

## סיכום מאמר: עוני ובריאות הנפש: כיצד מבוגרים וילדים מעוטי-הכנסה

### מסתדרים בטיפול?

קת'רין דה-קרלו סנטיאגו, סטייסי קלטמן וג'אן מירנדה

ארה"ב, 2013

DeCarlo Santiago, C., Kaltman, S., & Miranda, J. (2013). Poverty and mental health: How do low-income adults and children fare in psychotherapy? *Journal of Clinical Psychology*, 69, 115–126,

נכתב במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספר"א - [ispraisrael.org.il](http://ispraisrael.org.il)

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ בהמלצת דר' מקס לכמן

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא!

עוני נקשר באופן עקבי לבעיות בבריאות הנפש. למרות הצורך בטיפול, רבים מהילדים והמבוגרים העניים אינם מקבלים שירותים בבריאות הנפש. עם זאת, מחקרים מראים כי כאשר אנשים מעוטי-הכנסה מקבלים טיפול נפשי מבוסס-ראיות, הם מגיבים אליו היטב. ראשית, יוצג הקשר בין עוני לבין בריאות נפשית ולאחר מכן ידונו חסמים להשגת שירותים בבריאות הנפש. בהמשך לכך, ייסקרו מחקרים על טיפולים שבוצעו עם קבוצות מעוטות-הכנסה המספקים המלצות למטפלים העובדים עם אוכלוסיות אלה.

### עוני ובריאות נפשית

בארה"ב, 46.2 מיליון אנשים (15.1%) חיים מתחת לקו העוני, מספר שגדל בהתמדה מאז 2007. שיעור הילדים האמריקאים החיים בעוני מגיע ל-22%. שיעורי העוני גבוהים יותר בקרב אנשים מקבוצות מיעוטים אתניים, עם 27.4% מהאפרו-אמריקאים, 26.6% מההיספאנים/לטינים, 27% מבעלי מוצא אינדיאני/ילידים מאלסקה ו-12.1% מבעלי מוצא אסייתי חיים בעוני בהשוואה ל-9.9% מהלבנים. בתנאים הכלכליים העכשוויים בארה"ב, הרבה יותר מבוגרים וילדים מתמודדים עם קשיים כלכליים ורמות העוני עולות. מספרים אלה מטרידים משום שעוני נקשר לבריאות ורווחה נפשית ירודות אצל מבוגרים וילדים כאחד.

עוני נקשר בעקביות לתוצאות פסיכולוגיות ירודות. חיים תחת דחק עקב עוני מגבירים את הסיכון להפרעות פסיכולוגיות ומאידך מחלות נפש מגבירות את הסיכויים לחוות עוני. תיאוריית הסיבה החברתית מציעה כי אנשים עניים מפתחים בעיות נפשיות וגופניות כתוצאה מהקשיים הנובעים מעוני. כך, מחקרים מצאו כי עוני קדם להתפתחות של בעיות נפשיות כמו דיכאון וחרדה. סטאטוס סוציו-אקונומי נמוך משפיע על ילדים ומתבגרים ונמצא כמנבא חרדה בקרב בניו/ות 15. בנוסף, עלייה בהכנסות או היחלצות מעוני נקשרו לירידה בבעיות פסיכולוגיות. בכיוון ההפוך, הופעת הפרעות נפשיות מצמצמת השגת השכלה ומנבאת ירידה בהכנסות, תוך בקרה על משתנים סוציו-דמוגרפיים. בהינתן הסיכון הדו-כיווני הזה, שירותים איכותיים בבריאות הנפש נחוצים עבור אוכלוסיות מעוטות-הכנסה.

חלק ניכר מהסיכון לבעיות נפשיות נקשר לרמות גבוהות של דחק בקרב עניים, אשר חווים יותר אירועים וגורמי דחק כרוניים ובלתי ניתנים לשליטה לעומת האוכלוסייה הכללית. לחצים וימוימיים אלה נקשרים לבריאות פסיכולוגית ירודה. עוני יוצר קונטקסט של דחק, שבו גורמי הדחק נבנים האחד על השני ותורמים עוד יותר לעוצמת הדחק. גורמי דחק שכיחים כוללים מתח כלכלי, קונפליקט בין בני המשפחה, חשיפה לאלימות, מעברים תכופים וחשיפה לאפליה וחוויות טראומטיות אחרות. דחק הנובע מעוני נקשר לסימפטומים של דיכאון, חרדה, עוינות ותוקפנות בקרב משפחות עניות. עוני הוא גורם סיכון חזק לחשיפה לטראומה ואלימות, המגבירות את הסיכון להפרעה פוסט-טראומטית, חרדה ודיכאון. אנשים עניים ובני מיעוטים הם בסיכון הגבוה ביותר לחשיפה לאלימות. בנוסף לסיכון המוגבר לבעיות נפשיות, חשיפה לטראומה תורמת גם לתוקפנות ועבריינות, לשימוש באלכוהול וסמים ולבעיות לימודיות.

מעוטי-הכנסה הם בעלי סיכויים גבוהים יותר לגור בשכונות עם משאבים פחותים ושיעורי עוני גבוהים יותר. גורמי-דחק ברמת הקהילה כגון שיעורי אבטלה גבוהים, רמות השכלה נמוכות וניידות מרובה של מגורים הם כרוניים ומשפיעים על כל חברי הקהילה. גורמי דחק קונטקסטואליים אלה נמדדו באמצעות אינדיקאטורים כגון אחוז המשפחות המקבלות סיוע ציבורי, רמות הכנסה ודיור. ילדים משכונות עשירות יותר עם יותר משאבים קהילתיים היו בעלי סיכויים נמוכים יותר למעורבות בעבריינות נוער, בעוד שניידות מגורים ועוני שכונתי מנבאים תפקוד ירוד יותר בקרב מבוגרים וילדים מעוטי-הכנסה.

בהינתן ריבוי גורמי הדחק עימו מתמודדים מעוטי-הכנסה, הם בעלי סיכון מוגבר להפרעות נפשיות. זאת ועוד, מחלת נפש יכולה להפריע להשגת השכלה ותעסוקה ומגבירה את הסיכון לעוני. התערבויות באיכות גבוהה ומבוססות ראיות נחוצות כדי להצליח להפחית בעיות נפשיות ולקדם תפקוד בריא. למרות שטיפול נפשי נחוץ, לאנשים מעוטי-הכנסה לעתים קרובות נגישות מופחתת לשירותים באיכות גבוהה.

### **נגישות לטיפול נפשי**

#### **שימוש בשירותי בריאות הנפש**

רבים ממעוטי ההכנסה, ילדים ומבוגרים, אינם מקבלים טיפול נפשי למרות הצורך. בקרב ילדים עניים הזקוקים לטיפול נפשי 80%-75% אינם מקבלים את הטיפול. לילדים שאינם מבוטחים יש יותר צרכים בלי מטופלים בבריאות הנפש, עם אומדן של 87% מהילדים הלא-מבוטחים שאינם מקבלים טיפול דרוש. בקרב מבוגרים מעוטי-הכנסה בעלי סיכון גבוה לחשיפה לטראומה, 22% התאימו לקריטריונים של PTSD אבל רק 13% קיבלו טיפול לטראומה. גורמים אחרים כגון סטאטוס חד-הורי, מגרעות שכונתיות ובידוד חברתי נקשרים לשימוש מופחת בשירותים.

מבוגרים וילדים ממיעוטים אתניים זוהו גם הם כבעלי שיעור נמוך יותר של שימוש בשירותי בריאות הנפש והם עניים באופן לא-פרופורציונאלי. מחקרים זיהו כי ילדים ממוצא לטיני ו/או אפרו-אמריקאי בעלי סיכויים נמוכים יותר לקבל טיפול נחוץ בהשוואה לילדים לבנים. במחקר ארצי ילדים לטיניים היו בעלי הרמה הגבוהה ביותר של צרכים ללא מענה, עם 88% הזקוקים לטיפול נפשי שלא קיבלו אותו. מחקר על שימוש בשירותים בקרב בוגרים ממיעוטים אתניים משקף ממצאים דומים. נמצא כי לטינים ואפרו-אמריקאים היו בעלי סיכויים נמוכים יותר להגיע לטיפול נפשי מומחה, לעומת לבנים; עוד נמצא כי נשים ממוצא לטיני ואפרו-אמריקאי היו בעלות סיכויים מופחתים להתחיל טיפול בדיכאון לאחר לידה, לקבל טיפול מעקב או להמשיך בטיפול

לעומת נשים לבנות; וכן ראיות מצביעות על שימוש נמוך במיוחד בשירותי בריאות הנפש בקרב מהגרים. פערים מטרידים אלה בשימוש בשירותים יכולים להיקשר למגוון חסמים הנוגעים ללוגיסטיקה, לעמדות ולחסמים ברמה המערכתית.

### **חסמים לוגיסטיים**

חסמים הקשורים לדחק עקב עוני לרוב מונעים שימוש בשירותים ומנבאים מעורבות ירודה בשירותי בריאות הנפש. עלות והיעדר ביטוח מהווים חסמים משמעותיים בקרב מעוטי-הכנסה. בוגרים מעוטי-הכנסה מדווחים על צורך לתמרן בין מחויבויות מתחרות, העשויות להגביל את יכולתם לתעדף טיפול נפשי על פני דאגות מיידיות יותר. תחבורה, מימון וילדים גם הם חסמים המצוטטים לעתים קרובות. לדוגמא, אנשים מעוטי-הכנסה פעמים רבות צריכים לנסוע מרחקים גדולים יותר לטיפול; יש אנשים שאינם מודעים לאופן השגת הטיפול או מאמינים שאינם זכאים לשירותים; ביקורים שבועיים עשויים להיות קשים למעוטי-הכנסה העובדים במשמרות או לאלה החייבים להסתמך על תחבורה ציבורית. מכל מקום, ישנם מחקרים לפיהם הצעת אמצעי תחבורה, טיפול לילדים ושירותים בעלות נמוכה מפחיתים חסמי נגישות ומגבירים את יכולתם של נותני שירותים ליצור התקשרות עם משפחות שאינן מקבלות טיפול. לפיכך, התייחסות לחסמים לוגיסטיים היא מרכזית להתערבויות עם אוכלוסיות מעוטות הכנסה.

### **חסמים הקשורים לעמדות ביחס לטיפול**

חוקרים זיהו חסמים בעמדות ביחס למעורבות משפחות מעוטות-הכנסה בשירותים. לדוגמא, דאגות הנוגעות לסטיגמה מפחיתות את הרצון בטיפול בקרב נשים מהגרות מאפריקה ומדינות לטיניות ועשויות לתרום לשימוש מופחת בשירותי בריאות הנפש. מעוטי-הכנסה ומיעוטים אתניים עשויים להסס בפנייה לטיפול בשירותים המסורתיים בשל חוסר אמון הנובע מרדיפה היסטורית וגזענות. לטינים ואפרו-אמריקאים לעתים קרובות מדווחים על יחס גרוע או הערכה שגויה לגביהם בגלל הרקע הגזעי או האתני שלהם. בנוסף, ישנן קבוצות מעוטות-הכנסה המדווחות על פחדים ספציפיים המונעים שימוש בשירותים, כגון הפחד מאובדן משמורת על ילדיהם. מהגרים מדווחים על דאגה לגבי הסטאטוס שלהם, שמוביל להסתייגות מפנייה לטיפול. כמו כן גינוי מהקהילה והתנסויות שליליות של אחרים בטיפול דווחו כחסמים בקרב נשים אפרו-אמריקאיות מעוטות הכנסה, ועשויים להוביל ליותר נוחות בגישה לעזרה באמצעות משאבים בלתי-פורמאליים במקום שימוש בשירות פורמאלי. לבסוף, ישנן קבוצות התומכות בעמדות כגון הסתמכות-עצמית ואמונות כי המחלה תשתפר מעצמה, המשפיעות על החלטות לגבי פניה לטיפול.

### **חסמים ברמה המערכתית**

חסמים ברמה המערכתית תורמים לפערים בנגישות לשירותי טיפול נאותים. לדוגמא, ישנו מספר בלתי תואם של נותני שירות דוברי שפות נוספות וממוצא של מיעוטים אתניים וחוסר בהלימה תרבותית של שירותים. יש מקרים בהם אמונות, דעות קדומות וחוסר במסוגלות תרבותית של מטפלים משפיעה באופן שלילי על שימוש בטיפול. נותני שירותים ראשוניים או צוותי תמיכה האחראים למיון ראשוני והפניות לשירותים, מדווחים על חוסר בהכשרה פורמאלית ותמיכה להתמודדות עם סוגיות שכיחות בקרב מטופלים מעוטי-הכנסה, כמו טראומה. נותני שירות החשים בלתי מוכנים להתמודד עם סוגיות כאלה, עשויים להיות פחות יעילים בהערכה וביצירת

מעורבות בטיפול. יתירה מזאת, נותני טיפול ראשוני עשויים שלא להיות מודעים לזמינותם של משאבים בעלות נמוכה בבריאות הנפש ולתרום עוד יותר לתת-שימוש בשירותים. אפילו במרפאות לבריאות הנפש עשויה להיות תמיכה מוגבלת במאמצים להשגת מגע. בנוסף, ישנם מטפלים העשויים למהר לתייג לקוחות כ"מתנגדים" או כלא מחויבים לטיפול לאחר ניסיונות מוגבלים להשגת מגע.

### **תוצאות טיפול בקרב מעוטי-הכנסה**

שאלות לגבי יעילותם של טיפולים מבוססי-ראיות עבור אוכלוסיות מעוטות-הכנסה ומיעוטים אתניים עולות משום שטיפולים אלה לעתים קרובות נחקרים במסגרות אוניברסיטאיות שבהן רוב האוכלוסייה לבנה ממעמד הביניים. עם זאת, כמה מחקרים בחנו טיפולים מבוססי-ראיות עם מעוטי-הכנסה ומצאו כי כאשר הם מקבלים טיפול איכותי, התוצאות חיוביות. להלן דוגמאות למחקרי התערבות שבוצעו עם מדגמים מעוטי-הכנסה.

#### **מחקרי התערבות עם בוגרים מעוטי-הכנסה**

מחקר ארוך-טווח שבוצע בקרב נשים מעוטות-הכנסה ממיעוטים אתניים המתמודדות עם דיכאון אשר הופנו לטיפול תרופתי, או ל-CBT או לטיפול בקהילה, מצא בקרב נשים בטיפול תרופתי ובטיפול CBT ירידה משמעותית מבחינה קלינית בדיכאון כעבור שנה. התוצאות הראו כי הן תרופות והן CBT השיגו תוצאות טובות יותר לעומת הפניה לקהילה בהפחתת סימפטומים של דיכאון.

מחקר נוסף השווה את יעילותו של טיפול מבוסס-ראיות על פני רמות הכנסה. מטופלים בטיפול ראשוני עם הפרעת פאניקה השתתפו במחקר ניסויי מבוקר שהשווה בין CBT, טיפול תרופתי וטיפול כרגיל, ובוצעה הבחנה בין מטופלים מתחת ומעל לקו העוני. משתתפים מתחת לקו העוני הראו חומרת סימפטומים גבוהה יותר ויותר תחלואה כפולה טרם הטיפול. התוצאות מציעות כי הפחתת סימפטומים בתגובה לטיפול מבוסס ראיות הייתה דומה בשתי הקבוצות. טיפול CBT סטנדרטי וטיפול תרופתי להפרעת פאניקה היו יעילים באותה מידה בקרב עניים ובקרב בעלי הכנסה גבוהה יותר. עם זאת, בשל חומרת המחלה בקרב עניים, תכניות טיפול עשויות להידרש להרחבת הטיפול לסימפטומים רזידואליים (שאריים) ולהשיג יותר רמיסיה של סימפטומים.

מחקר אחר בחן את יעילותה של פסיכותרפיה בין-אישית לנשים מעוטות-הכנסה עם PTSD כרוני. נשים שלא פנו לטיפול, רובן בנות מיעוטים, גויסו במרפאות לתכנון משפחתי וגניקולוגיה. הנשים היו בעלות היסטוריה של טראומה (תקיפה, ניצול ופגיעה מינית), ענו לקריטריונים של PTSD עכשווי והופנו באופן רנדומאלי לטיפול או לקבוצת ביקורת ברשימת המתנה. המשתתפות שקיבלו פסיכותרפיה הראו הפחתה גדולה יותר באופן משמעותי בחומרת סימפטומים של PTSD ודיכאון וכן שיפור גדול יותר בתפקוד הבין-אישי בהשוואה לקבוצת הביקורת. בהסתכלות על כלל המחקרים, גוף ידע הולך וגדל מציע כי כאשר ניתנים טיפולים מבוססי-ראיות, הם יעילים בקרב מבוגרים מעוטי-הכנסה.

#### **מחקרי התערבות עם ילדים ומשפחות מעוטות-הכנסה**

מחקרים מצאו כי כאשר ילדים ומתבגרים יכולים להגיע לטיפול מבוסס-ראיות, הם יכולים גם להפיק ממנו תועלת. לדוגמא, נחקרה התערבות קבוצתית לטיפול בטראומה בבתי-ספר, המשלבת הסברה על תגובות לטראומה, אימון בהירגעות, טיפול קוגניטיבי, חשיפה לדחק או טראומה

ופתרון בעיות חברתיות. ההתערבות שיפורה סימפטומים של PTSD ודיכאון בקרב תלמידים עניים ממוצא לטיני אשר נחשפו לאלימות וכן נמצאה השפעה חיובית על ביצועים לימודיים. התערבות להורים לילדים הנמצאים בטיפול הצביעה על שיפור בהתמודדות ובתפקוד ההורי, כתוצאה של התערבות קצרה של הכשרה במיומנויות הוריות.

טיפול רב-מערכתי הוא התערבות שנמצאה יעילה בהפחתת מעצרים חוזרים, תקופות מאסר ועבירות מדווחות בקרב מתבגרים מעוטי-הכנסה. התערבות עם כמה מערכות אפשרה טיפול מותאם אינדיבידואלי עם המשפחה, חברים ובית הספר והתחשבות בהקשר סוציו-תרבותי של כל נער ומשפחה. ההתערבות תרמה להפחתת התנהגות אנטי-סוציאלית ולשיפור ההסתגלות במשפחה.

ילדים מעוטי-הכנסה מיוצגים בעיקר במערכות הרווחה ומצויים בסיכון גבוה באופן קיצוני להפרעות בבריאות הנפש וליקויים תפקודיים ארוכי-טווח במגוון תחומים. גישה מבטיחה במערכת הרווחה לילדים היא טיפול אומנה רב-מימדי, שבו הורי-אומנה הם חברים בצוות המטפל ומקבלים הכשרה מיוחדת ותמיכה. טיפול זה מתייחס לתמיכות של המערכת, מציע טיפול משפחתי ופרטני והתערבויות בית-ספריות. בהשוואה לתוצאות של מתבגרים החיים בבתים קבוצתיים, אלה שקיבלו טיפול באומנה היו פחות מעורבים בעבריינות והיו להם סיכויים גבוהים יותר לחזור לחיות עם קרוביהם הביולוגיים. התערבויות מסוג זה נראות מבטיחות ביכולתן לשפר תפקוד ובריאות נפשית בקבוצות בעלות סיכון מיוחד של ילדים מעוטי-הכנסה. כך גם תכניות מניעה בקרב ילדים ונער נמצאו יעילות לשיפור ההתמודדות עם גורמי דחק, הפחתת מקרי אובדנות, הפחתת בעיות התנהגות, שיפור בוויסות הרגשי ובמיומנויות לפתרון בעיות, הפחתת עבריינות והתנהגות תוקפנית ועוד.

### **סיכום ומסקנות**

ככלל, המחקרים שהוצגו מצביעים על יעילות בקרב מבוגרים וילדים מעוטי-הכנסה. עם זאת, מירב ההתערבויות שנחקרו יישמו אסטרטגיות של מעורבות אינטנסיבית ליצירת מגע ושמירתו, הדרושות לטיפול באוכלוסיות אלה. הן סיפקו מסגרות טיפול לילדים, אמצעי תחבורה, הציעו מזון ולוח זמנים גמיש כדי להיענות לצרכי האוכלוסייה. בהתערבויות אחרות מציאת מקומות נוחים למתן טיפול (למשל: כנסיות, מרפאות לטיפול ראשוני) הייתה חיונית למתן הטיפול. זאת ועוד, למרות שהתאמות תרבותיות לבדן אינן יכולות לשפר תוצאות של טיפולים מבוססי-ראיות, הן עשויות להיות חשובות להתחברות ולהתמדה של אוכלוסיות מעוטות-הכנסה בטיפולים אלה.

### **המלצות למטפלים**

עבור מטפלים העובדים עם אנשים מעוטי-הכנסה יש כמה המלצות חשובות העולות מגוף הידע המחקרי בנוגע להתערבויות עם קבוצות אלה. ראשית, טיפולים מבוססי-ראיות היו יעילים כאשר נבדקו עם מדגמים של אוכלוסיות מעוטות-הכנסה. לכן, שימוש בגישות טיפול בעלות בסיס ראיות מוצק, תעזור להבטיח כי אנשים מעוטי-הכנסה יקבלו טיפול באיכות גבוהה. על אף החשיבות הברורה של טיפול מבוסס-ראיות, בעבודה עם אנשים מעוטי-הכנסה דרושה גישה גמישה והתאמה אישית של הטיפול בתוך הגישה. גמישות זו כוללת הבנה של רמות הדחק הגבוהות שחוות משפחות מעוטות-הכנסה ומתן אפשרות לזמני טיפול שונים מהמקובל. לצד הבנה אמפאטית, רמה גבוהה של מאמצים להשגת קשר (Outreach) נחוצה ליצירת מעורבות ראשונית

בטיפול ולהחזקתו. ישנם אנשים שעשויים שלא להכיר את שירותי בריאות הנפש ולהסתייג ממתן עדיפות לטיפול על פני דאגות מיידיות. עם זאת, כאשר מטפלים וכל צוות התמיכה בתכנית מקבלים הכשרה להיות מודעים לחסמים אלה ומשתמשים באסטרטגיות להתגברות על החסמים, מעורבות הלקוחות בשירותים משתפרת.

הפחתה משמעותית בשיעור ההיעדרות מפגישה ראשונה בטיפול נמצאה כאשר מטפלים הפעילו אסטרטגיות כגון שיחה טלפונית המכוונת לארגון של חסמים לוגיסטיים, לגילוי דאגות הוריות ואמונות לגבי הגעה לטיפול ולהדגשת הכוחות ההוריים. באחד המחקרים, נוצר קשר עם נשים מעוטות-הכנסה כתשע פעמים במוצע לפני כניסה לטיפול תרופתי וכעשר פעמים לפני התחלת פסיכותרפיה. מאמצי ההתקשרות האינטנסיביים הובילו למעורבות בשירות ולבסוף לתוצאות משופרות. לנשים שהסתייגו מהתחלת טיפול תרופתי או פסיכותרפיה הוצע מפגש הסברתי לפני מתן הסכמה לטיפול. לפיכך, מטפלים העובדים עם אנשים מעוטי הכנסה יכולים להגביר את המעורבות וההשתתפות בשירותים באמצעות שימוש באסטרטגיות אינטנסיביות של מתן מידע ויצירת קשר באופן מתמשך ותכוף.

שמירת עמדה של הבנה וכבוד היא חיונית לבניית אמון ומתן טיפול. אנשים מעוטי-הכנסה ומקבוצות מיעוטים עשויים להיות חסרי אמון באופן מובן כלפי הטיפול המסורתי, הורים עשויים לשאת חוויות עבר שליליות במציאת טיפול לילד או להרגיש מואשמים בקשיים של הילד. מאמצי התקשרות אינטנסיביים ובניית אמון בקשר טלפוני הגבירו את הקבלה של שירותים. נראה שתקשורת לגבי הרצון לפגוש את האנשים במקום בו הם נמצאים, מגבירה את השימוש בשירותים – בין אם משמעות הדבר פגישה הסברתית מקדימה, קביעת זמן או מקום ספציפיים שנוחים למטופל, או שיחות טלפון מרובות ומאמצי התקשרות עקביים.

רגישות תרבותית יכולה גם כן לשפר התחברות לטיפול. באמצעות מודעות לגורמים תרבותיים, מטפלים יכולים לתפור את ההתערבות בדרך שמקובלת יותר בהינתן אמונות או ערכים מסוימים. לדוגמא, בעבודה עם משפחות מהגרים דרושה מודעות לסוגיות של טראומה של הגירה וגורמי דחק של הסתגלות תרבותית ודרושה למטפלים יכולת להעריך ולטפל בסוגיות אלה. מעורבות והתמדה בטיפול עשוי להשתפר כאשר מטפלים פתוחים לגילוי ספקות או אמביוולנציה לגבי קבלת טיפול, שעשויים לנבוע מרקע תרבותי.

למאמצים כאלה מצד נותני שירותים ומערכות גדולות יותר של עזרה יש פוטנציאל לתרום לשיפור הבריאות הנפשית של ילדים ומבוגרים מעוטי-הכנסה, שאם לא כן עלולה להפריע להצלחתם בתחומים הבין-אישיים, בהשכלה ובתעסוקה.