

להיות מהגרים-מטפלים: הוויית הנטל של עולי בריה"מ לשעבר המטפלים.ות בן או בת משפחה עם מחלת נפש קשה

יבגני קנייפל¹

בני משפחה המטפלים בקרובים עם מחלות נפש קשות חווים דחק ונטל רב בשגרת היום-יום שלהם. **מהגרים מטפלים** (immigrant caregivers) המעורבים בטיפול בן משפחה עם מחלה נפש קשה, ובעצמם נמצאים בתהליכי הסתגלות להגירה, נחשפים לריבוי מצבי דחק ונטל. עם זאת, רק מעט ידוע כיצד הם חווים נטל זה, ואילו השפעות יש לו על חייהם האישיים והמשפחתיים. מחקר איכותני זה מבקש לברר אילו גורמים מעצבים את תחושת הנטל בקרב עולי ברית המועצות לשעבר בישראל, המטפלים בבן משפחה עם מחלת נפש קשה. במחקר נערכו ראיונות עומק מובנים למחצה עם 32 מהגרים מטפלים מברית המועצות לשעבר. הראיונות נותחו באמצעות ניתוח תוכן קטגוריאל. המרואיינים מתארים את הנטל שהם חווים כהצטברות של לחצים וקשיי פרנסה, כלכלה, שפה והשתלבות חברתית, לצד בעיות רגשיות ובריאותיות, וכל אלה משפיעים לרעה על התמודדותם והסתגלותם האישית והמשפחתית. מן הממצאים עולה כי הנטל האובייקטיבי והסובייקטיבי שחווים המרואיינים כולל הן ממדים הקשורים לתפקידם כבני משפחה מטפלים, הן ממדים הקשורים למעמדם כמהגרים, הן את הזיקה המעגלית המתקיימת ביניהם ומעצימה את תחושת הנטל הכללית. במחקר מוצע מונח חדש – **נטל ההסתגלות הכפולה**, אשר מסייע להבין את החוויות של

המחקר מומן על ידי המוסד לביטוח לאומי; המאמר מבוסס על עבודת הדוקטורט של ד"ר יבגני קנייפל במחלקה לעבודה סוציאלית ע"ש שפיצר באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, בהנחיית פרופ' יוליה מירסקי, ועל מאמר שפורסם באנגלית:

Knaifel, E. (2022). Immigrant caregivers: The double burden experience of immigrants caring for a family member with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 58, 606–617.
<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00863-0>

1 דוקטור, הפקולטה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית אשקלון

נשלח לפרסום ב-4.9.21, התקבל ב-1.1.22

ביטחון סוציאלי 119, מרץ 2023: 109-140

מהגרים מטפלים בהקשר הייחודי להם, לאתר בקרבם קבוצות סיכון, ולקדם עיצוב של התערבויות ומדיניות חברתית המתאימות יותר לצורכיהם.

מילות מפתח: בני משפחה מטפלים, מהגרים מטפלים, עולי ברית המועצות לשעבר, מחלת נפש קשה, נטל הטיפול

מבוא

בעשורים האחרונים מתרחש בתחום בריאות הנפש בעולם המערבי ובישראל תהליך אל-מיסוד. בתהליך זה מועבר מוקד הטיפול באנשים המתמודדים עם מחלות נפש קשות (להלן: מתמודדים) מבתי חולים פסיכיאטריים אל הקהילה. שינוי זה מגביר את האחריות והלחץ של המשפחות המטפלות והופך אותן למערכת התמיכה האינסטרומנטלית והרגשית העיקרית – ולעיתים בלעדית – של המתמודדים בהשתלבותם בקהילה. אבל מה קורה כאשר בלבד עם הטיפול בבן משפחה המתמודד עם מחלת נפש קשה, חווים בני משפחה שינוי נוסף בחייהם, כגון הגירה? איזה צביון מקבלים הטיפול בבן משפחה והדאגה לו בעת מעבר בין תרבויות? שאלות ונושאים אלו עומדים במוקד המאמר הנוכחי.

תחושת הנטל והסתגלות למחלת נפש קשה במשפחה

מחלות נפש קשות (severe mental illnesses) דוגמת סכיזופרניה, מאניה-דפרסיה, דיכאון מזוירי והפרעות אישיות מוגדרות כמחלות שתסמיניהן משפיעים לרעה על התפקוד הקוגניטיבי, הרגשי וההתנהגותי של הפרט, משבשים את תפקודו החברתי, ומקשים עליו להשיג מטרות משמעותיות בחיים (Corrigan et al., 2008). מחלת נפש קשה משפיעה מאוד לא רק על האנשים המתמודדים עימה, אלא גם על בני משפחתם. משבר נפשי, והאשפוז הפסיכיאטרי שלעיתים כרוך בו, הם פעמים רבות אירוע פתאומי וטראומטי המלווה בתחושות של הלם, חוסר אונים ואובדן שליטה של בני המשפחה, ומאלץ אותם להסתגל לשגרת חיים חדשה בצל המחלה (Shiraishi & Reilly, 2019; Spaniol & Nelson, 2015).

המונח **נטל משפחתי** (family burden) מתאר ומעריך את הדחק והמצוקה שחווים בני משפחה עקב הטיפול בקרוביהם עם מחלת נפש קשות (שליו, 2017; Awad & Voruganti, 2008; Hoenig & Hamilton, 1966). בספרות נהוג להפריד בין שני סוגי נטל: **נטל אובייקטיבי** (objective burden) ו**נטל סובייקטיבי** (subjective burden). נטל אובייקטיבי קשור למכלול הפעולות שבן משפחה מבצע עבור המתמודד, ולבעיות יום-יומיות ושיבושים הנוצרים בשל הטיפול: מגבלות זמן, פגיעה בתעסוקה, אובדן הכנסה והוצאות כלכליות רבות, פגיעה ביחסים משפחתיים ובתפקוד המשפחתי ופגיעה בחיים החברתיים (Thompson, 2007). הנטל הסובייקטיבי, לעומת זאת, קשור לעולמם הפנימי של בני המשפחה, לתפיסות

ולתגובות רגשיות המתעוררות בהם כלפי המתמודד – כגון תחושת אובדן, אשמה ובושה, לצד התמודדות עם הסטיגמה הנלווית למחלת נפש במשפחה (Hernandez & Barrio, 2015). בד בבד, בני המשפחה חשים דאגה רבה מאוד לעתיד, וסובלים מרמה גבוהה של מצוקות נפשיות וגופניות בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Gallagher & Mechanic, 1996; Gupta et al., 2015).

רמה גבוהה של הנטל האובייקטיבי והסובייקטיבי היא הגורם העיקרי לתחושת המצוקה והשחיקה בקרב בני משפחה מטפלים. נטל כבד משפיע לרעה על רווחתם ובריאותם, על תהליך ההתארגנות וההתאוששות מהמשבר בעקבות גילוי מחלת הנפש במשפחה, ועל יכולתם לסייע ביעילות ליקיריהם בתהליך השיקום (שלי, 2020; Shiraiishi & Reilly, 2019). תהליכי הסתגלות למחלת נפש קשה והפחתה בתחושת הנטל תלויים, במידה רבה, ביכולת של בני משפחה להשתמש במשאבים כלכליים, חברתיים ורגשיים העומדים לרשותם, להתגבר על הסטיגמה ולרכוש ידע, כלים ותמיכה מצד אנשי מקצוע ובני משפחה אחרים (קורין-לנגר, 2005; Dixon et al., 2001).

תחושת הנטל של מהגרים מטפלים

בני משפחה הנמצאים בתהליכי הסתגלות להגירה חשופים לריבוי מצבי דחק הנובעים משינויים כלכליים, חברתיים ותרבותיים הכרוכים במעבר מארץ לארץ (Sam & Berry, 2010). נהוג לראות בתהליכי הסתגלות בהגירה תופעה רב-ממדית, הקשורה למגוון של גורמים אובייקטיביים וסובייקטיביים שיש ביניהם יחסי גומלין. עם הגורמים האובייקטיביים אפשר למנות מוביליות חברתית ומוביליות בתחום התעסוקה, למידת שפה, שינויים במגורים ובדיוור, קשרים חברתיים – עם מהגרים אחרים ועם החברה הקולטת, ומעורבות במערכת הפוליטית. עם הגורמים הסובייקטיביים אפשר למנות רמת מצוקה או רווחה נפשית, תחושת שייכות תרבותית, ומידת שביעות רצון ממגוון תחומי חיים בארץ הקולטת (Mirsky, 2009; Viruell-Fuentes et al., 2012).

לתהליכי הסתגלות להגירה שעוברים על מהגרים המטפלים בבן משפחה עם מחלת נפש קשה (להלן: מהגרים מטפלים, immigrant caregivers) יכולה להיות השפעה מעצבת על חוויית נטל הטיפול שלהם. רבים מהמהגרים חווים ירידה במעמדם הכלכלי בעקבות מעבר לארץ אחרת, והם עלולים למצוא את עצמם מתמודדים עם **קושי כפול** (double trouble): גם להיאבק למען הישרדות כלכלית, וגם לתמוך בבן משפחה שחלה במחלת נפש קשה (Kung, 2016; Topor et al., 2016). מצב זה עלול לגרום לקשיים בגיוס עזרה מקצועית ובמימון טיפולים, לקשיי נפרדות פיזיים ורגשיים במשפחה (Guarnaccia & Parra, 1996), ולפגיעה בתחושת הרווחה והבריאות של המהגרים המטפלים. למשל, במחקרים שנערכו על מהגרים המטפלים בבני משפחותיהם הקשישים נמצא שהם סובלים ממצוקה פסיכולוגית ומבעיות בריאות רבות יותר ממטפלים עיקריים שאינם מהגרים (Soskolne et al., 2006; Suwal, 2010).

מאפיין נוסף של מהגרים מטפלים הוא שבמעבר מארץ לארץ הם מביאים עימם בדרך כלל רקע תרבותי ייחודי ושונה מזה של אוכלוסיית הארץ הקולטת. אי התאמה בין ערכיהן של מערכות הסיוע בחברה הקולטת לבין הערכים המנחים את תרבותם של מהגרים מטפלים עלולה להוביל לקונפליקטים ולמתחים (שור, 2017; Tse & Ng, 2014). לדוגמה, בישראל ובמדינות מערביות אחרות שירותי בריאות הנפש הם מכווני החלמה ומדגישים את האוטונומיה של המטופל, כך שהאחריות לתהליך הפנייה לעזרה ולשיתוף בטיפול חלה קודם כל על המתמודד, ולא על איש מקצוע המלווה אותו (Slade & Longden, 2015). לעומת זאת, על פי גישות תרבותיות מסורתיות יותר, בני משפחה ואנשי מקצוע נתפסים כגורמים סמכותיים האמורים להוביל את המתמודד אל מטרות שאינו יכול להשיג בכוחות עצמו. הבדלים בין-תרבותיים אלו יכולים לעורר ציפיות שונות ולגרום לקונפליקטים בין בני משפחה מתרבותיות קולקטיביסטיות לבין אנשי מקצוע מערביים בתחום בריאות הנפש (Tse & Ng, 2014).

מעבר לכך, מהגרים מטפלים הפונים לעזרה לעצמם או לבן משפחתם המתמודד סובלים מחסמים לשוניים-תרבותיים (Guzder et al., 2013; Knaifel, 2021). חלק מהחסמים קשורים לקשיי שפה ולאיי התמצאות בבירוקרטיה המקומית, וחסמים אחרים קשורים לפערי תרבות בינם לבין נציגי החברה הקולטת באשר לשיטת הטיפול המתאימה בבעיות נפשיות. במצבים אלו המהגרים נוטים לא פעם להסתמך על עזרה של ילדיהם הבוגרים, שלרוב מאמצים מהר יותר את הערכים והנורמות של החברה החדשה, ומשמשים מתווכים תרבותיים-לשוניים להוריהם (פוניזובסקי-ברגלסון ואח', 2017). היפוך תפקידים זה מציב את הילדים הבוגרים בעמדה דומיננטית וסמכותית במשפחה, אך גם מהווה נטל משמעותי על תפקודם האישי והחברתי, ולעיתים גם מגביר את המתחים בתוך המשפחה (Ozaobishin & Kurman, 2009).

פערי תרבות ומצוקות חברתיות ומשפחתיות שחווים מהגרים משתקפים בעוצמת הנטל האובייקטיבי והסובייקטיבי המוטל עליהם. קונג (Kung, 2003) חקרה מהגרים סינים בארצות הברית המטפלים בקרובים המתמודדים עם סכיזופרניה, ותיארה את הנטל העצום שהם חווים. לטענתה, מעבר לתסמיני המחלה ולסטיגמה הנלווית אליה, הנטל על משפחות סיניות קשור למאפיינים קולקטיביסטיים של תרבותם ולמעמדם כמהגרים. בתרבות הקולקטיביסטית מודגשים ערכים של הרמוניה, סולידריות ולכידות משפחתית, וכאשר אלה משתבשים בעקבות התפרצות מחלת נפש במשפחה, הנטל המוטל על המשפחות המטפלות הוא גדול במיוחד (Kung, 2003; Park, 2012).

מהגרים מטפלים בישראל

ישראל היא ארץ הגירה: 35% מהאזרחים המתגוררים בה כיום הם מהגרים מארצות שונות, ושאר האוכלוסייה היהודית היא ברובה דור שני או שלישי להגירה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2021). למרות היותה מדינת מהגרים, מעטים בישראל המחקרים הדנים במהגרים מטפלים בלתי פורמליים. מי שעסקו בנושא התמקדו בדרך כלל בבני משפחה

המטפלים במהגרים מבוגרים. לדוגמה, במחקר שערכו סוסקולני ואחי' (Soskolne et al., 2006) נמצא שמהגרים המטפלים בבני זוג או בהורים מבוגרים מדווחים על רמה נמוכה יותר של תמיכה חברתית ועל רמה גבוהה יותר של נטל הטיפול בהשוואה למטפלים שאינם מהגרים. מבין כלל המהגרים המטפלים, נראה שמהגרים בגילי הביניים בכלל, ונשים מהגרות בפרט, הם קבוצת הסיכון העיקרית. זאת משום שרוב נטל הטיפול נופל על כתפיהם, בגלל הצורך לטפל בד בבד גם בהוריהם המזדקנים וגם בילדיהם הצעירים, ולתמרן בין התפקידים השונים ללא מערך התמיכה שהכירו בארץ מוצאם (דולברג, 2012; Remennick, 2001).

במחקר אחר שנערך בקרב משפחות עולות המטפלות בילדים עם צרכים מיוחדים (לף ואחי', 2015) נמצאו פערים תרבותיים-לשוניים וחסימים חברתיים רבים המקשים על מהגרים מטפלים, לא רק סמוך למועד ההגירה אלא גם שנים רבות אחריה. חסמים אלו כוללים קושי לקבל מידע על זכויות ושירותים, בעיות תרגום, קושי במימוש זכויות גם לאחר ידיעתן, והיעדר הכשרה של נותני השירותים לעבודה עם אוכלוסייה רב-תרבותית. מסקנתו של מחקר זה הייתה שאי פיתוח שירותים כשירים מבחינה תרבותית ולשונית מביא להגדלת אי השוויון והפערים החברתיים בין קבוצות מהגרים לבין האוכלוסייה המקומית.

פערי תרבות בין קבוצות שונות בחברה הישראלית ניכרים גם בתחום בריאות הנפש והשיקום. הם באים לידי ביטוי בסיכון גבוה יותר של מהגרים לסבול ממחלות נפש, בהשוואה לאוכלוסייה המקומית (Mirsky, 2009; Nakash et al., 2013; Weiser et al., 2008); בנגישות נמוכה של שירותים והתערבויות חיוניות (Shor, 2006; Youngmann et al., 2012); ובשביעות רצון נמוכה מהשירותים הקיימים (זרצקי, 2011; קנייפל ומירסקי, 2015). החוקרים מסבירים פערים אלה בכך שקבוצות מהגרים וקבוצות מיעוט אתנו-תרבותיות אחרות חוות יותר דחק על רקע קשיי פרנסה ותעסוקה, חשופות יותר לביטויי הפליה וגזענות, וסובלות מגישה מצומצמת למשאבים ולהזדמנויות בהשוואה לקבוצות החזקות בחברה (Nadan, 2017; Nakash et al., 2014). לכך מתווספים חסמים דוגמת היעדר מידע, קשיי שפה, קשיים בהתמצאות חברתית, סטיגמה חזקה, חשדנות ואי אמון כלפי המערכת, המקשים על מהגרים עם פגיעות נפשית ועל בני משפחתם לפנות לעזרה ולקבל את השירות הנחוץ (קנייפל וקנבסקי, 2017; Youngmann et al., 2012). לכן, אף שבשני העשורים האחרונים התפתחו בישראל שירותים מתקדמים ומכווני החלמה עבור צרכני בריאות הנפש, כגון שירותי שיקום בקהילה עבור מתמודדים ומרכזי ייעוץ עבור בני משפחתם (אבירם, 2019; שליו, 2017), בפועל המהגרים עלולים להתקשות לפנות אליהם ולמצות את זכויותיהם לטיפול ללא הנגשה תרבותית ולשונית ראויה (Knaifel, 2021).

משפחות יוצאות ברית המועצות לשעבר בישראל

המחקר הנוכחי מתמקד במשפחות יוצאות ברית המועצות לשעבר – קבוצת המהגרים הגדולה שעלתה לישראל בשלושת העשורים האחרונים. מאז סוף שנות ה-80 של המאה הקודמת ועד היום עלו לישראל יותר ממיליון עולי ברית המועצות לשעבר, והגדילו את

האוכלוסייה בארץ בכ-16% (Al-Haj, 2019). תהליך הגירה זה התחיל בעקבות נפילת המשטר הסובייטי, שאפשרה לאזרחים יהודים להגר לארצות מערביות. חלק מהיהודים היגרו לארצות הברית, לקנדה ולגרמניה, אך מרביתם עלו לישראל בתחילת שנות ה-90. בדומה להגירות אחרות בעידן המודרני, המניע העיקרי להגירה של עולי ברית המועצות לשעבר לישראל היה קשור לשיקולים חברתיים-כלכליים ולרצון להבטיח עתיד טוב יותר לילדיהם (דולברג, 2012; Remennick, 2012).

ייחודיותם של עולי ברית המועצות לשעבר היתה בעיקר ברמת השכלתם הגבוהה, ובהשתתפותם הפעילה בשוק העבודה ובחיי התרבות טרם הגירתם (Al-Haj, 2019; Remennick, 2012). הסתגלותם האינסטרומנטלית לחברה הישראלית היתה אומנם מהירה (לשם, 2005), אך גם לוותה באתגרים לא פשוטים. בגלל חסמים לשוניים, היעדר קשרים חברתיים ולעיתים אי התאמה בין כישוריהם לבין המיומנויות הדרושות לעבודה בחברה מערבית, נתקלו רבים מהם בקשיי תעסוקה בשוק החופשי המצומצם בישראל (Gorodzeisky & Semyonov, 2011). בשל כך נאלצו רבים לעבוד שלא במקצועם, לעבוד שעות ארוכות בעבודות מזדמנות, לעיתים ללא זכויות סוציאליות מינימליות (Remennick, 2013). אשר להסתגלות לתרבות הישראלית, הם ציפו למצוא קבוצה הומוגנית של יהודים ממוצא אירופי, ולחוש בה ביטחון ושייכות שלא היו להם בארץ מוצאם (שומסקי, 2005). אולם בפועל הם פגשו חברה מפוצלת, רבת תרבויות, שפות ומסורות, שמתקיימים בה מאבקים אתניים פנימיים וחיצוניים (Chetrit, 2010). למרות קשיי הסתגלות בשנים הראשונות, רוב עולי ברית המועצות לשעבר וילדיהם השתלבו במשך השנים בחברה הישראלית, תוך כדי שמירה על מאפייניהם התרבותיים מארץ מוצאם (Al-Haj, 2019; Remennick, 2012).

עוד מאפיין ייחודי של עולי ברית המועצות לשעבר בא לידי ביטוי בהיבטים משפחתיים. בבחינת מבנה המשפחה אפשר לזהות כמה מאפיינים דמוגרפיים ייחודיים, ובהם משפחות עם ילדים מעטים, משפחות תלת-דוריות, וריבוי של משפחות חד-הוריות (מירסקי, 2009). נוסף על כך, היות שעולי ברית המועצות לשעבר נוטים לגלות יחס חשדני כלפי הממסד ונציגיו, על רקע התנסויותיהם השליליות בחברה טוטליטרית, המשפחה והחברים הקרובים הם עבורם מקור עיקרי לסיוע במצבי מצוקה ומשבר (Shor, 2006). מגמה זו בולטת במיוחד בתחום בריאות הנפש, שבו עולי ברית המועצות לשעבר מחזיקים באופן מסורתי בתפיסות שליליות, סובלים מסטיגמה תרבותית חזקה, ונמנעים מפנייה לעזרה חיצונית (קנייפל ומירסקי, 2015; Dolberg et al., 2019). מצב זה יכול ליצור מעמסה גדולה במיוחד על מהגרים מטפלים, ובפרט על נשים ואמהות, הנאלצים לטפל ביקריהם במרחב המשפחתי במקביל לתהליך ההסתגלות לחברה החדשה (Remennick, 2001).

רוב המחקרים הקודמים שעסקו בנטל הכבד שחוות משפחות בתחום בריאות הנפש התמקדו בעיקר בהשפעות התרבותיות (שור, 2017; Guarnaccia & Parra, 1996; Hernandez & Barrio, 2015). רק מעט ידוע על ההשפעה שיש להסתגלות להגירה על החוויה.

כמו כן, ככל הידוע, טרם נערכו מחקרים על חוויית הנטל בקרב עולי ברית המועצות לשעבר, המטפלים בבן משפחה עם מחלת נפש קשה. המחקר הנוכחי מנסה להשלים את החסר, וללמוד על חוויית הנטל של מהגרים מטפלים מברית המועצות לשעבר על רקע ההגירה לישראל, מנקודת מבטם. שאלת המחקר העיקרית היא אפוא אילו גורמים מעצבים את חוויית הנטל בקרב מהגרים המטפלים בבן משפחה עם מחלת נפש קשה, וכיצד הם משפיעים על חייהם האישיים ומשפחתיים?

שיטת המחקר

המחקר נוקט שיטת מחקר איכותנית מתוך פרדיגמה קונסטרוקטיביסטית, המאפשרת לבחון את המציאות באופן אינדוקטיבי כפי שהיא משתקפת בעיני הפרט עצמו, על פי תפיסת עולמו, התנסויותיו וחווייתיו הסובייקטיביות (שקדי, 2003; Patton, 2002). השימוש בגישה איכותנית בהקשר של המחקר הנוכחי חשוב במיוחד לאור זאת שמדובר בקבוצת אוכלוסייה ובתופעה שהידע עליהן מוגבל.

משתתפי המחקר

בחירת המשתתפים במחקר התבססה על שלושה קריטריונים: (1) בן משפחה המטפל במתמודד עם מחלת נפש קשה, המוכר למוסד לביטוח הלאומי כבעל מוגבלות פסיכיאטרית (לפחות 40% נכות, לפי סעיפים 33 או 34); (2) מעמד של מהגר מברית המועצות לשעבר שעלה לישראל לאחר שנת 1990; (3) בני משפחה מטפלים המעורבים באופן יום-יומי או שבועי בטיפול ביקריהם המתמודדים עם מחלות נפש קשות.

במחקר השתתפו 32 אנשים מ-30 משפחות, בהרכבים שונים: 28 נציגים בודדים של משפחה, ו-2 זוגות הורים. טווח הגילים של המשתתפים נע בין 40 ל-75 (ממוצע 61.12). הוותק הממוצע בישראל היה 17.96 שנים (הטווח 3–25). מאז קבלת האבחנה הפסיכיאטרית של בן המשפחה עברו 14.56 שנים בממוצע (הטווח 3–34). מאפיינים סוציו-דמוגרפיים נוספים מוצגים בלוח 1.

לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המהגרים המטפלים (n=32) ושל המתמודדים עם מחלות נפש קשות (n=30)

אחוזים	N	מאפיינים
		מין
87.5	28	נשים
12.5	4	גברים
		קרבה משפחתית למתמודד
75	24	אמהות
12.5	4	אבות
6.25	2	בנות זוג
6.25	2	אחרים (אחות, סבתא)
		מצב משפחתי
40.6	13	נשוי/ה
46.9	15	גרוש/ה
12.5	4	אלמן/ה
		השכלה
84.3	27	אקדמית
15.7	5	על-תיכונית
		מקור ההכנסה העיקרי בישראל
18.8	6	קצבת זקנה/פנסיה
12.5	4	הבטחת הכנסה
12.5	4	קצבת נכות
31.2	10	עבודות מזדמנות (כגון טיפול בקשישים או ניקיון)
9.3	3	תעסוקה בתחומים של הנדסה ורפואה
15.7	5	תעסוקה בתחומים פרא-רפואיים, הוראה וניהול חשבון
		אבחנה פסיכיאטרית עיקרית של המתמודד/ת
56.7	17	סכיזופרניה
10	3	סכיזו-אפקטיב
13.3	4	מאניה-דפרסיה
13.3	4	דיכאון מזוירי
6.7	2	הפרעת אישיות גבולית
		מועד התפרצות מחלת נפש
26.7	8	לפני ההגירה
73.3	22	אחרי ההגירה
		מגורים של המתמודד/ת
70	21	עם המשפחה
20	6	הוסטל או דיור מוגן
10	3	דיור עצמאי

הליך המחקר

המחקר אושר בידי ועדת אתיקה מוסדית של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב והאגף לבריאות הנפש של משרד הבריאות. המשתתפים גויסו למחקר בשתי דרכים עיקריות: (1) דגימה מכוונת – פנייה רשמית למרכזי ייעוץ למשפחות בקהילה המעניקים סיוע לבני משפחה של מתמודדים עם מחלות נפש; (2) שיטת כדור שלג – פנייה עצמאית לבני משפחה פעילים, אנשי מקצוע וחברים בתחום בריאות הנפש. השילוב בין שתי שיטות הדגימה אפשר לגייס למחקר משתתפים בעלי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים מגוונים מבחינת מין, אזור מגורים, מעמד חברתי-כלכלי ודפוסי פנייה לעזרה.

כלי המחקר היה ריאיון עומק מובנה למחצה בן שני חלקים (Patton, 2002): החלק הראשון, הפתוח, שבו המרואיינים התבקשו לספר את סיפור משפחתם; והחלק השני, שבו הוצגו שאלות מכוונות שהתייחסו להיבטים שונים של חוויית הנטל ושל תהליכי הסתגלות למחלה ולהגירה: "כיצד השתנו חיידך לאחר שהתפרצה מחלת נפש במשפחה?"; "תאר לי את החוויה שלך בלהיות מטפל עיקרי במשפחה"; "כיצד התפקיד של בן משפחה מטפל משפיע על החיים האישיים, החברתיים והתעסוקתיים שלך?"; "מהם הקשיים שאתה נתקל בהם כמטפל עיקרי?"; "ספר לי על השינויים שהתרחשו במשפחה לאחר ההגירה?"; "כיצד התמודדות עם מחלה נפש במשפחה השפיע על תהליכי ההסתגלות בהגירה שלך? ועוד. אומנם השאלות נשאלו מתוך מדרוך הריאיון, אך סדר השאלות ואופן הצגתן הותאמו לתכנים שעלו ולאינטראקציה שנוצרה עם המרואיין. נוסף על כך, בסוף הריאיון נשאלו המשתתפים שאלות להשלמת הפרטים הדמוגרפיים על חייהם האישיים ועל חייו של קרוב המשפחה המתמודד עם מחלת נפש קשה.

רוב הראיונות היו אישיים, מלבד שני ראיונות שנערכו במתכונת זוגית. כל ריאיון נמשך בין שעה לשעתיים וחצי. רוב המפגשים נערכו בבתי המרואיינים או במרכזי ייעוץ למשפחות. הראיונות התקיימו בשפה הרוסית – שפה האם של המרואיינים ושל החוקר. כל הראיונות הוקלטו במכשיר הקלטה דיגיטלי, תומללו ותורגמו על ידי החוקר מרוסית לעברית.

סוגיות אתיות

כדי לשמור על פרטיותם של המרואיינים, פרטי הזיהוי שלהם ושל בני משפחתם המתמודדים הוסוו ושוננו ללא הכר, וכל השמות הנזכרים במאמר הם בדויים. לפני הריאיון קראו המרואיינים את טופס ההסכמה מדעת וחתמו עליו. אם במהלך הריאיון עלו קשיים רגשיים בולטים אצל המרואיינים, או שאלות קונקרטיות בדבר עזרה לעצמם או לבני משפחתם המתמודדים, החוקר הפנה אותם לגופים טיפוליים שיוכלו לסייע להם: מרכזי ייעוץ למשפחות, קופות חולים, לשכות רווחה ושירותים רלוונטיים אחרים. מעבר לכך, החוקר נתן למרואיינים אפשרות ליצור עימו קשר לאחר הריאיון באמצעות הטלפון הסלולרי או הדואר האלקטרוני, בנוגע לכל שאלה שהתעוררה אצלם.

ניתוח הממצאים

ניתוח הממצאים התבסס על ניתוח תוכן קטגוריאלי (שקדי, 2003; Schreier, 2012) ועל תאוריה מעוגנת בשדה (Strauss & Corbin, 1990). ניתוח זה כלל שלבים של "שבירת" הטקסט ליחידות קטנות, קטגוריות, והבניה מחדש של הנתונים עד להמשגה תאורטית. השלב הראשון בניתוח הקטגוריאלי של הממצאים היה קידוד פתוח (open coding) בכל ריאיון בנפרד. בשלב זה נעשו קידוד שורה-שורה (line by line coding) וחיפוש אחר תמות ומושגים שחזרו על עצמם בנוגע לחויית הנטל של המרוויינים, ואשר הוגדרו כקטגוריות ראשוניות (preliminary categories). בשלב השני מופו הקטגוריות בצורה מדויקת יותר, והוגדרו "קריטריוני כניסה" לכל קטגוריה. בשלב זה שונו שמותיהן של חלק מהקטגוריות, הועברו היגדים מקטגוריה לקטגוריה, חולקו ואורגנו מחדש קטגוריות עיקריות ותת-קטגוריות, ונחשפו הקשרים ביניהן.

המעבר מניתוח טקסט אחד לניתוח סדרת טקסטים התבצע בשיטת **השוואה המתמדת** (constant comparative method), שבה תהליכים אינדוקטיביים ודדוקטיביים מתקיימים בד בבד. בשלב זה התאפיין הניתוח בספירליות: תנועה מעגלית הלוך ושוב, מטקסט אחד לקבוצה של טקסטים ולתאוריה. בסיום התהליך אותרו שתי קטגוריות עיקריות ושש תת-קטגוריות, ואלה היוו בסיס להמשגה תאורטית חדשה של הממצאים על פי שאלת המחקר.

איכות הניתוח

הנתונים נותחו על ידי החוקר, שהרקע התרבותי שלו כמהגר מברית המועצות לשעבר וניסיונו המחקרי והקליני כעובד סוציאלי בעבודה עם מתמודדים ועם משפחות מברית המועצות לשעבר הקלו עליו בהליך ניתוח הנתונים. לצד היתרונות שבכך, ייתכן שהדבר גם הוביל להטיות בפירוש הממצאים, בעקבות תחושת הזדהות עם התכנים או קפיצה מהירה למסקנות עקב ידע מקדים. לכן, במהלך המחקר החוקר השתמש בטכניקות של מסגור (bracketing) כדי לצמצם את ההשפעה של עמדותיו והידע הקודם שלו, ולשפר את האפשרות לזהות חוויות אחרות של המרוויינים ולהבינן.

כדי להבטיח את איכות הניתוח ננקטו כמה צעדים נוספים בהתאם לעקרונות שהציע קרסוול (Creswell, 2007). ראשית, בניתוח הנתונים החוקר נעזר בעמיתים מומחים (peer-debriefing), בעלי ניסיון במחקר איכותני, אשר הטילו ספק, ביקשו הבהרות והעלו שאלות באשר להליך ניתוח הראיונות. שנית, התוצאות מדווחות בדרך של **תיאור עשיר** (thick description), הכולל מידע מפורט על תהליך המחקר, ההקשר, ציטוטים מתאימים ודיון מושגי גלוי (שקדי, 2003). דיווח מסוג זה מבטיח היצמדות לטקסט ומאפשר לקורא להעריך את פרשנותו של החוקר. שלישית, לאחר סיום המחקר החוקר חזר לכמה מהמרוויינים (member-checking), שיתף אותם בממצאים הכלליים של המחקר

(Barusch et al., 2011; Lincoln & Guba, 1985), וקיבל מהם משוב ולפיו הממצאים משקפים היטב את סיפורם המשפחתי ואת הקול שביקשו להשמיע במחקר. לבסוף, תהליך הניתוח והממצאים הוצגו בכמה כנסים ופורומים בפני אנשי מקצוע מתחומי ההגירה ובריאות הנפש (external audit). תגובותיהם העידו כי הם מוצאים במחקר ייצוג קרוב למציאות שהם פוגשים בשטח.

ממצאים

המרואיינים תיארו בהרחבה את ריבוי הקשיים, המצוקות והעומסים שהם חווים ביום-יום כמהגרים מטפלים. הקשיים הרבים חולקו לשתי קטגוריות עיקריות: ממדי הנטל האובייקטיבי – "המחיר" האינסטרומנטלי, וממדי הנטל הסובייקטיבי – "המחיר" הרגשי. כל אחת מהקטגוריות מורכבת מתת-קטגוריות המספקות לה פירוט יותר מעמיק וספציפי.

ממדי הנטל האובייקטיבי

מבין מגוון הקשיים המאפיינים את חייהם, המרואיינים מדגישים בעיקר שלושה גורמים אובייקטיביים שיוצרים עבורם את מרבית הנטל כמהגרים מטפלים: (1) קשיי פרנסה ותעסוקה; (2) מצוקת דיור; (3) קשיי שפה. נושאים אלו מצביעים על חסמים ועל מצוקות חברתיות שהמהגרים המטפלים סובלים מהם, ועל השפעותיהם השליליות עליהם ועל בני משפחתם המתמודדים עם מחלת נפש קשה.

1. קשיי פרנסה ותעסוקה: "כל הזמן הייתי צריכה לשרוד ולשרוד"

המרואיינים מתארים קשיים כלכליים שמקורם בשתי סיבות עיקריות השלובות זו בזו: קשיי הסתגלות להגירה, וטיפול בבן משפחה עם מחלת נפש קשה. כיוון שרוב המתמודדים מתקשים למצוא תעסוקה מסודרת, הם נאלצים להתפרנס מקצבת נכות מהמוסד לביטוח לאומי, ובשל יוקר המחיה בישראל להישען על סיוע כלכלי מבני משפחתם. בדבריהם של רבים הנטל הכלכלי הוא הנושא המרכזי. מיכאל (אב, בן 70), למשל, פותח בכך את סיפורו:

נו, מה אני יכול להגיד. הנטל הוא בעיקר כלכלי, אני כבר אדם מבוגר, בפנסיה, ונאלץ לעבוד כדי לפרנס את הבת החולה שלי... הכסף לא מספיק לה... היא לא עובדת, ובגלל מחלתה לא מצליחה למצוא משהו מתאים... אני כבר עייף מהעבודה ורוצה לנוח, אבל אין לי ברירה אחרת.

75% מן המרואיינים (n=24) מתארים קשיי פרנסה ותעסוקה שסבלו מהם בעבר, וחלקם עדיין סובלים מהם, בעקבות ההגירה. קשיים אלו אילצו את רובם לרדת מהמעמד הכלכלי

שאפיין את חייהם בברית המועצות לשעבר, לעבוד שעות רבות, ולעיתים אף לחוות תקופות של עוני. מספרת פולינה (אם, 60), מהנדסת במקצועה:

כאן אני עובדת בניקיון משרדים. אני קמה ב-05:00, וב-05:30 אני כבר צריכה להיות בעבודה... הייתי יוצאת לעבודה וחוזרת ב-22:00 או ב-23:00. אז רק לאחרונה הורדתי את הקצב, כי הבראות שלי כבר לא מאפשרת לי. אני עובדת כל כך הרבה שעות כדי לשרוד, כי הצרכים של הילדים מאוד גדולים והפרנסה קטנה.

חלק מהמרוואיינים משתמשים במילה "הישרדות" כדי לתאר את קשיי הסתגלותם כמהגרים מטפלים בכלל, ואת מצוקתם הכלכלית בפרט. הקושי הכלכלי ניכר במיוחד בקרב אמהות יחידניות שעלו לישראל לבדן, ואין להן תמיכה מבן זוג ומהמשפחה המורחבת:

היו לי כל כך הרבה בעיות כלכליות וכל הזמן הייתי צריכה לשרוד ולשרוד. כל הזמן נלחמתי על אדיק, למצוא לו מסגרת, וגם בעיות כלכליות. כעת מפחיד אותי להביט לאחור ולהבין כיצד שרדתי את כל זה (קירה, אם, 65).

במרבית המקרים בני המשפחה אינם מסוגלים לעמוד לאורך זמן בנטל הכלכלי הכפול, ונאלצים לבחור על מה לוותר ולאילו מטרה להקדיש את עיקר משאביהם: לטיפול בבן המשפחה, או לתעסוקה ולפיתוח קריירה משל עצמם. חלק מהמרוואיינים מספרים שלאור מצוקתם הכלכלית והצורך לעבוד שעות רבות הם לא יכלו למלא את תפקידם כמטפלים ולדאוג כראוי למתמודד או לעצמם:

הציעו לי להשתתף בקבוצה במרכז תמיכה למשפחות, אבל אין לי זמן... אני עובד מהבוקר עד הערב, והזמן היחיד שאני יכול להיפגש זה ב-20:00, אבל כל הפעילויות מתקיימות יותר מוקדם. ואין לי אפשרות להשתחרר יותר מוקדם. מה לעשות שאני צריך לפרנס את המשפחה (מיכאל).

מרוואיינים אחרים העדיפו להקריב את הקריירה המקצועית ואת רצונם ללמוד ולהתפתח בתחום האישי ובתחום התעסוקה כדי להתגייס לטיפול במתמודד:

הציעו לי הרבה עבודות שרציתי. אני גם יכולתי ללכת ללמוד לבית ספר לאחיות. אבל הפסדתי. הייתי עסוקה מאוד בו [במתמודד] בשיקום שלו. אנחנו עושים לו שיקום, וזה השפיע עלינו... לא היה לי זמן ללמוד ולאשר את התארים. וחבל על כל התארים שלי, הם רק שוכבים שם וזהו... כי במקצוע שלי לא עבדתי כאן אפילו יום אחד (אווה, אם, 62).

2. מצוקת דיור: "זאת אימה שלוחצת על הנפש"

סוגיית הדיור עולה כמעט בכל הראיונות ומתבררת כנושא מרכזי, רגיש וכאוב בחיי המהגרים המטפלים. המצוקה הגדולה ביותר עלתה מדברי המשפחות הגרות בדירות שכורות (n=18). מעברים בין דירות שכורות אינם מאפשרים התמקמות במקום אחד ויוצרים דחק מרובה, הן מבחינה כלכלית הן מבחינת משאבי זמן ואי נוחות:

תשע פעמים עברתי דירה, וכל מעבר כזה זה נורא קשה והרבה הוצאות הקשורות להובלה ולמעבר. בעלי דירות עשו בעיות, או שהיו זורקים אותנו, או שהם צריכים את הדירה או שהיו מגלים שלנה שותה [סובלת מתחלואה כפולה], ושוב היינו צריכים לחפש דירה חדשה (ברוניסלבה, סבתא ואם, 71).

בניגוד למרואיינים שנאלצים לגור בדירות שכורות, מרואיינים שזכו בדיר ציבורי – לעיתים אחרי מאבק עיקש מול המערכות – מספרים על הקלה ניכרת בלחצים ובנטל. דיאנה (אם, 50) מתארת את תחושת היציבות והביטחון לאחר שקיבלה דיר ציבורי:

יש לי דיר ציבורי... אני מאוד מרוצה, כי זה בכל זאת הבית שלי, ועד סוף חיי זה יהיה שלי... אפילו כשאני לא אהיה, הוא יהיה של קטיה [הבת המתמודדת]... ואני משלמת 150 שקל בחודש. כמובן שאם זה לא היה, אני בספק אם הייתי יכולה לחיות כמו שאני חיה עם משכורת נמוכה. מובן שזה לא היה מספיק לשום דבר. בהיבט הכלכלי, זו תמיכה גדולה... אתה גם לא צריך לעבור דירה, כי כשאתה בשכירות כל הזמן משהו קורה אצל בעל הבית.

אחד מגורמי הדחק הקשורים למעברים בין דירות שכורות קשור לאינטראקציה עם מתווכים ובעלי דירות. אלכסנדרה (אם, 56) מספרת על הניצול שבתה המתמודדת חוותה מצד בעל הדירה שהיא שכרה בעבר:

בעלי דירות תמיד העליבו אותה. עד עכשיו היא חוששת מבעל דירה ששכרה שם דירה בעבר. כאשר היא עזבה הוא עשה שיפוצים... והוא עדיין בא אליה בטענות ורצה שהיא תשלם על החשמל בזמן שהוא עשה שיפוצים. בקיצור – לא הצליח להשכיר את הדירה הזאת והיא עומדת ריקה... והכל שם מסתובב: ארנונה וחשמל... הוא הבטיח שישלח לה עבריינים, אם היא לא תשלם. לכן היא לא מחליפה את הכתובת שלה, כי היא פוחדת שהוא ימצא אותה.

חלק מהמרואיינים רואים קשר בין מצב הדיר שלהם לבין המצב הנפשי של יקיריהם המתמודדים. מרינה (אם, 65) משתפת בדאגות לעתיד שלה ושל בתה עקב מצוקת דיר:

אתאר לך עוד בעיה, וזאת הבעיה עם הדירות. כרגע אנו גרים בשכירות... ואין שום עזרה – לא ממשרד השיכון, מעבר לסיוע בשכר דירה, ולא ממשרד הקליטה. וזאת אימה שלוחצת על הנפש... "איך אני אסתדר בלעדיך" היא אומרת... "מה אני אעשה, כאשר את לא תהיי". זה מאוד מלחיץ אותה, כי היא לא רוצה לגור עם חולים אחרים. והיא עצמאית, אבל יש בעיה של דיר.

לעיתים אחד החסמים בפני החלמה הוא חוסר האפשרות של בני משפחה ומתמודדים להתפצל ולגור בדירות נפרדות. נראה כי מגורים בתנאי צפיפות ותחת קורת גג אחת יוצרים מתחים ולחצים, ומאמצי המתמודדים והמשפחות ליצור נפרדות פיזית ורגשית נכשלים:

מבחינה פסיכולוגית אני לא רוצה להשאיר את פיטר לבד, אבל גם הנושא הכלכלי מאוד משפיע. בטח. אם היה לי כסף לשלם לבד על הדירה, יכול להיות שמוזמן הייתי קמה ועוזבת, ואנחנו היינו נפרדים. כי קשה לנו לגור ביחד. אבל לדחוף אותו להוסטל כעת

אני גם לא רוצה. אז כן, אנחנו גרים ביחד כי אחרת לא הייתי עומדת בזה כלכלית...
ואנחנו נאלצים לגור ביחד, גם כשאנו לא כל כך מסתדרים (נטליה, אם, 61).

3. קשיי שפה: "חצי ראש הקשיב לשיעור והחצי השני דאג"

רכישת שפה היא אחד האתגרים המרכזיים בתהליך הסתגלותם של מהגרים לחברה חדשה. רוב המרואיינים ($n=18$) מדווחים שאינם שולטים בעברית כלל או שיש להם שליטה חלקית בלבד, אף שרובם נמצאים בישראל כבר יותר מעשרים שנה. גם מרואיינים שרכשו את השפה מתקשים להבין ולדבר בחופשיות במגע עם המערכות השונות, ומעדיפים לדבר בשפת האם שלהם.

כמה מרואיינים מספרים שנטל הטיפול במתמודד הקשה עליהם להשקיע בלימודי עברית בשנים הראשונות לעלייתם: "הלכתי לאולפן. אבל באולפן... רציתי מאוד ללמוד את השפה, אבל היו לי מחשבות ודאגות. חצי ראש הקשיב לשיעור והחצי השני דאג מה אנדרי עושה עכשיו ואיך הוא מרגיש? איך אפשר ללמוד שפה ככה?" (נינה, אם, 70). נראה שקשיים ברכישת שפה חדשה בשנים הראשונות גרמו למרואיינים להתקשות בשליטה בה גם כיום: "אני עשרים שנה בארץ, אבל בשבילי עדיין השפה קשה. בגלל שכל הזמן הייתי צריכה לטפל בו [הבן המתמודד]... אין לי רמה גבוהה בעברית, ולכן קשה לי מאוד להסתדר עד היום" (אווה).

רוב המרואיינים מדווחים שקשיי השפה מהווים מכשול עיקרי עבורם בגיוס עזרה חיצונית חיונית, בעיקר בקבלת מידע חיוני על זכויות ושירותים שיכולים לסייע ליקיריהם בתהליך השיקום:

יש מחסור גדול במידע ברוסית, ואולי יש דברים טובים, אבל אתה לא יודע עליהם. ואז אנחנו נאלצים לחפש בצורה עיוורת כמעט, ללכת ברחוב ולחפש, אולי זה כאן או אולי זה פה. אני כל הזמן מחפשת ומחפשת. אבל הבעיה שלנו שאנחנו כל הזמן נתקלים בקירות, ושוב אתה לא מבין (ראיסה, 69, ויעקב, 70, הורים).

אחד התפקידים של בני משפחה המטפלים בקרוביהם המתמודדים הוא לסייע להם במימוש זכויותיהם ובמציאת שירותים מתאימים עבורם. קשיי השפה של מהגרים מטפלים והמחסור במתורגמנים זמינים במערכות המטפלות אינם מאפשרים להם לעמוד במשימה זו. כמה מרואיינים מספרים שאינם מצליחים לתבוע את מימוש זכויותיהם במגיעיהם עם המערכת, ולכן חשים תסכול וחוסר אונים:

אנחנו לא יכולים לדפוק על השולחן בעברית, נותנים לנו נייר ואנחנו הולכים, אבל מה כתוב שם? בגלל העניין הזה של מחסום שפתי אתה לא יכול לדרוש את מה שמגיע לך. והוא [הבן המתמודד], אתה מבין, הוא גם יודע עברית ממש חלש... כשהכל ביחד זה מאוד מייאש אותנו (ז'אנה, 70, ואנטולי, 72, הורים).

מרואיינים מספרים שבגלל קשיי השפה הם נאלצים לפנות לצורך תיווך לשוני-תרבותי למתמודדים עצמם, שבמרבית המקרים, הודות לגילם הצעיר, רכשו את השפה החדשה מהר יותר. אולם תפקיד המתווך הלשוני שנכפה על המתמודדים אינו בהכרח מיטיב עימם, ועלול להטיל מעמסה רגשית נוספת עליהם ועל בני משפחתם המטפלים:

אחרי שבעלי נפטר, היה צריך להתעסק עם קבורה ובית עלמין ומצבה, ואני לא הייתי מספיקה... והיא [הבת המתמודדת] מאוד עזרה לי ועשתה בעצם את הכל. כי לא ידעתי עברית טוב, והיא עזרה לי עם התרגום ועם כל הביורוקרטיה. ביחד הלכנו והזמנו את המצבה וביחד התווכחנו אחרי שלא עשו לנו משהו טוב, כלומר אני לא הגנתי עליה, כי בגדול את הכל יכולתי לעשות גם לבד. אבל לי היה קשה... גם אני הייתי בטרנס ובהלם. ושנית, היא כל כך התנהגה בסדר שאני השתמשתי בזה... ובסוף זה הוציא אותה מהשגרה ושוב חזר לה ההתקף והגיעה עד האשפוז (מרינה).

ממדי הנטל הסובייקטיבי

נוסף על הנטל האובייקטיבי, המרואיינים מתארים בהרחבה את הנטל הסובייקטיבי, כלומר את תגובותיהם הרגשיות לטיפול בן משפחה מתמודד על רקע חוויית הסתגלותם למעבר הבין-תרבותי. התגובות הרגשיות נוגעות בשלושה נושאים מרכזיים השזורים זה בזה: (1) אובדן ואשמה; (2) חשש מסטיגמה ומדחייה חברתית; (3) בעיות בריאות. נושאים אלו שופכים אור על הייחוד ועל עוצמת הכאב הקשורים לחוויות ההסתגלות הכפולה של המרואיינים, וגם על מאמצייהם להקנות משמעות למציאות הקשה שנכפתה עליהם.

1. אובדן ואשמה: "הייתי צריכה להשגיח יותר"

רוב המרואיינים מתארים אובדן ואשמה כשני הרגשות העיקריים המציפים אותם. אלה בולטים במיוחד בסיפורי הורים שמחלת הנפש של ילדיהם התפרצה לאחר עלייתם. להבדיל מבני משפחה מטפלים ילידי הארץ, מהגרים מטפלים נאלצים להתמודד עם שני אובדנים בד בבד: אבל על בן המשפחה "הבריאה" ועל הציפיות ממנו טרם התפרצות המחלה, לצד אבל על אובדן החיים טרם העלייה ועל הציפיות שנתלו בה.

אלינה (אם, 61), למשל, הגיעה לישראל לבד עם בנה, והוא חלה במחלת נפש זמן קצר לאחר עלייתם. היא מתאבלת וכואבת הן על מחלת בנה הן על מקורות התמיכה שהשאירה בארץ מוצאה:

אחרי כמה זמן, אני התחלתי לראות קשיים רציניים אצלו [הבן המתמודד], וזה היה לי מאוד כואב לראות... כי אני בכלל הגעתי לישראל בשבילו. שם היו לי קשרים, שם היה לי הכל. היו לי כאלו חברים שם, כאלו קשרים. למה הייתי צריכה את כל הלחץ הזה?

כמה מרואיינים, במיוחד אלה שנאלצו להגר בשל מחלה של בן משפחתם שעלה לישראל לפנייהם וחלה במחלת נפש, מספרים שעצם ההגירה לארץ חדשה מעורר בליבם רגשות קשים של עצב ואובדן:

אני לא התכוונתי להגר בכלל... אנשים נוסעים כשהם צעירים, כשהם מוכנים לשינויים קיצוניים ויש להם כוחות לזה. כלומר הגירה זה הנאה בשביל הצעירים, ובמקרה שלי הגירה זה עונש. המחלה שלו [הבן] היא למעשה הגורם הכבד ביותר. אחרת היה עדיף להישאר במקום מוכר, בתנאים רגילים, עם אנשים מוכרים וזה היה המצב האידיאלי. כלומר לא רק שנאלצתי להגר, אלא אני גם צריכה להתמודד עם הקשיים שלו, וכאשר הכל ביחד נופל עליך, אז זה עוד יותר קשה (נטליה).

בדומה לתחושת האובדן, גם רגש אשמה הוא חלק ממצוקה פסיכולוגית המלווה התמודדות משפחתית עם מחלת נפש. הוא מאפיין בעיקר הורים, שתוהים "למה זה קרה אצלנו במשפחה?" ומהו חלקם בהתפרצות מחלת הנפש אצל ילדיהם. המרואיינים מספרים שהם מרגישים אשמה על ההחלטה לעלות לישראל ועל תזמונה, על היעדר נוכחות מספקת בחיי ילדיהם על רקע קשיי ההסתגלות בהגירה, או על ההחלטה לאשר לילדיהם לעלות לישראל לבדם. דריה (אם, 50), למשל, מציינת את הגיל הצעיר של בנה בעת העלייה ואת היעדרה של נוכחות מספקת בחייו בגלל קשיי ההסתגלות שלה בהגירה:

הוא עלה בגיל שנתיים והיו לו הרבה קשיים ומאוחר יותר חלה, ואמרו שילדים מסתגלים ביתר קלות ללחצי העלייה מאשר מבוגרים. חבל שלא עלינו כשהוא היה קצת יותר גדול, כי היו לו הרבה בעיות גם בגן ילדים וגם בבית ספר. הלך לכיתה שלא היו שם מחנכים דוברי רוסית ונשאר שם עד ארבע, כי אני חשבתני על כך שאני צריכה לעבוד, אני צריכה ללמוד טוב את השפה. וכעת אני חושבת שכל זה ביחד השפיע עליו לרעה. בבית ספר היה לו קשה, היו בעיות בתקשורת, אבל אז לא ייחסתי לזה חשיבות וכיום אני מרגישה נורא עם זה.

נינה מרגישה אשמה על שלא יכלה להשגיח על בנה ולהגן עליו מפני הסכנות החברתיות האורבות לנער מתבגר: "כשעוד למד התחילו התפרצויות. הרי עבדתי הרבה מאוד, בשתי עבודות. אני אשמה. הייתי צריכה להשגיח יותר. לא שמת לי לב שהיה לו דיכאון".

כל המרואיינים שילדיהם עלו במסגרת תוכניות לצעירים של הסוכנות היהודית, דוגמת נעליה וסליה (n=4), חשים אשמה וחרטה על שנתנו לילדיהם לעלות לבד ולא היו לידם כדי להגן עליהם ולתמוך בהם.

אם אני הייתי כאן, הייתי משגיחה עליה מבחינת סמים, כי היא הייתה כזאת טובה ומחונכת. אני מאשימה בזה את עצמי. אם לא הייתי מאשרת לה לנסוע לארץ לבדה, אלא הייתי אומרת שאנחנו ניסע לישראל כולם ביחד, כמשפחה, אז אולי זה לא היה קורה. זאת הייתה אשמתי הגדולה [בוכה] (מרינה).

2. חשש מस्टיגמה ומדחייה חברתית: "כשאתה בא לארץ זרה ומנסים להתעלם ממך, יש לזה השפעה הרסנית כפולה"

עמדות, תגובות והתנהגויות שליליות של החברה כלפי מהגרים מטפלים מוסיפות לחוויית הנטל של המרואיינים. חלקם מספרים על חוויות של הפליה עקב מעמדם כמהגרים מברית המועצות לשעבר:

תמיד יש מצב שכאשר רוסים באים לבקש משהו מסרבים להם, וכאשר ישראלים אז מסכימים... וזה לא משנה כמה זמן האנשים בארץ, עשר או עשרים שנה. את זה יש בכל התחומים... יש הפליה. כי אני גם עבדתי בחברות גדולות וראיתי את ההבדל בין המשכורות של הרוסים לישראלים. הרוסי עובד מאוד קשה ומקבל משכורת יותר נמוכה. אותו תפקיד, אבל לרוסים נותנים הרבה יותר משימות, אז עובדים יותר קשה (אוקסנה, אחות, 40).

בחלק מהמקרים המרואיינים לא ידעו לקבוע בבירור אם מדובר באירוע של דחייה על רקע התיוג אתני או באי הבנה שמקורה בקשיי תקשורת ושפה. עם זאת, נראה שהשונות התרבותית והפיזית של חלקם הוסיפו לחרדות שלהם מדחייה אפשרית:

הפעם היחידה שהיתה העדפתי להתייחס לזה כך שאולי אני לא ממש דומה ליהודייה. הייתי מאושפזת בבית חולים אחרי הניתוח. 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 היתה די לא נעימה. השאלה מוזרה כזאת, דו-משמעית (ורה, אם, 63).

מעבר למעמדם כמהגרים, חלק מהמרואיינים מספרים שחוו סטיגמה והתנסו בדחייה על רקע זיקתם לתחום בריאות הנפש עקב מחלה של בן משפחתם. כמה מהם הזכירו חוויית סטיגמה כזאת בהקשר של גורמים ברווחה, שתפסו את ההורים כאשמים במישרין או בעקיפין במחלת נפש של ילדיהם:

כשהם [עובדי רווחה] ראו אותי, מייד הדביקו לי תווית. אמרו שסבתא מאוד דומיננטית, מאוד מעורבת, וזה השפיע עליה לרעה [על הבת המתמודדת]. אז איתי שם אף אחד לא דיבר יותר מדי, אבל כאשר היה בית המשפט, השופט אמר: "מה יש לכם נגדה, הנה יושבת סבתא מאוד טובה. תיתנו את הנכדה לסבתא שלה". והם אמרו: "לא, הסבתא הזאת לא הצליחה לגדל את הבת שלה, שלא יכולה לגדל את הבת שלה [נכדה], ולכן אי אפשר להעביר אותה אליה". כאשר סיפרתי את זה לפסיכיאטר של הבת, אז הוא ממש צחק ואמר: "מה? זה מה שהם אמרו? גידלה את הבת שחלתה ומזה הם מסיקים שהאמא אשמה בזה?" דרך אגב, גם ממרכז ייעוץ למשפחות נתנו לי המלצה שאני כזאת טובה... וברווחה אמרו שבגלל שהיא חולת נפש, אז אני לא מסוגלת לגדל את הבת שלה. הנה לך עוד דוגמה לסטיגמה (אלכסנדרה).

חלק מהמרוויינים מספרים על היעדר שיתוף פעולה גם מצידם של גורמי רפואה בבריאות הנפש. לתפיסתם, היחס השלילי והמתעלם של הרופאים נובע הן ממעמדם כמהגרים הן מתפקידם כמטפלים בקרוב מתמודד. כתוצאה מכך הם מאבדים אמון במערכות המטפלות ובאנשי מקצוע, ומרגישים נטושים ודחויים:

למרות שבמרכז משפחות מעבירים לנו הרצאות על כך שצריך לשתף פעולה עם הרופא. כלומר מאיתנו מבקשים לשתף פעולה, אבל הרופאים לא כל כך שואפים לזה. ככה היה גם ברוסיה, אני חייבת לומר, וגם פה זה בדיוק אותו דבר. אבל פה זה מעליב כפליים. כי כשאתה שייך לפה, כשאתה נמצא במדינה שלך, ובן אדם שמדבר איתך בשפה שלך מנסה להתעלם ממך, זה מעליב, אבל כשאתה בא לארץ זרה, אז יש לזה השפעה הרסנית כפולה. כלומר לכאן מתווסף גם זה שאת בכלל לא רצויה כאן (נטליה).

בקרב ההורים מברית המועצות יש שיעור ניכר של אמהות יחידניות, הנמצאות בישראל ללא מערך של תמיכה משפחתית. עובדה זאת מוסיפה לתחושות החרדה שלהן מדחייה ומהדרה מצד אנשי מקצוע המטפלים בילדיהם:

רופאים ועובדים סוציאליים... אם הם יודעים שיש ילד בריא, אז הם מגינים 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).

3. בעיות בריאות: "אני לוקחת כדורים מאותו רופא שהוא הולך אליו"

המרוויינים מעלים מגוון של בעיות בריאות – נפשיות וגופניות – שהם סובלים מהן בעקבות התמודדות עם הדחק הכפול של הגירה ושל מחלת נפש במשפחה. רוב המרוויינים מספרים שהנטל היום-יומי השפיע לרעה על בריאותם הנפשית, וחלקם אף אובחנו כסובלים מדיכאון ומחרדה. תשעה מהמרוויינים ציינו במפורש שהם נוטלים תרופות נגד דיכאון, חרדה ונדודי שינה, ונמצאים במעקב רפואי.

אני נראית בריאה והכל בסדר אצלי, אבל גם אצלי יש הרבה בעיות. אני לוקחת שלושה קלונקס, שתי תרופות אלטרול ושני ואבן, כי אני לא יכולה לישון. ועוד יש לי פיברומיאלגיה עם כאבים בגוף, ואז גם אם אני רוצה לישון, אני לא יכולה ולא יכולה להירגע (יאנה, אם, 54).

לעיתים נראה שבעיות הבריאות של המרוויינים דומות לקשיים הנפשיים של בני משפחה שהם מטפלים בהם. כך למשל מספרת לובה (אם, 70): "כדי לא להיות בדיכאון קליני, אני לוקחת כדורים מאותו רופא שהוא הולך אליו, כדי להישאר בתפקוד גבוה ולעזור יותר טוב".

המצוקה הנפשית שחווים המרואיינים התגברה בגלל הלחצים והקשיים הכלכליים בשנים הראשונות בישראל. ארקדי (אב, 64) נזכר במצוקות חברתיות שגרמו להתפרצות הדיכאון אצלו:

גם לי היה דיכאון בגלל בעיות של דיור. לא היה לי כסף, לא יכולתי לשלם על מים, אחרי זה מנתקים לך חשמל, אתה לא יכול להתקלח ואין מה לעשות. זה חוסר אוניס, וכזה יחס לעולים. ויש כמה אנשים ששמו קץ לחייהם בגלל קשיים כלכליים וקשיי דיור. זה גורם לדיכאון, ודיכאון יכול להוביל להתאבדות ובלי בעיה של טיפול בקרוב משפחה עם נכות. גם אדם בריא יכול להיכנס לדיכאון מזה.

לדחק ולנטל שחווים בני משפחה מטפלים יש השפעות גם על בריאותם הגופנית. המרואיינים מספרים שהם או בני משפחה אחרים סובלים מבעיות גופניות רבות בגלל יחסים מתוחים עם המתמודדים:

אנחנו כבר אנשים מבוגרים ועוברים גיהנום בבית עם הבת, וזה משפיע גם על המצב הגופני. אחרי שהיא התגרשה וחזרה הביתה, אשתי חלתה בסוכרת ואצלי הלחץ דם עלה והתחלתי לקחת כדורים באופן קבוע. וכל זה בגלל לחץ שאנחנו חווים בבית איתה... המון עימותים וצעקות. זה פשוט גומר אותנו, ואנו כבר אנשים מבוגרים שרוצים קצת שקט (מיכאל).

חלק מהמרואיינים ציינו שקרובי משפחה נפטרו בטרם עת, וקישרו זאת לנטל הטיפול:

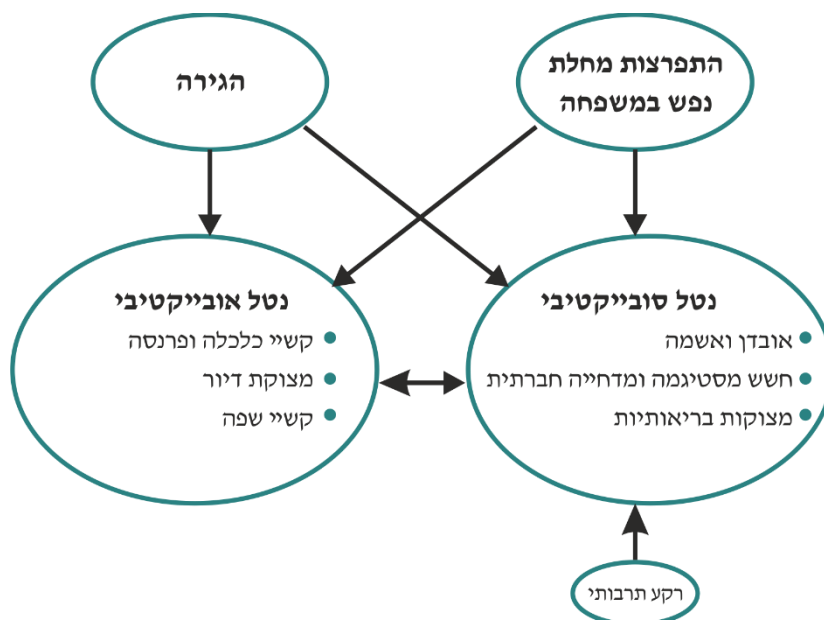
בעלי כבר הלך ואני בטוחה שהוא הלך בגלל מה שעברנו, ואני בטוחה שזה בגלל זה... כי היה התקף לב בהתחלה ואחרי זה התחיל אצלו הסרטן, ואני בטוחה שזה בגלל המצוקה שאנו חווים במשפחה. כי אצלי זה יוצא בדמעות, אצלו זה לא יצא דרך דמעות, הוא החזיק את זה בפנים. והנה הוא כבר הלך ולא איתנו (מרינה).

דיון

ככל הידוע, זהו מחקר ראשון מסוגו בישראל, המתמקד בחוויית הנטל של מהגרים מברית המועצות לשעבר המטפלים בקרובים המתמודדים עם מחלות נפש קשות. המחקר בחן את הגורמים המעצבים את תחושת הנטל של מהגרים מטפלים, את יחסי הגומלין ביניהם ואת השפעתם על חייהם האישיים והמשפחתיים. הממצאים מצביעים על כך שאירועי דחק אובייקטיביים וסובייקטיביים הקשורים להגירה, דוגמת קשיים כלכליים, חברתיים ורגשיים, מקשים על התמודדות עם מחלת נפש במשפחה. בד בבד, אירועי דחק אובייקטיביים וסובייקטיביים הקשורים להתמודדות עם מחלת נפש קשה במשפחה מקשים על תהליכי ההסתגלות להגירה. ההתמודדות הבו-זמנית עם מחלת נפש במשפחה ועם הגירה, והשפעתה השלילית על חייהם האישיים והמשפחתיים של מהגרים מטפלים, הוגדרה במחקר הנוכחי כחוויה של נטל ההסתגלות הכפולה (the double adaptation burden). חוויה זו

כוללת גם את הממדים הקשורים לתפקידם כבני משפחה מטפלים, גם את הממדים הקשורים למעמדם כמהגרים, וגם את הזיקה המעגלית המתקיימת ביניהם ומעצימה את תחושת הנטל הכללית. נוסף על כך, הרקע התרבותי הייחודי של המהגרים המטפלים מוסיף לחוויית הנטל הסובייקטיבי שלהם ומשפיע עליה. פירוט ההשפעות הללו כפי שהן עולות מממצאי המחקר הנוכחי מוצג בתרשים 1:

תרשים 1: מודל המחקר: חוויית הנטל של מהגרים המטפלים בנן משפחה עם מחלת נפש במשפחה



נטל אובייקטיבי כפול

הממד העיקרי המעצב את הנטל האובייקטיבי הכפול שחווים מהגרים המטפלים בנן משפחה עם מחלת נפש קשה קשור למצוקה כלכלית. ממצאי המחקר הנוכחי תואמים ממצאים קודמים, ולפיהם בני משפחה מטפלים הנאלצים להעניק סיוע כלכלי למתמודד, נקלעים בעצמם למצוקה כלכלית (Azman et al., 2019; Iseselo et al., 2016). כשהמטפלים הם מהגרים – יכולתם לעזור מבחינה כלכלית נמוכה מאוד או לא קיימת כלל. בשל קשיים כלכליים וחסמים בהשתלבות בשוק עבודה חדש במקצוע שעבדו בו בארץ מוצאם, רבים מעולי מברית המועצות לשעבר חווים ירידה במעמדם הכלכלי ובתעסוקה שלהם לאחר ההגירה (Remennick, 2013). מהגרים בגיל הביניים, שהם רוב המרוויינים במחקר הנוכחי, מתנסים בירידה חדה במיוחד במעמדם הכלכלי; בדרך כלל מנקודת שיא בארץ מוצאם, להתחלה

מחדש בארץ הקולטת (דולברג, 2012). כך המהגרים וקרוביהם המתמודדים חווים מציאות של הישרדות כלכלית ורגשית, וזו אף דוחקת חלק מהם למעגל העוני ולשוליות חברתית.

אחד הגורמים העיקריים המעמיקים את הקשיים הכלכליים של מהגרים מטפלים בארץ הקולטת הוא מצוקת הדיור. ידוע שבישראל אחת המצוקות הבולטות של המהגרים היא יוקר המחיה, מחסור בדיור ציבורי, ואף חוויות ניצול מצד חלק מבעלי הדירות (דולברג, 2012; שרון ואח', 2013). מציאות מורכבת זו מעצימה את תחושת הדחק והנטל של מהגרים מטפלים ושל מתמודדים, מכיוון שהיא מובילה לריבוי מעברים לדירות זולות יותר ולמגורים משותפים, לעיתים בתנאי צפיפות ובמצבי קונפליקט מתמשכים, ללא אפשרות כלכלית לגור בדירות נפרדות. מחקרים אחרים בקרב מהגרים מטפלים ומיעוטים אתניים בארצות הברית דיווחו על מצוקה נפשית וקשיי נפרדות של בני המשפחה בגלל קשיים כלכליים ומצוקת דיור, והצביעו על הצורך בדאגה של המערכת לדיור ציבורי לאוכלוסייה זאת (Guada et al., 2011; Guarnaccia & Parra, 1996).

ממד נוסף המעצב את תחושת הנטל האובייקטיבי, וייחודי למהגרים מטפלים, קשור לקשיי שפה. מחד גיסא, רכישת השפה החדשה דורשת פניות רבה מבחינת מאמץ, זמן ואנרגיה, ואלה אינם עומדים לרשותם של מהגרים מטפלים בגלל הצורך לדאוג לקרוביהם המתמודדים. מאידך גיסא, אי ידיעת השפה מקשה עליהם לגייס תמיכה חיצונית ולמצות זכויות ושירותים המגיעים להם ולבן המשפחה המתמודד. ממצאים אלו תואמים מחקרים אחרים שנערכו בישראל ובעולם, ובהם נמצא שמהגרים מטפלים מתקשים לסייע ליקיריהם בגלל חסמים לשוניים (לף ואח', 2015; Guzder et al., 2013), וכי יש לכך השפעות שליליות על תחושת הנטל שלהם (Zamora et al., 2016). יתרה מכך, נמצא כי ההגירה גורמת לעיתים להיפוך תפקידים במשפחות, ולפיתוח מחויבות של ילדים לסייע להוריהם בתיווך התרבותי, הלשוני והביורוקרטי (פוניזובסקי-ברגלסון ואח', 2017; Oznobishin & Kurman, 2009). המחקר הנוכחי מוסיף ומגלה שהיפוך תפקידים מסוג זה עשוי להתרחש גם כאשר המשפחה המהגרת מתמודדת עם מחלת נפש. למרות ההיבטים החיוביים שיש לעזרה הדדית במשפחות מהגרות במישור האינסטרומנטלי, נראה כי לאורך זמן במישור הרגשי מצב זה יכול ליצור מעמסה נוספת – הן על המתמודדים הן על בני משפחה המטפלים.

נטל סובייקטיבי כפול

הממד העיקרי המעצב את הנטל הסובייקטיבי של מהגרים מטפלים הוא תגובתם הרגשית ומצוקתם הפסיכולוגית. אלה באות לידי ביטוי במגוון רגשות שליליים שהם חווים, ובהם עצב, אובדן, אשמה, בושה ודאגה לעתיד (Spaniol & Nelson, 2015; Hernandez & Barrio, 2015). מעבר לנטל הקשור לטיפול אינטנסיבי בקרוב משפחה מתמודד, המצוקה הפסיכולוגית של משפחות מהגרות בכלל, והורים מטפלים מהגרים בפרט, מתעצמת גם על רקע חוויית האובדן הקשורה לארץ מוצאם ולצפיפות הספציפיות שתלו במעבר לארץ חדשה. הורים רבים מברית המועצות לשעבר סיפרו שעלו לישראל מתוך תקווה להעניק לילדיהם

עתיד טוב יותר, והעובדה שילדיהם חלו במחלת נפש, לעיתים לאחר עלייתם, מגבירה את תחושות האובדן והאשמה שלהם. רגשות אלו בולטים במיוחד כאשר ההורים מקשרים במישרין או בעקיפין בין ההגירה לבין התפרצותה של מחלת הנפש.

עוד ממד המעצב את תחושת הנטל הסובייקטיבי של המרוויינים הוא חשש מדחייה חברתית או התנסות בדחייה בפועל. למעשה, מהגרים מטפלים נמצאים בסיכון להדרה כפולה: על רקע מעמדם כמהגרים המנסים להשתלב בחברה חדשה, ועל רקע הסטיגמה המקושרת להורים של מתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, ומטילה עליהם את רוב האחריות להתפרצות של מחלת נפש במשפחה (Larson & Corrigan, 2008). חוויות אלו מגבירות את תחושת החרדה, החשדנות והבדידות שלהם, ומקשות עליהם לגייס משאבים מערכתיים חיוניים.

ההשפעות השליליות של הנטל הסובייקטיבי משתקפות בריבוי מצוקות נפשיות וגופניות שמהגרים מטפלים סובלים מהן. ממצאים אלו נמצאים בהלימה עם מחקרים רבים אחרים, שבהם זוהו שיעורים גבוהים של תחלואה נפשית וגופנית בקרב בני משפחה מטפלים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Gupta et al., 2015). אפשר להסביר שכיחות גבוהה זו בריבוי הדרישות ובדחק המתמשך של בני משפחה בגלל נטל הטיפול, לעיתים תוך כדי הזנחת צורכיהם האישיים והבריאותיים. במקרה של מהגרים מטפלים נראה שהצטברות של שני אירועי דחק יחד – מחלה והגירה – יכולה להוביל להתפתחות של בעיות בריאות. נמצא כי ריבוי מצוקות חברתיות לאחר ההגירה מעלה את הסיכון למצוקה נפשית וגופנית בקרב קבוצות הטרוגניות של מהגרים במדינות מערביות שונות (Viruell-Fuentes et al., 2012; Close et al., 2016), ומגד, שיפור בהשתלבותם החברתית קשור לשיפור בריאותם (Chen et al., 2017).

נטל כפול כזירת הצמלבויות של מצוקות חברתיות ובריאותיות

ברמה אינטגרטיבית וביקורתית יותר, הממצאים מצביעים על כך שהנטל הכפול שחווים מהגרים מטפלים מוביל לטשטוש מסוים בין הנטל האובייקטיבי לבין הנטל האובייקטיבי. אף שהבחנה בין הנטל האובייקטיבי והסובייקטיבי נפוצה מאוד בספרות המקצועית (Awad & Voruganti, 2008; Hoenig & Hamilton, 1966), ומטעמי נוחות נעשתה גם במחקר הנוכחי, חלק מהממצאים מערערים על הרלוונטיות שלה בהקשר של חוויותיהם של מהגרים מטפלים. במקום זאת, הנטל נחוה כמכלול מצטבר ואף מצטלב של מצוקות חברתיות ובריאותיות, שיש ביניהן יחסי גומלין הדדיים ומעגליים.

כך למשל, למצוקה אובייקטיבית דוגמת קושי כלכלי יכולה להיות השפעה שלילית על חוויית החולי הסובייקטיבית של מהגרים מטפלים, מה שעלול להעמיק עוד יותר את קשיי הפרנסה והתעסוקה שלהם. מעבר לכך, מצוקה אובייקטיבית לכאורה, כגון מצוקת דיור, עשויה להגביר הן את הנטל האובייקטיבי על מהגרים מטפלים (משאבים לחיפוש דירה ולמעבר אליה) הן את הנטל הסובייקטיבי (היעדר תחושת בית ודאגות לעתיד). בחוויה של מהגרים מטפלים, החלפת דירות אינה רק מצב אובייקטיבי ופיזי של מעבר ממקום למקום, אלא גם

מצב רגשי של סחרור שאינו מאפשר להם לעצור, להתמקם ולפתח תחושת שייכות למקום החדש. יחסי גומלין מעגליים מתקיימים גם בין נטל הטיפול ואי ידיעת השפה, וכל אחד מהגורמים הללו מעצים את משנהו. קשיים ברכישת שפה עלולים להעצים הן את הנטל האובייקטיבי – אי מימוש זכויות ושירותים, הן את הנטל הסובייקטיבי – קונפליקטים משפחתיים ותחושת תסכול וחוסר אונים במגעים עם המערכת. גם תחושת הנטל הסובייקטיבי, כגון חוויית סטיגמה והדרה חברתית כפולה, יכולה להשפיע על הנטל האובייקטיבי של מהגרים מטפלים בכך שהיא מונעת מהם להשיג משאבים מערכתיים חיוניים. ממצאים אלו מבהירים ממצאי מחקרים קודמים, שהצביעו אומנם על הנטל הכבד שחווים מהגרים מטפלים בהשוואה למטפלים שאינם מהגרים או למהגרים שאינם מטפלים, אך התקשו לעיתים לאתר את הגורמים הספציפיים המעצבים אותו ואת הזיקה ביניהם (Bradley et al., 2006; Kung, 2003; Ryder et al., 2000).

לפי תאוריית **הצטלבות מיקומי השוליים** (intersectionality theory), מהגרים מטפלים עלולים לחוות מצבי מצוקה ושוליות חברתית לא רק בגלל ריבוי הדחק והנטל, אלא גם בגלל הצטלבות זהויותיהם המודרות (Viruell-Fuentes et al., 2012). כך למשל, קטגוריית המהגרים כוללת בדרך כלל תת-קטגוריות של שוליות מעמדית ואתנית. קטגוריית בני משפחה מטפלים כוללת תת-קטגוריות מגדרית (בדרך כלל נשים) וגילית (בדרך כלל אמהות מבוגרות או בגיל הביניים). לכך מתווסף איום על זהותם של בני משפחה מטפלים לאור הסטיגמה החזקה המוטלת על מתמודדים ובני משפחתם, ומעצימה את הסיכון לדחייה ולהדרה חברתית. שילוב בין קטגוריות שונות השזורות זו בזו יוצר איום מתמשך על זהותם ומקומם החברתי של מהגרים מטפלים.

להצטלבות הזהויות המודרות יכולות להיות השפעות גם על בריאותם של מהגרים מטפלים. לפי **השערת הסיכון הכפול** (double jeopardy hypothesis), השתייכות לכמה קבוצות מיעוט בד בבד, וזהות שמתלוות אליה סטיגמות רבות, עלולות להוביל לבעיות בריאות רבות יותר מאשר אנשים שיש להם זהות סטיגמטית אחת (Grollman, 2014). אי לכך, מהגרים מטפלים הם קבוצת סיכון בעצמם, ובעיותיהם עלולות לעיתים להיות לא פחות קשות מבעיותיהם של אלה שהם מטפלים בהם.

מגבלות והמלצות להמשך

למחקר הנוכחי כמה מגבלות. ראשית, מדובר במדגם מוטה במידה רבה מבחינת מאפייני המרואיינים: אף שהמחקר יועד בתחילתו לבחון את חוויותיהם של בני משפחה שונים הלוקחים חלק בנטל הטיפול במתמודדים (הורים, בני זוג, אחאים, בנים ובנות), בפועל הרוב הגדול של מי שהסכימו להתראיין היו הורים, ובעיקר אמהות. שנית, המאמר מתמקד בהשפעת ההיבטים השליליים של הטיפול, ולא נדונו בו תמורות והיבטים חיוביים של הטיפול – שגם הם חלק מחוויותיהם של בני משפחה (Shiraishi & Reilly, 2019). שלישית, הפרספקטיבה שממנה יוצא המאמר הנוכחי מתייחסת רק מעט לרקע התרבותי הייחודי של

עולי ברית המועצות לשעבר, לתפיסתם התרבותית כלפי תחום בריאות הנפש, וכן לשינויים התרבותיים שהם חוו לאחר הגירתם לישראל. רביעית, חשוב לזכור כי המשפחות רואיינו בנקודת זמן ספציפית במעגל ההתמודדות עם המחלה וההגירה, וכי הבדלים במועד פרוץ המחלה ובמועד העלייה לישראל עשויים להשפיע על חוויית הנטל של המרואיינים.

במחקרי המשך כמותניים מומלץ להשוות את הנטל שחווים מהגרים מטפלים לנטל שחווים מטפלים שאינם מהגרים. בדיקה זו חשובה לתיקוף המונח **נטל ההסתגלות הכפולה** ולהמשך חקירתו. בהקשר זה, מומלץ לבחון אם תחושת הנטל הכפול שנמצאה בקרב עולי ברית המועצות לשעבר המטפלים בבן משפחה עם מחלת נפש קשה קיימת גם בקרב מהגרים מקבוצות תרבותיות אחרות בישראל, כגון עולי אתיופיה, ואם כן – באיזה מידה. במחקרים איכותניים עתידיים, נוסף על ראיונות עם בני משפחה, אפשר לראיין גם את המתמודדים המתגוררים עימם ואנשי מקצוע העובדים עם מהגרים מטפלים. מומלץ לחקור כיצד אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש והשיקום בישראל תופסים את בני המשפחה של המתמודדים בכלל, ואת המהגרים המטפלים בפרט, וכך להרחיב את העדשה הפרשנית, להצליב בין מקורות המידע, ולהפיק נקודת מבט שונות על האתגרים והצרכים של בני משפחה מטפלים.

תרומת המחקר והשפעות על המדיניות והפרקטיקה

מבחינה מתודולוגית, המחקר מתחקה אחר אוכלוסיית מהגרים המתמודדים עם מחלת נפש קשה של בן משפחה – קבוצה שמבחינה אמפירית קשה לראיין ולמפות את מאפייניה וצרכיה. בספרות המחקר מהגרים מטפלים נחשבים **אוכלוסייה קשה להשגה** (a hard to reach group) בגלל קשיי שפה, חשדנות תרבותית ואי שיתוף פעולה (Bradby et al., 2007).

מבחינה תאורטית, המחקר מאיר את הדינמיקה המורכבת בין שני תהליכים המתרחשים בד בבד בחייהם של מהגרים מטפלים: הסתגלות למחלת נפש במשפחה, לצד הסתגלות להגירה. מסקנות המחקר מבליטות את ההשפעה השלילית שעלולה להיות ליחסים ההדדיים בין שני תהליכים אלה על איכות חייהם של מהגרים מטפלים ובני משפחה מתמודדים. כדי להמשיג את שני התהליכים ואת יחסי הגומלין ביניהם הוצע במחקר מונח חדש, נטל ההסתגלות הכפולה. ההמשגה החדשה מכוונת לראייה מורכבת ואינטראקטיבית יותר של נטל אובייקטיבי וסובייקטיבי, המתייחסת אל שני סוגי הנטל כמכלול מצטלב ורב-ממדי אחד. זאת ועוד, המונח מרכז את החוויות של מהגרים מטפלים בהקשר הייחודי להם, הן בהשוואה לנטל שחווים בני משפחה מטפלים שאינם מהגרים, הן בהשוואה לדחק שחווים מהגרים שאינם מתמודדים עם מחלת נפש במשפחה. כל אחת מקבוצות ההשוואה היא קבוצת סיכון פוטנציאלית, אך המונח נטל ההסתגלות הכפולה מסייע להכיר במהגרים מטפלים כאוכלוסייה בסיכון כפול, ולעצב התערבויות ומדיניות חברתית המתאימות יותר לצורכיהם. אימוץ ההמשגה החדשה חשוב במיוחד לאור עדויות אמפיריות על כך שהמצוקות החברתיות שמהגרים מטפלים שנתקלים בהן מתקיימות גם שנים רבות לאחר ההגירה, ומהוות חסם מרכזי בפני תהליכי שיקום והחלמה (לף ואח', 2015; Kung, 2016).

מבחינה קלינית, מן המחקר עולה הצורך כי מרכזי היעוץ למשפחות (מרכזי יה"ל, מיל"ם, מית"ל ואחרים) יעצבו את ההתערבויות הפסיכו-חינוכיות שנמצאו אפקטיביות להפחתת תחושת הנטל בקרב בני משפחה מטפלים כך שיתאימו גם לצורכיהם הרגשיים והתרבותיים-לשוניים של מהגרים מטפלים מברית המועצות לשעבר (שליו, 2017; Levy-Frank et al., 2011). למשל, רבים מהמהגרים המטפלים, ובמיוחד ההורים, חווים אובדן רגשי וסימבולי עמוק שמקורו בפערי ציפיות בנוגע לבן או לבת שחלו על רקע ההגירה לישראל. לכן בהתערבויות חיוני להכיר באובדן המרובה שחווים מהגרים מטפלים, לתת לגיטימציה ותוקף לחוויה זו, ולעבד את הרגשות השליליים הנוספים שעולים בהקשר זה, ובהם אשמה, חרטה וחרדה. אשר לנגישות השירותים, היות שחלק מעולי ברית המועצות לשעבר עובדים עד שעות הערב המאוחרות ומתניידים בתחבורה ציבורית, מומלץ להעביר חלק מההתערבויות במרכזי יעוץ למשפחות לשעות הערב, ובכך לשפר את הנגשת השירות עבורם. התערבויות פרטניות וקבוצתיות מותאמות תרבות עשויות לסייע למהגרים מטפלים ברכישת ידע ומידע חיוני, בהפחתת רגשות שליליים המעצבים את תחושת הנטל הסובייקטיבי שלהם, ובהרחבת רשת התמיכה החברתית (Knaifel, 2021).

אולם לצד ההתאמות הדרושות לעבודה טיפולית עם מהגרים מטפלים חשוב להשקיע בחינוך ובהסברה שמטרתם לשנות את מעמדן השולי של משפחות בכלל, ומשפחות מהגרות בפרט, במערך בריאות הנפש. צמצום במשך האשפוז ופיתוח מערך שיקום קהילתי מתקדם הפכו את המשפחות למקור התמיכה העיקרי של המתמודדים, אך במקרים רבים הן עדיין נתפסות בעיניהם של אנשי המקצוע בשירותי בריאות ורווחה כנטל וכגורם מפריע (קורין-לנגר, 2005; Martin et al., 2017). כך, ממצאי המחקר הנוכחי מעידים שבקרב חלק מאנשי מקצוע עדיין נצפות תפיסות סטיגמטיות כלפי הורים בכלל, וכלפי אמהות יחידניות בפרט, המייחסות להם את האשמה העיקרית במצב המתמודדים. מכאן עולה הצורך להמשיך ולחנך את הצוותים המטפלים לשינוי התפיסות השיפוטיות, ולחיזוק מעמדן ומעורבותן של המשפחות בתהליכי ההחלמה של יקיריהן (שליו, 2020).

ברמה המערכתית, המחקר מעלה את הצורך להכיר במהגרים מטפלים כקבוצת סיכון, ולהגדיל את המשאבים הניתנים להם. המחקר מזהה קבוצות ספציפיות בקרב מהגרים מטפלים, למשל מהגרים שמחלת נפש של בני משפחתם התפרצה זמן קצר לאחר ההגירה ואמהות חד-הוריות, כקבוצה בסיכון גבוה במיוחד, הזקוקה לתמיכה מרבית, רגשית ואינסטרומנטלית, מהמערכת. כדי להקל עליהם את הנטל הכלכלי יש להגדיל את קצבאות הנכות ואת הסיוע בשכר דירה למתמודדים עם מחלות נפש קשות. דרישה זאת עומדת בליבו של מאבק הנכים מאז קיץ 2017, ועד היום מומשה רק חלקית. פתרון מערכתי נוסף למצוקה הכלכלית הקשה שמתמודדים ובני משפחתם נתונים בה יכול להיות הכרה בהם כזכאים לדיוור ציבורי. פתרון כזה יכול להקל מאוד על הנטל האובייקטיבי וסובייקטיבי של מהגרים מטפלים ומתמודדים כאחד, ואף לסייע להם בתהליכי נפרדות פיזיים ורגשיים. בד בבד חשוב להמשיך ולקדם הטמעה של כשירות תרבותית ולשונית במערכות המטפלות, כדי להקל על

מהגרים מטפלים ובני משפחתם המתמודדים להשיג מידע ולממש את זכאותם לשירותים ולטיפולים. מענים אלו עשויים לתרום לצמצום פערים חברתיים בבריאות הנפש, ולקידום תהליכי החלמה אישיים ומשפחתיים.

מקורות

- אבריס, א' (2019). **מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל: בין קדמה לקיפאון**. רסלינג.
- דולברג, פ' (2012). **"אין זמן לקחת תנופה": מהגרים בגיל הביניים בישראל** (חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"). אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2021). **השנתון הסטטיסטי לישראל**.
- זרצקי, ק' (2011). **הייחודיות התרבותית של עולי ברית-המועצות לשעבר בהתמודדות עם מגבלה נפשית במסגרת שיקום של בריאות הנפש** (עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", האוניברסיטה העברית בירושלים).
- לף, י', ריבקין, ד' ומילשטיין, א' (2015). **"כמו חתלתולים עיוורים": משפחות עולים חדשים ושירותים המיועדים לילדיהן עם צרכים מיוחדים. ביטחון סוציאלי, 96, 113–141.**
- לשם, א' (2005). **עולי ברית המועצות לשעבר: בין התבדלות לשילוב בחברה הישראלית**. בתוך א' בראלי, ד' גוטוויין וט' פרילינג (עורכים), **חברה וכלכלה בישראל: מבט היסטורי ועכשווי** (עמ' 541–580). יד יצחק בן צבי.
- מירסקי, י' (2009). **אימהות מרוסיה בישראל**. בתוך א' פרוני (עורכת), **מבט מהפסיכואנליזה וממקום אחר** (עמ' 197–214). מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד.
- פוניזובסקי-ברגלסון, י', קורמן, ג' ורואר-סטריאר, ד' (2017). **תפקיד החוסן בהסתגלותם של צעירים עולים שחוו אחריות ילדית**. **חברה ורווחה, 1(1), 59–84.**
- קורין-לנגר, נ' (2005). **עמידות בקרב משפחות של נפגעי נפש** (חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", האוניברסיטה העברית בירושלים).
- קנייפל, י' ומירסקי, י' (2015). **שיקום במבחן העלייה: יוצאי ברית-המועצות לשעבר בשיקום פסיכיאטרי בישראל**. **חברה ורווחה, 1(1), 63–92.**
- קנייפל, י' וקנבסקי, א' (2017). **התערבות פסיכו-חינוכית מותאמת תרבות: מפגשי ייעוץ למשפחות עולות מברית המועצות לשעבר המתמודדות עם מחלה פסיכיאטרית של ילדיהם הבוגרים**. בתוך ע' שליו ונ' הדס לידור (עורכות), **מאי-נראות לשותפות: נתיבי התמודדות והחלמה עם מחלה פסיכיאטרית במשפחה** (כרך ב, עמ' 309–343). הקריה האקדמית אונו.

שומסקי, ד' (2005). אוריינטליזם ואיסלאמופוביה בקרב האינטליגנציה דוברת הרוסית בישראל. **תיאוריה וביקורת**, 26, 89–119.

שור, ר' (2017). הממד התרבותי בעבודה עם משפחות בשיקום בבריאות הנפש. בתוך ע' שליו וני' הדס לידור (עורכות), **מאי-נראות לשותפות: נתיבי התמודדות והחלמה עם מחלה פסיכיאטרית במשפחה** (כרך ב, עמ' 209–308). הקריה האקדמית אונו.

שליו, ע' (2017). עיצוב מודל התערבות למשפחות בבריאות הנפש: רקע תיאורטי ואמפירי. בתוך ע' שליו וני' הדס לידור (עורכות), **מאי-נראות לשותפות: נתיבי התמודדות והחלמה עם מחלה פסיכיאטרית במשפחה** (כרך א, עמ' 137–178). הקריה האקדמית אונו.

שליו, ע' (2020). "אל תדברו עלינו בלעדינו": על חשיבות מעורבותם של בני משפחה בטיפול במתמודדים עם מחלת נפש. **חברה ורווחה**, מ(2–3), 271–278.

שקדי, א' (2003). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום**. רמות.

שרון, א' ברודסקי, ג' ובאר, ש' (2013). **עולים בני 65+ מברית המועצות לשעבר: מאפיינים כלכליים, חברתיים ומאפייני הדיור**. מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל.

Al-Haj, M. I. (2019). *The Russians in Israel: A new ethnic group in a tribal society*. Routledge.

Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149–162. <https://doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>

Azman, A., Jamir Singh, P. S., & Sulaiman, J. (2019). The mentally ill and their impact on family caregivers: A qualitative case study. *International Social Work*, 62(1), 461–471. <https://doi.org/10.1177/0020872817731146>

Barusch, A., Gringeri, C., & George, M. (2011). Rigor in qualitative social work research: A review of strategies used in published articles. *Social Work Research*, 35(1), 11–19. <https://doi.org/10.1093/swr/35.1.11>

Bradby, H., Varyani, M., Oglethore, R., Raine, W., White, I., & Helen, M. (2007). British Asian families and the use of child and adolescent mental health services: A qualitative study of a hard to reach group. *Social Science & Medicine*, 65, 2413–2424. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.025>

Bradley, G. M., Couchman, G. M., Perlesz, A., Nguyen, A. T., Singh, B., & Riess, C. (2006). Multiple-family group treatment for English and Vietnamese-speaking families living with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(4), 521–530. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.4.521>

- Chen, W., Ling, L., & Renzaho, A. M. (2017). Building a new life in Australia: An analysis of the first wave of the longitudinal study of humanitarian migrants in Australia to assess the association between social integration and self-rated health. *BMJ Open*, 7(3).
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014313>
- Chetrit, S. S. (2010). *Intra-Jewish conflict in Israel: White Jews, black Jews*. Routledge.
- Close, C., Kouvonon, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D., & Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first-generation migrants: A systematic-narrative review of reviews. *Globalization and Health*, 12(47), 1–13.
<https://doi.org/10.1186/s12992-016-0187-3>
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. Guilford Press.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* (2nd ed.). Sage.
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P., & Sondheimer, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52(7), 903–910.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.903>
- Dolberg, P., Goldfracht, M., Karkabi, K., Bleichman, I., Fleischmann, S., & Ayalon, L. (2019). Knowledge and attitudes about mental health among older immigrants from the former Soviet Union to Israel and their primary care physicians. *Transcultural Psychiatry*, 56(1), 123–145.
<https://doi.org/10.1177/1363461518794233>
- Gallagher, S. K., & Mechanic, D. (1996). Living with the mentally ill: Effects on the health and functioning of other household members. *Social Science & Medicine*, 42(12), 1691–1701.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00296-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00296-0)
- Gorodzeisky, A., & Semyonov, M. (2011). Two dimensions to economic incorporation: Soviet immigrants in the Israeli labour market. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 37(7), 1059–1077.
<https://doi.org/10.1080/1369183X.2011.572483>

- Grollman, E. A. (2014). Multiple disadvantaged statuses and health: The role of multiple forms of discrimination. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(1), 3–19. <https://doi.org/10.1177/0022146514521215>
- Guada, J., Land, H., & Han, J. (2011). An exploratory factor analysis of the burden assessment scale with a sample of African-American families. *Community Mental Health Journal*, 47, 233–242. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9298-0>
- Guarnaccia, P. J., & Parra, P. (1996). Ethnicity, social status, and families' experiences of caring for a mentally ill family member. *Community Mental Health Journal*, 32(3), 243–260. <https://doi.org/10.1007/BF02249426>
- Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K., & Van Impe, K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*, 15, 162. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0547-1>
- Guzder, J., Yohannes, S. & Zelkowitz, P. (2013). Help-seeking of immigrant and native-born parents: A qualitative study from a Montreal child day hospital. *Journal of Canadian Academic Child Adolescents Psychiatry*, 22, 275–281.
- Hernandez, M., & Barrio, C. (2015). Perceptions of subjective burden among Latino families caring for a loved one with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 51(8), 939–948. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9881-5>
- Hoenig, J., & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165–176. <https://doi.org/10.1177/002076406601200301>
- Iseselo, M. K., Kajula, L., & Yahya-Malima, K. I. (2016). The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: A qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 16, 146. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0857-y>
- Knaifel, E. (2021). Cultural competence in multi-family psychoeducation groups: The experiences of Russian-speaking immigrant mothers of adults with severe mental illness. *Transcultural Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/13634615211058351>
- Kung, W. W. (2003). The illness, stigma, culture, or immigration? Burdens of Chinese American caregivers of patients with schizophrenia. *Families in Society*, 84(4), 547–557. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.140>

- Kung, W. W. (2016). Tangible needs and external stressors faced by Chinese American families with a member having schizophrenia. *Social Work Research, 40*, 53–63. <https://doi.org/10.1093/swr/svvo47>
- Larson, J. E., & Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic Psychiatry, 32*(2), 87–91. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.87>
- Levy-Frank, I., Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., & Roe, D. (2011). Family psychoeducation and therapeutic alliance focused interventions for parents of a daughter or son with a severe mental illness. *Psychiatry Research, 189*(2), 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.012>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Martin, R. M., Ridley, S. C., & Gillieatt, S. J. (2017). Family inclusion in mental health services: Reality or rhetoric? *International Journal of Social Psychiatry, 63*(6), 480–487. <https://doi.org/10.1177/0020764017716695>
- Mirsky, J. (2009). Mental health implications of migration: A review of mental health community studies on Russian-speaking immigrants in Israel. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(3), 179–187. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0430-1>
- Nadan, Y. (2017). Rethinking “cultural competence” in international social work. *International Social Work, 60*(1), 74–83. <https://doi.org/10.1177/0020872814539986>
- Nakash, O., Levav, I., & Gal, G. (2013). Common mental disorders in immigrant and second-generation respondents: Results from the Israel-based World Mental Health Survey. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(5), 508–515. <https://doi.org/10.1177/0020764012443754>
- Nakash, O., Nagar, M., Danilovich, E., Bentov-Gofrit, D., Lurie, I., Steiner, E., Sadeh-Sharvit, S., Szor, H. & Levav, I. (2014). Ethnic disparities in mental health treatment gap in a community-based survey and in access to care in psychiatric clinics. *International Journal of Social Psychiatry, 60*(6), 575–583. <https://doi.org/10.1177/0020764013504562>
- Oznobishin, O., & Kurman, J. (2009). Parent-child role reversal and psychological adjustment among immigrant youth in Israel. *Journal of Family Psychology, 23*(3), 405–415. <https://doi.org/10.1037/a0015811>

- Park, M. (2012). Filial piety and parental responsibility: An interpretive phenomenological study of family caregiving for a person with mental illness among Korean immigrants. *BMC Nursing*, 11, 28.
<https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-28>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods* (3rd ed.). Sage.
- Remennick, L. I. (2001). "All my life is one big nursing home": Russian immigrant women in Israel speak about double caregiver stress. *Women's Studies International Forum*, 24(6), 685–700.
[https://doi.org/10.1016/S0277-5395\(01\)00205-9](https://doi.org/10.1016/S0277-5395(01)00205-9)
- Remennick, L. I. (2012). *Russian Jews on three continents: Identity, integration, and conflict* (2nd ed.). Transaction Publishers.
- Remennick, L. I. (2013). Professional identities in transit: Factors shaping immigrant labour market success. *International Migration*, 51(1), 152–168.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2011.00733.x>
- Ryder, A. G., Bean, G., & Dion, K. L. (2000). Caregiver responses to symptoms of first-onset psychosis: A comparative study of Chinese-and Euro-Canadian families. *Transcultural Psychiatry*, 37(2), 255–266.
<https://doi.org/10.1177/136346150003700207>
- Sam, D. L., & Berry, J. W. (2010). Acculturation: When individuals and groups of different cultural backgrounds meet. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 472–481. <https://doi.org/10.1177/1745691610373075>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Sage.
- Shiraishi, N., & Reilly, J. (2019). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: A systematic review and qualitative meta-summary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(3), 277–290.
<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1617-8>
- Shor, R. (2006). When children have problems: Comparing help-seeking approaches of Israeli-born parents and immigrants from the former Soviet Union. *International Social Work*, 49(6), 745–756.
<https://doi.org/10.1177/0020872806070971>
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>

- Soskolne, V., Halevy-Levin, S., Cohen, A., & Friedman, G. (2006). Caregiving stressors and psychological distress among veteran resident and immigrant family caregivers in Israel. *Social Work in Health Care*, 43(2–3), 73–93. https://doi.org/10.1300/J010v43n02_06
- Spaniol, L., & Nelson, A. (2015). Family recovery. *Community Mental Health Journal*, 51(7), 761–767. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9880-6>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basic of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage.
- Suwal, J. V. (2010). Health consequences to immigrant family caregivers in Canada. *Canadian Studies in Population*, 37(1–2), 107–124. <https://doi.org/10.25336/P6T9oJ>
- Thompson, M. S. (2007). Violence and the costs of caring for a family member with severe mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(3), 318–333. <https://doi.org/10.1177/002214650704800308>
- Topor, A., Ljungqvist, I., & Strandberg, E. L. (2016). Living in poverty with severe mental illness coping with double trouble. *Nordic Social Work Research*, 6(3), 201–210. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2015.1134629>
- Tse, S., & Ng, R. M. (2014). Applying a mental health recovery approach for people from diverse backgrounds: The case of collectivism and individualism paradigms. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 1(1), 7–13. <https://doi.org/10.1007/s40737-014-0010-5>
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099–2106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>
- Weiser, M., Werbeloff, N., Vishna, T., Yoffe, G., Lubin, G., Shmushkevitch., & Davidson, M. (2008). Elaboration on immigration and risk for schizophrenia. *Psychological Medicine*, 38, 1113–1119. <https://doi.org/10.1017/S003329170700205X>
- Youngmann, R., Pugachova, I., & Zilber, N. (2012). Utilization patterns of ambulatory psychiatric services by Ethiopian immigrants in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 49(3), 151–158.
- Zamora, E. R., Kaul, S., Kirchhoff, A. C., Gwilliam, V., Jimenez, O. A., Morreall, D. K., Montenegro, R. E, Kinney, A. Y., & Fluchel, M. N. (2016). The impact of language barriers and immigration status on the care experience for Spanish-speaking caregivers of patients with pediatric cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(12), 2173–2180. <https://doi.org/10.1002/pbc.26150>