

# המפגש הבין-תרבותי

## 'מדברת אל הקיר' - קלינאי תקשורת באבחון וטיפול בין- תרבותי

ריטה סבר

### הקדמה

בישראל, כמו בחברות מהגרים אחרות, יש סיכוי רב שאדם הנזקק לאבחון ו/או טיפול יקבל מענה ממטפל מקבוצת תרבות שונה משלו. במקביל, בעלי התפקידים במערכות הבריאות, הרווחה והחינוך נדרשים לא פעם לאבחון ו/או לטיפול במוטבים השייכים לקבוצת תרבות שונה משלהם. מקרים כאלה הם בעייתיים הן למטפל והן למטופל.

במחקרים שנעשו בחו"ל נמצאו מקרים שבהם תהליך האבחון לקה בחוסר דיוק, וההפרעות שאובחנו נתפסו כחריפות יותר מן המצב האמתי (Li-Repac, 1980) או שהאבחון היה שגוי ממש (Simon, 1997). ממצאים בכיוון דומה התגלו גם בישראל בטיפול נפשי בין-תרבותי. רופאים ישראלים בתחנות לבריאות הנפש ביטאו בלבול, מבוכה וחוסר ודאות בבואם לאבחן מטופלות מבוגרות שעלו ממרוקו: 'היא אניגמה לגבי'; 'האבחנות משתנות אצלה מפעם לפעם. זה נע בין סכיזופרניה פסידו-נוירוטית לבין הפרעה באישיות' (לצר, 1996: 131).

להלן סיפור מקרה שהובא בביטאון 'קו האופק' וממחיש את הבעייתיות שהייתה במהלכו ובתוצאותיו של מפגש בין-תרבותי. המפגש התקיים בעברית בין רופא עולה ותיק מברית המועצות לחולה עולה מאתיופיה, 'שידעה מעט עברית ולמדה להסתדר עם אוצר מילים מצומצם':

לפני כשנה אובחנה ממיט (שם בדוי), עולה מאתיופיה כבת 50, כחולה בסוכרת. הרופא שלה, ד"ר אלכס, הוא עולה ותיק מברית המועצות לשעבר. במהלך ביקורה במרפאה, הסתכל הרופא אל עבר מסך המחשב ורשם את הפרטים. ממיט, שידעה מעט עברית ולמדה להסתדר עם אוצר מילים מצומצם, הייתה חרדה מהמבט הבלתי פוסק שלו אל המחשב וחששה מהבשורה שהוא הולך לבשר לה. ד"ר אלכס הסביר שיש לה מחלה כרונית ושעליה להקפיד על תזונה נכונה ופעילות גופנית של 30 דקות ביום. הוא הוסיף ואמר שבשלב זה היא יכולה להסתפק בדיאטה לזוויסות רמת הסוכר בדם ומסר לה טבלה עם תפריט דיאטה יומי. עוד הורה לה שתחזור אליו בעוד כחודש וחצי למעקב. ממיט לא הבינה מהי 'מחלה כרונית', אך נשמה לרווחה על כך שאינה צריכה טיפול תרופתי וזריקות. היא ניסתה ליישם את המעט שהבינה והפסיקה לשתות 'בונה' (קפה אתיופיו); כמו-כן הפחיתה שתיית מיצים ממותקים. כעבור חודשיים חזרה למרפאה לאחר שלא חשה בטוב והבדיקות הראו החמרה

ד"ר ריטה סבר היא חוקרת ומרצה בכירה באוניברסיטה העברית (כיום גימלאית) ומרצה מן החוץ בלימודי התואר השני בהפרעות תקשורת במכללה האקדמית הדסה.

1 שמעון מנברו: כשירות חיים, 'קו האופק', ביטאון האגודה הישראלית למען יהודי אתיופיה, גיליון 31  
<http://www.iaej.co.il/newsite/content.asp?pageid=1176> נשלף ב-16.3.13

במצבה הבריאותי. ד"ר אלכס הורה לה הפעם ליטול תרופות יום יום. לתומה חשבה שהתרופות לבדן ירפאו את מחלתה ולא המשיכה לשמור על הפחתה בשתיית המיצים והקפה. באשר לפעילות הגופנית, היא חשבה שזה ילדותי ולא הבינה 'מה הקשר'. מעולם לא שמעה ולא ראתה אישה אתיופית מבוגרת רצה סתם ברחוב. הבדיקות הבאות הראו המשך הידרדרות במצבה.

בתחום האבחון הדידקטי של לקויי למידה, למשל (בלר, 2002), נמצא כי דוחות האבחון שנעשו לתלמידים יוצאי אתיופיה (בידי מאבחנים/ות ישראלים ילידיים) היו פחות תקפים ופחות מהימנים מאלה שנעשו לתלמידים 'צברים'; ובכל זאת, ההמלצות להפניה למסגרות חינוך מיוחד היו שכיחות יותר לגביהם.

מחקר שנערך בקרב רופאים וסטודנטים לרפואה בבתי חולים בארץ בסוגיית התקשורת בין רופאים למטופלים שאינם דוברים עברית (רובנוסקי, 2006) הבליט את היעדרו של תרגום מקצועי בבתי חולים, אף על פי שהמציאות הוכיחה שהוא חיוני, ואת הסכנות הכרוכות בשימוש בתרגום בלתי-מקצועי או בהיעדר תרגום בכלל. בישראל המצב מסובך במיוחד, משום שיותר משליש תושבי ישראל (עולים, מיעוטים, עובדים זרים) עלולים להיתקל בקשיי תקשורת בבואם לקבל טיפול רפואי (שם).

עבור קלינאי תקשורת, אבחון ו/או טיפול במישהו ששפתו ו/או תרבותו שונים משלהם הוא מאתגר במיוחד. הם מאבחנים ומטפלים במבוגרים וילדים הסובלים מהפרעות בתחומי השפה, השמיעה והדיבור: הפרעות הגייה, הפרעות בהבנה או בהבעת שפה מדוברת, הפרעות בתקשורת לא מילולית והפרעות בבליעה. מטרתם היא לאפשר תקשורת בצורה קלה ונוחה ככל האפשר. תקשורת תופסת אפוא מקום מרכזי בעבודתם: **Speech-language pathologists must be able to listen to and communicate with their patient in order to determine the right course of treatment**<sup>2</sup>.

קלינאי התקשורת עשויים לעבוד במסגרת מערכת החינוך, מערכת הבריאות או בשוק הפרטי; רבים מהם עובדים כחלק מצוות רב-מקצועי, הכולל אנשי מקצוע מתחומים כגון רפואה, סיעוד, חינוך, פיזיותרפיה, רפוי בעיסוק, פסיכולוגיה, טיפול במוזיקה ובאמנות או טיפול בתנועה. באלברטה שבארה"ב סקירת ספרות הצביעה על מחסור בקלינאי תקשורת רב-תרבותיים ו/או דו-לשוניים וכן על העדר הכשרה נאותה של קלינאי תקשורת לעבודה עם מטופלים מתרבויות אחרות, כמו גם על אי-התאמה של כלי אבחון שפתיים ללשונות שאינן אנגלית (SLP Literature, Review, 2004). בסקרים שנערכו בארצות הברית דיווחו קלינאי תקשורת על אי-ביטחון או על העדר מסוגלות בבואם לאבחן ולטפל בילדים מרקע לשוני ותרבותי שונה. ההסברים לכך כללו העדר הכשרה מתאימה וחוסר ידע על הבדלים תרבותיים (Guiberson et al, 2006). המודעות הגוברת לבעייתיות הכרוכה באבחון ובטיפול בין-תרבותיים הניבה פרסומים המצביעים, בין היתר, על הצורך בפיתוח כשירות תרבותית אצל המטפלים, מציגים בעיות נפוצות בטיפול הרפואי ו/או מציעים הנחיות לעבודה מיטבית במצבים כאלה (למשל, אוסטרובסקי, 2009).

US Department of Labor: Speech-Language Pathologists. Occupational Outlook Handbook <sup>2</sup>  
<http://www.bls.gov/ooh/healthcare/speech-language-pathologists.htm#tab-2>. Retrieved 2.3.13

אלקרינאווי, 1999; נובל, 2007; Wenk-Ansohn & Gurriss 2011). מחקר החלוץ האיכותני<sup>3</sup> שחלק ממצאיו יוצגו כאן הוא הראשון, למיטב ידיעתי, הנותן זְמָה לקלינאי תקשורת ישראלים לתאר את אשר קורה להם במפגשים הבין-תרבותיים שלהם תוך כדי עבודתם, כולל המפגש עם משפחות ובמיוחד הורים מתרבות אחרת כאשר המטופל הוא פעוט/ילד.

## המחקר

מטרת המחקר הייתה לקבל תמונה עשירה ככל האפשר על מה שקורה כאשר קלינאי תקשורת בישראל ממלאים את תפקידם מול מטופלים בני תרבות שונה משלהם. במסגרת המחקר רואיינו 34 קלינאי תקשורת (מהם 24 יהודים ו-10 ערבים ישראלים/פלסטינים) בראיון אישי מובנה-למחצה (ראו נספח), שבו הם התבקשו לתאר בפרוטרוט מקרה של בדיקה או טיפול באדם מתרבות אחרת משלהם.<sup>4</sup>

## ממצאים

למראיינים ניתן החופש לבחור את המקרה שהם יתארו. כך התקבל מגוון רחב של גילאי מטופלים (מתינוקות ועד קשישים) ושל קבוצות-התרבות של לקוחות שבהם טפלו הקלינאים היהודים (כגון ערבים פלסטינים, עולים חדשים, חרדים, ילדי עובדים זרים וכו') והקלינאים הערבים (כגון יהודים חילונים וחרדים, ערבים בדואים וכו').

הראיונות הניבו תיאורים עשירים של מפגשים בין-לשוניים ובין-תרבותיים של קלינאי תקשורת עם מטופלים מתרבות ושפה אחרת משלהם. בחלקם האבחון/הטיפול נעשה בשפה שהקלינאים (יהודים ישראלים ילידיים) שולטים בה אך לא המטופלים (ערבים פלסטינים או עולים חדשים) ובחלקם המטופלים היו יהודים ישראלים ילידיים דוברי עברית, ואילו הקלינאים היו פלסטינים/ערבים ישראלים דוברי עברית כשפה שנייה.

כפי שיפורט להלן, הנושאים העיקריים שעלו בראיונות היו השיבוץ האקראי של המטפל, ללא מאמץ להתאים למטופל מטפל הדובר את שפתו, האתגרים במפגש בין-לשוני ובמפגש בין-תרבותי של קלינאים מקבוצת הרוב ומטופלים מקבוצת מיעוט, מאפיינים ייחודיים של המפגש בין קלינאים מקבוצת המיעוט ומטופלים מקבוצת הרוב, והשלכותיהם של הקשיים והאתגרים על הטיפול, על המטופלים ועל הקלינאים עצמם.

יש לזכור שמדובר במחקר חלוץ, בעל אופי איכותני, והמראיינים אינם מהווים מדגם מייצג סטטיסטית. לפיכך השאלה - באיזו מידה הממצאים הללו משקפים את המצב הכללי בארץ, מחכה למחקר-המשך שיענו עליה.

## אקראיות השיבוץ

אחת השאלות שנשאלו המראיינים הייתה: איך/מדוע המטופל הגיע דווקא אליהם. אף אחד מהם

3 זהו חלק ממחקר גדול יותר, שבו ניתנה הבמה לא רק לקלינאי תקשורת אלא גם למגוון רחב של בעלי תפקידים בתחומי הבריאות, החינוך והרווחה.

4 את הראיונות ביצעו סטודנטים/יות לתואר שני שהשתתפו בקורס שנתי בשנים תשע"ב ותשע"ג.

לא ציין שנעשה ניסיון כלשהו לשבץ את המטופל לאדם מתרבותו לפני שהופנה אליהם. כולם דיווחו בצורה זו או אחרת על שיבוץ אקראי: ' באופן אקראי, 'לפי הלוח של המכון', 'מפני שאני הייתי פנויה', 'הוא הופנה דרך קופת חולים כללית בתיאום עם הקליניקה, והקליניקה בחרה בי לפי סדר ימי העבודה שהיו מתאימים למטופל וגם לי'.

כך, למשל, מטופל מבוגר, עולה חדש מאתיופיה שאינו דובר עברית, שובץ לקלינאית תקשורת ישראלית ילידית שאין צורך לומר שאיננה דוברת אמהריט – וזאת ללא מתורגמן. לקלינאי תקשורת דוברי עברית בלבד משובצים מטופלים הדוברים ערבית בלבד. ואפילו כאשר הצוות של הגוף המטפל כולל קלינאית/ת דו-לשונית/ת דובר/ת ערבית, לא הורגש שנעשה מאמץ כלשהו לשבץ דווקא אותו לבדיקת שמיעה של מטופל הדובר ערבית בלבד. קלינאיות העובדות במוסדות חינוכיים (כגון גן-שפה, בית ספר לחינוך מיוחד, בית ספר עתיר ילדי פליטים ומהגרי עבודה) מוסרות שבהיותן הקלינאית היחידה במוסד, הן מטפלות בכל ילד שזקוק לטיפול – ללא כל התייחסות לרקע הלשוני/תרבותי שלו.

מהראיונות עולה אפוא שהתאמה תרבותית או אפילו לשונית לא היוותה שיקול משמעותי, אם בכלל, בתהליכי השיבוץ של המטופל הספציפי לקלינאי תקשורת מסוים.

## אתגרים וחסמים במפגש הטיפולי

הממצאים מצביעים על קיומם של אתגרים הקשורים בעצם המפגש בין שתי תרבויות שונות, גם כאשר הוא נטול מחסום שפתי בין הקלינאי והמטופל (כלומר, כאשר גם המטופל וגם הקלינאי דוברים אותה שפה), ועוד יותר מכך כאשר מחסום כזה קיים כלומר כאשר מדובר במפגש שהיא גם בין-לשוני.

נתחיל באחרון, שמכיל במובלע גם את הראשון.

## במפגש הבין-לשוני

לקלינאים רבים חשוב ליצור קשר אישי עם הנבדקים/המטופלים, קשר הנותן למטופלים ביטחון במי שמטפל בהם ומסייע לבניית אמון בו. בהיעדר שפה משותפת, הקלינאי מתקשה מאוד ליצור קשר כזה. כמו-כן קשה לו לעקוב אחרי התפתחות הטיפול ולדעת אם ועד כמה יש התקדמות בטיפול.

אחת הבעיות הבולטות ביותר לעיני קלינאי תקשורת בהקשר הזה היא חסרונם של כלי אבחון ו/או תרגול מותאמים לדוברי שפות אחרות. אפילו לתרגול עם פעוטות נחוצים שירי ילדים שהפעוט מכיר, 'ואפילו קולות בסיסיים (למשל, קולות שהחיות משמיעות), עשויים להיות שונים' בשפות שונות. אבל זה רק חלק מהבעייתיות הכרוכה במפגש הבין-לשוני.

במפגש כזה קלינאים מתקשים להסביר למטופל את מהלכה של בדיקה שהוא אמור לעבור, לתת לו הנחיות (למשל בבדיקת שמיעה) ולהבחין בין בעיה שמקורה באי ידיעת השפה לבין בעיה שהיא מעניינו של הטיפול. בבדיקות שמיעה, למשל, כאשר המטופל אינו מגיב – הקלינאי מתקשה לעתים לדעת 'אם זה מכיוון שלא הבין את ההוראות או משום שלא שמע'. ובמהלך טיפולים,

כאשר בתרגול נראה לכאורה שילד אינו מבין – הקלינאי אינו יודע 'אם זה בגלל אי הבנת השפה או בגלל קשיי הבנה אובייקטיביים'. במהלך כיוון מכשירי שמיעה עלולה להתעורר בעיה שהקלינאי אינו מצליח להבין מה מפריע למטופל כדי לדעת איך לכוון את המכשיר: 'בשלב כיוון המכשיר (המטופלת) לא הצליחה להסביר מה מפריע לה, והיא הייתה מאוד עצבנית'.

לשם בחירת הטיפול המתאים, קלינאי התקשורת נשענים לא מעט על האנמזה - קבלת מידע מפורט על ההפרעות הקיימות אצל המטופל, איך הוא מרגיש וכד'. אך במפגש הבין-לשוני הם מתקשים מאוד לקבל את המידע הנחוץ. במקרה הטוב הם נעזרים במי שמלווה את המטופל – לרוב קרוביו, אבל לפעמים גם הם אינם יכולים לספק את המידע הדרוש. למשל, כאשר מדובר בעולה חדש המגיע לטיפול ממרכז קליטה בליווי אחד מילדיו הקטנים שכבר יודעים גם עברית ועם אחד העובדים במרכז שאינו יודע את שפתו וגם אין לו מידע משמעותי על העולה עצמו.

גם מבחינת הזמן הנדרש, האבחון/הטיפול אינו כרגיל. לפעמים הבדיקה מתארכת בשל קשיים שתוארו לעיל (הצורך להסביר לנבדק את הבדיקה, לתת לו הנחיות וכו'); לפעמים יש צורך לחזור על הבדיקה או לבצע ביקורות חוזרות (למכשיר שמיעה למשל). מצד שני, לפעמים פגישה טיפולית מתקצרת, כי המטפל מגיע למסקנה שאין אפשרות לבצע חלק מהדברים. ולפעמים הטיפול נפסק אחרי מספר פגישות קטן מהצפוי.

האתגרים העיקריים שנמצאו אפוא במפגש בין לשוני היו קושי ליצור קשר בין-אישי, העדר כלי אבחון ו/או תרגול מותאמים, קושי להסביר למטופל את מהלך הבדיקה ולתת הנחיות, קושי להבחין בין חוסר יכולת לבין אי-הבנת ההוראות, קושי לקחת אנמזה מהימנה, שיבושים בלו"ז עקב התארכות הבדיקה או הצורך לבצע ביקורות חוזרות.

נשאלת השאלה: איך קלינאים מתמודדים עם מצב שבו הם מוצאים את עצמם מול מטופל שאת שפתו אינם יודעים (והוא אינו מבין את שפתם כלל ועיקר)? אף אחד מהמרואינים לא הזכיר מתורגמן מקצועי. היו שסיפרו שהם משתמשים ב'שפת הגוף', תנועות ידיים, קולות, מחוות, וכן בכמה מילים בשפת המרואיין (בדרך כלל ערבית) שרשמו לעצמם מראש בעזרת מישהו: 'השתמשתי הרבה בג'סטות [=מחוות] ובסימנים, נעזרתי בכמה משפטים בערבית שכתבתי אותם בצד בתחילת עבודתי; במקרים לא מעטים נעשה שימוש במתורגמנים מזדמנים – אלה עשויים להיות אנשי צוות מנהלי (מזכיר/ה, עובד/ת ניקיון וכו') או אפילו מטופלים אחרים היודעים לדבר גם בשפתו של המטופל, ובני משפחה של המטופל. כך, למשל, הוריו של ילד הדובר ערבית בלבד נדרשו לבצע אתו בבית את התרגולים שקבלו מהקלינאי/ת בעברית – לאחר שהם יתרגמו לו אותם לערבית. פה ושם קורה שקיים בצוות מישהו מקצועי שהוא גם דובר את שפתו של המטופל ומזעיקים אותו לעזור למטפל (אבל לא להחליף אותו באבחון/בטיפול הזה).

## דין:

השימוש השכיח של קלינאי תקשורת במתורגמנים מזדמנים דומה למצב הכללי בבתי החולים, כמתואר אצל רובנובסקי (2006). בישראל, כמו במרבית מדינות העולם, שירותי התרגום במערכת הבריאות אינם מוסדרים (ואף אינם מוכרים) מבחינה ממסדית. מטופל שאינו דובר את שפת המקום ופונה לקבלת טיפול נאלץ 'להסתדר' בעצמו: לדאוג מבעוד מועד לליווי של בן משפחה או חבר המסוגלים לתרגם, להסתמך על מתרגמים מזדמנים. מתורגמן מזדמן הוא אדם המשמש כמתורגמן מכורח הנסיבות, למשל בן משפחה, שכן או חבר של המטופל, איש צוות רפואי או מנהלי דו-לשוני, מנקה, מטופל אחר, וכד'. במרבית מדינות העולם, וכאמור גם בישראל, התרגום

במערכת הרפואית מתבצע בידי מתורגמנים כאלה, אף שהדבר בעייתי במובנים רבים: תרגום לקוי, הטיה ועיוות של מסרים, אי-שמירה של המתרגם על סודיות של מידע רגיש הנחשף בשיחה, פגיעה בחיסיון הרפואי של המטופל, הימנעות מהצגת שאלות חשובות וממסירת מידע רגיש מפי המטופל בשל חשש מהפרת הסודיות – כל אלו דוגמאות מוכרות (רובנובסקי, 2006; סבר, 2007).

## במפגש הבין-תרבותי

מהראיונות עולים שני אתגרים מרכזיים המאפיינים את המפגש הבין-תרבותי כשלעצמו (כלומר גם כשאיננו מלווה במחסום שפתי). האתגר האחד הוא העמימות במפגש, והאחר הוא הקשר עם משפחת המטופל.<sup>5</sup>

### 1. העמימות

מפגש בין-תרבותי מתנהל לעתים קרובות כבתוך מעטה ערפל. הוא רווי בעמימות ובאי-ודאות, המניבים לא פעם אי-הבנות ומקשים על הקלינאים לעקוב אחרי ההתפתחות בטיפול ('לא יכולתי לדעת איפה היא במהלך הטיפול, כי לא הצלחתי לחוש אותה') ומתקשים להעריך עד כמה, אם בכלל, מתרחשת בו התקדמות.

הקלינאים נתקלים לא פעם בהתנהגויות מפתיעות של מטופל, שהם מתקשים להבין את משמעותן ולהתמודד איתן. למשל, כשמטופלת מבוגרת בוכה לעתים קרובות 'ללא סיבה נראית לעין', כשילדה פורצת במפתיע, ללא התראה, בבכי סוער ומתמשך, מורידה את הראש על השולחן ומסרבת לראות את המטפלת; כשילד מתעצבן וחוזר שוב ושוב על דבריו, בצעקות. בעמימות שבה רווי המפגש הבין-תרבותי טמון גם קושי לנבא אילו אמצעים מקצועיים המשמשים את הקלינאי באבחון /טיפול/תרגול ו/או אילו פרטי-סביבה עלולים לעורר, מסיבות תרבותיות, תגובה קשה אצל המטופל. הדבר בלט בדברי הקלינאים על המפגש עם מטופלים חרדים (למשל, לנער חרדי - הצגת תמונות המתארות סיפור על ילדה; או שימוש באייפון, שבעיני המטופל נחשב לטמא). זו עלולה להיות בעיה (סמויה, שלא ניתנה עליה הדעת) גם במפגש עם מטופלים מוסלמים (ואחרים) האדוקים בדתם או שתרבותם מכילה התייחסויות לא-מוכרות להיבטים מסוימים.

### 2. הקשר עם בני משפחה המלווים את המטופל

במקרים רבים המטופל מגיע אל קלינאי התקשורת כשהוא מלווה במישהו מבני משפחתו. כשהמטופל הוא ילד, פעוט או תינוק, הוא מגיע בלווי אחד מן ההורים או שניהם, והם אמורים לקחת חלק בצורה זו או אחרת בטיפול עצמו. כשהמטופל הוא אדם מבוגר, לא פעם מתלווים אליו בני משפחה (בעל/אישה, אח/ות, בן/בת) לצורכי תמיכה ו/או כדי לשמש כמתורגמנים לעת-מצוא. בחלק מהמקרים הקלינאי יכול להיעזר מאוד במלווה הדו-לשוני: 'הבן שלו ידע טוב את שתי השפות, ומאוד נעזרתי בו [...] הכול היה בליווי הבן ודרכו גם בטיפולים בתחומים אחרים. כשהבן היה מאחר אז התמקדנו ביכולות שפחות דורשות [...] שעות הטיפול היו מתואמות עם הבן'. לעתים נוצר קשר טוב בין הקלינאים והמלווים: 'נקשרתי מאוד למטופל [הקשיש] ולבן שלו, והם נקשרו אלי, וממש בכינו כשהיינו צריכים להיפרד'. אבל בראיונות רבים הצטייר קשר בעייתי עם המלווים את המטופל, במיוחד כשמדובר בהורים –

5 בעיקר ההורים (כשהמטופל הוא תינוק/פעוט/ילד); כשהמטופל הוא קשיש, מדובר בבן/בת, ולפעמים מטופל בוגר מלווה בבת/בן זוג, אח/ות או קרובים אחרים.

ששיתוף הפעולה שלהם הוא חיוני לטיפול. לבעייתיות בקשר עם ההורים יש פנים רבות. קלינאים נתקלים לא פעם בחשדנות ובחוסר אמון מצד ההורים: 'אצלה [אצל האם] אני לא רואה תהליך רכישה של אמון. כמו שנכנסה באוקטובר, כך נכנסת היום'. הקלינאים סבורים לפעמים כי הורי המטופל שלהם אינם מכירים בחשיבות הטיפול: 'נראה שההורים לא הבינו לחלוטין מה עליהם לעשות עם הילד, ולא הכירו בחשיבות הטיפול'; ו/או שהם חסרים את התחכום הדרוש כדי להבין הסברים והנחיות: 'לא היה אפשרי לשלב אותם במתרחש בטיפול ולתת להם המלצות והכוונה לעבודה בבית, כי הם היו גם ברמה נמוכה מבחינת אינטליגנציה ולא הבינו על אלו קשיים אני מדברת ומה בכלל מטרת העבודה שלי עם הילד'.

לא פעם קלינאים מתארים את ההורים כמוגבלים ('יש בה משהו מוגבל [...] היא דפוקה'), לא מודעים, לא מקבלים את המצב ('אני חושבת שרוב הזמן היא לא מבינה מה קורה [...] היא עדיין לא מקבלת את המצב של הילד') ומכחישים את חומרת הבעיה ('הם נהגו להזכיר כי לבנם הגדול היו בעיות דומות, וכי זה הסתדר עם הזמן'). קורה גם שקלינאים תופסים את ההורים כלא עקביים, לא אמינים, וחושבים שההסברים שלהם אינם אלא תירוצים (למשל, מדוע לא הגיעו לאבחונים? כי, לדבריהם, הם לא יכולים לבוא בשעות הפתיחה, רק בשעות מאוחרות יותר).

קלינאים מצפים שההורים, גם אם הם מתרבות אחרת - יכירו בסמכותם ויקבלו את המלצותיהם, ומופתעים לעתים כשהם מסרבים לוותר על מעמדם המשמעותי כהורים, דורשים לקבל דיווח מפורט על מהלך הטיפול וההתקדמות בו; או מתנגדים לכך שהמטפל יתעלם משיקול דעתם לגבי מה שטוב לילדם. לדוגמה: הורים שהביעו התנגדות נחרצת להשמת בנם בגן שפה,<sup>6</sup> בנימוק שזה לא חלק מהתרבות שלהם, שהם אינם מכירים את זה ומשום כך הם לא מעוניינים שבנם יהיה במסגרת גן לחינוך מיוחד.

הבעייתיות בקשר עם ההורים עשויה להתבטא, מצד אחד, בהתערבות יתרה בתוך המפגש הטיפולי עצמו - למשל, כשהאם עונה במקום הילד על שאלות של הקלינאי המכוונות ליצור קשר עם הילד; ומצד שני - באי שיתוף פעולה עם הקלינאי לגבי מה שקורה בבית, למשל. יש לזכור כי הטיפול בהפרעות תקשורת נעשה תוך כדי המפגש עם קלינאי התקשורת, אבל אמור להיות מלווה בתרגול בבית בזמנים שבין מפגשי הטיפול. הקלינאים מדגישים את חשיבות התרגול בבית ומצפים שמשפחת המטופל - במיוחד ההורים - יבצעו את התרגולים עם הילד. אבל לא פעם הם ניצבים מול פרדוקס: מצד אחד, ההורים מפגינים רצון טוב, אינם מתווכחים עם הקלינאי ומקבלים על עצמם לבצע את הנחיותיו - אלא שבפועל אינם עושים זאת: 'תמיד הם כיבדו ואמרו 'כן, כן', אבל בסוף הם לא עשו כלום ...'.

הקלינאים שרואיינו הרבו להתייחס לחוסר שיתוף פעולה של ההורים, במיוחד בתחום התרגול בבית: 'ההורים לא חוזרים על התרגולים עם הילד בבית. יש לי תחושה שההורים, שגם הם נראים מתוסכלים, לא מתרגמים נכון לילד ולא חוזרים על התרגילים בבית'; לדבריהם, ההורים לא מבצעים הוראות והנחיות ('קיבלו הנחיות לעבודה בבית אך לא יישמו אותן, למרות הרצון הטוב שהפגינו'), אינם פועלים לפי ההמלצות ('לפעמים אני מרגישה שאין סיבה לטפל בו [בילד], כי היא [האם] לא מקשיבה להמלצות שלנו ולא עושה את מה שאנחנו מבקשים וזה קשה'), אינם משקיעים את הזמן הדרוש לתרגול בבית ('לא היה להם את הפניות בשבילה, את הזמן לשבת איתה, ולעבוד איתה,

6 גן של חינוך מיוחד, המיועד לילדים עם איחור בהתפתחות השפה ומספר הילדים בו מצומצם בדרך כלל. הגננת בגן כזה מתמחה בתחום קידום יכולות השפה, וכל שבוע מגיעה לגן קלינאית תקשורת המספקת לילדים טיפולים פרטניים בתחום השפה.

למרות רצונם הטוב), מסרבים לקבל הדרכה, וכן הלאה. הקלינאים מצדם מתקשים לא פעם לפתח אמפטיה כלפי ההורה האחר, לפעמים עד כדי ויתור על קשר אתו: 'האמת היא, כשאני חושבת על זה, נראה לי שעם הזמן די צמצמתי אתה [עם האם] מגע ושיחה, כי אני מרגישה שאני לא מצליחה להגיע אליה. קצת ויתרתי'.

## דין:

בדומה לממצאים הללו, גם במערכת החינוך הישראלית נמצא ש'הקשר עם משפחותיהם של התלמידים העולים היה אחד הנושאים שאיתו התקשה הסגל החינוכי להתמודד. ההורים העולים הצטיירו כמי שמזניחים את ילדיהם ואינם תורמים להתפתחותם; ולא פעם היה הסגל מתעלם משיקול דעתם. במקרים קיצוניים, המגמה הייתה לצמצם ככל האפשר את המגע איתם, בהצדקה שתפיסותיהם מנוגדות לתפיסות הצוות החינוכי ופוגעות בחינוך הילדים (סבר, 2012: 148).

האופן שבו קלינאי תקשורת מתארים הורים, כמצטייר מהמחקר הנוכחי, דומה מאוד לתיאורים הנשמעים מבעלי תפקידים במערכות בריאות, רווחה וחינוך בחו"ל (Gougeon, 1993), מצוטט אצל סבר, 2012) ובארץ (סבר, 1997). הללו מתארים הורים מקבוצות מודרות (מהגרים, מיעוטים, משכבות מצוקה וכו') כחסרי אמון במערכות המקומיות, לא מעורבים בחינוך ילדיהם, עסוקים בקשיי הקליטה/הקיום שלהם עצמם, חסרי פנאי ו'ראש' לילדיהם, לא מקדישים לילדים מזמנם, מזניחים אותם, מפקיעים מעצמם את האחריות לחינוך/לטיפול בילדים ומטילים אותה על הגורמים הממסדיים, מתכחשים לעובדה שיש לילדם לקות או נכות (שזוהתה בבירור), חסרים את התחכום הנדרש להבנת מידע הנוגע לילדם, וכן הלאה.

הממצאים לגבי חוסר האמון והחשדנות של מטופלים (ו/או הוריהם) בקלינאי תקשורת שאינו בן תרבותם תואמים לממצאי מחקרים על חשדנות שרוחשים מהגרים, מיעוטים וקבוצות מודרות אחרות כלפי גורמים ממסדיים (Moreno-John et al., 2004). החשדנות וחוסר האמון שלהם עשויים לקבל ביטוי גלוי כשההשתתפות שלהם היא וולונטרית – למשל, כשפונים אליהם להשתתף במחקר, הם עשויים לסרב? אבל כשהבחירה איננה בידם – למשל כשעליהם לעבור אבחון או לקבל טיפול במערכות ציבוריות – הביטויים עלולים להיות סמויים ולקבל צורה עקיפה יותר; הם עשויים בהקשר כזה להסכים כביכול, לומר 'כן, כן' – אבל לא לבצע, כפי שנמצא במחקר הנוכחי. ביטויים כאלה שייכים לתופעות שכונו 'התנגדות יומיומית', המתבטאת בין היתר בהאטה, העמדת פנים, היענות כוזבת, בורות מדומה, וכד'; אלה 'כלי הנשק הפשוטים הנמצאים ברשותן של קבוצות שהן חסרות כוח' ומאופיינים, בין היתר, בהימנעות סמלית מעימות ישיר עם הרשויות או עם נורמות של האליטה השלטת. יש המכנים זאת 'צורות ברכטיות של מאבק' (סקוט, 1985, מצוטט אצל קפלן, 1997: 164).

## סוגיית ההתאמה התרבותית

היו מרואיינים שאמרו כי האינטראקציה עם המטופל חידדה מבחינתם 'את החשיבות של התאמת הטיפול לתרבות של הילד שבו אני מטפלת'; שלמדו לשים לב לכך 'שלא תמיד ההמלצה שנראית

7 אחת ההשלכות של הסירוב הזה היא תת-ייצוג שלהם במחקרים קליניים (Moreno-John et al., 2004).



כמהלצה הטובה ביותר בעיני – מתאימה לכל ההורים, ושיש להתחשב בתרבות שממנה הגיעו ההורים'. היו שהתייחסו לסיכוי שהתאמה תרבותית עשויה להגביר את האמון של ההורים בקלינאי: אילו היו מאותו מוצא ו'בעלי דעות זהות בנוגע לחשיבות גן שפה למטופל, יחס ההורים כלפי היה משתנה, והאמון בינינו היה חזק יותר'; אחרים התייחסו להשלכותיה של ההתאמה התרבותית על היעילות של הטיפול: 'אם קלינאי תקשורת דובר ערבית היה מטפל בילד, היינו מקבלים תוצאות אפקטיווי יותר. לי אין מידע על התרבות הערבית, בנוסף, [אני] לא יכול לנהל שיחה בערבית'. אלא שמרבית המרואיינים לא דיווחו על התעניינות בזווית הראייה של המטופל ו/או הוריו, בשאלה איך הם תופסים את הבעיה, מה הם חושבים על הפתרונות המוצעים, מה מקובל בתרבות שלהם במקרים כאלה? לשאלה אם האינטראקציה עם המטופל חידשה להם משהו, חלקם ענו שהיא חיזקה מבחינתם את האמונה שהם פועלים נכון, שהם לא הרגישו שהמפגש חידש להם משהו משמעותי; לא דווחו שהם למדו משהו על תרבותו של המטופל. חלק מהמרואיינים מאמינים שאין חשיבות מיוחדת להתאמה תרבותית או שאפילו יש יתרון בכך שהמטפל הוא חיצוני לתרבותו של המטופל.

#### דין:

ממצאים אלה מתיישבים עם הידוע על תופעות של 'עיוורון תרבותי' (סבר, 2007 ב'), הקשור ב'מיתוס האוניוורסליות', ושל טיפול מתוך 'בועה תרבותית' (אלקארנאווי, 1999). 'עיוורון תרבותי' מתבטא בהכחשת הרלוונטיות של שונות תרבותית, מתוך הנחה סמויה שבכך נמנעים מהתנשאות ומהפליה על רקע של השתייכות תרבותית.<sup>8</sup> 'מיתוס האוניוורסליות' מסייע למומחים, העוסקים במקצועות הסיוע, להאמין כי המיומנויות המקצועיות שלהם הן בעלות תוקף כללי ואפשר להשתמש בהן לטיפול ביחידים הבאים מרקע שונה משלהם. הם מניחים שהתנהגות מסוימת היא נורמלית, בלי להכיר בכך שהגדרת 'הנורמלי' תלויה בתרבות, בכלכלה ובפוליטיקה. 'הבועה התרבותית' מתבטאת בכך שמטפלים, במיוחד אלה המשתייכים לתרבות הדומיננטית, אינם מודעים לכך שהפרשנות וההסברים שהם נותנים להתנהגותם של המטופלים בתהליך הבין-תרבותי נגזרים מתוך מודלים מנטליים סמויים המשקפים את התרבות שאליה הם שייכים – וההסברים הללו עלולים להיות שגויים לגבי מטופלים מתרבות אחרת:

*Even though clusters of symptoms [...] occur across cultures, the interpretation of complaints, their classification and the understanding of illness are culturally differentiated. (Wenk-Ansohn & Gurriss, 2011: 183)*

8 המקור color blindness משמעו הפגנת אדישות כלפי הבדלי צבע/מוצא; אדישות שמתיימרת להעיד על היעדר דעות קדומות כלפי 'אחרים' (שחורים, צבעונים, ובישראל - 'מזרחים', אתיופים וכדומה)

## מאפיינים ייחודיים למפגש הטיפולי של קלינאים מקבוצת מיעוט עם מטופלים מקבוצת הרוב

בראיונות שתיארו מפגשים בקטגוריה הזאת היו המטופלים ישראלים יהודים דוברי עברית, ואילו הקלינאים היו פלסטינים/ערבים ישראלים דוברי עברית כשפה שנייה. לכן מדובר במפגשים בין-תרבותיים יותר מאשר במפגשים בין-לשוניים.

הבעייתיות במפגשים הללו התבטאה לא פעם ברתיעה אישית מצד המטופלים היהודיים (ו/או בני משפחתם) ובהתנגדות – גלויה או מוסווית – למטפל הערבי. 'הופתעת מהתגובה הראשונית שלה ושל בעלה כשקיבלתי אותם בפעם הראשונה. הייתה לי תחושה שהם נרתעו כשהבינו שזאת אני שהולכת לטפל בהם והתגובה הראשונה שלהם הייתה: 'את, את שהולכת לקבל אותי??'. 'בהתחלה [ ההורים ] לא קיבלו שקלינאית תקשורת דוברת ערבית תטפל בה [בילדה]!'

קלינאים ערבים נתקלו בחשדנות, בחוסר אמון ובספקנות לגבי רמת המקצועיות שלהם ובביקורתיות כלפיהם תוך כדי הטיפול ('[כש] הייתי מבקשת ממנה לבצע כמה תרגילים או משימות הקשורים לטיפול, היא הייתה מעירה הערות עוקצניות קצת ומביעה ספק לגבי יעילותם'). פה ושם הגיעו הדברים עד כדי סירוב גלוי לקבל טיפול מהקלינאית/הערבי ודרישה מפורשת שאת הטיפול/בדיקה יבצע קלינאי יהודי – לפעמים בליווי ניסיון להסוות את הדעות הקדומות במתן סיבה מקצועית/עניינית כביכול: 'היא הסבירה לי שהתלונה לא הייתה בגלל שאני ערבי אבל בגלל השוני השפתי'. ממצא מעניין במיוחד היה שהמפגשים הללו אופיינו במידה ניכרת של רגישות תרבותית ושל כבוד מצד המטפל כלפי תרבות המטופל ובמיוחד כלפי הורים של פעוט מטופל – הרבה יותר מאשר מצד מטופלים מקבוצת הרוב – והרגשת מחויבות של המטפל להתאים את עצמו: 'אני למדתי שאם אני מטפל במישהו מתרבות שונה, אני חייב להיות מוכן, ואולי אם אני לומד משהו על תרבות המטופל, זה יותר טוב'.

קלינאים מקבוצת מיעוט השקיעו יותר מאמץ בטיפול במישהו מקבוצת הרוב; הם היו מודעים לצורך להבין את המטופל ועל מה הוא מדבר, ולבעייתיות של אי היכרותם עם מילים ומושגים ספציפיים לתרבותו של המטופל (סוגיה שכלל לא עלתה בראיונות עם קלינאים מקבוצת הרוב שטפלו במטופלים מקבוצת מיעוט). במיוחד בלט אצלם הדבר בעת הדיבור על מאכלים ובהתייחסות לתקופת החגים היהודיים. הם השקיעו יותר אנרגיה בהכנות למפגש הטיפולי וגם יותר אנרגיה בניסוח מוקפד של דבריהם במהלך המפגש: 'הייתי תמיד צריכה לחשוב יותר על ניסוח המשפטים כדי להגיד אותם, ולרוב הבעיה הייתה במשפטים השייכים לתרבות היהודית', מחשש ש'הניסוח של המשפטים והתרגום המילולי מהשפה הערבית לשפה העברית גורם למשפטים להישמע כלא טבעיים'.

היו גם מקרים אחרים: א) בקרב הקלינאים הערבים – כאשר המטופלים היו בדואים והקלינאים היו ערבים 'מהצפון' או מהמשולש, נמצא דפוס ההתייחסות המזכיר את הניכור וההתנשאות שהשתקפו לעתים ביחסם של קלינאים יהודים אל מטופל ערבי או עולה מאתיופיה; ב) בקרב הקלינאים היהודים – כאשר המטופלים היו חרדים, הקלינאים (גם הדתיים שבהם) היו רגישים להבדלים התרבותיים ולצורך ללמוד על התרבות האחרת, להימנע מלפגוע בהיבטים משמעותיים שלה, להתאים את הטיפול ואת עצמם – מבחינת לבוש, חומרים והכרת מילים ומושגים ייחודיים למה שמכיר המטופל מתרבותו.

## כיצד ניתן להסביר את ההבדלים שנמצאו כאן?

כאמור, במחקר הנוכחי נעשתה הבחנה בין המפגש הבין-תרבותי, המתקיים כאשר המטפלים הם מקבוצות הרוב והמטופלים מקבוצת מיעוט, לבין המפגש הזה כאשר המצב הפוך – כלומר, המטפלים הם מקבוצת מיעוט ואילו המטופלים הם מקבוצת הרוב.<sup>9</sup> ההבחנה הזאת מאפשרת להראות כי תופעת 'הבועה התרבותית' בולטת אצל קלינאי תקשורת יהודים העובדים עם מטופלים מקבוצות מיעוט, הרבה יותר מאשר אצל קלינאים ערבים העובדים עם מטופלים יהודים. נזכור שהראשונים מקיימים את המפגש הבין תרבותי בשפה שהם שולטים בה, אך המטופל אינו יודע או אינו שולט בה. למעט יוצאים מן הכלל מעטים, רובם אינם מתעניינים בתרבותו של המטופל, ומתגלה לפעמים נימה של התנשאות עליה. חלקם מאמינים שהפער התרבותי בינם ובין המטופל אינו משפיע על איכות הטיפול שלהם, וחלקם מודעים להשפעתו של הפער התרבותי, אך מאמינים שזהו מצב נתון שבמסגרתו הם עושים כמיטב יכולתם והם חסרי אונים לשנותו.

לעומת זאת, הקלינאים הערבים המטפלים ביהודים מקיימים את המפגש הטיפולי בזירה התרבותית של המטופל ולא שלהם, בשפה שלעתים קרובות המטופל שולט בה יותר מאשר הם עצמם. אצלם נמצאו רגישות וכבוד לתרבות המטופלים (כולל ההורים) והרגשת מחויבות להכיר את הדקויות בתרבותו של המטופל, להשקיע יותר בהכנה למפגש הטיפולי ולהתאים אותו לתרבותו של המטופל.<sup>10</sup>

אחד ההסברים לממצאים הללו יכול להיות שמטפלים השייכים בעצמם לקבוצת מיעוט מכירים מקרוב, על בשרם, את ההשלכות של התנכרות לתרבותם במצבים של מפגש בין-תרבותי. הסבר נוסף יכול להיות קשור בערעור מאזן-הכוחות של המטופל והמטופל. ברגיל, הקלינאים הם שנמצאים בעמדת-כוח מול המטופלים שלהם בזכות מיצובם המקצועי והחברתי, ובמיוחד כאשר המטופלים שייכים לקבוצות מודרות:

□

their position of power [...] is attributed to them by their professional and social standing. (Wenk-Ansohn & Gurriss, 2011: 183)

ייתכן שהממצאים דלעיל מרמזים שמאזן-הסטטוסים של הקלינאי ושל המטופל הוא שמשפיע על התשובה לשאלה: עד כמה רואה עצמו הקלינאי מחויב להתאמץ כדי שהטיפול יהיה מותאם תרבותית למטופל? עד כמה הוא יתעניין בנקודות המבט התרבותית של המטופל? תמיכה בהסבר הזה אפשר לראות במקרים שבהם קלינאים מצאו עצמם ביחסי סטטוס שונים מהרגיל אצלם במפגש טיפולי בין-תרבותי כמו, למשל, קלינאים יהודים דתיים במפגש עם מטופלים חרדים; קלינאים עולים שטפלו ב'צברים' (ואלה תיקנו להם שגיאות בעברית...); וכן טיפול בלקוחות בדואים בנגב בידי קלינאים ערבים מהצפון או מהמשולש. הקלינאים היהודים הדתיים ראו עצמם מחויבים להתאים את הטיפול למטופלים חרדים; לעומת זאת, תיאורי טיפול בלקוחות בדואים בידי קלינאים ערבים מהצפון או מהמשולש שיקפו ניכור והתנשאות ולא רגישות תרבותית.

9 אצל רובנובסקי (2006) יש נגיעה קלה במצב כזה (מטופלים 'צברים' וצוות רפואי של עולים מרוסיה), שהיא מכנה 'מצב פרדוקסאלי' ומאמינה שהוא יחלוף כאשר הרופאים העולים ישפרו את שליטתם בעברית, כפי שהיא מאמינה שראוי שיעשו.

10 ממצאים אלה מזכירים את הממצאים מחו"ל בדבר נכונות רבה יותר של מורים מהגרים לעבוד עם תלמידים מקבוצות מיעוט - לאו דווקא מקבוצתם (Rong, 1998, אצל סבר, 2012).

## השלכות הקשיים

מהראיונות עולה שמכלול האתגרים והקשיים שתוארו לעיל משליכים משמעותית על הטיפול, על המטופל ועל הקלינאי עצמו.

הממצאים לגבי ההשלכות על הבדיקה ו/או הטיפול היו צפויים למדי. בחלק מהמקרים טענו המרואיינים שהטיפול הצליח והיו לו תוצאות רצויות; אבל ברבים מהמקרים דווח על אפקטיוויט נמוכה של הטיפול ('אין התקדמות ניכרת'; 'הילד לא מראה שיפור ניכר'; 'נשאר ברמה נמוכה משמעותית יחסית לבני גילו') או של הבדיקה ('התוצאות לא חד-משמעיות'), לפעמים עד כדי צורך לבצע בדיקה חוזרת ('הבדיקה נתנה תמונה כללית, אך יש צורך בבדיקה נוספת: תגובות הנבדק לא היו עקביות') או מחזור נוסף של פגישות טיפוליות.

החידוש העיקרי בחלק הזה הוא בממצאים המצביעים על שכיחותן ועוצמתן של ההשלכות על הקלינאים עצמם. תיאורים של חוסר אונים, תסכול ('הרגשתי לעתים שאני 'מדברת אל הקיר') ופגיעה בתחושת המסוגלות המקצועית שלהם בטיפולים הבין-תרבותיים חזרו ועלו שוב ושוב בראיונות השונים – ומדובר הן בקלינאים יהודים והן בקלינאים ערבים. היו גם מי שצינו כי התאמה תרבותית הייתה משפרת את הביטחון העצמי שלהם ('אם המטופלת הייתה מקבוצת התרבות שלי [כלומר ערבית], יכול להיות שאני הייתי מרגישה יותר בטוחה בעצמי ומשדרת יותר ביטחון; ובכך אולי הייתה פוחתת הגישה השלילית של המטופלת').

קלינאים דיווחו שהרגישו חסרי אונים, שהטיפול לווה בתחושת 'פספוס' והחמצה, אי מיצוי הפוטנציאל של הטיפול, הרגשה שהטיפול היה קל יותר ו/או מצליח יותר אילו המטופל היה מאותה קבוצת תרבות, הרגשת השפלה (כשהמטופל מסרב להיבדק או לקבל טיפול), הרגשת הקלה כשהטיפול מסתיים (לעתים מעורבת בתחושת אשמה על כך) ואפילו החלטה – בעקבות מפגש מתסכל במיוחד – לטפל להבא רק במטופלים מקבוצת התרבות שלו.

## סיכום

עבור קלינאי-תקשורת, שכמשתמע משמם התקשורת תופסת מקום מרכזי בעבודתם, אבחון ו/או טיפול במישהו ששפתו ו/או תרבותו שונים משלהם הם עניין מאתגר במיוחד. מחקר החלוץ האיכותני שחלק מממצאיו הוצגו כאן נתן במה לקלינאי תקשורת ישראלים לתאר בפרוטרוט את אשר קורה להם במפגשים הבין-תרבותיים הללו, כולל המפגש עם הורים מתרבות אחרת כאשר המטופל הוא פעוט/ילד.

הממצאים מציינים מכלול של אתגרים וקשיים שקלינאי התקשורת נתקלים בהם במפגש עם מטופלים מתרבות אחרת, וכן השלכות משמעותיות שיש למכלול הזה על הטיפול, על המטופל ועל קלינאי התקשורת עצמו. ממצאי המחקר מאפשרים להתייחס לא רק לקשיים ולא אתגרים של מפגש בין-לשוני (כאשר המטופל והמטופל אינם דוברים שפה משותפת) אלא גם לאלה של מפגש בין-תרבותי 'נטו', כלומר כזה שקיימת בו לשון המשותפת לשני הצדדים (גם אם אחד הצדדים שולט בה פחות מאשר הצד השני), אבל תרבויות-המוצא הן שונות.

הממצאים לגבי הקשיים והשלכותיהם על הבדיקה ו/או הטיפול עולים בקנה אחד עם הידע הקיים בספרות המקצועית – כמו, למשל, לגבי אי-התאמה של כלי אבחון שפתיים ללשונות שאינן אנגלית, ולגבי מקרים שבהם תהליך האבחון לקה בחוסר דיוק, וההפרעות שאובחנו היו חריפות יותר מהמצב האמתי.

הממצאים הנוגעים להשלכות על הקלינאים עצמם מתיישבים עם ממצאי סקרים בארצות הברית שבהם קלינאי תקשורת דיווחו על אי-ביטחון או על העדר מסוגלות בבואם לאבחן ולטפל בילדים

מרקע לשוני ותרבותי שונה (Guiberson et al., 2006). הערך המוסף שלהם הוא שהם מפרטים וממחישים את שכיחותן ועוצמתן של ההשלכות שיש לקשיים שתוארו על הקלינאים עצמם.

## המלצות

ממצאי המחקר מצביעים על הצורך לנקוט בצעדים הבאים לשיפור המצב:

1. התאמה לשונית ותרבותית צריכה להיות כלולה בשיקולי שיבוץ של מטפל למטופל.
2. כדי שהדבר יהיה אפשרי, גופי אבחון וטיפול צריכים לחתור לגיוון לשוני ותרבותי בצוות המקצועי שלהם, בדומה לצורך כזה שזוהה בסגל חינוכי: ישנן עדויות מחקריות בחו"ל לקיומו של פער בידע ובעמדות בין מורים שיש להם רקע הגירה וכאלה שאין להם. בין היתר נמצא שדרכי האינטראקציה בין מורים ותלמידים מאתנו רקע לשוני ותרבותי מקדמות רמות גבוהות יותר של מעורבות בלימודים; ושמורים דור ראשון ושני להגירה מראים יותר נכונות ללמד ילדים מתרבויות שונות ומגלים יותר אמפטיה אליהם מאשר מורים שאינם מהגרים. לפיכך, לתת-ייצוג של מורים מהגרים במסגרות חינוך יש השלכות שליליות על המודעות של הסגל למה שנחוץ כדי לתת מענה לצרכים החינוכיים של אוכלוסיות המהגרים (סבר, 2012; ההדגשות נוספו).
3. חיוני לפתח שירותי תרגום זמינים, הן פנים-מוסדיים (בגופים גדולים) והן מערכתיים וארציים. אפשר להתבסס על מגוון רחב של דרכי תקשורת (כגון טלפון, שיחות ועידה בטלפון/וידאו, סקייפ וכו').
4. במקביל, כל קלינאי התקשורת חייבים לרכוש כשירות תרבותית ולהמשיך לפתח אותה בהתמדה – זאת באמצעות הכשרה, השתלמויות, השתתפות במחקרי פעולה (action research) על המפגשים שלהם עם מטופלים מתרבויות אחרות וכו'.  
 כשירות תרבותית היא היכולת לעבוד בהצלחה במערכת שיד בה שונות תרבותית (Cross, Bazron, Dennis & Isaacs, 1989). היא מבוססת, בין היתר, על הכרה בכך שעקרונות אבחוניים/טיפוליים, כמו גם המיומנויות המקצועיות של המאבחן/המטפל, אינם אוניוורסליים אלא תלויי הקשר תרבותי; ועל הכרה בקיומם של הבדלים בין קבוצות תרבות שונות באוריינטציות הקוגניטיביות והערכיות שלהן ובסגנונות התקשורת המקובלים בהן (Meyer, 2012). מרכיבים של כשירות תרבותית הנחוצים לקלינאי תקשורת כוללים: גישה מקבלת, כבוד לשוני התרבותי הקיים בתפיסות חינוך ובריאות, ובהרגלים בתחומים הללו; התעניינות בהרגלי חינוך ובריאות, בערכים, באמונות ובדרכי הפעולה של גידול ילדים בתרבותם של ההורים; יכולת להכיל את העמימות הטמונה בתוך תקשורת בין-תרבותית; נכונות להקצאת זמן ומאמץ נוספים הנדרשים בתהליך; וגישה מעשית להמלצות.  
*Since as a therapist one is unlikely to have a thorough understanding of all cultures, one risks falling back on stereotypes that can distort perception of the individual patient. That is why it has proven useful to approach the world of the patient with an attitude of respectful curiosity and engaged neutrality through circular questioning. This approach also enables the therapists to reduce their position of power that is attributed to them by their professional and social standing (Wenk-Ansohn & Gurriss, 2011: 183).*

11 בדומה להמלצות של Kittler & Sucher (2004)

## מקורות

- http://www.articles.co.il/article/33208 נשלף 3.2.13 אוסטרובסקי, ח' (2009). טיפול נפשי תוך רגישות תרבותית. <http://www.articles.co.il/article/33208>
- אלקרינאוי, ע' (1999). טיפול נפשי רגיש-תרבות בחברה הערבית, בתוך: ק' רבין (עורכת), **להיות שונה בישראל: מוצא עדתי ומין בטיפול בישראל** (עמ' 65-81). תל אביב: רמות.
- בלר, ק' (2002). בין הצהרה למעשה - מאבחים דידקטיים מפרשים אבחונים של תלמידים עולים יוצאי אתיופיה. עבודת מ.א, האוניברסיטה העברית, י-ם.
- לצר, י. (1996) 'מפגשים בין-תרבותיים ובריאות נפש: המקרה של נשים יוצאות מרוקו'. בתוך: קשת, י' ור' איזיקוביץ (עורכים), **פנים המשתקפות במראה: תרבויות בישראל בשנות התשעים** (עמ' 127-150). תל אביב: רמות.
- נובל, א' (2007). כשירות תרבותית בשירות הבריאות. **הד האולפן החדש**, 91.
- סבר, ר' (1997) 'כאילו שהכול בסדר' - גישור בינתרבותי בבת-ספר: למה צריך אותו ואיך עושים את זה? המכון לחקר הטיפול בחינוך, בית הספר לחינוך, האוניברסיטה העברית, ירושלים, פרסום 149.
- סבר, ר' (2007א). **נוער הקהילה האתיופית בישראל: תמונת מצב**. ירושלים: שתי"ל.
- סבר, ר'. (2007 ב) לשון הקליטה - קליטת עולים בעזרת עידוד פעיל לשמירת שפת-האם וגישור בינתרבותי בחינוך, בתוך פ' פרי (עורכת), **חינוך בחברה רבת תרבויות** (עמ' 67-104). ירושלים: כרמל.
- סבר, ר' (2012) מערכת החינוך ועולי בריה"מ לשעבר - מדיניות מערכתית ודפוסי התמודדות בשטח. בתוך ס' ליסיצה וי' בוקק-כהן (עורכות), **משורשי העבר לניצני המחר התערותם של עולי חבר העמים בישראל בשנות האלפיים** (עמ' 134-157). המרכז האוניברסיטאי אריאל בשומרון.
- קפלן, ס' (1977). התנגדות יומיומית בין יהודי אתיופיה - מבט מן המחקר, מבט אל המחקר. **תאוריה וביקורת**, 10, 163-173.
- רובנובסקי, י' (2003). 'איפה בליט לך?': קשיי תקשורת בין רופאים למטופלים במערכת הבריאות בארץ. **הד האולפן החדש**, 89, 78-92.

Alberta Health and Wellness. (2004). Review of Speech-Language Services for Children and Youth in Alberta: A Literature Review . Final report: 19 November, 2004. Edmonton : Alberta

Artiles, A. J. (2000). *The Inclusive Education Movement & minority representation in special education: Trends, paradoxes and dilemmas*. Keynote address presented at the International Special Education Conference. Manchester, England, July 2000.

Artiles, A.J, Trent, S.C. & Kuan. L. A. (1997). Learning disabilities empirical research on ethnic minority students: An analysis of 22 years of studies published in selected refereed journals. *Learning Disabilities Research & Practice*, 12 (2), 82-91

- Bernard, J. M. and Goodyear, Rodney K. (1992). *Fundamentals of Clinical Supervision*. Boston: Allyn and Bacon.
- Cross T., Bazron B., Dennis K. & Isaacs M. (1989). *Toward a culturally competent system of care, Vol. 1*, Washington, D.C., Georgetown University.
- Gougeon, T. (1993). Urban schools and immigrant families: Teacher perspectives. *Urban Review*, 25 (4), 251-287
- Guiberson, M. M, Barrett, K. C., Jancosek, E. G. and Itano C. Y. (2006 ). Language Maintenance and Loss in Preschool-Age Children of Mexican Immigrants: Longitudinal Study. *Communication Disorders Quarterly*, 28 (1), 4-17.
- <http://faculty.kutztown.edu/nunez/SPA%20380/guiberson.pdf>
- Kittler, P. G. & K. P. Sucher (2004). Accent on Taste: An Applied Approach to Multicultural Competency. *Diabetes Spectrum*, 17, 200-204. <http://spectrum.diabetesjournals.org/cgi/content/full/17/4/200>
- Li-Repac, (1980). Cultural influences on clinical perception: A comparison between Caucasian and Chinese American therapists. *Journal of cross-cultural psychology*, 11, 327-342.
- Sever, R. & K. Beller (2002). *The intercultural encounter in diagnosing learning disabilities* . Paper presented at the 33<sup>rd</sup> conference of ISS (the Israeli Sociological Society). Haifa University, 11-12/2/02 (Hebrew)
- Lindsey, R.B., Karns, M. S. & K.T. Myatt (2010). *Culturally Proficient Education: An Asset-Based Response to Conditions of Poverty*. CA: Corwin
- Meyer C.R., (2012). Medicine and the Melting Pot. *Minn Med*. 2012 May; 95(5):4.
- Rong, X. L. (1998). The new immigration : Challenges facing social studies professionals. *Social Education* 62(7), 393-399.
- Simon, D. (Aug 1997). ABC of mental health: Mental health in a multiethnic society. *BMJ*, 315, 473. <http://www.bmj.com/content/315/7106/473.full>
- Smith, E.J. (1981). Cultural and historical perspectives in counseling Blacks. In D.W. Sue (Ed.), *Counseling the Culturally Different* (pp. 141-185). New York: John Wiley and Sons.
- Wenk-Ansohn, M. & Gurriss, N. (2011). Intercultural encounters in counseling and psychotherapy – communication with the help of interpreters. *Torture*, 21 (3), 182-185.

## נספח

### מתווה לראיון מובנה-למחצה (ראיון מוקדים)

- 1 - תיאור המטופל
- 2 - תיאור המטפל (המרואיין)
- 3 - הטיפול ומהלכו:
  - מה הסיבה שבגללה בא/ה לטיפול/לאבחון/ליעוץ ?
  - איך המטופל/ת תופס/ת (מתארת) את הבעיה/הסיבה ואיך המטפל/ת ?
  - (אם המטופל הוא/היא ילד/ה, השאלה היא גם איך ההורה מתאר את הבעיה)
  - מדוע המטופל/ת הגיע/ה דווקא למטפל/ת הזה?
  - למה בנקודת הזמן הזאת?
  - האם היו ניסיונות לפני כן לטפל בבעיה בדרכים אחרות (למשל, להיעזר בבעל מקצוע אחר? באיש/אשת דת? בחברים? באינטרנט?)
- כמה זמן נמשך הקשר (הטיפול/היעוץ/ האבחון) <sup>2</sup>
- האם זהו משך זמן אופייני? אם לא, מדוע?
- 4 - האם היו קשיים/בעיות במהלך הטיפול?
  - לבקש לתאר (עם דוגמאות) ולהעלות הסברים, מה גרם להן.
- 5 - איך הסתיים הטיפול ? מה היו **התוצאות** (האם היה אפקטיווי או לא? במה זה מתבטא?)
- 6 - איך **הרגיש** המרואיין במהלך הטיפול ובסיומו?
- 7 - האם המרואיין חושב שהתוצאות היו שונות אילו המטפל/המאבחן היה מאותה קבוצת-תרבות של המטופל?
- 8 - האם האינטראקציה עם המטופל הזה **חידשה** משהו למטפל? הניבה תובנות? עוררה תהיות, ספקות לגבי הנכונות של השיטה שבה עובד המטפל?