

הקשבה מקצועית – הסיפור ברפואה ראשונית (Narrative)

אפיונים כלליים של הסיפור

סיפורים היו תמיד חלק מההיסטוריה ומהחוויה האנושיות. מקדמת דנא סיפרו אנשים סיפורים כדי לבדר ולהתבדר, כדי לרשום את קורות העיתים וכדי להעביר קודים מוסריים ותרבותיים (Murray, 1997). באמצעות הסיפורים מצאו בני האדם הבנה ומשמעות בחייהם בקונטקסט האישי, החברתי, הלאומי והתרבותי. הסיפור, כצורת ביטוי אנושית, הוא עתיק ונפוץ במיוחד בתרבות ובמסורת היהודית, אבל גם בתרבויות המוסלמית והפרסית. בניגוד ליוונים, שפיתחו צורת חשיבה לוגית "מתמטית", המבוססת על הנחות יסוד שמהן נגזרים טיעונים, הרי היהודים פיתחו חשיבה "סיפורית". דוגמה לכך הם סיפורי בראשית: סיפור הבריאה אינו מגדיר את "אלוהים" כהנחת יסוד, אלא פשוט מספר כיצד "פעם אחת" אלוהים ברא את השמיים והארץ. מקובל במחקר שסיפורים אלה סופרו על ידי אבותינו בעל-פה, מדור לדור, עד שנרשמו. גם האגדה והמדרש, בניגוד להלכה ול"שולחן ערוך", הם עולמות עשירים בסיפורים בעלי משמעות גדולה גם בהעברת הקודים המוסריים והתרבותיים.

באמצעות הסיפור החוויה האנושית מורגשת, מעובדת ומסודרת ומעניקה לעולם כיוון ומשמעות. כאמור, אין זו צורת חשיבה לוגית או אינדוקטיבית, אלא חשיבה יצירתית, הבונה עולם פנימי. סיפורים לא רק מתרחשים, הם נוצרים במוחם ובנפשם של האנשים (Bruner, 1987).

האפיונים העיקריים של הסיפורים הם:

- (1) הם מהווים ביטוי והבעה של החיים והתרחשויותיהם.
- (2) הם מעניקים פירוש ומשמעות לחוויות החיים, ועל ידי כך הופכים אותן להגיוניות למספרים ולאחרים.
- (3) פירושים ופירושי פירושים של חוויות החיים מקיימים דינמיקה מתמשכת, לעיתים מעגלית.
- (4) לרוב יש זיהוי של המספר והדמות המרכזית בסיפור.
- (5) סיפורים מבטאים בדרך כלל אירועים שהתרחשו, אבל באותה מידה חשובים האירועים שקרו, אך הושמטו מהסיפור.

6) תוך כדי סיפור חוויות החיים מגבשים בני האדם את חוויותיהם, מצפינים אותן בזיכרון ו"בונים" את אירועי העבר.

בסיפורים מעורבים הזיכרונות הייחודיים, הסותרים, לעיתים, של החוויה האנושית. מעורבים בהם גם חוכמה שלאחר מעשה, רגשות, מטרות ויעדים אישיים, תקוות, כוונות והחלטות. לא פעם מתערבבים בסיפורים הווה ועבר, סיפור אישי וסיפור משפחתי, או אפילו סיפור של אחר, השותף בנושא מסוים, לערכים משותפים, או לחלומות ומטרות משותפות.

עבור המספר והמאזינים הסיפור אינו רק תוצאתו או סוף העלילה, אלא כלל המרכיבים היוצרים אותו (כגון תוכן, תהליכים, התפתחות ונושאים עיקריים). גישתו של מרטין בובר עשויה לעזור לנו להבין זאת. בובר (1937-1996) *I and Thou* מדגים התבוננויות שונות בעץ. הוא בוחן את האובייקט הזה משלוש נקודות מבט: מתרשם מצורתו ומתנועותיו בטבע; מגדיר וקובע את מאפייניו, את מינו ואת זנו; וחש את משיכתו ואת יחסו אליו. בובר כותב: "הכל, כל תמונה או תנועה, כל זן או רגע, כל חוק או מספר – אחד הם ואינם ניתנים להפרדה". ניתן להתבונן בסיפורים באותה גישה רבת זוויות וחוויות: הם מביאים שלל של התייחסויות ומעוררים תגובות שונות. החוויה האנושית המועברת בהם מורגשת ומוחשת, מסווגת ומוגדרת, משפיעה על המספר ועל השומע.

בדרך זו מעניקים הסיפורים לאנשים ולחוויותיהם היגיון, עקביות, כיוון, סדר ומשמעות. Coles and Compiler (1994) מציינים שבין כלל הסיפורים נודעת משמעות מיוחדת לסיפורי חיים המסופרים בנוכחות אדם אחר, שמביע נכונות לשמוע או לקרוא אותם. ניתוח הסיפורים חשוב לא רק כדי לשפוך אור על התובנות שהם מביאים לגבי החוויה המסופרת, אלא גם בשל התובנות שהם מספקים על עברו ועל תרבותו של המספר.

בניתוח הסיפורים כדאי להתעכב על כמה נקודות: הראשונה – האירועים המרכזיים בסיפורים, המורכבים מזירת האירוע, התפאורה, העלילה המרכזית על נקודות השיא, נקודות השפל ובעיקר נקודות המפנה שבה. השנייה – הדמות המרכזית, המגולמת בדרך כלל כאידיאל של המספר עצמו. השלישית – היעדים והמטרות החוזרים על עצמם בסיפורים השונים. הרביעית – המסגרת הרעיונית-אידיאולוגית, ובה האמונות, הערכים המוסריים והחוקים הקשורים לסיפור.

ניתן לנתח את הסיפורים על פי מודלים שונים וגישות שונות. סיפורי החיים מתרכזים בדרך כלל בדרך שבה המספר מאפיין את עצמו ואת השינויים באפיונים אלה. ההנחה הבסיסית היא שבסיפור החיים וקביעת הדמות המרכזית קיימת התאמה לדימוי העצמי האידיאלי של המספר. כאשר האידיאלים משתנים, ישתנה בדרך כלל כל סיפור החיים כדי להלום את הדמות החדשה.

Omer and Strenger (1992) מדגישים את החשיבות של חיפוש המשמעות

בסיפורי החיים. הם מתייחסים למשמעות בכמה רבדים: המשמעות כמקור נסתר להתנהגויות האדם; המשמעות כמטרה בחיים; והמשמעות בקביעת התוצאות, סיום הסיפור ומוסר ההשכל שלו.

אפשר לנתח את הסיפורים גם מהיבטם הקוגניטיבי. אנו מפרשים אותם כרצף של אירועים, הקשורים ביניהם בזמן ובמטרות המושגות. כאן אנו מתייחסים פחות למשמעויות, ומתרכזים יותר בניתוח התהליך של עיבוד וקידוד המידע החווייתי. דרך אחרת לנתח את סיפורי החיים היא בהתייחסות להקשר התרבותי-חברתי שלהם. כאן אנו מנתחים את צורת הדיבור (השפה) שבה הסיפור מסופר, את המקומות והזמנים המאוזכרים בו, ואת הקונטקסט התרבותי שבו הוא מתרחש או מסופר. Gergen and Gergen (1986) טוענים שבארגון הסיפור יש תמיד תנועה וכיוון. הסיפור מכיל התקדמות כאשר הסיפורים מדגישים את המטרות, וכאשר יש התקדמות בתחושת הלכידות או התחזקות העצמי. הסיפור מכיל נסיגה כאשר נמנעת ההתקדמות. הסיפור סטטי כאשר אין התקדמות או נסיגה. מודלים אלה מסייעים לנו להבין את הסיפורים של המטופלים ושל הרופאים.

הסיפור ברפואה

לסיפור ברפואה היסטוריה ארוכת שנים. במאות ה-18 וה-19 היה מקובל שרופאים מדווחים על האבחנות והממצאים שלהם, על המחלות ועל סבלם של המטופלים בצורת פרוזה מרתקת. עם התקדמות מדע הרפואה עברו הסיפורים להיות מסופרים בגוף שלישי. ה"אובייקטיביות" וה"עובדות" הפכו למודל "מקודש" של העריכה וההצגה של כל חומר רפואי. עם זאת, הסיפור עדיין נשאר הצורה העיקרית של ההצגה בהתייעצויות בלתי פורמליות בין רופאים, בישיבות צוות במרפאות של רפואה ראשונית, או בתיאור של מצבים המערבים רגשות. בעבודה הרפואית כעבודה מפרשת מתקיים תהליך דומה להאזנה לסיפור: קבלת הדיווח של החולה על התסמינים (סימפטומים), מציאת סימנים למחלה אפשרית בבדיקה גופנית ובבדיקות מעבדה, בניית גירסה חדשה לסיפור (אבחנה) המבוססת על הידע והניסיון של הרופא. כמו כן מתקיים כאן רצף של זמן האירועים: מתחילת הסיפור דרך התפתחותו (ההבנות האישיות של החולה לגבי הסיבות והזמן לתחילת התהליך), ועד לציפיות שלו לגבי האופן שבו יסתיים. כאן נודעת חשיבות רבה לבנייה נכונה של הסיפור מחדש על ידי הרופא. העברת בשורה רעה לחולה עלולה להיות חוויה מכאיבה ביותר, אם הסיפור המסופר לו אינו בנוי נכון על ידי הרופא.

סומטיזציה, במובן זה, עשויה להתפרש כסיפור של מצוקה רגשית בשפת הגוף ובהתנהגות של פנייה לעזרה. רוב הסובלים ממצוקה רגשית יציגו תלונות סומטיות, אבל רק אם חשיפת הסיפורים החבויים מאחורי התסמינים יכולה להפוך אותן למובנות ולרלוונטיות. עצם מעשה החשיפה של הסיפורים החבויים עשוי להיות תרפויטי, במיוחד בהקשר של תמיכה אמפתית ובלתי שיפוטית מצד הרופא היודע "להקשיב".

בטיפול בחולה עם סומטיזציה יכול השימוש בסיפור חיים להועיל במיוחד לרופא (Matalon, 2001). הוא יכול לשים לב כיצד אירועי חיים קודמים של המטופל והתלונות הנוכחיות שלו השפיעו על יצירת מתח, על מנגנוני ההתמודדות שלו ועל היעדים שהציב לעצמו. רופאים יכולים להתבונן בדרך זו בהופעתם ובהיעלמותם של תסמינים בקשר לאירועי חיים. הליווי והעדות האמפטיים (Kleinman, 1988) חשובים מאוד ומהווים חלק בלתי נפרד מתפקידו של רופא המשפחה. זה כולל את המחויבות הקיומית שלו למטופל להקל ולעודד אותו בבניית סיפור מחלתו, באופן שיקיים את ההיגיון הפנימי ויתאים לחוויה שלו.

קליינמן מתבונן בסיפור המחלה גם כבסיפור שהמטופל מספר, ואחרים, כולל הרופא, חוזרים ומספרים, כדי להגיע לכך שתהיה משמעות לסבל הממושך. בהאזנה לסיפורים של קשישים אפשר, למשל, לשים לב כיצד חלקים שונים של חייהם משנים את סדרם ואת משמעותם בחזרות על סיפור החיים במעגל אינסופי, עד שמתגבש ההיגיון הפנימי האישי שלו. לא פעם מפקידים מטופלים את סיפור חייהם ואת סבלם המתמשך רק בידי הרופא. ניצולי שואה, למשל, נוטים לחשוף ולהפקיד את סיפורי חייהם אצל ילדיהם או רופאיהם, כאשר לא פעם מדובר בסיפורים שלא סופרו לאיש מלבדם. לעיתים נדרש השחרור שהם משיגים על ידי חשיפת הסיפור הטראומטי לרופא כתנאי לכך שיוכלו לחשוף אותו לילדיהם.

הסביבה הרפואית, שבה מסופרים הסיפורים, יכולה כמובן להשפיע על הסיפור עצמו. המטופלים ערים לדרישות ולרמות השונות של פתיחות מצד הסביבה. בסביבה לחוצה נוטים מטופלים להימנע כליל מלספר את סיפורם, או להגביל את עצמם לדרגה פחותה של חשיפה. גם הרופאים רגישים לסביבה שבה הם עובדים. הכירורג או הפנימאי, העסוקים מאוד, יכולים לחסום, לבלום ולהכשיל את רצון המטופל לספר את סיפורו. הדרך שבה הם מגיבים לחולה – הטיית הראש, הנהון או המהום לאישור או להסכמה, או לחלופין עצבנות וקוצר רוח – משפיעה ללא ספק על נכונותו של המטופל לספר. ביקורי בית, למשל, שבהם פוגשים הרופאים את מטופליהם בסביבתם הטבעית, יכולים לעודד אותם לפתוח חלקים של סיפור המחלה או סיפור החיים, שלא היו זוכים להיחשף באווירת המרפאה. בבית המטופל מתקיימים תנאים המעודדים את החשיפה: נוכחות של בני משפחה,

הביטחון שמשררה הסביבה הביתית, אסירות התודה לרופא על הביקור, ריחות הבישול המוכר והאהוב והכיבוד המיוחד המוגש לרופא. גישה זאת דורשת גמישות מחשבתית והתנהגותית גם מצד הרופא, שצריך לוותר על ההרגל שלו לקבל את המטופלים רק במרפאה.

התערבות רפואית, המבוססת על סיפור חיים, מצריכה התבוננות במשברים רגשיים כחלק מחיים שלא התפתחו כשורה. במצב זה יכולות בעיות המוצגות לרופא להשתנות ולהפוך מבעיות קליניות טהורות לבעיות מורכבות, שעניינן התפתחותו של האדם המטופל לאורך שנות חייו. על ידי הוספת תובנות חדשות, ובדיון משותף באבחון התסמינים ובתוצאות הטיפול, מכניסים הרופאים "סדר" לסיפור החיים שהובא לפניהם, וחושפים את תפישת החולי, המובילה לתפקוד הלקוי של המטופלים.

יישום הגישה הנרטיבית ברפואה דורש מיומנויות תקשורתיות. הרופא צריך לדעת כיצד להקשיב למטופלים מתוך אמפתיה ורגישות, מתי ואיך להתערב. על ידי הקשבה אקטיבית יכול הרופא להבין לעומק את חוויית המטופל, חוויית החולי וסיפור חייו, ולבחור להתערב בשלב מאוחר יותר, כדי לעזור "לתקן" את הסיפור. הרופא יכול גם להחליט להוסיף פניות או הפניות כדי להבהיר את הסיפור ולחשוף נקודות עלומות. הגישה הנרטיבית דורשת התאמה בין המספר לשומע, בין המטופל לרופאו. הרופא צריך לגלות רגישות, פתיחות, אמפתיה וסובלנות כלפי המטופל והאלמנטים ההתנהגותיים והסיפוריים, הנובעים מהשתייכותו המינית, הגזעית, התרבותית והערכית. הרופאים צריכים להיות מודעים לאמונות שלהם עצמם ולמשמעות סיפור החיים האישי שלהם, כדי שתהיה להם היכולת למתוח את גבולות המקצוע ולהכיל את סיפוריהם של החולים.

רופאים וסיפורים

רופאים מתייחסים בדרך כלל בשפתם אל מחלות כאל ישויות עיוניות ואל מטופלים במושגים של תסמינים, סימנים או מחלות (Rabin, 1998). הזירגון הרפואי אינו מכיל בדרך כלל סיפורי חולי, משום שאלה מתקבלים לרוב בספרות הרפואית כ"לא מדעיים". עם זאת, רופאים מספרים סיפורים – אם בישיבות צוות במרפאות לרפואה ראשונית או בפרוזדורים של מחלקות בית החולים, ואם בשיחה בלתי פורמלית בין שני רופאים או בקבוצות בלינט. כאשר הם מספרים סיפורים, משתמשים הרופאים בשפה אינטגרטיבית: הגורמים המיקרוביולוגיים מתערבבים בגורמים הפסיכו-סוציאליים והמיומנויות הטכניות מתערבבות עם

מיומנויות ההתמודדות (Powels, 1973; McKeown, 1971). במצבים אלה השפה האישית, הרבגונית ורבת ההיבטים היא השלטת והמקובלת.

בלינט כבר ציין שהרופא והמטופל בונים נרטיב משותף (Matalon & Mazor, 1999). Kleinman (1988) טען שהמושג יצירה משותפת הוא יומרני מדי, והרופא הוא יותר פרשן של הסיפורים מאשר יוצר שלהם. הגדרת המצב של "היות חולה" דורשת נוכחות של רופא, השומע את החולה (ראה פרק ב). כאשר הרופא שואל את החולה: "מה מביא אותך אלי היום?" יש חולים שאינם מבינים את השאלה ואינם תופסים אותה כהזמנה לספר את סיפור חייהם, אלא רק את הסיפור הרלוונטי לחולי הנוכחי. לעיתים הם מרחיבים ומספרים גם על ההקשר שבו הופיעו התסמינים בסמוך לביקורם, אבל לרוב הם מביאים רק את סיפור המחלה, כולל השינוי בחייהם שאירע בעקבותיה.

בתקופות שונות של החיים מסופרים הסיפורים בצורה שונה, תוך הדגשים שונים של חלקי הסיפור. בשלב אחר של החיים עשויה גירסה חדשה של אותו סיפור לסתור את הגירסה הקודמת. מצב עניינים זה מבטא את ההתפתחות ואת השינויים בהיגיון הפנימי של הסיפור, המושפע מההבנות המשתנות של אותה חוויה בזמנים שונים על ידי אותו מטופל. גם כאשר הרופא מתרגם את סיפורו של החולה לשפה הרפואית ולרישום מובנה במושגים של אנמנזה, אבחנה וטיפול במחלה, הוא מספר את הסיפור מחדש ומעניק לו משמעות דומה או חדשה.

במהלך סיפור חייהם חווים מטופלים רבים אָבל על אובדנים שחוו בחייהם. הם מתאבלים על אנשים קרובים, על איבוד תפקודים בגופם (מחלה כרונית, למשל), על איבוד תרבותם או מעמדם החברתי (בהגירה, למשל). "סיפורי אָבל" כאלה מכילים רגשות כואבים, לא פעם סותרים ולא מעובדים, של איבוד ה"עצמי", וכן רגשות אשם, געגועים וכמיהה. למטופלים שחוו חוויה טראומטית יש צורך לספר שוב ושוב את חווייתם. הקשבה אמפתית וחומלת מצד הרופא יכולה לשפר את מצבם וליצור את האינטימיות המתאימה לטיפול.

ברקע הסיפורים שרופאים שומעים ממטופליהם מתקיימים, כמובן, גם סיפורי חייהם של הרופאים עצמם. חשוב שהרופאים יהיו מודעים לרגשות שמעוררים בהם סיפורי המטופלים. הסיפורים הם לעולם הדדיים. כל סיפור "מצלצל" אחרת בכל "מיכל", וסיפור החיים של הרופא והמודעות לו יוצרים את ה"מיכל" לסיפורו של המטופל. דוגמה לכך מתוארת על ידי Maoz et al. (1992):

רופאה בת 32 מצאה גוש בשד של עצמה. הכירורג, שאליו פנתה, קבע שמדובר במצב שפיר ודרוש רק מעקב. למרות זאת, הרופאה, אם לשני ילדים, לא חדלה לחשוש ולא הפסיקה לדאוג שמא חלתה בסרטן השד. בהמשך התלוננו החולים שלה בפני מנהל המרפאה על ירידה בהתעניינותה ובדאגותה להם. רק לאחר שהרופאה עברה ניתוח וביופסיה, שהוכיחה את טיבו השפיר של הגידול – שבה

לשלוות הנפש הקודמת ויכלה להיות שוב קשובה למטופליה. במבט לאחור, הרופאה הבינה את אי הנוחות הרבה שחשה בעת שטיפלה בחולות עם גוש בשד, ושיתפה אותן לעיתים קרובות בחווייתה האישית. במילים אחרות, בעת שהקשיבה לסיפורי החולות על גושים בשדיהן, התערבב סיפורן בסיפורה ללא מודעותה, וגרם לכרסום ניכר ביכולתה המקצועית.

לסיכום, אנו פוגשים בסיפורים במקומות שונים ובדרכים שונות, בשיחות בין רופאים, בקבוצות בלינט, בישיבות צוות, בשיחות עם העובדת הסוציאלית העובדת לצידם במרפאה או במחלקה. פורומים אלה מהווים מסגרת ובמה לגיטימית לדיון על בעיות המטופלים, שבהם נשמעים הסיפורים של אנשי הרפואה, המתערבבים עם סיפוריהם של המטופלים. כדי להעמיק את מודעותנו לחשיבות הסיפורים שאנו קולטים, מתרגמים ויוצרים בעצמנו, וכדי להגביר את יכולתנו ליישם את הגישה הנרטיבית בפרקטיקה הרפואית שלנו, עלינו לשאול את עצמנו קודם-כל כיצד היינו אנו רוצים שהסיפורים שלנו יישמעו ויירשמו על ידי המטופלים שלנו, עמיתינו ובני משפחותינו. (השימוש הקליני-טיפולי בסיפור – ראה פרק יד.)

לכעין תחליף לבן שהתרחק, ולכן יכלה שרה למצוא בו קורטוב של נחמה. על הערה זאת הגיבה שרה בחינך באומרה, "כן, היית ממלא מקום טוב מאוד של בני, ואני באמת רוצה להודות לך על זה". כאשר יצאה מן החדר, קרצה לד"ר כ. והזכירה לו שעדיין לא הצליח לטפל בהצלחה בעיניה הדומעות. ד"ר כ. הרגיע אותה. הוא אמר שתמיד תוכל לשוב אליו בעתיד.

שרה יצאה. ד"ר כ. לגם מכוס התה שלו והרהר בה דקות ארוכות. רק עתה הבין שלא היו אלה רק התרגילים שעזרו לה, אלא גם העובדה שהוא עצמו ליווה אותה והיה עימה במהלך התרגול במרפאה, ובמידה מסוימת גם בבית. הרגשות ה"העברה" שחשה כלפיו היו ברורים לו מאוד, אבל לפתע עלתה בו תמונת אמו המנוחה, דמות שהוקיר והעריץ. הוא הבין כעת שהשפעתו החיובית של הטיפול לא נבעה רק מכך ששרה מצאה בו "דמות בן", אלא גם מכך שהוא מצא בה "דמות אם". הוא לא תפס את שרה כשתלטנית, כפי שאדם בנה נהג לתאר אותה, והיה מסוגל לתקשר איתה ולחוות את רכותה ואת חומה. לא היה לו ספק שתרגילי ההרפיה היו מכשיר התערבותי יעיל מאוד, אבל היבט היחסים ההדדיים היה, כנראה, מהותי עוד יותר. יחסיו עם שרה הושפעו למעשה משתי "דמויות שליטות" נוספות, בנה ואמו, והם שהפכו אותם למיוחדים כל כך והזינו את האמפתיה האמיתית והיעילה שאפיינה אותם.

ב-4.45 עזב ד"ר כ. את המרפאה כאדם וכרופא מלא סיפוק.

במקרה זה הדגמנו, שהרפיה אינה טכניקה מיכנית בלבד. ניתן להשתמש בה כמרכיב חשוב בסוגים שונים של טיפול נפשי משולב. המרכיבים שניתן למצוא בתיאור מקרה זה הם:

1. שימוש מוצלח ב"העברה" וב"העברה נגדית" (מבלי לפרש אותם)...
2. מודעות ל"משולשים" השונים שראינו במסגרת הפגישות.
3. שימוש יעיל באמפתיה ובתמיכה במשך ההתערבות.
4. תועלת שבגישה המשפחתית-מערכתית (מבלי שחייבים לראות את המשפחה כולה בחדר הרופא).

התערבות ביו־פסיכו־סוציאלית בשימוש הגישה הנרטיבית

השימוש בנרטיב (סיפור) ברפואה מצוי עדיין בחיתוליו. רופאים מורגלים בשימוש בציוור עץ המשפחה כמקור לדליית מידע גנטי ומידע לגבי יחסים במשפחה. השימוש בנרטיב שכיח יותר כטכניקה בפסיכולוגיה ובפסיכותרפיה,

במיוחד בעת משברים. באמצעותנו ניתן למקם את בעיותיו הרפואיות של החולה בתוך ההקשר של חייו ותרבותו. סבלו מקבל משמעות ומהווה נקודת שיא בתהליכים של מצוקה מתמשכת, מתח עכשווי או אירוע טראומטי.

אלא שהשימוש בטכניקת הנרטיב דורש זמן, וזמן הוא משאב נדיר ברפואת המשפחה. רופאים המעוניינים להקדיש זמן רב יותר לחולה מסוים נוטים להזמין לבקר במרפאה לראיון מיוחד בסוף היום, ובאמצעותו הם מקווים להגיע להבנה עמוקה יותר של הרקע והמקור לתסמינים, משך הופעתם ומידת הסבל או ההפרעה בתפקוד שהם גורמים. שיטה זו להזמין חולה בסוף יום העבודה כדי להעמיק בהיכרות – מקובלת אצל רופאי משפחה לא מעטים. הם משתמשים בה כאשר המטופלים פונים בשל בעיות רפואיות מורכבות, כאשר חולים עברו בדיקות רבות או כאשר הם מבקרים תכופות במרפאה. מקרים אלה יוצרים אי נחת בקשר רופא-חולה, משום שהם מכרסמים בהערכה עצמית של הרופאים, החשים חסרי אונים אל מול התסמינים הבלתי מופענחים ובשל חוסר יכולתם להושיע.

ד"ר צ., רופאת משפחה, עברה על גיליון החולה של אשה שעימה היתה אמורה להיפגש בשעה הקרובה. היו שם כל הפרטים הנחוצים: מסעודה, בת 74, נולדה במרוקו, עבדה כל חייה בחקלאות במושב, עברה לפני כשנה להתגורר בבית בתה הבכורה, התלוננה רבות על דפיקות לב וקוצר נשימה, ועברה את כל בדיקות הלב האפשריות. לפני הפנייתה לצנתור החליטה הרופאה להזמין לשעה מיוחדת.

כשנכנסה מסעודה לחדר הרופאה, התרשמה ד"ר צ. מייד מהבעת פניה העצובה. היא ערכה את האנמנזה הרפואית והבדיקה הגופנית, שכצפוי לא העלו דבר, ואז ציינה בעדינות לפני מסעודה את התרשמותה לגבי העצב שניכר בפניה. באמירה קצרה זו נפתח לפני עולם ומלואו. מסעודה סיפרה לה על חייה המאושרים עם בעלה, שנפטר לפני שנה בשל גידול ממאיר של הערמונית. היא תיארה כיצד לאחר מותו הזמינה אותה בתה הבכורה לעזוב את המושב ולעבור להתגורר עימה, משום שלא תוכל עוד להתפרנס מהחקלאות הכושלת, וביתה ממילא ריק מילדיה, שעזבו אותו בזה אחר זה בתום שירותם הצבאי. כל זה נשמע הגיוני ונכון, ומסעודה קיבלה את הזמנתה של בתה. אלא שחייה בבית הבת לא צלחו, והיא הרגישה אומללה. בתה היתה טרודה מדי בחייה, לא יכלה להקדיש לה זמן, ובאחרונה החלה לדבר על אפשרות להעבירה לבית אבות. מסעודה הרגישה נבגדת ומדוכאה, ובכל ערב התפללה שלא תתעורר בבוקר הבא.

ד"ר צ. ביקשה לשמוע עוד וציירה יחד עם מסעודה את עץ המשפחה ואת אירוועי החיים המשמעותיים שלה. היא ביקשה שתספר לה אם היו משברים בחייה ושתפרט אותם. לא היה צורך להפציר במסעודה. היא גוללה לפני הרופאה את סיפור חייה: נולדה במרוקו ב-1924 כבתו הבכורה של חייט מפורסם ואמיד.

את ילדותה היא זוכרת כילדות שמחה, אך גם רבת אחריות ועול, שכן כבת הבכורה עזרה לאמה בגידול תשעת אחיה ואחיותיה. מגיל צעיר מאוד סבלה מדלקות גרון ומחולשות בלתי מוסברות, מה שגרם לאמה דאגה רבה, ולכן הובהלה לפרופסורים צרפתיים בעיר הבירה, שהיו אמורים לאבחן את ה"התעלפויות" והחולשות שתקפו אותה. היא זוכרת גם תפילות וביקורים בקברי צדיקים לאותה מטרה. במשך הזמן הפנימה את אופיה הדאגני של אמה.

בבגרותה – המשיכה מסעודה לספר לד"ר צ. שהקשיבה רוב קשב – החלה להשתחרר מכבלי התרבות היהודית-מרוקנית המסורתית ולחפש את עצמאותה. כך הגיעה לתנועה הציונית (למורת רוחם של הוריה), שם הכירה את בעלה. לאחר שנישאו עלו לארץ ישראל עוד לפני הקמת המדינה. בהגיעם קיבלו בני הזוג שבעה זונם אדמה בצפון הארץ. כשמסעודה דיברה על תקופה זו, על קשיי עבודת האדמה עד כדי פציעת הידיים, על השמירה בלילה מפני התקפות "פדאיונים", על תנאי המחיה הקשים, כמו דלי מים למקלחת, עששית לתאורת לילה וגזיה לחימום מעט האוכל – ברקו עיניה. ניכר בה שתקופה קשה זו היתה לה גם תקופה של עמידה באתגר, של נחישות ושל מסירות.

למסעודה ולבעלה נולדו שלושה ילדים, שבינתיים נישאו ומתגוררים עם משפחותיהם ברחבי הארץ. לפני כעשר שנים החליטו היא ובעלה להפסיק לעבוד והסתפקו בפנסיה דלה ובדמי השכרת קרוואן שהכניסו לחצרם. אלה היו עשר השנים היפות בחייהם. למרות הבעיות הכלכליות של החיים במושב, היתה להם תחושה פנימית של יצירה והגשמה. בכל סוף-שבוע נסעו בשמחה לבקר אצל אחד מילדיהם, וגם כאשר לא נסעו, ידעו למלא את זמנם הפנוי וליהנות מקשר של אהבה ותמיכה הדדית. עם מות בעלה, לאחר שנה של טיפול מסור בכאביו, לא הצליחה מסעודה להתאושש. הבדידות דיכאה אותה, ולכן נענתה בקלות יחסית להצעת בתה. היא מכרה את הרכוש במושב ועברה להתגורר בבית הבת. אבל בבית הזר, ללא חברותיה ושכנותיה הוותיקות במושב, בדידותה רק העצימה. בתה היתה עסוקה מדי, ולא היו לה הזמן והסבלנות להתמודד עם עצבותה העמוקה והמתמשכת של אמה הזקנה. לבסוף הוחלט כי מוטב שתעבור לבית אבות, שם תוכל להכיר אנשים ולהיות בחברת בני גילה. מסעודה היתה במתח רב והרגישה מתוסכלת, בודדה ונבגדת.

סיפור של מסעודה שבה את לב הרופאה. היא חשה נפעמת נוכח סיפורי ראשית המדינה ובניית הארץ, התפעלה מהנחישות האידיאליסטית, מההקרבה מהגבורה, והוקסמה מהאהבה הרבה שבה דיברה מסעודה על קשריה עם בעלה. אף שהסיבה לפנייתה היו תסמינים של חולשה, היא פגשה אשה חזקה אינטליגנטית, שעצבותה היתה מובנת לה מאוד.

כשסיימה מסעודה את סיפורה, חזרה הרופאה על סיפור החיים של מסעודה,

מחדש, כשהתסמינים שהטרידו אותה שזורים בו. הסיפור החדש, שנבנה וסופר על ידי ד"ר צ. על סמך מה ששמעה ממסעודה, הדגיש את המעברים ההירואיים והמוצלחים בחייה ואת התמודדותה עם משברים, הגירה, מלחמות ומחלות. העצבות והתסמינים המלווים אותה הצטיירו לפתע כתופעה בלתי נמנעת של החיים. רק לאחר מכן הגיעה הרופאה לדיון במשבר האקטואלי בחייה של מסעודה, ובהתלבטות שלה בשאלת המעבר לבית אבות.

מסעודה, שחשה כי הרופאה מבינה אותה ומתארת את חייה בצורה נכונה, רגישה ואוהדת, היתה מוכנה לשקול את המעבר לבית האבות. במצב עניינים זה שקלה אופציה זו מנקודת מבט חדשה, משוחררת מהעלבון שהציף אותה כשהרעיון הועלה על ידי בתה. עכשיו היתה כבר במקום אחר, בהיר ונקי יותר. ממוקם זה כבר לא שללה מכל וכל את האפשרות של בית האבות, ואפילו החלה לדבר על סוג בית האבות, שבו היתה רוצה לגור. לקראת סוף המפגש כבר ראתה את עצמה עוזרת לטפל בזקנים הזקוקים לעזרה, ונחה בגינה, שהיא עצמה תשתול ליד חדרה.

חודשיים לאחר ביקורה במרפאה התקשרה מסעודה לד"ר צ. מבית האבות שבו בחרה. היא סיפרה לה בתחושת גאווה על המעבר הקל והנעים, והתנצלה שאינה יכולה להאריך בשיחה. אחת הזקנות שבהן היא מטפלת נפלה, והיא צריכה לרוץ לעזור לה...

במקרה שתואר כאן טופלו התסמינים הגופניים ומצבה הרגשי של החולה בעת ובעונה אחת. ברגע מסוים במעגל החיים, בעודה שרויה באבל על מות בעלה ובעיצומה של ההתמודדות עם המעבר לבית בתה, שבה מסעודה לחוות את ה"חולשה", שהיתה מנת חלקה בילדותה. דפיקות הלב שלה היו אולי סממנים של "שברון לב".

כאשר קיבלה את ההזדמנות לספר את קורות חייה לרופאה, יכלה מסעודה לשוב ולגלות את ההערכה העצמית ואת הכוחות החבויים בה. באמצעות הקשב האמפתי איפשרה לה הרופאה לדבר על רגשות, שאולי היו בבסיס חלק מהתסמינים שהטרידו אותה. היא נתנה "הכשר" לחרדותיה, לפחדים ולהתלבטויות, ועזרה לה בדרך לא שיפוטית למצוא מחדש את תחושת העצמיות. בנקודה זו, כאשר היא שוב בוטחת בכוחותיה ובעמידותה, חשה מסעודה שהחלטה על המעבר לבית אבות היא בידיה, ואינה כפויה עליה על ידי בתה. היא החזירה לעצמה את השליטה בחייה.

על פי תיאוריית מעגל החיים של אריקסון, המאבק בגיל הזיקנה הוא בין כוחות האינטגרציה לכוחות הייאוש. הייאוש מתבטא בתחושות של קוצר זמן והיעדר יכולת וכוח לעשות או לעבור שינויים בחיים. תחושות אלה מלוות בדרך כלל בפחד תת-מודע מהמוות, ההופך במקרים מסוימים, כמו זה של מסעודה,

לדיכאון ולרצון למות. כוחות האינטגרציה מובילים לשלווה ולהשלמה עם מעגל החיים האישי בעבר ועם ההתרחשויות בהווה.

במקרה של מסעודה, הושגה האינטגרציה באמצעות ההזדמנות שהעניקה לה הרופאה לספר את חייה, לחוות מחדש את המעברים בחייה, להשלים עימם, להיות מסופקת ואף גאה בהישגיה, ולהפחית את כעסה על בתה. באמצעות הסיפור הזדהתה מחדש עם דמות עצמה ה"חזקה", העוברת משברים בגבורה ובחוסן נפשי, יותר מאשר עם דמות "הילדה החלשה" מהעבר הרחוק.

במושגים הלקוחים מהתיאוריה הסלוטוגנטית (ראה פרק יח, "משאבים מעודדי בריאות") אפשר לראות במקרה זה כיצד הרופאה התבוננה בכל חייה של החולה, ולא התמקדה בדילמה הנוכחית בלבד. משום כך יכלה החולה להתייחס לדילמה העכשווית כאל אתגר נוסף ברצף של אתגרים בחייה, שבהם עמדה בהצלחה. זיכרונה שב והציב אותה מחדש מול כושר הסתגלותה ועמידותה, המוכרים לה ממשברים קודמים. בעזרת המפגש עם הרופאה היא הבינה את המעבר לבית האבות לא רק כתגובה רגשית של דחיה (comprehensibility); היא הבינה שהיא אוטונומית להחליט בעצמה אם לעבור לבית אבות ובאיזה לבחור (manageability). היא אפילו יכלה לייחס למעבר זה משמעות: הוא יאפשר לה לטפל או לסייע בטיפול בזקנים הזקוקים לעזרה.

ניתן, כמובן, לראות בהשתלשלות המקרה הזה גם הדגמה טובה של חוויה מתקנת, שהתאפשרה לחולה בשל הדו-שיח האמפתי שקיימה עימה הרופאה. חוויה חדשה זו ציידה אותה במטען מחדש של תקווה ואמון בעתיד. התרכזות בשלב האחרון של השיחה, שבו קיבלה החולה על עצמה אחריות לגבי החלטותיה והמשך חייה, משייכת התערבות זו גם לגישה האקזיסטנציאלית, שהזכרנו לעיל. טיפול מוצלח עשוי אפוא להכיל גורמים ומרכיבים של שיטות התערבות שונות, המשלימים ומחזקים אלה את אלה.

התערבות מערכתית-משפחתית-ארגונית

דייר א. כעס מאוד. זה עתה קיבל לביתו עוד שיחת טלפון מאחותה של יהודית, חולה בטיפולו. את מספר הטלפון הפרטי שלו מסר ליהודית, ולא לאחותה, כדי שתוכל לפנות אליו במצב חירום. הוא חש עתה שטוב ליבו נוצל לרעה. דייר א. התרעם על עצם השיחה, על נימתה הבלתי מנומסת ועל תוכנה, שכלל בעצם האשמה של הרופא בהידרדרות מצבה של יהודית.

יהודית היא אשה צעירה בת 21, ממשפחה דתית, נשואה זה מספר חודשים, וסובלת כבר שנים אחדות מהפרעת האכילה אנורקסיה-נרבוזה. הפרעה זו היתה