית להפרעות נפשיות הם: תכונות אופי, ליקויים אורגניים, אסונות טבע, בעיות בנישואין, ותנאי משפחה בילדות; כלומר, הסברים חיצוניים ופנימיים.

MURDOCK (1980) המציג את התייחסותן של 186 תרבויות שונות למחלות נפש, מצא שדגש רב מושם בתרבויות אלו על סיבתיות על-טבעית, שאותה הוא ממין להסברים מיסטיים, רוחניים ומאגיים. למרות שמקובל לחשוב שבתרבויות מסורתיות רווחת הנטייה להסברים על-טבעיים למחלות נפש, מצא EDGERTON (1977) בקרב ארבעה שבטים במערב אפריקה, שֶׁ־60 מהנבדקים הסבירו את המחלה במונחים פיזיים, ורק 14% יחסו זאת לכישוף. RACK (1982) מציג הסברים מקובלים להפרעות נפשיות בארצות שונות. בברבדוס ההסברים הם לימוד מופרז, כישוף, איבוד פרופורציות, היעדר מנוחה מספקת אחרי לידה, דם רע, ותורשה. בסין רווחת אמונה ברוחות, בקרב ההינדואים המחלה קשורה בקארמה ובכוכבים. בקרב המוסלמים המחלה היא תוצר של רצון האל. OZTURK (1964) מדגים זאת בתורכיה, וטוען שכתוצאה מכך הטיפול בהפרעות נפשיות מאופיין בפאטליות ובפסיביות, ומשפיע על יחס חיובי לחולי הנפש. הסברים מקובלים נוספים הם: הרעלה, אויב, דיאטה, אקלים, התנהגות לא מוסרית (בעיקר מינית). במצב זה קיימת אמונה שנישואים הם שירפאו את המחלה. לדעתו, הברושה המלווה הפרעות נפשיות רבה יותר, במקומות שבהם מייחסים את הסיבתיות לתהליכי גידול ולתורשה. ההסבר התורשתי מקבל משנה חשיבות בחברות בהן החיתון נעשה באמצעות שידוך.

להסברים למחלות יש גם משמעויות חברתיות. KIEV (1964) מדגיש שבחברות מסורתיות מהווה מחלת היחיד, לעיתים, סימן לקהילה כולה. לעיתים המחלה מקבלת קונוטציה של קדושה ואז הקהילה מתגייסת לפעילות. גלקמן (1980) טוען שהכישוף, המקובל כתאוריה סיבתית לפגעים ולאסונות באפריקה, קשור ליחסים האישיים שיש לסובל עם חבריו, ויש בו גם שיפוט מוסרי. הבנת חוקי הכישוף בחברה מסוימת יכולה ללמד על מבנה היחסים החברתיים באותה חברה. HOLLAWELL (1977) מצא בקרב שבט אינדיאנים, שההסבר המקובל להפרעה נפשית הוא מעשה רע, שנעשה על ידי האדם הפגוע, או על ידי אבותיו, ולכן, נלווית למחלה חרדה רבה. הריפוי המקובל בתרבות זו הוא חשיפה פומבית של המעשה הרע, שבגינו פרצה המחלה. הסבר זה ושיטת ריפוי זו, הינם פונקציונאלים לחברה לצרכי סוציאליזציה ופיקוח חברתי. הסבר זה מתאים לחברות חסרות מנהיגות, ומערכות המפקחות על קונפורמיות.

בארץ מצא בילו (תשכ"ח), בקרב יהודים יוצאי מרוקו, אמונה בקיומם של שדים, ובאחריותם לחלק מן ההפרעות הנפשיות (תסירה ואסלא). כמו כן הם מאמינים בכשפים שפגיעתם בעיקר במישור המשפחתי

והכלכלי, מקורם אנושי, וסיבתם העקרית היא קנאה. קיימת בקרבם גם האמונה בעיך־הרע, הגורמת בעיקר לפגיעות גופניות וכלכליות. ARIELI (1970) מדגים כיצד האמונה בכוח המילה, שרווחת עדיין בקרב יהודים במזרח התיכון, מאפשרת את האמונה בעיך־הרע, היוצרת סימפטומים הנראים כדלוחיות פדנואידיות, שאינן בהכרח כאלה. פלגי (1981) מצאה שיוצאי תימן מאמינים שהגורם להפרעות נפשיות הם שדים ורוחות, עיך־הרע ואי־שמירה על נקיון.

MINUCHIN-ITZIGSHON ET. AL. (1984) מצאו שבקרב יוצאי פרס ומרוקו קיימת אמונה רבה בכוחות על טבעיים כגורמי המחלה הנפשית. בקרב יוצאי פרס מוקד המחלה הוא פנימי, בעיקר סומטי או חיצוני, ואין אינטראקציה בין השניים. יוצאי מרוקו תופסים את הבעיה כפנימית, אך רואים בה תגובה לאירועים חיצוניים. אשכנזים מבחינים בין בעיות נפשיות ופיזיות, ומאמינים ששיפור במצב הנפשי יכול להקל על הבעיות הפיזיות. הם גם מדגימים כיצד ההסבר למחלה משפיע על הציפיות מן הטיפול, ועל מידת שיתוף הפעולה עם הטיפול המוצע. למרות קיומה של רפואה מודרנית ניתן למצוא ריבוי של הסברים עממיים ומסורתיים להפרעות נפשיות בקרב יהודים יוצאי המזרח בארץ. יתכן וניתן למצוא הסבר מסוים לתופעה זו במחקרה של McCLAIM (1977) היא דרגה נשים על מדד של של מודרניות: המודרניות יותר הירבו להשתמש ברפואה מודרנית והלא־מודרניות – ברפואה עממית. אולם ההסברים למחלות שנתנו הנשים, משתי הקבוצות, היו הסברים מסורתיים. לדעתה קודמים שינויים התנהגותיים לשינויים קוגניטיביים.

לסיכום, כל עוד רב הנסתר בתחום זה על הניגלה, ימשיכו בני האדם, במזרח כבמערב, להשתמש בסימבוליקה התרבותית שלהם כדי להסביר את הפרעותיהם הנפשיות. במחקר זה נעסוק בהסברים הניתנים על ידי נבדקים חרדים להפרעותיהם הנפשיות, ובהשפעת הסימבוליקה הדתית־תרבותית על הסברים אלה.

פנייה לטיפול נפשי

הפנייה לטיפול נפשי בכלל הינו תהליך שבדרך כלל קורמות לו התלבטויות רבות. רוב הפונים מנסים למצות פתרונות פחות סטיגמטיים וממוסדים בעיקר ממערכות תמיכה בלתי־פורמאליות כמו משפחה, חברים, או קהילה בטרם יפנו לשירותים פורמליים (CAPLAN, 1976, KLIENMAN, 1980). הפנייה לטיפול משקפת מעבר ממעמד של חולה, או לפחות ממעמד של מי שמודה שהמשאבים האישיים והסביבתיים שלו לא מספקים עוד (ANTOROVSKY, 1982). עצם ההודאה בצורך בטיפול, יש בה משום פגיעה בנורמות ההישגיות של החברה המערבית (PHILLIPS, 1967). SARBIN & MANCUSO (1970) מצאו שבצד הנטייה להרחיב את שירותי בריאות הנפש, אנשים אינם נוטים לחפש פתרונות לבעיות האושר שלהם בשירותים אלה. (על הסטיגמטיזציה והמיסטיפיקציה של מחלות נפש נרחיב את הדיבור בהמשך, כשנדון בהתייחסות למחלות אלה).

בדיקת הפניות לטיפול נפשי, משמשת נושא למחקר בעשרות השנים האחרונות. הצפייה היתה לשרטט באמצעות מחקרים אלה את התפלגות ההפרעות הנפשיות בתרבות נתונה, ולאחר את קבוצות הסיכון. אך עד מהרה התברר ששעורי המטופלים והמאושפזים אינם מלמדים בהכרח על התפלגות התחלואה (כפי שהדגמנו את הבעייתיות במחקרים העוסקים בשעורי תחלואה בתרבויות שונות). מחקרים אלה יכולים לשפוך אור על המשתנים המשפיעים על דפוסי הפנייה והשימוש בשירותים הפסיכיאטריים.

משתנים תרבותיים וחברתיים המשפיעים על דפוסי הפנייה לשירותים פסיכיאטריים

KIEV (1972) טוען שתהליכים חברתיים (כגון: הגירה, מוביליות, תיעוש, עיור וכד') אינם הכרחיים, אך הם גורמים מספיקים ליצירתן של הפרעות נפשיות, משום שתרכיבות שונות מגיבות באופן שונה ללחצים (גם BEAGLEHOLE, 1949, NICTER, 1981 ואחרים). RABKIN (1979) מצא שככל שקבוצה אתנית היא קטנה יותר, בהשוואה לשאר התושבים באזור, כן קיים סיכון רב יותר לאשפוז בקרב חבריה, בהשוואה לשאר תושבי האזור, ובהשוואה לבני אותו גזע שגרים באזורים בהם הם מהווים את הרוב. ההנחה היא שמצבים של מיעוט ותהליכים של שינוי פתאומי – מגבירים את האנומיה וכתוצאה מכך את שיעור ההפרעות הנפשיות. אבירם ולב (1981) סוקרים חמישה סקרים אפידמיולוגיים שנעשו בארץ, ומסקנתם היא ששכיחות ההפרעות הנפשיות נמצאה גבוהה בקרב עולים בהשוואה לשעורם בקרב ותיקים (גם HALEVI (1965), LEVAV & ABRAMSON (1984) שבדקו לחץ נפשי). פלגי, גולדווסר וגולדמן (1955) חקרו סימפטום של דכאון בקרב נשים ממוצא עיראקי, המלווה בשקיעה בהזיות, תוך נסיגה מיחסים עם גברים. הם מצאו שהקונפליקט החל בארץ-המוצא סביב שינויים חברתיים, והחריף בארץ סביב שינויים דומים. כלומר, שינויים חברתיים יכולים להאיץ ולהדד הפרעות נפשיות קיימות.

מעמדו של הפונה לשירותים פסיכיאטריים משפיע על גורל פנייתו. כלומר, לפונים מהמעמד הגבוה מציעים מסיכותרפיה ממושכת בשכיחות רבה יותר מאשר לפונים מן המעמד הנמוך. כמו כן קיימת נטייה להקל באבחנותיהם של הראשונים (ROBINSON, REDLICH & MYERS, 1954, SHAFFER & MYERS, 1954).

HOLLINGSHAED & REDLICH (1958) ערכו מחקר מקיף וחלוצי על סגנון השימוש בשירותים פסיכיאטריים שונים בארה"ב על ידי בני מעמדות שונים. הם מצאו שכיחות נמוכה של פסיכוזות בקרב מעמדות גבוהים, ושכיחות גבוהה יותר של נאורוזות. הם טוענים לקשר בין תחלואה נפשית ומעמד, אם כי אינם מציעים הסברים סיבתיים, ואף אינם מציינים תאוריה המסבירה את השפעת המכנה החברתי על בריאות הנפש. חלק מהמצאים ניתן להסביר בשימוש בשירותים אלטרנטיביים על ידי המעמד הגבוה, וכן בערנות פחותה של המעמד הנמוך לגבי בעיות שאינן חריפות. (במחקר מעקב על אותה אוכלוסייה שנעשה עשר שנים מאוחר יותר על ידי MYERS & BEAN (1968) נמצאו ממצאים דומים). FREEMAN (1961) מבקר את מחקרם וטוען שמשנתה המעמד הוא רב-משתנים, כאשר מפרקים משתנה זה עולה שמשנתה ההשכלה הוא היחיד המשפיע על שעורי תחלואה. DOHRENWEND & DOHRENWEND (1965) טוענים שבצד משתנה המעמד, כמשפיע על תחלואה נפשית, קיימים משתנים נוספים שלא נבדקו במחקר זה (כמו: גיל, מין, גזע, אזור מגורים ועוד). לדעתם, ביכולת ההתמודדות עם מצבי לחץ זמניים יש יתרון למעמד הבינוני והגבוה על המעמד הנמוך. בארץ מצא YACAR-ELLENCWEIG (1985) קשר בין שעורי אשפוזים בשנים 1972-1976 לבין השכלה. שעורי התחלואה הנפשית היו גבוהים יותר בקרב בעלי ההשכלה של עד ארבע שנות לימוד, בהשוואה למשכילים יותר.

מחקרים מסוג שונה מנסים להתמודד עם הטענה שלא כל הסובלים מבעיות נפשיות מגיעים לטיפול בשירותים הפסיכיאטריים, ולכן אין ממצאי המחקרים המבוססים על שעורי פניות, משקפים את פיזורן של ההפרעות הנפשיות. במחקרים אלה הועברו שאלונים, למדגם מייצג של האוכלוסייה באזור מסוים, המתייחסים לסטאטוס סוציו-אקונומי ולמצב נפשי. SROLE ET AL. (1962) ערכו מחקר מסוג זה במנהטן בין השנים 1952-1960. הם מצאו שעורי תחלואה גבוהים ביותר בעיר (עובדה שגרמה אחר כך לבקורת רבה על כלי המחקר

שלהם). כמו כן מצאו שיש קשר בין מעמד סוציאקונומי ובריאות. אחוז הבריאים היה גבוה בקרב המעמד
בהשוואה למעמד הנמוך. בני המעמד הנמוך סבלו מסימפטומים חמורים בשכיחות רבה מבני המעמד הגבוה,
בעוד שביחס לסימפטומים קלים, ההתפלגות הפוכה. SHCAWAB ET. AL. (1979) ערכו מחקר דומה בפלורידה,
והגיעו לממצאים דומים.

בארץ חקרו LEVAV & ABRAMSON (1984) לחץ רגשי (EMOTIONAL DISTRESS), במחקר לונגיטודונאלי, בקרב תושבי
ירושלים. הם מצאו לחץ רגשי נמוך יותר בקרב משכילים ובקרב המדורגים במעמד גבוה על פי סולם תעסוקה. מן
המתקרים שצוטטו קשה להסיק שבני המעמד הנמוך חשופים לחולי נפשי יותר מן המעמד הגבוה. אולם ניתן
להסיק מהם שסגנון השימוש בשירותים הפסיכיאטריים מושפע ממעמד חברתי.

הנסיון להסביר ממצאי מחקרים אלה הסיט את הדיון לשירותים הפסיכיאטריים ולמטפלים. WARREN (1957)
טוען שהשירותים אינם ערוכים לענות על צרכים שונים של פונים עם דפוסי תרבות שונים. מיעוט
האלטרנטיבות הטיפוליות, הן שגורמות למטפלים לקבל לטיפול את הדומים להם (כלומר, מעמד בינוני גבוה),
ומונעים את פנייתם של רבים הנזקקים לשירותים אלה (BRUHN & FUENTES 1977).

בארץ נמצא שקבוצות מסוימות משתמשות ברפואה עממית כתחליף, או במקביל לשימוש ברפואה
קונבנציונאלית (בילו תשכ"ח, פלגי 1981, גרינברג 1987, HES 1964B ועוד). YACAR-ELLENWEIG (1985) מצא
שעודים נמוכים של אשפוזים במגזר הערבי בישראל, אותם הוא נוטה ליחס למיעוט שירותים, וגם לדפוסי של
המנעות משימוש בשירותים הפסיכיאטריים. MINUCHIN-ITZIGSHON ET. AL. (1984) השווה את התייחסותן של
שלוש קבוצות אתניות למחלות נפש, ואת מהלך הטיפול בהן. יוצאי פרס הגיעו לטיפול נפשי אחר כשלוש שירותי
הרפואה הכלליים, לא נענו לטיפול המפרש, ונשירתם מהטיפול היתה מהירה. יוצאי מרוקו חוו את הפנייה
כסטגימטית ביותר, ציפו לעזרה מבחוקן, העומדת בסתירה לגישה הטיפולית, ואף בקרבם היתה נשירה רבה מן
הטיפול. האשכנזים, ציפו להבנה פנימית, ידעו שמדובר בתהליך ממושך, והתמדתם בטיפול היתה רבה ביותר. הם
מצאו שהפונים החרדים מתנהגים כמתקבוצה שונה וייחודית, החוצה את המוצא האתני. ייחודיות זו לא נבדקה
באופן שיטתי, אך החוקרים התרשמו מצורת פנייה לטיפול המאופיינת במצבים קשים (בדרך כלל פסיכויטיים),
רובם התייעצו קודם לפנייה עם סמכות רבנית, הם נענו לחוזה הטיפולי המוצע להם (שהוא בדרך כלל בעל אופי
של מעקב בנגוד לפסיכותרפיה), תוך ליווי ועזרה צמודה של בן משפחה או חבר.

קושלביץ (1989) טוענת שנשים דתיות שפנו למרפאה לבריאות הנפש לא הגיעו לטיפול במצב קשה מן
החילוניות. לא נמצא הבדל בסוג הטיפול שהוצע אך נמצא הבדל במשך הטיפול. HES (1964 A) לא מצא הבדל
מהותי בשימוש בבתי חולים פסיכיאטריים בעדות שונות. שני ומוזס (1960) ערכו בארץ מחקר על דרכי הקבלה
למרפאה פסיכיאטרית. הם לא מצאו שהמוצא העדתי הינו משתנה משפיע בקבלת פונה לטיפול. אך הם מצאו
שוותק בארץ, רמת המקצועיות של הפונה, ובעיקר אופן הצגת הבעיה על ידו, משפיעים על הנטייה לקבלו
לטיפול. הם מסכמים את ממצאיהם, שהנטייה היא להציע ולקבל פונים לטיפול, שביחס אליהם צופים המטפלים
פוטנציאל של קומוניקציה טובה, וכשקיים דמיון בסוציאליזציה (קירבה חברתית) של הפונה והמטפל. קדר
(1980) מצא שלמוצא הפונה (מזרחי-מערבי) לשירותים סוציאליים בארץ יש השפעה על האבחנה הניתנת לו, על
האמונה בפוטנציאל הטיפולי שלו, על סוג הטיפול המוצע לו, ועל מידת ערוב בן-הזוג בטיפול.

מחקרים אחרים עוסקים בשאלות התאמה בין פונים ומטפלים. TURNER (1970) מצא בקנדה, שטיפול היה

מוצלח יותר במצבים בהם המטפל והמטופל השתייכו לאותה קבוצה אתנית. במחקרים אחרים התברר שלמשתנה זה אין חשיבות בתהליך הפנייה לטיפול ACOSTA & SHEEHAN, 1975 SANTA-CRUZ & HEPWORTH (1976). KADUSHIN (1972) סוקר מחקרים וטוען ששאלת ההתאמה על פי הגזע בין מטפל ומטופל – אין לה תשובה חד-משמעית, וקיימים יתרונות וחסרונות בכל אחד מהמצבים.

מחקרים הדנים בבעיה מנקודת מבטו של המטפל, מראים שלמרות הבעייתיות במפגש בין-תרבותי ודתי בין מטפל למטופל, ניתן להתמודד עם בעיות אלה (MIZIO, 1972 SIEGEL, 1974 HALPERIN & SCHARFF, 1985 PETEET, 1985).

PALGI (1963) טוענת, שאידיאולוגיה של אחדות גרמה בארץ להכחשה ולהתעלמות מהבדלים תרבותיים. לדעתה, על העוסקים בבריאות הנפש בארץ להתייחס להבדלים אלה, ולעשות אינטגרציה בין ידע פסיכיאטרי וידע מדיסציפלינות אחרות, על מנת לאפשר מענה לצרכים דיפרנציאליים. כלומר, הימנעות מפנייה לשירותים פסיכיאטריים יכולה להתרחש גם על רקע של פערים תרבותיים בין עולם האמונות והמושגים של מטופלים ומטפלים.

לסיכום, מן המחקרים שצוטטו לעיל עולה שהפנייה לשירותים פסיכיאטריים מושפעת ממעמדו של הפונה על כל מרכיביו, ממבנה השירותים הפסיכיאטריים, מהבדלים תרבותיים, ומתהליכים חברתיים.

משתנים משפחתיים המשפיעים על דפוסי הפנייה לשירותים פסיכיאטריים

זיהוי קיומה של הפרעה נפשית נעשית לעיתים על ידי אנשים בקהילה, שאינם בהכרח מיקצועיים. הזיהוי תלוי במידת הבולטות והתכיפות של הסימפטומים, זכרמת הביצוע של התפקיד החברתי. לכן 'לאחרים החשובים' (שהם בדרך כלל בני המשפחה) תפקיד מרכזי, באיתור הסובלים מהפרעות נפשיות וכחירת דרך הטיפול בהפרעה. לעיתים אין תמימות דעים בין בני המשפחה ואנשי מקצוע ביחס למצבו הנפשי ולצורך בטיפול של המופנה (MECHANIC, 1960). YARROW ET. AL. (1967) חקרו את התהליך שעוברת אשתו של חולה הנפש, עד שכן זוגה מגיע לאשפוז. הם מצאו שלמרות שקדמו לאשפוז התנהגויות בלתי רגילות של הבעל, נטו הרעיות להתעלם מהן, להתייחס אליהן כאל התנהגויות נורמליות, או להכניסן למערכת הציפיות שלהן. כלומר, הנשים הכחישו, או הרגיעו עצמן כל עוד יכלו. לעשות כך. ההכרה בבעיה הנה בדרך כלל ביטוי להפרה של שיווי המשקל המשפחתי (גם SCHEFF, 1960 ALBERT, 1966). רמת הסובלנות ורגשות בני-משפחתו של חולה הנפש משפיעים על משך אשפוזו ושיקומו (JAN, 1977 SCHWITZER & KIERSZENBAUM, 1978 RABKIN, 1979 ANTONOVSKY, 1983 FREEMAN & BURSTEN, 1961, 1963, 1967 YARROW ET. AL., 1967 SIMON ET. AL., 1967 GREENLEY, 1975).

ליינג ואסטרסון (תשל"ז), מנושין (1982) ואחרים, טוענים שלעיתים חולה הנפש הינו בבואה של בעייתיות במערכת המשפחתית כולה. במקרים כאלה עלולה המשפחה לחבל בנסיונות הריפוי של היחיד (D'ESOP & BURSTEN, 1967).

LEVAV & ABRAMSON (1984) חקרו בארץ לחץ רגשי. הם מצאו שנשים, עקרות-בית, אמהות לילדים, ללא קשרים חברתיים – מצויות בלחץ רב יותר מאלה שהיו להן קשרים חברתיים.

לסיכום, מערכת יחסי-הגומלין בין חולה הנפש למשפחתו, משפיעה רבות על גורלו, הן מבחינת הטיפול והן מבחינת השיקום.

משתנים אישיים המשפיעים על דפוסי הפנייה לשירותים פסיכיאטריים

מעבר להיות ההפרעה הנפשית ביטוי אישי, קיימים מחקרים המצביעים על משתנים אישיים הקשורים אף הם לדפוסי הפנייה לטיפול פסיכיאטרי.

נשים מאושפזות פונות למרפאות ומטופלות יותר מגברים (GOVE & TUDOR, 1973, 1977, GOLDBERG & HAXLEY, 1980). נשאלת השאלה אם לנשים יש סיכוי רב יותר לחלות מאשר לגברים. קשה לענות על כך על פי שעורי פנייה ואי פנייה לטיפול (GOVE, 1980).

חוקרים שונים ניסו לתת הסבר לתופעה זו. יש הטוענים שהפער הינו ביטוי לדפוס פנייה שונה של גברים ונשים. נשים בחברה המערבית תלויות באחרים וחסרות-אונים יותר מן הגברים. הן מותנות לספר יותר על מצוקותיהן ומדבות לדבר על בעיותיהן לפני פנייה. לכן הן מכירות יותר את בעיותיהן, וחשופות יותר למידע על מקורות עזרה (PHILLIPS, 1964, CHESLER, 1972, HOROVITZ, 1977, KESSLER, BROWN & BROMEN, 1978, GOVE, 1980). גברים פותרים מצוקותיהם בדרכים אחרות (כגון: שתיינות, התאבדות ועוד, אשר שעוריהם גבוהים יותר בקרב גברים), והם מגיעים לטיפול במצבים קשים יותר מנשים (WEISSMAN & KLERNAN, 1977, TUDOR, TUDOR & GOVE, 1977, GOLDBERG & HAXLEY, 1980 ואחרים).

לדעת GOVE & TUDOR (1973, 1977) העליה בשעורים של הפרעות נפשיות בקרב נשים באירופה ובארצה"ב, מאז שנות החמישים, מצביעה על כך שהנשים בחברה המערבית אכן חשופות להפרעות נפשיות יותר מן הגברים. ההסבר שהם נותנים לכך נעוץ בתאוריה על תפקידי המין. להסברים אלה מתנגדים DOHRENWEND & DOHRENWEND (1965) הטוענים, שקיימת עליה בכל שעורי החולי, כלומר, קיים לחץ רב יותר על כולם. ההבדל בין גברים לנשים מתבטא בהתפלגות ההפרעות. לנשים היו תמיד שעורי נאורוזות גבוהים ולגברים הפרעות אישיות. לדעתם השאלה היא מה דוחף גברים ונשים לסוגים שונים של הפרעות.

אבירם ולבב (1981) מסכמים שמתוך חמישה מחקרים שנעשו בארץ עולה ששעור פסיכופתולוגיות גבוה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים. אך גם הם מציינים שקשה על סמך נתונים אלו להגיע למסקנה ששעורי התחלואה גבוהים יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים. שניים מן המחקרים שהתייחסו לאבחנות מצביעים על סוג פתולוגיה שונה בקרב גברים ונשים.

במחקר שמתיחס לשעורי אשפוזים ראשוניים בארץ במשך שלושים שנה, מצאו RAHAV, POPPER & NAHON (1981) שעורי אשפוז מעט גבוהים יותר בקרב גברים מאשר בקרב נשים (גם HALLEVI, 1965).

מצאו LEVAV & ABRAMSON (1984) שנתונים נתונות בלחץ רגשי יותר מגברים. בכל המדגם היתה עליה בלחץ הרגשי לאורך שנים, אך בקרב הנשים העליה היתה רבה יותר מאשר בקרב גברים. נשים משכילות, שאינן מוצאות סיפוק בעבודתן, היו נתונות בלחץ רב יותר מיתר הנשים.

נמצא קשר בין מצב משפחתי ושעורי הפרעות נפשיות. גברים נשואים חולים פחות מנשים נשואות, ובשאר המצבים המשפחתיים גברים חולים יותר מנשים (GOVE, 1973, GOVE & TUDOR, 1973, DOHRENWEND & DOHRENWEND, 1976). RADLOFF (1975) טוען ששעורי חולי בקרב נשים גרושות ופרודות גבוה יותר מאשר בקרב גברים באותו מצב. אך כל החוקרים מסכימים שנישואין מיטיבים עם הגברים, ובקרב הגברים הנשואים נמצאים שעורי החולי הנמוכים ביותר מאשר בכל שאר המצבים המשפחתיים.

בארץ מצא YACAR-ELLENCWEIG (1985) ששעור האשפוזים בקרב גרושים גבוה יותר מאשר בשאר המצבים

המשפחתיים. LEVAV & ABRAMSON (1984) מצאו שמצב משפחתי מעלה את רמת הלחץ הרגשי רק בקרב גברים גרושים.

במחקרים רבים נמצא קשר בין גיל והפרעות נפשיות (אברם ולבב 1981, RAHAV, POPPER & NAHON, 1981, YACAR-ELLENWEIG 1985 ואחרים).

LEVAV & ABRAMSON (1984) מצאו שנשים שהגדירו עצמן דתיות היו נתונות פחות בלחץ רגשי מאלה שהגדירו עצמן חילוניות. בקרב גברים לא נמצא שמשנתנה הדתיות השפיע על רמת הלחץ הרגשי. לסיכום, ניתן לומר שמשנתנים רבים, חברתיים, תרבותיים, משפחתיים ואישיים, משפיעים על דפוסי חיפוש עזרה בעת מצוקה נפשית. בהמשך נתאר ונאפיין דפוסי אלה בקרב האוכלוסייה החרדית – בעלת הייחוד הדתי-תרבותי.

טיפול בהפרעות נפשיות

עתה נפנה לעסוק במאפיין את הטיפול בהפרעות הנפשיות.

לדעת KLEINMAN (1980) מופקדות שלש מערכות טיפול על שמירת הבריאות: פופלארית, עממית, ומקצועית. במערכות הבריאות יש גורמים דומים ושונים, אך כולן מערכות סימליות הכוללות אמונות (על מהות המחלה), דפוסי התנהגות (בחירת טיפול ואינטראקציה בין-אישית), ערכים ונורמות, סטאטוס ותפקיד חברתי, ומוסדות. כשדנים בכל אחת ממערכות הטיפול יש להתייחס לכל האספקטים הללו, במיקרו ולא במקרו. המודל הרפואי הוא פועל יוצא של דאיה קולקטיבית ומשותפת של סגנונות שנוסו. ברמה המקומית תיתכן מערכת בריאות הטרוגנית, למרות היותה אינטגרטיבית בכך שהיא מאחדת מציאות סימבולית ומבנה של מציאות חברתית. בכך באה לביטוי העובדה שייכתנו מערכות רפואיות מקבילות וכולן ראויות להתייחסות. CREYGTON (1977) טוענת, שבחברות בהן מתחוללים שינויים במבנה שירותי הרפואה (לדוגמה בתוניס), ניתן להבחין בבעיות הסתגלות לרפואה המודרנית. קשיים אלה נובעים לדעתה מכך ששתי המערכות פועלות מתוך פרדיגמות שונות. הרפואה המודרנית אינה מייחסת משמעות לחולי, ועל מנת שתתקבל, על הרופאים לתת מערכת סימנים המקובלים באותה חברה (גם KIEV 1972). LANSKY (1977) טוען שהתפיסה על יחסי חולה רופא היא תלוית תרבות.

חוקרים רבים עוסקים בהשוואה וכיחסי הגומלין בין מערכות טיפול אלה.

נמצא שבתרבויות רבות יש לרוב המרפאים דעה דומה באשר למי זקוק לטיפול (KIEV 1964, 1972), ואף קיימת מידה רבה של הסכמה בין הרופאים והמרפאים ביחס לאבחנה ולחומרת הסימפטומים של מרבית ההפרעות הנפשיות (KAPUR 1979).

ביחס לטיפול טוען COREIL (1983) שיש יותר דומה מן השונה בין רפואה עממית ורפואה מודרנית. הדמיון הוא במרכיב הבין-אישית שהוא המרכיב המרכזי בשתייהן (גם KIEV 1964, 1972, FRANK 1967). לחולה הפסיכיאטרי יש תפקיד מכריע בהישגי הטיפול שלו (CLUM 1975). המאחד את כל המטפלים הוא אמונתם ביכולת הריפוי שלהם. המשתנה המשפיע ביותר על תוצאות הטיפול הוא, אמונת החולה ביכולת הריפוי של המרפא (FRANK 1967). לוי-שטראוס (1980) מתאר טיפול של שאמן ביולדת המתקשה בלידתה. הריפוי נסוב סביב קרב מדומה נגד רוחות מזיקות, שאין להם קשר ישיר עם הפגיעה שיש לרפא, אך נתמך במיתולוגיה מקובלת ומשותפת לשאמן וליולדת.

הכאב מקבל משמעות על ידי המיתוס. בטיפול זה רואה לוי־שטראוס יסודות דומים לפסיכואנליזה. השימוש בשיטה פסיכותרפויטית לריפוי מצב אורגני, המאפשרת הבהרת המצב, אבראקציה, והעלאתם למודע של ניגודים וקונפליקטים. השאמן והפסיכואנליטיקאי הם דמויות להעברה, אך ההבדל הוא באקטיביות ובישירות של השאמן. הבדל נוסף הוא נעוץ בכך שהפסיכואנליזה משחררת ממיתוס אישי לעומת טיפול השאמן המשחרר ממיתוס חברתי תרבותי. הבדל זה נעוץ בעובדה שבחברה תעשייתית יש מקום למיתוס רק בתוך האדם פנימה. לדעתו הפסיכואנליזה היא הגירסה המודרנית של הטכניקה השאמניסטית.

FINKLER (1980) מצא במכסיקו שמרפאים עממיים מצליחים לא פחות מרפאים בשיקום יכולת ההסתגלות של פונים הסובלים מהפרעות פסיכיאטריות קלות. KLEINMAN & SUNG (1979) עקב אחרי שניים־עשר חולים של שאמן בטיוואן, שמתוכם דיווחו עשרה על רפוי או ריפוי חלקי, ורק לשני הנותרים היו תגובות שליליות לריפוי. בארץ חקר בילו (תשכ"ח) את דפוסי השימוש ברפואה עממית בקרב יוצאי מרוקו, והשווה בין מרפאים עממיים (שהם למעשה מסורתיים) למודרניים. הוא מדגיש את הדמיון במערכת הדיאדית חולה מרפא ורופא, ובמספר טכניקות. אך קיים גם שוני: אצל המרפאים האבחנה נעשית באמצעים שונים ומהירים, היא נאמרת לפונה, גלום בה ההסבר למחלה, והיא חלק אינטגרלי מהריפוי. בתהליך הריפוי בולטת ישירות המרפא בהשוואה לרופא. למרפאים היה דימוי חיובי בעיני הפונים אליהם, אשר הדגישו שמערכת היחסים עם המרפא היא פחות פורמלית וסטיגמטית מאשר עם הרופא. יתרון נוסף של המרפא הנו בתהליך הריפוי המהיר והפחות דרשני מזה של הרופא.

באשר ליחסי הגומלין בין הרפואה העממית והמודרנית טוען בילו (תשכ"ח) שאלו הן מערכות המשלימות זו את זו. ואכן, מחקרים רבים מלמדים על שימוש ברזמני, ולסרוגין, ברפואה עממית ומודרנית (KAPUR 1979 במערב הודו, SALAN & MARETZKI 1983 באינדונזיה, SIDEL 1975 צרוף טכניקות בסין ועוד).

בארץ חקר HES (ב 1964) את השינוי בתפקיד המסורתי של ה'מורי' התימני. בתימן היה ה'מורי' סמכות דתית־רוחנית ורפואית. בתפקיד הרפואי בלטו שני סוגי מרפאים: אלה המבססים את פעולתם על ידע, ואחרים על מגיה. היו גם מרפאים המשלבים מגיה וידע. כלומר, כותבי קמיעות לאכילה ולשתיה המשתמשים בכתיבתם בחומרים מרפאים (גם EDGERTON 1971). בארץ על ה'מורי' להתמודד עם השינוי במעמדו, עקב קיומה של רפואה מודרנית ותהליכי חילון הפוקדים את בני העדה. נמצא שיוצאי תימן בארץ עדיין פונים למורי בבעיות רפואיות קלות, בענייני עבודה ואהבה (עין הרע), במחלות נפש לפני אשפוז ואחריו, וכאשר לא חל שינוי במצב. הוא גם מצא תופעה של פנייה בו זמנית לרופא ול'מורי'. הוא טוען שלמרות הכרסום שחל במעמדו של ה'מורי' ובתפקידו, קיימת עדיין נטייה בקרב יהודי תימן להשתמש בדרכי ריפוי תחליפיות לרפואה הקונבנציונאלית. בילו (תשכ"ח) מצא ממצא דומה בקרב יוצאי מרוקו בשני ישובים כפריים. הוא מצא שהאמונה הרבה במרפא, השואבת מכוחה של המסורת, מהווה כוח מוטיבציוני מרכזי בפניה ובריפוי.

גרינברג (1987) אף היא מצאה פנייה ושימוש מקביל ברפואה עממית ומודרנית, בישוב המאוכלס ברובו על ידי יוצאי מרוקו ועירק. היא מדגישה את התפקיד המרכזי של המשפחה בתהליך הפנייה, שאף הוא ביטוי לקיומם ולמרכזיותם של תהליכים מסורתיים בתהליך הפנייה למרפאים. HES (א 1964) מצא בקרב מאושפזים בארץ, פנו 52% מיוצאי מרוקו ותימן ו־17% מיוצאי פולין – למרפאים עממיים ולרכנים. MINUCHIN-ITZICSHON ET AL. (1984) מצאו שבקרב הפונים למרפאה לבריאות הנפש 54% מן הפונים יוצאי פרס, 48% מהפונים יוצאי מרוקו ו־

22% מן האשכנזים פנו לייעוץ בבעייתם גם למרפאים מסורתיים, כולל רבנים. מקרב האשכנזים שפנו לרבנים, כולם להוציא אחד, היו חרדים. קושלביץ (1989) מצאה בקרב פונות דתיות יותר פניות לסמכויות רבניות לשם יעוץ וברכה מאשר בקרב חילוניות. בטיפול באוכלוסייה דתית וחרדית, ממליצים מטפלים רבים, להעזר במקרים מסוימים ברבנים בתהליך הטיפול (GREENBERG, 1984, 1987, SPERO, 1980, GOLDMAN & DAVIDSON, 1985). המחקרים שצוטטו לעיל מורים על כך שקיים בארץ שימוש ברפואה עממית לטיפול בהפרעות נפשיות. BILU (1977) טוען שכל עוד הרפואה המודרנית תשאיר מכאובים ללא מענה תמשיך הרפואה העממית להתקיים. בהמשך נבדק ונתאר את היקף השימוש שעושה האוכלוסייה החרדית, שהיא במהותה חברה מסורתית, ברפואה מסוג זה.

התייחסות להפרעות נפשיות

התייחסות הסובבים למחלת הנפש ולחולה הנפש היא תלויה תרבות (KIEV, 1964, 1972, EATON & WEIL, 1955, ERIKSON, 1964, OZTURK, 1964, SCHEFF, 1966 ואחרים), ומושפעת רבות גם מהסיבתיות שמיחסים למחלה.

עתה נדון ביחס החברה המערבית לחולי-נפש כפי שהוא משתקף בתאוריה ובמחקר.

SARBIN & MANCUSO (1970, 1980) SARBIN (1967) טוענים שלמרות התנועה לבריאות הנפש, ששמה לה בין השאר למטרה לשנות את התייחסות לחולי הנפש, עדיין קיימת דחייה רבה של סוטים ושל חולי-נפש בפרט. הצבור רוצה להיות סובלני לרפואה, אך נרתע כשיש תיוג של מחלת נפש. המטפורה של מחלה שניתנה להפרעות נפשיות היא מיתוס בלבד, ולמחלת הנפש עדיין נילוים שיפוטים מוסריים רבים, כבעבר. הם סוקרים מחקרים מסוגים שונים, העוסקים ביחס לחולי-נפש, ומסקנתם היא ששיווק חולי הנפש נכשל. SZASZ (1967) טוען טענות דומות, ותוקף את השימוש הרווח במונח 'הפרעות נפשיות' גם לבעיות חיים. הוא מעלה בעיות אתיות רבות סביב המונח חולי נפשי, ושואל: מי קובע מיהו חולה? לטובת מי נעשית הקביעה? את מי מייצגים המטפלים, ועוד. NUNNALLY (1967) שבדק את התייחסות אמצעי-התקשורת לחולי הנפש בארה"ב, באמצע שנות החמישים, מצא תמונה מעוותת בציבור ובתקשורת ביחסם לחולי הנפש. אמצעי התקשורת ממעטים להביא חומר על חולי-נפש, והחומר המובא אלו בדרך כלל סנסציות. הוא היה אופטימי ביחס ליכולת המומחים להשפיע על עמדות אלה. WHATLEY (1959) שבדק עמדת אנשים בריאים כלפי חולי-נפש, מביע פסימיות ביחס לסיכוי שיחול שינוי בעמדות העוינות כלפי חולי הנפש.

עמדות שליליות אלה, ביחס לחולי-נפש היו בין הגורמים להתפתחותו של הזרם האנטי-פסיכיאטרי. GOFFMANN (1961, 1963, 1967, 1973) שהוא אחד מנציגיו המובהקים, מדגיש את המשקל הרב שיש לחברה בסיווג ובתיוג התנהגויות. לדעתו, החברה היא זו שמגדירה מה מקובל ומה נחשב לסוטה, ומהן המשמעויות הנגזרות מקיומה של סטייה זו או אחרת. התגובה על הפרה של נורמות היא שיום, הרחקה, ודחייה, שכתוצאה מהם מפתח בעל השיום קריירה של חולה-נפש או עבריין. על פי BECKER (1963) הסוטה הופך ל-OUTSIDER כשהתיוג "הצליח". GOFFMANN מוסיף ומתאר שמן המתיוג כסוטה שוללים זכויות, עובדה המשפיעה על הדימוי העצמי שלו, הוא מתפתה דרך חיים חדשה (תת-תרבות). במקרה של חולה הנפש, הסלף המקורי מכוסה, ומתפתחת אמונה, ותלות רבה בפסיכיאטרים, גם אם הכוונה הראשונית היתה חיובית. כשנעשה השיום, הדרך

חזרה נחסמת; המתויג סובל מסמיכויות רעות, וכל התנהגותיו ניצפות ומפורשות בהקשר זה (גם ERIKSON 1964, MENDEL & RAPPORT, 1973, MILLER & DAWSON, 1973, TEMERLIN 1975 ועוד). על החולה עובר תהליך של אינסטיטיונאליזציה והוא לא יכול להיחלץ מדרך חיים זו. GOLDMAN, BOHR & STEIBERG (1973) מצאו שמאושפזים מפחדים להשכח, מתלוננים על שעמום וחוסר מידע מן החוץ, הם יוצאים נגד הנצחת הכרוניות. הכרוניות גורמת לחולה לתפקד ברמה מסויימת של דכאון (LEVY 1979). GOFFMANN תובע לנתח את החומות המקיפות את חולה הנפש, משום שלדעתו מהווים בעל הסטיגמה והנורמלי, חלקים של אותו שלם.

LEMERT (1967) טוען שהפלורליזם של החברה המערבית מאפשר בחירות רבות ותיתכן בחירה של סטייה. הוא מבחין בין סטייה ראשונית ומשנית. בסטייה הראשונית לא נעשה שיום והיא אינה מקדינה מעבר למעשה הספציפי. בסטייה המשנית יש שיום ההופך למרכזי באישיותו של הפרט, ויש תגובה חברתית וסובייקטיבית של הסובכים. התגובה נקבעת לפי מידת הבולטות של הסטייה, כוחו של מפר הנורמות, ריחוקו מסוכני פיקות, והסובלנות החברתית. (SMITH, PUMPHREY & HALL) (1963), (PHILLIPS 1967) (1967) ואחרים). SCHEFF (1966, 1975) אף הוא מבחין בין סטייה ראשונית ומשנית, וטוען שרבים הם הסוטים הראשוניים, כלומר הבלתי-נתפסים. SCHEFF (1966) טוען שאי-אפשר להסביר את האשפוזים דווקא במצב נפשי גרוע (גם WING 1967).

SCHEFF (1975) סוקר מחקרים, ומראה ש-13 מתוך 18 מחקרים מחזקים את תאוריית השיום.

SCHEFF (1966) מנגח את מחקרי האתילוגיה, המתמקדים במעשה ובסיבתו ולא כתגובות האחרים. לדעת BECKER (1963) אין בחקר הסטייה מספיק מגע קרוב עם הנחקרים, לחוקר קשה להתגמש על מנת להכנס לקבוצת אלה. LEMERT (1967) ו-ERIKSON (1964) טוענים שהסטייה הינה פונקציונאלית לחברה כמלכד חברתי, והיא מגדירה את גבולות הקבוצה ועוזרת בשמירת שיווי המשקל החברתי.

ROSENHAM (1973) ערך מחקר יוצא-דופן על-מנת לבדוק את חוויית האשפוז של חולה הנפש. שמונה נבדקים בריאים הוכנסו לבית חולים פסיכיאטרי. נמצא שהתיג השפיע באופן קיצוני לכיוון השלילי, וכל התנהגויות הנבדקים פורשו על סמך האבחנה שניתנה להם. הנבדקים דיווחו על חוויה של הדיפרסונליזציה ותחושות של חוסר אונים במהלך האשפוז. ROSENHAM תוהה: אם כך חשו הנבדקים, איך חשים חולים?

ROTENBERG (1975) שחולים ותיקים מצאו עצמם חולים באופן משמעותי יותר מחולים חדשים. בני עדות-המזרח האמינו בתחילת האשפוז שמקור המחלה תיצוני וניתן לריפוי. אולם כשהתארך האשפוז הם ייחסו את המחלה למקור פנימי ולא האמינו עוד באפשרות הריפוי. ANTONOVSKY (1983) מצא קשר בין משך האשפוז בבית חולים לבין סימפטומים שהיו לחולה בעת קבלתו והאבחנה שניתנה לו באותו זמן. הוא לא מצא קשר בין משך האשפוז ומצב הסימפטומים בשחרור.

חוקרים רבים מתנגדים לתאוריית השיום, המטילה על הסביבה את כל כובד האחריות לסטייה, ולא על הסוטה עצמו. היא הופכת אותו לאובייקט ולקרבתן פסיבי של הציבור המתייג. לסטייה יש השפעה גם על התיג העצמי של הסוטה, ועל האופן בו הוא מגיב ומסביר את התנהגותו (LORBER 1967). שוהם (1975) מציג עמדה מתונה יותר, וטוען שלא די בסטיגמה. קיימת התנהגות סוטה + סטיגמה שיחד יוצרות את הסטייה החברתית. הוא אף מדגיש שאנשים בעלי אוריינטציה לחוץ, החרדים מעונש, חשופים יותר להשפעותיה של הסטיגמה. הסטיגמה לא יוצרת את הסטייה אלא היא אחד הכוחות בקונפיגורציה של הסטייה.

ממצאים של מחקרים רבים הינם ברוח זו, ונציג אחדים מהם.

BRAGINSKY & BRAGINSKY (1969) מציגים את בית החולים הפסיכיאטרי באור חיובי יותר. החווייה האשפוזית קשורה לסגנון ההסתגלות קודם לאשפוז. הם מכירים בכך שבין המאושפזים ישנם כאלה שהם במשבר ובלחץ זמני. לכן, הם מציעים מודל תחליפי לבית החולים הפסיכיאטרי, מקום שיאפשר לאנשים אלה לנוח מלחצי היום-יום.

GOVE & FAIN (1970) GOVE (1973) טוענים שבבית החולים הפסיכיאטרי יש יסוד מבריא. הם בדקו מאושפזים לשעבר, ולרובם היה דבר מה חיובי לומר על האשפוז. רובם דיווחו על שפור ביכולת ההתמודדות בתחומי חיים שונים (שיפור בתפקוד בבית, ביחסים עם אחרים חשובים, שיפור קל בעבודה ועוד). הם מצאו שרק מעטים מהנבדקים חווים את הסטיגמה כבעיה חריפה. העובדה שהאשפוזים כיום הם קצרים, מאפשרת מניעת סטייה משנית, והאשפוז לא חייב להשפיע על תפקוד האדם בקהילה.

LAWRENCE (1968) ראיין חולים חדשים שהגיעו לאשפוז. 55% מתוכם אמרו שרצו להתאשפוז כדי לקבל שירותים שלא יכלו לקבל במקום אחר. 39% לא רצו להתאשפוז כי לא התייחסו אל עצמם כאל חולים ולא ראו במה יועיל להם האשפוז. חלק מן הנבדקים לא חווה את האשפוז כשלילת זכויותיהם. לטענתו, מתעלם גופמן ממצב המחלה עצמו ומן הצורך בעזרה, ומתאר תמונה חלקית בלבד. בית החולים הפסיכיאטרי אינו גירוי שנחווה בצורה דומה על ידי כל החולים, ואינו בהכרח מערכת חברתית סגורה שמנותקת מעולמו החיצוני של החולה. OLSHANSKY (1959) מצא שלמרות שאנשים ביטאו עמדות שליליות ביחס לחולי-נפש הם היו הגונים כלפיהם בחיי היום-יום.

מחקרים אחרים מציגים את מורכבות תחושת הסטיגמה: עולה מהם שתחושה זו אינה פרי התייחסות הסביבה בלבד, אלא קשורה גם בבעל הסטיגמה. YARROW, CLAUSEN & ROBBINS (1955) חקרו את השפעת אשפוז הבעל על היחסים עם שאר בני המשפחה מנקודת מבטם של הבעל והאשה. לפני האשפוז ובשלב האקוטי היתה מעט קומוניקציה של הרעיות סביב בעייתם של הבעלים, והן דברו על הבעיה בעיקר עם משפחת הבעל ועם אנשי מקצוע. עם משפחת הבעל הנטייה היתה להאשים זו את זו, ובהמשך התלוננו הנשים על הזנחתן על ידי משפחת הבעל. אשפוז הבעל נתפס כסטיגמתי, בעיקר על ידי הנשים שלהן שאיפות מעמדיות. כתוצאה מכך מתעוררת אצלו תחושת נחיתות אשר יוצרת מערכת יחסים אי-סימטרית עם הסביבה. הן מצמצמות ונמנעות מקשרים חברתיים, ואינן בודקות את היחס האמיתי אליהן. מצב זה מגביר את תחושתן שהסביבה דוחה, והן נוטות לחפש קשרים חברתיים חדשים, לעיתים בקרב אנשים עם בעיה דומה, וכך הן לא חשות נחותות ונאשמות. ברמה המילולית, אנשים בסביבה מתייחסים למצב באופן אמפטי, אם כי ברמה המעשית דיווחו מעט מהנבדקים דיווחו על ביקורים קבועים שלא מבני המשפחה בתקופת האשפוז.

FREEMAN & SIMMONS (1961) FREEMAN (1961) מצאו שהמשתנה המשפיע על עמדות קרובי החולים הם השכלה וגיל. יכולת ורבליית טובה יותר תגרור עמדה נאורה יותר. אבחנת החולה, משך האשפוז, ומספר האשפוזים, אינם משפיעים על עמדות הקרובים ביחס לחולי הנפש, אך הם משפיעים על עמדתם ביחס להבראה. עמדות הקרובים קשורות גם בהתנהגות החולה, ומתבטאות בהמנעות חברתית חלקית. רגשות הסטיגמה בקרב קרובי החולים נמוכים, ולפחות במה שנוגע לנכונותם להמשיך הקשר החברתי עם החולה. בתאור מסכם של מחקרם (1963) הם לא מצאו קשר בין תחושת סטיגמה, והשארות בקהילה לאחר אשפוז. המשתנה המשפיע הוא דמת התיפקוד בעיקר בקרב גברים. הם מתייחסים לאשפוז ולתקופה שלאחריו כאל רצף, בעיקר לאור קיצור האשפוזים, וקיומן של מחלקות פתוחות. הם מתנגדים להשוואת בית החולים הפסיכיאטרי לבית-סוהר.

בארץ נערכו גם מספר מחקרים העוסקים בהתייחסות לחולי־נפש. HES (1964 A) מצא ש־73% מהמ יוצאי פולין, ו־48% מיוצאי מרוקו ותימן, הסתירו את אשפוזם והתביישו בו. המוצא השפיע על תוח הסטיגמה.

KAFFMAN (1967) מדווח על סקר חלקי המתייחס לעמדות בני קיבוצים כלפי הפרעות נפשיות. הפתיחות ביחס לטיפול היא רק ביחס לילדים עם הפרעות התנהגות. בדכאון חמור רק 38% מהנבדקים המליצו על פנייה לטיפול. הוא מצא בקיבוצים יותר נכונות לעבוד בחברת הסובלים מהפרעות נפשיות מאשר בסקר דומה שנערך בתל אביב.

LEVAV & MINAMI (1974) בדקו עמדות כלפי חולי־נפש אצל אמהות ובנות יוצאי עדות המזרח והמערב (המדגם שלהם קטן). הבנות, למרות שהשכלתן גבוהה משל האמהות, זיהו פחות מחלות נפש, ונטו פחות לחשוב על אשפוזם כפתרון ביתס להפרעה קשה שתוארה (בנגוד ל־FREEMAN). הם מצאו שנבדקות ממוצא מזרחי היו מעט יותר דוחות מאשר נבדקות ממוצא מערבי. כללית, העמדות היו שליליות ביחס לחולי־נפש, ולמאושפזים לשעבר בפרט.

LOMBROSO, TYANO & APTER (1976) חקרו בארץ את עמדותיו של המתבגר הישראלי ביחס לחולה הנפש. הם מצאו שבקרב חסרי השכלה, בני עדות־המזרח ודתיים, ישנה רתיעה רבה יותר ממגע אינטימי עם חולה הנפש. זהר, פלורו ומודן (1972, 1975 באנגלית) בדקו עמדות ביחס להפרעות נפשיות וזיהוין במדגם עירוני. 71% זיהו התנהגות פרנואידי, 51% זיהו סכיזופרניה קלה ו־21% זיהו אלכוהוליזם – כמחלות נפש. במחקר דומה שנערך בניו־יורק היה הזיהוי גבוה יותר (67%, 90%, 41% במקביל). 52% הביעו נכונות להתיר עם חולה נפש, 57% לעבוד במחיצתו ו־10% להינשא לו. במחקר בניו־יורק היתה הנכונות לקשר חברתי גבוהה יותר. רק 6% מהנבדקים הביעו נכונות לכך שחולה נפש לשעבר ישרת בצבא או במשטרה. הם מצאו שמשנתה ההשכלה משפיע על רמת הדחייה ועל ידע בנושא חולי נפשי. השכלה גררה עמדות חיוביות יותר ביחס לחולי־נפש. הם מסכמים שבארץ דחיית חולי הנפש והעמדות כלפיהם שליליות בהשוואה לארה"ב.

RAHAV, STRUENING & ANDREWS (1984) בדקו אף הם עמדות של 323 נבדקים מאזורים שונים בארץ, באמצעות שאלון הבודק עמדות ביחס לחולי־נפש. הם מצאו דעה לא עיקבית בקרב הנבדקים. מחד גיסא יש ליברליות, סובלנות ואנושיות, במה שנוגע לטיפול, לזכויות, ולקבלתם בחברה של חולי־נפש. אך מאידך גיסא קיימים פחדים, חוסר־אמון ודחייה במה שנוגע לקשר קרוב ואינטימי עם חולי־נפש. הם מצאו שמשנתה ההשכלה משפיע מאד על עמדות חיוביות. כמו כן, הצעירים יותר היו אוהדים יותר בעמדותיהם כלפי חולי־נפש מהמבוגרים. דתיות נמצאה כמשנתה שמשפיע באופן חיובי על סובלנות ואמון כלפי חולי־נפש. אך יחד עם זאת הנבדקים הדתיים תמכו יותר בגישות אוטוריטטיביות כלפי חולי־נפש, ונטו יותר לייחס אתיולוגיה בין־אישית למחלות נפש. כלומר, ברמה הרעיונית גישה חיובית, וברמה המעשית גישה נוקשה כלפי חולי־נפש.

המחקרים שצוטטו מצביעים על כך שאנשים שונים מתייחסים לחריגותם של חולי־נפש באופן שונה, וקבוצות שונות נכונות לקבל חריגים בצורה שונה. מן המחקרים שנעשו בארץ בולטת עמדה יחסית רוחה ביחס לחולי־נפש, כאשר משתני ההשכלה והגיל משפיעים על עמדות נאורות יותר. על סמך הנתונים, (המעטים יחסית), דתיות לא משפיעה באופן חיובי על היחס המעשי כלפי חולי הנפש.

במחקר זה ננסה לתהות על התייחסות החברה החרדית, הדוגלת באידיאולוגיה של צדקה ודאגה לחלשים, ונתארה כפי שהיא משתקפת בחוויתם הסוביקטיבית של חברי הקהילה הסובלים מהפרעות נפשיות. החומר התאורטי שהובא עד כה, המתייחס לאוכלוסייה החרדית, לדת ורפואת הנפש, ולתרבות ורפואת הנפש, שימש בסיס עיוני לשאלות בהן עוסק מחקר זה, ואשר אותן נציג להלן.

הגישה המחקרית

לפני שנציג את שאלות המחקר עלינו להתייחס לתפיסה המחקרית שהנחתה אותנו בביצוע מחקר זה. במבוא הצבענו על הבעיות המתודולוגיות העומדות בפני המחקר הבין תרבותי. חוקרים שונים ניסו להתמודד עם בעיות מחקריות אלו (LEVINE, 1982; LEVINE, 1979; BARNOUW, 1973; BRISLIN, LONNER & THORNDIKE, 1982) טוען שהמגמה המתפתחת בפסיכולוגיה, ובפסיכואנליזה – של התקרבות לחוויה ולעצמי (SELF), והתרחקות ממושגים מטה-פסיכולוגיים, השפיעה גם על המחקר בתחום האנתרופולוגיה הפסיכולוגית. השפעה זו מצאה את ביטויה בעניין המחודש שגילו האנתרופולוגים בהתנסות האישית של הפרט, ובחוויה הבין אישית שבין האנתרופולוג והאינפורמנט, הנבדקים באמצעות עובדות אתנוגרפיות וביוגרפיות, ללא שמוש במבחנים פסיכולוגיים. כשיטות אלו הופכת החוויה הסובייקטיבית לכלי לגיטימי למחקר. דיסציפלינות שונות במדעי החברה אימצו שטות מחקר אלה (בפסיכולוגיה ופסיכואנליזה ALLPORT, 1961; KOHUT, 1971; SCHAFFER, 1977; באנתרופולוגיה LANGNESS & FRANK, 1981; בעבודה סוציאלית MAYER & TIMMES, 1970; MALUCCIO, 1979 ואחרים).

גישות אלה למחקר במדעי החברה שואבות מגישתו הפילוסופית של הוסרל אותה הוא מכנה פנומנולוגיה, אשר: "שאיפתה למצוא את ה'לוגוס' של 'הפנומנים', את יסודות המדע מתוך התופעות עצמן על ידי הסתכלות בהן" (ברגמן תשמ"ד עמ' 85). הגישה מתנגדת לכל דדוקציניזם פילוסופי (כל המושגים הם שזוי ערך), ומבקשת לעשות צדק עם ריבוי התופעות. הספקנות הגלומה בשיטה דורשת להסתכל בכל התופעות מחדש. הסתכלות זו תמיין את העולם לענפי מדע שונים, אותם יהיה צורך להעמיד לבדיקה אמפירית, ורק אז ניתן יהיה ללמוד את תכונותיהן של התופעות. לכן, על פי הוסרל קודמת הפנומנולוגיה לכל המדעים. ספקנות זו מובילה לתודעה סובייקטיבית מסוג חדש (בלתי אמצעית בניגוד למדעית). מציאות החוויות של האני-התודעה הן אימננטיות, וקודמות למציאות עולם האובייקטים. התודעה על ידי ההתכוונות היא הנותנת משמעות לאובייקטים הפיזיים, הקיימים בקיום טראנסצנדנטי. "קיום החוויות של האני איננו זקוק לקיום הדברים ואלו קיום הדברים זקוק לקיום החוויות" (ברגמן תשמ"ד עמ' 103). גישה זו אינה מעמידה את האדם בפני האין, אלא: "הנני חי את חיי התודעה הטהורים שלי שבהם ובאמצותם העולם האובייקטיבי כולו הוא בשבילי ודוקא כפי שהוא בשבילי" (הוסרל עמ' 21). מציאות התודעה היא החלטית ואלו מציאות העולם היא יחסית.

SCHUTZ (1970, 1967) הדגיש את חשיבות הפנומנולוגיה במדעי החברה, בכך שהיא מאפשרת למזג מציאות קוגניטיבית אובייקטיבית, עם תהליך של התנסות אישית סובייקטיבית. לדעתו, במחקר הסוציולוגי המקובל, משתמשים במושגים שמשמעותם הסובייקטיבית אינה ברורה. משמעות זו ניתנת להבנה רק בחוויה ובפעולה האישית. פעולה יכולה להיות בעלת משמעות ונעדרת משמעות, והמוטיבים שלה מבוססים על תכלית וסיבה. באבחנה זו מבטא SCHUTZ את הכרתו בבחירה חופשית. רבות מן הפעולות משמעותן היא רטרוספקטיבית, אך יש בהן כאלו שמשמעותן היא פרוגרסיבית, ונשענת על התנסויות העבר. העולם נחוה כדבר נתון, וההכרה בקיום האחר קיימת כפי שקיימת ההכרה בכל מה שהוא זר ואחר לאני. אך הכרת פעולותיו וחוויותיו של האחר הייחודי הנה סוג מסויים של תפיסה ש-SCHUTZ אינו שולל את יכולתנו להשיגה. הדרך לכך היא בהסתכלות הישירה, ובהתנסות המיידית של המציאות והסובב (השותפים לעולם, העבר והעתיד, אינם ניתנים לתצפית

ישירה). הצופה מבין תחילה את מניעי האחר, אך יכול גם להבין את עולמו הפנימי של האחר, למרות ש-Schutz מכיר בכך שהשפה עלולה להיות טעונה משמעות אישית וקבוצתית. על החסרון שיש לצופה ביחס לחייו הפנימיים של הזולת – ניתן להתגבר על ידי הבנה אמיתית של המשמעות הסובייקטיבית של היגדים אובייקטיביים (היגדים כלליים ותרבותיים לדוגמה) וסובייקטיביים. יתרון הצופה על החווה, הוא בכך שהצופה יכול לצפות בפעולת זולתו אך לא בפעולת עצמו, בעת התרחשותה. יתרון הצופה הישיר הינו בכך, שהוא יכול להתייחס גם להבעות שאינן מילוליות, וגם להבהיר את הטעון הבהרה. התצפית מתרחשת אם כן על רצף, של אנונימיות עד יחסי קירבה אינטימים, של יחסי אתה מול יחסי אנחנו (האחר שהופך לאני אחר באמצעות אמפטיה). המורשת התרבותית משקפת את הרלוונטי לאותה חברה, ומקשרת בין היחיד והחברה. היא נוצרת על ידי שותפות בהסתכלויות על העולם, וייצירת ביטויים המשקפים הסתכלויות אלה. המעבר מהסתכלות ישירה (מיקרו־סוציולוגיה) להסתכלות שאינה ישירה (מקרו־סוציולוגיה) משקף את מעבר מפרה־מדעיות למדעיות.

סקירה זו, של עקרונות הפנומנולוגיה ויישומם במדעי החברה, באה להבהיר את המתודולוגיה שהנחתה אותנו במחקר זה.

מורכבות נושא המחקר, מיעוט מחקרים קודמים ביחס לאוכלוסייה החרדית, והיעדר מחקר העוסק ישירות בחולי־נפש בחברה זו, הניעונו לבחור במתודולוגיה פנומנולוגית. בדרך זו, של ראיונות אישיים הנשענים על ההתנסות החוויתית־אישית של הנחקרים, נראה לנו שניתן יהיה להגיע למידע אוטנטי ועשיר. הנושאים בהם התמקדנו בחקירתנו, התבססו על החומר התיאורטי והמחקרי שנסקר במבוא.

שאלות המחקר

1. מהם איפיוני הרקע של פונים חרדים מטופלים במרפאה ציבורית לבריאות הנפש.
2. מהו מסלול הטיפול ודרכי ההתמודדות שנקטו פונים חרדים, ממועד זיהויה של הפרעה נפשית, ועד הגיעם לטיפול במרפאה ציבורית לבריאות הנפש.
3. מהם יחסי הגומלין בין מטופלים חרדים במרפאה ציבורית לבריאות הנפש, לבין גורמים משמעותיים (אישיים ומוסדיים) בקהילה.
4. מהם ההסברים הניתנים על ידי מטופלים חרדים במרפאה ציבורית לבריאות הנפש להפרעתם הנפשית.
5. כיצד נחוה עולמם הדתי־תרבותי של מטופלים חרדים במרפאה ציבורית לבריאות הנפש, על רקע הפרעתם הנפשית.
6. האם קיימים גילויים יחודיים במהלך ההפרעה הנפשית של מטופלים חרדים במרפאה ציבורית לבריאות הנפש, הנשענים וניזונים מעולמם הדתי־תרבותי – ומהם גילויים אלה.

השיטה

המחקר נערך במרפאה פסיכיאטרית ציבורית (הכפופה לבית חולים פסיכיאטרי), אשר חלק ניכר מאוכלוסיית היעד שלה הינה אוכלוסייה חרדית. מרפאה זו, הפועלת כשרות אמבולטורי, מספקת שרותים פסיכיאטרים שונים. במסגרת מרפאה זו פועלות ארבע מרפאות מעקב (בארבע ימים שונים בשבוע). כל אחת ממרפאות מעקב אלה מופעלת ע"י צוות הכולל: פסיכיאטר, עובד סוציאלי, ואחות. לכל אחת מהמרפאות רשימת פונים קבועים, אליה מתווספים מדי פעם פונים חדשים.

כל הפונים החדשים המגיעים למרפאה, עוברים מיון ראשוני, וחלקם מופנים לאחת מארבע מרפאות המעקב. האוכלוסייה המופנית למרפאת המעקב מאופיינת באחד, או בכמה, מן האיפיונים הבאים: פונים אחרי אשפוז פסיכיאטרי, פונים הזקוקים באופן קבוע לטיפול תרופתי, ו/או פונים שבמהלך המיון הראשוני הסתבר שאינם יכולים להנות משיטות התערבות אחרות הנהוגות במרפאה לדוגמה, פסיכותרפיה. כלומר, ביחס לרוב הפונים למרפאות אלה קיים מעקב צמוד לאורך פרק זמן ממושך. הביקורים במרפאות אלה מתרחשים בין אחת לשבוע עד אחת לחודש ויותר, בהתאם למצבו הרפואי של הפונה. הפונים ממתנינים בחדר המתנה ונכנסים למעקב רפואי על פי סדר הגעתם למרפאה. כל פונה משוחח עם הרופא, ובעקבות שיחה זו נקבע המשכו של הטיפול התרופתי, המועד לביקור הבא במרפאה, התערבויות שיקומיות, משפחתיות וכד'. בשיחה זו נוכחים בדרך כלל גם חברי הצוות האחרים, או אחד מהם. ההמתנה מנוצלת לעיתים לשיחה קבוצתית לא פורמאלית. רוב הפונים מכירים זה את זה.

יצרתי קשר עם הצוותים של ארבע מרפאות אלה. יצירת הקשר עם צוותים אלה לא היתה בעייתית, משום שבאותה תקופה עבדתי באחת היחידות של אותה המרפאה, ברם, עוררה קושי מסויים בקשר עם חלק מהנבדקים, והעמידה אותי לעיתים במצבים של קונפליקט בין תפקיד החוקרת והמטפלת, קשיים עליהם אעמוד בהמשך ביתר פרוט. ככלל, כל צוותי מרפאות המעקב גילו עניין במחקר ושיתפו פעולה. ראוי להדגיש שהתגלו הבדלים באופי עבודתם של הצוותים השונים. ההבדלים נבעו בעיקר ממשך הזמן שבו הצוות פועל בצוותא ומשיעור התחלופה של הפונים. הבדלים אלה באו לביטוי במחקר בכך שיצירת הקשר הראשוני עם הנבדקים, המטופלים על ידי צוותים ותיקים ומגובשים, היה מהיר יותר.

במרץ 1985 החילותי ב־PRE-TEST, והסתבר שקיימת הענות ונכונות לשיתוף פעולה, בקרב האוכלוסייה המועמדת למחקר. הכוונה היתה ליצור קשר ולראיין את כל הפונים החרדיים של ארבע מרפאות המעקב. תחילה היה צורך להבחין בין פונים חרדים לשאינם חרדים בתוך אוכלוסיית מרפאות המעקב. כפי שצויין בפרק המבוא, נבדלת האוכלוסייה החרדית בהופעתה החיצונית משאר האוכלוסייה. פנינו תחילה לפונים אלה, אך עד מהרה הסתבר שמראה עיניים אינו אינדיקציה מספקת. אחת הנבדקות, שהופיעה לבושה בצניעות ועל ראשה פיאה נוכרית אמרה כשנשאלה לשייכותה: "אני לא דתייה בגלל מה שעבר עלי בחיים (היתה בזמן השואה במחנה ריכוז). אני אומרת לבעלי, שרוצה שאבוא איתו לבית הכנסת: 'אני לא מפריעה לך שתלך לבית הכנסת, תשוב אותי'. בלב שלי אני לא דתית... הפיאה זה לא אומר כלום" הוסיפה בכעס. היו גם מצבים הפוכים, דהיינו, נבדקים שהיה ספק על פי הופעתם החיצונית אם הם דתיים או חרדיים. לדוגמה, נבדק שהופיע ביום חורף, לבוש סודר כחול, ועליו מעיל 'דובון' צבאי, ולראשו כובע פרווה. הוא כלל לא נראה מתאים לאוכלוסיית המחקר, אך תוך כדי שיחה

בלתי פורמלית בחדר ההמתנה הסתבר שהוא רואה עצמו כחרדי, נעזר רבות בארגוני עזרה של הקהילה החרדית, ומרבית בני משפחתו מנהלים אורח חיים חרדי קיצוני. מצבים דומים התעוררו עם פונים חוזרים בתשובה, שלא נכללו באוכלוסיית מחקר זה. לאור התנסויות אלה ושיטת המחקר שבחרתי, לא מצאתי לנכון להיעזר בשאלון למדד דתיות (בן מאיר וקדם 1979) ובחרתי לפתוח את הראיונות בשאלה על זהותם הדתית של המועמדים להכלל במחקר. רק אלה מהנבדקים שהצהירו על עצמם כחרדים, רואינו והוכללו במחקר. ראוי להדגיש שבאיתור המוקדם של הנבדקים, בעיקר ביחס לאלו שעל פי הופעתם החיצונית היה מקום לספקות ביחס לזהותם הדתית, היו צוותי המעקב לעזר רב. הכרותם הממושכת עם הפונים ומשפחותיהם, הסירו ברוב המקרים ספקות ביחס לזהותם הדתית של הפונים, שאותם הייתי מעוניינת לראיין לצורך מחקר זה. איסוף החומר נמשך עד תחילת 1988, כלומר, מעל שנתיים וחצי מתחילת ה-TEST PRE שהחל כאמור במרץ 1985.

הנבדקים

מתוך 83 פונים חרדים שהיו מוכרים לצוותי מרפאות המעקב, יצרתי קשר עם 69 נבדקים, כלומר, 14 פונים חרדים לא נכללו במחקר. עם 12 מהם לא נוצר כלל קשר, ואף לא נוצרה הזדמנות להציע להם להשתתף במחקר. הסיבות לכך היו שונות: הטיפול בהם נעשה בביתם והצוות חשש מתגובתם לצירוף אדם נוסף לביקור; מצב קשה ביותר של הפונים וחוסר יכולת לתקשר עימם במשך תקופות ממושכות; פונים שעוד טרם שהוצע להם להשתתף במחקר נשרו מהמעקב ו/או נעדרו לתקופות ארוכות. ההחלטה לוותר על שיתוף הפעולה של הנבדקים הללו נעשתה תוך התייעצות בצוות מרפאת המעקב, אליה השתייכו הפונים הנ"ל. כמו כן היו 2 נבדקים בקבוצה זו שהוצע להם להשתתף במחקר, אך הם סרבו בטענה שאינם מוכנים לשוחח עם אשה.

הנבדקים שנכללו במחקר התחלקו לחמש קבוצות עיקריות המשקפות את:

מידת שיתוף הפעולה של הנבדקים עם החוקרת

1. ראיונות מלאים התקיימו עם 43 נבדקים (שהם 62.3%), בקרב קבוצה זו עושרם של הראיונות השתנה מנבדק לנבדק.

2. ראיונות חלקיים עקב נשירה וניתוק מוחלט של הקשר עם המרפאה, התקיימו עם 5 נבדקים (שהם 7.2%). ניתוק הקשר עם המרפאה וחידושו כעבור פרק זמן הינה תופעה שכיחה בקרב אוכלוסיית המעקב. הסיבות לכך שונות, כמו, הרגשה טובה יותר המעוררת תחושה של בריאות וחוסר רצון להמשיך ב'סטאטוס' של חולה, נסיונות טיפול אלטרנטיביים ועוד.

3. ראיונות חלקיים עקב ביקורים לא סדירים במרפאה, התקיימו עם 7 נבדקים (שהם 10.1%). נסיונות חוזרים ונישנים להשלים עם נבדקים אלו את הראיונות עלו בתוהו. חלק מאוכלוסיית המחקר מאופיינת בקושי שלה להתחייב ללוח זמנים, עובדה זו היוותה קושי גם בביצוע המחקר, עליו אעמוד בהמשך.

4. ראיונות חלקיים עקב מוגבלות הנבדקים התקיימו עם 7 נבדקים (שהם 10.1%). אלה הם נבדקים שעקב מצבם הנפשי ו/או השכלי, הסתבר שלא ניתן להפיק מידע נוסף מהמשך הראיונות עימם.

5. ראיונות חלקיים ביותר עקב סרוב להמשיך בראיון לאחר יצירת קשר קצר, התקיימו עם 7 נבדקים (שהם 10.1%).

מין הנבדקים

בקרב הנבדקים היו 41 גברים (שהם 59.5%) ו-28 נשים (שהן 40.5%), כלומר מספר הגברים גדול ממספר הנשים. אם נתייחס גם לאותם 14 פונים חרדים ידועים שלא נכללו במחקר, הרי שיתקבל פער גדול יותר בין גברים ונשים חרדיים המטופלים במרפאות המעקב, משום שבקבוצה זו היו 12 גברים ו-2 נשים בלבד. ממצא זה מעורר שאלות, ונתייחס אליו ביתר פרוט בפרק התוצאות והדיון, תוך השוואה למצב בכלל האוכלוסייה.

כאשר משווים את מידת שיתוף הפעולה של הגברים והנשים בראיונות, מתבררים הבדלים בין שני המינים המשקפים גם דפוסי שימוש שונים במרפאה. עם 25 נבדקים, שהם 61% מן הגברים במחקר, ועם 18 נבדקות, שהן 63.4% מן הנשים במחקר, התקיים ראיון מלא; כלומר, שיעור דומה. אולם בקרב הנשים לא היו נשירות מן המעקב במהלך המחקר, בעוד שבקרב הגברים נשרו 5 נבדקים (שהם 12.2% מהגברים). כמו כן עם 6 נבדקים (שהם 14.6% מהגברים) התקיים ראיון חלקי, עקב ביקורים לא סדירים במרפאה וקושי להתחייב על המשך הראיון, בעוד שמצב כזה נוצר רק עם נבדקת אחת (3.6%). עם 4 מהנבדקות (שהן 14.3% מהנשים) לא ניתן היה להשלים את הראיון עקב מצבן הנפשי ו/או השכלי, בעוד שבקרב הגברים, עם 3 נבדקים (שהם 7.3% מהגברים) לא ניתן היה להשלים את הראיונות מסיבה דומה. בניגוד לצפוי, כאשר נוצר הקשר עם הנבדקים, בלטו הנשים בסירובן להמשיך את הראיון (5 נבדקות שהן 17.8% מהנשים) בהשוואה לגברים (2 נבדקים שהם 4.9% מהגברים).

גיל הנבדקים

גיל הנבדקים בעת סיום המחקר בולט בפיזורו, ונע בין 20-36 שנים. אך רוב הנבדקים (73.9%) מצויים בטווח הגיל שבין 25-44. תאור מפורט של ההתפלגות הגילית של הנבדקים, תוך השוואה בין הגברים והנשים, והשוואתו למצב בכלל האוכלוסייה יובא בהמשך.

מוצא הנבדקים

50 נבדקים (שהם 72.5%) הינם ילידי הארץ, ומתוכם 42 (שהם 60.9%) הם ילידי ירושלים. 8 נבדקים (שהם 11.6%) ילידי מזרח-אירופה, 6 נבדקים (שהם 8.7%) ילידי מערב-אירופה וארה"ב, ו-5 נבדקים (שהם 8.7%) ילידי אפריקה ואסיה. מנתונים אלה מסתבר שאחוז ילידי הארץ בקרב הנבדקים גבוה. בהמשך נשווה נתונים אלו למצב בכלל האוכלוסייה.

הכלי המחקרי

1. ראיונות

הראיונות נוהלו כראיונות פתוחים, מתוך מגמה לאפשר לנבדקים להביא את חוויותיהם והתנסויותיהם באופן אוטנטי, ללא הכוונה חיצונית וללא כפיית מסגרת מושגית. זאת על מנת להתקרב עד כמה שניתן לחווייה הפנומנולוגית של הנבדקים בנושאים הרלוונטים למחקר זה.

צרוף זה, של הרצון לקבל תאורים אישיים מחד גיסא, והרצון לקבל תגובות לנושאים מסויימים מאידך גיסא, דרשו גמישות רבה בתהליך איסוף החומר. גמישות זו התבטאה בסדר הצגת שאלות המחקר, במידת הרחבתן והכניסה לפרטים, במשך זמן הראיונות, במספר הראיונות עם כל נבדק, בעיתויים של הראיונות, במקום ביצועם, ובהסכמה לנוכחותם של מלווים.

הנושאים בהם התמקדו הראיונות:

1. רקע אישי ומשפחתי (כולל: מצב משפחתי, תאריך לידה, מקום לידה, עיסוק, זהות קבוצתית דתית של הנבדק ובני משפחת המוצא והמשפחה הגרעינית, אם ישנה, ומהות הקשר עם בני המשפחה השונים).
 2. תולדות חיים (כולל: היסטוריית מגורים, לימודים, עבודה ואירועים מיוחדים במהלך החיים).
 3. המצב בהווה (בכל תחומי החיים, כולל מעורבות בקהילה).
 4. הפניה למרפאה זו וההיסטוריה שלה (מתי החלו הקשיים, איזה סוג של קשיים, כיצד טיפלו בהם במסגרת החרדית, באילו שלבים של הבעיה התרחש המעבר מסוג טיפול אחד למשנהו – עד הפניה לטיפול הנוכחי. שימוש, אם ישנו, בטיפולים נוספים במקביל, כולל רפואה עממית).
 5. התייחסות ה'אחרים החשובים' בשלבים השונים של הבעיה, לפי עדותו של הפונה (מי ידע, מתי ידע, סייע, לא סייע, האם ההתייחסות השתנתה עקב כך וכיצד).
 6. התייחסות הנבדק למחלתו – כיצד הוא מבין את קשייו ואת מחלתו (מה יש לו, ההסבר שיש לו למחלתו וכו').
 7. דת ומחלה – הדת והמסגרות הדתיות כמסייעות וכמפריעות בהתמודדות עם הקשיים המתעוררים עקב המחלה.
 8. גילויים דתיים במהלך המחלה ואלו הם.
- הנושאים הנ"ל נשאלו כאמור כשאלות פתוחות, סדר ואופן הצגתם הותאמו ליכולתו ולמידת שיתוף הפעולה של כל נבדק ונבדק.

ריאיון הנבדקים

יצירת קשר כלשהו עם הנבדקים היוותה תנאי הכרחי לביצוע הראיונות. יצירת הקשר כללה הסבר על מטרת הראיון, הבטחה בדבר שמירת סודיות לגבי החומר שיעלה בראיון. לעיתים היה צורך להקשיב תחילה לבעיות המידיות והאקוטיות של הנבדק, גם אם נושא זה לא נגע בשאלות המחקר. כתוצאה מכך נוצרו לעיתים צפיות ומצבים מורכבים בין הנבדקים וביני, עליהם ארחיב בהמשך. היה קיים החשש שהנבדקים הגברים יסרבו לשוחח עמי, עקב היותי אשה. אך כפי שהדגשתי לעיל בלטו הנשים בסירובן להמשיך את הראיונות בהשוואה לגברים. יחד עם זאת היה צורך ביתר רגישות בתהליך גיבוש דפוס הראיון עם הגברים. חלקם סרבו בתחילה להתראיין, אך כשהסתבר להם שאני ערה לבעיות ההלכתיות הנוגעות לאיסור ייחוד, וניתן לנהל את הראיון גם עם דלת פתוחה אם זה רצונם – הם נענו ושיתפו פעולה. התחשבותי ברגשות המרואינים באה לביטוי גם בהופעה החיצונית. יחד עם זאת היו נבדקים שהעירו על שרוול שאינו ארוך דיו וכד'.

לאחר יצירת הקשר עם הנבדקים החל תהליך הראיון.

משך הראיונות ומספרם השתנו בהתאם לסוג הראיון (מלא, חלקי), אך במשך הראיונות היתה שונות רבה בין נבדק לנבדק; לדוגמה, משך הראיונות עם הנבדקים שעיימם בוצע ראיון מלא – נע בין 45 דקות ל-8 שעות. עם נבדקים שעיימם התקיים ראיון חלקי עשיתי מאמצים להשלים את הראיונות על ידי פניה חוזרת אליהם. כמו כן היו מפגשים שנקבעו עם חלק מהנבדקים, ואשר אליהם כלל לא הגיעו.

עיתוי הראיונות

הקשר הראשוני עם הנבדקים נוצר, כאמור, באמצעות מרפאות המעקב אליהן קשורים הנבדקים. ההיכרות הראשונית התבצעה בדרך כלל על ידי אחד מאנשי הצוות. הכוונה היתה להתחיל את הראיון בו ביום. אך לעיתים

קרובות נוצר מצב בו לנבדקים לא היה פנאי להשאר זמן נוסף במרפאה באותו היום. במקרים אלה, היה עלי להעריך עד כמה עובדה זו ממשית או שמא היא משקפת אמביוולנטיית ביחס להשתתפות במחקר. המשמעות המעשית של שיקול זה היתה עד כמה לנסות ולשכנע את הנבדק, בכל זאת להתחיל בראיון באותו יום, מבלי ליצור מטען שלילי כלפי המחקר וכלפי. עם הנבדקים שעיימם לא החל הראיון ביום ההיכרות, נקבע שהראיון יחל בביקורם הבא במרפאת המעקב. קביעה זו היתה לעיתים לטווח של חודש ימים ולכן לא תמיד התקיימה – עקב שיכחה של הנבדקים, ביקורם במרפאה לפני המועד שבו היו אמורים להגיע, או אחריו וכד'.

רוב הנבדקים שהסכימו לשתף פעולה עמדו על כך שהראיונות יתקיימו ביום שבו הם מבקרים ממילא במרפאה. עובדה זו יצרה לעיתים מרווחים גדולים בין פגישה לפגישה (שכן תלקם מבקרים במרפאה בתכיפות של אחת בחודש), וחלק מן הראיונות התפרסו על פני זמן רב. היו נבדקים שתוך כדי הראיונות התאשפזו לפרקי זמן ממושכים, דבר שיצר הפסקה ברצף של תהליך הראיון.

חלק מהראיונות התקיימו תוך כדי המתנת הנבדקים לביקור אצל הרופא. למרות, שבכל המקרים הללו דאגתי להבטיח שתורם של הנבדקים יישמר, חלקם היו נתונים באי שקט, והיה להם צורך, מידי מספר דקות, לפנות אל האחיות ולבדוק שמא הם מחמיצים את תורם. ראוי לציין שהיו נבדקים שנאותו להגיע במיוחד, שלא במועד שבו זמנו למעקב, לצורך המשך והשלמת הראיונות.

מיקום ביצוע הראיונות

הראיונות עם הנבדקים התנהלו בדרך כלל במרפאה, להוציא 3 נבדקים. לחלק מצוותי המעקב יש מספר פונים שאינם מגיעים למרפאה, ונערכים אצלם ביקורים קבועים, אחת לחודש. הצטרפתי לצוות בביקורי הבית, אולם רק ביחס ל-2 פונים היה נראה שאפשרי שיתוף פעולה. במקרה אחד נסיון זה הצליח, ובוצע עם הנבדקת ראיון מלא שכלל ארבעה ביקורי בית. במקרה השני בביקור בית שעדכתי לאחר שיחת הכרות קצרה, לא נמצא הנבדק בביתו, ולאחר מכן אמר לרופא המטפל שהיעדרותו היתה מכוונת, ושאינו מעוניין בהמשך הראיון. לנבדקת נוספת הוצע להשלים את הראיון בביתה עקב קשייה להגיע למרפאה, והיא נעתרה.

קשר עם קרובי הנבדקים

בקרב הנבדקים היו שני זוגות נשואים, וחלק מהראיונות עימם נוהלו במשותף. מתוך ארבעה נבדקים אלה – עם שלושה התקיים ראיון מלא, ועם אחד ראיון חלקי, עקב מוגבלותו של הנבדק. כמו כן היו ארבעה זוגות של אחים, כולם שייכים למרפאות מעקב שונות. עם ארבעה מהם התקיים ראיון מלא, אחד נשר מהמעקב, עם אחת התקיים ראיון חלקי עקב מוגבלותה, ושתיים סירבו להמשיך בראיון לאחר קשר קצר.

אחד הדפוסים המאפיינים פונים חרדים בפנייתם למרפאה פסיכיאטרית הינו לוויו של בני משפחה או חברים, כפי שמצאו MINUCHIN-ITZIGSHON ET. AL. (1984). במחקרם. גם אל חלק מהנבדקים במחקר זה נלוו קרובי משפחה בביקוריהם במרפאה, למרות שלא היו אלה ביקוריהם הראשונים במקום. אל 9 מהנבדקים התלווה באופן קבוע אדם נוסף; להוציא אחת, כולם היו קרובי משפחה. אל 9 נבדקים נוספים נלוו מדי פעם בן משפחה, כאשר הליווי נשא לעיתים אופי של רצון לברר פרטים על מצבו של הנבדק, לעידכון הרופא המטפל, או שהליווי נשא אופי חברתי תמיכתי.

כל המלווים ביקשו לדעת מדוע אני מעונינת לשוחח עם הנבדק. בין המלווים היו כאלה שלא איפשרו לי לשוחח בנפרד עם הנבדק, היו כאלה שנאותו לשוחח עמי בנפרד ולמסור את גרסתם למצבו של הנבדק, היו שניצלו את

השיחה לברור שאלות הנוגעות לטיפול במרפאה, והיתה קבוצה של מלווים שבאופן מובהק חיבלה באפשרות ביצוע הראיון. התערבות קיצונית מסוג זה ארעה עם אחת הנבדקות שעימה החל תהליך של ריאיון, ובמועד בו נקבע המשכו – הופיע בן זוגה, נזף בי ודרש שלא אמשיך לשוחח עם זוגתו. על מנת לוודא זאת, החל ללוותה בביקוריה במרפאה, דבר שלא עשה קודם לכן. מצבים כאלה, הינם עוד פן בגמישות וב'דיפלומטיות' שנדרשה בבצוע מחקר זה.

אופן תיעוד הראיונות

את דברי הנבדקים רשמתי תוך כדי ביצוע הראיון. רובם המכריע של הנבדקים לא התנגד לרישום, ואף התאים את קצב הדיבור כדי לאפשר זאת. בכל המקרים, ביום בוצע הראיון עברתי על הרישומים לשם עידכון, ועל מנת לסכם התרשמויות, התנהגויות ואירועים בהם צפיתי תוך כדי הראיון, לפני ואחרי מצד הנבדק. מעט נבדקים הביעו התנגדות לרישום. עם אחרים נוצרו מצבים במהלך הראיון בהם חשתי שהמשך הרישום פוגע בשיתוף הפעולה, במקרים אלו הרישום נעשה מיד עם תום הראיון.

2. תיקים רפואיים

עם הפנייה למרפאה נפתח לכל פונה תיק רפואי. מלבד דף קבלה אין למעשה כל נוהלים קבועים לגבי רישום שוטף, כך שכמות החומר המצויה בתיקים השונים אף היא שונה. הכוונה היתה להשתמש בתיקים להשלמת מידע על הנבדקים. מאחר ובמחקר זה המוקד הינו התאור הסובייקטיבי של הנבדק ביחס לנושאים שצוינו לעיל, דחיתי את העיון בתיק הרפואי של הנבדק עד לסיום הראיון עמו. ככלל, עקרון זה נשמר, להוציא נבדקים שלאחר פגישה אחת או יותר עימם התרשמתי כי שורר אצלם בלבול מסויים, בעיקר סביב הכרונולוגיה של אירועים וסביב נתוני רקע. ראוי להדגיש שבתיקים הרפואיים לא תמיד מצאתי מענה לשאלות אלה. כל הנבדקים שהיו מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים התקשו לזכור במדויק את תאריכי האשפוזים ומשכם. בנושא זה היו התיקים הרפואיים לעזר רב, כיוון שהנוהג הוא שעם סיום כל אשפוז נרשם סיכום מחלה. התיקים שימשו בעיקר לקבלת מידע עובדתי אודות הנבדק, כגון: רקע משפחתי, תאריכי פנייה לטיפול ולאשפוז וכד'. הנבדקים התבקשו לתאר את החוויה האישית שהתלוותה לאירועים ולמצבים השונים.

כאשר הנבדק לא זכר פרטים מסויימים, ובתיק היו נתונים בנושא – שימש החומר בתיקים כחומר תקף, בדרך כלל לאחר אישורו על ידי הנבדק עצמו.

לכל הנבדקים היו תיקים רפואיים במרפאה, ול-44 מהם היו תיקים רפואיים גם בבית החולים, שאליו כפופה המרפאה. מכל התיקים הללו הוצא החומר הרלוונטי למחקר. לתלק מהנבדקים לא היו תיקים רפואיים בבית החולים כי לא אושפזו כלל, או שאושפזו בבתי חולים אחרים.

3. מידע מהמטפלים

צוותי מרפאות המעקב היו, כאמור, לעזר רב ביצירת הקשר הראשוני עם הנבדקים. בחלק מהמקרים מסר איש הצוות המתווך בשלב זה מידע כללי על הנבדק ועל מצבו הנוכחי. במהלך הראיונות נעזרתי במטפלים, בעיקר בנושאים הקשורים להמשך המחקר, לדוגמה: נסיון להבין את אי הופעתו של הנבדק, עד כמה ללחוץ על נבדק להמשיך בראיון, מתי להרפות וכד'. היה עדכון שוטף ביחס למצבם של הנבדקים. מדי פעם הצטרפתי ביוזמתי, או ביוזמת הרופא המטפל, להשתתף בשיחת הנבדק עם צוות המעקב. דבר זה נעשה, על מנת להקל על יצירת הקשר

עם הנבדק, ומתוך מחשבה שבאותה פגישה עשויים לעלות נושאים הקשורים למחקר, כגון: התארגנות קהילתית לעזרת הנבדק, קונפליקט בין גישה רפואית והלכתית וכד'.

עיבוד הנתונים

אופי המחקר, מספר הנבדקים ואישיותם השונה הציבו אתגר בהתמודדות עם חומר עשיר מבחינה הק הנושאים ואיכותם.

מבחינה מתודולוגית – נקודת ההתייחסות הראשונית היא במובהק EMIC – כלומר, התמקדות בדרך שבה היחיד חווה את הבעיות הנפשיות שהובילו אותו לטיפול, ובדרך שבה הוא מתמודד איתן ומקנה להן משמעות. ברמה זו הניתוח הוא איכותי-פנומנולוגי, כאמור, אך אינו מחוסר סדר ונסמך על הגיון פנימי, שמקורו במערכת הסמלית התרבותית, שבתוכה נתון היחיד ופועל.

ניתוח תוכן

נסיתי להטיל סדר על עולם התוכן של בעייתיות נפשית בקרב הנבדקים ודרכי ההתמודדות איתה באמצעות קטגוריות בסיסיות, שאינן רחוקות מהרמה ההתנסותית של הנבדקים, ותואמת את מהלך ההתפתחות 'הטבעי' של ההפרעה. לשם כך עברתי על כל הראיונות הגולמיים ומתוך הנושאים העיקריים שבהם התמקד הראיון זוהו נושאי המישנה העיקריים שעלו בראיונות. לאור נתונים בניתי שאלון פתוח (ראה: נספח מס. 1) שמטרתו היתה ארגון מפורט של החומר הגולמי על פי נושאי המישנה שזוהו. לכל נבדק יעדתי שאלון, ואת כל החומר שהתקבל מהראיונות העברתי כלשונו לשאלון, תוך התאמת דברי הנבדקים לנושאי המישנה הרלוונטיים בשאלון. החומר מהתיקים הרפואיים שולב אף הוא בשאלון.

שאלון זה איפשר לארגן את החומר כך שהתקבלו כל תגובות כל הנבדקים לכל נושא מנושאי המישנה בנפרד. על פי תגובות אלו נבנו קטגוריות פנומנולוגיות לכל אחד מנושאי המישנה, שבאמצעותם ניתן היה לסווג את הנבדקים, וזאת מבלי לאבד את החוויה הסוביקטיבית של כל נבדק ביחס לנושאים ולנושאי המישנה שעלו בראיונות.

באמצעות השאלון התאפשר להשליט סדר ב'סיפור החיים' של הנבדקים לאורך מספר צירים, כגון: היסטוריית מגורים, לימודים, תעסוקה, חיי משפחה, הופעת הבעיה, דרכי הטיפול וההתמודדות עמה וכד', תוך נסיון למצוא קשרים בין הצירים השונים.

מתוך תאור הנבדקים והקשיים בהשלמת הראיונות עם חלקם, ברור שלא לכל נושאי המישנה התקבלו תגובות כל הנבדקים. לכן, ביחס לכל נושא שיידון בהמשך, יצויין לאיזה אחוז מתוך הנבדקים כולם הוא מתייחס. למרות המתודולוגיה הפנומנולוגית של מחקר זה, מצאתי לנכון להציג חלק מהקטגוריות הפנומנולוגיות במספרים ובאחוזים, על מנת לתאר את היקפן ויחסיותן בהשוואה לקטגוריות אחרות.

ההתנסות במהלך המחקר (הפנומנולוגיה של המחקר)

תוך הצגת שיטת המחקר צוינו קשיים שונים ומצבים בעייתיים שעיימם נאלצתי להתמודד במהלך ביצוע המחקר. ראיתי צורך לייחד לעניין זה מקום בעבודה זו. הקשיים נבעו מסוג האוכלוסיה בה עסק מחקר זה, ומן העובדה שמעורבותי במרפאה היתה כפולה – חוקרת מחד גיסא, ומטפלת באחת מיחידות המרפאה מאידך גיסא.

שיתוף נבדקים במחקר, בעיקר במחקר הדורש מהם השקעת זמן רבה יחסית וחשיפה, מותירים את החוקר תדיר כשהוא חשוף להתלבטות מהי הלגיטימציה לבקשתו מן הנבדקים שישתפו עימו פעולה, ועד כמה וכיצד להשפיע עליהם ליטול חלק במחקר ולהתמיד בו. ואכן רבים מן הנבדקים חזרו ושאלו פעמים רבות: "מה יצא לי מזה?", "מה את יכולה לעזור לי?". היה עלי להתמודד שוב ושוב עם תלוצי ברצונם הטוב של הנבדקים. ריאיון נבדקים, שהינם חולים פסיכיאטריים כרוניים במצבים שונים של רמיסיה זו משימה מורכבת. לחלק מהם היו קשיים בזכירת פרטים ובתאור כרונולוגי של האירועים, הן מסיבות רגשיות והן מסיבות של מוגבלות שכלית. היו נבדקים שקשיים אלה נבעו אצלם מתוך הרצון להמנע מזכרון של אירועים מכאיבים. אחת המרואינות, שהתחמקה ממני זמן רב אמרה אחרי שיחה קצרה, כשהיא קמה מכסאה: "לא רוצה לחשוב על זה. שאני חושבת על זה אני נעשית יותר חולה, מדוכאת, ואז אני צריכה תרופות. אז עכשו אני הולכת". היא אכן קמה ויצאה בהתירה אותי בתחושה שנעשה לה עוול. לעומת זאת היו נבדקים שהראיון הפתוח עימם עורר אצלם צורך עז לדבר, גם על נושאים שאינם קשורים במחקר. לרוגמה: אחת הנבדקות חיפשה אותי כל אימת שהגיעה למעקב. גם לאחר שהסתיים הראיון עמה חזרה ואמרה: "חכיתי לך, השיחות איתך מרגיעות אותי". לעיתים נאלצתי לסרב לשוחח עם הנבדקים, או להגבילם.

טטטוש גבולות נוסף אירע שעה שחלק מהנבדקים היפנו אלי שאלות אישיות בענייני גיל, מצב משפחתי, תעסוקה וכד'. היו גם שאלות אישיות שנגעו לנושאים כמו השקפה דתית, שמירת מצוות ועוד. השתדלתי לא להרבות בחשיפה אישית, אולם היו מצבים שלא היה מנוס ממתן תשובות ולו חלקיות ומסוייגות לחלק מן השאלות, כאשר היה חשש שהמנעות מתשובה תמנע בהמשך הראיון. ההתעניינות האישית בלטה יותר בקרב הנבדקות, ונראתה לי כביטוי לסקרנות שהתעוררה אצלן כתוצאה ממפגש עם אשה השייכת לעולם תרבותי שונה, שההזדמנות להציץ לתוכו הנה מעטה – אך נראה שהסקרנות לגביו היא רבה. נראה, שסקרנות דומה היתה קיימת גם בקרב הנבדקים הגברים, אך מתוך ההסתייגות המאפיינת את היחסים שבינו לבניה בחברה החרדית, הם היו ישירים פחות בשאלות אישיות, אך התירו לעצמם חופש יתר בשאלות המתייחסות לנושאים דתיים.

העובדה שאוכלוסיית מחקר זה הינה אוכלוסיה חרדית, הערימה קשיים נוספים לנ"ל, שאחדים מהם הוצגו, ואחרים ברצוני לפרט להלן.

ריאיון הגברים חייב רגישות ביחס למידת הפרטיות הרצויה להם. היו, כאמור, נבדקים שהסתייגו מהראיון, עד שהתברר להם שניתן לבצעו כשהדלת פתוחה. לעומת זאת היו נבדקים שהעדיפו להתראיין עם דלת סגורה וראו בראיון פגישה רפואית.

בקרב הנשים היו כאלה שביקשו תחילה לקבל את אישור הבעל להתראיין. מצב זה הדגיש את ההבדל התרבותי ביני לבין הנבדקות, וחייב לקבל, עם כל ההסתייגות הכרוכה בכך, את העובדה שחלק מן הנבדקות אינן חשות חופשיות להחליט עם מי ישוחחו. מצב דומה התרחש עם חלק ממלווי הנבדקים.

למרות ההקפדה על הופעה צנועה – עבור תלק מהנבדקים לא היה די בכך, והופיעו שאלות בדבר אורך השרוול וכד'. נבדקת אחת אמרה: "היום את לבושה יפה, את רואה שאת יכולה להתלבש גם יפה וגם צנוע". אחד הנבדקים אמר: "יש ברחוב שטן בקיץ, הכוונה שיש יצר הרע, נשים הולכות לא צנוע. בכלל אסור להסתכל אחרי אשה. מי שמסתכל אחרי אשה בא לו לעשות עבירה. אני צריך ללכת". נבדק זה התחמק ממני ובפעמים שבהן נאות לשוחח, ישב כל העת כשפניו מושפלות, או מופנות לכיוון ההפוך.

היו נבדקים שהתפעלו מהידע שלי בעניינים דתיים והלכתיים שונים שעלו בראיון. אצל אחרים, התעורר הצורך לנסות ולתהות על אמונותי ודתיותי. בקרב מספר נבדקים נשאה התעניינות זו אופי של נסיון לשכנעני לחזור בתשובה.

היו מספר נבדקים שהביעו הסתייגות, או שהתחמקו ממענה, לשאלות הקשורות בנושאי אמונה ומחלה. נבדק אחד, במשך מספר ראיונות, כל אימת שנשאל בנושא חזר על המשפט: "על זה אני עוד לא יכול לדבר עכשיו". נסיון להבין, אם במועד מאוחר יותר כדאי יהיה לנסות לדון בנושא שוב, השיב שאינו יודע. נבדק אחר אמר: "אמונה זה דבר פרטי". אותו נבדק דיבר אמנם ארוכות על נושאי אמונה, אך באופן כללי ופילוסופי מבלי להתייחס לדברים כמייצגים עמדה אישית שלו. יחד עם זאת מן הראוי להדגיש שנבדקים אחרים היו נכונים להתייחס לנושא בפרוט רב, תוך חשיפה אישית רבה וכנה, כפי שיוצג בהמשך.

הצירוף של התעוררות צרכים שונים אצל הנבדקים ומעורבותי במרפאה שבה נערך המחקר, הקלה ואולי גם איפשרה את ביצועו, אך במקביל עוררה גם קשיים. עובדה זו לא הוסתרה מהנבדקים שהתעניינו בכך, ויצרה לעתים מצבים של קושי להפריד בין התפקיד המחקרי לתפקיד הטיפולי. הקושי התעורר גם ביחסים עם הנבדקים וגם ביחסים עם צוותי המעקב.

עם הנבדקים בא הדבר לידי ביטוי בכך שחלקם פנו אלי בבקשות קונקרטיות, כגון: בקשות לכתיבת מכתבים לרשויות שונות, עצות ביחס לתעסוקה, בעיות עם ילדים וכד'. לדוגמה אחד הנבדקים פנה ואמר: "אני רוצה להחליף דירה... אסור לדאות שם טלזוויזיה... קר בדירה שלי... את לא יכולה לסדר לי דירה מהמדינה?". עוד סיפר אותו נבדק כיצד הוא עוסק בקיבוץ נדבות, ובימים מסויימים הוא אף מצליח לקבץ סכום המגיע ל-500 דולר. לא יכולתי שלא להתייחס לעובדה שלא היה מכלכל את עניניו הכספיים ביתר תכנון, היה אולי יכול בכוחות עצמו לשנות את מקום מגוריו.

היו מצבים שבמהלך הראיון התעוררו אצל הנבדקים שאלות טיפוליות, המייצגות קשיים נפשיים. לדוגמה, אחד הנבדקים, שמצוי בשלב של שאלות הקשורות לזהותו החרדית, פנה בשאלה: "האם אין דרך שהיא נכונה". הוא היה במצוקה סביב שאלה זו, שנשאלה בסמיכות למונולוג ארוך בו דיבר על האמביוולנטיות שלו ביחס לסגנון חייו עד כה. היה ברור ששאלת הדרך הנכונה והאמיתית קשורה להתערערות עולמו המוצק, ולהרגשה שהתרחקותו מעולם זה הטילה אותו לעולם ולצורת חיים בהם אין הדברים ברורים ומוסדרים. מצאתי את עצמי מקשרת בין בעיותיו סביב זהותו החרדית לבין השאלה שהציג, והוספתי שאחד הדברים שהמסגרת החרדית נותנת לאדם, הינה בהירות רבה ביחס לדרך שבה עליו ללכת וכיצד עליו לנהוג בכל עניין, והבחירה שהתאפשרה

לו כתוצאה מספקנותו – מחירה בצידה.

כל הקשיים הללו נוספו לקשיים שהוצגו לעיל, כגון: הצורך לשכנע חלק מהנבדקים להתראיין, עד כמה להכנס לנושאים שהועלו במהלך הראיונות, להמתין לנבדקים שלא הופיעו לפגישה שנקבעה, כיצד להתמודד עם הסירובים הבוטים והעדינים להתראיין; להתחשב במצבי אי שקט, מתח, חרדה, דכאון, זעם וכד' של הנבדקים, אשר לא היו קשורים בהכרח לסיטואציה של הראיון. המצבים בהם הנבדקים עוררו מישאלות קונקרטיים – נחוזה על ידי כמסובכים פחות להתייחסות מאשר המצבים בהם עלו נושאים טיפוליים-רגשיים ונפשיים. העובדה שחלק מהראיונות נמשכו פרק זמן ממושך, יצרה עומס מסוים מבחינת כמות הנבדקים שרואיינו במקביל.

ככלל, הקשר עם צוותי המעקב היה לעזר רב בתהליך ביצוע המחקר, אך מדי פעם התעוררו מצבים בעייתיים, אדגים אחדים מהם.

במהלך ראיון ראשון עם אחד הנבדקים התרשמתי שהוא שרוי במצב דיכאוני. הנושא הועלה בראיון, ותוך הסתייגות רבה סיפר האיש שניסה לשרוף את עצמו. בקשתי את רשותו להצטרף לפגישתו עם הרופא המטפל ולדווח לו על כך. הנבדק נאות והרופא החליט להמליץ על אשפוז, על מנת להגן עליו מפני עצמו. אחת הנבדקות סיפרה בתחילת הראיון, שהיא ביקשה מהרופא המטפל להפסיק את הטיפול התרופתי ואת הביקורים במרפאה ונענתה בחיוב. מן הראיון הסתבר שנבדקת זו נעה בין מצבים של חוסר תיפקוד מוחלט, למצבים בהם היא מתפקדת היטב. מכיוון שהרופא המטפל היה חדש יחסית – שוחחתי אודות כך עם אחד מאנשי הצוות הוותיקים יותר, והוא החליט לשוחח שוב עם הנבדקת ולהבהיר לה את עמדת הצוות ביחס להפסקת הטיפול, ואת הסיכונים הכרוכים בכך.

דוגמה נוספת: נבדק, שעזמו נקבע הסכם, שיבקר באופן סדיר במרפאה, ויקבל את הטיפול התרופתי, למשך פרק זמן, כדי שבהמשך ניתן יהיה לתכנן עבורו תוכנית שיקומית. באחד מביקוריו במרפאה התפרץ וסרב בכל תוקף לקבל את הטיפול התרופתי. הצוות החליט שבמצב זה לא יוכל לקבל שום התייחסות טיפולית במרפאה. הנבדק עצמו היה מוכן להמשיך ולשוחח עמי, בעיקר על מנת להביע את מורת רוחו מהחלטת הצוות. סרבתי להמשיך ולשוחח עמו, כאשר הצוות המטפל החליט שעליו לעזוב את המקום.

המצבים הקונפליקטואליים שנוצרו כתוצאה מהמסגרת בה נערך המחקר, באו על פיתרוןם, כפי שהוצג לעיל – אך הם חייבו מעורבות ורגישות גם לנעשה בצוותים השונים, מעבר לקשר הישיר עם הנבדקים.

למרות כל הקשיים שהוצגו לעיל – הצלחתי, כאמור, ליצור קשר עם רוב הפונים החרדים של מרפאות המעקב. תהליך איסוף החומר, ההיכרות עם הנבדקים, המטפלים ומסגרת המעקב היו חוויה מרתקת ומעשירה.

תוצאות

- את פרק התוצאות נחלק לארבעה חלקים עיקריים.
1. נתוני רקע של הנבדקים, שעלו מתוך הראיונות, מעבר לנתונים כלליים שהוצגו בפרק השיטה ואשר חלקם שופכים אור על הנבדקים ומשקפים את ייחודם (מתייחס לשאלת המחקר מס. 1).
 2. מסלול הפנייה לטיפול של הנבדקים, שבאמצעותו ננסה לעקוב אחר שלב החיים בו הופיעה הבעיה הנפשית ואחר הפעולות הטיפוליות השונות שננקטו על ידי הנבדקים, מהופעת הבעיה הנפשית ועד לביצוע המחקר (מתייחס לשאלת המחקר מס. 2).
 3. יחסי הגומלין בין הנבדקים והקהילה, כולל התייחסות ומקורות תמיכה במערכת המשפחתית המצומצמת, ובמערכת החברתית והקהילתית הרחבה (מתייחס לשאלת המחקר מס. 3).
 4. תרבות ופסיכופתולוגיה – השפעת חכנים תרבותיים דתיים על הבנת ההפרעה הנפשית, ההתמודדות עימה, וגילוייה. (מתייחס לשאלות המחקר מס. 4, 5, 6).

פרק א': נתוני רקע של הנבדקים

מין הנבדקים

כפי שהדגשנו בפרק השיטה היו בקרב הנבדקים יותר גברים מאשר נשים, 59.9% גברים לעומת 40.5% נשים. פער זה, בין מספר הגברים והנשים, היה גדל אילו הצלחתי לראיין את כל הפונים החרדים המוכרים למרפאות המעקב, (מבין 14 הפונים שלא רואיינו 12 היו גברים)*.

בדקנו את התפלגות המינים בכלל האוכלוסייה באזור היעד של המרפאה*, ומצאנו ששעור הגברים באזור היעד הוא 50.5%, ושעור הנשים באותו אזור הוא 49.5%. כלומר, גברים חרדים מגיעים לטיפול פסיכיאטרי ציבורי יותר מאשר נשים חרדיות, ביחס למספרם בכלל האוכלוסייה.

ממצא זה עומד בסתירה לחומר שהובא במבוא, בדבר שעורי פנייה גבוהים של נשים לשירותי בריאות הנפש בהשוואה לגברים.

בסקר** שנערך בירושלים על שעור חולים פסיכיאטריים בטיפול אמבולטורי ממושך. בסקר זה נכללו כל הפונים למרפאות פסיכיאטריות ציבוריות, שהטיפול בהם נמשך לפחות שנה ותכיפות ביקוריהם במרפאה היא לפחות אחת לחמישה שבועות, ללא הפסקה העולה על חודשיים. איפיונים אלה מתאימים לאוכלוסיית המחקר מבחינת משך הטיפול והאינטנסיביות שלו. עם זאת ברור שתלק מהפונים שנכללו בסקר מטופלים במרפאה במסגרות טיפול השונות ממרפאות המעקב (לדוגמה: טיפול פסיכותרפויטי ממושך). למרות זאת נראה לנו שאוכלוסיית הסקר ברובה דומה לאוכלוסיית המחקר. זאת מאחר ובמרפאה שבה נערך מחקר זה, נהוגה מדיניות של טיפולים

* כל הנתונים במחקר זה המתייחסים למצב כלל האוכלוסייה בירושלים לקוחים מתוך: שנתון סטטיסטי – 1984 אשר הנתונים בו מבוססים על מפקד האוכלוסין שנערך בשנת 1983, אלא אם יצוין אחרת.

** כל הנתונים במחקר זה המתייחסים לסקר מבוססים על סקר: ויטמן, ל. (עורכת). חולים פסיכיאטריים בטיפול אמבולטורי ממושך בירושלים (לא פורסם). ירושלים, מכון פאלק לחקר בריאות הנפש וההתנהגות.

קצרי מועד, תוך נסיון להמנע מטיפולים פסיכותרפויטים ממושכים (מתוך מגמה להיענות, עד כמה שניתן, במסגרת כח האדם המצומצם, לצרכי אוכלוסיית היעד של המרפאה). מסיבה זו ראינו לנכון להשתמש בנתוני סקר זה כ-BASELINE למחקרנו.

בסקר נמצא שהתפלגות מין המטופלים בטיפול ממושך, במרפאה שבה נערך מחקר זה, היא: 51.3% גברים ו-48.7% נשים. לעומת זאת, בכל ירושלים, התפלגות מין המטופלים בטיפול ממושך היא: 42.6% גברים ו-57.4% נשים. הנתון הראשון מדגיש את ריבוי הגברים במחקרנו בהשוואה לכלל אוכלוסיית המרפאה, ואילו הנתון השני מבליט את ריבוי הגברים באוכלוסיית המרפאה הנדונה בהשוואה למספר הגברים המטופלים בעיר כולה. מאחר והנבדקים במחקר זה מתאימים לקריטריונים שנקבעו על ידי עורכי הסקר, לא ניתן להמנע מן המסקנה, שאוכלוסיית מחקר זה תורמת להעלאת שיעור הגברים בקרב אוכלוסיית המרפאה כולה. ממצא זה מעורר שאלה היכן מטופלות, אם בכלל, הנשים החרדיות, שאינן מגיעות לטיפול במרפאה. רמז להסבר ניתן, בממצא על שיעור הפונים לטיפול פרטי תחילה בקרב הנבדקים, נמצא שיעור של 42.1% גברים ו-57.9% נשים. כלומר, לפחות במה שנוגע לשלב ההתחלתי של הטיפול הנפשי, נוטות נשים חרדיות לפנות לטיפול נפשי פרטי בשכיחות רבה יותר מאשר גברים. יתכן שנטייה זו אופיינית לא רק לתחילתו של הטיפול הנפשי אלא נשמרת לכל אורכו. כמו כן באופניות הראיונות עם הנבדקים, בלטו התמדה ורציפות בקשר של הנבדקות עם המרפאה בהשוואה לנבדקים. יתכן שדפוס זה רומז לכך שההתייחסות לפנייה, ולמחוייבות שבצידה, שונה בקרב הנבדקים והנבדקות. אף על פי כן נראה שהסברים אלה אינם מהווים מענה שלם לשאלת התפלגות הגברים והנשים, ונתייחס לשאלה זו גם בהמשך.

גיל הנבדקים

טבלה מס. 1: התפלגות הנבדקים על פי גיל (בעת סיום המחקר) ומין, והתפלגות גיל חולים ממושכים בטיפול

פסיכיאטרי אמבולטורי במרפאה ובעיר (על פי נתוני הסקר)

גיל	גברים		נשים		סה"כ		במרפאה		בעיר
	מס.	אחוזים	מס.	אחוזים	מס.	אחוזים	מס.	אחוזים	
15-19	—	—	—	—	—	—	0.5%	0.9%	
20-24	3	7.3%	—	—	3	4.3%	5.8%	4.5%	
25-29	6	14.6%	4	14.3%	10	14.5%	6.3%	12.2%	
30-34	9	22.0%	8	28.6%	17	24.6%	12.2%	14.9%	
35-39	8	19.5%	5	17.8%	13	18.8%	15.3%	16.0%	
40-44	5	12.2%	6	12.4%	11	15.9%	12.7%	12.0%	
45-49	4	9.7%	1	3.6%	5	7.2%	9.5%	8.7%	
50-54	2	4.9%	2	7.1%	4	5.8%	10.6%	10.0%	
55-59	2	4.9%	2	7.1%	4	5.8%	0.9%	7.9%	
60-63	2	4.9%	—	—	2	2.9%	4.2%	5.1%	
+65	—	—	—	—	—	—	13.8%	7.8%	
סה"כ	41	100%	28	100%	69	100%	100%	100%	

תחילה נתייחס להבדלים בין הגברים והנשים כפי שמשקפים מטבלה מס. 1, ובהמשך נתייחס להבדלים בין הנבדקים במחקר ושאר אוכלוסיית המטופלים במרפאה ובעיר.

פיזור הגילים בקרב הגברים הנבדקים הוא 20-63 בעוד שבקרב הנבדקות הפיזור קטן יותר, והוא נע בין 25-59. העובדה שאין נשים צעירות בקרב הנבדקות, קשורה לנתונים שיוצגו בהמשך, העוסקים במועד הופעת הבעיה מבחינת מחזור החיים בקרב גברים ונשים, במצבם המשפחתי של הנבדקים (רק נבדקת אחת היא רווקה בעוד שבקרב הגברים 17 רווקים), ובמסלול הפנייה של גברים ונשים (על פיו נשים נוטות לפנות פחות מגברים לשירותי רפואה ציבוריים עם הופעת הבעיה).

רוב הנבדקים (73.8%), מצויים בקבוצת הגיל שבין 25-44. בקבוצת גיל זו מרוכזות 82.1% מהנבדקות ו-68.3% מן הנבדקים. בקרב הנשים בולטת עלייה במספר הנבדקות במחצית הראשונה של שנות השלושים והארבעים לחייהן. בקרב הנבדקים הגברים – הגיל השכיח הוא במחצית הראשונה של שנות השלושים, ומגיל זה ואילך חלה ירידה הדרגתית במספרם. מנתוני הסקר עולה שבקרב אוכלוסיית החולים הממושכים כולה, שכיחות המטופלים באותה קבוצת גיל היא: במרפאה: 46.6% ובעיר: 55.1%. כלומר, שכיחות נמוכה בהשוואה לנבדקים, גם אם מקזזים מנתוני הסקר את קבוצת בני ה-65+. את העלייה במספר המטופלים בגילאים אלה, נוטים לייחס למהלך ומועד הופעתן של מחלות נפשיות מסויימות.

ראוי לציין שבמחקר לא היו נבדקים שגילם למעלה מ-63, בעוד שבסקר היו כאלה. הסיבה לכך היא אדמיניסטרטיבית בעיקרה, ונעוצה בכך שפונים שעברו את גיל 60 מופנים ומטופלים בד"כ על ידי היחידה הגריאטרית, כלומר, אינם מטופלים במרפאות המעקב. בסקר נכללה יחידה זו, וממילא גם קבוצת בני ה-60+. הפער הגדול בשכיחות החולים בקבוצת הגיל הנדונה בין הנבדקים לבין שתי הקבוצות האחרות, מורה על כך שיש למצוא הסברים נוספים לממצא זה. נראה שעלייה משמעותית זו בשעור הנבדקים, ובעיקר הנבדקות בקבוצת גיל זו, קשורה במחזור החיים החרדי. כפי שהוצג במבוא, בגילאים האלה נתונה המשפחה החרדית, והנשים החרדיות במיוחד, בלחצים רבים הקשורים בהרחבת המשפחה הגרעינית, המאופיינת בלידות רבות ותכופות. נשים רבות ייחסו את קשייהן סביב אירועים במחזור החיים. נבדקת אחת אמרה: "אולי זה המעבר מתקופה לתקופה", היא התייחסה למעבר מחיי הרווקות לחיי הנישואין. אחרות ייחסו זאת ללידות ("ההריון גם הוסיף"), ליחסים עם בן הזוג ("מהלחץ של בעלי, התאכזבתי ממנו") ועוד.

על הקשר שבין הופעת הבעיה ואירועים במחזור החיים – נדחייב כשנעסוק במסלול הפנייה של הנבדקים. לנו שהתופעה נובעת מכך ששעור ילידי הארץ והאשכנזים גבוה באוכלוסייה החרדית בהשוואה לכלל האוכלוסייה, אם כי עובדה זו אינה יכולה להוות הסבר מספק לתופעה. בהמשך נשוב וננסה להסביר את הדברים.

מוצא הנבדקים

טבלה מס. 2 התפלגות הנבדקים על פי מקום הלידה

מקום הלידה	מספרים	אחוזים
ירושלים	42	60.9%
ישראל	8	11.6%
מזרח אירופה	8	11.6%
מע' אירופה וארה"ב	6	8.7%
אפריקה ואסיה	5	7.2%
סה"כ	69	100%

הארץ 72.5%

אירופה ואמריקה 20.3%

מטבלה מס. 2 עולה שאחוז ילידי הארץ בקרב הנבדקים – גבוה. הפרדנו בין ילידי ירושלים וילידי שאר המקומות בארץ נעשה במחשבה שהראשונים משקפים קבוצה שהמוביליות שלה מינימלית, והפיקוח החברתי בה הוא הדוק. חיזוק לכך נמצא בדברי גיסו של אחד הנבדקים, הנוהג ללוותו למרפאה, ומסייע לאנשים אחרים בקהילה אשר סובלים מהפרעות נפשיות. לדעתו נאלצים אלה הסובלים מבעיות נפשיות, בקהילה החרדית בירושלים, להתמודד עם בעיות מיוחדות. העובדה שחלק ניכר מן המשפחות החרדיות מכירות זו את זו, לעיתים מזה דורות, מגבירה את הפיקוח החברתי. המרחב החברתי המצומצם מציע מעט אלטרנטיבות למי שאינם משתלכים במערכת הנורמטיבית. על קושי זה נרחיב את הדיבור ונביא לו סימוכין כשנעסוק ביחסי הגומלין שבין הנבדק והקהילה.

על מנת להבחין בין אשכנזים לספרדים, בהתחשב בעובדה שחלק ניכר מהנבדקים הינם ילדי הארץ, נשאלו הנבדקים למוצא הוריהם.

טבלה מס. 3 התפלגות הנבדקים על פי מוצא ההורים

ארץ מוצא	מספרים	אחוזים
אשכנזים	56	81.2%
ספרדים	11	15.9%
מעוהב	2	2.9%
סה"כ	69	100%

מטבלאות מס. 2 ו-3, בולט האחוז הגבוה של ילידי הארץ האשכנזים בקרב הנבדקים. בולטות זו מתחדדת כאשר משווים את הממצאים להתפלגות המוצא של כלל האוכלוסיה באזור היעד של המרפאה. באזור מתגוררים 26.7% ילידי הארץ, 37.6% ילידי אירופה ואמריקה, ו-35.6% הינם ילידי אסיה ואפריקה, כלומר התפלגות שונה ביותר. מנתוני הסקר עולה שבמרפאה מטופלים 22.4% ילידי הארץ, 41.2% ילידי אירופה ואמריקה ו-36.5% ילידי אסיה ואפריקה. נתונים אלה מעוררים את השאלה היכן מטופלים חרדים שהם ילידי חר"ל ו/או שאינם אשכנזים. נראה

משפחות המוצא של הנבדקים

מאחר ומשפחת המוצא הינה בדרך כלל מקור תמיכה במצבי משבר, ברצוננו להביא איפיונים למשפחות המוצא של הנבדקים.

הורים

הנבדקים מתפורים על פני טווח גילים גדול. בכל זאת בדקנו לכמה מן הנבדקים יש עדיין הורים בחיים. ל-46% (שהם 66.7%) מהנבדקים יש אב, ול-47% (שהם 68.1%) מהנבדקים יש אם, ל-37% (שהם 53.6%) מהנבדקים יש שני הורים בחיים.

7 (שהם 10.1%) מהנבדקים – הוריהם התגרשו בתקופות שונות של חייהם. שעור זה הינו שעור גבוה אם משווים אותו לשעור הגירושין באוכלוסיית ירושלים כולה, המגיע לכדי 2.6% על פי המיפקד, ובקרב חרדים מן הסתם הוא עוד נמוך יותר. מן הראוי להדגיש שבשישה מתוך מקרי הגירושין של הורי הנבדקים, אחד מן ההורים לפחות היה מוכר כחולה נפש, ומקרה אחד אירע בחו"ל טרם עליית הנבדקת לארץ. הגירושין ארעו בשלבי חיים שונים של הנבדקים. הנבדקים מיעטו להתייחס לנושא, ואחד מהם נגע בכך באופן כללי ואמר: "היום ההורים שלי גרושים. אצל דתיים להתגרש זה לא פשוט, יש כבוד ומסורת. אף אחד לא חושב שהאשה השנייה תהיה יותר טובה. חושבים על העולם הבא. הורי התגרשו אחרי שהילדים גדלו". נבדקת אחרת שגרושי הוריה היו כתוצאה ממחלת נפש של האם, אמרה: "הבעיה בעצם התחילה בגיל שלוש, שלא היה לי בית".

11 מהנבדקים התייתמו מאחד ההורים עד היותם בני 12, ועוד 6 איבדו אחד מהוריהם עד מלאת להם 20. כלומר, רבע מהנבדקים התייתמו בגיל הילדות או ההתבגרות. תיאור את הקושי אחד הנבדקים: "אמא נפטרה כשהייתי בן עשר; זה היה שוק ראשון. בליל שבת היא קבלה טרומכונה. לקחו אותה לבית חולים ובבוקר היא נפטרה. הייתי בא מהחזר ומחפש את אמא". נבדק אחר תיאר את השבר שחל בחייו כתוצאה מפטירת אביו: "אבא נפטר כשהייתי בן ארבע. אני עוד זוכר את שמחת תורה לפני שנפטר, הייתי איתו. אח"כ אמא לא טפלה בי, השאירה דק את אחי בבית, ואותי שלחה לבית יתומים". לא כל הנבדקים התייחסו למות ההורה, אך אלה שהתייחסו לכך, עשו זאת ביתר קלות בהשוואה לנבדקים שהוריהם התגרשו.

חלק מן הנבדקים התייחסו ליחסים מעורערים במשפחה גם בלא שאירעו גירושין. אחד הנבדקים תיאר: "אבא מושפל מאמא ומשפיל כנגד, מעליבים זה את זה. אין הבנה הדדית, אין קומוניקציה, כל אחד צועק ומעליב". נבדקת אחרת סיפרה: "אבא היה רב מכות עם אמא בבית. ההורים לא חייס טוב. אבא מבוגר מאמא באיזה 17 שנה". כל הנבדקים שנכנסו לפרוט מערכת היחסים הקשה בין ההורים, לא היו שבעי-רצון מיחסיהם שלהם עם בני זוגם או שהיו גרושים.

נבדקים אחרים התייחסו למצב כלכלי קשה בבית ההורים: "תמיד היינו עניים, לכושים סמרטוטים". תיארה אחת הנבדקות. אחרת אמרה: "מצב כלכלי קשה מאד, היה חדר אחד לכל המשפחה (שש נפשות)". מאחר והנבדקים לא נשאלו במפורש על היחסים בין ההורים ועל המצב הכלכלי, קשה להעריך את היקף שתי התופעות הללו.

אחים

משפחות חרדיות מאופיינות במספר רב של ילדים, לכן ברוב המשפחות מסייעים האחים הבוגרים מגיל צעיר בטיפול באחיהם הצעירים. גם במחקר זה נמצא שלעיתים יש לאחים תפקיד מרכזי ומשמעותי בחייהם של הנבדקים. רוב הנבדקים מוצאם ממשפחות ברוכות ילדים, היו רק שלושה נבדקים שהם בני יחידים ולכל השאר (להוציא שניים שאודות משפחות המוצא שלהם אין מידע) היו בין אח אחד ל-13 אחים. בין הנבדקים המספר הממוצע של אחים הוא 5.4, כלומר, הנבדקים באים ממשפחות ששעור הילודה הממוצע בהן הוא 6.4 ילדים. לא מצאנו איפיונים של הנבדקים מבחינת מיקומם בסדר הלידה של משפחות המוצא.

הנתונים שהובאו לעיל ביחס למשפחות המוצא של הנבדקים, אינם מתייחסים למהות היחסים עם ההורים והאחים ולא לשאלה עד כמה הם משמשים מקור תמיכה לנבדקים. יש נבדקים שנעזרים רבות במשפחת המוצא שלהם ואילו לאחרים אין כמעט כל קשר איתן. על אותן משפחות המוצא המסייעות לנבדקים באופנים שונים, בהתמודדות עם קשיהם, נרחיב ונפרט בפרק העוסק ביחסי הנבדקים עם הקהילה.

תורשה בקרב הנבדקים

הנבדקים נשאלו אודות אנשים נוספים במשפחה הסובלים מהפרעות נפשיות. שאלה זו עוררה אצל חלק מהם תגובות של הסתייגות. אחד הנבדקים שאל: "מה אני צריך לספר לך את כל הסודות?" ואילו אחרים איזכרו ביוזמתם בני משפחה הסובלים מהפרעות נפשיות (להלן, חולים). הנתונים שנביא להלן שאובים מתוך המידע שהתקבל מהנבדקים ומתוך החומר בתיקים. יש להניח שמידע זה אינו מושלם.

תורשה במשפחה הגרעינית

בקרב 16 נבדקים הוגדר אחד מההורים כחולה-נפש. בנוסף, היו עוד 6 נבדקים שבתיקיהם או בתאוריהם את הוריהם היתה התייחסות להפרעה או להתנהגות מופרעת של אחד ההורים, שיש בה רמז לחולי נפשי, כלומר, סה"כ 22 (שהם 31.9%) מהנבדקים. אצל 25 (שהם 36.2%) מהנבדקים יש אח אחד או יותר שהינו חולה-נפש (לגבי שלושה מתוכם יתכן שמדובר בפיגור). בקבוצה זו – 8 נבדקים שאחד מהוריהם מוכר כחולה-נפש, ועוד 5 נבדקים שביחס להוריהם יש איזכור לאפשרות של חולי נפשי. אם מקבצים את שתי הקבוצות מגיעים לכך שמחצית מהנבדקים (34 במספר), גדלו בבתיים שבהם מישהו מהמשפחה הגרעינית סבל ממחלה נפשית.

תורשה במשפחה המורחבת

19 נבדקים דיווחו על מחלות-נפש במשפחה המורחבת (סבים, דודים או בני דודים). 11 מתוכם שייכים גם לקבוצת הנבדקים שבמשפחתם הגרעינית יש חולה-נפש, כלומר, בנוסף על ה-34 שהוזכרו קודם, יש עוד 8 נבדקים נוספים שיש מקלות-נפש במשפחתם. בקרב 42 (שהם 60.9%) מהנבדקים אותרה מחלת-נפש במשפחה הגרעינית והמורחבת. זהו שעור גבוה ביותר.

לסיכום, בין שמחזיקים באתיולוגיה תורשתית ובין בסביבתית למחלות נפש, אין ספק שהנבדקים במחקר זה שייכים לקבוצת סיכון גבוהה.

מצבם המשפחתי של הנבדקים

כפי שהודגש בפרק המבוא מאופיינת המשפחה החרדית בכך שיצירת התא המשפחתי נעשית בגיל מוקדם יחסית, באמצעות שידוך שיוזמיו הם בדרך כלל ההורים. להתקשרות בין בני הזוג, ולמשפחה, מאוצלות

משמעויות של קדושה, וקיום מצוות 'פרו ורבו' הוא המוקד המרכזי שעליו מושתתת המשפחה. כתוצאה מתפיסה זו מאופיינת המשפחה החרדית ביציבות יחסית, שכן הציפיות מחיי הנישואין הן ברורות ומקובלות על חברי הקהילה.

להלן נציג את מצבם המשפחתי של הנבדקים בעת ביצוע המחקר.

טבלה מס. 4 מצבם המשפחתי של הנבדקים

המצב המשפחתי	גברים		נשים		סה"כ	
	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים
רווק	17	41.5%	1	3.6%	18	26.0%
נשוי	13	31.7%	16	57.1%	29	42.0%
נשוי פעמיים	2	4.9%	—	—	2	2.9%
גרש	6	14.6%	7	25.0%	13	18.8%
גרש פעמיים	2	4.9%	—	—	2	2.9%
פרוד	1	2.4%	3	10.7%	4	5.9%
אלמן	—	—	1	3.6%	1	1.5%
סה"כ	41	100%	28	100%	69	100%

מצבם המשפחתי של הנבדקים כפי שמשקף מן הטבלה הנ"ל, אינו תואם את התפיסה הרווחת בחברה החרדית ביחס להקמת משפחה ויציבותה. בולט גם ההבדל במצבם המשפחתי של הגברים והנשים במחקר.

רווקים

בקרוב הגברים יש אחוז גבוה של רווקים, בעוד שבין הנשים יש רק נבדקת אחת רווקה (הסובלת נוסף לבעיית הנפשית גם ממוגבלות שכלית). בסקר נמצא שבקרוב הנבדקים במרפאה – 40.2% מהגברים רווקים, ו-22.9% מהנשים רווקות. כלומר, שעור הרווקים בסקר דומה לזה שבמחקר, אך שעור הרווקות שונה. נראה לנו, שלא ניתן לייחס פער זה בשעורי הרווקות בין גברים לנשים רק להבדל בין המינים מבחינת עיתוי הופעת הבעיה הנפשית (אותה נציג בהמשך), משום שחלק מהנבדקים נישאו על אף שהפרעותיהם הנפשיות היו קיימות טרם הנישואין. הגברים במחקר התייחסו לרווקותם באופנים שונים.

חלק קשרו בין מצבם המשפחתי למצבם הנפשי; אמר אחד הנבדקים: "רציתי להתחתן, היתה לי 'חברה' (מישהי שהנבדק חשב שהיא מועמדת מתאימה להיות אשתו) ואתה שאני חולה, הלכה להתחתן עם מישהו אחר. התרגזתי". נבדק אחר הסביר: "אם שומעים שיש בעיות נפשיות אצל הבחור, אף אחד לא מוכן לקחת אותו לשידוך. יש כאלה שמוכנים, אבל הם כנראה חולים קצת". אצל חלק מן הנבדקים קיימת השלמה עם המצב. אמר אחד הנבדקים: "אני לא יכול לעבוד, איך אתחתן? צריך להרוויח כסף". אחר הסביר: "זה (נישואין) לא כל כך מתאים למצב. קשה לי לעבוד, לזנק. זה לא דרך להטיל הכל על האשה. צריך כושר תיפקוד. אני מרגיש שנכשיר, עם אבא (איתו הוא התגורר) בקושי מצליחים להסתדר". נבדק אחר אמר: "אני לא מתכוון להתחתן, לא בשבילי לדבר הרבה עם אנשים. אפילו היום אני לא בשל להתונה".

אצל אחרים יש אי השלמה עם המצב. אמר אחד הנבדקים החי עם אימו הקשישה: "אני רוצה להתחתן עכשיו, שיהיה לי משהו בבית, עקרת בית, לא טוב להיות לבד". נבדק אחר הסביר: "אני רוצה בחזרה שתבשל, שלא אהיה לבד בבית. במאה שערים כל השדכנים מכירים אותי, אין להם הגילים שלי". היו נבדקים שהדגישו שהרווקות קשה משום שהיא מצביעה על ליקוי, ואז מתעוררות השאלות והתמיהות בדבר המצב הנפשי, כלומר, הרווקות חושפת את הבעייתיות הנפשית. אחד הנבדקים אמר: "רואים בחור לא נשוי, סימן שיש לו עבירות (פריצות דברים כאלה)...היום כולם יודעים, אומרים: 'זה מבוגר לא מתחתן'". אחר הסביר: "מתרחקים ממני, כאילו אומרים: 'מסכן אדם שבלי ילדים'. חושב שהם חושבים עלי מדוע הוא לא מתחתן, חושבים עלי רע". את הדילמה סביב הנישואין תיאר אחד הנבדקים: "ההורים מתים מתים שאני אתחתן, הם רוצים שאני אסתיר את המצב ואני לא מוכן, רוצה 'דוגרי' (הכוונה לחשוף את מצבו הנפשי טרם הנישואין).

שני נבדקים קישרו את רווקותם לחוסר משיכה לנשים.

נשואים

בולט אחוז גבוה של נבדקות נשואות בהשוואה לנבדקים נשואים, כך שניתן לומר, שבנושא הקמת המשפחה, הנשים במחקר נענות יותר לציפיות הנורמטיביות של החברה החרדית בהשוואה לגברים. מהסקר נמצא שבקרב הנבדקים במרפאה 46.7% מהגברים הם נשואים ו-56.3% מהנשים – נשואות. כלומר, שיעור הגברים הנשואים במחקר נמוך משיעור הגברים הנשואים בסקר (גם אם מצרפים את הנשואים שנית) ואילו שיעור הנשים הנשואות דומה.

מהות היחסים עם בן/בת הזוג

בעת ביצוע המחקר, היו הגברים הנשואים (15) יותר שבעי רצון מן הנישואין בהשוואה לנשים הנשואות (16), לא כולל הפרודות). 10 מבין הגברים הנשואים (שהם 66.6% מהנשואים) היו מרוצים מנישואיהם עם הסתייגויות קלות, בעוד שרק 6 מן הנבדקות (שהן 37.5% מהנשואות) היו מרוצות מחיי הנישואין. השאר דיווחו על בעיות בחיי האישות (2), קונפליקטים קשים עם בן הזוג בעבר ו/או בעת ביצוע המחקר, מלווים בפרידות או באיומי פרידה (5), תחושה שבחירת בן הזוג היתה טעות (1). לגבי שתי נבדקות אין בידינו מידע כיצד הן ראו את חיי הנישואין שלהן. רק בקרב ארבעה נבדקים גברים הועלו טענות דומות לאלו של הנשים. (ביחס לנבדק אחד אין מידע על נישואיו). על התמיכה בפועל המושטת לנבדקים על ידי בני זוגם נרחיב בהמשך.

גרושים ופרודים

היו 2 נבדקים שנישאו פעמיים, ו-2 שהתגרשו פעמיים, בעוד שלא היתה אף נבדקת במצב דומה. אחוז הגברים שהתגרשו לפחות פעם אחת הוא 24.4% ובקרב הנשים – 25%. בסקר נמצא שבאוכלוסיית המרפאה יש 9.8% גרושים ו-11.5% גרושות. כלומר, שיעור הגירושין בקרב הנבדקים החרדיים הוא גבוה משיעור הגירושין באוכלוסיית הסקר. ממצא זה מעורר תמיהות לאור ההנחה המקובלת שהחברה החרדית מאופינת ביציבות חיי הנישואין. נראה לנו שתמונת מצב זו היא דווקא ביטוי לחשיבות מוסד הנישואין בחברה החרדית, שבה מושקע מלכתחילה מאמץ להשיא גם את המוגבלים והבעייתיים, תוך נסיון להתעלם מן העובדה שהנישואין עלולים להחריף את המצב ולהסתיים בגירושין. אביו של אחד הנבדקים תיאר: "אפילו אם יש ילד אחד זולה במשפחה והשאר בסדר, לא רוצים להשתדך. הוא (הכוונה לבנו) ידע שהיא אינה כל כך פקוחית וגם ידע דבר יותר גרוע – שיש לה פוליו. משתדלים למצוא לכל אחד שידוך".

ההבדל בין הגברים והנשים במחקר, בולט בהתייחסותן של הגרושות והפרודות למצבן המשפחתי, בהשוואה להתייחסותם של הגברים לאותו נושא. כל הנשים הציגו את הבעל כיוזם ו/או אחדאי לפירוד. כולן, להוציא שתיים, רואות במצבן הנפשי גורם מרכזי בפרידה מן הזוג.

כל הנשים רואות עצמן כנפגעות מן הפרידה. יתכן ותחושת הפגיעות קשורה בהרגשה שסיכוייהן להינשא מחדש – קטנים ביותר. אחת הנבדקות אמרה: "הדבר היחיד שחסר לי בחיים זה בעל, לא יכולה להתחזק. אין לי סיכוי. גירושין זה פגם מאד קשה אצל חרדים". אחת הנבדקות הפרודות אמרה: "קשה לי לשמוע על גירושין. נפילתי לסיר אז אני רוצה להתבשל בו. אני רוצה שיאהב אותי. הוא טוען שאני חולה מגיל 16. שאני עושה דברים לא מוצלחים. להיות גרושה אצלי זה מאד קשה. לחשוב על זה להתמודד עם זה. לא יכולה להיות גרושה". זאת חרף התאור על יחסו הקשה של הבעל כלפיה. תחושה טובייקטיבית זו של חוסר סיכוי להינשא בשנית, מקבלת חיזוק מסויים מן הנתונים שבטבלה מס. 4, המראים שבין הנבדקות לא היו נישואין או גירושין יותר מפעם אחת, בעוד שבקרב הנבדקים הגברים היו ארבעה כאלה. העובדה ששלוש נבדקות היו פרודות בהשוואה לנבדק אחד בלבד, מורה אולי גם היא על המאמצים שהנשים מוכנות להשקיע בשימור הנישואין.

בין הגברים הגרושים היתה נטייה להשלמה עם המצב המשפחתי. אחד הנבדקים אמר: "לא רוצה בינתיים להתחזק שוב". אחר אמר: "עכשיו לא מנסים לעשות שידוכים. הפסקתי עם שדכנים. לא הולך". רק נבדק אחד מבין הגברים הגרושים הביע באופן ישיר רצון להנשא שנית: "לגרוש לא קל להתחזק שוב", ואת התחושה שסיכויי למצוא אשה בריאה הם קלושים "נשארתי עם הכבוד שלי. אני נראה שצריך לקחת מישהי דפקטיבית".

לסיכום: מתוך עיון כולל במצבם המשפחתי של הנבדקים עולה שחשיבות הקמת המשפחה בחברה החרדית מוצאת את ביטוייה בקרב הנבדקות (אשר כולן, מלבד אחת, נשואות או שהיו נשואות) יותר, מאשר בקרב הנבדקים. נראה לנו שהסבר אפשרי לממצא זה הוא הזדהות רבה יותר של הנבדקות לעומת הנבדקים עם הנורמות של חברתן, וכתוצאה מכך הן קונפורמיות יותר מהנבדקים. חיזוק מסויים מה להסבר זה ניתן לקבל מהתייחסותן השונה של הנבדקות והנבדקים לגירושין. הנבדקות, כאמור, בטאו קושי רב יותר מאשר הנבדקים להשלים עם מצב זה, ובכך, בין השאר, נחננו ביטוי לערך של יציבות הנישואין המקובל בחברתן.

יש להניח שהתייחסויות שונות אלה בקרב הנבדקים והנבדקות – משקפות, מעבר לשאלות ההזדהות של היחיד, את יחסה של הסביבה החברתית לחריגה מן הסטאטוס החברתי הרצוי. נראה שבחברה החרדית קיימת סובלנות רבה יותר לחריגות בקרב גברים מאשר בקרב נשים בתחום זה. חיזוק מסויים להתרשמות זו ניתן להסיק מן העובדה שאף אחת מן הנבדקות, בנגוד לנבדקים, לא נישאה פעמיים. יתכן וסובלנות זו ביחס למצבם המשפחתי של הגברים בהשוואה לנשים קשורה גם בהבדל בגיל הפיריון של גברים ונשים. לכן, גבר יכול להנשא מאוחר יותר (כפי שיעלה מנתונים שנציג להלן על גיל הנישואין) ולהעמיד צאצאים, וכפי שבטאו זאת חלק מן הנבדקים הרווקים, שהאפשרות להנשא היא עדיין אופציה פתוחה מבחינתם.

הערך של הקמת משפחה בא לביטוי בשעורי הנישואין והגירושין ונראה שהוא חשוב יותר מיציבותם, ו/או: שמא החברה החרדית מקבלת בסובלנית רבה יותר מן הצפוי את האפשרות שהנישואין לא יעלו יפה. נראה שיותר קל לנבדקים הגברים מאשר לנבדקות להיות חריגים במה שנוגע לסטאטוס המשפחתי.

דפוס יצירת קשר הנישואין בקרב הנבדקים

כבר הדגשנו במבוא שבקרב האוכלוסיה החרדית מקובל שבחירת בן הזוג נעשית באמצעות שידוך, ותארנו את אפיוניו של התהליך.

44 (שהם 63.8%) מהנבדקים נישאו באמצעות שידוך (שדכן או מישהו מהמשפחה שלקח תפקיד זה על עצמו), 7 (שהם 10.1%) נישאו שלא על ידי שידוך (היכרויות שנעשו בעיקר על ידי חברים ומכרים), לגבי 5 (שהם 7.2%) אין לנו מידע ו-13 (שהם 18.8%) עדין לא שודכו. חלק מן השידוכים לא הסתיימו בנישואין. במהלך מחקר זה הסתבר שתהליך השידוך והנישואין הינו שלב מעבר מכריע ומשמעותי לנבדקים רבים. לחלק מהם זהו האירוע שסביבו התרחש המשבר הנפשי. על כך נעמוד ביתר פירוט כשנציג את מסלול הפנייה של הנבדקים. מרבית הנבדקים התייחסו לתהליך השידוך, אם כי באופנים שונים.

הנבדקים שעדין לא שודכו כלל, מאופיינים בכך שסביב הגיל המקובל לשידוך (גיל 18) היתה להם כבר היסטוריה פסיכיאטרית (לעיתים כולל אישפוז), או שהיו מוכרים וידועים כסובלים מהפרעות נפשיות. יחד עם זאת ראוי להדגיש שבמחקר היו נבדקים, שאף שהיתה להם היסטוריה רפואית דומה, נעשה בכל זאת מאמץ לשדכם, שברוב המקרים אף הצליח. לא ברור לנו מהו הגורם שקבע לשדך או להמנע מלשדך את הנבדקים. בהמשך נדגים ש'ערך' המועמד לשידוך מבוסס על תכונות נוספות, מלבד מצבו הבריאותי, אשר מפצות על חסרון המחלה. נראה לנו שהעובדה, שחלק מן הנבדקים הבלתי משודכים ראו צורך לתת הסברים לכך, רומזת שהיעדר הצעות לשידוך ניתפס כחסרון. אחד הנבדקים אמר: "איני יכול נפשית להתחנת. לקבל את העול של חתונה. רוצה להיות מסוגל לפרנס ולא במצב של אשפוזים. לקרוע את הקשר ואפילו להתגרש. אני יודע שיש חולים יותר ממני שמתחנתים. חושבים לפעמים תהיה לו מסגרת חתונה. יהיה לו מין. יהיה בסדר, זה לא נכון. זה עול. מתח. אשה. ילדים. הריונות". הצגת היעדר שידוכים כבחירה של הנבדק, לאור מצבו, חזרה אצל נבדקים נוספים, שאמרו שאינם רוצים או אינם בטוחים ברצונם להינשא. נבדק אחר אמר: "לא עושים לי שידוכים; מדברים. אותו מצב שהיה לפני השידוך יהיה אחרי. אם שומעים שיש בעיות נפשיות אצל הבחור אף אחד לא מוכן לקחת אותו. יש כאלה שמוכנים אבל הם כנראה חולים קצת. זה מקלקל גם לאח. אולי גם הוא חולה".

לאור דברי הנבדקים הנ"ל מתעוררת השאלה: כיצד, אם כן, התמודדה קבוצת המשודכים, שהפרעותיהם הנפשיות היו קיימות עוד בטרם השידוך, עם החסרון של היותם סובלים מבעיות נפשיות? עם בעיה זו התמודדו הנבדקים בשני אופנים. הרוב: 17 נבדקים, טוענים שבן או בת הזוג לא ידעו על בעיותיהם הנפשיות לפני הנישואין. המיעוט: 8 נבדקים, טענו שלא הסתירו את הפרעתם הנפשית, אך מתברר שגם לא טרחו ליידע את בן הזוג המיועד אודות מצבם הנפשי. קבוצה זו כוללת שני נבדקים שהכירו זה את זה בבית חולים, שלושה שטענו שהם יצאו מתוך הנחה שבן הזוג ידע על כך ממקורות שונים (אחת הנבדקות אמרה: "נתנו לי בעל חולה כי גם אני חולה"), ורק שני הנותרים סיפרו באופן ישיר לבן הזוג המיועד על מצבם הנפשי.

בקרב הנבדקים שהסתירו את בעיותיהם הנפשיות ישנם כאלה הרואים בהסתרה תופעה חיובית. אחד הנבדקים אמר: "היא לא ידעה כלום לפני השידוך. היא לא כועסת. כי בהתקפות אני אצל אבא. העובדה שהיא לא ידעה, לא הכניסה אותי ללחץ. להיפך, כשאני בא ויודע שלא מרגישים עלי, יש לי רגש טוב".

העובדה שהרב המכריע מבין הנבדקים, שסבלו מהפרעות נפשיות לפני השידוך, נטו להסתיר עובדה זו, נראה

שיש לה על מה שתסמוך מבחינת הסיכוי המעשי למצא כן/בת זוג הולם.

אולם בין הנבדקים, שהסתירו את הפרעותיהם הנפשיות, ישנם כאלה שבדיעבד יוצאים בביקורת על ההסתרה של הפרעותיהם הנפשיות מבן/בת הזוג המיועד. אחד הנבדקים אמר: "צריך להיות דוגרי בשידוך ולספור מה יש. באותו חודש התחתנתי ובאותו חודש התגרשתי. יש מקרים שחיים יחד, אבל זה לא חיים. את אשתי (השניה) אני רוצה להכיר קודם, שלא יהיה שוק. זה לא סיבה להתחזקן שלא רוצים להיות לבד". נבדק אחר שסבל מבעיות נפשיות טרם הנישואין, נישא, ולאחר מכן בעקבות משברים חוזרים, התגרש – אמר: "אבא לא רצה לקחת אותי לבית קוליס, כי אחרת לא הייתי מתחזקן. הוא רצה שאתחתן, אני לא בדעתו. אני לא חושב שמותר לעשות דבר כזה, לקחת אדם חולה ולתת אותו לאשה בריאה. יותר טוב להיות בריא ורווק מאשר חולה עם אשה וילדים. מה יצא לי? יש לי אשה וילדים אבל אני מרגיש לא טוב. איך אפשר להינות מהם אם חולים? שהבריא אות לא יבוא על חשבון אשה וילדים. אשה וילדים – לא במוחיר בדואות". מעבר לבעיה של הסתרת הבעיות הנפשיות, מייצג נבדק זה תופעה של זירו תהליך השידוך אצל צעירים שמתגלות אצלם הפרעות נפשיות.

היו נבדקים שהתייחסו בביקורת למהירות שבה מתבצעים השידוכים. אחד הנבדקים אמר: "הם המשפחה שלה, דיברו עם המשפחה שלי. איך נוצר הקשר – אני לא יודע. ראיתי אותה שלוש פעמים לפני החתונה, והתחתנו פתאום, והלכתי לצפת". נבדק נוסף תיאר את מהירות השידוך עם אשתו השניה כך: "נפגשנו ביום חמישי בלילה בקושי הכרתי אותה, אביה הוציא עוגות ויין ואמר 'לחיים'. שבוע אחרי זה קבענו חתונה. הייתי כמה חודשים לבד, פתאום, בהפתעה תוך שבוע התחתנתי. חשבתי שהיא בתולה, הרגשתי שדימו אותי".

היו נבדקים שיצאו בביקורת על השרירותיות והכפייה שבשידוך. נבדקת אחת אמרה: "חיתנני אותי נגד רצוני, לא היתה ברירה. הייתי פחדנית, מה אברח? אעשה 'פאשלה'! זו בושה! אעשה מה שה' רוצה. אמרו תבחרו בין זה וזה. אמרתי, אבחר לפחות אחד שמכירים את משפחתו ויש לו ידאת שמיים". נבדקת נוספת, שחיה שנים רבות בנפרד מבעלה, אמרה: "ראיתי אותו פעם אחת, אז לא הסכמתי לגמור באותו יום, אז באו שוב וגמרו. הוא לא מצא חן בעיני, אבל אנחנו שואלים את הרבי. שלחתו את אבא פעמיים לרבי ואז עשיתי שידוך".

מרכיבים נוספים מעבר לנושא הבריאות, משפיעים על ההחלטה להשתדך. קיים המרכיב הכלכלי העולה למשל בדבריה של נבדקת מוגבלת בשכלה: "לבעלי לא היה מספיק כסף לבית, אז אנחנו שילמנו את הבית והוא את הרהיטים". נבדק נוסף הציג צרוף של מרכיבים שהכריעו בשידוך: "היה לחץ. אני השני באחים (אחיו כבר נישא), שאבא לא יכנס לחובות, הם היו מוכנים לתת דירה. אם זה היה לפני המחלה הייתי יותר ברוך. התחתנתי בפוזיות למרות שהיה בדעתי להחליט לאט. זה היה שנה אחרי המשבר. היו שלושה שבועות של היכרות, נפגשנו אצל הוריה עם דלת פתוחה. אמרתי, יש שפה משותפת, אבל אני לא נמשך אליה. אח"כ היו האירוסין, זה אבסורד. באירוסין יצאנו פעמים בודדות. הסתבר שיש לה מום פיזי וצלקות. אני מרגיש שדימו אותי, כי אמרו רק שעברה ניתוח וחשבתי שזה משהו פנימי". נבדק זה מציג את התופעה שטיבו של השידוך נקבע על סמך מערכת שיקולים המורכבת ממשתנים רבים כגון: הבעיות הנפשיות, שמירה על סדר הנישואין במשפחה על פי הגיל, שיקולים כלכליים, ושיקולים של הופעה חיצונית. מימר נוסף הקובע את טיבו של השידוך הוא הלמדנות של החתן המיועד. נבדקת אחת סיפרה: "התענינתי איפה הוא למד, אמרו לי: 'את לא אחת שצריכה עילויים'. אני חושבת שדווקא הייתי צריכה עילוי". נבדק נוסף סיפר: "כבר שהייתי בן 17, אבא שלה שלח לאבא שלי שרוצה אותי בשביל הבת שלו. הייתי עילוי".

למרות שקיימים בין הנבדקים 13 שלא שודכו כלל, בכל זאת מתקבל הרושם שיש הרבה מן האמת בדברי אביו של אחד הנבדקים שאמר: "משתדלים למצוא לכל אחד שידוך". מתוך דברי הנבדקים עולה כי לכל 'חסרון' ידוע – יש 'מחיר' בשידוך, וקיימת נטיה לאיזון בשידוך של מום תחת מום. בעיות נפשיות, מסתבר, נחשבות לחסרון גדול, שעליו משלם המשודך בוויתור על יתרונות שונים ומגוונים אצל בן/בת הזוג המיועד. זאת כנראה הסיבה לכך שמרבית הנבדקים, שסבלו מבעיות נפשיות לפני השידוך, נטו להסתיר עובדה זו, ובין המעטים שלא טרחו להסתיר זאת, רק שנים דנו בכך באופן גלוי עם בן/בת הזוג המיועד. ההסתרה לא נועדה רק לאפשר שידוך לסובל מבעיות נפשיות, אלא גם למנוע קשיים בשידוך של בני משפחה אחרים, כפי שהדגישו חלק מן הנבדקים שצוטטו לעיל.

גיל הנישואין של הנבדקים

במבוא תארנו שבחברה החרדית מקובל להנשא בגיל מוקדם, ומנינו את הסיבות לכך. הגיל הממוצע של נישואין בקרב הנבדקים, הינו 26.1. טווח גיל נישואין הינו בין 20-44 והשכיח הינו גיל 22 (5 נבדקים). הגיל הממוצע לנישואין בקרב הנבדקות הוא 20.7, טווח גיל נישואין הינו בין 17-31, והשכיח הינו גיל 19 (8 נבדקות). גיל הנישואין של הנבדקים כולם, אך בעיקר של הגברים, גבוה מהמקובל באוכלוסייה החרדית (על פי מחקרם של שלהב ופרידמן 1985). קיים פער של מעל 5 שנים בגיל הנישואין הממוצע של הנבדקים והנבדקות. ממצא זה, והאחוז הגבוה של רווקים בקרב הנבדקים, מחזקים את המגמות שהצבענו עליהן לעיל, בדבר הזדהות וקונפורמיות יתרה של הנבדקות בהשוואה לנבדקים, כלפי הנורמות המקובלות בחברה החרדית ביחס לדפוסי הנישואין. הפיזור הרב של גיל הנישואין בקרב הגברים הנבדקים, מצביע על כך שקיימת אצלם תופעה של נישואין מאוחרים. תופעה זו יכולה להוות הסבר מסויים, כפי שציינו, להתייחסות השונה לרווקות בקרב הנבדקים והנבדקות.

ילודה בקרב הנבדקים

משפחות חרדיות מאופיינות במספר רב של ילדים. בין הנבדקים ל-39 יש ילדים ול-30 נבדקים אין ילדים (אחת – בתה היחידה נפטרה), וזאת למרות שבמחקר יש רק 18 רווקים. מספר הילדים הממוצע בקרב הנבדקים שהם הורים הוא 3.7 ילדים לנבדק. המספר השכיח של ילדים לנבדק – שניים ושלושה ילדים (סה"כ 16 נבדקים), הוא נמוך בהשוואה לכלל האוכלוסייה החרדית. ניתן להסביר ממצא זה בעובדה בכך, שחלק מן הנבדקים עדיין לא מיצו את תקופת הפריור שלהם. אך למרות ההסבר הזה – מעוררים ממצאים אלה תמיהה, בעיקר מתוך העובדה שתיכונן הילודה נשלל בחברה החרדית באופן עקרוני.

נושא הילודה הינו אחד הנושאים בהם בא לעיתים לביטוי הקונפליקט בין דת לרפואה. קיימים מצבים בהם נוטים רופאים להמליץ לפקת על הילודה, מחשש להחרפת מצבה של הנבדקת ו/או מתוך דאגה לגורלם של הילדים העתידיים להיוולד להורה שאינו מתפקד. בקרב 16 נבדקים עלה נושא זה באופנים ובהקשרים שונים. אחת עשרה נבדקות, ונבדק אחד, דיווחו על שימוש באמצעי מניעה על ידי האשה. רובם החליטו על כך תוך התייעצות עם רב. המאפיין קבוצה זו היא העובדה שלכולם להוציא נבדקת אחת, היו לפחות כן ובת. לעובדה זו יש משמעות, משום שאחד הפרושים המקובלים למצוות 'פרו ורבו', הוא שיהיה לפחות צאצא אחד מכל מין. ראוי

להדגיש שאצל כולם נעשתה ההחלטה בדבר שימוש באמצעי מניעה בעקבות מצב נפשי קשה, שהיה מלווה בד"כ באשפוז פסיכיאטרי. קבוצה זו מלמדת על גמישות בקרב הסמכות ההלכתית בנושא הפיקוח על הילודה כאשר מדובר ביולדות הסובלות מהפרעות נפשיות.

חלק מהנבדקות לא היו שלמות עם ההחלטה להפסיק ללדת והיו ביניהן כאלה שלאחר תקופה פסקו להשתמש באמצעי מניעה, מתוך תחושה שאם הן חדלות ללדת אזי במידה מסויימת, יעודן בחיים הסתיים. אחת הנבדקות, לאחר שקיבלה היתר לשימוש באמצעי מניעה, אמרה בבכי: "אבל אני רוצה עוד ילדים". לתגובה זו לא היה כל קשר עם אי תפקודה כאם במשך תקופה ארוכה, כלפי הילדים שכבר היו לה. נבדקות אחרות הביעו חשש שהחלטה זו תפגע בחיי הנישואין ואף תעמיד את המשכם בסימן שאלה. נבדקת אחת סיפרה: "הוצאתי את הטבעת. כי חשבתי שאם אכנס להריון — בעלי יהיה מרוצה". חשש זה יש לו על מה לסמוך, שכן בקבוצה זו של המשתמשות באמצעי מניעה, דיווחו שמונה מתוך אחת עשרה נבדקות על בעיות בחיי הנישואין בעת ביצוע המחקר או בעבר, כולל תקופות של פרוד.

ארבעת הנבדקים האחרים שהתייחסו לנושא תכנון המשפחה התייחסו אליו מהבטים אחרים. אחד ייחס נסיון התאבדות שלו לפרישותו מאשתו במשך שש שנים, מבלי שקבל היתר לכך מרב, מאביו או מאבי רעייתו. בקרב שלושת הנבדקים הנוותרים, התעוררה בעיה סביב נישואין והולדה, כאשר שני בני הזוג הם חולי-נפש. במקרה אחד היו שני בני הזוג בין הנבדקים, ובשני — רק אחד מבני הזוג. במקרה הראשון הכירו בני הזוג זה את זה בין כותלי בית החולים. הצוות הרפואי הביע את הסתייגותו מהנישואין. הבעל הביא את הרב שלו שנתן את ברכתו לנישואיהם, ואף תמך ברצונם ללדת ילדים. לזוג נולד צאצא ראשון. כל הגורמים הטיפוליים ניסו לסייע בידם, אך הם לא יכלו לטפל ביילוד והוא נלקח על ידי הורי האשה. הילד השני שנולד להם, נמסר על ידי הורי האשה למשפחה לא מוכרת לזוג. הזוג הצהיר על כוונתו להמשיך ולהעמיד ולדות, למרות שנאמר להם על ידי רשויות החוק הממלכתיות שילדיהם יהיו ברי אימוץ. נבדק נוסף הכיר את רעייתו במסגרת שיקומית, והחליט להינשא לה למרות התנגדות משפחתו. שני בני הזוג גרושים. הנבדק קיבל את ברכת הרופא לנישואין, תוך הסתייגות חד משמעית מאפשרות של הריון. הנבדק קיבל זאת ואף אמר: "אני לא רוצה שהיא תהיה עוד פעם חולה. אנחנו בגיל שבד"כ חפטיקים להביא ילדים". כעבור מספר חודשים הגיע אותו נבדק עם מכתב מהרב לרופא המטפל, בו התבקש האחרון לנמק מדוע הוא מתנגד לכך שלזוג יהיו ילדים.

דוגמאות אלה משקפות את הקשיים והקונפליקטים בהם מצוי האדם החרדי הנקלע למצב שבו עליו לתכנן ילודה. מתוך מספרם הקטן יחסית של ילדים לנבדק, ותאור המצב כפי שהובא על ידו, נראה, שבמרבית המקרים ניתן לפתור קונפליקט זה במסגרת הלגיטימית-הלכתית.

הבעיות המתעוררות סביב נושא הילודה בקרב הנבדקים נעוצות גם בשאלת יכולתם לדאוג לגידולם וחינוכם של ילדיהם. חלק מהנבדקים מתפקדים כהורים, ואילו אחרים מתקשים בכך ונעזרים במקורות תמיכה משפחתיים וקהילתיים. נדון בכך בפרוט כשנתייחס ליחסי הגומלין בין הנבדקים לקהילה.

יציבות הזהות החרדית של הנבדקים

במהלך המחקר שאלנו את הנבדקים על זהותם הקבוצתית בחברה החרדית. מלכתחילה הינחנו שהגדרה זו

תהיה בחירה למדי, אך עד מהרה הבינונו שהנושא מורכב למדי. באופן כללי התחלקו הנבדקים לשתי קבוצות עיקריות.

בקבוצה האחת נכללים 46 (שהם 66.66%) מהנבדקים המגדירים את עצמם כחרדים בעבר ובעת ביצוע המחקר. בקבוצה זו היו 23 נבדקים מכל מין. עם 25 נבדקים (שהם 54.3% מקבוצה זו) התקיים ראיון מלא. בקבוצה זו הגדירו 18 נבדקים בלבד את עצמם כשייכים לפלג מסויים בחברה החרדית, מתוכם 10 הגדירו את זהותם באופן עצמאי, 4 הגדירו אותה באמצעות ההורים, 4 באמצעות ההשתייכות העדתית. בקרב המגדירים את עצמם כשייכים לפלג מסויים, רק למחציתם היתה הגדרה זו בעלת משמעות מעשית בחיי היום יום. 30 נבדקים מהקבוצה כולה הגדירו זהות קבוצתית של הורה אחד, או של שניהם ביתר פרוט, לגבי 8 אין לנו מידע (אם כי ברור שההורים חרדים), ועוד 8 הגדירו את הוריהם בהגדרה כללית (חרדים). עובדה זו מורה שבקרב הנבדקים חל כרסום בהגדרת הזהות הקבוצתית בהשוואה להוריהם.

בקבוצה השנייה היו 23 נבדקים, שהם שליש מהנבדקים, שעברו שינויים בזהותם הקבוצתית במהלך חייהם. ניתן לחלק קבוצה זו לשלוש תת-קבוצות.

1. 'קבוצת המתחרדים', אלה הם נבדקים שבמהלך חייהם נעשו חרדים יותר בהשוואה למשפחת המוצא שלהם, כדברי אחד הנבדקים: "אני בא ממשפחה שהיסוד שלה דתי לא חרדי". בקבוצה זו 7 נבדקים שלושה גברים וארבע נשים, ארבעה הם ממוצא מזרחי, וארבעה אינם ילידי הארץ. המעבר לעולם חרדי יותר תואר על ידי כולם כצעד שנעשה ביוזמתם, והם שבעי רצון ממנו.

2. 'קבוצת התהפוכות', בקבוצה זו 6 נבדקים, כולם גברים, שבמהלך חייהם עברו תהפוכות בזהותם הדתית, לרובם היו תקופות שבהן לא היו דתיים כלל. אחד הנבדקים תיאר זאת כך: "בצבא נהייתי חילוני לגמרי. אחר כך חזרתי למקור". נבדק אחר אמר: "יש לי רקע דתי וזה דורש כל הזמן לחזור למקורות. אפילו שהייתי לא דתי הייתי מחויב מהדת. הייתי מוכן להתווכח עם כל אחד על הדת. הייתי חסיד נמרץ של הדת. מוכן להגן על הדת המושפלת... פנימי הייתי בעד הדת — מעשי לא". בקבוצה זו שלושה מגדירים עצמם, כיום, באופן חד משמעי, כחרדים והדבר ניכר גם בהופעתם החיצונית, ושלושת הנותרים מגדירים עצמם כחרדים עם הסתייגויות.

3. 'קבוצת המתלבטים', בקבוצה זו 10 נבדקים, תישעה גברים ואשה אחת, ולהם התלבטויות באשר לזהותם החרדית. כולם תופסים את עצמם כפחות חרדים בעת ביצוע המחקר בהשוואה לעבר, אך אופן היותור על אורח החיים החרדי משתנה מנבדק לנבדק. כולם, להוציא אחד, שומרים בהופעתם החיצונית בצורה זו או אחרת על סממן כלשהו המזהה אותם עם החברה החרדית. אחד הנבדקים שאינו מתפלל כבר שנים ומחלל שבת ברשות היחיד, אמר: "אני הולך עם כיפה רק בגלל המשפחה שלי". נבדק אחר, המתגורר בבית הוריו, אמר: "אני לבד, לא שייך לשום קבוצה. אני לא עצמאי לעשות מה שרוצה". ראוי להדגיש שבקבוצה זו רק הנבדקת היא בעלת הופעה חרדית מושלמת.

בקבוצת המתלבטים ישנם נבדקים המתייחסים להתלבטות בקלות יחסית "אני רוצה לצאת ממאה שערים, רוצה טלוויזיה; במאה שערים אי אפשר לעשות כלום". לעומתם, יש בקבוצה זו אחרים שתהליך ההתלבטות קשה ומלווה בכאב ובמחשבה רבה המושקעת בנושא. נבדק המתלבט כבר שנים רבות אמר: "יש פה קונפליקט בין הראש למלבוש החיצוני, לא יכול להתקרב לא לכאן ולא לכאן, וכרגע לא נמצא בשום חלק".

בקרב הנבדקים שעברו שינויים בזהותם הדתית בולט מספרן הנמוך של הנשים. בקבוצה זו יש 5 נבדקות בלבד

(שהן 21.7% מכלל הנבדקים בקבוצה זו), שארבע מתוכן הפכו מדתיות לחרדיות ועוד אחת שמתלבטת, אך למעשה אין להתלבטותה שום ביטוי חיצוני. ממצא זה מעורר שאלות. אורח החיים החרדי מטיל על הגבר עול מעשי-אקטיבי גדול בהרבה מזה שמוטל על האשה. יתכן וההסבר קשור בכך, או שמא הגברים החרדים מתירים לעצמם יותר חופש מחשבה וביקורתיות מאשר הנשים. הסבר זה עולה בקנה אחד עם ההסברים שהצענו להנדלים במצב המשפחתי של הנבדקים והנבדקות.

עם 18 מהנבדקים (שהם 78.3% מהקבוצה שעברה שינויים בזהותה הקבוצתית) התקיים ראיון מלא, בעוד שבקבוצת בעלי הזהות היציבה התקיים ראיון מלא רק עם 25 (שהם 54.3%) מהנבדקים. ממצא זה משקף את הצורך ואת הנכונות של מתלבטים לסוגיהם – לדבר. מצב זה תואם את התמיסה, שטיפול נפשי מתאים לאנשים הסובלים מהתלבטויות פנימיות. מן הבחינה המעשית, יתכן ויש מקום לברר עם חרדים הפונים למרפאה את תולדות שייכותם הקבוצתית, כחלק מתהליך המיון וכאמצעי לקביעת תוכנית ההתערבות.

הזהות החרדית של בן/בת הזוג

מתוך 51 נבדקים שנישאו אי פעם, 35 ראו בן/בת הזוג שותף מתאים מבחינת הזהות הקבוצתית. ביחס ל-7 נבדקים אין בידינו מידע. 9 נבדקים ציינו את עובדת היות בן/בת הזוג חרדי יותר (4 נבדקים) או חרדי פחות (5 נבדקים), מתוכם 5 גרושים, אחד נשוי בשנית, ועוד 3 שציינו קשיים בחיי הנישואין. לא ברור אם ההבדל בחרדיות הוא שיצר את בעיות הנישואין, או שמא ההבדל מהווה הסבר וצידוק לבעיות בנישואין.

בהגדרת הזהות הקבוצתית של בן/בת הזוג בלט הבדל בין הנבדקים והנבדקות. 15 נבדקות (מתוך 27 שנישאו אי פעם) הגדירו את זהותו הקבוצתית של הבעל, בעוד שרק 4 נבדקים (מתוך 24 נשואים אי פעם) הגדירו את הזהות הקבוצתית של בנות זוגן, כאשר בשני מקרים ההגדרה היתה עדתית. היכולת להגדרת הזהות הקבוצתית של בן הזוג על ידי הנבדקות מפתיעה, לאור הקושי בהגדרת הזהות הקבוצתית העצמית של הנבדקים. יש להניח שתופעה זו, וההבדל בין הנבדקים לנבדקות נעוץ בעובדה ש"אשה הולכת אחרי בעלה". אחת הנבדקות תיארה: "אני לא מדגישה את החסידות של בעלי (ברסלב) אבל אני מבינה שזו חסידות עמוקה מאד". אותה נבדקת גם מתפללת שם.

לסיכום, לאור החומר שהבאנו במבוא העוסק בחיי הקהילה החרדית, הופתענו למצוא שרוב הנבדקים מתקשים בהגדרת זהות קבוצתית ספציפית. כשנעסוק ביחסי הגומלין בין הנבדקים והקהילה החרדית ננסה לבדוק אם למצב זה יש גם משמעות מעשית. כמו כן בולטת העובדה שבקרב שליש מהנבדקים אין יציבות בזהות החרדית לאורך חייהם. גם ממצא זה מפתיע לאור היציבות המאפיינת את האוכלוסייה החרדית, שאותה תארנו במבוא.

השכלת הנבדקים

על חשיבות הלימוד באוכלוסייה החרדית, שאחד ממאפייניה הוא היותה חברה לומדים, עמדנו במבוא. בנסינונו לשחזר את ההיסטוריה הלימודית של הנבדקים נתקלנו בקשיים רבים. רוב הנבדקים התקשו לדווח על היסטוריית הלימודים שלהם בצורה מפורטת. הדבר בא לידי ביטוי בקושי לדווח על שנות הלימוד, על המסגרות השונות בהן למדו, או על שניהם גם יחד. קושי נוסף שהתעורר בדיווח על השכלת הנבדקים, נעוץ בעובדה שהגיל

בו מתחילים הבנים בחברה החרדית ללמוד הינו, כאמור, גמיש. גם עורכי הסקר נתקלו בקשיים דומים, ולכן יצרו קטגוריה נפרדת, במשתנה ההשכלה ביחס לאותם נבדקים במרפאה שלמדו בישיבה, ללא פרוט של מספר שנות הלימוד. מאחר ונראה לנו שמשנתה זה הוא בעל משקל נכבד ביותר בחברה החרדית, נביא להלן נתונים כלליים על מספר שנות הלימוד של הנבדקים. הנתונים המתיחסים למספר שנות הלימוד, מתייחסים לגיל 6 כאל גיל תחילת הלימודים.

שנות לימוד

טווח שנות הלימוד של הגברים במחקר הוא בין שמונה שנות לימוד (2 נבדקים) ועד כולל (2 נבדקים) כלומר, מצב בו לא חדלו ללמוד. השכיח הוא עשר שנות לימוד (12 נבדקים). 73% מהנבדקים הגברים, שבייחס אליהם יש בידינו מידע על שנות הלימוד שלהם (בייחס ל-4 נבדקים אין בידינו פרטים), למדו לא יותר מאשר 12 שנות לימוד, כלומר עד גיל 18. בהתייחס לנומרות המקובלות בחברה החרדית, בה הגברים לומדים לפחות עד נישואיהם, ובהתחשב בגיל הנישואים של הנבדקים (ראה לעיל), מצביעים הממצאים הללו על קריירת לימודים דלה בקרב הנבדקים, בהשוואה למקובל בחברה החרדית. ממצא זה קשור ברובו להפרעתם הנפשית של הנבדקים. נעמוד על כך ביתר פרוט כשנדון בהופעת הבעיה הנפשית ובעיתורה.

טווח שנות הלימוד בקרב הנבדקות הוא בין שש שנים (4 נבדקות) ועד ארבע עשרה שנות לימוד (נבדקת אחת שאת רב השכלתה רכשה בחו"ל במסגרות לא יהודיות). השכיח הוא 11 שנות לימוד (11 נבדקות). ביחס ל-2 נבדקות, אין בידינו מידע.

בהשוואה בין הנבדקים לנבדקות עולה שלימודים של מעבר ל-12 שנות לימוד אינם מקובלים בקרב הנבדקות, בעוד שבקרב הנבדקים המשיכו 27% ללמוד מעבר למספר שנים זה. כמו כן נפלטו הנבדקות ממסגרות לימוד מוקדם יותר מאשר הגברים. ממצאים אלה, לדעתנו, הינם תוצאה ישירה של ההבדל במטרת הלימודים ובחשיבותם בקרב נשים וגברים בחברה החרדית, כפי שפרטנו במבוא. תיארה זאת אחת הנבדקות: "למדתי בבית יעקב הישן. למדו שם באידיש, אני מצטערת. לא למדו שם הרבה דברים, למשל: לצייר, עברית. רציתי לעבוד בית ספר אבל ההורים לא הסכימו. למדתי עד גיל 14, אבא אמר שאני צריכה להיות בבית. שאין מי שיעזור לאמא".

מסגרות לימוד

יש להדגיש שתאור מספר שנות הלימוד של הנבדקים אינו משקף בהכרח רמת ידיעות. בעולם הישיבות קיימת הירארכיה, כלומר, ישנן ישיבות הנחשבות לטובות ויוקרתיות יותר מאחרות. אחת הנבדקות הסבירה ביחס לילדיה המתקשים בלימודים: "בישיבות ליטאיות רמת הלימודים מאד גבוהה, והילדים שלי הם עם רמת לימודים נמוכה. בכמה ישיבות חסידייות — רמת הלימודים נמוכה. הילדים שלי נמצאים בישיבות כאלה, שזקוקות למספר מסויים של תלמידים על מנת שיוכלו להמשיך ולהתקיים. שם מעלימים עין מתלמידים חלשים ומכאלה שיש להם 'ראש פתוח'. יש גם ישיבות חסידייות עם רמה טובה. בחרנו בכאלה עם שם לא טוב. הילדים לא יכלו לשמוד על רמתם איפה שהיו, ואני ובעלי חיפשנו מקום אחר לפי עצתם של ה'ראבב' שאמר שהרמה הגבוהה לא מתאימה להם... בבר מצווה לא קיבלו אותם לישיבה קטנה. לרוב ליד התלמוד תורה יש ישיבה קטנה, לפעמים גם ישיבה גדולה וכולל... פנינו למקומות שיוודעים שזה לתלמידים נכשלים (נחשלים), במקומות האלה רמת הלימודים נמוכה ויש מקומות שזה מאד מאד נמוך". תאור זה מדגיש את המאמצים המושקעים במציאת מסגרות לימוד גם לאלה, שספק אם מפיקים תועלת לימודית כלשהי מן השהיה בהן. תיאור זאת אחד הנבדקים מנקודת מבטו הוא: "לא

חשוב אם אתה טוב בישיבה העיקר שתשמור על המסגרת. אבא רצה בכוח שאלך ללמוד. היום מתאימים יותר את המסגרת (הנבדק הוא מעל גיל 40). בחור ילד לחצו עלי ללמוד אבל לא הייתי מסוגל. ברחתי מהחדר. קבלתי מכות מאבא. זה לא עזר. לא רצו לקבל אותי לא פה ולא שם בגלל שגילחתי את הזקן, הורדתי את המגבעת והייתי בלי קפוטטה. אמא צעקה: 'תלך ללמוד! גם אבא צעק. לא ידעתי טוב ללמוד. אבא וכולם אומרים לעבוד רק אחרי החתונה יש כאלה שעובדים בהיחבא'. נבדק נוסף תיאר: "שש שנים למדתי בבית ספר של החינוך העצמאי ולא למדתי כלום. הייתי חולם. לא מבין. הייתי נחשב למפגה. מוזנח. עני".

מתאורים אלה עולה עד כמה ההמצאות במסגרת לימודית בחברה החרדית אינה משקפת בהכרח את הידע הנרכש בה. יחד עם זאת, מגמה זו שתוארה על ידי הנבדקת ביחס לילדיה, ושל הנבדקים האחרים, משקפת את חשיבות השייכות למסגרת לימודית בחברה החרדית.

לאור קשיי הנבדקים בדיווח על מסגרות הלימוד השונות בהם למדו, ולאור ההבדלים האיכותיים והתוכניים של הישיבות השונות, לא ניכנס לפרוט בתחום זה, המחייב מחקר בפני עצמו. אך, כאשר מצאנו שחלק מן הנבדקים לא התחנכו לאורך כל שנות הלימוד שלהם בזרם החינוך העצמאי ראינו מקום לאפיין את הנבדקים מבחינת הזרמים החינוכיים בהם למדו.

49 (שהם 71%) מהנבדקים למדו במשך כל שנות לימודיהם במסגרות של החינוך העצמאי. 9 (שהם 13%) מהנבדקים למדו פרק זמן מסוים במסגרת החינוך הממ"ד ואחר כך עברו למסגרות של החינוך העצמאי. 2 (שהם 2.9%) מהנבדקים עשו מסלול הפוך, ועוד אחד היה במסגרות חרדיות וממ"ד לסירוגין. 4 (שהם 5.8%) נבדקים נוספים, שנולדו בחו"ל, למדו שם במסגרות חילוניות (על פי תאוריהם בכורח הנסיבות), אך עם הגיעם לארץ השתלבו במסגרות לימוד חרדיות. שני נבדקים למדו במסגרות של החינוך המיוחד ולגבי שניים נוספים אין בידינו פרטים אודות המסגרות בהן למדו. רוב הנבדקים (9 במספר, 6 גברים ו-3 נשים) בקבוצה שהחלה את מסלול הלימודים בחינוך הממ"ד, ואחר כך עברה לחינוך העצמאי שייכים למשפחות שהן על גבול הדתיות והחרדיות. אחת הנבדקות תיארה זאת: "עד כתיבתי הייתי במזרחניקים, זה היה כשגרנו במושב בפרוודוד ירושלים. כשעברנו לבני ברק ראינו אברכים; אז נעשינו יותר דתיים".

חשיבות הלימוד באה לביטוי בכך שנבדקים רבים כרכו את בעיותיהם הנפשיות בנושא הלימודים. קשיים בלימודים תוארו כסימפטומים, והבעיות הנפשיות תוארו כמשפיעות על יכולת הלימוד.

היו נבדקים שדברו תוך מצוקה רבה על ירידה ביכולת הלימוד כאחד הביטויים החזקים, ולעיתים הראשוניים, של המחלה. אחד הנבדקים אמר: "היה לי חוסר ריכוז. לא יכולתי להקשיב לחוקן. לא היו לי ידיעות. לא הייתי בריא. לא ידעתי כלום". אחר תיאר: "הרגשתי קושי בהבנה, שאני מאבד את הריכוז". נבדקת נוספת תיארה: "הייתי תלמידה טובה. לא יודעת מה קרה לי. דווקא התבגרתי. אז הייתי צריכה להיות יותר טובה. אבל המצב הורע. לא עד כדי כך. אבל לא הייתי מצטיינת יותר". והמצוקה כיום בתחום זה: "אהבתי ללימוד. היום אני לא יכול ללימוד". הקשיים הללו העמידו חלק מן הנבדקים בדילמה קשה, והם נקטו בדרכי התמודדות שונות עם הירידה בכושר הלימוד.

יש שנפלטו מהמסגרת ביוזמתם. תיאר זאת נבדק שאמר: "אחרי שהתחילה המחלה אני הלכתי מהישיבה. הלכתי לבד כי הרגשתי מאד לא טוב, ושאני לא יכול". אחר אמר: "עזבתי את הישיבה כי לא יכולתי ללימוד כמו כולם". אחרים התמודדו עם הקושי על ידי החלפת מסגרת לימודים. סיפר אחד הנבדקים: "למדתי עד גיל 16 ואז נהייתי

חולה. עברתי לישיבה בירושלים, זה היה טעות, רציתי להפציץ רושם וזה לא היה מתאים לי, לא הסוג שלי". נבדק נוסף תיאר את הצעד שבשינוי מסגרת הלימודים כך: "החלטתי לעבור לישיבה גבוהה יותר, מתקדמת יותר. אבל זה היה ההיפך. למדתי שש חצי שנה ולא הבחינו בכלום, זו ישיבה בלי השגחה. לא באתי, הסתובבתי, לא שמו לב, לא היו לי שם חברים, לא אהבתי את צורת הלימוד שם, לראש הישיבה יש ייחוס לא טוב לתלמידים, מדכאים את הבן אדם, שם תחרותי מאד, זו ישיבה ליטאית. חזרתי לישיבה הראשונה אחרי חצי שנה, אבל זה כבר מאוחר מידי". נבדקת אחת התייחסה לרובי המסגרות שבהן למדה: "למדתי בשלוש בתי ספר כי לא אהבתי ללמוד, מי שלא אוהב ללמוד מסתובב בהרכה בתי ספר".

אחרים נאלצו להתמודד עם הצורך לצאת לעבודה בגיל שאינו מקובל. זו החלטה קשה שנעשית לעיתים בעצה אחת עם רב. נבדק תיאר זאת כך: "זה התחיל בגיל 16. הלימודים היה לי קשה בהם. בגיל 15 נכנסתי לישיבה גדולה, כולם היו שם בני 25, למדו דברים קשים, זה היה מאמץ. לא יכולתי לישון בלילות. הפסקתי לאכול. חשבתי על קושיות ותירוצים, על זה חשבתי כל הזמן, ואז הגעתי לבית חולים. אמרו לי שם לא לחזור לישיבה, אמרו לי שיש לי ראש חלש וזה לא טוב להתעמק כל היום בדברים קשים. רציתי לחזור, אבל ראש הישיבה לא רצה לקבל אותי. הוא אמר: 'אתה יכול לתת כסף כל חודש אבל לא להישאר'. איך קיימים הישיבות? אלה שלמדו הולכים לעבוד וחומכים בישיבות. לא הייתי שלם עם זה. אבל אחר כך השלמתי עם זה ואז התחלתי לחפש עבודות". נבדק אחר תיאר: "החלפתי הרבה מסגרות, לא היה לי רגש ללמוד, הייתי סגור, האחים אמרו: 'זה נסיון אחרון ללמוד, אם לא תצליח בישיבה הזאת, אז תלך לעבוד'".

תאורים אלה מצביעים על כך שהנבדקים, כמו החברה החרדית כולה, רואים בלימוד ובשייכות למסגרות לימוד חלק מהותי מההוויה. לאור זאת נקדיש פרק למצב הלימוד של הנבדקים בעת ביצוע המחקר, כשנעסוק ביחסי הגומלין בין הנבדקים והקהילה, כמדד מסוים להשתלבותם בחברה החרדית.

עבודה ומקורות הכנסה של הנבדקים

"אנא וכולם אומרים: 'לעבוד רק אחרי החתונה'. יש כאלה שעובדים בהיחבא". עמדה זו שביטא אחד הנבדקים משקפת את הגישה בחברה החרדית לנושא העבודה, עליה עמרנו במבוא. כשבדקנו את היסטוריית התעסוקה של הנבדקים הסתבר לנו שלרובם היסטוריית עבודה דלה ביותר, או שלא עבדו כלל. לכן התמקדנו בתעסוקתם בעת ביצוע המחקר, כאחד המרכיבים בתפקודם וכתאור סרר יומם. נושא זה נביא בפרוט כשנעסוק ביחסי הגומלין שבין הנבדקים והקהילה.

מצבם של הנבדקים, כפי שתואר לעיל, בתחום הלימודים והתעסוקה מעלה את השאלה בדבר מקורות ההכנסה של הנבדקים. ראוי להדגיש ש-81.2% מהם דיווחו לנו על קבלת עזרה כספית ממקורות ממשלתיים (53 נבדקים מהביטוח הלאומי, 2 ממשרד הביטחון ואחת מלשכת הסעד). להערכתנו יתכן שאחוז זה הוא אף גבוה יותר. קבלת הקצבות הינה עוד אחת מנקודת המפגש בין החברה החרדית לחברה החילונית-ממלכתית. נקודת מפגש זו הינה תוצאה ישירה של העובדה שהחברה החרדית, למרות סגירותה ובדלנותה, לא יכולה לספק את כל צרכיה בעצמה. לא התקבל הרושם שמצב זה מעורר קונפליקטים בקרב הנבדקים, הרואים עצמם זכאים ליהנות משירותן הרווחה שמספקת המדינה. רק נבדק אחד, כשנשאל האם הוא מתקיים מקצבת הביטוח הלאומי,

התעקש ואמר: "לא. מעזרה סוציאלית". העזרה המתקבלת מגורמים אלה אינה מהווה תשובה מלאה לשאלת הפרנסה של הנבדקים, משום שבחלק מן המקרים הקיצבה נמוכה וברור שאינה מספיקה לצורכי הקיום. בעיה זו מוצאת פתרונה על ידי תעסוקה, בד"כ חלקית, של הנבדקים או על ידי מקורות עזרה בקהילה החרדית. על שני נושאים אלה נתעקב ביתר פרוט כשנדון בייחסי הגומלין שבין הנבדקים לקהילה.

שרות צבאי של הנבדקים

ההמנעות משירות צבאי הינו אחד הביטויים לבדלנותה וסגירותה של החברה החרדית. המנעות זו אף מעוגנת בחוק השירות הצבאי המאפשר דחיית שירות, ואף ביטולו, לתלמידי ישיבה, ומאפשר לבנות להצהיר על סירובן לשרת מטעמי דת ומצפון. במחקר מצאנו 12 נבדקים (שהם 17.4% מכלל הנבדקים ו-29.7% מהגברים) ששירתו בצה"ל. מתוכם שישה שירתו שירות מלא אך ארבעה ציינו שהשירות היה כרוך בקשיים. ששת הנבדקים הנוספים שירתו שירות חלקי ושחררו מצה"ל, ארבעה מסיבות נפשיות, ושניים מסיבות פיזיות.

התופעה של גיוס לצה"ל בקרב הנבדקים מעוררת שאלות כיצד מעשה זה מתיישב עם האידיאולוגיה והתפיסה ההלכתית של החברה שהם חלק ממנה. בדקנו את נסיבות הגיוס של הנבדקים. עשרה מביניהם תארו את התקופה שקדמה לגיוס כתקופה של סיום פרק בחיים, התלבטות בייחס להמשך דרכם, וצפייה שהשירות הצבאי יפתור בעיות אלה. כמו כן תהינו בדבר איפיונים נוספים של המתגייסים, המבטאים הזדהות עם העולם החרדי. מצאנו שתישעה מבין המתגייסים שייכים לקבוצה המתקשה בהגדרת זהות קבוצתית חרדית רציפה לאורך החיים, מתוכם שני נבדקים שייכים ל'קבוצת המתחרדים', חמישה ל'קבוצת התהפוכות' ושניים ל'קבוצת המתלבטים'. בקרב שלושת הנבדקים הנוותרים שהתגייסו לצה"ל – שניים אינם ילידי הארץ, שלא התחנכו, בתוקף הנסיבות, לאורך כל חייהם, בחינוך יהודי חרדי, וכתוצאה מכך היו ודאי חשופים להשפעה חילונית. הנבדק הנוסף הינו יליד הארץ שהתחנך במסגרות חרדיות, אולם שניים מאחיו הבוגרים יותר התגייסו אף הם לצה"ל. כלומר, ניתן לשער שהגיוס לצה"ל, שאינו מקובל בחברה החרדית, מקבל לגיטימציה להתמודדות עם קשיי

הסתגלות, בעיקר בקרב חרדים שהיו חשופים בצורה זו או אחרת לחברה שאינה חרדית מובהקת. עבור חלק מהנבדקים שהתגייסו לצה"ל זו תקופה שבה הם התחזקו מבחינה דתית ועבור אחרים – ההיפך. לא ברור אם הנכונות להתגייס לצה"ל מעידה על שינוי בהתייחסות לדת, או שמא הגיוס לצה"ל הוא שעורר את ההערכה המחודשת ביחס לדת. זאת משום שלרוב המתגייסים היו בעיות הסתגלות קודם לכן. אך יתכן שהמגע עם החברה החילונית הספקנית מהווה גירוי לבדיקה מחודשת של אמונות ודעות. העמדה החרדית הגורסת המנעות ממגע עם העולם החילוני מקבלת 'צידוק' כי תוצאותיו מי ישורן.

לסיכום, מנתוני הרקע של הנבדקים שהוצגו עד כה, ניתן להצביע על מספר מגמות. מצאנו שאוכלוסיית מחקר זה שונה בהתפלגותה מאוכלוסיית הסקר במשני מין, גיל, מוצא, ומצב המשפחתי. שונות זו באה לביטוי גם בהשוואה לממצאי מחקרים שהובאו במבוא, מהארץ ומהעולם. ניסינו להסביר ממצאים אלה, ונתונים נוספים שיובאו בהמשך עשויים לשפוך אור על שונות זו.

בהשוואת הנבדקים לאוכלוסייה החרדית כולה, מצאנו דימיון ושוני.

הדימיון בא לביטוי במספר תחומים: במיסוד קשר הנישואין בעיקר על ידי שידוך, בחשיבות המיוחסת למוסד הנישואין, בעיקר בקרב הנבדקות, בתחושת הסטיגמה המלווה את הסטייה ממעמד אישי מקובל (דהיינו נישואין), ובנטייה להסתיר את ההפרעות הנפשיות בעיקר לפני הנישואין, וההתייחסות אליהם כפגם חמור בשידוך. כמו כן בלטה החשיבות שמייחסים הנבדקים הגברים להיותם חלק מחברת-לומדים.

אך בלט גם השוני של הנבדקים משאר האוכלוסיה החרדית במספר תחומים: חלק מהנבדקים היו חשופים במשפחות המוצא שלהם לנסיבות חיים קשות ולמטען תורשתי של חולי. הנבדקים בלטו באי-יציבות נישואיהם, במעמד אישי חריג, בגיל נישואין גבוה, ובשעורי ילודה נמוכים בהשוואה למקובל בחברה החרדית. בין הנבדקים היו שיצאו נגד האופן בו נעשים השידוכים. הנבדקות, למרות התאור במבוא, הירבו להתלונן על בני זוגן, והביעו אי שביעות רצון ממהות היחסים עימם. למרבית הנבדקים היסטוריה לימודים דלה בהשוואה למקובל, ויש בניהם כאלה שלא תמיד למדו במסגרות חינוכיות של החינוך העצמאי, ומספר גברים אף שירתו בצבא. רבים מן הנבדקים התקשו בהגדרת שייכותם הקבוצתית בחברה החרדית, ושליש מן הנבדקים אף דיווחו על חוסר רציפות בזהות החרדית.

בשונות הנבדקים משאר האוכלוסיה החרדית, יש ביטוי לחוסר הקונפורמיות שלהם, שלא ברור אם ניתן לייחסו רק להפרעותיהם הנפשיות.

נתוני הרקע של הנבדקים, שהובאו לעיל, מקיפים תחומי חיים, שהינם רלוונטיים לנושאים ולתופעות בהם נדון בהמשך.

פרק ב': מסלולי הפנייה לטיפול של הנבדקים

אחד הנושאים שאליהם התייחסנו במהלך הראיון, היה מסלול הפנייה והטיפול אותו עברו הנבדקים. כדי לקבל מענה לנושא זה שאלנו את הנבדקים מתי הופיעה הבעיה הנפשית, ומה נעשה על מנת להתמודד עמה.

קשיים טרם הפנייה

חלק ניכר מן הנבדקים תארו, או שצוינו בתיקיהם, קשיים נפשיים ורגשיים שהיו קיימים זמן רב קודם לפנייה לטיפול, בעיקר בילדות ובהתבגרות, אך לא יוחסה להם משמעות של קשיים הדורשים טיפול. הבעיות שצוינו היו התחום הלימודי

צוין אצל מחצית מהנבדקים כתחום בעייתי, שנים רבות קודם לפנייה. הנבדקים תארו זאת באופנים שונים: "כשהייתי קטן לא זכרתי כלום. הייתי ישנוני". הורים של אחד הנבדקים אמרו: "תמיד למד עם צעירים ממנו". נבדקת נוספת אמרה: "לא היו לי כל הדברים האלה (הכוונה לבעיות הפסיכיאטריות) רק הייתי תלמידה לא טובה".

מאחר ומטרת הלימוד בחברה החרדית הינה שילוב של רכישת ידע והקניית אורח חיים חרדי, היו נבדקים שהרצון להצטיין בלימודים ובמידות נתפס אצלם בראייה רטרוספקטיבית כביטוי לבעייתיות. נבדקים תארו זאת: "בכחה ה' הייתי תלמיד רע מאד. עשיתי מאמץ אדיר כדי לעלות על דרך המלך ואכן הצטיינתי. אבל זה הביא לצמצום החשיבה והייתי ישנוני, לא הרגישו כזה כי עמדת בצפיות (הלימודיות)". הרצון להצטיין במידות תואר על ידי נבדק אחר: "שם (הכוונה לישיבה) רציתי להיראות יותר צדיק מכולם, וזה החליש את כוחותי, לא ישנתי בלילה. הרבה צדיקים לא ישנו בלילה. החברים פגעו בי. התחמתי שאני צדיק".

נבדקים אחרים תארו את הקשיים בלימודים כאחד הביטויים למכלול של התנהגויות בלתי מסתגלות. נבדקת אחת אמרה: "הייתי תלמידה בכלל לא טובה, לא תרוצה, לא למדתי כלום. היתה לי תעודה מאד גרועה. הייתי מפריעה, באמצע השיעור חילקתי ממתקים, סינוורתני פעם את המורה עם ראי, עשיתי הרבה בעויות, גם הייתי מאחרת".

ההתמודדות המקובלת עם בעיות אלה היתה בעיקר על ידי החלפה תכופה של מסגרות הלימוד, או החזקת התלמידים במסגרת ללא דרישות ומעקב על הישגיהם הלימודיים, כפי שצוינו לעיל. רק בקרב שלושה נבדקים שדיווחו על בעיות בתחום הלימודים, היתה התייחסות טיפולית לקשיים אלה, שבאה לביטוי בהשמתם במסגרות של החינוך המיוחד.

התחום החברתי

אף הוא צוין בקרב יותר ממחצית הנבדקים כתחום בעייתי במשך שנים רבות קודם לפנייה. אצל חלקם היו קשיים חברתיים בלבד, ואילו בקרב אחרים היה צירוף של קשיים בהסתגלות למסגרת הלימודית והחברתית.

נבדק אחד אמר: "לא ידעתי טוב ללמוד. עם החברים, גם היה קשה לי". נבדק אחר תיאר את יחסי הגומלין בין שני תחומים בעייתיים אלה: "כפיתי על עצמי להיות המתמיד, פחדתי שיזדקו אותי (מהישיבה), הלחץ בלימודים גרד בדידות חברתית".

חלק ציינו את היעדרם של קשרים חברתיים משמעותיים. נבדקת אחת אמרה: "חברות טובות, אף פעם לא היו לי". אחרת אמרה: "בילדות לא היו לי חברות. זה נראה לי טפל". ואחד הנבדקים אמר: "אף פעם לא היו לי חברים חברים".

נבדקים אחרים תארו את בדידותם ואת קשייהם ביצירת קשרים חברתיים: "קשה לי לעשות קשר עם אנשים" אמר אחד מהם. אחר אמר: "בתור ילד הייתי לא חברותי, סגור בתוך עצמי. בישיבה גם. אבל היו גם שנים ורודות בגיל 20-21". נבדק אחר תיאר את הרגשת הניתוק משאר בני גילו: "עם חברים שיחקתי, אבל הייתי מדומיין כזה, היתה לי הבנה לא נכונה, לא חייתי נכון את המציאות". נבדקים אחרים תארו את הקשרים החברתיים כרווי סבל. נבדק אמר: "בכיתה היו מתייחסים אלי כאל מפגה. היו צוחקים עלי". אחר תיאר: "היו לי קשרים עם החברים, בישיבה הציקו לי, אמרו לי שאני משוויץ, לקחתי ללב". נבדקת אחרת תיארה את יחסי הגומלין בין הסתגרותה וההתייחסות החברתית אליה: "הייתי כזו סגורה, נשמה שסובלת, בודדה. לא היו לי חברות, רבו איתי, שנאו אותי".

התחום המשפחתי

צויין אף הוא על ידי חלק מהנבדקים כמקור לסבל ולמצוקה, כפי שצינו לעיל (משפחות המוצא של הנבדקים), שבמרבית המקרים לא זכה לכל התייחסות. מצב של מות הורה היווה אצל חלק מהנבדקים נקודת מפנה בחייהם. אחד הנבדקים אמר: "אמא נפטרה לפני הבר מצוה מגיל 13 אני מקבץ נדבות". נבדקים אחרים התמודדו, כאמור, עם היעדר הורה כתוצאה מגירושי ההורים ו/או מחלה ממושכת של הורה. אחרים התייחסו למתח בין ההורים: "האווירה בבית היתה מתוחה". היו נבדקים שהתייחסו למצוקה כלכלית: "היתה לי ילדות קשה, היה עוני, היו שכנים מתנכלים".

התחום הנפשי-רגשי

היו נבדקים שתארו בעיות בילדות, שבהחלט ניתן להגדירן כבעיות נפשיות-רגשיות הראויות להתייחסות טיפולית. חלק דברו על פחדים שונים: "פעם תפסתי חוטי חשמל ומאז היו לי פחדים. הפחדים לא טופלו". נבדקת אחרת סיפרה: "כשהייתי קטנה פחדתי לנסוע באוטובוס. פעם, שהייתי בבית הבראה בנתניה עם החברות, גנבו למישהי משהו. פחדתי שיאשימו אותי. הייתי ביישנית, לא סיפרתי לאף אחד". אצל אחדים היתה הרטבה עד גיל מבוגר יחסית, והתנהגויות מזרות: "בגיל קטן התנהגתי כמו משוגע, חשבתי שאפשר לנשום דק דרך הקיר". או תאור אחר: "גיסי טוען שכילד גם היו לי הפרעות נפשיות, היית מוזר ופחדתי מאנשים".

כאשר מקבצים את התאורים השונים על תחומים בעייתיים בילדות ובהתבגרות, מוצאים שהרוב המכריע של הנבדקים מדווחים לפחות על תחום אחד ממנו הם סבלו בעבר, כשהדגש הוא על התחום הלימודי והחברתי. הפגיעות הרבה המדווחות בתחום הלימודי, מצביעה אף היא על חשיבותו של תחום זה בחברה החרדית. את חשיבות התחום החברתי ניתן להסביר בעובדה שבנים חרדים מצויים בקשר אינטנסיבי מאד עם קבוצת הגיל, עקב יום לימודים ארוך ו/או מגורים משותפים בפנימיה.

מן הראוי להדגיש שמספר הנבדקים שהיו בקשרים טיפוליים בילדות ובהתבגרות, קודם לפנייה הנוכחית הוא קטן (11 נבדקים) בהשוואה לריבוי המדווחים על בעיות. עובדה זו מעוררת את השאלה מה הם דרכי ההתמודדות

שננקטות בחברה החרדית ביחס לבעיות כפי שהוצגו לעיל. נראה לנו שלרוב התלונות, לעומת מיעוט הטיפולים, ניתן להציע שני הסברים עיקריים.

האחד, הדיווח של הנבדקים על קיומן של בעיות מן העבר הרחוק הוא ביטוי לסיגול 'חשיבה הפסיכיאטרית'. מאחר וכיום הם מטופלים על ידי שירות פסיכיאטרי, המנסה לתהות על מהלך התפתחות הבעיה, סיגול לעצמם הנבדקים אופן חשיבה זה, המנסה למצוא בעבר רמזים למה שמתחולל בהווה, וכתוצאה מכך להעצים ולחדד בעיות שייטכן ולא היו חריפות ו/או בולטות במיוחד.

ההסבר השני הינו, שקיימת נטייה והעדפה בחברה החרדית להכחיש בעיות ולהתייחס אליהן רק כאשר הן חריגות ובולטות מאד. החומר שנביא בהמשך, המתייחס למצב הנפשי שבו מגיעים הנבדקים לטיפול, תומך במערה רבה בקסבר זה.

מחזור החיים ועיתוי הפנייה לטיפול

במבוא עמדנו על ייחודו של מחזור החיים בחברה החרדית. כמו כן הדגשנו שהפנייה לשירותי בריאות, ולשירותים פסיכיאטרים בפרט, מתרחשת בדרך כלל לאחר שמוצו כל המשאבים הפנימיים, אישיים ומשפחתיים, להתמודדות עם הבעיה. רצינו לבדוק מהו שלב החיים שבו הופיע אצל הנבדקים הצורך לפנות לעזרת גורמים חיצוניים, כדי לקבל עזרה בהתמודדות עם בעייתם. במונח 'גורמים חיצוניים' כללנו את כל סוגי הרפואה, ציבורית, פרטית, ואף פניות למרפאים עממיים ודתיים. להלן נביא נתונים על הגיל בו פנו הנבדקים לראשונה לטיפול. הנתונים שנביא אינם מתייחסים לנבדקים שטופלו בילדותם, כאשר היה פסק זמן ניכר בין פנייה זו לבין הפנייה הנוכחית.

טבלה מס. 5 התפלגות הנבדקים על פי מין ועל פי גיל בעת הפנייה לטיפול

הגיל בעת הפנייה	גברים		נשים		סה"כ	
	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים
עד 14	2	4.8%	1	3.6%	3	4.3%
15-19	16	39.0%	6	21.4%	22	31.9%
20-24	14	34.1%	12	42.9%	26	37.7%
25-29	6	14.6%	5	17.6%	11	15.9%
30-34	2	4.8%	2	7.1%	4	5.8%
35-39	1	2.4%	2	7.1%	3	4.3%
סה"כ	41	100%	28	100%	69	100%

מטבלה מס. 5 עולה ש-59% (שהם 85.5%) מהנבדקים הגיעו לטיפול כלשהו בטווח הגיל שבין 15-29. הגיל השכיח לפנייה לטיפול בקרב הגברים הוא בין 15-19 (שהם 39%, לעומת 21.4% בקרב הנבדקות באותה קבוצת גיל). הגיל השכיח לפנייה לטיפול בקרב הנבדקות הוא בין 20-24 (שהם 42.9%, לעומת 34.1% בקרב הנבדקים באותה קבוצת גיל). מנתונים אלה עולה שגברים חרדים פונים לטיפול בגיל מוקדם יותר מנשים חרדיות. נתונים אלו עולים

בקנה אחד עם ממצאיה של GOSHEN-GOTTSTEIN (1987).

רצינו לבדוק אם יש לממצאים אלה קשר עם מחזור החיים של הנבדקים, ובדקנו באיזו משימה התפתחותית מבחינת מחזור החיים היו הנבדקים כאשר פנו לטיפול כלשהו לראשונה. הפנייה לטיפול נובעת בדרך כלל מיותר מאשר גורם אחד. למרות זאת ננסה למיין את הנבדקים על פי המשימה ההתפתחותית המרכזית שעימה התמודדו, ואותה ראו לנגד עיניהם בעת הפנייה לטיפול. היו נבדקים שקשרו את הבעיה הנפשית, שהצריכה טיפול, באופן ישיר לאירוע מסויים במהלך חייהם. היו נבדקים שאנו ביררנו מה התרחש בחייהם בתקופת הפנייה לטיפול. מיון מועד הפנייה לטיפול, על פי שלבי מחזור החיים, הינו תאור בלבד של אירועים שהתרחשו בֹּ זמנית, ואינו מהווה הסבר סיבתי להופעת המחלה. את הממצאים נציג בהתאם למחזור החיים.

ילדות

היה נבדק אחד בלבד שהיה מטופל מילדותו ללא הפסקה כלשהי. בגיל הילדות המוקדמת אובחנה אצלו בעיה התפתחותית, מלווה בהפרעות בהתנהגות, והוא טופל במסגרות פסיכיאטריות מגיל צעיר (כאמור, היו נבדקים נוספים שטופלו בילדות, אך הטיפול לא היה רצוף, לקבוצה זו נתייחס בהמשך).

התבגרות

בקבוצת גיל זו כללנו נבדקים שפנו לטיפול מתחילת גיל ההתבגרות ועד גיל 21. נבדקים שאצלם התעורר הצורך בפנייה לטיפול סביב השידוך והנישואין קיבצנו בקטגוריה נפרדת, למרות שחלק מן הנבדקים בקבוצה זו שייכים מבחינה גילית לאותה קבוצת גיל.

בקבוצה זו היו 25 (שהם 36.2%) נבדקים, 19 גברים (שהם 46.3% מהגברים) ו-6 נשים (שהן 21.4% מהנשים), שפנו לטיפול במהלך גיל ההתבגרות (ללא קשר ישיר לנושא שידוכים ונישואין). פער זה בין בחורים ובחורות חרדיים בפנייה לטיפול סביב גיל ההתבגרות, מעורר את השאלה אם המשימות ההתפתחותיות העומדות בפני בחורים חרדים מסובכות יותר מאלו העומדות בפני בחורות חרדיות.

אחד הנבדקים פרש בפנינו יריעה רחבה של קשיים, בתחומים שונים, עימם התמודד במהלך התבגרותו, נביא את הדברים בלשונו: "למה עזבתי שם? (הכוונה לישיבה בעיר אחרת) תתפלאי לתשובה! התגעגעתי הביתה. חששתי אז לומר, הסווייטי את התשובה, זה היה בושח לומר זאת. עכשיו זה נראה לי ברור כשמש, אז התביישתי, המצאתי תרוצים. הייתי במעמד שחטפו אותי כי הייתי תלמיד טוב. הסברתי לישיבה ולהורים שאני רוצה להתקדם. ללמוד טוב יותר. אני רואה עכשיו איזה עוות אני מתפלג". שאלתי האם אסור להתגעגע הביתה בגיל זה? הנבדק המשיך: "כן זה היה נשמע ילדותי, תינוקי. התאמצו לבגר אותי לפני הזמן, עודדו אותי להתבגר. בישיבה הקטנה הלכתי לבר מצוות, בישיבה הגדולה הלכתי לחתונות של חברים. כביכול, וההתבגרות הזו היתה נשמעת בבית". נבדק זה מביא את התחושה שקלט במשפחתו ובישיבות השונות שבהן שהה, על פיה עליו למהר ולהתבגר, ואין מקום למשגגות ועוררים. תחושה זו יש לה על מה שתסמוך אם מתייחסים לגיל הנישואים הרצוי בחברה החרדית: "בן שמונה עשרה לחופה".

אותו נבדק ממשיך ומתאר את הקשיים המתעוררים אצל בחור חרדי נוכח ההתבגרות המינית, שגיל הנישואין המוקדם אמור לתת להם מענה. אך: "התלבטויות מיניות זה כבר היה בתור בחור ישיבה, היו מחשבות נועזות, מעשים לא. מעשית הגיע לצפייה בסרט פורנוגרפי, לא יותר. זה היה אחרי שיצאתי מן הישיבה (אחרי גיל 20 ואחרי

אשפוז). לא מוגדר לי מה זה מחשבות מיניות, אבל הנושא של המין השני העסיק אותי בכל מיני צורות. לא מדברים על זה, אני לא דיברתי. יתכן שיש בחורים אחרים שדברו. אני אתן לך פסוק איך שהתבטא ראש הישיבה כדי שתביני (מה הכוונה "לא מדברים על זה"). הוא אמר: 'אם יתן איש את כל הון ביתו בזה יבחר לו'. בפסוק זה חסרה מילה, את יודעת איזו? הוא לא הכניס את המילה 'אהבה' ובפסוק זה ישנו. זה צרם לי כי כולם יודעים מהי המילה החסרה. הבנתי שזה (אהבה) לא קיים כלפי חוץ, ספק אם אשה זה קיים... העניין לא קיים. יש בית כנסת, יש פולחן, מה לא עולה. למרות שבספרות, בגמרא, זה קיים. בהרגשה חייתי שכולם 'מנייאקים' ואף אחד לא מדבר על כך. הרגשה אמיתית שקיימת (כלפי המין השני והאהבה) צריך להדחיק אותה.

בישיבה היתה אווירה של תאווה. היינו ישנים בישיבה, מתפשטים ומתלבשים, זה עשה משהו. היה לי רצון להיות כמגע וקירבה עם בחורים, לא אגיד זיון. כתוב בתורה פעמיים בפרוש שגבר עם גבר זה אסור. בגלל שהיינו רק גברים היינו מגועים עם בחורות, זה גם לא היה אפשרי — לא היו בחורות באזור שלנו. סיט יותר זה במקוזה, אז כולם בעירוס. יש בחורים שמושכים, אסור להסתכל ואסור להעיף מבט, זה לא מקובל... אם יתפס בחור ישיבה עם בחור או עם בחורה הוא יודק מן הישיבה. את לא חושבת שזה מחניק? בגיל 13-20 לא קיים ויסות לנושא הזה. אצל חילונים יש מגע, יש דיבורים, יש ריקוד, אצל דתיים אין שחרור, רק אוננות, וגם זה נאסר. זה מחנק. אין ויסות. שאלתי מה בעניין מנהג הכפרה על אוננות (הכוונה, ללימוד מכסה של דפי גמרא). על כך השיב הנבדק: "זה כפרה כאילו. אני לא חושב שזה (נושא האוננות) מגיע בכלל לרבנים, זה עניין יותר אישי. בישיבות הליטאיות זה לא מגיע לרבנים, בחסידיקות אולי הרבי כן יודע. זה גם לא פתרון אידיאלי, כי בגיל הזה זה מאד אינטנסיבי, אז מה? כל פעם ילמד גמרא? זו אשמה שלא דק אני לא בסדר, האוננות מטילה אשמה אחראית על כל האנושות. נאמרו על זה דברים קשים כמו: 'המאונן כאילו מביא מכול על העולם'. מהגמרא גם משתמעת אשמת רצח. המעשה מטיל אחריות כבדה על בחור צעיר. קשה לתפוס את זה. זו בקורת, אבל היום אני מבין את זה. הרצון הינו דבר תכוף קשה לשלוט בו. דק מכה חזקה תשלוט. עונשים חמורים ידועו. כדברים שפורצים בהם יותר ויותר (כגון אוננות) החמירו, אבל זה לא נתפס כך בגיל הזה ואז קולט רק את העונש, תופסים דק את הדברים הקשים, הנושא לא נתפס בכלל רק העונש. נראה לי שיש הרבה מדוכאים בציבור הזה".

בתאור זה הביא הנבדק את הקונפליקטים הקשים המתעוררים אצל הבחור החרדי נוכח התבגרותו המינית, את התחושה שהפתרונות ההלכתיים הם בלתי אפשריים כי תביעות היצר חזקות יותר. מחירם של פתרונות שלא עולים בקנה אחד עם הגישה ההלכתית, (כגון: קשר עם נשים, אוננות ויחסים הומוסקסואליים) הינה אשמה כבדה ביותר. עולה גם תחושת הבדידות המלווה קונפליקטים אלה, כתוצאה מהטאבו המוטל (לפחות בישיבות מסוימות) על התלבטות ודיון בבעיות שכאלה.

מוקד נוסף למתח אצל הנער החרדי נוצר סביב אפיקי ההגשמה העצמית והביטוי העצמי, שהם מצומצמים, ומוכתבים מחוץ לחברה החרדית. האפיקים האפשריים היחידים הם: הצטיינות בלימוד ו/או במידות, ואי הצלחה באחד התחומים, לפחות, מותרים את הנער בתחושה של כשלון ושל חוסר מוצא ממנו. אותו נבדק תיאר: "בגיל 15 וחצי ברחתי (לישיבה בעיר אחרת) כי היה לי רב שעשה לי את המוות. הוא היה זקן. לא הבין אותנו, דרש ממני שאני אהיה גדול בתורה, כי סבא שלי היה כזה, וגם אבא היה כזה. ברחתי אחרי פסח, בעקבות בחור אחר, שהיה חבר שלי, שעבר לישיבה הזו. הלכתי אחריו וניסיתי את מזלי שם... הישיבה שעזבתי (בה למד עד גיל 15 וחצי כאמור) לא קיימת היום, הצוות היו זקנים. אני שמח שהישיבה נסגרה, אסור להחזיק דבר כזה. סבא שלי היה מגיד

שיעור שם, הוא הספיק 100 דפי גמרא ב'16 חודשים, מכוגר לא יכול לעשות זאת ובחוריס! לא מתחילים להבין את הבחורים שם. היום השיטה היא על איכות ולא על כמות. זו ישיבה לא בשביל היום אולי היא התאימה לחוץ לארץ בדור שעבר.

כשהיה קרוב לגיל 18 חזר לירושלים (בתואנה של רצון להתקדם בלימוד, כאשר הסיבה האמיתית היתה געגועים למשפחתו) הוא מתאר: "כשחזרתי לישיבה בירושלים, כבר לא למדתי באותה צורה כמו שם. כבר לא הייתי המתמיד של הישיבה, אמרתי לך שזו היתה ישיבה של מצוינים". שאלתי לאיזו קריירה עבר אז, והוא סיפר: "קריירה של מחשבה, מוסר, ויראת שמים... היתה לי שאיפה מבחינת שלמות, לא מבחינת ההשגים". להרגשותו, שאיפה זו גרמה לו להתכנס בתוך עצמו ולשקוע יותר ויותר בעולם פנימי המנותק מן הסביבה. יחד עם זאת חש בלחץ להצטיינות בלימוד, והוא תיאר: "בזמן השעור של ראש הישיבה, לכולם יש סיוט — שישאל אותי שאלה ולא אדע את התשובה. האווירה היתה מאד מתוחה, זה כמו איזו דרמה שכולם מסתכלים ומרותקים אליו. ברגע שהיה לועג ומבייש מישהו (על אי ידיעה) זה היה נורא". נראה לנו שייתכן והתחושה של הלעג על אי ידיעה מתעצמת סובייקטיבית ומשקפת את חשיבות נושא הלימודים בישיבות מסוימות והצטיינות בהן. גם כשדנו ברקע הלימודי של הנבדקים הדגשנו את חשיבות ההשתייכות למסגרת למודית, הקושי להפלט ממנה, ואת ההירארכיה הקיימת בעולם הישיבות. יתכן ותאורים אלה מהווים, הסבר מסויים לריבוי הגברים החרדים הפונים לטיפול בגיל ההתבגרות, בהשוואה לנשים חרדיות. כלומר, תהליך ההתבגרות של הבחור החרדי — רווי מתח ומשברים יותר מאשר של הבחורה החרדית.

כאשר מתיחסים לקבוצת הנבדקים שפנו לטיפול סביב גיל ההתבגרות ניתן לחלק קבוצה זו לשלוש תת קבוצות. 1. עשרה נבדקים (שהם 40% מקבוצה זו, המונה כאמור 25 נבדקים) לא קשרו את הפנייה לטיפול למשימה התפתחותית מיוחדת של הגיל. בקבוצה זו היו שמונה נבדקים ושתי נבדקות. קבוצה זו מאופיינת כדיווחים לקוניים, הן במהלך הראיון והן בתיקים הרפואיים על האירוע שהוביל לפנייה לטיפול. נבדקת אחת אמרה: "צעקתי בשכונה, ושמעו. לא זוכרת מה צעקתי". נבדק אחר אמר: "היה לי רוגז ועצבים" אך לא הצליח לפרט את סיבתם. ואלו נבדק אחר סיפר: "לא הרגשתי טוב, בכיתי, צעקתי, היו לי מחשבות. לא זוכר איזה, אבל כאב לי מאד שחליתי במחלה נפשית".

אצל 9 נבדקים בקבוצה זו היו תאורים של התפרצות (בכי, צעקות, אלימות) ו/או מוזרות, ללא פרוט או נסיון לקשור התנהגויות אלה לאירוע או לקושי מסויים. נבדק נוסף היה במשפחה אומנת עקב קשיים אישיים ומצב משפחתי קשה. כששב למשפחתו הופנה לטיפול. לששה נבדקים מקבוצה זו היה עוד אח חולה. ביחס לאחת הנבדקות בתיקה נרשם: "אחרי שאחיה חזר מאשפוז נעשתה מוזרה. מתפרצת באופן פתאומי, מעברים מצחוק לבכי, דיבור לא לעניין".

למרות שלא צויין קשר בין הפנייה של נבדקים אלה לטיפול, לבין בעיות אופייניות של גיל ההתבגרות, יש באופי הדרמטי של גילויי המחלה מאיפיוני גיל ההתבגרות.

2. שבעה נבדקים, גברים בלבד, ייחסו לבעיות שעלו סביב הלימודים ועולם הישיבה, משקל מכריע בפנייה לטיפול. נבדק אחד תיאר: "בגיל 16 למדתי מחוץ לבית, זה מקובל אצלנו. נהוג שלומדים בחוץ כדי להיות פטורים מכל הטרדות. בהתחלה לא למדתי טוב, אח"כ למדתי מאד חזק עד שנושברתי. קראתי המון ספרי מוסר וזה הכניס אותי לדכאון. רציתי למות. פעם עמדתי במרפסת של קומה שלישית ורציתי לקפוץ. נכנס לי פחד ללב ולא קפצתי. עבר

המשבר אבל לא למדתי שוב כמו שצריך. אומרים: 'עצבות זו לא עבירה, שמחה זו לא מצווה, אבל מה שעצבות יכולה להביא, עבירה גדולה לא יכולה להביא'. במשבר הראשון הייתי בן 17. המשגיח של הישיבה שנא אותי בהתחלה הייתי יוצא, מסתובב וקונה פלאפל, ואז התחלתי ללמוד ברצינות, ואז החל לאהוב אותי, ראה שאני במשבר נתן לי סדיקס זה לא עוזר". נבדק אחר סיפר: "למדתי בישיבה במושב, מגיל 15 עד גיל 16 וחצי (זאת לאתר שהחליף מסגרות לימודיות רבות). מה שקרה שם זה שהמוח שלי והחשיבה שלי לא עבדו, הייתי מטומטם כזה. מגיל 12 הייתי מתמיד כזה, למדתי שעות, וזה ניתק אותי מהחברה. אהבתי את זה, לא ידעתי מהחברה, לא היתה לי חשיבה נכונה, לא קראתי נכון מה קורה, ונוצר עולם של 'אשליות'. בתיקו של אחד הנבדקים מתואר: "לפני שנה, סביב דיבורים על ישיבה חדשה, נכנס החולה לחדרה, חזר להרטיב, סבל מנדודי שינה, הסתגר, סבל מקשיים בריכות, בלבול, דיבור לא לעניין וקשיי התמצאות. הופנה לאשפוז".

תאורים אלה של הנבדקים מחזקים את התאור שהובא לעיל בדבר המתח שנוצר בקרב חלק מהנבדקים סביב הלימודים והמסר החינוכי בישיבה. העובדה שאף אחת מן הנבדקות לא קשרה בין מועד הפנייה לטיפול ומתח סביב לימודים, מהווה חיזוק נוסף לחשיבות השונה שיש ללימודים בקרב גברים ונשים בחברה החרדית. נראה שהציפיות הלימודיות מהבחורים החרדים, והמתח שנוצר סביבן, יכולים להוות הסבר מסוים לעובדה שגברים חרדים פונים לטיפול בגיל צעיר יותר מנשים חרדיות.

3. שמונה נבדקים (3 נבדקים ו-5 נבדקות) ייחסו לבעיות סביב מיניות משקל מכריע בפנייה לטיפול. בקבוצה זו כללנו שתי נבדקות שנכנסו למשבר סביב קבלת הווסת, עובדה שמסבירה אולי את היחס בין נבדקים ונבדקות בקבוצה זו. תיארה זאת אחת הנבדקות: "בלילה נורא פחדתי, אם הבית (במוסד בו עבדה) גרה למטה, ולילה אחד באו לי פחדים נוראיים, חשבתי שהגבד (לא ברור מיהו) יכול לשפס אלי, ולהכנס אלי לחדר ולעלות עלי, מדוב פחד לא ישנתי. אז כבר הייתי נורא מבולבלת, וכתבתי כל מיני מכתבים מבולבלים לכל מיני אנשים. אז בבוקר, שהילדים לא היו במוסד, קמתי ונסעתי לירושלים רציתי ללכת לרב אושר". (רב זה הוא 'מוסד' בחברה החרדית בכל הנוגע לטיפול ושיקום חולי-נפש, באמצעותו הוקמה מערכת שיקום מסועפת המכונה 'ד'עזרה'. על דרך פעולתה נרחיב את הדיבור בהמשך). נבדק אחר סיפר: "בגיל צעיר היו לי תמונות תועבה, השכן שלי הראה לי את התמונות, לא ידעתי שזה חטא והתחלתי 'לעשות ביד' הרבה, ורק אחרי זמן הפסקתי. זה חטא הכי חמור. היו לי מלחמות ביצר". עם תלונה זו הגיע לטיפול. בסיכום המחלה של נבדק אחר, שהיה בעת האשפוז בן 16, נכתב: "חצי שנה לפני האשפוז התנהגותו השתנתה, הזניח את עצמו גופנית, לא אכל, ירד בלימודים והסתכסך עם המשפחה והחברים. סיפר למשגיח שמרגיש אשם בגלל שפיכת זרע, והמשגיח סיפר זאת לחברים וסלידתם ממנו גברה. הוא הגיע למצב של ניתוק כמעט מוחלט. בנארקואנליזה התברר שעשה דברים שלא היה שלם עימם, כולל: הליכה לחדר שכור והליכה לחצרות חסידים".

שתיים מן הנבדקות נכנסו, כאמור, למשבר סביב קבלת הווסת. נבדקת אחת תיארה: "פעם ראשונה התאשפזתי בגיל 15. היה לי דכאון. קבלתי את הווסת פחדתי, ומה נכנסתי לדכאון. אמא לא הכינה אותי לזה. לא ידעתי כלום. להרבה לא אומרים, והם יודעים". בתיק מדווח: "ימים מספר לאחר קבלת הווסת הראשונה מסרה על שמיעת קולות של תרנגול מהבטן, והרגשה שהגוף התחזון שלה מתפורר".

תאורים אלה של הנבדקים מדגישים את הקשיים שנוצרים נוכח ההתבגרות המינית בקרב מתבגרים חרדים, אך מלמדים על כך שבחורות חרדיות אינן נמלטות מבעיותיות בתחום זה, אם כי הבעיה באה לביטוי בפחדים, ופחות באשמות.

כבר דנו בחשיבות הרבה שיש להקמת משפחה בחברה החרדית ולמורכבותו של תהליך השידוך הקודם לה. 15 (שהם 21.7%) מהנבדקים ייחסו את פנייתם הראשונה לטיפול ללחצים ולמשברים שהתעוררו סביב תהליך השידוך, או סביב משברים הכרוכים בחיי הנישואין. בקבוצה זו 11 נבדקים (שהם 26.8% מכלל הגברים) ו-4 נבדקות (שהן 14.3% מכלל הנשים). גם בשלב חיים זה פונים גברים חרדים לטיפול יותר מנשים חרדיות. אחד הנבדקים אמר: "אחר כך פעמיים היו לי משברים מיד אחרי החתונות. אחרי החתונה הראשונה זה עבר לבד, ואחרי החתונה השנייה — אחרי שבוע הלכתי לדופא. חתונה זה זמן שאפשר להתחיל הכל מחדש, כמו להתחיל דף חדש". נבדק אחר אמר: "נהייתי חולה לא מהחתונה אלא מטורח הדרך, אני לא רגיל לנסוע כל כך הרבה. התחתנתי בבלגיה. עזבו אותי לבד עם אשתי, ואז נסענו לוינה לחתונה של בת אחותי, ונהייתי חולה".

מצבם המשפחתי של הנבדקים בקבוצה זו בעת ביצוע המחקר היה: 2 רווקים, 4 נשואים (3 נבדקים ונבדקת אחת), נבדק אחד נשוי פעם שנייה, 6 גרושים (5 נבדקים ונבדקת אחת), אחת פרודה, ואחת אלמנה.

הקשיים סביב נושא הנישואין סוכמו על ידי אחד הנבדקים: "אני אטביר לך מה קורה. בחור רוצה להתחתן עם אשה כי אין את המושג לא להתחתן. יש לו דק אפשרות אחת — להתחתן... אבל הוא לא יודע לקראת מה הוא הולך. בכל מקרה לא מכיר את החיים לחיות יום יום עם אשה". הקשיים הם: בתחושה שחייבים להינשא, בתהליך השידוך ובחיים המשותפים עם בן המין השני, שעד הנישואין הקשר עימו כמעט שאינו קיים. ואכן, בקבוצה זו הפנייה לטיפול התרחשה בשלבים שונים של תהליך השידוך והנישואין. את הנבדקים חלקנו לכן לשלוש קבוצות.

1. קשיים לפני הנישואין, בעיקר סביב תהליך השידוך. בקבוצה זו 9 נבדקים: 8 נבדקים ונבדקת אחת. מצבם המשפחתי בעת ביצוע המחקר היה: 2 רווקים, 2 נשואים (נבדק ונבדקת), אחד נשוי בפעם השנייה, 4 גרושים. מתח ולחץ מתעוררים סביב התקרבות מועד השידוך, לעיתים עוד לפני ביצועו. בתיקו של אחד הנבדקים נכתב: "שלושה חודשים לפני האשפוז התחתנה אחותי. האברך (גיסו) התגלה כאימפוטנט, האם דרשה שיפרדו. החולה התערב לטובתו בטענה שכאברך לא התנסה בחיי מין וזוקק להדרכה... בעקבות כך גברה חרדתו ביחס לפוטנציאל המיני שלו. הוא שיתף בכך את אימו, הרבה לאונן, וכתוצאה מכך החל להסתגר ולהתרחק מהסביבה. ערך צומות ותפילות". אימו נקראה לישיבה, וזמן קצר אחר כך עשה נסיון קפיצה ממרפסת, שבעקבותיו הגיע לאשפוז. באותה תקופה היה בן 22, כחמישה חודשים לאחר מכן התארס בלחץ המשפחה. כיום הוא גרוש.

מתח מתעורר גם סביב כשלוננו של שידוך כפי שקרה לאחת הנבדקות שלפני שמונה שנים נסעה לחו"ל לפגוש בן דוד, השידוך נכשל, היא שבה, ונכנסה לדכאון. מעורבות המשפחה בתהליך השידוך היא רבה, לעיתים היא מתרחשת ללא רגישות לרצונו של המשוך, תיאר אחד הנבדקים: "כל החברים מתחתנים ואתה תשאר ככה לא הולך?! הגיע התור שלי. נסעתי עם אחותי לפתח תקוה, הייתי כבר במתח, אבל לא ספרתי בבית. שלושה שבועות אחרי ששת הימים עשו ארוסין, זו היתה הפעם השנייה שראיתי אותה. לפני האשפוז בטלו את הארוסין, נתנו קנס. הרופא אמר לבטל את הארוסין, אמר שאני לא מסוגל להתחתן. אני לא יודע מה אמרו לה, אולי שאני לא מסוגל לחיות עם אשה". הרופא המטפל כתב ששני מאורעות תרמו למצבו של הנבדק, לחץ המשפחה להתחתן וצו גיוס שקבל.

ההתערבות בבחירת בן הזוג, ובעיקר שלילת בני זוג פוטנציאליים על ידי המשפחה, מתוארת על ידי נבדקים כנקודת משבר. אחד הנבדקים סיפר: "בלבלו אותי עם השידוכים, הייתי יכול הרבה פעמים להתחתן טוב, אבל

קלקלו לי את השידוכים שלי. אמא התערבה, תמיד אומרת משהו. רציתי לא להיות תחת האמא. גם לאחים שלי אמא אמרה, אבל הם עשו לבד את החתונות, הם היו יותר זריזים ממני.”

בולט דיבויים של הגברים ומיעוטן של הנשים בתת קבוצה זו. ממצא זה מחזק את הדפוס שעלה תוך דיוגנו כמצבם המשפחתי של הנבדקים ובתהליך הקמת המשפחה, שבו מצאנו שהנשים במחקר היו קונפורמיות יותר ביחס לציפיות החברתיות-תרבותיות סביב נושאים אלה בהשוואה לגברים.

2. קשיים אחרי הנישואין. בקבוצה זו 4 נבדקים 2 גברים נשואים ו-2 נשים, אחת פרודה והשניה אלמנה. קבוצה זו מאופיינת בכך שהבעיות הופיעו מיד אחרי הנישואין. בקרב הגברים היו אלה קשיים ממוקדים בעוד שבקרב הנשים – פחות ממוקדים. נבדק אחד אמר: “הייתי במחשבות ובמתח גבוה סביב שאלות קשות בהלכה שקשורות לחיי נישואין”. בתיקן של נבדק אחר מצאנו את התאור הבא: “התחתן שבועיים לפני האשפוז. עקב כשלוננו לבוא במגע מיני בליל החתונה נכנס למצב לחץ וחזרה שגבר, מאחר ואף הנסיונות הבאים נכשלו. כיום העשירי החל לבטא מחשבות שוא...במצב זה הופנה למוסדנו”.

הנשים, כאמור, היו פחות ממוקדות בתאור הקשיים. נבדקת אחת אמרה: “הייתי מאושפזת אחרי החתונה. אחרי החתונה היה לי קצת לחץ ועצבים, הייתי צריכה לתפקד בבית וזה גרם לי לחץ”. נבדקת אחרת קשרה את הקשיים לעברה ואמרה: “אחרי הנישואין הייתי מאד סגורה, לא דברנו כל כך, היינו שקטים נורא. לא היה הרבה שיחה. הוא לא ידע איך לפתוח אותי, אני ילדה שלא היה לה אף פעם חברות ואהבה. לא ידעתי איך אוכלים זאת. נכנסתי להריון רק אחרי 8 חודשים”.

הגברים שהגיעו לטיפול סמוך לנישואיהם התלבטו למעשה בבעיות הקשורות ליחסי האישות, ואילו הנשים – סביב תפקודן במערכת החדשה, ולא דווקא בהקשר המיני.

3. קשיים עקב כשלון הנישואין. נבדק אחד ונבדקת אחת הגיעו לטיפול עקב גירושין. כבר עמדנו על הבעייתיות בסטאטוס זה בחברה החרדית. אמר הנבדק: “היתה לי התמוטטות עצבים, הייתי בדכאון שבדכאון אחרי הגירושין”. נבדקת תיארה תהליך שהחל הודשיים לאחר גירושיה, שהתרחשו סמוך לנישואין. “אחרי הגירושין נכנסתי להסתגרות, שכבתי במיטה, עליתי במשקל, שקלתי 103 ק”ג. אחר כך השתנה אצלי המזג. השתוללתי בבית, לא יכולתי לשכב, היתה לי מאניה, הלכתי ברחובות, יצאתי למרפסת, שרתתי, דיברתי עם כל אחד, לא היה איכפת לי מה שיגידו עלי. האדמו”ר מזוויל (שם של חצר חסידית) אמר שיש לי משהו נבואי, היו לי הזיות. הייתי כמו בעוננים וצעקתי: ‘ען היותך עזובה (גרושה), ושנואה (בבית), ואין עובר ושמתין גאון-עולם גאון-עולם... זה היה מצמרר והתפרצתי בככי. אחותי ככתה את האור והשכן הזמין רופא. חשבתי שאני נביאה, ולקחתי אותי לבית חולים”.

לסיכום, נראה ששלב השידוך הוא השלב הפגיע ביותר מבחינת המשברים הנפשיים סביב השידוך והנישואין, והגברים החרדים פגיעים יותר מהנשים החרדיות סביב שלב זה בחייהם.

הריון ולידה

משפחות חרדיות מאופיינות במספר רב של ילדים, הנולדים בדרך כלל בהפרשים קטנים, וזאת מתוך אידיאולוגיה וגישה הלכתית השוללת תכנון ילודה. הצגנו גם את העובדה שלעיתים נוצרים קונפליקטים בין העמדה ההלכתית לרפואית סביב נושא זה.

13 (שהם 18.8%) מהנבדקים פנו בראשונה לטיפול סביב שלב חיים זה, 12 נבדקות (שהן 42.9% מכלל הנשים), ונבדק אחד בלבד. מטבע הדברים זהו שלב שנשים חשופות בו ללחצים רבים יותר מאשר גברים, הן הרות, הן

יולדות וככל שאופי החברה בה הן מצויות מסורתי יותר – הן גם הנושאות העיקריות בעול גידול הילדים. העיתוי הספציפי של המשבר בשלב חיים זה שונה מנבדק לנבדק.

ביחס לסמיכות הופעתה של הבעיה למועד הלידה אין בידינו מידע מדויק, אך כל הנבדקות בקבוצה זו, להוציא שתיים, ייחסו את הבעיות לשלב שלאחר הלידה, וחלקן אף הדגישו את תמימותן וריחוקן מהנושא של בעיות נפשיות עד לאותו שלב בחייהן. נבדקת אחת תיארה: "אחרי לידת הבן השני הייתי חולה-חולה. היה לי לחץ דם. הייתי משתגעת. עושה עם הראש ככה-ככה כמו מעולפות. כל הזמן קראתי בספרים קדושים-קדושים. וזה היה לא בסדר. רופאת קופת חולים הפנתה אותי לאשפוז. לא ידעתי שיש בית חולים כזה". אחרת סיפרה: "אחרי הלידה השלישית ראיתי דם קרוש. שאלתי את הרופא למה לא עושה לי ניקוי, ואז הרופא הרגיש שאני מדברת לא בסדר. לא ישנתי שלוש לילות. הייתי בפחד לצאת מהבית. רציתי לדבר כל הזמן, אז לקחו אותי לבית חולים לזריקה. ולמחרת לקחו אותי לאשפוז בבית חולים. לא ידעתי שיש דבר כזה. מחלות-נפש".

שתי נבדקות ייחסו את המשבר לשלב שלפני הלידה. נבדקת אחת אמרה: "לא נכנסתי להריון אז פחדתי. (אחר כך נכנסתה להריון) פחדתי מהלידה" ובשלב זה הגיעה לטיפול. נבדקת נוספת התייחסה לטרור לידה, אך בניגוד לקודמת שזה לה הריון ראשון לה זה קרה: "לפני ההריון האחרון (החמישי) הייתי בדכאון. לא רציתי את ההריון, ישנתי כל היום, חשבתי שאני הולכת למות. כלילה לא ישנתי, נגעלתי מאוכל, לא יכולתי לעבוד, היו לי דמיונות ופחדים". אותה נבדקת בכל זאת נכנסה להריון החמישי סמוך להופעת הסימפטומים הנ"ל.

בקרב 5 נבדקים (בקבוצה זו נכלל הנבדק) חל המשבר אחרי לידת ילד שלישי, אצל 4 נבדקות נוספות – לאחר לידת ילד שני, ואצל 2 נוספות – אחרי לידת ילד ראשון ושביעי. 2 נבדקות נכנסו למשבר, כאמור, לפני הריונות (ראשון וחמישי). בולט ריבוי משברים דווקא סביב הלידות הראשונות. נראה לנו, שיתכן וההתנסות בגידול תינוק אחד, מגבירים את המתח והחרדה לקראת תינוק נוסף. המשבר אירע אצל שלוש נבדקות אחרי לידת בנים זכרים, ואצל שמונה נבדקים אחרי לידת בנות.

משבר אחרי לידה מרתייע בד"כ מכניסה להריון נוסף. ניסינו לבדוק זאת בקרב הנבדקים בקבוצה זו. נבדקת אחת אמרה: "אחרי לידה שביעית, מה נהיה אני לא יודעת. צעקתי. בעלי אמר שצריך לקנות לילדה שמלה. לא רציתי, אז הוא הלך וקנה. את האוכל נתתי לה, אבל לא כל כך כינסתי... בעלי הביא משטרה כי שברתי טלפון, הם אמרו: 'זה לא עסק שלנו', פתאם הביאו רופא מפה". בעלה טוען שמאז החתונה לא היתה בסדר, והנבדקת מספרת: "אמא אומרת שאחרי ארבע ילדים הייתי צריכה להפסיק אבל בעלי לא אמר. עכשיו הוא אמר, אז שמתי טבעת, אבל אני פוחדת להיכנס להריון עם טבעת כמו שקרה לבת דודתי". החלטתה של נבדקת זו אינה מייצגת את מצבם של כל הנבדקים בקבוצה. שלוש נבדקות ילדו ילד נוסף לאחר המשבר, ושתי נבדקות אחרות ילדו עוד שני ילדים אחרי המשבר. נראה לנו שיש נבדקות שקיימת אפשרות שילדו בעתיד עוד ילדים.

הגבר היחיד בקבוצה זו הגיב ללידת בת, אך אולי יותר להתרחקות מאשתו כתוצאה מהלידה. עם קבלתו לאשפוז נכתב: "אחרי לידת הילד השלישי התנהגותו השתנתה. הסתגר בתוך עצמו, יעילותו בעבודה ירדה, נעשה קיצוני מבחינה דתית. שבוע לפני האשפוז צחק לעצמו, אמר שהוא המשיח, ניסה לקיים יחסי מין עם אשתו הנידה, התנפל על גיסו ועל התינוק, וכשסגרו אותו בחדר קפץ מקומה שניה, הסתובב חצי ערום ברחוב". כעבור כשבוע הובא לאשפוז.

לסיכום, רבויין של הנבדקות שהגיעו לטיפול בשלב ההריון והלידה בהשוואה למיעוטן בשלבים אחרים,

מלמדת על כך שזהו שלב קריטי מבחינת המשימה ההתפתחותית עבור נשים חרדיות. נראה שהמועד הפגיע ביותר בשלב זה הוא אחרי הלידה, ובעיקר אחרי לידת ילד שני או שלישי.

טראומות

בקבוצה זו כללנו את כל הנבדקים שפנייתם לטיפול קושרה לאירוע טראומטי בחייהם. בקבוצה זו 10 נבדקים, 7 גברים (שהם 17.1% מהגברים) ו-3 נשים (שהן 10.7% מהנשים). טווח הגילים בקבוצה זו הוא 20-38. שבעה מהנבדקים בקבוצה זו דיווחו על בעיות התנהגות ו/או הסתגלות בעבר הרחוק יותר. חמישה מהגברים בקבוצה זו שירתו בצה"ל, שלוש שירתו מלא, שניים מהם נעזרו בקב"ן, ועוד שניים שירתו חלקי, שבמהלכו הגיעו לטיפול נפשי. לעיתים היה יותר מאירוע אחד שתרם להופעת הבעיה, נדגים אחדים מהם.

משבר נפשי שנלווה למחלה פיזית – אצל שלושה היתה זו מחלה של ילד כפי שנכתב בתיקה של אחת הנבדקות: "לפני עשרה ימים חלתה הבת הגדולה בצנהבת. החולה חששה שהבת הקטנה תדבק גם כן. החלה להקפיד על ניקיון. לפני 4 שנים נפטר הבן הראשון בגיל 4 חודשים. כמו כן היתה לה הפלה... מדברת לא לעניין. התרגשות. בכי, חרדה. בכי וצחוק לטרודין. מדברת על המשיח... מתמצאת במקום. לא מתמצאת בזמן". נבדק נוסף הגיע לטיפול סביב מחלתו הוא: "פעם ראשונה זה היה כשעשו לי ניתוח באוזן. השתוללתי".

משבר נפשי סמוך לפטירת הורה – בתיקה של אחת הנבדקות נאמר: "הובאה (לאשפוז) על ידי אח מהתחנה לבריאות הנפש. מאחר ועמדה ברחוב ללא תגובה. לא ענתה לשאלות... רועש שלא אכלה מספר ימים. חצי שנה קודם אימה נפטרה, והיא גם שבה לארץ לאחר היעדרות של מספר שנים". על פי עדות חברה שמכירה אותה 15 שנים תמיד היתה מוזרה.

נבדק אחר הגיע לטיפול (בעבר טופל על ידי קב"ן) בעקבות דמיונות על מות אח: "לאחר תחילת מלחמת יום הכיפורים וגיוס אחיו, התחיל לחשוב ללא בסיס שהאח המבוגר נפל. היה מדוכא, בכה. האב רצה לקחת אותו לפסיכיאטר, הוא סירב. בימים האחרונים חלה החמרה. אושפז בהוראת אשפוז".

לחצים סביב שירות צבאי – (נבדק פיתח תגובה פוסט טראומטית בעקבות שירותו הצבאי במלחמת יום הכיפורים) וקבלת צו גיוס.

מתאורי הנבדקים בקבוצה זו, ניתן ללמוד שחלק מהם תפקדו עוד לפני פרוץ המשבר ברמה גבולית. רופא תיאר נבדק השייך לקבוצה זו: "נקראתי על ידי הרב והשכנים לדירת הזוג (כאן מובא תאור של ההזנחה הקשה של הבית והילדים) אינו לומד ואינו עובד בצורה מסודרת. מאז ומתמיד מזניח את משפחתו. בשבועות האחרונים היה עצבני, רב עם אשתו, שומע קולות של הרב יואל טייטלבוים ז"ל שנותן לו פקודות להשתולל... יותר מאוחר נודע לי מפי רופא אחר שהאיש עומד לפני גיוס... הוא היה מסוכן לעצמו (איים בהתאבדות) וגם לאחרים. החלטתי לאשפז אותו באופן דחוף".

לסיכום, רוב הנבדקים שהגיעו לטיפול סביב אירוע טראומטי, האירוע היה מעין קש ששבר את גב הגמל, שכבר קודם לכן עמד בנטל בקושי רב.

בגרות

בקבוצה זו 5 נבדקים, 3 גברים ו-2 נשים. טווח הגילים נע בין 23-39. שלושת הגברים בקבוצה זו היו רווקים עם הפנייה לטיפול, ושניים נותרו רווקים עד כה. הנשים היו נשואות בעת הפנייה.

קבוצה זו מאופיינת בכך שכל הנבדקים דיווחו על בעיות נפשיות, בד"כ ממושכות למדי, שקדמו לפנייה. אחת

הנבדקות (בת ה-39) אמרה: "הייתי צריכה לפנות הרבה לפני כן" ואחרת סיפרה: "גם קודם לא הייתי 100%". שניים מהנבדקים בקבוצה זו טופלו בילדות. שלושה נבדקים בקבוצה זו שייכים לקבוצת התפוחות מבחינת הזהות הקבוצתית. שלושה נבדקים אימותיהן היו תולדות נפש. אצל כולם היה האירוע שהביא לפנייה לטיפול בעל אופי דרמטי, שלא ניתן היה להתעלם ממנו.

לסיכום, נראה שבקרב הפונים לטיפול בגיל הבגרות, ללא קשר לאירוע מסוים, מתקבצים נבדקים בעלי מטען נפשי כבד. ההתרשמות היא שנבדקים אלה, הצליחו להלך על חבל דק לאורך זמן, במאמציהם להמנע ממהצורך בטיפול נפשי. קיים דמיון רב בין הנבדקים בקבוצה זו לבין הנבדקים מקבוצת הפונים סביב אירוע טראומטי. כאשר מתייחסים לשלב במחזור החיים שבו פנו הנבדקים לטיפול בראשונה, ניתן לסכם ולומר שגבר חרדי, העובר את גיל ההתבגרות, את תהליך השידוך, ותחילת הנישואין ללא צורך בטיפול נפשי – עבר את המשוכות 'המסוכנות' מבחינת משברים נפשיים, וסכוייו להזדקק לטיפול נפשי הם קטנים ביותר. לעומת זאת, נשים חרדיות שעברו את גיל ההתבגרות, את תהליך השידוך והנישואין ללא פגעים נפשיים, עדיין ניצבות בפני המשימה 'המסוכנות' ביותר עבורן מבחינת ההזדקקות לטיפול נפשי; המשימה היא לידה והורות, ובעיקר לידת הילד השני והשלישי.

הגורם שהפנה את הנבדקים לטיפול

אחר שתארנו את השלב במחזור החיים, שבו פנו הנבדקים לטיפול, ננסה לברר דברים אודות הנושא הגורם המפנה לטיפול. כפי שהדגשנו כבר קודם לכן, הפונים החדים מאופיינים בכך שהם מגיעים לטיפול בליווית אדם נוסף. תופעה זו נתקיימה, כאמור, בקרב חלק מהנבדקים גם בשלב בו הם מטופלים כבר זמן ניכר. היינו מעונינים לקבל תמונה מי הגורם שהפנה את הנבדקים לראשונה לטיפול, הכוונה לטיפול מכל סוג שהוא, כולל רפואיקונבנציונאלי ועממידיתי.

את המפנים ניתן לחלק לארבע קבוצות עיקריות: משפחה, אחרים בקהילה, גורמים רפואיים ופנייה עצמית. נדון בכל אחד מגורמים המפנים בנפרד.

משפחה

בקבוצה זו כללנו את כל המפנים שיש להם קרבת משפחה לנבדק כולל קירבת דם וקירבת נישואין. 42 (שהם 60.9%) מהנבדקים הופנו לטיפול לראשונה על ידי קרובי משפחה. בקבוצה זו דומה שיעור הנבדקים לשיעור הנבדקות. קבוצה זו חילקנו לשלוש תת קבוצות: המופנים על ידי המשפחה הגרעינית, ע"י בני זוג, וע"י משפחת בני הזוג.

1. משפחה גרעינית; 29 (שהם 24%) מהנבדקים הופנו לטיפול על ידי המשפחה הגרעינית. 21 נבדקים (51.2% מכלל הגברים) ו-8 נבדקות (28.6% מכלל הנשים). העובדה שרוב הנבדקות הגיעו לטיפול לאחר נישואיהן, מהווה הסבר למספרם הגבוה של הנבדקים בקבוצה זו, בהשוואה לנבדקות. כפי שנראה בהמשך, עבור הנבדקות ממלאים הבעלים בחלק מן המקרים, את הפונקציה של המשפחה הגרעינית בשאלת ההפניה, אך מצב הפוך לא מצאנו. בקבוצה זו היו 5 נבדקים נשואים בעת ההפניה.

מאחר והיה קשה לקבל מהנבדקים מידע מי במשפחה הגרעינית זיהה והביא לפנייה לטיפול, לא נכנס לפרוט

מספרי בנושא זה. בדרך כלל היו אלה ההורים, כפי שסיפרה אחת הנבדקות: "אבי ז"ל שמר עלי בבית. הוא הפסיק לעבוד לשבועיים, שכבתי במיטה, לקחו אותי בכוח לדופא וקבלתי חשמל ותרופות. אחר כך הפסקתי" (הכונה לטיפול הרפואי). נבדקת אחרת אמרה: "בהתחלה חשבו שאסתדר לבד, אחר כך ההורים שלחו אותי לדופא. ידעתי שאני צריכה, לא יודעת אם זה היה פסיכולוג או פסיכיאטר". נבדק נוסף אמר: "היה לי מחלת קיבה. רציתי ללכת לבית חולים כללי...הלכתי לדופא פרטי...הוא נתן לי תרופות, לא לקחתי אותן, שלמתי לו הרבה כסף. פחדתי מאשפות. רק אמא ידעה (הכונה על המצב). בסוף באו אנשים, לקחו אותי בכוח בטקסי, לא לבית חולים כללי, אמא הזמינה אותם".

היו מקרים שהיו אלה האחים שהפנו. נבדק סיפר: "עשיתי דברים משונים...היו לי מחשבות שרודפים אחרי...אחי לקח אותי למרפאה בכוח לא הסכמתי, כעסתי, אבל הם מבינים". היו מקרים שכמה מבני המשפחה היו מעורבים בפנייה. סיפר אחד הנבדקים: "ההורים ספרו לאחי, גם אחותי שמה לב. לא רציתי ללכת לטיפול, חשבתי שזה יעבור לבד. לקחו אותי בכוח לבית חולים". בגרסתו התחלפו האב והאח כמי שלקחו אותו לבית חולים.

2. בני זוג כמפנים לטיפול; בקבוצה זו היו 7 נבדקות (שהן 25% מהנשים), שכולן הופנו תחילה לטיפול פרטי, כשהורקם לא היו בחיים, או שהקשר איתם היה רופף ביותר. אצל 4 מהנבדקות, היו מעורבים בהפניתן לטיפול הבעל וההורים. אחת הנבדקות סיפרה: "אמרתי לבעלי והוא הלך לאשה חרדית, שחתנה אותנו (שהיא ובעלה מתפקדים כהורים עבור הזוג) והיא לקחה אותי לדופא".

3. קרובי משפחה על ידי נישואין; בקבוצה זו 6 נבדקים 4 גברים ו-2 נשים. הגברים הופנו על ידי גיסים, והנשים על ידי החמות, שהפנתה אותן למרפאים עממיים (שניים מהגברים נעזרו גם הם תחילה ברפואה עממית). בקרב הגברים היתה ההתייחסות למעורבות הגיסים – שונה. שני נבדקים רואים בגיסים כתובת מרכזית לתמיכה בכל בעיותיהם הנפשיות. כפי שסיפר אחד הנבדקים: "הייתי במחשבות, הייתי במתח גבוה. כשהגיע לשיא פניתי לגיס. הגיס רגיש, מעוניין, מקדיש לי, חדר עמוק לתוך הבעיה, לא מרפה, רגיש, טוב לב". לעומת התייחסות זו למעורבות הגיס, סיפר נבדק אחר: "גיס הפנה אותי, אבא לא ידע. הוא עשה הכל, לא אמר לי כלום. קודם אשפוז, ורק אחר כך אמרו לאבא. גיסי עשה על דעת עצמו, לא שאל רשות מאיש. לקח אותי עם מונית, מקודם לא אמר לי שלוקח אותי, לא אמר כלום, באתי והשאירו אותי שם". לא ברור אם הדברים אכן נעשו בלא ידיעת האב, אך נבדק זה רואה בעין לא טובה את מעורבות הגיס בבעיותיו ומטיל עליו את כל האחריות לדרך הטיפול בו. יתכן ועמדה זו מסייעת לנבדק להמנע מכעס על אביו, ולמקדו באדם מרוחק יותר.

נבדקת אחרת, שהופנתה לטיפול ברפואה עממית על ידי חמותה סיפרה: "בהתחלה הלכתי עם חמותי לאשה אחת, גם את בעלי לקחה לשם. היא עשתה לי כוויה בבטן, זה נגד פחד. אני לא יודעת אם זה עזר. זה כואב דקה, ונשאר סימן לכל החיים...כשהתחילו הדכאונות בעלי הביא לי קמע לשים על הבגד, אני לא יודעת מה היה כתוב בו. הלכתי למגיד עתידות, אחות של בעלי שלחה אותי הוא הסתכל לי על היד ואמר, שיש לי 3 בנים ובת. ויהיו לי 7. הוא אמר שאמא שלו מתערבת יותר מידי, והוא שומע לה, ובגלל זה כל המריבות".

גורמים בקהילה

בקבוצה זו 15 (שהם 21.7%) מהנבדקים, 10 גברים ו-5 נשים. הגורמים בקהילה שאיתרו את הצורך בטיפול והיפנו, הם שונים.

9 נבדקים, 8 גברים ונבדקת אחת, הופנו על ידי משגיח/רכ בישיבה ומורה, או חברים שהיו בקשר קרוב עם הנבדק,

בדרך כלל בגין שהות משותפת בישיבה. המעשים שעוררו את תשומת הלב של המשגיחים היו בחלקם מעשים חריגים. אחד הנבדקים תיאר: "השתוללתי בישיבה. לא הרגשתי טוב. הסתובבתי באמצע הלימוד. פעם גם כביתי את האור בזמן הלימוד. רופא בא אצלי שמה לישיבה... ראש הישיבה הזמין אותי. אחר כך הייתי אצל סבא שלי ואחר כך הלכתי לבית חולים פרטי".

גם כאשר המאחרים היו החברים, מי שיצר את הקשר בין משפחת הנבדק והגורם הרפואי היה המשגיח, כפי שתארו הנבדקים: "הבחורים שמו לב שמהו לא בסדר איתי, הם ספרו למשגיח, המשגיח התקשר מיד לאבא, והוא בא לקחת אותי". נבדק אחר סיפר: "מה עשיתי?! הייתי שוכב על המיטה, התחלתי לצחוק צחוק פראי, שלא התאים לאופי שלי. זה דבר שבלט במיוחד. זה קרה פעם אחת באותו לילה, ביום חמישי כלילה. היה בחור שלמד איתי קודם, הוא הכיר אותי יותר, ושאל אם אני רוצה שיקחו אותי לרופא. אמרתי 'כן', והזמינו כבר את אבא בטלפון, זה היה חצות. למחרת בבוקר כבר הייתי אצל רופא. עליו המליץ המשגיח". מעורבות רבה יותר של הגורמים בישיבה באה לביטוי בתאורו של נבדק, שעלה לארץ מספר שנים קודם לכן, והיה יתום מיאמו מגיל רך. הוא סיפר: "המשגיח מהישיבה הפנה אותי לרופא. הוא הלך איתי אליו. פעמים הלכנו פרטי, הישיבה שילמה. אחר כך הרופא כבר לא רצה לקבל אותי בבית, רק במרפאה בבית חולים".

6 נבדקים הופנו על ידי שכנים, מתוכם נבדקת אחת על ידי עובדים ושבים, שלא יכלו להתעלם מן ההתנהגות החריגה של הנבדקים. בקבוצה זו 2 נבדקים ו-4 נבדקות. נבדקת אחת סיפרה: "פתאום הביאו רופא. מי הביא אותו - אני לא יודעת". בתיקה הרפואי כתוב: "נערך ביקור בית, על פי בקשת השכנים". נבדקת אחרת סיפרה: "צעקתי... השכן הזמין רופא ולקחו אותי לבית חולים". בתיקו של נבדק אחר היה כתוב: "נעצר על ידי המשטרה אחרי שתקף את סבו, לכן הופנה למוסדנו".

גורמים רפואיים

בקבוצה זו 9 (שהם 13%) מהנבדקים, 5 גברים ו-4 נשים, שמתוכם הופנו 3 בשל קשיים שהופיעו בעקבות לידה. סיפרה אחת הנבדקות: "אחרי הלידה הרגשתי רע. הלכתי לרופאת קופת חולים והיא שלחה אותי הנה, ומפה שלחו אותי לבית חולים". נבדקת אחרת אמרה: "מטיפת-חלב הפנו אותי לפני יותר מ-10 שנים. באתי פעם אחת והפסקתי. אחר כך הפנו אותי שוב". נבדק אחר אמר: "נפצעתי במלחמת יום הכיפורים, לפני כן הייתי בריא. לא יודע, פתאום הייתי בבית חולים בצפת, ומשם שלחו אותי לפסיכיאטר".

פנייה עצמית

3 נבדקים, שתי נבדקות ונבדק, חיפשו בכוחות עצמם דרך להקל על מצוקתם. שלושתם השתמשו תחילה בשיטות רפוי עממיות. סיפר אחד הנבדקים: "לפני החתונה היה לי דכאון. הדבה פעמים הייתי מיואש שוכב ימים שלמים במיטה. הייתי הולך לקבר דוד, ושם נהיה לי מצב רוח טוב. שם היה לי נוח. שם הייתי בוכה והייתי מרגיש יותר טוב... שמה זה מקום שיש קדושה וזה מוציא את הדכאון. לפעמים הלכתי לבד, לפעמים עם חברים. שם אומרים תהילים. דוד המלך ריפא את כל החולים בזמן שהיה מלך ישראל. הייתי מיואש. לא היה לי הנאה משום דבר". לסיכום ניתן לומר שהמשפחה היא הגורם הדומיננטי בהפניית הנבדקים לטיפול נפשי, ובעיקר משפחת המוצא. בקרב הנבדקות הנשואות מעורב לעיתים הבעל, שלא כמו בקרב הנבדקים הנשואים שבת הזוג לא היתה מעורבת בהפנייה. סביר להניח שגם בהפנייה שנעשתה על ידי גורמים רפואיים במרבית המקרים היו בני המשפחה המפנים לגורם רפואי כללי, מחוסר ידיעה מהי הבעיה ומהו הטיפול הרצוי. לגבי ההפניות שנעשו על

ידי גורמים בקהילה, בולט מספר ההפניות שנעשו על ידי סמכויות לימודיות וחברים ללימודים. ברוב המקרים הללו מתפקדת המסגרת הלימודית כמסגרת משפחתית, משום שהנבדקים נמצאים בה רוב הזמן. הבולט בהפניות אלה, ובהפניות גורמים אחרים בקהילה, היא העובדה שרובן התרחשו בעקבות אירועים דרמטיים. ניתן לומר שגורמים בקהילה נכנסים לפעולה כאשר לא ניתן עוד להתעלם מן הבעיה. ממצא זה הולם את התאור של קשיי הנבדקים קודם הפניה לטיפול.

יצירת הקשר עם הגורם המטפל

כבר הדגשנו בפרק המבוא כי הצורך בשירותי רפואה הוא אחת מנקודות המפגש בין החברה החרדית הבודלנית לבין השירותים הממלכתיים, מאחר שבתחום זה אין ברשותה של החברה החרדית שירותים עצמאיים. שירותי בריאות הנפש, כתת תחום של הרפואה, הינה נקודת מפגש בעלת בעייתיות מיוחדת, שכן גם הדת וגם רפואת הנפש, שניהם עוסקים בנפשו של האדם, ברוחני שבאדם, תחום שבו מעונינת החברה החרדית בהשפעה רבה ביותר על החברים בה.

אחד הנבדקים, משנשאל באיזה שלב של הבעיה פונים לרבנים ולרפואה עממית תיאר: "בכל השלבים, בעיקר בבעיות נפשיות לא מקובל לרוץ לרופאים. יש הסתייגות גם מהגישה של רופאים וגם של פסיכולוגים. כי יש בזה פנייה ליסודות שמנוגדים ליסודות האמונה. לפי מה שקראתי בעיתון (עיתון חרדי) היסודות של הפסיכולוגיה המודרנית התבססו על יסודות הנפש שמתנגדים לעיקרי האמונה. הזהירו. לפני כמה שבועות כתב מישהו בה'מודיע' על הנושא... אבל תראי אני לא בר סמכא בנושא, אז אל תקחי את זה כמייצג את דעת כולם". אותו נברק נשאל אם היו לו בעיות במהלך הטיפול הנפשי שלו, שהגישה הרפואית לא תאמה את רוח ההלכה. הוא ענה: "לא הייתי כל כך צלול. אז הייתי מדוכא. הבחנתי פה ושם בנקודות מסוימות. אפילו אם לא מדובר פה על להעביר את האדם על דעתו, שאלה אם מותר להזדקק למהלך מחשבה כזה... יתכן וזו גם הסיבה שחרדים מגיעים לטיפול נפשי מאוחר יותר מאשר חילונים... יתכן, אם הייתי יותר בטיפול — זה היה אומר משהו, היום אני רק במעקב, אז לא מרגיש דברים כאלה. אני חושב שההסתייגות היא מלרוץ לכל בעיה יום יומית. אדם שמוגדר כחולה לא יודע אם יאמרו לו לא ללכת לפסיכולוג, אבל אני לא מייצג".

מדברי הנבדק עולה הבעייתיות הרוחנית ביחס להזדקקות לשירותי בריאות הנפש בחברה החרדית, והנטייה לדחות פנייה זו עד כמה שניתן. מגמה זו תורגם על ידינו בהמשך, סביב הצגת הנתונים על שעורי האשפוזים בקרב הנבדקים. השאלה היא למי, ולאיזה סוג טיפול פונים, כשמוכר הצורך להיעזר בשירותי רפואה. במהלך המחקר שמנו לב לכך ששמותיהם של רופאים פרטיים מסוימים הוזכרו שוב ושוב. לפיכך שאלנו כמה מן הנבדקים כיצד נבחר הרופא המטפל. להלן נביא מספר תגובות של הנבדקים המלמדות, על קיומה של פונקציה בחברה החרדית, שראינו לנכון לכנותה ה'מתווך בעניני רפואה'.

סיפר אחד הנבדקים "יש רופאים מסוימים שהולכים אליהם. יש בן אדם מסויים שמיעץ להם. בחור לא מרגיש טוב אז הולכים לאיש הזה... הוא יודע איפה לשלוח". שאלתי, אם יוכל להפגיש ביני לבין אותו אדם, ועל כך הגיב: "הוא מסודר, בשביל מה לו לדבר אתך?! הוא אפילו לא גמר אוניברסיטה. הוא לכל המחלות. הוא פיקח מכיר את הרופאים מכל הארץ. כל יום הוא מקבל איזה חמישה אנשים, ואומר לאדם לאיזה רופא ללכת. אפילו ישלח אותו

לחונן לארץ". אותו נבדק נשאל ביחס לרופא מסויים, הוא אמר: "הפסיקו לו (הכוונה את ההפניות) כי עושה מהר... פעם היה יושב עם כל אחד חצי שעה, היום יושב עשר דקות וזהו... הם לא הולכים סתם. הולכים לרופא מסויים. למה שהוא יש לו הרבה סבלנות. הרופאים לא צריכים להיות דתיים. העיקר שלא יהיה אשה. נשים הולכות לרופאה. אם אין ברירה הן הולכות לרופא. רק שלא יהיה נגד ההלכה". הוריו של נבדק אחר ספרו: "הגענו לרופא זה תוך החיעצות עם אדם בקהילה שמכיר רופאים, ומפנה. אחרי שמונה שנים טוב בעצה איתו, נסענו לרופא אחר מחונן לעיר". נבדק נוסף שנסע בשלב מסויים לחו"ל לצורך טיפול רפואי, נשאל כיצד ידע לאילו רופאים לפנות. הוא סיפר: "דרך ישיבת מיר יודעים את כל הרופאים הטובים שיש בארה"ב".

נראה שקיימים מספר מתווכים בעניני רפואה ואחדים מהם אינם מסתפקים רק בהפניה. אחד הנבדקים סיפר: "המחלה באה די בפתאום. יש אחד ברחוב החרדי שמטפל בחולי נפש. הוא לקח אותי לפסיכיאטר אמיתי עם רשיונות ותרופות, ושזה לא עזר לקחו אותי לבית חולים. יתכן ולא הייתי מגיע לכל המצב לולא הטיפול שלהם. אם הייתי מקבל תרופות קודם... החזיקו אותי בבית, נתנו לי לשחות משהו שהפחיד אותי. היד שלי התנפחה, אחר כך גם היד השנייה. שמו שרוץ על הרצפה לראות אם אני חושב שזה נחש. פחדתי לדרוך. עשו דברים שאני חושב שזו לא התנהגות טובה. זה דומה לחברה החילונית ששואלים מישהו שמכיר את הבעיה, למי ללכת. הבעיה היא שהם מתנהגים כבעלי בית בעניין התרופות. אם אגיד לו שזה לא משפיע ייתן לי 100 כדורים. יש הרבה אנשים עם בעיות שלא מגיעים לטיפול. האחד לקח אותי לרופא, הוא לא נתן לי כדורים. השני כן נתן כדורים, אבל הוא גם לקח אותי בסוף לבית חולים. הוא נתן לי תרופות, ושאמרתי שזה לא עוזר הוא הוסיף עוד ועוד. הוא היה יכול להרוג אותי". גיסו של אחד הנבדקים סיפר כשנשאל לאן פונים: "יש מתווכים כאלה 'מאכרים'. הם לפעמים גם בעצמם נותנים זריקות". כשנשאל על כך יותר, נבהל, נסוג, והסביר: "רק לפעמים, כשאין ברירה וכן אדם משתולל". מדברי הנבדקים עולה, שבאופן פורמלי עוסקים מתווכים אלו בעיקר בהפניות, אך במצבי חרום נראה שהם נותנים גם טיפולים רפואיים. בנושא זה, כפי שעולה מדברי הנבדק שצוטט לעיל מעדיפים הנבדקים לא להרבות בפרטים. נראה לנו שהם יודעים שיש בכך עבירה על החוק.

נבדקים נוספים ספרו על רבנית מסויימת הנחשבת לבת סמכא דווקא בתחום ההפניות בנושאי בריאות הנפש. אליה פונים גברים ונשים. אותה רבנית היא אחותו של רב המתגורר בעיר אחרת, ונחשב מצוי ביותר בעניני רפואה וטיפולים רפואיים בארץ ובח"ל. מסתבר שלשירותיו נדרשים לעיתים גם אנשים חילונים. במקביל קיים גם ארגון הדואג לצד המעשי של הטיפול הרפואי, כאשר הוא כרוך בהוצאות כספיות גבוהות. במקרה כזה יושיט הארגון סיוע. אם הטיפול כרוך בנסיעה לחו"ל, הארגון ייצור קשר בין המתרפא ומשפחתו לבין אנשים בקהילה בחו"ל שיסייעו למתרפא ולמשפחתו בעניינים יום יומיים בעת שהות בחו"ל. על התארגנות דומה, ברמה מקומית סיפרה לנו אחת הנבדקות: "נכנסתי לחברה שקוראים לה 'ביקור חולים', רואים מה צריכים בבית חולים. אני מקבלת רשימה של חולות, ואני הולכת לבית החולים לכל המחלקות שהן שם. למשל, אם יש מישהי אחרי ניתוח שצריכה שיבואו לטפל בה, אני מוסרת את זה למרכזת והיא דואגת לזה. זהו ארגון שלם, והכל בהתנדבות... בדרך כלל הולכים לכאלה שאין להם מבקרים, המרכזת הולכת ועושה רשימה של כאלה שגרים מחונן לירושלים וכאלה שאין להם מבקרים, מבקרים, גם חילונים".

לסיכום, ניתן לומר שבחברה החרדית קיימת פונקציה של מתווכ בעניני רפואה. מדובר במספר מתווכים, ששיטות התווך שלהם, מבחינת רמת המעורבות – כנראה שונות, ורמת העדכון הרפואי שלהם שונה. איו בידינו

מידע כמה מהנבדקים השתמשו בשירותיהם של אותם מתווכים, אך ברור שחלקם לפחות קיבלו מידע ממתווכים אלה. מדברי כל הנבדקים שהתייחסו לנושא המתווכים, להוציא אחד, מתקבל הרושם שאותם מתווכים לא רק מכירים את כל הרופאים אלא יש בידם מידע מעודכן על חידושים בעולם הרפואה ועל טיב הטיפול הרפואי שנותנים רופאים שונים. נראה שאיכות הטיפול היא המדד הראשוני להפניה לרופא מסויים. פונקציה זו של המתווכים וארגוני הצדקה הנלווים אליה בדרך כלל, מאפשרים לאדם החרדי, אף אם אינו מצוי בתחום הרפואה ואף אם לא מצויה בכיסו הפרוטה, להגיע לטיפול הרפואי הטוב ביותר. בכך הם מממשים את הגישה הדתית של "המקיים נפש אחת בישראל כאלו קיים עולם מלא".

הקשר הראשון של הנבדקים עם גורם טיפולי

אחר שתארנו את השלב במחזור החיים שבמהלכו פנו הנבדקים לטיפול, ולאחר שבררנו על ידי מי הופנו לטיפול, נפנה עתה לתאר את דרכי הפעולה המעשיות שנקטו. מצאנו שהנבדקים מתחלקים לשלוש קבוצות, מבחינת הסוג השירות הרפואי אליו פנו.

1. קבוצה שפנתה לטיפול בשירות ציבורי – על קבוצה זו נמנים כל הנבדקים אשר מייד לאחר שהכירו בצורך בטיפול כלשהו בבעיתם הנפשית- פנו לטיפול בשירות הציבורי. בקבוצה זו 39 (שהם 56.5%) מהנבדקים הנבדקים תארו זאת: "אבא הלך איתי למרפאה ליד הרכבת. היו שט שיחות ותרופות, זה עזר". נבדק אחר אמר: "זה היה בתקופת הישיבה. הייתי בנמצא לא טוב. הדוד ואמא לקחו אותי חבית לבית חולים". בקבוצה זו כללנו גם את הנבדקים, שהיה להם קשר חד-פעמי או דו-פעמי עם רופא פרטי, שהמליץ על פנייה לשירות הציבורי לצורך טיפול ו/או אשפוז, והמלצה זו בוצעה. "לקחו אותי לרופא פרטי פעם אחת, ואשפוז אותי בבית חולים", תיאר אחד הנבדקים. נבדקת נוספת, שהיא ובעלה נכללים במחקר תיארה: "השכנים או החברים הביאו איזה רופא פסיכיאטר. הוא אמר שבעלי צריך ללכת לבית חולים ושאי אקח שני כדורים. אבל אני פחדתי שהכדורים יבלבלו אותי עוד יותר, אז לא לקחתי אותם. אחרי כמה ימים היה כל הדבר הזה שטיפרתי לך אז (הכוונה לנסיון ההתאבדות שבעקבותיו אושפזה). אני חושבת שאם היינו הולכים קודם, ואם אני הייתי לוקחת את התרופות, זה לא היה נעשה ככה. אני פחדתי מהתרופות. כי אמא שלי היתה לוקחת תרופות והיא היתה מבולבלת. אבל עכשיו אני יודעת שהתרופות מבבלות רק אם לוקחים יותר מדי".

2. קבוצה שפנתה לטיפול פרטי – על קבוצה זו נמנים כל הנבדקים שטרם פנייתם לשירות הציבורי טופלו על ידי רופאים פרטים. בקבוצה זו כללנו את כל הנבדקים העונים לקריטריון זה, בלא להתחשב במשך הטיפול הפרטי, בתנאי שהיו לפחות שלושה מגעים עם רופאים פרטיים קודם הפנייה לשירות הציבורי. בקבוצה זו 19 (שהם 27.5%) מהנבדקים. תיארה אחת הנבדקות: "הלכתי לרופא פרטי. הומלך עליו כרופא טוב. הוא נתן לי כדורים וזה עבר. לא הייתי הולכת קבוע".

3. קבוצה שפנתה לרפואה עממית-דתית – על קבוצה זו נמנים כל הנבדקים שטרם פנייתם לשירותי רפואה קונבנציונאליים, ניסו להיעזר בשיטות ריפוי עממיות, מסורתיות ודתיות. בקבוצה זו 11 (שהם 15.9%) מהנבדקים. אחד הנבדקים הסביר: "בתימן אין לא רופאים ולא תרופות. אמא עשתה קצת תרופות. איזה, אני לא יודע. שמן אולי". נבדק נוסף תיאר את התערבותו של רב אושר (אותו הזכרנו לעיל): "בגיל 16 בא הרב אושר לאבא

ואמר נוסעים למשה* לישיבה (היה בישיבה מחוץ לעיר). הוא ידע שאני בצרות. זה שידע זה כמו נט, כמו רוח הקודש. היה לכל המשפחה קשר איתו. אני ראיתי אותו פעם אחת לפני כן. ללא הקשר עם ידעורה, הייתי מגיע הרבה קודם לבית חולים. נבדק נוסף שלמצוקותיו היה תוכן דתי מובהק, סיפר: "הלכנו לרב, שאלתי שאלות ובכל זאת לא נרגעתי. קבלתי פסק הלכה, וגם זה לא הרגיע אותי. ואז פניתי לעוד רבנים, וזה גם לא הרגיע אותי. לפני שגיסי פנה לרופא הלכנו לאיזה גרפולוג דתי, זה לא היה רציני. הוא קבע שאני כשרוני ויש לכוון אותי לאפיקים מסויימים. בסופו של דבר הגעתי לרופא פרטי. הייתי אצלו איזה תקופה, וקבלתי הרבה סוגי כדורים. זה קצת הועיל וקצת לא. גיסי שאל אותו אם הוא יכול להפנות אותי למומחה גדול. הוא הפנה אותי לרופא אחר (בעיר אחרת שגם אשפו אותו אחר כך במחלקתו). הרבנים — יש שהבינו וניסו לעודד. בתוך אמירת פסק הדין אמרו שאני אבדוק מה קורה איתי". מתוך תאור אוכלוסיית המחקר ברור שבעת ביצוע המחקר טופלו הנבדקים כולם על ידי שירות רפואי ציבורי. עולה שלמעלה ממחצית הנבדקים פנו לרפואה הציבורית, עם הכרת הצורך בקבלת עזרה מגורם חיצוני. ברצוננו לבדוק את איפיוניה של כל אחת מן הקבוצות על פי מספר משתנים.

מין הנבדקים על פי סוג השירות הרפואי הראשוני שבו נעזרו

טבלה מס. 6 התפלגות הנבדקים על פי סוג השירות הרפואי הראשוני שבו בחרו ועל פי מין

סוג הרפואה	ציבורי		פרטי		עממית		סה"כ
	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	
גברים	27	65.9%	8	19.5%	6	14.6%	41
נשים	12	42.9%	11	39.3%	5	17.8%	28
סה"כ	39	56.5%	19	27.5%	11	15.9%	69

מטבלה זו עולה ההבדל בין הנבדקים והנבדקות בשימוש בשירות הרפואי הראשוני שאליו פנו. גברים פונים לשירות הציבורי בשכיחות גבוהה יותר מנשים, ונשים פונות בשכיחות גבוהה יותר לשירותי הרפואה הפרטיים מאשר הגברים. שכיחות השימוש ברפואה עממית דתית דומה בשני המינים.

ממצא זה יכול להסביר בחלקו את השאלה שהצגנו בפרק השיטה, כאשר תהינו על היחס בין מספר הגברים והנשים במחקר. כנראה שבחברה החרדית קיימת נטייה להפנות נשים לשירות רפואי פרטי בשכיחות רבה יותר מאשר את הגברים. אם נשוב לממצאים שהוצגו בדבר ההתייחסות השונה של גברים ונשים למצבים משפחתיים חריגים, ולעובדה שנשים סרבו יותר מגברים להמשיך בדאיון — הרי שמתחזקת המגמה על פיה חריגות בקרב נשים חרדיות מתקבלת פחות מאשר בקרב גברים חרדים. יתכן שדפוס שימוש זה בשירותים הרפואיים השונים, נעוץ בנטייה להימנע מלחשוף נשים חרדיות במקומות ציבוריים ותומים, כדי לשמור על צניעותן.

* כל שמות הנבדקים בעבודה זו בדויים.

מוצא הנבדקים על פי סוג השירות הרפואי הראשוני שבו נעזרו

טבלה מס. 7 התפלגות הנבדקים על פי סוג השירות הרפואי הראשוני שבו בחרו ועל פי מוצא

סוג הרפואה	ציבורי		פרטי		עממית		סה"כ	
	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מס.	אחוזים
אשכנזים	34	60.7%	17	30.6%	5	12.2%	56	100%
ספרדים	4	36.4%	1	9.1%	6	54.5%	11	100%
מעורב	1	50.0%	1	50.0%	—	—	2	100%
סה"כ	39	56.3%	19	27.5%	11	15.9%	69	100%

מטבלה זו עולה שקיים קשר בין מוצא לבין סוג השירות הרפואי הראשוני בו בחרו הנבדקים. נבדקים ממוצא ספרדי העדיפו באופן בולט פנייה לשירותי רפואה עממיים ודתיים, לפני הפנייה לרפואה הקונבנציונאלית. בקרב נבדקים ממוצא אשכנזי בולטת נטייה הפוכה של מיעוט פניות לרפואה עממית-דתית כשירות רפואי ראשוני, ונטייתם היא לפנות לשירותי הרפואה הציבוריים והפרטיים כאל שירות רפואי ראשוני.

מצבם המשפחתי של הנבדקים על פי סוג השירות הרפואי הראשוני שבו נעזרו

טבלה מס. 8 התפלגות הנבדקים על פי סוג השירות הרפואי הראשוני שבו בחרו, ומצבם המשפחתי בעת

הפניה

סוג הרפואה	ציבורי		פרטי		עממית		סה"כ	
	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מס.	אחוזים
רווק	23	57.5%	11	27.5%	6	15.0%	40	100%
נשוי	13	50.0%	8	30.8%	5	19.2%	26	100%
גרוש	3	100%	—	—	—	—	3	100%
סה"כ	39	56.3%	19	27.5%	11	15.9%	69	100%

מטבלה זו עולה שהמצב המשפחתי בעת הפנייה אינו משתנה המשפיע בבחירת סוג השירות הרפואי הראשוני של הנבדקים. מספר הגרושים בעת הפנייה הוא קטן. בכל זאת ראוי לציין שכולם פנו לרפואה צבורית. אחד הנבדקים אמר: "הגירושין הוציאו את המחלה לרחוב". כלומר, ברגע שהתגרש החלו לתהות על גירושיו, וכתוצאה מכך החלה מחלתו הנפשית להיות נושא מדובר וידוע. אז אולי גם קל יותר להישפך במרפאה ציבורית, כי למעשה אין כבר מה לחשוף.

מגע עם שירותי רפואה ורווחה טרם הפנייה לטיפול

כפי שצינו, רבים מהנבדקים דיווחו על תחומים בהם חשו קשיים בילדות או בהתבגרות זמן רב טרם הפנייה לטיפול הנוכחי. בדקנו מי מהנבדקים היה בעבר בקשר טיפולי כלשהו. מצאנו שבקרב הקבוצה שפנתה תחילה לטיפול פרטי היתה רק נבדקת אחת, שבגיל ההתבגרות, סביב משבר נפשי קשה, טופלה בטיפול פסיכיאטרי פרטי.

בקבוצת הפונים תחילה לרפואה עממית־דתית לא טופל אף נבדק בילדות. לעומת זאת, בקרב הקבוצה שפנתה מיד לטיפול ציבורי, היו 11 נבדקים שטופלו ו/או היו בקשר עם שירותים פסיכיאטרים ו/או שירותי רווחה, (שתפקדו בהקשר זה כשירותים טיפוליים) בילדות ו/או בהתבגרות, מתוכם 9 טופלו על ידי שירות ציבורי. עוד 3 נבדקים למדו בחינוך המיוחד בשלב כלשהו של מסלול לימודיהם (מתוכם אחד היה גם בטיפול נפשי), כלומר מספר מצטבר של 13 נבדקים. בקרב כל הנבדקים בקבוצה זו, להוציא שניים, היה פסק־זמן בין הטיפולים הנ"ל והפנייה הנוכחית. כלומר, מגע בעבר עם שירותי רפואה ו/או רווחה – מקל את הפנייה לטיפול בשירות ציבורי.

מהות הקשר הראשוני של הנבדקים עם השירות הציבורי

בדקנו את מהות הקשר הראשוני עם השירות הציבורי של הנבדקים משלוש הקבוצות. כלומר, מי מהנבדקים אושפז סמוך לפנייתו (הכוונה לנבדקים שלא היו להם יותר מאשר שלושה מגעים עם המרפאה טרם האשפוז), ומי טופל באופן אמבולטורי סמוך לפנייה.

טבלה מס. 9 התפלגות הנבדקים על פי סוג הטיפול הראשוני שבו בחרו, ומהות הקשר הטיפולי הראשוני עם

השירות הציבורי

מהות הטיפול		אמבולטורי		אשפוז		סה"כ	
מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים	מספרים	אחוזים
12	30.8%	27	69.2%	39	100%	39	100%
3	15.8%	16	84.2%	19	100%	19	100%
2	18.2%	9	18.8%	11	100%	11	100%
17	24.6%	52	75.4%	69	100%	69	100%

טבלה מס. 9 מבליטה את שיעור האשפוזים הגבוה בקרב הנבדקים כולם, בעיקר בהתחשב בעובדה שנתונים אלה מתייחסים רק לקשר הראשון עם השירות הציבורי. עולה גם ששיעור האשפוזים גבוה בקבוצת הנבדקים שפנו תחילה לרפואה הפרטית והעממית־דתית מזה של הקבוצה שפנתה לטיפול ציבורי תחילה. נראה לנו שממצא זה מעיד על כך שכשהלה החמרה במצב הנפשי, בעיקר כזו הדורשת אשפוז, מתרחש המעבר לרפואה הציבורית מסוגי רפואה אחרים. אחד הנבדקים תיאר זאת: "בחור שמשתגע בכל מקרה מנסים להחזיק אותו בבית. אם צריך תרופות הולכים לפסיכיאטר (כוונתו היתה לפסיכיאטר פרטי). ואם אחרי שבוע שבועיים נהייה יותר גרוע – הולכים לבית חולים".

כעיקרון הרפואה הפרטית והעממית־דתית אינן נותנות מענה למצבים המצריכים אשפוז, ולכן 'נאלצים' לעבור לשימוש בשירותי הרפואה הציבוריים גם אלה המנסים להימנע מכך, כאשר הם זקוקים לאשפוז. יחד עם זאת שמענו מפי מספר נבדקים תאורים על מצבים שבהם התרחש מעין 'אשפוז בית'. תופעה זו נתאר ביתר פרוט כשנעסוק ביחסי הגומלין בין הנבדקים למשפחות המוצא שלהם.

אצל 32 נבדקים (שהם 78% מכלל הגברים) ו־20 נבדקות (שהן 71.4% הנשים) הטיפול הראשוני ברפואה הציבורית היה באשפוז. כלומר, שיעור הגברים המגיעים לאשפוז סמוך לפנייתם לרפואה ציבורית – גבוה במעט

משעור הנשים המגיעות לאשפוז סמוך לפנייתן לרפואה ציבורית. בקבוצת הרפואה העממית-דתית, כל הגברים (שישה במספר) אושפזו מייד עם הפנייה לשירותי רפואה ציבוריים ואילו בין הנבדקות אושפזו שלוש מתוך חמש. לסיכום, אם מתייחסים לאשפוז כמדד לחומרת מצבו של הפונה, אזי ניתן לומר שהנבדהיח מגיעים לטיפול בשירות הציבורי כשמצבם הנפשי קשה.

שעורי האשפוזים בקרב הנבדקים

על מנת לקבל תמונה שאינה כוללת רק את הקשר הראשוני עם השירות הציבורי, וכדי לראות אם ההבדל בין הנבדקים שהשתמשו בסוגי רפואה שונים תחילה נותר לאורך זמן, בדקנו את שעורי האשפוז בקרב הנבדקים. 62 מהנבדקים (שהם 89.9%) היו מאושפזים לפחות פעם אחת, עד תום מחקר זה. שעור האשפוזים בקרב הגברים הינו 87.8% ובקרב הנבדקות גבוה במעט ומגיע ל-92.9%, בעוד שבקשר הראשוני עם השירות הציבורי המצב הפוך. שעור האשפוזים הכולל בקבוצת הפונים תחילה לרפואה הציבורית והפרטית – דומה לשעור הכללי, ואילו בקבוצת הפונים תחילה לרפואה עממית-דתית, שעור האשפוזים הנו 100%.

בסקר נמצא שבאזור היעד של אותה מרפאה שבה ערכנו את המחקר הזה, שעור המאושפזים בקרב אוכלוסיה דומה הינו 71.4%. כלומר, שעור האשפוזים באוכלוסיית המחקר הינו גבוה בהשוואה לשעור האשפוזים בקרב אוכלוסיה דומה באזור. ממצא זה מחזק את המגמה שהסתמנה סביב ממצאים אחרים שהוצגו לעיל, ועל פיה מגיעה האוכלוסיה החרדית לטיפול ציבורי במצב קשה יותר מכלל האוכלוסיה. ממצא זה מקבל חיזוק נוסף אם מתייחסים לממצאי אותו סקר בדבר שעור המאושפזים בקרב אוכלוסיה דומה (חולים ממושכים בטיפול פסיכיאטרי אמבולטוריו) בירושלים כולה המגיע רק לכדי 55.3%. כלומר, אזור היעד בו נערך מחקר זה, בולט בשעור האשפוזים הגבוה בהשוואה לכלל העיר. נראה לנו שניתן להסביר ממצא זה, באופן חלקי לפחות, על ידי ממצאי מחקר זה. העובדה שאוכלוסיית מחקר זה, האוכלוסיה החרדית, נכללת בדוֹבָה בְּקִבּוּצָה שאליה מתייחסים נתוני הסקר, מעלה אולי את שעור המאושפזים באזור, בהשוואה לכלל אוכלוסיית העיר. לסיכום, הקשר הראשוני של הנבדקים עם השירות הציבורי מאופיין בשעורי אשפוז גבוהים. אמנם בתחילה קיים הבדל בשיעורים בין הקבוצות השונות, אך הבדלים אלה נעלמים במהלך הטיפול. לכן לא ניתן לומר שהגעתו של נבדק לטיפול ציבורי תחילה, היוותה 'חיסון' מפני החמרת מצבו.

יחסי הגומלין בין סוגי הרפואה השונים בהם השתמשו הנבדקים

כפי שהדגשנו במבוא, ככל שאדם מתמודד עם בעיה נפשית קשה יותר ומתמשכת יותר, הוא יהיה נכון יותר לעבור מסוג רפואה אחד למשנהו, בשל התרופפות האמונה במערכת ריפוי אחת, ונסיון למצוא מזור ותקוה ברעותה. על מעברים אלה בין סוגי הרפואה השונים נדון להלן.

רפואה ציבורית ורפואה פרטית

7 נבדקים שפנו לשירות הציבורי הופנו על ידי רופאים פרטיים. כמו כן 9 מהנבדקים שפנו תחילה לטיפול ציבורי (שהם 23.1% מקבוצה זו) פנו לשירותי הרפואה הפרטיים, אחרי שהיה להם כבר קשר עם השירות הציבורי. אצל 5 מתוכם התרחשה הפנייה לרפואה הפרטית מייד בסיום אשפוז, שהיה הקשר הטיפולי הראשוני שלהם עם השירות הציבורי. עזיבת השירות הציבורי לטובת השירות הפרטי בסמוך לשחרור מהאשפוז, נעשתה,

בין השאר, כנסיון להסתיר את עובדת היות הנבדק חולה. כשנשאל אחד הנבדקים באם האשפוז לא חשף כבר את החולי, הוא ענה: "כשמאושפז, אם שואלים איפה הוא, אז אומרים נסע לאח שלו בחו"ל". בתיקו של אחד הנבדקים שאושפז שנים רבות קודם לפנייה נכתב: "הופנה למרפאה, בא עם גיטו...עד לפני עשרה ימים היה בטיפולו של רופא פרטי. הוא החליט שהטיפול יקר מידי ופנה למרפאתנו". כעבור 4 שנים הגיע שנית עם מכתב הפניה מרופא פרטי אחר שהמליץ לטפל בו בליטיוס.

מעברים אלה בין השירות הפרטי והציבורי מתרחשים גם בקרב הפונים לטיפול פרטי תחילה. מצאנו ש־8 נבדקים חזרו להשתמש ברפואה פרטית אחרי המגע עם השירות הציבורי. בכל המקרים זה היה כשהפנייה לשירות הציבורי הסתיימה באשפוז. עובדה זו מחזקת את ההשערה שהמעבר מרפואה פרטית לציבורית בחלקו, נעשה מתוך חוסר ברירה, היינו, הצורך להתאשפז. גם אחרי הקשר עם השירות הציבורי, שהתרחש כתוצאה מאשפוז, קיימת רתיעה בקרב חלק מהנבדקים להשתמש ברפואה ציבורית. אביו של אחד הנבדקים אמר: "כמה שיכולים לשמור שלא ידעו, שלא יפגע ההרגשה שלו בחברה, עושים מאמצים נוראיים לזה. בגלל זה הולכים לרופאים פרטיים ולפעמים גם לא מבקשים את הביטוח (הכוונה לביטוח הלאומי) בגלל זה. הבקור פה מאד קשה (הוא חזר ושאל אותי, מדוע אין קובעים שעה מדויקת לכל פונה במרפאת המעקב). הפסיכיאטרית שאלה אותי כמה שנים הוא לא ביקר פה. אחד הגורמים שהיגעתי הנה, שיש מחסור בתרופות שמקבל, ולא כל בית מרקחת מוכרים בלי מרשם. כל הזמן הייתי קונה בעצמי. מזל שיש רוקח אחד שנתן בי אמון ונתן לי את הכדורים...יש כרטיס מעקב חודשי שקיבלתי מרופא המשפחה. אבל בחודשיים האחרונים הכפלתי את המנה שלו, אז יש בעיה...גם אצל רופא פרטי נזהרים לקבוע תור, שאף אחד לא יראה, שלא יפגשו אותנו שם...כשהיה מאושפז בבית חולים טיפל בו רופא מחו"ל, היו לי פגישות איתו והסברתי לו את הבעיה. ימי הביקור היו בשני וחמישי. הוא נתן הודאה שייתנו לי לבוא ביום שלישי, והאחים בבית חולים לא מילאו אחרי זה. אז בנוכחותי הוא התרגז מאד. כעבור חודש שמעתי שעזב את בית החולים והיגר לחו"ל, אני לא יודע אם זה בגלל זה". בדברים אלה מתמצה הקושי שבפנייה לרפואה הממוסדת בכלל, אם כי בולט יותר הקושי שבפנייה לשירותי רפואה ציבוריים. ואכן אחרי ביקורם זה במרפאה, שנערך לאחר ניתוק ממושך של הקשר, לא חזרו למעקב בשנה שלאחר מכן, חרף הזמנות חוזרות ונשנות מצד הצוות המטפל.

רפואה עממית-דתית ורפואה פרטית

בקבוצת הרפואה העממית-דתית פנו 7 מן הנבדקים (שהם 63.4% מקבוצה זו) לרפואה הפרטית לפני פנייתם לשירות הציבורי: 3 להתייעצות קצרה ר-4 לטיפול ממושך יותר (ורק אח"כ פנו לשירות הציבורי). 3 נבדקים בקבוצה זו חזרו להשתמש ברפואה פרטית גם אחרי שהיו בקשר עם שירות ציבורי. ממצאים אלו מצביעים על זמיון בין קבוצת הרפואה העממית-דתית לקבוצת הרפואה הפרטית מבחינת מסלול הפנייה.

ככלל, ניתן לומר שהאוכלוסיה החרדית מרבה להשתמש ברפואה פרטית בשלבים השונים של המחלה. אחד הנבדקים תיאר את המסלול ואת יחסי הגומלין בין סוגי הרפואה השונים: "הולכים פרטי בהתחלה, להכי טוב. אם אין כסף אז מבקשים מגמ"ח או הולכים לאיזה עשיר ואומרים לו 'הבן שלי חולה', בוכה ומבקש הלוואה. יש להם 'טריקים', יש להם חכמת חיים. הולכים לבית חולים. כשהגמ"ח תפוס, העשיר לא נותן, הקרובים גם לא. אז באים הנה. כל זמן שיש כסף הולכים פרטי, אם אין אז אומרים 'זה מהשמים' ובאים הנה. יש שצועקים ברחוב, אז יודעים, המקרה אבוד". כלומר, הנבדק טוען שההעדפה הראשונית הינה הרפואה הפרטית, לאו דוקא

בזכות איכותה, אלא בשל העובדה שהיא מאפשרת להסתיר יותר. מדבריו משתמע גם, שאם עובדת היות האדם

חולה ידועה בציבור – אין עוד מקום לטיפול פרטי. הצירוף של גורמים אלה, והרצון להיות אדון לגורלו, הניעו נבדק אחר לפנות לרפואה הציבורית: "החלטתי ללכת למרפאה ציבורית כדי להוציא את העניין מהשק. אין לי תקציב לרופא פרטי. אני רוצה גם לפנות לביטוח הלאומי. ההורים רוצים שאני אמשיך בטיפול פרטי. החלטתי שמספיק להסתיר. זה גם מעין מרד בהורים. אני לא רוצה להיות תלוי באבי (בתשלומים לרופאים), אני רוצה לעמוד ברשות עצמי".

אופן השימוש ברפואה הפרטית, בשלבים השונים של הטיפול, נועד בעיקר לצורך הסתרת המחלה, ואף לא אחד מן הנבדקים העלה שיקול של איכות הטיפול כגורם בהעדפת הרפואה הפרטית. מאידך, המעבר לשירות הציבורי מתרחש כאשר אין ברירה, דהיינו, כשזקוקים לאשפוז, ו/או אין עוד מה להסתיר ו/או אין מקורות מימון לשירות רפואי פרטי.

רפואה קונבנציונאלית ורפואה עממית ודתית

שאלנו את כל הנבדקים האם נעזרו בשלב כלשהו ברפואה עממית ודתית. התברר לנו שהשימוש ברפואה עממית ודתית רווח בקרב הנבדקים, ורפרטואר סוגי הריפוי הוא עשיר ומגוון. חלק ניכר מן המרפאים הם גם רבנים. הנוהג בחברה החרדית הוא של "עשה לך רב". לכן, כשנדון להלן ברפואה דתית נתייחס לקשר שיש לנבדקים עם רבנים רק סביב המחלה וריפוייה, ולא לקשר בענייני הלכה ובבעיות יום-יומיות שאינן קשורות במצבם הבריאותי. על הקשר של הנבדקים עם רבנים סביב שאלות בהלכה, נרחיב את התאור כשנעסוק ביחסי הגומלין בין הנבדקים והקהילה. כמו כן לא נתייחס לקשר שיש לחלק מן הנבדקים עם מדריכים ורבנים במוסדות שיקום קהילתיים, כגון במוסדות 'יד עזרה', אלא אם הקשר היה קיים קודם לפנייה למפעל השיקום של ארגון זה. הסיבה לכך נעוצה בעיקר בעובדה שחלק מן התפיסה השיקומית של מפעלים אלה היא יצירת מערכת יחסים טיפולית עם המשתקמים, והקשר עם המדריכים והרבנים במקום הוא בבחינת פועל יוצא של היות האדם שייך לארגון זה.

תפוצת השימוש ברפואה עממית-דתית בקרב הנבדקים

כמחצית מהנבדקים (35) דיווחו על שימוש באמצעי רפוי עממיים-דתיים בשלב כלשהו של המחלה. 23 גברים (שהם 65.7% מקבוצה זו) ו-12 נבדקות (שהן 34.3% מקבוצה זו). כלומר, שעור השימוש של נשים ברפואה עממית ודתית נמוך במעט משעורן בקרב הנבדקים.

היו 3 נבדקים שבתגובה לשאלה ציינו שהאב פנה למרפאים עממיים ודתיים. נבדק אחד אמר: "האבא הלך פעם לאכוחצירא, בלעזי", נבדקת אחרת סיפרה: "אבא פעם הלך לבקש עלי אצל רב".

14 הנבדקים הנותרים (שהם 20.3%) ציינו שלא פנו לסוג רפואה זה. בקבוצה זו היו נבדקים שהתייחסו בשאט נפש לריפוי עממי-דתי. נבדק אחד אמר: "הכל שטויות", אחר אמר: "לא מחזיק מזה". היו אחרים שראו צורך לדווח על דברים הקשורים בסוג רפואה זה, כאילו 'להתנצל' על כך שלא פנו. נבדק אחד אמר: "פעם הלכתי לבבא-סאלי ולרבי יחיא בשביל הילדים (הכוונה לבקש שיהיו לו ילדים), ואני קורא בספר התיקון הכללי של רב נחמן". נבדקת אחרת אמרה בתגובה לשאלה: "אני הולכת הרבה לכותל. אומרת זמירות במוצאי שבת, זה מחזק. יש מילים של התגוננות בזמירות. מי יודע אם לא כל ההחלמה מזה. אני מתפללת חזק, התפילות שלי שוברות סלעים". הנושא של תפילות ובקשות כאמצעי לריפוי עצמי חזר בקרב נבדקים רבים.

כמחצית מהפונים לרפואה עממית ודתית נוטים לפנות ליותר מאשר סוג ריפוי אחד, או יותר מאשר פעם

אחת. נבדקת אחת, שהרבתה להשתמש ברפואה עממית-דתית סיפרה: "הלכתי הרבה, בלי סוף, לא אחד ולא שניים. תאמיני לי זה לא עוזר. הייתי אצל רבנים-חכמים לברכה. הלכתי לכל אלה שיודעים לפתוח מספר — לא עזרו. פעם אחת שחטו הודו, אנהנו קנינו, ועשו לי על הראש. הבאנו לרב והוא ברך... זה קצת עזר. קמעות גם בלי סוף. אסור לאבד דברים כאלה, אני אבדתי הרבה (תוך כדי דיבור שולפת קמע מארנקה), ההודים שלי הלכו להביא. פעם, מזמן, קבלתי תרופות שתיה כזו... שוט דבר לא עוזר. פעם הלכנו לאשה זקנה בפתח-תקוה היא עשתה לי בגב אש. היא חממה מסמרי. אני פחדתי. עד שעברה הכוויה לקח המון חודשים. כשאדם בהתקפה כבר לא איכפת לו מה יעשו איתו. עדיף לסבול כוויה מאשר טבל כזה. באש אני מפחדת, דברים אחרים אני לא מפחדת. פעם חברה לקחה אותי לאחת שפותחת קלפים היא דרשה המון כסף. לא היה לי, אז החברה שלמה... לפעמים קוראת תהילים... אם יוצא שנוסעים לטיול הולכת להתפלל אצל רבי שמעון בר-יוחאי. בצפת, במירון, בסכריה. לא יודעת אם זה עוזר. אם אני הולכת ולא מתרפאת אני לא צריכה להתייאש, גם אם אני לא מרגישה זה עושה משהו". נבדקת זו בולטת בריבוי הפניות לרפואה עממית ודתית אך, כאמור, גם רוב הנבדקים האחרים שפנו לסוג ריפוי זה לא הסתפקו בפנייה אחת. מתוך דברי הנבדקת עולים שימוש במגוון של אמצעי ריפוי עממיים ודתיים. להלן נדגים את השכיחים בקרב הנבדקים.

* אמצעי הריפוי העממית-דתי בהם השתמשו הנבדקים

אמצעי הריפוי השכיח ביותר בקרב הנבדקים הוא פנייה לרבנים לקבלת ייעוץ וברכה. מן הראוי לציין שקשר זה עם רבנים נע מקשר חרף-עמי או אקראי, ועד מצב בו כמעט בכל צעד הקשור במחלה ובהתמודדות עימה מעורב אותו רב-מרפא. גם הפעולות שעושים הרבנים משתנות מנבדק לנבדק. נבדקת אחת סיפרה: "פעם הלכתי לרבי מבוהוש בתל אביב. שאלתי אם להמשיך בכדורים ואמר לי שמוותר לי. אמרו לי שמי שהולך אליו, הוא נתן ברכה שלא צריך יותר לקחת כדורים. הוא לא נתן לי את הברכה אלא אמר שאני אמשיך בתרופות. נתן לי בשמים שאריח ואברך על זה פעמיים ביום. זה לא עזר, אבל אם דבי אומר — צריך לשמוע". על קשר אקראי מסוג אחר סיפר נבדק: "כל שבוע אני פוגש את החכם כדורי", כשנשאל היכן, ענה בחיך: "אחרי בית המרחץ כל אחד מקבל ברכות. באים, הוא שם את היד, וכל אחד מקבל ברכה". למרות הפומביות והיעדר המימד האישי מקפיד אותו נבדק ללכת ולקבל את ברכת החכם.

על קשר אינטסיבי ביותר עם אותו רב סיפרה נבדקת אחרת: "אני שואלת את הרב כדורי על כל עניין רפואי. אם מאשר לי את הטיפול אז אני עושה מה שהרופאים אומרים, ואם לא, אז לא. לפעמים אני שואלת אותו דרך הטלפון. זה גם בעניין התרופות שאני מקבלת מפה. אבל גם בעניין למשל שהציעו לי לעשות צילום רחם, הוא אמר לא לעשות. אז לא עשיתי. לפני שלוש וחצי שנים שוב נהייתי קצת חולה. בקופת-חולים אמרו לי ללכת לבית חולים. בעלי לא הסכים, אז הלכתי עם הילדים שלי לאמא שלי והלכנו לרב כדורי. רק הסתכל לי על הפנים — וידע מה יש לי. אחר כך אמא הלכה אליו, והוא נתן לה קמע שאני לובשת עד היום. הוא גם נתן מיס שבירך עליהם לשותות, ונתן פתקים (שהיה כתוב עליהם) לשים כל יום בתה, ואז לגלגל את הנייר עם הלשון שיהיה כמו כדור, ואז לבלוע. עשיתי את הכל איזה שבועיים, זה עזר מאד". גילגול הנייר לכדור מדגים את הדמיון בסימבוליקה של הרפואה העממית והמודרנית. כמו כן, יתכן והחומרים המשמשים לכתיבה על גבי הנייר, הינם חומרים בעלי סגולות רפואיות, כפי שצויין במבוא כשתארנו את שיטות הריפוי של ה'מורי' התימני. ראוי להדגיש שגם נבדקת זו משתמשת באמצעי ריפוי עממית-דתי נוסף לזה המתואר על ידה לעיל. חלק מהתאורים שהובאו לעיל, ממחישים את העובדה,

שהטיפול הרפואי הקונבנציונאלי מקבל לגיטימציה על ידי חלק מהמרפאים העממיים.

סוג נוסף של ריפוי עממי הרווח בין הנבדקים הינו שימוש בקמעות. הנבדקים סיפרו על סוגים שונים של קמעות, שנועדו למטרות שונות, ושהשיגו אותם בדרכים שונות: "פעם משהי נתנה לי חוט אדום לשים על היד. אני חושבת שזה מקבר רחל". "קיבלתי קמע מרב אחד. אני לא יודע מה כתוב בו. אסור לפתוח". "קבלתי קמע נגד פחד" "פעם אמא הביאה לי קמע".

כמו כן דיווחו הנבדקים על שיטות ריפוי נוספות פחות שכיחות כגון: עשיית תיקון, השתטחות על קברי צדיקים, פנייה לרבנים המפורסמים בסגולות הריפוי שלהם כגון הבאבאסאלי ועוד, פנייה לקוראים בכפות ידיים, בקלפים ובשמות, למרפאים המתבוננים בצפורניים, לגרפולוג, למוצאי עין הרע ועוד. מאחר ואלה סוגי ריפוי פחות רווחים בקרב הנבדקים, לא ניכנס לפרוט בתחום זה, אם כי ראוי לציין שנושא זה הינו כר נרחב למחקר בעתיד.

הערכת הרפואה העממית-דתית על ידי הנבדקים שהשתמשו בה

למעלה ממחצית מהנבדקים שפנו לרפואה העממית-דתית הביעו, במבט רטרוספקטיבי, ספקנות ולעיתים אף בקורתיות בוטה יותר ובוטה פחות, ביחס להזדקקותם לסוג ריפוי זה, או ביחס לתוצאותיו. אחת הנבדקות אמרה: "הפסקתי עם הרפואה העממית. לא מאמינה בדברים כאלה יותר. לילדים שלי לא אעשה דברים כאלה. בתימן הרבה היו עושים ומתים מתרופות כאלה. יותר מאמינה בתרופות של רופאים". נבדקת אחרת אמרה על פנייתה למרפא עממי: "לא עוד. יום אחרי זה הלכתי לבית חולים".

ביטויים פחות בוטים נאמרו גם כן. נבדק אחד אמר ביחס לקמע שקיבל: "לא חושב שעזר בטח לא הזיק". נבדק אחר שפנה למרפאים רבים סיפר: "זה היה אחרי האשפוז הראשון. התפקוד שלי אז היה גרוע מאד. אבא האמין בזה. אני לא יודע. לא ראיתי שעזר אבל אני גם לא יכול להכחיש. לא רץ לזה. יש, או יש. לא הלכתי עם חשק ומרץ גדול. כאילו אמרתי, — ננסה הכל". כל פניותיו התרחשו באותה תקופה. נבדק נוסף הביע ספקות ביחס להידרשות לרפואה עממית-דתית: "בילדות היו לי אולי קמעות, אבל לא בשביל המחלה. הלכתי גם לבבאסאלי אבל הוא לא שייך למרפאים. הוא עדיף על כולם. יש בין הדתיים שמעדיפים ללמוד. לקרוא תהילים".

מהדברים שצוטטו לעיל משתמע שהפנייה לרפואה עממית ודתית התרחשה בשלבים שונים של המחלה. התקשינו לקבל מידע מדויק מן הנבדקים על עיתוי הפניה לרפואה עממית ודתית. לכן אין באפשרותנו להצביע על דפוס מסוים של יחסי גומלין בין הרפואה הקונבנציונאלית לרפואה העממית-דתית.

ניתן לומר שהשימוש ברפואה עממית-דתית רווח בקרב הנבדקים, והוא נארג במסכת מאמצי הריפוי הקונבנציונאלי. נראה לנו, שהסבל הממושך שך מרבית הנבדקים, חושף את הרפואה המודרנית בחולשתה, ומעודד את הפנייה לרפואה העממית-דתית.

לסיכום, מתאור מסלול הפנייה לטיפול של הנבדקים עולה, שהנטייה לדחות את הפנייה לטיפול נפשי, עליה הצבענו במבוא, קיימת גם בקרב הנבדקים. יחד עם זאת ריבוי הדיווחים על קשיים טרם הפנייה (בילדות), ומיעוט הטיפולים בילדות, רומזים על האפשרות שקיימת הימנעות רבה יותר מפנייה לשירותי הנפש בקרב האוכלוסייה החרדית. הקשיים העיקריים שעליהם דיווחו הנבדקים טרם הפנייה הם בתחום הלימודי והחברתי, אותם ניתן לקשר ליחודה של החברה החרדית.

מצאנו הבדל בין הנבדקים לבין הנבדקות בעיתוי הפנייה מבחינת השלב במחזור החיים. גברים פונים בעיקר סביב גיל ההתבגרות, השידוך והנישואין. נשים פונות בשלב מאוחר יותר, בעיקר סביב הריונות ולידה. הסבר להבדלים אלה ניתן למצוא בפרק המבוא, העוסק במחזור החיים בחברה החרדית, ובהבדלים בתפקידי המין בחברה זו. יתכן וניתן להסביר ממצא זה בעזרת ההסברים שנתנו לממצאים אחרים, ועל פיו נשים בחברה החרדית קונפורמיות יותר, ומזדהות יותר עם ערכי חברתן מאשר גברים.

בחברה החרדית קיים מתווך, בו נועצים תלך מהנבדקים במהלך הפנייה לטיפול נפשי. נראה לנו, שתפקיד זה חיוני בעת שעולה הצורך בשירותים חוץ קהילתיים, בחברה הדוגלת בבדלנות והסתגרות. כפי שהדגשנו במבוא מצאנו שגם למשפחה החרדית תפקיד דומיננטי בהפנית הנבדקים לטיפול נפשי. אך בולטת העובדה שבעלים לנשים חרדיות שותפים להפניית בנות זוגן לטיפול, ואילו נשים חרדיות אינן שותפות להפניית בעליהן לטיפול נפשי.

הנבדקים משתמשים בשלוש מערכות טיפול: ציבורית פרטית ועממית/דתית. מצאנו קשר בין משתני מין, מוצא, קשר קודם עם שירותי רפואה ורווחה, ובחירת סוג הטיפול הראשוני. הנבדקים מרבים להשתמש ברפואה עממית/דתית בצד השימוש ברפואה מודרנית, תופעה שאותה הצגנו במבוא, כמקובלת בחברות מסורתיות בארץ ובעולם. בין שלוש מערכות הטיפול מתרחשים מעברים המבטאים את המאמצים המושקעים בריפוי הנבדק, ולעיתים גם את המאמצים להסתיר את עובדת היותו חולה. ההסתרה נתפסת בעיני חלק ניכר מהנבדקים כמרכיב חשוב בסיכוייהם להירפא ולהשתקם.

פרק ג': יחסי הגומלין בין הנבדקים והקהילה

כפי שכבר הדגשנו במבוא, מאופיינת החברה החרדי בארגון קהילתי מסועף, שנועד להבטיח את קיום אורח החיים החרדי, ולממש תפיסה חברתית, שמדגישה בין השאר את חובת הקהילה ליטול חלק בדאגה לשלומם של חבריה החלשים. אזכרנו לא אחת גורמים שונים בקהילה, שמהווים מקור תמיכה לנבדקים. בפרק זה ברצוננו לבחון את מקורות התמיכה של הנבדקים בקהילה, ואת אופן השתלבותם של הנבדקים בחיי הקהילה ובאורחותיה.

מגורי הנבדקים

מגורים הם צורך חיים בסיסי, והנחנו שבאמצעותו ניתן יהיה ללמוד על הדרך בה החברה החרדית מתארגנת לעזרת חבריה הנזקקים. כמו כן הנחנו שהאנשים שעיימם מתגורר אדם הם בדרך כלל אלה הקשים באופן האינטנסיבי והמידי ביותר את השינויים במצבם של החברים ביחידת המגורים, וממילא הם מהווים, בדרך כלל, את מקור התמיכה הטבעי והראשוני של אלה המסתופפים איתם תחת קורת גג אחת. לפיכך שאלנו את הנבדקים עם מי הם מתגוררים.

30 (שהם 43.5%) מהנבדקים התגוררו עם בני הזוג, כלומר, עם המשפחה הגרעינית. בקבוצה זו היו כל הנבדקים נשואים, להוציא נבדק אחד שהתגורר עם אשתו בבית הוריו. נבדקים רבים מקבוצה זו שהוריהם בחיים ומתפקדים הירבו לבקרים, ולעיתים שהו תקופות ממושכות בבית ההורים. סיפרה אחת הנבדקות: "הייתי נוסעת להורים והייתי נשארת שם כמה ימים. הילדים היו לבד. כשאני בבית. את חושבת שהם מרגישים שאני שם?! הייתי בורחת מהמציאות, מטיילת, אזהבת את הבת דודה שלא מרגישה טוב גם כן, יותר נוח משהו במצב שלך. אבל היא מבשלת, עושה כביסה. היא גדולה ממני בעשר שנים, יותר נורמלית ממני". נבדקת אחרת סיפרה על נסיונות הוריה לגמול אותה מהביקורים והטלפונים התכופים: "קורה בחיים ששוב קשורים לאמא. אני מסלפנת לה 4-5 פעמים ביום, והיא לא מרשה לי לסלפן יותר מפעמיים".

העובדה שבית ההורים משמש מעין מקלט בתקופות מצוקה, באה לביטוי גם בכך ש־20% (שהם 29%) מהנבדקים התגוררו בבית הוריהם. בקבוצה זו, – 10 נבדקים הם רווקים, ו־10 גרושים ופרודים. כלומר, במקרים רבים, כשהנשואין לא עלו יפה, שבו הנבדקים לבית הוריהם. תופעה זו קיימת בקרב נשים וגברים, והיו מקרים ששיבה זו נעשתה בליווי ילדים. סיפר אחד הנבדקים המתגורר עם אביו: "לאבא אין זמן רב בשבילי, אבל היחסים מאד טובים, שום מתח, שום לחץ. זה דבר חדש. לפני האשפוז הרגשתי שהבית מאד מציק, זה משתנה כל פעם, לא יודע איך זה. קשה לי לעבוד, לא כל כך לבצע את העבודה. אלא להתעורר בבקר, קשה לי לתפקד. אם אבא ימות אני לא יודע אם אני אצליח להתמודד עם כל הדרשות שיש בלחיות לבד". אותו נבדק ביטא את החשש, שאם לא היה גר בבית אביו, אולי הי נאלץ להתגורר במקום מוגן. חשש דומה ביטאה נבדקת המתגוררת אצל הוריה מאז לידת בתה, למעלה מעשרים שנה. תוך כדי דיבורה היא נכנסה לחרדה ואמרה: "תדאי, כבר התחלנו לדבר שמויות",

היא גם סיפרה: "בהתחלה אמא לוחצה שאגור לבד, אבל אני מפחדת". נבדקת נוספת, המתגוררת עם בתה המתבגרת אצל הוריה, אמרה: "אני מרגישה שאם הייתי צריכה לנהל בית, היה לי מאד קשה. אני שוכחת, אין לי עול, יש לי מזל שאני נמצאת אצל ההורים". נבדק אחר, שמיעט בדיבור, אמר "אני גר אצל ההורים והם טובלים ממני המון".

13 (שהם 18.8%) מהנבדקים התגוררו לבד. 8 נבדקים בהם 5 רווקים ו-5 נבדקות כולן גרושות. רוב הנבדקים בקבוצה זו, הוריהם אינם בחיים או שאינם מתפקדים. רק נבדקת אחת הביעה את התחושה שהיא ניטשה על ידי ההורים, ואמרה "אצל הספרדים לא נותנים כלום לילדים, אומרים: 'כמו שהיה לנו קשה יהיה להם'. לא נותנים כלום לדירה, לא נותנים חומרית ולא רוחנית, לכן הם באים הנה ועוזבים את הדת". נבדק אחר סיפר: "היום אני לא מבקר אותם, לא ראיתי את ההורים שלוש שנים. באבא אני נתקל לפעמים. אמא חולת לב, היא עברה ניתוח לב פתוח, האחים אמרו לי לא לבקר אותה. זה משפיע עליה לרעה. אנחנו גרים 100 מטר זה מזה. אני לא מתגעגע. הרגשות שלי מתו בגלל הסבל. הרגש של השמחה, האהבה, השנאה, התיאבון הלכו לעזאזל". המאפיין את כל הנבדקים שהתגוררו לבד, הוא העובדה שלא היו עזובים לגמרי לנפשם, והם נעזרו בדרגות שונות, בבני משפחה או בגורמים אחרים בקהילה בחיי היום יום, על כך נעמוד ביתר פרוט בהמשך.

6 (שהם 8.7%) מהנבדקים היו סידורי מגורים אחרים. אחד התגורר עם משפחת אחותו, ואחת התגוררה עם אחיה, שאף הוא מוגבל. שני נבדקים גרו בפנימיה, אחד בישיבה והשני בפנימיה של "ידעזרה". עוד שני נבדקים גרו אצל זקנים, אחד בתברת עוד בחור והשניה עם בנה. היא סיפרה: "הוא (הכונה לבעל) נר באיזה מחסן ואני גרה אצל משפחה שיש לי שם חדר. האפוסטרופוס שלי משלם את זה. אני גרה שם עם הבן, והבת נמצאת בפנימיה ... גיסי הכיר אותם. אני לא. האפוסטרופוס דאג לי. הם מתנהגים אלי בסדר. הלכתי הביתה לחודשיים ולא יכולתי לעמוד בזה. היה לי קשה להשאר לבד ... הם מקבלים כסף. הם זקוקים לכסף. בעלה לומד כל יום, ישילדים קטנים. הקציבו לי חדר שמשלמים בעדו וגם בעד האוכל. אני מרגישה שם בסדר. בעלה לא לומד בעיר ורק בשבתות הוא בא הביתה. זה מקל עלי שלא מסתובב בית גבר. אולי בקרוב יחליפו לי דירה כי יהיה להם אורחים מחוץ לארץ לחגים". כעבור זמן קצר סיפרה אותה נבדקת: "החלפתי את מקום המגורים. הלכתי לאשה שצדיכה שיישנו איתה. כי איבדה את בעלה לפני כמה שבועות. זה אזור שאני רוצה. וככה לא צריכה להגיע לסובות של האפוסטרופוס שלי. אשלם את שכר הדירה מהביטוח לאומי כי זה מעט מאד. ההרגשה יותר טובה שמתחדדת לבד ולא צריכה להגיע לאנשים. מה הוא חייב לי?! היה קשה לו לשלם את דמי החודשי". מתאור זה עולה השילוב של גורמים במשפחה ובקהילה המגייסים לעזרת הנבדקת שירותים בהקילה, מתוך תפיסה של תיאום צרכים, במובן של 'זה נהנה וזה אינו חסר'. בדברי הנבדקת יש רמז לבעיה נוספת, שיש לתת עליה את הדעת כשדנים ביחסי הגומלין שבין הנבדק והקהילה, והיא הקושי של חלק מן הנבדקים לקבל עזרה. כך שיש לקחת בחשבון שתאור המצב, אינו משקף בהכרח את התנכרות הסביבה החברתית, אלא לעיתים את הקושי של הפרט לקבל, ולהיענות לעזרה המוצעת לו.

לסיכום, בולט מיעוט המתגוררים לבד, למרות ריבוי הרווקים, הגרושים והפרודים מקרב הנבדקים. נראה לנו שמצב זה מבטא דאגה לנזקים ואמצאי לפיקוח חברתי, האופייניים לחברה החרדית. מגורים נפרדים אינם מקובלים בחברה זו, שרוב חבריה נישאים בגיל צעיר. הסדרי המגורים שתוארו לעיל מלמדים על מקורות התמיכה העיקריים של הנבדקים. כפי שצינו במבוא, הקהילה, כמוסד על משפחתי, לא הפקיעה את עקרון אחריות המשפחה כלפי החלשים בקהילה, כשדבר זה היה לטובתה. נבדוק האם ניתן להצביע על הירארכיה

מסויימת בתחום הגשת העזרה. לכן, נדון ונתאר את הפונקציות שממלאים מקורות התמיכה השונים, דהיינו: המשפחה (מוצא, גרעינית, מורחבת) והקהילה.

מעורבות משפחת המוצא בחיי הנבדקים

נפתח בתאור מעורבותה של משפחת המוצא בחיי הנבדקים, וזאת משתי סיבות עיקריות: האחת, ריבוי הנבדקים חסרי משפחה גרעינית, והשנייה, התייחסויות הנבדקים למשפחת המוצא כמקור תמיכה, כפי שיוצג להלן.

מהות יחסי הנבדקים עם הוריהם

הנבדקים התייחסו לקשר שלהם עם הוריהם בשתי רמות: האחת מתארת את מהות היחסים, בעיקר ברובד הרגשי, והשנייה – המעשית, כלומר, איזו עזרה קונקרטית הם מקבלים מהוריהם. נפתח בתאורים של מהות יחסי הנבדקים עם הוריהם. הורים של חולי-נפש הם לעיתים האובייקט שאליו מופנים הכעס והתוקפנות בעת התפרצויות, אם ישנן כאלה. בתיקים רבים כתוב: "היה תוקפני לאב", "היה אלים כלפי ההורים", התנהגויות אלה אינן מובנות לעיתים על ידי הסובבים, ויוצרות מתח וקונפליקטים.

נבדקים רבים התייחסו לקשיים אלה של ההורים מהיבטים שונים.

היו נבדקים שהתייחסו לאי ההבנה והקבלה של מצבם על ידי ההורים בעבר או בהווה. נבדק אחד אמר: "פעם לא היו מדברים איתי שלא למדתי, היום אומרים 'יהיה טוב' מבינים שאני חולה". נבדקת אחרת תיארה את אי ההבנה והקבלה של אביה בעיקר, ביחס לאי יכולתה לשלוט במצבה, ואמרה: "אבא צועק עלי הרבה שאני שמהנ, שאני לא מסתדרת. אבא חושב שאני אוהבת להרגיש לא טוב. אמא גם צועקת לפעמים. אבל פחות מאבא. אמא יותר מאמינה שאני לא כריאה". ואחרת תיארה: "אמא אומרת שאני עצלנית. לא רוצה לעבוד. אבל אני לא מסוגלת. היא חושבת שאני לא רוצה. אבל אני לא יכולה".

היו נבדקים שבמקביל לביקורת על הוריהם, יכלו להתייחס לעייפות של הוריהם כתוצאה מן הטיפול הממושך בהם. אמר אחד הנבדקים: "כל המשפחה אותו דבר, גם אבא שלי. גם אבא לא מקבל אותי... אבא היה מעדיף שלא אהיה בבית... אבא רואה בעיות – זורק אותי לבית חולים. אמא שלי (שנפטרה) היתה נהרגת עלי... יכול להיות שאבא התעייף כבר, אין לו כבר כוח". נבדק אחר תיארו: "אני מוציא מה שמציק לי בפני ההורים והם אומרים: 'זה המזל שלך'. נמאס להם לשמוע, אמא נהייתה חולה ממני".

נבדקים רבים התייחסו להוריהם באמביוולנטיות. תיארו אחד הנבדקים, שאמו שבה לא מכבר משהות בחו"ל: "זו שיטה שלה לא לספר (על המחלה)... יש שני צדדים למטבע. יותר קל לי גשמית כשהיא נשארת, אז היא דואגת לאוכל, לכביסה. אבל אני לא יכול לעשות מה שאני רוצה. אם אני מעשן היא מתרגזת. אם עושה לא לדווח מתרגזת. היא אשה חזקה, משתלסת. לא עד כדי כך. אני לא עושה ממנה מפלצת". את האמביוולנטיות שנובעת מן התלות בהורים תיארה גם אחת הנבדקות: "אבא היה לא נורמלי, הוא עשה לי כושר, היה צורח עלי ברחוב. היה קורא לי 'די גאפצטאה' (המגונדרת). אמא מזלזלת בי, יש לה איזה 'נאחס' עלי. היא מתנכרת. אני מרגישה מקופחת ביחס לאחדים. אני לגמרי לא עצמאית. צריכה שאמא תעשה לי דייסה בבקר וקפה". נבדק נוסף, רגשותיו הדו ערכיים כלפי הוריו היו כה עזים, שעל מנת להתמודד עימם בנה לעצמו את הסיפור: "זה לא אבא ואמא אמיתיים שלי. אבא מת בשואה ואמא שלי הרגו אותה מתי שונלדתי. היא היתה יפה וקצין הונגרי הרג אותה. ואז לקחו אותי ונתנו אותי לאדון קורן".

חלק מהנבדקים הטיחו האשמות ישירות יותר כלפי ההורים. אחד הנבדקים אמר: "אף אחד לא הרגיש. כי עמדתי בשאיפות של הורי. לא מאשים אותם. לא איכפת לי גם להאשים אותם. אמא היתה מלחיצה. התמימות של ההורים היתה: 'הנה יש לי בן תלמיד חכם, יהיה רב, יהיה ראש ישיבה' לטפוח על הבטן. אבל מה זה? זה כמו אצל החילונים, שרוצים בן רופא. אבל זה עוד לפחות מועיל. ההורים גרים בארצות הברית. בארץ נמצא האח הגדול ואני, כל השאר בחו"ל". הוא נשאל אם זה קשה, וענה: "מה זה מושג של ההורים? אם מתמודד, מתמודד אולי הם יכולים לתח סינע. אבל אמא לא שאלה אותי אף פעם איך אני מרגיש. התעלמו. היחיד שחי את הסיפור זה אחי הגדול, מכיר, מתמצא, יש לו מונחים פסיכולוגיים. אבא שלי היה אומר, כשבאתי הביתה, 'מה אתה יושב?', המשפחה הלחיצה, אולי קל יותר בלעדיה. אין השתתפות במצב, אלא רק לעמוד בשאיפות שלהם. אני אובייקט שלהם, אני בורג... אבא היה ליברלי, היה יותר חופשי, הפכפך, מחליף דעות, יש לו הזלטה חלשה אבל עם הרבה רגש. אהבה הייתי אומר. אמא קרה, מתה לה אחות בידיים, שהיתה צעירה ממנה בשלוש שנים, וזה יצר מבוי סתום בהרגשות שלה. לא התייחסה לרגש, לחמה ולחמה. התמודדות להתחיל חיים חדשים, זה קשה". נבדק זה, למרות האשמותיו כלפי ההורים, מנסה להבין את התנהגותם מתוך התייחסות לאישיותם ולתולדות חייהם.

נבדק אחר שהאשים את הוריו, נטה לתלות את הקולר באחרים ולגלות הבנה להתנהגותם. הוא סיפר: "עד שאבא הלך פעם לחבר שלו, שאמר שהכל תלוי בחינוך, ועל כל שגעון צריך להכות אותי. אבא לא קיבל זאת ממש, כאב לו להרביץ לי, אבל רצה גם את טובתי. הוא היה שם טלית ואומר: 'רבותנו של עולם אני עושה את זה לשם חינוך'. אחר כך התחיל לתת לי מכות בלי הגבלה. זה התחיל מגיל קטן. כל יום, על כל פשע, אבי היה לוקח את החגורה מעור ומצליף. ההצלפות — הייתי מאד נהנה מזה, רוקד איתו ומבקש סליחה שגרמתי לו שיכאיב לי... במחלקה הפסכיאטרית אף אחד לא ביקר. ההורים גם לא רצו שאצא לחופש ואספר לכולם. אמרתי, שהכל לטובה, גם יוסף ישב בבית האסורים. ההורים לא רצו לקלקל את השידוכים, רצו לחתן אותי מיד אחרי שאני אבריא. גם לא רצו לקלקל לאחי את השידוכים. אחרי שיצאתי מבית חולים התחלתי לספר לכולם, דווקא לראשי ישיבות ולגיסי. יוצא לי מהפה בתעמולה של בית חולים. הייתי מדבר עם אבי, ואמי היחה אומרת: אתה מדבר מידי בקול. לא כל כך התביישתי, זה דבר טבעי כמו מחלת לב, מחלות נפש. אני מבין שזה יכול לקרות אצל כל אחד. קצת כעסתי שרצו שאסתיר וקצת הבנתי".

נבדק אחר מתאר מצב בו ההאשמות כלפי אביו הפכו לרגשי אשם שלו. "היה לי קשה לגור לבד, הייתי במצב לא טוב אחרי שאבא נפטר. הייתי חושב הרבה על המוות. לא ישן, חושב על אבא. היו לי קצת רגשי אשם כלפיו. חשבתי שאולי לא התנהגתי איתו טוב. חשבתי שאולי נפטר בגללי. חשבתי שאולי לא עזרתי לו מספיק, הייתי יכול לעזור לו קצת מבחינה כספית. הרבה פעמים היה מבקש ממני כסף ולא הייתי נותן לו. אמרתי לו שהוא צריך להסתדר עם הביטוח הלאומי. כשהיה מקבל את הכסף, היה קונה הרבה הרבה ונגמר לו הכסף מיד, ולא היה בבית כסף לקנות אוכל. סיפרתי לך שאבא לא התייחס אלי טוב. בעיקר אלי. הרבה פעמים שהרביץ לי שאלתי אותו למה הוא מרביץ לי, והוא היה אומר שכשהיה הברית שלי באו וחטפו את כל העוגות. היה שונא אותי. לא יודע אם שונא אותי כל כך. אחרי שעזבתי את הבית היחס השתנה, העריך שעבדתי, זה היה מקור לגאווה". נבדק אחר תיאר את ביקורתו והאשמותיו כלפי ההורים, שבעקבותיהם חלו התרחקות וניתוק רגשי מהוריו. "הקשר שלי היום איתם, שחוזק מדבר נחוצ לא מדבר איתם. אני מקפיד על כך משנה שעברה, שעברתי עוד משבר קטן אני נזהר ממש. אם יש לי ידיעה — אני מוסר להם, אני בורר את המילים. אני הרגשתי שאני הילד הטוב בבית. אמא, בעיקר, אומרת: 'היית ילד טוב

בבית, לא יודעת למה זה קרה. הייתי יותר מדי מנוצל, בשנות הבחורות הס, האחים, לא רצו לעשות כלום, ואני עשיתי קניות ומכולת. זה קשור עם העבודה בישיבה על הרצון להיות מושלם וסוב, בתור בחור זה מצב שהתפתח. לא ידעתי מהעולם, לא ידעתי מה אבי חושב עלי, לא היתה לנו שפה משותפת. יצא לנו לדבר אחרי המשבר בבית חולים, אני השתדלתי להיות 'פרפקט' והוא אמר שראה שההתנהגות שלי לא נורמלית, ומילה לא שמעתי ממנו על כך קודם. נתן לנו לצמוח מעצמו בלי שום טיפוח. יש לי מכתבים שקבלתי לישיבה, אני עוד שומר אותם, מאמי איך שהיא היתה כותבת לי להיות תלמיד טוב ולעשות כבוד למשפחה...עד כמה שידוע לי — במשפחה הרחבה לא ידעו. לא יודע אם יודעים היום. מניח שיודעים שעברתי משהו. אצלם זה נקרא משבר, השתגע, עבר משהו. השתוממתי על זה שכל כך מוזנח טוב. לי זה היה פלא. באותה תקופה היה דוד נמצא אצלנו, הדוד הזה שהסתובב אצלנו בבית בסח ידע שמהו קרה. ציפיתי לתגובה מסוימת ממנו, אבל כאילו לא קרה שום דבר. לא מצפים שיפרסמו. אין כשביל מה לפרסם זאת, אבל לא להחביא כל כך חזק. אמרתי לך, זה בגלל שזה תחושה של כשלון בחינוך. יש איפה ואיפה אצל ההורים שלי. יש נכדים שאם ישאירו אותם אצלם יאמרו שהיה קשה, ועם אחרים — לא. הבנות שלי כמעט לא נמצאות אצלם. זה קורה בין האח הגדול והיותר קטן, כי היחס עם הכלה השניה יותר חם.

היו נבדקים שבטאו כלפי ההורים יחס חיובי מלווה בהערכה ואסירות תודה. תיארה אחת הנבדקות: "אמא, כל מה שהרויחה הביאה לי כדי שייתן לה (הבעל) להכנס ולראות את הילדים. בעזרתה גידלתי את הילדים. לולא עזרתה פעם בשבוע, שבאה ורוחצים את הילדים, מחליפים מיטות, עושים כביסה וספוגה — לא יודעת איך הייתי מסתדרת". נבדקת אחרת אמרה: "במשפחה יודעים הכל. מתייחסים בסדר. מנסים לעזור כמה שאפשר". אחרת אמרה על הוריה: "יש להם סבלנות של ברזל, הלוואי שהיה לי ככה סבלנות".

הנבדקים בטאו קשת רחבה של התייחסויות כלפי ההורים. הצגנו בעיקר את הבעייתיות, והביקורתיות, שברוב המקרים היו מהולות בהבנה בהצדקה ובסלחנות. נראה לנו שצורת ביטוי זו קשורה בדפוסי הגידול בחברה החרדית, עליהם עמדנו במבוא, המלווים במעט מתח ומשבר בין דורי. כמו כן, ערך מרכזי עליו מושתתים יחסי הילד החרדי והוריו — הינו 'כבוד את אביך ואת אמך'. ניתן להניח שערך זה הופנם על ידי מרבית הנבדקים, הממשיכים לדבוק בו גם בעת היותם חולים. יתכן גם שהתייחסות זו של הנבדקים כלפי הוריהם, קשורה בעובדה, שהורי הנבדקים אכן מרבים לתמוך ולסייע לנבדקים, כפי שנראה להלן.

מהות היחסים המעשיים של הנבדקים עם הוריהם

כאשר מתייחסים לתמיכה קונקרטיה שהנבדקים קיבלו מהוריהם, מתגלה טווח רחב מאד של תחומי עזרה. אך מה שניתן לומר באופן כולל, על הורי הנבדקים שכולם ללא יוצא מן הכלל ידעו על מצבם הנפשי של הנבדקים. להוציא שני מקרים, אחד לאורך כל האשמוזים והשני באשפוז אחד לפחות (שצויין בתיק), ההורים, או לפחות אחד מהם, ביקרו את הנבדקים בבית חולים במהלך האשפוז. עובדה זו, בהתחשב במיעוט המבקרים האחרים, מדגישה את מעורבות ההורים והאחריות שהם לוקחים על ילדיהם החולים, בלי קשר למערכת היחסים הרגשית ביניהם.

מעבר לעובדה שרבים מן הנבדקים מתגוררים בבית ההורים, ובשל כך מקבלים מהם שירותים רבים — ראינו לנכון להציג בתחילה את התופעה של מה שבחרנו לכנות אשפוז בית. מדובר בנבדקים שמצבם הנפשי היה קשה, ולמעשה הצדיק אשפוז, אך ההורים התארגנו ויצרו עבורם תנאי אשפוז בביתם. סיפרה אחת הנבדקות: "הייתי

פעמיים חולה. אבי זכרונו לברכה שמר עלי בבית. זה היה בגיל 15, וגם אחרי הלידה בגיל 23. הוא הפסיק את העבודה פעמיים, ואחרי שנפטר לא היתה ברירה והייתי צריכה ללכת לבית חולים. שכנתי במיטה והוא סחב לי את הידיים בכוח. הלך איתי לרופא ונתן לי תרופות. בגיל 16 גם עשו לי חשמל אצל רופא פרטי. אחרי הלידה קיבלתי תרופות וזריקות, ואחר כך היה בסדר. אבא חשב שאחזר כך לא ירצו להתחתן איתי, ואבא צדק. שהייתי חולה, אחרי הלידה, חמותי גירשה אותי... אבא היה מוכר חלב והיתה לו סמיכה לרבנות. הוא היה נותן שטור אחרי העבודה. היה נותן מידה טובה. שכח לקחת כסף ולא היתה לו פרנסה... כשהייתי בבית חולים אמא באה לבקר אותי, ולקחה אותי הביתה לחופשות. אני פוחדת שאם אני אהיה חולה עכשיו (אמא נפטרה), לא יהיה מי שיבקר אותי".

נבדקת אחרת סיפרה: "לפני שלוש וחצי שנים שוב הופיעו סימנים של המחלה. הלכתי לקופת חולים ואמרו לי ללכת לבית חולים. בעלי לא רצה שאלך שוב לשט, אז הלכתי לאמא שלי עם הילדים, ואמא לקחה אותי לדב כדורי... אז גם הדודה שלי אמרה, שלא יכול להיות שחזור כל פעם. בטח יש משהו. אז ההורים שלי נזכרו שנדרו שיקחו אותי לקברות צדיקים, ואז הם לקחו אותי לצפת ולמירון, לבר יוחאי, לבעל הנס, לעמוקה. הסתובבנו איזה שבוע וכבר מאותו שבוע חזרתי מרגישה יותר טוב".

נבדק אחר, נשוי ואב לחמישה, סיפר: "אצל אבא יש מיטת נוער, כשאני מרגיש דע אני הולך לאבא לנח. זה נמשך כבר 18 שנה. יש עליות וירידות. את הדכאון מרגיש שבא, את ההפך — לא". כשנשאל מי כן מרגיש אמר: "אבא מרגיש, האח מרגיש, אני פוגש את אבא ואת האח כל יום. אושפזתי בבית, זה יותר טוב. אם אבא נראה יותר זקן — זה רק בגללי, אבל לא רצייתי את זה. החברים שלי לא יודעים כלום. שאני בא לישיבה אני מאד מתאמץ שלא ירגישו כלום. כשלא מרגיש טוב, לא הולך. כאילו נסעתי לחופש, נסעתי לאמריקה. שאני בא לישיבה יודע שלא מרגישים עלי יש לי רגש טוב. לפעמים אני אוכל אצל אבא בשבתות, כשמשתפר — אני בבית. אשתי נשארת בבית, אין לה ברירה, אני אומר לה שנסעתי למירון".

בתאורים אלה של אשפוז בית באים לביטוי הסובלנות והמאמצים שההורים עושים על מנת למנוע אשפוז. נוסף לכך עולה מתאורים אלה, כפי שגם משתמע מדברי הנבדקים שתארו את מערכת היחסים עם הוריהם, התפקיד שממלאים ההורים בהסתרת הבעיה הנפשית. על היקפה וחשיבותה של תופעה זו נעמוד בהמשך, כשנדון בהתייחסות החברתית לחולי-נפש בקהילה החרדית.

חלק מהנבדקים נעזרים בהוריהם כשירותים שנועדו לקיום יום יומי. בקרב הנבדקים המתגוררים עם הוריהם ישנם כאלה שנוטלים חלק בעבודות הבית. כמו שאמר אחד הנבדקים: "אני עושה קצת קניות, קצת כביסה, עוזר בספונגה, לפעמים הבית מאד מוזנח". נבדקת אחרת המתגוררת אצל הוריה עם בתה אמרה: "אני עושה ספונגה לשבת, קצת כלים, ומכבסת את הבגדים שלי". ואילו אחרים לא עושים כמעט דבר בבית הוריהם, כפי שאמר אחד הנבדקים: "אני לא עושה כלום בבית, אמא לא רוצה עזרה".

עזרה זו אינה רק מנת חלקם של הנבדקים המתגוררים עם הוריהם. אמר נבדק המתגורר לבר: "אני מנקה לבר, אוכל ומכבס אצל אבא". נבדק אחר שלא רואה את הוריו כלל, שולח את הכביסה לאימו. גם נבדקים נשואים נעזרים בהורים. יש כאלה שמתארחים אצל הוריהם בשבתות וחגים באופן כמעט קבוע. יש אמהות שבאות לסייע בבית הנבדקים, כפי שתיארה לעיל אחת הנבדקות, שללא עזרת אמא — לא יודעת כיצד היתה מגדלת את ילדיה. נבדקת אחרת סיפרה: "אם נשאר לאמא אוכל מהילדים או היא מביאה לי, או הילדה (הכוונה לבתה) מביאה, או אני לוקחת. אנחנו גרות קרוב. היא גם עזרה לי בילדים איך לספל בהם, רחצה אותם, הלישה, והצטננה שאני לא

יודעת איך לטפל בהם". נבדקת אחרת, אם לשבעה ילדים, אמרה: "אבא ראה אותי ברחוב — התחיל לבכות. אמא עוזרת בבישול". מתאורים אלה עולה שההורים עוזרים לעיתים גם בגידול הנכדים. מספר נבדקות סיפרו שאמותיהן שמרו על ילדיהן בתקופת אשפוזן, או בתקופות שבהן לא יכלו לטפל בילדיהן. דוגמה קיצונית לכך הבאנו כשדנו בנושא הילודה בקרב הנבדקים שם תארנו כיצד הורי נבדקת, הנשואה לנבדק, מגדלים את בתם מאז לידתה, ואילו את הבת השניה, התינוקת, "אנחנו יודעים איפה היא. היא אצל חבר של אבא שלה, אבל אני לא מכיר את החבר. ההורים שלה סידרו את זה. אבא שלה מצא מקום שלא יקחו אותה לאימוץ. כך היינו מפסידים אותה לגמרי, ואם אנחנו רוצים לראות אותה — יכולים. צריך לתכנן ולקבוע זמן פגישה". במציאות זה קרה פעם אחת בלבד בתקופה של קרוב לשנה.

ההורים מעורבים, כאמור, בתהליך הקמת המשפחה של הנבדקים כפי שהרגמנו לעיל, ולעיתים גם במערכת היחסים עם בן/בת הזוג. תיארה זאת אחת הנבדקות: "יום אחד העניש אותי (הכוונה לבעל) לישון על הרצפה, כי לא גמרתי לשטוף את הכלים. סיפרתי לאמא שלי, והיא אמרה לי: 'בואי לבית'. ואז נכנסתי ענד פעם לבית חולים והייתה לי הפלה... יום אחד אימו באה להורי ואמרה שרוצה לדבר. אמרה. התחתנו בטוב — נתגרש בטוב. אבא אמר: עינים יש לה? ידיים יש לה? לכל אחד יש מצבים. ידעתם מהמצב? שאמא שלו אמרה שאני לא יכולה להביא ילדים, אבא אמר: 'מה היא 10 שנים נשואה שאת קובעת שלא תביא ילדים? גיטי אמר להם: יש לכם את הכסף של הכתובה שלה? אז מליון לירות היה החוץ, משהו. ראה שאנחנו רוצים לסדר אותו אז שתק. כך זה נמשך עד שהתחלתי לעבוד במעון. המשכתי בשיחות וגרתי אצל ההורים".

חלק מן ההורים מסייעים לנבדקים מבחינה כלכלית. סיפרה אחת הנבדקות: "אם לא אבא שלי — היינו אבודים. כספית". בעלה אומר בטון כועס במקצת: "נעזרים כספית, אבל זה כסף שנתנו לו. מקבלים ריבית כל שבוע. היה לי בית ומכרתי אותו כי הוא היה חורבה. אני גרתי שם עם ההורים שלי. זה היה איום ונורא. אפשר היה לשפץ, אבל לא היה לי כסף. אביה גמיש איתנו בעניין הכסף. לא הולך לו כל כך טוב בחנות. נתנו לו את הכסף בדיוק כשדצה למכור את החנות והבית. ממש הצלנו אוחס שהלווינו להם את הכסף. אנחנו מקבלים ביטוח לאומי, שלה הולך על שכר דירה". נבדקת אחרת סיפרה: "אבא לא עוזר כל כך, הוא גר מחוץ לעיר לא בא כל יום. היתה תקופה שכא פעמיים בשבוע. עכשיו בא רק לחגים. הוא עוזר ככסף ולסדר דברים בבית".

נבדקים אחרים סיפרו כיצד ההורים דאגו להם שיהיו מסודרים מן הבחינה הכלכלית, כך שלאחר מות ההורים לא ישארו בחוסר כל. סיפר אחד הנבדקים: "אבא היה טוב לאדם וטוב לה". הוא סידר אותי טוב, דאג שאעבוד ויהיה לי ביטוח לאומי, וקנה לי דירה". נבדקת אחרת סיפרה על פנייתה לביטוח הלאומי: "מיד שהתחילו הבעיות — עשיתי שם בקשה. בהתחלה הלכתי עם אבא ולא הצליח, ואחר כך עם אמא והאמינו לה מייד".

חלק מההורים מסייעים לנבדקים להשתלב בחיי הקהילה. מספר, אם כי קטן, של נבדקים ציינו שהם הולכים עם ההורים לבית הכנסת בעיקר בשבתות. נבדקת אחת סיפרה שהולכת עם אמה לשיעורים. אחרים נלווים להוריהם בביקוריהם אצל אחים וקרובי משפחה אחרים ובשמחות. על כך נרחיב את הדיבור בהמשך, כשנדרן בכל אחת מפעילויות אלה בפרוט.

ההורים, כאמור, מעורבים לא במעט בטיפול הרפואי ולא רק בהפניה, אלא כפי שצינו בליווי הנבדקים למרפאות המעקב, בהפניה למרפאים עממיים ורתיים, ובפנייה שלהם למרפאים אלה עבור ילדיהם החולים. לסיכום, ניתן לומר שהורי הנבדקים מעורבים בחיי ילדיהם החולים, הנשואים ושאינם נשואים, בצורה

אינטנסיבית ומגוונת. למרות הביקורת מצד הנבדקים על מעשים אלה ואחרים של הוריהם, ניתן לומר ככלל שהנבדקים נענים לעזרה המוצעת להם על ידי ההורים. חלקם, הרווקים בעיקר, אף מביעים דאגה כיצד יתפקדו כשהוריהם לא יהיו בחיים. סביר להניח שזו גם דאגתם של חלק מן ההורים. ביחס לנבדקים הנשואים, דאגה זו אולי פחותה, אם כי ראינו שגם הם נעזרים רבות בהוריהם. מעורבות זו של הורי הנבדקים בעזרה ובתמיכה, מעוררת שאלות איזה תפקיד ממלאים ה'אחרים החשובים' הנותרים בחיי הנבדקים, ומה עולה בגורל נבדקים שהוריהם אינם בחיים או אינם מסוגלים להושיט עוד עזרה. מסיבה זו נבדוק להלן את מעורבותן של דמויות נוספות ממשפחת המוצא בחיי הנבדקים.

מהות יחסי הנבדקים עם אחיהם

ריבוי האחים במשפחות הנבדקים לא מאפשר לנו לתהות היטב על מהות היחסים הרגשיים של הנבדקים עם אחיהם. גם מצאנו שלעיתים קיים פער גדול בין תאור היחסים עם האחים לבין הביטוי המעשי של יחסים אלה. לדוגמה, אחד הנבדקים אמר על אחיו: "לא יודע מי גדול מי קטן. האחים כל אחד והכעידו שלו, לא מאוחדים". אותם אחים הם שהביאוהו לטיפול ונילוו אליו מספר פעמים בביקוריו הראשונים. כמו כן ההתייחסות הרגשית לאחים מושפעת לא מעט מן הציפיות שיש לנבדק מאחיו, שאינן בהכרח ריאליזטיות, ולעיתים מהתייחסות ההורים לאותו אח. אחד הנבדקים המתגורר עם אימו אמר: "אמא כועסת שלא מזמין (הכוונה לאח). אותי הוא מזמין, אבל אני מרגיש שזה בפה ולא בלב. אין לנו יחסים טובים. אחי חיתן את כל הילדים שלו, ואותי לא. הוא היה בשבת בעיר אצל הרבה ולא אצלנו. הוא עוזר בכסף לא בגוף".

אצל חלק מהנבדקים מצאנו הבדל בהתייחסות לאחים בוגרים יותר וצעירים יותר. אמר אחד הנבדקים: "הוא קטן. לא אדבר איתו על הבעיות מה שאעשה עם שרה וזונה". נבדקת אחרת אמרה: "האחות הקטנה רק התחנתה. היחסים אתה בסדר, היא בשתיים עשרה שנים צעירה ממני. יש לנו קשר טוב, אבל לא הייתי הולכת אליה בשביל הבעיות שלי. היא לומדת להיות אחות".

היו נבדקים שהדגישו שמדובר ביחסי גומלין כינם לבין אחיהם הם עוזרים ונעזרים: "הייתי הראשון במצב כזה, אבל אחי נכנס לזה בצורה חזקה. לי היה טבע לצאת מהמשבר, אחי היה במצב קשה. הוא היה כמה שנים בבית חולים. יש לו היום שישה ילדים. אשתו רוצה לפתוח גן. הייתי אצלם, והיתה לי מכונית, היא בעצם של אבא. היא אמרה שצריכה הלוואה, מספר אלפי דולרים. מכרתי את האוטו והלוויתי לה את הכסף. עד עכשיו עבדתי בכריכה של אחי (אח אחר). הוא היה נותן לי פה ושם כמה גרושים". בהמשך סיפר על עוד אח שחב לו כספים, אך הוא נוטה לוותר לו על כך, משום שהשתמש בכספים אלה להשיא את בנו, שהיה קשה למצוא עבורו שידוך משום שהיה שמן. הוא מוסיף ואומר: "כסף זה כמו עץ, שגוזמים את הענפים — גדול יותר". היו נבדקים שיחסו את היעדר הקשר עם האחים — למצבם הנפשי. נבדק אחד אמר: "אני כמעט לא מבקר את האחים, אין לי מה לדבר וזה מקשה. הם דווקא רוצים שאבוא". אחר הוסיף: "אחי בריא, אני לא הולך אליו, אנחנו לא משתווים. הוא ההפך ממני, יש לו אומץ. אני לא מבקר אצלו. הוא לא הזמין אותי, גם אם היה מזמין לא הייתי הולך. אני הולך רק כשצריך להביא דברים". נבדק נוסף אמר: "הקשר עם האחים ידע לוקס". הם יודעים שאני חולה, אבל לא יכולים להבין ממש את המחלה. האח שבחזר ל מבין יותר".

תופעה נוספת שבה קשורים האחים, עליה רמזנו כבר, קשורה בהסתרת המחלה. הסתבר לנו שהיו נבדקים,

שאחיהם לא ידעו על קיומה של בעיה אצל הנבדק ואפילו על אשפוזים ממושכים יחסית, או שהיו אמורים שלא לדעת על כך, והתנהגו בהתאם. בתיקו של אחד הנבדקים באשפוז הראשון נכתב: "דק האחות ידעה שהוא מאושפז. השאר (מדובר בשמונה אחים) חשבו שהוא בישיבה בעיר אחרת". נבדק אחר סיפר: "האחים לא ביקרו אותי. ההורים לא רצו שידעו שאני בבית חולים כזה. אז לא באו. רק אבא ואמא באו. אמרו להם שאני בבית הבראה".

מהות היחסים המעשיים של הנבדקים עם אחיהם

כשני שלישים מהנבדקים שהיו מאושפזים, ושלהם אחים, קיבלו מהם ביקור באשפוז. אין בתאור זה התייחסות למספר הביקורים, ולמספר האחים שאכן ביקרו. נבדקת אחת אמרה: "לא ביקרו. כל אחד בדאגות שלו". היו נבדקים שכלל לא התייחסו להמנעות האחים מביקורים, כאילו לא היה הדבר מצופה כלל, ואילו אחרים נתנו הסברים לכך. אחת הנבדקות אמרה: "אחי לא בא. הוא היה אז בחוץ. עכשיו הוא מאד מסודר. יש לנו יחסים טובים. הוא עושה לי הוצאה לפועל. הושבנו אותו (הכוונה לבעל) פעם בבית הסוהר שילמד לקח. אחי היה גר לידי בהתחלה, וכל יום הלכתי אליו, ונתן לי עצות איך להתדר עם הבעל".

למעלה משני שלישים מהנבדקים, שלהם אחים, דיווחו על עזרה כלשהי שקיבלו מאחיהם. סוגי העזרה שהאחים הושיטו לנבדקים הם מגוונים.

חלק מהאחים, בעיקר הצעירים שהתגוררו עדיין בבית ההורים, היו מעין שליחים של ההורים להתארגנות בחיי היום יום. סיפרה אחת הנבדקות: "צבי הוא בכית חולים. בא אלינו כל יום ששני פעם היה בא כל יום, מלווה לנו כסף, קונה לנו סיגריות. דוד מביא אוכל, מדבר איתי, אפשר לומר שאוהב אותי. יפה עושה לנו ספונזה ומביאה אוכל ביום ששני". היו נבדקים שהדגישו את העזרה המעשית והנפשית שמקבלים מן האחים. סיפרה אחת הנבדקות: "לאחי הגדול יש ישיבה. הוא רב שם. הוא נורא עוזר לי. כשהתחתנתי הוא אמר שאני צריכה להיות דתייה, ושאני צריכה להתדר עם הבעל. אשתו שמרה לי על הילדה וישנתי אצלה בהריון כשבעלי לא היה בבית. האחים גם היו באים לבקר בבית חולים. אחיות לא היו באות כי היו להן ילדים ושמרו על הילדים שלי". נבדק אחר אמר: "אחותי דווקא עוזרת בכביסה. עם בעלה יש לי דווקא יחסים טובים, אבל מה הוא יכול לעשות? הוא חסר אונים. הם זוג צעיר. לא יכול לקחת אותי הביתה. אחות אחרת בחו"ל, היא מרחמת עלי, כל ערב שבת שמדליקה נרות מתפללת עלי. בעלה לא רוצה שאבוא מפחד שאעשה בושות".

נדגיש שמצאנו בקרב הנבדקים תופעה, שכבר נצפתה בהקשרים נוספים, והיא של אח או גיס שנטלו על עצמם אחריות כמעט מלאה על תפקודו של הנבדק. מדובר ב־9 (שהם 13%) מהנבדקים (ביחס לנבדק אחד נעשה הדבר בשותפות עם האב), כולם, להוציא אחת, הם גברים, ארבעה – ללא הורים, אחד – רק אביו בחיים, ושניים – ההורים נמצאים בחו"ל. אצל שלושה נבדקים נטלו על עצמם גיסים את התפקיד, שלושת אלה הם גם הנבדקים היחידים בקבוצה זו שהיו נשואים בעת ביצוע המחקר. רמת המעורבות של האחים והגיסים משתנה ממקרה למקרה, אך ניתן לומר, כפי שאמר אחד הנבדקים מקבוצה זו: "לא הייתי יכול לצאת מבית חולים ללא העזרה שלה (הכוונה לאחות)". הנבדק התגורר סמוך לה, אכל אצלה ארוחות חמות, היא דאגה שביתו ולבושו יהיו נקיים, ועקבה אחר השינויים במצבו הנפשי.

נבדק אחר אמר: "אחי משלם לי חשבונות (האח הוא האפוטרופוס הרשמי שלי), ועושה כביסה. הוא רוצה שאבוא, אבל אני לא יודע למה אני לא הולך אליו כמעט". היתה תקופה שאח זה היה אובייקט למערכת הפרנואידיה שלו,

ואז רצה לנתק את הקשר עימו שנשמר בעזרת העובדת הסוציאלית. אחד הנבדקים, שהוריו כעת בחו"ל, הביא תאור המדגים את האחריות המוחלטת שנטלו עליו אחיותיו. "אני גר אצל האחות, גיסי בעלה מאד ידידותי איתי. מה שקרה, שאחותי השנייה היתה מאד מאומצת, אז חצי יום עבדתי אצלה וחצי יום הלכתי לשיבה, אבל היו שם (אצל האחות השנייה) דברים שגרמו לי כאב עמוק. מעירים לי כמו ילד בן שנה וזה בלבד אותי. אני אמנם הילד הקטן במשפחה, ואבי אמר שהפינוק יגרום למחלות, אבל אחותי השנייה בכל זאת מתנהגת איתי כמו ילד-קטן. גיסי אומר לה שלא צריך להגיד לי כל הזמן מה לעשות, כמו לתינוק בן שנה. כל הזמן הבלגתי, זה מצווה לא לכעוס, לא להתחצף לאחות. בלמתי את הכעס. אחרי כמה דקות התפרץ מהלב ואמרתי לה את העניין אבל היא לא הבינה, ואמרתי שלא אבוא לעבוד אצלה יותר. אז עכשיו אני רק אצל האחות הראשונה. צריך להתנהג לפי הגיל, לא כמו תינוק בן שנה... גיסי הבין טוב מאד. הוא ראה שאחותי אומרת לי כל הזמן דבר ועוד דבר, ואמר לה. היא רגילה שהיו אומרים לה כשהייתי הקטן בבית, תשמרי על הילד הקטן. זה לרוב קורה אצל משפחות חרדיות, אצלם העיקר זה הילדים. משקיעים כל הכוחות בילדים. נותנים לא מדויק, חינוך לא מדויק, ולא אהבה מדויקת. הכוונה, לאחותי למשל יש שבעה ילדים, עכשיו נולדה לה קטנה, כל הזמן מרימים אותה, מתבקים אותה, לוקחים אותה על הידיים ולא נותנים לה להיות עם עצמה בכלל."

בצד תופעה זו של אח או גיס שנטלו על עצמם אחריות על אח חולה, מצאנו תופעה של אחים שכל אחד מהם תרם משהו לעזרתו ולטיפול הרגשותו של הנבדק. תיאור אחד הנבדקים שהם תשעה ילדים והוא השביעי: "האחות הגדולה יש לי קשר אתה. אני הולך לבקר אצלה פעם בשבוע ואוכל שם, היא מכשלת טוב. היא אומרת לי שאקח את הכדורים. הפסקתי לקחת אותם פעם ונפלתי. רציתי להתגבר בלי כדורים. נפלתי, והלכתי לבית חולים. היא מבוגרת ממני באיזה 15 שנים. באשפוז הראשון היא באה לבקר. האח השני גר בחו"ל, פעם ביקרתי אצלו. הוא שלח לי כרטיס והייתי חדשיים בחו"ל, היה נחמד... הוא לא דתי. הוא היה בא לבקר אותי בבית חולים בשבתות, יש לו רכב. הוא יודע הכל. הוא גם לקח אותי בפעם הראשונה לבית חולים. פעם הוא לקח אותי עם ההורים, ופעם הוא לקח אותי לבד. הוא מכין. האחות השלישית — דתייה, גרה בעיר. ביום שני אני הולך אליה, שוחה קפה, כמעט תמיד. היא מקבלת אותי יפה, ואומרת: 'יהיה טוב שתגבר'. האח הרביעי גר בחו"ל. הוא יודע מהמחלה. גם כשהייתי בבית חולים הוא כבר היה בחו"ל. הוא רוצה שאבוא אליו, אבל אמרתי לו שאני לא יכול לבוא, כי אני חי מכדורים. האח החמישי, סידר לי את הבעיות עם מס הכנסה, ויש עוד אח שגר מחוץ לעיר. יש לי עוד אחות שמזמינה אותי לפעמים. היא באה פעם בשבוע ובחגים הביתה (הכוונה לבית ההורים) ואז מדברים. היה לי בעיות בכנף, הייתי מפושטש, לקחו ממני כסף. מאז בעלה אפוסטרופוס שלי... כשאני צריך כסף אני הולך איתו לבנק. האח שאחרי — גרוש. הוא גם גר עם ההורים. אני הולך איתו לפעמים לכותל. האחות — בעלה עובד כתפילין. פעם עזרתי לו, אבל זו עבודה קשה בגלל המתח שלי. אני הולך אליה מפעם לפעם."

לנבדק אחר שהוזכר לעיל, שמונה אחים והוא החמישי שבהם. משפחתו החליטה שלא יבקר את הוריו בגלל המתח שנוצר שבביקוריו. אך האחים התגייסו לסייע בידו. בתאורו עלה היחס האמביוולנטי כלפי העזרה שהאחים הושיטו לו. "האח הגדול מתנהג איתי בסדר. הוא בא לבקר פעם בשבוע באופן סדיר, ומביא לי אוכל. אני לא אוכל את זה, זורק לפני שהוא בא. הוא מביא לי אוכל מוקפא, ויש לזה טעם לוואי. ביום רביעי, לפני שהוא בא אני זורק מהמרפסת, אפילו לא לזבל. בערב פסח הוא בא עם טייד, סידרו לי את הדירה, עשו לי טפטים, עשו פוליש, על חשבון אבא. הוא היה כל היום אצלי, לא הלך לעבודה. הוא האח הכי טוב שלי. האח השני — יש לי הרגשה שכשהוא

רואה אותי באוטובוס הוא מתעלם ממני. עשר שנים זה כבר ככה. האח השלישי, שנפטר מהתקף לב, לפני שנה היה מצלצל, לשאול אותי מה נשמע. פעם אמרתי לו שיבוא כל שבת, ואז הוא היה פוגע בי. אז אמרתי לו שיפסיק לבוא. האחות אומרת שקשה לה לבוא. היתה תקופה שהיא היתה באה כל יום שלישי. לא ראיתי אותה שלושה חדשים. אני לא הולך לבקר אצל אף אחד. לא בר מצוות, לא חתונות, לא ברית מילה, כבר חמש שנים. האח שאחרי, זה שאני שונא, פגע בי הכי קשה, והעליב אותי הכי קשה. כשהוא רוצה לתקן אצלי משהו, אני אומר לו שיבוא כשאני לא בבית. עם הנהג של אבא, יש לי קשרים מאד טובים. הוא מביא אוכל, מוציא את הכביסה, הוא טוב לב אבל לא פיקח. אומרים לי שזה מזלי, כי אם היה פיקח אז לא היה נוסע איתי. מתכיישים ללכת עם חולה נפש. הכל הוא עושה לי. אני כמו ילד קטן, אין לי עצבים, אני בא הביתה ומייד נכנס למיטה. האח שאחרי בא כל יום חמישי, מדליק את הטלוויזיה ונשאר עד שתים עשרה וחצי בלילה, ואני לא יודע איך לישון. אני הולך לישון בתשע והוא נשאר עד סוף התכניות. הוא מתלהב מהטלוויזיה, אין לו בבית טלוויזיה. הוא אומר לאשתו שלא רואה טלוויזיה. היתה תקופה שאכלתי אצלו בשבת. האחות הקטנה, הייתי אצלה בראש השנה או בטוכות, היה כסדר. אבל בפעם האחרונה, בליל הסדר, אז אחד הילדים שגדל, הסתכל אלי וצחק, אז קבלתי עצבים. הפעם היא נתנה לי דירה של שכנה, הייתי נכנס רק לאוכל. היא באה לבקר לפעמים. היא רחמניה וטובה. כששומעת שאני לא מרגיש טוב אז כואב לה."

נבדקת אחרת, שלה אחד עשר אחים, והיא השניה בהם, תיארה את הרגשתה הקשה מיחסם של האחים אליה. היא התייחסה רק לחלק מהאחים ואמרה: "האחות הגדולה היא כמו האמא של המשפחה. לפעמים היא מדברת איתי. כשהייתי חולה היא דאגה לי. האח השני הוא חולה נפש, לא נורמלי, קונה סכינים ורוצה להכניס לי. הוא מהווה בעיה בשבילי, זורק עלי דברים. אתמול זרק עלי ביצה. הוא שונא אותי, מזיק לי, גונב לי דברים. האחות השמינית אמרה עלי שאני לא נורמלית. היא לא דתייה, יותר גרועה מינון אפילו. האחות החשיעית אומרת לי שאני אשה זקנה. אם היא שואלת אותי שאלות סתמיות אני כבר בעננים. יש להן קנאה בי מתחת לסף ההכרה. אמנם הן יותר יפות ויותר רזות ממני. שתיהן חילוניות, לא מוציאות גרוש לאוכל, הן מנצלות, מגושמות, פרויטייות". נבדקת זו אינה היחידה שתיארה תחושה של התנכרות מצד האחים אליה.

לסיכום, ככלל ניתן לומר שהנבדקים מרבים להיעזר במשפחת המוצא, הורים ואחים, באופנים שונים ומגוונים. עם זאת בולט ההבדל ברמת המחויבות של הורי הנבדקים ואחיהם. בין אחי הנבדקים קיימת קבוצה של אחים (או גיסים) הלוקחת את מלוא האחריות על הנבדקים. מן הראוי להדגיש שאחים אלה מטופלים כולם במשפחות, ולהם מחויבויות רבות אחרות. נבדקים נוספים, אחיהם מחלקים את נטל התמיכה בהם, אחרים אחיהם מתארגנים לעזרה אד-הוק, ויש כאלה שאחיהם אינם מסייעים כלל. מצאנו שבמקרים רבים, כאשר ההורים אינם בחיים, או אינם מסוגלים לתמוך בנבדקים, נכנסים האחים לתמונה וממלאים תפקיד זה. ניתן לומר שזיקת הנבדקים למשפחת המוצא היא רבה.

מעורבות המשפחה הגרעינית בחיי הנבדקים

מאתר וכמעט מחצית מן הנבדקים היו נשואים בעת בצוע המחקר, וכפי שראינו בהפניה לטיפול, נוטלים בני הזוג לעיתים את התפקיד שבדרך כלל ממלאת משפחת המוצא – נתאר להלן את אופן התמיכה של המשפחה הגרעינית בחיי היום יום של הנבדקים.

כאמור, היו 31 מהנבדקים נשואים בעת ביצוע המחקר. על מהות היחסים עם בני הזוג עמדנו בתאור נתוני הרקע של הנבדקים, ומצאנו שהנבדקים הנשואים היו יותר שבעי רצון בהשוואה לנשים הנשואות. נתאר עתה את התמיכה בפועל שמקבלים הנבדקים מבני/ בנות זוגם.

כל הנבדקים, להוציא נבדקת אחת, זכו לביקוריהם של בני הזוג במהלך האשפוז. היו שלוש נבדקות שהשמיעו תלונות בנושא של ביקורי בן הזוג. אחת, שבעלה לא ביקר אצלה, סיפרה: "אחרי ראש השנה בעלי ברח מהבית, בחשוון לא לאשפוז אותי. הביא רופא מחוזי — וככה יכול היה לאשפוז אותי. זה היה פעם ראשונה שהייתי מאושפזת. הוא לא ביקר אותי. הרופא רצה שיבוא עוד פעם למסור פרטים. ראיתי אותו, אז ברח ממני. סובב לי את הגב ורק אמר מולי 'אני רוצה להתגרש'". ואכן הוא מימש את איומו ומאז לא שב להתגורר עימה, ועושה מאמצים רבים להשיג גט. אצל אחרת היה כתוב בתיק שלקח זמן רב עד שבעלה הגיע לבית החולים, למרות שהזמן על ידי הצוות המטפל. נבדקת אחרת סיפרה: "בעלי שאל פעם איפה אני. אמרו לו בבית החלמה. טוב שהסתירו ממנו. את יודעת מה היה עושה?! פעם בייש אותי בבית חולים. הביא את כל החולים ודיבר עלי. היינו גם בבית דין רציני גט והתחרטתי, חבל שהתחרטתי".

חולי נפשי של בן זוג מערער את שיווי המשקל במערכת המשפחתית, כפי שהדגשנו במבוא. כבר הצבענו על כך שחלק מהנבדקים הגרושים והפרודים מייחסים את הפרידה למצבם הנפשי. בקרב הנשואים היו שלושה נבדקים ושלוש נבדקות שתארו מצבים, בהם בן הזוג איים בפירוד, ו/או מימש תקופה של פירוד, ו/או פתח בהליכי גירושין. אמר אחד הנבדקים החי כיום עם אשתו: "אשתי ברחה מהבית, רצתה להתגרש. היא אומרת שאני כמו שישה ילדים. אשתי מסכנה, אבל אני יותר". נבדקת אחרת אומרת על היחסים עם בעלה: "היו המון תהפוכות, הייתה תקופה ארוכה של פירוד, ואף בקשה לגט".

רוב הנבדקות הנשואות מקבלות עזרה כלשהי מבני זוגן בעבודות הבית, ליותר ממחציתן עוזר הבעל רק בקניות. סיפרה אחת הנבדקות: "אני רושמת לבעלי מה להביא מהשוק, והוא בלי שיקול דעת של המחירים, מביא סחורה שלא שווה את המחיר. אני אומרת לו שאם זה כל כך יקר, שלא יביא — אבל הוא מביא, ואומר לי שאם זה לא טוב שאני אלך לקנות לבד. לא מספיק שהעביר לי כבר את כל עבודות הבית. הוא אומר שאני אתן לו לקחת אשה אחרת, ואז אני אומרת שיש חדש דרבנו גרשם, והוא אומר שזה חל רק על אשכנזים. אומר גם שזה שייך לאלף החמישי ולא לשישי". אז אמרה משפט בערבית תוך כדי חיוך, וכשנשאלה לפרשו הוסיפה ואמרה: "זכס את כל ההלכות יודע". רוב הנבדקים שיש בידינו מידע על עזרתם בעבודות הבית אמרו שהם עורכים קניות. יתכן שניתן להסיק מכך שעדיכתי קניות לבית הינה פעילות מקובלת בקרב גברים בחברה החרדית, ולכן קשה להתייחס לפעולה זו כאל עזרה מיוחדת המושטת על ידי בני זוג לנשותיהן הסובלות מבעיות נפשיות. נבדקות ספורות שדיווחו על עזרה נוספת של הבעל. אמרה אחת הנבדקות: "אהבתי את עבודות הבית. לא יודעת למה זה נפסק. קניות בעלי עושה, נקיון — עוזרת, בישול — אמא או הבעל, דברים קטנים לפעמים אני מבשלת". ואחרת אמרה: "בעלי עוזר לי עם הילד. הוא עסוק. הוא בן אדם בריא ורגוע".

הנבדקים בולטים במעורבותם המצומצמת בעבודות הבית בהשוואה לנבדקות. ממצא זה מתחרד לאור העובדה שרובם המכריע אינם עובדים ו/או לומדים בהיקף מלא, אם בכלל. נראה לנו שמצב זה משקף עמדה מסורתית שבה מוגדרת היטב תלוקת התפקידים בין המינים במשפחה. יתכן וממצא זה מסביר מדוע הנבדקות

פחות שבעות רצון מן הנישואין בהשוואה לנבדקים, את דיבוי תלונותיהן על הבעלים, ואת הנימה החיובית בה מתייחסים רבים מן הנבדקים לנשותיהן. כפי שאמר אחד הנבדקים: "אשתי יודעת הכל, היא אשת חיל, מקבלת הכל באהבה". לסיכום, קיים, כאמור, הבדל בין הנבדקים והנבדקות בהתייחסות לבן/בת הזוג כמקור תמיכה.

ילדי הנבדקים

כבר הצבענו על שעור ילודה נמוך יחסית לחברה החרדית בקרב הנבדקים, והעלינו את שאלת תפקוד הנבדקים כהורים. בתאור העזרה המוגשת על ידי משפחת המוצא, הדגשנו את תפקידה באחזקת ילדי הנבדקים, ובעיקר הנבדקות, בעת אשפוזם. מצאנו שבקרב למעלה ממחצית הנבדקים שהם הורים לילדים, חלק מהילדים, או כולם, לא התגוררו במשפחה הגרעינית (לא כולל נערים ונערות שיצאו מן הבית לצורך לימודים מתקדמים), בפרקי זמן שונים שאינם חופפים בהכרח את תקופת האשפוז של ההורה.

חלק מהילדים התגוררו אצל האם או החמות של הנבדק. יש אחרים שהיו, או נמצאים בפנימיות. ברוב המקרים מדובר בפנימיות חרדיות. אמרה אחת הנבדקות: "הגדולים — חצי שנה בפנימיה. אני לא כל כך שלמה עם זה, אבל יודעת שטוב להם". מספר ילדים נמצאים במשפחות אומנה, כולן משפחות חרדיות. טיב הקשר של הנבדקים אלה עם ילדיהם משתנה. אמרה נבדקת אחרת: "הבת בת תשע — במשפחה אומנת, הם ליטאים, אבל בסדר. אני הולכת לבקר שם, אתמול הייתי שם. היא לא באה הביתה. בעלי — גם הולך, והילדים (האחרים) לפעמים". ואילו נבדקת אחרת סיפרה: "מנחם ויעקב אצל משפחות. אני לא יודעת מי סידר אותם. יצא ככה. לקחו אותם, לא היה להם מקום איפה להיות. זה כבר שנה. בטח שבאים לבקר. מנחם בא כל שבת ויעקב קטן, בן שלושה, לא יכול לבוא לבד. אז רייזלה (בת 14) לוקחת אותו מתי שמתחשק. אני לא הולכת לבקר שם".

בקרב נבדקים גרושים יש ילדים המתגוררים אצל בן הזוג. בחלק מן המקרים הקשר עם ילדים אלה — רופף ביותר, או לא קיים בכלל. סיפר אחד הנבדקים: "יש לי ילדה ילידת 1976. היא עם האמא שלה בחר"ל. לפני שנה נסעתי לראות אותה. אמרו לי שהיא לא רוצה לראות אותי יותר. גם לפני שש שנים נסעתי לראות אותה. לקחתי לה מתנות, אבל אמרו לי שאחר כך לא רצתה לאכול והיתה מדוכאת. אמרו לה שאני דוד שלה. לפני שנה רציתי לראות אותה שוב, אבל אמרו לי שלא אראה אותה. אמרתי, אולי אני רק אסתכל עליה בזמן שהיא בחדר והיא לא תדע. נסעתי לחו"ל ולא ראיתי אותה". נבדקת אחרת תיארה כיצד הפירוד מבעלה גרר ניתוק קשר עם חלק מהילדים. "הבת הגדולה אצלי, הבן והבת הצעירים אצלו. אין קשר. חבל שהילדים לא אצלי. עשיתי טעות שלא הלכתי לקחת אותם. בהתחלה הייתי הולכת, והילדה היתה בורחת, או אחר כך עזבתי. אני נורא מצטערת. הם כמו זרים. לא הייתי בבר מצווה של הבן. הוא (הכוונה לבעל) הזמין אותי. אבל פחדתי שאקלקל. לא הלכנו (הכוונה לכל משפחת המוצא שלה) כי רצינו גם. עשינו טעות". לא כל מקרי הגירושין מסתיימים בניתוק קשר עם הילדים. סיפרה אחת הנבדקות: "שתי הבנות גדלו אצלי, והבן אצלו. הבן נשוי עכשיו, ובא כל יום שישי לבקר אותי (גם כשהיה רווק)". בעיות התפקוד של הנבדקים כהורים באות לביטוי גם במצבים פחות קיצוניים מאלה הרורשים הוצאת הילדים מהבית. נבדקת אחת אמרה: "יש לי כל כך הרבה ילדים, שאני לא יודעת את הגילים שלהם". נבדק אחר, המתלבט בעיות כלכליות קשות אמר: "אולי, אם יהיו לי שלושה ילדים, אני אקבל דירה". נבדקת נוספת מסרה תאור קשה אודות בתה שנפטרה: "זה שאני לא מסתדרת עם הילדים — הם הולכים לי לאיבוד. היתה לי תינוקת שהיתה במצב לא טוב. לא בא לי לראש שצריך לקחת אותה בשבת לרופא, וביום ראשון היא כבר לא היתה". נבדקת

נוספת, שבתה בת ה-17 עמדה לפני נישואיה, סיפרה: "זו בתי שרה (שרה נילוותה אליה על מנת לשייחח עם הרופא על מצבה). היא בת 17, עשינו לה שידוך. לשרה נורא קשה. היא צריכה לעשות הרבה בבית. נורא איכפת לה ממני, היא אפילו רוצה לברוח מהארץ... לא יודעת מה יהיה כששרה תעזוב. היא עושה כמעט הכל בבית, מכבסת, שמה כביסה בארונות. לאחותה יהיה מאד קשה. אני לא יודעת איפה תהיה החתונה, ולא איפה יגורו. היא עושה הכל לבד. כשאני התחתנתי עזרו לי. דודה שלי הלכה איתי לאיפה שהיה צריך. אמא לא הרגישה טוב, היא היתה בהריון. היה טוב שהדודה הלכה איתי". היא נשאלה מי ילך עם שרה, על כך ענתה הנבדקת: "אולי אני אלך איתה". במציאות היא לא הלכה. נבדק אחר אמר: "אני מרגיש אשם שלא מקדיש מספיק לבנות".

התאור הנ"ל מביא עוד פן מן היחסים שבין הנבדקים לילדיהם. כשליש מן הנבדקים דיווחו על עזרה שהם מקבלים מילדיהם בתפקוד היום יומי. מספר זה הינו גבוה, משום שלחלק ניכר מן הנבדקים יש ילדים קטנים. תופעה זו רווחת בין הנבדקות יותר מאשר בין הנבדקים, וברוב המקרים הילדים המסייעים – הן בנות. אמרה אחת הנבדקות: "הבנות מנקות. כביסה עושות הבנות. בישול לשבת הבעל. הילדים יודעים הכל". לא כל הילדים יודעים על הבעיות שיש להוריהם, וגם ביחס אליהם קיימת אצל חלק מהנבדקים התופעה, של נסיון להסתיר. סיפר אחד הנבדקים: "הילדים לא מרגישים כלום. בבוקר אני בבית, ואחרי הצהרים כשהם באים, אני הולך ללמוד". ניתן לומר שבחברה החרדית אין הסתייגות רבה מהוצאת ילדים מהבית במקרה שההורים מתקשים לתפקד. לשם כך נעזרים במערכות פנימיות, משפחתיות וקהילתיות, אך לא נמנעים מלהיעזר גם בשירותים הממלכתיים, בעיקר במה שנוגע למימון הסדרים אלה.

לסיכום נושא מעורבות המשפחה הגרעינית בחיי הנבדקים; ילדי הנבדקים, בעיקר הבנות, נרתמים כבר בגיל צעיר יחסית לסייע בעבודות הבית ובהשגחה על אחים צעירים יותר. תופעה זו, כפי שהצגנו במבוא, מאפיינת את החברה החרדית כולה. בצד העזרה שנקראים חלק מילדי הנבדקים להושיט להוריהם, בולט אי שתופס במידע על מצבו של ההורה החולה.

קיים הבדל בין הנבדקים לבין הנבדקות בהתייחסות לבן/בת הזוג כמקור תמיכה. אך ככלל בולט בקרב הנבדקים כולם ההבדל בהתייחסות לבני הזוג ולמשפחת המוצא כמקור תמיכה. גם הנבדקים הנשואים דיווחו על מיגוון רחב יותר של עזרה מעשית שקיבלו ממשפחת המוצא, בהשוואה לעזרה שקיבלו מהמשפחה הגרעינית. כמו כן בולטים ריבוי התאורים, על פיהם מהווה משפחת המוצא מקור לתמיכה נפשית, תאור שכמעט ולא יוחס על ידי הנבדקים לבני הזוג. ממצא זה מעורר שאלות, ומצביע על הזיקה החזקה שיש לנבדקים כלפי משפחת המוצא, גם לאחר הנישואים. נראה לנו שניתן להסביר מצב זה, במבנה המסורתי של המשפחה החרדית. יתכן שמצב זה משקף גם את תחושת היעדר היציבות והביטחון בחיי הנישואין אותם חשים הנבדקים, או שמא זו תופעה כללית בחברה החרדית, שהיא תוצאה של אופן מיסוד קשר הנישואין (שידוך) ומטרתם (פרו ורבו).

מעורבות המשפחה המורחבת בחיי הנבדקים

מן החומר שהוצג עד כה בולטת חשיבותה של המשפחה במתן עזרה לנבדקים. להלן נעבור לתאור יחסי הנבדקים עם דמויות אחרות במשפחה המורחבת, המעורבות בהגשת עזרה ותמיכה. תחילה נתייחס לדמויות הקשורות במשפחת המוצא, ובהמשך לדמויות הקשורות לנבדקים באמצעות קשרי חיתון.

סבים וסבתות

10 (שהם 14.5%) מהנבדקים התייחסו לסבים ולסבתות כמקור תמיכה. 6 מהם חיו במחיצת הסב או הסבתא, לאורך תקופה ברוב המקרים על רקע של מצב משפחתי קשה. סיפרה אחת הנבדקות: "סבתא גרה בשכונה אחרת ואני גרתי עם אבא. כל יום היא היתה באה לבשל ולסדר. בהתחלה הייתי בויצ"ו (אמה חולת נפש ומאושפזת שנים רבות), סבתא אמרה ילדה כזו טובה למה שתהיה בויצ"ו? ואז היא אמרה שהיא תגדל אותי". אצל נבדקת אחרת נכתב בתיקה הרפואי שביקרה אצל סבתה בחופשות מהאשפוז. באחת הפעמים סירב הסב לקבלה משום ששיער ראשה גולח. רוב הסבים והסבתות שאוזכרו על ידי הנבדקים נפטרו, כך שביחס לרוב הנבדקים לא יכולנו לבדוק את מערכת היחסים הקשורה למצב החולי. אחד הנבדקים שסבו עדין בחיים אמר: "סבא מרגיש שצריך להמשיך את התפקיד של אמא. הוא ביקר אותי בבית חולים, והוא דואג לי מאד". היו שני נבדקים שהזכירו את הסבים בשלילה אמר אחד: "שני הסבים גרו אצלנו, כך שהיו לי שלושה אבות, וכולם העידו לי כל היום". העובדה שסבים לקחו עליהם את הטיפול בנכדיהם כאשר כניהם לא יכלו למלא את תפקידם כהורים מחזקת את הממצא שהצגנו לעיל בדבר חשיבות משפחת המוצא כמקור תמיכה.

דודים ודודות

15 (שהם 21.7%) מהנבדקים הזכירו דודים כמקור עזרה בשלבים שונים של המחלה. רמת המעורבות של הדודים השתנתה. היו כאלה שאוזכרו בהקשר של ביקורים במהלך האשפוז. אמר אחד הנבדקים: "אמא טלפנה לדודים שיבוא לבקר אותי בבית החולים. אף אחד לא רצה לבקר. בסוף דוד אחד ביקר". אותו נבדק, דודו היה מעורב באשפוזו הראשון. יש נבדקים שדודיהם מעורבים יותר, אמרה אחת הנבדקות: "הדוד והדודה עוזרים קצת. אני אוכלת אצלם בשבתות ובצהריים". נבדק אחר סיפר: "דוד ודודה שלי במושב הציעו שאני אבוא לשם לפנימיה. הדוד שלי מבין במחלה, הוא אח בית חולים פסיכיאטרי". נבדק אחר סיפר שבחופשותיו מן הישיבה הוא מתגורר אצל הדודים. יש לו שם חדר, וכל ציודו נמצא שם. נבדק אחר אמר שלאורך כל השנים הדוד תומך במשפחה מבחינה כלכלית.

ניתן לומר, כמו שנאמר לגבי הסבים והסבתות, שברוב המקרים שבהם היו הדודים מעורבים בחיי הנבדקים היתה בעיתיות, כלשהי בתפקוד משפחת המוצא.

בני דודים

כחמישית מן הנבדקים הזכירו קשר עם בני דודים. אצל רובם תואר הקשר כמקור תמיכה. סיפר אחד הנבדקים: "בן דוד מבקר אותי, שומר על קשר. הוא ביקר אותי בבית חולים. הוא מתל אביב והוא בן גילי. לא דתי אבל אוהב דת". נבדק אחר סיפר שבן דודו הוא אפוטרופוס על רכוש, ואחר אמר: "הבן דוד החזיר אותי לישיבה אחרי שנפלת". בני הדודים, כמו אחרים במשפחה, לא תמיד ידעו על מצבו של הנבדק. אמרה נבדקת: "הבנות דודות יודעות, מנסות לעזור", ואילו אחרת אמרה: "דודים ובני דודים לא יודעים לא מספרת להם".

אחיינים

8 (שהם 11.6%) מהנבדקים הזכירו קשר עם אחיינים. מחציתם מתגוררים אצל הוריהם, כך שהקשר עם האחיינים הינו חלק מן הקשר עם הסבים. שני נבדקים ערירים זכו לביקורי האחיינים שלהם, ואחייניתה של נבדקת אחת בישלה לה במשך תקופה.

לסיכום, ניתן לומר שבמקום שבו משפחת המוצא אינה משמשת מקור תמיכה, או שאינה מתמודדת עם

בעייתו של הנבדק, נכנסים בני משפחת המוצא המורחבת לתפקידי תמיכה בנבדקים.

הורי בן/בת הזוג

קרוב לשליש מן הנבדקים שהיו נשואים בעת ביצוע המחקר או קודם לכן, התייחסו להורי בן הזוג, אך רק למעלה ממחציתם תארו מצבים בהם הם נעזרו בחם ו/או בחמה. תיארה אחת הנבדקות הגרושות: "משפחה של בעלי עוזרים לי. שני ילדים אצל חמי וחמותי. הם משפחה גדולה, נינים ונכדים, כל אחד תורם קצת. עם המשפחה של בעלי אני בסדר, כמעט עם כל המשפחה אני מדברת. יש מהאחיות שלו שלא רוצות לדבר איתי, כועסות כי אני לא עם אח שלהן. יש להן אולי פגיעה נפשית". נבדקת אחרת סיפרה שחמותה ביקרה אצלה במהלך האשפוז. נבדקת אחרת תיארה כיצד הקשר עם חמותה משפיע על הקשר עם שאר המשפחה המוחותנת. "גיסתי תמיד מקנאה בי שאני מסתדרת עם חמותי ושהיא מטפלת בילדים שלי. אבל היא לא עובדת. היא חצופה ואני לא עונה. היה בר מצווה של הבן שלה, והבן שלי רצה מהעוגה, והיא התנגדה, ומוזה עשו מריבה. ומאז לא מדברים".

היו מספר נבדקות שהתלוננו על יחס המוחותנים. אמרה אחת הנבדקות אשר חיה לסירוגין בנפרד מבעלה: "המשפחה שלו מנדה אותי. בחתונה הם לא רצו להזמין אותי. הוא ניסה לשכנע אותם שכן יזמינו, והצליח. אני לא יודעת למה הם לא רוצים להזמין אותי, אולי השתנה משהו בפרצוף שלי?!" נבדקת אחרת האשימה את חמותה בגירושה, ואחרת שהורי בעלה לחצו בשלב מסויים על גט, מתארת את התפתחות היחסים עימם. "המשפחה שלו התחרטו על הכל. עוד שנה שנתיים אחרי זה היה לי כאילו שנאה אליהם. מרגע שילדתי ראיתי שנפתחו העיניים שלהם והחזיטו שזה אחרת. היום כל דבר קטן אני מתייעצת עם חמי וחמותי. אני מרימה להם טלפון ואומרת להם שהוא עושה לי ככה ועושה לי ככה, והם נותנים לו על הראש בטלפון או אפילו באים הנה לדבר איתו". נבדקת אחרת התייחסה לקשר עם המוחותנים והציגה בפנינו סטיוטיפ ביחס למהות הקשר הזה. "פעם חמותי היתה אומרת שאני רוצה להיות כמו אשה אחת שחולה לצמיתות והיא בבית חולים. מה פתאום?! מספיק מה שיש לי. אני לא מתייחסת אליה, אין לה טאקט. חמה תמיד מדברת נגד יותר מאמא. לאמא כואב הלב — לחמה לא. אפילו אשה בריאה — חמה לא אוהבת את כלתה".

ככלל החם והחמות מעורבים יחסית מעט בעזרה פעילה בחיי הנבדקים.

גיסים

כשישית מן הנבדקים, כולם גברים, תארו מצבים בהם נעזרו בגיסים. בכל המקרים, להוציא מקרה של נבדק שאשתו אף היא במחקר, היו העוזרים גברים. כשעסקנו ביחסי הנבדקים עם אחיהם הצבענו על התופעה של אחים הנוטלים אחריות כמעט מלאה על תיפקודו של הנבדק. לגבי שלושה מן הנבדקים — גיסים נטלו עליהם תפקיד זה. היו גם גיסים שנטלו חלק באשפוז הנבדקים וביקרו אצלם במהלך האשפוז. מספר נבדקים גם נעזרו בגיסיהם בניהול ענייניהם הכספיים.

לסיכום נושא התמיכה המוגשת לנבדקים על ידי המשפחה המורחבת, מצאנו הקבלה לדפוסי העזרה שעליהם הצבענו כשעסקנו במשפחת המוצא ובמשפחה הגרעינית. בולטת מעורבות ועזרה רבה יותר של משפחת המוצא המורחבת בהשוואה למשפחה המורחבת באמצעות קשרי חיתון. ניתן לומר שקיימת הירארכיה בהגשת עזרה לנבדקים על ידי קרובי המשפחה. דומיננטיות משפחת המוצא בולטת יחסית למשפחה הגרעינית המצומצמת והמורחבת. ביחס למעורבותה של משפחת המוצא המצומצמת והמורחבת בחיי הנבדק — נראה שקיימת

הירארכיה פנימית בהגשת העזרה לנבדקים. כאשר הקרוב יותר אינו יכול להוות מקור תמיכה, מסיבה כלשהי, תופס את מקומו בתפקיד זה בן המשפחה המרוחק במעט יותר. מצב זה מבטיח למעשה את חולה הנפש החרדי שלא ישאר עזוב, ובלא מקורות תמיכה.

מקורות תמיכה תוך משפחתיים – לא ממוסדים

עתה נדון במקורות תמיכה של הנבדקים שאינם נובעים מקשרי משפחה. מדברי הנבדקים עולה שקיימים שני סוגים של משאבי עזרה עיקריים:

1. מקורות תמיכה לא ממוסדים. 2. מקורות תמיכה ממוסדים.

בקבוצה זו נכלול את כל העזרה המוגשת לנבדקים על ידי אנשים בקהילה, כולל חברים, מכרים, שכנים ואחרים, אשר מסייעים לנבדקים מבלי שהם חלק מארגון העוסק בגמילות חסדים. בהמשך נתייחס לרבנים שממלאים פונקציה כזו.

יותר משליש מהנבדקים דיווחו על קבלת עזרה בלתי ממוסדת בעת ביצוע המחקר, ועוד שישית מן הנבדקים דיווחו על קבלת עזרה מסוג זה בעבר. כלומר, למעלה ממחצית מהנבדקים נעזרו בשלב זה או אחר בעזרה בלתי ממוסדת שניתנה שלא על ידי קרובי משפחה.

רוב הנבדקים שדיווחו על עזרה כזו בעבר, התייחסו בעיקר לשלב שבו פרצה המחלה, ואשר בו הם נעזרו בדרכים שונות, בעיקר בחברים. היו שהתייחסו יותר לעזרה ולתמיכה הנפשית שקיבלו בעבר. אחד הנבדקים סיפר: "היה לי חבר טוב שדיבר איתי ועודד אותי, גם לקראת המעבר הנה. עוד שבאו ספרדים לישיבה ועזבו אותי". נבדקת סיפרה: "בהתחלה, שהייתי בבית חולים או החברות מהכיתה שלחו לי מכתבים". נבדק נוסף סיפר: "באותה תקופה (הכוונה לפרוץ המשבר) היתה לי חברותא. אחד ועוד אחד, והם באו לבקר אותי, אבל בבית (לא בבית החולים). לאחרים אמרו שלא יבואו לבקר אותי. אני עצמי לא ידעתי בדיוק מה נעשה. בחור אחד, שהיה חברותא שלי בתקופה מוקדמת, שלח לי מכתב. כתב פתק קצר: 'מחכים להחלמתך המהירה, מחכים שתשוב אלינו'".

חלק מהנבדקים סיפרו על עזרה קונקרטיית שקיבלו באותה תקופה. סיפר אחד הנבדקים: "היתה פעם אשה מאד צדיקה, בדלת שלה לא היה מנעול. כל מי שרוצה להיכנס – יכול לישון, לאכול. אף פעם לא אמרה: 'אין לי כסף', ואף אחד לא היה משלם. לא יודע מאיפה היה לה כסף. אני אכלתי אצלה, ישנתי אצלה. היתה באה אלי ונותנת לי ביצים. סידרה לי את החתונה והכל. היכרתי אותה מהחתן שלה, הוא למד בישיבה שגם אני למדתי קצת. הוא אמר לי: 'למה אתה לא רוצה להתחתן?' אמרתי לו שאין לי כסף, אז היא עשתה לי את החתונה". נבדק אחר תיאר את העזרה שקיבל, וניסה להסביר מדוע היא פסקה. הוא אמר: "החברים בישיבה דנוקא רצו לאסוף כסף לדפוא פרטי כשלא הרגשתי טוב. בסוף לא באתי לישיבה כמה זמן ולא יצא מזה כלום. הם לא רצו לדבר על זה. אולי לא רצו שאדע שהם יודעים. באשפוז בהתחלה חברים ביקרו, חשבו שזה זמן קצר. עכשיו רואים שזה מחלה שאין לה סוף, נמאס להם. חבר אחד גם עזר לי למצוא עבודה אחרי האשפוז. עכשיו אנחנו מבודדים. לא צריכים את זה. זה סתם מאמץ ללכת ולבוא. אולי זה השתנה בגלל המחלה, אולי מפחדים שאשכור להם את הראש". נראה לנו שבדברי נבדק זה יש מן ההסבר לתופעה של תמיכה שניתנה עם פרוץ המחלה, והדלדלה בהמשך. חלק מן העוזרים היו נכונים להושיט סיוע אקראי, אך משנמשכה המחלה התברר שמדובר בפעילות ממושכת שבה התקשו החברים לעמוד. חלק מהנבדקים גם נפלטו ממסגרות שמהן באו גם העוזרים להם, ואז בבחינת 'רחוק מן העין רחוק מן הלב'.

למרות הנאמר לעיל, שליש מן הנבדקים נעזרו לאורך זמן על ידי חברים בקהילה שלא פעלו בתוך מסגרות תמיכה ממסודות. חלקם נעזרים באותם אנשים לאורך תקופות, אפילו ארוכות מאד, ואחרים נעזרים באנשים שונים למטרות שונות. סיפר אחד הנבדקים שנסע לחו"ל: "היו אנשים מהבית הכנסת שמכירים אותי. היה שם חבר של אבא. הוא גם עזר לי בשידוך הראשון". אותו נבדק סיפר איך נעזר אחר כך בחבר סביב גרושיו, ולפני האשפוז נעזר בחבר נוסף, ועוד.

נבדקת אחרת שעם פרוץ המחלה נעזרה מאד במורה מבית הספר הקודם, שבו למדה, סיפרה על עזרה שקבלה שנים מספר אחר כך, סביב משבר הנישואין. "אחרי חודש של אשפוז הייתי בבית, והכניסו אותי לעבוד במעון, וזה פחות או יותר עזר לי לשכוח מן הבעיות. עד שיום אחד אמא אחת הרגישה בי, ואמרה לי: 'מה יש לך מצב רוח, יום את שמחה ויום את עצובה. תספרי לי'. אמרתי: 'לא נעים'. אמרה לי: 'מגיע לך שנוכל לעזור לך במשהו. את מספלת כל כך יפה בילדים'. סיפרתי לה את העניין. למחרת בעלה הלך עם עוד חברים שלו לבעלי ואמר לו: 'אשתך כבר בסדר. מה איכפת לך תנסה! מכסימוס. משנה מקום משנה מזל. תחזור העירה'. בעלי אמר: 'זה יקר שם החיים, אז הם אמרו לו: 'ארבע חודשים ראשונים על חשבוננו. אנחנו מוכנים לאסוף כסף לשכור לכת דירה'. אז הוא בא, וניסה. ומאז — ברוך השם".

הנבדקים שקיבלו עזרה לאורך שנים נבדלו זה מזה בכך שאצל חלקם השתנה מקור העזרה, ואילו אצל אחרים הוא נשאר קבוע. היו נבדקים שהתמיכה שקיבלו, התמקדה בתחום מסויים, והיתה מעין התארגנות אד הוק של הסביבה, ואילו אצל אחרים היא היתה מקיפה, רצופה, וכללה תחומי חיים רבים.

תחומי התמיכה הממוקדת הינם מגוונים. תיאר אחד הנבדקים: "בישיבה עזרו. עזרו בחובות קצת. פעם שניה הם לקחו אותי לאשפוז". אחר אמר: "בהתחלה, באשפוז, הביאו לי אוכל מתולדות אהרון. אחר כך הפטיקור". נבדק אחר סיפר: "באתי למרפאה עם חבר. זה החבר שסיידר לי את השידוך". נבדקת אחת אמרה: "אני מקבלת עכשיו בגדים". ואחרת אמרה: "כשילדתי את הבת הקטנה לא ידעתי אם צריך לתת לה חלב, אז גנבו אותה ממני ונתנו לה ליטר חלב. עד שבסוף נהייתי בסדר. השכנה לקחה אותה, ואחר כך החזירו. לא להרבה זמן. חס וחלילה". ממשיכה אותה נבדקת ומספרת: "חברות עוזרות לי בעבודה. אם אני רוצה לעבוד, לעשות ספונדה, יש אחת שיש לה חמשה חדרים, כניסה וחצר, היא משלמת לי אחד צהוב ואחד כחול. היא לא יכולה לתת יותר, נותנת לי איך שיכולה. היא נותנת לי גם לאכול ולשתות, לאכול עוגיות, לא ארוחה כמו אצל אחותי". נבדקת אחרת אמרה: "חברתי קונה לי סבעת, ואחת צריכה לקנות לי צמיד. יש לי כמה חבריה שמפנקים אותי".

לעומת עזרה ממוקדת זו נעזרו מספר נבדקים בקהילה, אשר לעיתים בשיתוף עם קרובי משפחה, דאגה למכלול צרכיהם.

להלן נביא מספר דוגמאות לכך שידגימו את תחומי העזרה השונים, ואת ההתארגנות לביצועם.

תיארה נבדקת, גרושה, אם לשלושה ילדים, שמשפחת המוצא שלה לא דאגה לה כלל, ושעדיין לא קיבלה ביטוח לאומי. "אני לא יכולה לתפקד. הילדים הבנים אצל חמותי והבת בפנימיה. צהריים אני אוכלת אצל השכנה. אין לי תנאים. יש לי מטבח אבל צריכים לחבר את הגז, ואין בוילדר. מים אני מחממת עם קומקום חשמלי. אני אוכלת אצלה קבוע. אנחנו ידידים, מכרים. אני מכירה את כל המשפחה שלה. היכרתי את אחותה, היא חיתנה אותי. הם מכירים אותי גם מחמותי. היא חברה של חמותי. היא עושה מצווה. גם בשבתות אני אצלה. פעם הייתי אצל שכנה אחרת, עכשיו אני אצלם. פעם אכלתי אצל בת אחותה. בבוקר ובערב אני קונה אוכל, ובצהריים ובשבת אוכלת אצלה.

שכר דירה ירדדים, פה ושם יש צדיקים — משלמים. אני מנקה את הבית פעם בשבוע ומכבסת בידיים, מתקלחת בבית מרחץ, כסף יש ממכירים, אני לא במדבר, יש לי חברות. אחת שלמדתי איתה בבני ברק אז היא עוזרת לי מה שחסר לי. גם היא טובלת, אבל אני טובלת יותר, כי אני לבד. מי יש לי? כשהייתי גרה קרוב לחברה היא יכלה לעזור לי יותר. עכשיו אני צריכה לכוא אצלה ולספר לה מה קורה, או שאנשים מספרים לה. מהכיתה אין לי עוד חברות. אם היו עוד חברות שגרות קרוב — הן היו עוזרות". מתאור זה עולה כיצד התארגנה הקהילה בשיתוף עם המשפחה המחותנת לדאוג לכל צרכיה של הנבדקת ושל ילדיה. כמו כן עולה המחוייבות של נותני העזרה, כלומר, כשמי שהיא מסיבה כלשהי פסקה לתת שירות מסויים לנבדקת, היא דאגה להעביר את תפקידה לאדם אחר בקהילה.

סיפר נבדק, גרוש פעמיים, ללא ילדים, שאחיו דואג לענייניו הכלכליים, על העזרה הנוספת שקיבל. "כליל שבת ושבת אני אוכל אצל משפחות שאוהבות לעשות חסד. בליל שבת היה איש מחכה לאורות, והוא תפס אותי כשבאתי מבית הכנסת, ואמר שאני כל שבוע בליל שבת אבוא אצלו לאכול. בשבת, פעם בשבועיים אני אוכל אצל אחרים, ופעם בחב"ד. השכנים ממול הזמינו אותי פעם לאכול". מתאור זה עולה ההתייחסות לקושי הרגשי והנפשי שמצבו המשפחתי של הנבדק מעורר דווקא בשבתות ובמועדים, והצורך של המזמין לעשות מעשה חסד, כדברי הנבדק. נבדק אחר, שהתגורר עם אימו, התייחס לעובדה שיש כאלה שעוזרים ואחרים שאינם עוזרים, והנכונות לעזור אינה תלויה במירת העומס שיש על העוזר. "כביסה אנחנו נותנים למכבסה ולשכנה, יש לה מכונה, לא כל פעם נותנים, פעם כן ופעם לא. זו שכנה טובה, היא גרה קצת יותר רחוקה, היא רבנית והבן שלה אדמו"ר. יש לה שמונה ילדים וגם תינוקות. קשה לה ובכל זאת עוזרת. השכנה האחרת חיתנה את כל הילדים שלה ולא עוזרת, הבעל שלה קצת עוזר, מתקן לפעמים". אותו נבדק כשנשאל על חברים סיפר: "יש קיוסק שהרבה חולים נכנסים לשם, נותנים קפה, תה ומשחקים. יש שם טייפ. מתי שאני בא — נותנים לי קפה ואוכל. אחד מנהל את זה בשביל חולים. אחיו היה חולה, והוא נהרג. הפיל את עצמו מבית. הם חרדים. הייתי ביום הזכרון שלו, הלכתי לבית הקברות. המשפחה שלו לא הלכה, נותנים לי כסף בגלל זה. כתוב על המצבה שלו: 'היה לו יסורים', הכוונה שהיה חולה ינפש. על שמו אחיו עשה את הקיוסק. פתוח שם מתי שאני בא ואז נותן לי קפה ומושק. הוא אומר גם, שלא צריך לקחת זריקות וכדורים. הוא אומר שאם אני לא אקח — אהיה חזק: 'בהתחלה לא תרגיש טוב ואחר כך תהיה חזק'. לכולם הוא אומר את זה. באים לשם אנשים לא בסדר. לא כולם היו באשפוז. יש נורמלים שבאים גם כן. זה פתוח כל יום אחר הצהריים, בשבת לא. זה קיים חצי שנה בערך. אני עובר שם והוא מכניס אותי. משחקים שש בש ודומיננו. יש לו יחס טוב אל אנשים. הוא לא עובד. תמיד יש שם אנשים. מי שרוצה קפה — מקבל. פעם רציתי חבילת קפה והוא נתן לי. מי שרוצה נקיניק, הוא קונה לו. פלאפל קונה — בכסף של מי שבא. הקפה שלו. אני לא הולך לשם כל יום, מתי שאני עובר לקנות — נכנס לשם. אני הולך פעמיים שלושה בשבוע, נכנס לרבע שעה, חצי שעה, שותה קפה והולך. פעם שיחקתי. יש לו קסטות חסידים, יש גם רדיו". הקיוסק הינו דוגמה לפעילות ספונטאנית של אדם בקהילה, שהיה ער לבידודתם של חולים. הנבדק ניסה להסביר את המניעים למעשה. נראה לנו, שמקום זה עשוי לעבור תהליך של מיסוד באם ימשיך בפעילותו, ויהפוך לאחד מארגוני העזרה הפועלים בקהילה החרדית.

נבדקת אחרת, שחיה מזה כשנה בנפרד מבעלה, תיארה את התארגנותה בתחומי חיים שונים בעזרת אנשים שונים בקהילה: "החברה שיוזעת, ביקרה אותי בבית חולים כשהייתי מאושפזת. לא הייתי אוכלת את הבשר של בית חולים, היא היתה מביאה לי אוכל מבושל. מה שיכלה לעזור. עזרה. באה עם התינוקת שלה לבית חולים. חבר של בעלי שמר על הילדים שהייתי מאושפזת. אחר כך הוא היה מסיע את הבן לחדר (הם גרו בפרבר). חברות גם

הזמינו אותי בשבת. היה לי קשה להשאר שם. חבר של אבא הוא האפורטרופוס שלי. הבת שלו עזרה לי לזפש דירה בעיר. את הדירה הראשונה, הוא שילם את שכר הדירה. את הדירה השניה נוצאה לי מכרה שלי (והנבדקת שהזכרנו כמי שמתגוררת עם בנה אצל קשישה שהתאלמנה לא מכבר). הדוד והדודה עוזרים קצת. אני אוכלת אצלם בשבתות ובצהרים. עוד מישהי היתה צריכה לבוא איתי לדיון בבית הדין הרבני.

נבדקת אחרת באה למרפאת המעקב כשהיא מלווה בקביעות על ידי אדם קשיש, בעל ארשת פנים מאירה, עטור זקן לבן, לבוש חלט (לבוש עליון מפוספס הנהוג בפלגים מסויימים בחברה החרדית), ששיני הזמן נתנו בו את אותותיו. במהלך ההיכרות עם הנבדקת התבררו הדברים מפיה: "אשתו של נחמן (המלווה) מצאה אותי ברחוב והכניסה אותי אליה הביתה". התברר שנבדקת זו מוגבלת למדי, גרושה ואם לשלשה ילדים. כשניסינו לברר כיצד היא מסתדרת, והיכן נמצאים ילדיה, הסתבר שנחמן, שאינו קשור אליה בקשרי משפחה, דואג לכל צרכיה. דאגה זו החלה עוד לפני נישואיה, והוא שדאג גם להשיאה. כשהתגרשה, רכש עבורה דירה בדמי מפתח, ולפני הפסח האחרון דאג גם שהדירה כולה תסויד. הוא אירגן סביבה מערכת תמיכה שלמה, עליה הוא מפקח. בנה הבכור נמצא אצל בתו באומנה, הבת השניה בפנימיה, והבת השלישית סודרה במשפחה אומנת, בקהילה, באמצעות הלישכה לשירותים חברתיים. בזמן אשפוזיה ביקרו אצלה נחמן, אשתו ואנשים נוספים ממשפחתו. בכל ביקוריה אצל רופאים נלוו אליה הוא או רעייתו, שקנתה לה גם בגדים. שכנה דאגה לה שתיקח כל יום את התרופות, וכאשר לקחה אותן, קיבלה שני שקלים, אותם קיבלה השכנה מנחמן. שכנה אחרת קיבלה מנחמן תקציב שבועי, בו היא קנתה מזון ובישלה עבור הנבדקת. שכנה נוספת ליוותה אותה בביקוריה אצל בתה, וכיבסה לה. בשבתות וחגים היא סעדה אצל נחמן ובני ביתו. נודע לנו שנחמן דאג גם לאחותה של נבדקת זו, המטופלת אף היא במרפאה.

במשך הזמן יצרנו קשר עם נחמן והוא ניאות להסביר לנו את דרכי פעולתו ואת מניעיו במעשי חסד אלו. הראיון עם נחמן במלואו מובא בנספח מס. 2. מתוך החומר שהבאנו, עולה שישנם אנשים נוספים בקהילה, קרובי משפחה של הנבדקים ואחרים, הנוטלים יוזמה זו או אחרת ביחס לחולי-נפש. ניתן להניח שיוזמות דומות קיימות גם ביחס לצרכי נזקקים אחרים בקהילה.

לסיכום, למעלה משליש מן הנבדקים נעזרים באנשים מהקהילה, שאינם בני משפחה ושאינם שייכים למסגרת עזרה ממוסדת. התמיכה הניתנת על ידם מגוונת, והיקפה משתנה מנבדק לנבדק, ונראה שהיא מותאמת לצרכים השונים של הנבדקים. סוג עזרה זה מופעל בכל המקרים בהם התמיכה הניתנת על ידי המשפחה – אינה מספיקה, או שמסיבות שונות אין כלל תמיכה של המשפחה. כתוצאה מכך לא מצאנו בקרב הנבדקים מי שצרכיהם הבסיסיים אינם מסופקים. ממצא זה אינו משקף בהכרח את תחושות הנבדקים ביחס למעורבותם בקהילה, על כך נרחיב בהמשך.

דבנים

במבוא הדגשנו את חשיבות הרבנים בחברה החרדית כמנהיגים בהם נועצים הבריות בתחומי החיים השונים. שאלנו את הנבדקים על הקשר שלהם עם רבנים, כי רצינו לקבל תמונה על מעורבות הנבדקים בחיי הקהילה, ועל תפקידם של הרבנים כמקור תמיכה וייעוץ בבעיות המתעוררות בגין המחלה. יותר משליש מהנבדקים דיווחו על קשר כלשהו שהיה להם עם רבנים בעת ביצוע המחקר או לפניו, הקשר היה

ישיר או באמצעות אדם נוסף. איננו כוללים במספר זה את הפניות למרפאים עממיים שהם גם רבנים. שיעור זה נראה לנו נמוך. ואכן, חלק מן הנבדקים, שאין להם כל קשר עם רב, ראו צורך לתת הסבר לכך. חלק מהם התייחסו לבעיות טכניות, כגון היעדר רב בבית הכנסת שבו הם מתפללים. אחרים טענו שהם מתביישים לשוחח עם רב. אמר אחד הנבדקים: "אני מתבייש בגלל המחלה", ואחר אמר: "אני מתבייש לדבר עם רבנים מפחד שזה יבזה אותי". היו כאלה שראו בהיעדר קשר עם רב – חסרון. אחד הנבדקים אמר: "כתוב: 'עשה לך רב, וקנה לך חבר'. לא הצלחתי בעשה לך רב". היו כאלה שציינו שאינם זקוקים לרב ("לא צריך, האבא מטפל בי"), ואחרים עמדו על חוסר התועלת שבקשר עם רב ("מה הוא יכול לעזור לי?").

הנבדקים שדיווחו על קשר עם רבנים, מתחלקים לשתי קבוצות. האחת, שבה נכללים רוב הנבדקים אשר להם היה קשר עם רבנים, מאופיינת בקשר שאינו שוטף, לעיתים קצרה, ושהתרחש בעבר הרחוק. הבסיס לקשר זה הוא שאלות בעניני הלכה, ו/או שאלות הלכתיות ויעוציות הקשורות בבעיות חיים כלליות, ובמחלה. הקבוצה השנייה, כוללת 7 (שהם 10.1%) מהנבדקים המקיימים קשר רצוף עם רבנים. הקשר מתבטא בחמיכה נפשית, ומלווה ברוב המקרים גם בעזרה קונקרטית.

הנושאים שבהם התייעצו עם רבנים הנבדקים מן הקבוצה הראשונה הם מגוונים. היו שהתייעצו בעניני נישואין, כפי שעולה מדברי נבדק: "סביב הגט השני, חבר אמר לי: 'בוא נלך לאדמו"ר מוויזניץ', אז הלכתי. הוא אמר לי: 'מי שלא רוצה לחיות איתך — מה תחיה איתה?' באותו יום נתתי את הגט". נבדק אחר סיפר: "לפני שהתגרשתי הלכתי לרב. הוא רצה לעשות פשרה, זה לא הלך. בסוף העמידו שיהיה גט. לפני שהתחתנתי (בפעם השנייה) הלכתי שוב לרב. הוא אמר לי שאם אפשר למנוע את השידוך שימנעו, ואם רוצים שיתנו". יש שפנו לרבנים בעניני עבודה ולימודים. סיפר נבדק: "התייעצתי עם רב גם על העבודה. הרב אמר שצריך לעבוד משהו, וגם לקבוע עיתים לתורה. לא לעשות את התורה קרדום לחפור בו". נבדק אחר סיפר: "רב אחד נתן לי עצה שאבוא לישיבה שלו ללמוד, אבל אני מרגיש שלא יכול. אי אפשר לברוח מהמציאות. זו היתה עצה קשה בשבילי". יש הנועצים בעניני יחסיהם עם ההורים. סיפרה נבדקת: "כשבעלי אמר לי שאני צריכה להנתק מההורים בגלל שהם חוסאים — האמנתי לכל מה שאמר. סגרתי את הדלת, ולקחתי את הילד איתי והלכתי לרב. הוא אמר שאי אפשר להנתק מן ההורים. הוא לא מרבה לדבר. ואז ניסיתי לראות את אימי לפחות כטיפות חלב, למרות האיסור שבעלי ציווה עלי. וגם התחלתי לכתוב מכתבים לאבא". נבדקת אחרת שאמה מאושפוט מאז לידתה סיפרה: "שאלתי רבנים, כמה אני חייבת בכבוד אמה שלא גידלה אותי בכלל. אמרו, שאני יכולה לשאול מה שלומה אבל לא חייבת. הלכתי פעם פעמיים במשך הרבה שנים, והיא מאד ביישה אותי". היו נבדקים שהתייעצו עם רבנים סביב בעיות הלכתיות שהתעוררו כתוצאה ממצבם הנפשי. סיפר אחד הנבדקים: "בשבת אחת הייתי במתח כזה. ביום ששי הלכתי לשאול את הרב אם אני יכול לעשן בשבת. הוא אמר, שאם ארגיש לא טוב זה כמו כדור, אם זה פיקוח נפש אז מותר. חבר הציע לי לשאול את הרב". נבדק שסובל מאשמות כבדות סיפר: "דברתי עם רב. שום דבר לא אמר. אמר תלוי איזה חטא. בחטא הזה (מיני) אמר שאני צודק (באשמות וביסורים שגזר על עצמו). על העישון בשבת אמר לי שזה פיקוח נפש. אמר לי לישון כל היום. ואם אני מעשן — זה אונס. אני לא יכול לישון כל השבת, אז אני מעשן בחדרי, וזה מציק לי מאד".

דוגמאות אלו ממחישות את הקשר שיש לרוב הנבדקים עם הרבנים. הקשר מאופיין במגוון נושאים, ומתרחש בהתאם לצורך. מן התגובות של הרבנים שעליהם דיווחו הנבדקים, עולה ההבנה והרגישות הרבה שמגלים רוב הרבנים למצבם של הנבדקים.

כאמור, יש קבוצה של נבדקים אשר להם משמשים הרבנים מקור תמיכה קבוע. ראוי לציין שמתוך קבוצה של שבעה נבדקים, התייחסו ארבעה לרבי מסויים, לרבי מזוויל (שם של חצר חסידית). נבדק אחד, שסיפר את גילגולה של שושלת רבנים זו, אמר על הרב הנוכחי: "הדלת שלו חמיד פתוחה. השבוע שעבר הייתי אצלו, שיעזור בעניין אישי. עזר לי. אם אני רוצה לסלפן נתן. נתן לי לסלפן לאחי, זה שמחזק לעיר, לא זה שבחזו"ל. אמא גם מדברת איתו, מה שיש בלב. הוא מוכר עם אמא. עם צעירות אני לא יודע אם ידבר, אולי כמה מלים". אותו נבדק הולך להתפלל בחגים בבית הכנסת של זוויל. בשבתות הולך אחר התפילה וציין שנותנים שם קוגל. משתתף בהילולות, והרבי מעורב גם ברצונו להינשא שנית.

נבדקת אחרת שהתייחסה לאותו רבי, כל אימת שהזכירה אותו נשפך חיוך על פניה. היא אמרה: "אני משגעת אותו. אני הולכת לשם הרבה. אחרי שחליתי ההורים שלי רצו לקחת את הילדים שלי, ולא רציתי, כי הם לא רצו לטפל בהם. הם רצו לשלוח אותם לאמריקה. אולי כן רצו ולא יכלו. אז שלושה מהילדים שלי נמצאים אצל הרב. הוא גם בא אלי. החבר של בעלי שאל אם אני רוצה שיבוא אמרתי: 'כן, ובא'. היא ממשיכה ומספרת כיצד התערב הרב בסכסוך שבינה לבין בעלה: "הרב אמר לו שזה לא בסדר, ושהוא צריך לתת לי ללכת להורים שלי, וזה — הוא עכשיו מסכים, אבל שיבוא אלינו — לא מסכים. אני יכולה לדבר עם הרבי כל פעם שיש משהו. הולכים להתייעץ אליו בכל מיני דברים. הנה: לבן שלי כאב ביד, אז נתן לי איזו משחה. פעם אחרת, שכאבו לו האזניים, אמר לי ללכת לקופת חולים. הוא אמר לי שצריך להתגבר. גם אחותי הולכת לדבר איתו. היא לא חסידת זוויל, אבל ראתה שהרב הזה מסביר פנים, אז באה אליו. הוא מדבר גם עם נשים אם הן שואלות אותו. אני הרבה פעמים שואלת אותו בסלפון". אותו רב היה מעורב בהשגת דיור חדש לנבדקת ולמשפחתה, ובהשאת בתה של הנבדקת. נבדק נוסף סיפר על אותו רב: "אני הולך אליו מתי שקודא לי. קורא על ידי שליח". נבדק אחר סיפר על רב הישיבה שבה הוא לומד (באופן חלקי) "עכשיו יש לי רב, מזמן שהוא נכנס לתפקיד דאש הכולל, הוא יודע מהבעיות. היה מצב שהצטרפתי להתאשפז לפני חצי שנה, והוא לקח אותי. היה לי מצב קשה. הייתי במתח חזק, לא יכולתי לשבת, לישון, לא לעשות כלום. הוא שם לב, ראה איך כל רגע הייתי צריך לבוא אליו, לדבר איתו. פעם סיפרתי לו מהבעיות עם אשתי. לא יעזור כלום אם אספר לו. דווקא עזר לי קצת בכסף. גם הישיבה במצב כספי קשה. עזרו לי קצת. שילמו לי חוב. קיבלו אותי, זה כבר עזרה".

תאורים אלה ממחישים, שיש רבנים המקדישים חלק ניכר מזמנם לדאגה, תמיכה ועזרה לנזקקים, ונראה שהם רואים בכך חלק חשוב מתפקידם. העובדה שארבעה מתוך שבעת הנבדקים התייחסו לאותו רב, מרמזת אולי על כך שתופעה זו אינה נפוצה במיוחד, ושהמדובר בדוגמה בלתי שכיחה של רב, המוכן להקדיש הרבה מזמנו דווקא לנזקקים.

ככלל, ניתן לומר שכל הנבדקים שפנו לרבנים — נענו, ואלו אף גילו הכנה למצבם, כשבמרבית המקרים יצאו הנבדקים נשכרים מן הפגייה. לא עלה בידינו לאפיין את הנבדקים שפנו לרבנים. תהינו מדוע קטן מספרם יחסית. נראה לנו שאי אפשר לייחס עובדה זו לרבנים ולדרך התייחסותם לפונים אליהם, לפחות על סמך החומר שבידינו. נראה לנו שעובדה זו משקפת בעיקר את מעורבותם של הנבדקים בקהילה, ואת התחושה שלא ברור לחלק מהם, עד כמה הם מהווים חלק אינטגרלי מן הקהילה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם הממצאים שהבאנו בדבר הקושי של הנבדקים להגדיר את זהותם הקבוצתית, על כל המשתמע מכך בחברה החרדית.

מקורות תמיכה ממוסדים

חלק מן הטיפול הניתן לנבדקים במרפאה ובבתי החולים הפסיכיאטריים הינו טיפול שיקומי, דהיינו, הפנייתם לארגונים העוסקים בהיבטים שונים של תפקודם, במטרה לאפשר להם להגיע לחיים עצמאיים עד כמה שיותר, ולשלבם בקהילה עד כמה שניתן.

מצאנו שני סוגים של מקורות תמיכה ממוסדים, אשר מהם נהנים הנבדקים.

1. ארגונים ממלכתיים או ציבוריים, שאינם חרדיים ואינם קשורים לקהילה החרדית.

2. ארגונים שהוקמו על ידי החברה החרדית לעזרת חולי-נפש ונזקקים אחרים בקהילה.

את הסוג הראשון נתאר בקצרה ונסקור את היקף השימוש שנעשה בו על ידי הנבדקים. באשר לסוג השני – נביא תאור מפורט יותר.

ארגוני תמיכה ממלכתיים

ככלל מצאנו שהנבדקים הרבו להשתמש במקורות תמיכה ממוסדים של החברה החרדית, בהשוואה לשימוש שעשו במקורות תמיכה ציבוריים. מגמה זו עולה בקנה אחד עם מגמת הבדלנות של החברה החרדית עליה הצבענו במבוא.

כפי שהדגשנו בתאור מקורות ההכנסה של הנבדקים, רבים מהם מקבלים קצבת נכות מהביטוח הלאומי, ועוד אחרים נעזרים בשירותי הרווחה של העיריה. אחדים נהנים מקצבת נכות של משרד הבטחון שהכיר בהם כנכי צה"ל. נראה לנו שהנבדקים ממצים את המגיע להם בעזרה בעין מהשירותים הממלכתיים.

בעת ביצוע המחקר השתמשו בפועל רק 6 (שהם 8.7%) מהנבדקים בשירותיהם של ארגוני תמיכה שאינם חרדיים. שני נבדקים עבדו באופן קבוע במפעל שיקום לקשישים, המקבל לשירותיו גם מוגבלים אחרים. אחת עבדה במקום שנים רבות והשני עבד זמן קצר יותר. ראוי להדגיש ששניהם גילו שביעות רצון רבה ממפעל זה, בו הם קבלו גם ארוחה חמה. שני נבדקים נוספים היו בתהליכי שיקום, אחד במעון יום והשני במרכז לשיקום מקצועי. עוד שתי נבדקות דיווחו על שימוש במרכז הקהילתי שבשכונתן. ראוי להדגיש שהן התגוררו בשכונות בהן היה רוב חרדי, וממילא ניתן להניח שאופי המקום, גם אם אינו חרדי במוצהר, מושפע לא במעט מן האווירה השכונתית.

ביחס ל-8 נבדקים נוספים (שהם 11.6%) נעשו נסיונות שיקום במסגרות שיקום ציבוריות. 6 מהם הופנו לשיקום גם במסגרות חרדיות. רובם לא התמידו גם במסגרות אלה, ובעת ביצוע המחקר היה רק נבדק אחד מקבוצה זו נתון במסגרת שיקום חרדית. כלומר, קשה לייחס את היעדר השיקום לעובדה שהוא נעשה במסגרת ציבורית. ראוי להדגיש שבקבוצה זו היו נבדקים שהתמידו בשיקום במסגרת ציבורית לאורך זמן (שנה ויותר).

ארגוני תמיכה חרדיים

בקבוצה זו נכלול את כל הארגונים שהוקמו על ידי חרדים למטרות שיקום ועזרה בהם השתמשו גם הנבדקים. ראוי להדגיש שחלק מהארגונים הללו פתוחים גם בפני אלה שאינם חרדים.

"ידעזרה" – ארגון התמיכה שעיימו בא במגע מספר הנבדקים הגדול ביותר. ארגון זה כבר הוזכר על ידינו לעיל. מייסד הארגון והעומד בראשו, הרב אושר, הוזכר בפי נבדקים רבים גם כבר סמכא בנושא מחלות-נפש ודרכי הטיפול בהן. תיאר אחד הנבדקים את התהוות המפעל. "הרב אושר היה סוחר בארגוני עגבניות. יותר מאוחר באו אנשים, ששמעו עליו, שהמילים שלו נותנות כוח. הוא אדם קדוש במושגי היהדות. הוא התחיל לפתח את המפעל.

באו עוד אנשים שמצא חן האידיאל והרעיון של לעזור לשני. שזה דבר דציני מאד. הוא פיתח דרך תפיסת עולם יפה ומעשית. הכסף מחברים עשירים של הרב, ותרומות. אני נפגש איתו בשבתות. אבל עכשיו הוא מתפלל בבית. היו לו בעיות עם הלב. החברים שלו מתפללים בבית הכנסת אליו אני הולך. הוא המנהיג. אוחזו הצאן והוא הרועה".

בשיחה עם נכדו של הרב אושר, האחראי כיום בפועל על אחד ממפעלי השיקום של 'ידעזרה', התבהרו פרטים נוספים על הארגון. סבו, הרב אושר, שמשפחתו נמצאת בארץ מזה מספר דורות, היה בעל חנות. אמר הנכד: "אני לא יודע איך, ולא יכול להסביר, אבל ברכה שהוא נותן מתקיימת. הוא יכול לקחת בן אדם ולהעלות אותו ממצבים קשים ביותר". לפני כארבעים שנה החל בפעילותו הציבורית שבבסיסה היה רעיון של הקמת חברת חסד. כלומר, שמה שיש לאדם הוא לא רק ישמור לעצמו, אלא יחלוק עם זולתו. לתת אהבת חנינם כנגד שנאת חנינם שבגללה חרבה ירושלים. מפעל זה אינו עוסק רק בשיקום חולים ומוגבלים אלא מפעיל צרכניות מסובסדות במספר ערים, אולמות שמחה זולים, ישיבה לאברכים, ורשת חינוך למאתיים ילדים. כיום נמצאות בבניה שישים יחידות דיור להשכרה לזוגות צעירים, ועוד. מערכת זו מופעלת כיום על ידי מאתיים עובדים, וממומנת בעיקר על ידי תורמים.

בתחום שיקום חולים ומוגבלים – מפעילים כיום מוסדות 'ידעזרה' שני מפעלים מוגנים: בית דפוס לגברים שבו מועסקים כשישים משתקמים, ומתפרה לנשים שבה עובדות כעשרים ותמש משתקמות. כמו כן עומדת לרשות המשתקמים ישיבה לבחורים הסובלים מבעיות הסתגלות ובעיות נפשיות, ומספר דירות המשמשות לכעשרים גברים כפנימיה. המשתקמים מקבלים במפעלי השיקום ארוחה חמה. השכר שאותו מקבלים המשתקמים נקבע על פי שעות העבודה, בתוספת של תמריצי תפוקה, ויכול להגיע עד 52 שקלים בחודש. מגוון העבודות במקום הוא רב. מעבודות פשוטות עד מקצועיות, עובדה המאפשרת למשתקמים בעלי רמת תפקוד שונה – להשתלב במפעל. יש משתקמים שהצליחו להשתלב במקומות עבודה רגילים. מנהל המקום הסביר שבדרך כלל מגיעים אליו המשתקמים אחרי שנקלעו למשבר, רובם במצב ירוד ביותר. הרעיון העומד בבסיס מפעלים אלה הינו לתת לאדם תעסוקה ותחושה של ערך. בית הדפוס מקבל עבודות מגופים ציבוריים ואנשים פרטיים, וכך מממן את רוב פעולתו. נוסף על השיקום בעבודה מציעים במקום פעילות חברתית המתמקדת בעקר בטיולים בחיק הטבע, מתוך תפיסה שיש לכך השפעה משחררת ומרפאה. למקום מתקבלים גם משתקמים שאינם חרדים או דתיים, אך מצפים מהם שיהגו בתחומי המפעל באופן התואם את רוח המקום. היקף הפעילות במקום גורם לרבים שאינם דתיים או חרדיים להתקרב לאורח החיים החרדי.

19 (שהם 27.5%) מהנבדקים דיווחו כי היה להם קשר, בעת ביצוע המחקר או קודם לכן, עם מפעלי השיקום של 'ידעזרה'. מספר זה אינו כולל את הנבדקים שפנו לרב אושר, בבקשת עזרה ויעוץ בשלב זה או אחר של המחלה או הטיפול בה. בעת ביצוע המחקר 11 (שהם 15.9%) מהנבדקים, 9 גברים ו-2 נשים עבדו ב'ידעזרה'. היקף העבודה וסוג העבודה משתנים מנבדק לנבדק. יש כאלה שעבדו שעה אחת ביום, ואחרים עבדו שמונה שעות. חלקם היו קשורים לישיבה השייכת ל'ידעזרה' ונטלו חלק בפעילויות החברתיות המאורגנות על ידי המפעל. 2 מהנבדקים בקבוצה זו מתגוררים כפנימיה.

סיפר אחד הנבדקים שהתגורר בפנימיה: "גד (האדם המלווה אותו מטעם הארגון) אדם שהכי מבין. זהכי קרוב לבעיות האלה. רק אני אוכל אצלו (הכוונה לשבתות) השאר אוכלים בבתיים מסודרים. הייתי מעדיף לאכול אצל אחי, אבל גם הוא מלחיץ. אמנם אני יכול לעמוד בזה היום. יכולתי גם בעבר, אבל אני מעדיף את השקט הסביבתי אצל גד. סך הכל אני בא לאכול וחוזר לפנימיה. החברה מסביבי זה 'ידעזרה', גם אנשים עם בעיות. 'ידעזרה' זה מוסד

של להבין את השני, לקלוט ולהבין איך לשפול בו, התפיסה מאד טובה. גד מייד קלט את הבעיה שלי, והתחיל לדבר איתי על עשרות נושאים. הוא האכיל אותי מהכפית, מהתחלה, להבין, לקלוט, לחשוב איך לחיות עם אנשים, תגובות והתנהגות כל הנושא הזה. 'ידעורה' זה חופשי, לאדם יש חופש ביטוי, משוחזרים על כל נושא. בגלל שהיו בעיות השיטה זה לפתוח. אז פתחו הכל. אני רואה מה הוא עשה בשבילי, לא יודע אם מישהו עשה למישהו משהו כזה בחיים, מיליון. הייתי באשפוז, הוא בא, ואמר: 'בוא נצא לשבת', אף אחד אחר לא עשה לי את זה. בפנימיה אצלי יש תשעה בחורים, ממש צפוף. יש עוד דירה עם 12 ועוד דירה שמעתי שיש. אנחנו תשעה בשני חדרים. במסכת אין גז ופריגיידר, רק מים וכיור, בגלל שהחברה בעייתיים ומסוכן להכניס גז. המסגרת הזאת נתנה לי הכל: גם חברים גם את כל התנאים". תאור זה מדבר בעד עצמו על היקף הפעולות של מפעל השיקום של 'ידעורה'.

נבדק אחר שהיה מנותק במשך שנים מכל קשר חברתי וממעגל העבודה סיפר: "חזרתי לפנימיה (של 'ידעורה') אחרי חנוכה, אני מתחיל להתחבר קצת יותר, משותף בפעילויות של הדפוס. לישיבה אני הולך כל יום, קבוע, אחר הצהריים, ונמצא שם שעה ורבע. מנחה אני מתפלל בדפוס, ומעריב בדרך כלל בפנימיה. בשבת אני כבית. שם אני לא אוכל. לא יודע מה הולך, אין לי סבלנות לשבת עם ציבור באוכל, אפילו בבית קשה לאכול עם ציבור. החברים עוזרים מאד. זו חברה מאוד מגוננת ומעניינת. עד כעת הייתי במסגרת דתית, ועכשיו יש גם חילונים".

היו כאמור נבדקים שנסיון השיקום שלהם ב'ידעורה' לא עלה יפה. מעט ביקורת נשמעה בניהם ביחס למקום. נבדק אחד ביקר, אך ביקורתו משקפת את הבעייתיות של תעסוקה בכל מפעל מוגן. הוא אמר: "כשאני הייתי חולה אבא שאל מי מספל בחולי נפש, ואמר לו: רב אושר פרוינד, מחכים לו חמש שעות, ואחר כך באים למקום עבודה לא מתאים. הדפוס. ובנוסף לכך יש שם בחורים חולים וזה לא מייצב את הבן אדם".

לסיכום, הארכנו בתאור המפעלים של 'ידעורה' בשל חשיבותם לאוכלוסיית המחקר. מפעל זה משמש דוגמה לארגון תמיכה חרדי, שמתרחב ומתפתח בהתאם לצרכי המשתקמים. מגוון הפעילויות המוצעות למשתקמים הופך את המקום למעין קהילה טיפולית, לאלה הנכונים להכיר במגבלותיהם. כפי שאמר הנבדק אותו ציטטנו לעיל: "החברה מסביבי זה 'ידעורה'".

'חזון פתיה' ('חזון') הוא מפעל שיקום נוסף שהוקם ביוזמה פרטית. מפעל זה הוקם בשנת 1975 על ידי שאול פתיה זצ"ל, שעלה לארץ מעירק בשנת 1913. חזונו היה להציל מן ההסגר החברתי והמשפחתי את האדם שנלכד בחוסר יכולת להשתלב במעגל העבודה הרגיל. המפעל רואה בעבודה עצמה דרך לשיקום. השהות במפעל נתפסת כתחנת מעבר בין מסגרות אשפוז לבין עבודה בשוק החופשי. המפעל מיועד לסובלים מבעיות נפשיות ומנכות בדרגות שונות, ומקבלים אליו גברים ונשים יהודים, ללא קשר לזיקתם הדתית. המקום מנוהל כיום על ידי בתו של יוזם המפעל, וכולל מספר מחלקות: יחידת מחשבים, דפוס, כריכיה, אריזה, מתפרה וחנות מכירה. המפעל החל את דרכו בדירה קטנה בת ארבעה חדרים, וכיום פרוש בשני מבנים, ומשרת 110 משוקמים. תוכנית השיקום מותאמת לכל משתקם, במגמה להקנות לו הרגלי עבודה והכשרה מקצועית. השכר שניתן למשתקמים תלוי במספר שעות העבודה שלהם, בתוספת תמריץ על תפוקה גבוהה. המקום פתוח שמונה שעות ביום, ונערכים בו גם מסיבות, ימי הולדת וטיולים. המפעל מממן 50% מהוצאותיו, 30% ממומנים על ידי משרד הבריאות, והשאר – חובה נגרת. המפעל אינו עוסק באיסוף תרומות, אלא אם כן הן מגיעות באופן ישיר על ידי התורם.

8 (שהם 11.6%) מהנבדקים, 5 גברים ו-3 נשים, דיווחו על קשר עם מפעל השיקום 'חזון פתיה'. בעת ביצוע המחקר עבדו במקום 4 נבדקים, ועוד אחד היה בנסיון השתלבות במפעל. סיפר אחד הנבדקים: 'ב'חזון' אם אני לא

בא. אני מקבל תיכף טלפון הביתה. שמחה (מנהלת המקום בתו של המייסד) מסלפנת. אני בא קבוע. אז מרגישים שאני איננו. בתיקה הרפואי של נבדקת שהיתה מאושפזת בעבר הרחוק, והסובלת ממגבלות פיזיות, היה כתוב: "הופנתה למרפאה על ידי שמחה מ'חזון'. לפני חודש וחצי דודה שלה נפטרה ומצבה החריף, מרבה לבכות. טובלת מכאבי ראש. מרגישה בדידות, בעיות בין-זוגיות והרגשה שאנשים מדברים עליה". תאורים אלה ממחישים את היחס האישי והמעקב הצמוד שמנהל המפעל אחרי משוקמיו.

תהינו מהי הסיבה שפחות נבדקים הגיעו למפעל זה בהשוואה ל"דעזרה". נראה לנו שב'חזון-פתייה', לאחר שנקבעת תוכנית השיקום, נדרשת התחייבות משמעותית יותר מן המשוקמים, דבר שיתכן ומכביד על חלק מהם. כמו כן יתכן והעובדה שהמפעל מעורב ומנוהל על ידי אשה, מרתיע חלק מהנבדקים, שפוטנציאלית יכלו להשתקם במקום. חיזוק להסבר זה ניתן למצוא בהסתגלות שהביעו הוריהם של חלק מהנבדקים, שלהם הוצעו תוכניות שיקום במקומות מעורבים.

בית התבשיל של חב"ד הוא ארגון נוסף המסיע לנבדקים, שכשמו כן הוא. במקום ניתנות ארוחות או כפי שתיאר אחד הנבדקים: "יש לי בחב"ד ארוחה בחינם. אני הולך לשם מתי שאין אוכל בבית, וזה עולה שקל אחד. מתי שאין לי כסף, הוא מוותר, ואומר: 'תשלם פעם אחרת'". קיימת שם גם אפשרות אחרת שאותה תיאר נבדק אחר: "יש לי אח שלוקח שתי מנות, מנה אחת שם אצל אמא, ואחת אלי. הוא מביא את זה מחב"ד, וגיסי משלם". 5 נבדקים, גברים, דיווחו על כך שהם נוהגים לסעוד באופן קבוע או ארעי במקום, ונבדקת נוספת סיפרה, שלבעלה נשלחת ארוחת צהריים מחב"ד.

הגמ"חים והמפלגות עוסקים בעיקר בסיוע כספי ישיר. רק 3 נבדקים סיפרו באופן מפורש על שימוש במשאב זה. תיארה אחת הנבדקות: "נתנו שיעורי עזר לשני הילדים, שברנו את הרגליים. הלכתי לאגודת ישראל שילמו כמה שיעורים. רצתי לאנשים פרטיים. יש אנשים שאמרו לי מי עוזר כדי לקבל, הייתי מספר פעמים. למי שאמרו ללכת הלכתי, וקבלתי תמיכה. היו שהלכתי, ואמרו שאין. בשביל כל דבר רצתי המון פעמים עד שהישגתי. הם משיגים מ'שנודיריי', אני לא יודעת את השיטות שלהם. הולכים לבתי מלון, מסבירים לעשירים שצריך כסף למטרות צדקה, ובאמת רוב הכסף הולך לצדקה. אבל עד שמוציאים מהם! מתקשרים עם אמריקה, אולי נוסעים לשם, והם תומכים למטרות צדקה. בשביל לקבל צריך המלצות של רבנים, ומי מכיר רבנים?! גם לגמ"ח זה כך. צריך גם ערבים, ואנחנו בודדים, יש לנו משפחה קטנה. הלוואה צריך להחזיר בשלמותו תוך עשרה חודשים". נבדק אחר סיפר: "מי שהצבעתי לו, עשו לי רצפה חדשה במטבח, ופטרו אותנו מארנונה. ה'אגודה' עוזרים, המפלגות האחרות רק מדברים". נבדק שלא דיווח על שימושו שלו באמצעים אלה, סיפר על דרך נוספת לאסוף כספים. "תקראי 'המודיע', יש מודעות על כך שאין לו איך לחתן את הבת, והנדיבים נותנים כסף, עוזרים בהכנסת כלה".

מספרם הזעום של נבדקים שדיווחו על עזרה כספית ממקורות אלה נראה לנו תמוה. יתכן שבפועל יש נבדקים נוספים הנהנים מעזרה כספית זו או אחרת, שעליה לא דיווחו. או שמא הסרבול והטרחה העולים מהתאורים, מרתיעים, בעיקר אנשים מסוגם של הנבדקים, לפנות למקורות תמיכה אלו.

מדריכות לכלות הן מקור תמיכה נוסף, בעיקר נפשי. 4 נבדקות דיווחו על קשר עם נשים אלה. תפקידן המקובל הוא הסברה מינית לנערה החרדית ערב נישואיה, או כפי שתיארה אחת הנבדקות: "לפני החתונה הלכתי למישהי אחרת. התביישתי מאמא. היה לי קשר טוב עם אמא, אבל מבחינה מינית לא רציתי לשמוע ממנה כלום. על הווסת היא הסבירה לי וחודש אחר כך קיבלתי. יש דתיות שמספרות לבנות שלהן, אני מבינה שזה לא בסדר, אחר כך את מתחילה

לדמיין איך האבא שלך חי עם אמא, ומדמינת איך הם מקיימים יחסי מין, וזה לא טוב. אני עם הבת שלי פתוחה. אני מדברת איתה על המחזור, ואומרת לה שאני במחזור. אמי לא אומרת. היום אני זוכרת שפעם החביאה מגבת כשהלכה למקווה. הבת שלי שאלה על הריון, ואמרתי לה שעל זה אפשר לה יותר מאוחר". תאור זה מסביר את תפקידן הרשמי של המדריכות לכלה, שעל קשר עימן דיווחו ארבע נבדקות. אך הסתבר ששתיים מהן המשיכו את הקשר עם המדריכות שלהן ואחת אף פנתה אליה ושוחחה עימה על בעיות שהיו לה ביחסיה עם בעלה.

* לסיכום, מצאנו שמלבד התמיכה המשפחתית שלה זוכים הנבדקים, מציעה הקהילה החרדית מקורות תמיכה נוספים. מקורות מתחלקים לשני סוגים עיקריים: ממוסדים ושאינם ממוסדים. סקרנו את המקורות שאינם ממוסדים ומצאנו שהם נכנסים לפעולה, כאשר המקורות המשפחתיים אינם מצליחים או אינם מספיקים להתמודד עם בעיותיהם של הנבדקים. מצב זה גורם לכך שלמעשה אין נבדקים שנשארים עוזבים מבלי שצרכיהם הבסיסיים מסופקים. מצאנו שבקהילה החרדית קיימים ארגוני תמיכה ממוסדים, והבחנו בין משאבים ממלכתיים וקהילתיים. הנבדקים משתמשים בשני מקורות תמיכה אלה, אך קיים הבדל בסגנון השימוש בהם. בעוד שבשירותים הממלכתיים הם נעזרים בעיקר לצורך תמיכה כלכלית, הרי שלצורך תמיכה שיקומית בולטת ההעדפה של מסגרות חרדיות.

השתלבות הנבדקים בקהילה

עתה, משתארנו את מקורות התמיכה של הנבדקים, ברצוננו לעמוד על השתלבותם בפועל בחיי הקהילה על פי מעורבותם בפעילויות שונות.

עבודה

אנו מתייחסים לעבודתם של הנבדקים בהגדרה רחבה ביותר, כלומר, לכל נסיון לעבוד ולהשתכר שלא מלימודים (על כן בהמשך), בלא להתייחס להיקף העבודה ולשכר הניתן תמורתה. מצאנו שבעת ביצוע המחקר היו 33 (שהם 47.8%) מהנבדקים מועסקים. בקבוצה זו היו 24 נבדקים (שהם 58.5% מהגברים) ו-9 נבדקות (שהן 32.1% מהנשים). את ההבדל הזה בין הנבדקים לבין הנבדקות ניתן להסביר במצבן המשפחתי של הנבדקות, שרובן מטופלות בילדים. הסבר נוסף קשור בעובדה, עליה הצבענו במבוא, שרק מיעוטן של הנשים בחברה החרדית ממשיכות לעבוד עם הרחבת המשפחה, וזאת בעיקר על מנת לאפשר לבעל להתמסר ללימוד תורה. חלק מהנבדקים ראו בעובדה שאינם עובדים, ביטוי למצבם הנפשי. אמר אחד הנבדקים: "עבודה יותר חשובה מלימודים. זה חשוב לבריאות הנפש. היום אני לא מצליח לעבוד". נבדק אחר אמר בכעס: "אני לא עובד. כל היום אומרים לי שאני צריך לעבוד. לא מבינים שקשה לי לעבוד". ואחר הסביר: "אני לא עובד, אני לא מסוגל לעבוד. לא יכול להתרכז ולא יכול לעבוד עבודות פיזיות". תגובות אלה ממחישות את העובדה, שהשתלבות בעבודה, נתפסת גם אצל חלק מהנבדקים שאינם עובדים, כביטוי למצבם הנפשי ולרמת שיקומם, כפי שהסביר אחד הנבדקים: "אני עובד בשביל שיהיה מה לעשות, ולא בשביל הכסף".

תארנו לעיל את מקורות התמיכה הממוסדים בקהילה, שבחלקם הגדול מתמקדים בנושאי עבודה ותעסוקה: ואכן, 18 נבדקים (שהם 54.5% מהמועסקים) עבדו במפעלים אלה. מדובר ב-13 נבדקים ו-5 נבדקות, שלהוציא שלושה, כולם שולבו במסגרות חרדיות. על המשמעות השיקומית הנרחבת של מפעלים אלו עמדנו כאשר תארנו את דרכי פעולתם. מן הראוי להדגיש ששניים מהם עבדו בעבודה חלקית נוספת, אחת בעזרה בפנימיה חרדית

אחר הצהריים, והשני באיסוף כספים לשיבה (הוא קיבל מחצית מן הסכום שנאסף). הסתיגותם של נבדקים מהשתלבות במפעלים אלה נובעת משתי סיבות עיקריות. האחת, והיא להערכתנו המרכזית, ועליה עמדנו לעיל, היא המשמעות הסטיגמטית שיש למקומות אלה, שעבודה בהם יש בה הודאה פומבית מוגבלות. השניה קשורה בתנאי העבודה במקומות אלה, הרואים את ייעודם העיקרי ביצירת מסגרת תעסוקה והקניית הרגלי עבודה ולא דווקא בשכר. השכר הניתן במקומות אלה אינו גבוה, והוא תלוי בסוג ואיכות עבודתו של העובד. נבדק, שעבד בעבר במקומות עבודה לא מוגנים, אמר: "אני לא עובד כי אין לי כח, כוח נפשי. בידעורה רחוק לא משלמים". 9 נבדקים נוספים (שהם 27.3% מהמועסקים), 6 גברים ו-3 נשים, עסקו בעבודות חלקיות ומזדמנות. חלק מהזדמנויות תעסוקה אלה הן פועל יוצא מאופיה המיוחד של הקהילה החרדית ולכן נפרט אותם; שניים מהגברים היו סופרי סת"ם, שעבדו לפי יכולתם. אחת עבדה באופן חלקי ביותר בספריה של מוסד חינוכי, בו היא למדה בעבר. אחר קיבץ נדבות, בעיקר ליד הכותל, וברחוב שכונתי המשופע בתיירים, משום שנמכרים בו תשמישי קדושה. נבדק ונבדקת נוספים עבדו מעט בנקיון, ועוד נבדק ונבדקת עזרו באופן מזדמן לחברים שהם בעלי עסקים. נבדק נוסף סיפר: "אני מתפלל אצל הפרושים רק בשבת. אין להם מנין, ונותנים לי כסף להשלים מנין. יש לי מצווה ויש לי כסף. זו שהבית כנסת שלה. היא אלמנה. פעם הלכתי לשם. והבעל שלה אמר שאבוא. עשר שנים אני שם, משלמים מנין כל שבת. מה, אסור לקבל כסף? בשביל שכת אסור לקבל כסף. אז כשאני עולה לתורה אני עושה 'חי שבירך' לאלמנה. ואז אני מקבל כסף על הימי שבירך. על זה מותר לקבל כסף. אני אמרתי שבשביל התפילה אני לא רוצה כסף. בחג היא נתנה לי כפול. היא אשה טובה. בעלת צדקה. הולכת לבית חולים לעזור ולבקר חולים. ביום חול אני לומד בכולל חצי שעה משניות, ומתפלל שם מנחה ומעריב ונותנים לי כסף סמלי עבור הלימוד". המאפיין את כל התעסוקות האלה היא העובדה שהן מתאפשרות תודות לצרכי הקהילה, או תודות לקשר שיש לנבדקים עם אנשים בקהילה.

בקבוצה זו נבדקת אחת גם התנדבה לעבוד במקומות שונים. נבדקת אחרת, שלא עבדה, היתה פעילה בארגון התנדבותי העוסק בביקור חולים, ונבדק נוסף עבד בעבר ויצא לגמלאות.

6 נבדקים נוספים (שהם 18.2% מהמועסקים), 5 גברים ונבדקת אחת, עבדו במקומות עבודה רגילים במשרות מלאות וחלקיות. הגברים עבדו כולם במקומות שנהלו על ידי אנשים חרדים, ארבעה מהם בתחום הדפוס והכריכה. התרשמנו שהעסקת הנבדקים יש בה מעין פעולת שיקום פרטית, גם אם מקומות עבודה אלה אינם מתפקדים כמפעלי שיקום, המפעל מקצה משרה לאדם אחד או יותר, תוך ידיעת מוגבלותו ונכונות להתמודד עימה.

לסיכום, יצויין כי מחצית מן הנבדקים קשורים עם מקומות עבודה כלשהם, רובם המכריע עובדים באופן חלקי ביותר, ו/או במפעלי שיקום, וקרוב ל-90% מן המעסיקים של הנבדקים הינם חרדים.

לימודים

בשל חשיבות הלימוד בחברה החרדית, היה נראה לנו חשוב ביותר לקבל תמונה על מצב הלימוד של הנבדקים, כמדד להשתלבותם בחברה החרדית. לצורך דיון זה, כללנו במונח לימודים כל פעילות לימודית של הנבדקים ללא אבחנה בתכיפותה ובמסגרת בה היא מתרחשת. מצאנו ש-29% (שהם 42%) מהנבדקים, 21 גברים (שהם 51.2% מהגברים) ו-8 נשים (שהן 28.6% מהנשים), דיווחו על לימודים כלשהם בהם הם נוטלים חלק. הברל זה בין הנבדקים לנבדקות קשור בחשיבות השונה שיש ללימוד בחברה החרדית בקרב גברים ונשים.

חלק מן הנבדקים, גברים ונשים, הביעו מצוקה מאי יכולתם ללמוד. אמר אחד הנבדקים: אני לא לומד. קשה לי להתרכז עם הכדורים. ניסיתי ואני לא יכול לשבת במקום אחד הרבה זמן. אני לא יכול להתרכז בלימוד. בעבודה – מילא. ניסיתי לפני האשפוז בשתי ישיבות, לא הלך. קשה לי לשבת לשמוע שיעור ולא להתרכז. אני לא 'מבסוס' מהחיים שאני חי, אבל אין לי ברירה, חייבים להמשיך, אני לא יכול לעשות משהו נגד זה".

כשלושה רבעים מהגברים הלומדים ציינו שהם לומדים כל יום. מנתון זה לא ניתן ללמוד על מהות הלימוד, כפי שאמר אחד הנבדקים: "אני לא יכול ללמוד וזה מפריע לי. אני הולך בערב לשיעור ולא מבין כלום". היקף הלימודים השתנה מנבדק לנבדק. רק נבדק אחד למד באופן מלא בישיבה, בה הוא גם התגורר, אך הוא ציין: "אף פעם לא מצאתי חברותא שישביע את רצוני מאה אחת. יש לי חברותא רק לחלק מהסדרים". בין הלומדים יום יום יש כאלה שהסתפקו בלימוד של חצי שעה ביום, ואחרים למדו מספר שעות ביום. שני נבדקים אף קבלו קצבה קטנה מהישיבות שבהן למדו. המקומות בהם למדו הנבדקים – שונים. חלקם למדו בבית הכנסת בו הם התפללו, חלק בישיבות ובכוללים, וחלק בבית. צורת הלימוד אף היא השתנתה מנבדק לנבדק. יש שלמדו במסגרת של שיעורים, באופן עצמאי, עם חבר או קרוב משפחה, והיה נבדק שסיפר, שאביו שכר בתשלום בחור שילמד איתו יום יום, דבר שפגע בו מאד. גם תכני הלימוד שונים. תיאר את המגוון אחד הנבדקים: "בבית הכנסת יש שיעור כל יום. גם בליל שבת ובמוצאי שבת. כל יום לומדים את הדף היומי, ואני הולך כל יום לשיעור ולתפילה. החברים עוררו לי הרבה. זה סיפור מלפני ארבע שנים. הם באו הביתה לדבר איתי וללמוד. הם ידעו כי לא באתי לשיעור. הם באו כל יום בתורנות. זה שיעור גדול. לומדים בו שלושים אנשים. הרגשתי שאני בן אדם. ככה הייתי ישן כל היום. אני הולך לשתי ישיבות ללמוד. עם הגיס, אח אשתי, לומד שעה וחצי ביום בישיבה אחת, ועם הבן, לומד שלושת רבעי שעה ביום בישיבה אחרת. בהתחלה הייתי לומד לבד. בישיבה עם הגיס והבן אני לומד שנה וחצי. כשלא הלכתי הייתי ישן כל היום, ובלילה רציתי כדורי שינה". מעבר למגוון צורות הלימוד מבחינת היקף, תוכן ומסגרת, ממחיש תאור זה את חשיבות ההשתייכות לחברת לומדים, עליה עמדנו במבוא ובתאור הרקע הלימודי של הנבדקים.

למחצית מהנבדקות שדיווחו על לימודים, היתה מסגרת לימוד קבועה, והשאר השתתפו באופן לא קבוע בהרצאות, על פי העניין שהיה להן בנושא ההרצאה והפנאי שלהן. בין המשתתפות באופן קבוע בשיעורים היתה רק נבדקת אחת שהלכה לשיעור יותר מפעם בשבוע. היא סיפרה: "אני הולכת לשיעורים ביום שני ושלישי בערב. מדברים על דוד המלך, ועל משה רבינו. זה שיעור רק לנשים. באות פרטיות, וגם אחרות. זה רבנית מלמדת. בשבת יש במקום אחר שיעור לנשים, ועוד שיעור בבית כנסת. אני הולכת לפעמים. לפעמים אני הולכת עם אמא ולפעמים לבד. יש לי חברות שאני מכירה משם. באחד השיעורים בשבת, מדברים פרטית".

14 נבדקים מקרב הלומדים נכללים גם בקבוצת הנבדקים העובדים, 5 במפעלי שקום חרדיים, 6 בעבודות חלקיות ו-3 בעבודות בשוק החופשי.

לסיכום, לא היו בקרב הנבדקים, למעט נבדק אחד, לומדים שתורתם היא אומנות. אך חשיבות הלימוד באה לביטוי במאמץ שעושים הנבדקים הלומדים להשתייך לחברת לומדים כלשהי, וכדברי רוב הנבדקים שאינם לומדים, המצרים על כך. חשיבות הלימוד משולשת, הן במשמעות של קיום מצוות הלימוד, הן בעובדה שהיא ממחישה את השייכות לקהילה, והן בכך שמתעלת את הלומדים לפעילות נורמטיבית, לא פתולוגית, ומוערכת.

בית-כנסת

בית הכנסת הינו מוסד קהילתי, בו מבלה האדם החרדי חלק ניכר מזמנו, באופן קבוע ויום יומי. על כן שאלנו

את הנבדקים אודות הקשר שיש להם עם בית הכנסת, ועל מעורבותם בו. התשובות שקיבלנו על שאלה זו היו רבות ומגוונות, ולכן לא עלה בידנו למיין את הנבדקים על פי מדד זה. מצאנו שפחות מ-20% מהנבדקים, כולל שתי נבדקות, דיווחו על ביקורים קבועים, בכל התפילות, בבית הכנסת, אך גם בקבוצה זו דיווחו חלק מן הנבדקים על כך שהם מתפללים בבתי-כנסת שונים. לכן נביא להלן את ההסברים שנתנו הנבדקים לדפוסי הביקור שלהם בבית הכנסת.

חלק נכר מן הנבדקים שלא ביקרו באופן קבוע בבית-כנסת, או שהתפללו במספר בתי-כנסת, התייחסו לנושא העיתוי של התפילות כדבר שמנע מהם ביקורים סדירים בבתי הכנסת, או הצמדות לבית-כנסת מסויים. אמר אחד הנבדקים, ממוצא מזרחי, המתפלל בבתי-כנסת שונים: "יש לי בית-כנסת קבוע. אני מתפלל שם מנחה ומעריב וקבלת שבת. אני שומע שם שעור ועוזר לחלק תה לזקנים. שחרית אני מתפלל אצל אשכנזים כי קשה לי לקום מוקדם". נבדק נוסף, שלא ביקר בקביעות בבית-כנסת, תיאר כיצד ומדוע הוא נוהג כפי שהוא נהג: "בשבת אני הולך קבוע עם אבא. ביום חול אני מתפלל אצל אבא בבית. זה לא חינוך טוב לילדים שידאו שאבא שלהם לא הולך לבית הכנסת. יש לי כמה בתי-כנסת בחוץ, ואז אף אחד לא יודע אם הלכתי או לא".

היו נבדקים שהתייחסו לעצם התפילה ולתוכנה כאל גורמים הפוגעים בקשר שלהם עם בית הכנסת. אמרה אחת הנבדקות: "אני הולכת לבית-כנסת רק בחגים, אני כבר לא יודעת איך להתפלל, איך להגיד תהילים. לא יודעת מה להתפלל, לא יודעת איך אומרים ברכה". נבדק אחר התייחס לטכסיות ולתוכן התפילה כגורמים המונעים ממנו ביקורים סדירים בבית הכנסת. "להתפלל, להגיד את הפסוקים ואת החמילים שנכתבו על ידי משוררים לפני מאות שנים, שלוש פעמים ביום, זה לא נראה לי. מזה בעיקר סבלתי. אני רואה את כל עניין בית-כנסת כעניין חברתי שהתפתח לטקס. הרעיון המקורי של התפילה היה קשר, איחוד בין קבוצת אנשים. בהתחלה זה לא היה בצורה כזו. היה נאום והמבוגר מרצה. במשך השנים זה השתנה. אני הולך לבית-כנסת רק בשבת, זה בית-כנסת שכונתי ליטאי, אין קשר עם האנשים. זה מתאפשר יותר אצל ליטאים, כי שם לא מדברים בשעת התפילה". נבדק זה רומז בדבריו גם על מרכיב האנונימיות, עליו נעמוד בהמשך ביתר פרוט, כדפוס לבחירת בית הכנסת. נבדק נוסף תיאר שילוב של גורמים המונעים ממנו את ההליכה לבית הכנסת. "אני לא הולך לבית-כנסת. אם בא לי להתפלל אני הולך לכותל. אין לי כח לדברים האלה. הפסקתי אחרי שאבא נפטר. הייתי הולך לבית-כנסת שלו, בית-כנסת של חסידים. היום אני לא הולך לשם. אלף, זה רחוק, בית, לא מרגיש שום דבר. בבית-כנסת מפטפטים באמצע תפילה כמו בכנסת וקוראים לזה בית-כנסת. מדברים שם כל הלשון הרע והטוב. אמא יודעת שהלכתי רק בלילות שבת וחג. ביום לא, כי יש לי בעיה עם ההשכמה".

היו נבדקים שייחסו את הקושי לבקר בבית הכנסת לגורמים נפשיים הקשורים בבעיותיהם הבין אישיות בפרט. נבדק אחד אמר: "אני הולך לבית-כנסת של חסידים כל שבת, איזה עשרים שנה. בחול אני מתפלל בבית. קשה לי להיכנס לתוך אנשים; אני לא יכול להשתתף בדיבור". נבדק אחר, הסובל ממחשבות יחס, סיפר: "לבית-כנסת אני הולך לפעמים. יש לי פחד בציבור. אני לא מרגיש כל כך נוח. אני חושב — אולי מסתכלים עליי, יש לי גם מחשבה שאולי יודעים את כל המעשים שלי. פעם הייתי חושב שאם הייתי מוציא זרע או יודעים את זה".

נבדקים אחרים הדגישו שבחירת בית הכנסת נעשית על פי מידת האנונימיות המתאפשרת להם. סיפר אחד הנבדקים ממוצא תימני: "אני הולך אצל אשכנזים. אני מתבייש ללכת אצל התימנים כי אני עוד חולה. אצל האשכנזים אף אחד לא רואה אותי. אני לא מדבר עם אף אחד. זה לא כמו אצל תימנים. בבית-כנסת תימני זה אחר, אני

לא רוצה שידברו איתי. אפילו כשהייתי הולך לבית-כנסת של תימנים לא הייתי מגיד להם (הכוונה על מחלתו). הייתי משתדל להיות בריא. זה לא יפה אדם חולה. אדם עצבני. זה לא מחלה כמו שאר המחלות. זה משוגע — זה לא יפה. כל הזמן התביישתי". נבדק אחר תיאור את האווירה האנונימית בבית הכנסת בנימה שיש בה מן הטרוניה אך גם מן הבחירה: "יש בית-כנסת חסידי, אני אוהב ללכת לשם, כי הם כולם זרים לגמרי ולא צעירים. זה בית-כנסת רק שלי. אני לא הולך עם אבא לשם. אני הולך לשם רק בשבת וכליל שבת. באמצע השבוע יש בית-כנסת ממש ליד הבית. לשם גם אבא הולך. כל יום אני מתפלל שם. זה בית-כנסת ליסאי. אני בא מתפלל והולך, שום דיבורים, לא בוקר טוב שום דבר. אווירה שם קשה. זה בגלל המחלה. אני מרגיש שאני חולה. הם לא אומרים, אבל אני חושב שהם חושבים עלי מדוע אני לא מתחתן. חושבים עלי רע, ובגלל זה לא רוצים להיות איתי. פעם ישבתי בסעודה שלישית בבית הכנסת החסידי ושתו. אחד, עקבתי עליו, שטף את הכוס שאני שתיתי בה קודם, ואצל אחר שלקח ממנו את הכוס — לא שטף. חשב שזה חולני, ושלא יכנסו חיידקים. לפני שלקח את הכוס שלו לא שטף. ראיתי את זה, אני מסומסם! אני לא חושב שהמחלה עוברת בחיידקים. אבל חושבים שאם מישהו חולה צריכים להזהר. בן אדם חולה לא אוהבים לשתות מהכוס שלו. יש פה אברך אחד שהיה איתי בישיבה בעיר אחרת. הוא היה נשוי, אני חושב שהוא העביר להם את כל הדו"ח עלי, וזוהי אני בונה בנין שיודעים. בבית-כנסת לא מזמינים אותי. אני מתפלל. אומר לשני אנשים שבת שלום. הם ידעו שבאתי לעיר עם המשפחה, ואם הייתי בא בלעדיה, גם לא היו מזמינים". עבור נבדקים אלה בחירת בית הכנסת המסויים מאפשרת להם להיות לא מעורבים ולא חשופים לאינטראקציה בין אישית קרובה, אשר מאיימת עליהם.

לעומת הנבדקים שצוטטו לעיל יש נבדקים שבחרו בפתרון אחר. הם מחפשים כתי-כנסת בהם הם יחושו אווירה של חום, קבלה והיעדר לחץ, המתאימים למצבם הנפשי ומאפשרים להם לשלוט במידת המעורבות שלהם במקום. סיפר אחד הנבדקים: "לאחרונה אני הולך ללובביץ', זה טוב, לא שואלים שם שאלות. יש להם גם בית תבשיל, ונותנים כסף. אבל אני מתבייש ללכת ולקחת. אני אוהב גם ללכת לברסלב, לפני המשבר הייתי בקשר איתם. אהבתי את השידים שלהם. אוכלים שם ומספרים סיפורים. לפעמים אני עוד הולך לשם, גם שם לא שואלים שאלות". נבדק אחר תאר: "הייתי חסיד של וויזניץ, עכשיו אני חסיד סטרובקה. אבא היה שייך לפאפה (חצר חסידית קטנה). לוויזניץ הלכתי לבד הרבה פעמים, לקרצ'נוב לא הלכתי בתור חסיד, רק לקבל את ברכתו של הרב. עזבתי את וויזניץ כי יותר קל להיות סטרובקה. הוא אומר תורה קלה. בוויזניץ אומרים דברים קשים בשולחן. קשים להבין. את סטרובקה אני מכין, והם גם אמרו ששם קשה המנין, שיש שם קצת אנשים, שאבוא להשלים, אז נהייתי חסיד שלהם. בסעודה שלישית יש 'שיש', אני לא הולך מלפני פסח".

נבדק נוסף ניסה להסביר את ההבדלים באווירה בבתי-כנסת שונים, ואת הקושי שלו להשתלב באחד מהם. "פעם הייתי הולך למקום משלי. בית-כנסת של ליסאים, בני ישיבות, משפחות. הרגשתי קרירות מצד המתפללים האחרים שלא רוצים אותי בחברתם. לפעמים הייתי הולך בהשכמה לזוטיקים. אף פעם לא נתנו לי עליה. הרגשתי זה, והפסקתי ללכת. לא מרגיש קירבה לבית-כנסת, לא שייך לחברה. לכל בית-כנסת יש חברה. אולי בגלל שאני לא נשוי. אצל החרדים מאד חשוב שמי שהתבגר יתחתן. אני מצטער שאף פעם לא נקלטתי באף בית-כנסת. אצל ספרדים זה אחרת. אין מחיצות ברזל בין חרדים ולא חרדים. צעירים הולכים שם לשעורים, ולא כמו אצלנו (אשכנזים) שעורים לזקנים, וצעירים לכולל. אבל הם פרימיטיבים, יש אצלם אלמנטים של קבלה ואמונות תפלות". לעומתו תיאור נבדק אחר, ממוצא ספרדי, תמונה הפוכה: "אין לי בית-כנסת קבוע, אני מתפלל בכל מיני מקומות. אני אוהב להתפלל

אצל אשכנזים, שם יותר טוב. יש מלא אנשים, שם אוירה יותר טובה, יותר מדברים, גם איתי. אני הולך להרבה כתיב כנסת. לא יודע אם מכירים אותי. לפעמים אני לא קם ואין לי חשק ללכת".

לסיכום, מצאנו בקרב הנבדקים גוון רב בדפוסי המעורבות בבתי-כנסת, הן מבחינת היקף התפילות בציבור, והן מבחינת הקשר שלהם לבית-כנסת מסויים. הנבדקים התקשו למצוא בית-כנסת שאליו הם חשים שייכות. ההסברים השונים שהם נתנו לכך קשורים רובם במצבם הנפשי. כלומר, בקושי להתמיד בביקורים במקום, בהסתייגויות שלהם מקשר עם המתפללים האחרים, ברצונם לשמור על אנונימיות וכו'. בלט מיעוט התאורים על יחס דוחה מצד מתפללי בית הכנסת. יחד עם זאת ראוי להדגיש שיש מספר נבדקים שמצאו את מקומם בבית הכנסת. לכן נתייחס להלן לנושא הכיבודים שמקבלים הנבדקים בבית הכנסת, כמדד מסויים לשאלה עד כמה ערים מנהיגי בית הכנסת לבעייתם של הנבדקים ומנסים לעזור להם להשתלב בחיי הקהילה.

כיבודים בבית הכנסת – מבין הנבדקים הגברים יש בידינו מידע בנושא זה ביחס ל-27 נבדקים, מתוכם רק 60% דיווחו על כך שהם זוכים לכיבודים בבית הכנסת. חלקם הביעו שביעות רצון מן המצב בתחום זה. אמר אחד הנבדקים: "הם רצו לקחת אותי לגבאי, אבל זה עול גדול. הייתי עוזר לכל אחד מהגבאים. זה בית-כנסת גדול. אני עולה לתורה ועובר לפני התיבה ביום חול. בשבת אני לא יודע את הנוסח ואין לי כוח". נבדק אחר סיפר: "אני לוי, ואין הרבה לוויים, אז יש לי פרוטקציה. לפעמים מישהו קונה עליה ומכבד אותי". בין המקבלים כיבודים היו כאלה שהביעו ביקורת על תכיפות הכיבודים שהם מקבלים. אמר אחד הנבדקים: "עליות – מעט. פעם בשנה אולי. אולי כי אין לי כסף". אחר סיפר שמקבל עליות רק בשמחת תורה, ונבדק נוסף הסביר: "בתולדות אהרון אם אתה לא מחש שייך, אתה מקבל עליות רק עם טיבה".

בין הנבדקים שלא זכו בכיבודים היו כאלה שייחסו זאת לנוהג בבית הכנסת ("שם לא נתנו לי אף פעם עליה"), ואילו אחרים ייחסו את המצב לעצמם ("לא קוראים לי. אני יושב לבד בפניה. אני מפחד לעלות לתורה"). כולט מיעוט הכיבודים שהנבדקים מקבלים בבית הכנסת. נראה לנו שמצב זה הוא, בין השאר, פועל יוצא של אופי מעורבותם של הנבדקים בחיי בית הכנסת, ושל העובדה שלרובם אין בית-כנסת קבוע.

שמחות

רצינו לקבל תמונה על מצב המעורבות של הנבדקים בפעילויות לא פורמליות של הקהילה. לכן שאלנו את הנבדקים על השתתפותם בשמחות.

בנושא זה יש בידינו מידע ביחס ל-53 נבדקים, כ-60% מקבוצה זו אמרו שהם הולכים לשמחות, וכ-40% אמרו שאינם הולכים לשמחות. בקבוצה זו גבוה אחוז הנשים ההולכות לשמחות מאחוז הגברים. ראוי להדגיש שחלק ניכר מהשמחות בהם נוטלים הנבדקים חלק הן שמחות של קרובי משפחה. כפי שאמר אחד הנבדקים: "אני הולך לשמחות. אצלנו זה מפגש משפחתי". אחרת תיארה: "אני מוזמנת, והולכת, אז פוגשים את כולם". סביב השמחות עולה לעיתים בעיית ההסתרה של המצב הנפשי שבגיננו אין הנבדקים יכולים ליטול חלק בשמחה. אמר אחד הנבדקים: "אני הולך לשמחות, וכשלא יכול להגיע מחפשים תירוצים". ונבדקת סיפרה: "לפעמים אני נמנעת, כדי שלא ישאלו איפה הבת".

היו נבדקים שאמרו שהם הולכים לשמחות רק אם האירוע מתקיים בקרבת מקום, מישהו נוסף מהמשפחה הולך והם נלווים אליו, תלוי בהרגשתם וכו'. היו נבדקים שהתלוננו על מיעוט ההזמנות או על אופן ההזמנה. אמר

נבדק: "אני הולך, אבל ההזמנה בדרך כלל כללית, לכל הבית-כנסת". נבדקת אחרת סיפרה: "לשמחות כעלי בכלל לא הולך, רק לבדית מהעבודה, כי אומרים שאז בא אליהו הנביא ומקבלים מחילה, כי כתוב: 'כי אין צדיק בארץ שלא יחטא ויעשה טוב'. קורה שנכשלים, אנחנו מזמנים מטט מאד, למשל, שכנה הכניסה לי הזמנה לעליה לתורה ולחתונה. זה נותן לי הרגשה טובה, שלא מתייחסים אלי כמו סמרפוט, עצם ההזמנה". היתה נבדקת אחת שבניגוד לכל ההסתייגויות שהובאו לעיל סיפרה: "אני הולכת לשמחות של 'תולדות אהרון'. היה בר מצווה אתמול, אני הולכת לשמחות לשכוח מהבעיות. לפעמים — גם שאני לא מכירה, לפעמים מזמינים. גם שלא מזמינים אותי, אני הולכת, ליד הבית שלי יש אולם שמחות". נבדקת זו התגוררה לבדה, בדירתה אין מקרר וגו', ונראה שההליכה לשמחות, היא גם דרך להשביע את רעבונה. היא לא סיפרה על דחיה.

הנבדקים שאינם הולכים לשמחות נחלקים לשניים: ישנם כאלה שאינם הולכים משום שאינם מזמנים, כפי שאמר אחד הנבדקים ומדבריו נשמע העלבון: "לא תמיד מזמינים, אני מצפצף". ונבדק אחר שסיפר: "הולך, אבל מוזמן מטט, אולי פעם בשנה". אחרים נמנעים ללכת מסיבות פנימיות שלהם. נבדקת אחת אמרה: "לא הולכת, אני מתביישת. מתביישת שיראו אותי, אולי אני אוכל לא יפה". נבדק אחר תיאר את קשייו ליטול חלק בשמחות של אחרים: "לשמחות מזמינים את ההורים שלי, אותי לא, אני לא הולך, לא אוהב לבוא בין אנשים, גם בתוך המשפחה אני לא הולך לשמחות. אני יודע שערב קודם לא אישן, ואחשוב: 'כולם טוב להם ואני לא טוב לי'. בבית הכנסת רובם זקנים, מהם לא איכפת לי, לא חיו איתי, לא רואה צעירים עם ילדים".

לסיכום, מספר הנבדקים הנוטלים חלק בשמחות הוא קטן, בעיקר בהתחשב ברבויין בחברה החרדית. נראה שההזמנה לשמחות בחברה החרדית היא בחלקה פחות רשמית ואישית מאשר בחברה הכללית. נראה לנו שמצב זה מאפשר גמישות רבה יותר בהשתתפות בשמחות ובהמנעות מנטילת חלק בהן. למצב זה יתרון עבור הממעטים או הנמנעים ללכת, אך הוא מעורר בעיות אצל המעוניינים ללכת, והזקוקים לעידוד.

ביקורים

שאלנו את הנבדקים על הביקורים שהם עורכים ועל הביקורים שהם מקבלים. בין הנבדקים שענו לשאלה זו, דיווחו כשני שלישים על כך שמבקרים אצלם, ויותר משלשה רבעים מהם דיווחו על כך שהם מבקרים אצל אחרים. כמחצית מביקורים אלה (המבקרים והמקבלים ביקורים) הם אצל קרובי משפחה. אמר אחד הנבדקים: "אני מבקר רק את אמא, ולא מזמין". אחר אמר: "רק אצל קרובי משפחה". ונבדקת אחרת פירטה: "אני הולכת לאמא כל כמה ימים. לפעמים אני הולכת לאחותי, ולפעמים היא באה אלי. חמי בא הרבה לראות מה איתנו, ואנחנו הולכים אליו".

חלק מקשרי הביקורים מתנהלים עם חולים אחרים. אמר אחד הנבדקים: "פעם אחת ביקרתי אצל אחד, שהיה גם בבית חולים", ואחר סיפר כיצד אירח בחור שגם הוא חולה. נבדקת אחרת סיפרה: "החברים שבאים, ואלה שאנחנו הולכים אליהם, הם רק מבית חולים. יום אחד הילדות מהשכונה התחילו לבוא, לעשות שמח. הכית שלנו נהפך למועדון. מי שבא — ברוך הבא". תאורים אלה גם ממחישים את האופי הספוראדי של חלק מן הביקורים התברתיים (בניגוד לאלה המשפחתיים).

חלק מן הנבדקים, שאינם מבקרים אצל אחרים ו/או אינם מקבלים ביקורים, התייחסו לכך כאל מצב נתון. אמר אחד הנבדקים: "אף אחד לא מבקר בבית, וגם אני לא מבקר אף אחד". נבדקת אמרה: "חברות, אין לי עסקים איתן, נתקתי קשרים אחרי החתונה". ואחר אמר ביאוש ובכעס: "אני לא מכיר אף אחד, אני חבר לעצמי, מה ייתנו לי חברים?!"

לעומת התייחסויות אלה היו נבדקים שניסו להסביד את מיעוט הקשרים החברתיים שלהם. נבדקת אחת תלתה את הקולר בבעלה והסבירה: "יש לי חברות אבל הוא (הכוונה לבעל) מתנגד. אני הולכת אליהן בחשאי. בזמן שהוא בבית כנסת בערב שבת. כהתחלה הוא מתלהב ואחר כך מתנגד. יש אהת שלא מתנגד. רבנית נתמדה. הוא מתחיל ומפסיק. יש אחת שאני מביאה הביתה והוא לא מתנגד, כי עדיין לא מצא בה פסול. קודם הוא נותן חפשויות. שיפתחו את המקרר, ויגשו לסלפון. בינתיים היא טילפנה מחוץ לעיר ויצא חמש מאות שיחות. אז הוא כעס, ואמר לה את זה. הוא לא עקבי. אני שומרת מרחק. לא נכנסת לנשמה. היו לי חברות אבל הוא בייש אותי. כשנשואים אי אפשר לשמור חברות. כרווקה — היו לי". נבדק נוסף דיבר על הקושי שחש בלהיות חלק מ'חברת הבריאים': "הבעיה אצלי זה ההתמוטטויות. אין לזה מילה או הגדרה. איך את מגדירה את זה? יש הרוב ויש המיעוט — החולים. היו זמנים שהייתי עם הרוב, מתמודד, מתפקד. אבל יש מצב שאני כאילו אין לי את היכולת הנפשית להפוך חלק מהחברה. ממש הרגשתי שאני לא חלק מהחברה, אפילו באוטובוס לא יכולתי לנסוע. מסגרת חברית יש לי היום רק ב'ידעורה". נבדקת נוספת תיארה את חוסר קשריה עם הסביבה החברתית, כמערכת יחסי גומלין, שבכסיסה נמצא היחס העוין והשלילי שיש לה כלפי הסובבים אותה וכלפי עצמה: "אף אחד לא מדבר איתי. יש מישהו שאוהב אותי בעולם? כמו שאוהבים עכברים וחתולים — אוהבים אותי. מישהו מכיר אותי? אני שוכבת כמו החולה, ועובדת כמו חמור. לא אוהבת אף אחד ולא את עצמי. אני לא אוהבת אנשים. שונאת את כולם. לא אוהבת להיות עם זרים".

בניגוד לכל התאורים המסייגים והבעייתיים שהובאו לעיל ביחס לביקורים וקשרים חברתיים, היו מספר נבדקים שתארו קשרים בעלי המשכיות ויציבות. סיפר אחד הנבדקים: "הכל החברים ידעו. הם עוררו גם בקניית הדידה. שמעו שאני נמצא בבית חולים, באו לבקר, חידשו את הקשר כיחמתם. בבני ברק יש לי גם חברים מזמן הישיבה ומהכולל. הם באים לבקר ומטלפנים אלי ואומרים שאני אבוא אליהם. יש לי פה שלושה חברים טובים, נשואים עם חמישה ילדים. יש בחור אחד בשכונה, אני מכיר אותו עוד מתל'אביב, גדלנו יחד. הוא עובד עד ארבע בתור משגיח בבד"ץ. לפעמים בערב הוא בא אלי. אני לא כל כך הולך אליו, לא רוצה להכביד". נבדקת נוספת סיפרה על קשר חברתי נוסף שמקורו בעבר. "לחברות אני הולכת מידי שבוע, אם זה יום יפה יוצאים לטייל, כל פעם עם חברה אחרת. זה חברות מהתיכון. אנחנו פעם בחודש מתאספות, כל פעם אצל חברה אחרת ועושות ערב מתוק. זה גרעין של עשרים, לפעמים אחת חסרה אבל זה המספר. יש אחת שמארגנת את זה. זה נמשך כבר שנים. מדברים שם, שותים קפה, מביאים מרצה כל פעם על נושא אחר. פעם על חינוך ילדים ופעם על דבר אחר. אני הולכת בדרך כלל, והחברות יודעות על המצב שלי. זו שמארגנת את הערב מארגנת שכל שבוע חברה אחרת שתתקשר איתי ותצא איתי. אנחנו או שהולכות אליה הביתה, או לקניות, חלוי מה שיש לעשות". נבדק אחר סיפר על קשר חברתי, שמבחינת החברה החרדית הוא ודאי חריג. "אני הולך גם לבית קפה, מדבר שם עם אנשים. באים לשם הרבה שהיו מאושפזים. יש לי משם חבר. הוא לא דתי אבל שומר כשרות. הוא יודע מהבעיות שלי קצת, מזמין אותי אליו לראות סלווידה". קשרים אלה יש בהם מן המימד החברתי אך גם מרכיב של עזרה ותמיכה.

קשה ליחס את מיעוט הקשרים החברתיים שעליהם דיווחו הנבדקים רק למצבם הנפשי, והוא נראה כמאפיין כללי יותר של החברה החרדית. נראה שבדרך כלל ביקורים וקשרים חברתיים קשורים יותר לנוהגים משפחתיים ולמטרות מסוימות כמו עזרה הדדית ותמיכה. תיארה זאת אחת הנבדקות, שאמרה: "אנשים לא אוהבים שאנשים יכניסו את האף לבית שלהם. ברחוב. כן. להלוות דרך הדלת. כן. אבל לא 'בואי. תשבתי קפה'. הכל על רגל אחת.

לכולם יש הרבה ילדים, ואולי בגלל עין הרע לא מעונינות בביקורים. גם אני לא מעונינת. אצלי יש 'בלגן', אמנם עכשיו יותר טוב. מאז שדיברו איתי פה (הכוונה למרפאה), אני כבר לא סוחבת את הכל מהרחוב. יש לי שתי שכנות שהן כמו אחיות, אבל שילכו אחת לשניה? לא. הן מדברות מהמרפסת".

לסיכום, השתלבות הנבדקים בקהילה: מצאנו ששעורי העובדים והלומדים בקרב הנבדקים הם נמוכים, אך שעור הלומדים נמוך במעט משעור העובדים. שעור הגברים המעורבים בפעילויות אלה – גבוה משעור הנשים. נראה לנו, שמצב זה, משקף את החשיבות השונה שיש ללימוד בקרב נשים וגברים בקהילה החרדית, כפי שהדגמנו במבוא. כמו כן הינו קשור בעובדה שמרבית הנשים שנכללו במחקר היו מטופלות בילדים. או שמא תופעה זו הינה דוגמה נוספת לציפיות שונות מגברים לעומת נשים בחברה החרדית בעמידה בסטנדרטים של תפקוד.

מצאנו מעורבות נמוכה של הנבדקים בחיי הקהילה. תופעה הבאה לביטוי במיעוט הנבדקים בעלי שייכות קבועה לבית-כנסת מסויים, רק מעט יותר ממחצית הגברים זכו בכיבודים בבית הכנסת, ושעור דומה מכלל הנבדקים נוטלים חלק בשמחות. יתכן ומצב זה קשור בעובדה שהשתלבות בפעילויות אלו דורשת אקטיביות, מעורבות והתמדה הקשים למרבית הנבדקים, או משקף מצב זה את עמדת הקהילה ומאמציה בשילובם של הנבדקים בחייה. מצאנו מיעוט של קשרים חברתיים בקרב הנבדקים, הבא לידי ביטוי בביקורים דלים. תופעה זו אינה חריגה במיוחד בחברה החרדית. יחד עם זאת היא מעוררת תמיהה לנוכח העובדות האחרות, שהוצגו לעיל, בדבר העזרה הקונקרטיה הרבה אשר לה זוכים הנבדקים. נראה לנו שפעילויות כמו ביקורים, ונסיון לערב את הנבדקים בחיי הקהילה, נוגעים יותר למצוקה נפשית ופחות למצוקה קונקרטית. על מנת לנסות ולהבין פער זה, נפנה לבדיקת ההתייחסות החברתית למחלה, כפי שהיא נתפסת בעיני הנבדקים.

ההתייחסות החברתית למחלה כפי שנתפסה בעיני הנבדקים

מעבר לכל השאלות על העזרה והתמיכה, שהנבדקים מקבלים בפועל מן הקהילה, שאלנו אותם על האופן בו הם תופסים את ההתייחסות החברתית אליהם.

כשלושה רבעים מן הנבדקים התייחסו לשאלה זו.

את תשובות הנבדקים שהתייחסו לשאלה זו ניתן לחלק לשתי קבוצות.

האחת קונקרטית, המבוססת בעיקר על התנסויות הנבדקים, אליה התייחסו כרבע מן המגיבים שהתייחסו לשאלה זו. כלומר, הם סיכמו בדבריהם את העזרה הקונקרטית שקבלו ממקורות תמיכה שונים בקהילה. לדוגמה, נבדקת אמרה: "ישנתי אצל משפחות. ברוך השם יש אנשים טובים. אני לא במדבר", ונבדקת אחרת שאמרה: "כולם יודעים שאני חולה. מתייחסים די יפה, המשפחה מנסה לעזור". נבדק אחר היה מלא טרוניות על אנשים שונים שלא עושים די עבורו, ואחר אמר: "אני אוהב את כולם".

הקבוצה השנייה, כללה את רוב המגיבים לשאלה זו, והם התייחסו בעיקר לאופן בו הם תופסים כיצד מתייחסים ומה חושבים על חולי-נפש. ניתן להניח שגם בקבוצה זו הנסיון האישי השפיע על התשובה. אך היו נבדקים רבים שבדבריהם היה פער בין התנסויותיהם בפועל, לבין מה שהם חושבים שאחרים חושבים על חולי-נפש.

הצורך להסתיר את מחלת הנפש

הוא הנושא המרכזי והשכיח ביותר, אליו התייחסו רוב הנבדקים בקבוצה זו מהיבטים שונים. צורך שממנו ניתן ללמוד על ההתייחסות החברתית למחלה. נושא זה בא לביטוי בדברי הנבדקים. במהלך הראיונות בהם חזרו הנבדקים ושאלו על סודיות החומר, או כפי שבקשה אחת הנבדקות בתחילת הראיון: "תסגרי את החלון, רק שהשכנים לא יראו אותי. יש לי בן לחתן, זה מקלקל את השידוך. שהי ישמור. זה ממש סיכון". לכן נתמקד בנסיון לתאר את התופעה ולמצות את ההסברים השונים שנתנו הנבדקים לצורך שבהסתרה.

היו נבדקים שהם בעצמם לא ראו בהכרח צורך להסתיר, אך קיבלו על כך מסר די ברור מבני משפחה או מאחרים בקהילה, שזה מה שמצופה מהם לעשות. אחד הנבדקים שמלכתחילה לא היה ער לחשיבות ההסתרה, ובדיעבד הזדהה עם עמדה זו אמר: "הם (הכוונה לחברים בישיבה) ראו את הדברים שהביאו לאשפות, והיו שותפים לקשר השתיקה. גם המשגיח ידע. קשר השתיקה, הכוונה לא להגיד שום דבר לשואלים. מקובל אצלנו לא לפרסם. לא כולם צריכים לדעת מה קורה. הסבירו לי לא לומר, כי זה זמני, וזה יכול להזיק לי מאנשים שלא ידעו את כל הפרטים על מה שהיה. הם אמרו לי דבר שאני יכולתי לחשוב עליו לבד. זה היה מאד יפה מצידם. בדיעבד אני חושב שזה היה צעד חשוב. אני חושב היום שלא היה נחוץ הטיפול. אם הייתי נשאר בבית זה היה עובר מעצמו. ללא תרופות וללא פסיכיאטר. אם היו מחזיקים אותי בבית זה היה עובר לי לבד. הם התכוונו שזה יכול היה להזיק בשידוכים, יכול לגרום לדעה קדומה לא טובה. חוץ מזה גם היחס מצד החברה משתנה במקרה כזה. אני יודע את זה אני לא חושב. זה גורם נזק חברתי. זה גם תוצאה מזה שאנשים מסתכלים על בן אדם כזה כך. דיברתי עם מישהו על אדם אחר שהיה בטיפול פסיכיאטרי, פלטתי את זה. והתגובה היתה קשה. אני מקווה שלא נגרם נזק לאותו אדם, שבו היה מדובר. יש סטיגמה שלילית. נראה לי שבארץ יותר, אבל אצל חרדים עוד יותר. פשוט זה ככה. זה רק לגבי בעיות נפשיות שצריכות טיפול פסיכיאטרי. אני לא יודע למה, אולי זה בגלל מקרים שבהם כחורה השתדכה עם מישהו, ואחר כך הבחור החליט שהוא המשיח והתבודד בעליית גג. אני לא יודע בדיוק את הסיבה. אני חושב שהצלחתי להסתיר. כמובן יש כמה שיודעים, אבל הם התבקשו לשמור סוד. אבל אני לא יודע אם הם שומרים, נקווה שכן. ודאי מסופו של דבר אספר לצד השני את כל הדברים, אבל עכשיו זה כבר לא רלוונטי. הכוונה: אם יצא אל הפועל שידוך, בסופו של דבר אספר. אפילו לפני הנישואים. בסופו של דבר אכונה לדעת את כל הפרטים. למשל שאחותי הגדולה התארסה, היתה שאלה אם לספר את המצב של אחי, ואחותי סיפרה. אבל גיסי הוא אמריקאי, ולא הפריע לו כל כך. גם גיסי השני לא הפריע לו. הוא אמר: 'אני לא מתחתן עם אחיך, אני מתחתן איתך'. שואלים אותי בישיבה: 'יש לך אחי? אבל אני לא אמרתי שהוא בטיפול פסיכיאטרי. אני אומר שהוא היה בצבא, ועכשיו הוא עובד. שואלים על שידוך בשבילו, ואני אומר: 'שהי יעזור''. נבדק זה הדגיש בדבריו את האופי הסטיגמטי של מחלת הנפש, גם אם מדובר באפיזודה קצרה, וכן את הבעיות סביב שידוכים של חולי נפש, נושא עליו עמדנו, החוזר כחוט השני בדברי הנבדקים בהקשר הצורך בהסתרה. נבדק זה גם ערך השוואה בין החברה החרדית והחילונית, נקודה שעליה נעמוד בהמשך ביתר פרוט.

נבדק אחר שקיבל באופן עקרוני את הוראת ההסתרה, אך לא היה שלם עימה לגמרי ולא תמיד עמד בה, סיפר: "אני לא אומר לאף אחד את הבעיות שלי. כל אחד יש לו בעיות. אני מודיע רק למי שיכול לעזור. אף אחד לא יודע על המחלה. אם ידעו לא איכפת לי, אבל המשפחה מפחדת בגלל השידוכים. אני גם לא אגיד. פעם נכשלתי ואמרתי לגיסי השני, שדרכו עזברים השידוכים. באחי, כעסתי, אמרתי, שאני לא יכול להעלים את זה, וגיליתי לו שאני לוקח

זריקה. אם הוא ידע, אז אף שידוך לא ילך. אני לא מאמין בזה, אני מאמין ששידוכים הולכים משמיים, ה' מזווג. כתוב: 'קשה זיווגו של אדם, כקריעת ים סוף'. וגם כתוב: 'ארבעים יום קודם שאדם נולד מכריזה בת קול: בן פלוני לבת פלונית'.

כל הנבדקים, שדיברו על נושא ההסתרה, בין אם זו היתה יזומה על ידם ובין אם כפויה, נהגו בדרך כלל בהתאם למצופה מהם, מלבד שני נבדקים. אחד מאלו אמר בכעס: "לא אכפת לי מאף אחד. לא נותן דו"ח על עצמי לאף אחד", ואילו השניה אמרה: "יש אחוז גדול של אנשים שיש להם, והם מפחדים לגלות. אני לא מפחדת לגלות. כולם יודעים שאני לא מרגישה טוב. אומרים לי זה יפריע לשידוכים של הילדים, ואני אומרת: 'הכל משמיים'. גם אותי עשה חולה, אז גם ידאג לילדים. אני חולה, אז מה שאגיד, שאני בריאה? אני רוצה להיות חולה?! אני מדברת חופשי, כי הרבה שנים אני חולה. בהתחלה התביישתי אפילו לומר שאני בולעת כדורים".

היו נבדקים שהתייחסו לקושי להסתיר את המחלה משום שנלווים לה בדרך כלל פגמים נוספים. אמר אחד הנבדקים: "כמה שאדם רוצה להחביא 'לא הולך'. בשביל מה צריך לספר לכל העולם? אם אתה אומר כואב ראש, יש שפעת, אנגינה, אבל אם אתה מוצא בן אדם על הרצפה — זה אחר. על הרצפה הכוונה לקריזה. מאז שידועים מתנהגים איתי אחרת. לא מדברים, לא חושבים אותי כמו שהיה. קשה לי להסביר את העניין. לפני שהעניין קרה, הייתי קורא אנשים לתורה. היום אני לא עושה את התפקיד הזה. אני לא יודע אם איבדתי את הזכות, או הם הוציאו אותה ממני. אני אגיד לך: הכסף עושה את הכבוד, אין לו כסף, אין לו את הכבוד. יודעים שאני לא עובד. יודעים שהצליחו לתפוס את התפקיד שלי. יש לי וויכוח עם הבנים שלי. הם אומרים לי: 'התפקיד יותר חשוב לך מהבנים שלך'. לאבד את הכבוד זה גם עושה הרבה. כתוב בגמרא מי יאמר לי שאהיה נשיא — אקלל אותו, ואחר כך מי יוריד אותי מהנשיאות שלי — אהרוג אותו. הכבוד שיורד אי אפשר לסכול זאת, ככה למדתי מהגמרא". נבדק זה ייחס את ירידת מעמדו לא רק למחלתו, אלא גם לעובדה שאיבד את פרנסתו. יתכן אמנם ששני דברים אלה קשורים זה בזה, אך צירוף הגורמים הקשה לדבריו את ההסתרה, והשפיע לדעתו גם על האופן שבו התייחסו אליו. נבדק נוסף תיאר מצב דומה הקשור במצבו המשפחתי: "אבי מסתיר. יש לו אח בארצות הברית, הוא לא מגלה לו. עד כמה שאני מבין. הדוד לא יודע. מצד אחד זו בושה, אבל אולי אבא חושב שהוא מגן עלי ושזה לטובתי. הדוד השני, ממשפחת אמא עליה השלום, באשפוז הראשון שלי לא ידעו. בשני, אח שלי גם היה מאושפוז, אז באו לבקר אותו וראו אותי. אצלי, על כל פנים, הרגשתי שזה שלא הצלחתי להשתלב בעולם הישיבות — לזה מתייחסים, וזה קודם לאשפוזים".

ההסברים שניתנו על ידי הנבדקים לצורך להסתיר את מחלת הנפש

אחד ההסברים התמקד בהבדל שבין מחלות גוף למחלות נפש. נבדק אחד תיאר את היחס השונה למחלות גוף ונפש וניסה להסביר זאת: "אחרי שאושפוזתי ניתקתי את הקשרים איתם כמו שניתקתי עם כולם. כך יצא. מתביישים להתחבר עם אחד שהיה מאושפוז. אני מרגיש באופן כללי שהחברה מתנכרת, החברה לא מקבלת חזרה אנשים אחרי אשפוז. היום אין לי אפילו חבר אחד. בבית חולים לחולי נפש לא מקובל שמבקרים. בהתנכרות החברה לחולים אין הבדל בין דתיים לחילוניים. אם הייתי מאושפוז בגלל כליות, היו באים, חולי נפש — חושבים שמדבקים. זה גם כתם על המשפחה. מי שמאושפוז בבית חולים הוא כתם על המשפחה כולה. זה מבייש את המשפחה, זו מציאות. כדי להמחיש לך איך מפחדים מאנשים עם בעיות נפשיות אספר לך משהו: מנהל הלשכה (בה עובד באופן חלקי ביותר, בהתנדבות, כחלק מחוכנית השיקום שלו) ביקש מכתב שאני לא מסוכן לציבור לפני שקיבל אותי לעבודה. במחלות

נפשיות לא עוזרים, זורקים ומנתקים את הקשר. זו מחלה שמתביישים בה. כל משפחה מתביישת שיש חולה נפש בבית. זה יכול להזיק לשידוכים של האחים והאחיות, מנסים להסתיר את המחלה ~~חשבים שזה תורשתי~~, בעיקר שאצלנו היו שני בנים חולים, ואח שלישי שלא גר עם אשתו 51 שנים ולא התגרש. אתרי שהתגרשתי והתאוששתי, אז יצאתי עם בחורה אחת, אז היא הלכה לשאול עלי פרטים, אז אמרו לה שאני חולה נפש, אז היא עזבה". נבדק נוסף הסביר: "מחלת נפש זה לא אותו דבר, זה עצבים, הוא לא נורמלי. כליות זה רק כליות. נפש זה כל התהליך של החיים שלו אחר לגמרי, מקבל כל דבר בצורה אחרת". נבדק נוסף, שניסה להתמודד עם ההשוואה בין מחלות גוף ונפש אמר: "יש בזה פגם כלשהו, זה פגם בכל המשפחה. רואים את זה במיקרוסקופ. כשמישהו נוקק לטיפול נפשי, רואים את זה בצורה שלילית. זה יכול להפריע לילדים בשידוך. אנשים חוששים שאולי זה תורשתי. יותר תורשתי ממחלות אחרות. חוץ מזה זה יותר בושה, לא נעים. זה דבר שגובל עם עצבים. ברור שאני לא רוצה שידעו. מי שלא מוכרח אין סיבה שידעו. זה לא מעניק תדמית כל כך טובה לאדם. לא משנה אם הוא אשם או לא אשם, אף אחד לא יבוא בסענות אליו, אבל מודבקת תווית".

מדברי הנבדקים עולה שההבדל בהתייחסות למחלות גוף ונפש נעוץ בהנחה שמרכיב התורשה דומיננטי יותר במחלות נפש, בעובדה שהמחלה נתפסת ככוללת יותר, לא ניתנת לריפוי, ובמיתוסים ודעות קדומות המושרשים עמוק בקרב הסובבים את החולים.

אחד המיתוסים סביב מחלת הנפש הוא שמחלת הנפש נתפסת כדבר המסכן את הסובבים, משום שהתנהגות חולה הנפש היא בלתי צפויה ולכן רצוי להסתירה. אמר אחד הנבדקים: "אני מסתיר, לא נעים להגיד. אני אומר שאני לא מרגיש טוב. רק את המחלה הזאת מסתירים. לא נעים. אם אני אגיד מה יהיה? יהיה יותר טוב! עוזרים לי ככה גם בלי להגיד. מחלות גוף לא מסתירים, מחלות של הנפש מסתירים. אם אני אעשה משהו לא טוב, יגידו: משוגע, היה בבית חולים, יגידו בכל העיר. כולם מסתירים. יש אחד, גם חולה נפש, לא מסתיר, אבל לא אומד לכולם. לי אמר, ברחוב עושים מזה מפחיד. סיפרו לי שלפני ארבעים שנה לא היו תרופות, אז היו שמים אנשים בכלוב, סוחבים להם את הידיים והרגליים. היום זה לא ככה. מסתובבים חפשי, הולכים הביתה לחופש. לא יודעים מה זה. אם היו יודעים, היו מתנהגים אחרת. אחד אומר שהוא חולה לב, או כואבת לו הרגל, זה לא בושה. חולה נפש — זה בושה. הציבור לא מקבל ביחס אוהד. דבר אחר מקבלים. לפעמים אני עושה צחוק בבית כנסת ולא אומרים כלום. אם היו יודעים, היו אומרים: 'אתה לא נורמלי'. אני לא מוכרח להגיד שהייתי חולה. אחד אמר שאני מקבל ביטוח לאומי, זה הרגיו אותי. אם אני מקבל זה סימן שאני חולה. אפילו אם משוגע מתנהג טוב יש יחס אחר. לא רוצים לדבר איתו, מתנהגים אחרת". נבדק נוסף פרט: "מי שחולה נפש פחדים מהם. אולי הם יכולים לרצוח, להרוג, לאנוס". נבדק נוסף התייחס בהתמרמרות לעובדה שמתייחסים רק להתנהגות הגלויה. "אנשים לא מבינים את המהות של המחלה. סיפרו לי על אשה אחת שמתעצבנת חוטפת קריזות. חשבת: מה זה משוגעים בעולם? אבל אין אדם שכועס שתם, יש לו כאב, וכני אדם אחרים לא נותנים לו לבטא את הכאב. נשאר הכאב הזה בלבו עד שמתפרץ".

היו נבדקים שדיברו על התייחסות מאשימה המלווה את מחלת הנפש. אמר אחד הנבדקים: "פעם באתי הביתה, לא ידעתי את הגבול, הייתי עצבני וכאוב, ואבא תקף, אולי בייש אותי, ואזי היה לצידו. במקום לחשוב שזה אדם שכואב לו, אז תוקפים. אנשים לא מבינים זאת בכלל. אולי הוא עצוב? למה עצוב? אולי אפשר לעזור? חושבים שעושה את זה בכוונה. חולי לב לא מאשימים אותם שלא עשו דיאטה, ועישנו סיגריות, או שהזיקו לעצמם. במחלת נפש מאשימים את הבן אדם". נבדקת אחרת המתלבטת בשאלה אמרה: "לא נעים שאנשים ידעו. זה לא אותו דבר.

אם את חולת גוף את לא יכולה לעשות כלום, בנפש — את כן יכולה לעשות משהו. כך אני חונכתי. יש יותר בושה בנפש. אמרו לי שיש להסתיר יותר. ההורים אמרו.”

סיבה נוספת להסתרה היא מניעת מבוכה מהיודעים, משום שקיימת התפיסה, שידיעה מפורשת על מצבו הנפשי של הנבדק עלולה לשבש דברים במערכת היחסים, ובסופו של דבר לפגוע בנבדק ולהכשיל את היודע. אמר אחד הנבדקים: “לא דחו אותי ממש. אני לא חושב שאשפוז זה סוף העולם, אבל בחברה אומרים שמי שאושפז — אי אפשר לסמוך עליו. בעבודה קיבלו אותי יפה. יודעים על המחלה. בשכונה בסדר, אבל לא יודעים. סך הכל לא מזלזלים בי בגלל המחלה, חוץ מאשתי. לחברים אני לא מספר, כי אני לא רוצה להעמיד אותם במבחן, או שינתקו את הקשר או שיביטו עלי ברחמים”. לגישה זו שותפים גם הסובבים את הנבדק, אשר נמנעים ממצבים בהם יבוא לידי ביטוי גלוי הידוע להם על הנבדק. הסביר אחד הנבדקים: “מסתירים בגלל השידוך. היחס אלי בסדר, רגיל. אולי ידעו בבית הכנסת על המחלה אבל לא שאלו. אני לא בטוח שאף אחד לא יודע”. נבדק אחר סיפר: “לא יגידו לי להשאר ללמוד כדי לא לבייש אותי. בבית חולים רק החבר הזה, שסיפרתי לך, ביקר אותי. פעם החבר הטוב שלי הביא איתו עוד חבר, זה היה כשהייתי בבית חולים. הוא בא. לא היה לו נעים כשביל אי הנעימות שלי”.

התוצאה של הנאמר עד כה היא הרגשת בושה, עליה דיברו רבים מן הנבדקים. אמרה אחת הנבדקות: “רק המשפחה יודעת. אם היו יודעים הייתי מצטערת ומתביישת. חברות לא יודעות. שכנות שמעו מהבעל כדי שיעמדו עם הילדים”, ואחרת אמרה: “לא אמרתי שאני מאושפזת. לא צריך שידעו. כנראה שמתכיישים. לא צריך להתגאות בזה. אף אחד לא ידע”. נבדק אחר סיפר תוך התייחסות לעבר הרחוק, ורמז על המצב בעת הראיון: “לא כולם לענו, אבל מי שידע, אמרו ברמזים, ואני לא רציתי להשאר שם חולה, וטילטלתי ממקום למקום וכך המחלה התגברה. זה מחלה קצת לא מכובד, ויש כאלה שלוקחים את זה יותר קל, ויש שלוקחים את זה יותר קשה. אולי אנשים מבוגרים יותר מבינים איך להתייחס וצעירים לא כל כך”.

הסטראוטיפים השליליים המלווים את מחלת הנפש באו לביטוי בדברי שתיים מן הנבדקות, שתארו את הדעות הקדומות שהיו להן, ביחס למחלתנפש, כמקובל בחברתן, קודם להיותן חולות. אמרה אחת הנבדקות: “אני כבר לא אצחק אם יגידו על מישהו שהוא משוגע. היום אני רואה את זה כמו כל מחלה”. נבדקת אחרת סיפרה: “לא אמרתי לילדים שאני חולת נפש, שלא יכאב להם. זה גם מבייש, זה כאילו אין שכל. אף פעם לא ביישו אותי בגלל המחלה, אבל אני חושבת שברחוב חושבים על זה דברים לא טובים. אולי אני חושבת ככה כי לפני שחליתי הייתי חושבת כל מיני דברים מביישים על חולי נפש”.

לסיכום ההתייחסות החברתית למחלה, כפי שהיא נתפסת בעיני הנבדקים, הצורך להסתיר את המחלה והסיבות לכך היה הנושא המרכזי, בו עסקו רוב הנבדקים. עובדה זו מלמדת על כך שמחלתנפש נתפסת בעיני הנבדקים כפגם חמור, בעל השלכות רבות, במסגרת החברתית-תרבותית אליה הם שייכים. תאורים אלו מתמיהים לנוכח התאורים, שהבאנו אודות התמיכה בפועל המושטת לנבדקים, על ידי גורמים שונים בקהילה. מצב זה מעורר את השאלה אם אין הנבדקים מגזימים בראיית החומרה והסטיגמטיות של מצבם. על שאלה זו ננסה לתת את התשובה בפרק הדין.

השוואת ההתייחסות החברתית למחלת הנפש בחברה החרדית והחילונית כפי שנתפסה בעיני הנבדקים 13 (שהם 18.8%) מהנבדקים ו-2 מלויים עסקו בהשוואה בין חברתם לחברה החילונית, תוך תאורם את ההתייחסות החברתית אליהם.

מצאנו שֶׁ-6 נבדקים שציינו שאין הבדל בהתייחסות החברה החרדית והחילונית אל חולי הנפש. אמרה אחת הנבדקות: "אין הרבה הבדל בין דתיים וחילוניים באיך מתייחסים. הבעיה שכולם עסוקים". נבדק אחר אמר: "אין הבדל בין דתיים וחילוניים, זה תלוי באופי של הבן אדם. גם עכשו יש הרבה שכנים דתיים מלחמה שלא אומרים לי שלום. רואים אותי מסתובב לא בישיבה, ומבינים".

2 נבדקים טענו באופן חד משמעי שהחברה החרדית מתייחסת טוב יותר לחולי־נפש מאשר החברה החילונית. אמר אחד הנבדקים: "אני מסתדר עם הדתיים יותר מאשר עם החילונים. דתיים אוהבים יותר לעזור. עוזרים הרבה יותר בחברה דתית. רואים אדם שעצוב מנסים לעודד אותו, ולא כמו שלא רוצים להסתכל עליו, שילך עם כל הבעיות שלו. גם השבוע שהרגשתי לא טוב, לא ישנתי בלילות, והייתי הולך כרוכב כמו קפוא, הלכתי לאיזו ישיבה לבקש ברכה, אני מכיר את ראש הישיבה, בקשתי שאצליח ואהיה בריא. הוא ראה את המצב שלי שאני הולך כך, שאל מה הבעיה שלי. אמרתי שאני במשבר ובדכאון עמוק. שאל אם היה כבר פעם, אמרתי שהייתי, אבל עכשו זה יותר חריף. הוא סידר לי איזה חברותא שאלמד איתו. כל יום אני הולך אחר הצהריים לומדים גמרא וקצת ספרי מוסר". נבדקת אחרת אמרה: "אצל דתיים אדם הוא אדם".

לעומת נבדקים אלה, היו 2 נבדקים שהתייחסו לחברה החילונית כמבינה וכמקבלת יותר את חולי הנפש מאשר החברה החרדית. אמר אחד הנבדקים: "לקחו אותי באמצע הלילה לבית חולים, כדי שלא ידעו ולא יראו. רק אחר כך הבנתי. אצל דתיים זה לא מתקבל יפה. אצל החילונים זה לא כל כך חמור. תמיד עשו את זה שלא ידעו. אצל החילונים זה פחות בושה, זה נקרא אצלם מחלה. אם מישהו יש לו חוס גבוה והוא מדבר הציות מתוך החוס, אז הוא חולה?! בעצם זה לא אותו דבר, אבל גם לא צריך להגזים. החברה הדתית מאד מגזימה בזה. אני יותר פחות בגלל המחלה?! יש לי הרגשות כמו לכל בן אדם!". נבדק אחר ניסה להסביר תפיסה זו: "בין החילונים יש יותר חופש, אפשר לדבר יותר. אצל חרדים לא מדברים. חילונים יודעים מה זה מחלת נפש. קוראים בעיתון שומעים ברדיו. דתיים 'א יודעים מה זה. אצל דתיים חושבים שמי שחולה נפש עשה עבירות, או זה גלגול. חילונים חושבים שזו מחלה כמו כל המחלות".

3 נבדקים אחרים רצו מלווים התלבטו ביחס לשאלה זו. אמר אחד הנבדקים: "אני לא רוצה להגיד, אין לי נתונים סטטיסטיים אם יש יותר סובלנות או לא. לא יודע. לחילונים יש פסיכולוגיה. יש הבנת נפש האדם והבנת הזולת בתורה, יש את זה גם בישיבה, למרות העובדה שבבתיים ובמשפחות זה לא הולך". נבדקת אחרת, שעבדה במקום חילוני, בו היו מודעים למצבה והתחשבו בו, התלבטה תוך כדי דבריה ואמרה: "אצל דתיים מתייחסים יותר טוב. אין בגידות. ביחס למחלה אני לא יודעת. היו חילוניות שהבעל התייחס אליהן כל כך יפה בבית חולים — הביא מתנות, לקח לטיפול. היתה אחת שבעלה סגר אותה בבית, והיתה רווקה אחת שהחבר התייחס אליה מאד יפה. יש שמתגרשים בגלל זה. גם אצל דתיים".

היו נבדקים שהתלבטו בעיקר בשל המבנה החברתי של החברה החרדית, שבה חלק מהמשפחות מכירות זו את זו במשך דורות.

על הבעייתיות שבמצב זה הרחיב את הדיבור גיסו של אחד הנבדקים, שנלווה אליו תדיר בביקוריו במרפאה וסייע למספר חולים נוספים: "יש לו (הכוונה לנבדק) בן דוד שמבקר פה, ופעם ראה אותו כאן. עכשו אני מקפיד להזמין לו תור בזמן שהבן דוד לא נמצא. הוא יודע שהוא חולה אבל אני לא רוצה לגרום לו את אי הנעימות שהוא ידע שהוא יודע. בארצות הברית זה אחרת. הכל יותר פתוח. פחות יודעים אחד על השני. אם יש בעיה, אתה יכול גם לעבור

דירה. פה הכל סגור וכולם מכירים את כולם. זה יותר קשה מבני ברק. שם זה חדש יחסית. שלושים שנה. פה זה הולך שכבר דורות ביחד. המשפחה של גיטי אולי חמש דורות בעיר, אולי מאה שנה בעיר, לא יוצאים מפה. המחלה זה פגס נוראי שפוגע בכל המשפחה. בעיקר בשידוך, אבל בהכל. אני לא יודע למה. אבל אני יודע שאם אני הייתי צריך לבחור בין התקף לב והתקף עצבים, הייתי מעדיף התקף לב, שזה אבר אחד, והמחלה הזו היא האדם כולו. פה מי שלא לומד הוא כבר חריג. בחורה שלמדה בחינוך חרדי בשום אופן לא תרצה מישהו שאינו תלמיד ישיבה. זה כמו בגרמניה שכולם רצו להיות דוקטורים, אז מי שלא עשה את זה היה שונה. כל הנושא של עבודה לבחורים שמתקשים ללמוד, הופך להיות נורא בעיה, וברור שעד החתונה זה לא בא בזשבון שמישהו יעבוד. אדם נולד פה ומת פה, ולא יוצא אף פעם מפה. זה חברה קשה עבור חרדים. העבודה חשובה מאד בשיקום, ופה אין כל כך אפשרויות. דברים אלה מבטאים לא רק את הקושי בהסתרת המחלה, אלא גם העובדה שעליה עמדנו במבוא, שמסלול החיים של האדם החרדי הוא אחיד למדי, ואפיקי ההגשמה העצמית הנורמטיביים מצומצמים ביותר. לכן, כאשר אדם אינו משתלב באחת התחנות הללו, אין לו אלטרנטיבות, וגורלו נחרץ גם בנושאים אחרים.

לסיכום, הנבדקים הביעו דעות שונות בהשוואתם את ההתייחסות לחולי נפש בחברה החרדית והחילונית. העיסוק בהשוואה נראה לנו מעניין מעבר לדעות השונות שהובעו וזאת מכמה סיבות. הנושא עלה ביוזמת הנבדקים, הוא מורה על כך שחלקם ערים לנעשה בחברה החילונית, והם מעיזים להעמיד את אמות המידה של חברתם בביקורת.

הדברים שנאמרו עד כה על התייחסות החברה החרדית לחולי הנפש כפי שנחווית על ידי הנבדקים, על השוואת החברה החרדית לחברה החילונית בנושא זה, והתאורים שהובאו על מקורות התמיכה בחברה החרדית – משרטטים תמונה בה הניגודים והפערים רבים וגדולים.

דברי אביו של אחד הנבדקים, יכולים לשפוך אור על ניגודים אלה: "כשמדובר בבעיות נפשיות, כמה שיכולים לשמור שלא ידעו, שלא יפגעו ההרגשה שלו בחברה – עושים מאמצים נוראיים עם זה. בגלל זה הולכים לרופאים פרטיים, ויש כאלה שלא לוקחים ביטוח לאומי. אולי יודעים. אבל כשרואים שמתפקד, מתביישים לשאול, לא מזכירים יותר. יתכן שבחברה אחרת יש שטיפת מוח לבריאים, אז יותר מקבלים. אבל כשיש בבית ספר תלמיד שיש לו פחות מחמישים אחוז האם הוא לא מסתיר? יש חולים שאי אפשר להסתיר וכאלה שאפשר להסתיר יותר, אז חשוב להסתיר. אם אתה צועק ברחוב אי אפשר למנוע, ואז יודעים ועושים כל מה שניתן. אבל מי שלא יודעים עליו מסתירים. יש מקרה של אברך שהשתולל ברחוב. הוא מכיר שלי, אז אני מכניס אותו לביתי, ונותן לו כל יום כדורים. כרגע שפומבי – כולם עוזרים. מסתירים כי אפילו אם יש ילד אחד חולה והשאר בסדר – לא רוצים להשתדך. עם החילונים הבעיה שעד שמחליטים להתחתן עובר הרבה זמן, וזו הסיבה שהם לא מוצאים. אין להם שדכנים אבל יש להם מועדונים. הבושה זה תלוי ותלוי. קרה מקרים שהיו התקפים ועבר ולעולם לא חזר. למה לדחות ולהדביק לו פרופיל מסויים שלא מגיע לו?! אצל האחרים (הכוונה לחילונים) כל המבנה שונה. בעולם הרחב כל אחד מתמודד עם הבעיות בעצמו. אפילו ההורים לא עוזרים. מכיר חברה, היא לא טובה – מחליף, אפילו נוסע לחו"ל. אצלנו למצוא חברה חדשה זה קשה. אפילו אי אפשר. לכן זה לא פוגע כל כך בחילונים אם יודעים. כל אחד שיש לו חסרון מסתיר את זה. מי שיש לו לב, פרופיל נמוך בצבא – מסתיר. כשילד יוצא מבית הספר והצינונים שלו לא טובים אז הוא מסתיר. החילונים רוצים שוויון, שאדם לא יתחשב בחסרונות שלו, וזה פוגע בכך אדם, מוריד את הבן אדם מן השאיפה לעלות. כשילד יש לו רגש נחיתות והמורה מקים אותו לפני הילדים, והילדים צוחקים, זה גורם לו ליפול שלא יוכל

להחשיך. כך זה עם חולה אני חושב שאין מקום להסברה. אצלנו יש דרכי מוסר. כשרואים חולה ברחוב והילדים זורקים אבן ומדניזים אותו. מקרה כזה אצלנו, המבוגר יסביר לילדים, שזה בן אדם. צריך להתנהג איתו יפה. כשגלוי בלאו הכי – עושים הכל. כשנסתר – לא צריך לגלות:

לסיכום, סקרנו את מקורות התמיכה של הנבדקים בקהילה, וראינו שאין נבדק שהוא מוזנח לחלוטין, ללא מקור תמיכה כלשהו. תארנו את השתלבות הנבדקים בקהילה על פני מדדים שונים, ומצאנו שיש בין הנבדקים כאלה המשולבים במספר פעילויות, אחרים בפחות, אך אין אחד שמנותק באופן מוחלט מכל פעילות. הבאנו את תאורי הנבדקים על האופן שבו הם תופסים את ההתייחסות החברתית כלפיהם, ומצאנו שהתחושה הדומיננטית היא הצורך להסתיר את המחלה. תהינו על הפער שבין התמיכה הרבה המושטת לנבדקים בפועל, לבין תחושתם שמחלת הנפש הינה פגם חמור בחברה שבה הם חיים. נראה לנו שמצב זה מצביע על פיצול מסויים בין המעשים והעמדות. כלומר, על פי אמות המוסר והצווים הדתיים העוסקים בעזרה לחלשים בקהילה חייב האדם החרדי לדאוג לצרכיהם של חברי הקהילה שאינם מסוגלים לדאוג לעצמם. אך המעשים אינם משנים עמדות. נראה שהעמדה הבסיסית כלפי מחלת הנפש בקהילה החרדית היא סטיגמטית ודטרמיניסטית לא פחות מאשר בכלל האוכלוסיה, ואולי יותר. אולם מערכת המצוות העוסקות ביחסים שבין אדם לחברו, לא תפקיר את האדם הנזקק בחברה החרדית ללא תמיכה בפועל. כל עוד ניתן להסתיר את הפגם – תינתן העזרה בחדרי חדרים, ומשפך הפגם לרשות הרבים – העזרה תינתן בגלוי. אך חולה הנפש בחברה החרדית יוותר בתחושה שהרף כל העזרה המושטת לו, מעטים סיכוייו, ולעיתים גם סיכויי משפחתו, להיות בעמדה שווה לשאר חברי הקהילה, בנושאים מסויימים שאינם קשורים בהכרח באופן ישיר לחריגותו.

פרק ד': תרבות ופסיכופתולוגיה

הנבדקים במחקר זה מאופיינים באמונתם הדתית ובאורח חיים ייחודי. רצינו לבדוק כיצד משפיעים איפיונים אלה על תפיסת המחלה, ההתמודדות עימה, ועל גילוייה (שאלות המחקר מס. 5, 6, 7).

תפיסת המחלה

כבר הדגשנו במבוא כי בנוסף להתמודדות עם המחלה הנפשית, טרוד החולה גם בנסיונות להסביר לעצמו, ממה הוא סובל, ומה גרם למחלה. כפי שהראנו, רבים מהנבדקים מייחסים את הבעיה לשלב מסויים במחזור החיים. הסברים אלו מתייחסים לאירוע שתרם להופעת הבעיה, אך אינם מהווים בהכרח הסבר סיבתי למחלה. במבוא הדגמנו כיצד מושפעת תפיסת המחלה לא במעט מהמערכת התרבותית-דתית שבה האדם חי ופועל. לכן שאלנו את הנבדקים כיצד הם מסבירים מה יש להם.

חלק מן הנבדקים התקשו להתמודד עם שאלה זו והעדיפו לחזור ולתאר את התמונה הסימפטומטית. נבדקת אחת אמרה: "יותר מדי רוצה שיקנה לי דברים. וקנה לי. אז מזה יש לי מאניה. מאניה זה לספר דברים שלא צריך. לא יודעת ממה באה. נפלתי למצב רוח טוב. זה יותר טוב ממצב רוח רע. הדיפרסיה באה פתאום". נבדקת אחרת אמרה: "הייתי קוראת לזה דיפרסיה. אין לי מושג ממה זה". רק אחרי שחזרתי ושאלתי אם היא יכולה לקשר זאת למשהו, אמרה אותה נבדקת: "אולי המעבר מתקופה לתקופה".

היו נבדקים ששאלה זו עוררה אצלם התנגדות ישירה כמו הנבדק שאמר: "לא חושב על זה. אם אני חושב, אז אני נכנס לדיכאון". נבדקת אחרת אמרה: "סיבות שלא רוצה לדבר עליהן". והיו נבדקים שנמנעו מתשובה על ידי אמירות כלליות כמו: "לא יודע. זה כמו כל המזלות", נבדק אחר אמר: "זה כמו מזג אוויר, זה בא פתאום", או נבדקת שמטופלת שנים, שאמרה: "אין לי כלום".

למרות ההסתגויות שהצגנו לעיל, 60 (שהם 87%) מהנבדקים התייחסו לשאלה זו, 36 גברים (שהם 87.7% מכלל הגברים) ו-24 נשים (שהן 85.7% מכלל הנשים).

רוב הנבדקים שהתייחסו לשאלה זו נתנו יותר מאשר הסבר אחד לבעיותיהם, וזאת בשל מורכבות הנושא, כפי שהדגשנו במבוא. נבדק אחד, שהתלבט בפנינו בשאלה זו, אמר: "כל הזמן נותנים כדור זה וכדור אחר, הרופאים בעצמם לא יודעים מה לתת. עד שמוצאים יכול לקחת שנים. קשה להכיר את הנפש. זה דבר מופשט. אומרים יש סיבות אורגניות בגלל זה נותנים כדורים. אבל זה בנפש ואי אפשר לכלוא את הרוח". בכל זאת להישאר בלא כל הסבר, זוהי אלטרנטיבה קשה, ואותו נבדק פנה להסברים דתיים. על הסברים אלה נרחיב את הדיבור בהמשך, אך תחילה נתייחס בקיצור להסברים אחרים אליהם נדרשו הנבדקים.

הסברים גופניים

אחד הנבדקים אמר: "נולדתי כך. מטבע אני חלוש. כילד זה לא הפריע. כשגדלתי כן", ונבדקת אמרה: "נולדתי כך וזה התחזק אחרי החתונה". היו נבדקים שניסו לקשר את הבעיה לבעיות גופניות ממש. נבדק אחד אמר: "יש גם

עניין גופני מחוס השדרה, לא עמדתי יציב. חוס של חוס השדרה היה עד הראש זה הרס חלק מהראש". נבדק אחר אמר: "הייתי חלש בתור ילד. היו לי כל מיני שפעות אולי זה השפיע". אחרים התייחסו למרכיב התורשתי: "זה עובר בתורשה. במשפחה שלי אין חולים. אולי יש, ולא סיפרו לי". אחרים התייחסו לתכונות מולדות. אמר אחד: "אולי נולדתי מופרע". אחרת אמרה: "הייתי כל השנים עצבנית", ונבדק אחר אמר: "אני טובל מחולשת העצבים". הסברים אלו, המתייחסים לגורמים מולדים, חזרו בפי נבדקים שונים, בצמוד להסברים נוספים. אך ראוי לציין שהסברים אלו לא היו אופייניים דווקא לנבדקים שאדם נוסף במשפחתם היה חולה.

הסברים תוך-נפשיים

בהסברים אלה התייחסו הנבדקים לקונפליקטים פנימיים שונים כגורמי המחלה. נבדק אחד תיאר קונפליקט פנימי סביב מיניות ואיסורים: "יש לי תאוה לנשים אז אני מרגיש לא בסדר ואשם, וכשאני מצליח להחניק את זה אני נהיה מדוכא. העיקר במחלה הו זה שזה בלי שליטה. יש כל מיני צורות לחוסר השליטה". נבדק אחר תיאר מצב של משאלות, עכבות וחוסר כוחות: "אולי זה שרציתי בישיבה חברותא יותר גדולה. רציתי להתקדם ולא נתנו לי. לא הכינו אותי וגם התביישתי להגיד. בישיבה התחיל להיות לא נוח, לקחתי הרבה דברים ללב. גם כן לא יכולתי לקום בבוקר לתפילה, ושנה וחצי לא אכלתי ארוחת בוקר. סבלתי רעב עד הצהריים. רציתי להיות כמו כולם ולא יכולתי". נבדק אחר ייחס את הבעיה לדאגות שהיו לו ביחס לעתיד. כפי שציינו רוב הנבדקים התייחסו ליותר מאשר הסבר אחד. נבדק אחד אמר באופן כללי: "מודכב מהרבה סיבות: עבר, ילדות, חברה והאופי שלי. מכלול סיבות". נבדקת אחרת תיארה: "כי עבדתי קשה, מהצרות של העולם הזה הצטבר. אני רגישה עמוק, ולצאת מזה זה נורא קשה. נולדתי כך וזה התחזק בנישואין. זה מה. נזכרתי בכחור שלא רצה לפגוש אותי או באה לי להתקפה. הגזמתי יום ולילה, הייתי במתח, עבדתי קשה".

הסברים בין-אישיים

בהסברים מסוג זה ייחסו הנבדקים ליחסים מעורערים עם דמויות משמעותיות בחייהם את הסיבה למחלתם. נבדק אחד אמר: "אם יש צרות בבית אז מתאשפדים". אחרים היו יותר ספציפיים בתאור הבעיות של יחסיהם עם משפחת המוצא. נבדק אחד תיאר: "אמא נתנה לי בגיל שלוש אוכל שלה בכח", אחרת אמרה: "אף פעם לא היה לי חוס. כל אחד סגר את הצרות שלו בעצמו בבית". נבדק נוסף דיבר על היחסים בתוך המשפחה, תוך נסיון להבין גם את אימו: "השורש בילדות קשה. אמא היתה עצבנית והיא הרסה אותי לגמרי. הייתי בן ראשון ויחיד עד גיל ארבע, והיא היתה אחרי השואה". נבדקת אחרת אמרה: "הכל התחיל מאבא שלא התעניין בילדים שלו".

כשהצגנו קודם את מצב היחסים עם בן/בת הזוג, הדגשנו שהנבדקות היו פחות מרוצות מהיחסים עם הבעל. מאשר הנבדקים מהיחסים עם הרעיה. היו מספר נבדקות שייחסו את המחלה לקשיים בין אישיים עם הבעל. נבדקת אחת אמרה: "היה מרביץ לי, בגלל זה גם נכנסתי לבית חולים". אחרת סיפרה: "אחת הסיבות זה בעלי שדוחה אותי. הכל משמיים, אי אפשר לדעת. בגלל חיי אישות לא טובה. חיתנו אותי לא מרצוני. כשאת לא אוהבת בעל, זה לא מסתדר". נבדקת אחרת, שבעלה אף הוא היה בין הנבדקים, היתה מודאגת מאד מחזרתו הצפויה של בעלה מאשפוז. כאשר נסיתי לתהות על פשר הדאגה, הסתבר שאותה נבדקת דואגת שמא גם היא תתאשפו כשישוב. בירור נוסף העלה את חששה שיחסי מין עם בעלה החולה יגרמו גם לה לחלות שוב. מחשבה זו נולדה בה מהעובדה ששניהם הגיעו לאשפוז ראשון בתוך אותו שבוע.

הסברים חיצוניים-סביבתיים

בהסברים מסוג זה ייחסו הנבדקים לגורמים חיצוניים, ולתנאי חיים וסביבה קשים את הסיבה למחלתם. נבדק אחד אמר: "עיקר הבעיה זה דירה וכלכלה. עברתי צבא אז מגיע לי דירה. היה לי חובות הרבה. לא היתה פרנסה, לא עבודה, נהיה יותר גרוע. בגלל התרופות. הדכאון עלה לי לראש ואיבדתי את המחשבה". אותו נבדק גם האמין שאם בעיותיו הכלכליות יבואו על פתרון תיעלם גם בעייתו הנפשית. נבדקים אחרים ייחסו את בעיותיהם לעבודה. נבדקת אחת אמרה: "עבדתי כמו חמור", ואחרת סיפרה: "כי עבדתי קשה, מהצרות של העולם הזה הצטבר". אחרים התייחסו לאירועים קשים במציאות החיצונית כגורמים למחלה. סיפר נבדק שמחלתו פרצה אחרי מלחמת ששת הימים: "מהפחד של ההפגזות. פחדתי שאצא ואמצא הכל חרב". ואחר, שסובל מתגובה פוסט טראומטית אמר: "עשו אותי משוגע מהלכוך של הסורים". כיצד אירועים סביבתיים, המתרחשים בסביבה הקרובה, קרי המשפחה, מחלחלים ומשפיעים תיארה אחת הנבדקות: "כל המצבים שבבית השפיעו. נולד אח מונגולואיד. סבתא נפטרה. אמא קבלה מכה בראש ואני פחדתי מהדם שראיתי, אבל הסתרתי את כל הכאב כתוכי. זה התפרץ בכתה ס', ובי' ממש יותר, עברנו מספיק משהיינו קטנים: מריבות בבית, יחסים גרועים בין ההורים".

הסברים דתיים

32 (שהם 53.3%) מהנבדקים שנתנו הסברים למחלתם, השתמשו בהסברים המעוגנים בהשקפת עולם ובאמונה דתית. בקבוצה זו 19 גברים (שהם 52.8% מהגברים שנתנו הסברים למחלתם) ו-13 נשים (שהן 54.2% מהנשים שנתנו הסברים למחלתן).

את הקשר בין המחלה לאמונה הדתית תיאר נבדק שאמר: "אצל דתיים חושבים שמי שחולה נפש עשה עבירות או זה גלגול. מהשמים המזל שלו ככה". נבדק אחר אמר: "מחמת הקרי, עבירות על צניעות, נגיעה איפה שלא צריך, הסתכלות איפה שלא צריך — זה פוגם בשמיים בכל העליונים. ה' אמר: 'אם לא תחזרו אנקם חמת קרי'. הכוונה למחלת הנפש שזה עונש על חטאים. כל המחלות ככה (הכוונה עונש על עבירות). הנפש יותר גדולה מהגוף, כוללת הכל והיא באה מעבירה שורשית". עמדה זו ממצה את הנסיון להסביר את מהות הסבל בעולם לצד האמונה באל. כשליש מהנבדקים שהתייחסו להסברים דתיים הסתפקו בהסבר דתי בלבד. השאר צירפו הסברים נוספים השייכים לעולמות התוכן שצוינו לעיל. חלק מהנבדקים, ורבים מקבוצת המשתמשים בהסבר דתי בלבד, הסתפקו באמירות כלליות המקשרות בין המחלה והאמונה. נבדקת אמרה: "זה השגחה פרטית". אחרת אמרה: "הכל בידי שמים". נבדק אמר: "זה מהשמיים מהקב"ה". נבדקת אמרה: "ככה זה המזל שלי זה מה'".

לעומתם היו נבדקים שנכנסו להסברים מפורטים. אחת הנבדקות, שייחסה את בעיותיה לקשר נישואין לקוי, הוסיפה את ההסבר הבא: "כל דבר שבא לבן אדם זה כפרת עוונות בגלל חטאים. מה — לא מקנאים?! לא שונאים?! לא נהיים רעים?! לא מכבדים. לאמא גם עשיתי כאבים, הייתי באה מאוחר בלילה מחברות, והיא דאגה. זה גם תיקון. שה' יוריד לי מהחטאים. הכאב והיסורים ממרקים את עוונותיו של אדם. לא מספיק שחוזר בתשובה, צריך גם לסבול. צריך לשמור מצווה קלה כבחמורה. אולי בגלגול הקודם הייתי מרשעת?! ה' לא סתם נתן. הכל מחושב אצלו. עושה את זה לטובתי, או לטובת כל אדם. לכל יהודי יש ניצוץ אלוקי, והוא יכול לחזור בתשובה. כתוב גם 'את אשר יאהב יוכיח', מוכיח על ידי יסורים, ואז אני מבקשת ממנו שיעזור לי. אם אהיה כל הזמן בריאה אז אני לא צריכה את ה' יש

כאלה שיש להם הכל והם עוזבים. כתוב: 'בדרך שאדם הולך מוליכין אותו' רוצה להיות חילוני, בסמים, בעונג — יהיה. אתה רוצה לחזור בתשובה — ה' רואה ללבב, ומי שרוצה דרך לחזור — מוצא דרך. רציתי להתחזק ביראת שמיים, ה' נתן לי. ראה שאני רוצה להתעסק, אז שמר עלי. אני הייתי הולכת מהר לחפש דרך להתפרק והוא שמר עלי. הרב אמר: 'אם את מקבלת יסורים אז תקבלי אותם באהבה'. אני מדברת עם ה'. אני צריכה להתפלל שה' יוציא אותי מהצרות, שיגיע הקץ... צריך לסבול. ה' נתן לי שאסבול. הרי הכל שלו העושר, היופי, הכל. לכל אחד יש 'צ'אנס' לחזור בתשובה. מתי חוכמה לחזור בתשובה? כשצעירים, כשהיצרים יותר חזקים, כשאדם נראה צעיר ויפה. כשמתבגר כבר רואה שהכל לא חשוב, וחושב מה ייקח לקבר. כל יהודי יש לו טוב לב. כל אחד נתן צדקה... וה' נתן לו דרך לחזור ליראת שמיים. לכל אחד זה תיקון, ה' יוריד לי מהעבירות".

נבדקת זו, שהאריכה בהסברים הדתיים, מיצתה בדבריה הרבה הסברים דתיים, אשר בהם השתמשו גם שאר הנבדקים. היא רואה במחלה דרך לכפר על עוונותיה, כלומר — עונש. עונש זה מהווה תיקון לנשמה על מעשיה בחיים אלה, ויתכן גם על מעשיה בגלגול קודם. כל הסבל נתפס גם כנסיון שהקב"ה מנסה אותה. נסיון בו היא רואה אפילו זכות מסויימת ודרך להתקרב לה'. להלן נרחיב מעט את התאור על כל אחד מהסברים דתיים אלו, כפי שהם משתקפים בדברי הנבדקים האחרים.

המחלה כעונש

הסבר זה הינו השכיח ביותר בפי הנבדקים שהשתמשו בהסברים דתיים למחלתם. אמר אחד: "המחלה — עונש על חטאים. חטאים כאלה שבפירוש מגיע לי עונש כזה. אף אחד לא מאמין שהמחלה באה בגלל עונש, בעיקר אמא שלי. אני זאב בודד בערבה בעניין זה". נבדק זה היה כה קיצוני בהשקפתו זו, עד כדי כך שהוא גזר על עצמו סיגופים על מנת לכפר על 'חטאיו'.

מגוון החטאים שעליהם באה המחלה כעונש, הוא רחב, אם כי החטאים המתוארים על ידי הנבדקים בשכיחות גבוהה ביותר הינם כאלה הקשורים במיניות. אחר הנבדקים שתיאר את בעיותיו כקשורות בעיקר במצבו הכלכלי, הוסיף: "כתוב שאדם שמוציא שכבת זרע לבטלה מביא לבלבול מוח. אדם אשם, לא הקב"ה. המחלה באה בגלל הרבה עבירות. (איזה?) זה שכבת זרע, קשור בדת. וזה אחד הדברים שמביאים לבלבול מוח שמעתי... הרי הזרע בא מהמוח. האדם, ככל שמוציא יותר זרע לבטלה, יש לו בלבול, מחשבות שמבלבלות. זה בא בהפתעה. נשים שהולכות חשוף, זה גט מביא לידי שכבת זרע. עד שבגלל זה באה המחלה, שה' ישמור. זה מביא מחלות, לא רק חולי נפשי, גם מחלות יותר גרועות, מחלות שמתים מהם. אשה שלא שומרת נידה וטהרת משפחה יכולה להביא מחלה. שבא במגע עם נידה יכול להביא מחלה". אמנם נבדק זה ריבר באופן כללי בגוף שלישי, אך ברור שהדברים שאמר משקפים את אמונתו בדבר הקשר שבין המחלה לאי קיום המצוות הנוגעות למיניות.

נבדק אחר תיאר באופן ישיר יותר את הקשר בין מחלתו והתנהגותו המינית: "המחלה בראש. מזה כל הצרות. היה לי גם מחלה נפשי. מחלה נפשי זה עצבים. עכשיו העצבים בסדר, דק הראש לא כל כך בסדר... זה עונש, עונש בשביל עוונות. השם יתברך לא מרביץ בחינם. עשיתי עוונות אז מגיע לי עונש... אז נחשף העיניים. הסתכלתי בתמונות שאסור. בשבוע שעבר קיבלתי מזה (הכונה לתמונות תועבה) את החושך. כשאני מתנהג טוב, ה' לא מרביץ לי. זה מקלקל את המוח להסתכל בתמונות כאלה. זה כתוב בספרים. אני יודע. אני לא היחיד שעושה עוונות כאלה, אבל אחד מקבל לא מיד, ואחד מיד. המשפט ביד ה'... לא מיד זה בא. אחרי שבוע, בסוף השבוע". אותו נבדק סיפר שזרק את התמונות כדי לא לעמוד בפיתוי. כשנשאל האם ה' מחמיר כל כך, ענה: "טובל ומעלים עין מסוררים, העלים עין

עלי, עכשיו נתן לי עונש. אני מצפה לחסד של ה', שה' יעזור לי, יתנהג איתי ברחמים. בגיל צעיר היו לי תמונות תועבה והתחלתי לעשות ביד ודק אחרי זמן הפסקתי. זה חטא הכי חמור. אבא אמר לי לא לעשות ולא שמעתי לו. אז — לא קבלתי עונש, עכשיו — כן". נבדק זה ראה במחלה, או לפחות בגילוי שלה, שהוא מכנה 'נחשך העיניים', עונש על שני חטאים בתחום המיני: אוננות והסתכלות בתמונות תועבה. על גנשי האשם והפחדים המלווים את האוננות כבר דנו כשעסקנו בקשר בין שלבים במחזור החיים והתפרצות המחלה.

חטאים נוספים, שאותם ציינו הנבדקים בתחום המיני: "שניסיתי כמה פעמים להתחיל עם בחורים. הרב הקפיד עלי וכעס על כך. פגעתי ברב בזה שבישיבה שלו (ישיבה המיועדת לבחורים הסובלים מבעיות נפשיות) ניסיתי להתחיל". נבדקת אחרת אמרה: "אחרי שאני עושה את זה (הכוונה ליחסי מין) אותם קיימה שלא במסגרת חיי נישואין, תוך כדי היותה במצב נפשי קשה ביותר) משהו משתנה במוח".

כפי שהדגישה הנבדקת שצוטטה לעיל, העונש הינו על מגוון רחב של עבירות. אמרה נבדקת אחת: "מעבירות, עונש אני חושבת, ככה בעלי אמר. נבלתי את הפה אמרתי זו... פרוצה. הייתי אומרת לו כמו שהחילונים מקללים: 'בן זונה, קוס אמוק'. בעלי אמר, בגלל שאני חוטאת בפה נענשתי. אבל הוא סובל מזה יותר, כי הוא צריך להחליף אותי (כוונתה בעול הבית או אולי לרצונו להתגרש)". נבדקת אחרת אמרה: "עשיתי עבירה של עבודה זרה" (אמרה ולא פירשה). נבדק אחר סיפר: "אני כעסן גדול לכן הלשון נשמאה אצלי. כל אחד באבר שחוטא, שם מקבל את העונש. בגלל זה נחתך לי הפה כשהייתי קטן. אבא שלי אמר שזה סימן מאלוקים שאני צריך להפסיק לכעוס".

הסבר זה של המחלה כעונש על עבירות אינו מספק חלק מהנבדקים, שאינם מצליחים לקשר בין המעשה וחומרת העונש. לשם כך הם מגייסים הסברים של עונש על חטאי העבר של אבותיהם, ואפילו כעונש על חטאים לעתיד. נבדק אחד תיאר זאת: "זה בא מהשמיים, הקב"ה מחלק את המתנות. אם היו יודעים — היו מרפאים את המחלה. מחלה באה בגלל עוונות. יכול להיות שאביו או סבו חטאו. בכלל 'כל ישראל ערבים זה לזה'. יכול להיות שנענשתי על עבירות של אבי. אבל גם אני עשיתי מספיק עבירות, תאוות נשים, ממון. להיות בריא אחרי המחלה, צריך זכות, ואם אין לו זכות מספיקה, זה לא עוזר. עונש יותר גדול ממחלת נפש אני לא יודע אם יש. מחלה כזו היא בלי סוף, מחלה כרונית. יכול להיות שזה גם עונש על מה שיחטא. למשל בן סורר ומורה מה עשה? אכל בשר ושתה יין. אז למה מענישים אותו כל כך? בגלל שאחר כך לא יהיה לו, ואז יגיע לגזול ולרצוח, מענישים אותו קודם, עדיף שימות וכאי מאשר אחר כך חייב. יש דברים שהם מעל השכל. השכל מוגבל, לא אין סופי כמו של הקב"ה. גם על חטאים לעתיד, שיבוא (הכוונה לעולם הבא) מתי שזכאי, אז יש עונש יותר קטן, ויש לו אפשרות לחזור בתשובה". נבדקת אחרת, שאביה עזב את אמה, אמרה: "המחלות זה עונש מריבונו של עולם. בעשרת הדברות כתוב: 'פוקד עוון אבות על בנים, על שילשים ועל ריבעים ובני בנים'. בחלקי לסבול על עוונות שלא אני עשיתי, ולא מי שמגיע לו מקבל אותם. לא הייתי רוצה שאבי יקבל עונש עבור החטאים שעשה, לעזוב אשה כשרה ונאמנה, עקרת בית וילדים. בשביל לעשות חטאים שעונשם גדול מאד".

המחלה כתיקון

המשמעות היא שהסבל בעולם הזה נגרם בגין גלגול קודם שבו חטאו, או שהסבל בעולם הזה יזקף לזכותם בעולם הבא. את נושא הגלגול הסביר אחד הנבדקים כך: "קרה לי שנכשלתי בגניבה. אז חזר שלי אמר לי שהוא רוצה למחול לי מיד, שלא יבוא בגלגול. כי מי שגונב מחזירים אותו בגלגול. אותה נפש בגוף אחר. זה כאב לי. זה

מסוכן. באים עוד פעם בגלגול וסובלים עוד צרות, אנו צריכים לעבור מאתיים גילגולים. זה לא עונש, זה תיקון לנפש. כדי שאפשר יהיה להביא לגילוי שכילה. אנחנו רואים בני אדם, אותם בני אדם שהיו קודם, באה הנשמה בגוף הזה. אני מעב את הגאולה אם אני גונב. צדיק גמור זה שגמור (מבחינת חסאים) בגלגול הקודם. וגיבור ששולט במעשיו עכשיו לא יגרם לו שום כאב. אבל יתכן שבגלגול הקודם חטא, ואז יענש. ככה זה כתוב. גם הנבדקת שאת דבריה ציטטנו לעיל העלתה את האפשרות שנענשה על חטאיה בגלגול הקודם. נבדק אחד אמר: "פעם קראתי, שמי שסובל צריך לעבור את העולם הזה ככה, עד שמגיע לגן עדן". אותו נבדק הוסיף וסייג: "אבל צריך להיות בן אדם גם כן, זה עניין של אמונה. כך קיבלתי בחדר". כלומר, שאדם לא יחשוב שמאחר והוא סובל כל כך בעולם, חלקו בעולם הבא מובטח ללא קשר למעשיו.

המחלה נתפסה אצל חלק מהנבדקים כאמצעי לתיקון מידותיהם בעולם הזה וכדרך להתקרב לבורא. תיאר אחד הנבדקים: "מה יעשה אדם שיש לו יסוריס? יפשפש במעשיו ואז ירד לו המחלה... שמעתי שאיוב, חתי שהשטן רצה שאברהם יהיה יותר גדול מאיוב, כדי שיוכל לומר שאברהם הכי גדול ואיוב יותר קטן, אז אמר לנסות את איוב — מי יותר גדול. אז הביא עליו כל הצרות. קודם לקח לו את הרכוש, אחר כך את הבנים ואת הבנות, ואחרי כל זה אמר איוב: 'מכשרי אחזה אלוהה' מתוך הכאבים ראה איוב את הקב"ה. אחר כך קילל את המזל שלו ויומו, ועירער גם על הקב"ה. רציני שהקב"ה יתן לי קצת מהמידה הזו. אוכל להדגיש את הקב"ה אבא שלי. זה עזר לי לסבול את כל הכאבים. אבא, אתה מתגלה אלי דרך הכאבים. חזרתי בתשובה: לא לרצות כבוד, להשפיל אותי, לא לחפש חכרים, לחיות איתו, ולהתפלל לא בכעס לא בהתבלסות, ללכת למקווה כל יום, לדבר בנחת כמו שמדברים עם אבא. בבית היה ספר ישן 'דויאל המלאך', על אדם הראשון שגורש מגן עדן, והקב"ה רצה להביאו לגיהנום. הוא התפלל לאל, מתוך הכאב גילה את אלוהים. אמרתי הכל לטובה. גם יוסף ישב 12 שנה בבית האסורים. בבית חולים לא הרגשתי כלום. רק שזה לצרף נשמתי כדי לעבוד את ה' אחר כך".

היו נבדקים שייחסו את המחלה למתח, בעיקר המוסרי, שנוצר אצלם כתוצאה מהלימודים. על כך הרחבנו את הדיבור כשדנו בשלב החיים בו פרצה המחלה.

לסיכום, למרות שהנבדקים הביאו בהסבריהם למחלה הסברים מעולמות תוכן שונים, בולט ריבוי השימוש בהסברים דתיים למחלה. הסברים אלה נועדו בעיקר ליישב את הקונפליקט הקשה שעיימו מתמודד האדם החרדי הסובל ממחלה נפשית, סביב שאלות של קיום השגחה פרטית מחד, ומנת סבלם מאידך. עבור רוב הנבדקים מיישבים הסברים אלה את הקונפליקט, ומאפשרים להם להמשיך באורח חיים של שמירת מצוות ובמציאת משמעות לסבל.

על האמונה והשפעותיה בהתמודדות עם מצוקת הנפש נדון להלן.

אמונה ומחלה

שאלנו את הנבדקים אם וכיצד עוזרת להם האמונה הדתית בהתמודדותם עם בעיותיהם הנפשיות. ברור היה לנו ששאלה זו היא שאלה מורכבת, שהרי אנו מבקשים מאדם המקיים אורח חיים דתי, להעריך את דרך חייו, בעיקר מתוך הסבל והמצוקה. קיבלנו על כך תשובה מ-53 (שהם 76.8%) מהנבדקים, 33 גברים (שהם 80.5% מכלל

הגברים) ו-20 נבדקות (שהן 17.4% מכלל הנשים). רוב הנבדקים, שהתייחסותם לשאלה זו אינה ידועה לנו, הם נבדקים שעמם קיימו ראיין חלקי מסיבות שונות. כלומר, רוב הנבדקים ניאותו להשיב על שאלה זו, ורובם אף נתנו תשובות מורכבות, והתייחסו למרכיבים שונים כמו: האמונה, המצוות, המסגרת הדתית ועוד.

האמונה אינה עוזרת בהתמודדות עם המחלה

זו היתה עמדה חד משמעית של 10 נבדקים (שהם 18.7% מכלל הנבדקים שנתנו תשובות לשאלה זו), 6 גברים ו-4 נשים.

ההסברים שנתנו הנבדקים לעמדה זו ואופן התייחסותם לנושא היו שונים. עמדה בוטה בנושא זה ביטא אחד הנבדקים שאמר: "אמונה יכולה לעזור בהרבה מצבים, שאנשים צריכים משהו שיציל אותם, כמו הטובע נאחז בקש. נקלעים למצב חמור ומחפשים תקווה, וטוב להם. אני רואה את עצמי יותר אמיתי. הבטחות שווא ותקוות שווא לא הייתי רוצה. לא רוצה לקבל את הדת בתור התקווה שלי. אני רוצה תקוות שיכולות להתגשם, ולא עולם הבא ומשיח שאף אחד לא ראה אותם אף פעם". נבדק אחר אמר: "האמונה לא עוזרת לי כלום. איזה דבר עשיתי שמגיע לי לסבול כל כך? המחלה מרוזקה אותי מהאמונה". נבדקים אלה מייצגים את הסיורב להשלים עם ההסברים הדתיים המקובלים, אותם הצגנו לעיל, שנועדו לפתור את הקונפליקט בענייני אמונה, המתעורר נוכח הסבל.

נבדקים אחרים ביטאו את הקושי להתייחס לאמונה במצבים נפשיים קשים. אמרה אחת הנבדקות: "האמונה לא עוזרת במחשבות הדכאוניות. למה צריך לעזור? אם נמאס לך מהכל מה יעזור עולם הבא? אמרו (הבעל וההורים) שזה צריך לעזור. לי זה לא עזר". נבדק אחר אמר: "כשמרגישים בדכאון גדול, מה שייך אמונה?". נבדקים אחרים התייחסו לרמה המציאותית בהתמודדות עם קשייהם, אמרה אחת הנבדקות: "האמונה לא עוזרת עם הבעיות. אני מאמינה בקב"ה, אבל השכנים ממררים לי את החיים". נבדקת אחרת סיפרה: "אבא אומר לי: תגידי תהילים ויעבור. הוא מאמין בזה יותר ממני. אני אומרת שכדורים יותר טוב מתהילים".

היו נבדקים שהתייחסו לרגשי האשם שמעוררת האמונה כגורם מפריע. אחת הנבדקות חששה שכשהמשיח יבוא – ישרפו אותה, או שישחטו אותה בגלל עבירות ובגלל שהיא מכשפה. נבדק אחר אמר: "האמונה מכבידה במובן שחונכתי שצריך ללמוד ולא להתבטל".

בקבוצה זו, הטוענת שהאמונה אינה עוזרת, ולעיתים אף מכבידה בהתמודדות עם בעיות נפשיות, היו 5 נבדקים שלא היתה רציפות בזהותם החרדית, 4 השתייכו לקבוצת ה'חוזרים בשאלה' ואחת לקבוצת ה'מתחרדים'. עובדה זו מסבירה, לפחות חלקית, את התגובות שהוצגו לעיל, ובעיקר את הבוטות שבהן.

אמביוולנטיות ביחס לאמונה כעוזרת בהתמודדות עם המחלה

זו היתה עמדתם של 13 נבדקים (שהם 24.5% מכלל הנבדקים שהגיבו לשאלה זו) הרואים באמונה ובאורח החיים החרדי פנים לכאן ולכאן, מבחינת היותם מסייעים בהתמודדות עם המחלה. בקבוצה זו 9 גברים ו-4 נשים. הקושי לעמוד בשמירת מצוות היה הטיעון שבטאו הנבדקים מקבוצה זו בשכיחות גבוהה ביותר, אותו הם מייחסים לבעיותיהם הנפשיות. אחד הנבדקים תיאר את הקשיים הרגשיים המתעוררים בקיום המצוות אצל אדם חולה כך: "האמונה עוזרת בעיקר שמתחזקים שהכל בידי בורא עולם, הכל לסובה והעתיד יהיה טוב. בהרגשה זה עוזר. יש תקווה יש למי לפנות, למי להתפלל. אבל המצב גם מחניק את הרגשות. אפילו כדי שאדם יוכל להתפלל הוא זקוק לרגש מסויים. המחלה מפריעה לכוונה בתפילה ובמעשים".

נבדקת אחרת התייחסה לקושי שבשמירת המצוות: "לא עושה מה שמותר, עושה מה שיותר טוב. לחילוניים חיים

יותר קלים. לא מיקוה, הייתי עושה משהו שלא יהיו עוד ילדים. אצלם קל, זה מותר וזה מותר. אצל דתיים אסור ואסור. להכין שבת עוד אפשר, אבל להכין פסח זה קשה נורא. אני רוצה לברוח מהבית... יש לי אמונה שיעזור לי. יש לי אלוקים גדול בלב, לבכות לו, לבקש שיעזור לי. אני נורא בוכה לה, לא לאף אזור. יש לי למי לשפוך את הלב. שופכת את הלב בכותל. כל בן אדם שמתפלל לה, זה עוזר לו". נבדקת אחרת סיפרה: "הדת מאד מחזקת אותי. מישהי אמרה לי שזה נסיונות, ובעולם הבא יהיה לי חלק גדול. יש נסיונות בחיים, אחד טוב לו, ואחד רע לו. התפילה נותן קו מחשבה. לפעמים אין לי כוח לחכות בין בשר לחלב. יש מצוות שאני מקלה... המצוות קשות גם לחילוני וגם לדתי. זה כפוי". נבדק אחר מסר בתמצית את הרגשותיו סביב הדילמה הזאת ואמר: "המצוות זה הרגשה טובה. היום התפללתי בבית, למשל. אני חושב על רבנים שמקיימים הכל 'טיפ טופ', ואני מקנא בהם".

נבדק אחר התייחס למורכבות הנושא של אמונה כמקור לתקווה, לנחמה ולבטחון. הוא רמז גם על הרהורי כפירה הפוקדים אותו לעיתים, ועל הקושי בשמירת מצוות וקיום אורח חיים חרדי: "חולה. אם יש לו אמונה, יכול להחזיק יותר מעמד. אם יש אמונה, יש תקווה. מחר יהיה יותר טוב, ה' יעזור... במחשבות על ההתאבדות, האמונה עזרה לי. פעם קראתי, שמי שסובל צריך לעבור את העולם הזה ככה עד שבא לגן עדן. אבל צריך גם להיות בן אדם. לפעמים אני חושב שהעולם הזה זה תחנה אחרונה. צריך אמונה, אבל צריך גם כדורים. אמונה עוזרת ופסוקים כמו 'שמע ישראל' ו'דפואת ה' כהרף עין' גם כן עוזרים. אבל זה גם מפריע. אני לא יכול לעשן בשבת למשל, לראות כדורגל, אין לי טלוויזיה בבית". נבדק זה מתאר את האמונה כמקור תקווה, וכעזר בהתמודדות עם מחשבות התאבדות. על כך נרחיב את הדיבור בהמשך.

הרהורי כפירה מכבידים אף הם על חלק מן הנבדקים. נבדקת אחת סיפרה: "פעם אחת, שקבלתי את המכתב שהבת נפטרה, חשבתי לעזוב את כל הדת. אבל זה עבר. זו היתה מחשבה לרגע. מאז לא היו לי מחשבות כאלה". נבדק אחר סיפר: "יש לי רגשות מעורבים: האם באמת יש אלוקים? מה יהיה אחרי שאני אמות? גדלתי שצריך לפחד מאלוקים, אם הייתי חילוני היה לי פחות קונפליקטים". נבדק אחר אמר: "אני מצפה לחסד של ה'. שה' יעזור לי, יתנהג איתי ברחמים. עכשיו אין לי מחשבות נגד האמונה, פעם היו. היה לי חשק לקלל את ה', לא להאמין בו". נבדקת נוספת סיפרה על מחשבות כפירה והתמודדותה עימן: "בעלי אומר שלכל אחד יש לפעמים מחשבות כפירה. מחשבות כאלה באות שאני בבית חולים. שואלת למה זה קרה לי, ואומדת שה' יעזור. חושבת את זה אבל אומרת את ההיפך, שהוא רוצה לטובתי. האמונה עוזרת. אני מאמינה בה', אז זה עוזר לי. זה שהתחתנו כבר עוזר. לא האמנתי שאני אתחתן פעם בכלל".

חלק מהנבדקים בקבוצה זו הציגו את הדילמה סביב המחלה מחד גיסא וקיום מצוות, לימוד, והשקפת עולם מאידך גיסא – והפתרונות שמצאו לבעיה זו. נבדק אחד סיפר על הדרך שעשה במיפושיו אחר מענה לבעיה זו: "הייתי צריך לשבת כבית, או בישיבה, ללמוד. מנסיוני אני יודע שלא יכול. הדתיות דורשת הרבה. להיות דתי זה מאד קשה. אדם עם בעיות חושב על עניינים של יום יום, עניינים מידיים, ואין לו פנאי לחשוב על עניינים רוחניים. אבל זה לא הכל או לא כלום. יש לפעמים לחץ מצד המשפחה. הציק לי למה יש לי את המחלה, אבל פרופסור ליבוביץ (איתו יצר קשר לאחר שהתוודע אליו דרך אחד מספריו) אומר, שמה שקורה בעולם הזה אין לו קשר לשכר ועונש. אלא כמו שהדמב"ס אומר: 'עולם כמנהגו נוהג'. השכר זה קיום המצוות עצמן, והעונש זה העבירה. מי שמקיים מצוות דומה להקב"ה, ומי שלא – לבהמה. אדם צריך לעשות מצוות מתוך בחירה, ולא מתוך מה יקרה בעולם הבא. היו לי תקופות סוטידאליות (אובדניות), אני לא יודע אם זה קשור לדת. היו לי גם תקופות ששמעתי מסרים לא לקיים

מצוות ולהוריד את הכיפה. אבא כעס, צעק, אבל אדם בעיצומו של משבר — אי אפשר לדבר איתו על איך להתמודד עם זה. במחלה יש אפילו סתירה לאמונה.”

נבדק נוסף תיאר: “אני הולך לסרטים. מבחינה דתית זה וודאי לא בסדר, אבל מה רצוי לי נפשית, זה עניין אחר. אני לא יכול ללכת לפי כל ‘פיפס’ של ההלכה. אני משלים עם הדברים, לא מולחץ מהדברים, לא מרגיש רע, אין לי ספקות. ליהודים יש נטייה למחלות. אדם שמתגבר על יצרים יש לו התמודדות רבה יותר מאשר אדם שחי בהמי, אבל זה גם מלחיץ. בדת נמצאת המאניה דפרסיה. עושים עבירה, יש אשמות ודפרסיה. עושים מצווה, יש התרוממות הרוח. המיסטיקה זה מקור לפסיכוזה ולפרנויה. בשתי הפעמים שהתאשפזתי — הורדתי את הזקן, והיו לי מחשבות נגד ובעד הדת. עכשיו יש לי זקן ברוך השם, היום אני לא חושב על זה כלל. אני מרשה לעצמי קצת, אבל לא אשבור את הסטאטוס הדתי. רציתי להשתחרר מהלחץ של הדת. אחר כך אמרתי לעצמי: זה לא הדת. מה יעזור אם אעזוב? זה לא יפתור כלום. אורח החיים הזה עוזר הרבה מאד. נהנה משבת, מנוחה, אוכל טוב, איריה, להיות עם חבר... יש כוח עליון ויש למי לפנות.”

חלק מהנבדקים מוצאים פתרון לקונפליקטים הללו, ואילו אחרים נותרים עם רגשי אשם ופגיעה בדימוי העצמי. אין ספק שמי שרוצה לפתור לעצמו את הקונפליקטים האלה, יכול למצוא מענה במסגרת ההלכה, כפי שהצגנו זאת בתגובות הרבנים, ובקשר לדילמות אחרות המתייחסות לקיום המצוות. אפטרופוס של אחת הנבדקות, השייך לאחד הפלגים הקיצוניים בחברה החרדית, אמר על סוגיה זו: “מי שחולה — סולחים לו, גם הקב”ה סולח לו. מחלה פטור מכל המצוות. לא הוא עושה (את העבירה), המחלה עושה”. סביר להניח שמי שנותר עם רגשי אשם כבדים משתמש בדת על מנת להשליך עליה קונפליקטים פנימיים. כפי שאמר אחד הנבדקים: “רב אחד אמר לי אם אתה כועס על אבא תכעס על אבא ולא על אלוקים... המחלה לא תלויה בדת. דת זה דת ומחלה זה מחלה. אנשים שלא יודעים על מי לזרוק את זה מאשימים את הדת. אני לא מסכים עם זה.”

בקבוצה זו של הנבדקים המתייחסים לאמונה באופן אמביוולנטי כמסייעת בהתמודדות עם מצוקותיהם, היו

8 נבדקים (מתוך 13) שלא היתה רציפות בזהותם החרדית.

האמונה מסייעת בהתמודדות עם המחלה

בדבריהם של הנבדקים שצוטטו לעיל הובאו גם מרכיבים שונים באמונה, המסייעים בהתמודדות עם המחלה, עליהם נעמוד ביתר פרוט להלן. בקבוצה זו 30 נבדקים (שהם 56.6% מהנבדקים שנתנו מענה לשאלה), 18 גברים ו-12 נבדקות. ראוי להדגיש שקבוצה זו שונה מקודמתה בכך שהתייחסותה לאמונה חיובית בלבד.

האמונה כמקור תקווה ובטחון, מרכיב זה, כוריאציות שונות, חזר בדברי כל הנבדקים השייכים לקבוצה זו. נבדק אחד אמר: “הרבי מברסלב אומר: ‘אין יאוש בעולם כלל’. כל פעם הי יכול לעזור. האמונה — עוזר. לפעמים נמאס לי מהחיים, אני מאמין שיהיה טוב, יש תקווה. אני מאמין, אם לא הייתי מאמין אז הייתי כבר הרבה בבית חולים. לפעמים אמרתי כל התהילים וזה עזר. כתוב: ‘הבוטח בה’ יסובבנו’. מי שבוטח בה’ לא צריך לדאוג מה יהיה מחר, יש אלוקים בשמים. צריך להגיד תודה על מה שעבר ולצעוק על מה שיהיה”. נבדקת אחת אמרה: “מה אני צריכה לשאול למה נתן לי את הצרה? אני לא מבקשת הסכר, רק יום יום מבקשת שייקח ממני את המחלה, ושאוכל לשוב הביתה, ולתפקד כמו כל אשה נורמלית... אני משתדלת ללכת לכותל פעם בשבוע, מבקשת בקיר שהצרה הזו תעזוב אותי. אני אומרת תהילים של אותו יום, מתפללת שתי תפילות ביום. אני באמת צריכה להתפלל שלוש תפילות. אני מחכה לביאת המשיח, שהגאולה השלמה תבוא בזכות כל התפילות והבקשות שלי. אז אני אתרפא ואחיה עם בעלי

והילדים. יהיה תחיית המתים. מרגיז אותי המצב, אבל יש לי אמונה שלמה בביאת המשיח, ואף על פי שיתמהמה עם כל זאת אחכה לו בכל יום שיבוא". בטחון זה בה' מסיר ספקות ביחס להוזה ולעתיד. אמרה נבדקת: "האמונה, זה עוזר. יש בטחון שהכל עושה ה'. הבטחון עוזר. יש השגחה פרטית ומאמינים שהכל לטובה. בסוף יוצא מזה טוב. אנחנו לא יודעים את החשבונות של הקב"ה".

עבור חלק מהנבדקים עוזרת האמונה בהשלמה עם המצב. אמרה אתת הנבדקות: "זה מהשמיים, אין מה לעשות, רק לבקש ולהתחנן. לכל אחד יש החבילה שלו. זה כפרת עוונות. ה' רוצה כך — שיהיה כך. פה בעולם הזה מזדככים. בעולם הבא, אם אין עוונות, הולכים ישר לגן עדן". נבדק אחר אמר: "הכל משמיים מה יש לי לחשוב מזה. לא יהיה לי כלום שאחשוב. לא כדאי לחשוב, הכל משמיים. הכל מהשמיים, אז לא דואגים".

אמונה תמימה זו יכולה להביא לתוסר התמודדות ולפסיביות. ואכן, היו נבדקים שהדגישו שבצד האמונה מוסלת על האדם מחוייבות לעשות גם למען עצמו. אחד הנבדקים אמר: "לכל אדם האמונה עוזרת בצרה, האמונה מחזקת מה שאני צריך — אני מבקש מהקב"ה בתפילה, אם אני פונה למרפאה אומרים שצריך השתדלות. אסור שאדם יסמוך על הנס. אם אין לו הזכות שהקב"ה יעשה לו נס, יכול לבוא כהיזק. אסור לסמוך על הנס. אם אדם הולך בין ערבים ואומר: ה' יעשה לי נס, לא יקרה לי כלום. זה אסור". הנבדק הזה רואה גם בטיפול הרפואי חלק מהאקטיביות הנדרשת, בצד האמונה, על מנת שזו תניב תוצאות. נבדק אחר תיאר: "זה הרגשה שכלב, שהקב"ה עושה את זה. אז הוא יעשה שיהיה טוב. הוא עושה הכל לטובה, גם הרגשה טובה. אני לא שואל שאלות כמו שלא שואלים למה זה עניי וזה עשיר. לא נכניס לדין ודברים עם הקב"ה. הקב"ה עושה טוב וזה לא נכון לשאול שאלות כאלה. לפעמים אדם במשבר נכנס להתמרמרות. זה דומה לילד קטן שהוריו עושים לו דברים וזה לטובתו והוא לא יודע שזה לטובתו... הקב"ה, השכל שלו מעל השכל שלנו. מי שמתחיל להתמרמר זה לא חסרון באמונה אבל הוא צריך להתפלל ולבקש שייפתח לו את העיניים, שיראה שזה טוב ולא רע. לי יש בעיות בצפורניים, ואז אני מבקש שהקב"ה יתחיל לגדל לי צפורניים טובות. אני יותר מדי סומך על הקב"ה, זה חסרון שלי. לולא זה הייתי כבר בן אדם, הייתי אולי יותר מרוכז".

האמונה, מחזקת את הקשר עם החיים ומסייעת בהתמודדות עם מתשבות ומשאלות התאבדות. בתפיסה היהודית ובהלכה נחשבת ההתאבדות לחטא חמור, ועובדה זו באה לכיטוי בדברי נבדקים רבים. נבדק אחד תיאר את הקשר בין אמונתו והמנעותו מהתאבדות באופן הבא: "כל יהודי מאמין, מי מוריד גשם מהשמיים? אם לא מאמין, מה שווה הבן אדם? שווה גרוש! יש משהו בשמיים. לא סתם העולם נברא. מי יכול ליצור עגבניה, תרנגולת, בן אדם?! אם לא הייתי אני מאמין — הייתי בגבעת שאול (בבית הקברות). הייתי חופר בור ונכנס בפנים". נבדקת אחרת הסבירה: "גם שרצית למות זה עור. אפילו הדבר שאיך למתאבדים מקום בבית קברות". נבדק אחר אמר באופן נחרץ: "אם לא הייתי דתי הייתי מעדיף להתאבד. אני מאמין שאם אני מתאבד אז אני אהיה לנצח נצחים בגיהנום, ושום דבר לא יעזור לי. אני מאמין בזאת באמונה שלמה, ולכן אני לא מתאבד". מכאן עולה שעבור אדם מאמין, החומרה בה מתייחסים להתאבדות והעונשים הנלווים למעשה זה — יש בהם כח מרתיע.

אירועים שאירעו במהלך המחלה ואנשים שסייעו בהתמודדות עימה נחוו על ידי הנבדקים כביטוי להשגחה פרטית, ולקיומם של ניסים ושליחים. נבדקת אחת תיארה את תהליך ההתבוננותה על מצוקותיה: "אם לא הייתה לי התקווה והתפילות לא הייתי יכולה להתקיים. אני רואה שמצבנו היה גרוע בהרבה. גרנו במקלט שנתיים... ראיתי שסוף סוף הוא מרחם. תמיד אמא אומרת מה שאביה עליו השלום אמר: 'העיקר לא יותר גרוע ותמיד להסתכל קדימה

בתקווה לעתיד, ולא לאבד את הבטחון כדי להחזיק מעמד בזמנים קשים, ולהגיע בעזרת השם לזמנים טובים יותר. האמונה בה' עוזרת לי להחזיק מעמד. בחיים יש רגעים רבים שפשוט מתמוטטים והעולם חרב. לא פעם יש מחשבות על התאבדות שמתרוצצות במוח. הנה — לא מחזיקים מעמד, לא רואים מוצא. אדמתפללים, והעזרה בזושרת להגיע, ומקוים שתבוא, ולנגד עינינו מתרחשים ניסים גלויים שבשכל ישר אי אפשר להבין אותם. עוד דבר שה' אסר על האדם להתאבד. אם מתאבדים אז מאבדים את העולם הזה ואת העולם הבא. אחרת היה אי ואכזי היה צורך להתאבד, שה' ישמור. אני חיה עם הדת, והיא מצילה אותנו, אחרת לא הייתי יודעת מה קורה. הנה, יש הבדל בדידה, יש כאלה שעוזרים לי קצת, והמצב הכלכלי השתפר במקצת. השיחות פה עזרו לי, הניבו תוצאות טובות. יש הטבה מאז שהגעתי לכאן, אבל מהשמיים עזרו שפגשתי את האנשים המתאימים. נבדקת אחרת שעשתה נסיונות התאבדות אמרה: "יש ניסים. כמה פעמים הלכתי למות ללא רחמיו", ואחרת אמרה: "האמונה עוזרת. בלי — אז זומן לא הייתי פה. יש שליחים טובים, גם את שליחה (הכוונה אלי). אם לא היו מחזקים אותי, הייתי מאבדת אותי לדעת, בגלל הגבר ההוא שלא ראיתי בכלל, שגעוונתי! ויכול להיות בגלל עוד מצבים".

המסגרת הדתית והפולחן כמסייעים בהתמודדות עם המחלה. היו שהתייחסו בעיקר להיבט החברתי שיוצרת המסגרת הדתית. נבדק אחד אמר: "הדתיות עוזרת. הולכים להתפלל, הולכים לשעור ביחד, אז מדברים עם אנשים, פוגשים אנשים. אם לא היה לי היהדות — לא היה לי אף קשר בעולם. אם אני לא בא — שואלים עלי". היו נבדקים שהתייחסו למסגרת בכלל, ולאז דווקא הדתית, כעוזרת בהתמודדות עם מצבי משבר. תיאר אחד הנבדקים: "האמונה עוזרת מאד לעבור את המשבר. בלי אמונה אי אפשר לעבור את המשבר. אנשים הרגו את עצמם כי לא היתה להם אמונה. אני מכיר אנשים שהיו דתיים, אבדו את האמונה ואז הרגו את עצמם. האמונה והלימודים זה שני דברים אחרים. אמונה זה להאמין בשביל מה אני חי, בשביל מה אני עושה עבודה זו... גם חופשי יכול לקבל אמונה. המסגרת עוזרת הרבה לאז דווקא אצל דתיים, גם לחילונים יש מסגרת. כל זמן שאדם מחזיק את המסגרת שלו זה עוזר, זה נותן לו דרך. מסגרת מחזיק את הכן אדם סגור, זה אותה מלה. אם אדם, בלי מסגרת, יבוא עליו משבר קשה — הוא לא יוכל לעבור אותו". נבדק אחר אמר: "האמונה נותנת בטחון, גם הלא דתיים שיש להם בטחון, זה עוזר".

היו נבדקים שתארו את הפולחן הדתי, ובעיקר את פנייתיהם לקב"ה בבקשות, כמקור תמיכה. סיפרה נבדקת: "אני מאמינה, אומרת תהילים בערב שבת, שיהיה פחות גרוע. בערב שבת, שאני מדליקה נרות אז אני מבקשת, אפילו דברים קטנים: שאקום מוקדם בבוקר, שהבר מצוה יעבור בשלום. אני אומרת תהילים כ"ז או ל"א. אמא אמרה לי להגיד ואז אני מרגישה טוב על הנשמה". נבדק אחד אמר: "האמונה מחזקת. במקום מחשבות, אני הולך ומתפלל, המחשבות עפות ואני עסוק בתפילה". נבדק אחר סיפר: "אני דתי וזהו. זה עוזר לי במצב. אני מאמין בה', וזה עוזר לי להרגיש יותר טוב. אני מאמין שה' עוזר לי לפעמים אני מבקש מה' מה שאני חושב".

לסיכום, למעלה ממחצית הנבדקים, שהתייחסו ליחסי הגומלין שבין אמונתם הדתית ומחלתם, ראו באמונה, בפולחנים הדתיים ובמסגרת הדתית משאב רב פנים ועצמה, העוזר להם להתמודד עם מצוקותיהם. יחד עם זאת הופתענו למצוא, ש־23% (שהם 43.4%) מהנבדקים בקבוצה זו, התייחסו להיבטים שונים של האמונה והפולחן כמכבידים בהתמודדות עם מצב החולי, אם כי בדרגות שונות של ביקורתיות. ראוי להדגיש שככלל ניתפס הפולחן הדתי כמכביד יותר מאשר האמונה הדתית. נראה לנו שמצב זה קשור בעובדה שהפולחן הדתי, בניגוד לאמונה הדתית, הוא תובעני ובא לביטוי מעשי, הדורש כוחות רבים, שלעיתים חסרים לסובלים

מהפרעות נפשיות. נראה לנו שהסבר חלקי לריבוי הנבדקים שהתייחסו להיבטים שונים של האמונה והפולחן כמכבידים בהתמודדות עם מצב החולי, טמון בעובדה ש-13 מהם השתייכו לקבוצת נעדרי הרציפות בזהותם החרדית. כשדנו בנבדקים אלו, הדגשנו את פתיחותם היחסית גבוהה לשיחה, וייחסנו זאת לקיומם של קונפליקטים פנימיים. מספרם הגבוה בקבוצה זו מרמז שוב את מורכבות עולמם הפנימי. עם זאת ראוי לציין שעל קבוצה זו נמנים עוד 10 נבדקים, שלא עברו שינויים בזהותם החרדית. ממצא זה, וממצאים אחרים שהוצגו עד כה, המציגים את הנבדקים כחריגים מבחינה נורמטיבית בחברה החרדית, ננסה להסביר בדיון.

גילויים דתיים במחלה

במבוא עסקנו בקשר שבין תרבות לבריאות הנפש, והצגנו את הגישה הטוענת, שתפוצתן של מחלות נפש באוכלוסיות שונות הינה דומה, אך גילוייהן שונים ונצבעים בצבעי התרבות שבה הן מתרחשות. הדת כהשקפת עולם וכמערכת מצוות המכתיבה אורח חיים מסויים, היא המרכיב הדומיננטי המייחד את החברה החרדית, בה אנו עוסקים, והופך אותה ליחידה תרבותית יחודית. ראינו כיצד משפיעה הדתיות על ההסברים שנתנו הנבדקים למחלה, ועל דרכי ההתמודדות שלהם עימה. ברצוננו לתאר עתה כיצד באים אצל הנבדקים לביטוי – גילויים דתיים במחלה. הכוונה למעשים ולמחשבות הלקוחים מתוך עולם התוכן התרבותי של הנבדקים, ואשר באו לביטוי במהלך מחלתם ברמה התכנית והסימפטומטית.

בפרק זה, נעזרנו רבות בתיקים הרפואיים, משום שחלק ניכר מהנבדקים התקשו לדווח על הגילויים האלה, הן בשל העובדה שעבר זמן רב מפרוץ המחלה, והן מתוך מתוך הקושי לפגוש בשנית תכנים והתנהגויות שאיפיינו את השלב הפעיל של המחלה. מן הראוי להדגיש שבמהלך הראיונות עם הנבדקים עלו נושאים רבים נוספים הקשורים לדת, כגון: מבנה החברה החרדית, אורח החיים החרדי, אירועים אקטואליים שנוגעים לקהילה החרדית ועוד. במסגרת עבודה זו צר המקום להביא נושאים מגוונים אלה ולהתייחס אליהם.

בקרוב 40 (שהם 58%) מהנבדקים היו גילויים דתיים במחלה, מתוכם 24 גברים (שהם 58.5% מכלל הגברים במחקר), 16 נשים (שהן 57.1% מכלל הנשים במחקר). כלומר, שיעור דומה בקרב הנבדקים והנבדקות. הגילויים הדתיים באו לביטוי במחלת הנבדקים באופנים שונים ומגוונים. מיינו את הגילויים הדתיים במחלה לשתי קטגוריות עיקריות.

1. גילויים דתיים ברמה ההתנהגותית, כלומר, שינויים בהתנהגות הנורמטיבית של הנבדק, הבאים לביטוי בהקצנה או בהזנחה של שמירת מצוות הדת.
2. גילויים דתיים ברמה המחשבתית, כלומר, תכנים הבאים לביטוי במחשבות שווא ובמראות שווא הקשורים בדמויות ובסמלים דתיים.

גילויים דתיים ברמה ההתנהגותית

בקבוצה זו נכללים 31 נבדקים, 21 גברים (שהם 87.5% מהגברים שלהם גילויים דתיים במחלתם), ו-10 נשים (שהן

62.5% מהנשים שהיו להן גילויים דתיים במחלתן. ריבוי הגברים קשור לדעתנו לריבוי חובותיהם הדתיות בהשוואה לנשים. הגילויים הדתיים באו לביטוי בהקצנה ובהזנחה של מצוות הדת. ריבוי המצוות, והעובדה שהן מקיפות את כל תחומי החיים, מאפשרים לבטא באמצעותן קונפליקטים שונים ומגוונים. מצאנו גילויים רבים יותר של הזנחת מצוות הדת בהשוואה לגילויים של הקצנה דתית, והיו נבדקים שנעו ממצבים של הקצנה למצבים של הזנחה.

הקצנה דתית

אצל 14 מהנבדקים (שהם 35% מקבוצת הנבדקים שלהם גילויים דתיים במחלה) לבשו הגילויים הדתיים אופי של הקצנה דתית. בקבוצה זו 10 גברים (שהם 41.7% מהגברים בקבוצה כולה), ו-4 נשים (שהן 25% מהנשים בקבוצה כולה).

אצל חלקם ההקצנה הדתית היתה אחד ממכלול הסימנים שקדמו לפנייה לטיפול או לאשפוז. לדוגמה, בתיק הרפואי של אחד הנבדקים נרשם, שלפני האשפוז ניכר בו: "ניתוק גובר מחברים, לא קורא עתון, חזר להקפיד על הדת". אותו נבדק סיפר: "בשנה שהלכתי לבית חולים החלטתי לחזור בתשובה. בהתחלה לא התפללתי שם מנחה או מעריב, הייתי אוכל מבלי לברך. אחר כך חזרתי בתשובה, נדמה לי מלבד. יום אחד התחלתי להגיד תהילים כדי להשיג עבודה טובה".

חלק ניכר מן הגילויים של הקצנה דתית מתקשרים לבעיות שונות של הנבדקים. בתיקו הרפואי של אחד הנבדקים, סביב אשפוזו החמישי נכתב: "תקף אדם ברחוב משום שעישן בשבת. אושפו להסתכלות. מחמיר מאד בעניני דת". בהמשך אותו אשפוז מצויין: "שקט, מתבודד, אוסיסי, מעיין בספרי קודש". בתאור זה ניתן לראות אולי קשר בין הגילוי הדתי והבעיתיות הבין אישית של נבדק זה. כלומר, כיצד ספרי הקודש היוו מפלט מקשר בין אישי, וכיצד פרשנותו למצוות הדת איפשרה לו לבטא את תוקפנותו כלפי אנשים. במהלך אשפוזו של נבדק נרשם התאור הבא: "מתבודדת, מקפידה על הדת, מתפללת רוב היום, יוצאת לעיתים נדירות, טובלת מאובססיה דתית. בזמנים קשים מדברת על השטן שנכנס בה. סירבה לאכול בטענה שהאוכל לא כשר, סירבה לדבר בטענה שזה לשון הרע, מסתובבת כל הזמן עם ספר תהילים. גזרה על עצמה צום". אותה נבדקת גם התחמקה זמן רב מקיום הראיון איתי, והיתה יושבת בחדר ההמתנה כשסידור תפילה בידיה, תוך שהיא ממלמלת תפילות בלי הרף. משניאותה להתראיין, הופסק הראיון עימה סמוך לתחילתו, תוך הטחת האשמות כבדות בי, המדברת לדעתה לשון הרע ומתעללת בה. תאור זה ממחיש בצורה בולטת כיצד השימוש המוקצן במצוות הדת מונע אפשרות של אינטראקציה בין אישית קרובה, ממנה היא חדרה.

היו נבדקים שההקצנה הדתית בהתנהגותם באה לביטוי בתחומים הקשורים למיניות. אחת הנבדקות, שביום קיץ חם הופיעה למרפאה לבושה בסוודר ובכפפות, סיפרה: "אני משתדלת לשמור על עצמי, אני הולכת עם הרבה בגדים. בגדים טוויזים לי שלא אפחד ללכת ברחוב. יש לי פחד מהחילונים, אני גם ישנה עם בגדים. זה שומר אותי. ארבע שנים אני הולכת כך, מאז שנפרדתי מבעלי". נראה שאותה נבדקת חוששת מאפשרות שתיחשף לגירוי או לפיתוי מיני, והלבוש משמש לה מגן. בתיקו של נבדק, המעיד על עצמו שאין לו עניין רב במין, כתוב: "מאז נישואי טרוד במחשבות סביב חיי אישות וטהרת טקס הכלולות. בעקבותיהם בוצע טקס הנישואין בשנית. מאז הנישואין השניים, שאלות על נידה, עד המנעות מיחסי מין לתקופות ארוכות. מחמיר בדברים כיחסי אישות בזמן הריון. אשתו לפעמים כופה עליו יחסי מין".

היו נבדקים אחרים, שאצלם ההקצנה הדתית היתה קשורה לרגשי אשם. נבדק, שאביו נפטר באופן פתאומי מהתקף לב, הובא על ידי משפחתו למרפאה צבאית סמוך לאירוע, בעת חופשה מצה"ל, ואושפז בבית חולים פסיכיאטרי. בתיקו נרשם: "אחרי מות האב נעשה מדוכא וסגור, היה הבן האהוב על אביו. נעשה דתי מאד, היה לו צורך להענש, ואשמות. נכנס בצבא לקונפליקט עם החברים, סביב תמונות עירום שתלו בכסיס".

האשמה עצמית הגוררת הקצנה דתית, נשאה אצל חלק מהנבדקים גם משמעות של עונש וסיגופים. על אחד הנבדקים באשפוזו הראשון נכתב: "אי שקט. התפלל ללא הרף, חרדה רבה, מחשבות שווא והלוצינציות שמיעה סביב חסאיו והעונש המגיע לו עליהם". באשפוז נוסף, שבע שנים מאוחר יותר, נרשם: "בחרדה קיצונית, סבור שעשה חטא נורא (אונן), ומגיע לו על כך עונש מוות. שמע את מלאך המוות מדבר בראשו ואומר: 'חייב מיתה'. לכן פנה על דעת עצמו לבית חולים. במהלך האשפוז אינו מסוגל להוריד את בגדיו, כדי למנוע קרי לילה. בהמשך ניסה להזיק לעצמו, בתחילה אמר שזה עונש על עישון בשבת, ואחר כך דיבר על רצון לסרס את עצמו. לקראת יום הכיפורים מצבו שוב החמיר, מסר שמגיע לו עונש, שעשה חטא, שלא שמר על צום יום כיפור שעבר, שאף עישן אז. צעק, ובאופן שקסי כרע ברך על הרצפה שלושים וחשע פעמים, התפלל ללא הרף". אותו נבדק סיפר לי בראיון: "זה התכסא בצומות וחזרה בתשובה קיצונית. פעם צמתי שלושה ארבעה ימים רצופים בבית חולים. הרגשתי שאני צריך לצום. שתיתי קצת, פלא שלא התייבשתי. פעם עשיתי סיגופים, היום לא. חשבתי שמלאך המוות דודף אחרי, בשביל מה להזכר בכל זה?"

ההקצנות והסיגופים לובשים לעיתים משמעות מאגית. בתיקו של אחד הנבדקים נכתב: "בתו חלתה, ואושפזה. נכנס ללחץ, התפרץ בבית, ברח מהעיר, רץ ברחובות, קפץ על גדר, התחיל ללבוש תפילין לחצי יום, והסתכל על תמונת אימו". נבדקת נוספת שגדלה בחו"ל תיארה רעיון זה של משמעות מאגית בסיגופים, תוך שהיא מדגישה את היסודות הזרים ליהדות במעשה זה: "היה לי 'פיקס אידיאה', הכוונה היא רעיון שאי אפשר להזיז אותו מהראש. אבא שלי בגד באמא שלי, והתנהג לא יפה אליה וקיוונו שיחזור אליה. כיוון שהייתי נמצאת בקרב בחורות נוצריות, היה לי רעיון שאדם יעשה עינויים, כדי שתפילותיו יתקבלו יותר. חשבתי שביהדות זה גם כך, שאם אעשה עינויים, ה' ישמע תפילותי, ואבא יחזור. רצתי כמו כלב עם לשון בחוץ, ארבע קילומטר, עד שהרגשתי שהלשון נחתכת. גם הגדלתי את מרחק הריצה. גם לא התרחצתי למטה, כדי שהשתן ישרוף אותי ושהיה לי כוויות. הבנתי שזה מוגזם, ואז הפסקתי. עוד דבר עשיתי, שאני חושבת שהשפיע על היום, ליקקתי את הרצפה בבית שימוש. רעיון העינויים בא לי כי חברות שלי סחבו אותי לכנסיה, והיה מדובר שללא ידיעת אבא ואמא, שזו האמונה האמיתית, ועמדתי אפילו לפני השמד. בדרך הביתה מבית הספר הלכתי עם הבת של הגלח הכומר, והיא השפיעה עלי, ונכנסנו לכנסיה, וראינו איזה מנורות, תמונות וצבעים. גם הייתי עושה שם שיעורים, בזמן שאין צירימוניאליים. פעם אמא תפסה אותי כשעשיתי צלב, וקיבלתי סטירות רבות. העניין עם השמד נמשך כמה שנים. המשכתי להשתחוות, עשיתי לי צלב והשתחויתי לו, זה נמשך שנה וחצי שנתיים. לילה אחרי לילה התחלתי לחלום על בית כנסת, כל לילה על בית כנסת אחר. עד שאני הבנתי שאם זה לילה אחרי לילה אני חולמת, אז אני יהודיה, וכך אני צריכה להישאר. היו לנו שלושה בתי כנסת בעיר, והם חזרו שוב ושוב. חלמתי אותם איך שהם נראים בחוץ או בפנים. אני פסחתי על שני דרכים, הלכתי גם לבית כנסת וגם לכנסיה". אותה נבדקת, משעלחה לארץ, כעבור שנים, רצתה להמשיך בלמודי הרפואה שהחלה בחו"ל, אך לא נגמלה מן ההקצנה שאפיינה את התנהגותה. היא סיפרה: "הפסקתי ללמוד רפואה. האמנתי מה ששכנה אמרה לי, שאסור לעשות ניתוחי מתים, ובהדסה אמרו לי לחזור שנה אחרת, ולעשות ניתוחי

מתים על יהודים. וסידבתי, וכך גמדתי עם הרפואה". אחר כך החלה ללמד בבית ספר לאחיות. היא המשיכה וסיפרה: "למדתי להיות אחות, עשיתי כל מיני שגונות. התערבתי בענינים של דת שזה לא היה מתפקידי. ראיתי כפיות של חלב ובשר מעורבבות והכשרתי אותן. בינתיים רוקנתי את דוד המיס הרוותחים, וכשהחולים הצטרכו, לא היה להם מה לשותות. הבנות גם ראו שהתפללתי בפארק, חזת כיפת השמים".

לסיכום, כפי שצינו במבוא, על המטפל באדם הדתי להבחין בין גילויי דתיות שהם בשלים ואינטגרטיביים לדת ולאישיות, ובין גילויי דתיות פתולוגיים. הדוגמאות שהובאו לעיל מורות כיצד הקצנה דתית לובשת אופי של סימפטום (דתיות פתולוגית), שנועד לאפשר פתרון של פשרה לקונפליקטים פנימיים שונים.

הזנחה דתית

אצל 20 מהנבדקים (שהם 50% מהקבוצה כולה) לבשו הגילויים הדתיים אופי של הזנחה דתית. בקבוצה זו 14 גברים (שהם 58.3% מהגברים בקבוצה כולה), ו-6 נשים (שהן 37.5% מהנשים בקבוצה כולה). בקבוצה זו 3 נבדקים שנכללו גם בקרב המקצינים דתית, כלומר, הם עברו ממצבים של הקצנה דתית למצבים של הזנחה דתית.

כפי שהדגשנו, גילויי ההזנחה הדתית היו רבים יותר מגילויי ההקצנה הדתית. ככלל נראה לנו שב"חסות" המחלה, בעת התרופפות ההגנות, מאפשרים לעצמם נבדקים השייכים לקטגוריה זו, לעבור על צווי הדת המכבידים עליהם. אך גם בקבוצה זו כמו בקודמתה, בחירת התחום אותו מזניחים הנבדקים, קשורה לקונפליקטים פנימיים סביב אותו נושא.

נבדק אחד, שאותו סיווגנו בקבוצת המתלבטים בקרב נעדרי היציבות בזהותם החרדית, נתן את גירסתו זו: "היה מלחמת ששת הימים, בתור צעיר חשכתי אעשה משהו. חבר אמר לי שאני יכול להיות בחברה קדישא. אז לא הרגשתי טוב. הכרתי בחורה, אבל עוד לא היו אירוסין. הרגשתי. הנה הערבים מתקפים וצריך לעשות משהו. זה היה בלילה, רצתי למקלט. עבר טנדר צבאי, שאל לאן אני הולך, אמרתי: 'למקלט'. שאל אם אני רוצה לעשות משהו, והלכתי. הלכתי למחנה שנלך. הרב אמר: 'קח בגדיים', והייתי בערך חודש ברבנות, ועבדתי בהתחלה 20-17 שעות. זה היה מאד הלם בצבא. היה אוטו משא עם אלונקות. לא עשיתי קורס. פחדתי מזה. היתה הפגזה קשה, שמעתי צעקות של חיילים, וגם העברתי פצועים לבית חולים. התנדבתי בתור מצווה. עבדתי חודש, ולא הייתי מנוסה. הלכתי בלי שאף אחד ידע. הייתי לחוץ, היה שידוך ולא ידעתי אם אוכל להסתדר בחייט". אותו נבדק גם אמר בראיון, שאם היה בריא, היה מתנדב לצה"ל במסגרת ישיבת הסדר, למרות שזה לא מקובל בחברתו. בתיק של אותו נבדק נאמר ששני אירועים תרמו למצבו הקשה: השידוך, וצו התייצבות שקיבל. כמו כן נכתב: "אמביוולנטי ביחס לדת, ומשתמש במצבים פסיכוסיים או פסודופסיכוסיים כדי לעבור על צווי הדת". נראה שהאמביוולנטיות שהיתה לאותו נבדק מראש, סביב שירות בצה"ל, ושייכותו לחברה החרדית, החריפה סביב צו הגיוס ואירועי המלחמה. בתיק אין סימוכין לסיפור זה. בין שהדברים היו כפי שהנבדק סיפר, ובין שהם פרי דמיונו, בחר הנבדק להשתיך למסגרת לא נורמטיבית בחברתו, קרי צה"ל, ולעשות בו מעשה שהוא נורמטיבי מאד בחברתו – חסד של אמת. נבדק נוסף, בסיפור מעט מבלבל, תיאר כיצד, כתוצאה ממצב של מפח נפש גדול, נכנס להתקף אקוטי של מחלתו, אשר במהלכו עבר על נורמות ומצוות דתיות רבות. "רציתי לדאוג את הבת שלי. נסעתי לארצות הברית, הסתובבתי ליד בית הספר שלה, ולא ראיתי אותה. דחו את המשפט (בעניין הבת). נכנסתי ללחץ כזה, הייתי צריך ליסוע. עזבתי את ארצות הברית בשבת, שפה כבר לפי החשבון שלי היה חול. בשבת עזבתי הכל. היה לי מאה

חמישים דולר, לקחתי מונית לשרה התעופה וסמתי לקנדה. באתי לקנדה, והיה לי איזה מכיר, הייתי אצלו, ואז גם הפסקתי עם כל התרופות. בקנדה בא לי סירוף, והתחלתי לרוץ. שמתי את השטריות בתיבת דאר, את המעיל וזקתי, כסוף עצרתי טרמפ ואז החלו הדמיונות לעבוד, כאילו נתנו לי לטוס. בסוף הגעתי לאיזה בית כנסת מודרני, נתנו לי אוכל, הייתי ממש רעב. עליתי לרופא. הוא אמר שאני צריך לאכול, והכל יהיה בסדר. אמרתי שאני רוצה לישון פה, והשומר, שהוא לא יהודי, לא נתן לי. לא ידעתי לאן ללכת, עצרתי מונית, נכנסתי, אמרתי לו סעו לא אמרתי לאן. נרדמתי במונית, בסוף עצר והראה לי במונה חמישים דולר. אמרתי לו שיש לי רק עשרה סנט. אמר שייקח אותי למשטרה. שמחתי שיהיה לי איפה לישון. בכלא לקחו לי את הציצית וקרעו אותה. הייתי שם יומיים וזה נראה לי כמו שנים. הם נתנו לי סנדוויץ עם נקניק, אכלתי את הלחם כלי הנקניק. משם לקחו אותי לבית חולים. הייתי שם יום, או יומיים, או שבוע, וביום חמישי בא מישהו לקחת אותי. שכחתי לספר לך, כשברחתי גילחתי את הזקן והפיאות. קניתי קסטה, נראיתי כמו אחד מהגיטו. הוא נתן לי חדר יפה ואוכל, הייתי בדכאון כזה שלקחתי את הדרכון ואת ה-green card ושרפתי אותם. היה לי כמה דולר — עשיתי לוסו, חשבתי אולי ארוויח הרבה. היה שם 'שיש' אצל הרבי, ולי היו סיגריות בכיס. הייתי בלחץ והתחלתי לברוח. מהבית חולים הלכתי בחזרה לבן אדם הזה שברחתי ממנו. הוא הוציא אותי מהבית חולים מהר מאד, ושבת השניה הייתי אצלו במצב מאד קשה. החליטו שאני צריך את המשפחה. הזמינו סיטה, וביום ראשון שאלו את אבא אם הוא מתחייב לשלם לי את הכרטיס, ואמר שכן. הגעתי לפה, עשיתי כושות למשפחה. נסעתי לגיסתי, והיא לא יכלה להחזיק אותי. אז בשבת הלכתי לאדמו"ר בתל אביב. לפני זה הייתי במירון. באתי לתל אביב, הלכתי למלון דבורה. אמרתי שאני מוכן לעבוד. עבדתי יום אחד. בסוף, אחד שלא סבל אותי, זרק אותי. נסעתי לדוד שלי בבני ברק, הוא לא היה בבית. אמר לי: 'תלך לשיבת ברסלב', ושם שרפתי את התעודות זהות שלי. פגשתי חבר מהילדות הוא נתן לי מאה לירות, זה היה הרבה כסף אז. נסעתי למירון, ומשם לכותל, כי חשבתי שהמשיח צריך להגיע. אמרתי לאבא שאני רוצה ללכת לקיבוץ, קיבוץ חילוני בנגב. בתל אביב דאיתי מישהו שהזמין אותי לקיבוץ, אבל כשבאתי אליו הוא ממש סילק אותי. חזרתי מהקיבוץ ובאתי הביתה. זה היה כמו עכשיו, ספירת העומר. נכנסתי לתוך הקהל של זוויל בלי זקן ופיאות, ומשם הלכתי לאחותי והיא כעסה עלי. בבוקר אחי שנפטר סידר לי בית חולים. לא רציתי לישון. אחי כופף לי את היד, נתן זדיקות, וישנתי ונהפכו היוצרות. אחר שיצאתי משם התחלתי להתאקלם קצת. זה היה לפני אחד עשרה שנים."

בקבוצה זו, מצב המחלה גורם לפריצת איסורים רבים, הקשורים במצוות הדת הנוגעות לחיי האישות של הנבדקים. כבר ספרנו על הנבדק שרצה לקיים יחסי מין עם אשתו בעת היותה נידה, הוא אף נתן לכך תירוץ דתי, שעל מנת להביא את הגאולה עליו לבצע עבירה, כפי שכתוב בזוהר: 'מצווה הבאה בעבירה'. תארנו נבדק, גרוש פעמיים, המביט בתמונות תועבה ולאחר מכן נעשה לו חושך בעיניים. נבדקת נוספת, גרושה, שאינה מאמינה שתנשא שוב, ואשר טוענת שלגרושה קשה יותר לשמור על תומתה מאשר לרווקה, ולכן אינה עומדת בפני פיתויים מיניים. היא טוענת שלאחר קיום יחסי מין היא מקבלת את המחלה והאשפוז כעונש. בתיקה הרפואי נכתב: "באשפוז הראשון חשבה שהיא משיח, שהיא נביאה. הופיעה חצי עירומה בחלון ביתה. והציעה את עצמה לבחורי ישיבה ברחוב". בתיק של נבדקת אחרת, שבעלה הבטיח לה שאם תלד ילד נוסף יקנה לה דירה, צויין: "יום לפני האשפוז טענה כי נישאה מחדש, נאנסה, ובעלה צריך לגרש אותה". נבדק נוסף תיאר: "יש כל מיני צורות למחלה, אבל מה שהעיקר זה בלי שליטה. יש לי תאווה גדולה לנשים, ואם אני לא עובד, אז זה נהיה יותר גרוע. התאווה כל כך גדולה שאני עושה את זה באוטובוס, מתחכך על נשים ומאונן. היה זמן שהייתי מוציא את האבר שלי

לפני נשים. כשאני מחניק את התאוה — אני מרגיש שאני לא בן אדם, שאני כמו מת. וכשיש לי התאוה — אני מרגיש לא בסדר ואשם. תשובה זה שהאדם יהיה באותו מקום בו הוא ביצע את העבירה, והוא לא יעשה אותה. מישהו הציע לי שאעבור דירה, אלך למקום שאני לא מוכר, ולא מרננים עלי. אבל אני תושב שנה לא נכון. מלבד זה היצר הרע הולך עם האדם לכל מקום. השטן נמצא בכל מקום.”

בקרב הנבדקים שקבוצה זו, היו תחומים נוספים של אי הקפדה על מצוות הדת, שביטאו קונפליקטים שונים. נבדקת אחת, שהרב של בעלה פסק, בניגוד לרצונה, שעליהם להישאר ולגור בעיר אחרת, הדליקה גז בשבת והובאה לאשפוז. נבדקת אחרת, שראתה בנישואיה עול ודבר שנכפה עליה, הודיעה שלא תנקה את הבית לפסח. היו, כאמור, 3 נבדקים שעברו ממצבים של הקצנה דתית למצבים של הזנחה דתית, וחוזר חלילה. אחד הובא לאשפוז ראשון אחרי שינוי קיצוני בהתנהגותו, ובין השאר ביצע עבירה בתחום המיני. באשפוז השלישי נכתב: “מתפלל כל הזמן”. באשפוז החמישי נכתב: “מחשבות גדלות. הוא ה’, הוא יקפוץ מבנין גבוה ולא יקרה לו כלום”. בראיון הוא הסביר: “בתודה כתוב דברים ואדם אומר, זה אמתי. כל השאר כלום. כתוב: ‘כבוד את אביך ואת אמך’, ואז הבטיחו לי אריכות ימים. אז לא צריך להזהר בכביש. כחב”ד הרבי נותן למי שנוסע צדקה כי שליחי מצוה אינם ניווקים, וחושבים שהמטוס לא יתרוסק בגלל זה. ברגע שנכנסים יותר מידי, חושבים, מה שאעשה — כלום לא יקרה לי, האלוהים לא רוצה. אפשר לקפוץ תחת מכונית. התחלתי להאמין באמונות שלא היו מציאותיות. כשיצאתי מהאשפוז גיליתי שהתורה כפי שלמדתי אותה, לא נכונה. כאילו הכל תלוי ברצון אלוהים. אם אשים גפרור תחת היד אשרף, גם אם אלוהים ירצה. וגם אם לא. אז הפסקתי להאמין בכל הדברים הללו”. אשפוז נוסף שהיה לאותו נבדק, לאחר מכן, נבע בין השאר מכך שהטריד נשים. הוא אמר: “אני רוצה להשלים את מה שהפסדתי בהתבגרות. אבל אני לא רוצה להתגרש. כי אני לא חושב שאמצא אשה טובה יותר”. נבדקים נוספים עברו תנודות דומות לאלה ביחסם למצוות הדת, בין אשפוזים שונים, ואפילו במהלך אותו אשפוז.

לסיכום אצל קרוב לשליש מכלל הנבדקים היתה הזנחה דתית אחד מגילויי המחלה שלהם. יתכן שגילויים אלה הינם ביטוי מסויים לקונפליקט בלתי מודע עם הדתיות, אך נראה לנו שיותר מכך הם מבטאים קונפליקטים פנימיים בנושאים ספציפיים. ניתן להצביע בדרך כלל על קשר בין התחום שבו מתלבט הנבדק בחייו, ובין התחום שבו חלה הפריצה במצוות הדת. התחומים הבולטים הם סביב מיניות, שייכות קבוצתית, ויחסים בין אישיים. קיומם של נבדקים, שעוברים תנודות ביחסם למצוות, מלמדת אף היא שהתנהגויות אלה, יותר משהן מלמדות על היחס לדתיות, הן מלמדות על התלבטויות פנימיות של הנבדק, שאינן בהכרח קשורות בדת, אלא מוצאות את בטויין בדת. העובדה ששעור הנבדקים שאינם בעלי רציפות בזהות החרדית אינו גבוה משעורם באוכלוסיית המחקר כולו, תומכת אף היא בדעה זו. יתכן שרובי גילויים אלה של הזנחה דתית בהשוואה לגילויים של הקצנה דתית קשורים בכך, שעבור אדם הסובל מהפרעה נפשית, ודלדול בכוחות האני שלו, קל יותר להזניח את מצוות הדת מאשר להקפיד בהן. כמו כן עבירה על מצוות הדת בולטת יותר בהשוואה להקצנה דתית בחברה זו. יתכן וזו הדרך הפשוטה, אך הבוטה ביותר, לבטא מצוקה נפשית בחברה החרדית.

גילויים דתיים ברמה המחשבתית

20 מהנבדקים (שהם 50% מהקבוצת הנבדקים שלהם גילויים דתיים במחלתם) ביטאו גילויים דתיים ברמה

המחשבתית. מתוכם היו ל-9 נבדקים גם גילויים דתיים התנהגותיים במחלה. בקבוצה זו 11 גברים (שהם 45.8% מהגברים בקבוצה כולה), ו-9 נשים (שהן 56.3% מהנשים בקבוצה כולה). כלומר, הם ראו בשלב זה או אחר של מחלתם, את עצמם כבאי כוח של דמויות סמליות או היסטוריות בעלות משמעות במיתולוגיה הרתית, או בעלי קשר מיוחד עם.

המשיח הוא הדמות השכיחה ביותר בעולמם הפסיכולוגי-מיתולוגי של נבדקים אלה. הגילויים והאיכויות שיוחסו למשיח ולקשר עימו היו שונים: היו שדיברו על המשיח כדמות הקיימת במציאות, אחרים טענו שהם משוחחים עם המשיח, והיו שראו עצמם באי כוחו. בתיקה של אחת הנבדקות נכתב בעקבות ביקור שנערך בביתה: "צועקת כל הלילה. טוענת שמשוחזת עם המשיח. ביומיים האחרונים לא אכלה, ושתתה רק שתי כוסות חלב. התווכחה עם המשיח". נבדקת אחרת התחילה לחשוב שהיא המשיח. נבדק נוסף הטיח ראשו בקיר במהלך האשפוז וצם, כהכנה לתפקיד המשיח.

במחשבות הנבדקים הופיעו, כאמור, דמויות נוספות. אחד הנבדקים נכתב בתיקו, במהלך אשפוזו: "הודעה עם נוח מהתורה. מקובל אחד אמר לו שנשמתו עברה שלשה גילגולים. נדבן אחד, שהוא נכדו של מתרגם הזוהר, רוצה לתקן זאת. ולכן יבוא ויקח אותו לקנדה להתחזק עם בתו. שהיא נינתו של המתרגם". נבדקת נוספת, גרושה, שאותה הזכרנו, טענה במהלך אשפוזיה: "אני שרה. ומדברת בטלפון עם דוד המלך. יש לי קשר עם אלוקים והוא מדבר מתוכי". נבדקת אחרת דיברה עם המתים ועם רב גדול, שהיה סבה, ושהזהיר אותה משכן שרוצה להרוג אותה. אחד הנבדקים תיאר בפרוט את התהליך, שהביאו למחשבה שהוא אליהו הנביא, והרופא המטפל בו הוא אלוקים: "זה התחיל במחשבות לא נכונות. תדמית עצמית מסויימת, דימוי עצמי שלא הייתי רגיל אליו, מחשבות משיחיות. אני לא זוכר בדיוק, ולא רוצה לזכור מה זה היה, אבל הייתי חלק מהחגיגה הזאת — אליהו הנביא, לא זוכר בדיוק. המשבר היה קשור גם בדת. הקפדתי על התפילות, חיפשתי הנאה והתעלות כתפילות. לחשוב על מה שאני אומר כשאני מדבר עם אלוהים, וכאילו שיש לי תשובה ממנו. זה היה בשלב הבלבול. הלימודים הפכו כמעט לא חשובים. כמה שנים קודם למדתי מאד טוב. צברתי ידע וצירפתי לתפילות פירושים, דברים לא נכונים. אין לי דוגמא ספציפית, הרעיון מובן. זה כמו שיכול לקרות בחיי יום יום, אני אומר משהו, הוא יכול להבין מה שנוח לו, לא מפרש נכון. זה כמו שרואה בחזרה, הרבה מקרי אונס יש בגלל שלא מפרשים נכון. אני לא מדבר על בחזרה שמגרה אותו בצורה חוצפנית, אלא על מקרה שבתורה עושה תנועה כיד לפי תומה, או מבט, ומפרש את זה ככוונות. לא זוכר ולא רוצה להזכר. יחסתי דברים אלי. כל פעולה שראיתי ביום יום, חשכתי שזה רמז בשבילי, שזה נעשה בשבילי. זכור לי נושא הרמזים, בזה שקעתי חזק מאד. הרמזים זה היה לאורך כל הדרך. אני זוכר דוגמה: בתקופה שלקזחתי כבר כדורים, ביקרתי לפעמים בישיבה. ירדתי מהאוטובוס והתחלתי לפסוע לישיבה. השתובבו לפני שני כלבים, פירשתי אימרה 'כלבים משחקים בעיר, אליהו הנביא בא לעיר'. זה חיזק את העמדה שאני אליהו הנביא. אגיד לך הרהור מהביקור הראשון אצל הרופא. חשבתי שאני נפגש עם אלוקים, כי כתוב: 'לא ידאני האדם וחי', משהו עם האלוהות הולך להיות פה, או אני אלוהים, או הוא. משהו התבלבל לי. לא ראיתי אותו, הכוונה, לא הסתכלתי עליו. הייתי עם הראש מורכן, ועיניים סגורות, וכשדיבר חשבתי שהאלוהים מדבר. בשבועות הללו לא ידעתי מה קורה איתי. הייתי יוצא לרחוב, היתה אז בדיוק הכנסיה של 'אגודת ישראל' בנייני האומה. היו הרצאות ונאומים, והייתי מסתובב שם, והרגשתי שיש לי חלק פעיל בזה".

נראה שעושר הדמויות והסמלים הדתיים שבאו לביטוי בדברי הנבדקים אינו מקרי. ניתן לראות בהם כמו

בגילויים ההתנהגותיים ביטוי לקונפליקטים פנימיים של הנבדקים, ונדגים זאת להלן.

אחד הנבדקים הסובל מרגשי אשם כבדים יחסו לאביו, אך בעיקר סביב משיכתו לגברים, סיפר במהלך הראיון: "אני מפחד שכשהמשיח יבוא אני איהרג. כתוב בתורה: 'את רוח הטומאה אעביר מן הארץ'. בזמן האחרון אני חושב שאני גלגול של ישו. ישו היה יהודי. כתוב בתנ"ך: 'זנקדשתי בך גוג לעיני העמים', שהקדוש כרוך הוא יתקדש על ידי שייפרע ממנו. גוג בגימטריה זה 12, וזה רמז לשבטי ישראל, ומרמז שיהיה יהודי. גוג ומנוג זה 70, שבעים אומות שיבואו על ירושלים למלחמה. לאחרונה פתחתי הרבה תנ"ך וגמרא על זה, וזה הביא לי מצב רוח לא טוב. אני רוצה לדעת מה יהיה איתי. כתוב בגמרא שהפרסים יבואו פה לארץ, וילכדו את ירושלים לתשעה חודשים. אני לא יודע מתי צריך להתגלות שאני ישו. היתה לי התגלות נבואית. דיברתי עם אלוקים. אני מאמין שהגעתי למצב של בלעם. אני חושב שאני עוסק בכשפים יש לי הכח של בלעם. בלעם כוחו היה בפה ובעיניו". נבדק זה, במחשבותיו האפוקליפטיות דואה את עצמו גלגול של ישו ובלעם, דמויות הצפויות לעונש באחרית הימים, ודמויות שגרמו או רצו לגרום נזק רב לעם ישראל. ראייה זו תואמת את הדימוי העצמי הירוד שלו, ואת ספקותיו בדבר זכותו להיות חלק מעם ישראל עקב 'חטאיר' יחסו לאביו ונטיותיו המיניות.

נבדק אחר, שסבל מדחפים מיניים חזקים, פיתח מחשבות גדולות, מחשבות על תיקון עולם, על היותו המשיח. הוא טען שמלאך מדבר מפיו ושינה את שמו למשה. כל הסמלים שבחר בהם נועדו כנראה לשמש אותו במלחמתו ביצר. נבדקת אחרת, שאשפזה הראשון היה בגיל ההתבגרות, טענה: "היא דבורה הנביאה, קבלה תפקיד של אליהו הנביא, להשיב לב אבות על בנים ולב בנים על אבותם. צרחה על גיוס בנות, צניעות, ותפקיד האשה בישראל". אותה נבדקת שמה כשם הנביאה שטענה שמדברת מגרונה. נבדקת נוספת, אשר לה קונפליקטים רבים סביב חיי האישות עם בעלה וסביב חובותיה כאשה חרדית, החצינה את הקונפליקט והטילה את הצד הקונפורמי שלו על רבנית. היא סיפרה: "הרבנית שלי נותנת לי פקודות שככה אנקה (לשבת ולפסח). היא מסתכלת עלי מהבית שלה, היא לא גרה קרוב. היא גרה בשכונה אחרת. אבל היא עושה לי פקודות. מכריחה אותי לחיות עם בעלי ולעשות, ואחר כך שיהיו לי ילדים". נבדק אחר בקונפליקט סביב עישון בשבת, אמר במהלך האשפוז: "אלוקים מדבר אלי, ואומר לי שמותר לי לעשן בשבת". אותו נבדק שהעיד על עצמו שהיה בעבר עילוי, חושב שהוא המשיח, נושא את הסבל של עם ישראל על כתפיו, ואומר: "הלוואי ויכולתי להשתחרר ממחשבות אלה ולהיות סתם בן אדם". נבדק אחר, שבמשך תקופה ארוכה הזניח את משפחתו ואף היכה את אשתו, גייס רב גדול לעזרתו בטענה שהלה נותן לו הוראות להשתולל.

אשתו של אותו נבדק תיארה את הסחפותה אחרי הדמיונות של בעלה, ואת פעולותיה בעקבות זאת, שיש בהם הרבה מן הסימבוליקה הדתית. היא אמרה: "היו לי כל מיני מחשבות שאני מדברת עם אלוקים, ושהנה יש תחיית המתים. כשהסתכלתי על החלוק שחלה, חשבתי שהנה המשיח בא ואז הלכתי לדבי מקרלין והייתי לגמרי מבלבלת והביאו רופא. אני לא לקחתי את התרופות... הייתי נורא מבלבלת ורצתי למיקווה, והיו שם כל מיני אנשים שחשבתי שהן רוצות לכשף אותי, אז כל הזמן פתחתי את המים, כי המים מגרשים את הכישוף. גם שם חשבתי שיש תחיית המתים, והמשיח בא, ונורא פחדתי. כשרציתי לצאת היה שם איש אחד, שתפס אותי ורצה לחנוק אותי. בסוף הוא אמר לי שיש לי לחיות עד שאחתן את הילדים שלי. ואז נורא צעקתי, ובא החבר של בעלי, ואמר שהוא יקח אותי אליו הביתה, והוא לקח אותי לגיורת הזאת שאמרתי לך, שגם היא, אני חושבת, כישפה אותי. היא עשתה כל מיני דברים. היא שמה מטפחות והורידה מטפחות, ואני חשבתי שהיא מכשפת אותי, ונורא צעקתי, ופחדתי שהיא רוצה

להרוג אותי, ולעשות משהו עם הפנים שלי. היה לה שם פסל אחד כמו באיזה סיפור שקראתי, וגם חשבתי שאני בקלויסטר, וחשתי שהיא ערבייה, ובגלל זה אחר כך פחדתי מכל הערבים. ובגלל זה שהיא ערבייה גם חשבתי שהיא מכשפת. אז כשהבת שלה פיזרה אוכל מתוך לבית, אני חושבת שהיא פיזרה אוכל לציפורים, קפצתי משם, מקומה שנייה, ואז לקחו אותי לבית חולים. כשבעלי התחיל להיות חולה, ולדבר שטויות, אז גם אני נעשיתי חולה. בהתחלה האמנתי לו שאלוהים דיבר אליו, וחשבתי שהוא קדוש, אז גם אני התחלתי לחשוב את כל הדברים האלה".

לסיכום, כבר הרגשנו במבוא, שחוקרים רבים טוענים כי תמונות קליניות שונות אינן מהוות בהכרח מחלות שונות, אלא ביטוי לכוחה של התרבות בעיצוב הפרעות נפשיות. מצאנו בקרב רבים מן הנבדקים גילויים דתיים במחלה. גילויים אלה באו לביטוי ברמה ההתנהגותית בהקפדה או בהזנחה של מצוות הדת, וברמה המחשבתית בהתייחסות לרמויות מן המיתולוגיה הדתית. מצאנו יותר גילויים של הזנחה דתית בהשוואה לגילויי הקצנה דתית. נראה לנו, שלאדם הסובל מהפרעה נפשית, קל יותר להזניח את קיום המצוות מאשר להקפיד בשמירתן. כמו כן גילויי ההזנחה הדתית הנם פונקציונאליים יותר מגילויי ההקצנה הדתית בשל בולטותם, עבור האדם החרדי הרוצה להצביע על מצוקתו.

מצאנו יותר גברים מנשים שהגילויים הדתיים במחלתם באו לביטוי בהתנהגות, ויותר נשים מגברים שהגילויים הדתיים במחלתם באו לביטוי במחשבה. נראה לנו, שממצא זה הינו תוצאה של הציפיות השונות בתחום הפולחן הדתי ביחס לגברים ונשים. יחד עם זאת, ריבוי הנשים אשר חוו גילויים דתיים מחשבתיים במחלה, מלמדת על כך שהן מעוגנות היטב בסימבוליקה התרבותית. מאחר ולא מצאנו גילויים אלה בשכיחות גבוהה יותר בקרב קבוצת הנבדקים נעדרו היציבות בזהותם החרדית, נראה לנו שלא ניתן לראות בגילויים אלה קונפליקטים דתיים גרידא. הצגנו מגוון עשיר של גילויים דתיים במחלה, והראינו שהם אינם מקריים, וכיצד הסימבוליקה הדתית מקבלת משמעות אדיוסינקרטית, ומאפשרת ביטוי אישי של קונפליקטים פנימיים, באמצעות המערכת התרבותית סימלית שבה הפרט חי ופועל.

דיון

במהלך הצגת התוצאות התייחסנו לחלק מהממצאים ואף ניסינו להסבירם. בשל ריבוי הממצאים ברצוננו להתייחס עתה לתוצאות בהיבט רחב וכולל יותר. נתייחס לחומר בשלוש רמות: הפרט-החולה, הפרט כחבר בקהילה, והמחלה כביטוי תרבותי.

החולה

במבוא דנו בשאלת הקשר שבין חולי נפשי ותרבות, והבאנו שתי גישות סותרות. האחת טוענת, שתפוצתן של מחלות-נפש שונה בתרבויות שונות, והשניה גודסת שמחלות הן תופעה אוניברסלית החוצה גבולות תרבות. ניסינו ליישב ממצאי מחקרים המורים על תפוצה שונה של מחלות-נפש ותמונות קליניות יחודיות, באמצעות גישת היחסיות התרבותית (BENEDICTI 1934, 1960). הצגת החומר על גילויי ההפרעות הנפשיות, ההסברים הניתנים להן, הטיפול וההתייחסות אליהן – חידדו את הטיעון בדבר כוחה של התרבות בעיצוב הפרעות נפשיות. הצגנו את הגישה האנטיפסיכיאטרית בדוננו בהתייחסות החברתית למחלות נפש (BECKER 1963, GOFFMAN 1961, 1963, 1967, 1973, LEMERT 1951, 1967, SZASZ 1967 ואחרים).

קיים דמיון בהשקפה על מהות האדם ויחסי הגומלין שלו עם סביבתו בגישה הדוגלת ביחסיות תרבותית ובגישה האנטיפסיכיאטרית. בגישות אלה יש מקום לספק בדבר מהותה של ההפרעה הנפשית; כלומר, האם התופעה הנצפית הינה הפרעה נפשית טבועה בעלת בסיס אוניברסלי או הפרה של הנורמות המקובלות בחברה נתונה.

שאלה זו הנחתה אותנו בנסיוננו להשליט סדר בממצאים השונים והמגוונים המתייחסים לנבדקים. על כן, נמנענו מלייחס את אפיוני הנבדקים והתנהגויותיהם רק למצב החולי, אלא נטינו לנתחם גם במונחים של קונפורמיות בהקשר החברתי-תרבותי של החברה החרדית.

תחילה נעסוק באפיוני הנבדקים, העולים בקנה אחד עם דפוסי ההתנהגות המקובלים בחברה החרדית. מצאנו בקרב הנבדקים מיעוט של ביטויים שליליים כלפי ההורים, וכן כי קרוב לשני שלישי מהנבדקים הלא נשואים התגוררו עם הוריהם. עובדות אלה, בהתחשב במצב החולי של הנבדקים, מבלטות את הממצאים שנסקרו במבוא בדבר היעדר משבר דורות בחברה החרדית. תחומי הבעיות הדומיננטיים, מהם סבלו הנבדקים בילדות, הם לימודים וחברה. הלימוד הינו יעד מרכזי בחברה החרדית, ומסגרת הלימודים האינטנסיבית מטילה משקל רב על הקבוצה החברתית.

כשמתייחסים למחזור החיים עולה שמרבית הנבדקים הכירו את בני זוגם בדרך מקובלת של שידוך. גיל הנישואים של הנבדקות היה גבוה רק במעט מגיל הנישואין המקובל בחברתן. הדגשנו את הקונפורמיות של הנבדקות ביתס למצב המשפחתי הרצוי. כולן, להוציא אחת, נישאו והגרשויות והפרודות הביעו מורת רוח רבה ממצבן המשפחתי. בקרב הנשואות, למרות ריבוי התלונות על היחסים עם בן הזוג, אפשרות של גרושין לא הועלתה מפי אף אחת מהן. רצונן של רוב הנבדקות היה להמשיך וללדת, למרות תפקוד אמהי לקוי של חלק מהן, נראה לנו אף הוא ביטוי להפנמת הנורמות המקובלות בחברה החרדית. ילדי הנבדקים הרבו לעזור להוריהם החולים, דפוס זה מקובל בחברה החרדית כולה וקשור בשעורי הילודה הגבוהים ובסוציאליזציה מוקדמת

לתפקיד ההורי המסורתי. היעדר קומוניקציה בין הנבדקים לילדיהם אודות המחלה, גם הוא עולה בקנה אחד עם העובדה שבחברה זו רבים נושאי הטאבו, והגבולות הבין דוריים ברורים ונשמרים בקפדנות. בני הזוג של הנבדקות מיעטו לסייע להן בעבודות הבית, והנבדקים הגברים מיעטו ליטול חלק בעבודות הבית, למרות מיעוט התחייבויותיהם מחוץ למסגרת המשפחתית. היו נבדקות שבעליהן היו מעורבים בהפנייתן לטיפול נפשי, ומצב הפוך לא מצאנו. נראה לנו שממצאים אלה משקפים את חלוקת התפקידים במשפחה החרדית, ואת חובת האשה לקבל לגיטימציה מבן זוגה למגע עם העולם החיצון.

מועד פריצת המחלה מבחינת מחזור החיים הוא מוקדם יותר בין הנבדקים לעומת הנבדקות, וניתן להבינו על רקע הלחצים השונים הפועלים על הנערה הגבר החרדי, לעומת הנערה האשה החרדית (GOSHEN-GOTTSTEIN, 1987). הלחץ סביב הישגים בלימודים, והאקטיביות הנדרשת מן הגבר לקראת נישואיו, גורמים לשכיחות הופעת בעיות נפשיות בשלב זה. בעוד שהשינוי המהותי בחיי האשה החרדית מתחולל עם נישואיה והיותה אם, כפי שגם הודגש במבוא, וגורמים לשכיחות בהופעת בעיות נפשיות אצלן בשלב זה.

למעלה ממחצית הנבדקים שהיו עסוקים במתן הסברים למחלתם, הביאו הסברים הקשורים לעולם התוכן הדתי. הסברים אלה ביטאו את הרצון לפתור קונפליקט שהתעורר בקרבם סביב סבלם מחד גיסא ואמונתם הדתית מאידך גיסא.

מצאנו שכשלושה רבעים מהנבדקים המשולבים במפעלי שיקום, נמצאים במפעלי שיקום חרדיים, ורוב המעסיקים של הנבדקים הם חרדיים. ממצא זה הולם את מגמת הבדלנות של האוכלוסיה החרדית.

בצד ממצאים אלה, המתארים את התחומים בהם התנהגו הנבדקים בהתאם למקובל בחברתם, מצאנו ממצאים רבים המבליטים את חריגותם של הנבדקים בהקשר התרבותי של חברתם.

הממצא המדגים זאת באופן הבולט ביותר הוא ששליש מן הנבדקים דיווחו על היעדר יציבות בזהותם החרדית. בקבוצה זו בלט שעורם הגבוה של הגברים בהשוואה לנשים. רוב הנבדקים התקשו בהגדרת שייכות ספציפית בקהילתם, אך הצליחו לאפיין את שייכות הוריהם ביתר הצלחה מאשר את שייכותם שלהם. על כן ניתן לומר שחל כרסום בהגדרת שייכות הנבדקים בהשוואה להוריהם. במבוא תארנו את הפילוג בחברה החרדית, אך בצידו את חשיבות ההשתייכות לפלג מסויים בקהילה.

משפחות המוצא של הנבדקים בולטות במטען כבד יחסית של בעיות נפשיות ורגשיות. היסטוריית הלימודים של הנבדקים, בעיקר הגברים, דלה – בהתחשב במקובל בחברה החרדית. קרוב לשליש מן הנבדקים, כולם גברים להוציא אשה אחת, לא שודכו כלל, למרות שהגיעו לגיל המקובל לשידוך. גיל נישואי הגברים היה גבוה מהמקובל בחברתם. במצבם המשפחתי בולטים הנבדקים בחריגותם. מצאנו שעודי גירושין ומצבי פירוד גבוהים בקרב הנבדקים כולם, וריבוי רווקים בקרב הגברים. קשה לייחס ממצא זה רק לבעיותיהם הנפשיות של הנבדקים, משום שמצאנו שרבים מן הנבדקים ששודכו, חלו עוד בטרם השידוך, ובכל זאת שודכו. הצבענו על כך שכנושא הקמת המשפחה היו הנשים יותר קונפורמיות מהגברים, והעלינו את ההשערה שבחברה החרדית הקמת המשפחה חשובה יותר מיציבותה.

רק למעלה משליש מהנבדקות הנשואות דיווחו על שביעות רצון מיחסיהן עם בן זוגן. ממצא זה עומד בסתירה לתאוריהם של כ"ץ (תשי"ח), ברנשטיין (1985), GOSHEN-GOTTSTEIN (1966, 1984) ואחרים, ביחס לציפיות הרגשיות הנמוכות של נשים חרדיות מבן זוגן. ניתן להסביר ממצא זה בכך שצרכי התלות של הנבדקות התעצמו

בשל מחלתן, ותמיכת הבעלים וחיבתם ירדה. אך יתכן גם שהחשפותן במהלך הטיפול לסגנונות אחרים של יחסים זוגיים, עוררה אצלן ציפיות בלתי מקובלות בחברתן מיחסי הנישואין. התעניינות זו בדפוסי חיים שונים משלהן באה לביטוי גם במהלך הראיונות עימן, והן, כאמור, הירבו לשאול אותי שאלות אישיות. שעורי הילודה בקרב הנבדקים היו נמוכים, וראוי להדגיש שחלק מהם נענו, תוך התייעצות עם רבנים, לעצת הרופאים לפקח על הילודה. הצבענו על כך שחלק מילדי הנבדקים הוצאו מהבית והושמו במוסדות או במשפחות אומנות. יציאת נערים חרדים מבית ההורים, לשם לימודים, מקובלת בחברה החרדית, אך אין זה כך כשמדובר בהוצאת בנות וילדים לפני גיל ההתבגרות.

בהתייחס לתפקוד ולמצב הנבדקים בעת ביצוע המחקר, מצאנו ממצאים נוספים המבליטים את חריגות הנבדקים. קרוב לחמישית מן הנבדקים התגוררו בגפם. תופעה זו רווחה יותר בקרב הגברים מאשר בקרב הנשים, למרות שמקובל להניח שאחזקת משק בית קלה יותר לאשה מאשר לאיש. יתכן וממצא זה קשור גם בריבוי הגברים נעדרי משפחה גרעינית בהשוואה לנשים.

פחות מחמישית מן הנבדקים דיווחו על שייכותם לבית כנסת קבוע. רק לשליש מן הנבדקים היה קשר עם רבנים, שברוב המקרים היה רופף ביותר. מצאנו שחלק מהנבדקים נמנעים מללכת לשמחות – תופעה השכיחה יותר בקרב הגברים מאשר בקרב הנשים. למרות ההגדרה הרחבה שנתנו ללימודים בעת ביצוע המחקר, רק מחצית מן הגברים דיווחו על לימודים כלשהם.

חלק מהנבדקים הביעו ביקורת על החברה החרדית. למעלה משישית מהנבדקים, בתגובה לשאלה על יחס החברה החרדית לחוללי-נפש, השוו את קהילתם לחברה החילונית. לחלקם נראה שלחולה נפש חילוני קל יותר מלחולה הנפש החרדי, או שאין כל הבדל ביניהם. היו נבדקים שהביעו ביקורת על אופן מיסוד קשר הנישואין ועל הלחץ להינשא. אחרים ביקרו את הלחצים הלימודיים והמוסריים במוסדות הלימוד החרדיים.

מחצית מן הנבדקים נעזרו, בשלב זה או אחר של מחלתם ברפואה עממית ודתית, מה שמעיד על שכחותה ומקובלותה של שיטת ריפוי זו. אך מחצית מן המשתמשים בסוג רפואה זה, הביעו בדיעבד שאט נפש וביקורת על דרך ריפוי זו. יתכן וביקורת זו נובעת מכך שסוג ריפוי זה נכשל בעליל, שכן הם נאלצו להשתמש בטיפול רפואי מקובל.

43.4% מהנבדקים שהתייחסו לשאלת האמונה והמחלה, שללו, או היו אמביוולנטיים לגבי האמונה כמשאב המסייע בהתמודדות עם מצוקתם הנפשית. שעור הגברים בקבוצה זו היה גבוה משעור הנשים. בגילויים ההתנהגותיים במחלה היו יותר גילויי הזנחה דתית מאשר גילויי הקצנה דתית, ושעור הגברים בקבוצה זו היה גבוה משעור הנשים.

חלק מהנבדקים באו במגע עם שירותים ממלכתיים למרות מגמת הבדלנות המקובלת בחברה החרדית. למעלה מרבע מהנבדקים לא למדו לאורך כל שנות לימודיהם במסגרת החינוך העצמאי, תופעה שבלטה יותר בקרב הגברים מאשר בקרב הנשים. למעלה מרבע מהגברים התגיסו לצה"ל. כחמישית מהנבדקים עשו נסיונות שיקום במסגרות שאינן חרדיות או דתיות. למעלה ממחצית הנבדקים הגיעו תחילה לטיפול נפשי במסגרות ציבוריות; בולט שעורם הגבוה של הגברים בקבוצה זו. ידוע לנו שלמעלה מ-80% מהנבדקים, ויתכן ששעורם אף גבוה יותר, פנו לשירותים ממלכתיים לשם קבלת עזרה חומרית.

מהתאור שהוצג לעיל עולה, שחלק מהנבדקים התירו לעצמם להתבטא ולהתנהג באופן לא-קונפורמי ביחס

לחברתם. ניתן לומר שנבדקים אלה מרדו במובן מסויים בנורמות של חברתם. תאור זה של הנבדקים מההיבט של קונפורמיות ואיקונופורמיות, מעורר את השאלה כיצד ניתן להבין התנהגויות אלה.

נראה לנו, שלא ניתן להסביר את כל גילויי חוסר הקונפורמיות במצב החולי, אלא שהחולי נותן לנבדקים לגיטימציה להציץ לעולם החילוני האסור, ולא להיפגע, קרי לא להפלט מן העולם החרדי.

העובדה ששליש מן הנבדקים דיווחו על היעדר יציבות בזהות החרדית, מורה על כך שנבדקים רבים מתלבטים בשאלות של שייכות ואמונה. התלבטויות אלה עלו, כאמור, בקרב נבדקים נוספים גם בהקשר לנושאים אחרים. ניתן לומר שהתלבטויות אלה הן ביטוי לחוסר האינטגרציה של האישיות, אך אי אפשר להתעלם מכך שהמחלה היוותה עבור חלק מהנבדקים הזדמנות לאקספרימנטציה עם העולם החילוני, וחשפה רבים מהם לעולם זה באינטנסיביות רבה. אין ספק שמצב זה תקף באופן מיוחד ביחס לנבדקים ששרתו בצה"ל.

מהחומר שהבאנו בפרק התוצאות עלה שנבדקים רבים גילו בקיאות בנעשה בתחומים רבים של חברה החילונית, ואף דיווחו על פעילויות הנחשבות לחריגות בחברה החרדית. הדגשנו שאכזבתן של חלק מהנבדקות מיחסייהן עם בני זוגן ניתנת להבנה גם כתוצאה מחשיפתן לחברה שאינה חרדית.

את העובדה שלמרובית הנבדקים לא היה בית כנסת קבוע קשה ליחס רק למצב החולי, שכן חלק מהנבדקים דיווחו על ביקורים תכופים יחסית בבתי כנסת שונים. מצב זה, של היעדר שייכות לבית כנסת משחרר את הפרט מפקוח חברתי הדוק, ומקל על הבחירה מתי ליטול חלק בטכסים דתיים ומתי להמנע מהם. ניתן להסביר באופן דומה את מיעוט הקשרים של הנבדקים עם רבנים. חלק מהנבדקים שהתגוררו בגפם ראו בצורת מגורים זו דרך נוחה להמנע מפקוח חברתי של בני משפחה, חלקם אף סיפרו שברשותם מקלטי טלוויזיה, סיפרות לא מקובלת, ועוד.

ציינו גם שאת שעורי הרווקות הגבוהים בקרב הגברים לא ניתן להסביר רק על רקע מחלתם. ואכן חלק מהנבדקים שאינם נשואים הביעו השלמה עם מצבם. השאלה עד כמה ניתן בחברה החרדית להמנע מנישואין או לדחותם ללא סיבה 'טובה מספיק' (כגון: מחלת-נפש).

נראה לנו שניתוח זה של חריגות חלק מהנבדקים, מצביע על כך שלא ניתן לייחסה רק למצב החולי, אלא יש לראות בה ביטוי לאיקונופורמיות ולנסיון למרוד. מרד זה מאפשר לנבדקים לחיות על קו התפר שבין החברה החרדית והחילונית מבלי להפלט מן החברה החרדית.

מתאור התנהגותם של הנבדקים על רצף של קונפורמיות, בולט שעור גבוה ומגוון רב של דפוסי אי-קונפורמיות בקרב הנבדקים הגברים בהשוואה לנבדקות. נשאלת השאלה כיצד ניתן להסביר ממצא זה. LEVAV & ABRAMSON (1984) מצאו שנשים דתיות מצויות בלחץ רגשי פחות מנשים חילוניות, בעוד שבקרב הגברים לא נמצא הבדל דומה. ניתן להסיק ממצא זה שהדתיות מסייעת לנשים, אך לא לגברים, בהתמודדותם עם לתצים נפשיים. נראה לנו שממצא זה לא יכול לשמש הסבר מספק לשעורן הנמוך של הנשים, משום שהוא עוסק בדתיים ולא בחרדים, ומודד מרכיב אחד מכלל המרכיבים המשפיעים על בריאות נפשית. כמו כן ציטטנו מחקרים שונים במבוא, מהם עלה שלא ניתן לומר שדתיות תורמת להסתגלות טובה יותר, וגם אם היה נטען כך, עדיין בעינה עומדת שאלת היחס בין גברים ונשים במחקר זה.

כבר ציינו שבחברה החרדית שונים דפוסי הסוציאליזציה של בנים ובנות. שונות זו נעוצה בתפקידים השונים המיועדים לגבר ולאשה החרדים. עם הגיע הנער החרדי לגיל 13 הוא נכנס לעול מצוות של עשה ולא תעשה, בעוד

שהנעדרות פטורות ממרבית המצוות המעשיות. כמו כן מצפים מהנער החרדי שיתמיד בלימודיו ויצטיין בהם, כדי שבעתיד יוכל להגשים את עצמו בדרך המקובלת והמועדפת בחברה החרדית, כלומר, להיות ראוי להמנות על חברת הלומדים. המשימות המוטלות על הנערה הן דרשוניות פחות וגמישות יותר, לפחות עד היותה לאם. גם אז מבחנה העיקרי הוא בין כתלי ביתה, והיא חשופה פחות לביקורת ולפקוח חברתי. כלומר, הלחץ הרב והפקוח החברתי המופעלים על הגבר החרדי, חושפים אותו למעידות נורמטיביות רבות יותר. נראה לנו שמצב זה מסביד את ריבוי ומגוון גילויי חוסר הקונפורמיות בקרב הנבדקים הגברים בהשוואה לנבדקות.

במבוא עמדנו על כך שבארץ ובעולם מצביעים המחקרים על כך שנשים מטופלות בשיעורים גבוהים יותר מגברים. במחקרם של EATON & WEIL (1955) שחקרו את אוכלוסיית הקטוריסים נמצא יחס של שעורי הפרעות נפשיות 0.77 גברים ל-1 נשים. במחקר זה מצאנו שיעור נמוך של נבדקות בהשוואה לשיעור הנבדקים, ניסינו לתת הסברים שונים לממצא זה. הצבענו גם על כך שלוא היינו מצליחים לראיין את כל הפונים החרדים הנמנים על מרפאות המעקב, היה הפער אף גדול יותר.

יתכן וניתן למצוא קשר בין ממצא זה לממצא בדבר ריבוי הגילויים של איקונפורמיות בקרב הגברים בהשוואה לנשים. יתכן והלחצים בהם נתונים הגברים החרדים מעודדים אותם להתנהגות לא נורמטיבית, שכתוצאה ממנה רבים שעורי הפנייתם (ניסוח זה, בגוף פעיל, משקף את מציאות הפנייה של רוב רובם של הנבדקים) לטיפול נפשי משל הנשים.

כלומר, יתכן שאחדים מגילויי החולי של חלק מהנבדקים אינם רק ביטוי למחלה עצמה אלא גם ביטוי לאי-הקונפורמיות שלהם ביחס לנורמות שמציבה חברתם. נראה שחלקם מתלבטים בין כמיהתם לאינדיבידואליות, לבין האפשרות להמשיך ולהיות חברים בקהילה החרדית. חיזוק מסויים למסקנה זו קיבלנו במהלך המחקר עצמו, כאשר נוכחנו שהנבדקים נעדי היציבות בזהותם החרדית היו אלה שאיתם הצלחנו לבצע ראיונות מלאים בשעור גבוה יותר מאשר עם שאר הנבדקים. יחד עם זאת, אין לשכוח כי נבדקים אלה גם משלמים מחיר כבד במחלתם ובסבל הנגרם להם בגינה.

הקהילה

מהתאור שהוצג לעיל עולה, שחלק מהנבדקים התירו לעצמם להתבטא ולהתנהג באופן לא-קונפורמי ביחס לחברתם.

במבוא הוצגה החברה החרדית כחברה שמרנית, הדוגלת בבדלנות, שנהוג בה פקוח חברתי, והיא מגיבה בסנקציות על הפרת נורמות. נשאלת איפוא השאלה: כיצד מתיישרים גילויי חוסר הקונפורמיות של הנבדקים עם מגמות אלה של החברה החרדית, ומדוע מסירה החברה החרדית את רסן הפקוח החברתי מנבדקים אלה. הנבדקים הנון קונפורמיסטים למרות היותה כאלה, אינם מתירים לעצמם מרד מוחלט, וזאת משום שהאוטונומיה שלהם מוגבלת כתוצאה ממצבם הנפשי, ו/או שהם אמביוולנטים ביחסם לחברה החרדית. כלומר, הם אינם נחושים בדעתם ואינם חזקים דיים לחצות את הקווים ולנטוש את המסגרת החרדית. לכן הרחקתם לא תצליח. ממחקרים שהובאו במבוא (FRIEDMAN 1975, שנלר תשל"ז, פרידמן תשל"ח, שלהב ופרידמן 1985 ואחרים) עלה, שהחברה החרדית מתירה בקיעים באורחות חייה, כשאלה נועדו לשמר את אורח החיים החרדי. כלומר,

הסרת הפקוח החברתי מאלה הסובלים מהפרעות נפשיות הינה פונקציונאלית לחברה. החברה החרדית מתייחסת להפרה זו של הנורמות כאל ביטוי של המחלה. השאלה היא האם עמדה זו הינה ביטוי לסובלנותה או גם ביטוי לזיכרון מסויים על נבדקים אלו. להלן ננסה להשיב על שאלה זו, ולאפיין את דפוסי ההתמודדות של הקהילה החרדית עם חבריה הסובלים מהפרעות נפשיות.

במחקר זה מצאנו ממצאים רבים המעידים על הנטייה להמנע או לרחות את הפנייה לטיפול נפשי ולטיפול ציבורי בפרט.

מרבית הנבדקים דיווחו על בעיות שונות בילדות, אך רק מעטים היו בילדותם בקשר עם שירותים טיפוליים לסוגיהם. כבר טענו שיתכן ותלונות אלו הן ביטוי לאימוץ 'חשיבה פסיכולוגית' על ידי הנבדקים. יחד עם זאת קשה ליחס ריבוי כזה של תאורים רק להסבר זה.

חלק מהנבדקים פנו לשירותי רפואה פרטיים, ועממיים-דתיים קודם לפנייתם לשירותי הרפואה הציבוריים. אין בידינו מידע על מסלול הפנייה באוכלוסיה אחרת, אך בהתחשב במצב הכלכלי של מרבית הנבדקים נראה לנו שנעשה מאמץ ניכר למנוע את הפנייה לשירות הציבורי. העובדה שמרבית המעברים מהרפואה הפרטית והעממית-דתית התרחשו בעת שהתעורר צורך באשפוז, מלמדת אף היא על נטייה להמנע או לרחות, כל עוד אפשר, את הפנייה לשירותי בריאות נפש ציבוריים. רוב הנבדקים שהשתמשו בשירותי הרפואה הפרטית, לא ציינו שבחירת סוג הטיפול הזה נבעה משיקולים של עדיפות הטיפול הפרטי על הציבורי. שלשה רבעים מהנבדקים, קשרו את הקשר הראשוני שלהם עם שירותי הרפואה הציבורית באשפוז; זהו שעור גבוה, שיתכן והוא מעיד על השהיית הפנייה לטיפול. אשור מסויים למגמה זו בא לביטוי בעובדה, שהנבדקים שהופנו לטיפול על ידי גורמים בקהילה, הופנו רק לאחר שהתנהגו באופן חריג, שלא היה ניתן להתעלם ממנו. כלומר, הפרו נורמות התנהגותיות ודתיות בפומבי.

ממצאים אלו תואמים את ממצאיה של GOSHEN-GOTTSTEIN (1987), הטוענת שבחברה החרדית פונים לטיפול נפשי רק כאשר קיימת בעיה נפשית חריפה.

הממצאים מעוררים את השאלה מדוע קיימת רתיעה כזו מפנייה לטיפול נפשי בחברה החרדית. ניתן היה לחשוב, לאור החומר שהובא במבוא על יחס ההלכה לפסיכולוגיה, שהרתיעה נובעת מן התפיסה שקיימת סתירה בין הלכה לבין פסיכולוגיה (AMSEL, 1969, 1976, KLEIN, 1979). אך כפי שהדגשנו, יש הטוענים שאין בהכרח סתירה בין השתיים, וניתן לגשר ביניהן (SPERO, 1980, 1986). בחומר שהובא על ידי הנבדקים לא מצאנו אישור לכך שההמנעות מטיפול נפשי קשורה בשיקולים הלכתיים. יתרה מזאת נראה לנו שניתן להצביע על מגמה הפוכה. הראינו, שבמצבים שבהם היו לנבדקים קונפליקטים סביב שאלות הקשורות ברפואה והלכה, נטו הרבנים, ברוב המקרים, לצעוד יד ביד עם ההמלצות הרפואיות, ולתת היתרים בעינינים שונים, מתוך התחשבות במצבם של הנבדקים, לדוגמה: היתרים לשימוש באמצעי מניעה, היתרים בעיניני שמירת שבת וקיום מצוות אחרות.

כבר ציינו שרבים מהפונים לטיפול רפואי, כולל לטיפול נפשי, נועצים בדמויות בקהילה אותם כינינו 'מתווכים בעיני רפואה'. נראה לנו שלמתווכים אלו יש פונקציה כפולה. הם דואגים שהחולה יגיע לטיפול רפואי טוב, אך כשמדובר ברפואת הנפש, שיגיע גם למטפלים שלא ייצרו אצלו קונפליקטים בעיניני אמונה. מצאנו לכך אישור כאשר שוחחנו עם מספר מטפלים מקובלים בחברה החרדית. הסתבר כי בטרם הפכו לכתובת מקובלת לפנייות,

תהו על קנקנם גם בשאלת יחסם לחברה החרדית. תחילה הופנו אליהם פונים בודדים, אך משקיבלו 'הכשר', גבר זרם הפנייות אליהם. לפיכך, לא נראה ששיקולים הלכתיים הם המונעים את הפנייה לטיפול נפשי.

את הממצאים ההמצביעים על רתיעה מפנייה לטיפול נפשי, ניתן להסביר בנטייה, עליה עמדנו, למצות פתרונות פחות סטיגמטיים בטרם הפנייה לטיפול נפשי (CAPLAN, 1976, KLIENMAN, 1980, ANTONOVSKY, 1982 ואחרים). אך חומרת מצבם של הנבדקים בהגיעם לטיפול, שבאה בין השאר לביטוי בצורך לאשפז שיעור גבוה מביניהם, מעידה על כך שאי אפשר להסביר את הממצאים רק בהשגחה מקובלת של פנייה לטיפול נפשי. ניתן היה לחשוב שההמנעות מפנייה לטיפול נפשי ציבורי אצל הנבדקים, שלרבים מהם חולה-נפש נוסף במשפחה המצומצמת, ו/או המורחבת, הינה ביטוי לעגמת הנפש מהישגי הטיפול הפסיכיאטרי. אך ראוי להדגיש שבמהלך הקשר שלנו עם הנבדקים, הם הביעו רק לעיתים רחוקות תלונות על הטיפול שקיבלו במרפאה, ורבים אף הדגישו כי נעזרו בצוותי המעקב, למרות שנושא זה לא נחקר על ידינו באופן ישיר. כלומר, יש לחפש הסברים נוספים לרתיעה מפנייה לטיפול נפשי.

בחיפוש מענה לשאלה זו, של השהית הפנייה לטיפול נפשי, סייעה לנו רבות שיטת המחקר הפנומנולוגית שבה נקטנו. היא איפשרה לנו לשוב ולברר עם הנבדקים את הנושאים שעניינו אותנו, ולבקש מהם הבהרות ביחס לתגובותיהם, כשאלה לא היו ברורות או ניראו לנו חלקיות.

רוב הנבדקים הסבירו את ההמנעות מפנייה לטיפול נפשי בצורך וברצון להסתיר את מחלתם. כשלושה רבעים מהנבדקים שהגיבו לשאלת ההתייחסות החברתית אליהם דיברו על נושא הסתרת המחלה מהיבטים שונים. מצאנו שנושא הסתרת מחלת הנפש מנחה את הנבדקים בהתנהגויות נוספות ולא רק בפנייה לטיפול נפשי ציבורי. הסתבר לנו שמעגל האנשים היודעים על היות האדם חולה הוא מצומצם, וקיימת נטייה לחשוף את המחלה רק בפני אלה האמורים לסייע לנבדק. הופתענו למצוא שהיו נבדקים שהתגוררו בבית ההורים והסתירו את עובדת מחלתם ואשפוזם משאר האחים. אחרים הסתירו את מחלתם ואשפוזם מילדיהם, כולל ילדים בגיל ההתבגרות. מצב זה עומד בסתירה לממצאי מחקרם של YARROW, CLAUSEN & ROBBINS (1955), שמצאו שמתבגרים במשפחות בהן האב היה מאושפז, מעורבים ומסייעים לאם רבות בהתמודדות עם מחלתו של האב. רוב הנבדקים שסבלו מבעיות נפשיות טרם נישואיהם נטו להסתיר את עובדת היותם חולים מבן הזוג המיועד. אלה שטענו שלא הסתירו, נטו לצאת מתוך הנחה שבעיתם הנפשית היתה ידועה לבן הזוג המיועד ממקורות אחרים. תופעת אשפוזי הבית, שעליה עמדנו, נראית לנו כמשרתת בין השאר אותה מטרה. נבדקים רבים הביעו מצוקה וחשש שמצבם החריג מהמקובל בחברתם בנושאים כמו: לימודים, מצב משפחתי, ילודה ועוד, יחשוף את בעיותיהם הנפשיות. נראה לנו שהיעדר בית כנסת קבוע משרת בין השאר את נושא הסתרת המחלה.

מצאנו שקשר בעבר עם שירותים ציבוריים הקל את הפנייה לטיפול ציבורי. נראה לנו שממצא זה מעיד על כך שמי שעבר את מחסום ההסתרה פעם אחת, קל לו יותר לעוברו פעם נוספת. מתאודיהם של ZBOROWSKI & HERZOG (1955) על ההתייחסות למחלות כרוניות בעיירה, עולה דפוס דומה של הסתרה.

נראה לנו שהסיבה העיקרית להמנעות מפנייה לטיפול נפשי, ציבורי בפרט, קשורה בחשיפה המלווה פנייה זו. כלומר, מחלת נפש נתפסת כפגם חמור המשפיע על גורל היחיד ועל גורל בני משפחתו, בעיקר בכל הנוגע לסיכוי

להשיג שידוך ראוי. פגם זה נחשב לאחד החמורים ביותר, אם לא לחמור שבכולם, בשקילת ערכו של משודך פוטנציאלי. נראה גם שפגם זה 'נרשם' בקורות חייו של החבר בקהילה החרדית, והוא מלווה אותו ואף את בני משפחתו לכל אורך חייו.

מסקנה זו מעוררת שאלות רבות ביחס להתייחסות החברה החרדית לחולי-נפש.

כשסקרנו את יחסי הגומלין בין הדת ורפואת הנפש, הדגשנו את הקשר שבין תפיסות דתיות והתפתחות היחס לחולי-נפש. הצבענו על ההרעה שחלה בהתייחסות לחולי-נפש דווקא מתקופת הראנסאנס ואילך, וכיצד תפסו ה'משוגעים' את מקומם של המצורעים מבחינה מוסדית (FOUCAULT 1967). הבענו את הטענה שהרעה זו בהתייחסות – ניזונה מתפיסות דטרמיניסטייות שהושפעו בעיקר מהאתיקה הפרוטסטנטית (ROTENBERG 1975, 1978, תשמ"ג).

בשאלת יחס הפסיכולוגיה לדת, הבאנו את דעתו של FREUD (1913, 1927) המצביעה על הגילויים הדתיים כביטוי לפסיכופתולוגיה. אך בניגוד לכך הובאו דעותיהם של פרום (תשכ"ד), ALLPORT (1960) ואחרים שהבחינו בין דתות כופות השוללות את חירותו של הפרט, לבין דתות הומניות המדגישות את אחריותו של האדם למעשיו. גם בשאלת יחס ההלכה לפסיכולוגיה הדילמה המרכזית, שהועלתה על ידי כל העוסקים בנושא, התייחסה לשאלת הבחירה החופשית. AMSEL (1969, 1976) ו-KLEIN (1979) מדגישים את הסתירה שבין התפיסה היהודית המבוססת על בחירה חופשית לבין הפסיכולוגיה המבוססת על דטרמיניזם פסיכי. עיקר טענתם נגד הפסיכולוגיה נסבה סביב נושא זה. גם SPERO (1980, 1986) הטוען לאפשרות גישור בין ההלכה והפסיכולוגיה, עוסק רבות בנסיין ליישב סתירה זו, הן על ידי הדגשת היעדר הבחירה החופשית המוחלטת בהלכה, והן על ידי הדגשת היעדר דטרמיניזם מוחלט בפסיכולוגיה. ביקורת נוספת של הטוענים לקיומה של סתירה בין הלכה לפסיכולוגיה, עוסקות בהבדל ביניהן בשאלת מהות האדם ויחסי הגומלין בין היחיד והחברה.

רוטנברג (תש"ן) מצביע ומתאר את ההבדל המהותי הקיים בין תפיסת האדם היהודית-חסידית לבין זו המערבית. בתפיסה היהודית קיימים יחסי גומלין של צמצום והתפשטות בין הטוב והרע, והאדם נתון למחזוריות זו. לכן הירידה נתפסת כמצב זמני, ירידה לצורך עלייה. ביחסי הגומלין בין היחיד והחברה קיימת מערכת רב תגית אלתרצנטרית, המאפשרת יחסי גומלין הדדיים על פי הדגם של זבולון ויששכר. לדעתו אמורות תפיסות אלה להשפיע על יחס החברה לחבריה הכושלים, כמובן זה שמצב הירידה הינו דינאמי, וניתן לשוב ולהגיע לעלייה. ואכן, תארנו כיצד תרבויות מסורתיות, שתפיסתן את מהות האדם שונה מן התפיסה המערבית, מאפשרות מעברים ממצב חולי למצב בריא, כלומר, הן אינן דטרמיניסטייות (EATON & WEIL 1955, OZTURK 1964 ואחרים). כשדנו ביחס המקורות לחולי-נפש הדגשנו את הקידמה שבתפיסה ההלכתית האומרת: "פעמים שוטה ופעמים חולה-יכל זמן שהוא שוטה הריהו שוטה לכל דבר, חלים-הריהו כפיקח לכל דבר" (תוספתא, תרומות, א', ג'). הדברים שהובאו לעיל סביב נושא הסתרת המחלה, מורים על כך שמצב זה אינו ממומש בחברה החרדית. ממצא זה תואם את ממצאי מחקרם של LOMBROSO, TYANO & APTER (1976) שמצאו בקרב מתבגרים חסרי השכלה, בני עדות המזרח ודתיים, רתיעה רבה יותר ממגע אינטימי עם חולי-נפש מאשר בקרב מתבגרים אחרים.

תמיהות רבות מתעוררות לנוכח התפיסות ההלכתיות שהובאו לעיל בנושאי הבחירה החופשית, מהות האדם ויחסיו עם חברתו, לעומת התייחסות החברה החרדית לחולי הנפש, המשתקפת בהמנעות מפנייה לטיפול ובמאמצים נוספים הנעשים להסתרת המחלה. ניתן היה לצפות שהחברה החרדית, הדוגלת בבחירה חופשית,

תמנע מהתייחסות דטרמיניסטית לחולי הנפש כפי שבאה לביטוי בממצאי המחקר. מכך משתמע שהחברה החרדית נטשה את המודל ההלכתי ואימצה גישות דטרמיניסטיות, שמקורן אינו יהודי, בהתייחסותה לחולי הנפש. יתכן וניתן להסביר סתירה זו בפער הקיים בתורות רבות בין הרמה האידיאולוגית לבין הרמה המעשית. כמו כן ראוי להדגיש, שאין בידינו מידע האם המודל ההלכתי אכן מומש אי פעם בקהילות היהודיות.

ממצאים רבים במחקר זה מצביעים על התמיכה הרבה המושטת לנבדקים. מצאנו שהתמיכה המושטת לנבדקים ניתנת בתחומים רבים וקיימת הירארכיה במתן עזרה זו. ראינו שמקור התמיכה הראשוני הוא משפחת המוצא, בעיקר ההורים. כשמקור זה לא היה קיים, או לא הספיק, התגייסו גורמים משפחתיים נוספים לסייע לנבדקים, וכשאלה לא הצליחו – נכנסו גורמים שונים בקהילה לתפקד כמקור תמיכה. ממצא זה תואם את טענתו של כ"ץ (תשי"ח) שהקהילה לא ביטלה את עקרון המשפחתיות, כשדבר זה היה לטובתה. הירארכיה זו, כפי שהדגשנו, מבטיחה את הפרט מפני מצב בו הוא עלול להיות עזוב וזנוח ללא תמיכה.

בטיפול הרפואי הושקעו מאמצים רבים, שבאו לביטוי בהשקעת משאבים כספיים בטיפול רפואי פרטי, ברבוי פנייות לרפואה אלטרנטיבית, ובהזקקות לשירותיו של 'המתווך בעניני רפואה'. הצבענו על קיומם של ארגוני עזרה חרדיים העוסקים בעיקר בשיקום חולי-נפש. כמו כן רבים מהנבדקים העובדים מצאו את תעסוקתם כתוצאה מצרכי הקהילה, או שהיו מועסקים אצל מעסיקים חרדים. כלומר, בפועל לא מצאנו נבדקים שצרכיהם הבסיסיים אינם מסופקים.

נשאלת השאלה כיצד מתיישבים ממצאים אלה עם התאור, שהובא לעיל, על נטישת המודל היהודי-חסדי על ידי החברה החרדית בהתייחסותה לחולי הנפש.

בדיקתנו את יחסי הגומלין בין הנבדקים והקהילה התמקדה בהיבטים שונים: ההיבט הקונקרטי, הרגשי ורמת מעורבותם של הנבדקים בחיי הקהילה. מצאנו שבעת ביצוע המחקר דיווחו רק ששית מהנבדקים על קבלת סיוע ממקורות תמיכה חוץ משפחתיים לא ממוסדים. הנבדקים בלטו במיעוט הקשרים החברתיים החורגים מהמעגל המשפחתי.

לשליש מהנבדקים היה קשר כלשהו עם רבנים, אך רק שבעה דיווחו על קיומו של קשר רצוף בעל משמעות של תמיכה עם רבנים. כאמור, למספר קטן של נבדקים היה בית כנסת קבוע. רק 60% מהנבדקים שמהם קיבלנו מידע, זכו לכיבודים בבית הכנסת, ושעור דומה דיווחו על השתתפות בשמחות, כאשר שעור הנשים בקבוצה זו גבוה משעור הגברים, וברוב המקרים דובר על שמחות של קרובי משפחה. למרות ההגדרות הנרחבות שהענקנו לתעסוקה ולימודים היו למטה ממחצית מהנבדקים משולבים בתעסוקה כלשהי בעת ביצוע המחקר, ורק מחצית מן הנבדקים הגברים היו משולבים בלימוד כלשהו. כלומר, נתונים אלו מצביעים על מעורבות חלקית ביותר של הנבדקים בחיי הקהילה. ניתן להניח ולומר שמצב זה הינו פועל יוצא ממצבם הנפשי של הנבדקים. אך ניתן גם לומר, שעל מנת לערב את הנבדקים בתחומים אלו נדרשת מהסביבה פעילות בעלת אופי פחות קונקרטי ויותר רגשי, המערבת את התומך בעולמו הפנימי של הנתמך.

כאשר מתייחסים לעזרה המושטת לנבדקים על ידי הקהילה חייבים להבחין בין הרובד הקונקרטי לבין הרובד הרגשי. ברמה של הקיום היום יומי נראה שלחולה הנפש בחברה החרדית אין מקום לחשוש שצרכי הקיום שלו לא יסופקו. הוא לא יוותר בלא קורת גג, מזון, בגד וכד'. אך ברמה של התמיכה הרגשית אין המצב כה חד משמעי. יש נבדקים הנהנים מנסיון לסייע להם להיות חלק אינטגרלי מהקהילה, אך לעומתם יש נבדקים שברמה הרגשית

הם בודדים, ולמעשה מצויים בשולי החברה החרדית או מחוצה לה. לסיכום, נראה לנו שברמה ההתנהגותית מעשית נוהגת הקהילה החרדית ברוח ההלכה. אך ברמה הרגשית וברמת אפשרות ההחלמה ממחלה נפשית, נוהגת החברה החרדית על פי אמות מידה לא הלכתיות אלא דטרמיניסטיות. על רקע הנאמר עד כה, יתכן שאת הסובלנות שעליה הצבענו לעיל, שמגלה החברה החרדית כלפי אי הקונפורמיות של חלק מהנבדקים – ניתן לראות כביטוי לויתור מסויים של החברה החרדית על הנבדקים, ויתור העולה בקנה אחד עם מסקנתנו בדבר התמיכה הרגשית.

המחלה

ניסינו לבדוק כיצד משפיעה התרבות על עיצוב המחלה ודרכי ההתמודדות עימה בקרב האוכלוסייה החרדית. מצאנו מגוון של הסברים שנתנו הנבדקים למחלתם, אשר ניתן למינם לשתי קטגוריות עיקריות: האחת כוללת הסברים המקובלים על הסובלים ממחלות נפש בחברה המערבית, שגישות הטיפול השונות אף הן נסמכות עליהם. כלומר, הסברים גופניים, עליהם מבוססים הטיפולים הפסיכופרמקולוגיים לסוגיהם; הסברים תוך-נפשיים, עליהם מבוססות מרבית הגישות של הפסיכותרפיה האינדיבידואלית; הסברים בין-אישיים, עליהם מבוססות גישות טיפול משפחתיות; והסברים חיצוניים-סביבתיים עליהם מבוססת הפסיכיאטריה הקהילתית. הקבוצה השניה כוללת הסברים הלקוחים מעולם התוכן הדתי. הסברים מסוג זה ניתנו על ידי למעלה ממחצית מהנבדקים שהתייחסו לשאלה זו.

ההסברים הדתיים שנתנו הנבדקים למחלתם היו מגוונים, אך נועדו כולם לענות על שאלות הקשורות בשכר ועונש או למתן אותן. התמודדות האדם המאמין עם מנת סבלו היא התמודדות שימיה כימי המין האנושי. סבלו של חולה הנפש החרדי תואר על ידינו באמצעות דברי הנבדקים, זהו סבל הטעון מצוקה אישית ומצוקה חברתית. על מנת להמשיך באורח חיים של שמירת מצוות חייב הסובל למצוא הסבר כלשהו לסבלו, וזאת עשו, כאמור, כמחצית מן הנבדקים. ההסברים היו בעיקר הסברים של עונש במובן הרחב. הסברים כאלו מהווים רציונאל לסבל, ומסדירים שאלות של "צדיק ורע לו רשע וטוב לו". סוג אחר של הסברים דתיים ניתן לראות כתגובת היפוך, כלומר, הסבל לא מדחיק את הנבדק מאמונתו אלא מחזק את קשריו עם הבורא, הסבל הינו תיקון ז/או נסיון. כלומר, ההסברים הדתיים הנם פונקציונאליים ונועדו לשימור הסדר החברתי (HOLLAWELL 1977).

לאור העובדה שאורח החיים החרדי הוא תובעני מאד בכל הנוגע לפולחן, ומקיף את כל מסכת חייו של היחיד, נשאלת השאלה כיצד ניתן להסביר ששעור המשתמשים בהסברים דתיים היה נמוך, ואת העובדה שרק שליש מהנבדקים בקבוצה זו הסתפקו בהסבר דתי בלבד. נראה לנו שממצא זה מהווה חיזוק לטענתנו בדבר אי הקונפורמיות של חלק מהנבדקים.

בדברי הנבדקים בלט העדרם של ההסברים המקובלים להפרעות נפשיות בקרב סגמנטים מסורתיים בישראל כגון: שדים עין הרע וכד' (בילו תשכ"ח, פלגי 1981, גרינברג 1987, HES, 1964C ואחרים). את מיעוט ההסברים מסוג זה ניתן להסביר בכך שבין הנבדקים היה שעור הספרדים נמוך. אך נראה לנו שממצא זה, ומיעוטם היחסי של הסברים דתיים בכלל, מורים על 'התמערבותה' של החברה החרדית. ממצא זה עולה בקנה אחד עם הממצאים שהובאו ביחס להתייחסות הרגשית-חברתית של החברה החרדית לחולי הנפש.

לסכום, נראה לנו שההסברים הדתיים למחלה הם פונקציונאליים לשמירת הסדר החברתי והקונפורמיות של חבריה. שעורם הנמוך יחסית של הסברים דתיים והיעדרם של הסברים מסורתיים למחלה, משקפים אימוץ של דפוסי חשיבה מערביים בחברה החרדית, גם בתחום זה.

עסקנו גם בשאלה כיצד השפיעה השקפת העולם הדתית על התמודדות הנבדקים עם המחלה. הנחנו מראש ששאלה זו היא בעייתית לנבדקים המזהים את עצמם כשייכים לחברה החרדית, אך כשלושה רבעים מהנבדקים ניאותו להתייחס לנושא זה. התייחסות הנבדקים לשאלה נגעה לא רק להיבט הפילוסופי, אלא כללה גם היבטים מעשיים (מצוות ואורח חיים). התייחסות כוללת זו קשורה בעובדה שבגישה ההלכתית אין הפרדה בין השקפת עולם לקיום מצוות, ולמעשה קיום המצוות קודם לאמונה בבחינת "נעשה ונשמע", ומתוך שלא לשמה בא לשמה". שעור הגברים שהתייחסו לשאלה זו היה גבוה משעור הנשים. נראה לנו שמצב זה קשור בחובות הדתיות הרבות יותר המוטלות על הגבר החרדי, וממילא חושפות אותו יותר לקונפליקטים בנושא.

56.6% מהנבדקים שהתייחסו לנושא ראו באמונה ובאורח החיים החרדי משאב המסייע להם רבות בהתמודדותם עם מחלתם. רבים מהם התייחסו לאמונה כמקור לתקווה, בטחון והשלמה עם מצבם. בלטה גם בקרב הנבדקים ההתייחסות לאמונה כמסייעת בהתמודדות עם מחשבות התאבדות. התאבדות, על פי ההשקפה היהודית, הרואה בחיי העולם הזה פרודור לטרקלין, והרואה את החיים כפקדון שניתן לאדם, הינה עבירה חמורה ביותר. הומרתה באה לביטוי בכך שלמתאבדים אין חלק לעולם הבא, והם נקברים מחוץ לגדר. היאחזות זו באמונה כמונעת נסיונות התאבדות ניתן להבין על פי גישתו של פראנקל (תשל"ג), המצביע על כך, שאת המענה לשאלת משמעות הקיום יש למצוא מתוך עולמו האישי של הפרט. ניתן היה לראות כיצד הנבדקים הנאבקים עם יאוש, דחפים הרסניים, ושאלות על משמעות הקיום, חפשו את המענה למצוקות אלו בעולם המושגים שלהם. ראוי להדגיש שבקרב הנבדקים היו כאלה שביצעו נסיונות התאבדות, אך מידע על שעורי ההתאבדות בקרב חרדים בהשוואה לכלל האוכלוסייה – אין בידינו.

היו נבדקים שהתייחסו למסגרות הקשורות באורח החיים החרדי, כתורמות להרגשת השייכות שלהם, לארגון חיי היום יום וממילא גם לבריאותם הנפשית. בשאלת האמונה והמחלה הדגישו הנבדקים שהמסגרת החרדית, הרעיונית והמעשית, סייעה לחלק מהם בהתמודדות עם מצוקותיהם הנפשיות. נראה לנו, שממצא זה הוא הסבר נוסף לאי הפלטותם של הנבדקים שאינם קונפורמים, מן המסגרת החרדית.

לעומת זאת 43.4% מהנבדקים לא ראו באמונה משאב מסייע בהתמודדות עם מחלתם או שהם היו אמביוולנטיים ביחס אליה. כלומר, היו נבדקים שהמסגרת האידיאולוגית לא שימשה להם פתרון למצוקות שפקדו אותם סביב המחלה. נראה לנו שהתלבטויות אלה, סביב אמונה ומחלה, משקפות גם קונפליקטים פנימיים שהם מעבר למחלה, הנוגעים להזדהות עם השקפת העולם הדתית. ואכן, למעלה ממחצית הנבדקים בקבוצה זו היו שייכים לקבוצת נעדרי היציבות בזהותם החרדית, רובם גברים. אך היו בקבוצה זו גם נבדקים שהיתה יציבות בזהותם החרדית. יתכן וממצא זה משקף את העובדה, שעליה עמדנו קודם לכן, ששעור הלא-קונפורמים בחברה החרדית אינו מתמצה בקבוצת נעדרי היציבות בזהותם החרדית.

לסיכום, חלק ניכר מהנבדקים ראו באמונה הדתית ובמסגרת הדתית משאב המסייע להם רבות, או לפחות חלקית, בהתמודדות עם מחלתם. ויתור על משאב זה, שהוא ייחודי לחברה החרדית, הוא קשה. נראה לנו שזו

אחת הסיבות המונעות מהנבדקים הלא-קונפורמים לחצות את הקווים ולנטוש את המסגרת החרדית.

יותר ממחצית הנבדקים התנסו בגילויים דתיים, שבאו לביטוי ברמה ההתנהגותית והמחשבתית במהלך המחלה. ממצא זה מאשר את התפיסה שמחלות נצבעות בצבעי התרבות בהן מתרחשות. גילויים ברמה ההתנהגותית היו שכיחים יותר בקרב הגברים, ואילו ברמה המחשבתית – בקרב הנשים. ניתן לומר שממצא זה קשור בחובות הדתיות הרבות יותר, המוטלות על הגבר החרדי בהשוואה לאשה החרדית, הגורמות לגברים לפרוץ יותר את המסגרת הנורמטיבית. גילויים ברמה ההתנהגותית בולטים יותר מגילויים ברמה המחשבתית, וניתן לראות בהם ביטוי בוטה יותר לחוסר קונפורמיות. ממצא זה מאשר, פעם נוספת, את טענתנו, שריבוי הגברים באוכלוסיית מחקר זה קשורה בשכיחות גבוהה יותר של גילויי חוסר קונפורמיות בקרבם בהשוואה לנשים. יחד עם זאת מצביעה שכיחות הגילויים הדתיים המחשבתיים על העובדה שהנשים מעוגנות היטב בסמבוליקה הדתית. בגילויים הדתיים ההתנהגותיים מצאנו גילויי הזנחה דתית וגילויי הקצנה דתית. בחלק מהמקרים הביאו גילויים אלה את הסובבים לזיהוי הצורך בהפנית הנבדקים לטיפול, למרות שאצל רובם קדמו לגילויים אלה גילויי מצוקה אחרים. עובדה זו משקפת את החשיבות הרבה שמייחסת החברה החרדית לשמירת אורח חיים על פי ההלכה, ותומכת בגישת היחסיות התרבותית בדבר סובלנות שונה להתנהגויות סוטות בחברות שונות. מצאנו יותר גילויים של הזנחה דתית מגילויים של הקצנה דתית. נשאלת השאלה כיצד ניתן להסביר פער זה. נראה לנו שגילויי ההזנחה הדתית הינם בולטים ולכן גם פונקציונאליים יותר מגילויי ההקצנה הדתית, עבור האדם הרוצה להצביע על מצוקתו הנפשית. כמו כן, לסובל מהפרעה נפשית קל יותר לא לעשות, או להזניח עשייה המחייבת גיוס כוחות נפשיים.

למרות קיומם של שני סוגי הגילויים הללו רב הדמיון בניהם על השוני. מצאנו שגם גילויי ההקצנה הדתיים וגם גילויי ההזנחה הדתיים לובשים אופי של סימפטומים, ומשקפים קונפליקטים פנימיים. מצב זה מחייב את המטפל בחולה הדתי והחרדי להבחין בין גילויים של דתיות בריאה לדתיות פתולוגית (SPERO, 1976, 1980, 1985 ואחרים).

ניתן היה לחשוב שגילויים אלו מהווים ביטוי להתלבטויות דתיות, אך מצאנו ששעור נעדר היציבות בזהות החרדית בקרב הנבדקים שבמחלתם קיימים גילויים דתיים, אינו גבוה משעורם במחקר כולו. לפיכך אנו מניחים שזוהי דרך לביטוי קונפליקטים פנימיים. הדתיות על כוליותה, רב גוניותה, והיותה חלק אינטגרלי ממהות האדם החרדי, יכולה להוות כר נרחב שבאמצעותו משתקפים קונפליקטים פנימיים רבים.

אין ספק שחלק מקונפליקטים אלה מעוגנים במערכת התרבותית ובאורח החיים שהיא מכתובה לחברה (PARKER, 1977). לדוגמה, קונפליקטים סביב משאלות מיניות מהווים בסיס להפרעות נפשיות רבות. מצאנו שרבים מהגילויים הדתיים במחלת הנבדקים היו סביב נושאים הקשורים במיניות. נראה לנו, שהטאבו המוטל בחברה החרדית על גילויי מיניות טרם הנישואין, ההפרדה המוחלטת בין המינים, והדינים הקשורים בטהרת המשפחה – יוצרים מערכת הגבלות רבה על הביטויים המיניים, המאפשר פורקן חלקי ומבוקר בלבד לדחף זה. כלומר, המערכת הדתית תרבותית, וההגבלות שהיא מטילה בתחום זה, מעצימים קונפליקט פנימי מקובל. במילים אחרות, המערכת התרבותית אינה יוצרת קונפליקטים אלה, אך רב כוחה בעיצובם. כאמור, מצאנו פחות גילויים מחשבתיים דתיים מגילויים התנהגותיים דתיים במחלותיהם של הנבדקים.

נראה לנו שמצב זה אינו משקף בהכרח את שכיחותם השונה של הגילויים השונים, משום שגילויים מחשבתיים בולטים פחות מגילויים התנהגותיים. מצאנו שהנבדקים השתמשו במיתוסים ובסמלים הדתיים כדי לבטא קונפליקטים פנימיים. עושר המתוסים הדתיים מהווים כר נרחב ונוח להשלכות רבות של קונפליקטים פנימיים שונים. מצאנו שהמחשבות אינן חורגות מהמודל המיתי של התרבות (CLARK, 1977, PEREZ, 1980 ואחרים). לסיכום, ניתן לומר, שהגילויים הדתיים במחלת הנבדקים ביטאו מצוקות אישיות פנימיות, והשימוש בסימבוליקה הדתית לא היה מקרי. לא מצאנו בקרב הנבדקים מחלות שאינן מוכרות, אך ניתן לומר שראינו כיצד משפיעה התרבות על עיצובה וגילוייה של ההפרעה הנפשית.

ניתן לזהות דפוסים תרבותיים גם בדרכי הטיפול של הנבדקים. הצבענו על ההבדל בין הנבדקים והנבדקות בעיתוי הפנייה לטיפול מבחינת השלב במחזור החיים. קשרנו בין ממצא זה לבין המשימות השונות שבפניהם ניצבים גברים ונשים בחברה החרדית בשלבים שונים של החיים. כשתארנו את הירארכיאת מתן העזרה לנבדקים, בלטה מרכזיותה של משפחת המוצא המצומצמת והמורחבת. את מעורבותה, המעטה יחסית, של המשפחה הגרעינית והמחותנת במתן תמיכה, ראינו כביטוי נוסף לבסיס הפונקציונאלי של מוסד הנישואין בחברה החרדית. עמדנו על משקלה של הסתרת מחלת הנפש, ועל ההמנעות מפנייה לטיפול נפשי, ציבורי בעיקר. עמדה תרבותית חברתית זו משפיעה, כאמור, על דפוסי הפנייה לטיפול נפשי אך גם על דפוסי הטיפול במחלות נפש בחברה החרדית.

מצאנו יחסי גומלין הדוקים בין שלוש מערכות טיפול: צבורית, פרטית ועממית-דתית. קיימים מעברים בין סוגי טיפול אלה, ואף שימוש בו זמני בהם. בין הנבדקים שהתייחסו לריפוי העממית-דתי, דיווחו שני שלישים על פנייה לסוג ריפוי זה. ניתן היה להסביר ממצא זה בטענה שבפנייה לרפואה העממית-דתית נוהגת החברה החרדית כקבוצות מסורתיות אחרות בארץ (בילו תשכ"ח, גרינברג 1987, פלגי 1987 ואחרים). הסבר זה מעורר שאלות משום שמצאנו שבתחומים אחרים מתנהגת החברה החרדית באורח מערבי, ולא מסורתי. נראה לנו, שהעובדה שרבים מהמרפאים העממיים-דתיים הינם גם מנהיגים רוחניים הנחשבים לבקיאים בהלכה – מקלה את הפנייה אליהם, ומסבירה את ריבוי השימוש ברפואה העממית-דתית על ידי אוכלוסייה שברובה היא אשכנזית, ובנושאים אחרים מאמצת דפוסי התנהגות וחשיבה מערביים.

בנתוני הרקע של הנבדקים עמדנו על שעורם הנמוך של הספרדים במחקר. ניסינו להסביר ממצא זה בכך ששעור ילידי הארץ והשכנים בחברה החרדית הוא גבוה, אך לא הסתפקנו בהסבר זה. למרות מספרם הנמוך של הספרדים במחקר, הם בלטו בהעדפת הפנייה לרפואה העממית-דתית תחילה. כמו כן כל הנבדקים הספרדים, שיש בידינו מידע אודות הזדקקותם לרפואה העממית-דתית, דיווחו על שימוש בסוג רפואה זה. יתכן ואת מיעוט הספרדים במחקר ניתן להסביר גם באמצעות ממצא זה, ולהניח שרבים מהם מעדיפים שיטות ריפוי מסורתיות על פני הרפואה הקונבנציונאלית.

לא עלה בידינו במסגרת מחקר זה, לעמוד על עיתוי הפניות למרפאים העממיים והדתיים, ולהתעמק בשיטות הריפוי השונות, הסתפקנו בתאור השיטות האופייניות שבהן בלבד.

מצאנו שיותר מרבע מהנבדקים הגיעו למרפאה, באופן קבוע או אקראי, בלוויית אדם נוסף. מצב זה מעורר תמיהות, בהתחשב בכך שמדובר בנבדקים שלרובם היה כבר קשר ממושך וסדיר עם המרפאה. נראה לנו שדפוס

זה הינו ביטוי לרצון לתמוך בנבדקים, אך הוא נועד גם לפקוח חברתי, נוכח חשיפתם של הנבדקים בעת הפנייה למרפאה, למטפלים, ולחברה שאינה חרדית. בפרק השיטה תארנו כיצד כל המלווים היו מעוניינים לדעת לשם מה נקראים הנבדקים לראיונות, וכיצד אחדים מהם ניסו להפריע ולחבל במהלכו התקין של הראיון. ניתן לומר שדפוס פנייתם של הנבדקים לטיפול מבחינת שלב החיים, אופן הביקור במרפאה פסיכיאטרית צבורית, סוגי הטיפול והריפוי, והנגישות למערכות אלה הושפעו במאד מהמערכת התרבותית של החברה החרדית.

סיכום ומסקנות

את הממצאים הנוגעים לנבדקים, ניתן לנתח על פי מידת חריגותם מהמקובל בחברה החרדית. מצאנו יותר התנהגויות לא קונפורמיות מאשר קונפורמיות בקרב הנבדקים. לדעתנו לא ניתן לייחס את התנהגותם הלא קונפורמית של הנבדקים למצב החולי בלבד, אלא יש לראות בו גם ביטוי למרד. מרד זה מאפשר לנבדקים לחיות על קו התפר שבין החברה החרדית לחברה והחילונית, מבלי שייפלטו מן החברה החרדית. ואמנם – הנבדקים העלו שאלות עקרוניות הנוגעות לאמונה, חלקם יצרו מצבים שרופפו את הפקוח החברתי (מגורים בגפם, היעדר בית כנסת קבוע ועוד), וחלקם היו מצויים בנעשה בחברה החילונית.

כשמתארים את התנהגות הנבדקים על רצף של קונפורמיות – בולט שעור גבוה, ומיגוון רב של דפוסי אי קונפורמיות בקרב הגברים בהשוואה לנשים. לדעתנו נעוץ מצב זה בתפקידים השונים המיועדים לגבר ולאשה בחברה החרדית. נראה לנו שקיים קשר בין ריבוי הגברים במחקר זה לבין הממצא בדבר ריבוי הגילויים של אי הקונפורמיות בקרב הגברים, בהשוואה לנשים. יתכן והלחצים בהם נתונים הגברים החרדים מעורדים אותם להתנהגות לא נורמטיבית, שכתוצאה ממנה רבים יותר שעורי הפנייתם לטיפול נפשי משל הנשים.

ראיית הנבדקים כמפירי נורמות מעוררת את התמיהה כיצד מתירה זאת החברה החרדית, המאופיינת בפקוח חברתי הדוק. לדעתנו, החלשת הפקוח החברתי במצב זה, הינה פונקציונאלית משום שהנבדקים, בשל מגבלותיהם הנפשיות, אינם מתירים לעצמם לחצות את הקווים ולנטוש את המסגרת החרדית, ולכן הרחקתם לא תצלח. כמו כן מתעוררת השאלה, אם היעדר התגובה של החברה החרדית להפרה זו של נורמות, הינה ביטוי לסובלנותה, או שמא הינה ביטוי לזיכרון על חברה הסובלים מהפרעות נפשיות. על מנת לתת מענה לשאלה זו יש לבחון את דפוסי ההתמודדות של הקהילה החרדית עם חברה הסובלים מהפרעות נפשיות.

חלק מהממצאים מעידים על רתיעה מפנייה לטיפול נפשי בכלל, וציבורי בפרט (ריבוי תלונות בילדות שלא טופלו, שימוש רב ברפואה פרטית, ועוד). לא מצאנו בדברי הנבדקים עדות לכך שהסיבה להמנעות מפנייה לטיפול נפשי הינה הלכתית. מצאנו שהסיבה העיקרית להמנעות מפנייה לטיפול נפשי, וציבורי בפרט, קשורה בחשיפה המלווה פנייה זו. מחלת נפש נתפסת כפגם חמור המשפיע על גורל היחיד ועל גורל בני משפחתו, בעיקר בכל הנוגע לסיכוי להשיג שידוך ראוי.

מתעוררת השאלה כיצד מתיישבת עמדה סטיגמטית ודטרמיניסטית זו עם רוח ההלכה, הדוגלת בבחירה חופשית ובחסד, ועם הממצאים שהבאנו אודות התמיכה הרבה שמושיטה החברה החרדית לחבריה הסובלים מהפרעות נפשיות.

יתכן ופער זה הינו הפער הקיים בין האדיאל ומימושו. אין בידינו מידע כיצד ואם מומש בעבר בקהילות יהודיות אידאל זה של חסד. אך אם נשוב למחקר זה ונתייחס לעזרה המושטת לנבדקים על ידי הקהילה, ניוכח שמדובר בשני רבדים – הקונקרטי והרגשי. ברמה של הקיום היום יומי נראה שלחולה הנפש בחברה החרדית אין מקום לחשוש מכך שצרכי הקיום שלו לא יסופקו. אך ברמה של התמיכה הרגשית אין המצב כה חד משמעי. יש נבדקים שהחברה מנסה לסייע להם להיות חלק אינטגרלי מהקהילה, אך לעומתם יש נבדקים שברמה הרגשית הם בודדים, ולמעשה מצויים בשולי החברה או מחוצה לה.

נראה לנו שמצב זה מצביע על פיצול מסויים בין המעשים והעמדות. כלומר, ברמה ההתנהגותית-מעשית נוהגת הקהילה החרדית ברוח ההלכה, אך ברמה הרגשית וברמת אפשרות ההחלמה ממחלה נפשית, נוהגת החברה החרדית על פי אמות מידה לא הלכתיות – דטרמיניסטיות. על רקע הנאמר עד כה, יתכן והסובלנות שעליה הצבענו לעיל, אשר מגלה החברה החרדית כלפי אי הקונפורמיות של חלק מהנבדקים, ניתן לראותה כויתור מסויים של החברה החרדית על נבדקים אלה.

יחד עם זאת בולטת עגינתם של הנבדקים בתרבותם, וזו מצאה את ביטוייה בתכנים ובסמלים שנלקחו מתוך עולם התוכן הדתי-תרבותי של חברתם. חלק מהנבדקים השתמשו בהסברים דתיים למחלתם, הסברים אלה פונקציונאליים לשימור הסדר החברתי והקונפורמיות של חבריה. היו נבדקים שראו באמונה הדתית, ובמסגרת הדתית, משאב המסייע להם להתמודד עם מחלתם. יותר ממחצית הנבדקים ביטאו את מצוקתם הנפשית באמצעות סימבוליקה דתית.

הייחודיות התרבותית של החברה החרדית צובעת את ההפרעות הנפשיות של חבריה, ומשפיעה על דפוסי ההתייחסות, הטיפול וההתמודדות עם הפרעות אלה, כמקובל בקרב קבוצות תרבותיות אחרות.

כווני חקירה לעתיד

בדלנותה של האוכלוסיה החרדית מקטינה את נגישותה ובמיוחד לצרכי מחקר. על אחדים מקשיים אלו עמדנו בפרק השיטה, ואחרים באו לביטוי במהלך תאור התוצאות. עם זאת, מוכיח מחקר זה שניתן לבצע מחקרים באוכלוסיה החרדית ואף ניתן להגיע לחומר עשיר ומגוון.

ראשוניותו של מחקר זה ואופן ביצועו פתחו צוהר לעולמם המורכב של חולי הנפש החרדים, ופותחים כר נרחב למחקרים בעתיד. להלן נעמוד על כיווני חקירה עיקריים הנגזרים ממחקר זה.

אופיו הפנומנולוגי של מחקר זה, שפך אור על תופעות שונות בהתייחסותה של החברה החרדית לחבריה הסובלים מהפרעות נפשיות, מתוך חוויתם הסובייקטיבית של האחרונים. נראה לנו שעל מנת לקבל תמונה מקיפה יותר על תופעות אלה מן הראוי לבדוק אותן מזוויות נוספות.

1. מחקר פנומנולוגי של משפחות חרדיות, שכן משפחתם חולה במחלת נפש ומטופל במרפאה פסיכיאטרית ציבורית, תוך התמקדות בנושאים בהם עסקנו במחקר זה. מחקר כזה יאפשר ללמוד על הדמיון והשוני שבין האופן בו חווה חולה הנפש את בעיותיו הנפשיות ודרכי התמודדותו איתן, לבין האופן בו חווה משפחתו את הבעיות הללו. רצוי שבחירת בני המשפחה המעומדים למחקר תעשה בהתאם להירארכית נותני העזרה, עליה הצבענו במחקר זה, על מנת שירואיינו ה'אחרים החשובים' המרכזיים של החולה.

2. מחקר עמדות על ההתייחסות לחולי-נפש ולחולי נפשי באוכלוסיה החרדית, בהשוואה לקבוצות אחרות

באוכלוסיה. מחקר כזה יאפשר למקם את התייחסות החברה החרדית לחולי הנפש בהשוואה לשאר האוכלוסיה, ובאמצעותו ניתן יהיה לבדוק את מסקנותינו.

3. מחקר שיתחקה אחר חומר היסטורי המתאר את ההתייחסות המעשית לחולי־נפש בקהילות־יהודיות. מחקר כזה יתן מענה לשאלה שהתעוררה במחקר זה, האם נהגה החברה היהודית בתקופה כלשהי, ליישם את המודל ההלכתי האידיאלי ביחסה לחולי הנפש.

4. ניתוח הסימפטומטולוגיה של פונים חרדים בעת פנייתם לטיפול במרפאה לבריאות נפש, והשוואתם לקבוצות אחרות באוכלוסיה. הערכת שיעורן היחסי של תלונות העוסקות באי־קונפורמיות חברתית. מחקר כזה יבדוק את טענתנו שגילויים של אי־קונפורמיות מהווים גורם בעל חשיבות בהפנייתם של פונים חרדים לשירותי בריאות הנפש.

5. מחקר אפידמיולוגי (למרות הקשיים הכרוכים בו) על פנייות לטיפולים נפשיים שונים בקרב האוכלוסיה החרדית. מחקר כזה יאפשר לעמוד על אי־פיוני האוכלוסיה החרדית שאינה מגיעה לטיפול ציבורי. כמו כן ניתן יהיה להעמיק את ההבנה על דפוסי השימוש בסוגי רפואה שונים ויחסי הגומלין ביניהן.

6. מחקר שישווה את שעורי ההתאבדות בקרב חרדים, בהשוואה לקבוצות אחרות באוכלוסיה. מחקר כזה יעמיד במבחן, את טענת הנבדקים במחקר זה, שהאמונה הדתית משמשת כוח הבולם נסיונות התאבדות.

במחקר זה איתרנו תופעות רבות שלהערכתנו מן הראוי להעמיק ולהרחיב את הבנתן.

7. מחקר שיעמיק את ההבנה על האידיאולוגיה ודרכי הפעולה של ארגוני התמיכה הממוסדים החרדיים שתוארו במחקר זה. מחקר כזה יאפשר שימוש יעיל בשירותיהם לטובת הסובלים מהפרעות נפשיות, ונראה שניתן ללימוד מדרך פעולתם וליישם חלק מעקרונות פעולתם.

8. ריאיון מנהיגי פלגים שונים בקהילה החרדית על התייחסותם לחולי־נפש ומעורבותם בתמיכה בהם. מחקר כזה יאפשר לשרטט דמויות שונות של מנהיגים בקהילה החרדית, שניתן להיעזר בהם בשיקום חולי־נפש.

9. מחקר שינסה למפות את מערכת החינוך החרדי, תוך נסיון לאתר את המסגרות הדרשניות יותר והסובלניות יותר בתחום הלימודים והמידות.

10. מחקר שיעמיק את הידע בשימוש שעושה האוכלוסיה החרדית ברפואה העממית־דתית מבחינת סוג הבעיות שעיקם פונים למרפאים אלה, האוכלוסיה הפונה, עיתוי הפניה, סוגי המרפאים ושיטות עבודתם.

מסקנות

רבים מממצאי מחקר זה עסקו בהתייחסות החברה החרדית לחולי־נפש. אנו ערים לכך שתאורים אלה מבוססים על התנסויותיהם של הנבדקים, אך אין לנו ספק שהם משקפים מציאות מסוימת, עימה נאלץ חולה הנפש החרדי להתמודד.

חלק מהמצבים הצביעו על עמדות סטיגמטיות ודטרמיניסטיות ביחס למחלות נפש. הנחנו שעמדות אלה השפיעו על דחיית והמנעות מפנייה לטיפול נפשי, בעיקר ציבורי, וכתוצאה מכך על מצבם הקשה של מרבית הנבדקים עם הגיעם לטיפול.

מצב דומה הביא להקמת התנועה לבריאות הנפש, ולתנופה בהתפתחותה של הפסיכיאטריה הקהילתית. ההנחה היתה שאיתור מוקדם של מצבים ומוקדי בעיתיות נפשית, ומעורבות אנשי בריאות הנפש בקהילה עשויים לתרום לבריאות הנפש הקהילתית. נראה לנו, שיש לגבש תוכנית להעמקת הבנתן של מחלות הנפש בחברה החרדית, וליצור שלוחות של שירותי בריאות הנפש בקהילה החרדית, על מנת להגיע לאיתור מוקדם של בעיות נפשיות, ולשינוי עמדות ביחס להפרעות נפשיות ולטיפול בהן. ניתן לחשוב שתוכנית כזו נידונה לשלון עקב בדלנותה ועמדותיה של החברה החרדית למחלות נפש ולטיפול נפשי. אך במהלך מחקר זה איתרנו, כאמור, דמויות שונות בקהילה החרדית שמודעותם רבה בנושא זה. לדעתנו ניתן להשתמש במשאבים אנושיים אלה כראש גשר, ובאמצעותם ניתן יהיה להתחיל ליישם תוכנית לבריאות נפש קהילתית בקרב האוכלוסייה החרדית. היכרותנו עם הנבדקים הצביעה על כך שבחלק מהמיון של פונים חרדים יש לתת את הדעת למספר נושאים, העשויים להשפיע על מהלך הטיפול בהם ושיקומם.

יש לברר את היציבות בזהות החרדית של פונים חרדים. מצאנו ששעור הראיונות המלאים שניהלנו עם הנבדקים נעדרי היציבות בזהותם החרדית היה גבוה בהשוואה לשאר הנבדקים. נראה לנו שנבדקים אלה הם מועמדים מתאימים לפסיכותרפיה, גם אם אינם מגיעים לטיפול בציפיה זו.

יש לבחון את התלונות שעיימן מגיעים פונים חרדים למרפאה גם בהקשרן התרבותי. כלומר, יש לברר את משמעותם הסימלית של הסימפטומים המבוטאים במישור הדתי. כמו כן יש להעריך אלה מהם מבטאים דתיות בשלה ואינטגרטיבית ואלה מהם מבטאים דתיות פתולוגית.

על המטפל בפונה החרדי להכיר את מקורות התמיכה של פונים אלה ולדעת כיצד הוא יכול להשתמש בהם, ובהעדרם על המטפל לשקוד על יצירתם.

ממחקר זה, ומעושר החומר שאספנו במהלך הראיונות, בולט שחולים כרוניים, שלרובם היסטוריה עשירה של אשפוזים, יכולים לשתף פעולה במחקר מסוג זה (מחקר עומק פנומנולוגי), וניתן ללמוד מהם רבות.

רשימה ביבליוגרפית

- אברם, א., ולבב, י. (1981). אפידמיולוגיה פסיכיאטרית בישראל – נתוח מחקרים קהילתיים. מתוך א. אברם וי. לבב (עורכים), **בריאות נפש קהילתית בישראל (עמ' 129-145)**. תל אביב, גומא.
- אטינגר, ש., (תשל"ב). **תולדות עם ישראל בעת החדשה (כרך ג')**. ת"א, דביר, 51-63.
- בזק, י. (1985). **אחריותו הפלילית של הלקוי בנפשו (מהדורה שלישית)**. ירושלים, הוצאת קרית ספר בע"מ.
- בילו, י. (תשל"ח). **פסיכיאטריה מסורתית בישראל. פניות של בני מושבים יוצאי מרוקו עם בעיות פסיכיאטריות וקשיי חיים לרבנים ולחכמים. (עבודת דוקטור – לא פורסמה)**. ירושלים, האוניברסיטה העברית.
- בילו, י. (תשמ"ג). **הדיבוק ביהדות: הפרעה נפשית כמשאב תרבות, מחקרי ירושלים במחשבת ישראל, ב' (3)**, ירושלים, האוניברסיטה העברית, הוצאת ספרים על שם י.ל. מאגנס, 529-563.
- בן מאיר, י., וקדם, פ. (1979). **מדד דתיות עבור האוכלוסיה היהודית בישראל, מגמות, כ"ד (3)**, 353-362.
- ברגמן, ש.ה. (תשמ"ד). **הוגי הדור (מהדורה רביעית)**. ירושלים, האוניברסיטה העברית ירושלים, הוצאת ספרים על שם י.ל. מאגנס, 83-121.
- ברנע, מ., ואמיר, י. (1982). **עמדות הדדיות של דתיים וחילונים ושנויין בעקבות מפגש ביניהן, מגמות, כ"ז (3)**, 310-314.
- ברנשטיין, פ. (1985). **סוציאליזציה מוסדית של בנות חרדיות, עלים, 49-61**.
- גיטלין, א. (תשל"ז). **יהדות התורה והמדינה. מתוך מ. סמט (עורך), הדת והמדינה (עמ' 5-14)**. ירושלים, האוניברסיטה העברית.
- גיימס, ו. (תשמ"ד). **החוויה הדתית לסוגיה**. ירושלים, מוסד ביאליק.
- גלקמן, מ. (1980). **ההגיון שבמדע ובכישוף האפריקאים. מתוך מ. שוקד, ע. מרקס וש. דשן (עורכים), פרקים באנתרופולוגיה חברתית (עמ' 211-216)**. ירושלים, שוקן.
- גניחובסקי, ד. (1985). **השוק החרדי הגדול הלא משותף, אותות, (69)**, 14-18.
- גרספוגל, י.ה. (תשל"א). **הפסיכואנליזה המודרנית במקורותינו העתיקים, סיני, כ"ח (1)**, ל"ד-מ"ה.
- גרנברג, ע. (1987). **מאפייני הרפואה העממית בעירת עולים ותפקיד המשפחה בתהליך הריפוי, מגמות, ל' (1)**, 47-59.
- דון יחיאל, א., וליברמן, י. (1984). **הדילמה של תרבות מסורתית במדינה מודרנית: תמורות והתפתחויות ב'דת אזרחית' של ישראל, מגמות, כ"ח (4)**, 461-485.
- דשן, ש. (1973). **ההילולות של יוצאי תוניסיה – בחינתן הדתית, מגמות, י"ט (4)**, 574-382.
- הוסרל, א. (תשל"ב). **הגיונות קארטיזיאנים – מבוא לפנומנולוגיה**. ירושלים, האוניברסיטה העברית, הוצאת ספרים על שם י.ל. מאגנס.
- זיטמן, ל. **חולים פסיכיאטריים בטיפול אמבולטורי ממושך בירושלים. (סקר – לא פורסם)**. ירושלים, מכון פאלק לחקר בריאות הנפש וההתנהגות.
- זר, מ., פלורו, ס., מודן, ב. (1972). **תדמית מחלות הנפש וחולי הנפש בחברה הישראלית. הרפואה, (86)**, 359-362.
- יהודה, מ. (1960). **לבעיות הפסיכולוגיה החברתית של בריאות הנפש. מגמות, י' (3)**, 222-231.
- יונג, ק.ג. (תשל"ג). **האני והלא מודע, תל אביב, דביר**.
- יונג, ק.ג. (תשל"ה). **הפסיכולוגיה של הלא מודע. תל אביב, דביר**.

- כץ, י. (תשי"ח). מסורת ומשבר החברה היהודית במוצאי ימי הבינים. ירושלים, מוסד ביאליק.
- כץ, י. (1960). חברה מסורתית וחברה מודרנית. מגמות, י' (4), 311-304.
- לוי שטראוס, ק. (1980). יעילותם של סמלים. מתוך מ. שוקד, ע. מרקס וש. דשן (עורכים), פרקים באנתרופולוגיה חברתית (עמ' 235-244). ירושלים, שוקן.
- ליבוביץ, י. (תשכ"ט). על המשמעות הרוחנית והדתית של הגבורה והנצחון. פתחים, א' (6), 28-31.
- ליבוביץ, י. (תשל"ז). יהדות עם יהודי ומדינת ישראל. תל אביב, שוקן.
- ליברמן, י.צ. (1982). התפתחות הניאור-מסורתית בקרב יהודים אורתודוקסים בישראל. מגמות, כ"ז (3), 231-250.
- ליינג, ר.ד., ואסטרסון, א. (תשל"ז). הטרוף שפיות הדעת והמשפחה. תל אביב, גומא.
- מנושין, ש. (1982). משפחות ותראפיה משפחתית. תל אביב, דביר.
- סמט, מ. (1979). הקונפליקט אודות מיסוד ערכי היהדות במדינת ישראל. ירושלים, האוניברסיטה העברית, המחלקה לסוציולוגיה.
- פלגי, פ. (1981). דרכי התמודדות מסורתית עם בעיות הנפש בקרב העדה התימנית בישראל. מתוך א. אבירם וי.לבב (עורכים), בריאות נפש קהילתית בישראל (עמ' 43-60). תל אביב, גומא.
- פלגי, פ., גולדווסר, מ., גולדמן, ח. (1955). הפרעות אישיות טיפוסיות לקבוצת נשים עירקיות לאור הרקע התרבותי של עדתן. מגמות, ו' (3), 236-242.
- פראנקל, ו. (תשל"ג). האדם מחפש משמעות. תל אביב, דביר.
- פרום, א. (תשכ"ד). פסיכואנליזה ודת. תל אביב, ספרי רגה.
- פרידמן, ק. (תשל"ח). חברה ודת – האורתודוקסיה הלא ציונית בארץ ישראל תרע"ח-תרצ"ו 1918-1936. ירושלים, הוצאת יד בן צבן.
- פרידמן, מ. (1981). מטראומת הסחף לתחושת עליונות. מגון, 63, 9-14.
- פרידמן, מ. (1988). האשה החרדית. ירושלים, מכון ירושלים לחקר ישראל.
- פרישמן, ב. (1979). עמדות של בנות חרדיות וחילוניות בדבר נישואין, הריון ולידה. עבודה ורווחה, ב' (1), 64-70.
- קרר, ש. (1980). המוצא העדתי של הפונה על בחירת דרכי הטיפול של העובד הסוציאלי. חברה ורווחה, ג' (1), 13-30.
- קושלביץ, ע. (1989). דפוסי פניה, סימפטומטולוגיה, טיפול ותוצאותיו אצל נשים דתיות וחילוניות הפונות למרפאה ציבורית לבריאות הנפש. (עבודת מ.א. – לא פורסמה). ירושלים, האוניברסיטה העברית, המחלקה לפסיכולוגיה.
- קליינברגר, א.פ. (תשכ"ב). המחשבה הפדגוגית של המהר"ל. ירושלים, האוניברסיטה העברית, הוצאת ספרים על שם י.ל. מאגנס.
- רוטנברג, מ. (תשמ"ג). דיאלקטיקה לעומת דיאלוג: מודל האדם המערבי מול מודל האדם היהודי. מתוך ת. דרייפוס וי. אלשטיין (עורכים), תרבות יהודית בימינו משבר או התחדשות (עמ' 61-74). רמת גן, הוצאת אוניברסיטת בר-אילן.
- רוטנברג, מ. (תש"ן). קיום בסוד הצמצום. ירושלים, מוסד ביאליק.
- דקובר, ס.ש., ינון, י., ארד, ר. (1970). קיום מצוות הדת אצל תלמידות דתיות. מגמות, י"ז (2), 166-177.
- שביד, א. (תשמ"א). היהדות והתרבות החילונית. תל אביב, הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- שביד, א. (תשמ"ד). מיהדות לציונות מציונות ליהדות מסות. ירושלים, הספריה הציונית על יד ההסתדרות הציונית העולמית.
- שוהם, ש.ג. (1980). הערכה מחדש של תורת הסיטיגמה החברתית. מגמות, כ"ז (2), 131-150.
- שטינברג, א. (1977). היבטים הלכתיים בתכנון המשפחה, סעד, כ"א (1), 47-49.
- שלהב, י. ופרידמן, מ. (1985). התפשטות תוך הסתגרות: הקהילה החרדית בירושלים. ירושלים, מכון ירושלים לחקר ישראל.

שנלר, (תשל"ז). מערכת החינוך כתורמת עיקרית להמשכיות ושינוי של היהדות החרדית הקיצונית שבירושלים. (עבודת דוקטור – לא פורסמה). רמת גן, אוניברסיטת בראילן.

8 שנג, י. מוזס, ר. (1960). דרכי קבלה במרפאה פסיכיאטרית והרקע החברתי של הפונים. מגמות, י"א(1), 57-52.

שנתון סטטיסטי. (1984). ירושלים, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

Bibliography

Acosta, F.X., & Sheehan, J.G. (1976). Preferences towards Mexican American and Anglo American psychotherapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(2), 272-279.

Albert, R.S. (1960). Stages of breakdown in the relationship and dynamics between the mental patient and his family. *Archives of General Psychology*. 3(6), 682-690.

Alexander, L. (1968). Discussion of Dr. Brady's paper. In J. Zubin & F. Freyhan (Eds.), *Social Psychiatry* (pp. 34-38). N.Y. London: Grune & Straltan.

Allport, G.W. (1960). *The individual and his religion*. N.Y., Macmillan Company.

Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. N.Y., Holt, Rinehart and Winston, pp. 3-54.

Amsel, A. (1969). *Judaism and psychology*. N.Y., Philipp Feldheim, Inc..

Amsel, A. (1976). *Rational irrational man Torah psychology*. Jerusalem, N.Y., Feldheim Publishers.

Antonovsky, A. (1982). *Health, stress and coping*. U.S.A., Jossey Bass Publishers, 198-219.

Antonovsky, H.F. (1983). Length of stay in a psychiatric hospital: How is the decision made? *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 20(3), 205-219.

Argyle, M., & Beit Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of religion*. London, Rautledge & Kegan Paul.

Arieli, A., (1970). Certain magical beliefs in mental disease. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 8(2), 173-185.

Barnouw, V. (1979). *Culture and personality* (3rd ed.). Homewood Ill, U.S.A., The Dorsey Press.

Beaglehole, E. (1949). Cultural complexity and psychological problems. In P. Mullahy (Ed.), *A study of interpersonal relations* (pp. 250-268). N.Y., Grove Press Book.

Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. N.Y., The Free Press of Gelncoe.

Bendict, P.K., & Jacks, J. (1954). *Mental illness in primitive societies*. *Psychiatry*, 17, 377-389.

Benedict, R. (1934). Anthropology and the abnormal. *Journal of General Psychology*, 10, 59-80.

Benedict, R. (1960). *Pattern of culture*. N.Y., The New American Library.

Bilu, Y. (1977). General characteristics of referrals to traditional healers. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 15(3), 245-252.

Braginsky, B.M., Braginsky, D.D., & Ring, K. (1969). *Methods of madness: The mental hospital as a last resort*. N.Y., Holt Rinehart & Winston nc.

Braginsky, D.D., & Braginsky, B.M. (1974). *Mainstream psychology*. N.Y., Holt Rinehart & Winston nc.

Brayer, M. (1982). The psychology of the Halakhah of bereavement. In R.P. Bulka & M.H. Spero (Eds.), *A psychology - Judaism reader* (pp. 184-210). Springfield, U.S.A., Charles C. Thomas.

- Brislin, R.W., Lonner, W.J., & Thorndike, R.M. (1973). **Cross cultural research methods**. N.Y.-London-Sydney-Toronto, John Wiley & Sons.
- Bruhn, J.G., & Fuentes, R.G. (1977). Cultural factors affecting utilization of services by Mexican Americans. **Psychiatric Annals**, 7(12), 20-29.
- Bulka, R.P. (1982A). Logotherapy and Judaism - some philosophical comparisons. In R.P. Bulka & M.H. Spero (Eds.), **A psychology - Judaism reader** (pp. 298-312). Springfield, U.S.A., Charles C. Thomas.
- Bulka, R.P. (1982B). Towards a psychologically sound Judaism. In R.P. Bulka & M.H. Spero (Eds.), **A psychology - Judaism reader** (pp. 5-16). Springfield, U.S.A., Charles C. Thomas.
- * Bulka, R. (1986). The struggle of 'self' within Judaism. **Journal of Psychology & Judaism**, 10(2), 59-72.
- Bursten, B., & D'Esopo, R. (1967). *The obligation to remain sick*. In T.J. Scheff (Ed.), **Mental illness and social processes** (pp. 206-218). N.Y., Harper & Row.
- Caplan, G. (1976). The family as a support system. In G. Caplan & M. Killilea (Eds.), **Support systems and mental health** (pp. 19-39). N.Y., Grune & Stratton Inc.
- Carpanzano, V., (1977). Mohammed and Dawia: Possession in Morocco. In V. Carpanzano & V. Carrison (Eds.), **Case studies in spirit possession** (pp. 141-176). N.Y., John Wiley & Sons.
- Chesler, P. (1972). **Women & madness**. N.Y., Doubleday.
- Clark, R. (1980). Religious delusions among Jews. **American Journal of Psychotherapy**, 43(1), 62-71.
- Clark, W.H. (1958). **The psychology of religion**. N.Y., The Macmillan Company.
- Clum, G.A. (1975). Intrapsychic and environmental variables as predictors of length of hospitalization. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 43(2), 276.
- Coreil, J., (1983). Parallel structures in professional & folk health care: A model applied to rural Haiti. **Culture, Medicine & Psychiatry**, 7(2), 131-151.
- Creygton, M. (1977). Communication between peasant and doctor in Tunisia. **Social Science and Medicine**, 11(5), 319-324.
- Davis, K. (1949). Mental hygiene and the class structure. In P. Mullahy (Ed.) **A study of interpersonal relationship** (pp. 364-385). N.Y., Grove Press Books.
- * Doshen, S. (1978). Israel Judaism: Introduction to the major patterns. **International Journal of Middle East Study**, 9, 141-169.
- Dohrenwend, B.P., & Dohrenwend, B.S. (1965). The problem of validity in field studies of psychological disorder. **Journal of Abnormal Social Psychology**, 70(1), 52-69.
- Dohrenwend, B.P., & Dohrenwend, B.S. (1976). Sex differences and psychiatric disorders. **American Journal of Sociology**, 81(6), 1447-1454.
- Durkheim, E. (1951). **Suicide**. U.S.A., The Free Press.
- Eaton, J.W., & Weil, R.J. (1955). **Culture & mental disorders**. U.S.A., The Free Press.
- Edgerton, R.B. (1971). A tradition African psychiatrist. **South-Western Journal of Antropologist**, 27(3), 252-278.
- Edgerton, R.B. (1977). Conceptions of psychosis in four east African societies. In D. Landy (Ed.), **Culture, disease and healing** (pp. 358-367). N.Y., Macmillan Publishing Co.

- Erikson, K. (1967). Notes on the sociology of deviance. In T.J. Scheff (Ed.), **Mental illness and social processes** (pp. 294-304). N.Y., Harper & Row.
- Finkler, K. (1980). Non-medical treatments & their outcomes. **Culture, medicine & psychiatry**, 4(3), 271-310.
- Foucault, M. (1965). **Madness & civilization**. N.Y., Pantheon Books.
- Frank, J.D. (1967). The dynamics of the psychotherapeutic relationship. In T.J. Scheff (Ed.), **Mental illness and social processes** (pp. 168-206). N.Y., Harper & Row.
- Freeman, H.E. (1961). Attitudes toward mental illness among relatives of former patients. **American sociological review**, 26(1), 59-66.
- Freeman, H.E., & Simmons, O.G. (1961). Feelings of stigma among relatives of formal mental patients. **Social Problems**, 8(4), 312-321.
- Freeman, H.E., & Simmons, O.G. (1963). **The mental patient comes home**. N.Y., John Wiley and Sons, Inc.
- Friedman, M. (1975). Religious zealotry in Israeli society. In S. Poll & E. Krausz (Eds.), **On ethnic and religious diversity in Israel** (pp. 93-112). Israel, Bar-Ilan University.
- Freud, S. (1913). Totem & taboo, **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud** (1961) (Vol. 13). London, The Hogarth Press, 1-162.
- Freud, S. (1927). The future of an illusion, **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud** (1961) (Vol. 21). London, The Hogarth Press, 5-56.
- Freud, S. (1939). Moses and monotheism, **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud** (1961) (Vol. 23). London, The Hogarth Press, 7-132.
- Goffman, E. (1961). **Asylums**. N.Y., Anchor Books.
- Goffman, E. (1963). **Stigma**. U.S.A., Prentice Hall Inc.
- Goffman, E. (1967). Normal deviants. In T.J. Scheff (Ed.), **Mental illness and social processes** (pp. 267-271). N.Y., Harper & Row.
- Goffman, E. (1973). The moral career of the mental patient. In R.H. Price & B. Denner (Eds.), **The making of mental patient** (pp. 151-185). N.Y., Holt Rinehart and Winston Inc..
- Goldberg, D., & Haxley, P. (1980). **Mental illness in the community - the pathway of psychiatric care**. London & New York, Tavistock Publications.
- Goldberg, A.D. (1986). The Sabbath as dialectic: Implications on mental health. **Journal of Religion and Health**, 25(3), 237-244.
- Goldman, A.R., Bohr, R.H., & Steinberg, T.A. (1973). On posing as mental patients: Reminiscences and recommendations. In R.H. Price & B. Denner (Eds.), **The making of mental patient** (pp. 186-197). N.Y., Holt Rinehart and Winston Inc.
- Goldman, N.S., & Davidson, L.J. (1985). The psychiatrist and Rabbi: Toward a model of clinical cooperation. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, 22(4), 303-314.
- Goshen-Gottstein, E.R. (1966). Courtship, marriage and pregnancy in 'Geula'. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines**, 4(1), 43-66.
- ✓ Goshen-Gottstein, E.R. (1984). Growing up in 'Geula': Socialization and family living in an ultra-orthodox Jewish subculture. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, 21(1), 37-55.

- Goshen-Gottstein, E.R. (1987). *Mental health implications of living in an ultra-orthodox Jewish Subculture*. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, 24(3), 145-166.
- Gove, W.R. (1970). Societal reaction as an explanation of mental illness: An evaluation. **American Sociological Review**, 35(5), 873-884.
- Gove, W.P. (1973). The relationship between sex roles, marital status, and mental illness. **Social Process**, 51(3), 34-44.
- Gove, W.R. (1980). Mental illness and psychiatric treatment among women. **Psychology of Women Quarterly**, 4(3), 345-362.
- Gove, W. & Fain, T. (1973). The stigma of mental hospitalization. **Archives of General Psychiatry**, 28(4), 494-500.
- Gove, W.R., & Tudor, J.F. (1973). Adult sex roles and mental illness. **American Journal of Sociology**, 78(4), 812-835.
- Gove, W.R., & Tudor, J.F. (1977). Commentary and debate on sex difference in mental illness: A comment of Dohrenwend and Dohrenwend. **American Journal of Sociology**, 82(6), 1327-1336.
- Greenberg, D. (1984). Are religious compulsions religious or compulsive: A phenomenological study. **American Journal of Psychotherapy**, 38(4), 524-532.
- Greenberg, D., Witztum, E., & Pisante, J. (1987). Scrupulosity: Religious attitudes and clinical presentations. **British Journal of Medical Psychology**, 60(1), 29-37.
- Greenley, J.R. (1975). Alternative views of the psychiatrist's role. In T.J. Scheff (Ed.), **Labeling madness** (pp. 34-46). Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall Inc.
- Grensted, L.W. (1930). **Psychology and God**. London, N.Y., Toronto, Longmans, Green and Co.
- Gross, L. (1959). **God and Freud**. N.Y., David Mc'Kay Company Inc.
- Halperin, D., & Scharff, J. (1985). The religious identity of the psychoanalyst as an issue in psychoanalysis. In M.H. Spero (Ed.), **Psychotherapy of the religious patient** (pp. 96-118). Springfield Illinois, Charles C. Thomas Publisher.
- Halevi, H.S. (1965). Progress in the national program in the epidemiology of mental disorders in Israel. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines**, 3(1), 148-151.
- Helmreich, W.B. (1982). **The World of the yeshiva**. N.Y., The Free Press.
- Hes, J. (1964A). From native healer to modern psychiatrist: Afro Asian immigrants to Israel and their attitude toward psychiatric facilities. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines**, 2(2), 192-208.
- Hes, J. (1964B). The changing social role of the Yemenite mori. In A. Kiev (Ed.), **Magic, faith and healing** (pp. 364-383). U.S.A., The Free Press of Glencoe.
- Hes, J. (1968). Hypochondriacal complaints in Jewish psychiatric patients. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines**, 6(2), 134-142.
- Hes, J., & Wolfstein, S. (1964). The attitude of the ancient Jewish sources to mental patients. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines**, 2(1), 103-116.
- Hollawell, I. (1977). The Social function of anxiety in primitive society. In D. Landy (Ed.), **Culture, disease and healing** (pp. 132-138). N.Y., Macmillan Publishing Co.
- Hollingshead, A.B., & Redlich, F.C. (1958). **Social class and mental illness**. N.Y., John Wiley & Sons Inc.

- Hprovitz, A. (1977). The pathways to psychiatric treatment some differences between men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(2), 169-178.
- Jan, L.J. (1977). Influence of relatives on length of hospital stay. *Social Work*, 22(1), 60-61.
- Jung, C.G. (1938). *Psychology and religion*. New Haven, Yale University Press.
- Kadushin, A. (1972). The racial fractor in the interview. *Social Work*, 17(3), 88-98.
- Kaffman, M. (1967). Survey of opinions and attitudes of Kibbutz member toward mental illness. Preliminary Report. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 5(1), 17-31.
- Kapur, R.L. (1979). The role of traditional healers in mental health care in rural India. *Social Science and Medicine*, 13B(1), 27-31.
- Kateskey, R.L. (1979). Towards the development of Christian psychology: Personality. *Journal of Psychology and Theology*, 7(2), 92-104.
- Kessler, R.C., Brown, R.L., & Bromen, C.L. (1978). Sex differences in the use of psychiatric outpatient facilities. *Social Forces*, 58(2), 557-571.
- Kiev, A. (1964). *Magic faith & healing*. N.Y., Free Press of Glencoe, 3-35, 451-464.
- Kiev, A. (1972). *Transcultural psychiatry*. N.Y., Free Press.
- Klein, J. (1979). *Psychology encounters Judaism*. N.Y., Philosophical Library.
- Kleinman, A., & Sung, L.H. (1979). Why do indigenous practitioners successfully heal? *Social, Science and Medicine*, 13B(1), 7-26.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. U.S.A., University of California Press, 27-70.
- Klineberg, O. (1980). Historical perspectives: Cross cultural psychology before 1960. In H.C. Triandis, & W.W. Lambert (Eds.). *Handbook of Cross Cultural Psychology (Vol 1)* (pp. 31-67). U.S.A., Allyn & Beacon Inc.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. N.Y., International University Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. N.Y., International University Press.
- Kraepeling, E. (1974). Comparative psychiatry. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 11(1), 108-112.
- Langness, L.L., & Frank, G. (1981). *Lives/ An anthropological approach to biography*. California U.S.A., Chandler and Sharp Publishers Inc.
- Landy, D. (1977). *Culture, disease and healing*. N.Y., Macmillan Publishing Co. Inc., 385-388.
- Lawrence, S.L. (1968). The mental hospital from the patient perspective. *Psychiatry*, 31(1), 213-223.
- Lemert, E. (1967). *Human deviance, social problems and social control*. Engelwood Cliffs, N.J., Prentice Hall Inc.
- Levav, I., & Abramson, J.H. (1984). A community study of emotional distress in Jerusalem. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 21(1), 19-35.
- Levav, I., & Minami, H. (1974). Mothers and daughters diagnose mental illness. *The Israeli Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 12(2), 319-327.
- Levin, J.S., & Vanderpool, H.Y. (1987). Is frequent religious attendances really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Science and Medicine*, 24(7), 589-600.

- LeVine, R.A. (1982). *Culture behaviour and personality*. N.Y., Aldine Publishing Company.
- Levy, N.B. (1979). The chronically ill patient. *Psychiatric Quarterly*, 51(3), 189-197.
- Lombroso, P., Tyano, S., & Apter, A. (1976). Attitude of the Israeli adolescent to the mentally ill and their treatment. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 14(2), 120-131.
- Lorber, J. (1967). Deviance as performance: The case of illness. *Social Problems*, 14, 302-310.
- Low, S.M. (1981). The meaning of nervios: A sociocultural analysis of symptom presentation in San Jose Costa Rika. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(1), 25-47.
- Maluccio, A.N. (1979). *Learning from clients*. N.Y., Free Press.
- X Mayer, E. (1979). *From suburb to shtetl*. Philadelphia, Temple University Press.
- Mayer, J.E., & Timmes, N. (1970). *The client speaks*. Chicago, Atadine Publishing.
- McClain, C. (1977). Adaptation in health behaviour, modern and traditional medicine in a West Mexican community. *Social Science and Medicine*, 11(5), 341-347.
- Mechanic, D. (1967). Some factors in identifying and defining mental illness. In T.J. Scheff (Ed.), *Mental illness and social processes* (pp. 23-32). N.Y., Harper and Row Publihsers.
- Mendel, W.M., & Rapport, S. (1973). Determinants of the decision for psychiatric hospitalization. In R.H. Price & B. Denner (Eds.), *The making of mental patient* (pp. 197-211). N.Y., Holt Rinehart and Winston Inc.
- Miller, D., & Dawson, W.H. (1973). Effects of stigma on re-employment of ex-mental patients. In R.H. Price & B. Denner (Eds.), *The making of mental patient* (pp. 363-373). N.Y., Holt Rinehart and Winston Inc.
- Miller, L. (1966). Social change acculturation and mental health in Israel. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 4(1), 1-15.
- Minuchin-Itzigsohn, S.D., Ben Shaouf, P., Weingrod, A., & Krasilowsky, D. (1984). The effect of cultural conceptions of therapy. A comparative study of patients in Israel psychiatry clinic. *Culture, Medicine and Psychology*, 8(3), 229-254.
- Mizio, E. (1972). White worker - minority client. *Social Work*, 17(5), 82-87.
- Mowrer, H.O. (1960). *The crisis in psychiatry and religion*. U.S.A., Van Nastrand Insight Books.
- Murdock, G.P. (1980). *Theories of illness*. U.S.A., University of Pittsburg Press.
- Murphy, J.M. (1976). Psychiatric labeling in cross-cultural perspective. *Science*, 1019-1028.
- Murroe, R.L., & Murroe, R.H. (1980). Perspective suggested by anthropological data. In H.C. Triandis & W.W. Labmert, *Handbook of cross-cultural psycology* (Vol.) (pp. 253-317). U.S.A. Allyn & Beacon Inc.
- Myers, J.K., & Bean, L.L. (1968). *A decade later: A follow up of social class and mental illness*. N.Y., John Wilay and Sons Inc.
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternative in the expression of psychosocial distress: A Case Study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 380-408.
- Nunnally, J.C. (1967). What the mass media present. In T.J. Scheff (Ed.), *Mental illness and social process* (pp. 48-63). N.Y., Harper and Row.

- Olshansky, S. (1959). Community aspects of rehabilitation employer receptivity. In M. Greenblat & B. Simon (Eds.), **The rehabilitation of the mentally ill** (pp. 213-222). Washington D.C., Publication 58: American Association for the Advancement of Science.
- Ostow, M. (1959). Religion. In S. Arieti (Ed.), **American Handbook of Psychiatry, 2(89)**, N.Y., Basic Books, 1788-1801.
- Ostow, M. (Ed.) (1968). **The psychic function of religion in mental illness and health**. N.Y., G.A.P. Report No. 67.
- Ostow, M., & Scharfstein, B. (1954). **The need to believe**. N.Y., International University Press Inc.
- Ostrov, S. (1982). A family therapists approach to working with an orthodox Jewish clientele. In R.P. Bulka & M.H. Spero (Eds.), **A psychology - Judaism reader** (pp. 132-143). Springfield, Charles C. Thomas.
- Ozturk O.M. (1964). Folk treatment of mental illness in Turkey. In A. Kiev (Ed.), **Magic, faith and healing** (pp. 343-363). N.Y., The Free Press of Glencoe.
- Palgi, P. (1963). Immigrants psychiatrists and culture. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, 1(1)**, 43-58.
- Parker, S. (1977). Eskimo psychopathology in the context of Eskimo personality and culture. In D. Landy (Ed.), **Culture, disease and healing** (pp. 349-358).. N.Y., Macmillan Publishing Co.
- Perez, L. (1977). The messianic psychiatric patient. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, 15(4)**, 364-374.
- Peteet, J.R. (1985). Clinical intersections between the religion of the psychiatrist and his patients. In M.H. Spero (Eds.), **Psychotherapy of the religious patient** (pp. 63-84). Springfield Illinois, Charles C. Thomas Publisher.
- Phillips, D.L. (1964). Rejection of the mentally ill: The influence of behavior and sex. **American Sociological Review, 29(5)**, 679-687.
- Phillips, D.L. (1967). Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. In T.J. Scheff (Ed.), **Mental illness and social processes** (pp. 63-78). N.Y., Harper and Row.
- Polak, P.R. (1967). The crisis of admission. **Social Psychiatry, 2(4)**, 150-157.
- Poll, S. (1969). **The hasidic community of Williamsburg**. N.Y., Schocken Books.
- Poll, S. & Krausz, E. (1975). Comparative analysis of intergroup relations. In S. Poll & E. Krausz (Eds.), **On ethnic and religious diversity in Israel** (pp. 15-23).. Israel, Bar Ilan University.
- Pollock, G.H. (1972). On mourning and anniversaries, the relationship of culturally constituted defensive system to intra psychic adjustive processes. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, 10(1)**, 9-40.
- Preuss, J. (1975). Mental disorders in the bible and Talmud. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, 13(3)**, 221-238.
- Putcher, M. (1982). Dreams and dream interpretation in the bible. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 19(2)**, 149-155. .a1
- Rabkin, J.G. (1979). Ethnic density and psychiatric hospitalization: Hazards of minority status. **American Journal of Psychiatry, 136(12)**, 1562-1566.
- Rachlis, A. (1982). The Musar movement and psychotherapy. In R.P. Bulka & M.H. Spero (Eds.), **A psychology - Judaism reader** (pp. 287-297). Springfield, Charles C. Thomas.

- Rack, P. (1982). **Race, culture and mental disorders**. London, Tavistock Publications.
- Radloff, L. (1975). Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status. **Sex Roles**, 1(3), 249-265.
- Rahav, M., Popper, M., & Nahon, D. (1981). The psychiatric case register of Israel: Initial results. **Israel Annals of Psychiatry and Related Sciences**, 18(4), 251-267.
- Rahav, M., Struening, E.L., & Andrews, H. (1984). Opinions on mental illness in Israel. **Journal of Social Science and Medicine**, 19, 1159-1165.
- Rivers, W.H.R. (1924). **Medicine, magic and religion**. London, Kegan Paul, Trench, Trubner and Co.
- Robinson, H.A., Redlich, F.C., & Myers, J.K. (1954). Social structure and psychiatric treatment. **American Journal of Orthopsychiatry**, 24(2), 307-316.
- Rosenhan, D.L., On being sane in insane places. **Science**, 179(4070), 250-258.
- Rosenheim, E. (1982). Sexuality in Judaism. In R.P. Bulka & M.H. Spero (eds.), **A psychology - Judaism reader** (pp. 147-158). Springfield, Charles C. Thomas.
- Rotenberg, M. (1975). Self labelling theory: Preliminary findings among mental patients. **The British Journal of Criminology**, 15(4), 360-375.
- Rotenberg, M. (1975). The protestant ethic against the spirit of psychiatry: The other side of Weber's thesis. **The British Journal of Sociology**, 26(1), 52-65.
- Rotenberg, M. (1978). **Damnation and deviance**. U.S.A., The Free Press.
- ✓Rubin, I. (1972). **Satmar: An island in the city**. Chicago, Quadrangle Books.
- Safan, R., & Marezki, T. (1983). Mental health services and traditional healing in Indonesia: Are the roles compatible. **Culture Medicine and Psychiatry**, 7(4), 377-412.
- Santa-Cruz, L.A., & Hepworth, D.H. (1975). News and views: Effects of cultural orientation of casework. **Social Casework**, 56(1), 52-57.
- Sanua, V.D. (1982). The state of mental health among Jews. In R.P. Bulka & M.H. Spero (Eds.), **A Psychology - Judaism reader** (pp. 37-57). Springfield, Charles C. Thomas.
- Sarbin, T.R. (1967). On the futility of the proposition that some people be labeled 'mentally ill'. **Journal of Consulting Psychology**, 31(5), 447-452.
- Sarbin, T.R., & Mancuso, J.C. (1970). Failure of moral enterprise: Attitudes of the public toward mental illness. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 35(2), 159-173.
- Sarbin, T.R., & Mancuso, J.C. (1980). **Schizophrenia-medical diagnosis or moral verdict**. N.Y., Pergamon Press.
- Savells, J. (1988). Economic and social acculturation among the old order Amish in select communities: Surviving in high-tech society. **Journal of Comparative Family Studies**, 19(1), 123-135.
- Schaffer, L., & Myers, J.K. (1954). Psychotherapy and social stratification, an empirical study of practice in psychiatric outpatient clinic. **Psychiatry**, 17(2), 83-93.
- Schaffer, R. (1976). **A new language for psychoanalysis**. N.Y., International Universities Press.
- Schwab, J.J., Bell, R.A., Warheit, G.J., & Schwab, R.B. (1979). **Social order and mental health: The Florida health study**. N.Y., Brunner Mazel Publishers.
- Scheff, T.J. (1966). **Being mentally ill: A sociological theory**. Chicago, Aldine Publication Co.

- Scheff, T.J. (Ed.) (1975). **Labeling madness**. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall Inc., 5-34.
- Schimmel, S. (1982). Free will, guilt and self control in Bablinic Judaism and contemporary psychology. In R.P. Bulka & M.H. Spero (Eds.), **A psychology - Judaism reader** (pp. 229-242). Springfield, Charles C. Thomas.
- Schumaker, J.F. (1987). Mental health, belief deficit compensation, and paranormal beliefs. **Journal of Psychology**, **121**(5), 451-457.
- Schutz, A. (1967). **The phenomenology of the social world**. U.S.A., Northwestern University Press.
- Schutz, A. (1970). **On phenomenology and social relations**. Chicago, The University of Chicago Press.
- Schwitzer, L., & Kierszenbaum, H. (1978). Community characteristics that affect hospitalization rates in a municipal psychiatric hospital. **Community Mental Health Journal**, **14**(1), 63-73.
- Selly, J.W. (1977). Percieved causes of psychological problems: An exploratory study. **Journal of Community Psychiatry**, **5**(3), 290-294.
- Shilhav, Y. (1983). Communal conflict in Jerusalem - the spread of ultra orthodox neighbourhoods. In N. Klot & S. Waterman (Eds.), **Pluralism and political geography** (pp. 100-113). London, Croom Helm.
- Shimoff, E. (1986). Judaism and psychology: A behvaioral analysis. **Journal of Psychology and Judaism**, **10**(1), 14-25.
- Shulman, B. (1982). The ten commandments and insights from group psychotherapy. In R.P. Bulka & M.H. Spero (Eds.) **A psychology - Judaism reader** (pp. 275-286). Springfield, Charles C. Thomas.
- Sidel, R. (1975). Mental diseases in China and their treatment. In T.J. Scheff (Ed.), **Labeling madness** (pp. 119-134). Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall Inc.
- Siegel, J.M. (1974). *A brief review of the effects of race in clinical service interaction*. **American Journal of Orthopsychiatry**, **44**(4), 555-562.
- Siegler, M., & Osmond, H. (1974). **Models of madness, models of medicine**. N.Y., Macmillan.
- Simon, D., Lefton, M., Angrist, S., & Pasamanick, B. (1967). Psychiatric and social attributes as predictors of case outcome in mental hospitalization. In T.J. Scheff (Ed.), **Mental illness and social processes** (pp. 119-130). N.Y., Harper and Row.
- Simon, R.J. (1978). **Continuity and change: A study of two ethnic communities in Israel**. U.S.A., Cambridge University Press.
- Skea, S., Draguns, J.G., & Phillips, L. (1969). Ethnic characteristic of psychiatric symptomatology within a cross regional grouping: A study of an Israeli child guidance clinic population. **Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines**, **7**(1), 31-40.
- Smith, K., Pumphrey, M.W., & Hall, J.C. (1963). The 'last straw': The decisive incident resulting in the request for hospitalization in 100 schizophrenic patients. **American Journal of Psychiatry**, **120**(3), 228-233.
- Spero, M.H. (1976). Clinical aspects of religion as neurosis. **The American Journal of Psychoanalysis**, **36**, 361-365.
- Spero, M.H. (1980). **Judaism and psychology: Halakhic perspective**. N.Y., Yeshiva University Press.
- Spero, M.H. (1985). **Psychotherapy of the religious patient**. Springfield Illinois, Charles C. Thomas, 5-60.
- Spero, M.H. (1986). **Handbook of psychotherapy and Jewish ethics**. Jerusalem-N.Y., Philipp Feldheim Inc.

- Spinks, G.S. (1963). **Psychology and religion**. London, Methuon and Co.
- Spiro, M.E. (1965). Religious system as culturally constituted defense mechanism. In M.E. Spiro (Ed.), **Context and meaning of cultural anthropology** (pp. 100-113). N.Y., The Free Press.
- Srole, L., Langer, T.S., Michael, S.T., Opler, M.K., & Rennie, T.A.C. (1962). **Mental health in the metropolis: The midtown Manhattan study**. N.Y., McGraw-Hill Inc..
- Szasz, T.S. (1967). The myth of mental illness. In T.J. Scheff (Ed.), **Mental illness and social processes** (pp. 242-254). N.Y., Harper and Row.
- Temerlin, M.K. (1975). Suggestion effects in psychiatric diagnosis. In T.J. Scheff (Ed.), **Labeling madness** (pp. 46-54). Engelwood Cliffs, N.J., Prentice-Hall Inc.
- Thompson, W.R. (1980). Cross cultural uses of biological data and perspective. In H.C. Triandis & W.W. Lambert (Eds.), **Handbook of cross cultural psychology** (Vol. I) (pp. 205-252). U.S.A., Allyn & Beacon Inc.
- Turner, F.J. (1970). Ethnic difference and client performance. *Social Service Review*, 40(1), 1-10.
- Valins, S., & Nisbett, R. (1972). Attribution processes in the development and treatment of emotional disorders. In E.E. Jones et al (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior* (pp. 137-150). U.S.A., General Learning Press.
- Wallace, A. (1969). Cultural change and mental illness. In S.C. Plog & R.B. Edgerton (Eds.), *Changing perspective in mental illness* (pp. 75-87). N.Y., Holt Rinehart & Winston.
- Warren, S.W. (1957). Class differences in the attitudes of psychiatric patients. *Social Problem*, 4(1), 240-244.
- Weber, M. (1961). On protestanism and capitalism. In T. Parsons et al (Eds.), *Theories of Society* (Vol. 2) (pp. 1253-1265). N.Y., Free Press of Glencoe.
- Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34(1), 98-111.
- Whatley, C.D. (1959). Social attitudes toward discharged in mental patients. *Social Problems*, 6(4), 313-319.
- Wing, J.K. (1967). Institutionalism in mental hospitals. In T.J. Scheff (Ed.), *Mental illness and social processes* (pp. 219-238). N.Y., Harper and Row.
- Wilson, O.M. (1976). 'The normal' as a cultural related concept: Historical consideration. *Mental Health & Society*, 3(3-4), 54-71.
- Wood-Saunders, L. (1977). Variants in Zar experience in an Egyptian village. In V. Crapanzano & V. Garrison (Eds.), *Case studies in spirit possession* (pp. 177-191). N.Y., John Wiley and Sons.
- Yacar-Ellencweig, E.A. (1985). Urban patterns of psychiatric hospitalization in Israel 1972-1976. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 22(3), 173-183.
- Yarrow, M.R., Clausen, J.A., & Robbins, P.R. (1955). The social meaning of mental health. *Journal of Social Issues*, 1(4), 33-48.
- Yarrow, M.R., Schwartz, C.G., Murphy, H.S., & Deasy, L.C. (1967). The psychological meaning of mental illness in the family. In T.J. Scheff (Ed.), *Mental illness and social processes* (pp. 23-32). N.Y., Harper and Row.
- Zborowski, M., & Herzog, E. (1955). *Life is with people*. N.Y., International University Press Inc..

Zilboorg, G. (1941). A history of medical psychology. N.Y., W.W. Norton and Company Inc.

Zohar, M., Floro, S., & Modan, B. (1975). Community attitudes to home treatment of mental patient. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 13(2), 117-123.

Zola, J.K. (1966). Culture and symptoms - an analysis of patient's presenting complaints. *American Sociological Review*, 31(5), 615-630.

נספח מס. 1

שאלון (לארגון החומר שעלה מן הראיונות)

שם הנבדק: מרפאת מעקב יום:
 תאריך לידה: ארץ לידה: שנת עליה:
 מגורים:
 הופעה:

מקורות הכנסה:

מצב משפחתי:
 שנת נישואין (גירושין):
 תהליך יצירת קשר הנישואין:
 שייכות:

שירות צבאי:

בן הזוג
 ת.לידה: ארץ לידה: משלח יד: שיכות:
 מהות הקשר עם בן הזוג:

<u>ילדים</u>			
שם/ מין	ת. לידה	מסגרת לימודים ומגורים	מהות הקשר

משפחת המוצא

מהות הקשר	שייכות	משלח יד	ארץ לידה	ת. לידה	
					אב
					אם

מצב כלכלי של משפחת המוצא:

יחסים בין ההורים:

אחים

מהות הקשר	שייכות	עיסוק	מצב משפחתי	ת. לידה	שם/מין

משפחה מורחבת (מוצא ומחותנת)

קשרים (עם מי):

מהות הקשרים:

האם יש חולי נפש נוספים במשפחה (פירוט):

אנמנזה:

היסטורית לימודים:

היסטורית עבודה (כולל שיקום):

היסטורית מגורים:

המצב הנוכחי

מה הבעיה הנוכחית:

עבודה:

עזרה בבית:

בית כנסת:

כיבודים:

לימוד:

הרצאות ושיעורים:

שמחות:

ביקורים (פרוט):

קשרים חברתיים (פרוט):

קשר עם רבנים ומהותו:

הבעיה

מתי הופיעה:

מה היתה הבעיה:

הטיפול שניתן:

קשר עם שירותי רפואה ציבוריים (לא כולל אשפוזים):

מהות הטיפול	הבעיות	מי הפנה	מתי	היכן

<u>אשפוזים</u>			
היכן	מתי	מי ידע	ביקורים ועזרה אחרת במהלך האשפוז

שימוש ברפואה עממית (אם נעשה פירוט של סוגי הרפואה ועיתויה):

האם נעשו מבחנים פסיכולוגיים (במידה וכן – עיקרי הממצאים מהתיקים):

מקורות עזרה בקהילה (לאורך השנים):

הסבר למחלה:

אמונה ומחלה:

גילויים דתיים במחלה:

מתודולוגיה

תיק מרפאה:

תיק בית חולים:

מספר פגישות:

משך הפגישות:

התייחסות למראייני/ת:

נושאים מיוחדים שעלו במהלך הראיון והקשר עם הנבדק:

להלן נביא את הראיון עם נחמן במלואו, באשר הוא שופך אור על דרכי פעולתם של התומכים הבלתי ממוסדים, אף כי ברור לנו שלא רבים כמותו.

"זה התחיל, שהיה אחד בן 37 שבא לבית עולים בחדרה, והיתה שם בחורה צולעת, שהיה לה ראש 'שפיץ' משונה כזה. זה היה אחרי השואה. שניהם איבדו את כל משפחתם. הוא התחזק איתה ונולד להם ילד. אחרי פדיון הבן לקחו את הילד מיד לאיזו אשה ספרדייה בחיפה, שהחזיקה עוד ילדים תמורת תשלום. פעם הוא בא לבית הכנסת שלנו. אחרי התפילה דפק על השולחן ואמר שיש לו ילד בן שש. שלא יודע להגיד אפילו שמע ישראל. הוא לא היה שייך לקהילה שלנו. הוא היה אדם פשוט ומכר ארטיק. הוא בא לירושלים לבית הכנסת שלנו, ואמר שלפחות רוצה שהילד יוכל להגיד קדיש אחריו. אמרתי לו: 'תבוא לאכול'. זה היה שבת. אמר שלא אוכל. אמרתי לו: 'תבוא לישון', בא הביתה. אני יודע שאשתי תיקח אותו ותזמין גם כן. בא, וסיפר את כל הענין. אז אשתי אמרה: 'טוב אני לוקחת אותו. כבר נהיה שמח. עשה קידוש, אמר שירות ותשבחות אכלתי מגן עדן.

אז הוא הביא את הילד יעקבליה, והוא היה ממש חיה, לא ידע כלום. יכול להריק בצלחת של הבן שלי. אי אפשר היה להחזיק אותו בבית. שמתי אותו במוסד, והיה בא בחופשות ובשבתות אלינו. הילדים שלי היו אז עוד בבית. הוא שאל כל ילד מאיפה אתה בא, חשב שהבית זה מוסד. ראיתי שלא זו, לא מתקדם במוסד. לקחתי אותו לרופא. הוא הצליח, נתן לו תרופות. היו לי עוד מישהו, שני אחים שגדלו אצלי, יתומים חיים — הוריהם היו גרושים. לאחד קניתי דירה בסנהדריה. עשיתי את זה דרך הישיבה, זה היה יותר זול. אמר לי: 'זה כלום, אני לא רוצה'. אני אמרתי לו שאני לא יכול לקנות לו דירה יותר טובה, אז הוא הסכים. ידעתי שזה, היעקבליה, צריך להיות מוכן דירה בשבילו, שתראה כלה שיש לו דירה. הוא אז כבר היה בן 20.

אשתי והילדים ברוך השם גם מכניסי אורחים. יש לי עשרה ילדים. יש לי בן שגר מחוץ לעיר, אז לבן שלי יעקבליה אמר: 'אני קודם ממך כאן'. חיתנתי אותו. אמרתי לו דבר שלא מצא חן בעיני — היה הולך לחלון ושבר שמשוה. היא הכלה היתה ענייה. הוא רצה גם ללבוש את כל הלבוש, שטריימל ומעיל. אמרתי לו: 'מספיק'. אמר שהוא רוצה. עכשיו הוא גזז את הפיאות והזקן, העיקר שיהיה יהודי. חומרות עושים רק בשביל עצמנו.

זה שאמרתי לך (היתום החי), היה קודם אצלי לפני יעקבליה. הוא לקח אשה מפנימיה, את שרה. חיה (הנבדקת) היא אזוזה. היא היתה במוסד בחיפה. אחרי החתונה של שרה, חיה לא רצתה לחזור, אמרה שמרביצים לה. אשתי אמרה: 'חיה'לה ברחוב. אין מי שיקח אותה. אמרתי לה: 'אם את רוצה אני מסכים'. אשתי היא בת אחי, והיא רגילה. אצל אבא גם היה כך, היו אורחים. הלכתי לרופא עם חיה'לה. הוא אמר: 'יעקבליה חכם — אבל משוגע. היא לא משוגעת, אבל אין לה כלום שכל'. אחר כך הלכתי לרופא אחר, ואמרתי: 'יש מי שרוצה לקחת אותה, אבל אני מפחד, היא קורעת את הבגדים'. הוא דיבר איתה ואמר שהיא צריכה להתחתן. אחרי עשרה ימים אמרתי שוב: 'אני מפחד'. הלכתי אליו עוד פעם. עוד פחדתי עד ששאלתי את הרבי מגור (אז לא היה לי 'רבה') והוא אמר: 'תעשה, ויהיה בהצלחה'. אמרתי: 'אם הרבה מסכים זה דבר אחר'.

גם הבחור (ששוודך לחיה) לא היה כל כך חכם. הוא לא התנהג איתה כמו שאמרתי לו. אמרתי לו: 'אם היא קורעת, אל תקנה לה חדש, עד שאני מסכים'. הוא לא יודע ללמוד. נהיה חסיד ורצה שהיא תלבש צעיף שחור. אמרתי לו: 'אני אוהב את זה, גם אשתי ככה, אבל יש דברים שמוכרחים יותר (מללבוש צעיף שחור)'. נהיה יותר גרוע, נהיה ילד וילדה, אמרו שאסור לה ללדת. שאלתי את הרב של העדה החרדית, והוא אמר ללכת לשאול פסיכיאטר. הבעל אמר לה שיקנה לה דירה חדשה אם תלד עוד. פרנסה לא הביא, מאיפה דירה יביא?! אשתי הלכה איתה לפסיכיאטר. שאל אותה: 'יש לך ילד וילדה מה את צריכה עוד?' אמרה לו: 'בעלי אמר שיקנה לי מתנות'. עד שהסכים בסוף, ושלח מכתב לרופא נשים, שמצידו זה לא מפריע.

התקפות לא היו לה אף פעם, רק היתה קורעת את הבגדים. אפילו אמרתי לרופא, שכתוב בגמרא, שמי שקורע את

מה שנותנים לו נקרא שוטה. לכל הרופאים הלכתי פרטי. ואז נולדה הילדה השלישית, והיא התחילה. רצתה את הדירה, והוא לא יכול להביא. הילדה נכנסה לבית חולים כשהיתה בת שלש שבועות. היא היתה מסורה לילדים. כל היום היתה עם הילדה בבית חולים, וזה השפיע עליה, והתחילה לצעוק. אז סדרתי מהסעד שהתינוקת תיכף תלך למשפחה, הגדול היה אצלי והבת בפנימיה. אמרתי צריך לקחת אותה לבית חולים. שם אמרו: 'היא לא משוגעת, אבל זה השפיע המשבר'. הלכה לבית חולים והיא לא שמרה (על כבודה), בעלה אמר שהוא רוצה לגרש אותה, אז היא אמרה שהיא כבר גרושה, עשתה את מה שאסור לעשות. יש לה שם דע גם בגלל שלוקחת את הזבל, אין מי שרוצה אותה. לפעמים היא אומרת לי, מה יש לי ממך, בגלל שאין חתן, גם השבוע צעקה. שלשום היא זרקה ארבע מפתחות. היא באה אלי ואמרה: 'אין לי מפתח'. שאלתי אותה: 'איפה הוא', והיא אמרה: 'שלא יודעת'. אחר כך השכנה אמרה לי שהיא זרקה את זה בצינור. היא באה אלי בשמונה בערב, והבת שלי באה ללכת איתה, ונתתי לה מפתח אחר. הבעל שלה, אבא כזה, שיש לו ילד שיודע ללמוד עשר פעמים טוב ממנו, ולא בא לראות אותו. אפילו לפני ראש השנה שיבוא לאחל לו שנה טובה! אין לו שכל! הילד מוצלח מאד. הילד קורא לי סבא, וגם הבנות של יעקב'לה קוראות לי סבא. הילד אומר שאותי הוא אוהב ביותר."

כשנשאל נחמן מהיכן הכסף – ענה: "עוזרים. אני לא חי חצי או רבע כמו חיה'לה, יש אצלה פירות שאצלי אין בבית. היא מקבלת נכות. לדירה אספתי לה כסף נסעתי לחל אביב. בדרך כלל זה קשה לי. אני לא יכול להיות 'שנודר'. מישהו הלך איתי. דיברתי כמה דברים בשבת בבית הכנסת. היה שם אחד שהכיר אותי ואמר: 'אם נחמן אומר שצריך לתת – אז צריך לתת'. הרב של בית כנסת הלך איתי אחר כך לאסוף כסף. הרב ביקש מעשיר אחד מאה לירות, אז היו נותנים עשר לירות. הוא אמר לו: 'אני לא יכול לתת, אתן רק 25'. ואני לא יכולתי לסבול איך הרב מוציא ממנו 75 לירות. כשיצאנו הרב אמר לי שאני לא יכול לאסוף כסף. אף על פי כן אני מחפש מישהו בשבילה."

עם יעקב'לה היה אחד שהוא גומל חסד, שעזר לקנות לו דירה. הוא היה עם אמא של יעקב'לה בסיביר. היא לא יכלה לעבוד, והוא שכר בשבילה חדר, ונתן לה לאכול. הוא נסע לאמריקה והיא לארץ ישראל. אחרי כמה שנים שאל עליה, ושמע שהיא ילדה בן והיתה לו שמחה גדולה. הוא שמע שהבן שלה נמצא אצל הנכד של הרבי שלו (הכוונה לסבא שלי שהיה האדמו"ר שלו בגליציה), והתחיל לשלוח לי כסף בשביל יעקב'לה. לא לקחתי, מפני שהיה לי. אמרתי לו שיש לי, ושישמור את הכסף לחתונה. בחתונה שלח לי שני שלישי של כל ההוצאות, ושליש אספתי, ויעקב'לה קיבל דירה קנויה. יעקב'לה קורא לי 'אבא' ולאשתי 'אמא'. אשתו של יעקב'לה באה אחרי החתונה והיה לה רק שימלה אחת. נתתי לה שיק שתלך לאיזה חנות ותקנה שימלה, ובחנות יכתבו את הסכום. בעלת החנות אמרה לה: 'אני לא מקבלת שיקים'. אמרה לה: 'גם את זה את לא מקבלת? הסתכלה בעלת החנות על השיק, ראתה את שמי, ושאלה: 'איך השיק הזה מגיע אליך?' אמרה לה: 'זה חמי'. אמרה לה בעלת החנות: 'אז צריך לקרוא לך אותו שם משפחה כמו בשיק'. ואז היא סיפרה לה, שאני לא אבא של יעקב'לה, שאני כמו אבא. לו אני אומר – לפחות תלבש כובע. היא מחנכת את הילדות כמו שאני רוצה. אין מה לעשות. הוא חולה יעקב'לה. בלי פיאות, בלי זקן. היה זמן שהלך עם שערות ארוכות. אמרתי לו: 'אתה לא תבוא אלי, אבל אשתך והבנות יבואו'. עכשיו הוא סובל יש לו סחרחורת מהעצבים. אני ממשיך ללוות אותם. יש להם מחלה. זה לא הוא עושה – זה המחלה עושה."

אם יוכלו לעזור בשירותים למפגרים לחיה'לה. הם אמרו: 'קודם היא צריכה לעבור בדיקה', וזה עוד לא בא. זה כבר שנים. מי שחולה סולחים לו. גם הקדוש ברוך הוא סולח לו. זה לא הוא עושה – המחלה עושה. הוא פטור מכל המצוות. צריך לעזור לי שיקבלו אותה במעון למפגרים, שמעתי שזה טוב. מצוות זה הדבר היחיד שלוקחים לעולם הבא. אחרי מאה ועשרים או שמיים תכריכים, והבן אדם בקבר, ושום דבר לא איתו, רק המצוות. וזה לוקח לעולם הבא, וזה לתמיד. אני יכול לעשות את כל הדברים האלה, בגלל שהאשה מסכימה. יש הרבה אנשים שרוצים לעשות – אבל האשה לא מסכימה. הילדים שלי אומרים לי שאני משאיר להם הרבה מצוות."

הראיון עם נחמן מדבר בעד עצמו וממחיש את הרגישות, הסובלנות, וההתחשבות בצרכים הדיפרנציאליים של אלה, שהוא לקח על עצמו לדאוג להם. נחמן פועל באופן עצמאי, ומתוך יוזמה אישית. מתוך החומר שהבאנו, עולה שישנם אנשים נוספים בקהילה, קרובי משפחה של הנבדקים ואחרים, הנוטלים יוזמה זו או אחרת ביחס לחולי-נפש. ניתן להניח שיוזמות דומות קיימות גם ביחס לצרכי נזקקים אחרים בקהילה. ייחודו של נחמן בהיקף פעילותו, ביכולתו לסחוף ולהפעיל אנשים נוספים בקהילה, ובהבנה הרבה שהוא מגלה כלפי הסובלים מבעיות נפשיות. נראה לנו, שהסיפא של הראיון עימו מבהיר את כוחה של האמונה הדתית המלווה ומניעה אותו במעשיו אלה.

The Phenomenology of Mental Disorders in Ultra-Orthodox Population Exposed to Treatment in Public Service

Thesis Submitted for the degree "Doctor of Philosophy"

Submitted to the Senate of the Hebrew University

By

Leah Weil

March 1990

This work has been carried out under the supervision of: **Professor Mordechai Rotenberg**
Doctor Yoram Bilu

Contents

Foreward	1
Introduction	
Chapter A: The Ultra-Orthodox population	2
Definition of the Ultra-Orthodox population	2
Division in the Ultra-Orthodox population	4
Characteristics of the Ultra-Orthodox society	8
Stability and isolationism	8
Life cycle	9
World of the Torah	12
Community life	14
Chapter B: Religion and mental health	17
Psychology and religion	18
Mutual relations between religion and mental health	22
Halacah and mental health	24
Halachic attitude toward the mentally ill	29
Chapter C: Culture and mental health	31
Manifestations of mental disturbances	33
Explanations of mental disturbances	35
Referral to mental treatment	36
Cultural and social variables influencing referral patterns to psychiatric services	37
Family variables influencing referral patterns to psychiatric services	39
Personal variables influencing referral patterns to psychiatric services	40
Treatment of mental disturbances	41
Attitude toward mental disturbances	43
The research approach	48
The research questions	49
Method	50
Subjects	51
The research technics	52
Interviews	52
Medical files	55
Information from therapists	55
Data processing	56
Content analysis	56
The research experience (the phenomenology of research)	57

Results	60
Chapter A: Background data of subjects	60
Sex of subjects	60
Age of subjects	61
Origin of subjects	63
Families of origin of subjects	64
Genetics background among subjects	65
Family status of subjects	65
Singles	66
Married	67
Divorced and seperated	67
Pattern of creating the marital relation among subjects	69
Age of marriage of subjects	71
Birth rate among subjects	71
Stability of the subjects' Ultra-Orthodox identity	72
The spouse's Ultra-Orthodox identity	74
Education level of subjects	74
Years of education	75
Institutions of education	75
Work and financial resources of subjects	77
Military service of subjects	78
Chapter B: Channels of referral to treatment of subjects	80
Difficulties prior to refferal	80
Learning area	80
Social area	80
Family area	81
Mental-emotional area	82
Life cycle and timing of referral to treatment	82
Childhood	83
Adolscence	83
Match making and marriage	87
Pregnancy and birthgiving	88
Traumas	90
Adulthood	90
Factors reffering subjects to treatment	91
Family	91
Community factors	92
Medical factors	93
Self-referral	93
Establishing relation with the treating agency	94

First contact of the subjects with the treating agency	96
Sex of subjects according to primary medical help given	97
Origin of subjects according to primary medical help given	98
Family of subjects according to primary medical help given	98
Contact with medical and social services prior to referral to treatment	98
Character of primary contact of subjects with public services	99
Hospitalization rates among subjects	100
Mutual relations between various kinds of medicine used by subjects	100
Public medicine and private medicine	101
Popular-religious medicine and private medicine	101
Conventional medicine and Popular-religious medicine	102
Prevalence of employing popular-religious medicine among subjects	102
Methods of healing in popular-religious medicine used by subjects	103
Evaluation of popular-religious medicine by the subjects who had used it	104
Chapter C: Mutual relations between subjects and community	106
Residence of subjects	106
Involvement of families of origin in subjects' lives	108
Character of subjects relationships with their parents	108
Character of practical relation between subjects and their parents	110
Character of subjects relationships with siblings	113
Character of practical relation between subjects and their siblings	114
Involvement of nuclear families in subjects' lives	116
Spouses	117
Children	118
Involvement of extended family in subjects' lives	119
Grandparents	120
Uncles and aunts	120
Cousins	120
Nephews and nieces	120
Parents in law	121
Brothers and sisters in law	121
Extra-familial sources of support — non institutional	122
Rabbis	125
institutional sources of support	128
Governmental support organizations	128
Ultra-Orthodox support organizations	128
Subjects integration in the community	132
Employment	132
Studying	133
Synagogue	134

Festivities	137
Visits	138
Social attitude to the disease as perceived by subjects	140
The need to cover the mental disease	141
Explanations given by the subjects in order to hide their mental disease	142
Comparing the social attitude to mental disease in Ultra-Orthodox and secular society, as perceived by subjects	144
Chapter D: Culture and Psychopathology	148
Perception of the disease	148
Physical explanations	148
Intra-psychic explanations	149
Interpersonal explanations	149
External-environmental explanations	150
Religious explanations	150
Disease as punishment	151
Disease as purification	152
Faith and illness	153
Faith is not helpful in coping with the disease	154
Ambivalence toward faith as an help in coping with the disease	154
Faith helps in coping with the disease	156
Religious manifestations in the disease	159
Religious manifestations on the behavioural level	159
Religious extremism	160
Neglecting the religious duties	162
Religious manifestations on on the cognitive level	164
Discussion	168
The patient	168
the community	172
The disease	177
Summary and conclusions	181
Directions for further research	182
Conclusions to apply	183
Hebrew bibliography	185
English bibliography	187
Appendix no. 1	197
Appendix no. 2	203
English summary	

SUMMARY

The purpose of this study is to discover to what extent the cultural and religious uniqueness of the Ultra-Orthodox population affects the experiences and coping methods of those members of this population suffering from mental disorders.

The theoretical background of the study deals with three central topics: the Ultra-Orthodox population, religion and mental health, and culture and mental health.

The Ultra-Orthodox Population

The Ultra-Orthodox population is a religious and cultural group that differs from the rest of the Israeli population. It differs from the general religious population not in degree of religiosity but in several particular characteristics: When there is a disagreement in the religious literature as to whether something should be permitted or forbidden, the choice to forbid it is always taken; the way of life inherited from their Eastern European forefathers is preserved in all its details; and their scholastic groups are institutionalized. This group has an ideology of separatism, which is expressed in its meticulous concern about modest dress and behavior, in the use of unique forms of dress, and in social, cultural and geographic distance from the rest of the population, involving the principled rejection of the secular way of life.

This population is characterized by sectarianism and extensive internal divisiveness, derived from its history: the strife of the hassidim versus the mithnagdlim (their non-hassidic opponents), the affiliation of each group to the sect of their community of origin, and the degree to which each sect recognizes the legitimacy of the Zionist State of Israel, which many of them do not consider to be their state as long as it is not ruled according to the Halacha (Jewish religious law). In spite of this extensive internal divisiveness, the members of this group are more similar than different in comparison to the rest of the population.

The life cycle of the Ultra-Orthodox population is different from that of the rest of the population. These differences occur in several areas: in their educational career, which begins at a very early age for boys; in absolute separation between the sexes; in a relatively brief adolescence, as a result of early marriages arranged by matchmakers; and in clearly understood and differentiated sex roles. The horizons of self-realization are limited. Men are expected to become Torah scholars, and women are

expected to raise their children and permit the husband to have free time for his studies.

The Ultra-Orthodox society is characterized by a ramified community organization, which is intended to secure the existence of the Ultra-Orthodox way of life and to carry out a social conception that emphasizes, among other things, the obligation of the community to take part in ensuring the welfare of the weaker members. The communities are centered around a synagogue or yeshiva. The community is led by a rabbi who is consulted not only about matters of Halacha, but also about any important problem in the lives of the individuals or the community. Some of the religious rituals can be performed only in a group (generally defined as a quorum of ten men), and many community events take place in the context of the yearly cycle and the life cycle.

One outgrowth of the separatist ideology of Ultra-Orthodox society is the trend to minimize contact with the surrounding society. This is one of the reasons why the Ultra-Orthodox population worked hard to provide its own internal services for its members. But there are some services which even this separatist society is forced to accept from external frameworks, both because it is a restricted society and because of its lack of sufficient financial and professional resources. One of the areas in which the Ultra-Orthodox society requires external assistance is medical treatment, including mental treatment. The field of mental health is especially problematic, because it exposes those in need of treatment to contact with the outside world in areas which the Ultra-Orthodox society is most concerned to keep private, namely, the areas of spiritual and mental life, and the ideologies of its members.

Religion and Mental Health

There are two central trends in the attitude of psychology to religion, and they stand on opposite sides. The first, represented mainly by Freud, considers some religious manifestations as psychopathological. In contrast to this view, others (e.g., Jung, Allport, Frankl) consider religiosity as an expression of the development and consolidation of the personality, and believe that it can help people cope with their problems.

Many studies show that there is no clear association between religiosity and the various forms of psychopathology.

There is a mutual relationship between religion and psychological treatment, both in their objects of reference (man's mind and spirit) and in the methods used by the clergy and by mental health workers. Religious conceptions also influenced the development of theories, attitudes and methods of treatment for mental patients.

The Jewish religion is an all-encompassing religion. It deals with all areas of the individual's life and with all the relationships between the individual and the environment. There are two central approaches to the mutual relationship between halacha and psychology: One claims that the two have

similar principles and points of contact, while the other claims that there is a contradiction between the two. These contradictory views are based mainly on their different standpoints concerning the essence of man and free will. Those who reject the possibility of bridging the gap between the two believe that psychological theories deny man free will.

The halachic legislators who defined insane persons as not responsible for their actions denied them certain rights, but at the same time gave society the obligation to protect them.

These relationships between religion and psychology in general, and between Halacha and psychology in particular, can help us understand the difficulties facing Ultra-Orthodox people in need of mental-health services.

Culture and Mental Health

Since religion is an accepted cultural institution, and the uniqueness of the Ultra-Orthodox population is also cultural, we dealt with the question of the mutual relationship between culture and mental health. Since the time that Benedict placed stress on the relativity of culture in general, and in particular the relativity of attitudes towards the normal and the abnormal in different cultures, there have been many comparative studies dealing with the area of psychopathology. These studies have been marked by two basic approaches. One claims that the frequency of occurrence of specific mental disorders differs in different cultures, and that there are mental diseases that exist in some cultures but not in others. The other claims that mental diseases occur equally frequently in all cultures, and that the epidemiological studies are deceptive because they are based on recognized patients, and not on a survey of the entire population. Some populations, especially traditional ones, are more tolerant of mental disorders and suggest alternative methods of treatment, such as folk medicine. They identify unique psychopathological manifestations as variations of familiar disorders, colored by the culture in which they occur. We surveyed studies done in Israel and in the rest of the world that exemplify the influence of cultural symbolism in setting the pattern of mental disorders and the explanations given for their occurrence.

We have emphasized that many factors -- cultural, social (e.g., status, education, structure of psychiatric services), familial and personal -- affect the willingness of Western man to approach institutionalized mental health services. The attitude to mental disorders is also influenced by the culture in which it occurs. An extreme stand on this topic is taken by the people of the antipsychiatric school, who claim that mental disorders are mainly a product of labelling, and thus it is the society that creates them, and especially that perpetuates them.

The Research Questions

Due to the complexity of the topic of the research, the paucity of previous studies concerning the Ultra-Orthodox population, and the lack of research dealing directly with mental illness in this society, we chose a phenomenological methodology. In this way, through direct interviews relying on the personal experiences of the subjects, it seems possible to obtain rich and authentic data.

The study deals with the following questions:

1. What are the background characteristics of Ultra-Orthodox patients treated in a public mental-health clinic?
2. What course of treatment or coping procedures had these patients used from the time the mental disorder had been identified until they came to the public mental-health clinic for therapy?
3. What are the mutual relationships between the Ultra-Orthodox patients in the mental-health clinic and significant factors (personal or institutional) in the community?
4. What explanations do these patients offer for their mental disorders?
5. How do these patients experience their religious and cultural world in the face of their mental disorder?
6. Are there any unique manifestations during the process of the mental disturbance of these patients that are affected by their religious and cultural world, and if so, what are these manifestations?

The Research Method

For the purpose of the study I contacted a mental-health clinic in a catchment area where many Ultra-Orthodox people apply for treatment. In this clinic there are four follow-up clinics for long-term treatment. Of 83 Ultra-Orthodox patients that were known to the staff of these clinics, I made contact with 69. The remaining 14 were not included in the study for various reasons, mainly because of their psychological state and the nature of their association with the clinic. The definition of Ultra-Orthodoxy was made on the basis of the patient's self-definition. With 43 of the patients a full interview was held, that is, all the topics I wanted to bring up were discussed, while partial interviews were held with the remaining patients. The richness of the interviews varied from subject to subjects. The subjects' answers and statements were recorded in writing at the time of the interview.

The interviews were open-ended, but focused on a number of topics, namely: the personal and family background of the subjects, their history, their present situation in every area of life, their referral to the clinic and their history in the clinic, the attitude of significant others to their problem, the subjects own attitude towards his/her problem (explanations), religion and illness, and religious

manifestations of illness. The interview were conducted very flexibly, with consideration for the religious feelings and mental state of the patients. This was expressed in the presentation of the questions, in the length, number, timing and place of interviews, in agreeing to the presence of a chaperone, and other considerations. I was also assisted by the staffs of the follow-up clinics, and I was permitted to study the patients' medical records in order to complete and update the information.

Content Analysis

From the unprocessed interviews I identified the subtopics of each of the topics at the focus of the interviews. Using these data, I constructed an open questionnaire whose purpose was the detailed organization of all the raw material according to the identified subtopics. I prepared a questionnaire for each subject, and I transferred the material obtained in the interviews to the questionnaire, using the subject's own language and adapting the subject's statements to the relevant subtopics. The material obtained from the medical records was also incorporated into the questionnaire.

This questionnaire permitted the material to be organized so that the responses of each subject on each subtopic would be obtained separately. Using these responses, I constructed the phenomenological categories for each of the subtopics, through which it was possible to classify the subjects without losing the subjective experiences of each subject with respect to the topics and subtopics that arose in the interviews. The questionnaires made it possible to impose order on the life histories of the subjects along a number of dimensions, while attempting to find connections among the different dimensions.

Results

The Background Data of the Subjects

We compared the background data of the subjects with the data obtained from a survey that had been conducted on ambulatory psychiatric patients under long-term treatment in Jerusalem (Whitman). The study population differed from the survey population in sex distribution (the study population consisted of 59.5% males and 40.5% females, while the proportion of males among the patients that were not interviewed was even higher), in ethnic origin, in age distribution and in family situation. These differences were also found in comparison with the data from other Israeli surveys and from surveys in other countries.

Comparing the subjects with the overall Ultra-Orthodox population revealed both similarities and differences. The similarities were found in a number of areas: in the institutionalization of the finding of the marriage partner, mainly by arranged matches, in the importance attached to the institution of

marriage, and in the feeling of stigma associated with any deviation from the accepted personal status (i.e., being married), especially among the female subjects, who revealed more conformity and identification with the values of their society than the male subjects. In cases where the subjects had become ill before being married, we found a tendency to hide the fact of their mental disturbance, which was considered a serious defect that would pose difficulties for matchmaking. Another salient fact was the importance the male subjects attached to their studies and to their difficulties in this area. The difference between the subjects and the general Ultra-Orthodox population was especially salient in a number of areas. There was a high proportion of subjects who had been exposed to difficult life circumstances in their families of origin, or who had cases of mental disturbance in their genetic background. The subjects were different in that their personal status was exceptional, their marriages were unstable, the proportion of married people was lower, their age at marriage was higher, and the number of children they had was lower than the accepted in Ultra-Orthodox society. Some of the subjects criticized the matchmaking process in their society. The women complained a great deal about their husbands and expressed dissatisfaction with the essence of their relationship with them. Most of the subjects had a history of poor scholastic achievement in comparison with the norm, and there were some who had not studied in the accepted Ultra-Orthodox schools. Some of the male subjects had even served in the army. Many of the subjects had difficulty in defining which Ultra-Orthodox sect they belonged to, and a third of the subjects even reported a lack of continuity in their Ultra-Orthodox identification. The number of complete interviews that were conducted with members of the last-mentioned group was higher than the proportion for the rest of the subjects. It seems to us that a lack of continuity in Ultra-Orthodox identification reflects a state of internal conflict, and so people with this problem will have a greater willingness and need to talk.

The Process of Applying for Treatment

We found a tendency for the subjects to postpone their application for mental treatment. There were many reports about difficulties before treatment was applied for (in childhood), but there were few reports of psychotherapy in childhood. This suggests a greater avoidance of application for mental health services among the Ultra-Orthodox population. The main difficulties prior to application for treatment that the subjects reported were in the scholastic and social areas, which can be connected with the uniqueness of the Ultra-Orthodox society.

We found a difference between the male and the female subjects in the timing of their applications for treatment, in terms of their stage of life. The men applied for treatment mainly during adolescence, and at the matchmaking stage. The women applied at a later stage, mainly around the time of pregnancy and childbirth. It seems that this difference is associated with the differences in life cycle

and sex roles of men and women in this society.

In the Ultra-Orthodox society there is an intermediary that some of the subjects consulted before applying for therapy. It seems to us that this role is a vital one in cases of need for extra-communal services in a society characterized by separatism. The families of the subjects, especially their families of origin, played a dominant role in encouraging the subjects to apply for therapy. One element that stood out was the fact that while Ultra-Orthodox husbands played a part in encouraging their wives to apply for therapy, the wives did not play such a role for their husbands. The cases in which community members were involved in this process were those in which the subjects behaved in an extremely deviant manner.

The subjects made use of three therapy frameworks: public, private and folk-religious. We found an association between the variables of sex, ethnic origin, previous connection with medical or welfare services, and the choice of the primary type of therapy. Most of the transitions from private or folk-religious medical care took place when hospitalization became necessary. There was a high proportion (89.9%) of hospitalizations among the subjects. The subjects tended to continue using folk-religious medical treatment alongside of their use of modern medicine, an accepted phenomenon in traditional societies in Israel and in the rest of the world. The transitions between the therapy framework reflected not only the efforts expended to cure the patient, but also the efforts expended to hide the fact of his being ill. Concealment of the illness was perceived by many of the subjects as an important factor in enhancing their chances to be cured and rehabilitated.

The Mutual Relationships between the Patient and the Community

We found that the subjects were greatly helped by their families in their daily lives. There is a hierarchy of involvement of the family of origin in the lives of the patients – that is, if the closest person is unable to be a source of support for whatever reason, then this role is taken over by a slightly more distant family member.

The dominance of the immediate and extended family of origin over the immediate and extended nuclear family in offering assistance and support was outstanding. Among all the subjects there was a salient difference between the attitude of the spouse and that of the family of origin as a source of support. The married subjects also reported that they received a wider range of practical assistance from their families of origin than from their nuclear families. There were many descriptions of the family of origin as a source of support, while there were hardly any such descriptions of the spouses. The married men saw their spouses as a source of support more than the married women. These findings reveal the strong connection that the subjects have with their families of origin even after

their marriage. It seems to us that this situation can be explained by the traditional structure of the Ultra-Orthodox family.

We found that, in addition to the family support received by the subjects, the Ultra-Orthodox community offers additional sources of support. These sources may be classified into two principal sorts: institutionalized and non-institutionalized. We found that more than a third of the subjects were helped by community members who were not family members, and who did not belong to institutionalized support frameworks. The extent of this support varied from subject to subject, and this sort of support was offered in every case where the support given by the family was insufficient or nonexistent. Thus there were practically no subjects who were left alone without having their basic needs taken care of. Only a third of the subjects reported connections with rabbis in the past or during the course of the study, and only 10% reported continuous, significant spiritual support from rabbis. It seems that the rabbis responded when the subjects turned to them, but few of them took the initiative or considered the support of people suffering from mental disorders to be a part of their task.

In the Ultra-Orthodox community there are institutionalized support organizations, both governmental and community-based. The subjects utilized both of these sources of support, but the governmental services were utilized mainly for economic support, while the Ultra-Orthodox frameworks were emphatically preferred for rehabilitational support.

Examination of the subjects' integration into the community, using various measures, showed that some subjects were involved in a number of activities, while others were involved in only a few, but none of the subjects was totally cut off from all community activity. We found that the proportion of workers and students (including part-time participants) was very low, with the proportion of students being even lower than the proportion of workers. The proportion of male subjects involved in these activities was greater than the proportion of female subjects so involved. The employment of the subjects is partly due to the needs of the community (for the collection of donations, the writing of sacred texts on parchments, the completion of a quorum for prayer services, etc.). On the other hand, we found a low degree of involvement of the subjects in community life, which was reflected in the small number of male subjects who belonged to a specific synagogue. Only slightly more than half of the subjects received the customary honors in the synagogue, and a similar percentage of all the subjects took part in community festivities. It is possible that this situation is connected with the fact that integration in such activities demands more involvement and persistence than most of the subjects are capable of, but it is also possible that the situation reflects the community's attitude and efforts in the integration of the subjects into community life. We found a low degree of social connections among the subjects, which was expressed in the relative paucity of social visits. This phenomenon is not exceptional in the Ultra-Orthodox society, but it nevertheless arouses wonder in

the face of the facts presented above concerning the high degree of material assistance the subjects received.

The dominant feeling of the subjects with respect to the attitude of the community is the need to conceal their illness. As long as the problem can be concealed, assistance will be offered in private, but once it becomes public property, assistance will be given openly. But the person who is 'different' and 'damaged' will be left with the feeling that in spite of all the assistance being offered, his chances, and often his family's chances as well, of retaining equal status with other members of the community are small.

The perception of the illness

In order to explain their illness the subjects provided explanations from various areas, but more than half offered religious explanations — for example, that the illness was a punishment for their sins in the past and in the present, or for their parents' sins; the illness was a means of purifying their character; or the illness was a means of becoming closer to God. These explanations were designed mainly to resolve the difficult conflict that the Ultra-Orthodox mental patient must cope with — namely, how to reconcile his suffering with his belief in divine providence. The explanations helped most of the subjects in resolving this conflict and so permitted them to continue their observant life style and to find meaning in their suffering.

Faith and illness

In spite of the complexity of the topic for the man of faith, more than three-quarters of the subjects discussed this question. More than half of them saw faith, religious rituals, and the religious framework as a many-faceted and powerful resource that assisted them in coping with their distress. Many of them emphasized the value of faith as a brake on thoughts of suicide. The others mentioned various aspects of faith and ritual as making it more difficult for them to cope with their illness, although with different levels of criticism. It seems to us that a partial explanation for this finding is that more than half of the subjects who were critical of religion had undergone changes in their Ultra-Orthodox identity. It should nevertheless be emphasized that there were another ten subjects in this group who had not undergone any changes in their identity.

Religious manifestations of illness

We found religious manifestations in the mental disorders of many of the subjects. These manifestations were expressed behaviorally — in overscrupulousness or neglect of religious commandments — and ideationally — in attitudes towards figures from religious mythology. We

found more manifestations of the neglect of commandments than of religious extremism. It seems that manifestations of religious neglect, because they stand out so clearly, are more functional than manifestations of religious extremism for the Ultra-Orthodox person who wants to make his distress noticeable. We found more males than females whose religious manifestations of illness were expressed in behavior, and more females than males for whom these were expressed ideationally. It seems to us that this finding is a result of the differing expectations in Ultra-Orthodox society from males and from females in the area of religious ritual. Nevertheless, the large number of women who experienced mental religious manifestations of illness shows that women are very much at home with religious symbolism. It seems that these religious manifestations should not be seen as expressing purely religious conflicts. We presented a wide variety of religious manifestations of illness and showed that they are not random. We also showed how religious symbolism can be given idiosyncratic significance and permit the personal expression of internal conflicts by means of the symbolic cultural framework in which the individual lives and acts. Moreover, we did not find a large proportion of people who were unstable in their Ultra-Orthodox identity among the subjects who had experienced religious manifestations of illness.

Discussion

The findings may be analyzed according to the degree that the subjects depart from what is accepted in Ultra-Orthodox society. We found more non-conforming than conforming behaviors among the subjects. In our view the non-conforming behavior of the subjects cannot be attributed entirely to their illness, but should be considered an expression of rebellion. This rebellion permits the subjects to live on the interface between Ultra-Orthodox and secular society, without being expelled from the Ultra-Orthodox society. Indeed, some of the subjects raised fundamental questions of faith, some of them created situations which attenuated social control over them (living alone, not attending one synagogue regularly, etc.), and some of them were actually familiar with secular society.

When the subjects' behavior is described on a continuum of conformity, what is especially salient is the high proportion and wide variety of non-conformist patterns among the men as opposed to the women. In our view this situation is inherent in the different roles ascribed to men and women in Ultra-Orthodox society. When the Ultra-Orthodox boy reaches the age of thirteen he becomes obligated to perform all the commandments, positive as well as negative, while girls, although they are obligated to observe all the negative commandments from the age of twelve, are exempt from most of the positive commandments. The tasks that girls are expected to perform are thus less demanding and more flexible, at least until they become mothers. Even then the main tasks of the woman are within

her own home, while the Ultra-Orthodox man is subject to social pressure and control which make him more vulnerable to failure. It seems to us that there is an association between the large proportion of men in our study and the finding of more manifestations of non-conformity among men than among women. It is possible that the pressures to which Ultra-Orthodox men are subjected encourage them to perform non-normative behaviors, as a result of which more of them are referred to psychological treatment than is the case with the women.

Seeing the subjects as violators of norms arouses the question of how this is permitted by the Ultra-Orthodox society, which is characterized by strict social control. In our opinion, the weakening of social control in such a situation is functional, because the subjects, due to their psychological limitations, do not permit themselves to leave the Ultra-Orthodox framework completely, and therefore distancing them will not succeed. The question also arises of whether the lack of reaction on the part of the Ultra-Orthodox society to this violation of its norms is an expression of tolerance or merely a sign of its having given up on those of its members who suffer from psychological disturbances.

Some of the findings attest to an avoidance of psychological treatment in general, especially the sort offered by public institutions. We did not find any evidence in the statements of the subjects that the reason for avoiding mental treatment was halachic. Rather, the main reason for avoiding such treatment, especially in public institutions, was the exposure that accompanies such treatment. Mental illness is perceived as a serious defect that affects the fate of the individual and his entire family, especially the chances of finding an appropriate spouse.

This raises the question of how such a stigmatizing and deterministic attitude can be reconciled with the spirit of the halacha, which stands for free will and lovingkindness, and with the findings concerning the extensive support that the Ultra-Orthodox society extends to its mentally ill members. It is possible that this gap is simply the gap between the ideal and its realization. We do not have information about whether and how this ideal of lovingkindness was realized in Jewish communities in the past. But our own study shows that the assistance offered the subjects by the community has two levels — the material and the emotional. On the level of daily existence it seems that the mentally ill person in an Ultra-Orthodox society has no reason to worry that his material needs will not be satisfied. He will not remain without shelter, food, clothing, etc. On the emotional level, however, the situation is not so clear-cut. There are subjects whom the society tries to assist to become integral members of the community, but there are other subjects who are emotionally isolated, and exist on the fringe of the society or outside it altogether.

It seems that this situation reflects a certain split between actions and attitudes. On the behavioral level the Ultra-Orthodox community provides support in the spirit of the halacha, but on the emotional

level, and on the level of providing the opportunity for rehabilitation from mental illness, this community acts according to non-halachic, deterministic criteria. Given what has been said so far, it would appear that the tolerance we pointed out above, that the Ultra-Orthodox community displays toward the nonconformity of some of the subjects, can be seen as an attitude of giving up on these people to a certain extent.

The subjects' embeddedness in their culture nevertheless stands out, and this is expressed in the ideas and symbols that are taken from the religious and cultural world of their society. Some of the subjects offered religious explanations for their illness, and these explanations were functional in keeping them within the social framework.

The cultural uniqueness of the Ultra-Orthodox society affects the form of the mental disorders of its members and influences their patterns of behavior, the type of therapy they obtain, and the way they cope with these disorders, as is true of societies in general.

Directions for future research

This study opens up a broad area for future research. The main directions are:

1. Studies of Ultra-Orthodox families one of whose members has been diagnosed as mentally ill and is being treated in a public psychiatric clinic, concentrating on the topics covered in the present study.
2. Studies of the attitudes towards mentally ill persons and towards mental illness in general among the Ultra-Orthodox population, in comparison with other groups.
3. Studies that will search for historical material describing the practical attitude towards mentally ill persons in the Ultra-Orthodox community.
4. Studies describing the institutionalized sources of support (e.g., educational and rehabilitational frameworks) as well as the non-institutionalized ones (e.g., spiritual leaders, rabbis) that we located in the present study, and concentrating on their activities and the ideology that directs them.
5. Studies comparing the proportions of suicide among Ultra-Orthodox psychiatric patients in comparison with the other patient populations.
6. Studies analyzing the symptomology of Ultra-Orthodox psychiatric patients at the time they come for treatment and comparing them with other patient populations, including an evaluation of the relative proportion of complaints about social nonconformity.
7. Epidemiological studies of the results of various types of psychological treatment of Ultra-Orthodox patients.
8. Studies dealing with the patterns of use of folk medicine among the Ultra-Orthodox population.

from the standpoint of the types of problems that are taken to such folk healers, the groups that visit these healers, the timing of the visits, the types of healers, and the way they work.

Applications

The present study has demonstrated the avoidance of seeking psychiatric treatment, and the attitudes to such treatment, within the Ultra-Orthodox population. It seems that a plan should be formulated to deepen our understanding of mental illness within this population, and to set up branches of mental health services within the Ultra-Orthodox community, for the purpose of early diagnosis of psychological problems, and in order to change the community's attitude to mental disorders and their treatment.

During the process of classification of prospective Ultra-Orthodox patients, attention should be paid to a number of details that are likely to affect the course of their treatment and rehabilitation: the stability of their Ultra-Orthodox identification and the cultural aspects of their presenting symptoms, that is, whether their complaints express a mature and integrated or a pathological religiosity. The therapist must be well acquainted with the sources of support that exist in the Ultra-Orthodox community and must know how to set them into action.

One of the outstanding implications of this study, and of the richness of the material we gathered during the interviews, is that these long-term patients, most of whom have an extensive history of hospitalizations, are able to cooperate in a phenomenological study of this type, involving depth interviews.