

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב  
הפקולטה למדעי הרוח והחברה  
המחלקה לעבודה סוציאלית

סיפורי עוף החול: נשיות בסיפורי חיים של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש

חיבור זה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח והחברה" (M.A.)

מאת: נור שמעי

בהנחיית: ד"ר מיכל קרומר-נבו

17.06.2010

ה' בתמוז תש"ע

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב  
הפקולטה למדעי הרוח והחברה  
המחלקה לעבודה סוציאלית

סיפורי עוף החול: נשיות בסיפורי חיים של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש

חיבור זה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח והחברה" (M.A)

מאת: נור שמעי

מנחה: ד"ר מיכל קרומר-נבו

חתימת הסטודנט: \_\_\_\_\_  
חתימת המנחה: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_

יוני 2010

אני רוצה לומר תודה לכל האנשים שליוו אותי בדרך.  
לד"ר מיכל קרומר- נבו על שהנחת אותי ב"עליות ובירידות" הקשבת והענקת את מלוא תשומת  
הלב שהייתי זקוקה לה בכל אותם עשרות רגעים בדרך. זוהי זכות גדולה עבורי להכיר אותך  
וללמוד ממך.  
לאמא שלי, שכל פעם אני לומדת להכיר עוד מחכמתך. תודה שהאמנת בי, תודה שתמיד את שם  
לצידך. לבני ובנות משפחתי, חברי וחברותי תודה שהייתם סבלנים לאפשר לי ללכת בדרכי  
ולהשקיע במחקר, תודה על הסקרנות, התמיכה והפרגון.  
ולנשים היקרות והמיוחדות שהשתתפו במחקר, תודה שנתתן בי אמון ושיתפתם אותי בסיפור  
חייכן, הקול שלכן הלך איתי לאורך כל הדרך ואני מאמינה שהוא עוד ילך איתי שנים רבות. תודה  
שלימדתן אותי על נשיות, דרכן למדתי עוד על הנשיות שלי.

”מסתכלת על עצמי מהצד

פתאום אני נראית אישה

כבר לא נדחקת לשוליים

כמו ילדה קטנה וחלשה

עומדת על הרגליים שלי

מרגישה את כובדן על החול

ויש לי כוח ומשקל

שאפשר למדוד ולשקול...”

מתוך: לא נעלמת/אסתר שמיר- שיר

## תקציר

מחקר זה בוחן את חווית הנשיות בחייהן של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש. מטרת המחקר הינה להעניק במה לנקודת המבט הייחודיות של הנשים עצמן כנשים המתמודדות עם המחלה. הפרעה נפשית הינה תסמונת או תבנית התנהגותית או פסיכולוגית בעלת משמעות קלינית, המופיעה בפרט ומלווה באופן טיפוסי בסבל (distress) או בפגימה (impairment) או בנכות (disability) באחד או יותר משטחי תפקוד (dysfunction), או שקיימת הגברה בסיכון למוות, לכאב, לנכות או לאיבוד ניכר של חירות (אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן, 2003). הפרעות נפש נמנות עם הגורמים הבולטים לחולי ולמוגבלות בעולם כולו, כמו גם בישראל. כ-25% מתושבי העולם יחלו בהפרעה נפשית במהלך החיים, וכ-10% סובלים מהפרעה כזו בכל רגע נתון (WHO, 2001). מתוך דוח ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2005) עולה כי נערות ונשים בגיל ההתבגרות, הבגרות והזקנה, סובלות יותר מגברים מהפרעות של דיכאון וחרדה, פגיעה עצמית, הפרעות אכילה, דמנציה ופסיכוזה.

הספרות הקיימת בנושא הנשיות מלמדת כי הנשיות נתפסת כהוויה מסתורית ורופפת המוגדרת ביחס לגבר (דה בובואר, 2001), אך היא גם מוגדרת בנוקשות כסט של צווים, התנהגויות, מראה ומסרים המצופים מנשים בחברה המרכיבים את מה שנתפס כנשיות ההגמונית (Collins, 2004). במשך ההיסטוריה ניתנו מספר הסברים לכך שנשים רגישות יותר לסבול ממחלות נפש: הסברים מהותניים רואים קשר בין נשים למחלות נפש כקשר "טבעי", המבוסס על תכונות ביולוגיות. לעומתן, הגישות הפמיניסטיות רואות במחלות הנפש ערוץ דרכו באות לידי ביטוי המשמעויות השונות שמעניקות נשים לגבי נשים ונשיות בחברה. ע"פ גישה זו מחלת הנפש יכולה להיתפס כביטוי של מרד של נשים כנגד התפיסות המגבילות אותן.

המחקר הנוכחי נערך ע"פ עקרונות הגישה הפנומולוגית ברוח הגישה הפמיניסטית, באמצעות ראיון סיפורי חיים. איתור המשתתפות נעשה על ידי שימוש באינטרנט ובאמצעות טכניקת כדור שלג. שמונה נשים בטווח הגילאים 23-49 הסכימו להשתתף במחקר, כולן מתמודדות לפחות חמש שנים עם המחלה ומנהלות אורח חיים עצמאי. שיטת הניתוח שנבחרה שילבה בין ניתוח הוליסטי של סיפור החיים ביחס לנשיות וניתוח תמתי של כל הראיונות.

המשתתפות הגדירו ואפיינו את הנשיות וחוויותיהן כנשים באמצעות התייחסות לאלמנטים שונים בחייהן המתקשרים לנשיות: מערכות יחסים, אמהות, מראה חיצוני, מיניות וכן ענו לשאלה "מי היי האישה שעבורך היא מודל נשי?".

הדיון מתאר את התפתחות הנשיות על רצף של זמן - לפני פרוץ המחלה, תוך כדי המחלה וכן בשלבי השיקום וההחלמה - ביחס לסוגיות שונות הקשורות לנשיות. למרות שאצל כל אישה מדובר במסלול ייחודי ניתן לשרטט מהלך כללי של התפתחות ושינוי של תפיסת הנשיות. כל אחת משמונה המשתתפות במחקר נמצאת במקום אחר בחייה בתהליך זה: לפני פרוץ המחלה המשתתפות מתארות את עצמן כמי שאינן מתאימות לנשיות ההגמונית. חלקן מתארות עצמן כמי שעסוקות בחוויות החיים בהווה ואינן מכוונות לנישואין ולאמהות. בנוסף, הן אינן מעניקות תשומת לב מרובה או מיוחדת לטיפול עצמי, וחלקן אף לא מוצאות בכך כל עניין. בניגוד לכך, במימד האישי, הפנימי, הנשים מתארות את עצמן כחסרות קול וככאלה שאינן מבטאות את צרכיהן וכמי שגם בתוך מערכות יחסים אינן מבטאות את צרכיהן - בכך הן מתאימות למצופה בנשיות ההגמונית.

עם פרוץ המחלה העיסוק המרכזי של הנשים עובר ל"מצב רוח" והן מתארות כי הן לא פנויות לעסוק בנשיות. בשלב זה מחיקת הנשיות או טשטושה באים לידי ביטוי בפגיעה במערכות יחסים, במיניות, במראה החיצוני, וכן בחוויה העצמית בה הן חוות עצמן בתור "חולות" ולא בתור "נשים חולות".

בשלבי השיקום, ההחלמה וההתמודדות קורה תהליך מורכב. מצד אחד, כלפי חוץ יש שינוי כללי במכוונות שלהן לחיות בהתאם לסטנדרטים של הנשיות ההגמונית, בכל הצדדים הקשורים לטיפול החיצוני, למערכות יחסים ולאמהות. מצד שני, במימד האישי, הפנימי הנשים מתחזקות, משמיעות את קולן ואת צרכיהן, עושות למען עצמן, נאבקות ונלחמות למען המקום שלהן ומימוש רצונותיהן וצרכיהן במסגרות עבודה, מקומות הטיפול, ביחס לבחירת בני זוג ובתוך ביתן הפרטי. במובן זה הן מתאימות פחות לנשיות ההגמונית.

למעשה ניתן לראות שהנשיות מהווה ערוץ מרכזי בתהליך השיקום וההחלמה דרכו הן חוזרות אל ה"נורמאליות". אולם, האופן בו הן מממשות את הנשיות שלהן יש בו גם ממדים של התאמה לפרמטרים המקובלים של הנשיות ההגמונית בכל הנוגע להתנהגות הנראית לעין (מראה חיצוני, עמדות בנוגע לאמהות, מערכות יחסים) וגם איתגור של הקונבנציות בנשיות ההגמונית. ניתן להבין זאת כאילו הנשים שסירבו לפני המחלה לקבל על עצמן את הקונבנציות הללו, "נכנעו" לנשיות ההגמונית. אולם ניתן להבין זאת גם כביטוי של איתגור של הנשיות ההגמונית, שכן בצד השינוי שהן עוברות במימדים החיצוניים הן עוברות גם שינוי בממדים הפנימיים של החוויה הפנימית, משמיעות את קולן ואת צרכיהן, עושות למען עצמן ונאבקות ונלחמות למען המקום שלהן.

מגבלתו המרכזית של המחקר היא במדגם שאינו הטרוגני דיו, שכן רוב המשתתפות בו עוסקות בעבודה טיפולית כנשות מקצוע מן המניין או בתפקידים פארא מקצועיים. אולם חשיבותו של מדגם זה בכך שהוא שמאפשר לשפוך אור על קיומה של קבוצה ייחודית של נשות טיפול המתמודדות עם מחלת הנפש. בנוסף, מחקר זה מאפשר להתייחס לראשונה לחוויות הנשיות בחייהן של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש.

למחקר זה יש השלכות לפרקטיקה ובעיקר לצורך של מטפלים להבין טוב יותר את חוויות הנשיות של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש, לזהות את השינויים החלים בתפיסת הנשיות בשלבי התפרצות המחלה, ההתמודדות עימה והשיקום וההחלמה ממנה וכן לזהות את הפערים במימדים השונים של המחלה ובהתייחסות הייחודית של כל אישה למה היא נשיות בשבילה ואיזה אישה היא בוחרת או רוצה להיות.

תוכן עניינים

9	1. מבוא
10	2. סקירת ספרות
10	2.1 נשיות
10	2.1.1 הגדרת הנשיות
12	2.1.2 ביקורת על הגדרת הנשיות
13	2.2 מחלות הנפש
14	2.2.1 מחלות נפש וההבדלים בין המינים
15	2.3 נשיות ומחלת הנפש
15	2.3.1 נשים ומחלות נפש לאורך ההיסטוריה
17	2.3.2 הסברים לקשר בין נשים ומחלת הנפש
25	3. מתודולוגיה
25	3.1 גישת המחקר
27	3.2 כלי המחקר
27	3.3 איתור המרואיינות
29	3.4 כלי המחקר: הראיונות
30	3.5 מדגם
31	3.6 סוגיות אתיות
35	3.7 מהלך ניתוח הנתונים
36	4. ממצאים
36	4.1 סיפורי החיים של המשתתפות
44	4.2 נשיות: הגדרה
46	4.3 מערכות יחסים
46	4.3.1 תרומתן של מערכות יחסים להתפרצות מחלת הנפש
48	4.3.2 מקום האישה במערכת היחסים
50	4.3.3 מערכות היחסים וההתמודדות עם מחלת הנפש
54	4.4 אמהות
54	4.4.1 הרצון הכמיהה והזכות להיות אמא
59	4.4.2 אמהות ומחלת הנפש
64	4.5 מראה חיצוני
64	4.5.1 השמנה
66	4.5.2 טיפוח המראה החיצוני
71	4.6 מיניות
73	4.7 מודלים נשיים
78	5. דיון ומסקנות
90	6. מקורות
95	7. נספחים



## 1. מבוא

ההיסטוריה מלמדת כי לאורך השנים ניתנו דגשים שונים ביחס שבין נשים למחלות נפש. נשים שביקשו לנהוג אחרת מהמקובל בתפקידן החברתי, בסדר החברתי או בשונה מחוקי הדת, כאלו שביקשו צורת חיים אלטרנטיבית או השכלה, או נשים שביקשו להיות מי שמחליטות על חייהן או על גופן, תויגו ככאלה הסובלות משיגעון. הספרות המחקרית הפמיניסטית בנושא מצביעה על תהליך המדיקליזציה של חוסר השמחה אצל נשים ורואה בפסיכיאטריה שיטה לשליטה בנשים. מחקרים נוספים מתעדים אחוז גבוה של פגיעות מיניות בילדות, אצל נשים המתמודדות עם מחלת הנפש, כדבר הגורר אבחון וטיפול שגוי. במחקר שלהלן תוצג חווית הנשיות של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש כפי שהיא באה לידי ביטוי בסיפורי חייהן, מטרת המחקר הינה לתת ביטוי ובמה לנקודת המבט הייחודיות של הנשים עצמן המתמודדות עם מחלת הנפש ולאפשר להכיר ולהבין את חוויותיהן והתמודדותן. המחקר נערך ע"פ עקרונות הגישה הפנומנולוגית ברוח הגישה הפמיניסטית באמצעות סיפורי חיים. תרומתו של מחקר זה היא בנתינת מקום לסיפוריהן כנשים, לנשיותן כפי שהיא מסופרת מנקודת מבטן ולמפגש בין חוויית הנשיות למחלת הנפש. מחקר זה הינו לבנה נוספת בידע הקיים בתחום המגדר ומחלות הנפש בכלל ובידע לגבי חוויית הנשיות של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש בפרט. ראשוניות המחקר בהתמקדות בנשיות ובמקום שלהן כנשים בראש ובראשונה, קודם לעיסוק בהתמודדות עם מחלת הנפש. המחקר משלב בין עולמות תוכן מגוונים השאובים ממחקרים בתחום הנשיות, מגדר, בריאות הנפש ומחלות נפש, תוך הסתכלות היסטורית על שינויים ביחס למפגש בין תחומים אלו. בחלק הראשון של המחקר תוצג סקירת הספרות המתייחסת לנשיות, למחלות נפש ולשילוב בניהן. בחלק השני של המחקר תתואר המתודולוגיה של המחקר, בחלק השלישי יוצגו סיפורי החיים של הנשים שהשתתפו בו והממצאים, ובחלק האחרון הדיון, המסקנות והמלצות המחקר.

## **2. סקירת ספרות**

הפרק להלן יסקור את הספרות העוסקת בתכני המחקר. בתחילה יתוארו הגדרות לנשיות, וביקורת לגביהן. לאחר מכן תוצג סקירה של מחלות הנפש בהקשר המגדרי, ובסופו של דבר יפורטו גישות והסברים לקשר שבין נשיות למחלת הנפש.

### **2.1 נשיות**

בסקירה שלהלן אתאר ואציין את ההגדרות השונות שניתנו למושג הנשיות ואת הביקורת על הגדרות אלו. מתוך הספרות הקיימת בנושא, ניתן ללמוד כי הגדרת המושג "נשיות" נמצאת על רצף שבקצהו האחד אפשר למצוא את ההגדרה הרואה בנשיות הוויה מסתורית ורופפת המוגדרת ביחס לגבר (דה בובואר, 2001) ובקצה השני ניתן למצוא את "הנשיות ההגמונית", סט של צווים, התנהגויות, מראה ומסרים המצופים מנשים בחברה (Collins, 2004). בין קצוות הרצף ניתן לראות הבנות שונות על מהי הנשיות, ביקורת על ההגדרות הקיימות והצעה להסתכלות אחרת על הנשיות כהגדרה סובייקטיבית של כל אישה בהתאם לתרבות ולחברה בה היא חייה.

#### **2.1.1 הגדרת הנשיות**

נשיות נתפסת כהוויה מסתורית ורופפת, מבנה שאינו ניתן להגדרה בפני עצמו, אלא נקבע ונבדל יחסי לגבר, מה שאינו מותיר מקום לייחודיות של כל אישה. האישה נתפסת כייצוג שלילי, כחסר עד כדי כך שכל הגדרה מיוחסת לה כמגבלה (דה בובואר, 2001). אריגרי (2003) טוענת שהדומיננטיות של הערכים הגבריים בחברה הנה הרסנית לרבגוניות ולנזילות של המיניות הנשית, שמקורה בגוף עצמו. הניסיון להמשיג את השוני הנשי מגלה בהכרח כי אין אפשרות להגדיר נכונה את "האישה", מכיוון שכל מושג הנתון מראש עלול לכלוא את הנשים בשיטת הייצוג הגברית, אך בה בעת מנכיח את העובדה שהרצון להימלט משיח זה עלול לגרום לאיבוד הכול. לפיכך, המשגת הנשיות פירושה חיפוש מתמיד בכל הכמוס והטמון בשיטת הייצוג הגברית, פירוק ושינוי מבפנים של השיח הגברי כדי לחלץ ממנו את השוני המיני של הגוף הנשי.

יחד עם זאת, ניתן לאפיין סט של התנהגויות הנחשב ל"נשיות ההגמונית" המבטא את הפרקטיקה התרבותית והאידיאולוגית הקשורה למבנה הכוח הקיים בחברה השלטת בעולם המערבי, בו נשים נחותות יותר מגברים. בתוך מציאות חברתית זו ישנן נשים המשיגות סטאטוס גבוה מאחרות בכך שמונחות ע"י התנהגות נורמטיבית נשית המייצרת את מה שנחשב לנשיות הגמונית. חוקרים (Bay-Cheng et al, 2002; Craford & Unger, 2000; Gilbert & Scher, ; Collins, 2004)

(1999; Mahalik et al, 2005) זיהו מרכיבים, מסרים וצווים שונים בנשיות ההגמונית: יופי, התנהגות, נישואין והסדרים משפחתיים, מיניות הטרוסקסואלית ומוצא לבן. לדבריהם, נשיות האוריינטציה הקונבנציונאלית לתפקיד המין המיוחסת לנשים, היא מבנה רב פנים המכיל צווים בנוגע להתנהגות, אפקט קוגניטיבי ומראה פיזי. המסרים הנורמטיביים הרבים הקשורים לנשיות כגון: היי נחמדה, התמקדי במערכות יחסים, היי מושכת, היי רזה, הזיני אחרים, היי שקטה, הסכימי לגבר והיי ביתית, הינם מרכיבים אידיאליים המחלחלים דרך הרשתות החברתיות ומבנים חברתיים, כך שנשים מפנימות אותן וחשות מחויבות לממשן.

גיליה קריסטבה תורמת להבנת מעמדה של האישה בתרבות באמצעות ניתוח פסיכואנליטי פמיניסטי (פרידמן, 2007). בניתוחה היא בוחנת את השלב הקדם אדיפאלי (השלב האנאלי ע"פ פרויד) ומזהה את תפקידה של האם כמי שמייצרת פיצול קודם ומתח הכרחי בין גוף הילד/ה וגופה של האם שאליו הילד/ה קשור/ה לבין עולם התרבות הדורש סדרי ניקיון ברורים. כפרויד היא טוענת שהילדה נאלצת להזדהות עם דחיית עצמה, ולכן המבנה הנפשי של אישה הוא מבנה ללא סובייקט מלא, שלם, אחיד או קוהרנטי. תיאור זה מסביר עד כמה מורכבים ובעיתיים מקומה, תפקידה וחוויותיה של האישה בחברה. להיות אישה פירושו לשמש בו בזמן מי שנחשקת ומי שדוחה. להיות אישה פירושו לדמות את הגוף של עצמה כמגעיל ובזוי ובו בזמן לזהות את עצמה כמי שיש לה גוף דחוי ומוקצה. להיות אישה פירושו לאהוב את עצמה ובו בזמן להיגעל מעצמה. אישה אמורה למצוא את עצמה במצב בלתי אפשרי ובלתי אנושי הדורש יחס כפול והפוך, הן מצד המשפחה והחברה הסובבת אותה והן של עצמה לעצמה. ללא האם הדוחה לא הייתה תרבות, אולם מקומה של האישה בתרבות הוא מקום האחר, המוקצה, הדוחה- של כל מה שנתפס כלא שייך, כמצוי מחוץ לממד הסימבולי וכמה שמאיים על התרבותי ויכול להורסו. לטענת קריסטבה, היות האישה הדוחה מסביר את ניגודי הדימויים של הנשים. כיוון שאישה היא האחר הנדחית, אך הכרחית, אזי היא אחת מאלה: זונה- מכילה את כל נוזלי התשוקה הגברית, בתולה- זו שלא ניתן לחדור לתוכה, היא טהורה, אם רחמנייה- המטפלת בכל חי, או מכשפה רעה- המאיימת על כל חי. קרסטבה טוענת שדימויים אלו הכרחיים ומפרים את התרבות.

השיח על נשיות הוגדר על ידי סטופרד (Stoppard, 2000) כ: "אמונות תרבותיות משותפות ופרקטיקות שמבנות את משמעות המילה "אישה", מה זה להיות אישה וחוויות של סובייקטיביות אצל נשים" (עמ' 23). בתרבויות המערביות, השיח על נשיות מבנה נשים ככאלה שהנטייה לדאגה לאחר ולטיפול באחר מוטבעת בהן באופן טבעי(האינסטינקט האימהי). "שיח שכזה תומך בהסדרים החברתיים והמשפחתיים בהם נשים מבצעות את רוב עבודת הטיפול, ובו

זמנית שמה את הצרכים של אחרים לפני הצרכים של עצמן" (עמ' 18). ההנחה היא שגברים מאמצות את האחריות על הטיפול בשמחה לאור נטייתן הטבעית לעסוק "בעבודת האהבה" (Labor of love). כתוצאה מכך עבודת הנשים בבית נתפסת כמובנת מעליה ולא מוערכת, והתנהגות שאינה תואמת את המצופה מאישה, מגונה. התנהגות שאינה קונפורמית לשיח הנשי (תעדוף הצרכים והרווחה האישי), מובנה כ"לא טבעי" ובאופן בלתי נמנע מביא לשיפוט מוסרי את האישה.

אידיאל האישה הטובה אינו סטטי או תפקיד כתוב מראש אלא הוא תוצר של משא ומתן חברתי שגם משתף וגם משתמר באמצעות מבנים חברתיים (Lafrance & Stoppard, 2006).

### **2.1.2 ביקורת על הגדרת הנשיות**

הביקורת שעולה על מושג הנשיות, כפי שהוא נתפס בחברה, מבקשת להראות שכאשר התנהגותן של נשים בשר ודם סותרות את מאפייניו של מושג זה, הן נחשבות תיתפסנה כאינן נשיות, דבר שאינו מאפשר לנשים אלו להיות ולממש את נשיותן כפי שהן חוות זאת (דה בובואר, 2001). בצד הניסיון לזהות מהי נשיות, קיימת ביקורת על הנטייה להכללה ועל האופן בה הכללה זו באה לידי ביטוי. בהתפתחות הבנת המגדר עולה כי המשמעות של נשיות ואידיאליים של יופי נשי נבדלים על פי הזהויות והסטאטוסים של הנשים על בסיס של מוצא, אתניות, גיל, דור, יכולות ואוריינטציה מינית (Bay-Cheng et, al, 2002; Notman & Naselson, 1995; Sajatovic et, al, 2002).

מהליק וחבריו (Mahalik et, al, 2005) מבקרים את המדדים הפסיכומטריים הנפוצים לבחינת נשיות בארה"ב (לדוגמא : Bem Sex Role Inventory, 1981) כגון: עדינה, אוהבת ילדים, נאמנה, רגישה לצרכי האחר, ביישנית, תמימה, מדברת ברכות ועוד. לטענתם מדדים אלו נותנים תשובה לשאלה מהי מידת הנשיות של נשים ספציפיות בהתייחס להגדרה מצומצמת מאוד לסטאטוס של נשיות. לטענתם מדדים אלו אינם מביאים בחשבון את התהליכים הדינמיים שעוברות נשים ביחס לנשיותן במהלך החיים לכן הם שמים במוקד את המשמעות של כל אישה לבנות את המאפיין המשמעותי שלה בנשיות, את ההשפעות על הנורמה הנשית והשפעת ההקשר על הבניית המשמעות הנשית אצל כל אישה מתוך הבנה שמודעות לנשיות מתפתחת באישה בהתאם לחברה ולתרבות שבה היא חיה.

בביקורת שעולה בהקשר של מיתוס היופי (וולף, 2004), מצוין שהוא פועל כדי להאדיר ולרומם את אותן הנשים העומדות בקנה המידה שהוא קובע. אך הוא מופעל בעיקר כדי להדיר נשים שאינן תואמות את קנה המידה שלו ממוקדי תשומת הלב הציבוריים. בתקופות שונות מזוהות תכונות שונות עם יופי נשי ולמעשה מיתוס היופי הינו צו המכתיב התנהגות ולא מראה חיצוני.

סיקסו (סיקסו וקלמנט, 2006) מצביעה על התשתית המגדרית שבבסיס מודל החשיבה הדיכוטומי- היררכי הדומיננטי במחשבה המערבית, הקושרת את הקוטב האחד – המזוהה עם תבונה, רוח, שכל, אקטיביות, וזוכה לערכיות חיובית- עם ה"גבריות" ואת האחר- המזוהה עם רגשות, יצרים, תשוקות, חוסר רציונאליות, שיגעון- עם "נשיות". בלשון זו האישה מיוצגת על דרך השלילה: כהיפוכו של הגבר, כהיעדר התכונות הגבריות. במערכת לשונית זו נשים אינן יכולות לייצג את עצמן. בלשון זו הן תמיד האחר, המסמן חסר וסירוס (היעדר הפאלוס) או עודפות פורצות גבולות (הקשורה בליבידו ובגוף הנשי). לדעתה, כדי לפרוץ את המלכוד יש הכרח לפרוץ את גבולות הלשון הפטריארכאלית על ידי יצירתה של "כתיבה נשית", שתנבע ממחוזות החוויה שלשון זו מדחיקה. דרך זו עוברת בראש ובראשונה דרך המללת הגוף הנשי, מיניותו, תשוקותיו, התענגותיו ומצביו המשתנים- המללה של כל אותן חוויות שבעבר יכלו להתבטא רק דרך מופעי הדיבוק ההיסטריים.

## **2.2 מחלות הנפש**

מופעי הדיבוק ההיסטריים או בשמותיהם המגוונים לאורך ההיסטוריה, כגון: חולי ירח, חולי אהבה, משוגעים, מופרעים, חולי נפש ועוד באו לתאר את האדם שמתמודד עם מחלת הנפש, כפי שמקובל לכנות זאת כיום. בפרק שלהלן אסקור את ההגדרה המקובלת למחלת הנפש, ההבדלים בין נשים וגברים ביחס למחלות הנפש לאורך מעגל החיים, ההיסטוריה של נשים ומחלות הנפש וההסברים השונים, מסורתיים ופמיניסטים, שניתנו לקשר בין נשים ומחלות הנפש.

הפרעות נפש נמנות עם הגורמים הבולטים לחולי ולמוגבלות בעולם כולו, כמו גם בישראל. דו"ח 2001 של ארגון הבריאות העולמי התמקד בבריאות הנפש ותיאר את הנטל הכלל עולמי של תחלואת הנפש: כ 25% מתושבי העולם יחלו בהפרעה נפשית במהלך החיים, וכ- 10% סובלים מהפרעה כזו בכל רגע נתון (World Health Organization, 2001).

הפרעה נפשית הינה תסמונת או תבנית התנהגותית או פסיכולוגית בעלת משמעות קלינית, המופיעה בפרט ומלווה באופן טיפוסי בסבל (distress) או בפגימה (impairment) או בנכות (disability) באחד או יותר משטחי תפקוד (dysfunction), או שקיימת הגברה בסיכון למוות,

לכאב, לנכות או לאיבוד ניכר של חירות. מודגש, כי התסמונת הנידונה לא תהיה רק תגובה לאירועים חריגים כמו אבל על מות אהוב וכדומה. הגדרה זו שימשה בסיס ועל פיה הוחלט מה להכליל ומה לא להכליל בסיווג הפסיכיאטרי וכיצד להגדיר את גבולות הפרעות הנפשיות (אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן, 2003).

### 2.2.1 מחלות נפש וההבדלים בין המינים

בהבנה על מחלות הנפש נשאלת השאלה על מקומם הייחודי של נשים והאם קיימים הבדלים בין נשים וגברים ביחס למחלות הנפש השונות. בטבלה שלהלן אציג את הממצאים הקיימים השופכים אור על שאלות אלו.

בטבלה שלהלן מוצגים ההבדלים בייתכנות של מחלות הנפש בקרב גברים ונשים לאורך שלבי מעגל החיים (World Health Organization, 2005):

שלבי מעגל החיים	הפרעה נפשית	הבדלים בין גברים: נשים
ילדות	הפרעה התפתחותית נרחבת (PDD).	גברים < נשים
	הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות (ADHD).	גברים < נשים
	הפרעות בהתנהגות (CONDUCT DISORDERS).	גברים < נשים
	לקויות למידה	גברים < נשים
גיל ההתבגרות	דיכאון	נשים < גברים
	פגיעה עצמית מודעת (DSH)	נשים < גברים
	הפרעות אכילה	נשים < גברים
	התמכרות לחומרים	גברים < נשים
בגרות	דיכאון וחרדה	נשים < גברים
	סכיזופרניה	גברים = נשים
	הפרעה דו קוטבית (מאניה דפרסיה)	גברים = נשים
	התמכרות לחומרים	גברים < נשים
זקנה	דמנציה	נשים < *גברים

נשים < גברים	דיכאון	
נשים << גברים	פסיכוזה	

(מקרא: < השכיחות גדולה בערך של פי שניים עד שלושה. << השכיחות בהבדלים גדולה פי שלושה.)

- השוני בגיל הזקנה הוא כנראה בעקבות אריכות הימים הגדולה יותר אצל נשים)

ניתן לשים לב כי נערות ונשים בגיל ההתבגרות, הבגרות והזקנה, סובלות יותר מגברים מהפרעות של דיכאון וחרדה, פגיעה עצמית, הפרעות אכילה, דמנציה ופסיכוזה. נתונים אלו מעידים על פגיעות רבה יותר הקיימת בקרב נשים למחלות הנפש שמצוינות. בכדי לתת את הדעת על משמעות הנתונים, אתייחס לתפיסות השונות הקיימות לאורך ההיסטוריה ביחס לנשים ומחלת הנפש ולהסברים השונים שניתנו לקשר זה.

## 2.3 נשיות ומחלת הנפש

### **2.3.1 נשים ומחלות נפש לאורך ההיסטוריה**

לאורך ההיסטוריה, ניתן לראות דגשים שונים להגדרת השיגעון ולאופן בו נהגו בנשים "משוגעות", בסקירה שלהלן אתייחס לתפיסה המרכזית של הנשים ביחס למחלות הנפש: "נשים כמכשפות": במאה ה-15 החלו הרדיפות אחר מי שנחשדו בכפירה בנצרות ובכישוף, 80% מהקורבנות היו נשים. במאה ה-16 נהגו בעלים "לכלוא" את נשותיהן בבתי משוגעים ובצריחי טירות אצילים. במאה ה-17 כבר שוריינו אגפים נפרדים לזונות, נשים הרות, נשים עניות ולנערות צעירות במוסד הסגור הראשון לחולי נפש שהוקם בצרפת (צ'סלר, 1987).

"נשים כנימפומניות": במאה ה-18 ובמהלכה של התקופה הויקטוריאנית נתפס שיגעון של נשים כקשור להתנהגות מינית שאינה בשליטה. היו אלו נשים שרקדו, צחקו, בזבזו כסף או אוננו, וכן רווקות מבוגרות, נשים לסביות או נשים שילדו ילדים מחוץ לנישואין או פלרטטו עם גברים. כדי לתקן התנהגות זו נכלאו נשים בבתי משוגעים וטופלו בשיטות מגוונות כמו הקזת דם, בידוד בצינוק, ניתוח כריתת דגדגן, כליאה, ניצול מיני ואונס בהשגחת רופאים ( Showalter,1987 ; Goldberg,1998). מאמצע המאה ה-18 דימוי מחלת הנפש הפך להיות מזוהה עם נשים, בעוד מחלות סומאטיות הפכו למזוהות עם גברים (דוידוביץ, זלשיק, 2005). התפתחות בגישה לשיגעון חלה, כאשר פינל (Pinal) יצר ב-1793 נורמה חדשה להתייחסות לחולי הנפש – נורמה של התייחסות רפואית, הבאה להחליף את הנורמה הדתית של "שריפת מכשפות" שהייתה נהוגה

בימי הביניים ובתחילת הרנסנס. הוא הגדיר את השיגעון כסינדרום קליני ובכך העביר את "חולי הנפש" מחזקת אנשי הדת או הסוהרים בבתי הסוהר לצוות מקצועי רפואי בבתי חולים לשם טיפול הומניטרי. בחינת ההיסטוריה של הפסיכיאטריה מעידה על הקשר בין מחלות הנפש לרפואה, או כפי שהכותבים להלן הגדירו זאת: "השיגעון קיים מאז שהאדם קיים, ואילו הפסיכיאטריה קיימת מאז שהשיגעון אובחן" (אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן, 2003).

"נשים כהיסטריות": במאה ה-19 ה"היסטריה" (רחם ביוונית) תפסה מקום מרכזי באבחון, בתיוג, בטיפול ובהיסטוריה של השיגעון של נשים כאבחנה מוכרת שבאה לסמן התנהגויות שאינן מקובלות. במקביל, מחלת האנורקסיה רווחה בעיקר בקרב נשים מהמעמד הבינוני גבוה, שכן גוף רזה נתפס כנשי והפך להיות סמל סטאטוס מעמדי (נשים במעמד הנמוך היו חייבות לאכול כדי שיהיה להן את הכוח לעבוד). הגוף הרזה נתפס כביטוי ליכולת סיגוף וכחוכחה לכוח האמונה הדתית על פני צרכי הגוף הגשמיים (ויצטום, לצר ושטיין, 2005; Showalter, 1987).

מאמצע המאה ה-19, כותב פורטר (2009) שהינו היסטוריון של הרפואה בכלל ושל הפסיכיאטריה בפרט, החלו נשים לבלוט בסטריאוטיפים התרבותיים של המחלות הנפשיות, והן הפכו, באופן לא פרופורציונאלי, למקבלות העיקריות של טיפולים נפשיים בתוך מוסדות האשפוז ומחוצה להם. רומנים וסיפורים שונים בתקופות הללו, לדבריו, פיתחו את הדימוי הגותי של הגיבורה המשוגעת ו/או הקורבנית: העלמה הצעירה שהאהבה אכזבה אותה ועל כן נידונה להתמוטטויות היסטוריות המלוות במוות מוקדם ומרשים. מאז התקופה הוויקטוריאנית הפכו התנהגויות דיכאוניות, היסטוריות, אובדניות, בעלות נטייה להרס עצמי, לטיפוסים סטריאוטיפיים של נשיות בכתבי הפרופסיה הפסיכיאטרית, בתפיסתו של הציבור ובקרב הנשים עצמן.

"נשים כדיכאוניות": במאה ה-20 נשים תויגו ואושפזו בגלל דיכאון, נטיות התאבדות וחרדה או בגלל תוקפנות, גילויי כעס וסירוב להתאים את עצמן למוסכמות. נשים שדחו את התפקידים "הנשיים" המקובלים במשפחה ובקהילה- רעיות ואמהות, נתפסו כמטילות אימה על עצמן ועל החברה ותויגו כ"חולות נפש" וכמי שיש להרחיקן מהכלל מה שהביא לכליאה בבתי משוגעים (צ'סלר, 1987). מחלות נפש כגון: דיכאון, סכיזופרניה, מאניה דפרסיה, הפרעות אכילה, דיכאון אחרי לידה ותסמונת קדם ווסתית הינם במוקד תשומת הלב עד ימינו.

לסיכום, מאות שנים לאחר כיבוי מדורות ימי הביניים, אנו פוגשים את האישה- מכשפה בדמות האישה ההיסטרית בפסיכואנליזה. תיאוריה זו שמחד, שיחררה את הפסיכולוגיה של האישה מדמונולוגיות אחרות, כלאה אותה, מאידך במושג המחלה (פיטליק, 1992).



בכדי ליצור תמונה רחבה יותר על הפגיעות של נשים למחלות הנפש כפי שהיא עולה מסקירת ההיסטוריה ומהנתונים הקיימים כיום, אציג להלן, את ההסברים השונים שניתנו לקשר זה.

### **2.3.2 הסברים לקשר בין נשים ומחלת הנפש**

במשך ההיסטוריה ניתנו מספר הסברים לכך שנשים רגישות יותר לסבול ממחלות נפש. להלן יוצגו ההסברים המסורתיים ותרומתה של הגישה הפמיניסטית להבנת הקשר בין נשים ומחלת הנפש.

#### **הסברים מסורתיים**

**הסברים מהותניים** – הסברים אלו רואים בקשר בין נשים למחלות נפש קשר "טבעי", המבוסס על **תכונות ביולוגיות**, פיסיולוגיות, לדוגמא, רואים באירועי חיים כמו לידה, או נישואין, אירועים משבריים שלנשים אין את הכוחות להתמודד איתם (צ'סלר, 1987; Prior & Hayes, 2001); או רואים **במבנה המוח הנשי** הוכחה לחוסן נפשי לקוי אשר אחראי לכך שנשים לוקות בהתמוטטות עצבים; או רואים את **הרחם ופעילות הרחם כגורם** השואב את האנרגיה והאינטלקט של נשים ומביא לפגיעותן הנפשית (Ussher, 1991).

#### **הגישה הפמיניסטית להסבר הקשר בין נשים ומחלת הנפש**

הגל השני של הפמיניזם התעמת עם מקצוע הפסיכיאטריה וחשף את אופיו הפטריארכלי ואת היותו סוכן של פיקוח חברתי. נשים לא נורמטיביות לאורך ההיסטוריה, אשר נתפסו כאיום על הסדר הפטריארכלי, הוגדרו כחריגות הדורשות טיפול על ידי המוסדות החברתיים המרכזיים כמו הדת, החוק או הרפואה. האשמת נשים בכישוף, תוך כליאתן ואף הריגתן, פורשה כחלק מההיסטוריה של דיכוי הנשים (פורטר, 2009). אחת התרומות המרכזיות של הגישה הפמיניסטית הינו יצירת מרחב בשפה לדיבור אחר על הגוף הנשי. ככזה הרואה בגוף הנשי זירה המבטא את המשמעויות השונות של מחלת הנפש ביחס לנשים ונשיות בחברה ולא ככזה הרואה בה מקור לפגיעות של נשים ביחס למחלת הנפש.

בספרות הפמיניסטית, ניתן לתאר את הדיבור על הגוף הנשי בהקשר של מחלת הנפש, במספר אופנים, כגון: הזירה של הגוף כפגיע והדיבור של הגוף כביטוי של מרד, כפי שאציג להלן.

## הזירה של הגוף כפגיע

החוקרות הפמיניסטיות רואות בגוף הנשי זירה שבה באה לידי ביטוי הפגיעה. בפגיעה הכוונה היא לכל אותן מצוקות שמהן סובלות נשים, כגון: אלימות, עוני, תקיפות מיניות ועוד.

חוקרות פמיניסטיות (Stoppard, 2000; Ussher, 1991) מבקרות את ההסברים הביולוגיים והפסיכולוגיים המציגים דיכאון אצל נשים כחלק מהיותן של נשים פתולוגיות. בנוסף, הן מבקרות את ההתעלמות של ההקשר החברתי והפוליטי של המצוקה. דיכאון אצל נשים, לדבריהן, הינו תוצר של דחיקתן של נשים אל השוליים החברתיים, הכלכליים והפוליטיים. אחוז גבוה של עוני, תקיפות מיניות וצורות שונות של ניצול בקרב הנשים תורם לאחוז הגבוה בקרב נשים שסובלות מדיכאון.

מחקרים אמפיריים עכשוויים אשר בחנו את המאפיינים של נשים שאובחנו כסובלות ממחלת הנפש מצאו אחוז גבוה במיוחד (בין 40% ל- 75%) של התעללות מינית וגילוי עריות בהיסטוריה האישית שלהן (בלייד, זליגמן ונבו, 2004; גור, 2001; 2001; הרמן, 1994; זומר, 2004; קורטואה, 2004; 2001; Horsfall, 2001; Macmillan, Fleming, Streiner, & Lin, 2001; Cogan, 1998). לפי טענתם של חוקרים, נשים אשר נפגעו בילדותן מהתעללות מינית מאובחנות לעיתים קרובות באבחנות שגויות ומקבלות טיפול שגוי במערכת בריאות הנפש כך שהפגיעה אינה מטופלת ובמקומה מאובחנות התופעות הסימפטומולוגיות שהן תוצר של הפגיעה המינית (גור, 2001; 2001a; הרמן, 1994; זילגמן, 2004; Shaw & Proctor, 2005). כמו כן, לאחר שאובחנו כחולות במחלות נפש, הופכות נשים אלו להיות חשופות להתעללות פיזית, רגשית, לניצול מיני ובעקבות כך להריונות לא מתוכננים והפלות (Miller & Finnerty, 1996). כל אלו משפיעים כמובן על יכולתן ליצירת זוגיות ולחוויות מיניות טובות (Cooc, 2000). שאו שהינה שורדת אקטיביסטית המאובחנת בהפרעת אישיות גבולית ופרוקטור שהינה פסיכולוגית קלינית (Shaw & Proctor, 2005) כותבות שהדיאגנוזה של הפרעת אישיות גבולית מבודדת ועושה פתולוגיה לנשים, תוך כדי התעלמות מהמצוקות וניסיונות התגובה לדיכוי שנשים המאובחנות בהפרעה אישיות גבולית סובלות מהן. הכישלון הבסיסי של ההבחנה הוא בחוסר מיקומן והבנת המצוקות במסגרת הקונטקסט החברתי. הן כותבות שדיאגנוזה זו ניתנה בעיקר לנשים (75% מהאנשים שאובחנו) ובאופן ספציפי לנשים ששרדו התעללות מינית במהלך הילדות, לכן, הן קוראות לאנשי מקצוע רפואיים ולחברה ככלל למקם את המצוקה של ניצולות במסגרת הקונטקסט של אלימות מינית

ויחסי כוח מגדריים בחברה. לטענתן, האבחנה של (Borderline Personality Disorder) BPD היא הצורה האחרונה שלובשות הניסיונות ההיסטוריים לתת הסבר לאסטרטגיות בהן משתמשות חלק מן הנשים כדי לשרוד ולהתנגד לדיכוי וניצול, על ידי תיאור אסטרטגיות אלה כתסמינים של אישיות מופרעת, ובכך להרחיק מעליהן את הסכנה.

### **ביטוי של המרד, דיכוי של הגוף**

בנוסף לדיבור על הגוף הנשי כפגיע, מציעות חוקרות פמיניסטיות לראות בגוף הנשי ככזה ההופך להיות הזירה דרכו ניתן להבין את מחלת הנפש כביטוי של מרד, הגוף הוא זה הלוקח את רשות הדיבור בכדי לבטא את המודחק, דרכו מתקיים השיח על המאבק בין המינים ודרכו מסומנות ההתנהגויות הנשיות שאינן מקובלות.

קלמנט (סיקסו וקלמנט, 2006) בוחרת לעסוק בנשים ה"מכשפות", היינו באחוזות הדיבוקים למיניהם, כמו גם בגלגולן המאוחר יותר- הנשים ה"היסטריות". היא מתמקדת בניתוח מופעים שבהם "כדי לחמוק מתלאות ניצולן- הכלכלי, המשפחתי- בחרו נשים בסבל ראוותני בפני קהל גברים: מופע ראווה, סבל; זהו ההתקף. ואולם ההתקף הוא גם חגיגה, חגיגת האשמה המוטחת חזרה כנשק, כסיפור של פיתוי" (עמ' 38). אלה מופעי ראווה, שבהם לקח הגוף הנשי את רשות הדיבור וביטא בתנועה וברטוריקה טרופה את תשוקותיהן, מיניותן, זעמן והתנסויותיהן המושתקות של נשים בתרבות הפטריארכאלית. מופעים אלו לבשו צורות שונות וקיבלו פרשנויות שונות לאורך ההיסטוריה. קלמנט מנתחת את המופעים האלה ואת שיטות הטיפול שהפעילה כנגדם הפטריארכיה ההגמונית. היא מראה כיצד הכינויים וההסברים שניתנו למופעים אלה על יד אבות הקהילה ("דיבוק", "כישוף", "ריקוד הטרנטולה", "היסטריה") וכיצד הפרקטיקות שהופעלו כנגדם ביטאו, למעשה, חרדות ופנטזיות גבריות ביחס למיניות ולגוף הנשי. היא מוסיפה ומראה כי על פנטזיות אלה הושתתו תפיסות דתיות, תיאולוגיות ופילוסופיות פטריארכאליות שסיפקו הצדקה מערכתית להפעלתם של מנגנוני הדיכוי ולהנצחתם. קלמנט מאמצת בתפיסתה הנחות פרוידיאניות ולאקאניאניות, והיא מפרשת מופעים אלה כביטוי של "חזרת המודחק" ברמה האישית והתרבותית. על האיום שבמודחק היא כותבת: "העובדה שהמכשפה נושאת בקרבה את העבר היא הסיבה שבשלה מייחסים לה כוח חתרני" (עמ' 37).

ה"היסטריה" על גלגוליה השונים במאות ה- 20 ו- 21 מקבלת פרשנות נוספת ע"פ ירום (2003). לפיה גישה עדכנית, חייבת להציב במרכז קונפליקטים הנוגעים למיניות ולזהות מינית (מגדרית) בהצגתם הפסיכואנליטית המקיפה ביותר. ניתן לראות את ההיסטוריה כמערבולת של הגבריות והנשיות הלא – מודעת, וכמאבקם של המיניות והמגדרים. היא מציעה לפתח רגישות וקשב

לשפות הגוף הנענה למאבקים בין המינים, ולכלול שיחי חולי רלוונטיים כיום – שיח הגוף כזירה אסתטית (כגון שמן, יפה) – ואת השימוש בגוף לפעולה במקום רגש, מחשבה או זיכרון, או כצורה מוחשית ומוחצנת שלהם. ב"היסטרי" היא רואה ביטוי של נשיות מוגזמת המתאפיינת ברגשיות, באימפולסיביות ובילדותיות, קריקטורה של הנשיות המשתקפת בעין הגברית ה"קולית", המופנמת על ידי האישה (וגם על ידי הגבר). זהו ביטוי תמציתי, מזוכך ויומיומי של המאבק בין המינים ושל השתקפויותינו, והוא משמר, לדעתה, את רוח ההיסטריה המחלחלת במטריצת ההיסטריה, תיאורה שפיתחה, אשר מקבצת רעיונות קליניים ותיאורטיים. מטריצת ההיסטריה שהיא מציעה הינה עדכון של תפישת פרויד השומרת על שלושת הצירים המרכזיים של ההיסטריה: הקונפליקטים הקשורים למיניות, השימוש בהדחקה או באי ידיעה כמנגנון הגנה מרכזי והפנייה אל הגוף, ההמרה (הקונברסיה), כדרך לביטוי משאלות מודחקות. סוגיה מרכזית נוספת שעולה מפיתוח התיאוריה של ירום היא הקשר בין הפנייה לגוף לבין נשיות, על כך היא כותבת: "ההיסטריה קושרה מתחילתה לנשים ונשיות. בפסיכופתולוגיה של המיניות אנחנו מוצאים שנשים פונות יותר להיסטריה, ואילו גברים פונים יותר לפרברסיה. את פנייתן של נשים לגוף ושל גברים לעבירות על החוק ניתן למצוא גם בהתמכרויות. גם כאן, גברים פונים יותר להתמכרויות לסמים ולאכזוהול, הכרוכות בעבירות על החוק, בעוד נשים פועלות נגד גופן שלהן ופונות לאנורקסיה ולבולימיה. ייתכן מאוד שאנו עוסקים כאן בערכים חברתיים-תרבותיים המעצבים את דרכי המוצא של גברים ושל נשים, ושעם הזמן יעברו יותר נשים על החוק ויותר גברים יפנו אל הגוף שלהם. אולם העובדה שהביולוגיה מכריחה את הנשים, לעיתים קרובות יותר מאשר את הגברים, לטפל בגופן ובגופם של אחרים מובילה לסברה שהגוף עשוי להיות ערוץ תקשורת עיקרי לנשיות" (עמ' 70-71).

צ'סלר (1987) טוענת כי נשים שהיו בטפול או אשפוז פסיכיאטרי במאה ה-20 אושפזו ותויגו בגלל דיכאון, נטיות התאבדות וחרדה או בגלל תוקפנות, גילויי כעס וסירוב עיקש להתאים את עצמן למוסכמות. כלומר, נשים אשר דחו את התפקיד "הנשי", או שהיה להן יחס דו ערכי כלפיו, נתפסו כמטילות אימה על עצמן ועל החברה ולכן נתפסו כ"חולות" וכמי שיש להרחיקן מהכלל. בטי פרידן (1963) הסבה את תשומת הלב ל"בעיה שאין לה שם", שהייתה מנת חלקן של נשים רבות בשנות החמישים והשישים של המאה הקודמת. בספרה היא קושרת בין תהליכים ומוסדות חברתיים ותרבותיים ובין מיקומן של נשים במרחב הביתי, על ההשלכות הקשות שמיקום זה מייצר עבורן. הקושי המרכזי הוא התעלמות או השתקה של צורכיהן, שאיפותיהן, רצונותיהן, וכישרונן של נשים. הן נותבו למלא סט ברור ומוגבל של ציפיות, תוך ויתור מוכחש על מי שהן.

התאמה למודל הייצוגי הזה טמן בחובו התנהלות תוך העצמת פער בלתי ניתן להכלה בין מי שאני אמורה להיות, ואיך שאני אמורה להרגיש ובין האופן בו אני חווה את העולם. הפער הזה הושתק, ונשאר מנת חלקה הפרטי של כל אחת. הבעיה הזו, שאין לה שם, עברה תהליך של מדיקליזציה שתרים להפניית הקושי שחשו נשים אל עצמן.

סאסו (Szasz, 1974), שהינו הנציג הבולט של הביקורת האנטי – פסיכיאטרית עקב אחר ההיסטוריה של המושג המודרני 'שיגעון' החל מהדיון הקדם-מודרני בנושא מכשפות, והוא מתאר כיצד דיון זה מיקם נשים שהתנהגותן השונה איימה על הנורמות החברתיות בתור 'מכשפה' ו'זרה'. אישה שסווגה באופן זה, הוא טען, ניתן היה לבודד אותה ולהעניש אותה על שונותה, וכך ניתן היה לשלוט ולנטרל את האיום שהיא היוותה על הנורמות החברתיות. פוקו (Foucault) (1972) מתאר את הופעתו של המושג הניתן להגדרה מדעית ולשליטה – טירוף, המשקף את המעבר מ'כישוף' שהיה המונח המרכזי שניתן לשונות של נשים, להופעתו של המושג 'היסטוריה' במאה ה-19. ההיסטוריה תופסת מקום מרכזי בהיסטוריה של שיגעון של נשים כאבחנה מוכרת שבאה לסמן התנהגויות שאינן מקובלות, ושבה נעשה שימוש במיוחד בתור מונח שניתן להתנהגות נשית 'בעייתית'.

ביקורתן של סיקסו וקלמנט (2006) פותחת במרחב סמיוטי קיצוני במיוחד המאוכלס על ידי סובייקטים שהתרבות מדירה אותם מקרבה ומתייחסת אליהם כסוטים וכחריגים. קלמנט מאמצת את תפיסתו של לוי-שטראוס, שלפיה המרחב האנומלי המאוכלס על ידי חריגי החברה הוא המעניק לסדר התרבותי את המבנה שלו בה בשעה שהוא משקף את המגרעות שבמבנה זה, את סתירותיו. לטענת קלמנט, יותר מכל הסובייקטים המודרים השייכים למרחב ביניים זה "מגלמות הנשים [...] את קבוצת האנומליות המצביעה על כשליה של המערכת הכוללת..." (עמ' 38).

גיימיסון (2007) פרופ' לפסיכולוגיה הסובלת ממחלת המאניה דפרסיה מציינת בספרה האוטוביוגרפי, "דיכאון הרבה יותר הולם את התפיסות הרווחות בחברה לגבי מהות האישה: פסיבית, רגישה, חסרת תקווה, חסרת אונים, מוכה, תלותית, מבולבלת, משעממת למדי, בלי הרבה צפיות. המצבים המאניים, לעומת זאת, מצטיירים יותר כנחלתו של הגבר: חוסר מנוחה, להט, תוקפנות, אלימות, אנרגטיות, נטילת סיכונים, גרנדיוזיות, נבואיות, חוסר סובלנות כלפי הסטאטוס קוו. זעם ונטייה לרגוז בקרב הגברים, בנסיבות כאלה, נסבלים ומובנים יותר..." (עמ' 92).

בנוסף, החוקרות הפמיניסטיות (סיקסו וקלמנט, 2006; ציסלר, 1987; פרידן, 1963; Showalter, 1987) מציעות לראות בגוף הנשי כזירה של ביטוי המרד על מצבן של נשים בחברה, הגוף המדוכא המסמל בתוכו את דיכוי הנשיים בחברה ואת האפשרויות המוגבלות שניצבות בפניהן לממש את עצמן כנשים ואת נשיותן.

שוואלטר (1987, Showalter) טענה שהיסטריה אינה פתולוגיה אישית, אלא תגובה לתחושת העדר כוח שנובעת מציפיות מנוגדות מן ההתנהגות הנשית. בנוסף, היא טוענת, כי היסטריה היא תגובה לתחושה של העדר כוח, לציפיות של פסיביות וניסיון לגבש זהות אישית. דוגמאות אלו ממחישות כיצד השיח שמסווג התנהגות 'בעייתית' או 'סוטה' כתסמין לאישיות מופרעת פוטר התנהגויות אלה בתור פתולוגיות פרטיות, ומסתיר את הקונטקסט החברתי של יחסי הכוח בין מגדריים המשפיעים על התנהגויות אלו.

ציסלר (1987), טבעה את המושג 'קשר כפול' על מנת לתאר את התהליכים בהם נשים יכולות להיות מתויגות באופן פתולוגי, הן בשל קונפורמיזם לציפיות לפסיביות נשית והן לכישלון בקונפורמיזם לאותן ציפיות. כלומר, כל בחירה שתעשה נשים המבקשות לענות על הצפייה החברתית מהן עלולה להוביל אותן להיות מתויגות כ"לא בסדר".

בפיתוח הנושא של החיבור הדיכוטומי בין הגבריות והשפיות לנשיות ושיגעון, ירום (2003) נעזרת בפיתוח תיאורטי מעניין של גיולייט מיטשל, פסיכואנליטיקנית, המסבירה שהפסיכואנליזה הייתה חייבת להתחיל מהבנת ההיסטריה, שאף הביאה אותה לעיסוק המרכזי שלה- ההבדלים בין המינים. פרויד, מציינת ירום, טוען, שדינה של הנשיות להיות מוקעת, מורחקת מהתודעה, משום שהיא מאיימת על שני המינים. מיטשל מפתחת על בסיס רעיוני זה, את הדיון שלפיו מבנה התודעה חופף להבנת ההבדלים בין המינים והנשיות היא שם נרדף להדחקה, להרחקה מהתודעה ומהמודעות, בעוד גבריות מזוהה עם הידיעה ועם הליבידו ככוח מניע. זיהוי הנשי עם המאיים והמורחק, ניתן ליישם גם על הפיצול שבין השפוי למשוגע: "המשוגע, כפי שפוקו מציג אותו, הוא מי שמורחק מהחברה ומהתודעה, בדומה לאופן פעולתו של הלא מודע. מכאן שניתן לזהות את הנשי עם הלא מודע ועם המשוגע" (עמ' 212).

לסיכום, הגישה הפמיניסטית מבקשת להרחיב את הבנת הקשר והפגיעות של נשים במחלת הנפש, באמצעות הכנסת הדיבור על הגוף הנשי, כזירה באיש ביטוי למצבם הפגיע של נשים בחברה, כביטוי להתנגדות למצבים אלו וכגוף לגיטימי שראוי לדיון רחב יותר, בשונה מהגישות המסורתיות שראות בגוף הנשי כמקור היחיד לפגיעותן של נשים במחלת הנפש.

## סיכום

נשים שביקשו לנהוג אחרת מהמקובל בתפקידן החברתי, בסדר החברתי או בשונה מחוקי הדת, כאלו שביקשו צורת חיים אלטרנטיבית או השכלה, או נשים שביקשו להיות מי שמחליטות על חייהן או על גופן, תויגו ככאלה הסובלות משיגעון. לאורך ההיסטוריה נשים נתפסו כמי שאמורות להיות רגשניות, כנועות ופסיביות, כמי שסובלות מ"קנאת הפין" וכתוצאה מכך מתסביך גבריות. תפיסות אלו הובילו לכך שהיחס אליהן היה כפחותות ערך, נואשות, וכמי שנושאות עימן ניחוח כבד של ייאוש וסבילות (שיינפלד, 2005, עמ' 24). נשים שניסו להשתנות או להתנער מהפסיביות ה"טבעית" נתפסו כמי שאינן מקבלות את מצבן ה"טבעי" וכמי שאינן משלימות עם נחיתותן הטבעית המולדת והואשמו בכך שהן מורדות בנשיותן. גורלן של נשים אלו נחרץ להיות מתויגות כ"משוגעות" (צ'סלר, 1987; שיינפלד, 2005).

הביקורת הפמיניסטית מצביעה על התהליך של מדיקליזציה של חוסר השמחה אצל נשים ושל התנהגויות שאינן תואמות להגדרות הנוקשות של נשיות "טובה" ורואה בפסיכיאטריה שיטה לשליטה בנשים אשר מאתגרות את הסדר המגדרי (צ'סלר, 1987; Szase, 1974; Horsfall, 2001; Wright & Owen, 2001). התפיסות הללו רואות בביטוי המחלה של נשים לא ביטוי למצב פיזי-ביולוגי או למצב הפסיכולוגי אינטר פסיכי בלבד אלא מצב שהוא תוצר של התפיסות התרבותיות המגבילות נשים. נשים הסובלות מדיכאון לדוגמה הן מי שדיכאו בעצמן כל רצון משל עצמן כדי להתאים לנורמות של הנשיות ההגמונית. נשים אחרות המתויגות כ"משוגעות" הן מי שנתנו דרוך לרצונותיהן וצרכיהן ושברו את המוסכמות.

שלו ותודר (2005) מצביעות על כך שכל אחד מהגורמים הקשורים במחלות נפש באים לידי ביטוי באופנים שונים אצל גברים ונשים, כאשר הן מונות את המרכיב הביולוגי, החברתי, המשפחתי, הגנטי והסביבתי. ההבדלים באים לידי ביטוי בשכיחות המחלות, בגיל בו הן פורצות, במהלכן, בסוגי הסימפטומים ובתגובות לטיפולים. על אף כל אלה, לאורך ההיסטוריה של המחקר הקליני התרופתי, הייצוג של נשים היה נמוך משמעותית משיעורן בהיסטוריה, ובוודאי משיעורן באוכלוסיית המטופלים והמטופלות. חוקרים נוספים (Nasser et. Al, 2002) טוענים כי יש צורך במחקר עתידי אשר מרחיב את ההתייחסות הייחודית לדיכוטומיה בין המינים. שליו ותודר מציינות כי עד היום אין התייחסות ראויה של המחקר לסבל של נשים, שאינן בהריון, וכי אין בשירותי בריאות הנפש הציבוריים התייחסות מספקת לצרכים של נשים. המחברות יוצאות

בקריאה כפולה: לפעול להעלאת המודעות למשתנה המגדר בקרב אנשי המקצוע, ולהרחיב את המחקר בנושא השפעת המגדר על מכלול השאלות בתחום בריאות הנפש.



### 3. מתודולוגיה

#### 3.1 גישת המחקר

המחקר הנוכחי הינו מחקר איכותני, המבוסס על הגישה הפנומנולוגית שמטרתה לזהות את חווית האדם. הגישה הפנומנולוגית מתמקדת בהבנת המשמעות שיש למאורעות לאנשים שמשתתפים בהם, חקירת משמעות החוויה עבור האנשים ומיקומה בחיי היום יום שלהם (צבר בן- יהושע , 1995 ; שקדי, 2004). שלסקי ואריאלי (2006) מציינים שהמשמעות שאנשים מייחסים לפעולת

הזולת, ולא הפעולה עצמה, היא שמעצבת את דרך ההתייחסות והתגובה שלהם לאותו זולת. הפנומנולוגיה מבקשת להראות איך ניסיונו בעניין העולם נוצר וכיצד נבנית הבנתו אותו. העולם הוא עולם אינטר סובייקטיבי, עולם המשותף לבני אדם הנוצר אמנם על- ידיהם אך בעת ובעונה אחת הוא גם עולם המטיל עליהם אילוצים, באמצעות המבנים החברתיים והתרבותיים שיצרו מי שקדמו להם בעולם, זהו עולם של הבנות הדדיות ושל השפעות הדדיות. לפיכך, מצביעה הגישה על כך, שבעוד העולם מופיע כאילו הוא בפשטות כאן, בלתי תלוי בתפיסותינו ובמחשבתנו- אין זה כך. מה שאנו רואים ומה שאנו מתייחסים אליו כאל ידע ודאי בעניין העולם, הוא במידה רבה פרי הבניותינו בהתקשרויות החברתיות שאנו מקיימים. יש להתייחס אל מושגים אלה ואל מיני ידע אחרים לא כ"מובנים מעצמם" אלא כאל זרים וטעוני בירור. הידע שאנו לוקחים אותו כמובן מאליו בעניין העולם מעוצב על-ידי התרבות שאנו חיים בה. תפקיד מדען החברה הוא לדחות "לשים בסוגריים" את "הגישה הטבעית לעולם", לקלף שכבות של הנחות ומיני ידע ומחשבות שבני אדם מתייחסים אליהם כמובנים מאליהם ולבחון את טיבו של הגרעין המוצק שנותר בתוכן (שלסקי ואריאלי, 2006).

גישה נוספת שמחקר זה עושה בה שימוש היא הגישה הפמיניסטית. חוקרות שונות ( Cosgrove, 1994; Miedema& Stoppard, 2000) קוראות להבנת חוויותיהן של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש והבנת ייצוג היתר לנשים בקטגוריות פתולוגיות מסוימות ובאבחונם (דיכאון, אנורקסיה לדוגמא) באמצעות הקשבה ולמידה מנשים אלו. קוסגרוב (Cosgrove,2000) מציעה לתת מקום רב להבנת יחסי הגומלין בין מגדר לכוח ולאורם לפתח מתודולוגיה להערכה של יחסים אלו. היא מציעה להשתמש במתח הקיים בין הגישות הפנומנולוגית וקונסטרוקטיביסטיות, ולא לנסות לפתור אותו אלא לעשות שימוש במתח זה למטרות פמיניסטיות: כך יהיה ניתן לפרק (Deconstruct) את הסיפורים שהוצגו אודות נשים ומחלות נפש וליצור ידע משמעותי יותר על

חוויותיהן של נשים הסובלות ממחלות נפש. מידמה וסטופרד ( Miedema & Stoppard, 1994 ) שחקרו את חוויותן של נשים באשפוזים פסיכיאטריים תומכות ומאמינות שיש חשיבות רבה להקשבה ולמידה מהחוויות והניסיון של נשים שמתמודדות עם מחלת הנפש.

מחקר פמיניסטי נשען על העקרונות הבאים (קרומר-נבו, 2002; Akman et. Al, 2001):

1. תפיסה הבנייתית של הידע- הידע המדעי הטוען לאובייקטיביות הוא למעשה ביטוי של אידיאולוגיה פטריארכאלית שאיננה מכירה בתקפותה של החוויה הנשית. הפרספקטיבה הביקורתית שמפנה התיאוריה הפמיניסטית כלפי הידע המדעי המקובל מבקשת לחשוף את יחסיו של התיאוריות המקובלות ולהציע להן כאלטרנטיבה תיאוריות המבוססות על הקול הנשי.

2. חשיפת הקול הנשי וביסוס הלגיטימיות שלו- הקול הנשי הינו מושג מרכזי מאוד במחקר הפמיניסטי כמטאפורה לתיאור נקודת המבט של אוכלוסיות שוליות. הקריאה הפרשנית הפמיניסטית מכוונת אפוא לחלץ את הקול הנשי המיוחד נשים מגברים ולזהות בטקסטים העוסקים בנשים את נקודת המבט הנשית המושקת ומוכחשת.

3. חשיבות ההקשר החברתי- חשיבות רבה ניתנת להסתכלות על המאפיינים הציבוריים המגבילים, המכתיבים את הסיטואציה הפרטית ואת החוויה הפרטית. הביטוי "האישי הוא הפוליטי" (The Personal Is Political) בא לו מר כי לא ניתן להבין את החלק הפרטי בחייהן של נשים במנותק ממעמדן בחברה ומן הסוגיות הציבוריות הנוגעות להן ומשפיעות על חייהן.

4. האישה כ'סוכנות' – המחקר הפמיניסטי מבקש לבחון את הנשים כ'סוכנות' (agents), כלומר, כשחקניות אקטיביות במשחק החברתי. מדובר בלימוד הדרכים שבאמצעותן נשים מתמודדות עם ההסדרים החברתיים המפלים אותן.

5. הסובייקטיביות הנשית ומושג 'השוליות המרובה'- כותבות פמיניסטיות, מצביעות על ההכרח ללמוד לא רק את הדומה והמשותף לכל הנשים, אלא גם את הייחודי והמפריד בין נשים שונות. הדגש שניתן למה מיוחד קבוצת נשים הביא להתפתחות המושג 'השוליות המרובה', מושג המשקף את שוליותן החברתית, מגדרית וכלכלית של נשים המשתלבים זה בזה ויוצרים איכות מיוחדת של מצבי שוליות. קריאה פרשנית פמיניסטית המכירה בקיומה של תופעת 'השוליות המרובה' שמה לה למטרה לזהות את החוויות, הסיכונים וההזדמנויות החיים הייחודיות של נשים הסובלות ממצבי 'השוליות המרובה'.

6. תשומת הלב לחוסר האיזון בכוח בין החוקר ולמשתתפי המחקר כמכתוב דרכי מחקר. בנוסף, מאפיינים הבאים לידי ביטוי בכל אחד מערכי הליבה, הינם ההכרה במגדר כקטגוריה חשובה בניתוח וקריאה לתשומת לב לשימוש בשפה.

### **3.2 כלי המחקר**

המחקר נערך באמצעות ראיון סיפור חיים בכדי לאפשר למרואיינות לספר את סיפורן אודות התופעה הנחקרת בדרכן ובשפתן. סיפור סיפורים הוא בבסיסו תהליך של מתן משמעות (שקדי, 2004). אנשים מארגנים ומנהלים את תפיסותיהם על העולם באמצעות סיפורים שהם מבנים ומספרים (Atkinson, 1998; Schwandt, 1998). יש משמעות לדרך בה אנשים מדברים אודות חייהם. הלשון שבה הם משתמשים והקשרים שהם יוצרים חושפים את העולם שהם רואים ושווה הם מתפקדים (גילגן, 1995). הנרטיבים האנושיים הללו מבנים את החוויה ובאמצעותם אנשים מבינים את העולם סביבם, הם למעשה אמצעי שבאמצעותו אנו מפרשים את חוויותינו. דרך הסיפורים שאנשים מספרים על חייהם, הם גם משנים אותם. כוחו של סיפור החיים טמון בכך שהוא מאפשר לאדם להגיע לליבה של החוויה שלו ולספר לנו את הדבר החשוב לו. דרך סיפור חיו מתרגם האדם את האמת האישית שלו למילים (Atkinson, 1998). תוצרי המחקר אינם אמורים לייצג מציאות, כפי שהנחקרים חווים אותה, אלא לתאר את תהליך יצירת המשמעות של עולם הנחקרים כמשהו שהוא מעבר לאירועים חולפים (Schwandt, 1998).

### **3.3 איתור המרואיינות**

בתחילת דרכי במחקר הייתי בטוחה שהדרך בה אאתר את הנשים תהיה באמצעות עובדים סוציאליים. ידעתי אז מחוויותיי כעו"ס בתחום השיקום בבריאות הנפש שאלו הם האנשים שנמצאים בקשר עם נשים שסובלות ממחלות ונפש ומשום מה הייתה קיימת בי ההנחה, שדרך ישירה אל הנשים תהיה חסומה עבורי. חשבתי שהנשים פשוט לא ירצו להתראיין ולשתף אלא באמצעות מישהו מוכר שיסייע בתיווך.

בשני הראיונות הראשונים פניתי אל נשים שעבדתי עימן בעבר במסגרת פרויקט שיקום. ההכרות סייעה לי להתגבר על חוסר הביטחון שהיה בי אז ועל הקושי לדבר איתן על "החוויה שלהן כנשים שסובלות ממחלת נפש". כיום אני מבינה יותר ויותר שתחושת המבוכה של "להיות מציצנית" קשורה בתחושה שסיפור חייהן חשוף לכול. סיפורן וחייהן חשופים למטפלים השונים, לפסיכיאטרים, לעובדים סוציאליים, לאחיות, לבני משפחה, למדריכים שיקומיים ולכול האנשים

הסובבים אותם ברגע שהמחלה פורצת. האירוניה שבדבר שסיפור זה בדרך כלל נשמר בסודי סודות ואינו סיפור שיש להתגאות בו. התחושה שאני כמראיינת הופכת להיות גורם נוסף שהן צריכות להיחשף בפניו גרמה לי למבוכה גדולה. לא רציתי להיות בתפקיד של מציצנית, בקשתי להקשיב באמת.

לאחר שראיינתי את שתי הנשים הראשונות התחלתי לשוחח עם עובדות סוציאליות בתחום השיקום מאזורים שונים בארץ ובאזור הדרום, את רובן הכרתי במסגרות מקצועיות שונות. הן התלהבו מהנושא ואמרו שיש להן נשים שייתכן ויתעניינו בכך, אבל שום טלפון לא הגיע אלי חזרה, וגם בבדיקה שלי עימם הבנתי שאותן נשים אינן מעוניינות.

כשאני בוחנת את דרך איתור הנשים באמצעות נשות מקצוע, אני מבינה שהצבתי אותם ואת הנשים שהן פנו אליהן בסיטואציה מורכבת. אתחיל בכך שעצם השימוש בשפה של "נשים המתמודדות...." יכול להתפרש במספר דרכים, העיקרית מבניהן שנשים אלו הן נשים שנתפסות חזקות בעיני העו"סיות, שהן נמצאות בוודאי בתהליך שיקום כזה או אחר. בשפה שבה אני בחרתי להשתמש המשמעות שלקרוא לאותן נשים "מתמודדות" הייתה מתוך בחירה מודעת ומכבדת. ההבנה הנוספת הינה סביב השיח שנוצר בין אותה עובדת סוציאלית לאותה אישה וההשלכות לכך. ההבנה על השיח שיכול להיווצר הביא אותי למציאה של מס' אפשרויות, הראשונה שהאישה אינה מעוניינת להתראיין- מהי הפרשנות שנותנת לכך הן האישה עצמה והן המטפלת- האם זה מעיד על כך שהיא אינה "בשלה" בחייה, האם זה מעיד על יכולתה להתמודד ולקבל את המחלה? הרי כל מה שאותה אישה תענה ייצבע ויתפרש בדינאמיקה ובידיעה שהאישה סובלת ממחלת נפש כמו שהרבה אירועים או תגובות בחייה נצבעים כך. באפשרות השנייה האישה תסכים להתראיין – מהו המקור של ההסכמה? האם הוא מגיע מרצונה של אותה אישה "לרצות" את המטפלת או להוכיח לה שאם היא מסכימה אז היא "נורמאלית". והאפשרות השלישית – האישה עצמה מסכימה והמטפלת יודעת שהיא התראיינה למחקר, האם היא תהיה חייבת לשתף בחווייה, ומהו השיח שיתעורר בינן בעקבות כך.

שאלות אלו הובילו אותי לשאלה המרכזית ביותר – האם יש בידי את האפשרות לייצר בחירה אמיתית של הנשים להתראיין? או כיצד אוכל לייצר חווייה של בחירה מתוך אינטרסים שלה בלבד להתראיין למחקר? הבנתי שאיני מעוניינת להציב לא את המטפלת ולא את האישה במצב של בחירה שאינה מתאימה עבורן.

ההבנה שהדרך לאתרן בצורה ישירה יותר התחזקה יותר ופניתי לאינטרנט. התחלתי באתר ייעוץ בתחום שנוהל ע"י עובדת סוציאלית ופניתי אליה באמצעות הדואר האלקטרוני במכתב

שמסביר את בקשתי. אך לא קיבלתי כל תגובה ממנה. אולם הפניה לאינטרנט הובילה אותי לפורומים שמנוהלים ע"י אנשים שמתמודדים עם ממחלת הנפש. עיינתי בתגובות שנכתבו בפורום וצינתי בפני מס' שמות "נשיים" שכתבו. פניתי אל אחת ממנהלות הפורום, לאישה נוספת שכתבה בפורום ולאדם שהיה מוכר לי כנציג אחד הארגונים שהוקמו ע"י המתמודדים עצמם. לכולם פניתי בבקשה במייל לסייע לי להגיע אל נשים שיסכימו להתראיין. לא עברו מס' דקות וכבר התחילו להגיע תגובות, אחת הנשים ביקשה לשמוע עוד, הבחור מהארגון חיבר אותי לאישה נוספת וכך מצאתי את עצמי מגייסת את המרואיינות בדרך ישירה מתוך בחירה שלהן. אחת הנשים מאחד הפורומים חיברה ביני לבין נשים נוספות אחרי הראיון וכך ב"כדור שלג" (Lambert, 1990) הגעתי לעוד נשים.

המחויבות שנבנתה בינינו במסגרת הראיון הייתה מחויבות ישירה בין חוקרת למרואיינת ללא מתווכים.

#### **3.4 כלי המחקר: הראיונות**

יצירת הקשר הראשוני לקראת הראיון הייתה באמצעות שיחת טלפון שבה הצגתי את עצמי, את נושא המחקר, ערכתי הכרות עם המשתתפת ועניתי על שאלות שהיו לה, קיבלתי את הסכמתן בעל פה להתראיין ולהקליט את הראיון. בשיחה קבענו יחד היכן להיפגש ועודדתי אותן להציע מקום מפגש וזמן שיהיו נוחים להן והן תהיינה פנויות לראיון. הראיונות נעשו באמצעות ראיון סיפור חיים, בפתחת הראיון הצגתי את עצמי, את נושא המחקר, אופי ומבנה הראיון וקיבלתי את הסכמתן לרשום הערות. בכדי ליצור אווירה נעימה יותר סביב מכשיר ההקלטה ולשבור קצת את הקרח והמבוכה בינינו ביקשתי את עזרתן בפתחת הקלטת והכנסתה אל מכשיר ההקלטה, ערכנו יחד ניסיון בו בדקנו שהמכשיר אכן עובד ושמענו את קולותינו בהקלטה.

הכנתי מראש מדריך ראיון (מצורף כנספח) שהשתמשתי בו בראיונות שכלל הנחיות ומשפטי פתיחה שמטרתם להזמין את המשתתפת לספר את סיפור חייה. במדריך ראיון כתבתי לי שאלות בנושאים שונים, כגון: מודלים נשיים, מה זה להיות אישה?, האישה שהיא היום לעומת העבר ועוד, הקשורים לנושא שבקשתי לברר אותם עם המשתתפת מעבר למה שיעלה מסיפור חייה.

הראיונות עצמן נערכו בזירות שונות, כגון: בתי המשתתפות, בית קפה, מסעדה ובאוניברסיטה. לפי רצונם הגעתי למקום ולשעה שהיו נוחים להם. האווירה בראיונות הייתה אווירה נעימה כפי ששמעתי מהמשתתפות וחשתי בה, אווירה מכבדת, פתוחה שהזכירה "מפגש בין נשים על כוס קפה". בקשתי מהנשים לומר לי כיצד הן מגדירות את מה שהן חוו וחוות. דבר זה סייע רבות

לשתינו לייצר שפה משותפת ומכבדת. במהלך הראיונות היו רגעים שחשתי שקשה להן מאוד לשתף, אז פניתי והזכרתי שאם יש משהו שהן אינן מעוניינות לדבר עליו הן מוזמנות לא לעשות זאת, לרוב התגובות היו שהן רוצות לספר ושאני יכולה לשאול כל דבר, סיכמנו יחד שהן יכולות לומר "לא" או לבקש ממני לעבור לשאלה אחרת. המשתתפות אירחו אותי בבתיהן, בביתי הקפה האהובים עליהן ובמקום שהיה להן נוח.

מהלך הראיון התנהל בקצב שלהן, בחלק הראשון בקשתי מהן לספר לי את סיפור חייהן והן שיתפו אותי בו, בחלק השני, לאחר שהן סיימו לספר את סיפור החיים, פניתי ובקשתי לברר עימם נקודות שונות מהסיפור שרציתי לדעת עליהן עוד. נקודות עלו רשמתי לעצמי תוך כדי שהן דיברו וכך פתחנו וסגרנו חלונות בסיפור החיים שלהן. בחלק השלישי, לקראת סוף הראיון, פניתי ושאלתי מספר שאלות שלא עלו בראיון שהכנתי במדריך הראיון, ביניהן מי האישה שהן רואות בה כמודל נשי. בתום הראיון ביקשתי מהן כותרת לראיון וכל אחת מהן נתנה לי את הכותרת שלה. בסיום הסברתי להן על המהלכים הבאים שאני עומדת לעשות במחקר ושאלתי אותן האם הן יהיו מעוניינות להיפגש עימי שוב בכדי לשמוע את הממצאים, כולם שמחו על ההזמנה הזו והסכימו לכך.

בסיום עברנו יחד על טופס ההסכמה (מצורף כנספח) להשתתף במחקר, חתמנו עליו שתינו כשעותק אחד נשאר עם המשתתפת ועותק אחד נשאר איתי. בנוסף, בקשתי מהן למלא שאלון פרטים אישיים קצר והן הסכימו לכך. בשאלון (מצורף כנספח) בקשתי לדעת על הגיל שלהן, הגיל בו פרצה המחלה, מצב משפחתי, מגורים, ישוב, הכנסה ומוצא. הראיונות ערכו כשעתיים בממוצע והם הוקלטו ותומללו.

### **3.5 מדגם**

הנשים שבקשתי לראיין למחקר הגדרתי באופן הבא : נשים, בגילאי 50-20 שמתמודדות עם מחלת הנפש למעלה מחמש שנים ומנהלות אורח חיים עצמאי בקהילה. במחקר השתתפו 8 נשים מרחבי הארץ (צפון, דרום ומרכז) מיישובים שונים: עיר גדולה, עיירת פיתוח, מושב וקיבוץ. הגיל הממוצע של המשתתפות הינו 33 כשהצעירה ביותר היא בת 23 והמבוגרת ביותר בת 49. שתיים מהן נשואות והשאר רווקות. לשתי המשתתפות הנשואות יש 2-3 ילדים. הגיל הממוצע בו פרצה המחלה בקרב המשתתפות הינו 24, כשהגיל הצעיר ביותר הינו 16 והמבוגר ביותר הינו 39. כל המרואיינות סובלות ממחלת המאניה דפרסיה. שש מתוך המשתתפות נמצאות בתהליך שיקום ונעזרות בפרויקט שיקום במסגרת סל שיקום, אחת המשתתפות נעזרה בעבר בתהליך כזה

והמרואינת השמינית נעזרת ונמצאת בקשר טיפולי עם עו"ס בכירה במסגרת עבודתה. כל המשתתפות עובדות, המקצועות שבהן עובדות המשתתפות הינם מקצועות טיפולים ועבודה כמוכרות. בנוסף חלקן מתנדבות בארגוני עזרה. הכנסתן של שש מהמשתתפות היא נמוכה מאוד (2,000-4,000 ₪ לחודש) ו-2 נוספות הכנסתן החודשית עומדת על סך 4,000-6,000 ש"ח. אצל כולן הרכב השכר הינו שילוב של גמלת נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי ושכר עבודה. המשתתפות מתגוררות בישובי שונים ברחבי הארץ, שלוש מתגוררות בדירה שבבעלותן, ארבעה מתגוררות בדירה שכורה ונעזרות בסיוע בשכר דירה מטעם משרד השיכון, אחת המשתתפות חיה בהוסטל. חמש מתוך המשתתפות שירתו בצבא שירות מלא, שתיים לא שירתו ואחת אין התייחסות בראיון. שבע מהמשתתפות הינן צבריות, אחת עולה ממדינות חבר העמים לשעבר. שלוש ממוצא אשכנזי, אחת ממוצא מזרחי, 3 ממוצא מעורב מזרחי ואשכנזאי. מתוך הראיונות עולה שכול המשתתפות מלבד אחת אושפזו במהלך חייהן מאז פרוץ המחלה, בין פעמים לארבע פעמים. ארבע מהמשתתפות סיפרו על ניסיונות התאבדות, שתיים ציינו שהיו להן מספר ניסיונות התאבדות לאורך השנים, שתיים נוספות סיפרו על ניסיון התאבדות אחד. חמש מתוך המשתתפות ציינו את העובדה שהן עוסקות באומנות, כתיבה, ציור ופיסול.

### **3.6 סוגיות אתיות**

בכל שלבי המחקר עלו סוגיות אתיות רבות, כגון: הגדרה עצמית של המשתתפות, הסכמה להשתתף במחקר, השפעת הראיון על חייהן, יחסי הכוח בין חוקרת למשתתפת, סודיות וסוגיית השותפות. לסוגיות אלו התייחסתי ופעלתי בדרכים בהן ייצרתי מענים אשר מכבדים ורואים את טובת המשתתפות ולוקחים בחשבון את המפגש המיוחד בין חוקרת למשתתפת.

#### **סוגיית ההגדרה עצמית**

במהלך העבודה על הסקירה הספרותית, בטרם היציאה אל השטח, נוכחי בעובדה שהדרך בה מכנים את אוכלוסיית היעד שבחרתי לחקור הינה מגוונת, לאורך השנים ניתנו להן שמות רבים והגדרות, ביניהם: "משוגעות", "חולות נפש", "חולות ירח", "נשים הסובלות ממחלת הנפש, "נשים המתמודדות עם מחלת הנפש", "מתמודדות" וכך הלאה. אחת הדילמות שהייתה לי כמישהי חיצונית היא כיצד לכבד את האישה שהסכימה להשתתף במחקר ולאפשר לה להגדיר את מצבה ו/או את הדבר שעימו היא מתמודדת בדרך שלה. בחרתי לא לנסות להגדיר זאת אלא לשאול את הנשים בצורה ישירה במהלך הראיון מהי ההגדרה שלהן לכך, "איך הן קוראות לזה". כשהצגתי להן את המחקר והנושא השתמשתי במונחים כמו "נשים שסובלות/ מתמודדות עם

מחלת הנפש" ולאחר ששמעתי מהן כיצד הן מגדירות זאת אימצתי זאת והשתמשתי במונח במהלך הראיון, הניתוח והכתיבה. התשובות שקיבלתי מהן היו מגוונות, אחת קראה לכך "משבר", אחרת קראה לכך "מצבי נפש", "תחלואה נפשית", "מחלה".

### **סוגיית ההסכמה**

סוגיה נוספת הייתה סוגיית ההסכמה, כלומר לכבד ולקבל את הסכמתן להתראיין, להקליט את הראיון ולעשות בחומרים שימוש מחקרי. כבר בשיחת הטלפון הראשונה עימן לאחר שהסברתי על המחקר והראיון קיבלתי את הסכמתן בע"פ להתראיין ולהקליט את הראיון וכך להשתתף במחקר, היו מספר נשים שהביעו עניין רב להשתתף אבל לא הסכימו שאקליט את הראיון, להן הסברתי שלא אוכל לראיין אותן מכיוון שאין ביכולתי להישאר נאמנה לדבריהן ללא תיעוד. בראיון עצמו, עם הנשים שכן הסכימו להשתתף במחקר הצגתי את טופס "ההסכמה מדעת", קראנו אותו יחד והסברתי את משמעותו על ההסכמה שלהן להשתתף במחקר, חתמנו עליו יחד ועותק אחד נתתי לכל אישה ואת השני השארתי אצלי. הסברתי לנשים כבר בשיחה הראשונה על טופס ההסכמה וחתמנו עליו רק בתום הראיון, אחרי שהאישה שיתפה אותי בסיפורה כשהיא כבר יודעת במה שיתפה אותי ומסכימה לכך. למרות החתימה על טופס ההסכמה ציינתי בפני הנשים שבמידה ומישהי מהן תתחרט ולא תהיה מעוניינת שאעשה שימוש מחקרי בסיפורה היא מוזמנת לפנות אלי ואכבד את רצונה. אף אחת מהמראיינות לא ביקשה זאת.

### **סוגיית השפעת הראיון על חיי המשתתפות**

במהלך איתור המראיינות עלו סוגיות רבות, אחת מהן הייתה על ההשפעה של הראיון על חייהן של הנשים, אני בקשתי לייצר מפגש שתהיה לו השפעה כמה שיותר חיובית ולא כזו שחושפת או פוגעת בהן ובחייהן. באחת הפעמים הגעתי לאישה שאקרא לה לאה דרך אישה אחרת שהתראיינה וסיפרה לה על כך. יצרתי קשר עם לאה וסיפרתי לה על המחקר, לאה מאוד רצתה להשתתף במחקר ואף ציינה שהנושא קרוב מאוד לליבה, לאחר שקיבלתי את הסכמתה ניסנו לתאם מפגש שיהיה לה נוח, במקום שהיא מעדיפה. לקראת המפגש הראשון שהיה אמור להתקיים בביתה, לאה ביקשה לבטל את הפגישה, הפגישה בוטלה ושמרנו על קשר טלפוני בכדי לתאם מחדש. ניסנו לתאם שוב אבל גם את הפגישה הבאה לאה ביקשה לדחות, במהלך הזמן חשתי שמהו במצב של לאה אינו כל כך טוב, למרות שלאה מאוד רצתה שנקיים את הראיון שיתפתי אותה בתחושותיי שנראה לי שכרגע יש עליה הרבה לחץ של עבודה ודברים נוספים שעשתה ואולי כדאי לדחות את הראיון כרגע. דיברנו על כך שהראיון דורש ממנה זמן ופניות שנראה שכרגע זה פחות מתאים בחייה, לאה הסכימה עימי. הצעתי לה לשמור את הטלפון שלי ובמידה ותראה שהזמן מתאים



אשמח להיפגש עימה ולקיים את הראיון. בדיעבד התברר לי שצעד זה היה נכון וההסכמה שהגענו אליה הייתה מתאימה ומכבדת מכיוון שהחברה שדרכה הגעתי אל לאה שיתפה אותי שמס' שבועות אחרי לאה אושפזה ומצבה הלך והתדרדר, במידה והיינו מקיימות את הראיון ייתכן שתרומתו לחייה ולמצבה בזמן ההוא הייתה שלילית ואני שמחה ששתינו הבנו זאת בזמן והסכמנו לא לקיים את הראיון.

במהלך קיום הראיונות הצעתי לכל אישה שהשתתפה עזרה בכל נושא הקשור לקיום הראיון, מתוך ידיעה שמפגש מסוג זה יכול להציף נושאים, חוויות, תחושות ורגשות והיה לי חשוב לאפשר להן במידת הצורך קבלת עזרה מתאימה ותמיכה. נושא זה אף צוין בטופס "ההסכמה מדעת" יחד עם מספר הטלפון הנייד שלי. אף אחת מהנשים לא פנתה אלי בנושא זה למעט שאלות בעניין התקדמות המחקר ששיתפתי אותן בכך.

### **סוגיית יחסי הכוח**

סוגיה נוספת הייתה סביב היווצרותן של יחסי כוח ביני כחוקרת לבין הנשים כמשתתפות. בכדי לפרק את יחסי הכוח ולנסות ולהשטיחן כך שהמפגש בינינו ייצר חוויה אחרת, קיימתי את הראיונות בזמן ובמקום שלהן היה מתאים, גם אם זה דרש ממני להגיע לקצות הארץ. בדרך שבה הצגתי וקיימתי את הראיונות בפועל הייתה דרך בה הנשים חשו שהן יכולות לשתף רק במה שהן היו רוצות ובמידה ושאלתי שאלה על נושא מסוים שלא היו מעוניינות להתייחס עליו, כיבדתי והמשכתי הלאה בכדי לאפשר להן לשמור על הגבולות ועל המקומות שהן בחרו להכניס אותי עליהן ובכך לשמור על עצמן גם לאחר הראיון. בחלק מהראיונות אף ציינתי זאת בצורה מפורשת בכדי שהן תחושנה בטוחות לשתף רק במה שהן מעוניינות.

### **סוגיית הסודיות**

סוגיית הסודיות עלתה רבות בשלבים שונים, כפי שהבטחתי להן וביצעתי זאת שיניתי כל פרט שיכול לזהות אותן, את שמותיהן המקוריים, מקומות המגורים, מקצועות, שמות בני זוג או בני משפחה וכל פרט אחר שיכול להפר את הסודיות שהובטחה להן. נושא הסודיות עלה כמשמעותי על ידי הנשים המשתתפות.

### **סוגיית השותפות**

במהלך הראיונות נוצר קשר קרוב יותר עם אחת הנשים שהשתתפה במחקר. כבר משיחת הטלפון הראשונה היה בינינו חיבור שהיה מעבר לראיון שקיימתי עימה. כנראה שהיה משהו בחיבור בינינו כאישה לאישה בתפיסות ובמחשבות שהביאו להיווצרותו של קשר שממשיך ומתקיים עד היום. עם תום הראיון עימה שתינו הבנו שיש הרבה מין המשותף בדרך בה אנו תופסות את נושא "מחלת

הנפש" ויצא לנו לשוחח על כך מעבר לראיון בהקשר רחב יותר של הסטיגמה באמצעות המייל והטלפון. בזמן ההוא לימדתי קורס בחוג לעבודה סוציאלית והחלטתי לפנות אליה ולהציע לה להגיע לדבר מול הסטודנטים בנושא, ידעתי ממנה שבעבר הרצתה בנושא במסגרות אחרות. לשמחתי היא נענתה לכך ונפגשנו בכדי לתכנן את ההרצאה שלה. במפגש ההוא הפלגנו במחשבה אל מחוזות אחרים ובניהם שינו חברתי בכל הקשור בסטיגמה כלפי מחלת הנפש ואנשים המתמודדים עם המחלה. מהמפגש הזה יצרנו רעיון לפרויקט בנושא וכתבנו יחד תוכנית בכדי לנסות ולהציע אותה למימון על ידי גורמים שונים, ערכנו אף מפגשים עם גורמים שונים בכדי לנסות ולקדם זאת. למרות שהפרויקט כרגע לא יצא אל הפועל עקב הבנה שההשקעה הנדרשת הן בזמן והן במימון הכספי אינה עומדת לרשותנו כרגע המשכנו לשמור על קשר. עם הצלחת ההרצאה שלה מול הסטודנטים, שצינו בפני שהיה זה השיעור המרגש, המלמד והחשוב ביותר שהיה להם, הזמנתי אותה בסמסטר אחרי להרצאה נוספת בפני כיתה אחרת, גם שם היו תגובות מרגשות. אנו ממשיכות לשמור על קשר ועדין חולמות יום אחד להוציא לפועל יחד את הפרויקט המשותף שבנינו. בנוסף, במהלך עבודתי על המחקר הצגתי פוסטר בכנס שבו הצגתי את המחקר, בעבודה על הפוסטר פניתי אליה ובקשתי לעשות שימוש באחד מציוריה שבו נראית אישה באדום שהיא מכונסת בתוך עצמה כרקע לפוסטר, שלחתי אליה את תוכן הפוסטר והיא התרגשה לקרוא ושמחה על הזכות לצרף את הציור, בפוסטר אף ציינתי שציור זה צויר על ידי אחת מהמשתתפות במחקר.

במהלך הקשר בינינו האישה ביקשה את עזרתי לסייע לה בהרשמה ללימודים אקדמאיים, ובמשך מספר חודשים ליוויתי אותה סביב הנושא וסייעתי לה בכול דבר שיכולתי בכך. השנה היא החלה את הלימודיים שרצתה באחת מהאוניברסיטאות ועומדת באתגר זה בהצלחה.

### 3.7 מהלך ניתוח הנתונים

מהלך ניתוח הנתונים התחיל כבר בשלב איסוף המידע, במהלך קיום הראיונות. בתום הראיונות ערכתי רישום ביומן החוקרת שלי שבו סכמתי נושאים מרכזיים שעלו, תחושות, ומחשבות שהתייחסו הן לראיון והן לחוויה שחוויתי במפגש בכל אחד מהראיונות עם המשתתפות, מהלך שמקובל לכנותו ניתוח בשדה (צבר בן-יהושע, 1995). כשסיימתי לראיין ולתמלל את הראיונות המוקלטים קראתי את הראיונות בקריאה הוליסטית בה קראתי אותם קריאה שוטפת מספר פעמים והתרשמתי מהטקסט בשלמותו (ליבלך, תובל- משיח וזילבר, 2010 ; Strauss, 1987) במהלך הקריאה השוטפת ערכתי רשימה של כל אותן נושאים וסיפורים שהמשתתפות התייחסו אליהן. במהלך זה מצאתי עצמי "צוללת" אל ים של עושר רב שנגלה לפני, הקשורים לנושאי המחקר וכאלה שלא. בכדי להבחין ולמקד את מה שעלה, קיבצתי את החומרים הקשורים לנשיות לתמות מרכזיות (בן-יהושע, 1995, שקדי, 2004). במהלך זה פירקתי את הטקסט ליחידות וחיברתי אותו מחדש סביב הנושאים המרכזיים בנשיות. לאחר מכן הסתכלתי על כל סיפור חיים בפני עצמו ויצרתי לכל משתתפת סיפור חיים משלה וניתוח הייחודי רק לסיפור החיים שלה, על פי הנושאים והתמות שעלו בראיון הייחודי עימה הקשורים לנשיות ולמחלת הנפש. ניתוח סיפור החיים האישי עלה בקנה אחד עם מה שעלה בניתוח התמתי. לבסוף כתבתי את הצגת הממצאים והדיון בצורה המשלבת בין סיפורי החיים לבין התמות המרכזיות.

#### 4. ממצאים

בפרק שלהלן אציג את סיפור החיים הייחודי של כל אחת מהמשתתפות כדי ליצור תמונה קרובה אל סיפור חייהן והקשר אל התמות המשותפות והייחודיות שעלו בכל סיפורי החיים בהקשר של נשיות. הכותרות של סיפורי החיים ניתנו על ידי המשתתפות בתום הראיון כשבקשתי מהן כותרת לסיפור החיים שלהן וכותרות אלו מופיעות באותיות מודגשות בכותרות סיפורי החיים המובאים להלן. לכל אחד מסיפורי החיים הוספתי ציטוט מתוך הראיון שראיתי אותו כמשמעותי וייחודי לסיפור החיים של האישה.

#### 4.1 סיפורי החיים של המשתתפות

##### סיפור החיים של לימור: "החלום ושברו"

*"אני עדין יש בי אופטימיות מסוימת שאני יצליח, אחרת הייתי באמת מרימה ידיים ולא היית מדברת איתי בכלל (509-510)".*

לימור, בת 43 נולדה וגדלה בקיבוץ בצפון הארץ, למשפחה בת שש נפשות, הכוללת זוג הורים וארבעה ילדים כשלימור היא השנייה בסדר הילדים. מילדותה ולאורך חייה היא מתארת את עצמה כמי שאהבה לקרוא ספרים ולכתוב סיפורים. בקיבוץ סיימה את התיכון והתגישה לצה"ל. בצה"ל הייתה מיועדת להיות משק"ית ת"ש, אך לא הצליחה לסיים את הקורס והועברה לקורס מדריכות חי"ר, שם התקדמה והדריכה מחלקה. במהלך הצבא עבדה בקיבוץ בבית הילדים. עם סיום השירות הצבאי עברה לת"א שם התגוררה עד גיל 40 בערך. במהלך השנים היא מתארת חיים עשירים הכוללים, עיסוק בסוגי ספורט כמו צלילה וגלישה, טיולים רבים בארץ ובחול, ובילויי תרבות (הצגות, סרטים, מוזיאונים וגלריות).

מבחינה מקצועית לימור למדה פרסום ולאחר שנים של עבודה בתפקידים שונים במשרד פרסום, הגיעה לתפקיד בכיר, אותו בצעה בהצלחה רבה במשך שלוש שנים. בעקבות שינוי שהתחולל במשרד, פוטרה ופתחה משרד עצמאי.

מבחינת יחסים בינאישיים, לימור הייתה בקשר עם חברים רבים וניהלה מספר מערכות יחסים. הפסיכოזה החלה בזמן שהייתה במערכת היחסים האחרונה שלה בגיל 39. בעקבות הפסיכוזה אושפזה בבית"ח בצפון וחזרה לגור בקיבוץ. בקיבוץ, חייה שנתיים יחד עם אחותה וסייעה לה רבות בגידול בנותיה. היו לה בין 3-4 אישפוזים, ובין לבין עברה מעבודה לעבודה. לימור נתמכת ונעזרת במשפחה ובגורמים מבחוץ (תהליך שיקום וטיפול פסיכולוגי) וכרגע חייה בקיבוץ בדירה

משלה הקרובה למשפחה. המעגל החברתי שלה הוא מצומצם, והיא בודקת אפשרויות להתנדב. היא ממשיכה לעסוק באומנות בביתה.

### סיפור החיים של שרה: "אישה באמצע החיים מתמודדת עם מחלת נפש"

"לקח לי הרבה שנים להבין, תמיד חשבתי שאני טיפשה הרגשתי תמיד שאני טיפשה לא יודעת למה, אולי כי התייחסו למראה החיצוני שלי שהייתי רזה וזה, באיזה שהוא מקום המשבר הזה נתן לי להבין הרבה יותר דברים לעומק כי בהתחלה שאנשים היו אומרים לי שאני חכמה לא האמנתי להם, ולקח לי הרבה שנים כדי לפרגן לעצמי ללמוד לפרגן לעצמי גם את הטוב וגם את הרע (572-576)".

שרה, בת 42 רווקה, נולדה וגדלה בישוב כפרי בצפון הארץ למשפחה בת חמש נפשות, זוג הורים ושלוש בנות שהיא הקטנה מביניהן. שרה מתמודדת עם מחלת הנפש מאניה דפרסיה ונעזרת בשירותי השיקום של משרד הבריאות.

בילדותה, בגיל 14 עברה ללמוד ולחיות בפנימייה במרכז הארץ, שם סיימה את לימודיה התיכוניים בבגרות חלקית. בגיל 18 התגייסה לצבא עם גרעין נח"ל ושירתה בנח"ל. בתקופה זו עברה מה שהיא מכנה "משבר קלי", לאחר שארבעה חברים שלה נהרגו. במהלך הצבא הכירה בחור שעימו קיימה מערכת יחסים של מספר שנים והם נפרדו כשהיא ציינה שהוא פגע בה בצורה מאוד קשה. אחריו לא הייתה לה מערכת יחסים רצינית.

עם תום הצבא שרה עבדה בעבודות מזדמנות וטיילה בחו"ל, לאחר מכן עברה לגור ולעבוד בת"א. בערך בגיל 31, שרה ביצעה ניסיון אובדני. ניסיונות לטפל בה בעזרת טיפול אלטרנטיבי וכן בעזרת טיפול פסיכו תרפויטי לא הצליחו והיא הגיעה לאשפוז יום פסיכיאטרי. שם אובחנה כסובלת מדיכאון וקבלה טיפול תרופתי שסייע לה לצאת מהדיכאון, אבל הביא להתפרצות מאניה. בעקבות אירוע מאני אושפזה באשפוז פסיכיאטרי שנמשך שלושה חודשים ואובחנה כסובלת ממאניה דפרסיה. אחרי האשפוז שרה חזרה לגור עם הוריה ובערך בגיל 34 עברה לגור בדירה שכורה בעיר צפונית. זמן קצר אחר כך אביה נפטר. שרה החלה בתהליך של חזרה בתשובה כשהייתה בת 36 ועד היום היא מתחזקת בכך. היא עברה עוד מספר תקופות בהן "לא הרגישה טוב" אבל לא אושפזה.

שרה סיפרה שלפני פרוץ המשבר הייתה רזה ובמהלך השנים העלתה 40 ק"ג שכיום היא מנסה להשיל אותם. לאורך השנים הכירה ויצאה לפגישות עם גברים בעיקר דרך שידוכים. בזמן הראיון היא עבדה כבר חצי שנה במפעל רגיל אחרי שנים רבות שלא עבדה.

## סיפור החיים של סמדר: "עלי כותרת"

"אני יכולה להיות מודל, לא? הניצחון על המחלה, אני חושבת, זאת אומרת ניצחתי אותה, כמעט (953-957)".

סמדר, בת 40, גדלה במושב בדרום הארץ. מתמודדת עם מחלת המאניה דפרסיה. סמדר גדלה במשפחה בת 5 נפשות. אמה מתמודדת עם מחלת המאניה דפרסיה וסמדר תיארה את ילדותה כקשה. מצד אחד, אמה לעיתים לא תפקדה, אביה היכה את האם כשהייתה בהתקפים מאניים, ומצד שני הוריה השקיעו בה מבחינת לימודים וחוגים. סמדר הייתה תלמידה שהצטיינה בלימודים, רקדה בלט וניגנה באקורדיון.

סמדר התגייסה לצבא ושירתה בבסיס פתוח. בתקופת הצבא היה לה קשר רומנטי שהסתיים בפרידה וכתוצאה מכך פרצה המחלה לדבריה. היא חוותה תקופה בה שקעה בדיכאון ולאחריה תקופה של היי שבעקבותיה נלקחה אל פסיכיאטר ואובחנה כסובלת ממאניה דפרסיה. משפחתה נלחמה על הישארותה בצבא והיא יצאה לחופשת שחרור מוארכת והשתחררה באופן רגיל מהצבא. עם תום הצבא היא עבדה כדי לחסוך כסף ללימודים והתחילה ללמוד לימודי עבודה סוציאלית. למרות שחוותה דיכאונות קלים, היא סיימה בהצטיינות את לימודיה. בסיום לימודיה היא עבדה במשך מספר שנים כעובדת סוציאלית. בתקופה זו היא חוותה התקפי דיכאון, אך בעזרת עמיתיה לעבודה הסתירה זאת ונסעה לבית הוריה לאשפוזי בית. בשלב מסוים גיבשה החלטה עם מטפליה לעזוב, ומצאה עבודה אחרת כעובדת סוציאלית, אבל בעקבות תקופות של דיכאון, נאלצה לספר על מחלתה למנהלת, מה שהביא בסופו של דבר לעזיבתה. היא הכירה בחור שעימו התפתח קשר רציני והם עברו לגור יחד. לאחר תקופה קצרה של מגורים משותפים היא חוותה שני התקפים פסיכויטיים מאניים ואושפזה בבית"ח פסיכיאטרי לתקופה של מספר חודשים. את תקופת האשפוז סיימה כשהיא בדיכאון ומכיוון שלא נמצאה עבורה טיפול מתאים שוחררה הביתה. באותה תקופה אביה אובחן כחולה בסרטן וסמדר נרתמה לסייע לו באופן צמוד. לאחר שאביה נפטר היא נכנסה להתקף דיכאוני, ואושפזה שוב.

עם חזרתה הביתה בעידוד אמה היא התחילה להתנדב בספרייה ובחלוקת ארוחות חמות. היא גם הצטרפה לקבוצת תמיכה לאנשים הסובלים ממאניה דפרסיה ואף אירחה את המפגשים בביתה. היא החלה לעבוד כמדריכה שיקומית בפרויקט שיקום לאנשים המתמודדים עם מחלת הנפש, ולאחר כשנתיים וחצי, קיבלה הצעה מהם לחזור ולעבוד כעובדת סוציאלית וכך היא עושה עד היום.

כיום, סמדר עובדת כעובדת סוציאלית בפרויקט שיקום המסייע לאנשים המתמודדים עם מחלת הנפש, נמצאת בקשר קרוב ותומך עם אמה שעברה אל בית אבות, למדה עיסוי ומתכנת לעסוק בכך, למדה קורס בדמיון מודרך וקורס איפור. בשנים האחרונות נרשמה לאתרי הכרויות באינטרנט, והיא מנסה להכיר בן זוג. היא מתגוררת בצורה עצמאית בדירה שכורה ומתלבטת בדבר רכישת דירה.

### **סיפור החיים של עמית: "אני באדולינה, אני מלכה"**

*"עכשיו אני פחות רוצה לספר על השיגעון שלי, כאילו עכשיו אני רוצה לחיות כזה שהדברים*

*זורמים [...] אני רוצה להיות מי שאני (595-602)."*

עמית, בת 40, נשואה ואם לשלושה ילדים (7.5, 4.5, חמישה חודשים), פסיכולוגית במקצועה, חיה במושב בדרום הארץ. לעמית זוג הורים ושתי אחיות, האם היא גם פסיכולוגית במקצועה. את ילדותה תיארה כילדות מאושרת ופעילה, בנערותה הדריכה בתנועות נוער ותמיד אהבה לעבוד עם ילדים קטנים.

בגיל 18 חוותה מה שהיא מכנה "התקף פסיכוטי ראשון", למרות שלא הובן כפסיכوزה מכיוון שלא הוגדר כך באותה עת. משבר זה התרחש בעקבות התאהבות גדולה בבחור שלא היה מעוניין בה. בסיוע ותמיכת המשפחה הצליחה להתמודד ולהתארגן ולהגיע לצבא.

בצבא עברה קורס קצינות ושירתה כקצינת ח"ן- ת"ש. במהלך הצבא חוותה תקופות בהן הייתה בדיכאון, ונתמכה במשפחה והתמודדה עם מצבים אילו בלי תרופות או טיפול פסיכולוגי. תפקוד ועשייה היו תמיד הדברים שמסייעים לה לצאת מהמצבים בהן היא חווה דיכאון.

עמית למדה תואר ראשון ותואר שני בפסיכולוגיה, במהלך התנדבה בעמותת המסייעת לאנשים המתמודדים עם מחלת הנפש, כתבה תיזה, וסיימה את ההתמחות. בתקופת התואר השני, עמית חוותה משבר שני ונפרדה מהחבר הראשון שלה, עימו הייתה חמש שנים. בשנים אלו, שהינם תקופת רצח ראש המשלה יצחק רבין, עמית הייתה פעילה ומרכזית בכיכר, סייעה ותמכה ב"נוער הנרות" וניסתה לעשות שינוי ולהשמיע את קולם של הילדים באמצעות כך שהיא אספה את השירים והעבירה אותם לממשלה.

במהלך לימודיה בבית מדרש פגשה את חמותה לעתיד, אשר הכירה בינה לבין בנה, הם התחתנו ונולדו להם שלשה ילדים. משבר נוסף קרה עם לידת הילדה השנייה. לאורך השנים עמית חוותה משברים נוספים של היי ודאון.

במהלך השנים עמית מתמודדת רבות עם שאלת לקיחת תרופות, כניסה אל תוך המערכת הפסיכיאטרית ותייגה כמי שמתמודדת עם מחלת הנפש מאניה דפרסיה. לאורך השנים, עמית

התלבטה רבות בנושא של הסתרת מחלתה מפני המערכת המקצועית, עד שלפני כשנה "יצאה מהארון" לדבריה בתוך מסגרת העבודה, דרך פסיכזוה שחוותה. כאשר מקצוע היא הייתה חברה באחד מאתרי האינטרנט המקצועיים ובשנה וחצי האחרונים נשללה ממנה ההרשאה לכתוב שם מכיוון שנחשפה ושיתפה על סיפורה, בעקבות כך היא מנהלת מאבק לחזור ולקבל את ההרשאה. כיום, עמית עומדת לחזור אל מקום עבודתה כפסיכולוגית במסגרת ציבורית. היא עתידה להתחיל טיפול ע"י עו"ס שעוסקת בשיקום, במסגרת עבודה כאשר צוות, והחליטה לחזור ולקחת טיפול תרופתי. עמית עוסקת בכתיבה ומפרסמת את יצירותיה באמצעות האינטרנט, ואלו עוסקות בפסיכוזות, מאניה דפרסיה והתמודדות עם "מצבי הנפש".

לאחרונה היא חולמת לחדש את "המקווה" ולהפוך אותו למקום מפגש ותמיכה לנשים.

### **סיפור החיים של מעיין: "1962-2007 ? מעיין 2007 והלאה"**

*"ככה לראות את עצמי קצת יותר ולהגיד לעצמי הנה יש לי שני אירועים שמחכים לי בסוף החודש אז אני צריכה כבר מעכשיו להתחיל לחשוב מתי אני הולכת למספרה. כאילו היום אני רואה את זה עד לפני כמה שנים לא ראיתי את זה (942-944)".*

מעיין, בת 49, רווקה, מתגוררת לבדה במרכז הארץ בדירה שבבעלות הוריה שנפטרו במהלך השנים, יש לה משפחה מורחבת גדולה והיא האמצעית בסדר הילדים. כיום היא עובדת כמדריכה שיקומית בהוסטל של מתמודדים הסובלים ממחלת הנפש ומתמודדת בעצמה עם מחלת הנפש.

מעיין נאנסה כשהייתה בת ארבע ע"י איש זר כשהייתה בדרך חזרה מהגן. ולפני כשנתיים וחצי עברה תהליך טיפולי פרטני לעיבוד החוויה ואף השתתפה בקב' לנפגעות תקיפה מינית של מרכזי הסיוע, הייתה זו הפעם הראשונה שניתן מענה טיפולי מתאים למעיין בהתמודדות עם חוויה זו אחרי שנים רבות בנושא זה לא טופל. במהלך השנים מעיין מציינת שהיו עוד שלשה מעשים של הטרדה מינית, אחד מהם נעשה על ידי בעל של חברה טובה.

מעיין מתארת מערכת יחסים מורכבת עם הוריה והיא אף סבלה מאלימות מצד אימא. בתקופת בית הספר היסודי העדיפה להיכנס לשיעורי מלאכה של הבנים ולעסוק בנגרות, היא שיחקה בנבחרת כדור יד והייתה ספורטאית ושיחקה כדורגל בשכונה עם בני המשפחה והשכנים.

את שירותה הצבאי עשתה בחיל האוויר אך התקשתה להשתלב במסגרות השונות, ביצעה נפקדות מהצבא וכשנה לפני השחרור, מעיין ביצעה את הניסיון האובדני הראשון שלה. היא לא הועמדה לדין על כך, סיימה שירות פעיל מלא ואף שירתה במילואים במשך 4 שנים.

לאחר שחרורה מהצבא עבדה בעקביות במשך 15 שנה במקום עבודה אחד ולדבריה המחלה הייתה רדומה. כשהייתה בת 38 נכנסה למשבר נפשי, לאחר שבמשך שבועיים לא אכלה וירדה בצורה



דרסטית במשקל, בעקבות כך אושפזה בביה"ח פסיכיאטרי במרכז הארץ. לאחר מכן אושפזה שלוש פעמים בבתי חולים שונים וביצעה מספר ניסיונות אובדניים.

במהלך השנים הללו, מעיין עברה ניתוח בעין, בעקבות מום מולד של עיוורון באחת העיניים. אימה נפטרה והיא נשארה יחד עם אביה. לאחר מספר שנים, אביה חלה והיא טיפלה בו עד שהוא נפטר. במשך 7 שנים לאחר האשפוזים מעיין לא עבדה. משהתחילה את הטיפול הפסיכולוגי, חזרה לעבוד ועבדה כפקידה ואח"כ כמדריכה בתחום של שיקום נפגעי נפש. עבודתה נקטעה בשל מצב בריאותי פיסי (לא נפשי). לאחרונה סיימה בהצלחה קורס הכשרה למדריכים בתחום בריאות הנפש, המיועד למתמודדים עם מחלות נפש. היא עובדת בהוסטל בו גרים אנשים הסובלים ממחלת הנפש.

### **סיפור החיים של אנה: "לבעלי, שהוא המלאך השומר עליי, באמת, בזכותנו אני פה, אז תודה**

#### **למלאך שומר עליי"**

"אני ממש הרגשתי כמו ציפור שיש עליה איזה שרשרת על הרגל שלא נותנים לה לעוף (788-789)". אנה, בת 35, נשואה ואם לשני ילדים, מגדלת כלבה ומתגוררת בישוב במרכז הארץ. בגיל 5 עלתה לארץ מאחת המדינות בחבר העמים, יחד עם משפחתה והיא הבת הבכורה בין האחים. משפחתה שייכת לקהילה מסורתית סגורה ולדבריה, החליטו לבודד אותה מהחברה. אנה מתארת כי בילדותה הייתה עדה אלימות בין ההורים וכבת בכורה היא זו שדאגה והייתה אחראית לאחיה כשההורים עבדו. לדבריה, אביה היה שותה אלכוהול לעיתים קרובות והוא סבל מהפרעות במצבי הרוח.

בביה"ס היסודי הרגישה בודדה בתור ילדה והיה לה חוג מצומצם של חברים. בתיכון למדה ביולוגיה והדריכה בגן הזואולוגי. בגיל 18, כשחשה "שכלו כל הקיצים" והוריה מסרבים לאפשר לה להתגייס היא ברחה מהבית לשבוע. עם חזרתה, לאחר שהבינה שהוריה מתפשים אחריה ואף הוגשה תלונה במשטרה, הוריה הכריחו אותה להתחתן תוך כדי איומים, מכות והסגר בחדר. בעקבות לחץ ההורים היא נישאה לבן דודה.

לאחר נישואיה למדה לימודי תואר ראשון בהוראה וחינוך. במהלך הלימודים, ניסתה להיכנס להריון וחוותה הפלה טבעית שעבורה הייתה חוויה קשה. לאחר מכן הצליחה להיכנס להריון וילדה את שני ילדיה.

המשבר הראשון של אנה התרחש אחרי לידת הילד השני כשההשערה הייתה שזהו דיכאון אחרי לידה. בתקופה ההיא, אנה עובדת בחברה ושם תיארה אפיזודה של התאהבות בבוס שבעקבותיו חל המשבר הראשון לדבריה. במשבר זה אנה מבצעת ניסיון אובדני ומאושפזת. מספר שנים

מאוחר יותר, חוותה אנה משבר שני, שלאחריו אובחנה כסובלת ממאניה דפרסיה. במהלך המשברים אושפזה אנה בביה"ח פסיכיאטרים, שם לדבריה, "קיבלה פרופורציות על המחלה". במהלך השנים אנה עבדה בעבודה שונות חלקן בתחום הפקידות וחלקן בתחומים טיפוליים, וכן פעלה כמתנדבת בעמותה המסייעת במתן ציוד רפואי. היא גם עברה קורס הכשרה לעבודה בתחום השיקום בבריאות הנפש כחונכת. כיום היא עובדת כחונכת בעמותה העוסקת בתחום השיקום בבריאות הנפש ומלווה כשלוש נשים. בנוסף, אנה פעילה בתחום האינטרנט, שם מצאה עצמה תומכת ונתמכת בכול הקשור להתמודדות עם מחלת הנפש ואף מנהלת את אחד הפורומים. בתקופה בה התקיים הראיון אנה השתתפה בקבוצה למתמודדים מטעם המרפאה בה טופלה. כיום היא מקווה להתחיל ללמוד תרפאיה באומנויות ולהמשיך ולסייע הן דרך האינטרנט והן בעבודתה כמדריכה בתחום השיקום בבריאות הנפש וכך לשלב את תחום האומנות בו היא עוסקת, כתיבה, ציור ופיסול, עם התחום הטיפולי.

### **סיפור החיים של טל: "פעם היא גן עדן ופעם היא רכבת אל הגיהנום"**

*"והיא תמיד הייתה אומרת את צפרדע של חמאה (628-629)".*

טל, בת 23 נולדה וגדלה בקיבוץ וכיום גרה בהוסטל למתמודדים עם מחלת הנפש באחד הישובים בדרום הארץ. הוריה גרושים והיא בת אמצעית. סבתא שלה התאבדה והיא מספרת שגם היא הייתה חולה במחלת נפש. בילדותה בקיבוץ חשה שהיא "סוג של אאוט סיידר" והיא מייחסת זאת לאהבה הרבה לקריאת ספרים ולרצון שהתפתח בה לעשות את מה שהיא רוצה ולא מה שכולם אומרים או עושים. בכיתה ח' עברה התעללות מצד ילדים בכיתה שכללה חרם, קללות והתעללויות נוספות, אך פנייתה לעזרת המורים והצוות המטפל לא נענתה, והיא אף הואשמה שהיא אחראית להתעללויות בה, שכן היא מקבלת בעקבות זאת תשומת לב. באחד מאירועי ההתעללות היא קיבלה מכתב שבו היה כתוב "למה את לא מתה". בעקבות זאת ניסתה להתאבד באמצעות בליעת כדורים. אביה מצא אותה ולקח אותה לביה"ח, שם קיבלה טיפול ונערך לה אבחון, שבו נמצא שהיא מחוננת ולא הייתה התייחסות להפרעה כל שהיא. בעקבות האבחון היא הייתה בטיפול פסיכולוגי למשך שנתיים כשהסברה הייתה שהיה זה משבר גיל ההתבגרות.

בשנים ההלו טל רוכבת על סוסים ומדריכת רכיבה, מדריכה בצופים, לומדת באוניברסיטה הפתוחה וחולמת להיות רופאה. בגיל 16.5 נכנסה למשבר שהתבטא בכך שבמשך ארבעה חודשים לא הצליחה לקום מהמיטה. היא אושפזה באשפוז פסיכיאטרי והחלה לקבל טיפול תרופתי. לאחר שחרורה חוותה התקפים נוספים והייתה מאושפזת במשך שנה. במהלך התקופה הזו טל עברה

מספר ניסיונות אובדניים, האחרון מביניהם היה לפני חמש שנים. טל סיפרה בראיון שדרך בית החולים הכירה את עצמה ואת העולם. בביה"ח התחילה לצייר, והיא עושה זאת עד היום, עד עתה הציגה כבר מספר תערוכות מציוריה. את הבגרויות עשתה במהלך האשפוז וממשיכה להשלים אותם כבר מספר שנים במטרה להתקבל ללימודים אקדמאיים.

עם חזרתה לקהילה, פנתה למטפלים באזור מגוריה וניסתה להשתלב בקבוצה טיפולית. משגילתה שאין קב' כזו החליטה להקים קב' לעזרה עצמית לאנשים המתמודדים עם מאניה דפרסיה. בעת קיום הראיון הקבוצה הייתה קיימת כבר 3.5 שנים. את הקבוצה הקימה והנחתה בהתנדבות. במהלך השנים הייתה טל במספר מערכות יחסים רומנטיות, כשהארוכה מביניהם הייתה למשך שנתיים שבחלק מהזמן גרו יחד.

כיום, טל מתגוררת בהוסטל, עובדת בהתנדבות ולומדת להשלמת תעודת הבגרות.

### סיפור החיים של ורד

*"אני חושבת שאת התודעה שלי, אפשר לחלק אותה לשמונים וחמש אחוזי הישרדות ועוד חמש עשרה אחוזי כל השאר (182-183)"*

ורד, בת 34, רווקה, חייה בדירה שכורה במרכז הארץ מזה 10 שנים ועובדת כמוכרת בחנות בגדים. ורד תיארה בראיון שהמיניות שלה החלה להתפתח בגיל 12 ובתחילה היה זה עבורה משבר ודבר שחשבה שהיה ייחודי רק לה, עם השנים הבינה שההתפתחות שחוותה קוראת לכל הנערות. בגיל 18 הייתה עם חבר ראשון שעימו גם הייתה הנשיקה הראשונה. בגיל 20 החלה ללמוד רפלקסולוגיה ובמהלך השנים למדה מדיטציה ותקשור.

המחלה לדבריה הייתה תהליך שנבנה כשאת הטיפול התרופתי החלה בגיל 21. במהלך השנים הפסיקה את נטילת התרופות ובעקבות כך חוותה התקפים שתוארו על ידה כקשים ואף אושפזה. ורד השמינה מאד בגלל נטילת התרופות.

נושאים הקשורים לזוגיות ואמהות הינם נושאים שהעסיקו את ורד בתקופה בה קיימתי עימה את הראיון.

להלן יוצגו ששת הנושאים המרכזיים שעלו מתוך סיפורי החיים: הגדרת הנשיות, מערכות יחסים, אמהות, מראה חיצוני, מיניות ומודלים נשיים.

## 4.2 נשיות : הגדרה

כאשר שאלתי את הנשים באופן ישיר מהי נשיות, הן התקשו להגיד ולהגדיר מה זה נשיות. הקושי בא לידי ביטוי בכך שהנשים חזרו על השאלה "מה זה נשיות?" ובהמשך השתמשו פעמים רבות במונח "לא יודעת".

בהתייחסותה הראשונה של סמדר, היא מנסה להגדיר מהי נשיות באמצעות השוואה בין נשים לגברים: "להיות אישה? להיות אישה זה טוב, זה לא רק לאישה, זה גם לגבר צריך להיות טיפוח גם אצל גבר הייתי רוצה למצוא את זה, לא רק אצלי כן, בעיקר טיפוח (774-778)". כשהיא מתייחסת ל"מה זה נשיות?" היא חוזרת ומעלה את השאלה "מה זה נשיות" לעצמה בקול רם ובכך מדגישה את הקושי להמשיג במילים את הנשיות "מה עוד זה נשיות? אני אף פעם לא חשבתי על השאלה הזאת לא יודעת למה זה מתחבר לי (823-825)", ובמקום נוסף "מה זה עוד נשיות? חברות? המושג הזה לא נראה שיש אצל הגברים כל כך את הדבר המיוחד הזה של חברות טובות של ללכת להסתובב, לקנות, לבלות, יש שפה של נשים לא יודעת.. לא יודעת פלרטוט זה דבר נשי, חזה זה דבר נשי שיש רק לנשים (830-838)".

גם מעיין מתקשה להתייחס ולהמשיג: "להיות אישה וואו זה שאלה מכשילה לא יודעת, תנסי לפרט קצת יותר, ברצינות (591-592)", גם כשאני נענית לבקשתה ושואלת ממקודות יותר היא ממשיכה ואומרת "לא יודעת, אני לא יודעת יואו את שואלת אותי שאלה מתקילה עכשיו (615)".

עמית גם מתקשה להמשיג "אני לא יודעת. זה לא בא לי, אני חושבת שאולי הנשי זה חלק שמתעורר קודם, שהמודעות הנשית היא כאילו את מסתכלת על סיפור הבריאה אז מי שאכלה ראשונה מעץ הדעת זה אישה (184-186)".

בהמשך מציעות המשתתפות מספר הסברים לקושי בהמשגת הנשיות. ההסבר הראשון מתרכז בכך שהן לא חשבו על כך בעבר או לא רגילות לדבר על זה: "מה זה להיות אישה בשבילי? וואו שאלת שאלה ענקית עכשיו, לא יודעת וזה לא התחמקות כשאני אומרת שאני לא יודעת כיוון שאני חושבת שאף פעם לא חשבתי, את יודעת מה? יכול להיות. זאת פעם ראשונה שאני ככה מדברת על הנושא הזה (מעיין, 572-575)"; "מה עוד זה נשיות? אני אף פעם לא חשבתי על השאלה הזאת (סמדר, 823-824)"; "אישה? לא יודעת, אף פעם לא חשבתי על זה לא יודעת. אף פעם לא-

לא חשבתי על זה לא יודעת (טל, 584-585); "לא יודעת, האמת שלא התעסקתי עם זה אף פעם (טל, 598)".

המשהו ה"מובן מאליו" של להיות אישה או לעסוק בנשיות, כפי שדה בובאר (2001) אומרת על הנשיות שהינה הוויה שקשה לתפוס או להמשיג אותה, כך מתקשות המשתתפות להתייחס אליה ולמקם אותה בתוך החיים שלהן.

ההסבר השני שמציעות הנשים לנושא והתייחס לנשיות קשור לכך שנושאים "נשיים", כלומר, "בגדים ואיפור" לא עניינו חלק מהנשים. מעין לדוגמא מתארת שהתעניינה בכדורגל "אני לא חושבת שהיה פעם שחשבתי כמו אישה, מה שאישה חושבת, כאילו שהיו מדברים על בגדים, על איפור אני הייתי רואה כדורגל. כאילו לא, ברצינות, עכשיו כשאני חושבת על זה אני כל החיים הייתי כמו טום בוי כזה (575-578)". גם טל מתארת דבר דומה. בצעירותה לא התעניינה במראה החיצוני ולפיכך נתפסה כשונה "מודה שכל ההתעסקות בבגדים, נעליים, סרטים בשיער וקוקיות אף פעם לא ממש עניינה אותי. זאת אומרת, זה סבבה והכל אבל אני לא אדבר על זה חצי יום. והבנות שאיתי בכיתה היו יכולות לדבר על זה שלושה ימים, רק על איזה סרט הם שמו בשיער. אז באמת אני הייתי איזה סוג של אאוט סיידר (78-81)".

ההסבר השלישי שנותנות הנשים לקושי שלהן להתייחס לשאלה מהי נשיות, קשור לכך שבמשך שנים רבות הן עסוקות מאד ב"מצב הרוח", כלומר במחלת הנפש ולא בנשיות. סמדר אומרת בצורה ישירה, כי כל האנרגיה שהייתה בה התרכזה סביב הישרדות והתמודדות עם השינויים במצבי הרוח: "לא מצליחה לזכור איזה משהו ספציפי שאמרתי הנה אני אישה, גם כשהייתי עם החבר הראשון אז לא חושבת שאמרתי לעצמי אני אישה, לא זהו, לוקחת את זה כמובן מאליו ת'מילה הזאת, לא יותר מדי כאיזה משהו ייחודי או אולי בגלל שהייתי עסוקה יותר מדי בשינוי במצבי רוח ו לא היה לי זמן להתעסק עם זה בנשיות שבי (846-851)".

גם ורד מציינת את המקום הגדול שתפסה המחלה בחייה כך שלא נשאר מקום לנושאים אחרים בכלל או לנשיות בפרט "קודם כל הייתי הרבה יותר חולה, אז, אז המחלה תפסה הרבה יותר מקום בתודעה, בהישרדות ממש, כאילו היא תפסה מאה עשרים אחוז, לא שמונים וחמישה אחוז, אז לא היה הרבה מקום, גם לא הרגשתי אישה (220-222)". טל חושפת בפני את מחשבותיה בנושא זה שגם מדגימות את חוסר הפניות לעסוק בנושא הנשיות כשיש מאבק דחוף יותר "יש משהו עם המלחמה הזאת של הלהישאר השפוי, שמזיז הצידה את השאר, זאת אומרת, את הנשיות או את הקטע הזה של אולי באמת יותר נשיות (669-671)" ומציינת שלפני הגינדר יש את האדם "אני חושבת שלפני להיות אישה צריך להיות בנאדם, זאת אומרת הגינדר לא נראה לי משנה אבל

הלהיות בנאדם, להיות מישהו, כאילו (661-660)”. כלומר הן אומרות שאו שלא התעניינו בדברים נשיים או שבגלל המחלה הן לא התעניינו.

יחד עם זאת, כפי שאציג בהמשך, הנשים מתייחסות למספר היבטים הקשורים לנשיות בסיפוריהן ומתארות תהליך הדרגתי של שינוי בחוויותיהן ביחס אליו. ההיבטים הם: מערכות יחסים, אמהות, מראה חיצוני, מיניות ומודלים נשיים. כל אחד מהנושאים הללו מתואר בצורה אחרת בתקופה שלפני פרוץ המחלה, בתקופת התפרצות המחלה ובתקופת השיקום וההתמודדות עם המחלה.

### **4.3 מערכות יחסים**

מערכות היחסים הינה תמה מרכזית ששבה ועלתה בכל הראיונות באופנים ובהתייחסויות שונות. נושא זה הינו בעל הנפח הגדול ביותר בתוך הראיונות. מערכות יחסים הינו נושא שמעסיק רבות נשים, הן מוגדרות ומגדירות את עצמן דרכו, נשים רואות בו חלק משמעותי מחייהן (גילגן, 1995) והוא נושא שנכתב עליו רבות על ידי נשים ובהקשר של נשים.

המושג "מערכות יחסים" משמש כאן כדי לתאר מערכות יחסים אינטימיות עם בן זוג קבוע. הנשים שרואיינו במחקר התייחסו בסיפור חייהן למערכות היחסים ככאלה, המשפיעות ומושפעות ממחלת הנפש, ההתמודדות וההחלמה. כפי שעולה בראיונות, מערכות יחסים הנחוות כפוגעניות מהוות טריגר להתפרצות מחלת הנפש. בכדי לבסס טענה זו אציג את דבריהן של המרואיינות בהקשר הזה ואת ההסברים השונים שהן מעניקות למצב זה ולמקום שלהן במערכות היחסים. בנוסף, אתאר את המקום אשר תופסות מערכות יחסים בחייהן לאחר המחלה. חוויות חיים אחרת הלוקחות מהן את השליטה על החיים כגון, תקיפה מינית ואונס עולה ככזו המהווה טריגר להתפרצות מחלת הנפש.

#### **4.3.1 תרומתן של מערכות יחסים להתפרצות מחלת הנפש**

מספר רב של מרואיינות, כפי שיובא להלן, קושרות בין התפרצות מחלת הנפש לבין מערכות יחסים, ובעיקר, מערכות יחסים בעייתיות, שיש בהן פגיעה, כגון: פרידה לא מתוכננת, דחייה, בגידה, אהבה נכזבת וכדומה. לימור מציינת בצורה מפורשת כי הסיבה לפרוץ המחלה לדעתה היא חוויות שחוותה במערכות יחסים אינטימיות: "באמת מהנקודה הנשית, אני חושבת שמערכות היחסים הזוגיות שלי הן היו בעלי התרומה הגבוהה ביותר להתפרצות המחלה, אותן טראומות רגשיות של פרידות ועזיבות ותלות רגשית בחברים, חברים רומנטיים כן, עם אנשים אחרים לא הייתה לי תלות רגשית" (263-266). הפסיכוזה של לימור פורצת בתקופה שבה הייתה במערכת

יחסים עם גבר גרוש. היא מתארת כי החבר אמר לה שמערכת היחסים עלולה לפגוע בה והיא אכן מנסה להיפרד ממנו אך הוא אינו מאפשר לה לעשות זאת: "ולמעשה הוא כל הזמן אמר לי, תשמעי לימור הוא ניסה ככה להגיד לי לרמוז לי, לימור זה עלול לפגוע בך היחסים בנינו, אני אומרת לו מה עלול לפגוע בי? מה? אני לא רואה שום דבר. וכל פעם שניסיתי להיפרד ממנו אז כמובן הוא לא, כמובן אבל הוא חזר אלי, לא נתן לי את האופציה אני לא הייתי מאוהבת בו נהניתי מאוד מחברתו והכול אבל לא הייתי מאוהבת בו, אבל מצד אחד הוא אמר לי אני עלול לפגוע זה עלול לפגוע בך מצד שני הוא לא נתן לי להיפרד ממנו, ואיתו התחילה למעשה הפסיכוזא (249-255)".

בדומה ללימור, סמדר, בוחרת לפתוח את סיפור חייה, "מהמקום שהחיים שלה הסתבכו", כפי שהיא מציינת זאת, כשהיא מתייחסת לשתי נקודות חיים, האחת, מתייחסת להתפרצות המחלה והשנייה, זו הפותחת את סדרת האשפוזים. שתי נקודות הציון הללו מתוארות על ידה כקשורות למערכות יחסים. בנקודת הציון הראשונה היא אומרת "הטריגר שפתח את המחלה והוציא אותה החוצה זה היה אהבה נכזבת (18)", סמדר, שהייתה אז בת 19, מתארת "הוא בא ואמר לי סמדר אני עוזב אותך כי אני אוהב אותך, ככה הוא אמר לי, אני עוזב אותך כי אני אוהב אותך וזהו, ולא הצלחתי להבין, ניסיתי להוציא ממנו סיבות שהן יאמרו לי שבגללן הוא וויתר על הקשר והוא אמר אני לא יכול להיות עם מישהי כרגע, אני רוצה להיות לבד ולא יודעת, משהו כזה לא ברור, אז בגלל זה אני קוראת לזה אהבה נכזבת ואני חושבת אם אני לא טועה הרבה מאד.. טריגר מאד נפוץ אצל חולים (614-620)". כפי שניתן לראות סמדר אף מרחיבה את ההבנה שאהבה נכזבת הינה טריגר נפוץ בקרב אנשים שמתמודדים עם מחלת הנפש. בנקודת הציון השנייה היא מספרת על ההתקף המאני-פסיכוטי שקרה אחרי שעברה לגור יחד עם החבר "ולא עברו שלושה שבועות מהמגורים המשותפים וזה היה יום שישי בערב, שם זה היה נקודת הציון השנייה אצלי בחיים שפתחה את סדרת האשפוזים שלי, זה היה התקף מאני-פסיכוטי וזה משהו מאד מוזר, מאד מפחיד (118-124)".

גם עמית מספרת על משבר אהבה נכזבת בגיל 18 המוביל להתקף הפסיכוטי הראשון "ביוגרפיה ממש של המחלה אפשר להגיד אותה, אם מגדירים אותה כמחלה שבגיל 18 היה לי התקף מה שנקרא פסיכוטי ראשון, חווייתי איזה שהיא התאהבות מאד גדולה ובעקבותיה בלבול ובפסיכיאטריה קוראים לזה היי, אבל הצלחתי להתארגן ולהגיע לצבא יחד עם המצב הזה (27-31)". את המשבר השני עמית ממקמת מיד לאחר שנפרדה מהחבר הראשון שלה "ואז

כשהשתחררתי מהצבא הכרתי ת'חבר הראשון שלי, היינו ביחד חמש שנים ונפרדתי ממנו במהלך משבר שני שהייתי בו ואז עכשיו, כשזה קרה אני כבר הייתי בתואר שני (40-42)".

המשבר של אנה החל לאחר לידת בנה השני. היא מתארת כי סבלה באותה תקופה מדיכאון, והמשבר פורץ בעקבות ההתאהבות בבוס שלה, "ואחרי הלידה של הבן השני שלי היה משבר, היה דיכאון ארוך של שנה פלוס? בעקבותיו התחלתי לעבוד באיזה שהיא חברה, והיה שם איזה שהיא אפיזודה של התאהבות בבוס, או משהו כזה, בעקבותיו חל המשבר הראשון (427-430)".

לעומת האפשרות לחוות משבר נפשי בעקבות מערכת יחסים שאינה מצליחה, שרה מציינת את החוסר במערכת יחסים כאחד הדברים שהביא אותה לדיכאון "בדיעבד שאני מסתכלת אחורה אז אני מבינה שלמעשה הייתי חולה כבר הרבה לפני שהתפרצה המחלה לפי כל הסימנים מצבי רוח בזבז כספיים מעבר למה שאפשר וזה, גרתי ברמת גן שזה התפוצץ לא היה לי חבר לא הייתה לי עבודה ונכנסתי לדיכאון (26-28)".

כפי שעולה מסיפור חייהן של המרואיינות, למערכות היחסים יש מקום משמעותי בהיותן טריגר להתפרצות מחלת הנפש. מערכת יחסים הנתפסת כאהבה נכזבת, פרידה או שאינה ניתנת למימוש וכן חוסר במערכת יחסים, שניתן לראותם כאי הצלחה במימוש מערכת יחסים יוצרים "קרקע פורייה" להתפרצות מחלת הנפש.

#### **4.3.2 מקום האישה במערכת היחסים**

הניסיון להבין מתוך דברי המרואיינות מה קורה בתוך מערכת היחסים אשר מהווה טריגר להתפרצות מחלת הנפש מוביל לשני הסברים שונים: האחד נוגע למקום של המרואיינות בתוך מערכת היחסים, מאבק בין תלות לעצמאות, בחירה של אנשים לא מתאימים, אי יכולת להשמיע את הקול והרצונות, וויתור על דברים שמשמעותיים לאישה עבור בן הזוג. השני, נוגע לחוויות חיים חיצוניות הלוקחות מהן את השליטה על החיים המשפיעות על מערכת היחסים, כגון, בגידה ושידוך.

לימור מציינת שבמהלך חייה בת"א היו לה מספר מערכות יחסים רומנטיות ארוכות. בתוך מערכות היחסים לימור מתארת את האופי שלה כתלתי והיא מנסה להיאבק על עצמאותה דרך זה ששמרה על דירה וחיים עצמאים משלה "תוך כדי מערכות היחסים התגלה לפחות לי וכנראה גם לפרטנרים שלי, שהאופי שלי הוא די תלתי אני כל הזמן ניסיתי להילחם בזה אבל בסך הכול כשהייתי ביחד עם החבר היה לי נורא נורא טוב, בילינו, עשינו דברים ביקרנו היה נורא טוב, ברגע שנפרדנו למרות שאני רציתי להיפרד כי ידעתי שזה רצוי לשמור על העצמיות שלי פתאום אני



מצאתי את עצמי במין ריק כזה, ולא היה לי לא היה לי טוב לבד, הייתי צריכה כל הזמן להיות עם החבר למעשה, כאילו מבחינת ההרגשה הפנימית. הייתי ממש מאוהבת באהבה (206-214)". לימור מתארת תהליך מעגלי וסגור: המאבק בין תלות לעצמאות מוביל אותה לבחור בבחירה שאינה אפשרית עבורה, פרידה, שמותירה אותה להתמודד עם תחושת "הלבד" המחזירה אותה שוב אל מערכת היחסים וחוזר חלילה: "אם אני צריכה לנתח מה הוביל למשבר הנפשי שלי אני חושבת שהיחסים הרומנטיים שלא הייתי בעצם מודעת עד כמה הייתי מנהלת אותם, חוזרת כל פעם על אותה טעות שסיפרתי לך עליה, מנהלת אותם לא נכון מהבחינה הזאת (218-221)".

שרה מספרת על מערכת יחסים משמעותית שנמשכה מספר שנים מתקופת השירות הצבאי, אשר עיצבה והשפיעה על תפיסותיה את הזוגיות. במערכת יחסים זו שרה חווה בגידה ופרידה פתאומית "היה לי אחד בצבא שהכרתי אותו זה נמשך כמה שנים וזאת הייתה אהבת חיי, אבל הוא פגע בי בצורה מאוד קשה, אחרי זה כנראה איבדתי אמון בגברים אבל המשכתי ז'תומרת היו לי עוד מערכות יחסים, אבל מאז התמימות נפגעה קשה מאז שהוא פגע בי אז התמימות נפגעה (-108 111)". שרה רואה את הסיבה לכך שלא התחנתה ב"טעויות" שלה ובבחירה הלא מתאימה באנשים שאין לתת בהם אמון. "יש לי איזה שהיא בעיה ליצור מערכת יחסים זוגית אני מרגישה שיש לי בעיה, כי בהתחלה אני מפתחת קשר וזה ואחרי כמה זמן אני נסגרת, קשה לי להביע רגשות, רגשות שלי, וקשה לי להביע את הרצונות שלי ואז אני מתרחקת בעצם מהבן זוג ואז זה נקטע ואין לזה המשך (158-161)", בדומה למה שאומרת גיליגן (1995), שרה מתארת מצב של חוסר קול. בעוד גיליגן מתארת שהמצב של השתקת הקול הוא אדפטיבי עבור נשים שכן הוא מסייע להן לשמר את בני זוגן, אצל שרה חוסר הקול לא עוזר לה לשמור על בן הזוג, מכיוון שההתרחקות שלה מהרצונות של עצמה מביא להתרחקות שלה מבן הזוג, ולסיום מערכת היחסים.

עבור עמית שנמצאת בקשר זוגי, "המקום שלה כאישה", הוא מקום של ויתור, למען בעלה, למען מערכת היחסים והאהבה "זה היכולת שלי לוותר על האמונה שלי בשבילו וחלק מהמצבים האחרונים שבהם הייתי זה היה קשור לאהבה בינינו, זה עד כמה אתה מוכן לוותר בשביל האהבה (196-198)". עבורה להיות אישה זה הויתור על הדרך שלה "להיות אישה זה במקרה הזה זה לוותר, זה ללכת בדרך שלו, למרות שזה דרך שהיא קשה לי (244-245)", עמית מתכוונת "למקרה הזה" בכך שויתרה ולקחה תרופות מכיוון שבעלה מאמין שזה יוכל לסייע לה להגיע לאיזון ותפקוד, למרות שלדעתה יכלה להתמודד בדרכים אחרות.

הסבר אחר לקשר בין מערכות יחסים להתפרצות מחלת נפש מצוי באירועי חיים חיצוניים המשפיעים על מערכות היחסים. מעיין ממעטת לדבר על מערכות יחסים בראיון. במקומות שהיא כן מתייחסת לכך היא מציינת שהיא הייתה אמורה להינשא פעמים, אבל בגלל פגם חיצוני שיש לה בעין, החתונות בוטלו "האהבה הראשונה שהייתי אמורה להתחתן, ולא התחתנתי בגלל שהמשפחה שלו התנגדה בגלל שיש לי בעיה בעין [...] העין הימנית שלי עיוורת [...] וזה מולד וזה מאד פגע בי. והחבר השני הרציני שהיה לי אז גם כן היה את אותו סיפור ואז הגעתי למסקנה שהחיים שלי בעצם שואפים לאפס (86-93)", מעיין מדברת על אותו פגם חיצוני שמוביל אותה לתחושה של "אפס", כאילו אין לה זכות שמישהו יהיה עימה. אבל נראה שהפגם הפיסי הוא רק ביטוי של חווית פגיעה קיצונית שחווהה כאשר הייתה קורבן להתעללות מינית בגיל 4: "אני ארד איתך לעוד יותר אינטימיות, הייתי אמורה להינשא פעמיים לאהבה הראשונה שלי ולעוד גבר אחד. אני לא הצלחתי לממש תינסיות שלי בגלל זה. כי בכל פעם שהיינו במגע מיני כל פעם התמונה שלו הייתה הפרצוף שלו היה מול העיניים שלי (494-491)", הפלשבקים שמתרחשים במהלך קיום יחסי המין מונעים ממנה לממש את המיניות והנשיות שלה.

אנה, שנמצאת בקשר זוגי, הוכרחה להתחתן בשידוך אחרי שברחה מהבית כשהברירה שעמדה לרשותה הייתה בלתי אפשרית, סכנת חיים. האיש שעמו התחתנה ואיתו הביאה ילדים היה עבורה אדם זר, מערכת היחסים נכפתה עליה ולא הייתה זו בחירה או תחושה פנימית שלה. רק אחרי שנים רבות של נישואין ואחרי שעברו את המשברים יחד למדה להכיר אותו: "אבא שלי החליט שאו שאני מתחתנת או שהוא גומר עליי ואחרי איומים ומכות והסגר בחדר הסכמתי לראות כמה בחורים שניסו לשדך ואחד מהם כנראה אלוהים חס עליי, היה בן זוגי כיום. איש מקסים כמובן בגלל שזה שידוך ובגלל שאני לא הכרתי אותו מספיק לקח לי זמן להכיר אותו ועד שבאמת חליתי אחרי עשר שנות נישואין, לא הכרתי אותו באמת. וזה לחיות עם בן אדם זר ולהביא איתו ילדים לעולם ולא להבין את המשמעות, לא של הזוגיות, לא של המשפחה, לא של שום דבר מסיבב. כי הכל נכפה והכל היה חיצוני, לא היה משהו פנימי שלי (65-57)".

### **4.3.3 מערכות היחסים וההתמודדות עם מחלת הנפש**

בכל סיפורי החיים תופסות מערכות יחסים מקום נכבד בתיאור ההתמודדות עם מחלת הנפש. מערכות יחסים אינטימיות יכולות להיות הסיבה להתפרצות המחלה, אבל הן ממשיכות להיות משאת נפש, הנשים מעוניינות ליצור מערכות יחסים אינטימיות למרות הקושי הגדול הכרוך בהתמודדות עם הסטיגמה ובהתמודדות עם המחלה בתוך מערכת היחסים.

## שלב יצירת הקשר הזוגי הראשוני

המחלה מתוארת על ידי המשתתפות כגורם שמחבל ביכולת שלהן למצוא בן זוג. מי שלא חווה זאת אינו יכול להבין את הקושי במחלה, והוא נרתע מיצירת קרבה זוגית עם מי שסובל ממנה: "זוגיות זה מאוד חשוב זה חסר לי זה מאוד חסר, יש גם קושי גדול עצם זה שאני חולת נפש [...]. ונפגשתי עם כמה בחורים ושידוכים ואחרי שהם היו שומעים שיש לי מחלת נפש זה קצת מרתיע אותם אני לא מתייאשת מזה (שרה, 172-171)"; "וזה קשה מאד למצוא מישהו אדם בריא שרוצה להיות עם מישהי שהיא חולה (סמדר, 484-481)"; "תראי, אנשים מסביב לא יודעים להתמודד. זאת אומרת, אם אני הייתי מקבלת שקל על כל מי שזרק אותי כי סיפרתי לו שאני חולה ולא התאים לו, היה לי וילה במנהטן. של חצי דונם (טל, 292-291)"; "אני לא פעם שמעתי מבני זוג שיצאתי איתם משפט של תראי, את אחלה אבל אני לא יכול להתמודד עם זה שאת חולה. וזה באמת החלטה שהיא לגיטימית מבחינתי כי, מי שלא יודע להתמודד עם הידיעה שאני חולה לא יידע להתמודד (טל, 304-301)".

התגובות בהן נתקלות הנשים גורמות להן לפתח פרקטיקות שונות של גילוי והסתרה. טל הייתה מספרת בפגישה הראשונה על המחלה: "כי אמרתי אם הם ילכו בדיוק הראשון יכאב לי פחות מאשר אם הם ילכו אחרי חודש, אחרי שבועיים. ואחרי תקופה אמרתי שזה לא נכון, כי הם מכירים תימחלה לפני שהם מכירים אותי, בתור בנאדם (406-403)". עם הזמן שינתה את הטקטיקה שלה: "אני אגיד לך מה, אני מאד מאמינה שצריך לאהוב ת'צד הבריאה לפני שאוהבים ת'צד החולה. זאת אומרת, קודם כל להכיר את מי שמולך ולדעת שמתאים לך להיות איתו לפני שאתה מתחיל לפתוח את אנו באנו ארצה (352-350)" ומדגימה את הדרך שלה שהיא קוראת לה "הקטנה ודיוק": "שאלת איך לספר? אני מאמינה מאד בהקטנה ודיוק. לא את כל סיפורי האשפוזים ואת כל התרופות ומה עשיתי וכן עשיתי ולא עשיתי, אלא להגיד או.קי, תשמע, אני חולה אני מתמודדת, אני במעקב, אני מטופלת, חוץ מזה שאני חולה אני גם א', ב', ג', ד', ה' וזה אני (366-364).

גם שרה משתמשת בטקטיקה של הקטנת המחלה: היא בוחרת להשתמש במילה "משבר" ולא מחלת נפש, והיא מסתירה את ניסיון ההתאבדות שלה "אני אומרת להם שבערך לפני 10 שנים בערך היה לי משבר נפשי, אני לא מספרת להם את כל הפרטים וכרגע אני כבר 10 שנים מאוזנת לוקחת כדורים שיאזנו שימשיכו לשמור שיעזרו לי להמשיך לשמור על האיזון וזה. כמובן את הקטע של ההתאבדות הניסיון התאבדות אני לא מספרת חס וחלילה (225-222)".

חלק מהנשים מתארות כי הן מחפשות בן זוג בריא או מי שמתמודד עם המחלה אך הגיע לאיזון ממושך: "אני בררנית מהבחינה הזאת ש-שאני, אני רוצה בנאדם בריא ולא חולה, אני חושבת שיהיה לי קשה מדי עם בנאדם שהוא חולה, אלא אם כן אני אמצא מישהו שהוא הצליח להגיע לאיזון ממושך ועם יכולת תפקוד לפחות כמו שלי ומעלה, לא פחות מזה, אני קשה לי להתפשר (סמדר, 499-502)". נשים אחרות טוענות כי פחות חשוב להן אם בן זוגן יהיה בריא או חולה ומה שחשוב זה היכולת שלו להתמודד: "אני יכולה להגיד לך שיצאתי גם עם חולים וגם עם בריאים, ואין לי בעיה, זאת אומרת, אני לא אגיד למישהו לא כי הוא חולה. אני אגיד למישהו לא אם הוא לא מתמודד, אם הוא מרחם על עצמו, אם הוא קורבן, אני חושבת שהמקום של הקורבן הוא מקום מאד בעייתי ואני חושבת שזה מה שאני מבחינתי אפסול משהו, על המקום של הקורבן, של המסכן, של אכלו לי, שתו לי, עשו לי. אבל מבחינת בריא חולה? לא נראה לי שזה משנה. אני חושבת שזה משנה איזה בנאדם אתה (טל, 922-928)".

חלק מהנשים חוששות ממערכת יחסים אינטימית. לימור, שהייתה רוצה ליצור קשר זוגי נמנעת מכך מכיוון שהריגוש בכך מעורר חרדה ואף חוסר שינה ומוביל לפגיעה בתפקוד היומיומי: "אני מפחדת ליצור קשר זוגי מפני שכל ריגוש לא מאפשר לי לישון בלילות ואני צריכה לתפקד בימים, אם זה בעבודה או במקומות אחרים, בכל אופן זה גם מאוד לא נעים סתם לא לישון בלילה ולהירדם בסוף לשעה ולחלום סיוטים אז אני נמנעת מקשרים זוגיים לעת עתה, ואני הולכת ונמוגה (355-358)". עמית, שנמצאת בזוגיות, מעלה בדבריה את הקשיים הקיימים עם בן הזוג הנפגשים עם ההתמודדות שלה עם "מצבי הנפש". בהתייחסה לתקופה בה נערך הראיון כשחשה "בהיי מטורף", היא קושרת זאת לקשיים שיש לה במערכת הזוגית: "תראי, אני הולכת לפסיכיאטרית עכשיו שהגיע כי אני הייתי בהיי מטורף ולא הצלחתי לישון, או.קי? שזה היה קשור נורא לזוגיות שלי ולקשיים שלי עם בעלי (111-112)". בתיאורה את ה"היי" היא מדברת על עוצמות, התפרצויות, כעס שיוצאים בקלות יותר ובאים לידי ביטוי ברצון שלה להתגרש מבעלה "לא עשיתי דברים שממש הצטערתי עליהם לפחות לא בשנים האחרונות. יותר משהו באנרגיות, שהוא יותר גבוה ופחות ממוקד ועוצמה יותר גדולה כמובן, התפרצויות, הרבה יותר כעסים, זה יוצא הרבה יותר בקלות ובכל פעם שאני משתגעת אני רוצה להתגרש מבעלי בערך, כאילו, זה אחד הסימפטומים שלי ב DSM הפנימי (929-932)". בתקופות של דאון היא חשה רגשי אשמה הקשורים לאמהות ועולים נושאים הקשורים לזוגיות ולתקשורת בינם, "עכשיו כשאני בדאון אז יש המון רגשות אשמה, שקשורות-שקשורים לאמהות ויש תינושא של הזוגיות ואיך אנחנו

מקיימים קשר כי ... כי בעלי הוא די ניגוד שלי וקשה לו להתחבר לתכנים היותר רוחניים של המצב שלי (164-167)".

ההשפעה של ההתמודדות עם המחלה בהקשר של מערכות יחסים משפיעה גם על הביטחון העצמי. שרה לדוגמא, מספרת על כך שמאז שהמשבר פרץ לא היו לה מערכות יחסים וקושרת זאת לביטחון העצמי שלה כאישה "גם לשקם את הביטחון העצמי מבחינת האישה שבי, כי כמה שנים לא היו לי מערכות יחסים וזה פתאום בבת אחת דברים נפסקים זה מערער את הביטחון העצמי של הנשיות, זיתומרת הייתי רגילה שיש לי מערכות יחסים גם אם הם היו דפוקות לא משנה, מאז שחליתי פתאום ככה שנים לא היה לי זה נפסק באיזשהו שלב (261-265)".

הקושי לקיום מערכת יחסים אינטימית לצד מצבי המחלה קשור גם לכך שקשה למצוא מודלים מצליחים של קשר כזה. שרה מספרת על חברה שגם חולה שהייתה נשואה, אבל הנישואין לא החזיקו מעמד והסתיימו בגירושין. מההכרות שלה עם זוגות שסובלים ממחלת הנפש ישנו אחוז גבוה של גירושין "אני יודעת על חברה שלי שגם שחלתה ובסוף שהייתה נשואה ובסוף הנישואים נגמרו בגירושין לא החזיק מעמד, זיתומרת שהרבה מהזוגות שאני הכרתי שהתחתנו אחרי שהם היו חולי נפש יש אחוז מאוד גבוה של גירושין וזוגות שמישהו מבני הזוג החולה והשני בריא לא נתקלתי (312-309)". מתוך דבריה עולה כי לא קיים מודל לזוגיות או נישואים בין בני זוג המתמודדים עם מחלת הנפש שניהם או אחד מהם ולכן האפשרות לזוגיות נראית כלא אפשרית. יחד עם זאת שתי נשים במחקר הן נשואות ומתארות את בני זוגן כתומכים ומלווים. תמיכת בן הזוג באה לידי ביטוי בתוך הבית ובסיוע בגידול הילדים בזמן שהמחלה פעילה: "תראי, קודם כל יש תינושא של האמהות של המצבים האלה שבהם אני אחראית גם לילדים ובמצבים שאני בהיי אז אני צריכה גם קצת יותר קרקע, ואז אני צריכה נגיד את בני, את בעלי, יותר מעורב בדברים (עמית, 162-164)". ובאה לידי ביטוי גם באופן ישיר עבור האישה עצמה, ובדרך שבה בן הזוג סובלני כלפי המצב והסימפטומים: "ובאמת אחרי המשבר הראשון כנראה זה היה התנסות עבור שנינו, הבנתי מי באמת שומר עליי. ומי איתי ומי נמצא איתי ומי חי איתי, ומי הנשמה התאומה שלי, כן מסתבר שיש הפתעות בחיים והוא זה שתומך בי עד היום סובל את כל ההיעדרויות שלי מהבית את כל הקפריזות שלי, את כל התשישויות שלי מהמחלה. את העלייה שלי במשקל את הקשרים שאני יוצרת, ושגובים ממני מחיר (אנה, 66-71)". והן בתמיכה ישירה עבורה במהלך המשבר: "הוא היה נכנס כדי לקלח אותי, כי אני לא הייתי מסוגלת להתקלח, שיער פזור הולכת יחפה גם ברחוב וזהו אני חושבת זה לא קל וגם איבדתי כל קשר עם המציאות, לא ראיתי

פרצופים אבל לא זיהיתי אותם, זה כולל הילדים וכולל אותו וכולל את ההורים והפרצוף הראשון זה שזיהיתי זה היה הוא שעמד שמה באברבנל ליד המיטה שלי (אנה, 307-312)."

#### **4.4 אמהות**

"מראיינת: את רוצה להיות אמא?

טל: זה תלוי באיזה יום את שואלת (שתיהן צוחקות)

מראיינת: היום

טל: לא, לא, יש ימים תראי, אני חושבת שילדים זה משהו נהדר. זאת אומרת אני חושבת שזה משהו שהוא בעיניי חלק מאד חשוב מלחיות, זאת אומרת לגדל ילדים, אין לי ספק שזה צריך לקרות א' עם בן זוג יציב במערכת יציבה ולא לבד כי אני חושבת שלבד עם המחלה זה יותר מדי פקטורים של לחץ ואני חושבת שזה צריך לקרות באמת ממקום מאד יציב (909-916)."

תמת האמהות חוזרת ומופיעה בכל הראיונות והינה בעלת הנפח השני הגדול ביותר אחרי מערכות היחסים. המורכבות שבאמהות כפי שהיא עולה מדבריה של טל, חוזרת ועולה בשאר סיפורי החיים. המורכבות הזו כוללת את הרצון להיות אמא והמשמעות של זה כדבר שהינו "חלק חשוב מלחיות", וכן את הקושי להתמודד עם משימת האמהות לצד המחלה. בפרק זה אתאר מורכבות זו.

#### **4.4.1 הרצון הכמיהה והזכות להיות אמא**

הרצון והכמיהה להיות אמא אינו מופיע בדברי המשתתפות כדבר פשוט הנובע מעצם היותן נשים בלבד, אלא כתהליך שמתפתח ותלוי במשתנים שונים. לימור לדוגמא, מתארת בסיפור חייה את השינוי שחל בה ביחס לנושא האמהות. לפני פרוץ המחלה, היא מתייחסת לעצמה כאישה שהיא "לא רצינית( לימור, 222)", והמשמעות של זה היא: "לא רציני חתונה וילדים ( לימור, 227)". עם פרוץ המחלה, בתיאוריה את המחשבות שעלו לה בזמן הפסיכוזה היא מתארת את הרצון לילדים שלא היה קיים לפני "אחד הדברים זה היה פסיכוזה שהייתה קשורה לחיים של המשפחה שלי, שסוף כל סוף אני יודעת מה אני רוצה, אני כן רוצה בית, אני כן רוצה ילדים ( לימור, 326-328)". בשלב הנוכחי בחייה, בזמן עריכת הראיון, היא מחפשת למצוא "איזשהו נתיב או דרך לנהל את החיים שלי בצורה מלאה יותר, ופרודוקטיבית יותר, מספקת יותר, עצמאית יותר( לימור, 378-379)". כשאני שואלת אותה על מטרה שהיא הייתה רוצה לחייה, היא מדברת על מציאת הדרך לחיות עם המגבלות של המחלה, מציאת משהו משמעותי בחייה וכדוגמא היא מתארת כי הייתה מוכנה לאמץ ילד "אם היית יכולה למצוא דרך לחיות עם המגבלות של המחלה, ולמצוא משהו

משמעותי בחיים שלי, לאתגר, שיהיה שייתן לי סיפוק, שייתן לי תחושה של ערך [...] תראי אפילו הייתי מוכנה לאמץ איזשהו ילד אבל זה עוד נורא נורא רחוק, זה נורא באוויר להגיד את הדברים האלה (לימור, 410-415)". הרצון לאמהות כפי שהוא בא לידי ביטוי בסיפור חייה של לימור מופיע רק אחרי פרוץ המחלה ובשלבי ההתמודדות, השיקום וההחלמה.

גם אצל שרה מופיע הרצון להפוך לאמא כביטוי של כוחות הקשורים להתמודדות עם המחלה ולהתחזקות כוחותיה: "עכשיו משחזרתי בתשובה אז גם חזרה לי האמונה בזה (זוגיות) גם הקטע הנשי ואני מפחדת ללדת ואני מפחדת מלגדל ילדים יש לי פחד מאוד גדול אבל אני אנסה אני רוצה (שרה, 337-339)". שרה קושרת בין החזרה בתשובה, שמעניקה לה כוח ואמונה ומחזקת את הביטחון העצמי שלה, לבין הרצון ללדת ולגדל ילדים.

בשעה שלימור ושרה בוחנות את הרצון שלהן להיות אמהות, מעיין מתייחסת לאמהות כאל זכות, והיא חשה שזכות זו אינה מותרת לה: "אני פשוט פספסתי גם תזכות להיות אמא, וזה משהו יותר כואב מזה. לא, כאילו סליחה, בגלל מניאק אחד ועוד שניים (מעיינ, 505-507)". מעיין מתארת את הרצון להיות אם אבל גם את ההבנה כי היא צריכה לוותר על רצון זה: "ולאגיד לך שכשהייתי עוברת ברחוב והייתי רואה נשים עם ילדים הלב שלי לא היה נצבט? אני אשקר, אבל די, זהו, איחרתי את הרכבת וזהו. אני צריכה ללמוד להשלים עם זה (559-561)". הדבר שמעיינ בעצם לומדת להשלים עימו הוא הויתור הכואב על האמהות.

לדבריה של מעיין שותפות גם נשים אחרות, מכיוון שלרובן אין בן זוג הן אינן רואות אפשרות ריאלית להיות אמהות. יחד עם זה, הן מתייחסות בהרחבה לטיפול באחרים, אם באופן מקצועי או באופן אחר, מה שיכול להיתפס כהרחבה של מושג האמהות או כאמהות חלופית/פונדקאית.

### מקצוע טיפולי

רוב המשתתפות עוסקות בחייהן האישיים במקצועות טיפולים. חלקן עושות זאת בשכר וחלקן בהתנדבות. טל לדוגמא, הצעירה מבין המרואיינות, חלמה כבר מכיתה ה' ללמוד רפואה בעתודה הצבאית. החלום שהתנפץ לה בעקבות האשפוז התגשם בצורה אחרת: "ואז סבתא שלי, שהייתה אישה מאד חכמה, אישה באמת, אמרה לי החלום האמיתי זה לא להיות רופא, החלום האמיתי זה למה רצית להיות רופא, והלמה הזה זה משהו שאפשר להגשים אותו בעשרים אלף דברים שאת כן יכולה. ואחד מהם זה הקבוצות, זה בדיוק אותו למה (487-484)". טל שעדיין לא חוותה את חווית האמהות, מתייחסת לקבוצה לעזרה עצמית שהקימה בגיל 19 וממשיכה לרכז אותה עד היום כ"בייבי" שלה: "זה-זה מקום של בייבי לגמרי, תראי החצי שנה הראשונה זה באמת זה להרים פרויקט, זה מעבר לקבוצה, להתקשר לכולם, לבדוק איך היה, מה רוצים, לעשות תיאום

ציפיות, חוזה קבוצתי, כאילו זה המון התעסקות שהיא מעבר לשעתיים בשבוע ואני מאד נהנית בקבוצה (561-564)". האחריות, העשייה, הדאגה וכל "ההתעסקות" שטל מתארת והדרך בה היא רואה בכך כ"בייבי" הילד שהיא יצרה נתפסים כ"אמהות" של הפרויקט לכל דבר. טל לומדת כיום מקצוע טיפולי באוניברסיטה וחולמת להמשיך לתואר שני ודוקטורט: "אחד הדברים שהכי מעניינים אותי זה איך מטופל יגיב למטפל חולה, ואם יש הבדל בין חולה פיזי לחולה נפשי. זאת אומרת, אם היית יודעת שהמטפל שלך חולה סרטן, היית הולכת אליו? אם את יודעת שהוא בן פולאר, היית הולכת אליו? זה הכי מעניין אותי בעולם (790-793)".

סמדר למדה מקצוע טיפולי ועובדת בתפקיד טיפולי מזה שנים רבות. במהלך סיפור חייה היא מציינת את פועלה בהתנדבות במספר ארגונים ואף מזכירה זאת כמהלך שיקומי שהוצע לה אחרי אחד האשפוזים. במהלך השנים עבדה במספר מקומות ואף התנדבה עד שהגיעה לעבוד בתחום בריאות הנפש וכיום היא עובדת בתחום זה: "וגם חזרתי למקצוע שזה נותן לי המון ועוד בתחום שהכי מתאים לי בעצם, זה כמו טיפול בפרדוקס, כאילו להיות חולת נפש ולעבוד עם ולטפל בנפגעי נפש זה אין עבודה יותר טוב מזאת (460-463)".

מעין עובדת כמדריכה בתחום טיפולי-שיקומי בבריאות הנפש בדיוור מוגן אחרי שעברה קורס מטעם משרד הבריאות. החלום שלה היה לחזור ולעבוד בבית חולים בשביל להיות ולתמוך באחרים, מה שהיא לא קיבלה: "כששאלו אותי איפה אני רוצה לעבוד, הדבר הראשון שעלה לי בראש זה אמרתי אני רוצה לעבוד בבית חולים, ואז שאלו אותי למה? ואז אמרתי כי כשאני הייתי מאושפזת אני הייתי זקוקה ליד, לאוזן הקשבת שלא הייתה שם אבל אין תקנים בבתי חולים לצערנו הרב למתמודדים (997-1000)".

לימור התנדבה בעבר וגם כיום היא רואה בכך אופציה שהיא הייתה רוצה לבחון בכדי "לעזור במשהו": "אז אני בודקת אפשרות להתנדב, בעבר התנדבתי באיזה קו עזרה להטרדה, וגם זה אני לא בטוחה שאוכל להתמודד עם שיחות חזקות של אנשים כל דבר יכול להשפיע עלי מאוד חזק, אולי אני אמצא נתיב אחר שאני יוכל להתנדב בו, אולי זה יעזור במשהו (389-392)".

אנה היא אמא לשני ילדים, עובדת כמדריכה בתחום בריאות הנפש, מתנדבת בארגון לעזרה וגם מנהלת פורום באינטרנט בהתנדבות למתמודדים למען מתמודדים. "התרומה לקהילה" היא דרך חיים עבורה, היא רואה בה חלק חשוב בחייה ומשהו שדרכו היא מבטאת את כישוריה: "להאמין בעצמך, ביכולות שלך ובכישורים שלך ולתרום לקהילה. בכל דרך שהיא. אם זה עבודה בשכר ולהתעסק בכל תחום שהוא, זה יכול להיות תחום טיפולי ולא דווקא, כן לתת לקהילה וכן לעבוד



וכן להתפרנס וכן גם לדאוג לשעות הפנאי אם זה להתעסק בכתיבה ואם זה להתעסק ביצירה כלשהי, ואם זה סתם להתנדב באיזה שהיא עמותה (607-612)".

עמית שהיא אמא לשלושה ילדים, עובדת כפסיכולוגית. "דרך התהליך הזה שאני עוברת לעזור לעוד. לא יודעת, אני כזו, כאילו ברגע שאני עושה משהו אז אני רוצה כבר לשתף את כל העולם (482-483)". כאשר היא מתמודדת ומוצאת פתרון מועיל למצוקותיה האישיות היא רוצה לשתף בו אחרות ולסייע גם להן.

#### **אמהות חלופית/ אמהות פונדקאית**

בנוסף לתפקיד הטיפולי שבולט בסיפורי החיים של המשתתפות, ישנם סיפוריים ייחודיים שניתן לכנותם סיפורי "אמהות חלופית או פונדקאית", בהם המשתתפות מתארות תפקיד של "אם" כלפי קרובים אליהם, הן כלפי ילדים בתוך המשפחה ובסביבתם הקרובה וכלפי אחרים בוגרים: גידול אחייניות, גידול ילדה של שכנה, טיפול באחים צעירים או טיפול ותמיכה בהורים בעת מחלה. סיפורים אלו, שרק את חלקם בחרתי להביא כאן מקוצר היריעה, שזורים במהלכים שונים בסיפור החיים של המשתתפות, בילדות, לאחר פרוץ המחלה ועם ההתמודדות עם המחלה ובמהלכי השיקום וההחלמה. ניתן לומר שסיפורים אלו הינן נקודות כוח בחייהן של הנשים, שכן הן ממלאות את התפקיד "הנשי" ה"אימהי" שמצופה מהן גם אם זה לא בא לידי ביטוי בגידול ילדים משלהן.

לימור מתארת את חזרתה אל הקיבוץ עם שחרורה מבית החולים כאשר היא עוברת לגור עם אחותה ומסייעת לה בגידול הילדות. תוך כדי זה היא מקבלת תמיכה קרובה מבני משפחה "אחרי המחלה הגדולה, השתחררתי פה לבית הגעתי לקיבוץ, וההורים שלי החליטו מכיוון שאחותי יצאה מבית חולים והייתה לה בת קטנה, שאנחנו נסייע זו לזו, אני אעבור לגור איתה בביתה, אני אעזור לה לטפל בילדות והיא תעזור לי תהיה בת משפחה לידי תעזור לי בתמיכה רגשית(337-341)".

הסיוע והתמיכה המוצע לה במצבה הוא בעזרה לאחר וכן עבודה וקירבה לילדות ולאמהות, תפקיד נשי מסורתי. המפגש עם האחייניות, הקרבה וגידולם היו ועדין משמעותיים עבורה אבל היא חשה שאין לה חיים משלה, כפי שהיא רגילה, להיות עצמאית, וכן שחיי האמהות כפי שהיא פוגשת אינם מתאימים לה: "טוב אז התחברתי מאוד לילדות היה כף חיים, אבל מצד שני לא היו לי חיים משלי, נגררתי אחרי אחותי, וכל החברות הסיפורים, הגננת היא כזאת, עוזרת הגננת היא כזאת, היא עשתה ככה היא עשתה ככה, עניין את הסבתא שלי כל הסיפורים האלה, מה לי ולהם, אהבתי את הילדות אבל זה בכלל לא חייתי חיים של אמא, עם כל מה שכרוך בזה ואם כל הסיפורים והרכילויות מסביב, ממש לא עניין אותי והרגשתי שאין לי כל כך חיים משלי (340-340)".

345). לימור מתארת את הקשר עם הילדות כחיובי אבל לא מוצאת את עצמה באספקטים אחרים של חווית האמהות בקיבוץ. בתקופה שבה נערך הראיון, האחייניות שלה עמדו לעבור למרכז הארץ, עבור לימור היה זה שינוי משמעותי כי הן היו "משורגות בחי היום יום" שלה, היא צופה שחיה יהפכו להיות "דלים" מכיוון ש"לא תהיה לי גם כל כך את האפשרות לתת למישהו, כמו שנתתי להן (398-399)". הנתינה לאחר עבור לימור נתפסת כמקום של מציאת משמעות בחייה. בסיפור חייה של מעיין שזורים סיפורים רבים על הטיפול והתמיכה שהעניקה לאביה בתקופה בה חלה: "אימא שלי נפטרה ב'94 ב'2000, כן, שש שנים בערך אז הוא (אבא) חלה וזה היה שנה מטורפת של בית חולים הביתה, הביתה בית חולים ואני הייתי היחידה שטיפלתי בו, בשלב יותר מאוחר גם הבאנו פיליפינית, וכל הזמן אחי רצה שהוא ייצא מהבית לבית אבות ואני לא הסכמתי והיה בינינו וויכוחים. בקיצור בואי נאמר שהוא עבר שנה מאד קשה אבא שלי, סבל מאד מאד מכל ה... עד שהכול קרס והוא גם כן נפטר, נפטר כשהייתי יחד איתו לבד (128-134)". להיות למען האחר היה מהות חייה של מעיין במשך שנים רבות כפי שהיא אומרת זאת בצורה ישירה: "אני כל הזמן היה לי משפט שכל הזמן הדהד לי בראש, שאני הגעתי לעולם בשביל לעזור לאחרים, זה ליווה אותי כל החיים שלי. זה כמו מנטרה כזאת, ככה, וזה חלחל בצורה כל כך עמוקה (-269 272)". מעיין אינה מוותרת על הרצון הזה ותוך כדי הראיון נחשף בפני סיפור של אמהות חלופית שיצרה ביחסיה עם הבת של השכנה, לה היא משמשת עד היום כאם שנייה "תשמעי, מה זה בשבילי להיות אימא? הרבה. זאת אומרת בוא נגיד שיש לי שכנה, שהיא גרה בדירה לידי ולפני הרבה שנים כשהייתי בת עשרים בערך, זה סיפור מאד מדהים (...). היא נכנסה להריון, היו לה שלושה ילדים, שתי בנות ובן והיא נכנסה להריון ואני לא יודעת, זה נורא מוזר להגיד את זה, התאהבתי בעובר- בעוברית הזו לחלוטין. זה היה ממש מדהים, זאת אומרת היא הייתה משתגעת ממני כל פעם שהייתי באה ומחבקת לה תיבטן וזה היה מדהים. בקיצור, נולדה בת והבת הזו, היא נתנה לי יד חופשית איתה (...). בגיל כשהקטנה הייתה בת חודשיים, בערך אז הבת השנייה הייתה אמורה לעבור ניתוח, שבוע ימים היא עזבה תילדה איתי, והיא הייתה בבית חולים עם הילדה והילדה נקשרה אליי. אני מה זה פינקתי אותה, שחבל לך על הזמן. הילדה נקשרה אליי, היא הייתה קוראת לי אימא חברה שלי הייתה מה זה מתמוגגת, היא לגמרי לא קינאה, וכל פעם שהיו שואלים אותך מי זו, עליי, זו האימא השנייה שלי, עד היום. היום היא בת עשרים ושש. היא התחתנה לפני חצי שנה אני הרגשתי כאילו אני ממש גידלתי אותה, כאילו כשהייתי צריכה ללכת משם הביתה הייתי צריכה לברוח, כדי שהיא לא תראה, הייתי משכיבה אותה לישון, אין דבר כזה ערב ללא סיפור, וזה לא משנה איפה אני ומה אני, בלי סיפור לפני השינה אני לא זזה. הרגשתי

שהיא כמו שלי וחברה שלי נתנה לי יד חופשית לעשות איתה מה שאני רוצה. זה בשבילי להיות אמא. זאת אומרת, זה הדבר האמיתי הכי קרוב שיכול להיות אימא, כן. ממש ככה. אבל תשמעי הילדה הזו תהיה ילדה שלי לכל החיים, זאת אומרת והיא יודעת את זה וחברה שלי יודעת את זה ואנחנו כולנו ביחד. זה בשבילי להיות אמא, זאת אומרת כאילו, לדעת, לתת, להעניק. אוי, שיהיה לך דבר משלך, למרות שהיא לא הייתה שלי, בלעדית, אבל היא הייתה שלי, באיזה שהיא דרך היא הייתה שלי. כך שהיא הייתה הפיצוי שלי בעצם בכל החוסר הזה של האמהות. לא פיצוי מזערי אבל פיצוי כלשהו (516-559)."

סמדר טיפלה באביה שהיה חולה במחלה שהביאה לפטירתו בתקופה בה התמודדה עם הדיכאון, היא מציינת שהעשייה שלה "החובה להיות אקטיבית" סייעה לה "לצאת מהדיכאון": "אבא שלי אושפז במחלקת עור והוא הרגיש שקשה לו לעלות במדרגות, ואז החליטו לעשות לו צילום חזה, ובצילום חזה גילו שיש לו סרטן, גוש סרטני בריאה, הוא היה מעשן המון וזהו, ואז התחלנו לרוץ וזה מוזר אבל זה קצת הוציא אותי מהדיכאון החובה הזאת להיות אקטיבית (218-222)", עם הגילוי סמדר היא זו שמלווה אותו "התרוצצתי איתו לכל הבדיקות (226-227)". היא טיפלה בו ועברה עימו את השלבים השונים, הבדיקות והניתוחים. בשלב האחרון האב בוחר לחזור הביתה ולא ללכת להוספיס, וסמדר עוברת לישון לידו בסלון כדי לסייע לו מקרוב: "והוא תמיד היה בפוזה הזאת, של הכורסה, לשבת בכורסה וככה הוא יכל היה לנשום הכי טוב ולישון. ואני באיזה שהוא שלב עברתי לישון בסלון לידו, שמא הוא יצטרך משהו ושמא יקרה משהו ואף אחד לא ישים לב (249-252)". עם פטירתו של האב היא זו שמודיעה לרופא. לאחר פטירתו היא ממשיכה לטפל, לסייע ולתמוך באמה עד היום. הליווי של סמדר את אביה במהלך מחלתו הוא מיוחד שכן בתקופה הנ"ל היא התמודדה עם דיכאון.

#### **4.4.2 אמהות ומחלת הנפש**

האמהות שבאה במפגש עם ההתמודדות עם מחלת הנפש עבור אילו שטרם חוו את "חווית האמהות הקלאסית" (ילדים משלהן) ואלו שכבר אמהות, יוצרת תמונה מגוונת. בכדי להציג תמונה זו, אתייחס בנפרד לאלו שהינן אמהות ואלו שלא.

המשתתפות שאין להן ילדים משלהן, מתייחסות לנושאים הקשורים לסטיגמה כלפי מי שמתמודדת עם מחלת הנפש כאם, לנושא הגנטיקה והתורשה, לנטילת תרופות והריון, תמיכה של בן הזוג, תמיכה כלכלית ולחשש מחוסר תפקוד והסכנה שהילדים יילקחו מהן. חלק מהמשתתפות

מתייחסות לנושאים שאינם ייחודיים להתמודדות עם מחלת הנפש אלא לאמהות בכלל, כגון:

העומס בתפקיד של אימא עובדת והאפשרות הייחודית לנשים להיות אמהות חד הוריות.

הסטיגמה כלפי אישה שמתמודדת עם מחלת הנפש שרוצה להיות אימא היא שלילית. מעיין מודעת לכך שמבחינה ביולוגית היא אינה יכולה להביא ילד לעולם, האפשרות של אימוץ, נשללת על ידה כשהיא מציינת את הבנתה על הסטיגמה כלפי אימוץ ילד ע"י אישה המתמודדת עם מחלת הנפש "זאת אומרת היום אני לא יכולה להביא ילד לעולם, מהרבה בחינות. גם מבחינה ביולוגית, גם מכל הבחינות, כן. אימוץ? הם בטח לא ייתנו לי עם רקע כמו שלי? בטח שסטיגמה תהיה אז זהו (562-567)", האפשרויות המקובלות להיות אם נשללות ממנה, גם אם תעמוד בפני אפשרות כזו תמיד יהיה שם "הרקע כמו שלי?" שימנע ממנה לממש את זכותה.

התורשה ונושא העברת הגנים לילדים, משמע "להוריש" לילדים את הסיכון למחלת הנפש, הינו שיח ער בעולם הרפואה והפסיכיאטריה, שרה לדוגמא מתייחסת לכך: "עכשיו אני מנסה לשקם את זה(זוגיות) בחזרה את הדימוי הנשי שבי את ההרגשה שלי שאני ארגיש נשית ומספיק אישה, כי לא בטוח שאני יוכל להביא ילדים גם עניין של להעביר לילדים את הגנים את התורשה וגם בסך הכול אני בחורה בת 42 די מבוגר (265-268)", היא קושרת בין "הדימוי הנשי" שבה לאי היכולת שלה להביא ילדים, בגלל נושא הגנים והגיל המבוגר שלה.

הכנת הגוף לקראת לידה הינו דבר שהפך להיות חלק משמעותי לקראת כניסה להריון בקרב נשים, נשים מפסיקות לעשן, מורידות במשקל, נוטלות תוספי מזון וויטמינים ועוד כחלק מהכנת הגוף להריון. עבור נשים המתמודדות עם מחלת הנפש שנוטלות תרופות באופן קבוע עניין זה הופך להיות מורכב יותר כפי שורד מספרת על כך: "יש לי חברה נגיד שהייתה, כאילו הבוסית הקודמת שלי הייתה בהריון עם סרוקסט ואני לא רוצה את זה. כאילו בגדול אני יכולה להיכנס להריון בטעות אבל לא בעליל, כאילו את צריכה להכין את הגוף שלך, כאילו נשים שלא לוקחות תרופות יותר קל להם, פתאום מוצאות את עצמן בהריון (407-411)".

ורד מתכוונת ש"להכין את הגוף" הוא להפסיק את נטילת התרופות, מהידע שצברה בנושא היא מודעת מאוד להשפעת התרופות על העובר ועל כך שתהיה חייבת להפסיק את לקיחת התרופות "אני זוכרת שפעם דיברנו, זה כשאת לוקחת את התרופות הנגד מאניה דפרסיה, את צריכה, עד היום העשירי גג של ההיריון, היום העשירי, כאילו מהיום שהזרע והביצית נפגשו אני מדברת איתך, את חייבת להפסיק תרופות, כי הרי העובר מתחיל להתפתח, המוח שלו מתחיל להתפתח וכל מערכת העצבים נבנית תוך השבע עשרה יום הראשונים, כאילו, את יודעת, את בכלל חייה בספרה אחרת, זאת אומרת, נשים מגלות, מעטות הנשים שיודעות ברגע (501-507)". להפסיק

לקחת את התרופות הינו צעד שיכול להרע לנשים, ורד שחוותה חוויות קשות כשהחליטה להפסיק את התרופות בעצמה בעבר חוששת מההשלכות של אי לקיחת התרופות על מצבה: "הרופאה שלי אמרה לי לפני כמה שנים דיברתי איתה על זה, אז היא אומרת לי, מה פתאום, בהריון את תהיי הכי מאוזנת שבעולם, כאילו, ואני כזה מאמינה לה, כשהיא אומרת כן, כי כאילו, הגוף, באמת בהריון אי אפשר לדעת, זאת אומרת, הריון באמת יכול מאוד לאזן, אבל, את תהיה נורא מאושרת וכאילו הגוף יהיה מאוזן, ובכלל כאילו אני כזה, אחרי זה (בתקופה שהפסיקה ליטול תרופות) אני, אחרי, ואני כל פעם נזכרת בתשובה הזאת ואני אומרת, בואנה, איך היא עבדה עלי (488-494)".

מניסיונה המורכב והקשה בתקופות שהייתה ללא תרופות היא מאמינה שחייב להיות לידה מישהו תומך " מישהו שנראה לי שיכול לסבול אותי למשך תשעה חודשים בלי תרופות (-466 467)"; "הוא יגדל אצלי בפנים תשעה חודשים, ואני אהיה בלי תרופות, מי יודע איך אני אהיה, כאילו כדאי שיהיה לידי מישהו חזק, ושיש לו כוח, שמאוד אוהב אותי ושמאוד רוצה איתי ילד (430-433)".

סמדר מוסיפה נדבך נוסף לתמונה המורכבת, היא מתייחסת לפחד שלה מאי תפקוד שלה ולכך שקיימת הסכנה שילדו יילקחו ממנה. סמדר שגדלה עם אם המתמודדת עם מחלת הנפש נפגשה מקרוב עם חוויה זו כשרשויות הרווחה ביקשו ממנה ומאחיה להחליט האם להישאר בבית או לצאת לפנימייה: "הבן זוג שהיה לי ארבע שנים אז הוא דווקא פחד מהקטע של התורשה, זאת אומרת שיהיה לו ילד נפגע נפש, ואמרתי לו שזה דווקא החלק שלא מטריד אותי כי אני מנסה בזה הכי טוב, זה הדבר הכי טוב שאני יודעת ואני אדע איך, אני אדע מה לעשות אם הוא יהיה חולה, לאיפה לכוון אותו וממי לקבל טיפול וזה כי כבר התמחיתי, אפשר לעשות קיצורי דרך במחלה, שפחות סבל ואם חיים נכון, ואז זהו, אז זה יותר הפחד שלי מהאי תפקוד שלי שלא ייקחו לי תיילד מהבית חס וחלילה ( 906-912)". בשונה מהתפיסה הקיימת על אמהות ומחלת הנפש בחברה, סמדר מאמינה שהידע והניסיון יעמדו לרשותה במידה וילדה יסבול ממחלת הנפש, היא אף מודעת לסבירות התורשתית, אבל הסיבות שבגינן היא חוששת מתפקודה כאם מתייחסות להתמודדות המיוחדת שיש לנשים שסובלות ממחלת הנפש והינן אמהות כגון: לחץ ועומס שמקשים על מי שמתמודד עם מחלת הנפש, דיכאון אחרי לידה, אי תפקוד כתוצאה ממצב פעיל של המחלה, סטיגמה כלפי אמהות הסובלות ממחלת הנפש, הוצאת הילדים מרשות האם ועוד. סיבות נוספות שסמדר מתייחסת עליהן מוכרות בקרב נשים בכלל, אלו המציפות את העומס הקיים היום על אמהות והצפייה החברתית מהן להיות גם אמא וגם אישה עובדת באותו הזמן. סמדר מתארת זאת תוך כדי השוואה למודל שהיא פוגשת אצל המנהלת שלה שמתפקדת גם

כאישה עובדת וגם כאם לשני ילדים " אני מקנאה מאד באלה שיש להן ואיך הן מצליחות לתפקד אבל זה נראה לי כל כך קשה כאילו, אני אומרת וואו, וואו איך אפילו המנהלת שלי, איך היא יש לה ילדה בת אולי שנתיים ועכשיו היא ילדה עוד אחד והיא, איך היא מצליחה לתפקד בעבודה ועם שני ילדים קטנים ולא יודעת, זה איכשהו זה נראה שאני לא מסוגלת לעשות את השני הדברים ביחד, גם לעבוד וגם להיות אמא, זה נראה לי מעמסה יותר מדי קשה עליי (924-930)".

סמדר מתנגדת למצופה מנשים, להיות "סופרוומאן" גם לעבוד וגם להיות אמהות במשרות מלאות, היא מודה במה שנשים רבות אינן מעיזות לומר שזהו קושי ומעמסה שקשה לעמוד בהם, מכיוון שהצפייה והעידוד החברתי מכוונים נשים למלא את שני התפקידים הדיבור על הקושי כמעט ולא נשמע או מקובל. יתרה מכך, יהיו שיראו בכך דיבור "אנטי פמיניסטי" המחליש את יכולתן של נשים לשוויון הזדמנויות בשוק העבודה.

#### **אמהות המתמודדות עם האמהות ומחלת הנפש**

עמית ואנה הינן אמהות לילדים, האימהות הינה נושא חשוב ומשמעותי עבורן ובחייהן. הן מתייחסות בדבריהן למפגש בין האמהות למחלת הנפש, מנקודתן מבטן של מי שמתמודדות איתן בפועל. עבור עמית להיות אימא "זה הדבר הכי חשוב בחיים", היא רואה באמהות מגן מפני הבדידות, ומתייחסת להנאה ולשמחה הבאה יחד עם הילדים. יחד עם זה היא מציינת את האחריות והייסורים המתעוררים בעקבות רגשות האשם שהיא חשה "הו, זה הכל אוי כדאי לך, זה נהדר, להיות אמא זה, אלף אתה אף פעם לא לבד בעולם כי יש לך ילדים תמיד יש לך ראי קטן שמסתכל עליך ואוהב אותך בלי שום גבול ומראה לך את עצמך במקומות שאתה בחיים לא היית מעיז לחשוב זה מדהים, כאילו ילדים זה השמחה הכי גדולה שיכולה להיות בעולם וזה גם הרבה מאד ייסורים הרבה פעמים בגלל רגשות אשמה, שאם אתה עושה טעויות (696-702)". עמית רואה באמהות את ההדדיות שבגדילה, הילדים עוזרים להורים לגדול ולהפך "והילדים שלנו גם עוזרים לנו לגדול זה חלק מהעניין כמו שאנחנו עוזרים להורים שלנו לגדול כל החיים כאילו הפוך (713-714)".

עבור אנה "להיות אישה" זה בראש ובראשונה להיות אימא "קודם כל להיות אמא, זה חוויה שאני מאחלת לכל אחת. לא חייב משפחה מרובת ילדים אבל לפחות ילד אחד, לחוות את החוויה הזאת. זה הדבר הראשון שאני מציגה כשאומרים לי תציגי את עצמך, אני נשואה פלוס שניים ולא משנה אם זה ראיון עבודה ואם זה ראיון לצורך קבלה ללימודים או ראיון רפואי (589-593)".

לשאלתי על האמהות אנה אומרת " הדבר הכי כיף בעולם, הדבר הכי חם ומחבק וגם כשכועסים את יודעת שזה בגלל הרצון שלך להביא אותם למקום טוב יותר ואם הם כועסים אז זה בגלל שהם

לא-לא כל כך מבינים את המשמעות לפעמים, כי הם עדיין קטנים ומותר להם לבדוק את הגבולות, ואת הצרכים ואת הרגשות, זה הדבר הכי מלמד הכי בונה וחברים באים הולכים אבל ילדים זה לכל החיים (799-803)“.

רגשות האשם שעמית מתארת "הרבה מאד ייסורים הרבה פעמים בגלל רגשות אשמה" הם חלק מהאמהות עבור הרבה נשים, אבל במחקר זה, הם עולים בעוצמה רבה כקשורים למחלת הנפש ולדילמה המתעוררת "במצבי הנפש" יחד עם גידול הילדים "גם עכשיו אפילו לפעמים שאני נמצאת באיזה מין דאון כזה אז אני אומרת איך אני אצליח לגדל אותם, זה עולה במקומות השחורים זה בהחלט עולה, זה הדבר שהכי הכי קשה איתו, לדעתי, הרגשות אשמה בקשר לילדים זה הכי קשה (708-710)", היא מודעת לכך "שאינן לזה סוף" וייתכן והם יצטרכו טיפול נפשי בעתיד, לכן הפתרון היצירתי שמצאה הוא "לקחת קופה וכל פעם שיש רגשי אשמה לוקחים כסף לפסיכולוג בעתיד (711-712)". פתרון אחר הוא הסתייעות בבעל בתקופות משבר "ובמצבים שאני בהיי אז אני צריכה גם קצת יותר קרקע, ואז אני צריכה נגיד את בני, את בעלי, יותר מעורב בדברים (163-164)".

יחד עם רגשי האשמה שמתעוררים נדמה כי הקושי הולך וגדל בניסיון לתפקד בכל החזיתות. אנה מעלה נושא ייחודי נוסף הסובב סביב ההכרה בצורך שלה כאמא וכאישה עובדת לתת גם לעצמה "אני מאד חושבת שזה הכרחי. זה הכרחי כדי לתת זמן לעצמנו, לא לשכוח מכל המטלות מסביב, העבודה והלימודים והילדים והמשפחה וועד בית וכל ההתעסקויות מסביב, לא לשכוח את עצמנו כי אנחנו הולכים לאיבוד (612-615)", והיא מרחיבה את ההבנה על כך "וגם יש נשים שבלי שום קשר אם בן הזוג מגביל או משהו מגביל אותן הן בעצמן מגבילות את עצמן, כי לא מאפשרות לעצמן את הזמן הזה, את הזמן איכות הזה. כי חוששות להפסיד מקום בעבודה או קידום או השד יודע מה, או שמרגישות רגשות אשם שמה פתאום הן אחרי לידה או שיש להן ילדים קטנים בבית ומה פתאום הן ישאירו אותם וייצאו קצת לבלות, אם זה גם עם הבן זוג או סתם עם חברות או קולגות או לא יודעת מה או סתם עם עצמן, ללכת לאיזה הצגה טובה (620-628)".

מהדברים שעולים על יד עמית ואנה כאמהות המתמודדות עם מחלת הנפש, נראה שמעבר לדברים הייחודיים שאמהות המתמודדות עם מחלת נפש צריכות להתמודד עימן, יש דברים רבים אחרים שקיימים בנושא זה כנשים וכאמהות איתן הן צריכות להתמודד. נראה שהציפיות והדרישות מהן רבות מאמהות שאינן מתמודדות עם מחלת הנפש.

## 4.5 מראה חיצוני

התמה של המראה חיצוני היא השלישית בגודלה מבחינת הנפח בראיונות. הגוף הוא אחת הזירות בה המחלה באה לידי ביטוי, ההתמודדות עימה, השיקום וההחלמה. היחס למראה החיצוני, כפי שעולה על ידי המשתתפות בא לידי ביטוי בעיקר בהתייחסויות לנושא ההשמנה וטיפוח המראה החיצוני.

### **4.5.1 השמנה**

השמנה באה לידי ביטוי במראה החיצוני ולה השפעות רבות על תפיסת האישה את עצמה כאישה מוערכת, כאישה "נשית". בראיונות מקשרות הנשים את ההשמנה לשלבים השונים של התפרצות המחלה, ההתמודדות עימה ומהלכי ההחלמה והשיקום, שכן היא זו המסמלת באופן חיצוני את הביטוי של המחלה והשיקום ממנה. מספר רב של משתתפות מספרות שלפני שפרץ המשבר הן היו במשקל הנמוך בהרבה ממשקלן כיום. הן קושרות בין ההשמנה והעלייה במשקל ובין לקיחת התרופות הפסיכיאטריות: "עד לפני שלוש שנים, הייתי פחות שלושים קילו, אני גדלתי פי אחד וחצי בגלל התרופות ( ורד, 311-312)"; "תראי, לי זה נורא מפריע עכשיו איך אני נראית כיוון שהכדורים לא עשו עימי טוב, אני עליתי במשקל הרבה והרבה מאד. אני ממידת מכנסיים 37 הגעתי למידת מכנסיים 52 זה אומר הרבה זה בגלל כדורים ( מעיין, 791-793)"; "תראי, המחלה בוא נגיד מאד משפיעה על נשיות אני יכולה להגיד לך שתרופות מעלות במשקל, או.קיי? אני עכשיו ירדתי חצי אבל יש לי עוד חצי לרדת עד שאני אהיה מה שהייתי פעם. והתופעות לוואי זה משהו שיכול להטריף, זאת אומרת נשירת שיער וכאבי מפרקים ובחילות ותאבון מטורף ואין, אין, זאת אומרת זה מערבב את הכל. זאת אומרת, לעמוד מול ארון מלא ואין לך מה ללבוש כי החליפו לך כדורים ומהרגע שהחליפו כדורים לא סתמת ת'פה ואכלת ( טל, 663-668)"; "בכול דבר יש רע וטוב, אין דבר שהוא רק טוב למרות שעברתי במחלה הרבה אבל העליתי איזה 40 קילו הייתי רזה פעם ( שרה, 250-251)".

כל הציטוטים האלו קושרים בין ההשמנה לבין המחלה באמצעות התרופות. אבל יש קישור נוסף בין המחלה לבין השמנה. שרה לדוגמא, מתארת כי מצבי רוח "לא טובים" גורמים לה לאכול. היא מתארת את "מעגל הקסמים" שהיה לה עם האוכל, ככזה המשמש עבורה כתחליף לביטוי רצונות וצרכים, ובעזרתו היא נרגעת, ביטוי שקורה בזירה הפרטית שלה, בזירה של הגוף: "עד המשבר הייתי רזה ואחרי שחטפתי את המשבר התחלתי לאכול בלי הכרה שטויות, באיזה שהוא מקום זה



היה מרגיע אותי האוכל כאילו מרגיע זה היה מרגיע רגעית וזה היה עובר ואז עוד פעם הייתי הולכת לאכול משהו כדי שעוד פעם ירגיע אותי (שרה, 424-426)."

ההשמנה מסמלת אם כך את המחלה, אם באמצעות הקישור לתרופות או באמצעות ההתייחסות לאוכל כנחמה. ההשמנה מסמלת את החלק הלא בריא, לא תקין והיא ביטוי של מצוקה נפשית או של ההתמודדות עם המצוקה.

חלק גדול מהמשתתפות נאבקות בהשמנה ורוצות לחזור למשקל שהיו בו לפני פרוץ המחלה. מעיין נאבקת בהשמנה, ואינה תולה אותה אך ורק בתרופות אלא גם בהרגלי האכילה שלה. במובן הזה הריסון של הצורך לאכול יכול להיתפס גם כמאבק להשגת שליטה על החיים ועל המצב הנפשי: "עכשיו אני נורא מ-מנסה להשתדל לאכול ת'דברים הנכונים [...] אבל זה פשוט לא הולך לי. אני נורא מנסה ונורא משתדלת לא לאכול דברים שאסור לי, כי יש לי כולסטרול גבוה ואני מקבלת כדורים נגד הכולסטרול אבל זה לא תמיד מסתדר, זה לא תמיד הולך זה לא תמיד עובד (מעיין, 817-827)."

החזרה למשקל גוף מאוזן הוא חזרה גם למצב נפשי יציב או מאוזן. שרה מבטאת באמצעות הרצון לרזות את הרצון לזכות לממש את מה שהיא רוצה: "אבל חלק הורדתי כבר ממה ששמנתי את ה-40 קילו, עכשיו אני צריכה בערך להוריד 30 קילו כדי לחזור פחות או יותר למה שאני רוצה (שרה, 253-255); טל מדגישה את החוויה כי להיות שמנה משמעו להיות פחות אנושי. היא קוראת לגוף השמן שלה "גוש נפוח וענק", ומקשרת את זה למצב המחלה: "אני חושבת שזה היה כשאני השתחררתי, אני נכנסתי לבית חולים מידה 38 יצאתי 58. יצאתי 130 קילו. ואני חושבת שאחרי שירדתי את העשרה, עשרים קילו הראשונים, אז פתאום הסתכלתי במראה ופתאום ראיתי בנאדם. לא גוש נפוח וענק וזה אולי הנקודה שככה אני יכולה, כן, כי אני חושבת ראיתי במראה ואמרתי די, אני לא נראית ככה יותר (טל, 602-606)."

שרה רואה בחזרה למשקל גוף מאוזן משהו שיגרום להרגיש טוב עם עצמה ועם הגוף שלה: "להרגיש יותר טוב עם עצמי עם הגוף שלי, כי בגלל שהייתי רזה אם לא הייתי רזה והייתי שמנה כל הזמן אולי זה לא היה, לא יודעת בעצם לא יכולה לדעת אם זה לא היה מפריע לי או מפריע לי, אבל עצם זה ששמנתי כל כך הרבה זה מפריע לי (שרה, 257-259)" ואף יחזק את הביטחון העצמי שלה כאישה: "להרגיש פחות נשית הרבה פחות נשית ממה שהייתי, גם לשקם את הביטחון העצמי מבחינת האישה שבי, כי כמה שנים לא היו לי מערכות יחסים וזה פתאום בבת אחת דברים נפסקים זה מערער את הביטחון העצמי של הנשיות (שרה, 261-263)". היא קושרת בין הדימוי של הגוף, כרזה או שמנה להרגשה שלה כאישה ולדימוי הנשי שלה.

בשונה ממנה, מעיין מנסה לקבל עצמה ומבקשת שאחרים יקבלו אותה גם, למרות שמפריע לה נושא ההשמנה: " נורא מפריע לי, אני לא מרגיש לי בנוח, שאני ככה נראית, אבל תשמעי אני לא יכולה לעשות עם זה יותר מדי. אני לא אכנס למרה שחורה בגלל שאני נראית ככה כמו שאני נראית. כאילו, בסדר. רבאק זו אני וזה מה שאני, תקבלו אותי לא תקבלו אותי, מה, זה בעיה שלכם, לא בעיה שלי. עם הבעיה הזו אני מתמודדת לא אתם אז זה מעצבן אותי אבל בסדר, מה אני אעשה? ( מעיין, 839-843)".

הנשים מבטאות את הרצון לרזות כמקום שבו הן לוקחות אחריות על המחלה ועל ביטוייה, בכך מבטאות מקום שנחשב בריא מבחינת ההתמודדות עם המחלה. ורד מתארת כי למדה בעבודתה בחנות בגדים כי נשים שונאות את גופן, והיא קוראת להן לאהוב את הגוף ו"לא להיות אלימות כלפיו". המאבק לאהוב את הגוף הוא מאבק לאהוב את עצמי, כפי שהיא מתארת זאת: "ואת רואה את השנאה שלהם לגוף שלהם, ויום אחד הייתה לקוחה, שדיברתי איתה ואמרתי לה, אני לא יכולה לסבול, מה הקטע, תבינו, זה הגוף שלהם, הוא משרת אתכם, זה הרגליים שלוקחות אתכם ממקום למקום, זה הקיבה שמעכלת לכם, זה הכבד שמסדר לכם את הדם, כאילו זה הגוף שלכם, אתם חיות בתוכו, כאילו עזבו את הקטע של הנראה או לא נראה, או שני קילו או שלושה קילו או זה, כאילו זה המון המון שנאה, ובגלל האופנה או כל מיני, יכול להיות שזה סתם תסכול, שואללה מצאו דרך להביע אותו, אבל, אבל אל תשכחו שזה הגוף שלכן כאילו. המון, המון אלימות, המון אלימות, אלימות אישית וזה גרם לי להרבה מחשבות, זאת אומרת אם זה, כאילו נורא מאשימים את החברה ואת האופנה, שזה זה, או שזה סתם כעס וזה ערוץ שדרכו אפשר לנתב את הכעס הזה ( ורד, 270-280)".

#### **4.5.2 טיפוח המראה החיצוני**

הטיפוח החיצוני מתייחס לנושאים הקשורים לאיפור וקוסמטיקה, בגדים, נעליים, היגינה אישית, שיער ותספורת, הורדת שערות מחלקי הגוף, להסתכל במראה ועוד. באופן מעניין הנשים מתייחסות בהרחבה למראה החיצוני בעיקר בתקופת המחלה, שכן המחלה מתבטאת בגוף בצורה ברורה מאד. "יש משהו בהווייה שהוא מאד נשי, ואני חושבת שהמחלה באיזה שהוא מקום, בעיקר בהתקפים הפעילים, זאת אומרת כשזה שקט אז זה לא מורגש אבל אני יכולה להגיד לך שהדיכאונות אתה מאבד את האישה, אתה מאבד תיבנאדם גם, אתה מאבד תיעצמך ואני חושבת שזה באמת הקטע של המחלה הוא באמת הקטע היותר חיצוני, זאת אומרת של כל דברים האלה (בגדים, איפור, להתלבש, להתקלח) ( טל, 683-688)".

## לפני פרוץ המחלה

חלק מהנשים מתארות כי לא מצאו עניין בילדותן, או בהתבגרותן טרם המחלה, בעיסוק במראה החיצוני הנשי בבגדים, איפור, ושיער. מעיין מתארת כי הייתה טום בוי, התעניינה בכדורגל ו"לא חשבה כמו אישה" - "אני לא חושבת שהיה פעם שחשבתי כמו אישה מה שאישה חושבת, כאילו שהיו מדברים על בגדים, על איפור אני הייתי רואה כדורגל. עכשיו כשאני חושבת על זה אני לא יודעת אם... אני כל החיים הייתי כמו טום בוי כזה, אבל עכשיו זה עוד יותר מחדד, כאילו באמת כשמגיעים לביגוד או לאיפור או לכל מיני דברים כאלה אף אחד לא רואה אותי, אני לא באופק בכלל לא. אני תני לי ללבוש גינס עם חולצת טריקו ונגמר הסיפור אני לא מסתכלת על עצמי בראי בבוקר ואני אומרת אוי איך את נראית או, לא מסתכלת על עצמי בראי בכלל זה הרגל של כל החיים, אז ככה שזה לא (מעין, 575-583)".

טל מקשרת התנהגות דומה לחוויה של אאוטסיידרית, שכן לא השתתפה בשיחותיהן של נערות אחרות בנות כיתתה "מודה שכל ההתעסקות בבגדים, נעליים, סרטים בשיער וקוקיות אף פעם לא ממש עניינה אותי. זאת אומרת, זה סבבה והכל אבל אני לא אדבר על זה חצי יום. והבנות שאיתי בכיתה היו יכולות לדבר על זה שלושה ימים, רק על איזה סרט הם שמו בשיער. אז באמת אני הייתי איזה סוג של אאוט סיידר (טל, 78-81)".

המשתתפות תופסות ומגדירות את חוסר העניין במראה החיצוני ובהשלכה לעצמן כ"טום בוי" וכ"אאוט סיידר", ביטויים שלילים שממצבים אותם לכאורה מחוץ לקטגוריה של להיות אישה. הן מבטאות תפיסה לפיה יש גבול בין מי שמתעסקת בנושאים אלו ולכן נחשבת נשית ומי שלא.

## ההתמודדות עם המחלה

בתקופת הדיכאון המשתתפות מתארות את הקושי לשמור על טיפוח בנושא של איפור או בגדים, היגינה אישית שבאה לידי ביטוי בלא להתקלח, להסתרק או אפילו ללכת לשירותים, הזנחה של המראה החיצוני: "בוא נסתכל על זה שאם הייתי בתקופות שהייתי במצב של דאון אז זה לשמור על היגינה נשית, היגינה אישית לא שמרתי אז לזה קוראים נשיות? אז כן. אז לא שמרתי על היגינה נשית וזה הפריע לי בעצם, זה לא הפריע לי באותו זמן, זה מפריע לי היום שאני חושבת על זה בדיעבד אבל כאילו, לא להתקלח שבוע זה כן עשה לי את זה, זה כן הפריע לי עכשיו שאני חושבת. זה מבחינתי אישה שמתמודדת אבל חוץ מזה? לא יודעת (מעין, 726-731)"; "ואבל בדיכאון כמובן שזה בדיוק הצד ההפוך, זה ההזנחה ולא בא להתקלח, אני זוכרת זה לא כל כך נורא שלושה ימים אבל שברתי שיא ושלושה ימים לא התקלחתי. ושרצתי רוב הזמן במיטה וכשהייתי בימים הראשונים אחרי שאבא שלי נפטר אז לא רק שלא קמתי להתקלח, לא קמתי

לשירותים אפילו, איזה כמה ימים. וזה גם קטע, שבדיכאון מחזיקים הכל בפנים וזה אומר הכל, ממש פיזית, מנטאלית, הכל אטום וסגור לא טיפוח ולא שום כלום. אני זוכרת שהיא סירקה אותי ולא הסתרקתי כמה ימים (סמדר, 878-889)."

טל מתייחסת לקשר שבין "ההתעסקות החיצונית" לבין החוויה הפנימית ומצביעה על כך שהטיפול העצמי בגוף הוא למעשה תחזוקה של האני האישי והחברתי, של הזהות הנשית: "ואני חושבת שגם כשאתה בדאון אז אתה כל כך מוזנח ואתה לא יוצא מהמיטה ואתה לא מתקלח, אני תמיד אמרתי, משפט רע קצת, שאפשר לראות כמה זמן מישהי במחלקה לפי מה האורך של השערות ברגליים. כאילו, כי יש משהו בנפילה שאתה מפסיק, לפחות אני, מפסיק לטפח ת'עצמך, בתור, את יודעת להתאפר ולהתקלח ולהתלבש ולעשות רגליים ו-ולקנות בגדים וזאת אומרת, כל ההתעסקות הזאתי שהיא חיצונית כמובן אבל אני חושבת שזה משהו שהוא מאד נשי (טל, 675-680)."

אנה גם מספרת על המראה החיצוני "הלא סימפטי" שלה במהלך המשבר, כשבן זוגה סייע לה "הוא היה נכנס כדי לקלח אותי, כי אני לא הייתי מסוגלת להתקלח, שיער פזור, הולכת יחפה גם ברחוב (307-308)."

סמדר מוסיפה על כל זה ומתארת את תקופת הדיכאון ככזו שבה היא לא אוהבת להסתכל על עצמה במראה והדימוי העצמי והגופני שלה נפגע. היא מקשרת את ההזנחה העצמית גם לפגיעה ביכולת הקואורדינציה שהיא תוצר של המחלה: "כשאני חושבת על הדיכאון ואני מסתכלת על עצמי במראה אז אני ממש לא אוהבת להסתכל על עצמי, מאד לא אוהבת להסתכל על עצמי במראה, המבט שלי מדכא אותי כי הכל נראה אצלי מעוות כשאני בדיכאון. הפנים נראות לי מלאות מדי והעיניים עצובות, כאלה אפילו לא רק עצובות הם כאילו חסרות הבעה, זומבי כזה גם אם לחשוב על כשנמצאים בדיכאון ואני מנסה לטפח ת'עצמי זה, זה משימה מאד קשה זה כי גם הקואורדינציה היא לא בסדר, אני לא יודעת איך זה אצל אחרים במחלה אבל אצלי כשאני בדיכאון אז גם הקואורדינציה מתקלקלת קצת (778-785); "אני בטוחה שלקחת מסקרה ולשים על הריסים של העיניים זה יהיה קשה, אני אלכלך הרבה והידיים ירעדו לי זה לא יהיה סימטרי (788-790)."

לעומת הנשים שרואות קשר בין הדיכאון לבין הפגיעה בנשיות הבאה לידי ביטוי בהזנחה הגופנית, עמית מתנגדת לקשר כזה. היא מתנגדת לתפיסות הרואות במראה החיצוני משהו שיש להעריך בו את הנשיות שלה, ויוצרת לעצמה תפיסה והערכה של נשיות אחרת, ייחודית לה "ביכולת הקשבה וברוך ויכולת להכיל ולהיות עם, ולא רק לעשות דברים ובחוכמה וסבלנות (733-734)" ולא דרך,

איפור, סידור הגבות או כללי אופנה "זה נשיות שלי אבל זה לא נשיות שהיא לפי כללי אופנה כאלה או אחרים (730-731)". ההתנגדות שלה מבוססת על חוויה אישית קשה, שהייתה לה עם פסיכיאטרית שאמרה לה שהיא חייבת להתאפר בכדי לחזק את הנשיות שלה וחשה שהיא כופה עליה משהו שלא רצתה: "תראי, היה לי בטיפול עם פסיכיאטרית אחת שטיפלה בי, שהיא טענה שבגלל שאני לא מתאפרת אני צריכה לחזק ת'נשיות שלי, ואז אחרי שהיא אמרה לי תשימי אודם והתחילה לכפות עליי ת'נשיות שלי עליה, אז אני זוכרת שאז היה ת'ניסיון האובדני שלי, כאילו, ממש אחרי הפגישה שהיא אמרה לי תשימי אודם וכאילו הכל חרא אצלי, אני לא טובה גם בתור אישה, זה נורא של המטפל, זה לא שלי, אני לא כל כך הייתי עסוקה בזה (676-681)". לשאלתי על הקשר בין מה שנאמר לניסיון האובדני, עמית אינה קושרת ביניהם באופן ישיר, למרות שהיא כן מציינת את הפגיעה בערך העצמי שלה כאישה "לא, לא בגלל זה, אני הייתי בדיכאון, לא בגלל זה אני התאבדתי, כן? (721)", עבודה הייתה זו חוויה של קיפוח וכפייה של נשיות שאינה שלה "אבל זה היה ספציפית אישה שאני זוכרת שהיא כאילו ניסתה לקפח אותי בדרך שלה. והנשיות שלי אולי היא אחרת, את מבינה? אז בסדר, אז אני עם גבות לא מסודרות ולא תמיד בא לי יגם מזלי שבני לא אוהב איפור, בחתונה הוא לא היה מסוגל לנשק אותי כי הייתי עם (אודם) חתונה בסדר (723-726)".

ניתן לראות את הפגיעה הרבה שקיימת בתקופת הדיכאון על יכולתה של אישה להראות מטופחת ו"נשית". בכך היא אינה עונה על הצפיות החברתיות להיות נשית ומטופחת, דבר זה עלול לגרום לחוסר בהערכתה כ"אישה" בחברה ולתחושתה הפנימית של להיות "פחות אישה". בתקופת המאניה המקום של טיפוח המראה החיצוני קיים ב"פעילות יתר", תשומת הלב לבגדים, לאיפור, למראה הינו רב, אפילו התחושה של להרגיש אישה גדלה והיכולת ליצור קשרים חברתיים מושפעת לטובה מההתנהגויות הנשיות: "זאת אומרת בהיי מרגישים יותר אישה כי הנושא של הסקס למשל אז הוא בפעילות יתר. וכן, כשאני הייתי במחלקה הסגורה למשל כשהייתי בהיי היה לי המון בגדים יפים כאלה, שהחזקתי שם וכל פעם החלפתי וזאת אומרת מול ההזנחה האיומה שיש שמה אצל הבנות אז הייתי בדיוק בכיוון ההפוך, של טיפוח והייתי מוציאה הבאתי ת'איפור אז גם ת'איפור היה לי מאד חשוב זה ואחר כך כשהייתי במחלקה פתוחה אז גם איפרתי ואיפרו אותי והפכנו את זה לאיזה שהוא הובי כזה לאפר אחת ת'שנייה ואז למשל לא הרגשתי בודדה, אז הרגשתי שיש לי המון חברים, הייתי בטוחה שכולם חברים שלי (סמדר, 870-878)"; "אגב נשיות, עכשיו חשבתי על זה שכשבמאניה זה בדיוק הצד השני. במאניה אתה הכי הכי, כאילו מתלבש יותר, קונה יותר, עושה יותר (טל, 703-705)".

## שלב השיקום וההחלמה

תקופת השיקום וההחלמה מביאה איתה התייחסות חדשה לטיפוח המראה החיצוני. כל הנשים מתארות כי הן מקדישות יותר תשומת לב ומאמץ לטיפוח ושיפור המראה שלהן, דרך טיפוח השיער, התאמת איפור ושימוש בו, שימוש במוצרי קוסמטיקה, בחירה מתאימה של אביזרי אופנה ועוד. מעיין לדוגמא, מתארת כי היא מתאפרת וצובעת את השיער "אני חושבת שהיום אני יותר עדינה גם בהתנהגות אני חושבת וגם בלבוש, אבל אם אני מעיזה לשים סומק בלחיים, מה שפעם לא הייתי עושה אז אפשר להגיד שכן. גם היום תראי הרבה מאד שנים הלכתי עם שיער לא צבוע בכלל כי חלק גדול מהשיער שלי הוא כבר לבן ואז הרמתי תיכפפה והלכתי ועשיתי פסים וצבעתי אז מבחינתי זה אומר גם להיות אישה שזה לא הייתי חולמת על זה. הסתובבתי שלושים שנה עם פלומה לבנה פה, ואחר כך התמלאה לי הפלומה ואני יודעת שאני צריכה עכשיו ללכת לעשות צבע, אני יודעת שזה חלק מהנשיות ( מעיין, 874-881)"; סמדר לומדת בקורס איפור "הנה, זה עוד משהו שעשיתי לעצמי לפני, לא זוכרת מתי לקחתי, לקחתי קורס איפור במכללת ... עשו שמה קורס איפור אישי, אז למדתי איך לאפר את עצמי לא שאני מיישמת בדיוק את מה שלימדו אבל לפחות למדתי מה לא לעשות, אז הפסקתי לעשות מה שעשיתי תמיד, אז הייתי שמה תמיד פס מתחת לעיניים, והיא אמרה לי להפסיק לעשות את זה כי זה רק מקטין לי תיעיניים, הן קטנות אז צריך להגדיל אותן אז הפסקתי עם הפס הזה ועם האיילי ליינר (סמדר, 796-803)" בנוסף, היא משפרת את המראה החיצוני שלה באמצעות בחירה של מסגרת משקפיים מתאימה ותספורת נשית יותר "לפחות מבחינת המראה שלי אז השתכללתי בוא נגיד ככה בין אם זה במשקפי ראייה, נגיד לבחור מסגרת יותר מתאימה להאריך תשיער ולא ללכת איתו שיער קצר. כן, הייתה לי תקופה שבאמת עשיתי תספורת די קצרה והייתי כמו שאני נראית היום אבל זה היה נראה נורא כי זה ממש השמין אותי. הצבע לשיער, זה גם משהו שעשיתי שינוי מאד דרסטי, זה היה בשבילי שינוי לצבוע אותו פתאום, ופידבקים חיוביים שקיבלתי אחר כך אז שכנעו אותי שבאמת עשיתי טוב (סמדר, 852-855)".

השינוי שקיים עם החזרה לאיזון בכל הקשור לטיפוח המראה החיצוני הוא היכולת לחזור ליהנות "מעצמך וליהנות מהטיפוח" כפי שסמדר מסבירה זאת ומספרת על כך "וזה הזכיר לי את עצמי, שכשאתה בדיכאון אני לא זה, לא שמה את כל ה...לא, בשבילי היום אני לא, מאז ומתמיד בעצם תמיד שאני מאוזנת אז אני לא יכולה בלי לשים קרם פנים בבוקר אז אני מרגישה כאילו אני הולכת כמו עם נייר זכוכית על הפרצוף אז זהו, אז אני בדיכאון הקטע הזה של לא לטפח ולא

להתאפר ולא זה, זה מאד חזק וכשחוזרים לאיזון זה חלק מהכיף, כאילו שאת מצליחה לחזור ליהנות מעצמך במראה וליהנות מהטיפוח (סמדר, 817-823)."

#### 4.6 מיניות

נושא המיניות בהקשר של נשיות עולה על יד המרואיינות באופן מצומצם ביותר ובהקשרים בעלי גוון שלילי. יש לזכור שמיניות בכלל ומיניות נשית בפרט אינו נושא המדובר בהרחבה ובפתיחות בחברה. התכנים הקיימים בנושא העולים בראיונות כוללים את: קבלת מחזור והתפתחות אברי המין, יחסי מין והנאה ממין, המיניות בתוך המחלה, השפעת התרופות הפסיכיאטריות על המיניות וקשים במערכת היחסים עם בן הזוג סביב נושא המיניות.

המיניות הנשית עולה על ידי המשתתפות כחלק מהנשיות, לדוגמא, סמדר מתייחסת לנשיות בהקשר של יחסי מין "מה עוד זה נשיות? אני אף פעם לא חשבתי על השאלה הזאת, לא יודעת למה זה מתחבר לי למין. לסקס כאילו, ליהנות ממין. כאילו ליהנות ממין זה מאד נשי וגם הפוך אני תופסת את זה, שאם אני מצליחה לגרום לעונג לגבר שאיתי אז אני מרגישה נשית (סמדר, 823-828)".

התוכן שקיים בהקשר של קבלת המחזור והתפתחות אברי המין הינו בעל גוון שלילי, כשהחוויה המתוארת בהקשר זה על ידי מעיין וורד, מתוארת כחוויה שהביאה עימה צער, תחושה של משבר ובלבול בהקשר של הזהות הנשית. אצל שתיהן שותפות למאורע נשים נוספות מתוך המשפחה: "אני *out of the blue* כזה, וזה נפל לי, כשקיבלתי את המחזוראז שמעתי תימילה את אישה, את משלנו כבר מכמה מאנשי מנשות המשפחה. כן זה היה לי מוזר כי זה היה פעם ראשונה שקיבלתי ת'מחזור, זה היה מוזר, הייתי בת 11, זה לא... אז אמרתי אז בסדר, קיבלתי ת'מחזור לא עשו את זה סיפור, הצטערתי רק שזה בא כל כך מוקדם אבל בסדר ... (מעיין, 642-652)"; "תראי, אני אגיד לך מה קרה, כשהתחילה להתפתח המיניות שלי, בערך בגיל שתיים עשרה, שזה משבר שאחר כך הבנתי שהוא לא מיוחד רק לי, חשבתי שהוא די מיוחד שיותר מאוחר הבנתי שזה משהו שהוא לא מאפיין רק אותי, אז כשהתחילו להתפתח לי אברי מין, כאילו קצת שערות, קצת זה, אז אמרתי לאמא שלי, יואו, מה זה לא בא לי על זה, כאילו, ואז כאילו חשבתי, אז מה בא לך להיות גבר? כאילו האופציה היא או או, אמרתי לא, בא לי שלא תהיה מיניות, כאילו זה נראה לי מה זה כאב ראש וככה קצת הדחקתי את הנושא הזה, זאת אומרת, אומנם שמתי פדים במחזור, אבל, אבל כאילו לא, כאילו היום בדיעבד אני יכולה להגיד שהייתי מאוד בחורה ומאוד נערה ומאוד זה, אבל אז לא, לא יכולתי להזדהות עם זה, מאוד הדחקתי (ורד, 223-234)".

חוויית קבלת המחזור והתפתחות המיניות שהינה חוויה הנתפסת בחברה כחיובית, כזו המעידה על פוריות האישה וכשלב נורמטיבי בהתפתחות, נוכחת כאן כחוויה אחרת, זרה, מוזרה ומבלבלת עבור המשתתפות.

מעיין מעלה את נושא האלימות המינית כלפי נשים, דרך סיפורה על חווית האונס שעברה בילדותה, חוויה קשה שצבעה את שאר חוויותיה ותפיסותיה בחיים "והקטע הזה בעצם ליווה אותי במשך כל החיים שלי והדבר הזה בעצם גרם לי לא לממש את הנשיות שלי (מעיין, 66-67)". אחת מההשפעות השליליות בהקשר של המיניות בחייה היא ההימנעות מלדבר על נושאים הקשורים למיניות: "לא מדברת על הדברים האלה זה מבחינתי הדברים.. זאת אומרת הדברים שקשורים למיניות ואני מאד מאד נמנעת מלדבר על זה, אולי בגלל שאני ביישנית מאד וזה מאד מביך אותי לדבר על הנושא הזה, ואולי בגלל העבר הלא נחמד והלא סימפטי שלי, אז זה גם כן עוצר אותי מלדבר על הדברים האלה, בכללי אז אני מעדיפה להשאיר את זה לעצמי ולא אכפת לי לשמוע אחרים אבל ברגע שזה נוגע אליי אז זה טאבו חתום ומבחינתי זה גם לא ייצא, זאת אומרת לא. זה יצא איפה שזה היה צריך לצאת וזהו מה זה סגור ולא מדברים על זה כי זה גם מכאיב, וזה גם עזבי, זה לא לא סימפטי (מעיין, 710-721)".

במפגש בין המיניות הנשית לבין מחלת הנפש קיימות התייחסויות למורכבות ולקשיים ולא לצרכים או לסיפוק. טל מתארת את יחסי המין כמושפעים מגלים של דיכאון ומאניה בהתאמה, כמו גם בשלב האיזון: " כמו שאמרתי לך קודם הדיכאון מוחק את זה לגמרי, את הקטע של המיניות, וההיי, המאניה, מעצימה את זה לגמרי. זאת אומרת אני מכירה הרבה בנות שאת יודעת, במאניה היו מאבדות את כל הגבולות המקובלים, בואי נגיד את זה ככה של בן זוג קבוע ואני יכולה להגיד לך שאני מכירה לא מעט נשים חולות שבמהלך מאניה היו פשוט כל מה שלא רץ מספיק מהר היו תופסות אבל אני חושבת ששוב, כשאתה מאוזן אז זה קיים כמו אצל כל אחד, זאת אומרת זה לא משהו שלא קיים או שקיים יותר אבל זהו, זה ככה (טל, 708-725)".

גם לאחר המפגש עם מחלת הנפש, בשלב של הטיפול התרופתי, עמית מציינת את הפגיעה ביכולת הסיפוק המיני ככזה הנובע מהשפעת התרופות: "ויש תופעות לוואי וזה פוגע לך במיניות. הרבה מהתרופות הפסיכיאטריות כאילו אתה לא יכול לגמור בגללן. זה פוגע לך בדברים הכי הכי בבעיות הכי בסיסיות של החיים (עמית, 371-377)", הדילמה כפי שהיא מציינת היא הבחירה בין להיות שפוי לבין להיות מסופק. כשהפיתרון הוא ויתור ולקחת התרופות "לוקחים תרופות ומוותרים. אתה אומר אני מעדיף כאילו יענו להיות שפוי מאשר להיות מסופק. יש אלטרנטיבי, יש אלטרנטיבי אבל האלטרנטיבי נתפס כמוזר (עמית, 378-380)".



בנוסף, הגוון השלילי קיים גם בהתייחסות למערכת היחסים עם בן זוג בהקשר של המיניות על ידי עמית כשהיא מתייחסת לקושי של בן הזוג ומגדירה זאת כבעיה : "אז מיניות זה נושא שהוא בעייתי בזוגיות שלי ושל בעלי. מהכיוון שלו (עמית, 463)", בחיפוש אחר פתרון, היא חשה שהיא זו שיכולה למצוא פתרון אחר והדרך שלה להתמודד עם הבעיה היא לחקור את הנושא, מה שמוביל אותה אל "מערכת עתיקה" יותר, "המקווה": "ואז אני אומרת אולי אם אני אכנס עכשיו למערכת עתיקה, עתיקה בשנים, זאת אומרת זה עניין שיש אותו עוד לפני הגינקולוגים. ואני אלמד והוא הוכיח תיעצמו הרבה מאד שנים, בהרבה מאד מובנים, אני אלך ואני אחקור אותו בשפה שאני מבינה אותה היום, ואני גם אעשה את זה, אולי זה ישפר משהו בזוגיות האינטימית שלי ושל (עמית, 472-477)".

הדיבור הישיר על המיניות מתואר בשוליים של סיפורי הנשים ומיוחסות לו תפיסות שליליות. דווקא הדיבור בעל הגוון השלילי מביא לידי ביטוי את התפיסה של הנשים כי המיניות אינה דבר שיש לראות בו צורך או הנאה, חלק טבעי ממהלך החיים, אלא משהו שהינו בעייתי, מסובך ומבלבל.

#### **4.7 מודלים נשיים**

לקראת סוף הראיון שאלתי את המרואיינות מי בעיניהן היא מודל של אישה. יש חשיבות רבה לשאלה זו ולהרחבת השיח על מודלים נשיים מכיוון שחסרים מודלים לחיקוי שנשים יכולות להזדהות אתן בתרבות. בחיפושן אחרי מודל הן מוצאות זאת באמצעי התקשורת השונים, לרוב יהיו אלו מודלים מצומצמים ביותר: נשים יפות שאינן אינטליגנטיות ונשים אינטליגנטיות שאינן יפות (וולף, 2004). נשים שמתמודדות עם מחלת הנפש פוגשות בנשים שונות במסגרות הטיפול והשיקום, שבחלקים מסוימים בחיים שלהן זהו מרכז חייהן. ניתן לראות מתוך דבריה של טל, שה"מודל" שלעיתים הן נפגשות עימו הוא מצומצם וכזה שאינו מעורר תקווה. טל מציינת מפגש עם אישה אלמונית המוזכרת במהלך סיפור חייה. האישה האלמונית היא אישה החולה במחלת נפש שהיא פוגשת במהלך ביקור אצל הפסיכיאטר, עליה היא מספרת "פעם אחת שאני חיכיתי לפסיכיאטר שלי, ועברה שם אישה אם היה כתוב סטיגמה הייתה תמונה שלה (128-129)" ומרחיבה זאת בהמשך "את יודעת, הריר, העיניים, התנועות גוף, הדיבור, זה משהו שכשאתה נופל אז זה בא (133-134)". במחשבות על כך היא מעלה את השאלה הקשה, האם גם היא תראה כך בעתיד? האם גם עליה יסתכלו כך? "ואני הסתכלתי אמרתי בואינה, לעצמי אמרתי, בואינה מה

עם עוד עשרים שנה זה יהיה הפוך? שאני אהיה האישה הזאת ומישהו אחר יסתכל עליי ככה? זאת אומרת זה משהו שאני חושבת שהוא לא עוזב אותך כי אתה מודע לזה (129-132)“.

בשונה מתיאור באישה האלמונית של טל, המודלים שעלו מצד המשתתפות הינם מודלים מגוונים, שתיים מהן הזכירו את פנינה רוזנבלום כמודל, אחרות הזכירו את ריטה הזמרת וגוליה רוברטס השחקנית, כולן דמויות מפורסמות המוכרות באופן ציבורי בעקבות כישוריהן השונים או היצירה והאומנות הפופולארית בה הן עוסקות. בנוסף, מודלים קרובים יותר ומוכרים ברמה האישית הוצגו על ידן, מודלים אלו כללו את הסבתא של אחת המשתתפות, מטפלת שמלווה, ואחת המשתתפות הציגה את עצמה כמודל.

הבחירה במודלים נשענה על הצגתם כנשים בעלות כוח ועוצמה, המפגינות יכולת התמודדות, הישרדות וניצחון, נשים שלמרות הכול נאמנות לעצמן ובעלות תכונות פנימיות כגון אמפטיה ורגישות. למרות שהמודלים הנשיים המפורסמים שנבחרו, הזמרת ריטה, פנינה רוזנבלום וגוליה רוברטס נתפסות כבעלות מראה נשי מוערך, המרואיינות אינן מתייחסות כמעט למראה החיצוני של הנשיים שמוצגות. במקום זה הן מתייחסות אליהן כאל מי שמייצגות התמודדות עם קשיים מרובים, כמי שפועלות באופן עצמאי, שלא בהתאם למקובל, וכמי שמייצגות עמדה מורכבת של עדינות ורגישות בצד חוזק והשגיות.

כשאני שואלת את סמדר במהלך הראיון על מודלים נשיים, היא בוחרת בפנינה רוזנבלום, בה היא רואה אישה חזקה. סמדר מציינת שלפנינה יש נשיות מתפרצת, מצועצעת וזוה אינו הטעם שלה מבחינת המראה החיצוני אבל בעיניה היא נתפסת כאישה חזקה “יש בה נשיות מתפרצת כמובן שהיא לא הטעם שלי במובן החיצוני, אבל אני תופסת אותה כאישה חזקה, שכמה שצוחקים ואומרים היא שכבה עם הרבה בדרך לקריירה שלה, אני מאמינה שהיא עשתה הרבה בזכות עצמה היא נתפסת בעיניי כאישה חזקה מצועצעת, אבל חזקה (948-952)“.

פנינה רוזנבלום נתפסת על ידה כמי שמקצינה את המראה הנשי, כמי שהצליחה בזכות איך שהיא נראית מצד אחד ומצד שני היא אישה מצליחה בזכות העשייה שלה וכאישה שהצליחה בזכות עצמה.

סמדר בוחרת גם במודל שני, היא עצמה. היא רואה בעצמה מודל של מי שניצחה כמעט את המחלה, כמי שצועדת ומתחזקת, כמי שפתחה ושיתפה בנושא מחלתה וכמי שעושה למען עצמה “הניצחון על המחלה אני חושבת, זאת אומרת ניצחתי אותה, כמעט. זאת אומרת, לא ניצחתי אותה, לא נפטרתי ממנה אבל אני יותר חכמה היום, כאילו יודעת יותר כאילו אין לי חיסון נגד ההתקפים אבל לא סתם אני שלוש שנים אחרי שלוש שנים ככה צועדת ויותר מתחזקת מבחינת האיזון כי זה באמת שלוש שנים שעשיתי הרבה למען עצמי, מה שלא עשיתי לפני כן. עצם זה

שפתחתי תיעניין הזה של המחלה ו שמקום עבודה קיבל אותי וזה נתן לי מנוף ממש רציני קדימה )  
957-965). גם הצגתה כמודל מתרכזת בהצלחתה במאבק במחלה וביכולתה לעשות למען עצמה,  
המיקוד הוא על העשייה דבר שלרוב אינו נחשב "נשי". ניתן לראות תהליך של שינוי בתפיסה של  
התפקיד שלה כאישה – ממישהי ביישנית ועדינה למודל מוחצן, חזק, שיכול לעשות אינטגרציה של  
אסרטיביות עם נשיות יותר סטריאוטיפית. היא מציגה את עצמה באופן דומה במידה מסוימת  
כאישה חזקה, מצליחה, מתמודדת, מחפשת ומוצאת נשיות חדשה.

אנה מציינת שלשה מודלים נשיים, ריטה הזמרת, צביה, מטפלת שמלווה אותה ופנינה רוזנבלום.  
כשאנה מתחבטת כיצד לענות על השאלה היא מציינת שלא תבחר חברת כנסת כי היא פחות  
מתחברת לכך "מודל? מודלים לנשיות דווקא אני לא אקח את המודלים בכנסת כי אני לא כל כך  
מתחברת לפוליטיקה (653-654)", כל הנשים שהיא בוחרת להביא הן נשים המייצגות חוזקה.  
ריטה הזמרת וצביה המטפלת נתפסות בעיניה כמי שמצד אחד משדרות כוח, יוזמה ומקצועיות  
ומצד שני מאפשרות ביטוי לרגשות שלהן ושל אחרים. על ריטה הזמרת היא אומרת "מה זה  
נשיות? ריטה זה נשיות בעיניי. זה היוזמה וזה האנרגיות וזה הכוח וזה הדאגה והיא נותנת מקום  
לרגשות שלה ולתחושות שלה והיא כמו ילד שאומר את האמת ואני מרגישה אותה בקול שלה,  
בתנועות שלה, היא חיה על הבמה, לא ראיתי אותה ב מציאות אבל אם אני חושבת על אישה אני  
חושבת על ריטה (654-658)". אנה מציינת שרוב מי שהיא פוגשת בתחום הטיפולי הם גברים,  
למרות זאת היא מביאה את צביה המלווה התעסוקתית שלה כמודל. גם במקרה זה מה שהופך  
למודל הינו היכולת להיות מקצועית ואמפאטית "אמפתיה, אמפתיה וכושר לזהות אותך כבן  
אדם, לזהות אותך ולזהות את הקשיים שלך ואת הכישורים שלך ופרגון, פרגון שזה מאד חשוב  
היא באמת אחת שידעת לפרגן ולא רק תמיכה רגשית כזאת אבל פרגון מקצועי, זאת אומרת גם  
בתחום המקצועי וגם מבחינה מקצועית היא מאד מקצועית בעיניי והיא ניידת היא מגיעה  
מהמרכז והיא מגיעה לכל פינה בארץ אז גם נגישות פיזית, גם נגישות רגשית (672-678)".

את פנינה רוזנבלום, אנה מזכירה כשהיא מדברת על חווית האמהות כשהיא מתייחסת דווקא  
לחלקים הפחות מקובלים של פנינה רוזנבלום. " לא חייבים להרות בשביל להרגיש אמא, אפשר  
גם לאמץ ולהיות האמא הכי מאושרת בעולם קרי, פנינה רוזנבלום. אני לא יודעת עד כמה היא  
מתפקדת כאמא אבל אני יודעת שהיא מאושרת, כי כל הזדמנות היא מראה אותם, אולי זה  
לצורכי פרנסה אבל אני לא יודעת (803-806)", מצד אחד היא מביאה אותה כדוגמא למימוש  
אמהות דרך אימוץ מצד שני היא מטילה ספק בתפקודה כאם. כשהיא מציינת זאת אני בודקת  
איתה האם פנינה מודל עבודה, אנה מציינת שכן ומציגה אותה כמודל אליה היא מתחברת בכך

שהיא רואה בה אישה שנאמנה לעצמה למרות מה שנאמר עליה "כן, היא מודל לאישה. כי הרבה השמיצו אותה ואמרו שהיא הגיעה לאן שהיא הגיעה בדרכים לא כשרות וגם היא חטאה פה ושם היא לא חטאה לעצמה, זה מה שהגוף שלה הרגיש ומה שהיא הרגישה (811-813)".

טל מציגה את סבתא שלה כמודל, דמות משמעותית בחייה שנפטרה ממחלת הסרטן, "סבתא שלי. סבתא שלי הייתה אישה מדהימה (608)". טל מציגה את סבתא שלה כמודל כשהיא מציינת את היותה מיילדת, ומדגישה את תכונותיה, נתינה, אכפתיות ויכולת המאבק וההישרדות "קודם כל היא הייתה מיילדת, שזה האישה הכי אישה שיש אני חושבת, והיא הייתה מדהימה, מבחינת נתינה והאכפתיות והלהילחם, ואז התחיל אצלה סרטן ונתנו לה חודשיים, היא חיה שנתיים וחצי (612-615)". טל, מציגה אותה כמי שתמכה בה והייתה עבורה אוזן קשבת "אני חושבת שהיא הראשונה שידעה שאני מעשנת, היינו יושבות מאחורה במרפסת, והיא לימדה אותי לבשל ובאמת משפחה (618-619)". בהמשך היא מתייחסת לכך שלא מדובר בסבתא ביולוגית שלה, ומזכירה שסבתה הביולוגית הייתה "חולה" (במחלת נפש) והתאבדה. "בוא נגיד שהיא הייתה סבתא שלי יותר מהסבתא האמיתית שלי כי אמא של אבא שלי התאבדה, כשהוא היה בן 6 אז גם היא הייתה חולה (619-621)". עבורה, האופטימיות, התקווה והאמונה בכוחותיה שסבתא העבירה לה הולכים איתה עד היום כפי שבאים לידי ביטוי במשל שסיפרה לה על שני הצפרדעים ודלי של חלב "היא תמיד הייתה יודעת לראות את הדבר הטוב והיא אמרה לי, היה לה משפט שלה, יש צפרדעים חלב וצפרדעים של חמאה, מה זה אומר? דמייני דלי, של חלב, זורקים פנימה שתי צפרדעים. אחת אומרת יי, כמה חלב, אני בחיים לא אצא מפה, שוקעת, טובעת. השנייה אומרת, יאללה, כולה חלב, מתחילה לשחות ולשחות ולשחות, מהתנועות של הרגליים נהיה חמאה ואז היא עולה על החמאה ויוצאת מהדלי והיא תמיד הייתה אומרת את צפרדע של חמאה, זה כאילו היה המחמאה הכי זה שאת יכולה לקבל. ובאמת היא הייתה אישה מדהימה. מדהימה. מאד חסרה לי אבל היא אצלי את יודעת, היא אצלי (617-631)". בנוסף לכל תכונות האופי של הסבתא, טל מתארת אותה כמי שהצליחה להוציא את הטוב ביותר מכול דבר "אז זהו, זה המודל הכי שיש לי אני חושבת. היא הייתה יכולה לקנות בגד בשוק בשני שקל והוא היה נראה כאילו עלה מליון דולר וזהו, זה הכי מודל שהיה לי (633-635)".

המודל שמעיין בוחרת להביא היא ג'וליה רוברטס. עליה היא אומרת "יש לה גם את הקטע של הטום בוי וגם את הקטע של הנשיות (608)"; "יש בה את העדינות שאין בגבר או.קי? אבל אני לא מדברת רק על העדינות החיצונית אלא על העדינות הפנימית כשאני אומרת טום בוי, אז אני מתכוונת שיש את העדינות משני הצדדים (657-660)" וממשיכה ומסבירה זאת בהשוואה אל

עצמה מה שקיים בה, תכונות גם של אישה וגם של גבר ייש באישה את העדנה והעדינות הנפשית, הפיזית שלא קיים גם בגבר, אבל יש בי, ואני רואה גם בה שיש משני הצדדים, גם מהגבר וגם מהאישה (683-685)“.

המודלים שנבחרו מתארים את התפיסה של הנשיות העכשווית, הן מתארות מודל נשי שיש בו פגיעות יחד עם חוזק, עוצמה והצלחה. המודלים הנשיים שנבחרו על ידי המשתתפות, ברובם מודלים ממרכז הקונצנוזוס, נשים אלו משלבות מודל נשי שבו יש מראה חיצוני אטרקטיבי יחד עם אקטיביות והצלחה אבל, המשתתפות בחרו להדגיש דווקא את התכונות, העשייה והניצחון של נשים אלו במאבקם. אחת המשתתפות דיברה על עצמה כמודל, כמי שניצחה את המחלה, בכך היא יוצרת מודל ייחודי נשי של אישה המתמודדת עם מחלת הנפש, מודל זה חסר בחברה.

## 5. דיון ומסקנות

"נשים אינן נולדות נשים, אלא הופכות לנשים" (דה בובאר, 2001).

" אז אם כך- כיצד? ואיזו מן אישה היא הופכת להיות? איזה אישה היא הייתה לפני פרוץ המחלה, תוך כדי המחלה ואחרי, בשלבי השיקום וההחלמה?"

02/12/2007 יומן חוקרת

בחרתי לפתוח את העבודה במילות השיר "לא נעלמת" מכיוון שעבורי מילים אלו מסמלות בתיאורן המדויק את מה שעלה מתוך סיפורי החיים ביחס לנשיות ולהתפתחות הנשיות. אני חושבת שהמפגש של המשתתפות עם המחקר העניק הזדמנות להן ולי לעצור ולהסתכל על חייהן מהצד, להביט בסיפור החיים ולהבין את סיפור הנשיות שמתגלם בו. סיפורי הנשים הם סיפורים של מי שהיו "ילדות קטנות וחלשות" כאלו הנדחקות לשוליים והפכו לנשים בעלות כוח והשפעה שמטביעות צעדיהן על החול ואפילו הופכות למודל נשי עבור נשים בכלל וכאלו המתמודדות עם מחלת הנפש.

### הגדרת נשיות

נשיות מתוארת על ידי דה בובאר (2001) כחוויה מסתורית ורופפת שאינה ניתנת להגדרה בפני עצמה, אלא נקבעת יחסית לגבר. אחרים (Collins, 2004) ממשיגים זאת כסט של צווים, התנהגויות, מראה ומסרים המצופים מנשים בחברה, מה שנהוג לכנות "הנשיות ההגמונית". כל אלה הולמים את הדרך בה המשתתפות רואות את הנשיות. התגובה הראשונית שלהן היא קושי גדול להגדיר נשיות. בניסיון שלהן לעשות זאת, נחשפת בפנינו מורכבות תהליך ההגדרה, והתחומים שזו עשויה להקיף. עבור הנשים המשתתפות במחקר, נשיות אינה דבר שהן נעצרו לחשוב עליו בעבר או דבר שהן רגילות לדבר עליו. תפיסתן את הנשיות כקשה להגדרה, כמו גם הנטייה לראות אותה בהשוואה לגבר ו/או דרך הנשיות ההגמונית המצופה מהן, מציבים את המשתתפות תחת אותו מערך משותף של הבנות עבור נשים רבות בעולם. יחד עם זאת, המשתתפות גם חושפות בפנינו רובד נוסף, ייחודי, של מורכבות נשית בחייהן כמי שמתמודדות עם מחלת נפש.

המשתתפות מספרות כי העיסוק המרכזי עבורן במשך שנים רבות היה ב"מצב הרוח", בהתמודדות עם מחלת הנפש ולא בנשיות. האמירה הזו יכולה להתפרש למספר כיוונים. כיוון אחד

מכוון לכך שהנשיות היא דבר שצריך להתעסק בו. דבר שדורש זמן, מקום והשקעה. האמירה ש"אין זמן לעסוק בנשיות" בתקופת המחלה עולה בקנה אחד עם הראייה הבאטלרית (Butler, 1990) ביחס לתפיסה הביצועית של המגדר: "תפיסה זו מניחה, כי זהות כאישה או גבר [...] היא ביצועית, כלומר מובנית מתוך קונבנציות התנהגותיות המזוהות עם תוויות אלו. במובן מסוים "להיות" אישה או גבר פירושו כניסה לתפקיד תרבותי חברתי שבו הפרט משתתף (רוזמרין, 2001, עמ' 9-10)". ביצועיות מגדרית נשית היא חזרתיות טקסית יומיומית, המופיע בבחירת הבגדים, האיפור השיער, עצוב והחזקת הגוף ושאר הפרקטיקות, המוצגת בזירה החברתית ומזהה את המגדר.

האמירה כאילו מצבי הרוח לא השאירו זמן לנשיות, חושפת כי "נשיות" אינה דבר מולד או טבעי. נשיות היא משהו שיש לעשות, לתחזק, והתחזוק הזה הוא יומיומי, שקוף, ולא מסומן. לרוב נשים אינן נעצרות לראות אותו או להצביע עליו. הסיטואציה הייחודית של הנשים המשתתפות במחקר, בה הן לא פנויות "לעשות נשיות" משמעה שאין להן את הזמן, המקום או את היכולת להשקיע בכך.

האמירה כי בזמן המחלה הן לא עסקו בנשיות משמעה גם "כשאני חולה אני לא אישה", אמירה זו מבחינה בין היותן נשים להיותן חולות, מצביעה על כך שבזמן המחלה הנשיות שלהן מטושטשת. הנשים יוצרות דיכוטומיה בין היותן נשים לבין היותן חולות, כשני דברים נפרדים שעומדים זה מול זה.

כאשר הנשים כן מדברות על נשיות, התימות המרכזיות שהן מעלות מתייחסות למערכות יחסים, אמהות, מראה חיצוני ומיניות, תמות מקובלות ומוכרות בדיבור על נשיות. כך מתגלים סיפורי החיים של המשתתפות בהיבט הלא ייחודי שלהן. ניתן לשער כי אם הייתי מראיינת נשים שאינן מתמודדות עם מחלת הנפש על חווית הנשיות שלהן, היו עולים נושאים דומים. נדמה כי אם אשמיט את המילים "משבר", "מחלת נפש" יראו סיפורי החיים כסיפורים נשיים רגילים, שהיינו מצפים לפגוש, שאנחנו מכירות מחיינו האישיים ומהקרובות אלינו. אלו גם חלק מהתגובות שקיבלתי בקבוצת עמיתים של חוקרים במחקר האיכותני כשהצגתי את הממצאים. בזיהוי הדמיון לסיפורי נשים שאינן מתמודדות עם מחלת הנפש, אני רואה כוח גדול והזדמנות, של המשתתפות ושל המחקר, שמאפשר לראותן כנשים. תפיסתן את מרכיבי הנשיות כך ממקמת אותן בתוך כלל הנשים, ומדגימה שהדמיון בינן לבין נשים אחרות הינו רב יותר מהשוני הקשור מעצם הגדרתן כנשים המתמודדות עם מחלת הנפש, כמו גם הסטיגמה הכרוכה בכך. מעניין כי ממצא דומה נמצא במחקר שהשווה בין נשים המתמודדות עם אגורפוביה לבין נשים עצמאיות

וסטודנטיות ביחס למשמעות שהן מייחסות למרחב הציבורי. המחקר העלה כי הדמיון בין הנשים בקבוצות השונות בעמדה השלילית ביחס לנסיעה לבד, במיומנות המוגבלת בהתמצאות במרחב ובשימוש במרחבים חברתיים, תרבותיים ופנאי, היה גדול יותר מההבדל ביניהן (Gelfond, 1991). ועדיין, למרות העיסוק של הנשים בתימות המוכרות של נשיות הגמונית סיפורי החיים שלהן כוללים גם התייחסויות ייחודיות המאפשרות להבין יותר את חווית הנשיות של נשים הסובלות ממחלת הנפש. הדיכאון, המאניה והפסיכوزה כמו גם השיקום, ההתמודדות וההחלמה, מאפשרים חלון דרכו ניתן לבחון מופעים שונים של נשיות (סיקסו וקלמנט, 2006; רוזן, 2007). נשיות שהיא לעיתים מיטשטשת או נמחקת ואז מתגלה שוב. את הנשיות הזו, כתימה חוזרת בסיפורי הנשים, בחרתי, בעקבות דבריה של אחת המרואיינות, לכנות סיפורי עוף החול.

### סיפור של נשיות: סיפורי עוף החול

במיתולוגיה היוונית עוף החול, הפניקס מסמל התחדשות, תקווה ונצח. הוא נשרף כאשר מגיע זמנו למות אך נולד מחדש מתוך האפר. מטאפורה זו נבחרה על ידי אחת המשתתפות לתיאור האישה שהיא היום. מצאתי שמטפורה זו מתחברת ומתארת את התהליך שעוברת הנשיות, זו הנמחקת ונולדת מחדש.

*"מ: איך היית מספרת לי על האישה שאת היום?"*

*טל: איך הייתי מספרת? אני חושבת שסוג של פניקס ששרפתי תיעצמי ובניתי תיעצמי ושרפתי תיעצמי בניתי תיעצמי מליון פעם ואני גם בטוחה שזה לא נגמר, זאת אומרת ברור לי שאני עוד אשרוף תיעצמי וארים תיעצמי עוד מליון פעם, אבל אני חושבת שהיום אני במקום מאד שלם, עם עצמי. זאת אומרת אני מאד מודעת למה לא טוב בי או מה הבעיות שלי או מה הפאקים שלי אבל אני גם מאד מודעת ליכולות שלי ולאן הייתי רוצה להגיע (טל, 743-737)."*

מטאפורת "עוף החול" מסמלת את מה שקורה לנשיות כפי שהיא עולה מסיפורי החיים של הנשים. ניתן לראות שלפני פרוץ המחלה המשתתפות מתארות את עצמן כמי שאינן מתאימות לנשיות ההגמונית, מכיוון שחלקן מתארות עצמן כמי שעסוקות בחוויות החיים בהווה ואינן מכוונות לנישואין ולאמהות: "יחוצך מזה לא הייתי רצינית, לא רצינית חתונה, לא רצינית ילדים, הייתי פשוט, כמו שאמרתי מאוהבת באהבה, אהבתי את הבן אדם אם אהבתי אותו מבחינתי זה היה יכול להימשך. חוץ מזה לא הסתכלתי על העתיד, לא תכננתי את העתיד (לימור, 224-222)". בשנות העשרים שלהן הן מתארות כמי שמעדיפות בניית קריירה ולימודים על פני הקמת משפחה וילדים: "אני חושבת שזה התחיל מזה שהיו הרבה שנים שאני הייתי סגורה ומופנמת וגם כל החמש שנים בארגון פשוט הייתי חוזרת מאוחר הביתה וזה, זאת אומרת לא השקעתי בכלל, כל



הזמן אמרתי זה (בן זוג) יבוא, זה יבוא לבד, זה יבוא לבד (סמדר, 714-717)". בנוסף לכך, הן אינן מעניקות תשומת לב מרובה או מיוחדת לטיפוח עצמי, וחלקן אף לא מוצאות בכך כל עניין: "מודה שכל ההתעסקות בבגדים, נעליים, סרטים בשיער וקוקיות אף פעם לא ממש עניינה אותי (טל, 78-79)".

בניגוד לכך, במימד האישי, הפנימי הנשים מתארות את עצמן כחסרות קול וככאלה שאינן מבטאות את צרכיהן. דווקא בהקשר (בעיית) זה הן מתאימות למה שמצופה מנשים על-פי התפיסה ההגמונית: "כל הסביבה בעצם לא הרגישה שום דבר וזה נבע מזה שהייתי טיפוס מאד מופנם וביישן והשקט שלי, השקט של הדיכאון בעצם הוא בשביל הסביבה היה אותו שקט רגיל של סמדר (סמדר, 24-26)", גיימיסון (2007), פרופ' לפסיכולוגיה הסובלת ממחלת המאניה דפרסיה, קושרת בין דיכאון ונשיות, היא כותבת: "דיכאון הרבה יותר הולם את התפיסות הרווחות בחברה לגבי מהות האישה: פסיבית, רגישה, חסרת תקווה, חסרת אונים, מוכה, תלותית, מבולבלת, משעממת למדי, בלי הרבה צפיות (עמי 92)".

עם פרוץ המחלה העיסוק המרכזי כפי שמתואר על ידן הוא ב"מצב רוח" ולא בנשיות. מחיקת הנשיות או טשטושה באים לידי ביטוי בפגיעה במערכות יחסים, במיניות, במראה החיצוני, כל אותם נושאים שהמשתתפות רואות בהן חלק מהנשיות. כמו עוף החול, ששורף עצמו, מתכלה ונמחקת לה הנשיות.

בשלבי השיקום, ההחלמה וההתמודדות קורה תהליך מורכב. מצד אחד, כלפי חוץ יש שינוי בכול הצדדים של הנשיות הנראים לעין חיצונית: הנשים עוסקות יותר בשאלות של אמהות ושל מערכות יחסים וכן עוסקות בטיפוח החיצוני. בכך הן "נראות" כמו כל הנשים ועומדות בתנאים של הנשיות ההגמונית. מצד שני, במימד האישי, הפנימי הנשים מתחזקות, משמיעות את קולן ואת צרכיהן, עושות למען עצמן, נאבקות ונלחמות למען המקום שלהן ומימוש רצונותיהן וצרכיהן במסגרות עבודה, מקומות הטיפול, ביחס לבחירת בני זוג ובתוך ביתם הפרטי במובן זה הן מתאימות פחות לנשיות ההגמונית. תהליך דומה של עשייה למען העצמי בשלבי השיקום וההחלמה, מתואר גם במחקרן של לפראנס וסטופארד (Lafrance & Stoppard, 2006), שם נשים מחלימות מדיכאון תיארו את החלמתן במסגרת נרטיב של שינוי אישי שבו הנשים החליפו את הפרקטיקה של להיות אישה טובה והתייחסו לצרכים האישיים שלהן. תחייתו מחדש של עוף החול אם כן, היא יצירתה מחדש של נשיות אחרת המיוחדת לנשים ומתאימה לסיטואציית החיים העכשווית שלהן.

ניתן לראות את השינויים שחלים בנשים בטבלה הבאה:

ציר זמן ביחס למחלה/סוגיות נשיות של מערכות יחסים	לפני פרוץ המחלה	תוך כדי המחלה	שיקום והחלמה
מערכות יחסים	מערכות היחסים נחוות כפוגעניות ומהוות טריגר להתפרצות המחלה.	אין התייחסות לקיומן של מערכות יחסים תוך כדי המחלה, למעט התייחסות לחוסר שבהן.	הנשים מעוניינות ליצור מערכות יחסים אינטימיות למרות הקושי הגדול הכרוך בהתמודדות עם הסטיגמה ובהתמודדות עם המחלה בתוך מערכת היחסים.
קול פנימי	קולן של הנשים בילדות הוא קול מושקק. אינן משמיעות את הרצונות והצרכים שלהן. אינן מקבלות את תשומת הלב להן זקוקות.	הקול פורץ בתקופות ההיי. בתקופות הדיכאון הקול מושקק עוד יותר או בא לידי ביטוי במעשים קיצוניים של הרס עצמי, כמו ניסיונות אובדניים. הן מתייחסות לניסיונות האובדניים כדרך היחידה לבקש עזרה.	משמיעות את קולן, את הרצונות והצרכים שלהן נאבקות למען דברים שהן רוצות.
מראה חיצוני	חוסר עניין או עיסוק במראה החיצוני.	בתקופת הדיכאון קושי רב לשמור על טיפוח ואף הזנחה, בתקופת ההי הקצנה של העיסוק בטיפוח. עליה במשקל בגלל התרופות.	הנשים מתארות כי הן מקדישות יותר תשומת לב ומאמץ לטיפוח ושיפור המראה שלהן. התחומים בהן הן עושות זאת נבחרים על ידם ובהתאם לרצונותיהן. ביניהם הניסיון לחזור למשקל גוף תקין.
אמהות	הרצון או הכמיהה להיות אמא אינו קיים באופן "טבעי", רובן עסוקות בעבודה ובניית קרירה בתחומים טיפוליים.	הרצון מתעורר לאמהות, חוויות של אמהות חלופית מתרחשים.	הרצון מתעורר ומתחזק יחד עם ההבנות על התפיסה של אמהות של מי שסובלת ממחלת הנפש בחברה.
מיניות	מתוארות חוויות בעלות גוון שלילי ביחס להתפתחות המיניות וקבלת המחזור.	יחסי המין מושפעים מגלי המאניה והדיכאון, קיימת פגיעה ביכולת הסיפוק המיני בהשפעת התרופות.	יחסי המין מושפעים מהחזרה לאיזון, יחד עם זאת עדין קיימת השפעה שלילית של התרופות על היכולת לסיפוק מיני.

הטבלה שלהן מציגה באופן ליניארי את אשר מתרחש בשלבים השונים של המחלה ביחס למרכיבי הנשיות. יש לזכור שמחלת הנפש אינה מהלך אחד ויחיד, אלא תהליך מתמשך שיש בו עליות וירידות עד ההגעה לאיזון והחלמה הייחודי לכל מי שמתמודד עימו. חוסר הוודאות שקיימת במחלה משפיעה על הנשיות ועל המהלכים השונים שקורים. הזהות הנשית מתפתחת לאורך כל שלבי החיים במסלול שהינו ייחודי לכל אישה ואישה. כל אחת משמונת המשתתפות במחקר נמצאת במקום אחר בחייה בתהליך זה.

ניתן לראות שהמנגנונים הנשיים (מראה חיצוני, טיפוח לדוגמא) שמגבילים ומצמצמים הן גם אלו שדרכן הנשים יכולות לחזור לתוך החברה, למעשה, הן סוללות דרכן חזרה ל"נורמאליות" דרך הנשיות. המעבר לנשיות ו/או מציאת הנשיות הייחודית לכל אישה מהווה ערוץ מרכזי בשיקום.

הנשים מזהות מנגנונים אלו ותופסות שהן יכולות להשתמש בהן בכדי לקדם את עצמן, הן משלבות מראה חיצוני העומד בציפיות ההגמוניות לבין פנימיות אסרטיבית. כל אותם דברים שנלקחו מהן תחת הסטיגמה של המחלה הן כעת משתמשות בהן, כפי שמתאים להן, בכדי לסלול את דרכן חזרה לחברה.

בכל אחת מתמת הנשיות שמוצגת בטבלה ישנן דברים ייחודים אליהן אתייחס בהרחבה .

### הקול הפנימי במערכות יחסים

כפי שעולה מהממצאים מערכות יחסים הנחוות כפוגעניות: פרידה לא מתוכננת, דחייה, בגידה, אהבה נכזבת וכדומה מהוות טריגר להתפרצות מחלת הנפש. חוויתן של המשתתפות את מערכות היחסים מתוארת דרך הקול הפנימי שלהן.

הקול הפנימי של הנשים מתואר בילדות כחוויה של חוסר קול וחוויה של קול מושתק. תיאור זה משותף לכל המשתתפות: "זה לא פשוט. לגדול בסביבה קרירה ואלימה וידעתי לשתוק, שתקתי הרבה לא היה לי גם למי לספר וזהו (אנה, 193-194)"; "אני חושבת שבגלל הצרות אני הייתי ילדה כזאת שוקעת בלימודים, שוקעת ומשקיעה בלימודים הרבה, כבתור קטע של בריחה אפילו (סמדר, 634-636)"; "ובעצם מגיל די צעיר אני חושבת, אם אני מסתכלת לאחור מגיל די צעיר הייתי חולה במחלה זה פשוט לא התפרץ [...] צעיר זה 13 [...] כן אני זוכרת שהיו לי מצבי רוח והתפרצויות לא התפרצויות זעם ודברים לא מובנים כל כך לא, ואחרי זה הייתי בפנימייה וגם שם היו עליות וירידות ובצבא גם כן היה לי איזשהו משבר קל לא עשו עם זה כלום לא פנו לעזרה (שרה, 87-94)"; "אני הייתי פשוט ילדה יותר שקטה לא היה לי את המקום המרכזי, שהייתי רגילה להיות בו במשפחה, אז בחרתי באפשרות הנוחה, ונשארתי בחיק המשפחה יותר מאשר עם החברה [...] ובחברה קצת יותר מורחבת אני משתתקת (לימור, 96-109)"; "אין אני מעיין לא קיימת בכלל, הרי מגיל אפס עשו אותה כזאת קטנה עשו אותה אפס אז למה שאני אשאף למשהו אחר? למה שאני ארצה משהו אחר בכלל? (מעייין, 282-284)".

המשתתפות מתארות את חוסר הקול דרך חוויות שונות, בהן היכולת שלהן להשמיע את קולן אינה מקבלת התייחסות ראויה. הן מתארות עצמן כמי שלמדו לשתוק בגיל צעיר, לעשות מה שמבקשים מהן ולהיות "ילדות טובות", נוחות, שאין להן עם מי לדבר ובפני מי לשתף על מה שעובר עליהן. רוזן (2007) שבחנה את אופני ההתגלגלות של המופע הפסיכוסטי לסיפור חייהן של נשים, מתארת תמונה דומה של ילדות אשר נאלצו לצמצם את נוכחותן בעולם, ולהעמיד פנים שהן

מישהי אחרת, בכדי להיות חלק ממנו. הן עשו ניסיונות לרצות את האחרים, בעוד הן מחניקות את עצמיותן, ומנהלות חיים כפולים. מתוך תיאורי הילדות של המשתתפות עולה חוויה של בדידות, תמה מרכזית שעלתה גם במחקרה של רוזן. בשונה ממחקרה של רוזן, שתיארה כי כל אחת מהן דיווחה בשפתה הייחודית על בדידות מנטאלית כחוויה בסיסית, כלומר ככזו שאינה קשורה לנוכחות הפיזית של אחרים אלא לתחושה פנימית, אשר קשורה בחוסר היכולת ליצור מובנות עם העולם, להבין את מה שמתחולל בחוץ ולהיות מובנת, חוויות הילדות של המשתתפות סביב הבדידות מתייחסות וקשורות לנוכחות פיזית של אחרים, לחוסר בהם ולצורך בהקשבה מצידם.

חווית הקול המושתק כבר בילדות שונה ממה שגילגן (1995) טוענת, שבמעבר מילדות לבגרות הבנות "מאבדות את קולן", את האני הייחודי שלהן ומשמיעות את הקול התרבותי כך שהן מתאימות עצמן לציפיות החברתיות מהן. קולן של המשתתפות במחקר בחוויות ובתיאורים עצמאיים שלהן בילדות הוא קול מושתק עוד לפני המעבר לבגרות.

מערכות יחסים הינו נושא שמעסיק רבות נשים, הן מוגדרות ומגדירות את עצמן דרכו, נשים רואות בו חלק משמעותי מחייהן (גילגן, 1995 ; Jack, 1991). נשים ונערות לומדות להעריך את האינטימיות בתוך מערכת היחסים, מטרה שדורשת מהם לשים את מערכות היחסים בראש סדר העדיפויות ודיכוי של צרכיהן האישיים. המקום המשמעותי שתופסות מערכות היחסים בחייהן של נשים, מסייעת להבין את משמעותו של הממצא שמערכות היחסים הנחווות כפוגענית משמשות כטריגר להתפרצות מחלת הנפש.

מהממצאים עולה כי בתוך מערכות יחסים אלו הנשים מתמודדות עם מאבק בין תלות לעצמאות, עם בחירה של בני זוג שאינם מתאימים להן, עם תחושה והבנה שאין להן מקום להשמיע את קולן או את הרצונות שלהן ונאלצות לוותר על דברים שמשמעותיים להן בשביל בן הזוג. גילגן (1995) טוענת שעוצמת הקול הפנימי, אותו קול מופנם של הטוב הנשי, הפועל ומדבר רק למען הזולת, מפריעה לנשים להשמיע את דברן, "הקול המופנם הזה, אשר אומר לאישה כי השמעת קולה במסגרת מערכת יחסים הוא מעשה "אנוכיי". אפשר שאין היא יודעת באמת מה היא רוצה, או שמא אין די בניסיון חייה כדי לשקול את מה שצריך לעשות. במקרים רבים הייתה לנשים תחושה שמסוכן להגיד מה הן רוצות, מה הן חושבות, או אפילו לדעת זאת. הבעת הדעה מעכירה את מערכת היחסים הקרובים ולכן מסכנת את קיומם של היחסים האלה (עמ' 13)".

תוצאות ההימנעות מדיבור במערכת היחסים הינם הויתור על הקול, הימנעות ממערכת יחסים והתנערות מאחריות. בחירת הנשים לא לדבר, או למעשה, לנתק את עצמן מהדברים שהן עצמן אומרות, עשויה להיות מכוונת או מבלי דעת. הבחירה שלא לדבר נעשית לעתים קרובות מתוך

כוונה טובה ורצון פסיכולוגי לגונן, ממניעים של התחשבות ברגשות הזולת ומודעות למציאות הממשית של הפרט עצמו ושל האחרים. עם זאת, בהסתייגותן מדיבור מנציחות נשים רבות, ביודעין או שלא ביודעין, תרבות של קול גברי וסדרי חיים המבוססים על נתק מעצמן (Disconnection) (גיליגן, 1995). בנוסף, טוענת ג'ק (Jack, 1991) שכשנשים מנסות להתאים עצמן לתפקיד האישה הטובה הן לומדות "להשתיק את עצמן" (Silence Themselves) – להתעלם מהקול הפנימי במטרה להימנע מקונפליקט עם אחרים ולהסתכן בנטישה. בחיפוש אחר אינטימיות, המונחה ע"י האתיקה של מרכזיות האחר, נשים מאבדות את תחושת העצמי שלהן בתהליך שג'ק קוראת לו "להשתיק את העצמי" (Silencing the Self) ומזהה תהליך זה כדיכאון. למעשה ניתן לראות כאן השתקה כפולה- הנשים משתיקות את עצמן ובני זוגן משתיקים אותן. מצב זה של השתקה כפולה וחוויה של פגיעה יכול להוות כמצב מצוקה וסיכון ובכך להסביר את משמעותו של הממצא שמערכות יחסים הנחוות כפוגעניות משמשות כטריגר להתפרצות המחלה.

#### מראה חיצוני

בילדותן מתארות רוב הנשים חוסר עניין בעיסוק במראה החיצוני הנשי, בבגדים, איפור ושיער. לימור ומעיין מכנות עצמן "טום בוי", מעין העדיפה כדורגל, ג'ינס וטי שירט, וטל לדוגמא מצאה עניין רב יותר בקריאה מאשר ב"קוקיות". פרוץ המחלה מביאה עימה עיסוק רב בהתמודדות עם מחלת הנפש, בשינויים במצבי רוח ובהישרדות, מה שלא מותיר כלל מקום לעסוק במראה החיצוני. בתקופת הדיכאון המשתתפות מתארות את הקושי לשמור על טיפוח המראה החיצוני, לעיתים אפילו בדברים הבסיסים ביותר (להתקלח לדוגמא), הן מעלות במשקל כתוצאה מנטילת התרופות.

בשלבי השיקום וההחלמה המשתתפות מתארות התייחסות אחרת לנושאי המראה החיצוני. חלק גדול מהמשתתפות נאבקות בהשמנה ורוצות לחזור למשקל שהיו בו לפני פרוץ המחלה, מקום בו הן לוקחות אחריות על המחלה ועל ביטוייה, בכך הן מבטאות מקום שנחשב בריא מבחינת ההתמודדות עם המחלה. תקופת השיקום וההחלמה מביאה עימה התייחסות חדשה לטיפוח המראה החיצוני, כל המשתתפות מתארות כי הן מקדישות יותר תשומת לב ומאמץ לטיפוח ושיפור המראה שלהן, דרך העיסוק ותשומת הלב לשיער, איפור, משקפיים ועוד. המשתתפות עסוקות ב"לעשות נשיות" או ב"נשיות ביצועית" (Butler, 1990). ההחלמה משמעותה להיות אנושית ואישה, מציין לכמן (2000) במחקרו בהתייחס לסיפורה של אחת המרואיינות: "הנשיות

של נדין מעולם לא הייתה קיימת עבודה, והיא באה לידי ביטוי לראשונה לאחר ניתוח קיצור הקיבה ולאחר מכן בלידה. נראה שבאירועים אלה היא הרגישה לראשונה אנושית ואישה, ויכלה לחוות תחושה שהיא "כמו כולן": קונה שמלות כמו כולן, מביאה ילדה לעולם כמו כולן. האימהות מסמלת "נורמאליות" ובכך היא שחררה את נדין מתחושת החריגות, אולי מהתייג האישי והחברתי עמו היא מתמודדת כבר מילדות. שני האירועים הללו אפשרו לה להפוך לאדם ראוי ולגיטימי בעיני עצמה (עמ' 273). למעשה נראה שהמחלה עצמה מקבלת משמעות של לידה מחדש: המחלה נתפסת כאמצעי להיוולד מחדש ולהתחיל לחיות (לכמן, 2000). תשומת הלב לנושאים נשיים שמתארות המשתתפות במהלך השיקום וההחלמה מאפשר להן להיות כמו כולן, להיות ולעסוק בכול אותן נושאים שנשים אחרות עסוקות בהן, אמהות, מראה חיצוני, השמנה ועוד, הן משתמשות במנגנונים אלו בכדי לסלול את דרכן חזרה לחברה.

#### אמהות

תפקיד האמהות נתפס כאחד מתפקידיה העיקריים של האישה, אך הלגיטימיות של תפקיד האמהות נשללת מאותן קבוצות נשים, המצויות בשולי החברה, כדוגמת נשים המתמודדות עם מחלת הנפש, ומתויגות כמי שנוטות לכאורה להיכשל במילוי צרכי ילדיהן (סייג-בן-שמעון, 2006). סייג-בן-שמעון, שחקרה את חווית האמהות של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש, מתארת היבטים מגדריים בזהות האמהית בקרב הנשים שחקרה. לדידה, אמהות המתמודדות עם מחלת הנפש מתמודדות עם תחומים הנוגעים לזהותן הנשית, הורות וזוגיות על רקע ההקשר החברתי שבו הן חיות. בניגוד למרואיינות במחקר של סייג-בן-שמעון, שמרביתן דיברו על החלום שהוטמע בהן מילדות להיות אם, במחקר הנוכחי מצאתי שהרצון והכמיהה להיות אמא אינו מופיע בדברי המשתתפות כדבר 'טבעי' הנובע מעצם היותן נשים בלבד, אלא כתהליך שמתפתח ותלוי במשתנים שונים. בנוסף, עולה מסיפורי החיים שהמשתתפות היו עסוקות בבניית קרירה ועבודה בשנות ה-20-30 שלהן, שנים שכביכול היה מצופה מהן לעסוק באמהות.

עם פרוץ מחלת הנפש, הדברים משתנים, והרצון להיות אמהות גובר, כחלק מהדחף להוכיח את נשיותן כלפי הסביבה כמו גם כלפי עצמן. לימור ומעיין מתייחסות לאפשרות לאמץ ילד, שרה מרגישה שהחזרה בתשובה מחזקת אותה ומסייעת לה להתמודד עם הפחד מפני גידול ילדים. חלק מהמשתתפות מתייחסות לנושאים שאינם ייחודיים להתמודדות עם מחלת הנפש אלא לאמהות בכלל, כגון: העומס בתפקיד של אימא עובדת והאפשרות הייחודית לנשים להיות אמהות חד הוריות. ממצאים דומים נמצאו גם אצל בר יעקב (2006) ואצל סייג-בן-שמעון (2006). הידע

שמעלות המשתתפות בנושא אמהות של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש מתייחס לתפיסות חברתיות סטיגמטיות כלפי מי שמתמודדת עם מחלת הנפש כאם שאינה נתפסת כאם ראויה. דילמות שונות כגון: גנטיקה ותורשה, נטילת תרופות במהלך הריון, החשש מחוסר תפקוד והסכנה שהילדים יילקחו מהן. נראה שמעבר לדברים הייחודיים שאמהות המתמודדות עם מחלת נפש צריכות להתמודד עימן, יש דברים רבים אחרים שקיימים בנושא זה, שילוב בין אמהות וקריירה לדוגמא, איתן הן צריכות להתמודד. נראה שהציפיות והדרישות מהן רבות מאמהות שאינן מתמודדות עם מחלת הנפש.

### מיניות

המיניות מתוארת על ידי המשתתפות באופן מצומצם ביותר ובהקשרים בעלי גוון שלילי. לא ברור עד כמה ישנו מקום לדיבור על מיניות וחווית המיניות באופן לגיטימי ומקובל. כאשר כן הוזכרה מיניות נשית, היא מתוארת כמושפעת מגלי הדיכאון והמאניה, כמו גם מתרופות הפסיכיאטרית אשר פוגעות ביכולת הסיפוק המיני. עצם זה שהן מודעות לכך שהתרופות פוגעות בהנאה אומר שהן רואות את עצמן כמי שאמורות להנות. הן מודעות לצרכיהן ובכך הן מאתגרות את הנשיות ההגמונית שאינה רואה בהנאה מהמיניות הנשית כדבר לגיטימי. תיאור הטיפול התרופתי כגורם הפוגע בתפקוד ובהנאה מיחסי מין מקבל בעשור האחרון מקום רב יותר בספרות מהתפיסה שהייתה נהוגה בעבר, בה לא ראו באופן חיובי את היות האנשים המתמודדים עם מחלת נפש כפעילים מינית, המיניות בהקשר של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש בספרות משתנה ומתפתחת, הדיבור על השפעת התרופות על המיניות, חשיפה למחלות המועברות באמצעות יחסי מין, הפלות, לידות, ניצול וחשיפה להטרדות מינית ואונס הולך וגדל, כל אלה מקדמים את הדיבור סביב הזכות הבסיסית שלהן כנשים לממש וליהנות ממיניותן (בר יעקב, 2006; Dickerson et,

Kelly & Conley, 2004; Cook, 2000; AL, 2004).

לסיכום, תיאור התפתחות הנשיות בסיפור חייהן של המשתתפות הנע בין הציר הפנימי והחיצוני בזהות הנשית שלהן מאפשר להרחיב את השיח על נשיותן של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש. ניתן לראות בבחירתן את הפרקטיקות השונות ביחס לציר הפנימי והחיצוני דבר המאתגר את הנשיות ההגמונית, מצד אחד בהיבט החיצוני, הפרקטיקות והמראה שלהן עולה בקנה אחד עם המצופה בנשיות ההגמונית, מצד שני בהיבט הפנימי הן בעלות קול ואסרטיביות בלי שדבר זה נתפס כבעייתי מבחינת הנשיות שלהן. ניתן גם להבין זאת בדרך נוספת, בה הנשים נכנעו לנשיות ההגמונית. כך או כך, הפרקטיקות השונות בהן בחרו המשתתפות ביחס לנשיות הפנימית

והחיצונית משמשות להן כערוץ דרכו הן חוזרות אל ה"נורמאליות", זהו ערוץ מרכזי של שיקום עבודה.

### תרומת המחקר ומגבלותיו

למחקר הנוכחי מגבלה מרכזית, המדגם שנערך במחקר זה הינו ראשוני ומצומצם. מדגם זה ייחודי בכך שרוב המשתתפות עוסקות בעבודה טיפולית. אמנם מדגם זה אינו הטרוגני דיו, אך מדגם זה מאפשר לשפוך אור ולהשמיע את קולן הייחודי של נשים העוסקות בתפקידי טיפול ומתמודדות עם מחלת הנפש. נשים אלו לרוב אינן מקושרות עם מחלת הנפש, בכך מחקר זה מרחיב את גבולות התפיסות החברתיות כלפי מי שמתמודד עם המחלה. לכלי המחקר שנבחר, ראיון סיפור החיים, תרומה רבה לחשיפת ידע שייתכן ולא היה עולה במתודולוגיה אחרת, כדוגמת חוויות האמהות החלופית או פונדקאית ובכך לראות את סיפור חייהן באופן רחב יותר. מחקר זה הינו ייחודי בראשוניותו בכך שהוא מאפשר ללמוד מנשים המתמודדות עם מחלת הנפש על הנשיות שלהן ולא רק על מחלת הנפש עימה הן מתמודדות.

ניתן להמשיך ולהרחיב את הידע בנושא, דרך מדגם רחב יותר, וגם דרך הרחבת המחקר לאוכלוסיות של אנשים המתפקדים ברמה גבוהה וגם מתמודדים עם המחלה. יש גם להמשיך ולחקור את השינויים החלים ביחס לתפיסת הנשיות ההגמונית, ככאלה שהן לא רק כנועות ופאסיביות.

### המלצות לפרקטיקה

ההמלצה וההבנה שהלכה איתי לאורך המחקר היא שכל עבודה או עזרה לנשים ועם נשים שמתמודדות עם מחלת הנפש חייבת להיות הוליסטית. אני מאמינה שהפרקטיקה בעבודה עם נשים שמתמודדות, סובלות, חיות ומחלימות ממחלת הנפש חייבת לקחת בחשבון את כל המישורים האישיים, החברתיים והסביבתיים שחובקים את האישה בהקשר של מקומה כאישה. מכיוון שאין תשובה לשאלת המאה "מהו המקור של מחלת הנפש?" כל אותם גורמים אשמים ותורמים מחמת הספק. בעיני רוחי אני רואה את הפרקטיקה ככזו שמייצרת דיאלוג בין כל אותם דברים, דיאלוג בין התרופות הפסיכיאטריות למקום של הרגשות ומחשבות, דיאלוג בין שני אלה למיקום של נשים בחברה ועל תרומתם לדיכוי ולחשיפה לאלימות, דיאלוג בין הרצון הטבעי שלהן להיות בנות זוג, אמהות, נשים יצרניות בחברה לפחד שלנו לאפשר להן זאת לבין היכולות שלהן לכך. דיאלוג שממרכז עליו שיח של נשיות, המאפשר לשאול "איזה אישה היית? איזה אישה היית רוצה להיות?" ובכך לתת מקום לנשיות ולא רק למחלת הנפש. לא למנוע, ליצור שיח משותף על



כל אלה עם האישה בכדי ליצור תחושה של אמון ותקווה. לראות את מה שדה בובאר (2001) אומרת כהזדמנות עבורן לבחור וליצור את האישה שהן היו רוצות להיות.

עובד/ת סוציאלית בתחום בריאות הנפש חייב/ת לבנות יחד עם האישה את כל התמונה ולאפשר מקום לכל אותם רצונות וחלומות שלה. ללמוד להכיר את מרכבי הנשיות בחייה ולהבין מהו המסר הקיים בתוך מרכיבים אלו. להיעזר בערוץ הנשיות, לראות בו דרך שבאמצעותו האישה עוברת את תהליך השיקום וההחלמה שלה. להתייחס לנשיות על פני שני הצירים, החיצוני והפנימי, לפתח ולקדם אותם יחד איתה ועל פי בחירתה. המטפלים/ות חייבים לאמץ הבנה רחבה יותר של חוויות הנשיות בעבודה עם נשים המתמודדות עם מחלת הנפש, לזהות את השינויים החלים בתפיסת הנשיות בשלבי התפרצות המחלה, ההתמודדות עימה והשיקום וההחלמה ממנה וכן לזהות את הפערים במימדים השונים של המחלה ובהתייחסות הייחודית של כל אישה למה היא נשיות בשבילה ואיזה אישה היא בוחרת או רוצה להיות.

## 6. מקורות

אליצור, א. טיאנו, ש. מוניץ, ח. נוימן, מ. (2003). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה. מהדורה רביעית, אוניברסיטת תל אביב: הוצאת פפירוס.

בר יעקב, ד. (2006). חווית הזוגיות ומשמעותה בקרב נשים נשואות המתמודדות עם מוגבלויות פסיכיאטריות. חיבור לשם עבודת גמר לקראת התואר "מוסמך באוניברסיטה", בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן.

באטלר, ג. (1990). צרות של מגדר. תירגמה: דפנה רו. מכאן (2001), 2, 202-219.

גוד, א. (2002). על הסטייה. פרק 13, עמ' 375-407.

גור, ע. (2001). השלכות נפשיות ארוכות טווח בנשים נפגעות תקיפה מינית. נשלף מתוך [http://www.anima-clinic.com/contents\\_page.asp?lang=1&aid=9](http://www.anima-clinic.com/contents_page.asp?lang=1&aid=9), 11/1/07.

גור, ע. (2001א). נשים ובריאות נפש. הרצאה שניתנה ביום עיון, בתאריך 19/12/01, נשלף מתוך [http://www.anima-clinic.com/contents\\_page.asp?lang=1&aid=9](http://www.anima-clinic.com/contents_page.asp?lang=1&aid=9), 11/1/07.

גיימיסון, ר. ק. (2007). נפש לא שקטה - זכרונות על מצב רוח ושיגעון. ת"א: מטר הוצאה לאור בע"מ.

גיליגן, ק. (1995). בקול שונה. תל אביב: ספרית פועלים.

דה בובאר, ס. (2001) המין השני כרך ראשון- עובדות ומיתוסים. ת"א: הוצאת בבל.

הרמן, ל. ג. (1994). טראומה והחלמה. ת"א: עם עובד.

וולף, נ. (2004) מיתוס היופי – על השימוש בייצוגים של יופי נגד נשים. ת"א: הוצאת הקיבוץ המאוחד בע"מ.

ויצטום א., דניאל ש. ולצר י. (2005). אנורקסיה נברוזה כתסמונת תלוית תרבות בעידן הגלובליזציה. בתוך ר. לב- ויזל, ג. צוויקל ונ. ברק (עורכות), שמרי נפשך- בריאות נפשית בקרב נשים בישראל ( עמ' 205-228). באר שבע: המרכז לחקר וקידום בריאות האישה אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

זומר, ל. (2004). עולמה הפנימי של נפגעת גילוי עריות: איורים בצבע ובצורה מתוך תהליך של טיפול באמצעות יצירה. בתוך צ. זליגמן וז. סולומון (עורכות), הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות ( עמ' 104-124), תל אביב: מרכז אדלר לחקר רווחת הילד ושלומו אוניברסיטת תל אביב, הוצאת הקיבוץ המאוחד.

זליגמן, צ. (2004). מבוא לגילוי עריות: אין אמת, ואין חסד, ואין רחמים. בתוך צ. זליגמן וז. סולומון (עורכות), הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות ( עמ' 40-15), תל אביב: מרכז אדלר לחקר רווחת הילד ושלומו אוניברסיטת תל אביב, הוצאת הקיבוץ המאוחד.

זלשיק, ר. ודוידוביץ, נ. (2005). פרספקטיבות היסטוריות על הגירה, מגדר ובריאות הנפש: מבט אל החברה רב תרבותית בתוך ר. לב- ויזל, ג. צוויקל ונ. ברק (עורכות), שמרי נפשך- בריאות נפשית בקרב נשים בישראל (עמ' 42-21). באר שבע: המרכז לחקר וקידום בריאות האישה אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

ירום, נ. (2003). ההיסטרי שבי, ההיסטרי שבינו. אור יהודה: דביר, הוצאה לאור בע"מ.

ליבליך, ע. תובל-משיח, ר. וזילבר, ת. (2010). בין השלם לחלקיו, ובין תוכן לצורה. בתוך ל. קסן ומ. קרומר-נבו (עורכות), *ניתוח נתונים במחקר האיכותני* (21-42). באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

לכמן, מ. (2000). *נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים*. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. האוניברסיטה העברית ב"ס.

נבו, ע., זליגמן, צ. ובלייך, א. (2004). שילוב של טיפול פרמקולוגי בפסיכותרפיה עם נפגעי גילוי עריות. בתוך צ. זליגמן וז. סולומון (עורכות), *הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות* (עמ' 372-392), תל אביב: מרכז אדלר לחקר רווחת הילד ושלומו אוניברסיטת תל אביב, הוצאת הקיבוץ המאוחד.

סייג-בן-שמעון, ד. (2006). *חווית האמהות של נשים נפגעות נפש*. חיבור לשם עבודת גמר לקראת התואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

סיקסו, ה. וקלמנט, ק. (2006). *זה עתה נולדה*. ת"א: הוצאת רסלינג.

פוקו, מ. (1972). *תולדות השיגעון בעידן התבונה*. ירושלים: הוצאת כתר.

פורטר, ר. (2009). *היסטוריה קצרה של השיגעון*. ת"א: הוצאת רסלינג.

פיטליק, נ. (1992). *הצעה תיאורטית להבנת הנשיות*. שיחות, כרך ו' (2), 129-141.

פרידמן, ל. (2007). "כוחות האימה"- ז'וליה קריסטבה והסובייקט הנשי שאינו מובנה באופן פשוט כמו השפה. בתוך נ. ינאי, ת. אלאור, א. לובין וח. נווה (עורכות) *דרכים לחשיבה פמיניסטית* (עמ' 301-350). רעננה: האוניברסיטה הפתוחה.

פרידן, ב. (1963). הבעיה שאין לה שם (מתוך המסתורין הנשי). בתוך: ד. באום, ד. אמיר, ר. ברייר-גארב, י. ברלוביץ, ד. גריינמן, ש. הלוי, ד. חרובי וס. ופוגל-ביז'אווי. (עורכות), *ללמוד פמיניזם: מקראה- מאמרים ומסמכי יסוד בחשיבה הפמיניסטית* (עמ' 48-61). תל אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד, 2006.

צבר בן-יהושע, נ. (1995). *המחקר האיכותני בהוראה ובלמידה*. תל אביב: הוצאת מודן.

ציסלר פ. (1987). *נשים ושיגעון*. תל אביב: הוצאת זמורה ביתן.

קורטואה, ק.א. (2004). ריפוי פצע גילוי העריות: מודל טיפולי עדכני ששם דגש על בעיות זיכרון משוחזר. בתוך צ. זליגמן, ז. סולומון (עורכות), *הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות* (עמ' 195-228). תל אביב: מרכז אדלר לחקר רווחת הילד ושלומו אוניברסיטת תל אביב, הוצאת הקיבוץ המאוחד.

קרומר-נבו, מ. (2002). *מפנלופה למירי: תרומת הגישה הפמיניסטית לסוגיית נשים במצוקה כלכלית וחברתית עמוקה ומתמשכת*. *חברה ורווחה*, כ"ב (4), 433-454.

רוזן, ש. (2007). *קריאה מחדש באוטוביוגרפיות של נשים שחוו פסיכوزה*. חיבור לשם עבודת גמר לקראת התואר "מוסמך", אוניברסיטת בר אילן, רמת גן.

שיינפלד, ה. (2005). *לילית אינה חוזרת- על נשים ונשיות פעם ועכשיו*. ירושלים: הוצאת כרמל.

שליו, ע. ותודר, ד. (2005). *השפעת המגדר על מחלות הנפש והטיפול בהן*. בתוך ר. לב-ויזל, ג. צוויקל, ונ. ברק. (עורכות), *שמרי נפשך: בריאות נפשית בקרב נשים בישראל* (229-255). באר שבע: המרכז לחקר וקידום בריאות האישה אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

שלסקי, ש. ואריאלי, מ. (2006). *מהגישה הפרשנית לגישות פוסט-מודרניסטיות בחקר החינוך*. בתוך נ. צבר-בן יהושע (עורכת), *מסורות וזרמים במחקר האיכותני* (31-76). אור יהודה: הוצאת דביר.

שקדי, א. (2004). מילים המנסות לגעת- מחקר איכותני- תיאוריה ויישום. אוניברסיטת תל אביב: הוצאת רמות.

Akman, E. D., Toner, B. B., Stuckless, N., Ali, A. Emmott, D. S., & Downie, P. F. (2001). Feminist issues in research methodology: The development of a cognitive scale. *Feminism & Psychology*, 11(2), 209-227.

Atkinson, R. (1998). The life story interview. *Qualitative Research Methods Series*, 44. Sage publications.

Bay-Cheng, Y. L., Zucker, N., A', Stewart, J. A., & Pomerleau, S.C. (2002). Linking femininity, weight concern, and mental health among latina, black, and white women. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 36-45.

Chamberlin, J. (1994). A Psychiatric survivor speaks out. *Feminism & Psychology*, 4(2), 284-287.

Cogan, J. C. (1998). The consumer as expert: Women with serious mental illness and their relationship – based needs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (2), 142-154.

Collins, P. H. (2004). *Black sexual politics: African americans, gender and the new racism*. New York: Routledge.

Cook, j. a. (2000). Sexuality and people with psychiatric disabilities. *Sexuality and Disability*, 18(3), 195-206.

Cosgrove, L. (2000). Crying out loud: Understanding women's emotional distress as both lived experience and social construction. *Feminism & Psychology*, 10(2), 247-267.

Crawford, M., & Unger, R. (2000). *Women and gender: A Feminist psychology*. Boston: Mcgraw- Hill.

Dickerson, F. B., Brown, H. C., Kreyenbuhl, J., Goldberg, W. R., Fang, J. L., & Dixon, B. L. (2004). Sexual and reproductive behaviors among persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 1299–1301.

Gelfond, M. (1991). Reconceptualizing agoraphobia: A Case study of epistemological bias in clinical research. *Feminism & Psychology*, 1(2), 247-262.

Gilbert, L. A., & Scher, M. (1999). *Gender and sex in counseling and psychotherapy*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacom.

Horsfall, J. (2001). Gender and mental illness: An Australian overview. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 421-438.

Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Kelly, L.D., & Conley, R. R. (2004). Sexuality and schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4), 767-779.
- Lafrance, M. N., & Stoppard, J. M. (2006). Constructing a non- depressed self: Women's accounts of recovery from depression. *Feminism & Psychology*, 16 (3), 307-325.
- Lambert, E. Y. (1990). *The collection and interpretation of data from hidden population*. U.S.A: NIDA Research Monograph 98.
- Macmillan, H. A., Fleming, J. E., Streiner, D. L., & Lin, E. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology un a community sample. *American Journal Of Psychiatry*, 158 (11), 1883-1878.
- Mahalik, R. J., Morray, B. E., Coonerty- Femiano, A., Ludlow, H. L., Slattery, M. S., & Smiler, A. (2005). Development of the conformity to feminine norms inventory. *Sex Roles*, 52 (7/8), 417-435.
- Mauthner, N. S. (1998). "It's a women cry for help": A Relational perspective on postnatal depression. *Feminism & Psychology*, 8 (3), 325-355.
- Mauthner, N. S. (2002). *The darkest days of my life: Stories of postpartum depression*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Miedema, B., & Stoppard, J. M. (1994). "I Just need a rest": Women's experiences of psychiatric hospitalization. *Feminism & Psychology*, 4 (2), 251-260.
- Miller, L. J., & Finnerty, M. (1996). Sexuality, pregnancy, and childbearing among women with schizophrenia -spectrum disorders .*Psychiatric Services*, 47 (5), 502-506.
- Nasser, E. H., Walders, N., & Jenkins, J. H. (2002). The experience of schizophrenia: What's gender got to do with it? A critical review of the current status of research on schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28 (2), 351-360.
- Prior M. P., & Hayes C. (2001). Changing places: Men replace women in mental health beds in britain. *Social Policy & Administration*, 35 (4), 397-410.
- Sajatovic M., Jenkins, J. H., Strauss, M. E., Butt, Z.A., & Carpenter, E. (2005). Gender identity and implications for recovery among men and women with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 56 (1), 96-98
- Shaw, C., & Proctor, G. (2005). Women at the margins: A Critique of the diagnosis of borderline personality disorder. *Feminism & Psychology*, 15 (4), 483-490.
- Showalter E. (1987). *The female malady- women, madness and English culture, 1830-1980*. London: Virgo Press Ltd..
- Stoppard, J. M. (2000). *Understanding depression: Feminist social constructionist approaches*. London: Routledge.

Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge uk: Cambridge university press.

Szasz, T. (1974). *The myth of mental illness*. New York, Hagerstown, San Francisco, London: Harper& Row.

The World health report. (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Retrieved from World Health Organization(WHO),<http://www.who.int/whr/2001/en/>.

Ussher , J. M. (1991). *Women as madness :Misogyny or mental illness?*. Massachusetts: Ameherst University.

Vikram, P. (2005). *Gender in Mental Health Research*. Retrieved from World Health Organization(WHO),[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/).

Wright, N., & Owen, S. (2001). Feminist conceptualizations of women's madness: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (1), 143-150.

## 7. נספחים

נספח 1 : מדריך ראיון

### לפני הראיון –

לספר לאישה על הנושא : אני עורכת מחקר בנושא נשיות אצל נשים שסובלות ממחלת הנפש. המחקר היא מחקר איכותני ומתבצע ע"י ראיונות עם נשים . הראיונות מוקלטים ומתקיימים במקום שלאישה נוח והיא מעוניינת להתראיין. אורך הראיון הוא בין שעה וחצי לשעתיים.

### בראיון-

#### **פתיחה :**

שלום ותודה שהסכמת להתראיין ולהשתתף במחקר. מבנה הראיון בנוי משאלה פתוחה שאשאל אותך ולאחר מכן אשאל אותך שאלות הקשורות לדבריך ושאלות נוספות שהכנתי מראש בנושא. בזמן הראיון אני אכתוב לי נושאים שהייתי רוצה לבקש ממך להרחיב אותם , אני מקווה שזה בסדר מבחינתך. חשוב לי לומר שבמידה ויהיה נושא שלא תהי מעוניינת להתייחס אליו אני אכבד זאת. השימוש בראיון יהיה אך ורק לצורכי המחקר וכל הפרטים האישיים ישונו בכדי לשמור על פרטיותך.

במסגרת לימודי בתואר שני בעבודה סוציאלית אני עורכת מחקר בנושא נשיות אצל נשים המתמודדות עם מחלת הנפש. אני רוצה לבקש ממך לספר לי את סיפור החיים שלך.

### שאלות

- מה זה להיות אישה בעינייך? אני רוצה לבקש ממך דוגמא.
- מתי הרגשת בפעם הראשונה שאת אישה? אני רוצה לבקש ממך דוגמא.
- מתי את מרגישה נשית? אני רוצה לבקש ממך דוגמא.
- האם יש מצבים שאת לא מרגישה נשית? אני רוצה לבקש ממך דוגמא.
- מה זה עבורך להיות אישה הסובלת/מתמודדת עם מחלת הנפש? אני רוצה לבקש ממך דוגמא.
- האם העובדה שאת אישה משפיעה על המחלה? אני רוצה לבקש ממך דוגמא.
- מי היא האישה שאת כיום? מי היא האישה שהיית בעבר? מי היא האישה שהיית בזמן הקריטי /המרכזי של המחלה? אני רוצה לבקש ממך דוגמא.
- מי היא האישה שהיא מודל נשי בעינייך? מה הופך אותה למודל?

## נספח 2:

### שאלון פרטיים אישיים:

1. גיל: \_\_\_\_\_
2. הגיל בו פרצה המחלה: \_\_\_\_\_
3. מצב משפחתי: נ/ר/ג/א (נשואה/רווקה/גרושה/אלמנה)
4. מספר ילדים \_\_\_\_\_ / ללא ילדים
5. נמצאת בתהליך שיקום כן/לא
6. מתגוררת בישוב: מושב/כפר/עיר/עיירת פיתוח/עיר גדולה
7. עובדת/ לא עובדת
8. מתגוררת בדירה: שכורה/ בעלת הדירה / משכנתא/ דיור ציבורי / סיוע בשכר דירה
9. הכנסות: שכר עבודה / קצבת נכות / אחר
10. גובה הכנסה: גובה קצבת נכות ליחיד/ 2,000-4,000 ₪ / 4,000 – 6,000 ₪/ אחר



נספח 3: טופס הסכמה.

טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר

אני החתומה מטה:

שם פרטי ומשפחה:
מספר תעודת זהות:
כתובת + מיקוד:
מספר טלפון ליצירת קשר:

(א) מצהירה בזאת כי אני מסכימה להשתתף במחקר כמפורט במסמך זה.

(ב) אני מצהירה בזאת כי הוסבר לי על-ידי החוקרת נור שמעי:

(1) כי המחקר נערך בנושא:

**חוייתן של נשים המתמודדות עם מחלת הנפש.**

(2) כי אני חופשיה לבחור שלא להשתתף במחקר, וכי אני חופשיה להפסיק בכל עת את השתתפותי בו, כל זאת מבלי לפגוע בזכותי לקבל את הטיפול המקובל.

(3) כי מובטח שזהותי האישית תשמר סודית על-ידי כל העוסקים והמעורבים במחקר ולא תפורסם בכל פרסום כולל בפרסומים מדעיים.

(4) כי מובטח לי נכונות לענות לשאלות שיועלו על-ידי וכן האפשרות להיוועץ בגורם נוסף (לדוגמא בני משפחה, איש טיפול וכו'), באשר לקבלת החלטה להשתתף במחקר ו/או להמשיך בו.

(5) כי בכל בעיה הקשורה למחקר אוכל לפנות ל: נור שמעי, אחראית על המחקר,

050-2797513.

6) המחקר נערך בשיטות איכותניות לפיהן הנחקרים מרואיינים פנים אל פנים במקום שייבחר על ידם. הראיון מוקלט ויותר מאוחר הוא יתומלל מילה במילה לצורך ניתוח ולצורך הסקת מסקנות.

7) למרואיינות תהיה הזדמנות לתרום מניסיונם למען המדע ולמען טיפול אמפטי ומבין יותר בנשים בתחום בריאות הנפש.

8) במידה והמרואיינות יחוו צורך להמשיך בשיחות תמיכה הם יופנו על-ידי הצוות החוקר לאנשי מקצוע מתאימים.

ג) הנני מצהירה בזאת כי את הסכמתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי וכי הבינותי את כל האמור לעיל. כמו-כן קיבלתי עותק של טופס ההסכמה מדעת.

תאריך	חתימת המשתתפת במחקר	שם חוקר המראיין

הצהרת החוקרת:

ההסכמה הנ"ל נתקבלה על ידי וזאת לאחר שהסברתי למשתתפת/ת במחקר את כל האמור לעיל וכן ויודאתי שכל הסברי הובנו על-ידו/ידיה.

תאריך	חתימתו	שם החוקר המסביר:

## **Abstract**

This research study explores the experience of femininity in the lives of women coping with a mental illness. The goal of the study is to serve as a platform for the expression of the unique perspectives of these women as those who are dealing directly with this illness. A mental disorder is a syndrome or behavioral or psychological pattern that has clinical significance, which appears in an individual and is typically accompanied by distress, impairment or disability in one or more areas of functioning, or in which there is an increased risk of death, pain, disability or a significant loss of freedom (Elitzur, Tiano, Moniz & Newman, 2003). Mental disorders are among the most prominent factors causing illness and disability in the world, Israel included. Around 25% of the world population will suffer from a mental disorder at some point in their lives and approximately 10% suffer from one at any given time (WHO, 2001). The International Health Report (WHO, 2005) shows that females at various stages in their lives – adolescence, maturity and old age – are more likely than men to suffer from disorders such as depression, anxiety, self-mutilation, eating disorders, dementia and psychosis.

The existing literature on femininity reveals that it is perceived as a mysterious and loose entity defined in relation to man (de Beauvoir, 2001), but also strictly defined as a set of prescriptions, behaviors, appearances and messages expected of women in society and comprising what is perceived as the ‘hegemonic femininity’ (Collins, 2004). Throughout history, several explanations have been provided for the fact that women are more susceptible than men to mental illness. Essentialist theories view the connection between women and mental illness as a “natural” one, based on biological characteristics. Feminist approaches, on the other hand, view mental illness as a channel for the expression of the different meanings that women ascribe to the

concepts and place of women and femininity in society. According to this approach, mental illness can be perceived as a manifestation of women's rebellion against the perceptions and constructions that restrict them.

The current research study was conducted according to the principles of the phenomenological approach and in the spirit of the feminist view, using life story interviews. The participants were located through the Internet and utilizing the snowball technique. Eight women, of ages 23-49, all of whom have been coping with their illness for at least five years and are currently living independently, consented to participate in the study. The analytical method combines a holistic analysis of life stories with regard to femininity and a thematic analysis of all the interviews. The participants defined and characterized femininity and their experiences as women by addressing different elements associated with femininity in their lives: relationships, motherhood, self-appearance and sexuality. They also were asked to respond to the question, "Who is your feminine role model?"

The study discusses the development of femininity on a chronological scale – before the emergence of the illness, during the course of the illness, and throughout the stages of rehabilitation and recovery – with regard to a variety of related issues. Although every woman was found to have her own distinct path and each of them (at the time of the interview) was at a different place in life with regard to this process, it was nonetheless possible to distinguish a general course of development and change in the perception of femininity across the eight participants. For instance, the participants described themselves as being incompatible with the hegemonic femininity before the emergence of their illness. Some described themselves as women who were busy living in the present and not aiming at marriage and motherhood. In addition, they did not pay much attention to self-grooming, with some

having no interest in it whatsoever. However, with regard to the personal and internal dimension, these women described themselves as voiceless, as individuals who do not express their needs, even within the framework of an intimate relationship – in this aspect, they can be seen as actually compatible with the expectations of the hegemonic femininity.

Later on in the life trajectory, with the emergence of the illness, these women's main concern became their 'mood,' and they mentioned not having the time, mental resources, or opportunity to deal with issues of femininity. At this stage, the eradication or blurring of their femininity became evident in the damage inflicted on their relationships, sexuality and self-appearance, as well as their experiencing of themselves as 'sick' rather than as 'a sick woman.'

Throughout the stages of rehabilitation, recovery and coping, there was a complex process at work. On the one hand, there was a general external change, expressed in these women's intentions to live according to the standards of the hegemonic femininity, particularly with regard to self-grooming, relationships and motherhood. On the other hand, within the personal dimension, these women became stronger, expressing themselves and their needs, doing things for themselves, fighting for their position and for having their wishes and needs met – in the workplace, in therapy, in their choice of spouse and in their own homes. In this sense, they actually became less compatible with the hegemonic femininity.

In fact, it appears that femininity serves as a pivotal channel in the process of rehabilitation and recovery, through which these women return to "normalcy." However, the way in which they realize their femininity is comprised both of dimensions that are compatible with the standard parameters of the hegemonic femininity as far as perceptible behavior is concerned (self-appearance, attitudes with

regard to motherhood, relationships) and of dimensions that challenge the conventions of the hegemonic femininity. One can view this paradox as a display of the manner in which these women, who refused to accept these conventions before their illness emerged, have either “surrendered” or come to challenge the hegemonic femininity. Indeed, the latter may have more explanatory power, as these women underwent not only external but also internal changes related to dimensions involved in the internal experience, through which they managed to find their voices, express their needs, do things for themselves and fight for their place.

The main limitation of this study lies in the lack of adequate heterogeneity of its sample, as most of the participants work as care-givers – either as professionals or paraprofessionals. However, this purported limitation may also be viewed as a significant strength, as this sample is uniquely qualified to shed light on a special group of female care-givers coping with mental illnesses of their own. Furthermore, this study may constitute the first attempt of its kind to understand the experience of femininity in the lives of women coping with mental illness.

This study has practical implications as well, especially with regard to the necessity of therapists to better understand the experience of femininity in women living with mental illness. It is also critical for therapists to recognize the changes that can occur in these women’s perceptions of their femininity at various life stages – when the illness first emerges, throughout its course, and during rehabilitation and recovery. Finally, therapists must also be aware of the vast differences between the various dimensions of the illness, on the one hand, and each woman’s unique approach to femininity and to the question regarding the kind of woman she chooses or wishes to be, on the other.

BEN- GURION UNIVERSITY OF THE NEGEV  
FACULTY OF HUMINITIES AND SOCIAL SCIENCES  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

THE PHOENIX STORIES: FEMININITY IN LIFE STORIES OF WOMEN WHO  
COPE WITH MENTAL ILLNESS

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE  
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF ARTS

NUR SHIMEI

UNDER THE SUPERVISION OF: DR. MICHAL KRUMER-NEVO

JUNE 2010

BEN- GURION UNIVERSITY OF THE NEGEV  
FACULTY OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

THE PHOENIX STORIES: FEMININITY IN LIFE STORIES OF  
WOMEN WHO COPE WITH MENTAL ILLNESS

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE  
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF ARTS

NUR SHIMEI

UNDER THE SUPERVISION OF DR. MICHAL KRUMER-NEVO

Signature of student: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature of supervisor: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature of chairperson

Of the committee for graduate studies: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

JUNE 2010