

סוגיות טיפוליות בפסיכיאטריה במגזר החרדי

תקציר:

דוד צרפתי
עטרת בירן-עובדיה
ישראל שטראוס

מערך פסיכיאטריה, מרכז רפואי מעייני
הישועה, בני ברק

בשנים האחרונות הולכת ומתרחבת ההכרה בחשיבותה של רגישות תרבותית והתאמת שירותים בריאות הנפש לאוכלוסיות מגוונות. במקביל, גוברת והולכת המודעות למחלות פסיכיאטריות ולטיפול פסיכיאטרי, גם בקרב האוכלוסייה החרדית בישראל, ומתפתחים שירותים ייחודיים ומותאמים. במחקרים רבים הודגש התפקיד המרכזי של הדת והאמונה בהתמודדות של אנשים עם מחלות נפש ובתהליכי החלמתם. מאפיינים אלו באים לידי ביטוי במיוחד בקרב האוכלוסייה החרדית, שבה הדת נוכחת בהתנהגות, במחשבות, בפרט ובקהילה, ובכל מהלך החיים.

במפגש בין מטופל דתי-חרדי לבין איש המקצוע, עולות סוגיות רבות הקשורות בדת ובשייכותו החברתית-תרבותית של המטופל. היכרות עם עולם המושגים ורגישות כלפי הסוגיות הללו, יכולות לקדם את הטיפול הניתן לאנשים מהמגזר החרדי כך שיהיה מותאם ורגיש תרבותית. ניתן לסווג סוגיות אלו למספר היבטים, הכוללים את הנושאים העולים בספרות התורנית וההלכתית, ביטויים פסיכיאטריים ייחודיים למטופל הדתי-חרדי וסוגיות הקשורות בקהילה החרדית שאליה משתייך המטופל.

הדיונים בספרות ובפסיקה ההלכתית מסווגים לסוגיות בעניין המטופל עצמו, כולל התייחסות לשמירת מצוות של החולה הפסיכיאטרי, טיפול בכפייה והיריון, ולסוגיות המתייחסות לסיטואציה הטיפולית כמו 'ייחוד' ופיקוח נפש. ביטויים ייחודיים למטופל הדתי-חרדי באים לידי ביטוי בעיקר בהפרעות פסיכיאטריות מסוימות כמו בהפרעות אכילה, פסיכוזה והפרעות טורדניות כפייתיות (obsessive compulsive disorders – OCD), הן בביטויים קליניים והן בפרוגנוזה ובתהליכי המחלה. סוגיות הקשורות בחברה ובקהילה החרדית שאליה משתייך המטופל הפסיכיאטרי כוללות את נושא הסטיגמה והסודיות הנשמרת בקהילה ביחס למחלות נפש, בשל השפעתן על המעמד החברתי (לדוגמה, בתחום השידוכים); גורמים לא מקצועיים המעורבים בטיפול (בעיקר רבנים, עסקנים ומנהיגי קהילות); וכן ייחודיות הטיפול והשיקום המותאם לאוכלוסייה החרדית ולרגישות התרבותית שלה (כמו הימנעות מחילול שבת, שיקום בתחומי עיסוק ייחודיים כמו לימוד תורה וכד').

מילות מפתח:
:KEY WORDS

חרדי; רגישות תרבותית; הלכה; דת.
:Haredi; Cultural sensitivity; Halakha; religion

הקדמה

אלו, כמו גם אנשי טיפול במערכות אחרות אשר מעניקים שירות לאנשים מהמגזר החרדי, פוגשים ועוסקים בסוגיות הקשורות בחיבור בין הפסיכיאטריה לעולם הדתי והרוחני, ובהגדרת הצרכים הייחודיים והמאפיינים בטיפול בתחום זה. מטרת מאמר הזה להכניס את הקורא אל תוך עולמו של המטופל החרדי, כולל מבטו על מושג של מחלת נפש, כדי לקדם את הרגישות של כשירות תרבותית.

מפרשת חולה לדוגמה

א' ב' היא צעירה בת 19 שנים, בחורה חרדית מיישוב חרדי שגדלה במשפחה השייכת לקהילה ליטאית. היא סיימה לימודים בסמינר חרדי בהצטיינות ועברה למסלול לימודים גבוהים להוראה בחינוך מיוחד. בתקופה האחרונה, בעקבות התעסקות קיצונית בניקיון הגוף, היא הפסיקה ללמוד וכמעט שאינה יוצאת מהבית. היא הובאה למיון ולאשפוז לאחר שהופנתה לטיפול רפואי על ידי רב הקהילה לאחר התייעצות

בשנים האחרונות הולכת ומתרחבת ההכרה בחשיבותה של רגישות תרבותית והתאמת שירותים בריאות הנפש לאוכלוסיות מגוונות. כשירות תרבותית מתארת את יכולתם של שירותים לספק מענה המותאם לצרכים התרבותיים, החברתיים והלשוניים של אנשים מתרבויות שונות. חשיבותה באה לידי ביטוי בחקיקה ובהוראות של משרד הבריאות [1]. כמו כן, בהקדמה של ה-DSM-5 מודגשת החשיבות של הבנת התרבות ממנה בא האדם בעת קביעת האבחנה [2]. במקביל, גוברת בקרב האוכלוסייה החרדית בישראל המודעות לבריאות הנפש, למחלות פסיכיאטריות ולחשיבות הטיפול הפסיכיאטרי. מסגרות ושירותים מותאמים למגזר החרדי נפתחים ומתפתחים הן במערכת הטיפול והן במערכת השיקום. בין השאר מוקמים גם שירותים ייחודיים ומותאמים לאוכלוסיות מורכבות ורגישות, כמו פגיעה מינית, הפרעות אכילה וטראומה. אנשי הטיפול במסגרות

פסיכיאטריה באוכלוסייה חרדית

כיום, קיימת באוכלוסייה היהודית בארץ עלייה דמוגרפית משמעותית של המגזר החרדי. על פי תחזית שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס), חלקה של האוכלוסייה החרדית צפוי לעלות מ-11% בשנת 2015 ל-20% בשנת 2040 ול-32% בשנת 2065 [8]. לכן, יש צורך להתייחס לעניינים ייחודיים לאדם הדתי והחרדי. במפגש בין מטופל דתי/חרדי לבין איש המקצוע עולות סוגיות רבות הקשורות בדת ובשייכותו החברתית-תרבותית של המטופל. היכרות עם עולם המושגים ורגישות כלפי הסוגיות האלו יכולות לקדם את הטיפול הניתן לאנשים מהמגזר החרדי להיותו מותאם ורגיש תרבותית.

א. הספרות הדתית - דיונים בהלכה ובמקורות תורניים המתייחסים למטופל ולטיפול בבריאות הנפש:

מעבר לאמונה הדתית, הדת היהודית נוכחת במעשים, בהתנהגות, במחשבות ובכל מהלך החיים. משום כך ניתן למצוא אזכורים רבים לפסיכולוגיית האדם בכתבי יהדות וחז"ל, והתייחסות למגוון מצבים מורכבים הקשורים בבריאות הנפש ובטיפול. התלמוד וספרות ההלכה מתייחסים לחלק מהמטופלים עם הפרעות פסיכיאטריות עם המושג "שוטה". בתלמוד הבבלי, מסכת חגיגה דף ג', הסטטוס של שוטה אינו מוגדר לפי הדיבור שלו או המחשבות שלו, אלא לפי התנהגותו: "היוצא יחידי בלילה", "הלך בבית הקברות", "המקרע את כסותו", וגם "זה המאבד כל מה שנותנים לו". התלמוד מוסיף שהשוטה מתנהג לכך "דרך שטות", דהיינו בצורה לא הגיונית, לא מאורגנת. התלמוד מודע שחומרה והתקדמות המחלה יכולות להשתנות בין האנשים, ומפרט את המושגים של "עיתים חלים ועיתים שוטה" (החמרה והפוגה במחלה וכן "שוטה לדבר אחד") תחומים של תפקוד שיכולים להיות שמורים). התלמוד הבבלי מתאר בשפתו מצב של אדם שהתנהגותו אינה מאורגנת, שיפוטו ובוחן המציאות שלו אינם תקינים, ויש לחשוש שהוא מצוי למעשה במצב פסיכוטי [9]. בנוסף, המושג "שוטה" אינו מושג רפואי או פסיכיאטרי, אלא משפטי והלכתי. התלמוד מתייחס ל"שוטה" גם כדי לבחור את היכולות ואת האחריות שלו מול בית דין, במטרה להגן עליו ולשמור על החברה. המורכבות בתפיסה זו היא הפרדוקס הנוצר, בו מצד אחד ישנה חמלה כלפי החולה המתבטאת בפטור מאחריות, ומצד שני מביאה איתה התייחסות שיכולה לשמר את הסטיגמה כלפי האדם המתמודד [10,11].

1. מטופל פסיכיאטרי ושמירת מצוות: פוסקי ההלכה התייחסו לשאלות הקשורות לסטטוס ה"שוטה" בתחום בריאות הנפש. "שוטה" העובר תקופות של מצב פסיכוטי ותקופות של רמיסיה, חייב לשמור את המצוות בזמן הפוגה ופטור במצב פסיכוטי. אי לכך, האם מותר ל"שוטה" לחלל מצוות? הרב משה פנשטיין, אחד מגדולי פוסקי ההלכה בעולם לאחר השואה ויושב ראש מועצת גדולי התורה של אגודת ישראל בארצות הברית, מסביר שמלבד מצב שיש בו סכנת חיים, מטופל יהודי אינו אמור להתאשפז אם אין אפשרות להגיש לו אוכל כשר. למרות זאת, רב משה סופר, ה'חתם סופר', ראש ישיבה ומגדולי הרבנים והפוסקים במאה התשע-עשרה, נתן דוגמה של ילד עם מחלת נפש שהתקבל במסגרת בווינה בתנאי שההורים לא נותנים

עם פוסק הלכתי בענייני רפואה. היא אושפזה בהסכמתה עם דיווח של הוריה שהיא נמצאת יותר מ-12 שעות ביום בשירותים או על יד הכיור של נטילת ידיים, ומתעסקת אך ורק בניקיון הגוף ונטילת ידיים, מתוך כוונה להיטהר על מנת לקיים מצוות וברכות בטהרה.

כשהתנהגות זו הגיעה למצב קיצוני ולהפרעה קשה בתפקוד היומיומי, פנתה משפחה ליעוץ "דעת תורה" ובעקבותיו החליטה להפנות אותה לטיפול. באשפוז היא טופלה בשילוב של טיפול פסיכולוגי וטיפול תרופתי. בנוסף, בליווי אנשי המקצוע במחלקה, היא השתתפה בלימודי הלכה בענייני שירותים ונטילת ידיים, וקיבלה ייעוץ ושיחות עם רב בית החולים. השילוב של טיפול פסיכיאטרי הנעשה מתוך רגישות תרבותית, יחד עם התאמה ייחודית של המענה הניתן למטופלת, ותוך השקעה רבה של הצוות יחד עם בני המשפחה ועם שותפות של רב המקובל על המטופלת ומשפחתה, הביאו לשיפור משמעותי בתסמינים ולקידום של המטופלת בתהליכי התמודדות והחלמה.

פסיכיאטריה ודת

ידוע שדת ואמונה בכוח עליון תופסת מקום מרכזי בחיי האדם. לפי המכון הישראלי לדמוקרטיה, 80% מהאוכלוסייה היהודית בארץ מאמינה באל. בנוסף, במחקרים בקנדה, בארצות הברית, ובאירופה הודגש התפקיד המרכזי של הדת ואמונה בהתמודדות של אנשים עם מחלות נפש ובתהליכי החלמתם [3].

ברוב המטופלים בבריאות הנפש, דת ואמונה עוזרות למצוא משמעות למחלה ולקשיים שעמם הם צריכים להתמודד. בקרב האוכלוסייה המאמינה, רבים מסבירים שדת ואמונה נותנים להם תקווה, מטרה, ומשמעות לחייהם ולמחלתם. בתהליך ההחלמה, הדת משפיעה על ההסתגלות שלהם בתוך החברה, לרב לטובה ולמיעוט לבדידות. דת יכולה להיות מאוד משמעותית בבחירה של אדם מבחינת אובדנות: לרוב האמונה מפחיתה את הסיכוי לאובדנות (איסור ופחד מעונש), אך לעיתים מעלה אותו בתקווה להגיע לגן עדן ולהיות קרוב לאל [4]. ידועה גם ההשפעה של הדת על הפחתת התמכרויות. למרות זאת, מעט מטופלים משתפים את הרופאים בנושאי אמונה ודת בטיפול, ומעטים המטופלים מתייחסים למקום שתופסת הדת [6,5].

הסיבה הראשונה היא הפער הקיים באמונה ובשייכות דתית בין המטופלים לבין המטפלים. במחקר בארצות הברית הודגם, כי פסיכיאטרים פחות דתיים משאר הרופאים (45% לעומת 57%). לכן לפעמים יוצא פער משמעותי בראיית העולם, ולא תמיד הפסיכיאטרים התייחסו לדת בעולם של החולה. הסיבה השנייה היא היסטורית יותר. הפער בין בריאות הנפש לדת התרחב בתחילת המאה העשרים. מספר תיאוריות פסיכולוגיות התייחסו לדת כפרימיטיבית ולניסים ולחוויות על טבעיות כגורם להפרעות בתחום בריאות הנפש. בתחום המדע והרפואה, סיעה ההתקדמות בתחום המחקר למצוא הסברים ביולוגיים ופסיכוסוציאליים למחלות אלו. מספר מחקרים מצביעים על החשיבות בלקיחה בחשבון של אמונות ודת בטיפול ובמיוחד בשיקום של מטופלים דתיים שסובלים מהפרעות פסיכיאטריות, כדי לשפר את הנגישות ואת שיתוף הפעולה בטיפול [7].

שעובד עם אוכלוסייה הטרוגנית כמו האוכלוסייה בארץ צריך להכיר את הקבוצות השונות כדי להבדיל בין מחשבות, התנהגות או דיבורים נורמטיביים לבין פתולוגיה.

1. פסיכוזה: במגזר החרדי, תוכן של הפסיכוזה יכול להיות שונה. קיימות סוגיות ספציפיות: מחשבות גדלות שקשורות למשיחיות או לקשר מיוחד עם האדמו"ר הנפטר, או מחשבות רדיפה שכוללות נביאים או מלאכים. חשיבותה ומרכזיותה של הקהילה באוכלוסייה חרדית, ובפרט בקהילות חסידיות, יכולה גם היא להשפיע על תכנים פסיכטיים. כך לדוגמה, מטופלים מדווחים על מחשבות אשר "מפרסמים עליי בעיתון של הקהילה", "מדברים עלי בבית הכנסת". בנוסף לכך, בקביעת אבחנה נודעת חשיבות ללקיחת אנמנזה, תוך התחשבות ברקע התרבותי והשלכותיו על ציפיות הסביבה. יש לציין שמתוך מחשבות שוא פרנואידיות אלו, רק התוכן בא מהתרבות. לכן, הנקודה אינה משיחיות, אלא הצורך של המטפל רגיש-התרבות ללמוד את כללי החברה כדי להיות בטוח שזוהי אכן מחשבת שווא.

2. הפרעה אובססיבית קומפולסיבית (OCD): בעבר הייתה תפיסה לפיה השכיחות של המחשבות טורדניות וההתנהגות הכפייתית גבוהה יותר בקרב האוכלוסייה הדתית. עם זאת, במספר מחקרים עדכניים הודגם כי השכיחות של OCD יציבה יחסית בהשוואה בין תרבויות שונות [18]. לעיתים, הביטוי נראה יותר חמור כתוצאה מהקפדה בהלכה. במגזר החרדי מתייחסים בצורה בולטת לקפדנות בקיום מצוות, וגם לענייני טהרה, קדושה ותפילה [19]. דוגמאות לכך הן שטיפת ידיים מעבר לדרישות ההלכה, טבילה במקווה במספר סיטואציות, חזרה על אותה תפילה פעמים רבות וכד' [20]. זאת לרוב בשונה מדרישת ההלכה. כמוכן מול כל התנהגות יוצאת דופן יש להתייחס לנורמות של אותה קבוצה של אנשים, לפגיעה בתפקוד ולסבל מדווח מצד החולה, על מנת לבחון התנהגות או מחשבות פתולוגיות [21].

3. הפרעות אכילה: קיימים סימנים לעלייה בשכיחות ההפרעות אכילה בקרב נשים יהודיות באופן כללי, ובקרב נשים וגברים חרדים בפרט. אין זה משנה עד כמה הורים חרדים יאמינו שילדיהם מוגנים ושומרים, דעות לגבי רזון ושאיפה לשלמות יצליחו לחדור לחייהם. משפחות חרדיות רבות לא נוטות להכיר בהפרעה ופונים לעזרה רק כשהבחורה נמצאת על סף אשפוז או מוות. מצב זה יכול להיות מחוזק על ידי הרושם שרוב הבנות החרדיות שעוברות טיפול נוטשות את העולם החרדי. ההססנות בנוגע להכרה בקיומה של הפרעת אכילה מושפעת מהסטיגמות הקיימות בעולם החרדי לגבי מחלות נפשיות ומחשיבות הרזון לצורך השידוך בקהילות אלו. יש אלו שסוברים שנערות יהודיות עלולות לפנות להפרעת אכילה בניסיון להשיג את השליטה והשלמות כפי שהן רואות אותן ובניסיון להתמודד עם טראומות שונות. מה שברור הוא שהפרעות אכילה אינן פחות שכיחות בקהילות היהודיות [22-24]. הקהילה היהודית חרדית מגיבה ומפנה באיטיות במקרים הללו. הקהילה מודעת יותר לכך שהפרעות אכילה הן בעיה רצינית שיכולה לסכן חיים, וכי הטיפול היעיל ביותר יגיע מאנשים בעלי רגישות תרבותית [24].

בעצמם את האוכל הלא כשר לילד, ושייצא מהמסגרת בגיל 13 שנים.

2. טיפול בכפייה: בתלמוד בבבא קמא (דף פ"ה) כתוב שלנעול אדם בתוך חדר מזיק לו ויש צורך לתת פיצויים. לפי זה, האם מותר לבקש אשפוז כפוי לאדם חולה? הפוסק 'מור וקציעה' (רב יעקב עמדין, נפטר 1776) כתב שטיפול כפוי מותר במצב בו קיימת סכנה פוטנציאלית לאדם. הרב אליעזר יהודה וולדנברג (נפטר 2006), מחבר שו"ת ציץ אליעזר, רב בית החולים שערי צדק ומחשובי הפוסקים במיוחד בהלכה רפואית במאה העשרים, טוען שמושג של טיפול כפוי הוא כשיש צורך מבוסס על "זכין לאדם שלא בפניו" (שאפשר לעשות מעשה עבור מישהו על ידי בן אדם אחר – ללא ידיעתו, במקרה שתוצאות המעשה הן טובות עבור האדם שעבורו נעשית המעשה). למרות זאת, כאשר אין סכנת חיים, לכל אדם יש את הזכות להחליט לעצמו אם הוא רוצה טיפול או לא, גם במצב פסיכטי. מושגים אלו אינם אמורים להשפיע על החלטת המטפל אם יש צורך לפי החוק לטפל במסגרת של טיפול בכפייה, אך חשוב להבין את התייחסותו של העולם החרדי לנושאים אלו.

3. היריון ופסיכיאטריה: כאשר המשך היריון גורם סכנה ברורה לאם, כמו החמרה חמורה של מצב פסיכטי, כולל התנהגות אובדנית או התפרצות אלימה, רבנים יכולים לאשר הפלה, כמו במצבים רפואיים אחרים שמסכנים חיים. בנושא מניעת היריון, הרב משה פיינשטיין (נפטר בשנת 1986) התיר זאת במקרים מסוימים, כאשר יש להניח שהיריון נוסף יגרום למשבר פסיכטי ויצבי סכנה בריאותית משמעותית לבריאות האישה או לחייה [12].

4. פיקוח נפש: השאלה של פיקוח נפש (המתיר לעבור על חוקים מסוימים של התורה למען הציל חיי אדם) בשבת רלוונטית גם בתחום בריאות הנפש – גם לרופא וגם לקהילה. לדוגמה, בסכיזופרניה, השכיחות של מעשה אובדני לאורך כל החיים בערך 10 אחוז, ובמצב פסיכטי אקוטי, הסיכוי להתנהגות של פגיעה עצמית או אלימות אחרים אף יותר שכיח. הרופא צריך לטפל ב"שוטה" גם בשבת מכיוון שבמצב פסיכטי הוא שקול כ"חולה שיש בו סכנה". הפרעה נפשית אינה פחותה מסוכנת ממחלה פיזית, ויש צורך להציל חיים גם ברקע של הפרעות פסיכיאטריות.

5. ייחוד: קיים כלל ידוע בהלכה שעל פיו, מומחים "מתעסקים" במומחיות שלהם. כמו כן, כללי ה'ייחוד' (דאגה לאיסור לגבר ואישה לשהות יחד במקום סגור) קובעים כי אין צורך באדם שלישי בחדר, כל עוד מקפידים על כללים מקובלים מסוימים כמו וידוא שאנשים נוספים נמצאים במרפאה ויכולים להיכנס. יש לציין שבנושא הזה, יש הקבלה בעולם החילוני, שמותר לבקש נוכחות של אדם אחר בזמן בדיקה רפואית. בתי חולים עם מומחיות בטפול בחרדים, מעסיקים גברים שמטפלים בנשים ונשים שמטפלות בגברים בצורה המבוססת על הבנה ורגישות לנושא.

ב. ביטויים של הפרעות פסיכיאטריות הייחודיים למטופל החרדי-דתי:

מספר מחקרים בינלאומיים מצביעים על כך שהתרבות משפיעה על הביטוי של ההפרעות הפסיכיאטריות [17]. הקלינאי

חשיבות וצורך לקשר ישיר בין הרופא או המטפל לבין הרב, הרב, וגורמים נוספים כמו עסקנים ועמותות חסד, מהווים חלק משמעותי מסביבתו הטבעית של האדם, ולכן, ישנה חשיבות לכך שאנשי הטיפול יפגשו אנשים אלו ויסבירו על הטיפולים הקיימים בבריאות הנפש בכלל ועל הטיפול באדם המסוים בפרט, לפי בקשתו של המטופל ובאישורו.

3. התאמות ייחודיות במסגרות האשפוז והשיקום פסיכיאטרי:

בחברה החרדית קיימת נטייה להימנע מפנייה לשירותי בריאות הנפש, בין השאר בשל חוסר האמון כלפי אנשי מקצוע שאינם מהמגזר החרדי וכן בשל התנגדות לעיתים לשיטות טיפול "מודרניות" ולא "מסורתיות", או התנגדות כללית לחוקים ולממסד החילוני [27]. חלק מהמטופלים החרדיים דוחים טיפול ומסרבים לאשפוז בבתי חולים ציבוריים אם לא היה פיקוח נפש, בגלל הפחד שלהם או של המשפחה שלהם שהמטופל לא יוכל לשמור על המצוות או שיאבדו את הזהות הדתית שלהם. על מנת להנגיש את הטיפול והאשפוז הפסיכיאטרי לכלל האוכלוסייה, עלינו להביא בחשבון את הרגישות שלה [28]. התאמות אלו כוללות מגוון היבטים: (א) מתן אפשרות לקיום מצוות אקטיבי והשתתפות בפעילויות ייחודיות ומותאמות (לדוגמה, עריכת תפילות, מסיבת ראש חודש, מוזיקה חסידית); (ב) הימנעות מפעילויות הנוגדות את אורח החיים של אנשים מהמגזר החרדי (לדוגמה, הימנעות מחילול שבת במחלקה, אין טלוויזיה עם ערוצים פתוחים אלא רק אפשרות לצפייה בסרטים עם תוכן מתאים, הפרדה מובנית בין גברים ונשים).

שיקום והחלמה בבריאות הנפש הפכו כיום למטרה מרכזית בטיפול הפסיכיאטרי. השיקום מושפע מאוד מהיבטים תרבותיים. ציפיות הסביבה, התפקידים המגדריים וסדרי העדיפויות של האדם מושפעים מהקהילה בה הוא חי. אצל גברים מהמגזר החרדי, לדוגמה, לימוד התורה מהווה עיסוק מרכזי ולעיתים עיקרי, ושגרת היומיום מלאה בפעילויות ובתפקודים שנגזרים משמירת מצוות (תפילין, תפילות ועוד). בתהליך שיקום וטיפול מושם דגש על החזרה של האדם לעיסוקים משמעותיים ולתפקידיו בחברה. לאור זאת, זמן הלימוד מקבל משמעות טיפולית, ככל קבוצה טיפולית או תעסוקתית אחרת במחלקה. יתרה מכך, השתתפות האדם בקבוצת הלימוד מספקת מידע רב ערך ברמה אבחנתית, בביטויים של תסמינים קליניים (כמו מהלך החשיבה, תפקוד קוגניטיבי ומיומנויות חברתיות), ומאפשרת התערבות טיפולית ושיקומית הממוקדת בעיסוק מרכזי ומשמעותי. ההשתתפות בלימוד מספקת תחושת ערך ושייכות, חיבור לקהילה ולחיים מחוץ לבית החולים והזדמנות לתרגול מיומנויות קוגניטיביות וחברתיות. אף בהפניה למערכת השיקום בקהילה נודעת חשיבות רבה להגישות ולהתאמה לצרכים של האוכלוסייה החרדית, כולל דיור ותעסוקה מותאמים לחרדים, ואף בית מדרש שיקומי וקשר עם מנהיגי הקהילה [29].

ג. סוגיות הקשורות בחברה החרדית ובקהילה שאליה משתייך המטופל החרדי:

1. סטיגמה, סודיות וגישה לטיפול: הסטיגמה החברתית

בקהילות חרדיות כלפי מחלות פסיכיאטריות, יחד עם המרכזיות של הקהילה בחיי האדם, משפיעות על התקשורת של בני המשפחה עם אחרים בסביבה הקהילתית ועל יכולתם לשתף בנושאים הקשורים במחלה עם אנשים מחוץ למשפחה הקרובה [25]. חשיפת מידע כזה עלולה לפגוע בפוטנציאל השידוכים במשפחה ובמעמדה בקהילה [26,27]. העיסוק בשידוך, בחתונה ובגידול ילדים הם חלק מרכזי מהחיים של צעירים חרדיים. מספר מחלות פסיכיאטריות מתפרצות בין הגילים 18-25 שנים, בשלב שבו חלק מהצעירים במגזר החרדי כבר נשואים וחלקם אף מגדלים ילדים. משפחות חרדיות נוהגות לערוך בדיקות מקיפות על המועמד לשידוך לפני הפגישה, ולברר גם על מחלות תורשתיות. כאשר בחור חרדי חולה, יש מקרים שבהם הוא או משפחתו מסרבים לאשפוז או דוחים טיפול כדי שאנשים בקהילה לא יראו אותו במוסדות טיפוליים. המאמץ לשמור את המחלה הפסיכיאטרית כסוד משפחתי יכול למנוע מן המשפחה להשיג את העזרה הנדרשת. נושא הסודיות והשמירה על פרטיות חשובים בכל מקום, אך בקהילה החרדית יש רגישות רבה לנושא זה, הן בשל ההשלכות האפשריות של הסטיגמה והן בשל היותה קהילה יחסית סגורה ומחוברת, בה רבים מכירים אחד את השני או את המשפחה. הסטיגמה וחשיבות הסודיות, יחד עם גורמים נוספים שיתוארו בהמשך, מביאים לעיתים קרובות להימנעות מקבלת טיפול באוכלוסייה החרדית או לדחיה של תחילת הטיפול. אחד מהגורמים הפרונוסטיים הכי משמעותיים בהתקף הפסיכיאטרי הראשון הוא הזמן בין התפרצות המחלה לבין תחילת הטיפול. זמן זה מכונה *duration of untreated psychosis* [13], והוא משתנה בין אוכלוסיות שונות בהתאם לתרבות ולידע על הפרעות פסיכיאטריות [14,15]. על פי המחקרים, הוא מוערך בין 22-150 שבועות. איחור בטיפול משפיע על התפתחות המחלה וגם על יעילות הטיפול [16]. כיום, נעשה מאמץ גדול לפרסם מידע על מחלות פסיכיאטריות ולתת גישה לטיפול פסיכיאטרי כדי להפחית את העיכוב במתן טיפול ולשפר את הפרוגנוזה.

2. התייחסות לגורמים לא מקצועיים המעורבים בטיפול:

מקומה של המשפחה ושל הקהילה במגזר החרדי הינו משמעותי וייחודי. אנשים מהמגזר החרדי, כאשר הם נמצאים במצוקה, פונים לעיתים קרובות לגורמי סמכות בתוך הקהילה. אלו יכולים להיות רבנים, עסקנים או "מטפלים" בקהילה שאינם בהכרח מוסמכים באופן רשמי. שאלת ההתייחסות לגורמים אלו היא מורכבת. מחד גיסא, מטופלים רבים מגיעים למיון על פי המלצה של גורמים אלו ובזכותם. רבנים שמכירים את תחום בריאות הנפש, מפנים לטיפול ותומכים באשפוז ובטיפול, יכולים להשפיע לטובה על שיתוף הפעולה של האדם עם הטיפול, גם לאורך זמן. מאידך גיסא, חלק מהגורמים אינם בהכרח פועלים משיקולים מקצועיים, ויכולים להתערב בטיפול ולהביא להתנגדות לטיפול מסוים או לאשפוז. חלק מהמטופלים מבקשים להתייעץ עם הרב שלהם בהחלטות. בהסכמת המטופל ולאחר חתימה על ויתור סודיות, יש לפעמים

לסיכום

קיים קשר הדוק ונרחב בין דת ואמונה לבין בריאות הנפש ופסיכיאטריה. קשר זה בא לידי ביטוי בהשפעת עולמם הדתי והרוחני של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות על ביטויי

מחבר מכותב: ישראל שטראוס
 מרכז רפואי מעיני הישועה
 רח' הרב פוברסקי 17, בני ברק
פקס: 073-3398003
דוא"ל: rael@post.tau.ac.il

המחלות והשלכותיהן על התפקוד, כמו גם על דרכי התמודדותם ותהליכי החלמתם [30]. בהתאם לכך, קשר זה צריך לבוא לידי ביטוי בהתאמת שירותי טיפול פסיכיאטריים ייחודיים לאוכלוסייה החרדית, על מנת לתמוך בתהליכי החלמה ושקום ולתת טיפול פסיכיאטרי מותאם. ●

ביבליוגרפיה

1. משרד הבריאות (3 בפברואר 2011). חוזר המנהל הכללי: התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות. נדלה מאתר משרד הבריאות: http://www.health.gov.il/hozer/mk07_2011.pdf
2. American Psychiatric Association. (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington DC: Author.
3. Mohr S, Borrás L, Nolan J & al, Spirituality and religion in outpatients with schizophrenia: a multi-site comparative study of Switzerland, Canada, and the United States. *Int J Psychiatry Med*. 2012;44(1):29-52.
4. Huguélet P, Mohr S, Jung V & al, Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *Eur Psychiatry*. 2007;22(3):188-94.
5. Borrás L, Mohr S, Gillieron C & al, Religion and spirituality: how clinicians in quebec and geneva cope with the issue when faced with patients suffering from chronic psychosis. *Community Ment Health J*. 2010;46(1):77-86.
6. Curlin FA, Odell SV, Lawrence RE & al, The relationship between psychiatry and religion among U.S. physicians. *Psychiatr Serv*. 2007;58(9):1193-8.
7. Mohr S, Brandt PY, Borrás L & al, Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1952-9.
8. Malach G, Choshen M & Cahaner L, *Statistical Report on ultra-orthodox society in Israel*, The Israeli democracy institute, 2016.
9. Strous RD, *The Shoteh and Psychosis in Halacha with Contemporary Clinical Application*. Torah U'Madah, 2004;12:158-178.
10. שטרך נ', שרשבסקי י', בדיני אורבך וחב' (2007). סטיגמה, אפליה ובריאות נפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי. מאירס-גוינט-מכון ברוקדייל, דוח ממקר
11. Marx TC, *Halaka and handicap: Jewish law and ethics on disability*. Jerusalem-Amsterdam: Shalom Hartman Institute (1993).
12. Iggerot Mosheh, Even ha-Ezer 1:65
13. Murru A & Carpinello B, Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neurosci Lett*. 2018 ;669:59-67.
14. Qiu Y, Li L, Gan Z & al, Factors related to duration of untreated psychosis of first episode schizophrenia spectrum disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2017 Nov 22. doi: 10.1111/eip.12519.
15. Basu S, Subramaniam M, Abdin E & al, Does ethnicity have an impact on duration of untreated psychoses: A retrospective study in Singapore. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61(7):623-30.
16. Moss Q, Fleck DE & Strakowski SM, The influence of religious affiliation on time to first treatment and hospitalization. *Schizophr Res*. 2006;84(2-3):421-6.
17. Krzystanek M, Krysta K, Klasik A & Krupka-Matuszczyk I, Religious content of hallucinations in paranoid schizophrenia. *Psychiatr Danub*. 2012;24 Suppl 1:S65-9.
18. Huppert JD, Siev J & Kushner ES, When religion and obsessive-compulsive disorder collide: treating scrupulosity in Ultra-Orthodox Jews. *J Clin Psychol*. 2007;63(10):925-41.
19. Vinker M, Jaworowski S & Mergui J, Obsessive compulsive disorder (OCD) in the ultra-orthodox community-cultural aspects of diagnosis and treatment. *Harefuah*. 2014;153(8): 463-6, 498, 497.
20. Bonchek A & Greenberg D, Compulsive prayer and its management. *J Clin Psychol*. 2009;65:396-405.
21. Greenberg D & Witztum E, *Sanity and Sanctity: Mental Health Work Among the Ultra-Orthodox in Jerusalem*. New Haven, Conn., Yale University Press, 2001
22. Feinson MC & Meir A, Disordered eating and cultural distinctions: exploring prevalence and predictors among women in Israel. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2014;51(2):145-53.
23. Feinson MC & Meir A, Disordered eating and religious observance: a focus on ultra-Orthodox Jews in an adult community study. *Int J Eat Disord*. 2012;45(1):101-9.
24. Pinhas L, Heinmaa M, Bryden P & al, *Disordered Eating in Jewish Adolescent Girls*, Canadian Journal of Psychiatry 2008;53: 601-8.
25. Paradis CM, Cukor D & Friedman S, Cognitive-behavioral therapy with Orthodox Jews. In C.M. Paradis, D. Cukor, S. Friedman, P.A. Hays, & G. Y. Iwamasa (Eds.) *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice and supervision*. Washington, D.C.: American Psychological Association (2006).
26. Greenberg D, Buchbinder JT & Witztum E, Arranged matches and mental illness. *Psychiatry*, 2012;75:342-354.
27. Huppert JD, Siev J & Kushner ES, When religious and obsessive compulsive disorder collide: Treating scrupulosity in ultraOrthodox Jews. *J Clin Psychology*, 2004; 63:929-941.
28. Bilu Y & Witztum E, Working with Jewish ultra-orthodox patients: guidelines for a culturally sensitive therapy. *Cult Med Psychiatry*. 1993;17(2):197-233.
29. Greenberg D, Kalian M & Witztum E, Value-sensitive psychiatric rehabilitation. *Transcult Psychiatry*. 2010; 47(4):629-46.
30. Spero MH, *Handbook of Psychotherapy and Jewish Ethics: Halakhic Perspectives on Professional Values and Techniques*. New York: Feldheim, 1986.