

# תרבות וטיפול: ההביטוס של המטפל כגורם באבחנה ובטיפול הפסיכיאטרי

רוני גובר

## תקציר

המאמר בוחן אם מערכת סכמות של קליטה, הערכה ופעולה שהוטמעה במטפל בתהליך החברות משפיעה על ההמשגה הקלינית (הדיאגנוסטית והטיפולית) שהוא קובע, על הפתרונות שהוא מציע ועל מידת מעורבותו ביישומם, ואם כן, באיזה אופן. כלומר, אם ובאיזה אופן משפיע ההביטוס של הפסיכיאטר על האבחון והטיפול המוצע. טענתו של הסוציולוג פייר בורדייה, שההביטוס מכיל מרכיב לא מבוטל של עיוות מובנה הנובע מן העיבוד האינטלקטואלי של פנטזיית הסרגציה והמניעה, שמטרתו לשמור על הזהות מכל קרבה, עירוב או פלישה, מעלה את הצורך לבחון את תקפותה בקרב מטפלים העוסקים ברפואת הנפש: האם הפסיכיאטר מודע להטיה אפשרית באבחון, בטיפול ובמידת מעורבותו ביישומו, הנגרמת בשל הרצון להגן על ההביטוס שלו מפני קבוצות הביטוס אחרות, ואם כן – באיזו מידה? המאמר חושף פערים באבחנה ובטיפול שמציעים פסיכיאטרים בעלי הביטוס שונה. נמצא כי כאשר קיים דמיון בין ההביטוס של המטפל להביטוס של המטופל, או כשמרכיב ערכי משמעותי בהביטוס של המטפל נמצא בהלימה עם האתגר הטיפולי שמציב ההביטוס של הפונה, יבצע המטפל אנמנזה יסודית, מקיפה ומדויקת, ואף יהיו ברשותו הכלים להבין, להעריך ולפרש במידה סבירה של ביטחון את תשובות המטופל. מצב כזה מאפשר אבחנה אמפתית הרגישה להקשר התרבותי של המטופל, שבתורה תוביל לנכונות למעורבות בטיפול; ובהתאמה, כשיש מרחק רעיוני בין ההביטוס של המטפל לזה של הפונה, השאלות שיציג המטפל יהיו כלליות והבסיס להערכת תשובות המטופל לא

\* המאמר מבוסס על עבודת מ"א שהושלמה ב־2013. העבודה נכתבה בהנחיית ד"ר שלמה מנדלוביץ ופרופ' איתמר אבן־זהר מאוניברסיטת תל אביב. תודתי לד"ר מנדלוביץ על הדרכתו המסורה והתומכת, לפרופ' פניג, לד"ר לוריא ולכל הפסיכיאטרים שתרמו מזמנם ומתבונתם המקצועית והשתתפו במחקר.

יהיה יציב דיו, מצב שעשוי להוביל לגישה הן פחות אמפתית הן צמודת פרוטוקול במתן האבחנה, וליחס זהיר עד כדי חשדני בהצעת הפתרון ובנכונות לעזור ביישומו.

במדינות המורכבות מפסיפס של קבוצות לאומיות, דתיות ואתניות עשויה להיווצר התנגשות בין מודלים דיאגנוסטיים וטיפולים בזירה הרפואית. במקרה של הפסיכיאטריה, מדובר בהבדלי תפיסות אטיולוגיים, פנומנולוגיים ותרפויטיים. סקירה של הגדרת החולי הנפשי ובחינת התנאים התרבותיים-חברתיים-פוליטיים המעצבים את הדימוי של חולה הנפש ואת תפיסת מחלת הנפש לאורך ההיסטוריה חושפות את מוראות הטיפול בפגועי הנפש.<sup>1</sup> סקירה זו גם מאירה את ההטיה הנובעת מפרשנותם של רשויות השלטון, החוק, המשפט והטיפול בנוגע לשאלות מהו חולי נפשי ומיהו חולה הנפש, ואת חוסר היכולת של פגועי הנפש להתגונן מפניה (גובר, 2013; פורטר, 2009; פוקו, 1986). בעת האחרונה גוברת המודעות להשפעה של תרבות המטופל והמטפל, של אורח החיים שלהם, של מוצאם, אמונתם הדתית ומעמדם הסוציו-אקונומי על הטיפול המוצע למטופל ועל מידת התאמתו לצרכיו. בישראל, דיווחים תקשורתיים מהשנים האחרונות מלמדים על כשלים מבניים בהתאמת שירותי בריאות נפש מיטביים לכלל האוכלוסייה לרבות אפליה במתן שירות רפואי, לכאורה שוויוני, המשקפת העדפה של מגזר לאומי אחד על פני האחר, יחס מוטה של המטפל כלפי המטופל בשל מוצאו העדתי, והעדפה דה-פקטו של אוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי גבוה על פני אוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי בינוני-נמוך בכל הנוגע לתנאי האשפוז במסגרות בריאות הנפש (שם). דיווחים אלה מצביעים על המחויבות והאחריות הרבה הרובצות לפתחו

1 דוגמאות בולטות למוראות הטיפול בחולי נפש לאורך ההיסטוריה: כליאה במגדלים ובצינוקים תחת פיקוח ציבורי כחלק ממגמת הפרדה פורמלית בין "משוגעים" ל"נורמלים"; חשיפת חולי הנפש לקהל הרחב כמיצג דידקטי – שיעור על-אודות מחיר התשוקות, המידות הרעות והפשעים (פוקו, 1986); השלכת חולי הנפש למרתפי כליאה יחד עם פושעים, זונות, עניים, מובטלים ומתנגדי משטר (שם); החלטה כי חולי הנפש מטמאים את הבאים במגע עמם, לרבות אסירים אחרים, ובעקבות זאת כליאתם במעצר נפרד והנהגת נוהלי כליאה אכזריים ביותר (שם); פיתוח שיטות טיפול המבוססות על גילויים וחידושים בתחומי המיקרוביולוגיה והפסיכו-כירורגיה וכפייתן על החולים: מתן סמים מרדימים למטופלים הסובלים מהלם קרב, גרימה תרדמת (coma) באמצעות אינסולין כטיפול בסכיזופרניה, נזעי חשמל (ECT) אגרסיביים נגד דיכאון חמור, טיפול בכפייתיות ובדיכאון באמצעות לובוטומיה – הליך כירורגי שבו מנתקים את הקשר בין האונות הקדמיות במוח או הורסים את רקמת המוח הקדמית (עד 1951 כ-18,000 מטופלים אמריקאים עברו ניתוחי לובוטומיה) (פורטר, 2009).

של המטפל, וכן על צורך בירידה לדקויות בהבנת נפש האדם, בבחינה זהירה של שיטות הטיפול, בהקפדה על רגולציה מגוננת, ובחתימה המתבקשת להמשך לימוד והתפתחות.

המאמר בוחן אם מערכת סכמות של קליטה, הערכה ופעולה שהוטמעה במטפל בתהליך החברות<sup>2</sup> משפיעה על המשגה הקלינית (הדיאגנוסטית והטיפולית) שלו, על הפתרונות המוצעים על ידו ועל מידת מעורבותו ביישום, ואם כן – באיזה אופן. כלומר, אם ובאיזה אופן משפיע ההביטוס (habitus) של הפסיכיאטר על האבחון והטיפול המוצע. חשוב לציין כי גורמים רבים עשויים להשפיע על התהליך הנוזולוגי (תהליך סיווג המחלה), ובהם המזוג (טמפרמנט) של המטפל, מצב רוחו וניסיונו המקצועי. המאמר אינו עוסק במכלול הגורמים המשפיעים על התהליך הנוזולוגי, אלא מבודד את המרכיבים שבבסיסם מצוי תהליך חברות מודע או לא מודע.

במאמר מובאת הגדרה תמציתית של המושג הביטוס; לאחר מכן מפורטת שיטת המחקר – ניתוח נרטיבי של ראיונות עומק שנערכו עם עשרה פסיכיאטרים הבאים במגע יומיומי עם אוכלוסיות מתרבויות שונות בחברה בישראל; בהמשך מוצגים ממצאי התמות שחולצו מהראיונות; ולבסוף נערך דיון בענייניו.

## הביטוס

המושג הביטוס, שהיה בשימוש בעבודות הקלאסיות של מרסל מוס, אדמונד הוסרל, מוריס מרלו-פונטי, ארווין פנופסקי ובעיקר נורברט אליאס, הוגדר מחדש על ידי בורדייה כמערכת של דיספוזיציות יציבות ובנות העברה (בורדייה 2007א).<sup>3</sup> לפי בורדייה, ההביטוס הוא אותו חלק של עצמנו שאנו נוטים לחוות כליבה של מי ומה אנו באמת. זה הדבר שגורם לנו להתנהג כפי שאנו מתנהגים, להתלבש כפי שאנו

2 חברות (socialisation) הוא התהליך שבאמצעותו לומד הפרט להיות בן חברה מסוימת ותרבות מסוימת, תהליך שבו הפרט מפנים את תרבותו. תהליך החברות מסגל את הפרט לבצע את התפקידים החברתיים המצופים ממנו. בתהליך זה רוכש האדם כמעט את כל מאפייניו: אמונות, ערכי מוסר, נורמות שלאורן הוא פועל ושופט אחרים, דפוסי התנהגות מגדריים וכדומה (אדגר וסדג'וויק, 2007).

3 דיספוזיציות: נטיות נרכשות אך מושרשות עמוק לפעול באופנים מסוימים ולא באופנים אחרים; יציבות: דיספוזיציות קבועות יחסית שאינן משתנות בקלות; בנות העברה (transposable): דיספוזיציות המייצרות תגובות מותאמות לאינסוף מצבים (וייטמן בתוך: בורדייה 2007א, 18).

מתלבשים, לאכול מה שאנו אוכלים, לנוע באופן שאנו נעים, ולכן הוא המפתח להבנה ולהסבר של בני האדם, של התנסויותיהם ושל דפוסי ההתנהגות שלהם. בורדייה מדגיש שההביטוס איננו תכונה מולדת אימננטית לאדם, אלא מכלול הנרכש ומתעצב בתהליך החברות דרך אינטראקציות (לרוב בעלות אופי אסימטרי, כגון הורה-ילד, מורה-תלמיד). הטמעת האינטראקציות יוצרת טבעון (נטורליזציה) של קודים תרבותיים שבמידה רבה משמשים כ"לא-מודע חברתי" (שם).

מערכת זו של סכמות פעולה, קליטה והערכה שהוטמעה באדם בשלב החברות מתבטאת בפרקטיקה, בשיח ובייצוג. הביטוס הוא אפוא מושג מכיל לנטייה, להעדפה ולטעם של קבוצה שגובשו בהשוואה לאלה של קבוצות אחרות במטרה לכונן זהות ייחודית לקבוצה ולכדל עצמה מקבוצות אחרות. לפי השקפתו של בורדייה, אפשרויות הפעולה של האדם נגזרות מההביטוס שלו ומתמשות ב"שדה", הוא המרחב שבו מתקיימים מאבקים על משאבים סימבוליים בין קבוצות בעלות הביטוסים שונים. המאבק הכרחי ליצירת בידול בין קבוצות ולשימור אופיו הייחודי של ההביטוס המזוהה עם כל אחת מהן והמגדיר עצמו ביחס להביטוס של קבוצות אחרות.

טענתו של בורדייה שההביטוס מכיל מרכיב לא מבוטל של עיוות מובנה ביחס להבנה תקינה של המציאות הנובע מן העיבוד האינטלקטואלי של פנטזיית הסגרגציה והמניעה,<sup>4</sup> במטרה לשמור על הזהות מכל קרבה, עירוב או פלישה של זהויות אחרות, מעלה את הצורך לבחון את תקפותה בקרב מטפלים העוסקים ברפואת הנפש: האם הפסיכיאטר מודע להטיה אפשרית באבחון, בטיפול ובמידת מעורבותו ביישומו של הטיפול, הנגרמת בשל הרצון להגן על ההביטוס שלו מפני קבוצות הביטוס אחרות, ואם כן – באיזו מידה? בהקצנה, כאשר פסיכיאטר בעל הביטוס מסוים מאבחן אדם שההביטוס שלו שונה במידה רבה משלו כפסיכיאטר ומורה לאשפוז במוסד סגור, קיים חשש (להלכה) שהחלטתו מבטאת, שלא במודע, פנטזיית סגרגציה והרחקה של מושא עוינותו, שהוא בגדר איום על ההביטוס שלו. זאת ועוד: יעילותו של הכוח הסמלי – כוח חברתי המופעל שלא באמצעות

4 עיבוד אינטלקטואלי של פנטזיית הסגרגציה והמניעה משמעו לעניין מאמר זה מתן לגיטימציה לדיכוי ולגזענות במסווה של נימוקים לגיטימיים לכאורה, מדעיים או פסודו-מדעיים, תוך כדי התמקדות בהיבטים האינטלקטואליים (בשונה מההיבטים הרגשיים) של החוויה של קבוצה אחת כלפי קבוצות אחרות. מנגנון זה הוא חלק אינטגרלי מהקיום ומשימור תפיסת הנבדלות של קבוצה מול קבוצות אחרות ויישומה בחיי היום-יום.

אלימות פיזית או איום בשימוש באלימות כזאת, ואף לא על ידי הפעלת סמכות ומתן פקודות, אלא דרך עשיית רושם של עליונות ומובדלות (וייטמן, 2007) – תלויה בעמדה היחסית של מי שתופס את ה"אחר" ושל מי שנתפס כ"אחר", וכן בדרגה שבה דפוסי התפיסה וההערכה המופעלים ידועים ומוכרים למי שהם חלים עליו (בורדייה, 2007). כלומר, בהנחה שבסיטואציה הנבחנת התופס הוא המטפל והנתפס הוא המטופל, אזי אם הם (המטפל והמטופל) חולקים הביטוס דומה או שההביטוס שלהם מכיל מידה מספקת של מאפיינים משיקים, הכוח הסמלי יוגבל ואף יופעל כגורם מסייע. לעומת זאת, אם מדובר בהביטוסים שונים לחלוטין או מנוגדים בהיבטים רבים, עלול הכוח הסמלי שמפעיל המטופל להיות עוין עד כדי גרימת נזק. בהתאם לזאת, המאמר מבקש לבחון כיצד ובאיזו מידה הבדל רב או דמיון רב בין ההביטוס של המטפל לזה של המטופל משפיעים על האבחון הפסיכיאטרי, על הטיפול המוצע ועל רמת המעורבות בתהליך הטיפול.

## שיטת המחקר

המחקר שלהלן התבסס על עשרה ראיונות עומק עם פסיכיאטרים הבאים במגע יומיומי עם אוכלוסיות מתרבויות שונות בחברה בישראל. מתוך מרכיבי ההביטוס שנבדקו המחקר התמקד ברקע המקצועי, בגישה הטיפולית, באזור המגורים, בשיוך הדתי, בשפת האם ובשליטה בשפות נוספות, בנטייה פוליטית מוצהרת ובאקטיביזם חברתי (אם צוין). המחקר האיכותני בכלל, וראיון העומק בפרט, הם קרקע אינטראקציונית פורייה למסירת נתונים מהימנים ומדויקים ככל האפשר על ידי האינפורמנט, תוך הימנעות מהגבלתו ומצמצום הווייתו לקטגוריות מוכנות מראש. בשורשו של ראיון העומק ניצב הרצון להבין את חווייתם של המרואיינים ואת המשמעות שהם מייחסים לה. לכן החוקר המראיין מתמקד במספר נושאים כלליים שמסייעים לאינפורמנטים לחשוף את עמדותיהם ודעותיהם, אך אינו מכוון אותם אל עבר תשובה מסוימת שהוא מעוניין בה. מגבלותיה הבולטות של שיטת המחקר האיכותני כפי שמובאת במאמר זה הן מספר נבדקים מועט ומנעד מוגבל של תיאורי מקרה. משמעות הדבר היא שהמחקר המתואר במאמר אמנם מציג ממצאים מהותיים וחשובים, אך נדרשת בחינה נוספת על מנת לאששם.

הממצאים חולצו באמצעות ניתוח נרטיבי (תובל-משיח, 2009). ניתוח נרטיבי שיטתי של ריאיון מורכב משלושה ניתוחים משלימים: ניתוח תוכן, ניתוח מבנה וניתוח הקשר (קונטקסט). המאמר מתמקד בניתוח התוכן של הראיונות. ניתוח תוכן מתייחס לממד הסמנטי, למשמעויות המילוליות והרעיוניות של הטקסט, כגון "מה נאמר בטקסט?", "מה לא נאמר בטקסט והיינו מצפים שייאמר?"; לחילוץ תמות מן הראיונות ולמתן הערכות (באואר וגאסקל, 2010).

במהלך הראיונות הוצגו לפני המרואיינים שני תיאורי מקרה מתגלגלים (מקרים שיש בהם כמה שלבים), והם התבקשו להציע עבור כל אחד מהם אבחנה פסיכיאטרית. תיאורי המקרה נעים במרחב שבין פתולוגיה נפשית ברורה למגבלה שמשמעותה לעניין ההתערבות הקלינית איננה חד-ערכית: הוויניטות עומדות בשני תנאים. האחד, הפונה סובל מפתולוגיה נפשית שדורשת התערבות, והאחר, ההתערבות המתבקשת איננה מובנת מאליה.<sup>5</sup> הוויניטות מושתתות על הבניה מכוונת של ספק דיאגנוסטי וספק חוקי, ולכן מציבות דילמה בפני הפסיכיאטר המרואיין: מהצד הדיאגנוסטי, תיאורי המקרים חסרים אבחנה סימפטומטית ברורה, מכיוון שלרוב, מצבים סימפטומטיים ברורים מתווים דרכי פעולה מסוימות. מקרים שאינם ברורים לחלוטין בהיבט הסימפטומטי (לדוגמה, מידת העוצמה שלהם לא ברורה) לא מחייבים את הפסיכיאטר לפעולה אוטומטית על פי החוק אלא נתונים לשיקול דעתו. בתיאורי המקרה שהוצגו בריאיון, החוק לא מאלץ את הפסיכיאטר לפעול באופן מסוים, ולכן הדיאגנוזה ודרכי הטיפול עשויים להשתנות בהתאם להביטוס של המטפל.

חשוב לציין שהשימוש בוויניטות נבחר בשל העובדה שההסתמנות (הסימפטומטולוגיה) של מטופל ממשי היא לעולם הסתמנות סינגולרית – מקרה אחד שקורה פעם אחת בנקודת זמן מסוימת לפסיכיאטר מסוים – ולכן הניסיון לקבל מידע ממקרים ניטרליים ("בוא ספר לי על...") מכיל משתנים מרובים

5 הוויניטות נבנו בעזרתם של ד"ר שלמה מנדלוביץ – מנהל מחלקה בבית החולים הפסיכיאטרי שלווה, חבר סגל ומדריך בתכנית לפסיכותרפיה באוניברסיטת תל-אביב, בעבר ראש התכנית לפסיכותרפיה באוניברסיטת תל-אביב, וד"ר עידו לוריא – מנהל מרפאת בריאות הנפש כפר סבא של המרכז לבריאות הנפש שלווה, מנהל מרפאת גשר – מרפאת בריאות הנפש למבקשי מקלט, קורבנות סחר וחסרי מעמד בישראל של משרד הבריאות ונציבות האו"ם לפליטים, ובעבר מנהל רפואי של המרפאה הפתוחה לעובדים זרים ולפליטים בעמותת "רופאים לזכויות אדם".

במידה שאינה מאפשרת השוואה תקפה. תיאורי המקרה שנמסרו אמנם הציבו בפני הפסיכיאטרים דילמות ממוקדות, אך הם אפשרו להם לגבש מענים חלופיים השונים זה מזה באופן מהותי.

הרקע של המרואיינים הטרוגני. הם אינם נמנים עם אותה רשת חברתית, לא חולקים מקום עבודה ואינם עמיתים ללימודים. עם זאת, ניתן לקטלגם לשתי קבוצות מובחנות: האחת מכירה את מרכיבי ההביטוס של המטופל המוצג בתיאור המקרה הראשון ואף חולקת עמו אחדים מהם, והאחרת מכירה את מרכיבי ההביטוס של המטופל המוצג בתיאור המקרה השני ובעלת הביטוס המכיל מרכיב ערכי משמעותי הנמצא בהלימה עם האתגר הטיפולי שמציב ההביטוס של הפונה. לעומת זאת, חברי כל אחת משתי הקבוצות מרוחקים, תודעתית ופוליטית, מההביטוס של המטופל המתואר במקרה האחר. בהתאם לעקרונות האתיים של המחקר האיכותני, המרואיינים מוצגים בשמות בדויים. להלן מובאים תיאורי המקרים.

## המקרה הראשון

### שלב א'

בן 32, נשוי ואב לשניים, גר ברמת גן בסביבה חילונית. גדל כנער דתי, למד בישיבה חילונית, שירת שירות מלא והגיע לקצונה. מקיים עם משפחתו הגרעינית אורח חיים דתי. בחצי השנה האחרונה "מתחזק" ומקפיד על לכישת חולצה לבנה וציצית, והמיר את הכיפה הסרוגה בשחורה. זה כחודש שהוא מגיע בקביעות, פעמיים בשבוע, לחוג של חסידי חב"ד. הגיע לבדיקה בעקבות הפרעה בשינה. מוסר כי חש שפעמי משיח קרבים, החל להאמין בנצחיותו של הרבי מלובביץ' ואף טען כי ייתכן שראה אותו מהלך ברחובות העיר. בעקבות זאת, בשבוע האחרון הוא שרוי ב"התרגשות גדולה", ישן שעתים כל לילה וממעט ללכת לעבודה אך מצליח לתפקד בה ובכיתו באורח מלא. חש עייף ותשוש במהלך היממה. מבקש לקבל תרופות שינה.

### שלב ב'

הוא מסרב לטיפול, אך נדמה כי בעקבות הלימוד האינטנסיבי בישיבה הוא נרגע.

האם היית ממליץ על אשפוז בכפייה?

## המקרה השני

### שלב א'

בן 48, נשוי ואב לארבעה ילדים, יליד עזה. ב-15 השנים האחרונות מתגורר בישראל ללא אישור שהייה. חסר זכאות לטיפול רפואי (ובכלל זה טיפול פסיכיאטרי). לדבריו, בעבר היה סייען של כוחות הביטחון. עכשיו מאוים הן מצד שלטונות ישראל הן מצד הרשויות בגדה המערבית ובעזה. נבדק על ירך בחדר המיון של בית החולים הפסיכיאטרי שבו אתה עובד בגלל תלונות על "סיוטים". טוען, "הכול מפחיד אותי" ו"עומדים לפגוע בי". בבדיקתו נמצאים תסמינים דיכאוניים (מצב רוח ירוד, אנהדוניה [אי-נהנות], ירידה בתיאבון) וכן תסמינים פוסט-טראומטיים (תגובת תבהלה, מרכיבים התנהגותיים המעידים על הימנעות<sup>6</sup>) עם תחושה כי רודפים אחריו, אך ללא עוצמה פסיכוטית. הגורם המחיש (ה-trigger) להחרפה שהובילה לפנייתו למרפאה הוא מות אחיו, שעמו גר בשנים האחרונות, כשלושה חודשים טרם פנייתו. גורם מחיש מתמשך הוא האי-ודאות לגבי חוקיות שהייתו בארץ.

### שלב ב'

בבדיקותיו החוזרות הומלץ על טיפול תרופתי נוגד דיכאון (Gilex) מקבוצת נוגדי הדיכאון הטריציקליים (tricyclici). בהמשך עלה חשד לקיומם של סימפטומים פסיכוטיים (הלוצינציות קול<sup>7</sup>, מערכת דלוזיונלית<sup>8</sup> של יחס ושליטה) והטיפול הוחלף ל-Fluanxol עד 12 מ"ג ביום. נרשם שיפור מסוים

6 הימנעות היא אחד התסמינים המהותיים באבחנה של פוסט-טראומה. הלוקה בפוסט-טראומה מנסה להימנע מחוויה חוזרת של הטראומה בדרכים שונות: הוא נמנע ממחשבות ורגשות שקשורים לטראומה, הוא נמנע ממגע עם אנשים שעלולים להציף את הטראומה, הוא נמנע ממקומות שעשויים להזכיר את הטראומה, הוא נמנע ממקומות ציבוריים (מפחד שיתקוף אותו פלשבק במקום ציבורי) וכיו"ב (DSM-5, 2013).

7 הלוצינציות (הזיות): פגיעה בכוחן המציאות. כשאדם "קולט" בחושי גירויים שאינם קיימים במציאות הוא עשוי לשמוע קולות (רעשים או דיבורים), לראות מראות, להריח ריחות, להרגיש טעמים או תחושות על העור, שאין להם מקור אובייקטיבי במציאות (World Health Organization, 1994).

8 דלוזיות (מחשבות שווא): הפרעות בחשיבה. הפרעות כאלה מאובחנות כשאדם חושב מחשבות או מחזיק באמונות שאין להן אחיזה במציאות. בדרך כלל המחשבות הללו מאורגנות סביב תמה מרכזית אחת, והנפוצות ביותר הן מחשבות שווא בדבר רדיפה או מחשבות שווא גרנדיוזיות. המחשבות עשויות להיות מאורגנות מאוד ומנומקות, אך הנימוקים עצמם אינם מציאותיים ולעתים ביזאריים (World Health Organization, 1994).



במצבו תחת הטיפול התרופתי. בבדיקות החוזרות בלטו הסימנים הפוסט-טראומטיים, חלקם בעלי מאפיינים פסיכוטיים. נוסף על כך, בסטטוס הפסיכיאטרי בלטה רמת אובדנות גבוהה, לדבריו של המטופל – "בגלל כל מה שאני עובר".

כפי שניתן לראות, המקרה הראשון דן בשאלת הסעיף הראשון של החוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 (ס"ח תשנ"א מס' 1339), בצורה כפולה: עולה שאלת קיומה של מחשבת שווא ("חש שפעמי משיח קרבים") וגם שאלת הבעיה בתפיסה ("ייתכן שראה את הרבי מלובביץ' מהלך ברחובות העיר"). יש לשים לב ששני פרטים אלה מובאים באופן שאינו מוחלט, דהיינו, הפונה המתואר חש – ולא יודע בוודאות – שפעמי משיח קרבים; הוא החל להאמין – אך עדיין לא בטוח – בנצחיותו של הרבי מלובביץ'; וייתכן שראה אותו – לא משוכנע בזה – מהלך ברחובות העיר. הווה אומר, הסעיפים העוסקים בהפרעה בביקורת המציאות מובאים באופן ברור אך מסויג ולמעשה מותירים את טווח ההחלטה לפסיכיאטר שמעריך אותו. המקרה הראשון יושב בדיוק על הטווח הזה ובא לידי ביטוי גם בשאלת האבחנה (פסיכוטי/לא פסיכוטי) וגם בשאלת האתיקה של האשפוז הכפוי ("האם היית מטפל בו בכפייה?").

בעוד שבמקרה הראשון אין תשובה חד-משמעית לשאלה אם קיימים מרכיבים דלוזיונליים והלוצינטוריים, הרי במקרה השני בלי ספק קיימות מחשבות פגיעה (הפונה אומר בצורה ברורה "עומדים לפגוע בי"). הספק שמונח במקרה הזה לא נוגע לשאלת קיומה של הדלוזיה אלא לשאלת עגינתה במציאות (מאחר שמדובר בפונה שאין לשלול לגביו את האפשרות כי הוא אכן נרדף). בשלב ב' במקרה השני נוסף רובד של חשד הלוצינטורי שמניע את המעבר מטיפול אנטי-דיכאוני לטיפול אנטי-פסיכוטי ומדגיש את שאלת האשפוז.

לשם נוחות קריאת פרק הממצאים, הפסיכיאטרים המרואיינים מחולקים לשתי קבוצות: קבוצה א' מכירה את מרכיבי ההביטוס של המטופל המתואר במקרה הראשון (איש חב"ד) ואף חולקת עמו אחדים מהם, וקבוצה ב' מכירה את מרכיבי ההביטוס של המטופל המתואר במקרה השני (הפלסטיני) ובעלת הביטוס המכיל מרכיב ערכי משמעותי הנמצא בהלימה לאתגר הטיפולי שמציב ההביטוס של הפונה.

## ממצאים

### המקרה הראשון – פערים באבחנה ובטיפול המוצע

כך אֶבְחַן דוד, פסיכיאטר חרדי המטפל במבוגרים ובילדים בבית חולים במרכז הארץ, תושב יישוב חרדי, את הפונה המתואר במקרה הראשון: אם בן-אדם יכול לתפקד וללמוד הרבה שעות, זה מאוד קשה ללמוד עשר שעות ביום, זה קשה. זה קשה מבחינת הרצף של הזמן, זה קשה מבחינת הריכוז הגבוה שהלימודים דורשים [...] אם בן-אדם מסוגל לעשות את זה, מבחינתי הוא לא חולה.<sup>9</sup>

התרשמות דומה מסרה שרה, פסיכיאטרית המטפלת במבוגרים ובילדים, תושבת ירושלים, המנהלת אורח חיים דתי ומשתייכת לקהילה המגדירה עצמה כדתיים לאומיים-ציונים:

אני לא לפי זה אקבע עדיין אבחנה, כן? זה שהוא מאמין שיש פעמי משיח ורבי מלובביץ' הוא המשיח, אם הוא כולו בתוך החב"דניקות וזה, אז זה בסדר מבחינתו [...] זה שאדם מאמין במשיח ושהרבי מלובביץ' הוא המשיח זה לא הופך אותו לחולה. אם הוא חב"דניק.

אברהם, פסיכיאטר המטפל במבוגרים בבית חולים פסיכיאטרי, תושב ירושלים, מגדיר עצמו כאורתודוקסי מודרני:

חזרה בתשובה בעקבות סוג של התגלות, שאדם פתאום קולט שיש משמעות וזה לא פסיכოזה, זה גם משהו שקורה לאנשים. אז ההתחזקות שאת מתארת זו נורית אזוהרה, אבל אני לא יודע מה זה אומר. הייתי מנסה להבין מה קורה. לפי מה שאת מתארת על ההתרגשות הזאת אני מצפה שכשאני מדבר אתו אני אתחיל לשמוע דברים שזה מעבר למה שחסיד חב"דניקי משיחי אמור להרגיש. הרמז היה שהוא ראה את הרבי מחב"ד מתהלך, זה כבר חריג, אבל לא על סמך זה לכד אני יכול להגיע למסקנה.

אבחנתם של דוד, שרה ואברהם מתבססת על סריקת המאפיינים ההתנהגותיים והמילוליים, בחינתם, דירוג הפרטים על הציר בריא-פתולוגי וקביעה כי למרות

9 כל ההדגשות המופיעות בקטעים המצוטטים הן של כותבת המאמר.

קיומם של מרכיבים פתולוגיים, הפונה המוצג בתיאור המקרה – בריא. כלומר, לשיטתם, מכלול המרכיבים הבריאים עולה על מכלול המרכיבים הפתולוגיים ולכן "הוא לא חולה". בכל שלוש ההתייחסויות, הניתוח נסמך על היכרות עמוקה עם תרבות הפונה.

וליד, פסיכיאטר ערבי המטפל במבוגרים במרכז לבריאות הנפש באחד מיישובי ה"משולש" ובבית חולים במרכז הארץ, תושב ה"משולש", מגדיר עצמו כחילוני, מצביע חד"ש, אבחן את הפונה הנדון באופן שונה:

כדור שינה לא הייתי נותן לו [...] הייתי מחטט ומחפש אם יש הפרעות בפרספציה, הלוצינציות שמיעה, ראייה, סימנים שניידריאניים מה שנקרא, מחשבות שווא, דלוזיות, עוקבים אחריו, אה [...] אני יודע מה, רודפים אחריו, מתנכלים לו, שונאים אותו, מתכננים להרוג אותו, ואם זה אולי בכיוון הדיכאוני צריך גם לשאול ולחטט שמה על סימפטומטולוגיה דיכאונית כולל מצב רוח, עצבנות, ריכוז, רגשי אשמה, תיאבון, אה... שאלה: כמו מה זה נשמע לך יותר?

נשמע לי יותר פסיכוזה.<sup>10</sup> כולם שם בישיבה רואים את הרבי או רק הוא? שאלה: ואז איך היית מטפל?

נותן לו טיפול אנטי-פסיכוטי. אין מספיק פה בשר כדי חד-משמעי להגיד את זה אבל אני איכשהו מצלצל לי משהו פסיכוטי פה, אם יש באמת הלוצינציות, לא שמעתי את זה ממנו, אם זה חלק מהאמונה, זה חשוב העניין האמונה בדת וכל ה... זה מבלבל לפעמים, אבל נשמע לי שזה או הלוצינציות ראייה, הוא בטח גם שמע אותו, צריך לשאול אותו הלאה, צריך להיות זהיר, אבל נשמע לי בגדול אנטי-פסיכוטי הוא צריך.

שאלה: הוא מסרב לטיפול אך נדמה כי בעקבות הלימוד האינטנסיבי בישיבה הוא נרגע.

זה לא מספיק לי, גם לפי החוק זה לא מספיק לי. תשאל אותי למה. שאלה: למה?

10 פסיכוזה: מצב שבו האדם מתקשה להבדיל בין המציאות החיצונית לעולמו הפנימי. במצב של פסיכוזה עשויות להופיע תופעות כמו הזיות ומחשבות שווא, אולם לעתים פסיכוזה תתבטא בחשיבה או בהתנהגות לא מאורגנת בצורה קיצונית (גם כשלא ניתן להבחין בקיום הזיות או מחשבות שווא). לרוב מחלה המלווה בפסיכוזה או התקף פסיכוטי מחייבים התערבות פסיכיאטרית מיידית, ולעתים אף אשפוז (ICD-10, 1993).

כל עוד אין מסוכנות לעצמו ולסביבתו, מיידית או לא מיידית, אני לא אתערב, שיהיה לו לבריאות, שיירגע, אני אמליץ אפילו שהם יקבלו את ההמלצה שלי בישיבה שיהיה עשרים וארבע שעות בישיבה אם זה מרגיע אותו. אם זה הפתרון, אין לי התנגדות, אבל אם הוא מתכנן לזרוק את הרב שם או אחד התלמידים, או לפגוע באשתו או בילדיו או בשכנים [...] אני לא יודע מה הוא מתכנן, כי הרב שראה אותו מסתובב שם אמר לו או העביר לו מסר – תשמע, ההוא במכולת זה אחד שחייבים לחסל אותו – אני לא יודע באיזה יום, אבל צריך לברר את זה ואז אני חייב לנקוט בצעד ידוע. אני פונה לפסיכיאטר המחוזי ומוציא לו הוראת אשפוז בכפייה. חד-משמעי וחלק. אני אחראי. ברגע שיקרה משהו שם זה עליי, בוודאי שזה עליי, אני מאמין שפקשתי, אז היה malpractice [הזנחה או טיפול כושל].

בשונה מהדפוס הקודם שהצגתי, וליד מבסס את אבחנתו על סימפטומים נטולי הקשר ובוחר את התופעות הקליניות אל מול העולם הרציונלי שלו. וליד מתייחס לשורה התחתונה – ייתכן שהוא ראה את הרבי מלובביץ'?' התשובה השלילית משמשת עבורו אינדיקציה כי הפונה נתון במצב פסיכוטי. זאת ועוד: הנחות המשנה של וליד הן הנחות משנה מחמירות: הוא מבקש לבצע אשפוז מונע, כלומר, הוא מניח שעלולה להתרחש החמרה קלינית ואז עשוי הפונה לשמוע קולות, קולות שיורו לו לבצע מעשים אלימים.

אבחנה דומה מסר אמיר, פסיכיאטר המטפל בילדים ובנוער בבית חולים במרכז הארץ, תושב תל-אביב, מגדיר עצמו חילוני, משתייך ל"שמאל יותר קיצוני – ממש מתלבט כרגע בין חד"ש ובל"ד":

**הכי סביר זה שהוא נמצא בתחילתה של אפיזודה בייפולארית.<sup>11</sup> זה מה שהמקרה מכוון אליו. זה ש... הפרט שהוא סיים שירות צבאי מלא כקצין הוא מאוד חשוב מבחינת זה שהוא כנראה איש לא מוזר, אה, ואז הסבירות, שתי האבחנות המתחרות הן משהו בספקטרום הסכיזופרני והפרעת אישיות גבולית, אממ... אבל בוא נגיד, הסבירות שמישהו בסוף יהיה סכיזופרני היא**

11 הפרעה בייפולארית: בעברית – הפרעת מצב רוח דו-קוטבית, המוכרת יותר בשם מאניה-דיפרסיה. זו הפרעה היוצרת תנודות קיצוניות במצב הרוח של החולה. החולה חווה לסירוגין תקופות שבהן הוא חש עצבות וסימפטומים של דיכאון, ותקופות שבהן הוא חש התרוממות רוח, מצב רוח טוב באופן קיצוני המלווה בפגיעה בשיקול הדעת (DSM-IV-TR, 2000).

נמוכה, אין הפרעה תפקודית, זה מאוד מכוון... אה... לכיוון... צריך להתחיל את האנמנזה [תולדות החולה] כמובן, אבל אם צריך לשים במקום הראשון אז אני מניח שזו אפיזודה מאנית.

כמו וליד ואמיר סבור יונתן, פסיכיאטר המשרת באחת מזרועות הביטחון, תושב תל-אביב, המגדיר עצמו כאיש שמאל, מצביע מרצ:

יש יותר מדי סימפטומים שהם סימפטומים פיזיולוגיים בשביל לא להתייחס לזה כאל הפרעה נפשית. מרבית בעיות השינה או ההפרעות בשינה נובעות מבעיות נפשיות. צריך להבין אם מדובר פה בדיכאון או בפסיכוזה. העניין שהוא רואה את הרבי מסתובב זה לא משהו שעולה בקנה אחד עם החוויה התרבותית, לפחות למיטב הבנתי, של אה... זה, ולכן הייתי נוטה יותר לכיוון הפסיכוטי, במקרה הזה, והייתי מדבר אתו על העובדה הזאת. בסופו של דבר הייתי מציע טיפול אנטי-פסיכוטי.

התמה הראשונה חושפת פערים באבחנה ובטיפול שמציעים פסיכיאטרים בעלי הביטוס שונה. האבחנה היא מקלה כשקיים דמיון בין הביטוס המטפל להביטוס המטופל ומחמירה במקרה של מרחק רעיוני בין הביטוס המטפל לזה של הפונה.

### המקרה השני – פערים באבחנה ובטיפול המוצע

טוב, יש כמה דיונים על זה: ישנו הדיון הקליני הטהור – PTSD<sup>12</sup>, יש PTSD ופסיכוזה, היום מדברים הרבה על PTSD ופסיכוזה, מה האבחנה, מה הטיפול, ויש גם כל מיני עניינים קשורים לרווחים משניים, יש גם תחלואה נלווית, יש אנשים שמגדירים עצמם כהלומי קרב למשל או PTSD, ובעצם הם מוכרים כחולים במחלות אחרות, מובהקים ככה, זו תווית יפה לפעמים... שאלה: במקום?

במקום חולי סכיזופרניה.<sup>13</sup>

12 PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder, הפרעה פוסט-טראומטית.

13 סכיזופרניה היא מחלת נפש כרונית השייכת לקבוצת המחלות הפסיכוטיות וכוללת פגיעה בתפיסת המציאות שעשויה להתבטא בפגיעה בתפיסת החושים (שמיעת קולות, הזיות ראייה) או בפירוש לא נכון של המציאות (מחשבות שווא בדבר רדיפה, גדלות וכדומה); ו/או דיכור וחשיבה לא מאורגנים. המחלה פוגעת ברוב תחומי התפקוד החשיבתי והחברתי: במצב הרוח, בתחושות, בתפיסה ובתפקודים קוגניטיביים (DSM-5, 2013).

שאלה: ואיך היית...

בחדר מיון פסיכיאטרי יש אנשים שבאים לבית חולים כי הם בורחים ממישהו והם רוצים להיות כמה ימים באשפוז כדי שלא ימצאו אותם, זה קורה. יש אנשים שמחפשים קצת יותר ממקלט, שמחפשים קצבה [...] הוא גר עם אחיו שמת לפני שלושה חודשים אז עכשיו אין תמיכה [...] אני חושב שהפסיכיאטר, כל רופא בכלל, לפעמים הוא נתון במניפולציות וזה לא נכון ליפול בזה, אז אם יש איזשהו משהו כזה אז חשוב לברוק.

שאלה: איזו מניפולציה למשל, פה?

למשל, בן-אדם מתחזה. אם יש בן-אדם מתחזה, מה עושים? בודקים אותו פעם אחת, עוד פעם, עוד פעם, רואים אם מה שהוא אומר זה קונסיסטנטי, אם הוא לא סותר את עצמו, אם זה תואם פחות או יותר את מה שאנחנו יודעים על הפרעות פסיכיאטריות.

שאלה: אז איך היית מטפל בו בשלב זה?

הייתי מטלפן לאיזה קולגה כדי להתייעץ אם יש חובת דיווח, אין חובת דיווח, כי צריך להיות בסדר לפי החוק.

כך הגיב דוד (קבוצה א') לפונה המתואר במקרה השני. לדבריו, הפרעת דחק פוסט-טראומטית היא ניסוח אופנתי, תקיין-פוליטי, להפרעה אחרת – סכיזופרניה. החלופה שהוא מציע לסכיזופרניה חמורה אף יותר – היא שוללת את מרכיב המחלה ומחשירה את הפונה במניפולציה. מרגע שהתעורר חשד במהימנותו של הפונה, כל התייחסות למקרה מצד הסמכות המטפלת עלולה להיות בעלת אופי מתגונן, ובוודאי תפגע בשימוש בכלים מ"משפחת האמפתיה" עד כדי המרת טיפול רפואי בטיפול של רשויות אכיפת החוק. דרך הפעולה שמציע דוד לא רק שאיננה בגדר פתרון רפואי באחריות המדינה אלא שהיא בוחנת אפשרות בעלת סבירות גבוהה שהפונה ייענש על ידי המדינה.<sup>14</sup>

היחס החשדני כלפי הפונה המתואר במקרה השני ניכר גם בחוות דעתה של שרה (קבוצה א'):

14 "הפניה לרשויות" מתפרשת כאן כהפניה למסגרת אכיפת החוק: לרשות שיפוטית, משטרה או רשות האוכלוסין וההגירה, בשונה מפרשנות אפשרית שלפיה "הפניה לרשויות" משמעותה הפניה לגורמי טיפול וסעד. לא מן הנמנע כי פרשנות זו מבטאת הטיה הנובעת מההביטוס של החוקר.

**כמובן עולה השאלה אם מדובר פה בדיכאון או אם מדובר פה במשהו פרנואידי [...]. אני הייתי חוקרת פה גם את הדברים העובדתיים – אם אתה באמת היית סייען, אז למה רודפים אחריו פה בארץ? איפה המשפחה שלו? אם המשפחה שלו חיה אתו [...] נאמר והמשפחה הייתה בעזה, צריך לשאול בני כמה הילדים שלו וזה, אם הוא בכלל חוזר לעזה, לא חוזר לעזה? אם הוא כן חוזר אז הוא בטח לא ממש מפחד, כלומר, הייתי מנסה לברוק דרך עובדות, כלומר, זה לא בלתי אפשרי, אני לא ישר אחשוב על מישהו כזה שהוא, אני לא יודעת, איזה רווח משני יש לו מהפניה לבית חולים. אם הוא שב"ח [שוהה בלתי חוקי] אז הוא מסכן את עצמו בלפנות למקום ציבורי וכו'. ברור שהוא מספיק סובל, אלא אם כן הוא חושב שכן יטפלו בו פה וזה, אבל הוא מסכן את עצמו בלפנות אז אני כן אחפש אם יש לו פה רווח משני. זה לא שאני לא אחפש.**

שלושה מרואיינים אחרים הגיבו באופן שונה לפונה המוצג בתיאור המקרה והציעו דיאגנוזה חלופית. וליד (קבוצה ב') קבע כי מדובר בהפרעת דחק פוסט-טראומטית: נראה לי שזה מצב דיכאוני פוסט-טראומטי. יש תסמינים דיכאוניים ותסמינים פוסט-טראומטיים, PTSD קלאסי. יש מצב דיכאוני, אין תסמינים פסיכויטיים, פה יש תסמינים, אין עוצמה. הכי הכי בולט, קודם כול יש תסמינים דיכאוניים ויש תסמינים פוסט-טראומטיים, קלאסיקה, הוא צריך אנטי-דיכאוני.

אבחנה דומה הציע עמוס, פסיכיאטר המטפל במבוגרים במרכז לבריאות הנפש במרכז הארץ ופעיל לזכויות אדם, חילוני תושב תל-אביב המגדיר עצמו כאיש שמאל:

**טוב, פה יש תסמונת פוסט-טראומטית, סליחה, לא, אין פה תסמונת פוסט-טראומטית, פה יש חשד סביר שדורש בירור לתסמונת פוסט-טראומטית, וכמובן איזשהו סוג של תגובה הסתגלותית אחרי שאח שלו מת וזה, אז אולי היא התלבשה על התסמונת פוסט-טראומטית שהתפתחה עוד קודם לכן. זהו.**

יונתן (קבוצה ב'), טען בנוגע לאותו מקרה: "טוב, זה נשמע כמו מישהו באפיזודה דיכאונית. לא הייתי חושב שהוא פסיכוטי למרות שכאילו יש את המאפיינים הרודפניים. הם נראים לי קוהרנטיים לסיטואציה".

כפי שניתן לראות, שלושת הפסיכיאטרים שההביטוס שלהם מכיל מאפיינים חילוניים והמגדירים עצמם כאנשי שמאל אבחנו את הפונה המוצג במקרה השני כסובל מהפרעת דחק פוסט־טראומטית או מדיכאון פוסט־טראומטי, והציעו טיפול שעניינו שמירה על הפונה והקלה על מצוקתו. בתהליך האבחון בלטה רמת אמפתיה גבוהה כלפי הפונה והבעת אמון בדיווחו. החשש ממניפולציה, גם אם קיים, נשאר מחוץ לתחומי הסיטואציה הטיפולית ולאבחנה הנובעת ממנה. בשונה מקבוצת הפסיכיאטרים החולקים הביטוס בעל מאפיינים לאומיים ודתיים, אין ניסיון לאבחן אותו כסכיוזופרן או כפרנואיד ואין התלבטות בשאלה אם להעבירו להמשך טיפול במסגרת רשויות אכיפת החוק.

התמה השנייה חושפת פערים באבחנה ובטיפול שמציעים פסיכיאטרים בעלי הביטוס שונה. האבחנה מחמירה כשיש מרחק רעיוני בין הביטוס המטפל לזה של הפונה ומקלה כשיש מרכיב ערכי משמעותי בהביטוס המטפל הנמצא בהלימה לאתגר הטיפולי שמציב ההביטוס של הפונה במקרה שהוצג.

### היפוך התייחסות ושינוי תגובת הפסיכיאטר כנגזרת של מאפייני הפונה

שרה (קבוצה א') הפגינה רגישות עמוקה ורבת־ממדים המלווה במידה ניכרת של הבנה וסובלנות חפה משיפוטיות לשונות שמייצג הפונה מהמקרה הראשון: היא התעניינה באמונתו, בשגרת יומו ובמשפחתו והפגינה בקיאות מרשימה במנהגים של הזרמים השונים במגזר הדתי:

קודם כול צריך לברר לאיזה פלג של חב"ד הוא שייך, כן? כי יש את שני הפלגים העיקריים שמאמינים במשיח, שמאמינים ש... כלומר מה זה במשיח, כולם מאמינים במשיח, שמאמינים שהרבי מלובביץ' האחרון היה המשיח ויש שלא מאמינים. צריך לברר למי הוא שייך [...] אם הוא מקפיד במצוות, כן? האם... אני גם אברר כל מיני דברים שלא קשורים בהלכה כמו דברים שקשורים באשתו, בנשים אחרות וכו' אבל ודאי בדברים ההלכתיים, כן? [...] על איזה דברים הוא מקפיד שם, כן? אה... מה הוא עושה בשעות שהוא לא ישן? יושב ולומד? מה הוא לומד? האם הוא לומד תניא, שזה ספר בסיסי



שלהם ובזה הוא מעמיק או שהוא לומד דברים שהם לגמרי הזויים. כלומר, אם מישהו עכשיו חב"דניק ויושב כל היום ולומד תניא זה סביר, זה משהו שסביר שהוא יעשה.

הרגישות, העניין, ההבנה והחמלה שבלטו בהתייחסותה לפונה המתואר במקרה הראשון הומרו בחשדנות, רשמיות, והיצמדות למרכיב הקליני-סימפטומטי (נטול הקשר תרבותי) בהתייחסותה לתיאור המקרה השני: "אני לא יודעת איזה רווח משני יש לו מהפניה לבית-חולים [...] אם יש לו משהו מול השב"כ [...] או שהוא מקווה שככה הוא יקבל אישור של המשפחה שלו לבוא, אני לא יודעת".

דוגמה נוספת להיפוך התגובה עולה מהריאיון עם עמוס (קבוצה ב'). בהתייחסותו למטופל מהמקרה הראשון הקפיד עמוס לפעול על פי כל כללי הקוד הרפואי ונמנע בתוקף ממתן אבחנה בטרם ביצע את מלוא החקירה הנדרשת:

הייתי שואל שאלות ולוקח אנמנזה רפואית הרבה יותר מעמיקה ואוסף אינפורמציה לראות אם זה פסיכوزה, אם זה הפרעת חרדה, אם זה הפרעה במצב הרוח, מנסה לסווג את זה, וכמובן לא שוכח את העניינים הגופניים, זאת אומרת, יש אנשים שלא ישנים לא בגלל שנפשם במצוקה אלא גופם במצוקה, שזו, אגב, הסיבה השכיחה יותר להפרעות בשינה, מצוקת הגוף, כאבים כרוניים ודברים כאלה, אז צריך לדעת. אני בכל זאת רופא, למרות שזה לא נראה, את יודעת, אז צריך לברר על הפרעות גופניות שגורמות למצוקה גופנית שגורמות להפרעות בשינה.

שאלה: אוקיי... אז איך...

כאילו הציפייה שלך שאני אגיד אבחנה?

שאלה: כן.

אני לא יכול. אחרי תרופת השינה שאותה הוא יקבל אין לי מה להביא לך חוץ מאשר עוד שאלות שיכוונו אותי לאבחנה ספציפית.

שאלה: ואין לך כיוון מסוים?

אני מסרב בכל תוקף, כמו שאת רואה, לתת היפותזה אחת. אני נותן לך מבחר, אני נותן לך אבחנה מבדלת, לא כי אני מתחמק אלא כי אני מנסה להיות אחראי.

לעומת זאת, מיד עם סיום הצגת המקרה השני, ללא היסוס, מבלי לשאול שאלות נוספות וללא ניסיונות התחמקות, עמוס הציע אבחנה: "טוב, פה יש תסמונת פוסט-טראומטית". מעניין לבחון ממה אפוא נובע המפנה החד בתגובותיו של עמוס – מדוע מול דמות איש חב"ד הוא גילה זהירות רבה וסירב בכל תוקף להציע דיאגנוזה (המחייבת, לשיטתו, מעורבות במציאת הפתרון ויישומו) בעוד שמול דמותו של הפלסטיני הוא סיפק אבחנה מהירה והחלטית (מבלי להתעלם מהסתייגותו שמתנה מעט את הניסוח). ברצוני להציע פרשנות שלפיה במקרה הראשון עמוס התנהל בהתאם לאג'נדה המקצועית שלו, היינו, דרש אנמנזה מקיפה ומעמיקה בטרם יציע דיאגנוזה; לעומת זאת, במקרה השני, מבוקשו להגן על החלש (לתפיסתו) גבר על האג'נדה המקצועית שלו. זהותו הממוקפת (hyphenated identity, זהות המורכבת מכמה קבוצות ייחוס חברתיות)<sup>15</sup> של עמוס, פסיכיאטר-פעיל בארגון לזכויות אדם, פוצלה בהתייחסויותיו לשני המקרים: במקרה הראשון הוא תפקד כעמוס הרופא, ובמקרה השני – כעמוס הפועל למען זכויות אדם.

התמה השלישית נגזרת מממצאי שתי התמות הקודמות ומציגה תופעה אנושית מוכרת של היפוך התייחסות ושינוי תגובת הנשאלים כנגזרת של מאפייני הפונה. הממצא המפתיע והמעניין בהקשר זה הוא היעדר מודעות של הנחקרים לשינוי הדרמטי בהתייחסותם לפונים השונים (עד לרמה של הכחשת קיומו). עמדתו האינטלקטואלית והרגשית של המטפל שלפיה הוא איננו מושפע ממאפייני ההביטוס של עצמו ו/או מאלה של המטופל מצמצמת את היכולת שלו לביקורת עצמית בנוגע לפעילותו בהקשר זה: לרוב הוא איננו מכיר באפשרות שמאפייני המטופל עשויים להשפיע על עבודתו ולכן לא מפעיל מנגנוני בקרה רפלקסיביים (בהם כן ישתמש כחלק משגרת עבודתו במצבים שהוא מזהה כ"אזורי סיכון").

### מידת המעורבות של הפסיכיאטר כנגזרת של מאפייני הפונה

יונתן (קבוצה ב') העלה בדבריו סוגיה מורכבת בדבר הטיפול האפשרי עבור הפונה המתואר במקרה השני – "איך הוא יוכל להמשיך להשיג את הטיפול התרופתי הזה?" – ומיד הציע פתרון – "אפשר לנסות לתת לו, לפחות חלק מהתרופה, מסטוקים, את יודעת, מדוגמאות של חברות תרופות". יונתן נרתם לעזרתו של הפונה והציע דרך מעשית, הנמצאת בתחום אחריותו המיידית, להשיג עבורו את

15 דוגמאות לזהות ממוקפת: ישראלי-דרוזי, ישראלי-אתיופי, יהודי-אמריקאי.

הטיפול הנדרש. עמוס (קבוצה ב') גילה אף הוא מעורבות רבה במצבו של הפונה וראה במציאת פתרון ומתן סיוע יעיל אחריות אישית שלו – מוסרית ומקצועית: זה לא מעניין אותי ואמור לא לעניין את המדינה מאחר ואדם, רופא, העובד בחדר המיון בכלל לא צריך לשאול את השאלה הזאת. ואם יבוא הפקיד ויגיד לו – שמע, הוא לא מבוטח – צריך הרופא להגיד, ואני מצטט כאן את הכללים של האתיקה הרפואית – צריך הרופא להגיד, אני לא רוצה לשמוע מזה, הוא מתאשפז, הוא צריך החלפת לב, ריאות ואף. זאת אומרת, האוריינטציה של הרופא – אני רופא. [...] במקרה הזה, אם אני מחליט לאשפז אותו ומישהו דוחה אותו בגלל כסף, תפקידי כרופא המאשפז וכמובן שתפקידם של עמיתי, הוא לגרום לאשפוז. אם אני מחליט לאשפז אותו, נניח לא מצאתי חלופות וזה, נגמר הסיפור ואני חושב שמדובר בסכנת חיים, וזה יכול להיות על נפש או על גוף, אני צריך לעשות כל מה שביכולתי כדי שהאיש הזה יהיה בבית חולים ללא קשר למצבו הכספי. ואם מישהו שם מקל בגלגלים של העגלה הזאת אני צריך לנסות להסיר אותו באמצעות פנייה לגופים המוסמכים, הנהלות למיניהן, משרד הבריאות למינהו או עמותות שירימו קול זעקה.

עמוס לא מסתפק באחריותו האישית ופועל להחילה על עמיתיו הרופאים. הוא מוסיף ומצהיר כי אם לא ימצא פתרון טיפולי ראוי למצבו של הפונה, הוא יסתייע לשם כך ברשויות, שלא כמו דוד, שרה וויקטור, שביקשו לערב את הרשויות באופן שניתן לפרשו כלעומתי לפונה – "הייתי מטלפן לאיזה קולגה כדי התייעץ אם יש חובת דיווח, אין חובת דיווח, כי צריך להיות בסדר לפי החוק"; "הייתי מנסה לבדוק דרך עובדות [...] אני לא יודעת איזה רווח משני יש לו מהפניה לבית חולים"; "אם כבר אנחנו רוצים להבין יותר מי נמצא מולנו אז אולי באמת לערב את מערכת הביטחון ולברוק".

מעורבותו של וליד (קבוצה ב') במתן טיפול ראוי לפונה נסמכת ברובה על מחויבות אישית (הוא אינו מערב את הרשויות, בבחינת "לא מעוקצך ולא מדובשך"). לאישוש רצינותו הוא מספר על אירועים בעברו שפעל בהם באופן דומה: יש מעלי מנהל בית החולים שלמד שנתיים לפחות ניהול מערכות בריאות, אין דבר כזה שאין תשובה, צריך לחפש, לחטט ו... לא נתקלתי עדיין בבעיה שלא מצאתי לה [...] עד כה מצאתי פתרונות, צריך רק לדפוק על הדלת

**הנכונה ולשאול.** נראה לי שיש פתרון. רופאים ללא גבולות, אני אישית נסעתי אתם פעמיים-שלוש ככה לגדה.

גם אמיר (קבוצה ב') סבור שיש לסייע לפונה ומגלה נכונות למעורבות אישית במציאת המענה הנכון. הוא מעיד על עצמו שכבר עשה זאת בעבר:

שאלה: היית ממליץ על אשפוז?

כן. רצוי.

שאלה: איך עושים את זה?

מרימים טלפון לעידו [לוריא, המנהל הרפואי של ארגון "רופאים לזכויות אדם"] ומדברים אתו, חושבים ביחד. זה משהו שאנחנו עושים הרבה.

לעומת התגובות המוצגות לעיל, שרה, דוד וויקטור ראו במימון הטיפול פרוצדורה מינהלית שחורגת ממסגרת סמכותם ושלא מתפקידם לפתור:

שאלה: היית ממליצה על אשפוז?

[שרה:] תראי, אם הוא אובדני אז כן. את הבעיות הכלכליות לא מתפקידי לפתור.

שאלה: אבל את כן חושבת שצריך לאשפז אותו?

[שרה:] רמת אובדנות גבוהה – אז כן. אל תשאלי אותי מה עושים עם הנושא הכלכלי.

שאלה: היית ממליץ על אשפוז בשלב הזה?

[דוד:] כן.

שאלה: אין לו דרך לממן אשפוז.

[דוד:] טוב, זה לא הבעיה שלי, אני לא עובד באדמיניסטרציה.

שאלה: היית ממליץ על אשפוז בשלב זה?

[ויקטור:] אם רמת האובדנות גבוהה, אה... כן. למרות ששוב, יש פה הרבה דברים שנכנסים לסיפור הזה, לדוגמה, זה שאין לו ביטוח – מה עושים עם בן אדם שאין לו ביטוח – אין מה לעשות, אף אחד לא ישלם עבורו, את מבינה?

בציטוטים בולטת רמת מעורבות נמוכה בטיפול המוצע לעומת הפסיכיאטרים המזוהים עם הביטוס בעל מאפיינים חילוניים, ליברליים או סוציאל-דמוקרטיים וגם לעומת רמת המעורבות שגילו במציאת פתרון לפונה המוצג בתיאור המקרה הראשון (איש חב"ד), כעולה מדבריהם: שרה – "לפעמים אני מזמינה את הנשים שלהם [...] לפעמים אני מציעה לדבר עם הרב שלהם"; אברהם – "מאוד משמעותי לדבר עם האישה ולקבל איזו תמונה על מה קורה בתוך הבית"; דוד – "הייתי אוסף תיאורי אנמנזה, מדבר עם האישה שלו, עם המשפחה שלו".

מן המוצג לעיל ניתן להיווכח כי כל הפסיכיאטרים שהשתתפו במחקר עשו מלאכתם נאמנה, התייחסו ברצינות רבה לשני המקרים שהוצגו לפניהם, והציעו אבחנה ואף דרך פעולה למתן מענה הולם. אלא שהתבוננות מעמיקה מלמדת, כי פסיכיאטרים שחלקו מרכיבי הביטוס אמוניים או דתיים או לאומיים (קבוצה א') הציעו עזרה משמעותית והיו נכונים לקחת חלק באחריות ליישום הטיפול רק במקרה של המטופל המוצג בתיאור המקרה הראשון (איש חב"ד), ובהתאמה, הפסיכיאטרים שחלקו מרכיבי הביטוס חילוניים, ליברליים או סוציאל-דמוקרטיים (קבוצה ב'), הציעו תמיכה ועזרה משמעותית רק לפונה המוצג בתיאור במקרה השני (הפלסטיני). אלה וגם אלה התייחסו לפונה האחר בזהירות, גישתם הטיפולית הדגישה היבטים פורמליים והם נמנעו מלקבל אחריות אישית ביישום הפתרון שהציעו.

### השפעת הביטוס של המטפל על תהליך קבלת החלטות באבחון הפסיכיאטרי

קבלת ההחלטות בתחום בריאות הנפש, בייחוד בסוגיות מתחום רפואת הנפש, עשויה לכלול החלטות שהן הרוט-גורל עבור המטופל ובעלות השלכות מרחיקות לכת בכל הנוגע להגדרת גבולות הלגיטימי והבריאה בחברה. האבחון הפסיכיאטרי מכיל מרכיב לא מבוטל של קבלת החלטות וניהול סיכונים, לרבות סיכונים לסביבה. כך, על הפסיכיאטר לקבוע אם מדובר באדם בריא או חולה; אם החליט שהפונה חולה, עליו להכריע בשורה של אבני בוחן המגדירות את מצבו של המטופל: האם כתוצאה ממחלתו עלול המטופל לבצע מעשה מסוכן לעצמו או לסובבים אותו? בהנחה שכרגע הוא לא מסוכן, מהי ההסתברות שבעוד מספר שעות הוא כן יהיה מסוכן? בהתאם לזאת, האם לאשפז אותו? מה יהיה הטיפול האפקטיבי ביותר עבור

המטופל? האם יש צורך בטיפול תרופתי, ואם כן, באיזה? האם מסוגלת סביבתו (משפחתו, חבריו) להכילו ולהעניק לו תמיכה ראויה? האם למען רווחתו כדאי דווקא לבודדו מסביבתו המוכרת? כל אלה הן סוגיות הרות-גורל עבור המטופל. מדריכי סיווג המחלות מספקים מענה חלקי לשאלות אלה ונעדרים התייחסות לפקטורים משלימים משמעותיים, כגון הערכת יכולת ההכלה וההחזקה של סביבת המטופל. משעה שייחשף הפסיכיאטר לתובנה כי תהליכי קבלת ההחלטות העומדים בבסיס האבחון והטיפול שהוא מציע חשופים להשפעות "זרות", במקרה זה לקשר בין ההביטוס של המטופל לזה של המטפל, תגבר מודעותו למשמעותם ולחשיבותם והם יהיו עבורו כלי שרת בהליך הדיאגנוסטי.

בבסיס האבחנות שקבעו הפסיכיאטרים המרואיינים לפונים במקרים שהוצגו לפניהם ובבסיס הטיפול שהציעו בעקבותיהן ניצבת השאלה: האם הפסיכיאטר מאמין למטופל? אם המטפל מחליט להאמין לפונה המתואר בווינייטה, הוא ימצב אותו במרכז הטיפול ויפעל למציאת הפתרון המיטבי עבורו; אם המטפל מחליט שלא להאמין לפונה המתואר בווינייטה, הוא יזהה אותו כמסכן את סביבתו ויפעל למציאת הפתרון המיטבי עבור הסביבה באמצעות אשפוז – הרחקת הפונה מסביבתו, או דיווח לרשויות. ניתן לזהות שההחלטה הראשונית – אמון מול אי-אמון – משפיעה על רצף ההחלטות שמגיע בעקבותיה. סוגיית האמון בולטת במיוחד בתיאור המקרה השני, שבו התבקשו המרואיינים לומר אם הם מאמינים לפונה המוצג:

[עמוס]: אני החלטתי שאני רופא ולא חוקר, ובמובן הזה, מה שתגיד לי, זו תהיה האמת, במירכאות. אם, בתוך סיפורך שלך, תתגלינה סתירות שאני לא מבין אותן, אני אברר – לא עלייך, אלא אתך [...] אם אני מאמין להם? אני מאמין להם.

[אלון]:<sup>16</sup> כן. כן כן, האמנתי. לי אין שום יכולת בדיקה כמעט, אני לא בית משפט, אני לא חוקר, אני לא שוטר. זה לפי איך שאתה מרגיש... לפעמים אני יודע שמשתמשים בי ולפעמים אני לא יודע... אני בדרך כלל נוטה לזה שאם כבר הוא הגיע אליי, אז כנראה שיש מצוקה אמיתית כלשהי [...]

16 אלון, פסיכיאטר המטפל במבוגרים בבית חולים במרכז הארץ ופעיל למען זכויות אדם, תושב תל-אביב, מגדיר עצמו כ"משתייך לשמאל או למה שמוגדר כיום כשמאל רדיקלי".

במרפאה לעובדים זרים דרגת החשד שלי יורדת, זאת אומרת אני פחות חשדני ויותר נוטה להאמין.

[אברהם:] הנטייה שלי זה להאמין, אבל הייתי צריך לבדוק את זה קצת יותר, לדעת מה נכון מה לא נכון. הסיפור נשמע לי משכנע. אם הצלחתי לאמת את הפרטים שבגדול זה הסיפור, הייתי מקווה שאצליח לנהל אתו איזה שיח על מה קורה.

[ויקטור:] אני יודע שהאנשים האלו הרבה פעמים באמת לא אמינים ולמרות שכשאתה שומע סיפור כזה אז הרחף הראשון הוא להאמין, אבל יש כאילו חשיבה שאולי זה לא והרבה פעמים באמת זה לא. במקרים כאלו הרבה פעמים הסיפור הוא לא אמין.

[דוד:] מאמין, לא מאמין, זה לא כל כך השאלה, אם אני מאמין, לא מאמין. אני חושב שהפסיכיאטר, כל רופא בכלל, לפעמים הוא נתון במניפולציות וזה לא נכון ליפול בזה, אז אם יש איזשהו משהו כזה אז חשוב לבדוק.

[שרה:] האם אני מאמינה לו שהוא באמת היה... אני לא יודעת. אני הייתי חוקרת פה גם את דברים העובדתיים – אם אתה באמת היית סייען, אז למה רודפים אחריך פה בארץ?

נמצאנו למדים שככל שהפסיכיאטר מכיר את הרקע התרבותי ממנו מגיע הפונה ואמפתי כלפיו, וככל שהוא מכיר את האפשרויות והמגבלות הגלומות בסטטוס של המטופל ויכול לבקר את מידת האובייקטיביות שלהן, ובמילים אחרות, ככל שהמטפל מקבל את ההביטוס של הפונה, כך גוברת נטייתו להאמין לו. ובה במידה, ככל שגדל הפער בין ההביטוס של המטפל לזה של המטופל, כך גוברת נטיית הפסיכיאטר שלא להאמין לפונה. מאחר שהסוגיה של אמון הפסיכיאטר במטופל נמצאת ביסוד רצף הפעולות הטיפוליות (האבחנה, הטיפול המוצע ומידת המעורבות ביישומו), ומאחר שקרבה/פער בין ההביטוסים של המטפל והמטופל משפיעים על מידת האמון – הרי הפונה והמענה לצרכיו יהיו במרכז ככל שהוא והמטפל חולקים מרכיבי הביטוס דומים. וכך גם להפך – במקרים שקיים פער בין מרכיבי ההביטוס של המטפל והמטופל, תגבר נטייתו של המטפל למקד את תשומת לבו באתגרים שהוא מזהה כאיום על החברה ובהגנה על צרכיה (לדוגמה, באמצעות פנייה לרשויות האכיפה ולא לרשויות הבריאות והרווחה).

## דיון מסכם

המחקר המוצג במאמר זה חושף פערים באבחנה ובטיפול שמציעים פסיכיאטרים בעלי הביטוס שונה. נמצא כי כאשר קיים דמיון בין ההביטוס של המטפל להביטוס של המטופל המוצג בתיאור המקרה, או כשיש מרכיב ערכי משמעותי בהביטוס של המטפל הנמצא בהלימה עם האתגר הטיפולי שמציב ההביטוס של הפונה, יבצע המטפל אנמנזה יסודית, מקיפה ומדויקת, ויהיו ברשותו הכלים להבין, להעריך ולפרש במידה סבירה של ביטחון את תשובות המטופל. מצב זה מאפשר אבחנה מדויקת ואמפתית יותר, שבתורה תוביל לנכונות למעורבות בטיפול; ובהתאמה, כשיש מרחק רעיוני בין ההביטוס של המטפל לזה של הפונה, השאלות שמציג המטפל יהיו כלליות והבסיס להערכת תשובות המטופל יהיה פחות מוצק. גורמים אלה עשויים להוביל לגישה הן פחות אמפתית והן צמודת פרוטוקול במתן האבחנה, וליחס זהיר עד כדי חשדני בהצעת הפתרון ובנכונות לעזור ביישום. עומק הפערים בולט במיוחד בהערכת הצורך באשפוז. מנעד חומרת האבחנה בנוגע לאותו המטופל נע בין הגדרת מצבו כנורמטיבי המצריך מעקב בלבד ועד להגדרת מצבו כאקוטי המחייב אשפוז בכפייה.<sup>17</sup>

כל הפסיכיאטרים שהשתתפו במחקר גילו מעורבות ומחויבות במתן מענה הולם לפונים המוצגים בשני תיאורי המקרה. אלה וגם אלה קיבלו עליהם אחריות ברמה הקלינית, המעשית וההומנית. אולם, במקרה האחד הם גילו יצירתיות במתן הפתרון, מעורבות אישית ומחויבות ליישום, ובמקרה האחר הציגו גישה מינימליסטית של אותם ערכים. קבוצת הפסיכיאטרים החולקים הביטוס בעל מרכיבים אמוניים או דתיים או לאומיים הציעה עזרה ותמיכה לפונה המוצג בתיאור המקרה הראשון (איש חב"ד), וקבוצת הפסיכיאטרים החולקים מרכיבי הביטוס חילוניים, ליברליים או סוציאלי-דמוקרטיים הציעה עזרה ותמיכה לפונה המוצג בתיאור המקרה השני (פלסטיני). ההטיה מקבלת משנה תוקף לאור העובדה שהפסיכיאטרים דווחו מראש על רוח המחקר וידעו מהן הסוגיות הנבדקות. למרואיינים נאמר כי המחקר עוסק בתחום הפסיכיאטריה התרבותית ובוחן פסיכיאטרים הבאים במגע יומיומי עם אוכלוסיות מתרבויות שונות. למרות זאת, התגלה פער משמעותי במענים שהציעו, ולרוב גם חוסר מודעות לקיומו.

17 שאלה נוספת העולה מהממצאים, שלא נדונה במאמר זה, היא אם רמה גבוהה של אמפתיה מצד המטפל בהכרח משרתת בצורה טובה יותר את הפונה.



כפי שניתן לראות בהתייחסות המרואיינים לשני הפונים, היכרות עמוקה של המטפל עם תרבות המטופל ומשמעויותיה מביאה לתגובה תואמת ושלמה יותר לאתגר הדיאגנוסטי והטיפול הניצב מולו. מעניין לבחון אפשרות, שבהינתן רקע ההווה הפוליטית-תרבותית של מדינת ישראל המאופיינת בחוסר סובלנות ל"תרבות האחרת" (אורון ולובלסקי, 2011; שנהב ויונה, 2008), היכרות חסרה עם תרבותו של הפונה נוטה להתחלף בחשדנות.

האבחון הפסיכיאטרי מכיל מרכיב לא מבוטל של קבלת החלטות שביסודן ניצבת הסוגיה של אמון הפסיכיאטר במטופל, והיא הקובעת במידה רבה את רצף הפעולות הטיפוליות (האבחנה, הטיפול המוצע ומידת המעורבות ביישומו). כפי שכבר נטען לעיל, נמצא שקרבה או פער בין הביטוסים משפיעים על מידת האמון של הפסיכיאטר במטופל, ומכאן שקרבה בין הביטוסים תמצב את המטופל ואת המענה לצרכיו במרכז, ואילו פער בין הביטוסים ימצב במרכז את החברה ואת ההגנה על צרכיה.

קשה להחיל את מושג הביטוס, מכלול של סכמות פעולה, קליטה והערכה, על מאפיינים סוציולוגיים בודדים שאינם מתחייבים זה מזה. מהלך כזה עלול לחטוא ברדוקציה ובייצוג חלקי שאינו נאמן לכלל המאפיינים של מרואיין מסוים. בורדייה עצמו ער לקושי מסוג זה וטוען כי אי-אפשר לעשות השוואה חד-ערכית בין מושג תאורטי לבין השימוש שנעשה בו בפועל (בורדייה, 2005), אולם אפשר להשתמש ברעיון בבחינת שכל ישר: "בניסיון להבין משהו, אילו הייתי חושב רק במושגים של ימין ושמאל, לא הייתי מבין לעולם דבר. הקושי המיוחד של הסוציולוגיה נעוץ בכך שהיא מלמדת דברים שאנשים יודעים איכשהו, ובכל זאת אינם רוצים או אינם יכולים לדעת אותם, מפני שחוק המערכת דורש להסתיר אותם" (שם, 184). היינו, המונחים "חילוני", "דתי", "ליברלי", "לאומי" ואחרים, הגם שאינם מייצגים את כלל מרכיבי הביטוס של הנשאלים, שופכים אור על תוכנו של הניגוד, והוא בתורו מוביל לדפוסי הפעולה השונים שנחשפו במחקר.

נמצאנו למדים, כי כאשר ביסוד הקשר שבין המטופל לבין המטפל ניצבים הבדלים משמעותיים בהביטוס, עלולים להיווצר קשיים באבחון ובטיפול. מדובר בקשיים בתקשורת עם המטופל, בקשיים הנוגעים ליצירת קרבה בין המטפל למטופל וליצירת תחושת ביטחון עבור המטופל, בקשיים בזיהוי תסמינים ובהבנת המשמעות התרבותית שלהם, וכן בקשיים בקבלת החלטה בנוגע לקביעה הקריטית – אם התנהגותו של המטופל נורמטיבית או פתולוגית. להכרה בהבדלים בין קבוצות

הביטוס שונות חשיבות רבה במציאות הישראלית, הן בשל ההרכב ההטרוגני של קבוצת הרוכב היהודית, הן לאור קיומו של פסיפס תרבותי רחב בקרב קבוצות מיעוט ילידיות בחברה הישראלית (ערבים מוסלמים, ערבים נוצרים, דרוזים, צ'רקסים ועוד), מהגרי עבודה ופליטים מרחבי העולם. תצורה רבת-תרבותי זה, שבו מתקיימות זו לצד זו חברות שונות בעלות ערכים תרבותיים שונים ונפרדים אלה מאלה, מחייב את הפרקטיקה הקלינית בישראל למודעות לבעיית חוסר-התאמה (mismatch): מצב שבו המטופל מבטא מנהגים או מצוקה באופן המקובל בתרבותו, בעוד המטפל מחפש תסמונת דיאגנוסטית המוכרת לו מתרבותו שלו, וכתוצאה מכך עלול לתת הסבר פתולוגי להתנהגות המטופל (Bhui & Bhugra, 2002). כמו כן מחייב תצורה זו את הפרקטיקה הקלינית בישראל לרגישות לסכנה הטמונה ביישום של קטגוריה נוזולוגית שפותחה עבור קבוצה תרבותית מסוימת על קבוצה אחרת, שעבורה הקטגוריה אינה קוהרנטית וחסרת תוקף (Category Fallacy), וכן לזיהוי ביטויים של תסמונות תלויות-תרבות (culture-bound syndromes) ולהצעת מענה ראוי להן.<sup>18</sup>

המאמר בוחן את הרעיון שההביטוס של הפסיכיאטר עשוי להשפיע על התהליך הנוזולוגי. אף על פי שהממצאים תומכים באפשרות זו, יש להתייחס אליהם בזהירות בשל מגבלות המחקר, ובהן הטיה אפשרית של החוקרת; מיעוט במספר הנבדקים (עשרה נבדקים בלבד); מיעוט מספר תיאורי המקרה שנבחנו (שניים בלבד); משך המחקר (הראיונות נערכו בשנים 2011-2012); ולבסוף, הרלוונטיות של הממצאים לנקודה מסוימת בלבד בזמן מבלי שנבדקה תקפותם במועד אחר או בתקופה בעלת מאפיינים היסטוריים וחברתיים שונים (לפני/אחרי בחירות, בעת מלחמה/שלום, בזמן משבר/שפע כלכלי וכיו"ב). מגבלות המחקר אינן מבטלות את ממצאיו. עם זאת, ברור כי הממצאים אינם אלא בבחינת מסמן המצביע על כיוון חקירה אפשרי, ולדעתי אף חשוב. ברצוני להדגיש כי דווקא בשל התובנה שעליה מצביע המאמר ובשל הצורך לאששה, למתנה או להפריכה, נכון יהיה להמשיך לבחון את הנושא באופן רחב ומעמיק יותר מבחינת מספר הנשאלים, מרכיבי ההביטוס הנבדקים ומנעד הוויניטות.

המודעות של המטפלים להטיות באבחון ובטיפול הנובעות מפער בין ההביטוס של המטפל לזה של המטופל או מקרבה ביניהם, וגם המענים שיפתחו בעקבותיה,

18 להרחבה ראו גובר, 2013.

אפשר שילידו טיפול רגיש יותר בפונים מתרבויות שונות ואינטרוספקציה מחמירה בדבר השפעת ההביטוס על המפגש הקליני. הנכונות של המרואיינים לסייע במחקר שעליו מבוסס המאמר, סקרנותם באשר לממצאיו והרצון שגילו להעניק את הטיפול הנכון ביותר, תומכים בהנחה שהלקחים העולים ממנו חשובים בעיניהם. לפיכך, נראה כי חשיפת הממצאים לידיעת העושים במלאכה עשויה להוביל לשינוי קטן אך משמעותי בסיוע למטופלים מתרבויות שונות ובעלי הביטוס שונה.

## מקורות

- אורון, יאיר, ויצחק לובלסקי (עורכים) (2011). ג'נוסייד – בין גזענות לג'נוסייד בעת המודרנית. רעננה: האוניברסיטה הפתוחה.
- אדגר, אנדרו, ופיטר סדג'וויק (עורכים) (2007). לקסיקון לתיאוריה של התרבות. תל-אביב: רסלינג.
- באואר, מרטין ו', וג'ורג' גאסקל (עורכים) (2011). מחקר איכותני – שיטות לניתוח טקסט, תמונה וציליל. רעננה: האוניברסיטה הפתוחה.
- בורדייה, פייר (2005). שאלות בסוציולוגיה. תל-אביב: רסלינג.
- בורדייה, פייר (2007א). סקיצה לאנליזה עצמית. תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.
- בורדייה, פייר (2007ב). השליטה הגברית. תל-אביב: רסלינג.
- גובר, רוני (2013). ההביטוס של המטפל כגורם באבחנה ובטיפול הפסיכיאטרי. עבודה לשם קבלת תואר "מוסמך". תל-אביב: אוניברסיטת תל-אביב.
- וייטמן, ששה (2007). פתח דבר. בתוך בורדייה, פייר, סקיצה לאנליזה עצמית. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- פוקו, מישל (1986). תולדות השיגעון בעידן התבונה. ירושלים: כתר.
- פורטר, רוי (2009). היסטוריה קצרה של השיגעון. תל-אביב: רסלינג.
- שנהב, יהודה, ויוסי יונה (עורכים) (2008). גזענות בישראל. ירושלים ותל-אביב: מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד.
- תובל-משיח, רבקה (2009). בין טקסט, סב־טקסט וקונטקסט: מבט נרטיבי על דיאלוג. אנליזה אירגונית: כתב עת לייעוץ אירגוני. ירושלים: צפנת.
- חוק לטיפול בחולי נפש התשנ"א-1991 (ס"ח תשנ"א מס' 1339), מיום 1.1.1991.

- Bhui, Kamaldeep, & Dinesh Bhugra (2002). Mental illness in black and Asian ethnic minorities: Pathways to care and outcomes. *Advances in Psychiatric Treatment* 8, 26-33.
- DSM-5 (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- DSM-IV-TR (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1994). *Lexicon of psychiatric and mental health terms* (2<sup>nd</sup> ed.). Geneva: World Health Organization.