



משרד הבריאות
שירותי בריאות הנפש



מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
המרכז לחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות

סטיגמה: עמדות, התנסויות ודרכי התמודדות של אנשים המטופלים במרפאות לבריאות הנפש

נעמי שטרך • יחיאל שרשבסקי • אלונה בידני-אורבך
מקס לכמן • טלי זהבי • נגה שגיב

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות
ומדיניות הבריאות

דמ-492-07



משרד הבריאות
שירותי בריאות הנפש



מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
המרכז לחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות

סטיגמה: עמדות, התנסויות ודרכי התמודדות של אנשים המטופלים במרפאות לבריאות הנפש

נעמי שטרך¹ יחיאל שרשבסקי² אלונה בידני-אורבך²
מקס לכמן² טלי זהבי¹ נגה שגיב¹

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

¹ מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
² שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
ת"ד 3886
ירושלים 91037

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

כתובת באינטרנט : www.jdc.org.il/brookdale



פרסומים נוספים של מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בנושא זה

שטרך, נ' ; שרשבסקי, י' ; בידני-אורבך, א' ; לכמן, מ' ; זהבי, ט' ; שגיב, נ'. סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל : סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי. דמ-07-478

שטרך, נ' ; שרשבסקי, י' ; בידני-אורבך, א' ; לכמן, מ' ; שגיב, נ' ; זהבי, ט'. סטיגמה בתחום בריאות הנפש : עמדות, התנסויות והתמודדויות של הורים לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. דמ-07-468

להזמנת הפרסומים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 91037,
טל' : 02-6557400, פקס : 02-5612391, דואר אלקטרוני : brook@jdc.org.il.

צוות המחקר

ד"ר נעמי שטרוד, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
מר יחיאל שרשבסקי, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים
גב' אלונה בידני-אורבך, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים
ד"ר מקס לכמן, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים
גב' נגה שגיב, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
גב' טלי זהבי, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

יועצים

ד"ר יצחק לבב, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים
גב' דניז נאון, ראש תחום מחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

ועדת היגוי

פרופ' עליאן אלקרינאווי, בית-ספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון
גב' שולה אלפרוביץ, "בנפשנו"
ד"ר נורית גוטמן, החוג לתקשורת, אוניברסיטת תל אביב
ד"ר נעמי הדס-לידור, יו"ר המועצה הלאומית לשיקום בבריאות הנפש
גב' יעל הרמל, מנהלת השירות לפרט, משרד הרווחה
פרופ' שמואל טיאנו, יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הנפש לשעבר
גב' דניז נאון, ראש תחום מחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
ד"ר בלהה נוי, מנהלת שפ"י, משרד החינוך
ד"ר יוליה מירסקי, בית-ספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון
גב' עירית פלדמן, מנהלת נכות כללית, המוסד לביטוח לאומי
מר ישראל סייקס, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
ד"ר ברוך רוזן, מנהל מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
הרב שלמה שטרן, בני ברק
פרופ' אלי שמיר, יו"ר "עוצמה-הפורום הארצי למשפחות נפגעי נפש"

תמצית מחקר

1. רקע ומבוא

אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית סובלים מסטיגמה. תפקודים שונים, בהם תפקוד פיזי, פסיכולוגי, קוגניטיבי, רגשי, או חברתי, יכולים להיפגע על-ידי המחלה. אולם, הנזק אינו מוגבל למצוקה ולסימפטומים פנימיים. אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית מתמודדים, מצד אחד, עם סימפטומים ומוגבלויות שנובעים מהמחלה, ומצד אחר - עם סטראוטיפים ודעות קדומות הנובעים מתפיסות מוטעות בנוגע למחלות נפש¹. כך נמנעת מהם האפשרות ליהנות ממרכיבים שונים של איכות חיים, כמו עבודות מתאימות, טיפול מתאים, טיפול רפואי הולם והיכולת להתחבר לקבוצות מגוונות של אנשים.

אחד המישורים שבהם ניכרת השפעתה של הסטיגמה הוא פנייה לקבלת טיפול נפשי. בגלל הסטיגמה הנוגעת לאנשים המתמודדים עם בעיה נפשית, אחוז לא מבוטל בקרב מי שזקוקים לעזרה נפשית (בין אם אובחנו כחולים ובין אם לאו) יבחרו שלא לפנות לקבל עזרה זו. הסטיגמה תורמת להימנעות מפנייה ומקבלת טיפול. הימנעות זו מפנייה לטיפול עלולה להוביל להחמרה מיותרת במצבו של האדם, ובהמשך, אף לצורך בטיפול "כבד" יותר, שאולי היה נחסך לו הבעיה הייתה מטופלת בשלב מוקדם יותר.

מחקר זה, שהוא יוזמה משותפת של שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות ומאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, הוא אחד משלושה מחקרים הבוחנים את נושא הסטיגמה בבריאות הנפש בישראל, כדי לזהות כיווני התערבות אפשריים. הוא מתמקד בתפיסותיהם ובהתנסויותיהם של אנשים המטופלים במרפאות ציבוריות לבריאות הנפש, ובכלל זה אנשים שהוגדרו כמי שחלו במחלה פסיכיאטרית, וכן אנשים שלא הוגדרו כסובלים ממחלה כזו. המחקר השני בסדרה מתמקד באוכלוסייה הכללית וביחסה לטיפול נפשי ולאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית; המחקר השלישי מתמקד בסטיגמה שחווים הוריהם של אנשים שמתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית.

2. מטרת ושיטת מחקר

מטרת המחקר היא לבחון את נושא הסטיגמה, תוך התמקדות בסטיגמה הנחווית הן על-ידי מטופלים הפונים למרפאה בשל מחלה פסיכיאטרית ו/או בשל נסיבות אחרות, והן על-ידי מטופלים שאושפזו בבית-חולים פסיכיאטרי, ועתה הם באים למרפאה לצורך טיפול ו/או מעקב. כל זאת, כדי להתוות כיוונים לדרכי התערבות אפשריות בהמשך.

המחקר מתבסס על מטופלים משלוש תחנות לבריאות הנפש במחוז ירושלים. במחקר השתתפו 167 מרואיינים, מתוכם 109 אושפזו על רקע פסיכיאטרי במהלך חייהם. טווח הגילים של המרואיינים היה 18-70. כשני-שלישים מהמרואיינים היו גברים. ראיונות פנים-אל-פנים (30-45 דקות) נערכו במרפאות.

¹ לנוחות הקריאה השתמשנו בלשון זכר, אך כוונת הכתוב הן לנשים והן לגברים. כמו כן, בדיקות מוקדמות העלו ששימוש במונחים תקינים פוליטית בשאלונים היה מעוות את המחקר ותוצאותיו. לכן, בשאלונים השתמשנו לעתים במונחים "מחלת נפש" ו"חולה נפש", מכיוון שאלו המונחים השגורים בפי הציבור. לאורך הדוח אנו משתמשים במונחים "מחלה פסיכיאטרית" ו"אדם שחלה במחלה פסיכיאטרית". עם זאת, בדוח נשתמש גם במונחים "חולה נפש" ו"מחלת נפש", כאשר כוונתנו להבהיר שהמשיבים השתמשו במונחים אלה.

התמקדנו בשלושה רכיבים הקשורים בסטיגמה בחווייתם של המטופלים: 1. חשש מדחייה; 2. חוויית הדחייה; 3. ניסיונות ההתמודדות עם הסטיגמה. בין אם מדובר במטופלים שלא אובחנו כחולים ובין אם מדובר באנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, שלושת רכיבים אלה מגבילים את מקורות הטיפול ומרפאים את ידיהם של מי שמחפשים עזרה. תנאים אלה תורמים לבידוד החברתי, יוצרים פחד מחשיפה ומדחייה על-ידי החברה ועלולים לפגוע הן במצבו הקליני של האדם והן בניסיונות השתקמותו.

3. ממצאים

בראשית פרק הממצאים מפורטים מאפייני השימוש בשירותי בריאות הנפש ובשירותים אחרים.

חשש מדחייה

בתהליך הסוציאליזציה אנשים מפנימים את יחס החברה לקבוצות שונות, ובכלל זה תפיסות שליליות ודחייה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. לפיכך, כאשר הם פונים לטיפול, הם עלולים לתייג את עצמם ולייחס לעצמם תפיסות אלה. כך הם עשויים להפחית מערכם העצמי או לחשוש פן יידחו על-ידי האחרים. תגובות אלו עשויות להשפיע הן על תפקודם הפסיכולוגי והן על תפקודם החברתי. במחקר נמצא כי רוב המרואיינים (הן מי שאושפזו והן מי שלא) לא חששו להידחות בסביבתם הקרובה; כלומר, על ידי רופא המשפחה, על ידי חברים ועל ידי המשפחה. עם זאת, מספר לא מבוטל של מרואיינים חששו מדחייה – כ-45% חששו שחברים לא ירצו להיות אתם, וכמחצית חששו שאחרים יחשבו שאינם טובים בעבודה. למעלה משליש פחדו מדחייה על-ידי המשפחה.

התנסות בדחייה ובסטיגמה

כשאדם מתויג באופן שלילי, לא זו בלבד שהוא חושב שהוא יידחה וחושש מכך, אלא הוא אכן חווה את הדחייה הלכה למעשה. לא רק על-ידי זרים אלא גם על-ידי חברים, על-ידי בני משפחה ואפילו על-ידי מטפלים במערכת בריאות הנפש. התנסות בדחייה חברתית עלולה להוביל במשך הזמן להערכה עצמית נמוכה. מבחינת הדחייה בפועל בסביבה הקרובה, מצאנו ש-23% חשו שרופא המשפחה מייחס את בעיותיהם הגופניות לבעייתם הנפשית, 35% מהמשיבים חוו דחייה מצד המשפחה וכ-40% דיווחו על דחייה מצד חבריהם. שלושים ותשעה אחוזים מהמשיבים הרגישו שנחשבו לא כל כך טובים בעבודה.

במחקר שאלנו מרואיינים שאושפזו בעבר גם על היחס כלפיהם במקומות שונים (בשיקום בבריאות הנפש, במוסד לביטוח לאומי, בלשכת הרווחה, בעירייה, במשטרה, בסופרמרקט ובבנק). לפחות מחצית המרואיינים חשו שהיחס כלפיהם דומה ליחס כלפי אחרים. מבין אלו שחשו ביחס מפלה הרי שחלק דיווחו על אפליה לטובה ואחרים על אפליה לרעה. עשרים ושמונה אחוזים מאלו שאושפזו בעבר דיווחו שסירבו להשכיר להם דירה או חדר על רקע האשפוז.

מה קורה כשהסביבה יודעת על הטיפול הנפשי או על האשפוז? מצאנו ש-40% מהמרואיינים שאושפזו בעבר ו-35% ממי שלא אושפזו בעבר לא חשו שהיחס כלפיהם רגיל, כשנודע לאנשים על הטיפול. המסגרת הטיפולית עצמה עלולה להוביל לסטיגמה. סברנו שממדי הסטיגמה יהיו גדולים יותר בעקבות אשפוז מאשר בעקבות טיפול שאינו אשפוז. אך בפועל מצאנו שמי שאושפזו חוו יחס דומה כלפיהם כשנודע

לסביבה שהם בטיפול, וכשנודע לסביבה שהיו באשפוז. מדיווחי המרואיינים שלא אושפזו הצטיירה תמונה דומה על יחס מפלה (לא כאל אדם רגיל - 35%). ייתכן שיש כאן עדות לעוצמת הסטיגמה הקשורה בטיפול נפשי ולא רק באשפוז.

מתשובות המרואיינים על שאלות כלליות לגבי אנשים המתמודדים עם מחלת נפש הסתמן חשש מדחייה במגוון נושאים: שכנות (60%-ו-67% ממי שאושפזו ושלא אושפזו בהתאמה הביעו חשש כזה), עבודה משותפת (53%-ו-61%), העסקה (71%-ו-77%), קבלתו של האדם כממונה בעבודה (69%-ו-73%), הסעת ילדים לבית-הספר על-ידי אדם שחולה במחלת נפש (75%-ו-81% ממי שאושפזו וממי שלא אושפזו, בהתאמה) ונישואין לאדם החולה במחלת נפש (76%). כלומר, שיעור משמעותי, הן בקרב מי שאושפזו והן בקרב מי שלא, חוששים שהמתמודדים עם מחלת נפש יידחו על ידי החברה. רמת החשש מדחייה כלפי המתמודדים דומה בקרב אנשים שאושפזו בעבר ובקרב אנשים שלא אושפזו בעבר.

דרכי התמודדות

הן החשש מדחייה והן חוויית הדחייה, הלכה למעשה, מובילים לחיפוש דרכי התמודדות. אנו נתמקד בארבע: הסתרה, חינוך, הימנעות ו"גאווה יחידה"/"ייחודיות חיובית". לכאורה, דרכי ההתמודדות השונות עשויות להיות אפקטיביות, אלא שכל אחת מהן עלולה לגבות מחיר יקר. יש תוצאות שליליות שיכולות לנבוע מאסטרטגיות ההתמודדות שאותן נוקטים המתמודדים מחשש לתגובות השליליות.

הסתרה. כשני-שלישים מהמרואיינים חשבו שכדי להתקבל לעבודה יש להסתיר את עובדת הטיפול הנפשי. כמו-כן, למעלה ממחצית המרואיינים נטו גם להסתיר את העובדה שהם נמצאים בטיפול. עם זאת, למעלה משליש לא ביקשו ממשפחתם להסתיר את עובדת האשפוז/טיפול, ולמעלה ממחצית המשיבים לא חשבו שעליהם להסתיר את עניין האשפוז/טיפול כדי להגן על בני משפחותיהם. לא נמצא הבדל בין מטופלים שאושפזו לבין מטופלים שלא, למעט בנוגע לצורך להסתיר את הטיפול הנפשי, כדי להתקבל לעבודה: שיעור הסוברים שצריך להסתיר גבוה יותר בקרב המטופלים שלא אושפזו. ייתכן שהדבר קשור להבדל בין הימצאות במסגרות נורמטיביות לבין מסגרות מוגנות.

חינוך. נראה כי רוב המטופלים נוקטים דרך התמודדות זו: למעלה ממחצית המטופלים ציינו כי הם מסבירים לעתים מהו אשפוז או טיפול נפשי; כמחצית המשיבים ציינו שהיו מוכנים להשתתף בפעילות שבה יסבירו לציבור על טיפול נפשי.

הימנעות. לרוב המרואיינים קל יותר לדבר על בעיותיהם עם מי שהיו בטיפול נפשי או שנמצאים בטיפול נפשי, אך הם מעדיפים לא לבלות עם חברים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול.

"גאווה יחידה"/"ייחודיות חיובית (Positive Distinctiveness). כשני-שלישים מהמרואיינים הם בעלי תחושת גאווה כזו. הם סוברים שמי שאושפזו או שנמצאים בטיפול רגישים ואכפתיים יותר, תחושותיהם עזות יותר והם מבינים יותר את בעיותיהם ואת סבלם של אחרים. אולי זו הסיבה לכך שלרוב המרואיינים היה קל יותר לדבר על בעיותיהם עם אנשים שנמצאים בטיפול או שהיו בטיפול בעבר.

כיוון התמודדות נוסף הוא שבמקום להפנים את הסטיגמה, הפרט מתקומם נגדה, בונה תפיסה עצמית חיובית וכועס על התיוג ועל המתיוגים. כשני-שלישים ציינו שהם כועסים כאשר אנשים אומרים דברים מעליבים על אנשים שבטיפול, וכאשר אחרים מתנהגים כלפיהם באופן שונה משום שהיו באשפוז או משום שהם בטיפול.

רשת תמיכה חברתית

שיעור ניכר מהמרואיינים חשו שהאנשים הקרובים להם עוזרים להם רגשית (78% ממטופלים שאושפזו בעבר ו-60% מהמטופלים שלא אושפזו). עם זאת, אין להתעלם מכך ש-21% ממי שאושפזו ו-39% ממי שלא אושפזו דיווחו שהקרובים להם אינם עוזרים להם מבחינה רגשית; כלומר, הדיווח על אי-תמיכה רגשית היה שכיח יותר בקרב מטופלים שלא אושפזו בעבר. כאמור, כ-45% מהמרואיינים חששו להידחות בידי החברים, וכ-41% אכן חוו דחייה כזו. כמחצית המרואיינים חשו חוסר הבנה מצד האחרים. על רקע ממצאים אלו, הממצא שלפיו כמעט מחצית המשיבים שאושפזו בעבר מתקשים ליצור קשר עם חברים חדשים נעשה משמעותי עוד יותר. יש, אם כן, בעייתיות בפועל, ואו חששות, הן בקשרים קיימים והן ביצירת קשרים חדשים.

אטיולוגיה נתפסת

המרואיינים נשאלו מה גורם לדעתם ל"מחלות נפש". הגורמים העיקריים שהוזכרו בתשובותיהם הם אירוע טראומטי, בעיה גנטית או בעיה כימית-אורגנית במוח, משברים במשפחה ומחוצה לה ובעיות בילדות.

העדפות למיקום הטיפול

תחום נוסף שבו עולה סוגיית ההשתלבות בחברה ה"נורמלית" הוא המרפאות שבהן ניתן הטיפול. כפי שכבר צוין, כל המשיבים היו בטיפול אמבולטורי בתחנות הממשלתיות לבריאות הנפש, שהן מרפאות ייחודיות לבריאות הנפש. המטופלים נשאלו האם זו העדפתם או שהיו מעדיפים טיפול במרפאה מקצועית כללית שבה יש הן מטופלים מתחום בריאות הנפש והן רופאים בתחומים אחרים. מצאנו שכ-24% ו-21% מהמשיבים שאושפזו או לא אושפזו בהתאמה אינם מביעים העדפה כלשהי. בקרב אלו שציינו העדפה נמצא כי הן מי שאושפזו והן מי שלא אושפזו העדיפו מרפאה שמטופלים בה אנשים עם בעיות נפשיות בלבד (54% מאלה שאושפזו בעבר ו-62% מאלה שלא אושפזו), על פני מרפאה כללית (46% מאלה שאושפזו בעבר ו-38% מאלה שלא אושפזו). משיבים שהעדיפו מרפאה לבריאות הנפש נימקו את בחירתם בטיפול טוב יותר ובשמירה על סודיות ופרטיות. מי שהעדיפו דווקא מרפאה משולבת נימקו זאת באפשרות להיעזר ברופאים אחרים, בהימצאות בסביבה בריאה נפשית, אך גם בהסתרה. ההסתרה והסודיות ממלאות תפקיד מרכזי בשתי ההעדפות גם יחד; מה שאולי מבטא את נוכחות הסטיגמה בנושא הטיפול.

4. כיווני פעולה

הדוח מצביע על מספר כיווני התערבות, תוך הדגשת הצורך להיזהר בהסקת המסקנות, לאור העובדה שהמדגם קטן.

מישור התערבות ראשון הוא התערבות בקרב מטופלים. אנו מציעים לשקול את האפשרות לדון בסטיגמה בתוך מסגרות הטיפול עצמן. כלומר, "לשים את הנושא על השולחן". יש מקום להתערבויות המתמקדות במטופלים עצמם גם ככאלה שאינם "נקיים" מסטיגמה בעצמם. כדאי להדגיש ולחזק את הצדדים החיוביים של ה"מטופלים" כקבוצה. ניתן להציע לעודד הקמת קבוצות תמיכה הדדית. יש לזכור כי המטופלים אינם מעוניינים לבלות עם חברים שהיו באשפוז או בטיפול, אך הם כן מעריכים את יכולתם לספק תמיכה רגשית. לכן, חשוב לנסות לא לזהות קבוצות אלו כמקור לקשרים חברתיים, ל"בילוי", אלא כמקור לתמיכה הדדית במישור הרגשי.

מישור התערבות שני הוא בסוגיית מיקום הטיפול הנפשי. נראה שהמטופלים מעדיפים לקבל טיפול נפשי אמבולטורי במרפאות לבריאות הנפש (לא במרפאות מומחים כלליות). אף שהמגמה אינה חזקה במיוחד, היא מקבילה למגמה קלה, שנמצאה במחקר שערכנו בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הכללית (שטרוד וואחרים, דמ-478-07). אם במסגרת הרפורמה במערכת הבריאות יועבר הטיפול למסגרות של רפואה כללית, ייתכן שצריך יהיה להתמקד ביתר שאת בסוגיית הסטיגמה בקרב המטופלים עצמם וכן באוכלוסייה הכללית. יידרש מסע הסברה להפחתת החששות מפנייה למרפאה כללית לצורך קבלת טיפול נפשי.

תודות

אנו מודים לכל מי שעזרו בהוצאתו של מחקר זה מן הכוח את הפועל במהלך שלביו השונים. תקצר היריעה למנות את כולם, בהם: חברי ועדת ההיגוי שתרמו בהערותיהם והארותיהם, מר שחר יהלום, מר צביאל רופא, פרופ' אלי שמיר וגב' מרים בר ניר, שהצביעו על היבטים שעליהם לא חשבנו. תודה לד"ר יצחק לבב על תרומתו למחקר. אנו מודים גם למר אליאב ברמן שסייע בשלבים הראשונים של המחקר. תודות לד"ר דוד ולד, למר נדב לרון ולד"ר אלי דנילוביץ', מנהלי מרפאות לבריאות הנפש, שהעירו והאירו, ולהם לצוותי המרפאות ולמר שמעון שור שאפשרו לנו לפנות למשיבים. תודתנו נתונה גם למראיינים וכמובן למשיבים שהסכימו להקדיש מזמנם לנושא. אנו מודים במיוחד לגב' דניז נאון, על הארותיה והערותיה לפרויקט בשלבי השונים, החל מהצעת המחקר וכלה בכתבת הדוח. אנו גם מודים לגב' נטלי בכור על הסיוע בכל שלבי הפרויקט. לבסוף, אנו מודים לגב' ענת ברבריאן על העריכה, לגב' נעמי הלסטד על התרגום, לגב' אילנה פרידמן על ההקלדה ולגב' לסלי קליינמן על ההפקה.

תוכן עניינים

1	1. מבוא ורקע
5	2. שיטה
5	2.1 מדגם
6	2.2 מהלך
6	2.3 שאלון
7	2.4 מהימנות סטטיסטית של הנתונים
7	2.5 מאפייני המדגם
10	3. ממצאים
10	3.1 מאפייני שימוש בשירותים
11	3.2 תפיסת המרואיינים לגבי היחס כלפיהם
13	3.3 חשש מדחייה וחוייית הדחייה בפועל
14	3.4 אפליה עקיפה : כלפי המשפחה ואנשים אחרים
17	3.5 דרכי התמודדות עם הסטיגמה
20	3.6 רשת התמיכה החברתית
21	3.7 רגשות הקשורים לסטיגמה
23	3.8 אטיולוגיה נתפסת
23	3.9 העדפות בתחום הטיפול האמבולטורי
25	4. סוגיות אינטגרטיביות
31	5. כיווני פעולה
33	ביבליוגרפיה
36	נספח א : שאלון

רשימת לוחות

- 8 לוח 1 : מאפיינים דמוגרפיים של המשיבים
- 10 לוח 2 : סוג הטיפול
- 10 לוח 3 : מקצועות המטפלים
- 11 לוח 4 : מסגרות טיפול נוספות שבהן נעזרו המרואיינים
- 12 לוח 5 : תפיסת המרואיינים לגבי היחס כלפיהם במוסדות ובמסגרות שונות
- 13 לוח 6 : היחס של אחרים
- 13 לוח 7 : חשש מסטיגמה וההתנסות בפועל
- 15 לוח 8 : היחס למשפחה
- 16 לוח 9 : יחס פוגע כלפי אנשים שהיו באשפוז/בטיפול לפי אושפז/לא אושפז
- 17 לוח 10 : נכונות נתפסת של הציבור לקשרים שונים עם אדם עם "מחלת נפש" לפי אושפז/לא אושפז
- 18 לוח 11 : דרכי התמודדות עם סטיגמה, לפי אושפז/לא אושפז
- 21 לוח 12 : נעזרים בקרובים מבחינת רגשית, לפי אושפז/לא אושפז
- 21 לוח 13 : קשרים חברתיים וזוגיים של אנשים שאושפזו בעבר
- 22 לוח 14 : תחושות ורגשות בנוגע לסטיגמה, לפי אושפז/לא אושפז
- 23 לוח 15 : הגורמים הנתפסים על ידי המשיבים כגורמים למחלת נפש
- 24 לוח 16 : העדפות לטיפול נפשי במרפאה ייחודית לעומת טיפול במרפאה משולבת, לפי אושפז/לא אושפז

1. מבוא ורקע

משחר ההיסטוריה היו מחלות נפש כרוכות בסטיגמה (Dubin and Fink, 1992). הסטיגמה קשורה למאפיין שלילי, אשר מפריד בין מי שנושא תכונה מסוימת (או הנתפס כבעל תכונה זו) לבין אחרים. קוריגן ופן (Corrigan and Penn, 1999) הדגישו את אופייה הסטראוטיפי של הסטיגמה. סטראוטיפ הוא דעה המקשרת קבוצת אנשים (ולא פרט) בעלי תכונה אחת או יותר (Brehm and Kassin, 1996). סטראוטיפים הם "מבני ידע", וככאלה הם לאו דווקא שליליים (כלומר, ניתן גם להגיע להכללת-יתר חיובית). אולם, כפי שמציינים קוריגן ופן (1999), הסטיגמה כרוכה בסטראוטיפים שליליים. אלה קשורים בדעה קדומה, בדחייה ובאפליה. למעשה, יחס זה משקף את הקשר שבין הרכיבים הקוגניטיביים (סטראוטיפיים), הרגשיים (דעה קדומה) וההתנהגותיים (אפליה) של התגובה הקטגוריאלית (Fiske, 1998); רכיבים המוכרים היטב בהקשר של סטיגמה (Link and Phelan, 1999).

סטראוטיפים הם אמצעי להפחתת הנטל הקוגניטיבי שבהתמודדות עם עולם מורכב. הם עוזרים למחזיקים בהם להפחית מידע שנקלט למידה שניתנת לניהול, ועל ידי כך לסייע להבנות עולם חברתי ניתן לחיזוי (Snyder and Miene, 1994).

מלבד זאת, הסטראוטיפים מאפשרים לחברי קבוצה אחת להזדהות עם הקבוצה החברתית והתרבותית שלהם. בתהליך החברות (סוציאליזציה) אנשים רוכשים אמונות וציפיות סטראוטיפיות בנוגע לחברי קבוצות אחרות. סטראוטיפים אלו מקלים את האינטראקציה עם חברי הקבוצות האחרות. המחזיקים בהם אינם נוטים להעלות תהיות וספקות לגבי מהימנותם. כלומר, סטראוטיפים המושרשים ביחסים חברתיים משרתים תפקיד חברתי (Snyder and Miene, 1994). אחת הקבוצות שמהווה יעד לסטיגמה היא אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. מהאמור לעיל, עולה כי יש כוחות בעלי עוצמה תרבותית וחברתית התומכים בסטיגמה המכוונת כלפיהם (Link et al., 1999; Link et al., 2001 [in: Link and Phelan, 2001]; Link and Phelan, 2000).

תפקודים שונים יכולים להיפגע במחלה, בהם תפקוד פיזי, פסיכולוגי, קוגניטיבי, רגשי או חברתי (Wright, Gronfein and Owens, 2000). אולם, הנזק הנגרם ממחלות אלו אינו מוגבל למצוקה ולסימפטומים פנימיים. אדם המאובחן כחולה במחלה פסיכיאטרית צריך, לרוב, להתמודד עם דחייה ועם הימנעות שנובעות מהמשמעויות התרבותיות השליליות המקושרות ל"מחלות נפש" ולאילו המתמודדים אתן (Wright et al., 2000).

לפיכך מחלות פסיכיאטריות מטילות עומס כפול על החולים בהן. כלומר, אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, מצד אחד, מתמודדים עם הסימפטומים והמוגבלויות שנובעים מהמחלה, ומצד אחר, עליהם להתמודד עם הסטראוטיפים והדעות הקדומות הנובעים מהתפיסות המוטעות בנוגע למחלות אלו. כך נמנעת מהם האפשרות ליהנות ממרכיבים שונים של איכות חיים, כמו: עבודות טובות, טיפול רפואי הולם והיכולת להתחבר לקבוצות מגוונות של אנשים (Corrigan and Watson, 2003).

אחד התחומים שבהם ניכרת השפעתה של הסטיגמה הוא פנייה לקבלת טיפול נפשי. בגלל הסטיגמה הנוגעת לאנשים המתמודדים עם בעיה נפשית, אחוז ניכר של אלו שזקוקים לעזרה נפשית (בין אם אובחנו כחולים ובין אם לאו) יבחרו שלא לפנות לקבל עזרה זו (Wills, 1983 [in: Biernat and Dovidio, 2000]). כלומר, חלק מאלו המתמודדים עם סימפטומים נפשיים יימנעו מיצירת מגע עם שירותי בריאות הנפש כדי להימנע מהדחייה ומהאפליה שמהן הם חוששים (Freidl et al., 2003). מדובר הן בתגובה הצפויה של הסובבים, והן ביחסו של האדם לעצמו. אם כן, הסטיגמה תורמת להימנעות מפנייה ומקבלת טיפול (Sirey et al., 2001). הימנעות זו מפנייה לטיפול עלולה להוביל להחמרה מיותרת במצבו של האדם. החמרה שעשויה להיות כרוכה בטיפול "כבד" יותר.

מטרת מחקר זה לבחון את נושא הסטיגמה, תוך הדגשת הסטיגמה הנחווית הן על-ידי מטופלים, הפונים למרפאה בשל מחלה פסיכיאטרית ו/או בשל נסיבות אחרות, והן על ידי מטופלים שהיו מאושפזים בעבר בבית חולים פסיכיאטרי ועתה הם מטופלים במרפאה, לצורך טיפול ו/או מעקב. כל זאת, כדי להתוות כיוונים לדרכי התערבות אפשריות בהמשך כדי לצמצם את הסטיגמה.

בחוייתם של מטופלים יש שלושה רכיבים עיקריים הקשורים לסטיגמה: 1. ציפייה לדחייה/חשש מדחייה; 2. התנסות בדחייה; 3. מאמצים להתמודד עם הסטיגמה (Link et al., 1997).

חשש מדחייה והשלכותיו

על פי מחקרם של לינק ואחרים (Link et al., 1997) אנשים מפתחים בשלב מוקדם בחייהם, במהלך תהליך החברות (סוציאליזציה) תפיסות הנוגעות ל"מחלות נפש". על בסיס תפיסות אלו, הם מניחים שהחברה תדחה אדם שחלה במחלה פסיכיאטרית - כחבר, כעובד, כשכן או כבן זוג, ותתפוס אותו כפחות אמין, פחות אינטליגנטי ופחות מוכשר (Link et al., 2001).

כאשר אנשים פונים לקבל טיפול פסיכיאטרי הם מתויגים גם בעיני עצמם ומייחסים לעצמם את האמונות/תפיסות, שהם הפנימו בתהליך החברות. אמונות/תפיסות אלו מובילות אותם להפחית מערכם העצמי ולחשוש מלהידחות על ידי האחרים. תגובות כאלו ישפיעו לרעה הן על תפקודם הפסיכולוגי והן על תפקודם החברתי (Link, 1987).

יש להדגיש שלא מדובר בהכרח בתגובות שליליות ישירות של האחרים העלולות לפגוע, אלא מדובר בהפנמת אותן תגובות שחוששים מהן (Link et al., 1992). מטופלים מאמינים כי רוב האנשים יפחיתו מערכם ויפלו אותם (Link, 1987). החשש מדחייה יוצר דמורליזציה. כלומר מי שמתמודדים עם מוגבלות נפשית וחיים בחברה שנוטה לתייג את החולים במוגבלות זו יאמינו כי הם פחות-ערך בגלל ההפרעה הנפשית שממנה הם סובלים (Corrigan and Watson, 2003). יתרה מכך, התחושות הללו אינן נותרות רק במחשבותיו של האדם, אלא עלולות להוביל לתהליך של "נבואה שמגשימה את עצמה". כאשר אדם חושש מהשפלה, מבוז ומדחייה, הוא עצמו גורם לדחייה זו שאותה הוא צופה וכה חושש ממנה (Farina et al., 1992). כך, למשל, נמצא כי התחושה שתהיה דחייה והחשש ממנה מביאים אנשים שהיו מאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי להתנהג בביטחון מועט ותוך התגוננות, או פשוט להימנע מקשר חברתי.

כתוצאה מכך עלול להיווצר מתח ביחסים של האדם עם אנשים שהוא חושש לסטיגמה מצדם; רשת חברתית מצומצמת; תחושת חוסר סיפוק מהחיים; אבטלה ואיבוד מקור פרנסה. כשכל אלו נפגעים, ההערכה העצמית הכוללת נפגעת. ואכן אחת מתוצאותיה הטרגיות של הסטיגמה היא הנזק המשמעותי שהיא עלולה לגרום להערכה העצמית של אלו המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית (Link et al., 2001).

ההתנסות בדחייה

מעבר לחשש מדחייה ומאפליה, תיוג שלילי וסטיגמה מובילים לכך שהאדם אכן יחוש פחות ערך ויחוש את הדחייה על בשרו (Link, 1987; Link and Cullen, 1983, 1990 [in: Link et al., 1997]). הדחייה עשויה להיות כרוכה בהרחקה, בהשפלה ובעלבון.

מטופלים יכולים למצוא את עצמם מופלים לרעה ולהימנע עקב כך מלנהל חיים פעילים. כמו כן הם יכולים לשמש מושא לבדיחות, לחוסר סובלנות ולחוסר רגישות. יתרה מזאת, גם חברים, בני משפחה ואפילו מטופלים במערכת בריאות הנפש עלולים לתרום לסטיגמה (Wahl, 1999). התנסויות בדחייה חברתית יולידו במשך הזמן הערכה עצמית נמוכה (Wright, Gronfein and Owens, 2000).

דרכי התמודדות עם סטיגמה

הן החשש מדחייה והן הדחייה עצמה מובילים אנשים לחפש דרכים להתמודדות עמה. קוריגן ומתיוס (Corrigan and Matthews, 2003) ציינו חמש רמות של חשיפה (disclosure) של אנשים המתמודדים עם מחלת נפש: יש מי שנמנעים מכל מצב שבו אפשר לגלות את דבר מחלתם. לכן הם יתראו אך ורק עם מי שגם הם מתמודדים עם מחלת נפש (social avoidance); אחרים לא יימנעו מלהימצא בחברה אך ישמרו את דבר מחלתם בסוד (secrecy); יהיו מי שיבחרו להשתייך הן לקבוצה שבפניה יחשפו את המחלה והן לקבוצה שמחבריה ישמרו את המחלה בסוד (selective disclosure). יש מי שיתעלמו מההשלכות השליליות שבחשיפה של מחלת נפש, ולכן לא יתאמצו להסתיר את המחלה (indiscriminant disclosure); ויהיו מי שיבחרו "לחנך" אחרים בנוגע למחלות נפש.

אנו נתמקד בדרכי ההתמודדות שאותן ציינו לינק ואחרים (Link et al., 1991; Link et al., 1997): הסתרה, הימנעות וחינוך. ובנוסף לכך, נציין דרך התמודדות נוספת - "גאוות יחידה"/"יחודיות חיובית. לכאורה, דרכי ההתמודדות השונות עשויות להיות יעילות, אלא שכל אחת מהן עלולה לגבות מחיר יקר. יש תוצאות שליליות שיכולות לנבוע מאסטרטגיות ההתמודדות שמפעילים המטופלים, כדי להתגונן מהתגובות השליליות שהם כה חוששים מהן (Link, 1985 [in: Link, 1987]; Angermeyer et al., 1987).

דרך התמודדות אחת היא הסתרה/סודיות (secrecy/concealment). מטופלים עלולים לבחור להסתיר את היסטוריית הטיפול שלהם ממעסיקים, מקרובים, או מבני זוג פוטנציאליים, כדי למנוע דחייה. אסטרטגיית ההתמודדות של סודיות, הכוללת את ניסיונם של המטופלים להסתיר מידע חשוב בנוגע לעצמם יכולה להוביל אותם להתמודדות עם מאבק פנימי שמחירו גבוה; זאת משום שנמצא כי ניסיונות לשמירת סודיות מפעילים מערכת תהליכים קוגניטיביים המובילה לעיסוק אובססיבי במידע שמעדיפים

שישמר בסוד (Wegner et al., 1994 [in: Smart and Wegner, 1999]). דבר זה יוצר גם עומס קוגניטיבי. בנוסף לכך, הצורך בהסתרה אף תורם לחרדה, לדיכאון, לפרנויה ועוד (Wahl, 1999).

במנגנון ההתמודדות השני, הימנעות/נסיגה/פרישה (withdrawal/avoidance), המטופלים מגבילים את פעילותם החברתית כדי להימנע מדחייה (Link, Mirotznik and Cullen, 1991; Link et al., 1997). לנסיגה ממצבים חברתיים בעלי פוטנציאל לסטיגמה יש יתרון, משום שהיא מאפשרת למטופלים למצוא מקלט מאיומים ומסכנות פוטנציאליים, אך היא גם מגבילה את חיפושם אחר התקדמות בחיים, ובכלל מגבילה את השתלבותם בחברה (Link, 1987).

מנגנון התמודדות שלישי הוא חינוך (education). כלומר, חינוך הזולת לגבי תחום מחלות הנפש עצמו ולגבי הטיפול (Link, Mirotznik and Cullen, 1991). אך גם הניסיון ללמד אחרים בנוגע לטיפול פסיכיאטרי משמעו הוא שמטופלים מוותרים על האפשרות של שמירה על ההיסטוריה של הטיפול שלהם בסוד. הניסיון לחנך יכול להיכשל, וכך, לדוגמה, מעסיקים יכולים להיות מושפעים לרעה מהידיעה על הטיפול הנפשי של העובד שלהם. אפילו אם תהליך החינוך מצליח, מטופלים פחות ייטו לעזוב עבודה שהם מרגישים בה שמקבלים אותם; כתוצאה מכך הם "מאבדים תנופה" בחיפוש אחר עבודה טובה יותר. הגישה האקטיבית של חינוך האחרים עלולה להביא לאפליה אמיתית ואף להשפיע לרעה על ההכנסה, גם אם התהליך מצליח (Link, 1987).

לבסוף, בנוסף לשלוש הדרכים שתוארו לעיל, כחלק מההתמודדות עם הסטיגמה של מחלת נפש (הסתרה, הימנעות וחינוך), יש דרך אפשרית נוספת להתמודדות עם הסטיגמה והיא הדגשת התכונות החיוביות והייחודיות המאפיינות את המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית ("גאוות יחידה"/"ייחודיות חיובית – Positive Distinctiveness). כיוון זה מתקשר לתאוריית הזהות החברתית (Tajfel, 1982; Turner, 1987) שפותחה בהקשר של יחסים בין-קבוצתיים. על-פי תאוריה זו, הערכתו העצמית של האדם מבוססת בין היתר על שייכותו לקבוצות שונות, כלומר, הערכתו העצמית המקושרת לקבוצות או לקטגוריות חברתיות שאליהן הוא משתייך. על פי תאוריה זו, האדם נוטה להעדיף לטובה את קבוצתו, כלומר מעריך אותה בצורה חיובית יותר (ingroup favoritism). הנטייה לראות את הקבוצה שלך באור חיובי יותר תורמת להערכה עצמית חיובית יותר. אף שמנגנון זה עשוי לצמצם את הפגיעה בהערכה העצמית, הרי שהוא מוגבל (למשל, גם אם קבוצת סטטוס נמוך עשויה להעריך את עצמה בחיוב בממדים מסוימים, עדיין עלולים להיוותר אותם ממדים שבהם אין היא יכולה לתפוס עצמה בחיוב, לאור מגבלות המציאות (Ellemers et al., 1997).

אם כן, לכל אחת מדרכי ההתמודדות יש מגבלות ומחיר. כולן עלולות להכאיב, משום שהמאמצים הכרוכים בהן מולידים בידוד חברתי ותורמים אף לתיוגם העצמי של המשתמשים בשירותי בריאות הנפש (Link et al., 1991 [in: Wright et al., 2000]). הסטיגמה עשויה לצמצם את המוטיבציה שלהם ואת יכולתם להשתייך לחברה (Rosenberg, 1979 and Link, 1982 [in: Wright et al., 2000]).

בנוסף לכך, הסטיגמה היא מכשול רב-כוח העומד בפני חיפוש אחר עזרה (Sirey et al., 2001). החלטתו של הפרט לקבל עזרה מקצועית לבעיה נפשית קשורה למגוון רכיבי אישיות, בהם יכולתו להתבונן בעצמו פנימה ולגלות רגשות והתנסויות; תכיפות הקושי הנפשי או הבין-אישי ועוד. העבודה הנוכחית מתמקדת ברכיבים שהם יותר בין-אישיים וחברתיים והקשורים לדעותיו המוקדמות ולאמונותיו בנוגע לטיפול נפשי, התמיכה שהוא מקבל ממשפחה ומחברים והסטיגמה שסביב לטיפול הנפשי (Fischer and Turner, 1970).

השלכות הסטיגמה אינן נעצרות בשלב הפנייה לקבלת עזרה מקצועית, אלא ממשיכות גם כשהאדם כבר בטיפול. יש לציין כי נמצא שסטיגמה מקשה את חייהם של אלו שכלפיהם היא מופנית, אפילו כאשר הטיפול משפר את הסימפטומים ואת התפקוד (Link et al., 1997). כלומר, יש השפעה משמעותית לסטיגמה גם כאשר הטיפול מתחיל, והמטופל חייב להתמודד עם המציאות של קבלת טיפול נפשי. תהליך זה גורר את הצורך להכריע בין מחירו החברתי של הטיפול לבין תועלתו הצפויה (Sirey et al., 2001).

לסיכום, בין אם מדובר במטופלים שלא אובחנו כחולים במחלה פסיכיאטרית ובין אם מדובר בחולים, הסטיגמה משפיעה על ה"קריירה" שלהם על ידי כך שהיא גורמת לפגיעות פסיכולוגית חברתית (Link, 1991 Mirotnik and Cullen). החשש מהסטיגמה, ההתנסות בסטיגמה ואף הניסיונות להתמודד עמה יוצרים תנאים שמגבילים את מקורות הטיפול, מְרַפֵּים את ידיהם של אלו שמחפשים עזרה, תורמים לבידוד החברתי, יוצרים פחד מחשיפה ומדחייה על ידי החברה, ועלולים לפגוע הן במצבו הקליני של האדם, והן בניסיונות השיקום (Wahl, 1999).

2. שיטה

2.1 מדגם

המחקר מתבסס על מטופלים משלוש מרפאות שונות: אחת בבית שמש (N=26), ושתיים בירושלים - המרפאה בקריית היובל (N=79) והמרפאה ברח' שלום יהודה (N=62); (מתוכם שלושה דיירים המתגוררים בהוסטל של עמותת "רעות", המטופלים אף הם במרפאת שלום יהודה). הן במרפאה בבית שמש והן במרפאה ברח' שלום יהודה פועלות יחידות שיקום, וחלק מהראיונות נערכו שם.

חילקנו את המשתתפים לשתי קבוצות: אלו שאושפזו בעבר באשפוז פסיכיאטרי ואלו שלא אושפזו. הנחנו שזוהי החלוקה המתאימה ביותר לאוכלוסיית הפונים למרפאה. במחקר השתתפו 167 מרואיינים. מתוכם 109 אושפזו על רקע פסיכיאטרי במהלך חייהם, ועתה הם מטופלים באחת משלוש המרפאות לבריאות הנפש או מתגוררים בהוסטל (בבית שמש ראינו 17 מטופלים שאושפזו בעבר, במרפאה בקריית היובל - 47 מרואיינים שאושפזו בעבר ובמרפאת שלום יהודה - 45 מרואיינים שנמנים עם קבוצה זו (מתוכם שלושה מרואיינים מהוסטל). קבוצה שנייה היא של 58 מרואיינים שלא אושפזו בעבר, והם מטופלים כרגע באחת מהמרפאות (בקבוצה זו ראינו: בבית שמש 9 מטופלים, בקריית היובל - 31 מטופלים ובשלום יהודה - 17). מאפיינים דמוגרפיים של המרואיינים מוצגים בסוף פרק השיטה.

2.2 מהלך

לפני תחילת הראיונות התקיימה פגישה בהשתתפות מנהלי המרפאות וקיבלנו את הסכמתם למחקר. הצוות במרפאות עודכן על אודות המחקר ומטרותיו. בנוסף לכך, תיאמנו עם הצוות פרטים טכניים, למשל: שעות פעילות המרפאה, שעות שבהן פוקדים את המרפאה מטופלים רבים, שעות שבהן מתקיימות קבוצות שונות, שעות שבהן פועלת יחידת השיקום וכו'. כמו כן תלינו על לוחות המודעות במרפאות דפי מידע לגבי מטרות המחקר, לגבי נוכחותם של מראיינים במרפאות ולגבי ראיונות שעמדנו לבצע במרפאות השונות. להוסטל הגענו לישיבת דיירים והצגנו את המחקר ואת מטרותיו.

הראיון ארך בין 30 דקות ל-45 דקות. הראיונות נערכו פנים אל פנים, למעט 16 מהראיונות שנערכו בטלפון לאור העדפת המשתתפים.

המראיינים במחקר זה היו בעלי ניסיון בראיונות בנושא בריאות הנפש, ורובם אף היו בעלי רקע טיפולי (עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה וכו'). הם נכחו במרפאות בשעות הפעילות ופנו למטופלים שנמצאו בבניין המרפאה. חשוב להדגיש שמסיבות אתיות לא נעזרנו במטפלים כדי לפנות למטופלים. כמו כן המראיינים הדגישו למטופלים שאליהם פנו כי אינם חייבים להשתתף ואם ישתתפו יוכלו להפסיק אם ירצו - כלומר, דרישות של הסכמה מדעת. הראיונות היו אנונימיים.

2.3 שאלון

הראיונות נערכו באמצעות שני שאלונים: שאלון מקדים קצר ושאלון מרכזי בשתי גרסאות. בשלב הראשון הועבר למרואיין השאלון המקדים. מטרתו הייתה איסוף מידע כללי על ההיסטוריה הרפואית של המטופל. שאלון זה כלל פרטים שונים: הגיל שבו פנה המטופל לראשונה לעזרה נפשית, משך הטיפול שלו במרפאה, סוג הטיפול שהוא מקבל או קיבל בעבר, מקצועו של המטפל בו ומסגרות טיפול נוספות שבהן נעזר.

השאלון המקדים שימש כבסיס, כדי לקבוע איזו משתי גרסאותיו של השאלון המרכזי יועברו למרואיין בהמשך: דרך התשובות לשאלון המקדים הבחנו בין מטופלים שאושפזו בעבר לבין אלה שלא².

שתי גרסאותיו של השאלון המרכזי (א ו-ב) הקבילו מבחינת תחומי התוכן. ההבדל ביניהן היה ניסוח שונה של חלק מהשאלות (ניסוח שכלל התייחסות לאשפוז פסיכיאטרי בשאלון א' ולטיפול נפשי בשאלון ב') וכן מספר שאלות שהופיעו רק בשאלון א' ולא נכללו בשאלון ב'. השאלון היה ברובו המכריע מובנה: למרואיינים הוצגו היגדים והם התבקשו לדרגם לפי מידת הסכמתם (מ"נכון מאוד" - 1 ועד "בכלל לא נכון" - 5) ולפי תדירותן או עוצמתן של החוויות המתוארות בו. בנוסף לכך, הוצגו למרואיינים שאלות פתוחות לגבי חוויות שליליות ופוגעות ולגבי הסיבות המובילות, לדעתם, ליחס השלילי שקיים כלפיהם, אם חוו אותן.

² מטופלים שאושפזו בעבר רואיינו בגרסה הראשונה של השאלון המרכזי – "שאלון א'". מי שלא אושפזו בעבר רואיינו בגרסה השנייה של השאלון – "שאלון ב'".

חלק מפרטי השאלון לקוחים משאלונים הבוחנים את שאלת הסטיגמה אצל אנשים המתמודדים עם מחלת נפש, וחלק מהפריטים היו שאלות מקוריות שפותחו תוך התבססות על תכנים שעלו במפגשים ועל שיחות שקוימו עם אנשים המתמודדים עם מחלת נפש ועם מנהלי המרפאות לבריאות הנפש (ר' נספח א).

2.4 מהימנות סטטיסטית של הנתונים

הניתוחים המוצגים בדוח זה מתייחסים במרבית המקרים למדגם כולו (N=167) או לשני תתי-המדגם, דהיינו אנשים שאושפזו (N=109), או אנשים שלא אושפזו (N=58).

במדגם הכולל (N=167):

אחוזים מעל 8% הם בעלי טעות דגימה יחסית מתחת ל-25%.

אחוזים של 4%-8% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-25% ונמוכה מ-40%.

אחוזים מתחת ל-4% הם בעלי טעות דגימה יחסית גבוהה מ-40%.

במדגם של אנשים שאושפזו (N=109):

אחוזים מעל 12% הם בעלי טעות דגימה יחסית מתחת ל-25%.

אחוזים של 6%-12% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-25% ונמוכה מ-40%.

אחוזים מתחת ל-6% הם בעלי טעות דגימה יחסית גבוהה מ-40%.

במדגם של אנשים שלא אושפזו (N=58):

אחוזים מעל 22% הם בעלי טעות דגימה יחסית מתחת ל-25%.

אחוזים של 10%-22% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-25% ונמוכה מ-40%.

אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית גבוהה מ-40%.

בלוחות, אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית שבין 25%-40% יוצגו בסוגריים.

בלוחות, אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית מעל 40% יוצגו בסוגריים כפולים.

2.5 מאפייני המדגם

לפני שנפנה לממצאים, נציג את אפיוני המדגם מבחינת משתנים דמוגרפיים ואחרים. אפיונים אלו מוצגים להלן הן לסך המדגם, והן בנפרד - למטופלים שאושפזו בעבר ולמטופלים שלא אושפזו. ראה לוח

.1

לוח 1: מאפיינים דמוגרפיים של המשיבים (באחוזים)¹

סה"כ משיבים	סה"כ N=167	אושפזו בעבר N=109	לא אושפזו N=58
מין המרואיינים	גברים 57	64	43
	נשים 43	36	57
ארץ לידה	ישראל 68	71	62
יש ילדים	43	38	53
מצב משפחתי	רווקה 51	55	43
	נשואה 25	21	33
	פרוד/גרוש אלמנה* 21	22	(19)
	חי עם בן/בת זוג*		
עם מי מתגוררים**	לבד 22	27	(14)
	עם משפחתם הגרעינית (הורים, אחים) 26	27	26
	עם המשפחה שלהם (בן/בת זוג, ילדים) 33	22	50
	עם שותפים/במקומות אחרים (19)	24	(10)
סוג בית הספר או מוסד הלימודים האחרון שבו למדו	השכלה יסודית + חטיבה 8	(8)	((7))
	השכלה תיכונית מקצועית 23	24	23
	השכלה תיכונית עיונית 28	27	31
	השכלה על תיכונית 12	15	((5))
	השכלה אקדמית 20	18	23
	אחר 9	(8)	(11)
הגדרת דתיות	חילוני 39	33	48
	מסורתי 39	44	29
	דתי/דתני מאוד/חרדי 22	23	23
ממוצע הגילים	40	40	40
מספר שנות הלימוד הממוצע	12	12	12

1 אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית שבין 25%-40% מוצגים בסוגריים ואחוזים בעלי טעות דגימה יחסית מעל 40% מוצגים בסוגריים כפולים * מספר האנשים בקטגוריה זו זניח **להשוואה, בנתונים מסקר ארצי על מקבלי קצבאות נכות כללית של המוסד לביטוח לאומי שנערך ב-1998-1999 (שטרסברג ואחרים, 2004) נמצא שבקרב בעלי ליקוי נפשי עיקרי, 15% חיים לבד; 29% חיים עם משפחתם הגרעינית; 47% מתגוררים עם משפחתם, 4% בהוסטל או בדוור מוגן ו-5% מתגוררים עם שותפים)

2.5.1 מאפיינים דמוגרפיים של המטופלים

מטופלים שאושפזו בעבר

מתוך 167 המרואיינים במחקר זה 109 (65%) אושפזו במהלך חייהם, ובעת עריכת המחקר הם טופלו באחת מהמרפאות שהשתתפו במחקר, או התגוררו בהוסטל. מספר האשפוזים נע מ-1 ל-8.

טווח הגילים של המרוויינים נע בין 18 ל-70. שלושה אחוזים מהמרוויינים הם בטווח הגילים שבין 18 ל-22; 20% הם בטווח הגילים שבין 23 ל-30; 27% הם בטווח הגילים שבין 31 ל-40; 28% הם בטווח הגילים שבין 41 ל-50; 16% הם בטווח הגילים שבין 51 ל-60 ו-6% מהמרוויינים הם בני 61 ומעלה.

מבחינת המגורים, התפלגות קבוצה זו של אנשים שאושפזו בעבר מאופיינת באחוז גדול יותר של משיבים שמתגוררים לבד או בהוסטלים, לעומת ההתפלגות שנמצאה בנתונים מסקר נכויות ארצי שנערך ב-1998-1999 (שטרסברג ואחרים, 2004).

מספר שנות הלימוד הממוצע של המרוויינים היה 12. 8% בעלי השכלה יסודית + חטיבה; 24% בעלי השכלה תיכונית מקצועית; 27% בעלי השכלה תיכונית עיונית; 15% בעלי השכלה על תיכונית; 18% בעלי השכלה אקדמית ו-8% למדו במוסד לימודים אחר (קורסים למיניהם וכו').

שלושים ושלושה אחוזים מהמרוויינים הגדירו עצמם כחילונים, 44% כמסורתיים, 23% כדתיים, כדתיים מאוד או כחרדים.

מטופלים שלא אושפזו בעבר

מתוך 167 המרוויינים במחקר זה, 35% לא אושפזו בעבר, ובמועד עריכת המחקר הם היו בטיפול באחת מהמרפאות. ארבעים ושלושה אחוזים מהם גברים; 57% נשים. כלומר, לעומת המטופלים שאושפזו בעבר כאן יש יותר ייצוג לנשים ופחות לגברים. נמצא כי ההבדל הזה מובהק ($Z=2.65, p<0.01$).

טווח הגילים של המרוויינים נע בין 18 ל-70 ומעלה. 7% מהמרוויינים הם בטווח הגילים שבין 18 ל-22; 22% הם בטווח הגילים שבין 23 ל-30; 16% הם בטווח הגילים שבין 31 ל-40; 40% הם בטווח הגילים שבין 41 ל-50; 7% הם בטווח הגילים שבין 51 ל-60; 8% הם בני 61 ומעלה.

מבחינת המגורים, קבוצה זו דומה להתפלגות שנמצאה בנתונים מסקר נכויות ארצי שנערך ב-1998-1999 (שטרסברג ואחרים, 2004).

מספר שנות הלימוד הממוצע של המרוויינים היה 12. 23% בעלי השכלה תיכונית-מקצועית, 31% היו בעלי השכלה תיכונית-עיונית ו-23% היו בעלי השכלה אקדמית.

ארבעים ושמונה אחוזים מהמרוויינים הגדירו עצמם כחילונים, 29% כמסורתיים, ו-23% כדתיים, כדתיים מאוד או כחרדים.

3. ממצאים

3.1 מאפייני שימוש בשירותים

המרואיינים נשאלו איזה סוג עזרה נפשית הם מקבלים או קיבלו בעבר, מאילו בעלי מקצוע, ובאילו מסגרות, בנוסף לטיפול הנוכחי במרפאה. בלוח 2 מוצג **סוג הטיפול** (יש לציין כי כל אחד מהמרואיינים יכול היה להצביע על מספר סוגי טיפול שהוא מקבל או קיבל בעבר).

לוח 2: סוג הטיפול (באחוזים)

סוג משיבים	סה"כ N=167	אושפזו בעבר N=109	לא אושפזו N=58
טיפול נפשי בשיחות	86	86	84
טיפול נפשי בתרופות	89	96	76
טיפול קבוצתי	41	51	22

מלוח 2 עולה כי מטופלים שאושפזו בעבר מקבלים טיפול (כיום או טופלו בעבר) בתרופות ובטיפול קבוצתי יותר ממטופלים שלא אושפזו בעבר. במבחן פרופורציות נמצא כי זה הבדל מובהק (טיפול נפשי בתרופות: $Z=3.47, p<0.001$ וטיפול קבוצתי: $Z=3.98, p<0.001$). עם זאת ניתן לראות שבין מטופלים שאושפזו לבין מטופלים שלא אושפזו אין הבדל מבחינת שיעור האנשים הנעזרים בטיפול בשיחות. אחוז המשיבים שצינו טיפולים אחרים היה זניח (מכות חשמל, טיפול זוגי, משפחתי, הדרכת הורים הוזכרו על ידי פחות מ-5% מהמשיבים).

מלוח 3, המציג את מקצועות המטפלים (יש לציין כי כל אחד מהמרואיינים יכול היה להיות מטופל על ידי יותר ממטפל אחד), עולה כי בשיעור ההיעזרות ברופא משפחה אין שוני בין מי שאושפזו לבין מי שלא אושפזו. שיעור גדול יותר בקרב מי שאושפזו קיבלו עזרה מפסיכיאטר ומעובד סוציאלי; ושיעור גבוה יותר בקרב מי שלא אושפזו בעבר קיבלו עזרה מפסיכולוג. נמצא כי ההבדל הזה בין מטופלים שאושפזו לבין מי שלא אושפזו מובהק (קבלת עזרה מפסיכיאטר: $Z=2.83, p<0.005$, קבלת עזרה מפסיכולוג: $Z=2.28, p<0.03$ וקבלת עזרה מעובד סוציאלי: $Z=2.22, p<0.03$). מטפלים אחרים (מרפא בעיסוק, אחות פסיכיאטרית, חונך) הוזכרו בשכיחות נמוכה מ-10% כל אחד.

לוח 3: מקצועות המטפלים (באחוזים)*

סוג משיבים	סה"כ N=167	אושפזו בעבר N=109	לא אושפזו N=58
רופא משפחה	17	19	(12)
פסיכיאטר	84	91	72
פסיכולוג	37	30	48
עובד סוציאלי	35	40	24

* אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית שבין 25%-40% מוצגים בסוגריים

לוח 4 מציג מסגרות טיפול נוספות שבהן נעזרו המרואיינים.

לוח 4: מסגרות טיפול נוספות שבהן נעזרו המרואיינים (באחוזים*)

סה"כ משיבים	סה"כ N=167	אושפזו בעבר N=109	לא אושפזו N=58
טיפול במרפאה נוספת	21	22	(19)
טיפול פרטי	15	17	(10)
טיפול של שירותי הרווחה	15	19	(12)
טיפול במסגרת אשפוז	65	100	-
טיפול אלטרנטיבי	(5)	((4))	((7))
מסגרת טיפול אחרת: שיקום, מועדון אנו"ש, מעון לנשים מוכות/פנימייה, מיון פסיכיאטרי (ללא אשפוז)	8	(9)	((7))

* אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית שבין 25%-40% מוצגים בסוגריים; אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית מעל 40% מוצגים בסוגריים כפולים

3.2 תפיסת המרואיינים לגבי היחס כלפיהם

אחד המחסומים העיקריים לפנייה לטיפול, להמשך טיפול ובאופן כללי לשיקום הוא יחסה של החברה כלפי המטופל. כאשר החברה דוחה את האדם ומתנכרת לו, הרי שהוא יתקשה לתפקד. כך, למשל, אם אין מוכנים לקבל אדם לעבודה בשל עברו, הרי שממילא יקשה עליו להשתקם מבחינה תעסוקתית.

הבעיה אינה מתמצה רק ביחסה של החברה בפועל, אלא מתחילה כבר בתפיסת הדחייה. הסטיגמה משפיעה לא רק דרך אפליה בפועל, אלא גם דרך החששות והתפיסות. לכן בדוח זה חשוב לנו לבחון את תפיסתם של המטופלים לגבי יחסם של גורמים שונים כלפיהם. אם אנו מזהים תפיסה של יחס מפלה או עוין, הרי שיש מקום לבחון את הנושא ולראות האם הבעיה היא באפליה ובסטיגמה בפועל, או באפליה נתפסת או בשתייהן גם יחד.

3.2.1 היחס כלפי המרואיינים במסגרות שונות, לפי תפיסתם

שאלנו את המרואיינים על היחס כלפיהם במגוון מסגרות ומוסדות (כגון קופת חולים, המשטרה, המוסד לביטוח לאומי), תוך הדגשת הגורמים שאנו סבורים שמרביתם נתקלים בהם. שאלנו האם לדעתם היחס כלפיהם דומה ליחס שמקבלים אחרים; יחס טוב פחות, או דווקא טוב יותר (חלק מן הנושאים לא היו רלבנטיים לחלק מהמרואיינים; למשל, העובדים בלשכת הרווחה, במקרה שמדובר באדם שלא פנה מעולם ללשכת הרווחה, וחלק מן המרואיינים העדיפו שלא לענות לשאלה). נראה שקופת החולים אינה מוקד לתחושות שליליות. בצד לא רבים שציינו יחס פחות טוב (16%), היו גם מי שציינו יחס טוב יותר (13%).

נראה שגם המרפאה לבריאות הנפש אינה מוקד לתחושות שליליות: בצד 14% מהמשיבים שהרגישו שהיחס אליהם פחות טוב מאשר לאחרים, היו גם 20% מהמשיבים שהרגישו שהיחס אליהם יותר יפה מאשר לאחרים.

שאלנו במפורש את מי שאושפזו בעבר על היחס כלפיהם במוסדות ציבור שונים, שאמורים לתת להם שירות. נמנענו לשאול שאלות אלו את מי שלא חוו אשפוז; שכן, נראה ששאלות אלו עלולות להיות תמוהות למטופלים בעלי בעיות "קלות". יתרה מכך, השאלות עצמן עלולות להוביל לכיווני מחשבה מזיקים; ומכך אנו רוצים להימנע. בלוח 5 מובאות תגובות המרואיינים שאושפזו בעבר. יש להדגיש כי יש מקומות שבהם ללא ספק יודעים על עברם (כגון, עובדי שיקום בבריאות הנפש) ויש מקומות שבהם אין זה ברור (כגון, במכולת השכונתית). כפי שעולה מלוח 5 52%-84% מהמרואיינים (בכל אחת מהשאלות) אמרו שהיחס כלפיהם אינו שונה מהיחס כלפי אחרים.

לוח 5: תפיסת המרואיינים לגבי היחס כלפיהם במוסדות ובמסגרות שונות (באחוזים)*

יותר יפה או פחות יפה מאשר לאחרים	כמו לאחרים	סה"כ משיבים	
24	76	61	עובדי השיקום בבריאות הנפש
19	81	74	במוסד לביטוח לאומי
48	52	35	העובדים בלשכת הרווחה
26	74	50	בעירייה
38	62	37	השוטרים/המשטרה
16	84	96	בבנק
25	75	107	אנשים במכולת/בסופרמרקט/ בשכונה

* מרואיינים שאושפזו בעבר נשאלו על היחס שהם מרגישים שהם מקבלים מגורמים שונים (האחוזים מחושבים מתוך סך המרואיינים שענו לשאלה). יש מרואיינים שציינו שהשאלה לדוגמה, מי שציינו שאינם פונים לעירייה או שלא היה להם מגע עם המשטרה וכו'.

במרבית המקומות, רוב המשיבים שאינם מרגישים שהיחס כלפיהם "רגיל", מרגישים למעשה שהיחס כלפיהם פחות טוב. זאת, למעט בבנק ובמכולת/סופרמרקט. מקרב אלו שחשים שהיחס בבנק ובמכולת/סופרמרקט שונה כלפיהם, שיעור אלו שחשים שהיחס כלפיהם יפה יותר, דומה לשיעור האנשים שחשים שהיחס כלפיהם פחות יפה מאשר לאחרים.

ראוי לציין שמספר המשיבים הקטן יחסית בלוח 5 נובע מכך שחלק לא קטן מתוך 109 המרואיינים שנשאלו ציינו שהמוסדות הללו לא היו רלבנטיים לגביהם. כך, למשל, 63% ציינו שהשוטרים/המשטרה אינם רלבנטיים לגביהם; 65% ציינו שלשכת הרווחה אינה רלבנטית לגביהם; 53% ציינו את העירייה כלא רלבנטית, 40% ציינו זאת לגבי עובדי השיקום, ו-31% ציינו זאת לגבי המוסד לביטוח לאומי.

3.2.2 היחס של "אחרים" כלפי המטופלים, על פי תפיסתם

בחנו את תפיסתם של המרואיינים לגבי יחסם ה"כללי" של אחרים כלפיהם, לאחר שנודע להם על הטיפול הנפשי או על האשפוז. בלוח 6 מוצג יחסם של אחרים כלפי המרואיינים, מנקודת מבטם של המרואיינים.

מלוח 6 עולה כי 40% מהמטופלים שאושפזו ציינו שלא חשו שאנשים מתייחסים אליהם רגיל כשנודע להם שהם בטיפול, ו-42% לא חשו כך לגבי תגובותיהם של אנשים שנודע להם על האשפוז. שלושים וחמישה אחוזים מהמטופלים שלא אושפזו ציינו שהם אינם מרגישים שאנשים מתייחסים אליהם "רגיל" כשנודע להם שהם בטיפול.

לוח 6: היחס של אחרים (באחוזים)*

לא נכון (לא כל כד נכון + בכלל לא נכון)	נכון (נכון מאוד די נכון)	סה"כ משיבים	אושפז	לא אושפז
40	58	101	אושפז	"אנשים התייחסו אליי רגיל כשגילו שאני נמצא בטיפול נפשי"
35	60	52	לא אושפז	
42	55	95	אושפז	"אנשים התייחסו אליי רגיל כשגילו שהייתי באשפוז"

* האחוזים אינם מסתכמים ל-100 משום שהלוח אינו מציג את מי שהשיבו "לא יודע"

3.3 חשש מדחייה וחויית הדחייה בפועל

בנוסף לחוויית הסטיגמה ולהשלכותיה, ממד אחר שעלול לגרום נזקים הוא החשש מפני הסטיגמה והדרכים שאותן נוקט האדם לאור חששותיו. במילים אחרות, כאשר האדם חושש מהסטיגמה ומתוצאותיה, הוא יפעל בדרכים מסוימות, ואלו עלולות להזיק לו (Link, 1985 [in: Link, 1987]; Angermeyer, et al., 1987)

לפיכך, שאלנו את המרואיינים על חששם מדחייה ועל יחס בעייתי כלפיהם, ובנוסף לכך, שאלנו אותם גם על ניסיונם בפועל, וכל זאת לגבי הנושאים היום-יומיים המהותיים (כגון יחס של המשפחה, חברים, אנשים במקום העבודה וכו'). הממצאים מובאים בלוח 7.

לוח 7: חשש מסטיגמה וההתנסות בפועל (באחוזים)*

קרה	חששתי	לא חששתי ולא קרה	סה"כ משיבים	החשש
19	21	69	139	רופא המשפחה לא יתייחס לבעיות הנפשיות שלי
23	25	68	150	רופא המשפחה לא יתייחס ברצינות לבעיות הגופניות שלי, כי יחשוב שהכול בא מהראש שלי
41	45	46	145	חברים לא ירצו להיות אתי
35	37	53	153	במשפחה לא ירצו להיות אתי
39	50	43	115	יחשבו שאני לא כל כך טוב בעבודה
28	41	55	58	לא ירצו להשכיר לי דירה או חדר**

* העמודה "חששתי" כוללת את התגובות: מאוד פחדתי, די פחדתי, קצת פחדתי. העמודה "קרה" כוללת את התגובות: קרה הרבה מאוד, קרה הרבה, קרה מעט.
** בנושא זה נשאלו רק משיבים שאושפזו

כאמור, נשאלו המרואיינים על חששם מתגובות שונות שעלולות לעלות בעקבות אשפוז (מטופלים שאושפזו בעבר) או בעקבות קבלת טיפול (מטופלים שלא אושפזו). כמו כן הם נשאלו האם התגובות האלו התרחשו, בסופו של דבר, במציאות. התשובות המופיעות בלוח הן תשובותיהם של המרואיינים שענו לשתי השאלות. מלוח 7 עולה, כי אף שחלק לא קטן מהמרואיינים ציינו שלא חששו מתגובות דחייה

מרופא המשפחה, מחברים, מבני המשפחה ומחברים בעבודה, ולא חוו תגובות כאלו; הרי שעדיין מספר לא קטן של אנשים דיווחו על חשש מדחייה או על דחייה כזו בפועל, בין אם חששו ממנה קודם לכן, בין אם לאו.

מבחינת החששות בולטים במיוחד הממצאים שקרוב למחצית מהמרואיינים פחדו שחבריהם ידחו את חברתם, מחצית מהמרואיינים חששו שיחשבו ל"לא טובים" בעבודה. למעלה משליש פחדו להידחות על-ידי משפחתם, וכרבע מהמרואיינים חששו שרופא המשפחה ייחס את בעיותיהם הגופניות לבעייתם הנפשית.

מבחינת ההתנסות בדחייה בפועל, עולה כי 40% אמרו שנדחו על-ידי חבריהם, אחוז דומה הרגישו שנחשבו ללא כל כך טובים בעבודה, למעלה משליש אמרו שנדחו על-ידי משפחתם, וכרבע מהמשיבים ציינו שרופא המשפחה ייחס את בעיותיהם הגופניות לבעייתם הנפשית. כ-28% מאלו שאושפזו בעבר דיווחו כי סירבו להשכיר להם דירה או חדר, על רקע האשפוז.

כפי שניתן להבין מהלוח, החפיפה בין החשש להתנסות היא חלקית. כלומר, לא כל המשיבים שחששו מהדחייה אכן חוו אותה, ולהפך - לא כל מי שחוו דחייה גם חששו מפניה. חשוב להתייחס הן להתנסות בפועל והן לדחייה, משום שלא רק להתנסות בפועל אלא גם לחשש מפניה עלולות להיות השלכות שליליות (מעבר לפגיעה באיכות החיים, מדובר על התנהגויות הנובעות מן החשש, כדוגמת הימנעות, עיסוק יתר בהסתרה וכו').

בשל המספרים הקטנים איננו מציגים בלוח נתונים בנפרד לאנשים שאושפזו ולאילו שלא אושפזו. הממצאים בקרב שתי הקבוצות הראו מגמות דומות (על פי מבחני פרופורציה נמצא הבדל מובהק אחד בלבד - אחוז האנשים שלא חששו מדחייה מצד המשפחה ולא התנסו בה היה גבוה בקרב אלו שלא אושפזו (65%) לעומת אלו שאושפזו בעבר (47%).

3.4 אפליה עקיפה כלפי המשפחה וכלפי אנשים אחרים

3.4.1 סטיגמה כלפי המשפחה

לעתים נפגעים מן הסטיגמה לא רק המטופלים עצמם, אלא גם בני משפחתם. יתרה מכך, לא זו בלבד שהמשפחות נתפסות כמי שאינן שונות מנפגע הנפש עצמו ולפיכך מקבלות יחס דומה ליחס שהוא זוכה לו, לעתים הן נתפסות כמי שגרמו למצבו (ראו גם שטרוד ואחרים, דמ-468-07). לא ידוע מן הספרות עד כמה תופעות אלו קיימות גם כאשר אין מדובר בהכרח בנפגעי נפש אלא באנשים המטופלים במרפאה. לוח 8 מציג ממצאים שעולים מתשובתם של המרואיינים על שאלות בנוגע ליחס למשפחתם. חשוב לשים לב שאף שרוב המשיבים ציינו שהיחס כלפי משפחתם "רגיל", כחמישית מהמרואיינים שאושפזו בעבר וכשמינית מאלו שלא אושפזו ציינו שהיחס כלפי משפחתם היה "לא יפה".

לוח 8: היחס למשפחה (באחוזים)*

סה"כ המשיבים	נכון (נכון מאוד + די נכון)	לא נכון (לא בכלל לא נכון +)
100	21	71
50	(12)	84

* האחוזים אינם מסתכמים ל-100 משום שהלוח אינו מציג את מי שהשיבו "לא יודע"; אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית שבין 25% ל-40% מוצגים בסוגריים

3.4.2 סטיגמה כלפי אחרים שאושפזו או שהיו בטיפול

מן הספרות המקצועית בנושא אפליה כלפי קבוצות שונות עולה כי אנשים נוטים להמעיט בדיווחים על אפליה כלפיהם, ולעומת זאת, לדווח יותר על אפליה כלפי חברי הקבוצה; כלומר, חברים אחרים באותה קטגוריה מופלית (Taylor, Wright and Porter, 1994). לפיכך שאלנו את המרואיינים גם לגבי התנסותם העקיפה באפליה, כלומר, לגבי המידה שבה שמעו על אפליה של אנשים שאושפזו או של אנשים שנמצאים בטיפול (השאלה נשאלה בהתאם לעברו של המרואיין – דהיינו האם אושפזו או לא). לוח 9 מציג את הממצאים לגבי שאלות אלו.

בלוח יש שלוש קטגוריות של יחס (שמעתי – הרבה מאוד+הרבה; שמעתי כמה פעמים; שמעתי מעט פעמים ולא שמעתי). במבחני המובהקות שבוצעו על אלו שציינו שלא שמעו לא נמצא הבדל בין מי שאושפזו בעבר לבין מי שלא אושפזו. במבחני מובהקות שבוצעו על אלו שציינו כי שמעו נמצאו הבדלים: בנוגע לאלו שציינו כי הם שמעו שהתייחסו לאנשים בצורה לא יפה משום שהיו מאושפזים בעבר/בטיפול נמצא הבדל בין מטופלים שאושפזו בעבר לבין מטופלים שלא אושפזו ($Z=1.96, p<0.05$).

בנוגע לאלו שציינו שהם שמעו אנשים אומרים דברים מעליבים על אנשים שהיו באשפוז/בטיפול גם נמצא הבדל ($Z=2.53, p<0.02$) ובנוגע לאלו שציינו כי הם ראו או שמעו באמצעי התקשורת דברים מעליבים על אנשים שהיו באשפוז/בטיפול גם נמצא הבדל מובהק ($Z=3.63, p<0.001$). כיוון ההבדל הוא כפי שאפשר לשער, כלומר, מי שאושפזו בעבר שמעו יותר על יחס פוגע כלפי מי שאושפזו (לעומת מי שלא אושפזו בעבר ושדיווחו על יחס פוגע כלפי מי שהיו בטיפול).

מהשוואה בין ממצאי לוח 9 לממצאי לוח 6 (העוסק בהתנסות העצמית בסטיגמה) עולה כי אין הבדל בין שיעור המרואיינים שאושפזו בעבר ושציינו כי אנשים לא התייחסו אליהם ב"אופן רגיל" כשגילו שהם בטיפול נפשי (42%), לבין שיעור המשיבים שדיווחו כי שמעו שהתייחסו לאנשים בצורה לא יפה משום שהיו מאושפזים בעבר (41%). כמו כן לא נמצא הבדל בין שיעור המטופלים שלא אושפזו בעבר ושדיווחו כי יחסם של אנשים כלפיהם לא היה "רגיל" כשגילו שהם בטיפול נפשי (35%), לבין שיעור המשיבים שאושפזו בעבר ושדיווחו כי שמעו שהתייחסו לאנשים בצורה לא יפה, משום שהיו מאושפזים בעבר (26%).

לוח 9: יחס פוגע כלפי אנשים שהיו באשפוז או בטיפול, לפי אושפז/לא אושפז (באחוזים*)

לא שמעתי (בכלל לא שמעתי)	שמעתי כמה פעמים + שמעתי מעט פעמים	שמעתי הרבה (שמעתי הרבה מאוד פעמים + שמעתי הרבה פעמים)	סה"כ משיבים		
39	20	41	106	אושפז	שמעתי שהתייחסו לאנשים בצורה לא יפה בגלל שהיו מאושפזים בעבר
50	24	26	58	לא אושפז	שמעתי שהתייחסו לאנשים בצורה לא יפה בגלל שהם נמצאים בטיפול נפשי
32	23	45	107	אושפז	שמעתי אנשים אומרים דברים מעליבים על אנשים שהיו באשפוז
47	28	25	58	לא אושפז	שמעתי אנשים אומרים דברים מעליבים על אנשים שנמצאים בטיפול
42	22	36	106	אושפז	ראיתי או שמעתי בטלויזיה, בעיתונים או בסרטים דברים מעליבים על אנשים שהיו באשפוז
48	40	(12)	56	לא אושפז	ראיתי או שמעתי בטלויזיה, בעיתונים או בסרטים דברים מעליבים על אנשים שנמצאים בטיפול
74	13	(13)	106	אושפז	שמעתי שלא קיבלו אנשים ללימודים כשגילו שהם היו באשפוז

* אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית שבין 25%-40% מוצגים בסוגריים

אולם, בכל הנוגע להתנסות עקיפה, כלומר, יחס לא טוב, עלבונות המושמעים כלפי אחרים בסביבה הקרובה או באמצעי התקשורת, הרי שחלק ניכר מהמרואיינים חוו זאת (בדרך כלל פחות ממחציתם לא נתקלו בכך).

לסיכום, חלק ניכר ממי שאושפזו בעבר חוו אפליה בעקיפין, כלומר אפליה שהופנתה כלפי מי שאושפזו בעבר. האפליה התבטאה ביחס פוגע או בעלבונות. כמו כן שיעור משמעותי מביניהם דיווחו על ביטויים מעליבים שהושמעו באמצעי התקשורת כלפי אוכלוסייה זו. שיעור המרואיינים שלא אושפזו בעבר ושחוו אפליה עקיפה כלפי אנשים שהיו בטיפול קטן יותר.

3.4.3 סטיגמה כלפי נפגעי נפש

במחקר בחנו כיצד תופסים המטופלים במרפאות את עמדות הציבור ואת הסטיגמה כלפי נפגעי נפש³. יש לכך חשיבות, משום שהתפיסה יכולה להגביר את הקושי להתמודד, ולפיכך אף את הקושי להשתקם. מטופל במרפאה עלול לחשוש מסטיגמה, גם אם אינו רואה עצמו כ"נפגע נפש", ולפיכך, הסטיגמה

³ את העמדות בציבור בדקנו במחקר נפרד: שטרוד ואחרים, 2007, דמ-478-07

הנתפסת כלפי "חולי נפש" רלבנטית לאנשים המטופלים במרפאות, גם אם, לכאורה, היא איננה רלבנטית לאלו מביניהם שאינם מוגדרים כ"חולים במחלה פסיכיאטרית". המרואיינים נתבקשו להגיב להיגדים המתארים התנהגות כלפי אנשים המתמודדים עם מחלת נפש. הממצאים מובאים בלוח 10.

לוח 10: נכונותו הנתפסת של הציבור לקשרים שונים עם אדם עם "מחלת נפש", לפי אושפז/לא אושפז (באחוזים*)

לא מסכים (לא כל כך נכון + בכלל לא נכון)	מסכים (נכון מאוד + די נכון)	סה"כ משיבים		
60	31	108	אושפז	רוב האנשים יסכימו שמישהו שיש לו מחלת נפש יהיה שכן שלהם
67	(21)	57	לא אושפז	
53	38	107	אושפז	רוב האנשים יסכימו לעבוד עם מישהו שיש לו מחלת נפש
61	25	57	לא אושפז	
71	21	108	אושפז	רוב האנשים יהיו מוכנים לתת עבודה למישהו שיש לו מחלת נפש
77	(18)	57	לא אושפז	
69	16	108	אושפז	רוב האנשים יהיו מוכנים שמישהו שיש לו מחלת נפש יהיה הבוס שלהם בעבודה
73	(20)	55	לא אושפז	
43	48	107	אושפז	רוב האנשים יסכימו להיות ידידים של מישהו שיש לו מחלת נפש
62	33	57	לא אושפז	
41	50	107	אושפז	רוב האנשים יסכימו להמשיך להיות חברים קרובים של מישהו שיש לו מחלת נפש
49	46	57	לא אושפז	
75	13	108	אושפז	רוב האנשים יסכימו שמישהו שיש לו מחלת נפש יסיע את הילדים שלהם לבית הספר
81	(10)	57	לא אושפז	
76	18	107	אושפז	רוב האנשים יסכימו להתחתן עם אדם שיש לו מחלת נפש
76	(12)	57	לא אושפז	

* האחוזים אינם מסתכמים ל-100 משום שהלוח אינו מציג את מי שהשיבו "לא יודע"; אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית שבין 25%-40% מוצגים בסוגריים

מהממצאים בלוח 10 מצטיירת תפיסה מגוונת של המרחק החברתי שרוב האנשים ירצו לשמור מאדם הסובל ממחלת נפש. כך, הן מרואיינים שאושפזו בעבר והן מרואיינים שלא אושפזו בעבר חשבו שאנשים מוכנים לקשור יחסי ידידות עם אדם הסובל ממחלת נפש (48% מהמרואיינים שאושפזו בעבר ו-33% מהמרואיינים שלא אושפזו) ולהמשיך להיות חברים קרובים של אדם הסובל ממחלת נפש (50% מהמרואיינים שאושפזו בעבר ו-46% מהמרואיינים שלא אושפזו סבורים כך). לעומת זאת, מסתמנת בלוח גם התפיסה של המטופלים במרפאות כי הציבור נרתע ממגוון מגעים עם מי שמתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. בדרגת הנכונות הנמוכה ביותר נמצאו הסעת ילדים לבית הספר על ידי מישהו שחולה במחלת נפש ונישואין לאדם החולה במחלת נפש. ככלל, ניתן לראות כי שיעור משמעותי, הן של מרואיינים שאושפזו בעבר והן של מרואיינים שלא אושפזו, סברו שיחס הציבור כלפי נפגעי נפש הוא יחס של דחייה (בין 41% ל-81%). מעניין לציין שלא נמצאו הבדלים בתפיסת הדחייה בין מי שאושפזו לבין מי שלא, למעט בנוגע לנכונות הנמוכה להיות ידידים של אדם הסובל ממחלת נפש ($Z=2.29, p<0.02$).

3.5 דרכי התמודדות עם הסייגמה

החשש מדחייה וההתנסויות בדחייה משבשים אינטראקציות חברתיות ועלולים לפגוע בתפקוד המקצועי והחברתי (Link et al., 1997), לכן מי שסובלים ממחלה פסיכיאטרית מחפשים דרכים להתמודדות עם

האיום של הדחייה (Link, Mirotznik and Cullen, 1991 [in Link et al., 1997]). כך הם נוטים לאמץ לעצמם מדיניות של הסתרה (הסתרה של היסטוריית הטיפול הנפשי), של הימנעות (הימנעות ממצבים מאיימים), מדיניות של חינוך אחרים לגבי הנוגע למחלות נפש ולגבי הטיפול (ניסיונות ללמד אחרים מתוך מטרה למנוע השפעות שליליות של סטיגמה); (Link, Mirotznik and Cullen, 1991) ומפתחים לעצמם "גאוות יחידה"/"ייחודיות חיובית (Positive Distinctiveness); (הדגשת התכונות החיוביות והייחודיות המאפיינות את המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית). שאלנו את המרואיינים על דרכי התמודדותם, והממצאים מוצגים בלוח 11.

מלוח 11 עולה, כי בבחירת דרך ההתמודדות של **הסתרה** רוב המטופלים - הן מי שאושפזו בעבר והן מי שלא - חשבו שכדי להתקבל לעבודה יש להסתיר את הטיפול הנפשי (אחוז זה היה נמוך יותר בקרב המטופלים שאושפזו בעבר [62%] וגבוה יותר בקרב מי שלא אושפזו בעבר [77%]); ($Z=2.13, p<0.03$). כמו כן למעלה ממחצית המטופלים ציינו שלרוב הם מסתירים את הטיפול (57% מבין המטופלים שאושפזו בעבר ציינו תשובה זו ו-53% מבין המטופלים שלא אושפזו בעבר ציינו זאת). שכיחות נמוכה יותר מצאנו בנוגע לבקשה מהמשפחה שלא לספר על האשפוז/הטיפול ובנוגע להסתרה של האשפוז/טיפול על מנת להגן על בני המשפחה: רוב המטופלים - 63% מבין המטופלים שאושפזו בעבר ו-56% מבין המטופלים שלא אושפזו - ציינו שהם לא מבקשים ממשפחתם להסתיר את האשפוז/הטיפול, ו-55% מבין המטופלים שאושפזו בעבר ו-65% מבין המטופלים שלא אושפזו בעבר ציינו שהם לא מסתירים את האשפוז/טיפול כדי להגן על משפחתם.

לוח 11: דרכי התמודדות עם סטיגמה, לפי אושפז/לא אושפז (באחוזים)*

הסתרה #1	סה"כ משיבים	נכון (נכון מאוד + די נכון)	לא נכון (לא כל כך נכון + בכלל לא נכון)
כדי להתקבל לעבודה אדם צריך להסתיר שהוא בטיפול נפשי	107 57	62 77	34 (21)
כדי להתקבל לעבודה אדם צריך להסתיר שהוא היה פעם באשפוז	107	65	28
רוב הזמן אני מסתיר שאני נמצא בטיפול נפשי	106 58	57 53	41 47
רוב הזמן אני מסתיר שהייתי באשפוז	105	57	42
אני מבקש מהמשפחה לא לגלות לאחרים שהייתי באשפוז/שאני נמצא בטיפול	105 52	37 44	63 56
כדי לשמור על המשפחה שלי אני מעדיף לא לספר לאנשים שהייתי באשפוז/שאני נמצא בטיפול	100 54	45 35	55 65
#2 חינוך			
לפעמים אני מסביר לאחרים מה זה אשפוז פסיכיאטרי וטיפול נפשי/טיפול נפשי	109 58	55 64	45 36
הייתי מוכן להשתתף בפעילות שבה יסבירו לציבור על טיפול נפשי ועל הבעיות של אנשים שנמצאים בטיפול	108 58	52 50	43 48

לוח 11: דרכי התמודדות עם סטיגמה, לפי אושפז/לא אושפז (המשך)

לא נכון (לא כל כד נכון + בכלל לא נכון)	נכון (נכון מאוד + די נכון)	סה"כ משיבים		
45 (19)	53 81	101 52	אושפז לא אושפז	כאשר מישהו אומר משהו נגד אנשים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול אני אומר שאני לא מסכים אתו ומתקן אותו
63	30	108	אושפז	אני חושב שאני אצטרף לאחד הארגונים של נפגעי נפש
הימנעות^{#3}				
36 45	60 55	107 51	אושפז לא אושפז	קל לי יותר לדבר על הבעיות שלי עם אנשים שהיו או שנמצאים בטיפול נפשי כי אני מרגיש שהם באמת מבינים אותי
67 65	33 35	108 58	אושפז לא אושפז	לא נעים לי לבוא למרפאה כי יש שם אנשים שמתנהגים בצורה משונה
80 81	16 (19)	100 48	אושפז לא אושפז	אני מעדיף לצאת לבלות עם חברים שהיו באשפוז/נמצאים בטיפול
37 49	61 44	103 57	אושפז לא אושפז	אם אחשוב שמישהו שאני מכיר חושב דברים רעים על אנשים שהיו/נמצאים בטיפול אני אשתדל לא להיות אתו
71	29	99	אושפז	ויתרתי על עבודה, לימודים או חוג כי פחדתי שלא יתייחסו אליי יפה כשידעו שהייתי באשפוז
גאות יחידה^{#4}				
34 24	64 66	109 58	אושפז לא אושפז	אנשים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול הם אנשים רגישים ואכפתיים יותר מאנשים אחרים
48 46	39 33	108 58	אושפז לא אושפז	מי שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול הם אנשים יותר יצירתיים מאנשים אחרים
26 29	66 59	109 58	אושפז לא אושפז	הם יכולים להרגיש רגשות חזקים יותר
28 23	67 72	109 57	אושפז לא אושפז	הם יותר מבינים את הבעיות והסבל של אנשים אחרים

* האחוזים בכל שורה אינם מסתכמים ל-100 משום שהלוח אינו מציג את מי שהשיבו "לא יודע"; אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית שבין 25%-40% מוצגים בסוגריים.

#הממוצעים שהתקבלו בכל אחד משני סוגי השאלונים לגבי כל אחת מהדרכים הללו חושבו על ידי מיצוע התשובות שנתנו המרוויינים לכל הפריטים הבוחנים דרך התמודדות מסוימת. לגבי כל פריט ופריט, המרוויינים דירגו את תשובותיהם על גבי סולם בן חמישה שלבים. 3 הייתה דרגת האמצע. ככל שהממוצע שהתקבל נמוך יותר, כך מדובר בשימוש גבוה יותר שנעשה במנגנון ההתמודדות המתואר.

¹ ארבעה פריטים. לא היה הבדל בין הממוצע בקרב מי שאושפזו (2.98) לעומת הממוצע בקרב מי שלא אושפזו (2.93), $t(137)=0.20$, $p=ns$.

² שלושה פריטים. לא היה הבדל בין הממוצע בקרב מי שאושפזו (2.92) לעומת הממוצע בקרב מי שלא אושפזו (2.55), $t(150)=1.63$, $p=ns$.

³ שלושה פריטים. לא היה הבדל בין הממוצע בקרב מי שאושפזו (3.13) לעומת הממוצע בקרב מי שלא אושפזו (3.25), $t(135)=0.6$, $p=ns$.

⁴ ארבעה פריטים. לא היה הבדל בין הממוצע בקרב מי שאושפזו (2.60) לעומת הממוצע בקרב מי שלא אושפזו (2.62), $t(163)=0.14$, $p=ns$.

למעלה ממחצית המטופלים, הן בקרב אלו שאושפזו בעבר והן אלו בקרב שלא אושפזו בעבר, נקטו את **החינוך** כשיטת התמודדות. חמישים וחמישה אחוזים מבין המטופלים שאושפזו בעבר ו-64% מבין המטופלים שלא אושפזו בעבר ציינו שהם עסוקים לעתים במתן הסברים על אשפוז פסיכיאטרי ועל טיפול נפשי. כמחצית המשיבים ציינו שהיו מוכנים להשתתף בפעילות שבה יסבירו לציבור על טיפול נפשי (52% מבין המטופלים שאושפזו בעבר ו-50% מבין המטופלים שלא אושפזו בעבר ציינו תשובה זו). כמו כן כמחצית המטופלים שאושפזו בעבר (53%) ורוב אלו שלא אושפזו (81%) ציינו שהם יוצאים נגד אלו המגלים עמדות שליליות כלפי אנשים שהיו באשפוז/נמצאים בטיפול. נמצא הבדל בין שתי קבוצות המטופלים ($Z=3.83, p<0.0001$).

מבחינת ההתמודדות באמצעות **הימנעות** מצאנו שלמעלה ממחצית המטופלים אמרו כי קל להם יותר לדבר על בעיותיהם עם אנשים שהיו בטיפול נפשי או שמטופלים כרגע (60% מבין המטופלים שאושפזו ו-55% מבין המטופלים שלא אושפזו ציינו תשובה זו). עם זאת, רוב המטופלים מעדיפים שלא לבלות עם חברים שהיו באשפוז/בטיפול (80% מקרב המטופלים שאושפזו ו-81% מקרב המטופלים שלא אושפזו). כמו כן רוב המטופלים שאושפזו בעבר (61%) ציינו כי הם יימנעו מלהיות עם אדם בעל יחס שלילי כלפי אנשים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול. בכך נבדלו שתי הקבוצות ($Z=2.12, p<0.03$), שכן בקרב המטופלים שלא אושפזו בעבר אין רוב משמעותי לכאן או לכאן (44% טוענים שיימנעו מאדם כזה ו-49% טוענים שלא יימנעו מאדם כזה).

לגבי התמודדות בדרך של **"גאונות יחידה"/"ייחודיות חיובית"**, כשני שלישים - הן בקרב מטופלים שאושפזו והן בקרב המטופלים שלא אושפזו - חשבו שאנשים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול הם רגישים ואכפתיים יותר (64% מבין מטופלים שאושפזו בעבר ו-66% מבין המטופלים שלא אושפזו בעבר), מרגישים רגשות חזקים יותר (66% מבין המטופלים שאושפזו ו-59% מבין המטופלים שלא אושפזו בעבר) ומבינים יותר את הבעיות ואת הסבל של האחרים (67% מבין המטופלים שאושפזו בעבר ו-72% מבין המטופלים שלא אושפזו בעבר). עם זאת, כמחצית המשיבים בשתי קבוצות המטופלים אינם סוברים שאנשים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול הם יצירתיים יותר מהאחרים (48% מבין המטופלים שאושפזו בעבר ו-46% מבין המטופלים שלא אושפזו בעבר).

3.6 רשת התמיכה החברתית

מערכת התמיכה החברתית של האדם חשובה עוד יותר, כאשר מדובר באדם העובר תקופות קשות בחייו. בחנו עד כמה המרואיינים מרגישים שהם מקבלים תמיכה בתחום זה. שאלנו אותם לגבי התמיכה הרגשית מצד הקרובים אליהם (מטופלים שאושפזו בעבר ומטופלים שלא אושפזו בעבר) ובנושא הקשרים החברתיים והזוגיים (מטופלים שאושפזו). הממצאים מוצגים בלוחות 12 ו-13.

מלוח 12 עולה כי חלק ניכר מהמרואיינים חשו שאנשים קרובים להם עוזרים להם נפשית. נמצא הבדל בין מטופלים שאושפזו בעבר לבין מטופלים שלא אושפזו בעבר ($Z=2.4, p<0.02$). עם זאת מצטיירת כאן גם תמונה קשה של אנשים שדיווחו כי האנשים הקרובים להם אינם עוזרים להם מבחינה רגשית. דבר זה

שכיח במיוחד בקרב האנשים שלא אושפזו: 21% מבין אלו שאושפזו דיווחו כך ו-39% מבין אלו שלא אושפזו דיווחו כך ($Z=2.32, p<0.02$).

לוח 12: נעזרים בקרובים מבחינת רגשית, לפי אושפז/לא אושפז (באחוזים*)

אושפז	סה"כ משיבים	נכון (נכון מאוד + די נכון)	לא נכון (לא כל כך נכון + בכלל לא נכון)
האנשים הקרובים אליי עוזרים לי מבחינה רגשית	109	78	21
אושפז	57	60	39
לא אושפז			

*האחוזים אינם מסתכמים ל-100 משום שהלוח אינו מציג את מי שהשיבו "לא יודע"

התמונה העולה מלוח 13 מראה שיש קשיים לא מעטים: 48% ממי שאושפזו בעבר דיווחו על קשיים מרובים יותר ביצירת קשר עם חברים חדשים מאז האשפוז ו-56% מקרב מי שאין להם בן/בת זוג דיווחו שקשה להם יותר ליצור קשר עם בן/בת זוג מאז האשפוז. בקרב מי שיש להם בן/בת זוג - אמנם 48% חשו קרובים יותר לבן/בת הזוג מאז האשפוז, אך 40% אינם מרגישים כך.

לוח 13: קשרים חברתיים וזוגיים של אנשים שאושפזו בעבר (באחוזים*)

סה"כ משיבים	נכון (נכון מאוד + די נכון)	לא נכון (לא כל כך נכון + בכלל לא נכון)
מאז שהייתי מאושפז קשה לי יותר ליצור קשר עם חברים חדשים	105	48
יש בן זוג	96	40
מאז שהייתי מאושפז אני מרגיש קרוב יותר לבן/בת הזוג שלי	33	48
מאז שהייתי מאושפז קשה לי יותר ליצור קשר עם בן/בת זוג	52	56

*האחוזים בכל שורה אינם מסתכמים ל-100 משום שהלוח אינו מציג את מי שהשיבו "לא יודע"

3.7 רגשות הקשורים לסטיגמה

בנוסף לאמור לעיל, נבחנו גם הרגשות הקשורים בסטיגמה: עד כמה המרואיין חש שהוא נתמך רגשית; עד כמה הוא חש שונה מהאחרים בעקבות האשפוז/הטיפול; עד כמה הוא מתבייש במצבו; מה חושב המרואיין על אנשים שפונים לטיפול נפשי ועד כמה מכעיס אותו לשמוע שאנשים אומרים דברים מעליבים או מתנהגים באורח שונה בעקבות אשפוז/טיפול. לוח 14 מציג את הממצאים.

מן הלוח ניכר שכמחצית המשיבים חשים כי אין מבינים אותם, ורבים יותר חשים שרק אלו שבעיותיהם דומות יכולים להבין אותם. כשליש מהמרואינים משתדלים שלא לפגוש אנשים שהם מכירים כשהם במרפאה ולמעלה משליש גם מרגישים לא נוח כשאחרים רואים אותם נכנסים למרפאה. למעלה משני שלישים מהמרואינים מתרגזים על מי שאומרים דברים מעליבים על אנשים בטיפול ולמעלה משני שלישים מתעצבנים על שהיחס כלפיהם שונה משום שהיו באשפוז או משום שהם נמצאים בטיפול. דפוס

הממצאים דומה בקרב אנשים שאושפזו בעבר ובקרב מי שלא אושפזו. הבדל נמצא רק בשיעור מי שהשיבו כי הם מעריכים אנשים שפונים לטיפול ($Z=3.68, p<.001$).

לוח 14: תחושות ורגשות בנוגע לסטיגמה, לפי אושפז/לא אושפז (באחוזים*)

לא נכון (לא כל כך נכון + בכלל לא נכון)	נכון (נכון מאוד + די נכון)	סה"כ משיבים	אושפז לא אושפז	תחושות ורגשות
49	48	103	אושפז	אני מרגיש שלא מבינים את הבעיות הנפשיות שלי
42	51	57	לא אושפז	
38	57	105	אושפז	יש בי חלק שרק אנשים עם בעיות נפשיות כמו שלי יכולים להבין
38	59	57	לא אושפז	
50	50	109	אושפז	אני מרגיש שונה מאנשים אחרים בגלל שאני נמצא בטיפול במרפאה לבריאות הנפש
60	40	58	לא אושפז	
45	55	109	אושפז	אני מרגיש שונה מאנשים אחרים בגלל שהייתי באשפז
67	32	104	אושפז	אני משתדל לא לפגוש אנשים שאני מכיר כשאני נמצא במרפאה
60	36	55	לא אושפז	
65	34	108	אושפז	אני מרגיש לא נעים כשמישהו ברחוב רואה שאני נכנס למרפאה
60	40	58	לא אושפז	
((9))	88	103	אושפז	אני מעריך אנשים שפונים לטיפול נפשי כדי לטפל בבעיות שלהם
	100	56	לא אושפז	
37	59	104	אושפז	אני מעריך אנשים שמצליחים לטפל בבעיות שלהם לבד בלי לפנות לטיפול נפשי
33	60	57	לא אושפז	
65	31	108	אושפז	אני חושב שכל אחד צריך טיפול נפשי
56	40	57	לא אושפז	
28	70	102	אושפז	אני מתרגז על אנשים שאומרים דברים מעליבים על מי שנמצא בטיפול
30	68	56	לא אושפז	
30	66	83	אושפז	מעצבן אותי שאחרים מתנהגים אליי אחרת בגלל שהייתי באשפז/בגלל שאני נמצא בטיפול
30	70	37	לא אושפז	

* האחוזים בכל שורה אינם מסתכמים ל-100 משום שהלוח אינו מציג את מי שהשיבו "לא יודע"; אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית מעל 40% מוצגים בסוגריים כפולים

3.8 אטיולוגיה נתפסת

המרואיינים נשאלו מה לדעתם גורם למחלת נפש וכמו כן הם התבקשו לציין מהו לדעתם הגורם המשפיע ביותר מבין הגורמים שהם ציינו. הגורמים העיקריים שמוזכרים הם אירוע טראומטי (צוין על ידי 36% ממי שאושפזו בעבר ועל ידי 43% ממי שלא אושפזו בעבר), בעיה גנטית או בעיות כימיות-אורגניות במוח (צוין על ידי 34% שאושפזו בעבר ועל ידי 36% שלא אושפזו בעבר), משברים בתוך המשפחה ומחוצה לה (צוין על ידי 28% שאושפזו בעבר ועל ידי 34% שלא אושפזו בעבר). בלוח 15 מוצגים הממצאים בפירוט.

לוח 15: הגורמים הנתפסים על ידי המשיבים כגורמים ל"מחלת נפש", לפי אושפז/לא אושפז (באחוזים*)

הגורמים**	סה"כ N=167	אושפז N=109	לא אושפז N=58
בעיה גנטית-תורשתית ובעיות כימיות-אורגנית במוח	36	34	36
בעיות בילדות	15	(12)	(21)
אירוע טראומטי	38	36	43
משברים בתוך ומחוץ למשפחה	30	28	34
אבטלה, מתחים בעבודה, מתחים בארץ	17	16	(17)
לחץ	19	19	(17)
כוח רצון לקוי/אישיות חלשה/אופי גרוע	9	(12)	((3))
סביבה	10	(11)	((9))

* המשיבים שצינו גורם זה מקרב המשיבים שאושפזו ומקרב המשיבים שלא אושפזו; מרואיינים יכלו ציין יותר מגורם אחד ולכן כל טור אינו מסתכם ל-100%; אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית שבין 25%-40% מוצגים בסוגריים ואחוזים בעלי טעות דגימה יחסית מעל 40% מוצגים בסוגריים כפולים

** הגורמים הבאים הוזכרו על-ידי פחות מ-10% מהמשיבים: מחלות, תזונה, חינוך, כישלון ואכזבות, אהבה, הגירה, כוח עליון, גורל, עין הרע, חוסר מעש, מחשבות, אישיות מתוסבכת, חוסר תמיכה, בדידות, סמים ואלכוהול, חוסר טיפול, דיכאון וייאוש, עצבים, עצבנות, פגיעה גופנית אלימה, "כל מיני", לא יודע.

3.9 העדפות בתחום הטיפול האמבולטורי

כל המרואיינים היו בטיפול אמבולטורי בתחנות הממשלתיות לבריאות הנפש - שהן מרפאות ייחודיות. בדקנו האם זוהי העדפתם של המטופלים או שמא היו מעדיפים להימצא בטיפול במרפאת מומחים, המשלבת מטפלים בתחום בריאות הנפש ורופאים בתחומים אחרים; מהן הסיבות להעדפותיהם; והאם סיבות אלו קשורות לסטיגמה.

המרואיינים נשאלו היכן היו מעדיפים להיות: במרפאה ייחודית לבריאות הנפש, כלומר, מרפאה שמגיעים אליה רק אנשים שבאים לטיפול נפשי או במרפאה משולבת, כלומר מרפאה שמגיעים אליה גם אנשים עם בעיות נפשיות וגם אנשים עם בעיות רפואיות אחרות. הממצאים מובאים בלוח 16.

לוח 16: העדפות לטיפול נפשי במרפאה ייחודית לעומת טיפול במרפאה משולבת, לפי אושפז/לא אושפז (באחוזים*)

לא אושפז N=57	אושפז N=107	סה"כ N=164	
100	100	100	סה"כ משיבים
49	49	44	מרפאה שמגיעים אליה רק אנשים עם בעיות נפשיות
			מרפאה שמגיעים אליה אנשים עם בעיות נפשיות ובעיות רפואיות אחרות (מרפאה משולבת)
30	30	33	
(19)	(19)	22	יודע מה ההבדל אבל לא משנה לי
((2))	((2))	((1))	לפי המלצת הרופא

* אחוזים בעלי טעות דגימה יחסית שבין 25%-40% מוצגים בסוגריים ואחוזים בעלי טעות דגימה יחסית מעל 40% מוצגים בסוגריים כפולים

מקרב כלל המשיבים לשאלה, העדיפו 43% את המרפאה הייחודית, ואילו 32% העדיפו את המרפאה המשולבת. כאשר מתמקדים רק במרואיינים שהייתה להם העדפה ברורה למרפאה מסוג מסוים מסתבר כי 54% מאלו שאושפזו בעבר מעדיפים לפנות למרפאה ייחודית לבריאות הנפש (מרפאה שמגיעים אליה רק לטיפול נפשי), ו-46% מעדיפים מרפאה משולבת (מרפאה שמגיעים אליה גם אנשים עם בעיות נפשיות וגם אנשים עם בעיות רפואיות אחרות). שישים ושניים אחוזים מהמרואיינים שלא אושפזו מעדיפים מרפאה ייחודית ו-38% מעדיפים מרפאה משולבת. כלומר, התמונה די דומה בקרב שתי הקבוצות (מי שאושפזו בעבר ומי שלא). המרואיינים בשתי הקבוצות מעדיפים מרפאה שבה מטפלים בבעיות נפשיות בלבד. הפער בין אחוז המעדיפים מרפאה משולבת לעומת המעדיפים מרפאה ייחודית לבריאות הנפש חזק יותר בקרב מטופלים שלא אושפזו ($Z=2.15, p<0.03$).

המרואיינים נשאלו מדוע היו מעדיפים לפנות למרפאה ייחודית או למרפאה משולבת: כל אחד מהמרואיינים ציין את הסיבה/ות שבגללן הוא מעדיף מרפאה אחת על פני אחרת. הסיבות לא הוקראו מתוך רשימה, אלא המשיב יכול היה לענות באופן חופשי ויכול היה לציין יותר מסיבה אחת.

השיקולים העיקריים של מעדיפי המרפאה הייחודית היו: טיפול טוב יותר (36%), שמירה על סודיות ופרטיות (19%) ואי היתקלות באחרים (15%).

הסיבות העיקריות להעדפת המרפאה המשולבת (מרפאה שמגיעים אליה גם אנשים עם בעיות נפשיות וגם אנשים עם בעיות רפואיות אחרות) הן: הסתרה (לא ידעו שהם באו לקבל טיפול נפשי: 22%); האפשרות להיעזר ברופאים נוספים (24%), ולהיות חלק מסביבה בריאה נפשית (39%).

לסיכום, בקרב המשיבים שמטופלים כיום במרפאה ייחודית לבריאות הנפש נמצאה העדפה למרפאה מסוג זה, אם כי יש גם מי שמעדיפים מרפאה משולבת.

מי שהעדיפו מרפאה לבריאות הנפש נימקו את בחירתם בטיפול טוב יותר ובשמירה על סודיות ופרטיות (כולל אי היתקלות באחרים). מי שהעדיפו דווקא מרפאה משולבת, נימקו זאת באפשרות להיעזר ברופאים אחרים, בהימצאות בסביבה בריאה נפשית, אך גם בהסתרה ("שלא ידעו שבאתי לטיפול נפשי").

ההסתרה והסודיות ממלאות תפקיד מרכזי בשתי ההעדפות גם יחד; מה שאולי מבטא את נוכחות הסטיגמה בנושא הטיפול ושני כיווני "התמודדות".

4. סוגיות אינטגרטיביות

החשש מדחייה ומסטיגמה והתנסות בפועל בדחייה ובסטיגמה הם נושאים משמעותיים מאוד בכל הנוגע לטיפול נפשי. הסטיגמה יכולה להיות מחסום לפנייה לטיפול, כשהפרט חייב להכריע בין המחיר חברתי של הטיפול לבין התועלת הצפויה ממנו (Sirey et al., 2001). החשש מסטיגמה וההתנסויות בסטיגמה מגבילים את מקורות הטיפול ומכפיים את ידיהם של אלו שמחפשים עזרה (Wahl, 1999). בנוסף לכך, סטיגמה וחשש מדחייה עלולים להעמיד מחסום בפני יחסי גומלין חברתיים משמעותיים עם האחרים (Perlick et al., 2001), לתרום לבידוד חברתי וליצור פחד מחשיפה ומדחייה מצד החברה (Wahl, 1999). דחייה חברתית היא מקור מתמיד של לחץ חברתי למתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. התנסויותיהם בדחייה ובסטיגמה חיוניות להבנת התפיסה העצמית הנמוכה/דימוי עצמי נמוך המתוארת לעתים על ידם (Wright, Gronfein and Owens, 2000).

מאחר שלא רק להתנסות בפועל בדחייה ובסטיגמה, אלא גם לחששות מפניהן עלולות להיות השלכות שליליות (Link et al., 1989 [in: Link et al., 1992]), הרי שבמחקר זה בדקנו הן את הציפייה/החשש מדחייה ומסטיגמה והן את ההתנסות בפועל.

אף שרוב המרואיינים (מי שאושפזו ומי שלא) לא חששו מדחייה בסביבתם הקרובה; כלומר, מרופא המשפחה, מחברים וממשפחה, הרי שמספר לא מבוטל של מטופלים דיווחו על חשש מדחייה (כ-45% מהמשיבים פחדו שחברים לא ירצו להיות אתם, וכמחצית מהמשיבים פחדו שאחרים יחשבו שאינם טובים בעבודה. למעלה משליש פחדו מדחייה במשפחה).

נראה שיש מגמה חלשה, שלפיה הדחייה בפועל קטנה מהחשש מדחייה (השווה גם Green et al., 2003). מבחינת הדחייה בפועל, מצאנו ש-23% חוו שרופא המשפחה מייחס את בעיותיהם הגופניות לבעייתם הנפשית, 35% מהמשיבים חוו דחייה מהמשפחה וכ-40% דיווחו על דחייה מצד חבריהם. כאשר התמקדנו בקופת החולים ובמרפאה לבריאות הנפש, מצאנו שאין דיווח בולט על חוויה של יחס שלילי הן בקרב מטופלים שאושפזו והן בקרב מטופלים שלא אושפזו.

הסטיגמה אינה מוגבלת לסביבה הקרובה. עשרים ושמונה אחוזים מאלו שאושפזו בעבר דיווחו שסירבו להשכיר להם דירה או חדר על רקע האשפוז. שאלנו מטופלים שאושפזו בעבר גם על היחס כלפיהם במקומות ובמוסדות ציבור שונים (בשיקום בבריאות הנפש, במוסד לביטוח לאומי, בלשכת הרווחה,

בעירייה, במשטרה, במכולת/סופרמרקט ובבנק). נמצא כי לפחות מחצית המשיבים חשו שהיחס אליהם היה דומה ליחס כלפי אחרים. חלק מהמשיבים מבין אלו שהרגישו ביחס שונה כלפיהם חשו ביחס מפלה לטובה וחלק יחס מפלה לרעה. אף שאין ביכולתנו לבחון זאת, אנו רוצים להצביע על האפשרות שייתכן שאחד הגורמים לכך שהמרוויינים ציינו שהיחס כלפיהם הוא כמו לאחרים, היה החשש להצביע על דבר מה שדורש טיפול, תיקון. בין אם מדובר באנשים הסובלים ממחלה פסיכיאטרית ובין אם מדובר באנשים שאינם סובלים ממחלה כזו, צריך כוח ואומץ כדי לצאת נגד יחס מסוים, כדי לתקן אותו. ראוי לשים לב גם לכך שיש מקומות שבהם אין ספק שמוֹדעים למחלתו של האדם (לדוגמה, עובדי השיקום בבריאות הנפש), ולעומת זאת יש מקומות שבהם אין זה וְדָאי שיוֹדעים על המחלה (לדוגמה, האנשים במכולת/סופרמרקט בשכונה). במקומות שבהם האנשים אינם מודעים למחלה, מן הסתם, נטייתם להתנהגות שיש בה סטיגמה תהיה נמוכה יותר.

מה קורה כשהסביבה יודעת על הטיפול הנפשי או על האשפוז? המטופלים נשאלו בצורה ישירה בנוגע להתנסות העצמית שלהם עם אחרים לאחר שנודע לאלו על הטיפול הנפשי או על האשפוז. האם נראה שחומרת המחלה משפיעה על הסטיגמה? ניתן היה לשער שחומרת המחלה תקבע את מידת הסטיגמה: ככל שהמחלה מורגשת יותר, מגבילה יותר וכו', כך תגבר תפיסת הסטיגמה ולהפך (Farina, Fisher and Fisher, 1992). מאחר שבאופן גס מאוד, האשפוז, לעומת העדר אשפוז, מתקשר גם לחומרת המחלה, הרי שניתן היה להניח שכאשר מתמקדים בסטיגמה בעקבות טיפול נפשי ומשווים בין מי שאושפזו בעבר לבין מי שלא אושפזו, נמצא שמי שאושפזו בעבר ידווחו יותר על סטיגמה. מצאנו ש-40% מבין המטופלים שאושפזו בעבר ו-35% מאלו שלא אושפזו ציינו, ש"הם לא מרגישים שאנשים מתייחסים אליהם רגיל" כשנודע להם שהם נמצאים בטיפול נפשי.

המסגרת הטיפולית עצמה עלולה להוביל לסטיגמה. שיערנו שלעומת טיפול, אשפוז מגביר את הסיכוי לסטיגמה. אך נמצא שאנשים שאושפזו בעבר חשים שיחס הסביבה כלפיהם - הן כשנודע שהם בטיפול והן כשנודע שהיו באשפוז - דומה. ארבעים אחוזים לא חשו שהיחס כלפיהם "רגיל", בעקבות הטיפול ו-42% לא חשו שהיחס כלפיהם "רגיל", בעקבות אשפוז. דבר זה מנוגד לחשש מסטיגמה חזקה יותר בעקבות אשפוז. לכאורה, ייתכן שתפיסת היחס הדומה נובעת מכך שהמרוויינים אינם מבחינים בין שני המצבים. כלומר, אם מדובר בחולים שמחלתם מורגשת יותר על ידי הסביבה, הרי שהיחס כלפיהם יושפע מ"זיהוים" ולא דווקא מן הקשר למסגרת הטיפולית. במילים אחרות, הדחייה המורגשת בעקבות טיפול תהיה ברמה דומה לזו שבעקבות האשפוז. אולם אין תמיכה לכך מעצם העובדה שגם מרוויינים שלא אושפזו דיווחו כאמור על שיעורים דומים מאוד של יחס "לא רגיל" כלפיהם (35%). לכן ייתכן שיש כאן רמז לעוצמת הסטיגמה הקשורה בטיפול נפשי ולא רק באשפוז.

באשר לרמת הדיווח בממצאים בדוח זה, יש לתת את הדעת על כך שכאשר אנשים נשאלים על אפליה כלפיהם ומתבקשים לדווח על עצמם, הם יטו להפחית מחומרת התופעה הקיימת. אנשים מתקשים לדווח על קשייהם או על פגיעותם ומרגישים קלות רבה יותר לעשות כן כאשר הם נשאלים על אחרים באותו מצב (Taylor et al., 1994). ואמנם, כאשר נשאלו המטופלים על התנסותם העקיפה באפליה ועל המידה שבה שמעו על אפליה של אנשים אחרים שהיו באשפוז פסיכיאטרי, הרי שנמצא כי בנוגע להתנסות באפליה בתחומים מסוימים (יחס פוגע או עלבונות או היתקלות בדברים מעליבים הנאמרים

באמצעי התקשורת) רק פחות ממחצית לא נתקלו כלל באפליה כזו (מעניין לציין שהתנסות עקיפה זו בולטת במיוחד אצל אנשים שאושפזו בעבר; דבר שעשוי לרמז על רגישות גבוהה יותר לנושא). כלומר, הדיווח על התנסות עקיפה באפליה ובסטיגמה גבוה יותר מהדיווח על התנסות ישירה.

בהמשך לכיוון זה, בדקנו את החשש לדחייה לגבי אחרים, המהווים לפחות לחלק מהמשיבים קבוצת התייחסות רחבה יותר: כאשר נשאלו המטופלים שאלות כלליות על אנשים המתמודדים עם מחלת נפש (ולא על עצמם כמתמודדים), נמצא שיש חשש מדחייה במגוון סוגי מגע/קשר: שכנות (60%-ו-67% מאלו שאושפזו ושלא אושפזו בהתאמה), עבודה משותפת (53% ממי שאושפזו-61% מי שלא אושפזו), העסקה (71% ממי שאושפזו ו-77% קרב מי שלא אושפזו), קבלתו של האדם כממונה בעבודה (69% ממי שאושפזו ו-73% ממי שלא אושפזו), הסעת ילדים לבית הספר על ידי אדם שחולה במחלת נפש (75% מקרב אלו שאושפזו ו-81% מקרב אלו שלא אושפזו) ונישואין לאדם החולה במחלת נפש (76%). כלומר, נמצא ששיעור משמעותי - הן של מי שאושפזו בעבר והן של מי שלא אושפזו - חוששים מיחס של דחייה כלפי מתמודדים עם מחלת נפש (נראה שיש מגמה עקיפה אך לא מובהקת סטטיסטית של חשש חזק יותר בקרב אלו שלא אושפזו בעבר מדחייה כלפי אלו המתמודדים עם מחלת נפש).

לסיכום, ניתן לראות עלייה מהדיווח על התנסות ישירה בסטיגמה דרך התנסות עקיפה בסטיגמה ועד החשש מדחייה ומסטיגמה כלפי מתמודדים עם מחלות נפש. נתונים אלו מתיישבים עם ממצאים אחרים, שעל פיהם, כאמור, אנשים פחות מוכנים לדווח על אפליה כלפיהם ומוכנים יותר לדווח על אפליה כלפי אחרים (Taylor, Wright and Porter, 1994).

הן החשש מדחייה והן ההתנסות בדחייה בפועל מובילים מטופלים לחיפוש דרכי התמודדות עם איום הדחייה (Link et al., 1991). במחקר זה בדקנו מספר דרכי התמודדות - הסתרה, הימנעות, חינוך וגאווה יחידה/ייחודיות חיובית. בנוגע להסתרה, הן הציפייה לדחייה והן חוויית הדחייה בפועל מובילות מטופלים לחיפוש דרכי התמודדות עם איום הדחייה. כך, הם יכולים לנסות להסתיר את הטיפול או את הבעיה (הסתרה); להימנע ממצבים העלולים להוות איום (הימנעות); לעתים הם מנסים ל"חנך" וללמד את הזולת על אודות מחלות פסיכיאטריות וטיפול נפשי (חינוך); ולבסוף, הם עשויים להדגיש בפני עצמם (ואחרים) את התכונות החיוביות המאפיינות אנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית ("גאווה יחידה"/"ייחודיות חיובית").

בנוגע להסתרה (secrecy), נמצא כי כשני שלישים מהמטופלים חשבו שכדי להתקבל לעבודה יש להסתיר את הטיפול הנפשי. כמו כן למעלה ממחצית המשיבים נטו גם להסתיר את העובדה שהם נמצאים בטיפול. למעלה משליש ביקשו ממשפחתם שלא לספר על האשפוז/הטיפול ולמעלה משליש המשיבים סברו שעליהם להסתיר את עניין האשפוז/טיפול, כדי להגן על בני משפחתם. נשאלת השאלה, מדוע אחוז המטופלים שסבורים שכדי להתקבל לעבודה יש להסתיר את הטיפול הנפשי ו/או נוטים להסתיר את העובדה שהם נמצאים בטיפול גבוה מאחוז המבקשים ממשפחתם להסתיר את עניין הטיפול? אין לכך תשובה ברורה. ייתכן שהמטופלים אינם רוצים להעמיס על משפחתם את עניין ההסתרה.

לא נמצא הבדל בין מטופלים שאושפזו בעבר לבין מטופלים שלא אושפזו בעבר, למעט בנוגע להסתרת הטיפול הנפשי לשם התקבלות לעבודה (שיעור הדוגלים בהסתרה גבוה יותר בקרב המטופלים שלא אושפזו בעבר). ייתכן כי שיעור הדוגלים בהסתרה בקרב מטופלים שלא אושפזו בעבר גבוה יותר, משום שהם נאלצו להתמודד עם דרישות החיים בסביבתם הנורמטיבית; יכלו להסתיר את עובדת היותם בטיפול וכך גם יכלו להימנע מהסטיגמה, או לכל הפחות למזער את השפעתה על שיפוטם של האחרים (Smart and Wegner, 1999). לעומת זאת, מן הסתם, לגבי חלק ממי שאושפזו בעבר, מדובר בעבודה במסגרת מוגנת, נתמכת וכו'; כלומר עבודה במקום שממילא מודע יותר לטיפול וממילא יש פחות טעם להסתיר.

חינוך (education). למעלה ממחצית המטופלים נקטו דרך התמודדות זו. למעלה ממחצית המשיבים ציינו כי הם לעתים מסבירים מהו אשפוז או טיפול נפשי, כמחצית היו מוכנים להשתתף בפעילות שבה יסבירו לציבור על טיפול נפשי. לפחות מחצית המרואיינים אף ציינו שהם יוצאים נגד אלו המגלים עמדות שליליות כלפי אנשים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול. נכונותם של אנשים שלא אושפזו לצאת בגלוי הגיעה אף ל-80%. ייתכן שמטופלים שלא אושפזו בעבר הם בעלי ביטחון רב יותר מאשר מטופלים שכן אושפזו; זאת משום שהערכתם העצמית של האחרונים נפגעת, ואז הם עלולים להסיק כי הם פחות מסוגלים ופחות-ערך לעומת אחרים (Link et al., 2001), ומכאן שהתעוזה של חלקם לצאת נגד בעלי עמדות שליליות כלפיהם - נמוכה יותר.

הימנעות (avoidance/withdrawal). יותר ממחצית המטופלים ציינו כי קל להם יותר לדבר על בעיותיהם עם מי שקיבלו טיפול נפשי בעבר או שעדיין מטופלים. למעלה ממחצית המטופלים שאושפזו בעבר וכמעט מחצית המטופלים שלא אושפזו ציינו גם שהם יימנעו משהייה במחיצתו של אדם בעל יחס שלילי כלפי אנשים שאושפזו בעבר או שמקבלים טיפול נפשי. עם זאת נמצא כי רוב המטופלים העדיפו שלא לבלות עם חברים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול. כלומר, לרוב המטופלים קל יותר לדבר על בעיותיהם עם אנשים שהיו בטיפול נפשי או שנמצאים עדיין בטיפול, אך הם מעדיפים שלא לבלות עם חברים שהיו באשפוז או שנמצאים בטיפול. הסיבה לכך עשויה להיות שמטופלים ינסו להימנע מלהשתייך לקבוצת מטופלים במערכת בריאות הנפש מתוך פחד שיקשרו אותם לקבוצה שמתויגת בסטיגמה (Mills, 1967 [in: Link, (Mirotznik and Cullen, 1991)]. נראה כי הציפייה לדחייה והפחד ממנה גורם לאנשים שאושפזו בעבר בבית חולים פסיכיאטרי להתנהג בביטחון נמוך יותר ותוך התגוננות, או אף להימנע מקשר. בעקבות זאת, יחסיהם עם אנשים אחרים שלדעתם עשויים להפגין כלפיהם התנהגות שיש בה סטיגמה – עלולים להיות מתוחים (Mills, 1967 [in: Link, Mirotznik and Cullen, 1991]). לכן נראה שמטופלים שאושפזו בעבר נוטים להימנע מלשהות במחיצתו של אדם בעל דעות שליליות בנוגע למחלות נפש.

"גאוות יחידה"/"ייחודיות חיובית (Positive Distinctiveness). כשני שלישים מהמטופלים הם בעלי גאוה כזו. הם סברו שאנשים שאושפזו בעבר או שמקבלים טיפול נפשי רגישים ואכפתיים יותר, חשים רגשות חזקים יותר ומבינים יותר את בעיותיהם של אחרים ואת סבלם⁴. אולי זה ההסבר לכך שרוב המטופלים ציינו כי קל להם יותר לדבר על בעיותיהם עם אנשים שקיבלו בעבר טיפול נפשי או שמקבלים אותו היום.

⁴ לא משתמע מ"גאוות יחידה" שלמטופלים בהכרח הערכה עצמית ודימוי עצמי חיוביים, אלא שיש נקודות מסוימות שבהן המטופלים רואים עצמם בצורה חיובית.

מעניין לציין שאין המשיבים נוטים להעדפה כללית של קבוצת הפנים (ingroup favoritism), כלומר, מתן הערכות גבוהות יותר למטופלים; דבר שאולי היה מתבקש לפי תאוריית הזהות החברתית (Tajfel, 1982; Turner, 1987). כך מצאנו שכאשר שאלנו את המרואיינים האם לדעתם אנשים שאושפזו בעבר או שקיבלו בעבר טיפול יצירתיים יותר, רק 30%-40% מהם ענו בחיוב, לעומת כמחציתם שלא חשבו כך.⁵

בנוסף לכך, יש לציין, כי לפי קוריגן ווטסון (Corrigan and Watson, 2001), הערכתם העצמית הממוצעת של אנשים ששייכים לקבוצות בעלות מוגבלות מסוימת אינה בהכרח נמוכה מזו של שאר האוכלוסייה, לחלקם יש אפילו הערכה עצמית גבוהה יותר. כלומר, במקום להיכנע לאיום הנתפס של הסטיגמה לתפוס עצמם באור שלילי, הם מפתחים תפיסה עצמית חיובית.⁶ יותר מכך, הסטיגמה הקיימת כלפיהם מעוררת את **כעסם** כלפי אלו המתייגים אותם. כשני שלישים מהמשיבים ציינו שהם מתרגזים, כאשר אנשים אומרים דברים מעליבים על אנשים שבטיפול ושמעצבן אותם כאשר אחרים מתנהגים כלפיהם אחרת, משום שאושפזו בעבר או משום שהם מקבלים טיפול.

עד עתה דנו בציפייה ובהתנסות בסטיגמה ובדרכי ההתמודדות שנוקטים אלו המתמודדים עם הדחייה והסטיגמה. כמו כן הוזכר גם הכעס שיש מתמודדים שחשים אותו כלפי אלו הפוגעים באנשים הזקוקים לעזרה נפשית. עתה נדון ברשת התמיכה החברתית של המתמודדים.

ככלל, כל בני האדם זקוקים לרשת תמיכה חברתית, בין נפשית בין פיזית; קל וחומר מי שמתמודדים עם חולי. יש להדגיש כי אלו שחלו במחלה פסיכיאטרית מתמודדים הן עם הסימפטומים והמוגבלויות שנובעים מהמחלה, והן עם הסטראוטיפים והדעות הקדומות הנובעים מהתפיסות המוטעות בנוגע למחלות נפש (Corrigan and Watson, 2002), ולכן אין זה ברור מאליו שיקבלו את התמיכה שלה הם זקוקים.

בספרות נמצא כי אלו המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית עלולים להגביל את האינטראקציות החברתיות שלהם לאנשים הסובלים מסטיגמה דומה ו/או לאנשים שמודעים למחלתם ומקבלים אותה, כגון, בני משפחה ואנשים הקרובים להם (Perlick et al., 2001), ואכן כאשר נשאלו המשיבים בנוגע לתמיכה הרגשית שלהם הם זוכים מהקרובים להם נמצא כי שיעור ניכר מהמרואיינים חשו שהאנשים הקרובים להם עזרו להם רגשית.

עם זאת, אין להתעלם מכך ש-21% ממי שאושפזו בעבר ו-39% ממי שלא אושפזו בעבר חשו שהקרובים להם אינם עוזרים להם מבחינה רגשית. הסטיגמה אכן אינה נחוות רק מכיוונם של זרים אלא גם מצד

⁵ חשוב לציין שמאחר שאין בהכרח מידע אובייקטיבי זמין למשיבים על אודות יצירתיותם של המטופלים, הרי שיכלו בנקל להראות גם כאן העדפה לטובת קבוצתם (קרי, אין הם מוגבלים על ידי ה"מציאות"); (Ellemers and Van Rijswijk, 1997).

⁶ מגמה זו הוצעה גם מתוך פרספקטיבת הזהות החברתית, שבה הוצע לראות את קבוצתך כחיובית יותר על מימדים אחרים מאשר את קבוצת החוץ (Mummendey and Schreiber, 1984). גישה זו מצביעה גם על כך שכאשר אין הפרט יכול לעזור את הקבוצה ולהשתייך לקבוצת סטטוס גבוהה יותר, הרי שאחד הפתרונות לאיום על ההערכה העצמית יהיה הדגשת השונות בתוך הקבוצה (לא כולם כך), וכיוון אחר יהיה הדגשת הממדים שבהם הקבוצה יכולה לבלוט לחיוב (cf. Ellemers and Van Rijswijk, 1997; Ellmers, Spears and Doosje, 2002).

אנשים קרובים, בני משפחה, ואפילו מצד מטפלים במערכת בריאות הנפש (Wahl, 1999). הדיווח על אי תמיכה רגשית היה שכיח יותר בקרב מטופלים שלא אושפזו בעבר. לא ברור מקורו של ההבדל בתחושה סובייקטיבית זו. ייתכן שמטופלים שלא אושפזו, פחות משתפים את אלה הקרובים להם בקושי, בכעס, בחוסר האונים שהם חווים, ואולי הם מקבלים לגיטימציה נמוכה יותר מהסובבים אותם להזדקק לתמיכה כלשהי.

כפי שכבר צוין, הרי שמבחינה חברתית, כ-45% מהמשיבים חששו מדחייה מצד החברים וכ-40% אכן חוו דחייה כזו. כזכור, כמחצית המרואיינים חשו חוסר הבנה מצד האחרים, וכ-20%-40% מהמשיבים אינם חשים שהם זוכים לתמיכה נפשית של הקרובים להם. על רקע זה, הממצא שלפיו כמעט מחצית המשיבים שאושפזו בעבר התקשו ליצור קשר עם חברים חדשים נעשה משמעותי עוד יותר. כך, הדאגה מפני הסטיגמה עלולה להוות מחסום לאינטראקציות חברתיות משמעותיות עם אנשים שהם מחוץ למשפחתם של החולים (Perlick et al., 2001), ומובילה לרשת תמיכה חברתית מצומצמת (Link et al., 1989 [in: Link, Mirotznik and Cullen, 1991]). נראה אם כן כי קיימת בעייתיות בקשרים קיימים או ביצירת קשרים חדשים, הנובעת מהתנסות בדחייה ממשית או מהחשש מדחייה שכזו.

סוגיית ההשתלבות בחברה ה"נורמלית" קשורה גם למרפאות שבהן ניתן הטיפול. כל המרואיינים היו בטיפול אמבולטורי בתחנות הממשלתיות לבריאות הנפש, שהן מרפאות ייחודיות לבריאות הנפש. הם נשאלו האם זוהי העדפתם או שהם היו מעדיפים להימצא בטיפול במרפאה מקצועית כללית, שבה עובדים הן מטפלים מתחום בריאות הנפש והן רופאים בתחומים אחרים. ניתן היה לחשוב שהמטופלים דווקא יעדיפו מרפאה מקצועית כללית, שבה ניתן יהיה לצפות לסטיגמה פחותה יותר; זאת משום שבמרפאה מקצועית כללית יהיה יותר מגע בין אנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית לבין חולים שסובלים ממחלות פיזיות אחרות. מגע זה עשוי להביא את אלו המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית לקחת חלק פעיל בחיים ה"נורמליים" ולצמצם את הפער ביניהם לבין סביבתם החברתית. כמו כן במרפאה זו האדם מזוהה פחות כמי שמקבל טיפול נפשי. סיבה נוספת לכך שניתן יהיה לצפות סטיגמה פחותה יותר היא שהכול יטופלו תחת קורת גג אחת, והכול יהיו שווים, שהרי כולם בעצם זקוקים לעזרה רפואית (Angermeyer et al., 1987).

מצאנו שכחמישית עד רבע מהמשיבים אינם מביעים העדפה כלשהי. בקרב אלו שהביעו העדפה נמצא כי הן מי שאושפזו בעבר והן מי שלא אושפזו בעבר נטו להעדיף מרפאה שמטופלים בה אנשים עם בעיות נפשיות בלבד (54%-62% בהתאמה) על פני מרפאה כללית (46% מבין מי שאושפזו בעבר ו-38% מבין מי שלא אושפזו). הסיבות להעדפת המרפאה לבריאות הנפש הן: טיפול טוב יותר, שמירה על סודיות ופרטיות⁷. משיבים שהעדיפו את המרפאה הכללית המשולבת ציינו כנימוקים את האפשרות להיעזר ברופאים אחרים, להיות חלק מסביבה בריאה נפשית, ו-הסתרה (שלא ידעו שבאתי לטיפול נפשי).

⁷ ייתכן שהמטופלים המצויים כולם בטיפול במרפאה לבריאות הנפש נוטים להעדיף את המוכר להם, כלומר מרפאה ייחודית לבריאות הנפש. אף שאיננו יכולים לפסול את תרומתו של גורם זה להעדפות, הרי שסבירותו אינה גבוהה, שכן, מגמה דומה נמצאה באוכלוסייה הכללית (מקרב כלל המשיבים באוכלוסייה הכללית, 46% ציינו העדפה למרפאה שעוסקת רק בבריאות הנפש, 35% העדיפו מרפאה עם רופאים מקצועיים נוספים. ולנותרים אין העדפה ברורה).

ואמנם נראה כי במרפאה מקצועית כללית יש סיכויים גבוהים יותר לפגוש מכרים ושכנים, וכך עולה הסיכון להיות מזוהה כאדם הנמצא בטיפול פסיכיאטרי (Angermeyer et al., 1987). כמו כן מטופלים במרפאה לבריאות הנפש יכולים להתייחס למטופלים האחרים כקבוצת השוואה או כקבוצת התייחסות (reference group), בעוד שמטופלים במרפאה המקצועית הכללית ישו עזמם לאלו שאינם מתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. באופן זה יהיו מודעים באופן בולט יותר לשוני בינם לבין האחרים ה"נורמלים" שמגיעים למרפאה, והדבר יבליט את עובדת פנייתם למומחה לבריאות הנפש, ומכאן, לבעייתם הנפשית (Angermeyer et al., 1987).

מכל האמור לעיל, נראה שהמחקר חשוב, משום שכך ניתן ללמוד ממקור ראשון על התגובות כלפי מי שמתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית, על פחדיהם, על אמונותיהם, על מה שמפריע להם יותר ועל מה שמפריע להם פחות ועוד. ההיקף שבו צרכנים של מערכת בריאות הנפש נתקלים בסטיגמה בחיי היום-יום שלהם הוא נושא בעל חשיבות ניכרת להתאוששותם ולאיתות חייהם (Wahl, 1999). לסטיגמה יש אפוא כוח להשפיע על חייהם של האנשים בתחומים שונים ודרך מנגנונים שונים (Link et al., 2001), ומכאן עולה גם החשיבות שבמציאת דרכי התערבות אפשריות בהמשך.

דוח זה מתמקד במטופלים במרפאות. מנגד נמצאים המטופלים. מן הסתם, סביר להניח שהמערכת המטפלת משפיעה על הסטיגמה לשני הכיוונים, ואכן, אחד מכיווני המחקר שרצוי לבצע בהמשך הוא לבחון את נושא הסטיגמה מצדם של המטופלים.⁸

5. כיווני פעולה

לפני שנפנה לדון בכיווני פעולה נציין שתי מגבלות במחקר: ראשית, המחקר מתבסס על שלוש מרפאות השייכות לאותו מרכז לבריאות הנפש (שתי מרפאות בירושלים ואחת בבית שמש). במחקר לא נכללו מרפאות של קופות חולים ומרפאות חוץ של בית חולים. כמו כן מדובר על מספר מצומצם של משיבים ועל מדגם שאינו מייצג.

שנית, באשר לאחוזי הדיווח על סטיגמה, כפי שהראינו יש נטייה לאחוזי דיווח עולים כאשר עוברים מהתנסות עצמית להתנסות עקיפה ("קרה לאחרים", "שמעתי" ו"ראיתי") ולחששות מסטיגמה ומדחייה. כפי שצוין בדוח, מלבד העובדה שהעלייה כשלעצמה הגיונית, ייתכן שיש גם תת-דיווח על התנסות בפועל (לא מן הנמנע שאנשים שיותר התנסו ונפגעו מהסטיגמה העדיפו שלא להתראיין). מכל מקום, אנו מתבססים בהמלצותינו על הכיוונים שנמצאו.

התערבות בקרב מטופלים. לאור העובדה שהמטופלים עצמם מדווחים על יותר חשש מדחייה מאשר על דחייה בפועל, נראה שיש מקום להתערבות בקרב המטופלים עצמם. אין אנו סבורים שהחברה אינה

⁸ ההמלצות המופיעות בפרק הבא מבוססות על דוח המרפאות בלבד, אולם כדי לקבל תמונה מלאה יותר, מומלץ לעיין גם בהמלצות המופיעות בשני הדוחות האחרים.

סטיגמטית לגבי טיפול, אלא שיש מקום להתמודד עם הסוגיה משני הכיוונים (הציבור והמטופלים) ולא רק מכיוון הציבור.

באופן ספציפי, אנו מציעים לשקול את האפשרות להתייחס לסוגיית הסטיגמה בתוך מסגרות הטיפול עצמן. כלומר, "לשים את הנושא על השולחן".

המחקר מצא, שגם בקרב המטופלים עצמם יש דעות סטיגמטיות כלפי אנשים עם בעיות נפשיות. על כן, יש מקום להתערבויות המתמקדות במטופלים עצמם, לא רק כמושאי הסטיגמה אלא גם ככאלו שאינם נקיים ממנה. כך נמצא, למשל, שאף שאנשים מציינים לחיוב תכונות שונות של מטופלים אחרים, הרי שהם מעדיפים לא לבלות עם אנשים אלו.

כיוון נוסף העשוי להתקשר לקודם הוא להדגיש ולחזק למטופלים את צדדיהם החיוביים כקבוצה (זאת מעבר לעיקרון הכללי של חיזוק צדדיו החיוביים של הפרט הייחודי). דבר זה עשוי לחזק את ההערכה העצמית שלהם. כך, למשל, ניתן להצביע על חוזקם של המטופלים במישורים, כגון היכולת להרגיש והיכולת להבין אחרים שנמצאים בטיפול.

מצאנו גם שאף שמרבית המשיבים מרגישים שהם זוכים לתמיכה רגשית ממשפחותיהם, הרי שיש גם כ-20%-40% שמרגישים שאינם זוכים לתמיכה כזו. כ-35% חוו דחייה מצד המשפחה וכ-41% חוו דחייה מצד חברים. המשיבים גם מדווחים על חשש מפני דחייה מצד החברים ועל קושי ביצירת קשרים. נראה שיש מקום לנסות לחזק את מערכת התמיכה החברתית. כאשר מצרפים זאת לעובדה שהמשיבים חשו שבאופן כללי אנשים שנמצאים בטיפול הם מבינים ורגישים יותר לעומת אחרים וכו', הרי שניתן להציע לעודד הקמת קבוצות תמיכה הדדית. חשוב לנסות לא להגדיר קבוצות אלו כמקור לקשרים חברתיים – ל"בילוי", אלא כמקור לתמיכה הדדית במישור הרגשי. זאת, משום שכאמור, נראה שרוב המטופלים (לפחות כל זמן שגם הם עצמם אינם "נקיים" מסטיגמה) אינם מעוניינים ככל הנראה בקשרים חברתיים עם מטופלים אחרים.⁹

מיקום הטיפול הנפשי. נראה שהמטופלים מעדיפים לקבל טיפול נפשי אמבולטורי במרפאות לבריאות הנפש (לא במרפאות מומחים כלליות). אף שהמגמה אינה חזקה במיוחד, היא מצטרפת למגמה קלה שנמצאה במחקר הארצי המייצג שנערך בקרב האוכלוסייה הכללית. כלומר, ההעדפה קיימת הן בקרב אנשים מחוץ למערכת, והן בקרב אנשים המטופלים במערכת. לאור זאת, יש מקום לשקול ברמה המבנית את סוגיית מיקום הטיפול האמבולטורי. אם הטיפול יועבר למסגרות/למרפאות של רפואה כללית, ייתכן שצריך יהיה להתמקד ביתר שאת בסוגיית הסטיגמה בקרב המטופלים עצמם, וכן באוכלוסייה הכללית; יידרש מסע הסברה להפחתת החששות מפנייה למרפאה כללית לצורך קבלת טיפול נפשי.

⁹ כל הנ"ל מתמקד במטופלים עצמם. כיוון התערבות נוסף (שאינו נובע ישירות מהממצאים שלנו) מתמקד אף הוא במטופלים, אך מתוך תפיסה שההתנהגות שלהם יכולה להשפיע על תפיסות וסטיגמה באוכלוסייה הכללית. ניתן לשער כי היחשפות של דמויות מוכרות, מוערכות או נערצות על היותם בטיפול, יכולה להביא להפחתת הסטיגמה הקיימת.

ביבליוגרפיה

שטרוד, נ'; שרשבסקי, י'; בידני-אורבך, א'; לכמן, מ'; זהבי, ט'; שגיב, נ'. 2007. **סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי**. דמ-478-07. מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

שטרוד, נ'; שרשבסקי, י'; בידני-אורבך, א'; לכמן, מ'; שגיב, נ'; זהבי, ט'. 2007. **סטיגמה בתחום בריאות הנפש: עמדות, התנסויות והתמודדויות של הורים לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית**. דמ-468-07. מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

שטרוברג, נ'; בר, ש'; נאון, ד'; מורגנשטיין, ב'. 2004. **מקבלי קצבת נכות כללית ומקבלי קצבת נכות מעבודה בישראל: מאפיינים וצרכים בתחומי הבריאות והתפקוד הפיזי והנפשי**. דמ-428-04. מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

Angermeyer, M.C.; Link, B.G.; and Marjcher-Angermeyer, A. 1987. "Stigma Perceived by Patients Attending Modern Treatment Settings". *Journal of Nervous and Mental Disease* 175:4:11.

Biernat, M. and Dovidio, J.F. 2000. "Stigma and Stereotypes". In T.F. Heatherton; R.E. Kleck; M.R. Hebl and J.G. Hull (Eds.) *The Social Psychology of Stigma* (pp. 88-125). New York: Guilford Press.

Brehm, S.S. and Kassin, S.M. 1996. *Social Psychology* (3rd ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Corrigan, P.W.; and Penn, D.L. 1999. "Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma". *American Psychologist* 54: 765-776.

Corrigan, P.W.; and Watson, A.C. 2002. "The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness". *Clinical Psychology: Science and Practice* 9: 35-53.

Corrigan, P.W.; and Watson, A. (submitted). *Suffering Doubly: Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness*.

Dubin, W.R.; and Fink, P.J. 1992. "Effects of Stigma on Psychiatric Treatment". In: Fink, P.J.; and Tasman, A. (Eds.). *Stigma and Mental Illness* (pp. 1-10). Washington: American Psychiatric Press.

Ellemers, N.; Van-Rijswijk, W.; Roefs, M.; and Simons, C. 1997. "Bias in Intergroup Perceptions: Balancing Group Identity with Social Reality". *Personality and Social Psychology Bulletin* 23:186-198.

Farina, A.; Fisher, J.D.; and Fischer, E.H. 1992. "Societal Factors in the Problems Faced by Deinstitutionalized Psychiatric Patients". In: Fink, P.J.; and Tasman, A. (Eds.). *Stigma and Mental Illness* (pp.167-184). Washington: American Psychiatric Press.

Fischer, E.H.; and Turner, J.L. 1970. "Orientations to Seeking Professional Help: Development and Research Utility of an Attitude Scale". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 35:79-90.

- Fiske, S.T. 1998. "Stereotyping, Prejudice and Discrimination". In: Gilbert, D.T.; Fiske, S.T.; and Lindzey, G. (Eds.). *Handbook of Social Psychology* Vol 2 (4th ed), (pp. 357-411). Boston: McGraw-Hill.
- Freidl, M.; Lang, T.; and Scherer, M. 2003. "How Psychiatric Patients Perceive the Public's Stereotype of Mental Illness". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38:269-275.
- Green, G.; Hayes, C.; Dickinson, D.; Whittaker, A.; and Gilheany, B. 2003. "A Mental Health Service Users Perspective to Stigmatization". *Journal of Mental Health* 12(3):223-234.
- Link, B.G. 1987. "Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection". *American Sociological Review* 52:96-112.
- Link, B.G.; Cullen, F.T.; Mirotznik, J.; and Struening, E. 1992. "The Consequences of Stigma for Persons with Mental Illness: Evidence from the Social Sciences". In: Fink, P.J.; and Tasman, A. (Eds.). *Stigma and Mental Illness*. (pp. 87-96). Washington: American Psychiatric Press.
- Link, B.G.; Mirotznik, J.; and Cullen, F.T. 1991. "The Effectiveness of Stigma Coping Orientations: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be Avoided"? *Journal of Health and Social Behavior* 32:302-320.
- Link, B.G.; and Phelan, J.C. 2001. "Conceptualizing Stigma". *Annual Review of Sociology* 27:363-385.
- Link, B.G.; Struening, E.L.; Neese-Todd, S.; Asmussen, S.; and Phelan, J.C. 2001. "The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People with Mental Illness". *Psychiatric Services*, 52(12):1621-1625.
- Link, B.G.; Struening, E.L.; Neese-Todd, S.; Asmussen, S.; and Phelan, J.C. 2002. "On Describing and Seeking to Change the Experience of Stigma". *Psychiatric Rehabilitation Skills* 6(2):201-231.
- Link, B.G.; Struening, E.L.; Rahav, M.; Phelan, J.C.; and Nuttbrock, L. 1997. "On Stigma and its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study on Men with Dual Diagnosis of Mental Illness and Substance Abuse". *Journal of Health and Social Behavior* 38:177-190.
- Mummendey, A.; Schreiber, H.J. 1984. "'Different' Just Means 'Better': Some Obvious and Some Hidden Pathways to In-group Favouritism". *British Journal of Social Psychology*. Vol 23(4) Nov 1984, 363-368.
- Mummendey, A.; Schreiber, H.J. 1983. "Better or Just Different? Positive Social Identity by Discrimination Against, or By Differentiation from Outgroups". *European Journal of Social Psychology*. Vol 13(4) Oct-Dec 1983, 389-397.
- Perlick, D.A.; Rosenheck, M.D.; Clarkin, J.F.; Sirey, J.; Salahi, J.; Struening, E.L.; and Link, B.G. 2001. "Adverse Effects of Perceived Stigma on Social Adaptation of Persons Diagnosed with Bipolar Affective Disorder". *Psychiatric Services* 52(12):1627-1632.

- Sirey, J.; Bruce, M.L.; Alexopoulos, G.S.; Perlick, D.A.; Raue, P.; Friedman, S.J.; and Meyers, B.S. 2001. "Perceived Stigma as a Predictor of Treatment Discontinuation in Young and Older Outpatients with Depression". *American Journal of Psychiatry* 158(3):479-481.
- Smart, L. and Wegner, D.M. 1999. "Covering Up What Can't Be Seen: Concealable Stigma and Mental Control". *Journal of Personality and Social Psychology* 77:474-486.
- Snyder, M. and Miene, P. 1994. "On the Functions of Stereotypes and Prejudice". In: Zanna, M.P. and Olson, J.M. (Eds.). *The Psychology of Prejudice: The Ontario Symposium*. (Vol. 7, pp. 33-54). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tajfel, H. 1982. "Social Psychology of Intergroup Relations". *Annual Review of Psychology* 33: 1-39.
- Taylor, D.M.; Wright, S.C.; and Porter, L.E. 1994. "Dimensions of Perceived Discrimination: The Personal Group Discrimination Discrepancy". In: Zanna, M.P. and Olson, J.M. (Eds.). *The Psychology of Prejudice: The Ontario Symposium* (vol. 7. pp. 235-255). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Turner, J. C. 1987. *Rediscovering the Social Group: A Self-categorization Theory*. Oxford and New York: Basil Blackwell.
- Wahl, O.F. 1999. "Mental Health Consumers' Experience of Stigma". *Schizophrenia Bulletin* 25:467-477.
- Wright, S. and De Ponte, P. 2000. "Pull Yourself Together". *Mental Health* 2(4).
www.mentalhealth.org.il
- Wright, E.R.; Gronfein, W.P.; and Owens, T.J. 2000. "Deinstitutionalization, Social Rejection and the Self-Esteem of Former Mental Patients". *Journal of Health and Social Behavior* 41:68-90.

נספח א: שאלון

להלן פירוט הרכיבים בשאלון לפי תחומי תוכן

1. שאלות דמוגרפיות
2. יחס בפנייה לגורמים ומקומות שונים
3. חששות מיחס שלילי והתממשותם בפועל
4. התנסות ישירה ועקיפה בסטיגמה
5. קשרים חברתיים
6. דרכי התמודדות עם סטיגמה
7. רגשות הקשורים לסטיגמה
8. תפיסת האפליה הקיימת בחברה כלפי המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית
9. ידע על האטיולוגיה הנתפסת של מחלות פסיכיאטריות
10. העדפות לגבי טיפול נפשי

פירוט הרכיבים

1. **שאלות דמוגרפיות (שאלות 1-11)** – שאלות לגבי מין, גיל, ארץ לידה, שנת עליה, מצב משפחתי, ילדים, מקום מגורים, השכלה, דת.
2. **יחס בפניה לגורמים ומקומות שונים (שאלות 12-13)** – המרואיינים נשאלו על היחס לו הם זוכים במקומות ומאנשים שונים. הם נשאלו האם בקופ"ח ובמרפאה לבריאות הנפש מתייחסים אליהם "יותר יפה בהשוואה לאחרים", "כמו לאחרים" או "פחות יפה בהשוואה לאחרים" וכן התבקשו לפרט ולומר מי מהגורמים במקומות אחראי ליחס שציינו (רופא, אחות, פקיד, שומר, פסיכולוג, מטופלים אחרים וכד'). בשאלון א' לאנשים שאושפזו נשאלו המרואיינים בנוסף ליחס בשני מקומות אלה גם על היחס הקיים כלפיהם מצד עובדי השיקום בבריאות הנפש, העובדים בלשכת הרווחה, וכן במוסד לביטוח לאומי, בעירייה, בבנק, במשטרה ובמכולת/סופרמרקט.
בנוסף, נשאלו כל המרואיינים האם קיימים מקומות נוספים, שלא הוזכרו, והיחס בהם שונה ובמידה והיו מקומות כאלה התבקשו לפרט אותם ולציין את היחס הקיים בהם (שאלה 13).
3. **חששות מיחס שלילי והתממשותם בפועל (שאלה 14)** – בשאלה זו הוצגו למרואיינים משפטים המתארים חששות שנאמר להם כי הם מאפיינים אנשים שהיו מאושפזים בעבר / שנמצאים בטיפול נפשי. לגבי כל משפט התבקשו המרואיינים לומר עד כמה הם היו שותפים לפחד מהמצב המתואר ובהמשך האם אותו מצב התרחש בפועל. המשפטים התייחסו לחשש מיחס שלילי / לא מבין / לא מקבל מצד גורמים שונים: רופא המשפחה, חברים, משפחה, בעבודה. ובמקרה של מטופלים שהיו מאושפזים בעבר גם לחששות כאלה סביב הסוגיה של שכירת דירה / חדר.
4. **התנסות ישירה ועקיפה בסטיגמה ואפליה (שאלות 15-16)** - המרואיינים נשאלו על המידה בה הם, אנשים קרובים להם או כאלה שנמצאים במצב דומה לשלהם חוו אפליה והתנסו בסטיגמה. פריט 1

שבשאלה 15 (יחס רגיל כאשר נודע שהיה מאושפז בעבר/נמצא בטיפול נפשי) וכן פריטים 2, 3 בשאלה 16 (אנשים אומרים דברים מעליבים על אנשים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול נפשי ודברים פוגעים שנשמעים בתקשורת) מבוססים בהתאמה על פריטים 8, 3, 2 מה-stigma items של Wahl, 1999. בשאלון של מי שאושפזו בעבר בלבד, פריט 4 בשאלה 16 (שמעתי שלא קיבלו אנשים ללימודים בגלל שהיו מאושפזים) דומה לפריט 12 ב-discrimination items של Wahl, 1999 (במקור ההתייחסות למרואיין עצמו).

בהקשר זה נשאלו המרואיינים גם שתי שאלות פתוחות: אלה שצינו בחלק הסגור התייחסות שלילית כלשהי נשאלו על הסיבה המרכזית לדעתם ליחס השלילי המופנה כלפיהם (שאלה 18). בנוסף, בסוף הראיון נשאלו המרואיינים האם היו התנסויות פוגעות או לא שוויוניות נוספות שחוו, במידה והיו כאלה הם התבקשו לתאר אותן וכן נשאלו האם שוחחו עליהן עם המטפל שלהם (שאלות 26-28).

5. קשרים חברתיים (שאלה 17) - השאלה כללה פריט בנושא תמיכה נפשית מצד אנשים קרובים. ובשאלון של מי שאושפזו בעבר גם פריטים המתמקדים בהשפעת האשפוז על היכולת ליצור קשרים חברתיים וזוגיים.

6. דרכי התמודדות עם סטיגמה (שאלה 19) - פריטים שמטרתם לבחון את הדרכים שהמטופלים משתמשים בהן כדי להימנע מההשפעות השליליות של הסטיגמה. חלק מהפריטים מבוססים על דרכי ההתמודדות שהציעו Link, Mirotznik and Cullen, 1991 או על הגרסה המאוחרת יותר של Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen and Phelan, 2002 וחלקם הם פריטים שהוספו לשאלון על סמך ראיונות ומפגשים שהתקיימו עם אנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית.

להלן מקורות הפריטים המבוססים על שאלונים קיימים: פריט 1 (הסתרה בעבודה) ופריט 2 (הסתרה רוב הזמן) מבוססים על פריטים 1 ו-5 בהתאמה (בפרטי הסודיות של Link et al., 1991) פריט 3 (בקשה מהמשפחה להסתיר) מבוסס על פריט 7 (בפרטי הסודיות של Link et al., 2002). פריט 5 (התנסות בהסברה ומתן ידע) מבוסס על פריטים 1 או 4, פריט 6 (נכונות להשתתף בפעילות הסברה ציבורית) מבוסס על פריט 5. פריט 7 (יציאה כנגד מי שמשמיע דעות שליליות על אנשים שהיו מאושפזים/שנמצאים בטיפול נפשי) מבוסס על פריט 6 (כולם מתוך פרטי החינוך של Link et al., 1991). פריטים 9 ו-11 מבוססים שניהם על פריט 1 ופריט 12 מבוסס על פריט 2 (שניהם מתוך פריט ההימנעות של Link et al., 1991).

על פריטי שאלה 19 הרצנו ניתוח גורמים (Principal component analysis, Varimax rotation), וקיבלנו חמישה ממדים. ההרצה נעשתה על הפריטים המשותפים לשתי גרסאות השאלון, וזאת על מנת לאפשר בניית מדדים אחידים לשתי הגרסאות. ארבעת הגורמים הראשונים שהתקבלו נמצאו כמסבירים 53% מהשונות. הגורם החמישי כולל רק פריט אחד בעל טעינות גבוהה, ואילו הפריט השני בעל טעינות סבירה, היה בעל טעינות דומה בפקטור אחר, ולכן לא יפורט כאן. להלן יפורטו ארבעת הממדים הראשונים, כולל המהימנות הפנימית של כל מדד:

♦ **סודיות - Secrecy (פריטים 1-4)**. ארבעה פריטים הבוחנים הסתרה במקומות ומאנשים שונים (מרבית הזמן, במקום העבודה, דרך בקשה מהמשפחה לא לספר והסתרה שנועדה להגן על בני המשפחה האחרים). Cronbach α = .76, n = 139.

- ♦ **חינוך - Educating (פריטים 5-7).** שלושה פריטים הבוחנים את הנטייה לעסוק בהתנהגויות של חינוך והסברה בכל הקשור באשפוז וטיפול נפשי ושל יציאה נגד המגלים עמדות שליליות כלפי אנשים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול. Cronbach $\alpha=0.65$, $n=152$.
 - ♦ **הימנעות - Withdrawal (פריטים 9, 11, 12).** שלושה פריטים הבוחנים נטייה להימנע ולסגת ממצבים בהם יש סכנה לסטיגמה ויחס שלילי והעדפת מצבים או אנשים מצידם הסטיגמה צפויה להיות נמוכה. Cronbach $\alpha=0.52$, $n=137$.
 - ♦ **עמדות חיוביות ואמפתיות ("גאווה יחידה") (פריטים 14-17).** ארבעה פריטים מקוריים בהם מוצגות תכונות חיוביות של אנשים שהיו באשפוז/שנמצאים בטיפול נפשי (רגישים יותר, יצירתיים יותר, מרגישים רגשות חזקים, ומבינים יותר). Cronbach $\alpha=0.75$, $n=165$.
- 7. רגשות הקשורים לסטיגמה (שאלה 20).** פריטים שמטרתם לבחון את התחושות והרגשות השונים הקשורים בסטיגמה. חלק מהפריטים מבוססים על פריטים של Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen and Phelan, 2002.
- 7.1 חוסר הבנה/תמיכה רגשית (פריט 1).** פריט 1 (תחושה שלא מבינים את הבעיות הנפשיות) מבוסס על פריט 1 של Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen and Phelan, 2002.
- 7.2 תחושת שוני, חוסר שייכות (פריטים 2-3).** שני פריטים: פריט 2 (יש בי חלק שרק אלה שנמצאים במצבי יכולים להבין) דומה לפריט 2 של Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen and Phelan, 2002 ופריט 3 (תחושת שונות) מבוסס על פריט 3 של Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen and Phelan, 2002.
- 7.3 בוש/אי נעימות (פריטים 4-5).** שני פריטים מקוריים.
- 7.4 יחס לטיפול (פריטים 6-8).** שני פריטים מקוריים.
- 7.5 כעס (פריטים 9-10).** שני פריטים מקוריים.
- 8. תפיסת אפליה בחברה (שאלה 21).** שמונה פריטים המתמקדים בנכונות של "רוב האנשים" להיות בסוגי קשר שונים עם אדם שיש לו מחלת נפש (כשכן, כעמית לעבודה, כמועסק או מעסיק, כחבר, כמטפל בילדיהם או כבן זוג לנישואין). פריטים אלה מבוססים על סולם המרחק החברתי שפותח במקור על ידי בוגארדוס (Bogardus, 1932) לבחינת עמדות כלפי קבוצות אתניות. במחקר השתמשנו בסולם כפי שהותאם להקשר של בריאות הנפש ובמטרה לבחון מרחק מאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. סולם זה הועבר גם למדגם מייצג של האוכלוסייה הכללית בישראל (ר' שטרוד ואחרים, 2007, דמ-07-478), בעוד ששם האנשים נשאלו על נכונותם למגע הרי שהמרוויינים במחקר הנוכחי נשאלו על הנכונות הנתפסת של האוכלוסייה בעיניהם (כפי שנעשה למשל על ידי Link, Mirotznik and Cullen, 1991).
- 9. אטיולוגיה (שאלות 22-23).** בחלק זה המרוויינים נשאלו מה לדעתם גורם למחלת נפש (שאלה 22). לא הוצעו להם אפשרויות בחירה והיה באפשרותם לציין יותר מגורם אחד, התשובות שנתנו סומנו על גבי רשימת גורמים מוכנה מראש. בהמשך (שאלה 23) הם נשאלו מהו לדעתם הגורם החשוב מכולם.
- 10. העדפה לגבי מיקום המרפאה לטיפול נפשי (שאלות 24-25).** המרוויינים נשאלו אם היו מעדיפים לקבל טיפול נפשי במרפאה שמטפלת רק בנושאים של בריאות הנפש או בכזו שמטפלים בה בבעיות רפואיות נוספות (שאלה 24). בהמשך, הם נשאלו לגבי הסיבות להעדפתם זו (שאלה 25).