

כשטיפול מקצועי והלכה יהודית נפגשים: המטפל הדתי-חרדי ומצוות התוכחה

ניקול דהאן

המאמר עוסק במפגש הבין-תרבותי שבין ההלכה היהודית ובין עולם הטיפול. הוא חוקר האם וכיצד מטפל אשר מבקש להיות נאמן הן להלכה היהודית והן לקוד האתיקה המקצועית, יכול לגשר בין שני העולמות בנוגע למצוות התוכחה בטיפול. המאמר מושתת על החקירה של שורשי ההבדל בין הגישה המקצועית והגישה ההלכתית במטרה לקדם את השיח הבין-תרבותי הנידון. לצורך כך, המאמר פותח בהצגה דיכוטומית של הערכים שעל פניו מתנגשים; מציג, זה לעומת זה, את רקעי ההתנהוות של מקצועות העזרה וההלכה; מניח אבני דרך אסטרטגיות לצמצום החיכוך ככל האפשר; ולבסוף מציג מפגש בין-תרבותי מתוחכם יותר אשר מזהה דמיון, מאפשר חידודים מקצועיים יהודיים, ומותיר שאלות מחודשות מתקדמות יותר. נוסף על כך, המאמר מספק כלים להתמודדות מעשית במקרים שבהם מתעוררת הסוגיה. תרומת המאמר רבה לנוכח שילובם ההולך וגדל של מטפלים דתיים וחרדיים בשני העשורים האחרונים בישראל, בתחום העבודה הסוציאלית בפרט, ושילובם בשירותים ציבוריים המשרתים קשת רחבה של אוכלוסיות. ככוחו של מפגש בין-תרבותי, מאמר זה עשוי לערער ולדייק את המובן מאליו.

מבוא

המפגש בין מקצועות העזרה התרפויטיים וההלכה היהודית הוא מפגש בין-תרבותי מאתגר בעבור איש המקצוע הדתי-חרדי (דהאן, 2004). בארה"ב, המפגש בין מדע ובין ההלכה הביא לפני שבעים שנה להקמה של התאגדות המדענים היהודים האורתודוקסים [AOJS]. המפגש הייחודי שבין הרפואה ובין ההלכה מקבל התייחסות אקדמית כבר חמישה עשורים, כולל הבירור המעשי כיצד יפעלו רופאים שומרי תורה ומצוות במצבי קונפליקט מקצועיים-הלכתיים שמוצא את ביטויו באנציקלופדיה ההלכתית הרפואית (הלפרין, 1999; שטינברג, 1988-1999; שטינברג, 1998). אומנם, באותה תקופה שבה יהודים אורתודוקסים רבים שימשו בבתי חולים בחו"ל ובארץ, רק בודדים התקרבו

למקצוע הפסיכולוגיה. ארגון המטפלים היהודים האורתודוקסים "Nefesh" הוקם מאוחר יותר, בשנות התשעים. לצד שיח בכנסים ופורומים, רק מחברים מעטים כתבו מאמרים אקדמיים על הלכה ויהדות בהקשר עולם הפסיכולוגיה והטיפול הנפשי: אנשי אקדמיה אחדים חיברו חיבורים שמהותם שאלת ההתאמה של ערכי היהדות לערכי העבודה הסוציאלית (Linzer, 1978, 1993, 1996; Loewenberg, 1990; Loewenberg & Dolgoff, 1988). היו אשר דיברו על דיסוננס (Ausubel-Danzig, 1981); מטפלים חרדים אחדים התייחסו למתחים שבין התפיסה היהודית לבין הפסיכולוגיה, בטענה כי הפער בין השניים לא ניתן לגישור (Amsel, 1982), מתוך ניסיון להשוות ולחבר בין העולמות והמושגים (Buchbinder, 1994; Fish, 2011; Hoffman, 1976; Spero, 1980); ואף בניסיון להבחין היטב בין תפקיד העו"ס ותפקיד הרב (Rubenstein, 2001).

בארץ, התפנית אשר הביאה לריבוי של מטפלים שומרי תורה ומצוות חלה לפני שני עשורים, כאשר משרד הרווחה והמועצה להשכלה גבוהה הבינו כי יש צורך במטפלים בני התרבות החרדית שיעניקו טיפול בתוך קהילתם וכאשר תוכניות ייעודיות למגזר החרדי במקצועות טיפוליים התרבו (דהאן ואבירם, 2011). רבים מעלים על נס את שיתוף הפעולה הבין-מגזרי, ובו בזמן, כבר בתוכנית הראשונה לעבודה סוציאלית לנשים חרדיות מטעם האוניברסיטה העברית, עלו דילמות כבדות משקל הנובעות מהמפגש בין שני העולמות (דהאן, 2004; Dehan, 2014).

אחד המרכיבים המאתגרים ביותר במפגש הבין-תרבותי שבין מקצועות העזרה הטיפוליים ובין תרבויות פרטיקולאריות הוא התפיסה שקוד האתיקה המקצועי מחייב את המטפל להותיר את ערכיו האישיים מחוץ לחדר הטיפול. עיקרון זה של "ניטראליות" המטפל והדרישה להפרדה בין ערכיו האישיים ופעילותו המקצועית [compartmentalization, splitting off] היו בעבר הלא רחוק חד-משמיעים, אבל כבר שנים רבות הם נושא לשיח מקצועי מאתגר (Wosket, 1999). גם בהקשר היהדות, לרוב העדיפו תיאורטיקנים טיפוליים, במקרים של קונפליקט בין ערכי המקצוע וערכים אישיים, לתת קדימות לערכים המקצועיים (Linzer, 1999). אומנם, קדימות הערכים המקצועיים על חשבון הערכים האישיים מאתגרת אנשי טיפול דתיים חרדיים השואפים לפעול לפי הנחיות התורה וההלכה בכל זירות חייהם, כולל בזירה המקצועית (דהאן, 2004). השאלה כיצד עליהם לנהוג במצבי קונפליקט מורגש בין הדרישה המקצועית לפעול לפי קוד האתיקה המקצועי והדרישה הדתית לפעול לפי ההלכה היהודית הופכת בעבורם לא פחות מאשר אתית-קיומית, בפרט כאשר הם אינם מוותרים על רצונם לכבד את זהותם הדתית והמקצועית כאחד. שאלה זו הייתה אחת הסיבות להקמתו בארץ של "האיגוד למטפלים חרדיים", שחרט על דגלו מצוינות מקצועית והלכתית כאחד. אולם, עדיין רוב השיח עד כה מתנהל במפגשים ופורומים ומעט נכתב בנושאים

הרגישים ביותר. מה שכן הופיע בכתבי עת אקדמיים מציין תמונה ראשונית בלבד של מגוון דרכי ההתמודדות של מטפלים דתיים-חרדיים (נוביס-דויטש, 2010), ומציג ניסיון ראשוני ליצור מודלים אלטרנטיביים של התמודדות עם קונפליקטים מקצועיים-הלכתיים (סוסבסקי, 2001).

המאמר הנוכחי עוסק בנושא רגיש ושנוי במחלוקת ועלול לעורר התנגדות בקרב שני הקצוות, הקצה האקדמי הנאמן ללא סייג לעליונות התרבותית האקדמית, והקצה הנגדי המבקש לפעול אך ורק לפי אמות מידה הלכתיות, מבלי להתחשב במוסדות האקדמיים-מקצועיים. המאמר מבוסס על התפיסה כי שיח בין-תרבותי, הגם שאינו נוח בהכרח, הוא לרוב פורה ומעשיר (דהאן, 2004). כזה הוא עיסוקו של המאמר באחת הסוגיות המורכבות והרווחות ביותר בתחום הטיפול הנפשי, והיא הקונפליקט הנראה לעין בין עקרונות האוטונומיה וההגדרה העצמית של המטופל לבין הגישה היהודית לערבות זה בזה והמצווה ההלכתית של תוכחה. השאלה שבמוקד המאמר היא: האם וכיצד יקיים מטפל שומר תורה ומצוות נאמן למקצועו את הלכות התוכחה? או בניסוח הפוך, כיצד ישמש יהודי הנאמן לקיום מצוות התוכחה במקצוע טיפולי? בהצגה ראשונית דיכוטומית של הסוגיה ולצורך הדיון, אפשר להצביע על כך שהעיקרון ההלכתי של הערבות ההולמת את דרישות התורה מציב מראש בעמדה ביקורתית-שיפוטית ופטרונית. אם כך, כיצד יכולה אוריינטציה זו להשתלב עם הגישה הטיפולית הרווחת, שנוטה להשאיר את הממד הדתי מחוץ לחדר, ולהדגיש את זכותו של הלקוח לקבל כרצונו את ההחלטות הנוגעות לחייו? האם מטפל דתי-חרדי בהכרח ימצא את עצמו לעיתים בתחושה של בגידה בלתי נמנעת באחד מן השניים, ביהדותו או במקצועו, או שמא תימצא דרך לשלב?

ההתנגשות הנידונה אינה פילוסופית בלבד והיא עשויה לעורר בלב המטפל הדתי-חרדי שאלות מעשיות, כמו: האם אני אמור להחזיק בעמדה כלשהי ביחס להתנהגותו הדתית של המטופל, או שזה אינו מענייני? האם עליי לבטא הסתייגות הלכתית מילולית או מעשית, הגם שהמטופל בעצמו אולי אינו מעוניין לשמוע את דעתי בעניין? האם להימנע ממתן עזרה במקרים שבהם התערבות מקצועית מיטבית תגרום לביצוע עבירה הלכתית? האם ראוי ליזום התערבות אקטיבית לצורך מניעת עבירה הלכתית, בפרט כאשר המטופל עשוי להיות קשוב ולשתף פעולה?

המאמר הזה בוחר להתמקד בפן ההלכתי שביהדות וממעט לגעת בפניה הרבים האחרים. יתרה מזו, מתוך הקשת הרחבה של הגישות ההלכתיות, מראש ובכוונה תחילה הוא נצמד לגישה הלכתית ברוח הדתית חרדית האדוקה דווקא, ולכך כמה סיבות: (א) מתוך רצון לתת מענה לחוגים דתיים-חרדיים שמרניים יותר; (ב) מתוך כוונה לחדד את השיח הבין-תרבותי בכל עוצמתו; ו-(ג) מתוך שאיפה שלא לעסוק בפישור אלא בגישור. הוא מבקש בו בזמן לא לוותר על ההלכה וגם לא על עיקרי

המקצוע, וחותר להציע אסטרטגיה מחשבתית שאנשי מקצוע שומרי תורה ומצוות יוכלו לפעול לפיה ולחיות בשלום עם מצפונם הדתי ועם המשמעויות המקצועיות של בחירתם. הוא מושתת על הנחת היסוד שהבנת שורשי ההבדל בין הגישה ההלכתית היהודית הדתית-חרדית לבין הגישה הטיפולית עשויה לקדם את השיח הבין-תרבותי בסוגיה הנידונה. לצורך כך, חלקו הראשון של מאמר זה מציג, זה לעומת זה, את הרקע של מקצועות העזרה ולעומתו את רקע ההלכה היהודית. חלקו השני של המאמר מניח אבני דרך אסטרטגיות לצמצום אזורי החיכוך ככל האפשר, ומציג מפגש בין-תרבותי מתוחכם יותר אשר מזהה דמיון, מאפשר חידודים מקצועיים-יהודיים, ומותר שאלות מחודשות מתקדמות יותר.

סקירת ספרות וחיזוד הפערים

רקע מקצועות העזרה, עקרון האוטונומיה, אי-שיפוטיות

מקצועות הסוציולוגיה, הפסיכולוגיה והעבודה הסוציאלית התפתחו על רקע התרבויות המערביות בסוף המאה התשע-עשרה ותחילת המאה העשרים. הם צמחו מתוך מגמת החילון וגם חיזוקו מגמה זו. מבחינה סוציולוגית, החברה המסורתית-קהילתית (Gemeinschaft) איבדה מכוחה לטובת החברה העירונית (Gesellschaft) הדוגלת באינדיווידואליזם ומנוהלת על ידי סמכויות ממלכתיות, חוקתיות ואקדמיות מנותקות ככל האפשר ממוסדות דתיים (Tonnie, 1887). בעוד קודם לכן, "profession" היה מונח דתי שמשמעו שבעה אמונית לדת מסוימת, מונח זה הפך כינוי למקצוע מבוסס מדע פוזיטיביסטי המתפתח דווקא מתוך ספקנות, אמפיריזם, אובייקטיביות והיגיון נטולי אמונות ומסורות תיאולוגיות.

העמדה השלילית של פרויד כלפי הדת, אשר אותה כינה "נוירוזה אובססיבית" (Freud, 1927/1961), התאימה לפסיכולוגיה שביקשה להיחשב דיסציפלינה מדעית, בתקופה שהמדע הפוזיטיביסטי התרחק מתכנים רוחניים שאינם ניתנים לכימות ומדידה מדעיים (Ellis, 1971). העבודה הסוציאלית, אף היא במטרה לחזק את מעמדה המדעי, נצמדה רבות לצל מקצוע הפסיכולוגיה ולהכתבה של המדע הפוזיטיביסטי, ועל כן השתדלה להתנער משורשיה המוסרניים והדתיים. היא על פי רוב הציבה את העיסוק ברוחניות מחוץ לגבולות המנדט המקצועי ואף דגלה בויתור על הפטרונות שאפיינה את פעילותה בתחילת דרכה, הגם שזכות הקיום שלה כמקצוע נובעת דווקא מערכיה החברתיים, בהם מניעת סטייה חברתית והגנה על חסרי ישע.

לא פלא, אם כן, שבמשך עשרות שנים אפיינה החילוניות את זהות הטיפול המערבי וגם את מרבית המטפלים בתחום בריאות הנפש (Weaver, et al., 2006). עם הזמן, הקשר בין דת ובריאות, כולל בריאות נפש, בכל זאת העסיק רבים (Shafraanske, 1996),

ובסוף המאה העשרים התפתחה הדרישה המקצועית לרגישות תרבותית ואף חדר המושג "רגישות רוחנית", בהתייחס לצורך מהותי בהתחשבות באמונות תרבותיות ודתיות של המטופלים (Canda, 1998; Canda & Furman, 2010; Vader, 2006; Plante, 2007).

העיסוק ברוחניות המטפל והשימוש ברוחניות זו בעת הטיפול הוא נושא עדכני, חדש ורגיש, השנוי במחלוקת עזה. יש טוענים כי עיסוק זה ברוחניות שמור לאנשי דת ולא למטפלים, ואף מסוכן מבחינה אתית ומדעית (Sloan, et al., 1999; Sloan, et al., 2001), וכי עירוב בין טכניקה טיפולית לטכניקה דתית הוא סיבה לדאגה (Elkonin, et al., 2014). ברוח זו, קודי האתיקה מאז שנות התשעים מצביעים על הרגישות התרבותית הנדרשת כלפי אמונתו ודתו של המטופל, אבל עדיין לא מתייחסים מפורשות לאפשרות המקצועית לנהל שיח טיפול-רוחני.

עקרון האוטונומיה מושתת על התגברות האינדיווידואליזם, אשר תומך בערך חופש הפרט כל עוד הוא אינו מזיק לחברה. היטיב לנסח זאת במאה ה-19, ג'ון סטיוארט מיל (1946/2006: 13), לדוגמה, כאשר הצהיר כי "יש לו [לאדם], ובדין, עצמאות מוחלטת, על עצמו, על גופו ונפשו שלו, היחיד הוא הריבון". ברוח זו, גם המקצועות הטיפוליים הרגישו את ה"אוטונומיה" של המקצועות ואת ה"אוטונומיה" של המטופל, ובחרו ב"זכות להגדרה עצמית" של המטופל כערך יסודי. ערך זה מוצא ביטוי בחוקים המגדירים את מקצועות הטיפול והנורמות המקצועיות, ובקודי האתיקה המקצועית. חוסר שיפוטיות וקבלה הפכו אף הם למונחים שמרבים להזכיר כיחידה אחת, כשני מושגים דומים, וכדרישה בסיסית המוטלת על כל מטפל ועל כל טיפול ראוי.

רקע ההלכה, עקרון הערבות זה בזה ומצוות התוכחה

כדי להבין מדוע מטפלים דתיים-חרדיים מקפידים במכוון להותיר את ההשקפות, הנורמות וההנחיות המעשיות הנובעות מן התורה בתוך כל הזירות בחייהם, יש צורך לצייר רקע תרבותי יהודי-חרדי. היהדות האורתודוקסית אינה רואה במסורת פולקלור, אלא מסורת המועברת מדור לדור יותר משלושת אלפים שנה בשרשרת רציפה לחלוטין מאז מתן תורה עד ימינו אנו; ההבטחה "נעשה ונשמע" היא זו אשר זיכתה דווקא את בני ישראל להיבחר מבין כל אומות העולם ולקבל את התורה בשנת 2448 לבריאת העולם (1312- לספירה הנוצרית); היות שכל שישים ריבוא הנשמות של עם ישראל היו במעמד הר סיני, הבטחה זו מחייבת עד סוף הדורות; ההנחה היא כי התורה היא "המסמך האדריכלי" – התוכנית האלוקית שהנחתה את בריאת העולם (בראשית רבה, א, א), ולכן לעולם תישאר "אמת" ו"עדכנית".

המבנה התורני הבסיסי הנוגע להלכה היהודית יאפשר לעגן את מהותה ומרכיביה של מצוות התוכחה הנידונה במאמר: התורה נחלקת ל"תורה שבכתב" – תנ"ך, תורה,

נביאים, כתובים, אשר נכתבו בנבואה או רוח הקודש על ידי משה ונביאים ונביאות נוספים, ונחמתו על ידי חז"ל. לצד התורה שבכתב, ניתנה התורה שבעל פה, שאף היא ניתנה במעמד הר סיני אך הועלתה על הכתב מאוחר יותר, פן תישכח. התורה שבעל פה כוללת פרשנות לתורה, הלכות וכן תקנות חכמים (הקדמת הרמב"ם לספר יד החזקה). המסורת היהודית התורנית מצביעה על תרי"ג (613) מצוות מן התורה, המחולקות בכמה אופנים: חלוקה בסיסית מבחינה בין "עשה" ל"לא תעשה" המנחים בדרך החיוב ודרך השלילה מה ראוי ומה לא ראוי: רמ"ח (248) "מצוות עשה", מנחות רגש (ואהבת את ה' אלוֹקֶיךָ) או התנהגות (כבד את אביך ואת אמך); ושס"ה (365) "מצוות לא תעשה" מנחות הימנעות מרגש (לא תשנא את אחיך בלבבך) או הימנעות מפעולה (לא תגנוב). חלוקה בסיסית נוספת מבחינה בין "מצוות שבין אדם למקום" הנוגעות למערכת היחסים שבין אדם לבוראו (לדוגמה, מצוות לימוד תורה), בשונה מן "מצוות שבין אדם לחברו", המכוונות את היחסים שבין בני אדם, בהיבט ההטבה (לדוגמה, הכנסת אורחים, או השבת אבדה) וברובד של מניעת נזק (איסור אונאת ממון, או איסור אונאת דברים). המצוות "ואהבת לרעך כמוך", ו"לא תעמוד על דם רעך", כלומר החובה לאהוב כל יהודי שווה לאהבה עצמית והאיסור להתעלם כשהזולת נמצא בסכנה, מגלמים את עקרון הערבות זה בזה (Carmell, 1991; Roth, 2007).

"ערבות זה בזה" היא עיקרון מרכזי ביהדות. הרמב"ם (ספר המצוות, מצוות עשה ר"ה) מעגן את הגישה לערבות: "ואין ראוי לנו שיאמר אחד ממנו אני לא אחטא ואם יחטא זולתי מה לי, דינו עם אלקיו. זה הפך התורה". עקרון "הערבות זה בזה" מומחש במשל הספינה המשמשת את המסע המשותף של עם ישראל עד לתיקון עולם: "משל לבני אדם שהיו נתונים בספינה ונטל אחד מהן מקדח והתחיל קודח תחתי. אמרו לו חבריו: מה אתה יושב ועושה?! אמר להם: מה אכפת לכם לא תחתי אני קודח? אמרו לו: שהמים עולין ומציפין עלינו את הספינה" (ויקרא רבה, ד). התוכחה – "מה אתה יושב ועושה" – נחוצה הן בעבור הצלחת המסע הפיזי המשותף שבמשל, והן בעבור המסע הרוחני של כלל ישראל שבמשל.

מצוות התוכחה "הוכח תוכיח את עמיתך [עמיתך במצוות, בתור ידיד ולא מתוך עליונות] – ולא תישא עליו חטא" (ויקרא יט, יז) היא מצוות עשה מן התורה וביטוי מרכזי לעקרון הערבות. מצווה זו מגדירה ותוחמת את האחריות הקולקטיבית הכרוכה בערבות, ומחייבת להוכיח את הזולת על התנהגות לא נאותה, מתוך שאיפה להשיבו למוטב, כפי שמסביר הרמב"ם "להוכיח החוטא, או מי שירצה לחטוא, ולמנוע אותו ממנו במאמר ותוכחה" (ספר המצוות, מצוות עשה ר"ה). היה בידו להוכיח את חברו, ולא עשה כן, כאילו ביצע את החטא בעצמו (תלמוד בבלי, מסכת שבת נד). חכמים הרחיבו את מצוות התוכחה שמן התורה בתוספת מצווה מדרבנן והורו למי שיש בידו אפשרות למנוע מחברו לחטוא לעשות מעשה כדי "להפריש אדם מעבירה", למרות

הנטייה להימנע מפעולה כדרך נימוס או בשל אינעימות (ספר המצוות, מצות עשה ר"ה).

איסור נתינת מכשול – "לפני עיוור לא תיתן מכשול" (ויקרא יט, יד) היא מצוות לא תעשה מן התורה המתווספת למצוות העשה של תוכחה ומשלימה אותה. בעוד מצוות התוכחה ממוקדת במחדל האחר, מצוות לא תעשה זו אוסרת להכשיל אחר. המונח "עיוור" מתפרש בשני אופנים: הפירוש הראשון הוא (א) "עיוור בדבר", כלומר אדם שאינו מבין בעניין מסוים – אין לנצל את בורותו בעניין, לתת לו עצה שאינה הוגנת, או לרמות אותו; הפירוש השני הוא (ב) "עיוור מפני תאוות ליבו", ש"אינו מסוגל לראות את דרך האמת" בשל הטיה זו (רמב"ם, הלכות רוצח ושמירת נפש, יב, י). איסור מהתורה חל במקרה שלא הייתה אפשרות לחטוא בלעדי עזרה חיצונית [רמב"ם]; אומנם, כאשר אדם יכול לחטוא בכוחות עצמו, חכמים הוסיפו איסור דרבנן להקל עליו את ביצוע העבירה, המכונה "איסור לסייע לדבר עבירה" (חידושי הר"ן מסכת עבודה זרה, דף ו עמוד ב).

כיצד דינים אלו יכולים להשתלב או לא להשתלב עם טיפול נפשי מיטבי? כמה דוגמאות כדי לסבר את האוזן: כיצד ינהג מטפל דתי חרדי המצווה במצוות התוכחה כאשר מהותו של הטיפול היא לסייע לנישואין האסורים על פי ההלכה, כגון נישואי תערובת בין יהודים למי שאינם, או נישואי כוהן לגרושה, או נישואים חד-מיניים? האם מטפל דתי-חרדי יוכל ליתן ייעוץ תעסוקתי ליהודי שמבקש לעבוד בשבת? להדריך נערה השוקלת לבצע הפלה במקרה של איסור לפי ההלכה? להנגיש אמצעי מניעה שאינם מותרים הלכתית? שאלת התוכחה מהדהדת ומטרידה גם כאשר המטופל מבקש להביע רגשות אסורים כמו שנאה, קנאה, או נקמה; או מקרים שבהם המטופל משתף במשאלה לקשר מחוץ לנישואין; או מטופל דתי אשר מבטא רצון להתנהגות שאינה תואמת את אורח החיים שעליו גדל וחונוך. השכיחות הגבוהה של המצבים, הרגשות והרצונות שבדוגמאות לעיל מעוררת תהייה אם יש בכלל מקום למצוות התוכחה בחדר הטיפול, או שמא אין היא שייכת כלל לסיטואציה הטיפולית? ואם היא אכן שייכת מבחינה דתית לפחות, כיצד אפשר לגשר בין הזכות להגדרה עצמית של הלקוח והדרישה מהמטפל לאישיפוטיות וקבלה ובין הדרישה היהודית להוכיח ולמנוע איסור?

לקראת אינטגרציה

הסתירה הערכית הנראית לעין בין הזכות להגדרה עצמית של המטופל ובין מצוות התוכחה מעוררת דיסוננס קוגניטיבי. תהליך בכמה שלבים יוצע בהמשך כדי לפוגג את הדיסוננס הזה: בשלב הראשון תיבחן הסוגיה בזווית ראייה רחבה, בפרספקטיבה רבת-תרבותית. בהמשך, העדשה תצמצם את המיקוד ותאפשר התבוננות מדוקדקת ועמוקה

יותר, זה לאחר זה, בפרטי ההנחיה המקצועית ובפרטי ההנחיה ההלכתית. ההסתכלות הרחבה, וההסתכלות העמוקה גם יחד יוסיפו נתונים חדשים ויאפשרו השוואה בין־תרבותית מחודשת ומתוחכמת יותר.

1. זווית ראייה רחבה: רלטיביזם ופרספקטיבה רבת־תרבותית

רלטיביזם, בצורה בסיסית, הוא תפיסה כי אמת וראוי, וגם סטנדרטים של חשיבה והליכי הוכחה – כולם תוצרים של מוסכמות ומנגנוני הערכה שונים, בהתאם לסמכות המוגדרת ברקע שממנו צמחו. המקצועות הטיפוליים התפתחו בחברה המערבית ועל כן טבעי הוא כי הם מדגישים ערכים של אינדיבידואליזם ואוטונומיה. הזכות לשונות, לפחות במוצהר, עולה על פני קונפורמיות תרבותית. אומנם, התפיסה המערבית בהכללה שונה מזו של התרבויות האחרות. המאמר הזה עוסק בסוגיה הנידונה במפגש בין־תרבותי פרטיקולרי אחד מיני רבים. על כך יעיד ריבוי הארגונים הפרטיקולריים־מקצועיים כגון “National Association of Black Social Workers”; “Association of Puerto Rican Social Service Workers”; “Asian American Social Workers”; “National Association of American Indian Social Workers”; או “Association of American Christians in Social Work” (Kurzman, 1977). מתוך זווית ראייה רלטיביסטית, נדגיש את המתחים הבין־תרבותיים, לפי כמה צירים:

א. מתח אמונתי: אתיאטיסטי – תיאטיסטי. האם האדם־חברה הוא יחידת ההתייחסות הבלעדית, או שמא ישות עליונה קיימת מעל הכול? משחר הימים היה המתח הזה באירופה עילה למלחמות וקונספירציות בין המלוכה והכנסייה, אשר ביקשו כל אחת בדרכה להוכיח עוצמה ועליונות. מעוז הדמוקרטיה, מדינת ארה״ב, דוגלת ב״חופש הדת״, קרי חופש האזרח לבחור בדת וברמת דתיות כרצונו, מושג אשר לעיתים נתפס כ״חופש מדת״, כלומר שאין מקום לדת. ברוח זו, המקצועות החברתיים באקדמיה [professions] התנערו ממרכיבי הזהויות הדתיים [confessions], ונוצר אנטגוניזם חריף ביניהם. בישראל בפרט, המתח שבין הרוב התרבותי השולט החילוני־אקדמי ובין שומרי תורה ומצוות בא לידי ביטוי מוחשי, דיכוטומי וקיצוני בפברואר 1999 על רקע ההתנגדות לאקטיביזם המשפטי של בג״ץ שהתנשא על הגוף המחוקק, בענייני דת בפרט, ב״הפגנת החרדים נגד בית המשפט העליון״ (או ״הפגנת החצי מיליון״) וההפגנה הנגדית בשם החילוניות, הדמוקרטיה והמדע. אכן, גם עולם הטיפול המערבי התנער עד העשור האחרון מכל התייחסות לטרנסנדנס ולרוחניות אצל המטופל וקל וחומר אצל המטפל, והסוגיה עדיין שנויה במחלוקת בימינו, כשהיהדות היא רק אחת מתוך דתות רבות המבקשות מקום והבעה בעולם הטיפול (Canda & Furman, 2010).

ב. מתח חברתי: אינדיבידואליזם – קולקטיביזם – פרט מול חברה. בקצה התיאורטי האחד, אינדיבידואליזם קיצוני וחירות מוחלטת של הפרט מבלי להתחשב בסובבים,

או מבחינה שלטונית – אנרכיה; ובקצה התיאורטי האחר, פטרונות הקולקטיב על ידי חבריו, וחבות מוחלטת של הפרט לצורכי הכלל וחוקיו, היכולה לבוא לידי ביטוי בשלטון טוטליטרי ריכוזי (Hofstede, 1980). אומנם, רוב החברות בוחרות בנקודה של האיזון בין שני הקצוות. בחירתן השונה זו מזו משקפת את המשקל היחסי שכל אחת מהן מעניקה לערך חירות הפרט אל מול מחויבות הפרט למדינה, לחברה, לאחר, ולחסי ישע שבה. בנידון, מקום היהדות נמצא איפה שהוא ברצף, ובוודאי אין היהדות התרבות היחידה הקולקטיביסטית המאתגרת את האדרת האינדיווידואליזם הבאה לידי ביטוי בדרכי הטיפול המערביות, כך גם באסלאם (Ashencaen Crabtree & Baba, 2001), לדוגמה. ג. מתח פרדיגמטי: פונקציונליסטי – ריקונסטרוקטיבי של המוסד הטיפולי – האם, כפי שטוענת הגישה הפונקציונליסטית, תפקיד המוסד הטיפולי הוא לשרת את אוכלוסיות היעד הזקוקות לטיפול, או שמא, כפי שמאתגרת הגישה הביקורתית ההבנייתית, המוסד הטיפולי משמש כלי רגולציה ופיקוח חברתי המשרת את האינטרסים של קבוצות כוח? האם, כפי שהדגיש פוקו לדוגמה, התיאוריות והפרקטיקות הטיפוליות הן אך ורק כלי שנועד למלא את ייעודן המוצהר של ריפוי וקידום, או שמא הן משמשות כלי שבאמצעותו החברה, כלומר אליטה חברתית כלשהי, מגדירה את עצמה, מפקחת על חבריה, ומגדילה את כוחה? לדוגמה, האם אוטונומיית הפרט המודגשת במוסד הטיפולי אינה אלא דרך להחליש את ההשפעות התרבותיות הקהילתיות מסורתיות-דתיות, לטובת גיבוש כוחם של המקצועות בהגדרתם החילונית? האם הדרישה לניטרליות ערכית מצד המטפל אכן נובעת מהשאיפה לייעל את המעשה הטיפולי, או שמא מהרצון לחזק ערכים חברתיים מוגדרים על ידי הקבוצה המקצועית השלטת? והאם "הזכות להגדרה עצמית" המוקנית למטופל נובעת מאכפתיות לחירותו, או להיפך – מאדישות לגורלו ולגורל הסובבים אותו? עריכה של השוואות בין-תרבותיות, בדומה להשוואה הבין-תרבותית עם התרבות היהודית, הנעשית במאמר זה, יכולה לסייע בגילוי המרכיבים הטיפוליים המיטביים לצורך המטופל בהקשרים של מגוון תרבותי, מה שהופך אותם לאוניברסאליים ולא משרתים תרבות זו או אחרת.

ד. מתח טקסונומי: גוף-נפש-רוחניות [Body – Mind – Spirit] – המקצועות האקדמיים החלו את דרכם מתוך טקסונומיה ברורה שביקשה לתחום כל אחד מהם ולהבדיל ביניהם ככל האפשר. התיאולוגיה מצאה את עצמה בשולי האקדמיה שביקשה להותיר אותה בגדר אמונה על דתות ורוחניות בלבד. המקצועות הקשורים לנפש האדם, ובפרט הפסיכולוגיה, מיקמו את הזירה הרוחנית מחוץ לעולם הטיפול, מתוך פרספקטיבה ביולוגיסטית של הנפש. מציאות זו דחתה רבים מן המיעוטים התרבותיים הרחק מן המיינסטרים הפסיכולוגי, או הכלילה אותם תמורת מחיר התבוללות תרבותית (Diaz, 1990; Gochros, 1984; Graham, 2000; Igwe, 2003). אומנם, מאז שנות השבעים של המאה העשרים החלה האקדמיה להיווכח בחפיפות, חיבורים והשפעות

הדדיות של מקצועותיה: הרפואה והפרהרפואה, ומאוחר יותר הפסיכיאטריה, הוכיחו יחסי גומלין בין בריאות, מחלה וריפוי ובין היבטים תרבותיים ואף רוחניים. במקביל, מקורות יהודיים קלאסיים וקבליים מציינים פעילות גומלין בין גוף, רוח ונשמה ועל כן עוסקים בחיי האדם על כל רבדיו. לא פלא, אם כן, שהמפגש של היהדות עם הרפואה קל יותר מאשר עם מקצועות העזרה הנפשית המציעים אמיתות אונטולוגיות, אפיסטמולוגיות ומתודולוגיות מתחרות ולהן אמירות מוסריות, תפיסתיות וערכיות לעיתים סותרות (רוזןצבי, 2012).

2. מיקוד תוך־מקצועי: מגוון

בכל אחד ממקצועות העזרה הטיפוליים אפשר להבחין בפרדיגמות טיפוליות שונות, במבחר אפיסטמולוגי הנוגע לטיב הידע והקשר בין הידע והאמת, ובחילוקי דעות אם ידע הוא אובייקטיבי או חוויה סובייקטיבית. בעידן התפתחות החשיבה הפוסט־מודרנית על שלביה הרבים, קודי האתיקה, הגם שהם הכרחיים, הופכים ניתנים לפרשנות הולכת ומאתגרת. נמקד כעת את העדשה כדי להתבונן במגוון התוך־מקצועי ביחס לערכים הנידונים.

א. מגוון קהיליות מדעיות וגישות טיפוליות מתחרות: הדגש המושם עד היום על ניטרליות המטפל ועל הקשבה במינימום התערבות נלקח בעיקר מהגישה הדינמית עקב השפעתו של פרויד, שדגל במטפל ניטראלי הנעלם מאחורי המטופל. אומנם, הטיפול הדינמי, הגם ששלט שנים רבות, הוא רק אחד ממבחר גישות להתערבות טיפולית, מבחר הכולל לדוגמה סיוע חומרי, טיפול פסיכריונוכי, טיפול קוגניטיבי, ואף שיטות אימון. כל אחד מסוגי הסיוע מגדיר מראש יחס מטפל-מטופל שונה ומידה שונה של דרישה לאי־שיפוטיות. בדרך כלל, עד עצם היום הזה, בתוכניות ההכשרה לא מאוד ששים להזכיר את המרכיב החינוכי הקיים בדרך זו או אחרת בטיפול, כדי להבחין היטב בין חינוך לטיפול ולהדגיש את ההבדל העיקרי בין השניים: תפקיד המחנך הוא ללמד, ולהתוות דרך ולחנך, ואילו תפקיד המטפל הוא לשקף ולאפשר שינוי. אומנם, בפועל ההכוונה לערכים ולנורמות התנהגות שזורה בגלוי או בסמוי במרבית המקצועות הטיפוליים. תפקיד זה בא לידי ביטוי ודאי, אבל לא רק, בעבודה הסוציאלית.

ב. מגוון ברצף טיפול רפלקטיבי – התערבות בצל החוק: בכל אחת מגישות הטיפול, יש טווח בחירה באשר למידת המעורבות של המטפל על פני רצף הנע מקצה פסיכרפלקטיבי בלבד ועד קצה טיפולי אקטיבי בצל החוק. לא רק האוטונומיה של הפרט, אם כן, היא יחסית, אלא גם אוטונומיית המקצועות אשר, בסופו של דבר, כפופה לרגולציה מעוגנת במערכת המשפט. האם יש מצבים שבהם ההיענות לדרישות החוק פוגמת ביחסים הטיפוליים? נראה שכן. חוק הדיווח במקרה של אלימות, לדוגמה,

מחייב בדיווח לרשויות לצורך מניעת נזק בסביבה, בניגוד לסודיות החשובה כל כך לצורך בניית האמון שבבסיס כל הנעה טיפולית. ההוכחה למורכבות בלתי פתורה זו היא כי מטפלים רבים נמנעים מיישום חוק חובת דיווח כדי לקדם את הטיפול (צדיק, 2002). בכל מקרה, עצם הדיווח מצביע על שיפוטיות המעשה והגדרתו כחמור, ובוודאי על פניו סותר את הדרישה הטיפולית לאי-שיפוטיות.

ג. מגוון גבולות בחוקים וקודי אתיקה בקרב מדינות מערביות שונות: ההשוואה בין החוק וקודי האתיקה במדינות המערביות מעלה שונות בין הנהוג בהן בנוגע לנושאים רגישים ביותר. הבדל אחד, לדוגמה, הוא נושא ההתאבדות, האם לאדם הזכות לקחת החלטות אם לחיות או לקטול אקטיבית את חייו? האם לאדם אחר, זכות, חובה, או איסור להתערב אל מול החלטה זו, לסייע לה או למנוע אותה? סוגיה דומה היא המתת חסד, האם מותר לרופאים ואחיות להפסיק תזונה בזונדה לקשיש המבקש זאת? האם לקצר את החיים ולאפשר מוות בכבוד לאדם שאינו רואה עוד טעם לסבל שבחיייו? מהו משקל ההחלטה של האדם עצמו ומשקל ההחלטה של משפחתו? האם יש לכך השפעה על צביון החברה כולה והשלכות על תחומים מקבילים, בדרך "המדרון החלקלק" החושש מתקדים העלול להורות על תחומים נוספים? כל אלה מעלים שגם בחברות דומות, יש גבולות שונים לערך של הזכות להחלטה עצמית.

ד. מגוון יחסי גומלין בין חברה – ארגון – אוכלוסיות יעד: הלגיטימציה להתערבות, טבעה ומטרותיה, תלויה לא רק בהנחיות המקצועיות שבמקרה הנוח תואמות את ערכי החברה, אלא גם באג'נדה הארגונית של השירות שבו ניתן הטיפול, וכן באוכלוסיית היעד שבה מטפלים. יש ארגונים שבהם הנורמות שונות מאלה שבתרבות הרוב, וכך גם בנוגע לאוכלוסיות היעד שיכולות לעיתים לחיות לפי נורמות חברתיות פריטיקולאריות. אומנם, בסופו של דבר, הארגונים והאוכלוסיות מנוהלים בהכללה על פי חוק המדינה. אבל ברזולוציה עדינה יותר, ארגונים חברתיים יכולים להיות בעלי אוריינטציה שונה ואף מנוגדת, ואוריינטציה זו משליכה על הטיפול. זה בעצם מה שהביא לצורך במטפלים דתיים-חרדיים, שיאישו תקנים שלא מומשו בארגונים רבים בשל פער תרבותי. שאלות מעניינות ומאתגרות מתעוררות: במקרים שהארגון והעובד מרקע תרבותי דומה, האם קטנים הקונפליקטים הנובעים משונות ערכית? ולהיפך, האם ככל שיש פערים ערכיים בין החברה, הארגון או המטפל כך יורגשו מתחים? או שמא, דווקא הערנות לשונות היא זו המאפשרת שיח טיפולי מקדם?

3. מיקוד תוך-הלכתי: צמצום חובת התוכחה

אדם בקי בלימוד תורני יודע שההגדרות ההלכתיות של מצוות התוכחה, כפי שהוצגו לעיל בסקירת הספרות, הן מסגרת המאפשרת מידה לא מבוטלת של גמישות. לכל הלכה קיימות דקויות על דרך קיום המצווה, בפרטי פרטים של מתי כן ובאילו תנאים. חיבורי

שאלות ותשובות (שו"תים) מעלים פסקים שונים לסוגיות דומות, בהתאם לתקופות, למקומות הגיאוגרפיים ולתרבות הסובבת. נוסף על כך, גם לשואל וגם לפוסק אשר נשאל יש השלכה סובייקטיבית על התשובה. יתר על כן, נהוג לומר כי מעבר לארבעת הכרכים של השולחן ערוך המכוון את ההתנהגות בכל תחומי החיים, קיים שולחן ערוך חמישי, שהוא חוש אינטואיטיבי של הפוסק, שמעבר לעדשה ההלכתית, מתחשב בבני אדם, באופיים, בדרגתם הרוחנית ובמצב חייהם. מעבר לכך, נתבונן כאן ביתר עמקות בהנחיות לקיום מצוות התוכחה (פוקס, 2008).

א. התבוננות במצוות עשה של התוכחה

עיון מדוקדק יותר במהות מצוות התוכחה מעלה כי חובת התוכחה מוגבלת בשורה של הגבלות:

טיב העבירה מכוון את הביצוע של מצוות התוכחה. מצוות התוכחה אומנם חלה על כל המצוות, אבל כאשר יש ספק ברצון הטוב של האדם להקשיב, יש "מצווה שלא לומר דבר שלא נשמע", כלומר דווקא מצווה להימנע מתוכחה, זאת אלא אם כן מדובר באיסור מפורש בתורה, שאז החובה היא להודיע לפחות פעם אחת מהי ההלכה. גם כאשר זו מצווה מן התורה יש התנהלות שונה לפי העניין. לדוגמה, איסור מפורש מן התורה שממש ברגע זה מתבצע, פגיעה בכבוד שמיים ופגיעה בתלמיד חכם, הם שלושת המקרים המחייבים מחאה מיידית. בכל המקרים האחרים, מצוות התוכחה דורשת שיקול דעת בכובד ראש, אם בכלל התוכחה צריכה להיאמר, ואם כן, באיזו דרך ועיתוי, כדי שההערה תתקבל בצורה מיטבית.

גם זהות המוכיח נלקחת בחשבון הלכתי, ולא כל אחד ראוי: המוכיח מחויב להבחין בין האדם החוטא ובין מעשיו המגונים (תלמוד בבלי, ברכות י); המוכיח צריך להיות נקי מרגש שלילי כלפי מושא התוכחה (שהרי המילים "לא תשנא את אחיך בלבבך" בדיוק קודמות למילים "הוכח תוכיח"); המוכיח "יודע להוכיח", הווה אומר שהוא בעל היכולות האישיות הנדרשות לעשות זאת בצורה המתקבלת בחן; המחויבות תלויה במידת הסמכות של המוכיח – ככל שיש יותר סמכות כך גדלה האחריות להוכיח (המאירי). רבי טרפון ורבי עקיבא הסתפקו מיהו זה שמסוגל היום להוכיח: רבי טרפון בעצמו אמר "תמה אני אם יש בדור הזה מי שיכול להוכיח" ורבי עקיבא הסתפק "תמהני אם יש בדור הזה שיודע להוכיח" (תלמוד בבלי, ערכין טז).

מלבד טיב העבירה וזהות המוכיח, יחסי הגומלין בין המוכיח הפוטנציאלי ובין מושא התוכחה צריכים להילקח בחשבון: זו הסיבה שאסור לומר תוכחה לליץ, כלומר לאדם שילעג להלכה, וגם לא חייבים לומר תוכחה לקבוצה, בשל מורכבות הנפשות המרכיבות אותה. הזהירות יפה גם כאשר היחסים עדינים, שאז התוכחה רגישה מדי; או כאשר בשל זהותו ועמדותיו של האדם אליו מופנית התוכחה, עלולה התוכחה

לגרום לסיבוכים במקום להועיל. מכל הנאמר לעיל דומה שעל כל מקרה לגופו תישאל השאלה האם, מתי, וכיצד להוכיח, וקל וחומר, האם, מתי וכיצד חייבים להפריש בפועל מן העבירה ולמנוע אותה.

ב. התבוננות במצוות לא תעשה – "לפני עיוור" ו"סיוע בדבר עבירה" ההימנעות לשים מכשול (לפני עיוור לא תיתן מכשול) ולסייע בדבר עבירה מדוברת כאשר עוזרים לאדם לבצע את העבירה בפועל, ולא כאשר רק קיימת אפשרות שהוא יבצע אותה. כלומר, רק כאשר אדם עומד לבצע עבירה, או מדבר בצורה מפורשת שכוונתו לבצע, אין לסייע בידו: הדבר פותח את האופציה לשוחח על האפשרויות באופן כללי, או על הרגשות המושכים לכיוון. לרוב הדעות, מתן הסיוע לדבר עבירה מותר בתנאים המתקיימים ברבזמן: 1. אין איסור "לפני עיוור", מאחר שהאדם יכול לחטוא בכוחות עצמו; 2. אין ודאות שיחטא; 3. הסיוע אינו בשעת מעשה העבירה.

ג. התבוננות בשיקולים הלכתיים רלוונטיים גם למצוות הנידונות קיימים שיקולים הלכתיים רחבים הרבה יותר מאשר שיקול מקומי של מותר ואסור. לדוגמה, מידת התועלת של המעשה או של הימנעות ממעשה נלקחת לעיתים קרובות בחשבון בעת שיקול דעת הלכתי. מקורות ופסקים הלכתיים מבחינים גם בין "מכשול קטן" לבין "מכשול גדול", כלומר ההנחיה ההלכתית תיקח בחשבון את האפשרות לסייע לדבר מסוים שמלכתחילה אינו ראוי, אם תהיה בכך תועלת של מזעור נזק. מתוך שיקול של תועלת והקטנת המכשול, ההלכה לעיתים תסכים לאסטרטגיה טקטית-טכנית שתקדם ריפוי, גם אם על פניו יש בדרך תמיכה בעבירה; נוסף על כך, הפסיקה היהודית לוקחת ברצינות את חוק המדינה ומורה לכבד אותו, אלא אם כן הוא פוגע בקיום המצוות. אם כך, פסקי ההלכה ייקחו בחשבון, בין היתר, גם את החוקים הממלכתיים והמקצועיים. הדקויות ההלכתיות בדבר התנאים והדרכים לקיום המצוות, וכמו כן שיקולי הדעת של תועלת, מזעור הנזק, האפשרות לשוחח על דברים אסורים כל עוד המשוחח אינו פועל על-פיהם באופן מיידי, וכן הערך שיש בכיבוד חוק המדינה שניתן לו משקל גם בפסיקה של מרבית הזרמים החרדיים, כל אלה מטשטשים בפועל את הדיכטומיה הנראית לעין, מאפשרים חשיבת גישור, ואף מעודדים שיח בין-תרבותי ברמה מתחכמת ומורכבת הרבה יותר.

השוואה בין־תרבותית מחודשת ושאלות מקצועיות הלכתיות מחודשות

1. חידוד מקצועי לאור המפגש הבינתרבותי

מפגש בין־תרבותי מערער ומשום כך מלווה לעיתים בהרגשה לא נוחה, אבל בכוחו גם להביא ליציאה מקיבוען המוכר והמובן מאליו, אל עבר חידוד מחשבתי מצמיח (Cushner & Brislin, 1996). הגם שהמהות של "תוכחה", "הפרשה מעבירה" ו"איסור סיוע לדבר עבירה" מעוררת הסתייגות, למעשה הספרות המקצועית מציגה סיטואציות ערכיות סבוכות, אשר ללא כל קשר לדת, מעוררות לבטים דומים, האם ומתי להכיל, למחות, ואף למנוע. לדוגמה: כיצד נדרש לפעול מטפל מול מטופל שמרמה את הרשויות? שמתכנן להתאבד? או שבשל קונפליקט מתכוון לרצוח אחר? האם במקרים הללו יכול המטפל לשתוק, או שמא חייב הוא להציג את עמדתו, או אפילו לנקוט פעולה למנוע אסון? להלן רשימה של כמה דיוקים מקצועיים המאירים את הסוגיה הנידונה:

א. הבחנה בין אישיפוטיות מכילה ובין אישיפוטיות ערכית: ככל ש"המרחב הטיפולי" רחב יותר, כך המטופל יכול לצאת למסע חיפוש בדרך של איודאות, ספק ושאלות, וליצור הזדמנות לעיבוד תכנים באופן שלא היה מצליח לבדו. האמצעי המאפשר הוא ההקשבה האקטיבית של המטפל: ככל שהמטפל מסוגל להאזין, לשקף ולשאול טוב יותר, כך המטופל יהיה מסוגל לספר יותר, ו"להוציא מחוצה לו". בדרך זו, מלבד האפקט הרצוי של ונטילציה לרגשות מצויים או מודחקים, מתפתחת בדרך זו היכולת של המטופל לראות את עצמו. אומנם, פיתוח המודעות העצמית הוא עדיין רק צעד בתהליך ארוך יותר, החותר אל הקבלה העצמית וההשלמה עם החלקים היפים פחות שבאישיות ובחיים. בצורה פרדוקסאלית, דווקא ההשלמה הזו היא המפתח לחולל שינוי פנימי משמעותי. אי־השיפוטיות המכילה, כלומר היכולת לשאת את סיפורו של המטופל עם כל הכרוך בו, מחשבותיו, רגשותיו, מעשיו באשר הם, ובכל מקרה להישאר קשוב אליו ומסור אליו, היא הסוד הטיפולי שאין לוותר עליו, אם אכן המטרה היא להעניק את הסיכוי הגדול ביותר לריפוי פנימי. האומנם יכולת "הקבלה" של המטפל את המטופל ו"ההכלה" של החוויה שלו, קשורה בהכרח להיעדר שיפוטיות ערכית? לדרוש אישיפוטיות ערכית, לעומת זאת, הוא לחייב התעלמות מכל תפיסה הנוגעת למה נכון, אתי, רצוי, אפשר, יפה, יעיל, קל, ומהו ההיפך מזה. השאלה המעסיקה היא אם אישיפוטיות ערכית אפשרית בכלל. מחקרים מעלים תשובה שלילית: במהלך הלימודים האקדמיים סטודנטים נוטים לחזק את הערכים שבאו איתם (ברגל, 1978); היישום של עקרון הניטרליות הוא כנראה רק אשליה, שהרי נמצא כי בסוף הטיפול, ערכיו של המטופל מתקרבים לאלה של המטפל (גת, 1996). בעידן הפוסט־מודרני גדלה ההבנה כי אין קנה מידה אתי אחיד, אבל עדיין אין זה אומר שאדם אחד מסגל לעצמו את כל האמיתות, אלא שיש אמיתות שונות. הימנעות טוטלית של המטפל

מלשתף את המטופל באמות המידה שלו, אם היא אפשרית, יכולה להתבצע רק מתוך גישה טיפולית משקפת בלבד, שהיא בקצה קיצוני של רצף ההתערבויות האפשריות, וגם גישה זו נתונה לגבולות המשתנים של החוק במדינות השונות.

ב. הבחנה בין הכלה ובין מתן לגיטימציה: האם העמדה רפלקטיבית בלבד, אם היא בכלל אפשרית, בכל מקרה רצויה? מן הצד האחד הפן החיובי של השתיקה הקשבת מצד המטפל נעוץ באפשרור המטופל להיות אותנטי עם עצמו. מן הצד השני, השתיקה הזו עלולה להישמע כהסכמה הנותנת לגיטימציה. גם מטפל מתירני ביותר נדרש לעיתים לומר ברגע הנכון ובדרך הנכונה את העמדה הערכית: לחזור לדוגמאות לעיל, להודיע כי מרמה כלפי הרשויות עלולה להביא לעונשים; שתכנון התאבדות מחייב מטפל ליזום אשפוז, ואם לא מתוך רצון, אז בלית ברירה אשפוז כפוי; שרצח אינו יכול להיות האמצעי לפתור קונפליקט, ואם אין שינוי עמדה והבנה, תוזמן המשטרה (Congress, 1999). דוגמאות נוספות הן שנקמה אינה דרך, שהתעללות בבעלי חיים אינה איתת, ושניצול האחרים אינו הוגן. המטפל יעשה זאת בצורה ישירה, או באמצעות שאלות מערערות, אבל בכל מקרה ערכי החברה, ערכי הארגון שמתוכו הוא פועל, וככל הנראה גם ערכיו שלו, בצורה זו או אחרת, יבואו לידי ביטוי. ולא רק זאת, אלא שכאשר מתברר למטפל כי למטופל תוכנית פעולה מוכנה שתגרום נזק בלתי הפיך, ולא ניתן לשכנעו להתנהגות אחרת, עליו לפעול כדי למנוע את העוול. קל וחומר כאשר מדובר בהתנהגות אסורה על פי חוק, כפרט אם המטפל מחויב בדיווח על פי חוק, כגון במקרה אלימות כלפי חסרי ישע, לדוגמה.

ג. הבחנה בין שירות מיטבי ללקוח ובין הימנעות משיתוף פעולה עימו לדבר שלי

לאדם יש בחירה, וגם זכות וחובה לבחור, והוא זה שלוקח אחריות על בחירותיו והשלכותיהן. גישות חינוכיות עדכניות ושיטות אימון (coaching) רבות מבוססות על התפיסה שלמטופל הזכות להצליח וגם להיכשל ושהחיים הם שילמדו את השיעור (ליון, 2008). האם תפיסה זו אומרת כי על המטפל לשתוק בכל מקרה? תגובתו של המטפל יכולה להיות חינוכית, כלומר העברה של מסר חינוכי, ואף מניעתית, בהתאם לכלים, לסמכות, ולכובד ההשלכות על המטופל עצמו ועל סביבתו. תגובה אפשרית של מטפל יכולה להיות הצהרה, הסברה, התראה, הפצרה, מניעה מותרת על פי חוק, ואף דיווח לרשויות האכיפה. לעיתים לא תהיה ברירה אלא לכבד, ואולי בצער, את ההחלטה. הדוגמה הקלסית היא זו של נשים נפגעות אלימות, שלמרות ההתערבות הטיפולית לעיתים קרובות חוזרות אל תוך האלימות חזרה, והיות שנשים אינן חסרות ישע, אין כל זכות למטפל למנוע זאת; אבל האם המטפל יסייע לנשים בכך?

קוד האתיקה מחייב את המטפל לשרת בראש ובראשונה את המטופל: האם זה אומר שהוא יעשה כרצונו בכל מקרה? האם מטפל יספק סמים למטופל מתמודד שזקוק לעשן, או האם ידאג לו לכסף לכך? יספק מידע כיצד "לצוד נשים" לשם מימוש

גבריותו? יסייע לאישה להשתמש בגופה כדי להתפרנס, או ליצור קשר עם גבר נשוי למען סיוע כלכלי מצידו? הדוגמאות העולות בחדר הטיפול רבות ומגוונות. הנקודה כאן היא שגם לאיש המקצוע, בכל גישה שהיא, יש איזה שהוא שיקול דעת להחליט, האם הוא מסכים למטרה שמציב לו המטופל, או שמא נדרש לנהל משא ומתן כדי להגיע למטרה טיפולית מקובלת על המטופל, והיא לדעת המטפל סיוע חיובי. זו בעצם נעשית בהגדרת החוזה הטיפולי.

2. חידוד השקפתי-הלכתי לאור המפגש הבין-תרבותי

הנחיית חז"ל "אל תדון את חברך עד שתגיע למקומו" (פרקי אבות, ב) מביאה לתודעה כי שיפוט האדם האחר נובע ממקום מתנשא, שמרחיק את האחר ופוגע בו. לעולם לא נדע כיצד היינו מגיבים לו היינו במקומו של אדם אחר: הכלים העומדים לרשותנו אינם הכלים העומדים לרשותו, מסלול חיינו אינו מסלול חייו, וכמו כן האמונות והרגשות אשר הפנים לעולם לא יהיו אלה שגדלנו עליהם. ביהדות, הימנעות משיפוט האחר היא הנחיה לכל אדם ולא רק למטפל. קל וחומר שהיא חיונית עוד יותר בטיפול: שיפוט האדם לא זו בלבד שאינו יעיל טיפולית, אלא אף מזיק. אי-שיפוט מכיל מאפשר לנסות ולהבין את האדם עד קצה היכולת. הוא גם הבעת הסכמה לכך שבכל אדם, אפילו החשוך ביותר, יש כנראה בכל זאת נקודת אור, שאותה צריכים לחפש, ואליה חייבים להתחבר כדי להביא לשינוי חיובי (ליקוטי מוהר"ן, רפב).

הגם שרוח היהדות בהכללה מגנה שיפוט מתנשא כלפי האחר, התורה מוחה באופן חדמ-שמעי נגד מעשים שהיא מגדירה רעים או תועבה (טועה בה), והשאיפה היא למגר אותם "יתמו חטאים מן הארץ" (תלמוד בבלי, ברכות י). כלומר, להכיל את האדם, זה אינו מחייב להסכים עימו. מעניין להיווכח כי המנגנון של קוד האתיקה המומחש בדוגמאות המקצועיות לעיל, דומה מאוד למנגנון של מצוות התוכחה על מרכיביה: חובה ליידע את המטופל כאשר החוק מפורש; חובה להתערב ולמנוע מעשה כאשר צפוי נזק ממשי. שיפוטיות היא המהות של כל אקט חינוכי, המקנה ערכים חברתיים או מגן עליהם, או מפייץ ומחזק את ערכי הארגון. כאמור לעיל, בדרך זו או אחרת גם ערכי המטפל באים לידי ביטוי מעצם הופעתו, ובוודאי בהבעות פניו, בשאלותיו, או תגובותיו למטופל.

החוזה הטיפולי הנערך הוא גם מנגנון שתואם את מנגנון הלאווים ההלכתיים, "לפני עיוור" ו"איסור סיוע לדבר עבירה", מפני שהחוזה צריך להיטיב עם המטופל מתוך הפרספקטיבה של המטפל: אין מקום למתן עצה שאינה הוגנת, והמטפל לא יתמוך ויעודד התנהגות שהוא חושב למזיקה. התרבויות המערביות צמחו בעיקר מתוך האתיקה היוונית והנצרית, ומערכת החוקים בפרט בישראל כורכת בתוכה השפעות רבות. ביהדות, קנה המידה הערכי הבסיסי הוא התורה, על שבעים פניה.

3. שאלות מקצועיות-הלכתיות חדשות

מהשאלה הבסיסית בנוגע לסתירה הדיכוטומית בין שתי התרבויות, נוצרות לאחר העבודה לעיל שאלות מיוחדות ומדויקות יותר, הן מבחינה מקצועית והן מבחינה הלכתית: מתי שתיקת המטפל משרתת, ומתי היא פוגמת בקשר הטיפולי ובתוצר הטיפולי? האם, מתי וכיצד לדבר, כדי למנוע מן המטופל אי-בהירות בנוגע לטיב השתיקה של המטפל, ולא לתת לגיטימציה לנאמר על ידי המטופל? האם נכון להסתיר את הערכים החברתיים, האג'נדה הארגונית או המיצוב הערכי של המטפל, ומתי ההבהרה של העמדה של כל אחד מהם יעילה לטיפול? השאלה המקצועית-הלכתית הנוספת והמאתגרת ביותר נוגעת לאזור הפער הנותר בין החוק האזרחי ובין החוק היהודי: מה לעשות כאשר החוק האזרחי וההלכה חולקים וכיצד לפעול בצורה שלא תזיק למטופל ולא תחבל בטיפול? נראה שבסוגיות הללו טמון האתגר הגדול יותר במסגרת של טיפול, בכל הנוגע למצוות התוכחה ובעיקר לאיסור לחזק ידי עובר עבירה ולאיסור לסייע לדבר עבירה.

כלים מעשיים לקראת עשייה מקצועית תואמת ההלכה היהודית

בחלק הזה המאמר יתמקד בכלים מעשיים, אשר מבקשים לעקוף מוקשים הקשורים לסוגיה הנידונה. כלים אלה יכולים להתאים לכל מטפל באשר הוא, ורלוונטיים במיוחד ככל שהמטפל משתייך לתרבות בעלת הגדרות ברורות. כלים אלה מוסברים בשפה המתאימה לסטודנט ומטפל שומר תורה ומצוות, ונועדו למזער תודעתית את הפער בין הגישה הטיפולית והגישה התורנית.

א. נכונות לבידור עצמי, העמקה מקצועית והלכתית: מטפל מתבקש להשקיע בלמידה מתמדת ומתמשכת, גם דרך ידע וגם בבירור עצמי אל מול הידע. כדי להתפתח מקצועית בצורה מאוזנת, נדרשת מן המטפל הדתי-חרדי גם למידה תורנית הולכת ומתרחבת, דווקא בכל מיני היבטים הנוגעים לעולם הטיפול ולנפש האדם. המאמר הוא דוגמה קטנה של דרך להתחדד עוד ועוד מבחינה מקצועית והלכתית: אומנם קל יותר להתפתח רק באפיק אחד מהם, וזו נקודת ההנחה של המאמר, שדווקא המפגש, ההשוואה, הניסיון להגיע לרמיון ושילוב, ולא פחות מזה לעיתים לעימות, התסכול וחוסר האונים הכרוכים בחיפוש אחר תשובות הם התהליך לגדילה מקצועית-הלכתית.

ב. הבחנה בין תפקידי הרב, או תפקידי המטפל: הנטייה של סטודנטים חרדים לעבודה סוציאלית היא להתבלבל בין תפקיד הרב / רבנית לבין תפקיד העו"ס (דהאן, 2004; Rubenstein, 2001). הרב, בעל סמכות הלכתית, יכול לקבל נתונים, לנתח את השאלה הנשאלת ולהציג לשואל הנחיות להתנהגות בצורת פסק, או בצורה רכה יותר של עצה. אומנם אין זה מתפקידו הראשוני של המטפל לתת עצה או כיוון למטופל,

ובכל מקרה הכול תלוי במצב ובגישה הטיפולית. הטיפול אמור בראש ובראשונה להעצים כוחות פנימיים אצל המטופל, כך שהוא יוכל לקחת החלטות בעצמו ולפעול על פיהן. נדרשת זהירות מיוחדת אל מול מטופלים מתרבויות מסורתיות, כתרבות החרדית, שבה המטופלים רגילים לפנות לסמכות דתית להנחיה כיצד לנהוג ולמה לחתור, וקרוב לוודאי יצפו לגישה דומה מהמטפל שלהם (Buchbinder, 2014): המטפל, מטפל הוא, והוא אינו יכול לקחת אחריות כפי שלוקח רב: חוץ מאשר במקרי קיצון, הוא חייב להותיר את קבלת ההחלטה על המטופל עצמו, כולל האחריות להשלכות החלטותיו. לעומת זאת, המטפל יכול להתייעץ עם גורמים באשר הם, אבל בסופו של דבר, עליו ורק עליו חלה האחריות על ההשלכות של כל אמירה שהוא אומר בטיפול. נדרש אם כן שיקול מקצועי רציני מתי להביע עמדה ומתי לא, ולמצוא את העיתוי ואת הדרך המתאימים מבחינת הטיפול.

ג. הבחנה בין האדם למעשיו ופיתוח ההכלה של כל אדם באשר הוא: כאשר מגיע מטופל הנראה מעולם אחר, או בעל ערכים מנוגדים, או שאורח החיים שלו מקומם אותנו, התגובה הראשונית היא דחייה, כעס, רצון להתקיף, או רצון לברוח. מקצועיות דורשת מכל מטפל, גם ממטפל דתי-חרדי, ללמוד להכיל כמה שיותר בני אדם, באשר הם. מתברר כי גבולות התורה לא מצומצמים מגבולות המרחב הטיפולי האופטימלי: לגישה תורנית יש סבלנות. ה' ארך אפיים, כמו שמפורט "לא החזיק לעד אפו כי חפץ חסד הוא" (מיכה ז, יח); "יבטל כעסו אפילו שלא ישוב אדם", הוא מחכה לשבים ועלינו ללכת בדרכיו, כך ש"אם יש בו [באדם המכעיס] צד טובה, יספיק לו צד זה לבטל כעסו מעליו" (תומר דבורה, א ו). לכל אחד הזמן והקצב שלו, שהם אינם הזמן והקצב שלנו. יהודי חייב לגמול חסד עם כל אדם, כולל השונא שלו, כולל אינו יהודי משום "דרכי שלום". גבול הנחיה זו מומשג בעמלק, שכלפיו יש חיוב הלכתי של מחיית (מחיקת) הרע הטוטלי, שאין בו אפילו טיפה של טוב. "עמלק" הוא מקרה מאוד קיצוני.

ד. פיתוח מיומנות הקשבה רפלקטיבית נקייה: קושי המטפל להכיל את המטופל בא לידי ביטוי חיצוני באמצעות תדר אינוחות, הבעות פנים זעירות, השמעת תגובה שלילית אפילו קצרה, הקשבה ירודה וטרודה, או מסר שיפוטי לא מותאם, אשר אינם מעודדים את המטופל להיפתח, וגרוע מכך, גורמים לו להיסגר. לדוגמה, המטפל יכול לחוש אינוחות להיחשף לתכנים מיניים, או לתכנים שמעוררים אצלו חוויית טראומה אישית לא מעובדת דייה, או לתכנים הלוחצים על חלק לא מיושב היטב בזהותו. כל אלו מחבלים ביכולת ההכלה של המטפל, ומונעים ממנו להיות כלי הקשבה ואמפתיה כפי הנחוץ כדי לקדם את מטרות הטיפול. פיתוח המיומנות לנטרל את רגשות האישיים נדרש לכל המטפלים, אך כנראה נדרש במיוחד אצל מטפלים שומרי תורה ומצוות, מפני שבעבורם סיטואציות רבות יכולות לעורר בהלה מסוימת. גם מקצועיות

וגם הלכתית, השימוש בהקשבה, שיקוף ותשאול הוא נכון ומקדם, וגם מאפשר זמן התארגנות לקראת המשך הטיפול. מבחינה הלכתית רק שלושה מקרים מחייבים למחות מיידית, והם פגיעה בכבוד שמיים, פגיעה בכבוד תלמידי חכמים, ועבירה על איסור מפורש בתורה העומדת להתבצע מיידית. האיין זה נכון וראוי שכל מטפל באשר הוא יבקש מן המטופל, לפחות לידו, לכבד את ערכי היסוד שלו?

ה. הבעת עמדת המטפל לטובת הטיפול: מכל הנאמר לעיל עולה שיש כמה סיבות לביטוי המפורש של עמדת המטפל. הסיבה האחת היא שלא לתת לגיטימציה לנאמר. כלומר, להבהיר כי השתיקה היא הקשבה ולא הסכמה; הסיבה האחרת היא אקט חינוכי, אמירה מפורשת וישירה של החוק או הנורמה המצופה כדי לסבר את האוזן של המטופל וכהסרת מחסום המונע מהמטפל להקשיב בצורה מיטבית; סיבה נוספת היא שלא לגנוב את דעתו של המטופל, שהרי בסופו של דבר, הערכים של המטפל ואמונותיו ותפיסותיו יקבלו ביטוי בדרך כלשהי. המעניין הוא שאין כאן עניין המתאים רק לאנשים שומרי תורה ומצוות: השונות בעמדות גדולה בקרב המטפלים ולא תמיד קשורה להשתייכות דתית, הגם שזו השתייכות בולטת יותר לעין. לדוגמה, כאשר המטופל מתלבט אם להתגרש, דבר המותר לרוב פרט לנצרות הקתולית, עמדת המטפל תהיה בנקודה כלשהי על הקשת – להחזיק בנישואין בכל מחיר, להחזיק אותם כל עוד אין פגיעה בריאותית ממשית, להחזיק אותם לטובת הילדים בלבד, או שלא להחזיק בנישואין לא מאושרים. מן הראוי בשלב זה או אחר שהמטפל יאמר מפורש את עמדתו ומהיכן זו מעוגנת. וכפי שצוין לעיל, אם העמדה הזו לא מתאימה בכלל למטופל, טוב שהוא ידע שזו העמדה האישית של המטפל, והשניים יחליטו על אודות המשך הטיפול, אם בכלל.

ו. בדבר יידוע של כל האופציות והשלכותיהן: מבחינה מקצועית, המטפל נדרש לספק מידע על כל האופציות הקיימות להמשך ניהול החיים ועל אודות מבחר השירותים הניתנים. נוסף על כך, חלק מן העבודה הטיפולית הוא להביא את המטופל לצפות מראש אל תוך העתיד, מה יהיה עקב כל בחירה ובחירה, מה ירוויח, מה יפסיד וכיצד יחוש וירגיש. בעבור המטפל השומר תורה ומצוות, האם יידוע של קשת האפשרויות, כולל האופציות שלכאורה אסורות, הוא איסור של לפני עיוור לא תיתן מכשול? האם מסירת טלפון של ארגון שאינו פועל לפי רוח התורה הוא "מסייע לדבר עבירה"? דומה כי בעידן האינטרנט כולם יכולים בנקל להגיע לכול, כך נשלל איסור התורה "לפני עיוור". והיות שגם אין ודאות שיחטא והסיוע אינו בשעת מעשה העבירה, נראה שאין מניעה הלכתית ליידע בקיים אם זה חלק מן התפקיד המקצועי. לכך מתווספים שיקולים נוספים של תועלת, הכוונה למכשול קטן במקום מכשול גדול, וגם החובה לתת מענה מותאם למרכיבים אידיאוגרפיים של המקרה הספציפי. בהעזה אפשר לומר כי זו בעצם חובה, הן למטפל שאינו דתי והן למטפל הדתי, ליידע על העמדות והשירותים של

הצדדים השונים. האם עושים זאת מטפלים מכל הזרמים והחוגים? האם מטפל המכוון בנקל להפלה יטרח ליידע את המטופל למידע המכוון לשמר חיים? ז. הבחנה בין זהות האדם ובין מטרת החוזה: בתחילתו ובסופו של דבר, המטפל הוא חלק מהקשר הטיפולי-מטפל-מטופל ומהמעשה הטיפולי, ועל כן הוא חייב להיות אותנטי לעצמו, ושלם ככל האפשר במה שהוא עושה. לצורך כך, יש חוזה טיפולי שלוקח בחשבון את חוק המדינה, את הצבע התרבותי של הארגון, ואת זהות המטפל. חוזה מוגדר היטב הוא כלי המאפשר עבודה מסודרת בשדה מוסכם מוקדם ככל האפשר מראש. תמיד יימצאו תחומים אפשריים לקדם את חייו של כל אדם, כך שעקרונית אין מטופל שלא ניתן לעבוד איתו. ובמקרה שהוא מבקש את העזרה של המטפל דווקא לדבר האסור בעיני המטפל, אז הקשר הטיפולי בכל מקרה לא יהיה מיטבי, וייתכן מאוד שעדיף להניח קלפים גלויים על השולחן. ככל שברורה ההגדרה של מה כן ומה לא בתוך הטיפול, למטופל יש מפה מפורשת יותר של המטרה, התהליך והאסטרטגיה והוא יודע להבין טוב יותר למה לצפות, ולמטפל יש אנרגיות טובות יותר כדי לסייע.

סיכום ודיון

אופני ההתמודדות של מטפלים יהודיים שומרי תורה ומצוות סווגו לטיפולוגיה של שלושה מודלים (סוסבסקי, 2001): האחד "מודל ההפרדה" – מייצג את הבחירה להיות דתי בחיים האישיים ומקצועי בעבודה; בקצה האחר, "מודל הרקונסטרוקציה" – מאמץ דרכי טיפול אל תוך עולם מושגים יהודי ומתנתק לעיתים מהעולם המקצועי; המודל השלישי, מודל הביניים, הוא "מודל אינטגרטיבי" – שמבקש, ככל האפשר, לחבר ללא פשרה בין שני העולמות ולמצוא דרך מוצא גישורית, המכבדת את המטפל, את המטופל ואת המעשה הטיפולי.

המאמר הזה חתר להדגים את "המודל האינטגרטיבי" בנוגע לדרישה המקצועית המערבית לניטרליות המטפל, ולדרישה ההלכתית למצוות התוכחה, מתוך שאיפה לספק כלי מחשבה ופעולה, שאנשי מקצוע מכל הזרמים, יהודים ואינם יהודים כאחד, יכולים להסכים להם. הדמיון בין האוריינטציה הרוחנית-מקצועית של החברה, הארגון, המטופלים והמטפל עשוי להפחית מן המתחים המדוברים, לפחות במבט פשטני. אומנם המאמר ביקש דווקא לברר מה לעשות כאשר המתח הבינתרבותי בשיאו, בעת המטפל הוא היחיד האמון על אמונתו, בשונה מן החברה, הארגון והמטופל שלו.

המאמר העלה כי הקונפליקט בין הגישה המקצועית והגישה ההלכתית אינו כל כך חד ודיכוטומי כפי שנראה היה על פניו. דומה כי בין דרכי היהדות להוכיח ובין דרכי הטיפול לעשות זאת, עולה הדומה על השונה: מן הצד האחד, התוכחה היהודית נובעת דווקא מתוך רגש חיובי להיטיב, ושוקלת היטב מי מתי ואיך, מתוך שקלול של

תועלת, הקטנת המכשול, הקונטקסט הרחב שבו מתנהל הטיפול, הארגון והמטופל, וגם חוקי המדינה. מצד שני, המאמר העלה גם מנגנון של מעין "תוכחה מקצועית" בכל מקרה שהגישה הטיפולית היא אתי-חינוכית, וכן מנגנונים מניעתיים, מעין "הפרשה מקצועית", זאת לכל הפחות בעבודה סוציאלית. המאמר, בעת הניתוח של הקונפליקט הנידון, הבליט את ההבדלים בין טיפול פסיכולוגי מנותק מציאות ובין התערבות טיפולית המתמקדת באדם בסביבה מתוך גישה מערכתית ואקולוגית.

המאמר ביקש לתת כלים מעשיים למטפל שומר תורה ומצוות אשר יתקשה להישאר אדיש מול התנהגות שאינה אתי-דתית. כדרך עבודה מוצע: (1) בירור עקרוני של הסוגיה בינו לבין עצמו, ואם יש צורך להיעזר ברב בקי בשל הפרטים הרבים למצוות התוכחה; (2) הבחנה בין תפקידו הטיפולי לבין תפקיד הרב; (3) ההכלה הסובלנית של כל אדם שאינה מחייבת הסכמה למעשיו; (4) הפיתוח של מיומנויות ההקשבה, השיקוף והתשאול, שככל הנראה תמיד יעילות מקצועית וגם אפשריות הלכתית; (5) הבעת עמדה הלכתית-מקצועית בעיתוי ובדרך התורמת לטיפול; (6) יידוע של כל האופציות והשלכותיהן כחובה מקצועית-הלכתית, כנראה ברוב רובם של המקרים. (7) חוזה מוסכם על המטפל ועל המטופל, בתיאום עם הארגון המעסיק ובכפוף לחוק המדינה, כאמצעי עיקרי כדי להבטיח עשייה טיפולית-הלכתית הוגנת.

החידוש במאמר הוא בכך שהוא מעלה שמצוות התוכחה במסגרת טיפולית דורשת מהמטפל השומר תורה ומצוות תשומת לב ולמידה מתמשכת, להבחין במקרים שבהם הוא פטור או אינו פטור מחובת התוכחה, וכיצד יקיים זאת היטב ובדרכים היעילות למעשה הטיפול. אומנם שאלות עומק מצריכות עיון מקצועי הלכתי: האם ההלכה יכולה להגביל או לצמצם את החיוב ההלכתי של תוכחה במסגרת טיפול מטעמים של יעילות טיפולית, האחריות המקצועית הכרוכה בתפקיד המטפל, תרבות הארגון שבו מתבצע הטיפול וכיוצא בזה? מהו סדר הקדימות בין הרובד הרוחני, הנפשי והגופני, וכיצד יש לפעול כדי שלא להשליך את המצוקה של המטפל על המטופל, בפרט אם הקול הקונפליקטואלי לא נשמע בקרבו? הצבת השאלות הללו מעלה את החשיבות להתמחות של רבנים, כך שיבינו היטב את התהליך הטיפולי ויוכלו להתדיין בסוגיות העוסקות בו. במקביל, ובינתיים, כפי שנעשה בשיטתיות בתחום הרפואה, חשוב לאסוף שאלות ותשובות שנשאלו ונשאלות על ידי מטפלים, כך שיתפתח ידע הלכתי מקצועי, כולל בנושא תוכחה במסגרת טיפול.

רשימת מקורות

- אוזן, י', לאופר, נ', אגאי, מ', שון, א' וטבילה, ב' (2016). כלל ופרט וכלל: מקומו של היחיד בחינוך החרדי. בתוך: א' בן עמי, מ' טיטלבוים ו' רוזנבלום (עורכים), אז נדברו: דיונים בסוגיות חינוך וחברה בקהילה החרדית בישראל, ירושלים: מכון מגדל למנהיגות.
- בארט, ע' ובן ארי, ע' (2014/2013). אחרי שמזבח מוריד דמעות: התמודדות אישית וחברתית עם גירושין בחברה החרדית, כתב עת לחקר החברה החרדית, 1, 100-126.
- ברגל, ד' (1978). שיפוט ערכי והתפתחות ערכים חברתיים אצל סטודנטיות לעבודה סוציאלית ולפסיכולוגיה. האוניברסיטה העברית בירושלים, בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד.
- ברזילי, ג' (2004) (תשס"ד). אחרים בתוכנו: משפט וגבולות פוליטיים לקהילה החרדית, עיוני משפט כז (2), 587-625.
- גודמן, י' (2013). גלות הכלים השבורים: חרדים בצל השיגעון. חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- גת, ח' (1996). ערכים בפסיכותרפיה פסיכודינמית: מחקר אמפירי. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- דהאן, נ' (2004). מפגש בין-תרבותי: תכנית ניסיונית של האוניברסיטה העברית בירושלים להכשרת נשים חרדיות לעבודה סוציאלית. עבודה לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- דהאן, נ' ואבירם, א' (2011). הנגשת ההשכלה הגבוהה למגזר החרדי. ביטחון סוציאלי 74-39, 82.
- הופמן, ש' (2008). דילמות וקונפליקטים הלכתיים ומוסריים בהם נתקלים פסיכולוגים דתיים. [גרסה אלקטרונית]. נדלה ביום ראשון 13 במאוס 2011, מאתר פסיכולוגיה עברית: <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=1896>
- הלפרין, מ' (1999) (כסלו תשנ"ט). רפואה והלכה בישראל ציוני דרך, תש"ח-תשנ"ח. אסיא, סג-סד, 33-65.
- לוי, ש' (2008). מפה לשם: איך להפוך חלום למציאות. תל-אביב: גוונים.
- מיל, ג' (1946/2006). על החירות. ירושלים: הוצאת שלם.
- נוביסדויטש, נ' (2010). עימותים רכים: זהותם המורכבת של פסיכולוגים דתיים בישראל. עבודת דוקטור. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- סוסבסקי, ב' (2001). פסיכותרפיה ויהדות: קונפליקטים ופתרונות. עמותת עתיד. <http://www.atid.org/journal/journal02/sovesky.pdf>
- פוקס, י' (2008). הלכות בין אדם לחברו. ירושלים: אמונה וחסד.

פרישטיק, מ' (2005). השיקולים המנחים את פקידי הסעד בהמלצותיהם לבית-המשפט לענייני משפחה בנושא המשמורת על ילדים. ביטחון סוציאלי, 69, 61-115.
צדיק, י' (2002). פסיכותרפיסטים מול חובת הדיווח. רפואה ומשפט, 27, 145-158.
קלנר, נ' (2009). דבשת הגמל. בן שמן: מודן.
רוזן-צבי, י' (2012). גוף ונפש ביהדות העתיקה. תל-אביב: מודן, סדרת האוניברסיטה המשודרת.
שטינברג, א' (1988-1999). אנציקלופדיה הלכתית רפואית: הרופא, החולה והרפואה – באספקלרית ההלכה ומחשבת ישראל (כרך א' – ו'). המכון ע"ש ד"ר פלק שלזינגר ז"ל לחקר הרפואה על פי התורה ליד המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים.
שטינברג, א' (1998). רפואה והלכה: היבטים אתיים והלכתיים ובעיות רפואיות מודרניות. ראש העין: פרולוג.

- Amsel, A. (1982). *Judaism and psychology* (New corrected edition). New York: Feldheim.
- Ashencaen Crabtree, S., & Baba, I. (2001). Islamic perspectives in social work education: Implications for teaching practice. *Social Work Education, 20*(4), 469-480.
- Ausubel-Danzig, R. (1981). *Marginality: Orthodox Jewish students in social work education*. Doctoral dissertation, Yeshiva University, New York. Ann Arbor, MI: University Microfilms International.
- Buchbinder, J. T. (1994). The professional credo of an Ultra-Orthodox psychotherapist. *Israel Journal of Psychiatry, 31*, 183-189.
- Canda, E. R. (Ed.). (1998). *Spirituality in Social Work: New directions*. New York: The Haworth Pastoral Press.
- Canda, E. R. & Furman, L. D. (2010). *Spiritual diversity in social work practice: the heart of helping* (2nd ed.). New York: Oxford.
- Cardozo Blum D., Leifkowitz, S., & Levy, N. (1976). Jewish consciousness and social work values at Wurzeiler: A research study. *The Jewish Social Work Forum, 12*, 67-78.
- Carmell, A. (1991). *Masterplan – Judaism: Its program, meanings, goals*. Jerusalem Academy Publication.
- Congress, E. (1992). Ethical teaching of multicultural students: Reconsideration of social work value for educators. *Journal of Multicultural Social Work, 2*(2), 11-23.

- Congress, E. P. (1999). *Social work values and ethics: Identifying and resolving professional dilemmas*. Chicago: Nelson-Hall.
- Cushner, K., & Brislin, R. W. (1996). *Intercultural interactions: A practical guide* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dehan, N. (2014). Case study: The First Israeli BSW program for Haredi Women. *Social Work Education, 49*(4), 713-732.
- Diaz, E. (1990). Barriers to minorities in the field of psychology and strategies for changes. In E. Davis-Russell, E. Bourg, E. Duran, W. R. Hammond, J. McHolland, K. Polite, & B. E. Vaughn (Eds.), *Toward ethnic diversification in psychology education and training* (pp. 77-90). Washington, DC: American Psychological Association.
- Elkonin, D., Brown, O., & Naicker, S. (2014). Religion, spirituality and therapy: Implications for training. *Journal of Religion and Health, 53*(1), 119-134.
- Ellis, A. (1971). *The case against religion: A psychotherapist's view*. New York: Institute for Rational Living.
- Fish, N. (2011). Torah-based psychotherapy and Torah tools for growth and healing: *Nachas ruach*. NY: Targum Press.
- Freud, S. (1927/1961). *The future of an illusion* (J. Strachey, Ed. and Trans.). New York: Norton.
- Gochros, H. L. (1984). The American social work educator and field consultant in other countries. In: D. S. Sanders, & P. Pedersen (Eds.), *Education for international welfare*. University of Hawaii.
- Graham, M. (2000). Honoring social work principles – Exploring the connections between anti-racist social work and African-centered worldviews. *Social Work Education, 19*(5), 423-436.
- Hoffman, S. (1976). The dilemma of the religious psychotherapist. *Intercom, 16*(2), 10-11.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's Consequences*. Beverly Hills, CA: Sage
- Huchingson, J. E. (2001). Science and Religion at the Millennium: The range of Engagement. *B'Or Ha'Torah, 12 E*, 141-150.
- Igwe, A. (2003). The impact of multi-cultural issues on the supervision process. In A. Dupont-Joshua (Ed.), *Working inter-culturally in*

- counseling settings* (pp. 210-231). Hove, Great Britain: Brunner-Routledge.
- Kertzer, M. N. (Ed.). (1964). *The Rabbi and the Jewish social worker*. New York: Federation of Jewish Philanthropies, Commission on Synagogue Relations.
- Kurzman, P. A. (1977). Professional associations: Special-interest organizations. In *The encyclopedia of social work* (17th ed., Vol.2, pp. 1093-1096). Washington, MD: National Association of Social Workers.
- Kutzik, A. J. (1959). *Social work and Jewish values: Areas of consonance*. Washington, DC: Public Affairs Press.
- Linzer, N. (1978). *The nature of man in Judaism and social work*. New York: Federation of Jewish Philanthropies, Commission on Synagogue Relations.
- Linzer, N. (1993). Professional and personal priorities in Jewish communal service. *Journal of Jewish Communal Service*, 62(4), 318-327.
- Linzer, N. (1996). *Ethical dilemmas in Jewish communal services*. Hoboken, NJ: Ktav.
- Linzer, N. (1999). *Resolving ethical dilemmas in social work practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Loewenberg, F. M. (1990). The interface of Halakha (Jewish Law) and social work practice in a case of adultery. *Journal of Social Work and Policy in Israel*, 3, 29-38.
- Loewenberg, F. M., & Dolgoff, R. (1988). *Ethical decisions for social work practice* (3rd ed.) Itaska, IL: Peacock.
- Plante, T. G. (2007). Integrating spirituality and psychotherapy: Ethical issues and principles to consider. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 891-902.
- Reamer, F. G. (1995). Ethics and values. In *The encyclopedia of social work* (19th ed., Vol. 1, pp. 893-901). Washington, MD: National Association of Social Workers.
- Reid, P. N., & Popple, P. R. (1992), Introduction. In P. N. Reid & P. R. Popple (Eds.), *The moral purposes of social work: The character and intentions of a profession* (pp. 1-10). Chicago: Nelson Hall.

- Roth, S. (2007). *The Jewish idea of ethics and morality*. New York: Yeshiva University Press.
- Rubenstein, B. (2001). *Between Rabbi and therapist: An exploration of the dual roles and ethical dilemmas encountered in psychotherapeutic practice by observant Jewish practitioners and Rabbi / therapists*. Master's thesis, Regent's College. Validated by City University, England.
- Shafranske, E. P. (Ed.) (1996). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington,
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet*, 353, 664– 667.
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (2001). Without a prayer: Methodological problems, ethical challenges, and misrepresentations in the study of religion, spirituality, and medicine. In T. G. Plante & A. C. Sherman (Eds.), *Faith and health: Psychological perspectives* (pp. 339–354). New York: Guilford Press.
- Spero, M. H. (1980). *Judaism and psychology: Halakhic perspectives*. New York: Yeshiva University Press.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(suppl 3), 24-33.
- Tonnies, F. (1887). *Gemeinschaft und Gesellschaft*. Leipzig, Germany.
- Twerski, A. J. (1994). *I am I: A Jewish perspective - From the case files of an eminent psychiatrist*. New York: Shaar.
- Twerski, A. J. (1998). *Twerski on spirituality*. New York: Shaar.
- Vader, J. P. (2006). Spiritual health: The next frontier. *European Journal of Public Health*, 16, 457.
- Weaver, A. J., Pargament, K. I., Flannelly, K. J., & Oppenheimer, J. E. (2006). Trends in the scientific study of religion, spirituality, and health: 1965–2000 [Electronic version]. *Journal of Religion and Health*, 45, 208–214.
- Wikler, M. (1982). Halacha and psychotherapy: Conflict or compatibility? *The Jewish Observer*, XVI, (3), 8-11.
- Wosket, V. (1999). *The therapeutic use of self: Counselling practice, research and supervision*. New York: Routledge.