

מִרְפָּאוֹת עֲרָבִיּוֹת מְסוֹרֶתִיּוֹת בְּיִשְׂרָאֵל וְהַעֲצָמָתָן אֶת הַכּוּחוֹת לְטִיפּוֹלָן

אריאלה פופר גבעון ועליאן אלקרינאוי

תקציר

מחקר זה מתבסס על ראיונות שנערכו עם מִרְפָּאוֹת עֲרָבִיּוֹת מְסוֹרֶתִיּוֹת ועם פונות לטיפולן בערים מעורבות במרכז הארץ ובקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב.¹ ממצאי הראיונות מראים כי בעקבות הפנייה לִמְרָפָּאָה חוות הפונות תמורה, שהיבטיה אישיים וחברתיים כאחד. במאמר זה נמנים ומנותחים היבטים אלו, והמסקנה העולה ממנו היא שהמִרְפָּאָה המסורתית הערבית בישראל משמשת סוכן העצמה לפונות אליה. העצמה זו, שהשפעתה ניכרת בעיקר בקרב הפונות המנהלות קשר רציף ומתמשך עם המִרְפָּאָה, אינה העצמה חברתית אלא העצמה אישית. ממצא זה מתאים למודל ההעצמה ה"מעשי" שמתארים פלד ועמיתים (Peled, Eisikovits, Enosh & Winstock, 2000), אשר ממנו משתמע קיומם של סוכן מעצים ויחיד מוחלש, המעורבים בתהליך צמיחה בהקשר חברתי שרווחות בו מגבלות רבות.

מילות מפתח: ריפוי מסורתי, העצמה, נשים, חברה ערבית בישראל.

מבוא

חוקרים רבים העוסקים בהקשר החברתי של פעולת המִרְפָּאָה המסורתית, מניחים כי מערכות רפואיות משקפות את יחסי הכוחות בחברה (Adib, 2004; Few, 2002; Glick, 1967; Morsy, 1993). כוחות אלו, שבסיסם יכול להיות דתי, כלכלי, מגדרי או פוליטי, משפיעים על עיצוב חווית המחלה, על הידע על אודותיה ועל אופי הלגיטימציה הניתנת לה. ברובם, גורסים חוקרים אלו כי אבחון המחלה כרוך ברעיונות בדבר הכוחות הגורמים לה ואילו הטיפול בה מערב ניסיונות לשלול בכוחות אלו.

הדיון בהיבטים של כוח בפעילות המִרְפָּאָה המסורתית בולט במחקרים שעניינם מִרְפָּאוֹת נשים וההקשר החברתי של פעולתן. במחקרים אלו מצטיירות המִרְפָּאוֹת המסורתיות כמי שמעצימות הן את מעמדן והן את מעמד הנשים בחברתן. נטען בהם כי כאשר אין לנשים מעמד ממוסד בחברה, הן משיגות באמצעות ההשתתפות בפולחני הריפוי המסורתי סמכות, השפעה בתחום הציבורי, מעמד כלכלי וניידות חברתית

1 מחקר זה התאפשר הודות לתמיכתם של המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, מרכז ג'ו אלון ויד יצחק בן צבי.

Bourguignon, 2004; Few, 2002; Finkler, 1985; Glass-Coffin, 1998; Keller, 2000; Reiff, O'Connor, Kronberg, Balick, Lohr, Roble, Fugh-Berman & Johnson, 2003). בין מחקרים אלו בולט מחקרו של לואיס (Lewis, 1989), העוסק במשמעות החברתית והפוליטית של כיתות האיחוז (כיתות שבמסגרתן יחידים הסובלים מאיחוז רוחות נוטלים חלק בטקסים תקופתיים שמטרתם פיוס הרוחות). לואיס טוען כי בחברות פטריארכליות, שבהן שולטים גברים במבנה החברתי, סובלות נשים מקיפוח פוליטי, חברתי וכלכלי והן חסרות אמצעים גלויים וישירים לקידום מטרותיהן. לדעתו, במסגרת כיתות האיחוז מבטאות נשים את שאיפותיהן הכמוסות בלי להיות נתונות לסנקציות חברתיות. כך הן משתחררות, לפחות באופן זמני, ממגבלות מעמדן ומנתבות משאבים חברתיים וכלכליים לטובתן.

במחקר זה, הממשיך את מגמת המחקרים הקודמים, לא נשתמש במונח "כוח", המזוהה בעיקר עם תהליכים פוליטיים, אלא במונח "העצמה", הרווח בשנים האחרונות בשיח בנושאי מגדר, בריאות, עבודה סוציאלית ועוד. חוקרים מתחומים שונים ניסחו למונח הגדרות שונות, המתייחסות לקשר בין היחיד, הקבוצה והקהילה (Cheater, 1999; Clark & Krupa, 2002; Ellis-Stoll & Popkess-Vawter, 1998; Guitierrez, 1990; Magar, 2003; Pardasani, 2005). במחקר זה נבחר השימוש בהגדרת ההעצמה שהציע רפפורט:

קל להגדיר העצמה על דרך השלילה. בהיעדר העצמה נמצא חוסר אוניס, אמתי או דמיוני, חוסר ישע, ניכור ואבדן תחושת שליטה של היחיד על חייו. קשה יותר להגדיר העצמה על דרך החיוב, מפני שהיא לובשת פנים שונות עבור אנשים שונים ובהקשרים שונים (Rappaport, 1984, p.3).

זוהי הגדרה על דרך השלילה, המשאירה את המכניזם הכרוך בתהליך ההעצמה לא מוגדר. על פי הגדרות אחרות מתויג היחיד באופן דיכוטומי כמועצם או כחסר אוניס (Kilian, Lindenbach, Lobig, Uhle, Petscheleit & Angermeyer, 2003), ותוצאות תהליך ההעצמה נמדדות בתחושות סובייקטיביות (כהערכה עצמית ומסוגלות) ובמדדים אובייקטיביים (כהכנסה ומעמד). לעומתן, רפפורט ממליץ לבחון כל מקרה לגופו. הוא רואה בהעצמה תהליך הנובע ממצב של חוסר אוניס ואשר עשוי להביא לתוצאות רבות ושונות, ולכן ניתן לבחון את השתלשלותו בלי להניח מראש את תוצאותיו.

במחקר זה, נבחן תחילה את האופן שבו מתוארות בספרות מִרפאות מסורתיות בעולם האסלאם ואת הדרכים שבהן הן מעצימות את מעמדן ואת מעמד הנשים בחברתן. לאחר פירוט שיטת המחקר, נפנה לניתוח הממצאים. מדברי הפונות שרואיינו עולה כי בעקבות הפנייה לִמְרפאה הן חוות תמורה, שהיבטיה אישיים וחברתיים כאחד. נתאר ונתח את התמורה האישית ואת התמורה החברתית שחוות הפונות, ולסיום, נבחן את משמעויותיה בהקשר של מושג ההעצמה.

סקירת הספרות

עד שנות השמונים של המאה העשרים התמקדו חוקרי החברה המוסלמית במרחב הגברי, הציבורי, הנגיש והמוערך, והנשים תוארו באופן חד-ממדי כמדוכאות, בשל האיום, בייחוד זה המיני, שהן מטילות על הסדר החברתי. חדירתן של נשים לשדה המחקר, וביניהן חוקרות מוסלמיות (Abu Lughod, 1986; Mernissi, 1987), חוללה תמורה בהצטיירותן של מעמד הנשים המוסלמיות, וגברה השאיפה להפריך את התפיסות המקובלות על אודות נחיתותן.

ברוח המגמה החותרת להאיר את בסיסי כוחה של האישה המוסלמית, מצביעים מספר מחקרים על האופן שבו תפקיד הקרפאה המסורתית תורם להעצמתה ולהעצמתן של נשים בחברתה. מחקרים אלו, בדומה למחקרים שסקרנו, שבהם מצטיירות הקרפאות המסורתיות כמי שמעצימות את מעמדן ואת מעמד הנשים בחברתן, נכתבו רובם על ידי חוקרות. להבדיל מהם, מדגישים חוקרי החברה המוסלמית את העצמתן של הפונות, מגמה הבולטת בעיקר במחקרים שעניינם כיתות איחוז, דוגמת הזאר. מחקרים אלו מתארים את כת האיחוז כמסגרת נשית תומכת הפועלת בסביבה עירונית מנוכרת (Constantinides, 1979), כתופעה המאפשרת לנשים להבנות הגמוניה חלופית במערכת המגדרית הפטריארכלית (Boddy, 1989), כאפיק להשגת ידע על-אנושי ובעקבותיו – כוח וסמכות (Lambek, 1993), כמכניזם ליצירת תמיכה קבוצתית ולהבעת מיניות ותוקפנות (Somer & Saadon, 2000) וכאמצעי הסתגלות המעודד את שילוב הפונה בסביבתה (Sengers, 2003).

מחקרים אלו ואחרים (Doumato, 2000; Early, 1993; Kenyon, 1991; Morsy, 1993) מתייחסים לאופנים השונים שבהם פעולת הקרפאה המסורתית בעולם האסלאם מעצימה את מעמדן של נשים בחברתה. אחת ההשפעות של הקרפאה המסורתית היא העצמת הפונה במסגרת משפחתה: מעמד הפונה במשפחה משתפר באופן זמני בעקבות האבחון וקבלת "תפקיד החולה", המחייב את סובביה להעניק לה טיפול מיוחד ולמחול לה על התנהגות שבמקרים רגילים נחשבת לחריגה ופסולה. השפעה נוספת היא העצמה בין-נשית: בחדר ההמתנה של הקרפאה צומחת בין הפונות אחוות נשים, מסגרת אֶחָיוּת (sisterhood). המפגש מאפשר לנשים, המוגבלות בטווח יחסייהם החברתיים, לרקום יחסים על בסיס צרכים משותפים ולא רק מכוח קשרי משפחה, מעמד ושכנות. העצמה נוספת מתבטאת בתחום הדתי: הפונות, המאמינות שגורלן נקבע בידי כוחות עליונים, מוצאות בקרפאה המסורתית מתווכת, המספקת להן הזדמנות לבוא במגע עם אותם כוחות כדי לשכנעם שיתערבו לטובתן. הקרפאה מאפשרת לפונות גם לשלוט בפריזון ובמיניותן, ובדרך זו הן יכולות להשפיע על הערוצים המרכזיים שדרכם מגדירה התרבות הפטריארכלית את הנשים (Hunte, 1985; Rasmussen, 1998; Sukkary-Stolba, 1985).

בספרות העוסקת בקרפאים מסורתיים ערבים בישראל (אבו רביעה, 1999; אלקרינאוי, 2000; חבקוק, 1985; מצאלחה וברון, 1994; Gorkin & Othman, 1994)

קיימת התייחסות מצומצמת בלבד לִמְרָפָאוֹת. הדיון בהן הוא שולי, מתבסס על מדגמים מצומצמים ומהווה רק חלק מהדיון בִּמְרָפָאִים הגברים. מחקרים אלו אינם מתיימרים להציג ניתוח שיטתי של פעולת הִמְרָפָאוֹת, וממילא הם מתעלמים מההקשר החברתי של פעולתן. הם גם דבקים במסורת התיאורית, ואינם מתייחסים באופן פרשני להשפעתן של הִמְרָפָאוֹת. חלל זה בספרות המחקר מעניק חשיבות למחקר הנוכחי, המתמקד בִּמְרָפָאוֹת הערביות המסורתיות בישראל ובפונות לטיפולן. המחקר, המבוסס על מדגם רחב יחסית של מְרָפָאוֹת ופונות ועל שימוש בכלים פרשניים, חותר להציג לראשונה תמונה מקיפה של פעולת הִמְרָפָא המסורתית בהקשר החברתי.

מתודולוגיה

במחקר זה נבחרו שתי קבוצות אוכלוסייה שונות – מְרָפָאוֹת ופונות. כִּמְרָפָאוֹת הוגדרו נשים המוכרות כִּמְרָפָאוֹת מסורתיות בקהילותיהן, כלומר כמי שביכולתן לרפא באמצעות תמרון הכוחות העל-טבעיים. כפונות הוגדרו נשים המעידות על עצמן שהיו בטיפולן של מְרָפָא, לאו דווקא מבין המידעניות. בסך הכול השתתפו במחקר עשרים מידעניות ערביות מוסלמיות, פלאחיות או בדואיות, מהן עשר פונות ועשר מְרָפָאוֹת. למגע עם המידעניות קדמו קשרי ידידות עם גבר בדואי תושב הנגב ועם אישה בדואית תושבת עיר במרכז. הם הציגו בפנינו פונות, ואלו הובילו אותנו לִמְרָפָאוֹת שאצלן טופלו ולפונות נוספות מקרב חוג מכריהן. כך, בהדרגה, הלך חוג המידעניות והתרחב, עד שכלל מידעניות משני מוקדים גאוגרפיים שונים: מחציתן מתגוררות בערים בעלות אוכלוסייה מעורבת – יהודית וערבית, במרכז הארץ, ומחציתן האחרת משתייכות לחברה הבדואית בדרום הארץ.

עבודת השדה נערכה בשנים 2002–2003 והתבצעה באמצעות ראיונות עומק מובנים למחצה שבהם שולבה שאלת "סיפור חיים". בשלב הראשון רואיינו עשר מְרָפָאוֹת מסורתיות. הן נשאלו שאלת "סיפור חיים" בנוגע לתהליך חניכתן ושאלות עומק נוספות במטרה להכיר את מאפייניהן ואת דרכי פעולתן. בשלב השני רואיינו עשר פונות. הן נשאלו שאלת "סיפור חיים" באשר למחלה, לקושי או לסבל שהובילו לפנייתן לִמְרָפָא ושאלות עומק נוספות במטרה להבין את הטיפול שניתן להן ואת אופן השפעתן, בטווח הקצר והארוך כאחד. הראיונות, שנערכו ברובם בעברית, הוקלטו, תורגמו בעת הצורך, שוקלטו ושמות המידעניות שבהם הוסוו על ידי שמות בדויים. לאחר מכן, נותחו הראיונות באמצעות שתי שיטות המשלימות זו את זו. השיטה הראשונה היא דקונסטרוקטיבית באופייה, והיא מבוססת על התבוננות בפרטי הטקסט ברמת צירופי מילים או ברמת מילים בודדות (Tutty, Rothery, 1996 & Grinnell). על פי שיטה זו אותרו יחידות בסיסיות בטקסט – יחידות המשמעות, אשר שימשו בסיס להשערות. אלו נבדקו במהלך קריאת הטקסט ואז אוששו או הופרכו. השיטה השנייה היא הוליסטית ומנסה לחלץ את מבנה העומק מן הטקסט בשלמותו (Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber, 1998). לשם כך

נקרא הטקסט המשוקלט מספר פעמים, עד שזוהו בו צירים תוכניים מרכזיים. לאחר שאותרו צירים אלו, זוהו מקטעים שונים בטקסט הנוגעים להם, ואז נקראו ברצף כדי להסיק מהם מסקנות. שילוב שתי השיטות העניק לניתוח צירוף של מבט מלמטה, מן הפרטים, עם מבט מלמעלה, מן הכללי, ויחד הן אפשרו קבלת תמונה מלאה.

ממצאים

מניתוח הראיונות עם הפונות עולה שהמפגש עם המרפאה המסורתית תורם לפונה תרומה שאינה מתבטאת בהכרח בפתרון בעייתה, אלא בתמורה שהיא חווה. בעקבות המפגש עם המרפאה חל שינוי בעולמה הפנימי ובתפיסתה העצמית של הפונה, והיא חשה רווחה, ביטחון והקלה. בד בבד, ניכר שיפור בהסתגלותה החברתית של הפונה וביחסיה עם הקרובים לה. את ההיבטים השונים – האישיים והחברתיים – של תמורה זו, כפי שהם עולים מדברי המידעניות, נרחיב מיד.

תחורה אישית

מדברי המידעניות עולה שבעקבות המפגש עם המרפאה המסורתית חוות הפונות תמורה אישית. בתת-הפרק שלפנינו, נצביע על חמישה היבטים של תמורה אישית זו: נראה בפנייה למרפאה ביטוי לאוטונומיה אישית של הפונה ונתאר את תרומתו של תהליך האבחון לרווחתה. נסקור את המישורים השונים שבהם הידע שנמסר לפונה מידי המרפאה תורם לה, את משמעותו של הקשר הנרקם בין השתיים ואת האופנים השונים שבאמצעותם מחזקת המרפאה את הפונה בטיפול עצמו.

הפנייה למרפאה כביטוי לאוטונומיה הפונה

על אף התפקיד המשמעותי שממלאת המשפחה בתהליך חיפוש העזרה, במקרים רבים מבטאת הפנייה למרפאה המסורתית את רצון הפונה עצמה. שש מתוך עשר הפונות פנו למרפאה ביזמתן הן, ומבין ארבעת הנותרות – שלוש פנו ביזמת נשים אחרות ורק פונה אחת פנתה ביזמת בעלה. הפונה בוחרת לפנות למרפאה שכן זהו אחד המקורות החיצוניים הספורים העומדים לרשותה במצבי משבר. במצבים כאלו המרפאה היא משאב זמין ונגיש, המספק לפונה הכוונה ותמיכה. הפנייה אליה מעניקה לפונה לגיטימציה לצאת את ביתה לבדה (צוויקל וברק, 2002), באפשרותה של הפונה לבחור מרפאה מסוימת (Adib, 2004), להיות מטופלת בהיחבא, ללא ידיעת משפחתה, ובייחוד ללא ידיעת בן זוגה, וליהנות מטיפול זול ונטול סטיגמה. קריטריונים אלה נמצאו משמעותיים בתהליך חיפוש העזרה של נשים מוסלמיות גם במחקרים אחרים (Al Krenawi, Graham & Fakher-Aldin, 2002).

נוכל לראות בפנייה למרפאה המסורתית סמל לאוטונומיה אישית ולתאר, בעקבות חוקרות נוספות (Dwyer, 1978; Mernissi, 1989), את הפונות כנשים אקטיביות, המודעות לצורכיהן והמגיבות להם באופן תכליתי. תיאור זה מנוגד לתפיסה המוסלמית הרווחת, המטילה סייגים רבים על בחירותיהן של נשים ומכפיפה את רצונותיהן

לרצונם של בני משפחה אחרים, בעיקר גברים. את הסתירה בין ההגבלות המוטלות על הפונות במסגרת תרבותן לבין החירות שהן מבטאות בפנייתן למרפאה, ניתן להסביר באמצעות התפקיד שמייצגת התרבות המוסלמית לנשים. נשים מופקדות על אבחון הבעיות הפוקדות אותן ואת בני משפחותיהן ועל הטיפול הראשוני בבעיות אלו. הודות לתפקיד זה נהנות הפונות מחסינות מסוימת ומחופש הכרעה ופעולה בתחום הריפוי. בתחום זה יש לנשים חירות רבה יחסית, וחלקן מנצלות אותה כדי לפנות למרפאה בעניינים הנוגעים להן, לילדיהן ולעיתים אף לגברים במשפחתן.

תהליך האבחון

בתהליך האבחון מספקת המרפאה המסורתית לפונה מודל מסביר (Klienman, 1980). המודל משיים את בעיית הפונה, מתרץ את העיתוי ואת האופן של הופעתה וגם צופה את מהלכה. הוא נותן הסבר לבעיית הפונה, ומכאן שמו, והוא מכווון את הפונה להכריע בין שיטות טיפול חלופיות ונותן משמעות אישית וחברתית לסבלה. המודל המסביר הוא מבנה קוגניטיבי, והוא מגלם את ההקשר התרבותי של תהליך האבחון, שכן הוא מעתיק את חווייתה של הפונה למישור סמלי המושרש בהקשר רחב יותר. בתהליך זה מגשר המרפא בין חוויית היחיד לבין העולם המיתי באמצעות ניסוח מטפורה (Kirmayer, 1993). המטפורה – חשיבה על דבר אחד במונחים של דבר אחר – היא המקנה משמעות לחוויית היחיד, לסבלו הרגשי או הפיזי או לכל אירוע מטריד שאינו מובן לו והמחייב הסבר. היא עושה זאת על ידי בניית עולם שבו מתאפשר מגע בין הקוטב המכיל את האיכות המידית והחושית של חוויית היחיד לבין הקוטב המכיל את העולם המיתי הרחב. המטפורה מתווכת בין הסבל למיתוס, בין היחיד לחברה, ומאחדת את הגשמי והמופשט, הרגש והמחשבה לדימוי יחיד.

בתהליך האבחון ממקמת המרפאה את הייצוג הסמלי של בעיית הפונה במציאות חיצונית, על-אנושית ומטפיזית, כפי שמשמע מדברי ג'מיעה על אודות אחיה, אשר המרפאה קבעה שסבלו נובע מכישוף:

המרפאה אמרה שיש אנשים שעשו לו דברים כדי שלא יתפקד. כדי שלא יתפקד כבן אדם רגיל, כבן אדם שפוי יותר. בגלל הכישוף הזה הוא מתנהג כמו בן אדם שהסתבך לו בחיים, שלא ידע לאיזה כיוון הוא הולך, לא ידע מה הוא רוצה מהחיים שלו ולא ידבר בלשון שלו אלא בלשון של מישהו אחר... כן, והיא אמרה שזה דבוק בו מאוד, עד שקשה להוציא אותו.

החצנה זו עולה בקנה אחד עם נטיית ההדחקה הרווחת בתרבות הערבית (Somer & Saadon, 2000) ועם הנטייה לחיפוש מוקד שליטה חיצוני (Al Krenawi, 1999), וייתכן שהיא טיפוסית לאוכלוסיות מיעוט מסוגרות, כעריבי ישראל, המשליכות כלפי חוץ את בעיותיהן (Hes, 1964). אבחנת המרפאה משחררת את הפונה מרגשות אשם ובושה ומאפשרת לה לראות את עצמה כקרבת של כוחות על-טבעיים. היא מאפשרת לה להעלות את רגשותיה למישור גלוי ולהתמודד עמם, גם אם אלו רגשות שאינם מודעים או בלתי נשלטים, כמו קנאה, תשוקה וזעם. האבחנה מבנה מחדש את

הערכתה העצמית של הפונה, שכן היא מצביעה על גורם חיצוני לסבלה (Cucchiari, 1988) ומציירת אותה באופן מחמיא, כמי שמעוררת את קנאת קרוביה ואת תשוקת בני המין השני (בילו, 1978). האבחנה מחצינה לא רק את הקונפליקטים הנפשיים, אלא גם את הקונפליקטים החברתיים שמהם סובלת הפונה, והמֶרפאה מתעלת קונפליקטים אלו ומציגה אותם כעימות המתרחש בעולם המטפיזי.

בתהליך האבחון מפרשת אם כן המֶרפאה המסורתית את תסמיני הפונה ומשיימת אותם מחדש כחולי. החולי מעצב את התסמינים בצורה סמלית, יוצק אותם לתבניות התנהגות וחוויה מוסכמות שבמרבית המקרים אינן כרוכות בסטיגמה שלילית, ומספק להם משמעות. בתהליך זה מְבִנָה המֶרפאה את הבנתה מתוך רסיסי המידע שמעניקה לה הפונה. היא משלימה את המידע המקוטע לכדי אבחנה ברורה וחד-משמעית, המבוטאת במונחים מסורתיים ההולמים את תפיסת עולמה של הפונה. אבחנה זו יוצרת אצל הפונה בהירות ונותנת מענה למצוקות הנובעות מתחושת ערפול, חוסר שליטה ואין-אונים, שהיא חשה לנוכח העולם הכאוטי. המשגת האבחנה במונחים מטפוריים, כפי שמצביע דוורי (Dwairy, 1997), מאפיינת במיוחד פונים בני חברות לא מערביות, דוגמת המידעניות במחקר זה. הללו ממעטים להזדהות עם המודלים הפסיכולוגיים המערביים, המייחסים מצוקה רגשית לתהליכים תוך-נפשיים ומתבססים על עקרונות האינדיווידואליזם ועל רעיון ה"עצמי" (self), ומעדיפים על פניהם תפיסות הוליסטיות המדגישות את הקשר בין גוף ונפש, נטויות בהקשר חברתי – קולקטיביסטי ומבוטאות לעתים במושגים סומטיים או מטפוריים. לכן הכללתה של ההמשגה המטפורית בתהליך הטיפול עשויה להשפיע על פונים אלו במישורים שונים: גופניים, נפשיים וחברתיים. ההמשגה המטפורית, שבאמצעותה רותם המרפא לעזרה אמונות או דימויים מעולמם הפנימי של הפונים, עשויה, לטענת פרינס (Prince, 1976), גם להפעיל את מנגנוני הריפוי העצמי של אותם הפונים ובכך לתרום להקלה בתסמיניהם ולשיפור במצבם.

הידע שמוסרת המרפאה לפונה

במפגש עם המֶרפאה, ובעיקר בתהליך האבחון, נמסר לפונה ידע רב. בכל המפגשים המדברת הראשית היא המֶרפאה, ואילו הפונה מתוארת לרוב כמי שמאזינה, עונה לשאלות המֶרפאה ומאשרת או שוללת את קביעותיה. המֶרפאה מנסחת את הידע שהיא מוסרת לפונה בהצהרות שנימתן החלטית, ברורה וסמכותית. נימה נחרצת זו מדגישה את הרושם הקוטבי שהמֶרפאה היא "יודעת כול" ואילו הפונה "אינה יודעת דבר".

הידע שמקבלת הפונה מן המֶרפאה תורם לה בארבעה מישורים. ראשית, במפגש עם המֶרפאה נוצרות שתי עלילות נפרדות. המֶרפאה, על סמך ידע שמספקת לה הפונה ובסיוע הסימנים העל-טבעיים, מְבִנָה עלילה חיצונית, שהקשרה רחב ותכניה כלליים. הפונה מגיבה לעלילה החיצונית המוצעת לה ומבנה במקביל עלילה פנימית, המעניקה למונחים הכלליים פרשנות אישית וייחודית. כך מתפתחות שתי עלילות

בלתי תלויות, הנפגשות ונפרדות זו מזו לסירוגין. תהליך זה מעמעם את הקיטוב בין המרפאה לפונה, והפונה מגלה בהדרגה שהיא מקורו ויעדו של אותו ידע ייחודי הנכלל במסגרת הכללית שתיארה המרפאה. גם אם הפונה חשה שאין בידה לפרש את הסימנים העל-טבעיים, היא מסוגלת לפרש את דברי המרפאה, למקם אותם בהקשר חייה, ובאופן זה להפוך מ"לא יודעת" ל"יודעת" (Aphek & Tobin, 1989). בתהליך זה זוכה הפונה לאישור על ידע שכבר חשה שידעה. אישור זה מבסס את תמונת המציאות שלה ומעצים את הערכתה העצמית, כפי שעולה מדברי הפונה ג'מיעה:

אני הייתה לי הרגשה שזה ככה, שזה מה שיש לבן אדם הזה, לא אחרת. רציתי להיות בטוחה יותר דרך הבחורה הזאת שהלכתי. היא באמת אמרה לי, אמרה לי. היא העלתה את החשד שלי, רק העלתה את החשד שלי.

ומדברי הפונה תמאם:

המרפאה אמרה לי שמי שפגעה בי היא אישה שחורה. אחת שלא אוהבת אותי, מהמשפחה של בעלי... זה, אני הייתי מרגישה את זה עוד לפני כן... הרגשתי קודם כול, וכשהיא אמרה לי, אז אני ראיתי שכל מה שהרגשתי הוא באמת נכון.

במקרים אחרים, כמו במקרה של הפונה מחמודה, הידע שמבנה הפונה מתוך הצהרות המרפאה מסייע לה להיחלץ ממצב של הכחשה שבו הייתה שרויה:

היא אמרה לי שבעלי היה נפגש עם האישה הזאת עוד לפני שאני הכרתי אותו. ואני לא ידעתי את זה ואני חשבתי שהוא היה אוהב אותי. אמרתי לה שהוא היה אוהב אותי, ושהוא לא היה הולך עם אחרות ולא כלום. היא אמרה לי: "את יודעת שהוא עברייני?" ואני לא ידעתי שום דבר. הייתי בהלם. מה זאת אומרת עברייני, אבל הוא אוהב אותי והוא עובד ונותן לי הרבה כסף. היא אמרה לי: "מה, הרבה הרבה כסף?" אמרתי לה שכן, הוא נותן לי הרבה, אבל זה בגלל שהוא עובד. אמרה לי: "הוא לא עובד, הוא לא עובד". אמרתי לה שהוא עובד, שאני אומרת את האמת, שהוא עובד, אני יודעת. היא אמרה לי שיש לו, לבעלי, שהוא פותח, אה... סליחה, בית זונות, ומשם כל הכסף.

שנית, הידע שמעניקה המרפאה מסייע לפונה למקם את ה"אני" שלה במוקד המפגש ביניהן. במהלך המפגש חושפת המרפאה את עולמה הפנימי של הפונה, את גורלה, את ציר חייה ואת מוקד זהותה. המרפאה "פותחת" את חללי נשמתה הסגורים של הפונה, את "סמטאות הנפש" שלה (מצאלחה וברון, 1994), וחושפת את הסמוי מן העין – עינה של החברה, ולעתים גם עינה של הפונה עצמה. התמקדותה של המרפאה ב"אני" של הפונה משמעותית בעיקר בחברות קולקטיביסטיות, שההתייחסות ליחיד כאינדיווידואל מועטה בהן, בחברות פטריארכליות, המקפחות את זכותן של נשים להגדרה עצמית ובחברות הנמצאות בתהליך תמורה המטלטל ומערער את זהותם האישית והחברתית של חבריהן. כיוון שהפונות, פלאחיות ובדואיות כאחד, משתייכות לחברה קולקטיביסטית ופטריארכלית הנמצאת בתהליך תמורה, מיוחס ערך רב להיבט זה של המפגש.

שלישית, הידע שמעניקה המרפאה, גם כשאנו מוליד תובנה ברורה אצל הפונה, הוא מעורר בה תגובות רגשיות חיוביות. המרפאה מחזקת את הפונה כשהיא פותחת את המפגש ביניהן בשפע של מחמאות והכרזות חיוביות. בהמשך היא מנבאת שיקרו לפונה אירועים משמחים, המבשרים תמורה במצבה העגום בהווה. ידע שלילי, אם ישנו, מרוכך בעזרת ידע חיובי או מיוחס לאירועים ולכוחות חיצוניים. הדגשת החיובי בתיאור ההווה והעתיד מטפחת בפונה תפיסת עולם אופטימית, המשפרת את רווחתה ומעניקה לה כוח להגשים את מטרותיה. הידע שמספקת המרפאה מעניק לפונה ודאות וביטחון, בעיקר במצבי משבר ובעתות תמורה המחייבים הכרעה בין חלופות פעולה; הוא מרגיע אותה ומעורר בה תקווה לגבי העתיד, מפחית את חרדותיה ועוזר לה בפתרון בעיותיה.

רביעית, הידע שמוסרת המרפאה תורם לא רק לשיפור מצבה של הפונה בהווה, אלא גם לניתוב דרכה בעתיד. המרפאה עושה זאת בשני אמצעים שונים. האחד הוא אופן ניהול השיחה. המרפאה מעוניינת להטביע חותם על התנהגות הפונה, ולשם כך היא נוקטת שפת שכנוע ומשתמשת באמצעים רטוריים שונים, כמו הקדמת מסרים חיוביים לשליליים ושימוש בחזרות ובהפוגות (Aphak & Tobin, 1989). בדרך זו יכולה המרפאה להקנות לפונה רעיונות חדשים או לשנות את משמעותם של רעיונות קיימים, ובכך להשפיע על הכוונה, המוטיבציה, העומדת ביסוד מעשיה. האמצעי השני המסייע למרפאה להנחות את הפונה הוא העצות המעשיות שהיא נותנת לה. עצות אלו מרגיעות את הפונה ומעצימות את תחושת הרווחה שלה, בעיקר בעתות תמורה. הן עשויות להאיר את הערפל שבו שרויה הפונה בשל הצורך לבחור בין חלופות פעולה שונות, ואף להסב את תשומת לבן לפתרונות מעשיים שלא העלתה על דעתה.

מישורים אלו בולטים במיוחד בדבריה של הפונה תמאם. מסיפורה עולה כי המרפאה קיבלה את פניה במחמאות ובהכרזות חיוביות. בהמשך היא הכירה בקשייה שבהווה והפיחה בה תקווה לעתיד טוב יותר, הן מבחינה כלכלית והן מבחינה רומנטית. היא גם העניקה לה עצות שיוכלו להקל על סבלה וערבה לה שבעיותיה ניתנות לפתרון, במישור הטבעי והעל-טבעי כאחד:

דווקא כשנכנסתי אליה היא אמרה לי: "תשמיני, את יפה". אני אמרתי לה: "אני זקנה", והיא אמרה לי: "לא, דווקא יש לך פנים יפות, קצת תשמיני..." הרגשתי מהתחלה שנכנסתי, כשאמרה לי: "את רזה יותר מדי, יעני למה ככה. למה ככה? להפך, תתלבשי יפה, תאכלי טוב. את בחורה טובה, יש לך אה... עתיד טוב, יש לך ילדים טובים. את נראית אישה ככה טובה, לא סתם..." אחר כך היא פתחה לי ואמרה לי: "יש לך שישה חודשים והלאה המצב שלך קשה. אני רואה שמבחינת זה אני מאמינה לך שאין לך כסף בכלל. את עוברת מצב קשה". אמרה לי: "יאללה תיסעי, תיסעי לחוץ לארץ, שם יהיו לך חיים בעושר". ואמרה לי גם: "תתחתני, יש לך עוד חתונה. תתחתני ותביאי עוד בן, והבן אדם הזה טוב". ושאלה אותי: "זה נכון שהיה לך אחד מהשטחים, מי זה?" אמרתי לה שזה היה

בעלי הראשון, שהתגרשתי ממנו. היא אמרה: "הוא איזה יום יבוא ויבקש אותך עוד פעם. אבל הוא לא טוב בשבילך. את עם מזל בתולה ותאומים יותר מתאים לך. אבל לבעלך אל תחזרי, למה הבן אדם רע". אמרה לי: "בשום אופן אל תחזרי אליו. אבל תהיה לך עוד חתונה. עוד שלושה שבועות או שלושה חודשים יהיה לך בית משלך. תמצאי הפעם בית משלך". ואמרה לי: "אני גם יעשה לך משהו שיהיה לך ככה קל, יעני כמו קמע, כדי שיהיה לך טוב". אמרה לי על הבן שלי הגדול: "יש אחד מהילדים שלך, שיהיו בריאים, הוא יהיה עשיר". ואמרה לי: "את, רק מבחינה כספית יש לך בעיה, את לחוצה. אני מאמינה שהמצב שלך מתחת לאפס מהבחינה הזאת". אז אמרתי לה: "את יודעת, שכר דירה, ילדים, מכולת ויש לי גם חוב". היא ראתה גם שיש לי קצת צרות אבל נתנה לי הרגשה טובה... הרגשה שיש לי עוד סיכוי, שיהיה לי טוב בחיים שלי. אמרה לי: "יש לך נסיעה, את נוסעת לחוץ לארץ", ואני חושבת על זה... כן, אני חושבת על נסיעה, לנסוע זה נכון, אולי חודש הבא... לקנדה, אצל אח שלי, אולי ישתנה לי אז המצב.

המפגש בין המרפאה לבין הפונה כרוך אם כך במסירת ידע. בתהליך זה, המותנה במידת ההזדהות והאמון שמעוררת המרפאה בפונה, מאמצת הפונה משהו מהאופן שבו המרפאה תופסת את המציאות, מייחסת משמעות למעשים ומסבירה מצבים, התנהגויות ופעולות. בשעה שהפונה מאמצת מקצת מאופן ההתבוננות של המרפאה ומפנימה אותו, היא רוכשת לה בני ברית בדמותם של המרפאה והישויות העל-טבעיות כשותפים לאופן ההתבוננות החדש שלה על עצמה ועל עולמה. בעקבות כך מתפוגגת מעט תחושת הפונה שהיא שבויה במעגלי הניכור הבין-מגדריים ובמעגלי העוינות התוך-מגדריים. הפונה זוכה באסמכתה המכשירה אופן התבוננות זה, המעניקה לו לגיטימציה והמחוללת תמורה ביחסם של אחרים כלפיה.

המפגש בין הפונה ובין המרפאה

בעת המפגש בין המרפאה לבין הפונה, שהוא אישי ובלתי פורמלי, מקדישה המרפאה תשומת לב לפונה ומפגינה כלפיה יחס חם ואמפתי. כאשר המרפאה מרגיעה את הפונה, מעודדת אותה ותומכת בה, היא מעוררת בפונה תחושות של קבלה וביטחון ומחזקת את דימויה העצמי. הגילויים הנחשפים במפגש על אודות עצמה ועל הקרובים לה ויחסה האוהד של המרפאה מעוררים בפונה רגשות. פורקן רגשות אלו מאפשר את ביטוין של דאגות ומחשבות אסורות, והוא משמעותי במיוחד בחברה כמו החברה המוסלמית, המעודדת יחידים, ובייחוד נשים, להדחיק את רגשותיהם. פורקן הרגשות, המתאפשר בשל יחסה התומך של המרפאה, משיב לפונה את השליטה הרגשית שאבדה לה. בו בזמן הוא גם מאפשר למרפאה להכיר ולהבין טוב יותר את הפונה. הוא משיב את השיח שבין המרפאה לפונה מהמחוזות העל-טבעיים למציאות היומיומית, המובנת והנגישה, ובעקבות כך – גורם לפונה לחוות את המפגש עם המרפאה כיעיל יותר.

הקשר בין המרפאה לפונה מובנה כקשר שבין אם לבתה. המרפאה מכנה את הפונה "בתי", ועל ידי כך מבססת עמה יחסי אמון וקרבה, השקולים ליחסים המשפחתיים. כמו אם, המרפאה מספקת את צרכיה הרגשיים של הפונה. היא מכילה את הפונה, תומכת בה ומפגינה כלפיה דאגה וסמכותיות. ההעברה האימהית מאפשרת למרפאה לחולל תמורה בהתנהגותה של הפונה ומעודדת את הפונה לפתח תלות במרפאה. תלות זו, המקובלת מבחינה תרבותית, גורמת להזדהות של הפונה עם המרפאה, ובעקבותיה – לביסוס זהותה והערכתה העצמית. בהתחשב בתפקיד המרכזי שממלאות אימהות בכלל, ואימהות מוסלמיות בפרט, בתהליך הריפוי, ניתן לשער שהפנייה למרפאה ממשיכה או מחליפה את הטיפול האימהי. במקרים שבהם בעיית הפונה חמורה והאם חשה שקצרה ידה לרפאה, היא מעורבת בתהליך הריפוי בדרכים שונות – בהפניית הבת למרפאה, בתשלום עבור הטיפול וכדומה. במקרים אלו ממשיכה האם את תפקידה כאחראית לבריאות בני ביתה. במקרים אחרים, הפנייה למרפאה היא תחליף לפנייה לאם שאיננה, אם משום שמתה ואם משום שהקשר עמה בעייתי, והבת מוצאת נחמה ומזור אצל המרפאה המסורתית. במקרים אלו הופכת המרפאה לגורם מזין ותומך בעתות משבר, המפצה על חסרונה של האם או על חסרון אהבתה. כפי שמעידה הפונה עפאף:

אז הלכתי ל[מרפאה] אחלם, ואחלם הייתה אוהבת אותי, כל הזמן: "תבואי אלי, תבואי אלי, זה הבת שלי"... בהתחלה היא לא חברה שלי עוד, בהתחלה היא לוקחת [תשלום], עכשיו היא לא לוקחת... כן. עכשיו היא אימא גם, היא גם האימא שלי, היא אומרת לי אני בת שלה... אני ביום-יומיים ככה אני באה אליה, יום-יומיים אני באה, לפעמים יום יום... אני מרגישה, אני מרגישה, אני מרגישה, תגיד זה מזל, אני מרגישה שעשיתי משהו על בלגן שלי, תעשה לי יותר טוב... [שהיא] תעזור לי יותר טוב עם החיים שלי.

הקשר בין המרפאה לפונה עונה על ציפיותיהן של השתיים, שכן הוא כפוף לערכים המקובלים בתרבותן. קשר זה הוא חזק ומשמעותי יותר מהקשר שרוקמת הפונה עם סוכני הריפוי המקצועי (Al Krenawi & Graham, 1999), והוא אף הולך ומתעצם כאשר המפגש בין המרפאה לפונה אינו חד-פעמי, אלא ממושך ורציף. הקשר עם הפונה מאפשר למרפאה לאבחן טוב יותר את בעיותיה, לנסח את אבחנתה באופן מובן, ובעקבות כך – להמריץ את כוחות הריפוי הטבעיים של הפונה, והוא שעומד, לטענת פרנק (Frank, 1973), ביסוד התמורה המתחוללת במצבה של האחרונה.

האופנים שבאמצעותם מחזקת המרפאה את הפונה בטיפול עצמו

בטיפול חותרת המרפאה לחזק את כוחה של הפונה ולהחליש את הכוח הפוגע בה. חיזוק הפונה נעשה באמצעים שונים. קבוצה ראשונה של אמצעים כוללת מילים שמשמיעה המרפאה לפונה בעת הטיפול. הפונים מאמינים כי המילים המשמשות בטקס הריפוי טעונות בכוח נפרד ונוסף על משמעותן המילונית. המילים הטקסיות, המייצגות כוח ומגלמות אותו בעת ובעונה אחת, מסייעות לריפוי, שכן הן משנעות משאבי כוח ממקור חיזוני לפנימי ובכך מגבירות את תחושת ההעצמה האישית של

הפונה (McGuire, 1983). תיאור זה נכון בייחוד כאשר המרפאה משמיעה מילים שהקשרן דתי, כמו פסוקי קוראן. עצם אמירת המילים הללו מחוללת תמורה בפונה, כי היא חשה שבהן טמון הכוח המרפא ושהיא באה במגע עם כוח חזק ממנה. קבוצה שנייה של אמצעים כוללת חפצים שונים – חפצי כישוף, חרוזים ובייחוד קמעות, כיוון המכילים בעיקר מילים מן הקוראן. נשים מוסלמיות מייחסות ערך רב לקמעות, כיוון שבדרך כלל נגישותן לקוראן מוגבלת. באמצעות הקמע הן חוות את הטקסט המקודש, ואולם חוויה זו היא בעלת אופי טקסי ולא טקסטואלי. הצמדת הקמע ובו מילות הקודש לגוף הפונה, ובעיקר לחזה, שקולה להתעמקות הגברים בטקסט, שעיקרה שינון. קרבת הפונות למילים המקודשות מוחשית במיוחד במקרים שהמרפאה מנחה אותן לשתות מים שהקמע הושרה בהם, שכן בתהליך השתייה מרגישות הפונות שהטקסט הקדוש חודר לגופן והן זוכות בכוח הגלום בו (El Tom, 1985). חפצים אחרים שמעניקה המרפאה לפונה, חפצי כישוף למשל, קושרים אותה לסביבתה בקשר חדש, שבו כוחה רב. כוחם של חפצים אלו מעלה בקרב הפונה אסוציאציה לכוח המרפאה, ואף שהם מוענקים לה בעת הטיפול, השפעתם ניכרת גם אחרי, בשעה שהיא שבה לביתה. אז הם מספקים לפונה תחושת שליטה על עצמה ועל סביבתה, כפי שמעידה הפונה מחמודה:

היא נתנה לי משהו והיא אמרה לי: "תשימי את זה מתחת הכרית של בעלך". כן, ואני פחדתי. מה זאת אומרת שאני אשים משהו, לא יודעת מה, מתחת הכרית של בעלי. היא אמרה לי: "אל תפחדי, תשימי את זה, ואני אה... אני אגיד לך את הכול, את הכול". ואה... היא נתנה לי את הדבר הזה לשים אותו, ואני לקחתי אותו וחזרנו הביתה, אני והחברה של אחותי.

חפץ הכישוף שנתנה המרפאה למחמודה חולל תמורה ביחסה לעצמה ולבעלה. מחמודה מתארת כיצד ניסתה להשיב את חפץ הכישוף למרפאה לאחר שבוע. היא מספרת כיצד בעלה, בישבו על המיטה, מנע ממנה לעשות כן וכיצד שיטתה בו, כשכוח הכישוף מחזק את ידיה:

אחרי שבוע חזרתי אליה. אה, אבל לפני שחזרתי אליה אז בעלי, אה... ראה משהו כזה עגול וככה שחור, בשקית למטה מתחת לכרית... לפני שהלכתי לבית שלה, אה... הייתי צריכה לקחת את זה אתי, להחזיר לה. וראיתי את בעלי אומר לי: "מה זה?" אני הייתי יושבת ככה ורציתי לקחת את הכדור משם ולא ידעתי איך. הייתי יושבת, שעתיים הייתי יושבת ומחכה שהוא ילך, ושאוכל סוף סוף לקחת את זה. והוא יושב ויושב, לא זז משם. אחר כך ישבתי אתו. אמרתי לו: "אתה אוהב אותי או אתה לא אוהב אותי?" ככה וככה אמרתי לו ושמתי את היד שלי מאחוריו [צוחקת] ואמרתי לו: "למה אתה עושה לי ככה? אני אוהבת אותך, למה אתה עושה ככה?" והוא אמר לי: "כן, כן, אני מצטער" ונתן לי נשיקה. ואני בכלל לא רציתי את הנשיקה, רציתי לקחת את הכדור...

בשלב מאוחר יותר, כשהתעורר עימות בין מחמודה לבעלה בנושאי כספים, ניכרה התמורה שחולל בה חפץ הכישוף. מחמודה הפכה מסבילה לפעילה, יצאה נגד בעלה ותבעה ממנו את עלבונו ואת זכויותיה:

והיא [המרפאה] אמרה לי: "את יודעת? הוא לקח את כל הכסף שלך מהבנק והוא גנב אותו", הוא גנב את כל הכסף ואני לא יודעת, אני לא, אה... מסתכלת על הכסף בבנק וזה עוזבת. והיא אמרה לי: "את יודעת מה? שהוא לקח את הכסף?" אמרתי לה: "לא, הוא לא לקח את הכסף, יש לו כסף בבית". היא אמרה לי: "לא, הוא לקח את הכסף שלך מהבנק". ופחדתי, מה זה הכסף שלי, שלושים אלף שקל, מה, כן, הוא לקח את הכסף, ולקח את הכסף, וברח לאילת ובזבז את כל הכסף, כל הכסף, וחזר. ואני בוכה, מה לעשות? מה לעשות? את הכסף שלי. הלכתי לאימא שלו, לאבא שלו, אמרתי: "אני רוצה את הכסף שלי עכשיו". ואימא שלו אמרה לי: "לא ולא", והיא כל הזמן צועקת עלי ו: "לא, את שוקרת, את שקרנית" וככה. ואני עוזבת אותה, ואחרי שהוא חזר מאילת אמרתי לו. אני יושבת בבית, אני מחכה, מחכה אותו, כן, יושבת. והוא בא עם הבלונדינית. הוא חושב שאני בבית של אימא שלי, כן, וזה רחוק. יושבת והוא בא, והוא בא ופתח את הדלת והוא מחבק אותה וככה ובואי אל תעשי ככה עם החבר שלו. היא נשואה גם, אה, ועם חבר שלו והחברה שלו והחברים שלו באים לבית. אני יושבת ועושה לו ככה, מחכה אותו. אני רוצה את הכסף עכשיו, והוא בא, מה זה מה, והוא לא יודע מה לדבר. אמרתי לו: "אני רוצה את הכסף שלי עכשיו, עכשיו רוצה את הכסף שלי".

בקטע זה נוהגת מחמודה באופן תקיף ודעתני. היא דורשת את זכותה מבעלה, ועושה כן בפרהסיה, לנוכח חבריו ופילגשו. תיאור זה ממחיש את התמורה שחלה במחמודה. בתחילת הריאיון הצטיירה כנערה חסרת ביטחון, ידע ומשאבים, ואילו במהלכו, תוך כדי תיאור המפגש עם המרפאה, קבלת חפץ הכישוף והאירועים בעקבות קבלתו, מתחזקת נימת סיפורה. אופן הסיפור ותוכנו ממחישים את התמורה שחלה בה ואת המעבר מסבילות לפעילות ומחוסר ישע לדעתנות.

תמורה חברתית

מדברי המידעניות עולה שבעקבות המפגש עם המרפאה המסורתית חוות הפונות תמורה חברתית. בתת-הפרק שלפנינו נצביע על ארבעה היבטים של תמורה חברתית זו: נתאר את תרומת ההקשר החברתי של תהליך האבחון לרווחת הפונה, נצביע על חשיבות "תפקיד החולה" לשיפור מעמדה, נסקור את האופנים שבהם תורמת המרפאה לשילובה של הפונה במשפחתה, בתפקידים המגדריים המסורתיים ובתרבותה ונראה את משמעותה של מסגרת אֶחֱיוּת המיוסדת בביתה.

ההקשר החברתי של תהליך האבחון

בתהליך האבחון מתייחסת המרפאה לחולי (illness) של הפונה. החולי מבטא את משמעות הסבל בהקשר תרבותי וחברתי מסוים, והוא נבדל מהמחלה (disease),

המבטאת ליקויים פיזיולוגיים או פסיכולוגיים אוניברסליים (Klienman, 1980). מקורו וביטוי של החולי בעולם החברתי, ולכן כוללת ההתייחסות אליו גם עיסוק במגעים הבין-אישיים שחונה הפונה במסגרת הרשת החברתית הסובבת אותה. בתרבות המוסלמית מקיפה רשת חברתית זו בעיקר את המשפחה, הגרעינית והמורחבת. בין הפונה למשפחתה קיימים קשרים כלכליים, רגשיים וחברתיים כה חזקים, עד שלעתים נתפסת בעיית הפונה כבעיית המשפחה כולה, כלומר כבעיה במישור החברתי.

המֶרפאה חותרת להקל את תסמיני הפונה, אך גם לשים קץ לבעיות העומדות בבסיסם. לכן באבחון הסיבות לסבל הפונה מתמקדת המֶרפאה ביחסיה הבין-אישיים, ובעיקר ביחסיה המשפחתיים. המֶרפאה לומדת את מציאותה של הפונה ומאירה, מבארת, מנתחת ומתרגמת לה את הקשר יחסיה החברתיים והמשפחתיים. בתהליך זה מעודדת המֶרפאה את הפונה לראות את חייה בהקשר רחב יותר וגורמת לה להבחין כיצד מעשיה קשורים לפעולות אחרים בסביבתה. במרבית המקרים מתרגמת המֶרפאה את הבעיות החברתיות של הפונה למושגים מסורתיים, הקושרים בין סבלה לבין כוחות על-טבעיים. המושגים המסורתיים, המבטאים את הקשר בין הפונה לכוחות אלו, ממשיגים את הבעיות החברתיות, ובפרט את היחסים הבין-אישיים, שהולידו את סבלה. ההנחה שהקשר בין הפונה לבין הכוחות העל-טבעיים משקף את הקשר בינה לבין סביבתה החברתית, מעוררת את התקווה שתמורה במישור הראשון תביא גם לתמורה במישור השני, ובעקבות האחרונה גם תחול הקלה בתסמיניה.

בספרות שעניינה הריפוי המסורתי בעולם האסלאם רווחת ההתייחסות לכוחות על-טבעיים משני סוגים – גיינים (אלקרינאוי, 2000; מצאלחה וברון, 1994; Srour, 2001) ורוחות זאר (Boddy, 1989; El Islam, 1975; Morsy, 1993; Sengers, 2003). ממחקרים אלו משתמע שעולמם של הכוחות העל-טבעיים חיצוני לעולם בני האדם אך מקביל לו. הדמיון בין העולמות מאפשר ליחידים שהתקשורת הבין-אישית שלהם בעולם האנושי מוגבלת, להגיב על קשריהם בעולם העל-טבעי. פתרון בעולם העל-טבעי עשוי לזרז אצל יחידים אלו את הפתרון בעולם האנושי, ועמו את ההקלה בסבלם.

בדברי המידעניות נעדרת התייחסות לגיינים ולרוחות זאר, ואת מקומם תופסים כוחות על-טבעיים אחרים – עין הרע וכישוף, שהיזמה להם ומימושם הם בידי בני האדם. גם כוחות אלו מבטאים את הקשר שבין סבל הפונה לכוחות העל-טבעיים, אולם הם אינם מסמלים את עולם בני האדם אלא ממשיגים את הבעיות החברתיות בעולם זה. עין הרע והכישוף מסייעים, כל אחד בדרכו, לאיתור בסיסי כוח חברתיים וקונפליקטים הנובעים מהם, ועל כן מסייעת ההתמודדות עמם בפתרון קונפליקטים אלו. עין הרע מצביעה על ערכם החברתי של יחידים מסוימים, שכן בנים, צעירים, עשירים וכדומה, המגלמים את מיטב הכוח החברתי, הם החשופים במיוחד לפגיעתה. להבדיל מעין הרע, הממשיגה קונפליקט בחברות מרובדות, ממשיג הכישוף קונפליקט בין דומים, המשתייכים לאותו מעמד, מגדר או חוג חברתי. ההצבעה על מטיל העין הרעה או יוזם הכישוף, בייחוד אם היא פומבית וברורה, ממחישה לפונה את מרקם

קשריה החברתיים; בעקבותיה, אף מקבלת הפונה תפקיד לוחמני, ומקרבן הופכת היא עצמה לתוקף.

"תפקיד החולה"

בעקבות הפנייה למרפאה עשויה הפונה לזכות ב"תפקיד החולה", המכתיב לה מספר זכויות וחובות (Chrisman, 1977; Parsons, 1951). המרפאה משיימת את בעיית הפונה, ועל ידי כך מגדירה את חולייה כמחלה, גם אם היא על-טבעית או תלוית תרבות. תווית המחלה שמקנה המרפאה לפונה מעניקה לגיטימציה לסבלה ומזכה אותה בזיהוי נפרד וייחודי, הפותחת פתח להתדיינות הן בשאלת חובותיה והן, ובייחוד, בשאלת זכויותיה. בדרך כלל, מי שמוגדר כחולה פטור מפעילויות שגרתיות, כמו עבודות הבית, ולכן הלגיטימציה שמעניקה המרפאה לסבל הפונה מולידה שידוד מערכות בחלוקת העבודה. מ"תפקיד החולה" משתמע שהפונה במצוקה וזקוקה למנוחה, חלקית או מוחלטת. הוא מפריך את חשדות בני המשפחה בדבר השתמטות ועצלות ומשפיע עליהם לשתף פעולה עם הפונה ולשאת במקצת מנטל עבודתה.

תווית המחלה שמקנה המרפאה לפונה מציגה אותה כמי שאינה אחראית למצבה, ובעקבות כך, היא זוכה לטיפול מועדף מידי הקרובים לה, ובפרט מידי משפחתה. הפונה נהנית מיחס מיוחד, ממזון מובחר, מביקורים וממתנות. קרוביה שמים לב לסבלה והופכים רגישים לצרכיה. הם דואגים לה, תומכים בה, מביעים כלפיה חמלה ואהדה ומוחלים לה על כל התנהגות חריגה. דאגתם מתבטאת גם בהקצאה מחודשת של משאבים, שכן לעתים בני המשפחה הם שמשלמים עבור המפגש עם המרפאה. הבחירה במערכת הריפוי המסורתי, היקרה פי כמה משירותי הבריאות הממלכתיים, מעידה על האהבה שהם רוחשים לפונה (McMillen, 2004; Myntti, 1988). היא ממחישה לפונה שהיא מוערכת ובעלת תפקיד חברתי משמעותי, המצדיק את הקצאת המשאבים למענה. במקרים שבהם נגרם סבל הפונה מידי בני המשפחה עצמם, יש בתשלום גם מן הכפרה.

"תפקיד החולה" גם נותן לפונה גושפנקה לסטות מתפקידה החברתי כרעייה וכאם. במקרים שהפונה כושלת במילוי תפקידה החברתי, נותנת תווית המחלה הסבר לכישלון ומעוררת אהדה במקום הביקורת, הבושה והבוז המקובלים במקרה כזה. תווית המחלה, ובעקבותיה "תפקיד החולה" מכוונים להפוך את פרשנות סדר האירועים ולגרום לאחרים (ולפונה עצמה) להאמין שהיא נכשלה בתפקידה החברתי משום שהיא "חולה מכדי להינשא" או "חולה מכדי להרות". תרומה זו, שהוזכרה גם בספרות (El Islam, 1975; Morsy, 1993), באה לידי ביטוי בדברי פונות רבות, ששורש פנייתן למרפאה הוא במתח הנוגע לתפקידי המגדר המקובלים. בעיקר בולט הדבר בדבריהן של הפונות עפאף וקאמלה. עפאף הערירית נאחזת בתווית המחלה ובזכויות הנגזרות מ"תפקיד החולה" כדי להצדיק את כישלונה החברתי כאם וכרעייה. קאמלה, המבקשת לדחות את נישואיה ולהגשים עצמה במסגרת שוק העבודה, משתמשת במחלה ובזכויות הנלוות לה כדי להדוף את יזמת אחיה לחתנה בניגוד לרצונה.

שילוב הפונה במשפחתה, בתפקידים המגדריים המסורתיים ובתרבות

מדברי הפונות עולה כי במקרים רבים סבלן נובע מאי-הסתגלות לסביבה בכלל ולתפקיד המגדרי בפרט. אי-הסתגלות זו נובעת מהפער בתחושותיה של הפונה בין מה שהיא מסוגלת לעשות לבין מה שהחברה מצפה ממנה. גרונברג (Gruenberg, 1967) מכנה תופעה זו "תסמונת הקריסה החברתית" (social breakdown syndrome) וטוען כי כאשר נוצר פער משמעותי בין תפקוד האדם לבין הציפיות ממנו, יש להנמיך את הציפיות מחד גיסא ולשפר את תפקודו מאידך גיסא. המרפאה אכן פועלת בשני המישורים הללו: באמצעות הקניית "תפקיד החולה" היא מנמיכה את הציפיות החברתיות מן הפונה, ובמקביל היא פועלת לשלבה מחדש בסביבתה. שילוב זה בא לידי ביטוי בשלוש צורות: שילוב מחדש של הפונה במשפחתה, הכוונת הפונה להשתלבות בתפקידים המגדריים המסורתיים ושילוב הפונה בתרבותה.

לשם שילוב מחדש של הפונה במשפחתה חותרת המרפאה לשתף בטיפול את בני משפחת הפונה, שבמקרים רבים ממילא נוכחים במפגש (אלקרינאוי, 2000; Al Haj, 1987). המרפאה מבינה שסבלה של הפונה נובע מיחסיה המעורערים עם הקרובים לה ושהתסמינים, בייחוד אלו שאופיים סומטי, מאפשרים לה לבטא את מצוקתה בלי לעורר עמם עימות גלוי. מצוקת הפונה אינה נתפסת בטיפול כבעייתה הפרטית בלבד, אלא כביטוי לקושי חברתי בכלל ולקושי משפחתי בפרט. האחריות למצוקת הפונה מתפצלת בינה לבין קרוביה, ובעקבות כך נחלקת ביניהם גם האחריות לטיפול. בשעה שהמשפחה מקבלת על עצמה חלוקה זו, נדמה שהיא מכירה בעקיפין במקצת מאשמתה במצוקת הפונה. המשפחה מתעניינת בפונה, מפיגה את בדידותה, מעודדת אותה ומעניקה לה תמיכה קבוצתית חזקה. הביצוע המשותף של מטלות הטיפול מחזק את הקשרים בין המשפחה לבין הפונה, והתמיכה המתמשכת בפונה מאפשרת את שינוי העמדות שהיא חווה.

שילוב הפונה בסביבתה מותנה בשיבוצה בתפקידים המגדריים המסורתיים. על אף התמורות החריפות המאפיינות את החברה המוסלמית בארץ, אין עדויות אמפיריות שהן משפיעות באופן מכריע על מערכת הערכים בכלל ועל ערכי המשפחה בפרט (צוויקל וברק, 2002). בשל כך תפקידי האם והרעיה נותרים במידה רבה בסיס להגדרתה העצמית ומפתח למעמדה החברתי של האישה המוסלמית בארץ. כאמור, מצוקת הפונה נובעת פעמים רבות מכישלונה לממש את התפקידים החברתיים, ובייחוד המגדריים, שעל פיהם חונכה. כדי להקל על מצוקה זו ולאפשר את שילוב הפונה בסביבתה, חותרת המרפאה לשבץ אותה מחדש בתפקידי האישה המסורתיים – בתפקיד האם ובייחוד בתפקיד הרעיה. כך משמש הריפוי המסורתי, בדומה לטקסי גילוי העתידות באיסלנד (Kissman, 1990), כלי שבאמצעותו נשים מבוגרות חונכות נשים צעירות לתפקיד הזוגי והאימהי ומדריכות אותן כיצד לתמרן בעולם הנפתל של יחסים זוגיים ושל גידול ילדים. שיבוץ הפונה בתפקידי המגדר המסורתיים מבסס את זהותה העצמית ואת מעמדה החברתי, הנגזרים במידה מרובה מזהותה וממעמדה כרעיה וכאם. שיבוצה בתפקידים מובנים ומובחנים היטב מסדיר את

עולמה הפנימי והחיצוני. סדר זה תורם לרווחתה, בעיקר לנוכח החרדה שהיא חווה בשל התמורות החברתיות החריפות המאפיינות את החברה המוסלמית בארץ. שיבוץ הפונה בתפקידים המגדריים המסורתיים מחזיר אותה לספירה הביתית, שהיא מקור העצמה המסורתי של נשים בחברה המוסלמית, ומגן עליה מפני הגיוני הכרוך בחריגה מספירה זו. הוא קושר את הפונה לאחרים, בעיקר לגברים, שיחסם אליה משפיע על מעמדה הכלכלי והחברתי, ומאפשר לה להתקיים בכבוד, ואף באושר, במחיצתם.

כדי לשלב את הפונה במשפחה ובתפקידים המגדריים המסורתיים, מנחילה לה המרפאה תפיסה קולקטיביסטית ופועלת לשרש את גילויי האינדיווידואליזם, אשר אולי הם שהביאו להיווצרות הקרע בינה לבין קרוביה. בשעה שהפונה בוחרת בחירות עצמאיות, מביעה את הסתייגותה מהחלטות המשפחה או מבטאת כעס ומיניות, היא נתפסת בעיני קרוביה כחורגת ממסגרת המשפחה והקהילה. בתגובה נוקטת משפחת הפונה סנקציות נגדה, ובהיעדר שיפור בהתנהגות הפונה – אף מאיימת להסיר ממנה את תמיכתה. איום זה השפעתו רבה, שכן זהות האישה הערבייה כרוכה גם היום קשר הדוק בזהותה המשפחתית, ואצל הבדואים – בזהותה השבטית. הקולקטיביזם, המאפיין חברות ערביות בכלל, מאפיין במיוחד את החברה הערבית בישראל, המנוכרת מהתרבות היהודית השלטת. על אף תהליכי התמורה, שהולידו פיצול ביסודות הכלכליים והחברתיים השיתופיים בחברה זו, היחיד עדיין נשען על משפחתו, הממלאת משימות חיוניות בחייו, ורואה בה יסוד חשוב בתחושות הזהות והשייכות ומקור לתמיכה רגשית ומעשית בעת משבר.

ביטוי חשוב לביטול האינדיווידואליזם בפני הקולקטיביזם, בעיקר בקרב נשים מוסלמיות, הוא דבקותן בערכים הפטריארכליים. לכן, כדי לשלב מחדש את הפונה במשפחתה ובקהילתה, מעודדת אותה המרפאה לאמץ את הערכים הפטריארכליים הנהוגים ולמלא את תפקידי המגדר המסורתיים שברוחם. תוכן העצות שהמרפאה מעניקה מדגיש לרוב כניעות, ציות וקבלה של הסטטוס קוו המגדרי. עצות אלו אמנם עולות בקנה אחד עם הערכים הפטריארכליים המקובלים, המכפיפים את האישה לרצונותיהם של הגברים בחייה, אך הן מכוונות לחזק את הפונה במסגרת אותם ערכים, ולא להנציח את חולשתה. שורשן של העצות בהבנה כי מציאות החיים הפטריארכלית של הפונה אינה ניתנת לשינוי מהותי, ועל כן אין בכוונת המרפאה לחתור תחתה. להפך, מטרתה היא לשלב את הפונה במסגרת החברתית שאליה היא שייכת כך שתוכל לנצל את מרב יתרונותיה.

להשגת שילובה של הפונה בסביבתה משיבה אותה אם כן המרפאה "הביתה", לספירה הביתית. היא משבצת את הפונה בתפקידיה המגדריים המסורתיים ומחברת אותה לערכים המרכזיים, כמו קולקטיביזם ופטריארכליות. המרפאה מכוונת את הפונה לברור אילו ערכים לשמר ואילו לזנוח, ובכך היא מחדדת את זהותה מסייעת לה להתמודד עם המשבר הקשה הנלווה ל"תרבות מחדש" (Abu Baker, 1999; Al-Krenawi & Graham, 2005). המרפאה מגשרת ומתווכת בין הפונה לבין תרבותה, שבה היא בקיאה. היא עוזרת לפונה להתמודד עם בעיות בלתי פתורות במישור

האישי, המשפחתי והחברתי. כמו כן, היא מסייעת לה להתמודד עם האתגרים הייחודיים הגלומים בתפר בין המסורת לבין המודרניות ומביאה להקלה בסבלה, ששורשו בקונפליקט ערכים ובטשטוש זהויות. המרפאה מצטיירת כמי שמשקפת את מערכת הערכים של החברה שבה היא פועלת וכסוכנת שימור לאותם הערכים. היא מנחילה לפונות ערכים תרבותיים מרכזיים, בייחוד ערכים קולקטיביסטיים ופטריארכליים, המעוגנים בדוגמה הדתית ובנורמות החברתיות, ואשר חלה בהם תמורה מעטה בלבד לאורך הדורות. את הערכים האלה, המבטאים חוסר סימטריה מגדרית, נבצר מהמרפאה לשנות, ועל כן היא מנווטת את הפונות שלא לחרוג מהם אלא לפעול בתחומם, בניסיון להרחיב את שליטתן וחירותן במסגרת המקובלת.

מסגרת האחיות

בעקבות הפנייה למרפאה המסורתית משתלבת הפונה במסגרת של אחיות (sisterhood), הכוללת את המרפאה ואת חוג הפונות אליה. בדומה למסגרות אחיות אחרות (הוקס, 2002), חוצה גם המפגש בין המרפאה לפונות גבולות לאומיים ומעמדיים. מסגרת האחיות הנוסדת בבית המרפאה מעצימה את הפונה במספר אופנים: היא מקנה לה תמיכה רגשית, תמיכה חברתית, תמיכה קוגניטיבית ותמיכה אינסטרומנטלית. בבית המרפאה מתכנסות נשים רבות – פונות המגיעות לטיפול ובנות לווייתן, המייסדות ביניהן קבוצה נשית, אינטימית, אוהדת ותומכת. השיתוף וגילויי התמיכה שבעקבותיו מתרחשים בעיקר בעת ההמתנה למרפאה. הנשים מבלות בצוותא בחלל ההמתנה (ביתתה של המרפאה או חצר המוקצית לשם כך), ובאווירה הלא רשמית מתפתחת ביניהן שיחה בעניינים אישיים. הנשים מביעות בפומבי את רגשותיהן, ובייחוד את אותם רגשות צפונים או לא לגיטימיים שהן נמנעות מלחלוק עם הגברים שבחייהן. בתגובה הן זוכות בהשתתפות בסבלן, הנתפס כסבל נשי טיפוסי, באוזן קשבת ובתמיכה. עצם העובדה שהפונות ואף בנות לווייתן נוכחות שנשים נוספות חוות מציאות דומה לשלהן, יוצרת רשת טיפולית ביניהן. בדומה לקבוצות תמיכה אחרות (Frank, 1973; Larance & Porter, 2004), מסייעת קבוצת הנשים לפונה להתמודד עם תחושות של חוסר אונים ואי-ביטחון באמצעות אינטראקציה חברתית אינטנסיבית המוגבלת בזמן. היא מאפשרת לפונה להשיל את מסכותיה, לחוות קשר של אמון עם שאר הנשים, לשפר את דימויה העצמי ולחוש תחושת קבלה.

ההתכנסות בבית המרפאה ממלאת תפקיד חשוב בפעילות החברתית הנשית, תפקיד המקביל להתכנסויות הגברים בבית הקפה או במסגד. בחדר ההמתנה של המרפאה נוצרים קשרים מעבר לקשרי משפחה, מעמד ושכנות ומוצעות הזדמנויות לקשר על בסיס צרכים משותפים. חרף ההבדלים ביניהן יש לפונות מכנה משותף, המקבץ אותן לבית המרפאה – סבלן, ובייחוד זה הנובע ממסגרת החיים הפטריארכלית. אי-לכך, הקשרים ביניהן נרקמים על בסיס שוויוני, המהווה חלופה לסדר הפטריארכלי, המאונך ביסודו (Hoch-Smith & Spring, 1978). הקשרים החברתיים הנרקמים בבית המרפאה נמשכים לעתים גם מחוצה לו. הם מרחיבים את מעגליהן החברתיים

של נשים, המוגבלות בטווח יחסיהן שמחוץ למסגרת המשפחה, ומתעלים מעל הבחנות מעמדיות. קשרים חברתיים אלו אינם מהווים רק מערך תמיכה חברתי מפותח, אלא גם מנגנון חברות יעיל. על סמך הפרטים שחולקת הפונה עם הקבוצה, זו שופטת אותה וגוזרת מה ראוי ומה מגונה. באופן זה שקולה קבוצת הנשים לקבוצת לחץ, הפועלת לחברותה של הפונה ותורמת אף היא לשילובה מחדש בחברה.

בעקבות שיתוף הקבוצה (המִרְפָּאה, יתר הפונות ומלוותיהן) בסבלן, זכות הפונות בהכרה המבססת את תקפות תחושותיהן והמאשרת את האופן שבו הן משיגות את מציאות חייהן. הכרה זו, המתאפשרת מכוח הבידול המגדרי המקטין את מעורבותם של גברים במסגרת האחיות, תורמת להבנייתה של חלופה קוגניטיבית נשית. החלופה הקוגניטיבית המיוסדת בבית המִרְפָּאה מתהווה מתוך הדיון הפומבי בסוגיות גוף ונפש, חברה ואדם. היא מאפשרת לנשים, הבוחנות את תוקף הנחותיהן כנגד אלו של שאר חברות הקבוצה, להבנות תודעה נשית משותפת. התודעה הנשית המובנית במסגרת האחיות מודעת לזהותן של נשים כקבוצה הנבדלת מקבוצת הגברים ורואה ביחסים הבין-אישיים מרכיב מרכזי בחיי הקהילה. היא מעתיקה את היחסים הביתיים והמשפחתיים להקשר הציבורי, ולכן בידה לספק אופן התייחסות מהותי לחברה כולה. חלופה קוגניטיבית זו אינה מאיימת על הערכים המרכזיים בחברה, ובכלל זה – על הערכים הפטריארכליים. היא מתקיימת בתחום המסגרת הקוגניטיבית המקובלת, בהדגישה היבטים מסוימים הייחודיים לה והנוגעים לחוויה הנשית. היא יוצרת תודעה נפרדת ומנוגדת לתודעה השלטת, בלי להתעלם מהקטגוריות העיקריות של תודעה זו.

ממסגרת האחיות נובעים גם שני יתרונות אינסטרומנטליים – יתרון אינפורמטיבי ויתרון כלכלי. הנשים הנוטלות חלק במסגרת זו זוכות במידע רב. קנוניות שתירה המוסכמת ביניהן מונעת את זרימתו של מידע זה מעולמן לעולם הגברים, ובאופן זה היא מדירה ממנו את הגברים ומאפיינת את מסגרת האחיות כ"קהילת סודות" (Abu Lughod, 1985). מידע זה חובק תחומים רבים – ידע גניקולוגי; מידע חברתי, הכולל גם רכילות גרדא; מידע על שירותים חברתיים, בעיקר אלו שמספקים שירותי הרווחה הישראליים ומוסדות הדת המוסלמיים; ידע על מסורות הרפואה העממית ועל אורחות גידול הילדים; והחשוב מכול – ידע בתחום ניהול מצבי משבר משפחתיים, ובייחוד מצבי משבר זוגיים. הנשים הנוטלות חלק במסגרת האחיות זוכות גם ביתרונות כלכליים, הדומים לאלו שבאחוזות אחרות (Gilsenan, 1973; Lewis, 1989). הקשרים החברתיים שרוקמות חברות מסגרת זו מעניקים להן רשת חיסכון ואשראי חשאית: פונות אחדות מימנו את פנייתן למִרְפָּאה מסכומי כסף שקיבלו כהלואה או כמענק מנשים אחרות, ופונה אחרת נהגה להפקיד אצל המִרְפָּאה סכומי כסף לא מבוטלים וראתה בה מעין "בנק" נאמן, שבו כספה מוחזק בביטחון ובחשאיות. היתרונות הנובעים מרשת התמיכה הזאת מפחיתים את תלותן של הנשים בבני משפחתן הגברים ומבססים את האחיות כמסגרת עזרה עצמית, אשר מעצימה את הנשים הנוטלות בה חלק.

חסקנות

חרף מגבלות המדגם, המקיף פונות שדיווחו על הקלה בעקבות הטיפול ולא פונות שלא חוו כל שיפור או אף ניזוקו בעקבותיו, ממחקר זה משתמע שהפנייה למרפאה המסורתית מחוללת בפונות תמורות, הן ברובד האישי והן ברובד החברתי. מתמורות אלו משתמע שהמרפאה מעצימה את הפונות אליה. בעקבות הפנייה למרפאה מתחזקת תחושת השליטה של הפונות, גדלה הערכתן העצמית ומשתפר האופן שבו הן ממלאות את תפקידיהן החברתיים. עצם המגע עם המרפאה, בעלת הכוחות הרבים, מאציל על הפונות כוח מסוים, ומסגרת האחיות המיוסדת בביתה מדגישה את צורכיהן המשותפים ומבססת בעבורן תחושת קהילתיות. העצמה זו היא העצמה אישית, המתמקדת בצרכים ובבעיות של פונות יחידות, אשר מתקשות להתמודד ביעילות עם מצבי משבר. היא אינה העצמה חברתית, החותרת להעצמתן של קבוצות מדוכאות ומתעמתת עם הסדר החברתי הקיים. היא אינה עוסקת במדיניות ובהקצאת משאבים ואף אינה חותרת לשנות את הסטטוס קוו המגדרי או את הדיכוי הפטריארכלי.

במובנים מסוימים חורגת התמורה שחוות הפונות מהגדרות ההעצמה הרווחות. חרף הפנייה למרפאה אין הפונות מקבלות על עצמן אחריות גדולה יותר, הן אינן מיעילות את אופני קבלת ההחלטות שלהן ואינן אוצרות משאבים רבים וחדשים. יתרה מכך, הכוח שהמרפאה מאצילה להן אינו אימננטי להן, והפונות נותרות חסרות גישה ישירה לידע העל-טבעי ולמקורות הכוח האחרים של המרפאה. כלומר כוח המרפאה ניתן לפונות בהשאלה בלבד – היא מעניקה להן אמצעים להתמודדות עם מצבי משבר, אמצעים המסייעים להן לשלוט בסביבתן, אך בפועל אין הן זוכות לכוח חברתי רב יותר. נמצא כי רק הפונות המנהלות קשר רציף ומתמשך עם המרפאה חוות העצמה, במובן זה שהן מפנימות את הכוח הניתן להן מידה. פונות אלו מחקות את המרפאה ונסמכות עליה מבחינה פסיכולוגית יותר מאשר הפונות המסתייעות בשירותיה באופן חד-פעמי או מזדמן. פונות המתמידות בקשר עם המרפאה מוצאות בה משענת, ובעקבות כך פוחתת תלותן באנשים אחרים, בעיקר מקרב משפחתן, והן אף מפתחות בהדרגה כוח פנימי משלהן. כלומר באופן פרדוקסלי, דווקא הפונות המסתייעות במרפאה יותר מאחרות, אלו שלכאורה תלויות בה ושולטות פחות בחייהן, הן למעשה המועצמות ביותר בעקבות המפגש עמה.

העצמת הפונות מיד המרפאה נבדלת אם כן מהגדרות ההעצמה שבמחקר: היא מתקיימת במסגרת המציאות הפטריארכלית ואינה יוצאת נגדה. במובנים רבים קרובה העצמה זו להעצמה ה"מעשית" שמתארים פלד ועמיתים (Peled et al., 2000). מחקרם, העוסק בנשים מוכות הבוחרות להישאר עם בני זוגם המתעללים, מציג מודל חדשני, המאפשר לראות נשים אלו כמועצמות. המודל מספק הגדרת העצמה "מעשית", שממנה משתמע קיומם של סוכן מעצים ויחיד מוחלש המעורבים בתהליך צמיחה בהקשר חברתי שרווחות בו מגבלות רבות. הגדרה זו הולמת גם את הממצאים בנוגע לפונות הערביות. כפי שראינו, הן חוות את העצמתן באופן שונה מזה של נשים בעולם המערבי, ותהייה זו טעות לכפות עליהן את תפיסות ההעצמה

המערביות (Zuhur, 2003). לחלופין, יש לבחון את העצמתן של הנשים הערביות לאור המגבלות המוכתבות להן, ולא על פי התסריט המקובל בתרבות השלטת, במקרה זה – הישראלית-מערבית.

על אף מגבלותיו של מחקר זה, הנובעות מגודל המדגם, אנו מקווים שהוא הצליח לפתוח צוהר לעולמן של מרפאות ערביות מסורתיות ושל הפונות לעזרתן. מאחר שממצאי מחקרים שנעשו בארץ מראים שנשים ערביות בישראל נמנעות מפנייה לגורמים ממסדיים, בעיקר בבקשה לטיפול נפשי (Feinsen, Popper & Handelsman, 1992; Rabinowitz, Gross & Feldman, 1999) הרי שמיוחסת חשיבות רבה לכך שעובדים סוציאליים יכירו מנגנון מסורתי זה וילמדו להשתמש בו. שימוש מושכל במנגנון זה עשוי להוליד שיפור ברווחתן של פונות ערביות ולעתים, כפי שעולה מעבודה זו, להביא אף להעצמתן.

מקורות

- אבו רביעה, ע' (1999). **רפואה בדואית מסורתית**. תל אביב: משרד הביטחון.
- אלקרינאוי, ע' (2000). **אתנו-פסיכיאטריה בחברה הבדואית-ערבית בנגב**. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- בילן, י' (1978). **פסיכיאטריה מסורתית בישראל**. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- הוקס, ב' (2002). **פמיניזם זה לכולם**. חיפה: פרדס.
- חבקוק, י' (1985). **חיים במערות הר חברון**. תל אביב: משרד הביטחון.
- מצאלחה, ח' וברון, ב' (1994). **סמטאות הנפש, על שדים ומרפאים ערביים בישראל**. בית ברל: המרכז לחקר החברה הערבית בישראל.
- צוויקל, ג' וברק, נ' (2002). **בריאות ורווחה של נשים בדואיות בנגב**. באר שבע: המרכז לחקר החברה הבדואית והתפתחותה, אוניברסיטת בן גוריון.
- Abu Baker, K. (1999). Acculturation and reacculturation influence: Multilayer contexts in therapy. *Clinical Psychology Review*, 19(8), 951–967.
- Abu Lughod, L. (1985). A community of secrets: The separate world of Bedouin women. *Signs*, 10, 637–657.
- Abu Lughod, L. (1986). *Veiled sentiments: Honor and poetry in a Bedouin society*. Berkley: University of California Press.
- Adib, S. M. (2004). From the biomedical model to the Islamic alternative: A brief overview of medical practices in the contemporary Arab world. *Social Science and Medicine*, 58, 697–702.
- Al Haj, F. (1987). Antecedent of family therapy: The family approach in traditional healing. *The American Journal of Social Psychiatry*, 7, 42–46.

- Al Krenawi, A. (1999). Explanations of mental health symptoms by the Bedouin Arabs of the Negev. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 56—64.
- Al Krenawi, A., & Graham, J. R. (1999). Gender and biomedical/traditional mental health utilization among the Bedouin-Arabs of the Negev. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23(2), 219—243.
- Al Krenawi, A., & Graham, J. R. (2005). Marital therapy for Arab Muslim Palestinian couples in the context of reacculturation. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 20(10), 1—11.
- Al Krenawi, A., Graham, J. R., & Fakher-Aldin, M. (2002). Telephone counseling: A comparison of Arab and Jewish Israeli usage. *International Social Work*, 46(4), 495—509.
- Aphek, E., & Tobin, Y. (1989). *The semiotic of fortune-telling*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Boddy, J. (1989). *Wombs and alien spirits: Women, men and the Zar cult in Northern Sudan*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Bourguignon, E. (2004). Suffering and healing, subordination and power: Women and possession trance. *Ethos*, 32(4), 557—574.
- Cheater, A. (1999). Power in postmodern era. In A. Cheater (Ed.), *The anthropology of power* (pp. 3—12). London and New York: Routledge.
- Chrisman, N. J. (1977). The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 351—377.
- Clark, C. C., & Krupa T. (2002). Reflection on empowerment in community mental health: giving shape to an elusive idea. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 341—349.
- Constantinides, P. (1979). Women's spirit possession and urban adaptation in the Muslim northern Sudan. In P. Caplan & J. Bujra (Eds.), *Women united, women divided* (pp. 185—205). Bloomington: Indiana University Press.
- Cucchiari, S. (1988). "Adapted for heaven": Conversion and culture in Western Sicily. *American Ethnologist*, 15(3), 417—441.
- Doumato, E. A. (2000). *Getting God's ear: Women, Islam and healing in Saudi Arabia and the Gulf*. New York: Colombia University Press.
- Dwairy, M. (1997). A biopsychosocial model of metaphor therapy with holistic cultures. *Clinical Psychology Review*, 17(7), 719—732.
- Dwyer, D. H. (1978). Women, Sufism and decision making in Moroccan Islam. In L. Beck & N. Keddie (Eds.), *Women in the Muslim world* (pp. 585—596). Cambridge: Harvard University Press.
- Early, E. A. (1993). *Baladi women of Cairo*. Playing with egg and a stone. Boulder: Lynne Rienner.

- El-Islam, M. F. (1975). Cultural Bound Neurosis in Qatari Women. *Social Psychiatry*, 10, 25—29.
- El-Tom, A. O. (1985). Drinking the Quran: The meaning of Koranic verses in Berti Erasure. *Africa*, 55(4), 414—431.
- Ellis-Stoll, C. C., & Popkess-Vawter, S. (1998). A concept analysis on the process of empowerment. *Advances in Nursing Science*, 21(2), 62—68.
- Feinsen, M., Popper M., & Handelsman, M. (1992). *Utilization of public ambulatory mental health services in Israel: A focus on age and gender patterns*. Jerusalem: Israeli ministry of health.
- Few M. (2002). *Women who live evil lives*. Austin: University of Texas Press.
- Finkler, K. (1985). *Spiritualist healers in Mexico*. Mass.: Bergin & Garvey.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. New York: Schocken Books.
- Gilsenan, M. (1973). *Saint and Sufi in modern Egypt*. Oxford: The Clarendon Press.
- Glass-Coffin, B. (1998). *The gift of life*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Glick, L. (1967). Medicine as an ethnographic category. *Ethnology*, 6, 31—56.
- Gorkin, M., & Othman, R. (1994). Traditional psychotherapeutic healing and healers in the Palestinian community. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 31(3), 221—231.
- Gruenberg, E. M. (1967). The social breakdown syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 123, 1481—1489.
- Gutierrez, L. M. (1990). Working with women of color: An empowerment perspective. *Social Work*, 35(2), 149—153.
- Hes, J. (1964). The changing social role of the Yemenite Mori. In A. Kiev (Ed.), *Magic, faith and healing* (pp. 364—383). New York: The Free Press.
- Hoch-Smith, J., & Spring, A. (Eds.) (1978). *Women in ritual and symbolic roles*. New York: Plenum.
- Hunte, P. A. (1985). Indigenous methods of fertility regulation in Afghanistan. In L. F. Newman (Ed.), *Women's medicine* (pp. 44—75). New Jersey: Rutgers University Press.
- Keller, M. (2000). *The hummer and the flute: Women power and spirit possession*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kenyon, S. M. (1991). *Five women of Sennar: Culture and change in central Sudan*. Oxford: Clarendon Press.
- Kilian, R., Lindenbach, I., Lobig, U., Uhle, M., Petscheleit, A., & Angermeyer, M. C. (2003). Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and

- persistent illness: A qualitative and quantitative analysis. *Social Science and Medicine*, 57, 1127—1142.
- Kirmayer, L. J. (1993). Healing and the invention of metaphor: The effectiveness of symbols revisited. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, 161—195.
- Kissman, K. (1990). The role of fortune telling as a supportive function among Icelandic women. *International Social Work*, 33(2), 137—144.
- Klienman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Lambek, M. (1993). *Knowledge and practice in Mayotte: Local discourses of Islam, sorcery and spirit possession*. Toronto: University of Toronto Press.
- Larance, L. Y., & Porter, M. L. (2004). Support group membership as a process of social capital formation among female survivors of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(6), 676—690.
- Lewis, I. M. (1989). *Ecstatic Religion*. New York and London: Routledge.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research*. London: Sage Publication.
- Magar, V. (2003). Empowerment approaches to gender-based violence: Women's courts in Delhi slums. *Women's Studies International Forum*, 26(6), 509—523.
- McGuire, M. B. (1983). Words of power: Personal empowerment and healing. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 7, 221—240.
- McMillen, H. (2004). The adapting healer: Pioneering through shifting epidemiological and sociocultural landscapes. *Social Science and Medicine*, 59, 889—902.
- Mernissi, F. (1987). *Beyond the veil*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Mernissi, F. (1989). Women, saints and sanctuaries in Morocco. In N. A. Falk & R. M. Gross (Eds.), *Unspoken worlds* (pp. 112—125). California: Wadsworth Publication Company.
- Morsy, S. A. (1993). *Gender, sickness and healing in rural Egypt*. Oxford: Westview Press.
- Myntti C. (1988). Hegemony and healing in rural north Yemen. *Social Science and Medicine*, 27, 515—520.
- Pardasani, M. P. (2005). HIV prevention and sex workers: An international lesson in empowerment. *International Journal of Social Welfare*, 14, 116—126.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe: The free press of Glencoe.
- Peled E., Eisikovits, Z., Enosh, G., & Winstock, Z. (2000). Choice and empowerment for battered women who stay: Towards a constructivist model. *Social Work*, 45(1), 9—25.

- Prince, R. H. (1976). Psychotherapy as the manipulation of endogenous healing mechanisms: A transcultural survey. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 13, 115–134.
- Rabinowitz, J., Gross, R., & Feldman, D. (1999). Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Social Psychiatric Epidemiology*, 34, 141–146.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. In J. Rappaport, C. Swift & J. Hess (Eds.), *Studies in empowerment: Steps towards understanding and action* (pp. 1–7). New York: Haworth Press.
- Rasmussen, S. J. (1998). Only women know trees: Medicine women and the role of herbal healing in Tuareg culture. *Journal of Anthropological Research*, 54, 147–171.
- Reiff, M., O'Connor, B., Kronberg, F., Balick, M., Lohr, P., Roble, M., Fugh-Berman, A., & Johnson, K. D. (2003). Ethnomedicine in the urban environment: Dominican healers in New York City. *Human Organization*, 62(1), 12–26.
- Sengers, G. (2003). *Women and demons: Cult healing in Islamic Egypt*. Leiden and Boston: Brill.
- Somer, E., & Saadon, M. (2000). Stambali: Dissociative possession and trance in Tunisian healing dance. *Transcultural Psychiatry*, 37(4), 580–600.
- Srour, H. (2001). *Traditional concepts and treatments of mental illness: Folk healing and healers among Palestinian Arabs living in Israel*. Thesis submitted for the Masters degree in Psychology: The Hebrew University of Jerusalem.
- Sukkary-Stolba, S. (1985). Indigenous fertility regulation methods in two Egyptian villages. In L. F. Newman (Ed.), *Women's medicine* (pp. 78–97). New Jersey: Rutgers University Press.
- Tutty, L. M., Rothery, M., & Grinnell Jr., R. M., (1996). *Qualitative research for social workers*. Boston: Allyn and Bacon.
- Zuhur, S. (2003). Women and empowerment in the Arab world. *Arab Studies Quarterly*, 25(4), 17–38.