**Intersectionality and caregiving:**

**The experience and coping of immigrant women caring for a family member with severe mental illness**

*Evgeny Knaifel & Ludmila Rubinstein*

*Faculty of Social Work*

*Ashkelon Academic College*

***יבגני***

[evgenyknaifel@gmail.com](mailto:evgenyknaifel@gmail.com)

***לודה***

[rubinstl@gmail.com](mailto:rubinstl@gmail.com)

**Abstract**

**Background:** The intersectionality has become a central analytical framework in the study of multiple exclusion and empowerment experience among women from marginalized communities/cultural backgrounds. However, the relevance of the intersectionality to the informal caregiving in mental health care has hardly been explored to date.

**Aim:** The purpose of the present study is to examine/investigate the experiences and coping of immigrant women caring for a family member with a severe mental illness (SMI) from the intersectionality theory.

**Method**: Semi-structured in-depth interviews were conducted with 26 informal immigrant female caregivers from the former Soviet Union in Israel. The interviews were analyzed according to qualitative categorial analysis.

**Results:** The findings revealed that the participants experience of stigma and exclusion is reflected in several categories that intersect between them: socio-economic status - as middle-aged immigrants; ethnicity - as Russian speaking women in Israel; gender – as victims of domestic violence; and mental health stigma - as relatives of individuals with SMI who are suffering from a family stigma. Resources that participants used to copy with their adversities included religious/spiritual faith, optimism and resilience, support groups, and social activism.

**Discussion:** This study suggests the understanding of the burdens and rewards among immigrant female caregivers through intersectional framework. Implications on informal mental health care research and practice are discussed/proposed.

**Keywords**: intersectionality, immigrant women, female caregivers, exclusion, stigma, mental illness, empowerment/coping

**Introduction**

Intersectionality refers to the interdependent and mutually constitutive relationship between social identities and structural inequities (Bowleg, 2008). Although there are some differences in interpretation, intersectionality theory considers the ways that hierarchies of power exist along multiple socially defined categories such as gender, class, and ethnicity (Yuval-Davis, 2006). Feminist critical theory of intersectionality was first coined by Crenshaw (1989), and it refers to the impact of co-occurring sources of disadvantages and exclusion of marginalized communities. Later, Crenshaw (1991), describes that researchers should not only focus on dominance, but also on social empowerment associated with (excluded) identities. This perspective views the intersection of identities as synergistic, producing different and distinct experiences of exclusion and empowerment; oppression and opportunity (Logie at al., 2011; Shields, 2008).

Although first studies with intersectionality theory overlapping exclusion and empowerment of Black-American women faced intersection between race and gender (Crenshaw, 1989; Collins, 1998) contemporary studies used this concept in various social and health related contexts (e.g., Azhar & Gunn, 2021; Logie et al., 2011). In the last years more attention and use of intersectionality refers specifically to informal health care research, mostly among family caregivers of persons with dementia (Hangelaar et al., 2023; Liu et al., 2022). This requires analyze how multiple dimensions of diversity such age, gender, socioeconomic status, and ethnicity interact with each other and influence caregivers’ experiences and coping.

Despite the mental health care are connected to multiple forms of stigma and discrimination toward people with severe mental illness (SMI) and their families (Martin et al., 2017; Pescosolido et al., 2021) the intersectionality as critical analytical concept is used very rare in this field (Hangelaar et al., 2023; Morrow et al., 2020). The use of intersectionality especially important in the case of immigrant caregivers who alongside their caregiver role, must cope with additional social-cultural stressors. Based on the experiences of immigrant women from former Soviet Union (FSU) in Israel, this article looks/describes at how caregiving in mental health context is shaped by the interaction/intersectionality of gender, immigrant status and ethnicity and implicate on family's burden and rewards.

**Female caregiving for a family member with a severe mental illness**

Severe mental illnesses (SMI) are defined as diseases such as schizophrenia and mood disorders the symptoms of which negatively affect an individual and social functioning (Gonzales et al., 2022). The outbreak of the illness is often a catastrophic and traumatic event both for the people who are coping with it and for their family members, who try to help and support they loved one in their rehabilitation process.

The terms "family burden" or "caregiver burden" describe and evaluates the distress experienced by family members as a result of caring their relatives with SMI (Nenobais, Jatimi and Muh, 2019; Gelkopf, & Roe, 2014). Two types of burdens can be distinguished: an objective burden, meaning the economic, functional and social disruptions in the lives of family caregivers, and a subjective burden, that is the result of the way they perceive the illness and emotionally respond to it (e.g., the feelings of lost, guilt, anxiety) (Hegde, Chakrabarti and Grover, 2019; Liu, Heffernan and Tan, 2020).

Public stigma and fear of social rejection are a significant part of the subjective burden felt by family caregivers. It is known that not only persons with SMI suffer from negative public attitudes towards them, but also their family members have to copy with vicarious stigma (Corrigan & Miller, 2004). This stigma includes negative social attitudes, according to which the families, and especially the parents are blamed for causing their child's mental illness, in light of the "poor and "cold" treatment/attachment/connection they gave them in their childhood (Charles et al., 2021; Shiraishi and Reilly, 2019; Yu et al, 2020).

Although there are inconsistent findings in the literature about the difference in sense of caregiver burden between women and men ((Xiong et al., 2020), family burden is highly prevalent among female caregivers. Only the fact that most of the main caregivers of people with SMI are women (82%), when 90% of them are mothers (Awad & Voruganti, 2008; Sharma et al., 2016; Alyafei, 2021) made female more vulnerable for negative implications of caregiving. In addition, the family stigma, especially the stigma from mental health professionals, was mostly intended toward female caregivers, based on the pathologist and wrong concept of "schizophrenic mother" (Seeman, 2019). Moreover, the studies also documented that mothers are more often than fathers experienced violence and were abused by persons with SMI and therefore more suffered from post-traumatic symptoms during their caring (Solomon et al., 2005; Wildman et al., 2023).

Although most studies emphasize the negative impact of caregiving, it is increasingly recognized that caregiving may have also positive personal and familial influences. The terms of rewards/gains of caregiving are refer to the positive aspects of caregiving (Gelkopf & Roe, 2014; Kulhara et al, 2012; Stanley and Balakrishnan, 2021) and like the division made regarding the burden, could be divided into objective and subjective. Objective rewards are help that a person with SMI provides to the relative who cares for him, such as financial assistance, housework, and spending time together (Kulhara et al., 2012). Subjective rewards are the emotional benefit that a family member can get from providing care for his dear/loved one, such as strengthening her self-confidence, recognition of her inner strengths and even revealing personal growth and resilience (Kulhara et al., 2012; Shiraishi and Reilly, 2019; Yu et al, 2020). Some studies found that female caregivers and parents obtain greater caregiving gains than men (Campos et al., 2019; Polenick et al., 2019; Stanley et al., 2021). In this way, the central goal of individual and group psychoeducation interventions for female caregivers is to decrease their feeling of burden and stigma as well as to elevate the coping resources and positive caregiving experience.

**Immigration, gender, and caregiving**

In the current study, we focused on immigrant women who care their family members with SMI. The importance of their experience rests on an understanding the intersectionality of multiple stigmas that immigrant women may experience as both immigrants and caregivers of relatives with SMI. Indeed, immigrants are required to copy with the loss of support networks, a decline in employment status or unemployment, changes in social and economic status, language difficulties, discrimination, and social exclusion (Prashizky & Remennick, 2021; Salo & Birman, 2015; Ward & Geeraert, 2016). In addition to personal distress, immigration also cause family stress as loss of support systems, cultural gaps between family members, and changes in genders/marital roles (Kanat-Maymon et al., 2016; Oznobishin & Kurman, 2018).

Multiple stressful events that immigrant women experience may make it difficult for them to assist a family member who is coping with a disability. For example, in studies that examined immigrants who took care of the elderly, it was found that they suffer from more psychological and health distress than non-immigrant primary caregivers (Soskolne et al., 2007; Suwal, 2010). Among all immigrant women caregivers, middle-aged and single mothers are in the main group of risk. This because that most of the caregiving burden falls on them due to the simultaneous care (aging parents, young children) and because of loss of support systems and juggling between the various roles without them (Soskolne, 2001). These findings are particularly relevant to immigrants who care for a family member with a SMI, as many studies have reported a higher level of stress and burden that characterizes immigrant caregivers compared to non-immigrant caregivers (Bradley et al., 2006; Ryder et al., 2000). Immigrant status may not only reduce the existing resources, but also block/barriers/decrease the acquisition of a new one that are essential for effective family coping with illness. Difficulties in acquiring a new language and cultural codes, limited social relations and the lack of bureaucratic and systemic orientation - all of these can delay the access for the necessary knowledge, care, and treatment for themselves or for relatives with SMI (Guzder et al., 2013; Kung, 2016).

**Immigrant women from the Former Soviet Union in Israel**

The current study based on experiences of immigrant women from the FSU in Israel. Most of them immigrated to Israel after the collapse of U.S.S.R in big waves of the 90s and 2000s. Despite the relatively high level of education and professional experience of FSU immigrants and general tends of women to adjustment better than man to Israeli society (Remennick, 2005), they still faced various challenges and barriers based on their gender, age, and immigrant status intersectionality. For example, middle-aged immigrant women were disadvantaged on the Israeli job market and many of them experienced long-term financial and occupational difficulties compare with their pre-migration status or younger immigrant women (Remennick, 2013).

Immigrant women from the FSU also differ in several family and cultural characteristics that increase their risk for stigma and exclusion in Israeli society. For example, most families had only few children (mostly one or two) and a quarter of the immigrated families were single mothers, almost three times higher than the prevalence of single mothers in the general Israeli population (Mirsky, 2009). Previous studies reported unique economic and emotional difficulties of single mothers on basis of their low income and feeling of loneliness (Mirsky, 2009; Soskolne, 2001). Beyond immigrant status, they had to cope with the racist, sexist and offensive expressions such as 'Russian prostitute' or 'husband kidnapper' that exists in Israeli society towards divorced women in general and towards FSU women in particular (Slonim-Nevo et al., 1999). Although these sexual stereotyping were mostly labeled by Israeli mainstream toward first-generation Russian-speaking immigrants in 90s (Lemish, 2002), but even in the current days some of these labels continue to be directed to their daughters, who were immigrated to Israel as children (1.5 generation) (Remennick & Prashizky, 2018). Additional reason for stereotyping of FSU immigrant women were their questioned Jewish status (Remennick, 2012). Indeed, from million FSU immigrants who arrived in Israel about 330,000 were non-Jewish immigrants according to the definitions of Orthodox alacha (Susser & Cohen, 2009). From the establishment and especially from the Chief Rabbinate, it made FSU immigrants as defective and suspicious ethnic group comparing to immigrants from other countries. On top of that, those women with partial Jewish or Slavic ancestry have more experienced of ethno-religious othering and discrimination.

Most of the studies dealing with informal caregivers from the FSU emphasize their tendency to care for elderly relatives or those with some kind of disability within the family space (Kaplan, 2010). This trend is particularly noticeable in the field of mental health, which is traditionally labeled with a strong mental health stigma toward people with SMI and lower trust in mental health services in Soviet and post-Soviet societies (Knaifel & Mirsky, 2015; Polyakova & Pacquiao, 2006). This can have a formative effect on coping with mental illness: a limited family structure and a high commitment to care within the family space, can contribute to the blurring of boundaries and increase dependency relationships in a family (Knaifel, 2023). In addition, strong cultural stigma among Russian-speaking community (Dolberg et al., 2019) as well as relatively low mental health literacy (Nakash et al., 2020; Knaifel et al., 2023) may delay seeking professional help, decreasing social support and increase family burden of caregiving. Despite these cultural and contextual characteristics, the intersectional stigma of FSU immigrant women who care for a family member with SMI has not yet been studied.

**The aim of current study**

In the last years the intersectionality become a central perspective in the study of the of multiple exclusion and empowerment experiences of female informal caregivers from disadvantaged cultural backgrounds. However, most studies that used intersectionality in informal health care research mainly refers to family caregivers of persons with dementia (Liu et al., 2022), and there are almost no studies that have addressed to the mental health care. The current study attempts to fill this gap, examining the experiences and coping of immigrant women caring for a family member with a SMI. In line with this, the research questions are: 1) Which various social categories become enmeshed in the lives of immigrant women caregivers?; 2) How do immigrant women who caring the family member with SMI experience intersectional stigma and exclusion?; 3) How do immigrant women who caring the family member with SMI coping with their social and health-related adversities?

**Method**

The present study relies on a qualitative research design to investigate the experiences of FSU immigrant women in Israel caring for a family member with a SMI. Qualitative research is more compatible with intersectionality because the mechanisms of multiple identity construction and disadvantage involve rich descriptive accounts of the contextual nature of people’s lived experiences (Abrams et al., 2020; Christensen & Jensen, 2005).

**Sample and Recruitment**

The data used in the current analysis was part of a larger qualitative study, conducted between August 2015 and December 2016 (Knaifel, 2022). The larger study examines the experiences of immigrant family caregivers from FSU in Israel and the current study specifically focuses on female experiences. The inclusion criteria were: (1) a caregiver for a family member with SMI who is recognized by the National Insurance Institute of Israel as psychiatrically disabled (at least 40% disability); (2) an FSU immigrant who emigrated to Israel after 1990; and (3) being 18 and older.

Twenty-six women participated in the study. Purposive and snowball sampling methods/techniques were utilized to recruit study participants. Most women (n=20) were recruited via two contacting community-based family counseling centers that assist family members of individuals with mental illnesses. To include those women who were not connected to family counseling centers (n=6) we additionally utilized snowball sampling requesting names of potential interviewees from consumers, family caregivers, and mental health providers.

**Data Collection**

The research instrument was an in-depth semi-structured interview (Patton, 2002). The first part of the interview focused on the spontaneous narrative of the participants (“Tell me the story of your family”). In the second part of the interview, more specific questions were asked to explore participants' experiences and coping : "Tell me about our experiences as family caregiver?"; What difficulties you experienced as an immigrant caregiver?"; Tell me about the experience of rejection you encountered towards you and a family member with a mental illness?"; What characterized your relationship with your relative with mental illness?;" What are your sources of instrumental and emotional support?; "Which strengths and services helped in you coping?".

The interviews were individual and conducted in the participant’s setting of choice (home, family counseling center, coffee shop). Each interview lasted between 60 and 150 minutes. All interviews were conducted in the participants’ native language by the first author. The interviews were audio-recorded, transcribed, and then translated into English.

**Ethics**

An institutional ethics committee approved the research. The participants’ written informed consent was obtained before each interview, and they were provided with a written assurance of confidentiality. To preserve confidentiality, the names of the participants, as well as any other identified information, have been deleted or changed.

**Data analysis**

Data were analyzed using qualitative categorial analysis (Hsieh & Shannon, 2005). This analysis involving simultaneous inductive and deductive processes. Inductive analyses were used to identify codes and categories that evolved in the data, and deductive approaches were used to explore categories identified by the intersectional theoretical approach guiding this analysis (e.g., immigrant status, mental health stigma, sexism, discrimination). The first stage of analysis involved open coding for each interview. Line-by-line coding was performed and common themes defined as primary categories were identified. In the second, axial coding phase/stage, categories were mapped more precisely, setting “entry criteria” for each category. Factors such as saliency and frequency of mention were used to determine the significance of the categories as well as their relevance for intersectionality theory. At this point, some of the categories were renamed and reorganized. The transition from the individual-level analysis to a cross-sectional one was guided by the principles of the constant comparative method. This analysis was achieved through repeatedly moving between the individual stories, common categories, and theory. Data saturation was reached when no more new codes or themes emerged.

**Trustworthiness**

To ensure the trustworthiness of the analysis, consensus coding was used. Both authors are specialized in qualitative research and coded together the data from the first five interviews. Next, each author repeatedly reviewed the others interview transcripts, focusing on the intersectionality. The authors met to compare the codes and categories and discuss any discrepancies until consensus was reached. A balanced interpretation was advanced also by authors different positionalities vis-à-vis the participants. The first author was the interviewer of participants and second author helped (קידם) analyzed the findings from intersectionality theory. In addition, the results are reported as a “thick description,” which includes detailed information about the research process, context, appropriate citations, and open conceptual discussion. Initial data analysis was presented at meetings forums with few participants (member-checking) and mental health professionals (external audits), who found the findings to be a close representation of their personal or professional experiences.

**Reflexivity**

Reflexivity about the researchers own perspective are important in reducing a bias that may influence data collection and analysis (Daly, 2007).First author is a man who immigrated in childhood from the FSU (1.5 immigrant generation) and expertise as social worker in mental health care by working with immigrants with mental illnesses and their family caregivers, including FSU families. Along with the cultural similarity, there was also a great difference between the researcher and the participants in terms of age and gender. This gap created a distance that from one side allowed the researcher to adopt a natural novice attitude, but from another side does not allow fully understanding of participants experiences.

The second author is a woman who immigrated from the FSU as young adult (first generation immigrant) and expertise as social worker and family therapist with immigrant families. From a personal and professional closeness to the subject, she knows the experience of the intersectionality. As someone who personally experienced the immigration, caregiving and the processes involved in it's as a woman, she had the ability for better understanding of the research participant's experiences. This "insider" position was helpful in interpreting of findings and recognizing contextual nuances present in the data.

**Findings**

**Participant Characteristics**

Twenty-six women participated in the study: 22 mothers, 2 spouses, 1 sister, and 1 grandmother of individuals with SMI. Participants ranged in age from 40 to 75 (*M*=61.12). In 60% of the families, the participants were single mothers (divorced or widowed). Most of the participants immigrated to Israel in the 1990s (66.7%) and some after the year 2000 (33.3%). The average number of years since arrival in Israel was 17.96 (range 3-25).

The psychiatric diagnoses among the individuals with SMI were: schizophrenia (15), schizoaffective disorder (3), bipolar disorder (3), major depression (3), and borderline personality disorder (2). The average number of years since receiving a psychiatric diagnosis was 14.59 (range 3-34). In most cases, the onset of illness was after immigration (73.3%). Most of the individuals lived in a joint residence with their family (70%).

**הצטלבות של זהויות מודרות – Intersection of excluded identities**

The findings revealed that the participants experience of stigma and exclusion is reflected in several categories that intersect between them: 1) socio-economic status - as middle-aged immigrants; 2) ethnicity - as Russian speaking women in Israel; 3) gender – as victims of domestic violence; and 4) mental health stigma - as relatives of individuals with SMI who are suffering from a family stigma.

**מעמד חברתי: נשים מהגרות בגילאי הביניים**

**Social class: Middle-aged immigrant women**

רוב המרואיינות (participants) תיארו את קשיים כלכליים ותעסוקתיים שסבלו מהם בעבר, וחלקם עדיין סובלים, בעקבות ההגירה. קשיים אלו אילצו את רובם לרדת ממעמדם הכלכלי שאפיין את חייהם בבריה"מ לשעבר, לעבוד שעות רבות, ולעיתים אף לחוות תקופות של עוני. במיוחד ניכר הקושי הכלכלי אצל אימהות יחידניות, שעלו לישראל לבדן ואין להן תמיכה של בן זוג ושל משפחה מורחבת.

קירה, שעלתה לישראל כאם יחידנית, נאלצה להתגורר כמה חודשים בהוסטל לדיירי רחוב. את החוויה הטראומטית הזאת היא מתקשה להכיל עד היום:

*כאשר נשארתי ללא גרוש, עובדת סוציאלית הציעה לי שיש איזה בית לדיירי רחוב שאפשר להתגורר שם באופן זמני. אמרתי שאנסה, כי אין לי ברירה. במקום הזה אני חושבת שאף עולה חדשה לא גרה, ועוד עם ילד עם בעיות. זה ממש בית לדיירי רחוב. אני גרתי שם חודשיים, ואני לא יודעת איך שרדתי את זה [בוכה], בלי מקרר, בלי אוכל... (קירה)*

אומנם רוב המרואיינים לא הידרדרו למצב עוני, אבל כדי למנוע זאת נאלצו לעבוד שעות רבות ולפעמים אף בכמה מקומות עבודה בו-זמנית. נינה סיפרה:

*עליתי בכוחות עצמי, עם ילדיי, לא גרושה ולא היה לי שום סבסוד. בעלי עלה רק שנתיים אחריי. את תהליך ההתאקלמות עברתי קשה מאוד. הילדים היו לבד, כי עבדתי בשתיים – שלוש משמרות. הם היו חברים טובים. הייתי חוזרת הביתה בחצות. עבדתי בעיתון הרוסי ההוא עד שעה ארבע. אחר כך נסעתי לעיר אחרת, שם היה מעון לחולי נפש, לזקנים, אבל עם בעיות שכליות. ושם עבדתי עד אחת-עשרה. הדרך הביתה לקחה לי עד שתיים-עשרה... הילדים שלי ישבו בחוץ וחיכו שאימא תחזור הביתה. (נינה)*

מצוקותיהם הכלכליות של חלק מהמרואיינים לא אופייניים רק לשנים ראשונות אחרי עלייתם, אלא מתאפיינים גם היום. סימה, אם יחידנית נוספת, נאלצה להתנדב בחדר אוכל, כדי להבטיח לפחות נגישות למוצרי מזון בחינם:

*ואין לי עם מה לשלם, כי 2000 שקל זה 2000 שקל, ולא 20 אלף, כן הבטחת הכנסה, אבל זה כמו לפני פנסיה, בגלל זה 2000 שקל, אני הייתי מקבלת 1700, וכשמלאו לי 55, אז הוסיפו לי עוד 200 שקל, וככה אני יושבת על 2000 שקל בחודש. ובגלל זה עבדתי בחדר אוכל, למרות שעבדתי בהתנדבות... לפחות תמיד אפשר לקחת שם לחם. תמיד אפשר לקחת אוכל הביתה, מביאים לשם ירקות, תמיד אפשר לקחת, זה גם הרבה בשבילי. (סימה)*

המצוקות הכלכליות בולטות גם בקרב מהגרים שעלו לישראל בגילאי הביניים וכיום בגיל הפנסיה חיים ללא ביטחון כלכלי ותזונתי בסיסי:

*הרבה מהעולים בגילי, בתחילת שנות ה-70 שלהם, חיים כיום בעוני רב. כי בגיל שלנו כבר אי אפשר לעבוד, ואין דירות, ולרבים גם אין פנסיה. אני עוד יכולה קצת לעבוד, אבל רובם בגיל שלי חולים, הרבה בעיות, לא יודעים עברית, והם הכי נזקקים. לפעמים נזקקים אפילו לאוכל. יש לי חברה, שגם בגילי, שלא יכולה לקנות פירות לבן החולה שלה בגלל שאין להם מספיק כסף. (סופיה)*

**אתניות: נשים דוברות רוסית בישראל**

**Ethnicity: Russian-speaking women in Israel**

חלק מהמשתתפות ציינו שלאחר הגירתם לישראל נתקלו ביחס מפלה כלפיהם מצד ילידי הארץ או מהגרים וותיקים על רקע השתייכותם המגדרית והאתנית–כנשים "רוסיות". אלינה סיפרה על העמדות השליליות הקיימות בחברה הישראלית כלפי נשים מבריה"מ לשעבר:

*הם לא סובלים אותנו הישראלים. יש כאלו שעוד בסדר, אבל יש כאלו שלא סובלים אותנו. כלפי נשים יש סטריאוטיפים שהן יפות וגונבות את הגברים הישראלים.... אבל למה זה קורה? אני עד הסוף לא מבינה (אלינה)*

חלק מהמרואיינים נזכרים באירועים ספציפיים של דחייה ואפליה חברתית שהם או בני משפחתם המתמודדים חוו בגלל השונות האתנית שלהם. כך למשל קירה נזכרת בעבודה שלה כמנקה בתים בשנים ראשונות אחרי העלייה ואת תחושת הדחייה שהיא חוותה, כאשר מישהי סירבה להעסיקה ברגע האחרון בגלל הנראות שלה כרוסייה-משכילה:

*כמה השפלות עברתי במהלך העבודה שלי כמנקה, אני כבר לא אספר, כי זה ממש נושא לרומן שלם. אבל היה קשה לא רק פיזית, אלא בעיקר נפשית..... הייתי כל הזמן הולכת ברגל, כי לא היה לי כסף לנסיעות. כל תל-אביב עברתי ברגל. ופעם אחת פתחה לי אישה, ילידת הארץ ואומרת לי: את יותר מדי אינטליגנטית בשביל לנקות אצלי. אני צריכה מישהי יותר פשוטה, "להתראות" וסגרה לי את הדלת בפרצוף (קירה)*

חלק מהמרואיינים לא יודעים להבחין בבירור אם מדובר באירוע של דחייה על רקע אתני או אי הבנה בגלל קשיי תקשורת ושפה. עם זאת נראה שזהותם האתנית כדוברות רוסית, מראה הסלבי של חלקן, לצד ספקנות ציבורית ביהדותם לפי ההלכה, הוסיף לתחושות האלו:

*לא חוויתי אפליה כלפיי. הפעם היחידה שהייתה העדפתי להתייחס לזה כך שאולי אני לא ממש דומה ליהודייה? הייתי מאושפזת בבית חולים כבר אחרי הניתוח להחלפת המפרקים. הייתי בבית-חולים. לחדר נכנסו שתי דתיות. למה הן התעניינו? אני לא יודעת. הן שאלו איפה אני גרה. עניתי להם שבתל-אביב. אז הן שאלו איך בכלל הגעתי לכאן, או שהן התכוונו שזה רחוק ממקום המגורים שלי או שאני לא דומה ליהודייה? או שהתכוונו למה אני בכלל נמצאת בישראל? הן לא דייקו, אבל לא ידעתי מה לחשוב, וההרגשה הייתה די לא נעימה. השאלה מוזרה כזאת, דו-משמעית. (ורה)*

היחס המפלה, הגזעני והסקסיסטי כלפי נשים רוסיות מצד ילידי הארץ, השתקף גם בחוויות של בנותיהם המתמודדות עם מחלות נפש. כמה מהמרואיינות סיפרו על אירועים של הטרדות מיניות שחוו בנותיהם בישראל על רקע תיוג אתני שהודבק להם כ"רוסיות זונות" ו"קלות להשגה". אירועים אלו הקשו עליהן למצוא תעסוקה מכובדת ולהשתלב בחברה. ברוניסלבה סיפרה על הטרדות מיניות רבה שספגה בתה:

*כל הזמן היו הטרדות מיניות. אחד תפס אותה בישבן, השני ניסה לנשק אותה, השלישי עוד משהו. אם רק היא הייתה אוספת עדויות ומגישה תביעה על הטרדות מיניות נגד מנהלים, היא הייתה יכולה להיות עשירה. למשל, היא באה פעם אחת ואומרת: "אימא, אני שוב חיפשתי עבודה, נכנסתי לחנות שמוכרים שמלות. ובעלת החנות אמרה: "את קסם, את תוכלי להציג את הדברים שאני מוכרת. זה יהיה נפלא, אני לוקחת אותך לעבודה, כי את יפהפייה וממחר את יכולה לעבוד.... אבל רק בקשה אחת. יש לנו עסק משפחתי ואת צריכה להיות חלק מהמשפחה, ואת צריכה לשכב עם הבן שלי. הוא בדיוק רווק וברור שאת תמצאי חן בעיניו'. היא באה וסיפרה לי את זה, והבת אף-פעם לא שיקרה לי. היו כל כך הרבה מטרידים בגלל היופי שלה. היא אפילו כבר הייתה מוכנה לא להיות יפה... היא התלבשה רק ביד שנייה, אבל גם בלבוש זה היא נראתה כמו מלכה אמיתית. כשהיא נראתה טוב, אז מיד היו מסתכלים אליה בעין צרה, שזאת זונה מרוסיה (ברוניסלבה)*

מרינה סיפרה שהבת המתמודדת שלה חוותה הטרדות מיניות אף במסגרת תעסוקה שיקומית ממתמודד אחר שהיא עבדה עמו. בעקבות האירוע היא גם כן נאלצה לעזוב את מקום עבודתה:

*אני חושבת שגם העובדה שהיא אישה רוסייה זה הוסיף. אתה רואה את היחס. לנשים רוסיות בריאות ההתייחסות היא הרבה פעמים כמו לזונה, ומה היחס לבחורה צעירה, יפה, שלא יכולה להגן על עצמה... כמובן הוא [המטריד] לא ירשה לעצמו להטריד מנהלת או אישה אחרת, ואליה הוא ניגש כמה פעמים ובכוח ניסה לחבק ולנשק אותה. בסוף היא [הבת המתמודדת] הייתה צריכה לעזוב את העבודה בגללו. (מרינה)*

**מגדר: נשים כנפגעות אלימות במשפחה**

**Gender: Women as victims of domestic violence**

רוב הנשים (18 מתוך 26) תיארו בסיפורן אירועי אלימות שהן חוו במהלך חייהם מגברים שמקיפים אותן בחייהם. אלימות זאת הייתה מופנית הן מבעליהם לשעבר (הגרושים) והן מבניהם המתמודדים עם מחלות נפש קשות. כמה נשים יחידניות סיפרו על האלימות שהן חוו בחייהן הזוגיים מבעליהם לשעבר, זמן קצר לאחר שהתחתנו ואת ההשפעות של כך על חייהן האישיים והמשפחתיים. נלי סיפרה על התנהגות אלימות שהיא חוותה מעלה לשעבר על רקע התמכרותו לאלכוהול. כמו רבים מגברים מבריה"מ לשעבר הוא ככל הנראה סבל מקשיים נפשיים, אך לא היה מאובחן וניסה לטפל בביעותיו עם שתיית אלכוהול.

*הוא היה כזה יפיוף, ספורטאי, נו שותה, מי לא שותה? ההורים שלי לא שתו, אולי רק בחגים. כלומר לא ידעתי איך זה לחיות עם שיכורים. חשבתי לעצמי שכשנתחתן והוא יפסיק לשתות, אתקן אותו. הוא היה יכול לא לשתות שנה או שנה וחצי, אחר כך קריסה, והוא הפך למשוגע. צועק, מרים ידיים, שובר דברים. מה לא עברתי. אני אומרת שכל השיכורים משוגעים. עד שהוא לא יסיים את שלו הוא לא יירגע... עד שנמאס לי והתגרשתי ממנו. (נלי)*

גם אחרי שנשים התגשרו מבעליהם אחדים סיפרו שבעליהם המשיכו לרדוף אחריהן אחרי הגירושין ובכל האמצעים ניסו לחזור למשפחה. בינה סיפרה על אירוע אלימות טראומטי שהיא חוותה מבעלה לאחר פרידתם:

*לבסוף הוא [בעלה לשעבר] עוזב לגמרי לעיר אחרת, לתל אביב. לכאורה החיים חוזרים למסלולם. אחרי שנה וחצי הוא חוזר. בשוגג פתחתי לו את הדלת, לא הייתה לי עינית. אני פותחת את הדלת, הוא מתפרץ לתוך הדירה, והסיוט חוזר. הוא רוצה לחזור למשפחה. אני בהלם, אני צורחת. מתחת לחלון שלי היה גגון. גרתי בקומה ראשונה, אבל מתחתיי היה גגון. אני ניסיתי לקפוץ מהחלון והוא מכה אותי בראש, וכל זה השכנים שלי רואים. הם שומעים רעש, הם יוצאים, רואים מה קורה ומייד מזעיקים משטרה... לקחו אותי באמבולנס. ברוך השם לא קרה לראש שלי לא קרה כלום. (בינה)*

מעבר לאילמות שחלק ממרואיינות ספגו מבני זוגם לשעבר, כמחצית מהמרואיינות תיארו מקרי אלימות קשים – פיזית, מילולית או רגשית – שאירעו בעבר מצד בניהם המתמודדים. המרואיינים מייחסים אירועים טראומטיים אלה למחלה ולשיגעון שתקף את המתמודדים באופן פתאומי והפך אותם לאנשים בלתי צפויים ומסוכנים. מרבית המרואיינות מקשרות בין האלימות לנסיגה במצבם הנפשי של יקיריהם על רקע סרבנותם להתמיד בטיפול הפסיכיאטרי:

*הבן שלי היה מרביץ לי מאוד חזק ואני הייתי מסתובבת עם פנסים מתחת לעיניים. גם בחברה הוא היה מסתבך במכות, אבל גם כלפיי הוא היה מאוד אלים. יש לו את הקטע הזה של לא להישמע לכללים ולעשות מה שהוא חושב. לבית-חולים לא יכולתי להכניס אותו. אפילו הייתה לי חברה בקופת חולים והיא כתבה לי מכתב שאני מסתובבת שחורה מסימני אלימות... הוא ממש ילד טוב, ומולי הוא אחר – רודן אמיתי. והחברות היו אומרות: "איך את סובלת את זה? למה את מקריבה את עצמך? למה את לא מרחמת על עצמך?" והוא היה מקלל אותי הרבה, ומאיים עליי, ופוגע בי, ומתעלל בי, והפך להיות כזה אכזרי. הוא לא היה כזה... רק אחרי הרבה שנים הגעתי איתו לבית החולים. (אלינה)*

*אם להגיד את האמת, חייתי בפחד קבוע... פחד קבוע. משנת 1999 עד 2009 – זה עשר שנים. לא ידעתי איך ייגמר היום. האם הוא יהיה במצב רוח טוב, או שיעשה בלגן... היו לו התפרצויות. הוא היה יכול לשבור משהו. בבית הוא שבר הרבה דברים ועוד... הוא גם הרביץ לי. אחר כך הוא היה בוכה ומתחרט, אבל מה שנעשה – נעשה... היו מקרים שהוא השתולל, צעק. כל פעם היה מאיים שישבור משהו... כל פעם הוא עוצר ואומר שלא יפגע בי. "אל תדאגי, לא אפגע בך". אבל, מי יודע? מי יכול לדעת?! האם הוא יכול לשלוט על עצמו ברגע זה? אני פוחדת לא רק להתקרב אליו, אני פוחדת גם להביט לו בעיניים. כי הוא לא שפוי! אתה מבין? והוא אומר: "בואי, תני לי חיבוק" אני משותקת מרוב פחד עד כדי כך שלא מסוגלת לזוז, שלא לדבר על ללכת. אני פוחדת. (ורה)*

דברי מרואיינים מלמדים שהסבירות לאירועי אלימות גוברת כשמדובר במתמודדים בנים המתגוררים עם אימהות יחדניות, כמו בסיפורן של אלינה וורה. עם זאת, כפי שעולה מסיפורה של סטלה גם בני זוג מתמודדים יכולים לפעול באלימות כלפי נשים הגרות ומטפלות בהם:

*לפעמים הוא יכול תוך שניות להתהפך ולהפוך לאדם מאוד תוקפני ואלים, ואז הוא אומר דברים מאוד קשים. הוא מתחיל לצעוק ואז צריך או לשתוק או לברוח למקום אחר. ואני עסוקה בזה שהשכנים שומעים את הכול וברחוב, וזה מאוד מפריע לי, והכי נורא שהוא לא רואה שהוא אחראי לקונפליקט והוא חושב שאני מתחילה אותו. הוא משליך הכול עליי. אם הוא צועק ואני מעירה לו להיות בשקט, אז הוא אומר שאני צועקת או שאני מכה אותו. הוא יכול לעשות סקנדל בנוכחות אורחים ובני משפחה. (סטלה)*

**סטיגמה בריאות הנפש: סטיגמה משפחתית כלפי אימהות המטפלות במתמודדי נפש**

**Mental health stigma: Family stigma toward mothers of adults with mental illness**

המרואיינות מתייחסות בהרחבה בסיפורן לתפקידם כבני משפחה מטפלים לאנשים המתמודדים עם מחלות נפש. רבות מדגישות את החובה המשפחתית כערך עיקרי שמנחה אותם בעשייה הטיפולית, ומקנה לה משמעות, למרות הקשיים והמחיר האישי שהם נאלצים לשלם על כך. אלכסנדרה מדגישה את ההיבט המגדרי של הטיפול בבן משפחה עם מחלת נפש:

*גברים לרוב מסירים מעליהם את הבעיה או בורחים מהבעיה. לא תמיד, אבל לרוב. זה כבר פסיכולוגיה. את זה לא אני המצאתי. אתם רואים שבעיקר אימהות מטפלות בילדים. למרות שרובן נשואות ואבות קיימים, אבל הם יוצרים מרחק מהעניין הזה (אלכסנדרה)*

כחלק מתפקידם כבני משפחה מטפלים, מעבר להתמודדות עם תסמיני מחלה קשים של מחלת יקיריהם, הנשים נאלצות להתמודד גם עם סטיגמה משפחתית. סטיגמה זאת מפנת כלפי הורים של מתמודדים ובעיקר כלפי אימהות, ולפיה הם נתפסים כאשמים באופן ישיר או עקיף במחלת נפש של ילדיהם:

*לאחרונה אני כמעט רבתי איתה [עובדת סוציאלית ברווחה] כי היא אומרת לי שאת גידלת אותה ככה, ולכן הבת שלך יצאה עם בעיה. איך היא יכולה להגיד דבר כזה? אני לא סובלת אותה, שאני חינכתי את הבת שלי ככה ולכן היא עם בעיה? כאשר היא אמרה לי את זה אני רציתי לריב אתה. זה כל כך פוגע. במקום לעזור לי היא עוד מאשימה אותי. איזו חוצפה. ואני יודעת שהבת שלי הייתה פגועה מהילדות ולכמה רופאים, נוירולוגים ופסיכיאטרים הלכתי ומה לא עשיתי עבורה ברוסיה... ומה רק לא עברתי איתה, והיא אומרת לי שככה חינכתי את הבת שלי. (יאנה)*

המשתתפות מספרות שסטיגמה מקושרת כלפי משפחות בבריאות הנפש בולטת במיוחד בקרב אנשי מקצוע ומוסדות ביחס לאימהות יחידניות. כתוצאה מכך, הן מאבדות אמון במערכות המטפלות, מרגישות נטושות ודחויות ואינן יכולות לקבל את העזרה הרצויה:

*רופאים ועובדים סוציאליים... אם הם יודעים שיש ילד בריא, אז הם מגנים עלייך. ואם רואים שיש לך ילד חולה, אז היחס שלהם הופך להיות מפלה. ועוד איך מפלה... המערכת גם מעליבה אותך... שהחינוך לא היה טוב ולא רוצים כל-כך לעזור לך. אני מאוד מרגישה את זה... יודעים שאת לבד, בלי בעל, עם ילד חולה ואף אחד לא מגן עלייך. וזה מאוד מוזר במערכת היחסים הזו למשפחות בסיכון, כי נותנים לך פחות עזרה, למרות שאני צריכה יותר עזרה, כי אני לבד. (אלינה)*

הסטיגמה כלפי משפחות בבריאות הנפש אינה מאפיינת רק את אנשי מקצוע מתרבות הרוב, אלא גם אנשים מתרבות זהה לנשים. כמה משתתפות סיפרו על מקרים שבהם נציגי הממסד ממוצא רוסי החזיקו בסטיגמות קשות כלפי מחלות נפש ויחס שיפוטי ומאשים כלפי הורי המתמודדים.

ברוניסלבה מספרת על היחס העוין כלפיה וכלפי בתה שהפגין שוטר דובר רוסית, שהיא ניסתה לגייס לעזרה:

*היחס של הממסד אלינו מאוד בעייתי. פעם הייתי צריכה לקרוא למשטרה בגלל שלנה [בת מתמודדת] הייתה במצב פסיכוטי והוא אומר לי בהשפלה ושליליות: "מה את רוצה?" והוא אומר את זה ברוסית, השוטר היה רוסי והוא אמר לי: "מה את רוצה ממני, אימא של אישה זנותית?" את זה הוא אמר בעוינות כזאת, ועוד לפני שהוא נכנס הביתה ובדק מה קורה כאן. (ברוניסלבה)*

אלכסנדרה נזכרת שאת ההתנגדות החזקה ביותר למינויה כמאמצת לנכדה שלנו (במקום בתה המתמודדת) השמיעו עובדות סוציאליות דוברות רוסית, שפקפקו ביכולתה לשמש דמות הורית ראויה לנכדה, כיוון שבתה חלתה במחלת נפש:

*במהלך כל התהליך הזה, הם, מהרווחה, דיברו עליי ושפכו עליי כאלו דברים... אותי ניסו לחסל כמובן הרוסים. זה ברור... הרוסים מהרווחה, עובדים סוציאליים דוברי רוסית משם. עם כזה כעס התחילו לדבר ש"את הבת כל הדרום מכיר..." ו"תראו את הסבתא הזאת...", "היא צועקת..." "אין לה בעל, אין לה דירה ואין לה עבודה קבועה, אז איך היא יכולה לגדל את הנכדה, איך היא יכולה לחנך אותה?" (אלכסנדרה)*

**משאבי התמודדות – coping resources**

The findings revealed the resources that helped participants to copy with intersectionality of adversities in their daily lives: 1) religious/spiritual faith; 2) optimism and resilience; 3) support groups; and 4) social activism.

**רוחניות ואמונה דתית**

**Spirituality and religious faith**

חלק מהמרואיינות מדגישות תהליכים מנטליים כגון אמונה, תפילה וקשר עם אלוהים כחלק מהתמודדות רוחנית שמסייעת להם ברגעי מצוקה ומשבר. סימה מספרת שהיא מתפללת עבור עצמה וגם עבור בנה המתמודד:

*מה עוזר? השם עוזר לי, אם לא השם, אני לא יודעת מה היה נשאר ממני כבר, הוא מחזיק אותי בינתיים. האמונה זה לא סתם, זה לא אמונה ריקה, וכאשר אני לא יכולה לעשות בינתיים שום דבר, אני מתפללת לאלוהים... גם בשבילו [הבן המתמודד] אני מתפללת. אם לא הייתי מתפללת, אני לא יודעת מה בכלל היה יוצא ממנו. הוא לפחות יוצא ועובד...* ***(****סימה)*

דריה מקשרת בין בחירתה באמונה באלוהים לבין הצורך למצוא משמעות. היא מתארת את כוח האמונה כמשענת של יציבות וביטחון שמקלה על התמודדותה:

*אני בן אדם אופטימי, אני מאמינה שהשם באמת עוזר, אני מרגישה את זה בחיי... בחרתי להאמין, ככה יותר קל לי... אני בטוחה בכך שזה שיחק תפקיד לא קטן בהתמודדות שלי. הייתי צריכה למצוא משהו שיעזור לי הכי הרבה ובחרתי באלוהים, וזה גם מה שאני אומרת לילדיי ולבעלי. אני חושבת שהאמונה זה העיקר, כי זה בלתי משתנה. זה לא תלוי במצב בריאותו של האדם באותו רגע, זה תלוי באמונה שלך. (דריה)*

גם מרינה מתארת את המקום המרכזי של האמונה הדתית בחייה בעקבות המשברים שהיא חוותה ואת השינוי שחל בעקבות כך בהשקפת עולמה: מהתפיסה שהאדם הוא השולט הבלעדי בגורלו לתפיסה יותר פטליסטית לפיה כוח עליון הוא השולט הבלעדי.

*אתה מבין [בוכה]... מה שלי יצא לחוות, זה כבר... זה כל כך קשה. רק אלוהים נותן לי כוח, אם לא אלוהים לא הייתי יכולה לעבור את כל זה... אבל אלוהים מחזיק אותי [בוכה], עוזר... אני כבר לא סומכת על עצמי... פעם הייתי אומרת שאנו צעירים וחזקים והכול יכולים לעשות בכוחות עצמנו, וכעת, אני אומרת שהכול בידיים של אלוהים.".*

**אופטימיות וחוסן – Optimism and resilience**

חלק מהמרואיינות מדווחות כי תכונות אישיות, כגון אופטימיות ושמחת חיים, סייעו להם לשרוד בתקופות הקשות ביותר בחייהם ולהתמודד עם עצב ושחיקה, המתלווה לתפקידם כבני משפחה מטפלים:

*יש לי גם תכונות אופי כאלה, שאני לא עצובה. אני אופטימית כזאת... כי לבכי כבר לא היה לי כוח... והיה לי חשוב להישאר אופטימית וחיובית. כי אחרת כשאתה בעצמך תבכה לא ישתפר שום דבר. להיות אופטימי ולחפש יתרונות ולא חסרונות זה המוטו שלי בחיים, למצוא רגעים של שמחה ונחמה, כי העולם שאני חיה בו הוא עולם קשה ומייאש ובתוך העולם הזה חשוב למצוא גם שמחה. קשה למצוא אותה... אבל אני מצאתי. (לובה)*

התפיסה האופטימית מחזקת את היכולת לאתר היבטים חיוביים גם באירועים הקשים ביותר, כפי שתיארה זאת סטלה:

*יש לי יכולת כזאת שאני יכולה מקקי לעשות סוכריה, ממינוסים להוציא פלוס. אני תמיד אומרת לעצמי שאם יש לי אויב, אני צריכה למצוא משהו שאני אוהבת בו ולהפוך אותו לחבר שלי. והיו הרבה אירועים במוסקבה שזה עזר לי. ממינוס לעשות פלוס. זאת התכונה [...] ובנוסף אני גם אישה מאוד אקטיבית, לא פסיבית. זה גם מאוד עוזר. אני גם לא נכנעת בכל מיני מצבים.*

ויקטוריה מקשרת בין אופטימיות, כתכונה שהיא רכשה מאביה, לבין היכולת לפתח עמידות וחוסן. בעיניה עם גישה חיובית ויצירתית בחיים גם מתוך משברים אפשר להתפתח ואף לצמוח:

*אבא שלי הקנה לנו את אהבת החיים, אופטימיות, חריצות. לא התמכרות לעבודה, אלא אהבת עשייה ורצון ללמוד ולדעת. אז המרכיבים הללו: שמחת החיים, הומור, עמידות. עמידות, כלומר, לא להיכנע לנסיבות, למרות שיש כל מיני תקופות בחיים. אני קוראת לזה עמידות בחיים... בכל רע יש משהו טוב. אבא שלי אהב לומר שהכול לטובה. מאוד אכזרי להגיד שהכול לטובה, כי מה, זה לטובה שילד צעיר ומוכשר נזרק ככה למטה? אכזרי להגיד שהכול לטובה, אבל להגיד שבכל רע ניתן למצוא משהו טוב זה יותר נכון מבחינה פילוסופית ויותר אנושי.*

אלכסנדרה מתארת את העוצמות שהיא גילתה בעצמה, דווקא לאור מעמדה כאישה יחידנית ללא מערך תמיכה זוגי ומשפחתי:

*זה לא ייחודי, אבל זאת האמת. אם תעצור אז אנשים ידרכו עליך. אסור לעצור. לא היה לי על מי לסמוך כל החיים. אישה סובייטית בלי בעל – זה כוח עצום, ואותי אי אפשר לעצור. כאן אנשים לא יכולים לעשות בידיים דבר קטן, גם חלק מהגברים, ואני נאלצתי לעשות הכול לבד. (אלכסנדרה)*

**קבוצות תמיכה במרכזי משפחות**

**Support groups in family centers**

רוב המרואיינות שפנו בעבר למרכזי ייעוץ למשפחות בבריאות הנפש (n=20) סיפרו בהרחבה על התרומה הייחודית של מרכזים לשיפור דרכי התמודדותם ופיתוח עמידותם לנוכח מחלת הנפש של קרוביהם. האופי הפסיכו-חינוכי של התערבויות במרכזי הייעוץ למשפחות מאפשר למשתתפים לרכוש ידע, וכלים חיוניים על אודות מחלת הנפש ועל זכויות ושירותים במערך בריאות הנפש והידע משנה את תפיסותיהם ואסטרטגיות ההתמודדות שלהם.

*בהתחלה הייתי על גבול הדיכאון. אבל הבנתי שאם לא אהיה חזקה אז אף אחד לא יעזור לי. בעקבות הקבוצה אני הבנתי שאני צריכה להיות חזקה, כי רק ככה אני יכולה לעזור לבן שלי וגם לי. להיות חזקה זה אומר שאני צריכה לדעת מה לעשות, למי לפנות, איך להיות. הגעתי לכאן למרכז ייעוץ למשפחות, אז אני כבר יודעת למי לפנות ומה לבקש. (תמרה)*

מבין כלל ההתערבויות, רבים מהמרואיינים תיארו במיוחד את ההשתתפות בקבוצות תמיכה לדוברי רוסית כחוויה משמעותית ומעצימה שסייעה להם לקדם שינויים ברובד הרגשי, הקוגניטיבי והחברתי-תרבותי. המרואיינים דיווחו כי הקבוצה לדוברי רוסית הייתה מסגרת ייחודית שאפשרה להם להפיג את בדידותם, להכיר משפחות המתמודדות עם בעיה דומה, לשתף לראשונה אחרים בבעיותיהם ולפרוק את מטענם הרגשי.

*כשבאתי לקבוצה הזו, קודם כול ראיתי שאני לא לבד. כי כשאתה מרגיש שאתה לבד אתה פשוט מבודד, אתה כמו באי בודד, וזאת תחושה נוראית. וכשאתה רואה שאתה לא לבד אז... זה לא כאילו: "אהה, אני לבד, רע לי!" לא, מה פתאום! להיפך. אתה יודע, כששמעתי מה האנשים שם עברו, אני אמרתי: "וואו! המקרה שלי זה עוד כלום." מה שהולך שם! אני ישבתי ובכיתי כששמעתי את הסיפורים. (ויקטוריה)*

רוב המרואיינות שהשתתפו בקבוצות תמיכה או במועדני משפחות (מסגרת נוספת למפגשים קבוצתיים במרכזי משפחות) ציינו שזאת הייתה הזדמנות ייחודית עבורם לייצר הפוגה בשגרה היום-יומית ולהרחיב את רשת התמיכה החברתית והתרבותית שלהם:

*הקבוצה עוזרת בעיקר בנושא תקשורת בין הורים. כי אנחנו כאן נמצאים בבידוד. תקשורת מינימלית, מקסימום בעבודה אם למישהו יש עם מי לדבר: שתי מילים: "מה נשמע? הכול בסדר. ביי". בגדול המועדון לדוברי רוסית יכול להתארגן פעמיים בחודש ולא פעם בחודש, כי לרוב לאנשים זאת ההזדמנות היחידה לצאת לאנשהו. נשים מאוד משקיעות בעצמן, שמות עגילים ולבוש יפה, כי אחרת לאן לצאת רק בשביל לדבר וגם ככה זה מעט. חנות ושוק... (אלכסנדרה)*

הקשרים הקרובים שנוצרים בין חברי הקבוצה מתרחבים בהדרגה לקהילה ומעשירים את הרשת החברתית ואת פעילות הפנאי שלהם גם מחוץ למרכזי משפחות:

*בקבוצה אנו מכירים אנשים חדשים, ויש כבר אנשים שמתקשרים ומברכים בחג ונותנים איזו קופסה עם שוקולדים. בשבילי גם זה מאוד חשוב, ולטניה [הבת המתמודדת] זה מאוד חשוב. היא כל הזמן אומרת, "אימא, תסתכלי איזה מתנות נותנים לאנשים בעבודה ולנו שום דבר." ויש אישה אחת שאיתה התחברתי במיוחד, והיא מאוד עוזרת לי. היא יודעת עברית טוב וכאשר צריך לתרגם משהו היא עוזרת לי. בקבוצה החלפנו טלפונים ויש שתי חברות שאנחנו מדברות הרבה בטלפון, מברכות זו את זו בחגים ושואלות, "מה שלומך? ואיך את מרגישה? איך המצב?" וזה הוסיף לי המון. לזוג אחד מהקבוצה יש אוטו, הם הציעו, "אם את רוצה לנסוע לאנשהו, אז אנחנו יכולים לקחת אותך." וזה מאוד חשוב, כי אכן הצטברה אצלי עייפות רבה... (מרינה)*

**עשייה חברתית למען משפחות אחרות**

**Social activism for other families**

חלק מהמשתתפות סיפרו שאחד הדרכים שלהם להתמודד עם מצוקות חברתיות, היא העשייה החברתית שלהם למען משפחות אחרות הסובלות מבעיות דומות. לפי דעתם של המרואיינים העשייה החברתית שלהם נובעת מתחושת שליחות שלהם כמהגרים מטפלים המקנה להם משמעות ייחודית ומעצימה:

*הפרויקט הזה נקרא "משפחה למען משפחה". הם הזמינו אותי כי הם ראו שאני או בעלי נמצאים כל יום במשך שלושת החודשים, כאשר הוא [הבן] היה מאושפז שם, ואמרו שהם צריכים גם בני משפחה דוברי רוסית. צריכים את זה בשביל אנשים שקרוביהם מגיעים לאשפוז בפעם הראשונה. בזמן שהחולה נמצא בטיפול הקרובים שלו בפאניקה. במשך 10 חודשים קיבלנו הדרכה מרופאים ופסיכולוגים וכל מיני אנשים שדיברו איתנו על תרופות ועל זכויות סוציאליות. כדי שנוכל כל יום משעה 2 עד 6 אחר הצהריים לבוא ולדבר עם קרובי המשפחה של המאושפזים החדשים. אנשים התקשרו אליי ובאתי לעזור ולדבר איתם. אני הייתי מקשיבה לבעיות של אנשים אחרים ומספרת להם כיצד אני מתמודדת איתן. (סבטלנה)*

אצל חלק מהמרואיינים העשייה החברתית באה לידי ביטוי בארגון ובהנחיה של מפגשים קבוצתיים עם משפחות אחרות (קבוצות לעזרה עצמית) לצורך שיתוף במידע ובתמיכה הדדית:

*ארגנו את זה לפי איך שלימדו אותנו בקבוצה. חמש משפחות שיש להן בעיות דומות... אנחנו מתאספים כולם יחד ובמשך שעה וחצי משוחחים, רבע שעה לכל אחד בערך... התפקיד שלי לרכז את זה ולחלק את הזמן שווה בין אנשים. אתה יודע, אנשים שעברו אירוע טראומטי מתחילים לדבר ואי-אפשר לעצור אותם. אני ראיתי איך המנחה עושה את זה בקבוצה ובמיומנות רבה הייתה עוצרת אותו... ואני הייתי מנסה להבין איך היא עושה את זה, מאוד בנדיבות הייתה אומרת: "טוב, נכון... ואצלך כיצד זה?" וככה היא מעבירה את מוקד השיחה למשפחה אחרת. וגם אצלנו זה מאוד דומה, הולכים לפי שעון, רבע שעה לכל אחד. מה קרה אחרי שלושה שבועות לכל אחד מאיתנו, מה גילינו, מה חדש במרכז משפחות, מה חדש בסל השיקום וכו'. (ברוניסלבה)*

בסיפורה של ברוניסלבה אפשר לראות שהעשייה למען משפחות אחרות יוצרת תחושת קרבה ושותפות גורל בין המשתתפים ועונה על צרכים אישיים וחברתיים כאחד.

חלק מהמרואיינות טרם עסקו בעזרה קונקרטית למשפחות אחרות, אך מביעות שאיפה לעשות זאת בעתיד:

*החלום שלי זה להמשיך ללמוד ולפתח דברים עבור משפחות אחרות והילדים שלנו. התמיכה והתקשורת בין המשפחות מאוד חשובה. אני רואה את זה בקבוצה, שזה נותן לאנשים הרבה כוח, וחשוב להמשיך את זה ולפתוח במרכזי משפחות מועדון שאנשים יוכלו לבוא ולשוחח. אז הייתי רוצה לפתח מפגשים כאלו של הורים וילדים גם יחד, להפגיש בין אנשים, שיוכלו להיות בקשר ביניהם גם מחוץ למרכז משפחות. (ויקטוריה)*

תיאורה של ויקטוריה ממחיש את תהליך השינוי והמעבר שהיא ומרואיינות אחרות עוברות ממצבם כמקבלי עזרה לנותני עזרה.

אצל מרואיינות אחרות העשייה החברתית מכוונת לשינוי המדיניות ברמה ציבורית-פוליטית ובאה לידי ביטוי בהשתתפות במחאות ובהפגנות במטרה לשפר את תנאי המחייה של האוכלוסיות המוחלשות.

*יש לי חברה שמארגנת מפגשים בכנסת או בטלוויזיה בנושא מצוקת דיור בקרב מהגרים, ולפעמים אני נוסעת איתה כדי להשתתף במאבק. בשבוע שעבר בדיוק קראו לי להצטרף למפגש בנוגע לדיון במצב הנכים בישראל וסיפרתי שם את סיפורי. אולי זה יעזור במשהו, כי היו שם אנשים חשובים. חשוב לי ששם [קובעי המדיניות] יכירו בקשיים של משפחות עם מחלה פסיכיאטרית, ובמיוחד משפחות עולות, שיהיה שינוי בנושא של קצבה או דיור, כי אחרת יש כאן אפליה בין נכויות. (סופיה)*

**דיון**

The aim of this study was to examine the experiences and coping of immigrant women caring for a family member with SMI from the perspective of intersectionality theory. To date, the intersectionality and informal mental health caregiving has hardly been explored. Based on the experiences of immigrant women from FSU in Israel, this article describes how caregiving (burdens and rewards) in mental health care are shaped by the interaction/intersectionality of gender, immigrant status and ethnicity.

הממצאים מגלים שנשים חוות הצטלבות של זהויות סטיגמטיות ומודרות שמבוססות על מעמדן כמהגרות בגילאי הביניים, על אתניות כדוברות רוסית בישראל, על מגדרם כנשים שחוו אלימות במשפחה ועל תפקידם כבנות משפחות מטפלות ליקיריהם עם מחלות נפש קשות. להצטלבות זהויות מודרות יש השפעות שליליות על תפיסתן העצמית של הנשים, על תחושת שייכות חברתיות ועל המשאבים חיוניים להחלמה אישית ומשפחתית שאינן זוכות לקבל מהמערכות. לצד כך, הממצאים חושפים גם תהליכי העצמה שהנשים עברו דווקא ממקום של איום, זרות ושוליות חברתית והמעוגנים באופן שבו הן מגיבות ומתמודדות עם ריבוי מצוקותיהם בחייהם. דרכי התמודדותם, שייתכן ולא היו מתקיימים אלמלא המקום השולי שהם חוו, מאפשר להם להחזיר את תחושת שליטה וביטחון, לייצר הון חברתי חדש ואף לנקוט בפעילות אקטיביות של יוזמה ושינוי המעידות על תחושת חוסן והעצמה של נשים.

השוליות חברתיות של נשים קודם כל מושפעת/מעוצבת בעקבות מעמדם של נשים מהגרות החוות אי-יציבות הכלכלית ולעיתים אף עוני. למרות ההטבות שמהגרים מקבלים מהמדינה לאור מדיניות הקליטה הפתוחה ליהודים (Tartakovsky, 2023), רוב הנשים ובפרט נשים בגילאי ביניים חוו שינוי חד במעמד סוציו-אקונומי שלהם מנקודת שיא בארץ מוצאם להתחלה מחדש בארץ הקולטת. הנטל הכלכלי והרגשי גבוה וכואב יותר כשמדובר במשפחות חד-הוריות. בהלימה למחקרים קודמים, גם הממצאים מהמחקר שלנו מצביעים על מצוקות אינסטרומנטליות רבות וייחודיות של אימהות יחידניות, שיוצרות את מרבית הנטל האובייקטיבי עבורם, כגון הקושי למצוא עבודה, שעות עבודה רבות תמורת הכנסה נמוכה או הכנסה חלקית שאינה מספיקה לצרכיהם הבסיסיים ביותר (Soskolne, 2001). מבחינת הנטל סובייקטיבי, הן נאלצו להתמודד עם תחושת בדידות ועם הסטיגמה שיש בחברה הישראלית כלפי נשים גרושות מבריה"מ לשעבר, הם שלא חוו בארץ מוצאן (Slonim-Nevo et al., 1999). הסטיגמה כלפי נשים גרושות אינה ייחודיות לדוברות רוסית בישראל, אך מראשית העלייה הגדולה משנות ה-90 הפכה להיות מזוהה בעיקר עם אתניות הרוסית לאור שכיחות הגבוהה של אימהות יחידניות מבריה"מ לשעבר מצד אחד וקשרים זוגיים שחלקן ניהלו עם ילידי הארץ מצד השני, מה שיצר איום על נשים מקומיות.

חווית הסטיגמה ההדרה האתנית כלפי נשים דוברות רוסית בישראל בא לידי ביטוי בכמה רבדים, שלעיתים משולבים זה בזה. מצד הממסד ובעיקר מצד הרבנות הראשית נתפסת האתניות הרוסית/יהודית של העולים כפגומה לאור שיעור גבוה יחסית של עולים שאינם יהודים לפי הלכה .(Susser & Cohen, 2006) לכן הנשים מבריה"מ לשעבר בכלל ונשים עם מרא סלבי בפרט זוכות יותר ליחס חשדני ועוין יותר במגעם עם קבוצות שמרניות בחברה הישראלית. בנוסף לכך, חלק מנשים חוו אירועי דחייה ואפליה במקומות עבודה על רקע פערים תרבותיים-לשוניים ומצבים אלו והקשו על השתלבות תעסוקתית וחברתית שלהן. לכך מתווספת חשיפה אישית או משפחתית לביטויים גזעניים, סקסיסטיים ופוגעניים בחברה הישראלית כלפי נשים דוברי רוסית מדור ראשון או 1.5 כגון התווית של 'רוסייה זונה' או "קלה להשגה" Lemish, 2002; Remennick &) Prashizky, 2018) ). במחקר שלנו מרואיינות תיארו יחס כזה כלפי בנות מתמודדות המקשות עליהם להתמיד בעבודה בשוק חופשי ובמסגרות שיקומיות ומוסיפות לתחושת הנטל של אימהותיהם.

בנוסף לאתגרים החיצוניים-חברתיים שעימן נאלצות להתמודד הנשים, הן מתמודדות גם עם ריבוי אתגרים במרחב המשפחתי, ונראה שלמעמדן החברתי השולי יש השלכות על תפיסתן העצמית ועל מערכות יחסיהן עם ילדיהן המתמודדים. נשים רבות, ובפרט אימהות יחידניות, סיפרו שפעמים רבות הן נקלעות לעימותים אלימים איתם. ברוב המקרים האלימות הייתה יותר שכיחה וחזרתית כאשר המתמודדים הם גברים שגרים עם אימהות יחידניות, וכשהיחסים מאופיינים בטשטוש גבולות ובתלות הדדית. במקרים רבים סבלו הנשים בעבר מאלימות בני זוגן; אך אף שחשו חופשיות להיפרד מבני הזוג, הן מתקשות להציב גבולות לילדיהן ומצפות להצלה מגורם חיצוני – מערכת בריאות הנפש. מצב זה משקף, הן את הנאמנות התרבותית של יוצאות בריה"מ למשפחה, והן את מיקוד השליטה בגורמים החיצוניים והציפייה שמשם יבוא הפתרון לבעיות משפחתיותLeipzig, 2006; Remennick, 2007) ).

סטיגמה בבריאות הנפש היא חלק מרכזי בתחושת הנטל הסובייקטיבי, שעימה מתמודדים בני המשפחה ובעיקר הורים ואימהות Corrigan & Miller, 2004)). הממצאים מהמחקר הנוכחי מעלים שכאשר מדובר בנשים ובמיוחד באימהות יחידניות, רמת הסטיגמה כלפיהם היא חזקה במיוחד. כתוצאה מכך רבות מהן חוות סטיגמה עצמית ותחושות אשמה ו"כישלון הורי/אימהי", שהופכים לנטל מרכזי בהתמודדות עם המחלה. הממצאים מצביעים על כך שמקור הסטיגמה הוא לרוב בקרב אנשי מקצוע בתחומי בריאות ורווחה ונציגי הממסד האחרים (בירוקרטים של הרחוב) שנשים פונות אליהם לעזרה ברגעי מצוקה ומשבר. גם אנשי מקצוע המגיעות מרקע תרבותי דומה לזה של הנשים, רואות בהן כאימהות כושלות והאחראיות להתפרצות מחלת נפש של קרוביהם (Corrigan & Miller, 2004; Kim & Salyers, 2008). בכך, הסטיגמה כלפי נשים מהרות בבריאות הנפש, מזכירה את היחס להן זוכות הנשים ממשפחות רב-בעייתיות שבאות במגע ממושך עם לשכות רווחה וחוות תסכול וניכור מכך שאנשי מקצוע האמורים לסייע להן, מאשימים אותן במצבן המשפחתי (Krumer-Nevo, 2022). מצב זה מעיד על סטיגמה ממסדית (structural stigma) ועל כך שמערכות שאמורות לסייע לנשים אלו, הרבה פעמים מדירות אותן בעצמן לאור השוליות מרובה שלהן: כנשים, דוברות רוסית, עם רקע של אלימות במשפחה והמטפלות (לעיתים לבדן) בבן משפחה עם מחלת נפש קשה.

Being an immigrant, Russian speaking woman, with history of domestic violence, who (sometimes) alone caring for family member with SMI/

מנקודת המבט של תיאוריית הצטלבות מיקומי השוליים מתקיימת כאן השפעה הדדית של קטגוריות זהות הקשורות ותלויות זו בזו כגון אתניות, מגדר ומעמד (Yuval-Davis, 2006). הממצאים מצביעים שלא תמיד אפשר להפריד בין הדרה ודיכוי על רקע ממד מסוים בזהותן של האימהות היחידניות (מגדר, מוצא אתני, מעמדן כמהגרות ועוד), אלא מתקיימת כאן הצטלבות של זהויות מודרות אשר מחלישה את הנשים ומרחיקה אותן ממוקדי כוח פוטנציאליים וממשאבים חיוניים. לכך מתווספת גם הקטגוריה של בני משפחה מטפלים בבריאות הנפש, שלאור הנטל הטיפולי הכבד הכרוך בה בפני עצמה, מציבה את הנשים בסיכון גבוהה למצוקות חברתיות ובריאותיות רבות ((Gupta et al., 2015. ההצטלבות של תפקידם כאימהות מטפלות לצד זהויות מודרות של מעמד, אתניות ומגדר מחלישה עוד יותר את הנשים, דוחקת אותם לשולי החברה והופכות את בעיותיהם אף יותר חמורות מבעיות של קרובים שהם מטפלים בהם.

לצד דחיקה לשוליים ואובדן של משאבים סימבוליים וממשיים חיוניים, הממצאים מלמדים על אופן שבו נשים מהגרות מתמודדות עם מציאות זו. חלק מנשים ואימהות שחוות שוליות חברתית גם חוות תהליכי התפתחות והעצמה אישית וחברתית. למעשה, הן משתמשות בהזדמנויות החדשות שנפתחות לפניהן בעקבות ההגירה ומחלה של בן משפחה כדי לפתוח דף חדש בחייהן ולפתח תחושת שייכות להון חברתי חדש. הן אינן חסרות אונים בלבד או קורבנות פסיביים של תנאים אובייקטיביים, אלא מאתגרות תנאים אלו ובונות את מעמדן תוך גיוס מקורות תמיכה חדשים ואמונה בכוחותיהן הפנימיים.

כך למשל, הממצאים מלמדים שחלק גדול מהמרואיינים נעזרים בתפיסות רוחניות ובאמונה דתית כדי להתמודד עם מחלת נפש במשפחה. ממצא זה מפתיע לנוכח המקום השולי שהיה לרוחניות ולדתיות בתרבות הרוסית-סובייטית, שהייתה חילונית ואתיאיסטית ביסודה Remennick, 2012)). אפשר להסביר ממצא זה בשינוי התפיסתי שחווים בני משפחה מטפלים על רקע ההגירה לישראל והתמודדות עם מחלה כרונית במשפחה. ראשית, ידוע שלאמונה הדתית יש תפקיד מרכזי בהבניית זהות יהודית-ישראלית, וייתכן שרבים מיוצאי בריה"מ לשעבר מרחיבים ממד זה בזהותם, כחלק מתהליכי התמקמות אקולטורציה לחברה הישראלית (Remennick & Prashizky, 2012). שנית, במחקרים רבים נמצא שבני משפחה מטפלים נעזרים במשאבים רוחניים כי הם מקלים את הנטל הסובייקטיבי של ההתמודדות עם המחלהAzman et al.,) 2017; Hernandez & Barrio, 2015) בעת מצוקה ומשבר נמצא שגם אנשים מרקע חילוני, ובמיוחד נשים ואימהות יחידניות, פונים לרוחניות ודת כדי למצוא רוגע, נחמה, חוזק, משמעות ושליטה באירועים שאינם בשליטתם (אבו ריא, 2015), ונראה כי מצב זה גם מאפיין מהגרים מטפלים מבריה"מ לשעבר. בזכות אימוץ תפיסות פטליסטיות הם מעצבים משמעות "מנרמלת" לאירועים הטראומטיים ובד-בבד זוכים במשאב רגשי, שאינו תלוי באירועים ובנסיבות חיצוניות.

בנוסף לכך, חלק מהמשתתפות התייחסו לתחושת אופטימיות וחוסן כמשאב פנימי נוסף המסייע להם בהתמודדות. הן הדגישו את יכולתם להתאושש ממשברים, בזכות מתן פרשנות חיובית גם לאירועים שליליים בחייהם, וראו בהם הזדמנות לשינוי, למידה והתפתחות. תפיסתם תואמת מחקרים על בני משפחה מטפלים, שבהם נמצא קשר חיובי בין אופטימיות לתחושת רווחה וחוסן וקשר שלילי למצוקות נפשיות כגון דכאון וחרדה (Mackay & Pakenham, 2012).

את מרבית התמיכה המקצועית והחברתית מקבלות מהגרות מטפלות מבריה"מ לשעבר מהשתתפותם בקבוצות תמיכה פסיכו-חינוכיות בשפה הרוסית במרכזי משפחות בבריאות הנפש. הממצאים מעידים שהשתתפותם בקבוצות התמיכה נחווית כמשאב מרכזי המקל על התמודדותם עם מחלת נפש במשפחה ותורם לשינויים רבים שחוו ברמה הרגשית, הקוגניטיבית והחברתית-תרבותית. ממצאים אלו עומדים בהלימה עם ספרות רחבה בעולם ובישראל המתארת את הקשר בין השתתפות בקבוצות תמיכה מותאמות תרבותית לבין הפחתה בתחושות הנטל והסטיגמה ושיפור ברמת התקווה, הרווחה הנפשית ודרכי ההתמודדות של המשפחות Hackethal et al., 2013; Kung, 2016)). עם זאת, השתתפות של נשים מבריה"מ לשעבר בקבוצות תמיכה מפתיע במידה מסוימת, לנוכח עדויות של אנשי מקצוע על הקושי לגייסן להשתתפות עקבית בקבוצות תמיכה טיפוליות ((Berezkin, 1999; Knaifel & Kanevsky, 2017. ייתכן, כי העובדה שמדובר בקבוצות תמיכה פסיכו-חינוכיות והאימהות שההשתתפות בהם מגיעות מרקע של שוליות חברתיות הופכות אותם למשמעותיות ומוערכות יותר עבורן. הסטיגמה החזקה בקרב קהילת דוברי רוסית כלפי תחום בריאות הנפש ושונותם התרבותית-לשונית מהאוכלוסייה הישראלית כללית הפכו קבוצות אלה למרחב חברתי-תרבותי בלעדי, שבו הנשים יכולות להרגיש בטוחות ומוגנות מדחייה חברתית. להבדיל מזירות חברתיות אחרות, בקבוצות במרכזי ייעוץ למשפחות יש הזדמנות להרחיב מעגלים חברתיים וליצור תחושת שייכות קולקטיבית הן על רקע הדמיון התרבותי והן על רקע זיקתם המשותפת לתחום בריאות הנפש – משאב ייחודי ומעצים שהן אינם מוצאות במרחב חברתי אחר (Knaifel, 2023).

משאב התמודדות נוסף שאותו חלק מנשים מאמצות להתמודדות הוא אקטיביזים חברתי. אקטיביזם זה מופנה הן לעזרה למשפחות מטפלות מהגרות אחרות המתמודדות עם מצב דומה והן למאבקים מול המערכת לצורך הכרה בזכויות וקשיים של אנשים עם מוגבלויות ובני משפחתם. למרות שבמחקרים רבים בתחום בריאות הנפש דרך זו תועדה כאמצעי מרכזי בתהליך החלמה והעצמה של משפחות, אקטיביזים חברתי בקרב מהגרים בריה"מ הינו נדיר הרבה יותר

Earlier studies have highlighted the reasons for non-participation of ex-Soviet immigrants in voluntary activities in their adopted countries: poverty, long working days, language barrier, social isolation from the advanced social strata of volunteers in the host society (Aleksynska 2011; Voicu and Serban 2012), and apathy or skepticism reflecting their pre-migration experiences of ‘mandatory volunteerism’ (Uhlin 2006). In contrary to this, Khvorostianov & Remennick, (2016) show in their study that focused on voluntary activities of FSU immigrant women in Israel, that their personal empowerment often hinged on the fact that they were helping others, they helped themselves. Most of them were motivated by wish to build co-ethnic support network and overcome marginalization in the Israeli society and voluntary activities can serve as a strategy of social integration.

ממצאי המחקר הנוכחי תומכים בממצאים אלו ומוסיפים שדווקא בהקשר של בריאות הנפש, רבות מהנשים מוצאות דרך משמעותית להיות פעילות, להתנדב ולעזור למשפחות אחרות ובכך גם לשפר את מעמדן החברתי שנפגע כתוצאה ממעמדן כנשים מהגרות התמודדות עם מחלת נפש במשפחה.

לסיכום, בעקבות intersectionality וצמצום במשאבים חברתיים קיימים, הנשים רוכשות משאבי התמודדות חדשים, המפחיתים את תחושת הבדידות שלהן ומאפשרים להן לפתח תחושת שייכות לקהילות חדשות, שאינו מאפיין בדרך כלל מהגרים מבוגרים מבריה"מ הנוטות לעיתים להתבודדות ולסגרגציה חברתית-תרבותית (Dolberg et al., 2019; Remennick & Prashzky, 2023). כך למשל, אמונה ודתיות מהווה עבורן לא רק משאב התמודדות ספציפי, אלא מעניק להן השתייכות לחברה הישראלית-היהודית המתאפיינת בזיקה הדוקה לאמונה ודת. השתלבות של נשים במרכזי ייעוץ למשפחות בכלל ובקבוצות תמיכה בפרט מהווה מקור להשתייכות לנשים אחרות עם זיקה לתחום בריאות הנפש ועם מטען תרבותי דומה. השתתפות של נשים באקטיביזם חברתי מהווה תמיכה הן לנשים אחרות מבריה"מ לשעבר, והן למעמד של משפחות בבריאות הנפש. חוויות והתנסויות אלו מעידות על תחושת חוסן והעצמה שנשים פיתחו לאור ואולי גם בזכות הצטלבות של מיקומי שוליים בחייהם.

**השלכות למדיניות ולפרקטיקה**

למחקר הנוכחי יש כמה השלכות חשובות ברמה התיאורטית והמעשית. בתוך התיאוריה של intersectionality חשוב לבחון לא רק את המצוקות וההדרה שמהם סובלות הנשים, אלא גם חוזקות, משאבים והעצמה שלהן. רוב המחקרים שנעשים מתוך תיאוריה של intersectionality מתייחסים להיבטים שליליים ולזהויות מודרות ופחות יש התייחסות לתמורות והזדמנויות שמצב זה מייצר עבור נשים (Li et al., 2022). לעומת זאת, למחקרים איכותניים שנעשים מתוך הפרספקטיבה intersectionality ומתמקדים באופן הוליסטי בסיפורי נשים, יכולה להיות תרומה חשובה לאיתור כלל הממדים של פגיעות וחוסן המרכיבים את החוויה הטיפולית שלהן.

ברמה התיאורטית המחקר מאיר על הצורך להתבונן על תחום טיפול בריאות הנפש גם מתוך intersectionality ולבחון את הקשרים שמעצבים את תחושת הנטל והתמורות של בני משפחה מטפלים מתוך המשגה תיאורטית זו. למעשה המסקנה המרכזית של המאמר הנוכחי שההסתכלות על מושגים מסורתיים בתחום טיפול בבריאות הנפש כגון נטל ותמורות יכול להיעשות גם מתוך פרספקטיבה של זהויות מודרות או לכל הפחות לצדה. מצב זה חיוני במיוחד עבור מחקרים העוסקים בקבוצות מיעוט כגון הקהילה הלהט"בית, מהגרים, פליטים ומיעוטים אתניים שסובלים מריבוי מצבי דחק והדרה חברתית החורגים מטיפול רגיל/בלעדי בבן משפחה עם מחלת נפש קשה. לעיתים המושגים של נטל ותמורות אינם מספיקים כדי לבטא את מגוון החוויות, הזירות והאיומים השזורים אחד בשני ושקבוצות מיעוט/שוליים חוות אותם ברמה היום-יומית. דווקא גישת intersectionality יכולה לתת יותר תוקף הוליסטי, מקיף ומעמיק יותר לחוויות של אוכלוסיות המיעוט ולהשלכות של מצוקות חברתיות ברמה אישית ומשפחתית.

ברמה הארגונית המחקר מצביע על חשיבות התאמתן של ההתערבויות הפסיכו-חינוכיות, שנמצאו כאפקטיביות להפחתת תחושת הנטל בקרב בני המשפחה המטפלים Dixon et al., 2001)), לצורכיהם הרגשיים, החברתיים והתרבותיים-לשוניים של מהגרים מטפלים. הערך המוסף של קבוצות תמיכה מותאמות-תרבות עבור מהגרים מטפלים הוא בכך שהן מספקות זירה חברתית נוחה ובטוחה עבורם, לא רק בהתמודדות עם מחלת הנפש במשפחה אלא גם נוכח הקשיים הבירוקרטיים והחברתיים שניצבים מולם כמהגרים. בגלל הבידול החברתי ומבנה המשפחתי המצומצם של יוצאי בריה"מ לשעבר, נראה כי תמיכה חברתית במסגרת הקבוצה יכולה לשמש גם כתחליף מסוים לתמיכה המשפחתית והחברתית החסרה בקהילה. אי לכך מומלץ לאחר סיום הקבוצות לעודד פתיחה של קבוצות לעזרה עצמית או מועדוני משפחות, שיוכלו להמשיך ולספק לאורך זמן תמיכה רגשית וחברתית חיונית עבור נשים מבריה"מ לשעבר. כמו כן, חשוב להקים קבוצות ייחודיות לנשים מטפלות בכלל ולנשים יחידניות בפרט, שיכלו לתת מענה לצרכיהן הייחודיות ולהתמקד בשותפות עם מערכות אחרות שרלוונטיות לסיוע שלהם, כגון שירותי רווחה. במהלך ההתערבויות חשוב לשלב לצד ידע מקצועי גם ידע מתוך ניסיון של הנשים עצמן (למשל סיפורי העצמה והחלמה אישיים ומשפחתיים). יתרה מכך, לצד למידה של ידע חדש והרחבת מקורות תמיכה נוצרת בקבוצות אלו הזדמנות לאיתור צרכים שהמדינה לא נותנת להם מענה ראוי כגון העלאת קצבאות נכות ומתן פתרון של דיור ציבורי עבור מתמודדי נפש ובני משפחתם. לכן פיתוח פעולות חברתיות גם ברמה של התארגנות לעיצוב שינוי מדיניות בנושאים בהם המשפחות מרגישות חוסר צדק חברתי, גם יכולות להפוך לאחד מהמטרות של קבוצות לעזרה עצמית של הנשים וחשוב לתת מקום ותמיכה לתהליכי אלו.

בהתערבויות קבוצתיות ופרטניות עם נשים מהגרות חיוני לשים דגש ולעבוד על ניהול מצבי משבר וחשיבות להצבת גבולות למתמודדים, במיוחד במקרים של תוקפנות ואלימות. אפשר להיעזר בגישות טיפוליות שונות, כמו בגישתו של חיים עומר ((Omer et al., 2011;2015, כדי להרחיב את אסטרטגיות הפעולה שבעזרתן אפשר להתנגד לאלימות במרחב המשפחתי (להימנע מהיגררות להסלמה, לגייס תומכים ברגעי מצוקה וכו'). גישות אלו יכולות לחזק את תחושת שליטה וסמכותם של מהגרות מטפלות, שהתערער על רקע ריבוי המצוקות והמעברים. במקרים מסוימים אפשר להאיר את הקשר בין שמירת המחלה בסוד הנפוצה בקרב יוצאי בריה"מ לשעבר (Knaifel, 2023), לבין שימור מעגל האלימות, המונע למעשה מהמשפחות לגייס תומכים חיצוניים וליצור שינוי בדינמיקה המשפחתית. חלק מגיוס תומכים חיצוניים, יכול להיעשות בעזרת נשים אחרות מהקבוצה שחוות מצוקות דומות.

ברמה המערכתית, מהמחקר עלה כי קבוצות ספציפיות של מהגרים מטפלים, כגון מהגרים ללא מערך של תמיכה משפחתית (למשל אימהות יחידניות עם ילד אחד) ומהגרים עם קשיי הסתגלות כלכליים ותעסוקתיים מתמשכים בישראל, נמצאות בסיכון גבוה במיוחד וזקוקות לעזרה מרבית מהמערכת. מלבד איתור הכוחות הפנימיים להתמודדות, משפחות אלו זקוקות לסינגור ותיווך אקטיבי מצד עובדים סוציאליים ואנשי מקצוע אחרים לשם הגנה עליהם מפני אלימות בתוך מרחב המשפחתי ומיצוי הזכויות ושירותי בריאות ורווחה הרלוונטיים עבורם ועבור בני משפחתם המתמודדים.

הממצאים מלמדים כי מעמדן של המשפחות המטפלות הוא עדיין שולי בתחום בריאות הנפש. למרות מדיניות האל-מיסוד, צמצום תקופת האשפוזים ופיתוח מערך שיקום קהילתי, שהפכו את המשפחות למקור התמיכה העיקרי של המתמודדים, במקרים רבים הן עדיין נתפסות בעיניהם של המערכת ושל אנשי המקצוע כנטל וכמקור להפרעה (Martin et al., 2017). מעמדן השולי של משפחות במערכת בריאות הנפש מתעצם במקרה של משפחות מהגרות, לאור רגישותן לדחייה בעקבות התנסויות קודמות מול מערכות, היעדר משאבים הולמים (כגון שפה וידע) ורקע תרבותי שונה היוצר פער בציפיות בינן לבין אנשי מקצוע המעורבים בטיפול יקיריהם. ממצאי המחקר מעידים שבקרב חלק מאנשי מקצוע, במיוחד בקרב שירותי הרווחה, נצפות עדיין תפיסות סטיגמטיות כלפי הורים בכלל ואימהות יחידניות בפרט כ"אשמות עיקריות" במצב המתמודדים. מכאן עולה הצורך להמשיך ולחנך את הצוותים המטפלים לשינוי התפיסות השיפוטיות. חינוך הצוותים חיוני במיוחד גם במקרה של אנשי מקצוע מבריה"מ לשעבר, שלעיתים יותר מאחרים מחזיקים בסטיגמות מופנמות כלפי אימהות בתחום בריאות הנפש שהם הביאו מארץ מוצאם ומתקשים להתנתק מהם גם שנים רבות אחרי הגירתם לישראל. בעיה נוספת היא שאנשי מקצוע מתרבות דומה במקום שישמשו כמתווכים תרבותיים עבור נשים, משמשים לעיתים כמקור לדיכוי מוסדי, מה שמגדיל את תחושת הבדידות וההדרה של נשים מהגרות.

לכך ברמת עיצוב מדיניות ברוח intersectionality חשוב שפרקטיקת המדיניות של כשירות תרבותית לא תעסוק לא רק בצמצום פערים לשוניים-תרבותיים ספציפיים, אלא גם ייקח בחשבון את ההקשר החברתי-פוליטי הרחב שבו נמצאים מהגרים מטפלים ואנשי מקצוע מבחינת זהותם האתנית, המגדרית והמשפחתית, מעמדם החברתי-כלכלי והאזור הגיאוגרפי שבו הם מתגוררים. בעבודה סוציאלית היום רווחת ההנחה שזהויות מודרות מבחינת מעמד, אתניות ומגדר, אינן מתקיימות בנפרד זו מזו, אלא בד-בבד (Nadan, 2017). לכן ללא בחינה ביקורתית של מערכות ומנגנונים היוצרים ומשמרים אי-שוויון ואי-צדק חברתי גם ברמה המוסדית, לא יהיה אפשר לקיים באופן אפקטיבי פרקטיקה של כשירות תרבותית.

**מגבלות והמלצות להמשך**

למחקר הנוכחי כמה מגבלות. ראשית, הוא התקיים בהקשר תרבותי מאוד ספציפי - ישראל ומתייחס לקבוצת מהגרים עם מאפיינים תרבותיים ייחודיים כגון יוצאות בריה"מ לשעבר. שנית, ישנה שונות גדולה בין המרואיינים מבחינת מועד פרוץ המחלה ומועד העלייה לישראל. שלישית, רוב המרואיינים השתתפו בעבר בפעילויות של מרכזי ייעוץ למשפחות ורובם אותרו דרך המרכזים, מה שיכול להטות את הממצאים הנוגעים למשאב מערכתי זה. לבסוף, בממצאים בהקשר של זהויות מודרות נעשה ניסיון להפריד בין הנושאים ולהציגן כקטגוריות שונות בכדי להדגיש את המוקד המרכזי בכל קטגוריה. עם זאת, בפועל וברוח intersectionality לא תמיד ניתן להפריד בין הקטגוריות החברתיות השונות ולרוב הם שזורות אחד בשנייה (מעמד, אתניות, מגדר ובריאות הנפש). הקטגוריה של סטיגמת בבריאות הנפש, מייצגת במידה רבה מסקנה זו, ודרכה אפשר ללמוד כיצד הקטגוריות השונות אינן מתקיימות אחת בלי השנייה.

במחקרי המשך מומלץ להמשיך ולהשתמש יותר במסגרת תיאורטית של intersectionality, כדי להתחקות לאחר קשרים חברתיים המעצבים את תחושת הנטל והתמורות של בני משפחה מטפלים. חיוני להרחיב את קבוצת הנחקרים, בדגש מיוחד על גיוס נשים שלא פנו למרכזי ייעוץ למשפחות ובדגש עם בנות זוג ואחיות, שקולם נשמע פחות במחקר הנוכחי. כמו כן, במחקרים עתידיים אפשר להשוות את חוויות ומשאבי ההתמודדות של מהגרים מטפלים מרקעים אתנו-תרבותיים שונים בהקשר הישראל ועולמי כאחד. השוואה זאת יכולה לתרום להבנה מעמיקה יותר של השפעות אוניברסליות, תרבותיות והקשריות על מקורות ההדרה של נשים מהגרות, ולאיתור הקשיים והמשאבים המסייעים בתהליך התמודדותם.