

# פסיכותרפיה במטופלים חרדים: הצגות מקרים



עורכים

שניאור הופמן, Ph. D., פרומי גוטליב, M. S. W.

---

---

**פסיכותרפיה במטופלים חרדים:**  
**הצגות מקרים**

---

---

**עורכים**

**M. S. W., פרומי גוטליב, Ph. D., שניאור הופמן,**

  
**GOLDEN SKY**

## **הקדשה**

ספר מוקדש לבתיה הופמן ולילדינו נחום, גרשון ומרים.  
ספר זה מוקדש להורי האהובים והנערצים טובה ז"ל ובנימין מסלו, שיחי'.

## **שלמי תודות**

העורכים שמחים להודות למחברים על תרומתם לספר, למוציאים לאור על מתן האפשרות לחזור שנית על הדפסת חלק מהמאמרים, לד"ר חנה בר יוסף על השקעתה ותרומתה, ד"ר שלמה סקלרץ על עטיפת הספר, בתיה הופמן על הגהת הספר ולרב גרשון הופמן לעזרתו בתרגום חומרים מסוימים.

## תוכן העניינים

7.....	מבוא
10.....	הקדמה
12.....	המציף והמרגיעה: טיפול בהפרעה טורדנית-כפייתית (גוטליב והופמן)
18.....	גישה טיפולית ייחודית בהתמודדות מול התנגדות (הרמן והופמן)
29.....	שימוש ביועץ לצאת ממבוי סתום (הרמן והופמן)
34.....	התערבות טיפולית בנער הסובל מהפרעה טורדנית כפייתית (וויספר)
40.....	הפרעה טורדנית-כפייתית באוכלוסיה דתית (רוזנצוויג)
45.....	תיאור מקרה של טיפול בזוג על פי הגישה ממוקדת הרגשות (לצטר)
54.....	הפרעות אכילה-שאלות ודאגות בעולם הדתי (דיטשר)
62.....	טיפול קבוצתי להורים לצאצאים פגועי נפש (גוטליב)
69.....	התבוננות פנימית ב"הפרעה טורדנית-כפייתית" (הלר והופמן)
79.....	רבנים ופסיכולוגים: הילכו שניהם יחדיו? (בר-יוסף והופמן)

## נספח

<b>An "Unorthodox" Therapy of an Ultra-Orthodox Adolescent</b> (Guedalia and Haber) .....	3
<b>Is Psychotherapy Possible with Unbelievers? – The Care of the Ultra-Orthodox Community</b> (Greenberg) .....	15
<b>Cross-Gender Therapy: Views of Rabbis and Practitioners</b> (Hoffman) .....	28

המגזר החרדי מהווה כיום למעלה מ-11% מכלל אוכלוסיית מדינת ישראל. על אף שהמגזר מורכב מזרמים וקהילות שונות הנבדלות זו מזו, ישנם מימדים המאפיינים את כלל המגזר, כמו: מערכת חינוך עצמאית בה יש הפרדה מוחלטת מגיל צעיר מאד בין בנים לבנות משמעות לימודי הקודש: מגיל צעיר הבנים לומדים בעיקר לימודי קודש בגיל צעיר ב"חיידר" ובגיל מבוגר יותר ביישיבה ורבים מהם ממשיכים ללמוד ביישיבה גם לאחר הנישואין בלבוש: הרבה חרדים רואים בלבוש המסורתי, אמצעי חשוב לשמירת הזהות והייחודיות שלהם וכלי לעיצוב האישיות ולצמיחה רוחנית. כך הגברים מגדלים זקן ופאות לובשים חולצות לבנות וחליפות כהות והנשים מקפידות על לבוש צנוע על כיסוי רוב חלקי הגוף ועל כיסוי הראש שבבסיס או בפאה. היהדות החרדית מעודדת התבדלות מתרבות לא יהודית בהרבה מהקהילות יש התנגדות ללימודים גבוהים במסגרות חילוניות, משימוש בטלוויזיה, סרטים, עיתונים חילוניים ואינטרנט שלא לצורך פרנסה. העיסוק בפרנסה לעתים מצדיק טיפוח קשרים מסחריים עם העולם הרחב, אבל לא מעודדים מעורבות בחיים שמחוץ לקהילה. אחד המאפיינים העיקריים בקהילה החרדית הוא מתן משמעות ערכית ומוסרית גבוהה למשפחה. המשפחה היא בעלת ערך עליון המשפחות ברובן הינן ברוכות ילדים ובני הקהילה החרדית מקפידים על ייחוס והמשכיות שושלת הייחוס המשפחתי ההורים הם אלה שדואגים למציאת בני זוג "ראויים" לילדיהם באמצעות שידוכים, באוכלוסיה זו נוטים להסתיר בעיות נפשיות לא רק של "המיועד" אלא גם של בני משפחתו, מחשש לסטיגמה שתפגע באפשרות לשידוך ראוי, גברים ונשים חרדים הסובלים מהפרעות נפשיות חווים מתח רב בזמן השידוכים מחשש לגילוי הסוד. הטפול במקרים אלו הוא קשה ביותר משום שהפתרון של גילוי הסוד כאמצעי להפחתת החרדה אינו אופציה. בשל חשש זה ישנם מטופלים שמפסיקים את הטפול התרופתי מה שגורם להחרפה במצבם ובמקביל לקושי רב יותר למציאת בני זוג, מספר לא מבוטל של חרדים מגיעים לטפול ללא ידיעת בני הזוג מדאגה לתגובתם ולאפשרות של שימוש לרעה במידע זה במקרה של גירושין. במקרים רבים הטפול במקרים אלו דורש התערבות של סמכות רבנית.

החברה החרדית בישראל מתמודדת עם תהליכי מודרניזציה גם בתחום של טיפול נפשי. חברה זו המסתפקת בדרך כלל במשאביה הפנימיים בתחומים רבים, נזקקה בעבר למומחים בבריאות נפש 'מעולם אחר'. בעשורים האחרונים אנו מוצאים יותר ויותר אנשי מקצוע דתיים וחרדיים בתחומי הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה. מומחים אלה הופכים את הטיפול הנפשי לנגיש יותר, ומקבל יותר הסכמות של רבנים (אף כי לפעמים זו הסכמה שבשתיקה) מרבני הקהילות האורתודוקסיות השונות.

למרות שאנו עדים לשינויים בגישת רבנים שונים לטיפול נפשי-חלקם שינויים זהירים וחלקם נרחבים יותר, עדיין יש פערים נרחבים ולא מעט חשדנות הדדית בין מטפלים ורבנים כאשר חלק מההפתחויות בעולם הפסיכולוגי טרם הגיעו לידיעת הרבנים, כאלה הן גישות

טיפוליות חדשות – גישות עוקפות תודעה, טיפול באמצעות בעלי חיים, באמנות, גישות התנהגותיות וקוגניטיביות, וגם התפתחויות בתוך אסכולת הטיפול הדינמי-התייחסות אל הפונה 'בגובה העיניים', בכבוד לעולם ממנו בא, ולמטען שהוא מביא אתו.

ספר צנוע זה בא להוסיף נדבך לבניית הגשר בין יהדות וטיפול נפשי. כמו כן מנסה הספר להסיר מעט את המסתורין מעל המתרחש בחדר הטיפולים 'החרדי' ובוזה לתרום את תרומתו להכרות טובה יותר של המטפלים והקהילה שומרת המצוות, את העשייה הפסיכותרפויטית הממשית. בספר זה מובאים מאמרים המתארים טפול נפשי באנשים מהמגזר החרדי על ידי מטפלים דתיים/חרדים מתחום בריאות הנפש. בנספח מופיע שלשה מאמרים באנגלית-הראשון מתאר טיפול לא שגרתי של בחור חרדי מתבגר; השני מדגיש את החשיבות להכיר ולהיות רגיש לערכים ותרבות החרדים לפני שמטפלים בהם, והשלישי דן בנושא הרגיש ושנוי במחלוקת, פסיכותרפיה במין השני. אנו תקווה שספר זה יספק חומר למחשבה, יעורר וימריץ דיונים נוספים וחקירה של עניינים ונושאים הנוגעים לממשק בין פסיכולוגיה, פסיכותרפיה ויהדות, ויסלול את הדרך לרבנים ובעלי סמכות מהמגזר החרדי להכיר טוב יותר את התועלת שניתן להפיק מטפול פסיכולוגי בהפרעות רגשיות, נפשיות והתנהגותיות.

**ספר מפיחם של רבתינו (ב"ב תשס"ח) (ראיון עם הג"ר שמואל אויערבך על אביו הגרש"ז, עמ' 120-121) – [שאלת המראיין] בעבר פורסם אגרת מרבינו [הגר"ש] בשם הגרש"ז, נגד הטיפול של בני תורה אצל אנשי מקצוע בתחום הפסיכולוגיה... רווח אצלנו גם הנהוג של "האפרים", העושים בנפשות כבתוך שלהם, ללא ידע כלל. מה היתה דעתו המדוייקת של רבי שלמה זלמן, ומהי דעת רבינו? [תשובת הגר"ש] [הוא מבקר את] אורת החולשה ורפיון הדעת נוסח אמריקה, הפוחדת פחד נואש מסבל... [אך לאומת זאת] ברצוני שתעביר בהזדמנות הזו... את דעתו של אבא ודעתי הברורה, שבמצב של מצוקת אמת, שמקורה בנפש פנימה: חרדות, דכאונות, וכל צורת סבל קשה, חובה עלינו, חובה פשוטה וברורה לפנות לאנשי מקצוע נכונים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים יראי שמים, ולה' הישועה. אסור באיסור נמרץ לזלזל ולהזניח את בריאות הגוף והנפש כאחת... אבא בעצמו הרי שלח פונים רבים לעזרה פסיכולוגית.... כאן חובה להבהיר. תנאי קודם למעשה כל טיפול, על התלמיד לפנות לתלמיד חכם אמיתי, המבין בסוגיות שנשמה תלויה בהן, ולהיוועץ בו על מצבו...**

**שניאור הופמן ופרומי גוטליב**

**עורכים**

---

## הקדמה

---

הצגות מקרים במטופלים מהמגזר החרדי מכילים תיאורים של בעיות נפשיות ייחודיות למגזר, ודיונים על הטפול בהם. המטפלים עצמם הינם שומרי תורה ומפגינים רגישות וידע כלפי הערכים והמנהגים המייחדים את המטופלים האלה. יתר על כן, הגישה שלהם לעיתים מתחדדת על ידי הדרכה של סמכויות רבניות (רבנים, ראשי ישיבות ומדריכים רוחניים), כמו גם בפסקי דין ("שאלות") בנושאים בהם עוסקים.

"נפש ישראל" ארגון עובדי בריאות הנפש האורתודוקסים בישראל, לקח תחת חסותו את הכרך הזה כפי שעשה בשני הכרכים הקודמים שעסקו במפגש שבין פסיכותרפיה ויהדות, והינו אסיר תודה להיות המוטב לתמלוגים.

אנחנו מאמינים שכל פרק יעשיר את הקורא/ה ויספק לו/ה חומר רב לחשיבה. אנחנו מודים לעורכים על הכנסת נושאים השנויים במחלוקת כמו טפול בבני המין השני במגזר החרדי ומעורבות של רבנים בפסיכותרפיה שני נושאים נועזים ומאתגרים בני זמננו.

לאה אברמוביץ, M. S. W., יהודית גדליה, Ph. D.,  
ויובכד ברלוביץ, M. D. י"ר "נפש ישראל".

---

## המציף והמרגיעה: טיפול בהפרעה טורדנית-כפייתית

Ph. D., שניאור הופמן, M. S. W. פרומי גוטליב,

---

### מבוא

במאמר זה נציג טיפול קצר מועד בהפרעה טורדנית-כפייתית (OCD) אצל אישה שלא שיתפה פעולה בטיפולים קודמים וסובלת מהבעיה כבר חמש שנים.

הטיפול נערך בגישת ה"קותרפיה הדיאלקטית" (Hoffman, et al. 1994), "המתבסס על שני מטפלים, רצוי גבר ואישה, שמשחקים תפקידים מנוגדים בטיפול. המטפל לוקח תפקיד תקיף פרובוקטיבי ומעמת, והמטפלת לוקחת תפקיד של אמפטיה, מזדהה עם המטופלת, תומכת, מבינה ומעודדת. בשעת הטיפול ובנוכחות המטופל, המטפלים לוקחים כעין "פסק זמן" מהמטופל, ודנים ביניהם על המטופל ועל דרכי התמודדותו תוך שהם מציגים במכוון עמדות, דעות ומחשבות מנוגדות לגבי התנהגותו, התמודדותו והאמביציה של המטופל לפתור את הבעיה ודרכים לפתרון הבעיה. המטפלים דנים ביניהם, ולעתים משתפים את המטופל בדיון, וכך הרעיונות שהם מעלים נקלטים אצל המטופל מבלי שירגיש מאוים ויזדקק למנגנוני הגנה, ובכך מפחיתים את התנגדותו לשינוי. השיטה מתאימה במיוחד לטיפול במטופלים המגלים התנגדות קשה לטיפול, שכן הדיון המתקיים בין המטפלים מגרה את המטופל לקחת חלק בתהליך הטיפול מבלי שיצטרך להשתתף כל הזמן בצורה פעילה בשיחה. בנוסף, טכניקה זו מאפשרת לעשות הערכה והתערבות קצרות מועד.

המטופלת המוצגת הייתה כאמור בטיפול במשך חמש שנים לפני שהגיע אלינו בשל OCD, ללא שינוי במצבה (למרות הגדלת המינון התרופתי), וללא שיתוף פעולה בינה לבין הפסיכותרפיסטית. משום כך חשבנו שהגישה הטיפולית המוצגת כאן תאפשר שינוי לטובה במצבה.

בטיפול בפוביות ובהפרעות טורדנית-כפייתית, ההתערבות החיונית והיעילה ביותר היא חשיפה מוחשית לגירוי המפחיד. חשיפה זו יכולה להתבצע באחת מבין שתי דרכים מרכזיות, או באמצעות שילוב ביניהן: (1) הצפה (flooding), שבה המטופל מעומת ישירות עם הגירוי הגורם לפחד, מבלי שתהיה לו אפשרות לברוח מהגירוי על ידי פעולות שמנטרלות את הגירוי (Barlow, 2002); ו-(2) הכחדה הדרגתית (systematic desensitization) שבה המטופל נחשף לגירוי המפחיד בהדרגה, בשלבי קושי העולים מהקל לכבד (Wolpe, 1969). בטיפול המוצג בחרנו לשלב את שתי הטכניקות, וכחלק מגישת הקותרפיה הדיאלקטית החלטנו לבחור בטקטיקה של "מציף" ו"מרגיעה": המציף ידרוש חשיפה ישירה לגירויים המפחידים ומניעת בריחה לתגובות של הימנעות, והמרגיעה תבקש חשיפה הדרגתית להירארכיה של גירויים מפחידים.



הסיפורים שנספר. בכל פגישה השמענו ליעל מספר סיפורים שלה שהוקלטו, וששימשו מוקד להתייחסות, והצגנו לאחריהם את הסיפורים שלנו לאותם הכרטיסים: הסיפורים של היועץ הדגישו את המגרעות של גיבור הסיפור, את דרכי התמודדות הנפסדות שלו, את הפנטזיות החבויות ה"רעות" שלו, וכד'. לעומת זאת, סיפוריה של המטפלת הדגישו את הכוחות של הגיבור, את השיפוט הטוב והיעיל שלו, את דרכי ההתמודדות שלו ואת בוחן המציאות הטוב שלו.

לאחר שהצגנו את סיפורינו שוחחנו עם יעל על היתרונות של סיפורינו בתלת-שיח. מטרת השיחה הייתה להשיג את מעורבותה ולהעמיק את ההערכה לגבי דינאמיקה הפנימית שלה ונוקשות ההגנות שלה - ובד בבד לאפשר לה להיחשף לדרכים אלטרנטיביות של תפיסת הסביבה והתגובה אליה. בסיום כל פגישה נערכה התייעצות משותפת בין המטפלים. להלן נציג את תגובותיה של יעל לשיטת הטיפול, ושלושה מהסיפורים שבאמצעותם נעשתה ההתערבות.

## סיפורים בעקבות כרטיס GF 7

תאור הכרטיס: אישה יושבת על הספה לצד ילדה האוחזת בובה בחיקה, פונה אל הילדה או קוראת לה. הילדה מסתכלת לכיוון אחר. קוראת לה. הילדה מסתכלת לכיוון אחר.

הסיפור שחיברה יעל: היה אימא ובת. [מה קרה?] אימא קנתה בובה לבת שלה. היא לא מרוצה. [מדוע אינה מרוצה?] הבובה לא מעניינת אותה. אימא ממשיכה לשכנע שהבובה יפה ואז היא משחקת. [בת כמה הילדה?] בת 12.

הסיפור שהציג שניאור: הילדה בת 10, נראית עצובה מהורהרת. היא כועסת על אימא שלה ואימא כועסת עליה. האימא נתנה מתנה והילדה אינה מרוצה. הילדה חושבת שהבובה אינה יפה מספיק. היא רוצה בובה יותר יפה. האימא כועסת עליה ואומרת לה שהיא כפוית טובה. היא מתאמצת לקנות לה בובה, ומה היא מקבלת? אימא לא תקנה לה יותר דברים. אימא שולחת אותה לחדר בכעס.

הסיפור שהציגה אסתי: אימא נותנת מתנה לילדה - בובה. היא מנסה לפצות אותה על השעות הרבות שבהן היא נעדרת. הילדה אינה רוצה מתנה, היא רוצה אימא. היא רוצה חיבוק, ליטוף ונשיקה. האימא לא מבינה. היא מנסה לרצות את הילדה עד שלבסוף הילדה מתרצה.

## סיפורים בעקבות כרטיס GF 18

תאור הכרטיס: אישה אוהזת בצווארה של אישה אחרת. האישה נדחפת לאחור לצד המדרגות. הסיפור שחיברה יעל: היה אימא ובן. [שאלה: מה קרה?] הבן כואב לו הראש. [ומה קרה?] אימא מודדת לו חום נותנת לו תרופה. [...] בסוף הוא מרגיש טוב.

הסיפור שהציג שניאור: אימא כועסת מאוד על הילדה בת ה-12. הילדה מתחצפת והיא שונאת אותה. האימא החליטה להעביר אותה לפנימייה בגלל ההתנהגות שלה בבית וגם בבית ספר. הילדה מתנצלת ומבקשת מהאימא לסלוח לה, היא תשתדל יותר. בסוף, הילדה שומרת כעס עמוק בלב, ולא מספרת לאף אחד על הפחדים שלה מאימא. בבית הספר היא מוציאה תסכולים על המורה.

הסיפור שהציגה אסתי: אימא כועסת על הילדה. היא מנסה להתקרב אל הילדה בגלל שעמוק בפנים היא אוהבת אותה, למרות שהיא כועסת עליה. הבת מתנגדת. היא לא רוצה את אימא. היא כועסת עליה. בסוף, האימא מבינה שהיא זקוקה לעזרה חיצונית. היא מתייעצת עם יועצת בית הספר ולומדת איך מתקרבים אל הבת שלה.

## סיפורים בעקבות כרטיס 2

תאור הכרטיס: נוף כפרי. מקדימה מופיעה בחורה צעירה האוחזת בידיה ספר. מאחור מופיע גבר שעובד בשדה ואישה מבוגרת שנשענת על עץ ומתבוננת. לא ברור על מה.

הסיפור שחיברה יעל: היה אימא וילדה. גרו בכפר. היו עובדים, עבדו בחווה. הבת והאימא מסתכלות לראות האם הם עובדים. הילדה קוראת ספרים. [בת כמה הילדה?] בת 17. בסוף, הם הסתכלו וחזרו הביתה כשהעבודה הסתיימה.

הסיפור שהציג שניאור: אני רואה חווה. האימא בהריון. היא נשענת על העץ. הילדה בת 16, והאימא מתעקשת שהיא תלך לבית ספר. הילדה שונאת בית ספר. לא מסתדרת בבית ספר. המורה צועקת עליה שוב ושוב, מאיימת לסלק אותה מבית הספר. המורה כועסת מאוד. האבא עסוק בעבודה, לא מעורב בכלל. זו משפחה מנוכרת ומרוחקת. הסוף עצוב. מחליטים לחתן אותה מהר והיא עוזבת את הבית.

הסיפור שהציגה אסתי: אימא מנותקת ומרוכזת בעצמה. האבא מרוכז בעבודה. הילדה בת 14 מבינה שהיא חייבת למצוא לעצמה עולם משלה. ההורים עסוקים מדי. היא אוהבת לקרוא ספרים, וכך בורחת לעולם דמיוני ועשיר. היא מבינה שבאמצעות הספרים והלימודים אולי יהיה לה עתיד טוב יותר. בסוף היא תצא מהבית ותבנה בית משלה.

## תלת-שיח לדוגמא:

**שניאור:** הסיפור שלי משקף הכי טוב מה שקורה. הוא הכי ריאליסטי.

**אסתי:** לא מסכימה. לדעתי הסיפור שלי יפה יותר. הוא שמח, עם תקווה ושמחה. יעל, מה דעתך?

**יעל:** לא יודעת (מחייכת...)

**שניאור:** כשאת אומרת "אני לא יודעת", אני שומע "אני לא רוצה לענות לך!". את לא רוצה לפגוע באסתי כי הסיפור שלי יותר יפה.

**יעל:** אה. סליחה. לא שמתי לב...

**אסתי:** אני רואה שאת חושבת על משהו.

**יעל:** אני חלמתי.

**אסתי:** על מה חשבת?

**יעל:** על הספר.

**אסתי:** איזה ספר?

**יעל:** הספר שהמורה לקחה לי.

**שניאור:** המורה לקחה ספר ללא רשות?

**יעל:** לקחה לי מהתיק, כי זה אסור.

**אסתי:** המורה לקחה לך ספר מהתיק? מה שם הספר?

**יעל:** הארי פוטר.

**אסתי:** זה מותר בבית הספר?

**יעל:** אחותי הביאה לי אותו לבית הספר, לא אני. המורה לקחה לי מהילקוט.

**שניאור:** זה מאוד רציני. איך מורה לוקחת ללא רשות? אסתי, אני לא מבין. מורה גונבת ספר ויעל לא מתעצבנת ולא כועסת.

**אסתי:** שניאור, אולי הספר הוא לא מתאים לכללי בית ספר חרדי?

**יעל:** כן.

**שניאור:** השבוע קראנו בשבת בתורה על רחל שגנבה את התרפים ומה קרה לה. היא נענשה על זה. (יעל מחייכת).

**אסתי:** כיצד הגבת לאחר שהמורה לקחה לך את הספר?

**יעל:** כעסתי.

**שניאור:** מה עשית?

**יעל:** כלום.

**שניאור:** אני לא מבין. גונבים לך ספר ואת לא עושה כלום?

**יעל:** מה אני יכולה לעשות?

**שניאור:** אני הייתי מוחה.

**יעל:** אני לא יכולה להרביץ.

**שניאור:** סיפרת לאימא?

**אסתי:** אתה חושב שאפשר לספר לאימא שלה כאלו דברים?

**יעל:** היא לא יכולה לעשות כלום. עדיף לא להגיד לה. אני לא יכולה לספר לה. מה היא יכולה לעשות? המורה תצעק על אימא שלי.

**שניאור:** אסתי, אני לא מבין איך היא לא סיפרה לאימא שלה.

**יעל:** אימא צריכה לעזור למרות.

**אסתי:** אימא שלה תתרגז עליה.

**יעל:** היא תכעס על אחותי שבאה.

**שניאור:** את מספרת לאימא לפעמים דברים שקורים לך?

**יעל:** כשיש צורך.

**שניאור:** אני לא מבין. איך אפשר להחזיק את הכעס בפנים? ועוד כל כך הרבה זמן.

**אסתי:** יש כמה אפשרויות לבטא כעס. אפשר לבטא באופן מוחצן ואפשר גם להחזיק את הכעס בפנים. נשאל את יעל.

**יעל:** כמו שאת אמרת והוא אמר.

**שניאור:** יש סודות במשפחה?

**יעל:** כן. יש. סרטים אני רואה. אסור בבית ספר.

**שניאור:** בפגישה הקודמת אימא שלך נכנסה לחדר כועסת על המרפאה על כך שעוד לא קיבלת תרופות. נראה שהיא אישה מאוד דומיננטית וחזקה.

**יעל:** אני רגילה. כשהיא כועסת היא לא רואה בעיניים.

**שניאור:** נדמה לי שאת רוצה לספר לנו דברים, אבל את פוחדת.

**אסתי:** אם יעל אינה רוצה לספר דברים היא יכולה לשמור לעצמה. אולי היא לא רוצה לשתף אותנו וזה בסדר, ושניאור אל תלחץ עליה לספר.

**שניאור:** אני לא מבין מה הבעיה. כל המידע חסוי. אני חושב שיעל סומכת עלינו ומבינה שרק יעשה לה טוב.

**אסתי:** זה תלוי בה. היא לא חייבת.

**יעל:** [שותקת, חושבת] אחות שלי לא גרה בבית. התלוננה במשטרה שאמה מרביצה. היא לא סולחת לה. זרקה מהבית ולא מרשה להיכנס לבית. אחות אחרת שהסכימה עם אבא שלי במריבות שלהם, גם ניתקה קשר איתה. היא לא סולחת להם. [ניתן להתרשם מהדלות הלשונית, מהקושי של יעל בבניית המשפטים וכן מהדיבור הקטוע והבלתי ספונטני שלה. השיחה, כאמור, אינה קולחת ומשקפת זהירות וחשדנות של יעל כלפי העולם והסביבה וקושי

שלה לנסח את רגשותיה].

**שניאור:** אסתי, זה נראה מאוד מסוכן לבטא כעס בבית כזה.

**יעל:** הכי טוב זה לשתוק. אני גם הסכמתי עם אבא שלי אך לא אמרתי.

**אסתי:** זה מסוכן להתווכח עם אימא, כי היא יכולה לזרוק מהבית.

**יעל:** אני התלוננתי על אימא לפני עובדת סוציאלית ברווחה. אימא לא יודעת.

**שניאור:** את גרה בפחד?

**יעל:** אימא יותר פוחדת ממני. היא זקוקה לי לטפל בבית, באחים שלי. היא פוחדת שאברח החוצה. מי יעזור לה?

**שניאור:** אימא מנצלת אותך. אסתי, אולי תשקלי לקבוע פגישה עם אימא של יעל.

**אסתי:** אני חושבת שאימא שלך צריכה להבין אותך יותר.

**יעל:** אין סיכוי. אימא שלי היא מקרה אבוד.

בנקודה זו הפגישה הסתיימה.

## חזרה לעבודה יחידנית

בעקבות הקותרפיה חל מפנה בטיפול. יעל החלה לשתף פעולה, היא גילתה פחות חשדנות ויותר מוטיבציה. היא החלה להישיר מבט בעת שדיברה, פניה נהיו מלאות הבעה והיא נפתחה ונהייתה זורמת ומילולית יותר. לאחר פריצת הדרך המשמעותית, החלטנו ביחד כי אין צורך שהקותרפיסט ימשיך להיות נוכח פיזית בטיפול.

ואכן, בפגישות הפרטניות הבאות הייתה יעל פתוחה וספונטנית, ללא ההגנות הנוקשות שלה. היא שיתפה ברגשותיה, גילתה פחות "זהירות", ובין השאר אמרה: "מה, אני מפגרת?", "הריטלין גורם לי כאבי בטן וראש, משעמם אותי בלב", "המורה חושדת שיש לי חבר וזה לא נכון... [היא] חושבת שאני עושה דברים לא צנועים, חוקרת את הבנות עלי, [היא] "בודקת אותי בהסעה איפה אני יורדת".

מתחת ליעל המתגוננת, המתנגדת, החלה להיחשף יעל שברירית ופגיעה. היא החלה לזהות רגשות שונים ולתאר אותם: היא מזהה רגש בושה כשהמורה קוראת לה בנוכחות כל הבנות בכיתה לקחת ריטלין. בהמשך, היא מזהה את רגש הבושה מתחלף לרגש כעס ואכזבה. יעל משתפת בתחושות השעמום והריקנות, אותן היא מנסה להפיג על ידי צפייה בסרטים מצוירים דמיוניים. יעל מתארת התנגדות לריטלין ולמורה שמכריחה אותה ליטול את התרופה על אף חוות הדעת של הניירולוג. במסגרת הטיפול במרפאה הוחלט אם כן להפסיק את נטילת הריטלין, שגם כך נלקח באופן לא סדיר.

לאחת הפגישות יעל מגיעה מחויכת ונרגשת, ומדווחת לי כי החליטה לעזוב את בית אמה. "נמאס לי להיות המשרתת, השפחה של אימא, אני עוזבת לאבא", הכריזה. יעל הסבירה לי

כי אצל אבא גרות אחיותיה הגדולות, שם שמח ויש עם מי לדבר: "בבית אני עם הסרטים, וסרטים זה לא חברה". בפגישה העלתה יעל יתרונות וחסרונות למגורים בבית אמה, ומנגד למגורים בבית אביה. במחשבה שנייה אומרת יעל: "אני בטוחה שאצל אבא יהיה לי הכי טוב". בפגישה הבאה הבעת פניה שונה. היא משירה מבט, פונה אלי מיוזמתה ואומרת: "עברתי לאבא". בפגישה היא מתארת תחושת שחרור: לראשונה היא אינה חושבת מה להכין לארוחת צהרים. היא אינה מתגעגעת לאימא, אך מדמינת כיצד אימא בטח בוכה כל היום על כך שיעל נטשה אותה. יעל מוסיפה ואומרת: "פשוט אין לה מי שישמור על הילדים, היא לא באמת רוצה אותי". חודש לאחר העזיבה מהבית, יעל עדיין משוכנעת שזה היה צעד נכון. "גם בעבר העובדת הסוציאלית אמרה שעלי לגור עם אבא", היא אומרת. "גרתי איתו חצי שנה עד שאימא הבטיחה לי הרבה מתנות והפתעות שאעבור לגור אצלה. חבל שהסכמתי". יעל המשיכה להגיע לפגישות בהתלהבות, מדברת באופן קולח וחופשי ואינה חוששת להביע רגשות ולשתף אותי במצבה הלימודי. הדימוי העצמי שלה משתפר, וכן גם תחושת המסוגלות הלימודית ויחסיה עם בית הספר.

## סיכום

שיטת העבודה שהוצגה, "קותרפיה אינטראקטיבית-פעילה", מאפשרת לעשות הערכה והתערבות קצרת-מועד.

מאחר וסיפורי המטופל מסופרים מראש, יש למטפלים הזדמנות לבחון ולהבין את הדינאמיקה של המקרה ולתכנן בהתאם את התערבויותיהם. הגישה העקיפה והלא מאיימת של שיטה זו, שבה מוצגות מספר גרסאות של סיפורים לאותו כרטיס, מאפשרת להעלות חומר טעון רגשית ומעורר חרדה, ולהביאו למודעות מבלי לאיים על ההגנות באופן ישיר. זאת בניגוד לגישה המאפיינת את שיטתו של גרדנר ללא שילוב הקותרפיה אינטראקטיבית-פעילה, הנמנעת מסיפורים המכילים עימותים מעוררי חרדה עם הורים ומורים.

טכניקה זו יכולה לספק גם הזדמנות עשירה לעבודה משותפת בין מתמחה/סטודנט לבין המנחה/מדריך שלו, בעבודתם על הערכת מקרים והטיפול בהם (Bernard, Babineau and Schwartz, 1980). נראה שעם שינויים מתאימים (למשל שימוש בכרטיסי HAT או CAT, במקום TAT, וכד'), ניתן ליישם את הגישה הטיפולית הזאת גם בקבוצות גיל אחרות.

## מקורות

Bernard H. S., Babineau, R., and Schwartz, A. J. "Supervisor-trainee co-therapy as a method for individual psychotherapy training." *Psychiatry*, 43, 138-145, 1980.

Gardner, R. A. Therapeutic communications with children: The mutual storytelling technique. New York: Science House, 1971.

Hoffman, S. and Gafni, S., Active-interactional cotherapy, *International Journal of Family Therapy*, New York, Plenum Publishing Company, 53-58, 1983.

Hoffman, S. and Laub, B., Innovative interventions in psychotherapy, Boca Raton, Florida: Universal Publishers, 2006.

Holt, R., The Thematic Apperception Test: An introduction to projective techniques. R. Holt and G. L. Anderson (Eds.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1951.

---

## שימוש ביועץ לצאת ממבוי סתום

אסתי הרמן, M. Sc. שניאור הופמן, Ph. D.

---

מבוי סתום עשוי להיווצר בטיפול פסיכולוגי מסיבות שונות, וביניהן היות המטפל שרוי בחששות, בספקות, או בתסכולים לגבי הטיפול. (1) שימוש נאות בהתערבות, ולו חד-פעמית של יועץ (קונסולטנט), עשוי לתרום תרומה משמעותית לטיפול, להגביר את יעילותו ולהביא במצב של מבוי סתום לתוצאות חיוביות ומהירות יותר.

יועץ יכול להיות יותר אובייקטיבי מהמטפל. הוא יכול להגיע לתובנות בקלות רבה יותר, והוא חופשי לפעול ולומר דברים שהמטפל יהסס לבטא. קייט וויטקר (2) מתייחסים למטאפורות של אם-אב (נשי-גברי), כשהם מתארים את היחסים בין קו-תרפיסטים. "נראה שהמטפל שהתחיל את הטיפול שרוי בכל הבעיות הרגילות של היותו אם. הוא תמיד מקבל ודורש מעט. בניגוד לו, היועץ נכנס לפגישה והופך מעין אב. יש לו אוריינטציה מציאותית, הוא דורש, אינטלקטואלי, הרבה פחות מתפתה לקבל את התלונות המקוריות של הצגת הדברים המקורית, וחופשי יותר לחשוב על מה שמוצג לפניו כגשטלט שלם" (p. 91). יועץ יכול להציע או לבצע התערבויות נועזות, להעלות נושאים מאוד רגישים וכאובים, ולהיות פרובוקטיבי בכך שהוא מטיל ספק בשאיפה וביכולת של המטופל להפיק תועלת מהטיפול ומשינוי בכלל. היועץ אינו טרוד בנוגע לתוצאות בעתיד, או להשפעת עמדותיו והתנהגותו על מערכת היחסים הטיפולית. מובן שניתן לעשות את כל זה רק לאחר דיון מוקדם והסכמה של המטפל.

פפ סבורה כי "רעיונות מוגזמים ויוצאי דופן, מתקבלים בקלות רבה יותר כשבאים מגורם שמכות שאיננו נוכח בחדר, מאשר מהמטפל הישיר הנאלץ להיאבק עליהם". (3)

### תיאור מקרה

ברוך אברך כולל בן 46 נשוי + שישה ילדים, הגיע למרפאה ואובחן על ידי הפסיכיאטר כסובל מחרדת קהל ודיכאון. ברוך סירב לטיפול תרופתי ונענה לטיפול פסיכותרפיה.

ברוך מתאר בטיפול כיצד שנים הפגין את קולו הערב בבית הכנסת וזכה לנחת רוח מהקהל, עד לפני כשנתיים כאשר בעת חזרת הש"ץ בתפילת שחרית שבת, קולו בגד בו. ברוך חש חזק בגרון, רעד בכל גופו, סחרחורת חזקה איימה עליו מלווה בתחושת עילפון. ברוך מיהר לסיים את התפילה במהירות כשפניו סמוקות וכל גופו רועד ורטוב מזיעה קרה.

מאז, חייו של ברוך מתחלקים לשניים: החיים לפני האירוע ולאחריו. בעקבות האירוע 'הטראומטי', החל להסתגר. ברוך מתאר דימוי עצמי ירוד, חוסר תאבון, נדודי שינה, וחוסר עניין בפעילויות שונות שבעבר הסבו לו הנאה. הוא מתאר סידרה של הימנעויות



מאירועים חברתיים כגון: אינו מתארח בבית הורי אשתו (חושש שמא יאלצו אותו לעלות לתורה וכדומה) אינו שר זמירות שבת בביתו, נעלם בשעת התפילות בבית הכנסת בכל פעם כאשר פונים אליו בבקשה לשמש שליח ציבור, ומרבה להסתגר בביתו. ברוך גילה פחד מופרז מהביקורת של אנשים וחשש שמא יחשפו סימני החרדה והחולשה שלו בפני אנשים ששופטים אותו. מתאר חשש ניכר וממושך ממצבים חברתיים בהם נחשף בפני אנשים לא מוכרים וסמכותיים. ברוך מבין כי החשש שלו מוגזם ולא הגיוני אך בוחר להימנע. בשלב זה, הטיפול בברוך התמקד בחיזוק המוטיבציה והקשר הטיפולי, מסוגלות עצמית, חיזוק דימוי עצמי חיובי ואתגור מחשבות אוטומטיות מעוותות. (4). הוסבר לברוך הקשר בין המערך החשיבתי ובין התגובות הרגשיות וההתנהגויות הנלוות לו. הוא הבין את מאפיין החשיבה הדיספונקציונאלית שהתבטאה אצלו בהגזמה, הכללה, נטייה לראות מצבים בשחור או לבן והנחת מסקנות קטסטרופאליות הפוגמות בתפקוד. ברוך גילה תובענות גבוהה כלפי עצמו והסכיבה ונטה לפנות אל עצמו בדרישה וציוויים. בהמשך שילבנו טכניקות התנהגותיות הכוללות חשיפות של ברוך למצבים לא נוחים. תרגלנו עמידה במצבים בעלי סיכון התואמים ליכולת, למוטיבציה ולסף תסכול של ברוך. בנינו מדרג חשיפות והחלנו בחשיפה הדרגתית בפני קהל, תחילה בנוכחותי ובהמשך נעזרתי בצוות המקצועי במרפאה על מנת ליצור מצבי חשיפה. ברוך נחשף במרפאה בנוכחות אנשי טיפול ופסיכיאטרים. החשיפה הייתה הדרגתית תוך כדי עבודה על עיוותי חשיבה שעלולים לעלות לפני ובעת החשיפה. חל שיפור משמעותי במצבו התפקודי חברתי, הוא כיום מסוגל להופיע בפני אנשים שאינו מכיר, מצליח להתארח אצל חמיו ואף לשיר זמירות שבת.

למרות ההתקדמות בטיפול, ברוך עדיין אינו מוכן להיחשף לתפילה בבית כנסת וכן לעלייה לתורה. בשלב זה של הטיפול החלטתי (א.ה.) להיעזר בקו-תרפיסט – יועץ, אותו הזמנתי לטיפול לעזור לקדם את הטיפול במקום בו נתקע. שיתפתי את ברוך בכך כי לדעתי נחוץ לשלב יועץ בטיפול מאחר ומצד אחד אני רואה התקדמות משמעותית, ומוטיבציה גבוהה לשינוי, עמידה במטלות, ויחד עם זאת תקיעות בטיפול.

בשלב זה החלטתי להזמין את היועץ (ש.ה.), בהסכמת המטופל כמובן. היועץ הופיע בטיפול ומילא תפקיד של דמות סמכותית ואובייקטיבית אשר העז לעלות הצעות מאתגרות ממני, לבחון את מידת המוטיבציה של המטופל ולבצע חשיפות נועזות יותר. היועץ הפעיל טכניקה נוספת שבדקה את טווח הרגשות של ברוך. הוא נאלץ להתמודד עם היועץ שהעמיד אותו במצבים בהם נאלץ לסרב. בפגישה הטיפולית נקטנו בעמדות מנוגדות כאשר היועץ טען בעקשנות כי ברוך אינו דורש מספיק מעצמו, תוך שהוא מעמת אותו עם ההגנות הבלתי מסתגלות שלו. היועץ ביטא ספק לגבי מידת המוטיבציה ויכולתו של ברוך להשתנות ולכן הציע להתנות את המשך הפגישות הטיפוליות בהתקדמות משמעותית יותר של ברוך כגון: עליה לתורה בבית כנסת – מה שנשמע עבור לו כרעיון מהפכני, לא רגיש ולא רציונאלי. בשלב זה של הטיפול נערך ויכוח בחדר כאשר אני מופיעה בתפקיד ה'אם' הדרגתית מעט ובהדרגה וטוענת בפני הנוכחים בחדר כי יש לבצע חשיפות באופן הדרגתי וכי אנו מעוניינים להתקדם לאט ובטוח. תמכתי והדגשתי את כוחותיו של ברוך ושאיפתו לחולל

שינוי. חשפתי את האספקטים החזקים והבריאים של ברוך אל מול היועץ ה'אב' הסמכותי והביקורתי, הדורש הישגים גבוהים משמעותיים יותר, ובעיקר מהירים יותר. היועץ הטיל ספק בשאיפה וביכולת של ברוך להפיק תועלת מהטיפול ומשינוי. ברוך ואנוכי מיהרנו לתרץ את התקיעות, ולהדגיש את ההישגים עד כה.

הפגישה הסתיימה בהסכמה כי ברוך עולה השבוע לתורה ואף מתפלל ערבית בנוכחות קהל ובכך מותנית הפגישה הבאה. הפגישה הנ"ל הותירה את ברוך ברגשות כעס סמויים כלפי היועץ. משלב זה של הטיפול חל שינוי נוסף בברוך, המגלה אסרטיביות גבוהה יותר ואף יכולת לסרב ולהתמודד עם סירוב.

ברוך עמד במשימה בהצלחה רבה וחש סיפוק רב מכך. יחד עם זאת העלה תמיהה לגבי חוסר הרגישות של היועץ. בפגישות הבאות, למרות שהיועץ לא נכח פיזית, נוכחותו בחדר הייתה מורגשת מאד, "כצל בולט במערכת המשולשת". (5)

ברוך מתאר את היועץ כמי ש"אינו מסוגל לפרגן, אינו מבין את הקושי, ביקורתי וחסר רגש". בטיפול ניתנה לגיטימציה לכעס שעלה אצל ברוך עקב התערבותו של היועץ. ברוך גילה קווים מקבילים בין היועץ לאביו ופתח לראשונה לשיחה את נושא יחסיו המורכבים עם אביו הסמכותי והביקורתי, שאינו מסוגל להחמיא.

המטרות הטיפוליות הושגו אולם מטרת העל עדיין לא הושגה: הופעה של ברוך כחזן בבית הכנסת בו 'נכשל' לפני כשנתיים. ברוך חש התקדמות עצומה, בטחוננו גבוה הרבה יותר, תפקודיו ומיומנותיו החברתיות השתפרו בהרבה אך הוא עדיין חש געגועים עזים לימים עברו בהם עמד מול התיבה והתחזן בקולו הערב ואף נהנה מהמעמד. בשל ההתקדמות והמוטיבציה אותה הפגין ברוך מצד אחד, ותקיעות בטיפול מצד שני, החלטתי להביא שוב את היועץ, כמובן בהתייעצות ובהסכמת ברוך.

תחילה, סירב ברוך לנוכחותו של היועץ "הבלתי מתחשב, שאינו בקיא בטיפול בפוביות חברתיות, שחשב לשבור את רוחו...." הסירוב תורגם על ידי כהתקדמות טיפולית נוספת שכן בתחילת הטיפול לא היה מסוגל לסרב ונהג לרצות את כל הנוכחים וכעת מסוגל להביע עמדה הפוכה, ולסרב בפני דמות ה'אם' המיטיבה. לאחר ששקל שוב את הבאת היועץ לחדר, ברוך שינה דעתו בנימוק כי ראוי לפתוח את הדברים 'ולנקות את הלב מול היועץ הבלתי מתחשב והמגלה חוסר רגישות טיפולית למצבו'. ברוך חש כי יש דברים שלא אמר בטיפול וכי נכון לאמרם אחת ולתמיד...

בפגישה טיפולית בהשתתפות של היועץ ושלי, חש ברוך מתוח מעט, תנועותיו היו קצרות, וניתן לחוש כי המעמד קשה עבורו. הצגתי את התקדמות של ברוך עד כה, ואת הקושי לפרוץ את המחסום האחרון. בנקודה זו הצטרף ברוך לשיחה וטען כי חש שלא הובן על ידי היועץ שניסה להמעיט מהישגיו עד כה. היועץ ניסה לזהות את הרגש שהופיע אצל ברוך. ברוך טען כי אינו חש דבר. היועץ לא הרפה ודרש עימות מול רגש הכעס המודחק והמוכחש של ברוך. ברוך סירב להודות ברגש זה וטען כי לעולם אינו כועס כל פי הנחיית הכתוב בתורה "אסור לכעוס". היועץ אמר: "גם משה רבנו כעס, ואפילו אלוקים כעס על בני ישראל".

ברוך התקשה לשמוע את הדברים והמשיך לטעון כי מעולם לא חש כעס. הכחשה של ברוך לרגשות שליליים המצויים בו הייתה חזקה. בהמשך חשף היועץ עבר רגיש וכאוב בנוגע ליחסים המורכבים של ברוך מול אביו הביקורתי הסמכותי והקושי של ברוך כילד לגדול במחיצתו. ברוך טען כי מעולם לא כעס על אביו "אסור לכעוס על אבא". "כיצד אתה מגדיר מה שאתה מרגיש כעת?" - שאלתי, ברוך ענה: "אולי אכזבה". ותיאר אכזבה שחש כלפי עצמו. עודדתי את ברוך להתחבר לחוויות כואבות בילדות, לבטא כעס ולהבחין בין חוויות מתסכלות מהעבר לאלו בהווה.

מנקודה זו חלה התקדמות נוספת בטיפול. ברוך נחשף לרגש הכעס אותו הדחיק שנים ובו סירב להכיר, ובנוסף עלה לתורה בבית הכנסת בו נכשל בתפילה. בהתייעצות עם היועץ הוחלט שלא לסיים את הטיפול וכך שיתפתי את ברוך בכך שהיועץ רואה כי ברוך מתמיד בטיפול, ומגלה מוטיבציה וכוחות לאורך כל הטיפול. נכחותו ה"רואה ואינו נראית" של היועץ משמעותית מאוד לברוך ואף נוכחתי כי דבריו השפיעו בקלות ותרמו לדימוי העצמי של ברוך ששאל שוב ושוב האם באמת היועץ חושב עליו דברים אלו.

בשלב זה, בהסכמתו של ברוך, גויסה אשתו לטיפול. בהתרגשות, תיארה את השינוי המשמעותי שחל בעלה מאז תחילת הטיפול והוסיפה כי בעלה נוטה לדחיינות וחושש משינויים. לדעתה גישתו של היועץ התגלתה כיעילה ונחוצה בייחוד כשמדובר באישיות דחיינית וספקנית. ברוך התבונן בה ואמר בטון חד: "תפסיקי לחשוב שאם לוחצים אותי משהו יקרה, אין לך מושג מה עברתי". תגובתי הייתה אמפטית כלפי קשייו של ברוך. אשתו הבינה לראשונה כי עליה לתמוך ולקבל את החרדה שחש בעלה, וכי התהליך שעבר היה ללא טיפול תרופתי. למרות שהיועץ לא נכח בפגישה, נוכחותו הייתה מורגשת. ברוך: "אני בטוח שאחרים היו בורחים ממנו". נוצרה קואליציה דמיונית של ברוך ושלי כאשר מולנו היועץ (הרואה ואינו נראה) ואשתו. ברוך החליט להוכיח את עצמו ולהיחשף בבית הכנסת ה"טראומטי", ולשם כך היה צורך בגיוס תמיכת האישה ובעזרתה.

ברוך שוב עומד במשימה בהצלחה. הוא מפגין במפגש הטיפולי ביטחון עצמי ושפת גוף בטוחה ואסרטיבית. בנוסף, הוא הביע רצון להתחיל ללמוד פיתוח קול על מנת להגמיש את יכולותיו הביצועיות והטכניות. בסיום הפגישה ביקש ממני לדווח ליועץ כי עמד במשימה אך סייג דבריו באומרו, כי זאת משום שהחשיפות היו הדרגתיות ומותאמות לקצב האישי שלו.

ברוך החליט להשתתף בשיעורי פיתוח קול. במהלך הפגישה תיאר את חששותיו להיחשף בפני מורה סמכותי "השופט את ביצועי". ברוך מצליח לזהות מחשבות דיספונקציונאליות החוסמות אותו ומצליח לאתגר את מחשבותיו ולהחליפן במחשבות מסתגלות ויעילות יותר. שיעורי פיתוח קול מספקים לברוך עונג רב, והוא מקבל חיזוקים חיוביים מהמורה וחש כי יכולותיו הביצועיות משתפרות ומקדמות אותו לעבר המטרה. המורה וברוך משתפים אחד את השני בטראומות שעברו, וברוך לראשונה חש שאינו חריג. ברוך מעדכן אותי בהישגיו ומבקש ממני לעדכן במקביל את "היועץ".

## מסקנות

ניתן לבחון כמה מטרות משמעותיות שהושגו בשיתוף יועץ חיצוני והם:

1. ערעור זמני של מערכת הגנות הנוקשה של המטופל.
2. חיזוק הקשר מטפל-מטופל וסיוע בפיתוח הברית הטיפולית.
3. הכנסת חומר, רעיונות, עימותים, לחדר הטיפול בלי לסכן את הקשר בין המטפל והמטופל.

חשוב לציין כי הגורמים שהשפיעו על הצלחתן של התערבות המשותפת, קשורים בהתאמתו של המקרה, בעיתוי הנכון, וביחסים המבוססים על אמון, ברית טיפולית והערכה הדדית ושיתוף פעולה בין המטפל והיועץ.

## מקורות

1. Omer, H. Critical interventions in psychotherapy: From impasse to turning point. New York: W. W. Norton. 1994.
2. Keith, D. V. and Whitaker, C. A. Cotherapy with families. In B. B. Wolman and G. Stricker (Eds.) Handbook of family and marital therapy, New York: Plenum. 1983.
3. Papp, P. The process of change. New York: Guilford. . 1983.
4. Beck, J. S. Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press, 1995.
5. Bernard, H. S., Babineau, R. and Schwartz, A. J. Supervisor trainee cotherapy as a method for individual psychotherapy training. Psychiatry, 43, 138-145. 1980.

---

# התערבות טיפולית בנער חרדי הסובל מהפרעה טורדנית כפייתית

נועם וויספר, M.S.W.

---

## מבוא:

מאמר זה מתאר התערבות טיפולית בנער חרדי הסובל מהפרעה טורדנית כפייתית (O.C.D.). ההתערבות כפי שתואר להלן, איננה שונה באופן מהותי מהתערבויות טיפוליות המקובלות לאנשים הסובלים מהפרעה זו. עם זאת, כאן נעשה שימוש יעיל במאפייני התרבות החרדית, הקודים התרבותיים, השפה הייחודית, וגיוס הרבנים, בכדי ליעל את הטיפול.

הספרות המקצועית העוסקת בטיפול הנפשי באוכלוסיה החרדית (לדוגמא: Greenberg & Witztum, 2001, Bilu & Witztum, 1993, Spero, 1980) נוגעת בממשקים ובחיבורים שבין ההפרעות הנפשיות בכלל ו-O.C.D. בפרט, לתרבות ולהווי החיים החרדי. עבודות אלו, בדומה להתערבות שתואר להלן, מחדדות הן את הממשקים לעיל והן את הדרכים היעילות לטיפול נכון ומקצועי באוכלוסיה זו. הטיפול לרוב ממוקד (בהיבט של O.C.D.) בטיפול התנהגותי-קוגניטיבי (C.B.T.) (לדוגמא: פואה ווילסון, 2005, Beck, 1995), ועושה שימוש יעיל במאפיינים הייחודיים של התרבות החרדית. בכך מביאה התערבות זו לכדי מיצוי את פוטנציאל הטיפול הנפשי להפרעה זו.

## תיאור המקרה:

משה (שם בדוי), נער חרדי בן 13.5, המתגורר בדרום הארץ, הופנה על ידי הוריו ומנהל הישיבה בה לומד למרפאה בשל מספר תופעות מדאיגות שחזרו על עצמן, ביניהן: התנהגות כפייתית, מזה כשנתיים, הבאה לידי ביטוי בשטיפת ידיים חוזרת, שהות ממושכת בשירותים בשל ניגוב השת שוב ושוב, טקס שעניינו בקשת סליחה מאנשים שהוא חושב שפגע בהם (דבר שאין לו אחיזה במציאות), וטיקים קוליים-יריקות, שהופיעו כ-70 פעם ביום. בנוסף לכך תואר מצב רוח ירוד, תפקוד בית ספרי ירוד ותפקוד אפסי בבית.

## התפתחות ורקע:

משה, כאמור בן 13.5, בעל הופעה חיצונית כשל נער חרדי סטנדרטי: חולצה לבנה ומכנס כהה, תספורת קצוזה, ופאות מאחורי אוזניו. גופו רזה, הילוכו כפוף מעט, ידיו משולבות אלו באלו במבוכה כל העת. ככלל, כל הופעתו משרדת חוסר בטחון כלפי הסביבה בה הוא נמצא. משה, הנו ילד שלישי מתוך שמונה ילדים. משפחתו חרדית, הגרה בסביבת מגורים חרדית. אביו אברך ואימו עקרת בית. לידתו והתפתחותו בראשית הדרך, מתוארות על ידי הוריו

כתקינות. קשייו של משה צצו ועלו לראשונה בהיותו בגן, והתבטאו בקושי ביצירת קשרים חברתיים, בהסתגרות ובהתבדלות. מאוחר יותר, כשהחל ללמוד בחיידר (מסגרת חרדית המקבילה לבי"ס יסודי), התקשה משה ברכישת מיומנויות הקריאה והכתיבה, קושי שהתווסף על קשייו החברתיים. למרות זאת, ואולי בשל חוסר מודעות ההורים לקשייו באותו העת, למד משה במסגרת לימודים רגילה, ללא שעות עזר פרטניות וללא מתן תשומת לב מיוחדת לקשייו המרובים.

בכיתה ז' הועבר משה לכיתה חינוך מיוחד בחיידר רגיל. השינוי השפיע עליו לטובה והדיווחים מאותה עת מצביעים על כך שמשה החל ליצור קשרים חברתיים וגם תפקודו הלימודי השתפר, בהתאם לכישוריו וליכולותיו. לאחר כשנתיים סיים משה את פרק לימודיו בחיידר והתחיל את לימודיו בישיבה. בישיבה שהה משה מספר חודשים, בהם עבר התעללות חברתית קשה, ממנה יצא חבול רגשית. כאשר נודע להוריו על המתרחש, הם יזמו את הוצאתו של משה ממסגרת זו והעברתו לישיבה בה הוא לומד כעת. הישיבה הנוכחית הנה מסגרת חינוך מיוחד לכל דבר ועניין, עם התייחסות פרטנית, מכילה וסובלנית. דיווחי ההורים והנער הנם של שביעות רצון ממסגרת זו, אך עדיין יש קשיים חברתיים וגם התפקוד הלימודי הנו בינוני בלבד.

הסימפטומים הנפשיים, כפי שפורטו לעיל, החלו לפני שנתיים, עת שהה בישיבה הקודמת, בה חווה התעללות חברתית קשה.

### **המשגת המקרה במונחים התנהגותיים וקוגניטיביים:**

ההתנהגות הכפייתית של משה בכל הנוגע לרחצת ידיים חוזרת ונשנית וכן ניגוב השת שוב ושוב בשירותים, הנה תוצאה של התהליך הבא: התהליך מתחיל ב'גירוי', שהוא נגיעה בכלוך קל, או עשיית הצרכים בשירותים. בעקבות כל אחד מהמקרים מופיעה מחשבה אוטומטית: 'אני טמא ואני חייב להיטהר לפני שאני הולך ללמוד תורה או לעשות כל דבר אחר שבקדושה'. מחשבה זו מעוררת חרדה קשה, שכדי להרגיעה (באופן זמני) נוקט משה בשטיפות ידיים מרובות או בשהות ממושכת בשירותים לצורך ניגוב השת שוב ושוב (בהתאמה). ההרגעה הזמנית בה זוכה משה, מביאה אותו לעשות שימוש חוזר במעשים אלו, כתגובה לגירויים הנ"ל.

ההתנהגות הכפייתית של משה בכל הנוגע לבקשות הסליחה משכניו וסביבתו, הנה תוצאה של התהליך הבא: בתהליך זה אין גירוי מוקדם מובחן, אלא מתקיימת מחשבה מעוררת חרדה שעניינה 'גזלתי ופגעתי באנשים הללו'. ה'פתרון' המרגיע הזמני שמצא משה למחשבות מעוררות חרדה אלו הנו לבקש סליחה שוב ושוב מהסובבים אותו. משה נוטה לחזור ולהשתמש בפתרון זה עם כל הופעה מחודשת של המחשבה המטרידה הנ"ל.

חשוב לציין שבשיחותי עם משה הוא הדגיש שאין כל קשר בין המחשבות המתוארות לעיל,

לבין המציאות. הוא מודע לכך שאין הוא 'טמא', ושאין הוא 'גולן' ולמרות זאת הדחף קיים בו ואין לו עליו כל שליטה. כלומר, אנו עוסקים כאן ב'אגו דיסטוני'.

ההתנהגות הכפייתית של משה בכל הנוגע לטיקים הקוליים, הנה תוצאה של התהליך הבא: בתהליך זה המשגת המקרה הנה מעט שונה ומקבלת פרשנות בהיבט התנהגותי ופחות בהיבט הקוגניטיבי. הטיק הקולי עניינו הפניית קשב פנימה לתחושת גוף לא נוחה בגרונו שמקבלת תחושת הקלה זמנית בשל היריקה. כאן מתקיימת התניה אופרנטית שעניינה קבלת חיזוק חיובי בעקבות פעולת היריקה.

הגירוי הנו תחושה לא נוחה בגרון. התגובה היא יריקה. התוצאה היא תחושת הקלה. מאחר ופעולה זו מסייעת (גם אם באופן זמני) למשה בסילוק התחושה הלא נוחה בגרונו, הרי שהוא חוזר על פעולה זו שוב ושוב, עד כדי 70 יריקות ביום.

### **מטרות הטיפול בסימפטומים הנוגעים ל-O.C.D. במונחים אופרציונאליים:**

א. הפחתה מדורגת, עד למינימום סביר, של שטיפות הידיים. היעד הסופי הנו, שבכל פעם שמשה יצא מהשירותים, הוא ייטול ידיו - על פי ההלכה - 3 פעמים, ולא יוסיף על כך. כמו כן, לפני אכילת לחם, ייטול את ידיו פעם אחת בלבד. באם ידיו התלכלכו, במידה המצריכה את שטיפתם על-פי המקובל, כמובן שגם כן יוכל לשטוף את ידיו, עד לניקיון ידיו מהלכלוך.

ב. הפחתה מדורגת, עד למינימום סביר, של השהיה בשירותים לצורך ניקוי חוזר ונשנה של השת על פי פסיקת הרב יש לנקות את השת 3 פעמים בלבד, וזה היה היעד הסופי שנקבע עם משה.

ג. הפסקה מוחלטת של בקשות הסליחה מסביבתו, גם אם חש דחף וצורך לעשות זאת, אלא אם כן הדבר אושר על-ידי אביו כבקשת סליחה סבירה.

ד. הפחתה מדורגת, עד למינימום סביר של יריקות. היעד הסופי שנקבע עם משה הנו עד 3 יריקות ביום.

### **מהלך הטיפול**

הטיפול החל בפגישת הערכה (לפי נוהל המרפאה), בנוכחות צוות רב מקצועי שכלל: פסיכיאטר, פסיכולוג ועו"ס. בתום הערכה זו אובחן משה כסובל מהפרעה טורדנית כפייתית (Obsessive Compulsive Disorder) (O.C.D.) המלצות הצוות נמסרו להורים ולמשה, והן כללו: מתן טיפול תרופתי למשה, הנחיית הורים ושיחות פרטניות עם משה.

משה החל מיד בטיפול תרופתי פסיכיאטרי. הנחיית ההורים והשיחות עם משה נמסרו לאחריותי. השעה הטיפולית כללה הן את הנחיית ההורים והן את השיחות עם משה בין

ההורים, משה וביני, נבנו יחסי אמון שסייעו וקידמו רבות את מהלך הטיפול. משה נתן את הסכמתו לכך שההורים יהיו מיוודעים על ידי התהליך הטיפול בו, והסכמה זו אפשרה עבודה משולבת: עם משה במישרין על קשייו, ועם ההורים שפיקחו על ביצוע המשימות בפועל, בבית.

בתחילת המפגשים ניתן להורים ולנער הסבר פסיכו-חינוכי אודות מה קורה בהפרעה כפייתית טורדנית, מהו המנגנון המפעיל את ההפרעה וכיצד בהתנהגות של משה הוא שב ומחזק את ההתנהגות הכפייתית בכך שהוא נוקט בפעולות מרגיעות לטווח קצר. כמו כן הוסבר שיש צורך בחשיפה לחרדה ללא מרכיב "מרגיע".

הוחלט לטפל בכל סימפטום בנפרד, בכדי ליעל את הטיפול ולמקסם את סיכויי ההצלחה בו. ניקוי השת בשירותים היה הנושא הראשון שנבחר לטיפול. נעשתה תצפית עצמית של משה בפיקוח הוריו על נושא זה שכללה: רישום מדוקדק של כל כניסה לשירותים, מדידת משך השהות בשירותים ומספר ניקוי השתן. לכך ניתן כאמור ההסבר הפסיכו-חינוכי הנ"ל.

ההורים נשלחו לרב שפסק שיש להסתפק ב-3 ניגובים בלבד לשת גם אם בתחושה של משה הוא עדיין איננו נקי לגמרי.

ניתנה התייחסות למחשבה האוטומטית שעניינה 'טומאה' כוזב לחרדה, כשההנחיה הייתה לזרום עם המחשבות ולא להתנגד להם. כלומר, היגד שעניינו "גם אם אני טמא זה לא אכפת לי", מתוך הבנה שכאמור הלכתית אין כל בעיה. בעזרת תהליך זה, הפחית משה את כניסותיו לשירותים למינימום-מ-7 פעמים בשעה לכ-פעם אחת בלבד בשעתיים. ניגובי השת פחתו עד ליעד שנקבע, 3 פעמים לכל היותר.

מהלך טיפולי דומה התבצע בהקשר של שטיפות הידיים המרובות. לאחר מתן הסבר פסיכו-חינוכי (בדומה למפורט ביחס לנושא הכניסות לשירותים וניקוי השת), התבצעה תצפית עצמית של משה בפיקוח הוריו. כל שטיפת ידיים נרשמה. והוגדר התהליך שעניינו: הצורך להיחשף לחרדה ללא התנהגות מרגיעה (של שטיפת הידיים). גם כאן לאחר ברור הלכתי שבהיר שאין כל בעיה הלכתית, נעשה שימוש בהיגד שעניינו "נכון אני טמא - אז מה?!".

ככדי להקל על התהליך, הוגדר ברז אחד בלבד בבית שבו משה יעשה שימוש, לכשיזדקק. התהליך המתואר כאן הביא את מספר שטיפות הידיים של משה לירידה מכ-6 פעמים לשעה לפעם אחת בשעה (כשיוצא מהשירותים וכיו"ב).

מהלך טיפולי דומה התבצע בהקשר של בקשות הסליחה של משה מהסביבה. לאחר מתן הסבר פסיכו-חינוכי (בדומה למקרים הקודמים שפורטו כאן), התבצעה תצפית עצמית של משה וגם כאן הוגדר תהליך שעניינו החובה של משה להיחשף לחרדה, ללא התנהגות מרגיעה מצידו. בכדי להקל על משה הוחלט שכל רצון שלו לבקש סליחה יעבור ראשית את ה'מסננת' של אביו וסניו זה יסייע להפחתת התופעה. התהליך שתואר כאן הביא להפסקה מוחלטת של התופעה, תוך זמן קצר.

בשונה מהטיפול בסימפטומים לעיל, תהליך הטיפול בטיקים הקוליים - היריקות, שם את



הדגש על ההיבט ההתנהגותי. הטיפול לווה במתן הסבר פסיכו-חינוכי של התופעה. הוסבר למשה כיצד בכל פעם שהייתה לו תחושה לא נוחה בגרונו, הוא ירק ויריקה זו הביאה לתחושת הקלה (גם אם זמנית) שהיוותה עבורו חיזוק חיובי. העובדה שחש הקלה כתוצאה מהפעולה שעשה, הביאה אותו שוב ושוב לעשות את אותו האקט בכל פעם שחש אי נוחות בגרונו. משה התבקש לעשות תצפית (בפיקוח ההורים) שתכלול רישום תדירות התופעה. כמו כן הוגדר יעד להורדת כמות היריקות, ב- 3 שלבים.

לאחר שנעשתה תצפית (שהצביעה על כ-70 יריקות ביום), משה הגדיר יעד שאליו הוא רוצה להגיע – הפחתה לכ- 25 יריקות ביום בשלב הראשון, 15 יריקות ביום בשלב השני, ו-3 יריקות ביום (לכל היותר) בשלב השלישי והסופי.

הוסבר למשה ולהוריו שיש צורך בסוג של 'ענישה' עצמית בכדי לפרום ולהחליש את החיזוק החיובי שנוצר והוטמע אצל משה. הוחלט שבכל פעם שמשה יעבור את היעד שהוא קבע, ישלם מיידית שקל מכספו- לאביו- כ'עונש'. יתר על כן, הוגדר כלי שרק אליו מותר למשה לירוק, ועליו נכתב ע"י משה "כלי שמיועד ליריקות-גועל נפש". השלבים השונים התבצעו, ובתהליך קצר יחסית, ירד משה לכ- 25 יריקות ביום בשלב הראשון, לכ- 15 יריקות ביום בשלב השני ול- 3 יריקות ביום (לכל היותר) בשלב השלישי. למעשה, כיום, תופעת היריקות פסקה לחלוטין.

לאחר שהסימפטומים הטורדניים כפייתיים נחלשו עד כדי היעלמותם, השיח הטיפולי פנה לעסוק בהיבטים שונים הנוגעים להעלאת הערך העצמי של משה, עבודה על שפת גוף והקניית מיומנויות חברתיות. משה החל בפעילות ספורטיבית, בהליכות יומיות ועבודה על מכשירי כושר, עם אביו, וכן שיעורי שחיה. כמו כן, נעשתה עימו עבודה על שינוי שפת גופו בהיבט של זקיפת הראש, יציבות הגו, מנח ידיים, ואופן הפנייה שלו לסביבה. בנוסף, ניתנו למשה ולהוריו הנחיות להגברת מעורבותו בתפקידים השונים בבית ומחוצה לו במסגרת בית הכנסת, כגון: חזן וקורא בתורה, להעצמת והגדלת הערך העצמי. בתחום החברתי נעשתה עם משה עבודה בכל הנוגע לשינוי דפוסי תקשורת ממקום הימנעותי למקום פעיל, כמו: הזמנת חבר, לימוד משותף בחברותא ופעילויות ספורט. המפגשים הטיפוליים הגיעו לסיומם בתום 18 שיחות.

## סיכום:

משה נער חרדי בן 13.5 הופנה לטיפול בשל הפרעה טורדנית כפייתית, מצב רווח ירוך ותפקוד אפסי בבית.

לאחר קבלת טיפול תרופתי פסיכיאטרי, ולאחר 18 מפגשים שכללו שיחות עם משה והנחיית ההורים, ההפרעה הטורדנית כפייתית פחתה עד למינימום שנקבע בהגדרת המטרות האופרציונאליות. הסימפטומים עליהם עבדנו במהלך הטיפול היו: שהיה ממושכת בשירותים

וניגוב השת שוב ושוב, שטיפות ידיים מרובות, בקשות סליחה משכניו ללא כל סיבה, וטיקים קוליים- יריקות. ההתערבות הטיפולית עשתה שימוש בטכניקת ה-C.B.T. ובטכניקות התנהגותיות, לצד שימוש מושכל במאפיינים השונים השייכים לעולמו החרדי של משה, כגון: פסקי הלכה של רבנים.

לצד השינוי הטובה שחל בסימפטומים הטורדניים כפייתיים מהם סבל משה, חל שיפור הטובה בביטחונו העצמי, ביכולתו לתקשר עם הסביבה, בשפת גופו, בנטילת אחריות בבית ומחוצה לו, ובמצב רוחו.

## References

Beck, J. S. (1995). Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press

Greenberg, D. and Witztum, E. (2001) Sanity and Sanctity: Mental Health Work Among the Ultra-orthodox in Jerusalem, New Haven: Yale University Press.

Spero, M. H. (1980) Judaism and Psychology: Halachic Perspectives. New York: Ktav Publishing/Yeshiva University Press

Bilu, Y. and Witztum. E. (1993) Working with Jewish ultra-orthodox patients: Guidelines for a culturally sensitive therapy. Culture, Medicine and Psychiatry, 17, 197-233.

פואה, ע. ווילסון, ר. (2005) די לאובססיה, כיצד להתגבר על מחשבות טורדניות והתנהגות כפייתית, הוצאת מודן.

”זה תמיד היה מפחיד בתור ילדה קטנה ללא אימא, היא מעולם לא הייתה שם עבורי. וכעת זה כאילו אני מאבדת אותך, כמו שאיבדתי אותה. אני רוצה לדעת שאתה כאן אתי!“ ברוך מצדו הרחיב את הדיבור על איום המחלה על חייו, ועל משמעותן של הביקורות הרפואיות והבדיקות והשלכותיהן על כוחותיו הפיזיים ועל מצב רוחו. בעצב רב הוא תיאר את התהליך שעליו עדיין לעבור. ככל שהעז לדבר על תחושת הבהלה שלו, במקום להתעצבן או להימנע מברוריה, הייתה ברוריה יותר נגישה לספר על פגיעותיה. התברר כי ברוך היה מבוהל ומפוחד, ולכן נמנע ממנה, חושש מכישלון בסיפוק צרכיה. כאשר ברוריה שוב ביקשה את קרבתו, התעוררה בו תקווה שהוא אכן מסוגל לספק את צרכי ההתקשרות שלה ולהיות זמין ונגיש עבורה.

כך, הדיאלוג החדש אפשר עדכון וחידוש של מודלים ישנים, ומעגלים חדשים של התנהגות בין בני הזוג מאשרים הרחבת המודלים. תוך כדי התהליך הטיפולי התחזקה היחידה הזוגית, האמון והביטחון ההדדי התעצמו והשפיעו רבות על סגנון האינטראקציות. הזמינות וההיענות הן ממאפייניו של סגנון קשר בטוח, וברוך וברוריה אכן מודעים לסגנון החדש שנוצר ביניהם, בו כל אחד מהם חש בטוח ומוגן מספיק כדי לבקש נוחם בשעת פגיעות.

גם שלב זה של הטיפול נדרשה פתיחות ביניהם על מנת לדבר על פחדים ורצונות, ולהדגיש את ההישגים במסע שלהם ממרחק לקרבה. בשלב זה ניתן תוקף לצורך בביטחון רגשי כיסוד חיוני לפתיחות מינית, לנגישות ולהיענות רגשית לאהובם ולרגשות ולצרכים של עצמם (Zuccarini & Johnson, 2009).

ברוריה וברוך הפסיקו את הטיפול לפני שערכנו פרידה מאורגנת, ולפני שעברנו לבדיקת ההפנמה של סגנון ההתקשרות החדש שנרכש. ייתכן שהם נבהלו מפרידה רשמית בשל פרידות לא מעובדות בחייהם. הטיפול הכיל גם בחירה זאת שלהם ללא שיפוטיות, כפי שהתקבלה במהלך הטיפול החסרת פגישות. ניתן לתהות האם גישה מובנית יותר לעבודה זוגית, שדורשת יותר מחויבות, הייתה מגייסת את ברוריה וברוך לסיום מעובד יותר של הטיפול.

## דיון

ההישגים של גישת ה-EFCT הם מחד משמעתיים, ומאידך צנועים. מטרת הטיפול הייתה לבסס קשר של סגנון בטוח אצל כל אחד מבני הזוג – הן כיחיד והן כחלק במערכת. המטרה של טיפול על פי תיאוריית ההתקשרות היא לרוב השגת שינוי במודל הפעולה הפנימי, ולפי ה-EFCT הדרך המהירה ביותר להשגת שינוי מיוחל זה היא בתיקון חוויות רגשיות הקשורות לסגנון התקשרות.

כשהגיעו לטיפול, ברוך וברוריה לא היו מסוגלים להתנתק מהכעס ומהכאב שחשו ושבעטיים הייתה המערכת הזוגית פגומה מאוד. עם תחילת הטיפול בני הזוג הפחיתו בחשיבותו של קשר אינטימי. ואכן האינטימיות בזוגיות סבלה, והם היו מרוחקים רגשית זו מזה. הם לא נתנו אמן ברצון הטוב של האחר, נטו לחשוב שאי אפשר לסמוך עליו ונמנעו מלחלוק את רגשותיהם העמוקים. הם לא האמינו שאהבה רומנטית נמשכת, וחשבו שהוויית אהבה אינטנסיבית היא

נדירה מאוד. הם הפגינו סגנון אינטראקציה של תובענות ביקורתית, שהוביל להימנעות והתפרצויות של רוגז. ברוריה נאבקה עם תחושות נטישה ובדידות, וברוך הציג הימנעות מתגוננות ותחושה של דחייה ללא תקנה.

בנקודות שונות במהלך הטיפול בני הזוג היו זקוקים לתמיכה ולעידוד כדי לנוע קדימה וליצור קשר רגשי בטוח. בטיפול למדו בני הזוג לשאוף לתיקון הקרעים בקשר, ולהישאר רגועים בזמן משבר וקונפליקט. בסיום הטיפול הם חשו בטוחים בקשר הרגשי המחודש שלהם, הסתגלו לחלוק זה עם זה רגשות עמוקים ומחשבות, וטיפחו אינטימיות רגשית מקיפה (Parker, 2007). עם סיום הטיפול, השוני האישי ביניהם בסגנון ההתקשרות ובתחומים נוספים כבר אינו מאיים על המערכת, וניתן להשלים איתו ולנהל משא ומתן לגביו. השתלבותו מחדש של ברוך במערכת הזוגית והתרככותה של ברוריה יצרו סביבה בטוחה ומוגנת יותר, וטיפחו את היכולת לנפרדות. הדיבור בפתיחות וההיענות אחד לשני כדי ליצור קשר רגשי בטוח יותר וספונטאני השפיע ישירות על דפוס התנהגותם. התהליך הטיפולי קידם את המיזוג של תגובות רגשיות חדשות ואינטראקציות למודלים חדשים של עצמי, האחר והמערכת, סייע לכל אחד מהם לפתח סגנון התקשרות בטוח, ותרם לביסוס תחושות של קרבה וחיבור, שנעדרו מיחסיהם מזה זמן רב.

גישת ה-EFCT מבוססת על נוכחות רגשית ועל חיבור בתהליך של גילוי עם כל מטופל. בעבודה עם ברוריה וברוך למדתי רבות מכל אחד מבני הזוג, וגיליתי כוח ועוצמה ברגשות החיוביים והשלייליים בשינוי הריקוד הזוגי. התבוננתי במאבק שלהם להתחבר לרגשות, לעבוד ללא לאות לשלב חיבורים חדשים לאינטראקציות, ולקצור את הרווחים של קשר בטוח יותר. הערכת והערצתי את המאמץ האדיר שהקדישו כדי להשיג שינוי זה ולהזין את הקשר הבטוח.

## מקורות

Clulow, C. (2003). An Attachment Perspective on Reunions in Couple Psychoanalytic Psychotherapy. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5, 269-281.

Crawley, J., & Grant, J. (2005). Emotionally Focused Therapy for Couples and Attachment Theory. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 26, 82-89.

Greenberg, L.S., & Johnson, S.M. (1988). *Emotionally Focused Therapy for Couples*. Guilford Press. N.Y

Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2009). Emotion-Focused Couples Therapy and the Facilitation of Forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 28-42.

שקיים על הבנות להראות רזות, בייחוד לקראת זמן השידוכים. המסר "רזון הוא יפה", נמצא סביבנו עם או בלי טלוויזיה ופרסומות.

ד"ר סאקר, רופא מברוקלין, ניו יורק, מתעסק בתחום. הוא מדווח שבקהילה הדתית יש לחץ עצום להתחתן בגיל צעיר. חלק מהבנות לא מרגישות בשלות לחתונה אך חוששות מלהגיד זאת באופן ישיר. יש להן תחושה שאין להן שליטה על עתידן ולכן משתמשות בגוף כדי להביע את חששותיהן. אם אין מחזור, כמעט ולא ניתן לחתן את הבנות.

פסיכיאטר אחר בשם ד"ר יהושע לאם, מציין שלקראת כל שבת וחג, יש התעסקות סביב אוכל. הארוחה עצמה הופכת לעיתים ל"שדה קרב" בין בני המשפחה המחייבת את הנערה לשבת סביב השולחן ולאכול. מעבר לעניינים אלו, מה שמדאיג אנשי מקצוע עוד יותר הוא הלחץ לשמור את המחלה בסוד והכחשת הבעיה.

הסטיגמה שמלווה בנות עם הפרעות אכילה בקהילה החרדית, מונעת מרבות מהן לפנות לקבלת טיפול. קיים חשש שזה ישפיע על השידוכים של בני המשפחה וזו דאגה החוזרת על עצמה שוב ושוב. מה שגורם למצב להיות יותר מורכב הוא העובדה שכשהנערה סוף סוף מגיעה לטיפול, זה בדרך"כ לאחר תקופה ממושכת של המחלה ולכן הפרוגנוזה פחות טובה והתהליך הטיפולי מסובך יותר.

לפני שנפנה לדיון, ברצוני להגיד כמה מילים על הגישה הטיפולית אצלנו במחלקה, המייצגת בעיניי גישה integrative ומאד מקצועית.

מתחילת האשפוז אנו עובדים במקביל על שני מישורים:

1. מישור תזונתי

2. מישור נפשי/ רגשי.

המישור הראשון, נעשה בעיקר ע"י תזונאית היושבת עם הנערה ומרכיבה עימה תפריט הכולל שש ארוחות ביום- 3 ארוחות גדולות ו-3 ארוחות ביניים אותן הנערה מתחייבת לאכול. המסגרת במחלקה מאד ברורה עם כללים ברורים- מצופה מהנערה לאכול את הארוחות שלה ובמקביל ליטול חלק בפעילויות הטיפוליות השונות המתקיימות במחלקה.

המישור השני, הוא הטיפול הנפשי. מישור זה הינו שילוב של טיפול פסיכו-חינוכי, תמיכתי, התנהגותי, קוגניטיבי, ומשפחתי המבוסס על הבנת הפסיכודינמיקה של הנערה ומשפחתה. אין מרשם או manual אחיד המתאים לכולם. אנו כצוות מנסים לשלב מרכיבים מכל אחד מהגישות הללו על מנת לעזור לנערה ולמשפחתה.

לכל נערה יש פסיכיאטר האחראי עליה, על החלק הרפואי ועל ההמלצות לתרופות לפי הצורך.

בנוסף, לכל נערה ישנה מטפלת אישית הפוגשת אותה בין פעמיים לשלוש פעמים בשבוע. במקביל, מתקיים מפגש שבועי עם הורי הנערה ובמקרה הצורך, משתתפים בו גם האחים.

יתרה מזאת, כל הורה מתחייב בזמן האשפוז של ביתו להשתתף בקבוצת הורים המתקיימת פעם בשבוע. זאת על מנת לדון בנושאים הקשורים לאשפוז ולמחלה.

בתוך המחלקה, פועל בית ספר שעובד בשיתוף פעולה עם בית הספר המקורי של הנערה. בתוך מסגרת הבית ספר מתקיימות קבוצות טיפוליות כגון: טיפול במוזיקה, טיפול באומנות, פסיכו-דרמה, וכו'.

פעמיים בשבוע מתנהלת ישיבת צוות, בה דנים על הנערות ומקבלים החלטות לגבי המשך התכנית הטיפולית. התהליך הטיפולי כרוך בלא מעט עליות וירידות הן במשקל והן בתהליך הנפשי.

כפי שידוע לכם, התהליך הטיפולי מאד אינטנסיבי, הכרוך בהמון השקעה מצד אנשי מקצוע שונים. בתום האשפוז קיימת אפשרות להמשיך בטיפול יום או בטיפול מרפאתי.

אלן גודסיט, פסיכואנליטיקאי המטפל בנערות עם הפרעות אכילה, תיאר את תפקיד המטפל. לדבריו, המטפל הוא בעצם שילוב של כל מיני דברים. הוא מנחה, הורה, מורה ומאמן. הוא מחויב וקשוב למטופלת, ואכפת לו מהחוויה האישית שלה. המטפל פעיל כשנצרך ומשאל לה את הפונקציה של האגו שלו.

הוא מסביר למטופלת בסבלנות דברים שאינם ברורים לה. אך הכי חשוב אצל מטפל הוא היכולת שלו לשמור ולפתח תקווה לעתיד אחר, גם אם במצב בו הנערה נמצאת היא איננה מסוגלת להאמין לו. לציטוט זה ברצוני להוסיף עוד נקודה חשובה בעיניי. חשוב לעזור לנערה ולמשפחתה למצוא משמעות בחייהם, דבר שימלא לאט לאט את הרעב העצום הקיים בהם.

## ביבליוגרפיה

Bruch, Hilda. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. Basic Books, N.Y. 1973.

Goodsitt, Alan. Self Psychology and the Treatment of Anorexia Nervosa. In Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. Garner D.M. and Garfinkle D.E. pg. 55-82, Guilford Press, 1985.

Johnson, Craig and Maddi, Karen L. The Etiology of Bulimia: Biopsychosocial Perspectives in Adolescent Psychiatry, Vol. 13, pg.241-252, University of Chicago Press, 1986.

Minuchin, Salvador, Families and Family Therapy, Harvard University Press, 1974.

Peyser, Caroline, Body and Soul: A Guide for Addressing Eating Disorders in a Jewish Education Setting. ATID Press, 2005.

---

## טיפול קבוצתי להורים לצאצאים פגועי נפש מהמגזר החרדי

פרומי גוטליב, M. S. W.

---

במהלך העבודה הטיפולית והמערכתית השוטפת הנערכת במרפאת בריאות נפש ייעודית לאוכלוסייה חרדית לגבי פגועי נפש צעירים, עלה בחדות

ובברור הצורך בעבודה עם הורי החולים. ההורים מתמודדים מדי יום ביומו עם רגשות קשים, כגון: כעס, חרדה, אשמה, חוסר אונים, פחד, אכזבה ועוד. רגשות אלה מעוררים שאלות וספקות, הפוגעים בשיקול הדעת וביכולת להתמודד עם המחלה. הורים אלו זקוקים למסגרת תומכת ומדריכה, אשר תוכל להשיב להם את סמכותם ההורית.

חשוב לזכור, שהן הידע הכללי והן הנכונות להתחלק במצוקות הנ"ל עדיין אינם רווחים במגזר החרדי, מה שעשוי להכביד על ההתמודדות של הצעיר ושל הוריו. להחריף את המצוקה ואפילו להקרין על התנהלות המשפחה ושלמותה.

הרציונאל להקמת הקבוצה בא מתוך התנסות חווייתית קודמת של כותבי המאמר

בשתי קבוצות קודמות שהקמנו אחת לאמהות והשנייה לאבות לילדים פגועי נפש התוצאות היו חיוביות, בכיוון של שינוי חשיבה, ושינוי התנהגות של ההורה כלפי הילד החולה (והילדים האחרים בכלל).

קבוצת האבות מהמגזר החרדי, בקשה לקראת סוף הפגישות, לקיים פגישה משותפת עם נשותיהם, ע"מ

להמחיש להן את השינויים שעברו בקבוצה ולשתף אותן בהם. בפגישה המשותפת הדגישו הנשים את השינוי שחל אצל בעליהן בהתייחסותם לילדים החולים, ולמשפחה בכלל, והעלו את הצורך בקבוצה משותפת לשני ההורים יחד, ע"מ לקדם את ילדיהם כתוצאה משינויים שחלים בהם הנשים בקשו להבין את התהליך ע"מ לבנות שיתוף והבנה עם הבעלים, ולא ליצור פערים בהתנהגויות מול הילדים.

### מטרת הקבוצה:

לשנות דפוסי מחשבות שליליות והתנהגויות שמחזקות מחשבות שליליות ע"מ לאפשר כלים להתמודדות עם 6 נושאים עיקריים: המצוקה הרגשית, יחסי המשפחה הגרעינית והמורחבת, חילוקי דעות בין ההורים, החברה והסטיגמה, קבלת החלטות, תחושת האובדן וחוסר האונים.

מפגש רציף וקבוע עם הורים עם בעיות דומות, ייתן להם תמיכה וחיזוק, יעורר את האמונה ביכולת ההורית, יפחית רגשות בדידות ויצור מקום מפגש בו ניתן יהיה להעלות שאלות הקשורות בהתמודדות במחלה.

## הערכות לקראת הקמת הקבוצה:

מאחר ומדובר בקבוצה מעורבת מהמגזר החרדי, ובתכני הנושאים עלולות לעלות בעיות הלכתיות, שיתפנו פוסקי הלכה ידועי שם ברעיון הקמת הקבוצה וברוח התכנים המוצעים ובקשנו את האפשרות לסיוע מצידם במידת הצורך.

פוסק מוכר תמך מאד ברעיון הקמת הקבוצה והתנה זאת בשני תנאים:

(א) שגיל ההורים יהיה מעל 40 שנה

(ב) צורת הישיבה תהיה א-אב, אב-אב\_אם (כלומר אישה ליד אישה וגבר סמוך לגבר)

בהתייעצות בין כותבי המאמר החלטנו על שני מנחים גבר ואישה א(ע"מ לאפשר הרגשת נוחות ותמיכה רגשית לגברים ולנשים.

(ב) לשמש מודל לשיתוף פעולה, לקבלת החלטות ולפתרון קונפליקטים.

החלטנו על 2 מנחים גבר ואישה א(ע"מ לאפשר הרגשת נוחות ותמיכה רגשית לגברים ולנשים, ב) לשמש מודל לשיתוף פעולה לקבלת החלטות ולפתרון קונפליקטים

החלטנו על בחירת 6 זוגות במחשבה שיגיעו לפחות 10 חברים לכל מפגש מה שיאפר דיון נרחב מצד אחד והתייחסות לכל אחד מצד שני.

החלטנו לראיין הורים שלהם ילד הסובל ממחלת הסכיזופרניה, ומטופל במרפאה, ע"מ לבחור מתוכם את חברי הקבוצה.

חשבנו שהורים אלה מתמודדים עם מצוקה קשה מאד וזקוקים להדרכה ולתמיכה רבה.

ראיינו כ-40 זוגות מתוכם בחרנו 6 זוגות הורים שהתרשמנו שיש להם מוטיבציה לשינוי, והם בעלי אחריות ויכולת להגיע למפגשים באופן סדיר.

נפגשנו עם כל זוג בנפרד הסברנו להם את מהות הגישה הקוגניטיבית התנהגותית בקשנו לשמוע מה הציפיות שלהם(בהתאם בנינו את תכני הפגישות), הסברנו להורים את המחויבויות שלהם: השתתפות של שני ההורים בכל המפגשים, עמידה בלוח זמנים, הכנת שיעורי בית ושמירה על סודיות. שבועיים לפני המפגש הראשון נשלחו מכתבי תזכורת להורים ויומיים לפני המפגש נערכה תזכורת טלפונית

עפ"י בקשת ההורים הפגישות נערכו בשעות הצהריים, בהתאם לזמני התפילות.

## מבנה הפגישות המתוכנן:

תוכננו 10 מפגשים לתקופה של חודשיים וחצי, בתקופה בה אין חגים כדי לשמור על רצף פגישות

החלטנו להגיש כיבוד קל לפני כל מפגש א(זו שעת צהריים

(ב) לצורך הפגת המתח וגיבוש

בפתיחת כל מפגש יינתן משוב על הפגישה הקודמת



התייחסות לשעורי הבית:

דיון תיאורטי ומעשי בתכנים השונים. חשבנו שלהגברת התובנה והיישום כדאי לשלב חומר מקצועי. לדוגמא: התייחסות לנושא האובדן כשמגלים שהילד שהיה בריא נעשה חולה, או הנושא של קנאת אחים

בסיכום המפגש שילוב תוכן רוחני מהמקורות או מחז"ל בהתאם לתכני המפגש(לדוגמא: כשדברנו על ווייתור או פשרה בין בני זוג הרב לוין הביא סיפור של הרב אריה לוין על מתנת נישואין שקרא לה "סוף"-סכלנות, ותור פשרה

כאשר דברנו על הדרישות הלא ריאליות של ההורים מהילד החולה ושמנו את הדגש להתייחסות לכוחות שלהם ולא לחולי הביא הרב לוין את משל השועל והאווז. האווז ניסה לצאת מהביצה בעזרת רגליו וכמעט טבע ואז אמר לו השועל שישתמש בכנפיו.

לפני כל מפגש ישבנו –המנחים-מספר דקות ודנו בנושא שנעלה בפגישה, ובתום הפגישה ערכנו סיכום של הנושאים שעלו בקבוצה

### **שלבי התפתחות התהליך הקבוצתי:**

לפגישה הראשונה הגיעו 4 זוגות, 2 מתוך 6 הזוגות שנבחרו לקבוצה הגיעו בגפם אב אחד ואם אחת, הבהרנו שהקבוצה מיועדת לזוגות, 2 ההורים לא הסכימו לוותר, האישה בקשה שנשכנע את בעלה להגיע, טלפנו אליו ונוכחנו לדעת שהוא שתוי, ואינו מתאים לקבוצה.

הגבר טען שאשתו לא מסוגלת להשתתף בקבוצה כזו מאחר שזה יגביר את הדיכאון שקיים כבר ממילא אצלה בעקבות מחלת הבן. אך הוא אינו מוכן לוותר על הקבוצה וחושב שזה שרות שמגיע לו, חברי הקבוצה השתכנעו שיש לצרפו בגפו לקבוצה,

אנו התנגדנו בכל תוקף והצענו לו לחבור לקבוצת אבות. בהמשך הגיעה עם אשתו שאינה דיכאונית כלל ותרמה רבות לקבוצה.

**פגישה 1:** הכרות, חזרה על מטרות הקבוצה, עריכת חוזה, הסבר קצר מחודש על עקרונות ה-C.B.T.

במהלך הפגישות חלו שינויים רבים אצל ההורים למטרות הבהרה חלקנו את השינויים ל-7 חלקים

שלב 1: ההורים התייחסו למצוקות שהבן גרם להם ולא למצוקות של הבן החולה.

דוגמא: אירוע: הבן שוהה בשירותים זמן ממושך ולא נותן לאף אחד להיכנס

מחשבה: הוא בכוונה לא מאפשר לי להיכנס-אגואיסט

רגש: כעס תסכול אכזבה

התנהגות: צעקות ושימוש בשמות גנאי כלפי הבן

שינוי חשיבה: הוא לא עושה לי דווקא, הוא נמצא שם עם עצמו וטוב לו להיות לבד

רגש: רחמים

התנהגות: התייחסות לרגשות הבן: אני מבין שנעים לך לשבת בשירותים, תאפשר לי להיכנס לכמה דקות ותחזור.

שלב 2: ההורים הבינו שעליהם להתמקד בבן החולה, בצרכיו וברגשותיו, אך עדיין לא הפנימו את התהליך של שינוי החשיבה.

דוגמא: אירוע: הבן דחף את האימא.

מחשבה: אני יודעת שמשוהו עיצבן אותו, אבל אני עושה בשבילו כ"כ הרבה שזה לא מגיע לי

רגש: אכזבה מהולה בהזדהות

תגובה: גם אם אתה עצבני אתה לא צריך לדחוף אותי זה לא יפה

שינוי חשיבה: הוא אינו יודע להביע את מה שכואב לו

רגש: רחמים, כאב

תגובה: אתה בד"כ מתנהג יפה, אתמול עשית דבר כ"כ יפה, עכשיו עשית משהו שלא אהבתי, אתה יכול לשתף אותי במה שמציק לך שגרם לך להתנהג כך.

שלב 3: ההורים הבינו את הרעיון של שינוי החשיבה אך עדיין לא הצליחו ליישם אותו

ההורים דברו על כך שאנחנו צריכים לשר לכן שאנחנו אוהבים אותו גם כאשר כועסים עליו, לתת לו את ההרגשה שמבינים כמה קשה לו, אך בפועל לא בצעו זאת עדיין

דוגמא: הבן עישן סיגריה בשבת במרפסת

מחשבה: הוא חולה ולא יכול לדחות סיפוקים

רגש: כאב

תגובה: מה יחשבו עלינו השכנים שיראו אותך מעשן בשבת (למרות ההבנה עדיין החשיבה הראשונית על עצמם קיימת)

4: ההורים הצליחו ליישם שינוי חשיבה יותר באירועים שקרו לאחרים, מאשר באירועים שלהם.

דוגמא: אירוע: הבן לא רוצה לצאת להוסטל.

מחשבה: עקשן כמו פרד, א"א לדבר איתו בכלל.

הקבוצה: תחשבו שהוא לא עקשן אלא עומד על שלו בגלל סיבות שיש לו.

האב: עם עקשן לא ניתן לנהל שיחה, עם אדם שעומד על שלו ניתן להתווכח.

רגש:קבלה, הכלה

תגובה: תסביר לי את המניעים שלך להתנגדות להוסטל

שלב 5: ההורים הרגישו שנעזרו בקבוצה ויכולים ליישם את שינוי החשיבה, מרגישים יותר משוחררים, יותר רגועים והרבה פחות מתוסכלים.

ההורים השתמשו בביטויים כמו: "אני מזדהה איתך", "אני מבין שקשה לך". הייתה אם שלא הייתה מסוגלת להביע רגשות חמים (כלפי כל בני המשפחה) והיא אמרה שהתחילה לראות את המצוקה של בנה בעיניים והצליחה לומר לו אני אוהבת אותך.

דוגמא לשינוי חשיבה: אירוע: הבן לא מצטרף לארוחות שבת לשולחן (אוכל אכל שמכין לעצמו)

בעבר חשבו שמזלזל בהם רוצה לבייש אותם וכעסו עליו

שינוי חשיבה: מרגיש לא נוח שכלם מספרים חוויות יפות בשולחן, או אומרים דברי תורה רגש: כאב, חמלה.

תגובה: קשה לך לשבת ליד השולחן, אתה חסר לנו הבאנו לך מנה אחרונה שאתה אוהב

שלב 6: ההורים דיווחו שיצאו מהפגישה בהרגשה חגיגית.

ההורים נפתחו יותר לעומק, והעלו בעיות מעבר לקשר בינם לילד החולה, בעיות בזוגיות וביחסים עם הילדים הבריאים

אירוע: הבעל לא יוצא לשום אירוע משפחתי או חברתי במשך שנים האישה יצאה לבד בשל אי הנעימות הכרוכה בכך הפסיקה גם לצאת ויושבת כל היום בבית

המחשבה שלה הייתה שבעלה עסוק רק בלימוד ולא מתייחס לצרכיה הייתה מתוסכלת וכעושה.

הקבוצה עודדה אותה לשאול את בעלה לסיבה לאי נכונותו לצאת ולא להחליט על דעת עצמה בעל עם דמעות בעיניים הבהיר שלא מסוגל לעמוד בלחץ השאלות החברתי: "נו מתי הבן שלך יתחתן"

האישה הייתה המומה מכך שלא חשבה שבעלה סובל כל כך וחשבה רק על עצמה והלמידה שיש לדבר על דברים שמפריעים ולא להסיק מסקנות שרירותיות

אירוע: הבת מתלוננת שהבן החולה מציק לה

בעבר המחשבה הייתה איזו אגואיסטית מה לנו קל איתו ומאד כעסו עליה והתגובה הייתה "מה את רוצה, שנהרוג אותו".

כיום מבינים שזה שהיא לא חולה לא אומר שאינה זקוקה להתייחסות אליה ולצרכיה והרגש הוא הזדהות עם הכאב והכעס שלה והתגובה: הוא באמת מעצבן אותך, הוא מקנא בך ורוצה להתקרב אלייך, אנחנו נטפל בזה ונסביר לו שזו לא הדרך להתקרב אלייך.

שלב 7: ההורים התייחסו לפחדים של ילדיהם ושלהם מפני העתיד

דוגמא: הבן שואל: "מה יהיה איתי, איפה אני אהיה בעוד 5 שנים, מה יהיה איתי כשאתם תלכו מהעולם?"

בנושא זה החרדה של ההורים מאד גבוהה והיה להם קשה להשתמש בשינוי החשיבה מחשבה: הוא צודק, באמת מה יהיה איתו

רגש: פחד דאגה

תגובה: אל תדאג יהיה בסדר

הבן עונה: את התשובה הזאת אני שומע כל הזמן

שינוי חשיבה: להתייחס לדאגה שלו להכיל אותה: אתה חושש שאם אנחנו לא נהיה לא יהיה מי שידאג לך?

רגש: כאב חמלה הזדהות

תגובה: זה טבעי שאתה חושש, זה באמת מפחיד אם לא יודעים מה הולך לקרות, גם אנחנו חושבים על זה ובודקים את כל השירותים הקיימים במדינה כדי שנוכל לסדר לך את הסידור הטוב ביותר.

### **משוב וסיכום:**

עבודה קבוצתית עם גברים בכלל ועם זוגות בפרט לא קיימת במגזר החרדי, למרות שההורים משוועים לעזרה ולמתן פורקן למצוקתם.

המשפחות במגזר החרדי רוצות לפתח את מודעותם העצמית ויכולתם הרגשית בקשרים עם הילדים החולים.

ההורים ציינו את השינוי שחל בהם מבחינת תהליכי חשיבה ורגשות.

ההורים ציינו שמרגישים שינויים בכמה תחומי חיים, ראשית ציינו שלמדו להכיר טוב יותר ולהתייחס טוב יותר לצרכים של עצמם, מה מניע אותם בהתייחסותם לילד החולה.

למדו לראות את הבן החולה כאדם בעל צרכים מחשבות רגשות שהוא גם חולה, וההתייחסות אליו צריכה להיות כמו אל אדם רגיל, לא לפסול כל דבר שלא נראה לנו, לנסות להבין מדוע עושה-אומר את מה שעושה-אומר.

ההורים הדגישו שהפגישות עזרו להם להכיר טוב יותר האחד את בת זוגו ולהיפך, ולהבין את המניעים שלהם עצמם בהתייחסותם לבן החולה.

ההשתתפות בקבוצה אפשרה להם להעיר אחד לשני על התנהגות פחות מתאימה ברוח טובה יותר. ההערות לא היו בעלות גוון אישי כמו: "איך אתה מתנהגת עם הבן?" אלא יותר בכיוון של "אתה זוכרת מה דברנו בקבוצה על..."

נקודה נוספת שההורים ציינו הייתה לגבי הילדים הבריאים. לחלק מההורים היה כעס סמוי על הילדים הבריאים יותר מאשר על הילד החולה. מהילדים הבריאים ציפו להבנה, לווייתורים,

לעזרה, לתמיכה, וכעסו כשאלה היו שקועים בעצמם. הקבוצה עזרה להם להבין שלמרות שהילדים בריאים, יש להם גם צרכים ורגשות וזקוקים להורים שלא תמיד היו שם בשבילם, בגלל הילד החולה.

ההורים ציינו שקבלו כלים להתמודדות עם חיי היומיום, כמו התגברות על חוסר יכולת לתקשר עם הבן החולה בנושא היציאה מהבית להוסטל, וויכוחים בנושא נטילת תרופות, חוסר נכונות מצד הבן החולה לעבור בדיקות תקופתיות ההורים קבלו כלים לדרוש מהבן למלא מטלות בבית בחוץ בהתאם ליכולתו.

ההורים הדגישו שלמדו להכיר את עצמם דברים שלא העזו לבטא אפילו בפני עצמם, ובודאי שלא היו חולמים להעלות אותם בקבוצה, עלו באופן טבעי והם שמחים על כך.

ההורים ציינו שההשתתפות בקבוצה נתנה הרגשה טובה, הרגישו שיכולים להיפתח כי האנשים האחרים נושאים בעול כמו שהם ומבינים אותם. זה גם אפשר להם לקבל בקורת ולראות בה הארה ולא הערה.

ההורים ציינו שקבלו כלים טובים להתמודדות אך עדיין חשים שהם בתחילת הדרך ולמרות שקלטו והפנימו את הגישה, ישנם עוד תחומי חיים ו'או' אירועים בחיים שהם בטוחים שיקשה עליהם להתמודד אתם. הייתה מחשבה של ההורים להיפגש באופן עצמאי אך חושבים שעדיין זקוקים ליווי מקצועי אחת לזמן מסוים.

\*ההורים בקשו להמשיך ולהיפגש פעם בחודש עם ליווי מקצועי ע"מ לחזק את המיומנויות שרכשו לפני שימשיכו לקבוצה לעזרה עצמית, ונענו בחיוב.

## ביבליוגרפיה:

1. אורון ישראלי: "קבוצת תמיכה להורים שילדיהם התאבדו-מהנחיה מקצועית לעזרה עצמית". חברה ורווחה אוגוסט 2000 כרך 3 361-380.

2. גלעד דינה ואונגר לאה: "מודל להתערבות קבוצתית עם חולי סרטן" חברה ורווחה ספטמבר 2003 כרך כ"ג 3 345-362.

3. יחיאלי חלי: "מודל להתערבות קבוצתית פסיכו-חינוכית עם בני זוג המתמודדים עם נכות פסיכיאטרית" חברה ורווחה מרץ 2004 כרך כ"ד 1 79-100.

4. Bottomley, A; Humton, S.J. Robert, G; Jones, L;& Bradley, C. (1996) A pilot study of cognitive behavioral therapy with social support group intervention with newly diagnosed cancer patients. Journal of Psychosocial Oncology 14, 65-83.

הטיפול, שהיו כרוכות בהכרח בחיפושים, בשאלות, במחשבות, על ידי ההיגיון שבו, אני נעזרת ומשתדלת שיהא המנחה העיקרי שלי, אם כי גם לרגש יש מקום מכובד בחיי שלי.

לא, אינני מציינת תמונה ורודה, פסטורלית ושלמה. אינני מאמינה בכך, מפני שאני לא חושבת שיש טוב באופן מוחלט, ואני לא חושבת שאפשר לראות את השלם באופן מלא. יחד עם זאת, אני אוהבת את מה שאני מציינת. הצבעים בהם אני משתמשת הרבה יותר עליזים ואופטימיים ואני רואה את הקווים בציור המתפתח שלי הרבה יותר חזקים, יציבים ובטוחים, כאלה המאפשרים לי להתהלך בבטחה ולנוע ובסך הכל לצמוח ולגדול עוד ועוד, ולהמשיך ולצייר את מה שאני בוחרת, את מה שאני רוצה, את מה שגורם לי לחייך.

יש עוד חלקים בתמונה הזו, בהם קשה לי להבחין, כיוון שהם פחות בהירים, מטושטשים. אלה הם אותן שאלות, אותם ספקות וחששות שעדיין קיימים בי. אבל הם גם פחות מאיימים עלי. השאלות שלי, כמו חידות, מהוות בפני אתגר ואני משלימה בציור שלי עוד פרט אחד וחותרת הלאה. ובתוך הציור שאני מציינת יש מקום אחד קסום, אותו במיוחד אני אוהבת. ביפיו ובקסמיו הוא מעניק לי את מלוא ההשראה. זהו אגם, או בעצם ים, ים כינרת הוא נקרא. קודם לא ראו אותו כל כך, כי המפלס שלו הלך וירד עד שכמעט נעלם. אבל היום כשאני ממשיכה לחפש ולגלות, אני נחושה בדעתי למצוא אותו, את כולו, ולמלא אותו בכל גווני הכחול, ולקחת וליהנות מכל מה שהוא טומן בתוכו. וככל שאני ממשיכה ומתעקשת, אני מגלה אט אט כי הוא גדל ומתרחב, וכחול עמוק יותר ויותר נשקף מתוכו. כן, מפלס הכינרת עולה ועולה, ובאשר לגובה המדויק שלו, זה כבר עניין לסיפור אחר.

## הערות

1. סיפורים מכלי ראשון המאפשרים למטפל הצצה לתוך הפרעותיו הנפשיות של המטופל שבאחריותו, הם בעלי ערך רב למטרות הוראה, חינוך ומחקר. סגנון ספרותי זה מאפשר תצפית על הפרעה נפשית מתוך פנימיותה והחוצה, בכך שהוא נשען על יכולתו העצמית של אדם לתאר את עצמו ולנתח את רגשותיו. כך, זיכרונותיו של אדם מהווים למעשה השלמה למחקרים ועבודות שנועדו לאפשר תצפית חיצונית לתוכו. תיאוריו של המטופל נכתבים על ידיו בסגנונו הוא, תוך הדגשת הנושאים שהוא, בניגוד למטפל, רואה כחשובים. ספרים מסוג זה שנכתבו ע"י מטופלים, יוצרים עניין רב בקרב מטפלים בשל התיאורים הצבעוניים והרגשות העזים שהם מתעדים. מטופלים רבים מתגלים תוך כדי כך כבעלי כשרון ספרותי, המסוגלים לתאר בברור את עולמה הפנימי של הפרעתם הנפשית, הרבה מעבר ליכולתם של המטפלים. ואכן, אוטוביוגרפיות של מטופלים שסבלו מהפרעות נפשיות, הם חלק מתכנית הלימודים של מתמחים בבריאות הנפש.

(“A bibliography of mental patients’ autobiographies: An update and classification system”, R. Sommer, J.S. Clifford and J.S. Norcross, American Journal of Psychiatry, 155, 1261-1263).

2. כתיבה על התנסויותיו הרגשיות המשמעותיות של אדם, נחשבת להתערבות רבת עוצמה ברגשותיו ויתרונות ארוכי טווח מיוחסים לה. יתר על כן, כתיבה מועילה מאד לאנשים המתקשים לתאר את רגשותיהם והתנסויותיהם בע"פ. עדויות מאשרות שהתערבות שכזו מביאה להורדת העכבות הנפשיות באמצעות גילוי ועידוד שינויים קוגניטיביים ביחס לנושאים נבחרים.

(“The effects of writing about traumatic experience”, J.W. Pennebaker and R.S. Campbell, *Clinical Quarterly*, 2000, 9, 2, p. 17)

3. בספרו “שד הצהריים” (The Noonday Demon, Scribner, 2001, p.23) מסביר אנדרו סולומון מדוע מספר חולים פסיכיאטריים מסרבים לקחת את תרופותיהם. לדבריו “אדם הסובל מדיכאון קל אך מסרב להשתמש בתרופות רואה במצבו יתרונות מסוימים. הוא מאמין שהוא יכול לתקן את חוסר שיווי המשקל הכימיקלי שבגופו ע”י הפעלת כוח רצונו הכימיקלי... אדם המתגבר על דכאונו בכוחות עצמו חוסך מעצמו את המבוכה החברתית הכרוכה בשימוש בתרופות פסיכיאטריות. מעשה זה מעיד על אותו אדם שהוא מקבל את עצמו כפי שנברא, ומנסה לבנות את עצמו מחדש באמצעות כליו ויכולותיו הפנימיים ללא עזרה מבחוץ. שחרורו ממצוקתו באמצעות רמות מאמץ מדורגות שהוא מבצע נותנת לאדם משמעות של הסבל עצמו”.

4. פסיכותרפיה - הינו, לימוד שיטתי של רגשות - משמשת דוגמא לכך שההתנסות יכולה לשנות תבניות רגשיות ולעצב את המוח גם יחד. ההדגמה הדרמטית ביותר לאישוש טענה זו באה ממחקר התנהגותם של אנשים הסובלים מהפרעה טורדנית-כפייתית (רחיצת ידיים לדוגמא). מחקרי הדמיה-PET מורים על כך שמטופלים הסובלים מהפרעות מסוג זה, מראים פעילות גדולה מהרגיל באונותיהם הקדמיות.

מחצית מהמטופלים במחקר זה קבלו את הטפול התרופתי התקני (פרוזאק), ומחציתם קבלו טפול התנהגותי. מספר חודשים לאחר התחלת הטיפול דעכו התופעות בשתי קבוצות הביקורת. הממצא המעניין היה, שהדמיה ה-PET הראתה שבשתי קבוצות הביקורת הייתה ירידה בפעילות החלק העיקרי של המוח הרגשי, של גרעין ה-caudaten nucleus. מסתבר שההתנסות שנתה את פעילות המוח והקלה את הסימפטומים מהם סבלו המטופלים באותה אפקטיביות כפי שעשו זאת התרופות. (D. Goleman, *Emotional Intelligence*, Bantam Books, 1995)

5. השגרה הטיפולית הננקטת במסגרת טיפול התנהגותי להפרעת OCD מביאה להפחתה הדרגתית ביכולתו של אדם להגיב בחרדה בעת שהוא נחשף למחשבות ומצבים מהם הוא חושש, כאשר היא אינה כרוכה בתוצאות בלתי נעימות (Penzel, 2000, p. 393).

6. התנהגות בת-קיימא ושינוי ביחס מתאפשרים ביתר קלות, כשמביאים אדם לקבל על עצמו התנהגות חדשה. “יש אירוניה בכך שכאשר אדם לוקח על עצמו לבצע פעילות כל שהיא גם כאשר אין לו מוטיבציה לעשותה, הוא מרגיש למעשה כאילו הוא חדור בה. תופעה זו מכונה עבודה מבחוץ פנימה”.

("Depression in Context" C.R. Martelle, M.E. Addis and N.S. Jacobson, W.W. Norton 2001).

## 7. תובנות לסובל מ-OCD

כאב הנפש גרוע מכאב הגוף - פובלוס סיירוס

הרגל חזק מהיגיון – סנטנה

הרגלים הם קורי עכביש בתחילתם וכבלים לאחר מכן – פתגם ספרדי

הרגל הוא הרגל ואיש אינו יכול להשליכו מהחלון, אלא לפתותו במורד המדרגות שלב אחר שלב – מרק טוויין

גיבור הוא זה השולט בעצמו – סנקה

ספקות הם אכזריים יותר מהאמתות הגרועות ביותר – מולייר

סרב להיכנע לאובססיה והיא תגווע מאליה

אמונות מקבלות חיזוק משום שהעיסוק בפולחן מונע את ביטולן

רגשות אינן עובדות

ככל שתנסה להימנע מפחדים, תרכוש יותר פחדים

פחד הקיש בדלת. אומץ לב פתח אותה. איש לא היה שם

אם אין סיכון אין סיכוי

מילון הוא המקום היחידי בו הצלחה קודמת למאמץ

הבראה היא מסע ולא יעד

בריאות נפשית פירושה היכולת לבחור ולקחת סיכונים.



---

## רבנים ופסיכולוגים: הילכו שניהם יחדיו?

חנה בר-יוסף, Ph. D., שניאור הופמן, Ph. D.

---

בעל המשנה הלכות שליט"א מביא את דעת המנחת יצחק "שצריכים להתרחק מהם (פסיכולוגים) כמטחוויו קשת והשקפותיהם ועצותיהם שהם בניגוד לדעת תורה ומבססים על דעות כוזבות, ובכל שאלה רפואית לאלה הסובלים מחולשה רפואית יש לשאול דעתם של בעלי הוראה מובהקים וחרדים לדבר ה' היושבים על מדין".

הרב שטרנבוך שליט"א הנחה את קהילתו בדרום אפריקה "..." נגד הנהוג כאן, שהרבה אנשים וגם נשים דתיים כשעצביהם רופפים או כששרויים בדיכאון וכו' הולכים לפסיכולוג, ודרך הריפוי שלהם היא לשוחח עם החולה, לדרוש ולחקור אצלו מה חסר לו, ודורשים הם לתת לחולים כפי תאוותם ובזה יתרפאו, ולמעשה זהו נגד תורתנו הקדושה שאנו יודעים שמילוי התאוות לא משיביע האדם אלא באופן זמני, אבל אחרי זמן קצר מתאוה עוד פעם ויותר... והעצה הנכונה היא לילך לרופאי הנפשות אלו הצדיקים או גדולי ישראל, שיורו להם הדרך וילמדו אותם לבטוח בה' וכו'".

בעקבות פסקי ההלכה וההצהרות הנ"ל של רבנים ידועי שם, כותבי המאמר מציגים קטע ממאמר בנושא

הפרעה טורדנית-כפייתית שהופיע באינטרנט הודן בתגובותיהם של רבנים מפורסמים ובדעותיהם ביחס לתופעה של "הרהורים". לאחר מכן, מתארים תכנית חינוכית, אותה הם יזמו יחד עם עמיתיהם, במטרה לעודד קיום של "וילכו שניהם יחדיו".

\* \* \*

מהרהרים

אצל רבים הסובלים מן הפרעה טורדנית, אין שום טקס מעשי המתלווה אליה. אנשים אלו סובלים ממצוקה רבה סביב מחשבות ותמונות מנטאליות העוברות להם בראש, אך אין זה מביא אותם לפעולה הנראית לעין. על כן קשה מאוד לזהות את הפרעה אצל אנשים אלו, וניתן למצוא מקרים רבים בהם יש מי שבלבל בין מחשבה חודרנית להרהור עבירה.

אחת התופעות הבולטות ביותר של מחשבה טורדנית בהן נתקלתי באיסוף המקורות, הייתה המחשבה סביב עבודה זרה. במקורות שונים מתקופות שונות, נתקלתי בתיאורים כמעט זהים של אנשים אשר האובססיה שלהם התמקדה בעניין זה. אולם לדאבונו לב, שלא כבמקרים הקודמים בהם היו התנהגויות לא תקינות אותן הצליחו הרבנים לזהות, כאן המצב היה שונה...

"מדי פעם באים לי לתפילה מחשבות רעות מאוד שאני חס ושלום משתחוה לעבודה זרה או מתפלל לזה. אם כבוד הרב יכול לייעץ לי מה לעשות משום שזה נורא נורא קשה לי".

שאלה זו נשלחה לאחד הרבנים של האתר "כיפה". די ברור כי השואל סובל ממחשבה טורדנית, עצם חוסר ההיגיון של המחשבה כה בולט עד שהיא מדליקה נורית אדומה אצל

כל מי שמכיר את התופעה. נוכל להוסיף לכך כמוכן את מאפיין החרדה, חוסר ההזדהות עם המחשבה אשר "באה" מעצמה ואת חזרתה. אמנם הרב שענה לשואל לא ראה כך את פני הדברים:

"אדרבא תתגבר וגבור על המחשבות האלה... דע לך כי אתה יכול לשלוט במחשבות וזו עבודה הקשורה רק בך. יש פירוש יפה על הפסוק "זמור לדוד ארוממך השם כי דיליתני"... שעשית אותי כדלת, רק הדלת יכולה לשלוט מי ומה נכנס, מי ומה יוצא. רק אתה שולט במחשבות מה נכנס ומה יוצא!!! כדאי לך לחזק את עצמך בלימוד של אמונה וספרי מוסר..."

הרב מטיל את כל האחריות להופעת המחשבות על השואל ואף מפנה אותו ללימוד ספרי אמונה ומוסר. קשה להעלות על הדעת הדרכה פחות מתאימה למצבו של השואל. כפי שראינו לעיל בתיאור התפיסה הקוגניטיבית, אצל הסובלים מ-DCO קיימות תפיסות של **עודף** אחריות ומשמעות למחשבות – תפיסות אלו גורמות לחרדה רבה ואולי גם להמשך התופעה, כך שהדרכתו של הרב רק הוסיפה שמן למדורה. ואם ניקח בחשבון את המאפיינים הביולוגיים של ההפרעה, הדרכתו היא חסרת פשר לחלוטין. אין כמוכן לצפות שהרב ייתן הדרכה פסיכולוגית על סמך שאלה זו, אך זה די מתבקש שתהיה כאן הפניה לגורם מקצועי.<sup>1</sup> הפסיכיאטר אברהם י' טורסקי הזהיר מפני הדרכות מעין אלו בספרו (1)

"לנזוף באדם ולומר לו שעליו להשתדל יותר לשלוט על מחשבותיו זו הדרכה לא נכונה אשר עשויה למעשה להוביל ליותר תסכול ואשמה כאשר האדם יגלה כי הוא אינו מסוגל לעשות זאת... אנשים המעניקים עצות והדרכה חייבים להיות מודעים לכך שישנם הפרעות רגשיות בעלות אופי רפואי הדורשים טיפול ולא ביקורת" (עמ' 19).

---

1 בתשובה של רב אחר באתר "מורשת", אשר מתייחסת לאותה תופעה, הוא אכן שם לב לאפשרות כי מדובר בהפרעה, והוא מעלה את האפשרות של פנייה לגורם מקצועי:  
"לכבוד הרב... אני יודע שהשאלה שלי נשמעת מזוהה... מזה שנים רבות קשה לי לשלוט במחשבות, המחשבות קופצות להם ונכנסות לראשי... למשל אני יכול לחשוב שאם אני לא יעשה את המעשה הזה והזהו אני עלול לחלות במחלה הזאת והזאת, ללא קשר בין המעשה לבין התוצאה... הבעיה התחילה כאשר הדבר התחיל להיות בעיה הלכתית... לפני חצי שנה המצב החמיר לאחר שלמדתי מסכת ע"ז התחלתי לחשוב מחשבות של ע"ז, למשל אם הייתי מתכופף אז תוך כדי ההתכופפות הייתה קופצת מחשבה שאני משתחווה למה שלפני..."

שלום וברכה... יתכן כי טוב שתתייעץ גם עם בעל מקצוע בשל העובדה שיש תחומים בנפש הדומים לכך כגון אובססיה וניתן להתגבר עליהם בעזרה..."

אמנם, הרב אינו מעודד ודוחף את הפנייה לעזרה. הוא אינו רואה במצב "מחלה או חיסרון מוסרי", והוא סבור כי ניתן להמשיך לחיות כך - "קפיצת המחשבות לראש יכולה דווקא להיות תופעה חיובית..."

הוא רק מציין את האפשרות לפנות לגורם מקצועי באם האדם מעוניין בכך. נראה כי אין די בגישה זו. בשל ההשלכות הקשות אשר עשויות להיות להפרעה על חייו של אדם, עדיף לדחוף כמה שיותר את הפנייה לעזרה. יש לקחת גם בחשבון את הנטייה של הסובלים מן ההפרעה להסתירה גם כשהדבר כרוך בסבל רב מאוד ובשיבוש כל חייהם.

דוגמא נוספת:

כבוד הרב שלום,

בזמן האחרון יש לי "התקפת" מחשבות זרות/רעות ודמיונות רעים/רעיונות של יצר הרע, שמאוד מציקות לי וזה קורה הרבה לצערי הרב. מאוד מפריע לי ומוריד לי את המצב רוח - מכניס אותי לדיכאון ח"ו. זה ברור לי שזה בגלל שאני בתקופה מאוד מתוחה בגלל משבר שעברתי לא מזמן. האם אני צריכה אחרי כל מחשבה/הרהור/רעיון/דמיון "לא רצונית" כזה לעשות תשובה, ז"א: וידוי, חרטה וקבלה לעתיד. אני מאוד נבהלת ומתביישת מהמחשבות האלה. פוחדת שח"ו אני יזיק עם זה לאחריים או לי. למרות שעם הזמן ב"ה זה משתפר ואני מצליחה לנטרל אותם לאט - לאט, אבל עד אז...

מה אני צריכה לעשות.

תשובה

ברכה ושלום,

כלל ידוע הוא ש"במקום שמחשבות האדם נמצאים שם הוא נמצא". המחשבות הדמיונות והפנטזיות וההרהורים לא נולדים בחלל ריק! יש לזה מצע לגדול, וכנראה יש את האטמוספירה הנכונה בשביל שזה יקרה.

כדאי לך לבדוק את עצמך היכן את יכולה ליישם את ה"סור מרע" פשוטו כמשמעו לסור מהרע ומהמכוער ומהדומה להם. ואם המחיר הוא לא לראות טלוויזיה או לא להיות מחובר לאינטרנט או לא לעיין בעיתונים אז צריך לשלם את המחיר הזה. יחד עם זאת יש לפעול בכוון של "עשה טוב" כלומר לחיות בקדושה. כגון להקפיד לברך לפני האוכל ולאחריו, להתפלל, לקרוא תהלים, ללמוד תורה וללכת לשיעורים. להיות עסוקים בעזרה לזולת. הכל בהתאם לדרגה ולרמה הרוחנית שבה את נמצאת.

מחשבות האדם ניתנות לשליטה ע"י האדם בעצמו! צריך לזה רק מעט רצון וקצת אכפתיות והרבה סבלנות ואז מרגישים את השנוי מהר מאוד. כי כל מהות האדם תלויה במחשבה שלו. יש דרך נוספת לגרש את המחשבות הרעות והדרך הזו היא שירה ושמחה וריקודים כי מעט מן האור מגרש הרבה מן החושך. תכנסי קצת שמחה לחיים שלך וקצת אופטימיות וקצת שירים. ומעט מזה יגרש הרבה מחשבות זרות כי אלו הם פעולות ואחר הפעולות נמשכים הלבבות."

בדברי הרב בתשובה זו יש הדרכה קלאסית להתמודדות עם הרהורי עבירה: ההרהורים באים כתוצאה מחשיפה להווי לא צנוע ומתוך מאוויים כמוסים וניתן לסלקם ע"י שינוי ההווי ובעזרת כוח רצון. הבחורה הזאת סובלת מהפרעה נפשית, ותחילת רפואתה בהכרה שהמצב לא בשליטתה. ההנחיות של הרב פשוט כולאות אותה במצבה.

תיאורים של תופעה זו קיימים גם בספרות הרבנית בעבר, כפי שנראה להלן:

"כפרי אחד בא אלי, בוכה וצועק, היות כי השיג חולשת הלב, אבל לא על זה בוכה, רק על זה שבכל עת שחולשתו תקפהו, יבוא לו רעיון שייצלב את עצמו ר"ל וייטב לו, וכ"כ גדלה מחשבה הרעה עד שהוא צריך כוח גדול לעצור את ידיו מלכצע את מחשבתו הרעה..."

סיפור זה לקוח מתוך הספר "צו וזירוז", שהוא מין יומן אישי רוחני של הרבי מפיאסצ'נה. ברור מהסיפור כי מדובר במחשבות חודרניות המעוררות חרדה רבה בקרב ה"כפרי" ושהוא איננו מזדהה עם. מתוך המשך הדברים ניכר שהרבי נתקל באנשים נוספים עם בעיות דומות, ושהוא הקדיש לתופעה מחשבה בניסיון להבינה. בבחינה ראשונה נמנע הרבי מלהטיל את האחריות על המחשבות במתלוננים עצמם:

"שקלתי וחקרתי בזקנים אומללים האלה בכל מהותם, וראיתי שרבים מהם גם בנעוריהם לא היו רודפי תאוה ומחשבות רעות ח"ו כמו שחשדו את עצמם..."

כאן אנו מגלים גם את אחד המאפיינים של בעלי OCD – נטילת אחריות ושפיטה עצמית קיצוניים. הכפרי נטל אחריות מלאה על המחשבות וסבר גם כי הן מלמדות על אישיותו המקולקלת. אמנם, למרות שהרבי לימד סנגוריה על הכפרי בתחילה, בהמשך דבריו הוא מציע תיאוריה משל עצמו לתופעה.

"אף כפרי עם הארץ, כיון שמנעורו שמע מהעכו"ם את מופתיהם השקרים, אף שגירשם ממוחו, ובנפשו נשאר לעת מצוא..."

הרבי משתמש בסיפור זה כמוסר השכל על הצורך לעבודת נפש עמוקה יותר. המקרה המתואר נובע לדעתו מצורת חיים בה רק מדחיקים את הרע ("כל הקיא, צואה ומכה טרייה, נדחקו ונשאר בנפש כמו שהיו"), ולכן הוא ביקש לעודד את ההתמקדות בשינוי עמוק יותר.

עם התיאוריה של הרבי מפיאסצ'נה קשה להתווכח. הטלתו את האחריות למחשבות על התת מודע של האדם היא היפותזה יפה הדומה לתיאוריות של הגישה הפסיכואנליטית, ולתיאוריות אלו לא נמצא ביסוס. מה שבטוח הוא שתפיסה כזאת איננה תורמת להתמודדות עם ההפרעה. דווקא תפיסה המפחיתה את האחריות למחשבות, ואשר גורסת כי הן אינן מלמדות על האישיות נמצאה יעילה יותר בפתרון המצב. גישה כזו נוכל למצוא אצל אדמו"ר חסידי אחר.

"יש בני אדם שיש להם הרהורי ע"ז. ויש בשעה שעומד להתפלל בא לנגדו דמות ע"ז אף שידוע בעצמו שאין בה ממש, אף על פי כן מתגבר ועומד לפניו זה הדמות. כן יש בני אדם שיש להם הרהורי יואף ח"ו ומבלבלים אותם מאוד בשעת התפילה ויש להם ייסורים גדולים מאוד וזורקים ראשם הנה והנה..."

קטע זה לקוח מדברי ר' נחמן מברסלב. בכתביו ישנו עיסוק רב במחשבות, הרהורים וספיקות ובהתמודדות עמן. ר' נחמן הכיר בכך שישנן מחשבות שאינן רצוניות הכופות עצמן על אנשים דווקא כאשר הם אינם מעוניינים בהם ואשר מעוררות חרדה רבה. מסתבר שהוא הכיר אנשים שסבלו מן ההפרעה, ומסתבר גם כן שהוא סבל ממנה בעצמו. "והוא בעצמו היה ג"כ בזאת הטעות מקודם והיה עושה דברים זרים מאוד בשביל נקיות וכמעט שבא לידי סכנה על ידי זה וגם לא נמלט מחולאים ר"ל ע"ז. ועתה הוא יודע ואומר שהכל שיגעון וחלילה לבלות זמן היקר על זה. ובאמת אי אפשר בשום אופן שיהיה הגוף נקי לגמרי ולא יישאר בתוכו כלום..."

ואמר שהוא בעצמו ג"כ כבר היה שקוע בעניין זה מאוד שהיו עולים על דעתו חומרות יתירות מאוד מאוד. ופעם אחד היה חושב מחשבות בעניין המים על פסח שחשש שמה יש איזה משהו

במים ששואבין. ואם יכין לו מים על כל ימי הפסח, כמו שנוהגין קצת, גם זה לא הוטב בעיניו. כי קשה לשמור היטב המים מערב פסח על כל ימי הפסח. ולא הוטב בעיניו שום מים רק מי מעין הנובעים ויוצאים והולכים ובאים מים חדשים בכל עת. אבל במקום שהוא ז"ל היה יושב לא היה שום מעין כזה. והיה בדעתו לנסוע על פסח למקום שיש שם מי מעין כזה. כל כך נכנס בחומרות ומרה שחורות ודקדוקים יתירם...“ (שיחות הר”ן ל’ ורל”ה).

התמודדותו האישית הביאה אותו להדרכות ולקביעות אשר עזרו לו להתמודד עם מחשבותיו: “ואמר אז שאין שום דבר שיהיה חיוב בדוקא ואם לא וכו’. רק אם יוכל ויכול ואם לא אונס רחמנא פטריה...” (שם).

רבי נחמן צמצם את תפיסתו בדבר אחריותו האישית והרחיב את מושג האונס על מנת להתמודד עם המחשבות והספקות שקיננו בליבו וכפו עליו חומרות רבות.<sup>2</sup> כך גם לגבי המחשבות, הוא גרס כי הם נשלחו כמניעה משמים ושעדיף שלא לנסות לשלוט עליהם כלל, אלא לעסוק בעבודת ה' ולא לתת למחשבות חשיבות ותשומת לב. מסקנות דומות לאלו מנסח הסטייפלר במכתביו, אם כי בצורה יותר מעודנת (“נראה כי לעת עתה איננו בעל בחירה בפרט זה... ויותר אין לעשות ולא יטפל כלל במחשבותיו...“).

לא נוכל לסקור כאן את כל התופעות של מחשבות אובססיביות. ספקות באמונה, חששות לנדרים שבלב, מחשבות על מין אסור – כל אלה הם רק חלק מן התופעות השכיחות להפרעה זו. דוגמאות למחשבות אובססיביות בהקשרים תורניים לא קשה למצוא. בחיפוש עם מילת מפתח של “מחשבות” באתרים בהם יש פינה של “שאל את הרב” (“כיפה”, “מורשת”, “מוריה”) ניתן למצוא עשרות שאלות המכילות מאפיינים טורדניים מובהקים. ישנם מקרים רבים בהם הרב משכיל להפנות את השואל לעזרה, אך לצערי לא בכולם. לא כל הרבנים מכירים את התופעה, והלוואי ובמקום הדרכותיהם (שדוגמאות להם ראינו במבוא ובפרק זה) הם היו מסוגלים לכתוב את המשפט הפשוט שכותב הסטייפלר באחת מאיגרותיו:

“הדבר נראה פשוט מאוד שכל המחשבות אינם שייכים כלל וכלל למידות רעות אלא זהו אחד מכוחות הנפש שמטפל במה שמפחד...“ (איגרת ש”ע).

\* \* \*

התעסקות חובבנית בתחום “פסיכותרפיה” גורמת לתוצאות שליליות ועלולות רחמנא לצלן להביא להתאבדות, ולפני שאומרים לאנשים עם הפרעות כפייתיות ואנשים עם דיכאון להתייעץ ברבנים שלהם ולא בפסיכולוגים, יש לבדוק באופן אובייקטיבי ולפרסם בציבור את אחוזי ההצלחה של הרבנים במקרים המסוימים הללו.\*

---

2 על רקע זה יש להבין רבים מדבריו של ר' נחמן נגד ספקנות. הוא מסוגל ברצף אחד להתייחס לספקות באמונה ולספקות בהלכה ולראותם כבעיה זהה – דוגמה יפה היא תורה מ”ד בליקוטי מוהר”ן תניינא המסתיימת בקביעה ש”הוא בעצמו אינו מחמיר שום חומרא כלל” ובשאיפה “להשליך את כל החכמות”.

להמחשת התוצאות הבעייתיות של התערבות רבנים במקרים המצריכים מעורבות מקצועית של אנשי בריאות הנפש, מובאות הדוגמאות דלהלן.

א. אישה שעברה מספר אשפוזים פסיכיאטריים ואובחנה כסכיזופרנית פנתה לייעוץ של מקובל מפורסם. הוא הסביר לה שהקולות שהיא שומעת הם של מלאך המעניש אותה על עבירות שעשתה ולכן עליה לעשות תשובה. הסבר זה היה בניגוד לניסיונות המטפל שלה לשכנעה שהקולות הללו הם דמיוניים ומהווים ביטוי לקשייה להתמודד עם רגשות ומחשבות בלתי מקובלות. ההסבר של המקובל פעל באופן שחזק את הפתולוגיה ואת רגשות האשמה של המטופלת בעוד שההתערבות הפסיכולוג שאפה לחזק את בוחן המציאות שלה ולהחליש את רגשות האשמה והמחשבות האובדניות שלה.

ב. אברך העלה לפני רבו את התלבטותיו לאחר שגילה שארוסתו מוטרדת באופן כפייתי בענייני ניקיון. היא סירבה למשל לגעת בחפץ שנפל על הרצפה, בילתה זמן רב ברחיצת ידיים וכיו"ב. הרב הרגיע את תלמידו ואמר לו שהתנהגות טיפשית זו תחלוף לאחר הנישואין. חודש לאחר חתונתה אושפזה האישה בבי"ח פסיכיאטרי לאחר שאובחנה כסובלת מהפרעה כפייתית קשה שהוחרפה בשל נישואיה. חצי שנה לאחר מכן התגרש האברך מאשתו.

לרבנים ולקלינאים יש להציע זה לזה דברים בעלי ערך על מנת לשפר את העזרה שהם מספקים לאנשים הפונים אליהם. לכן חשוב ביותר **שכל אחד יכיר במגבלות מקצועו וישקול את היתרונות שיש בעבודה ובהתייעצות משותפת**. שיתוף פעולה בין מקצועי בין רבנים לאנשי בריאות הנפש בטיפול באנשים הסובלים מהפרעות נפשיות-רגשיות, הינה תופעה נדירה. אחד ההסברים לכך הוא ההתעלמות וחוסר ההתמצאות בתחומי הידע והעבודה של הצד השני. אלו יוצרים חרדה, חשדנות וחוסר אמון הדדי.

הרב שלמה וולבה, מחנך ורב חרדי מפורסם בארץ, כתב כך:

יש צורך דחוף בארגון קורסים לרבנים בפועל ולמחנכים, במטרה להפיץ ידע בסיסי על הסימפטומים של נזירוז ופסיכוזה ודרכי הטיפול שלהן בקווים כלליים, כדי שידעו להפנות חולים בהקדם אל הרופא. ידיעה בסיסית הייתה מסלקת הרבה דעות קדומות: ("פסיכיאטריה ודת". בשבילי הרפואה 5, סיון תשמ"ב).

נראה לנו שכדאי שאנשי בריאות הנפש, ובמיוחד **ארגון נפש ישראל** ישקלו אפשרות ליוזם תכניות חינוכיות דומות בארץ כדי לחזק את ההבנה ההדדית ושיתוף הפעולה בין רבנים וקלינאים לטובתם ולטובת האנשים שאותם הם משרתים.

**An “Unorthodox” Therapy of an Ultra-Orthodox Adolescent**  
(Guedalia and Haber) ..... 3

**Is Psychotherapy Possible with Unbelievers? – The Care of  
the Ultra-Orthodox Community** (Greenberg) ..... 15

**Cross-Gender Therapy: Views of Rabbis  
and Practitioners** (Hoffman) ..... 28

---

## An “Unorthodox” Therapy of an Ultra-Orthodox Adolescent

Judith S. B. Guedalia, Ph.D.      Leah Haber, Ph.D.

---

Acting out can be an expression of a conduct disorder. When a person experiences conflict, his or her frustrations are often played out through inappropriate behavior, of which there are many subcategories. In the following case report, we will discuss an instance of conduct disorder and the effective cognitive therapy as best exemplified by Colin A. Ross’s model. It must be noted that not only the therapy model used but also the referral itself can be described as “unorthodox” given the cultural realities of this case, as will be seen.

### The Patient

The patient, whom we will call Yisrael, was a sixteen-year-old boy from a close-knit hasidic sect that, like many *haredi* groups, sets strict parameters on its members’ lifestyles. These communities are not open to the attitudes or developments of secular society and attempt to shield their members from its influences. Nonconformist behavior is frowned upon and eliminated, especially violations of Orthodox Jewish law (*halacha*).<sup>1</sup>

Yisrael had already been expelled from one yeshiva entirely and from the dormitory of another because of repeated incidents in which other boys sexually stimulated him, brought him to ejaculate, and he did the same to them. Yisrael stressed that finding willing partners was not difficult and he never forced anyone to participate.

Understanding the Jewish position on masturbation is essential to fully grasping the severity of Yisrael’s conduct disorder. According to *Kitsur Shulhan Arukh*, a popular work on Jewish law, “spilling seed” is among the most severe prohibitions in the Torah, similar to that of adultery. Loss of any potential for creating life is comparable to killing, and therefore one who engages in it is ostracized. Many restrictions are placed upon the Jewish male so that he should not come to perform this sin: he is not allowed to think about women in a sexual way, he is not allowed to watch animals copulating, certain foods are prohibited at night, and he may only sleep on his side, not on his back or stomach.<sup>2</sup> For a boy who cannot – or does not



---

## Cross-Gender Therapy: Views of Rabbis and Practitioners

Seymour Hoffman, Ph. D.

---

Recently, the focus of attention of religious/haredi mental health practitioners has been on the issue of whether it was permissible to treat and be treated by a therapist of the opposite sex.

Several months ago, the haredi director of the mental health clinic that is under haredi auspices, raised in the staff meeting the issue of the halachic propriety of religious/haredi therapists treating religious/haredi patients of the opposite sex and informed the staff that he plans to raise the issue with Rabbi Yitzchok Zilberstein, a highly respected decisor and halachic authority for the hospital. The author who was employed as a supervising psychologist at the clinic, decided to explore this issue via the interservs of two orthodox mental health professional organizations, Nefesh International and Nefesh Israel, which comprise orthodox mental health practitioners from Israel and the diaspora and also with a rabbi that he consults with regarding halacha-psychotherapy issues.

Below are a selection of the many comments and views of rabbis and mental health professionals that appeared on the interservs (and backchannelled) regarding the highly sensitive, important and relevant topic, cross-gender therapy, interspersed with the author's comments.

1. Rabbi Yaacov Ariel, Chief Rabbi of Ramat Gan was asked the following question:

שאלה:

שלום וברכה.

כחלק לימודי עבודה סוציאלית אני עושה את הכשרתי המעשית בארגון המטפל בנשים חרדיות גרושות וילדיהן. עולות לי מספר שאלות, אשמח שההתייחסות של הרב תלווה במקורות למען אוסיף לקח.

תודה.

שאלה.

מהו לטפל בנשים באופן קבוע כלומר להפגש בפגישות פרטניות כשהמטרה הינה העצמת האשה בכל מיני תחומים כאשר ניתן מקום גם להבעת הכאב שלה והקשיים? (מדובר כשאין בעייה של ייחוד). האם נאמר בעבדיתה טריד או שמא עבדיתה הינו ליצור קשר עם המטופלת וגם לתת להרגשות יוצרת האינטארקציה ביניהם מקום (כפי שלומדים בתיאוריות הטיפוליות שרגש זה הינו הכלי של המטפל בטיפול).

יש בעיה ביצירת קשר רגשי בין איש לאשה והיה הרבה יותר טוב שתצטרף אשה לצוות הטיפול הישיר ותהא נוכחת בפגישות.

Comment: (S. H.) Rabbi Ariel's response to the question of same sex or different sex therapists, in my humble opinion, reflects insufficient familiarity, knowledge and sensitivity to psychotherapy and the psychotherapeutic process. The suggestion of stationing a staff member ("apitropus") in the treatment/evaluation room, besides compromising confidentiality and being economically unfeasible, is also counter-therapeutic as psychological treatment involves a process of developing trust, openness and confidence over a period of time. The stationing of a female staff member (if not for the purpose of doing cotherapy treatment) in the therapy room may be communicating to the female patient that men cannot be trusted, which is counter-therapeutic, especially to women who were victims in the past of physical and sexual abuse by men. It is clear, when indicated (sexually abused patient, dati/haredi patients) that one should explore in the beginning with the new patient regarding their feelings in working with a therapist of the opposite sex and respect their wishes.

I think from a professional and therapeutic point of view, that it is injudicious and counter-productive (if not administratively unfeasible when there is a preponderance of one of the sexes that receive/deliver psychological treatment) to insist that all patients be seen by same sex therapists, as there are patients who feel that they can derive more benefit by being treated by a therapist of the opposite sex (either because of highly negative and traumatic experiences they had undergone with same sex significant figures in their lives or their wish to be treated by a therapist of the opposite sex for the purpose of having the opportunity to undergo a "corrective emotional experience" by being treated by an accepting, supportive and empathic therapist of the opposite sex after suffering from exploitation, degradation and rejection by significant people of the opposite sex in their

a female co-worker. I understand that some methods of therapy are more problematic with regard to [the arousal of] “sinful thoughts” than others. My halachic ruling does not relate to any specific method. It leaves the decision in the hands of the psychologist when to continue the therapy and when to discontinue it. If the psychologist sees that a certain method of therapy is problematic, he will have to consider whether he should continue and utilize it.

The central question is whether we should entirely forbid men to treat women (as a preventative “fence” to the Torah laws – “עשו סייג לתורה”), or should the matter be left to the discretion and the *yirat shamayim* of each individual therapist. Similarly, one could deliberate whether a specific therapeutic method should be entirely precluded. I maintain that the matter should be left to the discretion of the psychologists, and each one will decide according to the methods of treatment that he has to offer, and according to his own *yirat shamayim*, whom he will treat and in which manner. This also reflects the view of our Sages (Kiddushin 82a) who do not entirely forbid professional occupations that involve close contact with women. Ezra the Scribe even instituted that peddlers pass through the villages and go from house to house to sell perfume and jewelry to the women.

May Hashem bless all those who perform their holy tasks in accordance with our holy Torah.

Comment: (S. H.) It seems to me that Rabbi Bar-Ilan is simply saying that if the therapist is involved in “active listening”, as he should be, there is little room for “hirschurei aveirah”.

Rabbi M. Feinstein contended that people can sit on the beach if required for health reasons if they feel they can focus their thoughts appropriately (Igrot Moshe EH 1:56). It appears that Rabbi Bar-Ilan’s responsa is consistent with Rabbi Feinstein’s views since he also relies on the “*yirat shamayim*” of the therapist. If he feels that the treatment of a specific patient is causing him or her to sin, he will feel obligated to either terminate the treatment and transfer her to another therapist or discuss the matter with his supervisor or colleagues; if he still feels emotionally/sexually involved with her, he will feel obligated, halachically and professionally, to terminate working with her. And since Rabbis Feinstein, Shternbuch, etc. are of

the opinion that people should only be treated by G-d fearing therapists, the danger of transgressing Torah prohibitions is significantly decreased if not eliminated.

Below is the question sent by Dr. Michael Bunzel, the director of the haredi clinic mentioned above who is of the opinion that “there was a lack of consensus on the issue and that poskim had not really been formally addressed as to the halachic appropriateness of cross-gender therapy”, to Rabbi Yitzchak Zilberstein:

### בס"ד

במסגרת הטיפול במרפאת בריאות הנפש, ישנם סוגי טיפולים שמצריכים קשר עמוק וארוך יותר עם המטופל מאשר טיפולים סטנדרטיים. למשל טיפול בחרדה או דיכאון קל ניתן לטפל בלי להיכנס לעניינים זוגיים ונפשיים עמוקים. אך בעיות של אישיות ומשברי חיים לעתים מחייב קשר עמוק בין המטפל והמטופל. במרפאה זקוקים אנו להגדרות האם יש להעדיף טיפול מאתו מין בין מטפל ומטופל או אפשר להפנות מטופלים אך ורק לפי הסיווג המקצועי. השאלות העומדות לפנינו הם תמידיות.

- 1) האם יש הבדל בגילאים של המטפל ו/או המטופל?
  - 2) האם יש הבדל כשהפציינט מעדיף משהוא מן המין השני?
  - 3) האם כמנהל האם יש לי חובה להשגיח על הפרדה מוחלטת למרות התנגדות נחרצת מצוות המטפלים שהם לא בני ישיבה?
- בכבוד רב,  
מיכאל בונצל

# יצחק זילברשטיין

רב שמונת רמות אלחנן  
בני - ברק  
וראש כולל "בית דוד" - חולון

י"ח טבת תשע"ב

לכבוד דר' מיכאל בונצל הי"ו

תשובה

חירתנו הקדושה הזהירה אותנו וצוותה עלינו "קדושים תהיו כי קדוש אני ה' אלוקיכם" (ויקרא יט) ופרש"י "קדושים תהיו - הוו פרושים מן העריות". כלומר אנו חייבים לעשות גדרים וסייגים מפני החקרבות לעריות.

והנה מצינו בתורה (בספר ויקרא כד י') שאשה ישראלית קלקלה, ושמה שלומית בת דברי, ופרש"י שלומית - היתה מפטפטה שלו' עליד שלו' עליד שלו' עליוכו, בת דברי - מדברת היתה עם כל אדם לפיכך קלקלה. למטה דן - מגיד שהרשע גורם גנאי לו גנאי לאביו וגנאי לשבטו. התורה כתבה זאת כדי למנוע החקרבות יתר אפילו בדיבורים בין איש לאשה, עד כדי כך שאפשר להתדרדר עד לגרוע ביותר. אמנם שם הפטפוטים נבעו מתוך הפקרות וקלות דעת וכאן בענייננו אנו עוסקים ברופאי ישראל שהם כשרים ומעשיהם רק לתועלת, ורוצים לחדור לנפשות כדי לרפאות ולהביא שלו' בית ורפואה לעבודת ה'. אך בכל זאת השטן אורב. על כל פינה ופינה ולכן הדבר צריך זהירות.

ומצאו גם במסכת סנהדרין (עה ע"א) מעשה באדם אחד שנתן עינו באשה אחת והעלה ליבו טינא [פרש"י נימוק מתוך אהבה ונטמטם ליבו והעלה חולין] ושאלו לרופאים ואמרו... יספר עמה מאחורי הגדר; פסקו חכמים ימות ולא תספר עמו מאחורי הגדר. פליגי בה רבי יעקב בר אידי ורבי ישמעאל בר נחמני, חד אמר אשת איש היתה, וחד אמר פנויה היתה, מקשה הגמרא בשלמא למ"ד אשת איש היתה שפיר. אלא למ"ד פנויה היתה מאי כולי האי? מתרצה הגמרא: רב אחא בריה דרב איקא אמר כדי שלא יהיו בנות ישראל פרוצות בעריות; ופרש"י שלא יהיו בנות ישראל פרוצות - לעמוד בפני אנשים לתת בהם עיניהם.

ולכן מדין תורה חייבים ראשי הצוות עם המנהל להתאסף יחדיו ולדון בכובד ראש ולעשות סייגים עד כמה מותר לאיש להיכנס לעניינים חגייים ונפשיים עמוקים לאשה, ומתי מותר לאשה להיכנס לעניינים כאלה אצל איש. גם כשהמטרה של רופאי ישראל לשם שמים ורק לעזור, בכל זאת חייבים לעשות סייג.

ונאמר בפרקי אבות (פרק א' משנה א') עשו סוג לתורה. ופרש"י כלומר עשו משמרת למשמרתי כדי שלא יבוא לאיסור של תורה. והתורה אסרה "יחוד" וטעם האיסור כתבו הראשונים (יעו' רמב"ם אסו"ב פכ"ב ה"א, שו"ע אהע"ז כב א.) לפי שדבר זה גורם לגלות ערוה, והוא מפתח ומבוא לכך, שיש לחוש שמא יתפתו לדבר עבירה. והוסיף הצנפת פענח (אסו"ב פכ"א ה"ד ופכ"ב ה"א) שעצם היחוד יש בו, מלבד חשש תקלה, אף גדר של קריבה לעריות, ולפיכך אסור אף במקום שאין חשש שיבואו לידי ביאה. ולכן אפילו באנשים כשרים שלא יבואו לידי חטא בכל זאת הקירבה הנפשית הזאת, היא חטא.

לסיכום: מושלת חובה על המנהל להשגיח על הפרדה בין רופא לטמוטפת ובין רופאה לטמוטפל, ואם אי אפשר צריך להיוועץ עם רב בית החולים, מה לעשות בכל מקרה ומקרה.

הרבנים החזקה  
יצחק זילברשטיין  
שמונת רמות אלחנן  
בני - ברק  
וראש כולל "בית דוד" - חולון

הענין נשאל...  
מסקנה...  
הענין נשאל...  
מסקנה...  
הענין נשאל...  
מסקנה...

הענין נשאל...  
מסקנה...  
הענין נשאל...  
מסקנה...

Rabbi Zilberstein concludes that the administrator of the mental health service is obligated to ensure the separation between the male doctor and female patient and female doctor and male patient. If this is not possible, one should consult the rabbi of the hospital regarding each case.

Below is a selection of comments by religious mental health practitioners, dati and haredi to the topic under discussion:

### 1. Comment: (Dr. Chana Bar-Joseph)

אני רושמת בזאת דברים שאמרתי בישיבת צוות במרפאה חרדית. מאבק העמדות בנושא מוכר הפסק שיצא לאחרונה מתחת ידי כבוד הרב זילברשטיין. לצערי הדברים שאני עומדת לומר לא ממש מוכרים לחלק של הפוסקים הדגולים, מה שעלול חלילה להוציא שגגה מתחת ידם.

פסיכותרפיה היא מקצוע מוסדר רב שנים (פרופסיה) לפיכך היא עתירת גישה מקצועית, חוקים פנימיים

(נוקשים) וכלים ברורים להנחלת המקצוע. חשוב לציין שאחד הכלים המרכזיים שלה, מעבר לאסכולות הטיפול השונות – הקלאסיות והחדשניות כאחד, הוא הקשר המיוחד הנוצר בין מטפל ומטופל. קשר זה שהוא לעיתים כשלעצמו כלי מרפא, מצטרף. לשיטות טיפול (פסיכותרפיה) מגוונות ומאפשר שינויים שהם חיוניים לפצינט. הדבר נכון לכל סוגי הקשרים בין מטפלים ומטופלים משני המינים ובגילים שונים, לפי הצורך הטיפולי. לעיתים אכן אין זה משנה מה יהיה גיל או מין המטפל, אך ניתן לקבוע זאת בכלים מקצועיים בלבד. דא עקא שהקשר האכפתי האוהד והמבין הזה הוא בבחינת חרב חדה. כמו סכין ביד מנתח הוא עשוי להביא טובה רבה ואף להציל נפשות (מקרי התאבדות ואנורקסיה) וגם עלול חלילה להזיק בגלישה לקשרים פחות ראויים. חבל להעלים עין מן הסיכון, כי בו טמון גם הסיכוי. הקשר מטפלת מטופל (או בכל צרוף אחר של המינים) יש בו הרבה כוח כפי שאמרנו, ומכאן סכנתו. זאת יודעים אנשי המקצוע כבר כ-100 שנה. לפיכך נוצרו כלים ותקנות מרובים ומחייבים הבאים לשמור את הקשר הזה כקשר מיוחד לענייננו – קרי עניין הריפוי. פסיכולוג לומד את מקצועו במשך 7 שנים ארוכות בהן הוא נחשף גם לאחריותו הרבה של המטפל, נחשף לדמויות טיפוליות מרשימות (משני המינים) שעמדו שנים רבות במבחן הטיפול הראוי, וכן להתנסויות של מוריו בבעיות הקשר הזה ופתרון. גם אחרי שנים ארוכות אלה הוא יכול לעסוק בטיפול נפשי (כלומר פסיכותרפיה) רק תחת פיקוח צמוד למשך 4 שנים נוספות בהן הוא לומד להכיר את רגשותיו כלפי הפצינט, לשלוט בהם ולעשות בקשר הנוצר שימוש ראוי ומיטיב. עליו ללמוד ולתפעל חוקי אתיקה מקצועיים קפדניים (זה הפסק שאנו עובדים אתו שנים רבות בטרם היות הפסק הנוכחי). בגישה הפסיכואנליטית למשל נאסר כל מגע בין

מטפלת/ל מטופלת/ת כולל לחיצת יד אפילו בין מטפל ומטופל בני אותו מין.

יש הרבה שסתומי בטחון נוספים המאפשרים השפעה מבורכת של קשר טיפולי. הטיפול במרפאות ציבוריות גלוי ונמצא תחת פיקוח עמיתים באמצעות ישיבות צוות התייעצויות והיות הפציינט בדרך כלל מטופל של יותר מבעל מקצוע אחד(פסיכיאטר ופסיכולוג ועוד).

גם מבחינת הפציינט מתקיים מחסום 'החלוק הלבן' יחד עם הקשר הטיפולי הנוצר. הכניסה לקליניקה, למערך רפואי, הרישום, המזכירות, חדר ההמתנה, התג שנושא המטפל - כל אלה מקנים לקשר הטיפולי החשוב גבולות 'בלתי עבירים' שאינם מאפשרים לו להפוך לקשר בינאישי.

אגב-גם הרחק לאחור תם הטיפול אנו נדרשים 'לתקופת צינון' אפילו במגעים טכניים או מסחריים עם לקוח לשעבר.

מכל האמור לעיל מדובר אכן במקצוע שכשאר מקצועות (רב קהילה, מנתח, חשמלאי) יש בו סיכונים ולצידם

שסתומי בטחון והאיזונים נשמרים היטב.

אני בטוחה שרבנים משקיעים הרבה לימוד ובדיקה לפני שהם פוסקים בבעיות רפואיות נכבדות כגון השתלת

אברים או טיפולי פריון, כך גם לגבי מתן כשרות למוצרים המחייבים התמצאות כימית או טכנית.

נראה לי שלו היו מודעים לסייגים וסייגי הסייגים המקובלים במקצוע הפסיכותרפיה זה מכבר ולא רק לכוח

המרפא והאחר של הקשר הטיפולי, היו הרבה מאד אנשים במצוקה נשכרים.

## 2. Comment: (Dr. Robert Lebovits)

I am not sure I understand the question being posed, or more precisely, why this question is being framed only in regard to therapy with chareidi clientele. If there is a halachic requirement that clients only be seen by therapists of the same sex, surely that ought to hold for all our Jewish clients of whatever religious orientation they might have. On the other hand, if it is not mandated by halacha but rather a matter of cultural sensitivity why is psychotherapy being singled out from other healthcare specialities for accommodations? Shouldn't men only be seen by male physicians, nurses, OT/PT therapists, etc. and vice versa for women so as to not disturb the sensibilities of chareidi patients? I fear that by pursuing a policy of matching therapists and clients by sex

we are inferring a unique character to psychotherapy that implies it needs to be viewed with more concern and suspicion than any other healing art and its practitioners are somehow less professional in their behavior and ethics. Psychotherapy is certainly a very intimate experience, perhaps more so than any physical examination or treatment. Yet it is grounded in the principle of trust that derives from the knowledge that therapists will not exploit or take advantage of clients in any way. Anything can be brought up in treatment safely, even romantic impulses toward the therapist, and will be addressed therapeutically for the client's benefit. Any attempt to preclude or limit the client's experiences so as to avoid material that might come forward is not serving the client's best interests.

3. אני עובדת סוציאלית קלינית חרדית, בעלת קליניקה פרטית באלעד.

לפני מספר שנים שאלתי את הרב יעקב פוזן מבני ברק בנושא קבלת גברים לטיפול, וקבלת הדרכה עבור עצמי. הרב פוזן פסק לי שאני יכולה לקבל גברים לטיפול, אך אסר עלי לקבל הדרכה או טיפול אצל גבר.

4. I am a haredi therapist from New York and I do couple, family and individual treatment, the latter with women only since my rabbi prohibited me from treating men in individual therapy, neither dynamic nor CBT, and B. H., I have had success in my endeavors.

5. Comment: (Dr. Robert Lebovits)

I find the therapist's actions troubling because they were clearly self-serving. The psak she received prohibiting her from treating men individually means that she is unable to engage in standard practices inherent to marital and family therapy. It is common and often times most therapeutic for a spouse – or a given child – to be seen alone to examine personal issues that may be impacting the relationship or family dynamics. Thus any accommodation she makes so as to continue to treat couples and families as per *her* halachic parameters comes at the expense of the clients for her benefit, not theirs. She has no idea to what degree her inability to meet with husbands or male children may be chilling the therapeutic process when such contact would be especially valuable.



I have real concerns when “innovations” in practice are driven by halachic rather than therapeutic considerations. The therapy was not kosher, only the therapist. I do recall reading articles in regard to the potential dilemma of yichud in individual treatment and how that can be managed. Obviously, the shaila of yichud is only relevant when the therapist and client are unrelated and of opposite sexes. If cross-gender therapy was considered impermissible, why would it be necessary to concern ourselves with the potential for yichud? MDs have no greater cheskas kashrus than therapists and are equally likely to violate boundaries, yet poskim have no problem with a mumcha of either sex treating both men and women? Effective family and marital therapy typically involve occasional individual contacts with spouses or children of the opposite sex according to many experts in those modalities.

6. Comment: (Nachum Klafter, M. D.) Observant therapists and physicians have been treating patients of the opposite sex for many decades with full guidance from their *rabbonim*.

There are two central, *halakhic* principles which form the basis for a presumption that professionals are capable of carrying out their professional duties with clients of the opposite gender while observing appropriate professional and *halakhic* boundaries.

**אומן בעבירותיה טריד** (literally “*a professional is mentally preoccupied with his professional work*”), also referred to in the *halakhic* literature as **עוסק במלאכתו**. This principle states that there exists in the *halakha* a presumption that professionals in the course of their work will maintain a professional frame of mind and will relate to their clients in a professionally appropriate manner. This is why physicians are permitted to examine female patients who are undressed, whereas in an ordinary, non-professional setting, the *halakha* forbids men from deliberately gazing at the female form. Although this reasoning behind the principle is intuitive, its application to professional psychotherapy requires an understanding of the underlying *halakhic* prohibitions, which are not intuitive. I will therefore review the basic Talmudic and *halakhic* sources.

ספר זה מתאר את הבעיות ואת הנושאים המיוחדים שעולים במסגרת טיפול פסיכולוגי בפציינטים חרדים, ואת ההתלבטויות והאתגרים שעומדים בפני איש המקצוע המטפל בהם. מספר מאמרים מתארים התערבויות יצירתיות ומקוריות מרשימות. אני מאמין שאנשי המקצוע המטפלים בציבור הדתי והחרדי, וגם אלו שאינם, ימצאו בספר זה חומר מעניין ומאלף. ד"ר בני פלדמן, מנהל השירות הפסיכולוגי, מרכז רפואי "קפלן" ומרצה באוניברסיטה העברית ובמכללה האקדמית ת"א יפו.

הצגות מקרים במטופלים מהמגזר החרדי מכילים תיאורים של בעיות נפשיות ייחודיות למגזר ודיונים על הטפול בהם. המטפלים עצמם הינם שומרי תורה ומפגינים רגישות וידע כלפי הערכים והמנהגים המייחדים את המטופלים האלה. אנחנו מאמינים שהספר הצנוע הזה יעשיר את הקורא/ה ויספק לו/ה חומר רב לחשיבה. אנחנו מודים לעורכים על הכנסת נושאים השנויים במחלוקת כמו טפול בבני המין השני במגזר החרדי ומעורבות של רבנים בפסיכותרפיה-שני נושאים נועזים ומאתגרים בני זמננו.

לאה אברמוביץ, M. S. W., יהודית גדליה, Ph. D., ויוכבד ברלוביץ, M. D., יו"ר "נפש ישראל."

---

ד"ר שניאור הופמן, פסיכולוג קליני בכיר, עבד שנים רבות במסגרות שונות בארצות הברית ובישראל. פרסם מאמרים רבים ומספר ספרים על טיפול נפשי בעברית ובאנגלית. היום הוא מדריך מתמחים בפסיכותרפיה במרפאה לבריאות הנפש בבני ברק.

פרומי גוטליב, M. S. W., מדריכה מוסמכת בעבודה סוציאלית, ניהול מחלקת רווחה והוראת עבודה סוציאלית, פקידת סעד לחוק נוער ולסדרי דין, מדריכה עובדים בשדה ומכשירה סטודנטים לעבודה סוציאלית. בשנים האחרונות משמשת בתפקיד עובדת סוציאלית ראשית במרפאה קהילתית לבריאות נפש בבני ברק.

---

אנו תקווה שספר זה יספק חומר למחשבה, יעורר וימריץ דיונים נוספים וחקירה של עניינים ונושאים הנוגעים לממשק בין פסיכולוגיה, פסיכותרפיה ויהדות, ויסלול את הדרך לרבנים ובעלי סמכות מהמגזר החרדי להכיר טוב יותר את התועלת שניתן להפיק מטפול פסיכולוגי בהפרעות רגשיות, נפשיות והתנהגותיות. (מתוך המבוא)

**Golden Sky Books**

ISBN 9781595692481

[www.goldenskybooks.com](http://www.goldenskybooks.com)

