

חכמת המעשה בכשירות תרבותית בבריאות

לפגוש ידע אחר – טיפול רב-תרבותי בבריאות הנפש

ספטמבר 2017

הקדמה

אבחון וטיפול נפשי בסביבה רב תרבותית הולכים וצוברים הכרה כתחום מורכב ומאתגר, שמצריך מהמטפל ידע, מודעות וכלים ייחודיים. פסיכולוגים ופסיכיאטרים מובילים בתחום מבינים את המשמעויות הנוגעות להבדלים החברתיים והתרבותיים בין המטפל והמטופל, את האתגרים בטיפול הנוגעים להבדלים לשוניים, תרבותיים ודתיים, ואת העובדה שתסמונות ומחלות נפשיות עשויות ללבוש אופי שונה בחברות שונות.

הפסיכיאטריה כיום מכירה ב"תסמונות תלויות תרבות" (culture bound syndromes), וב"שפת מצוקה" (idioms of distress) – העובדה שבחברות שונות קיימים ניבים שונים לביטוי מצוקה. כך, למשל, נשים החיות בסביבה פטריאכליות ומנותקות מסביבת התמיכה שבה גדלו, ומאידך החברה לא מאפשרת להן להביע מצוקה או רגשות שליליים באופן גלוי, מביעות את המצוקה בדרכים חלופיות, במישור הגופני, ההתנהגותי, החווייתי והבין-אישי. מטפלים המכירים את הפרשנות האפשרית לאותן הפרעות גופניות, יהיו ערים למשמעויות החברתיות-הנפשיות האפשריות שלהן.

המונח תסמונות תלויות תרבות משקף מיפוי וניתוח של האופן שבו התרבות משפיעה על עיצובם של ביטויי המצוקה (מרגולין וויצטום, 2009). ישנן הפרעות נפשיות שהן תלויות תרבות במובהק, למשל אנורקסיה-נרבוזה היא תלוית תרבות מערבית, ותופעת ה"זאר" (תסמונת איחוז שבה ישות על-טבעית חודרת לגופו של אדם ושולטת בו) – בקרב תרבויות שונות במצרים, סודאן, מזרח אפריקה וכן בקרב יוצאי אתיופיה בישראל.

ויצטום ומרגולין מציינים כי הכרת תרבותו של האדם הפונה לטיפול נפשי היא הצעד הראשון להתערבות רגישת-תרבות (מרגולין וויצטום, 2009: 27). התעלמות מהרקע התרבותי-חברתי עלולה להביא לאבחון שגוי, טיפול מוטעה ולא נחוץ או אשפוז מיותר. אחת הצורות היעילות ביותר לטיפול במטופלים מתרבויות אחרות היא מרפאה רגישת-תרבות, שבה פועלים צוותים טיפוליים מעורבים, ומרקעים שונים, ביניהם, למשל מגשרים תרבותיים או אנשי מקצוע מתרבותו של הפונה.

ד"ר אן-מרי אולמן, מהמרכז לבריאות הנפש באר-יעקב – נס ציונה, מתמחה בפסיכיאטריה רב-תרבותית. היא בחרה לספר לנו, מנקודת מבטו של המטפל, על האתגרים והחשיבות שבטיפול נפשי רגיש תרבותית.

לפגוש ידע אחר – טיפול בין תרבותי בבריאות הנפש

ד"ר אן-מרי אולמן - מנהלת מחלקה ו', המרכז לבריאות הנפש באר יעקב - נס ציונה

כשירות תרבותית היא לא תכונה מובנית, שנולדים איתה. זה כלי שכדי לדעת להשתמש בו צריך מיומנות, מיומנות שיש לפתח אותה. בראיית, כשירות תרבותית היא כלי מקצועי של המטפל, כמו בדיקות דם וצילומי רנטגן. אבל בשונה מבדיקות אלה, כשירות תרבותית לא נלמדת בלימודי הרפואה הבסיסיים.

במסגרת המרפאה של המרכז לבריאות הנפש באר יעקב-נס ציונה, אני מטפלת באוכלוסייה מגוונת. לכן, אני משתמשת בכלים של הכשירות התרבותית, למשל במודלים שעוזרים לי להבין את תפיסות המטופל לגבי מחלתו. בעזרת הכלים הללו, אני מזהה את הגורמים שיכולים לעזור לי להבין את המצב, לאבחן אדם ולטפל בו בצורה נכונה. למעשה, בחדר הטיפולים נוצר מפגש בין התרבות שלי (האישית והמקצועית) לבין התרבות של המטופל. העבודה שלי היא למנוע מצב שבו הרקע שלי יהווה מכשול, מעין מסך שיפריע לי לפענח בצורה נכונה את התמונה הקלינית שהמטופל שמולי מציג.

עבודה בין-תרבותית בתנאי אי-וודאות

המיומנות של כשירות תרבותית נרכשת דרך תהליך שאדם עובר עם עצמו. המטפל צריך להתנתק מהידע המקצועי שלו, שלרוב מבוסס על ערכים מערביים, כדי לפגוש ידע אחר. אנחנו, כמטפלים, צריכים להיות מוכנים לעבור תהליך אישי שמכין אותנו להליכה בשטח הלא מוכר שמהווה הידע של האחר. אנחנו צריכים להתכונן למפגש עם אי-וודאות. עם זאת, בעולם הרפואה אין מספיק לגיטימציה למצב של חוסר וודאות. הרופאים לא חונכו לומר למטופל: "אני לא יודע. בוא תספר לי אתה". ברפואה הרב-תרבותית אמירה זו חיונית, במצבים שבהם המטפלת צריכה לפגוש את העולם של המטופל. מה שמאוד מעניין היא עצם העובדה שהמטופל שמח לשמוע את ההתעניינות בעולם הערכים שלו ולרוב אחרי כמה דקות של תהייה והיסוס, הוא מוכן לחשוף פרטים רבים שיעזרו למטפלת להבין.

סטיבן לופז¹ מגדיר 'כשירות תרבותית' כ"יכולת של המטפל לעבור בין שתי נקודות מבט תרבותיות, בהבנת המשמעות מבוססת התרבות של מטופלים מרקעים תרבותיים שונים". הספרות שעוסקת בכשירות תרבותית בפסיכותרפיה², מדברת גם על מתחים שמתרחשים בחדר הטיפולים. למשל, עמדת המומחה (של המטפל) מול מגוון הקולות שבמפגש – קול, מקצועי, קול תרבותי וכולי. מתח נוסף הוא החיפוש אחר משמעות וההישארות במצבי אי-וודאות: איך המטפל במקום של אי-הוודאות כאשר מבקשים ממנו תשובות חותכות וחד משמעיות – למשל לאבחנה ולטיפול? והמתח הרביעי הוא הקולקטיב שיש בכל אחד מאיתנו – במרחב הקליני נפגשים ה"קולקטיבי" של המטפל וה"קולקטיבי" של המטופל/הפרט.

¹ Lopez S.R. Cultural competence in psychotherapy: a guide for clinicians and their supervisors, in Handbook Of Psychotherapy Supervision, Watkins ed.

² A Diversity of Voices: The McGill "Working with Culture" Seminars. Guzder J, Rousseau C. Cult Med Psychiatry, March 2013, 37 (1)

אם אני, כמטפלת, מרגישה את המתחים הללו במפגש, המשמעות היא שמתאפשרים עוד קולות בטיפול. דבר זה מעיד על כישורים מתפתחים של כשירות תרבותית.

מה המטופל מנסה להגיד לי?

חלק מההיבטים שנכנסים למפגש קשורים ליכולת האמפתיה שלי למישהו מתרבות אחרת – כאשר התחושה הטבעית היא של ניכור וזרות. לדוגמה, אלו תחושות עולות בי, כמטפלת, כאשר אני יושבת מול אישה הלבושה בבגדים מסורתיים ותלויה באחרים מבחינת שפה ויכולת השתכרות, כשאני מתלבשת כמו שאני רוצה ומנהלת את החיים שלי בלי תלות כלכלית או שפתית.

באופן טבעי, עלולים לצוץ אצל המטפל רגשות כגון כעס, ביקורת או ניכור שמפריעים לטיפול. המיומנות של כשירות תרבותית היא זו שמאפשרת לי להתגבר על רגשות אלה ולהיעזר בהבדלים התרבותיים הללו כדי להבין טוב יותר את ביטויי המצוקה. למעשה, ההבדלים התרבותיים הופכים להיות מקור מידע עבורי, על המטופל.

שפת מצוקה

בפסיכיאטריה רב-תרבותית המטפל חייב שיהיה לו ידע בהיסטוריה ובאנתרופולוגיה של הקהילה. פרופסור ארתור קליינמן, שניסח את "המודל המסביר של המטופל" (Patient's Explanatory Model) הוא פסיכיאטר ואנתרופולוג. "המודל המסביר" הוא כלי שמאפשר למטפל להבין איך המטופל וסביבתו מבינים את המצב וחווים אותו. הכלי גם מאפשר לבדוק, למשל, פתרונות ושיטות טיפול שהמטופל וסביבתו השתמשו בהם. המודל מאפשר לקבל מהמטופל מגוון של הסברים לשאלות "למה, מה ואיך" שקשורים למצבו של המטופל ולמחלתו.

בפסיכיאטריה רב-תרבותית מדברים לא מעט על ההבדלים בשפת המצוקה (idioms of distress). הביטויים למצוקתו של אדם מושפעים גם מהרקע האישי שלו אבל גם מהסביבה החברתית-תרבותית שבה הוא צמח. למשל, יש חברות שבהן לא נהוג לתת ביטוי למצוקות נפשיות, ולכן אנחנו עשויים לראות סומטיזציה (הופעה של תסמינים גופניים כאשר המקור לבעיה אינו גופני אלא נפשי) של המצוקות הללו. אני, כמטפלת, צריכה להיות מודעת לאפשרות הזו ולברר אם אכן זה המקרה.

המורכבות של טיפול בהקשר רב-תרבותי כולל גם הבנה שקיימים הבדלים בתפיסות המחלה ובמודלים המסבירים לגביה. קיימים גם הבדלים בין-תרבותיים בתפיסות ובציפיות של מטופלים ממטופלים – למה מצפים ממני, אלו תקוות תולים בי?

אם להודות על האמת, אני מצפה גם ממטפל ברפואה קהילתית שיחשוב על האפשרות הזו. למשל, אם יש רופא שמטפל באדם שמתלונן על כאבים בחזה, והבדיקות לא מראות שום דבר חריג, יכול להיות שאותו אדם מדבר שפה אחרת ועל הרופא להבין זאת.

אני מצפה שהרופא לא יתעצבן על בזוז הזמן והכסף על בירורים גופניים, אלא שידבר עם המטופל וינסה להבין מעבר למה שהבדיקות אומרות. אולי מדובר במשהו סומאטי? אולי האדם מנסה להגיד משהו עם הגוף שלו? אולי זה לא קשור לרפואת הגוף? במצבים כאלה, אם הרופא מרגיש שאין לו את הכלים להתמודד עם זה – שיגייס אנשים שיעזרו לו, למשל עובדת סוציאלית או מגשרת במרפאה

הקהילתית (אם יש כזו). בעבר נעזרתי במגשרות יוצאות אתיופיה. נתתי להן את המקום של המומחה וביקשתי מהן את התובנות שלהן על בסיטואציות פסיכו-סוציאליות מורכבות.

לתפיסתי, רופא הוא טוב יותר ומפגין חוזק דווקא כאשר הוא יודע לזהות שבתחומים ובסוגיות מסוימות חסר לו ידע וכתוצאה מכך פונה לבעל ידע בתחום כדי להרחיב את עולם הידע שלו.

תהליך זה הוא דו-צדדי. למשל, בתחילת דרכי בתחום, כשפניתי ליוצאי אותה קבוצה אתנית כדי שיתרגמו לי דברים של מטופל(ת), שמעתי פעמים רבות מהמתורגמן: "היאלהוא מדבר(ת) שטויות". הפחד שלא אבין את מה שנאמר, החשש שאפרש בצורה מוטעית גרם למתורגמן סוג של צנזורה עצמית. רק כאשר התעקשתי שאני רוצה וצריכה להבין, האנשים שפניתי אליהם יצרו אמון איתי והתחילו לתרגם את הדברים כלשונם – "היא מדברת על רוח", "זה זאר"³. כאשר ראו שאני מתעניינת ולא ממהרת לחלק תרופות, עברה השמועה שיש רופאה שמתעניינת בתרבות של המטופלים.

עם זאת, מדובר בתהליך איטי מאוד. בתחילת הדרך לא הייתי מיומנת ועשיתי טעויות. באחד המקרים, עשיתי אינטייק לא רגיש תרבותית. דיברתי עם אישה ממוצא אתיופי שילדה באמצע תהליך העלייה לארץ, ולכן היא לא יכלה להתבודד ולשמור על מנהגי הטהרה. אני שאלתי על הנושא בצורה ישירה מדי, וזה פגע בה מאוד ועורר בה תחושות קשות סביב הסיפור. כל כך פגעתי באותה אישה, שבסיום השיחה היא אמרה לי שתגרום לכך שלא אוכל לטפל יותר באנשים מאותו היישוב. היום לא הייתי נוהגת כך. הייתי פותחת בתהליך היכרות ארוך יותר, שראשיתו יצירת אמון מצד המטופל, אמון שיאפשר למטופל להבין את העובדה שאני מקבלת את התרבות ואת הרקע שלו או שלה. לאחר מכן, הדברים היו עולים מעצמם או שהייתי נוגעת בסוגיה באופן עקיף.

עבודה עם מטפלת מסורתית

אל ו', המטפלת המסורתית ממוצא אתיופי, הגעתי דרך מטופלת של המחלקה שהייתה מאושפזת שנים רבות ברצף. אמה חשבה לקחת אותה אליה, מתוך מחשבה שאולי זה יעזור. אני הצעתי ללכת איתן.

הלכתי לו' כמה פעמים עם המטופלת, באישור ההנהלה שלנו. שתיתי אתה קפה, לפי הפרוטוקול. לאט-לאט התקרבו והתחלתי ללכת אליה לבד. במקביל, ו' הפנתה אלי מטופלים ואף הגיעה למרפאה אתם. העבודה עם ו' עזרה לי מאוד. במקרים שבהם היה צורך בתרופות, ולא בטיפול מסורתי, ו' דיברה על ליבם של המטופלים. כמו כן, אנשים אמרו לי, דרכה, דברים שלא היו מעיזים לומר לי ישירות.

³ זאר - ישות על-טבעית, בעלת זהות ואישיות. תופעה תרבותית נפוצה במדינות אפריקה, ובכלל זה באתיופיה. לרוב, נשים חשופות יותר לתופעת הזאר מאחר שהחברה לא מאפשרת להן לבטא צרכים או מצוקות, ואלו באים לידי ביטוי דרך דרישותיו של הזאר. תופעה זו מוכרת כ"תסמונת תלוית-תרבות". יוצאי אתיופיה שעלו בשנות ה-80 וה-90 תיארו תסמינים אופייניים לתסמונת הזאר. מאחר שמטפלים רבים לא הכירו את התופעה (ובחלק מן המקרים המטופלים חששו לספר עליה לרופא מערבי), היו מקרים של אבחון שגוי שבעקבותיו אשפוז וטיפול תרופתי שלא לצורך. לקריאה נוספת, ראו, למשל, גריסרו נ', ויצטום, א' (2012). "היבטים חברתיים, תרבותיים וקליניים של עולי אתיופיה בישראל". הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

יש מצבים שבהם אני חושבת שיעזור למטופלים לפגוש מרפא/ה מסורתית/יש מקרים שבהם היא אומרת למטופלים ללכת לפגוש אותי.

למשל, הגיעה אלי, בליווי ו', אישה עם התנהגות דיכאונית, שלא הגיבה לתרופות. ו' ישר אמרה לי שהאישה הזו לא צריכה תרופות ושיש לה בעיות בזוגיות. התיווך של ו' אפשר לאישה להיפתח ולדבר על הכול.

במקרה אחר, אחד המטופלים הראשונים שלי התחיל לדבר על הזאר. הקשבתי לסיפור שלו ולא הבנתי כלום (האמת היא שעד היום, אני לא תמיד יודעת איך להשתמש במידע שנמסר לי דרך דיבור על זאר). ו' קלטה שאני שואלת שאלות לא רלוונטיות. היא אמרה לי שהוא היה במלחמת האזרחים – מה שאפשר לי לחבר את כל הפרטים שקיבלתי בתיאורים שלו על השפעת הזאר ודרישותיו. בעצם, היה מדובר בתמונה של PTSD (פוסט-טראומה) ולא בפסיכوزה. אין סיכוי שהמטופל היה מספר לי את הדברים באופן ישיר. אני לא יודעת אם זה כיוון שלא סמך עלי או שאולי נושא המלחמה לא קשור מבחינתו למצב שלו. אבל ו' ידעה שזה קשור. בהמשך, אותו מטופל דיבר איתי המון על המלחמה.

לעומת זאת, זכור לי גם מקרה שבו ו' הגיעה אלי עם קריאה לעזרה כיוון שזיהתה אצל מטופל מחלה עם פוטנציאל אובדני גבוה. למורת רוחם של בני משפחתו, אושפז בחור באשפוז כפוי. אחיו של המטופל, צעיר בן 18, כל כך כעס על ו', שקרא לה מכשפה ודיבר על כישוף שהטילה על כל המשפחה. לכאורה, מדובר באדם צעיר שנולד בישראל, אבל במקרה הזה הוא פעל לגמרי לפי הקוד התרבותי של הקהילה שלו כאשר הביע את זעמו. בסופו של דבר, כאשר המצב של המטופל מאוד השתפר בעזרת הטיפול התרופתי, התנצלו בני המשפחה בפני ו' והבינו את הטעות שעשו כאשר מנעו מהמטופל להגיע לטיפול רפואי במשך שנים.

חשוב לי גם לומר שלא כל המטפלים המסורתיים הם כמו ו'. יש כאלה שמנסים לנצל את הפתיחות ואת התמימות שלי. למשל, מטופל שלי שהיה גם מטופל אצל מטפל מסורתי הזמין אותי למפגש עמו. הם ניסו להשיג דרכי כל מיני דברים מול הרשויות וכדי לפתות אותי לפעול למענם הם הבטיחו לי גדולה וברכות. בעבודה עם מרפא מסורתי צריך לשים הרבה אזהרות והסתייגויות. אנחנו קודם כול מחויבים לאתיקה הרפואית שלנו. צריך להיזהר ולא להיסחף לדברים שאי אפשר לחזור מהם. לגמרי לא פשוט לדעת אם המרפא המסורתי רציני או לא.

בעולם יש כמה מודלים מאוד מעניינים למרפאות בריאות-נפש כשירות תרבותית. למשל, בבית החולים היהודי במונטריאול, קיימת מרפאת Liaison של פסיכיאטריה קונבנציונלית, אשר משלבת, לצד פסיכותרפיה CBT או טיפולים סיסטמיים משפחתיים, היבטים וליווי של רפואה אנתרופולוגית. במרפאה במונטריאול יש כמה פרקטיקות של יעוץ רב-תרבותי (Cross Cultural Service). חלק מהמשאבים ומקורות הידע של המרכז כוללים מגשרים, מתורגמנים, ומטפלים בעלי מיומנויות לשוניות ותרבותיות ייחודיות, וגם התייעצויות עם עובדים בארגונים קהילתיים. בצרפת, פועלת בפריז, ב-Centre George Devreux, קבוצה של התייעצות אתנו-פסיכיאטרית. המטפלים מנסים להטמיע בתהליך הטיפולי את ההמשגה התרבותית של הבעיה הנפשית, מתוך תפיסה שהמושגים התרבותיים הנכונים מבחינת המטופל יפעילו מחדש את היכולת האסוציאטיבית שלו, ששותקה בשל

שימוש בשפה תרבותית שלא מתאימה לו. הרעיון הוא שלא מתרגמים את הבעיה למושגים ולתיאוריות טיפוליות מערביות, אלא משתמשים במושגים של המטופל ובתרבות שלו.

לסיכום, נראה לי שהולכת וגדלה המודעות לצורך ברגישות תרבותית ובהכללה של הרקע התרבותי של המטופל כחלק מהנתונים המשמשים את המטפלים לאבחנה מדויקת ולטיפול טוב יותר. אין ספק שהמפתח הוא הכשרת הצוותים, והגברת הקצב של העבודה שכבר קיימת. בתי חולים רבים פועלים בכיוון וגם בהנהלות של קופות החולים המודעות כבר קיימת. כעת, צריך לתת לזה ביטוי בשטח.

אתם מוזמנים לשאול שאלות ולהמשיך את הדיון בערוצים הבאים:

- קבוצת הדיון בנושא כשירות תרבותית בבריאות - CC-HEALTH-IL@googlegroups.com
- ד"ר אן-מרי אולמן - Anne-Marie.Ulman@beerness.health.gov.il

על המודל להעמקת הדיאלוג הבין תרבותי ועל "המודל המסביר" ניתן לקרוא במדריך "[הכשרות בנושא כשירות תרבותית בארגוני בריאות](#)" – המופיע באתר במרכז הבין-תרבותי לירושלים, תחת ערך פרסומים - [/https://iicc.org.il/heb/publications](https://iicc.org.il/heb/publications)