



مؤسسة "شاليم"
لتطوير خدمات للأشخاص ذوو
التخلف العقلي في السلطات المحلية
The Shalem Fund
For Development of Services for People with
Intellectual Disabilities in the Local Councils
פיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית
התפתחותית ברשויות המקומיות



אוניברסיטת חיפה
UNIVERSITY OF HAIFA

השלמה של אימהות עם אבחון ילדן כבעל לקות אינטלקטואלית קשר לרגישות אימהית ולהתקשרות של הילד

רינת פניגר-שאל

בהנחיית: פרופ' דוד אופנהיים

עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות
לקבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"
אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי החברה
החוג לפסיכולוגיה



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם

הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות

2011

תודות

ברצוני להביע את תודתי העמוקה והכנה לפרופסור דויד אופנהיים על שהיה מקור של תמיכה והשראה.

למדתי ממך רבות ואני מרגישה ברת מזל על שהיית המנחה שלי.

תודה לד"ר נינה קורן קריא, ד"ר תרצה יואלס, ד"ר סמדר דולב, ד"ר אפרת שר, וכל הצוות המסור במרכז לחקר התפתחות הילד על שלקחו חלק בפרויקט זה. תודה מיוחדת לעוזרות המחקר המסורות:

מעיון, אפרת, מיכל, דלית ורותם.

תודה חמה לכל המשפחות שהסכימו לקחת חלק במחקר. בנוסף, ברצוני להודות לגננות, לעובדות הסוציאליות, לפסיכולוגיות, לרופאים ולמנהלים של מוסדות לחינוך מיוחד על שעזרו במשימה המאתגרת של גיוס המשפחות.

ברצוני להודות לקרן שלם על תמיכתם הכספית במחקר.

תודה גדולה במיוחד למשפחתי, ויותר מהכל לבעלי היקר איתן אשר בלעדיו כל זה לא היה אפשרי.

תוכן עניינים

4	תקציר
7	הקדמה
28	שיטה
40	תוצאות
50	דיון
62	ביבליוגרפיה
78	נספחים
102	תקציר באנגלית

תקציר

הורות לילד בעל לקות אינטלקטואלית (פיגור שכלי) מציבה אתגרים ייחודיים. ההורים נדרשים להתאים את הציפיות והתקוות לילדם ולקבל או "להשלים" עם הרגשות שקשורים לאבחנת ילדם כבעל לקות אינטלקטואלית. בהתאם לתאוריית ההתקשרות, להשלמה של ההורים יש השלכות משמעותיות לא רק על רווחתם שלהם אלא גם על התפתחות הילד. זאת בגלל שחוסר השלמה יכול לפגוע ביכולתם של ההורים להגיב בצורה רגישה ומתאמת לסיגנלים הרגשיים של הילד.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את ההשלמה של אימהות עם ההרגשות ועם המחשבות הנלוות לאבחנה של ילדן כבעל לקות אינטלקטואלית, וכן לבחון את ההשפעה של ההשלמה האימהית על אינטרקציות אם-ילד ועל איכות ההתקשרות של הילד. שיערנו כי אימהות שמראות השלמה עם האבחנה של ילדן בעל הלקות אינטלקטואלית תגלנה יותר רגישות במהלך אינטרקציה עם ילדן וכן הילדים יהיו בעלי סיכוי גבוה יותר להתקשרות בטוחה. עוד שיערנו כי הקשר בין השלמה אימהית להתקשרות יתוון בצורה חלקית או מלאה על ידי רגישות אימהית. ייתכן וקל יותר להשלים עם אבחנה פחות חמורה, ולכן נבדק הקשר בין חומרת האבחנה להשלמה אימהית. כמו כן בדקנו את הקשר בין המשתנים העיקריים של המחקר לגורמים פסיכו-סוציאליים אצל האם הכוללים מצוקה אימהית, תמיכה חברתית והשפעה על המשפחה.

שלושים ושניים ילדי גן בגילאי 2.5-5.5 ואימהותיהם גויסו להשתתף במחקר. כל הילדים

אובחנו כבעלי לקות אינטלקטואלית ללא אטיולוגיה ידועה (non-syndromic Intellectual Disability). לילדים המשתתפים במחקר לא היו בעיות רפואיות ידועות אחרות. כחלק מהליך המחקר עברו המשתתפים אבחון נוסף. באבחון נעשה שימוש במבחן מולן (Mullen Scales of Early Learning, 1995) אשר מנפיק ציוני מנת משכל (IO) וכן במבחן וינלנד (Vineland Adaptive Behavior Scales, 1984) אשר מנפיק ציוני התנהגות מסתגלת. נעשה שימוש בריאיון תגובה לאבחנה (Reaction to Diagnosis Interview - RDI) (Marvin & Pianta, 1993) כדי להעריך את ההשלמה של אימהות עם האבחנה של ילדן. בעקבות הריאיון סווגו האימהות ל"משלימות" ול"לא משלימות" עם האבחנה. כמו כן נעשה שימוש בסולם זמינות רגשית (Emotional Availability Scales, Biringen, Robinson & Emde, 1998) כדי להעריך רגישות אימהית במהלך אינטרקציות

אם-ילד בשלוש אפיזודות משחק: משחק חופשי, משחק מובנה בפאזל ומשחק חברתי ללא צעצועים. לבסוף נעשה שימוש בסיטואציית הזרה (Strange Situation procedure, Ainsworth, Blegar,) (Water & wall, 1978) כדי להעריך את איכות ההתקשרות של הילד לאמו. כמו כן נעשה שימוש בשאלונים כדי להעריך גורמים פסיכו-סוציאליים אצל האם שעשויים להיות קשורים להשלמה אימהית עם האבחה: Brief Symptom Inventory להערכת מצוקה אימהית, Family Impact Questionnaire להערכת השפעה על המשפחה, ו-Social Network Form להערכת התמיכה החברתית של האימהות.

28% מהאימהות נמצאו משלימות עם האבחה, בעוד ש-72% נמצאו לא משלימות עם האבחה. לא נמצא קשר בין השלמה אימהית עם האבחה לחומרת האבחה. כמו כן לא נמצא קשר בין מאפיינים פסיכו-סוציאליים של האם להשלמה אימהית.

בהתאם להשערות נמצא כי אימהות אשר משלימות עם האבחה של ילדן בעל הלקות האינטלקטואלית מראות רגישות רבה יותר במהלך משחק חופשי ובמהלך משחק חברתי. לא נמצאו הבדלים מובהקים ברגישות של אימהות משלימות לעומת אימהות לא משלימות במהלך משחק הפאזל. כמו כן נמצא קשר חיובי בין רגישות אימהית במהלך המשחק החופשי לבין איכות ההתקשרות של הילד. בניגוד להשערות לא נמצא קשר בין השלמה אימהית להתקשרות של הילד. הקשרים שנמצאו בין השלמה ורגישות אימהית לבין איכות ההתקשרות של הילד נשארו גם כאשר שלטנו בהשפעה של רמת הלקות האינטלקטואלית של הילד. ממצא זה יכול להצביע על כך שחומרת המוגבלות איננה קובעת באופן בלעדי את איכות אינטרקציית האם-ילד.

זהו המחקר הראשון שבדק את ההשלמה של אימהות עם ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. חלק מהסבר למספר הנמוך יחסית של אימהות שמראות השלמה עם האבחה עשוי להיות טמון במאפיינים הייחודיים של אבחה של לקות אינטלקטואלית, שעלולים להשפיע על תהליך ההשלמה של האימהות. המספר הנמוך יחסית של אימהות שמראות השלמה עם האבחה של ילדן בעל הלקות האינטלקטואלית מעורר דאגה בעיקר לאור הממצאים כי השלמה עם האבחה נמצאה קשורה לרגישות אימהית. כמו כן לתוצאות המחקר עשויות להיות השלכות לגבי התערבויות עבור ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ועבור משפחותיהם. בעקבות התוצאות אפשר לטעון כי עבודה עם הורים על מחשבותיהם ורגשותיהם לגבי

האבחנה של ילדם עשויה לקדם רגישות הורית. תרומה חשובה של מחקר זה היא ההתמקדות בהבדלים אינדיבידואליים בין הורים לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ולא בהבדלים בין-קבוצתיים, אולם נדרשים מחקרים נוספים כדי להבין טוב יותר הבדלים אלו וכדי לתמוך ולסייע בהתפתחותם של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. המדגם הקטן יחסית הוא אחת המגבלות העיקריות של מחקר זה. מגבלות נוספות והצעות למחקרי המשך נידונות בגוף העבודה.

הקדמה

"I cried at your birth unable to 'see' the way that you were just the way you 'should be'.
The pain in my heart was a cold heavy stone
I regretted your life and lamented my own...." (Wilt, 1991)

לידת ילד היא חלום שהתגשם; חלום של תקווה והבטחה לשלמות. לפיכך אחד הדברים הקשים ביותר להורים הוא לקבל את אבחנת ילדם כבעל לקות אינטלקטואלית (Dichfield, 1992; Blacher, 1984; Kanner, 1953). התקוות והחלומות נגדעים באופן דרמטי אל מול ההכרה במציאות שבה הילד מוגבל, ולעתים קרובות החוויה היא טראומטית. תחושות ההורים הן אשמה, כעס, עצבות, בושה ואכזבה; כמו כן עליהם להתעמת עם שאלות רבות, עם חרדות ועם פחדים בנוגע להתפתחות ילדם (Fortier & Wanlass, 1984, Kanner, 1953). יחד עם זאת, כמספר ההורים כך גם מספר התגובות והישגותן לאורך הזמן. קיימת שונות אינדיבידואלית רבה בין הורה להורה: בעוד שחלק מההורים מקבלים את האבחנה של ילדם ו"משלימים" עמה במחשבותיהם וברגשותיהם, הורים אחרים נתקלים בקושי רב יותר לקבל את המצב ו"לא משלימים" עמו במחשבותיהם וברגשותיהם. לפי תאוריית ההתקשרות, להשלמת ההורים עם האבחנה של ילדם יש השלכות משמעותיות על התייחסותם לילד; כתוצאה מכך ההשלמה יכולה להשפיע על איכות ההתקשרות של הילד בעל הלקות האינטלקטואלית עם הוריו. מסיבה זו, יחס ההורים לאבחנת ילדם בעל הלקות האינטלקטואלית משמעותי לא רק לאיכות חייהם של ההורים אלא גם להתפתחות הילד, שמושפעת מאוד מיחס זה (Main & Hesse, 1990); זאת מפני שחוסר השלמה עלול לפגום ביכולתו של ההורה להגיב באופן רגיש והולם לסיגנלים הרגשיים ששולח הילד.

מסיבות אלו, במחקר הנוכחי נחקרו ההסתגלות שעל הורים לילד בעל לקות אינטלקטואלית לעבור והשלכותיה על יחסי ההורה-ילד. נגדיר **הסתגלות** כתהליך מתמשך של השלמה הורית עם האבחנה של הילד. במחקר זה אנו מתמקדים בהיבט מסוים של הסתגלות: **השלמה אימהית**. מטרת המחקר היא לחשוף את הקשר שבין השלמה אימהית עם האבחנה לרגישות אימהית ולאיכות ההתקשרות של הילד. בעקבות תאוריית ההתקשרות נערכו מחקרים רבים על ילדים שהתפתחותם תקינה, אך קיימים מחקרים מועטים על יחסי הורה-ילד בעל לקות אינטלקטואלית מנקודת מבט התקשרותית. במחקר הנוכחי נעשה

שימוש בתאוריית ההתקשרות כדי לחקור את היחסים בין ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית להוריהם. נתחיל בהגדרת המונח 'לקות אינטלקטואלית' ונמשיך בסיכום קצר של תאוריית ההתקשרות, כדי להכשיר את הקרקע להצגת המשתנים העיקריים שעומדים לדין: השלמה, רגישות ואיכות ההתקשרות.

הגדרת לקות אינטלקטואלית

במהלך חמישים השנים האחרונות שונתה הגדרת הלקות האינטלקטואלית פעמים רבות, ועם כל

שינוי בקריטריונים האבחוניים הוצאו אחוזים רבים מאוכלוסייה זו ונכללו בה לחלופין (Walters & Kaufman Blane, 2000). במחקר הנוכחי נעשה שימוש בהגדרה העדכנית ביותר, שפורסמה על ידי

האיגוד האמריקאי לפיגור שיכלי (AAID) American Association of Intellectual Disability

בשנת 2002: לקות אינטלקטואלית מאופיינת על ידי מגבלות משמעותיות הן בתפקוד

האינטלקטואלי הן בהתנהגות מסתגלת כפי שבאה לידי ביטוי במיומנויות ההסתגלות

הקונספטואליות, החברתיות והמעשיות. מקורה של מוגבלות זו לפני גיל 18. (Luckasson, Borthwick-Duffy, Buntinx, Coulter, Craig, Reeve, Schalock, Snell, Spitalnik, Spreat

(& Tasse, 2002).

תפקוד אינטלקטואלי מוגדר באמצעות ציון מנת משכל (IQ) שמתקבל מאבחון על ידי אחד או

כמה ממבחני האינטליגנציה המתוקננים, שמועברים באופן פרטני. הקריטריון לאבחנה של לקות

אינטלקטואלית הוא ציון IQ של 70 או פחות, משמע שתי סטיות תקן מתחת לממוצע. יש לקחת בחשבון טעות מדידה של 5 נקודות בקירוב בהערכת IQ, ולכן אפשר לאבחן לקות אינטלקטואלית גם באנשים עם ציון IQ 70-75 (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000).

קיימות ארבע דרגות חומרה, אשר משקפות את רמת הלקות

האינטלקטואלית: קלה (ציון IQ 50-55 עד 70 בקירוב), בינונית (ציון IQ 35-40 עד 50-55), קשה

(ציון IQ 20-25 עד 35-40) ועמוקה (ציון IQ נמוך מ-25-20) (DSM-IV-TR, 2000).

התנהגות מסתגלת מתייחסת לאופן בו מתמודד הפרט ביעילות עם מטלות יום-יומיות, ולשאלה

עד כמה תפקודו תואם את המצופה בהשוואה לגילאים בעלי אותו רקע תרבותי-חברתי ומאותה מסגרת

קהילתית (DSM-IV-TR, 2000). הקריטריונים להתנהגות מסתגלת לקויה מוגדרים כשתי סטיות תקן

לפחות מתחת למוצע, לפחות באחד מתחומי ההתנהגות המסתגלת: הקונספטואלי, החברתי והמעשי; או בציון כולל במדידה מתוקנת של התחומים האלו (Luckasson et al., 2002).

המונח **מיומנויות קונספטואליות** מתייחס למשתנים: הפקה והבעה שפתית, קריאה וכתובה, הבנה של מושג הכסף והתנהלות מכוונת מטרה. המונח **מיומנויות חברתיות** מתייחס למשתנים: מיומנויות בין-אישיות, לקיחת אחריות, הערכה עצמית, ציות לכללים ולחוקים, פתיות (הסבירות שבה אפשר לשטות באדם או לנצל אותו), תמימות והימנעות מלהיות קורבן. המונח **מיומנויות מעשיות** מתייחס לפעילויות יומיומיות כמו אכילה, התלבשות, שימוש בשירותים, שימוש בטלפון והכנת ארוחות, וכולל גם כישורים תעסוקתיים. קיימים סולמות שונים לשם מדידת התנהגות אדפטיבית, לדוגמה מבחן וינלנד (Vineland Behavior Scales, 1984), שנעשה בו שימוש במחקר הנוכחי (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984).

מחקרים שונים מדווחים על שכיחויות שונות של לקות אינטלקטואלית באוכלוסייה, בהסתמך על ההגדרות בהן השתמשו, שיטות האבחון ואוכלוסיית היעד. רוב המחקרים מדווחים על שכיחות של 1%-3% מהאוכלוסייה הכללית. לקות אינטלקטואלית רווחת יותר בקרב גברים, והיחס בין גברים לנשים הוא 1.5:5 בקירוב (APA 2000, Walters & Kaufman Blane, 2000).

השקפות עדכניות מניחות שהאטיולוגיה של לקות אינטלקטואלית היא רב-ממדית (Walters & Kaufman Blane, 2000). אטיולוגיות ברורות ידועות בדרך כלל במקרים בהם הלקות האינטלקטואלית הוא קשה או עמוקה, אך אצל רוב האוכלוסייה בעלת לקות אינטלקטואלית קלה, לא ידועה האטיולוגיה (Murphy, Boyle, Schendel, Decoufle & Yeargin-Allsop, 1988; APA, 2000; Walters & Kaufman Blane, 2000).

חשוב להבחין שהמונח 'לקות אינטלקטואלית' החליף את המונח 'פיגור שכלי' (Mental Retardation), שבו נעשה שימוש בארצות הברית עד לאחרונה (Schalock, Lackasson, Shogren, Borthwick-Duffy, Bradly, Buntinx, Coulter, Craig, Gomez, Lachapelle, Reeve, Snell, Spreat, Tasse, Thompson, Verdugo, Wehmeyer & Yeager, 2007). השינוי במינוח מתבטא גם בשינוי שמם של ארגונים וכתבי עת שונים (לדוגמה הארגון the American Association of Mental Retardation, ששמו החדש הוא: the American Association of Intellectual and

Parmenter,) (Developmental Disability); הדבר משפיע גם על המינוח במחקרים שיוצאים לאור (, 2004; Schroeder, Gertz, & Velazquez, 2002). מושג הלכות האינטלקטואלית נכלל במושג הרחב יותר של מוגבלות, ומתאים לגישות מקצועיות עכשוויות שמתמקדות בהתנהגות מסתגלת ובגורמים קונטקסטואליים. יש לציין שישנם הבדלים בין המינוח למוגבלות בארצות הברית לבין מדינות אחרות דוברות אנגלית, דבר שעלול לגרום לבעיות תקשורת (Fernald, 1995). החלופה השגורה ביותר ללקות אינטלקטואלית בבריטניה היא 'ליקוי למידה' ('learning disability') (Cuskelly, 2004). מונחים נוספים שנעשה בהם שימוש הם 'intellectual impairment' (ליקוי אינטלקטואלי) וכן 'developmental disability' (נכות התפתחותית).

ההגדרה של לקות אינטלקטואלית שנידונה עד עתה הציגה את המאפיינים הייחודיים של אוכלוסייה זו. ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ואימהותיהם עומדים במרכזו מחקר זה, וכדי לבחון אוכלוסייה זו נעשה שימוש בתאוריית ההתקשרות ובמדדיה. כעת נציג בקצרה את תאוריית ההתקשרות ואת הרציונל לבחירתה למטרות המחקר הנוכחי.

התקשרות ולקות אינטלקטואלית

תאוריית ההתקשרות היא מסגרת תאורטית ואמפירית משמעותית למטרות חקר ההתפתחות החברתית-רגשית של הילד (Cassidy, 1999). במחקר הנוכחי נעשה שימוש בתאוריה זו לשם הקונספטואליזציה של ההתפתחות החברתית והרגשית של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית והבנתה, וכן לשם הבנת התהליכים ההוריים שתורמים להתפתחות זו. בחרנו ליישם את תאוריית ההתקשרות בעקבות חיבורו של Zigler (1967), שהיה בין הראשונים שנקטו בגישה התפתחותית כדי לחקור לקות אינטלקטואלית. Zigler טען שאנשים בעלי לקות אינטלקטואלית עוברים את אותו הרצף של שלבים התפתחותיים כמו ילדים שהתפתחותם תקינה, רק לאט יותר. אם כך הדבר, משמע שתאוריות שתורמות משמעותית לחקר ההתפתחות הנורמטיבית – במקרה שלנו, תאוריית ההתקשרות – יכולות להיות רלוונטיות במידה שווה לחקר התפתחותם של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית (Hodapp, Burack & Zigler, 1998). כמו כן סבר Zigler כי במחקר שנעשה על אנשים בעלי לקות אינטלקטואלית יש לתת תשומת לב רבה לחוויות החברתיות והרגשיות שלהם, מפני שחוויות אלו הן מרכזיות בהסתגלותם לחיי היום-יום (Zigler, 2001, 2002). במחקר זה יישמנו את תאוריית ההתקשרות כדי לחקור את היחסים

בין ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית לאימהותיהם, תוך התמקדות בהשלמה אימהית, ברגישות אימהית ובהתקשרות של הילד.

סקירה קצרה של תאוריית ההתקשרות

אחת התובנות המרכזיות של תאוריית ההתקשרות של Bowlby (1969/1982) היא שיצירת

התקשרות היא תופעה האופיינית לא רק לבני אדם אלא גם למינים אחרים של בעלי חיים; כיוון שהתקשרות היא תוצר אבולוציוני והיא בעלת ערך הישרדותי, כל הילדים יוצרים התקשרות למטפליהם. היוצאים מן הכלל היחידים הם מקרים חריגים של ילדים בעלי חסכים חמורים או כאלו הגדלים במוסדות. התקשרות אינה קיימת בלידה אלא מתפתחת במהלך שנת החיים הראשונה של התינוק; הופעתה תלויה בשלבים קוגניטיביים שכל ילד בעל התפתחות תקינה עובר עד גיל שנה.

הנחת יסוד נוספת של Bowlby היא שאופי ההתקשרות של הילד למטפלו תלוי בחוויות המסויימות שחווה הילד עם אותו המטפל, בהן תלויה בעצם מידת הביטחון של הילד ביכולתו של המטפל לפתור את מצוקתו ולספק לו בסיס בטוח, ממנו הוא יכול לחקור את העולם. לפיכך, למרות שהנטייה להתקשרות אינה תלויה בחוויות האישיות של הילד אלא היא "מצפה להתנסות" ("experience expectant"), איכות ההתקשרות שיוצר הילד כן תלויה בחוויותיו האישיות עם כל מטפל, ולכן היא "תלויה בהתנסות" ("experience dependent") (Greenough & Black, 1992).

תובנה נוספת של תאוריית ההתקשרות (Bowlby, 1982) היא שאיכות ההתקשרויות המוקדמות חוזה את המשך התפתחותו החברתית-רגשית של הילד (Main, Kaplan, & Cassidy, 1999; Thompson, 1985). רעיון זה מחדד את חשיבות איכות ההתקשרות, והוא זכה לחיזוקים במחקרים רבים שנעשו על ילדים שהתפתחות תקינה. לדוגמה, במחקר אורך שנפרס על פני 30 שנה מצאו Sroufe ועמיתיו (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005) שבניגוד לילדים בעלי התקשרות לא בטוחה, ילדים בעלי התקשרות בטוחה גדלו להיות פעוטות וילדים בעלי כישורים רבים יותר, שיצרו קשרים טובים יותר עם קבוצת השווים שלהם וביטאו רגשות באופן אדפטיבי יותר. יתר על כן, החוקרים גילו כי החיבור בין התקשרות בטוחה לבין אומדנים כלליים של יכולת חברתית ממשיך לאורך שלבי ההתפתחות, מהילדות המוקדמת ועד לבגרות (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005).

2005). מנגד, התקשרות לא בטוחה, ובפרט התקשרות לא מאורגנת, היא סממן מובהק להופעתה של פסיכופתולוגיה עתידית (Lyons-Ruth, 1996; Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999). ניכר כי מושג איכות ההתקשרות כבר שימש בעבר כאמצעי מוכח לקבלת מידע בר-תוקף ורב ערך. למרות זאת, קיים מספר מועט של מחקרים העוסקים בהתקשרות של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית, ובפרט לקות אינטלקטואלית ללא אטיולוגיה ידועה. במחקר הנוכחי ביקשנו להשתמש במושגים ובשיטות אבחון הלקוחים ממחקרים על התקשרות אצל ילדים שהתפתחותם תקינה, וליישם לשם מחקר על ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. במיוחד ביקשנו להתחקות אחר תפקיד ההשלמה והרגישות האימהית בעיצוב אופי ההתקשרות של הילד.

אבחון ההתקשרות

בהמשך לתאוריית ההתקשרות של Ainsworth, Bowlby, פיתחה את "סיטואציית הזרה" (Strange Situation Procedure - SSP), פרוצדורת מעבדתי שמאבחן הבדלים אינדיבידואליים באיכות ההתקשרות בין הפעוט למטפל (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). סיטואציית הזרה כוללת תצפית מובנית בת 21 דקות על הפעוטות ועל אימהותיהם וכן על אישה זרה נוספת בחדר משחקים שבמעבדה. האירועים המרכזיים בתצפית כוללים שתי פרידות קצרות בנות שלוש דקות של האם מהפעוט. במהלך הפרידה הראשונה נותר הפעוט עם האישה הזרה, ובמהלך הפרידה השנייה תחילה נותר הפעוט לבדו, בהמשך נכנסת הזרה ולבסוף חוזרת האם. נמצא שפרוצדורת זה אינפורמטיבי עד מאוד, ונעשה בו שימוש לאבחון דפוסי התקשרות במספר רב של מחקרים בקרב תרבויות מגוונות (van IJzendoorn & Sagi, 2008) ובקרב אוכלוסיות קליניות שונות (למשל, van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg & Frankel, 1992).

בהתאם להתנהגות הילדים במהלך סיטואציית הזרה, ובמיוחד לאור תגובותיהם במהלך שתי אפיזודות האיחוד עם אימהותיהם, מסווגים הילדים לאחד מארבעה דפוסים המייצגים דרכי התקשרות שונות, שמשקפות הבדלים אינדיבידואליים באופי ההתקשרות של הילד למטפלו (Ainsworth et al., 1978). התקשרות בטוחה (B) (secure); לא בטוחה – נמנעת (A) (insecure-avoidant); לא בטוחה – אמביוולנטית/ מתנגדת (C) (insecure-ambivalent/ resistant); ולא בטוחה – לא מאורגנת (D) (insecure-disorganized). פעוטות בעלי התקשרות בטוחה (B) נעזרים באימהותיהם כבסיס

בטוח ממנו הם יכולים לצאת לחקור; כאשר אמם נעדרת הם ממעטים לחקור ולעתים אף חשים מצוקה, אך בשובה הם מברכים אותה בשמחה ושבים לחקור את סביבתם. זהו הדפוס השכיח בקרב 60-70% מהפעוטות במדגם נורמטיבי. פעוטות בעלי התקשרות לא בטוחה – נמנעת (A) חוקרים את סביבתם תוך כדי התייחסות מועטה לאמם, לא מגיבים במצוקה לעזיבת האם ומתעלמים או מתחמקים ממנה בשובה. שכיחותו של דפוס זה במדגם נורמטיבי הוא 20-25% מהפעוטות. פעוטות בעלי התקשרות לא בטוחה – אמביוולנטית/ מתנגדת (C) חוקרים מעט את סביבתם, מפגינים מצוקה ניכרת כשהאם עוזבת ומתקשים להירגע בשובה. בדגימה נורמטיבית שכיחותם היא 10% מהפעוטות (Colin, 1996; van-IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992). לבסוף, פעוטות בעלי התקשרות לא בטוחה – לא מאורגנת (D) מתנהגים באופן לא מאורגן ומבולבל, והתנהגותם מצביעה על כך שאין ביכולתם להתמודד באופן רציף עם המתח שהם חשים בעת הפרידה והאיחוד. בניגוד לשלושת הדפוסים הקודמים, המאופיינים באסטרטגיה עקבית לוויסות עוררות בסיטואציית הזרה, המאפיין הבולט של קבוצה זו הוא התפרקות האסטרטגיה של הילד להתמודדות עם פרידות מהאם במהלך סיטואציית הזרה. במדגם לא קליני, 10-15% מהפעוטות משתייכים לקבוצת דפוס התנהגות D (Cicchetti, 1987, van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999).

סיטואציית הזרה וילדים בעלי לקות אינטלקטואלית

השימוש בסיטואציית הזרה שכיח מאוד אצל ילדים שהתפתחותם תקינה, אך קיימים מחקרים מועטים שבהם נעשה שימוש בסיטואציית הזרה עם ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. קבוצת המשנה שנעשו עליה מרבית המחקרים בקרב ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית היא ילדים בעלי תסמונת דאון, כנראה מפני שזוהי התסמונת השכיחה ביותר שמקורה גנטי; מסיבה זו רוב המחקרים הנסקרים בהמשך נעשו על קבוצה זו. על אף שכמה מחקרים טוענים שהתפתחותם של ילדים בעלי תסמונת דאון זהה להתפתחותם של קבוצות אחרות של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית (Pino, 2000), לפי מחקרים אחרים ילדים בעלי תסמונת דאון מפגינים רמות גבוהות יותר של התנהגות מסתגלת, הכוללת מיומנויות קליטה (receptive skills), פנאי ומשחק (Canepa, Barbagna, Millepiedi & Marcheschi, 2000); כמו כן אינטרקציית האם-ילד טובה יותר אצל ילדים בעלי תסמונת דאון מאשר אצל ילדים בעלי לקויות אינטלקטואליות אחרות (Marcheschi, Millepiedi, & Barbagna, 1996), ככל הנראה מפני

שילדים בעלי תסמונת דאון נוטים להיות עליזים וחברותיים יותר (Hodapp, 2002). על אף חשיבות המחקרים שנעשו על התקשרות של ילדים בעלי תסמונת דאון, כאשר מכלילים מהם על התקשרות של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ללא אטיולוגיה ידועה יש לעשות זאת במשנה זהירות.

Atkinson, Chisholm, Scott, Goldberg, Vaughn, Blackwell,) ועמיתיו (Dickerns, & Tam, 1999) צפו ב-53 ילדים בעלי תסמונת דאון בעזרת סיטואציית הזרה ומצאו כי 40% סווגו כמציגים התקשרות בטוחה בגיל 26 חודשים ו-48% סווגו כך בגיל 42 חודשים; כמו כן הם דיווחו כי יחס דומה של ילדים היו בלתי מסווגים (היות ולא היה ברור לחוקרים אם הילדים הציגו התנהגות לא בטוחה או אם הם היו חסרים התנהגות של בסיס בטוח). Vaughn,) ועמיתיו (Goldberg, Atkinson, Marcovitch, MacGregor & Seifer, 1994) ערכו השוואה בין סיווגיהם של 138 ילדים בעלי תסמונת דאון בני 54-14 חודשים על פי סיטואציית הזרה (משלושה מדגמים שונים) לבין סיווגיהם של ילדים בני 14-12 חודשים שהתפתחותם תקינה. בקבוצת ההתפתחות התקינה היו יותר ילדים שסווגו כמציגים התקשרות בטוחה מאשר בקבוצת התסמונת דאון, ובקבוצת התסמונת דאון היו יותר ילדים בלתי מסווגים מאשר בקבוצת הילדים שהתפתחותם התקינה. יחד עם זאת 48% מהילדים מקבוצת התסמונת דאון סווגו כמציגים התנהגות בטוחה, אף כי החוקרים ציינו שהתקשו לנתח ולסווג את התנהגותם של ילדים אלו בעת האיחוד עם מטפליהם על פי הסיווג המסורתי של Vaughn, Ainsworth ועמיתיו (Vaughn et al., 1994) היו בין הראשונים למצוא ייצוג גדול של התקשרות לא מאורגנת בקרב ילדים בעלי תסמונת דאון. Ganiban ועמיתיו גילו גם הם שיעור דומה של התקשרות בטוחה (Ganiban, Barnett and Cicchetti, 2000); הם צפו ב-30 פעוטות בעלי תסמונת דאון כשאלו היו בני 19 ו-27 חודשים בעזרת סיטואציית הזרה, וגילו כי רבים מהילדים הראו התקשרות בטוחה לאימהותיהם (43% בגיל 19 חודשים ו-53% בגיל 27 חודשים). כמו Vaughn ועמיתיו לפניו, גם Ganiban ועמיתיו (Ganiban, Barnett & Cicchetti, 2000) מצאו שכיחות גבוהה של התקשרות לא מאורגנת בקרב ילדים בעלי תסמונת דאון.

Goldberg (1988) עמדה בראש אחד מהניסויים הבודדים שנערכו על ילדים בעלי איחור התפתחותי ללא אטיולוגיה ידועה. Goldberg נעזרה בסיטואציית הזרה וחקרה שלוש קבוצות ילדים בגיל גן חובה בעלי איחורים התפתחותיים: 40 ילדים בעלי תסמונת דאון, 29 ילדים בעלי הפרעה נוירולוגית ו-

40 ילדים בעלי איחור התפתחותי ללא אטיולוגיה ידועה. היא מדווחת כי התפלגות דפוסי ההתקשרות של הילדים במחקר, אלו שיכלו להיות מסווגים לפי שיטת הסיווג המוסכמת, אינה שונה ממדגמים נורמטיביים; יחד עם זאת, אי אפשר היה לסווג שליש מהילדים באמצעות שיטת הסיווג המוסכמת, והם סווגו כנמנעים (A) וגם כאמביוולנטים/ מתנגדים (C) מפני שהפגינו שילוב בין חיפוש קרבה לבין כעס והימנעות מהאם. כמו כן לא התגלו הבדלים מובהקים בהתפלגות סיווגי ההתקשרות בין הקבוצות שאובחנו.

מהמחקרים על התקשרות ולקות אינטלקטואלית שנסקרו לעיל עולה כי ילדים רבים מפגינים יחסי התקשרות בטוחה עם אימהותיהם; יחד עם זאת, בהשוואה לילדים שהתפתחותם תקינה, הציגה אוכלוסיית הלקות האינטלקטואלית שיעור גבוה יותר של התקשרות לא בטוחה. כעת נדון בהסברים אפשריים לנתונים אלו.

יישום פרוצדורת סיטואציית הזרה אצל ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית

חשוב לציין, כשאנו באים להסביר את השיעור הגבוה יחסית של התקשרויות לא בטוחות בקרב ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית, כי חלק מהמחקרים שנסקרו לעיל הדגישו את האתגרים הכרוכים ביישום השיטה המוסכמת לסיווג התקשרויות באוכלוסייה זו. סוגיות שיש לבחון הן אם ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית מגיבים למתח שנוצר בסיטואציית הזרה בדומה לילדים שהתפתחותם תקינה; ואם הפרידות בסיטואציית הזרה מעוררות את "מערכת ההתקשרות", שהיא המערכת ההתנהגותית שמכתיבה את דפוסי ההתקשרות של הילד בעתות מצוקה. תחום זה שנוי במחלוקת: כמה מחקרים מצאו שילדים בעלי תסמונת דאון מפגינים פחות מתח ומצוקה בסיטואציית הזרה (Thompson, Cicchetti, Lamb & Berry, Gunn and Andrews, 1994; Malkin, 1985; van IJzendoorn, 1980), בעוד שמחקר אחר (Berry, Gunn and Andrews, 1980) מראה שילדים בעלי תסמונת דאון אכן הפגינו מצוקה בסיטואציית הזרה. אמנם ילדים בעלי תסמונת דאון נוטים פחות לאותת את צורכי ההתקשרות שלהם, לגשת לאימהותיהם וליצור מגע פיזי בזמן האיחוד; אך הם מפגינים מודעות לשינוי שמתרחש במהלך סיטואציית הזרה (Berry, Gunn & Vaughn et al., 1994; Andrews, 1980; Cicchetti & Serafica, 1981). מוסיפים שילדים בעלי תסמונת דאון מראים בבירור מודעות לפרידה, שמתבטאת בשינוי באיכות המשחק ובהתנהגות הנצפית, אך מציינים שההתנהגות הנצפית בזמן האיחוד קשה יותר לביאור.

המאמץ היסודי ביותר להרחבת השימוש בסיטואציית הזרה ובסיווגיו בקרב ילדים בעלי תסמונת דאון התבטא בסידרת מחקרים שערכו Cicchetti ועמיתים (למשל, Ganiban, Barnett & Cicchetti, 2000; Cicchetti & Ganiban, 1990; Cicchetti & Serafica, 1981; Cicchetti & Sroufe, 1991; Ganiban & Barnett, 1978), שאימצו נקודת מבט ארגונית רחבה על תחום ההתפתחות כשביארו את התנהגויות של ילדים בעלי תסמונת דאון במהלך סיטואציית הזרה. על סמך מחקרים אלו טענו Cicchetti ועמיתיו שהתקשרות מתגבשת אצל ילדים בעלי תסמונת דאון בגיל ההתפתחותי (developmental age) 12-24 חודשים (Cicchetti & Beeghly, 1990), ושהתפלגות תגובותיהם לסיטואציית הזרה דומה לזו של ילדים שהתפתחותם תקינה, עם התקשרות בטוחה כדפוס הנורמטיבי (Cicchetti & Ganiban, 1990; Ganiban & Barnett, 1991).

דרך אחת ליישב בין ההשקפות הסותרות בנוגע למידת ההתאמה של סיטואציית הזרה לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית היא לבחון את הקשרים בין סיווגי סיטואציית הזרה לבין תצפיות על אינטרקציית אם-ילד בקונטקסטים שונים ולאורך זמן. תקפות השימוש בסיטואציית הזרה אצל ילדים שהתפתחותם תקינה מבוססת ברובה על המחקרים הרבים שגילו קשרים בין אינטרקציית אם-פעוט במהלך שנת החיים הראשונה (בעיקר ביחס לרגישות אימהית לסיגנלים של הפעוט) לבין דפוס ההתקשרות של הילד (De Wolff & van IJzendoorn, 1997). אחת ממטרות המחקר הנוכחי היא לבחון את תפקיד הרגישות האימהית כמנבאת (antecedent) את איכות ההתקשרות בין ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית לאימהותיהם; כעת נסקור את הספרות המקצועית בנושא זה.

רגישות אימהית בקרב אימהות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית

מנקודת הראות של תאוריית ההתקשרות, רגישות המטפל כלפי הסיגנלים הרגשיים של הילד נחשבת כמנגנון העיקרי שמסביר הבדלים אינדיבידואליים בדפוסי ההתקשרות של ילדים (Ainsworth et al., 1978). לפי Ainsworth (1978), אימהות רגישות מפענחות את הסיגנלים של הפעוט נכונה ומגיבות אליהם באופן הולם, מהיר ויעיל. Ainsworth מדגישה שרגישות היא אחת התכונות העיקריות של הטיפול האימהי, שמעודדת התנהגות "בסיס בטוח" מוקדמת. כפי שצויין לעיל, מנגנון זה זכה לתמיכה ממחקרים רבים שנעשו על ילדים שהתפתחותם תקינה (Weinfield et al., 1999; Belsky, 1999).

כמעט ואין נתונים על רגישות אימהית כלפי ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית; מהמחקרים המעטים שעוסקים בנושא ניכר כי הנתונים דומים לאלו שעלו ממחקרים על ילדים שהתפתחותם תקינה. במחקר שנזכר לעיל בחנו Atkinson ועמיתיו (Atkinson et al., 1999) התקשרות אצל ילדים בעלי תסמונת דאון, ומצאו כי סיווגי ההתקשרות של הילדים תאמו למידת הרגישות ההורית שקיבלו לאורך תקופה בת שנתיים, תחת תנאים משתנים: אימהותיהם של ילדים בעלי התקשרות בטוחה דורגו כרגישות יותר מאימהות לילדים בעלי התקשרות לא בטוחה. כמו כן, מחקר נוסף (Moran Pederson, Petit, and Krupka, 1992) מצא קשר מובהק בין רגישות אימהית לבין התקשרות בטוחה בקרב קבוצת פעוטות בעלי תסמונת דאון, אף כי במחקר זה אובחנה איכות ההתקשרות באמצעות Attachment Behaviour Q-Sort (AQS) Q-Sort (Waters and Deane, 1985), ולא באמצעות סיטואציית הזרה. במבחן ה-AQS עורכים החוקרים תצפיות ארוכות על הילד ועל אמו, ובעקבותיהן ממיינים סדרת כרטיסים עם היגדים המתארים מגוון רחב של התנהגויות ילדים אופייניות, על פי מידת ההתאמה שבין התנהגות הילד לבין התיאור שבכרטיס. אסטרטגיית ההתקשרות של הילד נקבעת על ידי חישוב המתאם שבין פרופיל הילד, כפי שהוא בא לידי ביטוי בכרטיסים, לבין הפרופיל של ילד בעל ההתקשרות "הבטוחה ביותר", שמסופק על ידי המפתחים של מבחן ה-Q-sort. מבחן ה-AQS נחשב לאבחון בר-תוקף של התקשרות בפעוטות, והוא נמצא בקורלציה עם סיטואציית הזרה (Waters et al., 1985); לפיכך ממצאים אלו, המקשרים בין רגישות אימהית לבין איכות ההתקשרות, תומכים ביישום מערכת המדידה והסיווג של ההתקשרות אצל ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית.

במחקר עדכני יותר (van IJzendoorn, Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van Daalen, Dietz, Buitelaar, Swinkels, Naber & England, 2007) נבדקו רגישות אימהית והתקשרות אצל ילדים בעלי אוטיזם. אחת מקבוצות ההשוואה הורכבה מילדים בעלי לקות אינטלקטואלית, והחוקרים מצאו כי בקרב אוכלוסייה זו קיים קשר מובהק בין רגישות אימהית לבין התקשרות בטוחה בין הילדים לאימהותיהם. יחד עם זאת, לא ניתן להכליל ממצאים אלו על האוכלוסייה כולה בשל מיעוט המשתתפים בקבוצת בעלי הלקות האינטלקטואלית (n=10). התאמה בין רגישות אימהית לבין דפוסי התקשרות התגלתה גם במחקרים אחרים שבחנו ילדים בעלי אוטיזם, שבהם רבים

מהילדים היו גם בעלי לקות אינטלקטואלית (Capps, Sigman, & Mundy, 1994; Koren-Karie, Oppenheim, Dolev, & Yirmiya, 2009).

לסיכום, הקשר בין רגישות אימהית לבין איכות ההתקשרות אצל ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית נבדק בשלושה מחקרים בלבד: בשני מחקרים נבדקו ילדים בעלי תסמונת דאון (שאחד מהם לא השתמש בסיטואציית הזרה); ובמחקר אחד נעשה שימוש במדגם קטן מאוד. ניכר שיש צורך במחקר נוסף על הקשר בין רגישות אימהית לדפוסי התקשרות אצל ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. לפיכך אחת ממטרות המחקר הנוכחי הייתה לבחון אם אימהות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית שלהם התקשרות בטוחה מפגינות רגישות גדולה יותר כלפי ילדיהן מאשר אימהות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית שלהם התקשרות לא-בטוחה.

נוסף על הקשר בין רגישות להתקשרות, מחקר בנושא רגישות אימהית כלפי ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית חושף גם את האתגרים הייחודיים שמציגים ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית באינטראקצייה שלהם עם אימהותיהם, ומשקף את דרכי ההתמודדות של האימהות עם אתגרים אלו. הלקויות הקוגניטיביות, כמו גם קשיים נוספים המאפיינים ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית, עלולים לבוא לידי ביטוי באינטראקציות בין ילדים אלו להוריהם. לדוגמה, ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית מתוארים בדרך כלל כפחות תגובתיים, כפחות משתפי פעולה וכפחות ברורים ברמזיהם ההתנהגותיים בהשוואה לילדים באותו הגיל שהתפתחותם תקינה (Dunst, 1985; Marfo, 1984), דבר שעלול להקשות על ההורים להיות רגישים ולראות באינטראקצייה עם הילד תהליך מתגמל ומספק (Janssen et al, 2002).

מחקרים על התנהגות בשעת משחק עם גילאים הראו שילדים בעלי לקות אינטלקטואלית היו פחות פעילים חברתית בהשוואה לילדים שהתפתחותם תקינה (Field, 1984; Mindes, 1982), ולעתים תכופות עסקו במשחק יחידני ומקביל במקום במשחק שיתופי (Crawley & Chan, 1982; Guralnick, 1984; Weinhouse, 1984). יתר על כן, מחקרים מצאו קשרים בין יכולות קוגניטיביות של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית לבין השתתפות חברתית וכישורי תקשורת; כך, למשל, לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית חמורה יותר יהיו קשיים רבים יותר במשחק משותף (Beeghly, 1998; Messier, 2008; Ferland & Majnemer, 2008).

המחקרים שנסקרו לעיל מציגים כמה מן האתגרים שמציבים ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ושתורמים לעיצוב אינטרקטיית האם-ילד. מסיבה זו, כאשר בחנו את הקשר בין התקשרות לרגישות הבאנו בחשבון את חומרת האבחנה של הילדים, ובכלל זה את ציוני ה-IQ וההתנהגות המסתגלת שלהם, כגורמים אפשריים שעשויים להשפיע על אינטרקטיית האם-ילד.

מחקרים שחקרו את היחסים בין ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית לאימהותיהם מנקודת מבטה של האם מצאו שאימהות מתקשות להבין נכונה את התנהגות הילד ושהן מתקשות להעריך את כישוריהן ההוריים בשל חוסר בהירות במשוב אותו מספק הילד (Blacher, 1984; Bruchin, 1990; Marom, 1991; Weissman, 1994). מחקרים אחרים הראו שבדיאדות כאלו, התענוג וההנאה המשותפים שבאינטרקטייה ההדדית עלולים שלא לקרות באופן ספונטני, כפי שקורה עם ילדים שהתפתחותם תקינה (Berger & Cunningham, 1983, Field, 1980, Berger, 1990). ממצאים אלו חושפים את צדה של האם באינטרקטייה עם ילד בעל לקות אינטלקטואלית, ושמים דגש על האתגרים שילדים אלו והלקות שלהם מציבים בפני ההורים. חוקרים של תאוריית התקשרות טוענים שאימהות יש תפקיד מכריע יותר בעיצוב איכות יחסי ההתקשרות של האם-ילד מאשר לילד עצמו (van IJzendoorn, Goldberg, 1992; Kroonenberg & Frankel, 1992). מסיבה זו, על אף חשיבותם של האתגרים הכרוכים בטיפול בילדים בעלי לקות אינטלקטואלית והשפעתם על אינטרקטיית האם-ילד, תפקיד ההורים הוא להתאים עצמם לתכונות של ילדיהם כדי לקדם התקשרות בטוחה, למרות הקשיים שמציב הילד. לכן בחרנו להתמקד בהסתגלות של אם לילד בעל לקות אינטלקטואלית, ובחנו את הקשר בין תגובות האם לאבחנה של ילדה כבעל לקות אינטלקטואלית, להתנהגות האם במהלך האינטרקטייה עם ילדה ולאיכות ההתקשרות של הילד.

השלמה עם האבחנה

הן התאוריה הן המחקר תומכים בדעה שטיפול הורי (caregiving) הוא חיוני לעיצוב איכות ההתקשרות של הילד, ושהתקשרות ילד-הורה בטוחה כרוכה בטיפול הורי רגיש. מהם הגורמים להבדלים ברגישות האימהית? לפי תאוריית ההתקשרות, ההנחה היא שקיימת מערכת "התנהגות הורית" (caregiving behavioral system) (George & Solomon, 1999) שמבוססת על ייצוגים מנטליים של הילד, שאחראית על ארגון הטיפול ההורי. הייצוגים המנטליים הללו משמעותיים בעיצוב ההתנהגות

המטפלת, והם מונחים ביסוד היכולת ההורית לאתר את הצרכים הרגשיים של הילד ולהגיב אליהם ברגישות.

לדוגמה, Main and Hesse (1990) חקרו את העולם הייצוגי של הורים באמצעות ריאיון ה-AAI, על ידי בחינת תוצאות תהליך האבל שנגרם כתוצאה מהתנסויות קודמות במצבי אבדן וטראומה. מוקד מרכזי בעבודתם היה לזהות כיצד חווה מצב התודעה (state of mind) של ההורים בנוגע לעבר, ובפרט בנוגע לאבדן מושא(י) ההתקשרות שלהם עצמם, את איכות ההתקשרות שמפגינים צאצאיהם. החוקרים מצאו קשר בין דפוסים לא משלימים מצד ההורים לבין התקשרות לא בטוחה, ובפרט לא מאורגנת, אצל ילדיהם (Main & Hesse, 1990). לפיכך מחקרם הראשוני של Main and Hesse, כמו גם המחקרים שבאו בעקבותיו (ראו van IJzendoorn, 1995), הדגיש את הקשר בין מצב התודעה ההורי בנוגע למצבי אבדן וטראומה לבין יחסי ההורה-ילד.

מרבית ההורים שמקבלים אבחנה של ילדם כבעל לקות התפתחותית חמורה, כמו לקות אינטלקטואלית, חווים תגובות רגשיות חזקות, כגון הלם, עצב, ייאוש ובלבול. זהו תהליך כואב, שדומה במידה רבה לתהליך אבל. אכן, מחקרים רבים השוו בין חוויה זו לאבדן מטפורי, כביכול, של הילד הנורמטיבי לו קיוו ההורים (Oppenheim, Dolev, Koren-Karie, Sher-Censor, Yirmiya & Salomon, 2007). מסיבה זו ברצוננו לבחון במחקר זה את הקשר בין חוויית ה"אבדן" של ההורים בעקבות האבחנה של ילדם כבעל לקות אינטלקטואלית, לבין השפעתה על היחסים עם ילדיהם, כפי שהם באים לידי ביטוי ברגישות האימהית ובאיכות ההתקשרות.

Blacher (1984) סקרה כמה מחקרים שבדקו תגובות של הורים לקבלת האבחנה של ילדיהם, אשר סבלו מבעיות רפואיות שונות וביניהן פיגור שכלי, תסמונת דאון וליקויי לב. דפוסי התגובות הרגשיות של ההורים לאבחנה של ילדיהם כבעלי לקות אינטלקטואלית תוארו על ידה כשלבים מדורגים: השלב הראשון כלל הלם, הכחשה וחיפוש אחר סיבה; השלב השני, המכונה "חוסר ארגון רגשי", אופיין בעיקר על ידי רגשות אשם, והשלב השלישי, המכונה "הסתגלות רגשית", כלל הסתגלות וקבלה.

מודל דומה מופיע בכתיבתו של Bowlby על תהליכי אבל ואבדן. Bowlby הציע ארבעה שלבים: קהות רגשית; כמיהה וחיפוש אחר הדמות האבודה; חוסר ארגון וייאוש וארגון מחדש (Bowlby,

Bowlby (1980). ראה בשלבים אלו תבנית כללית שמאפשרת הרבה וריאציות אישיות, תנודות משלב לשלב וכן חפיפה בין שלבים.

Bowlby הגדיר את היעד הסופי של תהליך האבן כ"ארגון מחדש", שכולל בתוכו השלמה עם טבעו הבלתי-הפיך של האבדן; שינוי דפוסי חשיבה, הרגשה ועשייה ישנים וויתור עליהם; והשלמה הדרגתית עם היות האבדן תמידי, ועם כך שאין ברירה אלא לעצב את החיים מחדש. כמו כן הספרות העוסקת בתגובת ההורים לאבחנת הילד הפגוע (לדוגמה Blacher, 1984; Bench, 1992) מדגישה את חשיבות ההכרה של ההורה בייצוג "חדש" של הילד.

ארגון מחדש מחייב את ההורים לשנות את מודל העבודה הפנימי שלהם ביחס לילד, ממודל המייצג את הילד הבריא, שלו ציפו תחילה, למודל המייצג ילד בעל אבחנה חמורה כמו לקות אינטלקטואלית. בעקבות Bowlby, Pianta, Marvin and Morog (1999) הגדירו **השלמה (Resolution)**, בקונטקסט של גידול ילד בעל לקות או מחלה כרונית, כאינטגרציה של התנסות זו עם הייצוגים של ההורים את ילדם ועם יחסיהם עם הילד. אינטגרציה זו מאפשרת היערכות מחדש של מודל העבודה של ההורים ביחס לילד ולמציאות החדשה, מעודדת את רגישות ההורים ובתמורה גם עוזרת להתפתחות התקשרות בטוחה אצל הילדים.

כעת נתאר את עבודתם הקונספטואלית והאמפירית של Marvin and Pianta בנושא ההשלמה ההורית, בקונטקסט של גידול ילד בעל אבחנה חמורה. חשוב לציין שאף כי Marvin and Pianta הושפעו ממחקרם של Main and Hesse בנושא חוסר השלמה, שהוזכר לעיל, הם מציינים שעבודתם משקפת הרחבה קונספטואלית ואופרציונלית של מושג ההשלמה, שאינם שויי ערך לקונספטואליזציה של חוסר השלמה ושל אבן כפי שהם מופיעים אצל Main and Hesse (Pianta, Marvin & Morog, 1999). אמנם שתי הגישות מסתמכות על גישתו של Bowlby לאבן וחולקות את ההנחה הבסיסית שחוסר השלמה מפריע להתמקדות בהווה; אך יש גם הבדלים משמעותיים ביניהן. ההשערה של Main and Hesse מבוססת על ההבחנה בין אסטרטגיות מאורגנות ולא מאורגנות הן בתחושתיהם של ההורים הן באסטרטגיות ההתקשרות של הילדים. הטענה היא שחוסר השלמה של הורה משקף חוסר ארגון מקביל שיימצא גם בילד, שעתיד להפגין התקשרות לא מאורגנת כלפי ההורה. גישתם של Marvin and Pianta מבוססת על ההבחנה בין התקשרות בטוחה להתקשרות לא בטוחה. לטענתם, חוסר השלמה עם אבחנת

הילד יפריע לקריאה מדויקת של הסיגנלים של הילד ולתגובות הולמות לסיגנלים אלו, ולכן יקבל ביטוי בהתקשרות לא בטוחה (אך לא בהכרח לא מאורגנת) אצל הילד. כעת נעבור לתיאור הריאיון שפיתחו

Marvin and Pianta.

ריאיון תגובה לאבחנה

Marvin and Pianta (1996) פיתחו את ריאיון התגובה לאבחנה (Reaction to Diagnosis)

(Interview - RDI) כדי לבחון את מידת ההשלמה בקונטקסט של גידול ילד בעל אבחנה חמורה. ריאיון התגובה לאבחנה מכיל חמש שאלות, שמבקשות מההורים לתאר את התחושות ואת המחשבות שלהם בנוגע לאבחנה של ילדם. **בשאלה הראשונה** מתבקשים ההורים לתאר מתי הבחינו לראשונה בקושי של ילדם, מה היה גיל הילד באותו הזמן ובאילו קשיים הבחינו. **השאלה השנייה** מתייחסת לתחושות ההורים בנוגע לקושי של ילדם. **בשאלה השלישית** מתבקשים ההורים לתאר בפירוט את התחושות, המחשבות והמעשים שלהם בתקופה שהתקבלה האבחנה של ילדם; שאלה זו, שמחזירה הורים רבים לתקופה קשה מאוד בחייהם, מנסה להתחקות אחר התגובה לאבחנה מיד לאחר קבלתה. **בשאלה הרביעית** נשאלים ההורים על השינוי בתחושותיהם מיום האבחנה ועד עתה. **בשאלה החמישית** נשאלים ההורים על מחשבותיהם בנוגע לסיבה שבגינה קיבל הילד אבחנה התפתחותית; בתגובה לשאלה זו יכולים ההורים לספר על רעיונות שונים שיש להם בנוגע לאטיולוגיה למצבו של ילדם ובנוגע לנושאים קיומיים, למשל מדוע נפלה "צרה" זו דווקא בחלקם.

הורים **משלימים** עם האבחנה (resolved), כפי שהוגדרו על ידי Marvin and Pianta

(1996), מכירים בשינויים שחוו מאז האבחנה; מצהירים שהם ממשיכים הלאה בחייהם; מייצגים את היכולת של ילדם נאמנה; משהים את החיפוש אחר סיבה לאבחנה ומספקים אמירות מאוזנות לגבי התועלת של החוויה עבור האני. הורים יכולים לנקוט באסטרטגיות שונות כדי להגיע להשלמה. Marvin and Pianta (1996) מתארים שלושה תתי-סוגים של סיווג **ההשלמה**: השלמה מונחת-רגש, השלמה מונחת-מחשבה והשלמה מונחת-פעולה (feeling-oriented, thinking-oriented, and action-oriented).

הורים **לא משלימים** עם האבחנה (unresolved) מתקשים בהתאמת הייצוגים המנטליים שלהם

את ילדם למציאות לאור האבחנה. הורים אלו מאופיינים במיקוד מחוץ למציאות של הילד, הכוללת את הצרכים, את הרגשות ואת הסיגנלים של הילד, ובחוסר באסטרטגיה מנטלית מאורגנת ועקבית. Marvin

and Pianta (1996) מתארים ארבעה תתי-סוגים של סיווג הלא משלימים: מפחיתים בחומרת הבעיה, מוצפים רגשית, מוטרדים בכעס ומדוכאים ובעלי בלבול או סילוף קוגניטיבי (neutralizing,)
emotionally overwhelmed, angrily preoccupied, and depressed and cognitively
(distorted or confused).

דפוסי המחשבה והרגש שנחשפים באמצעות ריאיון התגובה לאבחנה הם משמעותיים לא רק בזכות החוויות האישיות של ההורים שהם חושפים, אלא גם בזכות הקשר בינם לבין ההתנהגות ההורית ובזכות ההשלכות שלהם על איכות ההתקשרות של הילד. הורים משלימים, שהייצוגים שלהם את הילד מותאמים לתפקוד של הילד במציאות, מגיבים לרוב ברגישות לסיגנלים של הילד ומתאימים את התנהגותם הן לנקודות החוזק הן לנקודות החולשה של הילד (Marvin & Pianta, 1996). כתוצאה מכך, מצופה כי ילדים להורים משלימים יפתחו התקשרויות בטוחות כלפיהם. מנגד, הורים לא משלימים, שמתקשים להתאים את הייצוגים שלהם את ילדם לאור האבחנה, עלולים להיות מוגבלים ביכולתם להתאים את הטיפול הנדרש לילד וביכולתם להגיב לילד באופן הולם. חוסר ההתאמה בין מודל העבודה של הילד במוחו של ההורה לבין הילד כפי שהוא בפועל עלול לפגום ביכולתם של ההורים לקרוא את הסיגנלים של הילד נכונה ולהגיב אליהם בהתאם, דבר שעלול להוביל להתקשרות לא בטוחה בין הילד להורים.

המנגנון שאחראי לקשר המתואר לעיל מערב, ככל הנראה, תהליך שבו התנהגות ההתקשרות של הילד מעוררת בהורה זיכרונות כאובים של אבדן שההורה לא השלים עמו כראוי. התמודדות מחודשת עם הזיכרונות הללו, מפאת התנהגות ההתקשרות של הילד, נחשבת למבלבלת עבור ההורה. מסיבה זו, כשמערכת הטיפול ההורית מופעלת על ידי התנהגות ההתקשרות של הילד, ההורה הלא משלים צפוי להתקשות להגיב בדרך שתוביל להתקשרות בטוחה. Marvin and Pianta (1996) מרחיבים בנוגע לביטויים השונים של הקשיים הללו, וביניהם פירוש שגוי של הסימנים שנותן הילד; חוסר יחסי באינטרקציה נוחה וקרובה ובקשר גופני אינטימי; ציפיות או דרישות לא מציאותיות שהילד יתפקד באופן נורמלי, כאילו לא היה בעל מוגבלות; תופעות של כעס או דיכאון בעת אינטרקציה עם הילד; ובמקרים קיצוניים הימנעות ממתן טיפול לילד באופן כללי.

ראיות התומכות בהשערת ההשלמה-התקשרות בטוחה מצויות בדיווחם של Marvin and Pianta על הקשר בין ההשלמה של אימהות עם האבחנה של ילדיהן כלוקים בשיתוק מוחין, בהתבסס על ריאיון התגובה לאבחנה, לבין איכות ההתקשרות של הילדים (Marvin & Pianta, 1996). החוקרים מצאו ש-82% מהאימהות שסווגו כמשלימות ביחס לאבחנת ילדן, היו ילדים בעלי התקשרות בטוחה, בעוד ש-81% מהאימהות שסווגו כלא משלימות היו ילדים בעלי התקשרות לא בטוחה. Barnett ועמיתים (Barnett, Clements, Kaplan-Estrin, McCaskill, Hill Hunt, Butler, Schram & Janisse, 2006) סיפקו תמיכה נוספת בממצאיהם של Marvin and Pianta במחקר שנעשה על ילדים בעלי אנומליות מולדות שמערבות ליקוי נוירולוגי (כולל לקות אינטלקטואלית) ומומים גופניים. הם מצאו כי קיים קשר בין השלמה אימהית עם אבחנת הילד לבין התקשרות בטוחה אצל הילד. יש לציין כי במחקרים שהוצגו לעיל לא נמצא קשר בין ההשלמה לבין חומרת האבחנה של הילד; מכאן שהשלמה אינה רק בבואה של ליקוי קל יותר אצל הילד. כפי שהוזכר קודם לכן, הקשרים בין השלמה להתקשרות מוצאם כנראה ברגישות אימהית מוגברת של אימהות שסווגו כמשלימות.

דולב (2006) מצאה ראיות התומכות בהשערת ההשלמה-התקשרות בטוחה במחקר שערכה על ילדים בגיל גן חובה עם לקויות בספקטרום האוטיזם (Autism Spectrum Disorder - ASD), שרבים מהם היו גם בעלי לקות אינטלקטואלית. אימהות שסווגו כמשלימות לפי ריאיון ההתגובה לאבחנה הפגינו יותר רגישות כלפי ילדיהן במהלך אינטראקציות עם הילד וכן יצרו את האינטראקציה בצורה טובה יותר מאשר אימהות שסווגו כלא משלימות. כמו Barnett ועמיתים (Barnett et al., 2006), דולב מדווחת כי לא מצאה קשר בין השלמה לבין רמת התפקוד של הילד, דבר התומך בדעה כי ריאיון התגובה לאבחנה חושף כיצד מתמודדים הורים עם ההרגשות ועם המחשבות הנלוות לאבחנה של הילד, ולא רק את חומרת מצבו של הילד. במחקר עדכני השתמשו Wachtel and Carter (2008) בריאיון התגובה לאבחנה עם אימהות לילדים בעלי ASD, ומצאו כי אימהות משלימות קיבלו דירוג גבוה יותר במעורבות (engagement) קוגניטיבית ותומכת במהלך אינטראקציות משחקיות מאשר אימהות לא משלימות. Wachtel and Carter (2008) טוענים שלהשלמה של ההורה הייתה השפעה מובהקת על סגנון האינטראקציה האימהית.

תמיכה מחקרית נוספת במושג (construct) ההשלמה מגיעה ממחקר נוסף שנעשה על פגים, בעזרת ריאיון התגובה לאבחנה. Shah ועמיתים (Shah, Clements & Poehlmann, 2009) מצאו כי קיים קשר בין השלמה אימהית עם חוויית הלידה של הפג, שנמדדה 9 חודשים לאחר הלידה, לבין איכות ההתקשרות של הילדים בגיל 16 חודשים. ממצאים אלו תומכים בדעה שלהשלמה אימהית יש השלכות משמעותיות על יחסי אם-ילד מוקדמים, ובמיוחד על התנהגות אימהית ועל איכות ההתקשרות. במחקר הנוכחי, שהוא, ככל הידוע לנו, הראשון לחקור את תהליך ההשלמה של אימהות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית, התמקדנו בתפקיד ההשלמה האימהית עם אבחנת הילד כבעל לקות אינטלקטואלית כמקדמת רגישות אימהית והתקשרות בטוחה. העלנו שלוש שאלות מחקר בנוגע להשלמה אימהית: (א) האם השלמה אימהית קשורה לרגישות אימהית? (ב) האם השלמה אימהית קשורה לאיכות ההתקשרות של הילד? (ג) האם רגישות מתווכת את הקשר בין השלמה אימהית לבין התקשרות בטוחה?

השלמה בקונטקסט

כשאנו באים לחקור השלמה אימהית עלינו להביא בחשבון את הקונטקסט שבתוכו מתקיים תהליך ההסתגלות ההורית, קונטקסט שכולל תהליכים חברתיים ומנטליים שונים שעלולים להשפיע על יחסי האם-ילד. השלמה היא רק אחד מיני כמה אתגרים משמעותיים שעל ההורים להתמודד עמם, שכרוכים בגידול ילד בעל לקות אינטלקטואלית. קשיים נוספים שחווים הורים לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית הם עלייה בתסמיני דיכאון, רמות גבוהות יותר של מתח, תחושת חוסר אונים ותחושת שחיקה כללית גבוהה יותר משל הורים לילדים שהתפתחותם תקינה (ראו, לדוגמה, Weissman, 1991; Baker, Blacher, Crnic & Edelbrock, 2002; Hooser-Cram, Waefield, Shonkoff & Jrauss, 2001). יתר על כן, ראיות מצביעות על שיעורי גירושם גבוהים יותר, על השפעות שליליות על אחאים וכן על קשיים כלכליים במשפחותיהם של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית (Vadasy, Fewell,) (Meyer & Schell, 1984, Zaider, 1984, Hannah & Midlarsky, 1999).

אם מצוקה הורית, בעיות בחיי הנישואים והשפעות שליליות על אחאים הם כולם "תסמינים" של ההסתגלות של ההורה בכללה לאבחנה של הילד, כחלק מתהליך ההשלמה עם האבחנה, מכאן שנצפה למצוא קשרים בין המשתנים הללו כדי שהשלמה אימהית תהיה מקושרת למצוקה, לאיכות חיי הנישואים ולהסתגלות המשפחה. אולם המחקר המועט שנעשה בנושא מניב תוצאות מעורבות. Wachtel and

Carter (2009) מצאו שדיכאון אימהי אינו קשור להשלמה עם האבחנה של הילד. תוצאות דומות התקבלו ממחקר על אימהות לפגים (Shah, Clements & Poehlman, 2009). כמו כן, במחקרה על ילדים בעלי ASD, דולב (2006) לא מצאה קשרים כלשהם בין מצוקה פסיכולוגית אצל אימהות, השפעה על חיי הנישואים ותמיכה חברתית לבין השלמה אימהית. בניגוד לממצאים הללו, Sheeran ועמיתים (Sheeran, Marvin & Pianta, 1997) מצאו קשר בין השלמה של אימהות לילדים בעלי שיתוק מוחין ואפילפסיה לבין מתח, איכות חיי הנישואים ותמיכה חברתית. בעקבות חוסר העקביות של הממצאים הללו, נשאלת השאלה: האם חוסר השלמה הוא אחד הביטויים לקשיים של ההורים בכללם בהסתגלותם לאבחנה של ילדם, או האם הוא משקף תחום נפרד, מובחן ממצוקה ומתחושת רווחה אימהית? כדי לענות על שאלה זו חקרנו את ההשלמה האימהית ואת הקשרים בינה לבין המשתנים: מצוקה פסיכולוגית אימהית, תמיכה חברתית וההשפעה שיש לגידול ילד בעל לקות התפתחותית חמורה על המשפחה ובכלל זה על חיי הנישואים ועל האחאים. הערכנו מצוקה אימהית באמצעות Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis & Spencer, 1982); הערכנו השפעה על המשפחה באמצעות Family Impact Questionnaire (FIQ) (Donenberg & Baker, 1993); והערכנו תמיכה חברתית באמצעות Social Network Form (SNF) (Weinraub & Wolf, 1983).

לסיכום

מרבית ההורים שמקבלים אבחנה של ילדם כבעל לקות אינטלקטואלית חווים משבר, שמלווה בתחושות חזקות של אכזבה ושל אבדן. יחד עם זאת הורים שונים עשויים להגיב אחרת, ולתגובותיהם השונות עשויות להיות השפעות אחרות על יחסי ההורה-ילד. במחקר שערכנו ביקשנו לחקור את ההבדלים האינדיווידואליים האלו במסגרת הדיאדות של אימהות וילדיהן בעלי הלקות האינטלקטואלית. בהסתמך על הספרות בנושא שנסקרה עד כה, שיערנו כי תגובת האימהות לאבחנה של ילדיהן בעלי הלקות האינטלקטואלית משפיעה על האופן שבו האימהות והילדים נמצאים באינטראקציה, וכתוצאה מכך משפיעה על הרגישות האימהית ועל איכות ההתקשרות של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית לאימהותיהם.

השערות אלו עמדו למבחן:

1. אימהות "משלימות" ביחס לאבחנה של לקות אינטלקטואלית שמקבלים ילדיהן יגלו רגישות רבה יותר כלפי ילדיהן במהלך אינטרקציות בהשוואה לאימהות "לא משלימות".
2. לאימהות "משלימות" ביחס לאבחנה של לקות אינטלקטואלית שמקבלים ילדיהן יש סיכוי רב יותר להיות בעלות ילדים בעלי התקשרות בטוחה מאשר לאימהות "לא משלימות".
3. לאימהות שמגלות רגישות רבה יותר כלפי ילדיהן במהלך אינטרקציות יש סיכוי רב יותר להיות בעלות ילדים שלהם התקשרות בטוחה מאשר לאימהות פחות רגישות.
4. הקשר בין השלמה אימהית לבין התקשרות בטוחה אצל ילדים מתווך באופן מלא או חלקי על ידי רגישות אימהית.

השערות המחקר נבחנו תוך התייחסות לתפקוד הקוגניטיבי והאדפטיבי של הילד, היות שחומרת האבחנה של הילד עשויה להתקשר למשתנים העיקריים שעומדים במוקד המחקר (השלמה עם האבחנה, רגישות אימהית ואיכות ההתקשרות).
כמו כן נבחן הקשר בין משתני המחקר העיקריים (השלמה עם האבחנה, רגישות אימהית ואיכות ההתקשרות) לבין גורמים פסיכולוגיים אצל האם, שכוללים מצוקה פסיכולוגית, ההשפעה שיש לגידול ילד בעל ליקוי התפתחותי על המשפחה וכן התמיכה החברתית שמקבלת האם.

*¹Method

Participants

Forty seven children were recruited for the study from child development clinics, special needs education institutions, and medical services in the Haifa area that provide services for children with ID. The inclusion criteria were children between the ages of 2.5 and 5.5 that have received a diagnosis of ID of unknown etiology (by a pediatrician or a developmental psychologist), and no other known medical problem. The children were diagnosed again as part of the study. Additional criteria for inclusion were that the mothers speak Hebrew sufficiently to follow study procedures and answer questionnaires and that the diagnosis was known to the mothers for at least six months before being recruited for the study to allow for a period of adjustment.

Nine percent of the families that were approached refused to participate in the study. The main reason for the refusals was the parents' feeling that their child was already burdened with clinical assessments. Other reasons were unspecified. Two families dropped out during the study: one family did not want to proceed with the diagnostic assessment, and in another family the father opposed his wife's participation.

All the children recruited for the study had a diagnosis of ID before the study and were enrolled in the special needs education systems. To our surprise, our assessment revealed that 9 of the children had IQ scores higher than 75 (two children had IQ scores higher than 75 and seven had IQ scores higher than 85) and therefore did not fulfill the criteria for ID. Accordingly they were excluded from the study. Therefore our final sample consisted of 32 participants.

¹ בגלל שהדוקטוראט נכתב במקור באנגלית ועושה שימוש בכלים מחקרניים מקובלים בקהילה המדעית בינלאומית (ולכן הטרמינולוגיה של השיטה זמינה יותר באנגלית), הוחלט להשאיר את פרק השיטה באנגלית.

The sample included 19 boys and 13 girls, with a mean age of 48.44 months ($SD = 11.99$) and a mean mental age of 27.74 months ($SD = 11.14$). Thirteen of the children were first born and 19 were later born. The mothers' mean age was 34.2 years ($SD = 5.7$), and the mean of their number of years of education was 13.34 ($SD = 2.24$). Six were single or divorced, and 10 were not native Hebrew speakers but spoke Hebrew fluently. The mothers had known their children's diagnosis for at least six months before being recruited for the study, with a mean number of months of 29.48 ($SD = 12.66$).

Procedure

Permission for contacting families was obtained from agencies, clinics, or the educational institutions from which the families were recruited. A letter was sent to all families whose children met the study's inclusion criteria. Subsequently, telephone calls were made to provide more details about the study and schedule the first meeting. The study included three meetings. At the first meeting, in the family home, the mother completed a written informed consent and additional questionnaires. The first meeting also included the diagnostic assessment using the Mullen Scales of Early Learning (1995), the Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984), and the Social Communication Questionnaire (SCQ) to rule out Autism Spectrum Disorders (ASD) (Rutter, Bailey & Lord, 2003). The second meeting took place at the Center for the Study of Child Development at the University of Haifa, where the Strange Situation Procedure and the observation of mother-child play interactions took place. The observations included the following episodes: 8 minutes of free play with toys, 2 minutes of cleanup, 5 minutes of play with puzzles, and 3 minutes of social play without toys (see Appendix A for the instructions given

to the mothers in each episode). At the third meeting, in the family home, the RDI was administered to the mother. The interviews were videotaped and transcribed.

Measures

Diagnostic Assessment

Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984).

This maternal interview assesses adaptive abilities in the domains of socialization, communication, motor, and daily living skills. It yields five standardized scores: four scores for each domain and one adaptive behavior score, all with means of 100 and standard deviations of 15. In this study we used the adaptive behavior score, which reflects the overall level of adaptive behavior.

Mullen Scales of Early Learning (Mullen, 1995). This is an individually administered comprehensive measure of cognitive functioning for infants and preschool children, from birth to 68 months. The Mullen Scales assess the child's abilities in the visual, linguistic, and motor domains, and distinguish between receptive and expressive processing. The five Mullen Scales are: Gross Motor, Visual Reception, Fine Motor, Receptive Language, and Expressive Language. Standard scores are calculated with a mean of 50 and a standard deviation of 10 for each domain. The overall level of cognitive functioning of each child was measured by the Early Learning Composite, derived from the sum of the standard scores on the three domains, with a mean of 100 and a standard deviation of 15.

The Social Communication Questionnaire (SCQ) (Rutter et al., 2003) is a screening questionnaire for children with ASD. We used it to rule out ASD among participants. SCQ is a parent-report questionnaire inquiring about characteristic autistic behavior. Total scores range from 0-39. The validity of the questionnaire was established with the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R Lord, Rutter &

Lecouteur, 1994). The validity of the SCQ in discriminating ASD from non-ASD has been confirmed in a study by Chandler and colleagues (Chandler, Charman, Baird, Somonoff, Loucas, Meldrum, Scott & Pickles, 2007) (Appendix B).

Attachment

Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978). The SSP consists of eight episodes: a short introduction to the laboratory room followed by seven 3-minute episodes, including contact and interaction with an unfamiliar woman and two separation and reunion episodes with the mother. Table 1 consists of a short description of each episode.

Table 1 - Episodes of the Strange Situation Procedure

Episode	Duration	Description
1	1 minute	Parent, infant: dyad introduced to the room.
2	3 minutes	Parent, infant: Infant settles in, explores. Parent assists only if necessary.
3	3 minutes	Parent, infant, stranger: introduction of the stranger. Stranger plays with infant during final minute.
4	3 minutes	Infant, stranger: Parent leaves infant with the stranger. First separation.
5	3 minutes	Parent, infant: Parent returns. Stranger leaves quietly. First reunion.
6	3 minutes	Infant: Parent leaves infant alone in the room. Second separation.
7	3 minutes	Infant, stranger: Stranger enters the room and stays with the infant, interacting as necessary.
8	3 minutes	Parent, Infant: Parent returns. Stranger leaves quietly. Second reunion.

Children's behavior in the SSP was classified from videotapes, using the coding systems developed by Ainsworth et al. (1978) and taking into consideration the distinction between neurological and non-neurological *D* behaviors (Pipp-Siegel, Siegel, & Dean, 1999). The classification of the SSP was carried out by Tirtsa Joels, who was trained by Avi Sagi-Schwartz to code the Strange Situation and by Mary Main and Erik Hesse to code disorganized attachment. The coder was blind to any other information about the participants. Reliability was achieved with Nina Koren-Karie. Inter-rater reliability on the four-way attachment classification, based on 25% of the participants, was .82 (Kappa).

The upper limit of the SSP for typically developing children is 18 months. However, in most of the studies of children with atypical development, children's chronological age is higher than 18 months because their developmental level lags behind their chronological age, and therefore the SSP is deemed appropriate. The SSP and the Ainsworth coding system have been used with older children with ID by Atkinson et al. (1999), who applied the SSP to children aged between 29.89 to 57.43 months. Another example can be found in the study of Koren-Karie and colleagues (Koren-Karie et.al, 2009) that used the Ainsworth coding system in their study of children with autism aged between 33.6 and 70.8 months. Therefore we used the Ainsworth coding system to classify children's behavior in the SSP into the following groups:

Group B (Secure). Children tend to explore freely in the testing room prior to separation, accept the entrance and attention of the stranger, show awareness of the mother's comings and goings, and typically become at least moderately distressed during one or both separation episodes. These children usually respond to the mother

quickly upon reunion, either approaching her or making clear signals indicating a desire for interaction and contact.

Within the *insecure* category, three distinguishable patterns have been described (Ainsworth et al., 1978; Main & Solomon, 1990):

Group A (Avoidant) is characterized by moderate levels of exploration away from the mother in the pre-separation episode, an apparent tolerance of separation from the mother, and ignoring or physically avoiding contact and interaction with the mother in the reunion episodes.

Group C (Ambivalent/resistant) is characterized by moderate to high levels of wariness or distress, sometimes even before the separation from the mother. These children tend to become quite distressed at separation and actively approach or signal the mother for contact at reunion. However, contact with the mother does not completely reduce distress, and the child may become frustrated or angry in the context of physical contact.

Group D (Disorganized). The salient feature of this pattern is that in contrast to the previous three patterns, which are marked by a coherent strategy for managing arousal in the Strange Situation, the insecure-disorganized group lacks a coherent strategy. Examples of group D behavior include sequential display of contradictory behaviors; freezing, stilling, and slow movements; and incomplete, undirected, misdirected and interrupted movement and expression (see Main and Solomon, 1990, for a complete list of behaviors that can lead to this classification).

Fourteen (43.8%) of the children in our study were classified as secure (B), 4 (12.5%) were classified as insecure/avoidant (A), 5 (15.6%) were classified as insecure/ambivalent, 7 (21.9%) were classified as insecure/disorganized (D), and 2

(6.3%) were classified as insecure other. Due to the relatively small number of children in each of the insecure classification in the present study the three insecure classifications were grouped into one insecure attachment classification.

Maternal Resolution

Reaction to Diagnosis Interview (RDI) (Marvin & Pianta, 1996). The RDI is a semi-structured interview that consists of five questions. The questions are designed to elicit parent's memories, feelings, and beliefs regarding their child's diagnosis. The interviews were videotaped and transcribed, and all items of identifying information, such as the child's name or the severity of the diagnosis, were removed.

The questions are:

1. When did you first realize that (child's name) had a problem?
2. What were your feelings at the time of this realization?
3. Tell me what happened on the day you learned about (child's name)'s diagnosis. Where were you, who else was there, what were you thinking and feeling that day?
4. Have these feelings changed since then? How have these feelings changed?
5. Parents sometimes wonder or have ideas about why they have a child with special needs. Do you have any ideas about that?

Based on the RDI Classification System (Pianta & Marvin, 1992a), transcriptions of the interviews were coded as *resolved* or *unresolved*. (Although parents may express signs of both resolution and lack of resolution, classification was based on the pattern that predominated in the transcript.)

The *resolved classification* is characterized by acknowledgment that the experience of the diagnosis was difficult; recognition of a change in the parents'

feelings since the diagnosis; assertion of moving on in life; suspension of the search for the reason for the diagnosis; accurate representation of the child's abilities; and balanced and integrated statements about the benefits and drawbacks of the experience to the self. The resolved classification is divided into three sub-classifications reflecting three orientations: thinking, feeling, and action. In the present study we did not use the sub-classifications because of the small number of mothers in each.

The *unresolved classification* is characterized by difficulty to revise their representation of the child as being a child with a significant developmental disability; an overall impression that the parent does not accept the child for what he or she is, often portraying a one-sided, unrealistic view of the child; inability of the parent to give free expression of painful emotions in reaction to the diagnosis or is still absorbed in the initial response to the diagnosis – both positions reflecting unbalanced views and feelings toward the child's diagnosis. The unresolved classification is divided into five sub-classifications: neutralizing, emotionally overwhelmed, angrily preoccupied, depressed, cognitively distorted or confused. In the present study we did not use the sub-classifications because of the small number of mothers in each. We therefore present the results in the two main categories of the RDI: resolved and unresolved.

Coding was performed by a trained coder who was blind to any other information about the participants. The coder was trained using the training videotape provided by Marvin and Pianta. To establish inter-rater reliability, 20% of the interviews were coded by an additional coder, and 100% agreement was achieved on the resolved/unresolved classification.

Maternal Sensitivity

Emotional Availability Scales (EAS) (Biringen, Robinson and Emde, 1998). To assess maternal sensitivity, mothers and children were observed in the following episodes: (a) *free play and clean-up*, in which the mother and child were asked to play together for 8 minutes in a laboratory play-room equipped with a range of toys in a way that is enjoyable for the child; after 8 minutes the mother was asked to help her child collect the toys into a container; (b) 5 minutes of *structured play*, in which the mother and child were given five puzzles and instructed to solve one or more of them; (c) 5 minutes of *social play*, in which the mother and child were instructed to play together without any toys (e.g., sing a song, tell a story, etc.).

The episodes took place in an observation room, and they were videotaped and coded. We used the maternal sensitivity scale, which is part of the Emotional Availability Scales (EAS). The scale ranges from 1 (highly insensitive) to 9 (highly sensitive) and describes the parent's attunement and responsiveness to the child's signals, and the degree to which the parent expresses warmth and emotional connectedness to the child. The scale is based on the following elements: positive affect, clarity of perception, awareness of timing, flexibility, acceptance, amount of interaction, and conflict negotiation. Several studies have confirmed the validity of the maternal sensitivity scale of the EAS. For example, Ziv and colleagues found an association between maternal sensitivity and security of attachment among typically developing children (Ziv, Aviezer, Gini, Sagi & Koren-Karie, 2000). Koren-Karie and colleagues found the association between maternal sensitivity and security of attachment among children with Autism (Koren-Karie et al., 2009).

Three coders blind to all other information about the dyads analyzed the three play episode. Each coder analyzed one third of each episode, so that each episode was

analyzed by all three coders. The coders were trained by Smadar Dolev, a skilled EAS coder, who analyzed 10% of the interactions in each episode for reliability purposes. Inter-rater reliability was established between each coder and Smadar Dolev. Inter-rater reliability was assessed using intra-class correlations and ranged from $\alpha = .76$ to $\alpha = 0.97$, with a mean of 0.89.

No associations were found between maternal sensitivity scores in the social play and the free play episodes ($r = .29, ns$), or between the social play and the puzzle episodes ($r = .26, ns$). The only significant association was found between maternal sensitivity scores in the puzzle and free play episodes ($r = .51, n = 32, p = .003$). Because there were no significant associations between maternal sensitivity scores in the social play and free play and between social play and the puzzle episode, the results are reported separately for each episode.

Mothers' Psychosocial Factors

Family Impact Questionnaire (FIQ): (Donenberg & Baker, 1993). The questionnaire assesses parents' perceptions of the impact that raising a child with special needs on the family relative to the impact of most children of comparable age have on their parents/families (e.g., "My child's behavior makes me feel more loved," "My child's behavior embarrasses me in public more"). Fifty items, rated on a 4-point scale ranging from 0 (not at all) to 3 (very much), are divided into five subscales: negative impact on social relationships, negative feelings about parenting, positive feelings about parenting, impact on marriage, and impact on siblings. A higher score reflects a stronger negative impact. The mean score on each dimension was calculated and used in the analyses (Appendix C).

Brief Symptom Inventory (BSI): (Derogatis & Spencer, 1982). The questionnaire assesses the level of personal distress reported by the parent. The parent is asked to rate 53 items on a 5-point scale, ranging from 0 ("I did not experience this symptom in the last month") to 4 ("I experienced this symptom many times in the past month"). The parent's mean score across all items was calculated, yielding a total BSI score (higher scores indicating higher levels of distress) (Appendix D).

Social Network Form (SNF) (Weinraub & Wolf, 1983). The SNF is a questionnaire about the nature and extent of maternal social support. It covers five areas: social contacts, emotional support, parenting support, practical help with child-care and household tasks, and satisfaction with support received. The questionnaire asks responders to list the four friends and relatives they see most frequently and rate the extent to which these relationships are intimate, supportive, and helpful on a 10-point scale (a higher score indicating a higher level of support). For the purpose of this study we grouped the questions into four domains: emotional-parental support, environmental-financial support, well being support and group support (Appendix E).

Demographic questionnaire. The questionnaire was administered to obtain background information about the mother and the child. The following questions were included: name and gender of the child, parents' names, full address and phone numbers, number of rooms, child's birth date, parent's age, parents' occupation and number of years of education, numbers of weekly hours that the parents work, number of children in the house and their ages, treatment that the child receives, complications during pregnancy and labor of the child, weight at birth, medical conditions and history of hospitalization of the child.

SES classification was based on the house address and on information from the Central Bureau of Statistics of Israel. Each family that participated in the study received a number representing its SES based on the location of the house (a higher number represents higher SES) (Appendix F). As defined by the Central Bureau of Statistics, the SES in a certain geographic location expresses a combination of characteristics of the population in this geographic location including education, employment, financial resources, mobility, demographic features, housing density etc.

תוצאות

תוצאות המחקר מוצגות בחלקים עיקריים אלו:

1. הסטטיסטיקה התיאורית של משתני המחקר.
2. הקשר בין משתני המחקר העיקריים (השלמה, רגישות ואיכות ההתקשרות) לבין משתני הבקרה (control variables), הכוללים את מאפייני האם והילד, מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מצוקה אימהית, השפעה על המשפחה והתמיכה החברתית שמקבלת האם.
3. קשרים בין המשתנים העיקריים שעומדים במוקד המחקר.

סטטיסטיקה תיאורית

הסטטיסטיקות התיאוריות מוצגות בטבלה 2.

טבלה 2: סטטיסטיקות תיאוריות של משתני המחקר

SD/ % ^a	M/n ^a	משתנה
		השלמה עם האבחנה
28.1	9	משלימות
71.9	23	לא משלימות
		רגישות אימהית
.86	6.09	משחק חופשי
1.03	5.90	פאזלים
1.08	6.25	משחק חברתי
		התקשרות
43.8	14	בטוחה
56.3	18	לא בטוחה
		הערכת הלקות האינטלקטואלית
10.4	57.59	IQ
9.93	62.06	התנהגות מסתגלת

^a נעשה שימוש בממוצע (mean) ובסטיית תקן (SD) למשתנים רציפים ובמספרים (n) ובאחוזים (%) למשתנים קטגוריאליים.

קשרים בין משתני המחקר העיקריים לבין משתני הבקרה

משתני הבקרה במחקר זה כללו את מאפייני האם (גיל, מספר שנות לימוד, עברית כשפה ראשונה, משך הזמן שחלף מאז קבלת האבחנה, מצב סוציו-אקונומי) ומאפייני הילד (גיל, מין, סדר הלידה, מספר הילדים במשפחה, IQ והתנהגות מסתגלת). כדי לבחון את הקשרים בין השלמה, רגישות והתקשרות לבין משתני הבקרה ערכנו ניתוחים דו-משתניים (bivariate analysis): מבחן-t, מתאמי פירסון ו- χ^2 . בטבלה 3 מוצגים הקשרים בין התקשרות לבין משתני הבקרה. כעת נציג את סיכום ניתוחי המשתנים.

השלמה ומשתני הבקרה

לא נמצאו קשרים בין השלמה לבין מאפייני האם (גיל, מספר שנות לימוד, עברית כשפה ראשונה, משך הזמן שחלף מאז קבלת האבחנה ומצב סוציו-אקונומי). לא נמצאו קשרים בין השלמה אימהית לבין מאפייני הילד (גיל, מין, סדר הלידה, מספר הילדים במשפחה, IQ והתנהגות מסתגלת) (נספח ז').

כמו כן לא נמצאו קשרים בין השלמה אימהית ומצוקה אימהית לבין ההשפעה על המשפחה והתמיכה החברתית שמקבלת האם (נספח ט').

רגישות אימהית ומשתני הבקרה

לא נמצאו קשרים בין רגישות אימהית לבין מאפייני האם (גיל, מספר שנות לימוד, עברית כשפה ראשונה, משך הזמן שחלף מאז קבלת האבחנה, מצב סוציו-אקונומי). לא נמצאו קשרים בין רגישות אימהית לבין מאפייני הילד (גיל, מין, סדר הלידה, מספר הילדים במשפחה, IQ והתנהגות מסתגלת) (נספח ח').

כמו כן לא נמצאו קשרים בין רגישות ומצוקה אימהית לבין ההשפעה על המשפחה והתמיכה החברתית שמקבלת האם (נספח ט').

איכות ההתקשרות ומשתני הבקרה

לא נמצאו קשרים בין איכות ההתקשרות לבין מאפייני האם (טבלה 4). כמו כן לא נמצאו קשרים בין איכות ההתקשרות לבין מצוקה אימהית, ההשפעה על המשפחה והתמיכה החברתית שמקבלת האם (נספח ט').

לא נמצאו קשרים בין הגיל, המין, סדר הלידה והתנהגות המסתגלת של הילד לבין איכות ההתקשרות. התגלה קשר מובהק בין ציון ה-IQ של הילד לבין איכות ההתקשרות שלו: ילדים בעלי התקשרות לא בטוחה קיבלו ציון IQ נמוך יותר מילדים בעלי התקשרות בטוחה (טבלה 3).

טבלה 3: קשרים בין איכות ההתקשרות של הילד לבין משתני הבקרה

התקשרות לא בטוחה התקשרות בטוחה

t/χ^{2b}	df^b	SD	M/n^a	SD	M/n^a	
.14		5.15	34.04	6.22	34.33	גיל האם
.60		2.02	13.07	2.43	13.56	מספר שנות הלימוד של האם
-.12		4.40	11.57	4.60	11.37	מצב סוציו-אקונומי
1.29		1.14	2.07	1.20	2.61	מספר ילדים
-.62		12.91	31.15	12.70	28.27	משך הזמן שחלף מאז קבלת האבחנה
-.704		11.50	50.14	12.53	47.11	גיל הילד (בחודשים)
-2.22*		11.78	62.14	7.81	54.05	IQ
-1.50		9.84	65.00	9.64	59.78	התנהגות מסתגלת
						מין:
.05	1		8		11	בן
			6		7	בת
						סדר הלידה:
.90	1		7		6	ילד בכור
			7		12	ילד שאינו בכור

$p < .05^*$

^a נעשה שימוש בממוצע (mean) ובסטיית תקן (SD) למשתנים רציפים ובשכיחות (frequency - f) למשתנה קטגוריאלים.

^b נעשה שימוש במבחן t-*(t-test)* למשתנים רציפים וב- χ^2 למשתנים קטגוריאלים.

לסיכום, מצאנו שאיכות ההתקשרות קשורה לציון ה-IQ של הילד, וביתר פירוט: לילדים בעלי התקשרות לא בטוחה היו ציוני IQ נמוכים יותר מילדים בעלי התקשרות בטוחה. מסיבה זו נכללו ציוני ה-IQ של הילדים בניתוח הרב-משתני (multivariate analysis) בחלק השלישי של התוצאות.

קשרים בין השלמה לרגישות ולאיכות ההתקשרות

כדי לבחון את השערת המחקר הראשונה, בנוגע לקשר בין השלמה לבין רגישות, ערכנו ANCOVA עם בקרה על ציוני ה-IQ של הילדים.² אף כי הקשר בין IQ לרגישות ובין IQ להשלמה היה לא מובהק, החלטנו לערוך בקרה על משתנה ה-IQ בגלל הקשר בין IQ לבין התקשרות, שהיא משתנה מרכזי במחקר, וכן מפני שהייתה שונות ניכרת ב-IQ בקרב המדגם שלנו. מצאנו כי אימהות משלימות היו רגישות יותר באופן מובהק מאימהות לא משלימות במהלך אפיזודות המשחק החופשי והמשחק החברתי, אך לא נמצאו הבדלים במהלך אפיזודות המשחק בפאזל (טבלה 4).

² מפני ש-IQ לא נמצא קשור להשלמה ולרגישות, אלא רק להתקשרות של הילד, אפשר לטעון שאין צורך לכלול IQ כמשתנה משותף (covariate). מסיבה זו נערכו הניתוחים הסטטיסטיים שמדווחים כאן (עם IQ כמשתנה משותף) גם ללא IQ כמשתנה משותף; התוצאות נשארו זהות.

טבלה 4: תוצאות ANCOVA שמשווה רגישות אימהית בין אימהות משלימות לאימהות לא משלימות, עם IQ כמשתנה משותף (covaried)

η^2	F	משלימות (n = 9)		לא משלימות (n = 23)		
		SD	M	SD	M	
						רגישות אימהית
.00	.07	.92	5.94	1.09	5.87	פאזל
.18	6.34*	.68	6.67	.83	5.86	משחק חופשי
.17	6.09*	.93	6.92	1.05	5.99	משחק חברתי

p < .05 *

בשלב הבא בחנו את השערת המחקר השנייה שלנו, בנוגע לקשר בין השלמה לבין איכות ההתקשרות, באמצעות רגרסיה לוגיסטית. מפני שאיכות ההתקשרות נמצאה קשורה ל-IQ של הילד, היא הוכנסה ראשונה למשוואת הרגרסיה, והשלמה הוכנסה בשלב השני. תוצאות הרגרסיה הראו כי IQ קשור באופן מובהק לאיכות ההתקשרות, אך השלמה לא תרמה להסבר השונות באופן מובהק מעבר ל-IQ (טבלה 5).

טבלה 5: רגרסיה לוגיסטית שמנבאת את איכות ההתקשרות על סמך השלמה, עם בקרה עבור IQ

יחס סיכויים	S.E.	B	
			שלב 1
1.09	0.04	0.08*	IQ
			שלב 2
1.09	0.04	0.09*	IQ
1.42	0.86	0.35	השלמה

* $p < .05$

הערה: בשלב 1: $\chi^2(1) = 5.08, p < .05, Nagelkerke R^2 = .20$

בשלב 2: $\chi^2(1) = 0.17, ns$

מודל כולל: $\chi^2(2) = 5.24, ns, Nagelkerke R^2 = .20$

כדי לבחון את השערת המחקר השלישית, בנוגע לקשר בין רגישות אימהית לבין איכות ההתקשרות, ערכנו רגרסיה לוגיסטית. מפני שאיכות ההתקשרות נמצאה קשורה ל-IQ של הילד, היא הוכנסה ראשונה למשוואת הרגרסיה, ורגישות הוכנסה בשלב השני. תוצאות הרגרסיה הראו כי IQ קשור באופן מובהק לאיכות ההתקשרות, וכי רגישות אימהית במהלך אפיזודת המשחק החברתי שהוכנסה אחר כך קשורה באופן מובהק לאיכות ההתקשרות, מעבר לציון ה-IQ (טבלה 8). רגישות אימהית במהלך אפיזודות המשחק החופשי והפאזל לא תרמה להסבר השונות באופן מובהק מעבר ל-IQ (טבלאות 6 ו-7). כדי לבחון את השערת המחקר הרביעית, בנוגע לרגישות כמתווכת הקשר שבין השלמה אימהית לבין איכות ההתקשרות, פעלנו לפי השלבים שהיתוו Baron and Kenny (1986). בשלב הראשון בדקנו את הקשר בין המנבא (predictor) - השלמה אימהית, לבין התוצאה - איכות ההתקשרות, ומצאנו כי הוא לא מובהק (טבלה 5). בשלב השני בדקנו את הקשר בין המנבא - השלמה אימהית, לבין המתווך המשוער - רגישות אימהית (במהלך אפיזודות המשחק החופשי והמשחק החברתי), ומצאנו כי הוא מובהק (טבלה 4). בשלב השלישי בדקנו את הקשר בין המתווך - רגישות אימהית (במהלך אפיזודת המשחק החברתי), לבין התוצאה - איכות ההתקשרות, ומצאנו כי הוא מובהק (טבלאות 6, 7, ו-8). היות ובשלב

הראשון נמצא כי אין קשר בין המנבא (השלמה אימהית) לבין התוצאה (איכות ההתקשרות), לא המשכנו לשלב הרביעי.

טבלה 6: רגרסיה לוגיסטית שמנבאת את איכות ההתקשרות על סמך הרגישות במהלך אפיזודת המשחק החופשי, עם בקרה עבור IQ

יחס סיכויים	S.E.	B	
			שלב 1
1.09	0.04	0.08*	IQ
			שלב 2
1.09	0.04	0.09*	IQ
1.69	0.05	0.52	רגישות (משחק חופשי)

* $p < .05$

הערה: בשלב 1: $\chi^2(1) = 5.08, p < .05, Nagelkerke R^2 = .20$

בשלב 2: $\chi^2(1) = 1.3, ns$

מודל כולל: $\chi^2(2) = 6.38, ns, Nagelkerke R^2 = .24$

טבלה 7: רגרסיה לוגיסטית שמנבאת את איכות ההתקשרות על סמך הרגישות במהלך אפיזודת המשחק

בפאזל, עם בקרה עבור IQ

יחס סיכויים	S.E.	B	
			שלב 1
1.09	0.04	0.08*	IQ
			שלב 2
1.09	0.04	0.09*	IQ
1.42	0.86	0.35	רגישות (פאזל)

* $p < .05$

הערה: בשלב 1: $\chi^2(1) = 5.08, p < .05, Nagelkerke R^2 = .20$

בשלב 2: $\chi^2(1) = 0.26, ns$

מודל כולל: $\chi^2(2) = 5.34, ns, Nagelkerke R^2 = .20$

טבלה 8: רגרסיה לוגיסטית שמנבאת את איכות ההתקשרות על סמך הרגישות במהלך אפיזודת המשחק

החברתי, עם בקרה עבור IQ

יחס סיכויים	S.E.	B	
			שלב 1
1.09	0.04	0.08*	IQ
			שלב 2
1.09	0.05	0.09*	IQ
2.75	0.45	1.01*	רגישות (משחק חברתי)

* $p < .05$

הערה: בשלב 1: $\chi^2(1) = 5.08, p < .05, Nagelkerke R^2 = .20$

בשלב 2: $\chi^2(1) = 6.17, p < .05, Nagelkerke R^2 = .40$

מודל כולל: $\chi^2(2) = 11.25, p < .005, Nagelkerke R^2 = .40$

לסיכום, כפי ששיערנו, אימהות **משלימות** נמצאו רגישות יותר מאימהות **לא משלימות**. כמו כן מצאנו כי לאימהות רגישות יותר יש סיכוי רב יותר לילדים בעלי התקשרות בטוחה. תוצאות אלו היו מובהקות גם לאחר בקרה עבור רמת ה-IQ של הילדים. יחד עם זאת, מפני שלא התקיים התנאי המרכזי לבחינת מודל תיווך, דהיינו ניבוי התוצאה מהמשתנה המנבא, לא התממשה השערת המחקר הרביעית שלנו. כפי שצויין לעיל, המדגם ההתחלתי כלל 42 משתתפים, אך מספר ילדים ניכר לא עמד בקריטריונים של המחקר. ערכנו את כל הניתוחים הסטטיסטיים שלעיל על המדגם ההתחלתי בן 42 המשתתפים, ומצאנו שהתוצאות היו זהות.

דיון

הורים שמקבלים אבחנה של ילדם כבעל לקות אינטלקטואלית חווים משבר. לעתים קרובות מלווה הבנת המצב בתחושות אכזבה, כעס ואבדן, כפי שדיווחו רבות מהאימהות במחקר הנוכחי. מטרת המחקר הייתה ללמוד כיצד באה לידי ביטוי השלמת ההורים עם תגובותיהם הרגשיות הנלוות לאבחנת הלקות האינטלקטואלית שקיבל ילדם, ביחסי ההורה-ילד. במיוחד ביקשנו לבחון את הקשרים בין השלמה אימהית לרגישות אימהית ולהתקשרות בטוחה אצל ילדים. בהתאם להשערות המחקר שלנו, השלמה אימהית נמצאה קשורה באופן חיובי לרגישות אימהית, כלומר אימהות שסווגו כמשלימות היו רגישות יותר באינטרקציה עם ילדיהן מאשר אימהות שסווגו כלא משלימות. יתר על כן נמצא כי רגישות אימהית קשורה באופן חיובי לאיכות ההתקשרות של הילד, כלומר לאימהות שהיו רגישות יותר באינטרקציה עם ילדיהן היה סיכוי רב יותר לילדים בעלי התקשרות בטוחה מאשר לכאלו שהיו פחות רגישות. בניגוד לציפיותינו, לא נמצא קשר בין השלמה אימהית לבין התקשרות. לסיום, לא נמצא קשר בין השלמה אימהית למצוקה אימהית, להשפעה שיש לגידול ילד בעל לקות התפתחותית על המשפחה ולתמיכה החברתית שמקבלת האם.

כעת נדון בממצאי המחקר. תחילה נדון בכל אחד ממשטני המחקר העיקריים: השלמה אימהית, איכות ההתקשרות ורגישות אימהית; בהמשך נדון בקשרים שבין שלושת המשתנים העיקריים.

השלמה אימהית

Pianta and Marvin (1996) הגדירו השלמה, בקונטקסט של גידול ילד בעל מצב רפואי חמור, כאינטגרציה של ההתנסות שמלווה את קבלת האבחנה אל תוך הייצוגים של ההורים, אינטגרציה שמאפשרת היערכות ומיקוד תשומת הלב מחדש, וכן פתרון בעיות במציאות החדשה. כפי שממציאו מוכיחים, המצב המתואר מנקודת מבט תאורטית בהגדרה המדויקת שלעיל, קשה להשגה הלכה למעשה. פחות משליש מהאימהות שהשתתפו במחקר הנוכחי (28%) סווגו כמשלימות עם האבחנה של ילדם בעל הלקות האינטלקטואלית. מחקרים אחרים שבדקו השלמה אימהית מצאו שיעורים גבוהים יותר: 33% מהאימהות לילדים בעלי אוטיזם (Oppenheim et al, 2007), 45% מהאימהות לילדים בעלי לקויות טרום-לידתיות שונות (Barnett et al., 2006), 69% מהאימהות לילדים בעלי פנילקטונוריה (Phenylketonuria - PKU) (Lord, Ungerer, Wastell, 2008), 57% מהאימהות לילדים בעלי

אפילפסיה, 46% מהאימהות לילדים בעלי שיתוק מוחין (cerebral palsy - CP) במחקרם של Marvin Schuengel and Pianta (1996) ו-81% מהאימהות לילדים בעלי CP במחקר עדכני יותר מאת Schuengel ועמיתים (Schuengel, Rentinck, Stolk, Vorman, Loots, Ketelaar, Gorter & Becher, 2009). אף כי השוואה ישירה בין הנתונים הללו היא בעייתית מפני שהמדגמים אינם בהכרח זהים, ההבדלים בשיעורי ההשלמה מצביעים על ייתכנותם של הבדלים מובהקים בין הקבוצות השונות בתהליך ההסתגלות שעוברים הורים בעת קבלת אבחנה חמורה עבור ילדם. לדוגמה, Barnett ועמיתים (Barnett et al., 2002) מצאו הבדל מובהק בשיעורי ההשלמה בין אימהות לילדים בעלי ליקוי נוירולוגי לבין אימהות לילדים בעלי עיוותים מולדים, וטענו כי למאפיינים של כל מצב יש השפעה שונה על תהליך ההסתגלות של ההורים. Barnett et al. (2002) מציינים שניכר כי ליקוי נוירולוגי הוא מאתגר במיוחד עבור המשפחות, אולי מפאת היותו מצב קבוע שאינו ניתן לשיפור.

על אף גודל המדגם הקטן שעמד לרשותנו, אפשר לשער מה יכולה להיות הסיבה לאחוז הנמוך של אימהות משלימות במחקרנו. הצעה אחת היא שהמאפיינים הייחודיים לאבחנת הלקות האינטלקטואלית היו לאימהות לרועץ בדרך לעבר ההשלמה. תפיסה מזויקת של הלקות היא אחד ממרכיבי היסוד של ההשלמה, ולכן ייתכן שהבלבול שיוצרים ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית בחזותם ה"נורמלית" הוא אחד ההסברים למספר הנמוך יחסית של אימהות משלימות. לעתים קרובות לא מסגירה חזותם של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ללא אטיולוגיה ידועה את חומרת האבחנה שלהם ואת העובדה שהם שונים באופן ניכר מילדים שהתפתחותם תקינה, דבר שעלול להקשות על ההורים להשלים עם האבחנה. מנקודת מבטם של ההורים, אם ילדם בעל הלקות האינטלקטואלית הוא "נורמלי", מכאן שאין להם צורך "להשלים" עם דבר; אך בד בבד נאמר להם מפי אנשי מקצוע כי לילד יש לקות התפתחותית חמורה. רעיונות סותרים אלו מספקים קרקע "פורייה" לחוסר השלמה אצל ההורים ביחס לאבחנת הלקות האינטלקטואלית של ילדיהם. המינוח בו משתמשים באבחנת הלקות האינטלקטואלית יכול לשמש סיבה נוספת לאחוז הנמוך של אימהות משלימות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. כאשר ילדים קטנים מאובחנים לראשונה כבעלי לקות אינטלקטואלית, לעתים קרובות נאמר לאימהות שלילד יש "איחור קוגניטיבי" או "איחור התפתחותי", כפי שדיווחו אימהות רבות במחקרנו. המילה **איחור** מרמזת על דבר זמני, דינמי ובר-שינוי. כפי שאמרה אחת האימהות שהשתתפו במחקר: "את (הבוחנת) איחורת, אבל בסוף הגעת. גם היא יכולה

להגיע... "כשהאבחנה לא נתפסת כקבועה, תהליך ההשלמה עלול להיות קשה יותר, מפני שלכאורה אין צורך להסתגל ולשנות לעד את הייצוג של הילד. אם, אפוא, תופסים ההורים את הלקות של הילד כזמנית, אין להם צורך "להשלים" עמה. אכן, כמה מריאיונות התגובה לאבחנה שבמחקרנו היו מאוד קצרים וקהים רגשית, ולא הראו שאימהות אלו החלו ב"מסע" ההשלמה שלהן, כאילו לא תפסו שילדיהן קיבלו אבחנה של לקות התפתחותית חמורה וקבועה.

כדי למקם את ההשלמה האימהית בקונטקסט עלינו לבחון גורמים שונים שעשויים להשפיע עליה. הערכנו את המצוקה האימהית, את התמיכה החברתית שמקבלת האם ואת ההשפעה שיש לגידול ילד בעל לקות התפתחותית על המשפחה, ובכלל זה את ההשפעה על חיי הנישואים ועל האחאים. כמו כן בחנו מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שונים כגון מצב סוציו-אקונומי, מספר שנות לימוד ומספר הילדים. לא נמצאו קשרים בין השלמה אימהית לבין מאפייני האם. יתר על כן לא נמצא קשר בין משך הזמן שחלף מאז קבלת האבחנה לבין השלמה. בחנו גם את הקשרים בין השלמה לבין מאפייני הילד, ולא נמצאו קשרים בין חומרת האבחנה של הילד לבין השלמה אימהית. הממצאים, המצביעים על כך שאף אחד מן הגורמים הללו אינו קשור להשלמה אימהית, מורים כי השלמה אימהית אינה מושפעת מגורמים אלו וכי אין לה השפעה עליהם. יחד עם זאת חשוב לציין שממצאינו, המעידים על כך שאין קשר בין הגורמים שהוזכרו לעיל לבין השלמה אימהית, מוגבלים מפאת גודל המדגם הקטן שעמד לרשותנו, נקודה שנושבת אליה בהמשך.

על אף סוגיית העוצמה הנמוכה, העובדה כי לא נמצא קשר בין השלמה אימהית לבין חומרת האבחנה של הילדים היא ממצא חשוב, שלפיו אימהות יכולות להשלים עם האבחנה של ילד עם לקות חמורה ולהפך. לדוגמה, אימהות יכולות לדבר על ילד בעל לקות אינטלקטואלית חמורה באופן שמבטא השלמה, ולהבליט את נקודות החוזק של הילד ואת הרווח שהוא מפיק מהטיפול. ממצא זה דומה לממצאים שנתגלו במחקרים אחרים, לדוגמה אופנהיים ועמיתים (Oppenheim et al., 2007) לא מצאו קשר בין סיווגי ריאיון התגובה לאבחנה לבין חומרת האבחנה בקרב אימהות לילדים בעלי ASD. ממצאים דומים דווחו על ידי מילשטיין ועמיתים במחקרם על ילדים בעלי ASD (Milshtein, Yirmiya, Oppenheim,) (Koren- Karie & Levi, in press). Marvin and Pianta (1996) דיווחו גם הם שחומרת האבחנה של הילד לא נמצאה קשורה להשלמה הורית במשפחות של ילדים בעלי שיתוק מוחין ואפילפסיה. תוצאות

שונות התקבלו במחקר עדכני שנעשה בהולנד ונערך על מדגם גדול ($n = 255$), על ידי Schuengel ועמיתיו (Schuengel et al., 2009). במחקרם על ילדים בעלי שיתוק מוחין הם מצאו קשר בין חומרת האבחנה לבין השלמה הורית, כלומר תגובות לא משלימות נמצאו לעתים תכופות יותר באופן מובהק בקרב הורים לילדים בעלי לקויות חמורות יותר. Schuengel ועמיתיו (Schuengel et al., 2009) טוענים כי הסבר אפשרי להבדלים בין תוצאותיהם לבין התוצאות שהתקבלו במחקרים אחרים טמון במשאבים ובמערכות התמיכה הרבים יחסית שמסופקים בהולנד לילדים בעלי שיתוק מוחין ולהוריהם לאורך חייהם של הילדים, בניגוד למשאבים הדלים יחסית שקיימים במדינות אחרות לדוגמת ארצות הברית. העוצמה הסטטיסטית של המחקר של Schuengel et al. (2009), שעשה שימוש במדגם גדול, עשוי לשמש הסבר נוסף לחוסר העקביות של התוצאות. ניכר כי יש צורך במחקר נוסף עם מדגמים גדולים במידה מספקת כדי לבחון את הקשר בין השלמה לבין חומרת האבחנה; כרגע אפשר לסכם ולומר שהשלמה כנראה משקפת הן את אופי האבחנה, מבחינת מאפייניה וחומרתה, הן את דרך ההתמודדות של ההורים עם האבחנה.

אף כי כמה מחקרים דיווחו שהורים לילד בעל לקות אינטלקטואלית סובלים מרמות גבוהות יותר

של מתח ושל דיכאון (Weissman, 1991, Baker, Blacher, Crnic & Edelbrock, 2002, Hoeser-Cram, Waefield, Shonkoff & Jrauss, 2001, Vadasy, Fewell, Meyer & Scheel, 1999, Hannah & Midlarsky, 1984, Zaider, 1984), מחקרנו היה הראשון לבחון את הקשר בין המצוקה הפסיכולוגית של האם לבין השלמה אימהית בקרב אימהות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. כפי שצויין לעיל, מחקרים אחרים לא מצאו קשר בין השלמה אימהית לבין מצוקה אימהית בקרב אימהות לילדים בעלי ASD (Dolev, 2006). כמו כן לא נמצא קשר בין דיכאון אימהי לבין השלמה אימהית בקרב אימהות לילדים בעלי ASD (Wachtel & Carter, 2008) ובקרב אימהות לפגים (Shah et al, 2009). לפיכך נראה כי היעדר השלמה אינו רק ביטוי של המצוקה הפסיכולוגית של אימהות (כגון דיכאון), אלא הוא מושג (construct) נפרד שעשוי לספק מידע חשוב על תהליך ההסתגלות של הורים לאבחנה של ילדם.

אחד הממצאים החשובים ביותר של מחקרנו הוא הקשר שהתגלה בין השלמה אימהית לבין רגישות אימהית. התוצאות מחזקות את חשיבותה של ההשלמה, והן עקביות עם השערת המחקר, לפיה

אימהות שמשלימות עם האבחנה של הילד מסוגלות לקרוא את הסיגנלים של ילדיהן ולהגיב אליהם ברגישות. מנגד, היעדר השלמה עלול לפגום ברגישות האימהית. אימהות "לא משלימות", שלפיכך לא מסוגלות להתגבר על משבר האבחנה ולהסתגל למציאות החדשה של האבחנה, מתקשות יותר להגיב ברגישות לילדיהן בהשוואה לאימהות משלימות. תוצאות אלו מדגישות את חשיבות מושג ההשלמה, ומספרן הנמוך של אימהות משלימות במחקר הנוכחי מצטייר לאורן כתופעה מדאיגה.

התקשרות וילדים בעלי לקות אינטלקטואלית

43% בלבד מהילדים בעלי לקות אינטלקטואלית שנטלו חלק במחקרנו הראו התקשרות בטוחה. מחקרים שנעשו על ילדים בעלי תסמונת דאון דיווחו על ממצאים דומים של אחוז נמוך יחסית מהילדים שלהם התקשרות בטוחה, בהשוואה למדגמים של ילדים שהתפתחותם תקינה (לדוגמה Ganiban 2000); אך מחקרנו הוא אחד המחקרים הבודדים שמטרתם לחקור את איכות ההתקשרות בקרב ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ללא אטיולוגיה ידועה. גורם אחד שבכוחו להסביר את האחוז הנמוך יחסית, בהשוואה לילדים שהתפתחותם תקינה, הוא שחוסרים קוגניטיביים המאפיינים ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית עשויים להקשות עליהם להשיג התקשרות בטוחה. אכן, מצאנו כי לילדים בעלי ציוני IQ נמוכים יותר היו סיכויים נמוכים יותר להפגין התקשרות בטוחה מאשר לילדים בעלי ציוני IQ גבוהים יותר. תוצאות דומות התקבלו במחקר שערכו Atkinson ועמיתים על ילדים בעלי תסמונת דאון (Atkinson et al., 1999). הסבר לממצאים אלו עשוי להיות שציוני IQ נמוכים משקפים חוסר במרכיבים קוגניטיביים שונים ההכרחיים לשם כינון התקשרות בטוחה, ובכלל זה למידת הבחנה (discrimination learning), קשב בורר (selective attention) ומגוון יכולות תקשורת רגשית (Janssen, Schuengel, & Stolk, 2002). דרך נוספת שבה חוסרים קוגניטיביים עלולים להשפיע על התקשרות עשויה להתקשר להתמודדות עם מתח. Janssen ועמיתים (2002) טענו כי הליקויים הקוגניטיביים של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית מובילים לרגישות רבה יותר למתח וכן לשימוש פחות באסטרטגיות התמודדות יעילות. Jahromi, Gulsrud, and Kasari (2008) מצאו שילדים בעלי תסמונת דאון משתמשים ברפרטואר מוגבל של אסטרטגיות התמודדות עם תסכולים; לפי החוקרים, נתון זה עשוי להגביר את בעיות ההתנהגות של ילדים אלו. מכאן שילדים בעלי תסמונת דאון עשויים להיות פחות אסטרטגיות יעילות להתמודדות

עם מתח, ובכלל זה מתח הנוגע להתקשרות, דבר שעשוי לגרום לשיעור גבוה יותר של התקשרות לא בטוחה.

מחקרנו מותח את גבולות פרוצדורת סיטואציית הזרה, שנועדה לשימוש עם ילדים מעל גיל 18 חודשים שהתפתחותם תקינה. אף כי השימוש שעשינו בסיטואציית הזרה כדי להעריך התקשרות בקרב ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית לא היה "מסורתי", מצאנו קשרים בין רגישות אימהית לבין איכות ההתקשרות; מכאן שסיטואציית הזרה סיפקה מידע בר-תוקף על איכות היחסים בקרב אימהות וילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. זהו ממצא חשוב מפני שקיימים מחקרים מועטים על התקשרות אצל ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית, ואף פחות מחקרים על הקשר שבין רגישות אימהית לבין התקשרות באוכלוסייה זו, ורוב המחקרים הללו נעשו על ילדים בעלי תסמונת דאון. לדוגמה, Atkinson ועמיתים (1999) ערכו את אחד המחקרים המעטים שהשתמשו בסיטואציית הזרה כדי לבחון את קשר הרגישות-התקשרות בקרב ילדים בעלי תסמונת דאון. בדומה למחקרנו, הם עשו שימוש במערכת המיון ה"מסורתית" של Ainsworth לסיווגי הסיטואצייה הזרה אצל ילדים גדולים יותר (42.21 חודשים=M) ומצאו קשר בין רגישות אימהית לבין איכות ההתקשרות. מחקרנו היה היחיד, ככל הידוע לנו, להשתמש בסיטואציית הזרה כדי לבחון את קשר הרגישות-התקשרות בקרב ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ללא אטיולוגיה ידועה, ויש בו משום תרומה משמעותית למחקר על ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. יתר על כן, ממצאינו מותחים את גבולות תאוריית ההתקשרות בכך שהם מוכיחים כי ההשערה המרכזית של תאוריית ההתקשרות ביחס לקשר בין רגישות אימהית לבין התקשרות בטוחה הוא רלוונטי לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית לא פחות מאשר לילדים שהתפתחותם תקינה.

רגישות אימהית בקונטקסטים שונים של משחקי אם-ילד

בחנו רגישות אימהית במהלך שלוש אפיזודות משחק כדי להעריך את איכות האינטראקציה בקונטקסטים שונים: משחק חופשי, משחק מובנה (פאזל) ומשחק חברתי (משחק ללא צעצועים). לא מצאנו קורלציות בין רגישות אימהית במהלך אפיזודות המשחק השונות, לבד מקשר שנמצא בין אפיזודת המשחק בפאזל לאפיזודת המשחק החופשי. קיים מחקר מועט ביותר בנושא רגישות אימהית אצל אימהות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית, וככל הידוע לנו אין נמצא מחקר על רגישות של אימהות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית בקונטקסטים משחקיים שונים. מסיבה זו אין לדעת אם ממצאינו ייחודיים

למדגם זה בלבד, או אם הם מאפיינים אימהות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית בכלל. לפיכך לא נוצר אגרנט של ציוני הרגישות האימהית, ואנו דנים בתוצאות עבור כל אפיזודת משחק לגופה. לא נמצא קשר בין רגישות אימהית במהלך אפיזודת המשחק בפאזל להשלמה אימהית ולאיכות ההתקשרות. עם זאת נמצא קשר בין רגישות אימהית במהלך אפיזודת המשחק החופשי לבין השלמה אימהית, וכן בין רגישות אימהית במהלך אפיזודת המשחק החברתי להשלמה אימהית ולאיכות ההתקשרות של הילד גם כן.

תוצאות אלו עשויות להצביע על מורכבות התהליכים ההוריים ולהדגים כי בקונטקסטים שונים, נחשפים היבטים שונים של התנהגות הורית. ייתכן שלא נמצא קשר בין רגישות אימהית במהלך משימת הפאזל להשלמה אימהית ולהתקשרות מפאת הקונטקסט הדידקטי של משימת הפאזל, שלא הביא לידי ביטוי את ההיבטים הרגשיים הקשורים להשלמה ולהתקשרות. מנגד, נראה כי רגישות אימהית במהלך אפיזודת המשחק החברתי והמשחק החופשי שיקפה שונות בהתנהגות האימהות, שקשורה להשלמה אימהית. מעניין להבחין שאפיזודת המשחק החברתי הייתה היחידה לחשוף קשרים הן עם השלמה אימהית הן עם איכות ההתקשרות. לפי ממצאים אלו, ניכר כי אפיזודת המשחק החברתי הביאה לידי ביטוי היבטים רגשיים רלוונטים ביותר להתקשרות ולהשלמה. לפיכך ייתכן שרגישות היא תלוית קונטקסט, במידה כזו או אחרת, ושקונטקסטים שונים חושפים היבטים שונים של רגישות אימהית.

רגישות אימהית, השלמה אימהית והתקשרות

כפי שנידון לעיל, לא מצאנו קשר בין השלמה אימהית לבין התקשרות. היעדר קשר בין השלמה להתקשרות נמצא גם במחקרם של Pianta ועמיתים על ריאיון התגובה לאבחנה (Pianta, Marvin & Morog, 1999). לצד ממצאיהם בנוגע לקשר בין השלמה אימהית לבין איכות ההתקשרות במסגרת הדיאדות של אימהות וילדיהן בעלי שיתוק המוחין, היעדר קשר זה התגלה גם בקרב אימהות וילדיהן בעלי האפילפסיה. Pianta, Marvin and Morog (1999) טענו כי "הסיפור שונה" אצל אימהות לילדים בעלי אפילפסיה בשל מאפייניה הייחודיים של אפילפסיה: תקוות לשיפור המצב והמחשבה שהילד יכול "להתגבר" על אפילפסיה עשויות להגביר את הקושי של ההורים להתמודד עם משבר האבחנה ועוד יותר את הקושי בבחירת אסטרטגיית טיפול הורי הולמת מול הילד. כפי שהוסבר לעיל, במקרה של לקות אינטלקטואלית המינוח האבחנתי המעורפל (כגון "איחור התפתחותי") כמו גם החזות הפיזית של ילדים

בעלי לקות אינטלקטואלית מעמתים את ההורים עם העמימות של האבחנה ועם שאלות בנוגע ל"קביעות" של המצב. התקווה שהילד "יתגבר על זה" שכיחה גם בקרב הורים לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. לפיכך ייתכן שאופי האבחנה הוא מקור משמעותי לשונות בהשלמה ובקשר בינה לבין התקשרות. ייתכן שעמימות מול ודאות בנוגע למצב המאובחן, ושחזות מובחנת מול "נורמלית" הם ממדים משמעותיים שיש לבחון בעת מחקר על תהליך ההסתגלות של ההורים לאבחנה של ילדיהם.

מחקרם של Clement and Barnett (2002) מספק ראיה תומכת לקשר שבין "נראות" האבחנה לבין הורות; המחקר נעשה על ילדים בעלי אנומליות מולדות, ובהן מומים נוירולוגיים (כגון שיתוק מוחין) ומומים לא נוירולוגיים (כגון חך ושפה שסועים) מולדים. Clement and Barnett (2002) מצאו כי הרגישות ההורית גבוהה יותר כלפי ילדים בעלי אנומליות גופניות נראות יותר, וכי לילדים אלו היה סיכוי רב יותר להתקשרות בטוחה בהשוואה לילדים בעלי חזות פחות פגועה. ממצאים דומים התגלו במחקר שנעשה על ידי Speltz ועמיתיו על ילדים בעלי שפה ו/או חך שסועים ובלעדיהם (Speltz, Goodell, Endriga & Clarren, 1997). המחקרים טענו כי ילדים בעלי אנומליות גופניות נראות יותר נתפסים כפגיעים יותר מאשר ילדים בעלי אנומליות גופניות פחות חמורות, דבר שעשוי להוביל לאיכות הורות גבוהה יותר, שתורמת לקידום התקשרות בטוחה (Speltz et al. 1997). ניכר שדרוש מחקר נוסף על הקשר האפשרי שבין נראות האבחנה לבין תהליכי ההסתגלות של ההורים. דפוסי הממצאים הכוללים מראים שאין קשר בין השלמה אימהית לבין איכות ההתקשרות, ובד בבד שיש קשר בין רגישות אימהית להשלמה ולהתקשרות (תרשים 1). ייתכן שאמצעי המדידה של רגישות אימהית משקפים שני היבטים שונים שקשורים להתקשרות ולהשלמה: פיענוח מדויק של הסיגנלים של הילד ותגובה אליהם בהתאם, על פי הקונספטואליזציה של Ainsworth, ומרכיב רגשי אפשרי שנוסף על ידי Biringen et al. (Biringen, Robinson & Emde, 1998). לפיכך הסבר אפשרי לתוצאותינו הוא שמאפייני הרגישות, כפי שהוגדרו על ידי Ainsworth, קשורים להתקשרות (לפי הקונספטואליזציה המקורית שלה), בעוד שהמרכיבים הרגשיים הנוספים, שנוספו לרגישות על ידי Biringen and Robinson (1991), קשורים להשלמה אימהית.



תרשים 1

הקשר בין השלמה לרגישות ולהתקשרות במחקר הנוכחי

בהמשך לנאמר לעיל, ייתכן שהשלמה – לפחות כפי שהיא מוערכת באמצעות ריאיון התגובה לאבחנה – היא בראש ובראשונה מצב רגשי; משמע שאם שמשלימה עם האבחנה של הילד מתרוממת מעבר לרגשות עזים כגון עצב, כעס ואכזבה ומצליחה להתפנות רגשית עבור ילדה. מסיבה זו השלמה עשויה להתקשר למרכיבים הרגשיים של רגישות אימהית, בעוד שהיכולת להגיב באופן הולם ומקדי לסיגנלים של הילד קשורה יותר למאפיינים של יחסי התקשרות בטוחה.

תוצאות אלו מעידות על מורכבותם של המושגים רגישות, התקשרות והשלמה ושל הקשרים בין המושגים הללו. כמו כן ייתכן שכדאי לבחון קשרים אלו בקונטקסט, מפני שהתהליכים שעוברים הורים לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית אינם זהים בהכרח לתהליכים שעוברים הורים לילדים בעלי אבחנה שונה. יחד עם זאת, הצעות תאורטיות אלו דורשות מחקר נוסף.

מגבלות ומחקר עתידי

אף כי באופן תאורטי אנו מציגים את הקשר בין השלמה אימהית לרגישות אימהית ולהתקשרות כקשר סיבתי, בשל האופי הקורלטיבי של מערך המחקר אי אפשר לשלול השפעות מהכיוון הנגדי. הסברינו שמו דגש על השפעת ההשלמה על רגישות ועל התקשרות, אך השפעה מהכיוון הנגדי אפשרית גם כן; משמע שלאמהות לילדים בעלי התקשרות בטוחה יש אינטרקציות רגישות עם ילדיהן, והדבר מסייע לאימהות להגיע להשלמה. מכאן שמחקר אורך שמעריך את הרגישות האימהית בנקודות זמן שונות, זמן קצר לאחר קבלת האבחנה ולאורך תהליך ההשלמה, יכול לבאר את התפקיד שממלאים רגישות והשלמה בתהליך ההורי.

לתוצאות המחקר הנוכחי, שמדגישות את חשיבות השלמת ההורים עם האבחנה של ילדם בעל
הלקות האינטלקטואלית, עשויות להיות השלכות על ההתערבות. לפי הקשרים שנמצאו בין השלמה
לרגישות ניכר כי באמצעות מתן עזרה להורים להגיע להשלמה עם האבחנה של ילדם, אפשר להגביר את
רגישותם כלפי ילדיהם. יתר על כן, מושג ההשלמה ואמצעי המדידה שלו (ריאיון התגובה לאבחנה)
עשויים לבוא לידי שימוש באיתור הורים ודיאדות שנמצאים בסיכון גבוה יותר בשל קושי רגשי להשלים
עם אבחנת הלקות האינטלקטואלית של ילדם. Barnett ועמיתים תיארו תוכנית התערבות עבור משפחות
של ילדים בעלי אנומליות מולדות שהתמקדה בהשלמה של ההורים כחלק מתהליך ההסתגלות שלהם
לאבחנה של ילדם (Barnett, Clements, Kaplan-Estrin & Fialka, 2003). תקוותנו היא שמחקרנו,
כמו גם מחקרים דומים, יעזור לקדם תוכניות התערבות דומות עבור משפחות של ילדים בעלי לקות
אינטלקטואלית, לצד מחקרים שיעריכו את ההתערבויות הללו.

שאלה נוספת שעולה ממחקרנו היא מהם הגורמים שמקדמים או מעכבים השלמה. שאלה זו
חשובה במיוחד בגלל התפקיד האפשרי שמגלמת ההשלמה האימהית ברגישותן של אימהות. כיוונים
אפשריים של מחקר עתידי הם לבחון כיצד הדרך בה "מוסרים את החדשות" משפיעה על ההשלמה. כבר
הזכרנו שהמינוח המקובל עשוי להשפיע על ההשלמה של אימהות עם המחשבות ועם ההרגשות הנלוות
לאבחנה של ילדן. ייתכן כי הדרך שבה אימהות מתבשרות על האבחנה של ילדיהן משפיעה על התפיסה
 שלהן את האבחנה. אכן, מחקר עדכני הצביע על שיעור גבוה של חוסר שביעות רצון הורית באשר לדרך
בה מוסרים חדשות בעלות אופי שלילי (Skotko, 2005). מחקרים אחרים הראו כי האופן שבו מוסרים
 "חדשות נוירולוגיות רעות" להורים יכול להשפיע באופן מובהק על הרגשות ועל האמונות של הורים, וכן
 על גישתם כלפי ילדם, כלפי הצוות הרפואי וכלפי העתיד הצפוי לילדם (Jan & Girvin, 2002). מרבית
הספרות המקצועית בנושא מתמקדת בחוויה של המומחים שתפקידם למסור את הבשורה, או בחוויה של
 "המטופל" (האימהות במחקרנו) שמתבשר עליהן; אך לא בודקת כיצד נמסרו "החדשות הרעות" ומה היו
התגובות אליהן. יש צורך במחקר נוסף כדי לבחון את הקשר שבין האופן שבו מוסרים חדשות רעות לבין
תהליך ההסתגלות של ההורים לאבחנה של ילדיהם.

אף כי לא מצאנו קשר בין השלמה לבין מאפיינים אימהיים, קשר כזה לא בהכרח נעדר. כדי
להעריך מאפיינים אימהיים ובהם מצוקה אימהית, השפעה על המשפחה ותמיכה חברתית, נעזרנו

בשאלונים למילוי עצמי. ייתכן כי היה בכוחם של אמצעי מדידה אובייקטיביים ומעמיקים יותר להעשיר את הבנתנו בנוגע לגורמים שעשויים להתקשר להשלמה אימהית.

מגבלה נוספת של המחקר הייתה גודל המדגם הקטן שעמד לרשותנו. כפי שצויין לעיל, אמנם המדגם ההתחלתי היה גדול יותר, אך להפתעתנו, 21% מהילדים שנכללו במדגם אובחנו כבעלי לקות אינטלקטואלית בשוגג. אף כי ילדים אלו היו בעלי אבחנה קלינית, ההערכה האבחונית שערכנו כחלק מהמחקר העלתה כי מספר ילדים ניכר לא עמד בקריטריונים של לקות אינטלקטואלית. ממצא מקרי זה הוא מדאיג למדי, ומעלה שאלות בנוגע לאיכות הליכי האבחון שבהם משתמשים נותני שירותי הבריאות הציבוריים.

סיכום ומסקנות

מחקר זה היה הראשון לבחון השלמה אימהית בקרב אימהות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. כפי שמורים ממצאינו, ההשלמה של אימהות עם המחשבות ועם ההרגשות הנלוות לאבחנה של ילדן היא אתגר משמעותי, שרק מיעוט מהאימהות שבמדגם שלנו צלחו. ממצאינו מורים שהשלמה בריאיון התגובה לאבחנה משקפת תהליכים מנטליים החשובים להיענות הרגשית של האם לילדה ולהתכווננות הרגשית שלה כלפי הילד. תוצאות מחקרנו עשויות להשליך גם על התערבויות עבור ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ועבור משפחותיהם, מפני שהן שמות דגש על החשיבות שבמתן עזרה להורים להגיע להשלמה ביחס לאבחנה של ילדם.

מחקרנו התמקד בקבוצה מסוימת של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ללא אטיולוגיה ידועה. על פי התוצאות שקיבלנו, המאפיינים הייחודיים של קבוצה זו עשויים להיות משמעותיים ביחסי ההורה-ילד; מכאן שהקשיים של רוב האימהות בקבוצה להגיע להשלמה ביחס לאבחנה של לקות אינטלקטואלית, עשויים להיבדל מאלו של אימהות לילדים בעלי אבחנה שונה. לפיכך תהליך ההסתגלות של הורים לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית עשוי להתקשר למאפיינים הייחודיים של קבוצה זו, שהוזכרו לעיל, ויש צורך במחקר נוסף בנידון.

אחת מהתרומות החשובות של מחקרנו היא בחירתנו להתמקד בהבדלים אינדיבידואליים בתוך קבוצת הלקות האינטלקטואלית במקום בהבדלים בין-קבוצתיים. מרבית המחקר שנעשה על ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית מערב השוואה בינם לבין ילדים שהתפתחותם תקינה או בינם לבין ילדים בעלי לקות

התפתחותית אחרת; אולם על פי מחקרנו קיימים הבדלים תוך-קבוצתיים, והם אף בעלי חשיבות. אם נבין טוב יותר את הגורמים להבדלים האינדיבידואליים הללו, נוכל לשפר את תמיכתנו בהתפתחותם של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית.

מחקרנו הדגים את הרלוונטיות של מושגים הלקוחים מתאוריית ההתקשרות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. ממצאינו הראו כי אפשר ליישם תהליכים הדומים לאלו שמוכרים ממחקרים על ילדים שהתפתחותם תקינה ועל אימהותיהם, ולהכיל אותם על ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית. ייצוגים של אימהות את ילדם הם בעלי חשיבות בנוגע ליכולת של האימהות להפגין רגישות, וניכר כי רגישות אימהית היא גורם חשוב שמקדם התקשרות בטוחה. ממצא חשוב שגילינו הוא שקשרים אלו אינם רק פועל יוצא של הלקות, ומכאן שיחסי האם-ילד אינם "אבודים" בעקבות אבחנת הילד כבעל לקות אינטלקטואלית, ואפשר להשיג התקשרות בטוחה אפילו כאשר הילד בעל לקות אינטלקטואלית חמורה.

כאשר נפגשנו עם המשפחות שנטלו חלק במחקר זה, הורים רבים הביעו דאגות דומות בנוגע לילדיהם בעלי הלקות: האם הם יהיו מאושרים אי פעם? האם יהיו להם חברים? בני זוג? עבודה? איזה סוג חיים יהיה ביכולתם לנהל? כולם חרדים לרווחת ילדיהם. Edward Zigler, אחד החוקרים המובילים בתחום הלקות האינטלקטואלית, קרא להקדיש יותר מחשבה להתנסויות החברתיות והרגשיות של אנשים בעלי לקות אינטלקטואלית, מפני שהן עשויות להיות משמעותיות בהתמודדות של אנשים אלו עם חיי היום-יום (Zigler, 2001, 2002). אם להמשיך ברוח דומה, תאוריית ההתקשרות שמה דגש על חשיבות יחסי האם-ילד. במחקרנו עשינו שימוש במסגרת זו כדי ללמוד על היחסים בין אימהות לילדים בעלי לקות אינטלקטואלית, וברצוננו להצטרף לקריאתו של Zigler, ולהוסיף שיש בכוחן של התנסויות רגשיות כאלו לקדם את רווחתם של ילדים בעלי לקות אינטלקטואלית ולעזור להם להגיע לידי מיצוי היכולת ההתפתחותית הצפונה בהם.

ביבליוגרפיה

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Atkinson, L., Chisholm, V. C., Scott, B., Goldberg, S., Vaughn, B. E., Blackwell, J., Dickerns, S., & Tam, F. (1999). Maternal sensitivity, child functional level, and attachment in Down syndrome. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 45-66.
- Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K. A., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three year old children with and without developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 433-444.
- Barnett, D., Clements, M., Kaplan-Estrin, M., & Fialka, J. (2003). Building new dreams; supporting parents' adaptation to their child with special needs. *Infants and Young Children*, 16, 184-200.
- Barnett, D., Clements, M., Kaplan-Estrin, M., McCaskill, W. J., Hill Hunt, K., Butler, M. C., Schram, L. J., & Jenisse, C. H. (2006). Maternal resolution of the child diagnosis: stability and relationship with child attachment across the toddler to preschooler transition. *Journal of Family Psychology*, 20, 100-107.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beeghly, M. (1998). Emergence of symbolic play: Perspectives from typical and atypical development. In J. A. Burack, R. M. Hodapp & E. Zigler, (Eds.),

- Handbook of mental retardation and development.* (pp. 240-289). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy & P. R. Shaver, (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 249-264). New York, NY, US: Guilford Press.
- Berger, J. (1990). Interactions between parents and their infants with Down syndrome. In D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *Children with Down syndrome: A Developmental Perspective* (pp. 101-146). New York: Cambridge University Press.
- Berger, J. Cunningham, C. C. (1983). Development of early vocal behaviors and interactions in down's syndrome and nonhandicapped infant–mother pairs. *Developmental Psychology*, 19, 3, 322-331.
- Berry, P., Gunn, P., & Andrews, R. (1980). Behavior of Down's syndrome infants in a strange situation. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 213-218.
- Biringen, Z., & Robinson, J. (1991/1998). Emotional availability in mother-child interactions: A reconceptualization for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 258-271.
- Blacher, J. (1984). The sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: Fact or artifact. *Mental Retardation*, 22, 55-68.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. III. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). London: Penguin Books.

- Bruchin, A. (1990) *Behaviour of Parents to Children with Mental Retardation: Stress Level and Perception of Parental Role*. Unpublished doctoral dissertation, Bar-Illan University, Israel.
- Canepa, G., Barbagna, S., Millepiedi, S., & Marcheschi, M. (2000). Il funzionamento sociale nella sindrome di down. studio preliminare. / adaptive behavior in children with down's syndrome. preliminary study. *Minerva Psichiatrica*, 41, 2, 103-110.
- Capps, L., Sigman, M., & Mundy, P. (1994). Attachment security in children with autism. *Development and Psychopathology*, 6, 249-261.
- Cassidy, J. (1999) The Nature of the Child's ties. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment Theory, Research and Clinical Application* (pp. 3-21). New York: Guilford Press.
- Chandler, S., Charman, T., Baird, G., Simonoff, E., Loucas, T., Meldrum, D., et al. (2007). Validation of the social communication questionnaire in a population cohort of children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 10, 1324-1332.
- Cicchetti, D. (1987). Developmental psychopathology in infancy: Illustration from the study of maltreated youngsters. , *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 6, 837-845.
- Cicchetti, D., & Beeghly, M. (1990). An organizational approach to the study of Down syndrome: Contribution to an integrative theory of development. In D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *Children with Down syndrome: A developmental Perspective* (pp. 29-62). New York: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., & Ganiban, J. (1990). The organization and coherence of developmental processes in infants and children with Down syndrome. In R. M. Hodapp, J. A.

Burack & E. Zigler (Eds.), *Issues in the developmental approach to mental retardation* (pp. 1-28). New York: Cambridge University Press.

Cicchetti, D., & Serafica, F. C. (1981). Interplay among behavioral systems: Illustrations from the study of attachment, affiliation, and wariness in young children with Down's syndrome. *Developmental Psychology*, *17*, 36-49.

Cicchetti, D., & Sroufe, L. A. (1978). An organizational view of affect: Illustration from the study of Down syndrome infants. In M. Lewis & L. A. Rosenblum (Eds.), *The development of affect* (pp. 309-350). New York: Plenum.

Clements, M. & Barnett, D. (2002). Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: Examining the strange situation and attachment Q-Sort. *Infant Mental Health Journal*, *23*, 625-642.

Colin, V. L. (1996). *Human attachment*. Philadelphia: Temple University Press.

Crawley, S. B., & Chan, K. S. (1982). Developmental changes in the free play behavior of mildly and moderately retarded preschool-aged children. *Education and Training of the Mentally Retarded*, *17*, 234-239.

Cuskelly, M., & Gunn, P. (2003). Siblings relationship of children with Down Syndrome: Perspectives of mothers, fathers, and siblings. *American Journal on Mental Retardation*, *108*, 234-244.

De Wolff, M. S., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, *68*, 571-591.

- Derogatis, L. & Spencer, P.M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring & procedures manual-I*. John Hopkins University School of Medicine.
- Dichfield, H. (1992). The birth of a child with a mental handicap: Coping with loss? In A. Waitman & S. Conboy-Hill (Eds.), *Psychotherapy and mental handicap* (pp. 9-24). London: Sage.
- Dolev, S. (2006). *Insightfulness and the reaction to diagnosis in mothers of children with Autism: Associations with maternal sensitivity*. Unpublished doctoral dissertation, Haifa University, Israel.
- Donenberg, G., & Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 179-198.
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis & Intervention in Developmental Disabilities*, 5,1-2, 165-201.
- Fernald, C.D. (1995). When in London...: Differences in disability language preferences among English-speaking countries. *Mental Retardation*, 33, 99-103.
- Field, T. M. (1980). Self, teacher, toy, and peer directed behaviors of handicapped preschool children. In T. M. Field, S. Goldberg, D. Stern & A. M. Sostec (Eds.), *High-risk infants and children: Adults and peers interactions* (pp. 313-326). New York: Academic Press.
- Field, T. (1984). Play behaviors of handicapped children who have friends. In T. Field, J. L. Roopnarine & M. Segal (Eds.), *Friendships in normal and handicapped children* (pp. 153-162). Norwood, NJ: Albex.

- Fortier, L. M., & Wanlass, R. L. (1984). Family Crisis following the Diagnosis of a Handicapped Child. *Family Relations*, 33, 13-24.
- Ganiban, J., & Barnett, D. (1991). *Emotion regulatory strategies of securely and insecurely attached infants with Down syndrome in the strange situation*. Poster presented at the meeting for Research in Child Development, Seattle.
- Ganiban, J., Barnett, D., & Cicchetti, D. (2000). Negative reactivity and attachment: Down syndrome's contribution to the attachment-temperament debate. *Development and Psychopathology*, 12, 1-21.
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. In J. Cassidy & P. R. Shaver, (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 649-670). New York, NY, US: Guilford Pres.
- Goldberg, S. (1988). Risk factors in attachment. *Canadian Journal of Psychology*, 42, 173-188.
- Greenough, W. T., & Black, J. E. (1992). Induction of brain structure by experience: Substrates for cognitive development. In M. R. Gunnar & C. A. Nelson (Eds.), *Developmental behavior neuroscience* (pp. 155-200). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Guralnick, M. J., & Weinhouse, E. (1984). Peer-related social interactions of developmentally delayed young children: Development and characteristics. *Developmental Psychology*, 20, 5, 815-827.

- Hannah, M., E. & Midlarsky E. (1999). Competence and Adjustment of Siblings of Children with Mental Retardation. *American journal on Mental Retardation*, 104, 22-37.
- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Shonkoff, J. P., & Krauss, M. W. (2001). Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66, 1-131.
- Hodapp, R. (2002). Parenting children with mental retardation. In M. H. M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (pp. 355-381). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hodapp, R. M., Burack, J. A. & Zigler, E. (1998). Developmental approaches to mental retardation: A short introduction. In J. A. Burack, R. M. Hodapp & E. Zigler (Eds.), *Handbook of Mental Retardation and Development*, (pp. 3-19). Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Jahromi, L. B., Gulsrud, A., & Kasari, C. (2008). Emotional competence in children with down syndrome: Negativity and regulation. *American Journal on Mental Retardation*, 113, 1, 32-43.
- Jan, M. M. S., & Girvin, J. P. (2002). The communication of Neurological bad news to parents. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 29, 1, 78-82.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behavior in people with severe and profound intellectual disability: A stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 445-453.
- Kanner, L. (1953). Parents' feelings about retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 57, 375-383.

- Kasari, C., & Bauminger, N. (1998) Social and emotional development in children with mental retardation.. In J. A. Burack, R. M. Hodapp & E. Zigler (Eds.), *Handbook of Mental Retardation and Development*, (2nd ed., pp 411-434). Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Kasari, C., Freeman, S. F., & Hughes, M. A. (2001). Emotion recognition by children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 59-72.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Mothers of securely attached children with autism spectrum disorder are more sensitive than mothers of insecurely attached children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 5, 643-650.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685.
- Lord, B., Ungerer, J. & Wastell, C. (2008). Implications of resolving the diagnosis of PKU for parents and children. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 855-866.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., & Tasse, M. J. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports* (10th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 32-40.

- Main, M., & Hesse, E., (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, Research and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research* (pp. 66-104). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. B. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124) Westport, CT, US: Ablex Publishing.
- Marfo, K. (1984). Interactions between mothers and their mentally retarded children: Integration of research findings. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 5, 1, 45-69.
- Marom, A. (1990). *Behavior of parents to children with Developmental Delay and its Relation to Marital Life and Family Atmosphere*. Unpublished doctoral dissertation. Bar-Illan University, Israel.
- Marvin, R. S., & Pianta, R. C. (1996). Mothers' reactions to their child's diagnosis: Relations with security of attachment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 436-445.

- Messier, J., Ferland, F., & Majnemer, A. (2008). Play behavior of school age children with intellectual disability: Their capacities, interests and attitude. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 20, 2*, 193-207.
- Milshtein, S., Yirmiya, N., Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Levi, S. (in press). Resolution of the diagnosis among parents of children with Autism Spectrum Disorder: Association with child and parent characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Mindes, G. (1982). Social and cognitive aspects of play in young handicapped children. *Topics in Early Childhood Education, 2*, 39-52.
- Moran, G., Pederson, D. R., Pettit, P., & Krupka, A. (1992). Maternal sensitivity and infant attachment in a high-risk sample. *Infant Behavior and Development, 15*, 427-442.
- Mullen, M., E. (1995). Mullen Scales of Early Learning. Minnesota: American Guidance Service.
- Murphy, C.C., Boyle, C., Schendel, D., Decoufle, P., & Yeargin-Allsop, M. (1998). Epidemiology of mental retardation in children. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review, 4*, 6-13.
- Oppenheim, D., Dolev, S., Koren-Karie, N., Sher-Censor, E., Yirmiya, N., & Salomon, S. (2007). Parental resolution of the child's diagnosis and the parent-child relationship: Insights from the reaction to diagnosis interview. In D. Oppenheim & D. F. Goldsmith (Eds.), *Attachment theory in clinical work with children bridging the gap between research and practice* (pp. 109-136). New York, NY, US: Guilford Press.

- Oppenheim, Koren-Karie, N., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Maternal insightfulness and resolution of the diagnosis are associated with secure attachment in preschoolers with autism spectrum disorders. *Child Development, 80*, 519–527.
- Parmenter, T. R. (2004). Contributions of IASSID to the scientific study of intellectual disability: The past, the present and the future. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 1*, 71-78.
- Pianta, R. C., & Marvin, R. S. (1992a). The Reaction to Diagnosis Classification System. Unpublished manuscript, University of Virginia, Charlottesville.
- Pianta, R. C., Marvin, R. S., Britner, P. A., & Borowitz, K. C. (1996). Mothers' resolution of their children's diagnosis: Organized patterns of caregiving representations. *Journal of Infant Mental Health, 17*, 239-256.
- Pianta, R. C., Marvin, R. S., & Morog, M. C. (1999). Resolving the past and present: Relations with attachment disorganization. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp. 379–398). New York: Guilford.
- Pino, O. (2000). The effect of context on mother's interaction style with down's syndrome and typically developing children. *Research in Developmental Disabilities, 21*, 5, 329-346.
- Pipp-Siegel, S., Siegel, C. H., & Dean, J. (1999). Neurological aspects of the disorganized/disoriented attachment classification system: Differentiating quality of the attachment relationship from neurological impairment. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 64*(3), 25-44.

Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). *The Social Communication Questionnaire*.
Los Angeles: Western Psychological Services.

Schalock, R.L., Luckasson, R. A., Shogren, K. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V.,
Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y.,
Reeve, A., Snell, M.E.; Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo, M.
A.,; Wehmeyer, M. L.& Yeager, M. H. (2007). The renaming of Mental
retardation: Understanding the change to the term Intellectual Disability.
Intellectual and Developmental Disabilities, 45, 116-124.

Schroeder, S. r., Gertz., & Velazquez, F. (2002). *Final project report: Usage of the
term 'mental retardation': Language, image and public education*. Lawrence:
University of Kansas, Center on Developmental Disabilities.

Schuengel, C., Rentinck, I. C. M., Stolk, J., Vorman, J. M., Loots, G. M. P.,
Ketelaar, M., GorterJ. W., & Becher, J. G. (2009). Parents' reactions to the
diagnosis of cerebral palsy: Associations between resolution, age and severity of
disability. *Child: Care, Health and Development, 35*, 5, 673-680.

Shah, P. E., Clemens, M., & Poehlman, L. A. (2009). *Maternal unresolved grief
regarding a preterm birth: Implications for attachment security in premature
infants*. Poster session presented at the annual meeting of the Society for
Research in Child Development, Denver, Colorado.

Shapiro, T., Sherman, M., Calamari, G., & Koch, D. (1986). Attachment in autism
and other developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child
and Adolescent Psychiatry, 26*, 480-484.

- Sheeran, T., Marvin, R. S., & Pianta, R. C. (1997). Mothers' resolution of their child's diagnosis and self-reported measures of parenting stress, marital relations, and social support. *Journal of Pediatric Psychology, 22*, 2, 197-212.
- Skotko, B. (2005). Mothers of children with down syndrome reflect on their postnatal support. *Pediatrics, 115*, 1, 64-77.
- Sparrow, S., Balla, D. & Cicchetti, D. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Interview Edition. Minnesota: American Guidance Service.
- Speltz, M. L., Endriga, M. C., Fisher, P, A., & Mason, C. A. (1997). Early predictors of attachment in infants with cleft lip and/or palate. *Child Development, 68*, 12-25.
- Sroufe, L. A, Carlson, E. A, Levy, K, & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 11*, 1-13.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota longitudinal study. In K. E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. (pp. 48-70). New York, NY, US: Guilford Publications.
- Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. (pp. 265-286). New York, NY, US: Guilford Press.
- Thompson, R. A., Cicchetti, D., Lamb, M. E., & Malkin, C. (1985). Emotional responses of Down syndrome and normal infants in the strange situation: The

organization of affective behavior in infants. *Developmental Psychology*, 21, 828-841.

Vadasy, P. F., Fewell, R. R., Meyer, D. J., & Schell, G. (1984). Siblings of handicapped children: A developmental perspective on family interactions. *Family Relations*, 33, 1, 155-167.

van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

van IJzendoorn, M. H. (1994). Gehechtheid bij kinderen met Down's syndrom. In: C.J.M. Lindner-Middendrop, L. P. T. Raijmakers, D.A. Flikweert, R, F, B. Geus & M Bleeksma, (Eds.) *Gehect aan Gosed Relatiies*, (pp.7-15). Van Gorcum, Assen.

van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.

van IJzendoorn, M. H., Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Daalen, E., Dietz, C., Buitelaar, J. K., et al. (2007). Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: Comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Development*, 78, 2, 597-608.

van IJzendoorn, M. H., & Sagi, A. (2008). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 713-734). New York, NY, US: Guilford Press.

- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. K. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225-249.
- Vaughn, B., Goldberg, S., Atkinson, L., Marcovitch, S., MacGregor, D., & Seifer, R. (1994). Quality of toddler-mother attachment in children with Down's syndrome: Limits to interpretation of strange situation behavior. *Child Development 65*, 95-108.
- Wachtel, K., & Carter, A. S. (2008). Reaction to diagnosis and parenting styles among mothers of young children with ASDs. *Autism., 12*, 5, 575-594.
- Walters, A. S., & Kaufman Blane, K. (2000). Mental retardation . In C. Zeanah (Ed.), (2000). *Handbook of infant mental health* (2nd ed. pp. 271-281). New York, NY, US: Guilford Press.
- Waters, E., & Deane, K. E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research* (pp. 41-65). *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1-2, Serial No. 209).
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (pp. 73-95). New York: Guilford Press.
- Weinraub, M., & Wolf, B. (1983). Effects of stress and social supports on mother-child interactions in single- and two-parent families. *Child Development, 54*, 1297-1311

- Weissman, D. (1991). *Parents of children with a mental disability: Their behavior, perception of parenting role and burnout*. Ramat-Gan, Israel: Bar-Ilan University.
- Wilt, M. (1991). Insights. Retrieved October 20, 2009, from <http://www.c-magic.com/logan/poemsand.htm>
- Zaider, J. (1987). *The normal siblings of the exceptional child*. Jerusalem, Israel.
- Zigler, E. (1967). Familial mental retardation: A continuing dilemma. *Science*, *155*, 292-298.
- Zigler, E. (2001). Looking back 40 years and still seeing the person with mental retardation as a whole person. In H. N. Switzky (Ed.), *Personality and Motivational Differences in Persons with Mental Retardation* (pp. 3-55). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Zigler, E. (2002). A veteran worker urges renewed research on personality factors in mental retardation. *Japanese Journal of Special Education*, *39*, 1-13.
- Ziv, Y., Aviezer, O., Gini, M., Sagi, A., & Koren-Karie, N. (2000). Emotional Availability in the mother-infant dyad as related to the quality of infant mother attachment relationship. *Attachment and Human development*, *2*, 130-148.

הוראות לתצפית על זמינות ריגשית

הוראות לתצפית

1. משחק חופשי (8 דק')

אנחנו נתחיל בלשחק בצעצועים שנמצאים פה בחדר. אני מבקשת עכשיו שתשחקו ביחד במשך 7 דקות. אתם יכולים לבחור באיזה צעצועים אתם הכי אוהבים לשחק ביחד. אחרי 7 דקות אני אכנס שוב לחדר ואעצור אתכם.

2. סידור הצעצועים (2-3 דק')

אנחנו תכף נעבור לדבר הבא, אך קודם אני מבקשת ממך שתעזרי ל_____ לאסוף את כל הצעצועים ותכניסו אותם לקופסא הזו. קחו לכם כמה דקות וכשתסיימו אני אכנס שוב.

3. משחק סימבולי (4 דק')

עכשיו נעבור למשחק עם הצעצועים שהבאתי: בובה, מיטה ובקבוק. אני אבקש מכם לשחק ביחד בשלושת הצעצועים הללו במשך כמה דקות, עד שאכנס לחדר.

4. פאזלים (5 דק')

נעבור למשהו אחר. הבאתי כמה פאזלים ואבקש מכם לבחור איזה פאזלים שאתם רוצים, לפרק אותם ולבנותם מחדש. אם אתם מסיימים, אתם יכולים לנסות לבנותם בשנית.

5. משחק חברתי (3 דק')

עכשיו הייתי מבקשת מכם לשחק משחק חברתי ללא עזרת צעצועים. הכוונה היא למשחק כמו מחבואים, לשיר שיר ביחד, או כל משחק שנעים לכם לשחק יחדיו רק שניכם.

שאלון התנהגות ותקשורת חברתית

Social Communication Questionnaire

שם הילד: _____ ID: _____

תאריך לידה: _____ תאריך: _____

קראי את השאלות הבאות ובחרי בתשובה המתאימה ביותר עבור בנך.

- | | | | |
|----|---|----|----|
| 1 | האם הוא משתמש כיום במבטים או במשפטים קצרים? | כן | לא |
| | | כן | לא |
| 2 | האם הוא מדבר אתך מתוך מטרה חברתית (רק כדי להיות ידידותי ולא כדי להשיג משהו)? | כן | לא |
| 3 | האם אפשר לנהל איתו שיחה הדדית שיש בה לקיחת תור בשיחה, או שמבוססת על מה שאת אמרת? | כן | לא |
| 4 | האם משתמש במשפטים "מוזרים" בדרך שחוזרת על עצמה? משפטים ששמע ממישהו אחר או משפטים שהמציא? | כן | לא |
| 5 | האם יש מצבים בהם הוא משתמש בשאלות או אומר דברים שאינם מתאימים מבחינה חברתית? לדוגמה, האם בדרך כלל שואל שאלות אישיות או מעיר הערות אישיות בזמן לא מתאים? | כן | לא |
| 6 | האם משתמש בכינויי גוף בצורה לא נכונה, לדוגמה, אומר "הוא" או "אתה" במקום "אני"? | כן | לא |
| 7 | האם משתמש במילים שנראה שהמציא בעצמו, או מתאר דברים בצורה משונה, לא ישירה או מטאפורית (לדוגמה, אומר "גשם חם" במקום "אדים")? | כן | לא |
| 8 | האם חוזר ואומר את אותם דברים שוב ושוב בדיוק באותו אופן, או מתעקש שאת תגידי את אותם דברים שוב ושוב? | כן | לא |
| 9 | האם יש דברים שחשוב לו שיהיו בסדר מסוים, או דברים שהוא מתעקש שאת תעשי בדרך מסוימת? | כן | לא |
| 10 | האם הבעות הפנים שלו בדרך כלל נראות מתאימות לסיטואציה, לפי התרשמותך? | כן | לא |
| 11 | האם הוא משתמש בידיים שלך כמו במכשיר, או כאילו היו חלק מהגוף שלו (לדוגמה, מצביע בעזרת האצבע שלך, מניח את היד שלך על ידית הדלת כדי שתפתחי אותה עבורו)? | כן | לא |
| 12 | האם יש דברים שמעסיקים או מעניינים אותו שנראים מוזרים לאנשים אחרים (לדוגמה, רמזורים או מרזבים, נורות, שקעים וכדומה)? | כן | לא |
| 13 | האם אי פעם נראה שהוא מתעניין בחלקים של צעצועים (לדוגמה, לסובב את הגלגלים של מכונית) יותר מאשר בשימוש הרגיל של הצעצועים? | כן | לא |
| 14 | האם יש לו תחומי עניין מיוחדים שהם חריגים בעוצמתם אבל אחרת מתאימים לגילו (לדוגמה, דינוזאורים, רכבות)? | כן | לא |

15	האם מתעניין באופן מוגזם בלראות, לחוש, לשמוע, לטעום, או להריח דברים או אנשים?	כן	לא
16	האם יש לו דרך מוזרה בה הוא מזיז את הידיים או האצבעות לדוגמה, מנפנף בידיים או מניע את האצבעות מול העיניים?	כן	לא
17	האם יש לו תנועות מורכבות של כל הגוף שחוזרות על עצמן, לדוגמה, מסתובב סביב עצמו, או מתנדנד?	כן	לא
18	האם אי פעם פגע בעצמו בכוונה, לדוגמה, על ידי נשיכת גב היד או דפיקת הראש על משהו?	כן	לא
19	האם יש חפצים (חוץ מצעצועים רכים או שמיכה רכה) שהוא חייב לקחת איתו?	כן	לא
20	האם יש לו חברים קבועים או חבר הכי טוב?	כן	לא
21	האם הוא מחקה באופן ספונטני אותך (או אנשים אחרים), או מה שאת עושה (לדוגמה, מחקה ניקוי אבק)?	כן	לא
22	האם הוא מצביע באופן ספונטני על דברים סביבו רק כדי להראות לך משהו (ולא כיוון שהוא רוצה משהו)?	כן	לא
23	האם הוא משתמש במחוות, מלבד להצביע או למשוך את ידך, כדי להבהיר לך מה הוא רוצה?	כן	לא
24	האם הוא מהנהן כדי לסמן "כן"?	כן	לא
25	האם מניע בראשו כדי לסמן "לא"?	כן	לא
26	האם הוא בדרך כלל מביט בך ישר בפנים כשהוא עושה משהו או מדבר אתך?	כן	לא
27	האם הוא מחייך חזרה כשמחייכים אליו?	כן	לא
28	האם אי פעם הראה לך דברים שמעניינים אותו כדי למשוך את תשומת לבך?	כן	לא
29	האם אי פעם הציע לחלוק אתך דברים, מלבד אוכל?	כן	לא
30	האם אי פעם נראה שהוא רוצה לשתף אותך בהנאה שלו ממשהו?	כן	לא
31	האם אי פעם הוא ניסה לנחם אותך אם היית עצובה או כאב לך משהו?	כן	לא
32	כשהוא רוצה משהו או צריך עזרה, האם הוא מביט בך ומשתמש במחוות וקולות או במילים כדי למשוך את תשומת הלב שלך?	כן	לא
33	האם יש לו מגוון רגיל של הבעות פנים?	כן	לא
34	האם אי פעם הצטרך באופן ספונטני וחיקה פעולות במשחק חברתי כמו "גולם במעגל" או "מחבואים"?	כן	לא
35	האם הוא משחק במשחקי דמיון או משחקי העמדת פנים?	כן	לא
36	האם הוא נראה מתעניין בילדים אחרים בני גילו שהוא אינו מכיר?	כן	לא
37	האם הוא מגיב באופן חיובי כשילד אחר ניגש אליו?	כן	לא
38	אם את נכנסת לחדר ומתחילה לדבר איתו מבלי לקרוא בשמו, האם הוא בדרך כלל יביט בך וישים לב אליך?	כן	לא
39	האם אי פעם שיחק במשחקי דמיון עם ילד אחר, כך שיכולת להבחין שכל אחד מבין את העמדת הפנים של השני?	כן	לא
40	האם הוא משתף פעולה במשחקים שדורשים השתתפות בקבוצה עם מספר ילדים, כמו מחבואים או משחקי כדור?	כן	לא

שאלון השפעה על המשפחה

Family Impact Questionnaire

שאלון אמהות (FIQ-R)

שם האם: _____ שם הילד: _____ תאריך: _____ ID: _____

להיות הורה זה לעיתים משימה לא קלה, ולילדים יש השפעות שונות על המשפחה. אנו רוצים להבין איזו השפעה יש לילדך על המשפחה. השאלות הבאות מנסות להבין את ההשפעה שיש לילדך על תחומים משפחתיים שונים. בבקשה סמני X בכל שורה במשבצת המתארת בצורה הטובה ביותר את המצב במשפחתך בהתייחס לילדך אשר משתתף במחקר.

במידה רבה מאד	במידה רבה	במידה מעטה	כלל לא	רגשותייך ועמדותייך לגבי בןך
				1. ילדי הוא לחוץ.
				2. אני נהנית מהזמן שאני מבלה עם בני.
				3. ילדי גורם לי תחושות של כעס ותסכול.
				4. ילדי מעורר בי תחושות של שמחה וגאווה.
				5. כאשר אני עם בני אני לא מרגישה יעילה וקומפוטנטית כהורה.
				6. קל לי לשחק ולהנות עם בני.
				7. ההתנהגות של ילדי מפריעה לי.
				8. בני גורם לי להרגיש אהובה.
				9. אני מרגישה שאני עובדת לבדי בנסיון להתמודד עם הבעיות של בני.
				10. ילדי גורם לי להרגיש מלאת מרץ.
				11. אני מרגישה שאני יכולה להיות הורה טוב עבור בני.

				12. ילדי גורם לי להרגיש מלאת בטחון בהורותי.
				13. אני מרגישה שהיתה צריכה להיות לי שליטה טובה בהתנהגות של בני.
				14. ילדי עושה רוב הזמן מה שאני אומרת לו לעשות.
				15. אני מרגישה שאני יודעת, רוב הזמן, כיצד להתמודד עם התנהגות בני.
במידה רבה מאד	במידה רבה	במידה מעטה	כלל לא	השפעת ילדך על חיי החברה שלך
				16. ההתנהגות של בני מביישת אותי בציבור.
				17. משפחתי נמענת מפעילויות חברתית (כגון: מסעדות, אירועים ציבוריים) בגלל ההתנהגות של בני.
				18. קשה למצוא עבור בני בייביסיטר.
				19. משפחתי מבקרת חברים וקרובי משפחה בתדירות נמוכה ממה שהייתי רוצה בגלל ההתנהגות של בני.
				20. ילדי פוגע בהזדמנויות שיש לי לבלות זמן עם חברים.
				21. אני מרגישה מתוחה כאשר משפחתי יוצאת מן הבית, מפני שאני מודאגת מההתנהגות של בני.
				22. אני צריכה להסביר את ההתנהגות של בני לאחרים.
				23. אני משתתפת פחות ממה שהייתי רוצה בפעילויות קהילתיות בגלל ההתנהגות של בני.
				24. אני מארחת בביתי פחות ממה שהייתי רוצה, בגלל ההתנהגות של בני.
				25. איני נוטה לקחת את בני לקניות וסידורים.
במידה רבה	במידה רבה	במידה מעטה	כלל לא	השפעת ילדך על יחסי הנישואין שלך

מאד	רבה	מעטה		
				26. לעיתים קרובות, בעלי ואני לא מסכימים לגבי כיצד יש לגדל את הילד.
				27. בעלי תומך בדרך בה אני מתמודדת עם התנהגות הילד.
				28. ילדי מביא לכך שבעלי ואני עומדים אחד כנגד השני.
				29. גידול ילדי הביא להתקרבות רבה ביני לבין בעלי.
				30. ילדי גורם לויכוחים בין בעלי לביני.
				31. בעלי אינו תומך בדרך בה אני מתמודדת עם התנהגות הילד.
				32. גידול ילדי הביא להתרחקות רבה ביני לבין בעלי.
במידה רבה מאד	במידה רבה	במידה מעטה	כלל לא	השפעת ילדך על אחיו ואחיותיו
				33. הילדים האחרים במשפחה עוזרים בטיפול בילדי.
				34. ילדי מונע מאחיו להשתתף בפעילויות שונות.
				35. הילדים האחרים במשפחה מתלוננים על התנהגותו של ילדי.
				36. הילדים האחרים במשפחה מרגישים נבוכים בעקבות התנהגותו.
				37. ילדי נדחה על-ידי אחיו.
				38. הילדים האחרים במשפחה אינם נוטים להזמין חברים הביתה בגלל התנהגותו.
				39. הילדים האחרים במשפחה נהנים לבלות איתו זמן.
				40. ילדי נוטה להשתמש בצעצועים של אחיו ללא קבלת רשות מהם.

				41. ילדי נוטה לאבד או לשבור את הצעצועים של אחיו.
--	--	--	--	--

שאלות כלליות

42. באופן כללי, רמת הקושי של החיים עם ילדי הנה:

קלה מאד	קלה	מעט קשה	לא קלה ולא קשה	מעט קלה	קלה	קלה מאד

43. באופן כללי, ההשפעה שלו על משפחתנו הנה:

חיובית מאד	חיובית	מעט חיובית	לא חיובית ולא שלילית	מעט חיובית	חיובית	חיובית מאד

שאלון מצוקה נפשית

Brief Symptom Inventory

שאלון BSI – אמהות

את הקוביה המתאימה אלהלן רשימה של בעיות ותלונות שיש לפעמים לאנשים. קראי כל פריט בעיון וסמני ב כדי לתאר באיזו מידה סבלת מבעיה זו בחודש האחרון, כולל היום.

בכלל
לא

במקצת
בינונית

במידה
די רבה

מאוד

עד כמה סבלת מ:

1. עצבנות					
2. הרגשת עילפון או סחרחורת					
3. מחשבה שמישהו אחר יכול לשלוט על מחשבותיך					
4. הרגשה שאחרים אשמים					
5. קשיים בזיכרון					
6. מתרגז ומתעצבן מהר					
7. כאבים בלב או בחזה					
8. פחד במקומות פתוחים					
9. מחשבות לשים קץ לחייך					
10. הרגשה שאי אפשר לסמוך על מרבית האנשים					
11. חוסר תיאבון					
12. הרגשת פחד פתאומי ללא סיבה					
13. התפרצויות זעם שלא יכולת לשלוט בהן					
14. הרגשת בדידות גם כשהינך בחברת אנשים					
15. הרגשה שמישהו מפריע לך לבצע דברים					
16. הרגשת בדידות					
17. הרגשת עצבות					

18. חוסר עניין בדברים					
19. הרגשת פחד					
20. הנך נפגע בקלות					
21. הרגשה שאנשים אינם ידידותיים או שאינם מסמפטים אותך					
22. הרגשה שהנך נחות מאחרים					
23. בחילה או אי שקט בבטן					
24. הרגשה שאנשים מסתכלים או מדברים עליך					
25. קושי להירדם					
26. צורך לחזור ולבדוק מה שעשית					
27. קושי בהחלטה					
28. פחד לנסוע באוטובוס או ברכבת					
29. קושי בנשימה					
30. גלי חום או קור					
31. צורך להימנע ממקומות או פעולות מסוימים היות ומפחידים אותך					
32. שהראש נעשה ריק					
33. שהגפיים כאילו מאובנות או דקירות בחלקים שונים של הגוף					
34. מחשבה שמגיע לך עונש על חטאידך					
35. חוסר תקווה לגבי העתיד					
36. קשיי ריכוז					
37. הרגשת חולשה בחלקים מגופך					
38. הרגשת מתח					
39. מחשבות על מוות					
40. דחף להכות, לפצוע או להזיק למישהו					
41. דחף לשבור ולהפוך דברים					
42. הרגשת מבוכה בחברה					
43. הרגשת אי נוחות פנימית					
44. חוסר הרגשת קרבה לאנשים					

45. התקפי פחד או פאניקה					
46. נכנס לויכוחים רבים					
47. הרגשת מתח כשאתה נשאר לבד					
48. שאחרים אינם מעריכים כראוי את הישגיך					
49. חוסר שקט כזה שאינך יכולה לשבת במקום אחד					
50. הרגשת חוסר ערך					
51. הרגשה שאנשים ינצלו אותך (אם תיתן להם)					
52. הרגשות אשמה					
53. הרגשת שמשוהו לא בסדר עם הראש שלך					

תודה על שיתוף הפעולה!

נספח ה

שאלון תמיכה חברתית

Social Network Form

שם האם: _____ שם הילד: _____ תאריך: _____ ID: _____

בשאלון זה נבקש ממך לספר לנו על האנשים הקרובים אליך.

1. צייני בבקשה את שמותיהם של 4 מחבריך או קרוביך (מלבד הבעל / בן-הזוג), אליהם את פונה בתכיפות הרבה ביותר בבקשות עצה או תמיכה.

א. _____

ב. _____

ג. _____

ד. _____

השאלות הבאות עוסקות באנשים א, ב, ג, ד שרשמת לעיל:

2. מהו סוג הקשר שלך עם כל אחד מהאנשים הללו? צייני עבור כל אחד האם הוא חבר, או קרוב משפחה. כגון: אב, אם, אחות, דוד/ה, גיס/ה וכד'.

א. _____

ב. _____

ג. _____

ד. _____

3. עד כמה את מעריכה את עמדותיו ודעותיו של כל אחד מהם בנוגע להורות? (השתמשי בסולם של 1 עד 10, כאשר 1=כלל לא, ו-10=מעריכה ביותר).

א. _____ בסולם של 1 עד 10.

ב. _____ בסולם של 1 עד 10.

ג. _____ בסולם של 1 עד 10.

ד. _____ בסולם של 1 עד 10.

4. כמה תמיכה בנושאים הקשורים להורות את מקבלת מכל אחד מאנשים אלו? (השתמשי בסולם של 1 עד 10, כאשר 1=כלל לא מקבלת תמיכה בנושאים הקשורים להורות, ו-10=תמיכה מקסימלית בנושאים הקשורים להורות).

א. _____ בסולם של 1 עד 10.

ב. _____ בסולם של 1 עד 10.

ג. _____ בסולם של 1 עד 10.

ד. _____ בסולם של 1 עד 10.

5. האם את חשה שאת מקבלת את העזרה והתמיכה לה את נזקקת כהורה? בחרי באפשרות אחת בלבד.

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

6. באיזו דרגה את משתפת ברגשותיך כל אחד מאנשים אלו? (השתמשי בסולם של 1 עד 10, כאשר 1=לעולם אינני

משתפת, ו-10=תמיד משתפת).

א. _____ בסולם של 1 עד 10.

ב. _____ בסולם של 1 עד 10.

ג. _____ בסולם של 1 עד 10.

ד. _____ בסולם של 1 עד 10.

7. מהי מידת התמיכה הרגשית שאת חשה שאת מקבלת מכל אחד מאנשים אלו? (השתמשי בסולם של 1 עד 10, כאשר 1=כלל לא מקבלת תמיכה רגשית, ו-10=תמיכה רגשית מקסימלית).

א. _____ בסולם של 1 עד 10.

ב. _____ בסולם של 1 עד 10.

ג. _____ בסולם של 1 עד 10.

ד. _____ בסולם של 1 עד 10.

8. האם את מרגישה שאת מקבלת את התמיכה הרגשית והעזרה לה את זקוקה? (בחרי באפשרות אחת בלבד).

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

9. (א) האם את משתייכת לקבוצת הורים או ארגון כלשהו?

1. כן 2. לא

9. (ב) אם כן, מהי שם הקבוצה? 1 _____ 2 _____

9. (ג) האם את חשה שקבוצה זו מספקת לך תמיכה כהורה? (בחרי באפשרות אחת).

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

9. (ד) האם את חשה שקבוצה זו מספקת לך תמיכה רגשית בנושאים שאינם קשורים להורות? (בחרי באפשרות אחת בלבד).

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

10. (א) האם את שייכת לקבוצה/ות מאורגנת/ות אחרת? (קבוצה חברתית, דתית, פוליטית וכד').

1. כן 2. לא

10. (ב) אם כן, באילו קבוצות או ארגונים: 1 _____

2 _____

3 _____

10. (ג) האם את חשה שקבוצה/ות זו מעניקה לך תמיכה כהורה? (בחרי באפשרות אחת).

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

10. (ד) האם את חשה שקבוצה/ות זו מספקת לך תמיכה בנושאים שאינם קשורים להורות? (בחרי באפשרות אחת).

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

11. האם את חשה שהיית יכולה להעזר יותר (לקבל יותר עזרה) בעבודות הבית?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

12. האם את חשה שהיית יכולה להעזר יותר (לקבל יותר עזרה) בטיפול בילדים?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

13. להערכתך, כמה שעות בשבוע את מתפנה מעיסוקי ההורות, עבודות הבית ואחריות תעסוקתית, כדי לעשות משהו שאת אישית מוצאת כמהנה?

שעות בשבוע. _____

14. (א) עד כמה את מוצאת עצמך "חנוקה" בלי כסף בסוף החודש?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

14. (ב) לו נזקקת לכסף, האם היית יכולה להשיג אותו מחבר או ממשפחה?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

14. (ג) דרגי את המידה שבה החלטות הנוגעות לגידול ילדך מושפעות משיקולים כלכליים. כלומר: באיזו תכיפות את חשה שהאפשרויות שלך (בנוגע לבי"ס/גן, לבוש, שמרטפות, הסעות, אוכל, טיפולים וכד'), מוגבלות בשל חוסר כסף?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

מעולם לא לעיתים רחוקות לפעמים לעיתים קרובות תמיד

15. דרגי את יכולת ההתמודדות שלך בנושאים הרשומים מטה, ע"י הקפה בעיגול של המספר המתאים.

א. משימות משק הבית

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

רוב הזמן לא לעיתים קרובות לעיתים לעיתים קרובות רוב הזמן

בשליטה לא בשליטה בשליטה בשליטה בשליטה

ב. טיפול בילד

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

רוב הזמן לא לעיתים קרובות לעיתים לעיתים קרובות רוב הזמן

בשליטה לא בשליטה בשליטה בשליטה בשליטה

ג. כספים

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

רוב הזמן לא לעיתים קרובות לעיתים לעיתים קרובות רוב הזמן

בשליטה לא בשליטה בשליטה בשליטה בשליטה

ד. תחושת רווחה אישית

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
רוב הזמן		לעיתים קרובות		לעיתים		לעיתים קרובות		לא	
בשליטה		בשליטה		בשליטה		לא בשליטה		בשליטה	

ה. יכולת שליטה כללית בסיטואציות שונות בחיים

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
רוב הזמן		לעיתים קרובות		לעיתים		לעיתים קרובות		לא	
בשליטה		בשליטה		בשליטה		לא בשליטה		בשליטה	

שאלון דמוגרפי

פרטים אישיים

שם הילד: _____
ID: _____
פרטי משפחה

שם האם: _____
פרטי משפחה
תאריך: _____

שם האב: _____
פרטי משפחה

כתובת: _____

טלפון: בבית - _____ בעבודה - _____ (אם) _____ (אב)

פלאפון - _____ (אם) _____ (אב)

מין הילד: ז / נ תאריך לידה של הילד: _____

גיל האם: _____ גיל האב: _____

מקצוע האם: _____ מקצוע האב: _____

עיסוק האם: _____ עיסוק האב: _____

מס' שנות לימוד האם: _____ מס' שנות לימוד האב: _____

מס' שעות עבודה בשבוע של האם: _____ מס' שעות עבודה בשבוע של האב: _____

מס' ילדים בבית (מלבד הילד שמתתף במחקר): _____

גיל הילדים בשנים (מלבד הילד שמתתף במחקר): _____

האם יש ילד נוסף בבית עם בעיות התפתחותיות? כן/לא מי? פרטי/י?

מספר נפשות בבית: _____ הדירה רכישה/שכירות מספר חדרים: _____

האם הילד מקבל טיפול תרופתי מסוג כלשהו: כן / לא פרטי/י: _____

מהי המסגרת/המסגרות בהן הילד נמצא בשאר השבוע (למשל - בבית עם האם, בבית עם מטפלת, בגן, בביה"ס). נא לציין את שם המסגרת, איפה היא נמצאת, וכמה שעות הילד נמצא בה בשבוע.

שם המסגרת מיקום/כותבת מס' שעות בשבוע

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

האם הילד מקבל טיפול כלשהו נוסף : כן / לא
פרט: _____

_____ האם מהלך ההריון היה תקין?

_____ האם היה שימוש באלכוהול או סמים?

_____ סוג ומהלך הלידה:

_____ משקל לידה:

_____ סיבוכים לאחר הלידה:

_____ מחלות כרוניות ו/או אשפוזים של הילד:

נספח ז

קשר בין השלמה ומשתני הבקרה

Table G1

Associations between maternal resolution and the control variables (using t test)

	Unresolved		Resolved		<i>t</i>
	(n = 23)		(n = 9)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Mother's age	33.76	6.26	35.33	3.97	1.32
Mother's years of education	13.35	2.42	13.33	1.80	-.02
SES	11.36	4.53	11.75	4.32	.937
Number of children	2.22	1.08	2.77	1.39	1.21
Time since diagnosis	28.48	10.93	32.38	17.29	.60
Child's age (in months)	48.96	9.46	47.11	17.56	-.30
IQ	58.56	18.09	55.11	7.59	-1.0
Adaptive behavior	62.13	9.87	61.89	10.67	-.06

Table G2

Association between resolution and the control variables (using χ^2)

	Unresolved	Resolved	χ^2	<i>df</i>
Gender				
Boy	13	6	.28	1
Girl	10	3		
Birth Order				
First born	10	3	.28	1
Later born	13	6		

נספח ה

קשר בין רגישות אימהית למשתני הבקרה

Table H1

Correlations between Maternal Sensitivity in three episodes and the control variables (using Pearson correlation test)

	Maternal Sensitivity		
	Free play	Puzzle	Social play
Mother's age	.29	-.08	.04
Mother's years of education	.32	-.01	-.04
SES	.09	.05	-.02
Number of children	.15	.00	-.12
Time since diagnosis	.12	.23	.30
Child's age (in months)	-.19	.24	.28
IQ	-.07	.13	.30
Adaptive behavior	-.05	.09	.30

Table H2

Association between Maternal Sensitivity in three episodes and the control variables (using *t* test)

	Free play		
	M	SD	<i>t</i>
Gender			
Girl	6.06	.81	-.15
Boy	6.12	.92	
Birth Order			
First born	5.86	.67	1.21
Later born	6.24	.96	
	Puzzle		
	M	SD	<i>t</i>
Gender			
Girl	5.94	.68	.21
Boy	5.86	1.24	
Birth Order			
First born	5.80	1.30	.42
Later born	5.96	.83	
	Social play		
	M	SD	<i>t</i>
Gender			
Girl	6.26	1.23	.02
Boy	6.25	1.01	
Birth Order:			
First born	6.22	1.19	.13
Later born	6.27	1.04	

קשר בין גורמים פסיכוסוציאליים והמשתנים העיקריים של המחקר

Table II

Association between resolution and psychosocial maternal factors

	Unresolved		Resolved		<i>t</i>
	(n = 23)		(n = 9)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Mother's emotional distress	1.61	.65	1.8	.57	-.80
Impact on social life child	1.56	.63	1.26	.31	1.83
Mother's negative feelings towards her child	2.00	.48	1.77	.38	.195
Mother's positive feelings towards her child	2.40	.37	2.35	.19	.40
Impact on marriage life	1.96	.36	1.78	.27	1.19
Impact on siblings	1.69	.43	1.79	.25	-.61
Mother's emotional / parental support	7.08	2.47	8.39	1.19	-1.42
Mother's environmental / financial support	4.41	1.43	4.93	1.75	-.82
Mother's well being support	7.15	2.05	6.26	2.54	.96
Mother's group support	2.09	.39	2.61	.99	.18

Table I2

Association between attachment security and psychosocial maternal factors

	Insecure		Secure		<i>t</i>
	(n = 18)		(n = 25)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Mother's emotional distress	1.66	.70	1.70	.56	-.08
Impact on social life	1.65	.67	1.25	.30	2.30*
Mother's negative feelings towards her	1.93	.51	1.95	.41	-.07
Mother's positive feelings towards her child	2.41	.39	2.35	.23	.52
Impact on marriage life	1.88	.41	1.91	.24	-.19
Impact on siblings	1.63	.36	1.87	.35	-1.49
Mother's emotional / parental support	7.62	2.29	7.15	2.26	.54
Mother's environmental / financial support	4.33	1.56	4.91	1.42	-1.0
Mother's well being support	6.45	2.37	7.64	1.71	-1.39
Mother's group support	2.33	.785	2.07	.24	1.27

*p<.05

Table I3

Association between maternal sensitivity and psychosocial maternal factors

	Maternal Sensitivity		
	Free play	Puzzle	Social play
Mother's emotional distress	.25	.11	-.024
Impact on social life	-.02	.26	-.25
Mother's negative feelings towards her child	.12	.06	-.15
Mother's positive feelings towards her child	-.08	.03	-.05
Impact on marriage life	.02	.26	-.18
Impact on Siblings	-.22	.09	-.17
Mother's emotional / parental support	.01	-.21	.03
Mother's environmental / financial support	.33	.09	.13
Mothers well being support	.20	.16	.16
Mother's group support	.20	.17	.03

Mothers' Resolution of the Diagnosis of Intellectual Disability Given to Their
Children:

Associations with Maternal Sensitivity and Children's Security of Attachment

Rinat Feniger-Schaal

Abstract

Parenting a child with Intellectual Disability (ID) presents unique challenges. Among these challenges is the need for parents to adjust their expectations and hopes for their child and come to terms with, or “resolve” the feelings and thoughts associated with their child's diagnosis. According to attachment theory, parental resolution has significant implications for the development of the child because lack of resolution can interfere with the parents' capacity to respond sensitively and appropriately to the child's emotional signals. The aim of the present study was to examine mothers' resolution of the feelings and thoughts associated with their children's diagnosis of ID and to examine its implications on mother-child interaction and on children's security of attachment. We hypothesized that mothers who are “resolved” regarding their children's diagnosis of ID would be more sensitive during interactions with their children, and in turn their children would be more likely to have secure attachments. Because it may be more difficult to resolve the diagnosis of children with more severe ID, we assessed children's IQ and adaptive functioning as well.

Thirty two preschool children aged 2.5-5.5 and their mothers were recruited to take part in the study. All children were diagnosed with non-syndromic ID and had no other known medical problem. They were diagnosed again as part of the study using the Mullen Scales of Early Learning (1995), which yields an IQ score, and the Vineland Adaptive Behavior Scales (1984), which yields an adaptive behavior score. We used the Reaction to Diagnosis Interview (RDI) (Marvin & Pianta, 1996) to assess

the mothers' resolution of their children's diagnosis, which we classified as "resolved", or "unresolved", the Emotional Availability Scales (EA) (Biringen, Robinson & Emde, 1998) to assess maternal sensitivity in mother-child interaction, and the Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) to assess children's attachment. In addition, we used questionnaires to assess psychosocial maternal factors that may be related to maternal resolution: maternal distress, impact on the family, and social support.

Supporting our hypotheses we found that maternal resolution of the diagnosis was positively associated with maternal sensitivity. We also found that maternal sensitivity was positively associated with security of attachment of the child. No association was found between resolution and attachment. This was the first study to examine the resolution of mothers of children with ID. The links between maternal resolution and sensitivity, and between sensitivity and secure attachment held even when controlling for the effects of the child's disability, suggesting that children's severity of the diagnosis of ID does not solely determine the quality of the mother-child relationship. Thus, maternal resolution and maternal sensitivity has a role in determining the quality of the parent-child relationship that is beyond the impact of the severity of the diagnosis. The results of the present study may have implications for interventions with children with ID and their families, suggesting that working with parents on their thoughts and feelings about their children's diagnosis may enhance their sensitivity toward their children. The relatively small sample used in the study is one of its main limitations. Additional limitations and suggestions for future research are discussed.



מؤسسة "شاليم"
لتطوير خدمات للشخص ذو
التخلف العقلي في السلطات المحلية
The Shalem Fund
for Development of Services for People with
Intellectual Disabilities in the Local Councils
פיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית
התפתחותית ברשויות המקומיות



אוניברסיטת חיפה
UNIVERSITY OF HAIFA

**Mothers' Resolution of the Diagnosis of Intellectual
Disability Given to Their Children:
Associations with Maternal Sensitivity and Children's
Security of Attachment**

Rinat Feniger-Schaal

Supervised by: Prof' David Oppenheim

Thesis submitted in partial fulfillment of the
Requirements for the "Doctor of Philosophy"
University of Haifa, Faculty of Social Sciences
Department of Psychology



This work was supported by a grant from Shalem Fund for
Development of Services for People with Intellectual Disabilities
In the Local Councils in Israel

2011

קרן שלום/549/2011