

תרומתה של מערכת ההתקשרות לבריאות הנפשית של אימהות לילדים עם מום לב מולד, לשביעות הרצון שלהן מהזוגיות ולדימוי העצמי של ילדיהן



אטי ברנט ונילי שנער

תקציר

מחקר זה הינו מחקר אורך (שבע שנים) שבחן את התרומה של דפוס ההתקשרות של אימהות לילדים עם מום לב מולד לתהליך התמודדותן עם המחלה של ילדן, תוך התחשבות בחומרת המום של הילד. מחקר זה התייחס לאימהות עם דפוס התקשרות לא בטוח, והתמקד במיוחד באימהות עם דפוס התקשרות נמנע. המחקר כלל 63 אימהות לילדים עם מום לב מולד, שהשתתפו בשלושה גלי מדידה – אחרי האבחון, לאחר שנה ומקץ שבע שנים. בגל המדידה האחרון השתתפו במחקר גם 60 מבין 63 ילדיהן עם מום הלב המולד. במחקר נבחנה התרומה של דפוסי ההתקשרות של האימהות וחומרת המום של הילד לבריאות הנפשית של האימהות ולשביעות הרצון שלהן מזוגיותן שבע שנים לאחר אבחון הילד. כמו כן נבחן הדימוי העצמי של הילדים, באמצעות כלי דיווח עצמי וכן באמצעות מבחן השלכתי (CAT). ממצאי המחקר הצביעו על פגיעות רבה של האימהות הנמנעות, אשר דיווחו על ירידה בבריאותן הנפשית ועל ירידה בשביעות הרצון שלהן מן הזוגיות לאחר שבע שנים, וזאת בעיקר כאשר לילד היה מום לב קשה. גם הדימוי העצמי של הילדים נטה להיות שלילי במדדים הגלויים והסמויים, ונמצאה אינטראקציה בין חומרת המום לבין דפוסי ההתקשרות הלא-בטוחים של האימהות. הדיון נסב על המשמעויות התיאורטיות והקליניות של הממצאים.

מילות מפתח: התקשרות, התמודדות, מחלות כרוניות של ילדים, אימהות.

מבוא

לאחרונה גבר העניין המחקרי בדחק ובהשפעתו על תחומי החיים השונים, ונבחנו המשאבים העומדים לרשות הפרט בהתמודדותו עם מצוקות חיים, אירועי דחק ואתגרים. משאבי הפרט משמעותיים ביותר להתמודדות ארוכת-טווח עם מצבי דחק, כגון מחלה כרונית של בן משפחה. כאשר מתבוננים על החוויה המכאיבה של גידול ילד הסובל ממחלה כרונית קשה, ניתן לדמות את ההורה של ילד החולה במחלה כרונית ל"רץ למרחקים ארוכים". הספרות מציינת כי ברוב המקרים האם היא שנושאת על כתפיה את המעמסה של גידול הילד, והדבר מעצים את הדחק שלה (ראו, למשל: Rae-Grant, 1985; Cohn, 1996). מכאן החשיבות הרבה בזיהוי המשאבים הפנימיים העשויים לתרום לאימהות בהתמודדותן ארוכת-הטווח עם מחלת ילדיהן. מעבר לכך, על פי התיאוריות של יחסי האובייקט, דימוי עצמי מאוזן של הילד קשור להפנמה חיובית של הדמות המטפלת – האם (Blatt, Auerbach & Levy, 1997; Fairbairn, 1940; Klein, 1952). מכאן, דמות אימהית החווה בריאות נפשית ושביעות רצון מן הזוגיות יכולה להיות "אם טובה דייה" ובכך לסייע לילדה לפתח דימוי עצמי חיובי ומבנה פסיכודינמי תקין. לדעתנו, התקשרות בטוחה של האם מהווה משאב הנחשב לנכס בתהליך ההתמודדות. לעומת זאת, התקשרות לא בטוחה עלולה לתרום להחרפה בבריאות הנפשית של האם ובמערכות היחסים הקרובות שלה.

תרומתה של מערכת ההתקשרות להתמודדות עם דחק

אחת ההנחות הבסיסיות של בולבי (Bowlby, 1973, 1982 [1969], 1988) היא שהפנמה של אינטראקציות עם אחרים משמעותיים יוצרת דגמי עבודה פנימיים של העצמי ושל הזולת. דגמים אלה כוללים אסטרטגיות ותהליכים המשפיעים על מערכות יחסים קרובות ועל ויסות הרגש לאורך החיים (Shaver & Mikulincer, 2002). בבואנו לסכם את התיאוריה, ניתן לומר שאינטראקציות עם שותפים לקשר שהינם זמינים ותומכים בעיתות הזדקקות מובילות ככלל ליצירה של תחושת ביטחון בהתקשרות ושל דגמי עבודה פנימיים חיוביים של העצמי ושל האחרים. דגמים אלה מקושרים לתחושת ביטחון, ומהווים יסוד משמעותי לבריאות הנפשית. אך כאשר הפרט מצוי במערכות יחסים הטומנות בחובן תחושת דחייה או חוויה שהאחר המשמעותי אינו זמין במצבי נזקקות, תחושת הביטחון מתערערת, הפרט מאמץ אסטרטגיות התמודדות משניות (הפעלת יתר או דיכוי של מערכת ההתקשרות), ונוצרים מודלים שליליים של העצמי ושל האחר.

רוב החוקרים שבחנו רעיונות תיאורטיים אלה במחקר על מבוגרים התמקדו עד לאחרונה בסגנון ההתקשרות של הפרט עצמו – מערכת הציפיות שלו מקשר, רגשותיו ביחס לקשר והתנהגותיו הנגזרות מהפנמות של היסטוריית התקשרות מסוימת (Fraley & Shaver, 2000). המחקר על התקשרות בבגרות התבסס בתחילה על החלוקה לשלושת סגנונות ההתקשרות בילדות – בטוח, חרד ונמנע – של אינסוורת, בלהר, ווטרס וול (Ainsworth, Blehar, Watters & Wall, 1978), ועל ההמשגה

המקבילה של חזן ושוור (Hazan & Shaver, 1978) לגבי סגנונות ההתקשרות בבגרות בתחום היחסים הרומנטיים והזוגיות.

מחקרים נוספים (Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan, Clark & Shaver, 1998; Fraley & Waller, 1998) מצאו כי דפוס ההתקשרות של הפרט מוצג בדרך טובה יותר כאשר הפרט ממוקם במרחב דו-ממדי. מיקום זה תואם מושגית את המרחב שהוגדר על ידי שתי פונקציות ההתקשרות בתיאורי המחקרים הראשונים של יחסי פעוט-אם של אינסוורת ושותפיה (Ainsworth et al., 1978). ברנן ושותפיו (Brennan et al., 1998) הגיעו למסקנה כי טיפולוגיה זו משקפת שני ממדים בסיסיים של התקשרות: הימנעות בהתקשרות וחרדה בהתקשרות. אנשים עם ציון נמוך בשני ממדים אלה מוגדרים כבעלי "דפוס התקשרות בטוח", מתאפיינים בהיסטוריה חיובית של קשרים קרובים, חשים ביטחון באהבת האחר ובזמינותו בעת הצורך, וחשים נוח להיות בקרבה לאחר או לחלופין להיות תלוי בו. אלה שיש להם ציון גבוה במימד ההימנעות מוגדרים כבעלי "דפוס התקשרות נמנע", ומתאפיינים בחוסר ביטחון ברצונו הטוב של הזולת, בהסתמכות עצמית ובהעדפה להתרחק ממצבים חברתיים ורגשיים. הם משתמשים באסטרטגיות של דיכוי (עיצוב פעילות של חיפוש קרבה וניסיון להתמודד עם דחק לבד) כמערכת ויסות רגש בעת התמודדות עם מצבים שיש בהם איום על ההתקשרות. אנשים עם ציון גבוה במימד החרדה מוגדרים כבעלי "דפוס התקשרות חרד". הללו מתאפיינים אף הם באי-ביטחון ברצונו הטוב של הזולת, אך הדבר מוביל אותם למשאלת התמזגות במערכות יחסים בשל הפחד מדחייה. הם נוטים להשתמש באסטרטגיות של הפעלת יתר – נסיונות עוצמתיים לשמור על קרבה רבה, תמיכה ואהבה בד בבד עם העדר אמונה שאלה אכן יסופקו (Mikulincer & Shaver, 2003). קיים דפוס רביעי – "הנמנע החרד" – אשר גבוה בממדי החרדה וההימנעות גם יחד (Bartholomew & Horowitz, 1991), אך במחקר זה לא נתייחס אליו.

גוף המחקר הקיים מצביע על קשר בין דפוס ההתקשרות של היחיד לבין התמודדותו עם דחק. נמצא כי בעלי דפוס ההתקשרות הבטוח שומרים על רווחה נפשית הולמת בעיתות דחק (למשל: Mikulincer & Shaver, 2003). בניגוד להם, אלה שגבוהים בממדי ההימנעות או החרדה בהתקשרות מתארים מצבי דחק במונחים מאיימים (Mikulincer & Shaver, 2003). מעבר לכך, בעוד החרדים נוטים "להעלות גירה" ולדוש שוב ושוב במחשבות שליליות, הנמנעים נוטים להסיח את דעתם מרמזים המצביעים על מצוקה ודחק (ראו, למשל: Fraley & Shaver, 1997; Kobak, Cole, 1993; Ferenz & Fleming, 1993). למרות זאת, נראה כי בכוחו של הנמנע לקיים את מראית העין של ההסתמכות העצמית רק בהתמודדות עם מקורות דחק מתונים. כאשר הוא נתקל בדחק בלתי-נשלט ומתמשך, מראית העין עלולה לקרוס, ומתגלים חוסר ביטחון בסיסי והעדפת דרכי התמודדות לא יעילות (Shaver & Mikulincer, 2002). מחקרים עדכניים העמיקו את ההבנה בנוגע לפגיעותו של הנמנע על ידי כך שהדגמו שכאשר הנמנע נכשל בנסיונו לדחוק (suppress) או להדחיק (repress) מחשבות ורגשות שהוא מתקשה לקבל או להתמודד עימם, החומר המודחק שב ועולה אל פני השטח ובא לידי ביטוי בחוויה ובהתנהגות. הדבר קורה כאשר הוא ניצב לפני מה שהוא חווה כדרישות רגשיות וקוגניטיביות

גבוהות (Mikulincer, Dolev & Shaver, 2004). המשמעות הקלינית של ממצאים אלה היא שאף על פי שהנמנעים מגלים בדרך כלל רמות הולמות של הסתגלות פסיכולוגית ורווחה נפשית בחיי היומיום, הם מפגינים יכולת התמודדות דלה יחסית ורמות גבוהות של מצוקה בעת דחק גבוה או מתמשך, כגון גידול ילד עם מום לב מולד. במחקרנו נדגים באופן ספציפי כי מצבים אלה, השוחקים את משאביהן הפסיכולוגיים של האימהות הנמנעות, פוגעים ביכולתן להפעיל את אסטרטגיות הדיכוי ומאפשרים עלייה מחדש של המודחק והמטריד, ובכך נפגם האיזון הנפשי שלהן (Shaver & Mikulincer, 2005).

מחקרים אחדים הדגימו גם כי סגנון ההתקשרות הינו רלוונטי ביותר להבנת הבדלים בין-אישיים בשביעות הרצון מן הקשר הזוגי ובאיכות הזוגיות (למשל: Berman, Marcus, & Berman, 1994; Feeney, Noller, & Callan, 1994; Kirkpatrick, & Davis, 1994; Kobak & Hazan, 1991). ביטחון בהתקשרות של גברים ונשים קשור לשימוש מועט יותר באסטרטגיות הרסניות כתגובה על מחלוקות בזוגיות. לעומת זאת, אלה שגילו התקשרות לא בטוחה הסתמכו על אסטרטגיות יעילות פחות לפתרון קונפליקטים, והעריכו את ההתנהגות של בני זוגם כמשקפת זמינות ותמיכה פחותות (Mikulincer, Florian & Hirschberger, 2002; Mikulincer & Sharir, manuscript in preparation).

המחקרים שתוארו לעיל מגלים כי התקשרות בטוחה הינה משאב משמעותי המסייע ליחיד בשמירת מערכת יחסים זוגית מספקת, קל וחומר בזמני דחק. מכאן, ניתן להניח כי אימהות לא בטוחות בהתקשרות חוות קשיים שהן מתקשות לעבדם. הן מתקשות לתקשר בדרך הולמת את רגשותיהן ואת הדחק שהן חוות, והדבר פוגם ביכולתן להתמודד עימו. גורם משמעותי המסייע בהתמודדות עם אירועים טראומטיים ואירועי דחק הוא היכולת להיחשף לפני אדם קרוב ולשתפו ברגשות (Antoni, 1999; Lutgendorf & Antoni, 1999). יותר מכך, אלה שאינם מסוגלים לחשוף רגשות כואבים לפני בני זוגם עלולים להשליך באופן לא מודע את הרגשות המטרידים על ילדיהם (Klein, 1987).

התמודדות של אימהות עם מום לב מולד של ילדיהן

מום לב מולד (מל"מ) הינו מחלה קשה הפוקדת 8 מתוך כל 1,000 יילודים (Martin, Perry & Ferencz, 1989). מדובר למעשה בקבוצה של מומים בדרגות חומרה שונות – חלקם חולפים מעצמם עם הזמן, אך חלקם מסכנים את חיי היילוד ומחייבים התערבות כירורגית או צנתור (Martin et al., 1989). חידושי הרפואה תרמו להישרדות ילדים עם מל"מ, ובכך הפכו אותם לחולים במחלה כרונית.

דיווחי הספרות אינם עקביים דיים בקביעה אם למחלה כרונית של הילד יש השפעות על הסתגלותן של האימהות במישור האיש, הזוגי וההורי (Silber, Bauman, & Ireys, 1995). באשר למישור האיש, כמו כל מחלה הטומנת בחובה סכנה לחיי הילד, לידת ילד עם מל"מ משפיעה לא רק על הילד, אלא גם על המשפחה. האימהות, שהינן בדרך כלל המטפלות העיקריות בילד (ראו, למשל: Cohn, 1996),

מתמודדות עם השגת טיפול רפואי הולם לילד, עם שינויים בפעילויות המשפחתיות ועם הפחתה בקשרים החברתיים. לא ייפלא אפוא שמחקרים אחדים מצאו כי ההתלכדות של גורמי דחק אלה עלולה להוביל לרמות גבוהות של כאב רגשי וקשיים של האימהות בתחומי חיים רבים (ראו, למשל: Kazak, Reber & Snitzer, 1988; Walker, Epstein, Taylor, Crocker & Tuttle, 1989).

כאמור, תחום החיים המשמעותי השני שעלול להיות מושפע לרעה ממחלת הילד הוא מערכת היחסים הזוגית של ההורים. בתחום זה קיימים דיווחים סותרים. המחקר הראה כי אף על פי ששיעורי הגירושים אינם גבוהים יותר אצל זוגות אלה, הם מצויים בסכנה משמעותית לחוות דחק בנישואים (ראו, למשל: Hauenstein, 1990; Sheeran, Marvin & Pianta, 1997; Zimand & Wood, 1986). נמצא כי הורים לילדים במחלות כרוניות מדווחים על אי-שביעות רצון רבה יותר מן הקשר הזוגי בהשוואה להורים לילדים בריאים (Lansky, Cairns, Hassaneim, Wher & Reynold, 1988; Lowman, 1978; Garalda, Jameson & Postlethwaite, 1988). נראה כי מחלות ילדות קשות מטילות מעמסה ודחק ייחודיים על בני הזוג, אך הנישואים שורדים (Hauenstein, 1990). לרוע המזל, אין מחקר עקבי על שביעות הרצון מן הקשר הזוגי אצל אימהות לילדים עם מום לב מולד.

התחום השלישי הרלוונטי להתמודדותן של האימהות עם מחלת הילד הוא מצבו הנפשי של הילד. הספרות המחקרית מציינת כי הילדים מושפעים מדרך ההתמודדות של אימותיהם. חלק מן האימהות מדווחות על הכחשת הכאב והייסורים המתייחסים למצב הילד ולפרוגנוזה שלו, על נסיגה ממנו ועל הגנתיות יתר כתגובה על הכחשת החרדה (Rozansky & Linde, 1971). אצל אימהות אחרות ניתן לזהות שימוש בהתקה כאשר הן מתמקדות בצלקות שונות על גופו של הילד בעקבות הניתוח שעבר. לדעתנו, הילדים נאלצים להתמודד עם הדאגה של אימותיהם ועם אי-שביעות הרצון שלהן מגופם. כך, נמצא שהסתגלות פסיכולוגית לקויה וחרדה אצל ילדים עם מום לב מולד קשורה יותר לחרדה אימהית ולפינוק יתר מאשר לחומרת ההפרעה (Linde, Rasof, Dunn & Rabb, 1966). נוסף על כך, אצל אימהות שדיווחו כי הן מדוכאות נמצא כי הדיכאון השפיע לרעה על יחסן אל ילדיהן, והציב את הילדים בסכנה של תחושת ערך עצמי נמוך וחוסר תפקוד רגשי (Stoneman, Brody, & Burke, 1989; Zuravin, 1989).

מחקרי אורך מעטים בלבד התייחסו להתמודדותן של אימהות עם מחלות כרוניות של ילדיהן. מחקרים אלה עסקו בשינויים שחלו בבריאות הנפשית של האימהות לאורך זמן, אך ממצאיהם לא היו עקביים: חלקם הראו כי רמת הדחק של האימהות לא השתנתה לאורך זמן, ואילו אחרים הצביעו על שיפור בהרגשת האם לאחר שנים מספר (Dahlquist, Czyzewski & Jones, 1996; Kovacs et al., 1985; Timko, Stovel & Moos, 1992; Rodriguez et al., 1997).

ברנט, מיקולינסר ופלוריאן (Berant, Mikulincer & Florian, 2001a, 2001b, 2003) הראו כי דפוסי ההתקשרות של האימהות לאחר הולדת הילד מנבאים את בריאותן הנפשית מייד לאחר אבחון המחלה (זמן 1) ולאחר שנה (זמן 2). ממצאי מחקרים אלה הדגישו את פגיעותן של האימהות שנמצאו גבוהות בהימנעות בהתקשרות

(Mikulincer & Florian, 1998). פגיעותן של האימהות הנמנעות הודגמה ביתר עוצמה בהתמודדות לטווח הארוך, ונמצא כי התקשרות נמנעת בזמן 1 קשורה באופן משמעותי לירידה בבריאות הנפשית מזמן 1 לזמן 2. לגבי אימהות שנמצאו גבוהות בחרדה בהתקשרות, אף שגם הן הראו תמונה פסיכולוגית שלילית בזמן 1, נראה שהן עברו תהליך של הסתגלות אשר הגן עליהן מהצפת רגש שלילי ומירידה נוספת בבריאותן הנפשית לאחר שנה. באשר לקשר הזוגי, נמצא שככל שמוס הלב של הילד היה חמור יותר וככל שאי-הביטחון בהתקשרות של האימהות היה גבוה יותר, הן דיווחו על שביעות רצון נמוכה יותר מן הקשר לאחר שנה. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם ממצאים קודמים של ירידה בשביעות הרצון מן הזוגיות אצל אימהות לילדים עם מחלות כרוניות (Barbarin, Hughes & Chesler, 1985; Heffron, Bommelaere & Master, 1973).

המחקר הנוכחי

בולבי (Bowlby, 1980) בחן את אסטרטגיות ההתמודדות שנוקטים אנשים הנדרשים להסתגלות ארוכת-טווח עם איום של אובדן אדם אהוב. הוא ניסה להבין מצבים קליניים שבהם חרף נסיונות להתעלם ממחשבות מאיימות הקשורות לתוכני התקשרות או להתייחס אליהן בביטול, התרחשה חזרה של מחשבות חודרניות הקשורות לדמויות ההתקשרות. דוגמה למצב כזה יכולה להיות גידול של ילד שנולד עם מל"מ. כאן האימהות נחשפות למצבים הדורשים התמודדות עם דחק כרוני ומתמשך במגוון של תחומי חיים. בבואנו לבחון את תהליך ההתמודדות של אימהות לילדים עם מל"מ אנו משערות כי יש תרומה משמעותית לחומרת המום של הילד אך גם למשאבים האישיותיים של אימותיהם, המאפשרים להן לשמור על דרגה מספקת של בריאות נפשית אף שהדחק הכרוני נוגס במשאביהן ומחליש אותן. בהקשר זה חשוב לבחון את תהליך ההתמודדות לטווח ארוך (שבע שנים) של אימהות שיוצרות מערכות נפשיות "מפוצלות" (Bowlby, 1980) בדרך של דחיקה הגנתית של חומר מאיים מן המודעות, ואשר אינן יכולות לפיכך לזכות בתמיכה שהן צריכות, בהשוואה לאימהות הנראות חרדות וחסרות אונים ולכן מקבלות תמיכה. מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את תרומתם של דפוסי ההתקשרות של אימהות אלה ושל אסטרטגיות ההתמודדות הנגזרות מהן לבריאותן הנפשית, ליחסים הזוגיים שלהן וכן לדימוי העצמי ולייצוגים הפנימיים של ילדיהן, וזאת כאשר מביאים בחשבון את חומרת מום הלב של הילד. אנו סבורות כי בריאותן הנפשית של האימהות והקשרים הזוגיים שלהן תורמים להיותן אימהות "טובות דיין", וכי גורם זה מקדם את התפיסה העצמית החיובית של ילדיהן.

במחקר הנוכחי רצינו לבחון את התרומה של חומרת מום הלב המולד של הילדים ודפוסי ההתקשרות של אימותיהן בזמן האבחון לשינויים בבריאות הנפשית של האימהות לאחר שבע שנים, מעבר לרמה המצופה לנוכח בריאותן הנפשית בזמן 1 ובזמן 2. שיערנו כי תהיה התדרדרות נוספת בבריאות הנפשית של האימהות הנמנעות שבע שנים לאחר האבחון, מעבר להתדרדרות שחלה עד זמן 2. לגבי אימהות חרדות, לעומת זאת, שיערנו כי ההתאוששות שלהן תישמר גם מעבר

לשנה הראשונה. באותו כיוון, ציינו כי ההליך הארוך הזה של התמודדות עם הילד ובריאותו יביא לידי התדרדרות נוספת בשביעות הרצון של האימהות הנמנעות מן הקשר הזוגי. לבסוף, המחקר הנוכחי בחן את הדימוי העצמי הגלוי והסמוי של הילד, אשר מושפע מכל הגורמים הללו ומן האינטראקציה ביניהם.

שיטה

נבדקים

במחקר השתתפו 63 אימהות לילדים שאובחן אצלם מום לב מולד בשנת חייהם הראשונה. אימהות אלה השתתפו בשלושה גלי מדידות (מייד לאחר אבחון היילוד, לאחר שנה ולאחר שבע שנים). בעת האבחון של מום הלב המולד הופנו היילודים לטיפול ומעקב בכמה מכונים קרדיולוגיים במרכז הארץ. הגיל הממוצע של היילודים היה שלושה חודשים, ו-44% מהם היו בנים. הוצאו מן המדגם אימהות של יילודים אשר סבלו גם מבעיות רפואיות אחרות בעת האבחון (לדוגמה, פיגור שכלי, בעיות מוחיות).

מומי הלב השכיחים ביותר היו פגם במחיצה בין החדרים ($N=33$), פגם במחיצה בין הפרוזדורים ($N=10$) וסירמוס (היפוך) העורקים הגדולים ($N=7$). מייד לאחר האבחון קראו שני קרדיולוגים בכירים של ילדים את התיקים הרפואיים, ודירגו את חומרת המום של הילדים על גבי סולם בן שבע דרגות, מ-1 ("לא חמור כלל") עד 7 ("מום חמור מאוד ומסכן חיים"). דירוגים אלה, שהיה מתאם גבוה ביניהם ($r=.91, p<.01$), הראו התפלגות נורמלית עם ממוצע 3.54 וסטיית תקן 1.16. בעת האבחון לא נמצא קשר משמעותי בין דירוגים אלה לבין דפוסי ההתקשרות של האימהות.

גיל האימהות בתחילת המחקר נע בין 24 ל-40 שנים ($M=32.5, SD=5.41$). כל 63 האימהות היו יהודיות, גרו באיזור עירוני מרכזי בארץ, היו נשואות וחיו במשפחות "רגילות" (משפחות דו-הוריות ממעמד חברתי-כלכלי בינוני-נמוך עד בינוני-גבוה). מספר שנות הנישואים שלהן בתחילת המחקר נע בין שנה לבין שבע שנים ($M=3.05, SD=1.78$), ומספר הילדים שלהן נע בין 1 ל-5 ($M=1.56, SD=1.64$). 19 אימהות ילדו תינוק נוסף אחד במהלך שבע שנות המחקר, ו-11 אימהות נוספות ילדו בתקופה זו יותר מילד אחד (בין שניים לארבעה ילדים). כל הילדים הללו לא אובחנו כסובלים ממל"מ. 31% מהאימהות סיימו בית ספר תיכון, ו-62% סיימו לימודים על-תיכוניים. כל האימהות השתתפו במחקר ללא תמורה כספית.

בזמן 3 (שבע שנים לאחר האבחון) נטלו חלק במחקר 60 מתוך 63 הילדים עם מומי הלב (34 ילדות ו-26 ילדים) שאימותיהם השתתפו בשלושת גלי המדידות. לא הצלחנו לבחון 3 ילדים משום שאימותיהם סירבו לחשוף אותם לשאלות המתייחסות למצבם הרפואי. 55 ילדים היו בני שבע ו-5 היו בני שמונה. 12 עברו ניתוח לב, ושני ילדים עברו צנתורים. רוב הילדים (52) היו במעקב במכוני לב פעם בשנה לפחות, והשאר לא היו במעקב כלל.

הליך וכלים

הנתונים נאספו בשלושה שלבים במשך שמונה שנים. בשלב הראשון פנינו, במשך 12 חודשים עוקבים, לאימהות שאצל ילדיהן אובחן באותה תקופה מלי"מ באחד מבין חמישה מרכזים רפואיים במרכז הארץ. הקרדיולוג שאבחן את היילוד יצר קשר עם האימהות מייד לאחר האבחון, הסביר להן את משמעות המחלה ואת הפרוגנוזה הצפויה, וביקש מהן להשתתף במחקר שמטרתו להבין כיצד אימהות לילדים עם מומי לב מולדים חשות ומהי הדרך הטובה ביותר לעזור להן. כמו כן נאמר להן כי בעוד שבועיים תתקשר אליהן פסיכולוגית על מנת לפגוש אותן, הובטחה להן אנונימיות והובהר להן כי הטיפול הרפואי לא יהיה מותנה בהשתתפות במחקר. האימהות חתמו על טופס הסכמה מדעת, והפסיכולוגית באה לביתן לאחר שחרור הילד מבית החולים במועד שנקבע על פי נוחותן (זמן 1). במקור פנינו ל-121 אימהות שעמדו באמות המידה להיכללות במחקר, ו-101 מהן הסכימו להשתתף בו (אחוז הסירוב היה 17%). בשלב זה התבקשו האימהות להשיב על שאלוני דיווח עצמי לבדיקת דפוסי ההתקשרות שלהן ובריאותן הנפשית.

לאחר שנה (זמן 2) נפגשו שוב האימהות שהשתתפו בזמן 1, ואשר ענו על אמות המידה להיכללות במחקר (הילד נותר בחיים ולא אובחנה דיספונקציה בפעילות המוח בתקופת המחקר), עם אותה פסיכולוגית שערכה את המחקר בזמן 1. 85 מתוך 101 האימהות שהשתתפו בזמן 1 השתתפו גם בזמן 2 (84%). בשלב זה התבקשו האימהות להשיב על שאלוני דיווח עצמי לבדיקת בריאותן הנפשית ושביעות הרצון שלהן מן הקשר הזוגי.

לאחר שבע שנים (זמן 3) נפגשו האימהות שהשתתפו בזמן 1 ובזמן 2, ואשר ענו על אמות המידה להיכללות במחקר (שהיו זהות לאמות המידה בזמן 2), עם פסיכולוגית אחרת. 63 מתוך 85 האימהות שהשתתפו בשני השלבים הראשונים השתתפו גם בזמן 3 והשיבו על אותם שאלוני דיווח עצמי כמו בזמן 2. בשלב זה התבקשו האימהות לתת הסכמה לכך שהפסיכולוגית תיפגש גם עם ילדיהן במפגש נפרד. 60 מבין 63 האימהות נתנו את הסכמתן, וילדיהן מילאו בעזרת הפסיכולוגית שאלוני דיווח עצמי לבדיקת התפיסה העצמית ועוצמת החרדה שלהם. לאחר מכן התבקשו הילדים לספר סיפורים כתגובה על כרטיסי "מבחן ההתפסה לילדים" (CAT) (Bellak & Bellak, 1961).

מבין 38 האימהות ש"נשרו" במהלך המחקר, ילדיהן של 4 אימהות נפטרו בעת הניתוח, בעל של אם אחת נפטר, אצל ילדיהן של 7 אימהות אובחנה דיספונקציה מוחית, אם אחת ילדה ילד עם בעיה התפתחותית חמורה מסוג PDD, 10 אימהות סירבו להמשיך להשתתף במחקר, ו-15 אימהות לא היה אפשר לאתר בשל שינויים בכתובת המגורים. לא נמצא שום הבדל משמעותי במשתנים של זמנים 1 ו-2 בין 63 האימהות שהשתתפו בכל שלושת הזמנים לבין 38 האימהות שלא השתתפו בזמן 2 ו/או בזמן 3.

בכל שלושת גלי המדידות ניתנו לאימהות שאלוני הדיווח העצמי בסדר אקראי, והאימהות השיבו עליהם באופן אישי בנוכחות הפסיכולוגית. כל השאלונים היו

גרסות מתורגמות של שאלונים באנגלית. תרגום השאלונים נעשה במחקרים קודמים.

דפוסי ההתקשרות של האימהות בעת אבחון המל"מ (זמן 1) הוערכו בעזרת עשרת הפריטים של השאלון לקביעת סגנון ההתקשרות (Mikulincer, Florian & Tolmacz, 1990). שאלון זה כולל חמישה פריטים המצביעים על מימד ההימנעות (לדוגמה: "לא נוח לי להיות קרוב לאנשים אחרים") וחמישה פריטים המצביעים על מימד החרדה (לדוגמה: "לעיתים קרובות אני דואג/ת שאנשים אחרים לא אוהבים אותי"). פריטים אלה נבנו בהתבסס על תיאור טיפוסי ההתקשרות של חזן ושוור (Hazan & Shaver, 1987). המשתתפות התבקשו לחשוב על מערכות יחסים קרובות שלהן ולדרג באיזו מידה הפריט שהוצג מתאר אותן. הדירוגים נעשו על סולם בן שבע דרגות, מ-1 ("כלל לא") עד 7 ("הרבה מאוד"). במדגם שלנו התקבלו מקדמי אלפא-קרונבך הולמים לפריטי החרדה (0.71) ופריטי ההימנעות (0.72). לאחר מכן חישובנו שני ציונים על ידי מיצוע של הפריטים הרלוונטיים. לא נמצא קשר משמעותי בין שני הציונים (0.18).

בריאותן הנפשית של האימהות בשלושת גלי המדידות הוערכה על ידי שאלון הבריאות הנפשית (MHI) (Florian & Drory, 1990; Veit & Ware, 1983). שאלון זה כולל 38 משפטים – 14 פריטים המגדירים רוחה נפשית (לדוגמה: "אני חשה רגועה ושלווה") ו-24 פריטים המגדירים דחק (לדוגמה: "אני מרגישה מדוכאת"). הנבדקות התבקשו לדרג כל אחד מהמשפטים על סולם בן שש דרגות, מאישור מלא (6) עד לדחייה מלאה (1), לפי מידת התאמתו להן במשך השבועיים האחרונים. מקדמי אלפא-קרונבך הצביעו על עקביות פנימית הולמת של 38 הפריטים (0.91 בזמן 1, 0.95 בזמן 2, 0.93 בזמן 3) לאחר ביצוע היפוך בפריטי הדחק. על בסיס נתונים אלה חישובנו ציון כולל בכל נקודת זמן של המחקר, על ידי מיצוע של 38 הפריטים (בהתאם להמלצתם של: Veit & Ware, 1983).

שביעות הרצון מן הקשר הזוגי בזמנים 2 ו-3 הוערכה על ידי גרסה מקוצרת בעברית של השאלון Evaluation and Nurturing Relationship Issues Communication (ENRICH) and Happiness scales (Olson, Fournier & Druckman, 1982). כלי זה, שכלל 50 פריטים, תוכנן להעריך את רמת שביעות הרצון מחמישה היבטים במערכת היחסים הזוגית (10 פריטים לכל היבט): תקשורת, פתרון קונפליקטים, גידול ילדים, יחסי מין ושוויוניות ביחסים. האימהות דירגו את מידת הסכמתן לכל פריט על גבי סולם בן חמש דרגות, מ-1 ("כלל לא מסכימה") עד 5 ("מסכימה מאוד"). מקדמי אלפא-קרונבך היו גבוהים יחסית לגבי כל אחד מהתת-סולמות (בין 0.91 בזמן 2 ל-0.92 בזמן 3). מכיוון שמתאמי פירסון בין הציונים של חמשת התת-סולמות היו גבוהים מאוד (בין 0.65 ל-0.81 בזמן 2, ובין 0.63 ל-0.84 בזמן 3), חישובנו לכל משתתפת בכל נקודת זמן ציון כללי על ידי מיצוע של 50 פריטי השאלון. ציון גבוה יותר שיקף שביעות רצון רבה יותר.

כאמור, בזמן 3 השיבו הילדים על שאלון דיווח עצמי שבחן את הדימוי העצמי שלהם, וכן התבקשו לספר סיפורים כתגובה על כרטיסי CAT. הדימוי העצמי של הילדים הוערך על ידי גרסה מקוצרת של Tennessee Self Concept Scale

(Fitts, 1965). שאלון זה כלל 27 פריטים שהתאימו לילדים בני שבע, אשר התייחסו לממדי התפיסה האישית: המימד האישי (6 פריטים), המימד המשפחתי (6 פריטים), המימד החברתי (6 פריטים) והמימד הפיזי (9 פריטים). הילדים דירגו את מידת ההסכמה שלהם לכל פריט על גבי סולם ליקרט בן חמש דרגות, מ-1 ("כלל לא") עד 5 ("הרבה מאוד"). מקדמי אלפא-קרונברך ל-27 הפריטים היו גבוהים דיים לגבי מדגם הילדים בזמן 3 (0.85). על בסיס נתונים אלה חישבנו ציון כללי לכל משתתף על ידי מיצוע של 27 הפריטים. ציונים גבוהים יותר שיקפו עמדה חיובית יותר.

ה-CAT הינו כלי השלכתי המתאים לשימוש עם ילדים בני שלוש עד עשר משני המינים. מטרת הכרטיסים לעמוד על טיבם של המניעים, הדאגות והטרדות של ילדים במערכות היחסים שלהם עם הדמויות המשמעותיות בחייהם, ובעיקר עם אמם. במבחן 10 כרטיסים שעליהם מצוירות חיות שונות במצבים שונים, ועל הילדים לספר סיפור משמעותי לגבי המתרחש בכל כרטיס. תגובות הילדים נרשמו במדויק ולאחר מכן נותחו. במחקר הנוכחי העברנו 9 כרטיסי CAT, שהעלו את הנושאים הבאים: מערכת היחסים עם האם, חרדותיו של הילד ודרכי התמודדותו עימן, תפקיד הילד במשפחה ועמדותיו כלפי הוריו. את הכרטיס העשירי של מבחן CAT לא העברנו משום שנכחנו כי אין בו תמה מיוחדת שתוסיף מידע רלוונטי למחקרנו, ולא רצינו להכביד לחינם על הקשב והריכוז של הילדים. רוב הילדים סיפרו סיפורים ל-9 כרטיסים (N=54), אך שישה ילדים סיפרו סיפורים רק ל-4-6 כרטיסים מכיוון שלא הסכימו להמשיך לספר.

שני פסיכולוגים קליניים שמומחים בציון CAT ניתחו באופן עצמאי את סיפורי הילדים לכרטיסים על פי התדרוך של בלק, אברמס והאוורת (Bellak & Abrams, 1966; Haworth, 1996). כל פסיכולוג דירג באופן עצמאי את הדימוי העצמי של הילד כפי שהצטייר בנרטיב ואת הרגש הדומיננטי בנרטיב. שני הדירוגים נעשו על סולם בן חמש דרגות, מ-1 ("שלילי מאוד") עד 5 ("חיובי מאוד"). כמו כן, כל אחד מהם ציין באופן עצמאי (ב"כן"/"לא") אם הייצוגים הבאים של האם הופיעו בנרטיב: "אם מרוחקת/נמנעת", "אם רעה/מענישה", "אימא טובה ודואגת" ו"אימא אמביוולנטית כלפי הילד". לגבי כל ילד חישב כל פסיכולוג ציון של ייצוגי האם על ידי סכימת כל המקרים שבהם הופיעו בסיפורים ייצוגים שליליים שלה (מרוחקת, מענישה ואמביוולנטית) והפחתת מספר המקרים שבהם הוצגה האם כדואגת ומטפלת. ציונים גבוהים יותר שיקפו ייצוג שלילי יותר של האם. כל פסיכולוג ציין באופן עצמאי (ב"כן"/"לא") גם את הנוכחות בסיפורים של כל אחד משבעה סוגים של חרדות בין-אישיות: חרדה מענישה, מאי-הסכמה, מאובדן אהבה, מדחיה, מפרידה, מלהישלט על ידי הזולת ומליהרס על ידי הזולת. לגבי כל ילד ספרו השופטים את מספר החרדות הבין-אישיות שהילד ביטא בסיפוריו. מתאמי פירסון בין הדירוגים של שני השופטים לגבי כל אחת מן הקטגוריות (דימוי עצמי, רגש דומיננטי, ייצוג אימהי, חרדות בין-אישיות) גילו מהימנות גבוהה בין שופטים (בין 0.77 ל-0.84). על בסיס נתונים אלה ערכנו ממוצע של ציוני השופטים לגבי כל קטגוריה.

תוצאות

הבריאות הנפשית של האם

בפרק זה בחנו את התרומה של חומרת המל"מ של הילד ודפוסי ההתקשרות של האימהות בזמן האבחון (זמן 1) לשינויים בבריאותן הנפשית של האימהות מעת האבחון עד שבע שנים לאחריו. למטרה זו ערכנו רגרסיה היררכית בשלושה צעדים לגבי הבריאות הנפשית בזמן 3. בצעד הראשון הכנסנו את משתני הבריאות הנפשית של האימהות בזמן 1 ובזמן 2 כמנבאים, על מנת לשלוט בתרומתם בעת שבחנו את התרומה של דפוסי ההתקשרות ושל חומרת המום. בצעד השני כללנו את החרדה בהתקשרות של האימהות, את ההימנעות בהתקשרות של האימהות ואת הדירוג של חומרת המום כמנבאים נוספים. בדרך זו בחנו את התרומה הייחודית של דפוסי ההתקשרות של האימהות וחומרת המום של הילד לשינויים בבריאותן הנפשית של האימהות בזמן 3 (Berant et al., 2001a, 2001b). בצעד השלישי הוספנו את המכפלה של ציוני ההתקשרות של האימהות ודירוג הרופא ביחס לחומרת המום, במטרה לבחון את האינטראקציות שבין דפוסי ההתקשרות של האימהות לבין חומרת המכחלה של הילדים.

לוח 1: מקדמי רגרסיה, טעויות תקן ותרומות משמעותיות של ציוני ההתקשרות של האימהות וחומרת מום הלב המולד של הילדים לשינויים בבריאות הנפשית של האימהות בזמן 3

אפקט	B	SE	Beta	t
צעד 1: R^2 change (%) = 23.9%, $F(2,60) = 10.27$, $p < .01$				
בריאות נפשית של האימהות בזמן 1	.35	.14	.37	2.80**
בריאות נפשית של האימהות בזמן 2	.19	.15	.19	1.28
צעד 2: R^2 change (%) = 11.4%, $F(5,57) = 7.44$, $p < .01$				
הימנעות של האימהות בזמן 1	-.65	.23	-.39	-2.86**
חרדה של האימהות בזמן 1	.05	.21	.03	0.27
חומרת מום הלב של הילד	-.24	.18	-.16	-1.33
צעד 3: R^2 change (%) = 21.8%, $F(7,55) = 12.23$, $p < .01$				
הימנעות האימהות X חומרת המום	-.65	.15	-.46	-4.41**
חרדת האימהות X חומרת המום	-.13	.14	-.10	-0.97

* $p < .05$; ** $p < .01$.

כפי שניתן לראות בלוח 1, התרומה הייחודית של דפוסי ההתקשרות של האימהות בזמן האבחון לשינויים בבריאותן הנפשית של האימהות שבע שנים מאוחר יותר הייתה מובהקת סטטיסטית והוסיפה 11.4% לשונות המוסברת. בחינה של מקדמי הרגרסיה גילתה אפקט ייחודי להימנעות בהתקשרות: ככל שההימנעות ההתקשרותית של האימהות הייתה גבוהה יותר בזמן האבחון כך הייתה בריאותן הנפשית גרועה יותר לאחר שבע שנים, וזאת מעבר לרמה המצופה לנוכח הבריאות הנפשית שלהן בזמנים 1 ו-2. לחרדה בהתקשרות ולחומרת המום בזמן 1 לא הייתה תרומה ייחודית משמעותית לשינויים בבריאותן הנפשית של האימהות בזמן 3. הרגרסיה הראתה גם כי האפקטים האינטראקטיביים של דפוסי ההתקשרות של האימהות וחומרת המום של הילד תרמו תרומה משמעותית לשינויים בבריאותן הנפשית שבע שנים מאוחר יותר, והוסיפו 21.8% לשונות המוסברת. תרומה זו נבעה בעיקרה מן האינטראקציה המשמעותית בין הימנעות התקשרותית לבין חומרת מום הלב. האינטראקציה בין החרדה בהתקשרות לבין חומרת מום הלב לא הייתה משמעותית.

הרגרסיות שבחנו את המקור של האינטראקציה המובהקת גילו שההימנעות בהתקשרות של האימהות בזמן אבחון מום הלב של הילד הייתה קשורה באופן משמעותי לירידה בבריאותן הנפשית שבע שנים מאוחר יותר במיוחד כאשר האבחנה הראשונית הייתה של מום לב קשה יחסית (סטיית תקן אחת מעל לממוצע) – $B = -.85, p < .01$. אך כאשר האבחנה הראשונית הייתה של מום לב קל יחסית (סטיית תקן אחת מתחת לממוצע), להימנעות בהתקשרות של האימהות בעת האבחון לא הייתה תרומה משמעותית לשינויים בבריאותן הנפשית שבע שנים מאוחר יותר (מעבר לרמה המצופה לפי זמנים 1 ו-2) – $B = .07$. יותר מזה, חומרת מום הלב של הילד הייתה קשורה באופן משמעותי לירידה בבריאות הנפשית של אמו שבע שנים לאחר האבחון במיוחד כאשר ההימנעות שלה בהתקשרות הייתה גבוהה יחסית (סטיית תקן אחת מעל לממוצע) – $B = -.62, p < .01$, אך לא כאשר ההימנעות שלה בהתקשרות הייתה נמוכה יחסית (סטיית תקן אחת מתחת לממוצע) – $B = .28$.

שביעות הרצון מהזוגיות

בפרק זה בחנו את התרומה של חומרת מום הלב של הילד ודפוסי ההתקשרות של האימהות בזמן האבחון לשינויים בדיווחים שלהן על שביעות הרצון שלהן מן הזוגיות שבע שנים מאוחר יותר. למטרה זו ערכנו רגרסיה היררכית בשלושה צעדים הדומה לזו שתוארה לעיל. בצעד הראשון הוכנסה לרגרסיה שביעות הרצון של האימהות מהזוגיות בזמן 2, במטרה לבחון את התרומה של דפוסי ההתקשרות של האימהות וחומרת המום של הילד לשינויים בדיווחן על שביעות הרצון שלהן מן הזוגיות בזמן 3, מעבר למה שצופה לנוכח שביעות הרצון שלהן בזמן 2.

לוח 2: מקדמי רגרסיה, טעויות תקן ותרומות משמעותיות של ציוני ההתקשרות של האימהות וחומרת מום הלב של הילדים לשינויים בשביעות הרצון של האימהות מן הקשר הזוגי בזמן 3

אפקט	B	SE	Beta	T
צעד 1: $R^2 (%) = 11.2\%$, $F(1,61) = 8.33$, $p < .01$				
שביעות הרצון של האימהות	.42	.14	.36	2.89**
צעד 2: $R^2 \text{ change } (%) = 11.1\%$, $F(4,58) = 5.16$, $p < .01$				
הימנעות האימהות בזמן 1	-.27	.09	-.40	-2.92**
חרדת האימהות בזמן 1	.07	.09	.11	0.79
חומרת מום הלב של הילד	-.09	.08	-.16	-1.31
צעד 3: $R^2 \text{ change } (%) = 10.7\%$, $F(6,56) = 5.84$, $p < .01$				
הימנעות האימהות X חומרת המום	-.17	.07	-.30	-2.37*
חרדת האימהות X חומרת המום	-.07	.07	-.13	-1.06

* $p < .05$; ** $p < .01$.

הרגרסיה ההיררכית גילתה כי התרומה הייחודית של דפוסי ההתקשרות של האימהות וחומרת מום הלב של הילד בעת האבחון לשינויים בשביעות הרצון של האימהות מן הקשר הזוגי שבע שנים מאוחר יותר הייתה מובהקת סטטיסטית והוסיפה 11.1% לשונות המוסברת. כפי שניתן לראות בלוח 2, ההימנעות בהתקשרות בזמן 1 תרמה תרומה משמעותית: ככל שההימנעות בהתקשרות של האימהות בעת האבחון הייתה גבוהה יותר, הן דיווחו על שביעות רצון נמוכה יותר מן הקשר הזוגי שבע שנים מאוחר יותר. החרדה בהתקשרות וחומרת מום הלב בזמן 1 לא תרמו תרומות ייחודיות לשינויים בשביעות הרצון מהזוגיות בזמן 3. הרגרסיה גילתה גם כי ההשפעות האינטראקטיביות של התקשרות האימהות וחומרת מום הלב של הילד תרמו תרומה משמעותית לשינויים בשביעות הרצון של האימהות מן הזוגיות שבע שנים לאחר מכן, והוסיפה 10.7% לשונות המוסברת. תרומה זו נבעה בעיקרה מן האינטראקציה המשמעותית בין הימנעות בהתקשרות לבין חומרת מום הלב. האינטראקציה בין חרדה בהתקשרות לבין חומרת מום הלב לא הייתה משמעותית.

הרגרסיות שבחנו את מקור האינטראקציה המובהקת גילו שההימנעות בהתקשרות של האימהות בזמן אבחון מום הלב של הילד הייתה קשורה באופן משמעותי לירידה בשביעות הרצון שלהן מהזוגיות שבע שנים לאחר מכן במיוחד כאשר האבחנה הראשונית הייתה של מום לב קשה יחסית (סטיית תקן אחת מעל לממוצע) – $B = -.70$, $p < .01$. אך כאשר המום של הילד אובחן כקל יחסית (סטיית

תקן אחת מתחת לממוצע), ההימנעות בהתקשרות של האימהות בעת האבחון לא תרמה תרומה משמעותית לשינויים בשביעות הרצון שלהן מהזוגיות שבע שנים לאחר מכן – $B = -.10$. כמו כן, חומרת המום של היילוד הייתה קשורה באופן משמעותי לירידה בשביעות הרצון של אמו שבע שנים לאחר האבחון במיוחד כאשר ההימנעות שלה בהתקשרות הייתה גבוהה יחסית (סטיית תקן אחת מעל לממוצע) – $B = -.46, p < .01$, אך לא כאשר ההימנעות שלה בהתקשרות הייתה נמוכה יחסית (סטיית תקן אחת מתחת לממוצע) – $B = .14$.

הדימוי העצמי של הילד

בפרק זה בחנו את התרומה של חומרת מום הלב של הילד ודפוסי ההתקשרות של האימהות בזמן האבחון (זמן 1) לדימוי העצמי של הילד בגיל שבע (על פי תגובות הילד בשאלון דיווח עצמי). למטרה זו ערכנו רגרסיה היררכית בשני צעדים לגבי הדימוי העצמי של הילד. בצעד הראשון הצבנו את החרדה בהתקשרות של האימהות, את ההימנעות בהתקשרות של האימהות ואת חומרת המום של הילד כמנבאים. בצעד השני הוספנו את המכפלות של ציוני ההתקשרות של האימהות ודירוג הרופא ביחס לחומרת המום, על מנת לבחון את האינטראקציות שבין דפוסי ההתקשרות של האימהות לבין חומרת המחלה של ילדיהן.

לוח 3: מקדמי רגרסיה, טעויות תקן ותרומות משמעותיות של ציוני ההתקשרות של האימהות וחומרת מום הלב של הילדים לדימוי העצמי של הילדים בגיל שבע

אפקט	B	SE	Beta	T
צעד 1: $R^2 (\%) = 29.3\%, F(3,56) = 8.75, p < .01$				
הימנעות האימהות בזמן 1	-.21	.09	-.29	-2.28**
חרדת האימהות בזמן 1	-.27	.09	-.38	-2.90**
חומרת מום הלב של הילד	.04	.08	.13	0.48
צעד 2: $R^2 \text{ change } (\%) = 9.8\%, F(5,54) = 8.18, p < .01$				
הימנעות האימהות X חומרת המום	.09	.07	.16	1.25
חרדת האימהות X חומרת המום	-.23	.07	-.39	-3.23**

* $p < .05$; ** $p < .01$.

כפי שניתן לראות בלוח 3, התרומה הייחודית של דפוסי ההתקשרות של האימהות וחומרת מום הלב של הילד בעת האבחון הייתה מובהקת סטטיסטית, והם הסבירו 29.3% מן השונות הכללית של דימוי העצמי של הילד בגיל שבע. בחינה של מקדמי הרגרסיה גילתה אפקט ייחודי משמעותי לשני ממדי ההתקשרות של האימהות בזמן 1: ככל שהחרדה וההימנעות בהתקשרות היו גבוהות יותר בעת האבחון,

דימויו העצמי של הילד בהיותו בן שבע היה שלילי יותר. חומרת מום הלב לא תרמה תרומה ייחודית משמעותית לדימוי העצמי של הילד. הרגרסיה גילתה גם אפקט אינטראקטיבי מובהק סטטיסטית בין חרדה בהתקשרות של האימהות לבין חומרת מום הלב של הילד. האינטראקציה בין הימנעות בהתקשרות של האימהות לבין חומרת המום של הילד לא הייתה משמעותית.

הרגרסיות שבחנו את מקור האינטראקציה המובהקת גילו כי החרדה בהתקשרות של האימהות בזמן אבחון מום הלב של הילד הייתה קשורה לדימוי עצמי חיובי פחות של הילד בגיל שבע במיוחד כאשר לילד היה מום לב קשה (סטיית תקן אחת מעל הממוצע) – $B = -.77, p < .01$, אך לא כאשר מום הלב של הילד היה קל יחסית (סטיית תקן אחת מתחת לממוצע) – $B = .01$. כלומר, נראה כי החרדה בהתקשרות של האימהות תרמה לדימוי עצמי נמוך יותר של ילדים עם מום לב חמור יותר.

תגובות הילדים במבחן CAT

בפרק זה בחנו את התרומה של חומרת מום הלב של הילדים ודפוסי ההתקשרות של אימותיהם בעת האבחון לציוני הילדים במבחן CAT – דימוי עצמי, רגש דומיננטי, ייצוג האם וחרדה בין-אישית. למטרה זו ערכנו אותה רגרסיה היררכית בשני צעדים שהוזכרה לעיל.

לוח 4: מקדמי רגרסיה תקינים של התרומות של ציוני ההתקשרות של האימהות וחומרת מום הלב של הילדים לציוני הילדים במבחן CAT

אפקט	דימוי עצמי	רגש דומיננטי	דימוי אם	חרדות בין-אישיות
צעד 1				
הימנעות אימהות	-.45**	-.44**	.29*	-.05
חרדת אימהות	.16	.19	.28*	.39**
חומרת מום הלב	-.15	-.18	-.06	.13
R ² (%)	14.2**	15.4**	18.4**	11.2*
צעד 2				
הימנעות X חומרת מום	-.29*	-.17	.07	-.04
חרדה X חומרת מום	-.02	-.05	-.06	.30*
R ² change (%)	4.1*	0.4	0.5	4.6*

* $p < .05$; ** $p < .01$.

לגבי הדימוי העצמי של הילדים במבחן CAT, הרגרסיה הראתה כי תרומתם של דפוסי ההתקשרות של האימהות וחומרת מום הלב של הילד הייתה מובהקת סטטיסטית והסבירה 14.2% מן השונות (ראו לוח 4). בחינה של מקדמי הרגרסיה גילתה תרומה ייחודית מובהקת סטטיסטית להימנעות של האימהות: ככל שההימנעות בהתקשרות של האימהות הייתה גבוהה יותר בעת האבחון כך היה הדימוי העצמי של ילדיהן שלילי יותר לפי מבחן CAT. החרדה בהתקשרות של האימהות וחומרת המום של הילד לא תרמו תרומות משמעותיות לדימוי העצמי של הילדים. מעבר לאפקטים ייחודיים אלה, האינטראקציה בין ההימנעות בהתקשרות של האימהות לבין חומרת המום של הילד הייתה משמעותית. הרגרסיות שבחנו את מקור האינטראקציה המובהקת גילו כי ההימנעות בהתקשרות של האימהות בעת אבחון מום הלב של הילד הייתה קשורה באופן משמעותי לדימוי עצמי נמוך יותר של הילדים במיוחד כאשר לילד היה מום לב חמור יחסית (סטטיית תקן אחת מעל הממוצע), $B = -.74, p < .01$, אך לא כאשר מום הלב היה קל יחסית (סטטיית תקן אחת מתחת לממוצע) – $B = .06$. כלומר, ההימנעות בהתקשרות של האימהות תרמה לנטייה של ילדים שלקו במום לב חמור לפתח דימוי עצמי נמוך יותר.

הרגרסיה שנעשתה לגבי ציוני הרגש הדומיננטי ב-CAT גילתה כי התרומה של דפוסי ההתקשרות של האימהות ושל חומרת מום הלב הייתה מובהקת סטטיסטית והסבירה 15.4% מן השונות. כפי שניתן לראות בלוח 4, רק התרומה הייחודית של ההימנעות בהתקשרות של האימהות הייתה משמעותית: ככל שההימנעות בהתקשרות של האימהות הייתה גבוהה יותר בעת האבחון כך היה הרגש הדומיננטי של ילדיהן בסיפורי ה-CAT חיובי פחות. אפקטים ייחודיים או אינטראקטיביים אחרים לא היו משמעותיים.

דפוסי ההתקשרות וחומרת מום הלב תרמו תרומה משמעותית גם לייצוג האימהה ב-CAT והסבירו 18.4% מן השונות. כפי שניתן לראות בלוח 4, האפקטים הייחודיים של ההימנעות בהתקשרות ושל החרדה בהתקשרות של האימהות היו משמעותיים: ככל שההימנעות או החרדה בהתקשרות של האימהות היו גבוהים יותר בעת האבחון כך היה הייצוג של האם בסיפורי ה-CAT חיובי פחות. אפקטים אחרים לא היו משמעותיים.

לגבי ציון החרדות הבין-אישיות הראתה הרגרסיה תרומה מובהקת סטטיסטית לדפוסי ההתקשרות של האימהות ולחומרת מום הלב, אשר הסבירו 11.2% מן השונות. בחינה של מקדמי הרגרסיה גילתה אפקט ייחודי מובהק סטטיסטית רק לחרדה בהתקשרות של האם: ככל שהחרדה בהתקשרות של האם הייתה גבוהה יותר בעת האבחון כך ביטא הילד ביתר שאת חרדות בין-אישיות בסיפורים שסיפר. ההימנעות בהתקשרות של האימהות וחומרת המום של הילד לא תרמו תרומה משמעותית. כן נמצא כי האינטראקציה בין החרדה בהתקשרות לבין חומרת המום הייתה מובהקת סטטיסטית. הרגרסיות שבחנו את מקור האינטראקציה המובהקת הראו כי החרדה בהתקשרות של האימהות הייתה קשורה לביטוי רב יותר של חרדות בין-אישיות בסיפורי ה-CAT של הילדים כאשר מום הלב היה חמור יחסית (סטטיית תקן אחת מעל לממוצע) – $B = .69, p < .01$, אך לא כאשר מום הלב היה קל

יחסית (סטיית תקן אחת מתחת לממוצע) – $B = -.17$. מעבר לכך, מום לב חמור יותר היה קשור לביטוי רב יותר של חרדות בין-אישיות בסיפורי ה-CAT כאשר החרדה בהתקשרות של האימהות הייתה גבוהה יחסית (סטיית תקן אחת מעל לממוצע) – $B = .43, p < .01$, אך לא כאשר החרדה בהתקשרות של האימהות הייתה נמוכה יחסית (סטיית תקן אחת מתחת לממוצע) – $B = -.17$. כלומר, החרדה בהתקשרות של האימהות תרמה לנטייה של הילדים עם מומי הלב החמורים יותר לחוות חרדות בין-אישיות ביתר שאת.

דיון

הממצאים העיקריים של המחקר הנוכחי תואמים ומעבים בעיקר את הממצאים לגבי הפגיעות הקשורה להימנעות התקשורתית ולגבי "המחיר" שהנמנע משלם על השימוש שלו באסטרטגיות של דיכוי מערכת ההתקשרות בעת התמודדות ארוכת-טווח עם דחק. לממצאים אלה יש משמעויות חשובות בהתייחס להתמודדות עם דחק ממושך, ובמקרה הנוכחי – בהתייחס להתמודדות של אימהות עם ילד שנולד עם מום לב. כפי שטען בולבי (Bowlby, 1988, p. 1): "רוב בני האדם משתוקקים... שיהיו להם ילדים שיצמחו להיות מבוגרים בריאים, מאושרים ועצמאיים.... הורים שאינם מצליחים לגדל את ילדיהם לחיים של בריאות, אושר ועצמאות מרגישים כנענשים וחווים חרדה, תסכול, שבר ולעיתים בושה או אשמה קשה..." המחקר הנוכחי מקדם את הידע התיאורטי וזורוה אור על הדרך שבה היחיד הנמנע מתמודד עם דחק מתמשך. למחקר יש גם השלכות קליניות המאפשרות לזהות את האימהות הפגיעות המתמודדות עם החוויה הכואבת והמורכבת של גידול ילד החולה במחלה כרונית.

ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי ככל שההימנעות בהתקשרות של האימהות בעת אבחון הילד גבוהה יותר כן בריאותן הנפשית לאחר שבע שנים גרועה יותר. אולם האימהות הגבוהות בהימנעות הראו ירידה מובהקת סטטיסטית בבריאותן הנפשית בעיקר כאשר לילדן היה מום לב קשה ומסכן חיים. ממצאים אלה מעלים את הסברה כי אסטרטגיות הדיכוי, המאפשרות לאימהות לשמור על מראית עין הגנתית של תפקוד יעיל, מותירות דאגות וכאב דחוקים ולא פתורים בהתייחס לילדיהן. ייתכן כי תכנים אלה, שנותרו מבודדים, פגמו ביכולתן להתמודד עם קשיי החיים המתמשכים בעת גידול ילדיהן (Mikulincer & Shaver, 2003), והדבר הוביל להתדרדרות נוספת בבריאותן הנפשית. נראה כי במקרים אלה אסטרטגיות הדיכוי אינן מצליחות להגן על האימהות והן מרגישות מוצפות, והדבר תורם לירידה נוספת בבריאותן הנפשית. ייתכן שהן חוות מה שהורוביץ (Horowitz, 1982) תיאר כתסמינים פוסט-טראומטיים הקשורים להימנעות (לדוגמה, "רדימות פסיכולוגית" או "עכבה התנהגותית"). נוסף על כך, ייתכן כי הדחק הלא-פתור בא לידי ביטוי בדרכים עקיפות, כגון תלונות על מיחושים גופניים, בעיות שינה ובעיות בריאות (Mikulincer & Shaver, 2003). הבעיות הגופניות עשויות להצביע על קונסטלציה אלקסיתימית – הפרעה קוגניטיבית-רגשית שבה האדם, כאשר הוא חווה חוויות אישיות, אינו מצליח לבטא את רגשותיו במילים, והם באים לידי ביטוי בדרכים גופניות (Nemiah, Freyberger & Sifneos, 1976; Sifneos, 1973).

מעניין שאימהות נמנעות לילדים עם מום לב קל לא דיווחו על ירידה נוספת בבריאותן הנפשית. ממצאים אלה מתאימים למחקר של מיקולינסר, דולב ושוור (Mikulincer, Dolev & Shaver, 2004), שגילו כי אסטרטגיות של דיכוי יעילות בעיכוב החזרה של החומר המודחק כאשר הנבדקים חווים מעמסה קוגניטיבית קלה יחסית, אולם כאשר הדרישות הקוגניטיביות במטלה גוברות, הדבר פוגם ביעילותן של אסטרטגיות הדיכוי ומוביל לחדירה של מחשבות שנדחקו. מצב אחרון זה עשוי להיות דומה למה שעובר על אימהות לילדים עם מום לב קשה. אימהות אלה מצויות דרך קבע תחת עומס קוגניטיבי ורגשי שעלול לאפשר חדירה של תכנים שליליים הקשורים לתפיסה העצמית, וייתכן שהללו תורמים לירידה נוספת בבריאותן הנפשית.

נוסף על כך, המבנה הפסיכודינמי של הנמנע, כפי שבא לידי ביטוי במבחן רורשך, עשוי להבהיר את התנהגותן הגלויה של האימהות הנמנעות. במחקר חדש שערכו ברנט, מיקולינסר, שוור וסגל (Berant, Mikulincer, Shaver & Segal, 2005) נמצא כי בתגובותיו על כרטיסי רורשך הנמנע מבטא לעיתים נדירות בלבד צרכים של הזנה או הכלה (FM נמוך), ובדרך כלל מראה עמדה מנותקת מן הסביבה (L גבוה), ככל הנראה על מנת לשמור על מערכת התקשרות מווסתת. הירידה בבריאות הנפשית של האימהות לילדים עם מום לב מולד הינה דוגמה נוספת, המצטרפת לאלה שהובאו עד היום בספרות, לחוסר יעילותן של אסטרטגיות אלה בעת התמודדות עם דחק לטווח ארוך.

המחקר הנוכחי מראה את ההיבט ההגנתי של האימהות הנמנעות, וחושף את התהליכים הנפשיים שבאמצעותם הן מנסות ליצור מה שבולבי (Bowlby, 1980) וג'ורג' וסט (George & West, 2001) כינו מערכות נפשיות "מפוצלות" – מערכות המנסות להוציא מזרם התודעה חומר הגורם דחק. ראינו כי מערכות אלה אינן יעילות בשמירת האיזון הרגשי בעת דחק ממושך, ותורמות לירידה בבריאות הנפשית. מנקודת מבט קלינית ייתכן שהממצאים הנוכחיים מצביעים על קבוצה ייחודית של אימהות – אלה שגבוהות במימד ההימנעות בהתקשרות – המצויות בסיכון לשחיקה נפשית.

בולבי (Bowlby, 1982 [1969], 1988) שיער כי לאדם יש יכולת להפיק נחמה מייצוגים סימבוליים של דמויות התקשרות או ממבני עצמי הקשורים לייצוגים כאלה, אך הוא שיער גם ששום אדם, יהא גילו אשר יהא, אינו חף לחלוטין מן הצורך להסתמך על אחרים ממשיים, ועל כן מערכת ההתקשרות נותרת פעילה לכל אורך החיים. מקור חשוב של נחמה רגשית ותמיכה יכול להיות בן הזוג, המאפשר חשיפה רגשית. גם בהקשר זה, ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על הקשיים שהאימהות הנמנעות חוות בקשר הזוגי. ככל שההימנעות בהתקשרות של האימהות הייתה גבוהה יותר בעת אבחון הילד, הן דיווחו לאחר שבע שנים על שביעות רצון נמוכה יותר מהזוגיות. יתרה מזו, אימהות נמנעות גילו ירידה בשביעות הרצון מן הזוגיות במיוחד כאשר מחלת הילד הייתה קשה ואיימה על חייו.

הירידה בשביעות הרצון מן הזוגיות יכולה להיות תוצר נוסף של אסטרטגיות הדיכוי של מערכת ההתקשרות (Shaver & Mikulincer, 2005). נראה כי הנמנעים אינם

מודעים לכך שהם מדחיקים או מכחישים את הצורך שלהם בהגנה או בתמיכה (Cassidy & Kobak, 1988). ידוע כי קשה להיעזר כאשר אין מבקשים עזרה. נראה שדבר זה אכן קורה לאימהות הנמנעות, במיוחד כאשר החרדה שלהן לנוכח מצבם הקשה של ילדיהן מפעילה את אסטרטגיות הדיכוי שלהן ביתר עוצמה. אימהות אלה מתרחקות מאינטימיות וממגע, בשל החשש מפני פגיעה רגשית, ומאמצות את "עמדת הנסוג" בקשר הזוגי. אין פלא שדפוס פעולה כזה מוביל לשביעות רצון פחותה שלהן מן הקשר כאשר הן נחשפות לדחק מתגבר (Shaver, in press). יתרה מזו, הנמנעים מגיבים על איום של פרידה בהפחתת נגישותם. נראה כי מערכת ההתקשרות של הנמנע מסוגלת להיות מופעלת בתנאים מסוימים, אך היא מעוכבת ברמה לא מודעת לנוכח איום של פרידה (Mikulincer, Birnbaum, Woddis, & Nachmias, 2001). לפיכך, כאשר האימהות הנמנעות חוות חרדה לגורל ילדיהן, הן נסוגות אל תוך עצמן, ובני זוגם אינם מבחינים בנוקשותן. דפוס זה יוצר מעגל סגור שלילי: האימהות פוחדות לאבד את ילדיהן ולכן נסוגות מבני זוגן, דבר שמוביל לקונפליקט נוסף בקשר הזוגי ולשביעות רצון נמוכה ממנו, וכתוצאה מכך גובר פחדן מלאבד את ילדיהן. נוסף על כך, ייתכן שהדחק הלא-פתור יבוא לידי ביטוי בדרך עקיפה כלפי בן הזוג, כשהוא מתועל לרגשות של עוינות, ריחוק וזרות (Mikulincer & Shaver, 2003).

לכן, כאשר עובדים עם אימהות נמנעות לילדים עם מומי לב מולדים, חשוב לעזור להן להתמודד עם החוויות הקשות הללו בדרך שתפחית את ההגנתיות שלהן ותסייע בידן לעשות אינטגרציה של תכנים וזכרונות חיוביים, ובכך תפחית את הסכנה שהן יוצפו בכאב על ילדיהן. לחלופין יש לעודד אותן לחשוף את מחשבותיהן ורגשותיהן לפני בני זוגן. קשה לבני זוג למצוא בכוחות עצמם ומיוזמתם את הדרך לספק לבנות זוגם ההגנתיות "חוף מבטחים" ובסיס בטוח (Shaver, in press). על כן יש להדריך אותם כיצד להגיע אל בנות זוגם, על ידי הסברת הטבע ההגנתי שלהן – ההתכנסות פנימה והעמדת הפנים כי "הכל כשורה".

נושא נוסף שהמחקר הנוכחי מתייחס אליו הוא הדימוי העצמי והמבנה הפסיכודינמי של ילדים שנולדו עם מומים מסכני חיים ואשר נדרשים לעיתים לעבור הליכים של הצלת חיים. המחקר הנוכחי ניסה לאמוד את התרומה של חומרת מום הלב של הילד, כפי שהוערכה על ידי קרדיולוגים, אל מול תרומת המשאבים של האימהות כגורם הממתן את התוצאות הפסיכולוגיות של מצב זה אצל ילדיהן. נושא זה חשוב ביותר לנוכח המחקרים שהראו כי לילדים שעברו ניתוח לב פתוח יש דימוי עצמי נמוך, וכי הם תופסים את עצמם פגיעים וחרדים יותר בהשוואה לילדים בריאים (Wray & Sensky, 1998).

רווחתם הנפשית של ילדים עם מל"מ תלויה במידה רבה בכך שאימותיהם יפגינו תפקוד "טוב דיו". זאת, בשל העובדה שילדים אלה הינם צעירים מאוד, והתפקוד הקוגניטיבי שלהם לא התפתח דיו לאפשר להם להבין את ההליכים הרפואיים העומדים לפניהם. הליכים פשוטים יחסית עלולים להיחוות על ידיהם כמאיימים. חשוב שהאימהות יוכלו לקרוא בדרך מדויקת את הרמזים, ולו המינוריים ביותר, של דחק אצל ילדן, ולהגיב בהתאם גם כאשר הילדים אינם מדברים. אימהות שאינן

רגישות לסימני הטראומה של ילדיהן, או שמפגניות התנהגויות לא מתחשבות, מחריפות את הקשיים הרגשיים שלהם (Scheeringa & Zeanah, 2001).

המחקר הנוכחי מצביע על התרומה של דפוסי ההתקשרות של האימהות לדימוי העצמי של הילדים. ילדים של אימהות שגבוהות בחרדה בהתקשרות דיווחו על דימוי עצמי נמוך יותר, בעיקר כאשר היה להם מום לב קשה. כאשר אימהות חרדות ניצבות מול המצב הקשה של ילדיהן ומול הפחד לאבדם, הן משתמשות באסטרטגיות של הפעלת יתר, וכך מגבירות את תשומת הלב, התמיכה והנחמה הרגשית שהן מקבלות מסביבתן. אולם אסטרטגיות אלה יוצרות דפוס מסתגל פחות – הן מתקשות לדחוק מחשבות הקשורות לאיום הפרידה מן הילד, ונותרות עסוקות בדאגות ובחרדות הקשורות למצב הילד (Shaver & Mikulincer, 2005). נראה כי מצב רגשי זה מפריע להן להיות קשובות, אמפתיות ותומכות כלפי ילדיהן. מעבר לכך, ילדים חולים אלה אינם יכולים לספק להן את ההרגעה שהן אימהות טובות, הן משום שהם מעין עדות חיה לכך שהן יצרו ילד פגום, והן בשל העובדה שילדים חלשים פיזית נוטים לסגת לתוך עצמם. ילדים אלה מפנים את ההשקעה הליבידינלית שלהם פנימה, כפי שתיאר פרויד (Freud, 1957 [1914]) בהתייחסו לאדם החולה, והדבר בולט כאשר הם מפחדים בשל ההליכים הרפואיים העומדים לפניהם. כמו כן, לאימהות חרדות יש קשיים בזיהוי ובתגמול של הכישורים והיכולות של ילדיהן, וכך הן מונעות מהם שיקוף, הערצה ותגובות אמפתיות, אשר נחוצים לילדים על מנת שתהיה להם תחושה פנימית של יציבות, ביטחון ולכידות העצמי (Kohut, 1971, 1977).

באשר לילדים של האימהות הגבוהות בהימנעות, הללו דיווחו על דימוי עצמי נמוך יותר ללא קשר לחומרת מום הלב שלהם. אימהות נמנעות, אשר קשובות בדרך כלל בעיקר לנושאים תפקודיים, עלולות לא להעניק מידה הולמת של חום ושיקופים לילדיהן. הממצאים מראים כי הדבר נכון גם כאשר לילד יש מום לב קל אשר אינו מפריע כמעט לחייו. נראה כי ההתמודדות לטווח ארוך עם הדרישות הנובעות ממצב זה מחלישה את יכולתן של האימהות להעניק לילדיהן תמיכה רגשית, להיות קשובות לצורכיהם ולהגיב עליהם בצורה הולמת – כל הרכיבים הנחוצים לביסוס דימוי עצמי חיובי אצל הילדים (Bowlby, 1982 [1969]).

המאפיינים של המבנה הפסיכודינמי של ילדים עם מום לב נחשפו בסיפורים שחיברו לכרטיסי ה-CAT. בניגוד לממצאים המבוססים על הדיווח העצמי, ההימנעות בהתקשרות של האימהות תרמה לנטייה של הילדים לפתח דימוי עצמי חיובי פחות בעיקר כאשר היה להם מום לב קשה. ייתכן שהילדים של האימהות הנמנעות רצו לסייע לאימותיהם לשמור על מראית עין ולכן נמנעו מלבטא מילולית ובצורה מפורשת רגשות שליליים. נוסף על כך, ייתכן שהם הזדהו עם אימותיהם הנמנעות ולמדו לא לבטא רגשות שליליים ולשמור על מראית עין חיובית, אף שחוו רגשות שליליים, כפי שבא לידי ביטוי בסיפורי ה-CAT. לחרדה בהתקשרות של האימהות לא הייתה תרומה לדימוי העצמי הסמוי של הילדים, כפי שעלה ממבחן ה-CAT, בניגוד לתרומה שנמצאה ביחס לדימוי העצמי הגלוי של הילדים, כפי שהשתקף משאלון הדיווח העצמי. ייתכן כי ילדיהן של האימהות החרדות הזדהו

עם הדחק שלהן וביטאו אותו בגלוי. לחלופין, ייתכן שהם "למדו" מאימותיהם כי תלונות וביטוי של רגשות שליליים עשויים לעורר תשומת לב. ממצאים אלה תואמים את טענתם של שוור ומיקולנסר (Shaver & Mikulincer, 2005) כי בעת האינטראקציה עם דמויות התקשרות, אנשים נוטים להזדהות עם דמויות אלה ולהפנים את מאפייניהן ותכונותיהן כחלק מן הדרך שבה הם דואגים לעצמם. טענה זו קיבלה תמיכה נוספת מממצאי מחקר זה, שהראו כי הילדים התעסקו באותן חרדות שאפיינו את אימותיהם. כלומר, החרדה בהתקשרות של האימהות הנחתה את ילדיהן הסובלים ממום לב קשה לחוות אותן חרדות.

המדדים הסמויים הוסיפו עוד עדויות לפגיעותם של הילדים של אימהות נמנעות וחרדות. ככל שההימנעות בהתקשרות של האימהות הייתה גבוהה יותר בעת האבחון, הטון הרגשי של הילדים בסיפורי ה-CAT היה שלילי יותר. כמו כן, ככל שהחרדה בהתקשרות של האימהות בעת האבחון של ילדיהן הייתה גבוהה יותר כן התגלו ייצוגי אם חיוביים פחות בסיפורי ה-CAT שלהם. באופן כללי, ממצאים אלה תומכים בתיאוריות השונות של יחסי אובייקט, הגורסות כי חוויותיו של הילד עם האובייקט הראשוני נותנות את הטון לעולמו הפנימי, וכי הוא חש תסכול רגשי כאשר הוא קולט שהוא אינו נאהב באמת על ידי אמו, ושאהבתו שלו לאמו אינה מוערכת ואינה מתקבלת על ידיה (Fairbairn, 1940). מלני קליין (Klein, 1952) טוענת כי נסיונות האכלה מוצלחים או כל ניסיון אחר המערב התאמה מוצלחת בין האם וילדה תורמים לרגשות של סיפוק ולתחושה של עצמי נאהב המצוי בקשר עם אובייקט אוהב. לעומת זאת, מפגש מתסכל עלול להוליד תחושה של עצמי שנוא המצוי בקשר עם אובייקט לא מספק ושנוא. מחקרנו מציג תמיכה אמפירית בניסוחים תיאורטיים אלה, ומציע כי אימהות לא בטוחות אשר חוות קשיים מתמשכים בעת גידול ילדים עם מום לב מולד תורמות לדימוי העצמי הנמוך, לרגש השלילי ולחרדות הבין-אישיות של ילדיהן, מעבר לתרומה של חומרת המום.

לסיום ברצוננו להציג כמה מגבלות אפשריות של המחקר הנוכחי. אומנם זהו מחקר אורך שנמשך שבע שנים, אך בכל זאת אין בידינו מידע על דפוסי ההתקשרות של האימהות לפני הולדת הילדים, ולכן איננו בטוחים לגבי טבע השינויים שחלו בהן לפני הולדת ילדן. כמו כן אין בידינו מידע על תפקידו של האב בהתמודדות זו ועל מידת התמיכה המעשית והנפשית שהוא העניק להן. בעתיד כדאי לפגוש גם את בני הזוג של האימהות, ובכך להיטיב להבין את הדינמיקה של הקשר הזוגי. כמו כן, משתני האם הוערכו על ידי כלי דיווח עצמי ולכן היו חשופים להשפעות של רצייה חברתית. במחקרים עתידיים כדאי להשתמש בכלים שיחשפו עמדות סמויות או לחלופין לקיים תצפיות על אינטראקציות בין האימהות וילדיהן. כמו כן אין בידינו מידע על שביעות הרצון של האימהות מן הקשר הזוגי מייד לאחר האבחון. בשלב זה רוב הילדים היו רכים מאוד, והאימהות היו עסוקות בעיקר בהם ובמחלתם. לכן לא רצינו להסתכן בחודרנות בלתי-הולמת, ולא שאלנו אותן לגבי הקשר עם בן הזוג.

למרות כל המגבלות הללו, המחקר הנוכחי מעלה ממצאים חשובים בדבר פגיעות של אימהות נמנעות ובדבר תרומתם של דפוסי ההתקשרות של האם למצבו הנפשי של הילד. חשוב לזכור כי משפחות אלה נזקקות לתמיכה ולהכוונה מעבר לטיפול

הרפואי בילד החולה. המחקר מראה כי חשוב לספק תמיכה בקשר הזוגי, שעלול להיפגע כתוצאה מקשיי הילד, ובמיוחד להיות קשובים לאימהות שאינן משדרות כלפי חוץ סימני מצוקה.

מקורות

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Antoni, M.H. (1999). Empirical studies of emotional disclosure in the face of stress: A progress report. *Advances in Mind Body Medicine*, 15, 163–166.
- Barbarin, O.H., Hughes, D., & Chesler, M.A. (1985). Stress, coping and marital functioning among parents of children with cancer. *Journal of Marriage and Family*, 47, 473–480.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.
- Bellak, L., & Abrams, D.M. (1996). *The Thematic Apperception Test, the Children's Apperception Test and the Senior Apperception Technique in clinical use* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Bellak, L., & Bellak, S. (1961). *Children's Apperception Test manual* (4th ed.). New York: C.P.S. Co.
- Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2001a). The association of mothers' attachment styles and their psychological reactions to the diagnosis of infant's congenital heart disease. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 208–232.
- Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2001b). Attachment style and mental health: A 1 year follow-up study of mothers of infants with congenital heart disease. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 956–968.
- Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2003). Marital satisfaction among mothers of infants with congenital heart disease: The contribution of illness severity, attachment style, and the coping process. *Anxiety, Stress, and Coping – An International Journal*, 16, 397–415.
- Berant, E., Mikulincer, M., Shaver, P.R., & Segal, Y. (2005). Rorschach correlates of self-reported attachment dimensions: Dynamic manifestations of hyperactivating and deactivating strategies. *Journal of Personality Assessment*, 84, 70–81.

- Berman, W.H., Marcus, L., & Berman, E.R. (1994). Attachment in marital relations. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 204–231). New York: Guilford Press.
- Blatt, S.J., Auerbach, J.S., & Levy, K.N. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *General Psychological Review*, 1, 351–174.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss – Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss – Vol. 3: Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982 [1969]). *Attachment and loss – Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford Press.
- Cassidy, J., & Kobak, R.R. (1988). Avoidance and its relationship with other defensive processes. In J. Belskey & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300–323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohn, J.K. (1996). An empirical study of parents' reaction to the diagnosis of Congenital heart disease in infants. *Social Work in Health Care*, 23, 67–80.
- Dahlquist, L.M., Czyzewski, K.I., & Jones, G.L. (1996). Parents of children with cancer: A longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 541–554.
- Exner, J.E., Jr. (2002). *A primer for Rorschach interpretation*. Ashville, NC: Rorschach Workshops.
- Fairbairn, W.R.D. (1940). Schizoid factors in the personality. In *Psychoanalytic studies of the personality* (pp. 3–27). London: Routledge & Kegan Paul.
- Fairbairn, W.R.D. (1943). The repression and the return of the bad objects (with special reference to the “war neurosis”). *British Journal of Medical Psychology*, 19, 327–341.
- Feeney, J., Noller, P., & Callan, V.J. (1994). Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 269–308). London: Jessica Kingsley.

- Fitts, W.H. (1965). *The Tennessee self-concept scale manual*. Nashville, TN: Counselor Recording and Tests.
- Florian, V., & Drory, Y. (1990). The Mental Health Inventory: Psychometric characteristics and normative data from Israeli population. *Psychologia*, 2, 26–35.
- Fraley, R.C., & Shaver, P.R. (1997). Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1080–1091.
- Fraley, R.C., & Shaver, P.R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132–154.
- Fraley, R.C., & Waller, N.G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77–114). New York: Guilford Press.
- Freud, S. (1957 [1914]). On narcissism: An introduction. In J. Strachy (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 73–102). London: Hogarth Press.
- George, C., & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Project. *Attachment and Human Development*, 3, 30–61.
- Gillath, O., Shaver, P.R., & Mikulincer, M. (2004). An attachment-theoretical approach to compassion and altruism. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Its nature and use in psychotherapy* (pp. 121–147). New York: Cambridge University Press.
- Haft, W., & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 10, 157–172.
- Hauenstein, E.J. (1990). The experience of distress in parents of chronically ill children: Potential or likely outcome? *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 356–364.
- Haworth, M.R. (1966). *The CAT: Facts about fantasy*. New York and London: Grune & Straton, Inc.
- Hazan, C., & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
- Heffron, W.A., Bommelaere, K., & Master, R. (1973). Group discussions with the parents of leukemic children. *Pediatrics*, 52, 831–840.
- Horowitz, M.J. (1982). Psychological processes induced by illness, injury, and loss. In T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 53–68). New York: Plenum Press.

- Kazak, A.E., Reber, M., & Snitzer, L. (1988). Childhood chronic disease and family functioning: A study of phenylketonuria. *Pediatrics*, 81, 224–230.
- Kirkpatrick, L.A., & Davis, K.E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 502–512.
- Klein, M. (1952). On observing the behavior of young infants. In *Envy and gratitude and other works, 1946–1963* (pp. 94–121). New York: Delacorte.
- Klein, M.E. (1987). Transmission of trauma: The defense styles of children of Holocaust survivors. Doctoral dissertation, California Professional Psychology, Berkley. *Dissertation Abstracts International*, 48, 36–82.
- Kobak, R.R., Cole, H.E., Ferenz, G.R., & Fleming, W.S. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231–245.
- Kobak, R.R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 861–869.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International universities Press.
- Kovacs, M., Finkelstein, R., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S., & Pollock M. (1985). Initial psychological responses of parents to the diagnosis of insulin-dependent diabetes mellitus in their children. *Diabetes Care*, 8, 568–575.
- Kovacs, M., Lyengar, S., Goldston, D., Obrosky, D., Stewart, J., & Marsh, J. (1990). Psychological functioning among mothers of children with insulin-dependent Diabetes: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 189–195.
- Kunce, L.J., & Shaver, P.R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 5, pp. 205–237). London: Kingsley.
- Lansky, S., Cairns, N.U. Hassaneim, R., Wher, J., & Lowman, J.T. (1978). Childhood cancer: Parental discord and divorce. *Pediatrics*, 62, 184–188.
- Linde, L.M., Rasof, B., Dunn, O.J., & Rabb, E. (1966). Attitudinal factors in Congenital Heart Disease. *Pediatrics*, 38, 92–101.

- Lutgendorf, S.K., & Antoni, M.H. (1999). Emotional and cognitive processing in a trauma disclosure paradigm. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 423–440.
- Martin, G.R., Perry, I.W., & Ferencz, C. (1989). Increased prevalence of ventricular septal defect: Epidemic or improved diagnosis. *Pediatrics*, 83, 200–203.
- Mikulincer, M., Birnbaum, G., Woddis, D., & Nachmias, O. (2000). Stress and accessibility of proximity-related thoughts: Exploring the normative and intraindividual components of attachment theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 509–523.
- Mikulincer, M., Dolev, T., & Shaver, P.R. (2004). Attachment-related strategies during thought suppression: Ironie rebounds and vulnerable self-representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(6), 940–956.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143–166). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Hirschberger, G. (2002). *The dynamic interplay of global, relationship-specific, and contextual representations of attachment security*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Personality and Social Psychology conference, Savannah, GA, January.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R. (1990). Attachment style and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273–280.
- Mikulincer, M., & Horeish, N. (1999). Adult attachment style and the perception of others: The role of projective mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1022–1034.
- Mikulincer, M., & Sharir, S. (manuscript in preparation). Adult attachment style and strategies of conflict resolution in marital relations.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamic, and interpersonal processes. In M.P. Zana (Ed.), *Advancements in experimental social psychology* (Vol. 35, pp. 53–152). New York: Academic Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2004). Security-based self-representations in adulthood: Contents and processes. In W.S. Rholes & J.A. Simpson (Eds.), *Adult attachments: Theory, research, and clinical implications* (pp. 159–195). New York: Guilford Press.

- Nemiah, J.C., Freyberger, H., & Sifneos, P.E. (1976). Alexythymia: A view of the psychosomatic process. In O.W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic Medicine* (Vol. 3, pp. 430–439). London: Butterworth.
- Olson, D.H., Fournier, D.G., & Druckman, J.M. (1982). *Counselor's manual for PREPARE/ENRICH*. Minneapolis, MN: PREPARE/ENRICH, Inc.
- Rae-Grant, O. (1985). Psychological problems in medically ill child. *The Pediatric Clinics of North America*, 32, 653–663.
- Reynold, J.M., Garralda, M.E., Jameson, R.A., & Postlethwaite, R.J. (1988). How parents and families cope with chronic renal failure. *Archives of Disease in Childhood*, 63, 821–826.
- Rholes, W., Simpson, J.A., & Blakely, B.S. (1995). Adult attachment style and mother's relationship with their young children. *Personal Relationships*, 2, 35–54.
- Rodriguez, J.R., McNaughton, K., Hoffman, R.G., Graham-Pole, J., Andres, J.M., Novak, D.A., & Fennel, R.S. (1997). Transplantation in children – A longitudinal assessment of mothers' stress, coping and perceptions of family functioning. *Psychosomatics*, 38, 478–486.
- Rozansky, G.I., & Linde, L.M. (1971). Psychiatric study of parents of children with cyanotic congenital heart disease. *Pediatrics*, 48, 450–451.
- Scheeringa, M.S., & Zeanah, C.H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 799–815.
- Shaver, P.R. (in press). The therapeutic payoff for careful theory and research on attachment. *Family Psychologist*.
- Shaver, P.R., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence. In D. Perlman & W. Jones (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 4, pp. 29–70). London: Jessica Kingsley.
- Shaver, P.R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133–161.
- Shaver, P.R., & Mikulincer, M. (2005). Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *Journal of Research in Personality*, 39, 22–45.
- Sheeran, T., Marvin, R.S., & Pianta, R.C. (1997). Mother's resolution of their child diagnosis and self-reported measures of parenting stress, marital relations, and social support. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 197–212.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 22, 255–262.
- Silber, E.J., Bauman, L.J., & Ireys, H.T. (1995). Relationships of self-esteem and efficacy to psychological distress in mothers of children with chronic physical illness. *Health Psychology*, 14, 333–340.

- Solnit, A.J., & Stark, M.H. (1961). Mourning and the birth of a defective child. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 523–537.
- Stoneman, Z., Brody, G.H., & Burke, M. (1989). Marital quality, depression and inconsistent parenting: Relationship with observed mother-child conflict. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 105–117.
- Timko, C., Stovel, K.W., & Moos, R.H. (1992). Functioning among mothers and fathers of children with juvenile rheumatic disease: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 705–724.
- Veit, C.T., & Ware, J.E. (1983). The structure of psychological stress and well-being in general populations. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 51, 730–742.
- Walker, D.K., Epstein, S.G., Taylor, A.B., Crocker, A.C., & Tuttle, G.A. (1989). Perceived needs of families with children who have chronic health conditions. *Children Health Care*, 18, 196–201.
- Wayment, H.A., & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reactions. *Journal of Loss & Trauma*, 7, 129–149.
- Wray, J., & Sensky, T. (1998). How does the intervention of cardiac surgery affect the self-perception of children with congenital heart disease. *Child: Care Health and Development*, 24, 57–72.
- Zimand, E., & Wood, B. (1986). Implications of contrasting patterns of divorce in families of children with gastrointestinal disorder. *Family Systems Medicine*, 4, 385–397.
- Zuravin, S.J. (1989). Severity of maternal depression and three types of mother-child aggression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 377–389.