

“תחושת במן”: הפרעות אכילה בקרב צעירות יוצאות אתיופיה בישראל והתסמין בראי התרבות

רית גרונדמן-שם טוב¹, עינת צוברי², נועה לוי הכט³ ויעל לצר⁴

בעשורים האחרונים חלה עלייה בשכיחות הפרעות אכילה בקרב אוכלוסיות לא מערביות. ואולם עדויות מהספרות המדעית מלמדות שהן נובעות מסיבות שונות מאלה שבקרב אוכלוסיות מערביות ושצורות הביטוי שלהן שונות.

במאמר זה נתמקד בהפרעות אכילה כצורת ביטוי אפשרית של מצוקה נפשית בקרב צעירות ממוצא אתיופי בישראל. נתייחס לנסיבות ולהיבטים חברתיים-תרבותיים ייחודיים, כגון תהליך ההגירה, ההשתלבות בחברה הישראלית, שאלות זהות ומצבי טראומה, העשויים לסייע בתהליך האבחון והטיפול. נדון גם בקשיים המתעוררים בשל תפיסה תרבותית שונה של מצבי בריאות וחולי גופני ונפשי, ונתמקד בהפרעות אכילה. בהקשר זה נציג שני תיאורי מקרה. בדיון נציע מודל אבחנתי-טיפולי, רגיש תרבות, המתייחס בכוונת מכוון להיבטים של תרבות המוצא, תהליך ההגירה והמפגש בין התרבויות. נקודת המוצא שלנו היא שלא ניתן לבחון פניות מרקע תרבותי שונה ולאבחן אותן דרך פריזמה מערבית בלבד. מלבד זאת נציג בהרחבה אבחון אינטגרטיבי הכולל אבחון באוריינטציה מערבית, ריאיון רגיש תרבות (cultural formulation interview; CFI) ובירור תמונה פוסט טראומטית מורכבת.

- 1 דיאגנוסת קלינית. המרכז לטיפול בהפרעות אכילה **הדרים** כפר סבא, המרכז לבריאות הנפש **שלוותה**.
- 2 עובדת סוציאלית קלינית. מנהלת המרכז לטיפול בהפרעות אכילה **הדרים** כפר סבא, המרכז לבריאות הנפש **שלוותה**. מנהלת אקדמית בתוכנית ההכשרה לטיפול בהפרעות אכילה, מכון מגיד ללימודי המשך, האוניברסיטה העברית.
- 3 פסיכולוגית קלינית מומחית. המרכז לטיפול בהפרעות אכילה **הדרים** כפר סבא, המרכז לבריאות הנפש **שלוותה**.
- 4 עובדת סוציאלית קלינית. פסיכותרפיסטית, מטפלת משפחתית, ראש בית הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה. מנהלת המחקר, המרכז להפרעות אכילה, הטיבה פסיכיאטרית, רמב"ם – הקריה הרפואית לבריאות האדם.

מאמר זה מבוסס על מאמר אשר פורסם בכתב העת הישראלי לפסיכיאטריה. ניתן אישור מעורך כתב העת, פרופ' שטראוס, לפרסום המאמר בעברית בכתב העת **ביטחון סוציאלי**.

מילות מפתח: הפרעות אכילה, הגירה, אתיופיה, טראומה, ריאיון רגיש תרבות (Cultural Formulation Interview; CFI)

1. מבוא

לאורך השנים תוארו הפרעות אכילה כ"תסמונות תלויות תרבות", המופיעות בעיקר אצל נערות ונשים צעירות "לבנות" מרקע חברתי-כלכלי גבוה וממדינות מערביות מתועשות. הגורמים העיקריים להתפתחות הפרעות אכילה, לפי תפיסה זו, הם מידת החשיפה לתרבות המערב בכלל ולנורמות החברתיות הנוגעות למשקל ולהופעה חיצונית בפרט. לאור דיווחים המצביעים על עלייה בשכיחות הפרעות אכילה גם בקרב קבוצות מיעוט ובאוכלוסיות שאינן מערביות, השתנתה תפיסה זו במרוצת השנים (Pike, Dunne, & Addai, 2013; Soh & Walter, 2013). אחד ההסברים המרכזיים לשינוי הוא תהליך ההתמערבות (Westernization thesis), משמע התגברות התיעוש, העיור והגלובליזציה וחשיפה הולכת וגוברת לערכים, לנורמות ולמסרים של תרבות המערב, ובהם המסר רב ההשפעה בדבר אידיאל הרזון כמודל של יופי, הצלחה ומצוינות. ככלל הוביל תהליך ההתמערבות לתמורות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, ובהן זמינות גבוהה של מזון, התגמשות בתפיסה המגדרית, השתלבות בעולם העבודה, הישגיות ואימוץ מודלים חדשים של יופי, אופנה וגוף (Pike, Hoek, & Dunne, 2014). עוד גורם סיכון מרכזי להתפתחות הפרעות אכילה הוא מצבי מעבר ושינוי תרבותי (כגון הגירה) ומצב המתואר בספרות כ"תרבות במעבר" (Nasser, Katzman, & Gordon, 2001). יתר על כן, הגירה, ובמיוחד ממדינה לא מערבית למערבית, נחשבת אירוע חיים המגביר סיכון למצוקה פסיכולוגית ולהפרעות נפשיות בקרב אלה המועדים להן. הסיבות הן קשיי הסתגלות, התערערות מערכת התמיכה המשפחתית והחברתית, מפגש עם תרבות וסביבה פיזית זרות, דעות קדומות, אפליה וירידה בסולם החברתי-הכלכלי (Ponizovsky & Mansbach-Kleinfeld, 2015). הפרעות אכילה הן אחת מדרכי הביטוי האפשריות של מצוקות אלה (ויצטום ועמיתים, 2005). הזיקה ההדוקה בין הפרעות אכילה לטראומה מתוארת בספרות ובקליניקה (גור, 2015; Zubery, Latzer, & Stein, 2016). עם זאת, בספרות המדעית יש עדויות לצורות ביטוי שונות של הפרעות אכילה בקרב קבוצות תרבות שונות (Soh, Touyz, & Surgenor, 2006). לממצאים אלה עשויה להיות השפעה מכרעת על תהליך ההערכה והטיפול ועל האבחנה.

מדינת ישראל היא מדינת הגירה במהותה; יהודים מכל העולם עולים להשתכן בה מכוח חוק השבות. בארבעת העשורים האחרונים עלו ארצה רבות יהודים מאתיופיה. אצל חלקם היה המסע ארצה דרך ייסורים. אצל רבים מהם הוא לא תם, כשהגיעו סוף סוף למחוז חפצם, וקשיי המסע התחלפו בקשיי קליטה חברתיים-תרבותיים וכלכליים, שעברו מדור העולים לדורות שאחריהם. לכן רבים מהם מתמודדים עם מצבי דחק המתבטאים בחולי גופני ונפשי (Finklestein, Laufer, & Solomon, 2012). ואולם תהליך האבחון של מצבי

חולי אלה, הנפשיים במיוחד, והטיפול בהם כרוכים לא פעם באתגרים רבים, בין היתר לנוכח צורות ביטוי שונות שלהם, הבדלים בין תרבות המוצא לתרבות הקולטת בתפיסת מצבי בריאות וחולי והיבטים תרבותיים אחרים (Youngmann, Minuchin-Itzigsohn, & Barasch, 1999).

מטרת המאמר הנוכחי היא לתאר ולדון בתמונה קלינית של הפרעות אכילה והאכלה בקרב צעירות ממוצא אתיופי בישראל. נדון בקשרים אפשריים מסוימים בין התסמינים המוצגים לבין מצבי דחק הייחודיים לקהילה זו, החל בסיפור המסע והדרך לארץ ישראל וכלה בתהליך העלייה והקליטה בחברה הישראלית. נתייחס לרקע למחלה, לצורות ביטוייה השונות ולתפיסתה בשפה התרבותית, הן המערבית והן המסורתית. נמחיש את דברינו באמצעות שני תיאורי מקרה המתייחסים בין השאר לאבחנה של הפרעות אכילה על פי ה-5-DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Psychiatric Association, 2013). מלבד זאת אנחנו מציעות מודל אינטגרטיבי רגיש לתרבות לאבחון הפרעות אכילה והאכלה בקרב פונות ממוצא אתיופי ולטיפול בהן. ניתן להחיל מודל זה גם על פונים המגיעים מרקע תרבותי אחר.

2. הקהילה האתיופית בישראל

מדינת ישראל היא מדינת הגירה, ועל פי חוק השבות מגיעים אליה יהודים מארצות רבות ברחבי העולם ומתרבויות מגוונות. היהודים יוצאי אתיופיה, מקהילת **ביתא-ישראל**, עלו ארצה בין השנים 1980-2010 בשלושה גלים עיקריים. בגל העלייה הראשון, **מבצע משה** (1985), הגיעו ארצה כ-10,000 עולים. בשל משבר כלכלי ופוליטי באתיופיה נאלצו עולים אלה להימלט בחשאי, לעבור מסע מפרך מארצם לסודן, וטרם עלייתם ארצה שהו תקופה ממושכת במחנות פליטים (Finklestein et al., 2012). סיפור המסע לישראל של עולי **מבצע משה** ייחודי והרה משמעות מנקודת מבטם של משתתפיו, גם בשל גילויי הגבורה והתושייה שנדרשו להם וחיזקו את זהותם היהודית וגם בשל תלאות הדרך – מותם של בני משפחה, מחלות, עינויים ופגיעות פיזיות ומיניות – שצברו בהם חותם טראומטי (Ben-Ezer, 2002). בגל העלייה השני, **מבצע שלמה** (1991), עלו לישראל כ-20,000 עולים, פי שניים מהגל הראשון. בשונה ממנו, הוטסו העולים ישירות מאדיס אבבה לישראל. גל העלייה השלישי נמתח על פני 15 שנה, מ-1995 עד 2010. בגל זה, המכונה עליית איחוד המשפחות, משום שלרוב העולים היו קרובי משפחה שהתגוררו בארץ, עלו כ-80,000 איש. רוב עולי הגל השלישי היו בני הפלשמורה, יהודים מומרים (הם או אבותיהם עזבו את היהדות). בשל כך הם המתינו שנים ארוכות לאישור המדינה לעלייתם (Finklestein et al., 2012). בסוף 2018 מנתה האוכלוסייה ממוצא אתיופי בישראל 151,800 אזרחים, 57% מהם ילידי אתיופיה ו-43% ילידי ישראל שאביהם נולד באתיופיה ("צברים") (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019א). תהליך השתלבותה של קהילה זו בארץ לאורך השנים מציג תמונה מורכבת: מחד

גיסא רואים מגמות עלייה מתמשכת בשיעורי הזכאות לבגרות, בהשתלבות במוסדות להשכלה גבוהה, במעגל התעסוקה, בשירות הצבאי והלאומי ובשירות הציבורי. מאידך גיסא עדיין מתמודדת קהילה זו עם קשיים ועם פערים כלכליים, חברתיים ותרבותיים (דיין, 2014). רבים מבניה מוכרים במחלקות לשירותים חברתיים: ב-2019 עמד שיעור הרשומים בהן על 309 איש ל-1,000 נפש, פי שלושה מהשיעור בקרב ילידי ישראל, ושיעור הנזקקים עמד על כ-123 איש ל-1,000 נפש, פי שניים מהשיעור בקרב ילידי ישראל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019). מבחינת אופי המשפחות, רוב הנישואין (87%) נערכים בין בני הקהילה. שיעור המשפחות החד הוריות עומד על 26%, פי שניים מהשיעור בכלל האוכלוסייה ובקרב המשפחות היהודיות והאחרות. גם שיעור הגירושין גבוה בהרבה מזה שבאוכלוסיית היהודים ילידי ישראל – 16 מקרים ל-1,000 לעומת תשעה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019א). מלבד זאת, שיעור מקרי אלימות במשפחה ובפרט מקרי רצח של נשים בידי בני זוגן גבוה בהרבה מהמוצע באוכלוסייה היהודית (דיין, 2014). יתר על כן, גם בסקר שנערך בקרב העולים הוותיקים, החיים בארץ 20 שנה ויותר, נמצא שהם מתמודדים עם בעיות כלכליות כבדות משקל, עם קשיי דור ועם קשיים הנובעים מהבדלי תרבות, מאפליה ומיחס הישראליים האחרים והממסד כלפיהם (קינג, פישמן וולדה-צדיק, 2012). בסקר אחר שנערך בקרב בני נוער ממוצא אתיופי הציגו 70% מהמשיבים תמונת מצב סוציאלית דומה, כמו גם תחושת זהות כפולה – ישראלים ואתיופים גם יחד (כאהן-סטרבצינסקי, עמיאל, לוי וקונסטנטינוב, 2012). תמונת מצב זו מראה לנו אוכלוסייה במעבר, הנדרשת להתמודד עם מצבי דחק קיומיים יומיומיים בד בבד שאלות מורכבות של שייכות וזהות.

3. בריאות וחולי בראי התרבות האתיופית

תפיסות לא מערביות רבות רואות במחלה ביטוי משולב של גוף, נפש, רוח, משפחה, קהילה ויקום (יונגמן ועמיתים, 2002). באתיופיה שלטת התפיסה המסורתית של רפואה, שאינה מפרידה בין מחלות גוף למחלות נפש. על פי תפיסה זו גורמי החולי נובעים ממגוון כוחות – חברתיים (למשל קנאה, כעס), טבעיים (למשל אוכל, קרני שמש וקור) ועל-טבעיים (רוחות כמו הזאר והשייטן) – השזורים זה בזה. כלומר: גורמי המחלה הם בדרך כלל "חיצוניים" ונסיבתיים; למשל קונפליקטים בין אישיים ויחסיו של היחיד עם הכוחות העל-טבעיים. יונגמן ועמיתיו (1999) מצאו שמערכת אמונות זו קנתה אחיזה גם בדורות הבאים, ובמיוחד בדור השני והשלישי (יונגמן ועמיתיו, 1999). המעבר לישראל הפגיש את העולים מאתיופיה עם תפיסות ושירותי רפואה מערביים והוביל אותם לשימוש בהם לצד הרפואה המסורתית שהביאו עימם. מכאן חשיבותה של ההתוודעות לתפיסות הבריאות והחולי המסורתיות ולקודים התרבותיים הכרוכים בהן, בד בבד עם חשיבות ההבנה כיצד החולה ומשפחתו מפרשים את מצבו, את גורמי מחלתו ואת אפשרויות הטיפול שהרפואה המערבית מציעה.

4. האוכלוסייה האתיופית ותחום בריאות הנפש

בלקסיקון האתיופי יש הגדרות לבעיות ולמחלות נפש. הן נחלקות לשלוש קבוצות עיקריות: פסיכוזות ("יאמרו בשיתה" (Yeamro Beshita) – מחלת נפש; "אבד" (Ebd) – שיגעון כרוני; "בסצית" (BESCCET) – פסיכוזה זמנית, "קווס" (Qaws) – מצבים דלרנטיים ואחרים); נזירוזות ("האזן" (Hazen) – דיכאון, צער; "פירהט" (Firhat) – פוביות; "צ'ינקט" (Chinket) – חרדה, פחד; "מנטקט" (Menetket) – מתח, עצבנות); הפרעות אישיות ("קוטו" (Kutu) – אדם עם סף תסכול נמוך; "נצינאצא" (Nacnacca) – מתלונן סדרתי; "תלוואואצ" (Tlawawac) – אדם לא יציב שמצבי רוחו משתנים במהירות; "טטראטרי" (Tatratari) – אדם חשדן מאוד) (יונגמן, מינוצ'ין-איציקסון וזרה, 1997). עם זאת, כשבני הקהילה פונים לשירותי רפואה מערביים, פעמים רבות הם נוטים לבטא מצוקות נפשיות בצורה סומטית ומטאפורית אופיינית (יונגמן ועמיתיו, 1999). תופעה זו, המכונה סומטיזציה, נחשבת אחת מצורות הביטוי הנפוצות ביותר של עקה פסיכולוגית בקרב מהגרים ומאופיינת בנטייה לדווח על מצוקה ועל תסמינים גופניים. זאת ועוד, לא פעם, אף שאין מגלים אצלם ממצא פתולוגי ברור, הם מתעקשים שמשחו לא תקין בגופם ומבקשים עזרה רפואית בהקשר זה (Lipowski, 1988). סומטיזציה היא אחת הסיבות לכך ששירותי רפואה ראשוניים ושניוניים לוקים באבחון הפרעות נפשיות אצל מהגרים מרקע תרבותי שונה ועל כן לוקים גם בטיפול בהן (Ferrari et al., 2015), ואכן במחקר בקרב עולי אתיופיה נמצא שרבים נוטים לסומטיזציה של בעיות רגשיות; רובם התלוננו על אי נוחות באזור הלב, הראש והבטן, ובעיקר על תחושות בעירה, נימול, עקצוץ, כובד, חולשה או על אי תחושה (Youngmann, et al., 1999). גם הפסיכולוג הקליני גדי בן-עזר (Ben-Ezer, 1990) ציין תסמינים הקשורים למערכת העיכול ולאכילה כצורה שכיחה במיוחד של ביטויים סומטיים בקרב אוכלוסייה זו. אחת הדוגמאות המובהקות לכך היא תופעת ה"זאר" (Zar), שבתרבות האתיופית רואים בה את אחד הגורמים העיקריים למחלות גוף ונפש רבות. משמעות ה"זאר" היא השתלטות רוח רעה על האדם, בין בתורשה ובין בשל הפרת נורמה, המתבטאת בהתנהגות חולנית. אחד הביטויים הגופניים המוכרים יותר של תופעה זו הוא כאבי בטן, "קורינייה" (Kurenyia), אחת התלונות הרווחות אצל הפונים (קגן, ג'מבר וכהן, 2002). ואם הפונה מגיע לרופא מערבי שלא מכיר את תופעת ה"זאר" על ביטוייה השונים, עשוי זה האחרון להתקשות בתהליך האבחון והטיפול. עקב כך עלול הפונה לחוש שאין הרופא מבין באמת את בעייתו, לאבד אמון ולא לשתף פעולה עם הטיפול. ואכן לא פעם מעדיפים בני הקהילה הסובלים ממצוקות נפשיות מרפאים מסורתיים על פני מומחי בריאות הנפש. בהשוואה לעולי ברית המועצות לשעבר ולילידי ישראל, רק מעטים יחסית פונים מיוזמתם לקבל טיפול במרפאות לבריאות הנפש (יונגמן ושוקד, 2009).

באשר להפרעות אכילה, הספרות מעידה שעד לפני כ-15 שנה לא פנו צעירות אתיופיות למרפאות להפרעות אכילה (ויצטום ועמיתים, 2005). ניסיון הקליני של מחברות המאמר מלמד, שבמהלך העשור האחרון מסתמנת מגמת עלייה בשיעור הפניות של צעירות ממוצא

אתיופי, כ-30 פניות לשתי המרפאות הגדולות בארץ לטיפול בהפרעות אכילה – **הזרים**, השייכת לבית חולים שלוותה, ומרכז להפרעות אכילה בחטיבה פסיכיאטרית ברמב"ם – המקבלות מדי שנה כ-120 פניות חדשות כל אחת (מידע אישי). ואולם למרות העלייה במספר הפניות, עדיין מדובר בשיעור קטן בהרבה מהחלק היחסי של יוצאי אתיופיה באוכלוסייה הכללית בישראל, ממצא המתיישב עם המידע על שיעור הפניות הבלתי מייצג של אוכלוסיות מיעוט אחרות בישראל (Latzer, Vander, & Gilat, 2008). הסבר אפשרי לשיעור פניות בלתי מייצג זה הוא שייכתן ששכיחות הפרעות האכילה בקרב קבוצות אלה שונה משכיחותן באוכלוסייה הישראלית הקולטת (Western-oriented Israeli society). להסבר זה יש תימוכין גם במחקרים אפידמיולוגיים על קבוצות מיעוט אתניות אחרות במדינות מערביות ברחבי העולם (Becker, Franko, Speck, & Herzog, 2003; Crago, Shisslak, & Estes, 1996). הסבר אחר לדפוס השונה של פנייה לטיפול בהפרעות אכילה באוכלוסייה זו עשוי להיות קשור כאמור לדפוס שימוש שונה בשירותי בריאות הנפש, על רקע חשש מסטיגמה, מחסור בידע מספק על מערכת הבריאות ככלל והפרעות אכילה בפרט ואבחון חסר.

במאמר זה נבחן דרך שני תיאורי מקרה דילמות אבחון, טיפול ותרבות בהקשר של הפרעות אכילה והאכלה העולות במפגש עם צעירות יוצאות הקהילה האתיופית, אשר מופנות לטיפול במרפאות להפרעות אכילה בישראל. הפרטים של תיאורי המקרה טושטשו כדי לשמור על חיסיון מלא של זהותן. השמות בדויים, אך חשוב לציין ששתיהן שמרו על שמן האתיופי שניתן להן בלידתן. בדיון נציג מודל אבחנתי-טיפול רגיש תרבות, המבוסס על הספרות ועל הקליניקה, שיסייע בהבנת התסמינים של הפרעות אכילה והאכלה בקרב פונות צעירות ממוצא אתיופי. נתייחס להיבטים של תרבות המוצא, תהליך ההגירה והמפגש בין התרבויות. עוד נדון בשאלת התאמתה של שפת האבחנה המקובלת בנושא הפרעות אכילה לקבוצת אוכלוסייה זו ובהתאם לכך לטיפול בה.

מקרה 1 – "פתאום כאב חד בבטן, משהו זז מצד לצד, דקירות, ואז משהו משתחרר" (רבקה)

רבקה, בת 18, ילידת אתיופיה, תלמידת יב בפנימייה, הופנתה למרפאה בהמלצת עובדת סוציאלית מצוות הפנימייה בשל אכילה מועטה, המלווה בסחרחורות, בכאבי בטן ובהקאות בלתי רצוניות, שהובילו לירידה של שבעה קילוגרם במשקלה בפרק זמן קצר. במפגש הקבלה סיפרה שהיא אוכלת תפריט מצומצם וקבוע הכולל בעיקר חלב, ירקות ופירות. כדי להקל את הכאב, לדבריה, היא נוהגת להימנע ממוזנות רבים ולעיתים אף מאכילה בכלל. היא נמנעת גם מלהיכנס לחדר האוכל בפנימייה, כי אופן הגשת המזון מעורר אצלה תחושת גועל קשה. כאבי הבטן, סיפרה, מלווים בסבל עז שמרתק אותה למיטתה שבפנימייה ימים שלמים. תלונותיה החלו כשנה לפני שפנתה. עד אז הייתה

אכילתה תקינה לדבריה. משקלה עם הגיעה למרפאה היה 45 קילוגרם (BMI 17.5); תת משקל). כשלושה חודשים טרם הפנייה פסק המחזור, שהיה סדיר קודם לכן. היא עברה בירור רפואי נרחב אצל רופא המשפחה, אבל לא נמצא ממצא פתולוגי. משיחה עם המדריכה מהפנימייה, שליוותה את רבקה לפגישות במרפאה, עלה שתופעה זו שכיחה מאוד אצל בנות ממוצא אתיופי. אלה טוענות שהתפריט הישראלי המוצע להן אינו כולל מאכלים אתיופיים, וזה מקשה עליהן לאכול. אצל רבקה נראה שמחולל ההפרעה היה אהבה נכזבת לנער יליד הארץ שאינו ממוצא אתיופי. היא סיפרה שבכיתה ט עברה מרצונה לפנימייה, משום שמסגרת זו זימנה לה סיכוי גבוה יותר מזו שבמקום מגוריה להגיע להישגים בלימודים ובהמשך להתערות יותר בחברה הישראלית. היא למדה בכיתה מעורבת של "ישראליות ואתיופיות", ותיארה את עצמה כתלמידה טובה.

נכון לשלב האבחנה הראשונית נמצאו תסמינים גופניים המבטאים מצוקה רגשית, אך ללא הפרעה בדימוי הגוף. תמונה קלינית זו אינה מתאימה להפרעת אכילה מערבית מסוג אנורקסיה נרבוזה כי אם ל-A/R-FID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder), המופיעה ב-DSM-5 ומאופיינת בצמצום היקף האכילה ובהימנעות ממנה. יחד עם זאת, בתום מפגש ההיכרות הראשוני (intake) הוחלט להמשיך ולהעמיק את הבירור תוך התייחסות לרגישות התרבותית. בין היתר התייעצנו בטלפון עם פסיכיאטרית ממרכז אחר לבריאות הנפש שהתמחתה בטיפול באוכלוסייה זו. בהתאם להמלצותיה התמקדנו בתהליך האבחון בבירור טיב כאבי הבטן והחוויה של רבקה סביבם. בשלב הזה התברר לנו שגם על הטיפול להיות רגיש תרבות. רבקה הייתה נרגשת והכירה תודה על הנכונות להבין אחרת את סבלה. כאב הבטן תואר לפרטי פרטים. "פתאום כאב חד בבטן, משהו זה מצד לצד, דקירות ואז משהו משתחרר", תיארה. עוד התברר שלדודתה, שאצלה גדלה, הייתה תופעה דומה. רבקה סירבה לדלות מהדודה פרטים, כי חשה, לדבריה, שיהיה בכך אי כבוד כלפיה. יחד עם זאת היא הפכה מודעת יותר, ובכל פעם שהגיעה לביקור אצלה, בדקה ובחנה את נטיותיה בבישול ואת דפוסי האכילה שלה. לאחר מכן הייתה מביאה לפגישות את ממצאיה ("הבית שלה הוא המקום שבו הכי נוח לי לאכול, ואני לא מוטרדת מדבר זה אצלה").

תהליך ההגירה של רבקה: רבקה נולדה באתיופיה להורים צעירים מאוד. עם לידתה הועברה לבית דודתה (אחות האם), מכיוון שלא היו לה ילדים משלה. בהיותה בת שש, עלתה משפחת דודתה ארצה, ולכן נאלצה לחזור לרשות הוריה. רק בשלב זה נודע לה לראשונה שדודתה אינה אימה האמיתית. אף שהוריה הביולוגיים לא גידלו אותה, נרקמו בינה לבינם יחסים טובים. כשמלאו לה 10, עלתה משפחתה ארצה, ולמרות המרחק הגיאוגרפי בינה לבין דודתה חודש הקשר ביניהן. רבקה היא בת לעדת הפלשמורה, ששאלת יהדותם עדיין מוטלת בספק. היא עלתה ארצה בתחושה של אי שייכות, הן לעם היהודי (יהדות סוג ב) והן למשפחתה (ילדה סוג ב). לתחושה זו הצטרפה גם שאלת הזהות וההשתייכות שלה לחברה הישראלית. גם שפתה הייתה מכשול. היא דיברה בניב אתיופי

שהוריה אינם בקיאים בו, הניב השגור בפי דודתה, ולכן היו אלה מעירים לה פעמים רבות על שפתה.

עד שהגיעה לטיפול, מעולם לא שיתפה רבקה אדם כלשהו באירועי העבר וההווה, כמו גם ברגשות שעוררו בה. ניכר היה שעצם הדיבור עליהם במהלך הטיפול הפסיכולוגי הגביר את יכולתה של רבקה לבטא עצמה גם בפנימייה. במהלך השנה שבה הייתה בטיפול נחשפה יכולת המנהיגות שלה. היא מצאה עצמה מגינה על זכויותיה של קבוצת התלמידות האתיופיות. בד בבד התפתח עם המדריכה שיח מעצים יותר, שעזר לה לתפוס מקום בולט יותר בפנימייה. היא העבירה לבנות הכיתה שיעור בנושא אתיופיה, ויכלה לחוות אותן כלא מאיימות ואף מתעניינות. גם עם בני משפחתה יזמה שיחות על הסיבות לכך שהייתה זו דודתה שגידלה אותה בשנותיה הראשונות ועל ההשפעה של זה על מקומה בבית. לאחר שנת טיפול פסקו לחלוטין ההקאות והסחרחורות. בטיפול התזונתי היא למדה להרחיב את התפריט שלה, וחזרה למשקל שהייתה בו שנתיים קודם לכן. היא סיפרה שמדי פעם היא עדיין סובלת מכאבי בטן, אבל בעוצמה פחותה, ואין הם משבשים את תפקודה. רבקה סיימה כיתה יב, ועד שהתגייסה לצה"ל המשיכה להגיע למרפאה בכוחות עצמה. האבחון והטיפול רגישי התרבות כיוונו את הצוות הטיפולי לחפש עימה ולאחר מכינה קדם צבאית לבני נוער ממוצא אתיופי. מכינות אלה הוקמו לאור ההבנה של מוסדות הצבא שציוניהם במבחני המיון המקובלים נמוכים יחסית, משום שמבחינים אלה אינם מותאמי תרבות, ועל כן אינם משקפים את היכולת ואת רמת האינטליגנציה שלהם. טרם הוקמו המכינות היו משבצים את החיילות והחיילים עולי אתיופיה במקצועות איכותיים פחות (קוד דבידוביץ', 2011). רבקה התגייסה לצה"ל ושירתה, בהצלחה וללא תסמינים, במקצוע שבחרה בו.

לסיכום: תהליך אבחון רגיש תרבות, שהוביל גם לטיפול רגיש תרבות, הבהיר שהתמונה מתאימה לאבחנה A/R-FID, על רקע גורמי מצוקה הקשורים בין היתר בתהליך ההסתגלות וההיטמעות בחברה הישראלית בכלל ובמסגרת הפנימייה בפרט, בשאיפותיה להצלחה ובקונפליקטים הנובעים משאלות זהות.

מקרה 2 – "איך אסביר למשפחה שלי מה זאת הפרעת אכילה? הרי אין מילה כזאת באמהרית" (שרה)

שרה, בת 15, ילידת אתיופיה, תלמידת כתי י בפנימייה, הופנתה למרפאה בידי גורמי הטיפול בפנימייה עקב ירידה מהירה במשקל (כשהגיעה, עמד ה-BMI שלה על 17, תת משקל), המלווה בהתקפי אכילה בסתר ובהתנהגויות מפצות כמו משלשלים, הקאות יזומות וספורט כפייתי (ריצת 15 קילומטר מדי יום). דפוסים אלה החלו מספר חודשים טרם הפנייה. מלבד זאת סבלה מעיסוק מחשבתי טורדני במראה ובמשקל, ותיארה גם תסמיני סומטיזציה. היא סיפרה, למשל, שהיא אסתמטית ומשתמשת במשאפים, אבל ייעוץ אצל רופא ריאות לא אימת זאת. עוד סיפרה שהיא מרבה לחוש סחרחורת ולהתעלף, סובלת

מכאבי ראש וממיחושים גופניים מרובים. בירור רפואי נרחב לרבות בירור נויורולוגי שעברה טרם הפנייה יצא תקין.

התסמינים שנצפו אצל שרה הצטרפו לכדי אבחנה מערבית המופיעה ב-DSM-5, אנורקסיה נרבוזה מהסוג ההתקפי-המפצה – אכילה בבולמוס ואחריה היטהרות. יחד עם זאת, כמו במקרה של רבקה, הוחלט להמשיך ולהעמיק את הבירור בנוגע לאבחנה תוך התייחסות לרגישות התרבותית. בתהליך זה עלה שמדובר בתלמידה מצטיינת, אינטליגנטית מאוד, שבדומה לרבקה יזמה גם היא את יציאתה מהבית לפנימייה, כדי לזמן לעצמה הישגים גבוהים יותר בלימודים, אך לתחושתה גם "על מנת להציל את הבית". הפרעת האכילה החלה, לדבריה, במקביל להופעת המחזור החודשי בכיתה ו. אז החלה לעלות במשקל. בגיל 12 שקלה 70 קילוגרם, ובשל כך ספגה עלבונות מאחיה הגדולים. אז החלה לאכול פחות ופחות, ותוך שלושה חודשים השילה 18 קילוגרם (עוד ירידה חלה בחודשים שקדמו לפנייה לטיפול). באותה תקופה החלו להופיע גם תסמינים של ירידה במצב הרוח ובליוודים, הקאות יזומות ושימוש במשלשלים. כשהייתה שרה בת 13, התגרשה אימה מבעלה הרביעי. יום אחד שמעה אותה משוחחת עליה עם איש דת אתיופי. היא חשבה שהוא הורה לאימה לשים דבר מה באוכל שלה. מאותו יום הפסיקה לאכול. היא הייתה בטוחה שאימה רוצה להרעיל אותה. לאחר ימים אחדים שבהם הסתגרה בחדרה ללא אוכל ושתייה, לקחה אותה אימה למיון, ומשם הופנתה לאשפוז במחלקת ילדים רגילה. בתקופה זו נקראה הרווחה להתערב בקורה בבית, ובעקבות זאת אושפזה שרה בצו בבית חולים פסיכיאטרי, אך שוחררה כעבור מספר ימים בשל העדר מסוכנות. אימה הגיבה בכעס רב על התערבות הרווחה. שרה סיפרה שעמדה וצעקה "הבת שלי לא משוגעת" ושגם התקשתה להבין מה זו הפרעת אכילה, כי "אין מילה כזאת באמהרית". לאחר תקופה סוערת זו התעקשה שרה לצאת לפנימייה. התמות המרכזיות בטיפול נגעו למקומה בין בני המשפחה וליחסים בתוך הבית. היא ראתה את עצמה ככבשה שחורה, היחידה שאין לה אחים מאותו אב, חשה שתמיד מצפים ממנה שתוותר על עצמה לטובת כל אחד מהם, לא רואים אותה. מתוך הזדהות עם אימה ודאגה רבה כלפיה, שמא תתפרק, נטתה שרה לוותר. התרחקותה מהבית בסופו של דבר אפשרה לה רגיעה, לדבריה. יחד עם זאת, אף שהדמויות המטפלות והפנימייה ראו בבית מקום לא בטוח, ניכר היה ששרה לא מוכנה לוותר על מקומה בבית אימה. היא התעקשה לנסוע הביתה בכל חופשה. תמיד כשחזרה משם, הייתה יורדת במשקלה וחוזרת לעסוק בספורט כפייתי. כשחזרה לפנימייה אחרי חופשת פסח, נערך דיון מעמיק והוחלט שכדי למנוע החמרה בתקופת חופשת הקיץ, עדיף לאשפזה במחלקה ייעודית להפרעות אכילה. שרה נענתה. היא שיתפה פעולה ללא סייג עם כללי המחלקה, ולראשונה קיבלה טיפול תרופתי. לאחר האשפוז שבה לפנימייה ולטיפול במרפאתנו ושמרה על הישגי האשפוז. גם צוות הפנימייה נרתם בכל מאודו לעזור לה בכך.

תהליך ההגירה של שרה: שרה עלתה לארץ עם משפחתה בגיל חמש במבצע שלמה (1991). מועד לידתה, יום ושנה, לוט בערפל. תהליך הקליטה של משפחתה היה קשה מנקודת

מבטה, הוריה לא דוברים עברית כלל, אנשים קשיי יום. היא הבת החמישית לאימה מתוך שבעה. שבעת הילדים נולדו מארבעה גברים שונים שהאם הייתה נשואה להם (הבעל הראשון נרצח באתיופיה, והשני היה אלים כלפי האם). אביה הביולוגי היה בעלה השלישי; הוא עזב את המשפחה כשהייתה תינוקת, ואימה נהגה לומר לה שהוא התכחש להיותו אביה. כשנישאה ברביעית ראתה שרה בבעלה של האם אב. לאורך השנים סייעה שרה לאימה להתנהל מול הבירוקרטיה הישראלית. היא ליוותה אותה לבתי משפט וכן למוסדות שונים ושימשה מתורגמנית שלה (בעיקר סביב הגירושין). לאור סיפור חייה, המשופע באירועים טראומטיים, עלתה גם שאלה אם היא סובלת מהפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) או מטראומה מורכבת (CPTSD) (Herman, 1992).

באחת החופשות הגיעה אלינו שרה לראשונה עם אימה. היה קושי בפגישה זו, משום ששרה נדרשה בעת ובעונה אחת לשמש כמתורגמנית וכמטופלת. כששוחחו ביניהן באמהרית, ניכר היה ששרה נקרת בין כעסיה על אימה לבין הצורך להעביר נאמנה את מסריה. לאור הפגישה הזאת החלטנו להיעזר במתורגמנית בפגישה שלאחר מכן. פגישה זו סומנה כנקודת מפנה. התאפשרה שיחה עם כל המטפלים ועם אימה של שרה. שרה קיבלה סוף סוף את מעמד הילדה, וחוותה את אימה בתפקיד אם המקבלת מידע על הפרעת האכילה שלה, כמו גם הדרכה בנוגע לקשייה ולצרכיה. במהלך הטיפול הובן גם הקשר בין הופעת התסמינים למשבר שהתגלע באותה עת בין אימה לבעלה הרביעי. שרה לקחה על עצמה את תפקיד המתווכת ביניהם, הייתה עדה לאלימות של האב כלפי האם, ואף חוותה אלימות על בשרה פעמים מספר. מאז החל שיפור הולך וגובר בעת ביקוריה בבית וביחס האחים כלפיה. היא מיעטה להסתגר בחדרה, כפי שנהגה קודם לכן, ודיווחה על תחושה נעימה יותר בבית ("החזרתי לעצמי את הבית").

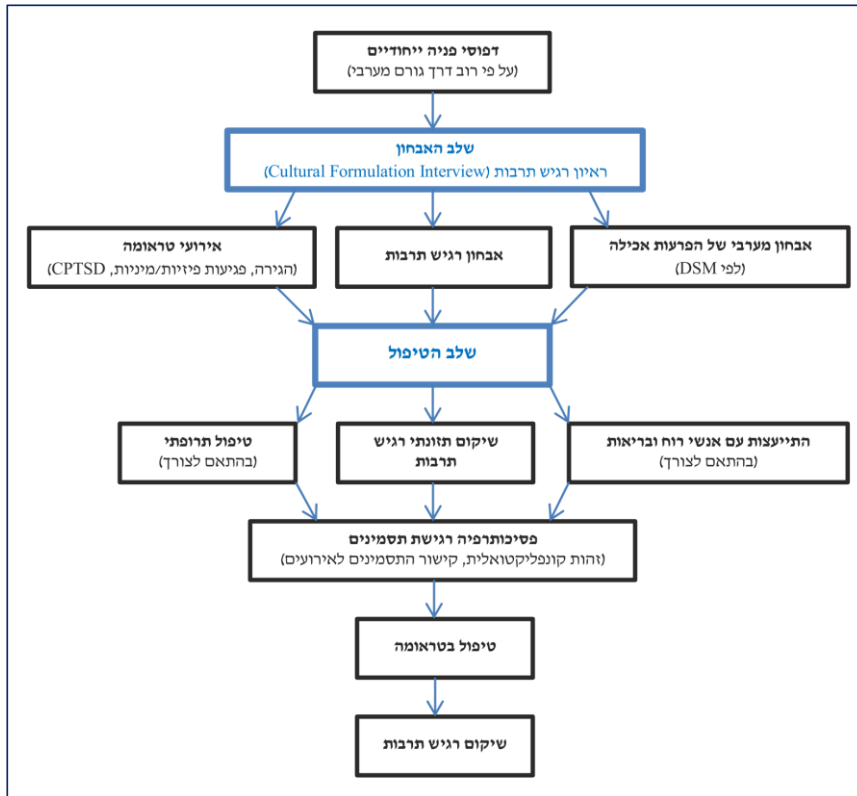
לסיכום: קשה היה לרכוש את אמונה של שרה בתהליך הטיפול. יחד עם זאת היינו עדים לתהליך מרשים של בניית אמון והתקדמות, בין היתר הודות לשיתוף הפעולה עם הנהלת הפנימייה והמדריכים, העיבוד של סוגיית אובדן הבית והמפגש בין העולמות, ריפוי היחסים עם אימה והשחרור מהכעס כלפיה. כל אלה אפשרו לשרה למצוא הקשרים סובלניים יותר וכן להעלות מגוון של אפשרויות למצבים המורכבים בבית ולפתרונם. לא פעם בהקשר של אימה אמרה בטיפול הפסיכולוגי: "את זה את לא יכולה להבין; זה עניין תרבותי. [...] אי אפשר לומר לאימה. [...] זה נחשב חוצפה בתרבות שלנו. [...] את צריכה להבין שבגלל הפרעת האכילה אני מבישת את המשפחה." הדיבור על נושאים אלה השרה על שרה את התחושה שהיא כבר לא לגמרי לבדה עם מועקותיה, ואפשר לה לחוות בצורה שלמה יותר את הכעס כלפי אימה ואחיה ובה בעת את הרצון בקרבה בתוך העולם החדש שחיה בו. בהדרגה הלכו ופחתו גם התסמינים הסומטיים.

5. דיון

זה מכבר תיאר בן-עזר (Ben-Ezer, 1990) הפרעות אכילה מנקודת מבט ותפיסה אתיופית. הוא הגדירן כ”הפסקת אכילה”. תופעה זו, שניתן לפרשה בטעות כצורת ביטוי של אנורקסיה נרבוזה, נפוצה בקרב ילדים ומבוגרים משני המינים, ועלולה להימשך לאורך זמן (חודשים ואף שנים). היא מתאפיינת בתנודתיות בין הימנעות מוחלטת מאכילה, המובילה לחולשה פיזית ולפגיעה בתפקוד, לבין תקופות ארוכות של אכילה מועטה. כדי להבין תופעה זו של הפסקת האכילה יש, לפי בן-עזר, להבין את מהותו של המושג ”בטן אתיופית”. הבטן תופסת מקום מרכזי בתרבות האתיופית. רואים בה את אכסניית הרגשות. הם מסודרים בתוכה ב”שכבות”, כשהעליונה היא שכבת הרגשות הנחווים בהווה. כדי להימנע מקונפליקטים, פיתחו בני תרבות זו נטייה לאיפוק ול”שמירה בבטן” של קשיים ורגשות שליליים, כמו גם ”שכחה אקטיבית” כניסיון להסחת דעת מקשיים ומרגשות אלה. לכן בעיתות קושי ומשבר נהוג לומר ש”הבטן מלאה” בצרות ובמכאובי החיים, ומצב זה עלול להתבטא גם באובדן התיאבון. הפסקת אכילה מסוג זה קורית לא במודע ולא בכוונת מכוון, ועל פי רוב רואים בה בעיה פיזית.

לאור הבנה זו, בד בבד עם הרקע התיאורטי ושני תיאורי המקרה שהובאו לעיל, נציג להלן (תרשים 1) מודל אבחון רגיש תרבות, שנועד לשפר את תהליך ההתערבות בשלביו השונים – הפנייה, האבחון והטיפול. מודל זה מתאים לסוגים שונים של פניות המגיעות מתרבויות לא מערביות, ובעזרתו ניתן לטפל בבעיות נפשיות בתוך מערכות בריאות מערביות.

תרשים 1: מודל אינטגרטיבי רגיש תרבות לאבחון פונות ממוצא אתיופי ולטיפול בהן ביחידה להפרעות אכילה*



* שני השלבים שאליהם התייחסו בטקסט מופיעים בכחול.

שלב הפנייה

השלב הראשון מתייחס לדפוסי הפנייה הייחודיים לקהילת יוצאי אתיופיה ולגורם המפנה. בדרך כלל מגיעות ההפניות למרפאותינו דרך רופא משפחה, רופא ילדים או בני משפחה. ואולם בשל אוריינטציה תרבותית שונה של תפיסת התסמינים והצגתם ובשל הפחד מסטיגמה, כשמדובר במטופלות ממוצא אתיופי, ניכרת נטייה לדפוסי פנייה שונים, כמו גם לאבחון חסר או לאבחון שגוי. עם זאת, חלק מהמטופלים מופנים בידי מטפלים קלינאים המודעים לרגישות תרבותית זו; למשל: שתי הנערות שהבאנו את סיפורן בתיאורי המקרה הופנו בידי העובדות הסוציאליות של הפנימיות. שרה סבלה, עוד טרם השתלבותה בפנימייה, מתת משקל ושבה והתלוננה על כאבי בטן חריפים. פעמיים במהלך תקופה זו,

כשחלה הרעה במצבה, הביאה אותה אימה לחדר מיון בבית חולים כללי. בפעם הראשונה היא אושפזה במחלקת ילדים כללית, ובפעם השנייה, בעידוד הרווחה, באשפוז פסיכיאטרי כפוי. בשני המקרים לא הייתה האבחנה ברורה. בדיעבד התברר שהאם לא ידעה לאן עליה לקחת אותה ושלנוכח מגבלת השפה התקשתה בתקשורת עם אנשי הצוות הרפואי. רק כשעברה שרה לפנימייה, הגיעה ביוזמת הצוות המטפל ובתיווכו למרפאה ייעודית להפרעות אכילה ובהמשך לאשפוז במחלקה להפרעות אכילה.

שלב האבחון

שלב האבחון כולל שלושה הליכים:

1. אבחון באוריינטציה מערבית: אבחון הפרעת האכילה על סמך DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) או ICD-10 (World Health Organization, 1993).
2. ריאיון רגיש תרבות (American Psychiatric Association, 2012): הבנת התסמינים של הפרעת האכילה מנקודת מבטה של תרבות האם ובתוך ההקשר של התרבות הקולטת (מיד להלן נרחיב בעניין זה).
3. בירור תמונה פוסט טראומטית מורכבת (CPTSD) (Herman, 1992): על רקע תהליך ההגירה, ההסתגלות והמפגש עם התרבות החדשה בישראל, האובדנים הרבים (בני משפחה, מסגרות תרבותיות), היתכנות היסטוריה של אלימות פיזית ומינית, השכיחות יותר בקרב אוכלוסיות במצב של הגירה ומלחמה ובקרב מטופלות הסובלות מהפרעות אכילה (גור, 2015; Zubery et al., 2016).

ריאיון רגיש תרבות (Cultural Formulation Interview; CFI): בהמשך לפיתוחו של ה-CF (Cultural Formulation of the diagnosis), שפורסם במהדורה הרביעית של מדריך האבחנות DSM-4 (American Psychiatric Association, 2000), הוכנס למהדורה החמישית, ה-DSM-5, הריאיון רגיש התרבות (CFI) (American Psychiatric Association, 2012). ריאיון זה, שנעה לוי הכט, אחת מכותבות מאמר זה, הייתה שותפה לפיתוחו הראשוני, מתבסס על ארבעת הקווים המנחים שהופיעו ב-CF המקורי (Loevy, Sassen, Helmich, & Rohlf, 2002). מטרתו היא לאפשר מפגש ראשוני עם המטופל בן התרבות האחרת תוך התבוננות מעמיקה לאור מוצאו. משום שהאבחון המקובל לא לקח בחשבון את ההטרונגיות התרבותית הרווחת בכל חברה ואת השפעתה על הפסיכופתולוגיה של הפרט, הרציונל העומד בבסיס הריאיון הוא מציאת מסגרת להיבטים התרבותיים של האבחון. דרך ריאיון זה מבקשים ליצור למען המטפל מסגרת עבודה נרטיבית שבתוכה יוכל לראות כיצד התרבות משפיעה על כל היבטי המפגש הקליני (Lewis-Fernández et al., 2014). בריאיון רגיש התרבות מתייחסים לארבעה היבטים עיקריים:

א. **הזהות התרבותית של האדם:** היבט זה מדגיש את חשיבות ההתבוננות על הזהות התרבותית שבתוכה גדל האדם ועל הזהות התרבותית החדשה שהוא בונה לו עקב ההגירה. לשתי זהויות אלה מצטרפת הזהות העצמית שהפרט מגבש לעצמו, במיוחד בגיל ההתבגרות, בתהליך ההתפתחות שבסופו נתגבש אישיותו כבוגר. קונפליקט בין הזהויות השונות משפיע על הביטוי הקליני, ומכאן חשיבות ההתבוננות מנקודת מבט זו לאורך תהליך האבחון.

ב. **ההסבר התרבותי הנוגע למחלת האדם:** היבט זה מדגיש את החשיבות של תפיסת המחלה מנקודת מבטו של המטופל תוך התייחסות להסברים התרבותיים של התסמינים. בחלק זה המאבחן מנסה להעמיק במונחים מסוימים של תיאור המחלה ובהמשגתה בקרב תרבות המקור. יש לתת את הדעת גם לחומרת התסמינים ולדרכי הטיפול בהם בתרבות המקור. עוד חשוב לברר מנהגי טיפול שאינם מוכרים בתרבות הקולטת (למשל טיפול של הילרים, אנשי דת ועוד) וכן את מנהגי האבל על אדם שהלך לעולמו ועל אובדן התרבות. יודגש שהיבט זה חיוני לאבחנה, לבניית תוכנית הטיפול ולהחלמה (Akhtar, 1995; Eisenbruch, 1991).

ג. **השפעת הגורמים התרבותיים על תפקוד האדם:** בהיבט זה נבחנת מידת התמיכה שהפרט מקבל בקהילה, כלומר הדרך שבה קהילתו מעריכה את תפקודו (על פי גילו, מגדרו ומעמדו). מלבד זאת נמדדת מידת הקושי של ההשתלבות במעמד החברתי החדש, בתרבות המארחת – מצב כלכלי, חוויות של אובדן ואפליה.

ד. **האלמנטים התרבותיים ביחסים בין המטפל למטופל:** בהיבט זה נבחנים פערי התרבות והמעמד החברתי בין המטפל למטופל (למשל בעיות של שפה ותקשורת, תחושת אמון והיכולת לאמפתיה) ומידת השפעתם במפגשי האבחון והטיפול.

מחקרים שבהם נבחנה השפעת ה-CF וה-CFI הראו שתשומת לב לתרבות עשויה לשפר לאין ערוך את דיוק האבחנה ולהביא לצמצום אבחנת יתר של פסיכוזות בקרב מיעוטים אתנו-תרבותיים. יתר על כן, מטפלים דיווחו על שיפור בתקשורת ועל הבנה עמוקה יותר של היבטים תרבותיים בהעברה ובהעברה הנגדית (Lewis-Fernández et al., 2014). בשני המקרים שתוארו לעיל נערך ריאיון רגיש תרבות שאפשר הבנה מעמיקה יותר של המצוקה בראי התרבות שבה גדלו הצעירות. כך, למשל, בתיאור המקרה של רבקה, לאחר התשאול סביב תסמיני הבטן שלה ושל דודתה, ניתן היה לקשור בין השניים ולהבין את משמעות כאבי הבטן ואת צמצום האכילה בהקשר המשפחתי – הטראומה של הפרידה המוקדמת מדודתה והתסמינים המוכרים לה משם, שהיו השפה שבה ידעה לבטא את מצוקתה. ניכר היה שרבקה צמאה ליישב את הקונפליקט שחיה עימו שנים ואשר התעצם כשעברה לפנימייה. ההזמנה לחקור ולשתף בפתיחות, בלי להצטמצם להסבר דרך מבט תרבותי אחד, אפשרה לה לבדוק באופן חופשי את הזהויות השונות, את תחושות השייכות השונות, את הכאב והניכור במקומות שונים (גם בבית). זאת ועוד, נראה שמה שהתאפשר במרפאה

התאפשר במפתיע גם בתהליך מקביל בפנימייה. רבקה החלה לחפש דרכים להביא לסביבת חייה את עולמה. היא נתנה הרצאה על העדה האתיופית וכן הנהיגה מעין מחאה סביב הבידוד של הבנות האתיופיות בכיתות. ההנהלה קיבלה את הצעדים שנקטה ויזמה מהלכי שינוי ותיקון. בעקבות זיהוי הפער שנוצר סביב הריחוק התרבותי והבלטתו, נעשו גם מאמצים להכינה ולשלבנה בצורה מותאמת לצרכיה בשירות הצבאי. ניכר שההליטימציה שקיבלה – להתבונן על הקשיים גם דרך הפריזמה של התרבות שגדלה בה – אפשרה לה להתמודד ביתר יעילות עם התסמין של כאבי הבטן, להבין אותו בהקשרים שונים, לטעום יותר מאכלים ולהסתגל בהמשך גם למסגרת הצבאית.

באשר לשרה, כשהחלטנו להזמין למרפאה את אימה ולהיעזר במתורגמנית מטעם בית החולים, נתנה החלטה זו מענה לצורך הבסיסי של שרה שיבינו אותה, גם אנחנו וגם אימה, וקידמה תקשורת חיונית בין האם למטופלים במטופלת קטינה. מהלך זה הוביל להתקדמות נוספת בטיפול וביכולת שלה להביא ביתר פתיחות את הקשיים בבית ובבית הספר. להערכתנו הוא הגביר את האמון של שרה ואימה בנו ואפשר את פריצת הדרך. המבט הלא-שיפוטי על משפחתה ועל התנהלותה בהקשרים שונים, גם חברתיים ותרבותיים, על תלאותיה ועל מפגשה עם החברה הישראלית אפשר לה להרפות לאט לאט מהתסמינים, להחזיר לעצמה את ביתה ואת מקומה בו בתוך גיל התבגרות סוער שעוסק גם בזהות ובנפרדות, בפרט על רקע טראומות שונות שעברה.

דיון אינטגרטיבי בשאלת האבחנה

דרך מדריך האבחנות הפסיכיאטרי DSM-5 הצטיירה אצל רבקה תמונה של אכילה מצומצמת, ירידה במשקל ואל-וסת. יחד עם זאת, ההקאות היו אמנם יזומות, אבל לא כדי לרדת במשקל, אלא כדי להקל את כאבי הבטן. לא נצפו ביטויים כלשהם של הפרעה בדימוי הגוף או חרדת משקל; נהפוך הוא, היא ביטאה דאגה לנוכח הירידה המתמשכת במשקל. תמונה קלינית זו על פי ה-DSM-5 לא תמכה באבחנה מערבית של אנורקסיה נרבוזה ולא באבחנה של דיכאון, אלא באבחנה של הפרעת צמצום אכילה והימנעות ממנה, A/R-FID. בהמשך, כשהועמקה ההתבוננות דרך הפריזמה התרבותית, הובנו התסמינים של כאבי הבטן וההימנעות מהאכילה כמצב של דחק חברתי המתבטא בסומטיזציה, כפי שתיאר בן-עזר (Ben-Ezer, 1990). הבנת הקשר התסמיני והרגשי בין רבקה לבין דודתה שגידלה אותה היו המפתח להבנת הפתולוגיה ולעבודת הטיפול הנדרשת.

אצל שרה חלה ירידה גדולה במשקל, לאחר שצמצמה מאוד את היקף האכילה שלה בד בבד עם התקפי אכילה בלתי נשלטים ונקיטת התנהגויות מפצות אחריהם. היא עסקה באופן כפייתי באכילה ובצורת הגוף וחששה מאוד מעלייה במשקל. בשונה מהמקרה של רבקה, במקרה זה התרשמנו שהתסמינים ההתנהגותיים והקוגניטיביים של הפרעת האכילה מצביעים על אנורקסיה נרבוזה מהסוג ההתקפי המפצה. זאת ועוד, בתהליך האבחון עלה

סיפור חיים רווי אירועים טראומטיים, שהצביעו גם על הפרעה פוסט טראומטית מורכבת (CPTSD). יחד עם זאת, למרות ההתאמה מבחינת האבחנה, נצפו גם מספר תסמינים שהעידו על כיוון אבחנה נוסף, והם הם שהובילו בסופו של דבר לפריצת דרך בטיפול בה: לאחר ששרה הפסיקה לאכול ולשתות במשך כמה ימים, פנתה אימה למטפל אתיפי לעזרה. התברר שלנוכח היחסים הטעונים והמורכבים ביניהן הייתה שרה בטוחה שאימה מנסה להרעיל אותה. מבחינת האבחנה תרם הסבר זה להבנה שבמקרה של שרה שמדובר לא רק ברצון לרדת במשקל על רקע דימוי גוף, אלא גם בסיבות הנובעות מהתרבות שגדלה בה. הבנה זו הובילה לפריצת דרך בטיפול והצביעה על מופע של אנוורקסיה נרבוזה השונה במקצת מזה המתואר ב-DSM-5.

בשני המקרים נמשך תהליך ההחלמה מספר שנים, כאשר לכל אורכו שולבה עבודה טיפולית רגישת תרבות, שבחנה אם אכן סבלו רבקה ושרה מהפרעת אכילה בצורתן המערבית המוכרת (AR-FID) ואנוורקסיה נרבוזה בהתאמה). אפשרות אחרת היא שהתסמינים הם מופע פסיכוסומטי ותגובה לאירועי חיים עתירי עקה שחוו לאורך מאמציהן להשתלב בתרבות חדשה ולהתמודד עם התבגרותן כתקופת מעבר נוספת. בשני המקרים נראה שהאפשרות לדבר ולעבד קונפליקטים ופחדים היא זו שהביאה להחלמה.

שלב הטיפול

כמתואר בתרשים 1, טיפול רגיש תרבות בצעירות אתיפיות עם תסמינים של הפרעות אכילה דורש לבנות תוכנית טיפול רב-מקצועית ואינטגרטיבית, המשלבת את כל הגורמים הנוגעים לסיפור הייחודי של כל אחת, ובהם ההקשר המשפחתי, המסגרת שהן חיות בה כיום, הקשר עם הגורם המאבחן והמטפל ומעורבותו בתהליך, תוך התייחסות מקצועית ישירה לתסמינים. תהליך הטיפול נחלק לשלושה שלבים. בשלב הראשון מתמקדים בשיקום התזונתי, ומשלבם בו לפי הצורך גם טיפול תרופתי וגם קשר עם איש רוח או דת. בשלב השני נערכות פגישות פסיכותרפיה רגישת-תרבות, המתייחסת לקשר שבין התסמינים לאירועי חיים, לתקשורת בין אישית, לזהות הקונפליקטואלית, לטראומת ההגירה, לקשיי המעבר וההסתגלות לתרבות החדשה ולאירועים טראומטיים אחרים שעברה המטופלת במהלך חייה. שלב הטיפול האחרון מתמקד בשיקום ובחיזוק כוחות ההתמודדות והתפקוד התקין בחיי היומיום. בשלב זה משתלבת משפחת המוצא, ומתייחסים לנרטיב של המחלה וריפוייה מנקודת המבט של המטופלת ומשפחתה. כפי שניתן ללמוד מהמתואר במאמר זה, תהליך האבחון נמשך ומעמיק לכל אורך ההתערבות הטיפולית, ובשלב זה במיוחד.

סיכום

במאמר זה ביקשנו לשפוך אור על מצבים שבהם מופנות אלינו צעירות ממוצא אתיופי המציגות תסמינים של הפרעת אכילה המוכרת בתפיסה המערבית, אך תפיסת הבעיה ומשמעותה, כמו גם תהליך האבחון, דורשים חשיבה ומעורבות שאינה דרך פריזמה מערבית בלבד. המודל שתואר לעיל מאיר את חשיבותה של התבוננות רגישת תרבות בטיפול נפשי בכלל ובהפרעות אכילה בפרט ועשוי לשפר את תהליך הפנייה, האבחון והטיפול המוצע לפונות אלה. יתר על כן, מודל אינטגרטיבי זה מתאים גם למטופלות אחרות המגיעות מתרבויות לא מערביות, מסורתיות קולקטיביסטיות, אך חיות כיום בחברה מערבית מודרנית אינדיבידואליסטית.

כמדינת הגירה המשלבת בתוכה מגוון תרבויות ודתות יש חשיבות רבה להעמיק את ההדרכה וההכשרה בתחום זה ולהרחיב את מעגל אנשי החינוך, הטיפול, הרווחה והבריאות המיומנים בו, כדי שישמשו כסוכני הפנייה והתיווך העיקריים למרפאות להפרעות אכילה. על כן מאמר זה ממליץ על מחקרי המשך שיבחנו את שאלת האבחנה והטיפול בהפרעות אכילה בקרב צעירות בישראל שהגיעו מתרבויות לא מערביות.

מקורות

- גור, ע' (2015). **גוף זר: הפרעות אכילה, פגיעות מיניות בילדות וטיפול מותאם**. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- דיין, נ' (2014). **השתלבות יוצאי אתיופיה בישראל – תמונת מצב**. המכון להגירה ושילוב חברתי, המרכז האקדמי רופין.
- ויצטום, א', שטיין, ד' ולצר, י' (2005). **אנורקסיה נרבוזה כתסמונת תלוית תרבות בעידן הגלובליזציה**. בתוך ר' לב, ג' צוויקל וני ברק, **שמרי נפשך: בריאות נפשית של נשים** (עמ' 205-228). ירושלים: מכון ברוקדייל.
- כאהן-סטרבצ'ינסקי, פ', עמיאל, ש', לוי, ד' וקונסטנטינוב, ו' (2012). **בני נוער יוצאי אתיופיה ויוצאי ברית המועצות לשעבר: עולים ובני עולים – דמיון ושוני**. ירושלים: מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל והמשרד לקליטת עלייה.
- יונגמן, ר', זילבר, נ', קווה, נ', זרה, מ', וורקנה, פ', בקלה, י' וגיל, ר' (2002). **פיתוח כלי סינון פסיכיאטרי רגיש תרבות, לאיתור בעיות נפשיות בקרב עולי אתיופיה בישראל**. **הרפואה**, 141, 10-16.
- יונגמן, ר', מינוצ'ין-איציקסון, ש' וזרה, מ' (1997). **לקסיקון למושגי בריאות הנפש בתרבות עולי אתיופיה בישראל**. ירושלים: גיוינט ישראל והמשרד לקליטת עלייה.
- יונגמן, ר', מינוצ'ין-איציקסון, ש', זרה, מ' וזילבר, נ' (1999). **ביטויים של מצוקות נפשיות בקרב יהודי אתיופיה בישראל**. **חברה ורווחה**, 1(1), 75-95.
- יונגמן, ר' ושוקד, מ' (2009). **אובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל: דוח מסכם**. ירושלים: המשרד לקליטת העלייה, משרד הבריאות, המרכז האקדמי רופין וגיוינט ישראל.

- לוי הכט, נ' (2016). **התנסות מחקרית ראשונית עם ה-Cultural Formulation Interview**. הרצאה שהוצגה במרכז לבריאות הנפש שלוותה, רעננה.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2019א). **האוכלוסייה האתיופית בישראל, לקט נתונים לרגל חג הסיגד**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2019ב). **שנתון סטטיסטי לישראל**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- קגן, א', ג'מבר, ט' וכהן, ת' (2002). "זאר לא יבין זאת" – גישה אתנו-תרבותית בבריאות הנפש לגבי מטופלים ממוצא אתיופי. **על סף**, 5, 27-31.
- קוך בידוביץ', פ' (2011). **השתלבות יוצאי אתיופיה בצה"ל**. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- קינג, י', פישמן, נ' וולדה-צדיק, א' (2012). **לאחר עשרים שנה בישראל: סקר יוצאי אתיופיה הוותיקים**. ירושלים: מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל והמשרד לקליטת עלייה.
- Akhtar, S. (1995). A third individuation: Immigration, identity, and the psychoanalytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43(4), 1051-1084.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Philadelphia: American Psychiatric Association Publications.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Becker, A. E., Franko, D. L., Speck, A., & Herzog, D. B. (2003). Ethnicity and differential access to care for eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 205-212.
- Ben-Ezer, G. (1990). Anorexia nervosa or an ethiopian coping style? *Mind Human Interaction*, 2, 36-39.
- Ben-Ezer, G. (2002). *The Ethiopian Jewish exodus: Narratives of the migration journey to Israel, 1977-1985*. London and New York: Routledge.
- Crago, M., Shisslak, C. M., & Estes, L. S. (1996). Eating disturbances among american minority groups: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 239-248.
- Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of southeast asian refugees. *Social Science & Medicine*, 33(6), 673-680.
- Ferrari, S., Burian, R., Hahn, E., Chaudhry, N., Chaudhry, I. B., Husain, N., & Tarricone, I. (2015). Somatization among ethnic minorities and immigrants: Why does it matter to consultation liaison psychiatry? *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1), 85-86.
- Finklestein, M., Laufer, A., & Solomon, Z. (2012). Coping strategies of ethiopian immigrants in israel: Association with PTSD and dissociation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(6), 490-498.

- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391 .
- Latzer, Y., Vander, S., & Gilat, I. (2008). Socio-Demographic characteristics of eating disorder patients in an outpatient clinic: A descriptive epidemiological study. *European Eating Disorders Review, 16*(2), 139-146.
- Lewis-Fernández, R., Krishan Aggarwal, N., Bäärnhielm, S., Rohlof, S., Kirmayer, L. J., Weiss, M. J., & Jadhav, S., (2014). Culture and psychiatric evaluation: Operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry, 77*(2), 130-154.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry, 145*(11), 1358-1368.
- Loevy, N., Sassen, L., Helmich, S., & Rohlof, H. (2002). Het culturele interview. In R. Borra, R. van Dijk, & H. Rohlof (Eds.), *Culture, classificatie en diagnose, cultuur sensitief werken met de DSM-IV* (pp. 251-260). Netherland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nasser, M., Katzman, A. M., & Gordon, A. R. (Eds.). (2001). *Eating disorders and cultures in transition*. London: Brunner-Routledge.
- Pike, K. M., Dunne, P. E., & Addai, E. (2013). Expanding the boundaries: Reconfiguring the demographics of the "typical" eating disordered patient. *Current Psychiatry Reports, 15*(11), 1-8.
- Pike, K. M., Hoek, H. W., & Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 27*(6), 436-442.
- Ponizovsky, A. & Mansbach-Kleinfeld, I. (2015). Prevalence of mental disorders and use of services in an immigrant adolescent population: Findings from a national mental health survey. *J Child Adolesc Behav, 3*(176), 1-7.
- Soh, N. L., Touyz, S. W., & Surgenor, L. J. (2006). Eating and body image disturbances across cultures: A review. *European Eating Disorders Review, 14*(1), 54-65.
- Soh, N. & Walter, G. (2013). Publications on cross-cultural aspects of eating disorders. *J Eat Disord, 1*(1), 1-4.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Youngmann, R., Minuchin-Itzigsohn, S., & Barasch, M. (1999). Manifestations of emotional distress among Ethiopian immigrants in Israel: Patient and clinician perspectives. *Transcultural Psychiatry, 36*(1), 45-63.
- Zuberi, E., Latzer, Y., & Stein, D. (2016). Eating disorders and a history of sexual abuse: An integrative treatment approach. In Y. Latzer & D. Stein (Eds.), *Bio-psycho-social contributions to understanding eating disorders* (pp. 105-124). Switzerland: Springer International Publishing.

