

התערבות פסיכו-חינוכית כמענה מיטבי לילדי בית הספר בחברה החרדית – תובנות מהעבודה בשטח

פלורה מור, מישל סלואן ואיילת פאר

החברה החרדית בישראל עוברת שינויים רבים, וביניהם גידול במספר הפונים לקבלת טיפול רגשי. חרף זאת, פנייה לעזרה פסיכולוגית נותרה סוגיה מורכבת בחברה זו, והשימוש בשירותי בריאות הנפש עודנו נמוך ביחס לאוכלוסייה הכללית בארץ. השקפת העולם, האידאולוגיה ואורחות החיים האופייני לחברה החרדית בישראל דורשים התאמה רגישה, מכבדת והולמת של הידע הקליני לצרכיה ולמאפייניה. מורכבות זו גוברת עוד יותר כשמדובר בצרכים הרגשיים של ילדים. ממצאים משדה המחקר הקליני הבין-לאומי הראו שהרחבת תפקיד המורה המחנך, כך שיעשה לדמות התקשרות משמעותית ויתפקד כסוכן טיפול המספק מענה רגשי ראשוני, יכולה לשפר משמעותית את מצבם הרגשי ואת חוסנם הנפשי של ילדים רבים. במאמר זה יידונו מורכבות הפנייה לטיפול רגשי בקרב האוכלוסייה החרדית בישראל, האתגרים שיש להתמודד עימם בהתאמת מודל המורה כסוכן טיפול למגזר החרדי והאפשרות הטמונה בתהליך זה לשינוי משמעותי בחיי הילדים בחברה החרדית.

מילות מפתח: החברה החרדית, טיפול, סוכן טיפול, בית ספר, התערבות פסיכו-חינוכית

החברה החרדית בישראל

החברה החרדית בישראל ממוקמת בקצה הרצף המתאר את מידת המחויבות הדתית ביהודים ישראלים, הנע מאתאיזם מוחלט ועד לחיים דתיים אדוקים (Latzer, Stein & Witztum, 2019). חברה זו ידועה בדבקות בלתי מתפשרת בתפיסות המחמירות של ההלכה, כך שכל היבטי החיים מוסדרים באופן ייחודי ובהתאם להוראות הדת (Kaplan, 2003). אורח החיים הייחודי של החברה החרדית מאופיין בהיבדלות תרבותית, חברתית וטריטוריאלית (יונה וגודמן, 2004; Kaplan, 2003). בהתאם לכך, בולטת התמקדות בחיי הקודש ונטייה לחיים בשכונות נבדלות ותחומות היטב, מתוך שאיפה למנוע את חשיפתם של חברי הקהילה להשפעותיה של המודרניזציה החילונית, הנתפסות כמזיקות (Bilu & Witztum, 1993).

נכון לשנת 2017, החברה החרדית מהווה כ-12% מכלל האוכלוסייה בישראל (כהנר, מלאך וחושן, 2017). חשוב להדגיש כי החברה החרדית איננה מקשה הומוגנית אחת, והיא אף איננה סטטית. בחברה זו נכללים קבוצות וזרמים שונים, הנמצאים במתח ובתנועה דינמית (קפלן, 2007) והנאבקים על משאבים חומריים ועל הגמוניה דתית. שלושת הזרמים המרכזיים הם הספרדים, החסידיים והליטאים, וכל אחד מן הזרמים האלה מהווה כשליש מהאוכלוסייה החרדית בישראל (רגב ודורון, 2019). נוסף עליהם, ישנם עוד כמה פלגים או קבוצות קטנות בהרבה, ביניהם קהילת חב"ד, קהילות החוזרים בתשובה, העדה החרדית ונטורי קרתא (גל, 2015). הקבוצות השונות של החרדים נבדלות ביניהן גם בעמדותיהן כלפי המדינה הציונית. הן מציגות קשת רחבה של גישות, החל מקבלה מרוסנת של מוסדות המדינה ועד לגינוי מוחלט של ישראל כישות מדינית. בקרב המחנה המתון של הציבור החרדי מתחוללות בשנים האחרונות תמורות, כגון הופעת פתיחות מסוימת לתקשורת ולתרבות הפנאי ויציאה לשוק העבודה וללימודים אקדמיים (כהנר ומלאך, 2019). יתרה מזאת, חוקרים מסמנים תהליך של "ישראלזציה", שמתרחש בשנים האחרונות, הכולל הפנמה של ערכים תרבותיים ודפוסי התנהגות שמקורם בחברה הסובבת, המשפיעים בעיקר על חלקים מן המחנה המתון בחברה החרדית ומחלחלים לתוכה על ידי כמה "סוכני שינוי", כגון האישה החרדית והחוזרים בתשובה (קפלן, 2007; אלמוג וחנני, 2008).

בקרב המחנה הפחות מתון, בייחוד בקרב הציבור הליטאי, בולטים כמה מאפיינים משמעותיים (גל, 2015): 1. לימוד התורה כערך עליון עבור הגברים, בתמיכת הנשים; 2. כפיפות מוחלטת למרותו של "הגדול בתורה" ולסמכותם המלאה של הרבנים; 3. תפיסת עולם שמרנית ופוריטנית הכוללת "תרבות נגד" כלפי הסובבים אותה; 4. הסתגרות קהילתית, רוחנית ופיזית; 5. היצמדות מוחלטת למוסדות החינוך הייחודיים של הקהילה, ובכללם ה"כוללים".

כחלק מאורח החיים המבודד, חשיפה לתקשורת ההמונים, ובמיוחד לטלוויזיה, היא אסורה (Latzer, Orna & Gefen, 2007). על כן, הוקעת אמצעי התקשורת המודרנית משמשת לא פעם כסמל לנחישותה של הקהילה לשמור על זהותה ולהגן על עצמה מפני העולם החילוני, הנתפס כרווי חטאים (Livio & Weinblatt Tenenboim, 2007).

למאפיינים אלה מצטרפים גם מאפיינים דמוגרפיים. מדו"חות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והמכון הישראלי לדמוקרטיה שבחנו משתנים חברתיים וכלכליים בחברה החרדית עולה, כי בחברה זו הילודה גבוהה יותר, השייכות לכוח העבודה מועטה יותר (גורביץ וכהן-קסטרו, 2004) ושיעור העוני גבוה. על פי דו"ח המכון הישראלי לדמוקרטיה שפורסם בשנת 2017, שיעור העוני והשפעתו על רמת החיים באוכלוסייה החרדית גדולים בהרבה משיעורו ומהשפעתו באוכלוסייה הישראלית הכללית. אף שמאז 2008 ניכרת ירידה בשיעור העוני באוכלוסייה החרדית, עדיין מדובר בירידה איטית, ושיעורי העוני בחברה החרדית עודם גבוהים. כמעט מחצית מהמשפחות החרדיות חיות מתחת לקו העוני, ואחוז הילדים החרדים העניים גבוה במיוחד ועומד על 62% (כהנר, מלאך וחושן, 2017).

הילדים החרדים לומדים במערכת חינוך נפרדת מזו הממלכתית והממלכתית-דתית. מערכת החינוך החרדית מבוססת על הפרדה מגדרית בין בנים לבין בנות ועל הפרדה בין מוסדות על פי השתייכות לזרם דתי ועל פי מידת הפיקוח של משרד החינוך על בית הספר. לאחר שסיימו את לימודיהם בבית הספר היסודי, הבנים במגזר החרדי עוברים ללמוד בישיבות לבני גיל 13-16, ולאחר מכן בישיבות גבוהות, מגיל 17 ועד לנישואים. לאחר הנישואים ממשיכים רבים ללמוד ב"כולל" לאברכים. הבנות עוברות מבית הספר היסודי לבתי ספר על-יסודיים לבנות, המכונים "סמינרים" (זיכרמן וכהנר, 2012). מערכת החינוך

הנפרדת והסגורה מאפשרת אומנם שמירה על ערכי הקהילה והתאמה לאורח החיים הייחודי, אך לא ברור באיזו מידה מתאפשרת בתוכה קבלת עזרה נפשית בעת מצוקה. הנתונים מראים כי על אף האתגרים המורכבים והעוני השכיח בקהילה, אחוזי הפנייה לקבלת סיוע נפשי מקצועי הוא נמוך באופן משמעותי בקהילה החרדית, ביחס לשאר המגזרים (שטרוד, שרשבסקי, בידני-אורבך ולכמן, 2007). נתון זה מאפיין את החברה החרדית בכללותה, ויש לשער שהתפיסה העומדת בבסיסו מתבטאת גם במוסדות החינוך.

דפוסי פנייה לטיפול רגשי בחברה החרדית

על אף מרכזיותם של ערכי ההיבדלות והסגירות של הקהילה החרדית, נרשמת מגמת עלייה במודעות לצורך בטיפול רגשי ובמוכנות לקבל סיוע מאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, המתבטאת בגידול ממשי במספר החרדים הפונים לקבלת טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי (שטרוד ועמיתיה, 2007). רבנים ומנהיגים חרדים מגלים עמדה פתוחה יותר ומעודדים פנייה לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, ובחלק ניכר מהמקרים הרב הוא הגורם המפנה את האדם החרדי לטיפול נפשי (Hess, 2014). יתרה מזאת, נראה כי גם ביחס לטיפול בילדים, ובפרט בילדים בסיכון, ישנה פתיחות רבה יותר מאשר בעבר (פאס, רותם ובן-רבי, 2011). מקרים רבים יותר של פגיעה בילדים ושל ילדים בעלי צרכים מיוחדים נתפסים ככאלה שניתן לטפל בהם גם מחוץ לקהילה החרדית, ונראה כי ההורים חשים שבקשת עזרה מאנשי מקצוע מחוץ לסביבתם היא לגיטימית יותר (Fontes & Plummer, 2010). עם זאת, מאפיינים מסוימים של מערכת בריאות הנפש המודרנית אינם תואמים את צרכי הקהילה היהודית החרדית. ואכן, לאורך שנים השתמשו החרדים בישראל בשירותי בריאות הנפש בשיעור נמוך ביחס לאוכלוסייה הכללית בארץ, ואחוז הנשירה מטיפול היה גבוה ביחס למגזרים האחרים (שטרוד ועמיתיה, 2007). פיתוח של שירותי רווחה מותאמים בריכוזי יישוב חרדיים הוביל לכך, שכיום היקף הפונים לעובדים הסוציאליים בשירותי הרווחה בחברה החרדית דומה לממוצע הארצי (הורביץ, 2016). ואולם שכיחות הפנייה לגורמי בריאות נפש מקצועיים, קרי פסיכולוגים ופסיכיאטרים, עודנה נמוכה בהשוואה לשאר האוכלוסייה (Popovsky, 2010). תופעה זו ממחישה את חשיבותן של

הרגישות התרבותית ושל ההתאמה למאפייני החברה החרדית, ומעידה על הצורך בהתאמה כזאת גם בתוך מסגרות הטיפול הנפשי. בחינה מעמיקה של עמדות החרדים כלפי קבלת סיוע נפשי העלתה כי רבים מהחרדים מחזיקים בעמדה אמביוולנטית כלפי שירותי טיפול אלה. מצד אחד הם זקוקים לשירותים הניתנים על ידי המדינה, אך מצד שני הם חושדים בנותני השירות ואף מגלים עוינות כלפיהם (Popovsky, 2010), בין היתר מתוך פערים בהשקפות הדתיות והתרבותיות. בשל כך, המפגשים בין האוכלוסייה החרדית לבין גורמי טיפול מתוך החברה החילונית מאופיינים לא פעם במתח ובחוסר שקט. עובדה זו מתיישבת עם ההבנה משדה המחקר הבין-לאומי, שלפיה סטראוטיפים ודעות קדומות עלולים לתפוס מקום מרכזי ולהוביל למתח ולקונפליקט בין מי שאינם מכירים זה את תרבותו של זה (Baum, 2007). ואכן, ידוע כי צריכה נמוכה של שירותי בריאות הנפש הממוסדים מצויה גם בקבוצות מיעוט אחרות בעולם (שטרוך ועמיתיה 2007).

קשיים בפנייה לטיפול רגשי מצד המטופל החרדי

רבים מבני הקהילה החרדית רואים בעובדי מערכת בריאות הנפש נציגים של העולם החילוני הבלתי צנוע, שממנו הם מנסים לבודד ככל האפשר את עצמם ואת משפחתם. פער זה בין התרבויות מושתת על יסודות אידאולוגיים-מוסריים. חוקרים סבורים שאנשי המקצוע החילוניים והמטופלים החרדים שלהם, לכודים במציאויות סמליות שונות, המייצרות מודלים שונים לחלוטין בשאלת המצוקה הנפשית של המטופל (Paradis, Cukor & Friedman, 2006). כלומר, אנשי המקצוע והמטופלים החרדיים שלהם רואים באופן שונה את הסיטואציות, זאת מתוך המציאות התרבותית השונה שלהם. מחקרים רבים עסקו בבחינת הקשיים שחברי הקהילה החרדית נתקלים בהם בעת פנייתם לטיפול מחוץ לקהילה (Band-Winterstein & Freund, 2015; Freund & Band-Winterstein, 2013; Gabbay, McCarthy & Fins, 2017; Stolovy, Levy, Doron & Melamed, 2013). ראשית, נראה שהמטופלים החרדים חוששים שהמטפלים שאינם חרדים לא יבינו אותם ואת עולמם. שנית, עולה לעיתים החשש שאנשי המקצוע יערערו את ערכיהם ואף ישדלו אותם לוותר על דתיותם באמצעות הצגת תפיסות פילוסופיות לא דתיות מול המטופל (Popovsky, 2010). כמו כן, לא פעם

עולה הדאגה שהמטפל ידווח לרשויות הממשלתיות על סוגיות שהקהילה מעדיפה לפתור בעצמה. אמונה זו מושרשת מאוד בקרב ציבור המאמינים ומשפיעה רבות על האופן שציבור זה תופס את הטיפול הפסיכולוגי (Fass & Lazar, 2011; Popovsky, 2010). לבסוף, נראה כי עבור החרדים, בקשת עזרה פסיכולוגית עלולה להיראות כגילוי חולשה, ואולי אף להתפרש כהודאה באוזלת ידה של היהדות האורתודוקסית. בשל מכלול הסיבות הזה, יעדיפו חרדים רבים לפנות לרב כאשר הם חווים קשיים חברתיים או רגשיים, ונראה כי פנייה אל גורמים חוץ קהילתיים תיעשה לרוב רק לאחר שלא נמצא פתרון בתוך החברה החרדית. יתרה מזאת, מיעוט הפניות לעזרה מקצועית בחברה החרדית מצביע על כך, שהקהילה נוטה לפנות לטיפול רק כאשר המצב חמור עד שלא ניתן עוד להתעלם ממנו, לטפל בו באופן עצמאי או להתמודד עימו באמצעות עקרונות הדת, וניכרת נטייה להגיע לטיפול כאשר הסימפטומים הם חמורים יותר (Schnall, 2006).

נוסף על האתגרים שתוארו לעיל, הקשורים לפערים בין-תרבותיים, אחד הקשיים המרכזיים הנובע מתוך החברה החרדית עצמה הוא אות הקלון הנלווה לפנייה לטיפול פסיכולוגי (Gabbay, Freund & Band-Winterstein, 2013; McCarthy & Fins, 2017). מחקרים הראו כי חרדים רבים מתביישים או נבוכים מן הרעיון של פנייה לטיפול וחוששים שמא תוצמד להם תווית שלילית של "אי שפיות" או "שיגעון" על ידי בני קהילתם. תווית זו עלולה לחבל בסיכויי מציאת שידוך הולם לכל בני המשפחה (Greenberg & Witztum, 2001; Rosen, Greenberg, Schameidlers & Shefler, 2008), לכן רבים מעדיפים להסתיר את הקשיים האישיים ואת הבעיות הפסיכולוגיות. גברים ונשים חרדיים רבים שסובלים מהפרעות נפשיות חווים מתח רב בשלב השידוכים בשל החשש מגילוי סודם. הטיפול במקרים אלה הוא קשה ביותר. אומנם חשיפת הסוד יכולה להפחית את החרדה הכרוכה במאמצי ההסתרה, אך היא גם עלולה לגרור מחיר מציאותי כבד (Freund & Band-Winterstein, 2013; Friedman 2015). הבעיה נמשכת לעיתים גם לאחר הנישואים. מספר לא מבוטל של נשים וגברים מגיעים למרפאות לבריאות הנפש ללא ידיעת בני זוגם, מפחד שאלה יתנגדו למהלך או שיעשו בו בעתיד שימוש לרעה, במקרה שהנישואים לא יחזיקו מעמד. זאת ועוד, מצבם של הפונים לטיפול מורכב ביותר, מכיוון שהרשת הקהילתית ההדוקה של

החברה החרדית מקשה מאוד על שמירת הפרטיות והחשאיות סביב ההגעה לטיפול (Freund & Band-Winterstein, 2013). גם לאחר שצלח המטופל את הקשיים הראשוניים הכרוכים בפנייה לטיפול, עדיין נכונו לו אתגרים. במהלך טיפול פסיכותרפויטי יכולה להתעורר תחושת אשמה סביב הגברת המודעות לרצונות ולמניעים פנימיים, שחלקם אסורים על פי הדת. כמו כן, האיסור ההלכתי בדבר "לשון הרע" (Hess, 2014) עלול להקשות על המטופל להתמסר לתהליך הטיפולי באופן פתוח. מחסום משמעותי נוסף הוא העלות הגבוהה של הטיפול. כאמור, רבות מן המשפחות בקהילה החרדית הן מרובות ילדים ודלות אמצעים, ואין באפשרותן לפנות לאנשי מקצוע באופן פרטי. אומנם קיימת כיום אפשרות לקבל טיפול מוזל במסגרות ציבוריות השייכות לקופות החולים, אך רבים מעדיפים להימנע מכך מטעמי פרטיות וסודיות.

קשיים בפנייה לטיפול רגשי מצד המטפל שאינו חרדי

חשוב לציין, כי הקשיים הקיימים בתחום הטיפול באוכלוסייה החרדית אינם נחלתם הבלעדית של המטופלים, שכן גם המטפלים שאינם חרדים מתמודדים עם מורכבות רבה. ראשית, על מנת לאבחן נכונה הפרעה נפשית, נדרשת הבנה של התרבות ושל האמונות האופייניות לחברה שהנבדק משתייך אליה. לדוגמה, על הפסיכיאטרים להבחין בין חוויות פסיכוטיות לבין חוויות דתיות או מיסטיות שהן חלק מאמונתו של המטופל (Dein, 2004; Popovsky, 2010). האינטראקציה בין המטפל למטופל מורכבת אף היא. למטפל שאינו חרדי ולמטופל החרדי יכולות להיות עמדות שונות ביחס למרחב הבין-אישי הראוי, לתנועת הגוף ולהבעות הפנים (Schnall, 2006). לכן, חרדים רבים מעדיפים מטפל דתי (Dein, 2004), אך מספרם של המטפלים הדתיים מועט, יחסית. יתרה מזאת, אם הקלינאים מחזיקים בעמדות שליליות לגבי מיעוטים אתניים, הן עלולות לפגוע ביחסים הטיפוליים. למשל, נמצא כי יש שהבחירה לעסוק בלימוד תורה על פני שירות צבאי או פרנסה מעוררת במטפל התנגדות ואף כעס (Schnall, 2006). כמו כן, המטפל עלול לחוש מתוסכל מכך שהמטופל מחזיק באמונות דתיות אשר, לתפיסתו של המטפל, מזיקות לבריאותו הנפשית של המטופל (Dein, 2004).

על כן, חשוב ביותר שאנשי המקצוע המטפלים במטופלים חרדים ינהגו בהם ובקהילתם בכבוד וברגישות (Rabinowitz, 2000). טאקר ועמיתיו (2007), הציגו קשר ברור בין רגישות תרבותית כפי שזו נתפסה על ידי המטופל לבין היענותו להמלצות המטפל. ידוע שההיענות מושפעת ישירות מהקשר בין המטפל למטופל. ככל שהמטפל רגיש יותר לתרבותו של המטופל החרדי ויוצר עימו קשר קרוב, אמפתי ולא שיפוטי, כך תגבר ההיענות ותוצאות הטיפול יהיו טובות יותר.

גורמים מנבאי הצלחה במפגש הטיפולי עם המטופל החרדי

מעטים הם המחקרים שבחנו את הגורמים מנבאי ההצלחה במפגש הטיפולי בין מטופלים חרדים לבין מטפלים שאינם חרדים. הגורמים שנבדקו היו, בין השאר, ההכרה בשוני הבין-תרבותי, חשיבות הרגישות התרבותית והשינויים המתחוללים בחברה החרדית במידת הפתיחות לטיפול. על אף הניסיון המחקרי המצומצם, נראה כי אפשר להצביע על כמה עקרונות טיפוליים התורמים להצלחת הטיפול. ראשית, נמצא כי שיתוף פעולה עם גורמים בקהילה החרדית מהווה מפתח להצלחה (Freund & Band, 2015; Band-Winterstein & Freund, 2015). בראיונות איכותניים שנערכו לעובדים סוציאליים המטפלים באוכלוסייה החרדית נמצא, כי עמדה טיפולית המכירה בשונות בין הערכים והשואפת לגשר על הפערים באמצעות מודעות רב-תרבותית היא עמדה בעלת חשיבות מכרעת להצלחת הטיפול (Freund & Band-Winterstein, 2013). כמו כן, חשובה היא גם ההבנה שהרגישות התרבותית מתבטאת ונדרשת בכל מפגש טיפולי מחדש (Winterstein & Freund, 2015). הברית הטיפולית הנרקמת בין המטפל למטופל והתלויה במידה רבה במידת הרגישות הדתית והתרבותית של המטפל היא אפוא גורם המנבא את הצלחת הטיפול (Stolovy, Levy, Doron, & Melamed, 2013). לאור זאת, מודגש הצורך בהכשרה רב-תרבותית למטפלים בבריאות הנפש. גורם נוסף שנמצא כתורם להצלחת הטיפול הוא יכולת המטפל להבין את מקומה המרכזי של הסמכות הרבנית בעיני המטופל (Gabbay, McCarthy & Fins, 2017). במאמר שעסק במפגש המורכב בין הרפואה המודרנית לבין תפיסות העולם החרדי, הוצע מודל של חקירה עצמית לניתוח נטיות קודמות בנוגע לאוכלוסייה החרדית, עוד לפני המפגש הטיפולי, על מנת שהמטפל יוכל לספק את הטיפול המיטבי עבור מטופליו החרדיים (שם).

ילדים ונוער בסיכון בחברה החרדית

נוסף על האתגרים שתוארו לעיל בהתייחס לפנייה לטיפול פסיכולוגי בחברה החרדית בכלל, ישנן סוגיות האופייניות לטיפול בילדים ובנוער בפרט. אלה נוגעות לחשש מפגיעה ב"טהרתו" של הילד בשל חשיפתו לעולם בעל ערכים, אמונות ומנהגים שונים, שלעיתים סותרים את אלו של החברה החרדית, וכן לחשש מחוסר הבנה תרבותית שתוביל לביקורת שלילית על החברה החרדית. בהתאם לכך, לצד הפנייה לסמכויות רבניות לייעוץ בקשיים משפחתיים ואישיים, התפתחה בחברה החרדית מערכת ענפה של עזרה הדדית בתוך הקהילה.

סוגיה נוספת היא דלות המידע על מצבי סיכון של ילדים בחברה החרדית. מדיווחם של פאס, רותם ובן רבי (2011) עולה, כי אף ששיעורי העוני באוכלוסייה זו גבוהים, שיעור הילדים המטופלים במסגרת השירותים החברתיים אינו גבוה כפי שניתן היה לשער. זאת ועוד, ביישובים חרדיים מספר הדיווחים לפקדי הסעד ולמשטרה על פגיעה והתעללות בילדים נמוך באופן משמעותי לעומת מספר הדיווחים ביישובים עם אוכלוסייה יהודית כללית (שם). קדמן (2010) סבור כי המספרים אינם משקפים נאמנה את המצב וכי במגזר החרדי יש בעיה של תת-דיווח וניסיון למצוא את הפתרונות בתוך הקהילה מבלי לפנות לגורמים מחוץ לקהילה.

חשיבות בית הספר והצוות החינוכי בחברה החרדית

לאור האתגרים בפנייה לטיפול רגשי בחברה החרדית שתוארו בסקירה זו, מתגבשת ההבנה כי קיים פער בין הצרכים הפסיכולוגיים של ילדים ונערים בני החברה החרדית, שגדלים בסביבה רבת קשיים מן הבחינה האישית והמשפחתית, לבין המענה המקצועי הזמין עבורם. נראה כי במקביל לתהליכי ההגברה בפתיחות, שמתרחשים כל העת, ונוסף על ההבנה כי טיפול רגיש-תרבותית הוא הכרחי וחסר תחליף, עולה הצורך למצוא מענה יעיל ואיכותי לילדים אלה, גם בתוך הקהילה החרדית.

מניתוח סוציולוגי-אנתרופולוגי של הקהילות החרדיות עולה, כי מקומו של בית הספר בחיי התלמיד החרדי הוא מרכזי ביותר. בית הספר אינו מוסד לימודי גרידא, אלא מוסד השתייכות (חקק, 2005). חקק מסביר שהקהילה החרדית עיצבה לילדיה ולצעיריה מסלול חיים נורמטיבי ולגיטימי אחד ויחיד,

מסלול "חברת הלומדים" של תורה ולימודי קודש, ומי שאינו מצליח להשתלב במסלול זה מוצא עצמו מחוץ למעגל הנורמטיבי של בני גילו. תפיסה זו מעצימה עוד יותר את מקומו של בית הספר בחיי התלמיד החרדי (חקק, 2005). אין ספק כי מסגרת בית הספר היא המסגרת החוץ-ביתית המרכזית שהילד החרדי לוקח בה חלק. למסגרת זו מגיעים ילדים עם כל מיני קשיים, ובתוכה הם פוגשים יום-יום צוותים חינוכיים וקושרים עימם קשרים משמעותיים. מתוך תפיסה זו, התגבשה בשדה המחקר הקליני הבין-לאומי ההבנה, שיש לראות בבית הספר ובצוותים החינוכיים שלו גורמים שיכולים לזהות את צורכי הילדים ולספק להם מענה ראשוני מיטיב וחיוני. לפי גישה זו, אנשי הצוות החינוכי הם "סוכני טיפול" המעודדים ומחזקים את החוסן הנפשי של הילדים. על כן, יש צורך ביצירת קשר בין התחום הטיפולי-קליני לבין התחום החינוכי, על ידי הכשרה מעמיקה ומקצועית למורים. התפיסה של המורה כאיש מקצוע קדם-טיפולי, עולה בקנה אחד עם גישות הוליסטיות הרואות במורה איש מקצוע הקשוב לצורכי הילדים על כל סוגיהם (English, 2010).

מחקרים מראים כי בית הספר הוא מסגרת אידאלית לעריכת תוכניות התערבות טיפולית, וזאת מכמה סיבות. ראשית, בית הספר שייך לקהילה, מאופיין בתרבות של הקהילה וממלא תפקיד מכריע בחיי היום יום של התלמידים. בשל כך בית הספר משמש מקום מוכר ובטוח בשגרה, ועל אחת כמה וכמה בעיתות משבר ומצוקה (Wolmer, Hamiel, Barchas, Slone & Laor, 2011). שנית, מתן מענה טיפולי בתוך המסגרת הנורמטיבית של בית הספר מקטין את החשש מהכתמת שמו הטוב של המטופל, ובשל כך אחוזי הנשירה מהטיפול נמוכים יותר ושיעורי ההצלחה גבוהים יותר (Slone, Meir & Tarrasch, 2013). נוסף על כך, המורים הם דמויות מוכרות ומרגיעות עבור הילדים, ואם יקבלו את הכלים המתאימים, הם עשויים להשיג תוצאות טיפוליות טובות יותר מאשר אנשי מקצוע מן התחום הטיפולי, הזרים לקהילה ולילדים. לבסוף, מענה זה הוא מוצלח במיוחד בקרב קהילות שיש בהן מחסור במשאבים, שכן מדובר בפתרון יעיל, איכותי ורחב היקף לכלל תלמידי בית הספר.

אין בכך כדי לטעון כי המורה יכול להחליף את הפסיכולוג באבחון או בטיפול בסימפטומים נפשיים חמורים, אלא מדובר בתפיסה המציעה להרחיב את

נקודת הייחוס של תפקיד המורה, כך שיכלול גם מתן תשומת לב לקשיים נפשיים ויכולת להגיש להם "עזרה ראשונה" רגשית. ואכן מחקרים מצאו כי מורים מתורגלים בזיהוי מצוקות של תלמידיהם ועושים זאת בצורה טובה מאוד (Brown et al., 2006; Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000). ממצא זה מחזק את חשיבות הצורך בעירוב המורים כסוכנים פעילים בהתערבות בעיתות משבר או קושי נפשי (Hatton et al., 2017).

שינוי תפיסתי זה בתפקיד המורה ובית הספר מקבל משנה תוקף בהתייחס לחברה החרדית, בשל הצורך במענה מותאם לקהילה ובשל העדיפות למענה בתוך מסגרות הקהילה. אולם, אין די באימוץ הגישה כעיקרון מנחה, ונדרשת הכשרה מעמיקה למורים על מנת שיוכלו לתת מענה הולם לתלמידיהם. השילוב בין הידע התאורטי משדה המחקר הקליני הבין-לאומי לבין ההיכרות המעמיקה עם החברה החרדית בישראל הוביל לגיבוש **התפיסה החינוכית הפסיכו-חברתית** (מור, 2006; מור ולוריא, 2012). גישה זו נוגעת לעבודה עם נוער בסיכון בכלל, והותאמה לעבודה עם אוכלוסיית הילדים בחברה החרדית. הגישה החינוכית הפסיכו-חברתית מבוססת על התפיסה שלפיה המורה והצוות החינוכי עוסקים בתחומים רחבים הרבה יותר מהלימוד הדידקטי גרידא. תפיסה זו מחברת בין היכרות עמוקה של מערכת החינוך לבין צורכי הילדים והמענה הטיפולי הנדרש, והיא מתבססת על הממשק שבין פסיכותרפיה לחינוך. על פי גישה זו, מורה שיעבור תהליך הכשרה מתאים יוכל לספק מענה רגשי ראשוני וקריטי לילדים המצויים במצוקה בבתי הספר. בכך יינתן פתרון ראשוני רחב, איכותי ויעיל, שיאפשר להכיל קשיים של ילדים במסגרת בית הספר ובמידת הצורך להפנות לטיפול מקצועי מחוץ לבית הספר.

ההכשרה שהמורה עובר על פי תפיסה זו מתמקדת בפיתוח יכולות של התבוננות פנימית ושל זיהוי ופרשנות של תהליכים מנטליים, מתוך ההבנה, שעל מנת שהמורה יהיה פנוי להכיל ולטפל במצוקות התלמידים, עליו להיות מודע לעולמו הפנימי ופנוי רגשית לכך (מור, 2006). הכשרה זו מושתתת על שלושה תהליכים: 1. התבוננות פנימה (introspection), כלומר, היכולת לבחון את העולם הפנימי (Vermeresch, 1999); 2. זיהוי תהליכים מנטליים (mentalization), כלומר, פיתוח מבנה תודעתי התורם ליכולתו של המורה לווסת רגשות ותגובות

(Funagy & Target, 2002; 2005); 3. מסוגלות עצמית (self-efficacy), כלומר, תפיסת האדם את יכולתו להשפיע באמצעות בחירותיו על מעשיו ועל חייו (Bandura, 1998). עבודה על שלושת המוקדים האלה מאפשרת למורה להכיר בתפיסותיו, בעמדותיו הפנימיות ובצרכיו האישיים, ולעבד אותם במסגרת מתאימה, שתאפשר לו להתפנות להכלת הילד. כך, בשילוב עם מתן כלים חינוכיים וטיפוליים מקצועיים, יוכל המורה לזהות קושי או מצוקה, להכיל אותם ולסייע לתלמיד, ובכך לחזק את חוסנו הנפשי של התלמיד. כמו כן, המורה יצויד בכלים שיסייעו לו להבחין מתי חומרת המצוקה דורשת הפניה לגורם מקצועי חיצוני. גישה זו, שפותחה במקור עבור ילדים בסיכון בכלל, עברה, כאמור, התאמה ייחודית לעבודה עם ילדים ונוער בחברה החרדית, מתוך הבנה כי דווקא בחברה זו, אולי יותר מבכל מגזר אחר בישראל, נדרש מענה איכותי ויעיל בתוך הקהילה. התפיסה החינוכית הפסיכו-חברתית עשויה לספק מענה הולם לקשיי הילדים ובני הנוער בחברה החרדית, וישומה במערכת החינוך החרדית עשוי לשפר לאין ערוך את הטיפול הנפשי בקהילה זו.

מקורות

אלאור, ת' ונריה, ע' (2003). המשוטט החרדי: צריכת זמן ומרחב בקרב האוכלוסייה החרדית בירושלים. בתוך ע' סיון וק' קפלן (עורכים), **חרדים ישראלים: השתלבות בלא טמיעה?** (עמ' 171-195). תל אביב: מכון וון-ליר.

אלמוג, ע' וחנני, ה' (2008). זיהוי, גבולות וממדי האוכלוסייה החרדית. בתוך: **אנשים ישראל – המדריך לחברה הישראלית**. חיפה: מוסד שמואל נאמן למחקר מדיניות לאומית.

גורביץ, נ' וכהן-קסטרו, א' (2004). **החרדים: תפוסת גאוגרפית ומאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים של האוכלוסייה החרדית בישראל 1996-2001**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

גל, ר' (2015). **החרדים בחברה הישראלית: תמונת מצב, 2014**. חיפה: מוסד שמואל נאמן למחקר.

הורביץ, נ' (2016). **החברה החרדית-תמונת מצב**. ירושלים: המכון החרדי למחקרי מדיניות.

זיכרמן, ח' וכהנר, ל' (2012). **חרדיות מודרנית, מעמד הביניים בישראל**. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.

חקק, י' (2005). **רוחניות מול גשמיות בישיבות הליטאיות**. ירושלים: מכון פלורסהיימר למחקרי מדיניות.

- יונה, יי וגודמן, יי (2004). מבוא: דתיות וחילוניות בישראל- אפשרויות מבט אחרות. בתוך יי יונה ויי גודמן (עורכים), "מערבולת הזהויות": **דיון ביקורתי בדתיות ובחילוניות בישראל** (עמ' 381-387). תל אביב: הקיבוץ המאוחד וון-ליר.
- כהנר, לי ומלאך, גי (2019). **שנתון החברה החרדית בישראל 2019**. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- כהנר, לי, מלאך, גי וחושן, מי (2017). **שנתון החברה החרדית בישראל 2017**. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- מור, פי (2006). **לראות את הילדים**. ירושלים: מוסד ביאליק.
- מור, פי ולוריא, אי (2012). ללמוד וללמד: בין ידע אוניברסלי לערכי הקהילה החרדית – בשירות צמיחתם של תלמידים הפגיעים לסיכון. **עט השדה**, 9, 47-62.
- סקאלר, מי (2002). התערותם התרבותית של היהודים, והזהות היהודית אמריקנית, בתוך: **גרטר וסרנה קובץ מאמרים** (עמ' 379-393). ירושלים: מרכז זלמן שזר לתולדות ישראל.
- פאס, ה', רותם, רי ובן-רבי ד' (2011). **ילדים ובני נוער חרדים: סוגיות במערכת השירותים בתחומי הרווחה והבריאות**. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- פינקלמן, יי (2013). פוטבול וציציות: חרדיות בין ישראל לארה"ב, **דעות**, 62. <https://tinyurl.com/y4fc8tu6>
- קדמן, יי (2010). במותה ציוותה לילדים רבים את החיים: חובת הדיווח על עבירות בילדים – רקע, סקירה ומהות. **משפחה במשפט**, ג-ד, 337-346.
- קפלן, קי (2007). **בסוד השיח החרדי**. ירושלים: זלמן שז"ר.
- רגב, אי וגורדון, גי (2019). **מאפייני שוק הדיור ופריסתה הגאוגרפית של האוכלוסייה החרדית בישראל**. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- שטרוד, ני, שרשבסקי, יי, בידני-אורבך, אי ולכמן, מי (2007). **סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי**. ירושלים: מכון ברוקדייל.
- שלהב, יי (1991). **עיירה בכרך, גאוגרפיה של התבדלות והשלמה**. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- Band-Winterstein, T., & Freund, A. (2013). Is it enough to 'speak Haredi'? Cultural sensitivity in social workers encountering Jewish Ultra-Orthodox clients in Israel. *The British Journal of Social Work*, 45, 968-987.
- Bilu, Y., & Witztum, E. (1993). Working with Jewish ultra-orthodox patients: Guidelines for a culturally sensitive therapy. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17(2), 197-233.

- Brown, J. D., Wissow, L. S., Gadomski, A., Zachary, C., Bartlett, E., & Horn, I. (2006). Parent and teacher mental health ratings of children using primary care services: Interrater agreement and implications for mental health screening. *Ambulatory Pediatrics, 6*, 347–351.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2009). *Psychological first aid for schools: Field operations guide, 2nd Edition*. Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network.
- Dein, S. (2004). Working with patients with religious beliefs. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*(4), 287-294.
- English, A. (2010). Transformation and education: The voice of the learner in Peter's concept of teaching. *Journal of Philosophy of Education, 54*, 75-95.
- Fass, H., & Lazar, R. (2011). Social work and the Haredi community in Israel: From rejection to acceptance as reflected in the narrative of a Haredi social worker, *Reflections, 17*(4), 32–8.
- Fontes, L. A., & Plummer, C. (2010). Cultural issues in disclosures of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 19*, 491-518.
- Freund, A., & Band-Winterstein, T. (2013). Between tradition and modernity: Social work-related change processes in the Jewish ultra-orthodox society in Israel. *International Journal of Intercultural Relations, 37*(4), 422-433.
- Gabbay, E., McCarthy, M. W., & Fins, J. J. (2017). The care of the ultra-orthodox Jewish patient. *Journal of Religion and Health, 56*, 545-560.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 177*, 534–539.
- Greenberg, D., & Witztum, E. (1991). Problems in the treatment of religious patients. *American Journal of Psychotherapy, 45*(4), 554-565.
- Greenberg, D., & Witztum, E. (2001). Treatment of strictly religious patients. *Current Treatments of Obsessive-Compulsive Disorder, 1*, 173-191.

- Hatton, V., Heath, M. A., Gibb, G.S., Coyne, S., Hudnall, G., & Bledsoe, C. (2017). Secondary teachers' perceptions of their role in suicide prevention and intervention. *School Mental Health, 9*, 97-116.
- Hess, E. (2014). The centrality of guilt: Working with ultra-orthodox Jewish patients in Israel. *The American Journal of Psychoanalysis, 74*(3), 262-279.
- Kaplan, K. (2003). Research on Haredi society in Israel: Traits, achievements, and challenges. *Israeli Haredim: Integration Without Assimilation*, 224-255.
- Latzer, Y., Orna, T., & Gefen, S. (2007). Level of religiosity and disordered eating psychopathology among modern-orthodox Jewish adolescent girls in Israel. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 19*, 511-522.
- Latzer, Y., Stein, D., & Witztum, E. (2019). Treating ultra-orthodox adolescents with eating disorders in Israel: Culturally sensitive interventions, difficulties, and dilemmas. *Journal of Clinical Psychology, 75*, 1455-1468.
- Littlewood, R., & Cross, S. (1980). Ethnic minorities and psychiatric services. *Sociology of Health & Illness, 2*, 194-201.
- Livio, O., & Tenenboim Weinblatt, K. (2007). Discursive legitimation of a Controversial technology: Ultra-Orthodox Jewish women in Israel and the Internet. *The Communication Review, 10*(1), 29-56.
- Paradis, C., Cukor, D., & Friedman, S. (2006). Cognitive behavioral therapy with Orthodox Jews. In P. A. Hays & G. Y. Iwamasa (Eds.), *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision* (pp. 161-175). Washington DC: American Psychological Association.
- Popovsky, R. M. A. (2010). Special issues in the care of Ultra-Orthodox Jewish psychiatric in-patients. *Transcultural Psychiatry, 47*, 647-672.
- Rabinowitz, A. (2000). Psychotherapy with Orthodox Jews. In P. S. Richards & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and religious diversity* (pp. 237-258). Washington DC: American Psychological Association.
- Rosen, D. D., Greenberg, D., Schmeidler, J., & Shefler, G. (2008). Stigma of mental illness, religious change, and explanatory models of mental illness among Jewish patients at a mental-health clinic in

- North Jerusalem. *Mental Health, Religion and Culture*, 11, 193-209.
- Schnall, E. (2006). Multicultural counseling and the Orthodox Jew. *Journal of Counseling & Development*, 84, 276-282.
- Slone, M., Meir, Y., & Tarrasch, R. (2013). Individual differences in referral for help for severe emotional difficulties in adolescence. *Children and Youth Services Review*, 35, 1854-1861.
- Sobel, Z., & Beit-Hallahmi, B. (1991). *Tradition, Innovation, Conflict: Judaism and Jewishness in Contemporary Israel*. New York: Suny.
- Stolovy, T., Levy, Y. M., Doron, A., & Melamed, Y. (2013). Culturally sensitive mental health care: A study of contemporary psychiatric treatment for ultra-orthodox Jews in Israel. *International Journal of Social Psychiatry*, 59, 819-823.
- Vermersch, P. (1999). Introspection as practice. *Journal of Consciousness Studies*, 6, 17-42.
- Wolmer, L., Hamiel, D., Barchas, J. D., Slone, M., & Laor, N. (2011). Teacher-based resilience-focused intervention in schools with traumatized children following the Second Lebanon War. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 309-316.