

המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות בעיני הציבור בישראל

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידניאורבך, נגה שגיב,
טלי זהבי ויצחק לבב

חלק גדול מעשרות אלפי אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות חיים בקהילה, אולם הסטיגמה שהם סובלים ממנה מקטינה את סיכוייהם להשתקם ולהשתלב בחברה. תכנון התערבויות לצמצום סטיגמה זו מחייב להבין כיצד החברה הישראלית תופסת את דמותו של האדם שחלה במחלה פסיכיאטרית.

המאמר מציג נתונים שהתקבלו ממדגם המייצג את אוכלוסיית ישראל שמעל גיל 21 ($N = 1,583$). כאשר המשיבים התבקשו לאפיין אדם שחלה, ציינו למעלה ממחציתם התנהגות חיצונית חריגה. כל אחד מהמאפיינים הבאים הוזכר ע"י כחמישית מהמשיבים: בעיות בקשר עם המציאות, התנהגות בלתי צפויה, אלימות ודיכאון. המחלות הפסיכיאטריות נתפסות כבעלות אטיולוגיה גנטית-כימית, מצד אחד, ופסיכוסוציאלית, מצד שני. בציבור יש שונות רבה בתפיסת הדמיון והשוני בין החולים לבין הבריאים. החריגות הנתפסות מתמקדות במישורים מסוימים, ובולטת בהם, בין היתר, תפיסת החולים כאלמים. במימדים מסוימים (השכלה, אינטליגנציה, יכולת לעבוד) ניכרת דווקא תפיסה נורמטיבית למדי. הדיון נוגע בקצרה גם בהשלכות מבחינת תכנים רצויים להתערבויות להפחתת הסטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות.

מילות מפתח: סטיגמה, עמדות, נפגעי נפש, מחלות פסיכיאטריות, שיקום

מבוא

סטיגמה מתייחסת למאפיין שלילי המבחין בין אדם בעל אפיון זה (או הנתפס כבעל אפיון זה), לבין אנשים אחרים. הבחנה זו כרוכה גם בהתייחסות שלילית (Link, 1999; Smart & Wegner, 1997; Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock, 1997).

המאמר מבוסס על מחקר שמומן בסיוע המכון הלאומי לחקר הבריאות ומדיניות הבריאות. אנו מודים לשלושה מעריכים אנונימיים על הערותיהם. כמו כן, אנו מודים למראיינים, למרואיינים ולכל מי שסייעו ישירות או בעקיפין בביצוע המחקר.

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידני-אורבך, ננה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

הסטיגמה מתייחסת לסטריאוטיפים שליליים (Corrigan & Penn, 1999) הקשורים בדעה קדומה (prejudice), בדחייה (rejection) ובאפליה (discrimination). לסטיגמה הקשורה במחלת נפש יש השלכות שליליות ניכרות. אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית ומנסים להשתקם, ובעיקר אלה המנסים להשתקם בקהילה במסגרת המגמה לא-מיסוד (deinstitutionalization), חשופים לדעות קדומות ולאפליה בכל הנוגע לדיור, לתעסוקה, לנישואים ועוד. דבר זה מקטין את סיכוייהם להשתקם ולהשתלב מחדש בחברה (Corrigan & Penn, 1999; Link, 1987; Mueser, 2004; Sartorius, 1998). כמו כן, אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית עלולים לקבל פחות טיפול לתסמינים גופניים, או להרגיש שהם מקבלים פחות טיפול כזה. זאת, הן משום שאנשי מקצוע בתחום הבריאות עלולים לייחס את התלונות של חולים אלה למצבם הנפשי, והן משום שבדומה לאוכלוסייה הכללית, חלק מאנשי מקצוע אלה אינם חשים בנוח כאשר עליהם להתמודד עם אדם הסובל ממחלה פסיכיאטרית. הסטיגמה משפיעה על איכות החיים, על תחושת הרווחה ועל ההערכה העצמית של החולים (Corrigan, 1998; Markowitz, 1998; Rosenfield, 1997; Wahl, 1999; Wright, Gronfein & Owens, 2000). ההתמודדות עם הסטיגמה עלולה להביא למגוון אסטרטגיות בעלות השלכות שליליות (Link, Mirotnik & Cullen, 1991). לדוגמה, כאשר אנשים בוחרים להסתיר את מחלתם בגלל סטיגמה, יש סכנה להתעסקות-יתר (preoccupied) במחלה (Smart & Wegner, 1999). יתרה מכך, הסטיגמה עלולה למנוע מאנשים לפנות לעזרה מקצועית (Corrigan & Rusch, 2002; Sirey et al., 2001; U.S. Department of Health and Human Services, 1999). לסטיגמה אף עלולות להיות השלכות על משפחת החולה הפסיכיאטרי, וכן על התנהגות המשפחה כלפי החולה (Lefley, 1992; Phelan, Bromet & Link, 1998). תכנון התערבויות לצמצום הסטיגמה מחייב לדעת מה מעורר את התגובות הסטיגמטיות והפוגעות. האם מדובר בהתנהגויות שהציבור רואה ומזהה כקשורות למחלות נפש? או בתפיסות והנחות לגבי אפיוניהם של החולים? סביר ששני האפיקים גם יחד קיימים (שטרך, שרשבסקי, בידני-אורבך, לכמן, זהבי ושגיב, 2007). בעוד שבראשון סוגיית הזיהוי היא המרכזית (גם אם מדובר בייחוס או בזיהוי שגוי), הרי שבשני המושג המופשט "חולה נפש" הוא המרכזי. שאלת הזיהוי של "חולה נפש" נפרדת, אם כן, מסוגיית ההתייחסות למונח המופשט. בחינת התפיסות של המושג המופשט "חולה נפש" חשובה, ללא קשר ליכולתו של הציבור לזהות חולה ספציפי. מאמר זה מתמקד בתפיסות ובייחוסים הקיימים בציבור לגבי "חולה הנפש" (ולא בסוגיית הזיהוי). תפיסות וייחוסים אלה משפיעים על אופן תגובתם של אנשים לקטגוריה "חולה נפש". זאת, כי הם מהווים את הבסיס שעליו בנויה ההתייחסות

לחולי נפש במצבים שבהם מוזכר המונח "חולה נפש". לדוגמה, כשפלוגי מראיין אדם לצורך קבלה לעבודה בידועו שהוא סובל ממחלת נפש, או כאשר הוא שומע שמתכוונים להקים ליד ביתו הוסטל או יחידת תעסוקה למשתקמים שחלו במחלות פסיכיאטריות, הרי שתגובתו לא תתבסס על האפיונים המציאותיים של אנשים אלו, אלא על האפיונים הרלוונטיים לדעתו. תגובתו תהיה קשורה לאמונותיו, לעמדותיו, לתפיסותיו ולהנחותיו לגבי אפיוניהם של אנשים עם מחלת נפש, ולא דווקא לאופן התנהגותו ותפקודו בפועל של המועמד לעבודה או של המשתקם בהוסטל. תגובות שליליות ודחייה עלולות להיווצר כנגד ההוסטל, או כנגד קבלתו לעבודה של אותו מועמד, עוד בטרם הייתה הזדמנות לפגוש אותו עצמו. יתרה מכך, הפגישה עצמה עלולה שלא להתקיים בשל התפיסות והתגובות השליליות.

הסטיגמה בישראל

רהב וסטרונינג (1984) חקרו את הסטיגמה בשישה יישובים בישראל, ומצאו עמדות סותרות המתקיימות במקביל: מחד – ליברליזם וסובלנות, ומאידך – חשדנות ודחייה. מחקרים אחרים בישראל לא נערכו על מדגמים מייצגים של האוכלוסייה הכללית, אלא על תת־קבוצות, כגון צוות פסיכיאטרי (Heresco-Levy, Ermilov, Giltsinsky, Lichtenstein, & Blander, 1999), עובדים במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי (המוסד לביטוח לאומי, 1993), מעסיקים ערבים (Haj-Yahia, 1999), או חברי שני קיבוצים (Levav, Shemesh, Grinshpoon, Aisenberg, Shereshevsky, & Kohn, 2004). מחקרים אלה אינפורמטיביים כשלעצמם ככל שמדובר בקבוצות שנחקרו, אולם אינם מאפשרים התייחסות לאוכלוסייה כולה. נוסף על העובדה שמחקרים אלה מתמקדים באוכלוסיות מצומצמות, עלולים ממצאיהם שלא להיות מעודכנים דיים, מאחר שלאורך השנים חלו בעולם, ומן הסתם גם בישראל, שינויים בתפיסות ובסטיגמה. כך המושג "מחלת נפש" קיבל בעשורים האחרונים משמעויות רחבות יותר מהמשמעויות שהיו לו בעבר (כעת אינו מצומצם רק לתופעות פסיכוטיות), ובמקביל נראה שחלה גם עלייה בפחד מהחולים (Phelan, Link, Stueve, & Pescosolido, 2000).

מטרת המאמר

מטרת המאמר היא להציג את התפיסות הקיימות בציבור לגבי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, דהיינו כיצד נתפס "חולה נפש", ובכך לתת בסיס לתכנון התערבויות לצמצום הסטיגמה. המחקר שעליו מבוסס מאמר זה הינו אחד מבין שלושה מחקרים הבוחנים את התייחסות הציבור בישראל לנושא בריאות הנפש ובכלל זה התייחסות

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידני-אורבך, נגה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

לטיפול נפשי ולאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. שני המחקרים האחרים התמקדו בהורים לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות, ובאנשים המטופלים במרפאות לבריאות הנפש (שטרך, שרשבסקי, בידני-אורבך, לכמן, זהבי ושגיב, 2007; שטרך, שרשבסקי, בידני-אורבך, לכמן, שגיב וזהבי, 2007). ייחודו של מחקר זה לא רק בכך שהוא נעזר במדגם מייצג (1,583 אנשים המייצגים את האוכלוסייה הבוגרת בישראל, מעל גיל 21), אלא גם בכך שהוא בוחן את הנושא תוך שילוב תגובות לשאלות על מימדים ספציפיים ומוגדרים מראש, מצד אחד, ובתגובות ספונטניות/פתוחות, מצד שני. בשאלות שנשאלו התמקד המחקר במימדים מרכזיים במיוחד בהקשר של הסטיגמה, הקשורים לסוגיית הנורמטיביות מול החריגות הנתפסת של החולים; ובתפיסה של מאפיינים דמוגרפיים, אלימות, שוני ודמיון, ברמות שונות של הפשטה ושל ציפיות לנורמטיביות והחלמה. התמונה המתקבלת מהתשובות לשאלות אלה מתווספת לתמונה המתקבלת מתגובות המשיבים לשאלה פתוחה יותר, הבודקת איזו תמונה קיימת באופן ספונטני במחשבתם של אנשים בחושבם על "חולה נפש"; מה "עובר לאנשים בראש" כאשר הם נתקלים במונח "חולה נפש". מחקר זה תורם נדבך נוסף לידע הקיים בכך שהוא מאפשר לראות תמונה מלאה יותר שמתקבלת מנקודות מבט אלה, המשלימות זו את זו.

המחקר

מדגם

מחקר זה מתבסס על מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל, מעל גיל 21. מסגרת הדגימה: תקליטור ובו מספרי הטלפון של חברת בזק. במדגם נכללו שכונות ערביות הנמצאות בשטח השיפוט של ירושלים ויישובים יהודיים מעבר לקו הירוק. לא נכללו אנשים המתגוררים במוסדות, אנשים שלא ניתן לראינם בטלפון (חירשים ו/או אילמים), אנשים חסרי טלפון, ואנשים שאינם דוברים עברית, ערבית או רוסית. בתוך כל משק בית בוצעה דגימה באופן שנקבע מראש. על מנת לצמצם אפשרות של הטיות בדגימה, נערכו תיקונים באמצעות הפעלת משקולות להתאמת המדגם להתפלגות האוכלוסייה על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לסוף 2002, וזאת תוך שמירה על גודל המדגם. שיעור ההיענות היה 86%. הניתוחים מתבססים על תשובותיהם של 1,583 משיבים. התפלגות המדגם לפי משתנים דמוגרפיים מופיעה בלוח 1.

המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות בעיני הציבור בישראל

לוח 1. התפלגות המדגם לפי משתנים דמוגרפיים (N = 1,583)

משתנים דמוגרפיים	במספרים	באחוזים
מיין	גברים	48.1
	נשים	51.9
גיל	22-29	17.8
	30-39	25.6
	40-49	18.5
	50-59	16.5
	60-69	11.8
	+ 70	9.8
ארץ לידה	ישראל	61.3
	ברית-המועצות לשעבר	17.8
	אחר	20.9
מצב משפחתי	רווק	16.3
	נשוי	69.2
	גרוש/פרוד	7.0
	אלמן	7.2
שנות לימוד	0-8	8.7
	9-12	36.8
	13-14	13.8
	+ 15	40.7
דת	יהודי	83.3
	מוסלמי	10.0
	נוצרי	3.6
	דרוזי	2.2
	אחר / ללא דת	0.9
הכנסת משק הבית*	מתחת לממוצע	50.9
	מסביב לממוצע	23.5
	מעל לממוצע	19.6
	לא עונה	5.9

* הנוסח שהוצג: ההכנסה הממוצעת למשק בית עומדת כיום על כ-11,000 ש"ח. הכנסת משק בית כוללת את כל ההכנסות של כל מי שגר במשק הבית (כולל פנסיה, הכנסות משכר דירה, קצבאות, ועוד).

מהלך המחקר

בחודשים ינואר – אפריל 2003 בוצעו ראיונות טלפוניים. הראיונות נערכו לאחר שנשלחו מכתבי פנייה חתומים על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. הניסיונות להתקשר

נעמי שטרן, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידניאורבך, ננה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

לכל משיב נעשו בכל שעות היום והערב, במשך כ-6 שבועות. כל ריאיון החל לאחר שהמראיין נתן הסכמה מודעת (informed consent) כי הוא איננו חייב להשתתף ושביכולתו להפסיק כל אימת שיחפוץ בכך.

כלי המחקר

השאלון תורגם לערבית ולרוסית, עם תרגום חוזר לעברית (back-translation). התרגום התבצע במידה רבה לפי ההמלצות בספרות (Behling & Law, 2000), ובכלל זה מודעות למגבלות ולהטיות אפשריות מבחינת ההקבלה הסמנטית, הקונצפטואלית והנורמטיבית. לפיכך, בשלבים שונים של התרגום, עיינו בשאלון אנשים שונים הבקיאים בשפות אלה ובתכני המחקר. השאלון כלל מגוון שאלות בנושאים שונים הקשורים לבריאות הנפש. התשובות למרבית השאלות בשאלון היו על סולם תגובה בן 5 רמות. מאמר זה מתמקד בתת-נושא מסוים מבין הנושאים שנחקרו, ולפיכך לא מובא פירוט מלא של השאלון. עם זאת, בממצאים יובהרו במידת הצורך השאלות עצמן (הרחבה מעבר לאמור לעיל ניתן למצוא אצל שטרן, שרשבסקי, בידניאורבך, לכמן, זהבי ושגיב, 2007א).

בשאלונים נעשה לעיתים שימוש במונח "חולה נפש". יש לציין שהמונחים הנמצאים בשימוש בתחום זה מצויים בתהליכי שינוי. בין המונחים הרווחים כיום ניתן למצוא מחלת נפש, מחלה פסיכיאטרית ועוד. כאשר מתייחסים לאדם, מקובל כיום לדבר על אדם שחלה במחלה פסיכיאטרית, נפגע נפש, נכה נפש, מתמודד ועוד. השימוש במונח "חולה נפש" בא משום שבבדיקות מקדימות הסתבר שהשימוש במונחים שנחשבים יותר תקינים פוליטית אינו רווח בציבור. מכאן, שלו היינו נעזרים במינוחים אלה, לא היינו יכולים לחקור את התייחסות הציבור.

אף שמרבית השאלות היו שאלות סגורות, נתייחס במחקר זה גם לשתי שאלות פתוחות: (1) המשיבים התבקשו לומר "מה לדעתך גורם למחלת נפש" (לא הוצעו תשובות אלא נרשמו תגובות המשיבים). כל משיב יכול היה לציין יותר מאשר גורם אחד; (2) המשיבים נשאלו "אלו שלושה דברים עיקריים מאפיינים, לדעתך, חולה נפש". התשובות שהתקבלו קודדו ל-62 קטגוריות בסיסיות. מספרן הרב של הקטגוריות הבסיסיות נועד לצמצם בעייתיות בקידוד הראשוני, על ידי מתן פירוט רב ביותר המאפשר למקדד למצוא קטגוריה זהה או כמעט זהה לתשובה שלפניו. לא נערך קידוד מלא כפול משום שבדיקה שנערכה על מדגם מתוך החומר המקודד העלתה מהימנות גבוהה ביותר בין השופטים. באותם מקרים שבהם למקדד היה ספק, הוא התייעץ עם צוות המחקר. בשלב מאוחר יותר קיבץ צוות המחקר את התשובות ל-13 קטגוריות כשהעיקרון המנחה היה לקבץ התבטאויות עם תכנים קרובים במהותם. עם זאת, בלוח 2, בנוסף על 13 הקטגוריות, מובא גם פירוט של 62

הקטגוריות הבסיסיות, על מנת שהקורא יוכל לבחון את התכנים ואת פיזור התגובות בתוך כל קבוצת קטגוריות. הקבוצה "אבחנות/כותרות" כוללת סימפטומים שונים המופיעים ב-DSM-IV או ב-ICD10, ו/או אבחנות שאינן שייכות חד-משמעית לאבחנות או לקבוצות ברורות אחרות (כגון דיכאון).

ממצאים

רופיל "חולה הנפש" בעיני הציבור, כפי שהוא עולה בתגובות ספונטניות

מה מאפיין "חולה נפש"?

שאלנו את המשיבים (בשאלה פתוחה) אלו שלושה דברים עיקריים מאפיינים, לדעתם, חולה נפש. כמחצית המשתתפים במחקר קיבלו במהלך הריאיון תיאור של אדם. כמחצית לא קיבלו כל תיאור. הממצאים על מחצית זו מובאים בלוח 2. ההנחה הייתה שהתיאורים שניתנו לאנשים עלולים היו להשפיע עליהם וליצור אצלם מעין בסיס לתפיסות ולתגובות למונח "חולה נפש". אף שלא נמצאו הבדלים ברורים בין תגובותיהם של אלה שקיבלו תיאור לבין אלה שלא קיבלו תיאור (שטרוך ואחרים, 2007א), הרי שכדי למנוע ספקות מוצגים הנתונים של המשיבים שלא קיבלו תיאורים. מספר האנשים שציינו לפחות אחת מן הקטגוריות בכל אחת מהקבוצות, ואחוז האנשים מתוך כלל המשיבים, מובלטים בלוח. מספר המשיבים המובא לגבי ממצאים שונים במחקר זה אינו קבוע בשל מקרים של העדר תשובה.

למעלה ממחצית המשיבים ציינו בתשובותיהם התנהגות חיצונית חריגה – התנהגויות שונות שניתנות לזיהוי (צורת דיבור, לבוש והזנחה חיצונית, או התנהגות לא מותאמת, לא רציונלית). כחמישית מתייחסים לליקוי בקשר עם המציאות (שיפוט לא נכון של המציאות, הלוצינציות, מדבר שטויות ועוד). רווחת גם התייחסות להיבטים העלולים לעורר תגובה של חשש ופחד – כחמישית מציינים התנהגות בלתי צפויה, וקרוב לחמישית מציינים אלימות ותוקפנות.

במקביל לאפיונים העלולים להתקשר לפחד, בכלל, ולפחד מאלימות, בפרט, ישנה קשת של תגובות המתארות את הצדדים היותר דיכאוניים, פסיביים וחלשים: כחמישית המשיבים מצביעים על מאפיינים אלה בין שלושת המאפיינים העיקריים של חולה נפש. הועלתה בעייתיות בקשר או בחוסר הקשר עם החברה, ובכלל זה התבודדות, התבדלות, הסתגרות. התייחסויות שניתן לסווגן כמבטאות אמפתיה (אדם סובל, מסכן, דואג, מצב כלכלי קשה) הופיעו בשכיחות נמוכה, וכך גם אפיונים חיוביים (רגיש, אמיתי, דמיון), או תגובות המדגישות את הנורמטיביות של החולה, והיותו דומה לאדם רגיל. בפירוש של ממצאים אלה חשוב לזכור שמבחינה

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידניאורבך, נגה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

קוגניטיבית, צורת השאלה ("אלו שלושה דברים עיקריים מאפיינים, לדעתך, חולה נפש?") מטבעה מובילה את המשיב להדגיש את ההיבטים המבחינים בין אדם שחלה במחלת נפש לבין אנשים אחרים, ולא את המשותף.

לוח 2: מספר המשיבים שציינו כל קבוצת מאפיינים וכל מאפיין של "חולה נפש", ואחוזים מתוך סך המשיבים (N=713)

באחוזים	במספרים	קטגוריות וקטגוריות בסיסיות
53	376	1. התנהגות חיצונית חריגה התנהגות לא מותאמת-נורמטיבית-רציונלית, מוזר, שונה, לא רגיל, פרוע
31	218	דיבור (דיבור קולני, דיבור בלי גבולות)
19	134	מראה חיצוני, לבוש, מלוכלכים, הבעות פנים, מראה פנים מדבר שטויות, דיבור לא לעניין
15	108	תנועות, תנועות לא רצוניות, רעד, עוויתות
8	59	מבט, מבט בוהה לא ממוקד
7	52	הליכה (ישיבה)
5	35	מדבר לעצמו
4	28	
2	16	
21	153	2. דיכאון, פחד דיכאון, מצב רוח רע, עצב
11	82	חרדה, פחד
11	80	חוסר ביטחון, הערכה עצמית נמוכה
3	22	בכי
1	5	
21	150	3. קשר עם המציאות מנותק מהמציאות, ריחוף
6	40	מחשבות שווא, הלוצינציות, הפרעות בחשיבה
6	44	חוסר ריכוז, ירידה בריכוז, חולמנות, בלבול (זיכרון)
6	43	שיפוט לא נכון של המציאות, שיקול דעת מוטעה
4	29	הפרעות בתקשורת
3	20	
20	140	4. התנהגות לא צפויה התנהגות לא צפויה, חוסר עקביות, חוסר יציבות
10	70	מצבי רוח משתנים, הפכפך, אי-יציבות נפשית (חוסר איוון)
7	47	
5	33	איבוד שליטה, אימפולסיביות

13 הקטגוריות מופיעות באותיות בולטות וכוללות את המשיבים שצינו לפחות אחד האפיונים המופיעים בקטגוריה. מאחר שהמשיב יכול היה להתייחס ליותר מאשר קטגוריה אחת, הרי שמספר התשובות בקטגוריות הבסיסיות גבוה יותר מאשר מספר התשובות המופיע בקטגוריה. במקרים שבהם הסכום בקטגוריות הבסיסיות קטן מהמספר המופיע בקטגוריה, מדובר בפערים זניחים הנובעים מעיגול הממצאים.

המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות בעיני הציבור בישראל

קטגוריות וקטגוריות בסיסיות	במספרים	באחוזים
5. אלימות	137	19
אלימות, תוקפנות/אגרסיביות, התפרצויות זעם, מתפרץ	126	18
כעס	6	1
התקפים	6	1
מחשבות רעות, מסוכנות	3	0
6. קשר / חוסר קשר עם החברה	101	14
התנתקות, התבדלות, בריחה מהחברה, מתבודד, הסתגרות	78	11
נידוי, דחייה	12	2
כדידות	11	2
חוסר אמון באחרים	7	1
7. עצבנות, אי־שקט	98	14
עצבנות, חוסר סבלנות, לחץ – לחוץ (מתח, היסטרי), מתלונן	66	9
אי־שקט, חוסר נוחות	29	4
היפראקטיביות	8	1
8. איטיות, פסיביות וחולשה	77	11
אי־כשירות, אי־תפקוד	25	3
פסיביות, אפתיה, אדישות, חוסר חיוניות, אטימות	14	2
התמודדות של החולה (אי־עמידה בלחץ, הכחשה)	13	2
חוסר־אונים, תלות	12	2
חולי, חולשה	11	2
ישננויות, עייפות	8	1
איטיות	1	0
9. התייחסויות חיוביות	55	8
רגיש, אמיתי, טוב לב, חברותי	22	3
שקט, רגוע, ביישן	19	3
דמיון (דמיון מפותח, דמיון פורה)	14	2
מודעות עצמית גבוהה	6	1
10. אבחנות/ כותרות	53	7
פגיעה עצמית (מקלל את עצמו, התאבדות)	18	3
אובססיביות	11	2
נדודי שינה	8	1
בעיות אכילה	6	1
אגוצנטריות (גאווה מופרזת)	6	1

← המשך

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידניאורבך, נגה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

לוח 2 (המשך)

באחוזים	במספרים	קטגוריות וקטגוריות בסיסיות
		10. אבחנות/כותרות (המשך)
1	5	סכיזופרניה
0	2	פיצול אישיות
		11. אחר
6	42	אופי, אישיות
1	10	חוסר מודעות עצמית
1	9	פיגור שכלי
1	7	לא שפוי
1	6	לוקח תרופות + תופעות לוואי
1	4	תורשה (חוסר איזון כימי במוח)
0	3	עישון, סמים, אלכוהול
0	2	
		12. ביטויי אמפתיה/רחמים כלפי החולה
3	20	דואג
1	4	סובל
1	4	מסכן (אנשים שזקוקים לעזרה)
1	7	מצב כלכלי קשה
1	4	
		13. נורמטיביות
3	19	אדם שהיה אדם רגיל, שסבל בילדות, שעבר משברים
1	9	אין הבדל בין חולה לאדם רגיל
1	10	

אטיולוגיה נתפסת: מה גורם, לדעת הציבור, למחלת נפש?

בדקנו את תפיסות הציבור לגבי האטיולוגיה של המחלות הפסיכיאטריות. בלוח 3 מוצג מספר המשיבים שציינו גורם כלשהו למחלה ואת שיעורם. גם כאן הממצאים מובאים לגבי המשיבים שענו על שאלה זו ($N=698$) ולא קיבלו במהלך הריאיון תיאור כלשהו של אדם. תמונה דומה מתקבלת בתשובותיהם של משיבים שקיבלו תיאור (שטרך ואחרים, 2007א).

האטיולוגיה הנתפסת הרווחת מתייחסת לבסיס גופני, מחד, וללחץ נפשי ולאירועים טראומטיים, מאידך. חלק ניכר מהמשיבים הצביעו על בסיס גופני למחלות נפש: 43% על בעיה גנטית, וכ-15% על בעיות כימיות/אורגניות במוח. התייחסות רבה קיימת גם ללחץ בעקבות אירועים חיצוניים: 38% התייחסו לאירוע טראומטי; 32% למשברים במשפחה; 20% לאבטלה, מתחים בעבודה ומתחים בארץ; 19%

המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות בעיני הציבור בישראל

התייחסו ללחץ (לא מוגדר) כגורם למחלת הנפש. לאלה ניתן לצרף גם 17% מהמשיבים שציינו בעיות בילדות כגורם למחלה. גורמים חברתיים, כגון בדידות וחוסר תמיכה, מוזכרים בשכיחות נמוכה. אטיולוגיה כדוגמת כוח רצון לקוי, אישיות חלשה ואופי גרוע, או חוסר מעש, שעלולות לטמון בחובן הטלת אשמה, היו נדירות יחסית בתגובות שהתקבלו.

לוח 3: אטיולוגיה נתפסת של מחלות נפש

(N = 698)

הגורם למחלת נפש*	שכיחות	ב-%
בעיה גנטית/תורשתית	302	43
אירוע טראומטי	264	38
משברים בתוך המשפחה ומחוצה לה	225	32
אבטלה, מתחים בעבודה, מתחים בארץ	138	20
לחץ	132	19
בעיות בילדות	119	17
בעיות כימיות/אורגניות במוח	105	15
בדידות	44	6
כוח רצון לקוי / אישיות חלשה / אופי גרוע	38	5
חוסר תמיכה	30	4
סביבה	23	3
דיכאון	18	3
חוסר מעש	17	2
סמים ואלכוהול	11	2

* גורמים שהוזכרו על ידי פחות מ-2% מהמשיבים אינם מפורטים בלוח (כישלון ואכזבות; כוח עליון, גורל; עצבים, עצבנות; חינוך; מחלות; תסבוכות/צרות חיצוניות; חוסר טיפול [מצטבר ומתפוצץ, אדם שאוגר בפנים]; חוסר אמונה; הגירה; מחשבות; היריון; פגיעה גופנית; אישיות מתוסבכת).

פרופיל "חולה הנפש" לפי מימדים מוגדרים

עד כאן עסק המאמר בפרופיל "חולה הנפש" המתקבל כאשר הנשאלים מנסים לאפיין "חולה נפש". במצב זה חלקם מנסים, מן הסתם, ליצור אפיון זה באמצעות התמקדות במציאות הניגוד שבין "חולי נפש" ובין שאר הציבור. חלק זה ינסה להשלים את הפרופיל של "חולה הנפש" על ידי הסטת המוקד מניגוד זה. במילים אחרות, בעוד שבחלק הקודם ייתכן שהתקבלו תגובות המדגישות את השוני בין חולה הנפש לבין מי שאינו חולה נפש, הרי שכעת ההתמקדות היא בשאלות שאומנם מוגבלות מבחינת

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידני-אורבך, נגה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

תוכנן לתחומים שעליהם הם נשאלים, אך אינן מעודדות התמקדות בשוני אלא מאפשרות התייחסות לדמיון ולשוני כאחד. כמו כן, חלק זה יתמקד גם בתחומים ספציפיים המעניינים את עורכי המחקר, ושלא בהכרח עלו בדעת המשיבים על מאפייני החולה. ההתמקדות תהיה בשלושה תחומים: (1) תפיסות אפיונים דמוגרפיים; (2) תפיסת מאפייני התנהגות; (3) דומה ושוונה ברמה המופשטת, וציפיות להחלמה ולנורמטיביות.

תפיסת מאפיינים דמוגרפיים: מגורים, הכנסה והשכלה

לוח 4: תפיסות לגבי מאפיינים דמוגרפיים של אנשים עם מחלות נפש (באחוזים)

מאפיינים דמוגרפיים	כ- %
איזה חלק מהאנשים בישראל החולים במחלות נפש מאושפזים	
חלק קטן	75
מחצית	14
הרוב	11
סך הכול (N = 1,201)	100
הכנסתם בהשוואה לאוכלוסייה הכללית	
מתחת	66
דומה	31
מעל	3
סך הכול (N = 1,306)	100
השכלתם בהשוואה לאוכלוסייה הכללית	
מתחת	27
דומה	61
מעל	12
סך הכול (N = 1,340)	100
רוב הלוקים במחלת נפש סובלים גם מפיגור שכלי	
נכון	12
לא יודע	5
לא נכון	83
סך הכול (N = 1,564)	100

כפי שניתן לראות בלוח 4, כאשר נשאלו המשתתפים במחקר: "איזה חלק מהאנשים בישראל שחולים במחלות נפש מאושפזים?" כ-75% העריכו שרק חלק קטן מהחולים מאושפז. נראה שבסך הכול ידוע לחלק לא קטן מהציבור שמרבית החולים אינם מאושפזים.

כשליש המשיבים סבורים שהכנסתם של רוב האנשים עם מחלת נפש דומה להכנסה הממוצעת של האוכלוסייה, ואילו כמחצית סבורים שהכנסתם נמוכה יותר. לעומת זאת, ההשכלה נתפסת דומה יותר – כמחצית המשיבים סבורים שרמת ההשכלה של רוב האנשים עם מחלת נפש דומה לזו של כלל האוכלוסייה, וכרבע סבורים שהשכלתם נמוכה יותר. ראוי לציין שהמשיבים מבחינים בין פיגור לבין מחלות נפש: רובם אינם סבורים שרוב האנשים עם מחלת נפש סובלים גם מפיגור שכלי. ממצא זה נתמך בשאלה פתוחה לגבי מאפייני האדם החולה במחלת נפש: רק אחד אחד מהמשיבים ציינו מיוזמתם פיגור שכלי כאחד משלושת המאפיינים המרכזיים.

תפיסות לגבי התנהגות ויכולת של אנשים עם מחלת נפש

אלימות, התנהגות בלתי צפויה, התנהגות בלתי מובנת באיזו מידה מתבטאת הנורמטיביות מול החריגות גם במימד של תפיסת אלימות? בחלקו העליון של לוח 5 מובאת התפלגות התשובות לגבי תפיסת אלימות של אנשים עם מחלת נפש, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. כמחצית המשיבים סבורים ש"חולי הנפש" הם אלימים כמו כל אחד אחר באוכלוסייה, כעשירית סבורים שהם אלימים פחות, ואילו כרבע סבורים ש"חולי הנפש" אלימים יותר מאשר שאר האוכלוסייה.

לוח 5: התפלגות תפיסת האלימות של אנשים עם מחלת נפש בהשוואה לאלימות באוכלוסייה הכללית וייחוס סיבתיות לאלימות (במספרים ובאחוזים)

ב- %	במספרים	
		תפיסת האלימות של "חולי נפש" בהשוואה לאלימות באוכלוסייה הכללית
100	1,218	סך הכול
13	152	פחות אלימים
53	650	אלימים כמו כולם
26	318	יותר אלימים
8	98	לא יודע
		אלימות עם סיבה לעומת אלימות ללא סיבה
100	1,218	סך הכול
60	734	לא נכון שהם אלימים ללא סיבה
7	89	לא יודע
33	395	נכון שהם אלימים ללא סיבה

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידני-אורבך, ננה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

חלקו השני של לוח 5 מציג מימד אחר של תפיסת האלימות אצל אנשים עם מחלת נפש – תפיסת האלימות כבלתי מובנת או כחסרת סיבה. האלימות כשלעצמה מפחידה והיא מפחידה יותר כאשר היא נתפסת כבלתי צפויה, כבלתי מובנת וכמופיעה ללא סיבה. מלוח 5 עולה שכשליש מהמשיבים מסכימים שאנשים עם מחלת נפש הינם אלימים ללא סיבה. נמצא גם שככל שהמשיבים נטו להסכים ש"חולי נפש" הינם אלימים ללא סיבה, כך הם גם נטו לבטא יותר פחד וחשש מפניהם ($r = .32, p < .001$) ($n = 670$) (שטרך ואחרים, 2007). מימד זה (אלימות עם סיבה לעומת ללא סיבה) יכול להיות בלתי תלוי בסוגיית רמת האלימות, שהרי גם אדם הסבור ש"חולי נפש" הינם פחות אלימים מאחרים או אלימים כמו שאר הציבור, יכול לתפוס את אלימותם הקיימת (המעטה או ה"רגילה"), כאלימות ללא סיבה. כדי לבחון אם הנתונים אכן מצביעים על כך הוצלבו שתי התפיסות (לוח 6).

לוח 6: התפלגות תפיסת האלימות של אנשים עם מחלת נפש לפי ייחוס סיבתיות (במספרים ובאחוזים)

סך הכול	לא נכון	לא יודע	נכון	
152	99	5	48	פחות אלימים
650	474	30	146	אלימים כמו כולם
318	124	18	176	יותר אלימים
98	37	36	25	לא יודע
1,218	734	89	395	סך הכול

מן הלוח עולה שתפיסת האלימות כאלימות ללא סיבה אינה אחידה בקרב אנשים בעלי תפיסות שונות לגבי רמת האלימות של אנשים עם מחלת נפש ($\chi^2 = 248.05, df = 6, p < .001$). ספציפית יותר, נמצא שכ-15% מכלל המשיבים (176 מתוך 1,218) סבורים ש"חולי הנפש" הינם גם יותר אלימים וגם אלימים ללא סיבה. כמחצית המשיבים סבורים שאנשים עם מחלת נפש הם אלימים יותר משאר האוכלוסייה, סבורים שהם אלימים ללא סיבה (55%, 176 מתוך 318). כשליש (31%, 48 מתוך 152) מאלה הסבורים שאנשים עם מחלת נפש הינם פחות אלימים, חושבים גם שהם אלימים ללא סיבה. כרבע (23%, 171 מתוך 748) מאלה שחושבים שאנשים עם מחלת נפש אלימים כמו כולם, או שאינם יודעים, סבורים גם שהם אלימים ללא סיבה. מן הלוח עולה, שתפיסת האלימות כבלתי צפויה שכיחה יותר בקרב המשיבים שמצפים גם לרמת אלימות גבוהה (55%), מאשר בקרב שאר המשיבים (24%) ($Z = 10.15, p < .001, Cohen's d = .61$). נזכיר שאומנם רק כ-20% מהמשיבים ציינו התנהגות בלתי צפויה כאחד המאפיינים של "חולה הנפש", אולם, מסתבר שכאשר

מפנים למשיבים שאלה שאינה מתמקדת בהקשר של אלימות, 80% מהמשיבים (מתוך 1,499) מסכימים שאנשים עם מחלת נפש מתנהגים בצורה לא צפויה.

יכולות ייחודיות

אנשים עם מחלת נפש אינם נתפסים רק באור שלילי. כשני שלישים מהמשיבים (מתוך 1,519) הסכימו ש"הם בעצם מתמודדים עם המציאות באמצעות בריחה לדמיון" (לוח 7). על בסיס מתאמים בין משפט זה לבין פריטים אחרים אנו מפרשים אותו כמבטא אמפתיה והתייחסות חיובית, ולא כמשקף התבטאות מאשימה יותר. בנוסף, כ-28% מהמשיבים (מתוך 1,545) הסכימו ש"החולים הם בסך הכול אנשים שיותר מכירים ומבינים את עצמם", וגם זו התייחסות סלחנית-חיובית (אם כי מרבית המשיבים לא התייחסו בצורה זו).

לוח 7: תפיסות לגבי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית

(אחוז המסכימים עם כל טיעון וסך מספר האנשים שמתוכם מחושב האחוז)

ב- %	במספרים	
66	1,519	הם מתמודדים עם המציאות באמצעות בריחה לדמיון
28	1,545	הם בסך הכול אנשים שיותר מכירים את עצמם
		אנשים שהיו באשפוז פסיכיאטרי הם אנשים רגישים ואכפתיים יותר מאנשים אחרים
46	250	חולי הנפש הם אנשים יותר יצירתיים מאנשים אחרים
27	238	הם אנשים עמוקים יותר מאנשים אחרים
29	238	הם אנשים שיכולים להרגיש יותר בכיוון החיובי ובכיוון השלילי
50	236	הם אנשים שיותר מבינים את הסבל והכאב של האחר
45	237	אנשים יחלו פחות במחלות נפש אם לא יחשבו מחשבות רעות
46	1,559	אנשים עם מחלות נפש מרשים לעצמם לעשות כל מה שעובר להם בראש
43	1,485	אדם רגיל יכול לחלות במחלת נפש
96	1,570	אדם שחלה יכול לחזור להיות אדם רגיל
71	1,445	אדם שהיה באשפוז פסיכיאטרי והחלים יוכל להינשא
77	1,514	רוב האנשים עם מחלות נפש יכולים לעבוד
64	1,453	

לקבוצה מצומצמת יותר של משיבים מתוך כלל המדגם (N = 253) הופנו שאלות המנסות להדגיש את הייחודיות והמאפיינים החיוביים של חולים. כפי שניתן לראות בלוח 7, נמצא שקרוב למחצית המשיבים הסכימו עם כל אחד מהטיעונים הבאים: "אנשים שהיו באשפוז פסיכיאטרי הם אנשים רגישים ואכפתיים יותר מאנשים אחרים"; "הם אנשים שיכולים להרגיש יותר — בכיוון החיובי ובכיוון השלילי";

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידניאורבך, ננה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

וש"הם אנשים שיותר מבינים את הסבל והכאב של האחר". קצת למעלה מרבע הסכימו ש"הם אנשים יותר יצירתיים מאנשים אחרים"; וש"הם אנשים עמוקים יותר מאנשים אחרים".

דומה ושונה ברמה המופשטת, וציפיות להחלמה ולנורמטיביות

להלן ייבחנו שני היבטים: עד כמה מאופיינת התפיסה של אדם עם מחלת נפש בגישה המדגישה יותר שוני ומובחנות, ועד כמה יש דגש על היבטים של החלמה ונורמטיביות.

תפיסה מופשטת של דמיון ושוני: רצף מול דיכוטומיה

כ-35% מהמשיבים סבורים שאדם רגיל ואדם עם מחלת נפש דומים, ואילו 45% סבורים שהם שונים (הנותרים אינם יודעים, או תופסים מידה דומה של דמיון ושוני). כלומר, בצד אנשים המדגישים את השוני, יש אחרים המדגישים את הדמיון (אם כי הם מעטים יותר). כמעט כל המשיבים סבורים שאדם רגיל יכול לחלות במחלת נפש (96% מתוך 1,570 המשיבים). המעבר בכיוון זה נתפס כאפשרי. אם כן, האם אפשרי גם שחולה נפש יחזור להיות אדם רגיל?

תפיסות וציפיות לנורמטיביות והחלמה

האם אדם שחלה במחלת נפש יכול לחזור להיות אדם רגיל? כ-71% (מתוך 1,445 משיבים) סבורים שהדבר אכן אפשרי. חשוב לבחון את הבסיס לציפיות אלו, משום שייתכן שחלק מהמשיבים סבורים שהמחלה ניתנת לטיפול, ואילו אחרים סבורים שאדם שחלה יכול לשלוט במחלה בכך שיפסיק לחשוב מחשבות רעות, או לדוגמה, יפסיק לעשות ככל העולה על רוחו. כך, לדוגמה, כ-46% (מתוך 1,453) הסכימו שאנשים יהיו פחות חולים במחלות נפש אם לא יחשבו מחשבות רעות, וכ-43% מהמשיבים (מתוך 1,485) סבורים שאנשים עם מחלת נפש מרשים לעצמם לעשות "כל מה שעובר להם בראש".

קיימים מימדים שבהם ניכרת תפיסה נורמטיבית של החולים. כך, לדוגמה, כ-74% ו-75% סברו, בהתאמה, שנשים או גברים שהיו באשפוז פסיכיאטרי והחלימו יוכלו להינשא. כ-64% (מתוך 1,282 משיבים) הסכימו שרוב האנשים עם מחלת נפש יכולים לעבוד. עם זאת נראה שתפיסת השיפור או ההחלמה הינה מורכבת ואין מדובר בהכרח לחזרה מוחלטת ל"נורמליות". כך, לדוגמה, כשהמשיבים נשאלו לאיזו רמה של תפקוד יכול אדם עם מחלת נפש להגיע בעזרת טיפול, ענו כ-21% שהוא יכול לתפקד כמו כל אדם אחר, 46% סבורים שהוא יוכל לתפקד כך רוב הזמן ורק לפעמים תהיה תקופת משבר. הערכתם של כ-17% מהמשיבים תלויה בגורמים אחרים ולא הייתה להם ציפייה חד-משמעית. כ-12% מהמשיבים מצפים שבעקבות טיפול האדם יוכל

לתפקד במסגרות מיוחדות, ועוד כ-4% מצפים שיוכל לתפקד בבית החולים. ממצא נוסף, המרמז שלפחות חלק מן האנשים מצפים שהחולה יתפקד בעבודה אך לא דווקא בעבודה "רגילה", הוא ש-58% מהמשיבים במחקר הסכימו ש"אדם עם מחלת נפש לא יכול לעבוד כפקיד בבנק כי הוא עלול לעשות הרבה טעויות".

דיון

הדיון יתמקד במספר מימדים מרכזיים: תפיסות הציבור לגבי האטיולוגיה של מחלות הנפש, האלימות, מידת הדמיון או השוני, חריגות ונורמטיביות. כל אלה תוך התייחסות להשלכות הממצאים על כיווני התערבות להפחתת הסטיגמה.

אטיולוגיה

אחד המימדים המשמעותיים בתפיסת אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית הינו האטיולוגיה. חשיבותה של האטיולוגיה הנתפסת היא בכך שהיא יכולה להוות בסיס הן להאשמות ולהטלת האחריות למחלה על האדם, והן בסיס לציפיות להחלמה ולתפקוד. לפי מודל הייחוס של ויינר (Weiner, 1993, 1995), אנשים המאשימים חולים במצבם הפסיכיאטרי, ייטו יותר להגיב אליהם ככעס ולהימנע מלהושיט להם עזרה. לעומת זאת, מי שרואה את המחלה כנובעת מגורמים שאינם בשליטתו של האדם, לא ירגיש כעס כלפי מי שחלה וייטה יותר לעזור (Cooper, Corrigan, & Watson, 2003; Corrigan et al., 2000).

בעולם מסתמנת כיום מגמה שלפיה בהשוואה לעבר הציבור נוטה יותר לייחס את המחלות הפסיכיאטריות לגורמים גנטיים, לחוסר שיווי משקל כימי וכן לנסיבות חיים מעיקות או מצבים מלחיצים (stressful); ופחות יחסית לאופי גרוע, לאופן החינוך או לרצון האל (Link, Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003; Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999; Wolff, Pathare, Craig, & Leff, 1996a). הממצאים במחקר שעליו מתבסס מאמר זה דומים לממצאים העולים כיום במדינות אחרות – האטיולוגיה הנתפסת הרווחת מתייחסת לבסיסים גופניים, מחד, וללחץ ואירועים טראומטיים, מאידך. עם זאת, נמצא שכאשר אין שואלים ישירות על האטיולוגיה, קרוב למחצית המשיבים מסכימים שהחולים יהיו פחות חולים במחלות נפש אם לא יחשבו מחשבות רעות. כלומר, נראה שתפיסת האטיולוגיה הינה מורכבת, ובצד תפיסת האטיולוגיה הגנטית-כימית, והתפיסה של לחץ חיצוני, קיימת תפיסה המייחסת גם לאדם עצמו אחריות למצבו.

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידניאורבך, ננה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

מבחינת התערבויות להפחתת סטיגמה ואפליה כלפי אנשים שחלו, רצוי לכאורה לצמצם את האשמת האדם במצבו באמצעות עידוד הציבור לראות את המחלות כקשורות לגורמים שאינם בשליטתו של האדם. האם רצוי להדגיש את הבסיסים הפסיכו- חברתיים, או, דווקא, את הבסיסים הביור-כימיים? מחקרים מראים שאנשים המאמינים בבסיסים ביור-כימיים נוטים לעמדות שליליות יותר מאלה התומכים בבסיסים פסיכו- חברתיים. מאחר שלא ברורה הסיבה להבדל זה, לא ניתן להקיש מכך שבהכרח רצוי לעודד את ראיית הבסיסים הפסיכו- חברתיים כגורמים למחלות פסיכיאטריות (קרי, ייתכן שיש גורם אחר המוביל לכך שאנשים מאמינים דווקא בבסיס הפסיכו- חברתי, או דווקא בבסיסים הביור-כימיים, והוא זה שגורם גם לעמדות כלפי החולים).

תכניות התערבות שונות מדגישות דווקא את המימד הכימי-גנטי. דוגמה לכך הן התערבויות המעודדות תפיסה שמחלה פסיכיאטרית היא מחלה ככל מחלה אחרת. אולם, לא נראה שההתערבויות בכיוון תפיסת האטיולוגיה הכימית-גנטית מצליחות להוביל לשינוי משמעותי (Read & Law, 1999; Walker & Read, 2002). לא רק שאין הצלחה, אלא שתפיסת המחלה כנובעת מגורמים שאינם בשליטתו של האדם עלולה דווקא להגביר את הסטיגמה; ולהוביל לתפיסת התנהגותו ככזו שאינה בשליטתו, ומכאן לחשש, לפחד ולרתיעה מפניו. כך, לדוגמה, מהמידע אודות המרכיב הגנטי וחוסר האיזון הכימי, עלול להשתמע שאנשים עם מחלת נפש אינם אחראים למעשיהם ואינם יכולים לשלוט בהם (Byrne, 2001). ייתכן שרצוי להראות בתוכניות אלו היבט אחר של ההשלכות של הבסיס הביור-כימי-גנטי. כך, אם התפרצות המחלה או מהותה קשורות לבסיסים כימיים, ניתן אז, לפחות בחלק מן המקרים, להציע גם פיתרון כימי, וכך המחלה הופכת פחות מאיימת ויותר נמצאת בשליטתו של האדם. באופן דומה ראוי לציין שהבסיס הכימי-גנטי עלול להגביר את הנטייה של אנשים להבחין בין "אנחנו" לבין "הם", על בסיס קיומו של מרכיב גופני שהינו שונה, כדוגמת רמות שונות של חומר כלשהו בגוף (Read & Harre, 2001). אולם, באותו בסיס עצמו ניתן להשתמש על מנת להדגיש את הרעיון של רצף, ולהחליש בכך את התפיסה הדיכוטומית (אנחנו מול הם). כלומר, ניתן להדגיש שאומנם יש מצבים ברפואה שבהם מדובר באבחנה דיכוטומית בלבד כגון היריון או רגל שבורה; ועם זאת, ניתן לראות שהמחלות הפסיכיאטריות יכולות להיות דומות למצבים רפואיים אחרים שאינם דיכוטומיים (רמות שונות של בעיות תפקוד במערכות פנימיות שונות בגוף, לדוגמה). חשוב להדגיש שהתייחסות למרכיבים הביור-כימיים אינה סותרת במהותה את ההתייחסות למרכיבים הפסיכו- חברתיים, הן בתפיסת התהוות המחלה והן בהתמודדות עמה. עד היום אין הכרעה ביחס לתרומה היחסית של המרכיבים השונים, אך באופן כללי קיימת הסכמה שישנה השפעה הדדית של שני מרכיבים אלה, ושמסקלם יכול להיות שונה מאדם לאדם.

אלימות

אלימות הינה אחד המימדים הרווחים בתפיסות ביחס לאנשים עם מחלת נפש: הם נתפסים כאלימים וכבלתי צפויים (Angermeyer, Beck & Matschinger, 2003; Arboleda-Flórez, 2003; Brockington, Hall, Levings, & Murphy, 1993; Byrne, 2000; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000; Crisp, Gelder, Goddard, & Meltzer, 2005; Jorm, Angermeyer, & Katschnig, 2000; Link, Monahan, Stueve, & Cullen, 1999; Lyons & Ziviani, 1995; Penn, Kommana, Mansfield, & Link, 1999; Pescosolido, Monahan, Link, Stueve, & Kikuzawa, 1999; Wolf, Pathare, Craig, & Leff, 1996b).

מחקרים הראו שתפיסת המסוכנות אינה פוחתת עם השנים, אלא דווקא מתגברת. נראה שהמושג "חולי נפש" עבר שינויים בעשורים האחרונים, כך שהוא כולל בעיני הציבור גם תופעות אחרות מלבד פסיכוזה; אלא, שבמקביל, הפחד מפני אנשים עם פסיכוזה דווקא גבר (Phelan et al., 2000; Phelan, Link, Moore, & Stueve, 1997). הפחד קיים במיוחד בקרב מי שחושבים על מחלת נפש במונחי פסיכוזה (Phelan et al., 2000). במחקר זה מצאנו שכשאנשים חושבים על "חולה נפש", הם מדגישים יותר היבטים של סכיופרינה מאשר הפרעות אפקטיביות, דבר שמשקף, בין היתר, בתפיסות של מוזרות, הרווחות בתגובות ספונטניות.

במחקר שעליו מתבסס מאמר זה, בולט במיוחד הממצא שכחמישית המשיבים מציינים מיוזמתם את האלימות והתוקפנות כאחד משלושת המאפיינים של "חולי הנפש". כשנשאלו ישירות אודות האלימות, ענו כרבע מהמשיבים שהחולים יותר אלימים מאחרים. כחמישית ציינו מיוזמתם גם התנהגות בלתי צפויה. אלימות ללא סיבה עלולה להיות מפחידה אף יותר מאשר אלימות שנתפסת כבעלת סיבה, כלומר, אלימות צפויה. כשנשאלו, ענו כשליש המשיבים שאנשים עם מחלת נפש הינם אלימים ללא סיבה. תפיסה זו של האלימות כבלתי צפויה מופיעה בין אם המשיבים סבורים שהחולים יותר אלימים או פחות אלימים מאחרים, ובין אם הם חושבים שהחולים אלימים כמו אחרים, אך היא שכיתה יותר בקרב אלו שסבורים שהחולים יותר אלימים.

ככלל, נראה שתפיסת האלימות היא מוגזמת ואינה הולמת את המציאות. לאור מרכזיותה של תפיסה זו מתבקשת התערבות לצמצומה. בשנים האחרונות מחקרים נוטים להצביע על כך שקיים קשר בין מחלת נפש לבין אלימות, אלא שזהו קשר מוגבל (Link, Andrews & Cullen, 1992; Monahan, 1992). לאור זאת, כאשר באים לבחון התערבויות רצויות, יש המתנגדים לניסיונות להסביר לציבור שהחולים אינם יותר אלימים מאשר כלל האוכלוסייה, בטענה שטעון זה אינו מדויק. המתנגדים ממליצים להבהיר לציבור שאכן יש קשר בין מחלות נפש לבין אלימות אך זהו קשר

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידניאורבך, ננה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

מוגבל, ובנוסף מומלץ להסביר מתיי הוא קיים. האלימות שכיחה יותר במצבים פסיכויטיים (Monahan, 1992). הסיכון המוגבר הינו במצבים הפסיכויטיים עצמם, וגם זאת רק אצל חלק מן החולים. כמו כן, השכיחות של האלימות גבוהה יחסית אצל אנשים עם אישיות אנטי-חברתית, וכן אצל אנשים הסובלים מתחלואה כפולה של מצבים פסיכויטיים עם שימוש בסמים. בתוך המצבים הפסיכויטיים, ניתן כנראה לאפיין תת-קבוצה ספציפית עוד יותר של מי שמראים תסמינים של *threat/control-override*. מדובר בתסמינים הגורמים להגדרת המציאות בצורה המובילה לאלימות או תורמת לה. קרי, תסמינים הגורמים לאדם להרגיש מאוים על ידי אחרים, ותסמינים המבטלים שליטה עצמית שאחרת הייתה בולמת את ביטוי האלימות. האלימות קשורה למצבי פסיכודה פעילה, שבמקרים רבים ניתנים כיום לחיזוי ולטיפול. אנשים שעברו אפיזודה פסיכוטית בעבר אינם מסוכנים יותר מאחרים בהווה. במצבי הפוגה (רמיסיה) שהם המצב השכיח, האלימות אינה שכיחה יותר בקרב אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית. חלק מן המחלות אינן קשורות כלל לסיכוי גדול יותר לאלימות, ובהן דיכאון (ללא פסיכודה), הפרעת חרדה כללית ופוביות (Link et al., 1999).

בנוסף למיקוד האלימות בתוך תת-קבוצה מסוימת מאוד ובמצבים מסוימים, ניתן להדגיש את האחוז הנמוך של החולים בקרב סך כל מקרי האלימות בחברה. האפיונים הפסיכויטיים שנזכרים לעיל עשויים אומנם לתרום לאלימות כגורמי סיכון, אך תרומתם למסוכנות אינה בהכרח חזקה מזו של גורמים אחרים, כגון גיל, מין והשכלה. חשוב, אם כן, להבהיר בהתערבויות שממצאי המחקרים אינם תומכים בפחד הקיצוני מפני אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, או בהשלכת פחד זה כלפי כלל החולים במחלות אלו.

תפיסת דמיון ונורמטיביות מול שוני וחריגות

אנשים מסווגים את העולם החברתי לקטגוריות חברתיות/קבוצות (Tajfel, 1978; Turner, 1987). קטגוריזציה כזאת מחלקת את העולם החברתי לקבוצה שאליה משתייך האדם עצמו (ingroup) ולקבוצה או קבוצות שאליהן אינו משתייך (outgroup). אנשים נוטים להגזים בראיית הדמיון בינם לבין קבוצתם, ובראיית השוני בין קבוצתם לקבוצה האחרת. מדובר בפערים סובייקטיביים, ולפיכך אנשים יתפסו פערים והבדלים כגדולים יותר או כקטנים יותר בהתאם למוטיבציה שלהם לראות יותר או פחות דמיון. באופן דומה, תפיסת חדירות הגבולות בין הקבוצות, כלומר, אפשרות המעבר מקבוצה אחת לאחרת יכולה, בהקשרים מסוימים, לבטא גם את הרצון לשמירת מרחק או גבול (Struch & Schwartz, 1989; Struch, 1995). משמעות הטענות הללו רלוונטית כאשר משווים בין אנשים שונים המתייחסים לאותן שתי

קטגוריות, לדוגמה, ל"חולים" ול"בריאים". תפיסת גבולות בין קבוצות כעמומים ומטושטשים יותר משקפת תפיסה של פחות שוני בין הקבוצות ופחות מובחנות ביניהן.

חריגות ושוני

מבחינת תפיסת חדירות הגבולות, מצאנו שמחלת הנפש נתפסת כבירור כדבר שיכול לקרות לכל אחד – 96% מהמשיבים סבורים שאדם רגיל יכול לחלות במחלת נפש. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאים ממחקרים בעולם, המראים שכיוון זה מתגבר בעשורים האחרונים, בד־בכד עם התרחבות התפיסה של המחלות ככוללות יותר מאשר רק היבטים פסיכויטיים (Phelan et al., 2000). בכיוון השני נמצא ש-71% סבורים שאדם שחולה במחלת נפש יכול לחזור להיות אדם רגיל. אחוזים דומים או גבוהים יותר נמצאו בארצות אחרות כדוגמת אוסטרליה ואוסטרליה (Jorm et al., 2000).

מתשובות על שאלות ישירות לגבי מידת הדמיון או השוני בין ה"חולים" לבין ה"בריאים", לא עלה כיוון חד־משמעי. כשהתבקשו לציין את מאפייניו של "חולה הנפש", הציעו המשיבים בעיקר מאפיינים חריגים ושלייליים. התגובות הספונטניות מבטאות את האפיונים הבולטים והזמינים ביותר בתפיסת החולים בעיני הציבור. למעלה ממחצית המשיבים מציינים באופן ספונטני התנהגות חיצונית חריגה כאחד המאפיינים של "חולה הנפש" (לדוגמה, דיבור קולני, רעד, התנהגות לא מתאימה). כחמישית מתייחסים לליקוי בקשר עם המציאות (שיפוט לא נכון של המציאות, הלוצינציות, מדבר שטויות ועוד). ההתנהגות נתפסת כבלתי צפויה, ומאופיינת בעצבנות ואף באלימות – אפיונים שעלולים להתקשר לתחושות של פחד. כחמישית המשיבים מציינים קשת של תגובות המתארות דווקא את המימדים היותר דיכאוניים, פסיביים וחלשים. בעייתיות בקשר עם החברה עולה בתגובותיהם של כשמינית המשיבים (התבודדות, התבדלות, הסתגרות).

נורמטיביות ודמיון

כאשר אנשים מתבקשים לציין שלושה מאפיינים עיקריים של אדם המוגדר כסובל ממחלת נפש, הנורמטיביות אינה בולטת בתגובותיהם, כצפוי מעצם הגדרת הקטגוריה "חולי נפש", המדגישה את המבחין בין ה"נורמה" לבין קבוצה זו. אולם, כאשר בוחנים את התגובות לשאלות ממוקדות, נראה שקיימים מימדים שבהם ניכרת תפיסה נורמטיבית של החולים. כך, לדוגמה, חלק ניכר מהציבור יודע שמרבית החולים אינם מאושפזים. רוב הציבור אינו מייחס לחולים פיגור שכלי (Stuart & Arboleda-Flórez, 2001; Wolff et al., 1996a,b). השכלתם נתפסת כדומה לזו של כלל האוכלוסייה, אך הכנסתם נתפסת (בצורה נכונה) כנמוכה מזו של שאר

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידניאורבך, ננה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

האוכלוסייה. ישנה שונות בציפיות מבחינת יכולת התפקוד של אנשים שחלו, אך, בסך הכול, כשני שלישים מהמשיבים מסכימים שרוב החולים יכולים לעבוד. האם תפיסת המחלה כ"דבר העלול לקרות לכולנו", בצד היכולת לזהות מימדים שבהם ה"חולים" אינם שונים מהאחרים – באים לידי ביטוי גם במידה של אמפתיה והכרה בתכונות וביכולות ייחודיות של אנשים שחלו? בתגובות הספונטניות נמצא שאפיונים חיוביים היו נדירים יחסית (רגיש, אמיתי, בעל דמיון). נמצאו מעט תגובות שניתן היה לסווגן כמביעות אמפתיה (אדם סובל, מסכן, דואג, מצב כלכלי קשה). בשאלות ממוקדות הסכימו כשליש המשיבים שהחולים הם בסך הכול אנשים שיותר מכירים ומבינים את עצמם, ושני שלישים מהמשיבים הסכימו עם המשפט שהחולים מתמודדים בעצם עם המציאות באמצעות בריחה לדמיון. מצאנו שחלק מהמשיבים (בתוך תת-מדגם) מסוגלים לזהות בחולים אפיונים חיוביים ולגלות מידה של אמפתיה כלפיהם (לדוגמה, זיהוי החולים כרגישים, אכפתיים, אמפתיים). תפיסה של יכולות ייחודיות של אנשים שחלו נמצאה גם במחקר אחר, שבו מיעוט מהמשיבים ייחסו לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית הן אינטליגנציה והן רגישות גבוהות יותר מהממוצע (Wolff et al., 1996a).

מכל האמור לעיל, מתבקשות התערבויות להפחתת הסטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות. שינוי עמדות בכלל והפחתת סטיגמה בפרט, הם נושאים מורכבים בפני עצמם, וקיים ידע באשר לקושי בשינויים. כך, לדוגמה, ישנם קשיים שמקורם בבסיסים קוגניטיביים של היווצרות העמדות והתפיסות. בין קשיים אלה ניתן למנות, לדוגמה, את הנטייה לבצע תת-סיווג (subtyping); הנטייה לעיבוד מוטה והטיית אישוש, או הקושי הכללי במחיקת "מידע" (להרחבה ראו שטרך ואחרים, 2007א). בעולם נערכו ניסיונות שונים בכיוונים אלו (לדוגמה: Crisp et al., 2005; Gaebel & Baumann, 2003; Lopez-Ibor, 2002; Pinfold, Huxley, Thornicroft, Toulmin, & Graham, 2003; Pinfold, Toulmin, Huxley, Thornicroft, Huxley, Farmer, & Graham, 2003; Rosen, Walter, Casey, & Hocking, 2000). לא תמיד ברור באיזו מידה אכן ישנה הצלחה בשינוי עמדות והתייחסות בכלל ולאורך זמן בפרט (Corrigan & Penn, 1999). ניתן להצביע על מגוון עקרונות בהפעלת התערבויות מעין אלו, שבהם, לדוגמה, עקרונות מנחים בקיום מפגשים בין אנשים "בריאים" לבין אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, אך לא תמיד קל לעמוד בעקרונות מנחים אלה. קיימות שיטות התערבות שונות, כדוגמת מחאה, חינוך, מפגשים; והתערבויות מבניות כדוגמת העדפה מתקנת, אשר תקצר היריעה מלפרטן כאן (להרחבה ראו שטרך ואחרים, 2007א; שרשבסקי ואחרים, 2007).

אף שאין זה המקום להרחיב בנושא שיטות השינוי, נצביע כאן על תכנים או כיוונים רצויים של התערבות, הנובעים מן האמור במחקר זה. מבחינת כיווני התערבות יש מקום לפעול לצמצום התפיסות החריגות ולמיקודן (ראו גם שטרך

ואחרים, 2007א; שרשבסקי ואחרים, 2007; Mueser & McGurk, 2000; Byrne, 2004). יש מקום הן להתערבויות בכיוון של הפחתת הסטיגמה באופן כללי, והן להתערבויות ספציפיות לבעיות פסיכיאטריות שונות (שטרך ואחרים, 2007א; Crisp et al., 2005). חשוב להרחיב את המודעות לתפקוד הנורמטיבי של המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית, ליכולתם לתפקד, ולראייתם ככל האדם (שטרך ואחרים, 2007א). ייתכן שניתן לראות בממצאים על היכולת לתפוס את ההיבטים הנורמטיביים, מצד אחד, ובכוחות והאפיונים הייחודיים של החולים, מצד שני, בסיס לחיזוק התפיסות החיוביות, תפיסות שאין ספק שחשוב ביותר לחזקן (ראו גם Gordon, Tantillo, & Feldman, & Perrone, 2004).

מגבלות המחקר

ייתכן שישנה הטיה של רצייה חברתית (social desirability), ושבאותם מימדים שבהם ברור מהי תפיסה "בלתי נאותה", שכיחות התפיסות הבעייתיות בפועל גבוהה יותר מהמדווח במחקר. כלומר, התמונה המוצגת היא המינימום, ומהווה הערכת-חסר של הבעייתיות. מגבלה נוספת בשיטת המחקר היא העובדה שמדובר ב־single method ו־cross section (המחקר מבוסס על מדידה בנקודת זמן אחת, ועל שיטת מדידה מסוימת). כמו כן, סביר להניח שיש מידה של סלקציה עצמית להשתתפות במחקר, קרי, ייתכן שאנשים, שעמדותיהם כלפי אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות הינן שליליות מאוד, סירבו להשתתף במחקר. במקרה כזה, המשמעות מקבילה לזו של הרצייה החברתית. דהיינו, המציאות הינה שלילית ובעייתית יותר מן המוצג במאמר.

מקורות

- המוסד לביטוח לאומי. (1993). שיקום חולי נפש: עמדות עובדי שיקום כלפי שיקום חולי נפש. סקר 103. ההב, מ. וסטרונינג, א. (1984). דעות הציבור בישראל על חולי נפש. הרפואה, ק"ו, 181-183.
- שטרך, נ., שרשבסקי, י., בידני-אורבך, א., לכמן, מ., זהבי, ט. ושגיב, נ. (2007). סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי. ירושלים, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות — שירותי בריאות הנפש (דמ-478-07).
- שטרך, נ., שרשבסקי, י., בידני-אורבך, א., לכמן, מ., זהבי, ט. ושגיב, נ. (2007). סטיגמה: עמדות, התנסויות והתמודדות של אנשים המטופלים במרפאות לבריאות הנפש. ירושלים, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות — שירותי בריאות הנפש (דמ-492-07).
- שטרך, נ., שרשבסקי, י., בידני-אורבך, א., לכמן, מ., שגיב, נ. וזהבי, ט. (2007). סטיגמה בתחום בריאות הנפש: עמדות, התנסויות והתמודדות של הורים לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. ירושלים, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות — שירותי בריאות הנפש (דמ-468-07).

- נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידני-אורבך, נגה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב
- שרשבסקי, י., שטרך, נ., בידני-אורבך, א., לכמן, מ., שגיב, נ., זהבי, ט., לבב, י. ואלפרוביץ, ש. (2007). צמצום הסטיגמה: כלי לקידום נגישות לחברה והשתלבות בה לאנשים המתמודדים עם תוצאות של מחלה פסיכיאטרית. בתוך: פלדמן, ד., להב, י.ד. וחיימוביץ, ש. (עורכים). נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלות – בפתח המאה ה-21 (עמ' 821–853). משרד המשפטים, לשכת הפרסום הממשלתית.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., & Matschinger, H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 663–668.
- Arboleda-Flórez, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 645–650.
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions*. London: Sage.
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93–99.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65–72.
- Byrne, P. (2001). Psychiatric stigma. *British Journal of Psychiatry*, 178, 281–284.
- Cooper, A., Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 339–341.
- Corrigan, P. W. (1998). Facilitating recovery through psychiatric rehabilitation. *Journal of the California Alliance for the Mentally Ill*, 9, 13–14.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162–179.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765–776.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., & Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28, 91–103.
- Corrigan, P. W., & Rusch, N. (2002). Mental illness stereotypes and service use: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 312–334.
- Crisp, A. H., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: A follow-up study within the changing minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4, 106–113.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.
- Gaebel, W., & Baumann, A. E. (2003). Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: Experiences from the open the doors program in Germany. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 657–662.
- Gordon, P. A., Tantillo, J. C., Feldman, D., & Perrone, K. (2004). Attitudes regarding interpersonal relationships with persons with mental illness and mental retardation. *Journal of Rehabilitation*, 70, 50–56.

- Haj-Yahia, M. M. (1999). Attitudes toward mentally ill people and willingness to employ them in Arab society. *International Sociology, 14*, 173–193.
- Heresco-Levy, U., Ermilov, M., Giltinsky, B., Lichtenstein, M., & Blander, D. (1999). Treatment-resistant schizophrenia and staff rejection. *Schizophrenia, 25*, 457–465.
- Jorm, A. F., Angermeyer, M., & Katschnig, H. (2000). Public knowledge of and attitudes to mental disorders: A limiting factor in the optimal use of treatment services. In G. Andrews & S. Henderson (Eds.), *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses* (pp. 399–413). New York: Cambridge University Press.
- Lefley, H. P. (1992). The stigmatized family. In P. J. Fink, & A. Tasman (Eds.), *Stigma and mental illness* (pp. 127–138). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Levav, I., Shemesh, A., Grinshpoon, A., Aisenberg, E., Shereshevsky, Y., & Kohn, R. (2004). Mental health related knowledge, attitudes and practices in two kibbutzim. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 758–764.
- 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., Andrews, H., & Cullen, F. T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review, 57*, 275–292.
- Link, B. G., Mirotznik, J., & 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., Monahan, J., Stueve, A., & Cullen, F. T. (1999). Real in their consequences: A sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence. *American Sociological Review, 64*, 316–322.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health, 89*, 1328–1333.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & 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.
- Lopez-Ibor, J. J. Jr. (2002). The WPA and the fight against stigma because of mental diseases. *World Psychiatry, 4*, 30–31.
- Lyons, M., & Ziviani, J. (1995). Stereotypes, stigma, and mental illness: Learning from fieldwork experiences. *The American Journal of Occupational Therapy, 49*, 1002–1008.
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior, 39*, 335–347.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist, 47*, 511–521.
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *The Lancet, 363*, 2063–2072.
- Penn, D. L., Kommana, S., Mansfield, M., & Link, B. G. (1999). Dispelling the stigma of

נעמי שטרך, יחיאל שרשבסקי, מקס לכמן, אלונה בידני-אורבך, נגה שגיב, טלי זהבי ויצחק לבב

- schizophrenia II: The impact of information on dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 437–446.
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89, 1339–1345.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115–126.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Moore, R. E., & Stueve, A. (1997). The stigma of homelessness: The impact of the label homeless on attitudes toward poor persons. *Social Psychology Quarterly*, 60, 323–337.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 188–207.
- Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Toulmin, H., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluating an educational intervention with the police force in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 337–344.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Huxley, P., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., et al. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 342–346.
- Read, J., & Harre, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of “mental patients”. *Journal of Mental Health*, 10, 223–235.
- Read, J., & Law, A. (1999). The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 216–229.
- Rosen, A., Walter, G., Casey, D., & Hocking, B. (2000). Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives. *Australian Psychiatry*, 8, 19–26.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660–672.
- Sartorius, N. (1998). Stigma: What can psychiatrists do about it? *The Lancet*, 352, 1058–1059.
- Sirey, J., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B.S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479–481.
- Smart, L., & 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.
- Struch, N. (1995). *Effects of group messages on attitudes*. Amsterdam: Centrale Drukkerij.
- Struch, N., & Schwartz, S. H. (1989). Intergroup aggression: Its predictors and distinctness from in-group bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 364–373.
- Stuart, H., & Arboleda-Flórez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245–252.
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services (1999). *Mental*

- health: A report from the surgeon general*. Available at: <http://www.mentalhealth.org/cmhs/surgeongeneral/srgeongeneralrpt.asp> (retrieved June 24, 2002).
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. Oxford, England: Academic Press.
- Turner, J. C. (1987). *Rediscovering the social group: A self categorization theory*. Oxford: Blackwell.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467–477.
- Walker, I., & Read, J. (2002). The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanation in reducing negative attitudes toward "mental illness". *Psychiatry*, 65, 313–325.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48, 957–965.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996a). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry*, 168, 191–198.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996b). Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 168, 183–190.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68–90.

עמוד 36 – ריק