

מאירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל  
מרכז סמוקלר  
לחקר מדיניות הבריאות



אוניברסיטת  
בן-גוריון בנגב  
המחלקה לעבודה  
סוציאלית  
ע"ש שרלוט ב.  
ולק ג'. שפיצר



המרכז  
לחקר וקידום  
בריאות האישה  
אוניברסיטת  
בן-גוריון בנגב



# נפשך שמרי

בריאות  
נפשית  
בקרב נשים  
בישראל

עורכות: רחל לב-ויזל • ג'ולי צוויקל • נורית ברק

**אוניברסיטת בן-גוריון בנגב**  
**המחלקה לעבודה סוציאלית**  
**ע"ש שרלוט ב. וג'ק ג'. שפיצר**  
ת"ד 653, באר שבע 84105  
טל': 08-6472328, פקס: 08-6472933  
אתר: [www.bgu.ac.il](http://www.bgu.ac.il)

**המרכז לחקר וקידום בריאות האישה**  
**אוניברסיטת בן-גוריון בנגב**  
ת"ד 653, באר שבע 84105  
טל': 08-6477562, פקס: 08-6472877  
דוא"ל: [womcen@bgumail.bgu.ac.il](mailto:womcen@bgumail.bgu.ac.il)

**מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל**  
**מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות**  
ת"ד 3886, ירושלים 91037  
טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391  
דוא"ל: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)  
אתר אינטרנט: [jdc.org.il/brookdale](http://jdc.org.il/brookdale)

## על העורכות

### רחל לב-ויזל Ph. D.

פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. עובדת סוציאלית ומטפלת משפחתית. תחומי מחקר: טראומה, אלימות במשפחה, פגיעה מינית בילדות, רב-תרבותיות.  
דוא"ל: [rachelv@bgumail.bgu.ac.il](mailto:rachelv@bgumail.bgu.ac.il)

### ג'ולי צוויקל Ph. D.

פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. מנהלת המרכז לחקר וקידום בריאות האשה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. תחומי מחקר: בריאות האשה והתמודדות במצבי לחץ.  
דוא"ל: [jcwikel@bgumail.bgu.ac.il](mailto:jcwikel@bgumail.bgu.ac.il)

### נורית ברק

חוקרת ביחידה לרפואה ראשונית, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. תחומי התמחות: קבלת החלטות רפואיות, בנית אלגוריתמים קליניים והנחיות קליניות. תחומי מחקר: הערכת שירותי בריאות.  
דוא"ל: [medcad@bgumail.bgu.ac.il](mailto:medcad@bgumail.bgu.ac.il)

תודות לגברת שני ארם עוזרת המחקר שסייעה להביא ספר זה לדפוס.

## על הכותבים

### ליאורה אוחיין-רוזנברג MA

בעלת תואר שני בפסיכולוגיה ארגונית. מתמחה בפסיכולוגיה חינוכית בשירות פסיכולוגי חינוכי, רמת-גן.

דוא"ל: [leora00@netvision.net.il](mailto:leora00@netvision.net.il)

### עליאן אלקרינאוי Ph. D.

פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, וראש המרכז לחקר החברה הבדואית והתפתחותה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. תחום מומחיות: עבודה סוציאלית רגישת תרבות ובריאות נפש רב-תרבותית.

דוא"ל: [alean@bgumail.bgu.ac.il](mailto:alean@bgumail.bgu.ac.il)

### מריאן אמיר Ph. D.

פרופסור, המחלקות למדעי ההתנהגות ולעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. פסיכולוגית קלינית מומחית. תחום מחקר: טראומה, פוסט טראומה ואיכות חיים. נפטרה מסרטן ב-7 בינואר, 2004.

### עפרה אנסון Ph. D.

פרופסור חבר, הפקולטה למדעי הבריאות, בית הספר למקצועות הבריאות הקהילתיים ע"ש רקנאטי. התמחתה בסוציולוגיה של הבריאות באוניברסיטה העברית בירושלים ובאוניברסיטת Brown בארה"ב. תחום מומחיות: אי-שוויון בנגישות לבריאות ולשירותי בריאות בין חברי קטגוריות חברתיות שונות כמו מגדר ומעמד חברתי, הקשר שבין דת לבריאות, איכות חיים של חולים במחלות כרוניות שונות, והשפעת הדחק על תחומי חיים שונים.

דוא"ל: [ofra@bgumail.bgu.ac.il](mailto:ofra@bgumail.bgu.ac.il)

### רונית ארצי-שהרבני MA

דוקטורנטית עמיתת קרן קרייטמן במחלקה למדעי התנהגות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. בעלת תואר שני בפסיכולוגיה קלינית. עוסקת בתחום טראומה ופוסט טראומה בקרב נשים נוכח אירועי לחץ שונים.

דוא"ל: [ronitsha@bgumail.bgu.ac.il](mailto:ronitsha@bgumail.bgu.ac.il)

### **צביה בלומשטיין MA**

חוקרת ביחידה לבריאות האשה והילד, מכון גרטנר לאפידמיולוגיה וחקר מדיניות בריאות, בית חולים תל-השומר. בעלת תואר שני בסוציולוגיה. תחום עיסוקה המרכזי הוא אפידמיולוגיה של הזקנה.

דוא"ל: [tzviabl@gertner.health.gov.il](mailto:tzviabl@gertner.health.gov.il)

### **חיים בלמקר MD**

פרופסור מן המניין לפסיכיאטריה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. מייסד הקורס "מיניות האדם" עבור סטודנטים לרפואה. תחומי מחקר עיקריים: פסיכיאטריה ביולוגית והתנהגות מינית.

דוא"ל: [belmaker@bgumail.bgu.ac.il](mailto:belmaker@bgumail.bgu.ac.il)

### **יורם בן יעקב MA**

דוקטורנט במחלקה למדעי ההתנהגות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. בעל תואר שני בפסיכולוגיה קלינית. תחומי מחקר: התסמונת הפוסט-טראומטית, איכות חיים וגורמי אישיות אפקטיביים.

דוא"ל: [yoramb@bgumail.bgu.ac.il](mailto:yoramb@bgumail.bgu.ac.il)

### **אבי בסר Ph. D.**

מרצה בכיר במחלקות למדעי ההתנהגות, לעבודה סוציאלית ולמשאבי אנוש, המכללה האקדמית ספיר. פסיכולוג חינוכי מומחה. תחומי התמחות: גורמי אישיות וגורמים בין אישיים בדיכאון במעגל החיים.

דוא"ל: [besser@mail.sapir.ac.il](mailto:besser@mail.sapir.ac.il)

### **חמוטל גומא-דויטשמן MA**

עובדת סוציאלית בעלת תואר שני. קצינת מבחן לשעבר. עובדת שיקום במשרד הביטחון, אגף השיקום.

דוא"ל: [yishayd@bgumail.bgu.ac.il](mailto:yishayd@bgumail.bgu.ac.il)

### **נדב דידוביץ' MD**

דוקטורנט בהיסטוריה של הרפואה במכון להיסטוריה ופילוסופיה של המדעים והרעיונות, אוניברסיטת תל-אביב. מרצה במחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון. מומחה בבריאות הציבור, בעל תואר ראשון בפילוסופיה, בוגר הפקולטה לרפואה באוניברסיטת ת"א, בוגר תואר MPH בתוכנית לתואר שני בבריאות הציבור בפקולטה לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון. תחום מומחיות: בריאות והגירה.

דוא"ל: [mikinadv@post.tau.ac.il](mailto:mikinadv@post.tau.ac.il)

### **שיר דפנה-תקוע MA**

דוקטורנטית במחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. בעלת תואר שני מאוניברסיטת בן-גוריון בנגב ותואר שני בפסיכואנליזה, טוויסטוק, לונדון. מטפלת במרכז יעוץ לאישה ברמת-גן. תחומי מומחיות: טראומה, אלימות והתעללות מינית בילדות.  
דוא"ל: [sdt@bgumail.bgu.ac.il](mailto:sdt@bgumail.bgu.ac.il)

### **יוחן וזנר Ph. D.**

פרופסור, ראש המרכז הבינתחומי לחקר מדיניות וטיפול בילדים ונוער, בית ספר לעבודה סוציאלית על שם בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב. יו"ר עמותת עלם - עזרה לנוער במצבי סיכון. עיסוק אקדמי: נוער, איכות חיים, עצוב התנהגות.  
דוא"ל: [yochan\\_w@netvision.net.il](mailto:yochan_w@netvision.net.il)

### **אליעזר ויצטום MD**

פרופסור לפסיכיאטריה בפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. אחראי על הדרכת המתמחים בפסיכותרפיה במרכז לבריאות הנפש, באר-שבע. רופא בכיר בבית חולים הרצוג (עזרת נשים). משמש גם כאחד מעורכי "שיחות" - כתב עת ישראלי לפסיכותרפיה.  
תחומי מומחיות: הפסיכיאטריה התרבותית, מודל להתערבות רגישת תרבות, התמודדות עם מצבים טראומטיים והיסטוריה של מלחמות ישראל בצה"ל, טיפול דינאמי קצר מועד, אבל ושכול בחברה הישראלית וטיפול תרופתי בחולים הסובלים מפרהפיליה.  
דוא"ל: [elyiit@actcom.co.il](mailto:elyiit@actcom.co.il)

### **נילי זילבר D.èsSc**

אפידמיולוגית בתחום בריאות הנפש ונוירולוגיה, חוקרת ב- C.N.R.S., המרכז הצרפתי למחקר בירושלים, ובמכון פאלק לחקר בריאות הנפש, ביה"ח כפר שאול, גבעת שאול, ירושלים.  
דוא"ל: [falk1@012.net.il](mailto:falk1@012.net.il)

### **רקפת זלשיק MA**

בעלת תואר שני בהיסטוריה. דוקטורנטית בבית הספר להיסטוריה, אוניברסיטת תל-אביב. תחומי מחקר: היסטוריה של הפסיכיאטריה במאות ה-19 וה-20 באירופה, בארצות-הברית ובישראל.  
דוא"ל: [rakez@hotmail.com](mailto:rakez@hotmail.com)

### **יעקב יהב MD**

מרצה בכיר בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב. מנהל קמפוס בלינסון, מרכז רפואי רבין, פתח-תקוה. תחום ממוחיות: גסטרואנטולוגיה ילדים. דוא"ל: [jjahav@clalit.org.il](mailto:jjahav@clalit.org.il)

### **Ph. D. אריה יערי**

חוקר בפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, ביחידה לוירולוגיה. תחומי מחקר: הפטיטיס C, פיתוח שיטות אבחון ברוק, אפידמיולוגיה של הנגיף, ושחמת הכבד. דוא"ל: [arieh@bgumail.bgu.ac.il](mailto:arieh@bgumail.bgu.ac.il)

### **Ph. D. אסתר יקוביץ**

מרצה בכירה במחלקה לעבודה סוציאלית ותכנית המוסמך בגרונטולוגיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. חברה בגופים ארציים לקביעת מדיניות והקצאת משאבים לפיתוח שירותים לקשישים. תחומי מחקר: זכויות זקנים והעצמתם, גורמים המקדמים רווחה נפשית ואיכות חיים בקרב זקנים. דוא"ל: [iecovich@bgumail.bgu.ac.il](mailto:iecovich@bgumail.bgu.ac.il)

### **יצחק לבב MD**

פסיכיאטר, יועץ למחקר בשירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים. יועץ המחלקה לבריאות הנפש בארגון הבריאות העולמי, ג'נבה. עמית מחקר באוניברסיטת קולומביה, ניו-יורק. דוא"ל: [Itzhak.Levav@moh.health.gov.il](mailto:Itzhak.Levav@moh.health.gov.il)

### **Ph. D. יעל לצר**

מרצה בחוג לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה. מנהלת המרפאה להפרעות אכילה, חטיבה פסיכיאטרית, מרכז רפואי רמב"ם חיפה. פסיכותרפיסטית, מטפלת משפחתית, מומחית לטיפול בהפרעות אכילה. דוא"ל: [latzer@zahav.net.il](mailto:latzer@zahav.net.il)

### **ענת מוברמן MA**

מרצה במכללה למנהל ומתרגלת באוניברסיטת בן-גוריון, במחלקה לתולדות האמנות. דוקטורנטית במחלקה לתולדות האמנות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. מתמחה באמנות הסימבוליסטית של סוף המאה ה-19 ("fin de siècle"), בהתמקדות על מיניות ודימויים נשיים באמנות התקופה. דוא"ל: [anat\\_moberman@hotmail.com](mailto:anat_moberman@hotmail.com)

### **Ph. D. מרים מרגלית**

פרופסור לוירולוגיה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. השתלמה במכון לוירולוגיה מולקולרית באוניברסיטת סינט לואיס, וביחידה למחלות זיהומיות בהרוורד, ארה"ב. תחומי מחקר: נגיפים הגורמים להדבקה כרונית ולהתמרת תאים, חקר מנגנוני פתוגנזה, השראת התבטאות הנגיפים בתאים, והשפעת חומרים אנטי-ויראליים על מנגנונים אלה.

דוא"ל: [mmiriam@bgumail.bgu.ac.il](mailto:mmiriam@bgumail.bgu.ac.il)

### **MD פאול מרלוב**

פרופסור מן המניין בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב. מנהל מחלקת ילודים ופגים, מרכז רפואי רבין, קמפוס בילינסון, פתח-תקוה. תחום מומחיות: נאונטולוגיה וטרטולוגיה.

דוא"ל: [pmerlob@clalit.org.il](mailto:pmerlob@clalit.org.il)

### **Ph. D. איליה נוביקוב**

סטטיסטיקאי בכיר וסגן מנהל היחידה לביוסטטיסטיקה במכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, מרכז רפואי שיבא, תל-השומר.

דוא"ל: [ilian@gertner.health.gov.il](mailto:ilian@gertner.health.gov.il)

### **Ph. D. אורית נוטמן-שורץ**

מרצה במחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון בנגב ובמכללה האקדמית ספיר. עובדת סוציאלית, מטפלת ומנחת קבוצות. תחומי מחקר: נושאי פרישה מעבודה, אובדן ושכול, טראומה חברתית.

דוא"ל: [orits@makash.ac.il](mailto:orits@makash.ac.il)

### **Ph. D. דורית סגל-אינגלצ'ין**

פוסט-דוקטורנטית במרכז לחקר וקידום בריאות האישה ובמחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. תחומי מחקר: מבנים משפחתיים אלטרנטיביים ונשים.

דוא"ל: [dorsegal@bgumail.bgu.ac.il](mailto:dorsegal@bgumail.bgu.ac.il)

### **Ph. D. רד סלונים-נבו**

פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. עובדת סוציאלית ומטפלת משפחתית. תחומי מחקר: משפחה, הגירה, רב-תרבותיות.

דוא"ל: [slonim@bgumail.bgu.ac.il](mailto:slonim@bgumail.bgu.ac.il)



### **אמה סמטניקוב MA**

עורכת סקרי שירותי בריאות בתחום תכנון סקרים והערכה, משרד הבריאות. בעלת תואר שני בסוציולוגיה. תחומי מחקר: סוציולוגיה של הבריאות והרפואה.

דוא"ל: [Emma.smetannikov@moh.health.gov.il](mailto:Emma.smetannikov@moh.health.gov.il)

### **מרילין ספר Ph. D.**

פרופסור, המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה. מנהלת פרויקט קידמה לקידום נשים באוניברסיטת חיפה. יועצת בנושא מעמד האישה לרקטור ונשיא אוניברסיטת חיפה. יו"ר האגודה הישראלית ללימודים פמיניסטיים ולחקר המגדר.

דוא"ל: [msafir@psy.haifa.ac.il](mailto:msafir@psy.haifa.ac.il)

### **מרג'ורי פיינסון Ph. D.**

התמחות במדיניות בריאות, בריאות הנפש אצל נשים, הפרעות אכילה, חוקרת במכון פאלק לחקר בריאות הנפש, ביה"ח כפר שאול, גבעת שאול, ירושלים.

דוא"ל: [falk1@012.net.il](mailto:falk1@012.net.il)

### **דן פלד MD**

מרצה בכיר בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר באוניברסיטת תל-אביב. מנהל חדר לידה, מרכז רפואי רבין, קמפוס בילינסון, פתח-תקוה. תחום מומחיות: מיילדות.

### **בלה צודקובה MD**

מדריכה ומרצה למיניות האדם, פקולטה לרפואה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. פסיכיאטרית, רופאה בכירה במרכז לבריאות הנפש בבאר-שבע.

דוא"ל: [bella30@netvision.net.il](mailto:bella30@netvision.net.il)

### **פיליס צ'סלר Ph. D.**

פרופסור אמריטוס בפסיכולוגיה ולימודי נשים. פסיכותרפיסטית, משמשת כעדה מומחית ומחברת של 12 ספרים וביניהם רב-המכר הבינלאומי פוריץ הדרך "נשים ושגעון". הרצתה וארגנה מאבקים בנושאים פוליטיים, חוקיים, דתיים ובנושאי זכויות האדם בארה"ב ובקנדה, באירופה, במזרח התיכון ובמזרח הרחוק. אורחת מבוקשת בתכניות טלוויזיה ורדיו ובאוניברסיטאות בארה"ב כדי להגיב על הארועים המשמעותיים של ימינו. התגוררה בקבול, אפגניסטן, בירושלים ובתל-אביב.

אתר: [www.phyllis-chesler.com](http://www.phyllis-chesler.com)

### **אורית רוז MA**

דוקטורנטית במחלקה למדעי ההתנהגות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. בעלת תואר שני בפסיכולוגיה קלינית. מתמחה בקשר שבין תכונות אישיות לבין איכות חייהם של אנשים החולים במחלות כרוניות, תוך התמקדות על נשים החולות בסרטן שד.

דוא"ל: [roizo@bgumail.bgu.ac.il](mailto:roizo@bgumail.bgu.ac.il)

### **אלונה רמתי MS**

דוקטורנטית למדעי הבריאות בבית הספר לרפואה, אוניברסיטת פינץ' שיקגו, ארצות הברית. בעלת תואר שני בפסיכולוגיה קלינית. מתמחה בנוירופסיכולוגיה קלינית. תחומי מחקר: חקר באמצעות שיטות הדמיה עצביות תפקודיות של המנגנונים המוחיים בבסיס תהליכים קוגניטיביים פגועים, בקרב נפגעי פגיעות חשמל וחולי תסמונת פוסט-טראומטית.

דוא"ל: [ramati\\_a@yahoo.com](mailto:ramati_a@yahoo.com)

### **דניאל שטיין Ph. D.**

מרצה בכיר בחוג לפסיכיאטריה, אחראי על לימודי המשך בסקציה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, ומדריך ומורה בבית הספר לפסיכותרפיה, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב. מומחה בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, מנהל המחלקה הפסיכוסומאטית לילדים, בית החולים לילדים ע"ש ספרא, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל-השומר.

דוא"ל: [dstein@netvision.net.il](mailto:dstein@netvision.net.il)

### **ענת שליו**

מסטרנטית במחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. מתמחה בטיפול במשפחות המתמודדות עם בעיות או מחלות נפשיות. מנהלת מרכז ייעוץ ותמיכה למשפחות, (מית"ל), מרכז לבריאות הנפש, באר-שבע.

דוא"ל: [anatshalev@bezeqnet.int](mailto:anatshalev@bezeqnet.int)

### **ענת שמש-סבטאלו MA, MPH**

מנהלת תחום תכנון סקרים והערכה באגף לכלכלת בריאות של משרד הבריאות. בעלת תואר שני בבריאות הציבור. עוסקת בסקרים ובמחקר בתחומים שונים של הבריאות.

דוא"ל: [Anat.Shemesh@moh.health.gov.il](mailto:Anat.Shemesh@moh.health.gov.il)

### **אורלי שריד Ph. D.**

מרצה בפקולטה למדעי הבריאות, בית הספר למקצועות הבריאות הקהילתיים ע"ש רקנאטי. תחומי מחקר: הפסיכו-נוירו-אימונולוגיה והטכניקות הקוגניטיביות-התנהגותיות במצבי בריאות וחולי.

דוא"ל: [orlysa@bgumail.bgu.ac.il](mailto:orlysa@bgumail.bgu.ac.il)

### **חביבה שרן Ph. D.**

עובדת סוציאלית בכירה במרכז רפואי רבין, קמפוס בילינסון, פתח-תקוה. תחום מומחיות: עבודה סוציאלית רפואית, שיקומית ומחקר.  
דוא"ל: [chavivas@clalit.org.il](mailto:chavivas@clalit.org.il)

### **דורן תודר MD**

פסיכיאטר במרכז לבריאות הנפש בבאר-שבע. תחומי מחקר: יישום מודלים מתמטיים לא ליניאריים וכאوتיים לניתוח אותות לינגוויסטיים כמדד למצב פסיכוטי, ולהתפתחות קוגניטיבית בילדים.  
דוא"ל: [dtoder@netvision.net.il](mailto:dtoder@netvision.net.il)

## תוכן עניינים

1	הקדמה <i>גיולי צוויקל</i>
3	שמרי נפשך: בריאות נפשית בקרב נשים בישראל: מבוא <i>רחל לב-ויזל</i>
9	ראיון מתורגם עם פרופסור פיליס צ'סלר
19	<b>נשים ומגדר</b>
21	פרספקטיבות היסטוריות על הגירה, מגדר ובריאות הנפש: מבט אל חברה רב תרבותית <i>רקפת זלשיק ונדב דוידוביץ'</i>
43	האשה החייתית - חיות בנות-כלאיים כהתגלמות הנשיות בספרות ובאמנות <i>ענת מוברמן</i>
51	בחינת ה-"New View of Women's Sexual Problems" מנקודת מבט של מטפלת מינית בישראל <i>מרילין פ. ספר</i>
57	בושה, אשמה ומגדר <i>יורם בן יעקב</i>
71	המוטיבציה ובריאות הנפש של עובדות מין <i>בלה צודקובה, חיים בלמקר וגיולי צוויקל</i>
83	<b>בריאות נפשית, תפקידים ואמהות</b>
85	מצוקה פוסט טראומטית לאחר לידה <i>רונית ארצי-שהרבני</i>
109	הגדרה עצמית ויחסים בין-אישיים: מודל לפגיעות להפרעות מצב רוח במעבר לאימהות <i>אבי בסר</i>
14	יצירת קשר מוקדם אם-גנטית ותינוק, באמצעות אשפוז במחלקת יולדות בשיטת הביות, לאחר לידה בהסדר פונדקאות: תיאור מודל טיפולי חדשני בשני מקרים <i>חביבה שרן, יעקב יהב, דן פלד ופאול מרלוב</i>

- 149 נשואים פוליגמיים ומונוגמיים: השפעתם על מצבן הנפשי והחברתי של נשים בדואיות-ערביות  
עליאן אלקרינאוי וורד סלונים-נבו
- 169 **גישות הוליסטיות לבריאות**  
סימפטומים פוסט-טראומטיים, מצוקה נפשית ואיכות חיים  
17 בקרב שורדות סרטן השד לטווח ארוך: מחקר ראשוני  
מריאן אמיר, אלונה רמתי ורונית ארצי-שהרבני
- 189 דחק אקדמי, סגנונות התמודדות ותגובה חיסונית  
אורלי שריד, עפרה אנסון, אריה יערי ומרים מרגלית
- 205 אנורקסיה נרבוזה כתסמונת תלוית תרבות בעידן  
הגלובליזציה  
אליעזר ויצטום, דניאל שטיין ויעל לצר
- 229 השפעת המגדר על מחלות הנפש והטיפול בהן  
ענת שליו ודורון תנודר
- 257 בעיות נפשיות ושימוש גבוה בשירותי רפואה ראשונית;  
הבדלים ביו המינים  
נלי זילבר, מרגורי פיינסון וגילי צוויקל
- 273 **אלימות כלפי נשים**
- 275 פחד מאונס בקרב סטודנטיות בישראל  
רחל לב-ויזל, מריאן אמיר וליאורה אוחיון
- 29 בריאות נפשית ופיזית בקרב נשים מוכות בנגב:  
בדואיות לעומת יהודיות  
שיר דפנה-תקוע, רחל לב-ויזל וגילי צוויקל
- 309 "הבן יקיר לי אפרים" - להיות אמא של בעל אלים:  
בחינת הקשר בין אמהות לבעל אלים ובניהן באמצעות  
סיפורי החיים של האמהות  
חמוטל גומא-דויטשמן ורחל לב-ויזל
- 335 אמהות ופגיעה מינית בילדות – העברה בין-דורית  
של פגיעה מינית, הייתכן?  
רחל לב-ויזל

- 351 **איכות חיים במעגל החיים**
- 353 תחושת שליטה, סגנונות שליטה והקשר לאיכות חיים  
בקרב נשים החולות בסרטן השד  
אורית רוז
- 369 איכות החיים של אמהות חד הוריות מבחירה  
דורית סגל-אנגלצ'ין ויוחנן ווזנר
- 391 בריאות נפשית של נשים בנגב מנקודת מבט רב-תרבותית  
ג'ולי צוויקל ודורית סגל-אנגלצ'ין
- 413 דמורליזציה בקרב נשים בגיל 60 ומעלה  
ענת שמש-סבטאלו, יצחק לבב, צביה בלומשטיין,  
איליה נוביקוב ואמה סמטניקוב
- 431 פרישתן מהעבודה של נשים  
אורית נוטמן-שורץ
- 449 רווחה נפשית בקרב דיירות בבתי אבות בישראל  
אסתר יקוביץ

## הקדמה

ספר זה מוקדש בהוקרה לזכרה של פרידה פלטיאל, יועצת ממשלת קנדה בענייני בריאות האישה ויועצת בכירה של המרכז לחקר וקידום בריאות האישה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, שהלכה לעולמה לפני כשנה. בין תפקידיה המרשימים ניתן למנות גם את עבודתה כיועצת בארגון הבריאות העולמי של האו"ם, בנושא החדרת תודעת השוויון בין המינים.

פרידה נמנית בין החלוצות בתחום קידום רווחתה של האישה. היא חתרה להשגת שוויון מגדרי והטביעה את חותמה על מושגי היסוד בתיאורית העוגן של בריאות נשים: בריאות האישה מעוגנת בקשר ההדדי בינה לבין משפחתה, חבריה ועבודתה, מושגים אותם בחנה על קבוצות נשים צעירות בקנדה ובישראל.

כשנה לפני הכנס הראשון לקידום בריאות נפשית של נשים, אשר התקיים באוניברסיטת בן-גוריון בנגב ב-16 באוקטובר, 2002, גברה ההכרה בקרב אנשי המקצוע כי חסרה בישראל התייחסות נאותה לבריאות הנפשית של נשים, עם תחילת המילניום החדש. המרכז לחקר וקידום בריאות האישה, שהוקם לפני כחמש שנים, שם לו למטרה להעשיר ולעדכן את הידע של אנשי המקצוע והקהל הרחב על מודלים חדשים המשלבים את הגוף והנפש בבריאותן של נשים.

פרידה הספיקה להשתתף ולהיות הרוח החיה בוועדת ההיגוי שארגנה את הכנס, שהיה עבורה במה לקידום רעיונותיה.

ספר זה מציג ראיית עולם חדשנית בתחום בריאות האישה, כהמשך לקו אותו התוותה פרידה, ומוסיף נדבך על הגישות החדשות לקידום רווחתן של נשים.

אני משוכנעת כי רוחה של פרידה עוד תלווה את העשייה במרכז לחקר וקידום בריאות האישה לאורך זמן.

לוי יהי ספר זה מצבת זיכרון לתרומתה.

הביטוי שמרי נפשך, בשם הספר, נלקח משירו של נתן אלתרמן "שיר משמר" ושימש שם תערוכת הציורים בכינוס הראשון לקידום בריאות נפשית של נשים.

*פרופ' גולי צוויקל*

מנהלת המרכז לחקר וקידום בריאות האישה  
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

# שמרי נפשך

## בריאות נפשית בקרב נשים בישראל

### מבוא

רחל לב-ויזל<sup>1</sup>

בריאות נפשית של נשים נבחנת לעתים קרובות בהקשר של בריאותם הנפשית של ילדיהן או בריאות המשפחה. תפיסה זו נתמכת במחקר רחב העוסק בפריון, פוריות ואמהות, לעתים תוך התעלמות מהשלכות אפשריות של הגבלת הילודה על בריאותה הנפשית של האשה עצמה. דוגמה נוספת לתפיסה זו היא מתחום המחקר על תרופה למניעת הדבקות באיידס במהלך ההיריון. החוקרים התמקדו בהפחתת הסיכוי להעביר וירוס של איידס מן האמהות הנגועות לילודים, ולא דווקא במאמצים לפתח תרופה לטיפול באמהות עצמן לאחר הלידה (Lurie & Wolfe, 1997).

היסטורית, המחקר הרפואי נתמך על ידי מחקרים שאוכלוסיית המדגם שלהם כללה בעיקר גברים ועל כן הותאמו לפיזיולוגיה של גוף הגבר. רמניק ורענן (2000) טוענות, כי לעתים לא מאבחנים תסמינים של מחלת לב אצל נשים בזמן, כיון שהם שונים מן התסמינים המוכרים של גברים. עוד הן טוענות כי המכשור הרפואי, כלי הצנתור והמינון התרופתי אין בהם התאמה לוורידים ולנימים הצרים של נשים לעומת התאמתם לאלו של הגברים (Remennick & Raanan, 2000). דוגמאות אחרות של מחלות, לגביהן יש להתייחס אחרת כלפי נשים וגברים, ניתן למצוא למשל בדפוסים שונים של סרטן הריאות; נמצא סוג שונה, קטלני, של מחלה זו התוקף בעיקר נשים וגורם לתמותה רבה (Payne, 2001). בעשור האחרון, עם צבירת השפעה וכוח פוליטי רבים יותר, כניסת נשים לאקדמיה והסתכלות מחודשת על גופן ובריאותן של נשים, הולכת וגוברת הקריאה להגדרה מחדש של צרכי נשים בהקשר של כל מעגל החיים של האשה, מעבר לפריון ולאמהות. לטענתן של חוקרות פמיניסטיות, בריאות נפשית של נשים אינה נגזרת רק מגורמים ביולוגיים ומפריון, אלא מושפעת גם מגורמים חברתיים כגון; עולם העבודה, מלחמות והגירה, מגורמים נפשיים של מתח, ציפיות חברתיות (ילודה, אמהות) וכן מהרגלי תזונה (Kolinsky, Timyan & Gay, 1993).

---

<sup>1</sup> רחל לב-ויזל, פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון בנגב.



הכנסת המגדר כנושא מרכזי לתוך עולם הבריאות מחייבת הגדרה רחבה של רווחה נפשית של נשים ושל גברים כאחד, הכוללת את השינויים החלים במעגל החיים הן בתחום הפיזי והן בתחום הנפשי. מיקום המגדר כנושא מרכזי מחייב מיקום הבריאות כנושא מרכזי, כיוון שגברים, באופן יחסי לגברים, סובלות במידה גבוהה יותר מהפרעות ספציפיות בתחומי בריאות הנפש וכן פגיעות יותר, ברמה חברתית, לתופעות של אלימות, שיש בהן כדי להגביר חולי נפשי ודחק פסיכו-סוציאלי.

נתונים אפידמיולוגיים ואנתרופולוגיים לא הצביעו, אמנם, על שכיחות שונה של הפרעות פסיכיאטריות אצל נשים וגברים, אך הבחינו בדפוסים ומבנים פסיכיאטריים שונים של נשים לעומת גברים. הבדלים בין גברים לנשים לגבי הפרעות ספציפיות נמצאו במגוון תגובות, כגון, בתקופת הילדות נשים סובלות פי שניים מגברים מהפרעות חרדה. גברים בתקופת הילדות סובלים פי שלושה מנשים מהפרעות קשב ואוטיזם. בגיל ההתבגרות נשים מדווחות יותר מגברים על דיכאון והפרעות אכילה. עם זאת, לא נמצאו הבדלים בין נשים וגברים בקשר למחלות כגון סכיזופרניה או הפרעה דו-קוטבית. ההבדלים בין נשים וגברים באשר למחלות והפרעות נפשיות מצביעים, אמנם לא באופן ישיר, על קיומם של גורמים הורמונליים, ביולוגיים, חברתיים, תרבותיים והתפתחותיים באטיולוגיה של המחלות.

גורמים חברתיים מוכרים כאחד המקורות לחלק ניכר מן הכאב והסבל בקרב נשים. דיכאון, חוסר אוניס, תשישות, כעס ופחד מקורם לעיתים קרובות ברעב, עבודה רבה הכוללת "משמרת שניה" בבית (Martin, 1994), אלימות בבית או מחוץ לבית, מלכוד ותלות כלכלית באדם אחר, לרוב בן הזוג (Das, 1994; Jacobson, 1993). עוני, בידוד, חוסר כוח הנובע לעיתים מחוסר השכלה או תלות כלכלית, דיכוי פטריארכלי, לכל אלה נמצא קשר חיובי עם שכיחות הפרעות פסיכיאטריות בקרב נשים (Dennerstein, Astbury, & Morse, 1993).

הבנת הגורמים לפגיעות נפשית בקרב נשים משמעה הבנת הקשר שבין כוחות תרבותיים וכלכליים ומקומן של נשים בחברה. במטרה לשפר רווחה נפשית ובריאות פיזית בקרב נשים, על קובעי המדיניות להתייחס לכל הספקטרום של חיי האשה וצרכיה. התייחסות כזו מחייבת עידוד ההשקעה בבריאותן של נשים בכל התחומים, מחינוך לכוח כלכלי, הקצאת משאבים ועידוד מחקרים ועד ליצירת מנגנונים חוקתיים ופוליטיים שיחזקו ויתגברו את מעמדן של הנשים. בנוסף, יש לעודד את כל המוסדות החברתיים למאמץ משותף לקידום, שיפור ופיתוח של שירותים חברתיים ושירותי בריאות הנפש המתמחים בתחומי הבריאות של נשים.

במטרה להעלות את נושא בריאותן הנפשית של נשים על סדר היום הציבורי, מרכז הספר הנוכחי מאמרים חדשניים, המבוססים ברובם על מחקרים שנעשו בשנים האחרונות בקרב נשים, בתחומים המייצגים את הגורמים החברתיים-התרבותיים שיש להם השלכות על בריאות נפשית, כגון; אלימות במשפחה ומחוז למשפחה, גורמים הקשורים לפריון, אמהות, וגורמים הקשורים לחולי והתמודדות עם חולי, כגון סרטן השד. בנוסף, כולל הספר מחקרים העוסקים באיכות החיים של נשים במעגל חייהן.

הספר מחולק לחמישה פרקים, הפרק הראשון מתמקד בסוגיות ייחודיות של המגדר הנשי, כגון, פרספקטיבה היסטורית של הגירה ובריאות הנפש (רקפת זלשיק ונדב דוידוביץ'), תפיסות חברתיות ופסיכולוגיות של האשה כמפתח הנצחית (ענת מוברמן), ומשמעות המיניות של האשה בת זמננו בחברה (מרילין ספר). מאמרו של יורם בן יעקב עוסק בייחוס רגשות של אשמה ובושה לנשים כמאפיינים נשיים. את הפרק מסכם מאמרם של בלה צודקובה, חיים בלמקר וג'ולי צוויקל, המתאר את מצבן של עובדות מין מהגרות ומברחות לישראל.

הפרק השני מתמקד בבריאות נפשית, תפקידים נשיים ואמהות. רונית ארצי-שהרבני סוקרת את הספרות בתחום הלידה כאירוע מרכזי בחיי האישה וכאירוע העלול להיות טראומטי, בעל השלכות לטווח ארוך. את משמעות המעבר לאמהות, שהיא תפקיד מרכזי בחייה של האשה, הגדרת העצמי והיחסים הבין-אישיים מתאר אבי בסר במאמר, בו הוא מציע מודל לחקר והבנת הפגיעות לדיכאון שלאחר לידה, בתוך המסגרת התיאורטית שהוצעה על ידי Blatt (1995) ועמיתיו להבנה של דיכאון בכלל. חביבה שרון, יעקב יהב, דן פלג ופול מרלוב מתארים מודל חדשני להתערבות לשם יצירת קשר מוקדם בין נשים, שהפכו לאמהות באמצעות אם פונדקאית, לבין תינוקן. את הפרק מסכם מאמרם של עליאן אל-קרינאווי וורד סלונים-נבו, הבוחנים את השפעתם של נשואים פוליגמיים מול נשואים מונוגמיים על איכות החיים של נשים-אמהות לילדים, בדואיות-ערביות בנגב.

הפרק השלישי עוסק בגישות הוליסטיות לבריאות. ממצאים לגבי תגובות דחק בקשר לסגנונות התמודדות עם מחלת סרטן השד, איבר גוף המסמל יותר מכל את הנשיות בחברה המערבית, מובאים על ידי מריאן אמיר ואלונה רמתי. אורלי שריד, עפרה אנסון, אריה יערי, ומרים מרגלית בוחנים את התמודדותן של נשים במעגל העבודה בהקשר של בריאותן הפיזית, תוך התמקדות באופן מיוחד בהתמודדות נשים במסגרת אקדמית, מסגרת הנחשבת כבעלת דרישות גבוהות הן ברמת היכולת האינטלקטואלית והן במידת ההשקעה בזמן, מסגרת בה קיימת עדיין שליטה גברית בדרגות הגבוהות של פרופסורה. אליעזר ויצטום, דניאל שטיין ויעל לצר בוחנים את נושא הפרעות האכילה, כפי שהוא משתקף לאורך ההיסטוריה וכיום, לאור הגלובליזציה והחשיפה המסיבית לתקשורת אלקטרונית, אשר גורמת לשינויים תרבותיים וחברתיים. אנורקסיה הנה הפרעה ששכיחותה בקרב נערות ונשים גבוהה במידה רבה משכיחותה בקרב גברים, בישראל ובעולם בכלל. את הפרק מסכם מאמרם של ענת שליו ודורון תודור, הבוחן את ההבדלים בין גברים ונשים בביטויין של מחלות נפש ואת ההתייחסות הטיפולית לכך.

הפרק הרביעי מתמקד בתופעת האלימות כלפי נשים על היבטיה השונים. מאמרן של רחל לב-ויזל, מריאן אמיר וליאורה אוהיון עוסק בסוגית הפחד מאונס בקרב נשים צעירות מהמעמד הבינוני בישראל, לאור הסטטיסטיקה לפיה אחת משלוש נשים נאנסת. השוואה שיש בה התייחסות להיבטים תרבותיים של אלימות בין זוגית כלפי נשים, הנה מוקד מחקרן של שיר דפנה-תקוע, רחל לב-ויזל וג'ולי צוויקל, המשוות בין נשים מוכות יהודיות ונשים בדואיות, הן באשר למשאבים העומדים לרשותן והן באשר לתגובות הדחק וסימפטומים

פסיכולוגיים של דכאון. במחקר איכותני שעוסק בהעברה בין-דורית של אלימות בעל כלפי אשתו, בוחנות חמוטל גומא-דויטשמן ורחל לב-ויזל את תפיסתן של אמהות לבעלים מכים את הבנים ואת האלימות שהם מפגינים כלפי אשה אחרת. סוגיית ההעברה הבין דורית של גילוי עריות נידונה במאמר האחרון בפרק זה. במאמר זה מתארת רחל לב-ויזל ארבע טיפוסים אמהות, שחוו בעצמן גילוי עריות ואשר ילדיהן הגיעו לטיפול בשל גילוי עריות.

הפרק החמישי והאחרון עוסק בסוגיית איכות החיים של נשים. איכות חיים הפכה לנושא מרכזי במאה הנוכחית ומוגדרת כבעלת ששה מרכיבים: קבלה עצמית, מטרה ומשמעות לחיים, שליטה בסביבה, תחושה של צמיחה וגדילה, יחסים חיוביים ומספקים עם אחרים, ואוטונומיה. איכות חיים נבחנת במישור הפסיכולוגי, במישור החברתי ובמישור הפיזי. אורית רוז סוקרת את הספרות העוסקת בתחושת השליטה, סגנונות השליטה והקשר שלהם לאיכות חיים של נשים. מאמרם של דורית סגל-אנגלצ'ין ויוחנן ווזנר משווה בין איכות החיים של שלוש קבוצות של אמהות: אמהות חד-הוריות מבחירה, אמהות גרושות, ואמהות נשואות. את הפרק מסכמים מאמרים העוסקים באיכות החיים של נשים בשלבי הפרישה מהעבודה והזקנה. ענת שמש, יצחק לבב, צביה בלומשטיין, איליה נוביקוב ואמה סמטניקוב בוחנים את רמת הדמורליזציה, המוגדרת כמצב של מצוקה נפשית, ממנו האדם אינו רואה דרך מוצא. בסקר של בני 60 ומעלה בקהילה, החוקרים משווים את רמת הדמורליזציה בין נשים לבין גברים. אורית נוטמן-שוורץ מתארת את הפנומנולוגיה של פרישת נשים ואת המשמעות הכלכלית של הפרישה עבור נשים ממעמדות סוציו-אקונומיים שונים, בעולם המשתנה חברתית ותעסוקתית. אסתר יקוביץ', במאמר המסכם את מעגל החיים, בוחנת את רמת רווחתן הנפשית של נשים הדרות בבתי אבות בישראל.

## ביבליוגרפיה

- Das, V. (1994). Moral orientations to suffering: Legitimizing, power and healing. In L. Chen, A. Kleinman, & N. Ware (Eds.), *Health and social change in an international perspective* (pp. 139-170). Boston: Harvard Series on Population and International Health.
- Dennerstein, L., Astbury, J., & Morse, C. (1993). *Psychosocial and mental health aspects of women's health*. Geneva: World Health Organization.
- Jacobson, J. (1993). Women's health: The price of poverty. In M. Koblinsky, J. Timyan, & J. Gay (Eds.), *The health of women: A global perspective* (3-32). Boulder, CO: Westview Press.
- Kolinsky, M., Timyan, J., & Gay, J. (Eds.). (1993). *The health of women: A global perspective*. Boulder, CO: Westview Press.
- Lurie, P., & Wolfe, S. M. (1997). Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 337(12), 853-856.
- Martin, J. (1994). The organization of exclusion: institutionalization of sex inequality, gendered faculty jobs and gendered knowledge". *Organizational Theory and Research*, 1(2), 401-431.
- Payne, S. (2001) "Smoke like a man, die like a man"? A review of the relationship between gender, sex and lung cancer. *Social Science & Medicine*, 53, 1067-1080.
- Remennick, L., & Raanan, O. (2000). Institutional and attitudinal factors involved in higher mortality of Israeli women after coronary bypass surgery: Another case of gender bias. *Health*, 4(4), 455-478.

## ראיון מתורגם עם פיליס צ'סלר<sup>2</sup>

השאלות המוצגות בראיון זה חוברו על ידי אמילי שוחט ממרכז היעוץ לאישה יחד עם ג'ולי צוויקל ונשלחו לפיליס צ'סלר. פרופסור צ'סלר ענתה על השאלות בכתב והראיון המתורגם הוקרא במסגרת הכנס הראשון בנושא קידום בריאות נפשית של נשים בישראל. לכבוד רב הוא לנו שפרופסור צ'סלר הסכימה לכלול את הראיון המתורגם בקובץ זה.

ביקשנו את חוות דעתה של פרופסור פיליס צ'סלר בנוגע למספר שאלות. להלן תשובותיה:

רציתי להיות כאן באופן אישי אך לא התאפשר לי הדבר. סיסמתי החדשה הינה איפוא "לשנה הבאה בבאר-שבע הגדולה".

**האם את חושבת שהקשר בין תפקודי נשים בחברה ומצבן הנפשי שונה אצל ישראליות בהשוואה לאמריקאיות?**

המ"ולים בישראל נרתעו מלפרסם את ספרי הראשון: "נשים ושיגעון" אשר יצא לאור לראשונה בשנת 1972. אני שהיתי בישראל לאורך חודשיים בשנים 1972, 1973. מו"לים שונים אמרו לי: "לנשים בישראל אין את הבעיות בהן מדובר בספר. אולי הנשים האמריקאיות משוגעות, אך הישראליות אינן כאלו".

מה שהם התכוונו באמת לומר הוא, שהנשים הישראליות הינן קשוחות ומחוספסות ("מאצ'ואיות"). הן יכולות לספוג אפליה נגדן כלבנות, בעלות עור כהה, כעניות או בעלות אפשרויות כלכליות. הנשים בישראל יכולות לשאת בגידה, התעלמות מנוכחותן, הידרדרות לעוני, מעמסת יתר בטיפול בילדים, קשישים ובבני זוגן, מכות, אונס, הטרדה מינית, לעג, כאשר הן נדרשות לעמוד בסטנדרטים בלתי אפשריים. הן מנותבות לעבודות ברמה נמוכה, הציפיות מהן נמוכות, הן יכולות לעמוד בכל זה בלי להתלונן, שלא כמו הנשים האמריקאיות המרפקניות ושונאות הגברים, העושות עניין מלא כלום".

בכל אחד מביקורי בארץ - והיו רבים כאלה בשנות ה-70 וה-80 (אפילו הסכמתי להצעה למשרה באוניברסיטת בן גוריון להקמת תוכנית ללימודי נשים, שלצערי לא יצאה לפועל) - ניסיתי לעניין מו"לים בישראל בעבודה שלי, אך לשווא.

פמיניסטיות ישראליות רבות, מקושרות, אמיצות ומבריקות חיזרו אחרי מו"לים רבים בישראל לטובת ספר זה. לקח 15 שנה עד שמו"ל ישראלי אחד, זמורה ביתן, נכנע סוף סוף ללחץ המתמיד של המשוררת רחל חליף, חברתי הטובה, והוציא את הספר. אני בספק אם הוא נותר בדפוס זמן רב.

לעומת זאת, מו"לים אמריקאים מיהרו להוציא מאות, אולי אלפי ספרים פמיניסטיים, כולל את הספר "נשים ושיגעון". בשנת 1970 לפחות שמונה מו"לים רצו לפרסם אותו. הספר זכה לסקירה בניו-יורק טיימס, ונמכר בשלושה מיליון עותקים באמריקה וברחבי העולם. בתקופות מסוימות באמריקה, אפילו פמיניסטיות יכלו לפרסם כמעט כל דבר, וכך עשינו. היה לנו אז חלון הזדמנויות, שכיום איננו פתוח לרווחה. מגמת הרתיעה (backlash) כלפינו הפמיניסטיות הייתה חריפה וליוותה אותנו מתחילת הדרך. אך, אני בספק אם לנשים הישראליות היתה אי פעם הזכות לפרסם ולהישמע בפתיחות כזו. זהו הבדל משמעותי.

---

<sup>2</sup> פיליס צ'סלר, פרופסור, מומחית בין לאומית בנושא בריאות הנפש של האישה.

ברצוני לציין שאני עונה על שאלות עליהן התבקשתי לענות. תשובותיי נוגעות לנשים ככלל, בעיקר לנשים יהודיות ובפרט לנשים יהודיות ישראליות. חלק מדברי יתאימו גם לנשים ערביות, אך לא הכל. נושא זה עומד בפני עצמו, להרצאה שלמה.

במהלך ארבע-עשרה השנים האחרונות הייתי מעורבת בתנועת 'הנשים של הכותל'. בשנת 1988, כשהייתי בירושלים בכנס פמיניסטי, חשפתי ספר תורה בפני נשות התנועה והתפללנו יחד בפעם הראשונה מאז ומעולם. אירוע זה קשר אותי בחזקה למאבק המתמשך לזכויות דתיות של נשים. מאבקים פמיניסטיים דומים מתנהלים בנצרות ובאסלאם. חופש הפולחן חשוב באותה מידה כמו החופש להגנה מפני כפייה דתית. יחד עם רבקה האוט (Haut) ערכתי ספר, העומד להתפרסם בנושא: "נשות הכותל - דריסת רגל באתר המקודש ביהדות".

לנשים יהודיות באמריקה, באירופה ובישראל יש את הדבר הבא במשותף: את כולנו לימדו שאלוהים הוא גבר לבן עם זקן ארוך ולבן, לכן גברים קרובים יותר לאלוהים מאשר נשים. חלקנו עזבנו את היהדות הדתית מסיבה זו ומסיבות אחרות. חלקנו לחילופין קיבלנו תפיסה תיאולוגית זו.

בארה"ב ובאירופה לא מיחסים חשיבות לשאלה האם הנשים היהודיות באמת יהודיות? לדעתי, כאחת שמגדירה את עצמה "פסיכולוגית למען חירות עצמית של מטופליה" וכתלמידת התורה, זוהי השאלה העיקרית אותה אנו שואלים במאבקנו להתפלל בכותל. לאחיזה של נשים באדמת קודש יש תהודה פסיכולוגית חזקה.

ארצות המזרח התיכון, כולל ישראל, הן באופן כללי הרבה יותר שמרניות מאשר המערב. הנשים הישראליות חיות תחת מצור כבד יותר בהשוואה לנשים בארצות הברית.

באופן כללי, בשתי המדינות הפטריארכליות רוב הבנות והבנים ממשיכים לחוות את ילדותם בסביבה משפחתית בה האב דומיננטי או לא נוכח ו/או במשפחה שבה האם נושאת באשמה. ברוב הבתים עדיין קיימים תפקידי המגדר הסטריאוטיפיים. בנוסף, עדיין קיימים מקרים של התעללות בילדים מצד האם והאב. גילוי עריות ואלומות בתוך המשפחה נותרו תופעה חברתית נרחבת. ההשלכה המצטברת של אורח חיים מגביל, כאזרח סוג ב' או ג', היא מחרידה. המחיר האישי נמדד בחרדה, דיכאון, פוביות, ניסיונות התאבדות, הפרעות אכילה ומחלות הקשורות ללחץ כמו התמכרות, אלכוהוליזם, לחץ דם גבוה ומחלות לב.

באיזשהו אופן, עכשיו, אחרי ה-11/9, אנחנו כולנו ישראלים... אך הישראלים ספגו אירועים דומים כל שבוע במשך יותר משנתיים. טראומה מסוג זה היא ייחודית, אפילו לעם בעל היסטוריה ארוכה של פוגרומים, הגירה בכפייה, שואה, ושש או שבע מלחמות הגנה עצמית בתקופה של חמישים שנה. מה קורה לגברים ונשים במהלך מלחמה? תגידו לי אתם. חלק משתגעים, חלק נהיים נוקשים, הרוב מנסים להמשיך בחיים. חלק מפחדים שהם (או חס וחלילה היקרים להם) ימותו, יפצעו או יפלו בשבי. רבים נהיים יותר שמרנים, יותר מפוחדים, נשארים קרוב יותר לבית. מה קורה לנשים במהלך מלחמה? נשים הופכות למטרה נבחרת של גברים קצרי-רוח, מתוסכלים, פחדנים ומפוחדים. אלו מכים, אונסים, מעבדים בזנות, נוטשים ומתעללים נפשית.

אני צריכה הרבה יותר זמן, וודאי יותר מהזמן שלרשותנו כדי להמשיך את תשובתי לשאלה זו. סלחו לי וראו בזה גרסה ראשונית לתשובתי.

**פרסמת את "נשים ושיגעון" בשנת 1972 ואת המהדורה המתורגמת לעברית בשנת 1987.  
האם את חושבת שהטיפול בבריאות הנפשית של נשים השתנה מאז?**

הטיפול השתנה מעט מדי ודי הרבה.

בצד החיובי, כפמיניסטית, אנחנו מבינים כעת שנשים וגברים אינם "משוגעים" או "דפוקים" כאשר בתגובה לטראומה הם מפתחים סימפטומים פוסט-טראומטיים הכוללים נדודי שינה, פלשבקים, פוביות, התקפי פאניקה, חרדה, דיכאון, ניתוק, קשיחות עמומה, אובדן זיכרון, בושה, רגשי אשם, שנאה-עצמית, פגיעה-עצמית התבודדות. קורבנות טראומה עלולים לנסות להסתיר סימפטומים אלו באלכוהול, סמים, אכילת יתר או תזונה חריגה.

היום אנו מבינים יותר מהי טראומה, ומהי ההשפעה שלה. אנו מבינים שאלימות כרונית, חבויה במשפחה/בבית היא יותר ולא פחות טראומטית מאשר במקרה של אלימות מידי זר, או מאויב במשך המלחמה. אנו מבינים גם שלאחר מקרה יחיד של התעללות, דרושה אלימות פיזית רק בתדירות נמוכה על מנת להשאיר את הקורבן במצב של טרור מתמיד, תלויה באדם אשר שובה ומענה אותה/אותו.

אנו מבינים שאונס אינו נובע מאהבה או מתשוקה, אלא מהשפלה של אדם אחר תוך מגע מיני כפוי או מאולץ וגם מתחושת בושה מהמיניות. ההשפעה של האימה על גברים בעת מלחמה ובשבי האויב היא שוות ערך לטראומה שנגרמת לנשים המצויות במצב של "שבי" אליים בבית.

בנוסף, למדנו שנשים וגברים **מסוגלים** לשרוד לאחר עינוי או אונס: אם מאמינים להם, אם אחרים מלאי כעס בשמם, אם אחרים מוקיעים ומנסים לעצור את ההתעללות, אם נעשה למענם מאמץ פוליטי. קורבנות של אונס וסוגים אחרים של עינוי כועסים יותר מכך שהאנשים הטובים נמנעים מלעשות מעשה בשבילם מאשר מהפשעים שבוצעו בהם. כפי שנאמר בצורה כל כך יפה על ידי Jacobo Timmerman הארגנטיני, שקרא לעצמו "אסיר שאין לו שם", שהיה אסיר פוליטי וקורבן של עינויים בעצמו; "ממדי השואה מובנים יותר בהסתכלות על גודל השתיקה מאשר על מספר הקורבנות. מה שמטריד אותי יותר מכל הוא העובדה שהשתיקה הזו חוזרת על עצמה (כיום/גם בימינו ?)".

בצד השלילי יותר, כפמיניסטיות אנו השפענו מעט מדי על מקצועות בריאות הנפש. מגמת הרתיעה (backlash) פעלה נגדנו מהרגע הראשון שבו התחלנו בהתעוררות פמיניסטית מחדשת. פמיניסטיות שהיו סטודנטיות או שעסקו בבריאות הנפש לא נקלטו לתוך המוסדות ולא שינו אותם. אנו עברנו דחיקה לשולים, לעג והתקפות באופן שוטף. הטובות מביננו אולצו או בחרו לעזוב וחלק גדול מאיתנו הקימו מסגרות יותר מצומצמות, יותר אורגניות לטיפול פמיניסטי.

בצורה זו, על אף ההתקדמות העצומה שהתרחשה, הדעות הקדומות וההפליה הקליניות שכתבתי עליהם השנת 1972 קיימות גם בימינו. ישנן החלטות קליניות אשר מושפעות לרעה מדעות קדומות בנושא מעמדות, אנטישמיות, הומופוביה, גיל, ומין. דעות קדומות אלו הן נחלתם של גברים ונשים, פמיניסטיות ולא פמיניסטיות. אני עשיתי סקירה של מאות, אולי אלפים של הערכות של פסיכולוגים ושל פסיכיאטרים בתביעות פליליות ואזרחיות ובתביעות גירושין. חוסר האמון באמהות, רק בגלל שהן נשים, הנכונות לעשות מאמצים אדירים לכבד, לתת אמון ולסלוח לאבות, רק משום שהם גברים הינם בלתי נתפסים. שנאת נשים וגינוי אמהות משתפכים מכל דף של מסמך קליני.

קשה להאמין, נכון?

כאשר פועלים גורמים קליניים באופן של אפליה, החולים נפגעים בלפחות חמישה תחומים עיקריים:

- 1) נשים- וגם גברים במידה פחותה - עם מחלות כמו Lyme's disease, אלרגיות לאוכל ולחומרים כימיים, זאבת, דלקת פרקים, אפשטיין-בר/תסמונת עייפות כרונית הקשורה לכשל חיסוני Chronic Fatigue Immune Dysfunction Syndrome) וכי לא עוברים במקרים רבים אבחון ראוי וטיפול תרופתי.
- 2) כופים על נשים אשר מעלות אישומים של אפליה מינית, הטרדה, אונס, התעללות מינית לעבור טיפול נפשי ובזמן המשפט מאבחנים את אישיותן כ- "פתולוגית".
- 3) נשים (וגם גברים) אשר אין להן כסף וביטוח לא יכולות לשלם בעצמן על טיפול. מעבר לכך, המטפלים, אשר רובם במעמד בינוני, לא תמיד מבינים או מזדהים איתן; במקרה יותר גרוע אין מימון על מנת לאשפז אותן או לתת להן טיפול.
- 4) נשים (וגם גברים במידה פחותה) שחורות, יהודיות ובנות עמים אחרים עדין עומדות בפני רמה גבוהה יותר של פחד ועוינות קלינית ואקדמאית.
- 5) מטופלים עדין חשופים לתופעה של התעללות מינית בידי מטפלים.

למה עוד התכוונתי כשאמרתי שחלו הרבה שינויים בעשרים וחמש שנים האחרונות? אחד מהתחומים שבהם התקדמנו הוא בנושא הבסיס הכימי והגנטי של מחלות נפשיות. למדנו שאלו שסובלים ממניה דפרסיה, דיכאון, או סכיזופרניה מגיבים לעיתים לתרופה הנכונה הניתנת במינון הנכון; שלכל התרופות יש תופעות לוואי שליליות; שלא מומלץ לטפל באותה תרופה בכולם ובמיוחד אם לא ממשיכים לעקוב אחר תופעות הלוואי; ושטיפול מילולי או סוג אחר של טיפול כמעט בלתי אפשרי ללא טיפול תרופתי כזה.

למרות ההתקדמות בתחום הביולוגיה הפסיכיאטרית, נשים וגברים עדין מקבלים טיפול תרופתי שגוי או במינון מופרז, או שפסיכיאטרים נמהרים המעוניינים בשכר גבוה מונעים מבעדם לקבל את התרופה המתאימה. מאושפזים פסיכיאטריים מקבלים לעיתים מינונים גבוהים לנוחות הצוות, אשר לא תמיד מטפל בתופעות הלוואי הצפויות במיומנות או בחמלה. חולות פסיכיאטריות חשופות לעיתים ליחס גרוע במיוחד במוסדות; הן גם נאנסות. כל כמה שהמצב במוסדות רבים הוא רע, שחרור של חולי נפש לרחוב אינו הפתרון; זו רק עוד אלטרנטיבה לא מקובלת למצב. לאנשים יש זכות לקבל טיפול, אם קיים טיפול כזה. תרופה בפני עצמה לעולם אינה מספיקה. נשים אשר נמצאות בדיכאון קליני או בחרדה צריכות גם דרך להשיג מידע ותמיכה פמיניסטיים.

**האם לדעתך הגישות הפמיניסטיות לנושאים של בריאות הנפש הביאו לשינוי בהכשרה של העוסקים בבריאות הנפש?**

כן, במידה מסוימת. אבל לא מספיק.

ב-1970, כאשר התחלתי לכתוב את "נשים ושיגעון", היו מספר תיאוריות פסיכולוגיות פמיניסטיות אך לא היו כמעט מטפלות פמיניסטיות. כיום הן קיימות בכל מקום.

פמיניסטיות יסדו כתבי עת, מערכות הפניה, כנסים וסדנאות, תוכניות שיש להן אוריינטציות פסיכואנליטיות וגם אנטי פסיכואנליטיות. בצורה זו עזרנו לנשים, ששרדו אונס והתעללות מינית, נשים מוכות, גברים מכים, נשים עם בעיות נפשיות וחסרות בית, פליטות, אלכוהוליסטיות, מכורות לסמים, נכות, זקנות וגם עזרנו אחת לשניה. בנוסף, פמיניסטיות פרסמו ספרים ומאמרים מופלאים.



כיום ישנן פמיניסטיות פסיכו-פרמקולוגיות, מאבחנות במעבדה לזיהוי פלילי, מטפלות לסביות, מטפלות בנושאי מיניות, מטפלות במשפחה, מומחיות בטכניקה של זיכרון משוחרר, מטפלות המתמחות בסוגיות של גזע ולאום, ובנוסף פמיניסטיות המבקרות את התרפיה הפמיניסטית, זהו הסימן המובהק ביותר להצלחתנו.

ההשפעה והנוכחות שלנו הינה בין לאומית. שבירה, אך בין לאומית. רק לאחרונה, פמיניסטיות ועורכות דין מצפון אמריקה ואירופה עבדו עם שותפות בבוסניה במטרה לעזור לנשים שנפלו קורבן לאונס, עינוי והשמדה המונית. אילו בית הדין של האומות המאוחדות היה ממשיך את המשפט הדין בפשעי המלחמה בבוסניה, יתכן ואני (וכך גם פמיניסטיות אחרות מצפון אמריקה ואירופה) הייתי זוכה להעיד בנושא תסמונת קורבן אונס.

על אף הביקורת שאני בעצמי הבעתי כלפי טיפול פרטי בעל אוריינטציה פטריארכלית המותאם במיוחד למטופלים בעלי הכנסה גבוהה, היום אני מאמינה שהטיפול בתרפיה פמיניסטית יכולה להועיל ואכן מועיל לנשים.

מה עושה את הטיפול הפמיניסטי ייחודי? מטפלת פמיניסטית מנסה להאמין לדברי האישה. כאשר בוחנים את ההיסטוריה של הפסיכיאטריה והפסיכואנליזה גישה זו הינה רדיקאלית בפני עצמה. כאשר אישה מתחילה להיזכר בהתעללות מינית שעברה כילדה, מטפלת פמיניסטית אינה מסיקה מכך ש"הפלאשבקים" או ההיסטוריה של האישה הם סימן לכך שהיא משקרת או לכך שהיא משוגעת.

מטפלת פמיניסטית מאמינה שאישה צריכה לשמוע שהיא אינה משוגעת, שזה בסדר להרגיש עצובה או כועסת כשהיא עובדת קשה מידי, מקבלת שכר לא הולם, לא מרגישה אהובה; צריכה לדעת שזה בסדר לפנטז על בריחה כאשר הצרכים של אחרים (הורים מזדקנים, בעל עם צרכים וילדים עם דרישות) מאיימים להציף אותה.

מטפלת פמיניסטית מנסה להקשיב לנשים ברחשי כבוד ולא באופן שהוא מתנשא או מבזה. מטפלת פמיניסטית אינה מנסה למזער את מידת הפגיעה באישה. למרות זאת, המטפלת הפמיניסטית נשארת אופטימית בתוקף. כל אישה, ללא תלות במידת הפגיעה שעברה, יכולה לחוות חמלה ותמיכה אנושיים.

מטפלת פמיניסטית אינה מתייגת אישה כבעלת בעיה נפשית מכיוון שהיא מביעה רגשות עזים או אינה מתמודדת עם תפקידה כאישה. פמיניסטיות אינן רואות אישה כבעלת בעיה נפשית כאשר היא עוסקת בפעילות מינית, לצורך רבייה, כלכלית או אינטלקטואלית מחוץ למסגרת המשפחה. הן אינן מגדירות את הבחירה של האישה כפתולוגית כאשר אישה בוחרת בקריירה במשרה מלאה, הינה לסבית, נמנעת מלהתחתן, בוגדת, מתגרשת, מתנזרת ממין, מבצעת הפלה, משתמשת באמצעי מניעה, מביאה ילד מחוץ למסגרת הנישואין, מניקה בניגוד לעצת מומחים או מצפה שגברים ייקחו על עצמם מחצית מעבודות הבית והטיפול בילדים. נשים רבות איבדו משמורת על הילדים שלהן בדיוק בגלל סיבות אלו כאשר הוגדרו כלא כשירות על ידי פסיכיאטרים, פסיכולוגים או עובדים סוציאליים בזמן משפט.

**לאחרונה פרסמת ספר חדש, אשר גם הוא מעורר מחשבה בדומה ל- "נשים ושיגעון", הנקרא "Woman's Inhumanity to Woman". כנשים העובדות בתחום של ארגוני נשים, אכן הבחנו כי לא תמיד נשים עוזרות אחת לשניה. האם לדעתך זו היתה ציפייה מוגזמת מתנועת הנשים להביא לשינוי באינטראקציה של נשים (ושל גברים) המוגבלים מבחינת המשאבים העומדים לרשותם?**

התשובה שלי היא "כן". פעם, לפני שנים רבות, האמנתי שכל הנשים הינן טובות לב, דואגות, אימהיות, עזות רוח ותמיד אציליות תחת אש וכל הגברים הם המדכאים. כפי שכולן יודעות, מלבד קומץ של פמיניסטיות אידיאליסטיות, זה לא תמיד נכון. תוך כדי כך שעבדתי על הספר במשך 20 שנה וחייתי את חיי, נוכחתי לדעת שכמו גברים, נשים הן רק בני אדם, הקרובים לקופים כמו למלאכים, וכך יכולות לנהוג באכזריות וגם בחמלה, בקנאה וגם בנדיבות, בתחרותיות וגם בשיתוף פעולה.

אחת מהסיבות שבגללן קשה לאישה להכיר בכך שנשים, גם היא עצמה, הינן אגרסיביות ואכזריות, היא מכיון שאלו תכונות אופיי שאינן מקובלות חברתית עבור אישה וגם מכיוון שהחברות הכי טובות של אישה והשותפות שלה לסוד הן נשים. רוב הנשים יוצרות חברויות אחת עם השנייה, יוצרות "משפחות" נשיות בעתות שלום ובעתות מלחמה. נשים מצפות לקבל טיפוח רגשי (הקשבה וסימפתיה) מנשים דומות להן. זה מסביר מדוע "שוני" (במראה או ברעיונות) מהווה איום עבור נשים, אשר מסתמכות על אמונה בשיתוף פעולה שוויוני נרחב ומחפשות "זהות" אצל הנשים המקורבות אליהן ולא היררכיה בעלת אופי גברי, עם מפקד ושרשרת פיקוד. עבור נשים, אפילו השוני הקטן ביותר מרמז על נטישה פוטנציאלית; כאשר עבור גברים הוא רק מאפשר לראות בבירור את הסדר החברתי.

פסיכולוגית, דברים שנמצאים כביכול בסתירה יכולים להתקיים. נשים מתחרות בעיקר עם נשים אחרות ובמקביל, נשים נשענות בעיקר על נשים אחרות; נשים מקנאות ומחבלות אחת בשנייה על ידי הוצאת דיבה, רכילות התרחקות ובמקביל נשים רוצות שנשים אחרות יתמכו ויכבדו אותן. ברגע שלומדים לחשוב "בהפכים", נושאים מסוימים מתבהרים, כולל מה אישה יכולה לעשות על מנת לחבור או ליצור נתק מאישה אחרת תוך אובייקטיביות ויושר.

אגרסיה של אישה לאישה ותחרות היא נורמאלית. בנוסף, נשים, כמו גברים, עברו הפנמה של אמונות סקסיסטיות. אנו יוצרים אידיאל של נשים כ "פיה טובה" או מתארים אותה בצורה שטנית כאם חורגת רשעית. יש נטייה לא לסלוח לאישה כאשר היא מאכזבת אותנו. יש לנו נטייה ליותר סלחנות כלפי כשלון או פגמים של גברים.

יתכן שבעבר פחדתי לפגוע בפמיניסטיות בעלות כוונות טובות שכאלה. אך הגעתי למסקנה שנשים אינן צריכות להוכיח שהן יותר טובות מגברים על מנת לקבל שיוון זכויות וזכויות אדם. מעבר לכך לא יתכן שהאידיאולוגיה תישאר קפואה וחד-צדדית. אנו חזקות מספיק. רוב הפמיניסטיות מבינות את החשיבות שבהכרה בכך שהן בעלות דעות קדומות בנוגע לצבע עור, גיל, מעמד, והומופוביה; השלב הבא, ההכרחי, אשר מתעכב, הוא ההכרה בסקסיזם של הנשים.

למרות זאת, קשה לפמיניסטיות להודות בכך שבמהלך חייה של אישה, היא עלולה לגנוב לחברה הכי טובה שלה את הבעל, את הילדים, את העבודה וגם חברות טובות אחרות; קרובת משפחה או עמיתה יכולה להכפיש או לחבל בנשים בבית, בעבודה ובארגונים חברתיים. קשה להודות שנשים רבות אינן תומכות או מאמינות לאישה אשר מגישה תביעה משפטית במקרה של אפליה מינית או מעלה האשמות לאונס, תקיפה או הטרדה מינית. אכן, תובעים מעדיפים לרוב גברים כמושבעים במשפטי אונס, מכיוון שנשים, ממגוון של

סיבות (פחד מאונס, רצון להרחיק את עצמן מהמקרה), בוחרות לא להאמין לאישה אשר טוענת שנאנסה.

### **לאן נתקדם מכאן? מה נשים צריכות לעשות?**

עלינו להודות בענווה כי שינוי הינו תהליך אשר לא ניתן להאיץ בו. יש לנו את שארית חיינו לעבוד במטרה להפוך את הקנאות והקונפורמיות לסובלנות ואינדיבידואליות, עשייה של טוב ולא של רוע בעולם.

להכיר בעובדות ולא להכחיש את האמת. שנית, עלינו להכיר במספר אמיתות כואבות. אישה חייבת להודות שנשים באופן נורמאלי הינן אגרסיביות ותחרותיות ובנוסף, שנשים מדוכאות הן מאוד כעוסות; ככאלו, הן נוטות להוציא את כעסן אחת על השנייה. הכרה שכזו יכולה לעזור לאישה להפוך ליותר ריאליסטית בנוגע לציפיות שלה מנשים אחרות ולהבין יותר את המגבלות שלה עצמה.

להפוך לחזקות. כל אישה חייבת לפתח "עצמי" חזק ותחושה של הייחוד המוחלט שלה. אף אחד לא יכול לקחת ממך את ה"טוב" שבך. כבדי את האמביציה שלך; כבדי את האמביציה של נשים חזקות שהן "שוונות" ממך, ולא רק של נשים חלשות שמסכימות אתך לחלוטין ולכן אינן מהוות איום כלפיך.

להפוך לחזקות מספיק על מנת לקבל ביקורת - נשים לעיתים נפגעות והופכות לאמוציונאליות במהירות רבה. לעיתים אנו יכולות להיות יותר מדי רגישות לביקורת מכיוון שאנו חשופות מגיל צעיר לביקורתיות יתר וביקורת שאינה מוצדקת מצד נשים וגברים; אולי בנוסף לכך קיבלנו יחס כאילו אנו בלתי נראות. נשים הורגלו לשמיעת ביקורת לא מוצדקת ולהתעלמות. אי לכך, אני הייתי שמחה לראות שנשים לומדות להקשיב אחת לשנייה בעדינות ובכבוד. בו בזמן, אישה חייבת להפוך לחזקה מספיק על מנת לשמוע דעות מגוונות וגם ביקורתיות. לשאול אישה אחרת מה היא באמת חושבת זה לא כמו לבקש ממנה לתמוך בך, בין אם את צודקת או טועה, או להחמיא לך לשווא. אישה צריכה לספוג דעות מנוגדות ללא תחושה שמי משמיע דעות אלו בוגד בה אישית.

לא לרכל - אל תיזמי הפצת רכילות על אישה אחרת; אם את שומעת רכילות, אל תעבירי אותה הלאה. תני לעניין להיעצר אצלך. מותר בהחלט לדבר על אישה כאשר היא אינה נוכחת כל עוד זוהי אישה שאת מחבבת, אוהבת, איכפת לך ממנה ואם הדברים שאת אומרת לא יפגעו במוניטין שלה או יהרסו את חייה. זה לא בסדר להעניש ולחבל באישה אחרת שאת מקנאה בה או מפחדת ממנה על ידי השמצתה או הסתה של נשים אחרות נגדה.

אף אישה אינה מושלמת. צריך להתנצל כאשר טועים ואז לעבור הלאה. אם אינך מתנהגת כשורה בקשי סליחה והמשיכי בחייך. ותרי לעצמך וותרי לנשים אחרות. אם אישה השמיצה אותך וחיבלה בך, דברי איתה בקשר לזה באופן ישיר, טפלי בזה במהירות. אל תתני לזה לחלחל.

להתייחס לנשים אחרות בכבוד - גם אם אנו לא מסכימות עם אישה אחרת עלינו לעשות זאת בכבוד, ובטוב לב. אנו חייבות לטפח את הרעיון של "יריבה ראויה". אנו לא צריכות להפוך כל יריבה או מתחרה באופן אוטומטי לשטן. נשים לא מחויבות "לאהוב" או "לשנוא" אחת את השניה. אנו לא צריכות אפילו "לחבב" אחת את השנייה. אני מציעה שנשים יתייחסו אחת לשנייה באופן מתורבת. לסיכום, נשים צריכות ללמוד איך להודות לנשים אחרות על כל מעשה של טוב לב, במקום לצפות לקבל הכל מנשים אחרות ואז לכעוס כשלא מקבלים את הכל.

הצעות אלו אולי לא נראות יותר מדי רדיקאליות. תאמינו לי : הן רדיקליות. אם כל אחת מהקוראות תתחיל בכך שתכיר בנכונותה של כל נקודה, ואם היא תחליט להביא את ההכרה הזו אל האינטראקציות היום-יומיות שלה עם נשים אחרות, היא תהפוך לחלק מתהליך אבולוציוני מעמיק בפסיכולוגיה האנושית. כל גל נוצר מאדווה קטנה.

## פרספקטיבות היסטוריות על הגירה, מגדר ובריאות הנפש: מבט אל חברה רב תרבותית

רקפת זלשיק<sup>1</sup> ונדב דוידוביץ<sup>2</sup>



במאמר זה נבחן את יחסו של מקצוע הפסיכיאטריה בפלשתינה המנדטורית ובישראל לחולות הנפש מפרספקטיבה היסטורית וחברתית. יחסם של הפסיכיאטרים היהודים בפלשתינה ובישראל כלפי נשים חולות נפש היה יחס מורכב וכלל מספר רבדים. רובד אחד אשר אפיין יחסים אלו היה הרובד המגדרי. על היחס בין מגדר ופסיכיאטריה בהקשר ההיסטורי והחברתי נכתב רבות (ראו למשל: Chesler, 1972; Showalter, 1985). אולם, למרות חשיבותו הרבה של רובד זה בהבנת ההיסטוריה של הפסיכיאטריה, הוא לא נחקר בצורה מעמיקה בהקשר הישראלי.

ההנחה המקובלת אודות מעמדה של האישה בתקופה המוגדרת כ"דור החלוצים" בהיסטוריוגרפיה הישראלית עד שנות השמונים, הייתה כי אחד המאפיינים של תקופת הישוב היה שוויון בין גברים לנשים, וכי אי השוויון המגדרי, המאפיין את החברה הישראלית מהקמתה ועד לימינו, היה תוצר של התפתחות מאוחרת יותר. בשני העשורים האחרונים נכתבו מחקרים סוציולוגיים והיסטוריים המראים, כי למרות רטוריקה של שוויון, בפועל, חוסר שוויון בין גברים ונשים חלוצים התקיים מרגע הגיעם לארץ. למעשה, תוך זמן קצר מוקמו הנשים ה"חלוצות" בתפקידים מגדריים מסורתיים. מעיון ביומנים ומכתבים של נשים אלו, נראה כי בעוד שהגברים עסקו בעיקר בחקלאות ובעבודות כפיים המחייבות יציאה מן הבית, מונו הנשים לדאוג לרווחתם של החלוצים, תוך ביצוע עבודות "נשיות" כגון הכנת האוכל וכביסת הבגדים. במסגרת החברה החלוצית אומנם פורשה המסגרת המשפחתית כהווי בורגני ונתפסה כמאיימת על הקולקטיב החדש, אך למעשה הוותה המשפחה דפוס שכוח ביותר בחברה זו, תוך העתקת אי השוויון המגדרי בחברה היהודית-ציונית. למרות ניסיונות שונים לצאת מן המסגרת הנשית המסורתית, לרוב קיבלו הנשים את הדין עליהן. בסופו של יום, נתפס חוסר השוויון והסתירה בין כפל התפקידים של

<sup>1</sup> רקפת זלשיק, דוקטורנטית, בית הספר להיסטוריה, אוניברסיטת תל אביב.

<sup>2</sup> נדב דוידוביץ, מרצה, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

האישה כפועלת וכאם, כמצב נתון וטבעי על ידי רוב החלוצים והחלוצות בישוב (ברנשטיין, 1987; ברנשטיין 1993; יזרעאלי, 1984).

המתח בין האידיאולוגיה הפועלית ומימושה הקשה בשטח, ובעיקר מיקומה של ה"חלוצה" בתחתית הסולם הריבודי של חלוקת העבודה, יצרו קרקע פורייה לתסכול ומשקעים נפשיים אשר גבו גם את מחירם הבריאותי, וזאת בעיקר בתקופות של שפל כלכלי שפקדו את היישוב היהודי. בהקשר הבריאותי, חשוב לזכור כי רובה המכריע של הפרופסיה הרפואית בתחילת המאה העשרים היה גברי. מאפיין מגדרי זה השפיע על יחסי הכוחות, ובא לידי ביטוי בטיפול בנשים בכלל ובנשים החולות במחלות הנפש בפרט. אולם, בנוסף להיבט המגדרי, ישנם רבדים חשובים נוספים שהתקיימו בפסיכיאטריה בפלשתינה ובישראל, אשר השפיעו על הטיפול בחולות נפש.

הקשר בין מחלות נפש לבין היהודים היה נושא שנידון בהרחבה במאמרים רבים בתקופה (ביחובסקי, תרצ"ד; Efron, 1993). רופאים ואנשי ציבור התלוננו על הנטייה היהודית לנוירוזות ומחלות נפש. תלונות אלו התקשרו למגמה רחבה יותר של חשש מפני השפעותיו המזיקות של קצב החיים המודרני, אך התמקדו גם ביהודים כמועדים להשפעה מזיקה זו. אחת ממטרותיה של התנועה הציונית הייתה הרצון לבנות אדם חדש וחברה חדשה, בריאים בגופם ובנפשם, בארץ ישראל (פלד, 2002; פלק, 2002). אך בפועל, מטרה זו לא הייתה פשוטה להשגה. ההגירה למדינה מוכת תחלואה זיהומית, כגון; מלריה, גרענת ועוד, של מהגרים שאינם רגילים לאקלים ולאפידימיולוגיה הייחודיים של ארץ ישראל, הביאו לתחלואה רבה. להגירה עצמה הייתה השפעה לא רק על הגוף אלא גם על הנפש: התנאים הפיזיים והפערים הגדולים בין האידיאולוגיה לחיי היום יום רק הוסיפו על התנאים הקשים, שממילא חווה כל מהגר לארץ חדשה. מרכיב ההגירה הינו מרכיב דחק ידוע בהקשר של מחלות נפש ואכן לא פעם התפרצויות התחלואה היו תגובה להגירה לפלשתינה/ישראל. בנוסף על כך, הרופאים עצמם היו ברובם המכריע מהגרים, אשר הביאו עימם את מטענם האינטלקטואלי והרפואי מארצות מוצאם. כל אלה יצרו תנאים היסטוריים וחברתיים ייחודיים, בהם התקיימו יחסי הגומלין בין הרופאים הפסיכיאטרים ובין חולות הנפש. מרכיב ההגירה, אם כן, מעלה שאלות מרכזיות בדבר הפן התרבותי בהבניית המחלה והטיפול במחלות הנפש.

במאמר זה נתמקד בשלוש נקודות זמן ובשלוש פרקטיקות תרפויטיות. נקודת הזמן הראשונה עוסקת בחולות סכיזופרניה בסוף שנות העשרים במוסד הפסיכיאטרי "עזרת נשים", כאשר הפרקטיקה הטיפולית המרכזית היתה האשפוז עצמו, היות וטיפולים תרופתיים ואחרים לא היו מפותחים עדיין. נקודת הזמן השנייה מתייחסת לחולות שטופלו בתרפיות הלם באמצע שנות הארבעים במוסדות שונים בפלשתינה. נקודת הזמן האחרונה בוחנת חולות נפש, אשר עברו ניתוחי לובוטומיה (כריתת אונות) בתחילת שנות החמישים במחלקות הנוירו-כירורגיות של בית החולים הדסה ובית החולים בילינסון.

באמצעות המחקר, נבקש לחשוף את הערכים והנורמות של הפסיכיאטרים המטפלים כלפי נשים "חלוצות", מהגרות מאירופה ובהמשך כלפי מהגרות מארצות ערב. דרך מקרים אלו נבחן את ההבניה התרבותית של מחלה ובריאות הנפש, כפי שבאו לידי ביטוי בהקשר הישראלי והצינוני. חשיבותה של בחינה זו נובעת מכך שמדינת ישראל ממשיכה לקלוט גלי הגירה, תוך התמודדות עם בעיות בתחום בריאות הנפש. ניתוח של התפתחות הטיפול הפסיכיאטרי, הן בהקשר המגדרי והן בהקשר של הגירה, יכול, להערכתנו, לתרום לפיתוח גישה רב-תרבותית הרגישה לצורכי נשים, ובייחוד נשים מהגרות בתחום בריאות הנפש.

### **הפסיכיאטריה בפלשתינה**

מעורבותו של השלטון העות'מני בנושאי בריאות בפלשתינה היתה מזערית. במרץ 1893 נחקק החוק לחולי נפש, אשר התבסס ככל הנראה על החוק הצרפתי משנת 1838 (לוי, 1998; ויניק והילפרין, 1971; ויצטום ומרגולין, 2001). עיקרי החוק התמקדו באיסור על פתיחת מוסד פסיכיאטרי ללא אישור הממשלה, פיקוח ממשלתי על מוסדות וחובת הוצאת צו אשפוז כתנאי מקדים לאשפוז במוסדות פסיכיאטריים. החוק, אם כן, הסדיר אמנם את תהליך האשפוז של חולי נפש תוך שמירה על זכויותיהם, אך מכיוון שהשלטון העות'מני לא הקים כל מוסד רפואי-פסיכיאטרי בפלשתינה, מימושו של החוק היה מוגבל. המוסד הרפואי היחיד בארץ שטיפל בחולי נפש בתקופה זו היה "עזרת נשים", אשר הוקם בשנת 1895 על ידי חיה ציפה פינס, איטה ילין ורוזה פינשיין, ושרת את האוכלוסייה היהודית בלבד. אולם, מוסד זה מינה לראשונה רק בשנת 1921 את הפסיכיאטר והפסיכואנליטיקן דוריאן פייגנבאום (Feigenbaum) למנהלו והחל רק אז להעניק טיפול למאושפזים בו. פייגנבאום לא האריך ימים בתפקידו ועזב את פלשתינה בשנת 1923, לאחר שהתגלעה מחלוקת קשה בינו לבין הנהלת המוסד שהובילה לפיטוריו (Rolnik, 2002).

בשנות העשרים והשלושים של המאה שעברה החל הממסד הפסיכיאטרי בפלשתינה להתפתח. בשנת 1922 הקים השלטון המנדטורי הבריטי בארץ בית חולים ממשלתי לחולי נפש, בבית לחם, שכלל בראשיתו 25 מיטות. בניגוד ל"עזרת נשים", היה בית החולים פתוח לאשפוז חולים יהודים וערבים כאחד, והוא פעל בשנותיו הראשונות כבית מחסה בראשותה של אחות ראשית מבריטניה, מבלי להעניק טיפול פסיכיאטרי. למעשה, בית החולים קיים עד היום ומכיל 320 מיטות. הוא היה ונותר המוסד הפסיכיאטרי היחיד בגדה המערבית, המשרת את האוכלוסייה הפלשתינית (Murad, 1999). בשנת 1924 הגיעו לפלשתינה הפסיכיאטרים היינץ הרמן ואברהם רוזנטל. הראשון התמנה כמחליפו של דוריאן פייגנבאום ב"עזרת נשים" וניהל את המוסד, לצד קליניקה פרטית שפתח, עד למותו בשנת 1948. בשנת 1932 ייסד המנדט הבריטי בית חולים ממשלתי נוסף, גם הוא בבית לחם, אשר כונה "בית חולים פסיכיאטרי מס. 2". משנת 1933, במסגרת ההגירה מגרמניה ומאחר יותר מאוסטריה, הגיעו לפלשתינה מספר רב של רופאים יהודים, ביניהם גם רופאי עצבים ופסיכיאטרים (נידרלנד, 1983).

רוב חולי הנפש מקרב היהודים בפלשתינה היו מהגרים ומיעוטם היה ממה שמכונה 'היישוב הישן' (Mills, 1932; הרצוג, 1984). הפסיכיאטרים המקומיים הסבירו את המספר הגבוה יחסית של חולי נפש יהודים אשר היגרו לפלשתינה על ידי שלושה גורמים מרכזיים. ראשית, הם ראו בהגירה קרקע פורייה לפסיכוזות ונזירות, שהתפרצו עקב קשיי ההסתגלות לתנאים החדשים בפלשתינה. במחקר שערך פייגנבאום על מאות חלוצים שהגיעו מפולין ומרוסיה לפלשתינה בין השנים 1921-1923, הוא קבע כי בשנה הראשונה לשהות בפלשתינה ישנם מקרים רבים של נזירות, הנובעים ממאבק בתת-המודע של החולה, אשר נוהה אחר מה שנאלץ לוותר עליו במהלך תהליך ההגירה למען מימוש האידיאלים הציוניים. על פי פייגנבאום, בשנה השנייה והשלישית, לאחר שהמהגר הסתגל לארץ החדשה, מקרי הנזירות וההתאבדות פוחתים (Feigenbaum, 1924). גם הפסיכיאטר קורט בלומנטל הראה במחקרו משנות השלושים כי 59% מן הפסיכוזות בקרב המהגרים, שאושפזו במוסדו הפסיכיאטרי, מתפרצות בשנה הראשונה, רבע מהן בשנה השנייה, 16% בשנה השלישית ו-6% בשנה הרביעית ואילך (בלומנטל, 1937).

הגורם השני לשיעור הגבוה של חולי הנפש היהודים בארץ, על פי הפסיכיאטרים שפעלו בפלשתינה, היה גילם הצעיר של המהגרים. מכיוון שהמהגרת המועדף על ידי התנועה הציונית היה צעיר/ה ורווק/ה, אחוז גדול של הפרטים שהיגרו לפלשתינה עד שנות השלושים היה בשנות העשרה והעשרים לחייהם והגיע בגפו. הנטייה להתפרצות פסיכוזות ובעיקר סכיזופרניה בשלב זה של החיים, בשילוב קשיי ההגירה, הובילו לכך שבפלשתינה היה שיעורם של צעירים חולי נפש 32% מכלל האוכלוסייה החולה. וזאת בשעה ששיעור חולי נפש עד גיל 21 באנגליה ובארצות הברית באותה עת לא עלה על 26% (Halpern, 1938).

הגורם השלישי לשיעור הגבוה של חולי נפש בקרב מהגרים יהודים לפלשתינה, על סמך הפסיכיאטרים המקומיים, היה השתייכותם של היהודים לעולם הציוויליזטורי המפותח. החיבור בין מחלות וחברה עלה לדיון כבר ברפואה המודרנית המוקדמת, ומסוף המאה ה-16 נתפסת העיר כקרקע פורייה להתרבות של מחלות קונסטיטוציוניות וזיהומיות. בתקופת הנאורות חלה התחדשות של הניסיון לחשוף את הקשר בין מחלות לבין תנאים סביבתיים וחברתיים, והטענה המרכזית הייתה, כי ישנן מחלות מסוימות, ובכללן מחלות הנפש, שהן תוצר של החיים העירוניים, זיהום האוויר, עבודה פקידותית, שינוי בהרגלי המין ונישואין מאוחרים (Porter, 1994).

לאור זאת נטען כי אין זה מפתיע שהיהודים, אשר היגרו לפלשתינה מהכרך האירופי המודרני, לוקים בנפשם יותר מילידי המקום. באמצעות ההסבר הציוויליזטורי פורש גם ההבדל בין מספר חולי הנפש בקרב הערבים הנוצרים והמוסלמים בארץ. התקדמות הערבים הנוצרים במסחר, בעיור, בהשכלה ובפקידות "עלתה להם בבריאות הרוח והנפש", בעוד ששיעור חולי הנפש בקרב האוכלוסייה הערבית המוסלמית ש"טעמה את טעם הציוויליזציה רק למרחוק" הוא נמוך (היילפרין, 1937; Mills, 1932).



תזת הציוויליזציה בה תמכו הפסיכיאטרים בפלשתינה הייתה גרסה מעודנת יותר מזו ששלטה בקרב פסיכיאטרים צרפתיים ואנגלים, אשר שירתו בקולוניות של מדינותיהם. ה'פרימיטיביזם' ו'הנפש הפרימיטיבית', החלו לשחק תפקיד בפסיכיאטריה הקולוניאליסטית כבר בראשית המאה ה-19, אולם רק עם הקמת מוסדות פסיכיאטריים בקולוניות, בסוף שנות ה-80 של אותה מאה, עלתה תיאוריה פסיכיאטרית גזעית, אשר ביקשה להגדיר את הפתולוגיה של היליד ה'נורמלי' (Deacon, 1999). תיאוריה זו טענה מצד אחד כי הילידים משתייכים ל'גזע משוגע', והשתמשה במונחים כגון שיגעון 'ילידי' או שיגעון 'אפריקאי', אולם מצד שני, פירשה התפרצות של מחלות נפש בקרב הילידים כחוסר יכולת גזעית להתמודד עם המתח והלחץ של הציוויליזציה ותהליך העיור. פרשנות זו הבנתה את דימוי ה'אוריינטל הפרימיטיבי', אשר צריך להגן עליו מפני השיגעון, דהיינו מפני המפגש עם הציוויליזציה. דימוי זה חיזק את התפיסה העצמית של הפסיכיאטרים בתפקיד ה-"civilizing mission", ככאלו האמונים על הגנתה של האוכלוסייה המקומית (Keller, 2001).

### חולות סכיזופרניה בסוף שנות העשרים

סכיזופרניה, אז כמו היום, היוותה את אחת ההפרעות הבעייתיות ביותר מבחינת הממסד הפסיכיאטרי. אמיל קרפלין (Kraepelin) היה הפסיכיאטר הראשון אשר בשנת 1899 הכניס את הסכיזופרניה לקטגוריית שיטיון הנעורים (Dementia praecox) ובכך הבדילה מקבוצת המחלות המאניה-דפרסיביות. בהמשך, החליף הפסיכיאטר אויגן בלילר (Bleuler) את הגדרתה של המחלה וכינה אותה "קבוצת הסכיזופרניות". בכך קבע, כי אין המדובר במחלה אחת, אלא בסינדרום של קבוצת מחלות, שלה ארבעה סימפטומים מרכזיים: האסוציאציות, האפקט, האוטיזם והאמביוולנטיות (מוניץ, 2002).

בעשורים הראשונים של המאה ה-20 היוו החולים הסכיזופרניים יותר ממחצית המאושפזים הכרוניים במוסדות הפסיכיאטריים, והם נחשבו לעתים קרובות לחולים אלימים ומסוכנים לעצמם ולסביבתם. בהקשר המגדרי, למרות שבניגוד להיסטוריה - המחלה הנשית של התקופה הויקטוריאנית - הסכיזופרניה מופיעה בצורה שווה בין נשים וגברים, יש הרואים במחלת הסכיזופרניה דוגמה מרכזית נוספת לצירוף התרבותי של נשיות יחד עם שיגעון בתקופה שלאחר מלחמת העולם הראשונה (Showalter, 1985). היבט זה מצא את ביטויו גם בשיח הפסיכיאטרי בפלשתינה.

בשנת 1931 פרסם היינץ הרמן מנהל "עזרת נשים" מאמר בכתב עת פסיכיאטרי גרמני תחת הכותרת - "שחרור מוקדם של חולי סכיזופרניה בפלשתינה" (*Frühentlassung von Schizophrenen in Palästina*), בו דן בחולי סכיזופרניה שנאלצו לעזוב את מוסדו בטרם נרפאו מפאת חוסר מקום. בדומה למקומות אחרים בעולם, בעיית האשפוז של חולי נפש בפלשתינה נחשבה לבעיה המרכזית באותה עת. אולם, בארץ היא התבטאה בצורה חריפה ביותר, שכן, מלבד "עזרת נשים" והמוסד הממשלתי בבית לחם, ולצד בתי-מחסה פרטיים בעלי מספר קטן של מיטות סביב ירושלים, אשר לא העניקו כל טיפול רפואי, לא היו בנמצא מקומות אשפוז לחולים מסוג זה. המחסור יצר תפוסת-יתר במוסדות הקיימים ותורים

ארוכים של חולי-נפש ומשפחותיהם, הממתינים לאשפוז במשך שנה ולעתים אף יותר. על מנת לענות על מקרים דחופים, נהגו המוסדות לשחרר חולי נפש שהיו בתקופת הפוגה מן המחלה, ויכלו לשוב לפחות לזמן מה אל משפחותיהם.

היינץ הרמן טיפל במוסד הפסיכיאטרי "עזרת נשים" בין יוני 1924 לסוף שנת 1930 ב-343 חולי סכיזופרניה, כאשר מתוכם שחרר 116 לפני שהחלימו, בשעה שהיו בתקופת הפוגה מן המחלה. מבדיקות מעקב שערך אחר המשוחררים גילה הרמן כי מצבם השתפר עד מאוד ולעתים ניכר כי אף החלימו לחלוטין. בנוסף, הוא מצא כי לא היה הבדל בשיעור ההחלמה בקרב סכיזופרניים אלה לבין אחרים, אשר נותרו במוסד עד תום הטיפול בהם. מכיוון שהמוסד נחשב לפתרון המעשי היחיד לבעיית חולי הנפש, והיווה את מרכז העשייה הפסיכיאטרית, תופעה זו של שיפור מצבם של חולי הנפש בשעה שהם נמצאים מחוץ למוסד העמידה את הפסיכיאטריה במצב מביך. הרמן רתם את האידיאולוגיה הציונית לצורך הסבר תופעת השיפור. במאמר שפרסם בשנת 1931, כתב הרמן כי לדעתו השיפור במצבם של חולי סכיזופרניה יהודיים נובע מכך, שעם שחרורם מהמוסד הוסר מרכיב הכפייה ונטילת החירות האישית, שהיה כה משמעותי בתפיסת עולמם, והוביל אותם להגר לפלשתינה המנדטורית מלכתחילה. לדעתו, מרכיב הכפייה הוא שגרם להטבה חד משמעית של החולים, עם שחרורם בטרם עת מן המוסד (Hermann, 1931). העובדה שנטילת חירות זו יכולה הייתה להוות את הגורם לבעיה, ולמעשה יתכן וניתן היה לפתור את הבעיה ללא צורך באשפוז, לא עלתה לדיון במאמרו.

במאמר זה הציג הרמן עשרים וארבעה סיפורי מקרה של סכיזופרניים, כאשר ארבעה עשר מתוכם היו מקרים של נשים חולות סכיזופרניה. ניתוח מקרי חולות הסכיזופרניה המוצגים במאמרו של הרמן, והשוואתם לתיאור המקרים של חולי הסכיזופרניה הגברים, שופכים אור על הדרך בה נתפסו הנשים, חולות הנפש, על ידי הצוות הפסיכיאטרי ב"עזרת נשים" ומעידים על הפער בין האידיאולוגיה החלוצית של שוויון בין המינים לבין התפיסה הנורמטיבית במציאות הארצישראלית, של אישה בריאה מהי?

במקרה מספר 3 (מתוך 24 המקרים) מציג הרמן את י.ר.:

"י.ר. חקלאית, מהגרת רוסיה, בת 24. אושפזה ב-27.7.24. במהלך החודשים האחרונים שקדמו לאשפוז שינויים מהותיים. הייתה קודם לכן פשוטה, שקטה ומופנמת, החלה לפתע לדבר הרבה, שרה הרבה, התרגזה, הרביצה לסביבתה והאשימה אותם כי תופסים אותה כמשוגעת, קרעה את בגדיה מעליה. ... בעיתון כל החדשות וההודעות כאילו היו מסרים שהופנו אליה ואל אהובה. במוסד, במצב רגז קשה מתחלף בהתנהגות עקשנית ובשלליות, צריך היה להכניסה לבידוד, מלכלכת. בהמשך שקטה הרבה יותר, מודעת במידה רבה, מגיבה בחריפות נגד הבידוד, ניתן להוציאה רק באלימות מחדר הבדיקה. לאחר מספר חודשים של תנודות התנהגות עיקשות-אפתיה-שלליות והתקפות אגרסיביות פתאומיות, שוחררה ב-21.11.24 במצב טוב הרבה יותר, עם זאת ללא הבנה אמיתית של האופי הפסיכי של מחלתה, ובקהות חושים מסוימת. התעסוקה שלה במוסד לא הייתה מסודרת וממושכת.על

פי דיווחים של חברה לעבודה הייתה לאחר מספר שבועות מועט במצב כשיר לחלוטין לעבוד, ללא בעיות ושקטה כמו בעבר. בבדיקה מ-1930 מסתבר שהיא נותרה במצב הזה 6 שנים, אולי עם אפאתיה מסוימת ומופנמות של האישיות" (Hermann, 1931, 84).

מקרה נוסף הוא של פ.ז. בת 19, אשר היגרה מרוסיה והפכה לפועלת משק חקלאי בארץ: "[...] אושפזה ב-15.5.25. [...] ככל שידוע, קיבלה עוד ברוסיה שני התקפים של מחלות נפש. במוסד גישה שלילית, מחקה את הרופאים ואת הסובבים אותה, לא שקטה, ילדותית. פאזה של מאניה, מנסה להשתלב בפעילות התעסוקתית במוסד, מספרת לכולם כמה היא טובה בעבודה. מאוחר יותר, שלילית, לא עובדת, מלאה באדישות, אחר כך ארוטית, בסופו של דבר שקטה, למרות שלעתים קרובות מביעה חוסר אמון כללי. לפעמים ילדותית ובאה בדרישות רבות מהצוות ומהסובבים אותה. שוחררה ב-19.5.25 בגלל מחסור במיטות. הצליחה למצוא עבודה בגן ילדים! [סימן קריאה במקור, המחברים] עובדת שם כבר חמש שנים, כשירה על פי האחראית עליה, שאומרת שהיא עובדת טוב. אחת מעובדות המוסד ליוותה אותה בשנת 1930 לבית המשפט בו ניהלה החולה משפט נגד אבי ילדיה - שם היא התנהגה בצורה נורמלית" (Hermann, 1931, 85).

בהשוואה בין הצגת חולות הסכיזופרניה, אשר שתיים מהן הבאנו כאן, לבין החולים הגברים עולים מספר הבדלים. הבדלים אלו יכולים לרמוז על ההבניה התרבותית של מחלת הסכיזופרניה בקרב שני המינים ועל התפיסה הנורמטיבית של האישה היהודיה החלוצית, הבריאה וה"נורמלית", בפלשתינה. ראשית, בהציגו את המקרים של הנשים הסכיזופרניות מתעכב הרמן על תיאור גופני של החולות, ואף בחלק מן המקרים הוא טוען, כי מצא סימנים של ניוון פסי. בניגוד לכך, הרמן אינו מתייחס באף אחד מהמקרים של הגברים הסכיזופרניים לתיאור הגופני של החולה, אך כן מאתר "דפקטיביות של האינטליגנציה" בכמה מחוליו הגברים.

הדיכוטומיה בין האישה כמיוצגת על ידי הגוף והמיניות לבין הגבר כמיוצג על ידי המוח והרציונאליות, עולה מתוך סיפורי המחלה. כאשר הרמן מתאר את התנהגות הנשים החולות במהלך אישפוזן ב"עזרת נשים" הוא משתמש בביטויים כגון 'עקשניות', 'לא משתפות פעולה', 'תוקפניות', 'ילדותיות' ו'מלככות'. למרות שאצל הסכיזופרנים הגברים ניתן היה, מן הסתם, לאתר התנהגות דומה לזו של הנשים חולות הסכיזופרניה, הרמן אינו מתייחס לתופעות של התלככות עצמית או עקשנות וחוסר שיתוף פעולה, שכן אלו נתפסים כנורמטיביים אצל גברים. התנהגות הנשים נגדה את תפיסת ה'נשיות' או את ההתנהגות המצופה מן הנשים החולות ולכן תוארה ביתר פירוט ונתפסה כסממן לחולי.

לעומת זאת, מעניין לראות דווקא את המשותף בהצגת מקרי הגברים והנשים חולי הסכיזופרניה על-ידי הרמן. הביטוי המרכזי להחלמתו של החולה הוא כשירותו של החולה לשוב לעבוד במקצוע הטרומ-מחלתי או במקצוע אחר. ביטויים אחרים להחלמה,

המשותפים לנשים וגברים, הם היות החולה מסודרת, נקייה ורגועה. לעתים, נישואין מופיעים כביטוי נוסף לבריאות נפשית. עם זאת, למרות הביטוי של חזרה לעבודה כסימן לבריאות, המשותף הן לנשים והן לגברים, במקרה של הנשים הסכיזופרניות מופנית תשומת לב לשיבתה של האישה למילוי תפקידה המגדרי, דהיינו רעיה ואם הממלאת את מטלות הבית, מטפלת בילדים ומיודדת עם השכנים. מאפיינים אלו מובאים כביטוי להחלמתה ולהשתלבותה מחדש בחברה.

האופן בו תאר הרמן את חולות הסכיזופרניה, בהן טיפל במוסד "עזרת נשים" בשנות העשרים, במאמרו הנידון אינו ייחודי. זוהי הדרך בה תפסו גם פסיכיאטרים בארצות הברית ובמערב אירופה את הנשים בהן טיפלו בתקופה זו. הם ציפו מהן למלא את תפקידן המגדרי ומילוי תפקיד זה היה אינדיקציה ברורה להיות המטופלת חולת נפש או בריאה. עובדה מחקרית זו חשובה בהקשר של הציונות, תנועה אשר, בייחוד בשנותיה הראשונות, טענה לניסיון לבנות חברה שוויונית בארץ חדשה. הספרות המחקרית, אשר מאתגרת טענה זו, מראה כי למרות שהאידיאולוגיה הציונית קראה לשוויון מגדרי בין גברים ונשים והציגה שוויון זה כאחד מעמודי התווך של החברה החדשה הקמה עבור העם היהודי בארץ-ישראל, היישום במציאות הארץ-ישראלית שעתק את דפוסי אי השוויון בין נשים וגברים. מיתוס החלוץ היה מיתוס גברי במהותו, ובפועל, בעית חוסר השוויון בין גברים ונשים בתקופה זו קיבלה מעמד שולי בחברה החלוצית בגלל עדיפות לבעיות קולקטיביות על פני תחומי הפרט (ברנשטיין, 1993). למרות שנשים יכלו להיכנס לתפקידים מסוימים בספירה הציבורית, בין אם בחברה הקיבוצית ובין אם בחברה העירונית, הקוקלטיב הציוני המשיך לראות אותן כשייכות בראש ובראשונה לספירה הביתית. ומכאן, ציפו מהן לענות על מטלותיהן כלפי המשפחה והסביבה ולמלא אחר תפיסות ה'נשיות' בחברה.

תפיסה זו מוצאת את ביטויה גם במקרה של נשים חולות סכיזופרניה במוסד "עזרת נשים", בסוף שנות העשרים. אין ספק כי, למרות שהרמן פעל כפסיכיאטר בחברה היהודית ציונית וטיפל בנשים שהשתייכו לדור החלוצים, השוויוני כביכול, תפיסתו כלפי חולות הסכיזופרניה כנשים, תוך מיקומן בשדה החברתי של תחילת המאה העשרים, הייתה ציר מרכזי בטיפולו בהן. השיח הרפואי והפסיכיאטרי של תקופה זו לא התקיים בתוך חלל ריק. הגדרות של מהי נורמליות, מהי בריאות נפשית וכיצד פסיכיאטרים יוכלו לזהות פתולוגיה נפשית מצד אחד וחזרה לבריאות נפשית מצד שני, השתלבו גם בתוך תפיסות מגדריות של מה צריך להיות מקומה של האישה בחברה. תיאור המחלה וההבראה של נשים אלו התקיים במרחב חברתי ותרבותי מסוים ומתוך יחסי גומלין של הפסיכיאטרים והחולות.

### **טיפול סומאטיים**

נקודת הזמן השנייה במאמרו מתייחסת לחולות נפש שטופלו בתראפיות הלם באמצע שנות הארבעים במוסדות שונים בפלשתינה. בתחילת המאה ה-20 החלו חלק מן הפסיכיאטרים לחפש אחר השורשים הסומאטיים של מחלות הנפש ולהעניק תרפיות סומאטיות (Grob, 1994). חיפוש זה הניב שיטות טיפוליות סומאטיות באמצעים כמו מתן שוק חשמלי או

טיפול באינסולין, המוריד את רמת הסוכר בדם עד למצב של איבוד הכרה. השיטות של מתן הטיפולים הסומאטיים, של המחצית הראשונה של המאה ה-20, נראות לנו כיום כקיצוניות וכמזיקות, אולם ניתוחים היסטוריים מצביעים על התפתחותן, בין השאר, כתוצאה מגידול במספר חולי הנפש הכרוניים במוסדות מחד ומחוסר האונים הטיפולי של הפסיכיאטרים מאידך. החמרה באיכות החיים במוסדות הציבוריים, בעקבות מלחמת העולם הראשונה ולאחר מכן תקופת המיתון באירופה ובארצות הברית, לוו בניסיונות חדשים לתרפיות רדיקליות, שאמורות היו לרפא או לפחות להקל על מצב החולים הכרוניים. עליית הטיפולים הסומאטיים העידה על כך שמוסדות לחולי נפש מסוגלים להתמקד ולהפוך למוסדות טיפוליים ולא רק להתקיים כמעין "מחסנים" אנושיים נותני חסות (Grob, 1994).

אחת הקבוצות המרכזיות של תרפיות סומאטיות, אשר קרנן עלתה מן העשור השלישי של המאה העשרים בספרות המקצועית הפסיכיאטרית, בכנסים מקצועיים ובמוסדות פסיכיאטריים, הייתה זו של תרפיות ההלם. לא ברור לגמרי מהם המנגנונים בהם עובדים הטיפולים השונים הגורמים להלם באמצעות חשמל ואינסולין, וכיצד הם סייעו לחלק מהחולים הפסיכוטיים. למעשה, עד היום טיפולים אלו נותרו שנויים במחלוקת. מה שברור הוא שבשנות השלושים הם נתפסו כאלטרנטיבה טובה יותר לאחסון חולים או לפסיכואנליזה, והעניקו לפסיכיאטרים עוצמה וכוח לאחר מחצית מאה של חוסר אונים עקב מחסור בכלים טיפוליים יעילים.

האינסולין היה בשימוש בפסיכיאטריה כבר בתחילת שנות ה-20, כאמצעי לשיפור מצבי דיכאון בקרב חולי סוכרת, ומאוחר יותר שימש כתוסף לחולי נפש אשר מיאנו לאכול. אולם, רק בשנת 1933 הועלתה הסברה על ידי מנפרד זאקל (Sakel) כי הזרקת יתר של אינסולין, עד לכדי גרימת קומה היפוגליצמית, עשויה לרפא את רוב חולי הנפש המאושפזים במוסדות פסיכיאטריים. זאקל ניסה את הטיפול על חולי סכיזופרניה וטען להצלחה של 70%. ממצא זה נחשב באותה תקופה למפנה משמעותי בשדה הפסיכיאטריה, שכן, כפי שהראינו קודם לכן, הסכיזופרניים נחשבו לקבוצת החולים הקשה ביותר במוסדות הפסיכיאטריים ולבעלי עמידות גבוהה לטיפולים השונים שניתנו להם.

הטיפול באינסולין היה בעייתי מאוד מבחינה תיאורטית, שכן לא התלווה אליו עקרון ביולוגי או פיסיוולוגי, או כל בסיס מדעי ברור אחר. הטיפול נחשב כטיפול אמפירי ואפילו זאקל הודה כי לטיפול זה חסר הסבר רציונאלי, אך למרות זאת, הוא התעקש כי השפעתו מצדיקה את השימוש בו (Grob, 1994). הפסיכיאטרים הפכו לתומכים נלהבים של הטיפול באינסולין עד להגעה לתרדמת, שכן השיטה הועילה, לפחות לטווח הקצר. השיטה לא נחשבה כמסוכנת מידי ונתפשה על ידי פסיכיאטרים רבים כטיפול היכול לסייע להם לבסס את מעמדם כמטפלים "אמיתיים" ובכך לקרב אותם למקצוע הרפואה. דבריו של זאקל, שצוטטו בהרצאה שניתנה בפלשתינה בפני פסיכיאטרים, ממחישים זאת: "בטיפול הזה אין כבר לרופא אותו הרגש המעיק של אי סיפוק שהיה קיים עד היום אצל הפסיכיאטר לגבי החולה שלו. אדרבא, הרופא מרגיש כעת שקיבל באיזו צורה שהיא מכשיר מסוים, שבעזרתו

הוא מסוגל לחדור דרך החיץ של הפסיכוזה, ולהתקיף אותה בגרעינה" (בלומנטל, 1943, 131).

הטיפול בחשמל יושם לראשונה על ידי הפסיכיאטר האיטלקי הוגו צירלטי (Cerletti) בשנת 1938. למרות ששימוש בחשמל בפסיכיאטריה התרחש כבר קודם לכן, הייתה זו הפעם הראשונה בה נעשה שימוש במתן הלם חשמלי למוח במטרה לגרום להתקף אפילפטי. ההלם החשמלי גרם להקלה של סימפטומים בקרב חולים פסיכויטיים לזמן מה והתקבל בהתלהבות רבה. לכל מקום אליו הגיע מכשיר ההלם החשמלי, הוא נתפש כאמצעי היכול להחליף בהצלחה את השימוש בזריקת מטרצול, שנחשב כלא מהימן מספיק וכשנוא על החולים, בגלל תופעות הלוואי שגרם. מעבר לכך, החשמל היה הטיפול המוצלח הראשון לאחר טיפול המלריה בנוירו-סיפיליס של שנות העשרים, והוא הפך לחלק אינטגרלי מעולמם הדיסציפלינרי-מדעי של הפסיכיאטרים ברחבי העולם (Braslow, 1997).

ההלם החשמלי היה הטיפול הסומאטי הראשון שיושם בארץ. השימוש הראשון התרחש במוסד הפסיכיאטרי הפרטי של קורט בלומנטל בחיפה, בשנת 1938, באמצעות מכונה שנבנתה על ידי החשמלאי אפשטיין, שייצר בהמשך מכונות נוספות לשאר המוסדות בארץ (Halpern, 1949). הטיפול באינסולין נכנס לשימוש במוסדות הפסיכיאטריים בארץ בשלב מאוחר יותר, בגלל העלויות הגבוהות והוא יושם לראשונה במוסד "עזרת נשים". השימוש המתרחב בשיטות הטיפול הפסיכיאטרי באמצעות הלם הוביל להיותן לנושא המרכזי של הכינוס הארצי השני של איגוד הנוירו-פסיכיאטרים בתל אביב, שהתקיים בשנת 1942. בשנים אלו מעמדה של הפרופסיה הפסיכיאטרית בארץ היה איתן הרבה יותר מזה שהיה אך עשור שנים קודם לכן. העלייה הרבה של רופאים מגרמניה ואירופה הביאה רופאים מומחים גם בתחום הנוירולוגיה והפסיכיאטריה, דבר שהביא לעלייה בפעילות בתחום. עצם כינון איגוד של רופאים מומחים בתחום וקיום כנס ארצי, מצביעים על התגבשותה של הפרופסיה.

בתקופה זו נדונה בהרחבה שאלת הטיפולים הסומאטיים. במקרים שלפנינו מוצגים מהלך מחלה וטיפול במספר נשים חולות נפש. בציטוט הראשון משנת 1942 מתאר ד"ר א. לוינגר, מנהל "הר הצופים" - מוסד פרטי לחולי נפש, שתי נשים שטופלו בזריקות אינסולין:

"אישה בת 28. זה 6 חודשים במצב קאטטוני קשה מאוד. אינה אוכלת, אינה מדברת. קיבלה 2 חדשים אינסולין ללא שינוי ובלי שום השפעה. זריקה ראשונה של ק. אינה מביאה שינוי. אחרי 3 ימים זריקה שנייה. והנה היא "מתעוררת" פתאום מתוך הטמטום, אוכלת, מדברת. דיבורה מראה סימנים פאראנואידיים. [...] היא מתחילה לעבוד, הסימנים הפאראנואידיים נשארו אמנם, אבל הם הולכים ונעשים יותר קלים במשך 6 חדשים הבאים. כל הזמן היא עובדת עבודת בית קשה. כיום היא בריאה".

"אישה בת 19, אם לשני ילדים. באה לביה"ח במצב קאטטוני קשה. אינה אוכלת, מלאת פחד, אינה עונה על שאלות. 3 זריקות ק. והמצב הוטב עד כדי הבראה כמעט גמורה. הטיפול נמשך, מקבלת 10 זריקות נוספות של ק. ההבראה נמשכת... עוזבת

את בית החולים. 29 יום אחרי כן ההתקף השלישי. ושוב הטבה אחרי זריקה אחת של ק. שניתנה לה בחוץ. וכך חוזרים אצלה מדי חודש בחודשו - בדיוק אחרי 29 יום, לא בזמן הווסת - עוד 5 פעמים התקפים קאטטוניים. אם היא מקבלת ק. עובר ההתקף אחרי יום אחד. פעם-פעמיים לא ניתן ק. וההתקף לא הלך אלא נשאר אצלה כמה ימים - עד שניתן לה הלם אחד ואז עבר ההתקף כמעט באותה השעה. בחודש התשיעי אחרי מחלתה אינו מופיע יותר שום התקף - שעד כאן הופיע תמיד כאילו לפי לוח הירח - ולא מופיע עד היום הזה. האשה היא למעשה בריאה" (לוינגר, 1944, עמ' 139).

הקטעים דלעיל מתארים טיפול מתמשך בחולות סכיזופרניות. במקרה השני, מעניין לראות כי מתן זריקות אינסולין התאפשר לא רק תחת אשפוז אלא גם "בחוץ" דהיינו בקהילה. הרמז למחזוריות ההתקפים בהתאם למחזור החודשי הנשי מתחזק עם הפסקת ההתקפים לאחר תשעה חודשים, כמעין לידה מחדש של האישה כבריאה. העובדה שהאישה הייתה בת 19 וכבר אם לשני ילדים אינה מוזכרת בקשר למחלתה ובקשר לאפשרות חזרתה למשפחה ולתפקוד תקין. למעשה הלם האינסולין מתואר כהצלחה, כפי שגם מתבטא בסיפור המקרה הראשון, בעיקר בשל העובדה שהאישה יכולה לחזור ל"עבודת בית קשה".

מספר שנים מאוחר יותר, בשנת 1949, מתאר הפסיכיאטר ליפמן היילפרין תמונה אופטימית פחות לגבי אפשרות הטיפול בהלם חשמלי. במחקר זה ביקש היילפרין לבחון את הטיפול בהלם חשמלי כאמצעי אבחון למחלת הסכיזופרניה. התיאורים שלפנינו עוסקים שוב בשתי נשים צעירות המטופלות כחולות במחלת נפש:

"בת 20, גנת, בריאה. לפני כחצי שנה חל שינוי במצבה המנטלי. היא הזניחה את עצמה, רצתה להתאבד וכולי. לאחר מספר חודשים ללא שינוי, הסכימו הוריה לטיפול בנזע חשמלי, שכן אובחנה כלוקה בדיכאון. לאחר שלושה טיפולים, הייתה חסרת מנוחה ומבולבלת עם הזיות. היא התלוננה על כך שמרגלים אחריה ועל כך שהמשטרה הבריטית מבקשת להוציאה להורג. היא שמעה לחישות של סוכנים חשאים. מצב זה נמשך שבועות ואילץ אשפוז על מנת לתת טיפול באינסולין".

"בת 29, סבלה שנתיים קודם לכן מסכיזופרניה חריפה ונרפאה באמצעות שילוב של נזע חשמלי והלם אינסולין. הפעם הראתה מצב של דיכאון. טופלה בנזע חשמלי ולאחר הטיפול הרביעי לקתה בהתפרצות פסיכוטית חריפה. היא הפכה לחסרת מנוחה ולאגרסיבית, מבולבלת ועם הזיות. היא הועברה למוסד לטיפול באינסולין. בכל ארבעת המקרים היתה סימפטומולוגיה של מלנכוליה. השימוש בנזע חשמלי הוביל ישירות להתפרצות של פסיכוזה סכיזופרנית מובחנת" (Halpern, 1949, 62).

המטרה של טיפול ההלם החשמלי הייתה בראש ובראשונה לטפל בפרטים אשר סבלו ממלנכוליה, מדיכאון וממאניה-דפרסיה. בפועל, האבחון המדויק של המחלה היה משני להליך בו הוחלט לבצע טיפול זה, מכיוון שהפסיכיאטרים חשבו שהטיפול בהלם חשמלי מועיל, בין אם החולה היה סכיזופרני, פסיכוטי או דיכאוני (Braslow, 1997). בתיאור של

היילפרין ברור כי הטיפול בהלם חשמלי בוצע למרות שלא היה כל שיפור במצבה של החולה, ולא מתוך רציונל טיפולי. למעשה, למרות שהטיפול בהלם חשמלי על החולה החמיר את מצבה הנפשי והיא נזקקה לאשפוז, היילפרין אינו מצטער על ביצועו, היות והטיפול תורם לאבחון מדויק יותר:

”במקרים עם סימפטומולוגיה של דיכאון אנדוגני, הטיפול בהלם חשמלי גרם להתפרצות פסיכוזה סכיזופרנית. [...] במקרים כאלה הטיפול בהלם חשמלי משרת כאמצעי לאיבחון הסכיזופרניה” (Halpern, 1949, 63).

ככלל, אין עדות ברורה לכך שנשים קיבלו יותר טיפולי הלם חשמלי מאשר גברים (Braslow, 1997). מעבר לכך, אין הוכחה לכך שהטיפול בהלם חשמלי שימש כאמצעי שליטה בנשים שאושפזו במוסדות פסיכיאטריים. בכל המוסדות הפסיכיאטריים שני המינים טופלו במידה שווה בהלם חשמלי, לטוב ולרע. בנוסף, ישנם אף היסטוריונים הטוענים כי הדינאמיקה בין הפסיכיאטר והחולה לפני החלת טיפול ההלם החשמלי - דינאמיקה אשר נועדה להבין את המצב הנפשי של המועמדת לטיפול - העצימה את האוטונומיה של האישה החולה בתוך המוסד הפסיכיאטרי ואף אפשרה לה לסרב לקבל טיפול בהלם חשמלי, וזאת ללא השלכות עתידיות (Braslow, 1997).

קשה לדעת מהתיאורים מה היה עולמן של נשים אלו, שאובחנו על ידי הרפואה הפסיכיאטרית כסובלות מפסיכוזות. הטיפולים המתוארים אופייניים לתקופה, אשר קדמה לכניסתן של התרופות הפסיכיאטריות בשנות החמישים. הטיפולים הסומאטיים הביאו תקווה למשך תקופה קצרה, אך חולים רבים לא נהנו מהטבה משמעותית ולאורך זמן. כפי שמתואר במקרה השני, הטיפול, שכלל צירוף של הלם חשמלי ואינסולין, לא הביא עימו את התוצאות המקוות. בשנים אלו, מקרים כרוניים שלא ניתנו לטיפול באמצעים ה”רגילים”, יכלו להיפתר באמצעי הדרסטי ביותר שהיה בנמצא בארגון הכלים הפסיכיאטרי: הלוטומיה.

### **ניתוחי לובוטומיה**

נקודת הזמן האחרונה דנה בחולות נפש שהיו בטיפולו של קורט בלומנטל ועברו ניתוח הרס אונות מח קדמיות (לובוטומיה), בתחילת שנות החמישים. הלוטומיה הייתה ללא ספק הטיפול הקיצוני ביותר שיושם על חולי נפש. אולם, ללוטומיה היה בסיס תיאורטי מוצק יותר מאשר לשאר התראפיות שקדמו לה (Grob, 1994). ניתוח הלוטומיה הראשון על פי השיטה של מוניץ (Moniz) נערך בסוף שנת 1935. בניתוח זה נקדחו שני חורים בחלק הקדמי-עליון של הראש ודרכם הוזרק אלכוהול לתוך האונות הקדמיות. בהמשך, שיפר מוניץ את הטכניקה ובמקום האלכוהול הוכנס למוח לויקוטום (leukotome), כלי שפותח במיוחד לצורך ניתוחים אלו. מטרת הויקוטום הייתה לרסק את האונות הקדמיות ולחתוך אותן. על המצאה זו, ועל פיתוח בתחום האנגיוגרפיה התוך מוחית, זכה מוניץ בפרס נובל לפיסיולוגיה ולרפואה בשנת 1949.



למרות שהיה ברור כי הלובוטומיה משפיעה באופן ישיר על המוח, הויכוח היה איך וכיצד. מבחינה מדעית, התיאוריה של מוניץ הייתה "נזילה" ביותר: מוניץ ביסס את הרציונל המדעי של הניתוח על ההנחה כי מחלות הנפש הן תוצר של "רעיונות מקובעים", דהיינו רעיונות שהשתהו בנתיב העצבי, והפכו לרעיונות שהחולה אינו יכול להשתחרר מהם. מטרתה של הלויקוטומיה הייתה, אם כן, להפריע לזרימת הרעיונות אל ומחוץ לנתיב העצבי על ידי הרס האונות הקדמיות, אשר נתפסו כבר בתקופות קודמות כמקום מושבן של יכולת השיפוט, הרפלקסיה ויכולות אינטלקטואליות אחרות.

הלובוטומיה התקבלה באהדה רבה ברחבי העולם, מכיוון שהיא הציעה אלטרנטיבה טיפולית. ראשית, היא היוותה פתרון לבעיית החולים הכרוניים ולהפיכתו של המוסד לחולי נפש ממוסד הנותן חסות למוסד מטפל, בייחוד לחולי סכיזופרניה שלא הגיבו לטיפולים סומאטיים קודמים. שנית, היא סימלה את הניצחון של הטיפול הסומאטי על הטיפול הפסיכולוגי, ובכך קידמה את מעמדם של הפסיכיאטרים, אך גם של הנוירו-כירורגים, שהיו באותם ימים תת-דיסציפלינה צעירה. שלישית, היא אפשרה התמודדות עם חיילים חולי נפש, שחזרו הביתה לאחר מלחמת העולם השנייה. רביעית, ולא פחות חשוב מכך, היא הציעה גם סיכוי להפחתת ההוצאות הכספיות של המדינה על מערכת הבריאות הציבורית. בכנס של החברה הרפואית האמריקאית בשנת 1941, נטען לדוגמא, כי ניתוחי הלובוטומיה, שיובילו לשחרור חולי נפש כרוניים ממוסדות פסיכיאטריים ממשלתיים, יוכלו לחסוך למשלם המסים האמריקאי מיליון דולר ליום (Swayze, 1995).

בגלל היות הלובוטומיה הליך קיצוני ובלתי הפיך היא העלתה שאלות רפואיות ומוסריות באופן בולט הרבה יותר מאשר העלו טיפולים קודמים: מהם הקריטריונים על פיהם יש לבחור את המועמדים לפסיכו-כירורגיה? מהי חשיבות האבחון של המחלה והסימפטומים שלה אצל מועמדי לובוטומיה? האם יש לבצע את הניתוח כמוצא אחרון, לאחר שכל הטיפולים האחרים לא הועילו, או האם יש לנתח חולים בדחיפות, בטרם המחלה תתגבר ולפני הרס מוחלט של אישיות החולה? כיצד יש לשקול ולמדוד את התוצאות של הניתוח? האם יש לבצע לובוטומיה שנייה ושלישית, אשר תגרור הרס גדול יותר של האונות הקדמיות, כאשר ניתוח הלובוטומיה הראשון לא השיג את התוצאות המיוחלות?

האינדיקציה לניתוח התבססה בעיקר על חולה בעל התנהגות חריגה או התנהגות "רעה" (Braslow, 1997). בניגוד לתרפיות האחרות, הלובוטומיה מיקמה בצורה הברורה ביותר את ההפרעות הנפשיות וההתנהגות החולנית במוח. האבחון השכיח ביותר למנותחי לובוטומיה היה דמנטיה פרקוקס (dementia praecox) שהיה בהגדרתו מונח רחב, באופן יחסי. מכיוון שהמונח היה גמיש, ניתן היה להשתמש בו ובכך לקדם חולים רבים יותר לעבר התערבות כירורגית.

אחד הרופאים אשר השתמש בלובוטומיה בטיפול בחולי נפש בארץ היה קורט בלומנטל. בלומנטל היה פסיכיאטר ונוירולוג שהיגר מגרמניה בעקבות עליית הנאצים לשלטון והקים מוסד פסיכיאטרי פרטי לחולי נפש בחיפה. במוסד זה בוצעו ניתוחי הלובוטומיה הראשונים

בארץ, בשנת 1946, על ידי הנוירו-כירורג אהרון בלר, לימים נוירו-כירורג ראשי בבית החולים הדסה וראש המחלקה בבית החולים רמב"ם. בסוף שנת 1948, לאחר הקמת שתי מחלקות נוירו-כירורגיות בהדסה ובבילינסון וסיומה של המלחמה, החלו ליישם בישראל את הלובוטומיה על חולי הנפש בצורה מסודרת יותר. עדות לכך היא העמדתה של הפסיכו-כירורגיה במרכז הכינוס הרביעי של החברה הנוירו-פסיכיאטרית, שנערך בשנת 1949. מעיון בדיונים שנערכו בכינוס זה עולה כי רוב הפסיכיאטרים הישראלים קיבלו באהדה את הלובוטומיה, ככלי יעיל לטיפול בחולים פסיכיאטריים. רק מיעוט קטן התייחס לשינוי הקריטי באופיים של החולים לאחר הניתוח. אחד הקולות הבודדים שהתנגדו בישראל לניתוחי הלובוטומיה, עוד בשנים אלו, היה הרופא מרק דבורז'צקי, ניצול שואה, אשר לקח על עצמו עוד בתחילת שנות החמישים לחקור את השלכות השואה על הניצולים בישראל. דבורז'צקי התנגד ללובוטומיה מטעמים אתיים-מוסריים ועוד בשנת 1952 פרסם תרגום של הפסיכיאטר הצרפתי היהודי ה. ברוך, אשר התנגד באופן עקרוני לניתוחי הלובוטומיה (דבורז'צקי, 1952). ברוך טען כי ניתוחי הלובוטומיה אינם נעשים כדי לרפא את החולה, אלא רק כדי להביא להקלה מסוימת, הנגרמת על ידי החלשת כוח הרצון. תוצאות הניתוח אינן בטוחות, וגם כאשר ישנה הקלה חולפת לאחר הניתוח, היא מתרחשת על חשבון ניוון האישיות. הוא חשש שהפיכת הלובוטומיה לאמצעי שגרתי תוביל ל"עצלות פסיכיאטרית" ולפגיעה אתית בנאמנות הרופא כלפי מטופליו חולי הנפש.

בשנת 1957 פרסם בלומנטל מאמר בכתב העת השוויצרי לנוירולוגיה ולפסיכיאטריה (Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie) תחת הכותרת "השוואה של תהליך פסיכוזות בקרב אחים שעברו ושלא עברו לובוטומיה" ( *Vergleich über den Verlauf von Psychosen bei lobotomierten und nicht lobotomierten Geschwistern*). ממאמר זה ניתן לבחון את יחסה של הפרופסיה הפסיכיאטרית לחולות נפש בהקשר של ניתוחי הלובוטומיה בארץ. המקרה המרכזי במאמר ואשר אותו נבחן כאן, הוא מקרה של שלוש אחיות חולות סכיזופרניה שהיגרו מבגדאד לישראל. תיאוריו המפורטים של בנטל (בלומנטל) את שלושה המקרים מאפשרים לנו להתייחס גם לציר ההגירה, הפעם כאשר החולה והרופא מגיעים כמהגרים מתרבויות שונות: רופא מהגר ממרכז אירופה, אשר התבסס כבר מבחינה מעמדית ומקצועית, אל מול מהגרות מעיראק אשר אך מקרוב באו.

במאמרו, כך מתאר בנטל את הרקע המשפחתי והחברתי של החולות לואיזה, מרגרט ואוולין:

"המילייה הוא אוריינטלי טיפוס, שבו האב עומד בראש השושלת הפטריארכלית, הוא אהוב, מטיל מורא ושנוא. אולם, חדרו גם תפיסות מודרניות; למרות שהן היו "רק בנות" הן נשלחו לפנימיות, למדו שפות: צרפתית, אנגלית, ערבית, עברית בהן שלטו טוב יותר או פחות [...] בכל צעדיהן יכלו הבנות לראות מטרה אחת - נישואין. כך נישאה בשנת 1955 האחות הבכורה, למרות פגמיה הנפשיים, על מנת לפתוח את הדרך לנישואין לצעירה - אילולא לא היתה זו תבנית מסורתית, ניתן היה לאפיין את ההורים כבעלי אישיות סכיזואידית" (Bental, 1957).

לואיזה, האחות הבכורה חלתה לראשונה בגיל 19, ואושפזה למשך חודשיים בקליניקת עצבים בבגדאד. בתחילה חשה בטוב, אך לאחר מכן נהייתה "עצבנית" והאמינה כי חלתה בשחפת. בסוף אותה שנה היא התארסה עם גבר שהוצג לה על ידי הוריה. באפריל 1945 לקתה ב"רוגז", הכתה את אביה, איימה בהתאבדות ואושפזה שוב בקליניקה בבגדאד. ביולי 1945 הגיעה לפלשתינה ואושפזה חודש אחר כך במוסדו של בנטל בחיפה. הוא מתאר את התנהגותה במוסד כבלתי-שקטה, תוקפנית ומינית. לאחר טיפולים רבים באינסולין ובחשמל הייתה יציבה למדי. האפשרות לשולחה לניתוח לובוטומיה נדחתה עקב הרקע המשפחתי, התפתחות המחלה והסימפטומים. בבדיקת מעקב בביתה בשנת 1955 נראה כי לואיזה הפכה לסכיזופרנית שקטה.

בנטל קבע כי האחות האמצעית, מרגרט, היא בעלת רגשי נחיתות ולא אינטליגנטית. בגיל 17 בשנת 1948, חלתה גם היא בפסיכוזה ואושפזה במוסד בעיראק למשך 3 חודשים. לאחר טיפול באינסולין ובחשמל החלימה ושבחה ללמוד. בתחילת שנת 1950 אושפזה מרגרט במוסדו של בנטל. הוא מתארה כבחורה צנומה, בעלת שיער שחור כעורב ופצעי אקנה. במוסד ביקשה מספר פעמים לברוח ואף קצפה מהחלון. לאחר חמישה חודשים של טיפול באינסולין ובחשמל ובמצב של הקלה חלקית, היא שוחררה. במרץ 1951, לאחר שני אישפוזים נוספים, מצב קטטוני והתקפות של אגרסיביות, הוחלט לשולחה לניתוח לובוטומיה. בנתחו את המקרה מסביר בנטל:

"נראה לנו כי אולי ניתן להציל את מרגרטה מגורל דומה לזה של אחותה הבכורה, למרות שלא היו לכך הסיכויים הטובים ביותר (לניתוח). [...] הניתוח היה חיפוש אחר מפלט ממצב טראגי. [...] מצד שני, השתלשלות המצב והרקע המשפחתי לא אפשרו שום אשליות לגבי הניתוח. האינדיקציה הניתוחית במקרה זה היתה, אם כן, "the lesser of two evils".

הניתוח לא הצליח והמצב הדרדר. לאחר שמונה שבועות חזרה החולה למצב הקדם-ניתוחי. היא שוחררה לביתה חודשיים לאחר הניתוח ללא שיפור. בבית הסתגלה אט אט, ולמעשה עד 1953 הייתה מרגרט, על פי בנטל, במצב מצוין: טיילה, עבדה במשק הבית, למדה עברית. במאי 1953 אושפזה במצב מדורדר והייתה תוקפנית כלפיי צוות המוסד. לאחר טיפולי אינסולין וחשמל חלה רגיעה והיא שוחררה לאחר שלושה חודשים. בהמשך נכתב לגביה כי היא "במעקב משנת 1955, מצבה בבית מוסדר".

האחות הצעירה, שאושפזה תוך כדי שהותה של מרגרט במוסדו של בנטל, גם היא אובחנה כסכיזופרנית. בנטל מתארה כרזה וכ"יפה מבין האחיות". שבועות מספר לפני האשפוז היו לה הזיות, והיא חשבה שמרגלים אחריה. במוסד היא הפגינה אוטיזם, שכבה עם הפנים לקיר, לא הסכימה לשתף פעולה ולא הסכימה שירחצו אותה. רחצה את שיערה בכוס קפה שעמדה ליד הכיור. לאחר שבוע ניסתה לחנוק את עצמה בצעיף שלה. באמצעות טיפול משולב של אינסולין וחשמל השתפר מצבה. על פי תיאורו של בנטל "המטופלת מעוניינת מאוד בטיפול", עד כדי כך שבנטל מגדיר אותה כ"כמעט מכורה לטיפול של אינסולין וחשמל". במרץ 1951 שוחררה לאחר הפוגה, אך חודשיים אחר כך אושפזה מחדש במצב אוטיסטי.

לאחר טיפול באינסולין ובחשמל מצבה התייצב והיא שוחררה אחר שבעה חודשי אשפוז. שנה לאחר מכן היא אושפזה שוב, שכן הקולות ששמעה חזרו. באחת השיחות עם הרופא במוסד הסירה את נעליה והשליכה אותן לעבר החלון. לאחר טיפול משולב של אינסולין וקרדיאצול חלה הטבה ניכרת והיא שוחררה בתחילת 1953. בשנת 1955 ביקר בנטל את שלוש האחיות בבית הוריהן לצורך מעקב. בביקור הוא מאבחן כי כולן עדיין חולות סכיזופרניה. הוא מסיק כי הלובוטומיה שעברה האחות האמצעית לא יכולה היתה למנוע את ההידרדרות שהתרחשה לפני שנתיים, שכן "המרכיב האנדוגני-תורשתי לא הושפע על ידי הניתוח".

מלבד העובדה שמדובר כאן במקרה טרגי של משפחה בה שלוש הבנות חלו במחלת נפש, תיאור התחלואה והטיפול כפי שמתואר על ידי בנטל ממחיש את יחסי הגומלין בין הממסד הרפואי, שכלל פסיכיאטרים, נוירולוגים, נוירו-כירורגים ועוד, החולים עצמם ובני משפחותיהם. בישראל, יחסית למדינות כמו ארצות הברית ושבדיה, כמות ניתוחי הלובוטומיה שבוצעה הייתה נמוכה יחסית. ככל הנראה יבוא טכניקה ניתוחית חדשה, בנוסף על העובדה כי מקצוע הנוירו-כירורגיה בשנים אלו היה רק בחיתוליו, הביא לכך שחלון הזמן בו הפרוצדורה נחשבה כפופולארית היה צר. גם החשיפה של הציבור הרחב לטכניקה החדשה לא היתה רבה באופן יחסי ולכן הדרישה לא גבוהה. בכל אופן, נקל לתאר כי מקרים כרוניים בעלי מאפיינים תרבותיים שלא התאימו לתוכנית "כור ההיתוך" הישראלי בשנותיה הראשונות של המדינה, היוו בעיה רפואית פסיכיאטרית קשה, שדרשה גם התערבויות נחרצות. הרצון להציל את האחיות הצעירה "מגורל דומה לזה של אחותה הבכורה", הביא את בנטל לביצוע הניתוח, למרות שאף הוא מודה כי הסיכויים להצלחתו אינם גבוהים. ההצהרה של בנטל כי הניתוח הינו הרע במיעוטו, מציגה את מערכת הערכים של הרופא המטפל. מהעובדה כי המשפחה הסכימה בסופו של דבר לביצוע הניתוח אנו מבינים כי המשפחה הסכימה ללוגיקה זו, אם כי אין בידינו לשחזר את הפרקטיקה בה התבצע השכנוע לניתוח, הדיון המשפחתי ותגובת החולה, אשר היו נותנים תמונה מורכבת ושלמה יותר של עצם ביצוע הפעולה. הפער התרבותי בין הרופא והמטופל, במקרה זה, מודגם היטב בהסבר הניתן מראש לחוסר ההצלחה העתידי. הסיבה הניתנת על ידי בנטל קשורה לאותו "מרכיב אנדוגני-תורשתי" ייחודי, שאינו יכול להיות מושפע על ידי ניתוח - רדיקלי ככל שיהיה. עד כמה מרכיב אנדוגני זה קשור למוצאה של החולה, לרקע התרבותי ממנו באה, אין בנטל מגלה לנו במאמרו.

## סיכום

לאורך המאמר תארנו את יחסם של הפסיכיאטרים בישראל לנשים חולות נפש, החל משנות העשרים של המאה שעברה ועד לשנותיה הראשונות של המדינה. ניסינו לבחון את יחסי הגומלין בין נורמות חברתיות, אידיאולוגיה ציונית ופסיכיאטריה, דרך ניתוח טקסטואלי של תיאורי מקרים של נשים חולות נפש. כפי שמקובל מזה שנים רבות במחקר בתחום ההיסטוריה של המדע והרפואה, לא ניתן לנתק את עולם המחלות, הן הגופניות והן הנפשיות, מתוך ההקשר החברתי והתרבותי אשר בתוכו מתקיימות פרקטיקות רפואיות שונות: אבחון, טיפול, אשפוז, יחסי מטפל - מטופל ועוד. מושגים כמו "נורמאליות",

"מחלה", או קריטריונים להבראה ממחלה, מובנים לתוך שדות חברתיים ותרבותיים, המתקיימים על גבי המרכיבים הביולוגיים-רפואיים. מושגים אלו, אשר מוצגים בדרך כלל כ"ניטרליים" ו"אובייקטיביים", אינם יכולים להיות מוסברים באופן מלא ללא מיקומם בהקשרם במרחב. אך יש להיות זהירים במהלך פרשני זה, המנסה למקם מושגים ותופעות בהקשרם החברתי והתרבותי. חלק מהתופעות המוסברות מושפעות ממהלכים המתרחשים בעולם בהקשר רחב: שאלות של מגדר או של מדיקליזציה של הגוף, שתוארו במאמר, אינן ייחודיות רק להיסטוריה של הפסיכיאטריה הישראלית. מאידך, לא ניתן לנתח את שדה הפסיכיאטריה הישראלי רק כשיקוף של תהליכים שקרו בארצות-הברית או באירופה, תוך התעלמות מהמקומי. עם כל ההשפעה החשובה של "יבוא" אנושי ואינטלקטואלי ממדינות אלו ואחרות, לקונטקסט המקומי ישנה חשיבות רבה בעיצוב הסופי של יחסי הכוחות בשיח הבריאות והגוף באופן כללי (ראו גולדין, 2002), כמו גם בתחום הפסיכיאטרי.

בעוד שבמשך מאות שנים הדימוי השולט של שיגעון והפרעות הנפש, כגון מאניה ומלנכוליה, היה דימוי גברי, הרי שמאמצע המאה ה-18 דימוי זה הפך לנשי (Porter, 1987). מגמה זו המשיכה במהלך המאה ה-19, כאשר מחלות סומאטיות זוהו כ"גבריות" בעוד שמחלות נפשיות הפכו ל"נשיות". תהליך זה הביא בין השאר לכך שיותר נשים מגברים מקבלות טיפול פסיכיאטרי. אחת הביקורות המושמעות כנגד הממסד הפסיכיאטרי היא כי הפסיכיאטריה שימשה לעתים כאמצעי להגביל את הנשים בספירה הביתית שלהן ובתפקידן המגדרי המסורתי, תופעה שתוארה גם במאמר זה מתוך ניתוח הטקסטים בהקשר ההיסטורי הישראלי.

עם זאת, עלינו לזכור כי לאורך ציר הזמן בתקופה שנסקרה במאמר, החל מהטיפול בחולות נפש סכיזופרניות בשנות העשרים - תקופה בה מה שיהפוך מאוחר יותר לממסד הפסיכיאטרי הישראלי עדיין נמצא בתחילת התהוותו, ועד לניתוחי לובוטומיה בשנותיה הראשונות של המדינה, שדה הפסיכיאטריה עבר שינויים מפליגים. בנוסף למרכיב הפרופסיונאלי, גם ההרכב האנושי - החולים והרופאים, עבר שינוי ניכר בתקופה זו, וכפי שהדגשנו בראשית המאמר, בנוסף למרכיב המגדרי, המקרה הישראלי מתאפיין ברובד משמעותי נוסף - ההגירה.

מבנה ההגירה לפלשתינה/ישראל מראשית המאה העשרים, המדינות מהן הגיעו המהגרים וה"נכסים" השונים אשר הביאו איתם - כולל האידיאולוגיה הציונית על הדגש הרב שנתנה לתחום בריאות הציבור וההיגיינה הנפשית עוד בשנות המנדט, השפיעו השפעה מכרעת על השיח הרפואי והפסיכיאטרי בארץ. עצם ההגירה, של חולים ורופאים כאחד, כתהליך מתמשך שהביא עימו מהגרים אל ארץ חדשה ממדינות שונות, יצרה מתחים והיותה מקור לקשיים בתחום הנפש והגוף. ההגירה הביאה עימה גם מרכיב נוסף: קיבוץ הגלויות, מדיניות קליטת העלייה ובניית 'עם', אפשרה בעיני רופאים רבים יצירת "מעבדה אנושית" מרתקת, הכוללת אפשרויות בלתי מוגבלות כמעט לפרקטיקה רפואית. לא פעם מתפעמים רופאים שונים, כולל אלה העוסקים בתחום בריאות הנפש, בטקסטים רפואיים

ופופולאריים כאחד, מן האפשרות הבלתי חוזרת הטמונה ב"מעבדה אנושית" זו, שנוצרה בתנאים המקומיים ואשר אין להחמיצה.

תהליך ההגירה לישראל התמשך לאורך כל שנות המדינה וביתר שאת בעשור האחרון. המתחים שהועלו במאמר לא פחתו עם השנים, ונוספו עליהם רבדים חדשים. היסטוריה איננה חוזרת על עצמה, אך הקניית רגישות היסטורית - בייחוד בתחומים הנחשבים כמדעיים ואובייקטיביים, יכולה לשמש ככלי עזר יעיל לטיפול חשיבה ביקורתית גם כלפי ההווה. רגישות זו הינה רלוונטית לאור העובדה שאנשי בריאות הנפש בישראל ממשיכים להתמודד גם כיום, ואולי אף ביתר שאת בעשור האחרון, עם גלי הגירה חדשים ועם קבוצות חדשות שלא התקיימו בשנות השלושים, הארבעים והחמישים. קבוצות עולים אשר הגיעו מאתיופיה או מהגוש הקומוניסטי לשעבר, המעוררות שאלות חדשות בנושאי מגדר ואתניות; העובדים הזרים ממזרח-אירופה, מאסיה ומאפריקה, כקבוצה המתקיימת מחוץ לאתוס הציוני; שינוי האידיאולוגיות הכללי במדינה ועלייתה של תפישה הנקראת "פוסט-ציונות" - כל אלו מעמידים אתגרים חדשים ומצריכים רגישויות אשר מאמר זה עשוי לעזור בהתמודדות עימם.

## ביבליוגרפיה

- ביחובסקי, ש., (תרצ"ד). מחלות העצבים והאבגניקה אצל היהודים. *התקופה*, ספר שני, 301-283.
- בלומנטל, ק., (1937). מחלות רוח אצל עולים, *הרפואה*, 13, 258-251.
- בלומנטל, ק., (1943). שיטות הטיפול הפסיכיאטרי באמצעות הלם, *הרפואה*, כד', 134-131.
- ברנשטיין, ד., (1993). בין האשה-אדם ובין אשת הבית: אשה ומשפחה בציבור הפועלים היהודי העירוני בתקופת היישוב, *החברה הישראלית: היבטים ביקורתיים*, אורי רם (עורך), 105-83.
- ברנשטיין, ד., (1987). *אשה בארץ-ישראל: השאיפה לשוויון בתקופת היישוב*, תל אביב.
- גולדין, ס., (2002). אנורקסיה בישראל או אנורקסיה ישראלית? כמה הערות על סינדרום-תלוי-תרבות בהקשר לוקאלי. *סוציולוגיה ישראלית*, 4, 141-105.
- דבורז'צקי, מ., (1952). מצפון רפואי מהו? רפואה עברית מהי? *ניב הרופא*, ח', 70-67.
- היילפרין, ל., (1937). מחלות הרוח בין היהודים בארץ-ישראל, *הרפואה*, י"ב, 219-203.
- הרצוג, ח., (1984). המושגים 'ישוב ישן' ו'ישוב חדש' בהארה סוציולוגית. *קתדרה*, 32, 108-99.
- ויניק, ה. צ., היילפרין, ב., (1971). סקירה על התפתחות הפסיכיאטריה בישראל. *קורות*, ה', 188.
- ויצטום, א., מרגולין, י., (2001). פרקים בהיסטוריה של הפסיכיאטריה בארץ ישראל ובסביבותיה. *הרפואה*, 140, 278-277.
- יזרעאלי, ד., (1984). תנועת הפועלות בארץ-ישראל מראשיתה ועד 1927, *קתדרה*, 32, 140-109.
- לוי, נ., (1998). *פרקים בתולדות הרפואה של ארץ-ישראל 1779-1948*, הוצאת הקיבוץ המאוחד, הפקולטה לרפואה ע"ש ברוך רפפורט, הטכניון, חיפה.
- לוינגר, (1944). לשאלת ההפסקה המוקדמת של הטיפול בהלם קונבולסיבי. *הרפואה*, כז', 139.
- מוניץ, ח., (עורך), (2002). *פרקים נבחרים בפסיכיאטרייה*. מהדורה רביעית, פפירוס, תל אביב.
- נידרלנד, ד., (1983). השפעת הרופאים העולים מגרמניה על התפתחות הרפואה בארץ ישראל (1933-1948). *קתדרה*, 30, 160-111.

פלד, ר., (2002). "האדם החדש" של המהפכה הציונית, השומר הצעיר ושורשיו האירופיים. הוצאת עם עובד, האוניברסיטה העברית בירושלים, המרכז להיסטוריה גרמנית על שם ר. קבנר.

פלד, ר., (2002). יישוב הארץ כעשייה אאוטגנית. אלפיים, 23, 179-198.

Bental, D. (1957). Vergleich über den Verlauf von Psychosen bei lobotomierten und nicht lobotomierten Geschwistern. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 79, 1-26.

Braslow, J. (1997). *Mental ills and bodily cures: Psychiatric treatment in the first half of the twentieth century*. Berkeley: University of California Press.

Chesler, P. (1972). *Women and madness*. Garden City, N.Y. Doubleday & Co.

Deacon, H. (1999). Racial categories and psychiatry in Africa: The asylum on Robben Island in the nineteenth century. In E. Waltraud, & B. Harris, (Eds.), *Race, science and medicine, 1700-1960*. London, Routledge.

Efron, J. (1993). *Defenders of the race: Jewish doctors and race science in Fin-de-Siècle Europe*. New Haven, Yale University Press.

Feigenbaum, D. (1924). Palestine must have sound nerves, *The Jewish Ledger*. (מתוך) גנדן המדינה 1576 54/3 2595

Grob, G. (1994). *The mad among us: A history of the care of America's mentally ill*. Cambridge, Harvard University Press.

Halpern, L. (1938). "Some data of the psychic morbidity of Jews and Arabs in Palestine". *American Journal of Psychiatry*, 94, 1215-1222.

Halpern, L. (1949). "Electroshock as a diagnostic aid in schizophrenia". *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 118, 61-64.

Hermann, H. (1931). Frühentlassung von Schizophrenen in Palästina, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheit*, 94, 84-91.

Keller, R. (2001). "Madness and colonization: Psychiatry in the British and French Empires, 1800-1962". *Journal of Social History*, 35, 299-301.

Kramer, E. J., Ivey, S. L., Yu-Wen Ying (Eds.), (1999). *Immigrant women's health: Problems and solutions*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Mills, E. (1932-1933). *Census of Palestine, 1931*, I. Jerusalem. The Greek Convent & Goldberg Presses.



- Murad, I. (1999). "Psychiatry in the Palestine Authority: Legal, ethical and forensic issues". *Israel Journal for Psychiatry and Related Sciences*, 36, 65-71.
- Porter, R. (1994). Diseases of civilization, In W.F. Bynum, & R. Porter (Eds.), *Companion encyclopedia of the history of medicine*, 1, 587-588. New York, Routledge.
- Porter, R. (1987). *A Social history of madness*. London, Weidenfeld and Nicolson.
- Rolnik, E. (2002). Between ideology and identity: Psychoanalysis in Jewish Palestine (1918-1984). *Psychoanalysis and History*, 4, 203-224.
- Showalter, E. (1985). *The female malady: Women, madness, and English culture, 1830-1980*. London: Virago Press.
- Swayze, V. (1995). Frontal leukotomy and related psychosurgical procedures in the era before antipsychotics (1935-1954), A historical review. *American Journal of Psychiatry*, 152, 505-515.

# האשה החייתית - חיות בנות-כלאיים כהתגלמות הנשיות בספרות ובאמנות

ענת מוברמן<sup>3</sup>



## "האישה החדשה" במאה ה-19

המאה ה-19, שידעה תמורות רבות, הן חברתיות והן תרבותיות, התמודדה גם עם השינוי שחל בתפיסתה החברתית של האישה, שהביא לטיפוס אישה חדש הקרוי "האישה החדשה". אישה משוחררת ממוסכמות החברה, העומדת בפני עצמה, אינה שייכת לאיש, היא היוצרת את עצמה, ומסתדרת טוב לבדה (Marsicano, 1984).

הרפורמות, שהתרחשו במרקם החברתי הבורגני-שמרני של המאה ה-19, התנגשו במוסכמות החברה, פטריאכלית ביסודה, וברצון הרבים להיתלות במסורת הישנה, הדוגלת בערכים של משפחה, טוהר ונאמנות. המעמד הבינוני, אשר הלך והתחזק ותפיסתו החברתית תפסה עמדה מרכזית במאה ה-19, התבסס על תפיסה של מוסר וכבוד - אידיאולוגיה ביתית ותפקידי מגדר (gender roles) מוגדרים וקבועים בתוך התא המשפחתי. על-פי אידיאולוגיה זו, בה דגלו רבים מאנשי התקופה, נשים מכובדות אינן חוות תשוקות ורצונות ומשאת נפשו היחידה הינה להקדיש עצמן לבית, לבעל ולמשפחה (Nead, 1990).

השינויים במעמדה של האישה והופעת האישה המשוחררת, לוו בתחושות ורגשות חדשים בקרב גברי התקופה - המצב החדש הביך את הגברים. סדרי עולם שהיו חזקים ותקפים, התערערו. התחושות שליוו את המין הגברי היו בעיקרן בלבול, חוסר ביטחון ופחד. פחד שנבע מהאיום הגדול ביותר על העליונות הגברית.

תחושות אלו של חרדה ואיום הביאו לנקיטה בשתי פעולות הגנה כנגד האישה "החדשה": האחת, להכניע את האישה, לבלום את רצונה לפרוץ מסגרות, לכבול אותה בשלשלאות מטאפוריות - של תרבות ומוסכמות, ובאמצעות כך להדגיש את דימוי האישה כ"מלאך" של הבית, שכל "תשוקותיה" הן למלא את רצון בעלה (Jenkyns, 1991). הפעולה השנייה, אשר

---

<sup>3</sup> ענת מוברמן דוקטורנטית במגמה לתולדות האמנות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

כאמור, נוצרה מתוך פחד עמוק מהופעת האישה המשוחררת, הייתה ליצור תדמית שלילית לטיפוס החדש של האישה. הגישה האנטי-פמיניסטית, השלילית, אל האישה, הולידה דימוי חדש, הוא דימוי הפאם-פאטאל, שחיות בנות-כלאיים היו ממאפייניה האמנותיים.

החיבור בין האישה לחיה בספרות ובאמנות והענקת מאפיינים חייתיים לאישה, באו לשקף את תכונותיה הנשיות השליליות. הצגתה כחייתית, או מלווה בחיות, באה להדגיש את הצד הבסיסי בטבעה של האישה, רמיזה לכך שהיא חולקת סוד כמוס, או שיש לה קירבה עם החיות. החיות שנבחרו כמלוות או כמשתתפות בדימוי החייתי, נבחרו בשל מאפייניהן הדוחים או המסתוריים, או שניהם גם יחד, איכויות אשר יוחסו גם לנשים (Bade, 1979). הדימויים הויזואליים הנפוצים לאישה המינית, המלווה בחיות, היו אלו של לילית ושל לאמיה, אשר תוארו באמנות כנשים יפות, ערומות ומלוות בנחשים הלופפים את גופן.

לתיאורים שליליים אלו, המפחיתים את האישה ליצור אינסטינקטיבי-חייתי, הצטרפו גם תכונות שרכשה עם שחרורה מכבלי החברה. אישה זו, אשר תוארה כוולגארית וחייתית, מייצגת גם טיפוס נשי חדש - פאטאלי, מפתה, המזוהה עם תאוות בשרים, רשע והרס (Thompson, 1972). יופייה והתנהגותה האריסטוקרטיות מכסים על אישיות מפלצתית - היא מפתה, ולאחר מכן הורגת, את הגבר שהיא אוהבת, אשר הוא בדרך-כלל צעיר, והוא הצד הפסיבי בקשר (Thompson, 1972). היא "אלילת הסטייה", שתיאר דלוויל (Delville) בשנת 1891.

קשריה של האישה הפטאלית הם אלו של קניבליזם מיני. זוהי מערכת יחסים המבוססת על סדזים-מזוכיזם. אהבה וכאב, אהבה ומוות, השלובים אחד בשני (Praz, 1951). האהבה הסדיסטית זיהתה תאוה מינית ומוות.

### **ואמפיריזם, מדוזה וספינקס**

לרוב, אופן הצגתה של האישה המינית כחייתית לא נותר בגדר של רמיזה וליווי האישה בחיות בלבד, אלא התפתח להצגת יצור נשי-היברידי - חלקו העליון של גופה נשי, יפה, ומפתה, וחלקו התחתון הינו גוף של חיה - טורפת או דורסת. כך שולבו המאפיינים הנשיים עם התכונות החייתיות של חיות אלו ויצרו טיפוס נשי-אמנותי חדש - אישה אשר היא בו-בזמן יפה ומושכת, אך גם בעלת תכונות חייתיות מסוכנות, המתגלות באמצעות גופה החייתי, וחושפות את הפוטנציאל הטורפני-הרסני אשר אישה זו טומנת בחובה.

החיה-אישה התגלמה, בספרות ובאמנות, בשלושה יצורים מפלצתיים - הואמפיר, המדוזה והספינקס, יצורים מיתולוגיים, בעלי היסטוריה מבעיתה בתרבות המערב, אשר קיומם מתאפשר בזכות הרג קורבנות, בדרך-כלל בני המין השני. לעיתים קרובות, ניתן היה אף למצוא איחוד בין שלוש מפלצות נשיות אלו לכדי טיפוס נשי אחד - ספינקס בעלת איכויות של ואמפיר וכוחה הממית של המדוזה, או מדוזה הטורפת את קורבנותיה כספינקס.

## ה"ואמפ"

העיסוק הבלתי-פוסק בדמותה ואישיותה החייתית של הפאם-פאטאל, שאופיין כאמור בהענקת פרטים פיזיים חייתיים לדמותה הנשית, הוליד במאה ה-19 את ה"ואמפ" ("Vamp") - האישה הערפדית, השותה את דמו של מאהבה. הואמפ, גלגול נשי-מודרני של המאה ה-19 לואמפיריזם, אשר לרוב היה תופעה גברית, הייתה ביטוי חולני לאופן תפיסתם של הגברים של המאה ה-19 את האישה המינית. מאחר ומיניות הייתה גורם שלילי, האישה המינית נתפסה כסובלת, לדעתם, "מעודף מיניות", ועל-כן גם מסוכנת לנפשם וגופם (Dijkstra, 1986).

על-פי המיתוס, ואמפירים הם יצורים של הלילה; את מעשיהם הם עושים בלילה, והם מסמלים את צידה האפל של נשמה אבודה. אור התקשר, באופן מסורתי, עם רוחניות, הגיון וגבר, בעוד חשכה התקשרה עם רוע, כאוס, אינטואיציה, התת-מודע ואישה. נשים, כמו הואמפירים, נתפסו כחסרות-היגיון, יצורים מסתוריים שכוחותיהם מתעצמים בלילה. הנשים קיבלו את הכינוי "ואמפיס" - ואמפיריות נשיות, השואבות מגברים את האנרגיות שלהם בשעות לילה אינטימיות (Frueh, 1982).

אך הואמפיריזם לא היה רק עוד דימוי מתוך דימויים רבים של האישה הפטאלית, אלא הפך לתכונה עיקרית, הטבועה באישיותה החייתית, ואף מנחה אותה במעשיה; סופרים, משוררים וציירים מסוף המאה ה-19 הטמיעו את מאפייני הואמפ לתוך דימויי הנשים, פאטאליות ואחרות. הואמפ הפכה להיות אב-טיפוס של אישה המשתמשת בקסמיה או בתכסיסה על-מנת לפתות ולנצל גברים. טורפת את המאהב באכזריות, הורסת אותו, ומשום שהיא אישה פאטאלית, לא ניתן לעמוד בפניה גם כאשר היא שותה את נוזל חייו, הדם, של הגבר, אשר בא לסמל, פסיכולוגית, את הזרע (Dijkstra, 1986).

נושא האישה-ואמפיר, שהחל להופיע ביצירותיהם של משוררים וסופרים במחצית המאה ה-19, תפס תהודה בתרבות של סוף אותה המאה. בשנת 1897, הסופר סטאניסלאב פרוזביזבסקי (Stanislaw Przybyszewski) כתב על נושא הואמפיר:

"אדם שבור ועל צווארו פני ואמפיר נשכנית... הגבר מתגולל בבור חסר התחנית, חלש, חסר כח, שמח שהוא יכול להתגולל חלש כמו אבן. אך אין הוא יכול לשחרר את עצמו מהואמפיר, ואין הוא יכול לשחרר עצמו מהכאב, והאישה תמיד תשב שם, תמיד נושכת עם אלף לשונות נחש, ועם אלף שיני-ארס רעילות".

בתיאורים מעין אלו, של האישה כואמפ, נעדר יסוד האנושיות. מכאן, שהיא חייתית, וכפי שהואמפירים חייבים לספק את מיניותם במשתאות של דם, השומרים על כוחותיהם וגופם, כך הואמפ חייבת לספק את תשוקתה בשתיית מיניותם של הגברים, ועל-ידי כך היא משיגה, אם לא מעצימה, את שליטתה עליהם.

אחת היצירות האמנותיות העוסקות במוטיב הואמפיר הינה יצירתו, מ-1895, של הצייר הנורבגי אדוארד מונק (*Edward Munch*), "ואמפיר", הנמצאת כיום במוזיאון מונק באוסלו. ביצירה זו מתאר מונק זוג, גבר ואישה, כאשר ניכר בעליל כי הכוח החזק, השליט והמכאיב במערכת היחסים ביניהם, הוא בידי האישה. הגבר מרכין את פלג גופו העליון, זרועותיו חובקות את גופה של האישה בעוד היא רוכנת מעליו, כלפי צווארו, ונועצת שיניה בצווארו, כאשר שיערה האדום, הגולש מראשה לכתפיה, יוצר אשליה של דם זורם. הגבר, אינו מביע כל התנגדות, אלא להפך, הוא מתמסר לנשיכתה צמאת-הדם.

אופן הצגה מעין זה מעלה תפיסה מעמיקה של דימוי הואמפ ומאהבה-קורבנה: ואמפיריזם מתקשר עם אהבה מצד הקורבן, אשר רוצה שישתו את דמו. כך, מלבד הדימוי המיני-הרסני גרידא, קיבל דימוי האישה-ואמפיר גם נופך רומנטי, המקשר אהבה, שביטויה הוא במיניות, עם כאב ואף עם מוות. הפאם-פאטאל, שהיא הכוח החזק והדומיננטי בקשריה, יוצרת מערכות יחסים המבוססים על סדיזם-מזוכיזם, אהבה וכאב. הגבר, הנמשך לאותה אישה מפתה וקטלנית, משתף עמה פעולה למרות הכאב הכרוך במערכת יחסים מעין זו. מכאן, שהקשר בין הואמפיר לקורבנו הינו קשר של אהבה. היחסים בין הואמפ לנבחר הינם של נאהבים מקודשים. הדם של האובייקט הנאהב הופך לדמו של הואמפיר; השניים הופכים לאחד באיחוד מיסטי, הדם הופך לנוזל קדוש (Lawrence, 1953). לאחר שהואמפ אהבה, מילולית ופיזית, את הנבחר עד מוות, הנבחר מת לתוך חיים חדשים, והשניים מאוחדים בקשר נישואין לנצח. לשתף דם זו פעולה של שתוף סוד החיים, והדם השייך לכל הנבחרים, אשר הם בו-זמנית הנאהבים והמאהבים, זורם מגוף לגוף כסמל לאחדות אינסופית (Frueh, 1982).

## המדוזה

על-פי המיתולוגיה היוונית, המדוזה הייתה אחת מהאחיות הגורגונות. מדוזה הייתה בת-התמותה היחידה בין האחיות. כל מי שהתבונן בהן הפך לאבן. המדוזה הייתה אחד הביטוים הויזואליים של הפאם-פאטאל הואמפירית. הגורמים השונים, אשר באופן טבעי צריכים לגרום לרעד ופחד - אישה בעלת עיני זכוכית מקפיאות, הפנים האפורים של הראש הכרות, מסת הנחשים המתפתלת, קשיות המוות - הפכו בסוף המאה ה-19 לערכים של יופי, יופי טמא ומסוכן, יופי שהועצם על-ידי האימה. אותה אישה יפה ומפלצתית הפכה לסמל לאהבות מסוכנות (Praz, 1951).

ברישום הפסטל של סימון סלומון (*Simon Salomon*), "ראש המדוזה", ניתן להבחין בראש בעל היופי הקלאסי, יופי קר מפוסל בשיש, העיניים העיוורות ושיער הנחשים המלפף את הראש הכרות. האימה של ראש המדוזה מועצמת ברישום העיפרון של הצייר הבלגי פרננד קנופף (*Fernand Khnopff*), הרושם את דיוקן אחותו מרגריט, כמדוזה, מביטה ניכחה במבט עיוור והבעת פנים נחרצת, כאשר הנחשים מתפתלים סביב ראשה.

## הספינקס

ואמפיריזם, כתכונה בולטת באישיותה של הפאם-פאטאל, התמוזג עם דימויה החייתי, שיוצג על-ידי הספינקס. הספינקס של הספרות והאמנות הדקדנטיים מופיעה, על-פי המסורת המערבית, כאישה בעלת טורסו נשי, גוף אריה וכנפי נשר, אך אין היא עוד הספינקס המייצגת את האניגמה של החיים, כפי שהייתה באמנות הקלאסית ובאמנות של המחצית הראשונה של המאה ה-19, הטורפת את הצעירים אשר לא השכילו לענות על חידתה, אלא, כעת היא באה לייצג את האישה החדשה - היא האישה המינית, החווה את האהבה בכאב. הספינקס היא אישה מפלצתית, אשר גופה החייתי בא להצביע על איכויותיה החייתיות. מפלצת ואמפירית צמאת-דם, המשתוקקת לדם קורבנותיה, ולעיתים אף משסעת את גופותיהם בטלפיה החייתיים. דימויה של האישה המינית לספינקס ואמפירית בא להתריע לבני התקופה מפני מגע עם אישה זו.

כבר בכתביו של בודליר אנו מוצאים, לראשונה, תיאור המשלב ואמפיריזם וספינקס לדימוי יחיד ושלם של פאם פאטאל. בפואמה שלו "מטמורפוזות של הואמפיר", שנכתבה ב-1852 ונאסרה לפרסום במהדורה הראשונה של "פרחי הרוע" על-ידי הצנזורה, ב-1857, מבחין בודליר בין שני טיפוסי נשים שונים, המלאך והספינקס (Pierrot, 1981). האישה-מלאך, האישה האידיאלית, הרוחנית, מובילה את הגבר מעלה, אל גן העדן של רוחניות זוהרת. אהבתה היא אהבה אפלטונית, רוחנית, ואין בה כל דבר מאיים. מאידך, הפאם פאטאל, מתוארת כספינקס מרובת בעלים, בעלת "עודף מיניות", אלילה תכלכלה של הסטייה. וואמפירית: "מתפתלת כנחש/ מסביב לגחלים לוהטות", מבטיחה לספק, עם "שפתיים נוזליות", תענוגות שלא נשמע עליהם, המובטחים לגרום לכך ש"דעות מיושנות תיעלמנה למקומות הכהים של המיטה" (Pierrot, 1981).

גם הפואמה של היינריך היינה, שפורסמה כהקדמה למהדורה השלישית של "ספר השירים" והשפיעה על רבים מהיוצרים של סוף המאה ה-19, כפי שניתן לראות ביצירתו של פרנץ פון שטוק (Franz von Stuck) "נשיקת הספינקס", משנת 1901, מתארת את האשה המינית כספינקס ואמפירית שלא ניתן לעמוד בפניה, למרות הסכנה שהיא טומנת בחובה:

"לפני השער רבץ שם ספינקס,  
לתשוקות ואימים בת-כלאים,  
כאריה לה הגוף והטפרים,  
כאישה - הראש ושדיים.

אישה יפה! המבט הצחור  
הביע פראות של תשוקה,  
התקמרו השפתיים הדוממות  
בחיוך התמסרות בשתיקה.

\*\*\*

פסל השיש אז קם לתחייה  
האבן החלה לגנוח -  
את נשיקותיי הלוהטות היא גמעה  
בצמא, בשקיקה, בכוח.

כמעט שתתה לי את כל הנשמה -  
לבסוף, בתביעת תאוות-בשרים,  
לפתה את גופי, גופי המסכן,  
ורטשה אותו, כאריה, בטפרים" ... (Heine, 1997).

תיאורים אלו מציגים תמונה של הדילמה, בפניה עמדה הרגישות הדקדנטית של סוף המאה ה-19, בקשר לנושא הבעייתי של אהבה ומיניות. האהבה המינית מוחרמת משום שהיא משפילה את הגבר לדרגה של הטבע, אשר ביטולה והשמדתה מהווים, בפני עצמם, מטרה של כל ציוויליזציה ותרבות. אנשי הספרות הדקדנטים ניסחו את הבעיה על-ידי הפרדת המושג "אהבה" לשתי משמעויות נפרדות ומנוגדות: האהבה הרוחנית, שהוצגה על-ידי המלאך, וזו של המיניות, המתממשת בדמות הספינקס, אשר לרוב היא גם ואמפירית (Pierrot, 1981). האישה המתקשרת עם תאוות הבשרים, המיניות המתממשת, פיתוי, חטא, רוע, שחיתות והרס, מזוהה עם הספינקס, סמל אידיאלי לאישה, משום שהוא יצור אניגמתי ואכזרי, השואב את תענוגו משסיפת גרונות קורבנותיו (Pierrot, 1981).

## ביבליוגרפיה

- Bade, P. (1979). *Femme Fatale - images of evil and fascinating women*, New York: Mayflower books.
- Dijkstra, B. (1986). *Idols of perversity, fantasies of feminine evil in Fin de Siecle culture*. New York: Oxford University Press.
- Frueh, J. (1982). Re-vamping the Vamp. *Arts* 57, October. Pp. 98.
- Heine, H. (1997), *Selected writings*. 1 - Poetry. Translation Shlomo Tanni, Tel Aviv: Reshafim
- Jenkyns, R. (1991). *Dignity and decadence, Victorian art and the classical inheritance*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Lawrence, D. H. (1953). *Studies in classic American literature*. New York: Doubleday.
- Marsicano, E. F. (1984). *The 'Femme Fatale' myth: Sources and manifestations in selected visual media 1880-1920*, Ph.D. Dis., Ann Arbor.
- Nead, L. (1990). *Myth of sexuality, representations of women in Victorian Britain*. Oxford: B. Blackwell.
- Praz, M. (1951). *The romantic agony*. London: Oxford University Press.
- Pierrot, J. (1981). *The decadent imagination, 1880-1900*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tompson, J. (1972). The role of woman in the iconography of Art Nouveau. *Art Journal* 31(2), 158-167.



## בחינת ה-"New View of Women's Sexual Problems" מנקודת מבט של מטפלת מינית בישראל<sup>4</sup>

מרילין פ. ספר<sup>5</sup>



למרות שישראל נחשבת לעיתים לאחת המדינות המפותחות ביותר בעולם, הרי מבחינה חברתית, היא מדינה יהודית וחלק מהמזרח התיכון. תת-התרבויות המגוונות שלה מעניקות ערך רב ביותר למוסד המשפחה, וכתוצאה מכך, תת-תרבויות רבות הן שמרניות ופטריארכאליות ביחס למקבילותיהן בארצות הברית. התנועה הפמיניסטית החדשה של שנות ה-70 שמה לעצמה למטרה לבסס את שליטתן של נשים על גופן. פמיניסטיות הצליחו להשיג לנשים את חופש הבחירה, אך הנסיבות הפוליטיות בישראל היו כאלה שאפשרו את שמירת הזכות הזו למשך פחות משנה. כיום, בכדי שאישה תוכל לבצע הפלה חוקית, עליה להופיע לפני וועדה בבית החולים ולהשיג את אישורה. פשרה זו, שהיא עדיין בתוקף גם לאחר 24 שנים, היא תוצר של כוחן הרב של המפלגות הדתיות ויכולתן לאלץ את המפלגות החילוניות להגיע לפשרה, שכתמיד הושגה על חשבוןן של הנשים.

הפמיניסטיות התמקדו בזכותן של נשים להחליט בנוגע להפלות. שאלת זכותן של נשים ליהנות מגופן ומיניותן לא הודגשה אף-פעם על-ידי התנועה הפמיניסטית. לגבי נשים השייכות לרבות מתת-התרבויות הישראליות, הזכות ליהנות ממיניותן לא הייתה רלוונטית בעבר, והיא איננה רלוונטית בהווה. מכאן, שגישת ה-"New View of Women's Sexual Problems" (New View) בשימה את הדגש על שאלות של חוסר שיווין מגדרי, שנוצר כתוצאה מתרבות, אתניות, דת, תחיקה וכיו"ב, מביאה לקדמת הבמה את חוסר-השוויון החברתי, שעלול לגרום להפרעות מיניות אצל נשים ישראליות. תחום זה הוא צעיר ולא

---

<sup>4</sup> המאמר הופיע באנגלית ב-"Women & Therapy" (2001, כרך 24), במהדורה מיוחדת שנשאה את הכותרת "New View of Women's Sexual Problems". הכרך נערך על ידי E.Kaschak & L. Tiefer, ופורסם גם כספר שיצא לאור ב-2002 בהוצאת Haworth. תורגם ועובד לעברית לאחר קבלת רשות על ידי אמיר רוזנמן.

<sup>5</sup> פרופסור מרילין פ. ספר, פרופסור בחוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה.

מפותח כל צורכו בישראל, וזו היא נקודת מבט רלוונטית מאוד למטפלים מיניים וסקסולוגים העובדים בישראל.

מספר מאפיינים של החברה הישראלית מעמידים נשים בסיכון ללקות בהפרעות מיניות. בזמן שהישראלים מוצפים בנושאים מיניים (לפחות בנוגע לשאלות ה"איך" על המין) ברדיו, טלוויזיה, מגזינים ועיתונים, תלמידים בבתי-ספר ציבוריים עשויים לסיים את לימודיהם ללא שהשתתפו בשיעור חינוך מיני אחד. קיומם של שיעורי חינוך מיני נתון לחלוטין לשיקול דעת/תה של מנהל/ת בית הספר. למרות שסרטים מצוינים על הריון משודרים בערוץ החינוכי, ותשדירים ממליצים על שימוש בקונדומים בכדי לבלום את התפשטות ה-HIV, תוכניות טלוויזיה שעוסקות ישירות במיניות ונטייה מינית, והמיועדות לתלמידי תיכון, נפסלו לשידור על-ידי חברים במפלגות הדתיות בכנסת, ושודרו לבסוף רק אחרי התערבות בית-המשפט. הזכות למידע מיני, לחינוך מיני מקיף ולתוכניות בריאות מינית מתאימות, לא הוכרה בישראל. בזמן שביטוח הבריאות בישראל מממן שימוש של גברים בוויאגרה, אין הוא מממן לנשים אמצעי מניעה.

מרכזיותן של הדת והמסורת, כמו-גם מרכזיותו של הצבא והאידיאל המאצ'ואיסטי, מביאים לכך שגברים נהנים ממעמד גבוה, יחסית לנשים. לאור זאת, לא מפתיעה העובדה שנשים תל-אביביות צעירות ואופנתיות הקימו אתרי אינטרנט שבהן נדונה בצורה קלינית ומכאנית הדרך להגעה לאורגזמות גדולות וטובות יותר. זהו מהותו של הסטריאוטיפ הגברי, שלפיו "הוא יכול לתפקד מינית בכל רגע נתון ועם כל אובייקט מיני זמין - כל אישה". מכיוון שגישה זו מנציחה את המיתוס של תפקוד מיני ללא הקשר של יחסים בין-אישיים, קבלת הגישה על ידי נשים מעלה את הסיכון ללקות בבעיות בתפקוד המיני, בעיות שנפוצות אצל גברים המחזיקים במיתוסים אלה. בניגוד לגישת ה-New View, נשים צעירות אלה אינן מתמקדות בשיפור מערכות היחסים שלהן, אלא בהחלפת בני/בנות-זוג, בניסיון להגיע לתוצאות טובות יותר (Livneh, 2000). דיונים אלה מזכירים "שיחות גברים" על מין. תוכניות טלוויזיה ורדיו מוקדשות לדיונים על אורגזמות, על הנרתיק וכיוצא בזה. יחסים בין-אישיים, שגישת ה-New View מנסה להחזיר למיניות הנשית, חסרים מהתמונה הזו.

רשת מרפאות ארצית, בניהולם של אורולוגים, בעלי ידע מועט בסקסולוגיה, מציעה לגברים, באמצעות מאות פרסומות ברדיו, במגזינים ובעיתונים, טיפול טכני באי-אונות. הרשת התחילה את דרכה בהצעת "זריקות קסמים" לגברים, זריקות שתובלנה לזקפות "מעבר לחלומותיהם הפרועים ביותר". היום, וויאגרה היא הטיפול המועדף. בשני סוגי הטיפולים, ההליך מתרכז בהחזרת התפקוד המיני, תוך התעלמות מהאספקטים הבין-אישיים של תפקוד מיני תקין ולקוי. במרפאות אלה, הגבר הוא המטופל; האישה בדרך-כלל לא מתבקשת להתלוות אליו. צרכיה שלה, כמו גם מערכת היחסים הזוגית, לא באים כלל לידי ביטוי בתהליך טיפולי ממוקד-בעיה זה.

בקהילות חרדיות, שהן חלק מהמגזר היהודי בישראל, צפייה בטלוויזיה וקריאה בעיתונים שאינם נכתבים על-ידי חברי הקהילה אסורים. מבחינה חוקית, נשים מותרות לנישואין עם

הגעתן לגיל 17. אז הן משודכות במהירות האפשרית, בכדי להבטיח את הטוהר המיני. נשים אלה לא מקבלות חינוך מיני כלשהו, בעוד שהגברים לומדים מעט, מספר ימים לפני חתונתם. במקרה שמתגלה ברבים שלאישה אין קרום בתולין (מכיוון שהיא נולדה בלעדיו, שהקרום נפגע בתאונה, או, גרוע אף יותר, שאינה בתולה), הנישואין מבוטלים לאלתר והיא מוחרמת על-ידי הקהילה.

שערורייה גדולה פרצה כאשר גבר, מהקהילה החרדית, ביקר אצל נשים שנישאו לאחרונה וטען שהוא נשלח על ידי הרבי לבחון את טיב הפן המיני של הנישואין החדשים. בתואנה זו הוא אנס חמש נשים, ששתיים מהן עדיין היו בתולות כחצי שנה אחרי נישואיהן. חוסר הידע של הנשים בכל הנוגע למין, ואורח חייהן המוגן, הביא אותן לקבל את הגבר לביתן כשליחו של הרבי. הגבר נתפס לבסוף כאשר ניסה את סיפורו על בתו של רב, שידעה שלא קיים מנהג כזה (Cygielman, 2001).

בקהילות מוסלמיות שמרניות, ובחלקים מהקהילות היהודיות היותר מסורתיות, מקובל שלאחר טקס הנישואין החתן והכלה נכנסים לחדר השינה בכדי לממש את נישואיהם, בזמן שאורחיהם ממתניים בחוץ. סדין מוכתם בדם מוצג לאורחים כהוכחה שהכלה הייתה בתולה ושהנישואין מומשו בהצלחה. בקרב המוסלמים, אישה עלולה להפוך לקורבן רצח על רקע "כבוד המשפחה", אם היא נחשדת כלא בתולה. אישה שלגבי טוהרה המיני מתרוצצות שמועות, עשויה לפגוש גורל דומה. על בן משפחה, בדרך-כלל אח צעיר, מוטל להרוג אותה בכדי לשמר את כבוד המשפחה. תרחיש זה עלול להתממש אפילו אם האישה נאנסה. אם האישה לא נשואה היא תושא לאנס או לגבר מבוגר שיהיה מוכן להסתפק ב- "סחורה פגומה", וזאת בכדי למנוע את רציחתה. לאור החשיבות הרבה של הוכחת הבתולין, בקהילות השמרניות היהודיות והמוסלמיות, התפתחה תת-התמחות בגינקולוגיה שעוסקת בשחזור קרום הבתולין. קל לשער שלאור העמדות והמנהגים הקיצוניים הללו תצוצנה בעיות מיניות, מבלי שתהיה להן מסגרת טיפולית.

מילת נשים עדיין מתרחשת בכמה מהשבטים הבדואים בדרום ישראל, ומספר עולות חדשות מאתיופיה עברו מילה בילדותן. רק לאחרונה התפתח דיון פתוח בבעיה זו, ומעטים הם הרופאים והמטפלים המיניים שעברו הכשרה כלשהי, הכוללת דרכים לעזור לנשים אלה להתמודד עם הבעיות המיניות שנובעות ממילתן.

לנוכח הדאגה המתעוררת בקרב זוגות ומשפחות בגלל עיכוב בהריון, זוגות רבים, שלהם הפרעות מיניות, מגיעים לבסוף למרפאות פריון ולא לטיפול בבעיות המיניות, שאחראיות לחוסר הפריון. טיפול בעיכוב בהריון קודם בסדר העדיפויות לטיפול המיני. קיום בלי ילדים נחשב לטרגדיה בישראל, שבה המספר הגבוה ביותר בעולם של מרפאות פריון, ביחס לגודל האוכלוסייה (Ifrach, 1999). אין הגבלה על מספר הטיפולים במרפאות אלו, כולל הפריות מבחנה, והם מכוסים על-ידי ביטוח הבריאות.

עובדה מטרידה אף יותר היא, שרופאים רבים במרפאות הפריון לא מבקשים מידע על חיי המין של הפונים אליהם. לדוגמה, זוג הופנה אלי אחרי 11 שנות נישואין שבהן נולדו להם שני ילדים מהפרייה מלאכותית. כאשר הם חזרו למרפאה להמשך טיפול, במטרה להיכנס להריון שלישי, רופאם החדש גילה שהם לא קיימו יחסי-מין. טיפולי פוריות לזוגות שנישואיהם לא מומשו הם, למרבה הצער, לא התרחשות נדירה. לעיתים לא רחוקות, כאשר זוגות מהקהילות השמרניות פונים לקבלת טיפול מיני, הבעל הוא זה המבקש טיפול, מבלי להביא את אישתו בחשבון כשותפה פעילה לטיפול.

לעיתים קרובות, מטפלים מיניים מתייחסים למערכת היחסים הזוגית כאל ה"פציינט", מבלי לבחון את הנושאים שעשויים להשפיע על פציינט זה. טיפר (Tiefer, 1995) הצביעה על כך שמערכת האבחון הנוכחית היא למעשה רשימה אקראית של הפרעות. כל אחד מבני הזוג מאובחן לפי רשימת הפרעות של נשים/גברים, בנפרד מההקשר הזוגי. ספר והוך (Safir & Hoch, 1980), לעומת זאת, ניסו להציע כבר ב-1980 מערך אבחוני, התנהגותי פסיכו-סקסולוגי הוליסטי, לבעיות מיניות, המסתמך על דירוג חומרת הבעיה לפי מידת ההפרעה שהיא גורמת לתפקוד הזוגי ולפי מידת הדחק שהיא מעוררת ביחסיהם של בני הזוג. גישה זו משתלבת ב-New View, שמתמקדת בנושאים הנוגעים למערכת היחסים הזוגית, ובהשפעה של למידה לקויה, ניסיון חברתי מוגבל ורעיונות שליליים בנוגע למיניות, שרווחים בחברות שמרניות ודתיות, על הפרעות מיניות (Hoch et al., 1980; Safir et al., 1982).

גישות הטיפול המסורתיות, שנהוגות בישראל, נוטות שלא להתייחס לחוויות מגדריות ותרבותיות. ראוי שחלק נכבד מהטיפול המיני יתרכז בסוגיות של מגדר ושל מאזן הכוח בין בני הזוג. בניגוד לגישות טיפול פסיכולוגיות מסורתיות, שעסקו ביצירת דפוסי התנהגות גבריים או נשיים מסורתיים או בחיזוקם, הגישה שלי תומכת בנטיותיהם האנדרוגיניות של לקוחותיי. מרכיב חשוב נוסף הוא חינוך או חינוך-מחדש לגבי תפקוד וטכניקה מינית. שימת הדגש על המאפיינים הבין-אישיים של הקשר, כגון; תקשורת פתוחה ואמון, גם היא מרכיב חשוב, בעיקר אצל אותם הזוגות שהתייחסותם למין מתמקדת כמעט לחלוטין באספקטים הטכניים של תפקוד מיני. בעיניי, דגש זה חשוב לגברים ממש כמו לנשים. התעלמות מחשיבותם של גורמים בין-אישיים במיניותם של שני המגדרים מחזקת את הסטריאוטיפים, שתורמים להתפתחותן של הפרעות מיניות. השמת סוגיות הנוגעות למערכות יחסים במרכז הטיפול בהפרעות מיניות אצל נשים, היא תרומה משמעותית של ה-New View.

האגודה הישראלית לטיפול מיני (Israeli Association for Sex Therapy - IAST) נוסדה ב-1980. האגודה מונה כיום רק 60 חברים. שלושים וארבעה מתוכם הם עובדים סוציאליים, 21 הם רופאים ו-15 הם פסיכולוגים קליניים. מסך 60 החברים, 36 הן נשים. חברת Pfizer, נתנה חסות למפגש/סדנת-עבודה לחברי האגודה, תחת הכותרת "אחרי הוויאגרה", ב-16 לפברואר 2001. שלושים ואחד חברים, המייצגים את כלל הקבוצה, השתתפו במפגש זה.

לפי דיווחים של חברים אלו, ברוב בתי החולים בישראל פועלות מרפאות לטיפול באימפוטנציה. מרפאות אלה משמשות כמקור הכנסה לבתי-החולים, ואין עניין רב בשילוב סקסולוגים בסגל שלהן. ברוב המקרים, אין האישה נכללת בטיפול שמוצע במרפאות אלה, או במרפאות הפרטיות שהוזכרו מוקדם יותר. קל להבין איך מטפלים, המתמקדים בתפקוד ובפיזיולוגיה, יכולים לראות בוויאגרה תחליף לטיפול מיני, בייחוד כאשר ניתן יהיה לספק לנשים תרופות מקבילות. להפתעתי, אחדים מהמשתתפים בסדנאות הביעו דעה זו, העומדת בניגוד לגישת ה-New View, השמה דגש על ההקשר הבין-אישי של המין ולא רק על יכולת הביצוע.

גישת ה-New View, משקללת היבטים בין-אישיים, רגשיים ואנושיים של המיניות, כחלקים אינטגרליים ממערכות יחסים. נקודת פתיחה זו מזמינה מחקר, שישלים את הפערים בידע שלנו, בנוגע לדרכים שבהן דיכוי מחשבתי משפיע על מיניותן של נשים. ברור שמטפל, שפועל בהתאם למסגרת ה-New View, יכול לתרום תרומה משמעותית לטיפולם המיני של לקוחות, המגיעים מרקעים מגוונים. ניתן לומר בביטחון, ששילוב גישה זו בחינוכם של סקסולוגים יהווה נכס, וישפר את יכולותיהם כמטפלים וכחוקרים במילניום החדש. אני אופטימית פחות, לעומת זאת, לגבי הסיכוי להתגבר על כפייתן של המפלגות הדתיות, המונעות שיפור בחינוכם המיני של כלל אזרחי ישראל, כמו-גם הקמתם של מרכזים לתכנון המשפחה.

## ביבליוגרפיה

Cygielman, A. (1/10/2001) Caught in a modesty trap. *Ha 'Aretz*.

Hoch, Z., Safir, M. P., Shepher, J. & Peres, J. (1980). An interdisciplinary approach to the study of sexual dysfunctional couples: Preliminary findings. In R, Forleo & W. Pasini (Eds.), *Medical sexology*. Lillentonm Mass., P. S. G. Publishing.

Ifrach, A. (Ed.) (1999). *Women's health in Israel*. Haddasah Women's Zionist Organization of America; Israel Women's Network; Israeli Center for Disease Control.

Livneh, N., (4/21/2000). Let's talk about sex baby. *Ha 'Aretz*.

Safir, M. P. & Hoch, Z. (1980) Couple Interactional Classification of Sexual Dysfunction - A new theoretical conceptualization. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 129-133.

Safir, M. P., Peres, Y., Lichtenstein, M., Hoch, Z. & Shepher, J. (1982). Psychological androgyny and sexual adequacy. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 8, 228-240.

Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act and other essays*. Boulder, CO: Westview Press.

## בושה, אשמה ומגדר

יורם בן יעקב<sup>6</sup>



### בושה ואשמה - דמיון ושוני: צומת דרכים תיאורטית

#### בושה ואשמה: הבחנה

פרויד סבר שמבחינה התפתחותית, היכולת להרגיש אשמה מתפתחת כחלק מהפתרון של התסביך האדיפלי וכינונו של הסופר-אגו כמבנה אישיותי בו מוטמעים ההורים כייצוגים פנימיים המכילים בתוכם את מערכת הנורמות התרבותית, קודים ואיסורים חברתיים (Freud, 1930/1961). מבחינה מבנית, האשמה הינה תוצר של קונפליקט בין הסופר-אגו לבין דחפי האיד, כאשר האגו נכשל בתפקידו לתווך את דחפי האיד אל המציאות באופן הולם. אז תלווה האשמה בפחד לקבל עונש (חרדת סירוס)<sup>7</sup>. אשמה אמיתית, לפי פרויד, תכלול בתוכה קונפליקט מבני, שהוא בעיקרו אינטרה-פסיכי (תוך-נפשי ופנימי) יותר מאשר קונפליקט בינאישי וחיצוני, התלוי בהתנהגות האדם בעולם.

בבושה ראה פרויד, רגש ששולט על הדחפים המיניים, במיוחד וויריזם (voyeurism) ואקסהיביציניזם (exhibitionism). בספרו "Three Essays on the Theory of Sexuality", פרויד טוען שבושה וגועל (disgust) מתפתחים במהלך תקופת החביון (בגילאי 6 עד 11 בערך), ועוזרים להדחיק את הנטייה האופיינית לילדים בשלב האדיפלי/הפאלי לחשוף את עצמם ולהסתכל על הגוף של האחר. לפי פרויד, תחושות הבושה והגועל אינן מופיעות לפני גיל החביון וילדים בגילאים מוקדמים נראים בלתי מוטרדים מההנאה שלהם מפעילויות אלה (Barrett, 1995).

תיאורטיקנים נאו-פרוידיאנים, אשר נשאו נאמנים לפסיכואנליזה הקלאסית, ראו בבושה ואשמה תוצר לוואי של קונפליקטים פנימיים בין מבנים (Piers & Singer, 1953) או של

---

<sup>6</sup> הכותב הוא דוקטורנט במחלקה לפסיכולוגיה, היחידה לדחק, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.  
<sup>7</sup> לפי Barrett (1995), פרויד טען שלפני כינונו של הסופר-אגו, ייתכנו תחושות דמויות-אשמה (guilt-like), הקשורות לפחד מאובדן אהבת האובייקט.

קונפליקטים בין האדם לסביבה (Erikson, 1950), אך להבדיל מפרויד שייכו אותן לחלקים שונים בסופר-אגו (Piers & Singer, 1953), או מיקמו את הבושה בשלבים פרה-אדיפליים ובכך סימנו אותה כקודמת לאשמה מבחינה התפתחותית (Erikson, 1950).

Erikson (1950) קישר את הופעת הבושה לשלב האנאלי ואילו את האשמה ראה כרגש בוגר יותר שנחוה בשלב שאחריו. בשלב הבושה-הטלת ספק, המטלה העיקרית, לפי אריקסון, היא השגת נפרדות פסיכולוגית, שליטה עצמית ואוטונומיות דרך שליטה על הצרכים והיכולות. כישלון במשימות אלה מוביל לתחושה של בושה וספק של היחיד ביכולותיו. רק לאחר שהושגה משימת האגו הזו, הופכת משימת האגו הבאה - יוזמה מול אשמה - לבעלת חשיבות. אריקסון ממקם את רגש האשמה בשלב האדיפלי של פרויד, בו היחיד מתחיל ליהנות מתחרות, מכיבוש והשתלטות על עצם המעשה (יוזמה), אולם בו בזמן חווה חרדה ואשמה, שהם הבסיס לכינונו של הסופר-אגו.

כמו פרויד, Singer & Piers (1953), רואים בבושה ואשמה אפקטים אינטרה-פסיכיים הקשורים למבנה הסופר-אגו, אך בניגוד לו הם טוענים שבושה ואשמה קשורות לפונקציות שונות של הסופר-אגו. לטענתם, אשמה נוצרת כתגובה למתח בין האגו והסופר-אגו. חציית האיסורים שהסופר-אגו מציב, תוביל לתחושת אשמה ולחרדת סירוס. לעומת זאת, בושה קשורה למתח בין האגו לבין האגו האידיאלי. ככל שהפער ביניהם גדול יותר, כך יתעוררו תחושות של נחיתות, פחד מאובדן של אהבת האובייקט וחרדת נטישה בעוצמה רבה יותר.

Ausubel (1955), טוען שאשמה היא רגש 'פרטי' (private self-consciousness) ובושה היא רגש 'ציבורי' (public self-consciousness). בעוד בושה נתפסה כרגש שנובע מחשיפה ציבורית של עבירה כלשהי, אשמה נתפסה כחוויה פרטית המערבת ייסורי מצפון. לפי Buss (1980), באשמה אמיתית אף אחד לא יודע דבר על העבירה שביצע פלוני. לעומת זאת, בושה היא ציבורית, וללא צופה - אין בסיס לבושה.

התקדמות משמעותית בחשיבה על ההבדל בין שני האפקטים - בושה ואשמה - התאפשרה במסגרת ההמשגה של Lewis (1971), אשר העמידה במרכז הדיון את שני האפקטים הללו והכניסה לתוך המרחב התיאורטי את הקשר בין העצמי ל'אחר' ואת החוויה הפנומנולוגית של בושה ואשמה הנוצרת מתוך המפגש ביניהם. בספרה Shame and Guilt in Neurosis היא כותבת:

“The experience of shame is directly about the self, which is the focus of evaluation. In guilt, the self is not the central object of negative evaluation, but rather the thing done or undone is the focus.” (Lewis, 1971, p. 30).

לפי Lewis (1971), המוקד הוא לא המצב האובייקטיבי של העבירה או הטעות שעשה היחיד, אלא הפירוש הסובייקטיבי של האירוע על-ידי היחיד - בין אם היחיד ממקם את



הדגש שלו על 'עצמי רע' ('אני עשיתי משהו רע') ובין אם הוא ממקם אותו על 'התנהגות רעה' ('אני עשיתי משהו רע').

Lewis (1971), טוענת שהדגש בהבחנה על עצמי רע מול התנהגות רעה (bad self vs. bad behavior), מעלה את החוויה הפנומנולוגית של היחיד למרכז הדיון. לפי Lewis (1971), ההרגשה של בושה היא חוויה כואבת במיוחד, בגלל שהעצמי כולו נבחן בקפידה רבה ומוערך בצורה שלילית. בחינה-עצמית כזו מובילה לשינוי בתפיסת העצמי, שאליה מצטרפת בדרך-כלל תחושת קטנות, כיווץ, חוסר ערך, חוסר חיוניות ותחושה פנימית של חשיפה (עצמי חשוף). ככזו, הבושה היא רגש מחליש שעשוי לגרום לשיתוק של העצמי, לפחות באופן זמני. אנשים החווים בושה מרגישים רצון להיעלם, "להתחבא מתחת לשטיח". מבחינה זו, מעניינת מטבע הלשון העברית "כבש את פניו בידיו" או בצורה קיצונית יותר "אני מת מבושה", המבטאת למעשה את התחושה של הרצון להיעלם לגמרי.

בניגוד להתמקדות הכואבת בעצמי, האופיינית לבושה, אשמה מערבת בתוכה התמקדות בהתנהגות ספציפית, המוערכת בצורה שלילית (Lewis, 1971). במילים אחרות, אשמה אינה משפיעה על גרעין הזהות או התפיסה העצמית של היחיד. באשמה קיימת תחושה של מתח, צער וחרטה על העבירות שנעשו. תחושה זו של מתח וחרטה מעלה את המוטיבציה של היחיד לתיקון, שיכול להתבטא באופנים שונים: וידוי, התנצלות, או תיקון של הנזק שנעשה.

עם ההתפתחות של פסיכולוגיית העצמי, הבושה קיבלה מעמד מרכזי בתיאוריה הפסיכודינמית. במסגרת זו, מספר קלינאים ותאורטיקנים בעלי אוריינטציה פסיכואנליטית העמידו את חווית הבושה כרכיב מפתח בהבנה של הפרעות פסיכולוגיות (Kohut, 1971; Morrison, 1989; Nathanson, 1987). מסכים כי בושה ואשמה הם אפקטים בלתי נעימים, העולים כתוצאה מקונפליקט פנימי. אולם, בעוד אשמה קשורה לעונש על מעשה לא טוב, בושה קשורה לפגיעה באיכות של העצמי. Morrison (1989) הגדיר את הבושה בתור דחק נרקסיסטי לגבי יכולתו (פגיעותו) ולכידותו של העצמי. Broucek (1991) טוען שדימויים מסוימים של העצמי (idealized or grandiose) מתעוררים כתגובה הגנתית לחוויות של בושה, בעוד שדימויים אחרים הם ביטוי ישיר של תחושות הבושה.

לסיכום חלק זה, ניתן לזהות שלושה מוקדי התפתחות בהתייחסות התיאורטית לבושה ואשמה: (1) התמקדות ברגש האשמה, תוך הזנחה של רגש הבושה (2) התייחסות להבחנה ולקשר בין בושה לאשמה (3) התמקדות ברגש הבושה והזנחה של רגש האשמה. שלושה מוקדי ההתפתחות התיאורטיים האלו קיבלו ביטוי בתחילת שנות ה-80 בשלושה אפיקי מחקר מקבילים על בושה ואשמה: מחקרים על אשמה, מחקרים על בושה ומחקרים שדנים בקשרים שבין בושה ואשמה ובהבדלים ביניהם. המחקר הנוכחי מתמקד באפיק המחקר השלישי, שדן כאמור בקשרים ובהבדלים שבין בושה לאשמה.

סקירת הספרות המחקרית בתחום זה מגלה כי חלק ניכר מההבחנות בין בושה לאשמה שהועלו על-ידי תיאורטיקנים שונים לא זכו לאישוש אמפירי (Lindsay-Hartz, 1984; Tangney, Miller, Flicker & Barlow, 1996; Jones & Kugler, 1993; Tangney, 1992). Lindsay-Hartz (1984), ערכה מחקר איכותני והפריכה את ההנחה של Piers & Singer (1953), שבושה קשורה למתח בין האגו לבין האגו האידיאלי. התוצאות ממחקרה הראו שבושה היא תולדה של ההכרה ש"אנו מי שאנו לא רוצים להיות" (עמ' 697), כלומר אידיאל שלילי - ולא ההכרה שנכשלנו לחיות לפי אידיאל חיובי.

רק לאחרונה זכתה ההבחנה בין אשמה כרגש פרטי לבין בושה כרגש ציבורי לבדיקה אמפירית (Tangney, Miller, Flicker & Barlow, 1996; Jones & Kugler, 1993). מחקרים אלו הטילו ספק בהנחה של Ausubel (1955) שאשמה היא רגש 'פרטי' יותר מבושה. הממצאים הראו שגם בושה וגם אשמה נחווים יותר בנוכחות אחרים, אולם מספר משמעותי של נבדקים (17.2% בקרב ילדים ו-16.5% בקרב מבוגרים) דיווח על תחושת אשמה הנחווית שלא בנוכחות האחר (Tangney, Miller, Flicker & Barlow, 1996).

הבחנה נוספת בין בושה לאשמה נשענת על סוג העבירות שהאדם ביצע. הממצאים בתחום זה הראו שלמרות שבושה ואשמה הם אפקטים נבדלים ומובחנים אחד מן השני, המצבים שמעוררים אפקטים אלו אינם שונים. ניתוח תוכן נרטיבי של תחושות בושה ואשמה שדווחו על-ידי ילדים ומבוגרים הצביע על כך שלא קיימים מצבי-בושה או מצבי-אשמה 'קלאסיים'. רוב סוגי האירועים (למשל, שקר, רמאות, גניבה, אי-ציות להורים וכד') דווחו אצל חלק מהמשתתפים כקשורים לתחושות אשמה ואצל חלק אחר כקשורים לבושה (Tangney, 1992).

### **בושה ואשמה - דמיון**

במקביל לניסיונות להבחין בין בושה לאשמה מבחינה תיאורטית ואמפירית, קיימים ניסיונות תיאורטיים להמשגת הקשר ביניהם, אולם חסר מחקר אמפירי הבודק ומאשש את קיומו של קשר כזה. רוב החוקרים המרכזיים בתחום מסכימים כי בושה ואשמה משתייכים למבנה תיאורטי גבוה יותר, אך חלוקים באשר להגדרה של מבנה-על זה.

פרויד אמנם ראה את הבושה והאשמה כשני אפקטים המתפתחים בגילאים נפרדים, אך השתמש במילה אשמה כמונח-על, הן לצורך תיאור של חוויות אשמה והן לצורך תיאור של חוויות בושה (Tangney, 1994; Lewis, 1971). התיאוריה הפסיכואנליטית הקלאסית מדגישה את האינטראקציה בין בושה לאשמה בהתפתחות של דיכאון. ההתייחסות התיאורטית של פרויד לרגשות נחיתות מצביעה על כך שהיה סבור כי בושה קשורה באופן הדוק לאשמה ולקשר של שתיהן לפסיכופתולוגיה. פרויד כתב ב - Group Psychology and the Analysis of the Ego (1921, p. 81):

“There is always a feeling of triumph when something in the ego coincides with the ego-ideal. And the sense of guilt (as well as the sense of inferiority) can also be understood as an expression of tension between the ego and the ego-ideal”.

עבור פרויד בושה ואשמה קשורות למתח בין העצמי האמיתי לבין העצמי האידיאלי, בין “איך אני רואה את עצמי” לבין “איך הייתי רוצה להיות”. עבור פרויד בושה ואשמה הם רגשות השלובים זה בזה, ומבחינה מבנית, יותר דומים מאשר שונים. Rothstein (1994), טוען שהמשגת הסופר-אגו כסט של מבנה פשרות, המאופיינות במורת רוח הורית והשגה של אהבה והערכה הורית, מגבירה את ההתייחסות לבושה ואשמה כשני רגשות דומים. Rothstein ממשיג את הגרעין המשותף של שני הרגשות כפנטזיות של מורת רוח הורית (parental disapproval). גם בושה וגם אשמה מערבות פנטזיות על איך האחר חושב על הסובייקט. אלו שני רכיבים בסופר-אגו, שניהם אפקטים שמבטאים דרכים שבהן אנשים מרגישים ו/או חוששים ממורת רוח של האובייקט. Spero-Halevi (1984), טוען שבמקביל לניסיונות להבחין בין בושה לאשמה, קיימים אזורי חפיפה רבים בין שני הרגשות הללו: בושה ואשמה אינם רגשות “טהורים”. בושה יכולה לעורר תגובות אשמה ולהפך. מבחינה קלינית, ניתן לבלבל האשמה עצמית, האופיינית לבושה, עם אשמה ואילו את הפונקציה המענישה של האשמה בסופר-אגו ניתן לבלבל עם נטיות מזוכיסטיות האופייניות לאנשים הנוטים לבושה.

Barrett & Campos (1987), פיתחו תיאוריה פונקציונליסטית להבנת האפקטים והתייחסו לאפקטים של בושה, אשמה, מבוכה, גאווה וקנאה תחת הקטגוריה של “רגשות חברתיים”. הם מונים שבעה עקרונות המפרטים את המאפיינים החברתיים של בושה ואשמה. הרעיונות המרכזיים שעולים מתוך שבעה העקרונות הם:

- (א) שתהליך הסוציאליזציה (חיברות) משפיע על התפתחות האפקטים הללו, ומושפע מהם.
- (ב) אפקטים אלו נחווים בהתייחס ל“אחר הנתפס” ובכל אחד מהם “אחר” זה נתפס בצורה שונה.
- (ג) אפקטים אלו ממלאים תפקיד חשוב בויסות תוך-אישי (ויסות פנימי) ובין-אישי (ויסות חברתי).

בכך, חוקרים אלו מדגישים את התפקיד החברתי והבינאישי של בושה ואשמה.

Tangney, Wagner & Gramzow (1989), מסווגים את האפקטים בושה, אשמה, מבוכה וגאווה תחת משפחה אחת של אפקטים, המכונה על ידם - “self-conscious affect”, דהיינו, “אפקטים של מודעות עצמית”. לטענתם, כל אחד מהאפקטים הללו מתייחס בצורה כלשהי להערכה עצמית ולשיקוף עצמי. בכך, הם מדגישים את תפקיד העצמי בחווית האפקטים האלו. Harder, Cutler & Rokart (1992), מתייחסים לבושה ואשמה מנקודת מבט פסיכופתולוגית. חוקרים אלו טוענים כי בושה ואשמה הם אפקטים דיספוריים, הקשורים באופן קליני להתפתחות של סימפטומים פסיכופתולוגיים שונים.

טבלה מס. 1 מציגה את ממדי הדמיון והשוני של בושה ואשמה באופן תמציתי, כפי שעולה מתוך הסקירה התיאורטית והמחקרית.

### טבלה מס. 1: דמיון ושוני בין בושה לאשמה

I. ממדים שבהם בושה ואשמה דומים:

- ♦ שניהם אפקטים "מצפוניים" ובעלי ייחוס-עצמי.
- ♦ שניהם קשורים לייחוס פנימי.
- ♦ שניהם נחווים בהקשר בינאישי.
- ♦ שניהם נמצאים בקטגוריה של "אפקטים מוסריים", "אפקטים חברתיים", "אפקטים דיספוריים" ו"אפקטים של מודעות עצמית".
- ♦ האירועים השליליים שגורמים לבושה ו/או אשמה דומים מאוד (בד"כ מערבים כשל מוסרי או עבירה).

II. ממדים שבהם בושה ואשמה שונים:

ממד	בושה	אשמה
<b>מוקד הערכה</b>	עצמי גלובלי ( <b>"אני עשיתי את הדבר הנורא"</b> )	התנהגות ספציפית ( <b>"אני עשיתי את הדבר הנורא"</b> )
<b>מידת המצוקה</b>	באופן כללי, מצוקה מכאיבה יותר מאשמה	באופן כללי, מצוקה פחות מכאיבה מבושה
<b>התנסות פנומנולוגית</b>	התכווצות, להרגיש קטן, להרגיש חסר ערך, חסר כוח	מתח, צער, חרטה
<b>אופרציה של העצמי</b>	העצמי מפוצל לעצמי צופה ועצמי נצפה	עצמי מאוחד ומלוכד
<b>השפעה על העצמי</b>	חוסר הערכה גלובלי של העצמי	אין חוסר הערכה גלובלי של העצמי
<b>היחס בין העצמי לאחר</b>	התייחסות להערכה של האחר את העצמי	התייחסות להשפעה של העצמי על האחר
<b>מאפיינים מוטיבציוניים</b>	רצון להתחבא או להימלט, או רצון לתקוף בחזרה	רצון להתוודות, להתנצל או לתקן

## בושה ואשמה בקונטקסט הבינאישי: מקומה של התמיכה החברתית

ההתמקדות של התיאוריות הקוגניטיביות במדעי החברה בשנות ה-60 וה-70, עזרה להניח את היסודות למינוח חדש של האפקט, דרך הקשר שלו לסביבה (Arnold, 1960; Lazarus, 1970; Averill & Opton, 1970). לפי השקפה זו, לאירועים הסביבתיים יש תפקיד מרכזי בבחירת התגובה הרגשית.

אחת התימות החוזרות מניתוחים איכותניים (Lewis, 1971; Lindsay-Hartz, 1984), ומחקרים כמותיים (Tangney, 1989; Tangney, 1995; Tangney, Miller, & Flicker, 1992) על בושה ואשמה, היא שאפקטים אלה מובילים למוטיבציות שונות לפעולה במצבים בינאישיים (Baumeister, Stillwell & Heatherton, 1995; Tangney, 1995; Emde & Tangney, 1995). בושה גוררת אחריה בדרך-כלל תגובות של הימנעות (Emde & Tangney, 1995; Oppenheim, 1995). ההסבר שהוצע לכך היה כי בושה קשורה לתחושות של חשיפה לקהל אמיתי או מדומיין, ועל כן אנשים שמרגישים בושה מדווחים בדרך-כלל על רצון להימלט מהמצב המביך כל עוד רוחם בס. בצורה כזו היחיד המתבייש מחפש דרך להחביא את ה'עצמי' מעיני 'האחר' ולהימנע מהכאב הנפשי שהמצב יוצר (Emde & Tangney, 1995; Oppenheim, 1995). לכן, בושה ממריצה התנהגות שפוגעת בצורה חמורה במגעיים הבינאישיים (Tangney, 1995).

לעומת זאת, הממצאים האמפיריים אינם חד משמעיים כאשר מדובר על אשמה. חלק מן המחקרים מראה, כי אשמה מניעה את היחיד לשמור על קשרים חברתיים במצבים בינאישיים. הן מחקרים איכותניים (Lewis, 1971; Lindsay-Hartz, 1984) והן מחקרים כמותיים (Tangney, 1989; Tangney, Miller, & Flicker, 1992) מצביעים על כך שהעצמי נפגע פחות, באופן יחסי, כאשר האדם חווה אשמה ולכן העצמי נשאר מספיק נייד ומוכן לביצוע פעולה מתקנת. עוד הוצע כי המתח והחרטה המאפיינים את האשמה, מובילים לרצון להתוודות או להתנצל על ההתנהגות הסוטה ולתקן את הנזק שנעשה. מחקרים אחרים בדקו את הקשר בין בושה ואשמה לבין אמפטיה (Hoffman, 1982; Tangney, 1991; Zahn-Waxler & Robinson, 1995).

Hoffman (1982) ו-Zahn-Waxler & Robinson (1995), למשל, טוענים שאשמה ואמפטיה נמצאים על ציר התפתחותי משותף. יותר מכך, לטענתם אשמה היא מקרה פרטי של אמפטיה שבה מעורבים אפקטים של דאגה ואחריות אישית מצד האדם הפוגע כלפי האדם שנפגע. Tangney ערכה מספר מחקרים שבדקו את הקשר בין נטייה לבושה ואשמה לבין היכולת לחוש אמפטיה בינאישית בקרב ילדים, סטודנטים ומבוגרים (Tangney, 1991; Tangney, Wagner, Burggraf, Gramzow & Fletcher, 1991). הממצאים בכל המחקרים הראו שאשמה קשורה באופן חיובי לאמפטיה עם מכוונות לאחר (other-oriented empathy) בעוד שבושה הייתה קשורה באופן שלילי לאמפטיה עם מכוונות לאחר (Harder ועמיתיו

בדקו במספר מחקרים את הקשר בין בושה ואשמה לבין חרדה חברתית. בכל המחקרים האלו נמצא קשר בין בושה לחרדה חברתית, אך לא בין אשמה לחרדה חברתית (Harder & Zalma, 1990; Harder, Cutler & Rockart, 1992; Harder, Rockart & Cutler, 1993).

ממצאים סותרים עולים מתוך מחקרים של Jones & Kugler (1993). חוקרים אלו בדקו את הקשר בין אשמה לבין מספר משתנים בינאישיים, ביניהם תמיכה חברתית, בקרב סטודנטים. ממצאיהם הראו כי לא קיים קשר מובהק בין מספר הקשרים החברתיים (במשפחה, חברים ועבודה) לבין רמת האשמה התכונתית או המצבית. אך רמות גבוהות של אשמה - תכונתית ומצבית - היו קשורות באופן מתון לחוסר הסיפוק מקשרים חברתיים אלו. החוקרים הסבירו את הממצאים בתחושת הניכור שחש היחיד האשם מול האחר במצבים של אשמה. אולם, חוקרים אלו לא בדקו את הקשרים בין בושה לבין תמיכה חברתית וייתכן שתחושת הניכור הזו בעצם נובעת מהבושה שהיחיד חש מול האחר ולא מאשמה, כפי שטוענים החוקרים הללו.

### **בושה, אשמה ומגדר**

סקירת הספרות המחקרית מראה כי נשים חוות רגשות שליליים וחיוביים בעצמה חזקה יותר מאשר גברים (Fujita, Diener & Sandvik, 1991; Gurin, Veroff & Feld, 1960; Cameron, 1975; Haavio-Mannila, 1971; Herzog, Rodgers & Woodworth, 1982). נתונים נוספים מצביעים על כך שנערות מעידות על עצמן שהן רגשניות יותר וכי הן מביעות רגשות בצורה מילולית טוב יותר מאשר נערים (Mackie, 1980). כאשר בוחנים את הממצאים האלו, תוך התייחסות לבושה ואשמה, מתקבלת תמונה מורכבת. אחת הטענות השנויות במחלוקת שהציע פרויד נגעה להתפתחות הנורמטיבית של המוסר אצל נשים בהשוואה לגברים. לפי פרויד הסופר-אגו מתהווה כחלק של פיתרון התסביך האדיפלי. כאשר ניצב הילד מול איום הסירוס, שבא כגמול על הערצה הליבידינלית שלו כלפי אימו וכוונותיו התוקפניות כלפי אביו, הילד מדחיק את הרגשות המיניים כלפי האם ומזדהה עם האב. הפנמת הסמכות ההורית (של האב במיוחד), מציינת את תחילת כינונו של הסופר-אגו. לעומת זאת, אצל ילדות ישנו מצב של חוסר פין (lack of penis) ולכן איום הסירוס עבורן לא קיים. לפי פרויד, העדר החרדה מפני אובדן הפין גורם לכך שתהליכי ההזדהות עם הסמכות ההורית רופפים ואינם שלמים אצל המין הנשי. מכאן הסיק פרויד שההתפתחות המוסרית של נשים נמצאת ברמה נמוכה יותר.

טענה אחרת שהושמעה מצידה של Lewis (1971), נגעה ליחס שבין הדרישות התרבותיות הניצבות בפני גברים ונשים לבין בושה ואשמה. היא האמינה כי הבושה מאפיינת יותר נשים, היות והתרבות מחנכת את הנשים לדאוג לאחרים, מה שגורם להן להפנות רגשות עוינים כלפי עצמן על מנת לשמר יחסים, וכתוצאה מכך להעלות תהיות לגבי ערכן העצמי. לעומת זאת, נטייתם של גברים לאגרסיביות ולתחרותיות מגבירה את סיכוייהם לחרוג מהנורמות

המקובלות וכתוצאה מכך לחוש יותר אשמה. Lewis (1971) טענה, כי אשמה עבור גברים ובושה עבור נשים הנם הסגנונות הבולטים בארגון המידע על העצמי.

הממצאים שעלו מהמחקרים שנעשו בתחום זה אינם חד משמעיים. Tangney (1994), סיכמה 12 מחקרים על בושה ואשמה שערכה במהלך שש שנים על ילדים בגיל בייס יסודי, חטיבת ביניים, סטודנטים, הורים ומבוגרים. הממצאים בכל מחקריה הצביעו על כך שנשים מכל המגזרים מדווחות על רמות גבוהות יותר של בושה ואשמה לעומת גברים. בעבודת מחקר שהסתיימה לאחרונה (בן יעקב, 2003) נבדק הקשר בין בושה ואשמה לבין מדדים של מצוקה רגשית ורווחה נשית. בעבודה זו שאלת ההבדל בין המינים לא נבחנה, אולם ניתוח מחדש של הנתונים בהיבט המגדר העלה כי בקרב מדגם של 419 סטודנטים בני 18-49 ( $M = 23.5, SD=3.54$ ), שכלל 260 נשים (62%) ו-159 גברים (38%), הנטייה לחוות בושה ואשמה בקרב נשים היתה גבוהה יותר בהשוואה לגברים. דיווחים דומים עולים גם ממחקרים אחרים בתחום זה (Gross & Hansen, 2000; Bybee, 1998). ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ביקורות שהושמעו מצד תיאורטיקניות פמיניסטיות כנגד ההשקפה של פרויד על ההתפתחות המוסרית של נשים (Chodorow, 1978; Gilligan, 1982). [יחד עם זאת, קיימים מספר מחקרים המעלים תמונה הפוכה לזו שמציגה Tangney, תמונה התומכת בהשערה הפרוידיאנית. כך למשל, Thompson & Hoffman (1980) מצאו שילדים בכתות א', ג' ו-ה' מביעים יותר אשמה מילדות באותם הגילאים. ממצאים ממחקרים אחרים הראו כי לא נמצאו הבדלים כלל בין גברים ונשים בכל הנוגע לרגשות בושה ואשמה (Harder, Rockart & Cutler, 1993; Harder, 1990; Wright, O'Leary & Balkin, 1989).

לסיכום, נראה כי מרבית המחקרים היום מראים כי נשים נוטות לחוות בושה ואשמה יותר מאשר גברים. ממצאים אלו מלמדים כי אין עדות לכך שהסופר-אגו הנשי פחות מפותח בהתייחס לרגשות כמו בושה ואשמה המכוננות אותו. באותו אופן חשוב לציין, כי אין לראות עליונות מוסרית אצל הנשים ביחס לגברים. כפי שצוין קודם לכן, מחקרים מראים שהנטייה לחוות בושה קשורה קשר הדוק לסימפטומים פסיכולוגיים. בהשוואה לגברים, נשים בכל טווחי הגיל נוטות לחוות בושה ואשמה בעוצמה רבה יותר. מבחינה זו, ילדות ונשים זוכות לחלקים הטובים (הנטייה לחוות אשמה) ולחלקים הפגיעים (הנטייה לחוות בושה) המכוננים את הסופר-אגו.

## ביבליוגרפיה

בן יעקב, י. (2003). בושה, אשמה ומה שביניהם. עבודת דוקטורט, הוגש לסנאט אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality*. New York: Columbia Univ. Press.

Ausubel, D. P. (1955). Relationships between shame and guilt in the socializing process. *Psychological Review*, 62, 378-390.

Barrett, K. C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 25-63). New York: Guilford Press.

Barrett, K. C., & Campos, J. J. (1987). Perspectives on emotional development: II. A functionalist approach to emotions. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed., pp. 555-578). New York: Wiley.

Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: an interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115, 243-267.

Broucek, F. J. (1991). *Shame and the self*. New York: Guilford Press.

Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: W. H. Freeman.

Cameron, P. (1975). Mood as indicant of happiness: Age, sex, social class, and situational differences. *Journal of Gerontology*, 30, 216-224

Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering*. Berkeley: University of California Press.

Emde, R. N., & Oppenheim, D. (1995). Shame, guilt, and the Oedipal drama: Developmental considerations concerning morality and the referencing of critical others. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 413-437). New York: Guilford Press.

Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

Ferguson, T. J., Stegge, H., & Damhuis, I. (1991). Children's understanding of guilt and shame. *Child Development*, 62, 827-839.

Fujita, F., Diener, E. in Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-434.



- Freud, S. (1961). Civilization and its discontents. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 59-145). London: Hogarth Press.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gurin, J., Veroff, J. & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.
- Gross, C. A., & Hansen, N. E. (2000). Clarifying the experience of shame: The role of attachment style, gender, and investment in relatedness. *Personality and Individual Differences*, 28(5), 897-907.
- Harder, D. W. (1990). Additional construct validity evidence for the Harder Personal Feelings Questionnaire measure of shame and guilt proneness. *Psychological Reports*, 67, 288-290.
- Harder, D. W., Cutler, L., & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59, 584-604.
- Harder, D. W., Rockart, L., & Cutler, L. (1993). Additional validity evidence for the Harder Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ2): A measure of shame and guilt proneness. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 584-604.
- Harder, D. W., & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55, 729-745.
- Hoffman, M. L. (1982). Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. In N. Eisenberg (Ed.), *The development of prosocial behavior* (pp. 281-313). New York: Academic Press.
- Jones, W. H., & Kugler, K. (1993). Interpersonal correlates of The Guilt Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 61, 246-258.
- Herzog, A. R., Rodgers, W. L. & Woodworth, J. (1982). *Subjective well-being among different age groups* (Research Report Series). Ann Arbor: University of Michigan, Institute for Social Research
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Lazarus, R. S., Averill, J. R., & Opton, E. M. (1970). Toward a cognitive theory of emotions. In M. B. Arnold (Ed.), *Feelings and emotions* (pp. 207-32). New York: Academic Press.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.

Lindsay-Hartz, J. (1984). Contrasting experiences of shame and guilt. *American Behavioral Scientist*, 27, 689-704.

Mackie, D. (1980). A cross-cultural study of intra-individual and inter-individual conflicts of centrality. *European Journal of Social Psychology*, 10, 313-318

Morrison, A. (1989). *Shame: The underside of narcissism*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Nathanson, D. L. (1987). A timetable for shame. In D. L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame* (pp. 1-63). New York: Guilford Press.

Piers, G., & Singer, M. (1953). *Shame and guilt*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Rothstein, A. M. (1994). Shame and the superego: Clinical and theoretical considerations. *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 263-277.

Spero-Halevi, M.. (1984). Shame: An object-relations reformulation. In R. Eissler, P. Neubauer, A. J. Solnit (Eds.), *The Psychoanalytic study of the child*, (pp. 259-282). New Haven: Yale University Press.

Tangney, J. P. (1989, August). *A quantitative assessment of phenomenological differences between shame and guilt*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, New Orleans.

Tangney, J. P. (1991). Moral affect: The good, the bad, and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 598-607.

Tangney, J. P. (1992). Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 199-206.

Tangney, J. P., Miller, R. S., & Flicker, L. (1992). *A quantitative analysis of shame and embarrassment*. Poster presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Tangney, J. P. (1994). The mixed legacy of the super-ego: adaptive and maladaptive aspects of shame and guilt. In J. M. Masling & R. F. Bornstein (Eds.), *Empirical perspectives on object relations theory* (pp. 1-28). Washington, DC: American Psychological Association.

Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 114-139). New York: Guilford Press.

Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt and embarrassment distinct emotions? An analysis of participant ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256-1269.

Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 469-478.

Tangney, J. P., Wagner, P. E., Burggraf, S. A., Gramzow, R., & Fletcher, C. (1991). *Children's shame-proneness, but not guilt-proneness, is related to emotional and behavioral maladjustment*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Society, Washington, DC.

Thompson, R. & Hoffman, M. L. (1980). Empathy and the arousal of guilt in children. *Developmental Psychology*, 15, 155-156.

Wright, F., O'Leary, J., & Balkin, J. (1989). Shame, guilt, narcissism and depression: Correlates and sex differences. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 217-230.

Zahn-Waxler, C., & Robinson, J. (1995). Empathy and guilt: early origins of feelings of responsibility. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 143-173). New York: Guilford Press.

## המוטיבציה ובריאות הנפש של עובדות מין<sup>8</sup>

בלה צודקובה,<sup>9</sup> חיים בלמקר<sup>10</sup> וג'ולי צוויקל<sup>11</sup>



דיווחי חדשות מהזמן האחרון מצביעים על הגירה בקנה מידה גדול של נשים מזרח אירופאיות למערב כדי לעבוד בתעשיית המין. תופעה זו, שהואצה על-ידי התפרקות ברית המועצות לשעבר והירידה ביציבות הכלכלית ורמת המחיייה במדינות כגון מולדובה, אוקראינה ולטביה, מפתיעה לאור מהפכת המין במערב והנגישות שיש למרבית הגברים לבנות זוג למין לא מסחרי (Bullough & Bullough, 1996). יתרה מכך, מגיפת האיידס והסבירות הנמוכה יותר של עובדות מין לעסוק במין בטוח גורמות לתוצאות בריאותיות נרחבות להגירה זו של עובדות מין (Carr, 1995).

בתחום בריאות הנפש, מתעוררת דאגה לגבי עובדות המין כשלעצמן, בשל דיווחים קודמים המצביעים על שיעורים גבוהים של דיכאון ותסמונת פוסט טראומטית (PTSD) בקרבן (Farley & Barkan, 1988). אנו חקרנו מדגם של עובדות מין, בעיקר מבריה"מ לשעבר, בשלוש ערים ישראליות, ושמנו דגש מיוחד על: (א) מוטיבציה להגירה וכוונה לעבוד

---

<sup>8</sup> המאמר פורסם באנגלית, ב-, Journal of Sex & Marital Therapy, 28(4):305-315, 2002, ומתורגם ברשות. המחברים מבקשים להודות לסימונה סגיר ולנעמי לבנקרון על התרגום מאנגלית לעברית.

<sup>9</sup> בלה צודקובה- הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע.

<sup>10</sup> חיים בלמקר- פרופסור לפסיכיאטריה, המרכז לבריאות הנפש, באר שבע.

<sup>11</sup> ג'ולי צוויקל, פרופ' חבר במחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון נגב, מנהלת המרכז לחקר וקידום בריאות האשה.

בתעשיית המין, (ב) סוגי פעילות מינית ושימוש בקונדום ו- (ג) בריאות אישית, שביעות רצון וסימפטומים פסיכולוגיים.

## שיטות

המראיינים במחקר ענו למודעות גדולות בעיתונות הישראלית לשירותי ליווי בטלפון והסבירו את מטרת המחקר. רק מספר קטן של נשים הסכימו להשתתף, אולם פגישות שנקבעו הובילו לראיונות בתשלום. מאוחר יותר יצרנו קשר עם עורך דין, המייצג את הבולטים מבין שירותי הליווי, שארגן עבורנו פגישות עם עובדות בבתי בושת בשתי ערים בישראל. את הראיונות ערכו שני מראיינים, שלפחות אחת מהם הייתה אישה או דוברת/רוסית. כמעט בכל המקרים אחד מהמראיינים היה פסיכיאטר/ית. הראיון היה גרסא מורחבת של שאלון פארלי לזונות, עם תרגום מהימן לרוסית (Farley & Barkan, 1998). הראיונות נערכו מחוץ לטווח השמיעה של צד שלישי והובטחה אנונימיות מוחלטת למראיינות. הסכמה בעל-פה התקבלה לאחר מתן הסבר על המחקר. נוהל זה אושר על-ידי ועדת האתיקה בארגוננו (institutional review board). חלק מהראיונות נערכו בתשלום אולם מרביתם נערכו עם משיבות מתנדבות.

סימפטומים של PTSD נמדדו על ידי שאלון PTSD (PCL - PTSD Checklist) בעל 17 פריטים (Stein et al., 2000). השאלות נשאלו לגבי סימפטומים בחודש האחרון, על סולם של 5 דרגות חומרה ( $\alpha = 0.90 = \text{Cronbach}$ ). דיכאון נמדד על ידי 6 שאלות שהותאמו מסולם CES-D לדיכאון (Center for Epidemiologic Survey-Depression Scale) (Radloff, 1977). נשאלו שאלות לגבי רגשות הקשורים למצבי רוח דכאוניים בשבוע האחרון, בעזרת סולם בעל 4 דרגות ( $\alpha = 0.77 = \text{Cronbach}$ ). בסולם מקוצר זה נעשה שימוש בסקרי קהילות על ידי ה-Commonwealth Fund בארה"ב (Sherbourne, Dwight, Johnson & Klap, 2001) ובסקר בריאות נשים בישראל (צוויקל וברק, 2004). נתונים על סיכון לסימפטומים גופניים ולמחלות מין פורסמו בנפרד (Cwikel, 2003).

## ממצאים

נערכו 55 ראיונות. מידע תיאורי לגבי המדגם מוצג בטבלה 1. מלבד שתיים, כל עובדות המין הגיעו לישראל ממדינות בריה"מ לשעבר. הרוב (82%) הגיעו באופן לא חוקי, חלקן באוניה תוך התחמקות מרשויות ההגירה וחלקן הוברחו ממצרים על-גבי גמל, על ידי בדואים, בגבול סיני הפרוץ. אם כך, מרבית הנשים "נסחרו", אולם רק שתי נשים דיווחו שזה היה בניגוד לרצונן. יתרה מכך, 17% דיווחו כי נמכרו בניגוד לרצונן לבעל בית בושת, 64% דיווחו כי הועברו למקום עבודה אחר בהסכמתן ו- 19% דיווחו כי לא נמכרו או הועברו. כמעט כל הנשים דיווחו כי הן עוסקות בעבודת מין מבחירתן ודיווחו כי ידעו לפני שעזבו את ארץ המקור שלהן כי זה יהיה עיסוקן כשיגיעו ליעדן.

כל הנשים דיווחו על שימוש בקונדום במגע וגינלי עם לקוחות אבל מרביתן דיווחו על אי שימוש בקונדום במין אוראלי. הנשים דיווחו על תנאי עבודה קשים: ממוצע של 12 לקוחות ליום (טווח 4-25), 42% דיווחו על עבודה לאורך כל החודש, כולל בימי הוסת. אולם, מרביתן (78%) דיווחו על יכולת לשלוח \$1,285 לחודש בממוצע (חציון - \$1,000, והטווח \$125 - \$3,000) למשפחתן בארץ המוצא. כל האימהות במדגם דיווחו על תמיכה כלכלית בילדיהן.

### טבלה 1: מאפייני מדגם עובדות מין

גיל	ממוצע = 22.8 (סטיית תקן 4.4), טווח 18-38
השכלה	ממוצע = 11 שנים (ס"ת 1.6, טווח 9-15 שנים)
מצב משפחתי	25% רווקה, 13% נשואה, 21% גרושה, 9% אלמנה, 32% עם בן זוג
מעמד חוקי	18% מעמד אזרחית או עולה, 82% לא חוקית או "תיירת"
ילדים	34% לפחות ילד אחד (19/55), ו- 7% (4/55) שני ילדים ויותר
גיל בעת התנסות מינית מלאה ראשונה	ממוצע = 16.4 (ס"ת 1.5, טווח 12-20)
שנות עבודת מין	ממוצע = 2.1 (ס"ת 1.8, טווח חודש עד 10 שנים)
אורגזמה עם בן-זוג	40% תמיד או רוב הזמן, 18% לפעמים, 42% לעיתים רחוקות או אף פעם
אורגזמה בעבודה	6% רוב הזמן, 56% לפעמים או לעיתים רחוקות, 39% אף פעם
נשיקות עם לקוחות	12% כן, 42% לפעמים, 46% אף פעם
מספר הפלות	46% ללא, 54% אחת או יותר (טווח 1-8)

הציון הממוצע של ה-PCL הוא 2.24 (סטיית תקן 0.79). שבעה עשר אחוז הראו סימנים של PTSD שתאמו את הקריטריונים של DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), (עם שימוש בנקודת סף של 3.0 ויותר) בהשוואה ל-11.8% במחקר שירותי בריאות ראשוניים בארה"ב (Stein et al., 2000). ל-33% היה ציון דיכאון ממוצע גבוה מ-2.5 (נוכחות של סימפטומים דכאוניים) ול-19% ציון ממוצע מעל 3.0 (סיכוי לדיכאון קליני). בסקר קהילתי ישראלי עם אותו סולם ואותן נקודות סף, 6% היו בעלי ציון ממוצע מעל 2.5 ו-2% בעלי ציון ממוצע של 3.0 (צוויקל וברק, 2004).

כמובן, לא ניתן לבטא את עושר המידע שהופק מהראיונות על-ידי סיכום נתוני השאלונים בלבד. סטריאוטיפים נפוצים על עובדות מין כתוצר של התעללות בילדות, או לחלופין כנשים מאושרות המתלהבות ממין (למשל הספר "הזונה המאושרת" "The Happy Hooker"; Hollander, 1996), או כילדות טובות המחכות לנסיך שיציל אותן (למשל הסרט "אישה יפה"), נשללו על ידי ההטרונגניות העצומה של עובדות מין שגילינו בראיונות שלנו. במיוחד, מצב בריאותן הנוכחי של הנשים, הסימפטומים המדווחים שלהן ומידת חשיפתן לאלומות והתעללות בעבודה ובילדות היו מגוונים ביותר.

עקב האמור לעיל חשנו כי יש להפנות תשומת לב מחקרית בתחום להטרונגניות שמצאנו, באמצעות גישה של היסטוריות מקרה (case history approach). חילקנו את המקרים לחמשה אבות טיפוס, על בסיס ההסכמה בין שני פסיכיאטרים, עובדת סוציאלית ופילוסוף שהיו מעורבים בראיונות. מקרה אחד מייצג (לא קולאז') של כל אב טיפוס מוצג כאן.

### "אנג'י"

אנג'י היא נערה מאד יפה, בעלת עיניים כחולות ושיער צבוע לבלונד-ג'ינג'י, בת 19 ממולדובה. יש לה השכלה פורמלית של 10 שנים וכן השתתפה בקורס תפירה בן 8 חודשים, אך מעולם לא עבדה במקצוע הזה. ההורים שלה נשארו במולדובה. אימה טבחית ואביה נהג טרקטור. אנג'י שולחת להם כסף, בערך \$1200 בחודש, אולם היא אומרת שהם לא יודעים במה היא עוסקת בישראל.

אנג'י קיימה יחסי מין בפעם הראשונה כשהייתה בת 16, עם חבר שאהבה. שנה לאחר מכן, בגיל 17, היא החלה לעבוד בתעשיית המין. היא עבדה בטורקיה במשך 16 חודשים, שם נעצרה פעמיים. היא נסעה למוסקבה, משם טסה למצרים ומשם עברה את הגבול לישראל ברגל (מסע של 3 שעות).

אנג'י עובדת בישראל 7 חודשים. יש לה בין 5 ל-17 לקוחות ביום, בממוצע כ-11. היא מציעה שירותי מין רגילים ו"עושה מסיבות", אך לא עושה סטריפטז, פורנוגרפיה או ריקוד. היא מרגישה שאנשים משתמשים בשירותיה כדי "לעשות חיים" ("to have a good time").

אנגיי נבדקה בפעם האחרונה על-ידי רופא נשים לפני שנתיים, וביקרה אצל רופא משפחה לפני שנה. היא עשתה בדיקת אידס החודש. היא מרגישה כי בריאותה טובה, אולם יש לה בעיות קטנות בראייה והיא זקוקה לטיפול שיניים. היא מדווחת גם על כאבי בטן מדי פעם, כאבי גרון ובחילות. ההערכה העצמית הכללית שלה חיובית, ומלבד קושי להירדם מידי פעם, הבריאות הנפשית שלה נראית משביעת רצון. היא מעשנת 1-1.5 חפיסות סיגריות ליום ושותה מידי פעם "כדי להרגיש טוב".

אנגיי מדווחת כי לא עברה אונס או התעללות כילדה וגם לא בישראל. אם לקוחות מעליבים או מקללים אותה היא מקללת אותם בחזרה. היא עובדת מבחירתה החופשית ומעונינת להמשיך לעבוד בתחום. היא אומרת שהיא אוהבת מה שהיא עושה והיא שבעת רצון מחייה ומרגישה שיש לה שליטה מסוימת על החיים. אין לה תוכניות לעתיד.

אנגיי מייצגת את טיפוס "הלא-מסובכת" (uncomplicated) במדגם שלנו. בטיפוס זה רמת ההשכלה בינונית עד נמוכה, אין עדות לבעיות פסיכולוגיות ונראה שהמוטיבציה היא כלכלית או תלויה באישיות (ego-syntonic). למרות שביעות רצון בהווה מהעבודה, רוב העובדות מטיפוס זה רוצות לעזוב את הזנות לאחר השגת סכום מסוים של כסף. 15 מתוך 55 הנשים נמצאו שייכות לקבוצה זו.

## "נורה"

גם נורה היא נערה בת 19 ממולדובה. גבוהה ורזה, בעלת רגליים ארוכות ושיער כהה, היא נערה די יפה. אולם היא מאד מרירה וכועסת לגבי חייה.

נורה גדלה עם אם שיכורה שהזניחה אותה פיזית ורגשית. הם היו חסרי בית לפעמים, והיא זוכרת זמנים בהם הייתה רעבה ולא היה לה אוכל. אביה החורג, שגר אתם, נהג להכות אותה בקביעות – דחף אותה אל הקיר, השליך עליה חפצים, בעט בה - ואז אנס אותה כשהייתה בת 14. מתוחה, אך ללא דמעות, נורה סיפרה כיצד לאחר שנאנסה ברחא אל בית חברתה, אך נתפסה ועברה אונס קבוצתי בשלג בידי 8 זרים. היא פנתה למשטרה, אך שם נאמר לה שאין עדויות לבניית תיק, ובכל מקרה, מכיוון שהיא זונה, שפשוט תמשיך לעבוד בתחום. היא נזכרת בתגובת המשטרה בכאב ומרירות רבה ואומרת כי זה הרס סופית את יכולתה לתת אמון באחרים.

נורה החלה לעבוד כזונה בטורקיה בגיל 17. היא מדווחת, כי נמכרה בניגוד לרצונה פעמיים בטורקיה, וגם מדווחת כי הייתה חשופה לאלימות. חתכי סכין על ביטנה השאירו צלקות שהצריכו ניתוח פלסטי מתקן. היא גם חוותה איומים בסכין מידי לקוחות ומידי המשטרה. בסופו של דבר היא הצליחה לברוח, להשיג את דרכונה ולצאת מטורקיה. היא הגיעה לישראל לפני 10 חודשים. כשנשאלה אם היא עובדת בישראל מבחירתה החופשית ענתה שזהו "גורל". יש לה בין 10 ל- 20 לקוחות ביום, בדרך-כלל 12 עד 13. היא תמיד מתקלחת



לאחר מכן. היא מציעה את שירותי המין הרגילים, אך מעדיפה לא להשתתף באורגיות קבוצתיות, כי זה מזכיר לה את האונס הקבוצתי. היא נתבקשה פעם לנהוג בסדיסטיות כלפי לקוח והיא הכתה אותו כל-כך חזק עד שכמעט הרגה אותו. כעת היא מסרבת לשחק את התפקיד הזה. היא אומרת שהיא אינה יכולה להגיע למגע עם לקוחות אם היא אינה משוחחת אתם, והיא מגיעה לעיתים לאורגזמה אתם. היא מרוצה מכך שמרבית הלקוחות מתייחסים אליה יפה, למרות שהיא נעלבת לפעמים מדברים הנאמרים לה. היא לא הסכימה לחשוף את סכומי הכסף שהיא מרוויחה, אבל אמרה שהיא שולחת סכום כסף כלשהו הביתה באמצעות בן-דוד. הכסף מיועד לאחותה הצעירה בת ה-14, המתגוררת עם אימה ואביה החורג. נורה מודאגת מאד לגבי אחותה. היא גם מעוניינת לחסוך כסף להמשך לימודים. היא למדה רק 9 שנים ואין לה מקצוע נוסף פרט לעובדת מין.

נורה נבדקה על-ידי רופא נשים כשלושה שבועות לפני מועד הראיון עמה, וביקרה אצל רופא משפחה 6 חודשים לפני כן. היא מדווחת על בעיות בריאות כגון לחץ דם גבוה, ארטריטיס/דלקת פרקים (אושפזה בגין כך), דלקות חוזרות בדרכי השתן, חולשה בשרירים מידי פעם, סחרחורות ובחילות. היא גם מדווחת על כאבים באזורי הצוואר, גב, בטן, תזה, אזור המפשעה, הנרתיק, השדיים, ידיים וצד אחורי. כמו כן היא מדווחת על חוסר תחושה ברגליה. בנוסף, היא סובלת מחרדה ודיכאון ויכולה להיחשב למקרה קליני של תסמונת פוסט טראומטית. היא אינה שותה אלכוהול (השתייה הכבדה של אימה ואביה דחו אותה) אך היא מעשנת עד חפיסת סיגריות ביום.

נורה מתכוונת לסיים את עבודתה השנה ואז לעזוב את תעשיית המין "בכל מחיר". היא חשה כי תזדקק לסיוע פסיכולוגי על מנת לעשות את המעבר הזה, ובינתיים היא משתפת בדברים את חברתה הטובה. היא לא מאושרת בעבודתה ואינה שבעת רצון מחייה, עליהם היא חשה שיש לה שליטה חלקית. היא לא אופטימית בכלל לגבי עתידה.

נורה היא מייצגת טיפוסית ל- "טיפוס שעבר התעללות" (abused type) במדגם שלנו. בטיפוס זה התרחשו התעללות בילדות ואונס ואלומות בעבודה. כמו כן נוכחים סימפטומים של דיכאון ו- PTSD. למרות זאת, הייתה עדות לבחירת סוג הלקוח, אורגזמה בעבודה ותחושת קשר אישי טוב עם מרבית הלקוחות. 23 מתוך 55 הנשים נמצאו שייכות לקבוצה זו.

### "מלודי"

מלודי, קטנטנה בגזרת "פטיט", בגובה של נערה בת 12 וביישנית במקצת. גזרתה חטובה מאד אולם תווי פניה יוצאי דופן, בגין צלקת על שפתיה ואף הנוטה לצד. מלודי בת 20, ממולדובה. היא סיימה 3 שנות תיכון וקיבלה הכשרה כמניקוריסטית. אביה נפטר כשהייתה בת 3 והיא נשלחה לפנימייה. בגיל 13 ניסתה להתאבד, לאחר שאימה הכתה אותה, כשגילתה שהיא אינה בתולה. בגיל 14 הייתה מחוסרת בית וחייתה ברחוב במשך חמישה חודשים. היא נאנסה לראשונה בגיל 12 על-ידי נער מהשכונה, המבוגר ממנה בחמש שנים, אתו המשיכה להיות בקשר למשך זמן מה אחר כך. בגיל 15 הייתה קורבן לניסיון אונס

אלים מאד בעקבותיו סבלה מצלעות שבורות, אף שבור וחתך בשפה שדרש ניתוח. היא זוכרת כי נאנסה לפחות 10 פעמים לפני גיל שמונה עשרה, אבל היא מעולם לא סיפרה על כך או פנתה לעזרה. היא נעצרה פעם אחת על אחזקת מריחואנה במולדובה, השתמשה בסמים אחרים, ועברה טיפול לגמילה מאלכוהול.

מלודי החליטה לפנות לזנות לאחר שנדחתה על-ידי בר חשפנות ביוגוסלביה. היא הגיעה דרך מצרים ונלקחה לתל אביב במכונית, משם הוסעה למקום העבודה שלה. למרות שזו היתה החלטתה להגיע לכאן, לאחר חודשיים של שהות בישראל היא מרגישה לכודה. היא שוהה כאן באופן לא חוקי, דרכונה נלקח ממנה ונאמר לה שתוכל לקבלו חזרה רק בתום שנת עבודה. היא עובדת 7 ימים בשבוע, 16 שעות ביום וביום רגיל יש לה בין 10 ל-15 לקוחות (כבר קרה שהיו לה 25 לקוחות ליום). בנוסף לשירותים רגילים היא עושה גם מין לסבי ו"סאדו". היא לא הותקפה אף פעם במהלך העבודה, אולם לקוחות העליבו אותה ופגעו ברגשותיה. היא מציינת כי הדבר שפוגע בה ביותר הוא כאשר לקוחות אומרים לה שהיא לא יפה. יש לה טלפון סלולארי להזעקת עזרה בעת הצורך. היא מרוויחה כ- \$3,000 לחודש, מתוכם שולחת הביתה כ- \$1,500. היא רוצה לחסוך \$10,000 ללימודים, למשפחתה ולרכישת דירה.

מלודי לא זוכרת מתי ביקרה לאחרונה אצל רופא משפחה. היא ביקרה אצל רופא נשים כשבוע לפני הראיון. במולדובה היו לה ארבע הפלות. היא נדבקה מחבר בסיפיליס בגיל 15 ולא טופלה במשך כשנה. לאחרונה, היא מדווחת על בעיות גניקולוגיות, דלקות חוזרות בדרכי השתן, לחץ דם נמוך. מדי פעם יש לה רעידות, סחרחורת, כאבי ראש, כאב גרון ובחילה. בנוסף, היא מתלוננת על כאבים באזור האגן התחתון, נרתיק, שחלות, פה ולסת. כמו-כן, היא מראה סימפטומים של PTSD ודיכאון ויש לה הערכה עצמית נמוכה. היא נוטלת גלולות למניעת הריון ומעשנת חפיסת סיגריות ליום.

סיפורה של מלודי מייצג מקרים נוספים של בעלות רקע טראומטי. יש לה פחות סימפטומים של PTSD ודיכאון מאשר לנורה, אבל יש לה חוסר בטחון עצמי. היא אינה יוצאת דופן במדגם זה בדיווחיה על רקע של שימוש בסמים ואלכוהול. העבר הטראומטי שלה השפיע עמוקות על בריאותה הכללית ולא רק הפסיכולוגית. למרות שהיא מרגישה בעלת שליטה בחייה, היא מדווחת כי אינה שבעת רצון מחייה ומעבודתה. היא הייתה רוצה לעזוב את הזנות, אך זקוקה לכסף. אולם, יש לה תקוות לעתיד והיא משערת שבעוד 5 שנים יהיו לה כמה ילדים ועבודה טובה.

## "לאנה"

דקת גזרה וקטנטונת, בעלת שיער שחור ארוך, לאנה בת ה-21 היא בחורה מולדבית פתוחה ומלאת חיים. היא בחורה אינטליגנטית הדוברת חמש שפות ובת לשני הורים משכילים. יש לה הכשרה כמיילדת אך לא עבדה מעולם בתחום. היא מדווחת על משפחה אוהבת ודואגת בבית ומתגעגעת מאד להוריה. היא שולחת הביתה מידי חודש כ- \$800 אך נמנעת מלשלוח

סכום גבוה יותר, כדי לא לעורר את חשד המשפחה, שאינה יודעת כיצד היא מרוויחה את הכסף.

בגיל 18 לאנה התאהבה בגבר בשנות הארבעים לחייו. ההתנסות המינית הראשונה שלה הייתה אתו. מערכת היחסים נמשכה כשנה והם עדיין בקשר טלפוני. כשמערכת היחסים הסתיימה לאנה נסחפה לזנות. היא שהתה שישה חודשים בטורקיה, שם נעצרה חמש פעמים וגורשה פעם אחת. היא הגיעה לישראל לפני 8 חודשים, לאחר שהוברחה דרך גבול מצרים, ונמצאת כאן "על-חוזה" לשנה. המעביד שלה מחזיק בדרכון ובכסף שלה. אם יקרה משבר חמור - כגון מוות במשפחה - לאנה תורשה לעזוב. פרט לכך, היא נדרשת למלא את חלקה בחוזה, ו"התנהגות לא נאותה" תגרור ענישה על ידי סנקציות, כגון ריתוק לדירתה או שתוכרח לעבוד ללא שכר במשך שבוע. מצד שני, לאנה מועדפת על-ידי בעל בית-הבושת והוא משתמש בשירותיה יותר מאשר בשירותי יתר הבנות - ועל כך הוא משלם בעין יפה.

לאנה עובדת 7 ימים בשבוע, 29-30 ימים בחודש, 16-20 שעות ביום. היא עובדת גם בימי המחזור החודשי. יש לה בין 10 ל-15 לקוחות ביום, ובתקופות שיא היו לה עד 25 לקוחות ביום. בנוסף למין וגינלי, אורלי וידני, היא מספקת שירותים כגון ריקוד, מסג', סטריפטז, אורגניות ו"מופע" לסבי, אותו היא מבצעת עם חברה. היא מקבלת 20 ש"ח (\$ 5.00) לחצי שעה או פחות, 50 ש"ח עבור שעה ו-100 ש"ח עבור שעה הכוללת "שירותים מיוחדים" כפי שפורט. היו לה כמה התנסויות לא נעימות עם לקוחות בעבודתה בישראל, ביניהם לקוח שנהנה לפגוע בה פיזית. אחרים, מסוממים מאקסטזי, גראס, קוקאין, קריסטל או ל.ס.ד. "מתנהגים כמו חיות וחושבים שלבחורה אין רגשות". אם היא מרגישה מאוימת היא מטלפנת למשרד והם שולחים מישהו למטה "ליישר אותם". היא גם יכולה לסרב לשרת לקוחות הנראים לה מסוכנים. באופן כללי, לאנה אוהבת לשוחח עם הלקוחות כי זה מעביר את הזמן מהר יותר, והיא לעיתים מרשה לעצמה להגיע לאורגזמה עם לקוחות.

לאנה מתארת את בריאותה כ"ככה-ככה עד טובה". היא ביקרה אצל רופא משפחה לפני 6 חודשים. לפני כחודש ביקרה אצל רופא-נשים, שם עשתה בדיקת דם לגילוי אידס. היא עייפה ומתוחה לעיתים קרובות ומדווחת על כאבים תכופים בגב ובאגן הירכיים ובנרתיק. יש לה לעיתים כאבים בצוואר, בטן, ידיים ופה. בעיות בריאות שאובחנו בחמש השנים האחרונות כוללות ברונכיטיס, ציסטה בשחלות, דלקות חוזרות בדרכי השתן ובעיות שיניים. היא קיבלה טיפולים אלטרנטיביים להקלת הכאבים באזור אגן הירכיים, אך היא עדיין סובלת מכאבים. היא שותה אלכוהול, לעיתים עד סחרחורת, ומעשנת חפיסה ליום. ההערכה העצמית שלה נמוכה והיא לעיתים עצובה ומדוכאת, אך לא בדרגות קליניות. היא מראה כמה סימפטומים של PTSD, אך לא מעבר לדרגה קלינית.

לאנה מדווחת כי לפני גיל 18 היא לא חוותה שום צורה של התעללות, הזנחה או פגיעה כלשהי. כאמור, היא חוותה אלימות מסוימת מאז החלה לעבוד כזונה. היא עובדת בזנות מתוך בחירה; היא אינה אוהבת את העבודה עצמה, אך אוהבת את הכסף שהיא מרוויחה. היא מקווה לעזוב את הזנות עד סוף השנה והיתה רוצה להרוויח \$50,000 לטיפול פסיכולוגי

ורפואי ולהמשך לימודים. היא לא כל-כך שבעת רצון מחייה הנוכחיים, ומרגישה רק שליטה חלקית עליהם. אולם, היא אופטימית לגבי העתיד: היא הייתה רוצה לחזור למולדובה, להינשא, לגדל ילדים ולעבוד בתחום של תרגום.

לאנה מייצגת תת-קבוצה במדגם שלנו, עם רמה גבוהה של נתונים אישיים, תוכניות ברורות להמשיך ללמוד ועדות ברורה לבחירה ושליטה על חייה. יתרה מכך, היא מתארת שיטות רבות להורדת הסיכון בעבודתה. 12 מתוך 55 הנשים נמצאו שייכות לקבוצה זו, אולם, 5 מתוך ה-12 בקבוצה זו של נתונים אישיים גבוהים, דיווחו על היסטוריה של אונס, חוסר בית, התעללות או נטישה לפני שהחלו בעבודת מין.

### "ג'ינה"

גינה בת ה-23 היא בחורה מאד יפה, מושכת ובעלת רגליים ארוכות, מאוזבקיסטן. היא החלה ללמוד באוניברסיטה, אך לא סיימה; היא מקווה להמשיך את הלימודים בסופו של דבר וללמוד כלכלה או ראיית חשבון. היתה לה ילדות נוחה ומפנקת, ללא דיווחים על טראומה או התעללות, במשפחה מבוססת יחסית. שני ההורים אקדמאים ואינם דורשים כסף מגינה על-מנת להתקיים. היא שולחת להם כסף מידי כמה חודשים כדי שיוכלו לקנות מתנות.

גינה קיימה יחסי מין בפעם הראשונה עם חבר; היא הייתה בת 17 והוא מבוגר ממנה בשלוש שנים. בגיל 20 גינה החלה לעבוד בזנות, בתחילה בתמורה לכסף, תכשיטים ומתנות יקרות ערך. היא באה לישראל כדי לעבוד ספציפית בתעשיית המין, בעקבות המלצה של חברה. היא נמצאת כאן באופן לא חוקי כמעט שנה, עובדת כ"עצמאית". גינה מסבירה כי היא עובדת בזנות בגלל שהיא אוהבת את העבודה. היא אוהבת גיוון במין והייתה "נותנת את זה בחינם", לכן היא מרגישה שהיא יכולה באותה המידה להרוויח מזה כסף. היא מגיעה לאורגזמה עם לקוחות 2-3 פעמים ביום. היא נהנית לדבר עם לקוחותיה "ומעבירה צחוקים" עם אלה שדוברים רוסית. היא עובדת 5-6 ימים בשבוע ולא עובדת במהלך ימי הוסת. היא משתמשת בקונדום עם הלקוחות, אך לא עם החבר הישראלי שלה, ובשל כך היא נוטלת גלולות למניעת הריון. היא מרוויחה כ-25\$ לחצי שעה, וזה אותו הסכום שהסרסור מקבל. היא מרוויחה כ-5,000\$ בחודש אך מצליחה לחסוך רק כ-1,000\$. היא מקווה "להרוויח מיליון דולר".

גינה מדרגת את בריאותה הכללית כטובה. אין לה מחלות רציניות, יש לה מספר תלונות קטנות (כאבי שיניים מידי פעם, כאבים מידי פעם ברגלה השמאלית). היא מעשנת כ-1.5 חפיסות ביום. היא לא עברה הפלה.

גינה שבעת רצון מחייה וחשה שיש לה שליטה על החיים. היא אופטימית לגבי העתיד. כשנתבקשה לדמיין את עצמה בעוד 5 שנים היא אמרה שהיא מקווה להישאר בישראל, להינשא וללדת ילדים.

גינה מייצגת תת-קבוצה במדגם עם משיכה ספציפית לעבודת מין, הנאה וגאווה בעבודה. 5 מתוך 55 הנשים נמצאו שייכות לקבוצה זאת.

## דיון

מחקר זה מוגבל על ידי כמה עובדות; העובדה כי הוא מבוסס על דיווחים עצמיים, העובדה כי יתכן שהופעה כפייה לא ישירה על ההיענות בגלל שהפניה הראשונית נעשתה באמצעות בעלי בתי בוש, והעובדה שיתכן שהטיות בעת הדגימה יצרו מדגם לא מייצג. אולם, התשובות לשאלת הסטטוס החוקי בארץ מראות שהמשיבות לא חששו להגיד את האמת. כמה מסקנות עשויות להיות תקפות ולהיות לעזר לקובעי מדיניות, עד שנתונים טובים יותר יהיו קיימים: (א) זנות היא תופעה חברתית רחבת היקף, שקשורה באופן הדוק לסחר לא חוקי בנשים, ואינה מבוססת על עובדות מקומיות. (ב) למרות האמור ב- (א) כמעט כל הנשים המעורבות הן נשים בוגרות העוסקות בכך בהסכמה (consenting adults) במובן המשפטי, אפילו אם הן נאלצו לעסוק בזנות עקב תנאים כלכליים חמורים ביותר בארצות המוצא שלהן (Pederson, 1994). (ג) נראה שתדירות השימוש של הנשים בקונדום בעת מין גינלי, הולמת, אולם למין אורלי נראה שאין תדירות השימוש מספקת. (ד) שיעורי PTSD ודיכאון במחקר שלנו היו נמוכים ביחס לחלק מהמחקרים על זנות (Farley & Barkan, 1998), אבל הממצאים עדיין דורשים תשומת לב וטיפול. שיעורי PTSD ודיכאון שדווחו במדגם שלנו דומים לשיעורים שדווחו במדגמים של נשים שעברו התעלות פיזית או מינית בילדות, אבל גבוהים ביחס למה שנמצא בכלל האוכלוסייה (Farley & Barkan, 1998; Perkins & Lovejoy, 2000). בניגוד למחקרים אחרים (ראה לדוגמה, Green et al., 1993), מחקר זה התמקד בעובדות בתי בוש בלבד, שתנאי עבודתן מוגנים יותר ביחס לזונות רחוב. כמו כן לא מיוצגות במחקר זה נערות ליווי עצמאיות.

חוק ישראלי חדש נגד סחר בנשים הופך את סוגיית ההסכמה של הנשים המעורבות ללא רלוונטית מבחינה משפטית. אולם, ההיסטוריה הכלכלית מראה כי החוק אינו מבער פעילות מינית הנעשית על ידי בוגרים בהסכמה. אם כך, חינוך של עובדות המין, הלקוחות שלהן והמעסיקים שלהן לחשיבות השימוש בקונדום הוא קריטי למניעת הפצה רחבת היקף של אידס לאוכלוסיית הלקוחות. יתרה מכך, הסטטוס של הנשים הללו, כעובדות זרות לא חוקיות, יוצר בעיה בנגישות לשירותי בריאות נאותים וכרוך בדרך כלל בהוצאות כספיות גבוהות, שהן נאלצות לממן בעצמן. מכאן, שאבחון וטיפול במחלות מין אינו סביר. יצירת נגישות לשירותים חברתיים הכוללים ייעוץ לנשים אלה היא קריטית, הן על מנת להקטין את הסבל הנפשי של הנשים הסובלות מ- PTSD ודיכאון, והן כדי ליידע אותן על זכותן לעזוב את הזנות ולהשיג תעסוקה אלטרנטיבית.

המדגם ממנו נלקחו מקרים אלה אינו שיטתי ולא ניתן להעריך את החלק היחסי של כל תת-טיפוס. בנוסף, עבודת מין מסחרית הנה תופעה אנושית מתפתחת תמידית, שונה ממדינה למדינה וממקום למקום. יתכן כי הלחצים הכלכליים האדירים במדינות מזרח אירופה יצרו

מצב שבו יותר נשים מרקע פסיכולוגי "נורמטיבי" מוכנות לעסוק בעבודת מין מסחרית במערב, ביחס לתקופות אחרות. ללא ספק, יצאניות רחוב בניירובי, למשל, מהוות מדגם שונה בתכלית (Farley & Barkan, 1998). חשוב כי חוקרים המגבשים שאלות מחקר יזכרו את הפוטנציאל האדיר להטרוגניות של עובדות בתעשיית המין, כפי שהודגם בפרק היסטוריות המקרה שהוצג כאן.

## ביבליוגרפיה

צוויקל, ג., ברק, נ. (2004). בריאות ורווחה של נשים יהודיות בנגב. נייר עבודה מס' 2. המרכז לחקר וקדום בריאות האישה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע.

Bullough, B., & Bullough, V. (1996). Female prostitution: current research and changing interpretations. *Annual Review of Sex Research*, 7, 158-180.

Carr, S. V. (1995). The health of women working in the sex industry - a moral and ethical perspective. *Sexual and Marital Therapy*, 10, 201-213.

Cwikel, J., Ilan, K. & Chadukov, B. (2003) Women brothel workers and occupational health risks. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 809-815

Farley, M., & Barkan, H. (1998). Prostitution, violence against women and Post-traumatic Stress Disorder. *Women and Health*, 27, 37-49.

Green, S. T., Goldberg, D. J., Christie, P. R., Frischer, M., Thomson, A., Carr, S. V. & Taylor, A. (1993). Female streetwalker-prostitutes in Glasgow: a descriptive study of their lifestyle. *AIDS Care*, 5, 321-335.

Hollander, X. (1996). *The Happy Hooker*, Buccaneer Books.

Pederson, K. (1994). Prostitution or sex work in the common market? *International Journal of Health Services*, 24, 649-653.

Perkins, R., & Lovejoy, F. (1996). Healthy and unhealthy life styles of female brothel workers and call girls (private sex workers) in Sydney. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20, 512-516.

Radloff, L. (1997). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.

Sherbourne, C. D., Dwight-Johnson, M., & Klap, R. (2001). Psychological distress, unmet need, and barriers to mental health care for women. *Women's Health Issues*, 11, 231-243.

Stein, M.B., McQuaid, J. R., Pedrelli, P., Lenox, R. & McCahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 4, 261-269.

# מצוקה פוסט טראומטית לאחר לידה

רונית ארצי-שהרבני<sup>1</sup>



החוקרים המתייחסים באופן תיאורטי להריון ולידה נחלקים לאלו הרואים מצבים אלה כשלב התפתחותי אצל האישה ולאילו הרואים אותם כמצב של לחץ. בספרות הפסיכואנליטית הקלאסית ההתייחסות לתקופת ההריון והלידה היא כאל תקופה קריטית, המעלה מתחים ובעיות שהיו קיימים קודם לכן, גורמת לשינוי במערכת ההגנות, בדימוי העצמי וביחסים עם אחרים בעלי משמעות. הגישה ההתפתחותית טוענת כי נדרשת הסתגלות פסיכולוגית בכיוון של זהות ובשלות אימהית (Benedek, 1970; Bibring, 1959; Deutch, 1944). לפי הגישה המתייחסת להריון וללידה כאל מצב לחץ, האישה ההרה מתקשה להתמודד עם קשיי ההווה, עקב ירידת כוחות האגו (Leifer, 1977; Russell, 1974). מחקר בתחום זה מצא כי אירוע הלידה תואר כמצב של עקה מוגברת, וכתקופה מעוררת לחץ של שינויים ושל שיבוש הדפוסים הקיימים (Hopkins, Marcus & Campbell, 1984). חוקרים אחרים מדגישים את הדרישה לחזרה מהירה לתפקוד תקין כמקור ללחץ נוסף (Cox, 1988). להערכתה של Shainess (1959), מצבה של היולדת דומה למצב של חייל בקרב, כיוון שאצל שניהם יש גיוס מרבי וניצול כל הכוחות הפיזיים והנפשיים, ושניהם מרגישים בודדים במערכה מבחינה רגשית וחברתית. בהמשך לאנלוגיה זו, הסקירה הנוכחית באה לבחון האם, עבור חלק מהנשים, "קרב הלידה" מכיל אלמנטים טראומטיים.

## תסמונת פוסט טראומטית

התגובה הפסיכולוגית האבנורמלית הנפוצה ביותר לאחר חשיפה לטראומה הנה התסמונת הפוסט טראומטית (Post Traumatic Stress Disorder- PTSD). בהגדרה הפנומנולוגית הנוכחית, מורכבת הפרעה הפוסט טראומטית משלושה סוגים עיקריים של סימנים:

---

<sup>1</sup> רונית ארצי שהרבני, דוקטורנטית במחלקה למדעי ההתנהגות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב. עבודה זו נתמכה על ידי המרכז לחקר וקידום בריאות האישה



א. סימני חודרנות והתנסות מחדש בטראומה, כגון זיכרונות חודרניים בלתי נשלטים, חלומות בלהה, מצוקה פסיכולוגית בעת חשיפה לגירוי המזכיר את האירוע הטראומטי.  
ב. סימני הימנעות, שהם בעיקרם הימנעות מחזרה לגירויים הקשורים לאירוע הטראומטי וירידה בתגובתיות באופן כללי. בכלל זה נמצאים הימנעות ממצבים או גירויים המאזכרים את הטראומה והימנעות ממחשבות וזיכרונות על האירוע הטראומטי.  
ג. סימנים של עוררות יתר, הכוללים הפרעות בשינה, מתח, דריכות, עצבנות, התפרצויות ותגובה מוגזמת לרעשי פתע (startle response).

התסמונת הפוסט טראומטית היא ההפרעה הפסיכיאטרית היחידה המחייבת חשיפה של האדם לאירוע לחץ אובייקטיבי חיצוני. כאשר התסמונת הוגדרה לראשונה ב- DSM-III (1980), הקריטריון לאירוע הטראומטי הוגדר כאירוע מחוץ לטווח החוויות הנורמאלי של האדם, המעורר סימפטומים של מצוקה אצל רוב האנשים. ב- DSM-IV (1994) שונתה ההגדרה והאירוע הטראומטי הוגדר כ"אירוע המערב מוות ממשי או פגיעה גופנית, איום לשלמות הגופנית של האדם או של אחרים והאדם מגיב אליו בפחד אינטנסיבי, חוסר ישע או אימה". בהגדרה זו יש הן התייחסות לחומרה האובייקטיבית של האירוע הטראומטי והן התייחסות לתגובה הסובייקטיבית של האדם. תחילתו של המחקר בתחום זה התמקדה בעיקר בתגובות הרגשיות של חיילים שנחשפו לאירועים טראומטיים, מלחמתיים וצבאיים. מאז חל שינוי והחלה חקירה של אירועים אחרים, כמו אסונות טבע (Green, 1995), תאונות דרכים (Burstein, 1989) ופציעה פיזית (Blanchard, Hickling, Mitnick, & Taylor, 1995). יחד עם זאת, עדיין על פי DSM-IV (1994), יכולים להיכלל רק אירועים בעלי עוצמה חזקה, המהווים איום על החיים. עדויות מחקריות חולקות על קביעה זו ומעידות על קיומם של סימפטומים פוסט טראומטיים גם לאחר אירועים כמו גירושין, פיטורין, בעיות כלכליות, מחלות קשות, הפלות ותאונות דרכים ללא פציעה, אשר אינם נכללים בהגדרה הזו של אירוע טראומטי (Goldberg & Gara, 1990; Jones & Peterson, 1993; Resnick et al., 1993; Scott & Stradling, 1994, Solomon, Canino & Glorisa, 1990).

בהקשר זה עולות מחלוקות רבות לגבי דפוס הסימפטומים המופיעים באבחנה של PTSD. טענה אחת היא כי דפוס הסימפטומים של ההפרעה נשען ברובו על מחקר של חיילי ויטנאם, שנחשפו לאירוע לחץ מיוחד במינו ולכן עולה השאלה עד כמה דפוס הסימפטומים אכן מייצג אירועים טראומטיים אחרים.

בעייתיות נוספת לגבי ההגדרה של PTSD קשורה לכך שההתייחסות האבחנתית כיום הינה דיכוטומית, על פי אלגוריתם מסוים. כך ייתכן מצב בו נבדקים רבים ידווחו על רמות גבוהות של סימפטומים פוסט טראומטיים, מבלי שיאובחנו כבעלי PTSD מלא. תופעה כזו מתרחשת לאחר אירועים טראומטיים חזקים בעוצמתם, ויתרה מזאת, לאחר אירועים טראומטיים פחות קיצוניים (McMillen, North & Smith, 2000). מחקרים רבים מעידים כי אחוז המשתתפים העונים על הקריטריונים לגבי הסימפטומים של חודרנות ועוררות, גדול יותר מאשר אלו העונים על הקריטריון ההימנעותי, ובשל כך מסיקים כי הדרישה למילוי

אחר שלושה סימפטומים הימנעותיים מחמירה מאד ( Klipatrick & McMillen et al., 2000; Resnik, 1993; Schutzwohl & Maercker, 1997). כך, אנשים בעלי סימפטומים פוסט טראומטיים אינם מאובחנים כהלכה, מאחר ואינם עומדים במלוא הקריטריונים ההימנעותיים (Davidson & Foa, 1993). במטרה לפתור בעיה זו, חוקרים בתחום הטראומה הטביעו את המונח PTSD חלקי ( Stein et al., 1993; Rothbaum & Foa, 1993; Blanchard et al., 1995; Weiss et al., 1992; al., 1997), אם כי אין הסכמה בין החוקרים לגבי הקריטריונים לסינדרום זה. המשגה זו מתייחסת להפרעה הפוסט טראומטית כהפרעה הנמצאת על רצף, תוך התייחסות לעוצמות שונות והבדלים בשכיחות ההפרעה (Keane, 1993). מגמה דומה קיימת בחקירת הפרעות רגשיות לאחר הלידה כרצף, ולא בהכרח כאבחנות נפרדות (Hannah et al., 1992).

### הקשר בין PTSD לדיכאון

הקשר בין התסמונת הפוסט טראומטית להפרעות דיכאוניות, כתגובות אופייניות לאירוע טראומטי, נחקר רבות. מחקרים רבים, הבוחנים את שכיחות ההפרעות הללו בקרב אוכלוסייה שעברה טראומה, מדווחים על קומורבידיות גבוהה. ממצאים אלו חוזרים במדגמים שונים, ללא קשר לסוג האירוע הטראומטי. שיעורי הקומורבידיות עבור אנשים עם PTSD, בעלי דיכאון מאגורי, מגיעים עד ל- 56%, לגבי דיכאון עכשווי, ועד ל- 90%, לאורך החיים (Bleich et al., 1997; Breslau et al., 1997, 2000; Kessler et al., 1995).

בשל השכיחות הגבוהה של שתי ההפרעות, עולה הטענה שיש צורך לבדוק את תוקפה של PTSD כקטגוריה דיאגנוסטית נפרדת. המתאם הגבוה, או ההתרחשות בו זמנית של שתי ההפרעות, הינם אשליה, מאחר וקיימת חפיפה בין סימפטומים פוסט טראומטיים לדכאוניים (Davidson & Foa, 1991). בחינה מדוקדקת של הסימפטומים מעלה כי חלק מהסימפטומים ההימנעותיים: הפרעות שינה או אינסומניה, קשיי ריכוז, ואובדן עניין בפעילויות שהיו קודם מהנות (אנהדוניה) הנם גם חלק מהסימפטומים של דיכאון מאגורי. כן עולה כי בשתי ההפרעות ישנו צמצום של האפקט, ניתוק רגשי ופסימיות לגבי העתיד. תמיכה לכך נמצאה גם בניתוח סטטיסטי, בשיטה של ניתוח גורמים בין הסימפטומים ההימנעותיים בתסמונת הפוסט טראומטית לבין דיכאון (Blanchard et al., 1998). עם זאת, נמצא כי גם כאשר מחמירים את הקריטריונים האבחנתיים של אחת ההפרעות, או מפחיתים את הסימפטומים החופפים, עדיין מרבית הנבדקים יאובחנו גם כסובלים מ-PTSD וגם כסובלים מדיכאון מאגורי (Blanchard et al., 1998). מכאן, יש המסיקים כי PTSD היא קטגוריה אבחנתית נפרדת ולא ביטוי שונה של אותה האבחנה (Shalev et al., 1998). טענה זו גם אומתה במחקרים ביולוגיים (Yehuda et al., 1993). מכאן עולה השאלה, האם מדובר בשתי הפרעות בלתי תלויות, כתגובה לאירוע טראומטי, או בהפרעות השזורות זו בזו בהתפתחותן. שאלה זו מעלה סוגייה נוספת לגבי הכרונולוגיה של התפתחות ההפרעות, איזו מהן היא העיקרית, כתגובה לאירוע הטראומטי ואיזו המשנית.

הסבר מרכזי טוען כי קיימת פרה-דיספוזיציה, המשותפת לשתי ההפרעות, כאשר החוויה הטראומטית מהווה את הזרז הפסיכולוגי לשתי ההפרעות (McFarlane & Papay, 1992). הסבר אלטרנטיבי טוען כי דיכאון, המתפתח לאחר אירוע טראומטי, הוא תוצר משני ל-PTSD ולא תוצר של פרה-דיספוזיציה משותפת. גישה רווחת נוספת גורסת כי היווצרותם של סימפטומים פסיכיאטריים הינה תוצר של מצוקה מסימפטומים פוסט טראומטיים, ורואה בדיכאון תגובה למצוקה ולייאוש, הנגרמים מהסימפטומים הפוסט טראומטיים (Breslau et al, 1997). אישוש לטענה זו מתקבל ממחקרים המדווחים כי הסיכון לפיתוח דיכאון מאגיורי לאחר אירוע טראומטי גבוה יותר בקרב אנשים עם PTSD מאשר בקרב אנשים ללא PTSD (Breslau et al, 1997). במחקר פרוספקטיבי שבו הוערכה רמת הסיכון, לאחר מעקב של 5 שנים, הגבירה חשיפה לאירוע טראומטי את הסיכון לדיכאון מאגיורי בקרב אנשים שפיתחו PTSD, אבל לא אצל אלו ללא PTSD. (ניתוח הנתונים מעלה כי לא הייתה השפעה לסוג האירוע הטראומטי) (Breslau, Glen, Edward & Lonni; 2000).

המאמר הנוכחי מתמקד בחוויית הלידה כאירוע בעל אספקטים טראומטיים. סקירה ספרותית מקיפה, שנערכה בנושא של הפרעות רגשיות לאחר הלידה, מעלה כי מרבית המחקרים הבוחנים את ההפרעות הרגשיות של נשים לאחר לידה ( Post partum mood disorder) מתמקדים בהפרעות הדיכאוניות. ההפרעות הרגשיות שלאחר לידה מסווגות בדרך כלל לשלוש קטגוריות, בהתאם למידת החומרה: Blues, Depression, Psychosis. מחקרים מציינים כי התופעות הדיכאוניות מופיעות בשכיחות של עד 85% (Cutrona, 1983). השכיחות הגבוהה הזו אף גרמה להתייחסות להפרעות הרגשיות הדיכאוניות לאחר לידה כאל חלק מהחוויה האימהית (Kron, 1989). בשל שכיחות ההפרעה הדיכאונית לאחר לידה, וקומורבידיות של הפרעות דיכאוניות עם PTSD, תעריך הסקירה הנוכחית את קיומן של שתי ההפרעות, תוך בחינה האם מצוקה פוסט טראומטית הינה ישות נפרדת ומובחנת מהמצוקה הדיכאונית.

## אפיונה של חוויית הלידה

עולות מחלוקות רבות סביב השאלה האם לידה יכולה להיכלל תחת ההגדרה של אירוע טראומטי. בניגוד לאירועים טראומטיים אחרים, הלידה אינה אירוע פתאומי. יחד עם זאת, ישנם מספר אפיונים אשר מצביעים על כך כי היא טומנת בחובה אלמנטים טראומטיים.

במהלך הלידה, נשים רבות חוות איום ממשי לפגיעה פיזית או למוות, שלהן או של תינוקן (Grimes, 1994, Moleman, et al., 1992). Boyce & Condon (2001) מתארים כי נשים רבות, במהלך לידה כואבת, האמינו כי גופן נקרע או נהרס באופן בלתי הפיך. כן עולה פחד עצום לחייו של התינוק ולדיפורמציה או לנזק שיפגעו ברווחתו. ניטור דופק העובר מגביר את מודעותה של האישה לסכנות שיכולות להתעורר אצלו במהלך הלידה. מחקר, שבחן מצוקה פסיכולוגית אצל נשים, מצא רמות גבוהות יותר של לחץ אצל נשים עם מוניטור עוברי מאשר אצל נשים ללא אמצעי מעקב זה (Shalev et al., 1985). החששות לחיי התינוק או האם

מוחרפים כאשר ישנו סיבוך גניקולוגי ונדרשת התערבות רפואית. כפי שכבר הוזכר, תחושת האיום על חייו של האדם או של אחרים מהווה חלק מהקריטריון להגדרת אירוע כטראומטי.

אלמנט נוסף העלול להפוך את האירוע לטראומטי הנו תחושה של אבדן שליטה וחוסר אוניס (Ballard, Stanley & Brockington, 1995). התרחשות הלידה במסגרת אשפוז פוגעת אצל חלק מהנשים בתחושת השליטה (Wertz & Wertz, 1989).

הלידה כוללת לעיתים קרובות התערבויות רפואיות או ניתוחיות, כמו למשל, ניתוח קיסרי או מתן אפידורל. הספרות העכשווית לגבי התסמונת הפוסט טראומטית מדווחת כי התסמונת, או הסימפטומים, יכולים להתפתח לאחר התערבויות רפואיות או ניתוחיות סטרסוגניות (ראה למשל, Fisch & Tadmor, 1989; Amir & Ramati, 2001), התערבות רפואית חודרנית (Shalev et al., 1993), והתערבות גניקולוגית (Menage, 1993). עם זאת, מחקרים מועטים מתייחסים למצוקה הרגשית לאחר לידה כקשורה לאספקטים של תהליך הלידה עצמו, כהליך אשפוזי, רפואי, חודרני. Doering, Entewisle & Quinlan (1980), משווים את מצב ההריון והלידה למצב ניתוח. ההריון מקביל לתקופת ההמתנה לניתוח, בה מוצאים החששות והפחדים לקראת שיא הלחץ. הלידה מקבילה לניתוח, והתקופה שלאחר הלידה, מקבילה להתאוששות מהניתוח.

קיימת סברה כי החוויה של כאב אינטנסיבי יכולה להוביל לתפיסת האירוע כטראומטי. Schreiber & Galai (1993), במחקרם על אנשים שנפצעו בתנאים טראומטיים, מצאו כי לא הפגיעה כשלעצמה גרמה לתפיסת האירוע כטראומטי, אלא תחושת הכאב. Melzack et al. (1981), מצאו, כי הכאב המדווח בלידה הוא חזק מאד בעוצמתו. Melzack (1993), מצא כי 10 מתוך 28 נשים, לקראת הלידה השניה, פחדו מהכאב החזק של צירי הלידה, אותו יכלו לשחזר לאחר זמן רב, בצורה מוחשית וחייה, ממש כמו לאחר הלידה. בשל כך, העדיפו נשים אלו ללדת את הלידה הבאה בניתוח קיסרי. נמצא כי זיכרון של תחושות הכאב בלידה, זהה גם לאחר 3 שנים מהלידה (Niven, 1988; Niven & Gijbers, 1984; Ryding, 1993).

### **סימפטומטולוגיה פוסט טראומטית לאחר לידה**

עד לאחרונה, מחקרים מועטים בחנו את החוויה הסובייקטיבית של הלידה עצמה כאירוע טראומטי. המחקרים הראשונים מבוססים על ניסיון קליני, ומציגים תיאורי מקרה, עדויות אנקדוטיות או חוקרים מדגמים קטנים (Allen, 1998; Ballard et al., 1995; Niven, 1988; Ryding, Wijma & Wijma, 2000). ממצאי מחקרים אלו מעידים על שיעורי סימפטומים פוסט טראומטיים, הנעים מ- 15% ועד ל- 74%, בתקופת הפוסט-פרטום, לאחר הלידה. ההבדל בשיעורים השונים של הסימפטומים נובע מסיבות מתודולוגיות, כמו שימוש בכלי ההערכה שונים ל-PTSD ומשך הזמן שבו נבדקו הנשים לאחר הלידה. מחקרים שנעשו לאחרונה, המבוססים על מדגמים גדולים יותר, מדווחים על שכיחות של ההפרעה הפוסט

טראומטית, הנעה בין 1 עד 6 אחוזים לאבחנה מלאה של PTSD (Ayers & Pickering, 2001; Creedy, Shochet & Horsfall, 2000; Czarnocka, & Slade, 2000; Wijma, Soderquist & Wijma, 1997), ו-6 עד 24 אחוזים לסימפטומים חמורים, ללא אבחנה מלאה או חלקית של PTSD (Czarnocka, & Slade, 2000; Niven, 1992; Menage, 1993). מרבית המחקרים מבוססים על ניתוחי post-hoc, ללא התייחסות ספציפית לטראומת הלידה כדי להעריך סימפטומים פוסט טראומטיים (Niven, 1992), או כוללים טראומות גניקולוגיות אחרות בנוסף ללידה (Menage, 1993), ללא שימוש במדידות סטנדרטיות (Wijma, et al., 1997), או לא מתייחסים למצוקה פוסט טראומטית בהריון (Creedy, et al., 2000; Czarnocka, & Slade, 2000).

מרבית המחקרים הנם מחקרי רוחב או מחקרים רטרוספקטיביים, מה שמקשה על ההערכה האם הסימפטומים הפוסט טראומטיים מקדימים את הלידה ומחריפים לאחר הלידה, או האם הסימפטומים מתעוררים כתוצאה מהלידה. לאחרונה, נערכו שני מחקרי אורך הבוחנים סימפטומים פוסט טראומטיים לפני הלידה ומשתנים הקשורים ללידה, כמנבאים מצוקה פוסט טראומטית. הממצאים מעידים על שיעורים הדומים לדיווחים קודמים, הנעים מ-3-6 אחוזים בשכיחות ההפרעה, תוך ירידה ל-1.5% לאחר כחצי שנה מהלידה (Ayers & Pickering, 2001; Creedy et al., 2000).

משתני רקע שנמצאו קשורים לפיתוח סימפטומים פוסט טראומטיים, הנם היסטוריה של בעיות נפשיות (Czarnocka & Slade, 2000; Wijma, et al., 1997) ודיכאון לפני הלידה. כן נמצא כי גורמי אישיות הם בעלי תפקיד מכריע בדרך בה אישה מעבדת את חווית הלידה. 'נוירוטיזם', נמצא קשור יותר לסימפטומים של חודרנות והימנעות (Lyons, 1998). חרדה, כתכונת אישיות, נמצאה כגורם פגיעות לפיתוח סימפטומים פוסט טראומטיים (Czarnocka & Slade, 2000). מנגד, 'אקסטרורטיות', מהווה גורם חוסן כנגד פיתוח סימפטומים טראומטיים (Lyons, 1998).

משתנים הקשורים ללידה עצמה, המגדירים את חומרת הלידה, כמו ניתוח חירום קיסרי, לידת מלקחיים, לידת ואקום, כמות חומרים משככים ומידת הסכנה לתינוק, תרמו להתפתחות של סימפטומים פוסט טראומטיים (Creedy, et al., 2000).

התפיסה הסובייקטיבית של הלידה מהווה גורם מרכזי, הקשור להיווצרותם של סימפטומים פוסט טראומטיים. נשים שחוו את הלידה כאירוע שלילי, תוך דגש על הפער בין הציפיות לפני הלידה לבין תהליך הלידה הלכה למעשה, פיתחו יותר PTSD. גם נשים לאחר ניתוח קיסרי, עם ציפיות חיוביות שהפכו לאכזבה ועם פחד שהתממש, חוו את הלידה כאירוע טראומטי ודווחו על סימפטומים פוסט טראומטיים (Wijma, et al., 1997, Ryding, et al., 2000). ניתוח איכותי מצא כי הגורם המרכזי בחוויית כל הנשים, שתפסו את הלידה כאירוע טראומטי, קשור לתחושה כי אינן בשליטה. זהו גורם המנבא מצוקה פסיכולוגית,

שיכול להוות גורם מאיץ ל- PTSD. ניתן לציין כי תקשורת יעילה עם הצוות הרפואי במהלך הלידה מגבירה את תחושת השליטה ומשפיעה על הרווחה הנפשית לאחר הלידה (Czarnocka, 1993; Ryding, 1990; Oakley & Rajan, 2000; Slade, 2000).

המחקרים, הבוחנים מצוקה פוסט טראומטית לאחר לידה, מקשרים בין סגנונות אישיות, תפיסת השליטה, הערכה קוגניטיבית ותמיכה חברתית לבין סימפטומטולוגיה פוסט טראומטית. אולם, מחקרים אלו לא בוחנים אם מידת קיומם של סימפטומים אלו שונה ממידת קיומם של הסימפטומים הדיכאוניים, או שמא למעשה מדובר באותה התסמונת. הסקירה הנוכחית באה להוכיח כי, מעבר למצוקה הדיכאונית, קיימים סימפטומים פוסט טראומטיים שאינם מייצגים את אותה ישות. בהמשך, באה הסקירה הנוכחית להציע מודל פסיכולוגי מורחב, שיאפשר להבין את האינטראקציה בין גורמים תוך אישיים ובין אישיים, בהתפתחות סימפטומטולוגיה פוסט טראומטית.

### **משתני פגיעות ל- PTSD**

הסוגיה, מי הם האנשים המפתחים PTSD לאחר חשיפה לאירוע טראומטי, נחקרה רבות. חשיפה לאירועים טראומטיים היא נפוצה למדי. עם זאת, רק מיעוט מבין האנשים הנחשפים מפתחים PTSD (van der Kolk, McFarlane & Weisaet, 1996). מחקרים רבים ניסו להסביר מה מבחין בין אנשים המפתחים את התסמונת לבין אלו שאינם מפתחים אותה. במסגרת מחקרים אלו חולקו גורמים הקשורים להתפתחות התסמונת לשלוש קבוצות: גורמי סיכון הקודמים לטראומה, כמו משתני רקע רבים וגורמים אישיותיים; גורמי סיכון בזמן האירוע הטראומטי, כמו הבדלים בחוויה הטראומטית וגורמי לחץ לאחר הטראומה, כמו העדר תמיכה חברתית (Bremner, Southwic & Charnney, 1995).

### **גורמי אישיות**

מרבית המחקרים המעריכים את גורמי האישיות מודדים אותם לאחר חשיפה לאירוע טראומטי. בשל כך עולה קושי להעריך את תרומתם לניבוי התסמונת הפוסט טראומטית. יחד עם זאת, מחקרים אלו מצביעים על פרה-דיספוזיציות אישיותיות, המהוות גורמי פגיעות או חוסן בהתפתחות PTSD. 'ניורטיזם', תכונת האישיות שנחקרה בצורה המקיפה ביותר, נמצאה בעלת קשר חזק לנוכחות של PTSD (Breslau, Davis, Andreski et al., 1991; King et al., 1999; Lyons, 1991; King et al., 1998). תכונות אישיות שנמצא שהן מהוות גורמי חוסן בפני פיתוח PTSD הן 'hardiness' (חוסן) (Lyons, 1991; King et al., 1998) ו-'resilience' (יכולת עמידות) (King et al., 1999). אחד המחקרים הפרוספקטיביים שהעריך תכונות אישיות, לפני חשיפה לפריסה צבאית ולאחריה, מצא כי חשיפה לאירועים טראומטיים הייתה הגורם המשמעותי ביותר לניבוי PTSD, תכונות האישיות 'נגטיביזם' ו'פסיכופאטיות' היו הגורם השני בחשיבותו (Bramsen, Dirkzwager & van der Ploeg, 2000). מחקר אורך נוסף בחן תכונות אישיות, בקרב אוכלוסייה של סטודנטים, לפני שירות צבאי במלחמת וייטנאם ולאחריו,

תוך הערכת סימפטומים של PTSD. נמצא כי תכונות אישיות של גבריות-נשיות ופסיכופאטיות, ניבאו סימפטומים פוסט טראומטיים (Schnurr, Freidman & Rosenberg, 1993).

### **אירועים טראומטיים קודמים**

הספרות הכללית לגבי PTSD מעלה, כי קיימת חשיבות להשפעה של אירועים טראומטיים קודמים בחיים על הבריאות הנפשית. Ruch, Chandler & Hunter (1980), מציעים ארבעה מודלים אפשריים להסברת ההשלכות של אירועי דחק קודמים על עמידות או פגיעות, הכרוכות בחשיפה ללחץ נוסף. א. מודל הפגיעות, לפיו אירועי דחק לוחצים מהווים גורמים הפוגעים בשווי המשקל הפנימי של האדם, מדללים את מאגרי ההתמודדות הדרושים להישרדות ולכן מגבירים את פגיעותו של האדם. ב. מודל הפגיעות השני, קובע שהחשיפה לעוצמות גבוהות מאד, או נמוכות מאד, של לחץ היא בעלת השפעה מזיקה, בזמן שחשיפה ללחץ מתון עשויה להיות חיובית. ג. מודל הצמיחה, טוען שחשיפה ללחץ בעבר מחשלת ומחסנת את האדם. חשיפה זו מאפשרת רכישת מיומנות והתמודדות אפקטיבית. ד. מודל ההדחקה, טוען כי אירועי דחק קשים במיוחד עלולים להשפיע בצורה קשה על הנפש, ללא קשר לאירועי דחק קודמים, ולגרום ל- PTSD. הסקירה הנוכחית מציגה את שני המודלים של הפגיעות לבדיקה אמפירית, ללא הכרעה ביניהם. כך נשאלת השאלה האם הלידה מהווה אירוע לחץ מתון, המחשל או פוגע באישה.

### **חומרת האירוע הטראומטי**

עצמת החוויה הטראומטית עלולה להשפיע על הסיכוי כי אדם יפתח PTSD וכן על חומרת התסמונת שתפתח. עצמת החשיפה לטראומה מתבטאת בעליה במספר מקרי ה- PTSD (van der Kolk et al., 1996). מודל ה- adversity-distress, טוען לקיום קשר בין עצמת האירוע לבין התגובה אליו (dose-response relationship), כך שככל שהאירוע קשה יותר הוא יגרום ליותר מצוקה, שתמשך לזמן ארוך יותר (Bowman, 1997). Green (1993), טוענת כי גורם מרכזי בהבנת התפתחות התוצאות של אירוע טראומטי קשור לאירוע הטראומטי עצמו. במסגרת זו, היא מציעה שמונה ממדים המאפשרים לבחון את עוצמת האירוע הטראומטי: איום על החיים, פגיעה פיזית, פגיעה מכוונת באדם, חשיפה לזוועות, אובדן פתאומי של אדם אהוב, עדות ראיה או שמיעה על אלימות כלפי אדם אהוב, ידיעה על חשיפה לגורם המזיק לבריאות וגרימת מוות או נזק חמור אחר. הממדים האלו נחקרו ונמצאו קשורים להתפתחות PTSD (e.g. Green, 1993).

### **תפיסה סובייקטיבית של האירוע הטראומטי**

מחקרים מועטים בוחנים את השפעת התפיסה הסובייקטיבית של אירוע טראומטי על התפתחות תסמונת פוסט טראומטית. התפיסה הסובייקטיבית של אדם מעריכה את

תחושת השליטה של האדם בזמן החוויה הטראומטית, עד כמה חש פחד במהלך הטראומה וכד'. Leshem (1999), מצאה כי עצמת חווית המלחמה משפיעה על תפיסת החוויה שהאדם יוצר, וזו משפיעה על עוצמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים. כן נמצא קשר תיווך ייחודי, לפיו, מעבר להשפעה הכללית של משתנים אלו, קיימת השפעה ספציפית של עצמת המלחמה ותפיסתה על סימפטומים חודרניים. מחקרים שהתייחסו ללידה כאל אירוע טראומטי, בחנו את הקשר בין החומרה האובייקטיבית של הלידה לבין רמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים. מחקרים אלו העלו כי רמת ההתערבות של הצוות הרפואי, כמו לידת מלקחיים, ניתוח חירום קיסרי וכמות גדולה של חומרי הרדמה, קשורים לסימפטומים פוסט טראומטיים. לידת ואקום ודאגה לחיי התינוק נמצאו קשורים בקשר חלש יותר (Creedy, Shochet & Horsfall, 2000). כן עולה כי נשים, שהיו במהלך הלידה בעלות ציפיות חיוביות כלפי התהליך והתאכזבו, נמצאות בקבוצת סיכון לתגובה פוסט טראומטית (Ryding, et al., 2000).

המאמר הנוכחי יתייחס לטיפולוגיה זו ויבחן משתני רקע, אירועים טראומטיים קודמים וגורמי אישיות (סגנונות התקשרות), כגורמי סיכון הקודמים לטראומה; חומרת הלידה (אובייקטיבית וסובייקטיבית) ומידת האיום על החיים בזמן הלידה, כגורמים הקשורים לאירוע הטראומטי; ותמיכה חברתית נתפסת, כגורם משפיע לאחר הלידה.

למערכת ההתקשרות חשיבות רבה בהתמודדות עם אירועי לחץ והשפעתה רבה על הסתגלותה של האישה למעבר לאימהות. הסקירה הנוכחית תבחן את סגנונות ההתקשרות הבוגרת, כמדדים אישיותיים, העשויים להוות גורמי פגיעות או חוסן בפיתוח מצוקה פוסט טראומטית.

### סגנונות התקשרות

תיאורית ההתקשרות, שהוצגה על ידי Bowlby (1973, 1980), טוענת כי תגובת ההתקשרות מופעלת בזמן מצבי לחץ על מנת להגן על התינוק מפני סכנה. היא מופעלת כאשר תינוקות חווים מצוקה. מטרת תגובת ההתקשרות היא לשמור על קרבה לדמות מיטיבה, שאמורה לעזור לילד להפחית את המצוקה ולפתח תחושה של ביטחון ורווחה נפשית. ההתנסויות עם הדמויות המטפלות והמידה שבה דמויות אלה נתפסות כזמינות במצבי לחץ, מבנות אצל הילד מודלי עבודה פנימיים (internal working models). מבנים מנטאליים אלו כוללים ייצוגים פנימיים של אחרים ושל העצמי. האחרים מיוצגים על פי מידת הרגישות והזמינות לצרכיו של הפרט. העצמי יכול להיות מיוצג כבעל ערך וראוי לאהבה, או כחסר ערך ובלתי ראוי לאהבה. מודלים אלו מסייעים בגיבוש תפיסת העולם ובמתן פרשנות לאירועים חדשים. מודלי העבודה הפנימיים נוטים לעצב את הבנייה של יחסים מאוחרים יותר בחיים, ומשפיעים על האופן בו הפרט תופס ומפרש מידע בינאישי. מודלים אלו, הם ברי-עיצוב וגמישים לשינויים במהלך הילדות המוקדמת, אולם, לאחר שהוטמעו לתוך מבנה העצמי, נמצא שהם יציבים יחסית, ולפעמים אף מועברים בין-דורית (Main, Kaplan & Cassidy)



יצויבות והמשכיות סגנונות ההתקשרות אוששה (1985; Sroufe, Egeland, & Kreutzer, 1990). במחקרים רבים (ראה למשל Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer, Florian, & Weller, 1993). ממצאים אלו מחזקים את טענותיו של Bowlby, כי סגנון ההתקשרות הוא משתנה אישיות בסיסי, הנוצר ומתגבש במהלך החיים המוקדמים וממשיך להנחות ולכוון את ההתנהגות במהלך ההתבגרות.

Bowlby (1973), טען כי מודלי העבודה הם הגורם העיקרי להבדלים אינדיבידואליים בסגנונות ההתקשרות. בהתבסס על תפיסה זו, Bartholomew (1990), פיתחה מודל המתאר ארבעה סגנונות התקשרות, לעומת שלושה סגנונות ההתקשרות המקוריים, המבוססים על התיאוריה של Hazan & Shaver (1978) ושל Hazan & Shaver (1987). ארבעה סגנונות ההתקשרות מוגדרים על בסיס שני ממדים: עצמי-אחר וחיובי-שלילי. הדפוס הבטוח (secure) (מודל חיובי כלפי העצמי והאחר) - אדם עם סגנון התקשרות בטוח, בעל תחושת ערך עצמי אינטגרטיבית, המרגיש נוח ליצור יחסים אינטימיים. האחרים נתפסים כזמינים וראויים לאמון. הדפוס הטרוד (preoccupied) (מודל שלילי כלפי העצמי ומודל חיובי כלפי האחר) - אדם עם סגנון התקשרות זה מחפש אחר תחושת ביטחון ע"י קבלת הכרה ואישור מאחרים. הקלסיפיקציה הזו שונה מבחינה מושגית מזו של Hazan & Shaver (1987), בכך שהיא מחלקת את סגנון ההתקשרות הנמנע לשני סגנונות. הדפוס המבטל (dismissing-avoidant) (מודל חיובי כלפי העצמי ושלילי כלפי האחר) - אדם עם סגנון התקשרות זה מבטל את צרכי התלות ומתנתק רגשית על מנת לשמור על ערך עצמי חיובי. במהלך הזמן, הוא תופס את עצמו כעצמאי ומחוסן בפני אירועים שליליים, שיכולים לעורר את מערכת ההתקשרות. הוא משיג אוטונומיה ותחושה של ערך עצמי על חשבון אינטימיות. הדפוס המפחד (fearful-avoidant) (מודל שלילי כלפי העצמי והאחר) - אדם עם סגנון התקשרות מפחד צמא למגע חברתי ולאינטימיות, אך בו בזמן חסר אמון באחרים וחושש מדחייה, ולכן הוא נמנע מאינטימיות, כדי לא לחוות את הכאב שבדחייה או באובדן (Bartholomew & Horowitz, 1991).

במהלך השנים, חוקרים רבים הדגימו כי מערכת ההתקשרות מיוצגת בצורה הטובה ביותר דרך מבנה הנע על פני שני ממדים: הימנעות, או חוסר נוחות מקרבה, ותלות באחר וחרדה או פחד מדחייה ונטישה (Brennan, Clark & Shaver, 1998; Fraley & Waller, 1998). ממדים אלו נשענים תיאורטית על סגנונות ההתקשרות של Ainsworth et al. (1978), ואכן ניתוח מחדש מעלה כי תתי קבוצות של סגנונות התקשרות נובעים מדירוג רציף על פני הממדים - הימנעות וחרדה.

### **התקשרות ו- PTSD**

התייחסות מחקרית ענפה בוחנת את השפעת סגנונות ההתקשרות הבוגרים על מצוקה פסיכולוגית ופסיכופתולוגיה, אך החקירה בהקשר של התסמונת הפוסט טראומטית החלה רק לאחרונה. האפשרות לקשר בין התקשרות לא בטוחה לבין PTSD, נובעת מכך ששני

מצבים אלו מערבים תחושה של חוסר ביטחון וחוסר אמון ביחסים בינאישיים (Bartholomew & Horowitz, 1991; Stewart, 1996) ובשניהם עולה קושי בויסות רגשי (Alexander, 1992).

מספר מחקרים אמפיריים בדקו את הקשר בין סגנון ההתקשרות לבין סימפטומים פוסט טראומטיים, סביב אירועים טראומטיים ספציפיים - למשל, התקפת טילים על ישראל (Mikulincer, et al., 1993), והתעללות מינית בילדות (Alexander et al., 1998; Muller, Sicoli, & Lemieux, 2000). ממצאי המחקרים מראים, כי אנשים בעלי סגנון התקשרות לא בטוח מבטאים יותר סימפטומים פוסט טראומטיים מאשר אנשים עם התקשרות בטוחה (Alexander et al., 1998; Mikulincer et al., 1993). אנשים בעלי סגנון מפחד או טרוד, המייצגים מודל שלילי של העצמי, ביטאו את הרמות הגבוהות ביותר של סימפטומים פוסט טראומטיים. תפיסה שלילית של האחר לא נמצאה מנבאת סימפטומים פוסט טראומטיים (Muller, et al., 2000).

המקום של מערכת ההתקשרות בתקופת ההריון והלידה הוא בעל חשיבות מיוחדת. עדויות רבות נאספו לגבי התקשרות לעובר במהלך ההריון ומתעדות את השינויים החלים לאורך התקופה (ראה למשל, Bibring 1959). בהקשר זה נבחנה גם ההשפעה של קונפליקטים מוקדמים של האם סביב ההתקשרות שלה להוריה, במיוחד לדמות האימהית. Stern (1995), אף מכנה את הארגון הנפשי בתקופה זו כ"קונסטלציה אימהית של האם", וטוען כי היא מערבת ארגון נפשי ייחודי אצל האם, הממוקד באימה, בעצמה כאם ובתינוק. Mikulincer & Florian (1999), במחקר רוחב, בחנו נשים לאחר הלידה ומצאו כי נשים בעלות סגנון התקשרות לא בטוח ביטאו יותר מצוקה דיכאונית וחרדתית לאחר הלידה מאשר נשים עם סגנון התקשרות בטוח.

הסקירה הנוכחית תבדוק את תרומת ארבעה סגנונות ההתקשרות, המתעוררים בזמן הריון ולידה, לסימפטומטולוגיה פוסט טראומטית לאחר הלידה.

#### *תמיכה חברתית: התקשרות וסימפטומים פוסט טראומטיים*

אחת ההגדרות המרכזיות של המונח תמיכה חברתית, מתייחסת לקיומן או נגישותן של דמויות עליהן אפשר לסמוך, הנותנות לנו הרגשה כי הן דואגות אוהבות ומעריכות אותנו. על פי Sarason, Pierce & Sarason (1987, 1990), לתמיכה חברתית יש שני מרכיבים בסיסיים: התפיסה כי יש מספר מספיק של אנשים הנגישים בשעת הצורך, ומידת שביעות הרצון מסוג או כמות התמיכה המוצעת. לתמיכה חברתית נתפסת ובמיוחד לשביעות הרצון, יש קשר חזק למאפיינים אישיותיים של הפרט.

באופן עקבי, בספרות על מצבי לחץ, תמיכה חברתית נמצאה קשורה באופן ישיר למצוקה פסיכולוגית. המחקר בנושא של תמיכה חברתית בעת ההריון והלידה תומך באפקט המחסום (buffer effect), לפיו תמיכה חברתית חוסמת ומגנה בפני ההשפעות השליליות של

גורם הלחץ. החשיבות של תמיכה מבן הזוג, או מאנשים אחרים, תועדה שוב ושוב בהקשר של הריון ולידה, ונמצא כי העדר תמיכה מבן הזוג קשור למצוקה נפשית לאחר הלידה (Gotlib et al., 1991). כן נמצא כי נשים שזכו לתמיכה חברתית במהלך ההריון, חוו תוצאות חיוביות יותר של בריאות נפשית ופיזית במהלך הצירים, הלידה ולאחריה (Koniak-Griffin, Lomiska & Brecht, 1993). מכאן, כי תמיכה חברתית, במיוחד מדמויות קרובות ובעיקר מבן הזוג, מהווה גורם הממתן את הקשיים הכרוכים בתקופה זו.

תמיכה חברתית קיבלה התייחסות נרחבת כגורם מרכזי באטיולוגיה, התפתחות התסמונת הפוסט טראומטית והחלמה (ראה למשל, Jones & Barlow, 1990). Silver (1986), טוען כי נפגעי טראומה יכולים לחוות טראומה נוספת, המכונה secondary trauma, המתרחשת כאשר קורבן הטראומה הוא בעל ציפיות לקבלת תמיכה והגנה מהסביבה, אשר מתבדות. על פי Chalmers & Chalmers (1986), לאחר לידה טראומטית נשים יכולות לפנות לקבלת תמיכה מהסביבה. תגובות שליליות מהסביבה יכולות ליצור טראומה הדומה לחוויית הלידה עצמה.

קיימים מחקרים בודדים המאששים את הקשר של תמיכה חברתית נתפסת, כגון, תמיכה חברתית נתפסת מהמשפחה (Lyons, 1998), או מהצוות הרפואי, לילדת (Czarnocka & Slade, 2000; Ryding, Wijma, & Wijma., 1998; Wijma, et al., 1997), למיתון מצוקה פוסט טראומטית לאחר לידה. העדר של תמיכה חברתית מבן הזוג נמצא קשור לרמות גבוהות של סימפטומים פוסט טראומטיים (Ballard et al., 1995; Beech & Robinson, 1985; Menage, Niven, 1992).

### **תמיכה חברתית והתקשרות**

לתמיכה החברתית ולמערכת ההתקשרות אלמנטים משותפים רבים. תמיכה חברתית הוגדרה כתחושה של תמיכה, קבלה, אהבה ודאגה ותפיסה כללית שהאחר זמין כדי לספק תמיכה (Sarason, et al., 1990). לפי הגדרתה של Bartholomew (1990), מודלי עבודה פנימיים של העצמי והאחר, כוללים את התפיסה של עד כמה האחר נגיש וזמין לספק תמיכה בשעת מצוקה, את הציפיות והמוכנות לקבלת תמיכה ממנו וכן את התפיסה של עד כמה האדם מרגיש שווה ערך, נאהב ומקובל על ידי אחרים.

הבדלים אינדיבידואליים בסגנונות ההתקשרות משקפים דפוס ייחודי של קשר לתמיכה חברתית נתפסת במצבי לחץ. סגנון התקשרות בטוח קשור ליכולת להעריך בצורה מאוזנת מצבי לחץ. התקשרות בטוחה אף קשורה ליחסים מספקים, קרובים, עם יכולת לפנות אל האחר כדי לחפש תמיכה ולחוש כי האחר זמין ותומך (Hazan & Shaver, 1994; Mikulincer et al., 1993). מבחינה אמפירית, נמצא כי התקשרות בטוחה מנבאת תמיכה חברתית נתפסת (Blain, Thomson, & Whiffen, 1993; Bartholomew, Cobb, & Poole, 1997). התקשרות טרודה קשורה לרגישות יתר לתפיסה של לחץ או לאיום, ומלווה ברמות גבוהות של חרדה

ומצוקה (Bartholohmew & Horowitz, 1991; Mikulincer et al., 1993). האסטרטגיה העיקרית להתמודדות עם מצוקה הינה לחפש, באופן עקבי, תמיכה מדמויות ההתקשרות, בצורה תובענית, תוקפנית ומניפולטיבית, תוך ביטוי תקיף של המצוקה (Bartholohmew & Horowitz, 1991). במערכת יחסים קרובה, בעלי דפוס התקשרות טרוד חרדים בצורה כרונית, והיחסים מאופיינים בקנאה וחוסר סיפוק (Hazan & Shaver, 1987). כל אלו, מובילים לתחושה של חוסר שביעות רצון מן הרמה והאיכות של התמיכה המוצעת.

שני הדפוסים הנמנעים, המפחד והמבטל, שותפים לאסטרטגיה ההתנהגותית של נסיגה בזמן מצוקה, אולם נבדלים בנטייה שלהם לחוות מצוקה, בסיבות המודעות להימנעות ובמידת ההשקעה במערכות יחסים. בעלי הדפוס המפחד, בדומה לטרוד, מגיבים בצורה חזקה לאירועי לחץ ומדווחים על מצוקה כרונית. אולם, בניגוד לבעלי הדפוס הטרוד, בזמן מצוקה, הם נסוגים ומראים את הצורך בתמיכה בצורה לא ישירה. הם אינם מחפשים תמיכה חברתית, מאחר והם אינם חושבים כי האחר יענה בחיוב. הם גם מאופיינים באיכות ירודה של יחסים קרובים (Hazan & Shaver, 1987), שתורמת לקושי להשיג תמיכה מספקת. הם מודעים למצוקה שלהם ולחוסר היכולת להתמודד עמה, ומבטאים תלות וצורך בקבלה מאחרים. לכן, מכל הדפוסים הלא בטוחים, הם הכי פחות מסופקים מהתמיכה החברתית. הדפוס המבטל, ממעיט בערך של אירועי לחץ, ונמנע בצורה הגנתית מההכרה במצוקה שיכולה לעורר את מערכת ההתקשרות (Bartholomew, 1990). חשוב לבעלי דפוס זה לשמור על דימוי עצמי עצמאי, שאינו נשען על תמיכה מאחרים. לכן, כאשר יחוו מצוקה, הם יעדיפו להתמודד בעצמם מאשר לחפש תמיכה. במערכת יחסים קרובה הם נוטים ליחסים שטחיים, בהם נתינה וקבלה של תמיכה רגשית אינה המרכיב המרכזי. הם אינם מביעים חוסר סיפוק, מאחר ואינם מחפשים או מצפים לתמיכה.

לסיכום, גוף מחקרי רחב בחן את הקשר בין תמיכה חברתית נתפסת והתקשרות, תוך התמקדות בהתקשרות בטוחה. מחקרים אמפיריים בודדים בחנו איך הדפוסים השונים של התקשרות לא בטוחה יכולים להשפיע על תהליכי תמיכה חברתית.

## דין

ספרות מחקרית רבה עוסקת בהפרעות הרגשיות אצל נשים לאחר לידה. מרבית המחקרים מתמקדים בסימפטומטולוגיה הדכאונית ומדווחים על שכיחותה הגבוהה בקרב נשים לאחר לידה. לאחרונה, החל להתפתח כיוון מחקרי חדש, הבוחן מצוקה פוסט טראומטית לאחר לידה. נראה כי מיעוט המחקרים בתחום זה מעיד על מחלוקת סמויה הקיימת סביב חקירתו. מחלוקת זו קשורה להגדרת האירוע הטראומטי. התייחסות לחומרה אובייקטיבית של אירוע טראומטי מובילה לחקר של אירועי לחץ חמורים בלבד. התייחסות למשמעות הסובייקטיבית של האירוע הטראומטי מובילה גם לחקר של אירועים טראומטיים הנחשבים כחלשים מבחינת עוצמתם. יחד עם זאת, הולכות ומתחזקות העדויות המחקריות לגבי קיומם של סימפטומים פוסט טראומטיים גם לאחר אירועי לחץ חלשים. אולם, גם מחקרים אלו לא בוחנים את הלידה כאירוע

טראומטי. נראה כי הקושי המרכזי נובע מהקושי לתפוס את הלידה כאירוע העשוי להיות טראומטי, בשל ההשענות על גישות חברתיות פטריארכאליות. גישות אלו מתייחסות אל הלידה כאל אירוע טבעי ונורמטיבי ואינן מותירות מקום רב לעקבות הרגשיות שיכולות להישאר לאחר לידה טראומטית.

הספרות המחקרית, הבוחנת את התסמונת הפוסט טראומטית, עדיין היולית, אולם, למרות מגבלותיה, ניתן לראות כי חלק מהנשים מפתחות מצוקה פוסט טראומטית לאחר לידה. יש מקום לאפיין את הפרופיל המיוחד של התסמונת, תוך בחינת הסימפטומים המבדילים אותה מהסימפטומים הדכאוניים.

בחקר התסמונת הפוסט טראומטית עלה קושי לבחון גורמים אטיולוגיים בצורה פרוספקטיבית, מאחר והאירועים הטראומטיים כמעט ולא ניתנים לניבוי (Feinstein & Dolan, 1991). המחקרים המועטים בהם יש מדידות של נתונים לפני האירוע הטראומטי, הם מקריים, אולם נתונים אלו אינם נוטים להקיף את מלוא המשתנים הפסיכולוגיים שיכולים להיות משמעותיים בסימפטומטולוגיה פוסט טראומטית. הלידה היא אירוע טבעי הניתן לניבוי, מה שמאפשר הערכה פרוספקטיבית של משתנים הקשורים לפיתוח ולשמירה של סימפטומטולוגיה פוסט טראומטית. כך, שחקר התסמונת לאחר לידה יכול להרחיב את ההבנה לגבי התפתחות התסמונת הפוסט טראומטית באופן כללי.

עולה צורך בבחינה של מודל פסיכולוגי רחב, המתאר גורמי פגיעות וגורמי חוסן המעורבים במצוקה פוסט טראומטית שלאחר הלידה. יש מקום לבחון את השפעתם של משתני רקע, כמו היסטוריה של אירועים טראומטיים קודמים; משתנים פסיכולוגיים ואינדיבידואליים, כמו סגנונות התקשורת ותמיכה חברתית; ומשתנים הקשורים לאירוע הטראומטי עצמו כמו חומרה אובייקטיבית וסובייקטיבית של הלידה, על רמת הסימפטומטולוגיה הפוסט-טראומטית.

## ביבליוגרפיה

- Ainsworth, M. D. S., Blehar M. C., Waters, E., Wallas, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hilldale, N. J.: Erlbaum.
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 185 - 195.
- Alexander, P. C., Anderson, C. L., Brand, B., Schaffer, C. M., Grelling, B. Z., & Kretz, L. (1998). Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. *Child Abuse and Neglect*, 22(1), 45-61.
- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 107 -131.
- American Psychological Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed) Washington, D. C.: Author.
- Amir, M., & Ramati, A. (2002). Psychological distress, quality of life and posttraumatic symptoms among breast cancer survivors: A preliminary study. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2), 195-206.
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28(2), 111-117.
- Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 166(4), 525-528.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147 -148.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K., Cobb, R. J., & Poole, J. A. (1997). Adult attachment patterns and social support processes. In G. R. Pierce, B. Lakey et. al. (Eds.), *Sourcebook of social support and personality. The Plenum series in social/clinical psychology* (pp. 359-378). New-York: Plenum Press.
- Beech, A. B., & Robinson, J. (1985). Nightmares following childbirth. *British journal of Psychiatry*, 147, 586.
- Benedek, T. (1970). The family as psychological field. In E. Antony & T. Benedek (Eds.), *Parenthood: It's psychology and psychopathology* (pp. 109-135). Boston: Little, Brown.

Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes of pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.

Blain, M. D., Thomson, J. M., & Whiffen, V. E. (1993). Attachment and perceived social support in late adolescence: the interaction between working models of self and others. *Journal of Adolescent Research*, 8(2), 226-244.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Vollmer, A. J., Loos, W. R., Buckley, T. C., & Jaccard, J. (1995). Short-term follow up of posttraumatic stress symptoms in motor vehicle accident survivors. *Behavior Research and Therapy*, 4, 369 - 377.

Blanchard, E. B., Buckley, T. C., Hickling, E. J., & Taylor, A. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 21-37.

Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., & Lerer, B. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression: An analysis of comorbidity. *British Journal of Psychiatry*, 170, 479-482.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Sadness and depression*. New-York: Basic Books.

Bowman, M. (1997). *Individual differences in posttraumatic response: Problems with the adversity - distress connection*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Boyce, P., & Condon, J. (2001). Traumatic childbirth and the role of deliberating. In B. Raphael & P. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence* (pp. 272-280). New York: Cambridge University Press.

Bramsen, I., Dirkzwager, A. J. E., & van der Ploeg, H. M. (2000). Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *The American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1115-1119.

Bremner, D., Southwick, S., & Charney, D. (1995). Etiological factors in the development of posttraumatic stress disorder. In C. M. Mazure (Ed.), *Does stress cause psychiatric illness?* (pp. 149-185). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.

- Breslau, N., Davis, C. G., Anderski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychology*, *48*, 216 - 222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, *54*(1), 81-87.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder - major depression connection. *Biological Psychiatry*, *48*(9), 902 -909.
- Burstein, A. (1989). Intrusion and avoidance symptoms in PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *146*(11), 1518.
- Chalmers, B. E., & Chalmers, B. M. (1986). Postpartum depression: A revised perspective. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *5*, 93-105.
- Cox, J. L. (1988). Childbirth as life event: Sociocultural aspects of postnatal depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *78*(suppl.344), 75-83.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth*, *27*(2), 104-111.
- Cutrona, C. E. (1983). Causal attributions and prenatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *92*, 161-172.
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(1), 35-51.
- Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-4. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 346-355.
- Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (1993). *Posttraumatic stress disorder. DSM-4 and beyond*. Washington D. C.: Psychiatric Press.
- Deutsch, H. (1944). *The psychology of women - A psychoanalytic interpretation*. New York. Grune & Stratton
- Doering, S., Entwisle, D. R., & Quinlan, D. (1980). Modeling the quality of women's birth experience. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*(1), 12-21.
- Feinstein, A., & Doaln, R. (1991). Predictors of post-traumatic stress disorder following physical trauma: An examination of the stressor criterion. *Psychological Medicine*, *21*(1), 85-91.



- Fish, R. U., & Tadmor, O. (1989). Iatrogenic post-traumatic stress disorder. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy & Hypnosis*, 14, 1-5.
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77-114). New York: Guilford Press.
- Goldberg, L., & Gara, M. A. (1990). A typology of psychiatric reactions to motor vehicle accidents. *Psychopathology*, 23, 15-20.
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M., & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 122-132.
- Green, B. L. (1995). Long term consequences of disasters. In S. E. d. V. Hobfoll, M.W. (Ed.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (pp. 307-324). Norwell, M. A: Kluwer Academic Publishers.
- Green, B. L. (1993). Identifying survivors at risk, trauma and stressors across events. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 135-144). New York: Plenum.
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.
- Grimes, D. A. (1994). The morbidity and morality of pregnancy. Still a risky business. *American Journal Obstetrics and Gynaecology*, 170, 1474-1489.
- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V., et al. (1992). Links between early postpartum and post-natal depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 777-780.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hopkins, J., Marcus, M., & Campbell, S. B. (1984). Postpartum depression: A critical review. *Psychological Bulletin*, 95, 498-515.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 328.
- Jones, R.W., & Peterson, L. W. (1993). Post-traumatic stress disorder in a child following an automobile accident. *Journal of Family Practice*, 36(2), 223-225.

Keane, T. M. (1993). Symptomatology of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder. DSM-4 and beyond* (pp. 99-111). Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, W. E., Hughes, M., et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1993). Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In Davidson J. R. T. & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder. DSM-4 and beyond* (pp. 113-143). Washington D.C.: American Psychiatric Press.

King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 420-434.

King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 164-170.

Koniak-Griffin, D., Lominska, S., & Brecht, M. L. (1993). Social support during adolescent pregnancy: A comparison of three ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 16, 43-56.

Kron, T. (1989). *Women in pink*. Tel Aviv: Am Oved. (Hebrew)

Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 95, 55-96.

Leshem M. (1999). *The long-term effects of participation in the Israeli wars in a non-clinical male sample*. Unpublished master's thesis, Ben Gurion University, Beer Sheva, Israel. (Hebrew).

Lyons, J.A. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4(1), 93-111.

Lyons, S. (1998). A prospective study of post-traumatic stress disorder symptoms one month after childbirth in a group of 42-first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2/3), 91-105.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Brethton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment: Theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial 209. (pp. 66-104). Chicago: University of Chicago Press.

McFarlane, A. C., & Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8), 498-504.

McMillen, J. C., North, C. S., & Smith, E. M. (2000). What parts of PTSD are normal: Intrusion, avoidance or arousal? Data from the Northridge California earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 57-75.

Melzack, R. (1993). Labor pain as a model of acute pain, *Pain*, 53(2), 117-120.

Melzack, R., Taenzer, P., Feldman, P., & Kinch, R. A. (1981). Labor is still painful after prepared childbirth training. *Canadian Medical Association Journal*, 125, 357-363.

Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedure. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 221-228.

Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 817-826.

Mikulincer, M., & Florian, V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy - The contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(3), 255-276.

Moleman, N., van der Hart, O., & van der Kolk, B. A. (1992). The partus stress reaction: A neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(4), 271-272.

Muller, R. T., Sicoli, L. A., & Lemieux, K. E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of child abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 321-332.

Niven, C. (1988). Labor pain: Long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6, 83-87.

Niven, C.A. (1992). *Psychological care for families: Before, during and after birth*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

- Niven, C. A., & Gijsbers, K. (1984). Obstetric and non-obstetric factors related to labour pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2, 61-78.
- Oakley, A., & Rajan, L. (1990). Obstetric technology and maternal emotional well being: A further research note. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 45-55.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., et al. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984-991.
- Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. In Davidson J. R. T. & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder. DSM-4 and beyond* (pp. 23-35). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Ruch, L. O., Chandler, S. M., & Hunter, R. H. (1980). Life change and rape impact. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 248-260.
- Russel, C. M. (1974). Transition to parenthood: Problems and gratification. *Journal of Marriage and the Family*, 36, 294-301.
- Ryding, F. I. (1993). Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*, 77, 542-547.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (1998). Predisposing psychological factors for posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstetrica and Gynaecologica Scandinavica*, 77, 351-352.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (2000). Emergency cesarean section: 25 women's experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 33-39.
- Sarason, R., Pierce, G. R., Shearin, E. N., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support and interactional processes: A triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 495-506.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., & Rosenberg, S. D. (1993). Preliminary MMPI scores as predictors of combat related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 479-483.
- Schreiber, S., & Galai, G. T. (1993). Uncontrolled pain following physical injury as the core trauma in post-traumatic stress disorder. *Pain*, 54, 107-110.

Schutzwohl, M., & Maercker, A. (1997). Posttraumatic stress disorders due to criminal victimization. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 258-268.

Scott, M. J., & Stradling, S. G. (1994). Post-traumatic stress disorder without the trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(1), 71-74.

Shainess, N. P. (1959). *Psychological problems associated with motherhood*. New York: Basic Books.

Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, S., et al. (1998). Prospective study of post-traumatic stress disorder and depression following trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 155(5), 630-637.

Shalev, A.Y., Schreiber, S., Galai, T., & Melamed, R.N. (1993). Posttraumatic stress disorder following medical events. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 247-253.

Shalev, E., Eran, E., Harpaz-Kerpel, S., & Zuckerman, H. (1985). Psychogenic stress in women during foetal monitoring (hormonal profile). *Acta Obstetrica and Gynaecologica Scandinavica*, 64, 713-716.

Silver, S. M. (1986). Trauma and its wake. In F. C.R (Ed.), *Traumatic stress theory research and intervention* (Vol. Traumatic stress theory, research and intervention Trauma and its wake, pp. 213-231). New York: Bruner/Mazel.

Solomon, S. D., Canino, G. J., & Glorisa, J. (1990). Appropriateness of DSM-3-R criteria for posttraumatic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31(3), 227-237.

Sroufe, L.A., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, 61(5), 1363-1373.

Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. I., & Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Finding from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 147, 202-206.

Stern, D. N. (1995). *The maternal constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.

Stewart, M. A. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 1, 83-112.

van der Kolk, B., McFarlane, A., & Weisaet, L. (1996). *Traumatic stress - The effects of overwhelming experience of mind, body and society*. London, England: Guilford Press.

Weiss, D. S., Marmar, C. R., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Hough, R. L., & Kulka, R. A. (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 365-376.

Wertz, R. W., & Wertz, D. C. (1989). *Lying in: A history of childbirth in America*. New Heaven C.T: Yale University Press.

Wijma, K., Soederquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(6), 587-597.

Yehuda, R., Southwick, S. M., Steven, M., Krystal, J. H., Bremner, D., et al. (1993). Enhanced suppression of cortisol following dexamethasone administration in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*(1), 83-86.

## הגדרה עצמית ויחסים בין-אישיים: מודל לפגיעות להפרעות מצב רוח במעבר לאימהות

אבי בסר<sup>2</sup>



"ואל האישה אמר הרבה ארבה עצבונך והרנך בעצב תלדי בנים..." (בראשית, ג' 16).

המעבר לאימהות והלידה הם אירועים של שינוי חיים ומעבר התפתחותי. המעבר טומן בחובו פוטנציאל של לחץ עבור האמהות לעתיד ומשפחתן, אולם הוא גם זמן מאתגר בו הן נדרשות לשאת ולתת עם נושאים הקשורים בהערכה וזהות עצמית וביחסייהן הבין-אישיים.

החיבור הנוכחי על סדרת המחקרים המתוארים בו, ינסה להציע מודל פסיכולוגי כוללני, המתאר גורמי פגיעות אישיותיות, גורמים ממתנים וגורמים מתווכים, המעורבים בהפרעות רגשיות שלאחר הלידה. יוצע מודל תוך אישי ובין-אישי של פגיעות לחוויה הדכאונית המדווחת, תוך התייחסות להריון וללידה כשלב התפתחותי באישיות הבוגרת - המעבר לאימהות. ההנחה המלווה, הנה שנדרשות התאמות רבות מנשים במהלך ההריון והשבועות הראשונים לאחר הלידה. הספרות הקיימת מדגישה, בין השאר, שהמעבר הזה הוא זמן של מהפך בהגדרה העצמית וביחסים הבין-אישיים, עם אחרים משמעותיים (Antonucci & Mikus, 1988; Belsky, Rowine, & Fish, 1989; Ruble, et al., 1990; Dion, 1995; Gotlib & Hooley, 1988; Whiffen & Gotlib, 1993). יש והתאמות אלו אינן אופטימליות ויבואו לידי ביטוי בהפרעת מצב רוח לאחר לידה (postpartum mood disturbances). בהתאם, המודל המוצע בחיבור זה, נשען על תיאוריה כללית של פגיעות אישיותיות לדיכאון, הממוקדת סביב חוויות של הגדרה עצמית ויחסים בין-אישיים (Blatt, 1990, 1995; Blatt & Blass, 1996; Blatt & Shichman, 1983; Blatt & Zuroff, 1992, 2002). תחילה תוצג סקירה של נושא

---

<sup>2</sup> אבי בסר, מרצה בכיר, המכללה האקדמית ספיר. המאמר מבוסס על עבודת הדוקטוראט.

ההריון והלידה והמעבר לאימהות, כשלב התפתחותי באישיות הבוגרת, תוך התמקדות באפיון של אוטונומיה והתחברות בהסתגלות לאימהות.

### **המעבר לאימהות: הריון, לידה והמעבר לאימהות כשלב התפתחותי**

מעברי תפקיד ושינויים עקב אירועי חיים, מוכרים כמצבים משבריים (Holmes & Rahe, 1976). הם דורשים ביצוע של משימות חדשות ושונות, הגדרה מחדש של התנהגויות ואמונות, וארגון מחדש של האישיות ושל דפוסי החיים (Feldman, Biringen, & Nash, 1981). בהתאם, המעבר לאימהות מוכר כתקופה מעוררת לחץ עבור שני ההורים (Coffman, Brown, & Levitt, 1992; Coffman, Levitt, & Guacci-Franco, 1993; Hopkins, Marcus, & Campbell, 1984).

ההריון התקין הנו אירוע דינמי של התפתחות פסיכולוגית ותואר בצורות שונות: כשלב של גדילה אורגנית והתפתחות פסיכו-דינמית מהותי מאוד במבנה הנשי (Benedeck, 1959), כתקופה מוגדרת מבחינה ביולוגית של עקה (stress) פסיכולוגית וכתקופת משבר טבעי (Deutsch, 1944/45). הריון וכן ההתבגרות והבלות נתפסו בשנות ה-50 וה-60, כאירועים קריטיים בחייה של האישה, בהם חלים שינויים פיזיים ופסיכולוגיים עמוקים, הטומנים בחובם תהליך של קבלת תפקידים חדשים (Bibring & Dwyer, 1961).

חלק מהשינויים החלים בהריון קשורים לאירועים ביולוגיים ולנסיבות מיוחדות, בעוד ששינויים אחרים מציינים תחילת גיבושם של אספקטים קבועים באישיות הבוגרת. לדעת Erikson (1982), הגורמים המביאים למשבר בהריון מזוהים עם שינויים הורמונליים, עם תוצאות של קונפליקטים לא מודעים ועם תפקידים הסתגלותיים חדשים של ההפיקה לאם. אמהות תלויה בארגון מחדש של כל הגורמים הללו. לעיתים, תפקידים הסתגלותיים אלה הם מנוגדים לחלוטין למטלות ולתפקידים מרכזיים של שלבים קודמים. מצב משברי זה מהווה פוטנציאל לפתרונות חדשים וסתגלניים יותר לקונפליקטים קודמים (Caplan, 1961), ומשפיע על נסיבות עכשוויות, כמו יחסי האישה ההרה עם הבעל וההורים, רגשות האישה כלפי נשיותה, דו-ערכיות כלפי תפקידה כאם וציפיותיה של החברה (Zajiceck, 1981).

מהלך ההריון תואר בספרות בדרכים שונות. על פי Caplan (1961), בתחילת ההריון דוחות האימהות את מושג ההריון, אחר כך מתקדמות לעבר שלב של קבלה ואז מכירות במציאות ובזהות של העובר, כהכנה לקראת האימהות. Bibring & Dwyer (1961), חלקו את המטלות ההתפתחותיות של ההריון לשתי קבוצות עיקריות: בשלב מוקדם של ההריון קיימת התרכזות רבה בעצמי של האם, והעובר נתפס כחלק מהעצמי. עם התקדמות ההריון, ובמיוחד לאחר שהאם חשה בתנועות העובר, מתמלאת המטלה השנייה, כלומר, ההכרה בהתפתחות העובר כאדם נפרד ממנה. על פי Rubin (1984), האישה ההרה עוברת תהליך מתמשך ומתקדמת לעבר התפקיד האימהי על פי הצעדים הבאים: חיקוי, משחק תפקיד



(role-play), פנטזיה, הפנמה, השלכה-דחייה, ועיבוד אבל. החיקוי, הנו אימוץ של גילויים התנהגותיים שהאם מייחסת לתפקיד האימהי. במשחק תפקיד, היא בוחנת או מתרגלת את התפקיד האימהי. בפנטזיה, האם מדמינת איך הילד יהיה, ונוצרת התפתחות מנטלית של מישהו נפרד. בהפנמה, השלכה ודחייה, האם מסתכלת במודלים מחוץ לעצמה כדי לחזק את הדימוי המתפתח שלה כאם. עיבוד אבל, הנו תהליך בו האם המיוחלת, מוותרת על התקשרותה לתפקידים קודמים, וכעת יכולה לקבל על עצמה את התפקיד האימהי. בהריון "נורמלי", בדרך כלל, דו הערכיות כלפי ההריון נפתרת בסוף הטרימסטר הראשון ( Bibring & Dwyer, 1961; Caplan, 1961; Deutsch, 1945; Svedjda, Pannebecker, & Emde, 1982 ), כאשר האם חשה בתנועות העובר. עבור רוב הנשים, נקודת מפנה בהתפתחות רגשות אימהיים קרובה לתקופה שבה העובר מתחיל לנוע. התגובה היותר שכיחה בשלב זה היא האמונה שהעובר יחיה והמודעות לכך שהעובר מהווה ישות נפרדת, יותר מאשר חלק מאמו ( Cohen, 1979; Gyves, 1985; Leifer, 1977; Penticuff, 1982 ).

בהריון תקין, האם לא רק מכירה בנפרדות התינוק, אלא גם מתכוננת לאינטראקציה עם אדם, שהוא תינוקה החדש (Gyves, 1985). הספרות מראה שקשר רגשי לעובר נוצר כבר עם הופעת התנועות, קשר זה מתחזק כאשר האם רואה לראשונה את התינוק החדש. להתמודדות האישה עם המשבר ההתפתחותי של ההריון השפעות עמוקות על היחסים המוקדמים עם התינוק. מחקרים שונים מראים שהתקשרות רגשית לעובר במשך ההריון יכולה לבא יחסי אם-ילד לאחר הלידה ( Osofsky & Osofsky, 1985; Wolkind & Zajicek, 1981 ). כמו כן, דווח שתהליך זה של התקשרות במהלך ההריון מתעכב בהריון בר סיכון לחיי העובר או לאם (Penticuff, 1982). הריון בר סיכון גבוה, הוא אחד המצבים בהם דיספונקציה ביולוגית משפיעה על תהליכים פסיכולוגיים, ואז עלולים להופיע תנאים בלתי נוחים להסתגלות למצב ההריון ( Besser, Priel, & Wiznitzer, 2002; Lobel, Dunkel-Schetter & Scrimshaw, 1992; Rini, et al., 1999 ). הריון כזה הוגדר בספרות כמשבר כפול, מכיוון שבנוסף לדרישות ההריון מתווסף עוד משבר והאישה נדרשת להסתגלות כפולה. סביר להניח, שהמידה בה האישה תפתור את חוסר האיזון שנוצר בהריון, תושפע מגורמים של חוסן אישיותי.

למרות שלידה היא אירוע הנתפס, בדרך כלל, כדבר חיובי ומשמח בחברתנו, Leifer (1977), מציינת שבצד הרגשות החיוביים שיש לנשים כלפי הבאת ילד לעולם, קיימים גם חרדות וחששות, אשר הופכים את הלידה לאירוע מעורר לחץ (ראה גם: Russel, 1974). מחקרים בתחום הדיכאון לאחר הלידה, תומכים בעמדה שהמעבר לאימהות הוא תקופה מעוררת לחץ של שינויים ושיבוש של הדפוסים הקיימים ( Hopkins, Marcus, & Campbell, 1984; O'Hara, et al., 1991; Whiffen, 1992; Whiffen & Gotlib, 1993 ). בנוסף, Cox (1988), מדגיש את הדרישה לחזרה מהירה לתפקוד, כגורם נוסף של עקה.

החשיבה הנוכחית על הריון, לידה ואימהות, מתייחסת לאמהות כתהליך ייחודי, המאופיין על ידי היווצרותם של ייצוגים של העובר/ילד בעולמה הפנימי של האם. עבודות מחקר שפורסמו בשנים האחרונות, תארו את המעבר לאימהות מנקודת מבט זו, של התפתחות ייצוגים פנימיים. החוקרים ניסו להתחקות אחר היווצרות הייצוגים, תוכנם והשלכותיהם על האם החדשה ויחסיה עם תינוקה ואחר ההשלכות הטיפוליות ( Raphael-Leff, 1995; Ammaniti & Baumgartner, 1992; Stern, 1995; Priel & Besser, 2000a, 2001, 2002 Stern (1995), טוען, כי ישנם הבדלים אינדיווידואליים והבדלים חברתיים, שבאים לידי ביטוי במשימות המעבר לאימהות. כפי שנראה כאן בהמשך, משימות אלו מתקשרות באופן בסיסי לנושאים של אוטונומיה והתחברות.

### **אוטונומיה והתחברות בהסתגלות לאימהות**

ספרות מחקרית מתחומים שונים של התפתחות הפרט והמשפחה מדגישה שני קוים התפתחותיים בסיסיים, אשר קיבלו שמות שונים: "שיתופיות יחידנית" (Bakan, 1966), "השתייכות נפרדות" (Kegan, 1982), "מרוכזות עצמית" (Guttman, 1970), "תלות חברתית ואוטונומיה" (Beck, et al., 1983), "תלותיות וביקורתיות עצמית" (Blatt, 1974, 1991, 1990). ניתן להבין את המינוחים של אוטונומיה ושל תלות על פי התיאוריה הפסיכואנליטית ולפי ממצאים עכשוויים בפסיכולוגיה ההתפתחותית.

בזמן שנקודת המבט הפסיכואנליטית, כפי שהובעה למשל על ידי Mahler (1968), הניחה קו התפתחותי אחד מסימביוזה לאוטונומיה, חוקרים אחרים, כגון Erikson (1963), Winnicott (1965) ו-Kohut (1977), הציעו קיומם של קוים נפרדים, מקבילים, של התפתחות, המיצגים את הצורך של העצמי לנפרדות והשתייכות.

מודל מפורט במיוחד, המרוכז בנושא אוטונומיה/התקשרות, שעליו מבוסס המודל המוצע כאן לאישיות ופגיעות במעבר לאימהות, וסדרת המחקרים שערכנו לבדיקתו, הנו המודל שפותח על ידי Blatt (1974, 1990, 1991), שקרא לשני הממדים הללו "תלותיות" ו-"ביקורתיות העצמי" (ראה סקירה מקפת אצל Blatt, 2004). בהתבסס על המודל של Erikson, הציעו Blatt ושותפיו תיאוריה של התפתחות פסיכולוגית נורמאלית, הכרוכה בהשגת שתי מטלות עיקריות. המטלה האחת היא פיתוח היכולת "להתקשרות בין-אישית", והמטלה השנייה היכולת "להגדרה עצמית" (Blatt & Blass, 1990; Blatt, 1974, 1990; Blatt & Shichman, 1983; Blatt & Zuroff, 1992). היכולת להתקשרות בין-אישית, היא היכולת ליצור עם אנשים אחרים קשר המבוסס על אמון ואינטימיות. המטלה של הגדרה עצמית, הנה היכולת לפתח מושג עצמי מוגדר, יציב ומעוגן במציאות. הגדרה עצמית תאפשר שאיפה להתקדמות ושיפור. התפתחות פסיכולוגית תקינה כוללת תמיד את השגת המטלות הללו ואת האיזון ביניהן, במשך כל החיים. מחקרים בהתפתחות ילדים מספקים תמיכה לקווי ההתפתחות המקבילים הללו. למשל: Beebe & Stern (1977), ו-

Sander (1989), טוענים שאפילו תינוקות מחליפים לסירוגין את הצורך בנפרדות עם הצורך בהשתייכות.

Bibring & Dwyer (1961) ו- Benedek (1970), מציינות, שקונפליקטים של תלות ועצמאות, שבים ומתעוררים כאשר הבת נעשית לאם. Deutsch (1962), מתארת את התגובות הפנימיות המנוגדות המתעוררות אצל האישה לאחר הלידה. מצד אחד, פחדים מפני הידלדלות ה- "אני", מפני נסיגה לשלבי תלות מוקדמים, מפני אובדן חופש התנועה והמשיכה המינית, ומפני אי מימוש שאיפות, שאינן עולות בקנה אחד עם האימהות; ומן הצד האחר, הפחד מפני הניתוק מהילד, והרצון להמשיך ולהיות קשורה אליו. גורל האימהות, על פי Deutsch (1962), תלוי בשיווי משקל שבין כוחות מנוגדים אלה הפועלים על האם.

תיאוריות פסיכולוגיות פמיניסטיות, הדגישו הבדלים מיניים בהתפתחות התהליכים והמשמעות של תלותיות וביקורתיות. Gilligan (1982), טענה, כי נשים נוטות לחוות עצמן באופן בסיסי כשייכות, אולם הן חוששות ופחות יעילות כשהן מנסות לחוות עצמן כנפרדות מקונטקסט היחסים שלהן. גברים, לעומת זאת, נוטים להתמקד על העצמי הנפרד והזהות שלהם. Chodorow (1978), מתארת בסיס התפתחותי להבנת ההבדלים בין המינים, באינטימיות וזהות. מכיוון שנשים הן המטפלות הראשיות בילדים, בנים ובנות מבנים את זהותם בקשר עם נשים. בנות, בהזדהותן עם האם, מבנות את זהותן המינית דרך התקשרות להורה בן אותו מין. בנים, לטענתה, נאלצים להיפרד מהאם על מנת להגדיר עצמם כגבריים וזה מערב יותר מתח בגבולות ונפרדות. דרך תהליכי התפתחות שונים אלו, זהות המגדר הגברי מאוימת על ידי אינטימיות, בזמן, שנשים נוטות לערב קשיים עם נבדלות עצמית. ניתן אם כן, להניח שאיזון בין אוטונומיה ותלותיות הוא משימה מרכזית של נשים צעירות במעבר לאימהות.

אף על פי שהחוקרים שהתעניינו בראשית ההורות לא התייחסו למושגים הספציפיים של תלות ואוטונומיה, שני נושאים אלה זכו להתייחסות רבה תוך שימוש במונחים שונים. Feldman & Nash (1984), דנו בנטייה של גברים להיות פחות אקספרסיביים ושל נשים להיות פחות אינסטרומנטליות בהשפעות העקה של תחילת ההורות. Grossman (1984), תאר את החשיבות שיש לגבי גברים ומשפחותיהם, לכך שהאב יאזן את הדגש על פעילויות אוטונומיה עם יותר קשרי תלות. נראה כי הנושא של איזון בין צרכי קשר ונפרדות הוא חשוב ביותר בכל מעגל החיים המשפחתיים. זה נושא חשוב עבור זוגות, שחייבים לשאת ולתת עם "עצמיות" ועם "זוגיות" (Cowan, et al., 1985; Cowan & Cowan, 1992), כמו גם עם שאר האספקטים של חיי המשפחה. דגש דומה על איזון, תואר בספרות על "קונפליקט תפקידי" אצל נשים, המחייבות עצמן גם להורות וגם לקריירה (Fedele, 1983). Feldman & Nash (1984), דיווחו על כך שנשים, באופן עקבי, חוות שביעות רצון נמוכה מרמת האוטונומיה שלהן במעבר לאימהות. נמצא, כי עם הולדת התינוק, מפחיתה האם באופן משמעותי בקשריה החברתיים ובתחומי עניין, המשמעותיים למושג העצמי שלה,

לטובת תלות באינטראקציה בלעדית עם התינוק, שתלוי בה (Cowan et al., 1985; Feldman, 1988). מאידך, השקעה מוגברת בקרירה נמצאה סמן שלילי להסתגלות האם במעבר לאימהות, בחודשים הראשונים להולדת ילד ראשון (Feldman & Nash, 1984). מחקרים אלה משקפים את הקושי לשלב השתקעות בעצמי, עם הסתגלות טובה לאמהות, מה שמבליט את הקונפליקט אם-קריירה, או לענייננו תלות-אוטונומיה. Ruble ועמיתיו (1990), טוענים כי ברמה האישית, אימהות חדשות חייבות להגדיר עצמן מחדש, במונחים של מושגי העצמי (של עצמן) ויחסייהן הבין-אישיים (עם אחרים). הן חייבות גם ללמוד לאזן את צרכי התינוק עם הצרכים שלהן ושל אחרים.

תמר קרון (1989), מצביעה בספרה "נשים בורוד" על חשיבות ההגדרה העצמית והתלותיות במעבר לאימהות, באומרה כי: "טבעה של ההוויה האימהית שהיא מדגישה היבטים הנוגעים לעצמיותה של האישה, ליכולתה ליצור קשר אינטימי, קשר של קבלה ונתינה, לקונפליקט שבין תלות לעצמאות, ולמקומה הנפרד של האישה בשרשרת הדורות..." (קרון, 1989, עמוד 20).

ניתן, אם כן, לראות שהמחקר על מעבר לאימהות מבליט נושאים הקשורים להגדרה עצמית ולקשר עם אחרים, תוך הדגשת אי האיזון שבין שניהם כגורם לפגיעות. עם זאת, יש לציין שבולטת התייחסות לקונפליקטים סביב זהות, הערכה עצמית ואוטונומיה, כמאפיינים במיוחד את המעבר להורות. בהתאם לכך, הנחת היסוד שמנחה מחקר זה הינה, כי המעבר לאימהות טומן בחובו אפשרות של קונפליקט בין הגדרה עצמית לבין תלותיות. אי לכך, מצופה כי נטייה אישיותית מודגשת בכיוון של הגדרה עצמית, או בכיוון של תלותיות, תהווה גורם פגיעות למצב רוח דיכאוני לאחר לידה.

### **פגיעות לדיכאון לאחר לידה**

המושג "דיכאון" משמש לתיאור טווח רחב של מצבים אפקטיביים, הנעים על רצף שבין מצב אפקטיבי נורמאלי להפרעה קלינית חמורה. תופעת הדיכאון איננה ישות אמוציונאלית אחת, הנעה על רצף של חומרה, אלא משקפת מגוון תופעות מורכבות והטרורגניות, הבאות לידי ביטוי בשונות הרבה של התסמינים הקליניים, האטיולוגיה המיוחסת להם ודרכי הטיפול. הדיכאון מאופיין ברמה התיאורית של חוויות רגשיות, כגון: עצב, צער, כאב וייאוש; ברמה הקוגניטיבית - במחשבות של חוסר ערך עצמי, חוסר אונים והאשמה עצמית; וברמה ההתנהגותית - בהאטה ובנסיגה מפעילות, הימנעות מקשרים בין-אישיים או לחילופין, יצירת קשרי תלות.

הסימפטום הדומיננטי בהפרעה הדכאונית הוא מצב הרוח הדיכאוני, המלווה בצמצום תפקודי האגו של האדם. צמצום זה עשוי להתבטא, בעוצמות משתנות, באובדן עניין בפעילויות שונות ובקושי ליהנות ממקורות שיספקו הנאה. יתכנו הפרעות בתאבון, קשיי שינה, אובדן אנרגיה, ירידה בדחף המיני, קשיי ריכוז וחשיבה, נטייה להססנות, תחושת אשמה, חוסר אונים וחוסר תקווה (Kaplan & Sadock, 1981). הניסיונות לסיווג סוגי

דיכאון הם רבים, ומשקפים גישות תיאורטיות וקליניות שונות, המתבססות על מרכיבים שונים בתופעה מורכבת זו. קיים קושי להקיף בסיווג כלשהו את כל המאפיינים האפשריים של דיכאון, בטווח שבין התפתחות תקינה, תגובתיות מסתגלת, מאפייני אישיות, נורוזה ועד לדיכאון פסיכוטי (Kerenberg, 1976). ב-DSM-IV מוגדרות ההפרעות הדכאוניות תחת קטגוריית הפרעות מצב הרוח ומוגדרות על פי החומרה של הופעת הסימפטומים. בספרות, המנסה לסווג דיכאוניות לסוגים שונים, כמו גם ב-DSM, תואר דיכאון "אנדוגני" לעומת "אקסוגני", דיכאון "סוער" לעומת דיכאון "מתון", דיכאון פסיכוטי לעומת דיכאון נורוטי ודיכאון חד קוטבי לעומת דיכאון דו קוטבי. מיון זה מבוסס בעיקרו על התמונה הקלינית, אטיולוגיה וגורמים פנימיים לעומת חיצוניים. בנוסף, תוארו סוגי דיכאון המסווגים על פי אופי החוויה הרגשית הסובייקטיבית, כדיכאון "אנקליטי" לעומת "אינטרוייקטיבי" (Blatt, 1974; Blatt, D'Afflitti, & Quinlan 1976; Blatt et al., 1982), דיכאון "אחר דומיננטי" לעומת "מטרה דומיננטית" (Arieti & Bemporad, 1980) ודיכאון של "תלות חברתית", לעומת "אוטונומיות" (Beck, et al., 1983). המשותף לסיווגים אלו הוא ההבחנה בין סוגי דיכאון. אלו הממוקדים בעיסוק יתר ביחסים בין-אישיים, ודומיננטיים בחוויות של תלות וצורך עצום במקורות הזנה, לעומת סוגי דיכאון הממוקדים בעיסוק יתר בהגדרה עצמית, ודומיננטיים בחוויה של אשמה וערך עצמי נמוך. סיווגים אלו הם מענייניו של מחקר זה וידונו בהרחבה בהמשך.

לאחר הלידה, שינויים רגשיים המאופיינים בסימפטומים של מצב רוח דיכאוני, חרדה, חוסר יציבות מצב הרוח, בלבול, והפרעות שינה ואכילה, נפוצים מאוד (Hopkins et al., 1984, 1987). מחקרים מציינים, שהתופעות הדיכאוניות מופיעות בשכיחות של עד כ-85% (Cutrona, 1983, 1984; Pitt, 1973). השכיחות הגבוהה הזו גרמה אף להתייחסות להפרעות הרגשיות אחרי הלידה כאל חלק מהחוויה האימהית (קרונ, 1989). ההפרעות הרגשיות שלאחר הלידה, מסווגות, בדרך כלל, לשלוש קטגוריות, בהתאם למידת החומרה: עיצבון, דיכאון, ופסיכוזה (blues, depression, psychosis). בקטגוריה של דיכאון לאחר לידה

ב-DSM-IV, נכללות הפרעות עם סימפטומים של מצב רוח, שלא ממלאות אחר הקריטריונים של אף אחת מהפרעות מצב הרוח הספציפיות, ושמקשות על הבחירה בין הפרעה דיכאונית לא ספציפית והפרעה דו קוטבית לא ספציפית.

עניינה של עבודתנו המחקרית של המחבר, בתחום המעבר לאימהות, איננו בדיכאון הקליני או הפתולוגי, כי אם בחוויה הסובייקטיבית של אפקט דיכאוני, מחקריו התמקדו בחקר של שינויי מצב הרוח בתקופה שלאחר הלידה.

סקירת הספרות, בנושא של הפרעות רגשיות לאחר הלידה, מראה שקיימת כיום נטייה לראות בכל ההפרעות שלאחר הלידה רצף, ולא בהכרח הבחנה מופרדת (Hannah, et al., 1992). Ussher (1992), בסקירתו הביקורתית על הניסיונות לסווג באופן מלאכותי את ההפרעות לקטגוריות, טוען כי נכון יותר לדבר על רצף של תחושות חיוביות ושליליות עקב

הלידה, ללא דיאגנוזה או מחלה. הפרעת מצב רוח לאחר לידה, עם מאפיינים פסיכויטיים, מתרחשת ב- 1 מתוך 500 עד 1 מתוך 1000 לידות. למרות שהסימפטומים הדכאוניים לאחר הלידה זהים לאלו המאפיינים דיכאון בכלל, ישנם מחקרים המראים כי דיכאון לאחר הלידה שונה מדיכאון אחר בחומרת הסימפטומים, עליה בשכיחותן של מחשבות אובדניות או רגשות אשם, ונדודי שינה (Hopkins et al., 1984). כמו כן, הספציפיות של תסמיני הדיכאון לאחר לידה עומדת לבחינה (Whiffen, 1992), ואין הסכמה עם הקביעה שהתקופה שלאחר הלידה היא בהכרח תקופה של גידול משמעותי בסיכון לדיכאון (Whiffen & Gotlib, 1993).

מחקרים רבים ניסו לבדוק את הגורמים האפשריים לתופעות הדיכאוניות שלאחר הלידה. הוצעו כאפשריים גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וסביבתיים. בשנות ה-70 ניתן למצוא גישות ביולוגיות, המנסות לראות במשבר שלאחר הלידה מצב של ערפול. את הערפול שלאחר הלידה תולים בשינויים מטבוליים, המתרחשים בזמן הלידה. אולם, מחקרים שנעשו מאוחר יותר לא הוכיחו השערה זו (Melges, 1972). מחקרים מאוחרים יותר מתרכזים בנושא של שינויים הורמונאליים. מחקרים כאלה נערכו למכביר ונמצאה מעט מאוד תמיכה עקבית לאיזושהי היפותזה הורמונאלית. לדעתם של Whiffen & Gotlib (1993), "מעניין לציין, שגורמים הורמונאליים לא משחקים תפקיד אטיולוגי בהתפתחות של דיכאון לאחר לידה" (עמוד 485). טענה דומה מושמעת גם על ידי O'Hara ועמיתיו (1991) כמו כן, Harris (1994), מציין בסיכום סקירתו המקפת על משתנים הורמונאליים וביולוגיים, כי "מעולם לא הוכח קשר סיבתי בין הפרעות רגשיות שלאחר הלידה וגורמים הורמונאליים" (עמוד 290). Albright (1993), מציינת כי ישנן ראיות להעדר הבדלים ברמות ההורמונים בין אימהות דיכאוניות ולא דיכאוניות. בנוסף, ניתן לומר שניסיונות לטפל בדיכאון לאחר לידה באמצעות הורמונים אינם מוצלחים (Oakley & Chamberlain, 1981). עובדה המרמזת על כך שהשינוי ההורמונאלי איננו כנראה הגורם העיקרי.

ממצא המחזק את הגישה כי בעיות רגשיות שלאחר הלידה קשורות, לפחות חלקית, בגורמים פסיכולוגיים, מתייחס לקיומו של דיכאון לאחר לידה אצל אבות. Atkinson & Rickel (1984), מצאו רמות דומות של דיכאון אצל אבות ואימהות. Ballard ועמיתיו (1994), מביאים כדוגמה את ממצאי המחקרים של Harvey & McGrath (1988), שמצאו עליה בתחלואה הפסיכיאטרית בקרב אבות המצפים ללידה, בהשוואה לקבוצת ביקורת, Ressler & Lutkins (1971), שמצאו כי בין 3-5% מהאבות המצפים ללידה מזוהים כמדוכאים, Quadagno, Dixon, & Denney (1986), שעקבו אחרי זוגות במשך שישה שבועות לאחר הלידה ומצאו שחיקה רגשית זהה אצל אימהות ואבות, ומחקרם של Reskin, Richman, & Gaines (1990), שמצא שכיחות של 20% דיכאון בקרב שני בני הזוג, 8 שבועות לאחר הלידה. יחד עם זאת, Teichman & Lahav (1987), מציינים שבזמן הריון

ראשון של הנשים, הבעלים אינם מגלים רמות חרדה גבוהה יותר, אולם יש להם יותר תלונות סומטיות.

ממצאים נוספים שלא ניתן להסביר בעזרת סיבות ביולוגיות גרידא, מתייחסים לקיום של אפקט דיכאוני אצל אימהות מאמצות (Welburn, 1980). ממצאים אלו מחזקים את הנטייה שלא לראות בדיכאון רק תוצר ישיר של גורמים ביולוגיים הקשורים ללידה (ראה גם: Ussher, 1992). המודל הביולוגי נחשף לבקורת גם על ידי סוציולוגים ופסיכולוגים מהגישה הפמיניסטית, שביקורתם העיקרית נוגעת להעדר התייחסות להבדלים בין-אישיים בין הנשים (Oakley, 1980; Nicolson, 1988).

מסקירת הספרות ניתן להסיק, שקשה לייחס לגורמים ביולוגיים, כגון שינויים הורמונאליים ונסיבות הלידה, תפקיד עיקרי בחוויה הדיכאונית לאחר הלידה. לאור הממצאים הלא עקביים הנובעים מהמחקר הביולוגי הרב, עולה החשיבות למחקר המתמקד בגורמים הפסיכולוגיים והחברתיים של הסימפטומים הדיכאוניים לאחר הלידה. לגבי גורמים חברתיים, מחקרים מראים כי גורמים סביבתיים, הקשורים בשינויים הרבים בסגנון החיים, הדרישות במעבר לאמהות, ההתאמה להורות, והעדר תמיכה חברתית, מגבירים את החוויה הדיכאונית לאחר הלידה (Campbell & Cohn, 1991; Feski, et al., 1984; Stern & Kruckman, 1983; Kendall, 1985).

Millis & Kornblith (1992), טוענים כי ההפרעות הרגשיות שלאחר הלידה אינן תלויות תרבות, שכן מחקרים אנתרופולוגיים מראים כי הדיכאון לאחר הלידה מופיע במגוון תרבויות שונות. עם זאת, סקירת הספרות בתחום ההפרעות הרגשיות שלאחר הלידה, מעלה כי הבדלים בין-אישיים מהווים נטייה מוקדמת לדיכאון לאחר לידה (Pfof & Stevens, 1990). משתנים פסיכו-סוציאליים, כגון הפרעות רגשיות קודמות (Gotlib, et al., 1991), תמיכה חברתית נתפסת (Cutrona, 1984) ורמות עקה נתפסות (Hopkins, Marcus, & Campbell, 1987), נמצאו קשורים במובהק לדיכאון לאחר לידה. בנוסף, נמצא קשר בין דיכאון לאחר לידה לבין היסטוריה אישית ומשפחתית של דיכאון (O'Hara, 1987), יחוס פנימי כוללני של דיכאון (O'Hara, 1987; Hopkins et al., 1984), ותמיכה חברתית לא מספקת (O'Hara, 1987; Hopkins et al., 1984).

לגבי גורמים פסיכולוגיים, O'Hara ועמיתיו (1987, 1991), מציינים שהמנבא הטוב ביותר לדיכאון לאחר לידה היא רמת הדיכאון לפני הלידה. אפילו רמות יחסית נמוכות של סימפטומים דיכאוניים מופיעות למשך תקופה ארוכה ויש להן השלכות עבור האם (Campbell & Cohn, 1991) ותינוקה (Cramer, 1993).

טענה חשובה במיוחד במחקר על האטיולוגיה של דיכאון לאחר לידה היא "מודל-פגיעות-עקה" - כלומר, הטענה כי דיכאון נובע מאינטראקציה בין אירוע גורם לחץ (הריון ולידה כדורשי הסתגלות מחדש), והבדלים בין-אישיים בתגובה לעקה. סקירת הספרות הקיימת

העלתה את הצורך לחקור במשולב גורמים תוך אישיים ובין-אישיים, העלולים להעלות את הפגיעות להפרעות רגשיות לאחר הלידה. בנוסף, יש לציין שהמחקרים על דיכאון לאחר לידה מתמקדים במשתנים ספציפיים, ובודקים את הקשר ביניהם לבין דיכאון (לדוגמה: קשר בין רמות של תמיכה חברתית וסימפטומטולוגיה דכאונית, או בין יחוס סיבתי לבין דיכאון). גישה זו מעלה את הסיכוי לאתר קשרים שהם בעצם מקריים. מורגש הצורך לבדוק את נושא ההפרעות הרגשיות אחרי הלידה בהקשר של תיאוריה כללית של דיכאון. לאור חשיבותם של עצמאות וקשרים בין-אישיים במעבר לאימהות, נראה מתאים במיוחד לחקור דיכאון לאחר לידה במסגרת המודל של האישיות התלותית והביקורתית שהציעו Blatt ועמיתיו המוצג בהמשך (סקירה נרחבת ראה אצל Blatt, 2004).

### **תלותיות / ביקורתיות עצמית כגורמי פגיעות לדיכאון**

תוך התייחסות לשלבי ההתפתחות של Erikson במונחי ההתפתחות הבו-זמנית וההדדית של תלות ואוטונומיה, ציינו Blatt & Blass (1990), כי השלבים המאוחרים של Erikson (לענייננו המעבר לאימהות), הנם תקופות של אינטגרציה בוגרת של קווים התפתחותיים, וביטויים של הרמות ההתפתחותיות הקודמות, של "תלות בין-אישית/עצמאות". על פי Blatt ועמיתיו, באופן אידיאלי, תקינות הנה היכולת לפתח יחסים בין-אישיים משמעותיים ומושג עצמי חיובי וריאליסטי בעיקרו. כאשר פרטים מדגישים במיוחד אחת היכולות האלו, מתהוות שתי קונפיגורציות אישיות בסיסיות, כל אחת בעלת סוג מסוים של חוויות, העדפה של תבניות חשיבה, הגנות, וצורות התמודדות והסתגלות. אם ההדגשה הזו מוגזמת, נוצרים צרכי תלות או אוטונומיה בעלי עוצמה רבה. במקרים אלה תיווצר על פי Blatt, פגיעות לדיכאון.

Blatt (1990), דן באישיות תלותית ואישיות ביקורתית, כפגיעות לדיכאון. כמו כן, הוא מתאר בהתאם שני סוגים של חוויה דכאונית:

(א) אישיות תלותית (קונפיגורציה אנקליטית): מאופיינת על ידי תחושת בדידות, חוסר אונים, הפרט חושש באופן כרוני מלהינטש ולהישאר חסר הגנה וללא דואג. לאנשים הפגיעים לדיכאון תלתי יש צורך נואש בקשר פיזי צמוד, מלווה בצורך לרצות אחרים, צורך חזק להיות נאהבים, לחוש שדואגים להם, להיות מוגנים ומוזנים. אחרים נשפטים על ידם בראש ובראשונה לפי הדאגה, הנוחות ושביעות הרצון שהם יכולים לספק. פרידה מאחרים ואובדנים הם מקורות לפחד משמעותי ולדאגה, ולרוב מתמודדים אתם באמצעות מנגנוני הגנה כמו הכחשה או חיפוש נואש אחר תחליפים.

(ב) אישיות ביקורתית (קונפיגורציה אינטרויקטיבית): מאופיינת על ידי ביקורתיות עצמית מוגזמת, הרגשת חוסר ערך, נחיתות, תחושת כישלון ואשמה. פרטים הסובלים מדיכאון ביקורתי עסוקים בקביעות ובאופן קפדני בבחינה עצמית והערכה, ויש להם פחד כרוני להיות בלתי מוערכים ומבוקרים, הם מתאמצים יתר על המידה להגיע להישגים ומושלמות. לעיתים קרובות הם תחרותיים מאוד ועובדים קשה, דורשים מעצמם



דרישות גבוהות, ולעיתים קרובות משיגים הרבה, אבל עם מעט שביעות רצון מתמשכת. דרך פיצוי יתר הם מתאמצים להשיג ולקיים הסכמה וקבלה.

ניתן למצוא בספרות הפסיכולוגית הקלינית והחברתית מספר מודלים של פגיעות אישיות, המקבילים להצעתם של Blatt ושותפיו. Beck ועמיתיו (1983), מבחינים בין דיכאון של תלות חברתית לדיכאון של אוטונומיה, Arieti & Bemporad (1980), מבחינים בין דיכאון של הדגשת האחר לדיכאון עם דגש על מטרות. Angyal (1951), מבחין בין אוטונומיה וסביבה, ו-Bakan (1966) בין שיתופיות ועצמאות. חוקרים אחרים מבחינים בין תלותיות לבין השגיות וכוח (MaClelland, 1986). קיים זרם חשוב במחקר העוסק בקשר בין פגיעות תלותיות וביקורתיות לדיכאון. זרם זה מאמץ את נקודת המבט של אינטראקציה אישיות-סביבה. מנקודת מבט זו, חוקרים בחנו את השערת ההתאמה של אישיות-אירוע, ההנחה במחקרים אלה היא שדאגות מופרזות לגבי קשרים בין-אישיים, או השגיות אוטונומית, יבואו לידי ביטוי בתגובות דכאוניות ללחצים בין-אישיים או הישגיים בהתאמה (Zuroff & Mongrain, 1987; Segal, Shaw, & Vella, 1989; Segal, et al., 1992) ומחקרים עדכניים בתחום (Besser, Flett, & Davis, 2003; Besser & Priel, 2003a,b,c,d,e,f) מספקים תמיכה מסוימת לכך שתלותיות הנה פגיעות לדיכאון, בתגובה לאירועים בין-אישיים, ומן הסתם גם לאירועים אחרים. הראיות לגבי ביקורתיות-אירוע, מעורבות, אולם ישנן ראיות מאוד חזקות לגבי הפגיעות הגורפת של ביקורתיות עצמית. הראיות שנתקבלו ממחקרים שבדקו את היפותזת ההתאמה הוסברו בעיקרן כקשורות במגרעות מתודולוגיות, הנובעות בעיקר ממערכים שאינם מערכי מחקר אורך (Coyne & Whiffen, 1995; Rubins, 1995). מחקרים על היפותזת ההתאמה, בהם השתמשו במבנים מקבילים לתלותיות וביקורתיות, כמו אוטונומיה ודאגות להערכת ביצוע, לעומת דאגות סביב אישור (Segal, et al., 1992), תמכו בהנחת הפגיעות וסיפקו תמיכה מסוימת להשערת ההתאמה.

בסדרת המחקרים המוצגת כאן הודגמה לראשונה תקפות המודל לפגיעות של תלותיות וביקורתיות עצמית, לגבי פגיעות במצב הרוח במעבר לאימהות. יחד עם זאת הועלתה ההנחה, שגורמים נוספים מתערבים בקשר שבין הפגיעות האישיותיות לתוצריה. המחקרים הללו מתרכזים בשני משתנים בסיסיים: התקשרות לעובר ותמיכה חברתית.

### **פגיעות תלותיות וביקורתיות לדיכאון לאחר לידה ותפקידה הממתן של ההתקשרות לעובר**

התקשרות האם לעובר היא תפקיד התפתחותי מרכזי, המעורב בתהליך ההריון והלידה. מחקרים שעסקו בהיבט הפסיכולוגי של ההריון הניחו שההתקשרות הרגשית לעובר במהלך ההריון עשויה לנבא יחסי אם-ילד לאחר הלידה (Fonagy, Steele, & Steele, 1991; Priel, 1988) (Kantor, 1988) &. ייצוגים של העובר בעולמה הפנימי של האם נמצאו יציבים ומשפיעים על מידת ההתקשרות הבטוחה של הילד (Benoit, Parker, & Zeanah, 1997; Condon, )

למרות שגוף מחקרי זה מייצג עניין מרכזי בהשפעה של התקשרות בהריון על התפתחותו של התינוק והילד, ישנן ראיות מצטברות לגבי ההשפעה החיובית של התקשרות לעובר על בריאותה הנפשית של האם. למשל Nelson & Fazio (1995), מדווחים על קשר בין התקשרות רגשית לעובר במהלך ההריון והתנהגויות בריאות סתגלניות, בקרב נשים הרות. יתר על כן, מחקרים לגבי התערבות טיפולית באמהות מדוכאות לאחר לידה (Cramer, 1993), מציעים קיום קשר ישיר בין דיכאון לאחר לידה לבין איכות יחסי אם-ילד. דיכאון אימהי נמצא משתפר באופן משמעותי בעקבות התערבות טיפולית, ממוקדת בשינויים ביחסי אם-ילד. התערבויות אלו נמצאו מפחיתות סימפטומים של דיכאון ומגבירות את הערכתה העצמית של האם.

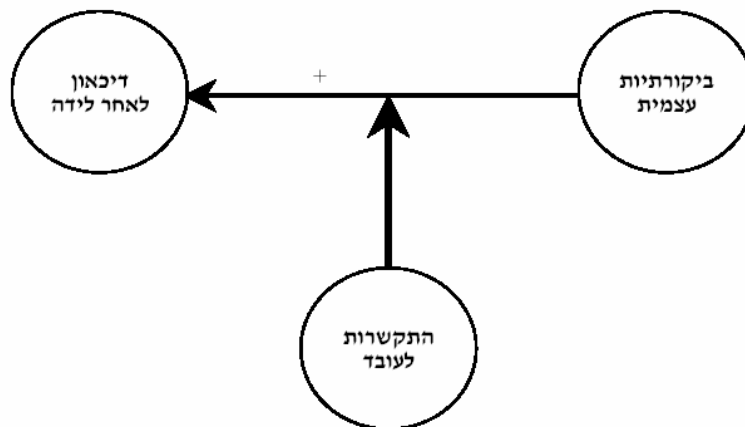
מתוך מבט על הספרות המצטברת בנושא התקשרות אם-עובר, מנקודת המבט של בריאותה הנפשית של האם, הועלתה ההשערה במחקר זה כי התקשרות האם לעובר תכונן פקטור מגן מפני תגובות פסיכו-פתולוגיות של האם ההרה ולאחר הלידה. בקונטקסט של מודל הפגיעות של תלותיות וביקורתיות עצמית, הועלתה ההשערה כי בקרב נשים בעלות רמות גבוהות של ביקורתיות עצמית, היכולת לייצר התקשרות לעובר יתכן ותגביר את ההערכה העצמית ותחושת היעילות העצמית של האישה ההרה, ובכך תמתן את פגיעותה לדיכאון לאחר לידה (Priel & Besser, 1999) (ראה תרשים מס' 1).

במחקר אורך (Priel & Besser, 1999), השתתפו 82 נשים בהריון ראשון, בגיל ממוצע של 23 (sd= 3.4) והשכלה של 10-17 שנות לימוד ( $m=12.3$ ,  $sd=1.52$ ), שנבדקו בשליש השלישי להריון ובסביבות 8 שבועות לאחר הלידה. הנשים נדגמו מאוכלוסייה נורמלית של נשים בהריון ראשון, שמגיעות לבדיקות שגרתיות בתחנות לטיפול באם ובילד. משתנים פסיכו-סוציאליים הידועים כמשפיעים על דיכאון לאחר לידה נשלטו, מאחר שנכללו במדגם רק נשים בהריון ראשון, נשואות, ללא היסטוריה פסיכיאטרית קודמת וללא היסטוריה של הפלות. נשים בהריון בר-סיכון לא נכללו והמדגם הסופי כלל רק נשים שבסופו של דבר ילדו בלידה נורמלית ילדים בריאים, על פי קריטריון 'אפגר' ראשון גבוה מ-8 ו- 'אפגר' שני זהה או גבוה מכך ('אפגר'- מדד להערכת הילוד במונחי דופק לב, נשימה, צבע עור וכד' Nelson, J [1987]). במחקר נמצא קשר בין רמות הדיכאון שנמדדו במהלך השליש השלישי להריון ולאחר הלידה ( $r=.45$ ,  $p<.001$ ). קשר זה מצוין רמות בינוניות, יציבות, מתמשכות, של סימפטומים דכאוניים במהלך ההריון ולאחר הלידה.

במודל הניבוי של רמות הדיכאון לאחר הלידה, בשליטה על רמות הדיכאון בשליש השלישי להריון, נמצא קשר חיובי מובהק בין ביקורתיות לבין דיכאון לאחר לידה ( $\beta=.41$ ,  $p<.001$ ), וקשר שלילי מובהק בין תלותיות לבין דיכאון לאחר לידה ( $\beta=-.24$ ,  $p<.05$ ). מעבר לאלו, התקשרות לעובר נמצאה קשורה שלילית לדיכאון לאחר לידה ( $\beta=-.22$ ,  $p<.05$ ). לבסוף, נמצא קשר מובהק רק עבור ביקורתיות עצמית עם התקשרות לעובר ( $\beta=-3.72$ ,  $p<.01$ ). המודל נמצא מסביר 51% מהשונויות בדיכאון לאחר לידה. האינטראקציה שבין ביקורתיות

עצמית והתקשרות לעובר, הדגימה את השערת המיתון: הקשר שבין ביקורתיות עצמית ודיכאון לאחר לידה נמצא חיובי וחזק במובהק ברמות נמוכות של התקשרות לעובר מאשר ברמות גבוהות של התקשרות לעובר. כלומר, רמות גבוהות של התקשרות לעובר ממתנות פגיעות לדיכאון לאחר לידה עבור נשים הגבוהות בביקורתיות עצמית.

**תרשים מס' 1: מודל המיתון<sup>1,2</sup> של ההתקשרות לעובר ושל סגנון ההתמודדות בהריון**



<sup>1</sup> המודל נבדק בשליטה על תלותיות ודיכאון בשליש השלישי להריון  
<sup>2</sup> משתנה ממתן הנו כזה המשפיע על הקשרים בין שני משתנים, כך שאופן ההשפעה של המשתנה המנבא על משתנה הקריטריון משתנה בהתאם לרמות השונות של הערכים השונים של המשתנה הממתן. המשתנה הממתן נמצא באינטראקציה עם המנבא, כך שהוא משפיע על רמות המשתנה התלוי (Baron & Kenny, 1986).

ממצאי המחקר תמכו בתפיסה כי במעבר לאימהות, ביקורתיות משפיעה על מצב רוח דיכאוני, בזמן שתלותיות לא נראתה כמכוננת פגיעות לדיכאון לאחר לידה. יתר על כן, בשליטה על רמות הדיכאון במהלך ההריון נמצא כי ביקורתיות עצמית גבוהה ותלותיות נמוכה נמצאו בקשר עם דיכאון לאחר לידה. במידה מסוימת לפחות, תלותיות נראית כגורם מגן. ניתן להבין את ההבדל בין תלותיות וביקורתיות עצמית כמשתני פגיעות לדיכאון לאחר לידה, כנובע מהיבטים ספציפיים במעבר לאימהות. ממצאי המחקר (Priel & Besser, 1999) מצטרפים לידע המצטבר לגבי השוני שבין תלותיות וביקורתיות עצמית כגורמי פגיעות. בסקירת מחקרים באוכלוסיות שונות, Helgeson (1994), הציגה ראיות נרחבות לגבי מכוונות כלפי העצמי כגורם פגיעות בבריאות נפשית. באותו הזמן, מכוונות כלפי האחר, בקרב נשים, לא נמצאה כמכוננת פגיעות בריאותית נפשית, אבל יכולה להוות גורם פגיעות לחולי פיזי.

התוצאות שהתקבלו מרמזות על כך שהריון ודאגה לתינוק, הדורשים פשרות לגבי תפקודי אוטונומיה, עשויים להיות קשים במיוחד עבור נשים אשר מגדירות עצמן במונחי הישגים ועצמאות. מחקר בשטח זה גם מקשר את ההתנסות של אובדן זהות וערך עצמי לגורמים במהלך ההריון והלידה, כמו להיות בתפקיד של חולה, לעזוב עבודה בשכר ולהפוך לעקרת בית (Ussher, 1992). השינויים הללו מובנים חברתית כהפחתה בסטטוס קודם, ומשפיעים על הזהות והסטטוס של נשים בעלות ביקורתיות עצמית, שנושאים אלו משמעותיים בעיניהן.

השינויים הללו, כנראה שאינם מעוררים עקה בקרב נשים בעלות תלותיות גבוהה. תוצאות מחקר זה מתאימות לאלה של Fedele ושותפים (1988), שמצאו כי המעבר לאימהות יוצר לחץ מובהק ומשמעותי על נשים אוטונומיות, אולם לא על נשים בעלות נטייה להתחברות. היכולת של נשים גבוהות בתלותיות לייסד תמיכה חברתית (Helgeson, 1994) יכולה להיות גרעין חוסן היחסי לפני ולאחר הלידה.

הממצא המרכזי של מחקר זה הוא התפקיד הממתן של התקשרות לעובר על ההשפעה של ביקורתיות עצמית, בדיכאון לאחר לידה: רמות גבוהות של התקשרות לעובר ניבאו באופן ניכר הפחתה בדיכאון לאחר לידה, בקרב נשים בעלות ביקורתיות עצמית גבוהה. הממצאים הללו מציינים את חשיבות הסימנים המוקדמים של התקשרות לעובר עבור הנשים הביקורתיות עצמן. נראה, כי יצירת קשר רגשי עם התינוק, עוד בטרם היוולדו, מהווה עבורן הוכחה של יכולת/הצלחה.

אם יוצאים מתוך ההנחה שההתקשרות לתינוק מהווה מטלה פסיכולוגית מרכזית בתהליך של הריון ולידה, יוצא שנשים בעלות ביקורתיות גבוהה מאוד מפתחות סימפטומים דכאוניים אם הן לא מתקשרות לעובר, אך אינן מפתחות סימפטומים כאלה אם הן מתקשרות לעובר. עבור נשים עם תלותיות גבוהה, מאידך, ההתקשרות לעובר היא בלתי תלויה ברמת התלותיות או רמת הסימפטומים הדכאוניים. יתרה מזו, עבורן, המצב של הריון ולידה לא מהווה גורם מזרז של סימפטומים של דיכאון, למרות המועדות האישיותית. דפוס זה של תוצאות מצביע על כך, שיש לא רק שני סגנונות אישיותיים שונים, אלא שתי דרכי הבניה של מצב חיים נתון. שוני זה מוביל לשוני במימוש או אי מימוש הפוטנציאל הדכאוני הקיים. יתכן שנשים אלה לא מפתחות סימפטומים דכאוניים למרות מועדותן, בגלל תפיסה חיובית יותר של המצב, יכולת להרגיע את עצמן או בגלל שהן פחות מאוימות במצב הזה.

מנקודת מבט קלינית, נראה שהקבוצה בעלת הסיכון הגבוה ביותר לדיכאון לאחר לידה כוללת נשים הרות ביקורתיות, אשר אינן מסוגלות להתחבר באופן משמעותי לתינוקן בטרם היוולדו. ממצאי מחקר זה מציעים, כי קשר רגשי לעובר יהווה מדד יעיל במניעה של הפרעות מצב רוח אחרי לידה, בעיקר אצל נשים בעלות ביקורתיות עצמית גבוהה.

שתי נקודות מרכזיות עלו מהמחקר הזה; האחת, לגבי ההתקשרות לעובר במעבר לאימהות: במחקרים נוספים נבדק משתנה ההתקשרות לעובר ומקומו במעבר לאימהות. במחקר אחד נבדק תפקידה המתווך של ההתקשרות לעובר ונמצא כגורם מתווך בין ייצוגי קשרים מעברה של האם, לקראת יצירת קשרים שלה עם ילדה בעתיד (Priel & Besser, 2000a). במחקר אחר נבדק תפקידם של ייצוגי האשה ההרה את האם שלה וייצוגי מודלים של עבודה פנימית (התקשרות), כמנבאים של התקשרותה לעוברה (Priel & Besser, 2001). במחקר נמצא, כי מודלים של התקשרות מוקדמת של האשה ההרה מסבירים את ייצוגיה את אמה, שבתורם, מסבירים את התקשרותה לעוברה במהלך ההריון.

הנקודה השניה, שמעניינו של הפרק הנוכחי, הנה לגבי אי הפגיעות של תלותיות ופגיעותן של הנשים בעלות הביקורתיות העצמית הגבוהה. ההבדל בין תלותיות וביקורתיות כגורמי פגיעות נראה כקשור לדרכי ההתמודדות הספציפיות, המתקשרות לכל סגנון אישיותי. הסבר אפשרי להבדל זה הוא ביכולת הקיימת אצל נשים בעלות תלותיות גבוהה - אך לא אצל נשים בעלות ביקורתיות גבוהה - לגייס תמיכה חברתית. נראה היה חשוב לבדוק אם תמיכה חברתית הנה גורם מתווך בקשר שבין פגיעות אישיותית לבין הפרעות במצב הרוח לאחר הלידה. בהתאם, תוכנן ובוצע מחקר נוסף (Priel & Besser, 2000b).

במחקר זה (Priel & Besser, 2000b), הוצע לבדוק את התפקיד המתווך של תמיכה חברתית נתפסת כללית וספציפית, של הבעל, בקשר בין פגיעות אישיותית לבין שינויים במצב הרוח לאחר הלידה. תמיכה חברתית קיבלה התייחסות נרחבת כגורם משמעותי בהסבר של דיכאון לאחר לידה. נמצא קשר בין העדר תמיכה חברתית, ותמיכה חברתית בנישואין, לבין דיכאון לאחר לידה (Grossman, 1984; Hopkins et al., 1984). תמיכה חברתית נחשבת כבעלת תפקיד חשוב בהקלה על הלחץ של תקופת הלידה (Crnic & Greenberg, 1987). מאידך, דיכאון לאחר לידה, קושר עם העדר קשרים מספקים, העדר קרבה בין חברי המשפחה, מיעוט חברים מספקי תמיכה, וקונפליקטים ביחסים עם הבעל או הורים (Cutrona, 1984). תמיכה חברתית של אנשי מקצוע נמצאה כבעלת השפעה מעטה על הבריאות שלאחר הלידה (Coffman, Brown, & Levitt, 1992), אולם החשיבות של תמיכה אינטימית מבן הזוג או אנשים קרובים אחרים תועדה שוב ושוב (Crnic et al., 1983; Levitt, Weber, & Clark, 1986). העדר יחסי בן זוג תומך, הוא הפקטור של תמיכה חברתית שבאופן שכיח ביותר קושר עם דיכאון לאחר לידה (Levitt et al., 1991; Gottlib et al., 1993; Levitt, Guacci-Franco & Levitt, 1986).

Koniak-Griffin, Lomiska, & Brecht (1993), מצאו כי נשים שזכו לתמיכה חברתית במהלך ההריון חוו בריאות נפשית ופיזית חיוביות יותר במהלך הצירים, הלידה ולאחריה. בנוסף, מספר חוקרים צפו בשינויים באיכות של יחסי נישואין במהלך המעבר הזה (Belsky et al., 1989; Cowan & Cowan, 1992). המחקר בנושא של תמיכה חברתית בעת ההריון והלידה תומך בהנחה שתמיכה חברתית, במיוחד מדמויות קרובות ובעיקר מהבעל, מהווה גורם

הממתן בצורה מובהקת את הקשיים הכרוכים בתקופה זו (Cohen & Crnic et al., 1983; Edwards, 1989).

Levitt ועמיתיו (1994), הציעו מודל לפיו התוצאות לאחר הלידה תלויות ברמה שבה ציפיות לתמיכה חברתית מאוששות או לא מאוששות לאחר הלידה, יותר מאשר ברמה הממשית של התמיכה המסופקת על ידי היחסים הקרובים של האם. תוצאות אלה נתמכות על ידי מחקרים של Ruble ושותפיו (1990) ושל Benson (1991). במחקרם של Priel & Besser (2000b) נעשה שימוש בגישה של Sarason ועמיתיו (1957), המציגה את אחד הזרמים המרכזיים בחקר תמיכה חברתית. Sarason ועמיתיו (1991), טענו שתמיכה חברתית נתפסת היא מבנה, המייצג אינטראקציה בין צרכים ויכולות הטמונים באישיותו של הפרט לבין היחסים המסוימים המתפתחים במהלך אינטראקציות חברתיות. לטענתם, תמיכה חברתית נתפסת, הנה, במובן מסוים, הסתגלות חשיבתית שפרטים עושים, בהתחשב בהגבלות והזדמנויות נתונות, מדומיינות או אמיתיות, הנקבעות על בסיס היסטורית החוויות שלהם. הסתגלות זו, כוללת בתוכה זהות עצמית וציפיות, הנוגעות לטיב היחסים עם אחרים. כך, שניתן לראות בתמיכה חברתית נתפסת חלק ממבנה מאורגן של דפוסי חשיבה, המניעים התנהגות חברתית והאחראים להבדלים בפרושים, הנעשים להתנהגות ולמניעים של אחרים. חוקרים אלה, מצאו הבדלים ברורים בתפיסות העצמיות של נבדקים בעלי רמות שונות של תמיכה חברתית נתפסת. נבדקים שתפסו את עצמם כמי שזמינה להם מידה רבה של תמיכה חברתית, האמינו, שהם מצליחים מבחינה חברתית והם בעלי תחושת יכולת. לעומתם, מי שהתאפיינו ברמה נמוכה של תמיכה חברתית, חשו חרדה, חוסר מותאמות, ודחייה חברתית.

מהסקירה עולה, כי היבטים מסוימים של תמיכה חברתית, כגון הרשת החברתית, מימוש הציפיות של האישה מאנשים קרובים לה, ובעיקר מהבעל, הם רלוונטיים במיוחד למצבה הנפשי של האישה אחרי לידת ילד ראשון. מכיוון שהתמיכה החברתית הנה גורם הקשור ביחסים בין-אישיים, סביר להניח, כי החום והעזרה המתקבלים מהסביבה החברתית יהיו משמעותיים יותר עבור נשים בעלות אישיות תלותית. עדות עקיפה להשערה זו מתקבלת מממצאיו של Blatt (ראה סקירה אצל Blatt, 2004) המצביעים על כך שאנשים תלותיים מגיבים טוב יותר לתרפיה ממוקדת בקשר פנים אל פנים ובעלת אופי תמיכתי, מאידך, ביקורתיים נעזרים בתנאים של טיפול פרשני ללא קשר פנים אל פנים. עובדה זו מרמזת, כי במצב עקה, תהיה לתמיכה החברתית יותר רלוונטיות עבור אמהות תלותיות. עדות יותר ישירה לעניינו של מחקר זה באה ממחקרם של Keinan & Hobfoll (1989), שבדקו נשים הרות בישראל, שדיווחו, לאחר הלידה, האם הבעל היה נוכח לצדן במהלך הלידה ודרגו את רמות החרדה שלהן במהלך הלידה. במחקרם, הם חילקו את הנשים לשתי קבוצות, תלותיות ולא תלותיות, על בסיס מדד תלותיות שמלאו הנשים קודם לכן. נמצא, כי נשים בעלות תלותיות גבוהה, היו יותר חרדות במהלך הלידה כאשר הבעל לא היה לצדן, מאשר כשהיה. נשים לא תלותיות, לעומת זאת, לא ביטאו רמת חרדה שונה במצב בו הבעל נכח,

בהשוואה למצב בו נעדר. ממצא זה מדגים את יכולתן של נשים בעלות תלותיות גבוהה להשתמש בתמיכה חברתית על מנת לווסת את רמות העקה.

באשר לקשר תמיכה חברתית ודיכאון, הרעיון שקשר בין-אישי נתפס משחק תפקיד חשוב בוויסות של עקה הוא בסיסי להמשגות של תמיכה חברתית נתפסת, בכלל (Priel & Shamai, 1995; Sarason, et al., 1983, 1985, 1986, 1987) ובקשר להסתגלותן של אמהות חדשות, בפרט (Collins et al., 1993). לאחרונה, נערכו מחקרים שמעידים כי תמיכה חברתית נתפסת הנה משתנה מתווך חשוב ביותר לקשר שבין יחסים מוקדמים של האישה ההרה עם אמה לבין תפיסתה את קושי התינוק שנולד במונחי טמפרמנט (מזג), בריאותו במונחי אפגר ורמת דיכאונה לאחר לידה (Priel & Besser, 2002), וכן משתנה חשוב גם בקרב נשים בהריון בר-סיכון (Besser, Priel, & Wiznitzer, 2002). מחקר בתחום התמיכה החברתית, נוטה לאחרונה לערוך הבחנה בין שני ממדים מרכזיים: ממד "התחושה" של התמיכה (Sarason et al., 1991), או תמיכה חברתית כללית, אשר מכילה מבנה של מעין תכונה, שאמורה לשקף מבט כללי, או גישה כלפי עצמי ואחרים, וכן תמיכה בין-אישית-ספציפית של הבעל, שנובעת בעיקרה מהתנסויות אישיות ספציפיות (Davis, Morris, & Kraus, 1998). השוואה בין המבנים של תמיכה חברתית כללית, לבין אלה של יחסים ספציפיים, מציעה שהללו בלתי תלויים יחסית, עם קשר מובחן ולא חופף (Davis et al., 1998). תפיסות של תמיכה חברתית כללית נמצאו מבחינות בין סגנונות התקשרות וקשורות עם עקה כללית. תמיכה חברתית ספציפית של הבעל קשורה עם הסיוע הממשי של אחרים, אולם נמצאה לא קשורה עם סגנונות התקשרות מעבר לתמיכה החברתית הכללית, ונמצאה קשורה באופן חלש עם הערכות כלליות של עקה (Davis et al., 1998). במחקר זה הועלתה ההנחה כי במעבר לאימהות, תמיכת הבעל תשחק תפקיד מגן; הנחה זו נובעת מסדרה של מחקרי אורך, שהדגימו כי התפיסה של זוגות נשואים את עצמם כקרובים ותומכים היוותה אינדיקציה חשובה להתמודדות בריאה עם עקה במעבר לאימהות (Belsky & Rovine, 1990).

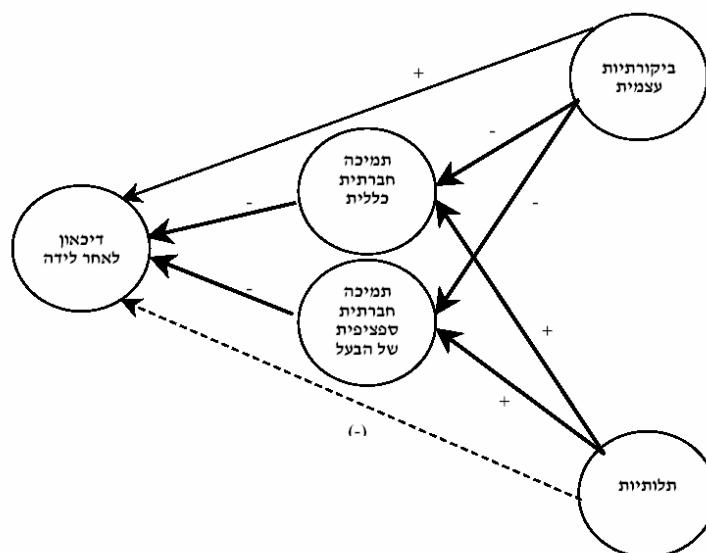
בקונטקסט של מודל הפגיעות של תלותיות וביקורתיות עצמית, הועלתה ההשערה שתמיכה חברתית כללית ותמיכה חברתית ספציפית של הבעל (המצופה, בשליש השלישי להריון והממשית, כפי שנמדדה כ- 8 שבועות לאחר הלידה), ימלאו תפקיד מתווך (Priel & Besser, 2000b) בקשר שבין תלותיות לבין דיכאון לאחר לידה (ראה תרשים מס' 2). מצד שני, נצפה שביקורתיות תפחית את רמות התמיכה החברתית הנתפסת, הכללית והספציפית של הבעל, ובהתאם, תגביר תחושות של דיכאון לאחר לידה<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> על פי Baron & Kenny (1986), משתנה מתווך מתואר כמושפע מהמשתנים הבלתי תלויים ואשר בתורו משפיע על משתנה הקריטריון. כאשר ישנו קשר חזק בין המשתנים התלויים ומשתנה הקריטריון, קשר זה "נעלם", פוחת והופך בלתי מובהק בנוכחות המשתנה המתווך. בזמן שמשנתנה ממתן משפיע באופן שונה על רמות שונות של הקשר הקיים בין מנבא וקריטריון, המשתנה המתווך, למעשה, מסביר את עצם קיומו של קשר זה.

במחקר אורך (Priel & Besser, 2000b) השתתפו 121 נשים בהריון ראשון, בגיל ממוצע של 25.2 (sd=3.6) והשכלה של 10-19 שנות לימוד (m=13.2, sd=1.69). הן נבדקו בשליש השלישי להריון ובסביבות 8 שבועות לאחר הלידה. הנשים נדגמו מאוכלוסייה נורמאלית של נשים בהריון ראשון, שמגיעות לבדיקות שגרתיות בתחנות לטיפול באם ובילד. משתנים פסיכו-סוציאליים הידועים כמשפיעים על דיכאון לאחר לידה נשלטו, בכך שנכללו במדגם רק נשים בהריון ראשון, נשואות, ללא היסטוריה פסיכיאטרית קודמת וללא היסטוריית הפלות. נשים בהריון בר-סיכון לא נכללו והמדגם הסופי כלל רק נשים שבסופו של דבר ילדו בלידה נורמאלית, ילדים בריאים על פי קריטריון אפגר ראשון גבוה מ-8 ואפגר שני זהה או גבוה מכך, כפי שבוצע על ידי אותם חוקרים במחקר קודם (Priel & Besser, 1999).

תרשים מס' 2: מודל התיווך<sup>1</sup> של תמיכה חברתית כללית ושל תמיכת הבעל המצופה והממשית



<sup>1</sup> המודל נבדק בשליטה על רמות הדיכאון בשליש השלישי להריון

במחקר נמצא, בין היתר, קשר בין רמות הדיכאון שנמדדו במהלך השליש השלישי להריון ולאחר הלידה ( $r=.38, p<.001$ ). קשר זה מצוין רמות בינוניות, יציבות, מתמשכות של סימפטומים דכאוניים, במהלך ההריון ולאחר הלידה. בדומה לממצאי המחקר הראשון (Priel & Besser, 1999), במודל הניבוי של רמות הדיכאון לאחר הלידה, בשליטה על רמות הדיכאון בשליש השלישי להריון, נמצא שיחזור של הקשר החיובי המובהק בין ביקורתיות ודיכאון לאחר לידה ( $\beta = .42, p<.001$ ). ושל הקשר השלילי המובהק בין תלותיות ודיכאון לאחר לידה ( $\beta = -.16, p<.05$ ).



בדיקת מודל התיווך באמצעות מודלים של נוסחאות מבניות (SEM) העלתה, כי מעבר לקשר שבין דיכאון בהריון ודיכאון לאחר לידה - ביקורתיות נמצאה משפיעה במובהק על הפחתה בתמיכה חברתית כללית וספציפית של הבעל. כמו כן, הפחתה בתמיכה חברתית כללית וספציפית של הבעל נמצאה משפיעה בתורה על עליה בסימפטומים דכאוניים לאורך הזמן. בנוסף, נמצא כי ביקורתיות משפיעה ישירות על עליה ברמות הדיכאון לאורך הזמן, מעבר לקשר העקיף שלה, דרך ההפחתה בתמיכה החברתית הכללית והספציפית של הבעל. מצד שני, תלותיות נמצאה מגבירה רמות של תמיכה חברתית כללית וספציפית של הבעל, שבתורן מפחיתות את רמת האפקט הדיכאוני. הקשר השלילי הישיר של תלותיות עם דיכאון לאחר לידה פחות, הפך לקרוב ל-0 ונעשה לא מובהק, בנוכחות המתווכים, מה שמדגים כי תמיכה חברתית ספציפית ותמיכה חברתית כללית מתווכים את הקשר בין תלותיות להפחתה בדיכאון. המודל הסביר 27% מהשונות בתמיכה הכללית, 25% מהשונות בתמיכה הספציפית של הבעל ו-49% מהשונות בדיכאון לאחר לידה (Priel & Besser, 2000b).

המחקר האמפירי על תלותיות וביקורתיות עצמית במהלך המעבר לאימהות מראה, כי היכולת לתחזק יחסים קרובים ותומכים, המאפיינת נשים עם רמות גבוהות של תלותיות, קשורה בקשר חזק לבריאות הנפשית של האישה. הקשרים המובחנים שנמצאו במחקר זה בין תלותיות וביקורתיות לבין דיכאון לאחר לידה, שוחזרו פעמיים (Priel & Besser, 2000b; Priel & Besser, 1999) ולאחרונה אף בפעם נוספת (Besser & Priel, 2003b), שגם הדגימה את חשיבות סגנונות ההתמודדות ואת התפקיד הממתן של שימוש בסגנון התמודדות יעיל-ממוקד במטרה, עבור הפגיעות לדיכאון לאחר לידה של נשים בעלות רמות ביקורתיות עצמית גבוהה. בכל המדגמים, במחקרי אורך, תוך שליטה על רמות הדיכאון במהלך השליש השלישי להריון, נמצאה ביקורתיות עצמית מכוננת פגיעות לסימפטומים דכאוניים, בזמן שתלותיות איננה מהווה גורם פגיעות במעבר לאימהות, עובדה המחזקת את הביטחון בתקפותו ומהימנותו של המודל ובמצאו האמפיריים.

יתר על כן, תוצאות המחקר מציינות כי אפקט האישייות על סימפטומים של דיכאון מתווך על ידי תפיסות שונות של תמיכה חברתית: תלותיות קשורה עם תפיסות של עצמי, כמגייס את עזרתם של אחרים-משמעותיים, גורם חשוב, כנראה, למצב רוח יציב במהלך תקופה זו. וביקורתיות עצמית, מצד שני, קשורה עם דחיית תמיכה, אשר בתורה מגבירה את הסימפטומים הדכאוניים. הקשר בין ביקורתיות והפחתה של תמיכה חברתית עשוי לרמז, באופן מתקבל על הדעת, על עמדות מורכבות שיש לאימהות חדשות בעלות רמות גבוהות של ביקורתיות-עצמית, בקשר לקבלת עזרה קונקרטי, כאשר זו נדרשת: עזרתם של אחרים משמעותיים יכולה להוות ברכה מעורבת עבור נשים כאלה, מכיוון שקבלת סיוע יכולה להוות כהיצרות של האוטונומיה, או כהוכחה לאי כשירותן של נשים אלה.

דפוס התוצאות שהתקבל במחקרים אלה מציע כי מבנה התלותיות יכול להכיל מרכיב בין-אישי אקטיבי חשוב. בהמשגתו הבסיסית של Bakan (1966) של "agency and

"communion, הקודם למושג של תלותיות וביקורתיות עצמית, הוא מציע ש- agency קשור לעמדה אקטיבית אינסטרומנטלית, בזמן ש- communion, נצפה כיותר פאסיבי. תוצאות מחקר זה מציעות, שנטיות תלותיות אינן, בהכרח, מרמזות על פאסיביות, אלא על צורה אחרת של גישה אינסטרומנטלית (Cross & Madson, 1997), אשר יכולה להיות מותאמת במיוחד במצב של המעבר לאימהות. אינסטרומנטליות זו מבוטאת, במקרה זה, בחיפוש האקטיבי אחר תמיכתם של אחרים משמעותיים, כמו גם כינונם של יחסים בין-אישיים קרובים.

### סיכום

מטרת המחקרים שהוצגו כאן הייתה להציע מודל פסיכולוגי כוללני, המתאר גורמי פגיעות וגורמים ממתנים, המעורבים בהפרעות רגשיות שלאחר לידה. מחקרים אלה מציעים מודל תוך אישי ובין-אישי לניבוי פגיעות יחסית לחוויה הדכאונית המדווחת. במודל זה הייתה התייחסות להריון ולידה כשלב התפתחותי באישיות הבוגרת - המעבר לאימהות. במחקרי אורך הנובעים זה מזה נעשה ניסיון לחשוף ולהתחקות אחר התהליכים הפסיכו-חברתיים של מעבר חיים זה.

המחקר מחדש בניסיונו לבדוק לראשונה את המודל של אישיות תלותית ואישיות ביקורתית, בהקשר של המעבר לאימהות ודיכאון לאחר לידה. עוד הוא מחדש בניסיונו לחפש גורמי הגנה גם עבור האישיות הביקורתית. בעוד הממצאים בתחום מתמקדים בפגיעות הנרחבת של האישיות הביקורתית, הרי שבמחקר זה מתברר שאישיות זו פגיעה בשל איום על האוטונומיה וקושי עם תלות. אלה מלווים בדחייה של תמיכה חברתית וביצירת מצב שלילי מעודד פגיעות. המחקר מראה בנוסף, כי להתקשרות לעובר ישנן השלכות על בריאותה הנפשית של האם ולא רק על יחסי אם ילד בעתיד, כפי שהודגש עד היום בספרות המחקרית בתחום.

נראה, כי המודל של תלות ביקורתיות, כפי שהוצג במקורו על ידי Blatt ועמיתיו, רלוונטי למעבר לאימהות, אולם הוא מסביר הסבר חלקי בלבד את היווצרות הדיכאון במעבר לאימהות, מכיוון שתלות, שהיא כאמור דאגה לקשרים בין-אישיים, לא מהווה גורם פגיעות אלא גורם חוסן. ביקורתיות, שהיא כאמור דאגה להגדרה עצמית, מהווה גורם פגיעות במידה שמצמצמת את מקורות התמיכה החברתית הנתפסת. מתקבל, אם כן, מודל פסיכולוגי לחקר המעבר לאימהות, המדגיש את מרכזיותם של גורמים בין-אישיים (כגון התקשרות לעובר ותמיכה חברתית) בהיווצרות של דיכאון. המודל הבסיסי של תלות וביקורתיות עצמית מאתר, כנראה, דפוסים בסיסיים של קשר בין-אישי, כאשר: הדפוס שמתואר כ- "ביקורתיות-עצמית" מתקשר לקשיים ביצירת קשרים חדשים ותמיכה סביבתית נתפסת, והדפוס שתואר כ- "תלותיות" מבטא יכולת לקשר, להפעלה מתאימה של הסביבה ולשמירה על רווחה אישית, לכל הפחות במעבר להורות/אמהות.

עבודה זו בתחום המחקר על אישיות ופגיעות במעבר לאימהות, יכולה אולי לרמוז משהו על שלושה מיתוסים בסיסיים של אימהות, שמובנים תרבותית-חברתית ושהשתרשו בעולם

המערבי במאה השנים האחרונות: קיומו של אינסטינקט אימהי, ההנחה שאהבת אם היא מובנת מאליה, ההנחה שאימהות מהווה הגשמה עצמית עבור האישה.

על פי המיתוס של אינסטינקט אימהי ואהבת אם, אימהות ואהבה אימהית הן התנהגויות אוטומטיות בלתי תלויות בדבר, כמו היכולת להרות וללדת. נראה כי ממצאי מחקר זה מעידים על תהליכים הרבה יותר מורכבים ורב ממדיים ופחות ביולוגיים הורמונאליים. נראה כי תחילתו של תהליך זה עודו בהריון, ואולי עוד לפני כן, ושהוא תלוי הקשר ומצב. המיתוס המרשים מכולם, "ההריון כהגשמה עצמית" – שוב, מחקרים אלה מדגימים כי דווקא אמהות העסוקות בהגשמה עצמית - אמהות הגבוהות בביקורתיות-עצמית - האימהות מהווה עבורן גורם מזמן פגיעות. לבסוף, מיתוס מערבי נוסף שממצאי מחקרים אלה מערערים, הוא מיתוס האוטונומיה וההתקשרות במבנה הנשי. אחד האידיאלים המערביים הנו היכולת לפיתוח אוטונומיה והימנעות מתלות, דבר הנכון במקרים מסוימים גם לגבי גישות פסיכולוגיות טיפוליות. ממצאי המחקרים הללו מדגישים, כי לפחות במעבר לאימהות, תלותיות מהווה גורם מגן פעיל, אשר מאפשר מעבר תקין, בעוד ביקורתיות-עצמית - אוטונומיה, יוצרת פגיעות.

יתכן ומחקרים אלה יכולים לתת, ולו במעט, תשובות וכיוונים למה שהיטיבה לבטא אישה לאחר לידה שרואינה על ידי Kendall-Tackett & Kantor (1993):

"...האמת שאני מרגישה בושה. מדוע זה כה קשה עבורי בזמן שזה נראה כה פשוט עבור אימהות אחרות? חשתי שאינני יכולה להמשיך. פעם הייתי מסוגלת "לרוץ כמו הגברים".....היום, אני בתפקיד אימהי מסורתי, אבל אני לא שייכת לתפקיד הזה. אז איפה זה מותיר אותי? לא מתאימה לאף אחד מהתפקידים.... אני הייתי תמיד מצטיינת במה שעשיתי. אני חשה שאני לא יכולה [לתפקד כאם]. במיוחד כאשר אני מביטה על אמהות אחרות. אני לא מסוגלת לבוא לכלל הבנה למה אני לא יכולה לעשות זאת... הייתי שבויה אחר ציפיותיהם של אחרים. אולי אפילו הציפיות של עצמי היו גבוהות מידי. זה הוביל אותי לחוש דכדוך, ללא שליטה. כך למעשה התחיל הדיכאון. הספק שאני לא אוכל לעשות זאת. זה הביא אותי למקום של פחד מוות, עצבנות, בכי, ולא לרצות לאכול".... (עמוד 64).

מבט קרוב ומעמיק בתיאורי חוויותיה של המרואיינת שהובאה כאן, יש בו כדי לתמוך בהנחת היסוד של עבודה זו, המודל המוצע בה, וממצאי המחקרים. נראה כי המעבר לאימהות, אם כן, הוא זמן בו נושאים של יחסים בין-אישיים וגם של זהות, הערכה והגדרה עצמית, עולים וצפים על פני השטח ומאלצים את האישה להערכה מחודשת של האוטונומיה שלה ויחסיה הבין-אישיים הקרובים.

## ביבליוגרפיה

קרן, ת. (1989). נשים בורוד. תל-אביב: עם עובד.

Albright, A. (1993). Postpartum depression: A review. *Journal of Counseling and Development*, 71, 316-320.

Ammaniti, M., & Baumgartner, E. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13, 167-182.

Angyal, A. (1951). *Neuroses and treatment: A holistic theory*. New York: Wiley.

Antonucci, T. C., & Mikus, K. (1988). The power of parenthood: Personality and attitudinal changes during the transition to parenthood. In G. Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research*. Cambridge: Cambridge University Press.

Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1360-1365.

Atkinson, A., & Rickel, A. V. (1984). Postpartum depression in primiparous parents. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 115-119.

Bakan, D. (1966). *The quality of human existence: Isolation and communion*. Boston: Beacon Press.

Ballard, C. G., Davis, R., Cullen, P. C., Mohan, R. N., & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 164, 782-788.

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.

Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R. P., & Emery, G. (1983). *Development of the sociotropy-autonomy scale: A Measure of personality factors in psychopathology*. Philadelphia, PA: University of Philadelphia.

Beebe, B., & Stern, D. N. (1977). Engagement disengagement and early object experiences. In N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures*. New York: Plenum.

Belsky, J., & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5-19.

- Belsky, J., Rovine, M., & Fish, M. (1989). The development family system. In M. Gunnar (Ed.), *System and development* (pp. 119-166). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Benedeck, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- Benedeck, T. (1970). The family as psychological field. In E. Antony & T. Benedek (eds.), *Parenthood: Its psychology and psychopathology* (pp. 109-135). Boston: Little, Brown.
- Benoit, D., Parker, K. C. H. & Zeanah, C. H. (1997). Mothers' representations of their infants assessed parentally: Stability and association with infant's attachment classification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 307-313.
- Benson, P. R. (1991). *Predicting relationship adaptation among new parents*. Paper presented at the Society for Research in Child Development, Seattle.
- Besser, A., Flett, G. L., & Davis, R. (2003). Self-criticism, dependency, silencing the self, and loneliness: a test of a mediational model. *Personality and Individual Differences*, 35, 1735-1752.
- Besser, A., & Priel, B. (2003a). A multisource approach to self-critical vulnerability to depression: The moderating role of attachment. *Journal of Personality*, 71, 515-556.
- Besser, A., & Priel, B. (2003b). Trait vulnerability and coping strategies in the transition to motherhood. *Current Psychology*, 22, 57-72.
- Besser, A., & Priel, B. (2003c). Linear and nonlinear threshold models of dependency and self-criticism: Comparing high- and low-risk pregnancies. Manuscript submitted for publication.
- Besser, A., & Priel, B. (2003d). Self- and best-friend assessments of personality vulnerability and defenses in the prediction of depression. Manuscript submitted for publication.
- Besser, A., & Priel, B. (2003e). Depression among older adults: The roles of dependency, self-criticism and self-efficacy. Manuscript submitted for publication.
- Besser, A., & Priel, B. (2003f). The apple does not fall far from the tree: Attachment styles and personality vulnerabilities to depression in three generations of women. Manuscript submitted for publication.
- Besser, A., Priel, B., & Wiznitzer, A. (2002). Childbearing depressive symptomatology in high-risk pregnancies: The roles of working models and perceived spouse support. *Personal Relationships*, 9, 395-413.

- Bibring, G., & Dwyer, T. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalysis Study of the Child*, 16, 9-72.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical, and Research Perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structure in psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Representation, emotion, and cognition in developmental psychology* (pp. 1-33). NY Rochester: University of Rochester Press.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 107-157.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation* (pp. 299-335). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. J., & Blass, R. (1996). Relatedness and self-definition: A dialectic model of personality development. In G. G. Noam & K. W. Fischer (Eds.), *Development and vulnerabilities in close relationships*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blatt, S. J., & Blass, R. (1990). Attachment and separatedness: A dialectic model of the products and processes of psychological development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.
- Blatt, S. J., & Blass, R. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology and psychotherapy. In J. Barron & M. Eagle & D. Wolitsky (Eds.), *The interface between psychoanalysis and psychology* (Vol. 45, 107-127). Washington, DC: The American Psychological Association.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2002). Perfectionism in the therapeutic process. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 393-406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.

- Campbell, S. B., & Cohn, J. F. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 594-599.
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. New York: Grune and Stratton.
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering*. Berkeley and Los Angeles: University Seabury Press.
- Coffman, S., Brown, L., & Levitt, M. J. (1992). *Clarifying support expectations in parent couples*. Paper presented at the meeting of the Southern Nursing Research Society, Nashville, TN.
- Coffman, S., Levitt, M. J., & Guacci-Franco, N. (1993). Mothers stress and close relationship: Correlates with infant health status. *Pediatric Nursing*, 19, 135-142.
- Cohen, R. L. (1979). Maladaptation to pregnancy. *Seminars in Perinatology*, 3, 15-24.
- Cohen, S., & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorders. In R. W. J. Neufied (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 235-283). New York: Wiley.
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. M. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1243-1258.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1992). *When parents become parents*. New York: Basic Books.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W. S., Boles, H. L., & Boles, A. G. (1985). Transition to parenthood - his, her, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6, 451-481.
- Cox, J. L. (1988). Childbirth as a life event: Sociocultural aspects of postnatal depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 75-83.
- Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118, 358-378.
- Cramer, B. (1993). Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health Journal*, 14, 283-297.

Crnic, K. M., & Greenberg, A. (1987). Maternal stress, social support, and coping: Influences on the early mother-infant relationships. In C. Boukydis (Ed.), *Research on support for parent and infant in the postnatal period* (pp. 25-40). Norwood, NJ: Albex.

Crnic, K. M., Greenberg, A., Ragozin, N., Robinson, & Bassham, R. (1983). Effect of stress and social support on mothers of premature and full-term infants. *Child Development*, 54, 209-217.

Cross, S. E., & Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122, 5-37.

Cutrona, C. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172.

Cutrona, C. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 378-390.

Davis, M. H., Morris, M. M., & Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468-481.

Deutsch, H. (ed.). (1944/45). *The psychology of women*. New York: Grune & Stratton.

Dion, K. K. (1995). Delayed parenthood and women's expectations about the transition to parenthood. *International Journal of Behavioural Development*, 18, 315-333.

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.

Fedele, N. M., Golding, E. R., Grossman, E. K., & Pollak, W. S. (1988). Psychological issues in adjustment to first parenthood. In G. Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research* (pp. 85-113). Cambridge, II: Cambridge University Press.

Fedele, S. S. (1983). *The male machine*. New York: Norton.

Feldman, S. S. (1988). Predicting strain in mothers and fathers of 6 months old infants: A short term longitudinal study. In F. Peterson & P. Berman (Eds.), *Becoming a father*. New York: Wiley.

Feldman, S. S., Biringen, Z., & Nash, S. C. (1981). Fluctuation of sex-role related self attributions as a function of stage family life cycle. *Developmental Psychology*, 17, 24-35.



Feldman, S. S., & Nash, S. C. (1984). The transition from expectancy to motherhood: Impact of the first born child on men and women. *Sex Roles*, 11, 1-78.

Feski, A., Harris, B., Walker, R. F., Riad-Fahmy, D., & Newcombe, R. G. (1984). Maternity blues and hormone levels in saliva. *Journal of Affective Disorders*, 6, 351-355.

Fonagy, P., Steele, M., & Steele, H. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of mother-infant attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 880-893.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gotlib, I. H., & Hooley, J. M. (1988). Depression and marital functioning: Current status and future directions. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and intervention* (pp. 543-570). Chichester UK: Wiley.

Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M., & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 122-132.

Grossman, F. K. (1984). *Separate and together: Men's autonomy and affiliation in the transition to parenthood*. Paper presented at the NICHD Conference, Bethesda, MD.

Guttman, D. (1970). Female ego styles and generational conflict. In E. Walker (Ed.), *Feminine personality and conflict* (pp. 77-96). Belmont, CA: Brookes/Cole.

Gyves, M. (1985). The psychological impact on high risk pregnancy. *Advanced Psychosomatic Medicine*, 12, 71-80.

Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V., & Sandler, M. (1992). Links between early post-partum mood and post-natal depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 777-780.

Harris, B. (1994). Biological and hormonal aspect of postpartum mood. *British Journal of Psychiatry*, 164, 288-292.

Harvey, I., & McGrath, G. (1988). Psychiatric morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. *British Journal of Psychiatry*, 152, 506-510.

Helgeson, V. (1994). Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin*, 116, 412-428.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1976). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

- Hopkins, J., Marcus, M., & Campbell, S. B. (1984). Postpartum depression: A critical review. *Psychological Bulletin*, 95, 498-515.
- Hopkins, J., Marcus, M., & Campbell, S. B. (1987). Role of infant related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 237-241.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1981). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: London.
- Kegan, R. (1982). *The evolving self: Problem and process in human development*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Keinan, G., & Hobfoll, S. E. (1989). Stress, dependency and social support: Who benefit from husband presence in delivery? *Journal of Clinical and Social Psychology*, 8, 32-44.
- Kendall-Tackett, K. A., & Kantor, G. K. (1993). *Postpartum depression: A comprehensive approach for nurses*. London: Sage.
- Kendall, R. (1985). Day to day mood changes after childbirth: Further data. *British Journal of Psychiatry*, 145, 620-625.
- Kernberg, F. (1976). *Object relations theory and clinical psychology*. New York: Jason Aronson.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
- Koniak-Griffin, D., Lomiska, S., & Brecht, M. L. (1993). Social support during adolescent pregnancy: A comparison of three ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 16, 43-56.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 95, 55-96.
- Levitt, J. L., Weber, R. A., & Clark, M. C. (1986). Social network characteristics as source of maternal support and well-being. *Developmental Psychology*, 22, 310-316.
- Levitt, M. J., Coffman, S. C., Guacci-Franco, N., & Loveless, S. C. (1994). Attachment relationships and life transitions. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 232-255). New York: Guilford Press.
- Levitt, M. J., Guacci-Franco, N., & Levitt, J. L. (1993). Convoys of social support: An intergenerational analysis. *Psychology and Ageing*, 8, 323-326.

Lobel, M., Dunkel-Schetter, C., & Scrimshaw, S. C. M. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity: A prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychology, 11*, 32-40.

MacClelland, D. (1986). Some reflection on the two psychologies of love. *Journal of Personality, 54*, 334-353.

Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International University Press.

Melges, F. (1972). Postpartum psychiatric syndrome. In J. M. Bardwick (Ed.), *Readings on psychology of women* (pp. 284-292).

Millis, J. B., & Kornblith, P. R. (1992). Fragile beginning: Identification and treatment of postpartum disorders. *Health and Social Work, 17*, 192-199.

Nelson, W. E. (1987). *Nelson's textbook of pediatrics*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Nelson, W. E., & Fazio, A. F. (1995). Emotional content of talk to the fetus and healthy coping behaviors during pregnancy. *Infant Mental Health Journal, 16*, 179-191.

Nicolson, P. (1988). *The social psychology of postnatal depression*. London: School of Economics.

Oakley, A. (1980). 'Normal motherhood': An exercise in self-control? In B. Hutter & G. Williams (Eds.), *Controlling women: The normal and the deviant*. London: Croom Helm.

Oakley, A., & Chamberlain, G. (1981). Medical and social factors in postpartum depression. *Journal of Obstetric Gynecology, 1*, 182-187.

O'Hara, M. W. (1987). Postpartum 'blues', 'depression', and 'psychosis'" A review. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology, 7*, 205-227.

O'Hara, M. W., Schlechte, J. E., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorder: Psychological, environmental and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 63-73.

Osofsky, J. D., & Osofsky, H. J. (1985). Psychological and developmental perspectives on expectant and new parenthood. *Review of Child Psychological Research, 8*, 342-353.

Penticuff, J. H. (1982). Psychological implications in high-risk pregnancy. *Nursing Clinics of North America, 17*, 69-78.

Pfost, K. S., & Stevens, M. J. (1990). A counselor's primer on postpartum depression. *Journal of Counseling and Development, 69*, 148-151.

- Pitt, B. (1973). Maternity blues. *British Journal of Psychiatry*, 122, 431-433.
- Priel, B., & Besser, A. (2002). Representations of early relationships during the transition to motherhood: The mediating role of social support. *Infant Mental Health Journal*, 23, 343-360.
- Priel, B., & Besser, A. (2001). Bridging the gap between attachment and object relations' theories: A study of the transition to motherhood. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 85-100.
- Priel, B., & Besser, A. (2000a). Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment and perceptions of infant temperament: A study of first-time mothers. *Personal Relationships*, 7, 291-310.
- Priel, B., & Besser, A. (2000b). Dependency and self-criticism among first-time mothers: The roles of global and specific support. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 437-450.
- Priel, B., & Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 240-253.
- Priel, B., & Kantor, B. (1988). The influence of high-risk pregnancy and social support systems on maternal perception of the infant. *Infant Mental Health Journal*, 9, 235-244.
- Priel, B., & Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effect on affect regulation. *Journal of Personality and Individual Differences*, 19, 240-253.
- Quadagno, D. M., Dixon, L. A., & Denney, E. W. (1986). Postpartum moods in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1018-1023.
- Raphael-Leff, J. (1995). *Pregnancy: the inside story*. London: Sheldon Press.
- Reskin, V. D., Richman, J. A., & Gaines, C. (1990). Patterns of depressive symptoms in expectant and new parents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 658-660.
- Ress, W. D., & Lutkins, S. G. (1971). Parental depression before and after childbirth. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 21, 26-31.
- Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18, 333-345.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer.

Rubins, C. J. (1995). Personality-event interaction models of depression. *European Journal of Psychology*, 9, 367-378.

Ruble, D. N., Brook-Gunn, J., Fleming, A. S., Fitzmaurice, G., Stangor, C., & Deutsch, F. (1990). Transition to motherhood and the self: Measurement, stability, and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 450-463.

Russel, C. M. (1974). Transition to parenthood: Problems and gratification. *Journal of Marriage and the Family*, 36, 294-301.

Sander, L. W. (1989). Investigation of the infant and its caregiving environment as a biological system. In S. E. Greensdaw & G. H. Pollock (Eds.), *The course of life*. Madison: International University Press.

Sarason, B. R., Pierce, G. R., Shearin, E. N., Sarason, I. G., Waitz, J. A., & Poppe, L. (1991). Perceived social support and working model of self and actual others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 273-287.

Sarason, I. G., B. R. Sarason, et al. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.

Sarason, B. R., I. G. Sarason, et al. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness, and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 469-480.

Sarason, B. R. & Shearin, E., Pierce, G.R. & Sarason, I.G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

Segal, Z. V., Shaw, B. F., & Vella, D. D. (1989). Life stress and depression: A test for the congruency hypothesis for life event content and depressive subtype. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21, 389-399.

Segal, Z. V., Shaw, B. F., Vella, D. D., & Katz, R. (1992). Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients: Test of the congruency hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 26-36.

Stern, D. N. (1995). *The maternal constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Book.

- Stern, G., & Kruckman, L. (1983). Multi-disciplinary perspective on postpartum depression: An anthropological critique. *Social Science Medical*, 17, 1027-1041.
- Svedjda, M. J., Pannebecker, B. J., & Emde, R. N. (1982). Parent to infant attachment: A critique to the early "bonding model". In R. N. Emde & R. J. Harmon (Eds.), *The development of attachment and affiliation systems*. New York: Plenum Press.
- Teichman, Y., & Lahav, Y. (1987). Expectant fathers: Emotional reactions, physical symptoms and coping styles. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 225-232.
- Ussher, J. M. (1992). Research and theory related to female reproduction: Implications for clinical psychology. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 129-151.
- Welburn, V. (1980). *Postnatal depression*. Glasgow: Fontana.
- Whiffen, V. E. (1992). Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 12, 485-508.
- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1993). Comparison of postpartum and non postpartum depression: Clinical presentation, psychiatric history and psychological functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 485-495.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Wolkind, S., & Zajicek, E. (1981). *Pregnancy: A psychological and social study*. London: Academic Press.
- Zajicek, E. (1981). The experience of being pregnant. In S. Wolkin & E. Zajicek (Eds.), *Pregnancy: A psychological and social study* (pp. 98-119). New York: Academic Press.
- Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1987). Dependency and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective states. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 14-22.

**יצירת קשר מוקדם אם גנטית ותינוק  
באמצעות אשפוז במחלקת יולדות בשיטת הביות,  
לאחר לידה בהסדר פונדקאות:  
תיאור מודל טיפולי חדשני בשני במקרים**

חביבה שרן<sup>4</sup>, יעקב יהב<sup>5</sup>, דן פלד<sup>6</sup> ופאול מרלוב<sup>7</sup>



לקשר המוקדם בין האם לתינוק מיד לאחר לידה יש תפקיד חשוב, העוזר לבניית התנהגות של התקשרות (attachment) אם-תינוק. נמצא כי התנהגות זו יעילה לניבוי התפתחות פיזית, רגשית, קוגניטיבית וחברתית תקינה של התינוק בגיל מאוחר יותר (Ainsworth, Bell & Mahler, Pine & Bergman, 1975; Klaus & Kennell, 1976; Bowlby, 1969; Staylon, 1974).

בהריון ובלידה בהסדר פונדקאות, לאם הגנטית ישנה הזדמנות מעטה ליצירת הקשר הראשוני (bonding) עם התינוק, במהלך ההריון (ברחם), וכן בתקופה הרגישה מיד לאחר הלידה (van Nickert & van Zyl, 1995).

---

<sup>4</sup> חביבה שרן, עובדת סוציאלית בכירה, מחלקת יולדות וילודים מרכז רפואי רבין, קמפוס בילינסון, פתח תקוה.

<sup>5</sup> יעקב יהב, מרצה בכיר, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, מנהל קמפוס בילינסון.

<sup>6</sup> דן פלד, מנהל חדר לידה, מרצה בכיר בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, מרכז רפואי רבין, קמפוס בילינסון, פתח תקוה.

<sup>7</sup> פאול מרלוב, פרופסור מן המניין, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, מנהל מחלקת יולדות ופגים, מרכז רפואי רבין.

כדי לענות לבעיה זו אנו מציגים שיטה חדשנית, שבה האם הגנטית (המיועדת), בלידה פונדקאות, מתאשפת במחלקת יולדות, הפועלת בשיטת הביות, שבה התינוק נמצא עם היולדת בחדרה מיד לאחר הלידה של התינוק. מטרת המאמר הנוכחי היא לתאר את הניסיון הראשוני של יישום השיטה במרכז הרפואי רבין.

השיטה מתוארת באמצעות תאור מקרים של שתי אמהות גנטיות, שהתנסו בהריון ולידה בהסדר של פונדקאות. הלידה הראשונה היתה לידה רגילה של תינוק יחיד והלידה השנייה היתה של זוג תאומים בניתוח קיסרי. כשלושה חודשים לפני הלידה, פקידת הסעד הארצית לחוק הפונדקאות דיווחה לשירות לעבודה סוציאלית של בית החולים על מועד הלידה הצפוי, ובית החולים נערך עם כל הצוותות הטיפוליים לקראת הלידה.

האם הראשונה עברה כריתת רחם לאחר הלידה הראשונה, בגלל היפרדות שליה, והאם השנייה סבלה ממחלת ריאתית - סיסטיק פיברוזיס ומחוסר פוריות. כדי לעודד יצירת קשר מוקדם (bonding), שתי האמהות הגנטיות אושפזו במחלקת יולדות, הפועלת בשיטת הביות, מיד לאחר הלידה. המדיניות הכללית של המרכז הרפואי רבין היא, שמיד לאחר הלידה התינוקות מועברים מחדר הלידה למחלקת ילודים, לשם ביצוע בדיקות רפואיות והשגחה רפואית, ולאחר כארבע שעות הם מובאים לחדרה של האם, במחלקת יולדות הפועלת בשיטת הביות.

הצוות הרב מקצועי במחלקת יולדות וילודים קיבל הנחיות ברורות כיצד להתייחס לאם המיועדת ולבעלה, כשהמסר העיקרי היה להתייחס אליהם כמו לשאר ההורים החדשים במחלקה, כדי להבטיח ששאר היולדות ובני זוגן לא יהיו מודעים לנסיבות המיוחדות של האשפוז. עם אשפוז במחלקת יולדות, האם הגנטית לבשה מדי יולדת, היא ובעלה קיבלו תגים וחדר פרטי במחלקה, כדי שיוכלו לשהות עם התינוק זמן רב ככל הניתן, במשך כל שעות היום, בהתאם לשיטת הביות. היולדת ובעלה קבלו הדרכה אינטנסיבית פרטנית וקבוצתית בטיפול בתינוק, כמו שאר היולדות במחלקה ובני זוגן.

## האם הראשונה

לאם הראשונה, נולד, בהסדר של הריון ולידת פונדקאות, תינוק יחיד בלידה וגניאלית. התינוק נולד בשבוע ה-40 להיריון, במשקל 3210 גרם. בניגוד למדיניות הכללית של מחלקת הילודים, לפיה מיד לאחר הלידה התינוק מועבר למחלקת ילודים, לשם השגחה רפואית, ולאחר כארבע שעות מובא לחדרה של היולדת, עוד בחדר הלידה, מיד לאחר הלידה, ההורים הגנטיים קיבלו את התינוק לידם. לאחר שהם התייחדו עם התינוק, הוא הועבר למחלקת ילודים. האם הגנטית התאשפזה במחלקת יולדות, הפועלת בשיטת הביות, תוך שהיא ובעלה מקבלים את אותה הדרכה בטיפול בתינוק כמו כל ההורים החדשים במחלקה, שילדו תינוק בלידה "רגילה". יש לציין, כי האם הגנטית קיבלה לפני הלידה Metoclopramide Pramin כדי לגרות יצור חלב אם. האם הניקה את תינוקה כארבע שעות לאחר הלידה. ביום שלמחרת הלידה, האם הגנטית ביצעה במחלקה את כל הפעולות הרגילות כמו שאר היולדות, קרי, הנקה ותוספת של בקבוק, החלפה, ניקיון התינוק, השתתפות בהדרכה קבוצתית ואישית.



היא השתחררה מהמחלקה עם התינוק לאחר 48 שעות מהלידה. היא המשיכה להיניק את תינוקה עם תוספת של בקבוק במשך ששה שבועות.

## האם השניה

בהסכמת האם הפונדקאית (אם נושאת), האם הגנטית נכחה בניתוח הקיסרי של זוג התאומים, כשהאם הגנטית תמכה רגשית ופיזית באם הפונדקאית. עם תום הניתוח, האם הגנטית קיבלה לידיה את התינוקות התאומים, שנולדו בשבוע ה-38 להיריון. משקל התאום הראשון 3480 גר', ומשקל השני 3220 גר'. האם הגנטית הראתה אותם לאם הפונדקאית עוד בחדר הניתוח. לאחר מכן, האב הגנטי הוכנס לחדר התאוששות הצמוד לחדר הניתוח והם התייחדו עם התאומים במשך כ-15 דקות, עד שהתינוקות הועברו למחלקת ילודים. בזמן שהתינוקות נבדקו במחלקת ילודים, האם הגנטית אושפזה במחלקת יולדות, בשיטת הביות. במהלך האשפוז, ההורים הגנטיים קיבלו הדרכה אישית וקבוצתית מהצוות של המחלקה והחלו לטפל בתאומים באופן מיידי ובמשך כל שעות היום. בנוסף להדרכה השוטפת שההורים קיבלו מהצוות הרב מקצועי של המחלקה, ניתנה להם אפשרות להתאשפז יום נוסף במחלקה (האשפוז נמשך 72 שעות), כדי לעודד את הקשר הראשוני בינם ובין התינוקות ולעזור להם בהתמודדות עם המצב החדש, של לידה ראשונה של זוג תאומים. מתחילת האשפוז, האם הגנטית ביצעה את כל המטלות הנדרשות בטיפול בתאומים, כמו שאר האמהות ה"רגילות". יש לציין, שהאב הגנטי גם הוא היה מעורב מאד באותן פעולות.

## שיטה

1. במהלך האשפוז של האמהות הגנטיות במחלקה נערכו תצפיות על התנהגות ההורים עם תינוקותיהם. התצפיות התבססו על תיאורי תצפית ממחקר קודם שנעשה על ידי Levy-Shiff, Sharir and Mogilner (1989), בקרב הורים לתינוקות פגים.

בתצפית נכללו התנהגויות הוריות, שחולקו לקטגוריות הבאות: טיפול פיזי (למשל; האכלה, החלפת בגדים וחיתולים, ניגוב פנים), מגע ורבלי (למשל; השמעת קולות, דיבור לתינוק), התנהגויות של גרייה (למשל; משחק עם התינוק, מתן צעצוע), ביטויי חיבה (למשל; נישוק, חיוך וחיבוק התינוק), מגע פיזי (למשל; החזקה, ליטוף ונדנדוד התינוק) מגע עין-עין (למשל; מבט בתינוק). התנהגויות של התינוק חולקו לקטגוריות הבאות: שינה, ערות ופעילות, ערות ללא פעילות, התנהגות מרעישה (למשל; בכי, חוסר שקט). נערכו שתי תצפיות ביום, במשך כ- 10 דקות, על ההורים ועל התינוק, בעת שהייתם עם התינוק במחלקה. התצפיות נערכו באינטראקציה חופשית ובלתי מובנית.

2. דיווח של האמהות על מידת שביעות הרצון מהשיטה עם השחרור לקהילה.

3. מעקב טלפוני, חודש ו-10 חודשים לאחר הלידה.

## תוצאות

### באם הראשונה

התצפית החלה עוד בחדר הלידה. האם גילתה התעניינות רבה בבדיקה הפיזית וההתפתחותית של רופא הילדים. עם אשפוז במחלקת היולדות, האם הראתה אינטראקציה רגשית חזקה עם התינוק, שבאה לידי ביטוי בהחזקה קרובה וממושכת של התינוק ובהתנהגות וורבלית, שהתבטאה בכך שדיברה אליו לעיתים תכופות (סיפרה לו על הדרך המיוחדת שבה בא לעולם), הראתה ביטויי חיבה לעיתים תכופות, החלה להיניק אותו מספר שעות לאחר לידתו והאכילה אותו גם מבקבוק. האם עודדה את בעלה ובנה הבכור למגע פיזי עם התינוק (בהחזקה וליטוף), להתנהגות של גרייה (לשחק עם התינוק), ואף עודדה את בנה הבכור לבחור שם לתינוק. התינוק, בזמן ערות, התבונן בפני אמו, בעיקר בזמן שהתקיימה ביניהם אינטראקציה של ביטויי חיבה (חיבוק ונישוק) ושל התנהגות של גרייה (דיבור אליו).

## באם השניה

התצפית על ההתקשרות אם-תינוק החלה עוד בחדר הניתוח. העובדת הסוציאלית המחלקתית היתה נוכחת בחדר הניתוח לשם תמיכה ועזרה לשתי האמהות (לאם הנושאת ולאם הגנטית). מיד לאחר הלידה, האם הגנטית קיבלה את התינוקות, החזיקה אותם בהתרגשות רבה והציגה אותם בפני האם הנושאת. לאחר הבדיקה הרפואית הראשונית של רופא הילדים, התינוקות הובאו לאב הגנטי. שני ההורים החזיקו את התינוקות והתחלקו ביניהם, חיבקו וליטפו אותם ושמרו על מגע עין-עין. הם ליוו את התינוקות למחלקת ילודים וגילו התעניינות רבה במצבם הרפואי. עם אשפוזה של האם הגנטית במחלקת יולדות, בשיטת הביות, היא ובעלה השתתפו בהדרכה אישית וקבוצתית בנוגע לטיפול בתינוקות. מתוך התצפית בהם עולה כי הם הציגו רמת רגישות גבוהה לצרכים ולהתנהגויות של התינוקות (שפת סימנים), הם דיווחו כי במהלך האשפוז במחלקה החלו להכיר את המזג של כל אחד מהתינוקות ("הראשון יותר שקט, השני יותר פעיל"). הם הציגו לעיתים תכופות ביותר התנהגויות של חיבה (נישוק), גרייה (משחק עם התינוקות בזמן שהיו ערים), מגע פיזי (החזקה, ליטוף והרגעת התינוקות כשהם בכו) ובעיקר טיפול פיזי (האכלה והחלפת חיתולים ובגדים) עם תינוקותיהם, במהלך שהותם בחדר היולדת, כמקובל בשיטת הביות. התינוקות שהיו במצבי ערות בעת האינטראקציה עם הוריהם, שהתבטאה במגע פיזי, משחק וביטויי חיבה, הביטו אל פניהם במהלך האינטראקציה.

לקראת שחרורם מהמחלקה, ההורים הגנטיים דיווחו על רמת שביעות רצון גבוהה משיטת האשפוז במחלקת יולדות, בשיטת הביות, שלדבריהם אפשרה להם להכיר טוב יותר את תינוקותיהם, עוד במסגרת האשפוז בבית החולים. דבר שהקטין את רמת החרדה שלהם לקראת חזרתם הביתה. האם השניה ובעלה, דיווחו כי השיטה של אשפוז האם הגנטית במחלקת יולדות הגבירה את הביטחון העצמי שלהם, בנוגע למיומנות ההורית הראשונית שלהם ולהתקשרות המוקדמת עם תינוקותיהם.

במעקב טלפוני, שנערך חודש ועשרה חודשים לאחר השחרור מבית החולים, האם השניה דיווחה כי התינוקות עלו יפה במשקל, התפתחותם הניירו-מוטורית והקוגניטיבית היתה בטוחה הנורמאלי (כפי שנמסר לה על ידי רופא הילדים ואחיות טיפת חלב).

## דין

התקשרות (attachment) היא קשר בין שני אנשים, שהוא ספציפי וגם מתמשך (Klaus & Kennell, 1976). התקשרות מיוחדת מתרחשת בין הורה ותינוק. יתכן שזהו סוג הקשר (bond) החזק ביותר שנוצר בקרב בני האדם, והוא עוזר להישרדות ולהתפתחות התינוק (Bowlby, 1969; Klaus & Kennell, 1976).

הקשר הפיזי אם-תינוק הינו קשר ייחודי, שמתחיל עוד ברחם האם ומתעצם בדרך כלל מיד לאחר הלידה, כשהתינוק תלוי בה באופן טוטאלי (Bowlby, 1969; Klaus & Kennell, 1976). בהריון בהסדר של פונדקאות, האם הגנטית אינה מתנסה בקשר פיזי ואמוציונאלי ישיר עם

העובר במהלך ההריון והלידה (van Nickerk & van Zyl, 1995), וכך גם מיד לאחר הלידה, כשהיא מקבלת לראשונה את התינוק לזמן קצר בלבד (Fischer & Gillman, 1991). האם הגנטית מבקרת את התינוק במחלקת ילודים, אבל אינה מרגישה, או מתפקדת, באותה דרך כמו אם "רגילה".

בהריון ובלידה של הסדר פונדקאות, בישראל, קיבלו האם הגנטית ובעלה לאחר הלידה מקום במחלקת ילודים "שיאפשר להורים המיועדים להחזיק בתינוק, לטפל בו, להאכיל אותו ולקבל הדרכה לגביו" (בהתאם להנחיות של פקידת הסעד הארצית לחוק הפונדקאות לבתי חולים). מתוך התחשבות בחשיבות הקשר המוקדם אם-תינוק, אנו מציגים שיטה שעשויה לפצות, באופן חלקי, את האמהות הגנטיות, בלידה בהסדר פונדקאות, על הניק האפשרי להתקשרות מוקדמת אם-תינוק, עקב החסר של הריון ולידה טבעיים. כדי שנוכל לאפשר מגע ראשוני מוקדם ככל האפשר בין האם (ההורים) והתינוק, אנו מציגים הסדר, לפיו האמהות הגנטיות נוכחות בחדר לידה ו/או בחדר ניתוח ולאחר מכן מתאשפזות במחלקת יולדות, הפועלת בשיטת הביות, כמו שאר היולדות הטבעיות. שיטת הביות במחלקה מקדמת את יצירת הקשר.

Menning (1980) ציין, כי זוגות הסובלים מליקויי פוריות נוטים להציג סדרות של תגובות אמוציונאליות ללקות זו, כשטווח התגובות נע משוק ראשוני ודחייה של הבעיה ועד לשלב של קבלה של הלקות. מסקירת הספרות המחקרית, החוקרת נשים הלוקות בבעיית פוריות, עולה כי הן סובלות לעיתים תכופות מהערכה עצמית נמוכה, מידה מסוימת של בידוד חברתי ורגשות של חוסר בטחון. רגשות אלה יכולים להוביל לרגשות של ייאוש, דיכאון, כעס ורגשות אשם (Gibson, et al., 2000; Mahlstedt, 1985; 1994). אותם קשיים רגשיים מתחילים משלב האבחנה של בעיית האי-פוריות ונמשכים דרך הטיפול בבעיה זו (Mahlstedt, 1994). לדעתם של Boivin וחבריו (1995), קשיים אלה הם חלק מההתפתחות וקבלת הלקות (אי-פוריות). לפעמים הם אפילו נמשכים לאחר לידה של תינוק בעקבות טיפולי הפריה חוץ גופית (IVF), ובאים לידי ביטוי ביכולת הורית נמוכה, בהשוואה לאמהות פוריות. במידה והטיפול אינו מצליח, הזוגות מתנסים בתחושות של תסכול ואכזבה (Menning, 1980). לעתים תכופות הם מתנסים בתקופות של דיכאון (Litt, et al, 1992; Mahlstedt, 1994), וחרדה (Newton, Hearn & Yuzpe, 1990). כישלון בטפול יכול להחיש תגובות פסיכולוגיות קשות בקרב הנשים (Boivin, et al., 1995).

האמהות הגנטיות (המיועדות) במחקר שלנו לא היו יוצאות מן הכלל. הריון בהסדר של פונדקאות, כשלעצמו, עלול לעורר עומסים רגשיים נוספים אצל נשים אלו, בגלל שהוא מלווה בתחושה של חוסר שליטה, ובפחדים שמא האם הפונדקאית תתחרט ותרצה את התינוק לעצמה, לאחר הלידה, או שמא התינוק עלול להיוולד לא בריא (Schenkar, 1992).

הנקה והעלאת רמות ה- oxytocin אצל האם עשויות לשחק תפקיד עיקרי בבניית הקשר אם-תינוק, מכיוון שה- oxytocin, הנקרא "הורמון האהבה", עשוי להיות מעורב בהסתגלות

ההתנהגותית של האם (Nissen, et al., 1998). הנקה מוקדמת חשובה במיוחד, בגלל שהשפתיים של התינוק על הפיטמה של האם, בשעה הראשונה, משנות את התנהגותה (Widstrom, et al., 1990). בנוסף, Walton וחבריו (1992) הוכיחו, כי תינוקות בני 12-36 שעות, שראו תמונה של הפנים של אמם, ביצעו יותר תגובות מציצה, לעומת תינוקות שראו תמונה של אשה זרה. תינוקות אלה, חרטו בזכרונם מוקדם לאחר הלידה את פניה של אמם. דבר זה עשוי לקרות לתינוק שנולד בלידת פונדקאות, כאשר הוא רואה לראשונה את האם הגנטית.

אנחנו משערים, כי המודל שלנו יעזור להעלאת ההערכה העצמית של האם הגנטית ולחיזוק המסוגלות ההורית שלה. תוצאות התצפיות שלנו, והדיווח של ההורים בזמן השחרור מבית החולים, מצביעים על היתרונות של השיטה. במקרה של האם השניה, הצענו יום אשפוז נוסף בבית החולים, מתוך ההנחה כי היתרון של התקשרות מוקדמת גובר על העלות הכספית הנוספת.

מחקר זה תומך, באופן חלקי, במסקנותיו של Schuker (1987), שהורים לא ביולוגיים יכולים להיות יעילים בגידול התינוק כמו הורים ביולוגיים, אם מתקיימת אינטראקציה פסיכולוגית טובה הורה-תינוק, מיד לאחר הלידה, המספקת את הבסיס החזק להתקשרות חיובית ויעילה.

אנו ממליצים, כי בתי חולים יאמצו כמדיניות את שיטת האשפוז המוקדמת, במחלקת יולדות בשיטת הבית, של אמהות גנטיות, בהסדר של הריון ולידת פונדקאות, כדי להבטיח קשר ראשוני בטוח אם-תינוק, לשם התפתחות תקינה של התינוק מבחינה פיזית, רגשית, קוגניטיבית וחברתית בגיל מאוחר יותר. יש צורך בביצוע מחקרים נוספים, על מדגמים גדולים יותר ומחקרי אורך, על מנת להצדיק את יעילות השיטה.

## ביבליוגרפיה

- Ainsworth, M. D., Bell, S. M. & Staylon, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In Richards, M. P. (Ed.) *The integration of a child into social world*. (pp. 99-135) London: Cambridge University Press.
- Boivin, J., Takefman, J. E., Tulandi, T. & Brender, W. (1995). Reaction to infertility based on extent of treatment failure. *Fertil Steril*, 63, 801-807.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Fischer, S. & Gillman, I. (1991). Surrogate motherhood: Attachment, attitudes and social support. *Psychiatry*; 54, 13-20.
- Gibson, F. L., Ungerer, J. A., Tennant, C. C. & Saunders, D. M. (2000). Parental adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. *Fertil Steril*, 73, 565-574.
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding*. St. Louis, C. V. Mosby.
- Levy-Shiff, R., Sharir, H. & Mogilner, M. (1989). Mother and father pre-term infant relationship in the hospital preterm nursery. *Child Development*, 60, 93-102.
- Litt, M. D., Tensen, A., Afflock, G. & Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavior Medicine*, 15, 171-187.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *Psychological birth of the human infant*. New York, Basic Books.
- Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertil Steril*, 48, 335-346.
- Mahlstedt, P. P. (1994). Psychological issues of infertility and assisted reproductive technology. *Urological Clinics of North America*, 21, 557-566.
- Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril*, 34, 313-319.
- Newton, C. R., Hearn, N. T., & Yuzpe, A. (1990). A psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: Assessing the impact of failure. *Fertil Steril*, 54, 874-886.
- Nissen, E., Gustavsson, P., Widstorm, A. M. & Uvans-Moberg, K. (1998). Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal delivery or cesarean section. *J. Psychosomatic Obstetric Gynaecol*, 19, 49-58.

Schenkar, J. G. (1992). Surrogate mother. *Harefuah*, 123, 330-333 (Hebrew).

Schuker, E. (1987). Psychological effects of the new reproductive technologies. *Women Health*, 13, 141-147.

van Nickerk, A & van Zyl, L. (1995). The ethics of surrogacy: Women's reproductive labour. *Journal of Medical Ethics*, 21, 345-349.

Walton, G. E., Bower, N. J. & Bower, T. G. (1992). Recognition of familiar faces by newborn. *Infant Behavior Development*, 15, 265-269.

Widstrom, A. M., Wahlberg, V, Matthiesen, A. S. et al. (1990). Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development*, 21, 153-163.

# נישואים פוליגמיים ומונוגמיים: השפעתם על מצבן הנפשי והחברתי של נשים בדואיות-ערביות

עליאן אל קרינאווי<sup>8</sup> וורד סלונים-נבו<sup>9</sup>



פוליגמיה, אשר מוגדרת במאמר זה כקשר נישואים בין גבר אחד למספר נשים (Kottak, 1978 מצוטט אצל Low, 1988), היא צורת הנישואים הנפוצה ביותר בקרב התרבויות השונות בעולם (Al-Krenawi, 2001a). כבר במאה השבע-עשרה, פוליגמיה הייתה נהוגה ומקובלת על ידי הכנסייה הנוצרית. בארצות הברית, פוליגמיה מותרת על פי הכנסייה המורמונית ונהוגה בקרב מאמיניה (Bergstrom, 1994). כיום, פוליגמיה נפוצה במיוחד באפריקה, באסיה, במזרח התיכון ובאוקיאניה, ובמידה מסוימת גם באירופה ובצפון אמריקה (Altman & Ginat, 1996; Broude, 1994; Gibbs & Campbell, 1999).

בחברות כפריות ופרה-תעשייתיות, למבנה המשפחתי הפוליגמי יש יתרונות: יצירת מאגר גדול של נשים וילדים אשר יכול להוות מקור של כוח עבודה נגיש וזול עבור המשפחה (Barry & Yoder, 2002); הגברת כוחו האישי והפוליטי של הגבר ושל משפחתו המורחבת (Abu-Lughod, 1985; Betzing, 1988; Kilbride & Kilbride, 1990); נשים הנשואות לגברים פוליגמיים עשירים עשויות להנות מיתרונות שונים, ביניהם בטחון כלכלי והגנה חברתית (Borgerhoff-Mulder, 1992; Kressel, 1996); ובמצבים מסוימים, יכול להיות יתרון נוסף של שיתוף פעולה בעבודות הבית, בפעילות כלכלית ובגידול הילדים עם הנשים האחרות (Ware, 1979).

למרות זאת, הנשים והגברים בנישואים פוליגמיים מדברים גם על חסרונות הפוליגמיה: נשים מתלוננות על חסך במשאבים רגשיים וכלכליים שנובע מחלוקתם בין הנשים השונות

---

<sup>8</sup> עליאן אל קרינאווי, פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.  
<sup>9</sup> ורד סלונים-נבו, פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.



על ידי הבעל (Al-Krenawi, 1998); וגברים ונשים מתלוננים על האווירה הקשה שנוצרת בשל הקנאה, צרות העין והשנאה בקרב הנשים והילדים (Al-Krenawi, 1998; Borgerhoff- Mulder, 1992; Mulder, 1992; Kilbride & Kilbride, 1990; Ware, 1979).

רוב המחקרים על פוליגמיה מתייחסים אליה כאל תופעה תרבותית ו/או מתמקדים בנקודת מבטו של הגבר (Borgerhoff-Mulder, 1992). המחקר הנוכחי מצטרף לגוף המחקר ההולך וגדל אשר בוחן את הפוליגמיה מנקודת מבטה של האישה. המחקרים המועטים אשר בחנו את הפוליגמיה מנקודת מבט זו ציינו את הקשר החזק בין נישואים פוליגמיים למתח והפרעות נפשיות בקרב נשים (Al-Issa, 1990; Al-Krenawi, 1998; Makanjuola, 1987). ביתר פירוט, הממצאים מראים כי בהשוואה לנשים במשפחה מונוגמית, בקרב נשים החיות במשפחה פוליגמית ישנה שכיחות גבוהה יותר של הפרעות נפשיות (Leighton, Lembo, 1963; Hughes et al., 1963); שיעור גבוה יותר של מחלות אמבולטוריות (Chaleby, 1987) ושיעור גבוה יותר של אישפוזים פסיכיאטריים (Chaleby, 1985). בקרב המטופלות הפסיכיאטריות, נישואים פוליגמיים מקושרים לדיכאון, חרדה (Ghubash, Hamdi, & Bebbington, 1992), סומטיזציה (El-Islam, 1975), דימוי עצמי נמוך (Al-Krenawi, 2001a) והפרעות פסיכופתולוגיות שונות (Aghanwa, Dare, & Ogunniyi, 1999).

המחקר הנוכחי בוחן את המצב הפסיכו-סוציאלי של נשים בדואיות-ערביות בנישואים פוליגמיים. במיוחד, הוא בוחן את התפקוד הפסיכולוגי, התפקוד המשפחתי, שביעות הרצון מחיי הנישואין ומערכת היחסים אם-ילד בקרב נשים בכירות בנישואים פוליגמיים בישראל.

## **פוליגמיה בקרב בדואים-ערבים בנגב**

הבדואים, למרות שהם חלק מהעולם הערבי, הם ישות לשונית, פוליטית וגיאוגרפית נפרדת ושונה. בדומה לחברות ערביות מסורתיות אחרות, החברה הבדואית היא בעלת לכידות גבוהה, שבה טובת הקבוצה קודמת לטובת הפרט והמשכיות ויציבות מוערכים מעל לשינוי חברתי (Hall, 1976; Al-Krenawi, Graham, & Al-Krenawi, 1997). המבנה החברתי הוא פטריארכלי ויש הפרדה בין המינים. יכולותיהן הפיזיות והאינטלקטואליות של הנשים בדרך כלל לא מוערכות (Al-Sadawi, 1985; El-Islam, 1975).

הפוליגמיה היא מוסד חברתי מרכזי בחברה הבדואית, בדומה לחברות ערביות ומוסלמיות אחרות. הקוראן מתיר לשאת עד ארבע נשים, בעוד שמסורות דתיות ותרבותיות עתיקות רואות בפוליגמיה אמצעי בטוח לארגון ושליטה בצרכים המיניים הגבריים, בתוך מסגרת מקובלת חברתית, אשר דורשת מהגבר להיות אחראי ולהציע לנשים מידה של הגנה ובטחון (Al-Krenawi, 1999; Hassouneh-Phillips, 2001). בנוסף, הפוליגמיה נתפסת כאמצעי יעיל להבטחת המשכיות המשפחה, כאשר האישה אינה פורייה או יולדת רק בנות (Al-Krenawi, 1999).

השינויים בחברה הבדואית בתקופה האחרונה יוצרים לחץ על מוסד הפוליגמיה. אחד השינויים העיקריים הנו מעבר הבדואים מנוודות למגורי קבע. בישראל של היום, כמעט כל 125,000 הבדואים-ערבים אשר מאכלסים את הנגב, שהוא החלק הדרומי של ישראל, מתגוררים בכפרים, אשר 56% מהם מוכרים באופן רשמי ומקבלים שירותים ממשלתיים ו-44% אינם מוכרים ואין בהם שירותים חברתיים או תשתיות (Al-Krenawi, 2001b). המעבר לכפרים קבועים, משני הסוגים, הוביל לאובדן התעסוקה המסורתית (לדוגמה, רעיית צאן, חקלאות), ובו בזמן הותיר את הבדואים ללא ההשכלה וללא הכישורים הנחוצים למציאת עבודה נאותה בחברה המודרנית. שיעורי האבטלה בקרב הבדואים בישראל מוערכים ביותר מ-55% מהאוכלוסייה הבורגנית; בערך 30% מהגברים ויותר מ-80% מהנשים הם מחוסרי עבודה (Al-Krenawi, 2001b). וכך קרה שההתיישבות הקבועה בקהילות דמוי-עירוניות והאבטלה הפחיתו את יתרונותיה של הפוליגמיה מבחינה כלכלית וחברתית והפכו את חייה של המשפחה הפוליגמית לקשים יותר.

גורם נוסף המאיים על מוסד הפוליגמיה הנו העלייה האיטית, אך היציבה, ברמת ההשכלה בקרב גברים ונשים בדואים, וכן העלייה בכבודם ובכוחם של חברים משכילים בקהילה. למרות שגברים משכילים עדיין בוחרים בנישואים פוליגמיים ונשים משכילות עדיין עשויות להיכנס לנישואים כאלה, ישנן הוכחות שהשכלה מובילה לירידה בשיעור נישואי הפוליגמיה. חוקרים מצאו שבדואים מונוגמיים משני המינים היו משכילים יותר מבדואים פוליגמיים (Al-Krenawi & Lightman, 2000). באופן דומה, מחקרים שנערכו בבנגלדש (Shaikh, Aziz & Chowdhury, 1987) ובקרב שבט הירובה בניגריה המערבית (Ahmed, 1986) מצאו, שהורים משכילים נטו פחות להשיא את בנותיהם לגברים נשואים.

למרות התפתחויות אלו, הפוליגמיה עדיין נמשכת בקרב הבדואים בנגב. אין בנמצא נתונים מדויקים, אך ניתן להעריך ש-20% מכלל הנישואים הבדואיים בנגב הם פוליגמיים (Al-Krenawi & Lightman, 2000). בנוסף לעמדות התרבותיות והדתיות החזקות שנזכרו לעיל, ניתן למנות שתי סיבות עיקריות להמשכיות זו. הסיבה הראשונה הנה החשיבות שהחברה הבדואית מקנה ליחידות משפחתיות גדולות וללידת הרבה בנים. מכיוון שהבדואים-הערבים היו בעבר עם של לוחמים, לתפיסתם, ככל שהשבט יותר גדול כך הוא חזק יותר ומעמדו גבוה יותר (Marks, 1974). ברמה האישית והמשפחתית, המעמד, הביטחון הכלכלי והיכולת להתפתחות אישית ממשיכים להתבסס על שייכות משפחתית. כך קורה שמבחינה חברתית ופסיכולוגית, הפוליגמיה, וכתוצאה ממנה המשפחות הגדולות, עדיין מקושרות לכוח וכבוד הערבית. בנישואים כאלו, שהם נפוצים מאוד בחברה הבדואית, שני גברים מתחתנים אחד עם אחותו של השני. אם אחד מהגברים ייקח לו אישה שנייה, על האחר יופעל לחץ על ידי משפחתו לעשות כמוהו, כדי לשמור על סימטריה בין מבני שתי המשפחות.

## נשים בכירות

מעמדן של הנשים בנישואים פוליגמיים משתנה בהתאם למיקומן בסדר הנישואין. חברות רבות מעניקות מעמד גבוה לנשים בכירות: הן עשויות לקבל שליטה, או זכויות יתר, על פני הנשים האחרונות בנישואים והשפעה מוגברת על הבעל (Broude, 1994). בניגוד לכך, בחברה הערבית, ובכללה החברה הבדואית, לנשים בכירות יש מעמד נמוך יותר מאשר לנשים הנוספות (Al-Krenawi et al., 1997). זאת הואיל והנישואים הראשונים, אשר לרוב הנם בגיל צעיר מאוד, הנם לעיתים קרובות תוצר של שידוכין על ידי ההורים, ובני הזוג נבחרים מסיבות "פוליטיות" וכלכליות (Al-Haj, 1987; El-Islam & Abu-Dagga, 1992). הנישואים השניים, השלישיים והרביעיים נובעים מבחירה ואהבה. כתוצאה מכך, הנשים הנוספות מקבלות עדיפות בחלוקת המשאבים הכלכליים, התמיכה החברתית ותשומת ליבו של הבעל (Al-Krenawi, 1998; Al-Krenawi et al., 1997).

Al-Krenawi מצא שנשים ראשונות בנישואים פוליגמיים בחברה הבדואית בנגב סובלות יותר מאשר נשים מונוגמיות מדימוי עצמי נמוך, בדידות ובעיות רגשיות אחרות (Al-Krenawi, 2001a). מחקר שנערך בקמרון הכפרית (Gwanfogbe et al., 1997) העלה שנשים שניות יותר מרוצות מחיי הנישואין שלהן מאשר נשים בכירות. Chaleby (1987) מציין, שבשירות הפסיכיאטרי בכווית ישנן יותר נשים בכירות שנמצאות תחת טיפול פסיכיאטרי מאשר נשים שניות. במחקר אחר, Chaleby (1985) מצא, שנשים בכירות מקשרות את הסימפטומים הפסיכיאטריים שלהן לנישואיו הנוספים של הבעל.

מחקרים אלו מספקים תמונה ראשונית של הקשיים המרובים העומדים בפני נשים בכירות במשפחות פוליגמיות, אולם יש צורך במחקרים נוספים. זאת בגלל שהמחקרים הקודמים התבססו על מדגמים קטנים יחסית אשר נלקחו מאזור אחד, והשתמשו במספר מוגבל של מדדים אשר מעריכם את מצב הנשים. לכן, במחקר הנוכחי ישנם מגוון של מדדים, המעריכים את תפקוד הנשים והוא מתבסס על מדגם רחב, המייצג את האוכלוסייה הבדואית-ערבית בדרום ישראל.

## השיטה

### מדגם

המדגם כלל 315 נשים, מהן 156 ממשפחות פוליגמיות ו-159 ממשפחות מונוגמיות. שמות הנשים התקבלו מילדיהן, אשר רואיינו לשם מחקר אחר בבתי ספר שונים בנגב. כל הנשים ממשפחות פוליגמיות היו "בכירות", כלומר, הנשים הראשונות של בעליהן, ולכל הבעלים היו רק שתי נשים. בממוצע חלפו 13 שנים בין שני טקסי הנישואין. גיל הנשים נע בין 28-58 שנים ( $M = 40.76$ ,  $SD = 6.12$ ). השכלתן הייתה בטווח של 0-16 שנות לימוד ( $M = 2.74$ ,  $SD = 3.93$ ). רק 4% מבין הנשים עבדו מחוץ לבית.

## כלי המחקר

### משתנים דמוגרפים

כל הנשים נשאלו לגבי גילן וגיל בעליהן, גילן בעת הנישואים, מספר שנות לימוד, מצב תעסוקתי, מספר הבנים והבנות שלהן ומצבן הכלכלי. הנשים הפוליגמיות נשאלו גם לגבי מספר הנשים של הבעל, מספר הילדים שלו מנשים אלה ומספר השנים שהייתה נשואה לפני שבעלה לקח אישה שנייה.

### תפקוד פסיכולוגי

**1. דימוי עצמי:** השתמשנו במדד של רוזנברג לדימוי עצמי (1979) המכיל 10 פריטים והנע בין 1-4; ציונים גבוהים מעידים על דימוי עצמי גבוה יותר. לשאלון זה מהימנות גבוהה (Gutman's measurement of reconstruction=0.92) ומהימנות עקבית גבוהה ( $r = 0.85$ ). בנוסף, יש לו תוקף עכשווי ותוקף מבני גבוה. במחקר על מתבגרים יהודים-ישראלים, בו השתמשו במדד זה, נמצאה מהימנות פנימית סבירה (אלפא של קרונבאך = 0.75,  $n = 145$ ) (Slonim-Nevo & Shraga, 2000). לנוסח הערבי של השאלון, אשר היה בשימוש במחקר על נשים פלסטיניות בישראל, יש מהימנות פנימית מספקת (אלפא של קרונבאך = 0.74,  $n = 100$ ) (Al-Krenawi, Graham & Izzeldin, 2001). בקרב נשים בדואיות במחקר הנוכחי, המהימנות הפנימית הנה סבירה (אלפא של קרונבאך = 0.7,  $n = 299$ ).

**2. בריאות נפשית:** The Brief Symptom Inventory (BSI) הוא כלי סינון אשר מודד סימפטומים פסיכיאטריים (Canetti, Shalev & Kaplan-De-Nour, 1994; Derogatis & Spencer, 1982). זהו נוסח מקוצר של Hopkins Symptom Checklist (H-SCL-90), אשר מכיל 53 פרטי דיווח עצמי לגבי סימפטומים שהופיעו בחודש האחרון. רשימת הסימפטומים מתחלקת לתשעה ממדים של תפקוד פסיכולוגי: סומטיזציה, רגישות בינאישית, אובססיביות-קומפולסיביות, דיכאון, חרדה, עוינות, פאניקה (חרדה פובית), חשיבה פרנואידית ופסיכוטיות. בנוסף, הכלי מאפשר חישוב של General Severity (GSI), Positive Symptom Index (PSDI), וכן Positive Symptoms Total (PST). כל הפריטים ניתנים לדירוג על סולם שנע בטווח 0-4, כאשר ציונים גבוהים מעידים על בעיות נפשיות רבות יותר.

ה-BSI תורגם לערבית בשיטת תרגום-חוזר (back-translation). המהימנות הפנימית של תשעה תתי-הסולמות היא נאותה (אלפא של קרונבאך = 0.71 - 0.81) והמהימנות העקבית מספקת ( $r = 0.60 - 0.90$ ). בנוסף, למדד יש תוקף מתון, אשר נמדד בהשוואה למבחן MMPI. המהימנות הפנימית של הנוסח הערבי של השאלון כולו ושל תשעה תתי-הסולמות, כפי שנמדד במדגם של נשים פלסטיניות ברצועת עזה (Al-Krenawi et al., 2001), הייתה סבירה (אלפא של קרונבאך = 0.63 - 0.80).

רמות המהימנות הפנימית של המדדים לתפקוד פסיכולוגי של נשים בדואיות-ערביות במחקר הנוכחי היו: סומטיזציה: אלפא = 0.87, n = 296; אובססיביות-קומפולסיביות: אלפא = 0.86, n = 296; רגישות בינאישית: אלפא = 0.72, n = 300; דיכאון: אלפא = 0.74, n = 177; חרדה: אלפא = 0.86, n = 296; עוינות: אלפא = 0.76, n = 299; פאניקה (חרדה פובית): אלפא = 0.78, n = 291; חשיבה פרנואידיית: אלפא = 0.71, n = 305; פסיכוטיות: אלפא = 0.77, n = 303; כל הממדים יחדיו: אלפא = 0.97, n = 131.

### **תפקוד משפחתי**

השתמשנו בסולם המודד תפקוד משפחתי הקרוי The McMaster Family Assessment Device (FAD), אשר פותח על ידי Epstein, Baldwin & Bishop בשנת 1983. סולם זה מודד את תפיסות הנשאלים לגבי מערכות יחסים במשפחתם ולגבי הדרכים השונות בהן חברי המשפחה מתקשרים זה עם זה. המחקר הנוכחי משתמש רק בתת-השאלון "תפקוד כללי", אשר בו 12 פריטים (Miller, Epstein, Bishop, et al., 1985).

מחקר שנערך לאחרונה מציין, שתת-שאלון זה נותן תמונה מספקת של התפקוד המשפחתי הכללי, ולכן אין צורך להשתמש בשאלון כולו בן 60 הפריטים (Ridenour, Daley & Reich, 1999). המהימנות של תת-השאלון "תפקוד כללי", במחקר הנוכחי, היתה מספקת (אלפא של קרונבאך = 0.80, n = 280).

### **שביעות רצון מחיי נישואין**

השתמשנו בסולם The Enrich Questionnaire (Olson, Fournier & Druckman, 1982), אשר מודד את רמת שביעות הרצון וההסתגלות לחיי הנישואין. בגרסתו המקורית, השאלון הכיל 105 פריטים והנוסח המעודכן הכיל 95. השאלון כולל 8 חלקים ובכל אחד מהם 10 פריטים. הפריטים נלקחו מסקירה ספרותית מקיפה בנושא הבעיות והקונפליקטים הבינאישיים בחיי הנישואין (Fournier & Olson, 1986) מצוטט אצל Lavee, McCubbin & Olson, 1987). הנשאלים התבקשו לדרג את תשובותיהם על סולם של 1 עד 5, כאשר ציונים גבוהים מעידים על שביעות רצון פחותה מחיי הנישואין. לשאלון מהימנות גבוהה (אלפא של קרונבאך = 0.88 - 0.89) (Fournier & Olson, 1986) מצוטט אצל Lavee, McCubbin & Olson, 1987).

במחקר הנוכחי השתמשנו בנוסח המקוצר של השאלון, אשר מכיל רק 10 פריטים. המהימנות הפנימית של הנוסח המקוצר, במחקר הנוכחי, הנה גבוהה (אלפא של קרונבאך = 0.94, n = 291). במחקר אשר השתמש בשאלון בקרב אוכלוסיות ערביות שונות בישראל, נמצאה מהימנות פנימית גבוהה (אלפא של קרונבאך = 0.89, n = 291) (Lev-Wiesel & Al-Krenawi, 1999).

## **ממצאים**

### **מאפיינים סוציו-דמוגרפים**

לוח מספר 1 מציג את המאפיינים הסוציו-דמוגרפים של המשתתפים במחקר. כפי שניתן לראות, הבעלים במשפחות פוליגמיות נוטים להינשא בגיל צעיר יותר מאשר הבעלים המונוגמיים. במיוחד בולט הממצא כי גם הנשים וגם הבעלים במשפחות פוליגמיות הנם פחות משכילים מאלה במשפחות המונוגמיות. ועוד ראוי לציין, כי המצב הכלכלי של המשפחות הפוליגמיות הנו גרוע יותר מזה של המשפחות המונוגמיות.

לוח 1: אפיונים סוציו-דמוגרפים של המשתתפות

מונוגמיות (N=159)	פוליגמיות (N=156)	המדגם כולו (N=315)		
M=39.52 SD=5.82	M=42.05 SD=6.18	M=40.76 SD=6.12		גיל האישה ***
M=42.76 SD=7.79	M=45.3 SD=7.38	M=43.99 SD=7.69		גיל הבעל *
M=18.14 SD=2.35	M=18.05 SD=2.43	M=18.1 SD=2.38		גיל האישה בעת הנישואין
M=21.97 SD=4.89	M=20.79 SD=3.68	M=21.4 SD=4.38		גיל הבעל בעת הנישואין *
M=3.48 SD=4.29	M=1.99 SD=3.37	M=2.74 SD=3.93		שנות הלימוד של האישה **
M=6.66 SD=4.48	M=5.07 SD=4.23	M=5.88 SD=4.43		שנות הלימוד של הבעל **
M=4.65 SD=1.82	M=4.39 SD=2.12	M=4.52 SD=1.97		מספר הבנים
M=3.97 SD=1.9	M=4.73 SD=2.16	M=4.35 SD=2.07		מספר הבנות **
94%	97%	96%	מובטלת	מצבה התעסוקתי של האישה
6%	3%	4%	עובדת	
44%	50%	47%	מובטל	מצבו התעסוקתי של הבעל
46%	38%	42%	עובד במקצועו	
6%	3%	5%	עובד שלא במקצועו	
4%	9%	6%	פנסיה	
25%	17%	21%	טוב	מצב כלכלי *
63%	63%	63%	כמעט טוב	
12%	20%	16%	לא טוב/לא טוב בכלל	
	M=5.23 SD=3.69			מספר הילדים מנשותיו האחרות של הבעל
	M=13.79 SD=6.49			מספר שנות נישואיו הראשונים של הבעל, טרם נישואיו השניים

p<0.05 \*  
p<0.01 \*\*  
p<0.001\*\*\*

לוח 2: תפקוד פסיכולוגי, תפקוד משפחתי, ושביעות רצון מחיי הנישואין

T-test value	מונוגמיות (N=159)	פוליגמיות (N=156)	המדגם כולו (N=315)	מהימנות	בריאות נפשית
T=1.93	M=1.05 SD=0.92	M=1.25 SD=0.92	M=1.15 SD=0.93	0.87 N=296	סומטיזציה *
T=0.77	M=0.87 SD=0.93	M=0.95 SD=0.87	M=0.9 SD=0.92	0.86 N=296	אובססיביות- קומפולסיביות
T=1.73	M=0.63 SD=0.79	M=0.79 SD=0.8	M=0.71 SD=0.8	0.74 N=177	דיכאון *
T=1.00	M=1.02 SD=0.9	M=1.12 SD=0.84	M=1.07 SD=0.87	0.72 N=300	רגישות בינאישית
T=2.10	M=1.02 SD=0.93	M=1.25 SD=1.01	M=1.13 SD=0.98	0.86 N=296	חרדה *
T=1.85	M=0.78 SD=0.82	M=0.95 SD=0.8	M=0.87 SD=0.81	0.76 N=299	עוינות *
T=0.99	M=0.74 SD=0.85	M=0.83 SD=0.87	M=0.79 SD=0.86	0.78 N=291	חרדה פובית (פאניקה)
T=2.02	M=0.93 SD=0.82	M=1.12 SD=0.88	M=1.02 SD=0.85	0.71 N=305	חשיבה פרנואידית *
T=0.99	M=0.68 SD=0.83	M=0.77 SD=0.82	M=0.72 SD=0.83	0.77 N=303	פסיכוטיות
T=1.79	M=0.86 SD=0.75	M=1.01 SD=0.72	M=0.94 SD=0.74	0.97 N=131	GSI *
T=2.22	M=21.71 SD=14.18	M=25.15 SD=13.35	M=23.42 SD=13.86		PST *
T=2.05	M=1.82 SD=0.59	M=1.95 SD=0.55	M=1.89 SD=0.58		PSDI *
T= -3.60	M=3.43 SD=0.4	M=3.17 SD=0.43	3.3M= SD=0.42	0.7 N=299	דימוי עצמי**
T=6.28	M=1.96 SD=0.49	M=2.35 SD=0.58	M=2.15 SD=0.57	0.8 N=280	תפקוד משפחתי***
T=8.55	M=1.61 SD=0.73	M=2.6 SD=1.22	M=2.01 SD=1.12	0.94 N=291	שביעות רצון מחיי נישואין***

\* p<0.05  
\*\* p<0.01  
\*\*\* p<0.001



### **תפקוד פסיכולוגי, תפקוד משפחתי, ושביעות רצון מחיי הנישואין**

לוח מספר 2 דלעיל מציג את התפקוד הפסיכולוגי, התפקוד המשפחתי ושביעות הרצון מחיי הנישואין בקרב הנשים בשתי הקבוצות. הממצאים מצביעים על כך שהנשים בנישואים פוליגמיים סובלות מיותר בעיות פסיכולוגיות מאשר הנשים בנישואים מונוגמיים. הן דיווחו על רמות גבוהות יותר של סומטיזציה, דיכאון, חרדה, עוינות וחשיבה פרנואידית. החומרה הכללית (GSI) של הסימפטומים שלהן הייתה גבוהה יותר, וכן גם המספר הכללי של הסימפטומים שהציגו (PST ו-PSDI). כמו כן, הנשים בנישואים פוליגמיים דיווחו על דימוי עצמי נמוך יותר, שביעות רצון נמוכה יותר מחיי הנישואין ותפקוד משפחתי בעייתי יותר מאשר הנשים בנישואים מונוגמיים.

### **ניתוח רב שנותי דרך הרגרסיה הליניארית**

סידרה של רגרסיות ליניאריות נערכה, על מנת להעריך את התרומה של מבנה המשפחה (פוליגמי/מונוגמי) ומשתנים סוציו-דמוגרפיים (גיל האישה, השכלה ומצב כלכלי של המשפחה) לבריאות הפסיכולוגית של האישה ולהערכתה את התפקוד של משפחתה. הניתוח נערך פעמיים, פעם אחת בעזרת full model, שבו כל המשתנים הבלתי תלויים הוכנסו לרגרסיה והתרומה של כל משתנה לניבוי התפקודים השונים נבחנה, ובפעם השנייה בעזרת best model, אשר מאפשר להעריך את ההשפעות היחסיות של כל משתנה בלתי תלוי על תפקודי הנשים. בוצעו שני ניתוחי רגרסיה, פעם אחת כאשר תפקוד משפחתי משמש כמשתנה בלתי תלוי ופעם אחת כאשר תפקוד משפחתי משמש כמשתנה תלוי.

לוח מספר 3, שבו תפקוד משפחתי משמש כמשתנה בלתי תלוי, מציג את הניבויים של ה-full model וה-best model לגבי דימוי עצמי וסימפטומים פסיכולוגיים של הנשים.

לוח 3: השפעת משתנים דמוגרפים על דימוי עצמי ובריאות נפשית

משתנים בלתי תלויים במודל רגרסיה ליניארית (ביתא)							
R <sup>2</sup> Best Model	R <sup>2</sup> Full Model	פוליגמיה/מונוגמיה	השכלת האישה	מצב כלכלי ‡	גיל הנבדק	תפקוד משפחתי †	
.209 <sup>a</sup>	.212****	-.06	.00	.02	-.03	-.45****	דימוי עצמי
.219 <sup>d</sup>	.227****	.09	-.07	-.16***	.14*	.39****	סומטיזציה
.185 <sup>b</sup>	.191****	.11*	.05	-.01	.07	.45****	אובססיביות קומפולסיביות
.149 <sup>a</sup>	.161****	.08	.06	-.05	.03	.39****	רגישות בינאישית
.192 <sup>a</sup>	.209****	.07	.05	-.04	.11*	.44****	דיכאון
.223 <sup>c</sup>	.229****	.06	.03	-.05	.13*	.46****	חרדה
.140 <sup>a</sup>	.151****	.00	.10	-.02	-.02	.37****	עוינות
.128 <sup>a</sup>	.144****	.08	.04	.03	.10	.39****	חרדה פובית (פאניקה)
.187 <sup>a</sup>	.199****	.04	.07	-.02	.09	.43****	חשיבה פרנואידית
.229 <sup>a</sup>	.238****	.12*	.06	-.03	.08	.49****	פסיכוטיות
.242 <sup>b</sup>	.260****	.08	.05	-.06	.10*	.49****	GSI

p<0.05 \*  
 p<0.01 \*\*  
 p<0.005 \*\*\*  
 p<0.001 \*\*\*\*

† תפקוד משפחתי: ערכים גבוהים יותר מציינים בעיות רבות יותר; פוליגמיה/מונוגמיה: 0 - פוליגמיה, 1 - מונוגמיה

‡ מצב כלכלי: 1 - לא טוב בכלל ... 6 - טוב מאוד.

<sup>a</sup> תפקוד משפחתי; <sup>b</sup> תפקוד משפחתי, פוליגמיה/מונוגמיה; <sup>c</sup> תפקוד משפחתי, גיל; <sup>d</sup> תפקוד משפחתי, מצב כלכלי.

כפי שניתן לראות, מתוך כל המשתנים הבלתי תלויים, תפקוד משפחתי תרם באופן המובהק ביותר למשתני התוצאה. תפקוד משפחתי תרם באופן מובהק לכל אחד ממשתני התפקוד, לבדו או בשילוב עם משתנים אחרים. זהו המשתנה היחיד שתרם באופן מובהק לדימוי העצמי של הנשים, והסביר 21% מהשונות של משתנה זה. ככל שהתפקוד המשפחתי היה פחות טוב, כך הדימוי העצמי של האישה פחת. תפקוד משפחתי הוא גם המשתנה היחיד שתרם באופן מובהק להסבר השונות, בשישה מתוך תשעה הממדים של בריאות נפשית שנבחנו. הוא מסביר 13% עד 23% מהשונות בממדים אלו. נשים אשר דיווחו על תפקוד משפחתי בעייתי יותר, דיווחו גם על יותר רגישות בינאישית, דיכאון, עוינות, חרדה פובית, חשיבה פרנואידית ופסיכוטיות.

בנוסף לכך, תפקוד משפחתי ומבנה משפחתי ביחד הסבירו 18% מהשונות של אובססיביות-קומפולסיביות ו- 24% מהשונות של GSI. נשים בנישואים פוליגמיים ונשים שהתפקוד

המשפחתי שלהן לא היה טוב, נטו להראות רמות גבוהות יותר של אובססיביות-קומפולסיביות ויותר מצוקה פסיכולוגית כללית. ביחד עם הגיל, תפקוד משפחתי הסביר 22% מהשונות של חרדה. ככל שהאישה מבוגרת יותר והתפקוד המשפחתי שלה פחות טוב, כך רמת החרדה שעליה דיווחה גבוהה יותר. לבסוף, תפקוד משפחתי ומצב כלכלי ביחד הסבירו 22% מהשונות של סומטיזציה. ככל שהתפקוד המשפחתי והמצב הכלכלי היו יותר גרועים, כך רמות הסומטיזציה שעליהן דיווחו היו גבוהות יותר.

לוח מספר 4, שבו תפקוד משפחתי משמש כמשתנה תלוי, מציג את הניבויים של ה- full model וה- best model לגבי דימוי עצמי, ומצבן הנפשי של הנשים. כפי שניתן לראות, 21% מהשונות של תפקוד משפחתי מוסברת על ידי שילוב של מצב כלכלי ומבנה משפחתי: התפקוד המשפחתי של משפחות פוליגמיות פחות טוב מאשר של משפחות מונוגמיות, וככל שהמצב הכלכלי גרוע יותר, כך סביר שהתפקוד המשפחתי יהיה פחות טוב.

יתר על כן, מבנה משפחתי (פוליגמיה/מונוגמיה) משפיע באופן מובהק גם על הדימוי העצמי של הנשים. מצב כלכלי הנו מנבא מובהק של עוד שמונה משתנים, בנוסף לתפקוד משפחתי: דימוי עצמי, סומטיזציה, אובססיביות-קומפולסיביות, דיכאון, עיונות, חשיבה פרנואידית, פסיכוטיות ו-GSI.

לוח 4: השפעת משתנים דמוגרפים על דימוי עצמי, בריאות נפשית ותפקוד משפחתי

משתנים בלתי תלויים במודל הרגסיה ליניארית (ביתא)						
R <sup>2</sup> Best Model	R <sup>2</sup> Full Model	פוליגמיה/ מונוגמיה	השכלת האישה	מצב כלכלי ‡	גיל הנבדק	
.053 <sup>b</sup>	.054***	-.19***	.03	-.12*	-.02	דימוי עצמי
.105 <sup>c</sup>	.107***	-.03	-.04	-.28***	.14*	סומטיזציה
.021 <sup>a</sup>	.032*	-.02	.08	-.15*	.07	אובססיות קומפולסיביות
.028 <sup>a</sup>	.038*	-.04	.09	-.17	.04	רגישות בינאישית
.047 <sup>c</sup>	.055***	-.06	.08	-.18***	.12*	דיכאון
.058 <sup>c</sup>	.065***	-.08	.06	-.19	.14	חרדה
.019 <sup>a</sup>	.042*	-.11	.13*	-.13*	-.01	עוינות
---	.024	-.03	.07	-.09	.11	חרדה פובית (פאניקה)
.025 <sup>a</sup>	.050***	-.09	.10	-.15**	.10	חשיבה פרנואידית
.032 <sup>a</sup>	.048**	-.03	.10	-.18***	.09	פסיכוטיות
.057 <sup>c</sup>	.067***	.09	.09	-.21***	.11	GSI
.206 <sup>b</sup>	.211***	-.30***	.07	-.31***	.02	‡תפקוד משפחתי

p<0.05 \*  
p<0.01 \*\*  
p<0.005 \*\*\*  
p<0.001 \*\*\*\*

‡ תפקוד משפחתי: ערכים גבוהים יותר מציינים בעיות רבות יותר;  
פוליגמיה/מונוגמיה: 0 - פוליגמיה, 1 - מונוגמיה  
‡ מצב כלכלי: 1 - לא טוב בכלל ... 6 - טוב מאוד.  
<sup>a</sup> מצב כלכלי; <sup>b</sup> מצב כלכלי, פוליגמיה/מונוגמיה; <sup>c</sup> מצב כלכלי, גיל.

## דין

ממצאי המחקר מצביעים על כך שנשים בנישואים פוליגמיים סובלות יותר ממצוקה נפשית ופחות שבעות רצון מחיי המשפחה שלהן מאשר נשים בנישואים מונוגמיים. בהתאם לממצאים קודמים שהוזכרו במבוא, הממצאים הנוכחיים מראים שהנשים הפוליגמיות (כולן נשים בכירות) דיווחו על דימוי עצמי נמוך יותר ומצוקה פסיכולוגית גבוהה יותר מאשר הנשים המונוגמיות. בנוסף לרמה גבוהה יותר של סימפטומים פסיכיאטריים כלליים, הן דיווחו על יותר סימפטומים של סומטיזציה, דיכאון, חרדה, עוינות וחשיבה פרנואידית. הממצאים אף מצביעים על כך שהנשים הפוליגמיות דיווחו על יותר בעיות בתפקוד המשפחתי ועל פחות שביעות רצון מחיי הנישואין מאשר הנשים המונוגמיות. הממצאים אינם מפתיעים, בהתחשב במעמדן הנמוך של נשים בכירות במשפחות פוליגמיות בדואיות,

ובאפשרות הסבירה שהן הפסידו בתחרות על המשאבים הרגשיים והכלכליים של הבעל, כפי שניתן לראות ברבות מהמשפחות הפוליגמיות ( Al-Krenawi, 1998; Borgerhoff-Mulder, 1992; Kilbride & Kilbride, 1990; Ware, 1979; Al-Krenawi et al., 1997). גורמים אלו יכולים להסביר את הפגיעה בהערכה העצמית, המצוקה הנפשית ואי שביעות הרצון שלהן מהנישואים ומתפקוד המשפחה.

אחת המטרות של המחקר הייתה לנסות ולקבוע האם הבריאות הנפשית של נשים פוליגמיות מושפעת ממבנה המשפחה הפוליגמית באופן ישיר, או דרך משתנים אחרים. לשם מטרה זו ביצענו שני ניתוחים שונים, בראשון הצבנו את התפקוד המשפחתי כמשתנה בלתי תלוי, ובשני כמשתנה תלוי. הממצאים מהרגרסיה הראשונה מראים שלמרות שמבנה המשפחה, ביחד עם גיל ומצב כלכלי, השפיע על המצב הנפשי של המשתתפות, הגורם הקובע היה התפקוד המשפחתי. באופן תיאורטי ניתן להסיק מכך שאילו המשפחות הפוליגמיות תיפקדו בצורה טובה, הנשים לא היו סובלות ממבנה המשפחה בו הן חיות.

הבעיה, כפי שניתן לראות בממצאי הרגרסיה השנייה, היא שמבנה המשפחה הפוליגמי, ביחד עם הקשיים הכלכליים שמלווים אותו, תורם משמעותית לפגיעה בתפקוד המשפחתי של המשפחות הפוליגמיות. הממצאים מצביעים, אם כן, על הסבירות הנמוכה שהמשפחה הפוליגמית תתפקד בצורה טובה, וזאת בשל המבנה שלה והקשיים הכלכליים המתלווים אליו. באותו הקשר עלינו לציין, שלמרות שבחברות רבות בהן הפוליגמיה נהוגה, נישואים עם נשים רבות מהווים זכות של העשירים, אשר מעלה את ערכם בקהילה ( Abu-Lughod, 1985), המשפחות הפוליגמיות במדגם שלנו היו עניות יותר מהמונוגמיות: אחוז נמוך יותר של נשים פוליגמיות מאשר מונוגמיות דיווחו על מצב כלכלי טוב ואחוז גבוה יותר דיווחו שמצבן הכלכלי הוא לא טוב ו/או לא טוב בכלל. כלומר, בחברה הבדואית-ערבית פוליגמיה כרוכה דווקא בעוני ולא בעושר כלכלי.

הממצא, שמבנה המשפחה הפוליגמית תורם לדימוי עצמי ירוד ולמצוקה נפשית, במחקר זה, תואם לממצאיו של Chaleby (1985), המראה כי נשים בכירות בנישואים פוליגמיים, שנמצאות בטיפול פסיכיאטרי בכווית, מייחסות את הסימפטומים הפסיכיאטריים שלהן לנישואיהם השניים של בעליהן. ניתן להציע כמה הסברים להשפעה של מבנה המשפחה הפוליגמית על הנשים במדגם שלנו, שכולן נשים בכירות. הסבר אחד מעוגן בנטייה של החברה הבדואית להטיל את המחויבות לסיפוק צרכי הבעל על האישה, ולהאשים אותה בחוסר שביעות הרצון שלו מהנישואים ( Cwikel, Lev-Wiesel, & Al-Krenawi, 2003; Shalhoub-Kevorkian, 1999). לכן, יתכן שנשים בכירות, אשר בעליהן נישאו שוב, ירגישו שנכשלו בחובתן הנשית לספק את צרכי הבעל להנאה, לבנים או לכל דבר אחר. בנוסף לכך, נשים בכירות עשויות להרגיש שבעליהן דחקו אותן הצידה, לטובת בת זוג מועדפת, ושהן הפסידו בתחרות על המשאבים הרגשיים והכלכליים של הבעל, כפי שקורה לרוב במשפחות פוליגמיות (Al-Krenawi, 1998; Al-Krenawi et al., 1997), וכתוצאה מכך לסבול

מחסכים רגשיים ואינסטרומנטאליים. תרומה נוספת למצוקה הנפשית של נשים אלו קשורה למערכת היחסים שלהן עם אשתו השנייה של הבעל. ואכן, מחקרים הראו שפוליגמיה יכולה להוביל לקנאה ותחרותיות בין הנשים ( Kilbride & Adams & Mburugu, 1994; Kilbride & Wittrup, 1990).

החשיבות של תפקוד משפחתי ומצב כלכלי לבריאות הנפשית של הנשים, נמצאה במחקרים קודמים על משפחות פוליגמיות ומונוגמיות. חוקרים מצאו שקשיים כלכליים היו קשורים להופעת הפרעות נפשיות (Viinamaeki, Kontula, Niskanen & Koskela, 1995). כמו כן, חוקר אחר (Taylor, 1988) הראה את ההשפעה הישירה והמצטברת של קושי כלכלי על הבריאות הנפשית של אימהות, על התנהגותן האימהית ועל התוצאות אצל הילד. לכן, הממצא שמבנה המשפחה הפוליגמית פוגע בתפקוד המשפחתי ובמצב הכלכלי, הוא הגיוני. משאבים כלכליים, מתדלדלים כאשר יש צורך לחלקם ליותר מאישה אחת ולילדים רבים. בדרך כלל, בנישואים פוליגמיים יש יותר ילדים מאשר בנישואים מונוגמיים, ודבר זה מעלה את הלחץ הכלכלי על המשפחה (Elbedour, Onwuegbuzie, Caridine, et al., 2002). התפקוד המשפחתי עלול להתערער גם בשל הקנאה בין הנשים והתחרותיות שמאפיינת משפחות פוליגמיות, ובשל תשומת ליבו של האב, המתחלקת בין שתי המשפחות.

הפרופיל הסוציו-דמוגרפי של המשפחה הפוליגמית שונה מזה של המשפחה המונוגמית. המשפחה הפוליגמית ענייה יותר, ושני בני הזוג משכילים פחות מאשר במשפחה המונוגמית. ממצאים אלו תואמים לממצאים קודמים על הבדואים בישראל (Al-Krenawi & Lightman, 2000), אשר הראו שזוגות פוליגמיים היו משכילים פחות ושמשפחות פוליגמיות היו פחות מבוססות כלכלית מאשר המשפחות המונוגמיות (Elbedour et al., 2002). הם גם תואמים ממצאים אשר הוזכרו במבוא, אשר מראים שלבחורות משכילות יש סבירות נמוכה יותר להיכנס לנישואים פוליגמיים מאשר לאלה שאינן משכילות.

## המלצות להתערבות

התוצאות של המחקר הנוכחי מצביעות בבירור על כך שנשים במשפחות פוליגמיות סובלות מקשיים שונים, הקשורים זה בזה: מצוקה פסיכולוגית, חוסר שביעות רצון מחיי הנישואין, תפקוד משפחתי ירוד יחסית ובעיות כלכליות. לכן, עזרה מקצועית צריכה להינתן ברמה האישית, המשפחתית והקהילתית.

ברמה האישית, אנשי בריאות הנפש צריכים לראות באישה בכירה בנישואים פוליגמיים אדם הנמצא בסיכון. הם צריכים להיות מודעים לכך שיש סיכוי רב שאישה זו תחוה קשיים פסיכולוגיים וגם קשיים סומאטיים, ולהציע ייעוץ אישי ותמיכה. עזרה כזו צריכה להינתן לא רק לנשים שכבר מציגות קשיים, אלא גם לנשים שאינן מתלוננות, כאמצעי מניעה. הייעוץ צריך להתמקד בהעלאת ההערכה העצמית של האישה, ללמד אותה איך להתמודד

עם רגשות של קנאה, לעזור לה להשיג תחושה של עצמאות ולדון איתה על נושאים שקשורים למערכת היחסים בנישואים ולחיי המשפחה.

אולם, ייעוץ אישי אינו מספיק. ברמה המשפחתית, מטפלים משפחתיים צריכים לפתח שיטות התערבות המיוחדות למשפחות פוליגמיות, תוך כדי אימוץ רעיונות ושיטות התערבות מהידע הקיים בטיפול משפחתי מערכתי ועבודה קבוצתית. ניתן ללמד את הנשים במשפחות אלו כיצד לפתור קונפליקטים בינן לבין עצמן, כיצד לתמוך זו בזו וכיצד לבנות קואליציות זו עם זו, כך שהבעל המשותף להן לא יוכל להשתמש באחת כנגד השנייה. כל חברי המשפחה יכולים ללמוד כיצד לערוך משא ומתן על תשומת לב ומשאבים, כיצד להתפשר וכיצד לבנות קהילה קטנה ומצליחה. צריך להסב את תשומת ליבם של הבעלים במשפחות אלו לתוצאות המזיקות שנובעות מחלוקה לא שווה של משאבים רגשיים וכלכליים ולעודדם להתייחס לנשותיהם ולילדיהם בצורה שווה והוגנת יותר.

אולם, חשוב להבין כי כדי לשפר את איכות החיים של הנשים ושל המשפחה כולה, יש הכרח להגיש עזרה קונקרטיה במקום בו היא דרושה, בצורה של הטבות כלכליות, ציוד לבית הספר עבור הילדים, מזון וטיפול בריאותי. יש לעזור לגברים ולנשים במשפחות פוליגמיות לרכוש כישורים ולהיכנס לשוק העבודה, דבר אשר ייתן להם עצמאות כלכלית ותחושה של עוצמה.

לבסוף, צריכה להיעשות עבודה ברמה הקהילתית. ראשית, יש להעלות את המודעות של הקהילה הבדואית-ערבית להשפעות השליליות של הפוליגמיה, כולל קשיים כלכליים ופסיכולוגיים ובעיות חברתיות עבור הנשים והילדים במשפחות אלו (Al-Krenawi, 1998, 2001a). ניתן להעלות את המודעות על ידי התקשורת המקומית, בעזרת מנהיגים דתיים ומערכות החינוך הפורמאלית והבלתי-פורמאלית.

שנית, יש צורך לפתח תוכניות אשר יעזרו לנשים וילדים במשפחות פוליגמיות להתמודד עם הקשיים שנובעים מהמבנה המשפחתי. לדוגמה, ניתן להציע קבוצת תמיכה לנשים בכירות במרכזי הבריאות הקיימים בכפרים ובערים הבדואיות. זאת, הואיל ומקומות אלה משמשים גם כמועדון חברתי עבור הנשים הבדואיות והן מבלות שם את רוב זמנן החופשי (Al-Krenawi, 1996). ניתן לתמוך בילדים ממשפחות פוליגמיות במסגרת מערכת החינוך, על ידי תוכניות בשעות אחר הצהריים.

לסיכום, פוליגמיה היא חלק מהמציאות של הקהילה הבדואית-ערבית. אין להתעלם ממנה, ויש צורך למצוא דרכים לעזור למשפחות פוליגמיות להתמודד עם קשייהן. מחקר זה התמקד בהשפעות הפוליגמיה על מצבן של נשים, במחקרים נוספים בעתיד חשוב לבחון גם את השפעת הפוליגמיה על ילדים וגברים במשפחה.

## ביבליוגרפיה

- Abu-Lughod, I. (1985). A community of secrets: The separate world of Bedouin women. *Journal of Women in Culture and Society*, 10, 637-657.
- Adams, B., & Mburugu, E. (1994). Kikuyu bride wealth and polygamy today. *Journal of Comparative Family Studies*, 25(2), 159-166.
- Aghanwa, H., Dare, F. & Ogunniyi, S. (1999). Sociodemographic factors in mental disorders associated with infertility in Nigeria. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(2), 117-123.
- Ahmed, J. (1986). Polygyny and fertility differentials among the Yoruba of Western Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 18, 63-73.
- Al-Issa, I. (1990). Culture and mental illness in Algeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 36, 230-240.
- Al-Haj, M. (1987). *Social change and family processes: Arab communities in Shefar-A'm*. London: Westview Press.
- Al-Krenawi, A. (2001a). Women from polygamous and monogamous marriages in an outpatient psychiatric clinic. *Transcultural Psychiatry*, 38(2), 187-199
- Al-Krenawi, A. (2001b). Social work practice with the Bedouin-Arab in the Negev: Cultural perspective. *Mifgash: Journal of Social-Educational Work*, 15, 37-59 (in Hebrew).
- Al-Krenawi, A. (1999). Women of polygamous marriages in primary health care centres. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 21(3), 417-430.
- Al-Krenawi, A. (1998). Family therapy with a multi parent/multi spousal family. *Family Process*, 37(1), 65-81.
- Al-Krenawi, A. (1996). Group work with Bedouin widows of the Negev in a medical clinic. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 11(3), 303-318.
- Al-Krenawi, A. & Graham, J. R. (2000). Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health and Social Work*, 25(1), 9-22.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R. & Al-Krenawi, S. (1997). Social work practice with polygamous families. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 14, 445-458.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R. & Izzeldin, A. (2001). The psychosocial impact of polygamous marriages on Palestinian women. *Women and Health*, 34(1), 1-16.



Al-Krenawi, A., & Lightman, E.S. (2000). Learning achievement, social adjustment, and family conflict among Bedouin-Arab children from polygamous and monogamous families. *Journal of Social Psychology*, 140, 345-356.

Al-Sadawi, N. (1985). Growing up female in Egypt. In E. W. Fernea (Ed.), *Women and the family in the Middle East: New voices of change* (pp. 111-120). Austin: University of Texas Press.

Altman, I. & Ginat, J. (1996). *Polygamous families in contemporary society*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Barry, H. & Yoder, B. L. (2002). Multiple predictors of contribution by women to agriculture. *Cross-cultural research: The Journal of Comparative Social Science*, 36(3), 286-297.

Bergstrom, P. (1994). *On the economics of polygyny* [On-line]. Available: <http://econwpa.wustl.edu/eprints/mic/papers/9410/9410001.abs>

Betzing, L. L. (1988). Mating and parenting in Darwinian perspective. In Betzing, L., Borgerhoff-Mulder, M. & Turke, P. (Eds.). *Human reproductive behavior: A Darwinian perspective* (pp. 3-20). Cambridge: Cambridge University Press

Borgerhoff-Mulder, M. (1992). Women's strategies in polygamous marriage: Kipsigis, Dotoga, and East African cases. *Human Nature*, 3(1), 45-70

Broude, G. J. (1994). *Marriage, family and relationships. A cross-cultural Encyclopedia*. Denver: ABC-CLIO.

Canetti, L., Shalev, Y. A. & Kaplan-De-Nour, K. A. (1994). Israeli adolescents' norms of the Brief Symptoms Inventory (BSI). *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 29, 150-158.

Chaleby, K. (1987). Women of polygamous marriage in outpatient psychiatric services in Kuwait. *International Journal of Family Psychiatry*, 8(1), 25-34.

Chaleby, K. (1985). Women of polygamous marriage in inpatient psychiatric services in Kuwait. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (1), 56-58.

Cwikel, J., Lev-Wiesel, R. & Al-Krenawi, A. (2003). The physical and psychosocial health of Bedouin Arab women of the Negev area of Israel. *Violence Against Women*, 9(2), 240-257.

Derogatis, L. & Spencer, P. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): administration, scoring and procedures, Manual I*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.

- Elbedour, S., Onwuegbuzie, A. J., Caridine, C., & Abu-Saad, H. (2002). The effect of polygamous marital structure on behavioral, emotional and academic adjustment in children: A comprehensive review of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(4), 255-271.
- El-Islam, M. F. (1975). Clinical bound neurosis in Qatari women. *Social Psychiatry*, 10(1), 25-29.
- El-Islam, M. F., & Abu-Dagga, S. (1992). Lay explanation of symptoms of mental ill health in Kuwait. *International Journal of Social Psychiatry*, 38(2), 150-156.
- Epstein, N. B., Baldwin, M. N. & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Ghubash, R., Hamdi, E. & Bebbington, P. (1992). The Dubai community psychiatric survey, 1. Prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(2), 53-61.
- Gibbs, T. & Campbell, J. (1999). Practicing polygyny in black America: Challenging definition, legal and social considerations for the African American community. *The Western Journal of Black Studies*, 23(3), 144-153.
- Gwanfogbe, P. N., Schumm, W. R., Smith, M. & Furrow, J. L. (1997). Polygamy and marital life satisfaction: An exploratory study from rural Cameroon. *Journal of Comparative Family Studies*, 28(1), 55-71.
- Hall, E. (1976). *Beyond culture*. New York: Doubleday
- Hassouneh-Phillips, D. (2001). Polygamy and wife abuse: A qualitative study of Muslim women in America. *Health Care for Women International*, 22, 735-748.
- Kilbride, P., & Kilbride, J. (1990). *Changing family life in East Kenya: Women and children at risk*. Philadelphia, PA: University Park Press.
- Kressel, G. M. (1996). *Ascendancy through aggression: The anatomy of blood feud among urbanized Bedouin*. Tel-Aviv: Tel-Aviv University Press.
- Lavee, Y., McCubbin, H. & Olson, D. (1987). The effect of stressful life event and transitions on family functioning and well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 857-873.
- Leighton, A. H., Lembo, T. A., Hughes, C. C., Leighton, D. C., Murphy, J. M. & Macklin, H. B. (1963). *Psychiatric disorder among the Yoroba*. New York: Cornell University Press.

- Lev-Wiesel, R., & Al-Krenawi, A. (1999). Attitudes towards marriage and marital quality: A comparison between Arab-Israeli differentiated by religion. *Family Relations*, 48(1), 51-56.
- Low, B. S. (1988). Measures of polygene in humans. *Current Anthropology*, 29(1), 189-194.
- Makanjuola, R. O. A. (1987). The Nigerian psychiatric patient and his family. *International Journal of Family Psychiatry*, 8(1), 363-373.
- Marks, E. (1974). *The Bedouin society of the Negev*. Tel-Aviv: Reshafim Press. (in Hebrew).
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S. & Keitner, G. I. (1985). The McMaster Family Assessment Device: Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 345-356.
- Olson, D. H., Fournier, D. G. & Druckman, J. M. (1982). Enrich. In D. Olson, D.H. Fournier, J. M. Druckman (Eds.), *Family inventories* (pp. 49-68). St. Paul: University of Minnesota, Family Social Science.
- Ridenour, T. A., Daley, J. G. & Reich, W. (1999). Factor analyses of the Family Assessment Device. *Family Process*, 38(4), 497-510.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Shaikh, K., Aziz, K. M. A., Chowdhury, A. I. (1987). Differentials of fertility between polygamous and monogamous marriages in rural Bangladesh. *Journal of Biosocial Science*, 19, 49-56.
- Shalhoub-Kevorkian, N. (1999). The politics of disclosing female sexual abuse: A case study of Palestinian society. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1275-1295.
- Slonim-Nevo, V. & Shraga, Y. (2000). Psychological and social adjustment of Russian-born and Israeli-born Jewish adolescents. *Child and Social Work Journal*, 17(6), 455-475.
- Taylor, L. C. (1998). *Impact of economic hardship on mothers' mental health and parenting: Implications for child socialization and welfare reform*. PhD Dissertation: University of Virginia.
- Viinamaeki, H., Kontula, O., Niskanen, L. & Koskela, K. (1995). The association between economic and social factors and mental health in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(3), 208-213.

Ware, H. (1979). Polygamy: Women's view in a transitional society, Nigeria 1975. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 185-195.

Wittrup, I. (1990). Me and my husband's wife: An analysis of polygamy among Mandinka in the Gambia. *Folk*, 32, 117-142.

**סימפטומים פוסט-טראומטיים, מצוקה נפשית  
ואיכות חיים בקרב שורדות סרטן השד לטווח ארוך:  
מחקר ראשוני**

מריאן אמיר<sup>1</sup>, אלונה רמתי<sup>2</sup> ורונית ארצי-שהרבני<sup>3</sup>



התחום של ההשלכות לטווח ארוך של מחלת הסרטן איננו חדש. מחקרים רבים התמקדו בהיבטים הפסיכולוגיים השונים של רווחת החולה. אחד המשתנים הנחקרים ביותר הינו איכות חיים, מושג רב ממדי המוגדר בצורות שונות. הסתכלות אופיינית על המושג, איכות

---

<sup>1</sup> מריאן אמיר, פרופסור חבר, המחלקה למדעי התנהגות ועבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר שבע.

<sup>2</sup> אלונה רמתי, המחלקה למדעי התנהגות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

<sup>3</sup> רונית ארצי-שהרבני, דוקטורנטית במחלקה למדעי ההתנהגות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

חיים, כוללת רווחה סובייקטיבית בתחומים כגון בריאות פיזית, בריאות פסיכולוגית, קשרים חברתיים וסביבה (The WHOQOL Group, 1998). משתנה אחר שנחקר פעמים רבות בהקשר של מחלת הסרטן הוא תסמונת פוסט-טראומטית (PTSD). מחלת הסרטן היא מחלה כרונית, המאיימת על החיים. רוב האנשים שאובחנו כחולים במחלת הסרטן מדווחים כי הגיבו "בפחד עמוק, בתחושה של חוסר אונים ושל אימה". שני היסודות הללו - איום על החיים ותגובה רגשית חזקה - הם שני התנאים הנדרשים כאשר מנסים להגדיר אירוע כגורם אפשרי ל- PTSD, על פי הקריטריונים האבחנתיים הרשמיים (American Psychiatric Association, 1994). המחקר הנוכחי מתייחס הן לאיכות החיים והן ל- PTSD ומתמקד בעיקר בסימפטומים פוסט-טראומטיים המופיעים לאחר ההחלמה מסרטן השד.

בשנים האחרונות עסקו מספר מחקרים בחקר PTSD הנובעת ממגוון מחלות קשות, המאיימות על חיי האדם, כגון כוויות (Powers et al., 1994), מחלות לב (Doerfler, Pbert & DeCosimo, 1994) ומחלות סרטן בקרב בני נוער (Pelcovitz et al., 1998). מחקרים אחרים גם מצאו שרמות ה- PTSD גבוהות יותר אצל שורדות סרטן השד מאשר בקרב מדגמים קהילתיים (ראה לדוגמה Alter et al., 1996).

Andrykowski & Cordova (1998), חקרו את המנבאים לתחלואה פסיכולוגית בקרב קבוצה בת 82 נשים, אשר שרדו את מחלת סרטן השד, 6-72 חודשים לאחר הטיפול. חמישה אחוז מהחולות במדגם ענו על הקריטריונים הרשמיים של אבחנה של PTSD, הקשורה לאפיזודה האחרונה של מחלת הסרטן. חמישה עד 15% נוספים דיווחו על סימפטומים חלקיים של PTSD. Cordova ועמיתיו (1995), מצאו שכ- 5%-10% מבין 55 שורדות סרטן השד, ענו על הקריטריונים הרשמיים ל- PTSD. Alter ועמיתיו (1996), מצאו רק אישה אחת מתוך מדגם של 27 נשים (4%) אשר ענתה על הקריטריונים ל- PTSD, הקשורה למחלת הסרטן בה חלתה לאחרונה. כל הנשים אשר השתתפו במחקר היו לפחות שלוש שנים לאחר השלב בו אובחנה בהן המחלה, ללא קבלת טיפול אקטיבי כלשהו. ממחקרם של Green et al. (1998), עולה כי 3% מהנשים ענו על קריטריונים חמורים ל- PTSD הקשורה למחלת הסרטן, במהלך 4-12 חודשים מתום הטיפולים הרפואיים שלהן. על פי Green et al. (1998), סרטן השד גורם למצוקה ניכרת, אך לרמות נמוכות של PTSD ויתכן ואינו מתאים לקריטריון A של אירוע לחץ.

הממצאים הללו מצביעים על כך, שרק מספר קטן של חולות שאובחנו כחולות סרטן מפתחות PTSD מלאה. מאחר והתסמונת הפוסט-טראומטית היא אבחנת סף, יש לציין, כי יתכן וחולות רבות תחוונה תת רמות של PTSD, שאינן מגיעות לכדי אבחון מלא. אף על פי שסימפטומים אלו לא יהיו שכיחים או אינטנסיביים כמו במקרים בהם מתפתחת PTSD מלאה, יש בהם די כדי לפגוע באיכות החיים של החולה (Andrykowski & Cordova, 1998).

גילוי המנבאים של PTSD, והכנת תוכניות התערבות ו/או מניעה, הפכו למשימה העיקרית של פסיכו-אונקולוגים. Andrykowski & Cordova (1998), חקרו את הסימנים המנבאים הימצאות סימפטומים פוסט-טראומתיים, כתלויים בתחלואה פיזית, בשלב בו נמצאת המחלה, בזמן שחלף מתום תקופת הטיפול, בסוג הטיפול, בתמיכה חברתית, בהיסטוריה טראומתית קודמת למחלה, בהיסטוריה דכאונית, בגיל בעת קבלת האבחנה, בהשכלה ובטיפול הורמונלי מסייע. החוקרים מצאו שרמות גבוהות של סימפטומים פוסט-טראומתיים היו קשורות לרמות נמוכות של תמיכה חברתית, להיסטוריה טראומטית לפני האבחנה של סרטן שד, לזמן קצר יותר מתום הטיפול ולשלב מחלה מתקדם יותר. המחקר היחיד הנוסף, המתייחס לנושא זה, הוא מחקרם של Alter et al. (1996), אשר מצאו שהיסטוריה של טראומות קודמות מהווה גורם סיכון להתפתחות התסמונת הפוסט-טראומתית.

המחקר הנוכחי בודק מספר משתנים פסיכולוגיים, בקרב קבוצה של נשים ששרדו סרטן שד, בהשוואה לקבוצת ביקורת, הכוללת נשים אשר לא חלו במחלה כרונית כלשהי. המאפיין הייחודי של מחקר זה, בניגוד למחקרים קודמים, שהוא נעשה בקרב נשים שהיו לפחות חמש שנים לאחר האבחנה, וללא סימפטומים של מחלת סרטן השד במשך שלוש שנים לפחות. על פי Wyatt & Freidman (1996), הישארות בחיים של 5 שנים מיום האבחון נחשבת להישרדות ארוכת טווח. מטרת המחקר היו: (1) לבדוק את השכיחות הנוכחית של PTSD (2) לבדוק את איכות החיים, סגנונות ההתמודדות והרווחה הנפשית של נשים אשר שרדו סרטן השד, לעומת נשים בקבוצת הביקורת (3) לבחון את ההבדל בין נשים אשר פתחו PTSD לבין אלו אשר לא פיתחו הפרעה זו, ביחס לאיכות החיים, סגנונות ההתמודדות והרווחה הרגשית שלהן (4) לבחון את השפעת משתני המחלה השונים (שלב המחלה, טיפולים וכדומה) וסגנונות ההתמודדות, כגורמים המנבאים סימפטומים פוסט-טראומתיים בקרב נשים אשר שרדו את המחלה.

## שיטה

### משתתפים

הנשים אשר השתפו בקבוצת הניסוי (להלן: השורדות) אותרו בעזרת המרפאות האונקולוגיות בשני בתי חולים גדולים בישראל. קבוצת השורדות מנתה 39 נשים, שאצל כולן אובחנה המחלה לפני לפחות 5 שנים, אצל אף אחת מהן לא התגלו סימפטומים של סרטן לאורך תקופה של לפחות 3 שנים ואף אחת מהן לא טופלה באופן אקטיבי תוך כדי המחקר. 18 נשים היו בשלב I של המחלה כאשר אובחנו, 18 אחרות היו בשלב II ושלוש נשים היו בשלב III. ממוצע הגילים של הנשים בעת המחקר היה 50.42 (ס.ת. = 6.17) וטווח הגילים בין 37 ל- 60. שלושים ושתיים מהנשים (82%) היו נשואות ו/או גרו עם בן זוג ול- 18 מהן (46%) הייתה השכלה מעל להשכלה תיכונית. מצבן הכלכלי של הנשים, על פי תיאורן, היה כדלקמן: שמונה נשים (20%) דיווחו כי מצבן הכלכלי הוא טוב, 22 נשים (56%) דיווחו

כי מצבן הכלכלי הוא טוב למדי ותשע נשים (23%) דיווחו כי מצבן הכלכלי גרוע. בנוגע להתערבות כירורגית: שמונה נשים (20%) עברו ניתוח להסרת הגידול וכל השאר כריתת שד. הזמן הממוצע שעבר בין סיום הטיפולים לזמן המחקר היה 78 חודשים. כל הנשים, מלבד שתיים, קיבלו טיפול לאחר הניתוח. עשרים ושש (66%) מהנשים טופלו בכימותרפיה, בנוסף לטיפולים אחרים. שש עשרה נשים (41%) טופלו בעזרת הקרנות (ולא בכימותרפיה) ול- 18 מהן (46%) ניתן טיפול הורמונלי (למשל, tamoxifen). כל המידע הקשור לנתונים רפואיים (שלב המחלה, טיפולים וכדומה) הושג מתוך התיקים הרפואיים של הנשים. הנשים אותרו תחילה באמצעות הדואר וזמן קצר לאחר מכן באמצעות הטלפון, על ידי אחת מכותבות המאמר (אר). עשרים נשים (51%) קיבלו את השאלונים בדואר ואילו את האחרות ביקרו החוקרות בבית, על פי בקשת הנשים. מלכתחילה, פנו החוקרות ל- 47 נשים, אך שמונה מהן (17%) סירבו להשתתף במחקר. לא נמצאו הבדלים סטטיסטיים בין הנשים אשר סירבו להשתתף במחקר לבין אלו שהסכימו להשתתף, בכל הנוגע למצבן הסוציו-אקונומי ולאפיוני המחלה. קבוצת ההשוואה (להלן: קבוצת הביקורת) כללה 39 נשים, שהתאימו מבחינת גיל והשכלה לנשים בקבוצת הניסוי. התנאי היחיד לצירוף נשים לקבוצת הביקורת (מלבד גיל והשכלה) היה שאף אחת מהן לא חלתה במחלה המאיימת על החיים. שתי הקבוצות הותאמו מבחינת הממוצעים, כלומר הנשים אשר נכללו בקבוצת הביקורת נבחרו כך שלא היה הבדל בין ממוצע הגיל וממוצע רמת ההשכלה בין שתי הקבוצות (נתונים אלו אינם מוצגים כאן). המחקר אושר על ידי וועדות האתיקה של בתי החולים וכל הנשים חתמו על כתב הסכמה להשתתף במחקר.

## כלים

שאלון PTSD: שאלון ה- PTSD שנעשה בו שימוש במחקר, הינו שאלון לדיווח עצמי, המבוסס על הקריטריונים של DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) והמכיל 17 פריטים, בהתאם ל- 17 הסימפטומים של PTSD. המשתתפות במחקר התבקשו לקרוא כל אחד מההיגדים ולסמן אם הרגישו בסימפטום מסוים "בחודש האחרון". נעשה שימוש נרחב בשאלון זה בישראל (ראה: Amir & Sol, 1999; Shalev, 1992; Solomon et al., 1995). והוא קובע אם אדם סובל או אינו סובל מ- PTSD, וכן את עוצמתן של שלוש קבוצות הסימפטומים (חודרנות, הימנעות ועוררות יתר). עם שינוי הקריטריון ב- DSM-IV, נוסף פריט שבחן האם התגובה לאיום כללה תחושת פחד עז, חוסר אונים או אימה. בעזרת שאלון זה ניתן גם לזהות PTSD חלקית. השאלון בנוי מסולם בן ארבע דרגות, בהתאם לפירוט הבא: 1: לא מופיע כלל, 3: מופיע לעיתים, 5: מופיע לעיתים קרובות, 7: מופיע לעיתים קרובות מאד. פריט שקיבל ציון 5 או 7 נחשב לפריט המצביע על המצאות הסימפטום באופן מלא. אבחנה מלאה של PTSD מיוצגת על ידי ציון 5 או 7 על אחד מהפריטים בקבוצה B (מחשבות חודרניות), שלושה פריטים מקבוצה C (הימנעות) ושני פריטים מקבוצה D (עוררות יתר). PTSD חלקית מאובחנת כאשר אדם עונה על הקריטריונים האבחנתיים עבור שתיים מתוך שלוש קבוצות הסימפטומים (Carlier &



Gersons, 1995). בנוסף, הנבדקים קיבלו ציונים רציפים על כל אחת משלוש קבוצות הסימפטומים. במחקר זה, הערך של קרונבך-אלפא היה  $\alpha = 0.74$ ,  $\alpha = 0.83$  ו-  $\alpha = 0.83$  עבור כל אחת מתתי-השאלון חודרנות, הימנעות ועוררות יתר, בהתאמה. בזמן מילוי השאלון, התבקשו השורדות להתייחס לעובדה שהן "היו חולות סרטן" (גם אם חוו חוויות טראומתיות אחרות/נוספות). הנשים בקבוצת הביקורת התבקשו לחשוב על כל אירוע טראומתי שחוו בימי חייהן. המשמעות של אירוע טראומתי (בניגוד לאירוע שלילי שנחווה) הוסברה לנשים בקבוצת הביקורת.

**מצוקה פסיכולוגית:** כדי לבחון מאפיינים פסיכיאטריים נלווים ל- PTSD, השתמשנו ב-SCL 90 דהיינו, שאלון לדיווח עצמי, הבוחן סימפטומים פסיכיאטריים לאורך שבועיים לפני הבדיקה עצמה. השאלון מודד את חומרת הסימפטומים הפסיכיאטריים (Derogatis, 1977). ה-SCL 90 מחולק לתשעה תתי-שאלון: סומטיזציה, אובססיביות-קומפולסיביות, רגישות בין-אישית, דיכאון, עוינות, חרדה פובית, פרנואידיה ופסיכוטיות. בהמשך, נתייחס לארבעה תתי-השאלון הרלוונטיים ביותר, כלומר ל- דיכאון, חרדה, סומטיזציה ואובססיביות-קומפולסיביות, כמו גם למדד החומרה הכללי, ה-GSI (Global Severity Index), המשקף את רמת החומרה הקלינית של כל הסימפטומים, באמצעות ממוצעי התשובות של 90 הסימפטומים. התכונות הפסיכומטריות של SCL-90 דווחו בעקביות (Derogatis & Clearly, 1977; Derogatis, Rickles & Rock, 1976). בגרסה העברית נעשה שימוש נרחב בישראל, במחקרים העוסקים ב- PTSD (ראה Solomon et al., 1995). ערכי אלפא של קרונבך במחקר זה, עבור סולמות המתייחסים לדיכאון, חרדה, סומטיזציה ואובססיביות-קומפולסיביות, היו 0.92, 0.90, 0.87 ו-0.80 בהתאמה ו-0.96 עבור ה-GSI.

**איכות חיים:** על מנת לבחון את רמת איכות החיים השתמשנו בשאלון של ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization Quality of Life Assessment - the WHOQOL-BREF). כלי זה פותח בעת ובעונה אחת ב- 15 מרכזים אקדמיים ברחבי העולם, בחסותו של ארגון הבריאות העולמי (The WHOQOL Group, 1998). הכלי כולל 26 פריטים, המחולקים לארבעה תחומים נרחבים: (I) בריאות פיזית, (II) בריאות פסיכולוגית, (III) קשרים חברתיים, (IV) סביבה, ושתי שאלות המתייחסות לתפיסה האישית של הנשאל/ת ביחס לאיכות החיים שלו/ה (באופן כללי). במחקר הנוכחי, המהימנות הפנימית, כפי שנמדדה בעזרת אלפא של קרונבך הייתה: 0.81, 0.76, 0.79 עבור התחומים I, II, ו-III בהתאמה.

**סגנונות התמודדות:** סגנונות התמודדות נמדדו בעזרת שאלון סגנונות ההתמודדות, של המכון הרפואי ע"ש אלברט איינשטיין - Albert Einstein College of Medicine (AECOM) Coping Styles Questionnaire (Plutchik, 1989), המבוסס על המודל התיאורטי של Plutchik (1980). השאלון מכיל 87 פריטים, המדורגים על סולם ליקרט בעל ארבע רמות, הנע מ"אף פעם" ל-"לעיתים קרובות". סגנונות ההתמודדות הם כדלקמן: (1) מינימיזציה: המעטת

חשיבות הבעיה או המצב ("אני מסתכלת על הצד החיובי של דברים"); (2) הדחקה: התעלמות מהבעיה או מהמצב ("אני נמנעת מלחשוב על דברים לא נעימים"); (3) חיפוש עזרה: נטייה לבקש עזרה מאחרים ("כשיש לי בעיה אני מנסה לתת לאחרים לעזור לי"); (4) התקה: התמודדות עם בעיות בעזרת מציאת פתרונות חלופיים ("אם מחלה או תאונה היו מונעים ממני לעשות את עבודתי כרגיל עדיין הייתי מוצאת דברים אחרים לעסוק בהם"); (5) האשמה: נטייה להאשים אחרים או את ה"שיטה" בבעיותיך ("אנשים אחרים תמיד מתחילים ויכוחים שאני מוצאת עצמי מעורבת בהם"); (6) החלפה (substitution), כלומר עיסוק בפעילויות חילופיות להפחתת המתח: העברת הזמן בפעילות מרגיעה כגון אכילה, שתיית משקאות אלכוהוליים, שימוש בסמים ("כשאני במצב רוח ירוד אני מחפשת משהו לאכול"); (7) מיפוי: איסוף מידע לגבי המצב או הבעיה ("אני אוספת הרבה מידע לפני שאני מחליטה החלטות"); (8) היפוך: אנשים המתנהגים בצורה הפוכה לגמרי ממה שהם מרגישים ("אני מנסה לראות את הצדדים המצחיקים במצבים מדכאים"). במחקר הנוכחי נמדדה העקביות הפנימית בעזרת סולם אלפא של קרונבך והתוצאות היו כדלקמן: מינימיזציה 0.71, הדחקה 0.82, חיפוש עזרה 0.67, התקה 0.76, האשמה 0.75, החלפה 0.64, מיפוי 0.85, היפוך 0.64 ו-0.78 עבור כל סולם הערכים. בשאלון ה-AECOM נעשה שימוש נרחב בעברית (ראה: Amir et al., 1997).

## ממצאים

### PTSD מלא וחלקי בקרב שתי הקבוצות

שבע נשים (18%) מקרב השורדות אובחנו כסובלות מ-PTSD נוכחית מלאה, על פי שאלון ה-PTSD (להלן: קבוצת השורדות עם PTSD). שלושים ושתיים נשים (82%) לא ענו על הקריטריונים של PTSD (להלן: קבוצת השורדות ללא PTSD). אצל 22 נשים נוספות, בקבוצת השורדות, נמצאו שתיים משלוש קבוצות הסימפטומים של PTSD, ועל כן אובחנו כבעלות PTSD חלקית (Carlier & Gersons, 1995). אישה אחת (3%) בקבוצת הביקורת אובחנה כבעלת PTSD מלאה ושבע נשים (18%) כבעלות PTSD חלקית. ההבדל בין שתי הקבוצות היה מובהק ביחס ל-PTSD מלאה ( $P < 0.001$ ) וחלקית ( $P < 0.001$ ). שכיחות הטיפול הכימותרפי בין שתי הקבוצות (PTSD מלאה וחלקית) נמצאה שונה באופן מובהק (100% לעומת 59%,  $P = 0.045$ ).

## השוואה בין קבוצת השורדות (עם או בלי PTSD) לבין קבוצת הביקורת

על מנת להשוות בין קבוצת השורדות לקבוצת הביקורת, ביחס למצוקה פסיכולוגית (SCL-90), לאיכות החיים (WHOQOL-BREF), לסגנונות התמודדות (AECOM) וביחס לסימפטומים פוסט טראומטיים, נערכו ארבעה מבחני MANOVA נפרדים, כאשר שלוש הקבוצות (קבוצת השורדות עם PTSD, קבוצת השורדות ללא PTSD וקבוצת הביקורת), היוו את המשתנה הבלתי תלוי. בכל מבחן MANOVA הוכנסו ביחד כל תתי-השאלון של כל אחד מהכלים והיוו את המשתנים התלויים (כלומר: חמשת השאלונים של SCL-90 במבחן ה-MANOVA הראשון, חמשת השאלונים של WHOQOL-BREF במבחן השני, שמונה השאלונים של AECOM במבחן השלישי ושלושה השאלונים של PTSD במבחן האחרון. טבלה 1 מציגה את הממוצעים, את סטיות התקן ואת ערכי ה-F.

כפי שניתן לראות מטבלה 1, הבדלים מובהקים נמצאו ביחס לכל תתי-השאלון של ה-SCL-90, כל תתי-השאלון של WHOQOL-BREF, וכל תתי-השאלון של PTSD. בשאלון ה-AECOM נמצאו ההבדלים מובהקים רק ביחס להדחקה, להתקה ולהחלפה. שלוש השוואות מתוכננות בוצעו: (1) בקרב השורדות: בין קבוצת השורדות עם PTSD לבין קבוצת השורדות ללא PTSD (2) בין כל השורדות (עם PTSD וללא PTSD) לבין קבוצת הביקורת; (3) בין השורדות ללא PTSD לבין קבוצת הביקורת. ההשוואה האחרונה אפשרה לנו לקבוע אם קיומה של PTSD אחראית לתוצאות הגבוהות בקרב הנשים השורדות.

כפי שניתן לראות מטבלה מספר 1, קבוצת השורדות עם PTSD נתנה ניקוד גבוה יותר, באופן מובהק, בכל שאלוני ה-SCL-90, מאשר קבוצת השורדות ללא PTSD, ודיווחה על רמות נמוכות יותר של איכות חיים בכל תחומיו. כצפוי, קבוצת השורדות עם PTSD דיווחה על רמות גבוהות יותר, באופן מובהק, בכל שלוש קבוצות הסימפטומים של PTSD. בנוגע לשאלון ה-AECOM, קבוצת השורדות עם PTSD דיווחה על רמות גבוהות יותר של הדחקה והאשמה, שמתוכן רק הדחקה היא בעלת הבדל מובהק.

טבלה 1 - ממוצעים וסטיות תקן של משתני המחקר בקרב השורדות (קבוצת השורדות עם PTSD וקבוצת השורדות ללא PTSD) ובקרב קבוצת הביקורת

השוואות מתוכננות				שורדות				
II≠III F(1,75)	I+II≠III F(1,75)	I≠II F(1,75)	F(2,75)	III קבוצת ביקורת n=39 מ (ס.ת.)	I+II כל שורדות n=39 מ (ס.ת.)	II שורדות ללא PTSD n=32 מ (ס.ת.)	I שורדות עם PTSD n=7 מ (ס.ת.)	
								<u>SCL-90</u>
ns0.42		25.34 ***	15.43 ***	0.66 (0.55)	0.99 (1.07)	0.75 (0.75)	2.13 (1.22)	דיכאון
	20.99**							
ns2.25	26.13***	22.33 ***	16.11 ***	0.49 (0.35)	0.87 (0.96)	0.67 (0.76)	1.81 (1.23)	חרדה
	3.78*	21.23***	12.84 ***	0.51 (0.47)	0.92 (0.86)	0.77 (0.60)	1.61 (1.06)	סומטיזציה
ns0.39	19.31***	23.30 ***	14.19**	0.68 (0.42)	0.92 (0.70)	0.74 (0.55)	1.77 (0.92)	אובססיבי קומפולסיבי
ns1.49	32.45***	21.85 ***	21.85 ***	0.49 (0.36)	0.79 (0.72)	0.61 (0.43)	1.63 (1.04)	GSI
								<u>WHOQOL-BREF</u>
ns0.37	13.93***	16.07 ***	9.97***	16.03 (2.39)	14.89 (3.21)	15.66 (2.64)	11.37 (3.63)	תחום I – פיזי
ns0.18	7.21**	8.39**	5.19**	14.88 (2.07)	14.13 (3.03)	14.65 (2.55)	11.71 (3.94)	– תחום II פסיכולוגי
ns0.21	ns2.4	6.16*	3.13*	14.72 (2.58)	14.50 (4.24)	15.13 (3.62)	11.62 (5.86)	– תחום III חברתי
ns0.96	ns0.94	5.48*	2.77*	14.46 (2.73)	14.58 (2.83)	15.05 (2.33)	12.43 (1.23)	– תחום IV סביבתי כללי
ns0.02	6.65**	11.62 ***	6.29**	3.76 (0.85)	3.59 (0.98)	3.75 (0.77)	2.86 (1.23)	
								<u>AECOM</u>
ns0.81	ns1.0	ns0.92	ns0.60	14.25 (4.83)	14.83 (5.16)	14.56 (5.22)	16.82 (4.02)	מינימיזציה
ns0.19	20.37***	16.64 ***	11.69 ***	10.60 (4.62)	13.40 (5.82)	12.06 (4.83)	21.40 (4.74)	הדחקה
ns0.66	ns0.14	ns0.80	ns0.42	12.20 (4.97)	11.97 (3.74)	11.70 (3.92)	13.60 (1.52)	חיפוש עזרה
	4.50*	8.84**	4.51	16.75 (5.66)	20.14 (6.25)	19.57 (6.28)	23.60 (5.92)	התקה
ns0.68	4.39*	2.83*	ns2.34	10.16 (5.08)	11.46 (5.66)	10.86 (05.09)	15.05 (7.95)	האשמה
	6.45*	4.53*	3.51*	7.68 (3.61)	9.85 (3.73)	9.80 (3.77)	9.80 (4.21)	החלפה
ns1.25	ns 0.92	ns0.00	ns0.69	15.88 (5.40)	17.34 (5.02)	17.33 (5.07)	17.40 (6.01)	מיפוי
ns0.92	ns1.99	ns0.53	ns1.0	11.15 (4.18)	12.29 (4.66)	12.07 (4.45)	13.61 (5.97)	היפוך
								<u>PTSD</u>
ns0.9	29.75***	42.73 ***	24.33 ***	9.20 (4.67)	11.41 (6.28)	9.28 (4.02)	21.14 (5.15)	חודרנות
	5.95*	94.07***	60.72**	10.82 (4.99)	17.23 (9.95)	13.53 (5.70)	34.14 (6.91)	הימנעות
13.52***	68.48***	38.48 ***	36.79 ***	12.00 (6.33)	20.69 (9.72)	17.59 (4.47)	34.86 (5.76)	עוררות

\*\*\*p<0.001 \*\*p<0.01 \*p<0.05

ההשוואה בין כל הנשים בקבוצת השורדות לבין קבוצת הביקורת, מגלה הבדלים מובהקים בכל תתי-השאלון של SCL-90, כאשר קבוצת השורדות היא בעלת ניקוד גבוה יותר מאשר הנשים בקבוצת הביקורת. השוואה בין שתי קבוצות אלה, בתחום איכות החיים, מעלה הבדלים מובהקים לגבי איכות חיים באופן כללי וכן לגבי תתי-השאלון הבודקים את התחום הפיזי והפסיכולוגי: קבוצת השורדות מדווחת על רמות נמוכות יותר מאשר קבוצת הביקורת. שלושה תתי-השאלון של AECOM היו שונים באופן מובהק: השורדות מדווחות על רמות גבוהות יותר של הדחקה, התקה, האשמה והחלפה מאשר הנשים בקבוצת הביקורת. הניקוד לגבי כל שאלון ה- PTSD היה גבוה באופן מובהק ביחס לקבוצת הביקורת.

ההשוואה האחרונה נעשתה בין השורדות ללא PTSD לבין קבוצת הביקורת. תוצאות השוואה זו מעלות כי מתוך כל תתי-השאלון של ה- SCL-90, רק סומטיזציה היתה בעלת מובהקות. לאף אחד מתתי-השאלון של WHOQOL-BREF אין מובהקות סטטיסטית. קבוצת השורדות ללא PTSD הייתה גבוהה יותר מקבוצת הביקורת לגבי שני מנגנוני התמודדות, התקה והחלפה. בשאלון ה- PTSD, הימנעות ועוררות היו גבוהים באופן מובהק בקרב קבוצת השורדות ללא PTSD מאשר בקרב קבוצת הביקורת.

#### **ניבוי סימפטומים פוסט טראומטיים בקרב השורדות**

המטרה האחרונה הייתה להעריך את המנבאים של סימפטומים פוסט טראומטיים, בקרב השורדות. המטרה הייתה לבחון אילו מבין המשתנים הסוציו-אקונומיים, משתני המחלה או סגנונות ההתמודדות, עשויים לנבא את נוכחות הסימפטומים הפוסט טראומטיים. מאחר והמדגם היה קטן יחסית, ניתן להתייחס לניתוח הרגרסיה רק כניתוח ראשוני. יש לפרש אותו בזהירות ולבדוק אותו שוב במדגמים גדולים יותר. בוצע ניתוח בן שני שלבים: בשלב הראשון המטרה הייתה לבחור מנבאים מובהקים וקריטריון מובהק. בשלב השני, ביצענו ניתוח רגרסיה ובו הכנסנו רק את המשתנים שנמצאו מובהקים בשלב הראשון (ללא שאר המשתנים). נעשה שימוש בשיטה זו מאחר והמדגם היה מוגבל בגודלו ועל כן כוחו הסטטיסטי קטן.

#### **שלב א': בחירה ראשונית של המשתנים**

בתחילה, ביצענו שלושה ניתוחי רגרסיה היררכית (הנתונים אינם מוצגים כאן) של כל המשתנים הבלתי תלויים, בארבעה צעדים: משתנים סוציו-אקונומיים (צעד 1), משתני המחלה (צעד 2), אינטראקציה בין הכימותרפיה לבין שלבי המחלה (צעד 3 - ראה למטה), סגנונות ההתמודדות (צעד 4), תוך ניבוי שלוש התוצאות של שאלון ה- PTSD. רק תוצאות הרגרסיה המנבאות עוררות יתר היו בעלות מובהקות ( $p < 0.05$ ) עבור ארבעה משתנים: כימותרפיה (כך/לא), שלב המחלה (שתי רמות, I/II + III), אינטראקציה בין שלב המחלה לבין הכימותרפיה וסגנון התמודדות של הדחקה. בהתחשב בגודלו של המדגם, עשינו שימוש רק באינטראקציה של שני משתני מחלה מרכזיים: שלב המחלה והטיפול (לא התייחסנו

לאינטראקציה בין סגנונות התמודדות למשתני המחלה). בנוסף, יש לציין כי האינטראקציה בין שלב המחלה לבין כימותרפיה נמצאה מובהקת במודל הזה ( $p < 0.01$ ). כפי שניתן לראות, נשים אשר קיבלו כימותרפיה ואשר היו בשלב ראשוני של המחלה, היו החשופות ביותר לסימפטום פוסט טראומטי של עוררות יתר. את המתאמים בין ארבעת המנבאים המובהקים ניתן לראות בטבלה 2.

**טבלה 2. מתאמים בין משתנים מנבאים לבין סימפטומים פוסט טראומטיים של עוררות יתר (n=39).**

סימפטום פוסט טראומטי	הדחקה	כימותרפיה	שלב המחלה	
	0.19	0.66**	0.38*	כימותרפיה
	0.13	0.82**		שלב המחלה
	0.16			כימותרפיה X שלב המחלה
	0.43**			הדחקה
				סימפטום פוסט טראומטי של עוררות יתר

\*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$ .

### **שלב ב': ניבוי סימפטומים פוסט טראומטיים של עוררות יתר בקרב השורדות**

בוצעה רגרסיה היררכית, כאשר הסימפטום הפוסט טראומטי של עוררות יתר הוא המשתנה התלוי. ברגרסיה זו הכנסנו רק את ארבעה המשתנים שנמצאו מובהקים בניתוח הרגרסיה הראשוני (ראה שלב א'). טבלה 3 מציגה את תוצאות הרגרסיה ההיררכית.

מטבלה 3 ניתן לראות כי צעד 1, כימותרפיה ושלב המחלה, הסביר באופן מובהק 36% של השונות, שלב המחלה (באופן שלילי) מצביע על כך ששלב מוקדם מנבא סימפטומים רבים יותר של PTSD,  $F(1,38) = 7.42, p < 0.01$ ,  $R^2 = 0.355$ ,  $\text{multiple } R = 0.596$ . האינטראקציה בין כימותרפיה לבין שלב המחלה מסבירה באופן מובהק 9% שונות נוספים:  $p < 0.01$ ,  $R^2 = 0.6640441$ ,  $F(2,37) = 6.83$ . סגנון התמודדות של הדחקה מסביר באופן מובהק את 13% הנותרים של השונות:  $p < 0.01$ ,  $F(3,36) = 8.37$ ,  $R^2 = 0.572$ ,  $\text{multiple } R = 0.757$ . אם כך, המודל הסופי מסביר בצורה משמעותית 57% של השונות. הכנסת כימותרפיה, שלב המחלה והאינטראקציה ביניהם, בעת ובעונה אחת, לתוך הרגרסיה האחרונה, הופכת אותה ל- "רגרסיה מורחבת", ובכך מאפשרת להסיר את ההשפעות של המתאמים האחרים בין המשתנים, כשמפרשים את הקשרים בין המשתנים הבלתי תלויים לבין התלויים (Guster, Fusilier, & Mayes, 1986). יתר על כן, תיקון Bonfferoni (Larzelere & Mulaik, 1977) יושם על האינטראקציה בניתוח הרגרסיה, על מנת להבטיח שהתוצאה

תהיה מובהקת (שני מבחנים, רמה מינימלית של  $p < 0.025$ ). זה נעשה מאחר והמדגם בניתוח זה היה קטן, יחסית, כעשרה משתתפים לכל מנבא בניתוח האחרון ( $n = 39$ ) עם ארבעה מנבאים. (ההמלצה השמרנית ביותר היא שיהיו לפחות 15 משתתפים על כל מנבא).

**טבלה 3. רגרסיה היררכית מרובה, המנבאת עוררות יתר באמצעות ארבעה המשתנים המובהקים מהניתוח הראשוני ( $n=39$ ).**

משתנה	B	S.E.	$\beta$
<b>צעד 1</b>			
כימותרפיה	10.85	3.24	0.56*
שלב המחלה	- 9.38	3.09	
<b>צעד 2</b>			
כימותרפיה	16.24	4.07	0.84**
שלב המחלה	- 1.10	5.07	- 0.06
כימותרפיה X שלב המחלה	- 12.43	6.21	- 0.68*
<b>צעד 3</b>			
כימותרפיה	14.70	3.69	0.76**
שלב המחלה	- 1.93	4.53	- 0.11
כימותרפיה X שלב המחלה	11.82	5.54	- 0.65*
הדחקה	0.61	0.22	

עבור צעד 1 -  $R^2 = 0.36$ ,  $(p < 0.05)$ ; עבור צעד 2 -  $\Delta R^2 = 0.09$ ,  $(p < 0.05)$ ; עבור צעד 3 -  $\Delta R^2 = 0.13$ ,  $(p < 0.05)$ ;  $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$

## דיון

יש להתייחס לתוצאות ולמסקנות של מחקר זה כאל תוצאות ומסקנות ראשוניות. המדגם היה קטן וחלק מהניתוחים הסטטיסטיים דורשים מדגמים גדולים יותר, על מנת שתתקבלנה תוצאות מבוססות. יחד עם זאת, מחקר זה, שנעשה בצורה מבוקרת, פנה לאוכלוסייה אשר לא התמקדו בה במחקרים אחרים ויש מקום להקדיש לה תשומת לב קלינית. לכן, חשבנו שהתוצאות משמעותיות ותורמות לשיתוף הפעולה בין עבודה קלינית למחקרית.

תוצאות מחקר זה מראות, כי השורדות מדווחות על רמות גבוהות יותר של כל שלושה מדדי הסימפטומים של PTSD מאשר נשים שלא נחשפו למחלה כרונית. הן ביטאו רמות גבוהות מאד בכל חמשה תתי-השאלון של ה-SCL-90, רמות נמוכות מאד בסקלת איכות חיים פיזית, פסיכולוגית וכללית ורמות גבוהות יותר בסגנונות התמודדות של הדחקה, התקה והחלפה. שמונה עשר אחוזים מהשורדות אובחנו כסובלות מ- PTSD ו- 56% נוספים אובחנו כסובלות מ- PTSD חלקית. השוואה בין השורדות עם PTSD וללא PTSD, מצביעה על כך

שהשורדות הסובלות מההפרעה חוו מצוקה קשה מאד, איכות החיים שלהן היתה נמוכה יותר והן נטו לבחור בהדחקה לעיתים קרובות יותר. בנוסף, כשקבוצת השורדות ללא PTSD השוותה לקבוצת הביקורת, נמצא כי רוב ההבדלים נעלמים, למעט סומטיזציה, דירוג גבוה בשני סגנונות התמודדות: התקה והחלפה, ורמות גבוהות יותר של הסימפטומים הפוסט-טראומטיים הימנעות ועוררות יתר. תוצאות אלו מצביעות על כך שכמה מההבדלים בין קבוצת השורדות לבין קבוצת הביקורת נובעים מהמצאות PTSD. יתר על כן, תוצאות ניתוח הרגרסיה הראשוני, המנבא PTSD באמצעות משתני המחקר, מלמדות כי קבלת טיפול כימותרפי, שלב המחלה והאינטראקציה בין הטיפול הכימותרפי לשלב המחלה ניבאו בצורה מובהקת סימפטומים של עוררות יתר. הניתוח מראה כי נשים אשר קיבלו טיפול כימותרפי והיו בשלב מחלה ראשוני יותר, נמצאו בסיכון גבוה יותר לפתח PTSD. בחירה בהדחקה הייתה באופן מובהק קשורה לנוכחות סימפטומים של עוררות יתר.

מספר השלכות של מחלת הסרטן התגלו כארוכות טווח. הנשים, אשר השתתפו במחקר הנוכחי, גילו סימנים של מצוקה פסיכולוגית ושל דאגה פיזית, למרות שלא נמצא אצלן אף סימפטום בשלוש השנים האחרונות. הממצא, שאיכות החיים היתה פחות טובה אצל השורדות, יחסית לנשים אשר לא התנסו במחלה המאיימת על החיים, תואם את הממצאים של מספר מחקרים מוקדמים יותר, ושל מחקרים שנעשו לאחרונה. לדוגמה, Ferrell et al. (1997) מצאו כי עבור רב הנשים, לאבחון ולטיפול המוקדמים יש השפעה ארוכת טווח במיוחד, בכל הקשור לרווחה הפיזית. מחקר שנערך לאחרונה על ידי Wyatt & Friedman (1996), מציע מודל המתייחס לאיכות חיים ארוכת טווח, בקרב נשים ששרדו את מחלת הסרטן. במודל זה יש חפיפה גדולה, יחסית, בין התחומים החברתיים, הפסיכולוגיים והרוחניים של השורדות (תחומים אלו הם חלק מהתחומים בעזרתם מודדים איכות חיים). אולם, התחום הפיזי נשאר נפרד לחלוטין משלושת התחומים האחרים. נראה שהפגיעה ברווחה הפיזית נמשכת לאורך שנים רבות, ואולי לאורך כל ימי חייהן. נקודה זו קיבלה חיזוק מתוצאות המחקר הנוכחי, כיוון שההשוואה בין קבוצת השורדות לבין קבוצת הביקורת נעשתה ללא תת-הקבוצה אשר אובחנה כסובלת מ-PTSD. על פי תוצאות ההשוואה, ההבדלים ברמות המצוקה נעלמו, מלבד אלו הקשורים לסומטיזציה. תוצאה זו מצביעה על כך שמצוקה היא חלק בלתי נפרד מהנשים ששרדו את מחלת הסרטן, ואין זה משנה אם האישה פיתחה PTSD או לא. לתופעה זו יש השלכות קליניות ומומחי בריאות חייבים לראות בה תופעה טבעית אצל חולות סרטן, שאינה ניתנת לשינוי. נשים ששרדו את המחלה ואנשי מקצוע חייבים להיות מודעים לתופעה זו ולקבל אותה.

המחקר הנוכחי, כמו גם מחקרים אחרים שנעשו לאחרונה (Cordova et al, 1995), מצביע בבירור על העובדה שסימפטומים של PTSD הם תופעה שכיחה ונרחבת בקרב נשים ששרדו את מחלת הסרטן, הכוללת הן PTSD מלא והן PTSD חלקי. תוצאות מחקר זה, הדומות לאלו של Cordova et al. (1995), מצביעות על כך שעצם התפתחות PTSD, או המצאות סימפטומים של PTSD, היא בעלת השלכות שליליות על הנשים, מבחינות רבות. אנחנו



מצאנו אחוזים גבוהים יותר של PTSD מלא או חלקי מאשר מצאו Cordova et al. (1995) ו - Green et al. (1998). ייתכן שההבדל נובע מכך שהמחקר הנוכחי נעשה בקרב נשים, לאחר שעבר זמן רב מאז אובחנו כחולות. יכול להיות, שנשים המקבלות טיפול, רואות עצמן כנוקטות צעדים אקטיביים במלחמה במחלה (Meyerowitz, 1983) ועל כן, הופעת הסימפטומים הפוסט טראומטיים נדחית. אולם זו רק השערה, מאחר והמחקר הנוכחי הוא מחקר רוחב, שלא בדק באיזה נקודת זמן נשים מפתחות PTSD ו/או סימפטומים של ההפרעה. נקודה זו צריכה להיבדק במחקרים עתידיים.

ביחס למנבאי סימפטומים של PTSD, הניתוח הראשוני של המחקר הנוכחי מצביע על כך שקבלת טיפול כימותרפי קשורה לרמות גבוהות של סימפטומי עוררות יתר. על פי מודלים של PTSD, אשר פותחו לאחרונה, מחלת הסרטן, אשר חושפת את החולה לטיפולים רפואיים ארוכים, מקיפים, עם תופעות לוואי קשות, מהווה קרקע פורייה לפיתוח PTSD או סימפטומים דומים (Andrykoski & Cordova, 1998). Anderson (1993, 1994), הציע מודל המסוגל לנבא תחלואה פסיכולוגית, המתפתחת כתוצאה מאבחון ומטיפולים של מחלת הסרטן. הוא מתייחס למשתנים הקשורים למחלה, לטיפול, למצב הסוציו-דמוגרפי וכן למשתנים פסיכולוגיים, כמסגרת משולבת אחת. במיוחד מציע המודל הני"ל כי ככל שהטיפול נרחב יותר במחלת הסרטן - כמו גם משתנים אחרים - כך יש יותר סיכון לתחלואה פסיכולוגית, בדיוק כפי שהמחקר הנוכחי מצא. אפשר לנסח את התוצאות הני"ל כפי שניסח הפילוסוף היווני Publilius Syrus: "יש מספר תרופות שהן גרועות יותר מהמחלה" (נכתב כנראה בשנת 100 לפנה"ס).

ממצא ראשוני מעניין וחדש שמחקר זה גילה, הוא, שהאינטראקציה בין טיפול כימותרפי לבין שלב המחלה בעת האבחון, מאפשרת ניבוי של סימפטום עוררות יתר. נשים שהיו בשלבים הראשוניים מאד של המחלה בעת קבלת הטיפול הכימותרפי, היו בסיכון גבוה מאד לפיתוח סימפטומים פוסט טראומטיים. הסבר אפשרי אחד לתופעה זו הוא, שככל שנשים תפסו עצמן כבריאות יותר (בשלב המוקדם מאד של האבחון), כך קשה היה להן יותר לראות את התועלת וההצדקה לעומס שמטיל עליהן הטיפול הכימותרפי, ועל כן, קשה היה להן יותר להסתגל לטיפולים. יתר על כן, כמו באירועים טראומטיים אחרים, האירועים הבלתי צפויים ביותר הם אלה שהכי קשה להתמודד עמם. כתוצאה מכך, יתכן שאישה תיטה להתמודד בצורה לא מסתגלת עם טיפולים, ככל הנראה על ידי הדחקת רגשותיה, ולכן תהיה רגישה יותר לפתוח סימפטומים של PTSD.

כפי שמראים ממצאי מחקר זה, סגנון ההתמודדות היחיד המתקשר באופן משמעותי עם PTSD, היה סגנון ההדחקה. על פי Classen et al. (1996), הדחקת רגשות, בעיקר רגשות שליליים, נחשבת למאפיין שכיח בקרב חולי סרטן והיא מתקשרת באופן שלילי עם הסתגלות פסיכו-חברתית של חולות סרטן השד, הנמצאות בשלב מתקדם של המחלה. יש גם עדויות שהתנהגות כזו מקושרת עם הסתגלות פסיכולוגית מועטה של חולים, שזה עתה אובחנו כחולי סרטן (Watson et al, 1991). אפשר אולי לנסות ולשער כי אצל אישה בריאה

כביכול (בשלב ראשוני מאד של המחלה), העוברת טיפולים כימותרפיים קשים, ובעלת סגנון של הדחקה, נוצרת קרקע פורייה מאד לפיתוח סימפטומים של PTSD. השערה זו תואמת תוצאות מחקרים קודמים (Amir et al., 1997; Amir et al., 1999), הקושרים הדחקה ל- PTSD וטוענים כי ההדחקה מחזקת הימנעות ואינה מאפשרת עיבוד של האירוע הטראומתי בצורה מסתגלת. על פי ממצאים אלה, רצוי שצוותים רפואיים יתייחסו למחלת הסרטן כאל אירוע טראומתי, שיש צורך לעבד אותו על ידי מתן אפשרות לאירור, תשאול (debriefing) וכדומה.

התוצאות הנ"ל, מצביעות על כך שיש לראות ב- PTSD ובאיכות חיים שני מושגים נפרדים. אנו מצאנו שלנשים אשר שרדו את מחלת סרטן השד, ואשר לא פיתחו PTSD, יכולה להיות איכות חיים דומה לזו של נשים אשר לא חוו אירוע דומה, אך יחד עם זאת הן יכולות לפתח דרגות שונות של סימפטומים פוסט טראומטיים. יש לזכור ש- PTSD היא הפרעת חרדה. אף על פי שהחיים ממשיכים, יתכן שאצל הנשים קיימת איזושהי חרדה בסיסית, מתחת לפני השטח, הבאה לידי ביטוי בפיתוח סימפטומים של PTSD. חרדה זו יכולה להיות מאד מורכבת ובלתי ניתנת להבחנה במדידות המקובלות של איכות חיים. יכול להיות שאנו נזדקק לכלים מדויקים יותר, כנראה כאלה הבוחנים סימפטומים של PTSD, על מנת לבחון בצורה מדויקת יותר את המצוקה של נשים, ששרדו את מחלת סרטן השד לאורך זמן. מחקרים עתידיים יכולים לבחון את הקשרים בין מדידות של איכות חיים ו- PTSD.

מחקר זה היה מוגבל, מכיוון שהמדגם בו השתמשנו היה קטן, יחסית. לתוצאות חלק מהניתוחים אשר נעשו, כגון ניתוחי גרסיה, אפשר להתייחס רק כאל תוצאות ראשוניות, ויש לפרשן בזהירות. הקבוצה בעלת PTSD כללה רק שבע נשים, מה שמחליש את הכוח הסטטיסטי של ההשוואה עם קבוצות אחרות. בנוסף, המחקר היה מחקר רוחב ולא מחקר אורך (צורת המחקר העדיפה לניבוי תוצאות מחלה) והאבחון היה מבוסס על שאלוני דיווח עצמי. Green et al. (1998), הזהירו מפני אבחון PTSD המתבסס על דיווח עצמי של הסימפטומים. יתר על כן, המדגם כלל רק נשים שחלו בסרטן השד וצריך להרחיבו, כך שיכלול קבוצות חולים אחרות. יש לציין, כי במחקר הנוכחי לא ניתן היה להשוות באופן מלא בין שתי הקבוצות, מאחר וההיסטוריה הרפואית שלהן, ביחס לאירועים טראומטיים, לא הייתה זהה (וכתוצאה מכך גם שכיחות ועוצמת הסימפטומים של PTSD). השורדות התייחסו רק אל מחלת הסרטן כאל אירוע טראומתי אשר חוו. יתכן שהן חוו אירועים טראומטיים אחרים, שיש להם השלכות על הממצאים, אך אי אפשר להעריך אותם. ההשוואה נעשתה עם קבוצה בה הייתה רק התאמה של גיל והשכלה ויתכן וקיימים גורמים נוספים, כגון: מצב משפחתי (נשואה/לא נשואה), אשר יכולים להשפיע על PTSD, איכות החיים, סגנונות התמודדות וכדומה. מחקרים עתידיים צריכים להתייחס לכל הנושאים הללו.

המחקר הנוכחי הראה שאבחנה של PTSD הינה שכיחה בקרב שורדות סרטן השד לטווח ארוך. מחקר זה שונה ממחקרים אחרים המתייחסים ל- PTSD, בכך שכל הנשים אשר השתתפו במחקר כבר היו לפחות חמש שנים לאחר האבחון הראשוני שלהן ולפחות שלוש שנים לא נמצאו אצלם סימפטומים כלשהם. משתנים פסיכולוגיים, השונים ממשתני איכות החיים המקובלים ובמיוחד סימפטומים של PTSD, צריכים להבחן על ידי אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש ובתחומים רפואיים אחרים, המלווים את המחלימים מסרטן בתהליך השיקום של חזרה למסלול חיים שגרת.

## ביבליוגרפיה

- Alter, C. L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., Gorbois, B., Mandel, F., Septimus, A., & Kaplan, S. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 137-143.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R. M. A., & Kotler, M. (1999). Suicide risk and coping styles in posttraumatic stress disorder patients. *Psychosomatics and Psychotherapy*, 68, 76-81.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R., Levine, Y., Benjamin, J., & Kotler, M. (1997). Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personality and Individual Differences*, 23, 399-405.
- Amir, M., & Sol, O. (1999). Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: The effect of multiple traumatic events and physical injury. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 139-154.
- Anderson, B. L. (1994). Surviving cancer. *Cancer*, 74, 1484-1495.
- Anderson, B. L. (1993). Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the quality of life for women with gynecologic cancer. *Cancer*, 71, 1678-1690.
- Andrykowski, M. A., & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Anderson model. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 189-201.
- Carlier, I. V. E., & Gersons. B. P. R. (1995). Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): The issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 107-109.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, 434-437.
- Cordova, M. J., Andrykowski M. A., Kenady, D. E., Mcgrath, P. C., Sloan, D., & Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 981-986.
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 Manual F: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. John Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit: Baltimore, MD.
- Derogatis, L. R., & Clearly, P. (1977). A confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validity. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.

- Derogatis, L. R., Rickles, K., & Rock, A. (1976) SCL-90 and the MMPI: A step in the validity of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Doerfler, L. A., Pbert, L., & DeCosimo, D. (1994). Symptoms of post-traumatic stress disorder following myocardial infraction and coronary artery bypass surgery. *General Hospital Psychiatry*, 16, 193-199.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Gracia, N. (1997). Quality of life in breast cancer part 1: Physical and social well-being. *Cancer Nursing*, 20, 398-408.
- Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., Spertus, I. L., & Steakley, C. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39, 102-111.
- Guster, D. C., Fusilier, M. R., & Mayes, B. T. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology*, 71, 102-112.
- Larzelere, R. E., & Mulaik, S. A. (1977). Single-sample tests for many correlations. *Psychological Bulletin*, 84, 557-569.
- Meyerowitz, B. E. (1983). Post mastectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, 2, 117-132.
- Pelcovitz, D., Goldenberg Libov, B., Mandel, F., Kaplan, S., Weinblatt, M., & Septimus, A. (1998). Posttraumatic stress disorder and family functioning in adolescent cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 205-221.
- Plutchik, R. (1989). Measuring emotions and their derivatives. In R. Plutchik & H. Hellerman (Eds.), *The measurement of emotions* (pp. 1-35). New-York: Academic Press.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: a psychoevolutionary synthesis*. New-York: Harper and Row.
- Powers, P. S., Cruse, C. W., Daniels, S., & Stevens, B. (1994). Posttraumatic stress disorder in patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 15, 147-153.
- Shalev, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack. Predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 505-509.
- Solomon, Z., Ginzburg, K., Neria, Y., & Ohry, A. (1995). Coping with war captivity: The role of sensation seeking. *European Journal of Personality*, 9, 57-70.
- THE WHOQOL GROUP. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Tunmore, R. (1991). Relationship between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.

Wyatt, G. K. H., & Friedman, L. L. (1996). Development and testing of quality of life model for long term female cancer survivors. *Quality of Life Research*, 5, 387-394.

## דחק אקדמי, סגנונות התמודדות ותגובה חיסונית

אורלי שריד<sup>4</sup>, עפרה אנסון<sup>5</sup>, אריה יערי<sup>6</sup> ומרים מרגלית<sup>7</sup>



הספרות המחקרית הצביעה על חשיבותם של סגנונות ודרכי התמודדות בתקופות של דחק. המונח התמודדות מתייחס למאמצים הקוגניטיביים, הרגשיים וההתנהגותיים של הפרט להסתדר עם תביעות חיצוניות ופנימיות, במצב נתון (Holahan, Moos, & Schaefer, 1995; Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaefer, 1993; Pearlin et al., 1981; Zeidner, 1995; Zeidner & Saklofske, 1995). התאמתם של סגנונות התמודדות ויעילותם הוגדרה על פי העדרן של תוצאות, הנחשבות לא רצויות, כמו מצוקה רגשית, פיסית ובריאות לקויה. מטרתו של המחקר הנוכחי להעריך את יעילותם של שלושה סגנונות התמודדות בתקופה של דחק אקדמי, באמצעות מדידת שינויים של ארבעה נוגדנים ברוק כנגד שני נגיפי הרפס: אפשטיין באר (EBV) וציטומגלו הומני (HCMV).

לזרוס ופולקמן (1984) הציעו לסווג את דרכי ההתמודדות בהתאם לתפקידיהם: התמודדות הממוקדת בבעיה, המכוונת לשלוט בתביעות שמעורר מצב הדחק או למתן אותן; התמודדות הממוקדת ברגש, המיועדת להפחית את המצוקה הרגשית המתעוררת בעקבות מצב הדחק, או לפחות לשלוט בה; התמודדות באמצעות הכחשה או הימנעות, המהווה דרך להפחית את המצוקה הרגשית ולעקוף את התביעות שמעורר מצב הדחק, תוך התרחקות פיסית או נפשית של הפרט מהמצב. למרות שהגמישות והיכולת ליישם סגנונות התמודדות חלופיים באותו מצב מעלה את הסיכוי להסתגלות מוצלחת, ההנחה הנה כי בני אדם נוטים לפתח סגנון התמודדות עיקרי ולעשות בו שימוש יותר מאשר בסגנונות התמודדות אחרים (Caspi & Moffit, 1993; McCrae, 1989).

---

<sup>4</sup> אורלי שריד, בית הספר למקצועות הבריאות בקהילה ע"ש רקנאטי, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

<sup>5</sup> עפרה אנסון, פרופסור חבר, בית הספר למקצועות הבריאות ע"ש רקנאטי, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

<sup>6</sup> אריה יערי, המחלקה לוירולוגיה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

<sup>7</sup> מרים מרגלית, פרופסור לוירולוגיה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

מצבי דחק הקשורים ללמודים הנם אירועים טבעיים בחייו של סטודנט. בחינות למשל, הן אירועים הניתנים לניבוי ואורכים זמן קצר יחסית במהלך השנה האקדמית ( Biondi & Pancheri, 1995). תלמידים שונים זה מזה באופן שבו הם מתייחסים לבחינות; יש התופסים את התביעות האקדמיות כאתגר, בעוד אחרים מתייחסים לבחינות כאל אירועים מאיימים. מעטים מפתחים תסמינים פסיכולוגיים ו/או פיסיוולוגיים כחרדה, מצוקה רגשית, מתח, פחד או חולי (The ICD-10, WHO, 1992).

קיימים מספר מחקרים אשר תעדו את רגשותם של נגיפי הרפס לטנטיים למצבי דחק קצרי טווח כמו דחק בחינות. עליה ברמות של נוגדנים ספציפיים בסרום כנגד נגיף הרפס סימפלקס, EBV ו-HCMV נצפו בהקשר של בחינות ( Glaser et al, 1999; Glaser et al, 1991; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1987; 1991). העלייה ברמות הוסברה על פי רוב כהפעלה מחדש של הנגיפים הלטנטיים (Sarid et al., 2001; 2002). לפיכך, שינויים ברמתם של נוגדני הרפס ברוק כנגד EBV ו-HCMV פורשו כסמן לחולשתה של התגובה החיסונית בעת דחק בחינות.

EBV, שייך למשפחת נגיפי ההרפס מסוג גמא והנו פתוגן התוקף בני אדם. שכיחותו באוכלוסיה הבריאה בעולם עד גיל שלושים מגיעה ל- 90% (Murray et al., 1998; Raab- Traub, 1996; Sumaya, 1986). HCMV, פתוגן הומני נוסף, שייך למשפחת נגיפי ההרפס מסוג ביתא. בארצות מתפתחות, שכיחותו באוכלוסיה הכללית מתחת לגיל שלושים הנה 50% ו- 80% מעל לגיל זה (Sarov, 1975). לאחר הדבקות ראשונה, העשויה להיות אסימפטומטית, שני הנגיפים נותרים בגוף באופן לטנטי בתאי מטרה שונים: EBV, בלימפוציטים מסוג B ( Applegate et al., 1999; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1987; Rickinson & Kieff, 1996; Steven, 1997). HCMV, בלויקוציטים מונוקליאריים, במח העצם, בתאי סטרומה, בתאי אנדותל, באברים פנימיים כמו כליות ולב ובבלוטות הרוק ( Sarov, 1975; Britton & Alford, 1996; Glick et al., 1991; Schubert et al., 1993). עקב שינויים החלים בתפקודה של מערכת החיסון, כמו פגיעה ביכולותיה של מערכת החיסון התאית, EBV ו-HCMV יכולים לעבור רה-אקטיבציה ( Glaser et al., 1991; Levy et al, 1991).

ברוח הדיווחים בספרות המחקרית, על עליה ברמת הנוגדנים כנגד HCMV ו-EBV בסמוך לבחינות, בקשנו לבדוק במחקר הנוכחי את טיב הקשרים בין השינויים ברמות נוגדנים לבין השפעתם של סגנונות התמודדות הממוקדים בבעיה, ברגש או הממוקדים בהכחשה.

## שיטות

### אוכלוסיית המחקר

חמישים וארבע סטודנטיות שנה א' ללימודי סיעוד ופיסיותרפיה באוניברסיטת בן-גוריון נבגבו. גיל הנחקרות נע בין 20-25 שנה, 85.2% מהן היו רווקות, 57.4% נולדו בישראל ו- 80%



שירתו בצבא. מעל למחצית הנחקרות (57.4%) באו מרקע סוציו-אקונומי של המעמד הבינוני, כפי שהצביעה השכלת הוריהן.

## איסוף הנתונים

במחקר זה נבדקו רמות הנוגדנים ברוק. הרוק נבחר כשיטה, מכיוון שאיסופו אינו כרוך בפעולה חודרנית כאיסוף דגימות דם, העלולה להוסיף דחק ולהביא לחוסר שיתוף פעולה מצד הסטודנטיות. השינויים ברמות נוגדנים מטיפוס IgG ברוק משקפים את השינויים ברמות הנוגדנים בסרום, היות ונוגדני IgG עוברים לרוק באופן פסיבי מ-Ig שמקורו בפלסמה. שינויים ברמות נוגדני IgA ברוק מצביעים בעיקר על סינתזה מקומית, באמצעות תאי פלסמה המפוזרים ברקמות הריריות ולא על מעבר סלקטיבי של IgA פולימרי מהדם (Hochman et al, 1998; Mestecky, 1993). ניתוח מוקדם של מספר דגימות רוק, הצביע על כך שרוק הווה חלופה רגישה לסרום במדידה של נוגדנים ספציפיים כנגד EBV, HCMV ו-HAV (נגיף הפטיטיס מסוג A), ששימש כנגיף ביקורת שאינו לטנטי.

הנחקרות נתנו דגימות רוק והשיבו על שאלונים למילוי עצמי, בארבע נקודות זמן במהלכה של שנת הלימודים 1996. נקודות הזמן (t) היו:

t1: חודש לאחר תחילת סמסטר א', היינו, משחלפה תקופת הסתגלות ראשונית לסביבת הלימודים ולדרישות האקדמיות.

t2-3: במהלך תקופת הבחינות של סמסטר א', בתום שתי בחינות - בפיסיקה ובאפידמיולוגיה - שנבחרו כמעוררות דחק, הן על ידי הסטודנטים והן על ידי המרצים. שתי הבחינות התקיימו במרווח של שבועיים זו מזו.

t4: במהלך סמסטר ב', שבועיים לאחר פרסום הציונים.

בכל נקודות הזמן, הסטודנטיות התבקשו ללעוס ניר פראפילם למשך 15-30 שניות ואת הרוק שנוצר לאגור במיכל סטרילי. נפח הרוק שניתן בכל מדידה היה 2-2.2 מ"ל. עם האספן, נשמרו דגימות הרוק בצידנית, בטמפרטורה של  $+4^{\circ}\text{C}$ . כעבור עשרים דקות הן הועברו למבחנות והוחזקו בטמפרטורה של  $-20^{\circ}\text{C}$ .

לאיתור הנוגדנים שימשו ערכות מסוג ELISA - Enzyme-linked immunosorbent assay. הערכות יועדו במקור עבור נוגדני סרום מטיפוס IgG ו-IgA כנגד HCMV ו-EBV והותאמו לאיתור נוגדנים אלה ברוק. דגימות הרוק לא נמהלו בתהליך האיתור של HCMV IgG, EBV IgG, HCMV IgA ו-HAV IgG (נגיף ביקורת לא לטנטי). ניתוח ראשוני של אחת עשרה דגימות הראה כי התוצאות הטובות ביותר לשכיחות הנוגדנים הללו ברוק ניתנות בעקבות שימוש ברוק לא מהול (עבור נוגדני סרום המליצו היצרנים על מיהול של 1:100). לאיתור נוגדנים מטיפוס EBV IgA הוקדם סיפוח של פרוטאין G, באמצעות סדימנטציה

ומיהול של 1:10, לשם קבלת התוצאות הטובות ביותר. מידע מפורט על הערכות המסחריות בן נעשה שימוש וניתוח הממצאים פורסם לאחרונה (Sarid et al, 2001; 2002).

השאלונים למילוי עצמי כללו את המדדים הבאים:

#### א. הנטייה לבחור בכל אחד משלושה סגנונות ההתמודדות נמדדה ב-11.

סגנונות התמודדות, המשתנה הבלתי תלוי במחקר זה, נמדדו באמצעות השאלון לדרכי התמודדות (Folkman & Lazarus, 1988; Lazarus & Folkman 1984). זהו שאלון בן 29 היגדים, בו התבקשו הנחקרות לדרג על פני סולם ליקרט בן חמש אפשרויות (מ-1 - "בכלל לא נכון" עד 5 - "נכון מאוד") את המידה בה הן מגיבות באופן דומה למתואר בפריט, במצבים הקשורים לבחינות. הגרסה העברית של השאלון נמצאה תקפה ומהימנה במחקר שנערך בקרב בוגרים צעירים בישראל (חושי-הדר, 1995). במחקר הנוכחי, הורכבו שלושה תתי-סולם בהתאם למתואר אצל פולקמן ולזרוס.

(I) התמודדות ממוקדת בבעיה - הורכב מתשעה פריטים כמו: "אני עושה תכנית פעולה ופועלת לפיה", "אני מתמודדת עם הדברים בהדרגה צעד אחר צעד", "אני מתרכזת רק במה שצריך לעשות ומיד". מהימנות (Cronbach  $\alpha$ ) סולם זה היא  $\alpha = 0.70$ .

(II) התמודדות ממוקדת ברגש - מונה שניים עשר פריטים כמו: "אני מתפרצת על אנשים אחרים", "אני חושבת הלוואי ויכולתי לשנות את מה שקורה", "אני מדמיינת כמה טוב יהיה כאשר הלחצים יגמרו", "אני חולמת בהקיץ או מדמיינת שאני נמצאת בתקופה או במקום טוב יותר מאשר זה שאני נמצאת בו באמת". מהימנות סולם זה היא  $\alpha = 0.76$ .

(III) התמודדות בהכחשה - כוללת שמונה פריטים כמו: "אני מנסה לשכוח מכל העניין", "אני מקלה בחשיבות העניין ולא לוקחת אותו יותר מדי ברצינות", "אני לא נותנת לעניין להציק לי, אני מסרבת לחשוב על זה יותר מדי". מהימנות סולם זה היא  $\alpha = 0.75$ .

ציון בכל אחד מסוגי ההתמודדות נקבע על ידי חיבור ציוני הפריטים בכל תת סולם וחישוב הממוצע שלהם. ממוצע גבוה משקף שימוש רב בדרך התמודדות זו.

#### ב. תחושת קוהרנטיות, שאלון אוריינטציה כללית שפיתח אנטונובסקי (Antonovsky, 1987).

תחושת קוהרנטיות אומדת את האופן בו האדם תופס את העולם ומתייחס למצבי דחק שונים כברי ניהול, מובנים ומאתגרים. אדם המחזיק בעמדות כאלה יכול לגייס את המשאבים העומדים לרשותו כדי להתמודד עם מצבי דחק. תחושת קוהרנטיות גבוהה מאפשרת גמישות ומגדילה את היכולת לבחור ביעילות משאבים חלופיים, המתאימים למצבים שונים. הגרסה המקוצרת של הסולם מורכבת משלושה עשר פריטים, כל פריט מדורג על סולם ליקרט של שבע אפשרויות. הציון הכולל של כל הפריטים מהווה את ציון

תחושת הקוהרנטיות של הנחקרת, כשציון גבוה יותר מציין תחושת קוהרנטיות גבוהה. מהימנות הסולם  $\alpha=0.75$ . הקשרים בין תחושת קוהרנטיות ומדדים שונים הוצגו בנפרד (Sarid et al, 2003), אולם, הקשרים בין דרכי התמודדות לתחושת קוהרנטיות מפורטים בעבודה זו.

### ג. משתנים מצביים - השאלונים מולאו על ידי הנחקרות בכל ארבע נקודות הזמן.

I. חרדה מצבית - נמדדה באמצעות שאלון בן עשרים פריטים, כשכל פריט מדורג על סולם ליקרט בן ארבע אפשרויות. הציון הכולל של הפריטים מהווה את ציון החרדה המצבית של הנחקרת - ציון גבוה מצביע על חרדה רבה (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). ציוני המהימנות ( $\alpha$  Cronbach) שהתקבלו בארבע נקודות המדידה:  $t1 - 0.90$ ,  $t2 - 0.85$ ,  $t3 - 0.90$ ,  $t4 - 0.85$ .

II. מצוקה פסיכולוגית - נמדדה באמצעות סולם הבוחן את התדירות בה מופיעים סימפטומים פסיכו-פיסיוולוגיים כמו כאבי ראש, דפיקות לב, רעד בידים, עילפון, אינסומניה, ותחושה של היות הפרט על סף התמוטטות עצבים. כל פריט מדורג על סולם ליקרט בן ארבע אפשרויות והציון נקבע על ידי סכום כל חמש התשובות. ציון גבוה מצביע על מצוקה פסיכולוגית רבה (Ben Sira, 1979). ציוני המהימנות ( $\alpha$  Cronbach) שהתקבלו בארבע נקודות המדידה:  $t1 - 0.55$ ,  $t2 - 0.68$ ,  $t3 - 0.66$ ,  $t4 - 0.61$ .

III. מצב בריאות עכשווי - משתנה זה נמדד באמצעות שאלון בן תשעה פריטים המשקפים סימפטומים כמו חוס, נזלת, שיעול, כאבי-גרון, אוזניים, בטן, שלשול, חולשה בשרירים וצריבה במתן שתן. הנחקרות התבקשו לדווח על הימצאותם או אי הימצאותם של סימפטומים אלה. השאלון תוקף במחקר קודם שנערך בישראל (Anson, Levinson & Bonne, 1998).

IV. הרגלי בריאות - מידע אודות הרגלים יום יומיים נאסף באמצעות השאלון של Bellocc & Breslow (1972; 1973). השאלון מורכב משבעה פריטים הנוגעים להרגלי יום-יום: אכילת ארוחת בוקר, אכילת ארוחות מסודרות, משך השינה, צריכה של סיגריות ושימוש באלכוהול, התעמלות והערכה עצמית של משקל גופן. ציון כללי גבוה בשאלון מייצג הרגלים רצויים.

בתקופת המחקר, לא דווחו הנחקרות על שימוש בתרופות מלבד גלולות למניעת הריון.

### ניתוח הנתונים

ערכי הנוגדנים חושבו באמצעות חלוקת ערך הצפיפות האופטית שהתקבל בכל דגימה בערך שניתן בערכה המסחרית. ערכי הנוגדנים הוצגו לפי sample/cutoff (לשם דיון מקיף בטכניקה, ראה- Sarid et al, 2001; 2002). השוואה בין ערכי הנוגדנים בארבע נקודות הזמן נעשתה באמצעות One-way ANOVA within subjects-repeated measures. למציאת

הבדלים מובהקים סטטיסטית בערכי הנוגדנים בין ארבע נקודות הזמן, נעשה שימוש ב-ANOVA post hoc comparisons Tukey HSD.

השינוי בערכי הנוגדנים, קרי, העלייה בערכי הנוגדנים מ-  $t_1$  ל-  $t_{2-3}$ , חושבה באמצעות חיסור ערכי הנוגדנים ב-  $t_1$  מערכיהם בזמן הבחינות:  $(t_2+t_3)/2$ , בעוד שהירידה בערכי הנוגדנים חושבה על ידי חיסור ערכי הנוגדנים ב-  $t_4$  מערכיהם ב-  $(t_2+t_3)/2$ .

הקשרים בין דרכי התמודדות, תחושת קוהרנטיות והמשתנים המצביים נבחנו במטרה לבסס את תקפותם של שלוש דרכי ההתמודדות, עם מדדים קיימים ומקובלים בספרות המחקרית. מתאמים על שם פירסון (Pearson correlations) חושבו למטרה זו.

במגמה לבחון הקשרים בין שינויים בערכי נוגדנים לבין שלוש דרכי ההתמודדות, חולקו שלוש דרכי ההתמודדות לשלושונים. הליך זה מסייע להבחנה בין סטודנטיות העושות שימוש רב או מועט בכל אחת מדרכי ההתמודדות, בהקשר של בחינות. בשלישון העליון נכללו נחקרות הנוטות לעשות שימוש בדרך התמודדות ממוקדת בבעיה ( $>34$  ציון לתת סולם), התמודדות ממוקדת ברגש ( $>37$  ציון לתת סולם), והתמודדות בהכחשה ( $>21$  ציון לתת סולם). בשלישון התחתון נכללו נחקרות הנוטות שלא ליישם את דרך ההתמודדות הממוקדת בבעיה ( $<30$ ), ההתמודדות הממוקדת ברגש ( $<30$ ) וההתמודדות הממוקדת בהכחשה ( $<17$ ). שימוש ב-one way ANOVA between groups אפשר להשוות את השלישון העליון והתחתון, בכל אחת מדרכי ההתמודדות, עם השינוי בערכי הנוגדנים. בנוסף, חושבו שתי משוואות של רגרסיה מרובת משתנים. במשוואה הראשונה, היוו ערכי הנוגדנים בנקודות זמן  $t_{2-3}$  משתנה תלוי, בעוד שכל אחת מדרכי ההתמודדות שימשה כמשתנה רציף בלתי תלוי, תוך פיקוח על ערכי הנוגדנים ב- $t_1$ . במשוואה השנייה, ערכי הנוגדנים בנקודת זמן  $t_4$  היו המשתנה התלוי וכל אחת מדרכי ההתמודדות שימשה כמשתנה רציף בלתי תלוי, כשפקחנו על ערכי הנוגדנים בנקודות זמן  $t_{2-3}$ .

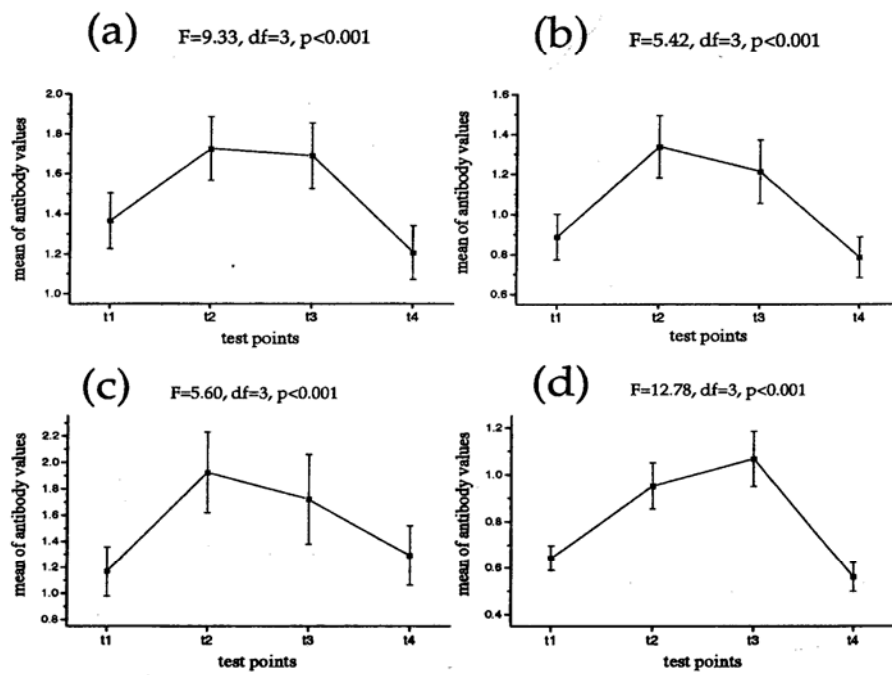
## ממצאים

יישום ההליך one way ANOVA within subjects-repeated measures על ערכים ממוצעים של הנוגדנים, בארבע נקודות זמן, הצביע על שינוי סטטיסטי מובהק בארבעה הנוגדנים שנבדקו ברוק (רישום 1). במקביל, לא נמצא שינוי סטטיסטי מובהק בין ארבע נקודות הזמן בערכי נוגדן הביקורת, שאינו לטנטי HAV IgG (לא מופיע ברישום), ( $F=1.136, df=3, p=0.343$ ).

השוואה של נוגדני הרוק מטיפוס IgG ו-IgA כנגד EBV ו-HCMV, בארבע נקודות הזמן, באמצעות ANOVA post hoc comparisons Tukey HSD הצביעה על הבדלים מובהקים סטטיסטית בכל הנוגדנים בין  $t_1$ , נקודת המדידה הראשונה, לבין הבחינה הראשונה  $t_2$ , ובין

בחינה זו ל- t4, נקודת המדידה הרביעית בסמסטר ב' ( $p < 0.01$ ). בארבעה סוגי הנוגדנים לא נמצא שינוי מובהק סטטיסטית, בין שתי הבחינות ובין נקודת הזמן הראשונה t1, לנקודת הזמן הרביעית t4.

### תרשים 1



ערכים ממוצעים של הנוגדנים ברוק בארבע נקודות המדידה :  
 (a) EBV IgG, (b) EBV IgA, (c) HCMV IgG, (d) HCMV IgA  
 \* ערכי הנוגדנים ניתנים כמדד של sample/cutoff



הנחקרות הנוטות להתמודדות ממוקדת ברגש (שלישון עליון) הייתה  $0.593$  sample/cutoff (סטית תקן-  $0.470$ ) (סטית תקן-  $0.656$ ), בהשוואה לעליה ממוצעת של  $0.151$  sample/cutoff (סטית תקן-  $0.470$ ) בקרב 15 הנחקרות בשלישון התחתון של התמודדות ממוקדת ברגש ( $F(df=1)=4.146$ ,  $p<0.05$ ). העלייה בערכי הנוגדנים EBV IgA, HCMV IgG, HCMV IgA בין t1 ל- t2-3 וכן הירידה בערכי כל הנוגדנים מתקופת הבחינות לנקודת המדידה הרביעית לא נמצאו קשורות סטטיסטית עם הנטייה להתמודדות ממוקדת ברגש.

ברגרסיה מרובת משתנים, כשהתמודדות ממוקדת ברגש הוכנסה כמשתנה רציף, התקבלו ממצאים דומים. התמודדות ממוקדת ברגש נמצאה קשורה סטטיסטית רק עם העלייה בערכי נוגדן הרוק EBV IgG בין t1 ל- t2-3 ( $Beta=0.169$ ,  $p<0.05$ ). רוב השונות בערכי EBV IgG הוסברה באמצעות ערכי הנוגדן בנקודת המדידה הראשונה ( $86.5\%$ ); התמודדות ממוקדת ברגש הסבירה  $1.7\%$  מבין  $23.5\%$  השונות שנותרה.

התמודדות באמצעות הכחשה נמצאה קשורה באופן מובהק סטטיסטית עם העלייה בין t1 ל- t2-3 בערכי הנוגדן HCMV IgG ועם הירידה של אותו נוגדן בין t2-3 ל- t4 ( $F(df=1)=4.554$ ,  $p<0.05$  ו-  $F(df=1)=4.648$ ,  $p<0.05$ ), בהתאמה (לוח 2).

**לוח 2 - התמודדות הממוקדת בהכחשה ושינויים ברמות נוגדנים ברוק (ממוצעים וסטיות תקן בסוגריים)**

HCMV IgA	HCMV IgG	EBV IgA	EBV IgG	
				<b>א) מ- t1 ל- t2-3<sup>1</sup></b>
0.613 (0.563)	1.489 (1.755)	0.160 (0.584)	0.117 (0.559)	שלישון תחתון (n=14)
0.254 (0.607)	0.397 (0.672)	0.191 (0.511)	0.538 (0.561)	שלישון עליון (n=14)
2.299	*4.554	0.020	3.290	F(d.f.=1)
				<b>ב) מ- t2-3 ל- t4<sup>2</sup></b>
0.464 (0.767)	1.471 (1.643)	0.490 (0.660)	0.593 (0.618)	שלישון תחתון (n=14)
0.443 (0.669)	0.438 (0.629)	0.332 (0.470)	0.734 (0.867)	שלישון עליון (n=14)
0.005	*4.648	0.427	0.191	F(d.f.=1)

$p<0.05$  \*

<sup>1</sup> { (t1)/2t2+t3 } ממוצע של

{ (t4)/2t2+t3 } ממוצע של

## דין

המחקר הנוכחי בחן את הקשרים בין דרכי התמודדות לשינויים ברמות נוגדנים ברוק, מטיפוס IgG ו-IgA כנגד EBV ו-HCMV, בהקשר של דחק בחינות. ארבעה הנוגדנים, המיוצגים כמדד ממוצע של ערכי  $sample/cutoff$ , עלו באופן מובהק סטטיסטית מנקודת המדידה הראשונה באמצע סמסטר א' (t1), לבחינה הראשונה (t2). יתר על כן, ירידה משמעותית מבחינה סטטיסטית נמדדה בכל ערכי הנוגדנים בין תקופת הבחינות (t2) לנקודת המדידה האחרונה בסמסטר ב', שבועיים לאחר שפורסמו ציוני הבחינות (t4). בין שתי הבחינות (t2,t3), ובין נקודת הזמן הראשונה (t1) והאחרונה (t4), לא נמדדו שינויים מובהקים סטטיסטית בערכי הנוגדנים הספציפיים ברוק כנגד EBV ו-HCMV. בערכי נוגדן הביקורת HAV IgG של נגיף לא לטנטי לא חלו שינויים בין נקודות הזמן השונות.

ממצאים אלו, הדומים לנתונים שדווחו במחקרים קודמים, מצביעים על דחק אקדמי - דחק בחינות - כקשור בעליה ברמתם של נוגדני הרפס שונים, בעוד שתום מצב הדחק קשור בירידה בערכיהם (Glaser et al., 1985; Glaser et al, 1991; Glaser et al,1993; Glaser & Kiecolt-Glaser, 1994; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1987). השינויים המובהקים סטטיסטית בערכי הנוגדנים לא נמצאו קשורים עם מצב בריאות עכשווי, עליו דווחו הנחקרות; מספר הסימפטומים עליהם דווח בכל אחת מנקודות הזמן והרגלי בריאות כמו צריכת סיגריות ואלכוהול לא נמצאו קשורים עם שינויים בערכי הנוגדנים ברוק.

הקשרים בין דרכי התמודדות, תחושת קוהרנטיות ומצוקה פסיכולוגית היו בהלימה למתואר בספרות העוסקת בדחק (לדוגמה - Bohnen et al., 1991; Billings & Moos, 1981; Holahan et al, 1995; Zeidner, 1995). התמודדות ממוקדת בבעיה נמצאה קשורה באופן חיובי לתחושת קוהרנטיות חזקה ובאופן שלילי לדיווח עצמי של חרדה מצבית ומצוקה פסיכולוגית. התמודדות הממוקדת ברגש נמצאה קשורה באופן שלילי לתחושת קוהרנטיות, ובאופן חיובי לחרדה מצבית ומצוקה פסיכולוגית. התמודדות בהכחשה נמצאה קשורה באופן שלילי עם תחושת קוהרנטיות בלבד.

המחקר הנוכחי, ביקש לבחון את ההשפעה הממתנת של דרכי התמודדות על תגובת מערכת החיסון. בעוד שהתמודדות ממוקדת בבעיה לא נמצאה קשורה עם שינויים בערכי הנוגדנים, התמודדות ממוקדת ברגש נמצאה קשורה עם עליה ברמתו של נוגדן אחד מטיפוס EBV IgG מנקודת המדידה הראשונה ועד לתקופת הבחינות. עליה גדולה יותר בערכי נוגדן זה נמדדה בקרב נחקרות שנטו להשתמש בהתמודדות הממוקדת ברגש. לעומתן, בקרב נחקרות שנטו לעשות שימוש בהתמודדות בהכחשה, העלייה מ-t1 ל-t2-3 בערכי הנוגדן HCMV IgG הייתה נמוכה יותר וכן נמדדה ירידה גדולה יותר בערכי אותו נוגדן בסיום מצב הדחק (t4).



בעוד שהקשרים בין דרכי ההתמודדות ומדדים פסיכולוגיים אחרים היו בהלימה עם הספרות המחקרית, נמצאו מעט קשרים מובהקים סטטיסטית בין דרכי התמודדות לתגובה החיסונית. יתרה מכך, האפשרות האקראית לשלוש תוצאות מובהקות מתוך סך של 24 בדיקות הנה  $p=0.07$ . בכל זאת, שלוש התוצאות המובהקות סטטיסטית היו קשורות לנוגדן IgG ברוק והשינויים בערכי נוגדן זה ברוק היו קשורים להתמודדות בהכחשה.

מתוצאות אלה אפשר להסיק כי נוגדני IgG ברוק הנם סמן רגיש יותר מנוגדני IgA, לתהליכים פסיכולוגיים. ציינו כי שינויים ברמת נוגדני IgG ברוק משקפים שינויים של נוגדני הסרום בעוד ששינויים ברמות נוגדני IgA מציינים בעיקר סינתזה ברקמות הריריות. נוגדני IgG כנגד EBV ו-HCMV מייצגים תגובה הומורלית ברמה המערכתית בעוד שנוגדני IgA מייצגים סינתזה מקומית. אנו מציעים כי תהליכים פסיכולוגיים כמו התמודדות עשויים להיות קשורים עם תגובה חיסונית מערכתית.

בנוסף, יתכן ונוגדנים ברוק כנגד HCMV רגישים יותר לתהליכי התמודדות מאשר נוגדני רוק כנגד EBV. מחקרים קודמים הצביעו על התגובה הדיפרנציאלית של נגיפי הרפס שונים לדחק בחינות (Glaser et al, 1999). ניתן לשער כי נגיפי הרפס שונים מגיבים באופן משתנה לא רק נוכח דחק אלא גם נוכח דרכי התמודדות.

ההשפעה הממתנת של התמודדות בהכחשה במצבים של דחק קצר טווח אוזכרה בעבר (Cohen & Lazarus, 1973; Lazarus, 1983; Suls & Fletcher, 1985; Steptoe, 1998). בעבודה זו, התמודדות באמצעות הכחשה מיתנה הן את העליה והן את הירידה בנוגדני הרוק מטיפוס IgG HCMV, בתגובה לדחק בחינות. במילים אחרות, התמודדות באמצעות הכחשה הפחיתה את השפעות הדחק על התגובה החיסונית שנבדקה.

מיעוט הממצאים המובהקים סטטיסטית בין דרכי התמודדות ושינויים במדדים חיסוניים עשוי להיות קשור לאופן בו בוצע המחקר, היות ולא יכולנו לעקוב אחר אופיו הדינמי של תהליך ההתמודדות. דרכי ההתמודדות נמדדו בנקודת הזמן הראשונה, מתוך הנחה כי בדיקה נוספת שלהם, בהפרשים של שבועיים, תגביר את הנשירה ואת מספר הערכים החסרים מחד, ותשקף יותר את מהימנות השאלון מאשר את האופי הדינמי של תהליך ההתמודדות, מאידך. אנו פונים לחוקרים בתחום ללבן דרכים שיסיעו להתגבר על בעיות אלו ובו בעת יתייחסו לתהליך הדינמי של ההתמודדות, ביחס לתגובה ההומורלית של מערכת החיסון. בנוסף, במחקר זה השתתפו נשים צעירות בלבד. מחקרים על הבדלים תלויי מגדר בהקשר לשימוש בדרכי התמודדות הנם מעטים יחסית (Kudielka, Hellhammer, & Aslan et al., 2000), אולם נמצאו מספר הבדלים בתגובות פסיכו-אנדוקריניות (Aslan et al., 1981; Frankenhaeuser et al., 1978). יש מקום למחקרים נוספים שיעקבו אחר אופי וטיב הקשרים בין דרכי התמודדות ותגובה הומורלית אצל נשים וגברים.

## ביבליוגרפיה

- Anson, O., Levinson, A., & Bonne, D. (1998). Gender and health on the kibbutz. In L. A. Peplau, (Ed.) *Gender, culture and ethnicity*, Mayfield Publishing Company: Pittsburg, reprint from *Sex Roles*, 22, 213-232, 1990.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: New perspectives on mental and physical well being*. San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- Applegate, K. L., Hay, J., Cacioppo, J. T., Kiecolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1999). The effects of stress on the immune system. In M. Schedlowski & U. Tewes (Eds.), *Psychoneuroimmunology* (pp. 517-557) New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Aslan, S., Nelson, I., Carruthers, M., & Lader, M. (1981). Stress and age effects on catecholamines in normal subjects. *Journal of Psychosomatic Research* 25(1), 33-41.
- Belloc, N. C., & Breslow, L. (1972). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine* 2(1), 67-81.
- Belloc, N. C., & Breslow, L. (1973). The relation of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-21.
- Ben-Sira, Z. (1979). A scale of psychological distress. *Research Communication in Psychology, Psychiatry and Behavior*, 4, 337-356.
- Billings, A., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 157-89.
- Biondi, M. & Pancheri, P. (1995). Clinical research strategies in psychoneuroimmunology: a review of 46 human research studies. In: B. E. Leonard & K. Miller (Eds.), *Stress, the immune system and psychiatry* (pp. 85-112). Chichester, Wiley & Sons.
- Bohnen, N., Nicolson, N., Sulon, J., & Jolles J. (1991). Coping styles, trait anxiety and cortisol reactivity during mental stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(2-3), 141-147.
- Britt, W. J., & Alford, C. A. (1996). Cytomegalovirus in virology. In Fields, B. N., Knipe, D. M., Howley, P. M., Chanock, R. M., Melnick, J. L., Monath, T. P., Roizman, B., Straus S. E., (Eds.). *Fields virology* 3<sup>rd</sup> ed. (pp. 2493-2523). Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (1993). When do individual differences matter? A paradoxical theory of personality coherence. *Psychological Inquiry*, 4(4), 247-271.

- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1973). Active coping processes, coping dispositions and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35(5), 357-389.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of coping questionnaire, permission set manual, test booklet, scoring key*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Frankenhaeuser, M., Rauste von Wright, M., Collins, A., von Wright, J., Sedvall, G., & Swahn C. G. (1978). Sex differences in psychoendocrine reactions to examination stress. *Psychosomatic Medicine*, 40(4), 334-43.
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1994). Stress associated immune modulation and its implications for reactivation of latent herpes viruses. In R. Glaser & J. Jones (Ed.) *Human herpesvirus infections* (pp. 245-70). New York, Dekker.
- Glaser, R., Pearson, G. R., Bonneau, R. H., Esterling, B. A., Atkinson, C., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1993). Stress and the memory T-cell response to the Epstein Barr virus in healthy medical students. *Health Psychology*, 12(6), 435-42.
- Glaser, R., Friedman, S. B., Smyth, J., Ader, R., Bijur, P., Brunel, P., Cohen, N., Krilov, L. R., Liftrak, S. T., Stone, A., & Toffler, P. (1999). The differential impact of training stress and final examination stress on herpes virus latency at the United States Military Academy at West Point. *Brain Behavior and Immunity* 13(3), 240-51.
- Glaser, R., Pearson, G. R., Jones, J. F., Hillhouse, J., Kennedy, S., Mao, H., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1991). Stress related activation of EBV. *Brain Behavior and Immunity*, 5(2), 219-232.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Speicher, C. E., & Holiday, J. E. (1985). Stress, loneliness and changes in herpesvirus latency. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(3), 249-60.
- Glick, M., Cleveland, D. B., Salkin, L. M., Alfano-Mirande, M., & Fielding, A. F. (1991). Intraoral cytomegalovirus lesion and HIV associated periodontitis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 72(6), 716-720.
- Hochman, N., Zakay-Rones, Z., Sohat, H., Ever-Hadanih, P., Ehrlich, J., Schlesinger, M., & Morag, A. (1998). Antibodies to cytomegalo and Epstein Barr viruses in human saliva and gingival fluid. *New Microbiology*, 21(2), 131-139.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1995). Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In: M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.) *Handbook of coping*. (pp. 25-43) New York, Wiley.

Hushi-Hadar, T. (1995). *The relationship between self efficacy and readiness for army service among high school graduates*. Unpublished MA thesis, School of education, The Hebrew University, Jerusalem.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1991). Stress and immune function in humans. In: R. Ader, D. L. Felten, & N. Cohen (Eds.). *Psychoneuroimmunology*. (pp. 849-867) San Diego, CA: Academic Press.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1987). Psychosocial influence on herpes virus latency. In: E. Kurstak, Z. J. Lipowski, & P. V. Morozov (Eds.) *Viruses immunity and mental disorders* (pp. 403-411) New York: Plenum Press.

Kudielka, B. M., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (2000). Sex differences in human stress response. In G. Fink (Ed.) *Encyclopedia of stress* (pp.424-428) San Diego, Academic Press.

Lazarus, R. S. (1983). The costs and benefits of denial. In S. Breznitz (Ed.) *The denial of stress* (pp. 98-99). New York: International Universities Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Levy, E., Margalith, M., Sarov, B., Rinaldo, R. C., Detels, R., Phair, J., Kaslow, R., Ginsburg, H., & Saah, A. J. (1991). Cytomegalovirus IgG and IgA serum antibodies in a study of HIV infection and HIV related disease in homosexual men. *Journal of Medical Virology*, 35(3), 174-179.

McCrae, R. R. (1989). Age differences and changes in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 44(6), 161-169.

Mestecky, J. (1993). Saliva as a manifestation of the common mucosal immune system. In: D. Malamud & L. Tabak. (Eds.) *Saliva as a diagnostic fluid* (pp. 184-194) Annals of New York Academy of Science.

Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257) New York: Free Press.

Murray, P. R., Kobayashi, G. S., Pfaller, M. A., & Rosental, K. S. (1998). *Medical microbiology*, (pp. 583-592), Mosby, Year Book- Wolfe Print.

Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356.

Raab-Traub, N. (1996). Pathogenesis of Epstein-Barr virus and its associated malignancies. *Seminars in Virology*, 7(4), 315-323.

Rickinson, A. B. & Kieff, E. (1996). Epstein-Barr virus. In: B. N. Fields, D. M. Knipe, P. M. Howley, R. M. Chanock, J. L. Melnick, T. P. Monath, B. Roizman, & S. E. Straus, (Eds.) *Fields virology* 3rd ed. (pp. 2397-2446) Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Sarid, O., Anson, O., Yaari, A. & Margalith, M. (2002). Human cytomegalovirus salivary antibodies as related to stress. *Clinical Laboratory* 48 (5+6), 297-305.

Sarid, O., Anson, O., Yaari, A. & Margalith, M. (2001). Epstein-Barr virus specific salivary antibodies as related to stress caused by examinations. *Journal of Medical Virology*, 64(2), 149-56.

Sarid, O., Anson, O., Yaari, A. & Margalith, M. (2003). Are coping resources related to humoral reaction induced by academic stress? An analysis of specific salivary antibodies to Epstein-Barr virus and cytomegalovirus. *Psychology, Health & Medicine*, 8(1), 105-117.

Sarov, I. (1975). Cytomegalovirus intrauterine infection. *Harefua*, 88, 179-81.

Schubert, M. M., Epstein, J. B., Lloid, M. E., & Cooney, B. (1993). Oral infection due to cytomegalovirus in immuno-compromised patients. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 22(6), 268-273.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI: Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.

Stephoe, A. (1998). Coping, control and health risk. In: P. Csermely (Ed.) *Stress of life from molecules to man* (pp. 470-476) Ann NY Academy of Science.

Steven, N. M. (1997). Epstein-Barr virus latent infection in vivo. *Review of Medical Virology*, 7(2), 97-106.

Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4(3), 249-288.

Sumaya, C. V. (1986). Epstein Barr virus serologic testing: Diagnostic indications and interpretation. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 5(3) 337-342.

THE ICD-10 (1992). *Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization (WHO), 148-152.

Zeidner, M. (1995). Adaptive coping with test situations: A review of the literature. *Educational Psychologist*, 30(3), 123-33.

Zeidner, M., & Saklofske, D. (1995). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner, N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 505-531). New York: Wiley.

# אנורקסיה נרבוזה כתסמונת תלוית תרבות בעידן הגלובליזציה

אליעזר ויצטום<sup>8</sup>, דניאל שטיין<sup>9</sup> ויעל לצר<sup>10</sup>



בשנים האחרונות עלתה שכיחותן של הפרעות האכילה, אשר החמורות שבהן הן אנורקסיה נרבוזה ובולמיה נרבוזה. שכיחותן של הפרעות אלה נמצאת בעליה מתחילת שנות השישים למאה הקודמת ומגיעה כיום לממדים אפידמיים. הפרעות אלה אפשר למצוא בעיקר אצל נערות בגיל ההתבגרות ונשים צעירות, בתקופות מכריעות מבחינה התפתחותית והן קשורות בתחלואה רבה ובאחוזי תמותה גבוהים. אנורקסיה נרבוזה נחשבה יותר בחברות מערביות מתועשות ותכופות כונתה תסמונת תלוית תרבות מערבית (Swartz, 1985). הסיבות להיווצרות התסמונת, הקשורות להפרעות האכילה, אינן ברורות ונוטים לראותן היום כהפרעות רב סיבתיות. הפרק הבא מתמקד במערכת היחסים המורכבת שבין תסמונת זו והיחס בין הגוף והמזון ובין המערכת החברתית והתרבותית.

---

<sup>8</sup> אליעזר ויצטום, פרופסור, חטיבה לפסיכיאטריה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

<sup>2</sup> דניאל שטיין, מנהל המחלקה הפסיכוסומאטית לילדים, בית החולים לילדים על שם אדמונד ולילי ספרא, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר, מרצה בכיר, החוג לפסיכיאטריה, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב.

<sup>3</sup> יעל לצר, מנהלת המרפאה להפרעות אכילה, חטיבה פסיכיאטרית, מרכז רפואי רמב"ם, חיפה,

מרצה בכירה בחוג לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה.

## רקע היסטורי

בפרישת הרקע ההיסטורי ברצוננו להדגים כי התסמינים והסימנים של הרעבה עצמית אינם תופעה חדשה ומודרנית, ששורשיה בתיאורים הקליניים של אנורקסיה על ידי גל (Gull) ולה-סק (Leseque) מן המאה התשע עשרה, אלא שהם נצפו והיו ידועים לאורך תקופות ארוכות, אך פורשו והובנו בהתאם לאמונותיה ותרבותה של החברה בכל תקופה. נביא להלן בקצרה נקודות ציון משמעותיות מן הרקע היסטורי:

### התקופה הקלאסית והסגפנות הגנוסטית

כאשר עוקבים אחרי ההיסטוריה של ההרעבה העצמית, מעניין לציין כי התופעה היתה למעשה בלתי ידועה בעולם הקלאסי. בעולם הרומי תוארה אמנם התופעה של הקאה לאחר האכילה, אך לא תוארו כל התנהגויות המזכירות אנורקסיה נרבוזה. רק כאשר התרבות האירופאית מתחילה להיות מושפעת על ידי הדתות המזרחיות, ניתן למצוא תיאורים של התנהגויות קיצוניות, הקשורות לצום והרעבה עצמית (Bemporad, 1997). דתות אלה הטיפו לדיכוטומיה בין העולם החומרי, כפי שהוא נחוה על ידי החושים ומולו מציאות נוספת, נצחית, מקודשת, של הנפש הכלואה בתוך הגוף כאסירה. הגוף, עם כל מאפייניו החומריים, נתפש כ"רע בישותו" ומולו הנשמה הכלואה בו, כישות המייצגת את "הטוב הנצחי" ואשר נפרדה בשלב מסוים מן האלוהות (Jonas, 1958).

הכתות הגנוסטיות, שנעשו פופולאריות במיוחד לאחר כיבוש רומי את יוון, מטיפות לסוג כזה של דוקטרינה, וטוענות שיש להן החכמה והידע (גנוזיס) לדרך האמיתית לישועה, בעולם שהוא בבסיסו רע ומושחת. ההשקפה הגנוסטית, שלפיה קיימת דיכוטומיה ביו העולם החומרי - הרע והמושחת לבין הישות הפנימית - הנפשית הרוחנית, השפיעה מאוד על הנוצרים הראשונים, שפרשו מחיי החטאים בערים אל מקומות התבודדות נידחים. כך אפשר למצוא בתיאור חייהם של הנזירים הנוצרים הראשונים, כהילריון וחבריו, את הפרקטיקה של הרעבה כחלק מהטכניקות של היטהרות וחיפוש רוחניות. במסווה נוצרי, חודרים הרעיונות הגנוסטיים האלה לעולם הרומי. כך למשל, הקדוש ג'רום, שתירגם את התנ"ך מעברית ללטינית, נעשה גורו רוחני של קבוצת נשים רומיות עשירות, במאה הרביעית לספירה. כתוצאה מיישום משנת הפרישות הקיצונית שלו, אנו מוצאים תיאור של נערה רומית צעירה ממשפחה רמת מעלה, שצמה עד מוות, אולי המקרה הראשון המתועד של אנורקסיה נרבוזה. כתוצאה ממותה נאלץ ג'רום לברוח מרומא לבית לחם (Bemporad, 1997).

ההשקפה הגנוסטית-נוצרית של תיעוב הגוף החומרי כמקור של הרוע, אשר מהווה מכשול בדרך לגאולה, השאירה את חותמה הניכר במשך מאות שנים על התרבות האירופית והיא עדיין משמעותית אפילו בעולם החילוני המודרני של זמננו.

## תקופת ימי הביניים המוקדמים

ימי הביניים המוקדמים מתחילים לאחר התמוטטות האימפריה הרומית ודעיכת התרבות ההלניסטית. אירופה עוברת תקופה קשה, החל מן המאה החמישית, של פלישות הברברים, אסונות וחורבן, המלווים במגפות ורעב. כך למשל, אוכלוסיית רומא מצטמקת ממספר מאות אלפי תושבים ל- 30,000 תושבים במאה השישית. לאורך תקופה זו קיימים דיווחים בודדים בלבד (שלושה) של נשים צעירות המרעיבות עצמן. שני מקרים בנסיבות דומות, מן המאה החמישית והשמינית לספירה, מקבלים פרוש של איחוז (possession) על ידי השטן ומרפאים אותן בעזרת מגע עם חפצים מקודשים, אשר מביאים ל"גירוש" הגורם הדמוני. המקרה השלישי הוא מעניין במיוחד, משום שגיבורתו הועלתה למדרגה של קדושה. המדובר בבתו של מלך פורטוגל ושמה וילגפורטיס (Wilgefortis - שם שפירושו התולה החזקה), שחיה בין המאה השמינית לעשירית. היא נודעה ביופייה ואביה הבטיח להשיאה למלך סיציליה. אולם, הנסיכה החליטה להקדיש את עצמה לשרות הכנסייה הנוצרית, ועל כן נכנסה למשטר קפדני של תפילות, סיגופים והרעבה עצמית, תוך תחינה לאל שייטול ממנה את יופייה. ואכן, שער החל לצמוח על פניה ועל גופה והחתן המיועד חזר בו. ביטול החתונה הביא לצליבתה כעונש. בדרכה לצליבה, היא מתוארת כמי שמזכירה לכל הנשים את העומס שיש בתשוקות ובתאוות על חיהן. היא נתפסה כמופת למסירות והקרבה עצמית והוכרזה כקדושה. זוהי הדגמה של העומס הפסיכולוגי והקונפליקטים הקשורים לנשיות, ולבעיות בהגדרת זהותה של נערה צעירה, המבקשת לשמור על בתוליה ולהימנע מנישואין. נטייתה להתבודד ולהסתגף ורצונה להישאר בתולה, אומצו על ידי הכנסייה באותן שנים, כתכונות שיש לשאוף אליהן (Lacey, 1982).

סיפור דומה התרחש 300 שנה מאוחר יותר עם מרגרט, בתו של מלך הונגריה, שהעדיפה למות מהרעבה עצמית, בגיל 28, מאשר להינשא כמצוותו של אביה. כמו בדוגמה הקודמת, התנהגותה הועלתה על נס כמופת על ידי הכנסייה והיא הוכרזה לקדושה, חמש שנים אחרי מותה (Halimi, 1994).

## ימי הביניים המאוחרים, הרנסנס וה"אנורקסיה הקדושה"

תקופת ההתרחשות של סיפור מרגרט, במאה השלוש עשרה, מציינת תחילתה של אפידמיה של סיפורי הרעבה עצמית מרצון, במיוחד בדרום אירופה. בל מצא ואסף, בין השנים 1200-1600, כרוניקות של 181 מקרים של נשים צעירות "קדושות" שהרעיבו עצמן, תכופות עד למותן, בספר שכינה "אנורקסיה קדושה" (Bell, 1985).

בניגוד לנדירות התופעה בימי הביניים, צורות של התנהגות אנורקטית נעשות שכיחות בסוף ימי הביניים ובמהלך הרנסנס. חלק גדול מנשים אלה נעשות כאמור "קדושות" וביוגרפיות שלהן מופצות על ידי הכמרים המוודים שלהן, כמופת לאחרים. דוגמה לסוג כזה של התנהגות אפשר לראות בקתרינה הקדושה מסיינה, ילידת 1397, הבת העשרים וארבע למשפחת סוחרים משגשגת. קתרינה התחילה לצום לאחר שני אירועים טרגיים שאירעו בסמיכות. מותה של אחות בכירה אהובה בשעת לידה ומוות של אחותה הצעירה. זמן קצר



לאחר מכן, קתרינה, שהגיעה לפרקה באותו זמן (לפי מושגי התקופה), נדרשה על ידי הוריה להינשא. היא מאנה וכנגד התנגדות כל בני משפחתה, הרעיבה עצמה, התפללה בדבקות שעות ארוכות והענישה את גופה על ידי הלקאות וצורות נוספות של פגיעה עצמית. לבסוף הוריה נכנעו והתירו לה לפרוש לחיי נזירות מחוץ למנזר, עד מותה מתת תזונה בגיל 32. במהלך חייה הקדישה את עצמה לטיפול בחולים, עניים ואומללים, תוך הכחשה והתעלמות מוחלטת מצרכיה. בחלק מן הסיפורים עליה אפשר לראות בברור את הצורך בשליטה מוחלטת, ודיכוי מלא של דחפיה הגופניים (Bell, 1985).

ניתן להסביר את שכיחותן של התנהגויות אנוקטיות בתקופת הרנסנס בשינויים המפליגים שחלו בחיי היומיום ובערכים התרבותיים. שינויים, שהיו קשורים בתמורות שהחלו עם השינויים החומריים, העושר והתחכום שהיו קשורים לתקופה. כך למשל, המצאות והתקדמות בטכניקות חקלאיות, שהתרחשו עוד במאה האחת עשרה, הביאו בהדרגה לרווחה ושיפור משמעותי של מצב התזונה של כלל האוכלוסייה. במקביל, התפתח הסחר עם המזרח ואתו גם השפעות תרבותיות. נוצרות ערי מדינה משגשגות, כמו גנואה וונציה, ובהן מעמד של אזרחים עשירים, שטיפחו את האסתטיקה והאומנות. יחד עם זאת, האישה המשיכה להיות כפופה לגבר ולמלא את התפקידים המסורתיים של רעיה ואם, אך נהנתה יותר מכוח וחופש בחירה. חוקר הרנסנס הנודע בורקהרט, טען כי החינוך שניתן לנשים בתקופה זו היה שווה לזה של הגברים. דוגמה לכך הוא השינוי שחל באידיאל היופי הנשי - בתמונות מוצאים שינוי בתפישת היופי הנשי, במיוחד בתמונות פורטרט של נשים מעורטלות חלקית, המוקפות בטואלט שלהן (Burckhardt, 1994). זוהי תקופה המזכירה את ימינו, שבה יש שפע חומרי, הזדמנות וחופש פעולה לנשים, המאפשרים להן למרוד בתפקידן המסורתי, הכולל הגברת ההתעסקות בהופעה החיצונית.

אולם, החופש של הנשים דועך שוב בסוף תקופת הרנסנס, וכמעט נעלם עם תקופת הרפורמציה ועם הערכים הפוריטניים, הפרוטסטנטיים, אשר מחזירים את מעמד האישה למקומו המסורתי. הכנסייה הקתולית נוהגת אף היא בשמרנות ובניסיון לצמצם את כל סוגי הפולחן והדבקות הדתית החריגה, תוך הדגשת ההיררכיה הקפדנית, מהכומר הפשוט עד לאפיפיור, כנציג היחיד של האל עלי אדמות. אישה עם התנהגות אנוקטית לא רק שלא תזכה עתה להערצה וקנוניזציה כקדושה, אלא התנהגותה תפורש כהתנהגות סוטה וכמעשה כפירה. היא אף עלולה לזכות בביקורו של האינקוויזיטור (Bemporad, 1997).

למרות השינויים התרבותיים שתוארו והירידה הדרמטית בסוג זה של התנהגות, יש לציין כי תופעות של הרעבה עצמית, על רקע של סגפנות דתית, ממשיכות להופיע מאז ועד היום מעת לעת, במיוחד בקבוצות מיוחדות בעלות אידיאולוגיה מתאימה (למשל, כתות פונדמנטליסטיות) (Banks, 1992).

### מן הרנסנס לתקופה הויקטוריאנית

התנהגות הקשורה בצום והרעבה אצל נשים המשיכה להיות מדווחות לאורך תקופה זו, אם כי במספרים קטנים. הפרשנות שניתנה כעת לתופעה הדגימה יפה את הדינמיקה שחלה

בפרשנות בהתאם לרוח הזמן והתקופה. בעבר, נשים כאלה נחשדו כמי שאחוזות על ידי ישויות על טבעיות, כמו דמונים או אף על ידי השטן, ובהמשך, שמשו מופת לכך שבני אנוש מסוגלים להיזון בצורה ניסית ורוחנית על ידי מלאכים. עם תקופת ההשכלה ועליית הרציונאליות, נערות כאלה נתפסות ומתוארות כרמאיות ומתחזות, המבקשות להשיג תשומת לב, פרסום ותהילה. בהמשך, הפרשנות עוברת לשדה הרפואי ולתפיסת התנהגותן כמחלה - בתחילה מחלה גופנית ולבסוף מחלה נפשית. המקרים המתוארים הם בודדים, אך דומים בנסיבותיהם, ומזכירים סיפור של "סינדרלה" מודרנית. הגיבורה היא בדרך כלל נערה מן המעמד הנמוך מאזור כפרי, הטוענת שהיא מסוגלת להתקיים ללא מזון ומשקה. החדשות המסעירות מתפשטות בסביבה והנערה הופכת לסלבריטי, כאשר לעתים קרובות היא מוצגת על ידי בני משפחתה לראווה, בדרך כלל תמורת תשלום. לעתים התברר, שמדובר בהתחזות ובני משפחתה מספקים לה מזון בסתר. מקרים אחרים נגמרו בנסיבות טראגיות, עם מותה של "הגיבורה" מסיבוכי תת תזונה.

מקרה טיפוסי מסוג זה הוא המקרה של שרה יעקב (Brumberg, 1988), שהפך למוקד של ויכוח אידיאולוגי ודתי, כאשר מנהיגים דתיים הביאו את המקרה כתומך בהשקפה שגוף האדם הוא נצחי. לעומתם, מדענים בעלי השקפה ביולוגית-רפואית טענו, ש"אין מותר האדם מן הבהמה", וגוף האדם זקוק לצרכים חומריים, בדיוק כמו שאר בעלי החיים. שרה היתה אחת משבעה ילדים, למשפחה של חוואים זעירים בוילס. כאשר היא הגיעה לפרקה, טענה שהפסיקה להזדקק לכל דבר אוכל או משקה. המקרה התפרסם במהירות, הוריה הלבישו אותה בבגדים ראוותניים ודרשו תשלום עבור הזכות לצפות בה ולצלם אותה. אולם, רופאים ספקניים לגבי אמיתות הסיפור, שלחו משלחת של ארבע אחיות, שתפקידן היה לפקח עליה ולהבטיח שהיא אכן אינה מקבלת כל מזון. אחרי ששה ימים של בקרה היא נחלשה מאוד. האחיות הפצירו באב לקרוא לעזרה רפואית, אך האב סירב. אחרי ארבעה ימים נוספים נפטרה שרה מסיבוכים של תת תזונה והאב נאשם בהזנחה פושעת. הניתוח שלאחר המוות גילה חומר צואתי, שהתאים מבחינה כרונולוגית לזמן שלפני הגעתן של האחיות. המסקנה היתה, שלפני ביקור ועדת האחיות הצליחה שרה לקבל תזונה ממקור כל שהוא. המקרה, והמחלוקת שעורר, זכו לפרסום עצום והיתה להם השפעה לזמן מה על גל חיקויים של נערות צעירות ברחבי האיים הבריטיים.

כפי שהראינו, הפרשנות והמודל המסביר של הרעבה עצמית אצל נשים צעירות, עברו בתקופה זו מן התחום הרוחני והתיאולוגי אל התחום הרפואי. היה מי שמצא (Bliss & Branch, 1966), כי בשנים 1685-1770 נכתבו כבר תשע עבודות דוקטורט, בניסיון למצוא סיבות רפואיות למחלה זו, עם הסברים אורגניים שונים, כמו פגמים באספקה העצבית לקיבה, או פגם ברגישות המוח לגבי שדרים עצביים מן הקיבה. ההסתכלות על אנורקסיה כעל הפרעה נפשית, מופיעה בתקופה זו והיא זוכה לפופולאריות רבה בעקבות המונוגרפיה של ריצ'רד מורטון בשנת 1689, שהוקדשה לצורות שונות של consumption (כנראה הכוונה לשחפת).

## מן התקופה הויקטוריאנית עד המאה העשרים

לתקופה הויקטוריאנית מספר אפיונים, המזכירים את תקופת הרנסנס באיטליה. המהפכה התעשייתית הביאה למעבר מן הכפר אל העיר, ולאורבניזציה וליצירתו של מעמד ביניים בורגני. בתקופה זו היתה עלייה בחשיבות החינוך וטיפול ערכים אסתטיים, התפתחות מדעית מרשימה במדעים האמפיריים, והתקדמות גדולה ברפואה. מעמד האישה החל להשתנות. נשים נכנסות למקצועות שנתפשו כגבריים מובהקים. תפיסת האשה משתנה ואיתה אידיאל היופי הנשי.

האקלים התרבותי המתואר הביא לכך, שבמאה התשע עשרה החלו להופיע דיווחים לגבי עליית התדירות של הפרעות אכילה, כאשר ברפואה התבססה ההנחה שהרעבה עצמית "מרצון", היא אכן הפרעה רפואית אמיתית, השונה מהפרעות אכילה אחרות. בתחילה, הופיעו תיאורים של הפרעות אכילה בצורה של הקאות והרעבה עצמית, עקב תלונות כגון "האוכל נתקע בגרון" או חוסר יכולת לאכול בגלל "כאבים בקיבה". הפרעות אלה פורשו והומשו כביטויים של היסטריה (Liles & Woods, 1999).

תיאורים קליניים מפורטים של ההפרעה הזו נכתבו על ידי לה-סק וגל ומופיעים בשנת 1873. זוהי הפעם הראשונה שהרעבה עצמית כונתה בשם אנורקסיה נרבוזה. האבחנה של אנורקסיה נעשית מאוד פופולארית, ופרויד במכתב לידידו פליס, בשנת 1895 (Freud, 1959), ציין שהאבחנה הנפוצה של אנורקסיה נרבוזה אצל נערות צעירות נראית לו, לאחר בחינה זהירה, כסוג של מלנכוליה, המתרחשת כאשר יש התפתחות לא מספקת של המיניות. זוהי דוגמה לפרשנות, במקרה זה של פרויד, שמנסה להתאים את מציאות המחלה לתפיסותיו הפסיכואנליטיות, המדגישות את חשיבות היסוד הפסיכוסקסואלי בהתפתחות וביצירת פסיכופתולוגיה.

בתחילת המאה העשרים אפשר לראות שני זרמים מרכזיים בפרשנות של הפרעת האכילה:

א. התפיסה הפסיכוגנית, הגישה הפסיכואנליטית ההולכת בעקבות פרויד ומנסה לראות את סירובה של הנערה האנורקטית לאכול "כביטוי של הגנות נגד משאלות לא מודעות, מפחידות של התעברות אורלית". בהמשך, עם התפתחות התיאוריה הפסיכואנליטית ישנה גישה הממשיגה התנהגות האנורקטית כמבטאת פגיעה נרציסיסטית בהתבגרות, המביאה להפעלת דחפים מודחקים שמקורם בתקופה האורלית (Walter et al., 1940). גישת יחסי האובייקט כבלבול, וחוסר גבולות של הנערה האנורקטית בין גופה לבין האובייקטים המופנמים "הרעים", וגישת העצמי, רואה הפרעה זו כמופיעה בשל פגיעה קשה בתחושת העצמי (selflessness) (בכר, 2001). כפי שאפשר לראות, הפרשנות מותאמת לתפיסה התיאורטית, הרווחת באותו פרק זמן.

ב. התפיסה האורגנית - למשל כמו עבודותיו של סימונדס (1914) רופא גרמני שתיאר לראשונה חולה עם רזון בולט ובניתוח שלאחר המוות התגלה הרס של בלוטת יותרת המוח, הוא הצביע על הדמיון הקליני בין אנורקסיה לבין מקרים של ניוון בלוטת יותרת

המוח. פרשנות זו הביאה לגל מסיבי של טיפולים בחולות אנורקטיות במגוון תוצרים אנדוקרינולוגיים. מחקרים מאוחרים יותר הביאו להפרכת גרסה זו והצביעו על ההבדלים בין שני המצבים וכן על העובדה שהפגיעה ביותרת המוח הינה התוצאה של המחלה ולא הסיבה (Bemporad, 1997).

מאמצע שנות השישים של המאה הקודמת ואילך ישנה פריחה גדולה של המחקר האמפירי לגבי הפרעות אכילה. מחקר זה הביא לתיאור ראשון של הבולמיה, על ידי ראסל בשנת 1979, ולביסוס המגמות של עליית השכיחות בהפרעות האכילה (Russel, 1985) ובהמשך ב"תסמונת הזלילה" (binge eating disorder), בתחילת שנות התשעים. הפרעות אכילה נחשבות היום כהפרעות רב סיבתיות (Bruch 1973), אשר קשורות ביחסי גומלין של משתנים גנטיים (Stein et al., 1999a), פסיכולוגים (Chowdhury et al., 2003), משפחתיים (Rorty et al., 2000), קוגניטיביים (Kingston et al., 1996) ואישיותיים (Vitousek & Manke, 1994). בתוך המערכת המורכבת הזאת ישנו מקום משמעותי ביותר למשתנים חברתיים-תרבותיים הקשורים להתפתחות של הפרעות אכילה (Heinberg & Thompson, 1995).

### **המודל החברתי-תרבותי העדכני של הפרעות אכילה**

מודל זה מציע שמסרים ונורמות חברתיות-תרבותיות יכולים להיות חשובים להתפתחות הפרעות אכילה. בתקופה המודרנית בעיקר, ניכרות ההשפעות החברתיות של דימוי ותפיסת הגוף, האידיאל של הגוף הרזה, הדחייה של השמן, והחשיבות הרבה שיש למשקל ולהופעה חיצונית על הצלחה והערכה עצמית (Striegel-Moore et al., 1986; Feingold, 1992; Fairburn et al., 1993). במודל מסוג זה, ההפנמה של מסרים ונורמות מעין אלה נחשבת כתנאי הכרחי (אם כי לא בלעדי) ליצירה של הפרעת אכילה. מחקרים התומכים במודל זה; הפרעות אכילה נחשבות כתסמונת תלוית תרבות (Stice, 1994), מבחינה זו שהן לא מופיעות באופן אוניברסאלי, אלא מוגבלות לאוכלוסיות מסוימות (Nasser, 1988 a, b). נמצא גם, שהפרעות אכילה נפוצות הרבה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים, ובקרב בני-נוער ומבוגרים צעירים בהשוואה לקבוצות גיל מבוגרות יותר (Hoek, 1995). זאת, כאשר נשים צעירות מושפעות יותר מכל קבוצה אחרת מנורמות חברתיות הקשורות למשקל והופעה חיצונית (Striegel-Moore et al., 1986). הפרעות אכילה נפוצות הרבה יותר בתרבויות מערביות, מאשר בתרבויות שאינן מערביות (Stice, 1994), כאשר בתרבות המערבית, כמות המזון הנצרכת אינה נחשבת רק כצורך אוניברסאלי פיזיולוגי, אלא יש לה גם תפקיד חשוב בוויסות רגשי ובבניית ההערכה העצמית והזהות הנשית (Pliner & Chaiken, 1990). גם השנויים באופי ובתפוצה של הפרעות אכילה, שמתרחשים באוכלוסיות שונות באותה מדינה, תומכים בהשפעה שיש לתהליכים חברתיים-תרבותיים. בעוד שבשנות ה-60 וה-70 של המאה הקודמת הייתה הפרעת האכילה בעיקר מתחום ה-restrictive, והייתה נפוצה בארה"ב בעיקר בקרב מתבגרות לבנות ממעמד חברתי-כלכלי גבוה, הרי שכיום רואים עלייה

גדולה בשכיחותן של הפרעות אכילה מתחום ה-binging/purging, גם בקרב מתבגרות מקבוצות אתניות נוספות, כמו היספאנית ואפריקאית, מכל המעמדות החברתיים כלכליים. שינוי זה קשור בין היתר בקבלה המוגברת של מודל הרזון על ידי מתבגרות ונשים צעירות מכל המעמדות החברתיים-כלכליים (Stice, 1994; Gard & Freeman 1996).

תמיכה נוספת לרלוונטיות של המודל החברתי-תרבותי להתפתחות של הפרעות אכילה, קשורה בעלייה המשמעותית, בעשורים האחרונים, בהיארעות של הפרעות אכילה חדשות ובירידה המשמעותית של הגיל שבו פורצת הפרעת האכילה, אפילו לפני תחילת גיל ההתבגרות (Garfinkel et al., 1995; Woodside & Garfinkel, 1992). שעורים גבוהים במיוחד של הפרעות אכילה קיימים באותן תת-תרבויות שבהן הלחץ לרזון ולמשקל נמוך הוא גבוה במיוחד, כמו בקרב רקדניות, מתעמלות, ספורטאיות ודוגמניות (לצר, 2000; Garner & Garfinkel, 1988; Brooks-Gunn et al., 1988). בנוסף, יש דיווחים חוזרים על הופעת הפרעות אכילה בקרב תרבויות שבעבר לא היתה בהן כלל מודעות לקיומן, בעקבות חשיפה של אוכלוסיות אלה לנורמות והשפעות של החברה המערבית (Stice, 1994). למשל, הופעה ראשונה של הפרעות אכילה באיי פיג'י או קורסאו בשנים האחרונות, על רקע הכנסת הטלוויזיה (Becker, 2002; Hoek, 2002).

נורמות המיוחסות למשקל והופעה חיצונית יופנמו בצורה שונה בקרב מתבגרות ונשים צעירות, המצויות בסיכון גבוה לפתח הפרעות אכילה בעתיד, לעומת קבוצות של נערות בריאות (Kendler et al., 1991; Stice et al., 1994). כך נמצא מודעות ונכונות לאמץ את הסטנדרטים החברתיים שמקשרים בין רזון ובין משיכה גופנית גבוהה יותר, בקרב אותן נשים שלהן קושי לקבל את גופן, או שמגלות קשיים בנושא האוכל (Heinberg & Thompson, 1995). בנוסף, מתבגרות שלהן תכונות אישיות שעלולות לתרום להתפתחות של הפרעת אכילה, כגון תחושת ערך-עצמי נמוכה, קשיי זהות, נוקשות, קונפורמיות, והסתמכות על אחרים (Vitousek & Manke, 1994), הן אלה שייצמדו באופן נוקשה וטוטאלי יותר למסרים חברתיים, המדגישים את אידיאל הרזון (Rhodes & Wood, 1992; Mintz & Betz, 1988; Striegel-Moore et al., 1986).

### **השפעת התקשורת**

לנורמות הקשורות למשקל ולהופעה חיצונית עלולה להיות השפעה על קבוצות בסיכון, דרך כמה משתנים מתווכים, בייחוד אמצעי התקשורת וההשפעה של בני משפחה וחברים (Stice, 1994). התקשורת המשפיעה כוללת עיתונים, מגזינים, אמצעי תקשורת אלקטרוניים ופרסומות. המדיה, מהווה מרכיב חשוב בחיי היום-יום של ילדים ובני נוער. בבית אמריקאי ממוצע, דולקת הטלוויזיה יותר משבע שעות ביום, ובכך חושפת את הצופים בה ל-35,000 פרסומות בשנה. זאת, כאשר ילדים, ובייחוד בני נוער, מקדישים יותר זמן ותשומת לב לטלוויזיה מאשר מבוגרים. המסרים הקשורים באידיאל הרזון מכוונים אמנם לקהל נרחב, אך הם משפיעים במיוחד על ילדים ובני נוער, אשר מפנימים בקלות יחסית מסרים לגבי

יופי, מבנה גוף, ודיאטה, כמדדים להצלחה ולהנאה (Silverstein et al., 1986; Anderson & DiDomenico, 1992). הכתבות והפרסומות במגזינים לבני נוער, בירחוני אופנה ובתוכניות הטלוויזיה מעבירים לצעירים מסר, שיופי וגזרה דקה הם חשובים יותר מאינטליגנציה, קריירה, ואפילו בריאות. חמור מכך, נמצא שאמצעי התקשורת, המבליטים מסרים אלה, מכוונים באופן מודע להשפיע בעיקר על מתבגרות ונשים צעירות, משיקולים כלכליים (Weisman et al., 1992). כך למשל נמצא, כי עיתוני נשים מכילים הרבה יותר פרסומות העוסקות באוכל, מזון דיאטטי, עיסוק בגוף והפחתת משקל, בהשוואה לעיתוני גברים (Silverstein et al., 1986; Anderson & DiDomenico, 1992), וכי מגמה זו מתחזקת עם השנים (Garner et al., 1980; Snow & Harris, 1986; Weisman et al., 1992).

התקשורת עלולה להשפיע באמצעות חיזוקים חיוביים ומודלים לא הולמים, דהיינו באמצעות הדגשה חוזרת ונשנית של חשיבות הדיאטה, מזונות דיאטטיים ופעילות גופנית, והבלטה של דמויות אידיאליות רזות (Stice et al., 1994). כך נמצא שמשקלן של נשים, שמצולמות בתמונות בעיתונים ובאמצעי התקשורת הויזואליים, ירד בצורה משמעותית בשלושה העשורים האחרונים (Weisman et al., 1992). ניתוח של תמונת נערת החודש, ב-577 חוברות רצופות של המגזין Playboy, בין השנים 1953 ל-2001, הראה ירידה רצופה ומתמדת לאורך שנים אלה באינדקס מסת הגוף (משקל/גובה בריבוע) ובהיקף החזה והמותניים (Garner et al., 1980b; Voracek & Fisher, 2001). בנוסף נמצא, שמשקלן של נשים, המופיעות כיום בפרסומות, נמוך בממוצע ב-20% מאשר המשקל המצופה לאוכלוסייה (Weisman et al., 1992; Voracek & Fisher, 2001). כאשר ילדות ומתבגרות צופות בתמונות של דוגמניות, הן מעריצות בתחילה את הרזון של הדוגמנית, ולאחר-מכן משוות את עצמן אליה. ככל שההבדל בין האידיאל של ההופעה החיצונית, וההופעה החיצונית כפי שהיא נתפסת במציאות, גדול יותר, כן מושפעת שביעות הרצון של הנערה מההופעה במידה רבה יותר מהמסרים הטמונים באמצעי התקשורת (Thompson, 1990). החשיפה החוזרת למסרים מעין אלה מגבירה תחושות של דיכאון והתעסקות בגוף, בייחוד בקרב אותן נבדקות שלהן יש מראש הערכה עצמית ירודה, עמדות והתייחסויות שליליות כלפי גופן (Stice & Shaw, 1994; Thompson & Heinberg, 1993).

מספר מחקרים אכן מצאו קשר בין חשיפה להשפעה של אמצעי התקשורת ובין התפתחות של הרגלי אכילה לא הולמים (Stice et al., 1994). לא מפתיע, שבארצות רבות בעולם המערבי (Patton, 1988; Garfinkel et al., 1995; Button et al., 1996), כולל בישראל (Neumark-Sztainer et al., 1995; Sasson et al., 1995; Stein et al., 1997, 1999a) 60%-80% מקרב מתבגרות ונשים צעירות אינן שבעות רצון ממשקלן ומהופעתן החיצונית, וכ-30%-50% מהן עסוקות באופן משמעותי בדיאטה, בעת גיבוש ההערכה. זאת, כאשר מרביתן הן למעשה במשקל הולם, או אפילו בתת-משקל (Stein et al., 1997). מחקרים אחרים (Striegel-Moore et al., 1986; Fairburn et al., 1997), הראו שאחוז לא מבוטל של

נערות ונשים שפתחו בולמיה נרבוזה למדו על השימוש בהקאות ובמשלשלים כדרך להורדת משקל מתוך ספרים, עיתונים או סרטי קולנוע וטלוויזיה.

### השפעת המשפחה

הורים, בני משפחה אחרים, וחברים משחקים אף הם תפקיד חשוב בהופעה או בשמירה של הפרעות אכילה בקרב מתבגרים מסוימים, בעוד שמתבגרים אחרים מגנים על עצמם מפני הרגלי אכילה לא בריאים (Attie & Brooks-Gunn, 1995; Graber et al., 1999). הורים עלולים להעיר לילדיהם לגבי משקל והופעה חיצונית, והערות אלה יכולות להשפיע במידה רבה על ההערכה הגופנית והרגלי האכילה של אותם ילדים (Pike & Rodin, 1991). בני משפחה של נערות עם בעיות אכילה, יכולים להיות ביקורתיים באשר למשקל ולהופעה החיצונית לאורך תקופה ממושכת, עוד לפני פרוץ הפרעת האכילה (Levine et al., 1994; Pike & Rodin, 1991).

התגרויות ועלבונות מצד בנות אחרות, כמו גם מצד בנים, באשר למשקל והופעה חיצונית, נמצאו קשורים במידה רבה בקרב מתבגרות עם אי-שביעות רצון מהגוף, הרגלי אכילה מופרעים וירידה בתחושת הערך העצמי (Fabian & Thompson, 1989). אכן, מתבגרות עם הפרעת אכילה דיווחו על הרבה יותר התגרויות ועלבונות מצד חבריהן בהשוואה למתבגרות בריאות (Brown et al., 1989).

ההשפעה הרבה שיש למסרים התרבותיים-חברתיים באשר לאידיאל הרזון על בני נוער, כפי שהם מוצגים על-ידי אמצעי התקשורת, בני משפחה וחברים, קשורה בכמה תהליכים האופייניים לגיל ההתבגרות (Striegel-Moore et al., 1986). תהליכים אלה כוללים את הצורך בהשוואה חברתית, כדרך לבניית זהות אישית והערכה עצמית, ואת הקונפליקטים סביב זהות מינית ומיניות, שמתמקדים בגוף, בממדי הגוף, ובתפיסה הגופנית (Stice, 1994). למרות שהמסרים הקשורים לאידיאל הרזון מועברים למרבית בני הנוער, רק מתבגרים מסוימים, שנמצאים בסיכון לפתח הפרעת אכילה בעתיד, יפנימו את המסרים הללו (Stice, 1994; Smolak et al., 1999). התפקיד של החברה כיום הוא להפחית את ההשפעה המזיקה שיש למסרים הקשורים לתרבות הרזון ואת ההפנמה של מסרים אלה, זאת, באמצעות פיתוח יכולת לזיהוי והתייחסות הולמת להשפעה השלילית של אמצעי התקשורת; חנוך הילדים ובני הנוער לבניית הערכה עצמית, שאינה קשורה רק להופעה חיצונית; הקניית הרגלי אכילה ופעילות גופנית הולמים, החל מגיל צעיר; הפחתת ההתייחסות הביקורתית של אחרים משמעותיים למשקל והופעה חיצונית כמרכזיים לתפיסה העצמית; הקניית כישורים יעילים להתמודדות עם המשברים ההתפתחותיים של גיל ההתבגרות והבגרות הצעירה, ומלחמה פעילה של כלל הציבור במסרים, שמעודדים את תרבות הרזון (Piran et al., 1999).

## מדינת ישראל בקליידוסקופ תרבותי

ישראל היא מדינה ייחודית, בעלת אוכלוסייה המאופיינת על ידי ערב רב וניגודים גם יחד. זו מדינת מהגרים מרובת-תרבויות, עם יהודים שעלו אליה ממדינות רבות. החברה הישראלית כוללת קבוצות אתניות ודתיות מגוונות. היא מעוגנת במסורות עתיקות-יומין ויחד עם זאת נמצאת בחוד החנית של הטכנולוגיה החדישה ביותר. המבנה החברתי והתרבותי הייחודי של מדינת ישראל מעלה שאלות חשובה הנוגעות להשפעתם של משתנים שונים, הקשורים להפרעות אכילה והכוללים עמדות ומנהגים כלפי אכילה, דימוי גוף, נשיות, מיניות ותפקיד המגדר (Latzer, 2003). בהתאם למודל שתיארנו, ניתן יהיה לשער כי שיעור הפרעות האכילה בקרב האוכלוסייה היהודית החילונית ובמגזר הקיבוצי יהיה דומה לזה של שיעורן בחברות מערביות אחרות, ואילו באוכלוסייה הערבית יהיה נמוך יחסית. שיעורים נמוכים יותר צפויים גם באוכלוסיית העולים מארצות כמו מחבר העמים ומאתיופיה ובקרב אוכלוסייה חרדית.

### הפרעות אכילה בקרב מתבגרות יהודיות בישראל

ישראל נמצאת כיום במקום הראשון בעולם בשיעור בנות הנוער שאינן מרוצות מגופן ועוסקות בדיאטה, בהשוואה ל- 28 ארצות אחרות (Harel et al., 1997, 2002). שיינברג ועמיתיו (1992), בדקו שכיחות הפרעות אכילה בקרב 1112 חיילות ישראליות, בגילאי 18 עד 20, ומצאו כי 2.4 אחוזים מהן לוקות ב- "תסמונת חלקית של הפרעת אכילה" ומצאו 0.2 אחוז עם אנורקסיה נרבוזה, ו- 0.5 אחוז עם בולמיה נרבוזה. שטיין ועמיתיו, מצאו שכיחות של 20.8% של אנורקסיה נרבוזה חלקית ושכיחות של 11.3% של בולמיה נרבוזה חלקית גם בקרב 534 תלמידות תיכון ישראליות. ממצאים דומים נמצאו במחקר, שבדק 632 חיילות (Stein et al., 1999b).

מיטרני ועמיתיה בחנו שכיחות הפרעות אכילה בקרב מתבגרות יהודיות מ- 24 מרכזי טיפול בהפרעות אכילה בישראל, במהלך תקופה בת חמש שנים (1989 עד 1993) (Mitrany et al., 1995).

ממצאי מחקר ראשוני זה הצביעו על כך כי השכיחות השנתית הממוצעת של כל הפרעות האכילה בקרב ישראליות יהודיות, לכל 100,000 ישראליות יהודיות בגילאי 12 עד 18 היא 48.8, של אנורקסיה נרבוזה 29.9 לכל 100,000 ישראליות, ושל בולמיה נרבוזה 8.6 לכל 100,000 ישראליות. לדברי החוקרים נתונים אלו אינם מייצגים את השכיחות האמיתית, שכן לא נאספו נתונים מכל המרכזים בארץ המטפלים בהפרעות אכילה. שכיחות הפרעות האכילה השונות במחקר הנוכחי נמוכה מזו שנמצאה במדינות מערביות אחרות, (Hoek, 1995), כנראה בגלל הקשיים המתודולוגיים שצינו על-ידי המחקרים.

מחקר נוסף התייחס לסובלים מהפרעות אכילה שהתקשרו למוקד לעזרה נפשית טלפונית (עריין), במהלך תקופה של ארבע שנים (סה"כ 19,776 שיחות). הממצאים הראו עלייה עקבית



בשיעור הפרעות האכילה בקרב בנות מתבגרות, מ- 1.7 אחוז ב- 1994 ל- 3.1 אחוז ב- 1997. בקרב קבוצה זו של מתקשרים, הפרעת אכילה נמצאה כבעיה השנייה בשכיחותה (Latzet & Gilat, 2000).

### הפרעות אכילה בקיבוצים

בישראל קיימים כ- 200 קיבוצים, המשתייכים לשלושה זרמים פוליטיים עיקריים, שבעבר נבדלו מבחינת שמרנותם ביחס לאידיאלים של הקיבוץ וביחסם לדת. מספר גורמים פסיכולוגיים וחברתיים הפכו את הקיבוץ לייחודי ושונה למדי מדרך החיים הרווחת. ראשית, נתנו במסגרות קיבוציות הזדמנויות שוות לנשים. תפקידי הנשים, התפתחותן ועמדותיהן ביחס לעמדות המסורתיות היו שונים מאלה של שאר הנשים בחברה הישראלית. שנית, בקיבוצים רבים, ילדים גדלו יחד עם בני קבוצת הגיל שלהם וטופלו על ידי צוות מיוחד, לא בבית הוריהם. נושא זה נמצא בתהליך של שינוי בשנים האחרונות. לאחרונה עוברים קיבוצים רבים תהליך של שינוי חברתי, בכיוון הדומה יותר לנורמות החברתיות הישראליות המקובלות. הילדים חזרו להתגורר עם הוריהם, החל תהליך הפרטה ועוד. יחד עם זאת, הקיבוצים שומרים עדיין על ערכים בסיסיים מסוימים שהיו קיימים בעת הקמתם (Ben Rafael, 1988; Barak & Golan, 2000). בשנותיו המוקדמות של הקיבוץ, עד 1965, אנוקסיה נרבוזה נחשבה לנדירה. במהלך תקופה של 25 שנה, השכיחות השנתית של אנוקסיה נרבוזה עלתה בכ- 800 אחוזים בקרב בנות הקיבוץ (Kaffman & Sadeh, 1989). החוקרים הציעו, שעלייה זו יכולה להיות קשורה לשינויים במבנה הקיבוץ, במונחים של עלייה בצריכת המזון, כמו גם בשינויים שחלו בתפיסת הנשים את תפקידן. אין עדות מחקרית מובהקת המצביעה על שכיחות גבוהה יותר של מקרי הפרעות אכילה בקרב מתבגרות בקיבוץ, בהשוואה לאוכלוסיות אחרות בישראל, למרות מספר עדויות קליניות על אחוז גבוה יותר של נערות מקיבוץ המאושפזות בגין הפרעות אכילה.

על אף הנאמר, מצאו אפטר ועמיתיו, שמתבגרות מקיבוץ הן בעלות הציונים הגבוהים ביותר בהתנהגויות פתולוגיות הקשורות לאכילה, להתעסקות במשקל ולהופעה חיצונית, בהשוואה לנערות ישראליות אחרות. החוקרים מייחסים ממצא זה למצב הייחודי של מתבגרות בקיבוצים, שלכודות בקונפליקט תפקודי חמור, בין דמות חברת הקיבוץ הקלאסית לבין "האישה החדשה" העצמאית, המשוחררת מהאידיאלים המסורתיים של הקיבוץ (Apter et al., 1994). מחקרים חדשים יותר לא מצאו הבדלים משמעותיים בתפוצת הפרעות אכילה אצל בנות קיבוצים, בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל. כך למשל מצאו לצר ושץ בדומה לעבודות של שטיין ועמיתיו במתבגרות עירוניות, כי 85 אחוז מהמתבגרות בקבוץ לא היו שבעות רצון ממבנה גופן, 63 אחוז שקלו לעשות דיאטה ו- 60 אחוז פחדו לאבד שליטה על משקלן, וכי 19 אחוז מהבנות המתבגרות הראו התנהגות אכילה פתולוגית (Latzet & Shatz, 1999, 2001). לצר וצ'ישינסקי, הראו לאחרונה, שאוכלוסיית המתבגרות בקיבוצים הייתה בעלת התנהגות אכילה פחות בעייתית, בהשוואה לתת אוכלוסיות דומות אחרות שנבחנו בעלת התנהגות אכילה פחות בעייתית, בהשוואה לתת אוכלוסיות דומות אחרות שנבחנו (Latzet & Tzischinsky, 2003). חוקרות אלה הציעו, כי במהלך העשור האחרון, הקיבוץ עבר

שינויים חברתיים-כלכליים משמעותיים, המעורבים בהחזרת הילדים למגורים בבית הוריהם, ומעבר מסגנון חיים קהילתי שוויוני לעבר הפרטה. ייתכן ששינויים אלו נתנו את אותותיהם בשינוי סגנון החיים של נשים בקיבוץ, שהפך לדומה יותר לזה של נשות הערים, ולכן גם הממצא.

### **הפרעות אכילה בקרב מתבגרות דתיות בישראל**

במחקר שעסק בסוגיית השפעת הדת על התפתחות הפרעות בדימוי גוף והתנהגויות אכילה, השוו גלוק וגליבטר, 78 נשים יהודיות אורתודוקסיות עם 48 נשים יהודיות חילוניות, בארצות הברית. הממצאים הראו, כי למרות מדד דומה של מסת גוף (body mass index) בשתי הקבוצות, הנשים החילוניות קיבלו באופן מובהק ציונים גבוהים יותר בעיסוק בעייתי בצורת גוף ובהפרעות אכילה מאשר הנשים האורתודוקסיות (Gluck & Geliebter, 2002). לדברי החוקרים, ממצאים אלו ייתכן ומצביעים על כך שחברות בקבוצה דתית מבודדת, כגון יהדות אורתודוקסית, יכולה להגן על נשים, במידה מסוימת, מפתוח חוסר-שביעות-רצון מגופן ופתולוגית אכילה.

למיטב ידיעתנו, נערך בישראל רק מחקר אחד באוכלוסייה זו (גפן, 2003). במחקר זה נבדקו עמדות כלפי אכילה והפרעות באכילה בקרב מתבגרות דתיות באולפנה. ממצאי המחקר הצביעו על הבדל מובהק בין נערות אשר רמת דתיותן גבוהה, לבין כאלו שרמת דתיותן נמוכה, בהתייחס לציון הכללי ולמשתנים השונים של הפרעות באכילה. ההבדל שנצפה הצביע על כך, שככל שרמת הדתיות גבוהה יותר, המדדים השונים של הפרעות באכילה נמוכים יותר. כמו כן, נמצאו הבדלים מובהקים בין שכבות הגיל לבין מידת הדתיות, הפרעות באכילה והערכה העצמית. עם העלייה בגיל נמצאו אצל הנערות פחות הפרעות באכילה והגישה של הנערות כלפי עצמן הייתה חיובית יותר. ייתכן כי בקבוצות אלו מושם פחות דגש על המשיכה הגופנית של נשים ולחץ מופחת על ההצלחה וההישגיות שלהן מחוץ לבית. שליטה נוקשה על סגנון החיים ושמירה קפדנית על מסורות דתיות יכולים אולי לשמש כפורקן חלופי לשליטה על צורה ומשקל.

מחקר זה הוא חלוצי וראשוני ומזמין בדיקה מעמיקה יותר של הנושא. האמנם רמת הדתיות אכן מגנה על נשים מפני הפרעות אכילה, האם השיעור הגבוה של נערות יהודיות הסובלות מהפרעות אכילה בארה"ב מתייחס לבנות דתיות וחילוניות כאחד או לבנות חילוניות בלבד, והאם אכן משקפים הנתונים שכיחות גבוהה או שמא הרגלים שונים של פניה לטיפול.

### **העלייה לישראל והפרעות אכילה בקרב העולים**

בתחילת שנות ה-90, הגיע לישראל גל מסיבי של עולים, מברית המועצות לשעבר ומאתיופיה. בדומה לארצות אחרות שקלטו מספר גדול של מהגרים, הייתה עלייה זו כרוכה בקשיים כלכליים- חברתיים, ותרבותיים, כתוצאה מהפער התרבותי בין מדינת המוצא לבין התרבות הישראלית הקולטת. עם זאת, בשונה ממדינות אחרות, לעלייה לישראל הייתה

השפעה חברתית רבה יותר, בשל מספר העולים הרב שפקד אותה בפרקי זמן קצרים יחסית. העולים מהווים כיום כ- 15 אחוז מן האוכלוסייה הישראלית. למרות היקף העלייה הגדול מרוסיה ומאתיופיה, מתחילת שנות ה-80, מספר העולים שפנה עד כה לטיפול בהפרעות אכילה נמצא נמוך בהשוואה לאחוזם באוכלוסייה הישראלית. ניתן להעריך זאת אם בודקים את מספר הפניות למרפאה להפרעות האכילה הגדולה ביותר בארץ, הממוקמת במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה. המרפאה פועלת למעלה מ-10 שנים ומקבלת כ-150 פניות חדשות מידי שנה. מאז הקמתה, אישה אתיופית אחת בלבד, אשר אובחנה כסובלת מבולמיה נרבוזה וצריכת אלכוהול, הופנתה לטיפול בצו של בית משפט, וכארבע מטופלות מברית המועצות לשעבר, אשר אובחנו כסובלות מאנורקסיה נרבוזה, הופנו למרפאה זו לטיפול.

ההתנגדות של עולים רבים להיעזר בשירותים פסיכיאטריים קהילתיים, יחד עם השכיחות הנמוכה יחסית של הפניות לטיפול בהפרעות אכילה, מעלה את השאלה האם השכיחות אמנם נמוכה או שאחוז הפניות נמוך. מדיווחים קליניים שסופקו על ידי פסיכיאטרים ממוצא רוסי, שעלו לאחרונה לישראל, נראה כי הפרעות אכילה אכן קיימות בבריה"מ לשעבר, אך המודעות להן נמוכה מאוד, בייחוד בכפרים. בישראל, פורסם תיאור מקרה אחד של עולה בת 16 מרוסיה, עם הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית חמורה, דיכאון והעדר מחזור, שאובחנה גם כסובלת מאנורקסיה נרבוזה (ינקו ועמיתים, 1993). יש גם לציין, כי חיפוש בספרות העלה קיום של מחקר אחד בלבד לגבי אנורקסיה נרבוזה בברה"מ לשעבר (Korkina et al. 1992).

הממצאים הללו הם מפתיעים, מאחר וניתן היה לצפות כי העלייה מברה"מ לשעבר למדינה מערבית יחסית כישראל תגביר את הסיכון להתפתחות של הפרעות אכילה, בין היתר לאור הרצון להשתייך ולהזדהות עם הערכים המערביים המאדירים את הרזון ומגבירים את המודעות לדימוי הגוף (Fichler, 1990; Nasser, 1988a,b). למיטב הידיעה לא נערך עד כה מחקר אפידמיולוגי בנושא זה. על מנת להגיע למסקנות מהימנות לגבי שכיחות הפרעות אכילה בקרב עולים מבריה"מ ומאתיופיה נחוצים מחקרי קהילה אפידמיולוגיים רב-תרבותיים.

### **עמדות כלפי אכילה והפרעות אכילה בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל**

כ-20 אחוז (1.2 מליון) מהאוכלוסייה הישראלית הם ערבים-ישראלים, מתוכם מוסלמים (82 אחוז) כולל בדואים וצ'רקסים, נוצרים (9 אחוז) ודרוזים (9 אחוז). בעוד שהרוב הישראלי חי לרוב על פי קודים וערכים של חברה מודרנית, מערבית, המיעוט הערבי בישראל עדיין שומר על נורמות ומנהגים חברתיים מסורתיים יותר, כשהבדלים המשמעותיים הבולטים נצפים בערכים ובעמדות כלפי תפקידי מגדר, נישואין וגירושין, קשרי משפחה וגידול ילדים (Cnaan, 1987; Barak & Golan 2000).

אוכלוסיות ערביות נחשבות, באופן כללי, לבעלות שיעורים נמוכים של הפרעות אכילה (Al-Issa, 1966; Nasser, 1986, 1988a,b). יחד עם זאת, אין נתונים אפידמיולוגיים מבוססים לכך. שכיחות נמוכה זו יכולה להצביע על עמדות שונות כלפי יופי בתרבות הערבית, שבה גוף מלא נחשב לאטרקטיבי ולסמל לטיפוח נשי ופוריות (Dolan, 1991; Nasser, 1997). יחד עם זאת, שיעור נמוך זה יכול גם להצביע על מודעות נמוכה ועל דפוסים שונים של פנייה לטיפול. המחקר היחידי, שנערך בישראל על אוכלוסיית המתבגרים הערבית, בדק 5 תת-קבוצות: מוסלמים, בדויים, דרוזים, נוצרים, וצירקסים (Apter et al., 1994). הממצאים הראו כי המתבגרות הצירקסיות קיבלו את הציון הנמוך ביותר באכילה פתולוגית, בעוד שהמתבגרות הבדואיות היו בעלות הציונים הגבוהים ביותר. הסברם של החוקרים לתוצאות אלו היה, שמתבגרות צירקסיות חיות בקהילות קטנות, עצמאיות למדי, וסגורות (Eizenstadt, 1989). זאת בהשוואה לקבוצות הערביות האחרות במחקר. לתקשורת ההמונים יש השפעה מועטה למדי על הנורמות והערכים של חיי כפר, והצירקסיות נוטות לשמור על תפקידי המגדר הנשיים המסורתיים ומודאגות פחות מדיאטה ורוזן. למיטב הידיעה, אין שום מקרה מתועד של אנורקסיה נרבוזה בקרב קבוצה אתנית זו. הבדואים בישראל, לעומת זאת, חווים כעת שינוי חברתי מהיר (George, 1973). תוך דור אחד, רוב הבדואים בישראל עברו מסגנון חיים נוודי, מבודד, של רועים, לחיים במסגרת עירונית קבועה, בדרום המדינה ובצפונה. נשים בדואיות, שהיו בעבר מבודדות, מוגנות ולעיתים קרובות עטויות ברעלה, משתלבות כעת בזרם המרכזי של החברה הישראלית. הן לומדות באוניברסיטאות, עובדות במקצועות הצווארון הלבן והצווארון הכחול, והגברים שלצדן משרתים ברובם בצבא. הנשים הבדואיות נחשפות יותר לאידיאל גוף מערבי ולנוכחות של קונפליקט בין מה שנחשב למודרני ומסורתי ביחס לתפקיד הנשי (Apter et al., 1994).

## דין

הסקירה ההיסטורית, המופיעה בחלק הראשון של המאמר מראה בברור, כי ביטויים שונים של הפרעות אכילה היו תופעות מוכרות לאורך ההיסטוריה האנושית. התסמינים והסימנים של הפרעה זו נצפו והיו ידועים לאורך תקופות ארוכות, אך פורשו בהתאם לאמונותיה ותרבותה של החברה באותה תקופה. ניתן אף לראות, כי המאפיינים של תקופות שבהן עולה השכיחות הם תקופות שבהן אין מחסור במזון או רעב ותקופות של שפע כלכלי, ובנוסף לכך, תקופות שבהן משתנה מעמדה של האישה. החברה המסורתית משתנה, נשים מקבלות חינוך וניתן להן חופש פעולה, המאפשר להן למרוד בתפקידן המסורתי. מן הסקירה ההיסטורית עולה, כי קיימים שני מוטיבים מרכזיים בהפרעות האכילה. האחד סגפני דתי, של צום והרעבה עצמית כמטהרת את הגוף מחטאי הבר, ואילו השני צורני, סביב אסתטיקה, המראה החיצוני ואידיאל היופי. בהקשר ההיסטורי ניתן לראות את הפרעות האכילה בתקופות אלה יותר כביטוי של מצוקה (Idioms of distress) מאשר כתסמונת תלוית תרבות.

המושג ביטוי מצוקה מלמד, כי קיימות דרכים שונות בהן אנשים בתרבויות שונות מבטאים את סבלם ואת התמודדותם עם מצבי מצוקה נפשית, רגשית וחברתית.

מצוקות מעין אלו יכולות להתבטא במגוון סימפטומים, ברמות שונות של ההווייה האנושית: גופנית, התנהגותית, רגשית, חווייתית, קוגניטיבית, ובין-אישית, ובהקשרים חברתיים שונים. ניתוח ביטויי המצוקה מורכב, בגלל התרחשותם של יחסי גומלין מורכבים בין המצוקה לבין צורות ביטוייה (ויצטום וגודמן, 1997). במקרה שלפנינו, הפרעת האכילה משמשת לנשים זירה לביטוי מצוקתן, ייחודן וביטוי של אישיותן האינדיבידואלית המיוחדת. סוג כזה של ביטוי מאוד בולט במקרים המייצגים של וילגפורטיס ומרגרט ושל "האנורקסיה הקדושה" - אותן נשים אשר מוכרזות כקדושות על ידי הכנסייה. ביטויי המצוקה מתעצבים באינטראקציה מתמדת בין הרמה האישית והפרטית לבין הרמה הקולקטיבית (הפומבית). הם מעוררים צורות ספציפיות של יחסי גומלין בין אנשים. התרבות משתתפת בתהליכים שמעצבים את רגשות הפרט, באמצעות מערכת סמלים משותפים, נורמות, ומוסדות חברתיים. זוהי תרבות השוללת ביטוי ישיר וחופשי של רגשות מסוימים (כגון תוקפנות או מיניות), או של רגשות בכלל, מתעלת (ולעיתים אף מנטרלת) מצוקה חברתית, רגשית, או נפשית של יחידים, ומכוונת אותה לביטוי לגיטימי אלטרנטיבי. דרך נפוצה להכוונה של הבעת מצוקה היא העברתה אל המישור הגופני (ויצטום וגודמן, 1997).

במשך הזמן, לגבי חלק מן ההפרעות הנפשיות, מתרחש תהליך של מיסוד ההפרעה הנפשית ונוצרים מסלולים קבועים מקובלים - הפרעות נפשיות תלויות-תרבות במובהק. במקרים אלה החברה והתרבות מיסדו בצורה מלאה הפרעות נפשיות מסוימות, ואז קל יחסית לתעדן כ"תסמונות תלויות-תרבות" ולעקוב אחריהן. ניתן לראות, כי מיסוד היבנה (constructed) את הפרעות האכילה, המופיעות בתקופה המודרנית, החל מן התקופה הויקטוריאנית. התוצאה של התהליך הינה הופעתה של האנורקסיה נרבוזה כתסמונת תלויות-תרבות מערבית (Swartz, 1985; Banks, 1992). המיסוד מתבטא בעיצובו של מודל חברתי ותרבותי, הכולל הסבר אטיולוגי להופעתה של ההפרעה. הכוונה היא להופעותיה הסימפטומטיות של ההפרעה, ברמה התנהגותית ורגשית, וכן לדרכי טיפול מקובלות (בהתאם לפרשנות של אותה תקופה). ניתן גם להבחין בקלות יחסית בקונפליקט ברמה החברתית והתרבותית הקולקטיבית (במקרה של אנורקסיה: בין חברת שפע צרכנית לאידיאל היופי הנשי של אישה רזה), ואשר אחת מזירות ביטוייה, היא הפרעות נפשיות אצל יחידים (Swartz, 1985).

החלק השני של המאמר מתאר בצורה מפורטת, על בסיס המחקר הקיים, את הביטוי העדכני של המודל החברתי-תרבותי של הפרעות אכילה, תוך פרוט המשתנים המתווכים (התקשורת, המשפחה), ושל התהליכים המעצבים את רגשותיו של הפרט באמצעות סמלים, ערכים משותפים, נורמות, ומוסדות חברתיים.

בשל ייחודיותה, מספקת ישראל הזדמנויות נדירות לחקר הבדלים אתניים ותרבותיים, ביחס לסוגיות בריאות, בריאות הציבור ובכללן הפרעות אכילה. החלק השלישי של המאמר מביא בקצרה את תוצאות המחקר האפידמיולוגי בישראל לגבי הפרעות אכילה, בקבוצות חברתיות תרבותיות ואתניות שונות. המחקר אכן מראה, כי שכיחות הפרעות אכילה

בישראל, כמו שהיה צפוי לפי התפיסה של הפרעות אכילה כתסמונת תלוית תרבות מערבית, דומה לזו המצויה בחברות מערביות אחרות. גם העמדות וההתנהגויות האבנורמליות כלפי אוכל ואכילה בקרב מתבגרים וילדים בישראל דומות למגמות המסתמנות בארצות מערביות אחרות. לעומת זאת, בחברה הערבית, שהיא עדיין חברה מסורתית ברובה, נמצאה, כצפוי לפי מודל זה, שכוחות נמוכה מאוד של הפרעות אכילה. בתוך אוכלוסייה זו אף נמצאו רמזים ששיעור הפרעות האכילה הוא אכן פרופורציוני לחשיפה לערכי התרבות המערבית. כאשר נבדקו עמדות לגבי אכילה והפרעות אכילה בקרב הקבוצות השונות של האוכלוסייה הערבית, הממצאים הראו כי המתבגרות הצ'רקסיות קיבלו את הציון הנמוך ביותר באכילה פתולוגית, בעוד שהמתבגרות הבדואיות היו בעלות הציונים הגבוהים ביותר. זאת מאחר שהצ'רקסים מייצגים קבוצה סגורה יחסית, השומרת על הערכים המסורתיים, לעומת הקבוצה הבדואית, החשופה באופן מסיבי לחילון ולערכי התרבות המערבית. מתאימים למודל זה גם הממצאים במחקר שבדק עמדות אצל מתבגרות, שהראו כי במגזר הדתי היהודי, ככל שרמת הדתיות גבוהה יותר המדדים השונים של הפרעות באכילה נמצאו נמוכים יותר. המדדים השונים של הפרעות באכילה נמצאו נמוכים יותר גם בקרב עולים חדשים, במיוחד עולים מאתיופיה. אך תהליך העלייה לישראל, שבו נחשפים העולים בצורה מסיבית לערכי התרבות המערבית, מגביר את הסיכון להתפתחות של הפרעות אכילה, בין היתר, לאור הרצון להשתייך ולהזדהות עם הערכים המערביים, המאדירים את הרזון ומגבירים את המודעות לדימוי גוף (Fichler, 1990; Nasser, 1988a,b).

הקינוח גם הוא יכול לשמש מעין מעבדה בזעיר אנפין. בתחילת דרכו, כשהיה תוצר הבניית אידיאולוגיה ייחודית ברורה ומגובשת, דווח רק על מיעוט מרשים של הפרעות אכילה. מאוחר יותר, דווחה עלייה משמעותית ודרמטית בהפרעות אכילה. לאחרונה נמצא, כי אין הבדלים משמעותיים בשכיחות הפרעות אכילה בקרב בנות קיבוצים בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל, שינוי שניתן להסבירו בכך שהקינוח עבר שינויים חברתיים כלכליים משמעותיים, הייחוד שבו היטשטש ואורח החיים בו דומה עתה לאורח החיים הרווח בשאר צורת היישוב בישראל. אפשר לראות אפוא, כי הנתונים מישראל אכן תומכים בתפישה הרחבה של הפרעות האכילה כהפרעות תלויות תרבות, במקרה זה בערכים תרבותיים האופייניים לתרבות המערבית.

## ביבליוגרפיה

- בכר, א. (2001). *הפחד לתפוש מקום, אנורקסיה ובולמיה: טיפול לפי גישת הפסיכולוגיה של עצמי*. הוצאת מאגנס, ירושלים.
- גפן, ש. (2003). *הקשר בין מידת דתיות, דימוי גוף והערכה עצמית לבין הפרעות באכילה אצל נערות דתיות-לאומיות באולפנא פנימייתית*. עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה", הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- ויצטום, א., גודמן, י. (1997). ביטוי מצוקה נפשית אצל חרדים: הבנייה נרטיבית והתערבות נרטיבית רגישת-תרבות, *חברה ורווחה*, 18, 97-123.
- ינקו, י., קיקנזון, ל., רצוני, ג. ואפטר, א. (1993) אנורקסיה נרבוזה ותסמונת כפייתית בנערה עולה חדשה. *הרפואה*, 124, 477-479.
- לצר, י. (2000). הפרעות אכילה באתלטים: מיתוסים וסימני אזהרה. *הרפואה*, 139, 57-62.
- שיינברג, ז., בלייד, א. וקולובסקי, מ. (1992). שכיחות הפרעות אכילה בקרב חיילות בישראל. *הרפואה*, 128, 73-78.
- Al-Issa, M. (1966). Psychiatry in Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 112, 827-832.
- Anderson, A. E. & DiDomenico L. (1992). *Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders?* *International Journal of Eating Disorders*, 11, 283-287.
- Apter, A., Abu Shah, M., Iancu, I., Abramovitch, H., Weizman, A., & Tyano, S. (1994). Cultural effects on eating attitudes in Israeli subpopulations and hospitalized anorectics. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 120, 83-99.
- Attie, I, & Brooks-Gunn, J. (1995). The development of eating regulation across the lifespan. In Cicchetti, D., Cohen, D. J. (Eds): *Developmental psychology*, Vol. 2. (pp. 332-368) New York. John Wiley & Sons.
- Banks, C. G., (1992). Culture in culture-bound syndrome: The case of anorexia nervosa. *Social Sciences and Medicine*, 34, 867-884.
- Barak, A., & Golan, G. (2000). Counseling psychology in Israel: Successful accomplishments of a nonexistent specialty. *The Counseling Psychologist*, 28, 100-116.

Becker, A. E. (2002). Culture, the media, and eating disorders: The view from Fiji. *2002 International Conference on Eating Disorders*. Boston, MA, April 25-28, p. 7.

Bemporad, J. R., (1997). Cultural and historical aspects of eating disorder. *Theoretical Medicine*, 18, 401-420.

Bell, R. M. (1985). *Holy anorexia*. University Chicago Press, Chicago.

Ben Rafael, E. (1988). *Status, power and conflict in the Kibbutz*. Brookfield, VT: Gower.

Bliss E. L. & Branch C. H. H., (1960) *Anorexia nervosa: Its history, psychology, and biology*. Paul Hoeber, Inc, New York

Brown, T. A., Cash, T. F., & Lewis, J. R. (1989). Body-image disturbances in adolescent female binge-purgers: A brief report of the results of a national survey in the USA. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 605-613.

Bruch, H., (1973) *Eating disorder: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Basic Books, New York

Brooks-Gunn, J., Burrow, C., & Warren, M. P. (1988). Attitudes toward eating and body weight in different groups of female adolescent athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 749-757.

Brumberg, J. J., (1988). *Fasting girls: The histories of anorexia nervosa*. Penguin Books, New York

Burckhardt, J., (1994). *The civilization of Renaissance in Italy*. Oxford University Press, New York

Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J., Davies, J., & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.

Chowdhury, U., Gordon, T., Lask, B., Watkins, B., Watt, H. & Christie D. (2003). Early-onset anorexia nervosa: Is there evidence of limbic system imbalance? *International Journal of Eating Disorders*, 33, 388-396.

Cnaan, R. A. (1987). Value bases and attitudes toward welfare to the enemy. *Social Development Issues*, 11, 46-63.



Dolan, B. J. (1991). Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 67-78.

Eisenstadt, S. (1989). *Israeli society* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Stockten.

Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbances in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 63-74.

Fairburn, C. G., Marcus, D. M., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive behavioral therapy for binge-eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In Fairburn, C.G., Wilson, G. T. (Eds): *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. (pp. 361-404) New York. The Guilford Press.

Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-519.

Feingold, A. (1992). Good-looking people are not what we think. *Psychological Bulletin*, 111, 304-341.

Fichler, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T. F. Cash, T. Pruzinsky (Eds.) *Body images - development, deviance and change*. New York, Guilford Press.

Freud, S. (1959). *The origins of psychoanalysis*. Basics Books, New York.

Gard, M. C. E., & Freeman, C. P. (1996). The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 1-12

Garfinkel, P. E., Lin, B., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A., & Woodside, B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of sub-groups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.

Garner, D. M., & Garfinkel P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.

Garner, D. M., Garfinkel P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483-491.

Gluck, M. E., & Geliebter, A. (2002). Body image and eating behaviors in orthodox and secular Jewish women. *Journal of Gender Specific Medicine*, 5, 19-24.

George, A. R. (1973). Processes of sedentarization of nomads in Egypt, Israel and Syria: A comparison. *Geography*, 58, 161-165.

Graber, J. A., Archibald-Bastiani, A., & Brooks-Gunn, J. (1999). The role of parents in the emergence, maintenance and prevention of eating problems and disorders. In Piran, N., Levine, M. P., Steiner-Adair, C. (Eds): *Preventing eating disorders*. (pp. 44-62) Philadelphia, Brunner-Mazel.

Halmi, K., (1994) Princess Margaret of Hungary. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1216.

Harel, Y., Kani, D., & Rahav, G. (1997). *Youth in Israel*. Brookdale Institute: Jerusalem.

Harel, Y., Ellenbogen-Frankovits, S., Molcho, M., Abu-Ashas, K., & Habib, J. (2002). *Youth in Israel*. Brookdale Institute: Jerusalem.

Heinberg, L. J., & Thompson, J. K. (1995). Body image and televised images of thinness and attractiveness: A controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 325-338.

Hoek, H. W. (1995). The distribution of eating disorders. In Brownell K. D., Fairburn C. G. (Eds): *Eating disorders and obesity*. New York, The Guilford Press, 207-211.

Hoek, H. W. (2002). The Occurrence of Eating Disorders at Curacao. *2002 International Conference on Eating Disorders*. Boston, MA, April 25-28, p. 7.

Jonas, H. (1958). *The Gnostic religion*. Beacon Press, Boston.

Kaffman, M., & Sadeh, T. (1989). Anorexia nervosa in the kibbutz: Influencing the development of monoideistic fixation. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 33-35.

Kingston, K., Szmukler, G., Andrewes, D., Tress, B., & Desmond P. (1996). Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after referring. *Psychological Medicine*, 26, 15-28.

Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.

Korkina, M. V., Tsyvilko, M. A., Marilov, V. V., & Koreva, M. A. (1992). Anorexia nervosa as manifested in Russia. *International Journal of Psychosomatics*, 39, 35-40.

Lacey J. M., (1982). Anorexia nervosa and beautiful female saint. *British Medical Journal*, 1816-1817.

Latzer, Y. (2003). Disordered eating behaviors and attitudes in diverse groups in Israel. In M. R. Giovanni (Ed.), *Eating disorders in the Mediterranean area: An exploration in transcultural psychology*. Chapter 13 (pp. 159-181) Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

Latzer, Y., & Gilat, I. (2000). Calls to the Israeli hotline from individuals who suffer from eating disorders: An epidemiological study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 8, 31-42.

Latzer, Y., & Shatz, S. (1999). Comprehensive community prevention of disturbed attitudes to weight control: A three level intervention program. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 7, 3-31.

Latzer, Y., & Shatz, S. (2001). Disturbed attitudes to weight control in female kibbutz adolescents: A preliminary study with a view to prevention. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 9, 225-237.

Latzer, Y. & Tzischinsky, O. (2003). Weight concern, dieting and eating behaviours. A survey of Israeli high school girls. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 15, 295-305.

Levine, M. P., Smolak, L., & Hayden, H. (1994). The relation of socio-cultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Adolescence*, 14, 472-491.

Liles E. G. & Woods, S. C., (1999) Anorexia nervosa as viable behavior: Extreme self-deprivation in historical context. *History of Psychiatry*, 10, 205-225.

Mintz, L. B., & Betz, N. E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 463-471.

Mitrany, E., Lubin, F., Chetrit, A., & Modan, B. (1995). Eating disorders among Jewish female adolescents in Israel: A 5-year study. *Journal of Adolescent Health*, 6, 454-457.

Nasser, M. (1986). Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo Universities. *Psychological Medicine*, 16, 621-625.

Nasser, M. (1988a). Culture and weight consciousness. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 573-577.

Nasser, M. (1988b). Eating disorders: The cultural dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 184-187.

Nasser, M. (1997). *Culture and weight consciousness*. London and New York: Routledge.

Neumark-Sztainer D., Palti, H. & Butler, R. (1995). Weight concerns and dieting behaviors among high school girls in Israel. *Journal of Adolescence Health*, 16, 53-59.

Patton, G. C. (1988). The spectrum of eating disorders in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 579-584.

Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 198-204.

Piran, N., Levine, M.P. & Steiner-Adair, C. (Eds.) (1999) *Preventing eating disorders*. Philadelphia, Brunner-Mazel.

Pliner, P., & Chaiken, S. (1990). Eating, social motives and self-presentation in women and men. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 240-254.

Rhodes, N., & Wood, W. (1992). Self-esteem and intelligence affect influencability: The mediating role of message reception. *Psychological Bulletin*, 111, 156-171.

Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J.G., Rossotto, E., & Guthrie, D. (2000). Development and validation of the Parental Intrusiveness Rating Scale among bulimic and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 188-201.

Russel G. H., (1985). The changing nature of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19:101-109.

Sasson, A., Lewin, C., & Roth, D. (1995). Dieting behavior and eating attitudes in Israeli children. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 67-72.

Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., & Kelly, E. (1986). The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles*, 14, 519-532.

Simmonds, M. (1914) Uber embolische Prozesse in der Hypophysis. *Archives Pathologische Anatomie*, 217, 226.

Snow, J. T., & Harris, M. B. (1986). An analysis of weight and diet content in five women's interest magazines. *The Journal of Obesity and Weight Regulation*, 5, 194-214.

Smolak, L., Levine, M. P., & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 263-271.

Stice, E. (1994). Review of the evidence for a socio-cultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.

Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). The relation of media exposure to eating disordered symptomatology: An explanation of media mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 836-840.

Stice, E., & Shaw, H. E. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin- ideal on women and linkage to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 288-308.

Stein, D., Meged, S., Bar-Hanin, T., Blank, S., Elizur, A., & Weizman, A. (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1116-1123.

Stein, D., Lilenfeld, L.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., & Kaye, W.H. (1999a). Familial aggregation of eating disorders: Results from a controlled family study of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 211-215.

Stein, D., Luria, O., Tarrasch, R., Yoeli, N., Glick, D., Elizur, A., & Weizman, A. (1999b). Partial eating disorders in newly drafted Israeli service women. *Archives of Women's Mental Health*, 2, 107-116.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.

Swartz, L. (1985). Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. *Social Sciences and Medicine*, 20, 725- 730.

Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. Elmsford, NY, Pergamon Press.

Thompson, J. K., & Heinberg, L. J. (1993). A preliminary test of two hypotheses of body image disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 59-64.

Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.

Voracek, M., & Fisher, M. L. (2002). Shapely centerfolds? Temporal change in body measures: Trend analysis. *British Medical Journal*, 325, 1447-1448.

Walter, J. V., Kaufman, M. R. & Deutsch, F., (1940). Anorexia nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2, 3-16.

Weisman, M. A., Gray, J. J., Mosimann, J. E., & Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89.

Woodside, D. B., & Garfinkel, P. E. (1992). Age of onset in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 31-36.

## השפעת המגדר על מחלות הנפש והטיפול בהן

ענת שליו<sup>11</sup> ודורון תודר<sup>12</sup>



במונח מחלות הנפש אנו מתכוונים למגוון המחלות הפוגעות בחשיבה, ברגשות ובהתנהגות. מבין עשר המחלות שגורמות לנכות הגדולה ביותר באוכלוסייה, ניתן למצוא לפחות ארבע מחלות מתוך תחום בריאות הנפש: סכיזופרניה (Schizophrenia), דיכאון (Depression), מניה דפרסיה (Bipolar affective disorder), והפרעה טורדנית כפייתית (Obsessive-Compulsive Disorder). מעבר לנכות שגורמת המחלה לחולה עצמו, היא גם גורמת לעומס ניכר למקורביו, ולגופים המטפלים בו (Murray & Lopez, 1996). מחלות הנפש הן מחלות הנגרמות כתוצאה משילוב של גורמים רבים: גורמים ביולוגיים, משפחתיים, גנטיים, וחברתיים-סביבתיים. כל אחד מהגורמים הללו בא לידי ביטוי באופן שונה אצל גברים לעומת נשים. המגדר משפיע על התנאים הביולוגיים כיוון, שנשים וגברים נבדלים במגוון רחב של תופעות ביולוגיות: ההורמונים השונים הם רק דוגמה אחת להבדלים ביניהם. המגדר משפיע גם על התנאים המשפחתיים בהם נמצאות נשים. לדוגמה, מרבית מקרי ההתעללות המינית בתקופת הילדות מתרחשים כלפי בנות, ולא כלפי בנים. מבחינה גנטית, ישנן מחלות האופייניות רק לגברים, או לחילופין, ישנן מחלות האופייניות רק לנשים. לכל אחת מהמחלות הגנטיות הללו השלכות מרחיקות לכת על מצבו הנפשי של האדם. ההשפעה הסביבתית-חברתית על המגדר היא עצומה במגוון דרכים. לדוגמה, נשים עשויות להיפגע יותר מגברים בעת שפל כלכלי כיוון שהן מפוטרות ביתר קלות מאשר גברים. מכאן ברור, כי ישנם הבדלים מגדריים רבים ביחס למחלות הנפש השונות. הבדלים אלה מתבטאים בשכיחות המחלות, בגיל בו הן פורצות, במהלך המחלה, בסוגי הסימפטומים, בתגובות לטיפולים השונים ועוד. היסטורית, מחקרים בתחום מגדר ומחלות נפש נסמכו על הגדרות חד ממדיות של בעיות נפשיות כגון מתח פסיכולוגי, וזאת על מנת לעקוף את הבעיה בסיווג של ההפרעות הנפשיות. המסקנה הייתה, שנשים סובלות ממחלות נפש יותר מאשר הגברים (Dohrenwend, 1998). עם התפתחות הכלים האבחוניים בוצעו מחקרים שהוכיחו כי בסך

<sup>11</sup> ענת שליו, תלמידת MA במחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

<sup>12</sup> דורון תודר, פסיכיאטר במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע.

הכל אין הבדלים מהותיים בשכיחות החולי הנפשי כתלוי במגדר (Kessler, McGonagle, Zhao, et al. 1994).

עם זאת התברר, שנשים וגברים נבדלים זה מזה בסוגי ההפרעות הנפשיות, שהם סובלים מהן. נמצא, שנשים סובלות פי שתיים מהפרעות במצב הרוח. פער זהה קיים גם בהפרעות החרדה. לעומת זאת, אצל גברים הפרעות של התמכרות לחומרים שונים והתנהגויות אנטי סוציאליות שכיחות פי ארבע מאשר אצל נשים (Offord, Boyle, Campbell, et al. 1996). במקביל להבדלים במחלות עצמן, קיימים הבדלים מגדריים בהרגלי הצריכה של שירותי בריאות הנפש, כמו גם ביחס לטיפול. ידוע, כי יותר נשים מגיעות למרפאת דיכאון, הן בגלל הבדל מגדרי בשכיחות המחלה, והן בשל צורת התמודדות שונה בין גברים לנשים (Blehar, 2001).

עד כה היקף המחקר בנושאים אלה היה מצומצם. מעט מחקרים יחסית נערכו בתחום, ורובם סובלים תדיר מבעיות מתודולוגיות כמו מספר נחקרים נמוך (Thornicroft & Susser, 2001). כתוצאה מכך, חסרים נתונים רבים ביחס להבדלי המגדר על מחלות הנפש והטיפול בהן. מתברר שבמהלך ההיסטוריה של המחקר הקליני התרופתי, נשים, מבוגרים ובני מיעוטים שונים, לא יוצגו בהתאם למספרם באוכלוסייה. במשך דורות של מחקר לא שותפו הנשים בניסויים רפואיים, בשל ההנחה כי יש זהות בין נשים וגברים בסוג המחלות, אופן הופעתן, השפעתן, הטיפול המומלץ ותהליך ההחלמה. הסבר נוסף הוא, שעורכי מחקרים העדיפו לא לשתף נשים עקב החשש, שתפסקנה את השתתפותן בניסוי בעקבות כניסה להריון, וכן החשש מפני פגיעה בעובר (Swirski, Kanaaneh & Avgar, 1998; Thurman & Hompesch, 1998). ראוי לציין, שקיימת התייחסות רבה ביחס לבריאות הנפש של האישה, בעת היותה בהריון (על כל ריבוי הבעיות המטודולוגיות במצב זה) (Coverdale & Aruffo, 1989; Ritscher, Coursey & Farrell, 1997). עם זאת כדאי לשים לב, שגם מחקרים בתחום זה לא רואים את האישה כאדם עצמאי וחופשי, אלא כאם, שכל החלטה שלה משפיעה על העובר. מכאן הדרישה הקיימת לאזן בין הצרכים של המטופלת כאישה והצרכים של העובר הגדל בקרבה. צרכים אלה לעיתים זהים, אך לפרקים הם מנוגדים. בפרק זה אין אנו מעוניינים להתייחס למצב זה כלל. טענתנו היא, שבתחום בו האישה נתפסת כהורה אכן ניתנת לה התייחסות מתאימה. החוסר הוא בהתייחסות לאישה הסובלת מהפרעות נפשיות, שלא בעת ההריון.

המגדר משפיע על ההבדלים שבין המינים בכל תחום ותחום: פיזיולוגית, פסיכולוגית, חברתית. אך, כפועל יוצא של מיעוט מידע על הבדלים אלה, אין בשירותי בריאות הנפש הציבוריים התייחסות מספקת לצרכיה הייחודיים של האישה כפי שהם נגזרים מהבדלי המגדר (Rhodes, Goering & Williams, 2002). ומכאן נגזרות שתי המטרות העיקריות של פרק זה:



1. העלאת המודעות של אנשי המקצוע ושל אוכלוסיית הנשים שבטיפול, להבדלים המגדריים המשפיעים על תהליך האבחון הפסיכיאטרי, על הערכת מהלך המחלה, ובעיקר ההשפעה על הטיפול התרופתי והפסיכוסוציאלי.
2. קריאה למחקרים בנושא השפעת המגדר על מכלול השאלות העולות בתחום בריאות הנפש.

פרק זה בנוי כדלהלן: בתחילה נסקור את הבדלי המגדר הבאים לידי ביטוי בכמה מחלות נפש. נמשיך בתיאור השלכות המגדר על שירותי בריאות הנפש. הפרק השלישי יציג את ההבדלים המתבקשים מסוגי הטיפול התרופתיים בהפרעות השונות. נסיים בפרק הדיון ובו נצרך את מסקנותינו להמשך קידום הנושא.

### **השפעת המגדר על התבטאות מחלות הנפש**

כאמור, מחלת נפש היא מונח, שמשמשים בו לציון קבוצה של הפרעות במחשבה, ברגשות ובהתנהגות. האבחנה מבוססת בעיקר על הראיון הקליני, שעורך הפסיכיאטר לחולה, ובשימוש בקריטריונים אבחנתיים מקובלים. האבחון הפסיכיאטרי בארץ, מבוסס בעיקר על הקריטריונים למחלות הנפש, כפי שהוגדרו על ידי ה-APA שהוא הארגון הפסיכיאטרי האמריקאי. קריטריונים אלה מופיעים במערך ה-DSM-IV שפורסם בשנת 1994 (APA, 1994). שיטת איבחון זו מאבחנת אדם כסובל ממחלת נפש אם הוא סובל מצירוף מסויים של סימפטומים, אשר נמשכים מעבר לפרק זמן מינימלי, כפי שמוגדר בכל הפרעה או מחלה. מערך אבחון זה אינו מתייחס לנושא המגדר למעט במחלות שהן ייחודיות לנשים. מחלות לדוגמה הן, המצב של דיכאון לאחר לידה, או תסמונת קדם וסתית. הסווג לפי ה-DSM תקף בלי קשר ללאום, מעמד, דת ומגדר (Busfield, 1996). עם זאת לפי Horsfall (2001), קיימת הטיה מגדרית הנובעת מעצם השפעת אלמנטים חברתיים על קביעת הקריטריונים האבחוניים. לדוגמה, אחד מהסימפטומים החשובים בדיכאון הוא חוסר היכולת להנות מדברים. תחושה זו נגרמת גם על ידי מצבים חברתיים שונים, והיא מושפעת מיחס החברה לאישה. למשל, היכולת להבין ולבטא הנאה, ומגוון האפשרויות להנאה ולהגשמה עצמית הם תלויי מעמד, לאום, ומגדר. דוגמה נוספת היא עצם הלחץ החברתי המעודד נשים לדאוג לצורכיהן לאחר מימוש צרכי הזולת (Miller, 1991). סוציאליזציה כזו יכולה להוביל להערכה עצמית נמוכה, ותלותיות (Caplan, 1992), וגם אלה סימפטומים שכחים בדיכאון. מכאן, שסימפטומים של חוסר הנאה והרגשת ערך עצמי ירוד יכולים להיחשב כמצבים תלויי מצב חברתי-התנהגותי-מגדרי, כפי שקיים בתרבויות שונות (Horsfall, 2001). המסקנה היא, שקיימת השפעה חברתית מגדרית על עצם הסיווג הפסיכיאטרי "האובייקטיבי".

ההטיה המגדרית באה לידי ביטוי גם בדרך בה עלולים ליישם את קריטריוני האבחון של ה-DSM-IV (Horsfall, 2001). דוגמה כזו עולה ממחקר בו בדקו את ההבדלים באופן בו גברים ונשים אובחנו פסיכיאטרית. מאבחנים משני המינים בדקו קבוצת גברים וקבוצת נשים שהכילו אנשים עם הפרעה נפשית ואנשים ללא הפרעה ידועה (Cormack & Furnham, 1998).

במחקר זה נמצא, כי מאבחנים משני המינים נוטים לאבחן גברים כסובלים מהפרעות פסיכיאטריות קשות ומשמעותיות יותר מאשר נשים, גם כאשר הגברים היו בפועל בריאים. מכאן, שניתנת משמעות רבה יותר למצבו של הגבר החולה מאשר למצבה של האישה החולה. אנשים מניחים, שבעיות בריאות בקרב גברים חשובות יותר מאשר בקרב נשים.

לפי Horsfall (2001), לסיווג זה יש גם השפעה לטווח ארוך על הטיפול הפסיכיאטרי בנשים. נשים מסווגות יותר כסובלות ממחלות כמו דיכאון, חרדה והפרעות אישיות. מחלות אלה נחשבות פחות חמורות ממחלות פסיכוטיות ואחרות ולכן ישנה פחות השקעה כלכלית וטיפולית בהן (Busfield, 1996).

מן הראוי היה לסקור את מגוון ההפרעות הפסיכיאטריות ולהצביע בכל הפרעה על ההבדלים בין גברים ונשים. עם זאת, בשל קוצר היריעה, נסקור בפרק זה ארבע פסיכופאטולוגיות מרכזיות בלבד: סכיזופרניה מתוך קבוצת המחלות הפסיכוטיות, מחלה חד קוטבית (דיכאון-דיפרסיה) מתוך מחלות מצב הרוח, ומחלת החרדה המפושטת (Generalized Anxiety Disorder) מתוך קבוצת מחלות החרדה. המחלה הרביעית היא תסמונת קדם ויסתית ובה נפתח מסיבות שיוסברו להלן. תיאור הקליניקה הבסיסית לקוח בעיקר בתוך ספר הלימוד העיקרי של איגוד הפסיכיאטריה הישראלי (Sadock & Sadock, 2000).

### תסמונת קדם ויסתית

אנו בחרנו לפתוח את סקירת מחלות הנפש השונות והשפעת המגדר עליהן בהפרעה שמופיעה אך ורק בנשים. באופן פאראדוקסלי, דווקא כאן אין מקום לבירור השפעת המגדר, כיוון שהשפעת המגדר היא מוחלטת: בגברים הפרעה זו כלל לא קיימת, ואילו בנשים כן. התסמונת הקדם ויסתית מבטאת את מכלול הרגשות והתחושות הלא נעימים המופיעים אצל נשים בגיל הפוריות, בשבוע שטרם לקבלת הווסת. להפרעה זו חשיבות רבה בטיפול בנשים משלוש סיבות עיקריות:

- ♦ הפרעה זו פוגעת במידה זו או אחרת בעד 80% מאוכלוסיית הנשים.
- ♦ מדובר בהפרעה שמשפיעה במהלך השבוע שטרם לקבלת הווסת. המשמעות היא שמדובר בהפרעה הפוגעת ב- 25% מזמן החיים של האישה בגיל הפוריות.
- ♦ להפרעה זו השלכות גדולות על התבטאות מחלות הנפש השונות ועל הטיפול בהן.

ההתייחסויות הראשונות לתסמונת הקדם ויסתית מגיעות עד היפוקרטס (Sadock & Sadock, 2000). בתקופה המודרנית כבר בשנת 1931 הוגדרה התסמונת כ"מתח של טרם הוסת", והיא נקשרה למחזור ההורמונים אצל האישה. ב-1983 הוגדרו קריטריונים מחקרניים להפרעה זו, אך הם הופיעו רק בנספח ל-DSM-III (אחת הסיבות הייתה לחץ של ארגוני נשים שחששו מהסטיגמה שיכולה להיות בהפיכת מצב שכיח זה למחלה).

ראוי לציין שישנם כמה מצבים המופיעים בימים שטרם להופעת הוסת, Grady-Weliky (2003): לעיתים ישנם סימפטומים גופניים בלבד (שיכולים בפועל להתבטא בכל איבר בגוף: כאבי ראש, כאבי בטן, גודש בשדיים, סחרחורת ועוד ועוד). מצב זה בד"כ לא מגיע לידי ידיעתו של הפסיכיאטר. לעיתים ישנם במקביל לסימפטומים הגופניים גם סימפטומים נפשיים כמו רגשנות, חרדה או דיכאון. מצב זה מכונה "תסמונת קדם ויסתית". הפרעה זו פוגעת ב-30%-80% מאוכלוסיית הנשים בגיל הפוריות (האחוזים המצוטטים הם תלויי שיטת איבחון שאינה אחידה בחלק מהמחקרים) (Sadock & Sadock, 2000). קיים מצב נוסף ובו הסימפטומים הנפשיים במהלך השבוע האמור הם בעוצמה קשה מאוד. נשים אלה מוגדרות כסובלות מ"דיספוריה קדם ויסתית" (PMDD). מצב קשה זה, שבהגדרתו משפיע על תפקוד האישה (APA, 1994) פוגע ב-10%-2 מכלל הנשים. מצב זה מאופיין בעיקר ע"י סימפטומים דכאוניים או סימפטומים חרדתיים או שילוב שלהם. ההבדל העיקרי בין מצב זה למצב של "התסמונת הקדם ויסתית" (PMS) הוא בעוצמה הקשה יותר של הסימפטומים הנפשיים ב-PMDD.

המורכבות הקלינית של הפרעות אלה נובעת מקיומו של מצב נוסף המופיע בימים של טרם קבלת הוסת, ובו יש חרפת סימפטומים של מחלה אחרת. לדוגמה, אישה סובלת מהפרעת חרדה מפושטת (המחלה תוצג בהמשך), ופונה לרופא בעת החרפה של מחלה זו בימים שטרם קבלת הוסת. הסכנה היא באי אבחון נכון של מצב זה ובהנחה שמדובר בתסמונת קדם ויסתית בלבד. לאור הטיפולים השונים הקיימים בהפרעות השונות יש לטעות זו השלכות רבות לטווח הארוך.

אם כך הבעיה הראשונה היא תת אבחון של הפרעות פסיכיאטריות בשל אבחון יתר של תסמונת קדם ויסתית. אך קיימת גם סכנה הפוכה. הסכנה ההפוכה היא תת אבחון של תסמונת קדם ויסתית והערכה שגויה שמדובר בהחרפה במחלת נפש אחרת, שבפועל יכולה להיות מאוזנת. טעות כזו יכולה להביא לעליה לא מוצדקת במינון התרופות שהמטופלת מקבלת (Grady-Weliky, 2003). הפרעת התסמונת הקדם ויסתית היא הפרעה שמאוד מושפעת מתקשורת לקויה בין המטופלת והרופא המטפל. כיוון שמטופלות רבות אינן חושבות שמדובר בנושא שהוא חריג מהנורמה הן אינן מפרטות בדרך כלל את הקשר הזמני בין הסימפטומים ומצב המחזור החודשי. בעיית התקשורת מחריפה עוד יותר כי הרופא מצפה (ובעצם ללא כל סיבה) שהמטופלת "תדע" שקיים מצב של קשיים נפשיים לפני קבלת הווסת, ולכן מניח שאם המטופלת לא ציינה זאת הרי היא אינה סובלת מכך. להערכתנו חינוך הרופא והעלאת המודעות שלו לעניין הם הדרך היחידה המעשית בכדי להתמודד עם הבעיה.

בהמשך לכך, ברצוננו לציין, שהמיומנות העיקרית הנדרשת מהרופא הפסיכיאטר היא היכולת לקבל מידע מהמטופל על ידי ביצוע הראיון הפסיכיאטרי. בדקנו את ההמלצות של מספר ספרי לימוד מקובלים, ביחס להתייחסות בראיון, למצב המחזור החודשי של האשה. בספרים אלה לא הופיע כלל נושא המחזור החודשי (Robinson, 2000; Sadock & Sadock, )

2000 אליצור, טיאנו, מוניץ, נוימן, 2002). מניסיונו, מצב זה משקף גם את המתרחש בקליניקה היום-יומית. מיותר לציין, שכל עוד בספרי הלימוד אין אזכור לנושא זה, קשה יהיה לצפות לשינוי מהותי בדרך העבודה של הרופאים המטפלים.

### סכיזופרניה

סכיזופרניה הנה שם כולל לאוסף מחלות. מחלות אלה על צורותיהן השונות גורמות לנכות הקשה ביותר מתוך כלל מחלות הנפש. שכיחות המחלה היא 1% באוכלוסייה והיא מופיעה בקרב נשים וגברים באופן זהה (Sadock & Sadock, 2000). הסכיזופרניה מהווה קבוצה של מחלות הגורמות להפרעה קשה ביותר בתהליכים פסיכולוגיים בסיסיים של האישיות. ההפרעה מלווה בסימפטומים מגוונים בשטחי החשיבה, האפקט, התפיסה, ההתנהגות והזהות העצמית. היא פוגעת באופן טיפוסי בעיקר באנשים בגיל היצירה והפוריות (שנות העשרים והשלושים לחייהם). סכיזופרניה היא מחלה רב סיבתית אשר גורמים גנטיים, ביולוגיים, פסיכופיזיולוגיים פסיכו-חברתיים קשורים בעיצובה. החלוקה העיקרית של הסימפטומים בסכיזופרניה כיום היא החלוקה לסימנים שליליים וחיוביים (Marder, Davis, & Chouinard, 1997). הסימנים החיוביים הם חיובים לא במובן של "טוב" אלא במובן של "יש". סימפטומים לדוגמה הם הזיות שמיעה, מחשבות שווא, דיבור לא מאורגן והתנהגות מוזרה. סימנים שליליים מבטאים "חוסר" יש מיעוט מילים ודיבור, מיעוט והשטחה של ביטויים רגשיים, חוסר הנאה מפעילויות וירידה בדחפים וביוזמה. מרבית החולים בסכיזופרניה מתאשפזים לפחות פעם אחת בחייהם, ורבים מהם אפילו יותר מפעם אחת. במרבית הסוגים של הסכיזופרניה עובר החולה בשלב החריף של מחלתו התקף פסיכוטי שמאפייניו הם בדרך כלל הסימנים החיוביים. השלב החריף יכול להימשך שבועות, חודשים, ואף שנים- תלוי בתגובה הטיפולית לתרופות. לעיתים רבות לאחר השלב החריף בולטים בעיקר הסימנים השליליים. סימנים שליליים אלה משפיעים על הירידה ברמת התפקוד של החולה בתוך משפחתו, והם פוגעים קשה גם בתיפקוד הכללי בעבודה ובחברה. בתהליך מחלה כרוני ניתן לצפות למהלך גלי של החרפות והטבות חוזרות.

קיימות עדויות רבות להשפעת המגדר על התבטאות מחלת הסכיזופרניה. המגדר משפיע בכל רמה ורמה (Szymanski, Liberman, Alvir, et al. 1995).

נמצאו הבדלים בגיל התפרצות המחלה, במהלך המחלה, בתגובות לטיפול התרופתי, והבדלים בהשפעות המחלה בטווח הקצר ובטווח הארוך. גברים לוקים במחלה בגיל צעיר יותר, ומקובלת הערכה ששיעור האשפוזים בקרב גברים הוא גבוה יותר מאשר בקרב נשים. מסיבות שאינן ברורות דיין נשים נוטות להגיב טוב יותר לטיפולים תרופתיים (אולי כתוצאה מכך יש גם שיעור נמוך יותר של החרפות ואשפוזים בקרב נשים). סך הכל גם לטווח הארוך המחלה שפירה יותר בנשים מאשר בגברים. ייתכן ובשל התפרצות מאוחרת יותר של המחלה וייתכן בשל סיבות אחרות מרבית הנשים הסובלות מסכיזופרניה נמצאות או נמצאו בעבר במערכות יחסים זוגיות, זאת בניגוד לגברים ששיעורים ניכרים יותר מהם מעולם לא היו בקשר זוגי. לעובדה זו השלכה עצומה על מערכות התמיכה שיש לחולות לעומת חולים,

ובכלל לתחושה הכללית של המטופלות. מצב זה בא לידי ביטוי במספר מחקרים שבדקו רמות תפקוד חברתי קודם לפריצת המחלה (Szymanski et al., 1995). נשים החולות בסכיזופרניה כרונית דווחו כבעלות רמת חינוך גבוהה יותר, ובדרך כלל היה להן עבר תעסוקתי עשיר יותר מאשר לגברים. גם לאחר פריצת המחלה נמצא הבדל משמעותי ברמות תפקוד חברתיות, נתון שהוא רלוונטי ביותר מבחינת הפרוגנוזה של החולה.

במבחי הערכת רמות מוגבלות, ומבחי הערכה תפקודית, נשים קיבלו ציון גבוה יותר משמעותית מזה של גברים. במחקרים אלה עלה, כי גורמים שונים משפיעים על תפקודים חברתיים אצל גברים ואצל נשים. אצל נשים, ההסתגלות החברתית לאחר פריצת המחלה תושפע מהגיל בו החלה המחלה, ומקיומם של סימפטומים שליליים. זאת לעומת הגברים, שאצלם האלמנטים המשפיעים הם משך המחלה וקיומם של סימפטומים שליליים וחיוביים. כמו כן נמצא, שאצל גברים יש קשר מובהק בין סימפטומים חיוביים ותפקוד חברתי נמוך, ואילו אצל נשים לא נמצא קשר כזה (Salokangas, 1983; Leung & Leung, 2000).

השפעת המגדר על הסימפטומים השונים הוא נושא פחות ברור. רוב המחקרים שקיימים מעידים על קיום שוני מגדרי בסימפטומים. בקרב נשים יש נטייה ליתר סימנים חיוביים ואילו אצל הגברים יש נטייה ליתר סימנים שליליים (Szymanski et al., 1995). חשוב לדעת, שמהלך המחלה מושפע גם מהמצב ההורמונלי של האישה. מקובל להניח, שלהורמוני המין הנשיים ובפרט לאסטרוגן, יש השפעה מיטיבה על המוח, וזה אחד ההסברים לתצפית שנשים מפתחות את המחלה בגיל מאוחר יותר (Magharious, Goff & Amico, 1998). בגיל המבוגר יותר, כאשר יש ירידה ברמות האסטרוגן, (כמו בעת גיל הבלות) נשים רבות חוות החרפה בסימפטומים של הסכיזופרניה (Lindamer, Lohr, Haeis, Mcadams & Jeste, 1999). סימפטומים אחרים שמתבטאים לעיתים קרובות בעת שאדם חולה בסכיזופרניה הם סימפטומים של חרדה ודיכאון. ידוע שאצל נשים יש שכיחות גבוהה יותר של סימפטומים חרדתיים ודיכאוניים המלווים את מחלת הסכיזופרניה, אך ייתכן ועובדה זו אינה קשורה למהלך הסכיזופרניה עצמה, אלא לנטייה הגבוהה יותר של נשים לסבול מחרדה ודיכאון, כפי שנדון בהמשך.

אחת השאלות שקיבלו התייחסות מחקרית היא כיצד משפיע גיל התפרצות המחלה על ההבדל המגדרי בהתבטאות הסכיזופרניה. ואם נגדיר זאת באופן מדויק יותר- האם העובדה שהמחלה אצל גברים מתפרצת בגיל צעיר יותר היא הסיבה להבדלים בתפקוד ובהסתגלות החברתית. מחקרים שבדקו נקודה זו הגיעו למסקנה שההבדלים בין נשים וגברים לא יכולים להיות מוסברים רק ביולוגית וישנה השפעה חברתית על ההבדל המגדרי בהתבטאות סכיזופרניה (Usall, Ochoa, Marquez & Araya, 2002).

במחקר זה נמצא גם, שכישורים חברתיים נמוכים נצפו אצל הגברים עוד בטרם פרצה המחלה, כך שהגורם של גיל פריצת המחלה היה פחות רלוונטי להסבר השוני בהסתגלות

לתפקוד חברתי בין גברים ונשים. אחת ההשערות שעלו היא, שהציפיות החברתיות שונות מגברים ומנשים. נמצא למשל, שנשים רבות שסבלו מסכיזופרניה עבדו כעקרות בית, ואולי לחזרתן לתפקיד זה השפעה מיטיבה יחסית מאשר הניסיון לחזור לעבודה במעגל העבודה הלא מוגן כפי שמצופה מגבר. הסבר נוסף אפשרי הוא שההבדל בין המינים נעוץ במוטיווציה הרבה יותר של נשים לחזור ולתפקד מתוך דאגה לילדים שבבית. על חשיבות התפקידים המגדריים ניתן ללמוד ממחקרו של הווארד (Howard, 2000) אשר מצא, כי ילדים להורים חולים בסכיזופרניה מושפעים מהמגדר של ההורה החולה. היותה של האם החולה פגעה הרבה יותר מאשר המצב בו האב היה החולה.

לסיכום, סכיזופרניה היא דוגמה מובהקת למחלה שבה כל גורם וגורם מושפע מהבדלי המגדר. בהיותה אחת המחלות הקשות והמורכבות לטיפול, ובהיותה המחלה האחראית להוצאה הכספית הגדולה ביותר מקרב כלל מחלות הנפש ניתן היה לצפות למידע מלא ומקיף על השפעת המגדר במחלה. מיותר לציין שלא כך הדבר.

## דיכאון

שיעור הנשים הלוקות בדיכאון בארצות הברית בכל שנה הוא 12%, כמעט פי שנים מגברים (6.6%) (Regier, Narrow & Rea, 1993). המאפיין העיקרי של דיכאון הוא ירידה משמעותית בפעילות ובאנרגיה, בעוצמה וברציפות שנמשכים שבועיים לפחות. ירידה ברמה הפסיכו-פיזיולוגית באה לידי ביטוי בכל תחום אפשרי למשל בתחום הרגש (הרגשת עצב תהומי ועמוק), קוגניציה (איטיות מחשבתית וקשיי זיכרון), מוטריקה (האטת פעילות וחוסר אנרגיה), ומוטיווציה (אין חשק לתפקד, הכל נראה חסר טעם). סך הכל מבחינה קלינית החולה יהיה מצוי במצב רוח קודר, יחוש חוסר תקווה, רגשות אשם, ביקורת ושנאה עצמית עד לביזוי עצמי. גיימיסון (גיימיסון, 2000) חוקרת מוערכת בעלת שם עולמי בחקר המחלות האפקטיביות, וחולת מניה-דיפרסיה בעצמה, כתבה על המצב הדיכאוני: "אין בחיים האלה דם או דופק אך יש בכוחם לחולל כאב ואימה חונקת. כל הכיוונים אבודים, כל הדברים קודרים ומנוערים מרגשות". המרכיב הקוגניטיבי בדיכאון משולב במרכיב הרגשי. מהלך המחשבה הופך איטי, ומאופיין בקשיי ריכוז וקשב, הססנות, וקושי לקבל החלטות. תכני החשיבה יאופיינו על ידי תפיסת עולם שלילית ופסימית. רמת הפעילות של החולה יורדת בצורה דרמטית, קיימת הפחתה ביוזמה, רצייה ומוטיווציה. פיזיולוגית החולה יתלונן על עייפות, חוסר מרץ, כאבי בטן וראש, ירידה בתאבון לרוב, וקשיי שינה. כפי שגיימיסון (גיימיסון, 2000) מנסחת זאת: "הגוף מותש עד העצם, נעדר רצון, הכל עולה במאמץ ושום דבר אינו נראה ראוי למאמץ הזה. תשישות מרגיזה מחלחלת לכל מקום, מחשבה או פעולה כמו גז בלתי יציב".

מחקרים מראים שלפני תקופת גיל התבגרות, ובבגרות המאוחרת, גברים ונשים חווים דיכאון בשכיחות זהה (Rebbington, Dunn & Jenkins, 1998). השוני המגדרי בשכיחות המחלה מתבטא בתקופת גיל ההתבגרות, הפוריות, ועולה לאחר גיל המעבר. הבדלים אלו הביאו את המדענים לטענה כי אלמנטים הורמונליים קשורים בפגיעות היתר של נשים

למחלה. חיזוק לטענה זו מגיע מקיום התסמונת הקדם ויסתית. כפי שצינו בשבוע שקודם לוסת נשים רבות סובלות מירידה לא מוסברת במצב הרוח. למצב זה יכולה להיות השלכה עצומה כיוון שמחקרים מראים שיש עלייה בניסיונות האובדניים, ובשיעורים של מעשי אובדנות "מוצלחים" בשבוע שלפני הוסת (גיימיסון, 2000) ברצוננו לציין שלמרות שלכאורה השינויים ההורמונליים הם האחראים לירידה במצב הרוח אין לכך הוכחה חד משמעית. יש לדעת, שמחקרים הבודקים רמות הורמונליות בגוף הנם מחקרים מורכבים מתודולוגית בעיקר בגלל הרמות הנמוכות של החומרים הנבדקים, ובשל העובדה שהם מופרשים באופן פולסטיבי ולא קבוע במהלך היממה.

עוד טענו אחרים, כי שיעור היתר של דיכאון בקרב נשים נובע מהדרישות שהחברה מעמידה בפני האישה להיות אשת איש, אם, ובעלת קריירה בו זמנית. גם השערה זו לא הוכחה כיוון שבמחקרים במדינות העולם השלישי הפער המגדרי עומד בעינו. עם זאת, ברור כי גורמי מתח פסיכוסוציאליים הם גורמי סיכון לפתח דיכאון אצל נשים. לדוגמה, גורמים כאלה הם: ריבוי תפקידים בבית ובעבודה, הקלות בה אישה יכולה להימצא במצבי מצוקה כלכלית, אלימות וניצול מיני בילדות ובגרות, גידול ילדים לבד ועוד. מוסכם כי במרבית חברות העולם נשים נוטות יותר מגברים לסבול מגורמי מתח פסיכוסוציאליים אלה בשל המבנה החברתי ומעמדה של האישה בחברה (Piccinelli & Wilkinson, 2000; Sherrill, ) (Anderson & Frank, 1997).

נושא נוסף, בעל חשיבות עליונה בעת הטיפול בחולים דיכאוניים הוא נושא האובדנות. 75% מהאנשים שהתאבדו סבלו מדיכאון בתקופה שקדמה למעשה האובדני. הסבירות שחולה דיכאון ישים קץ לחייו היא פי עשרים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (גיימיסון, 2000). למרות שגברים מצליחים להרוג את עצמם בשיעור גבוה פי 4 מנשים, נשים מדווחות על ניסיונות להתאבד פי 2-3 יותר מגברים. ייתכן והדבר קשור בכך שהמחלות הדכאוניות אצל נשים עשויות להיות פחות אלימות ואימפולסיביות מאשר אצל הגברים. עובדה זו יכולה להשפיע על הנשים לבחור בשיטות אלימות פחות כגון אמצעי הרעלה ולא ירי (גיימיסון, 2000). ישנן השערות נוספות לשיעור "ההצלחה" הגבוה של הגברים. ייתכן וגברים נוטים פחות לבקש סיוע לבעיותיהם הפסיכיאטריות (או בכלל), וכן הנגישות להחזקת כלי נשק, העלאת הסיכון האובדני בעת שימוש בסמים ואלכוהול, יחד עם רגישות יתר לסטיגמות המיוחסות ל"כישלון" ניסיון ההתאבדות. זו דוגמה נוספת להבדלים בביטויי בעיות פסיכיאטריות כתוצר של מרכיבים ביולוגיים, פסיכוסוציאליים ופסיכולוגיים, דהיינו- מגדריים (White & Stillion, 1988). רמזנו כבר, כי אף הקליניקה בדיכאון היא תלוית מגדר. אחד המחקרים המעניינים ביותר פורסם לאחרונה על ידי Khan וחבריו (Khan, Gardner, Prescott & Kendler, 2002). מחקרים ייחודי כיוון שהוא בדק זוגות של תאומים השונים זה מזה על פי המגדר. הם איתרו 201 זוגות תאומים בהם שני התאומים (אחד זכר ואחת נקבה) סבלו מדיכאון. מקובל להניח שאצל תאומים התנאים הסביבתיים והמשפחתיים דומים מאוד. מכאן, שניתן להניח שעיקרי ההבדלים שנמצאו נובעים מהשוני במגדר. במחקר התברר שכאשר נשים סבלו מדיכאון הן התלוננו יותר מגברים על

סימפטומים של חוסר אנרגיה, שינה מרובה, והאטה פסיכומוטורית. לעומת זאת גברים דיווחו יותר על חוסר שינה ועל אי שקט.

לסיכום, הדיכאון היא מחלה נפוצה עם דומיננטיות נשית ברורה. המחלה שונה בהתבטאותה ובמהלכה בין נשים וגברים ויש לבדוק כיצד מודעות להבדלים אלה יכולה להשפיע על הטיפול המיטיבי בהפרעה זו.

### **הפרעת חרדה ממושטת (Generalized Anxiety Disorder)**

החרדה היא הסימפטום העיקרי במגוון מחלות החרדה. חרדה מוגדרת כתחושת אי נוחות קשה, הדומה לפחד, בעיקר בתגובות הגופניות המלוות אותה. ההבדל בין חרדה ופחד נעוץ בעובדה שבדרך כלל החרדה נובעת מגורם נפשי לא ברור בעוד שהפחד נובע מגורם ידוע. הבחנה אחרת היא שהפחד נובע מגילויי סכנה חיצוניים, בעוד שמקור החרדה בתחושת סכנה פנימית. גילויי החרדה הם גופניים- אובייקטיביים וסובייקטיביים כאחד. בעת התקף חרדה אנו נבחין בסימפטומים אוטונומיים פיזיים כגון: מתח שרירים מוגבר, דופק מהיר, עלייה בלחץ הדם, הסמקה, הזעה, שלשול ותכיפות בהטלת שתן. בנוסף לכך יש נשימות עמוקות ומהירות, לפעמים כאבים בחזה והרגשת קוצר וחוסר נשימה עד מחנק. חלק מהתופעות המוטוריות הן צמרמורת, רעד, אי שקט פסיכומוטורי. תסמינים אלה מובילים תכופות לביקור בחדר המיון משום שהאנשים החווים אותם חוששים שהם סובלים מהתקף לב (Fawcett, Scheftner, Fogg, et al., 1990). סובייקטיבית החולה ירגיש קשיי ריכוז עד בלבול, חוסר נעימות ותחושת סבל קשה מנשוא. קיימות תחושות ייאוש וחוסר אונים. האדם מפתח בידוד חברתי מרצון על מנת למנוע התקפים בציבור, ומצב זה עלול לגרום לירידה משמעותית ביותר באיכות חייו של החולה.

על פי ה-DSM-IV הפרעות החרדה כוללות חמש הפרעות: הפרעת בעתה (Panic Disorder), הפרעת חרדה ממושטת (Generalized Anxiety Disorder), הפרעה טורדנית כפייתית (Obsessive Compulsive Disorder), פוביה מגורם ספציפי (Specific Phobia), ותסמונת בתר חבלתית (Post Traumatic Stress Disorder) (APA, 1994).

הפרעות החרדה הינן הפרעות שכיחות ביותר. שכיחותן היא כ- 13.3% מכלל האמריקאים בגילאי 18-54 בכל שנה נתונה. מלבד ההפרעה האובססיבית-קומפולסיבית ששכיחותה בקרב נשים וגברים זהה, הרי בכל שאר הפרעות החרדה, נמצא כי נשים סובלות משכיחות גבוהה יותר (Sadock & Sadock, 2000). המחלות השונות נבדלות זו מזו בכל מרכיב ומרכיב. המשותף להן הוא רק קיומה של החרדה, אך אף היא באה לידי ביטוי בדרכים שונות. לדוגמה בהפרעת בעתה התקפי החרדה הם לא צפויים, בעוד שאדם הסובל מפוביה ספציפית יחווה התקף חרדה אם יגיע לידי מגע עם גורם הפוביה. כיוון שכך לא נוכל לפרט את כל הידוע על השפעת המגדר בכל מחלה ומחלה. אנו נרחיב בהפרעה אחת שהיא הפרעת החרדה הממושטת (GAD) לאחרונה Homel וחבריה (Homel, Casey & Allison, 2001) ערכו סקירה בנושא השפעת המגדר על מחלת החרדה הממושטת (GAD). נביא את עיקרי המסקנות המתקבלות:



הפרעת החרדה המפושטת (GAD) היא מחלה כרונית הפוגעת בנשים בשיעור כפול מזה של גברים. המחלה מתבטאת בדאגנות מוגזמת וחרדה, יחד עם מגוון סימפטומים גופניים כמו עייפות, אי שקט, קשיי ריכוז, רגזנות, מתח שרירים, הפרעות שינה ועוד. חשוב לציין, שהדאגנות המוגזמת אליה מתכוונים היא בדרגה כזו הפוגעת בתפקוד היום יומי של האדם החולה והיא אכן מוגזמת ביחס למקובל בסביבתו של אותו אדם.

המגדר משפיע על התבטאות המחלה כבר בקרב פעוטות. GAD אובחנה בקרב פעוטות בגיל 4. כבר בגילאים אלה הדומיננטיות הנקבית היא חד משמעית. חשוב לציין שאין הבדל ממוצע בגיל התפתחות המחלה אלא בכך שלאורך כל טווח הגילאים שיעור הנקבות כפול מזה של זכרים (בנות מול בנים ונשים מול גברים). הפרעת החרדה מושפעת מגורמים רבים. מעניין לציין שאירועי חיים קשים משפיעים על התפתחות המחלה אצל נשים יותר מאשר אצל גברים. כמו כן באופן ברור ישנם גורמים נוספים העלולים לעודד התפתחות המחלה בעיקר אצל נשים כגון הערכה עצמית ירודה, מחלות גופניות, ועוד. גורמים אלה פחות חשובים בהתפתחות המחלה אצל גברים. אין עדות להבדלי מגדר על מהלך המחלה לאורך השנים.

GAD היא מחלה שלרוב אינה באה מבודדת אלא בשילוב עם מחלות נפש אחרות כמו דיכאון, הפרעת בעתה ועוד. באופן ברור לנשים סיכון יתר לפתח קומורבידיות יחסית לגברים. מיותר לציין שככל שיש יותר קומורבידיות, וככל שעוצמת החולי בכל מחלה גדולה יותר הפרוגנוזה פחות טובה. כאמור, אחת המחלות המופיעה באופן שכיח עם GAD היא הדיכאון. מצב כפול זה מופיע בכ 40% מהמקרים. המצב המשולב של חרדה עם דיכאון שונה בהתבטאותו בין גברים ונשים. נשים סובלות יותר מהאטה מוטורית, בעוד גברים מבטאים יותר סימפטומים של עוינות ואי שקט מוטורי. המסקנה המתקבלת היא שהקריטריונים לאבחון המצב המשולב של דיכאון-חרדה אמורים להיות תלויי מגדר. מצב זה לא קיים בפועל. חשוב לציין, שבגלל הדמיון בסימפטומים יש בלבול רב בין GAD ותסמונת קדם ויסתית. פעמים רבות נוטים לא לאבחן את המחלה הכרונית הקיימת ומעדיפים לחשוב שהחרדה היא חלק מהתסמונת הקדם ויסתית. חשוב מאוד להבדיל בין השתיים לאור ההתייחסות הטיפולית השונה.

## **סיכום**

בחלק זה סקרנו מספר הבדלים תלויי מגדר בהתבטאות מחלות הנפש השונות. ללא ספק רב הסמוי על הנגלה. העלנו מספר שאלות וישנן עוד שאלות רבות אחרות שלא הצגנו. חשוב להבין שהתשובות לשאלות אלה חיוניות לכל מהלך הטיפול וההתייחסות לחולות במחלות הנפש השונות. אין אלה שאלות אקדמאיות גרידא אלא שאלות עם השלכות ברורות וגדולות על ההתייחסות לאנשים הסובלים ממחלות הנפש. לכן כה חשוב המחקר של השפעת המגדר בכל נושא ונושא ביחס לבריאות הנפש, החל מהגורמים למחלה עבור דרך הטיפול במחלה וכלה בשיקום ממנה. אנו רואים חשיבות עליונה בהעלאת המודעות לקיומה של התסמונת הקדם ויסתית על צורתיה השונות. דווקא בשל שכיחותה הרבה, ודווקא בשל היותה

נתפסת כחלק טבעי בחיי האישה, יש סכנה רבה יותר להתעלמות ממנה. השפעותיה על מהלך המחלות השונות, והטיפול בהן, הן מורכבות ולכן חשוב להיות מודעים לקיומה.

### **הבדלי מגדר בצרכנות שירותי בריאות הנפש**

נשים הן הקליינטיות העיקריות של שירותי בריאות הנפש. כ-6%-10% מאוכלוסיית צפון אמריקה משתמשים בשירותי בריאות הנפש הקהילתיים. מחקרים מראים בצורה קבועה כי נשים משתמשות בשירותים אלה פי שניים יותר מגברים (Kessler, Frank, Katz, Lin & Leaf, 1997). לפי Rhodes ועמיתיו חלק מההסבר לכך הוא שוני מגדרי בסיווג מחלות פסיכיאטריות (Rhodes, Goering & Williams, 2002).

במחקרם של Thornicroft & Slade (2002) התברר שיש שונות חלקית בצרכים של שני המגדרים. למשל, הם מצאו כי אצל הגברים הייתה יותר נטייה לפגוע בזולת ושימוש בחומרים ממכרים. לעומת זאת נשים היו בעלות צרכים אחרים כגון טיפול בילדים. עוד הבדל הוא שאצל נשים הייתה שכיחות גבוהה יותר של ניסיונות פגיעה עצמית. ברור אם כן, שמערך טיפולי בנשים צריך לכלול התייחסות לנושא הטיפול בילדים ולקשיים שיש לאישה החולה לתפקד גם כאם. מערך טיפולי זה צריך לכלול התייחסות למצב הילדים, לטיפולם, ומערכת שתעזור לאישה החולה בתפקודה כאם. כל אלה אינם חיוניים אצל מטופלים גברים שלהם צרכים אחרים. דוגמה אחרת עלתה באותו מחקר, מתוך בירור היחס לאיכות החיים על פי מגדר. נמצא, כי גברים העריכו את חיי המשפחה כאלמנט בעל השפעה מרובה על איכות החיים, נתון שלא נמצא אצל הנשים, שהעניקו חשיבות רבה יותר לפעילות מהנה בשעות הפנאי כגורמת לאיכות חיים. ממצא זה יכול להיות מוסבר בכך שנשים יותר נמצאות בחיי משפחה, וזקוקות ליותר זמן הנאה. אותם החוקרים ניסו לבדוק גם האם יש יישום של הבדלי המגדר בפרקטיקה הציבורית. הם בדקו ארבעה אזורי מחקר באירופה, ונמצא שאין כמעט הבדלי מגדר בשירותי בריאות הנפש שניתנים לנשים ולגברים. ההבדלים בין השירותים השונים היו תלויי מקום ומשאבים, ולא תלויי מגדר. כלומר, כיום לרוב אין מענה בצורת שירותים מיוחדים לשונות המגדרית (Thornicroft, Leese, Tansella, et al., 2002b). זהו נתון מעניין לאור הבדלים בדפוסי הצרכנות של המגדרים. כמסקנה הציעו החוקרים לתכנן יחידות נפרדות לנשים וגברים. דוגמה נוספת עלתה במאמרו של Horsfall (2001), אשר בדק צרכים של חולים במחלות הנפש השונות הסובלים במקביל גם מהתמכרות לחומרים ממכרים. נמצא כי נשים הפיקו יותר, והפגינו יותר שביעות רצון מגברים ביחס לטיפולים "משלימים" כגון לימוד מיומנויות נרכשות ולימוד מיומנויות חברתיות. אי שביעות הרצון של הגברים מטיפולים אלה הייתה בשיעור כפול מזה של הנשים. הגברים טענו שהטיפולים הללו אינם נותנים פתרון לבעייתם. עוד נמצא שגברים נזקקו לסיוע גדול יותר ברכישת מיומנויות תפקוד יומיומיות כגון בישול, נקיון וכו'. ועם זאת בסופו של יום התברר, שהגברים קיבלו פחות טיפול שיקומי ויותר טיפול תרופתי, מכאן שההתייחסות הייחודית לפי מגדרים נכונה לא רק לגבי נשים, אלא גם לגבי גברים.

המגדר משפיע גם על העלויות הכספיות של שירותי בריאות הנפש הניתנים למטופלים. ממוצע הטיפול הכספי של מטופלים גברים היה ב-80% גבוה יותר מממוצע עלות הטיפול של נשים (Rhodes et al, 2002), וזאת בשל שימוש באמצעים יקרים יותר כמו אשפוזים. ייתכן ולו גברים היו מרגישים יותר בנוח לפנות לשירותים אלו בזמן, היה ניתן לטפל בבעייתם בשלב מוקדם יותר ובכך למנוע התערבויות חירום יקרות יותר כאשפוז. דוגמה זו גם ממחישה את חשיבות התאמת השירותים לצרכים המגדריים השונים.

שאלה נוספת שניתן להעלות בקשר לטיפול תלוי מגדר, היא הקשר שבין מגדר המטופל למגדר המטפל. במחקרם של Thornicroft וחבריו (2002), נבדקה סוגיה זו. השערת המחקר הייתה, שמטפלים שיטפלו בעיקר בגברים, יחוו שיעורים גבוהים יותר של מצוקה פסיכולוגית, ויקבלו ציונים גבוהים יותר בהערכת דפוסי תקשורת של "ויכוח", השערה זו לא אושרה מחקרית. כדאי לציין שקיימים מחקרים אחרים הטוענים אחרת.

מכאן מתבררת המהות האמיתית, שהיא שלמטופלות בבריאות הנפש יש צרכים שונים מאשר למטופלים. יש חוסר רב במידע על הבדלי הצרכים של המגדרים השונים. מעבר לכך חסרים מחקרים רבים שאמורים לענות על שאלות כמו כיצד לתת לכל מגדר את השירותים המיטביים תוך כדי שמירה על מניעת העומס מהמטפל העיקרי, שמירה על איכות החיים, התאמת השירותים לצרכים ועוד.

## טיפול תרופתי

### שיקולים כלליים בעת טיפול תרופתי

במרבית מחלות הנפש הטיפול העיקרי כיום הוא הטיפול התרופתי. מגמה זו נובעת מסיבות רבות, למשל: עלויות טיפול תרופתי מול עלויות טיפול פסיכולוגי, יעילות טובה יותר של טיפול תרופתי במחלות מסוימות ועוד. חלק חשוב ממגמה זו נובע מפיתוחן של תרופות חדשות, טובות ובטוחות יותר מאשר היו לנו בעבר. ועם זאת לכל תרופה יש תופעות לוואי וכל תרופה נושאת בחובה גם סיכון. השימוש בתרופות בכלל ובתרופות פסיכותרופיות (המשפיעות על הנפש) בפרט צריך להיעשות כאשר התועלת שבתרופה עולה על הסיכון שבה. חלק חשוב מעבודתו של הפסיכיאטר הוא למזער את הסיכון שיש בתרופות על ידי בחירת תרופה ומינון מייטביים.

ברצוננו להדגים חלק ממכלול השיקולים המנחה את המטפל בבחירת התרופה והמינון המתאים. בהדגמה זו נדגיש את חשיבות המגדר. נניח לשם הפשטות כי מטופלת בלעה תרופה. התרופה מגיעה לקיבה ומשם לשאר מערכת העיכול. משם התרופה נספגת למחזור הדם. במחזור הדם התרופה עוברת לכבד ולרקמות השונות. לעיתים קרובות בכבד היא עוברת תהליכי עיבוד ופירוק. תוצרי פירוק התרופה הם המטאבוליטים שבעצמם יכולים להיות פעילים, אך לעיתים הם חסרי פעילות. התרופה מגיעה לאברי המטרה שם היא פועלת ועושה את תפקידה. בסופה של הדרך התרופה מופרשת מהגוף בעיקר דרך מערכת העיכול (כצואה) והכליות (כשתן). ניתן להתרשם שהדרך אותה עוברת תרופה מרגע הבליעה עד ההפרשה מהגוף מערבת מערכות שונות ואיברי גוף רבים.

בעת בחירת תרופה מפעיל הרופא מערך שיקולים שמתייחס למסלול אותו אמורה התרופה לעבור בגוף. מערך שיקולים זה כולל את מחלות הרקע של המטופל, תרופות אחרות שהוא מקבל, רגישות לתרופות, ועוד ועוד. עד כה לא התייחסנו כלל להבדלי המגדר והשפעתם על מערך השיקולים של הרופא. השפעת המגדר תפורט להלן (בשלב זה אנו מבקשים להציג את העקרונות של השפעת התרופות. בהמשך הפרק ניתן דוגמאות לדברים).

ספיגת התרופות - מייד לאחר הבליעה התרופה מגיעה לקיבה. הקיבה היא סביבה מאוד חומצית. התרופות מתוכננות כך שהמגע עם החומציות בקיבה עושה בהן שינויים. שינויים אלה חיוניים על מנת לאפשר את ספיגת התרופה ואת שיפעולה. מרכיב נוסף המשפיע על ספיגת תרופה הוא קצב מעבר במערכת העיכול. ככל שקצב המעבר מהיר יותר כך יורדת הספיגה. המגדר משפיע על שלב הספיגה במגוון דרכים. באופן כללי נשים מפרישות פחות חומצה בקיבה, ולכן תרופות מסוימות ייספגו באופן פחות יעיל. זמן המעבר של התרופה במערכת העיכול גם הוא כנראה משתנה בהתאם למגדר. אמרנו "כנראה" כיוון שישנם מחקרים הטוענים שקצב המעבר של התרופה במערכת העיכול של האישה ארוך יותר ויש מחקרים הטוענים שאין זה כך. דרושים מחקרים נוספים על מנת להכריע בשאלת חשיבות מרכיב זה במתן טיפול תרופתי (Yonkers, Kando, Cole & Blumenthal, 1992).

פיזור בגוף - ישנן תרופות רבות שהן מסיסות בשומן (למשל התרופות נוגדות הפסיכוזה). תרופות אלה מתפזרות בשומן שבגוף ומשתחררות ממנו בקצב שתלוי במרכיבים רבים שאין זה המקום לפרטם. בתחילת הטיפול בתרופה מסיסת שומן נזדקק למינונים גבוהים יותר של תרופה בכדי להגיע למינון טיפולי, וזאת כיוון שלאחר הבליעה חלקים גדולים מהתרופה יכנסו לרקמות השומן שבגוף ולא יגיעו לאיבר המטרה (המוח הוא איבר המטרה העיקרי בפסיכיאטריה). לאחר שימוש ממושך בתרופה, רקמות השומן יחלו להפריש את התרופה בעצמן. זה יגרום לכך שבפועל יהיה הדבר כאילו לקחנו מינון תרופתי גבוה יותר. מכאן שלאחר פרק הזמן הראשוני יש להוריד במינון של תרופה מסיסת שומן. אם נשווה גברים ונשים באותו משקל, נראה שאצל הנשים תהיה בממוצע יותר רקמת שומן. לכן, הבעייתיות של שימוש בתרופות מסיסיות שומן אצל נשים היא גדולה יותר, ויש להקפיד להוריד במינון התרופה לאחר השלב הראשוני, שאם לא כן עלולות להתפתח תופעות לוואי. כדאי להדגיש שנושא זה עד כה לא נחקר במפורש ואנו אך מצביעים על בעייה פוטנציאלית (Schwartz, 2003).

אינטרקציה תוך כבדית - כאשר אדם לוקח יותר מתרופה אחת יכול להיות מצב שהתרופות ישפיעו זו על זו. ישנן מגוון רב של צורות להשפעה זו. למשל, תרופה אחת יכולה לעודד חלקים בכבד לפרק תרופה אחרת בקצב מהיר יותר, או איטי יותר. גלולות למניעת הריון הן דוגמה שכזו. ישנן תרופות פסיכיאטריות שהגלולות למניעת הריון גורמות לפירוק מהיר יותר שלהן. לכן תרופות אלה מתפרקות בטרם הן מספיקות להשפיע. ישנם תרופות אחרות שהגלולות למניעת הריון מאיטות את פירוקן. לכן, יש לתת מינון נמוך יותר בכדי למנוע

התפתחות תופעות לוואי. ולבסוף ישנן תרופות שגורמות להאצה בפירוק של הגלולות עצמן ובכך גורמות לאישה להיות פחות מוגנת מבחינת סיכויי הכניסה להריון (Schwartz, 2003).

סוגית האינטראקציה הבין תרופתית קיימת תמיד ויש להיות מודעים לה, ללא קשר למינו של המטופל. עם זאת, בחרנו להדגיש זאת כאן במיוחד כיוון שנשים רבות מטופלות בגלולות למניעת הריון ולא תמיד הרופא הפסיכיאטר מודע לכך. לעיתים האשם הוא ברופא שאינו שואל ומברר זאת במפורש, ולעיתים האשם הוא במטופלת שהחלה לקבל טיפול בגלולות למניעת הריון תוך כדי טיפול בתרופות פסיכותרופיות וזאת מבלי שהפסיכיאטר המטפל מעורב בענין. השורה התחתונה זהה: יש חשיבות רבה לעצם העובדה שהמטופלת מקבלת טיפול בגלולות למניעת הריון במקביל לטיפול פסיכיאטרי.

השפעת המחזור החודשי- כל הסעיפים אותם פירטנו לעיל הם יחסית קבועים במטופל ממין זכר. אצל נשים מחזור ההורמונים החודשי משפיע על כל סעיף וסעיף שברשימה. לדוגמה, רמות ההורמונים השונות במהלך המחזור החודשי משפיעות על יחס השומן והנוזלים בגוף. בכך מושפע פיזור התרופה בגוף. דוגמה אחרת היא השפעת רמות האסטרוגן והפרוגסטרון המשתנות במהלך המחזור החודשי. שינויים אלה משפיעים על פעילות הכבד ובכך על פירוק התרופה. קיימות עוד דוגמות רבות.

### **מחקרים תרופתיים והשפעת המגדר**

כיום, הבסיס לשימוש בכל תרופה מותנה בקיומם של מחקרים מבוקרים שבדקו את השפעת התרופה באופן אובייקטיבי והדיר. ברצוננו להציג סוגיה מתחום המחקרים הרפואיים בכדי להדגים את חשיבות המגדר במחקרים אלה:

חלק חשוב ממחקרים רפואיים בכלל, ומחקרים תרופתיים בפרט הוא השימוש בשאלונים שמאפשרים הערכה אובייקטיבית להשפעה של התרופה על המטופלים בה. שאלונים אלה משמשים בין שאר הדברים בכדי להעריך מה יהיה המינון התרופתי המומלץ בעת שימוש באותה התרופה. ברורה אם כן החשיבות של בחירת שאלונים המכילים בתוכם התייחסות להבדלים הקליניים בשל ההבדל במגדר. דוגמה לבעייתיות שעולה מאי מתן תשומת לב לנקודה זו ניתן להציג לדוגמה מתוך ההתייחסות לנושא הדיכאון. הדיכאון הוא ברובו מחלה של נשים. שלושה מהשאלונים השכיחים ביותר בעת מחקרים על חולים דיכאוניים הם השאלונים על שם המילטון, מונטנגרי, ובק (Sadock & Sadock, 2000) ברור ששאלונים שלא מעריכים באופן מספק סימפטומים שמופיעים בשכיחות רבה יותר אצל נשים, ייצרו הטיה במחקר. סימפטומים שמופיעים בשכיחות רבה יותר אצל נשים בדיכאון הם לדוגמה עודף שינה, ותאבון מוגבר. השאלונים שצינו מעריכים רק מצבים של חוסר שינה וחוסר תאבון (Yonkers et al., 1992). מכאן ברור עד כמה יכולה להיות רחוקה הקליניקה היום יומית מהמידע "האובייקטיבי" המופיע בספרות ועליו מתבסס הפסיכיאטר המטפל.

## קבוצות התרופות העיקריות בפסיכיאטריה

בסעיף זה נסקור את קבוצות התרופות העיקריות שבשימוש בפסיכיאטריה. ננסה להתייחס לשיקולים השונים בבחירת התרופות בכל קבוצה, וכן להשפעת המגדר על התרופות השונות. נדון בסעיף זה בתרופות הנירולפטיות (נוגדות פסיכוזה), תרופות נוגדות דיכאון, ותרופות מרגיעות.

### תרופות נירולפטיות - תרופות חוסמות דופמין

הנירולפטיקה היא קבוצת תרופות שמיועדות לטיפול בעיקר במחלת הסכיזופרניה, אך משתמשים בקבוצה זו במגוון גדול של מצבים אחרים. תרופות אלה נקראות גם תרופות חוסמות דופמין כיוון שאנו מאמינים שעיקר השפעתן נובע מיכולתן לחסום את הרצפטורים לדופמין הנמצאים במוח. הנירולפטיקות מתחלקות לשתי קבוצות: טיפיות (טיפוסיות) וא-טיפיות (לא טיפוסיות). הטיפוסיות עובדות בעיקר במנגנון של השפעה על דופמין. רוב התרופות הישנות שייכות לקבוצה זו. הלא טיפוסיות עובדות על הרצפטור לדופמין כמו גם על הרצפטור לסרוטונין. רובן של התרופות החדשות שייכות לקבוצה זו. ללא קשר לחלוקה זו לכל התרופות הנירולפטיות תופעות לוואי משמעותיות. בסעיף זה נסקור כמה מתופעות הלוואי העיקריות של תרופות אלה ונבדוק את המשמעות שלחן ביחס לנושא המגדר. אנו בחרנו להציג כמה מתופעות הלוואי שלגביהן מצאנו נתונים מחקרניים. עם זאת יש לזכור שרשימת תופעות הלוואי של תרופות אלה היא גדולה מאוד ובסופו של דבר יש להתאים את התרופה למטופלת על פי מכלול צרכיה ורצונותיה.

אנו מרגישים חובה להעיר הערה לפני שנגיע לענין עצמו: כיוון שבשורות הבאות נפרט תופעות לוואי לא פשוטות של תרופות אלה אנו מבקשים להזכיר את יתרונותיהן. כדאי לדעת שעד שנות החמישים של המאה העשרים, אז התגלו התרופות הללו, החולים בסכיזופרניה היו מתאשפזים בדרך כלל לכל ימי חייהם בבתי חולים פסיכיאטריים. כיום, בעיקר בזכות התרופות נוגדות הדופמין, מרבית החולים בסכיזופרניה יכולים לחיות חיים חופשיים, ולהשתלב בחיי הקהילה בכל המובנים. כך שללא ספק היחס תועלת מול סיכון נוטה לטובת השימוש בתרופות אלה.

הפרעות תנועה - התרופות נוגדות הדופמין משפיעות על איזורי מוח הקשורים בתיכון ובוויסות התנועות. חסימת הדופמין גורמת לחולים להפרעות תנועה מסוגים שונים. מרבית הפרעות התנועה הן הפיכות (כלומר, אם נפסיק את הטיפול תופעות הלוואי יעלמו). הבעיה העיקרית היא ביחס לתופעות הלוואי שיכולות להופיע לאחר כמה שנים של שימוש בתרופות אלה. תופעה שכזו היא ה-tardive dyskinesia (ט"ד), והיא בדרך כלל לא הפיכה. התופעה מתבטאת בתנועות לא רצוניות של איברים בגוף. ט"ד עולה במקביל למינונים המצטברים של הנירולפטיקה שהחולה קיבל בימי חייו. ככלל התרופות הטיפוסיות גורמות ליותר ט"ד מאשר התרופות הלא טיפוסיות.

כאשר משווים חולים עם נתונים זהים של מינון הנירולפטיקה וסוג התרופה מתברר שלמגדר חשיבות בנושא. נשים מבוגרות הן בסיכון יתר לפתח ט"ד ביחס לכל קבוצה אחרת

(Lindamer et al., 1999). על הרופא המטפל לזכור נתון זה ולדאוג לטפל בכל חולה במינון המינימלי האפשרי ובמידת האפשר יש להעדיף תרופות לא טיפוסיות שמפחיתות את הסיכון לפיתוח ט"ד.

פרולקטין- הפרולקטין הוא הורמון המופרש מבלוטת ההיפופיזה שנמצאת במוח. תפקידו בגוף מגוונים מאוד. התרופות חוסמות הדופמין מעלות את הפרשת הורמון הפרולקטין. ככלל מרבית התרופות הלא טיפוסיות מעלות פרולקטין במידה נמוכה יותר מהתרופות הטיפוסיות (החריג היא תרופה בשם ריספרדל. זו תרופה לא טיפוסית אך היא מאוד מעלה פרולקטין מסיבה שאינה ברורה) (Kinon, Gilmore, Liu & Halbreich, 2003a). עליית הפרולקטין בעקבות השפעת התרופות הנוירולפטיות שונה בהשוואה בין גברים ובין נשים. אצל הגברים העליה היא מתונה יותר ופרופורציונאלית למינון התרופה, ואילו אצל נשים העליה יכולה להיות מיידית וכבר במינונים נמוכים מאוד של נוירולפטיקה (Kinon et al., 2003a). במחקרים שונים רואים שבממוצע הפרולקטין עולה בנשים פי 3 ויותר מאשר הרמה התקינה בגוף (Melkersson, Hulting & Rane, 2000). לעובדה זו חשיבות עליונה כאשר הרופא מנסה לתת למטופלת את הטיפול האופטימלי. רופאים בדרך כלל מצפים, שתופעות הלוואי של תרופה יהיו תלויות מינון: ככל שהמינון גבוה יהיו יותר תופעות לוואי. לכן, אחת הדרכים המקובלות להתמודד עם תופעות לוואי היא הורדת המינון של התרופה. כיוון שעליית הפרולקטין בנשים אינה תלויה מינון הרי ההתמודדות הטובה ביותר עם תופעת לוואי זו צריכה להיות החלפת התרופה לחלוטין ולא רק הורדת המינון. לעליית הפרולקטין בנשים חשיבות רבה במיוחד בשל מגוון המערכות המושפעות מהורמון זה. כפי שנראה להלן לחלק גדול מהשפעות אלה חשיבות מיוחדת בכל הקשור לבריאות האשה (Kinon et al., 2003a; Kinon, Gilmore, Liu & Halbreich, 2003b):

- ♦ ירידה בצפיפות עצם - נשים ככלל סובלות יותר מגברים מבעיית האוסטאופורוזיס במיוחד לאחר גיל הבלות. רמות פרולקטין גבוהות מחריפות סיכון זה.
- ♦ עליה בסיכון לגידולי שד מסוימים - ישנם גידולי שד שגדילתם תלויה ברמות הפרולקטין בגוף. ברור אם כן שעליה בפרולקטין בעקבות הטיפול הנוירולפטי יכולה להאיץ באופן ניכר את קצב גדילת סרטן השד. יש להדגיש שלא כל גידול שד רגיש לפרולקטין אך מראש אין אנו יודעים איזה הוא רגיש ואיזה לא. ברור שאם לאישה יש במשפחה היסטוריה של גידולי שד ובמיוחד כאלה הרגישים לפרולקטין יש לקחת זאת בחשבון בעת בחירת הטיפול התרופתי.
- ♦ הפרעות מחזור - נשים רבות המקבלות את התרופות חוסמות הדופמין סובלות מאי סדירות במחזור החודשי, ולעיתים קרובות אף הפסקה מוחלטת של הווסת. לתופעת לוואי זו משמעות רבות מבחינת הרגשתה הכללית של האישה, תפיסת גופה, והמשמעות הסובייקטיבית של קיום המחזור עבורה. עם זאת מעבר לכך ישנה לתופעה זו משמעות מעשית הרבה יותר. רמות הפרולקטין הגבוהות גורמות לאישה להיות במצב של אי

פוריות (הפרולקטין משמש ב"אמצעי מניעה" טבעי. בעת עליה ברמות הפרולקטין האישה אינה יכולה להיכנס להריון). לכן אישה עם רמות גבוהות של פרולקטין תתקשה להרות גם אם היא חפצה בכך.

מכלול תופעות לוואי אלה מצריך התייחסות מפורשת של הרופא לצורכי האישה ולהיסטוריה הרפואית שלה ושל משפחתה. על הרופא לברר במפורש רקע של קיום סרטן שד בקרב בנות המשפחה של המטופלת. כמו כן יש לבדוק את ההשפעה האפשרית של הטיפול התרופתי על המצב ההורמונלי של האישה בכלל ובפרט על רצונה להרות.

השמנה - מרבית התרופות חוסמות הדופמין גורמות לעליה במשקל. המנגנון לתופעה זו לא ברור די צורכו עדיין. ברור שדווקא התרופות הלא טיפוסיות מעלות יותר במשקל (מסיבה לא כל כך ברורה במיוחד תרופה בשם אולנופין). מחקרים שונים בנושא מלמדים שההשמנה בעקבות הטיפול התרופתי אינה זהה לגברים ולנשים. נשים צעירות עולות במשקל יותר מכל קבוצת גיל אחרת (Homel, Casey & Allison, 2002). תופעת לוואי זו נושאת בחובה משמעות רבות. פעמים רבות תופעת לוואי זו גורמת לחוסר הענות לטיפול תרופתי והפסקת הטיפול. הפסקת הטיפול התרופתי נושאת עימה סיכון של החרפה במצב הנפשי וההשלכות הצפויות מכך. ההשמנה הניכרת שלעיתים אנו עדים לה יכולה לגרום לחולים רבים להסתגר בבתיהם, ולהימנע מקשר עם אנשים אחרים. הפגיעה באיכות החיים יכולה להיות ניכרת.

#### **תרופות נוגדות דיכאון (Yonkers et al., 1992)**

תרופות אלה ניתנות בעיקר בעת דיכאון אך גם במצבים רבים אחרים כמו חרדה, הפרעות אכילה ועוד ועוד. רשימת התרופות נוגדות הדיכאון ארוכה והיא מכילה בתוכה מגוון גדול של תרופות הפועלות במנגנונים שונים. כיוון שכך, ברצוננו לדון בנושא הקשר שבין המגדר לתרופות נוגדות הדיכאון ממשפחת ה-SSRI שהן קבוצת התרופות נוגדות הדיכאון השכיחות ביותר בשימוש כיום. (התרופה המוכרת ביותר מקבוצה זו היא הפרוזק). ייתרון הגדול הוא היותן בטוחות לשימוש עם פרופיל תופעות לוואי שפיר יחסית.

הפרעות שינה - השינה היא תופעה מחזורית מורכבת המושפעת ממכלול רב של גורמים חיצוניים ופנימיים. למגדר תרומה חשובה בנושא זה כיוון שגברים רגישות להפרעות שינה הרבה יותר מגברים. בסקר שנערך בקרב 1012 נשים 53% התלוננו על הפרעות שינה. מחקרים עוקבים מצאו שגברים מדווחות באופן אמין מאוד על הפרעות השינה מהן הן סובלות, כך שהמצב המצוטט כפי הנראה מתאר את המצב המציאותי. קיים קשר הדוק שבין המצב הדיכאוני והפרעות שינה. המצב הדיכאוני פוגע באיכות השינה, מביא לקשיים להירדם, התעוררויות מרובות במהלך הלילה וליקיצות בשעות הבוקר המוקדמות. גם התרופות נוגדות הדיכאון יכולות לעורר ולגרום להפרעות שינה אצל המטופלים בהן. לכן על הפסיכיאטר המטפל בתרופה נוגדת דיכאון בנשים להיות מודע לנקודה זו. כדאי להשתמש במקרים כאלה בתרופות נוגדות דיכאון שהן פחות מעוררות וקצת יותר מרדימות. אפשרות שינה היא לספק למטופלת תרופות שינה במקביל לטיפול נוגד הדיכאון המעורר.



אי אפשר שלא לציין כי גם איכות השינה והפרעות השינה הן תלויות המחזור החודשי. בימים שטרם להופעת הווסת יש ירידה באיכות השינה ויש עליה במספר היקיצות בלילה. זהו אחד המנגנונים שהוצעו כגורם להתפתחות מצב הרוח הדיכאוני והרגזנות שלעיתים מופיעים בשבוע שטרם להופעת הווסת.

הפרעות בתיפקוד המיני- הן המצב הדיכאוני והן התרופות נוגדות הדיכאון נושאות בחובן פגיעה בחשק המיני וביכולת לתיפקוד מיני. בסעיף זה נתמקד בתופעות הלוואי המיניות שגורמות תרופות אלה. במחקרים שונים עולה, כי כ-50%-60% מהמטופלות בתרופות נוגדות דיכאון מפתחות קשיים בתיפקוד המיני. אומנם גברים מפתחים תופעת לוואי זו יותר מנשים, אך נשים מפתחות תופעות לוואי אלה באופן חמור יותר. דרך ההתמודדות עם בעיה זו עוברת ראשית דרך העלאת הנושא ובירור במפורש של תופעות לוואי אלה. במידה ומתברר שאכן ישנה בעיה, כדאי לשקול שימוש בתרופות נוגדות דיכאון שפוגעות פחות בתיפקוד המיני. מיותר לציין שלתרופות אחרות אלה תופעות לוואי משלהן. לכן כתמיד יש להתאים את התרופה למטופלת על פי צרכיה ואורחות חייה.

#### **תרופות נוגדות חרדה**

התרופות נוגדות החרדה מקבוצת הבנזודיאזפינים הן מהתרופות בשימוש הנפוץ ביותר באוכלוסייה, ובמיוחד בקרב נשים (Saxon, Hiltunen, Hjemdahl, & Borg, 2001). (תרופות לדוגמה מתוך קבוצה זו הן הלוריון, וואליום, ואבן, קלונקס ועוד). אחוז ניכר מהאוכלוסייה משתמש בתרופות אלה לעיתים על בסיס יומי. סה"כ פרופיל תופעות הלוואי של תרופות אלה הוא שפיר בדרך כלל. אחת מתופעות הלוואי הבעייתיות ביותר בשימוש בתרופות אלה היא הפרעות קורדינציה.

Ellinwood ועמיתיו (1984) בדקו את השפעת כמות קבועה של וואליום לאורך המחזור החודשי בנשים שהשתמשו במקביל בגלולות למניעת הריון. התברר שבזמן הווסת השפעה הוואליום הייתה כה גדולה שהנשים הנבדקות הראו סימני הרעלה קלים שהתבטאו בפגיעה קוגניטיבית ובפגיעה ביכולת הפסיכומטורית. הגורם הסביר הוא כנראה השינויים ההורמונליים בתקופת הוסת שמשפיעים על תיפקוד הכבד ועל פירוק התרופה.

השפעת המגדר על זמן פינוי של ווליום מהגוף נבדקה אף היא. התברר שנשים מפנות תרופה זו באופן איטי יותר מגברים. ממצא מעניין נוסף ממחקר זה היה שאצל גברים לא הייתה לגיל כל השפעה על פינוי התרופה בעוד שככל שהאשה הייתה מבוגרת יותר הייתה יותר נטיה להאטה בפינוי. מבחינה קלינית המשמעות היא שנשים זקוקות למינונים נמוכים יותר של וואליום וככל שהאשה מבוגרת יותר יש להוריד במינונים (Howell, Brawman-Mintzer, Monnier & Yonkers., 2001).

#### **השפעת טיפול הורמונאלי חליפי על מחלות הנפש**

נושא הורמוני המין ושאלת הטיפול ההורמונלי החליפי (HRT) בנשים בגיל הבלות הוא מורכב, ויחס התועלת מול הסיכון בו עבר שינויים רבים בתקופה האחרונה (Vogel, 2003).

עם זאת בדרך כלל כאשר בודקים את התועלת של השימוש ב- HRT מתייחסים בעיקר ליתרונות ביחס למערכת הקרדיו-ווסקולרית ולשאלת האוסטאופורוזיס. ברוב המקרים אין התייחסות לשאלה בדבר ההשפעה על מחלת הנפש של האישה בה מדובר. ברצוננו להתייחס לנושא זה.

בפרק הקודם צוין, שמהלך מחלת הסכיזופרניה שונה בין נשים וגברים כאשר לנשים מהלך מחלה שפיר יותר. אחת ההשערות שהועלתה בכדי להסביר את ההבדל היא השפעתו המגנה והמיטיבה של האסטרוגן על המוח. השערה זו טוענת שרמות האסטרוגן הגבוהות אצל האישה הצעירה מגנות עליה, ולכן היא מפתחת את המחלה בגיל מבוגר יותר, המחלה מגיבה טוב יותר לתרופות, ובמינונים נמוכים יותר. בגיל הבלות כאשר רמות האסטרוגן יורדות המחלה מחמירה. כאשר נבדקה השפעת הטיפול ההורמונלי החליפי על נשים בגיל הבלות ואשר סובלות מסכיזופרניה התברר שהנשים שקיבלו HRT הגיבו טוב יותר לטיפול התרופתי הנוירולפטי. נשים שלא קיבלו טיפול זה פיתחו יותר סימנים שליליים (Lindamer, Buse, Lohr & Jeste, 2001).

תוצאות מחקרים על השפעת HRT על מחלות אחרות כגון דיכאון והתקפי פאניקה אינן חד משמעיות ונדרשים מחקרים מבוקרים כפולי סמיות בכדי להסיק מסקנות הנוגעות ליעילות HRT במחלות אלה.

## סיכום

בחירת תרופה ומינונה הנה סוגייה דינמית שקשה לפתור אותה באופן חד וגורף. החלק החשוב ביותר להערכתנו היא המודעות שצריכה להיות לרופא לשני גורמים: מחד המודעות לנתונים המחקריים שיכולים להדריכו ולתת לו כלים עימם יוכל לעבוד ולתכנן את הטיפול. מאידך, עליו להיות מודע למגבלות של נתונים אלה.

החוסר הבולט בנתונים מחקריים מבוססים בולט לעין בכל נקודה ונקודה שצינו. המצב בו דווקא אוכלוסיית הנשים, שהיא האוכלוסייה העיקרית הפונה לשירותי בריאות הנפש, אינה מיוצגת כראוי במחקרים השונים מטרידה ודורשת שינוי. אין ספק שמחקרים תרופתיים בהן מעורבות נשים הם מחקרים מורכבים יותר. במערך הניסוי יש לשקלל גם נושאים כמו המחזור החודשי, שימוש בגלולות למניעת הריון, הסיכון ההריוני, השפעה של תרופה לא בדוקה על העובר ועוד ועוד. ועם זאת נראה לנו שבכל מקרה עדיף שהערכה ליעילות התרופות, למינון הרלוונטי, להשפעת המחזור החודשי על התרופה וכל שאר הנתונים החיוניים לקלינאי ייבדקו ראשית במסגרת מחקרית מסודרת. חוסר מחקרים הרלוונטים לנשים מביא למצב הרבה פחות טוב שבו כל רופא נאלץ לאלתר עם כל מטופלת מחדש אסטרטגיה טיפולית. אין ספק שמצב זה אינו יעיל ולעיתים אף פוגע.

חשובים ככל שיהיו, המחקרים המבוקרים לא יכולים לתת למערך המטפל את כל התשובות. השונות האנושית היא רבה וגדולה. שונות זו גורמת לכך שלא יכול להיות תחליף להאזנה לתחושותיה של המטופלת ביחס לטיפול אותו היא מקבלת. האפשרות לאינטרקציה בין כל

הגורמים שתיארנו היא כה גדולה ותוצאותיה יכולות להיות כה בלתי צפויות שקשר רפואי-טיפולי טוב הוא מבחינת הכרח ולא בגדר רצוי בלבד.

## **דין**

גורמים רבים קובעים את מהלך מחלות הנפש. ברור היום, כי ההתמודדות עם המחלה דורשת התייחסות טיפולית מגוונת הכוללת טיפול תרופתי, טיפול נפשי, שיקומי, תוך התייחסות למערכות תמיכה חברתיות כמשפחה וקהילה. כלומר, אנו מתייחסים לפלח אוכלוסייה רחב של מטופלים, בני משפחותיהם וצוות המטפלים.

המגדר נמצא כאחד הגורמים המשפיעים על שכיחות המחלה, מהלכה, התפתחותה והטיפול בה. בסקירת הספרות אותה עשינו בולט בעיקר חוסר המידע ומיעוט המחקרים הנוגעים ובודקים את נושא השפעת המגדר על בריאות הנפש של האישה, וזאת למרות שכיום כבר קיימת הסכמה כי יש הבדלים מגדריים בכל תחום ותחום מתחומי בריאות הנפש. השפעת המגדר היא על אופי ויישום הסווג הפסיכיאטרי, שכיחויות המחלות השונות, ביטויים שונים של המחלות, תגובות לטיפול תרופתי, וצרכים מגדריים שונים לטיפולים.

אנו בחרנו לסכם את הדברים אותם הבאנו ביחס לשלוש קהילות: הקהילה המדעית החוקרת, הקהילה המטפלת, וקהילת הנשים המטופלת בשל מחלות הנפש למיניהן.

## **הקהילה המדעית**

כפי שעולה מהסקירה הספרותית, תכנון וביצוע מחקרים הוא תחום המקפח את האישה בכל תחומי הבריאות, ובוודאי שבתחום בריאות הנפש. הסיבות לכך רבות ואת חלקן סקרנו.

כפי שאנו רואים זאת יש לחקור את ההבדלים במגדר בכל הרמות ובהתאם לכך לבנות מערכי טיפול מותאמי מגדר. בפרט יש להמשיך ולחקור את השוני המגדרי כפי שמתבטא בסיווג הפסיכיאטרי, שכיחויות המחלות השונות, מהלך המחלות, סוגי הטיפול השונים (תרופתיים, ואחרים). ותהליכי השיקום.

הטיפול התרופתי הוא סוגיה קרדינלית ויש לבחון את יעילות התרופות הפסיכותרופיות ביחס לקהילת הנשים. יש לבדוק האם התרופות יעילות במידה שווה בנשים, אילו תופעות לוואי ייחודיות יש לנשים ועוד. בשורה התחתונה הנקודה החשובה ביותר בעינינו היא שיש לפעול למען שיתוף של יותר נשים במחקרים.

## **הגופים המטפלים**

בספרות מצאנו מעט מאוד מחקרים הנוגעים לשאלות ביחס להשפעת הבדלי המגדר על הפרקטיקה הקלינית, ועל תכנון שירותי בריאות הנפש. כדאי לזכור שמרבית צרכני שרותי בריאות הנפש הן נשים. יש לפעול לשינוי ההתייחסות לנשים בגופים ומסגרות שונים כגון בתי חולים פסיכיאטריים, מסגרות שיקומיות כהוסטלים ועוד. יש להביא למודעות את בעיותיהן הייחודיות של נשים והצורך בהתייחסות שונה.

ישנן שאלות רבות שממתינות לפתרון כמו האם קיימות מחלות נפש שבהן סוג השירות צריך להיות מותאם לנשים, האם יש צורך בהכשרה מסוימת בכדי להטיב לדעת כיצד לטפל באישה הסובלת מהפרעה נפשית.

נקודה חשובה שעולה, היא חשיבות יידוע המטופלת על תופעות הלוואי של התרופות, והתאמת התרופות באופן אינדיבידואלי בהתאם לפרופיל תופעות הלוואי. על אנשי המקצוע לזכור שלפחות חלק מהמחקרים אינם משקפים את המציאות של האישה המטופלת כיוון שיש מיעוט נשים המשתתפות במחקרים אלה, בגלל הקשיים המתודולוגיים שצינו. לכן, יש לתת חשיבות רבה עוד יותר לתלונות החולה.

היות ומתברר שלנשים צרכים שונים מגברים ניתן לבנות בכל המסגרות מענים מתאימים. למשל, היות ונושא האסתטיקה כה משמעותי לנשים עקב ציווים חברתיים, כדאי לייסד סדנאות התמודדות עם תופעות לוואי לנשים, כולל טכניקות העצמה. חלק חשוב בסדנאות אלה אמור לכלול גם חיזוק היכולת לפנות לרופא המטפל ולברר אופציות טיפוליות אחרות.

במערך המטפל יש חשיבות רבה לרופא או הרופאה שהם המטפלים הישירים. חינוך לוקה, שאינו מלמד את הרופאים להתייחס לבעיות המורכבות הקיימות אצל האישה המטופלת, מייצר רופאים פחות טובים. יש חשיבות רבה לכך שבספרי הלימוד תהיה התייחסות לנושא המגדר בכלל ולבעיות המעשיות הנובעות ממנו בפרט. חייב להיות דגש על לקיחת אנמנזה הקשורה למצב המחזור החודשי ויש לקחת בחשבון את השפעות המחזור החודשי על הטיפול. יש לכלול בגליון הרפואי של החולה פרטים אנמנטיים על מהלך המחזור החודשי ותאריכי קבלת הווסת. כמו בנושאים מורכבים אחרים אין קיצורי דרך. ללא לימוד של הנושא לא יהיה יישום שלו.

### **אוכלוסיית הנשים המטופלות**

המטופלת המגיעה לטיפול היא צרכנית השירות. השירות המיטיבי תלוי בגורם המטפל אך הוא גם תלוי בגורם המטופל. הצלחת הטיפול תלויה רבות בשיתופו של הגורם המטפל בצרכים האישיים של כל מטופלת ומטופלת. תפקידה של המטופלת לוודא שהגופים המטפלים בה נותנים לה את השירות הראוי. בחלק ממחלות הנפש (כמו סכיזופרניה) נפגעת היכולת של המטופלת לשאת ולתת על רצונותיה ולעיתים היא מתקשה לעמוד על דעתה ולהביע את הסתייגותה מהטיפול אותו היא מקבלת. לכן, במצבים אלה, חשוב שיהיה גורם אחר שישימש למטופלת לפה (מטפלים בהוסטל, עובדים סוציאליים, משפחה וכל גורם אחר אותו יכולה המטופלת לשתף ברצונותיה).

חשוב שהפונים לשירותי בריאות הנפש יהיו מודעים לזכותם לקבלת טיפול רפואי על חלופותיו השונות. מתן נגישות זו חיונית במיוחד בתחום בריאות הנפש כיון שהחולים בדרך כלל מתמודדים עם צורך בטיפול שנמשך במשך שנים רבות, ולעיתים אף במשך כל החיים.

כפי שכבר אמרנו במפורש אין תחליף לאינטראקציה הפתוחה, והכנה בתוך חדר הטיפוליים. מטופלת שלא מביעה את רצונותיה או את תלונותיה על הטיפול אותו היא מקבלת פוגעת

בטיפול שלה עצמה. לרוב, הרופא יעריך את המשוב של המטופלת על הטיפול אותו היא מקבלת. אין המשמעות שכל תלונה צריכה להסתיים בהחלפת התרופה, לרופא יכולים להיות שיקולים שונים מדוע הוא רוצה להתמיד בטיפול עם אותה התרופה למרות תופעות הלוואי שהיא גורמת. במקרה כזה חיוני שיינתן הסבר מלא וחשוב שמהטופלת תהיה שותפה ותבין את הנימוקים השונים והאלטרנטיבות הטיפוליות.

שלוש הקהילות אותן הזכרנו כרוכות ומשפיעות זו על זו. לדוגמה, מחד, ללא דרישה של הגופים המטפלים למידע רלוונטי לא יתבצעו מחקרים בתחום, מאידך, הגורמים המטפלים בעצמם ידרשו עוד מידע רק כאשר הם יתחילו לזהות בספרות מחקרים המציגים תוצאות בעלות השלכות מעשיות. דוגמה אחרת, הקצאת משאבים למחקרים היא תלויה לחצים חברתיים ותלויה בהחלטות של דרגים פוליטיים. במילים אחרות תלויה לחצים של האוכלוסייה הכללית שהנשים הן הרוב בה. אלה הן רק כמה דוגמות לאינטראקציה המורכבת בין שלושה הגורמים שהזכרנו.

שילוב ותיאום בין שלושת הגורמים, קרי, המערך המחקרי, הגופים המטפלים והמטופלות עצמן, חיוני על מנת להביא את שירותי בריאות הנפש למצב המצופה בו כל אדם מקבל מערך טיפולי ההולם אותו, את אמונותיו, את צרכיו ואת מינו.

## ביבליוגרפיה

אליצור, א., טיאנו, ש., מוניץ, ח. ונוימן, מ. (2002). פרקים נבחרים בפסיכיאטרייה. פפירוס, אוניברסיטת תל אביב.

גיימיסון, ק. ר. (2000). הלילה ממחר לרדת. מטר הוצאה לאור.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-4*(3<sup>rd</sup> ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Blehar, M. (2001). The NIMH women's mental health program: Establishing the public health context for women's mental health. *TEN*, 3(6), 42-43.

Busfield, J. (1996). *Men, women and madness - Understanding gender and mental disorder*. London: Macmillan.

Caplan, P. J. (1992). Gender issues in the diagnosis of mental disorder. *Women and Therapy*, 12(4), 71-82.

Cormack, S. & Furnham, A. (1998). Psychiatric labeling, sex role stereotype and beliefs about the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(4), 235-247.

Coverdale, J. H. & Aruffo, J. A. (1989). Family planning needs of female chronic psychiatry patient. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1489-1491.

Dohrenwend, B. P. (1998). A psychosocial perspective on the past and future of psychiatric epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 147, 222-231.

Ellinwood, E. H., Easler, M. E., Linnoila, M., Molter, D. W., Heatherly, D. G. & Bjornsson, T. D. (1984). Effects of oral contraceptives on diazepam induced psychomotor impairment. *Clinical Pharmacological Therapy*, 35, 360-366.

Fawcett, J., Scheftner, W. A. S., Fogg, L., Clark, D. C., Young, M. A., Hedeker, D. & Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 89-1194.

Grady-Weliky, T. (2003). Clinical practice. Premenstrual dysphoric disorder. *New England Journal of Medicine*. 348(5), 433-8.

Homel, P., Casey, D. & Allison, D. B. (2002). Changes in body mass index for individuals with and without schizophrenia, 1987-1996. *Schizophrenia Research*, 1, 55(3), 277-284.

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

Howard, L. (2000). Psychotic disorders and parenting - The relevance of patients children for general adults psychiatric services. *Psychiatric Bulletin*, 24, 324-326.

Howell, H. B., Brawman-Mintzer, O., Monnier, J. & Yonkers, K. A. (2001). Generalized anxiety disorder in women. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 165-178.

Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H. U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Kessler, R. C., Frank, R. G., Katz, S. J., Lin, E., & Leaf, P. (1997). Differences in the use of psychiatric services between the United States and Ontario. *New England Journal of Medicine*, 336, 351-557.

Khan, A. A., Gardner, C. O., Prescott, C. A. & Kendler, K. S. (2002). Gender differences in the symptoms of major depression in opposite-sex dizygotic twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1427-1429.

Kinon, B. J., Gilmore, J. A., Liu, H. & Halbreich, U. M. (2003a). Prevalence of hyperprolactinemia in schizophrenic patients treated with conventional antipsychotic medications or Risperidone. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 55-68.

Kinon, B. J., Gilmore, J. A., Liu, H. & Halbreich, U. M. (2003b). Hyperprolactinemia in response to antipsychotic drugs: Characterization across comparative clinical trials. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 55-68.

Leung, A. & Leung P. (2000). Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (Suppl. 401), 3-38.

Lindamer, L. A., Lohr, J. B., Haeis, M. J., Mcadams, L. A., & Jeste, D. V. (1999). Gender-related clinical differences in older patient with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 60, 61-67.

Lindamer, L. A., Buse, D. C., Lohr, J. B. & Jeste, D. V. (2001). Hormone replacement therapy in postmenopausal women with schizophrenia: Positive effect on negative symptoms? *Biological Psychiatry*, 49(1), 47-51.

Magharious, W., Goff, D. C. & Amico, E. (1998). Relationship of gender and menstrual status to symptoms and medications side effects in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 77, 159-166.

Marder, S. R., Davis, J. M., & Chouinard G. (1997). The effects of risperidone on the 5 dimensions of schizophrenia derived by factor analysis: combined results of the North American Trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 538-546.

Melkersson, K.; Hulting, A. L. & Rane, A. J. (2000) Dose requirement and prolactin elevation of antipsychotics in male and female patients with schizophrenia or related psychoses. *Clinical Pharmacology*, 51, 317-324.

Miller, J. B. (1991). *Towards a new psychology of women*. Harmondsworth, Penguin.

Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (Eds.) (1996). *The global burden of disease and injury series, volume 1: A Comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank. Harvard University Press.

Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D., Goering, P., Lin, E. & Wong, M. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(9), 559-63.

Picclinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender difference in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.

Rebbington, P. A., Dunn, G. and Jenkins, R. (1998). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: Report from the national survey of psychiatric morbidity. *Psychological Medicine*, 28(1), 9-19.

Regier, D. A., Narrow, W. E. & Rea, D. S. (1993). The de facto mental and disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 85-94.

Rhodes, A. E., Goering, P. N. & Williams, J. I. (2002). Gender and outpatient mental health service use. *Social Science and Medicine*, 54, 1-10.

Ritscher, E. B., Coursey, R. D. & Farrell, E. W. (1997). A survey on issues in the lives of women with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48, 1273-1282.

Robinson, D. J. (2000). *A psychiatric interviewing primer*. Rapid Psychler Press.

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (eds.) (2000). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7<sup>th</sup> edition. Lippincott, Williams & Wilkins.

Salokangas, R. K. R. (1983). Prognostic implications of the sex of schizophrenic patients. *British Journal Psychiatry*, 142, 145-151.

Saxon, L., Hiltunen, A. J, Hjemdahl, P. & Borg, S. (2001). Gender related differences in response to placebo in benzodiazepine withdrawal: A single blind pilot study. *Psychopharmacology*, 153, 231-237.



Schwartz, J. B. (2003). The influence of sex on pharmacokinetics. *Clinical Pharmacokinetics*, 42(2), 107-121.

Sherrill, J. T., Anderson, B. & Frank, E. (1997). Is life stress more likely to provoke depressive episodes in women than in man? *Depression and Anxiety*, 6(3), 95-105.

Swirski, B., Kanaaneh, H. & Avgar, A. (1998). Health care in Israel. *The Israel Equality Monitor*. Issue No.9.

Szymanski, S., Liberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D., Loebel, A., Geisler, S., Chakos, M., Koreen, A., Darlene, J., Kane, J., Woerner, M., & Cooper, T. (1995). Gender differences in onset of illness, treatment response, course, and biologic indexes in first episode schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 152, 698-703.

Thornicroft, G. & Slade, M. (2002a). Comparing needs assessed by staff and by service users: Paternalism or partnership in mental health? *Epidemiological Psychiatric Society*. 11(3), 186-191.

Thornicroft, G., Leese, M., Tansella, M., Howard, L., Toulmin, H., Herran, A. & Schene, A. (2002b). Gender differences in living with schizophrenia. A cross-sectional European multi-site study. *Schizophrenia Research*, 57(2-3), 191-200.

Thornicroft, G. & Susser, E. (2001). Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 2-4.

Thurmann, P. A. & Hompesch, B. C. (1998). Influence of gender on pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs. *International Journal of Clinical Pharmacology*, 36(11), 586-90.

Usall, J., Ochoa, S., Marquez, M. & Araya, S. (2002). Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 337-342.

Vogel, R. A. (2003). The changing view of hormone replacement therapy. *Review of Cardiovascular Medicine*. Spring; 4(2), 68-71.

White, H. & Stillion, J. M. (1988). Sex differences in attitudes towards suicide: Do males stigmatize males? *Psychology of Women Quarterly*, 12, 357-366.

Yonkers, K. A., Kando, J. C., Cole, J. O. & Blumenthal, S. (1992). Gender differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychotropic medication. *American Journal of Psychiatry*, 149(5), 587-95.

## בעיות נפשיות ושימוש גבוה בשירותי רפואה ראשונית; הבדלים ביו המינים

נילי זילבר<sup>13</sup>, מרג'ורי פיינסון<sup>14</sup> וג'ולי צוויקל<sup>15</sup>



מרבית האנשים הסובלים מבעיות נפשיות פונים לשירותי רפואה ראשונית כגורם טיפולי עיקרי (Druss, 2002). מחקרים ממדינות שונות מראים כי 10% עד 35% מהמבוגרים המטופלים במרפאות הראשוניות סובלים מהפרעה פסיכיאטרית ועד 70% סובלים ממצוקה נפשית שלא תמיד עוברת את הסף של אבחנה פסיכיאטרית (Al-Jaddou & Malkawi, 1997; Anseau et al., 2004; Cleary et al., 1982; Kessler et al., 2002; Sartorius et al., 1993; Sartorius et al., 1996; van Hemert et al., 1993). שיעורים דומים של מצוקה נפשית בקרב הפונים למרפאות ראשוניות נמצאו גם בישראל: בקרב 69% מהמטופלים במרפאות רפואה ראשונית בבאר שבע, אובחנה מצוקה נפשית (Shiber et al., 1990).

מחקרים רבים, בהם מספר מחקרים ישראלים, מצאו שהרופאים במרפאות הראשוניות לא מצליחים לזהות בעיות נפשיות ב- 45% עד 90% מהמקרים עם פסיכופתולוגיה (Afana et al., 2002; Eisenberg, 1992; Kessler et al., 2002; Lecrubier & Ustun, 1998; Nease, 2002; Rosenber et al., 2002; Shiber et al., 1990). כך למשל, במחקר שנערך בבאר שבע, נמצא ש- 55% מהמטופלים עם מצוקה נפשית לא אותרו על ידי רופאיהם.

שיעור השימוש בשירותי הבריאות הראשוניים בישראל הוא מהגבוהים בעולם (Yishai, 1992). השערה מרכזית במחקר הנוכחי היא שחלק מהשימוש הכבד בשירותי בריאות

---

<sup>13</sup> נילי זילבר, אפידמיולוגית בתחום בריאות הנפש ונוירולוגיה, חוקרת ב- C.N.R.S., המרכז הצרפתי למחקר בירושלים, ובמכון פאלק לחקר בריאות הנפש, ביה"ח כפר שאול.  
<sup>14</sup> מרג'ורי פיינסון, חוקרת במכון פאלק לחקר בריאות הנפש, ביה"ח כפר שאול.  
<sup>15</sup> ג'ולי צוויקל, פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון נגב, ומנהלת המרכז לחקר וקידום בריאות האשה.

ראשוניים יכול להיות מוסבר על ידי שכיחות גבוהה של מצוקה נפשית, בקרב המשתמשים הכבדים בשרותי הרפואה הראשונית, שאינה מאותרת או מטופלת על ידי הרופאים הראשוניים.

שימוש כבד בשירותי רפואה ראשונית ושכיחות גבוהה של בעיות נפשיות בקרב משתמשים אלו הם נושאים החשובים במיוחד לנשים. ראשית, נשים משתמשות בכ- 30% עד 50% יותר בשירותים אלו מאשר גברים (למשל Yishai, 1992). בנוסף, מספר מחקרים מראים כי שיעור התחלואה הנפשית בקרב המשתמשים בשירותי הבריאות הראשוניים גבוה יותר בקרב הנשים מאשר בקרב הגברים (Al-Jaddou & Malkawi, 1997; ten Have et al., 2001).

שימוש כבד בשירותי הבריאות הראשוניים הוא אחד הנושאים המרכזיים במערכת הבריאות הישראלית. בחינת הגורמים התורמים לשיעורי השימוש הגבוהים חיונית כדי לשפר את היעילות של שירותי הבריאות, לצד שיפור תוצאות הטיפול הרפואי. המחקר הנוכחי בודק את הקשר בין בעיות נפשיות ושימוש כבד בשירותי הרפואה הראשונית, תוך מתן דגש להבדלים בין המינים. הניתוח מתייחס לשאלות המחקר הבאות:

- ♦ האם יש הבדל בין המינים בשיעור ההימצאות של בעיות נפשיות בקרב המשתמשים במרפאות של רפואה ראשונית?
- ♦ האם יש קשר בין שימוש כבד בשירותים אלו לבין בעיות נפשיות?
- ♦ האם קשר זה דומה בקרב גברים ובקרב נשים?
- ♦ האם התוצאות הנ"ל דומות עבור בעיות נפשיות שונות?

## שיטות

### מבנה המחקר

המחקר התנהל בשלושה שלבים. לאחר מחקר חלוץ (pilot) שבו נבחנו כלי המחקר, סוננו מטופלים שביקרו באחת מ-8 מרפאות ראשוניות, ב-4 אזורים גיאוגרפיים שונים (שלב 2). בתהליך הסינון, חולים שהגיעו לאחת מהמרפאות המשתתפות במחקר מילאו שאלון שכלל, בין השאר, שאלות על גילם ושכיחות השימוש בשירותי המרפאה בשנה החולפת. המידע אפשר לנו לקבוע מי מהחולים מתאים לקריטריונים של המחקר ולאתר את המשתמשים הכבדים (כפי שמוגדר להלן). הדגימה נעשתה על פי גיל ורמת השימוש (רגיל וכבד) שמפורט מטה. תהליך הסינון נמשך בכל אחת מהמרפאות, בכל קבוצת גיל, עד שהגענו למספר הרצוי (בקירוב) של משתמשים כבדים ומשתמשים "רגילים" (משתמשים לא כבדים) שהסכימו להתראיין.

בשלב השלישי, החולים שהסכימו לכך (77% מהמתאימים) רואיינו באופן אישי. ראיון מעמיק זה כלל מספר כלים, בהם כלי אבחון פסיכיאטרי המעוצב במיוחד לשימוש במרפאות בריאות ראשוניות (ראה מטה לפירוט).

## אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה חולים שהשתמשו בשירותי אחת מהמרפאות הנבחרות לפחות שנה אחת והיו בגילאים 25 עד 74. חיתוך הגילאים נבחר כך משום שבגיל צעיר יותר קיים שימוש בשירותי רפואה במסגרת צה"ל ובגיל מבוגר יותר אנשים רבים הופכים למשתמשים כבדים בשל בעיות סומטיות הקשורות להזדקנות.

- ♦ המרפאות שנבחרו, כולן מרפאות של "שירותי בריאות כללית", היו ב- 4 אזורים גיאוגרפיים שונים, עם מאפיינים שונים:
- ♦ שתי מרפאות בבאר שבע, עם אוכלוסייה במעמד סוציו-כלכלי בינוני ונמוך ועם ריכוזים גבוהים של עולים; אחת מהמרפאות ידועה כבעלת אוריינטאציה לחשיבות של איתור בעיות נפשיות בקרב המטופלים;
- ♦ מרפאה אחת ברחובות, עם אוכלוסייה במעמד סוציו-כלכלי גבוה;
- ♦ שלוש מרפאות בירושלים, אחת עם אוכלוסייה דתית ברובה, אחת עם אוכלוסייה מבוגרת יחסית, שרובה ממוצא מזרחי והמרפאה השלישית עובדת עם מודל של פסיכיאטר יועץ למטופלים (מגיע אחת לשבועיים).
- ♦ מרפאה אחת בעיר פיתוח, בית שמש, המשרתת גם אוכלוסייה כפרית ממושבים סמוכים.
- ♦ מרפאה אחת ביפו, עם אוכלוסייה ערבית ברובה.

## הגדרת המשתמשים הכבדים

השתמשנו בהגדרה המבוססת על אוכלוסיית המחקר שלנו. המשתמשים הכבדים הם חולים שמספר הביקורים השנתי שלהם מעל האחוזון ה-70 של מספר הביקורים השנתי במרפאות המשתתפות במחקר (לפי מספר הביקורים שנמדד במחקר החלוץ ובתחילת שלב עבודת השדה). בשל העלייה בשימוש עם הגיל, חושב האחוזון ה-70 לכל קבוצת גיל בנפרד. משתמשים כבדים הוגדרו כדלהלן: בני 25-44 שביקרו יותר מ-6 פעמים בשנה במרפאה, בני 45-64 שביקרו יותר מ-12 פעמים בשנה במרפאה ובני 65+ שביקרו יותר מ-15 פעמים. החולים האחרים (שמספר הביקורים שלהם לא עבר את הסף) נקראו "משתמשים רגילים".

## סינון מרואיינים פוטנציאליים

תהליך הסינון דומה לזה ששימש בהצלחה את Weissman ועמיתיו (1998), בו המרואיינים נדגמו ישירות מבין החולים שביקרו במרפאה. ביקשנו מחולים בשמונה המרפאות המשתתפות להשלים שאלון סינון קצר (המתייחס כאמור לגיל ולמספר הביקורים במרפאה ב-6 החודשים האחרונים). חולים שהגיעו למרפאה יותר מפעם אחת במהלך שלב הסינון נכללו רק פעם אחת. אלו שמילאו את שאלון הסינון ועמדו בקריטריונים של המחקר התבקשו להתראיין. המרואיינים הפוטנציאליים חולקו ל-2 קבוצות: (1) משתמשים כבדים בשירותי הרפואה הראשונית. (2) קבוצת ביקורת של משתמשים רגילים.

תכננו לקבל מדגם עם מספר שווה של משתמשים כבדים ורגילים. לפי הגדרתנו את המשתמשים הכבדים (ראה לעיל), בכל קבוצת גיל יש כ- 30% משתמשים כבדים. משהגענו למספר המבוקש של משתמשים רגילים, בכל מרפאה, בכל קבוצת גיל, הפסקנו לראיין משתמשים רגילים, אך המשכנו בסינון על מנת למצוא משתמשים כבדים נוספים לראיון.

כתוצאה משיטת הדגימה, שיעור המשתמשים הכבדים במדגם הגיע ל- 43%, ללא הבדל מובהק בין קבוצות הגיל השונות. כמו כן, לא נמצא הבדל מובהק בין המינים: 39.8% מהגברים היו משתמשים כבדים לעומת 44.9% מהנשים ( $p=0.125$ )

### ראיונות המטופלים

המטופלים רואיינו בראיון אישי, בחדר פרטי במרפאה או בביתם, על פי בקשתם. הראיונות התבצעו בעברית, רוסית או ערבית, לפי דרישת המרואיין. לאחר הראיון התבקשו המרואיינים לחתום על הסכמה להוצאת חומר מתיקיהם הרפואיים.

כלים בשימוש לראיונות החולים

בראיונות עם המשתמשים הכבדים ועם המשתמשים הרגילים השתמשנו בסדרה של כלי הערכה שתקפותם ומהימנותם כבר הוכחה. הכלים היו:

- ♦ כלי אבחון פסיכיאטרי, שפותח על ידי ארגון הבריאות העולמי (WHO) במיוחד לאבחון הפרעות נפשיות במחקרים אפידמיולוגיים, ה- CIDI-SF (נוסח מקוצר של ה- CIDI) (Kessler et al., 1998). השתמשנו בכלי זה לאתר דיכאון, חרדה כללית, התקפי פאניקה, הפרעה טורדנית כפייתית (OCD), היפוכונדריה, אלכוהוליזם וירידה קוגניטיבית;
- ♦ שאלון המאתר סומאטיזציה (SCL 90 of Derogatis, 1977);
- ♦ שאלון לאיתור הפרעות אכילה (התאמה של Spitzer et al., 1993);
- ♦ כלי לאיתור הפרעת דחק פוסט טראומטי (PTSD) (Kessler et al., 1995).

### הגדרת פסיכופתולוגיה

במהלך הראיון עם ה- CIDI-SF חיפשנו את ההפרעות הבאות: דיכאון, חרדה כללית, התקפי פאניקה, OCD, היפוכונדריה, אלכוהוליזם וירידה קוגניטיבית. מטופלים עם לפחות אחת מההפרעות הנ"ל יקראו בעלי "אבחנה" פסיכיאטרית. נדבר על מטופלים "סימפטומטיים" או בעלי "סימפטומים פסיכיאטריים", אם מוסיפים לאלו עם "אבחנה" גם מטופלים עם הפרעות סימפטומטיות (כלומר חולים עם סימפטומים משמעותיים מבחינה קלינית, אבל מתחת לערך הסף של "אבחנה" בהפרעות שהוזכרו), או עם PTSD, סומאטיזציה או הפרעות אכילה. כל השאלונים התייחסו לשנה שלפני הראיון, מכאן שהשאלון אפשר לנו לחשב שיעורי הימצאות שנתיים.

## **פיקוח על מחלות פיזיות**

בבואנו לחקור את הקשר בין שימוש כבד בשירותי בריאות ראשונית ופסיכופתולוגיה, יש לקחת בחשבון גורם מתערב, קיום מחלות פיזיות שיכולות לגרום לריבוי הביקורים אצל הרופא. לפיכך, בניתוח הנתונים פקחנו על מחלות פיזיות שיכולות להסביר ביקורים תכופים במרפאה. ערכנו רשימה של כל המחלות שהוצאו מהתיקים הרפואיים. לאחר התייעצות עם רופאים, קידדנו את כל המחלות לאחת מ-3 קטגוריות:

- א. מחלה כרונית או קשה המצדיקה ביקורים רבים.
- ב. מחלה בה הצורך בביקורים חוזרים מוצדק או לא לפי החומרה (אותה לא יכולנו לקבוע על פי המידע שהוצא מהתיקים).
- ג. מחלה אקוטית או קלה שאינה מצריכה ביקורים חוזרים רבים.

ניתוח הקשר בין פסיכופתולוגיה לבין שימוש כבד בשירותי רפואה ראשונית בקרב חולים במחלות כרוניות/קשות הוא ניתוח מסובך, כיון שבאופן טבעי ניתן לצפות שחולים רבים עם מחלות קשות יסבלו מלחץ, דיכאון או חרדה. לכן, בעייתי לבדד את השפעת המחלה הנפשית על השימוש בשירותים מהשפעת המחלה הפיזית. כדי לפקח על המחלות הגופניות חזרנו על ניתוח הנתונים לאחר הוצאת החולים במחלות גופניות קשות/כרוניות.

## **ממצאים**

המדגם הסופי כלל 976 מרואיינים. שני שלישים היו נשים. כפי שניתן לראות בלוח 1, נשים וגברים נבדלים משמעותית בגילם, רמת השכלתם ומצבם המשפחתי.

לוח 1- התפלגות אוכלוסיית המרוויינים החולים לפי מאפיינים דמוגרפיים באחוזים

*p	סה"כ (976=N)	נשים (636=N)	גברים (340=N)	מאפיינים
0.000	100	65.2	34.8	<b>סה"כ</b>
0.000	30.6	29.9	32.1	<b>גיל (שנים)</b>
	42.8	47.2	34.7	44-25
	26.5	23.0	33.2	64-45
				75-65
0.032	22.3	23.7	19.9	<b>שנות השכלה</b>
	45.3	42.2	51.0	8-0
	32.4	34.1	29.1	12-9
				+13
0.000	10.1	7.6	14.8	<b>מצב משפחתי</b>
	70.6	69.4	73.1	רווק/ה
	8.9	9.2	8.3	נשוא/ה
	10.4	13.9	3.8	פרוד/ה או גרוש/ה
				אלמן/ה

\* מובהקות סטטיסטית של ההבדלים בין גברים לנשים בהתפלגות המרוויינים לפי מאפיינים דמוגרפיים

**שיעור הימצאות שנתי של בעיות נפשיות לפי מין**

לוח 2 מראה את שיעורי ההימצאות השנתית של בעיות נפשיות שנחקרו. אצל 31% מהחולים נמצאה אבחנה פסיכיאטרית, בשכיחות גבוהה יותר בקרב הנשים מאשר בקרב הגברים באופן מובהק (34% לעומת 25%,  $p=0.003$ ). נמצא פער מובהק בין המינים באבחנה של דיכאון ( $p=0.05$ ) והתקפי פאניקה ( $p=0.003$ ). בשתי האבחנות שיעור ההמצאות גבוה יותר אצל הנשים מאשר אצל הגברים. באופן מפתיע, אין הבדל מובהק בין המינים

בהימצאות חרדה כללית. למרות שכיחותן הגבוהה של הפרעות אכילה בקרב הגברים (11.5%), לנשים שיעורים גבוהים יותר באופן מובהק, 17.5% ( $p=0.014$ ). אחוז החולים הסימפטומטיים הגיע ל- 52%. עבור חולים אלו התוצאות דומות, מבחינת ההבדלים בין המינים, לתוצאות עבור החולים עם אבחנה.

## לוח 2. שיעור הימצאות שנתית של בעיות נפשיות בקרב החולים במדגם באחוזים

סוג בעיה נפשית	גברים (340=N)	נשים (636=N)	סה"כ (976=N)	*p
<b>א. אבחנות פסיכיאטריות (לפי ה- SF-CIDI)</b>				
דיכאון	17.6	23.0	21.1	0.053
חרדה כללית	10.3	11.9	11.4	0.438
התקף פאניקה	4.4	9.7	7.9	*0.003
OCD	5.6	3.5	4.2	0.114
תלות באלכוהול	0.0	0.2	0.1	0.464
ירידה קוגניטיבית	0.0	0.5	0.3	0.205
היפוכונדריה	1.5	1.3	1.3	0.782
אבחנה פסיכיאטרית כלשהי	24.7	34.0	30.7	*0.003
<b>ב. בעיות נפשיות אחרות</b>				
סומאטיזציה	9.7	14.2	12.6	*0.046
PTSD	3.8	2.4	2.9	0.191
הפרעות אכילה	11.5	17.5	15.4	*0.014
<b>ג. סימפטומים פסיכיאטריים</b>				
בעיה נפשית כלשהי	45.6	55.7	52.2	*0.003

\* מובהקות סטטיסטית של ההבדל בשיעורי ההימצאות בין גברים לנשים

### שיעור הימצאות שנתית של בעיות נפשיות לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים אחרים

שיעור ההימצאות של אבחנות פסיכיאטריות קשור, באופן מובהק, לגיל ( $p=0.022$ ). השיעור גבוה ביותר הוא עבור קבוצת הגיל האמצעית (45-64) בשני המינים. לנשים שיעורים גבוהים יותר בכל הגילאים.

שיעור ההימצאות השנתית של אבחנות פסיכיאטריות קשור באופן מובהק להשכלה ( $p=0.001$ ). רק בקרב נשים השיעור יורד עם העלייה בהשכלה, בצורה מובהקת סטטיסטית.



שיעור ההימצאות של אבחנות פסיכיאטריות קשור באופן מובהק למצב המשפחתי ( $p=0.013$ ). השיעור גבוה יותר בקרב הפרודים והגרומים. הבדל זה נמצא מובהק רק בקרב הנשים. לנשים שיעורים גבוהים יותר של אבחנות פסיכיאטריות מאשר לגברים בכל קבוצה של מצב משפחתי, פרט לאלמנות.

**שיעורי הימצאות שנתית של בעיות נפשיות בקרב משתמשים כבדים ורגילים**  
 מצאנו יותר חולים עם בעיות נפשיות בקרב משתמשים כבדים בשירותי הבריאות מאשר בקרב משתמשים רגילים (36% לעומת 27%,  $p=0.005$ ). כפי שניתן לראות בלוח 3, ההבדל מובהק סטטיסטית רק בקרב הגברים. מכאן, שבקרב המשתמשים הכבדים אין הבדל בין המינים בשיעור ההימצאות של בעיות נפשיות ( $p=0.511$ ), בעוד שקיים הבדל משמעותי בין המינים בקרב המשתמשים הרגילים, כאשר לנשים נמצאו יותר אבחנות פסיכיאטריות מאשר לגברים (32% לעומת 19%,  $p=0.001$ ).

לוח 3- אחוז החולים הסובלים מבעיות נפשיות לפי שימוש בשירותי הרפואה הראשונית ומין

	סה"כ (971 <sup>a</sup> =N)	שימוש כבד (419=N)	שימוש רגיל (552=N)	
	p*			
גברים	24.8 (45.7)	33.3 (55.6)	19.1 (32.9)	0.003 (0.003)
נשים	34.0 (55.7)	36.6 (60.2)	31.9 (52.0)	0.213 (0.039)
סה"כ	30.8 (52.2)	35.6 (58.7)	27.2 (47.3)	0.005 (0.000)
	0.003 (0.003)	0.511 (0.366)	0.001 (0.004)	p**

המספרים מתייחסים לאחוז החולים הסובלים מאבחנה פסיכיאטרית; המספרים בסוגריים מתייחסים לחולים סימפטומטיים

<sup>a</sup> עבור 5 חולים לא היה ידוע השימוש במרפאות

\* מובהקות סטטיסטית של ההבדל באחוז החולים הסובלים מבעיות נפשיות בין משתמשים כבדים לרגילים

\*\* מובהקות סטטיסטית של ההבדל באחוז החולים הסובלים מבעיות נפשיות בין גברים לנשים.

כפי שהוסבר בסעיף "שיטות", למרות שמשתמשים כבדים הוגדרו כמשתמשים שמספר הביקורים השנתי שלהם מעל האחוזון ה-70 של מספר הביקורים השנתי במרפאות

המשתתפות, דגמנו יותר משתמשים כבדים מחלקם היחסי באוכלוסייה (43% מהמדגם). כיון ששיעור ההימצאות של בעיות נפשיות גבוה יותר בקרב המשתמשים הכבדים, שיעור ההימצאות האמיתי במרפאה קטן במקצת מזה של המדגם. לאחר תיקון דגימת היתר של המשתמשים הכבדים (כלומר התאמת השיעור של המשתמשים הרגילים ל- 70% ושל המשתמשים הכבדים ל- 30% מהאוכלוסייה), נמצא ששיעור ההימצאות של חולים עם אבחנה נפשית במרפאה הוא 29.7% (במקום 30.8%) ושיעור ההימצאות השנתי של חולים סימפטומטיים הוא 50.7% (במקום 52.2%).

### **הקשר בין פסיכופתולוגיה, שימוש כבד בשירותי בריאות ומין**

פיקוח על משתנים סוציו-דמוגרפיים אחרים: כיון שהתפלגות הגברים והנשים לפי גיל, השכלה ומצב משפחתי שונה בצורה מובהקת (לוח 1) וכיון ששלושה המשתנים קשורים להימצאות פסיכופתולוגיה, פיקחנו על משתנים אלו על ידי רגרסיה לוגיסטית. המשתנה התלוי היה - קיום או אי קיום של אבחנה פסיכיאטרית, והמשתנים הבלתי תלויים היו - מין, גיל, השכלה, מצב משפחתי ושימוש בשירותי בריאות (כבד או רגיל). כל המשתנים הבלתי תלויים נשארו קשורים באופן מובהק עם פסיכופתולוגיה. העיבוד נעשה גם בנפרד עבור המשתמשים הכבדים והרגילים. בקרב המשתמשים הכבדים, מין לא נמצא כקשור לפסיכופתולוגיה, שעה שבקרב המשתמשים הרגילים נמצא קשר מובהק ( $p=0.004$ ). לפיכך, התוצאות שהוצגו בפסקה הקודמת לא יכולות להיות מוסברות על ידי גורם מערב של התפלגות שונה של הנשים והגברים לפי גיל, השכלה ומצב משפחתי.

### **הקשר בין פסיכופתולוגיה ושימוש כבד בשירותי בריאות: פיקוח על מחלות גופניות**

כדי לפקח על הימצאות מחלות גופניות, המביאות לביקורים חוזרים ולכן יכולות להיות משתנה מתערב, חזרנו על הניתוח לאחר הוצאת החולים עם מחלה פיזית כרונית/קשה אחת לפחות. ניתוח זה נעשה על תת-מדגם של 435 חולים, שאת תיקם הרפואי בדקנו. ההבדל בשיעורי הפסיכופתולוגיה בין משתמשים כבדים ורגילים נשאר מובהק ואפילו עלה. מכאן, שהקשר בין פסיכופתולוגיה ושימוש כבד בשירותי בריאות לא נובע מהשפעה מתווכת של מחלות פיזיות קשות.

### **שיעור הימצאות שנתית של בעיות נפשיות נבחרות בקרב משתמשים כבדים**

#### **ורגילים**

הימצאותן של אבחנות ספציפיות גבוה יותר, באופן מובהק, בקרב משתמשים כבדים של שירותי הרפואה הראשונית. עבור דיכאון, ההבדל מובהק רק בקרב הנשים, בעוד שעבור חרדה כללית, התקפי פאניקה ו-OCD, ההבדל מובהק רק בקרב הגברים. ההבדל עבור סומאטיזציה מובהק בשני המינים (לוח 4).

למשתמשות הרגילות יש שיעורי הימצאות יותר גבוהים, יחסית לגברים, לכל אבחנה נפשית (פרט ל- PTSD). ההבדל המובהק היחיד הוא עבור התקפי פאניקה, עם שיעור הימצאות אצל נשים גדול פי 4 מאשר אצל גברים (8.6% לעומת 2.0%,  $p=0.002$ ).

בקרב המשתמשים הכבדים אין הבדל מובהק בין המינים. בין הנשים, ההימצאות נוטה להיות גבוהה יותר בחלק מהאבחנות ונמוכה באחרות. יוצא מן הכלל יחיד הוא הפרעות אכילה, עם שיעור הימצאות בקרב נשים גבוה מאשר בקרב הגברים - 19.7% לעומת 11.9% ( $p=0.046$ ).

לוח 4. אחוז החולים הסובלים מבעיות נפשיות ספציפיות לפי שימוש בשירותי הרפואה הראשונית ולפי מין

אבחנה	שימוש רגיל (ר)	שימוש כבד (כ)	p*	יחס כ/ר
<b>א. אבחנה פסיכיאטרית (לפי CIDI-SF)</b>				
<b>דיכאון</b>	18.7	24.6	0.025	1.32
נשים	20.1	26.8	0.049	1.33
גברים	16.2	20.0	0.367	1.23
<b>p**</b>	0.252	0.133		
<b>חרדה כללית</b>	10.0	13.4	0.099	1.34
נשים	11.8	12.3	0.835	1.04
גברים	6.9	15.6	0.010	2.26
<b>p**</b>	0.063	0.364		
<b>התקף פאניקה</b>	6.2	10.0	0.026	1.61
נשים	8.6	10.9	0.331	1.27
גברים	2.0	8.1	0.007	4.05
<b>p**</b>	0.002	0.387		
<b>OCD</b>	2.5	6.4	0.003	2.56
נשים	2.3	4.9	0.073	2.13
גברים	2.9	9.6	0.009	3.31
<b>p**</b>	0.643	0.067		
<b>ב. בעיות נפשיות אחרות</b>				
<b>סומטיזציה</b>	8.0	18.9	0.000	2.36
נשים	9.5	20.1	0.000	2.12
גברים	5.4	16.3	0.001	3.02
<b>p**</b>	0.087	0.356		
<b>PTSD</b>	2.7	3.1	0.722	1.15
נשים	2.3	2.5	0.892	1.09
גברים	3.4	4.4	0.634	1.29
<b>p**</b>	0.430	0.275		
<b>הפרעות אכילה</b>	14.1	17.2	0.192	1.22
נשים	15.8	19.7	0.198	1.25
גברים	11.3	11.9	0.870	1.05
<b>p**</b>	0.140	0.046		

\* מובהקות סטטיסטית של ההבדל באחוז החולים הסובלים מבעיות נפשיות בין משתמשים כבדים לרגילים.

\*\* מובהקות סטטיסטית של ההבדל באחוז החולים הסובלים מבעיות נפשיות בין גברים לנשים.

## דין

בין המטופלים במרפאות ראשוניות מצאנו שיעור הימצאות של 30% עבור אבחנות פסיכיאטריות ושיעור הימצאות של 51% עבור סימפטומים פסיכיאטריים. שיעורים אלו דומים לשיעורים שנמצאו בספרות, למשל שיעור סימפטומים פסיכיאטריים של 42.5% בבליה (Ansseau et al., 2004). ביחס לשאלת המחקר הראשונה - האם יש הבדל בין המינים בשיעורי ההימצאות של בעיות נפשיות בקרב המשתמשים במרפאות של רפואה ראשונית? - מצאנו שלנשים יש יותר פסיכופתולוגיה, באופן מובהק. הבדל זה קטן ביחס להבדלים המדווחים באוכלוסייה הכללית (Kessler et al., 1993; Kessler et al., 1994; Robins & Regier, 1991; Weissman et al., 1996; Weissman et al., 1996). ביחס לבעיות נפשיות המטופלים עם הפרעות לא פסיכוטיות (לוינסון וחב', 1996). ביחס לבעיות נפשיות ספציפיות, מצאנו שיעורי הימצאות גבוהים יותר בקרב נשים עבור רוב האבחנות או ההפרעות הפסיכיאטריות שבדקנו, עם מובהקות סטטיסטית עבור דיכאון, התקפי פאניקה, סומאטיזציה והפרעות אכילה. באופן מפתיע, לא נמצא הבדל מובהק בין המינים באבחנת חרדה כללית.

כאמור, בעוד שמצאנו שיעורי הימצאות גבוהים יותר של פסיכופתולוגיה ושל בעיות נפשיות נבחרות בקרב הנשים, ההבדלים היו קטנים מהמצופה. אפשר להניח שגודלם הקטן, יחסית, של ההבדלים מוסבר בכך שיותר נשים מגברים משתמשות בשירותים לבריאות הנפש. יתכן שנשים, יותר מגברים, מייחסות העדר תחושת רווחה לגורמים פסיכולוגיים ובנוסף, חוששות פחות מסטיגמה שיכולה לנבוע מטיפול במרפאה לבריאות הנפש. אם השערה זו משקפת את המציאות, אזי שיעור הסובלים ממצוקה נפשית המשתמשים בשירותי בריאות הנפש צריך להיות גבוה יותר בקרב הנשים ולכן פחות נשים פונות לשירותי רפואה ראשונית בשל בעיות נפשיות, מאחר שאנשים בטיפול פסיכיאטרי משתמשים פחות בשירותי בריאות ראשוניים (Rabinowitz, 2001). אפשר שזהו ההסבר לכך שההבדל בין אחוז הנשים הסובלות מבעיות נפשיות במרפאות הראשוניות לבין אחוז הגברים הינו קטן מהבדל זה באוכלוסייה הכללית ובמרפאות בריאות הנפש.

ביחס לשאלת המחקר השנייה - האם יש קשר בין שימוש כבד בשירותי בריאות ראשונית לבעיות נפשיות? - תוצאות סותרות נמצאו בספרות: למשל, עבור דיכאון, מספר מחקרים מצאו קשר כזה (Frerichs et al., 1982; Rowan et al., 2002; קאפמן וחב', 2003), בזמן שאחרים לא מצאו (Barsky, Wyshak, & Klerman, 1986; Beekman et al., 1997; Callahan, Kesterson, & Tierney, 1997). כמו כן, נמצא כי תחלואה פסיכיאטרית קלה מגבירה את ההסתברות לפנות לרופא כללי (למשל, Karlsson, Lehtinen, & Joukamaa, 1995; Tansella & Williams, 1989; Vásquez-Barquero et al., 1990; Williams et

1986, al.), בזמן ש - Toomey וחב' (1982) לא מצאו הבדל בתחלואה הפסיכיאטרית בין משתמשים כבדים ורגילים של מרפאות ראשוניות.

במחקרנו, מצאנו שיש באופן מובהק יותר בעיות נפשיות בקרב המשתמשים הכבדים של שירותי בריאות ראשוניים מאשר בקרב המשתמשים הרגילים. מעניין שדפוס זה, של יותר בעיות נפשיות בקרב המשתמשים הכבדים, נמצא מובהק עבור הגברים אך אינו מובהק עבור הנשים. מכאן, שאין הבדל בשיעורי מצוקה נפשית בין משתמשות כבדות למשתמשים כבדים, בעוד שבקרב משתמשים רגילים יש הבדל מובהק בין המינים. לפיכך, התשובה לשאלת המחקר השלישית - האם הקשר בין שימוש כבד בשירותי בריאות ראשונית לבין בעיות נפשיות דומה בקרב גברים ובקרב נשים? - היא "לא". נשים וגברים עם מצוקה נפשית, שהם משתמשים כבדים, הם אלו החוזרים שוב ושוב למרפאות הראשוניות, כיון שהם לא מרגישים טוב וממשיכים לחפש פתרון לבעיותיהם. העובדה, שבקרב המשתמשים הכבדים יש אחוז דומה של נשים ושל גברים עם בעיות נפשיות, יכולה לנבוע מכך שיותר נשים במצוקה נפשית משתמשות בשירותי בריאות הנפש, במקום לעשות סומאטיזציה של המצוקה ולחפש פתרון בשירותי בריאות ראשוניים.

ביחס לשאלה האחרונה - האם התוצאות הנ"ל דומות עבור בעיות נפשיות שונות? - מצאנו כי בשני המינים, לכל האבחנות העיקריות, אחוז החולים עם אבחנה פסיכיאטרית או החולים הסימפטומטיים גבוה יותר בקרב המשתמשים הכבדים מאשר בקרב המשתמשים הרגילים. הבדל זה גדול במיוחד לגבי אבחנות הקשורות לחרדה (חרדה כללית, התקפי פאניקה, OCD) ולסומאטיזציה, במיוחד אצל גברים. דבר זה מחזק את ההשערה שמטופלים במרפאות ראשוניות, הסובלים ממצוקה נפשית שאינה מאותרת או מטופלת ע"י רופא המשפחה, נוטים להפוך למשתמשים כבדים. אנשים הסובלים מסומאטיזציה ימשיכו ללכת לרופא ללא כל הקלה בסימפטומים הגופניים כל עוד המצוקה הנפשית לא מטופלת.

מן השלב השני של מחקרנו, שכלל בדיקת התיקים הרפואיים של המרואיינים, תתכן הבהרה נוספת של נושא חוסר האבחנה והטיפול על ידי רופאים ראשוניים. הערכת שיעורי האיתור והטיפול של הבעיות הנפשיות על-ידי הרופאים במרפאות הראשוניות בקרב המשתמשים הכבדים והרגילים, צפויה לחדד את הבנת היחס בין פסיכופתולוגיה לבין שימוש כבד בשירותי בריאות ראשונית, ולהוסיף על הבנת ההבדל בין נשים לגברים ביחס לפסיכופתולוגיה ולשימוש בשירותים. מתוך כך, לממצאים אלו יהיו השלכות יישומיות לשיפור האופן בו שירותי הבריאות מתמודדים עם שימוש לא מתאים בשירותים שמקורו בבעיות נפשיות.

## ביבליוגרפיה

לוינסון, ד., פופר, מ., לרנר, י., פינסון, מ. ומרק, מ. (1996). שימוש בשירותים מרפאתיים לבריאות נפש בישראל, שיעורים ודפוסים צריכה. נתוח נתונים מסקר ארצי - מאי 1986 וממעקב - 1994. משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה. גיוינט ישראל, מכון פאלק.

קאפמן, מ., אלון, נ. וחרמוני, ד. (2003) סקירת דיכאון במרפאות ראשוניות בישראל: פערים בין התייעוד בתיק הרפואי לתוצאות הסקירות, *הרפואה*, 142 (י"ב), 815-819.

Afana, A. H., Dalgard, O. S., Bjertness, E., & Grunfeld, B. (2002). The ability of general practitioners to detect mental disorders among primary care patients in a stressful environment: Gaza Strip. *Journal of Public Health Medicine*, 24(4), 326-331.

Al-Jaddou, H., & Malkawi, A. (1997). Prevalence, recognition and management of mental disorders in primary health care in Northern Jordan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 31-35.

Anseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., de Smedt, J., van Den Haute, M. & van Der Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), 49-55.

Barsky, A. J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1986). Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilization. *Medical Care*, 24(6), 548-560.

Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Braam, A. W., Smit, J. H. & van Tilburg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27(6), 1397-1409.

Callahan, C. M., Kesterson, J.G. & Tierney, W.M. (1997). Association of symptoms of depression with diagnostic test charges among older adults. *Annals of Internal Medicine*, 126(6), 426-432.

Cleary, P. D., Goldberg, I. D., Kessler, L. G., & Nycz, G. R. (1982). Screening for mental disorder among primary care patients. Usefulness of the General Health Questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 837-840.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90R (Revised Version) Manual I*. Baltimore, M.D.: Johns Hopkins School of Medicine.

Druss, B. J. (2002). The mental health/primary care interface in the United States: history, structure, and context. *General Hospital Psychiatry*, 24(4), 197-202.

Eisenberg, L. (1992). Treating depression and anxiety in the primary care setting. *Health Affairs*, 11(3), 149-156.

Frerichs, R. R., Aneshensel, C. S., Yokopenic, P. A. & Clark. V. A. (1982). Physical health and depression: An epidemiologic survey. *Preventive Medicine*, 11(6), 639-646.

- Karlsson, H., Lehtinen, V. & Joukamaa, M. (1995). Are frequent attenders of primary care distressed? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 13(1), 32-38.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, B. & Wittchen, H.-U. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(4), 171-185.
- Kessler, D., Bennewith, O., Lewis, G., & Sharp, D. (2002). Detection of depression and anxiety in primary care: Follow up study. *British Medical Journal*, 325(7371), 1016-1017.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29(2-3), 85-96.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M. & Eshleman, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Lecrubier, Y. & Ustun, T. B. (1998). Panic and depression: A worldwide primary care perspective. *International Clinical Psychopharmacology*, 13 Suppl 4, S7-11.
- Nease, D. E., Klinkman, M. S., & Volk, R. J. (2002). Improved detection of depression in primary care through severity evaluation. *Journal of Family Practice*, 51(12), 1065-1070.
- Rabinowitz, J. (2001). Can outpatient mental health treatment really reduce health care costs? *First U.S.-Israel Symposium in Academic psychiatry: Advances in research and practice. Program and abstracts*, Jerusalem, Israel, (13).
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (eds) (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, Free Press.
- Rosenberg, E., Lussier, M. T., Beaudoin, C., Kirmayer, L. J., & Dufort, G. G. (2002). Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *General Hospital Psychiatry*, 24(5), 322-327.
- Rowan, P. J., Davidson, K., Campbell, J. A., Dobrez, D. G. & MacLean, D. R. (2002). Depressive symptoms predict medical care utilization in a population-based sample. *Psychological Medicine*, 32(5), 903-908.



- Sartorius, N., Ustun, T. B., Costa e Silva, J. A., Goldberg, D., Lecrubier, Y., Ormel, H., von Korff, M. & Wittchen, H.-U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Archives of General Psychiatry*, 50(10), 819-824.
- Sartorius, N., Ustun, T. B., Lecrubier, Y. & Wittchen, H. U. (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *British Journal of Psychiatry Supplement*, (30), 38-43.
- Shiber, A., Maoz, B., Antonovsky, A. & Antonovsky, H. (1990). Detection of emotional problems in the primary care clinic. *Family Practice*, 7(3), 195-200.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D. & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137-153.
- Tansella, M. & Williams, P. (1989). The spectrum of psychiatric morbidity in a defined geographical area. *Psychological Medicine*, 19(3), 765-770.
- ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R. V. & de Graaf, R. (2001). Predictors of incident care service utilization for mental health problems in the Dutch general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(3), 141-149.
- Toomey, T. C., Haggerty, J. J. Jr., Raft, D. & Strogatz, D.S. (1982). The frequent clinic attender: relative contributions of illness severity, psychological, and social issues. *Psychiatric Forum*, 11(1), 1-5.
- van Hemert, A. M., Hengeveld, M. W., Bolk, J. H., Rooijmans, H. G. & Vandenbroucke, J. P. (1993) Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychological Medicine*, 23(1), 167-173.
- Vásquez-Barquero, J. L., Wilkinson, G., Williams, P., Diez-Manrique, J. F. & Peña, C. (1990). Mental health and medical consultation in primary care settings. *Psychological Medicine*, 20(3), 681-694.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. & Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276(4), 293-299.
- Weissman, M. M., Broadhead, W. E., Olfson, M., Sheehan, D. V., Hoven, C., Conolly, P., Fireman, B. H., Farber, L., Blacklow, R. S., Higgins, E. S. & Leon, A. C. (1998). A diagnostic aid for detecting (DSM-IV) mental disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20(1), 1-20.

Williams, P., Tarnopolsky, A., Hand, D. & Shepherd, M. (1986). *Minor psychiatric morbidity and general practice consultations, the West London Survey*. Cambridge University Press: Cambridge.

Yishai, Y. (1992). Physicians and the state in the USA and Israel. *Social Science and Medicine*, 34(2), 129-139.

# פחד מאונס בקרב סטודנטיות בישראל<sup>1</sup>

רחל לב-ויזל<sup>2</sup>, מריאן אמיר<sup>3</sup> וליאורה אוחיון<sup>4</sup>



על פי חוק העונשין, עבירות מין (פרק ד', סעיף 345), אינוס מוגדר כבעילת אישה שלא בהסכמתה החופשית, בהסכמה שהושגה במרמה, בקטינה אף אם הסכימה, או תוך ניצול מצב של חוסר הכרה או מצב אחר של אשה המונע לתת הסכמה חופשית. אינוס של קטינה, איום בנשק חם או קר, גרימת חבלה גופנית או נפשית או הריון, התעללות לפני, בזמן או לאחר המעשה, בנוכחות או שלא בנוכחות אחר, הכולל החדרת איבר גוף או חפץ לגוף האשה, מעשה סדום או מעשה מגונה, כל אלה נחשבים על פי החוק כעבירות מין עליה הדין מאסר (פרק ד' דיני עונשין, חוק העונשין 799, סעיפים 346-349). על פי דו"ח משטרת ישראל לשנת 2000, נפתחו 689 תיקים בגין אונס (אתר האינטרנט של משטרת ישראל, 2002). לעומת דיווחי המשטרה, בשנת 2000 בלבד פנו 15,075 נפגעי תקיפה מינית למרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית, מתוכם 2505 פנו בשל אונס, לרבות אונס קבוצתי (35.4%), 1719 פנו בשל תקיפה מינית (24.3%), 1257 פנו בשל גילוי עריות (17.8%), יתר הפניות התקבלו מנפגעות של מעשים מגונים או הטרדה מינית (דו"ח איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית בישראל, 1998-2000).

<sup>1</sup> המאמר המוצג כאן ברשות פורסם ב"חברה ורווחה" הרבעון לעבודה סוציאלית, כרך כ"ג חוברת 3, עמ' 311-325.

<sup>2</sup> רחל לב-ויזל, פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

<sup>3</sup> מריאן אמיר, פרופסור חבר, המחלקה למדעי ההתנהגות ועבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

<sup>4</sup> ליאורה אוחיון, בעלת תואר שני בפסיכולוגיה ארגונית, מתמחה בפסיכולוגיה חינוכית, בשירות פסיכולוגי חינוכי, רמת גן.

עולה השאלה, באיזו מידה האפשרות להיאנס נתפסת על ידי נשים בישראל כסיכון גבוה ומה רמת הפחד מאונס. מטרת המחקר היתה לבחון באיזו מידה קיים פחד מאונס בקרב נשים בישראל, מה עצמתו ומה משקל משתנים, כגון התנסות קודמת באירועי תקיפה מינית ונטית חרדה, על עוצמת הפחד מאונס. זאת בהנחה שפחד מאונס הנו ביטוי לתחושת אי-בטחון של כל אזרח, ללא קשר למינו, ויש בו משום הגבלת צעדיה של האשה.

בראונמילר (1975) טוענת, כי התוצאה הבולטת ביותר של מקרי אונס היא תגובת הפחד מפני אונס, כולל בקרב נשים שלא נאנסו (Russel, 1982). מצב זה מגביל את החופש האישי (Griffin, 1971), והוא הפך למאפיין מרכזי בסוציאליזציה של נשים (Warr, 1985). Gordon & Riger (1989), שבדקו את מידת הפחד מפגיעה פיזית ותקיפה מינית בקרב נשים, מצאו כי פחד מאונס בקרב נשים שכיהן למעלה ממחצית הנשים במדגם הגיבו לפחד מאונס בהימנעות - נשארו בבית, נמנעו מלבקר חברים או לצאת לבלות בלילה. מממצאיו של Warr (1985), עולה כי 42% מהנשים בארצות הברית נמנעות מלצאת לבד בלילה, 67% מהנשים נמנעות מלצאת למקומות מסוימים בלילה ו- 27% מהנשים מסרבות לענות לדלת למי שהן לא מכירות.

בהשוואה בין נשים וגברים באשר לתפיסת מידת הסיכון להיות קורבן למעשה פשע, הכולל פגיעה פיזית כגון שוד, או אונס, נמצא כי נשים מעריכות יותר מגברים את מידת סיכוייהן להיות קורבן לתקיפה, ללא קשר עם מקום מגוריהן (Smith & Torstensson, 1997). Junger (1987), טען כי נשים פוחדות מתקיפה פיזית יותר מגברים, כיוון שיש להן פחות יכולת לברוח או להתנגד. אחרים טענו כי הפחד של נשים מפני תקיפה פיזית, הוא למעשה הפחד מאונס, שמהווה איום ייחודי וחמור שאינו משותף לגברים (Stanko, 1990). Warr (1985), פיתח מודל על פיו רמת הפחד מפשע מסוים תלויה גם במידת הסיכון הסובייקטיבית להיות קורבן לפשע זה וגם במידת החומרה בה הפשע נתפס באוכלוסייה. לפי מודל זה, ההסבר לכך שהפחד מאונס גבוה יותר מהפחד מכל סוגי התקיפה הפיזית הוא, שאונס נתפס כפשע חמור, ובניגוד לרצח, מידת הסבירות שיתרחש גדולה יותר.

## **מקורות לפחד מאונס**

מן הספרות עולה כי קיימים מספר מקורות לפחד מאונס. את המקורות ניתן לחלק לשלושה תחומים: מיתוסים בהקשר למין, אירועי חיים טראומטיים ותקיפות מיניות, נטית חרדה. למרות שבמסגרת המחקר הנוכחי לא נמדדה השפעת המיתוסים, חשוב להבין את תרומתם בהקשר החברתי.

## **מיתוסים, מגדר והפחד מאונס**

למיתוסים - אמונות הרווחות בחברה בהקשר של אונס, יש תפקיד בעיצוב מאפייני הפחד מאונס של נשים, זאת על אף ממצאים המוכיחים כי המיתוסים משוללי בסיס עובדתי

(Koss et al., 1994). לדוגמה, המיתוס "רוב מקרי האונס מתרחשים בחוץ, בתדרי מדרגות או בנסיעה בטרמפים, והתוקף הוא אדם זר". על פי דו"ח מרכזי הסיוע בישראל (אתר אינטרנט), יותר מ- 30% ממקרי האונס מתרחשים בבית הקורבן או בביתו של התוקף, התוקף הוא אדם המוכר לנאנסת (80%) ורק 5% מתרחשים בנסיעה בטרמפים עם אדם זר. כמו כן, מספר מקרי האונס המתרחשים בלילה זהה למספר מקרי האונס המתרחשים ביום. לדעת Kelly (1988), המיתוסים מעצבים בתודעה החברתית פרופילים מעוותים, הן של מבצעי האונס והן של הקורבנות. כך מקובל לחשוב שהאנס הוא סוטה, סדיסט, הסובל מחסך מיני, אך העובדות מצביעות על כך שמרבית האנסים מנהלים חיים נורמאליים וחי מין כמקובל עם בנות זוגם. בנוסף, מקובלת האמונה שאונס מתבצע כתוצאה מדחף פתאומי ומאובדן שליטה, כאשר העובדות מצביעות על כך שרוב מעשי האונס מתוכננים מראש (דו"ח מרכזי הסיוע בישראל, 1997). דוגמה למיתוס אחר היא למשל - "נשים מזמינות אונס, בגלל הצורה שבה הן מתלבשות ומתגרות בגבר", "נשים לוקחות סיכון בכך שהן יוצאות לבד בלילה". למיתוס זה, לדעת Kelly (1988) ו-Fitzgerald (1990), תפקיד בהעברת האשמה לקורבן. מיתוסים אחרים משמשים להפחתת ההשלכות של האונס - "אונס זה לא דבר רציני, זה בסך הכל מין", "היא לא הייתה בתולה" ו-"נשים נהנות ממין אלים".

הדיווחים בתקשורת על אונס מהווים מקור נוסף לפחד מאונס ולעיצוב המיתוסים. לטענת Valentine (1992), בחלק גדול מהמקרים, הדיווחים בתקשורת הנם סלקטיביים ולא פרופורציוניים, כי הם מדווחים על מעשי אונס ורצח המבוצעים בעיקר במקומות ציבוריים, מהם על נשים להימנע ולהיזהר, והרבה פחות על אלימות בבית.

בנוסף למיתוסים הללו, קיימות בתרבות סכמות התנהגות המעצבות את תפקידי המינים, ובעקיפין תומכות באלימות כלפי נשים (Burt, 1980). על פי תיאוריית תפקודי המין של Bem (1993), ישנה ציפייה מגברים להיות דומיננטיים, אסרטיביים וחזקים. מנשים מצופה שיהיו פסיביות ובעלות יופי חיצוני. Brier & Malamuth (1983), מצאו כי 65% מהמתבגרים ו- 57% מהמתבגרות מאמינים כי מקובל שגבר יכריח את האישה לקיים יחסי מין, אם הם יוצאים יותר מחצי שנה. Burt (1980), מצא כי למעלה מ- 50% מן הגברים מבינים כי אישה שהולכת לדירתו של גבר בפגישה הראשונה, מעוניינת לקיים יחסי מין. Johnson & Jackson (1988) ו-Goodchilds (1988), טוענים כי ככול שרמת האינטימיות גבוהה יותר, נתפס הגבר כבעל זכות לגיטימית לקיים יחסי מין בכל זמן.

### **אירועי חיים טראומטיים, אונס ותקיפה מינית**

מחקרים מצביעים על כך שלאונס ולתקיפה מינית יש השפעה טראומטית, לעיתים ממושכת, על הקורבן, כגון תגובת חרדה, אובדן שליטה, האשמה עצמית, חוסר אמון באחרים היכול להוביל לפגיעה ביחסים הבין אישיים ובתפקוד היומיומי, פוביות, דיכאון ועוינות וסימפטומים סומאטיים (Koss et al, 1994; הרמן, 1994; Davidson & Foa, 1991). סימפטומים של פחד וחרדה הם הסימפטומים הבולטים ביותר מייד לאחר האונס (Ruch et

al., 1991). כשלושה ימים לאחר האונס, 86% מהקורבנות מדווחות על פחד חזק מהתוקף, חרדה לביטחון האישי שלהן וחרדה מפני תגובתם של 'אחרים' לתקיפה (Ruch et al., 1991). Rothbaum (1992), מצאה כי 94% מנשים שנאנסו סבלו מתגובות פוסט-טראומטיות (מחשבות חודרניות, עוררות יתר, והימנעות), שבוע אחד לאחר האונס, 46% חוו סימפטומים אילו במהלך כשלושה חודשים לאחר האונס, ועל פי ממצאיהם של Kilpatrick ועמיתיו (1989), 16.5% מהנשים סובלות מהפרעה פוסט-טראומטית כרונית, 17 שנה במוצע לאחר האונס. נמצא, כי הסימפטומים הפוסט-טראומטיים קשים במיוחד בקרב קורבנות אונס שחוו פגיעה מינית או פיזית בילדות (Nishith, Mechanic & Resick, 2000).

סימפטומים של דיכאון נצפים מספר שעות עד מספר ימים לאחר התקיפה, וכוללים הרגשת עצב, אפתיה ומחשבות אובדניות (Ruch et al., 1991). שכיחות הדיכאון המגורי במהלך החיים נמצאה אצל 13% מקורבנות אונס, בהשוואה לשכיחות של 5% בקרב נשים שלא היו קורבנות אונס (Sorenson & Golding, 1990). ניסיונות התאבדות דווחו על ידי 19% מקורבנות האונס (Kilpatrick et al., 1985). לגבי פגיעה בתפקוד המיני, מייד לאחר האונס, ובעיקר הימנעות מיחסי מין, קורבנות אונס דווחו על קשיים והימנעות מקיום יחסי מין ופחד מיחסי מין (Ellis, Atkeson & Calhoun, 1981).

מחקרים מצביעים על כך שקורבנות אונס מראות בעקביות רמות גבוהות של פחד וחרדה, אפילו עד שבע עשרה שנים אחרי מקרה אונס (Hanson, 1990; Ellis, Atkeson & Calhoun, 1981). בהשוואה לאירועים טראומטיים אחרים, כגון שוד, תאונת דרכים וכדומה, אונס הנו אירוע המכיל בחובו את הסיכון הגבוה ביותר להתפתחות תסמונת פוסט-טראומטית (Foa, Rothbaum & Steketee, 1987). בנוסף, חשיפתן של נשים להטרדה מינית משמשת תזכורת להיותן פגיעות לאונס (Pain, 1993), ויש בכך כדי לתרום לתגובת פחד מאונס (Fitzgerald, 1990).

### **נטיית (תכונת) חרדה**

תכונת חרדה - מוגדרת על ידי Spielberg (1971), כנטייה קבועה, יחסית, של הפרט לתפוס טווח רחב של מצבי גירוי כמסוכנים או מאימים, וכנטייה להגיב על כך בחרדת מצב מוגברת. תכונת חרדה משקפת את העוצמה והשכיחות בה נחוותה בעבר חרדת המצב, ואת הסבירות להתנסות זו בעתיד (Spielberger, 1971).

Eysenck (1992), טוען כי אנשים בעלי תכונת חרדה גבוהה נוטים להפנות יותר משאבים לעיבוד גירויים מאיימים וכן נוטים לספק פרשנויות מאיימות עבור גירויים עמומים, לעומת זאת אנשים בעלי תכונת חרדה נמוכה נוטים להימנע מלעבד גירויים מאיימים. עוד טוען Eysenck (1992), כי אנשים בעלי תכונת חרדה גבוהה פגיעים יותר לחרדה מצבית (המוגדרת כחרדה הנגרמת מגירוי לחץ חיצוניים). מאפייני התפקוד הקוגניטיבי שלהם

עשויים להסביר זאת - אנשים שבאופן סלקטיבי מקציבים משאבים לעיבוד גירויים מאיימים ונוהגים לפרש גירויים עמומים כמאיימים, חווים רמות גבוהות של חרדת מצב.

מטרת המחקר הנוכחי היא בחינת עוצמת תופעת פחד מאונס בקרב אוכלוסיית נשים צעירות, סטודנטיות, בישראל. שאלות המחקר היו - באיזו מידה תופעה זו שכיחה בקרב סטודנטיות ומה המשתנים המסבירים את השונות בתופעה זו.

השערות המחקר הן כדלקמן: (1) ככול שמידת ההשפעה המצטברת של אירועים טראומטיים תהיה גבוהה יותר, נשים ידווחו על רמות גבוהות של פחד מאונס. (2) נשים שחוו תקיפה מינית בעבר יהיו בעלות רמת פחד מאונס גבוהה יותר מנשים שלא חוו תקיפה מינית. (3) ככול שרמת תכונת החרדה גבוהה יותר, נשים ידווחו על יותר פחד מאונס.

## שיטה

### המדגם

מדגם מקרי שכלל 100 סטודנטיות מאוניברסיטת בן גוריון, בממוצע גיל 23.93 ( $SD = 2.74$ ), מהן 88% היו רווקות, 7% נשואות ללא ילדים ו-5% נשואות עם ילדים. מבחינת צורת המגורים, 46% התגוררו עם שותפים/ות, 24% עם ההורים, 24% עם בן זוג (בעל/חבר) ו-5% התגוררו בגפן. מבחינת דתיות, 86% מהנבדקות הגדירו עצמן כחילוניות, 10% כמסורתיות ו-4% כדתיות. השאלון היה אנונימי וחולק לנבדקות במסגרת הלמודים, במהלך שעורים סדירים בכתות לימוד באוניברסיטה. הכתות נבחרו באופן מקרי. ניתן הסבר לגבי מטרת המחקר, לא הובעו התנגדויות למילוי השאלון.

### כלים

במחקר נעשה שימוש בשאלונים למילוי עצמי, שכללו את המדדים הבאים: מדד לפחד מאונס, מדד תכונת חרדה, מדד אירועי חיים טראומטיים, מדד תקיפות מיניות.

מדד פחד מאונס - פותח על ידי Senn & Dzinis (1996), (FORS) - The Fear of Rape Scale ותורגם לעברית על ידי צוות המחקר. התרגום ניתן לשתי שופטות, חוקרות בתחום מדעי ההתנהגות. לאור הערותיהן, נערך הנוסח הסופי של השאלון. המדד כולל היגדים המתאייחסים לאספקטים שונים של פחד מאונס (כגון: 'אני נמנעת מללכת לבד בלילה', 'אני מפחדת מתקיפה מינית'), אותם מתבקשות הנבדקות לדרג על פני סולם ליקרט, תמיד (5), לעיתים קרובות (4), לפעמים (3), לעיתים רחוקות (2), אף פעם (1). ציון הפחד מאונס הנו סכום הציונים של כל הפריטים, כאשר ציון גבוה יותר מבטא רמת פחד מאונס גבוהה יותר. המהימנות הפנימית במחקר הנוכחי נמצאה 0.93. (אלפא של קרונברך).

מדד תכונת חרדה - לשאלון זה שני חלקים, מדד חרדה מצבית ומדד תכונת חרדה. השאלון פותח על ידי Spielberg (1971) והועבר למגוון רחב של אוכלוסיות בעולם כולל לדוברי עברית. ניתן להעביר כל חלק בנפרד. מדד תכונת החרדה כולל 20 היגדים של מצבים

רגשיים, לדוגמה: "אני מרגיש מתוח", "יש לי הרגשה של בטחון עצמי". על הנבדקת לענות בהתאם להרגשתה בדרך כלל (בין 'כלל לא' ועד 'בדרך כלל'). דרוג גבוה במחצית הפריטים מסמל חרדה גבוהה, דרוג גבוה במחצית האחרת מציין העדר חרדה. במחקר הנוכחי המהימנות הפנימית שהתקבלה הייתה 90. (אלפא של קרונבך).

מדד אירועי חיים טראומטיים - מכיל 18 קטגוריות של אירועי חיים טראומטיים (לדוגמה- התעללות פיזית, מוות של אדם קרוב, תאונה שבה היה איום על החיים ועוד) שאינם כוללים אירועים הקשורים לתקיפה מינית. לגבי כל אחד מהאירועים מתבקשת הנבדקת לציין האם חוותה אירוע זה ומידת השפעתו של אירוע זה על חייה, על פני סולם של תשע דרגות השפעה: 9 - השפעה קיצונית עד 0 - ללא השפעה. מדד ההשפעה המצטברת של אירועים טראומטיים הנו סכום ההשפעות של האירועים על חיי הנבדקת. השאלון תורגם לעברית על ידי צוות המחקר וניתן לשופטים לדיון לקביעת הנוסח הסופי. המהימנות הפנימית שנמצאה במחקר הנוכחי 76. (אלפא של קרונבך).

מדד תקיפות מיניות - Sexual Experience Survey (SES) פותח על ידי Koss, Gidycz & Wisniewski (1987). השאלון תורגם לעברית על ידי צוות המחקר, וניתן לשופטים לדיון לקביעת הנוסח הסופי. השאלון מכיל עשרה פריטים המתייחסים ליחסי מין בדרגות שונות של כפייה, איום וכו'. על הנבדקת לציין האם חוותה אחד או יותר מהאירועים המתוארים. סוגי התקיפה המתוארים מסווגים לפי המפתח הבא: שאלות 1-3 מגדירות מגע מיני בכפייה, שאלות 4-5 ניסיון אונס, שאלות 6-7 יחסי מין (לא וגילי) בכפייה ושאלות 8-10 מגדירות אונס. נבדקת שציינה שעברה מספר אירועים מסווגת את סוג התקיפה החמור ביותר שחוותה. שימוש נוסף במדד היה הערכת כמות התקיפות המיניות שחוותה הנבדקת (מספר הפעמים שהנבדקת ענתה "כן" לכל אחד מהפריטים שבודקים תקיפה מינית, בלי קשר לחומרת האירוע). במחקר הנוכחי נמצאה מהימנות פנימית של 73. (אלפא של קרונבך).

## ממצאים

### פחד מאונס

מניתוח התפלגות רמת הפחד מאונס בקרב המשתתפות במדגם עולה כי 47% מהנשים פוחדות מתקיפה מינית לעיתים קרובות עד תמיד, 33% פוחדות מתקיפה מינית לפעמים ו-20% פוחדות מתקיפה מינית לעיתים רחוקות עד אף פעם. לגבי רמת הפחד מאונס, 38% פוחדות מאונס במידה רבה עד רבה מאוד, 26% מהנשים פוחדות במידה בינונית ו-36% מהנשים פוחדות במידה מועטה. הציון לפריט בשאלון נע בין 1 (לעיתים רחוקות) ל-5 (תמיד), ציון גבוה יותר מבטא רמת פחד מאונס גבוהה יותר. ב-25 מתוך 29 הפריטים בשאלון, היה הציון הממוצע לפריט מעל נקודת האמצע (2.5). מדד הפחד מאונס, שהינו סכום הניקוד לכל הפריטים בשאלון, נע בין ציון מינימאלי של 56 לציון מקסימאלי של 141 (מתוך ניקוד אפשרי של 29 - 145). ממוצע הפחד מאונס במדגם הנוכחי הוא 86.16



(SD = 19.9). לוח מספר 1 מציג את התפלגות התשובות לפריטים בהם הציון הממוצע שנמצא היה מעל 3.

לוח מספר 1 - ממוצעים, סטיות תקן ושכיחויות של פריטים מתוך שאלון הפחד מאונס

ס. תקן	ממוצע לפריט	לעיתים רחוקות- אף פעם	לפעמים	תמיד- לעיתים קרובות	תיאור הפריט מהשאלון
1.13	4.06	14%	13%	73%	לפני שאני פותחת את דלת ביתי, אני שואלת מי זה, או מסתכלת בחורר ההצצה
0.91	3.99	5%	27%	68%	אני נזהרת מגברים זרים
1.15	3.71	16%	22%	62%	אני לא פותחת את דלת ביתי לגבר זר
1.02	3.61	16%	28%	56%	אני נמנעת מלהימצא באזורים לא מוכרים בשעות הלילה
1.09	3.45	24%	27%	49%	כאשר אני הולכת לבד ברחוב אקפיד ללכת ברחוב מואר היטב
1.2	3.34	30%	25%	45%	כשאני הולכת לבד בלילה אני חושבת שהייתי מרגישה יותר בטוחה אילו נשאתי איתי אמצעי הגנה עצמית
1.21	3.3	30%	22%	48%	אני מרגישה לא בטוחה ללכת לבד למכונית, כאשר היא חונה במקום חניה מבודד/תת קרקעי
1.14	3.17	24%	33%	43%	בקשרים חדשים עם גברים, אני מתנהגת בזהירות, כדי למנוע אפשרות של לחץ מיני שאינני מעוניינת בו
1.21	3.23	33%	27%	40%	כאשר אני חוזרת לביתי מאוחר בלילה, אני חשה פחד בחדר המדרגות
1.12	3.08	37%	25%	38%	כאשר מדווחים בתקשורת על אונס שהתרחש, הדבר מגביר את תחושת הפחד שלי מאונס
0.97	3.06	33%	36%	31%	כאשר אני יוצאת לבד מהבית בלילה, אני מרגישה לא בטוחה

## הקשר בין רמת הפחד מאונס ובין משתני המחקר

לצורך בדיקת הקשר בין רמת הפחד מאונס ובין משתני המחקר: רמת תכונת חרדה, מידת ההשפעה המצטברת של אירועי חיים טראומטיים וכמות התקיפות המיניות שעברה הנבדקת, בוצעו ניתוחי מתאם פירסון. הממצאים מצביעים על קשר חיובי מובהק בין רמת הפחד מאונס לבין רמת תכונת חרדה ( $r = .39, p < .001$ ), בין רמת הפחד מאונס ובין מידת ההשפעה המצטברת של אירועי חיים טראומטיים, ( $r = .20, p < .05$ ), ובין רמת הפחד מאונס וכמות התקיפות המיניות שעברה הנבדקת ( $r = .23, p < .05$ ). בנוסף, נמצא קשר חיובי בין רמת תכונת חרדה ובין כמות התקיפות המיניות שעברה הנבדקת ( $r = .54, p < .001$ ), בין רמת תכונת חרדה ומידת ההשפעה המצטברת של אירועי חיים טראומטיים ( $r = .41, p < .001$ ) ובין כמות התקיפות המיניות ומידת ההשפעה המצטברת של אירועי חיים טראומטיים ( $r = .4, p < .001$ ).

## שכיחות מקרי תקיפה מינית

מהתפלגות השאלון לסיווג תקיפה מינית נמצא, כי 8% מהנשים המשתתפות עברו אונס, 9% עברו יחסי מין בכפייה, 8% מהנשים עברו ניסיון לאונס ו-16% מהנשים עברו מגע מיני בכפייה. סה"כ 41% מהנשים במדגם חוו אחד לפחות מסוגי התקיפה המינית ו-59% לא חוו תקיפה מינית. בנוסף נמצא, כי יותר ממחצית מהנשים, שדיווחו על תקיפה מינית, חוו יותר מתקיפה מינית אחת.

## ניבוי הפחד מאונס

לצורך ניבוי הפחד מאונס בוצע ניתוח רגרסיה היררכית. בשלב הראשון הוכנסו המשתנים שנמצאו במתאם חיובי עם הפחד מאונס: רמת תכונת חרדה, כמות התקיפות המיניות ומידת ההשפעה המצטברת של אירועים טראומטיים. בשלב השני הוכנסו שלושה המשתנים הללו והאינטראקציות ביניהם. מן הממצאים עולה, כי בשלב הראשון, תכונת חרדה, כמות תקיפות מיניות וההשפעה המצטברת של אירועים טראומטיים מסבירים 15% מהשונות ( $F(3,96)=5.82, R^2=.15, p<.01$ ), כאשר תרומת תכונת חרדה מובהקת ( $\beta = .36, p < .01$ ). השלב השני הוסיף 6% להסברת השונות ( $F(6,93) = 2.33, R^2 = .21, p<.05$ ), כאשר תרומת האינטראקציה בין רמת תכונת חרדה ומידת ההשפעה של אירועים טראומטיים מובהקת ( $\beta = -1.66, p < .05$ ).

## דין

מטרת המחקר הנוכחי היתה לבחון את מידת קיומו של פחד מאונס בקרב נשים ואת המשתנים אשר יש בהם כדי לתרום לפחד מאונס, תוך התייחסות למשתני רקע כגון פגיעות מיניות בעבר והתייחסות למשתנים אישיותיים, תכונת חרדה והשפעה מצטברת של אירועים טראומטיים בעבר.

העובדה כי 41% מהנשים במחקר הנוכחי, בגילאי 20-30, דיווחו על חוויה אחת לפחות של אחד מארבעה סוגי תקיפה מינית, מפתיעה ומעוררת דאגה באשר למידת השכיחות של פגיעה מינית בנשים צעירות בחברה הישראלית. ממצא זה מעיד על היקף התופעה במדינת ישראל וזאת כאשר האוכלוסייה הנבדקת כללה סטודנטיות, שרובן מסטאטוס סוציו-אקונומי בינוני. עולה אם כן השאלה מה היקף התופעה בשכבות אוכלוסייה אחרות. לאור ממצאים אמפיריים, המצביעים על גורמים כגון חשיפה לסרטים פורנוגרפיים (Baron & Bandura, 1992; Straus, 1987; Linz, Wilson, & Donnerstein, 1992), עמדות שוביניסטיות (Sava & Liben-Kobi, 1977), והשתייכות לקבוצה בעלת נורמות עברייניות ואנומיה (1995), כתורמים להגברת מקרי אונס, עולה השאלה באשר להיקף תופעת התקיפה המינית בקרב אוכלוסיות בישראל הנמצאות במצוקה כלכלית וחברתית, קבוצות אוכלוסייה החיות בשכונות בעלות רמת פשיעה גבוהה, או קבוצות אוכלוסייה בהן נתפסת האישה כקניינו של הגבר.

מן הממצאים עולה עוד כי יותר ממחצית הנשים שחוות תקיפה מינית דיווחו על יותר מתקיפה אחת במהלך חייהן. ממצא זה תואם ממצאים קודמים, לפיהם קיים שעור גבוה של תקיפות חוזרות בקרב קורבנות תקיפה מינית (Gidycz, Hanson & Layman, 1995; Norris & Kaniasty, 1994). לאור העובדה כי אין מידע באשר לזהות התוקף, יתכן ותקיפות חוזרות התרחשו על ידי אותו תוקף, עמו לנבדקות היה קשר משפחתי או אחר. כאשר לקשר בין כמות התקיפות המיניות ורמת הפחד מאונס, נמצא כי ככול שנשים עברו יותר תקיפות מיניות, ללא קשר לחומרת התקיפה, רמת הפחד מאונס גבוהה יותר. מעבר לעובדת הקשר בין השפעה מצטברת של אירועים טראומטיים לבין פחד מאונס, הרי שניתן לשער כי ככל שמספר התקיפות המיניות שחוותה האישה במהלך חייה רב יותר, תפיסתה את סבירות היפגעותה תהיה גבוהה יותר (Gordon & Riger, 1989; Warr, 1985).

### **פחד מאונס**

מן הממצאים עולה, כי מרבית הנשים במדגם חשות תחושת איום וסכנה מפני אונס. מחצית מהנשים במחקר דיווחו כי הן פוחדות מהאפשרות של תקיפה מינית לעיתים קרובות עד תמיד, שליש מהנשים ציינו כי הן פוחדות לפעמים. לגבי רמות הפחד, נמצא כי למעלה משליש מהנשים פוחדות מאונס במידה רבה ולמעלה מרבע פוחדות מאונס במידה בינונית. בניסיון להסביר את הרמות הגבוהות יותר של פחד מפשיעה בקרב נשים לעומת גברים, טוען Mesch (2000), כי המקור לפחד של נשים מפשיעה הנו הפחד מתקיפה מינית, המושפע, לדבריו, הן מאירועי תקיפה קודמים והן מפחד מאלמות של בני זוג.

באשר לתחושת אי בטחון של נשים בסיטואציות מסוימות בחיי היום יום, ממצאי המחקר הנוכחי דומים לממצאי מחקרים באוכלוסיות נשים אחרות בעולם, המדגישים את המגבלות ואמצעי הזהירות שנשים נוקטות, כדי להימנע מאונס (Gordon & Riger, 1989; Warr, 1989).

1985) התגובה הבולטת ביותר של נשים, בניסיון לצמצם את הסיכוי להיאנס, במחקר הנוכחי, היא הימנעות - נשים רבות דיווחו כי הן נמנעות מלצאת לבדן מחוץ לביתן בלילה, נמנעות מלהימצא באזורים לא מוכרים בשעות הלילה, מקפידות ללכת ברחובות מוארים ולא פותחות את דלת ביתן לזרים. המגבלות והזהירות בהן נוקטות הנשים, באות לידי ביטוי גם בקשר עם גברים - זהירות מיצירת קשר עם גברים זרים (כ- 70%), מחשש שיפרשו זאת כהזמנה מינית, התקדמות זהירה במערכת יחסים עם גברים, כדי למנוע אפשרות של לחץ מיני, והקפדה על לבוש לא פרובוקטיבי, כדי למנוע הטרדות מיניות ברחוב ובמקומות העבודה.

נראה כי מאפייני הפחד של נשים, המגבלות ואמצעי הזהירות שהן נוקטות כדי להימנע מאונס, מושפעים במידה רבה ממיתוס "האונס הקלאסי" - לפיו רוב מעשי האונס מתבצעים מחוץ לבית, בשעות הלילה, על ידי גברים זרים - זאת בניגוד לעובדות, כפי שהוזכרו בסקירת הספרות (דו"ח מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית, ראה אתר האינטרנט).

### **תכונת חרדה ופחד מאונס**

במחקר הנוכחי נמצא קשר חיובי גבוה בין רמת תכונת חרדה ובין רמת הפחד מאונס. נשים בעלות תכונת חרדה גבוהה הן נשים התופסות מצבי חיים שונים כמסוכנים (Spielberger, 1971), ניתן לשער, אם כן, שגיבו בפחד רב יותר גם מאונס. אין בממצאים אינדיקציה לכך שפחד מאונס שונה מפחד מאירועי חיים שליליים אחרים, כגון; תאונת דרכים, מעשה טרור וכדומה. יחד עם זאת, חשוב לציין כי תרומת תכונת החרדה לפחד מאונס מתעצמת, כאשר האשה חוותה אירועים טראומטיים רבים יותר בעברה.

### **השפעה המצטברת של אירועי חיים טראומטיים ופחד מאונס**

ממצאי המחקר עולה כי ככול שהאישה חוותה מספר רב יותר של אירועים טראומטיים, להם יש השפעה על חייה, רמת הפחד מאונס גבוהה יותר. ממצא זה מחזק ממצאים קודמים, שהצביעו על קשר בין חשיפה לאירועים טראומטיים ובין סימפטומים פסיכולוגיים של מצוקה, שמתבטאים בתגובות של פחד, חרדה, דיכאון והפרעה פוסט-טראומטית (Koss et al., 1994), וכן שלאירועים טראומטיים (לאו דווקא אירועים בעלי אופי מיני) יש השפעה מצטברת (Norris, 1992), שיש בה משום ערעור הביטחון האישי ותחושת פחד מפני חזרה על הטרומה (Herman, 1993). במחקר של Wirtz & Harrel (1987), נמצא כי קורבנות אונס, אשר חוו אירועי חיים טראומטיים (כגון: מוות של קרוב או מחלה חמורה) כשנה לפני האונס, דיווחו על רמות גבוהות יותר של פחד שישה חודשים לאחר האונס, לעומת קורבנות שלא חוו אירועים טראומטיים לפני אירוע האונס. יתכן אם כן, שנשים שחוו מספר אירועים טראומטיים, רמת הפחד שלהן מטרומות נוספות גבוהה יותר. אונס הנו אחד מהאירועים השליליים האפשריים.

## תקיפה מינית ופחד מאונס

בדומה לתרומת אירועים טראומטיים לפחד מאונס, ממצאי המחקר מצביעים על כך כי לאירועים טראומטיים בעלי אופי מיני תרומה ספציפית באשר לרמת הפחד מאונס. העובדה כי רמת הפחד בקרב אלה שחוו תקיפה מינית ישירה, גבוהה, אינה מפתיעה ועולה בקנה אחד עם מחקרים שבחנו את ההשפעות הפסיכולוגיות של אונס. מחקרים אלה הראו כי קורבנות אונס מראים בעקביות ולאורך שנים רמות גבוהות של פחד וחרדה ( Hanson, 1990; Ellis, Atkeson & Calhoun, 1981). כך למשל, במחקר של Scheppelle & Bart (1983), דווח על כי 33% מהנשים שעברו אונס, דיווחו על פחדים הקשורים לסיטואציות התקיפה, 32% דיווחו על פחדים בטווח רחב של סיטואציות ו- 23% מהנשים דיווחו על פחד חזק וקבוע בחייהן. עוד דווח, כי לתקיפה מינית בכלל, כגון יחסי מין בכפייה, צורות חמורות של אלימות ואפילו לחץ מילולי על האישה לקיים יחסי מין, השפעה על רמות הפחד של נשים (Senn & Dzinis, 1996; Smith & Torstensson, 1997).

## פחד מאונס על פי המודל הפסיכו-סוציאלי

ניתן לראות בתופעת הפחד מאונס מודל פסיכו-סוציאלי, על פי עקרונותיה של Green (1994), לפיהם התגובה הפוסט טראומטית הנה תוצר של מספר גורמים: גורמים אישיותיים וההיסטוריה האישית של הפרט, גורמים חברתיים וגורמים הנובעים מאופי האירוע. במקרה הנוכחי, לתכונת חרדה נמצא המשקל הרב ביותר בניבוי פחד מאונס. אך בנוסף, גם לגורמים הסביבתיים (אירועים טראומטיים ותקיפות מיניות) נמצא משקל בניבוי פחד מאונס. חשוב לציין, כי גורמים כגון חשיפה לאירועי אונס ותקיפה מינית, הנמסרים על ידי כלי- תקשורת הנתפסים כמהימנים, נמצאו אף הם כתורמים לפחד מאונס (Koomen, Visser, & Stapel, 2000). גורמים חברתיים-סביבתיים אלו, כמו גם סכמות ההתנהגות והמיתוסים בהן מחזיקות הנשים, לא נבדקו במחקר הנוכחי ולכן משקלם היחסי בניבוי הפחד מאונס חסר.

עם זאת, נראה כי תופעת הפחד מאונס מורכבת הן מתכונות אישיות והן מגורמים סביבתיים. תפיסת הפחד מאונס על פי המודל הפסיכו-סוציאלי מחייבת את אנשי בריאות הנפש לראיה רחבה של המערכת הפסיכו-סוציאלית של הפרט.

## הערות מתודולוגיות

למחקר מספר מגבלות. ראשית, עצם ההסתמכות על דיווח עצמי של הנחקרות. כאשר מדובר בדיווח עצמי בנושאים רגישים, אינטימיים, עלול המשתתף/ת לדווח בהתאם למידת מוכנותו לחשיפה. יחד עם זאת, יש לזכור כי השאלון היה אנונימי, ולכן אין סיבה הנראית לעין להניח כי תשובות הנחקרות עוותו. שנית, במדגם השתתפו סטודנטיות צעירות, מצב המונע הכללת הממצאים לגבי נשים בגילאים אחרים ובאוכלוסיות

אחרות, בהקשר למשתנים דמוגרפים כגון; גיל, סטאטוס סוציו-אקונומי, השכלה ואתניות.

עם זאת, ניתן לסכם ולומר כי תופעת הפחד מאונס שכיחה בקרב סטודנטיות בישראל, כאשר הרקע לפחד מקורו במספר התקיפות המיניות בגילאים צעירים ובמשתני אישיותה של הצעירה.

## ביבליוגרפיה

בראונמילר, ס. (1975). *בניגוד לרצוננו : גברים, נשים ואונס*. הוצאה לאור : המין השני, זמורה, ביתן, מודן.

איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית בישראל. *דו"ח אלימות מינית בישראל-1998-2000*. בעריכת ט. קורמן, ירושלים : הוצאת איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית בישראל.

דיני עונשין, פרק ד', חוק העונשין 799, סעיפים 346-349.

הרמן, י. (1994). *טראומה והחלמה*. תל אביב : עם עובד.

אתר משטרת ישראל :

[http://www.police.gov.il/persumim/kitvey\\_et/04police\\_society.asp](http://www.police.gov.il/persumim/kitvey_et/04police_society.asp)

אתר מרכזי הסיוע- סטטיסטיקות :

<http://www.macom.org.il/stats-1202.asp>

Bandura, A. (1977). *A social learning theory*. New York: Prentice Hall.

Baron, K., & Straus, M. A. (1987). Four theories of rape: A macrosocial analysis. *Social Problems*, 34, 467-489.

Bem, S. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate on the sexual inequality*. New Haven, CN: Yale University Press.

Briere, J. & Malamuth, N. (1983). Self-reported likelihood of sexual aggressive behavior: Attitudinal versus sexual explanations. *Journal of Research in Personality*, 17, 315-323.

Burt, M. R. (1980). Cultural myths and support for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217-230.

Davidson, J. R., & Foa, E. B. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.

Ellis, E. M., Atkeson, B. M., & Calhoun, K. S. (1981). An assessment of long-term reactions to rape. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 263-266.

Eysenck, W. M. (1992). Trait anxiety and stress. In: S. Fisher & R. Reason, (Eds.). *Handbook of life, stress, cognition and health* (pp. 467-482). New York, Wiley.



Fitzgerald, L. F. (1990). Sexual harassment: The definition and measurement of a construct. In: *Ivory power - Sexual harassment on campus*. Albany, NY: State University of NY Press.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., & Steketee, G. (1987). Treatment of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 256-276.

Gidycz, C. A., Hanson, K., & Layman, M. J. (1995). A prospective analysis of the relationships among sexual assault experience. An extension of previous finding. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 5-29.

Goodchild, J., Zellman, G., Johnson, P. B., & Giarrusso, R. (1988). Adolescents and their perceptions of sexual interactions. In A.W. Burgess (Ed.), *Rape and sexual assault*, 2, (pp. 245-270) N.Y: Garland.

Gordon, M. T., & Riger, S. (1989). *The female fear*. New York: The Free Press.

Green, B. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 341-362.

Griffin, S. (1971). Rape: The all-American crime. *Ramparts*, 10, 26-36.

Hanson, R. K. (1990). The psychological impact of sexual assault on women and children: A review. *Annals of Sex Research*, 3, 187-232.

Herman, J. L. (1993). Sequel of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic stress disorder. In: R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 213-229). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Johnson, J. D., & Jackson, L. A. (1988). Assessing the effects of factors that might underlie the differential perception of acquaintance and stranger rape. *Sex Roles*, 19, 37-44.

Junger, M. (1987). Women's experiences of sexual harassment. *British Journal of Criminology*, 27(4), 358-383.

Kelly, L. (1988). *Surviving sexual violence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Kilpatrick, D. G., Saunders, B., Amick-McMullan, A., Best, C., & Resnick, H. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.

Kilpatrick, D. G., Best, C. L., Veronen, L. G., Amick, A. E., & Ruff, G. A. (1985). Mental health correlates of criminal victimization: A random community survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 866-873.

Koomen, W., Visser, M. & Staple, D. A. (2000). The credibility of newspapers and fear of crime. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(5), 921-934.

Koss, M. P., Gidycz, C. A., & Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 162-170.

Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A. Fitzgerald, L. F., Keita, G. P. & Russo, N. F. (1994). *No safe haven: Male violence against women at home, at work, and in the community*. American Psychology Association. Washington, DC.

Linz, D., Wilson, B. J., & Donnerstein, E. (1992). Sexual violence in the mass media: Legal solution warnings and mitigation through education. *Journal of Social Issues*, 48(1), 145-171.

Mesch, G. S. (2000). Women's fear of crime: The role of fear for the well-being of significant others. *Violence and Victims*, 15(3), 323-336.

Nishith, P., Mechanic, M. B., & Resick, A. P. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 20-25.

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency in impact of different potentially traumatic events on different demographics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.

Norris, F., & Kaniasty, K. (1994). Psychological distress following criminal victimization in the general population: Cross-sectional, longitudinal and prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 11-123.

Pain, R. H. (1993). Women's fear of sexual violence: Explaining the spatial paradox, In: H. Jones (Ed.), *Crime and the urban environment*, Aldershot, Avebury.

Rothbaum, B., Foa, E., Riggs, D., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victim. *Journal of Traumatic Stress*, 60, 748-756.

Ruch, L. O., Gartrell, J. W., Amedeo, S., & Coyne, B. J. (1991). Life change and rape impact. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 248-260.

Russell, D. (1982). The prevalence and incidence of forcible rape and attempted rape in females. *Victimology: An International Journal*, 7, 81-93.

Sava, A. L. & Liben-Kobi, M. (1995). Rape-criminology aspects. In P. Radai, C. Shalev, & M. Liben-Kobi (Eds.), *Women social status in society* (pp. 279-235). Jerusalem: Shoken (Hebrew).

Scheppele, K. L. & Bart, P. B. (1983). Through women's eyes: Defining danger in the wake of sexual assault. *Journal of Social Issues*, 39, 63-81.

Senn, C. P. & Dzinis, K. (1996). Measuring fear of rape: A new scale. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 28(2), 141-144.

Smith, W. R., & Torstensson, M. (1997). Fear of crime: Gender differences in risk perception and neutralizing fear of crime. *British Journal of Criminology*, 37(4), 608-634.

Sorenson, S. B., & Golding, J. M. (1990). Depressive sequel of recent criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 337-350.

Spielberger, C. D. (1971). Trait-state anxiety and motor behavior. *Journal of Motor Behavior*, 3, 265-279.

Stanko, E. A. (1990). When precaution is normal: A feminist critique of crime. In L. Gelsthorpe & A. Morris (Eds.), *Feminist perspectives in criminology*. (pp. 122-134). Milton Keynes: Open University Press.

Valentine, G. (1992). Images of danger: Women's sources of information about the spatial distribution of male violence. *Area*, 24, 22-29.

Warr, M. (1985). Fear of rape among urban women. *Social Problems*, 32(3), 238-250.

Wirtz, P. W., & Harrell, A. V. (1987). The effects of threatening versus nonthreatening previous life events on levels of fear in rape victims. *Violence and Victims*, 2, 89-98.

## בריאות נפשית ופיזית בקרב נשים מוכות בנגב: בדואיות לעומת יהודיות

שיר דפנה-תקוע,<sup>5</sup> רחל לב-ויזל<sup>6</sup> וג'ולי צוויקל<sup>7</sup>



בעשורים האחרונים חל, בעולם המערבי, שינוי בתפיסת האלימות כלפי נשים, מתופעה פרטית משפחתית לתופעה חברתית אוניברסלית. מאמר זה יבחן את תופעת האלימות כלפי נשים באופן פסיכולוגי, פוליטי-פמיניסטי וסוציו-תרבותי וכיצד אלימות פיזית של גברים כלפי בנות זוגם משפיעה על בריאות פיזית ונפשית של נשים בהקשר של השתייכות אתנית-תרבותית (מקייס 1995; סבירסקי, 1993; קרפ, 1995; Mehrotra, 1999).

בישראל, בהעדר נתונים מסודרים, ההיקף המדויק של תופעת האלימות כלפי נשים לא ידוע (אלדר-אבידן, 1999; לב-ארי ויאירי, 1996). כבר בשנת 1993 הוערך שמדובר בבין 150,000 ל-200,000 נשים מוכות. זאת אומרת שאחת מכל שבע נשים הוכתה, לפחות פעם אחת במהלך הנישואים בידי בן הזוג (אלדר-אבידן, 1999).

### אלימות כלפי נשים - גישות תיאורטיות

ניתן לחלק את התיאוריות השונות המסבירות אלימות כלפי נשים לשלוש גישות מרכזיות: גישות פסיכולוגיות, פוליטיות-פמיניסטיות וגישות סוציו-תרבותיות.

### גישות פסיכולוגיות

הגישות הפסיכולוגיות בוחנות תהליכים נפשיים בקרב נפגעי אלימות. לפי התיאוריות הפסיכולוגיות, אדם החווה אלימות מתמשכת מקבל את הסבל בהבנה, מפתח פאסיביות ומתייחס להימלטות ובריחה כבלתי אפשריים (Bell, 1998; Garland, 1998) "סינדרום

<sup>5</sup> שיר דפנה-תקוע, דוקטורנטית, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

<sup>6</sup> רחל לב-ויזל, פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

<sup>7</sup> ג'ולי צוויקל, פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, מנהלת המרכז לחקר וקידום בריאות האשה.

האישה המוכה" (Walker, 1984), מסביר את האלימות הפיזית והנפשית כמעגל אלימות מידי בן הזוג, המכיל שלוש פאזות: הראשונה, בה המתח נבנה והאלימות המילולית גוברת, השנייה, בה האלימות הפיזית מתפרצת והשלישית, נקראת "ירח דבש" ומאופיינת על ידי חרטה ורגיעה, צער, והבטחה לשינוי. כשמעגל האלימות מתקיים יותר מפעם אחת האישה מפתחת סימפטומים של חוסר אונים נלמד. לפי תיאוריית המערכות, אלימות זוגית היא סימפטום של בעיות עמוקות במערכת המשפחתית. האלימות משיבה את האיזון כאשר הוא מופר ומצמצמת את האינטימיות בקרב זוגות המתקשים בה. (Graham, Rawling & Rimini, 1988), משווים בין "סינדרום סטוקהולם" המשקף קשר רגשי חיובי בין שובה ושבו, ועוסק ברגשות החיבה וההזדהות שמפתחים נשים לשוביהם, לבין הקשר הרגשי התלתי הנוצר בין האישה המוכה לבעלה האלים.

### **גישות פוליטיות-פמיניסטיות**

על פי התפיסה הפמיניסטית, תהליכי הסוציאליזציה משפיעים על תפקידי מגדר בין המינים. לפי גישה זו, אלימות כלפי נשים נובעת ממעמדן הנמוך של הנשים בחברה (זילבר, 1998; Dobash & Dobash 1992). הזרם הפמיניסטי הליברלי גורס, כי אלימות כלפי נשים נובעת ממנהגים וחוקים הרווחים בחברה. לדעתן של Friedan (1963) ו-Steinem (1983), שינוי תחיקתי, חינוך והעלאת מודעות יביאו לשינוי במעמדן של נשים בחברה ויפחיתו את האלימות כלפי נשים.

הזרם הפמיניזם הרדיקלי, שבין דובריו, בראונמילר (1975), MacKinnon (1983), ו-Dworkin (1981), טוען, כי אלימות כלפי נשים נובעת מחברה פטריארכלית וממסורת חברתית של שליטה גברית: אלימות נפשית, פיזית, מינית, הטרדה, פורנוגרפיה, זנות, ניצול מיני, חיתוך הדגדגן ורצח נשים הן ההתנהגויות המצויות בקצה הרצף ומבטאות את חוסר השוויון בין גברים ונשים בחברה (O'Leary, 1993; Hamberger & Hastings, 1986).

Chodorow (1978) ו-Mitchell (1974), מהזרם הפמיניסטי-הפסיכואנליטי, סוברות, כי ההזדהות הראשונית של התינוק היא עם דמות האם. בשלב האדיפלי, הבן יוצר הפרדות (ספרציה) מהאם, מזדהה עם האב ומפנים את ערכיו והתנהגותו של אביו, בעוד הבת ממשיכה להזדהות עם אימה. כתוצאה מכך, הבן מזדהה עם עצמאות וסמכותיות והבת עם הערכים המסורתיים הנשיים.

הגישה הפמיניסטית הפוסט-מודרניסטית דוגלת בהתייחסות שונה ורב-תרבותית. לדבריהן של Kristeva (1980) ו-Irigary (1985), יש להתגבר על חשיבה "גברית" המאופיינת בדיכוטומיות ולהחליפה בביטוי רב גווני ותרבותי.

### **גישה סוציו-תרבותית**

הגישות הסוציו-תרבותיות קושרות אלימות כלפי נשים לתרבות ממנה הן באות (אס-סעדאוי, 1988; שלהוב-קיבורקיאן, 1998; Espanioly, 1997; Shalhoub-Kevorkian, 2001).

בהתאם לתיאוריות הללו, אלימות כלפי נשים היא תוצאה של נורמות חברתיות שמקורן בתרבות. מכאן עולות שאלות נוספות, הקשורות ליישום הגישה הסוציו-תרבותית, כגון: כיצד מקיימים שוויון בין המינים בעולם השונה באופן אנושי ותרבותי? האם אלימות כלפי נשים ורגישות תרבותית יכולים להתקיים זו בצד זו, תוך התייחסות לעקרונות ליברליים כמו: מוסריות, שוויון וקבלת השונה (Ahmed, 1992; Mohanty, 1991).

השיח על אלימות כלפי נשים מאספקט תרבותי, דן במעמדה של האישה בעולם הערבי ובשימוש במיניות האישה ככלי לשליטה חברתית, השתקה וניצול נשים (אס- סעדאוי, 1988; בדר-עראף, 1995; Shalhoub-Kevorkian, 2001; Abu-Lughod, 1998). השיח מעלה דילמות כמו: האם התרבות המערבית-ליברלית משליטה את ערכיה? כיצד ניתן לקדם את מעמד האישה בחברה הערבית? חוקרות אלו מנסות לתת מענה תרבותי, השונה מהתרבות המערבית בעלת התייחסות ה-"אורינטליסטית"<sup>8</sup> תוך התייחסות למבנים הפאטריארכליים בחברות מסורתיות (Al-Hibri, 2000; Ahmed, 1992; Mernissi, 1989; Mohanty, 1991; Abu-Lughod, 1998).

שלהוב-קיבורקיאן (1996) וחסן (1999) טוענות, שרצח האישה בשל כבוד המשפחה הוא כלי פוליטי, אשר חל על נשים, קובע את התנהגותן, פעילותן, רצונותיהן ואף את מחשבותיהן וגורם להשתקתן בשל חששן להירצח (Shalhoub-Kevorkian, 2001).

## החברה הבדואית ערבית בישראל

החברה הבדואית הערבית היא חברה אבהית פטריארכלית. השבט הוא היחידה הבסיסית אליה משתייכות משפחות. לרוב התא המשפחתי קודם לרווחת הפרטים החיים בו, דבר המשפיע אף על חיי הנישואין של זוגות רבים (Al-Krenawi, 1998). הגבר הוא הסמכות השלטת בכל החלטות המשפחתיות. התפקידים בחברה הבדואית הערבית משתנים בהתאם לגיל ולמגדר. מילדות נקבע מסלול חברתי שונה לבנים ולבנות. מעמד האישה נמוך מזה של הגבר ותפקידיה משתנים על פי גילה. ככל שהאישה מתבגרת מתחזק מעמדה בקרב משפחה ומתקרב למעמדו של הגבר (אלקרינאוי, 2000; גורן, 1996).

השכלת הנשים הבדואיות התרחבה בשנים האחרונות, אך עדיין נמוכה לעומת הגברים. צוויקל וברק (2002) מצאו, כי מחצית מהנשים הבדויות בנגב לא למדו כלל, 25% מאוכלוסיית הנשים במדגם שלהן לא סיימו בית ספר יסודי, כ- 7% סיימו תיכון, ומעטות הנשים שרוכשות השכלה גבוהה. על אף הנטייה הרווחת בקרב ערביי ישראל לאמץ את סגנון החיים המודרניים וההשכלה, עדיין המסורת מגבילה את השכלת הנשים. אלעטאוונה (2002), מצא במחקרו, כי ככל שהשכלת האישה הבדואית גבוהה יותר, רווחתה הפסיכולוגית נמוכה יותר והאלימות כלפיה גוברת. בשל הנורמה התרבותית שאין דנים בבעיות פרטיות בפומבי,

---

<sup>8</sup> "אורינטליזם" מושג שגובש על ידי אדוארד סעיד (1978), הגדרת התרבות המערבית את התרבות המזרחית כסטאטית, אקזוטית ונשית וזאת על מנת לשרת צרכים אימפריאליסטיים קולוניאליסטיים ויצירת אחר נחות על מנת להדגיש את דמותו הנאורה של המערב

בחברה הערבית, נשים חוששות מסנקציות חברתיות כגון: סטיגמה של "אחוזת שיגעון", רכילות ככלי לבידוד חברתי. רבות מהנשים מדחיקות את רגשותיהן וצורכיהן ומזניחות את עצמיותן (self). הקונפליקטים בין נורמות חברתיות מסורתיות ובין צרכים אישיים המשוויכים לחברה המודרנית מוסיפים על הדחק בקרב הנשים. הקונפליקט הפנימי מתבטא לעיתים במחלות פסיכיאטריות כדיכאון, חרדה והפרעות רגשיות אחרות (Shalhoub-Kevorkian, 2001).

שטחו של הנגב הוא 13525 קמ"ר, שהוא למעלה ממחצית שיטחה של מדינת ישראל (כ-62%). גבולותיו משתרעים מאילת בדרום עד מישור החוף והרי יהודה בצפון. בנגב 176 יישובים, המהווים כ-16% בלבד מכלל היישובים בארץ. במערך היישובי בנגב ניתן למצוא סוגים שונים של יישובים: ערים, עיירות, יישובים קהילתיים שונים, קיבוצים, מושבים, והתיישבות בדואית מתוכננת ובלתי מתוכננת (היישובים הבלתי מוכרים). הנגב מאופיין ברמה נמוכה של אפיונים חברתיים-כלכליים (להוציא את שלושה פרברי היוקרה של באר שבע: עומר, מיתר ולהבים) (שובל ואנסון, 2001). אוכלוסיית הנגב מונה כ-469 אלף נפש, שהם כ-9% מתושבי המדינה, האוכלוסייה ברובה עולים וותיקים משנות החמישים ועולים חדשים מברית המועצות לשעבר ומאתיופיה משנות התשעים (לוינסון וגרדוס, 2000; עיני, 1996; צחור, 2001; Isralowitz & Friedlander, 1999), כשמתוכה כ-180 אלף נשים בגילאי 18+. שבעים וחמישה אחוזים (135 אלף) מהנשים המתגוררות בנגב, יהודיות בעוד היתר בדואיות (45 אלף) (צוויקל וברק, 2002; לוינסון וגרדוס, 2000). צוויקל וברק (2004) מצאו כי אוכלוסיית הנשים היהודיות בנגב מאופיינת באחוז גבוה של עולות מחבר העמים (46%) אחוז גבוה של נשים בעלות השכלה תיכונית ומעלה (83%) כשיותר ממחציתן עובדות במשרה מלאה.

לסיכום, הספרות מתייחסת לאלמנטים כלפי נשים ממספר אספקטים: פסיכולוגי, פוליטי-פמיניסטי וסוציו-תרבותי. מחקר זה בודק האם קיים הבדל ברמת הבריאות הפיזית והנפשית בקרב הנשים הבדואיות המוכות והלא מוכות לעומת היהודיות בנגב.

## השיטה

בשנת 1998 נערך סקר ארצי בנושא בריאות ורווחה של נשים בישראל (גרודס וברמלי-גרינברג, 2000). מחקר זה התבסס על סקר קודם של Duncan & Commonwealth Fund (1994). למרות היקפו של הסקר הארצי, היה מספרן של המשתתפות מאזור הנגב מצומצם (100) מספר מצומצם זה של משיבות לא אפשר ניתוחים ייחודיים לאזור הנגב. על מנת להעריך את מספר הנשים המוכות בנגב ולבחון את מצב הבריאות הפיזית והנפשית שלהן, הוחלט במרכז לחקר וקידום בריאות האישה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, בראשות פרופ' צוויקל, לסקור את אוכלוסיית הנשים היהודיות והבדואיות בנגב. לפיכך, בשנת 1998 רואיינו בסקר טלפוני 526 נשים במדגם אקראי של אוכלוסיית הנשים בנגב. תוצאות הסקר הטלפוני העלו דגימה של 5 נשים בדואיות, מספר שאינו מייצג את אוכלוסיית הנשים בנגב. בעקבות הצורך לערוך סקר המותאם לתרבות הבדואית הוקמה ועדת היגוי שכללה גם

נציגים מהחברה הבדואית אשר התאימה את הסקר הארצי (ברוקדייל) לצורכי החברה הבדואית בנגב. בעקבות החלטותיה של ועדת ההיגוי, הורכב מדגם מכסות, בהתאם למבנה הגילי ולצורת ההתיישבות של האוכלוסייה הבדואית. הפיזור הדמוגרפי נקבע כך שמחצית מנשות המדגם התגוררו ביישובי קבע ואילו המחצית השנייה התגוררה ביישובים הלא מוכרים. הראיונות לנשים בדואיות התקיימו במסגרת המרכז הרפואי-אוניברסיטאי סורוקה, כשנשים ביקרו את קרוביהן המאושפזים, בעיקר במחלקות יולדות, ילדים ופנימית. שיטה זו אפשרה לראיין נשים בצורה בלתי אמצעית ובפרטיות המרבית. הראיונות התנהלו בשפה הערבית על ידי אחות קהילתית המוכרת בקרב האוכלוסייה הבדואית. מטרת הראיון הוסברה בשל אי-ידיעת קרוא וכתוב של חלק גדול מאוכלוסיית הנשים, והתקבלה מהן הסכמה מדעת בעל-פה. לאחר איסוף הנתונים, הראיונות קודדו והוכנסו למחשב.

### **המדגם וכלי המחקר**

המדגם הנוכחי כלל 612 נשים יהודיות ובדואיות: 432 נשים יהודיות ו- 180 נשים בדואיות המתגוררות בנגב וחיות עם בן זוגן בשנה האחרונה.

מדד משתנים דמוגרפים- מורכב ממשתנים כגון גיל, ארץ מוצא, השכלה, עבודה, סוג ישוב, מצב משפחתי. בשאלון לנשים הבדואיות הוספו שאלות המתאימות לאוכלוסייה זו כגון: גיל נישואין, סוג הנישואין (בחירה, שידוך, חליפין), נשואים בין קרובי משפחה, האם נמצאת במערכת נישואין פוליגמית, האם הבעל מתכוון לשאת אישה נוספת בעתיד, מעמדה כאישה ראשונה, שניה או אחרת, האם השתנה מעמדה בעקבות הנישואין הנוספים של בעלה, האם היא בת למשפחה פוליגמית, סוג ישוב מוכר או שאינו מוכר.

מדד תסמינים פסיכולוגים ונפשיים- מורכב מסימפטומים פסיכולוגים. המרואיינות נשאלו אם במהלך חמש השנים האחרונות רופא או גורם טיפולי אחר אמר להן שהן סובלות מאחת הבעיות: דלקות חוזרות בדרכי השתן, אנמיה, יתר לחץ דם (לחץ דם גבוה), בעיות גינקולוגיות, דלקת פרקים, השמנת יתר, אסטמה, סוכרת, מחלות קרדיולוגיות, סרטן, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס), וסדק בירך ומסימפטומים נפשיים: הפרעות בשינה, חרדה או דיכאון. המרואיינות יכלו לענות יותר מתשובה אחת.

המדד היה דומה בשתי אוכלוסיית המדגם: בדואיות ויהודיות.

מדד אלימות- מורכב מחמישה פריטים המתארים את סוג הפגיעה מבן הזוג בשנה האחרונה: העלבה או קללה, איום בפגיעה פיזית, הכאה או זריקת חפצים, פגיעה פיזית (דחף, זרק, סטר), פגיעה פיזית (הכה), אילוף לקיים יחסי מין כנגד הרצון, התנהגות אלימה אחרת. סולם המדידה נומינלי - המרואיינות התבקשו לדווח האם נפגעו (כן/לא) על ידי בן הזוג בכל אחד מסוגי האלימות המתוארים לעיל. בשאלון לנשים הבדואיות, בשאלה פגיעה פיזית נשאלו המרואיינות באם נפגעו באופן פיסי (דחף, או הכה) ללא השאלה באם סטר לה.



מדד דיכאון- בנוי משישה פריטים המתייחסים לסימפטומים שמאפיינים מצב דיכאוני והם : קשיי שינה, הרגשת עצבות, הנאה מהחיים, הרגשת דיכאון, התקפי בכי והרגשה שלא מחבבים אותה. סולם המדד הוא בעל ארבע רמות תדירות של סימפטומים בשבוע האחרון. הערכים שניתנו הם בין 0 ל- 3 ; כאשר 0 פירושו לא קרה בשבוע האחרון ו- 3 קרה רוב הזמן בשבוע האחרון. נמצאה מהימנות  $\alpha = .7028$  (קרונבך).

## ממצאים

אלימות גברים כלפי בנות זוגם והשתייכות אתנית-תרבותית - נערך ניתוח התפלגות לבחינת שכיחות תופעת אלימות גברים כלפי בנות זוגן בקרב נשים יהודיות ובדואיות. מניתוח ההתפלגות עולה כי 50.6% מהנשים הבדואיות שהן 91 נשים, מוכות על ידי בן זוגן בשנה האחרונה. בעוד 8.8% מהנשים היהודיות, שהן 38 נשים, חוו אלימות מבן הזוג בשנה האחרונה.

### בריאות פיזית בקרב נשים (מוכות ולא מוכות) בדואיות לעומת יהודיות

נערך מבחן להשוואת שונות (מבחן  $\chi^2$  בריבוע) של תסמינים פיזיולוגיים בין שתי הקבוצות. טבלאות מס. 1-2 מציגות את התפלגות שכיחות מחלות או תסמינים פיזיולוגיים באוכלוסיית הנשים הבדואיות בהשוואה לנשים יהודיות: מוכות ושאינן מוכות. מן הטבלאות עולה כי נשים בדואיות לא מוכות סובלות מהתקפי לב, סוכרת, אנמיה, דלקות בשלפוחית השתן יותר מאשר נשים יהודיות לא מוכות. נשים בדואיות מוכות סובלות יותר מלחץ דם גבוה, אנמיה ודלקות בדרכי השתן מנשים מוכות יהודיות. חלק מן התסמינים שנבחנו מעידים על שכיחות מחלות פיסיולוגיות שונה בקרב נשים יהודיות ובדואיות.

**טבלה 1: התפלגות תסמינים פיזיולוגיים בקרב נשים בדואיות ויהודיות לא מוכות**

$\chi^2$	סה"כ		בדואיות		יהודיות		
	%	N	%	N	%	N	
1.15	18	84	22	19	17	65	יתר לחץ דם
							התקף לב או מחלת לב אחרת
3.88*	5	26	1	1	6	25	סרטן
1.85	2	8			2	8	סוכרת
7.79**	6	29	13	11	5	18	אוסטיאופרוזיס-
0.25	6	21			6	21	בריחת סידן
0.40	9	41	10	9	8	32	דלקת פרקים
0.38	12	58	10	9	13	49	השמנת יתר
40.0***	22	103	47	41	16	62	אנמיה
0.46	7	31	8	7	6	24	אסטמה
46.0***	20	94	46	40	14	54	דלקת בדרכי השתן
0.67	13	62	10	9	14	53	בעיות גניקולוגיות
							האם יש בעיות בריאות הדורשות טיפול רפואי שוטף
1.1	24	115	28	25	23	90	

p < .001\*\*\*; p < .01\*\*; p < .05 \*

**טבלה 2: התפלגות תסמינים פיזיולוגיים בקרב נשים יהודיות ובדואיות מוכות.**

$\chi^2$	סה"כ		בדואיות		יהודיות		
	%	N	%	N	%	N	
<sup>a</sup> 3.45	24	31	29	26	13	5	יתר לחץ דם
							התקף לב או מחלת לב אחרת
0.84	3	4	2	2	5	2	סרטן
2.41	1	1	0	0	3	1	סוכרת
0.28	10	13	11	10	8	3	אוסטיאופרוזיס-
0.28	4	2	6	1	3	1	בריחת סידן
2.38	16	20	19	17	8	3	דלקת פרקים
0.58	15	19	13	12	18	7	השמנת יתר
8.5**	43	56	52	47	24	9	אנמיה
0.56	10	13	9	8	13	5	אסטמה
26.6***	43	55	57	52	8	3	דלקת בדרכי השתן
0.32	27	35	29	26	24	9	בעיות גניקולוגיות
							האם יש בעיות בריאות הדורשות טיפול רפואי שוטף
1.3	36	47	40	36	29	11	

p < .001\*\*\*; p < .01 \*\*; p < .05\*

סימפטומים פסיכולוגיים של מצוקה מאובחנת (דיכאון וחרדה) בקרב נשים לא מוכות ומוכות בדואיות ויהודיות - במטרה לבחון את עוצמת הסימפטומים הפסיכולוגיים של מצוקה (דיכאון וחרדה) בקרב נשים בדואיות לא מוכות ומוכות ונשים יהודיות לא מוכות ומוכות, נערך מבחן  $\chi^2$  בריבוע להשוואה רמת חרדה ודיכאון בין שתי הקבוצות. בנוסף נבחן סימפטום הפרעות בשינה היות והנו אחד המאפיינים של מצב חרדה או דיכאון (ראה טבלאות 3-4). נמצא כי מידת ההפרעות בשינה בקרב נשים יהודיות לא מוכות גבוהה יותר באופן מובהק מאשר בקרב נשים בדואיות לא מוכות. לעומת זאת, בקרב נשים מוכות נמצא כי רמת הדיכאון, החרדה והפרעות בשינה בקרב נשים יהודיות גבוהה באופן מובהק מאשר בקרב נשים בדואיות.

**טבלה 3: התפלגות דיכאון, חרדה, והפרעות בשינה מאובחנים על ידי איש מקצוע בקרב נשים לא מוכות יהודיות ובדואיות**

$\chi^2$	סה"כ		בדואיות		יהודיות		
	%	N	%	N	%	N	
0.08	7	35	8	7	7	28	חרדה ודיכאון
4.79*	11	54	5	4	13	50	הפרעות שינה

p < .001\*\*\*; p < .01 \*\*; p < .05\*

**טבלה 4: התפלגות דיכאון, חרדה והפרעות בשינה מאובחנים על ידי איש מקצוע בקרב נשים יהודיות ונשים בדואיות מוכות**

$\chi^2$	סה"כ		בדואיות		יהודיות		
	%	N	%	N	%	N	
5.39*	17	22	12	11	29	11	חרדה ודיכאון
10.7***	16	20	9	8	32	12	הפרעות שינה

p < .001\*\*\*; p < .01 \*\*; p < .05\*

השתייכות אתנית-תרבותית וסימפטומים פסיכולוגיים של מצוקה (דיכאון) בקרב נשים לא מוכות ונשים מוכות יהודיות ובדואיות - על מנת לבחון רמת המשאבים האישיים (אופטימיות, מיקוד שליטה ותמיכה חברתית), ומידת התסמינים הפיזיולוגיים וההשתייכות האתנית-תרבותית כמשפיעים על רמת הדיכאון, בקרב נשים מוכות ושאינן מוכות, נערכו המבחנים הבאים: מבחן ניתוח שונות דו-גורמי (תסמינים פיזיולוגיים, דיכאון, ומשאבים אישיים) בין נשים מוכות ולא מוכות, יהודיות ובדואיות, ומבחן רגרסיה לניבוי דיכאון בקרב נשים לא מוכות ומוכות, כאשר המשתנים המנבאים היו משתנים

דמוגרפיים (השכלה וגיל), השתייכות אתנית-תרבותית, משאבים אישיים (אופטימיות, מיקוד שליטה ותמיכה חברתית) ותסמינים פיזיולוגיים (טבלאות 5-6).

עיון בטבלאות מצביע על הממצאים הבאים:

נמצא הבדל מובהק בכל המשתנים שנבדקו, בין נשים מוכות לנשים שאינן מוכות. נשים מוכות סובלות יותר מדיכאון ותסמינים פיזיולוגיים והנן בעלות פחות משאבים אישיים מנשים שאינן מוכות. בהקשר להשתייכות אתנית-תרבותית, נשים בדואיות יותר בדיכאון, בעלות פחות משאבים אישיים וסובלות מיותר תסמינים פיזיולוגיים מאשר יהודיות.

**טבלה 5: ניתוח שונות דו גורמי לפי השתייכות אתנית תרבותית ואלומות גברים כלפי בנות זוגם, לגבי משתני המחקר התלויים: ממוצעים וסטיות תקן**

	יהודיות		בדואיות		סה"כ	
	לא מוכות	כן מוכות	לא מוכות	כן מוכות	לא מוכות	כן מוכות
דיכאון	1.56 (.52)	1.92 (.67)	2.19 (.61)	2.69 (.70)	2.45 (.70)	1.84 (.71)
משאבים אישיים	3.97 (.83)	3.71 (.87)	3.94 (1.18)	3.42 (1.12)	3.67 (1.18)	3.87 (.96)
תסמינים פיזיולוגיים	1.29 (1.52)	1.97 (1.87)	1.75 (1.51)	2.41 (1.73)	2.08 (1.66)	1.57 (1.62)

**טבלה 6: ניתוח שונות דו גורמי לפי השתייכות אתנית-תרבותית ואלומות גברים כלפי בנות זוגם, לגבי משתני המחקר התלויים: ערכי F ומובהקותם**

מקור השונות			
משתנה תלוי	השתייכות אתנית תרבותית	אלומות גברים כלפי בנות זוגם	השתייכות אתנית תרבותית * אלומות גברים כלפי בנות זוגם
דיכאון	F=115.37***	F=42.67***	F=.19
משאבים אישיים	F=2.30*	F=13.63***	F=1.50
תסמינים פיזיולוגיים	F=6.14**	F=14.04***	F=.00
MF(5,588)	F=21.5***	F=15.2***	F=1.63

p < .001\*\*\*; p < .01 \*\*; p < .05\*

טבלה 7 מציגה את גודל האפקט של משתנה היחשפות לאלומות בן זוג בקרב שתי הקבוצות האתניות-תרבותיות. גודל האפקט מחושב כהפרש בין ממוצעים של שתי הקבוצות חלקי סטיית התקן המשותפת, ומראה בכמה סטיות תקן נבדלות קבוצות הנשים המוכות מן האחרות. Cohen (1977), קבע כי כאשר גודל האפקט קטן מ-0.2 מדובר באפקט נמוך,

בסביבות 0.5 – אפקט בינוני, וגודל אפקט גדול מ- 0.8 מצביע על אפקט גדול. יש לזכור כי במדעי החברה גודל אפקט קטן או בינוני הוא הנפוץ ביותר. מן הטבלה עולה כי הפער בין נשים מוכות בדואיות לנשים לא מוכות בדואיות גדול יותר במשתנים דיכאון ומשאבים אישיים מאשר הפער במשתנים הללו בין נשים יהודיות מוכות ללא-מוכות. לעומת זאת הפער ברמת התסמינים הפיסיולוגיים בקרב נשים מוכות בדואיות ללא מוכות בדואיות נמוך מהפער בין נשים יהודיות מוכות ליהודיות לא מוכות.

**טבלה מספר 7: הפער בין המשתנים דיכאון, משאבים אישיים ותסמינים פיזיולוגיים בהשוואה בין נשים מוכות/לא מוכות בהקשר אתני-תרבותי**

משתנה תלוי	יהודיות	F (df=1,176)	בדואיות	F(df=1,417)
דיכאון	0.65	22.80***	0.71	.53*
משאבים אישיים	0.31	3.48*	0.44	9.26**
תסמינים פיזיולוגיים	0.43	18.22***	0.39	1.94*

p < .001\*\*\*; p < .01 \*\*, p < .05\*

במטרה לבחון מה משקל משתני המחקר בניבוי דיכאון בקרב נשים מוכות ונשים לא מוכות, נערכה רגרסיה מרובה. מטבלה 8 עולה כי ההשתייכות האתנית-תרבותית, מידת התמיכה החברתית, תסמינים פיזיולוגיים ואופטימיות מסבירים 32% מן הדיכאון בקרב נשים לא מוכות. לעומת זאת 37% מן הדיכאון מוסברים על ידי השתייכות אתנית תרבותית, תסמינים פיזיולוגיים ומידת האופטימיות. מכאן עולה כי להשתייכות אתנית-תרבותית משקל רב בניבוי דיכאון.

**טבלה מספר 8: תוצאות רגרסיה מרובה לניבוי דיכאון על ידי משתני המחקר**

קבוצת השוואה (יהודיות ובדואיות לא מוכות)	קבוצת מחקר (יהודיות ובדואיות מוכות)	
Beta	Beta	
-0.1	.07	השכלה
-1.1	-.14	גיל
.32***	-.38***	השתייכות אתנית-תרבותית
.08	.05	מיקוד שליטה
-.10***	-.13	תמיכה
-.21***	-.28***	אופטימיות
-.20***	.17*	תסמינים פיזיולוגיים
R = .32, p < .001	R = .37, p < .001	

p < .001\*\*\*; p < .05\*

## סיכום הממצאים

1. רמת התסמינים הפיסיולוגיים בקרב נשים בדואיות לא מוכות ומוכות גבוהה יותר מאשר בקרב נשים יהודיות לא מוכות ומוכות.
2. רמת הדיכאון והפרעות בשינה בקרב נשים מוכות יהודיות גבוהה יותר מאשר בקרב נשים בדואיות מוכות.
3. לנשים מוכות ולא מוכות בדואיות רמת משאבים אישיים נמוכים יותר מאשר לנשים יהודיות מוכות ולא מוכות.
4. השתייכות האתנית-תרבותית בדואית יש בה כדי לבא את רמת הבריאות הפיזית ומידת הדיכאון של נשים.

## דין

המחקר הנוכחי בחן את הקשר בין אלימות בעלים כלפי בנות זוגן, דיכאון ותסמינים פיזיולוגיים, בהקשר של השתייכות אתנית-תרבותית.

מן הממצאים עלה, כי 50.6% מהנשים הבדואיות חוות אלימות מידי בן זוגן לעומת 8.8% מקרב הנשים היהודיות. ממצא זה תואם ממצאי מחקרים המצביעים על שכיחות תופעת האלימות של גברים כלפי בנות זוגם בחברה הערבית (Shalhoub Kevorkian, 2001).

## אלימות בין-זוגית והפרעה פוסט טראומטית

ממצאי המחקר הנוכחי תומכים בממצאי מחקרים קודמים באשר למצב בריאותן הפיזית והנפשית של נשים מוכות: סימפטומים פיסיולוגיים, דיכאון (Campbell et al., 2002; Stein & Kennedy, 2001) חרדה (Roberts, 2000), הפרעות בשינה, שביעות רצון נמוכה מהחיים (Mechanic et al., 2000) ואופטימיות נמוכה (Mohr, 2001; McFarlane & Papay, 1992).

הרמן (1994) מתייחסת לאלימות גברים כלפי בנות זוגם כאירוע טראומטי כרוני בו הפרט נחשף לאיום קיצוני באופן ישיר והגורם לתגובה פוסט טראומטית (PTSD). תגובה זו כוללת-מחשבות חודרניות, התנסות חוזרת של אירועים, מחשבות וזיכרונות פולשניים וחלומות על האירוע הטראומטי, הימנעות ממחשבות ופעילויות המעוררים זיכרונות של הטראומה.

נשים מוכות החיות באופן יומי את הטראומה, מפתחות סימפטומים שונים מהסימפטומים המוכרים של נפגעי טראומה כגון: הפרעות בשינה, דיסוסיאציה וחרדה מפני רצח, ביחד עם מינימיזציה של האירועים (Root, 1996; Roberts, 2000; Vogel & Marshall, 2001). לאור העובדה כי במחקר הנוכחי נבדקה רמת הדיכאון, תסמינים פיסיולוגיים והפרעות בשינה ולא נבדק PTSD באופן ישיר, עולה השאלה באשר לאפשרות שהסימפטומים שנמצאו מייצגים למעשה PTSD. השערה זו מחוזקת על ידי ממצאי מחקרים קודמים (Breslau, et al., 2000; Kessler, et al., 1995), המצביעים על קשר חיובי גבוה בין הסימפטומים של

דיכאון ו-PTSD. בחינה מדוקדקת של הסימפטומים מעלה כי חלק מהסימפטומים ההמנעוטיים, כהפרעות שינה, קשיי ריכוז, אובדן עניין בפעילויות שהיו קודם מהנות וצמצום האפקט, ניתוק רגשי ופסימיות לגבי העתיד, בנוסף להיותם חלק מתסמיני PTSD מהווים חלק מהתסמינים לדיכאון ( Breslau, et al., 2000 ).

### השתייכות אתנית-תרבותית ו- PTSD

מן הממצאים עולה, כי קיים הבדל בביטויי המצוקה הפיסיולוגיים לעומת הנפשיים (דיכאון) בהקשר של השתייכות אתנית-תרבותית (נשים מוכות יהודיות מול בדואיות). לאור אפיוני התרבות הייחודיים לכל אחת מן הקבוצות האתניות, עולה השאלה האם בקרב נשים בדואיות תסמינים פיזיולוגיים משמשים ביטוי מקובל ומותר ל-PTSD. לשאלה זו ניתן למצוא תימוכין בכתביהם של מספר חוקרים בתחומי אנתרופולוגיה ותרבות האיסלאם. בתרבויות שונות, מחלות סומאטיות מצביעות על מצוקות נפשיות ( Kirmayer & Young, 1999; Witztum & Goodman, 1998) כמו בעיות בבלוטת התריס, אנמיה, אפילפסיה ועוד (Littlewood & Dein, 2000). לדוגמה, בקמבודיה נמצא כי, בקרב הקמר (Khmer) PTSD מתבטא בבעיות קרדיולוגיות, לחץ דם וכאבי ראש (Hinton et al., 2002). כמו בתרבויות שונות, גם האסלאם מזהה גוף ונפש כאחד. לדוגמה: המילה "Elnafs" מצוינת בקוראן כ- 185 פעמים כמבטאת אחדות הגוף והנפש. בנוסף, נמצא כי, אוכלוסיות מוסלמיות שונות, ובעיקר הנשים באוכלוסיות אלו, מתרגמות רגשות לשפה גופנית ולסומטיזציה ( Tuncer et al., 1995), דיכאון מבוטא על ידי סימפטומים סומאטיים והיפוכונדריה (Al-Issa, 1995). ניתן גם לומר, כי לתרבות משקל ותרומה באשר לאופן הביטוי של תגובה לאירועים טראומטיים, כולל אירועי אלימות של גברים כלפי בנות זוגם.

### חולשות המחקר

למחקר מספר מגבלות. הנתונים התבססו על דיווח עצמי של הנחקרות. כאשר מדובר בדיווח עצמי בנושאים רגישים ואינטימיים, עשויה המשתתפת לדווח בהתאם למידת מוכנותה לחשיפה, בעיקר כאשר מדובר באוכלוסיית נשים בדואיות, החייבות בשמירה על "כבוד המשפחה" וזהירות במיוחד בכבוד הבעל. לגבי איסוף הנתונים באמצעות הטלפון. על אף האנונימיות שיתכן ויש בה משום הקלה באשר לתכנים אינטימיים, עלולה המרואיינת לעוות או לשנות את תשובותיה כך שמהימנות הנתונים עשויה להינזק. עם זאת, העובדה שמספר רב של נשים בדואיות דיווחו על היותן חשופות לאלימות בן הזוג מעלה את ההשערה שיתכן שנשים בדואיות חשות מוגנות יותר דווקא במסגרת חיצונית כמו בית חולים, מאשר במסגרת הביתית, כאשר נשאלות שאלות הנוגעות לתכנים אינטימיים.

חולשה נוספת היא הקושי להשוות בין שתי הקבוצות לאור ההבדלים בשיטת איסוף הנתונים מכל אחת מהקבוצות (יהודיות- סקר טלפוני, בדואיות- מראיינת, אחות בבית החולים). בנוסף, היעדרותם של משתנים תרבותיים, כגון תפיסת האלימות הבין-זוגית

כהתנהגות מקובלת או סוטה באופן חברתי, מעמד האישה ותפיסה מגדרית בהקשר תרבותי ועוד, מקשים על ההשוואה בין שתי הקבוצות האתניות.

## **השלכות יישומיות**

הממצאים עשויים לתרום רבות בתחום היישומי. השכיחות הגבוהה של נשים מוכות בקרב החברה הבדואית והרמה הגבוהה של התסמינים הפיסיולוגיים ממנה סובלות הנשים הבדואיות בכלל והמוכות בפרט, מחייבים התייחסות שירותי הרווחה, הבריאות והחינוך. במגזר הבדואי על הצוות הרפואי להיות ער באופן מיוחד למשמעות האפשרית של התסמינים הפיסיולוגיים כביטוי למצוקה נפשית, בהקשר של יחסים בין בני הזוג. על מערכת החינוך לבחון תוכניות התערבות על מנת לצמצם את תופעת האלימות במשפחה בכלל ואלימות בין זוגית בפרט. על מערכת הרווחה לפתח תוכניות התערבות במטרה להפחית את רמת האלימות של גברים כלפי בנות זוגם לאור השלכות המוכרות, הן על הקורבנות הישירים והן על הקורבנות העקיפים, כגון ילדים עדים לאלימות. נראה כי נדרשת הכשרה של עובדי רווחה בזהווי מצוקות וביטויים ייחודיים לתופעת האלימות של גברים כלפי בנות זוגם בהקשר של ההשתייכות האתנית התרבותית.



## ביבליוגרפיה

- אלדר-אבידן, די (1999). *בוחרות בחיים*. ירושלים ותל-אביב: שוקן.
- אלעטאונה, מי (2002). *רווחת נשים בדואיות במעבר חברתי-תרבותי*. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", בית הספר לעבודה סוציאלית, תל אביב: אוניברסיטת בר-אילן.
- אלקרינאווי, עי (2000). *אתנו פסיכיאטרייה בחברה הבדואית הערבית בנגב*. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- אס-סעדאוי, ני (1988). *מאחורי הרעלה*. גבעתיים: מסדה.
- בדר-עראף, קי (1995). *האישה הערבייה בישראל לקראת המאה העשרים ואחת*. בתוך יי מראי, אי גאנס, אי הראבן, (עורכים) *הערבים אזרחי ישראל לקראת המאה העשרים ואחת*. ירושלים, מאגנס.
- בראונמילר, סי (1975). *בניגוד לרצוננו: גברים, נשים ואונס*. גבעתיים: המין השני, בשיתוף זמורה, ביתן-מודן.
- גורן, אי (1996). *היבטים סמליים בלבוש האישה הבדואית ובקישוטיה*. *הבדואים בנגב*, לקט מאמרים, קיבוץ להב: המוזיאון לתרבות הבדואים.
- גרוס, רי, ברמלי-גרינברג, שי (2000). *בריאות ורווחה של נשים בישראל: ממצאי סקר ארצי*. ירושלים: ברוקדייל.
- הרמן, גי (1994). *טראומה והחלמה*. תל-אביב.
- זילבר, תי (1998). *אידיאולוגיה, פרקטיקה ועמימות בארגונים*. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. ירושלים: האוניברסיטה העברית.
- חסן, מי (1999). *הפוליטיקה של הכבוד: הפאטריארכיה, המדינה ורצח נשים בשם כבוד המשפחה*. בתוך: *מין מגדר פוליטיקה*. קו אדום, הוצ' הקיבוץ המאוחד: תל אביב.
- לב-ארי, רי ויאירי, די (1996). *אסור להרים ידיים! נשים מוכות בישראל*. רמת-גן: קשת.
- לוינסון, אי וגרדוס, יי (2000). *שנתון סטטיסטי לנגב*. באר-שבע: מכון הנגב לפיתוח איזורי, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- מקייס, רי (1995). *החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א - 1991*. בתוך: פי רדאי, כי שלו, מי ליבן (עורכות) *מעמד האישה בחברה ובמשפט*. ירושלים: שוקן, (307-317).
- סבירסקי, בי (1993). *שליטה ואלימות: הכאת נשים בישראל*. בתוך: *החברה הישראלית: היבטים ביקורתיים*. אי רם (עורך), תל אביב: ברירות (עמ' 222-244).
- סעיד, אי (2000). *אוריינטליזם*. ת"א, עם עובד.
- עיני, יי (1996). *עיירות הפיתוח בנגב*. בית-ספר שדה, שדה בוקר.

- צחור, ז' (2001). הנגב באידיאולוגיה ובעשייה הציונית. בתוך: ג' ברקאי וא' שילר (עורכים) *עם הפנים אל הנגב - אריאל, כתב עת לידיעת ארץ ישראל* (עמ' 11-20).
- צוויקל, ג' וברק, נ' (2004). *בריאות ורווחה של נשים יהודיות בנגב*, נייר עבודה מס' 2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע.
- צוויקל, ג' וברק, נ' (2002). *בריאות ורווחה של נשים בדואיות בנגב*, נייר עבודה מס' 21. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע.
- קרפ, י' (1995). דו"ח הוועדה בראשות עו"ד יהודית קרפ - אלימות בין בני זוג: היבט משפטי. בתוך: פ' רדאי, כ' שלו, ומ' ליבן (עורכות), *מעמד האישה בחברה ובמשפט*. ירושלים ותל-אביב: שוקן.
- שובל, ט. י. ואנסון עי' (2001). *העיקר הבריאות - מבנה חברתי ובריאות בישראל*. האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- שלהוב-קיבורקיאן, נ' (1998). תגובה על אירוע של התעללות מינית בילדה בחברה הפלשתינית: הגנה, השתקה, הרתעה או ענישה. *פלילים - כתב העת הישראלי למשפט פלילי*, כרך ז', 161-195.
- שלהוב קיבורקיאן, נ' (1996). *החוק למניעת אלימות במשפחה 1991: אפשרות יישום החוק בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל*, עבודת פוסט דוקטורט. המכון לקרימינולוגיה, הפקולטה למשפטים, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- Abu-Lughod, L. (1998). *Anthropology's Orient: The boundaries of theory on Arab world. Remaking women: Feminism and modernity in the Middle East*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ahmed, L. (1992). *Women and gender in Islam - historical roots of a modern debate*. New Haven: Yale University Press.
- Al-Issa, I. (1995). Cultural and mental illness in an international perspective. In: Al-Issa (ed.), *Handbook of culture and mental illness: An international perspective*. (pp. 3-49) Madison, Conn: International University Press.
- Al-Hibri, A. A. (2000). Sharia and positive legislation: Is an Islamic state possible or viable? In: Cotran, E. & Mallat, C., (eds.), *Yearbook of Islamic and Middle Eastern law*, 5 (1998-1999), (pp. 29-42). The Hague: Kluwer Law International.
- Al-Krenawi, A. (1998). Family therapy with a multiparental/multispousal family. *Family Process*, 37(1), 65-82.
- Bell, D (1998). Human error, In: Garland, C. (ed), *Understanding trauma, a psychoanalytical approach*. Great Britain: Tavistock Clinic Series

Breslau, N., Davis, G. C, Peterson, E. L. & Schultz, L. R. (2000). A second look at co-morbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection, *Biological Psychiatry*, 48(9), 902-909.

Campbell J., Jones A.S, Dieneman J., Kub J., Schollenberger J., O'Campo P.,Gielen A.C. & Wynne C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10): 1157-63.

Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering*. Berkeley: University of California Press.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (revised edition). New York: Academic Press

Dobash, R. E. & Dobash, R. P. (1992). *Women, violence and social change*. London: Routledge.

Duncan, M. & Hein, D. (1994). Preventing violence against women. In J. M. Leiman (ed.), *Violence against women in the United States: A comprehensive background paper*. New York, N.Y.: The Commonwealth Club.

Dworkin, A. (1981). *Our blood: Prophecies and discourses on sexual politics*. NY: G. P. Putnam.

Espanioly, N. (1997). Violence against women: A Palestinian women's perspective - personal and political. *Women's Studies International Forum*, 20, (5/6), 587-592.

Friedan, B. (1963). *The feminine mystique*. NY: Dell.

Garland, C. (1998). Thinking about trauma. In Garland, C. (ed.), *Understanding trauma: A psychoanalytical approach*. Great Britain: Tavistock Clinic Series.

Graham, D. L. R., Rawling, E. & Rimini, N. (1988). Survivors of terror: Battered women, hostages, and the Stockholm syndrome. In: Yllo, K, Bograd, M. (eds.) *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 217-233) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Hamberger, L. K. & Hastings, J. E. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: A cross-validation study. *Journal of Family Violence*, 1, 37-49.

Hinton, D., Hinton, S., Um, K., Chea, A.& Sak, S. (2002). The Khmer "Weak Heart" syndrome: Fear of death from palpitations. *Transcultural Psychiatry*, 39(3), 323-344.

Irigary, L. (1985). *The sex which is not one*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

- Isralowitz, R. & Friedlander, J. (1999). *Transitions: Russians, Ethiopians, and Bedouin People in Israel's Negev Desert*. Vermont: Ashgate Publishing.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060
- Kirmayer, L. J. & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420-430.
- Kristeva, J. (1980). Women's time. *Signs*, 6(1), 4-28.
- Littlewood, R. & Dein, S. (2000). Introduction. In: R. Littlewood & S. Dein (Eds.), *Cultural psychiatry & medical anthropology - an introduction and reader*. (pp. 1-34) New Jersey: The Athlone Press.
- MacKinnon, C. (1983). Feminism, Marxism, method, and the state: Toward feminist jurisprudence. *Signs*, 8(4), 635-658.
- McFarlane, A. C. & Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8), 498-504.
- Mechanic, M. B., Uhlmansirk, M. H, Weaver, T. L. & Resick, P.A (2000) The impact of severe stalking experienced by acutely battered women: An examination of violence, psychological symptoms and strategic responding. *Violence Victims*, 15(4), 443-458.
- Mehrotra, M. (1999). The social construction of wife abuse: Experiences of Asian Indian women in the United States. *Violence Against Women*, 5(6), 619-640.
- Mernissi, F. (1989). *Doing daily battle: Interviews with Moroccan women*, New York: Routledge.
- Mitchell, J. (1974). *Psychoanalysis and Feminism*. NY: Random House, Vintage.
- Mohanty, C. T. (1991). Under Western eyes: Feminist scholarship and colonial discourse. In Mohanty, C. T., Russo, A., & Torres, L. (eds.) *Third world women and the politics of Feminism*. Bloomington: India University Press.
- Mohr, M. P. (2001). A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence Victims*, 16(6), 645-654.
- O'Leary, K. D. (1993). Through a psychological lens: Personality traits, personality disorders and levels of violence. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence*, (pp. 7-30) Newbury Park, CA: Sage.
- Okasha, A. (1999). Mental health in the Middle East: An Egyptian perspective. *Clinical Psychology Review*, 19(8), 917-933.

- Roberts, G. L. (2000). Evaluating the prevalence and impact of domestic violence. In: Shalev, A. Y., Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (Eds.). *International handbook of human response to trauma*, (pp. 139-152) New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Root, M. P. (1996). Women of color and traumatic stress in domestic captivity: Gender and race as disempowering statuses. In: J. A. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity, & R. M. Scurfield (Eds.), *Ethno-cultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*. (pp. 363-389) Washington. APA.
- Shalhoub-Kevorkian, N. (2001). Using the dialogue tent to break mental chains: Listening and being heard. *Social Service Review*, 75(1), 135-150.
- Stein, M. B. & Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 133-138.
- Steinem, G. (1983). *Outrageous acts and everyday rebellions*. NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Tuncer R. A., Erkaya S., Sipahi T. & Kutlar I. (1995). Maternal mortality in a maternity hospital in Turkey. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 74(8), 604-6.
- Vogel, L. C. & Marshall, L. L. (2001). PTSD symptoms and partner abuse: Low income women at risk. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 569-584.
- Walker, L. E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer Publishing Company.
- Witztum, E. & Goodman, Y. (1999). Narrative construction and therapy: A model based on work with Ultra-Orthodox Jews. *Transcultural Psychiatry*, 36(4), 403-436.

# "הבן יקיר לי אפריים": להיות אמא של בעל אלים<sup>9</sup> בחינת הקשר בין אמהות לבעל אלים ובניהן באמצעות סיפורי החיים של האמהות

חמוטל גומא-דויטשמן<sup>10</sup> ורחל לב-ויזל<sup>11</sup>



נושא האלימות במשפחה עלה זה מכבר על סדר היום הציבורי. אט אט נחשפים ממדיו. מעגל הקורבנות לאלימות הינו רחב והשפעותיה של האלימות ארוכות טווח, הן במישור האישי, הן המשפחתי והן ברמה החברתית. במאמצים למגר תופעה קשה זו, יש ניסיון למצוא את הגורמים לאלימות בתא המשפחתי. אחת השאלות העולה שוב ושוב היא מידת ההשפעה שיש לגדילה בבית בו מתרחשת אלימות על אלימות האדם הבוגר. שאלה זו, על ההקשר הבין-דורי והשפעותיו על התרחשות אלימות בתא המשפחתי, נחקרה רבות ונמצאו לה תשובות שונות (Widom, 1989; Stith et al., 2000; Buchman, 1998). ההתייחסות הספציפית להעברה הבין-דורית של התנהגות אלימה במשפחה החלה משנות ה-60, ונטבע המונח "מעגל האלימות" (cycle of violence) (Widom, 1989).

מחקרים שונים ורבים, אותם סקרו Widom (1989) וכן Stith ועמיתים (2000), ניסו לעמוד על שאלת הקשר בין אלימות במשפחת המוצא לאלימות במשפחה הגרעינית. למיטב ידיעתנו, מרב המחקרים שנערכו בנושא הקשר הבין-דורי של האלימות הבין-דורית, נעשו בשיטות מחקר כמותיות, כשמטרתם היתה מציאת קשר בין-דורי של אלימות, כלומר לענות על השאלה האם ובאיזו מידה ישנה העברה של אלימות מדור לדור (אישוש היפותזת "מעגל האלימות").

<sup>9</sup> כל השמות והפרטים שלהלן, ללא יוצא מן הכלל, בדויים.

<sup>10</sup> חמוטל גומא-דויטשמן, עובדת סוציאלית, אגף השיקום רחובות, משרד הביטחון.

<sup>11</sup> רחל לב-ויזל, פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

ממחקרים אלה עולה כי לאלימות במשפחה המוצא ישנה השפעה על הסיכון להתרחשות אלימות בין-זוגית במשפחה הגרעינית (Straus, 1980; Simon & Johnson, 1998). עם זאת, עדיין קשה להוכיח קשר סיבתי בין השניים. Stith ועמיתים (2000), ערכו ניתוח-על (meta-analysis) של מחקרים רבים הבוחנים סוגיה זו, וחקרו את הקשר בין גדילה בבית בו היתה קיימת אלימות בין ההורים, שהילד היה עד לה, או אלימות ישירה כלפיו, לבין נטילת חלק באלימות ביחסים אינטימיים כבוגר. ממצאיהם מראים על קשר חלש עד בינוני בין המשתנים (עדות לאלימות בין ההורים או אלימות ישירה בילדות ואלימות בין זוגית כבוגר), אולם מצאו קשר חזק יותר בין תנאי הגידול שפורטו לעיל לבין החזקה בדעות חיוביות כלפי שימוש באלימות, וגישה מסורתית ביחס למגדר.

חוקרים שונים הסבירו את ההקשר הבין-דורי של האלימות על ידי שימוש בתיאוריות שונות. Rosenbaum & O'leary (1981), Gayford (1975) ו-Pagelow (1981), הסבירו את הקשר על ידי שימוש בתיאורית התפקיד, לפיה הילד תופס את האלימות כחלק מהמערכת המשפחתית ויחסי האהבה. הם אף מצאו כי אלימות בין ההורים במשפחת המוצא תעלה את הסיכון לאלימות כלפי בן הזוג. Cappell & Heiner (1990), טוענים, כי ההעברה הנה של פגיעות לאלימות ולא של תפקידים ספציפיים (קרבת-תוקפן). הספרות הקרימינולוגית מציעה נקודת מבט רחבה יותר של העברת אווירת אלימות. נמצא, כי החשיפה להתנהגות סוטה כלשהי במשפחת המוצא תביא להגברת הסיכוי להשתתפות בהתנהגות סוטה כלשהי. גישה זו רואה באלימות במשפחה ביטוי לדפוסי התנהגות אנטי-סוציאליים כלליים, ועל כן ההעברה היא של התנהגות סוטה באופן כללי (Donovan & Jessor, 1985; Osgood et al., 1988). על פי המודל הפסיכו-דינאמי, ניצול (abuse) קשור לאגו הפגוע של ההורה, שהיה מוכה בעצמו. התוקפנות שלו תתקשר לדחף פנימי לא מודע, הנובע מפגיעות האגו. הורים בעלי קשרים בעיתיים עם הוריהם יתקשו לקבל את צרכיהם וזכויותיהם של ילדיהם כנפרדים משלהם, דבר שיפגע בקשר עימם ויביא לפגיעה בילדים (Buchman, 1998; Gelles & Cornell, 1990). תיאוריה זו מתקשרת לעמדתו של Bowlby (1979), בדבר העברת אופן ההתקשרות מדור לדור.

Zeanah & Zeanah (1989), חקרו את נושא ההעברה הבין-דורית של אלימות על ידי תיאוריה ומחקר בנושא ההתקשרות (attachment). ממחקרם נמצא, כי במודלים הפנימיים, בהם מופנמים יחסיו של האדם עם הוריו ועל פיהם נקבע דפוס ההתקשרות שישפיע על יחסים בהמשך החיים, לא מופיעה אלימות במובנה הטהור, אך קיימים נושאים כמו דחייה, עוינות והעברה בין דורית של טראומה לא פתורה. נושאים אלה מועברים וחוזרים ביחסים בהמשך החיים (Zeanah & Anders, 1987; Zeanah & Zeanah, 1989).

Narang & Contreras (2000), התייחסו במחקרם לכך, שרק חלק מהילדים שחוו אלימות בילדותם הפכו להיות הורים אלימים בעצמם. הם בחנו את מנגנון הדיסוציאציה כמשתנה מתווך, המסביר את ההעברה הבין-דורית של האלימות, ומצאו כי מנגנון הדיסוציאציה

עשוי להיות אחד מהמנגנונים הגורמים להעברת האלימות מדור לדור. מנגנון זה הוא מנגנון הישרדותי בילדות, אך יכול לגרום לנטיית תוקפניות בבגרות.

האלימות בין בני זוג משפיעה על כל בני הבית והשפעתה על ילדים, החיים בצלה, נחקרה מזוויות שונות. Hutchison & Hirschel (2001), מצאו כי ב- 75% ממקרי האלימות הבין-זוגית, הילדים הקטינים נוכחים. הם לא מצאו כל קשר בין הימצאותם של הילדים בעת האירוע האלים עצמו, הזמנת המשטרה והגעתה, לבין שכיחות מקרי האלימות, חומרתה או פנייה למשטרה. הקשר היחיד נמצא בין המצאות הקטינים לבין נטייה גבוהה יותר להפנות את הקורבן למקלט. Henning ועמיתים (1997), מצאו, כי חשיפה לאלימות בין ההורים גרמה לרמות גבוהות של מצוקה פסיכולוגית. ההשפעות השליליות גברו כאשר היה מדובר באלימות שגרמה למצב בו היה צורך בבקשת סיוע חיצוני לקרבן. יש לציין, כי טיפול מסור וחמימות הפחיתו את ההשפעות השליליות. בדומה, Haj-Yahia (2001), מצא כי בני נוער, שהיו עדים לאלימות בין ההורים, אופיינו בבעיות הסתגלות, תחושת חוסר אונים וערך עצמי נמוך. במחקר שערכו Lemmey ועמיתים (2001), נשאלו נשים שהוכו על ידי בני זוגן, כיצד לדעתן היות ילדיהן עדים לאלימות השפיעה עליהם. ממצאי המחקר מראים כי מרבית האמהות (72%) סברו כי התנהגות שלילית של ילדיהן נבעה מהיותם עדים לאלימות. השכיחות הגבוהה ביותר היתה של התנהגויות המורות על מצוקה, כמו קשיים בשינה, קשיים בבית הספר, הצמדות לאמם וכן בעיות בקשר עמה. מהמחקרים המובאים לעיל עולה שאלה ביחס לדרך בה מופנמים האובייקטים המשמעותיים על ידי ילד החי בבית בו קיימת אלימות בין ההורים.

סקירת הספרות שהוצגה עסקה בשאלת העברה בין-דורית של אלימות, תוך התייחסות לתיאוריות שונות המנסות להסביר את ההעברה ומנגנוניה, וכן את השפעתה על ילדים החיים בבית בו קיימת אלימות בין ההורים. על בסיס הממצאים הקיימים, לא ברור כיצד ובאילו תנאים תתרחש העברה בין-דורית בתחום ההתנהגות האלימה.

המחקר הנוכחי הינו מחקר חלוץ, הבוחן את התופעה מזווית ראייה שונה, שעשויה לשפוך אור נוסף להבנת תהליך גדילתו והתפתחותו של הגבר האלים, מתוך מחשבה כי למערכת הבין-דורית בכלל, ולקשר עם האם בפרט, חשיבות מכרעת בתהליך התפתחותו של הגבר האלים. המחקר יתמקד בקשר בין האם ובנה, מנקודת ההתבוננות ועולמה הפנימי של האם. תוצאות המחקר עשויות לתרום נדבך נוסף להבנת תופעת האלימות במשפחה, הן בהבנה תיאורטית של התפתחות הגבר האלים והן בדרכי טיפול ומניעה של תופעה קשה זו.

## **מדגם והליך המחקר**

אוכלוסיית המחקר אותרה באמצעות שני מרכזי טיפול, מרכז למניעת אלימות ושירות מבחן למבוגרים, באחת הערים בישראל, המטפלים באוכלוסייה של גברים אלימים. בשני המרכזים קיימות תוכניות טיפוליות לגברים אלימים, הן ברמה הפרטנית, הן ברמה הזוגית והן ברמה הקבוצתית.



הפניה הראשונית נעשתה על ידי אחת החוקרות (ח.ג.ד.) אל המטפלים במרכזים אלה, על ידי דף הסבר בנוגע למחקר וכן בהסבר בעל פה, תוך בקשה לפנות אל הגברים המטופלים על ידם במתודות השונות, ולבקש הסכמתם לפנות לאמותיהם. יש לציין, כי המטפלים בחרו אל מי ממטופליהם לפנות. המטפלים פנו אל המטופלים שלהם, תוך הסבר על המחקר ומתן דף הסבר שסופק על ידי החוקרת. בכמה מן המקרים התבקשה החוקרת לדבר עם הגבר בעצמה על מנת לענות על שאלות ספציפיות. כמו כן, הופנתה אליה אם שפנתה ביוזמתה למרכז הטיפול. בהסכמת משתתפי שתי קבוצות טיפוליות בשירות המבחן למבוגרים הוזמנה החוקרת להציג את המחקר במהלך אחת מפגישות הקבוצה. בשתי הקבוצות יחד הסכימו 12 נשים. הגברים שהסכימו, חתמו על מסמך מתאים, בו הביעו הסכמתם לראיון עם אמם.

לאחר קבלת הסכמת הבן נוצר קשר טלפוני עם כל אחת ואחת מהאמהות, ניתן הסבר על המחקר והיא התבקשה להתראיין. בשיחות אלה צוין, כי החוקרת עורכת מחקר על מאפייני הקשר בין אמהות לבניהן, באוכלוסיה בה הבנים נהגו באלימות כלפי נשותיהם, על מנת להכיר את עמדתן של האמהות בנושא. הודגש כי בדרך כלל פונים לגברים ולנשים ולא לאמהות, וכי החוקרת מעוניינת לשמוע מה יש לאמהות לומר, על מנת להבין טוב יותר את התופעה ואת דרכי הטיפול המתאימות. כמו כן צוין, כי הראיונות יוקלטו, ולאחר ניתוח ראשוני יערך עמן ראיון נוסף. מתוך עשר אמהות אליהן היתה פניה בהסכמת בניהן, שבע הסכימו לקחת חלק במחקר והוסברה להם שמירת הסודיות וההשקעה הנדרשת מהן.

נערכו שבעה ראיונות, מהם בפועל נותחו שישה. הראיון השביעי נערך עם אם עיוורת, והדבר השפיע באופן משמעותי על אופן הראיון, היות ובמהלך ראיון סיפור חיים לא מתקיימת כמעט תקשורת מילולית, ועל כן יש חשיבות רבה לתקשורת לא מילולית בין המראיין והמראיין. בראיון זה היה קושי רב ליצור תקשורת כזו. יש לציין, כי עובדה זו היתה ידועה לחוקרת טרם הראיון אך היא לא העריכה נכונה את משקלה. כל הראיונות נערכו בבית הנחקרות, על ידי החוקרת, למעט ראיון אחד שבוצע על ידי סטודנטית לעבודה סוציאלית שנה שלישית, שעליו ערכה עבודת סמינריון. משך ראיונות סיפור החיים נע מ-30 דקות ועד שעתיים. ראיון שני נערך רק עם שלוש מן המראיינות, שכן שלוש האחרות לא הסכימו. אחת מסרה כי הראיון הראשוני היה קשה עבורה ואינה רוצה לערוך ראיון נוסף. עם אם נוספת נקבע ראיון נוסף, אך יום קודם לכן בטלה אותו ומסרה כי: "ילדיה אינם מוכנים שתתראיין יותר וכי מה שספרה מספיק", ואם שלישית אמרה כי אינה מעוניינת בכך ללא סיבה מפורשת. לאם שאמרה כי הראיון היה קשה עבורה הוצע לפנות לקבלת סיוע במרכזי טיפול. במהלך הראיון, האמהות אשרו את הסכמתן לספר את סיפור החיים על ידי חתימה על טופס הסכמה. זאת, למעט אם אחת שלא ידעה קרוא וכתוב והסכימה בעל פה (מוקלט) וכן האם העיוורת, שבראיון עמה לא נעשה שימוש בסופו של דבר.

במהלך ניתוח הנתונים נמצא כי האינפורמציה המשמעותית והנושאים המרכזיים הועלו בראיון הראשוני, ראיון סיפור החיים, כך, שלהערכתנו, לעובדה כי רק עם מחצית מן הנחקרות נערכו שני ראיונות אין משמעות מהותית, מבחינת ניתוח הנתונים והמסקנות.

טבלה מס' 1 מציגה את נתוני האמהות. מהנתונים עולה, כי מדובר בנשים בגילאי 50-60, אמהות לבנים בגילאי 30-40, כולן אינן ילידות הארץ כי אם עלו מארצות המזרח, ארצות בהן ישנה חלוקה מגדרית ברורה לתפקידי המינים. הן עלו לארץ בשלבים שונים של החיים, מילדות ועד להיותן נשואות ואמהות לילדים. נישאו בגיל צעיר יחסית וילדו מספר ילדים. לבנים מקומות שונים בסדר הלידה.

**טבלה מס' 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של האמהות**

שם	גיל	ארץ מוצא	גיל עליה	מצב משפחתי	גיל הנישואין	מספר ילדים	גיל הבן	מיקום הבן במשפחה
ניצה	55	תוניס	18	גרושה	15	5	37	2
פרחיה	65	מרוקו	20	אלמנה	14	10	42	2
שושנה	+60	ספרד	17	נשואה	17	7	44	2
עתליה	61	מרוקו	18	נשואה	22	6	32	2
סוזי	57	ספרד	10	נשואה	17	6	38	1
לילה	51	גרוזיה	25	נשואה	14	3	47	1

## שיטה

המחקר נערך על פי המסורת הפנומנולוגית, שמטרתה הנה הבנת מהותן של תופעות על ידי הבנת התפיסה של האדם. הפנומנולוגים, רואים בטקסט אוסף של סמלים, שמבטאים משמעות ושואפים ל"פצח" את הטקסט מבחינת המבנה שלו והסמלים המופיעים בו ועל ידי כך להגיע למשמעות התופעה הנחקרת (צבר בן-יהושע, 1990; Miles & Huberman, 1994). הגישה הפרשנית מבקשת להבין, כיצד אנשים מעניקים משמעות למעשיהם ולמעשי הזולת, ומכוונים פעולתם על ידי הבנה זו. על פי גישה זו, החוקר מנסה להשתתף בעולם הנחקרים, תוך התבוננות ממרחק מסוים (שלסקי ואריאלי, 2001).

נתוני המחקר נאספו על ידי ריאיון סיפור חיים, בו מתבקש הנחקר לספר את סיפור חייו וחיי משפחתו. בשיטת ריאיון זו, השאלה הפתוחה מאפשרת לנחקר לפרש את השאלה ולבחור לאילו תחומים ברצונו להתייחס, ובכך מאפשרת ביטוי עצמי של הפרט ושל הדרך בה הוא תופס את חייו ואת עולמו (בר-און, 1996). הבחירה בשיטת ריאיון זו נעשתה על מנת לאפשר לאמהות מרחב גדול ככל האפשר, כדי לבדוק מהם הנושאים הרלוונטיים למחקר בנושא זה.

לאחר ניתוח ראשוני של הריאיון הראשון, מתבצע ריאיון משלים, של שאלות שעלו מתוך הריאיון הראשוני, לגבי תקופות ונושאים משמעותיים בחיי הנחקר. יש לציין, כי חלק מהנחקרות לא היו מעוניינות להשתתף בריאיון השני. התייחסות לכך מובאת בדיון.

## שיטת ניתוח הנתונים

תהליך ניתוח הנתונים היה תהליך אינדוקטיבי. ככזה הוא התייחס לדפוסים, נושאים וקטגוריות שעלו מתוך הנתונים ולא קדמו לאיסופם (Patton, 1980). Liebllich, Tuval- Mashiach & Zilber (1998), מציינות ארבעה ממדים לניתוח סיפורי חיים: צורה, תוכן, הריאיון כשלם וקטגוריות. מהצלבות ביניהם מתהוות ארבע צורות מרכזיות: שלם-צורה, שלם-תוכן, קטגוריות-צורה, קטגוריות-תוכן.

על מנת להגיע לרמת אמינות גבוהה יותר, הניתוח נערך בשתי שיטות שונות במקביל (triangulation) (Lincoln & Guba, 1985). להלן יוצגו הממצאים שנמצאו בניתוח שנעשה על פי גישת "תיאוריה המעוגנת בשדה", שהינה שיטת ניתוח המתייחסת לקטגוריות הנמצאות בטקסט.

מודל הניתוח פותח על ידי נעמה צבר בן יהושע, ממחצית שנות ה-80. מודל זה הינו בן כמה שלבים ומבוסס על איתור, שיום ואפיון חזרות בחומר הגלם של המחקר, כאשר נושאים אלה, החוזרים על עצמם, מהווים יחידות ניתוח ראשוניות. לכל קטגוריה מגדירים קריטריונים ברורים ומעבדים אותם עד יצירת מערכת קטגוריות מספקת, בה קיימת הבחנה ברורה בין הקטגוריות. מאלה בוחרים קטגוריית גרעין. זו תהיה קטגוריה המופיעה פעמים רבות בטקסט ומהווה את הציר המרכזי, דרכו ניתן להמשיג ולקשור בהקשר תיאורטי ברור את ממצאי המחקר (גבתון, 2001).

בשיטה זו זוהו קודם כל יחידות המשמעות וקובצו לקטגוריות נושאות, על פי הנושאים שחזרו בסיפורי החיים: קשר אמא-בן, קשר בן-כלה, קשר אמא-כלה, אלימות הבן, יחסים עם הבעל ועוד. לאחר מכן נבחרה הקטגוריה העוסקת בקשר בין האם והבן, קטגוריית הגרעין, היא בודדה ונותחה על פי כינויי השייכות בהם כנתה האם את בנה. הממצאים שיובאו להלן מתייחסים לממצאי ניתוח "קטגוריית הגרעין".

## כינויי שייכות: תנועה על רצף התלכדות- נפרדות

בשיטת הניתוח "תיאוריה המעוגנת בשדה" נבחנה קטגוריית הגרעין, קשר אם-בן, שהנושא המרכזי שעלה מתוכה היה נושא הנפרדות בקשר. במהלך קריאת הראיונות כינו האמהות את בניהן בכינויי שייכות שונים: ילד או ילד שלי, בן או בן שלי, לעיתים "הוא", לעיתים מכנות אותו בשמו הפרטי והיו כאלה שכינו אותו גבר או בעל - תפקידים המשייכים אותו אל הכלה. הניתוח של קטגוריית הגרעין נעשה על ידי ניתוח השימוש בכינויי השייכות בתוכה. כינויים אלה בנו את ציר הנפרדות-התלכדות, שבקצה אחד נמצא הכינוי "בן שלי" וכן "ילד" ומן הצד השני הכינוי בשם הפרטי ו"הוא".

בחירת הכינוי והשינויים בו במהלך שטף הדיבור לא היתה מכוונת ומודעת, מחד, אך גם לא מקרית, מאידך, שכן הכינויים השתנו במהלך הריאיון אצל כל אחת באופן שונה, כמובן.

השאלה שלוותה את תהליך הניתוח היתה, מה מבטא כל כינוי ואיזה חלק בקשר בין האם והבן הוא מייצג.

הניתוח נעשה כך: תחילה לוקטו כל המשפטים שכללו כינוי מסוים בתוך ריאיון יחיד ונותחו בהתייחסות לריאיון הנבדק. לאחר מכן לוקטו כל המשפטים, מכל הראיונות, בהם מופיע אותו כינוי שייכות ונותחו פעם נוספת. בניתוח נבדקו הנושאים שהופיעו במשפטים בהם נאמר אותו כינוי, האם יש נושא מרכזי ומהו מקומו של נושא זה בקשר בין האם ובנה.

## ילד

אחד מכינויי השייכות, שבשמיעה ראשונה נשמע לא מותאם לסיטואציה, שכן מדובר בגברים בוגרים, כולם מעל גיל 35, הוא הכינוי "ילד" או לחילופין "ילד שלי".

בהגדרת מילון ספיר (אבניאון, 1997), ההגדרה שנתנה למלה "ילד" הינה "אדם בשנותיו הראשונות", "בן". אבן שושן (תשכ"ח), מגדירו: כ- "אדם מלידתו ועד גיל בר מצווה".

משתי הגדרות אלה ניתן לגזור כי מדובר על אדם צעיר בימים. מה ייחודו של אדם בשנותיו הראשונות? מה מייחד את הקשר עם אימו? ומה מבטא כינויו של אדם בוגר בכינוי "ילד"?

אתחיל מהסוף, הכינוי ילד מתאר אדם צעיר מאוד ולפיכך גם נטול המטלות, המחויבויות, הזכויות והאחריות של אדם בוגר, כלומר האחריות עליו מכל הבחינות מוטלת על הוריו. כאשר מכנים אדם בוגר בכינוי ילד, מקטינים ומגמדים אותו, ישנה נטייה רבה יותר לסלוח לילד והוא אף מעורר בדרך כלל יותר אמפטיה אצל האדם הבוגר, הקרוב והזר כאחד. על ייחודו של הקשר בין הילד ואמו נכתבו תלי תלים של תיאורים והגדרות וכהכללה ניתן לומר, כי מדובר בקשר ייחודי, הכולל בתוכו תלות פיזית ורגשית, הגנה ורגשות בעוצמה רבה.

בנתונים שנאספו היו שני תחומים מרכזיים בהם בלט השימוש בכינוי זה:

### א: מחמאות ותיאור

ס 1 (14): "הילד הגדול למד בטכני היה בסדר הילדה השניה שירתה בצבא היה גם טוב".

פ 1 (122): "מתי היית של משה כשהיה קטן: היה ילד טוב".

נ 1 (38): (הפסקה) "ילד מקסים הלוואי על עם ישראל".

ע 1 (351): "הוא ילד טוב באמת ילד טוב באמת ילד טוב מאוד. חבל עליו, יפתח ילד טוב מאוד יותר טוב מכל הילדים שלי, אומנם כולם שקטים כולם טובים, אבל יפתח יש לו לב רחמן".

פ 1 (60): "משה הוא ילד טוב מותק עוזר לי הרבה מה שחשמל בבית מה שנשבר לי אפילו...".

ע 1 (86): "והוא ילד חולה. הוא סובל מאסתמה קשה".

ע 1 (17): "אין לי, גם זה יפתח, במיוחד יפתח. ילד נבון, ילד טוב".

## ב. השפעת מצב הבן על האם

- נ 2 (159): "לא יודעת, אני לא יכולה לראות את הילד שלי במצוקה או כלה שלי במצוקה".
- נ 2 (237): "יש לי את הפחד פתאום את תמצאי את הילד רב עם אשתו פתאום לקחה אותו למשטרה".
- נ 1 (143): "יום אחד באמת הילד נתן לה סטירה כבר רק היא מזמינה משטרה אמר לה תעצר ינתן לה סטירה הביאה משטרה עצרו אותו".
- ס 1 (21): "ובזמן הזה אני הרגשתי שאני הייתי מאוד חלשה ולא היה לי גם כוח להתמודד גם עם הבעל גם המצב שלו, של הילד, וגם ללכת לעבודה מהבוקר עד הלילה ואני.....".
- ע 1 (184): "לי יש צרות משלי, לא רואה את הילד שלי, אני לא מרוכזת, קשה לי, אני... פוחדת אולי קורה משהו, אולי הוא לבד [לא ברור]...".
- ע 1 (214): "לפעמיים אני נכנסת ללחץ, כשאני רואה את הילד שלי ככה, כואב לי, כי כל הילדים שלי אין להם בעיות...".
- ש 1 (126): "בחורות והבן שלי... דברים שלא שומעים אותם שומעים אותם אני אומרת שלא שומעים היום זה לא, אבל אצלי בבית הדברים האלו? לשמוע דברים כאלה על הילד שלי?".

נראה כי, האמהות בוחרות לכנות את בניהן הבוגרים ילד וכך באופן בלתי מודע להחזיר אותם לגיל מוקדם יותר ולתפקיד שונה. הדבר בולט בעיקר בתחום האחרון, בו הן מציגות את השפעת מצבו עליהן. כאילו מדובר עדיין בילד קטן, צעיר בשנים, שנטל האחריות לגורלו, מצבו ובריאותו מוטל על כתפיהן ועל כן קשייו משפיעים באופן ישיר על מצבן הגופני והרגשי.

## בן

בדומה לשימוש בכינוי ילד משתמשות האמהות בכינוי בן שלי.

"בן" מוגדר על ידי אבן שושן (תשכ"ח): כ- "ילד, נער ביחס להוריו". במילון ספיר (אבניאון, 1997), "בן" מוגדר: כ- "אדם, ילד ביחס להוריו".

ניתן לראות, כי קיימת חפיפה מושגית בין שני כינויי השייכות ילד ובן, אך מאידך הכינוי בן מדגיש את השייכות להורה, כיוון שבמושג עצמו קיים היחס בין ההורה והבן, במקרה זה האם והבן. כינוי זה מדגיש, לדעתי, את התפקידים הספציפיים בן-אמא ויש לתת לו התייחסות מרכזית בבחינת הקשר.

במשפטים שנאספו תחת קטגוריה זו בלט נושא מרכזי, שעבר כחוט השני אצל כל האמהות: מעורבות האם ביחסים בין הבן לאשתו ומעורבות בעימות ביניהם:

- ל 1 (137): "אני לא מצדיקה את **הבן שלי**, שלא תביני אותי לא נכון"
- נ 1 (433): "אבל **הבן שלי** אוהב אותה ומת עליה, גם אני לא מציעה להתגרש."
- נ 1 (454): "{הפסקה} בתור אמא ש...כ.ן. אכפת לי מהכלה שלי ומה**בן שלי** לא חס...".
- נ 1 (247): " באו השוטרים **לבן שלי** ואומרים לו: " אתה מודה באיום לרצח?" אומר.....".
- נ 1 (419): " אמרתי "קטיה, **הבן שלי** נגע בה?" "לא". "הבן שלי זרק משהו בבית?".
- ס 2 (77): " אני פעם שהיה **הבן** במאסר אז הלכתי בעשר בלילה לא יודעת מה...".
- ס 2 (83): "התחלתי לבכות .....מה אני יעשה מה אני יעשה **הבן שלי** יתאבד ...".
- פ 1 (49): "מסתדרים. פעם את יודעת לא ישרה, המצב לא להגיד לך שאשתו רעה ו**הבן שלי** רע או שאשתו לא טובה או הבן שלי לא טוב המצב רע המצב".
- ש 1 (136): "לפני שנתיים והזמנתי אותה לחג, באה לי שכנה באה לי שכנה אחת ואומרת לי- את יודעת שכלתך רבה עם **הבן שלך** והיא חולה".
- ש 1 (126): "שטויות ואיזה דיבורים שהבן שלי זונה, שהבן שלי חס וחלילה ערס והבן שלי שיש לו ליווי בחורות ו**הבן שלי**... דברים שלא שומעים אותם ..".
- ע 1 (365): "אין מה לעשות. תעשי מה שאת חושבת, מה שאת חושבת תעשי. רק לא באלמות, לא תשיגי לו משטרה, **לא תלכלכי את הבן שלי** במשטרה עוד פעם עם תיקים, את יודעת מה זה, הוא יכול להתאבד מרוב בושות, הוא **ילד מאוד עצבני**, ואני לא מכירה את **הבן שלי** ככה...".
- ע 1 (45): "אבל אי אפשר לקום ולהגיד- "אני רוצה להתגרש ולא רוצה לשמוע שום דבר", למרות שאנחנו מאוד טובים איתה, ו**הבן שלי** מאוד טוב".

אצל כולן מופיע הכינוי "בן שלי" בהתייחסות לקשר עם כלתן, אשת בן. אם דרך התייחסות ישירה של עימות האם מול הכלה או תוך תיאור יחסיו של הבן עם אשתו: התייחסות לעצבנותו הנובעת מיחסייהם, עמדה ניטרלית ביחס לסכסוך ביניהם או קושי של האם לראות אותו במעצר, שנגרם בשל אלימותו כלפי אשתו. גם כאשר התייחסות היא עקיפה, בעצם השימוש במונח "בן שלי", הן מכניסות את עצמן למעורבות בסכסוך, כיוון שהבן מייצג אותן, את האמהות, כאשר הוא ב- "תפקיד" הבן.

השימוש בשני כינויי שייכות אלה: "בן שלי" ו- "ילד", מבטא את תחושות הקרבה, השייכות ונטילת האחריות של האם על חיי בנה והקושי לשחררו לעצמאות בטוב וברע. מנגד, כינוי האמהות את בן גם בכינויים "הוא" ובשמו הפרטי. אלה מבטאים את הצד השני של רצף הנפרדות, המבטא מרחק, נפרדות ועצמאות.

## שם פרטי

- ע 1 (27): "הסיפור של **יפתח** זה משהו אחר".
- ע 1 (453): "**יפתח** עשה צבא, כולם עשו צבא [בכי של תינוק], משפטרו אותו ועשה צבא ורצו...".

- נ 1 (56) : "תראי לעומת מה שהיה **בנימין**, תוסס וכל הבחורות גם קצינת ת"ש..".
- נ 1 (190) : "כי המקום הזה לא מתאים לה עם השכנים. אמרתי לו: "**בנימין** היא צודקת" (בטון החלטי), שכונה, שיש בה, את יודעת תוניסאים...".
- נ 1 (376) : "אז אמרתי לו **בנימין** אם דבר כזה השתנה קל וחומר אצלה מיד.."
- ס 2 (108) : "זה לא הלך לצבא עד שלמד בגרות. **יוסי** למד בגרות יצא עם תעודות עשר איזה ילד יש לו (בשקט) ראש איזה ראש זה מתמטיקה אלוף "
- ש 1 (77) : "דיברתי איתו השבוע, אמרתי לו **שלום** אתה לא פה ולא שם - שלא תחשוב חס וחלילה שאני מחזיקה אותך".
- ש 1 (133) : "היא אומרת לו איפה **שלום**, איפה **שלום**, אומר לה לא יודע רדפה אחריו גנבה לו..".
- פ 1 (60) : "**משה** הוא ילד טוב מותק. עוזר לי הרבה, מה שחשמל בבית מה נשבר לי אפילו זה בלעדי **משה**".
- פ 1 (99-100) : "אה (נאנחת), היום **משה** לא בא אם יבוא כפרה תעשה לי תעשה לי תעשה לי תעשה לי תעשה לי תעשה לי זה הבן הקטן לא, בא מהלימודים הולך לבלות רק **משה**".
- ל 1 (9) : "וגם **יעקב** קיבל את אותו חוס ואהבה בבית...".
- ל 2 (93) : "אז היא הדליקה סיגריה והתחילה לעשן אז **יעקב** אמר אורית אני גבר ואני לא מעשן..".

מרבית האמירות של האמהות, בהן הן מכנות את בניהן בשם הפרטי, מופיעות בהקשר של השוואה לילדיהן האחרים או ציטוטים משיחות שקיימו עימם או עליהם עם אנשים אחרים. בשני המקרים, מדובר באמירות הנובעות מתוך עמדה חיצונית. הציטוט, גם כאשר האם מצטטת את עצמה, לא נאמר בשם עצמה בזמן הווה, אלא בשם אחרים או בשם עצמה בזמן אחר. גם כאשר הן עוסקות בהשוואה הן בוחנות את הדמיון והשוני בינו לבין אחר, כך שעליהן להסתכל עליו מבחוץ. יש לציין, כי שתיים מן האמהות השתמשו בשם הפרטי גם בהתייחסויות נוספות, המציגות את בן האדם בוגר, ונפרד. משמעות השוני בין ההתייחסויות השונות תובא בדיון.

## הוא

הכינוי "הוא" מוגדר במילון ספיר (אבניאון, 1997), כ- "כינויי הגוף לנסתר, גוף שלישי זכר". מדובר על אדם שאינו נוכח, רחוק. השימוש בכינוי שייכות זה מבטא ריחוק, זרות, הפרדה. הנושא אשר חזר אצל רב האמהות, אשר כינו את בן בכינוי זה, היה הקשר של הבן עם אשתו בפן החיובי של היחסים, רצון הבן לשקמם וכד'. אצל פרחיה, ניתן לראות כי היא עושה שימוש בכינוי זה על מנת לצור מרחק שווה מבנה וכלתה, להבעת עמדה ניטרלית. מלבד זאת, היו מספר נושאים נוספים, כמו: עשייה אקטיבית, נתינת עזרה ועוד. בחרנו להתמקד בנושא המרכזי, אשר הופיע אצל כל האמהות.

- ל 1 (29-30): "מזה יצא כנראה היה להם ... אבל עכשיו ברוך השם אני מקווה שהם הסתדרו אחרי שלוש שנים **שהוא** עזב את הבית **הוא** חזר עכשיו לבית כבר שנה מה אני אגיד לך אני מקווה אבל שזה הסוף."
- ל 1 (11-10): "**הוא** היה בגיל 17 כשהתאהב באשתו בגיל 18 הם כבר היו מאורסים **כשהוא** התגייס הוא כבר היה מאורס."
- נ 1 (524-525): "עצרו אותך? השפילו אותך? **הוא** מושפל לא אשכח את המשפט הזה אבל לא היית במשפט בכלל? מבינה, מה **שהוא** עובר, נראה לה עובר עליה".
- נ 1 (532): "אז היא עוברת מה **שהוא** עובר [הפסקה] והיא אומרת **הוא**".
- ס 1 (20): "אבל היא בקשה עשרים פעם סליחה ובאה פה והתנצלה שלא היתה צריכה לעשות את זה, כי **הוא** אבא טוב לילדים שלו, **והוא** לא מחסיר לה כלום ובאמת עובד עובד ולא אחד שיישב לך בטלן ולא יעבוד".
- פ 1 (64): "לא היא רעה ולא **הוא** רע לא היא טובה ולא **הוא** טוב. האנשים ככה מתעצבנים בגלל המצב המצב קצת קשה (בשקט) למה יש קשר בין המצב...".
- ש 1 (33-34): "**הוא** בונה והיא הורסת **הוא** בונה והיא הורסת.... מה אני אגיד לך את יכולה אפילו לשאול **הוא** עובד גם בקניון עבודות "שלום עבודות מתכת" איזה בחור ולא חסר להם כלום. **הוא** בנה לה בית והיא מכרה בנה בית שני מכרה".
- ש 1 (75): "...הילדה הגדולה במיוחד, אז **הוא** החליט לחזור הביתה".
- ע 1 (35): "הבן שלי מאוד עצבני, כי **הוא** אוהב אותה. זה הבעיה. אם לא היה אוהב אותה, יכול..".
- ע 1 (73): "יש לי את הפחד הזה שהבן שלי מאוד עצבני יכול לגרום משהו לעצמו מהאהבה **שהוא** אוהב אותה".

מהדוגמאות המובאות לעיל נראה כי האמהות בוחרות להשתמש בכינוי שייכות מרחיק, שאינו "מסגיר" את הקשר הייחודי, הקרוב שלהן, אל אותו "הוא" עליו הן מדברות, כאשר הן מתארות את רצונו לחיות עם אשתו, את החלקים הטובים בקשר עמה. אלה מאפשרים לבחון את התייחסותן אל נישואיו ואת הדרך בה הן מרחיקות מעליהן את הנישואין שלו, כאילו אינם שייכים לאותו בן עליו דברו קודם לכן. בולטים במיוחד משפטיה של עתליה, שמדגישה כי בנה עצבני, בגלל ש- "הוא" אוהב את אשתו. מפרידה בין חלקיו של הבן: מקרבת את החלקים אליהם היא מרגישה קרובה ומרחיקה את אלה שאינם לרוחה - אהבתו לאשתו.

שני כינויי שייכות אלה - "הוא" וכינויו בשם הפרטי, מהווים, כאמור, את הצד השני של רצף הנפרדות ומייצגים את הריחוק, ההפרדה והעצמאות. עם זאת, הנושאים עליהן מדברות האמהות כאשר הן משתמשות בכינויים אלה, מבהירים כי השימוש בכינויים המייצגים את הנפרדות נעשה בתחום בו אינן רוצות לקחת חלק, והוא התחום המייצג את ריחוקו של הבן מהן - נישואיו. משמעות הדבר היא כי השימוש בכינויים אלה בנושאים המבטאים התרחקות ונפרדות, ממקמן במקום זהה, על ציר ההתלכדות-נפרדות, למקום בו מוקמו



כאשר השתמשו בכינויי השייכות המבטאים תלות והתלכדות: בן שלי, ילד שלי. מקום זה נראה קרוב לקוטב ההתלכדות.

כינויים נוספים שנבחנו בקשר לדרך בה מכנה האם את בנה, היו "בעל" ו"גבר". שניהם נמצאו פעמים מעטות ביותר ורק בחלק מן הראיונות.

## בעל

הכינוי נמצא בארבעה מתוך ששה הראיונות:

ל 1 (24): "מצד שני אשתו רצתה את הבעל בבית".

נ 1 (293): "טוב, מה עשתה אחרי זה: "אני רוצה את בעלי הביתה" אמרתי לה: "מה את מכינה לו עוד הפעם תיזהרי להכין משטרה". רוצה בעלה הביתה".

ש 1 (135): "יש לך בעל שיהיה בריא הוא מביא לך בית חם לא אתה הולך עם מישהי, אתה יש לך חברה הכניסה גם את זה גם".

ע 1 (52): "אישה שיוצאת מ- 1:00 בלילה, יוצאת מהבית והולכת לבלות. זה אישה? מזה, אין לך בעל בבית?".

ע 1 (53): "אנחנו אמרנו לה את זה - "איך את מתאפרת ומסתדרת ויוצאת? למה? מה יש לבעל שלך, כמו בובה. מה יש לו? עובד מכניס משכורת מאוד גבוהה, דואג לבית, מכניס כל מה שצריך. למה?".

כינוי השייכות "בעל" מתייחס אל הקשר בין הבן לאשתו ומייצג אותו. התפקיד הוא תפקיד ביחס לאשתו של הבן וככזה הוא גם מופיע בראיונות: נאמר לכלה, מצטט את דבריה או את מעשיה.

## גבר

הכינוי גבר הופיע בריאיון אחד מבין השישה, מתייחס לתפקידים המצופים מגבר, ומבטא את עמדות האם ביחס לתפקידי המינים:

ע 1 (39): "זה לא גבר שמחסיר לה. זה לא גבר שלא נותן, לא מעניק לה".

ע 1 (50): "גם פעם לפעמים, הוא...גם הוא...את יודעת מה זה, הוא נכנס ללחצים כאלו, הוא... גם לפעמים... הוא בוכה. גבר בוכה. זה לא... זה לא קל לראות אותו בוכה".

נראה כי כינויי שייכות אלה, המבטאים את הקשר של הבן עם אשתו ומתייחסים לתפקידיו בהקשר אליה, לא רווחו, וזאת כחלק מהקושי של האמהות לתפוס את בניהן בהקשר של תפקידים אלה.

## התייחסות האם לאלימות בנה כלפי בת זוגו

נושא שיש לשים עליו את הדעת הוא התייחסות האמהות לאלימות בן. בנייתוח הקטגוריות בלט השימוש במנגנוני הגנה שונים, המוכרים כמנגנוני הגנה המופיעים אצל גברים אלימים

ביחס לאלימותם כלפי נשותיהם: הקטנה, הכחשה והשלכה (Bolton & Bolton, 1987). שלוש מהנשים כלל אינן מתייחסות לאלימות בן, למרות שהן מתייחסות להשלכותיה. שתיים מהנותרות משתמשות בעיקר בהקטנה:

נ 1 (143): "יום אחד באמת הילד נתן לה סטירה כבר. רק היא מזמינה משטרה אמר לה: תעצרי נתן לה סטירה, הביאה משטרה, עצרו אותו".

ע 1 (58): "מבחינת הבן שלי - לא. הוא יש לו את כמה הרגעים שהוא כועס, וזהו, ואחר כך הוא חוזר לעצמו".

ע 1 (97-99): "הבן שלי, אני אומרת לך, בחיים לא היה אליים. לא היה...".

היחידה שמתארת את אלימות בנה היא לילה, אשר נמצאה יוצאת דופן. לילה מתארת את אלימות בנה תוך שימוש בכינוי השייכות "הוא" ולאחר כל תיאור כזה גם מצדיקה את מעשיו.

ל 1 (38): "אבל הוא לא יכול להחזיר במילים, אז שאשתו היה מעצבן אותו היתה אומרת לו איזו מילה שהיתה מוציאה אותו מהזה, אז מה הוא היה עושה היה מריס יד".

ל 2 (64): "אז שאמא שלהם הרביצה לילדה הם היו בחדר אז הוא שמע בסלון שהיא מרביצה אז הוא נכנס לחדר וראה אותם (צוחקת). אז הוא ככה וסטר לאשתו למה בגלל השיעורים היא תופסת את הילדה בשערות".

שוונותה של לילה משאר הנשים מתקיימת גם בהתייחסות לאלימות בנה וגם ברמת הנפרדות מבנה, כפי שעולה מניתוח הקטגוריות. לילה אף מספרת כי היחסים בין בנה לכלתה תקינים כיום. ייתכן שיש קשר בין שיקום היחסים בין הבן והכלה לבין דפוס היחסים השונה, או שהדפוס שאפיין את סיפור חייה, הינו על רקע היחסים הרגועים כיום בין בנה לכלתה. יתכנו כמובן הסברים נוספים, הבאים לידי ביטוי במישורים רבים ושונים.

ניתוח זה, באמצעות ניתוח כינויי השייכות, הציג את קצות הרצף של ציר ההתלכדות-נפרדות. ציר זה, הופיע בכל אחד ואחד מהראיונות ונראה כמאפיין מרכזי בבחינת הקשר בין האם ובנה. תנועה זו בין קצות הרצף והתמקדות על הערכים הקיצוניים בו מזכירה בדינמיקה שלה את מנגנון ה"פיצול", בו האדם אינו יכול לעשות אינטגרציה בין תחושות שונות כלפי אותו אובייקט ועל כן משליך את החלק ה- "רע" החוצה על אדם אחר. בדומה לכך, נראה כי מרבית האמהות משליכות את החלק ה- "רע" על הכלה. מנגנון הפיצול בא לידי ביטוי גם בנוגע לרמת הנפרדות של הבן מהאם והקושי שלה להגיע לתפיסתם כנפרדים אך קשורים. תפיסתה את הבן היא: או שהוא חלק ממני, בלתי נפרד או שהוא איננו. האינטגרציה בין המצבים, אותו מתקשה האם לבצע, מוצעת במושג חדש, "יחד", שפותח על ידי סולן (1992). היא מגדירה את ה- "יחד" כ- "תהליך דינמי, המייצג מפגש בין שני שותפים. התנסות בו זמנית זו של השותפים מסדירה באורח תמידי את שמירת הנפרדות שלהם, ובד בבד את ההתמסרות להנאה זה עם זה" (שם, עמ' 205).

משמעות הפיצול וההתלכדות - נפרדות מול ה- "יחד" יידונו בדיון.

## דין

המחקר הנוכחי עסק בבחינת הקשר בין אמותיהן של גברים האלימים כלפי נשותיהן לבין בניהן, כפי שעולה מסיפורי החיים של האמהות. שאלה זו נחקרה מהזווית של האמהות והנתונים נאספו בראיונות סיפור חיים. בחמישה מתוך ששה הראיונות שנתחו עלו מאפיינים מרכזיים:

1. רמת הנפרדות של האם מבנה - עלתה מניתוח תוכן הראיונות, שבוצע על ידי בדיקת כינויי השייכות בהן השתמשו האמהות.
2. אופן התייחסות האמהות להתנהגות האלימה של הבן.

בניתוח הראיון השישי, הראיון עם לילה, נמצאו תכנים שונים מאלה, אשר סייעו בחידוד הממצאים המתוארים לעיל. הדיון יתמקד במאפיינים אלה והקשר ביניהם.

## תנועה בין קטבי רצף: נפרדות - התלכדות

התייחסות אל קטבי הרצף בציר נפרדות - התלכדות ולא אל הציר ביניהם, דומה למנגנון הפיצול (split) המונע מהאדם לערוך אינטגרציה בין שני המושגים המצויים בקצות הרצף. באופן בסיסי, מנגנון ההגנה מתייחס לקושי לערוך אינטגרציה ולהכיל בכפיפה אחת טוב ורע. ביטוי של מנגנון זה הינו, על פי Melany Klein (1932), בחלוקה בין "השד הטוב" המספק והמזין, לבין "השד הרע" המתסכל (אילן, 1987). הפיצול, על פי קליין, נוצר מחוסר היכולת לערוך אינטגרציה בין שני ערכים נוגדים. תחושת ה- "רע" מכניסה את התינוק לחרדה מפני התפרקות ועל כן הוא משליכה על האם ונותר עם תחושת הטוב בשלמותו (סיירס, 2000). Mahler (1975), התייחסה לשימוש בפיצול אצל ילדים בשלב "ההתקרבות מחדש" (rapprochement). בשלב זה הפעוט מתחיל לפתח מודעות לבדידותו, מחד ולתלותו באם מאידך, אלה הופכים לקונפליקטואליים והוא זקוק להם בו זמנית. הפעוט מפתח ייצוג של הדמות הטובה והמספקת ושל הדמות הנוטשת. חלוקה זו של האובייקט (המטפל) לטוב ורע הנה הפיצול. הפיצול בהמשך, מתבטא הן ברמה תוך אישית והן ברמה בין-אישית (Hamilton, 1988). בסיפורי החיים, הקושי הבולט ביותר לאינטגרציה הוא בתפיסת ה- "יחד" האינטגרטיבית, בין האם ובנה. קצות הרצף הן התלכדות, סימביוזה, "אנחנו כיחידה אחת" מול נפרדות - כל אחד כאדם נפרד. הנפרדות, ככל הנראה, נתפסת על ידי האמהות כבדידות וכתחושת ריקנות, תחושות מאיימות. סולן (1992), מבחינה בין הסימביוזה לבין ה- "יחד". הסימביוזה מתקיימת באופן הרמוני, כל עוד אין עליה את איום הנפרדות. מרגע שזה קיים, אחד מהשותפים לסימביוזה עלול לחוות איום על קיומו. ב- "יחד" משתלבים ההתלכדות והנפרדות (פיצול לעומת יכולת אינטגרטיבית). השתלבות זו הינה איזון עדין בין שני הצרכים המנוגדים הללו ונעשית כתהליך ארוך ודינאמי. אצל האמהות המרואיינות, נפרדות הבן נחוותה כניתוק והן ניסו בכל דרך לגרום שלא יינתק, כלומר לשמור על ההתלכדות ולמנוע את תהליך הדיפרנציאציה המוביל לנפרדות. כמתואר בספרות העוסקת בהתקשרות, חשש זה מהנפרדות וצורך לשמור על ההתלכדות, מופיע אצל אנשים בעלי דפוס

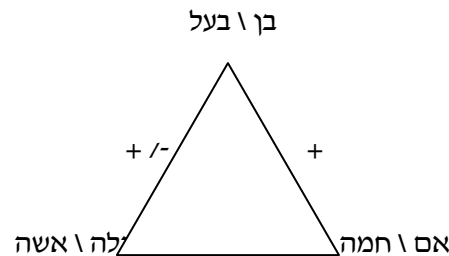
התקשרות חרד אמביוולנטי. נושא נוסף בו בולט הפיצול שעושות המרואיינות, הוא בין "האם הטובה" ו-"הכלה הרעה" (ראה טבלה מס' 2).

מטבלה מס' 2 עולה כי הצגתן בשני ערכים מנוגדים, של טוב ורע, מותירה את הבן, בעיני אמו, בבחירה בין אלטרנטיבות "טוב" ל"רע", ועל כן היא בחירה ברורה - בחירה בטוב, כלומר באם. בצורה זו, של טוב מול רע, החלקים הלא פתורים בקשר בין האם והבן יכולים להיות מושלכים על הכלה. מצב זה, של הורדת מתח היחסים בין שני אנשים על ידי כניסת שלישי למערכת, מתקיים במשולש יחסים. משולש יחסים מוגדר על ידי Bowen (1985) כמערכת רגשית בה מעורבים שלושה אנשים. המשולש נוצר מתוך הקושי של שניים לפתור את קונפליקט הקרבה-מרחק ועל כן הם מפחיתים את החרדה הכרוכה בכך על ידי כניסת שלישי למערכת. אולם, מבנה זה אך משמר את הקונפליקט. ככל שרמת הנפרדות של האנשים במערכת תהיה נמוכה יותר וחשיבות היחסים גבוהה יותר, דפוס המשולש יהיה חזק יותר.

טבלה מס 2: מטוטלת אמא טובה- כלה רעה

הכלה הרעה	האמא הטובה	
<p>נ 1 (63-64): "לבחורה, היא נראית לי ככה אבל לא ידעתי שיש לה משהו לא בסדר".</p>	<p>נ 1 (76-79): "והייתה הלוואי על הבנות שלי, אני לא רוצה לדבר על עצמי, הלוואי על הבנות שלי שתהייה להם רבע כמה מהחמה ממני. בת בית גם משפחה, גם זה. אבל אני רואה אותה שהיא לא, משהו לא בסדר".</p>	ניצה
<p>ש 1 (49): "לא עשה לך את מרביצה, את עושה, את זורקת אותו מהבית את זה".</p> <p>ש 1 (81): "אבל זה מיום החתונה ככה, (דופקת על השולחן) מההתחלה, לפני החתונה עוד הרימה עליו יד".</p>	<p>ש 1 (80): "לא הוצאתי אותך מהבית שלך לא הלכתי עשיתי לה את הגט, או...דיברתי איתה. היא באה אליי הביתה היא רבה איתי היא איימה עליי טלפונים בלי הפסקה, אני יושבת בשקט- לך יש אשה כזו לא לי- תסתדר איתה, סלאמת (מוחאת כף)".</p>	שושנה
<p>ג 1 (51-52): "והיא יש לה ראש קשה, יש לה... [לא ברור]... מההורים או שחברות".</p> <p>(52): "אישה שיוצאת מ- 1:00 בלילה, יוצאת מהבית והולכת לבלות. זה אישה? מזה, אין לך בעל בבית?".</p>	<p>ע 1 (287-289): "היתה אצלנו הרבה זמן, התחתנה שנה, לפני החתונה היתה אצלי, גרה בתוך חדר היא והוא".</p> <p>(288): "היא היתה בהריון והיא לא רצתה להיות אצל ההורים שלה, אצלנו היא לא היתה... עושה כלום, רק משרתת שלה הייתי. יותר מזה (p), קמה מתי שהיא רוצה נותנת מה שהיא רוצה, עושה מה שהיא רוצה".</p>	עתליה
<p>ס 2 (84): "אז בגלל זה אני אומרת לך, יש דברים שהיא לא נכונים. אני אומרת לך מרוב כעס ועצבים לפעמים ... ואחר כך מצטערים וזה כבר מאוחר..."</p>	<p>ס 1 (22): "ואני ידעתי להתגבר על עצמי ואמרת זהו אני צריכה להיות חזקה כדי שייצא מכל הבלאגן הזה את עשית את זה ואת מבקשת סליחה ועכשיו זאת אני שסובלת".</p>	סוזי

על פי תפיסת האמהות, כפי שעולה מהראיונות ומוצג בטבלה, המשולש הנוצר הוא :



הקשר בין הבן ואשתו מתואר בראיונות כאמביוולנטי. הן מתארות את הבן כאוהב ואת אשתו, כלתן, כדוחה אותו. נראה, כי במערכות היחסים המצטיירות מנתוני המחקר מדובר במשולש יחסים נוקשה, כאשר הן לבן/בעל והן לאם/חמות רווחים מהשארות ביחסים אלה. הבן נשאר לכאורה בשתי מערכות יחסים בהן צרכי התלות שלו מסופקים ברמה מסוימת והאם מצליחה לשמר רמה גבוהה של קרבה ותלות עם בנה.

על אף ייחודה של האוכלוסייה הנחקרת, נראה כי מערכת יחסים זו אינה מתמיהה. על יחסי חמות-כלה קיימים אמונות, עמדות ופתגמים. הרקע למתח בין "בעלות תפקידים" אלה מוסבר בספרות, תוך דגש על הסיטואציה ועל תפקידיהן הייחודיים (ברסלרמן, 1993). Haley (1967), מתייחס לפער בין דורות וקואליציות כהסבר למערכת יחסים. בהתייחסותו למשולש יחסים במשפחה המאופיינת בקונפליקט, הוא מציג מספר מאפיינים :

1. קיים הבדל בגילאים בין האנשים במערכת היחסים. אחד מהאנשים הוא בעל סמכות וכוח.
2. קיימת קואליציה בין-דורית בין מבוגר וצעיר הפועלים כנגד שלישי.
3. קיימת הכחשה של המערכת הבין-דורית.

מקורו של מבנה זה בקונפליקט האדיפלי וברצונו של ילד לשמר בלעדיות עם הורה אחד. מבנה זה נשמר במורשת המשפחתית, ותוך נכונות של חברים במערכת לשמר אותו. מינושין (1982), מתאר מספר תהליכי שינוי המתרחשים בנישואין ובמרכזם פרידת היחיד ממשפחת המוצא שלו והעתקת המחויבות העיקרית אל בן זוגו. זה אפשרי כאשר משפחות המוצא מאפשרות עצמאות, אינדיווידואליות ונכונות לתמוך בניתוק החלקי של היחיד. תנאים אשר אינם מתקיימים במשפחות הנחקרות, כפי שעולה מסיפור החיים שלהן. דויטש (1962) בתוך ברסלמן 1993, מתייחסת לבעייתיות בין חמות וכלה במישרין, ורואה את המקור לבעייתיות זו בקושי של החמות לוותר על בנה לטובת אשה זרה. היא מציינת, כי לעיתים מתפתח בין הנשים מאבק, בו לרוב האם היא זו שתצא "מופסדת". כאשר לבני הזוג נולדים ילדים, הסכנה אף גדולה יותר, כיוון שהאשה אינה מהווה עבור הבן רק אובייקט מיני ואבהותו עשויה להופכו בעיניו לבוגר יותר ולגרום לניתוקו מאמו (ברסלרמן, 1993). נראה, כי דפוס המשולש שהוצג מונע את היווצרות השינוי ומשמר מערכת יחסים בה האם נשארת

ב"תמונה", ובעצם אינה מאפשרת את התנתקות הבן ממשפחת המוצא, תוך יצירת מחויבות גדולה יותר למשפחתו הגרעינית.

בספרות העוסקת בנושא הקשר הבין דורי וקונפליקטים הכרוכים בו, שמעט ממנה הובא לעיל, נושא הנפרדות הועלה כנושא מרכזי וכך גם השינוי הנדרש במערכת היחסים. הפרידה מתייחסת לפרידה חלקית ממשפחת המוצא, פרידה מתפקידים קודמים. כמו בכל פרידה, הדבר כרוך באבדנים. מוטיב הפרידה מופיע בשני פתגמים עממיים, המדגישים את מורכבות היחסים והרגישות הכרוכה ביחסים אלה: "בן הוא בן עד נישואיו אך בת היא בת עד יום מותה" וכן "כשהבן מתחתן הוא מעניק לאשתו חוזה ולאמו גט" (ברסלרמן, 1993). שני אלה מדגישים את ההכרח בניתוק האם מבנה עם נישואיו. בניגוד לפתגמים, המדגישים את חשיבות ההינתקות, מדגישים ממצאי המחקר את הקושי בביצוע הפרדות זו.

### רמת הנפרדות

מניתוח קטגוריית הגרעין עולה כי מידת הנפרדות שנמצאה הינה רמת נפרדות נמוכה. זו נמצאה בניתוח כינויי השייכות בשני קצות הרצף: גם בשימוש בכינוי "בן/ילד שלי", כינוי המייצג את האם וכן בשימוש בכינוי "הוא", כמייצג את הקשר עם הכלה. זה האחרון, "הוא", מייצג את החלק בבן המושך לנפרדות וליצירת "אנחנו" עם אשתו, ועל כן מאיים על "האנחנו" של האם והבן, המייצג את המשך ההתלכדות.

נראה, כי תפיסתה של האם את הכלה היא כגוף זר, הנכנס לגופו של אדם וזה מתחיל לייצר נוגדנים כנגדו על מנת לפרקו, לדחותו ולהוציאו מן הגוף. מטאפורה זו מייצגת הן את תפיסת האם את עצמה ואת בנה כגוף אחד והן את הכלה כמאיימת על שלמותו, בריאותו והמשך קיומו של גוף זה. על עוצמת האיום ניתן ללמוד מעוצמת התגובה של כל אם. נראה, כי כל אם מגיבה באופן התואם את תחושת האיום שחשה. אופי התגובה, מלחמה או בריחה, קשור למאפיינים האישיותיים של כל אם ואם ולדרך בה היא מתמודדת עם איום.

תיאוריות שונות ורבות עוסקות ביכולת ההפרדות של האם מילדיה. Mahler (1952), מתארת את התפתחות התינוק כהתפתחות הנעה מהשלב האוטיסטי לשלב הסימביוטי וממנו לשלב המאופיין בהפרדות ואינדוידואציה. Winnicott (1958, 1965, 1971) הגדיר את "תחום מרחב הביניים" שנוצר על ידי שימוש ב-"אובייקט מעבר", בו התינוק עובר משלב של חוסר דיפרנציאציה עם האם, לשלב של מובחנות והבחנה בינו לבין אימו (Tyson & Firbairn, 1990). (1952) ראה את התפתחותו של האדם כנעה מתלות ילדותית, בה קיים מיזוג בין ה"אני" וה"אובייקט", לתלות בוגרת, שיכולה להתקיים כאשר יש הפרדות מלאה בין שני האובייקטים. זו תתקיים כאשר לילד יש בטחון באהבתם של הוריו. בין קצות הרצף קיים "שלב מעבר". בשלב זה קיים קונפליקט בין הרצון לחזור לתלות, ובין הרצון להתקדם לנפרדות. ההתקדמות לנפרדות תתרחש כאשר תהיה לילד הלגיטימציה לכך. במצבי תקיעות, האדם נשאר בשלב המעבר (אילן, 1987).

תיאורטיקנים נוספים, כמו מלאני קליין ואנה פרויד, התייחסו ליחסי האובייקט המוקדמים והסכימו כי כבר מחודשי חייו הראשונים של התינוק קיימות התרחשויות משמעותיות להמשך חייו והן נוגעות ליכולתו להתקשר לאובייקט אחד, האם או תחליפה, ממנה בהמשך ייפרד, ותוך תהליך ההתקשרות אליה יפתח את העצמי שלו (אילן, 1987). Bowlby (1973); (1980), מדגיש את הקשר בין התינוק לבין אימו ואת דרך ההתקשרות ביניהם.

על הרצף בין תלות לעצמאות, מהתלכדות לנפרדות, קיימת תנועה מתמדת, כאשר כל אדם נמצא בנקודה מסוימת על הרצף. נראה, כי במונחים של Firbairn, הבנים של האמהות שרואיינו, על פי תפיסת האמהות, נמצאים בשלב המעבר ומתקשים לעבור לשלב הקרוי "תלות בוגרת". במונחים של Mahler קיימת תקיעות בשלב ההתקרבות מחדש, בה נושאי ההתקרבות וההתרחקות הנם קונפליקטואליים. סולן (1992), טוענת כי ביחסים בין צאצא ואמו, האם היא זו המושכת לכיוון הסימביוטי, כאשר אינה יכולה להתמודד עם נפרדות ועל כן יוצרת יחסים סימביוטיים. אותם אנשים ימשיכו לקיים מערכות יחסים העונות על הצרכים הסימביוטיים שלהם, גם בהמשך חייהם.

כמתואר, חיי האמהות סובבים סביב חיי בן, הן ברמה הרגשית והן ברמה המעשית ונראה כי הגבולות בקשר זה אינם ברורים. Bowen (1985), מתאר תהליך התאחדות בין אנשים עם רמת נפרדות נמוכה. ההתאחדות נעשית על ידי סימביוזה עם אדם אחר כדרך להשגת תחושת עצמי. תהליך זה מוסבר על ידי Bowen כאחד ממרכיבי רמת הנפרדות של העצמי (differentiation of the self scale). הוא מדבר על "עצמי מוצק" (solid self) ו"עצמי מדומה" (pseudo self). בתקופות וביחסים של אינטימיות רגשית, שני "עצמי מדומה" יכולים להתערבב (fuse) זה בזה, האחד מאבד את העצמי שלו לאחר המשיג את העצמי של השני. "עצמי מוצק" לא יתערבב בצורה כזו. ה-"עצמי המדומה" אינו יציב, ומשתנה על פי מערכות היחסים בהן הוא נמצא, במיוחד בתקופות לחץ. אדם בעל רמת נפרדות נמוכה מתעל את האנרגיה שלו ליחסים עם אנשים, מתוך חיפוש אחר אהבה ואישור לדימויו העצמי. רמת הנפרדות יורדת במצבי לחץ ומשבר ובאה לידי ביטוי ביכולת הפרדה בין רגש וקוגניציה. הסבר זה מתאים לממצאים, בהם נראה כי קיים ערבוב בין העצמי של האם לזה של בנה.

לרמת הנפרדות בין האם ובנה יש קשר גם לרמת הנפרדות של הבן מאשתו. רמת נפרדות מתהווה במהלך תהליך ההתקשרות, כחלק מיחסי האובייקט. רמת נפרדות העצמי מושפעת מרמת הנפרדות ממשפחת המוצא, ומשפיעה על רמת הנפרדות ודפוס ההתקשרות עם בן הזוג (Bowen, 1985). כאמור, דפוס ההתקשרות הופך ל-"מודל פנימי של עבודה", להתקשרויות בהמשך חייו של האדם הבוגר. נראה אם כן, כי ייתכן ומודל זה של התקשרות, הכולל בתוכו רמת נפרדות נמוכה וגבולות לא ברורים בין ה-"עצמי" של האם ושל הבן, מועבר גם לקשר הנישואין בין הבן והכלה. כפי שהוצג במבוא, ישנם חוקרים שונים (Cook & Franz-Cook, 1984; קסן, 2000; אלסטר, 1997), שמצאו כי מערכת יחסים אלימה מאופיינת ברמת נפרדות נמוכה בין בני הזוג. בדומה לממצאים שהוצגו כאן, של התערבות



בין ה- "עצמי" של הבן וה- "עצמי" של האם, מצאה קסן (2000), כי "הרחבת העצמי" של הבעל, על ידי "בליעת" העצמי של אשתו, מאפיינת מערכות יחסים אלימות.

### **אופן התייחסותן של האמהות לאלימות הבנים כלפי בנות זוגם**

התייחסותן של האמהות להתנהגות האלימה של בניהן כנגד נשותיהם, כפי שהובאה בממצאים, קשורה לשני המאפיינים שהוצגו לעיל. האמהות אשר תופסות את בן ואת עצמן כיחידה אחת, משתמשות במנגנוני הגנה דומים לאלה בהם משתמשים הגברים האלימים כלפי נשותיהם: הקטנה, הכחשה והשלכה (Bolton & Bolton, 1987). השימוש באלה מובן מתוך כך שהן מתמודדות עם האלימות כאילו הן אחראיות לה, כיוון שהן תופסות את בן כאילו הן אחראיות לו ולמעשיו, משום שהגבולות בינן לבין אינם ברורים דיים. כמו כן, ישנן אמהות שמעבירות את האחריות על האלימות לכלה, ומציגות אותה כאשמה באלימות או כאלימה בעצמה. התמודדות זו דומה למנגנון הפיצול, שלפיו, בכדי להשאיר אותה ואת בנה "טובים", האם משליכה את ה- "רע" על הכלה.

ה-"התערבות" הרגשית בין האם לבנה האלים והקושי להיפרד, מופיעים בהסברו של Patterson (1991), ביחס לאלימות בעל כלפי אשתו, ומזכירים אלמנטים נוספים המופיעים בסיפורי החיים. Patterson (1991), מציע הבחנה בין גברים הנוהגים באלימות כלפי חלקי גוף שונים של האשה וכן מציע הסבר לבחירה בסוג אלימות מסוים. המודל שיוצג מסביר אלימות של גבר כלפי גופה של אשתו ולא פניה. מודל זה קשור ביחסים בין הגבר האלים ואמו, שיש בו זעם עצור רב כלפיה. לפיו, האם מתייחסת אל בנה במהלך חייו כאל איש סודה, זאת משום שבעלה אינו מהווה עבורה חברה ותמיכה והיא משיגה את אלה אצל בנה. נוצרת ביניהם לויאליות וקשר עמוק ומשמעותי מבחינה פסיכולוגית. אך קשר זה והקרבה המתלווה אליו, עלולים להיות מסוכנים, מכיוון שבמקום לסייע לבן למצוא את דרכו למימוש עצמי ולאוויר, הוא מוצא את אושרו עם אמו, בתהליך המשלב תלות והערצה, אך גם רגשות כעס רבים בשל סיכול האוטונומיה שלו. ההסבר שנותן Patterson לאלימות הבן הוא, כי ההערצה לפניה של האשה, המסמלים את האשה האלוהית (divine), אינה יכולה להיכלל בכפיפה אחת עם הרגשות הקשים האצורים בו. הזעם הקיים בו מותק לאשתו. הוא חש כי הוא חייב להרוס את מה שגרם לו לכל כך הרבה קושי- הכוח הנשי, זה שלא אפשר לו אוטונומיה, והוא משליך עליה את הזעם האצור. מודל זה מתאר מרכיבים נוספים, מלבד האוטונומיה המסוכלת של הבן והשימוש בפיצול בין אמו ואשתו. המרכיבים הנוספים המופיעים בסיפורי החיים של האמהות הם קשר נטול קרבה עם הבעל, לויאליות וקשר מיוחד עם הבן.

### **קשר עם הבעל**

מרבית האמהות מתארות נישואין בגיל צעיר, שלא מרצונו. לגבי תיאור הקשר, כל אחת מקפידה לומר כי אין קשר ללא ויכוחים ומריבות, אך מרביתן דואגות להדגיש כי אליהן לא

הגיעה משטרה הביתה. חלקן גם מתארות את הבעל כ- "איש משפחה טוב" "בעל 10", אך באף אחד מהראיונות אין התייחסות לקשר רגשי חיובי כלפי הבעל.

פ 1 (13): "לא יכולה לדבר. אני כל פעם בורחת מהבית הולכת לשוטט (מילה לא ברורה) הולכת ל....לא רוצה, לא רוצה. שנתיים הולכת וחוזרת התחתנתי בת ארבע עשרה".

ש 1 (22): "והלכנו עם הדרך הזאת, תמיד עם המסגרת הטובה ואם הבעל אפילו אשם את צריכה לסתום את הפה זה מה שיש. זה טאטא זה סבא פה שם".

ס 1 (13): "אבל גם המצב היה קשה, וגם הכלכלה לא היתה כל כך טובה ולפעמים היה מתעצבן. וככה זה נמשך ונמשך עד שהילדים גדלו אז לא הכל היה טוב תמיד".

נ 1 (12-15): "הגעתי לכאן בגיל 18. זאת אומרת התחילו הבעיות שם, אבל לא היה אלימות לא ידענו מה זה אלימות, מכות או משהו. לא מסתדרים ואין קרבה, אין כימיה. זה היה אחרת. כשהגענו לכאן המשכנו באותה דרך עד שהתגרשנו".

ל 1 (4): "הייתי בת 13 כשבעלי אהב אותי וחטף אותי פעמיים. אז בסוף התחתנו בקיצור".

ציטוטים אלה מבטאים את הקשר של האמהות עם בעליהן, קשר המאופיין בנישואין מוקדמים, רובם מאולצים, וחיים זוגיים המאופיינים בהשלמה עם המציאות, תוך התייחסות גם לויכוחים, אך הכחשה של אלימות בין זוגית. למול תיאורים אלה, החסרים מילות רגש או תיאור המבטא התייחסות רגשית חיובית, בולטים התיאורים של מקומו המיוחד של הבן בחיי אמו והקשר ביניהם.

#### לויאליות בין האם והבן

בסיפורי החיים מתואר הקשר הייחודי של האם עם בנה:

ס 1 (12): "גדלנו ככה ארבע אחים ביחד, אחר כך נולד לי הבן הגדול. ככה החיים הולכים ונמשכים ושוכחים הבאתי עוד ילד ועוד ילד עד, שהבאתי שישה ילדים".

ע 1 (351): "הוא ילד טוב, באמת ילד טוב, באמת ילד טוב מאוד. חבל עליו, יפתח ילד טוב מאוד, יותר טוב מכל הילדים שלי. אומנם כולם שקטים כולם טובים, אבל יפתח יש לו לב רחמן, רחמן, הוא מהר נותן, מהר, לא איכפת לו כסף".

נ 1 (12): "נולד לי בנימין, והילד הגדול ניסים". (בנימין הוא הבן עליו מדובר).

פ 1 (61-62): "הוא מבקר יום כן יום לא מבקר. משה תעשה לי את זה, תסדר לי את זה, מה תעשה לי זה. מה שהוא לא מסדר, אין מי שיסדר. יש דבר מקולקל, בלי משה אין מה לעשות קשה".

הופעתם של מרכיבים אלה נותנת ביסוס נוסף למודל המוצע, לקשר הייחודי המתואר בו, הקיים בין האם ובנה וכן לאוטונומיה המסוכלת שלו. הבן ממלא בעצם את צרכיה הרגשיים של אמו ובכך הופך לבן בריתה. ברית זו, על פי המחקר הנוכחי מאופיינת ברמת נפרדות נמוכה בין שותפיה, שאינה מאפשרת הפרדות "בריאה" ממשפחת המוצא בכלל ומהאם בפרט, על מנת לצור משפחה גרעינית חדשה.

הסברים אלה מציעים, אם כן, מסגרת תיאורטית להבנת ייחודם של היחסים בין האמהות לבניהן, כשבמרכזם הנפרדות הנמוכה בין האם ובנה ומשולש היחסים בין האם, הבן והכלה. לאלה משמעות בנוגע ליחסי הזוגיות שיוצר הבן עם אשתו. מדובר בהעברה של דפוס הקשר, המאופיין ברמת נפרדות נמוכה, תוך קושי להבחין בנבדלות בין השותפים להתלכדות. ההתלכדות עם האם היא בעצם תהליך מתמשך, מינקות ועד בגרות. הבן, אשר קשר זה הופך להיות המודל הפעיל שלו לקשרים בהמשך, מצפה לצור קשר בעל מאפיינים דומים עם אשתו. אולם, בניגוד לאם, שההתלכדות עמה הינה דבר טבעי, גם אם פתולוגי בשלבי חיים מאוחרים, התלכדות עם בת הזוג הינה פנטזיה, שאינה יכולה להתממש. ייתכן כי התסכול הנובע מחוסר היכולת להגיע לדפוס קשר שכזה עם בת הזוג, ובהעדר דרכים אלטרנטיביות להתמודד עם תסכול זה, גורם לגבר להגיב באלימות כלפי בת זוגו, המתסכלת.

## השלכות יישומיות

הטיפול בנושא האלימות הבין-זוגית נעשה בשיטות ומתודות שונות: פרטני, זוגי, קבוצתי, אולם ברוב הגדול של המקרים אינו משלב בטיפול בפועל את משפחת המוצא. ממצאי מחקר זה מצביעים על כך שהבן/בעל זוכה לתמיכה רגשית חזקה מדמות משמעותית ביותר עבורו- אמו. תמיכה זו מתבטאת ברמה הרגשית וכן ברמה מעשית, כאשר רבים מהגברים האלימים המורחקים מן הבית, או נמצאים בקונפליקט עם בת זוגם, חוזרים לגור "אצל אמא". נראה כי כל עוד תמיכה זו ממשיכה, יהיה קושי לצור שינוי במערכת הזוגית, שהינה חלק מה-"משולש". המערכת האלימה משרתת את הצורך של האם במעורבות בחיי בנה, ומשמרת אותה כ-"טובה", ועל כן ייתכן שברמה לא מודעת היא תסכל ניסיונות לשינוי. בטיפול, אם כן, יש מקום להתייחס למקומה של האם בחיי בנה בהווה, כמו גם בעבר.

בנוסף עלה, כי נושא הנפרדות הינו נושא מרכזי ברמה הבין-דורית של דפוס הקשר, זאת לאור ממצאי מחקרים קודמים, המצביעים על רמת נפרדות נמוכה כמאפיינת מערכות יחסים אלימות. כנראה אם כן, נושא הקשר על מאפייניו הייחודיים, הן עם משפחת המוצא והן עם בת הזוג, תוך ניסיון להגדלת האוטונומיה ויכולת הנפרדות, הנם נושאים מרכזיים לטיפול בגברים אלימים כלפי בנות זוגם.

## מגבלות המחקר

למחקר מספר מגבלות, הנובעים מגודל והרכב המדגם, ומשיטת המחקר, הפוגמים ביכולת ההכללה וההשוואה של הממצאים.

א. המדגם: מדובר במדגם מצומצם שהרכבו הומוגני למדי. אוכלוסיית המדגם הינה מאזור גיאוגרפי אחד, כשבהיסטורית החיים של הנחקרות מאפיינים דומים, כגון: עלייה לארץ בגיל צעיר יחסית מארצות המזרח ותפיסה מסורתית של תפקידי המינים ובכללה גם שימוש באלימות.

ב. הליך המחקר: אוכלוסיית המחקר נבחרה מתוך אוכלוסייה המטופלת במסגרת שירות המבחן למבוגרים והמרכז למניעת אלימות במשפחה. איתור הנחקרות התבצע על ידי פניית המטפלים בשירותים אלה למטופליהם, שהינם בעלים מכים, תוך בקשת רשות לפנות לאמהותיהם. ייתכן, כי המטפלים בחרו לפנות למטופלים בעלי קשר חיובי עם אמהותיהם. כמו כן, ייתכן כי מטופלים שפנו אליהם ולהם קשר אחר עם אמם, לא הסכימו מלכתחילה שנפנה לאמהות. דבר זה מעלה את האפשרות שנבחרו רק בעלים מכים להם קשר חיובי עם אמהותיהם.

ג. ראיונות: לא בכל המקרים התקיימו הראיונות המשלימים, משום שהאמהות בחרו שלא לקיימם. ניתן לשער, כי הריאיון עורר בהן ובמשפחתן תחושות עזות ונושאים שהחליטו שאינן רוצות לעסוק בהם יותר, וערער את האיזון הקיים ועל כן בחרו שלא לקיים את הריאיון השני. יחד עם זאת, מתוך ניתוח הראיונות עולה כי באותם מקרים שבהם נערך ראיון שני לא נוספה אינפורמציה משמעותית רבה, ועל כן ייתכן שאין בכך בכדי לשנות באופן משמעותי את תוצאות המחקר.

## ביבליוגרפיה

- אבניאון, א. (עורך). (1997). *מילון ספיר*. תל אביב: הד ארצי.
- אבן שושן, א. (תשכ"ח). *המילון החדש*. ירושלים: קרית-ספר בע"מ.
- אילן, א. א. (1987). תרומה לתיאוריה הפסיכואנליטית של יחסי אובייקט. *שיחות*, 1(2), 123-140.
- אלסטר, י. (1997). *אלימות במקום אהבה*. רחובות: מהות.
- בר-און, נ. (1996). *ההשפעה של סגנון ההתקשרות וסיבת הגירה על ההבניה הנרטיבית של חווית ההגירה*. עבודה לקבלת תואר מוסמך למדעי הרוח והחברה, אוניברסיטת בן-גוריון.
- ברסלרמן, ש. (1993). *יחסי חמות כלה בישראל: הקשר בין משתנים מצביים ואישיותיים ומידת שביעות הרצון מיחסים אלו*. עבודה לקבלת תואר מוסמך בחינוך, אוניברסיטת חיפה.
- גבתון, ד. (2001). *תיאוריה המעוגנת בשדה: משמעות תהליך ניתוח הנתונים ובניית התיאוריה במחקר האיכותי*. בתוך: צבר-בן יהושע, נ. (עורכת), *מסורות וזרמים במחקר האיכותי*. עמ' 195-227, לוד: זמורה ביתן.
- מינושין, ס. (1982). *משפחות ותראפיה משפחתית*. תל אביב: רשפים.
- סולן, ר. (1992). "יחד" כאינטגרציה של התלכדות ונפרדות ביחסי אובייקט ונרקסיזם. *שיחות*, 3(1), 205-212.
- סיירס, ג. (2000). *אמהות הפסיכואנליזה*. תל-אביב: זמורה ביתן.
- צבר-בן יהושע, נ. (1990). *המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה*. תל אביב: מסדה.
- קסן, ל. (2000). זה מחלחל פנימה לאט לאט: ה"עצמי" המורחב בסיפורי חיים של נשים מוכות וגברים אלימים. *חברה ורווחה*, 2(2), 129-159.
- שלסקי, ש. ואריאלי, מ. (2001). מהגישה הפרשנית לגישות הפוסט מודרניסטיות בחקר החינוך. בתוך: נ. צבר-בן-יהושע. (עורכת). *מסורות וזרמים במחקר האיכותי*. עמ' 31-75, לוד: זמורה ביתן.
- Bolton, F. G. & Bolton, S. R. (1987). *Working with violent families*. California: Sage.
- Bowen, M. (1985). *Family therapy in clinical practice*. Northvale: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Buchman, A. (1998). Intergenerational child maltreatment. In: Y. Daniely, (Ed). *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. (pp. 553-570) New York: Plenum Press.

Cappell, C. & Heiner, R. B. (1990). The intergenerational transmission of family aggression. *Journal of Family Violence*. 5(2). 135-152.

Cook, D., & Franz-Cook, A. (1984). A systemic treatment approach to wife battering. *Journal of Marital and Family Therapy*. 10, 83-94.

Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 890-904.

Firbairn, W. R. D. (1952). *An object-relation theory of the personality*. New York, BasicBooks.

Gayford, J. J. (1975). Wife battering: A preliminary study of 100 cases. *British Medical Journal*, 1, 194-197.

Gelles, R. J. & Cornell, C. P. (1990). *Intimate violence in families* (2<sup>nd</sup> Ed.) Newbury Park: Sage

Haj-Yahia, M. M. (2001). The incidence of witnessing interparental violence and some of it's psychological consequences among Arab adolescents. *Child Abuse and Neglect*. 25(7), 885-907.

Haley, J. (1967). *Problem solving therapy*. New York: Jossey-Bass, Inc. Publishers.

Hamilton, G. N. (1988). *Self and others, object relations theory and practice*. London: Jason Aronson.

Henning, K., Leitenberg, H., Coffey, P., Bennett, T., & Jankowski, M. K. (1997). Long term psychological adjustment to witnessing interparental physical conflict during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 21(6), 501-515.

Hutchison, I. W., & Hirschel, J. D. (2001). The effects of children`s presence on woman abuse. *Violence and Victims*, 16(1), 3-17.

Klein, M. (1932). *The Psycho-analysis of Children*. London: Hogarth.

Lemmey, D., McFarlane, J., Willson, P. & Malecha, A. (2001). Intimate partner violence. Mother`s perspectives of effects on their children. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 26(2), 98-103.

- Lieblich, A., Tuval- Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research reading, analysis and interpretation*. California: Sage.
- Lincoln, J., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park CA: Sage.
- Mahler, M. (1952). On child psychosis and infantile psychosis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 286-305.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M.(1994). *Qualitative data analysis*. (2nd Ed). Thousand Oaks: Sage.
- Narang, D. S. & Contreras, J. M. (2000). Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potential. *Child Abuse and Neglect*, 24(5), 653-665.
- Osgood, D. W., Johnson, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1988). The generality of deviance in late adolescence and early adulthood. *American Sociological Review*, 53, 81-93.
- Pagelow, M. D. (1981). *Wife battering: Victims and their experience*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Patterson, R. (1991). Counseling violent men: Fraudulent virility and coercive power among men. In: R. Batten., W. Weeks., & J. Wilson (Eds.) *Issues facing Australian families: Human services respond*. (pp. 204-214) Melbourne: Longman Cheshire.
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Rosenbaum, A., & O'leary, K. D. (1981). Marital violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 63-71.
- Simon, R. L., & C, Johnson. (1998). An examination of competing explanations for the intergenerational transmission of domestic violence. In: Y. Daniely., (Ed.) *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. (pp. 553-570) New York: Plenum Press.
- Stith, S. M., Rosen, K. H., Middelton, A., Busch, A. L., Lundeberg. K. & Carelton, C. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 640-654.
- Straus, M. A. (1980). A sociological perspective on the causes of family violence. In: M. R. Green, *Violence in the family*. (pp. 7-31) Boulder: Westview Press.
- Tyson, P. & Tyson, R. (1990). *An overview of object relations. Psychoanalytic theories of development*. New Haven: University Press.

Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3-28.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Middlesex, England: Penguin.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.

Winnicott, D. W. (1958). *Through paediatrics to psychoanalysis*. London: Hogarth.

Zeanah, C. H. & Anders, T. F. (1987). Subjectivity in parent-infant relationship: A discussion of internal working models. *Infant Mental Health Journal*, 8(3), 137-148.

Zeanah, C. H., & Zeanah, P. D. (1989). Intergenerational transmission of maltreatment: Insight from attachment theory and research. *Psychiatry*, 52, 177-196.



## אמהות ופגיעה מינית בילדות העברה בין דורית של פגיעה מינית- הייתכן?

רחל לב-ויזל<sup>12</sup>



Stern (1995), העוסק בחוויה הפנימית של תהליך הפיכת האישה לאם, תהליך בו מתגבשת זהות חדשה בתודעה הנשית, טוען כי אקט הלידה מביא את האישה לתפוס עצמה ראשית כאם ורק אחר כך כבת. כלומר, עצם הפיכתה של אישה לאם מביא לשינוי מהותי בתפקידיה ובזהותה העצמית. נשים, והחברה הסובבת אותן, מצפות לעתים קרובות כי המעבר לאמהות יתרחש באופן טבעי, מעבר מן ה"אני" הפרטי, אינדיבידואלי של האם ל- "אני ותינוקי", כלומר הזהות העצמית של האם מורחבת באופן שהיא כוללת את הילד בתוכה. במובן זה, פגיעה בילד משמע פגיעה נרקסיסטית בהורה. Lev-Wiesel (1999), במאמר העוסק בהורים שבניהם נספו באסון המסוקים, מתארת תחושות של ריק, חלל, מחנק פיזי ונפשי בקרב ההורים השכולים, המתמלא על ידי עיסוק אובססיבי בהנצחת הבן האובד ושימוש בקיום הממשי של ההורה כנר-זיכרון לבן.

קיימת ציפייה חברתית, המעוגנת בחלקה בחוקים מחייבים, כי הורים יספקו לילדיהם את כל צורכיהם הפיזיים והנפשיים עד גיל 18, ויגנו על ילדיהם מכל רע. פגיעה פיזית ונפשית של ההורים עצמם בילדיהם לא רק שאסורה על פי חוק, אלא נוגדת נטייה טבעית אוניברסאלית, לפיה "הלביאה מגינה על גוריה", עד כדי התנהגות אלטרואיסטית ומוכנות להקריב חייה למען ילדיה, וודאי שהיא עצמה אינה מסכנת את גוריה.

אך טבעי הוא כי הורים, שחוו אירועי חיים שליליים או חוויות טראומטיות בילדותם, ישתדלו למנוע מילדיהם חוויות דומות. אירועי חיים טראומטיים בילדות הקשורים למשפחה, כגון נטישה על ידי ההורים, מות בן משפחה, או גירושין, נמצאו בעלי קשר למידת

---

<sup>12</sup> רחל לב-ויזל, פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

החרדה של ההורים להגן על ילדיהם מחוויות דומות. לדוגמה, מחקרים שבדקו עמדות הורים, שבילדותם חוו גירושין ופרידה מהוריהם כחוויה טראומטית, מצביעים על עמדות שבין התנגדות נמרצת לאקט של גירושין או פרידה בין בני זוג, ללא קשר לשביעות הרצון ממסגרת הנישואין, דרך הימנעות מהולדת ילדים, ועד לתפיסת פרידה או גירושין כפתרון מועדף עבור ילדים בעת קונפליקט בין בני זוג (Elliott, 1995). מכאן ניתן היה לשער, כי מידת החרדה של אישה שחוותה גילוי עריות בילדותה, באשר לאפשרות שילדיה יחוו חוויה דומה, תהיה גבוהה יותר מזו של נשים שלא חוו חוויות כאלו. ואכן, מטפלים בנפגעות גילוי עריות ואונס מדווחים כי נשים נפגעות גילוי עריות מביעות רגישות וחשש לאפשרות של קשר שאינו תמים בין מבוגר לילד, לאו דווקא במסגרת המשפחה הפרטית, אלא בכלל.

איך, אם כן, ניתן להסביר אירועי פגיעה מינית בילדים במסגרת משפחה בה האם עצמה נפגעה מינית בילדותה? מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון האם קיימים מאפיינים משותפים בדפוסי אמהות בקרב נשים שהן עצמן וילדיהן היו קורבנות לגילוי עריות.

## פגיעה מינית בילדות- השלכות

פגיעה מינית בילדות, בעיקר אם התרחשה במסגרת הבית על ידי בן משפחה קרוב, מוכרת בספרות המחקר כבעלת השלכות פוסט-טראומטיות לטווח ארוך, המקבלות ביטוי בסימפטומים של מצוקה, כגון חרדה, דיכאון, מחשבות אובדניות, דימוי עצמי והערכה עצמית נמוכים, מחשבות חודרניות, פגיעה ביכולת האינטימיות, הפרעות באפקט, תחושות של בושה, אשמה וחוסר אונים (Herman, 1992; Pavivio & Nieuwenhuis, 2001). משתנים כגון גיל הנפגעת בעת הפגיעה, משך הפגיעה, קיומה של תמיכה חברתית וזוהות הפוגע, נמצאו בעלי משקל בעוצמתה של הסימפטומטולוגיה בבגרות (Lev-Wiesel, 1999, 2000).

גילוי עריות מוכר בספרות המחקר ובשדה הטיפול כאירוע טראומטי במיוחד. לאור היות הילד תלוי וזקוק פיזית ונפשית בהוריו ובמסגרת התמיכה של המשפחה, מעשה של גילוי עריות יש בו כדי לערער את כל קיומו הרגשי של הילד ולהוות לו מסגרת של טרור, במקום מקום מבטחים והגנה (Davis, Petretic-Jackson, & Ting, 2001). נפגעות גילוי עריות רבות סובלות מהפרעת לחץ פוסט-טראומטית, הכוללת מחשבות חודרניות, עוררות יתר וניתוק (Herman, 1992; Pavivio & Nieuwenhuis, 2001). ניתוק או דיסוציאציה הוא תהליך מנטאלי, היוצר נתקים בתפקודי החשיבה, הזיכרון, הרגש, הפעולה וההזדהות (DSM-IV, 1994). בזמן שאדם נתון במצב נתק, חלק מן המידע המאוכסן במוחו אינו מקושר עם מידע רלוונטי אחר. מנגנונים דיסוציאטיביים, המתוארים בספרות כמנגנוני הגנה בפני טראומה קשה (Putnam, 1993), יכולים להתבטא במגוון צורות, כגון: אובדן של תחושת זמן, מקום או גוף, ניתוק מן הגוף הפיזי תוך התבוננות בו מבחוץ, יצירת עולם דמיוני ואובייקטים דמיוניים להתייחסות, מחשבות שווא או הזיות שמיעה, תחושה שקימות מספר ישויות או זהויות, חלומות בהקיץ, תופעות של ניתוק והתעלמות תחושתית מן הסביבה, שכחה

ואמנזיה, ועוד. לדוגמה בעת האונס, עשויה הילדה לנתק את תחושותיה הפיזיות מן הנפשיות.

## אמהות ופגיעה מינית בילדות

על פי גישתה של מלני קליין (Davis, 1997), דמויות ההורים הן דמויות מרכזיות בעיצוב וגיבוש הזהות העצמית של הילד והתפתחותו כהורה מספק בעתיד. הורות מספקת משמעותה יצירת קשר עם אחר, ללא כפיית הבוגר את צרכיו ורצונותיו על הילד, ללא אלימות, תוך קבלת שונותו של הילד וזכותו להגדרה עצמית (Alford, 2000). הורים פוגעים מופנמים בתהליכי הבלעה והזדהות בגיל צעיר, והופכים להיות אובייקטים המשפיעים ומכוונים במודע ולא במודע את התנהגותו ועמדותיו של ילד, בהמשך חייו בבגרות. הורה פוגע, בין אם זה האב - כאובייקט גברי ובין אם זו האם - כאובייקט נשי, יהפוך במהלך החיים של הקורבן לחלק מן המבנה האישיותי, העלול לשמר בתוכו את המסרים הפוגעים (Platts, 2000). הוכחה לכך ניתן למצוא בממצאים של Priel & Besser (2000), שהצביעו על קשר חיובי גבוה בין משתני האישיות, ביקורתיות כנגד העצמי ותלותיות ובין דיכאון לאחר לידה. אילנה, נפגעת גילוי עריות, אומרת "כמה הייתי רוצה להינתק מאימי הפוגעת ומשפילה אותי כל חיי, אבל אני מרחמת עליה וחושבת אולי היא צודקת בכל זאת בכל מה שאומרת עלי, ואז אני מתבלבלת, אני באמת כל כך רעה או לא?". Maguire (2000), מצאה, כי נשים ששיכלו את אימותיהן בילדות, התקשו לתפקד במצבי הורות והגיבו במידת לחץ גבוהה יותר מנשים שילדותן היתה תקינה במהלך ההתפתחות, לאור חוסר בהפנמה של דמות אם מתפקדת ומספקת.

אמהות מורכבת ממשתנים רבים, הכוללים השלכה והתקה של דמויות מופנמות, כולל האני האידיאלי של האם, על הילד. הילד הוא למעשה הרחבה של האני. ביטוי לכך נראה לעתים ברצון האם שהילד יהיה דומה לה, שיממש את שאיפותיה, שיתמודד עם מצבי חיים שחווה טוב יותר ובכך למעשה תפתור את כשלון התמודדותה בעבר וכו'.

מעבר לאמהות מחייב הסתגלות למערך תפקידים שונה בין בני זוג, וויתור על מידת החופש והחירות של האם ועל הטיפול בצרכיה היא למען הטיפול בילד (Post, 1998). מחקרים העוסקים בתופעות של דיכאון לאחר לידה הצביעו על כך שנשים שחוו התעללות רגשית, פיזית ומינית הגיבו בדיכאון קליני ובדחייה של התינוק במידה גדולה יותר מנשים שדיווחו על ילדות מספקת (Lesser, 1998; Zuravin, & DiBlasio, 1996). עם זאת, בקרב נערות, קורבנות לאלימות בבית, שנכנסו להיריון לפני גיל 18, נמצא כי ההיריון עצמו והמעבר העתידי להורות נתפס כהזדמנות שנייה, כאפשרות להעניק חיים אחרים, טובים יותר לעצמה, באמצעות הענקת חיים טובים לתינוק (Williams & Vines, 1999). Hanley (1997), השוותה את ממדי ההיקשרות של אמהות נפגעות גילוי עריות עם ילדיהן, לאלה של אמהות שלא חוו גילוי עריות בילדותן. היא מצאה כי לנפגעות מידה רבה יותר של קשרים שליליים

עם ילדיהן, חוסר בטחון, קשיים בקבלת החלטה לגבי תגובה על התנהגויות בלתי הולמות של הילד ורמות גבוהות יותר של דיכאון, חרדה ותגובות פוסט טראומטיות, לעומת אמהות בעלות היסטוריית ילדות תקינה. בנוסף, נפגעות גילוי עריות דיווחו על רמה נמוכה יותר של יכולת התמודדות עם הילד. עם זאת, לא נמצאו הבדלים במידת הסיפוק מן ההורות בין שתי הקבוצות. כהן (1998), השוותה ממדים של תפקוד אימהי, כגון דימוי תפקיד, קשר עם הילד, והצבת גבולות, בין אמהות נפגעות גילוי עריות לבין אמהות שלא נפגעו בילדותן. מממצאי המחקר עלה כי נשים שחוו פגיעה מינית בילדותן נמצאו בעלות כישורי הורות נמוכים יותר מנשים שילדותן היתה תקינה. על בסיס סקירת הספרות נראה, אם כן, שלחוויות הילדות יש השלכה בעלת משקל על אופן ההתמודדות והתפקוד ההורי בבגרות.

## העברה בין דורית של טראומה

העברה בין דורית של טראומה מתייחסת לאמונה שטראומה, אותה חווה חבר משפחה אחד, חושפת את החברים האחרים במשפחה לאותה טראומה, גם אם לא היו נוכחים באופן ישיר באירוע הטראומטי וגם אם התרחש בעבר הרחוק (Danieli, 1998). Figley (1995), טבע את המושג "טראומטיזציה משנית", המתאר את חוויתם ותגובתם של קרובים או בעלי מקצוע המטפלים בקורבנות ראשוניים לטראומה. חוויה ותגובות הדומות לתגובות הפוסט-טראומטיות של הקורבן הראשוני, המבוססות על תחושת הזדהות עמוקה ואמפטיה כלפי הקורבן הישיר.

מנגנונים ביולוגיים, פסיכולוגיים ומשפחתיים של העברה בין דורית של טראומה, מוזכרים בספרות. van der Kolk (1999) מצא, כי חווית הטראומה חורטת זיכרון בגוף הקורבן, שיש לו ביטוי נזירי-פיסיולוגי, וטבע את המושג "הגוף זוכר". ממצאי מחקר של Yehuda (2002), לפיהם רמת הקורטיסול בקרב ניצולי שואה, שנמצאו כסובלים מתגובה בתר-חבלתית (הפרעה פוסט טראומטית PTSD) ובקרב ילדיהם בני הדור השני, אששו את ממצאיו של van der Kolk. על פי החוקרים, מתרחשת העברה בין דורית של טראומה ברמה פיסיולוגית - השאלה, האם רמה זו של קורטיסול ואולי גורמים נוספים, מועברת בתורשה, או כתגובה לגדילה בצל טראומה, נותרה פתוחה.

מנגנונים פסיכולוגיים של העברה בין דורית של טראומה מבוססים על תיאורית הקשר (attachment). יכולתה של אם להעניק טיפוח הורי ויציבות, כאשר היא סובלת מתגובה בתר-חבלתית הבאה לידי ביטוי בתגובות הימנעות, מחשבות חודרניות ועוררות יתר (DSM-IV, 1994), דיכאון ועוד, פוחתת (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). תהליכים של הזדהות השלכתית, המוגדרים כהשלכה של רגשות שאינם מקובלים על הזולת, עלולים להיות בעלי עוצמה, כאשר אין הקורבן מסוגל להגיב או להתנגד. לעתים קרובות, ובעיקר אם הקורבן הנו ילד, האדם המשליך גורם לקורבן להיות אחראי לרגשות ולקונפליקטים הלא-מקובלים על המשליך עצמו. לדוגמה, פחד או כאב אותו לא יכולה לשאת האם, עלולים להיות

מושלכים על בנה או בתה, תוך דרישה להתמודד עם הפחד באופן בלתי הגיוני, באמצעות התנהגות כגון מפגש כפייתי עם הכאב או הפחד, הסתכנות יתר, או הכחשת קיומו.

שני מנגנונים משפחתיים להעברה בין דורית של טראומה פותחו על ידי Bowen (1978) ו-Minuchin (1974). על פי גישתו של Bowen, תנאי הכרחי לקביעת זהות עצמית במסגרת מערכת המשפחה, הוא הגדרת גבולות המערכת הפנימיים מול החיצוניים, והגדרת גבולות מרכיבי המערכת בינם לבין עצמם, משמע, מובחנות ומובדלות בין בני המשפחה. במצב של חוסר מובחנות, בני משפחה פועלים ללא בקרה או שיפוט מתאימים, דבר המתבטא בקשר מבולבל בין התחום הרגשי לתחום הקוגניטיבי. להקשר המשפחתי יש להתייחס על פי Bowen לפי תפיסה רב דורית. רמת המובחנות של היחיד מושפעת מאיכויות הקשורות למובחנות האישית המועברת מדור לדור. בני זוג נוטים לבחור האחד את השני על פי רמת הזהות המובחנת של עצמם. ברמת מובחנות נמוכה ייווצר זוג בו כל אחד לא הצליח להינתק ממשפחת המוצא שלו, אם ברמת הקונפליקטים הלא מודעים או במידת הפנמת האובייקטים המשמעותיים כבעייתיים או שליליים, ולמעשה לא הצליח לפתח זהות אישית מובחנת וברורה לעצמו. בנוסף, בני זוג, גם אם בעלי רמת מובחנות אישית גבוהה, נוטים לשמר דימויים ודפוסי התנהגות וחשיבה שרכשו במשפחות המוצא. כך למעשה, דפוסי התנהגות בסיסיים חוזרים שנית בדור הבא. תהליך העברה מדור לדור מתרחש בצורה הבאה: במשפחה בה רמת המובחנות נמוכה, קיים נתק רגשי או מיזוג. עם הולדת הילד, נוטים ההורים להשליך עליו את הבלבול הרגשי. הילד נשאב לתוך החלל הרגשי שנוצר בין ההורים. מתרחש תהליך מקביל, בו כל אחד מן ההורים משליך על בן זוגו את הציפיות והקונפליקטים המודעים והלא מודעים ביחסיו עם משפחת המוצא (אב ואם), ומשליך על הילד חלקים מעצמותו הלא מגובשת, באמצעות מנגנון ההגנה של פיצול (split). הילד, אם כן, עלול לקבל, במקרה של פגיעה מינית בילדות, את התפקיד אותו מילאה האם עצמה בילדותה.

במקביל ל-Bowen, Minuchin (1974) הדגיש את המבנה המשפחתי כגורם מכריע בדינמיקה המשפחתית. לפי גישתו, הן הבריאות והן הפתולוגיה של היחיד מבטאות את האיזון, או חוסר האיזון, של המערכת המשפחתית. מערכת משפחתית זקוקה לגבולות בתוכה, המבחינים בין הורה לילד, הורה להוריו, בין משפחה גרעינית למשפחה מורחבת וכו'. בדומה ל-Bowen, המבחין בין משפחות על פי רמת המובחנות המשפחתית, מסווג Minuchin את המשפחות לשלוש קטגוריות, על פי סוגי הגבולות: נתק בין תת המערכות במשפחה, מעורבות יתר בין תת המערכות, וגבול ברור בין תת המערכות. התפקודים של כל תת מערכת מוגדרים על רצף של שני צירים, ציר היררכיות הכוח (תפקידים ביצועיים) וציר היישומי-רגשי (אופן ביטוי הרגשות). כל אחת מתת המערכות יכולה להיות בעלת מידה גבוהה או נמוכה של גבולות, ולפעול בכל ציר לפי התפקידים המתאימים לה. קיים קשר והתייחסות הדדית בין תת המערכות השונות, הנקבעים לפי הצרכים הספציפיים של המשפחה וחבריה.

למיטב ידיעתי, ובקשר למטרת המחקר - בחינת איפיונים משותפים של אמהות לילדים נפגעי גילוי עריות, שהן בעצמן היו קורבנות של גילוי עריות - המחקר בנושא העברה בין דורית של גילוי עריות עדיין בשלבי בחינה וגישוש. על כן, המחקר הנוכחי הנו מחקר איכותני, המתמקד יותר בתהליך של גילוי ולא בבחינת השערה. על מנת לאסוף נתונים רואיינו אנשי טפול, המטפלים במספר נשים שנפגעו מינית בילדותן ואשר ילדיהן נפגעו מבן זוגן. מתודולוגיה איכותנית נבחרה כמתאימה ביותר לניתוח הראיונות והחומר הכתוב. ההחלטה לראיין את המטפלות ולא את המטופלות עצמן נעשתה מן השיקולים הבאים: (1) היה צפוי שיהיה קושי לשכנע את הנשים עצמן להתראיין, בהקשר של נושא כל כך דרמטי וכואב, (2) אי הרצון לפגוע במהלך הטיפול, ו- (3) העובדה שלכל מטפלת היו מספר מטופלות שהתאימו למחקר הנוכחי אפשרה איסוף רב יותר של מידע והעמקה בנושא.

## השיטה

### הליך המחקר והמשתתפות

חמש נשים (3 עובדות סוציאליות, 2 פסיכולוגיות קליניות), המטפלות בנפגעים מינית, במרכז לטיפול בפגיעות מיניות באחת הערים בארץ, רואיינו באמצעות ראיון חצי-מובנה, באשר לטפולן ב-24 נשים, בגילאי 28-52 ( $M = 36.5, SD = 5.41$ ), שהגיעו לטיפול בעקבות חשיפת סוד הפגיעה המינית בילד, אם על ידי הילד/ה עצמו ואם על ידי גורמים חינוכיים-סוציאליים, ופנייה לגורמים מחוץ למשפחה, שחייבו התערבות רשויות החוק. המטפלות התבקשו לספר את ספור חייה של האשה במשפחת המוצא, ספור חייה במשפחה הנוכחית, וספור הפגיעה בילד וגילוי הסוד.

בהתייחס לנשים המטופלות: במהלך הטיפול העלו הנשים את סיפורי הפגיעה המינית שחוו בעצמן, במסגרת משפחת המוצא שלהן. שלוש עשרה מהנשים היו בעבר בטיפול בהקשר של הפגיעה המינית שהתרחשה בילדותן (בעיקר בשל רצון להפחית סימפטומים של דיכאון וחרדה), 11 הגיעו לטיפול רק בעקבות חשיפת הסוד על ידי הילד/ה. מבין הנשים, 16 נשים היו נשואות לאב הביולוגי, שהיה זה שפגע בילדן (2 גברים היו בכלא בעת הפנייה לטיפול), 6 נשים היו נשואות לגבר שפגע בילדן, אך לא היה האב הביולוגי של הילד, שתי נשים חיו עם חבר לחיים שפגע בילדן.

הנשים התבקשו על ידי המטפלות לחתום על טופס הסכמה להתראיין בקשר לטיפול בהן, שכלל גם בחינת התיק הטיפולי ושימוש ביומנים אישיים שנכתבו במהלך הטיפול. על מנת להימנע מכל אפשרות של זיהוי האשה המטופלת, שונו הפרטים הדמוגרפים של הנשים שסיפורן יובא בהמשך כדוגמה.

### שיטת הניתוח

ניתוח הסיפור נעשה על ידי ניתוח הראיונות וניתוח השיח בין המטפלת והנפגעת, כפי שנכתב בתיקי הטיפול, ובאמצעות יומנים שנכתבו על ידי המטופלות במהלך הטיפול והושארו ביד

המטפלות. על פי עקרונותיהם של Swindells (1995) ו-Patton (1990), נעשתה חלוקה ראשונית לקטגוריות, על בסיס קריאה ראשונית של הראיונות, 10 יומנים ו-24 תיקי טפול, על ידי החוקרת ועל ידי עוזרת המחקר, והשוואת הקטגוריות. רק קטגוריות שהיו משותפות לשתי הקוראות, שנמצאו בלמעלה מ-75% מן היומנים והתיקים (7-8), נבחרו כקווים מנחים לניתוח 14 היומנים והתיקים הנוספים. במחקר הנוכחי, נבדקו הקטגוריות הבאות:

א. ההסברים הקוגניטיביים-רציונאליים (מי אשם? איך קרה? איך התגלה רק עכשיו?), שנתנו לפגיעה בילד מול ההסברים לפגיעה באשה עצמה.

ב. התגובות האמוציונאליות לפגיעה בילד ובאם עצמה (הזדהות עם הקורבן, תחושות ורגשות של חוסר אונים, עלבון, זעם וכו').

ג. ההתייחסות הרגשית של הנפגעת כלפי הפוגע בילד וכלפי האדם שפגע בה.

ד. ההסברים הקוגניטיביים-רציונאליים שנתנו על ידי המטופלת, כפי שהובאו על ידי המטפלת והחומר הכתוב, להתנהגות הפוגע בילד והפוגע באם.

ה. מידת ההפרדה וההבחנה בין האירוע שחוה הילד והאירוע שחוותה המטופלת עצמה בילדות.

ו. תפיסת המטופלת את תפקידה והתנהגותה הממשית כאם, טרום היוודע הסוד ולאחריו.

על פי האפיונים הקוגניטיביים, אמוציונאליים והתנהגותיים, בהתייחס לפגיעה המינית בילד ולחווית הפגיעה בעברן של האמהות, סווגו האמהות ל-4 טיפוסים האמהות הבאים: "שאינה יודעת" (9 משתתפות), "השותפה הסמויה" (8 משתתפות), "היוזמת" (2 משתתפות), ו-"שותפה לגורל" (4 משתתפות). משתתפת נוספת היתה בעלת אפיונים של שלושה טיפוסים בו זמנית.

## ממצאים - טיפוסים אמהות

ארבעה טיפוסים האמהות יוצגו באמצעות דוגמאות, כפי שסופרו על ידי המטפלות, ציטטות של הנשים שטפלו, כפי שנכתבו על ידי המטפלת בתיק הטיפולי או כפי שנכתבו ביומנים, תוך ניתוח הדינאמיקה של הפגיעה המינית.

### טיפוס ראשון- "שאינה יודעת"

אם מן הטיפוס של "שאינה יודעת" מאופיינת על ידי אי ידיעה קוגניטיבית וחוסר מודעות מוחלט לפגיעה המינית המתרחשת בבית. סימני מצוקה של הילד, גם אם קיימים, מתפרשים על ידה כביטוי לקשיים, כגון קשיי למידה, קשיים חברתיים, כגון דחייה חברתית ועוד. תגובותיה לסימני המצוקה של הילד מאופיינות בדרך כלל בניסיונות לעזור לילד באמצעות הפנייה לטיפול, קשר עם גורמי חינוך וכו'. תפיסתה את יחסיה עם בן זוגה ומערכת היחסים בתוך המשפחה, חיובית. האם חשה עד לגילוי כי התברכה במשפחה נורמאלית, בעלת יחסים תקינים, לעומת משפחת המוצא. דוגמה- "איך יכול להיות שקרה

לי דבר כזה? ... הדבר שהכי חששתי מפניו כל החיים, שמרתי על בתי מפני בעלי ללא ידיעתו כל השנים, חיפשתי כל סימן לאפשרות שאולי, אולי זה מתרחש... ופתאום דבר כזה... כל כך לא הגיוני, לא אפשרי, לא יתכן... אולי זה לא נכון? אולי הבן שלי מפנטז? יכול להיות שלא קרה כלום והוא ממציא?"

אילנה, אחות במקצועה, נשואה ואם לשלושה ילדים בגילאי 26, 19, ו-17, בעלה משמש בתפקיד בכיר במפעל תעשייתי. המשפחה מסורתית, מוכרת במקום מגוריה, בעלת קשרים חברתיים ענפים. אילנה, בת למשפחה בת 6 נפשות, חוותה אונס ומעשי סדום בגילאי 6-12 על ידי אביה. בגיל 12 הוצאה מהבית לפנימייה. אביה לא נענש על מעשיו ולמעשה נתמך על ידי האם, שטענה כי אילנה ואחות נוספת משקרות ומפנטזות. אילנה לא שבה לביתה מאז סיימה את לימודיה.

אילנה פנתה בדחיפות לייעוץ וספרה את הסיפור הבא: כשלושה שבועות לפני פנייתך, הודיע בנה הבכור (בן 26) בפני המשפחה כי החליט "לצאת מן הארון" ולחיות עם בן זוגו. ההורים, אילנה ובעלה, קבלו את ההודעה בהלם מוחלט. האב, בכעס נורא על הבן, הודיע כי מבחינתו הבן הבכור מת ואינו רצוי יותר בבית. אילנה החליטה לאחר מספר ימים כי תמשיך בקשר עם הבן, וכי עליה לקבל אותו כפי שהוא. במהלך שלושת השבועות נפגשה עם הבן מספר פעמים, בהם ניסתה להבין איך ומה גרם לו להיות הומוסקסואל. יומיים לפני המפגש בתחנה לייעוץ, ישבה עם בנה במסעדה. במפגש זה שאל הבן מדוע אביו אינו מוכן לקבלו כהומוסקסואל. אילנה ניסתה להסביר כי זוהי מכה קשה לתדמיתו של האב, כבעל זהות גברית וכי גם מבחינה דתית קיים קושי. תגובתו של הבן היתה: "אבל גם אבא הוא הומוסקסואל", "איך אתה מדבר?" שאלה אילנה, ותגובת הבן לכך היתה: "אז למה הוא אנס אותי כל הילדות?".

....."הרגשתי כאילו פצצת אטום נפלה על ראשי, לא יכולתי לדבר, כל החיים חששתי לבתי בת ה-17, עקבתי אחריה, לא אפשרתי לבעלי ולבנים להתקרב אליה. לא עלה בדעתי שדבר כזה יכול להתרחש בין בעלי לבני..."

## ניתוח

Janoff-Bulman & McPherson-Frantz (1997), טוענים, כי לכל אדם עולם הנחות, הכולל בתוכו תפיסות, אמונות, רגשות, עמדות וציפיות כלפי החיים בכלל, עצמו והסביבה, המבוסס על סוציאליזציה וניסיון חיים. כאשר מתרחש אירוע חריג, לא צפוי, הסותר את ההנחות הקיימות עליהן מבוססת תפיסת העולם של הפרט, עולות תחושות של הפתעה, חרדה, בלבול, חוסר הבנה, תחושה שהעולם מתמוטט. עולם ההנחות של אילנה, שהיתה קורבן לגילוי עריות מצדו של אביה, כלל בתוכו אפשרות של פגיעה מינית של גבר בילדה, אב ובת, אך לא כלל בתוכו אפשרות של פגיעה מינית בין גבר לגבר, גבר לילד, אב לבן. במובן זה לא על בדעתה שעליה להגן על בנה מפני בן זוגה, ובאופן טבעי, בהתאם לעולם ההנחות שלה, השגיחה כל השנים על בתה מפני הזכרים בבית.



## טיפוס שני- "השותפה הסמויה"

אם מטיפוס "השותפה הסמויה" מאופיינת על ידי שיתוף פעולה סמוי, הבא לידי ביטוי באמצעות ביטול הרמזים, לעתים הגלויים, של הילד/ה, או באמצעות תגובות של איסור על שיתופה בנושא, אם מתוך תחושות של חוסר אונים או חרדה וניתוק. לעתים, במהלך הטיפול, מודה ה- "שותפה הסמויה" כי היה עליה לדעת וכי כל הרמזים וההוכחות היו מונחים לנגד עיניה.

דוגמה- מירה בת 36, מורה במקצועה, נשואה ואם לארבעה ילדים, הגיעה לטיפול בעקבות אשפוז של בתה בת ה- 14 בשל אנוורקסיה. במהלך האשפוז התברר כי הבת נאנסה על ידי אביה של מירה, במהלך חופשות, מאז היותה בת 6. מירה, בת בכורה במשפחה בת חמש נפשות, נאנסה והוכתה על ידי אביה מאז היותה בת 6 ועד 16, אז איימה על אביה בסכין. שנתיים קודם לכן, לפני הטיפול הנוכחי, פנתה מירה לטיפול בשל דיכאון. במהלך הטיפול עלה סיפור הפגיעה המינית, שיתוף הפעולה הגלוי של האם עם האב. "אמא הקריבה אותי, הוא הגעיל אותה, דחה אותה, היא היתה ילדה דחוייה בבית שלה וסבלה מפגיעה מינית על ידי אחיה, אז אני שימשתי הסמרטוט שלה, הסחבה שלה, הזונה שלו". ההסברים להתנהגותו של האב היו כי הוא "חולה, לא נורמלי, כי הוא ניצול שואה שיצא לא מאוזן מן המחנות". למרות כעסה הרב על הוריה, המשיכה לשלוח את בנותיה לחופשות בבית ההורים, "כי זה לא פייר שבגלל שאני לא רוצה קשר אתם הבנות תסבולנה ותחיינה ללא סבא וסבתא". האפשרות שייתכן ואביה ימשיך בהתנהגותו כלפי בנותיה ואמה תשתף עמו פעולה, שהועלתה על ידי המטפלת, נתפסה בעיניה כבלתי אפשרית. באחד המפגשים עם כל המשפחה, אמרה הבת הבכורה (הנפגעת) כי אינה רוצה לנסוע לחופשות ואינה מעוניינת שאחיותיה תסענה. תגובתה של מירה היתה שכנראה הבת מזדהה באופן לא מודע עם הרגשות האמביוולנטיים שלה עצמה כלפי הוריה (למרות שלא ספרה לבנותיה את ספור גילוי העריות) ואין לכך כל הצדקה. מירה היתה משוכנעת שחשוב שיהיה קשר בין בנותיה להוריה. למרות אזהרותיה של המטפלת, שכדאי שתבדוק מדוע בנותיה אינן רוצות להמשיך בביקורים בבית הסבים, חזרה וטענה כי כנראה הבנות קולטות את תחושותיה היא כלפי הוריה ומבטאות זאת בדרך זו.

## ניתוח

כפי שהוזכר בסקירת הספרות, נפגעות גילוי עריות משתמשות לעתים קרובות במנגנונים דיסוציאטיביים להתמודדות עם הטראומה. מנגנונים ההופכים עם הזמן לסגנונות התמודדות קבועים. כאשר על הנפגעת להתעמת עם אירוע טראומטי דומה, כגון אפשרות שילדה חווה את אותה חוויה, ועל בסיס ההנחה כי הילד הנו הרחבה של האם ובכך היא הופכת בשנית לקורבן, הניתוק והדיסוציאציה פועלים באופן אוטומטי, העובדות וסימני המצוקה של הילד/ה נתפסים באופן מעוות, על ידי מנגנוני הגנה כגון הכחשה, הדחקה, וביטול, ומאפשרים לאם להמשיך בחייה. בנוסף, ככל שקיים פיצול של דמות ההורה הפוגע, הורה מספק והורה פוגע (לדוגמה - בדוגמה שהובאה, מירה תפסה את אביה כשתי דמויות,

אב חיובי ומוערך מחוץ לבית, ומפלצת בחדר השינה והמקלחת, שם אנס ועשה בה מעשי (סדום), סביר שסימני המצוקה של הילד יפורשו באופן שגוי או יבוטלו בשל הניתוק.

למעשה, מירה עצמה הנה בת לאם שחוותה התעללות מינית במשפחתה, בתה של מירה, אם כן, מהווה את הדור השלישי לפגיעה מינית במשפחה. במובן זה הפנימה מירה דמות של אם משתפת פעולה, ומתנהגת על פי אותו דפוס.

### טיפוס שלישי- "היוזמת"

"היוזמת" מאופיינת בדרך כלל על ידי הפרעת אישיות גבולית, קוים פרנוידליים, סכיזואידאליים, וסדיסטיים. אם "היוזמת", בגלוי או בסמוי, את אינוסה של ילדתה על ידי בן זוגה, הזדהתה בדרך כלל עם דמות התוקף, לאור נטישתה או דחייתה של הדמות הנשית האימהית בילדותה.

דוגמה - חביבה הגיעה לטיפול עם בתה בת ה-13, בעקבות העמדתו לדין של חברה לחיים באשמת פגיעה מינית קשה בבת. חביבה תיארה את חייה היא כמסכת של קשיים: מאז היותה ילדה צעירה הותקפה מינית על ידי אביה ואחיה, אמה נטשה את הבית בהיותה בת 3 והיא גודלה על ידי אב חזק ובעל יכולת התמודדות (לדבריה) וסבתא (מצד האב) אותה תיארה כרודנית, ששנאה אותה בשל נטישתה של האם את האב, שהיה הבן האהוב על אמו. לדבריה, יחסיה עם בתה היו טובים עד לתקופה האחרונה, בה החלה הבת להתפתח פיזית. "הילדה מפתה את החבר, לבושה בגופיות, מתקלחת בשעות שהוא חוזר מהעבודה, יושבת אתם בסלון לראות טלוויזיה, שואלת שאלות, די ברור כי נערה בת 13 תגרה גבר". היה ברור לחביבה כי חברה לחיים נמשך לבתה. מדי פעם, כאשר בתה חזרה מפעילויות חברתיות בשעות הערב, היתה חביבה טוענת כי הבת כנראה מבלה עם גברים, ומבקשת מחברה לחיים כי יבדוק אם אכן זנתה. בדיקות אלו כללו הפשטתה של הילדה, חיטוט באיבריה הפנימיים ואינוסה. רק לאחר בריחתה של הבת מן הבית לאילת ומעצרה על ידי המשטרה באשמת שוטטות, ספרה הילדה בחקירה על ההתעללות המינית של החבר לחיים, האם לא הוזכרה בסיפור.

### ניתוח

מן הדוגמה עולה כי הדמויות הנשיות בחייה של חביבה נתפסו על ידה כשליליות, ואילו דמותו של האב נתפסה כחזקה ובעלת יכולת התמודדות. תהליך ההזדהות עם התוקפן מאפשר לחביבה, באופן פתולוגי, לנתק עצמה מן הפגיעה ולתפוס עצמה כקורבן. אלא שעל מנת לחוש חזקה עליה למצוא קורבן אחר, הקרובה ביותר והמאיימת ביותר - הבת. הילדה נתפסת בעיניה כמתחרה על אהבתו או הערכתו של בן הזוג (בדומה לתחרות שהיתה בינה ובין סבתה הרודנית). האפשרות העומדת בפניה היא להפוך באמצעות פיצול את הילדה לזונה ואת עצמה לטהורה ובכך לשמר את דמותה אצל בן הזוג. באמצעות בן הזוג היא הופכת להיות הפוגעת ובכך "מצילה" עצמה מתפקיד הקורבן.

## טיפוס רביעי- "שותפות גורל"

אישיותה של אם מטיפוס "שותפה לגורל" בנותיה מאופיינת בדרך כלל על ידי התנהגות של חוסר אוניס נלמד, ילדותיות ותלותיות בסביבה חברתית כולל בילדיה, דיכאון וחרדה, חוסר אסרטיביות וחוסר יוזמה ורמה גבוהה של סומטיזציה.

דוגמה- נורית, בת 49, אם לשתי בנות נשואות שנפגעו מינית על ידי אביהן, נפגעת גילוי עריות בעצמה מצד אביה, הגיעה לטיפול ביחד עם בנותיה. מסיפורה עלה כי בעלה, שנפטר זמן קצר לפני הפנייה לטיפול, היה איש אלים ביותר. נורית ובנותיה פחדו ממנו פחד מוות. האם והבנות היוו כעין קבוצת תמיכה זו לזו כל תקופת גדילתן. למרות המודעת לנוק שגורמת התעללותו המינית והפיזית של הבעל בבנותיה, לא העזה נורית להתלונן בפני גורמי רווחה או משטרה ואף השביעה את הבנות שלא לספר דבר, מפחד פן תרצחנה על ידו. רק לאחר מותו העזו להגיע לטיפול. הבנות לא האשימו את האם על שתיקתה וכניעתה לאב האלים, לדבריהן הבינו את האימה והטרור שחייתה בהם מילדות ואת חוסר האונים שחשה.

## ניתוח

מן הדוגמה עולה, כי האם הסכינה עם הטרור, שהופעל כלפיה וכלפי בנותיה, ללא תחושת אשמה אלא מתוך תחושה של כניעה וקבלת הגורל הבלתי נמנע, על פי עולם ההנחות שלה. על פי תפיסתה, בהתנהגות הנכנעת ובהימנעותה מדיווח תרמה להצלת חייהן של בנותיה. תלותה בבנות גבוהה, מבחינתה הן אחיות לצרה, המשמשות לה גם כתחליף להורה.

## דין

למרות מגבלות המחקר הנוכחי - קבלת מידע ונתונים באמצעות ראיון של אנשי מקצוע, לגבי נשים שנפגעו מינית על ידי אביהן ואשר ילדיהן נפגעו על ידי בן זוגן, שיטת ניתוח שהתבססה על הראיונות ועל תיקי הטיפול, שנכתבו אף הם על ידי המטפלים במהלך הטיפול - נראה כי יש בממצאים לתרום להבנת דפוסי ההתנהגות של אמהות לילדים שחוו גילוי עריות. מן הממצאים עלו ותוארו ארבעה טיפוסים אמהות: "שאינה יודעת", "השותפה הסמויה", "היוזמת" ו-"שותפה לגורל".

מן הדוגמאות ניתן לראות כי כל הנשים השתמשו במנגנונים דיסוציאטיביים כדי להתמודד עם האירועים שחוו הן עצמן ועם הפגיעה בילדן. כאשר האירועים הקשים חוזרים ונשנים, וקימת חשיפה מתמדת למצבים הטראומטיים, אין מוצא מאשר ללמוד לברוח באופן קבוע מן המצב - להסתגר בתוך הנפש, לברוח לדמיון ולחלומות בהקיץ. נועה (שם בדוי), בת 42, תיארה את עצמה בעת אנוסה על ידי האב, "בעת מעשה אני ציפור, אני עפה, אני נשמה, אני לא שם, אחר כך אני חוזרת וכואב לי...". באמצעות הניתוק יכול הילד לברוח מן הסבל המיידי. בריחה וניתוק תמידי כזה מאפשרים לילד לתפקד בתחומי חיים אחרים, לעתים קרובות באופן כזה שקשה לסביבה לגלות כי הוא סובל. דינה (שם בדוי), כתבה ביומן במהלך

הטיפול "היה 'אני' של בפנים והיתה 'אני' של בחוץ. בחוץ 'אני' הייתי תלמידה מצוינת, רקדנית, ספורטאית, בפנים הייתי 'אני' מבוהלת, מפוחדת, שישנה עם סכין מתחת לכר ולא מעזה להשתמש בה". ילדים רבים ממשיכים להשתמש בהגנה דיסוציאטיבית גם כאשר אינם נתונים עוד לסכנה. המנגנונים הדיסוציאטיביים אינם רק מנגנוני הגנה בפני טראומות אלא משמשים, בהמשך החיים, כדרכי התמודדות יעילות עם מציאות קשה. היכולת לדמיין, לפנטז, לחוות את העצמי במקום או זמן אחר בעת התרחשותה של הטראומה או לאחריה, מתפתחת ומתרחבת מעבר למצבים מהם יש לברוח ומשמשת כבסיס לרכישת מיומנויות נוספות של התמודדות, כגון היפנוזה ומדיטציה (Kluft, 1991; Spiegel, 1988). כאשר גילה (שם בדוי), תיארה את הרגע בו גילתה לה בתה, בנוכחות יועצת בית הספר, על מעשי האונס של האב, אמרה (כפי שנכתב על ידי המטפלת בתיק הטיפול): "לא הרגשתי כלום, שמעתי אותה מדברת, אבל לא הרגשתי שמדברת אלי....אחר כך שאלתי רק אם היא בטוחה שזה נכון...". הגנתיות דיסוציאטיבית כרונית עלולה להתפתח לפסיכופתולוגיה, בה מתפתחים מצבים נפשיים ממוקדים (זומר וזומר, 1997), העלולים להתבטא במקרים קשים כזהויות אישיותיות נפרדות, המתקיימות זו לצד זו במבנה אישיותו של האדם. אנשים כאלה סובלים מתופעה של אישיות רבת-פנים, בעלי סימפטומים של דיכאון, תנודות במצבי רוח, נטיות אובדניות, התקפי חרדה, התקפי זעם, הפרעות אכילה, מצבי טרנס וחוויות של דפרסונליזציה. מנגנונים הגנתיים דיסוציאטיביים, שיש להם ערך הישרדותי בהתמודדות עם אירוע טראומטי, עלולים אם כן לפגום ביכולתו של הפרט להתמודד בבגרותו עם מצבי הורות שונים, המחייבים עימות והתמודדות ישירה עם גורמי הלחץ או האובייקטים השונים (בני משפחה), כפי שבאו לידי ביטוי בכל אחד מן הדפוסים שנמצאו.

בניסיון להבין את טיפוסי האמהות, בהקשר של הדינמיקה של העברה בין-דורית של גילוי עריות, נראה כי באמצעות מנגנון ההגנה של פיצול (Bowen, 1978) הילד, עליו מושלכים חלקים מעצמיותה הלא מגובשת של האם, עלול לקבל, במקרה של פגיעה מינית בילדות, את תפקיד הקורבן אותו מילאה האם עצמה בילדותה, אם כקורבן חסר הגנה, אצל טיפוס "שותפות גורל", ואם כאישה מתחרה (במקרה של "היוזמת").

על פי גישתו של Minuchin (1974), טיפוס ה- "שותפה הסמויה", לדוגמה, הנה אם שאינה רוצה בקשר מיני ואינטימי עם בן זוגה. האפשרות העומדת לרשותה היא "הקרבת" בתה, תמורת "הצלת" עצמה, או אם הכמהה לקשר מספק חיובי עם ההורים התוקפים, המיוצגים על ידי בעלה והמנסה להגיע לכך באמצעות העלאת ילדיה לעולה (קורבן). במשפחה בה האם היא מהטיפוס ש- "אינה יודעת", הגבולות בינה ובין חלק מילדיה ומבעלה מנותקים, ולכן אינה ערה ומודעת למתרחש.

מן הממצאים עולה אם כן, שאלת הסיכון של העברה בין דורית של גילוי עריות. האם, ובאיזו מידה, ילדיהן של אמהות שחוו התעללות מינית במסגרת משפחתן עלולים להיפגע מינית. קאופמן (בתוך כהן, 1980) מתאר דינמיקה של יחסי אם ובת וטוען כי סביר שגילוי עריות יתקיים בדור הבא, אם יתקיימו התנאים הבאים: האישה שחוותה גילוי עריות

מפתחת יחסים קונפליקטואליים עם בתה, הדומים ליחסים שהיו לה עם אמה, הילדה מקבלת ומתפקדת בתפקיד אימהי (ילד-הורי), ישנם קשיים מיניים בין האם ובעלה (על רקע הפגיעה בילדות) שישאירו את האב במצב כרוני של חוסר סיפוק מיני, ולבעל נטיות פדופיליות מובנות. בתנאים אלה, הזירה על פי קאופמן מוכנה להתרחשות.

על אף שקיימים דיווחים רבים של מטפלים, בתחום פגיעה מינית בילדות, על מקרים של העברה רב-דורית, חסרים ממצאים אמפיריים לגבי מידת שכיחות התופעה. יחד עם זאת, נראה כי יש חשיבות רבה לטיפול בנפגעי גילוי עריות בתקופת הילדות, על מנת לצמצם את מידת ההכללה של מנגנונים דיסוציאטיביים, צמצום שאולי יהיה בו כדי להקטין את מידת הסבירות של הישנות התופעה בדור הבא. בנוסף, ישנה חשיבות רבה לעבודה טיפולית עם האמהות עצמן, הן כדי לסייע בידן להתמודד עם כאבן, כילדות שחוו גילוי עריות, והן כדי לסייע בידן להתמודד ביעילות רבה יותר כאמהות, המסוגלות להגן ולתמוך בילדיהן, תוך צמצום הטראומטיזציה המשנית ו/או רה-טראומטיזציה בעקבות הפגיעה בילד.

## ביבליוגרפיה

- זומר ל. וזומר, א. (1997). היבטים פסיכו-דינאמיים של עבודות אמנות בהפרעת זהות דיסוציאטיבית. *שיחות*, ייא (3), 183-194.
- כהן, ת. (1998). אמהות בקרב נשים שהיו קורבנות לפגיעות מיניות בילדותן. *חברה ורווחה*, ייח (2), 295-302.
- כהן, ת. (1980). גילוי עריות. בתוך: ש., קליגר ור., אש. *תקיפת ילדים על רקע מיני* (עמ. 30-22). תל אביב: משרד החינוך והתרבות.
- Alford, C. F. (2000). Levinas and Winnicott: Motherhood and responsibility. *American Imago*, 57(3), 235-259.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> Ed.). Washington, DC: Author.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical family practice*. New York: Aronson.
- Danieli, Y. (1998). *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. The Plenum series on stress and coping. New York: Plenum Press.
- Davis, P. H. (1997). Melanie Klein, motherhood, and the "heart of the heart of darkness". In J. Liebman, & D. Capps (Eds.), *Religion, society, and psychoanalysis: Readings in contemporary theory*. (pp. 90-105) Boulder, CO: Westview.
- Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A., & Ting, L. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: Long-term correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 63-80.
- Elliott, M. (1995). Work, family and self-esteem during the transition to adulthood. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56(3-A), 1141.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 1-21) New York: Brunner/Mazel.
- Hanley, H. M. (1997). The impact of incest history on survivors' relationships with their children. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 57(12-B), 7727.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Janoff-Bulman, R., & McPherson-Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. J. Power, & C. R. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice*. (pp. 91-106) New York: John Wiley.

Kluft, R. P. (1991). Hypnosis in childhood trauma. In Wester, W. C., & O'Grady, D. J. (Eds.), *Clinical hypnosis with children*. Westport, New York: Bruner/Mazel.

Lesser, J. (1998). From childhood maltreatment to motherhood: An exploration of the triad of childhood abuse, depression, and maternal role attainment in adolescent mothers. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 58(10-B), 5329.

Lev-Wiesel, R. (2000). Quality of life in adult survivors of childhood sexual abuse who have undergone therapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(1), 1-14.

Lev-Wiesel, R. (1999). I want to rebirth my twenty year old son. *Journal of Family Social Work*, 3(4), 39-48.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. (pp. 520-554) New York: Guilford Press.

Maguire, N. B. (2000). The impact of childhood maternal loss on the transition to motherhood. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 61(1-B), 539.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Patton M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2<sup>nd</sup> Edition). Newbury Park: Sage.

Pavivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion-focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115-134.

Platts, G. (2000). Voices of loss: Motherhood and the social construction of identity. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 60(8-A), 3154.

Post, C. S. (1998). The role of information seeking in the transition to motherhood: Relations with adjustment, life tasks and expectations. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 58(12-B), 6820.

Priel, B., & Besser, A. (2000). Dependency and self-criticism among first-time mothers: The roles of global and specific support. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(4), 437-450.

Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Profiles and problems. *Child Abuse and Neglect*, 17, 39-45.

Spiegel, D. (1988). Dissociation and hypnosis in posttraumatic disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 17-33.

Stern, D. N. (1995). *The Maternal Constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.

Swindells, J. (1995). *The uses of autobiography*. London: Taylor and Francis.

Van der Kolk, B. A. (1999). The body keeps the score: Memory, and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. In M. J. Horowitz (Ed.), *Essential papers on posttraumatic stress disorder*. (pp. 301-326) New York: New York University Press.

Williams, C., & Vines, S. W. (1999). Broken past, fragile future: Personal stories of high risk adolescent mothers. *Journal of the Society of the Pediatric Nurses*, 4(1), 15-23.

Yehuda, R. (2002). Posttraumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108-114.

Zuravin, S. J., DiBlasio, F. A. (1996). The correlates of child physical abuse and neglect by adolescent mothers. *Journal of Family Violence*, 11(2), 149-166.



# תחושת שליטה, סגנונות שליטה והקשר לאיכות חיים בקרב נשים החולות בסרטן שד<sup>1</sup>

אורית רויז<sup>2</sup>



סרטן הוא קבוצת מחלות שמתרחשות כאשר תאים מתחלקים בצורה אבנורמלית. הרקמות המיותרות שנוצרות נקראות גידול. גידול שפיר הינו גידול שכאשר הוא מוסר אינו חוזר ואינו פולש לרקמות אחרות. לעומת זאת, גידולים ממאירים מתרחשים כאשר התאים הסרטניים פוגעים ברקמות אחרות, נפרדים מהגידול ועוברים לזרם הדם או למערכת הלימפה. כך הסרטן מתפשט ויוצר גידולים משניים. שיעורי התחלואה בסרטן השד עולים עליה מדאיגה. בניגוד למחלות קשות אחרות, כמו מחלת לב, אין הפחתה משמעותית בתמותה מסרטן השד (אבגר, 1996).

ארוע של סרטן השד כולל שלושה שלבים מרכזיים: הגילוי, הניתוח וההחלמה. כל שלב הוא למעשה, מצב משברי, המאופיין בקשיים ובלחצים ייחודיים, ומצריך משאבי התמודדות והסתגלות שונים. שלב הגילוי, מתחיל בבדיקה תקופתית אצל הרופא (או בבדיקה עצמית) עם גילוי גוש חשוד בשד. מרבית הנשים מגיעות מהר למדי לבדיקה כירורגית ועוברות ביופסיית שד. חלקן הגדול מתבשרות כי הממצא שפיר, והאחרות, אצלן הגידול חשוד כממאיר, מופנות לקביעת תור לניתוח. תקופת הגילוי, המתייחסת לפרק זמן זה, אורכת על פי רוב שבועיים עד שמונה שבועות. שלב הניתוח, מתייחס לפרק זמן קצר (עד כשבוע ימים) של אשפוז האישה בבית החולים, לצורך ניתוח להוצאת הגידול בלבד, או לצורך כריתת שד מלאה. שלב ההחלמה מהניתוח, כולל את פרק הזמן שלאחר הניתוח, הכולל הוצאת תפרים, קבלת תשובה פתולוגית והכנה לטיפול אונקולוגי במידת הצורך (וייס, 1986).

<sup>1</sup> המחקר נתמך על ידי מענקים שנתקבלו מהאגודה למלחמה בסרטן בישראל, האגודה הישראלית לקרנות מחקר וחינוך והמרכז לחקר וקידום בריאות האשה.

<sup>2</sup> אורית רויז, דוקטורנטית במחלקה למדעי ההתנהגות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

קבלת הודעה על חשד או ממצא סרטני בשד היא חוויה טראומטית. הגילוי מתואר כחוויה הרסנית, המעמידה את האישה בפני עתיד מאיים וחסר וודאות (Schag, et al., 1993). האישה עומדת בפני מספר אתגרים פיזיים ונפשיים, הכוללים דאגות בנוגע לטיפול ולהישרדות, הפרעות בדימוי גוף ובתפקוד מיני, בעיות ביחסים בינאישיים, דיכאון וחרדה (Moyer & Salovey, 1996). במפגש שבו הרופא מוסר את האבחנה, נעות תגובות האישה מקיפאון ותקיעות ללא יכולת לזוז או לומר דבר, לגמגום, בלבול ועד להתפרצות של בכי או צעקות (Palsson & Norberg, 1995). הדיאגנוזה והשלבים המוקדמים של הטיפול בסרטן מקושרים עם רמות גבוהות של סימפטומים של חרדה, דיכאון וצורות אחרות של מצוקה רגשית (Carver et al., 1993), ונמצא, כי רמות גבוהות של חרדה ודיכאון בשלב הגילוי קשורות עם עוצמת התחלואה הנפשית בשלבים מאוחרים יותר של המחלה (Hughes, 1982). באופן כללי, הסתגלות לסרטן השד הינה תהליך הסתגלות שמשלב בין מאפייני המחלה והטיפול בה, הערכות קוגניטיביות ומאמצי ההתמודדות.

## שליטה ומחלות כרוניות

קיימת הסכמה רחבה בקרב חוקרים וקלינאים שתחושת השליטה של הפרט הינה אחד המנבאים החשובים ביותר המעורבים בתחושת הרווחה הנפשית (well-being) של האדם ובבריאותו הפיזית (e.g., Heckhausen & Schulz, 1995; Skinner, 1995; Shapiro, Schwartz & Astin, 1996). יתרה מכך, תחושת שליטה הינה חלק מרכזי של התמודדות טובה עם חוויות מלחיצות וטראומטיות (e.g., Lazarus & Folkman, 1991; Shapiro, 1994), טען, כי שליטה משפיעה על תחושת הזהות, על יחסים בינאישיים ועל האופן שבו אנו מתמודדים עם מחלות. ואכן, בתיאוריות רבות נתפסת השליטה ככלי משמעותי העומד לרשות האדם. Bandura (1989), אבי הגישה הקוגניטיבית-חברתית, טען, כי "בין המנגנונים העומדים לרשות האדם, אין דבר יותר משמעותי ומוכלל מאשר אמונת האדם לגבי יכולתו להשיג שליטה על מאורעות שמשפיעים על חייו". Beck (1976), מייסד הטיפול הקוגניטיבי, טען, כי גישות פסיכותרפוטיות דומיננטיות שותפות להנחה הבסיסית כי אדם עם הפרעה רגשית חווה עצמו כקורבן לכוחות עליהם אין לו שליטה ולכן, מטרת הטיפול היא זיהוי הכוחות אשר מעצבים את חייו ולקיחת שליטה על מהלך החיים. באופן כללי, הספרות המדעית גורסת כי תחושת השליטה חשובה ל-well being הפסיכולוגי, לא פחות משליטה אובייקטיבית (e.g., Bandura, 1997; Shapiro, 1994).

תחושת שליטה מוגדרת כאמונה של הפרט שביכולתו לקבוע את המצבים הפנימיים שלו ואת התנהגותו, להשפיע על סביבתו ולהביא לתוצאות רצויות (Wallston et al., 1987). ישנה תמיכה רחבה לכך שתחושת שליטה מביאה לתוצאות חיוביות עבור חולים (Taylor et al., 1991). תחושת שליטה יכולה להשפיע בצורה חיובית על הבריאות, על ידי העלאת הרווחה הנפשית וצמצום המצוקה (e.g., Thompson & Spacapan, 1991), ומחקרים רבים אף הראו, כי אובדן שליטה עלול להוביל לתוצאות שליליות (Seligman, 1975; Wortman & Brehm, 1991).

1975). מאורע שלילי מוגדר על ידי חוסר השליטה הכרוך בו. בהסתגלות למאורעות מאיימים, אנשים מגלים מוטיבציה להשיג מחדש תחושה של שליטה (Taylor & Armor, 1996). במחקרים שיצרו מצב בעל איום שלילי, נמצא, כי אנשים שחשו שליטה, הושפעו פחות מגורם הלחץ, מאשר אלו שחשו חסרי שליטה (e.g., Thompson, 1981).

### שליטה כמשתנה מרכזי במחלות כרוניות

אחד מהאובדנים הפסיכולוגיים המרכזיים, המקושר עם מחלה, הוא אובדן התחושה שהחיים הם בשליטתו של האדם. גורם חשוב המשפיע על תחושת האובדן, הוא האם החולה רואה את הסיבה למחלה והתקדמותה כנשלטים. אנשים שרואים את המחלה כניתנת למניעה על ידי התנהגותם, עשויים לשמר תחושה של שליטה בנוגע להופעת המחלה, התקדמותה וההתחלה של מחלות בעתיד. אלו שאינם חשים שהם יכולים למנוע את המחלה על ידי התנהגותם, יחוו שליטה אישית מעטה על המחלה הנוכחית ועל הפגיעות שלהם למחלות עתידיות (Thompson & Kyle, 2000). במחלות רבות נבדקו תפיסה ספציפית ותפיסה כללית של שליטה, כמו גם שליטה במגוון תחומים (לדוגמה, סימפטומים, מאורעות חיים כלליים, בריאות וטיפול רפואי). למרות המגוון העצום בשיטות המחקר ובאוכלוסיית החולים, כמעט כל המחקרים מצאו ששליטה קשורה לתוצאות פסיכולוגיות טובות יותר, ללא קשר להגדרה האופרציונלית שלה (e.g., Skinner, 1995; Thompson & Spacapan, 1991). נמצא, שאנשים חולי סרטן, עם תחושה חזקה יותר של שליטה, הסתגלו בצורה טובה יותר ודיווחו על פחות סימפטומים של דיכאון (Blood et al., 1993; Newsom, Knapp & Schulz, 1996; Thompson et al., 1993).

למרות האמור לעיל, ישנן עדויות סותרות. מספר מחקרים באנשים החולים במחלות כרוניות, לא מצאו קשר בין תחושת שליטה והסתגלות פסיכו-סוציאלית. לדוגמה, לא נמצא קשר בין תפיסות השליטה של חולי סרטן (Berckman & Austin, 1993; Malcarne et al., 1995), לבין מצוקה פסיכולוגית. עוד נמצא, ששליטה אינה קשורה בעקביות להסתגלות טובה יותר, במיוחד כאשר משתני מחלה נוספים נלקחים בחשבון (e.g., Christensen et al., 1991). אחת מהסיבות לחוסר העקביות בהשפעות הרווחיות של שליטה, נשענת על העובדה שאספקטים רבים של המחלה הם מעבר לשליטה הממשית של האדם. השאלה, האם תפיסות של שליטה הן הסתגלותיות מבחינה פסיכולוגית, עבור החולים במחלות כרוניות, עומדת בבסיסו של ויכוח תיאורטי, שמתנהל בנוגע לחשיבות של ההתאמה בין אמונות שליטה אישיות והמציאות.

### מודלים של שליטה

אחד המודלים המוכרים ביותר לגבי משתנה השליטה הוא המודל של Rotter (1966), שטבע את המונח - מיקום שליטה (locus of control). מיקום שליטה הינו האמונה הכללית לגבי האופן בו נשלטים האירועים בחיים. מיקום שליטה פנימי, מוגדר כאמונה שהאירועים

נשלטים על ידי מעשיו של האדם עצמו. מיקום שליטה חיצוני, מוגדר כאמונה שהאירועים נשלטים על ידי כוחות חיצוניים, כגון אנשים אחרים או הגורל. ברוב המחלות, ההתמודדות עם המחלה מחייבת מידה מסוימת של פעולה, או תגובה מצד החולה. בכל סיטואציה המחייבת תגובה התנהגותית או רגשית, כולל בשעת חולי, ניתן לשאול האם הפרט פועל מתוך תחושת מיקום שליטה פנימי או חיצוני (Rotter, 1966). במחקרים שנעשו בעשורים האחרונים, נתגלה כי אמנם סולם מיקום שליטה, שפותח על ידי Rotter, הניב תרומה נכבדה להבנת נושא השליטה, אך מיקום שליטה הינו רק אספקט אחד מיני רבים. לאנשים יש פרופילים וסגנונות שונים של שליטה, שיעילים דווקא במצבים מסוימים ולא באחרים.

Rothbaum, Weisz & Snyder (1982), הציעו שתי דרכים עיקריות שבהן אנשים משיגים תחושה של שליטה. דרך אחת היא עבודה אקטיבית להשיג את מה שהפרט רוצה (שליטה ראשונית), והאחרת היא קבלה או הסתגלות של הפרט לסיטואציה כפי שהיא (שליטה שניונית). Rothbaum ועמיתיה, טענו שהתאמה או הסתגלות יכולה להיות מרכיב חשוב בתחושה של שליטה. הבנה זו הייתה בניגוד לרעיון קודם, שקבלה או אסטרטגיות פסיביות הן סימן של חוסר אונים, ולפיכך מצביעות על תחושת שליטה נמוכה. נראה, כי כבר בגישה זו מסתמנת הבנה כי שליטה אינה רק פעולה אקטיבית. יחד עם זאת, Rothbaum ועמיתיה (1982) הציעו, ששליטה שניונית משמשת כאשר מאמצי שליטה ראשונית נכשלו. כלומר, הם עדיין ראו באסטרטגיה זו אסטרטגיה משנית.

### מודל השליטה של Shapiro

Shapiro (1994), טען, כי מרבית המחקרים בפסיכולוגיה המערבית התמקדו בסגנון שליטה פעיל, השואף להשפעה או לשינוי המצב. לעומת זאת, סגנון השליטה של קבלת המצב הקיים, או העצמי, נתפס כבעל רווח משני, שנעשה בו שימוש רק בכדי לקבל את אותם דברים שאינם במסגרת יכולת השליטה האקטיבית של האדם. ניתן להבחין בהטיה סמויה, אם לא גלויה, הרואה שינוי אקטיבי כאסטרטגיית השליטה המועדפת (Shapiro, Schwartz & Astin, 1996). לדברי Shapiro (1994), רוב התיאוריות מתבססות על המשגה חד ממדית של שליטה, ובהן לא קיימת הבחנה בין ויתור חיובי (קבלה והשלמה עם המצב), לבין ויתור שלילי (חוסר אונים עקב מעט מידי שליטה). לטענתו של Shapiro (1994), עדיין נדרשת התייחסות לסגנון השליטה של קבלת המצב או העצמי, ויש להכיר בחשיבות של סגנון שליטה זה, כאיזון משלים לאסטרטגיות של שינוי אקטיבי.

בניסיון לשקף מגמה זו, תוך הכרה כי מבנה השליטה אינו חד ממדי, נבנה מודל שליטה בעל ארבעה ממדים עיקריים (Shapiro, 1994):

א. תחושת שליטה (sense of control) - המדד לאמונת האדם כי הוא בשליטה, או מסוגל לשלוט אם ירצה בכך. למשל, אדם בעל תחושת שליטה גבוהה יהיה בעל תחושה של שליטה בתחומים שהוא רואה כחשובים בחיים.

- ב. סגנונות שליטה (modes of control), מבוססים על שתי דרכים שונות בהן רוכשים שליטה. האחת הנה המאמץ האקטיבי, הנעשה כדי להשפיע על הסביבה או על עצמך. השנייה הנה המידה בה יש קבלה של המצב או של עצמך.
- ג. מוטיבציות לשליטה, הן הרצון של הפרט לשלוט בעצמו (שליטה עצמית) ובסביבה.
- ד. סוכני שליטה, הם מקורות השליטה, שיכולים להיות ה-self או אובייקט חיצוני, כגון משפחה, רופא או כוח עליון.

בנוסף, בתוך הממד של סגנונות שליטה, Shapiro (1994), יצר ארבעה סגנונות שונים והציגם במודל (ראה טבלה מס' 1):

**טבלה מס' 1: מודל ארבעה הרבעים של סגנונות השליטה**

<p><b>2. קבלה/ ויתור חיובי</b> סגנון שליטה הכולל קבלה והשלמה עם המצב - האדם מסוגל להשתחרר מניסיונות אקטיביים של שליטה, ולקבל את הסיטואציה, או את עצמו, בלא כניעה או חוסר אונים.</p>	<p><b>1. אסרטיביות חיובית</b> סגנון שליטה אקטיבי, הכולל שינוי - האדם מבצע ניסיונות מתאימים לשנות את עצמו או את סביבתו.</p>
<p><b>4. קבלה/ ויתור שלילי</b> מעט מידי שליטה, כניעה וחוסר אונים.</p>	<p><b>3. אסרטיביות שלילית</b> שליטת יתר- האדם משתמש במאמצי שליטה אקטיביים באופן נרחב מדי, או בלתי מתאים.</p>

רוב המחקרים העוסקים בשליטה מגדירים שליטה כסגנון אקטיבי (רביע 1) וחוסר שליטה כסגנון פאסיבי, חוסר אונים (רביע 4). הסגנון האסרטיבי חיובי מתייחס להתנהגויות, אסטרטגיות קוגניטיביות, החלטות ואמונות של האדם, המיועדות לשנות את הסביבה או את העצמי, בהתאם לצרכי הפרט או בהתאם למטרותיו. דוגמאות לסגנון זה הן השגת מידע רפואי נרחב, השגת טיפול רפואי טוב, מעקב אחר מהלך הטיפול והשקעה בסוגים שונים של טיפולים, כגון תזונה והתעמלות. השגת מידע על הסיבות ומהלך המחלה של האדם, ועל אפשרויות הטיפול, יכולות להעלות את תחושת השליטה. לעומת זאת, בסגנון השליטה של קבלה חיובית, האדם מקבל ומתאים עצמו לסביבה או לעצמי על ידי שינוי הקוגניציות שלו. לדוגמה, שינוי מטרותיו למטרות הניתנות להשגה ומציאת משמעות באובדן ובמצב החיים העכשווי שלו. קבלה מעלה את תחושת השליטה של האדם, כיוון שהיא עוזרת לו לחוש פחות כקורבן וחוסר אונים.

ייחודו של מודל זה, בניגוד לקודמיו, הוא בכך שמודל זה מציע את ההבחנה בין ויתור חיובי (קבלה), וויתור שלילי (פסיביות), ולא רואה אותם כסגנון התמודדות יחיד, המסמל

פסיכיות, פחדנות, חוסר אוניס והימנעות. באופן דומה נעשית הבחנה בין אסרטיביות חיובית לשלילית. Shapiro (1994), הראה, כי שני הסגנונות החיוביים (אסרטיבי או קבלה) אינם סותרים זה את זה ושכתוצאה מהתערבות (קוגניטיבית או התנהגותית), אנשים יכולים להגדיל את ציוניהם בשני המדדים. במחקר שערכו Astin ועמיתיו (1999) נבחן סגנון השליטה היעיל ביותר לשמירה על תחושת שליטה, רווחה נפשית והישרדות אצל חולות סרטן השד. נמצא, כי נשים שהשתמשו בסגנון שליטה של ויתור חיובי, בשילוב עם אסרטיביות חיובית, היו במצב טוב יותר מבחינה נפשית מאשר אלו שהסתמכו באופן בלעדי על סגנון של אסרטיביות. Thompson ועמיתיו (1993), מצאו שחולים בסרטן עם תפיסה גבוהה יותר של שליטה בתגובות הרגשיות היום יומיות שלהם ובסימפטומים הפיזיים שלהם, דיווחו על פחות סימפטומים של דיכאון. מתוך המחקרים עולה כי גם תחושת שליטה וגם סגנון השליטה הנם מנבאים חשובים של הסתגלות פסיכולוגית לסרטן השד.

### **חומרת המחלה האובייקטיבית והסובייקטיבית**

בניסיון לקבוע אלו מצבים סביר שיפיקו רווח או יפגעו על ידי שליטה, יש להביא בחשבון משתנים נוספים. מספר מחקרים הציעו כי חשוב לעשות הבחנה בין שליטה אובייקטיבית ושליטה סובייקטיבית. בשעה שחלק מניחים שאמונה של שליטה, או "אשליה" של שליטה, יכולה להיות חשובה יותר משליטה אובייקטיבית (e.g., Wallston et al., 1987), אחרים מציעים כי אמונת הפרט שיש לו שליטה, במצבים שבהם קיימת מעט שליטה אובייקטיבית, יכולה להיות לא סתגלנית (e.g., Shapiro, Schwartz & Astin, 1996). Shapiro ועמיתיו מצאו כי השליטה היא טובה ביותר כאשר ישנה התאמה בין תחושת השליטה של הפרט לבין השליטה האובייקטיבית במציאות. השליטה האובייקטיבית היא נגזרת של חומרת המחלה, ולכן גם משתני מחלה צריכים להילקח בחשבון, לפני שניתן להסיק מסקנות. מחקרים מעטים בלבד השתמשו במשתני המחלה, בשילוב עם אמונות שליטה (e.g., Christensen et al., 1991; Helgeson, 1992; Reed, 1993).

במחקר שבוצע על ידי Kilian, Matschinger & Angermeyer (2001), 1720 אנשים בריאים מהאוכלוסייה הכללית ו-242 חולים מאושפזים עם מחלות כרוניות, כגון סרטן ומחלות לב, מילאו שאלון איכות חיים. מתוצאות המחקר עולה, כי מחלות גופניות גורמות לפגיעה באיכות החיים הפסיכולוגית. החוקרים הדגישו שמחלה כרונית משפיעה על איכות החיים, גם מעבר לפגיעה בבריאות וביכולות התפקודיות. ההשפעה השלילית של כל המחלות הגופניות על איכות החיים הפסיכולוגית, מצביעה על כך שגם האספקטים הרגשיים צריכים להילקח בחשבון. נראה, כי על מנת להגיע להבנה שלמה ומלאה יותר, רצוי לכלול לא רק את חומרת המחלה האובייקטיבית (היינו שלב המחלה, פרוגנוזה וכו'), אלא גם את חומרת המחלה הסובייקטיבית. חומרת המחלה הסובייקטיבית היא ההערכה של האדם את מחיר המחלה, במונחים של תוצאות רפואיות וחברתיות (Zagumny & Brady, 1998). נראה, כי עד היום לא נעשתה הפרדה ברורה בין חומרה אובייקטיבית של המחלה לבין החומרה הנתפסת שלה בעיני החולה.

## איכות חיים

אחד מהמשתנים השכיחים, הנחקרים כיום בתחום הבריאות והפסיכולוגיה הינו איכות חיים. בשני העשורים האחרונים, מושג איכות החיים הולך ותופס מקום מרכזי מבחינת ההתפתחות התיאורטית ומבחינת כמות המחקרים האמפיריים בנושא. למרות ריבוי המחקר בתחום, עדיין חסרה הגדרה ברורה, אחידה ומוסכמת למושג "איכות חיים". ביטוי לכך ניתן למצוא בריבוי המונחים המדעיים המשמשים להגדרת איכות חיים, למשל רווחה נפשית (well-being), אושר (happiness) ושביעות רצון מהחיים (life satisfaction). בתחילה, המחקר על איכות חיים עסק בחיפוש אחר גורמים אובייקטיביים להערכת איכות החיים של האדם. הדגש הושם על משתנים דמוגרפיים (כגון: רמת הכנסה, מקצוע, תעסוקה, גיל, השכלה ומצב משפחתי) ועל רמת התפקוד הפיזית והחברתית, אשר נמדדה באמצעות מדדים אובייקטיביים, כגון מספר ימי מחלה או מספר פגישות עם חברים. מתוך הספרות המחקרית בתחום עולה, כי השונות המוסברת באיכות חיים, לפי מדדים דמוגרפיים, הייתה נמוכה (Diener, 1984). הבעיה המרכזית שעולה מהשימוש במדדים אובייקטיביים מסוג זה, היא שהם אינם מתחשבים בהשפעת התרבות והערכים של האדם (Evans, 1994; O'Boyle, 1994). מתוך כך עלה הצורך להעריך את איכות החיים, כפי שהיא נתפסת ונחוות על ידי האדם עצמו, כלומר "איכות חיים סובייקטיבית" (Andrew & Withey, 1976). הכלים השכיחים המשמשים כיום, פותחו משתי מסגרות עיקריות: איכות חיים כללית (generic) ואיכות חיים הקשורה לבריאות.

בשנת 1992 נוסדה, בחסות ארגון הבריאות העולמי, קבוצת מחקר בנושא איכות חיים WHOQOL World Health Organization Quality of Life Group, ומטרתה הייתה לכמת ולהגדיר את המושג "איכות חיים". איכות חיים, הוגדרה על ידי קבוצת ה-WHOQOL כתפיסות של האדם לגבי עמדותיו בחיים, במסגרת התרבות ומערכת הערכים שהוא חי בה, תוך התייחסות למטרות, לציפיות ולסטנדרטים שלו (WHOQOL Group, 1995). קבוצת ה-WHOQOL, אשר מורכבת מ-30 מרכזים אקדמיים ברחבי העולם, פיתחה המשגה ובעקבותיה שאלון למדידת איכות חיים, שמורכב מששה התחומים: "בריאות פיזית", "רווחה נפשית פסיכולוגית", "יחסים חברתיים", "עצמאות", "סביבה" ו"רוחניות" (WHOQOL Group, 1998). שאלון זה תקף לאנשים חולים ובריאים כאחד. ניתן לציין, כי הקבוצה מדגישה את הרב ממדיות של מושג איכות חיים, ומכאן, שיש לאמוד את איכות החיים בכל התחומים, על מנת להגיע להבנה מקיפה יותר בנוגע לאיכות חייו של האדם.

מרכיב איכות החיים חשוב במיוחד, כאשר מדובר במחלות כרוניות או במחלות שבהן הטיפול עצמו גורם לחולה סבל מתמשך. במהלך שנות ה-80 המוקדמות נכנס המושג של איכות חיים סובייקטיבית למחקר על בריאות, במטרה לגלות את ההשפעות הלא רפואיות של מחלות כרוניות, וכקריטריון להערכת היעילות של טיפול רפואי ופסיכו-סוציאלי (e.g., Ebrahim, 1995; Bowling, 1995). לאחרונה, מושם דגש על גישות המבקשות להעריך את

תפיסות החולים לגבי ההשפעה של מחלות על איכות חיים הקשורה לבריאות (Health Related Quality of Life - HRQOL) (Tsevat et al., 1994; Tsevat et al., 1995).

Schipper (1999), הגדיר איכות חיים הקשורה לבריאות, כהשפעה של המחלה ושל הטיפול הניתן לה על החולה, כפי שהיא נתפסת על ידי החולה. הוא ציין, כי מדדי איכות חיים הקשורה לבריאות, הם סובייקטיביים בשני אופנים: א) הם אינם ניתנים למדידה פיזית, ו-ב) האופן שבו המטופל רואה את חשיבות הליקוי התפקודי, הוא שווה ערך לקיומו של התפקוד הלקוי. כיום, במחקרים הקשורים למחלות, הסמן השכיח ביותר של איכות חיים הוא HRQOL, שנותן מידע ספציפי לגבי הדרך שבה אבחנה של מחלה ו/או טיפול משפיעים על החולה (de Vries, 1999). קיימות גישות שונות להגדרה של HRQOL. הגישות מובחנות ביניהן על ידי היותן כלליות (generic) או ספציפיות למחלה (disease-specific). הגישה הכללית מתמקדת במדידת תחומי איכות חיים אצל חולים, אך ללא קשר לסוג המחלה. הגישה הספציפית למחלה, מתמקדת במדידת תחומי איכות חיים המיוחדים למצב או למחלה, כגון לב, סרטן וכד'. Wegner (1999), הציעה מספר מרכיבים של HRQOL המוערכים על ידי החולה, כגון, רמת נוחות, תחושת רווחה, יכולת לשמור על רמה תפקודית סבירה - פיזית, נפשית ואינטלקטואלית, והיכולת להשתתף בפעילויות החשובות לאדם. בהתאם להגדרות אלו, HRQOL מודדת את 'חוויית החולי' - תיוג הסימפטומים, ההתנסות בחוסר היכולת לתפקד באופן רגיל, והמאמץ לרכישת שליטה על ההפרעה. מכל מקום, בנייתו על שכלל 12 מחקרים על מחלות כרוניות, Smith, Avis & Assmann (1999), מצאו שמצב בריאות ו-HRQOL הם מבנים שונים עבור החולים. מצב בריאות היה קשור בעיקר לתפקוד פיזי ואילו איכות חיים הייתה קשורה יותר לבריאות נפשית. Bosworth ועמיתיו (2000) טוענים שהבדלים באיכות חיים יכולים לנבוע משוני בתפקוד הפיזי והנפשי (HRQOL) ולא רק מחומרת המחלה.

## תמיכה חברתית

מאז אמצע שנות השבעים הולך וגובר העניין בתמיכה חברתית כאחד המשאבים החשובים ביותר שיש לפרט בהתמודדות עם מצבי לחץ. ממצאים מחקרניים מצביעים על כך שמערכות תמיכה חברתיות רבות קשורות להתמודדות טובה יותר עם מצבים מלחיצים, ככל הנראה בגלל הזמינות של יותר תמיכה מסוגים שונים (e.g., Cohen & Wills, 1985). נראה, כי לתמיכה חברתית ותמיכה משפחתית יש משקל לא מבוטל בקביעת איכות החיים הסובייקטיבית (e.g., Bosworth et al., 2000; Diener & Fujita, 1995; Holahan et al., 1996). אחת התיאוריות הראשונות היתה של Caplan (1974), לפיה מערכות תמיכה חברתיות מהוות מעין "מגן" בפני סביבה מלחיצה, בכך שהן מספקות מידע לגבי הציפיות מהפרט, סיוע בביצוע מטלות, הערכת ביצועי הפרט וחזוקים מתאימים. מחקרים רבים הציעו כי תפקיד התמיכה החברתית הוא להוות חיץ (buffer) בפני ההשפעות השליליות של גורם הלחץ (e.g., de Ridder & Schreurs, 1996) החוקרים התייחסו להשפעת החיץ (buffer)



effect), לפיה התמיכה החברתית יעילה בעיקר במצבי לחץ חריפים יותר. השערת החיץ שתוארה לעיל, הנחתה חלק גדול מהמחקר על השפעת התמיכה החברתית על איכות חיי חולים כרוניים. בסקירתם המקיפה, של הקשר בין תמיכה חברתית והתמודדות עם מחלות כרוניות, מציינים de Ridder & Schreurs (1996), כי במרבית המקרים, השערת החיץ אוששה וכי לתמיכה חברתית אכן יש תפקיד בקביעת המאפיינים הפסיכולוגיים הכלליים של הסתגלות למחלה. נמצא, כי למערכות התמיכה החברתית יש תפקיד חשוב בהתמודדות עם מחלה והן עשויות להקל על ההשלכות הפסיכו-סוציאליות הנלוות אליה (Roberts et al., 1994) ולהביא לתוצאות בריאות נפשית חיוביות (e.g., Chappell, 1995; Ryan & Solky, 1996). מספר מחקרים קישרו תמיכה חברתית באופן עקבי להסתגלות פסיכולוגית טובה יותר, בין נשים שאובחנו עם סרטן השד (Neuling & Winefield, 1988). בנוסף, Kriegsman, Penninx & van Eijk (1995), סקרו מחלות כרוניות באנשים מבוגרים ומצאו שתמיכה חיובית של המשפחה קושרה באופן עקבי עם מהלך טוב יותר של המחלה.

### **תמיכה חברתית נתפסת**

אחת ההתפתחויות המעניינות ביותר בספרות העוסקת בתמיכה חברתית, הנה ההסכמה שהאספקט היחיד בתמיכה חברתית הקשור לתוצאות בתחום הבריאות הוא תמיכה חברתית נתפסת, או התחושה שעזרה תהיה זמינה, במידה והפרט יזדקק לה, וזאת בשונה מהעזרה המתקבלת בפועל (Blazer, 1982; Kessler & McLeod, 1984). תמיכה היא מושג תפיסתי בעיקרו, שכן התמיכה קיימת אך ורק כשהפרט תופס שהוא נהנה ומקבל תמיכה (Bloom, 1982). תמיכה חברתית נתפסת, מוגדרת כמידה שבה האדם תופס את קשריו האישיים כמשרתים פונקציות ספציפיות, כאשר הפונקציות השכיחות הן תמיכה רגשית, תמיכה על ידי מתן הערכה, חברות, עזרה מוחשית ותמיכה על ידי מתן מידע (Bennett et al., 2001). תמיכה חברתית נתפסת עשויה להיחשב כמשתנה אישיותי, היות והיא נשאר די יציבה לאורך זמן, אפילו בעת תקופות מעבר בהתפתחות, בהן שינויים סביבתיים יכולים להגיע לשיא (Sarason, Sarason & Shearin, 1986).

### **תמיכה ושליטה**

תמיכה חברתית ושליטה אישית הוכרו, בצורה נרחבת, על ידי חוקרים וקלינאים, כשני מנבאים חשובים ביותר של תחלואה, תמותה, ורווחה נפשית פסיכולוגית בבגרות (e.g., Lachman, Ziff, & Shapiro, 1994). עדיין, היחסים בין שני מבנים אלו אינם ברורים, למרות טענות רבות שהם קשורים (Bandura, 1997; Bisconti & Bergeman, 1999; Pierce et al., 1996; Ryan & Solky, 1996). במחקר שבחן 89 חולי אפילפסיה נמצא כי תמיכה חברתית מתווכת בין חומרת המחלה לבין שליטה (Amir et al., 1999). לעומת זאת, מחקר בקרב חולות בסרטן שד מצא כי נשים עם תחושת שליטה נמוכה חיפשו באופן אקטיבי יותר אחר תמיכה חברתית- ואכן פנו יותר למשפחה, חברים ולארגונים התומכים בנשים החולות

בסרטן שד. במחקר נמצא, כי איכות החיים של חולות אלו הייתה גבוהה יותר מאיכות החיים של חולות שלא השתמשו בתמיכה שכזו (Edgar et al., 2000).

## חומרת האבחנה

הודעה על חשד או ממצא סרטני בשד היא חוויה טראומטית ונחשבת לגורם לחץ מובהק (Carver et al., 1993). ניתן להניח, כי אישה, שמתמודדת עם מצב לחץ כאבחנה של סרטן השד, תשתמש בכל הדרכים המוכרות לה (יעילות או לא יעילות) על מנת לנסות ולהתגבר על מצב הלחץ. שימוש שכזה, סביר שיהיה חזק וקיצוני יותר ככל שהאיום לחיים רב יותר ושיעצים את השפעת הדרך בה האישה תופסת את מצב הלחץ ומתנהגת בתגובה אליו. באופן כללי, ככל שהשלב בו נמצאת המחלה גבוה יותר, הגידול גדול יותר וסיכויי ההחלמה נמוכים יותר המצב יותר סטרסוגני.

יתכן שלאבחנה המתקבלת (שלב I-IV) יש השפעה על הקשר בין תחושת שליטה וסגנון שליטה לבין איכות החיים. כך, שככל שהשלב גבוה יותר, כך הקשר בין תחושת שליטה וסגנון שליטה לבין איכות החיים חזק יותר.

לאור הסקירה הספרותית והצגת המשתנים שלעיל נראה, כי תחושה נפשית חיובית ואופטימית עשויה להקל על חומרת המחלה הפיזית. כלומר, התחושה הסובייקטיבית של המטופל אינה גורם שולי או עניין של מותרות. אלא, התחושה הסובייקטיבית של המטופל מהווה חלק אינטגרלי מהטיפול ומשפיעה על הצלחתו במידה משמעותית.

למחקר, שיבחן את המידה בה תחושת שליטה וסגנון שליטה משפיעים על איכות החיים של נשים שפנו לבדיקת סקר שגרתית של סרטן השד (ממוגרפיה), יכולה להיות תרומה חשובה. מחקר שכזה יאפשר לבחון את המידה בה תחושת וסגנון שליטה לפני קבלת אבחנה של סרטן שד, מנבאים את איכות החיים של נשים לאחר קבלת האבחנה. השערה זו מבוססת על ההנחה, כי תחושת וסגנון שליטה הינם תכונות אישיות בעלות השפעה מרכזית על איכות החיים בכלל, וזו של אנשים הסובלים ממחלות כרוניות כסרטן, בפרט. כמו כן, תוכל להיבדק האפשרות שבמצבים בהם מתקבלת אבחנה של סרטן השד, הקשר בין המשתנים יהיה חזק יותר, מאשר במצבים בהם לא אובחנה האישה כסובלת מסרטן השד, תוך לקיחה בחשבון של חומרת המחלה (אובייקטיבית וסובייקטיבית).

בנוסף, חשוב יהיה לבחון את הקשר של תמיכה חברתית למשתנים אלו. יש לציין, כי ניתן להתייחס לנשים שחלו בסרטן השד ככאלו המדווחות על מקור הומוגני ללחץ. לאבחנה של סרטן השד יש נקודת התחלה ברורה ונשים שלהן אבחנה כזו מסוגלות לדווח על ההתמודדות שלהן בתקופת זמן מוגדרת היטב. בדיקה פרוספקטיבית כזו תשמש כמדידת בסיס (baseline) אמיתית של משתני השליטה, שכן המשתתפות במדידה הראשונה הן נשים שלא קיבלו אבחנה של סרטן השד ולכן לא הגיבו אליה באופן רגשי והתנהגותי. יתרה מזו, סרטן וההתמודדות עמו, הם נושאים בעלי חשיבות ניכרת, לאור השכיחות הגבוהה של

המחלה וההשפעות הפסיכולוגיות המקושרות עם האבחנה והטיפול ( Andersen, Anderson )  
( de Prose, 1989 ).

## ביבליוגרפיה

אבגר, א. (1996). סרטן השד בישראל. מכון ברוקדייל, ירושלים.

וייס, י. (1986). תגובות פסיכוסוציאליות של נשים חולות סרטן השד בעקבות ניתוח שחזור מיידי. עבודת MA. אוניברסיטת חיפה.

Amir, M., Roziner, I., Knoll, A., & Neufeld, M. (1999). Self-efficacy and social support as mediators in the relationship between disease severity and quality of life in epileptic patients. *Epilepsia*, 40, 216-224.

Andersen, B. L., Anderson, B., & deProse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: 2. Psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 692-697.

Andrew, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well being: Americans' perception of life quality*. New York: Plenum.

Astin, J. A., Anton, C. H., Schwartz, C. E., Shapiro, D. H., McQuade, J., Breuer, A. M., Taylor, T. H., Lee, H. & Kurosaki, T. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: The importance of balancing control coping styles. *Behavioral Medicine*, 25, 101-109.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman, W. H.

Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

Bennet, S. J., Perkins, S. M., Lane, K. A., Deer, M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research*, 10, 671-682.

Berckman, K. L., & Austin, J. K. (1993). Causal attribution, perceived control, and adjustment in patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20, 23-30.

Bisconti, T. L., & Bergeman, C. S. (1999). Perceived control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being, and perceived health. *The Gerontologist*, 39, 94-103.

Blazer, D. G. (1982). The epidemiology of late life depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 30, 587-592.

Blood, G. W., Dineen, M., Kauffman, S. M., Raimondi, S., & Simpson, K. C. (1993). Perceived control, adjustment, and communication problems in laryngeal cancer survivors. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 764-766.

Bloom, J. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 16, 1329-1338.

Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Olsen, M. K., Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Williams, R. B., Clapp-Channing, N. E., & Mark, D. B. (2000). Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 9, 829-839.

Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, 41, 1447-1462.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Human Sciences Press.

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., Jr., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

Chappell, N. L. (1995). Promoting successful and productive aging. In L. A. Bond, S. J. Cutler, & A. Grams (Eds.), *Informal social support*. (pp. 171-185) Thousand Oaks, CA: Sage.

Christensen, A. J., Turner, C. W., Smith, T. W., Holman, J. M., & Gregory, M. C. (1991). Health locus of control and depression in end stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 419-424.

de Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: A research agenda. *Psychology, Health and Medicine*, 1, 71-82.

de Vries, J. (1999). *Beyond the health status: Construction and validation of the Dutch WHO quality of life assessment instrument*. Brabant: Katholieke University.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.

Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science and Medicine*, 41, 1381-1394.

Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z., & Fournier, M. A. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 9, 428-438.

Evans, D. R. (1994). Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research*, 33, 44-88.

Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.

Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 656-666.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., & Brennan, P. L. (1996). Social support, coping strategies, and psychosocial adjustment to cardiac illness: Implications for assessment and prevention. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 13, 33-52.

Hughes, J. (1982). Emotional reaction to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(2), 277-283.

Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49, 620-631.

Kilian, R., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2001). The impact of chronic illness on subjective quality of life: A Comparison between general population and hospital inpatients with somatic and psychiatric diseases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 206-213.

Kriegsman, D. M. W., Penninx, B. W. H. J., & van Eijk, J. T. M. (1995). A criterion-based literature survey of the relationship between family support and incidence and course of chronic disease in the elderly. *Family Systems Medicine*, 13, 39-68.

Lachman, M. E., Ziff, M. A., & Shapiro, A. (1994). Maintaining a sense of control in later life. In R. P. Abeles, H. C. Giff, & M. G. Ory (Eds.), *Aging and quality of life*. (pp. 216-232) New York: Springer.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1991). *The concept of coping; Stress and coping*. (pp.189-206) New York: Columbia University Press.

- Malcarne, V. L., Compas, B. E., Epping-Jordan, J. E., & Howell, D. C. (1995). Cognitive factors in adjustment to cancer: Attribution of self-blame and perception of control. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 401-417.
- Moyer, A., & Salovey, P. (1996). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 110-125.
- Neuling, S. J., & Winefield, H. R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: Frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends and surgeon. *Social Science and Medicine*, 27, 385-392.
- Newsom, J. T., Knapp, J. E., & Schulz, R. (1996). Longitudinal analysis of specific domains of internal control and depressive symptoms in patients with recurrent cancer. *Health Psychology*, 15, 323-331.
- O'Boyle, C. A. (1994). The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of life (SEIQOL). *International Journal of Mental Health*, 23, 3-23.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G., Joseph, H. J., & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family*. (pp.3-23) New York: Plenum Press.
- Reed, G. M. (1993). Perceived control and psychological adjustment in gay men with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 791-824.
- Roberts, C. S., Cox, C. E., Shannon, V. J., & Wells, N. J. (1994). A closer look at social support as moderator of stress in breast cancer. *Health and Social Work*, 19, 157-164.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-27.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Ryan, R. M., & Solky, J. A. (1996). What is supportive about social support? On the Psychological needs for autonomy and relatedness. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family*. (pp. 249-267) New York: Plenum Press.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.

Schag, C.A., Ganz, P. A., Polinsky, M. L., Fred, C., Hirji, K. & Petersen, L. (1993). Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11(4), 783-793.

Schipper, F., (1999). Phenomenology and the reflective practitioner. *Management Learning*, 30, 473-485.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San-Francisco: Freeman.

Shapiro, D. H. (1994). *Manual for the Shapiro control inventory*. Palo Alto, CA: Behaviordyne.

Shapiro, D., Jr., Schwartz, C., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51, 1213-1230.

Skinner, E. A. (1995). *Perceived control motivation and coping: Individual differences and development series*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Smith, K. W., Avis, N. E., & Assmann, S. F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8, 447-459.

Taylor, S. E., Helgeson, V. S., Reed, G. M., & Skokan, L. A. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues*, 47, 91-109.

Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873-898.

Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I control it? A complex answer to simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.

Thompson, S. C., & Spacapan, S. (1991). Perception of control in vulnerable populations. *Journal of Social Issues*, 47, 1-21.

Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M. E., Schwankovsky, L., & Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 293-304.

Thompson, S. C., & Kyle, D. J. (2000). The role of perceived control in coping with the losses associated with chronic illness. In J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives*. (pp. 131-145) Philadelphia PA: Brunner-Routledge.



Tsevat, J., Weeks, J. C., Guadagnoli, E., Tosteson, A. N. A., Mangione, C. M., Pliskin, J. S., Weinstein, M. C., & Cleary, P. D. (1994). Using health related quality of life information: Clinical encounters, clinical trials, and health policy. *Journal of General International Medicine*, 9, 576-582.

Tsevat, J., Cook, E. F., Green, M. L., Matchar, D. B., Dawson, N. V., Broste, S. K., Wu, A. W., Phillips, R. S., Oye, R. K., & Goldman, L. (1995). Health values of the seriously ill. *Annals of Internal Medicine*, 122, 514-520.

Wallston, K. A., Wallston, B. S., Smith, S., & Dobbins, C. J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychological Research and Reviews*, 6, 5-25.

Wegner, N. K. (1999). Improvement of quality of life in the framework of cardiac rehabilitation. In F. J. Pashlow & W. A. Dafoe (Eds.), *Clinical cardiac rehabilitation: A cardiologist's guide*. (pp. 43-51) Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.

WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46, 1569-1585.

Wortman, C. B., & Brehm, J. W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. (pp. 277-366) San-Diego, CA: Academic Press.

Zagumny, M. J., & Brady, B. D. (1998). Development of the AIDS Health Belief Scale (AHBS). *AIDS Education and Prevention*, 10, 173-179.

## איכות החיים של אמהות חד הוריות מבחירה

דורית סגל-אנגלצ'ין<sup>3</sup> ויוחנן ווזנר<sup>4</sup>



בעשורים האחרונים אנו עדים להתפתחותה של תת קבוצה ייחודית בתוך קבוצת האמהות הלא נשואות. האמהות המשתייכות לתת-קבוצה ייחודית זו, הינן אותן האמהות אשר החוקרים השונים מכנים "אמהות חד הוריות מבחירה" (אלבק ובר, 1993; Bock, 1995; ; 2000; Hertz & Ferguson, 1997; Pakizegi, 1990; Ludtke, 1997; Mannis, 1999; Miller, 1992; Renvoize, 1985). אמהות חד הוריות מבחירה, מוגדרות כנשים שבחרו לגדל את ילדיהן מחוץ למסגרת הנישואין, או מחוץ למסגרת זוגית קבועה חלופית (Pakizegi, 1990; Mattes, 1994). חשוב לציין, שהבחירה של נשים אלו הינה בעצם ההורות ולא במצב של חד-הורות. מרביתן היו מעדיפות לגדל את ילדיהן במסגרת נישואין, אך, בהעדר בן זוג מתאים בחייהן, הן החליטו לבחור "באפשרות השנייה הטובה ביותר" - לגדל ילד מחוץ למסגרת הנישואין (Linn, 1991; Ludtke, 1997; Hertz & Ferguson, 1997). אמהות אלו הינן ברובן נשים הטרוסקסואליות, המשתייכות למעמד הסוציו-אקונומי הבינוני או הגבוה, והן נמצאות בשנות ה-30 המאוחרות או ה-40 לחייהן בעת הפיכתן לאמהות (Bock, 1995; ; 2000; Ludtke, 1997; Mannis, 1999; Mattes, 1994). המחקר הנוכחי מבקש לבחון את ההשפעה שיש לחד הורות מבחירה על איכות החיים של האמהות.

מחקרים רבים עסקו בבדיקת ההשפעה שיש למבנה המשפחתי על תחושת הרווחה של האמהות. סקירת המחקרים הללו מלמדת על כך שבצד חשיבות המבנה המשפחתי, ישנה חשיבות רבה אף לאיכות הקשרים המשפחתיים (Acock & Demo, 1994; Coontz, 1992; ; 1996; Demo & Acock, 1996) ולמשאבים אישיים, כגון: השכלה (כץ ובנדור, 1986; כהן, 1996; Demo & Acock, 1996), ויכולת השתכרות (כץ ובנדור, 1986; Katz, 1991; ; בהסבר תחושת הרווחה של האמהות. ראוי לציין, עם זאת, כי מרבית המחקרים ההשוואתיים מתמקדים

---

<sup>3</sup> דורית סגל-אנגלצ'ין, פוסט דוקטורנטית, המחלקה לעבודה סוציאלית אוניברסיטת בן גוריון נגב, חוקרת במרכז לחקר וקידום בריאות האשה.

<sup>4</sup> יוחנן ווזנר, פרופסור, ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.

בשני מבנים משפחתיים כלליים - נישואין וחד הורות - תוך התעלמות מההבדלים המהותיים המתקיימים בתוך המבנים המשפחתיים הללו (Demo & Acock, 1996). לפיכך, תוקפם של ממצאיהם ביחס לתת הקבוצות השונות, הכלולות בשני מבנים משפחתיים אלו, מוטל בספק.

בעייתיות זו בולטת, במיוחד, בהקשר של קבוצת האמהות החד הוריות מבחירה, אשר אינה נכללת במרבית המחקרים ההשוואתיים. לנוכח העלייה התלולה בשיעור הנשים הבוחרות בחד הורות בעשורים האחרונים (Miller, 1992; Siegel, 1998; Mattes, Pakizegi, 1990; Miller, 1992; Siegel, 1998; Mattes, 1994) ההתעלמות של החוקרים המשפחתיים מקבוצת אמהות זו מעוררת תמיהה. יתכן, ותופעה זו קשורה להצמדות של התיאוריות העוסקות בתחום המשפחה לדגם המשפחתי המסורתי, מהלך המוביל להעדר מסגרת מושגית מתאימה לבחירת המשתנים הרלוונטיים לחקר איכות החיים של האמהות החד הוריות מבחירה.

בעייתיות נוספת שחושפת סקירת הספרות בקשר לקבוצת אמהות זו, קשורה לכך שהמחקרים המעטים העוסקים בה מתבססים לרוב על ניתוחים איכותניים, וכוללים מדגמים קטנים, ולפיכך הם לוקים בהעדר יכולת הכללה אמפירית (Miller, 1992; Pakizegi, 1990; Siegel, 1995a). כפועל יוצא מהמגבלות המתודולוגיות שצוינו לעיל, כמה שאלות מהותיות נותרו ללא מענה. עדין לא ברור, למשל, כיצד משפיעה החד הורות מבחירה על איכות חייהן של האמהות? האם יש לצפות לכך שאיכות חייהן של אמהות אלו תהא שונה מזו של האמהות האחרות? שאלה נוספת שנותרה פתוחה היא אילו משתנים הם בעלי חשיבות להבנת איכות חייהן של האמהות החד הוריות מבחירה? המחקר הנוכחי עוסק בשאלות הללו. המטרה המרכזית של המחקר הינה לזהות את פרופיל איכות החיים של האמהות החד הוריות מבחירה ולהשוות אותו לזה של האמהות הנשואות, המייצגות את הנורמה החברתית, והאמהות הגרושות, המייצגות תת קבוצה נוספת בקבוצת האמהות החד הוריות. הבנת מציאות החיים הייחודית של האמהות החד הוריות מבחירה עשויה להאיר את השונות הקיימת בקבוצת האמהות החד-הוריות, ואף לשנות את הנטייה העכשווית של האקדמיה ושל המדיניות הציבורית להתמקד בהיבטים השליליים של האמהות החד הוריות (Erera, 2002; Mannis, 1999).

## רקע

סקירת הספרות מצביעה על כך שלאמהות החד הורית לסוגיה השלכות מהותיות ביחס למציאות החיים של האמהות. אחת ההשלכות הבולטות של החד הורות משתקפת בדימוי חברתי השלילי המיוחס לאמהות ולמשפחותיהן (Anderson & Stewart, 1994; Erera, 2002). אמהות חד הוריות מבחירה, בדומה לאמהות חד הורות אחרות, נאלצות להתמודד עם סטיגמות חברתיות (Linn, 1991; Bock, 1995, 2000) בשל העובדה שבחברה בת זמננו המשפחה הדו-הורית, המסורתית, ממשיכה לייצג את הנורמה החברתית המקובלת (Erera, 2002; Mannis, 1999; Siegel, 1995b). תפיסת המשפחה המסורתית כדגם המשפחתי

האידיאלי, מתחזקת לאור הנתונים המורים על שיעורי עוני גבוהים בקרב המשפחות המנוהלות על ידי אמהות (Foster, Jones, & Hoffman, 1998; Bowen, Desimone & McKay, 1995; Bianchi, 1995) ולאור ממצאי המחקרים, המצביעים על כך שתחושת הרווחה של ילדים הגדלים במשפחות חד-הוריות נמוכה מזו של ילדים הגדלים במשפחות דו-הוריות (Amato, 1999; Hetherington, 1989; Wallerstein & Kelly, 1980).

מעיון בספרות עולה, כי האמהות החד הוריות מבחירה מתמודדות עם הסטיגמטיזציה המופנית כלפיהן, באמצעות ההבחנה שהן עושות ביניהן ובין האמהות החד הוריות האחרות (Siegel, 1995b). אמהות אלו מאמינות כי הדימוי השלילי שדבק במשפחות החד הוריות אינו תקף לגבי משפחותיהן, בשל היותן משופעות במשאבים אישיים (בגרות, השכלה, כישורים מקצועיים ויכולת השתכרות נאותה), המאפשרים להן לספק לילדיהן מציאות חיים שונה מזו המסופקת על ידי האמהות החד הוריות האחרות (Bock, 1995, 2000; Mannis, 1999; Ludtke, 1997). ואכן, ממצאי המחקרים השונים, המורים על כך שרבות מהן מביעות רצון לגדל ילד נוסף (Linn, 1991; Ludtke, 1997; Pakizegi, 1990), יכולים ללמד על כך שאמהות אלו מצליחות להתגבר על הדימוי השלילי המיוחס להן וכי הן שלמות עם בחירתן (Linn, 1991).

סקירת הספרות מצביעה על כך שלחד הורות השלכות מהותיות גם בתחום הכלכלי. אמהות חד הוריות רבות, כדוגמת האמהות הגרושות, נאלצות להתמודד עם קשיים כלכליים, הנובעים מירידה נכרת ברמת ההכנסה וברמת החיים הכוללת שלהן (Katz, 1991; Holden & Smock, 1991; Golini, Menniti & Palomba, 1987). מעיון במחקרים העוסקים באמהות החד הוריות מבחירה עולה כי, עבור אמהות אלו, המעבר לחד הורות אינו כרוך בהפחתת רמת הכנסתן, היות והן מאז ומתמיד פרנסו את עצמן ללא התמיכה של בן זוג (Bock, 1995). יתרה מזו, בשונה ממרבית האמהות החד הוריות האחרות, אמהות אלו נכנסות לתפקיד האמהות בידעה ברורה שהאחריות על פרנסת המשפחה מוטלת על כתפיהן (Hertz & Ferguson, 1997; Ludtke, 1997; Siegel, 1998). ולפיכך, הן שוקלות בכובד ראש את ההיבט הכלכלי הכרוך בגידול ילד, טרם הפיכתן לאמהות, כאשר חלקן אף דואגות לצבור חסכונות (Bock, 1995, 2000; Ludtke, 1997; Siegel, 1995a, 1998). מעניין לציין, שעל אף שאמהות אלו מתמודדות עם מציאות כלכלית שונה מזו של מרבית האמהות החד הוריות האחרות, הן מתייחסות לתחום הכלכלי כאל אחד מתחומי הבעיה המרכזיים בחייהן (Mechanek, Klien, & Kuppersmith, 1988; Linn, 1991). זאת, היות והן מוטרדות מיכולתן לשאת בהוצאות הנוספות הנלוות לגידול ילדיהן (Linn, 1991; Ludtke, 1997).

השלכה נוספת של החד הורות קשורה לאילוץ של האמהות להרחיב את תפקידן בתוך המשפחה (Ladd & Zvoncovic, 1995). אמהות חד הוריות לסוגיהן נדרשות להתמודד עם שני תפקידים הוריים - מפרנס ומטפל עיקרי בילדים - בו בזמן (Gass-Sternas, 1995; Golini, et al., 1987). ואמנם, הספרות מצביעה על כך שהאמהות החד הוריות והאמהות הנשואות

חוות את ההורות באופן שונה (Demo & Acock, 1996). אמהות חד הוריות לסוגיהן מתמודדות עם לחצים ועומס תפקידי רב יותר, בהשוואה לאמהות נשואות (Golini et al., 1989; Thompson & Ensminger, 1987), דבר המשתקף פעמים רבות ברמות גבוהות של עייפות, חרדה, דיכאון, ועומס רגשי בקרבן (Katz, 1991; Riessman, 1990; Wallerstien & Kelly, 1980).

האמהות החד הוריות מבחירה, בדומה לאמהות החד הוריות האחרות, מדווחות על קשיים רבים בחיי היום יום, הנגזרים מהמחויבות שלהן לשאת באחריות הבלעדית לספוק הצרכים של ילדיהן (Anderson & Stewart, 1994; Linn, 1991; Renvoize, 1985; Hertz & Ferguson, 1999; Mannis, 1997). ראוי לציין, כי גם בקרב המשפחות החד הוריות מבחירה בהן האבות נוטלים חלק פעיל בגידול הילד, האחריות העיקרית על קבלת ההחלטות השוטפות הנוגעות לילד מוטלת על האמהות (Hertz & Ferguson, 1997). יחד עם זאת, התמונה המתקבלת מן הספרות מצביעה על כך שהאמהות החד הוריות מבחירה חוות את מציאות חייהן באופן חיובי יותר מאשר האמהות החד הוריות האחרות. מחקרה של Siegel (1995b), למשל, מורה על כך שמרבית האמהות החד הוריות מבחירה מדרגות את הלחצים שהן חוות בחייהן כדומים או כקלים מאלו של האמהות הנשואות. באופן דומה, Ludtke (1997) מצאה במחקרה כי אמהות חד הוריות מבחירה רבות חשות שמציאות חייהן אינה שונה, באופן מהותי, מזו של האמהות הנשואות, בכל הנוגע לאחריות על גידול הילדים. תחושה זו תואמת את ממצאי המחקרים השונים, המורים על כך שאמהות נשואות נוטלות על עצמן את החלק הארי של ניהול משק הבית, הכולל את הטיפול בילדים, גם כאשר הן עובדות מחוץ לבית (Acock & Demo, 1994; Hochschild, 1989).

מעניין לציין, שחלק מהאמהות החד הוריות מבחירה גורסות שחייהן קלים מאלו של האמהות הנשואות, בשל העובדה שהן לא צריכות להתמודד עם המתחים, אשר, לעיתים קרובות, כרוכים בהתחלקות בתפקידים עם בן הזוג, כמו גם בשל העובדה שהן לא צריכות לרצות את בן הזוג ולהתחשב בו בהחלטותיהן (Ludtke, 1997; Renvoize, 1985; Siegel, 1995a). השקפה זו עולה בקנה אחד עם הגישה הפמיניסטית, הגורסת שלנשים הלא נשואות ישנם רווחים פסיכולוגיים, לפחות בהשוואה לנשים אשר אינן מאושרות בנישואיהן (Demo & Acock, 1996).

אפשר שהנטייה של האמהות החד הוריות מבחירה לחוות את מציאות חייהן באופן חיובי יותר מאשר האמהות החד הוריות האחרות, קשורה להיותן בעלות רשתות תמיכה רחבות, המסייעות להן בגידול השוטף של ילדיהן (Renvoize, 1985; Hertz & Ferguson, 1997). בשונה מהאמהות החד הוריות האחרות, אשר פעמים רבות מצמצמות את האינטראקציות החברתיות שלהן, במטרה לשמר את משאביהן (Ladd & Zvoncovic, 1995; Gass, 1995), האמהות החד הוריות מבחירה פועלות להגברת האינטראקציות החברתיות שלהן. אמהות אלו מכירות בכך שהעומס הרב הכרוך בגידול ילד עלול להפוך את החד הורות

לנטל כבד (Renvoize, 1985), ולפיכך הן בונות לעצמן, באופן אקטיבי, רשתות חברתיות ענפות (Pakizegi, 1990; Hertz & Ferguson, 1997; Renvoize, 1985), המספקות להן תמיכה אינסטרומנטלית ותמיכה רגשית (Hertz & Ferguson, 1997). חשיבות רשתות התמיכה הרחבות של האמהות הללו מתחדדת, לנוכח ממצאי המחקרים, המורים על כך שלתמיכה חברתית השפעה חיובית על תחושת הרווחה ואיכות החיים (Abbey & Andrews, 1986; House, 1986).

ראוי לציין, כי עבור חלק מהאמהות החד הוריות מבחירה, רשתות התמיכה הרחבות מהוות פיצוי להעדר הקשר האינטימי עם בן זוג. על אף שמרביתן מצרות על כך שלא הצליחו לממש קשר זה בחייהן (Bock, 1995; Ludtke, 1997; Linn, 1991; Mattes, 1994), חלקן חשות כי חייהן שלמים ועשירים, בשל הקשרים החברתיים שלהן, המאופיינים בקרבה ואינטימיות (Miller, 1992). יתרה מזו, חלקן סבורות כי האמהות הנשואות, בהשוואה אליהן, סובלות מתחושת בדידות רבה יותר, בהעדר רשת חברתית רחבה ואינטנסיבית בחייהן. אמהות אלו מדגישות כי האמהות הנשואות תופסות את בן זוגן כמקור התמיכה העיקרי בחייהן, ולפיכך, בעתות בהן אין הוא מספק להן את התמיכה הרצויה הן חוות תחושת בדידות (Renvoize, 1985). אכן, הספרות מצביעה על כך שכמחצית הנשים הנשואות מוותרות על החברויות האישיות שלהן, מהלך המעמיד בסיכון את בריאותן הפיסית והנפשית (Block & Greenberg, 1985).

לסיכום, התמונה המתקבלת מן הספרות מורה על כך שמציאות החיים של האמהות החד הוריות מבחירה טומנת בחובה קשיים לצד רווחים. מטרת המחקר הנוכחי הינה לבחון כיצד קשיים ורווחים אלו באים לידי ביטוי באיכות חייהן המוערכת. המחקר מבקש לבחון את המרכיבים הפסיכולוגיים, הפיזיים, החברתיים והערכיים של איכות החיים של האמהות החד הוריות מבחירה, בהשוואה לאלו של האמהות הנשואות והאמהות הגרושות.

## שיטת המחקר

### מדגם והליך

המדגם כלל 174 נבדקות: 61 אמהות חד הוריות מתוך בחירה, 53 אמהות גרושות ו- 60 אמהות נשואות. שאלוני המחקר הועברו לכל הנבדקות באמצעות הדואר, בצרוף מכתב המציג את המחקר ומטרתו, וכן מעטפה מבוילת לצורך החזרת השאלון.

בשל האפיונים הייחודיים של האמהות החד הוריות מבחירה, דגימת הנבדקות נערכה בשני שלבים. בשלב הראשון, נדגמה קבוצת האמהות החד הוריות מתוך בחירה. הקריטריון שהנחה את דגימת האמהות בקבוצה זו היה היותן נשים הטרוסקסואליות בוגרות, אשר בחרו לגדל ילד מחוץ למסגרת הנישואין או למסגרת זוגית קבועה חלופית, ושאינן מתגוררות בהווה עם אבי הילד או עם בן זוג אחר.

האמהות החד הוריות מבחירה אותרו בשני אופנים. ראשית, באמצעות עמותת מיחד (משפחות חד הוריות), בה חברות אמהות חד הוריות לסוגיהן מכל רחבי הארץ. בשל חובת הסודיות החלה על העמותה, הפנייה אל האמהות החד הוריות מבחירה החברות בה נעשתה באמצעות מנהלת העמותה. שנית, באמצעות שיטת הדגימה של כדור שלג. החוקרת פנתה טלפונית אל אמהות חד הוריות מבחירה, אשר הופנו אליה על ידי קולגות, בבקשה ליטול חלק במחקר. אמהות אשר הביעו את הסכמתן להשתתף במחקר נתבקשו להפנות את החוקרת אל אמהות חד הוריות מבחירה נוספות. בסה"כ אותרו 140 אמהות חד הוריות מבחירה, המתאימות לקריטריון שהוצג לעיל, ומתוכן 61 (43.57%) השתתפו במחקר. בשלב הראשוני מופו הנתונים הדמוגרפים של האמהות הללו.

בשלב השני נדגמו קבוצת האמהות הנשואות וקבוצת האמהות הגרושות, בהתאמה לפרופיל הדמוגרפי של קבוצת האמהות החד הוריות מבחירה. הקריטריונים שהנחו את דגימת האמהות בקבוצות אלו היו: גיל האם - 30 שנים ומעלה, השכלה - תיכונית ומעלה, מצב כלכלי - בינוני ומעלה, מספר ילדים - לא עולה על שניים, וגיל הילד הבכור הינו עד 12 שנים. ראוי להדגיש, כי עיקר המאמצים בדגימת האמהות הגרושות והאמהות הנשואות הושקעו בהתאמתן לקריטריונים שנקבעו, בהתבסס על מיפוי הנתונים הדמוגרפים של האמהות החד הוריות מתוך בחירה, ולא בהיותן מייצגות את כלל האמהות הגרושות והנשואות בארץ. שיטת דגימה זו נבחרה במטרה לאפשר בדיקה השוואתית של משתני המחקר, ללא ההתערבות של המשתנים הדמוגרפים.

האמהות הגרושות, בדומה לאמהות החד הוריות מתוך בחירה, אותרו באמצעות עמותת מיחד ובאמצעות שיטת הדגימה של כדור שלג. בסה"כ אותרו 117 אמהות גרושות המתאימות לקריטריונים שהוצגו לעיל, ומתוכן 53 (45.29%) נטלו חלק במחקר. ולבסוף, האמהות הנשואות אותרו באמצעות שיטת הדגימה של כדור שלג תוך נקיטת הליך דומה לזה של האמהות החד הוריות מבחירה והאמהות הגרושות. סה"כ אותרו 120 אמהות נשואות העונות על הקריטריונים שהוצגו לעיל, ומתוכן 60 (50%) נטלו חלק במחקר.

ראוי לציין, כי במהלך הדגימה התברר לנו כי לא ניתן לערוך התאמה מלאה בין שלוש קבוצות המחקר. שכן, בעוד האמהות החד הוריות מתוך בחירה היו ברובן מעל גיל 40 ולהן ילד אחד בלבד שהינו מתחת לגיל שש, הרי שלמרבית האמהות הגרושות והאמהות הנשואות בגיל זה היה יותר מילד אחד, כאשר גילו של הילד הבכור היה לרוב מעל שש. נתונים אלו תואמים את הנתונים הסטטיסטיים, המורים על כך שבישראל מספר הילדים הממוצע במשפחה נע בשנים האחרונות סביב 2.5 (ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי 1999), וכן על כך שגילן הממוצע של האמהות בלידה הראשונה נע סביב 25 שנה (תנועה טבעית, 1993, 1994, 1997).

תוצאות מבחני  $\chi^2$  שנערכו לצורך בדיקת ההבדלים הקיימים בין שלוש קבוצות המחקר, במאפיינים הדמוגרפים השונים, מצביעים על העדר הבדל מובהק בין קבוצות המחקר בהתייחס לרמת הדתיות, למוצא, לתעסוקה, ולרמת ההשכלה. מרבית הנבדקות בשלוש

קבוצות המחקר היו חילוניות ממוצא מערבי, בעלות השכלה אקדמאית, אשר עובדות מחוץ לבית. יחד עם זאת, נמצא הבדל מובהק בין שלוש קבוצות המחקר בגיל הנבדקות, מספר הילדים, גיל הילדים, מצב כלכלי והיקף משרה (ראה טבלה 1). כמו כן, נמצא הבדל מובהק בין שלוש הקבוצות ברמת המעורבות ההורית של האב,  $F(2,164) = 131.59, p < .001$ . בנייתוחי השוואה בזוגות על פי Scheffé נמצא הבדל מובהק בין שלוש הקבוצות. כמצופה, מעורבות האב הגבוהה ביותר התגלתה בקרב קבוצת האמהות הנשואות, לאחריה בקרב קבוצת האמהות הגרושות, ולבסוף בקרב קבוצת האמהות החד הוריות מבחירה. כל ההבדלים שצוינו לעיל נלקחו בחשבון בנייתוח הממצאים על ידי שימוש בנייתוחי MANCOVA.

**טבלה 1- התפלגות הנבדקות (n, %) בשלוש קבוצות המחקר על פי המאפיינים האישיים**

$\chi^2$	קבוצות						מאפיינים	ערכים
	נשואות		גרושות		חד הוריות מבחירה			
	%	n	%	N	%	n		
35.15***	40.0	24	50.9	27	90.2	55	1	מספר ילדים
	60.0	36	49.1	26	9.8	6	2	
54.74***	38.3	23	35.8	19	4.9	3	35-30	גיל האם
	40.0	24	47.2	25	21.3	13	40-36	
	16.7	10	11.3	6	39.3	24	45-41	
	5.0	3	5.7	3	34.4	21	+45	
5.66	15.0	9	19.2	10	18.0	11	תיכונית	השכלה
	10.0	6	21.2	11	21.3	13	על תיכונית	
	36.7	22	36.5	19	31.1	19	תואר ראשון	
	38.3	23	23.1	12	29.5	18	תואר שני +	
17.75**	30.0	18	60.4	32	65.0	39	בינוני	מצב כלכלי
	58.3	35	30.2	16	30.0	18	טוב	
	11.7	7	9.4	5	5.0	3	טוב מאד	
35.21***	3.3	2	5.8	3	18.0	11	עד שנה	גיל הילד הבכור
	46.7	28	19.2	10	45.9	28	5-2 שנים	
	25.0	15	26.9	14	19.7	12	8-6 שנים	
	25.0	15	48.1	25	16.4	10	12-9 שנים	
5.11	23.3	14	24.5	13	14.8	9	צבר	מוצא אב
	48.3	29	47.2	25	65.6	40	מערבי	
	28.3	17	28.3	15	19.7	12	מזרחי	
.32	8.3	5	5.8	3	8.2	5	לא	עובדת
	91.7	55	94.2	49	91.8	56	כן	
9.39**	32.7	18	11.6	5	12.7	7	חלקית	היקף משרה
	67.3	37	88.4	38	87.3	48	מלאה	
1.06	84.7	50	90.4	47	89.8	53	חילונית	רמת דתיות
	15.3	9	9.6	5	10.2	6	מסורתית	

p<.001\*\*\*; p<.01\*\*; p<.05\*



## כלי המחקר

מידע סוציו-דמוגרפי- השאלון הסוציו-דמוגרפי כלל שאלות לגבי גיל, מוצא ההורים, רמת השכלה, תעסוקה, היקף משרה, מצב כלכלי- כפי שהוערך על ידי האמהות על פני סולם בן ארבע דרגות (הנע מ"גרוע" ועד "טוב מאוד"), מספר ילדים, גיל הילדים, ורמת דתיות – כפי שהוערכה על ידי האמהות בהתאם לשלוש קטגוריות: (1) דתייה, (2) מסורתית, ו- (3) חילונית.

איכות חיים- של האמהות נמדדה באמצעות השאלון "איכות חיים", אשר פותח על ידי Shye (1979,1989). שאלון זה עוסק בהערכת המרכיבים הפסיכולוגיים, הפיזיים, החברתיים, והערכיים של איכות החיים של הנבדק. השאלון מורכב מ- 16 פריטים המנוסחים כשאלות, וכולל ארבעה פריטים ספציפיים לגבי כל אחד מארבעה המרכיבים שצוינו לעיל. השאלות המתייחסות למרכיב הפסיכולוגי מעריכות את המידה בה הנבדק מבטא את רצונותיו האישיים, מצליח להשתחרר מלחצי היום יום, חש במצב רוח טוב, וחושב על עצמו דברים חיוביים (דוגמא: "באיזו מידה אתה יכול לעשות דברים המשקפים את רצונך האישי?"). השאלות המתייחסות למרכיב הפיזי בוחנות את היכולת של הנבדק לשלוט בסביבתו הפיזית, ליצור תנאי חיים נוחים, לחוש בריאות גופנית ובטחון פיזי (דוגמא: באיזו מידה יש לך תנאי חיים נוחים?). השאלות המתייחסות למרכיב החברתי בודקות את היכולת של הנבדק להשפיע חברתית, להסתדר עם בעלי תפקידים שונים, ליצור חברויות קרובות, ולהרגיש שייכות חברתית (דוגמא: "באיזו מידה יש לך מעמד חברתי טוב ויכולת השפעה?"). השאלות המתייחסות למרכיב הערכי מעריכות את יכולתו של הנבדק להביע את ערכיו, להתאים עצמו לערכים המקובלים, להיות בעל שלימות מוסרית פנימית וערכים יציבים (דוגמא: "באיזו מידה יש התאמה בין הערכים שלך ובין הערכים המקובלים בסביבתך?").

האמהות נתבקשו לציין על פני סולם בן שבע דרגות (מ"בכלל לא" ועד "במידה רבה מאד") את ההערכה שלהן ביחס לכל אחד מהפריטים. לכל אחת מהאמהות חושב ציון ממוצע לכל אחד מארבעה מרכיבי איכות החיים, וכן ציון כללי על פי סכום ההערכות של כל 16 הפריטים. ציון גבוה בכל אחד מארבעה המרכיבים משקף רמת איכות חיים גבוהה.

במחקרים השונים בהם נעשה שימוש בשאלון זה נמצא כי הינו בעל תוקף מבחין (ווזנר, גולן, וערד, 1996; Cairns, 1990; Davidson-Arad, 2000; Elizur & Shye, 1990; Shye,1989). במחקר הנוכחי נעשה שימוש בנוסח של השאלון שחובר על ידי ווזנר ועמיתיו (1996), תוך התאמה לאוכלוסייה הנחקרת. העקביות הפנימית של נוסח זה נבדקה ביחס לכל אחד מארבעה המרכיבים והיא נמצאה בטווחים הבאים ( $\alpha=.60-.70$ ). העקביות הפנימית של ארבעה מרכיבי איכות החיים נבדקה גם ביחס למדגם הנוכחי והיא נמצאה בטווחים הבאים ( $\alpha=.65-.77$ ).

מעורבות הורית של האב- רמת המעורבות ההורית של האבות הוערכה באמצעות שאלון שחובר לצורך המחקר הנוכחי. השאלון כולל ארבעה פריטים המתייחסים להיבטים הבאים: המידה בה האב מעורה בחיי היום יום של הילדים, המידה בה האם מתייעצת עמו בנוגע לסוגיות הקשורות לגידול הילדים, המידה בה האב מסייע לאם במילוי המטלות השוטפות הקשורות לגידול הילדים, והמידה בה האם חשה כי האב הינו שותף שלה לגידול הילדים. האמהות נתבקשו לציין על פני סולם בן חמש דרגות (מ- "בכלל לא" ועד "במידה רבה מאד") את הערכתן לגבי כל אחד מהפריטים המנוסחים כשאלות. בשאלון זה נבנה מדד אחד, על פי ממוצע ההערכות של ארבעה הפריטים. ככל שהציון גבוה יותר רמת המעורבות ההורית של האב גבוהה יותר. בבדיקת העקביות הפנימית של השאלון, על פי אלפא של קרונברך, היא נמצאה גבוהה ( $\alpha=.96$ ).

## ממצאים

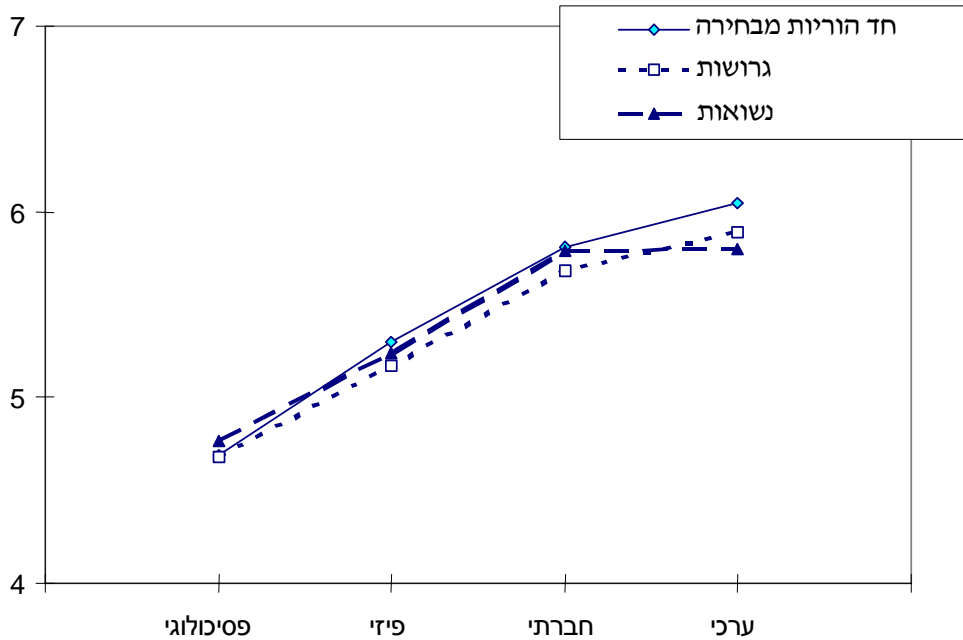
איכות החיים נבדקה במחקר זה באמצעות חמישה מדדים: ציון כללי וציון בכל אחד מארבעה המרכיבים הספציפיים של איכות החיים - פסיכולוגי, פיזי, חברתי, וערכי. ניתוח MANOVA חד-כיווני לא נמצא הבדל מובהק בין שלוש קבוצות המחקר,  $F(8,336)=.98$ ,  $p>.05$ . כמו כן, ניתוחי השונות שנעשו לכל מדד בנפרד לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות. הממוצעים וסטיות התקן של ארבעה מדדי איכות החיים ותוצאות ניתוחי השונות מוצגים בטבלה 2.

טבלה 2 - ממוצעים וסטיות תקן של מדדי איכות החיים על פי שלוש קבוצות המחקר

מדדי איכות החיים	קבוצות					
	נשואות		גרושות		חד הוריות מבחירה	
	SD	M	SD	M	SD	M
פסיכולוגי	.13	4.77	1.02	4.68	.93	4.69
פיזי	.33	5.24	.91	5.17	.78	5.30
חברתי	.48	5.79	.80	5.68	.84	5.81
ערכי	2.02	5.80	.74	5.89	.67	6.05
ציון כללי	.40	5.40	.69	5.36	.61	5.46

על פי הממוצעים המוצגים בטבלה זו ניתן לראות כי, באופן כללי, איכות החיים בכל אחת מקבוצות המחקר היא בינונית ומעלה, בהשוואה לטווח הציון האפשרי של המדדים (1-7). תרשים 1, המציג את ממוצעי שלוש קבוצות המחקר בכל ארבעה המדדים, ממחיש את הדמיון הקיים בין שלוש הקבוצות בפרופיל איכות החיים.

תרשים 1: ממוצעים על מדדי איכות החיים על פי שלוש קבוצות המחקר



תרשים זה מצביע על כך שבאופן יחסי איכות החיים בממד הפסיכולוגי נמוכה בהשוואה לשלושה המדדים האחרים. ואכן, בניתוח שונות, עם מדידות חוזרות, נמצאו הבדלים מובהקים בין ארבעה המדדים,  $F(3,513)=130.74, p<.001$ . בניתוחי השוואה בזוגות על פי Newman-Kuels נמצאו הבדלים מובהקים בין כל ארבעה המדדים. איכות החיים בממד הערכי נמצאה גבוהה ביותר, לאחריה איכות החיים בממד החברתי ובמדד הפיזי כאשר איכות החיים הנמוכה ביותר התקבלה בממד הפסיכולוגי.

כאמור, נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות המחקר במספר מאפיינים דמוגרפים (גיל הנבדקות, מספר וגיל הילדים, מצב כלכלי, והיקף משרה - ראה טבלה 1), וכן ברמת המעורבות ההורית של האב. על מנת לבדוק באם העדר ההבדל בין שלוש קבוצות המחקר באיכות החיים קשור להבדלים בין הקבוצות במשתנים אלו, ערכנו ניתוחי MANCOVA, בהם כל אחד מן המשתנים הללו הוחזק כקבוע. רק בפיקוח על המצב הכלכלי ועל המעורבות ההורית של האב התגלו הבדלים מובהקים בין שלוש קבוצות המחקר. אי לכך, ערכנו אף ניתוח MANCOVA חד-כיווני, בו הן המצב הכלכלי והן המעורבות ההורית של האב הוחזקו כקבועים. בניתוח זה נמצא הבדל מובהק בין שלוש הקבוצות ANCOVA.  $F(8,330)=2.26, p<.05$ . הבדל מובהק בין קבוצות המחקר התקבל אף בניתוחי ANCOVA.

שנעשו לכל מדד בנפרד. טבלה 3 מציגה את הממוצעים של קבוצות המחקר, לאחר ניכוי המשתנים מצב כלכלי ומעורבות הורית של האב, וכן את תוצאות ניתוחי ANCOVA שנערכו לכל מדד בנפרד.

**טבלה 3 - ממוצעים וסטיות תקן של מדדי איכות החיים לאחר ניכוי המשתנים של מעורבות האב ומצב כלכלי**

מדדים	קבוצות						
	נשואות		גרושות		חד הוריות מבחירה		
	SD	M	SD	M	SD	M	
F(2,168)							
פסיכולוגי	1.08	4.21	1.02	4.78	.94	5.16	6.30**
פיזי	.85	4.88	.91	5.24	.79	5.59	4.63*
חברתי	.71	5.52	.80	5.71	.81	6.07	3.29*
ערכי	.66	5.64	.74	5.92	.67	6.19	3.66*

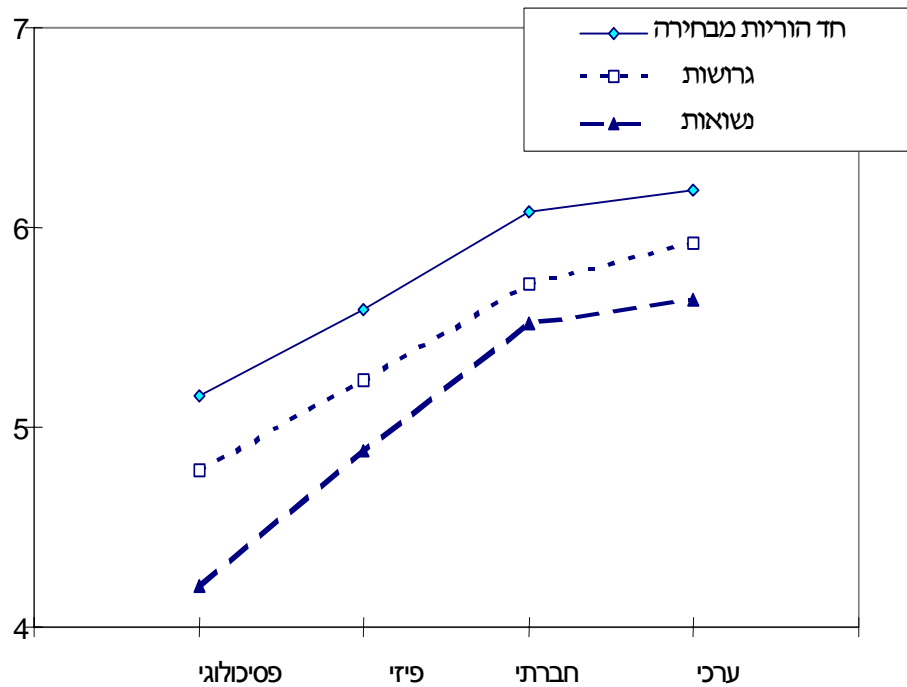
p<.001\*\*\*; p<.01\*\*; p<.05\*

מטבלה זו, המציגה את ממצאי ניתוחי ה-ANCOVA, ניתן ללמוד על קיומם של הבדלים מובהקים בין שלוש קבוצות המחקר בכל אחד מארבעה מדדי איכות החיים. תרשים 2, המציג את ממוצעי ארבעה המדדים על פי שלוש קבוצות המחקר, ממחיש הבדלים אלו.

בניתוחי השוואה בזוגות על פי Scheffé, שנערכו לצורך איתור מקור ההבדל בין קבוצות המחקר בארבעה מדדי איכות החיים, נמצא שבכל ארבעה המדדים קיים הבדל מובהק בין קבוצת האמהות החד הוריות מבחירה ובין קבוצת האמהות הנשואות. איכות החיים של האמהות החד הוריות מבחירה התגלתה כגבוהה מזו של האמהות הנשואות בכל ארבעה המדדים, לאחר ניכוי המשתנים מצב הכלכלי ומעורבות הורית של האב. לעומת זאת, לא נמצא הבדל מובהק בין קבוצת האמהות הגרושות ובין שתי קבוצות המחקר האחרות. זאת, על אף שאיכות החיים של קבוצת האמהות הגרושות התגלתה כגבוהה מזו של קבוצת האמהות הנשואות ונמוכה מזו של קבוצת האמהות החד הוריות מבחירה, בכל ארבעה המדדים.

ראוי לציין, כי גם בניתוח ANCOVA שנעשה לגבי הציון הכללי של איכות החיים, בו נוכו המשתנים מצב כלכלי ומעורבות הורית של האב, נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות המחקר,  $F(2,168)=7.71, p<.001$ . בניתוחי השוואה בזוגות על פי Scheffé נמצא כי הציון הכללי של איכות החיים של קבוצת האמהות החד הוריות מבחירה ( $M=5.75; SD=.61$ ), גבוה באופן מובהק מזה של קבוצת האמהות הנשואות ( $M=5.07; SD=.63$ ), כאשר הציון הכללי של איכות החיים של קבוצת האמהות הגרושות ( $M=5.42; SD=.69$ ) אינו שונה באופן מובהק משתי קבוצות אלו.

תרשים 2: ממוצעים של מדדי איכות החיים על פי שלוש קבוצות המחקר לאחר ניכוי המשתנים מעורבות האב בגידול הילדים ומצב כלכלי



## דין

הסוגיה הניצבת במרכזו של המחקר הנוכחי הינה השאלה, כיצד משפיעה החלטה הורית מבחירה על איכות החיים של האמהות? מחקר זה מציג מידע אמפירי אודות איכות חייהן של האמהות החד הוריות מבחירה, מנקודת מבט השוואתית. ממצאי המחקר, המצביעים על כך, שרק לאחר הפקוח על המשתנים מצב כלכלי ומעורבות הורית של האב, איכות החיים של קבוצת האמהות החד הוריות מבחירה גבוהה מזו של קבוצת האמהות הנשואות, יכולים ללמד על כך שהחלטה הורית מבחירה טומנת בחובה יתרונות, לצד חסרונות, שיתכן ופוגמים באיכות החיים של האמהות.

סקירת הספרות מורה על כך שהיתרון המרכזי, מנקודת ראותן של האמהות הללו, טמון בכך שיש בכוחן לבנות את חייהן בהתאם לרצונותיהן האישיים, ללא הצורך להגיע לפשרות עם בן זוג בהחלטותיהן השונות (Bock, 1995; Renvoize, 1985; Siegel, 1995a). רבות מהן חשות כי לו היו נשואות הן היו נאלצות לוותר על החופש האישי שלהן, כמו גם על השליטה והאוטונומיה העומדת לרשותן, כיום, בעיצוב חייהן וחיי ילדיהן (Anderson & Stewart).

1994). ואמנם, הספרות מצביעה על כך שהמיזוג בין התפקיד הנשי המסורתי, של הענקה ומשפחתיות, ובין תחושה של עצמאות, הינו מיזוג מסובך (פרידמן, 1996). נשים נשואות, ובמיוחד אלו החיות במסגרת של נישואין מסורתיים, נאלצות פעמים רבות לוותר על העצמאות, האוטונומיה, והשליטה בחייהן (Anderson & Stewart, 1994; Ross, 1991).

יתרון נוסף, מנקודת המבט של אמהות אלו, קשור לגילן המאוחר יחסית בעת הפיכתן לאמהות. בשונה ממרבית האמהות האחרות, שהינן לרוב בטווח הגילאים 20-30 בזמן הלידה הראשונה (Bock, 1995), האמהות החד הוריות מבחירה נכנסות לרוב לתפקיד האמהות בהיותן בשנות ה-30 המאוחרות לחייהן, או בתחילת שנות ה-40 (Ludtke, 1997; Mattes, 1994). אמהות אלו חשות כי, במהלך השנים שקדמו לאמהותן, הייתה להן הזדמנות מספקת לפתח את עצמן במישור האישי ובמישור המקצועי (Renvoize, 1985). רבות מהן הקדישו את שנות ה-20 וה-30 לחייהן לפיתוח הקריירות והחיים המקצועיים שלהן, תוך שהגיעו לרמת השתכרות נאותה ואף להישגים מקצועיים משמעותיים (Bock, 1995; 2000; Miller, 1992). יתרה מזו, אמהות אלו מאמינות, כי החופש הרב שעמד לרשותן במהלך שנות הברור שלהן, לצד הציפייה הממושכת למימוש אימהותן, מגבירים את המוכנות הנפשית שלהן לתפקיד האמהות, תוך שהם מקלים עליהן בקבלת המחויבויות הנלוות לו (Anderson & Stewart, 1994).

על אף שאמהות אלו מודעות לרווחים הנלווים לסגנון חייהן, הן מדגישות כי מציאות חייהן היום יומית טומנת בחובה קשיים מהותיים (Bock, 1995; Anderson & Stewart, 1994; Linn, 1991; Ludtke, 1997; Mannis, 1999; Mattes, 1994; Renvoize, 1985). כאמור, מרביתן רואות את התחום הכלכלי כתחום הבעיה המרכזי בחייהן (Linn, 1991; Mechanek et al., 1988). דבר שאינו מפתיע, לנוכח העובדה שחלקן הארי אינן מקבלות סיוע כלכלי מאבות ילדיהן (Linn, 1991; Ludtke, 1997; Potter & Knaub, 1988; Renvoize, 1985). אמהות אלו ערות לכך שבהיותן המפרנסות הבלעדיות, נסיבות בלתי צפויות, כגון אובדן מקום עבודתן או חולי מתמשך, עלולות לערער את ביטחונן הכלכלי ולעמת אותן עם לחצים כלכליים כבדים (Mannis, 1999). בשונה מהאמהות הנשואות, אמהות אלו אינן יכולות להרשות לעצמן לקחת מדי פעם פסק זמן ממקום עבודתן, לצמצם את היקף משרתן, או כלל לא לעבוד. הן חייבות לשמר את מקום עבודתן בכל מחיר, והדבר נוטע בהן לעיתים תחושת אי נוחות (Ludtke, 1997). ראוי לציין, כי להיבט הכלכלי ישנן השלכות אף ביחס לגודל המשפחה של האמהות הללו. אמהות חד הוריות מבחירה רבות מוותרות על רצונן בילד נוסף, בשל מודעותן לחוסר יכולתן לשאת בהוצאות הכלכליות הכרוכות בגידול ילד נוסף (Ludtke, 1997; Linn, 1991; Merritt & Steiner, 1984). עבור רבות מהן, הויתור על הרחבת משפחתן מהווה את מקור האכזבה העיקרי בחייהן (Ludtke, 1997).

לצד ההתמודדות עם ההיבט הכלכלי, האמהות החד הוריות מבחירה נאלצות להתמודד אף עם האחריות הבלעדית לסיפוק צרכיו של הילד ולקבלת החלטות הנוגעות לו (Hertz & )

Ferguson, 1997). סקירת הספרות מצביעה על כך שאמהות אלו חוות את ההורות ברגשות מעורבים (Mannis, 1999). מחד, הן מדווחות על כך שההתנסות באמהות מסבה להן הנאה ושמחה רבה (Anderson & Stewart, 1994; Ludtke, 1997; Mannis, 1999; Renvoize, 1985) תוך שהן מדגישות כי ילדיהן מהווים עבורן את מקור האושר העיקרי בחייהן (פלג, 1999; Anderson & Stewart, 1994) ומאידך, הן מדווחות על כך שהצורך לשאת בגפן את מכלול המטלות הקשורות לגידול ילדיהן מעורר בקרבן עומס רגשי רב (Mannis, 1999; Ludtke, 1997; Renvoize, 1985) ולעיתים אף תחושת בדידות (Bock, 1995; Ludtke, 1997). אמהות אלו חשות כי הן זקוקות ליותר סיוע ותמיכה בזמנים בהם הן חוות קשיים, והן כמהות לשותף שיחלוק עמן את החוויות השוטפות של הילד, כמו גם את רגעי האושר של ההורות (Anderson & Stewart, 1994; Bock, 1995).

ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על כך שהקשיים המרכזיים שחוות האמהות החד הוריות מבחירה - העדר בטחון כלכלי והעדר סיוע שוטף של בן זוג בגידול ילדיהן - אינם מאפשרים לרווחים הגלומים בסגנון חייהן המשפחתיים לבוא לידי ביטוי מקסימלי באיכות חייהן. והדבר משתקף בכך שאיכות חייהן מתגלה כגבוהה מזו של האמהות הנשואות רק לאחר נטרול ההשפעה של קשיים אלו על מציאות חייהן. באשר לאמהות הנשואות, יתכן והביטחון הכלכלי והסיוע של בן הזוג בגידול הילדים מפצה אותן על המחיר האישי שנגבה מהן במסגרת הנישואין - הגבלת העצמאות והשליטה בחייהן - דבר המוצא את ביטויו בדמיון הקיים ביניהן ובין האמהות החד הוריות מבחירה, באיכות החיים, ללא הפקוח על המשתנים הללו.

במחקר זה לא נמצא הבדל מובהק בין האמהות החד הוריות מבחירה והאמהות הנשואות לבין האמהות הגרושות, באיכות החיים. ממצא זה אינו תואם ממצאים אחרים, המורים על כך שתחושת הרווחה של האמהות הגרושות נמוכה באופן מובהק מזו של האמהות הנשואות (כץ ובנדור, 1986: 1991; Katz, 1996; Demo & Acock, 1996). למיטב ידיעתנו, עד כה לא נערך מחקר אמפירי שעסק בהשוואת תחושת הרווחה ואיכות החיים של אמהות גרושות ואמהות חד הוריות מבחירה. ברם, לאור המחקרים השונים, המצביעים על כך שהאמהות החד הוריות מבחירה הינן ברובן בעלות יציבות ועצמאות כלכלית (Bock, 1995, 2000; Ludtke, 1997; Mannis, 1999; Miller, 1992) כמו גם על כך שהן, בשונה מהאמהות הגרושות, מעולם לא ציפו למעורבות אקטיבית של בן זוג במטלות ההוריות (Hertz & Ferguson, 1997; Ludtke 1997; Mannis, 1999) ניתן היה לצפות לכך שאיכות חייהן תהא גבוהה מזו של האמהות הגרושות.

יתכן והממצאים השונים שהתקבלו במחקר הנוכחי קשורים לרמת המשאבים האישיים הגבוהה של האמהות הגרושות שנטלו חלק במחקר. כאמור, קבוצת האמהות הגרושות במחקר זה, בדומה לקבוצת האמהות הנשואות, נדגמה בהתאמה לנתונים הדמוגרפים של קבוצת האמהות החד הוריות מבחירה. כפועל יוצא מכך, האמהות הגרושות שהשתתפו

במחקר הנוכחי, בדומה לאמהות בשתי קבוצות המחקר האחרות, מאופיינות ברמת משאבים אישיים גבוהה - השכלה אקדמאית, מקצוע, תעסוקה, ויכולת השתכרות.

חשיבות המשאבים האישיים לתחושת הרווחה של האמהות עולה משורה של מחקרים. נמצא, למשל, כי אמהות לסוגיהן שהן בעלות רמת השכלה גבוהה נוטות לדווח על רמות נמוכות יותר של תחושות דכאוניות ועל רמות גבוהות יותר של הערכה עצמית, בהשוואה לאמהות בעלות רמת השכלה נמוכה (Demo & Acock, 1996). יתכן, והדבר קשור בחלקו לכך שאפשרויות הבחירה, העומדות בפני אמהות בעלות השכלה גבוהה, רבות יותר מאלו העומדות בפני אמהות בעלות השכלה נמוכה. שכן, השכלה היא משאב הפועל להגברת המודעות של הפרט לאלטרנטיבות הקיימות בחייו (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976). יש להניח, שאפשרויות הבחירה הרבות יותר של אמהות בעלות רמת השכלה גבוהה קשורות אף לכך שרמת השתכרותן, לרוב, גבוהה מזו של אמהות בעלות רמת השכלה נמוכה (Ludtke, 1997). משאבים כלכליים מקנים לאמהות את היכולת להסתייע בגורמים חיצוניים לצורך החזקת הבית והטיפול בילדים, דבר המאפשר להן להתפנות למילוי צורכיהן האישיים והמקצועיים (Anderson & Stewart, 1994; Bock, 1995, 2000). נראה, אפוא, כי השילוב של השכלה גבוהה ויכולת השתכרות נאותה מוליך להעצמת האמהות בתחומי חיים שונים.

כהן (1996), מצאה במחקרה כי אמהות גרושות שהן בעלות השכלה גבוהה ומצב כלכלי טוב יותר מיטיבות להסתגל למצבן, בהשוואה לאמהות גרושות אחרות. חוקרת זו גורסת שיתכן ובהחלטה להתגרש, אמהות אלו לוקחות בחשבון את השכלתן כגורם שיאפשר להן להתפרנס היטב, ובכך יסייע להן בתהליך ההסתגלות. בהקשר זה, מעניין לציין, את ממצאי מחקרה של Katz (1991) המצביעים על כך שלרמת ההשתכרות של האמהות הגרושות תרומה רבה יותר לתחושת הרווחה שלהן מאשר להכנסתן הגלובלית (הכוללת תשלומים נוספים, כגון: דמי מזונות, קצבת ילדים, וכו'). חוקרת זו מסבירה ממצא זה בכך שהמשכורת מסמלת עבור אמהות אלו את ההכרה החברתית ביכולותיהן.

החשיבות הרבה המיוחסת בספרות למשאבים האישיים של האמהות יכולה להוות הסבר לדמיון בין האמהות הגרושות ובין האמהות החד הוריות מבחירה והאמהות הנשואות, באיכות החיים. תימוכין להסבר זה מתקבלים מממצאי מחקרן של כץ ובנדור (1986), המורים על כך שאמהות גרושות המשופעות במשאבים אישיים, הן בעלות תחושת רווחה ואיכות חיים דומה לזו של אמהות נשואות, ולעיתים אף גבוהה יותר.

מעניין לציין, כי בשלוש קבוצות המחקר, איכות החיים במדד הפסיכולוגי התגלתה כנמוכה בהשוואה לשלושה מדדי איכות החיים האחרים. ממצא זה יכול, אולי, ללמד על כך שעבודה במשרה מלאה, בשילוב עם טיפול בילדים צעירים, גובה מהאמהות, ללא קשר לסטטוס הנישואין שלהן, מחיר ברמה האישית. יתכן והשילוב של עבודה ומשפחה מאפשר לאמהות להגביר את המשאבים הכלכליים שלהן, להגשים את הערכים שלהן ביחס למשפחה ולהתפתחות האישית שלהן, להתאים את עצמן לערכים החברתיים הדוגלים בשוויון בין



המיניים ובהגשמה עצמית, ואף להרגיש שייכות חברתית. אך לתגמולים אלו נלווה המחיר של התמודדות עם לחצים וקונפליקטים ברמה האישית. ואכן, סקירת הספרות מצביעה על כך שללחצים ולקונפליקט בין התפקידים הקשורים לעבודה לבין התפקידים הקשורים למשפחה, השפעה שלילית על בריאותן הפסיכולוגית של הנשים (ראה Erdwins et al., 2001).

חשוב להדגיש, כי ממצאי המחקר המוצג לעיל מתבססים על מדגם של אמהות שהינן ברובן בעלות רמה גבוהה של משאבים אישיים. השאלה הנשאלת הינה, האם גם בקרב אמהות המאופיינות ברמה נמוכה יותר של משאבים אישיים הייתה מתקבלת תמונה דומה של איכות חיים? מחקר המשך שיעסוק בהשוואת איכות החיים של אמהות במבנים משפחתיים שונים, שהינן בעלות רמות נמוכות של משאבים אישיים, יוכל לשפוך אור על סוגייה זו.

## השלכות

לממצאי המחקר הנוכחי השלכות הן ברמה התיאורטית והן ברמת הפרקטיקה. ברמה התיאורטית, הדמיון שהתגלה בין שלוש קבוצות המחקר בפרופיל איכות החיים יכול ללמד על כך שלמבנה המשפחתי, כשלעצמו, תרומה מועטה להסבר איכות החיים של אמהות בעלות משאבים אישיים גבוהים. אפשר שהמשאבים האישיים, הפועלים להרחבת אפשרויות הבחירה שלהן, בעלי חשיבות רבה יותר להבנת איכות חייהן מאשר המבנה המשפחתי שלהן, כשלעצמו. שכן, נשים משכילות, ובעלות עצמאות כלכלית, יכולות להרשות לעצמן להיות בררניות יותר בבחירת בן הזוג, לעזוב נישואין כושלים, ואף לגדל ילדים מחוץ למסגרת הנישואין, אם הן חפצות בכך (ראה McLanahan & Sandefur, 1994). יחד עם זאת, ממצאי המחקר מצביעים על כך שבצד חשיבות המשאבים האישיים, ישנה חשיבות רבה אף למעורבות ההורית של האב, ולרווחים הכלכליים הנלווים לה, בהסבר איכות החיים של האמהות. במילים אחרות, מחקר זה מלמד על כך שמשאבים אישיים, גבוהים ככל שיהיו, אינם יכולים להוות תחליף ליתרונות שיש לשותפות ההורית עבור האמהות.

ממצאי המחקר מספקים אף מידע חיוני לצורכי הפרקטיקה. כיום, יותר ויותר נשים המתלבטות באפשרות של אמהות ללא נישואין בוחרות להסתייע בגורם מקצועי בתהליך קבלת ההחלטה. בהתבסס על ממצאי המחקר, אנשי המקצוע יכולים להציג בפני הנשים את הרווחים ואת המחירים שטומנת בחובה החד הורות מבחירה, בהתייחס לאיכות חייהן, דבר העשוי לסייע להן בקבלת ההחלטה. יתרה מזו, ניתן להניח שהגברת המודעות לקשיים הפוטנציאליים הגלומים בסגנון משפחתי זה תאפשר לנשים, אשר, בסופו של דבר, בוחרות בו, להתמודד עמם מבעוד מועד, ובכך למזער את הפגיעה באיכות חייהן העתידית. יתכן, למשל, שהעלאת מודעותן למחיר הנלווה להעדר מעורבות הורית של האב, תוליך אותן לבחירת נתיב למימוש האמהות שבו ישנה סבירות גבוהה יותר למעורבות הורית של האב בעתיד (כגון תרומת זרע של תורם ידוע), או לחילופין לגיוס דמויות חלופיות שיקחו חלק פעיל ואינטנסיבי בגידול הילד.

ברמת המאקרו, ממצאי המחקר מצביעים על כך שתפיסת האמהות החד הוריות, באשר הן, כמקשה אחת, אינה עומדת במבחן המציאות. ההכרה בשונות הקיימת בקבוצת

האמהות החד הוריות עשויה להפחית את הסטיגמטיזציה, המופנית כלפי האמהות המשתייכות אליה, ולהוליך לפתוח מדיניות חברתית דיפרנציאלית, בהתייחס למשפחות החד הוריות, שתיקח בחשבון הן את הקשיים הייחודיים של האמהות העומדות בראשן והן את המשאבים האישיים העומדים לרשותן.

## ביבליוגרפיה

- אלבק, ש. ובר, א. (1993). אמהות לא נשואות מתוך בחירה. *חברה ורווחה, י"ד (1)*, 67-79.
- וויזנר, י., גולן, מ. וערד, ב. (1996). *מחקר איכות החיים בפנימיות לילדים ובני נוער בישראל*. תל אביב: הוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב.
- ילדים בישראל: שנתון סטטיסטי (1999)*. ירושלים: המועצה הלאומית לשלום הילד.
- כהן, א. (1996). תחושת הרווחה - משפחות חד-הוריות בהשוואה למשפחות דו-הוריות. *בתחון סוציאלי, 48*, 129-142.
- כץ, ר. ובנדור, נ. (1986). *אמהות חד הוריות: מערכות תמיכה ורווחה אישית*. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- פלג, א. (1999). *השוואה בין שתי קטגוריות של אמהות לא נשואות - מאב ידוע ובלתי ידוע - ביכולת לאינטימיות, תחושת הלחץ ההורי, תחושת הקוהרנטיות, תמיכה חברתית ושביעות רצון*. עבודת גמר לקראת התואר מוסמך לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- פרידמן, א. (1996). *באה מאהבה: אינטימיות וכוח בזהות הנשית*. תל אביב: הוצאת הקבוץ המאוחד.
- תנועה טבעית 1986-1988, (1993). ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- תנועה טבעית 1989-1991, (1994). ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- תנועה טבעית 1993, (1997). ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- Abbey, A., & Andrews, F. M. (1986). Modeling the psychological determinants of life quality. In F. M. Andrews (Ed.), *Research on the quality of life*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan.
- Acock, A. C., & Demo, D. H. (1994). *Family diversity and well-being*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Amato, P. R. (1999). Children of divorced parents as young adults. In E. M. Hetherington (Ed.), *Coping with divorce, single parenting, and remarriage: A risk and resiliency perspective*. (pp. 147-163) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Anderson, C. M., & Stewart, S. (1994). *Flying solo: Single women in midlife*. New-York, N.Y.: Norton & Company.
- Bianchi, S. M. (1995). The changing demographic and socioeconomic characteristics of single parent families. *Marriage and Family Review, 20*, 71-97.
- Block, J., & Greenberg, D. (1985). *Women and friendship*. Franklin Watts.

- Bock, J. D. (1995). *Single mothers by choice: From here to maternity*. Unpublished doctoral dissertation, University of Southern California, CA.
- Bock, J. D. (2000). Doing the right thing? Single mothers by choice and the struggle for legitimacy. *Gender and Society*, 14, 62-86.
- Bowen, G. L., Desimone, L. M., & McKay, J. K. (1995). Poverty and the single mother family: A macroeconomic perspective. *Marriage and Family Review*, 20, 115-142.
- Cairns, D. (1990). *Quality of life assessment of haemodialysis patients: An application of a systemic life quality model*. Unpublished doctoral dissertation, Macquarie University, Sydney.
- Campbell, A., Converse, P. E. & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfaction*. New York: Russel.
- Coontz, S. (1992). *The way we never were: American families and the nostalgia trap*. New York: Basic Books.
- Davidson-Arad, B. (2000). Predicted changes in children's quality of life in decisions regarding the removal of children at risk from their homes. *Children and Youth Services Review*, 22, 31-55.
- Demo, D. H., & Acock, A. C. (1996). Singlehood, marriage, and remarriage: The effects of family structure and family relationships on mother's well-being. *Journal of Family Issues*, 17, 388-407.
- Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work life and its relation to quality of life. *Applied Psychology: An International Review*, 39, 275-291.
- Erdwins, C. Life. J., Buffardi, L.C., Casper, W.J., & O'Brien, A.S. (2001). The relationship of women's role strain to social support, role satisfaction, and self-efficacy. *Family Relations*, 50(3), 230-238.
- Erera, P. I. (2002). *Family Diversity: Continuity and change in the contemporary family*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Foster, E. M., Jones, D., & Hoffman, S. D. (1998). The economic impact of nonmarital childbearing: How are older, single mothers faring? *Journal of Marriage and the Family*, 60, 163-174.
- Gass-Sternas, K. A. (1995). Single parent widows: Stressors, appraisal, coping, resources, grieving responses and health. *Marriage and Family Review*, 20, 411-445.

- Golini, A., Menniti, A., & Palomba, R. (1987). Social needs and use of services made by one parent families. In L. Shamgar-Handelman & R. Palomba (Eds.), *Alternative patterns of family life in modern societies*. Rome: National Institute for Population Research.
- Hertz, R., & Ferguson, F. I. T. (1997). Kinship strategies and self-sufficiency among single mothers by choice: Post modern family ties. *Qualitative Sociology*, 20, 187-209.
- Hetherington, E. M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers, and survivors. *Child Development*, 60(1), 1-14.
- Hochschild, A. (1989). *The second shift*. New York: Viking.
- Holden, K. C., & Smock, P. J. (1991). The economic costs of marital dissolution: Why do women bear a disproportionate cost? *Annual Review of Sociology*, 17, 51-78.
- House, J. (1986). Social support and the quality and quantity of life. In F. M. Andrews (Ed.), *Research on the quality of life*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan.
- Katz, R. (1991). Marital status and well being: A comparison of widowed, divorced and married mothers in Israel. *Journal of Divorce and Remarriage*, 14, 203-218.
- Ladd, L. D., & Zvonkovic, A. (1995). Single mothers with custody following divorce. *Marriage and Family Review*, 20, 189-211.
- Linn, R. (1991). Mature unwed mothers in Israel: Socio-moral and psychological dilemmas. *Lifestyles: Family and Economic Issues*, 12(2), 145-170.
- Ludtke, M. (1997). *On our own: Unmarried motherhood in America*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Mannis, V. S. (1999). Single mothers by choice. *Family Relations*, 48, 121-128.
- Mattes, J. (1994). *Single mothers by choice*. New York: Times Books.
- McLanahan, S., & Sandefur, G. (1994). *Growing up with a single parent*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Mechanek, R., Klein, E., & Kupper-Smith, J. (1988). Single mothers by choice: A family alternative. In M. Braude (Ed.), *Women, power and treatment*. New York: Haworth Press.
- Merritt, S., & Steiner, L. (1984). *And baby makes two: Motherhood without marriage*. New York: Franklin Watts.
- Miller, N. (1992). *Single parents by choice: A growing trend in family life*. New York: Plenum Press.

- Pakizegi, B. (1990). Emerging family forms: Single mothers by choice - demographic and psychosocial variables. *Maternal-Child Nursing Journal*, 19, 1-19.
- Potter, A., & Knaub, P. (1988). Single motherhood by choice: A parenting alternative. *Lifestyles: Family and Economic Issues*, 9, 240-249.
- Renvoize, J. (1985). *Going solo: Single mothers by choice*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Riessman, C. K. (1990). *Divorce talk: Women and men make sense of personal relationships*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Ross, C. E. (1991). Marriage and the sense of control. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 831-838.
- Shye, S. (1979). *A systemic facet-theoretical approach to the study of quality of life*. The Israel Institute of Applied Social Research, research report no. 764.
- Shye, S. (1989). The systemic life quality model: A basis for urban renewal evaluation. *Social Indicators Research*, 21, 343 - 378.
- Siegel, J. M. (1995a). Looking for Mr. Right? Older single women who become mothers. *Journal of Family Issues*, 16(2), 194-211.
- Siegel, J. M. (1995b). Voluntary stigmatization and social comparison: Single mothers view their lot. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1953-1972.
- Siegel, J. M. (1998). Pathways to single motherhood: Sexual intercourse, adoption, and donor insemination. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 79, 75-82.
- Thompson, M. S., & Ensminger, M. E. (1989). Psychological well-being among mothers with school age children: Evolving family structures. *Social Forces*, 67, 715-730.
- Wallerstein, J. & Kelly, J. (1980). *Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books.

## בריאות נפשית של נשים בנגב מנקודת מבט רב-תרבותית

ג'ולי צוויקל<sup>5</sup> ודורית סגל-אנגלצ'ין<sup>6</sup>



ישראל היא מדינה של מהגרים, המורכבת ממגוון רחב של קבוצות אתניות שלהן מורשת תרבותית ייחודית. שתי הקבוצות האתניות היהודיות הגדולות בישראל הינן אוכלוסיות האשכנזים והמזרחים (יפה, 1999), הכוללות תת-קבוצות המובחנות על פי משתנים, כגון: מספר השנים (או הדורות) של הימצאות בארץ והשתייכות לזרם דתי (חרדי, דתי-לאומי, קונסרוטיבי, רפורמי וחילוני) (רואר-סטריאר, 1999). הרבגוניות האתנית בישראל משתקפת, בין היתר, בשונות התרבותית הקיימת ביחס לתפיסות ולערכים הקשורים לבריאות, כמו גם ביחס לאמצעים הננקטים לקידום הבריאות, הפיסית והנפשית כאחד.

במהלך שנות התשעים, ישראל קלטה קרוב למיליון מהגרים חדשים, כאשר מרביתם (85%) הגיעו לארץ מברח"מ לשעבר (Al-Haj & Leshem, 2000). גל הגירה זה שינה באופן משמעותי את ההרכב הדמוגרפי של אזור הנגב, שכן מהגרים רבים קבעו את מקום מגוריהם ביישובי

---

<sup>5</sup> ג'ולי צוויקל, פרופסור חבר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון נגב, מנהלת המרכז לחקר וקידום בריאות האשה.

<sup>6</sup> דורית סגל-אנגלצ'ין, פוסט דוקטורנטית, המחלקה לעבודה סוציאלית אוניברסיטת בן גוריון נגב, חוקרת במרכז לחקר וקידום בריאות האשה.

מחקר זה מומן בחלקו על ידי סיועה הנדיב של משפחת פרידמן. נתוני המחקר מתבססים על שאלוני הסקר של ה- Commonwealth Fund בניו יורק ומכון ברוקדייל בירושלים.

המחברות מבקשות להודות לפול מיירס מה- Key Centre for Women's Health in Society, שבאוניברסיטת מלבורן, על הייעוץ בניתוח הנתונים. תודה מיוחדת לאריאלה צוויקל על תרגום המאמר מהשפה האנגלית לשפה העברית.

הנגב. מעיון בנתוני הרשות לפיתוח הנגב עולה, כי בחלק מיישובי הנגב המהגרים מהווים קרוב ל-30% מן התושבים (שנתון סטטיסטי לנגב, 1998). שינוי דמוגרפי זה תובע מאנשי המקצוע לסוגיהם לעמוד על האפיונים הייחודיים של המהגרים, לצורך פיתוח שירותים ההולמים את צורכיהם במגוון תחומי החיים, לרבות בתחום של בריאות האישה.

באופן מסורתי, ההתייחסות המחקרית והקלינית לבריאות האישה התרכזה בתחום הפוריות, תוך שימת דגש על שלבים ספציפיים במעגל חיי האישה, כגון: שלב הבגרות המינית, שלב ההולדה, ושלב המנופאוזה. בעשור האחרון, התפתחה גישה רחבה ואינטגרטיבית יותר, הגורסת כי בריאות האישה מושפעת מהאינטראקציה שבין המין הביולוגי לבין תפיסת המגדר. המגדר מתעצב על ידי מכלול של גורמים חברתיים, אתניים, ותרבותיים אשר נמצאים באינטראקציה עם הסטטוס הביולוגי, כאשר לאינטראקציה זו השפעה על המצב הבריאותי, הנגישות ומידת השימוש בשירותים המוצעים, ואף על התמותה (Ruiz & Verbrugge, 1997; Pollard & Hyatt, 1999; National Academy of Sciences, 2000). המגדר הנשי קשור, לעיתים קרובות, לרמות נמוכות יותר של משאבים ו/או יציבות כלכלית, המוליכות לחוסר שוויון חברתי ולקשיים כלכליים. גורמים אלו מזוהים בספרות מזה זמן רב כקשורים למצב בריאותי פיסי ונפשי ירוד, ומכאן חשיבותם הרבה (לדוגמה, Link, et al., 1998; Muntaner, et al., 1998; Muntaner, et al., 2002).

ההכרה בכך שבריאות האישה מושפעת ממכלול רחב של גורמים, הקשורים ביניהם, הובילה לכך שאנשי מקצוע מובילים מתחום הבריאות החלו לאמץ גישה רב-ממדית בהתייחס לבריאות האישה, המושתתת על ממצאים קליניים ומחקריים מתחומים, כגון: רפואה, פסיכולוגיה, תזונה, התעמלות גופנית וייעוץ. גישה חדשה זו, המיושמת אף בתחום בריאות הנפש, מכונה "women-centered perspective on health", והיא ממחישה את ההבנה שהתגבשה באשר לצורך בהתייחסות דיפרנציאלית לבריאות האישה, על תחומיה השונים.

תרבות המקור של הנשים מהווה את אחד הגורמים המשמעותיים ביותר בעיצוב התפיסות ודפוסי ההתנהגות הקשורים לבריאותן. תפיסות ודפוסי התנהגות אלו מתחילים להתהוות כבר בתקופת הילדות המוקדמת, בה הנשים חשופות למודלים ההתנהגותיים של משפחותיהן ושל הקהילה אליה הן משתייכות. חשיפה בילדות להזנחה, ניצול, התעללות פיסית או מינית, עלולה לגרום להתפתחות של הפרעות נפשיות בגיל מאוחר יותר, ובמיוחד לדיכאון בקרב נשים (Kessler & Magee, 1993; Rutter & Maughan 1997; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Maughan, 2002). במהלך שנות התבגרותן, נשים רוכשות ידע פורמלי ובלתי פורמלי, המשפיע על עיצוב עמדותיהן ועל בחירת דפוסי ההתנהגות שהן מאמצות בהקשר של בריאות. נמצא כי, פעמים רבות, אמהות ודמויות מטפלות חלופיות משמשות כמקור מרכזי למתן מידע בסיסי בנוגע לסוגיות הקשורות לבריאות, תוך שהן מהוות מודל לחיקוי בהקשר של התמודדות עם בעיות בריאותיות ושמירה על בריאות תקינה, ואף מודל לסוציאליזציה מינית עבור מתבגרות (Tucker, 1989). מחקר עכשווי שעסק בקשר שבין אמהות ובנות, בקרב קבוצות של מהגרים ושל ילידי הארץ, מצביע על כך שלאמהות תפקיד



חשוב בהכנת הבנות לקראת קבלת המחזור החודשי (Mendlinger, 2002). מחקר זה, שהתבסס על ראיונות עומק עם אמהות ועם בנות בגילאים 25-35, מצביע על שונות רבה בתוך ובין קבוצות התרבות השונות, ביחס למידת ההכנה שקבלו האמהות והבנות מאמהותיהן בנושא המחזור החודשי. שונות זו נעה על פני רצף, שבקצהו האחד נמצאו נשים שדווחו על כך שאמהותיהן שקדו על הכנתן לקראת שלב קבלת המחזור החודשי באמצעות שיחות, ספרים ואמצעים נוספים. בקצה השני נמצאו נשים שדווחו על כך שאמהותיהן, אשר על פי רוב השתייכו למוצא תרבותי מסורתי ודת, נמנעו מלקיים עמן כל שיחה בנושא. ממחקר זה עולה, כי נשים אשר חוו את המחזור הראשון כטראומה, לרוב לא עברו הכנה מוקדמת לקראת השינויים שהיו עתידיים להתרחש בגופן, והן הפגינו רמות גבוהות יותר של מבוכה וחוסר ביטחון לגבי הדימוי הגופני שלהן בבגרותן.

ממצאים אלה, מורים על כך שלדפוסים התרבותיים שאליהן חשופות הנשים בתהליך הסוציאליזציה שלהן תפקיד חשוב ביחס לבריאותן הנפשית. זאת, היות ויש בכוחם לחשוף את הנשים לאירועי דחק, אשר עלולים להשפיע באופן ישיר על תחלואה נפשית, ובמיוחד על הגברת הסיכון לאפיזודה ראשונית של דיכאון, המעלה את הסיכון להישנותן של אפיזודות דכאוניות (Kendler, Thornton, & Gardner, 2000; Kendler, Thornton, & Gardner, 2001). ישנם מחקרים המצביעים על כך שמהגרים נמצאים בסיכון גבוה יותר לתחלואה נפשית, בהשוואה לאוכלוסיות אחרות, והדבר בולט במיוחד בקרב מהגרים שתהליך הקליטה שלהם מלווה בלחצים רבים ובקשיים כלכליים מתמשכים (לדוגמה - Franks & Faux, 1990; Noh, et al., 1992; Coutinho Eda, et al., 1996; Glasser, et al., 1998; Carmel, 2001). חיזוק לממצא זה מתקבל גם מן המחקרים שנערכו בישראל. למשל, ממחקר שעסק בדיכאון לאחר לידה (post-partum depression - PPD) עולה, כי הגירה הינה הגורם המבחין המובהק ביותר בניבוי התפתחות ה-PPD. נמצא, כי רמת הסיכון של אמהות חדשות שהיגרו מברה"מ לשעבר לפתח PPD, גבוהה פי שתיים מזו של אמהות חדשות שהן ילידות הארץ (Glasser, et al., 1998). מחקר אחר מצביע על רמות גבוהות יותר של דמורליזציה בקרב מהגרים מברה"מ, מאשר בקרב אוכלוסיית ילידי הארץ, כאשר נמצא כי הדמורליזציה קשורה להעדר תמיכה חברתית בארץ (Zilber & Lerner, 1996). התמונה המתקבלת מן הספרות מצביעה על כך שהאינטראקציה שבין סטטוס המהגר ובין משתנים סוציו-דמוגרפיים, כגון: תמיכה חברתית, השכלה, תעסוקה, מצב בריאותי, גיל בזמן ההגירה, ומצב כלכלי, עלולה להגביר את הסיכון לתחלואה נפשית (Paltiel, 1987; Franks & Faux, 1990; Noh, et al., 1992; Coutinho Eda, et al., 1996; Carmel, 2001; Pertinez Mena, et al., 2002; Wolf, de Andraca, & Lozoff, 2002). יחד עם זאת, נמצא כי לעיתים אינטראקציה זו פועלת בכיוון ההפוך. למשל, ממספר מחקרים עולה כי מהגרים שהגיעו לארה"ב ממקסיקו הפגינו רמות גבוהות יותר של בריאות נפשית, הן בהשוואה לאוכלוסייה המקסיקנית ילידת ארה"ב והן בהשוואה לאוכלוסייה הלבנה (Golding & Lipton, 1990; Hoppe, Leon, & Realini, 1989; Sorenson & Telles, 1991; Shrout, et al., 1992). ממצא זה מתייחס לכלל האוכלוסייה ובפרט לאוכלוסיית הנשים.

לנוכח ההבדלים הקיימים בין הקבוצות האתניות השונות בישראל, במשתנים כגון: היסטוריית ההגירה, מצב בריאותי, רמת השכלה ורמת הכנסה, נשאלת השאלה, האם ההבדל בין הקבוצות האתניות ברמת הבריאות הנפשית של הנשים נגזר מההבדל ביניהן במשתנים אלו? במילים אחרות, האם ההבדל בין הקבוצות האתניות ברמת הבריאות הנפשית של הנשים, תלוי במוצא האתני, כשלעצמו, או במשתנים הסוציו-דמוגרפיים הקשורים בו? המחקר הנוכחי נועד לספק מענה לשאלה זו. מחקר זה מבקש לבחון את המידה שבה המשתנים - מוצא אתני, תמיכה חברתית, מצב בריאותי, השכלה, ומצב כלכלי, תורמים להסבר הבריאות הנפשית של נשים בישראל.

## שיטת המחקר

### מדגם

מחקר זה התבסס על מדגם אקראי של נשים שהן תושבות הנגב. הנשים אותרו באמצעות ספר הטלפונים, על ידי שימוש בטבלאות של מספרים אקראיים, שכללו את כל הערים והיישובים מתחת לקו האורך ה-115, בהתאם להגדרה הגיאוגרפית של אזור הנגב בישראל. ראוי לציין, כי הגדרה זו איננה כוללת את הערים קריית גת ואשקלון. במהלך שנת 1999, נערכו ראיונות טלפוניים עם נשים שענו על הקריטריונים הבאים: גיל 22 ומעלה, יכולת להבין ראיון טלפוני בשפה העברית או הרוסית. במגמה לכלול גם נשים בדואיות במדגם, צוות המראיינים כלל מראיינים שהם דוברי השפה הערבית. ברם, בשל אחוז ההיענות הנמוך בקרב אוכלוסיית הנשים הבדואיות, נבדקה אוכלוסייה זו באופן נפרד, באמצעות מחקר רגיש-תרבות, שהתבסס על ראיונות אישיים (ראה צוויקל וברק, 2002; צוויקל וברק, 2004; Cwikel, Lev-Weisel, & Al-Krenawi, 2003).

בשלב הראשון נוצר קשר טלפוני עם 933 בתי-אב, כאשר ב-390 בתי אב הנשים לא נמצאו בבית, לא התגוררו במען זה, או סרבו להתראיין. מתוך 543 ראיונות שהחלו, 13 הופסקו טרם השלמתם, אחד נפסל בשל העדר נתונים מספיקים, ושלושה ראיונות שנערכו עם נשים בדואיות לא נכללו בסופו של דבר במדגם. המדגם הסופי כלל 526 נשים, המהוות 58.2% מאוכלוסיית המחקר הראשונית. אחוז השלמת הראיונות, בקרב הנשים שהתאימו לקריטריונים שנקבעו ואשר הביעו את הסכמתן להשתתף במחקר, היה 97.6%.

### כלי מחקר

כלי המחקר בהם נעשה שימוש במחקר הנוכחי פותחו במקור במסגרת סקר בריאות נשים של ה-Commonwealth Fund, ונעשה בהם שימוש חוזר במסגרת סקר ארצי שנערך בישראל של ה-Commonwealth Fund (Leiman, et al., 1996; Gross & Brammli-Greenberg, 2000). לנוכח העובדה, שהמדגם הארצי כלל מספר קטן למדי של נשים מאזור הנגב (מתחת ל-100), הרי שלא התאפשר לערוך ניתוחים סטטיסטיים משמעותיים לגבי תת-הקבוצות הכלולות בקבוצת נשים זו. במטרה להעשיר את המידע הקיים, אודות הבריאות הנפשית של הנשים המתגוררות באזור

הנגב, נעשה במחקר זה שימוש חוזר בסקר הטלפוני באזור הנגב, תוך עריכת שינויים מזעריים בנוסח המקורי של כלי המחקר.

המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים נבדקו באמצעות שאלות המתייחסות לגיל, רמת השכלה (הוערכה על פי 8 דרגות: יסודית, על-יסודית, ותארים אקדמיים לסוגיהם), שנת עלייה, ארץ מוצא (קוטלגה על פי ארבע קבוצות: ילידות הארץ, ילידות ארצות אירופה-אמריקה, ילידות ארצות אסיה/אפריקה, וילידות בריה"מ לשעבר), ורמת קושי כלכלי (הוערכה על פי שלוש רמות: העדר קושי, מידה מסוימת של קושי, קושי רב לספק צרכים בסיסיים). בנוסף, הנשים נתבקשו להעריך את רמת התמיכה החברתית להן זוכות בעתות של לחץ או דיכאון, על פני סולם בן שלוש דרגות ("תמיד יש לי מי לפנות לקבלת תמיכה", "לפעמים יש לי מי לפנות לקבלת תמיכה" ו-"אף פעם אין לי מי לפנות לקבלת עזרה").

### מדדים להערכת בריאות נפשית

בריאותן הנפשית של הנשים הוערכה באמצעות מספר דרכים. ראשית, הנבדקות נתבקשו להשיב על השאלה, "האם במהלך חמש השנים האחרונות רופא, או גורם רפואי אחר, אבחן אצלך את אחת מן המחלות או המצבים הבאים?" שאלה זו לוותה ברשימה של 15 מחלות, או מצבים כרוניים, שלגביהם נתבקשו הנבדקות להשיב ב-"כן" או "לא". הרשימה כללה מחלות כגון: יתר לחץ דם, סוכרת, השמנת יתר, בריחת סידן, וכן מצבים של חרדה או דיכאון, והפרעות שינה. שני מדדים אלו מוגדרים כ-"חרדה/דיכאון או הפרעות שינה על פי אבחנה רפואית". השיעורים שנמצאו במדגם זה היו 10% ו-15%, בהתאמה. בנוסף, נעשה שימוש בגרסה המקוצרת של ה-Center for Epidemiological Studies - Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977), הכוללת 6 פריטים. גרסה זו תוקפה במסגרת מחקרים קודמים בהם נעשה בה שימוש (Leiman, et al., 1996; Sherbourne, Dwight-Johnson, & Kaplan, 2001). הנבדקות נתבקשו להעריך את השכיחות של כל אחד מששה הפריטים הכלולים בשאלון, על פני סולם בן 4 דרגות, הנע מ-1 (אף פעם) ל-4 (מרבית הזמן). בבדיקת העקביות הפנימית של השאלון ביחס למדגם הנוכחי, נמצאה עקביות בינונית (אלפא של קרונבך=0.71), וכן נמצא ממוצע של 10.8 (SD=2.7).

הערכה עצמית הוערכה באמצעות שאלון בן 4 פריטים, הנגזר מן ה-Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965). שאלון זה תוקף במסגרת ה-Commonwealth Survey (Leiman, et al., 1996; Sherbourne, et al., 2001). במחקר הנוכחי נמצאה עקביות פנימית מספקת (אלפא=0.63), וממוצע של 6.2 (S.D=1.9). במחקר נעשה שימוש אף בשני פריטים שפיתח Everson לצורך הערכת חוסר אונים וחוסר תקווה (Everson, et al., 1996) (HH): הפריט הראשון מתייחס למידה שבה הנבדק חש העדר שליטה על חייו (חוסר אונים), ואילו הפריט השני מתייחס למידה שבה הנבדק חש פסימיות לגבי עתידו (חוסר תקווה). הנבדקות נתבקשו לציין על פני סולם בן 5 דרגות, הנע מ-1 (שליטה/אופטימיות רבה מאד) ל-5 (העדר

כל שליטה/אופטימיות) את ההערכה שלהן לגבי כל אחד מן הפריטים. ממוצע ההערכות שהתקבל במדגם זה, היה 4.4 (SD=1.5).

חמשת המדדים שהוצגו לעיל מהווים את המשתנים התלויים במחקר זה. פריט נוסף שנכלל במחקר התייחס לקיומה של נכות, מגבלה, או מחלה כרונית המונעת השתתפות מלאה בעבודה, במילוי מטלות יומיות, או בלימודים. שאלה זו היוותה מדד לבעיה בריאותית מתמשכת, הפוגעת בתפקוד השוטף, והיא הוערכה באמצעות שתי קטגוריות (כן/לא).

### ניתוחים סטטיסטיים

בבדיקת הקשר שבין חמשה המדדים של בריאות נפשית, נמצאו מתאמים בינוניים (ערכי ה- $r$  נעים בטווח של 0.20-0.40. ראה נספח 1). בנוסף, נמצא כי כל מדדי הבריאות הנפשית קשורים באופן מובהק לגיל, למעט המדד המתבסס על דיווח עצמי של סימפטומים דיכאוניים (ערכי ה- $r$  נעים בטווח של 0.10-0.30). קרי, בקרב נשים שהינן מעל גיל 40 התגלתה שכיחות גבוהה יותר של דיכאון/חרדה והפרעות שינה, שאובחנו על ידי גורם רפואי, כמו גם של הערכה עצמית נמוכה, חוסר אונים וחוסר תקווה. קשרים אלו נותרו מובהקים גם לאחר הפיקוח על הגיל בעריכת מתאמים חלקיים, ולפיכך, בכל הניתוחים הרב-משתניים נערך פיקוח על משתנה הגיל. לאחר בחינת הקשרים הדו-משתניים עם המוצא האתני, נערכו ניתוחי MANCOVA, עם אופציה של תוכנת ה-MCA (Multiple Classification Analysis), על מנת להציג את הממצאים באופן המאפשר להעריך את גודל האפקט הראשי ואת גודל האפקט של המשתנים הבלתי תלויים. ה-MCA, הנגזר מה-ANCOVA, יכול להצביע על התרומה הייחודית של המשתנים הבלתי-תלויים, ללא קשר לרמת המדידה של המשתנים הללו (שמית, מרווחית, וכדומה) (Andrews, et al., 1973).

### ממצאים

טבלה 1 מציגה את התפלגות ארבע קבוצות המחקר (% ,  $n$ ) על פי המשתנים של השכלה ומצב כלכלי, וכן את הממוצעים וסטיות התקן של המשתנים גיל, ושנת עלייה, בארבע קבוצות המחקר. המדגם כלל, בסופו של דבר, 522 נבדקות, בשל העדר נתונים לגבי המוצא האתני של ארבע נבדקות.

מהתבוננות בטבלה זו עולה כי קרוב למחצית מהנבדקות הן ילידות הארץ וכרבע מהן הינן ילידות ברית המועצות לשעבר. טבלה זו מצביעה על קיומם של הבדלים מובהקים בין הקבוצות, במשתני הרקע. למשל, ניתן לראות כי נבדקות שהינן ילידות הארץ צעירות ביותר מעשר שנים מהנבדקות האחרות. לנוכח הבדל מובהק זה, משתנה הגיל הוחזק כקבוע בכל הניתוחים שנערכו. בנוסף, נבדקות שהן ילידות ברה"מ לשעבר הינן בעלות רמת ההשכלה הגבוהה ביותר, על אף שגילן קרוב לזה של נבדקות שהן ילידות ארצות אירופה/אמריקה או ארצות אסיה/אפריקה. נבדקות שהן ילידות ברה"מ לשעבר וכן נבדקות שהן ילידות ארצות אסיה/אפריקה מדווחות על קשיים כלכליים רבים יותר, בהשוואה לנבדקות האחרות. משך זמן שהייה הקצר ביותר בארץ נמצא בקרב קבוצת הנבדקות שהיגרו מברה"מ לשעבר,

כאשר 63% מביניהן הגיעו לארץ בעשור האחרון (1999-1990). בבדיקת הקשר שבין השכלה ובין חמשה מדדי הבריאות הנפשית, התקבל קשר מובהק אך חלש רק בין השכלה ובין הערכה עצמית ( $r=-.11, p<.05$ ). קשר זה מוסבר במידה רבה על ידי משתנה הגיל, ולפיכך השכלה לא הוכנסה לניתוחים הרב-משתניים.

טבלה 1: תיאור המשתנים הדמוגרפיים בקבוצות המוצא האתני (N=522)

	מוצא אתני					משתנה (%, n)
	סה"כ (100%, 522)	בריה"מ לשעבר (24.1%,126)	אסיה / אפריקה (19.5%, 102)	אירופה/ אמריקה (9.0%, 47)	ילידי ישראל (47.3%, 247)	
F=	44.3	51.8	50.2	48.6	37.4	גיל ממוצע (ס. תקן)
48.8*	(14.2)	(15.7)	(11.4)	(14.4)	(10.9)	
$\chi^2$						% עם השכלה אקדמאית
88.9*	33.8%	49.2%	13.9%	29.7%	34.8%	
d.f.=6						% עם בעיות כלכליות בינוניות עד קשות
$\chi^2$	48.8%	60.1	60%	38.5%	39.1%	
27.9*						שנת הגירה ממוצעת (ס. תקן)
d.f.=6						
F=	1971	1981	1960	1970	-	
35.7 *	(17.5)	(18.2)	(9.5)	(14.4)		

\*  $p<.001$

טבלה 2 מציגה את הממצאים שהתקבלו בניתוחי ה-MANCOVA עם הממצאים של ניתוחי ה-MCA. רמות המובהקות נגזרות מתוצאות ניתוחי ה-ANCOVA של ניתוחי ה-MCA.

ערך ה-"eta" מייצג את גודל האפקט הראשי, ואילו ערך ה-"beta" מייצג את ערך המשתנה הבלתי-תלוי, לאחר הפיקוח על המשתנים הבלתי תלויים האחרים. ערכי "beta" נחשבים למובהקים מבחינה סטטיסטית אם הם גבוהים מ-0.17. (על פי הערכה של מובהקות ערכי ה-"eta"). סדרת המשתנים הניבויים (מוצא אתני, תמיכה חברתית, וקשיים כלכליים), התגלתה כמובהקת בניבוי כל חמשה מדדי הבריאות הנפשית (כפי שניתן לראות בטור השמאלי), ובמיוחד בניבוי הערכה עצמית נמוכה. ניתן לראות, כי מוצא אתני מנבא באופן

מובהק דיכאון על פי אבחנה רפואית, הערכה עצמית נמוכה וחוסר- תקווה/חוסר- אוניס, אך נשאר מובהק מבחינה סטטיסטית רק ביחס להערכה עצמית נמוכה, בפיקוח על המשתנים האחרים. טבלה זו מצביעה אף על חשיבות התמיכה החברתית להסברת סימפטומים דיכאוניים, הערכה עצמית נמוכה וחוסר-תקווה/חוסר- אוניס. תמיכה חברתית ממשיכה להיות בעלת השפעה מובהקת רק בהתייחס לסימפטומים דיכאוניים וחוסר- תקווה/חוסר אוניס, בפיקוח על המשתנים האחרים. מהטבלה עולה אף, כי למשתנה, קשיים כלכליים, התרומה הרבה ביותר להסבר מדדי הבריאות הנפשית, בהשוואה לשני המשתנים האחרים. משתנה זה מנבא באופן מובהק את כל מדדי הבריאות הנפשית, למעט את המדד של סימפטומים דיכאוניים. המובהקות של משתנה זה נשמרת ביחס לשלושה מן המדדים של הבריאות הנפשית, בפיקוח על המשתנים האחרים. ניתן לראות, כי המשתנים הבלתי תלויים משפיעים באופן שונה על מצוקה נפשית המאובחנת על ידי גורם רפואי ועל מצוקה נפשית המתקבלת בדיווח עצמי, כאשר ההשפעה של מוצא אתני וקשיים כלכליים בולטת מזו של התמיכה החברתית, בהתייחס למצוקה נפשית על פי אבחנה רפואית. עם זאת, נמצא כי לתמיכה חברתית השפעה רבה על מצוקה נפשית המתקבלת בדיווח עצמי.

**טבלה 2: ממצאי ניתוח ה- MCA להסבר מדדי הבריאות הנפשית על פי רמת התמיכה החברתית, הקשיים הכלכליים והמוצא האתני, בפיקוח על גיל (n=454, 86.3% מתוך המדגם)**

משתנים בלתי תלויים						מדדים של בריאות נפשית (R <sup>2</sup> )
קשיים כלכליים (df=2)		תמיכה חברתית (df=2)		קבוצה אתנית (df=2)		
Beta	eta	Beta	eta	Beta	Eta	
.177	.201 **	.067	.117	.157	.206 *	דיכאון על פי אבחנה רפואית (** (.083)
.179	.213 **	.058	.159	.064	.196*	הפרעות שינה על פי אבחנה רפואית (***) (.114)
.092	.162	.202	.239***	.111	.143	סימפטומים דיכאוניים (** (.081)
.250	.327***	.140	.247**	.300	.364***	הערכה עצמית נמוכה (***) (.235)
.119	.184*	.186	.272***	.14	.240*	חוסר תקווה - חוסר אוניס (***) (.184)

\*\*\*p < .001; \*\*p < .01 ; \* p < .05  
(R<sup>2</sup>) - אחוז שונות מוסבר

טבלה 3 מציגה את הממצאים שהתקבלו בניתוחי ה-MANCOVA, עם הממצאים של ניתוחי ה-MCA, לאחר הוספת המשתנה מחלה/נכות כמשתנה בלתי תלוי.

**טבלה 3: ממצאי ניתוח ה-MCA להסבר מדדי הבריאות הנפשית על פי רמת התמיכה החברתית, הקשיים הכלכליים, המוצא האתני ונכות/מחלה, בפיקוח על גיל (n=454, 86.3% מתוך המדגם)**

משתנים בלתי תלויים					
משתנים בלתי תלויים אחרים יחד עם נכות / מחלה			משתנים בלתי תלויים אחרים יחד עם נכות / מחלה		
(Betas only)			(df=1)		
קשיים כלכליים	תמיכה חברתית	מוצא אתני	נכות / מחלה	נכות / מחלה	מדדים של בריאות נפשית (R <sup>2</sup> )
beta	beta	beta	beta	eta	
.117	.062	.119	.274	.338***	דיכאון על פי אבחנה רפואית ** (.146)
.122	.047	.050	.256	.347***	הפרעות שינה על פי אבחנה רפואית *** (.170)
.063	.196	.103	.124	.185*	סימפטומים דיכאוניים *** (.093)
.219	.137	.283	.137	.293**	הערכה עצמית נמוכה *** (.252)
.067	.184	.117	.214	.335***	חוסר תקווה – חוסר אונים *** (.218)

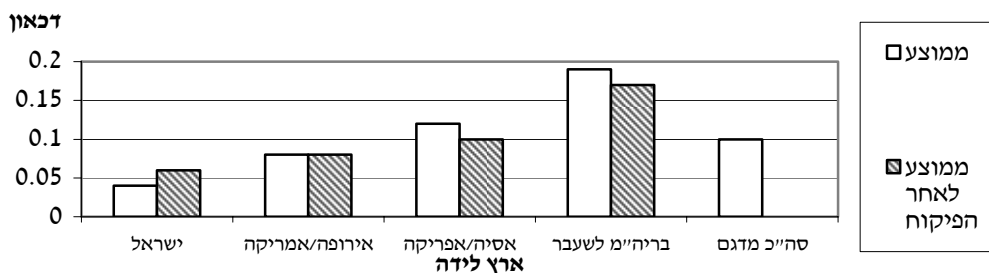
\*\*\*p < .001; \*\*p < .01 ; \* p < .05  
(R<sup>2</sup>) - אחוז שונות מוסבר

רמות המובהקות נגזרות מתוצאות ניתוחי ה-ANCOVA של ניתוחי ה-MCA.

ערכי ה-"eta" זהים לאלו שבטבלה 2, ולפיכך הם אינם מוצגים בטבלה. ערכי ה-"eta" וה-"beta" של משתנה מחלה/נכות מוצגים יחד עם ערכי ה-"beta" החדשים של המשתנים הבלתי תלויים האחרים. טבלה זו מצביעה על כך שהמשתנה מחלה/נכות מנבא באופן מובהק ביותר את כל מדדי הבריאות הנפשית. הכנסת משתנה זה לניתוח שיפרה את סה"כ ה-R<sup>2</sup> עבור כל הניתוחים.

על מנת לאפשר מבט מעמיק יותר על הממצאים ביחס להבדלים בבריאות הנפשית של הנשים, בין הקבוצות האתניות השונות, הממוצעים, לפני ואחרי הפיקוח על המשתנים האחרים, מוצגים בתרשים עבור דיכאון על פי אבחנה רפואית ועבור הערכה עצמית.

**תרשים 1: ממוצעי זכאון על פי אבחנה רפואית לפני ואחרי הפיקוח על המשתנים גיל, תמיכה חברתית, קשיים כלכליים, ומדדים אחרים של בריאות הפשית**



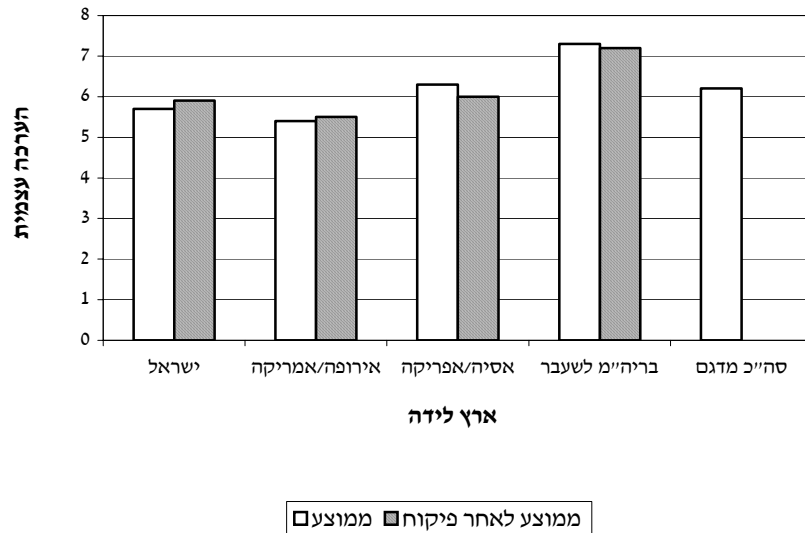
כפי שניתן לראות מתרשים 1, בקרב נשים שהן ילידות הארץ, רמת הדיווח על זכאון על פי הערכה רפואית הינה נמוכה, יחסית, ואילו בקרב נשים שהן ילידות ברה"מ לשעבר, ישנה רמת דיווח גבוהה, יחסית. הפיקוח הגדיל את הממוצע עבור הישראליות אך הקטין את הממוצע של העולות החדשות. הפיקוח בקרב הנשים ממוצא אסיאתי/אפריקאי הוריד את הממוצע לזה של כלל אוכלוסיית המדגם. כפי הנראה, לפיקוח לא הייתה כלל השלכה על אחוזי הדיכאון על פי הערכה רפואית בקרב הקבוצה ממוצא אמריקאי/ אירופאי. גם לאחר הפיקוח, אחוזי הדיכאון על פי הערכה רפואית או החרדה בקרב נשים עולות מברה"מ לשעבר היו כמעט פי שלושה מאשר האחוזים בקרב נשים ילידות הארץ.

ממצאי ניתוחי ה-MCA עבור הערכה עצמית מוצגים בתרשים 2. ראוי לציין, כי ציון גבוה במדד זה משקף רמת הערכה עצמית נמוכה.

כפי שניתן לראות מן התרשים, הממוצע הנמוך ביותר של הערכה עצמית התגלה בקרב הנשים שהיגרו מברה"מ לשעבר, ואילו הממוצע הגבוה ביותר נמצא בקרב הנשים שהיגרו מארצות אירופה-אמריקה, זאת גם לאחר הפיקוח. לאחר הפיקוח נמצא, כי הממוצע של הערכה עצמית בקבוצת הנשים שהן ילידות הארץ דומה לזה של קבוצת הנשים שהן ילידות ארצות אסיה/אפריקה. ראוי להדגיש, כי בקרב קבוצת הנשים שהיגרו מברה"מ לשעבר התגלתה הרמה הנמוכה ביותר של הערכה עצמית גם לאחר הפיקוח על המשתנה מחלה/נכות ועל המשתנים הבלתי תלויים האחרים. ממצא זה מלמד על כך, שהמצב הבריאותי אינו מהווה הסבר לרמת ההערכה העצמית הנמוכה שנמצאה בקרב הנשים שהיגרו מברה"מ לשעבר.



**תרשים 2: ממוצעי הערכה עצמית לפני ואחרי הפיקוח על המשתנים גיל, תמיכה חברתית, קשיים כלכליים, ומזדים אחרים של בריאות נפשית**



**דין**

בישראל, שהינה מדינה של מהגרים, ישנה ספרות מחקרית ענפה העוסקת בלחצים הכרוכים בהגירה. מעיון במחקרים הקיימים עולה, כי בתום התקופה הראשונית של הקליטה, המלווה בלחצים, מצוקה נפשית והסתגלות תרבותית, אין לרוב סיבה לצפות לרמות גבוהות יותר של מצוקה נפשית בקרב המהגרים מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית (Westermeyer, Neider, & Vang, 1984; Vega, et al., 1986; Ritsner & Ponizovsky 1999). מחקרן של Anson ועמיתיה, למשל, מצביע על כך שמהגרים "ותיקים", שעלו לארץ לפני למעלה מ-40 שנה, דווחו על תחושת רווחה פיזית ונפשית גבוהה מזו של ילידי הארץ ומזו של מהגרים חדשים (Anson, Pilpel, & Rolnik, 1996). מעקב ארוך טווח אחר מהגרים, שהגיעו לארה"ב ולישראל, מורה על כך שבמהלך הזמן חלה התמתנות משמעותית ברמת הלחצים, אם כי התמתנות זו אינה משתקפת בכל המדדים של הבריאות הנפשית (Westermeyer, Neider, & Callies, 1989; Cwikel & Rozovski, 1998).

אחד מן הנושאים שטרם זכו להתייחסות מחקרית מספקת, הינו האופן בו ההשתייכות לקבוצות אתניות, או לקבוצות מהגרים שונות, משפיעה על הבריאות הנפשית לאורך מעגל החיים. על אף שהנשים שנטלו חלק במחקר הנוכחי אינן עולות חדשות, יתכן שהן עדיין

מושפעות מהסטטוס החברתי המיוחס למהגרים, דבר המוצא את ביטוי במדדים של הערכה עצמית ושל דיכאון. מחקר זה בקש לזהות את הגורמים החברתיים השונים הקשורים לסטטוס המהגר, ולבחון את האופן שבו הם משפיעים על הבריאות הנפשית. ממצאי המחקר מצביעים בברור על תרומת המשתנים השתייכות אתנית, קשיים כלכליים והעדר תמיכה חברתית למצוקה נפשית.

במהלך העשורים האחרונים פועלת תנועה של "פסיכיאטריה תלוית תרבות" (trans-cultural psychiatry), המבקשת להימנע משימוש בתוויות פסיכיאטריות קונבנציונליות בהתמודדות עם קבוצות מהגרים, ולפתח הבנה רגישה יותר להקשר ולמטרות המנחות התנהגויות נורמליות והתנהגויות חריגות (Kiev, 1972; Kleinman, 1989; Jayasuriya, Sang & Fielding, 1992). גישה זו עשויה לתרום לעוסקים בתחום בריאות הנפש, בהבנת תופעות תרבותיות ייחודיות, כגון: עין הרע, דיבוק של רוח ה"זאר" או "עייפות מוחית" בקרב העדה האתיופית, ואף לסייע להם להכיר בחשיבות הסומטיזציה לביטוי מצוקה נפשית, בקרב מהגרים ממדינות חבר העמים (Witztum, Grisar, & Budowski, 1996; Hodes, 1997; Cwikel & Rozovski, 1998; Ritsner, et al., 2000). אין ספק, כי גישה זו עשויה לתרום להבנת החשיבות של סימפטומים ספציפיים גם במישור הקליני. ראוי לציין, עם זאת, כי בגישה זו חסרה התייחסות מספקת לתהליכים הנגזרים ממשתנים כגון: מעמד חברתי של המהגר, רמה סוציו-אקונומית, משך השהייה בארץ החדשה, יכולת לגייס תמיכה חברתית ומשפחתית, וקיומן של בעיות בריאותיות אחרות. על מנת להעמיק את הבנת המקור למצוקה נפשית בקרב מהגרים דרושה גישת מקרו, המקיפה את מכלול המשתנים המעורבים בתהליך ההגירה. גישה זו עשויה לסייע אף בהבנת ממצאי המחקר הנוכחי, המורים על כך שגם לאחר פיקוח על בעיות כלכליות ותמיכה חברתית, מהגרות מברה"מ לשעבר מפגינות רמות גבוהות יותר של מצוקה נפשית, על אף שמרביתן שוהות בארץ למעלה מעשר שנים והינן בעלות רמת ההשכלה הגבוהה ביותר. ממצא זה תואם ממצאי מחקרים אחרים, המורים על כך שנשים, ילידות ברה"מ לשעבר, נוטות יותר לדווח על מחלות כרוניות, מוגבלויות וסימפטומים דכאוניים, בהשוואה לנשים שהן ילידות הארץ (Gross, Brammli-Greenberg, & Remennick, 2001).

אחד ההסברים האפשריים לממצא זה קשור, אולי, לשליטה של הנבדקות בשפה העברית. הספרות מורה על קיומה של שונות רבה בקרב עולי ברה"מ לשעבר ברמת השליטה בשפה העברית (Al-Haj & Leshem, 2000). אפשר שקבוצת הנשים שהיגרו לארץ מברה"מ לשעבר, שנטלו חלק במחקר זה, לא השכילה להגיע לרמת השליטה הקיימת בקרב קבוצות הנשים האחרות בשפה העברית. חיזוק להסבר זה מתקבל ממחקרים אחרים, בהם נמצא ששליטה בשפה קשורה לבריאות נפשית טובה יותר, אצל קבוצות שונות של מהגרים (Westermeyer, et al., 1989; Golding & Lipton, 1990). בהקשר זה, Westermeyer & Her מציינים: "...שליטה בשפה המדוברת בחברה הקולטת, היא מיומנות קריטית להסתגלות פסיכו-סוציאלית ולבריאות נפשית..." (Westermeyer & Her, 1996, עמוד 125).

אחד מן הגורמים החברתיים, שראוי לבחון במחקרים עתידיים, הינו מידת האפליה והניכור החברתי שחשים המהגרים באינטראקציות שלהם עם החברה הישראלית. נמצא, למשל, כי נשים שהיגרו לארץ מחבר העמים, נאלצות פעמים רבות להתמודד עם סטיגמות חברתיות, המייחסות להן עיסוק בזנות (Remennick, 1999). תחושת האפליה בקרב מהגרים נחקרה בארצות אחרות הקולטות מהגרים (McDonald, et al., 1996; Silove, et al., 1997; Finch, ) (Kolody, & Vega, 2000; Nobles & Sciarra, 2000; Noh & Kaspar, 2003). יחד עם זאת, ישראל, שהינה ארץ המשופעת בקבוצות מהגרים מכל רחבי העולם, מהווה קרקע פורייה למחקר המשך בהקשר זה. התבוננות במחקרים הקיימים מלמדת על חשיבות תחושת האפליה לבריאות הנפשית של המהגרים. מחקרם של Finch ועמיתיו (2000), למשל, מצביע על כך שבקרב מקסיקנים שהיגרו לקליפורניה, קיים קשר ישיר בין תחושת האפליה לבין דיכאון, כאשר קשר זה ממותן על ידי המשתנים ארץ מוצא, מין ושליטה בשפה האנגלית. לנוכח ממצא זה ניתן, אולי, להניח, כי לתחושת האפליה יש תפקיד חשוב בהסבר המצוקה הנפשית שנמצאה בקרב קבוצת הנשים שהיגרו לישראל מברה"מ לשעבר. אפשר שהנשים בקבוצה זו תופסות את מוצאן האתני כגורם המעכב את ההתערות שלהן בחברה הישראלית, דבר הפוגם בבריאותן הנפשית.

צוותי מומחים במספר ארצות (לדוגמה, אוסטרליה וקנדה), ניסו לאתר קבוצות הנמצאות בסיכון גבוה לתחלואה נפשית בקרב אוכלוסיות מהגרים, במגמה לפתח קווים מנחים לצורכי טיפול (Canadian Task Force on Mental Health, 1988a; 1988b; Jayasuriya, et al., 1992). מעיון בדוחות שפורסמו, עולה כי לסטטוס הסוציו-דמוגרפי שקדם להגירה, לתנאים שלוו את תהליך ההגירה (לחצים וטראומה), ולאופי האינטראקציה עם החברה הקולטת לאחר ההגירה השפעה על הבריאות הנפשית. ממצאים אלו משתקפים בדבריה של הועדה האוסטרלית: "...פרופיל הבריאות הנפשית של המהגר מעוצב על ידי האינטראקציה שבין תרבות המקור שלו ובין גורמים חברתיים (כגון: הגישה והפילוסופיה של החברה הקולטת ביחס להגירה) וכן על ידי הסטטוס החברתי שיוחס לו במהלך חייו, ולא על ידי תרבות המקור שלו, כשלעצמה" (עמוד 47 Jayasuriya, et al., 1992).

שאלה חשובה בהקשר זה היא, האם ניתן להצביע על גורמים המנבאים פנייה לקבלת סיוע נפשי? מחקר עכשווי שנערך בארץ בדק את הצורך בסיוע נפשי, על פי ההערכה של הנבדקים, באמצעות סקר טלפוני ארצי. ממצאי המחקר מצביעים על כך שגירושין ומחלות כרוניות הינם גורמים המנבאים את הצורך בסיוע נפשי אצל נשים. יחד עם זאת, ממצאי המחקר עולה, כי רק 42% מבין הנשים שדווחו על צורך בקבלת סיוע נפשי פנו לקבלת סיוע בפועל. השיעור הנמוך ביותר של פנייה לקבלת סיוע נפשי נמצא בקרב עולות חדשות מברה"מ לשעבר, כמו גם בקרב נבדקות שהתגוררו מחוץ לערים המרכזיות (Gross, et al., 1998; Rabinowitz, Gross, & Feldman, 1999).

למחקר הנוכחי כמה השלכות יישומיות חשובות. ממצאי המחקר, המבליטים את תרומת המצב הכלכלי לבריאות הנפשית של הנשים, מורים על נחיצותה של מדיניות חברתית

שתפעל לקידום הסטטוס הכלכלי של הנשים, באמצעות פיתוח תוכניות הכשרה תעסוקתית והשמה מקצועית. מדיניות זו, מן הראוי שתפעל אף להקמת מסגרות חינוך חלופיות, שיאפשרו לנשים שהן אמהות לשלב בין התפקידים המסורתיים שלהן ובין תעסוקה מחוץ לבית. ברמת הטיפול והייעוץ, יש מקום להגביר את מודעותן של הנשים לרווחים הגלומים בהגברת עצמאותן הכלכלית, כמו גם לחזק את האמונה שלהן ביכולתן לפעול לקידומה. השלכה נוספת של המחקר מתייחסת לתחום חברתי של הנשים. לאור ממצאי המחקר, המצביעים על חשיבות התמיכה החברתית לבריאות הנפשית של נשים, נראה כי יש מקום אף לסייע לנשים לגייס תמיכה רבה יותר מן הרשתות החברתיות שלהן או להרחיב את הרשתות החברתיות שלהן על ידי יצירת מסגרות המפגישות בין נשים. אכן, ממחקר שנערך בהולנד עולה, כי השימוש בעקרונות של עזרה עצמית וטיפול פמיניסטי במסגרת התערבות קבוצתית, סייע לנשים, שחשו בודדות, לשפר את איכות הקשרים החברתיים שלהן ולהפחית את תחושת בדידותן (Stevens, 1997).

בעוד ממצאי המחקר שהוצגו לעיל התבססו על מדדים של דיווח עצמי, הרי שמובהקות ועקביות הממצאים מלמדת על כך שלמשתנים - מצב כלכלי, תמיכה חברתית, מוצא אתני והיסטוריית ההגירה - השפעה על הבריאות הנפשית של הנשים. המחקר מורה אף על כך שמחלה/נכות הינה משתנה חשוב בניבוי בריאות נפשית. נמצא, כי הוספת משתנה זה לניתוח הנתונים, מפחיתה את המובהקות של התרומה של מוצא אתני (כמו גם של קשיים כלכליים ותמיכה חברתית) להסברת המדדים של הבריאות הנפשית, למעט המדד של הערכה עצמית נמוכה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאיהם של מחקרים אחרים. למשל, ממחקרו של Silver (1987), עולה כי רמה גבוהה של תלונות על מיחושים גופניים הינה מאפיין בסיסי של דיכאון, וכי למוצא אתני אין השפעה על דיכאון. מחקר עכשווי יותר, מורה על קיומו של קשר בין מספר רב של בעיות רפואיות לבין אבחנה של תסמונת פוסט טראומטית, במרפאות ראשוניות (Weisberg, et al., 2002). במחקר שבדק את ההבדלים בין המינים במצוקה נפשית, בקרב עולים שהגיעו לארץ ממדינות חבר העמים, נמצא כי נשים נטו יותר לדווח על בעיות משפחתיות ועל מצב בריאותי ירוד (Ritsner, et al., 2001). נראה, כי מצוקה נפשית קשורה לרוב לרמות גבוהות יותר של בעיות בריאותיות (Rabinowitz, et al., 1999), ויתכן שמהגרים ממדינות חבר העמים נוטים יותר לדווח עליה.

ראוי לציין, כי למחקר הנוכחי מספר מגבלות מתודולוגיות. ראשית, במחקר זה לא נבדקו סוגי הנכות מהם סובלות הנבדקות. אי לכך, יתכן (אם כי בסבירות נמוכה ביותר לנוכח ניסוח השאלה המתייחסת למחלה/נכות) שהנבדקות השיבו על שאלה זו תוך התייחסות לבעיה נפשית קיימת (כגון: חרדה/דיכאון או הפרעות בשינה). סביר יותר להניח, עם זאת, כי מצוקה נפשית מחריפה את תחושת הסימפטומים הפיזיים. מגבלה נוספת של המחקר קשורה לכך שיתכנו הבדלים תרבותיים ביחס לדיווח על סימפטומים נפשיים. קרי, אפשר שבקבוצות תרבות מסוימות קיימת סובלנות ופתיחות רבה יותר ביחס למצוקה נפשית, דבר העשוי להשתקף בנטייה רבה יותר בקרבן לדווח עליה (Loewenthal, et al., 2002). במחקר שבדק את עמדותיהם של עולים מחבר העמים נמצא, כי בעוד הם מסוגלים לזהות

פסיכופתולוגיה חריגה, הרי שהם מפגינים רמות נמוכות של סובלנות כלפי התנהגויות חריגות (Levay, et al., 1990). ממצא זה יכול, אולי, להוות הסבר חלקי לרמה הגבוהה יותר של חרדה ודיכאון על פי אבחנה רפואית, שנמצאה בקרב קבוצת הנשים שהיגרו לארץ מברה"מ לשעבר. שכן, יתכן ונשים אלו נוטות יותר לשתף את רופאי המשפחה בבעיות הנפשיות שלהן, בהשוואה לנשים בקבוצות האתניות האחרות, בשל הרתיעה שלהן מלפנות אל אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש, או אל בני משפחותיהן. ואכן, מחקרם של Rabinowitz ועמיתיו, מצביע על כך שאף אחד מהעולים מחבר העמים לא פנה לקבלת סיוע נפשי ממשפחתו (בהשוואה ל-13% מדוברי העברית ו-81% מדוברי הערבית) (Rabinowitz, Gross, & Feldman, 2003).

## מסקנות

מאמר זה מציע גישה רב-ממדית להבנת מצוקה נפשית בקרב נשים ישראליות, ילידות הארץ ומהגרות כאחד. ממצאי המחקר מחזקים את הרעיון שהבריאות הנפשית של נשים מושפעת מהיבטים רבים, הקשורים למעמדן החברתי של נשים, כגון; סטטוס מוצאן האתני, תפיסת הנגישות של תמיכה חברתית וקשיים כלכליים. הסברים סוציולוגיים מסורתיים, המבוססים על מעמד חברתי, הנגזר מהשכלה וגיל, עלולים להוביל למסקנות מוטעות באשר למהות מצוקתן הנפשית של נשים. מומחים בתחום בריאות הנפש חייבים לתת את הדעת לאופן שבו בעיות ומגבלות פיזיות מגבירות מצוקה נפשית, מעל ומעבר לתהליכים חברתיים אחרים. יתרה מזו, עליהם להכיר בכך שמרכיבים רבים, הקשורים לבריאות נפשית ירודה, אינם תלויי אישיות, שכן הם נגזרים משורה של גורמים חברתיים הקשורים ביניהם ( World Health Organization, 2000). כשנשכיל להבין את גבולות היכולת של האישה להשתנות ולהתגבר על מצבה החברתי האישי, נוכל לעבור מהעמדה של "האשמת הקורבן" במצב בריאות נפשית ירוד, לעמדה מעצימה יותר.

## ביבליוגרפיה

- גרוס, ר., פלדמן, ד., רבינוביץ, י.ת גרינשטיין, מ. וברג, א. (1998). מצוקה נפשית נתפסת בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל - מאפיינים ודפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש. *הרפואה*, 134 (5), 348-341.
- יפה, א. ד. (1999). קבוצות מיעוט אתניות בישראל: אתגרים לתורת העבודה הסוציאלית, לערכיה וליישומה. מתוך רבין ק. (עורכת), *להיות שונה בישראל: מוצא עדתי ומין בטיפול בישראל*. תל-אביב, הוצאת רמות.
- צוויקל, גי. וברק, נ. (2002). *בריאות ורווחה של נשים בדואיות בנגב*. באר שבע: המרכז לחקר וקידום בריאות האישה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- צוויקל, גי. וברק, נ. (2004). *בריאות ורווחה של נשים יהודיות בנגב*. באר שבע: המרכז לחקר וקידום בריאות האישה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- רואר-סטריאר, ד. (1999). הורים וילדים מקבוצות תרבות שונות בישראל: תמונה רבת-משתנים. מתוך רבין ק. (עורכת), *להיות שונה בישראל: מוצא עדתי ומין בטיפול בישראל*. תל-אביב, הוצאת רמות.
- שנתון סטטיסטי לנגב (1998). באר שבע: הרשות לפיתוח הנגב.
- Al-Haj, M., & Leshem, E. (2000). *Immigrants from the former Soviet Union in Israel: Ten years later*. A research report. Haifa: The Center for Multiculturalism and Educational Research.
- Andrews, F. M., Morgan, J. N., Sonquist, J. A., & Klem, L. (1973). *Multiple classification analysis*. Ann Arbor, MI., University of Michigan.
- Anson, O., Pilpel, D., & Rolnik, V. (1996). Physical and psychological well-being among immigrant referrals to colonoscopy. *Social Science and Medicine*, 43(9), 1309-16.
- Canadian Task Force on Mental Health, (1988a). *Review of the literature on migrant mental health. issues affecting immigrants and refugees..* Ottawa, Ministry of Supply and Services.
- Canadian Task Force on Mental Health, (1988b). *After the door has opened: Issues affecting immigrants and refugees.* Ottawa, Ministry of Supply and Services.
- Carmel, S. (2001). Subjective evaluation of health in old age: The role of immigration status and social environment. *International Journal of Aging and Human Development*, 53(2), 91-105.
- Coutinho Eda, S., De Almeida Filho, N., Mari Jde, J., & Rodrigues, L. (1996). Minor psychiatric morbidity and internal migration in Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(3-4), 173-9.
- Cwikel, J., Lev-Weisel, R., & Al-Krenawi, A (2003). The physical and psychosocial health of Bedouin Arab women in the Negev area of Israel. *Violence Against Women*, 9(2), 240-257.

- Cwikel, J., & Rozovski, U. (1998). Coping with the stress of immigration among new immigrants to Israel from Commonwealth of Independent States (CIS) who were exposed to Chernobyl: The effect of age. *International Journal of Aging and Human Development*, 46(4), 305-318.
- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Pukkala, E., Tuomilhto, J., & Salonen, J. T. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine* 58, 113-121.
- Finch, B. K., Kolody, B., & Vega, W. A. (2000). Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(3), 295-313.
- Franks, F., & Faux, S. A. (1990). Depression, stress, mastery, and social resources in four ethno-cultural women's groups. *Research in Nursing and Health*, 13(5), 283-292.
- Glasser, S., Barell, V., Shoham, A., Ziv, A., Boyko, V., & Lusky, A. (1998). Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: Prevalence, incidence and demographic risk factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 19(3), 155-164.
- Golding, J. M., & Lipton, R. I. (1990). Depressed mood and major depressive disorder in two ethnic groups. *Journal of Psychiatric Research*, 24(1), 65-82.
- Gross, R., & Brammli-Greenberg, S. (2000). *The health and welfare of women in Israel: Findings from a national survey*. Jerusalem, Israel, JDC-Brookdale Institute.
- Gross, R., Brammli-Greenberg, S., & Remennick, L. (2001). Self-rated health status and health care utilization among immigrant and non-immigrant Israeli Jewish women. *Women Health*, 34(3), 53-69.
- Hodes, R. (1997). Cross-cultural medicine and diverse health beliefs. Ethiopians abroad. *Western Journal of Medicine*, 166(1), 29-36.
- Hoppe, S. K., Leon, R. L., & Realini, J. P. (1989). Depression and anxiety among Mexican Americans in a family health center. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24(2), 63-68.
- Jayasuriya, L., Sang, D., & Fielding, A. (1992). *Ethnicity, immigration and mental illness: A critical review of Australian research*. (pp. 1-61) Canberra, Bureau of Immigration Research.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the "kindling" hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1243-1251.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 582-586.
- Kessler, R. & Magee, W. (1993). Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*, 23, 679-690.

- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5-13.
- Kiev, A. (1972). *Trans-cultural psychiatry*. Harmondsworth, UK, Penguin.
- Kleinman, A. (1989). Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry. *Social Science and Medicine*, 29(3), 327-339.
- Leiman, J. M., Bussel, M. E., Duncan, M. M., Collines, K. S., Meyer, J. E. & Rothschild, N. (1996). *Prevention and women's health: A shared responsibility*. New York; The Commonwealth Fund Commission on Women's Health.
- Levav, I., Kohn, R., Flaherty, J. A., Lerner, Y. & Aisenberg, E. (1990). Mental health attitudes and practices of Soviet immigrants. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 27(3), 131-144.
- Link, B. G., Northridge, M. E., Phelan, J. C., & Ganz, M. L. (1998). Social epidemiology and the fundamental cause concept: On the structuring of effective cancer screens by socioeconomic status. *Milbank Quarterly*, 76(3), 375-402, 304-375.
- Loewenthal, K. M., Macleod, A. K., Lee, M., Cook, S., & Goldblatt, V. (2002). Tolerance for depression: Are there cultural and gender differences? *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 9(6), 681-688.
- Maughan, B. (2002). Depression and psychological distress: A life course perspective. In D. Kuh & R. Hardy (Eds.), *A life course approach to women's health*. (pp. 161-176) Oxford, UK, Oxford University Press.
- McDonald, R., Vechi, C., Bowman, J. & Sanson-Fisher, R. (1996). Mental health status of a Latin American community in New South Wales. *Australian-New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(4), 457-462.
- Mendlinger, S. E. (2002). *Body acceptance over the life course in Israeli women from multi-ethnic backgrounds: The influence of the mother-daughter relationship*. Paper presented at the Eight International Qualitative Health Research Conference. Banff, Canada, April.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Muntaner, C., Eaton, W. W., Diala, C., Kessler, R. C. & Sorlie, P. D. (1998). Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Social Science and Medicine*, 47(12), 2043-2053.
- Muntaner, C., Lynch, J. W., Hillemeier, M., Lee, J. H., David, R., & Benach, J. (2002). Economic inequality, working-class power, social capital, and cause-specific mortality in wealthy countries. *International Journal of Health Services*, 32(4), 629-656.
- National Academy of Sciences, (2000). *Exploring the biological contributions to human health: does sex matter?* Retrieved September 3, 2003, from [www.nap.edu/openbook/0303072816/html](http://www.nap.edu/openbook/0303072816/html)



- Nobles, A. Y., & Sciarra, D. T. (2000). Cultural determinants in the treatment of Arab Americans: a primer for mainstream therapists. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(2), 182-191.
- Noh, S., & Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93(2), 232-238.
- Noh, S., Wu, Z., Speechley, M., & Kasper, V. (1992). Depression in Korean immigrants in Canada. II. Correlates of gender, work, and marriage. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(9), 578-582.
- Paltiel, F. L. (1987). Is being poor a mental health hazard? *Women Health*, 12(3-4), 189-211.
- Pertinez Mena, J., Viladas Jene, L., Clusa Gironella, T., Menacho Pascual, I., Nadal Gurpegui, S., & Muns Sole, M. (2002). Descriptive study of mental disorders in ethnic minorities residing in an urban area of Barcelona. *Aten Primaria*, 29(1), 6-13. (Spanish).
- Pollard, T., & Hyatt, S. (1999). Sex, gender and health: Integrating biological and social perspectives. In T. Pollard, & S. Hyatt (Eds.), *Sex, gender and health*. (pp. 1-16) Cambridge, Cambridge University Press.
- Rabinowitz, J., Gross, R., & Feldman, D. (1999). Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(3), 141-146.
- Rabinowitz, J., Gross, R., & Feldman, D. (2003). Perceived need and receipt of outpatient mental health services. Factors affecting access in Israeli HMOs. *Journal of Ambulatory Care Management*, 26(3), 260-269.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
- Remennick, L. (1999). Women with a Russian accent in Israel: On the gender aspects of immigration. *The European Journal of Women's Studies*, 6(4), 441-461.
- Ritsner, M., & Ponizovsky, A. (1999). Psychological distress through immigration: The two-phase temporal pattern? *International Journal of Social Psychiatry*, 45(2), 125-139.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Kurs, R., & Modai, I. (2000). Somatization in an immigrant population in Israel: A community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 385-392.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Nechamkin, Y., & Modai, I. (2001). Gender differences in psychosocial risk factors for psychological distress among immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 151-160.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Ruiz, M. T., & Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(2), 106-109.

- Rutter, M., & Maughan, B. (1997). Psychosocial adversities in childhood and adult psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 11, 4-18.
- Sherbourne, C. D., Dwight-Johnson, M., & Kaplan, R. (2001). Psychological distress, unmet need, and barriers to mental health care for women. *Women's Health Issues*, 11, 231-243.
- Shrout, P. E., Canino, G. J., Bird, H. R., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., & Burnam, M. A. (1992). Mental health status among Puerto Ricans, Mexican Americans, and non-Hispanic whites. *American Journal of Community Psychology*, 20(6), 729-752.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasager, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351-357.
- Silver, H. (1987). Physical complaints are part of the core depressive syndrome: Evidence from a cross-cultural study in Israel. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48(4), 140-142.
- Sorenson, S. B., & Telles, C. A. (1991). Self-reports of spousal violence in a Mexican-American and non-Hispanic white population. *Violence Victims*, 6(1), 3-15.
- Stevens, N. (1997). Friendship as a key to wellbeing: A course for women over 55 years old. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 28(1), 18-26. (Dutch)
- Tucker, S. (1989). Adolescent patterns of communication about sexually related topics. *Adolescent*, 24, 269-278.
- Vega, W. A., Kolody, B., Valle, R., & Hough, R. (1986). Depressive symptoms and their correlates among immigrant Mexican women in the United States. *Social Science and Medicine*, 22(6), 645-52.
- Weisberg, R. B., Bruce, S. E., Machan, J. T., Kessler, R. C. Culpepper, L., & Keller, M. B. (2002). Nonpsychiatric illness among primary care patients with trauma histories and posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 53(7), 848-854.
- Westermeyer, J., & Her, C. (1996). English fluency and social adjustment among Hmong refugees in Minnesota. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(2), 130-132.
- Westermeyer, J., Neider, J., & Callies, A. (1989). Psychosocial adjustment of Hmong refugees during their first decade in the United States. A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(3), 132-139.
- Westermeyer, J., Neider, J., & Vang, T. F. (1984). Acculturation and mental health: A study of Hmong refugees at 1.5 and 3.5 years post-immigration. *Social Science and Medicine*, 18(1), 87-93.
- Witztum, E., Grisaru, N., & Budowski, D. (1996). The 'Zar' possession syndrome among Ethiopian immigrants to Israel: Cultural and clinical aspects. *British Journal of Medical Psychology*, 69(3), 207-225.

- Wolf, A. W., de Andraca, I., & Lozoff, B. (2002). Maternal depression in three Latin American samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(4), 169-176.
- World Health Organization, (2000). *Women's mental health: An evidence-based review*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Zilber, N., & Lerner, Y. (1996). Psychological distress among recent immigrants from the former Soviet Union to Israel, I. Correlates of level of distress. *Psychological Medicine*, 26(3), 493-501.

נספח 1: מתאמי פירסון בין מדדי הבריאות הנפשית

חוסר תקווה/ חוסר אונים	סימפטומים דיכאוניים	הפרעות שינה	דיכאון	
			.383*	הפרעות שינה
		-.285*	-.275*	סימפטומים דיכאוניים
	.268*	-.263*	-.202*	חוסר תקווה/ חוסר אונים
.423*	.281*	-.249*	-.277*	הערכה עצמית נמוכה

\*p < .001

## דמורליזציה בקרב נשים בגיל 60 ומעלה\*

ענת שמש<sup>7</sup>, צביה בלומשטיין<sup>8</sup>, איליה נוביקוב<sup>9</sup>,  
אמה סמטניקוב<sup>10</sup> ויצחק לבב<sup>11</sup>



דמורליזציה מוגדרת כמצב של מצוקה נפשית ממנו האדם אינו רואה דרך מוצא ( Dohrenwend et al, 1980). רמת הדמורליזציה מהווה אינדיקטור של תחלואה נפשית ( Feldman, Rabinowitz & Ben-Yehuda, 1995).

רמת הדמורליזציה מתפלגת באופן שונה בין קבוצות האוכלוסייה השונות, כי היא קשורה לפסיכופתולוגיה, למצבים פיזיים, לאירועי חיים מלחיצים ולתהליכים פסיכו-חברתיים שונים. אוכלוסיית הזקנים מהווה קבוצה בסיכון גבוה למצבים של דמורליזציה, בין היתר עקב חולי פיזי וליקויים תפקודיים וחברתיים הקשורים לגיל. מדידת רמת הדמורליזציה באוכלוסייה, איתור גורמי הסיכון וזיהוי הגורמים המגינים מפני מצוקה נפשית, עשויים להתוות הנחיות להתערבויות כוללניות המפחיתות את גורמי הסיכון. דמורליזציה נמדדת

---

<sup>7</sup> לזכרו של דר' איתן פ. סבטאלו (1941-1995), חבר הנהלה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שזם וניהל סקר זה בשלביו הראשונים.

<sup>8</sup> ענת שמש (סבטאלו), מנהלת תחום תכנון סקרים והערכה באגף לכלכלת בריאות של משרד הבריאות.

<sup>9</sup> צביה בלומשטיין, חוקרת ביחידה לבריאות האשה והילד, מכון גרטנר לאפידמיולוגיה וחקר מדיניות בריאות, בית חולים תל השומר.

<sup>10</sup> איליה נוביקוב, סטטיסטיקאי בכיר וסגן מנהל היחידה לביוסטטיסטיקה, במכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, מרכז רפואי שיבא, תל השומר.

<sup>11</sup> אמה סמטניקוב, עורכת סקרי שירותי בריאות בתחום תכנון סקרים והערכה, משרד הבריאות.

<sup>12</sup> יצחק לבב, פסיכיאטר, יועץ למחקר בשירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים.

בכלים מהימנים ומהווה מדד תקף של מצב בריאות נפשית לא ספציפי. במחקרים שונים נמצאו הבדלים בין המגדרים ביחס למידת הדמורליזציה הנמדדת והסיבות המשוערות הקשורות לביולוגיה, פסיכולוגיה או תרבות.

הבדלי מגדר לגבי סימפטומים של דיכאון נחקרו באופן מקיף במחקרים אפידמיולוגיים על ידי מדדים כמו ה-CES-D (Radloff, 1977) או ה-GDS (Yesavage et al, 1982-83). הממצאים מצביעים באופן עקבי על שיעורים גבוהים יותר של סימפטומים של דיכאון בקרב נשים, כאשר מידת הפער בין המגדרים שונה בקרב אוכלוסיות שונות (Berkman et al, 1986; Beekman et al, 1995). הסברים שניתנו לממצאים הנ"ל מתייחסים הן להבדלים בגורמי הסיכון בין גברים ונשים והן לאפקט הדיפרנציאלי שיש לגורמים שונים על דיכאון: מצבן החברתי-כלכלי של נשים נחות מזה של גברים, נשים מושפעות יותר מגברים מבידוד חברתי, מדחק הקשור למצב כלכלי ומדווחות בשיעורים גבוהים יותר על מוגבלויות ומחלות (Zunzunegui et al, 1998).

## מטרות

- 1) לתאר מצב הדמורליזציה של נשים בנות 60 ומעלה המתגוררות בקהילה, לפי מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים ומצבי בריאות;
- 2) לבדוק הבדלים ברמת הדמורליזציה בין המגדרים;
- 3) לאתר התנהגויות ופעילויות מקדמות בריאות הקשורות לרמת הדמורליזציה.

## מאפיינים של אוכלוסיית הזקנים בישראל

אוכלוסיית ישראל מנתה בשנת 2001 כ- 6,439,000 נפש. מהם כ- 13% בגיל 60 ומעלה. בני 65 ומעלה ובני 75 ומעלה היוו 9.8% ו- 4.4% בהתאמה. אחוז הזקנים אינו מתפלג באופן שווה בישראל: בין הערים עם יותר מ-100,000 תושבים, האחוזים הגבוהים ביותר של בני 65+ נרשמו ברמת גן (18.1%), חיפה (17.4%), בת-ים (17.1%) ותל אביב (16.8%) ואילו האחוזים הנמוכים ביותר נמצאו בירושלים (8%) ובבני ברק (8.6%). בשנת 2001 תוחלת החיים בלידה של נשים הייתה 80.9 שנים ושל גברים 76.7 שנים. באותה שנה, אחוז הנשים בגילים 60+, מתוך סך כל אוכלוסיית הנשים, היה 14.6% ואילו של הגברים, 11.6%. אחוזים דומים נרשמו לפי ניתוח הנתונים של סקר בני 60 ומעלה שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בתקופת אוקטובר 1997 עד מרץ 1998 (נשים, 15%; גברים, 11.9%) (שמש ורסולי, 2003). על פי הנתונים של הסקר התפלגות לפי המצב המשפחתי מראה הבדלים בין המגדרים: בולטים ההבדלים באחוז הנשואים (82.6%) לעומת הנשואות (47.8%), ובמקביל אחוז האלמנים (11.6%) לעומת האלמנות (43.9%). אחוז הנשים בנות 60 ומעלה הגרות לבד, הינו יותר מכפול מאשר אחוז הגברים הגרים לבד באותם הגילים. מרבית הגברים והנשים שגרים בקהילה מסוגלים לנהל חיים עצמאיים: מדדים של תפקוד ושל מוביליות מצביעים על כך ש-87% מהאוכלוסייה של בני 60 ומעלה מסוגלים לבצע פעילויות יומיומיות בסיסיות ללא קושי או כמעט ללא קושי. שבעים ושבעה אחוזים מסוגלים ללכת מחוץ לבית מרחק של 400

מ"ר ו- 80% יכולים לעלות ולרדת לבד במדרגות, ללא עזרה של אדם או של מכשיר. נמצא, ש- 36% מבני 60+ ששהו בקהילה בזמן הסקר, עסקו בפעילות גופנית, כאשר פעילות גופנית פחותה בקרב נשים לעומת גברים. כשליש מבני 60 ומעלה עוסקים בתחביבים - נגינה, שירה, אומנויות, משחקי קלפים, לימודים - ובפעילויות תרבות, כגון הליכה להצגות, קונצרטים וקולנוע. בקרב המבקרים במועדונים ובמרכזי יום, אחוז הפעילים בשלושה סוגי הפעילות האלה - פעילות גופנית, תחביבים ותרבות - עולה ל-50% ויותר. עיסוק בפעילויות נמצא קשור גם למצב כלכלי-חברתי, כגון רמת הכנסה, רמת השכלה וקבוצה אתנית.

נשים, יותר מגברים, מאושפזות בסוף חייהן במוסדות. היחס נשים/גברים באוכלוסייה שגרה בקהילה - שאינה כוללת אנשים הגרים במוסדות שאינם דיור מוגן - הינו כדלהלן: 1.18, 1.25, 1.39, 1.26 בקבוצות גיל 60-64, 65-69, 70-74, ו- 75-79 בהתאמה. יחסים אלה זהים, או כמעט זהים, ליחס המיניים באוכלוסייה הכללית. בגילאים 80+ יחס המיניים באוכלוסייה הינו 1.46 ואילו בקהילה היחס הוא 1.36.

## שיטות

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה יזמה וביצעה - בשיתוף עם משרד הבריאות וגופים ממשלתיים ולא ממשלתיים - סקר חתכי בקרב בני 60 ומעלה המתגוררים בקהילה, בשנים 1997-1998\*. בסקר נחקרו תחומי חיים שונים, לרבות מצב רוח ודמורליזציה. מסגרת הדגימה כללה משקי בית בהם התגוררו בני 60 ומעלה מכל המגזרים, כולל השוהים בחו"ל פחות משנה, ועולים שהגיעו עד מרץ 1997. לא נכללו במסגרת הדגימה בני 60 ומעלה הגרים במוסדות שאינם דיור מוגן, או מאושפזים בבית חולים כלשהו תקופה של חצי שנה ויותר, הגרים בקיבוצים, מושבים ושבטי בדואים שמחוץ ליישובים. נדגמו 4,275 משקי בית, בהם גרו 6,072 בני 60 ומעלה, על פי מדגם שכבות מייצג, לפי: מגדר, גיל, צורת מגורים, קבוצת אוכלוסייה (ערבים, עולים מברה"מ מ-1990, והשאר) ואזור גיאוגרפי. בסך הכל רואיינו 5,055 בני 60 ומעלה ב-3,553 דירות (שיעור הענות 83%), בראיון פנים-אל-פנים. מתוכם, 4,890 ענו ישירות לשאלות על מצב הרוח. המדגם "נופח" על פי משקלות שניתנו לכל פרט שנדגם, לפי השתייכותו לשכבה. כתוצאה מכך, אוכלוסיית הסקר נאמדה ב-710,910 בני 60 ומעלה ומתוכם היו מסוגלים לענות לשאלות על מצב הרוח 682,407 (לוח 1). השאלון כלל כ-800 שאלות, בתחומים של דמוגרפיה, בריאות, פנאי, אורח חיים, תפקוד, שימוש בשירותי בריאות ורווחה, דיור, עבודה ועוד.

רמת הדמורליזציה חושבה על פי מספר התשובות המצביעות על מצוקה נפשית, מתוך 12 שאלות המרכיבות את השאלון המקוצר של בריאות כללית של גולדברג (General Health Questionnaire-GHQ) (Mari & Williams, 1985; Ustun & Sartorius, 1995) שהאפשרויות

\* שיטות הסקר מתוארות באתר האינטרנט של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה: <http://www.cbs.gov.il/publications/senior.pdf>

לתשובה הן "כן" או "לא". נבדקה המהימנות הפנימית של השאלות באמצעות "אלפא של Cronbach". המדד נע בין 0 - הערך המינימלי- לבין 12 המציין מקסימום דמורליזציה. בלוח 2 מוצגות השאלות ואחוז המרואיינים שענו תשובה המצביעה על מצוקה נפשית בכל אחת מהשאלות. דירוג השאלות נקבע על פי שכיחות התשובות המצביעות על מצוקה נפשית. ממוצע של מדד הדמורליזציה מגדיר את רמת הדמורליזציה של כל אחת מקבוצות האוכלוסייה הנבחנות. השוואה בין האוכלוסיות השונות נעשתה באמצעות השוואה בין ממוצעים. ניתוח דו-משתני ורב משתני נעשה בתוכנה סטטיסטית SAS-SURVEYREG שלוקחת בחשבון את תוכנית הדגימה המורכבת ואת התלות האפשרית בין תשובות המרואיינים הגרים באותו משק בית. במודל רב-משתני הוכנסו כמשתנים בלתי תלויים מאפיינים דמוגרפיים - מגדר, מצב משפחתי, קבוצות גיל, מספר שנות לימוד, ארץ לידה ודת - ומאפיינים של סגנון חיים - פעילות גופנית, עישון, עיסוק בתחביבים ופעילות תרבות. כמו כן, מודל הרגרסיה תוקן לפי מצבי בריאות, כפי שהוגדרו במדדים של בעיות בריאות ושל מצב התפקוד.

פעילות גופנית: שיעור ההמצאות של פעילות גופנית נאמד על פי התשובות החיוביות לשאלה "האם אתה עוסק באופן קבוע בפעילות גופנית, כגון: הליכה, התעמלות, רכיבה על אופניים וכדומה?". בשאלה נוספת פורטו סוגי הפעילויות: הליכה (כוללת הליכה על מכשיר בחדר כושר); התעמלות או ריקוד; רכיבה על אופניים (כולל אופני כושר); שחייה; ריצה קלה (גיוג'ינג); אחר, פרט: "...". המרואיינים נשאלו, על כל פעילות בה הם עוסקים, לגבי תדירות הפעילות בשבוע, הזמן המוקדש לפעילות בכל פעם ומספר השנים ברציפות שעוסקים בה.

עיסוק בתחביבים: תחת כינוי זה נכללו פעילויות על פי השאלה הבאה: "האם אתה עוסק כיום באחת או יותר מהפעילויות הבאות? משחקי קלפים או משחקים אחרים, למשל שחמט; מוסיקה, כגון: נגינה או שירה; מלאכת יד, כגון: תפירה, סריגה או נגרות; אומנויות, כגון: ציור, פיסול, צילום; לימודים מכל סוג שהוא (שפה, ידיעת הארץ, לימודי קודש); אחר, פרט: "...". המשתנה הבלתי תלוי שהוכנס לניתוח הינו על פי התשובה (של המרואיין) לשאלה הבאה: "האם עוסק לפחות באחת מהפעילויות שצוינו לעיל?".

פעילות תרבות: משתנה זה מבוסס על השאלה הבאה: "האם אתה הולך להרצאות, לסרטים, להצגות, לקונצרטים או למופעים אחרים, כגון: משחקי ספורט (שלא במסגרת מועדון)?"

עישון: שיעור המעשנים נאמד על פי התשובות החיוביות לשאלה: "האם אתה מעשן כיום (לפחות פעם אחת ביום)?" אלה שענו "לא" נשאלו: "האם עישנת בעבר לפחות פעם אחת ביום?" שאלות נוספות על עישון נגעו לגיל התחלת העישון, למספר סיגריות ביום, ולזמן שעבר מאז חדל לעשן.

פעילות גופנית, עיסוק בתחביבים, פעילות תרבות והימנעות מעישון הוכנסו תחת כותרת כללית של סגנון חיים מקדם בריאות. כמו כן, הוכנסה פעילות התנדבותית תחת אותה



כותרת, על פי התשובות לשאלה "האם אתה עוסק כיום בפעילות התנדבותית מסוג כלשהו?".

**לוח 1 - מספר אנשים במדגם ובמנופח לפי מגדר, קבוצת גיל, מצב משפחתי, ארץ לידה, דת ושנות לימוד**

משתנה		מנופח	מדגם	מנופח	מדגם
		300,337	2,491	382,070	2,399
		81,487	461	96,451	491
		72,182	481	89,999	485
		44,775	525	56,834	509
		40,085	481	52,817	435
		249,058	1,817	185,447	1,274
נשוי		12,711	135	22,909	107
גרוש או פרוד		33,762	481	164,485	952
אלמן		4,806	58	9,156	65
רווק		55,128	586	59,824	533
		47,550	515	74,245	570
ישראל		20,426	159	32,933	177
ברה"מ לשעבר		85,648	615	101,887	559
שעלו ב-1990 ואילך		84,818	571	105,625	518
שעלו עד 1989		6,769	45	7,555	42
יתר אירופה		275,114	2,040	353,896	1,984
אסיה-אפריקה		15,109	296	17,329	268
אמריקה		5,813	91	6,420	96
יהודים		2,169	45	1,821	28
מוסלמים		2,133	19	2,603	23
נוצרים		21,069	295	63,385	534
דרוזים		32,477	334	31,143	197
ללא סווג דת		72,179	564	90,937	531
4-1		91,004	633	108,075	608
12-9		39,365	329	55,888	341
15-13		43,794	332	31,257	178
16+					

בעיות בריאות: בעיות בריאות הוגדרו על פי ארבעה מרכיבים: (1) מספר תשובות חיוביות לסדרה של שש שאלות: " בששת החודשים האחרונים, האם סבלת מ: כאבי פרקים; בעיות גב, צוואר או כתפיים; מגרונות או כאבי ראש חוזרים; בעיות עור כרוניות; בעיות נשימה; בעיות כרוניות בשיניים ובחניכיים. (2) מספר תשובות חיוביות לסדרה של 13 שאלות: "האם, אי פעם, רופא איבחן אצלך את אחת המחלות הבאות: יתר לחץ דם; התקף לב, אוטם שריר הלב; שבץ מוחי; סוכרת; אסטמה; פריצת דיסק בגב; מחלה ממארת, כגון סרטן; שבר בירך או באגן הירכיים; אלצהיימר; אוסטאופורוזיס; פרקינסון?". (3) בעיות ראייה, כפי שבאות לידי ביטוי בתשובה לשאלה: "האם יש לך קשיים בראייה (גם כאשר אתה מרכיב משקפיים/עדשות מגע)?" (4) בעיות שמיעה, כפי שהשתקפו בתשובה לשאלה: "האם יש לך קשיים בשמיעה (גם כאשר אתה משתמש במכשיר שמיעה)?".

מצב התפקוד: נקבע על פי מידת היכולת לבצע באופן עצמאי את הפעילויות היומיומיות הבסיסיות: להתלבש, להתקלח או להתרחץ, להיכנס ולצאת מהמיטה, לאכול, לנוע בתוך הבית ולשלוט על השתן (כתשובה לשאלה "האם קורה לך בריחת שתן או שאתה לא מגיע בזמן לשירותים?").

בחיפוש אחר משתנים העשויים לנבא את מידת הדמורליזציה, נבדק הקשר בין רמת הדמורליזציה לבין שני משתנים של הרגשה סובייקטיבית, דהיינו הערכה העצמית של מצב הבריאות והרגשת בדידות. השאלה על מצב הבריאות נשאלה בחלק של השאלון העוסק בבריאות כללית ומצב גופני, והיתה מנוסחת כדלקמן: "איך הבריאות שלך בדרך כלל?". הנשאל היה צריך לבחור אחת מארבע האפשרויות לתשובה.

בפרק של מצב הרוח והרגשת הבדידות, מיד לאחר 12 השאלות שמדדו את הדמורליזציה, נשאלו המרואיינים: "האם אתה מרגיש בדידות?" גם בשאלה זאת אפשר היה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות: "לעתים קרובות", "לפעמים", "לעתים רחוקות", "אף פעם לא". כל השאלות נוסחו בלשון זכר אך נשאלו בהתאם למגדר המרואיין.

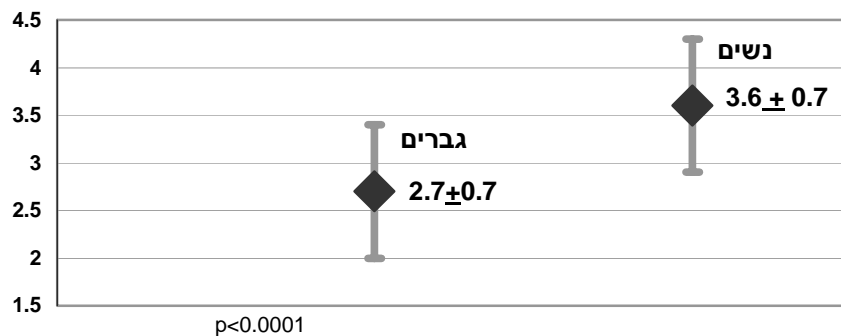
## ממצאים

המהימנות הפנימית של מדד הדמורליזציה נמצאה גבוהה: Cronbach's alpha = 0.87. דירוג של 12 שאלות של ה-GHQ, על פי שכיחות התשובות המצביעות על מצוקה נפשית, היה דומה בשני המגדרים. ברם, נשים צברו שכיחויות גבוהות יותר מהגברים בכל אחת מהשאלות (לוח 2). שלושה התחומים המצביעים על מצוקה נפשית היו בעלי שכיחויות גבוהות ביותר, בשני המגדרים: לשאלה "הדאגות מפריעות לך לישון?" התקבלה תשובה חיובית מ- 54% מהנשים ו- 40% מהגברים. 50.7% מהמרואיינות ו- 39.7% מהמרואיינים ענו כן לשאלה "אתה מרגיש לחוץ כל הזמן?". לשאלה "אתה מרגיש מלא מרץ?" ענו באופן שלילי 47.7% מהנשים ו- 36% מגברים. שלוש השאלות הנמצאות בתחתית הדירוג הן "אתה

מרגיש שבסה"כ אתה עושה דברים בצורה טובה?" (17.8% מהנשים ו-14.1% מהגברים השיבו בשלילה), "אתה מרגיש שאתה מסוגל להחליט לגבי העניינים שלך?" (15.8% מהנשים ו-9.7% מהגברים השיבו בשלילה), "אתה יכול להתרכז בדברים שאתה עושה?" (12% מהנשים ו-9.9% מהגברים השיבו בשלילה (לוח 2).

ממוצע רמת הדמורליזציה של כל האוכלוסייה היה 3.2 (S.E=0.06), כשהממוצע של נשים (3.6) גבוה מזה של גברים (2.7) ברמת מובהקות של  $p < 0.0001$  (גרף 1).

גרף 1. רמת דמורליזציה לפי מיגדר



לוח 2 - דירוג השאלות על פי אחוז התשובות המצביעות על מצוקה נפשית לפי מגדר

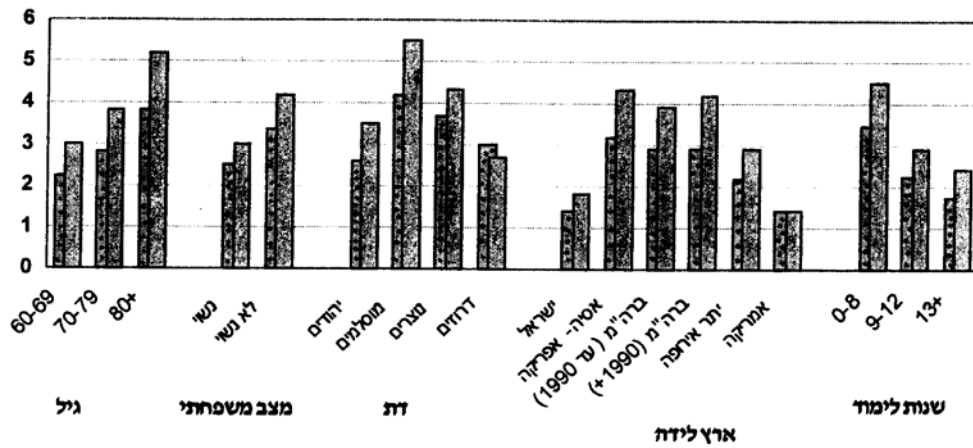
נשים	גברים	מצוקה	התשובה המצביעה על	בזמן האחרון, האם -
54.0	40.0	כן	מצוקה	דאגות מפריעות לך לישון?
50.7	39.7	כן	מצוקה	אתה מרגיש לחוץ כל הזמן?
47.7	36.0	לא	מצוקה	אתה מרגיש מלא מרץ?
36.7	25.4	כן	מצוקה	אתה מרגיש לא מאושר או מדוכא?
33.0	21.7	לא	מצוקה	אתה מרגיש בסך הכל די מאושר?
31.4	23.5	כן	מצוקה	אתה מרגיש שאתה מאבד את הביטחון העצמי?
23.6	18.8	לא	מצוקה	אתה מסוגל ליהנות מפעילויות יומיומיות?
23.1	14.6	כן	מצוקה	קורה לך שאתה מרגיש שאין טעם לחיות?
19.5	13.8	לא	מצוקה	אתה יכול להתמודד עם הבעיות שלך?
17.8	14.1	לא	מצוקה	אתה מרגיש שבסך הכל אתה עושה דברים בצורה טובה?
15.8	9.7	לא	מצוקה	אתה מרגיש שאתה מסוגל להחליט לגבי העניינים שלך?
12.0	9.9	לא	מצוקה	אתה יכול להתרכז בדברים שאתה עושה?

לוח 3- רמת הדמורליזציה לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

		*p-value		נשים		גברים		מגדר	
		מובהקות הקשר בין מאפיין מובהקות האינטר-קציה בין מאפיין למגדר	מובהקות הקשר בין דמורליזציה בתקנון למאפיין	מובהקות הקשר בין דמורליזציה בתקנון למגדר	רמת הדמו-רליזציה	אחוז האוכלוסייה בכל קטגוריה	רמת הדמו-רליזציה	אחוז האוכלוסייה בכל קטגוריה	מאפיין סוציו-דמוגרפי
					3.6	100	2.7	100	סה"כ
		0.02	<0.001	<0.001	קבוצת גיל				
					3.1	25	2.3	27	64-60
					3.2	24	2.2	24	69-65
					3.6	23	2.9	21	74-70
					4.1	15	2.7	15	79-75
					5.2	14	3.8	13	80+
		n.s.	<0.01	<0.001	מצב משפחתי				
					3.0	49	2.5	83	נשוי
					3.6	5	3.2	4	גרוש
					4.4	43	3.6	11	אלמן
					3.7	2	2.8	2	רווק
		0.02	<0.01	<0.001	ארץ לידה				
					3.2	16	2.5	18	ישראל ברה"מ לשעבר שעלו ב-1990
					4.2	19	2.9	16	ואילך שעלו עד 1989
					3.9	9	2.9	7	יתר
					2.9	27	2.2	29	אירופה אסיה-
					4.3	28	3.2	28	אפריקה
					1.4	2	1.4	2	אמריקה
		לא מובהק	<0.01	<0.001	דת				
					3.5	93	2.6	92	יהודים
					5.5	5	4.2	5	מוסלמים
					4.3	2	3.7	2	נוצרים
					2.7	1	3.0	1	דרוזים ללא סווג דת
					3.5	1	1.8	1	דת
		לא מובהק	<0.001	<0.001	שנות לימוד				
					5.2	17	4.3	7	0
					4.4	8	4.0	11	4-1
					4.1	24	3.0	24	8-5
					2.9	28	2.3	30	12-9
					2.9	15	2.1	13	15-13
					2.4	8	1.7	15	16+

\* רמת המובהקות עבור הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ודמורליזציה במודל ANOVA הכולל אינטראקציות בין כל מאפיין לבין המגדר.

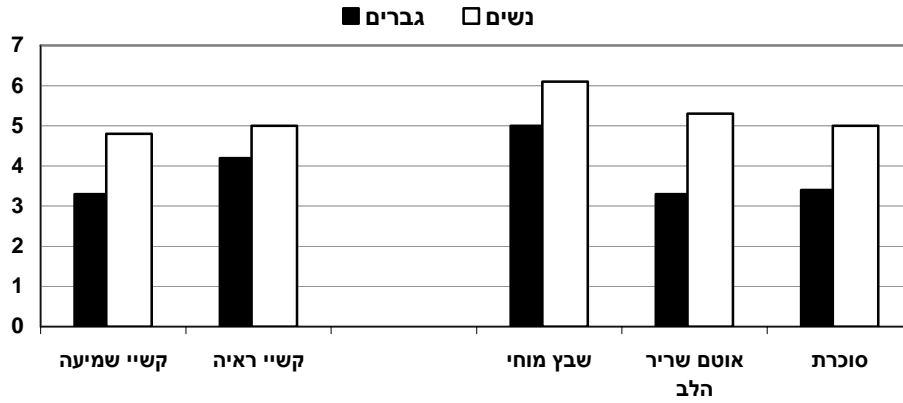
גרף 2. הבדלים ברמת דמורליזציה  
למי מגדר ומשתנים סוציו-דמוגרפיים  
גברים נשים



נמצאו הבדלים ברמת הדמורליזציה בין המגדרים, בכל קבוצות הגיל, מצב משפחתי, השכלה, תקופת עליה, יבשת לידה ודת (גרף 2). ניתן לראות בלוח 3 ובגרף 2 שרמת הדמורליזציה בקרב נשים מוסלמיות (5.5) הייתה גבוהה יותר מפעם וחצי מזו של נשים יהודיות (3.5). כמו כן, רמת הדמורליזציה של נשים גבוהה יותר בקרב לא נשואות (4.2) ובקרב בעלות השכלה של 8 שנות לימוד או פחות (4.5). לכל אחד מהמשתנים הסוציו-דמוגרפיים היה קשר סטטיסטי מובהק עם דמורליזציה, בתקנון למגדר והאפקט של המגדר על דמורליזציה נמצא מובהק, גם בתקנון לכל אחד מהמשתנים הסוציו-דמוגרפיים לחוד (לוח 3).

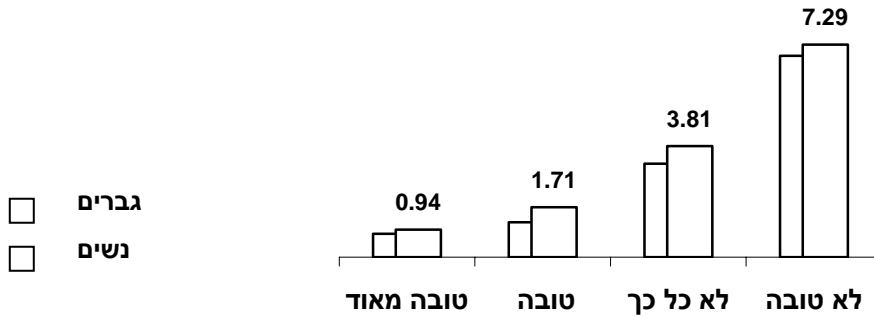
בדיקת האינטראקציות בין מגדר ומשתנים סוציו-דמוגרפיים מראה, כי ההשפעות של קבוצת גיל ושל ארץ לידה אינן זהות בין גברים ונשים ( $p < 0.02$ ): בקרב הנשים נכרת מגמה של עליה בממוצע הדמורליזציה עם העלייה בגיל ואילו בגברים יש עליה רק לאחר גיל 80. הן נשים והן בגברים רמת הדמורליזציה הגבוהה נמצאה אצל ילידי אסיה-אפריקה והנמוכה ביותר אצל ילידי יבשת אמריקה. האינטראקציה בין מגדר לבין ארץ לידה נמצאה מובהקת ( $p < 0.02$ ), כלומר, דפוס הבדלי המגדר ברמת הדמורליזציה לא היה דומה: ההבדל הגדול ביותר נרשם בקרב ילידי בריה"מ שעלו בשנת 1990 ואילך (נשים, 4.2; גברים, 2.9). לעומת זאת, לא נמצאו הבדלי מגדר בקרב ילידי אמריקה (1.4, בשני המגדרים). רמת הדמורליזציה של נשים הייתה גבוהה יותר מזו של גברים גם במצבי בריאות דומים: בקרב נשים שדיווחו על קשיי שמיעה - 4.8 לעומת 3.3 בקרב גברים. כך לגבי שבץ מוח: 6.1 לעומת 5.0 ואוטם שריר הלב: 5.3 לעומת 3.3 (לוח 4, גרף 3).

גרף 3: רמת הדמורליזציה לפי מצבי בריאות ומגדר

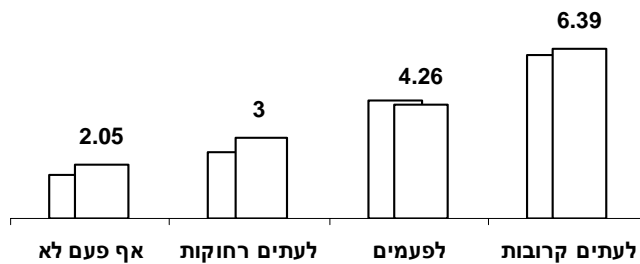


גרף 4: רמת דמורליזציה לפי הערכה עצמית של הבריאות והרגשת בדידות

הערכה עצמית של הבריאות



הרגשה של בדידות



**לוח 4 - רמת הדמורליזציה לפי מצבי בריאות נבחרים, פעילויות של סגנון חיים מקדם בריאות והרגשה סובייקטיבית של הבריאות**

	נשים		גברים	
	אחוז האוכלוסייה בכל קטגוריה	רמת הדמורליזציה	אחוז האוכלוסייה בכל קטגוריה	רמת הדמורליזציה
<b>סה"כ</b>	100	2.7	100	3.6
<b>בששת החודשים האחרונים</b>				
<b>סבלו מ:</b>				
		4.4	17	5.0
	32			
		4.1	21	4.9
	24			
<b>אי פעם, רופא איבחן:</b>				
	15	3.3	24	5.3
	4	5.0	7	6.1
	18	3.4	21	5.0
	10	3.8	9	4.6
	6	3.0	5	4.0
<b>מצבי בריאות</b>				
	22	3.3	27	4.8
	34	4.2	24	5.0
	53	4.4	33	4.7
<b>סגנון חיים מקדם בריאות</b>				
	32	1.6	40	2.4
	32	1.3	36	1.9
	31	1.8	35	2.4
	92	2.6	82	3.6
<b>מעריכים את בריאותם:</b>				
	4	0.7	7	0.9
	29	1.2	40	1.7
	48	3.2	39	3.8
	16	6.9	12	7.3
<b>מרגישים בדידות</b>				
	41	1.6	60	2.1
	10	2.5	11	3.0
	25	4.4	16	4.3
	21	6.0	10	6.4

לוח 5 - רגרסיה לינארית רב-משתנית של מדד דמורליזציה לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים ומאפיינים של סגנון חיים (מתוקן למשתנים של מצבי בריאות)\*

P (= <)	טעות התקן	מקדם B	קבוצת התייחסות	
			נשים	מגדר גברים
0.05	0.08	-0.17		
			נשוי	מצב משפחתי
N.S.**	0.22	0.18		גרוע
0.0001	0.11	0.46		אלמן
N.S.**	0.29	0.28		רווק
N.S.**	0.06	0.05		קבוצת גיל
0.01	0.04	-0.09		שנות לימוד
			ילדי ישראל	ארץ לידה
0.0001	0.17	0.67		ברה"מ לשעבר
N.S.**	0.20	0.05		שעלו ב- 1990 ואילך
N.S.**	0.14	0.16		שעלו עד 1989
0.01	0.16	0.41		יתר אירופה
N.S.**	0.23	-0.33		אסיה-אפריקה
			יהודים	דת
0.06	0.28	0.52		מוסלמים
N.S.**	0.35	0.49		נוצרים
0.02		-1.05		דרוזים
	<b>0.47</b>			
N.S.**	0.47	-0.04		ללא סווג דת
			לא	פעילות גופנית
0.0001	0.09	-0.62		כן
			אף פעם לא עישן	עישון
0.05	0.14	0.27		מעשן היום
N.S.**	0.10	-0.16		עישן בעבר
			לא	תחביבים
0.0001	0.09	-0.52		כן
			לא	פעילויות תרבות
0.0001	0.10	-0.79		כן
				<b>R<sup>2</sup></b>
		0.38		

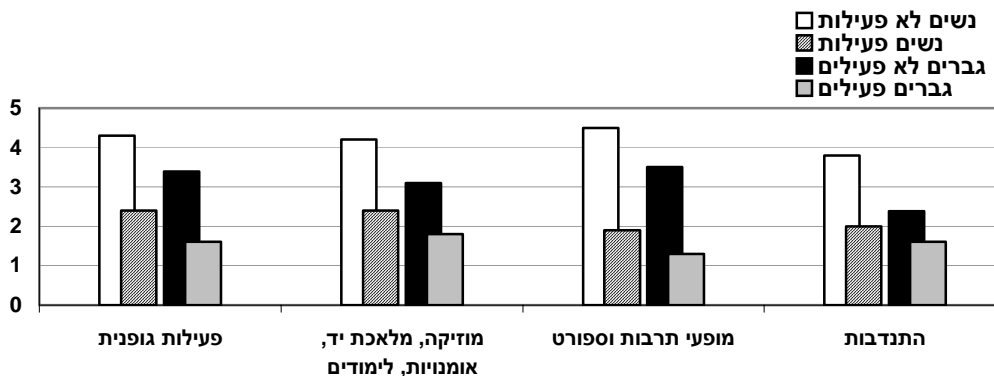
\* המודל מתוקן ל-5 משתנים של מצבי בריאות הבאים: מספר מצבים בששה חודשים אחרונים, מספר מחלות שאובחנו אי פעם, בעיות שמיעה, בעיות ראייה ומצב התפקוד.  
\*\*  $p > 0.10$



כמחצית מהנשים בנות 60 שנים ומעלה ורבע מהגברים באותם הגילאים סובלים לפעמים או לעתים קרובות, מהרגשה של בדידות (לוח 4 דלעיל). נמצא שהרגשה של בדידות קשורה לרמת דמורליזציה גבוהה. בקרב הנשים, הממוצע של מדד הדמורליזציה יורד מ-6.4, כאשר המרואינות מדווחות על הרגשה של בדידות לעתים קרובות, ל-2.1 עבור נשים שאינן מרגישות אף פעם הרגשה כזו. בדומה, נמצא כי בקרב הנשים שמעריכות את בריאותן טובה מאוד, רמת הדמורליזציה נמוכה ביותר (0.9). רמת הדמורליזציה עולה ככל שהערכה העצמית של הבריאות יורדת - עד לרמה של 7.3, כאשר נשים השיבו שבריאותן רעה. מגמות דומות נצפות בקרב הגברים (לוח 4, גרף 4).

עיסוק בפעילות גופנית, תחביבים, התנדבות ופעילויות תרבות אחרות קשורים עם רמות דמורליזציה נמוכות, הן בקרב הנשים והן בקרב הגברים. בקרב נשים העוסקות בפעילויות מקדמות בריאות, נמצאה רמת דמורליזציה נמוכה יותר, לעומת נשים שאינן עוסקות בפעילויות אלה, אך גבוהה יותר לעומת גברים העוסקים באותן הפעילויות (גרף 5, לוח 4).

**גרף 5: רמת דמורליזציה לפי עיסוק בפעילויות פנאי ולפי מגדר**



ברם, רמת הדמורליזציה משתנה מעט מאוד, אם בכלל, עם שינוי בתדירות וכמות הפעילות. למשל, רמת הדמורליזציה של העוסקים בהליכה (המהווים 73.5% מהגברים ו-60.2% מהנשים שהשיבו תשובה חיובית לשאלה על העיסוק בפעילות גופנית) פעם אחת או פחות, פעמיים או שלוש, וארבע פעמים או יותר בשבוע, הינה 2.4, 2.4, ו-2.1, בהתאמה. דוגמא בולטת אחרת של העדר קשר בין תדירות הפעילות ורמת הדמורליזציה נמצאה בקרב אלה שעוסקים לפחות באחד התחביבים של נגינה או שירה, מלאכת יד, לימודים וכדומה: רמת

הדמורליזציה של אלה שעוסקים בתחביבים שעה עד שעתיים, שלוש עד ארבע שעות, ו- 5 שעות ויותר בשבוע הנה 2.3, 2.5, ו-2.2, בהתאמה. גם מספר השעות המוקדשות להתנדבות לא משנה באופן מהותי את רמת הדמורליזציה, שנעה בין 2.0 בקרב אלה שמתנדבים ארבע שעות או פחות בשבוע, או באופן לא סדיר, ל- 1.8 בקרב המתנדבים 10 שעות בשבוע ויותר. מגמה שונה נצפית בהליכה לקולנוע, לתיאטרון או למופעי תרבות אחרים, כאשר רמת הדמורליזציה של מי שהולך רק פעם או פעמים בשנה הנה 2.7, לעומת 2.1 ו- 1.6 בקרב אלה שהולכים פעם בחודשיים שלושה או לפחות פעם בחודש, בהתאמה.

בניתוח רב-משתני (לוח 5), המשתנים הסוציו-דמוגרפיים, המדדים של סגנון חיים ושל מצבי בריאות - מסבירים 38% מהשונות ברמת הדמורליזציה. נשמר ההבדל המובהק ברמת הדמורליזציה בין נשים וגברים (גברים/נשים:  $B=-0.17$ ;  $S.E=0.08$ ;  $p<0.05$ ), בין יהודים למוסלמים (לוח 5) (מוסלמים/יהודים:  $B=0.52$ ;  $S.E=0.28$ ;  $p<0.06$ ). רמת הדמורליזציה של אלמנים ואלמנות גבוהה באופן מובהק לעומת רמת הדמורליזציה של נשואים. למספר שנות לימוד תרומה עצמאית מובהקת לרמת הדמורליזציה: ככל שמספר שנות הלימוד גדל, כך יורדת רמת הדמורליזציה ( $B=-0.09$ ;  $S.E=0.04$ ;  $p<0.01$ ). כמו כן, לסגנון חיים מקדם בריאות קשר הפוך עם רמת הדמורליזציה, גם כאשר מנטרלים הבדלים של גיל, מגדר ומצב חברתי: אלה שפעילים גופנית, חווים רמת דמורליזציה נמוכה באופן מובהק מאלה שלא פעילים ( $B=-0.62$ ;  $S.E=0.09$ ;  $p<0.0001$ ). תוצאות דומות התקבלו עבור אלה שעוסקים בתחביבים ( $B=-0.52$ ;  $S.E=0.09$ ;  $p<0.0001$ ) ובפעילות תרבות ( $B=0.79$ ;  $S.E=0.10$ ). לעישון תרומה עצמאית חיובית, קטנה אך מובהקת, לעליה ברמת הדמורליזציה (לוח 5).

## דין ומסקנות

סקר בני 60 ומעלה מספק מידע עשיר על כל תחומי החיים של אוכלוסייה זו. הנתונים נאספו בשנים 1997-1998 ואלה הנתונים המעודכנים ביותר בהיקף כה נרחב, המתמקדים בקבוצה הנדונה. לדעת מומחים בתחום של בריאות הנפש בישראל, 6 תשובות ויותר מה- GHQ-12 המביעות מצוקה, מצביעות על הפרעה נפשית. לפי נקודת חיתוך זאת, בסקר נמצאו 26.5% מהנשים ו- 17.6% מהגברים שייתכן וסובלים מהפרעה נפשית. גם לפי נקודת חיתוך זו וגם על פי ממוצעי המדד של רמת הדמורליזציה המוצגים בעבודה זו, ההבדלים בין המגדרים בולטים. בסקר אחר על יהודים בני 75 ומעלה לגבי סימפטומים דיכאוניים (על פי מדד ה- CES-D) נמצא שיעור המצאות של 28.4% של סימפטומים. ההבדל בין גברים (16.2%) ונשים (38.2%) היה מובהק כאשר נקודת החיתוך של המדד הייתה גבוהה מהמקובל בארצות המערב (+20.0) (Modan et al, 2002). בדומה לעבודה זאת, שיעור ההמצאות נמצא קשור למאפיינים סוציו-חברתיים, מצבי בריאות ופעילויות חברתיות (Ruskin et al, 1996).

סקר בני 60 ומעלה הינו סקר חתך, לכן אין אפשרות להצביע על סיבתיות. ברם, ניתן להצביע על קשר בין משתנים. תוצאות הניתוח מצביעות בברור על ההבדלים ברמת

הדמורליזציה בין המגדרים, כפי שנמצא במחקרים אחרים בגילים צעירים יותר (Weissman & Klerman, 1977). בקרב הנשים אותרו קבוצות אוכלוסייה בסיכון גבוה לדמורליזציה: בעלות השכלה נמוכה, לא נשואות, יהודיות ילידות אסיה-אפריקה, נשים עולות מבריה"מ לשעבר שעלו בשנים 1990-1997 ונשים מוסלמיות. לעומת זאת, נמצא שבקרב נשים העוסקות בפעילות גופנית, בתחביבים כגון שירה, נגינה, מלאכת יד, פיסול, ציור, לימוד כלשהו, נשים ההולכות למופעי תרבות ונשים מתנדבות, רמת הדמורליזציה נמוכה יותר. לא נמצאו הבדלים מהותיים ברמת הדמורליזציה לפי תדירות הפעילויות. לפיכך, נראה שרמת הדמורליזציה קשורה לעצם העיסוק, ללא קשר עם תדירות או כמות ביצוע הפעילות.

מספר השערות הועלו בנוגע להבדל ברמת הדמורליזציה בין נשים וגברים בגילים +60, שנמצא בסקר. סידרת השאלות על פיהן נמדדה רמת הדמורליזציה כוללת שאלות בתחום הרגשי, שמאפיין יותר את דפוס הביטוי של נשים. השאלון אינו כולל שאלות על התנהגות אלימה או על שימוש בסמים ואלכוהול, המאפיינים יותר את התנהגות הגברים. קיימת גם אפשרות שרמת הדמורליזציה מושפעת מסגנון תשובה שונה של נשים וגברים, במובן שנשים נוטות יותר לבטא את עצמן רגשית ולהתלונן על מצבן. סברה נוספת היא שנשים נמצאות במצב חברתי נחות, הגורם למצבי מצוקה שקשה להן לצאת מהם. רמת הדמורליזציה הגבוהה יותר בקרב הנשים המוסלמיות עשויה לנבוע, בין היתר, ממעמדן החברתי הנחות. גולדנברג ועמיתיו (Goldberg, Oldehinkel & Ormel, 1998) מצאו, שהרמה הממוצעת של הדמורליזציה תלויה בהימצאות של אבחנות מרובות. תוצאות דומות התקבלו מסקר זה. לפיכך, רמות שונות של דמורליזציה בקבוצות שונות של האוכלוסייה קשורות למצבי הבריאות השונים של תת האוכלוסיות האלה. היות ועל פי הנתונים של הסקר נמצא, שנשים העריכו את מצב בריאותן גרוע יותר מגברים ( $p < 0.001$ ), דיווחו על ממוצע גבוה יותר של מספר מחלות שאובחנו אצלן אי פעם ( $p < 0.001$ ) ושל מספר בעיות בריאות בששת החודשים האחרונים ( $p < 0.001$ ), הרי זה יכול להסביר חלקית את רמת הדמורליזציה הגבוהה יותר בקרב הנשים. הסבר אפשרי נוסף הוא כי רמת ההשכלה של נשים נמוכה יותר משל גברים באופן מובהק סטטיסטית.

ממצאי הניתוח הרב משתני מראים, כי גם לאחר שנעשה תקנון עבור מצב בריאות גרוע יותר של נשים ועבור מעמד חברתי-כלכלי נמוך יותר (על פי שנות לימוד), עדיין יש פער לרעת הנשים, שעשוי לנבוע מגורמים חברתיים (שלא נלקחו בחשבון בעבודה זו), כגון צורת המגורים. הרגשת הבדידות שכיחה יותר אצל נשים וקיימת לעתים קרובות או לפעמים בקרב 68.1% מהנשים ובקרב 60.8% מהגברים שגרים לבד. היות ושיעור הנשים שגרות לבד הינו פי 2 ופי 3 מהגברים הגרים לבד באותן קבוצות גיל (שמש, 2003), הרי שהרגשת הבדידות שכיחה יותר בקרב הנשים.

היבט נוסף של הסקר נוגע לשימוש בממצאים, העשויים לכוון את המטפלים לכלול את הערכת מצב הדמורליזציה כחלק מהערכת הבריאות של המטופל, ולמקד את תשומת הלב לקבוצות סיכון אשר נוטות יותר למצבי מצוקה. שאלות על הרגשת הבדידות ועל הערכה

העצמית של הבריאות עשויות לספק למטפל כלי "קצר וקולע" להערכת מצב הדמורליזציה של המטופל.

הממצאים מצביעים על קשרי גומלין בין חיים פעילים לבין בריאותן של הנשים. סביר להניח שתוכניות התערבות לעידוד פעילות מקדמת בריאות בכלל ובריאות נפשית בפרט, הן ברמה האישית והן ברמה של קבוצות, עשויות לתרום לרווחת האוכלוסייה כולה.

## ביבליוגרפיה

שמש עי'. (2003). *זקנים בישראל - הווה ועתיד*. הרצאה במסגרת מפגש למידה של רשת ערים בריאות בישראל, 31.3.2003. עיבוד מתוך נתוני סקר בני 60 ומעלה, 1997-98 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. משרד הבריאות.

שמש עי', ורסולי א'. (2003) *בריאות הקשישים בקהילה - מתוך נתוני סקר בני 60 ומעלה*, 1998-1997 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. משרד הבריאות.

Beekman, A. T., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., & van Tilburg, W. (1995). The association of physical health and depressive symptoms in the older population: Age and sex differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 30, 32-38.

Berkman, L. F., Berkman, C. S., Kasl, S., Freman, D. H., Leo, L., Ostfeld, A. M., Cornoni-Huntley, J., & Brody, J. A. (1986). Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology* 124, 372-388.

Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G. & Mendelsohn, F. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Archives of General Psychiatry* 37, 1229-1236.

Feldman, D., Rabinowitz, J., & Ben-Yehuda, Y. (1995). Detecting psychological distress among patients attending secondary health care clinics. Self-report and physician rating. *General Hospital Psychiatry* 17, 425-432.

Goldberg, D. P., Oldehinkel, & Ormel, J. (1998). Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychological Medicine* 28, 915-921.

Mari, J. J., & Williams, P. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using receiver operating characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine* 15, 651-659.

Modan, B., Fuchs, Z., Blumstein, Z., Chetrit, A., Lusky, A., Novikov, I., Gindin, J., Habet, B., & Walter-Ginzburg, A. (2002). *Aging in Israel: Baseline data from the cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS)*. Survey of the Jewish population aged 75-94, Department of Clinical Epidemiology, Chaim Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Israel.

Radloff, L., (1977) The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, 385-406.

Ruskin, P. E., Blumstein, Z., Walter-Guinzburg, A. Fuchs, Z., Lusky, A., Novikov I, & Modan, B. (1996). Depressive symptoms among community-dwelling oldest-old residents in Israel". *American Journal of Geriatric Psychiatry* 4-3, 208-217.

Ustun, T. B., & Sartorius, N. (1995). *Mental illness in general health care: An international study*. New York, Wiley.

Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry* 34, 98-111.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V.O. (1982-83). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

Zunzunegui, M. V., Beland, F. Llacer, A., & Leon, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 195-205.

## פרישתן מהעבודה של נשים

אורית נוטמן-שורץ<sup>12</sup>



העולם המערבי עובר שינויים טכנולוגיים וכלכליים, הכוללים בתוכם שינויים דמוגראפיים, תרבותיים וחברתיים, הבאים לידי ביטוי ביחסים שבין הפרט לבין החברה, ביחסים שבין תת-קבוצה אחת למשניה ונצפים לאורך כל מעגל החיים. פרק זה יתמקד בעיקר בשינויים המאפיינים נשים בתקופת הפרישה מהעבודה ובמדינת ישראל בפרט.

התחזיות החברתיות, המתמקדות בפרופיל הדמוגראפי של האוכלוסייה, צופות כי העולם המערבי צועד לקראת מצב בו, בשנת 2050, כ- 25% מכלל האוכלוסייה יהיו אנשים מעל גיל 65, ובמדינת ישראל התחזית הינה כי 20% מכלל האוכלוסייה תהיה מעל גיל 65. מצב דמוגראפי זה מביא למספר שינויים בהתייחסות לפרישה מהעבודה ולתפיסת הקשיש בחברה המודרנית. בין היתר, ניתן למנות את השינויים בכוח העבודה והעלייה בתעסוקת נשים ובתעסוקת קשישים, התמורות הכלכליות הגורמות לשינויים חדים במפת התעסוקה (אבטלה, תת-תעסוקה, לעומת ביקוש כוח אדם), קשיי מימון והבטחת רווחה ואיכות חיים לאוכלוסייה מזדקנת כה גדולה. המודעות לזכויות האזרח ולשוויון בין המינים, באה לידי ביטוי במספר פסקי דין שעסקו בנושא בארץ ובעולם, ובדיונים אודות השוואת גיל הפרישה בין נשים לבין גברים.

בספרות מבחינים בין הגדרות נורמטיביות לגיל הפרישה, לבין דפוסי פרישה בפועל. גיל פרישה חובה מגדיר את הגיל שבו מעסיק יכול לדרוש מעובד להפסיק את עבודתו, ללא עילה מוקדמת אלא מחמת גיל. גיל הזכאות לפנסיה מתייחס לגיל בו אדם יכול לממש את זכאותו לגמלה, באופן מלא או חלקי. ביחס לדפוסי הפרישה, ניתן להבחין בין פרישת העובד ממקום העבודה הראשי לבין הפסקה מוחלטת של תעסוקה בשכר בשוק העבודה. מחקרים מראים כי אנשים נוטים לדפוסי פרישה שונים: פרישה מוחלטת הכוללת הפסקת כל עבודה; פרישה

---

<sup>12</sup> אורית נוטמן-שורץ, מרצה, המחלקה לעבודה סוציאלית אוניברסיטת בן-גוריון בנגב והמכללה האקדמית ספיר.

לא חד משמעית: על פי נתוני שנת 2000, 15% מהאמריקאים יוצאים וחוזרים ממעגל העבודה (blurred retirement); כ- 25% בוחרים ב- "עבודת מעבר" שאינה העבודה והמעסיק העיקרי בו עבדו במרבית חייהם (bridge employment) וכ-30% לא פורשים כלל (Whitbourne, 2001). בארץ, אין מחקר מקיף בנושא הפרישה מהעבודה וההערכה היא כי 70% מהעובדים פורשים באופן מוחלט. היתר, מרביתם גברים, ממשיכים להיות מועסקים בצורה כלשהי. מגמה זו צועדת בצד העובדה כי בשנים האחרונות, עקב השינויים הדמוגרפיים לצד המודעות לאפליה ולזכויות הפרט, חלים שינויים בחוקי האפליה בשוק העבודה על רקע גיל ומין. ברוב ארצות המערב נקבע כי ההבדל בין גיל פרישת גברים לבין גיל פרישת נשים מהווה אפליה בין המינים (בן ישראל, 1997). כיום, במסגרת התוכנית הכלכלית החדשה, הממשלה קיבלה החלטה להעלות בהדרגה את גיל הפרישה לנשים כמו לגברים לגיל 67 שנים.

### גישות תיאורטיות לפרישה מהעבודה

הפרישה מהעבודה נתפסת כאחד המעברים החשובים בחייו של האדם הבוגר (Kim & Moen, 2001; Kohli, 1986; Viney, 1993). חקר הפרישה מהעבודה מתבסס על הבנות תיאורטיות שונות, מרביתן ממשיות את תופעת הפרישה במונחים של הזדקנות הפרט ופעילותו. התיאוריה הראשונה, תיאורית ההתנתקות, ("disengagement theory" (Cumming & Henry, 1961)), רואה את הפרישה כתהליך בו הפרט והסביבה מתנתקים האחד מן השני. החברה מכתיבה את סיום התפקיד החברתי והפרט נוטה להיות קשוב לעצמו ולסגת לתוך עצמו. לעומתה, התיאוריה השנייה, תיאורית הפעילות, ("activity theory" (Havighurst, 1963)), שמה דגש על חשיבות הפעילות של האדם ולכן רואה בפרישה מהעבודה סיכון להפסקת הפעילות של הפרט וגורסת כי כדי להסתגל האדם יחפש אחר תחומי עניין ופעילות, כדי להמשיך ולהיות מחובר לחיים.

בשנים האחרונות קיימת מגמה להבין את תופעת הפרישה בראיה התפתחותית של מעגל החיים. שלוש תיאוריות מרכזיות מהוות מסגרת להבנת תופעת הפרישה מהעבודה: תיאורית התפקיד - role theory (Rosow, 1967); הרואה בפרישה מהעבודה הפסקה של התפקיד המקצועי-תעסוקתי ובכך חוסר יכולת למלא אחר משימת החיים ההתפתחותית המרכזית, שהינה לעבוד. תיאורית ההמשכיות - continuity theory (Atchley, 1976) הגורסת, כי הפרישה מהעבודה מהווה מעבר חיים משמעותי, אך למרות הפסקת העבודה האדם ממשיך לעסוק, ליצור ולהתעניין במשימות, מטרות ופעילויות חיו החשובות, הפנימיות והחיצוניות ובכך להמשיך ולהרגיש קשוב לעצמו ולסביבתו. ותיאורית מרחב החיים - life course perspective (Elder, 1995), הגורסת כי הפרישה מהעבודה הינה חלק נורמטיבי של ההתפתחות התעסוקתית ולפיכך מה שיקבע את אופן ההתמודדות עם הפרישה הינו אופן ההתמודדות עם העבודה ועם אירועי חיים האחרים שאפיינו עד כה את מסלול חייו של הפרט.



את השילוב בין תיאוריות ההתפתחות לבין תיאוריות מרחב החיים היטיבה לתאר פיירה אולאנייה (מתוך טרואזייה, 2002, עמ' 53) באומרה:

“אין קיום לאני עכשווי, ללא רישומו בתוך היסטוריה, המחייבת התייחסות לעבר ובה בעת השלכה על העתיד. על האני יהיה להפוך את השרידים המקוטעים שיש ברשותו מן ה- “טרם” שלו, למבנה המקנה לו תחושת המשכיות”

תיאוריות אילו זורות אור על העובדה כי בעקבות הפרישה מהעבודה ותהליכי ההזדקנות הפוקדים את הפרט במקביל, הפרט אמור לעבור תהליכי שינוי והסתגלות.

### הסתגלות לפרישה מהעבודה

הסתגלות הינה יכולת האדם לתאם בין אישיותו, צרכיו, ציפיותיו ודרישות הסביבה (Lawton, 1980). הסתגלות מוצלחת הינה יכולת הפרט להגיע לשיווי משקל פסיכולוגי על-ידי קישור מוצלח בין חוויות העבר, נסיבות ההווה ומטרות העתיד (Datan, Rodeheaver & Hughes, 1987; Levinson, 1980), תוך כדי בחירה ושימוש בהתנהגויות האפקטיביות ביותר (Baltes, 1987, Baltes & Baltes, 1990), בד בבד עם תהליך הפרכת אשליות והתאמה למציאות (Gould, 1978).

תקופת הפרישה נתפסת כתקופה קריטית ורווית מתחים, מאחר ומנגנוני ההסתגלות שפיתח הפרט כדי להתמודד עם עולם העבודה, עלולים להיתפס על ידו כבלתי מתאימים למשימות חיוני שלאחר העבודה, ולהביא לערעור רגשי ותפקודי; לחוסר הסתגלות חברתית, משפחתית ואישית. הפער בין הציפיות לבין החיים אחרי הפרישה לעיתים גדול מדי, מכאיב ובעייתי (Chiriboga & Culter, 1980).

חוסר הסתגלות למעבר לפרישה מוגדר כחוסר היכולת לפתור בצורה חיובית את הקונפליקט ההתפתחותי. Erikson (1963), טוען, כי פתרון שלילי של הקונפליקט גורם לתחושה של בזבוז, פחד קיצוני מהמוות, סבל, דיכאון וייאוש. מצב זה מוגדר כקיפאון - stagnation, וגורם לחוסר יכולת לראות ולפתח פרספקטיבת חיים עתידית.

מחקרים רבים עסקו בשאלת ההסתגלות לפרישה מהעבודה, אלו מתאפיינים בשתי אסכולות: האחת רואה את הפרישה מהעבודה כאירוע לוחץ ואף טראומטי, הגורר בעקבותיו תחושת מצוקה, מוות ומחלות פיזיות (Braitwhaite & Gibson, 1987). מחקרים אלו מדדו את ההסתגלות באמצעות הבריאות הנפשית והפיזית ודווחו על קשיי הסתגלות, קשיים משפחתיים, ירידה בבריאות ועליה בתמותה (Braitwhaite & Gibson, 1987; Wanne & Grove, 1995). הגישה השנייה רואה בפרישה הזדמנות לגדילה ולהתפתחות, וליצירת איכות חיים טובה יותר (Antonovsky, 1985; Reitzes, Mutran, & Frenadez, 1996). חוסר הסתגלות נובע מאי יכולתו של הפרט ליהנות מהחופש ומההזדמנויות החדשות הנקרות

בפניו. מחקרים המתבססים על גישה זו מדוחים על שביעות רצון גבוהה לאחר הפרישה (Bar-Tur, 1991; Kim & Moen, 2002).

כיום, מקובל להתייחס לתהליך ההסתגלות לפרישה מהעבודה כתהליך התואם את התפתחות מרחב החיים של האדם בתקופת הבגרות ובהזדקנות. גישה זו הינה בבסיס הגדרת הפרישה כתקופת 'מעבר חיים'. הסתגלות בהתאם לגישה זו כוללת התייחסות ליכולת הפרט ליצור תחושת המשכיות, להעריך את חייו ולהכיר בכוחותיו ובאפשרויות העומדות לרשותו, לנוכח המציאות החדשה (Baltes, 1997; Whitbourne, 1985). גישה שלישית זו, מתייחסת אל הפרישה מהעבודה כאל תקופת 'מעבר חיים' מהבגרות אל ההזדקנות, ומזהה עקב כך כי תהליך ההסתגלות והתמודדות מתאפיין בתחושת לחץ ומצוקה, ערב הפרישה מהעבודה ושיפור בתחושת הרווחה לאחר הפרישה מהעבודה (נוטמן-שורץ, 2001; Theriault, 1994; Quick & Moen 1998; Gall, Evans & Howard, 1997). תפיסה זו, בצד תיאוריות גרנטולוגיות עדכניות, המדברות על דיאלקטיקה ואינטגרציה כחלק מתהליך ההתפתחות בזקנה, פותחות מרחב לצורות התמודדות ולתגובות רחבות ואף סותרות באשר לפרישה מהעבודה. לפיכך, מקובל למדוד את ההסתגלות לפרישה מהעבודה הן בעזרת מדדים של בריאות נפשית, כמו תחושת רווחה ותחושת מצוקה, שביעות רצון מול חרדה ודיכאון; והן בעזרת מדדים תפקודיים כמו תעסוקה ובילוי שעות הפנאי.

### **הגורמים המשפיעים על ההסתגלות לאחר הפרישה מהעבודה**

הספרות המחקרית עוסקת בצורה רחבה ומקיפה בשאלת הגורמים והמשאבים המשפיעים על ההסתגלות לפרישה. מרבית המחקרים מסווגים את המשאבים לפי מקור המשאב - הפרט והסביבה. חשוב לציין, כי מרבית המחקרים בנושא עסקו בפרישה של גברים ומעטו ואף דחו התייחסות כלשהי לפרישת נשים, לאור ההנחה כי "פרישה מהעבודה אינה מהווה בעיה עבור נשים". בהתאם לכך, סקירה זו מתבססת בעיקרה על מחקרי גברים. הספרות מטפלת בשה מערכי משתנים המסבירים את עצמת השפעת הפרישה על היחיד, שהם: מצב חברתי-כלכלי, בריאות נפשית ופיסית, השכלה, מוצא, עיסוק, הכנסה.

מצב חברתי-כלכלי (socio-economic status) - מחקרים מראים, כי הסתגלות "טובה יותר" לתקופה שאחרי הפרישה קשורה למצב סוציו-אקונומי גבוה (Wanne & Grove, 1995). ברבים מן המחקרים, נמצא כי שכר נמוך משפיע לרעה על הסתגלות לפרישה (Brithwaite & Richardson & Kilty, 1991; Matilla, Joukamaa & Solokangas, 1990; Gibson, 1987). יתר על כן, קיימות עדות כי מצב כלכלי ירוד לפני הפרישה יכול לגרום לתגובות דיכאון אחרי הפרישה (Walker, 1981). בנוסף, במחקרים אודות גורמי ההסתגלות לפרישה נמצא, כי בעלי השכלה גבוהה דווחו על שביעות רצון גבוהה יותר, המהווה מדד להסתגלות לאחר הפרישה מהעבודה (Haug, Belgrave & Jones, 1992; Szinovacz & Washo, 1992).

הבריאות הפיסית והמנטאלית- משאב הנחשב מרכזי וחשוב במיוחד, לאור הגיל הכרוניולוגי במעבר לפרישה. בשנים האחרונות מקובל להתייחס למצב הסובייקטיבי של הבריאות

כמנבא טוב יותר של הסתגלות בחיים, ובכלל זה במעבר לפרישה, מאשר מצב הבריאות האובייקטיבי (Antonovsky, 1987). מחקרים מראים כי מצב הבריאות הנתפסת של האדם משמעותי יותר מאשר מצבו האובייקטיבי, לגבי השפעות של דיכאון או עמדות חיוביות כלפי החיים (Clark & Watson, 1988). ברבים מן המחקרים נמצא כי בריאות לקויה משפיעה לרעה על הסתגלות לפרישה (Richardson, 1987; Matilla et al., 1990; Brithwaite & Gibson, 1987; Matilla et al., 1990; Richardson, 1987). נמצא, כי בעלי מצב בריאות תקין הסתגלו טוב יותר לתקופת הפרישה (Kilty, 1991). (Szinovacz & Washo, 1992).

משאבים סביבתיים - סוג משאבים זה נחלק למשאבים שמהווים תמיכה ראשונית, לדוגמה: בן זוג וחברים. ומשאבים שהינם תמיכה משנית, כמו סיוע משרות חיזוני, לדוגמה: מקום העבודה. למשאב התמיכה הראשונית והחברתית חשיבות מרובה, לאור הפסקת העבודה, המכונה בלשון פורשים רבים "החזרה הביתה", וכן לאור העובדה כי בשלב חיים זה, עקב עליה בפטירת בני זוג וחברים קרובים, מצטמצם מספר הגורמים התומכים הטבעיים. במחקרים נמצא כי ליחידה המשפחתית תפקיד חשוב בהסתגלות לפרישה (קוליק, 1992; שגיא, 1989). נמצא כי בעיות בחיי הנישואין מנבאות הסתגלות לא יעילה לפרישה (Matilla et al., 1990). במחקר אודות קיום "איש סוד" (שובל, פלישמן ושמואלי, 1984) נמצא כי המצאותו של קשר בינאישי קרוב ומשמעותי מסייעת להסתגלות לפרישה. כמו כן, נמצא כי אלמנות משפיעה על ההסתגלות לפרישה וכי לגברים אלמנים יש קשיי הסתגלות, יותר מאשר לנשים אלמנות (Hartwigsen, 1986).

מספר מחקרים עוסקים בשאלת תרומת הרשת החברתית ונמצא כי רשת חברתית תומכת הינה משאב מסייע להסתגלות טובה לפרישה (Cohen & Wills, 1985).

משאבים תפיסתיים - בגישה המסורתית מקובל היה להתייחס לתפיסה ולעמדות לפרישה מהעבודה. במחקרים נבדקו עמדות פורשים ביחס לעבודתם, וביחס לפרישתם. נמצא כי עמדה שלילית הינה גורם שלילי בהסתגלות (Brithwaite & Gibson, 1987), בניגוד לשביעות רצון כללית מהחיים עד כה, שמנבאה הסתגלות חיובית גם בפרישה (Harper, 1993).

תיאורית התפתחות מרחב החיים מתייחסת לתפיסה המתמקדת ביכולת של הפרט לראות ולחוות את החיים כרציפים ונמשכים. לפיכך, ראיית הפרישה כאירוע שניתן לשלבו במהלך חיי הפרט, מסייעת להסתגלות. נמצא כי פורשים היכולים להמשיך ולחוש מטרה וכיוון בחייהם ולקבוע משימות חיים עתידיות, מדווחים על הסתגלות חיובית לפרישה (Payne, Robbins & Dougherty, 1991; Robbins, Lee & Wan, 1994; Robbins, Payne & Chartrand, 1990; Smith & Robbins, 1988).

משאבים אישיים ותוך אישיים: משאבים אישיים - מקובל לראותם כתכונות אישיות, המשמשות משאבים בולמי לחץ, ומשפיעות על יכולת הפרט להתמודד עם החשיפה לארוך

או מצב לוחץ. בין משאבים אלו נמנים בין היתר תחושת הקוהרנטיות, יעילות עצמית, אוטונומיה ותחושת ההמשכיות, שנמצאו מסייעים להסתגלות בכלל ולהסתגלות לפרישה מהעבודה בפרט (שגיא, 1989; Wise, Hartman & Carter & Cook, 1995; Haug et al., 1992; Fisher, 1992), וכן מיקוד שליטה (locus of control), משאב שלגבי תרומתו להסתגלות חלוקות הדעות. מקצת הממצאים מספקים ביסוס לתיאוריה ההתפתחותית הארקסוניהלית, לפיה מיקוד שליטה פנימי מסייע להסתגלות חיובית (Powers, Wisocki & Whitbourne, 1992), ואחרים מראים כי מיקוד שליטה חיצוני מקל על ההסתגלות בשלב חיים זה (Whitbourne & Powers, 1994). הירידה בתחושת השליטה העצמית והעלייה בתחושת התלות, הנילווית להזדקנות, מושפעת מן הסטריאוטיפים השליליים אודות הזקנה, הנפוצים בחברה ומשפיעים על תחושותיהם של הקשישים (Carmel, Cwikel & Galinsky, 1992).

משאבים תוך אישיים - תיאורית התפתחות מרחב החיים גורסת כי באמצעות התהליך התוך אישי האדם מנסה לשזור לתוך מבנה חייו אירועי חיים ומעברי חיים הפוקדים אותו. שילוב זה מחייב תהליכי פירוש ותרגום אירועי החיים, התואמים את ההקשר האישי, החברתי והסביבתי. תהליך ההסתגלות כרוך בהצלחה להמשיך ולחוש תחושת המשכיות, למרות ביצוע שינוי הנדרש עקב נסיבות חיצוניות ופנימיות, ולהמשיך ולחיות את ההווה (Whitbourne, 1985). מיעוט מחקרים עסק בשאלת התהליכים התוך אישיים הנלווים למעברי חיים בכלל ולפרישה בפרט ולמשקלם בהסתגלות לפרישה (Bar-Tur, 1991; Hooker, 1991). במחקרים אודות מעברי חיים נמצא כי בניה תוך אישית של העבר והערכות מחדש של ה"אני" לקראת העתיד מסייעים להסתגלות (נוטמן-שורץ, 2001; Lavoie, 1994).

לסיכום, כיום קיימת הסכמה כי הפרישה מהעבודה מהווה מעבר חיים משמעותי בין הבגרות לבין ההזדקנות. כפי שניתן לראות מסקירת הספרות המובאת לעיל, השאלה האם הפרישה מיטיבה או פוגעת באיכות החיים אינה זוכה לתשובה חד משמעית. הממצאים מראים על תמונה מורכבת, הנעה מהשפעה חיובית של הפרישה, שלילית ואף להעדר משמעות של הפרישה על תחושת הרווחה של הפרט (Kim & Moen, 2001). בנוסף, בשנים האחרונות קיימת הסכמה כי ההתמודדות עם הפרישה מהעבודה הינה פועל יוצא של עברו של הפרט וכן של ההיסטוריה התעסוקתית שלו:

Retirement is related to the work history of the individual and the labor force needs of society, to the economic status of the individual and society and to the health care services provided by society" (McPherson, 1991, p. 368)

עובדה זו מסייעת למפות שלוש מערכות משאבים עיקריות, המשפיעות על ההסתגלות לפרישה מהעבודה ועל תחושות איכות החיים, בקרב כלל האוכלוסייה ובקרב נשים בפרט, והן: משאבים כלכליים; יחסים חברתיים ומשאבים אישיים. מערכות אלו, לאור מצב

הנשים בחברה בכלל ובתעסוקה בפרט, מצביעות על הצורך בהתייחסות נפרדת ואחרת לפרישה מהעבודה של נשים בה נדון בהמשך.

### **ייחודה של פרישת נשים מהעבודה**

במשך שנים היתה מקובלת ההנחה, כי הפרישה מהעבודה אינה מהווה אירוע חיים משמעותי בקרב הנשים (לעומת הגברים) וזאת בשל העובדה כי נשים נכנסות לעולם העבודה בגיל מאוחר יחסית, חיי העבודה שלהן תופסים מקום פחות משמעותי, בשל היותן "מפרנסות שניות", תעסוקתן פחותה מתעסוקת גברים וכך גם הכנסתן, וכן בשל ההבדל בהתפתחות הזהות ובתחושת הדימוי העצמי ושביעות הרצון. יתר על כן, לאור חשיבות התפקיד המשפחתי המיוחס לנשים, מקובל לומר כי נשים אמנם פורשות מן העבודה אך ממשיכות למלא אחר תפקידיהן המרכזיים, של רעיה ואם ולעיתים קרובות גם של סבתא; ובדור האחרון גם של בת-מטפלת ולכן האובדניים הקשורים בהפסקת העבודה אינם משמעותיים. אכן, סקירת הספרות מצביעה על העובדה, כי עד 1975 לא היו קיימים מחקרים שבדקו פרישה של נשים (Slevin & Wingrove, 1995; Szinovacz, 1982). ניתן לאפיין זאת בציטוט הבא:

The story of work and retirement is really the story of men's work and retirement. Women's retirement was viewed as predicated on the retirement of her spouse and not seen as an important topic area in its own right, since women didn't really "work" (Onyx & Benton, 1996).

מיעוט המחקרים שעסקו בתפיסות של נשים את פרישתן מהעבודה, הראו כי הפרישה אינה מהווה מעבר חיים משמעותי (Hanson & Wapner, 1994). במקביל, נמצא כי נשים נוטות להמשיך ולייחס למשפחה ולתהליכי קבלת ההחלטות הביתיות תפקיד מרכזי בחייהן, גם לאחר הפרישה מהעבודה (קוליק, 2001). לאור זאת, ניתן אם כן לתהות בדבר נחיצות ההתייחסות לנשים כקטגוריה נפרדת במחקר על פרישה מהעבודה.

שתי מגמות מרכזיות משפיעות כיום על העובדה, כי הפרישה מהעבודה עשויה להיחשב כאירוע משמעותי גם בחיי הנשים. האחת, השינויים המשמעותיים בתוחלת החיים של האדם הבוגר. אם, בתחילת המאה ה-20, 7% מחיי האדם הבוגר היו לאחר הפרישה, היום, לאור העלייה הדרמטית בתוחלת החיים, האדם הבוגר מבלה 25% מחייו אחרי הפרישה. הגידול באורך תקופת הפרישה רלוואנטי במיוחד לנשים, לאור העובדה שתוחלת חייהן ארוכה יותר מאשר של הגברים. המגמה השנייה קשורה לשוק העבודה המשתנה אף הוא. יותר ויותר נשים מועסקות בשוק העבודה, מהוות מפרנסות ראשיות במשפחתן ואף מצליחות לפתח קריירה.

ניתן אם כן, להעלות את שאלת המשמעות של הפרישה בקרב נשים. האם ניתן לראותה כנפרדת ומובחנת מפרישה של גברים? האם פרישה הינה שאלה מגדרית או מעברית כזו

הקשורה לשינוי במעגל החיים? תחילה נדון בשאלת הפנומנולוגיה של פרישת נשים, בהשוואה לפרישה של גברים ובהמשך נדון בהיבט הכלכלי של פרישת נשים.

## הפנומנולוגיה של פרישת נשים

הפרישה מהעבודה כרוכה באובדן תפקיד מרכזי, המשפיע על הזהות האישית (Atchley, 1976) ושאלת ההמשכיות נמצאה משמעותית להסתגלות (Whitbourne, 1985). הבנה זו מאפיינת גברים ערב פרישתם מהעבודה, הרואים בפרישה מהעבודה משבר, שינוי ולא המשכיות, אובדן זהות תפקידית ואישית, תחילתה של ההזדקנות, ולפיכך נוטים לייחס יותר אובדנים מאשר רווחים לפרישתם מהעבודה (נוטמן-שורץ, 2001; Anson, et al., 1993).

התפיסות המסורתיות של האשה ותפקידיה עשויות להוות בסיס להשערה כי נשים תחוונה, לאחר הפרישה, יותר המשכיות בתחושת הזהות העצמית והתפקידית, וזאת לאור העובדה כי הפרישה אמנם גורמת להפסקת עבודה, אך הן תמשכנה בתפקידן המרכזי במרחב המשפחתי. יתר על כן, התפיסה המסורתית הבלויה את העובדה, כי נשים חוות קונפליקט בין הבית לבין העבודה, ולכן צפוי כי הפרישה מהעבודה תאפשר להן למלא אחר התפקיד המרכזי בחייהן ביתר קלות. לפיכך, ניתן לשער כי תחושת הרווח הנלווית לפרישה בקרב נשים, עקב ההפחתה בקונפליקט בית-עבודה וההפחתה במאמץ הנלווה לעבודה, תהיה גדולה יותר מאשר בקרב גברים.

אך מחקרים עדכניים אודות הסתגלות לפרישה בקרב גברים ונשים מראים תמונה שונה מהצפוי. גברים ונשים חווים אובדנים רבים כתוצאה מהפרישה. נשים וגברים פורשים מעבודתם נוטים ליחס לפרישה אובדן של תפקיד חשוב בחייהם, והדבר יכול להוביל לירידה בתחושת שביעות הרצון ולתחושה גבוהה של מצוקה (Kim & Moen, 2001). יתר על כן, בקרב נשים בעלות הקריירה, נמצא כי הנשים חוות את המעבר לפרישה ככזה הגורם לויתור על מדדים בזהותן המקצועית (Price, 2000). גם במדינת ישראל, המהווה מדינה מסורתית עם דגש חזק על ערכי המשפחה ועל הבחנה בתפקידים בין המינים, הממצאים בקרב נשים וגברים פורשים לא הראו הבדל משמעותי בין המינים. תפקיד העובד וכן יחוס המשמעות לתפקיד המשפחה וחברים להצלחה בהסתגלות לפרישה מהעבודה, קבלו משמעות דומה בקרב הנשים והגברים שבמחקר. לעומת זאת, תחושת הרווח וההזדמנויות הנלוות לפרישה היו גבוהות יותר בקרב הנשים (Anson et al., 1993).

ניתן אם כן לומר, כי כיום, לאור העובדה כי חלה התקרבות בתפקידים בין המינים הן בבית והן בעולם העבודה, התמונה הצפויה של הפרישה תהיה מחד, הטרוגניות בין הנבדקים, כצפוי מהשלב ההתפתחותי, ומאידך, תתכן תמונה דומה בין המינים.

לעומת הנחה זו ניתן לציין מספר גורמים מבחינים בין פרישת גברים לבין פרישת נשים. בין היתר, ניתן לציין את חוסר הרציפות של ההיסטוריה התעסוקתית של נשים, תעסוקת נשים מובחנת במעמד נמוך ובשכר נמוך, ובהימצאותן של חובות משפחתיות רבות. כל אחד

ממשתנים אלו משפיע על ההחלטה של נשים לגבי הפרישה, היכולת הכלכלית לעזוב את העבודה ואיכות החיים הנחווית במהלך הפרישה ולאחריה (Slevin & Wingrove, 1995).

לאור העובדה, שמרחב החיים של הנשים רצוף בחוסר המשכיות תעסוקתית, ומהווה עוד אירוע ברצף החיים, המאופיינים בחוסר המשכיות, נמצא כי הנשים לא מדווחות על תופעת ה- job loss, כפי שנצפית במחקר פנומנולוגי שנערך בקרב גברים בלבד (נוטמן-שורץ, 2001). הממצאים מראים, כי נשים בעלות מקצוע חוות בדרך כלל את הפרישה כאירוע שלילי, נוטות פחות לפרישה מוקדמת ולפרישה בצמוד לבני זוגן. הן מעוניינות להמשיך בעבודתן ומדווחות על תחושת חסר לאחר פרישתן מהעבודה, מיחסות חשיבות לאובדן החברים בעבודה ולצורך לבנות מחדש רשת תמיכה הנלווית לפרישה מהעבודה (Price, 2000).

Savishinsky (2000) טוען, כי שני המינים, גברים ונשים, חווים את הפרישה כמעבר חיים משמעותי, אך מקור הקושי בפרישה שונה בין גברים לבין נשים. במחקר שנערך בקרב פורשים במרכז קהילתי בארצות הברית, שכלל פורשים ממעמד סוציו-אקונומי בינוני גבוה, נמצא כי לגברים קשה יותר לעזוב את העבודה ולחוות את אובדן הזהות התעסוקתית-קרייריסטית שלהם, ואילו נשים נוטות יותר לחוות את הפגיעות החברתית והכלכלית שלהן עקב הפרישה מהעבודה. יתר על כן, בכל שלושה הגורמים שנמצאו כמשפיעים במיוחד על תחושת הרווחה לאחר הפרישה: משאבים כלכליים; יחסים חברתיים ומשאבים אישיים, מצבן של הנשים הינו קשה יותר בהשוואה לגברים. נשים מרוויחות פחות, נמצאו כפחות משכילות (Mutran, Reitzes & Fernandez, 1997; Zimmerman, et al., 2000) וגם באשר ליחסי המשפחה נמצאה רמה נמוכה ביותר של שביעות רצון בקרב נשים שהמשיכו לעבוד, אבל בעליהן פרשו (Moen, Kim & Hofmiester, 2001).

חשוב להדגיש, כי מרבית המחקרים בנושא זה הינם מחקרים מנקודת מבט גברית ורק מיעוטם שמו דגש מרכזי על פרישת נשים ובמיוחד על אילו שהעבודה היוותה עבורן קריירה (Price, 2000). מחקרים ברוח זו הניחו כי במהלך העשורים האחרונים, עם הגידול במספר הנשים בכוח העבודה, הפרישה מהעבודה נעשית אירוע חיים נורמטיבי בעבור נשים ובכדי לחקור את ההתנסות הנלווית לפרישה של נשים, הן צריכות להיות במרכז החקירה.

### **המשמעות הכלכלית של הפרישה מהעבודה**

בשנים האחרונות אנו עדים במדינות המערב למגמה המצביעה על עליה עקבית בגיל הפרישה של נשים, אך עדיין גיל הפרישה המועדף על נשים הינו גיל 60, ובפועל כמו בקרב הגברים, קיימת ירידה במספר הנשים המועסקות בגיל 60-65 (Quinn, 1997).

ההסכמה, כי ההתמודדות עם הפרישה מהעבודה הינה פועל יוצא של ההיסטוריה התעסוקתית (McPherson, 1991), הינה בעלת משמעות ייחודית כשאנו עוסקים בפרישת נשים. תפיסה זו מחזקת את העובדה כי למעמד הנשים ולמשקלן בכוח העבודה יש השפעה לא רק על התנאים הנלווים, כמו שכר נמוך, מעמד נמוך והיות האשה "מפרנסת שניה",

המאפיינים את תקופת העבודה שלהן, אלא, גורמים אלו משפיעים גם על אופן ההסתגלות לפרישה מהעבודה, ומגבירים את עובדת היות הנשים אוכלוסייה מודרת (exclusion) גם לאחר הפרישה מהעבודה.

ואכן, ממצאים של מחקרים חדשים מראים כי נשים פגיעות לפרישה מהעבודה, מאחר ורמת הכנסתן נמוכה ורמת השכלתן נמוכה. מצב זה מחמיר לאחר הפרישה, למרות העובדה כי רשתות התמיכה החברתיות והמשפחתיות שלהן מפותחות יותר בהשוואה לגברים (Buckley, Angel & Donahue, 2000). ממצא דומה עולה ממחקרם של Zhan & Pandey (2002), המראה כי העליה בגיל ורמת ההשכלה הנמוכה מביאים את הנשים להכנסה נמוכה, באופן יחסי, עם הגיען לגיל פרישה, וכך גם גובה הכנסתן מהתוכניות לביטוח סוציאלי שלהן. נשים פורשות מקבלות מעט, אם בכלל, הטבות של ביטוח סוציאלי ובאופן נדיר זכאיות לתוכניות פנסיה. מצבן של האמהות החד-הוריות חמור עוד יותר. נשים לאחר הפרישה נוטות לחוות חוסר יציבות כלכלית, כיון שהועסקו בעבודה עם שכר נמוך והן בעלות היסטוריה תעסוקתית לא יציבה (Carp, 1997; Szinovacz, 1987). יחד עם זאת, קיימת שונות במסגרות התעסוקתיות ובאחריות המשפחתית במעגל החיים, ונשים הן בעלות עמדות מגוונות ביחס לפרישה. לדוגמה, נשים שנכנסו מאוחר למעגל העבודה יכולות לראות בפרישה הפרעה כפויה, ויבחרו להמשיך לעבוד. אין בהירות מספקת האם גם החלטה זו נובעת ממניעים כלכליים או תוך-אישיים.

ללא ספק ניתן לראות כי אפליית הנשים בשוק העבודה גולשת לתקופה שלאחר הפרישה, הסיכוי לאשה להיות ענייה לאחר הפרישה הינו כפול מזה של הגבר והפרישה מהעבודה מהווה נדבך נוסף בהגדרה של הפמיניזציה של העוני.

לסיכום: סקירת הספרות מראה כי חקר פרישת הנשים הינו תחום חדש יחסית. רוב המחקרים שבדקו פרישת נשים השתמשו במדדים שנבנו לבדיקת גברים, ובעיקר עסקו בהשוואה בין פרישת גברים לפרישת נשים (Calasanti, 1993, 1996; Price, 2000; Slevin & Wingrove, 1995). הממצאים משקפים את המורכבות של הדחייה והשונות, האופייניים להבדלי מגדר, המאפיינים את שוק העבודה ואת החברה בכלל ביחסה לנשים. כמו כן, הממצאים מצביעים על הצורך בהשקעה בחינוך, ליצירת קריירות התואמות את מציאות החיים של הנשים, הכוללת גידול ילדים, טיפול בהורים מבוגרים והיסטורית עבודה לא רציפה (Korda & Cramer, 1996).

הספרות חסרה עדיין התייחסות מספקת לפרישת הנשים, המתמקדת בנשים, הלוקחת בחשבון את הייחודיות המגדרית, הכוללת את מצב ההיסטוריה התעסוקתית, את המצב המשפחתי-חברתי והשוזרת תפיסות סובייקטיביות עדכניות לחקר הפרישה הנותנות מקום לשונות הבינאישית העולה עם הגיל (נוטמן-שורץ, 2001; Slevin & Wingrove, 1995). (Savishinsky, 2000).



## תמונת מצב של הפרישה מהעבודה בקרב הנשים בישראל

במדינת ישראל נעשו עד היום מספר מחקרים העוסקים בפרישה מהעבודה, אך אף לא אחד מהם התמקד במיוחד בפרישה של נשים עובדות. נבדקו גברים בלבד (נוטמן-שורץ, 2001), וגברים ונשים במשולב, כאשר הגבר הפורש היה בדרך כלל במרכז החקירה (קוליק, 1992; שגיא, 1989; Antonovsky, 1985; Jacobson, 1974). מחקרים אלו טוענים לדמיון בעמדות, במשמעות ובהשפעות של הפרישה מהעבודה בין גברים לבין נשים.

מחקר מקיף יותר בנושא הפרישה מהעבודה של נשים נעשה על ידי ביבר (1988). מחקר זה אף הוא עסק בשאלת ההבדלים בין המינים בעמדות כלפי עבודה ופרישה. ממצאיו העיקריים מראים כי לא נמצאו הבדלים מהותיים בין נשים לבין גברים. הנשים תמכו בהשוואת גיל הפרישה של גברים ונשים וכן בהארכת שנות העבודה בקרב שני המינים. מגמה זו מאפיינת יותר אוכלוסייה המועסקת במקצועות ה- "צווארון הלבן", וככזו, בעלת השכלה גבוהה יותר ומצב בריאותי טוב יותר. המחקר לא הצליח למצוא מודל פרישה האופייני לנשים, ואחת מהמלצותיו הינה להתמקד בחקר תופעת פרישת הנשים. למרות שחלפו מאז פרסומו למעלה מעשרים וחמש שנים, חסר עדיין מחקר מקיף המאפשר את הבנת תופעת הפרישה מהעבודה של נשים בישראל.

מאז המחקר, במהלך שלושת העשורים האחרונים, שיעור ההשתתפות בכוח העבודה של נשים מבוגרות עולה בהתמדה, אך עדיין הינו נמוך משעור השתתפות גברים הנמצאים בגיל פרישה (פחות מ-20%), וכך גם גדלה השתלבות נשים במקצועות ובתעסוקות בעלי סטאטוס כלכלי-חברתי גבוה יותר. מצב זה בולט במיוחד לאור העובדה כי הנשים בישראל משכילות יותר מאשר הגברים, אך מרוויחות פחות, ואילו בישראל של שנות האלפיים דפוסי הפרנסה השתנו וכיום האשה תורמת תרומה שווה לכלכלת הבית (יזרעאלי, 1999).

לעומת זאת, עדיין קיימים הבדלים באשר להסדרי היציאה לגמלאות. במדינת ישראל קיימת חובת פרישה מטעמי גיל לגבר ולאשה בגיל 65 ואילו אישה רשאית לפרוש בין השנים 60 ל-65. מבחינה חוקית, במוסד לביטוח לאומי ובקרנות התעסוקתיות הוותיקות קיים הבדל בגיל הפרישה בין נשים לגברים, ונשים יכולות לפרוש בגיל 60 מהעבודה. בשרות הציבורי ובקרנות החדשות, גיל הזכאות לפרישה זהה לנשים ולגברים ועומד על גיל 65. בן ישראל (1997), טוענת כי קביעת גיל שונה לקבוצות מועסקים שונה מהווה אפליה. לפיכך, נושא גיל פרישת הנשים משקף אפליה כפולה, מחמת מין ומחמת גיל. בבג"צ ד"ר נעמי נבו (מתוך בן ישראל), טענו השופטים כי קביעת גיל פרישה מוקדם לעובדת הוא מפלה, מאחר והוא פוגע בזכותן של הנשים להשתתף באורח שוויוני בחיי העבודה. כיום יושבת ועדה על המדוכה בנושא השוואת גיל הפרישה בין נשים לבין גברים. אי השוויון מוצא את ביטויו גם בסדנאות ההכנה לפרישה, הניתנות על ידי המעסיק ובמימונו, בהן עיקר התכנים עוסקים בהסתגלות הגבר הפורש וכמעט ואין מקצים דגש ייחודי לפרישת הנשים מהארגון (קומוניקציה אישית המרכז לפרישה מתוכנת).

דוגמה למצב העסקת הנשים בישראל, כמו גם לפרישתן מהעבודה, ניתן לראות בתוכנית הכלכלית החדשה, הממקדת את הפיטורין באוכלוסיית הנשים, מאחר ו- "הנשים מהוות רוב במגזר הציבורי ובהוראה, שבהם צפויים קיצוצים נרחבים". זאת בנוסף לעובדה כי שעור האבטלה גבוה בקרב נשים, לעומת גברים, (9.8% לעומת 8.9%), והן אף עניות יותר. השינוי בחוק, לגבי פרישת נשים, מבליט את העובדה, כי הדרת הנשים נמשכת מעבר לשוק העבודה. בעוד שכיום זכאיות נשים לפרוש לגמלאות בגיל 60 ולקבל קצבת זקנה אם הכנסתן נמוכה, לפי הצעה זו הן תוכלנה לפרוש רק בגיל 67 ולקבל קצבת זקנה על תנאי רק בגיל זה. מגיל 70 שנים תוכלנה הנשים לקבל קצבה ללא תנאי. לעומתן, גיל הפרישה של גברים יועלה מגיל 65 לגיל 67 שנים. בהשוואה למצב הנוכחי, הגברים ימשיכו להיות מועסקים תקופה נוספת של שנתיים בלבד.

לסיכום, כחוט השני משמרת החברה הישראלית את התפקיד המסורתי של האשה במשפחה, בעבודה, בפרישה ובהזדקנות. המגמות הכלכליות העכשוויות מהוות את הבסיס ליצירת האחידות בגיל הפרישה. לאור סקירת הספרות ומעמד הנשים בחברה המערבית בכלל ובמדינת ישראל בפרט, יש מקום להעלות את השאלה האם אחידות זו באה לשרת את מגמות השוויון ואת צורכיהן של הנשים, או שמא יש בה חיזוק נוסף למידורן ואפלייתן של הנשים בישראל?

## מסקנות והמלצות לעתיד

סקירה זו מצביעה על העובדה, כי השינויים הפוקדים את העידן המודרני החברתי, הכלכלי והתעסוקתי משפיעים על מעמד האישה, על צורות החיים, על חלוקת התפקידים בין המינים, על האופן בו נשים משתתפות בשוק העבודה, וכפועל יוצא מכך על דפוסי הפרישה מהעבודה. שינויים אלו מעלים את החשיבות של עריכת מחקר מקיף אודות משמעות הפרישה בקרב נשים, הבנת תהליך ההסתגלות ואפיון יחודו של תהליך הפרישה של נשים מבוגרות, הפורשות מהעבודה. חשיבות זו מתחזקת לאור העובדה כי עד היום נעשו מעט מחקרים שבמרכזם עמדה הפרישה מהעבודה בקרב נשים. מחקרי אורך חיוניים להבנת תופעת הפרישה וההסתגלות אליה, במיוחד בקרב נשים וזאת עקב העובדה כי עד כה, נשים נבדקו במודלים התואמים פרישה של גברים, תעסוקה וקריירה של גברים, וברוב המקרים, נושא המחקר המרכזי היה הגבר כפורש או כבן זוג של פורשת. הממצאים האחרונים המצביעים על עליה במצוקה בקרב נשים פורשות, העדר שביעות רצון וגילויי סימפטומים של דיכאון, מגבירים את הנחיצות של חקירה ולמידה של תופעת הפרישה של נשים, בכלל, ומנקודת מבטן של נשים, בפרט.

בנוסף, המציאות החברתית המשתנה מעלה את הצורך לחקור את הדמיון והשוני בין נשים בעלות קריירה ואלו העובדות לפרנסתן בכל עבודה, בין נשים בעלות משפחה לבין נשים חד-הוריות ובין נשים ממוצא אתני ותרבותי שונה. דגש על חקר הנשים הוא בעל תפקיד חברתי חיוני במיוחד בישראל. הדגמה למציאות החברתית של מדינת ישראל ניתן לראות בתיאורו של עמוס עוז בספרו 'סיפור על אהבה וחושך':

"אותנו הבנות בזמנים ההם ואפילו מודרניות כמונו, בנות שלמדו בגימנסיה ואחר כך באוניברסיטה, אותנו תמיד חינכו שהאשה אמנם רשאית להיות משכילה ולקחת חלק בחיי הציבור - אבל רק עד הולדת הילדים. החיים שלך שייכים לך אבל רק למשך זמן קצר: החל מהיציאה מן הבית ועד להריון הראשון. מאותו הרגע, מההריון הראשון, אנחנו חייבות להתחיל לחיות רק מסביב לילדים. בדיוק כמו האמהות שלנו. אפילו לטאטא רחובות למען הילדים, כי הילד שלך הוא האפרוח ואת מה? את בסך הכל החלבון של הביצה, את זה מה שהאפרוח זולל בשביל לגדול ולהתחזק. כאשר הילד שלך יגדל - גם אז לא תחזרי להיות של עצמך, כי את פשוט תהפכי מאמא לסבתא, שהיא בסך הכל נושאת הכלים של הילדים שלה, בגידול הילדים שלהם". (עמוס עוז, 2002, סיפור על אהבה וחושך, עמ' 210).

במציאות זו קיימת חשיבות רבה להשמיע בפומבי את קול הנשים, וכך גם בנושא הפרישה מהעבודה. בנוסף, יש מקום לחשוף את הפנומנולוגיה של תופעת הפרישה של נשים, את הדרכים הייחודיות בהן הן עוברות את מעבר החיים מהבגרות להזדקנות, כמו גם לאתר את הצרכים והמענים היחודיים לנשים, שיאפשרו להן להגדיל את תחושת הרווחה עם ההזדקנות, כפי שהתוותה גיל שיהי בספרה "מעברים" (1979):

"כבר ראיתי גברים ונשים בני גיל העמידה שנעלו מגלשי סקי והחליקו במורדות אחרי מדריכים, מסוחררים מהעונג ששאבו מהיותם מתלמדים שוב. אנשים אלה לעולם לא יבצעו תרגילי סלאום עוצרי נשימה, אבל מה בכך? הוא הדין בנשים לאחר גיל הבלות, שהחלו ללמוד גולף או סקי מים לראשונה בחייהן. אשת קרירה עסוקה, שהתפנתה מעט לקבלת שעורי נגינה בפסנתר, נהנתה כל כך, עד שפנתה אחר כך ללמוד ריקודי ג'אז. פעילויות אלה, כאשר נוקטים אותן ברוח הנכונה, אינן מעשי דיליטנטיות כלל.

העיקר להביס את הדעה המקובלת, שלפיה עלינו להאט את צעדינו, לוותר על פעילות ורק לשבת ולצפות בטלוויזיה! - לפלס נתיב חדש העשוי להחיות את כל החושים והרגשות, לרבות ההרגשה שאדם בא בשנים איננו כלב זקן. (גיל שיהי, 1979, מעברים, עמ' 427).

## ביבליוגרפיה

- ביבר, א. (1988). הבדלים בין נשים וגברים בעמדות כלפי עבודה ופרישה ובהיבטים שונים של איכות חיים בגיל המבוגר, דוח מחקר, ירושלים: גוינט ישראל, מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- בן-ישראל, ר. (1997). גיל הפרישה במבחן השוויון: פרישה ביולוגית או פרישה תפקודית, הפרקליט, מג, 285-251.
- טרוואזייה, ה. (2002). פיירה אולאנייה, תולעת ספרים, תל אביב.
- יזרעאלי, ד. (1999). המיגדור בעולם העבודה. בתוך ד. יזרעאלי, א. פרידמן, ה. דהאן-כלב, ח. הרצוג, מ. חסן, ח. נוה וס. פוגל-בזואית (עורכים). מין מגדר ופוליטיקה, תל אביב: דקל. (עמ' 218-167)
- נוטמן-שורץ, א. (2001). הקשר בין "סיפור החיים" ו"תסריט החיים" לבין ההסתגלות לפרישה מהעבודה, חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב.
- עוז, ע. (2002). סיפור על אהבה וחושך. ירושלים: כתר.
- קוליק, ל. (1992). שינויים במאזן הכוח, במשאבים ובאוריינטציות חיים לפני ואחרי הפרישה מהעבודה. גרנטולוגיה, כרך 57-56, 90-80.
- קוליק, ל. (2001). זוגיות בתהליך הפרישה לגמלאות- גברים מול נשים, חברה ורווחה, כ"א, 487-467, 4.
- שגיא, ש. (1989). תחושת הקוהרנטיות והסתגלות לחץ במערכת המשפחתית: המעבר של יציאה לגמלאות. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, סוציולוגיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- שובל, י., פלישמון, ר. ושמואלי, ע. (1984). תמיכה לא פורמלית בקשישים, רשתות חברתיות בשכונה בירושלים. ירושלים: גוינט, מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה והתפתחות האדם והחברה בישראל.
- שיהי, ג. (1979). מעברים. תל אביב: הוצאת זמורה, ביתן מודן.
- שנתון סטטיסטי לישראל, מסי' 53, (2002). ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- Anson, O., Antonovsky, A., Sagy, S. & Adler I. (1993). Family, gender, and attitudes toward retirement. In Y. Azmon and D. N. Israeli, (Eds.). *Women in Israel: Studies of Israeli society*, Vol. VI. (Ch. 13). Transaction Pub. (pp. 209-224) New Brunswick (USA).
- Antonovsky, A. (1985). *Retirement, coping and health: A longitudinal study*. Grant Application to U.S. National Institute on Aging.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Atchley, R. C. (1976). *The sociology of retirement*. Cambridge, Mass: Schenkman.

- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontology: Selection, optimization and compensation as foundation of development theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990) (Eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New-York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical proposition of life span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 611-626.
- Bar-Tur, L. (1991). *Separation individuation in aging and retirement*. Doctoral Dissertation, Psychology, Bar-Ilan University, Ramat Gan, Israel.
- Braithwaite, V. A., & Gibson, D. N. (1987). Adjustment to retirement: What we know and what we need to know. *Aging and Society*, 7, 1-18.
- Buckley, C., Angel, J. L. and Donahue, D. (2000). Nativity and older women's health: Constructed resilience in the health and retirement study. *Journal of Women and Aging*, 12(3/4), 21-37.
- Calasanti, T. M. (1993). Bridging in diversity: Toward an inclusive theory of retirement. *Journal of Aging Studies*, 7, 133-150.
- Calasanti, T. M. (1996). Gender and life satisfaction in retirement: An assessment of the male model. *Journal of Gerontology: Social Science* 51B, S18-S29.
- Carmel, S., Cwikel, S., & Galinsky, D. (1992). Changes in knowledge, attitudes and work preferences following courses in gerontology among medical, nursing and social work students. *Educational Gerontology*, 137, 535-544.
- Carp, F. M. (1997). Retirement and Women. In J. M. Coyle (Ed.). *Handbook on women and aging*, (pp. 112-128) Westport, CT: Greenwood Press.
- Carter, M. A. T., & Cook, K. (1995). Adaptation to retirement: Role changes and psychological resources. Special Issue: Career transition. *Career Development Quarterly*, 44(1), 67-82.
- Chiriboga, D. A., & Culter, L. (1980). Stress and adaptation: Life span perspectives. In L. W. Poon (Ed.), *Aging in the 1980's: Psychological issues*. (pp. 347-362) Washington, DC: American Psychology Association.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1988). Mood and mundane relation between daily life events and self reported mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 296-308.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *American Sociological Review*, 43, 721-759.
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old*. New York: Basic Books.
- Datan, N., Rodeheaver, D., & Hughes, F. (1987). Adult development and aging. *Annual Review of Psychology*, 38, 153-180.

- Elder, G. H. (1995). The life course paradigm: Social change and individual development. In P. Moen, G. H. Elder, Jr. & K. Luscher (Eds.). *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. (pp. 101-139) Washington DC: American Psychosocial association.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New-York: W.W. Norton.
- Gall, T. L., Evans, D. R., & Howard, J. (1997). The retirement process: Changes in the well being of male retirees across time. *Journal of Gerontology*, 52B, 110-117.
- Gould, R. (1978). *Transformation: Growth and change in adult life*. New York: Simon & Schuster.
- Hanson, K. & Wapner, S. (1994). Transition to retirement: Gender differences. *International Journal of Aging and Human development* 39, 189-208.
- Harper, D. J. (1993). Remembered work importance, satisfaction, reminiscence and adjustment in retirement: A case study. *Counseling Psychology Quarterly*, 6, 155-164
- Hartwigsan, G. (1986). Older widows in the retirement community: The case of the Sun City area in Arizona. *Journal of Housing for the Elderly*, 4(1), 37-51.
- Haug, M. R., Belgrave, L. L., & Jones, S. (1992). Partners' health and retirement adaptation of women and their husbands. *Journal of Women and Aging*, 4(3), 5-29.
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, C. Tibbis & W. Donohue (Eds.). *Process of aging: Social and psychology perspectives*, (pp. 299-320) New York: Atherton.
- Hooker, K. (1991). Change and stability in self during the transition to retirement: An Intra-individual study using P factor analysis. *International Journal of Behavioral Development*, 14(2), 209-233.
- Jacobson, D. (1974). Rejection of the retiree role: A study of female industrial workers in their 50's. *Human Relations*, 27(5), 477-492.
- Kim, J. E. & Moen, P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychosocial well being. *The Journal of Gerontology Series B*, 57, 212-222.
- Kim, J. E. & Moen, P. (2001). Is Retirement good or bad for subjective well being. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 83-86.
- Kohli, M. (1986). Social organization and subjective construction of the life course. In A. B. Sorensen, F. E. Weiner & L. R. Sherrod (Eds.), *Human development and the life course*. (pp. 271-292) Hillside, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Korda, E. & Cramer, S. (1996). Factors affecting retirement savings of women in the 50s age cohort. *Journal of Women and Aging*, 8, 33-44.
- Lavoie, J. C. (1994). Identity in adolescence: Issues of theory; structure and transition. *Journal of Adolescence*, 17(1), 17-28.
- Lawton, M. P. (1980). *Environment and aging*. Belmont, CA: Wadsworth.

- Levinson, D. J. (1980). Toward a conception of the adult life course. In N. J. Smeler & G. D. Erickson (Eds.), *Themes of work and love in adulthood*. (pp. 265-290) Cambridge: Harvard University Press.
- Mattila, V., Joukamaa, M., & Solokangas, R. (1990). Retirement, aging, psychosocial adaptation and mortality: Some findings of a follow up study. *European Journal of Psychiatry*, 4(3), 147-158.
- McPherson, B. D. (1991). *Aging as a Social Process*, Batterworths, Toronto.
- Moen, P., Kim, J. E. & Hofmeister, H. (2001). Couples' work/retirement transition, gender and marital quality. *Social Psychology Quarterly*, 64, 57-71.
- Mutran, E. J., Reitzes, D. C., & Fernandez, M. E. (1997). Factors that influence attitudes toward retirement. *Research on Aging*, 19, 251-273.
- Onyx, J. & Benton, P. (1996). Retirement: A problematic concept for older women. *Journal of Women and Aging*, 8, 19-34.
- Payne, C., Robbins, S., & Dougherty, L. (1991). Goal directness and older adult adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 301-307.
- Powers, C. B., Wisocki, P. A., & Whitbourne, S. K. (1992). Age differences and correlates of worrying in young and elderly adults. *The Gerontologist*, 32, 82-88.
- Price, C. A. (2000). Women and retirement: Relinquishing professional identity, *Journal of Aging Studies*, 14, 81-101.
- Quick, H. E. & Moen, P. (1998). Gender, employment, and retirement quality: A life course approach to the differential experiences of men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 44-64.
- Quinn, J. F. (1997). Retirement trends and patterns in the 1990s: The end of an era? *The Public Policy and Aging Report*, 8(3), 10-14, 19.
- Reitzes, D. C., Mutran, E. J., & Fernandez, M. E. (1996). Does retirement hurt well being? Factors influencing self esteem and depression among retirees and workers. *The Gerontologist*, 36, 649- 656.
- Richardson, V., & Kilty, K. M. (1991). Adjustment to retirement: Continuity vs. discontinuity. *International Journal of Aging and Human Development*, 33(2), 151-169.
- Robbins, S. B., Lee, R. M., & Wan, T. T. H. (1994). Goal continuity as mediator of early retirement adjustment: Testing a multidimensional model. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 18-26.
- Robbins, S., Payne, C., & Chartrand, J. (1990). Goal instability and later life adjustment. *Psychology and Aging*, 5, 477-480.
- Rosow, I. (1967). *Social integration of the aged*. New York: Free Press.
- Savishinsky, J. S. (2000). *Breaking the watch: The meaning of retirement in America*, Ithaca, NY: Cornell University Press.

- Slevin, K. F. & Wingrove, C. R. (1995). Women and Retirement: A review and critique of empirical research since 1976. *Sociological Inquiry*, 65, 1-21.
- Smith, L., & Robbins, S. (1988). Validity of the goal instability scale (modified) as a predictor of adjustment in retirement aged adults. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 325-329.
- Szinovacz, M., & Washo, C. (1992). Gender differences in exposure to life events and adaptation to retirement. *Journal of Gerontology*, 47(4), 191-196.
- Szinovacz, M. (1987). Preferred retirement timing and retirement satisfaction in women. *International Journal of Aging and Human Development*, 24, 301-317.
- Szinovacz, M. (1982). *Women's Retirement*. Beverly Hills, CA: SAGE.
- Theriault, J. (1994). Retirement as a psychosocial transition: Process of adaptation to change. *International Journal of Aging and Human Development*, 38, 153-170.
- Viney, L. L. (1993). *Life stories: Personal construct therapy with the elderly*. England: Wiley & Sons.
- Walker, A. (1981). Towards a political economy of old age. *Aging and Society*, 1(1), 73-94.
- Wanne, R., & Groves, D. (1995). Life span approach to understand coping styles of the elderly. *Education*, 115, 448-455.
- Whitbourne, S. K. (1985). The psychological construction of the life span. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of psychology of aging*. Second Edition. (pp. 594-618) New York: Van Nostrand Reinhold.
- Whitbourne, S. K. (2001). Work and retirement. In S.K. Whitbourne (ed.). *Adult development and aging: Biopsychosocial perspective*, Ch. 10. (pp. 295-333) New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Whitbourne, S. K., & Powers, C. B. (1994). Older women's constructs of their lives: A quantitative and qualitative exploration. *International Journal of Aging and Human Development*, 38(4), 293-306.
- Wise, G. W., Hartman, D., & Fisher, B. J. (1992). Exploration of the relationship between choral singing and successful aging. *Psychology Reports*, 70(2-3), 1175-1183
- Zhan, M. & Pandey, S. (2002). Postsecondary education and the well being of women in retirement. *Social Work Research*, 26(3), 171-184.
- Zimmerman, L., Mitchell, B., Wister, A., & Gutman, G. (2000). Unanticipated consequences: A comparison of expected and actual retirement timing among older women. *Journal of Women and Aging*, 12, 109-128.



## רווחה נפשית בקרב דיירות בבתי אבות בישראל

אסתר יקוביץ<sup>13</sup>



איכות חיים ורווחה נפשית בקרב זקנים הם נושאים שנחקרו רבות. נושא זה שימש בעבר וגם בהווה, מוקד להתעניינות בקרב אנשי מקצוע מדיסציפלינות שונות, כמו: פסיכולוגיה וסוציולוגיה, רפואה וסיעוד, עבודה סוציאלית וגרונטולוגיה ועוד (George & Clip, 1991). ההתעניינות הרבה בנושא זה נובעת מעצם מהות תפקידיהם של מקצועות הסיוע ( helping professions) אשר מטרתם היא לסייע לאנשים על ידי הטיפול במצוקותיהם האישיות, שיקום ומניעת מצבים שיש בהם לפגוע באיכות חייהם ולגרור להם תחושת אי נוחות ואי שביעות רצון מחייהם. הבנת הגורמים המקדמים ובולמים איכות חיים ורווחה נפשית היא, אפוא, בעלת חשיבות לאנשי מקצוע, אשר ערכי המקצוע שלהם מחייבים אותם לשאוף למימוש מטרות ותפקידים אלה.

סוגיית איכות החיים בגיל הזקנה בכלל ובתוך מסגרות מוסדיות בפרט, זכתה להתייחסות רחבה בספרות הגרונטולוגית, הן במישור התיאורטי והן במישור המחקרי. הוגי דעות וחוקרים שונים גרסו כי למוסדות השפעה שלילית על חיי דייריהם. עבודתו הקלאסית של Goffman (1961), על מוסדות טוטליים, משרטטת את התכונות המאפיינות מוסדות טוטליים, בכללם מוסדות לזקנים, ומתמקדת בהשפעות השליליות שיש למאפייני מוסדות אלה על איכות חיי דייריהם. מחקרו של Townsend (1962), שהוא המחקר הראשון אשר בחן את איכות חייהם של דיירי מוסדות לזקנים, מתאר כיצד אנשים אלה חיים בתנאים של מינימום פרטיות, שעמום, קשר רופף בינם לבין עצמם ומתנסים בתהליך של דה-פרסונליזציה. אולם גם Goffman (1961) טען, כי מוסדות נבדלים זה מזה במידת הטוטליות

---

<sup>13</sup> אסתר יקוביץ, מרצה בכירה, המחלקה לעבודה סוציאלית ותכנית המוסמך בגרונטולוגיה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב. המאמר מבוסס על עבודת הדוקטורט.

המאפיינת אותם. חוקרים שונים שבדקו השפעת המיסוד על זקנים החיים במוסדות גרסו, כי מוסדות המוכוונים לדייריהם (resident-oriented), תורמים לאיכות חיי דייריהם ומשפרים את רווחתם יותר מאלה שהם מוכוונים למוסד (institution-oriented) (Davis, 1981).

המשפחה והקהילה מהוות אומנם מסגרות עיקריות שבהן חיים אנשים, אך יחד עם זאת, אנשים לא מעטים חיים במוסדות, חלקם מתוך בחירה חופשית, חלקם מתוך חוסר ברירה אחרת. השירותים המוסדיים לזקנים משמשים כיום חלק ממערך השירותים, שנועדו לתת מענה לצרכים חברתיים, בריאותיים ותמיכתיים לזקנים, בכל הארצות המערביות. בישראל קיימים כיום כ- 400 בתי אבות, בכללם מוסדות סיעודיים, שבהם חיים כיום למעלה מ- 28,000 קשישים, המהווים 4.1% מאוכלוסיית הזקנים בישראל. אוכלוסיית הקשישים החיה בבתי אבות, לסוגיהם השונים, מונה בעיקר נשים (72%), רובן מעל גיל 75, מרביתן לא נשואות ומרביתן ילידות ארצות אירופה-אמריקה (ברודסקי, שנוור ובר, 2001).

מאמר זה, שיעסוק ברווחתן הנפשית של נשים זקנות, יציג ממצאי מחקר על המאפיינים של נשים זקנות הגרות בבתי אבות בישראל, והקשר של מאפיינים אלה עם רווחתן הנפשית. כמו כן, יבחנו מספר מאפיינים ארגוניים של בתי האבות ותרומתם לקידום או לבלמת הרווחה הנפשית של הדיירות.

## סקירת ספרות

מרכזיותו של נושא איכות החיים בגיל הזקנה נובעת מהשינויים האישיים העוברים על האדם בהגיעו לגיל זה, שינויים אשר בחלקם הם טבעיים וצפויים וחלקם מתרחשים באופן פתאומי ובלתי צפוי, אשר על חלקם יש לאדם שליטה וחלקם הם מחוץ לשליטתו. על שינויים אלה נמנים אובדנים שונים, המתרחשים סימולטנית ו/או ברציפות, המחייבים גיוס משאבים אישיים, חברתיים ונפשיים. אובדנים אלה כוללים ירידה במצב הסוציו-אקונומי, בעקבות פרישה מעבודה והקטנה בהכנסות, התאלמנות, המאפיינת בעיקר נשים, תחושת בדידות ובידוד חברתי, בריאות לקויה והתדרדרות במצב תפקודי, עד למצב של תלות מלאה בזולת, פגיעה בדימוי העצמי כתוצאה מתהליכי הזדקנות פיזיים, המשנים את המראה החיצוני ועוד. אובדנים מצטברים אלה פוגעים, ללא ספק, באיכות החיים של האדם הזקן והם בעלי השלכות מרחיקות לכת על רווחתו הנפשית. אובדנים אלה עלולים להפוך את אוכלוסיית הקשישים לאוכלוסייה פגיעה וחלשה, המתקשה לעמוד על זכויותיה, ולגרור בעקבות כך פגיעה קשה ברווחתה הנפשית. סוגיה זו באה לידי ביטוי מיוחד לגבי אוכלוסייה זקנה הגרה בבתי אבות, אשר בה יכולת השליטה על החיים מוגבלת יותר בשל מאפייני המסגרת המוסדית.

## איכות חיים ורווחה נפשית: הגדרות ומרכיבים

הספרות העוסקת באיכות חיים וברווחה נפשית, משתמשת במונחים שונים להגדרת מושגים אלה, כמו: שביעות רצון מהחיים, מורל, אושר, רווחה סובייקטיבית, רווחה פסיכולוגית

ועוד (Andrews & 1980; George & Bearon, 1980; Liang, 1985; Nydegger, 1986) McKennell, מונחים שונים אלה מתארים אומנם את אותה תופעה, אך לכל אחד מהם יש גם יחודיות משלו. לכן קיים קושי בניתוח השוואתי של מחקרים אלה.

כדי להבין מהי "רווחה נפשית" עלינו לבחון מושג זה בקונטקסט תיאורטי רחב. למעשה, המושג "רווחה נפשית" הוא אחד הממדים של "איכות חיים". עולה השאלה, אפוא, כיצד מגדירים "איכות חיים". ככלל, אין הגדרה אחת הממצה את המושג. כל הגישות שהוצעו בעבר להגדרת איכות חיים לוקות ברמת ההמשגה ולפיכך גם המדידות שנערכו על בסיס הגדרות אלה תוקפן המחקרי מוטל בספק (שי, 1988). בספרות קיים מגוון הגדרות, המשקפות פרספקטיבות ואוריינטציות מקצועיות שונות של הכותבים, אולם למרות השוני בהגדרות, קיימת הסכמה בין רוב החוקרים כי כל הגדרה של איכות חיים תכלול את המרכיבים הבאים (Arnold, 1991):

- ◆ מצב בריאותי
- ◆ תפיסות בריאות
- ◆ תפקוד התנהגותי ורגשי
- ◆ תפקוד פיסי, קוגניטיבי ואינטלקטואלי (Haug & Folmer, 1986)
- ◆ תפקוד חברתי וקיומה של רשת חברתית
- ◆ מצב כלכלי ותנאים חומריים הולמים (McDowell & Newell, 1987)
- ◆ יכולת להמשיך לעסוק בעבודה, בתחביבים ובבילויים
- ◆ תפקוד מיני
- ◆ אנרגיה וחיוניות
- ◆ שביעות רצון מהחיים ותחושת שליטה בחיים, בעיקר אם הזקן גר במוסד שבו סדר היום נקבע על ידי צוות המוסד ולא ניתן לשליטה על ידי הזקן.

במילים אחרות, המושג "איכות חיים" ניתן להגדרה באמצעות מרכיביו, הכוללים מרכיבים אובייקטיביים כמו: משאבים כספיים, מצב בריאותי ותפקודי, וקשרים חברתיים, ומרכיבים סובייקטיביים כמו: הערכת בריאות ושביעות רצון מהחיים.

הספרות הדנה ברווחה נפשית, עוסקת בשאלה כיצד ומדוע מתנסים אנשים בתגובות רגשיות וקוגניטיביות, חיוביות ושליליות, במהלך חייהם. פילוסופים ומדעני החברה עסקו רבות בהגדרת המושג "רווחה נפשית". אף כאן, כמו לגבי המושג "איכות חיים", הגיעו חוקרים שונים להגדרות שונות, אותן ניתן למיין לשתי קבוצות עיקריות (Diener, 1984):

א. רווחה נפשית המוגדרת על ידי קריטריונים חיצוניים. זוהי הגדרה נורמטיבית ואובייקטיבית, המודדת את הפער שבין מצב רצוי מסוים לבין מצב מצוי. הקריטריון לאושר, על פי הגדרה זו, אינו הערכה סובייקטיבית של האדם אשר הנושא נוגע אליו, אלא המסגרת הערכית של הצופה מן הצד. למשל, המושגים: הצלחה או קדושה, הם

דוגמאות למושגים הנמדדים באופן יחסי לסטנדרט חברתי-נורמטיבי, שנקבע על ידי חברה מסוימת.

ב. רווחה סובייקטיבית המוגדרת על ידי קריטריונים אישיים של האדם, המתנסה בהרגשות (affects) חיוביות או שליליות בחיי היומיום. הגדרה זו מבוססת על הערכה סובייקטיבית של האדם ביחס לסטנדרטים אישיים שלו, לגבי השאלה מהם חיים טובים והיא מבטאת את מידת ההרמוניה הקיימת בין המאווים והמטרות של האדם, לבין רמת ההשגים בפועל, כפי שהיא נתפסת על ידי האדם עצמו (Cantril, 1965; Neugarten, 1961; Havighurst & Tobin, 1961). למידת הרמוניה זו השפעה על סוג ההתנסות הרגשית שיחווה האדם - הרגשה נעימה או בלתי נעימה. התנסות רגשית שלילית משתקפת ברגשות של כעס, דאגה, חרדה, פסימיות וכד' (Liang, 1985). בהגדרה זו באים לידי ביטוי מרכיבי מבנה שונים:

- ♦ המושג מבטא את התפיסה הסובייקטיבית של האדם לגבי חייו.
- ♦ המדידות של רווחה סובייקטיבית כוללות הערכה גלובלית של כל האספקטים של חיי האדם. ניתן אמנם להעריך שביעות רצון בכל אחד מתחומי החיים באופן נפרד, אולם הדגש במושג זה הוא על הערכה משולבת של כל תחומי החיים.
- ♦ המושג מכיל מרכיבים קוגניטיביים (תפיסה) ומרכיבים אפקטיביים (רגש).
- ♦ מימד הזמן של המושג אינו קבוע - הוא יכול להיות רלבנטי לטווח זמן קצר מאוד או לטווח ארוך.

רווחה נפשית מבטאת, אפוא, את ההערכה של האדם, הן רגשית והן קוגניטיבית, לגבי מכלול הוויית חייו ומשקפת את מידת שביעות רצונו הכללית מהחיים שהוא חי.

### **רווחה נפשית בקרב זקנים וגורמים המשפיעים עליה**

מהי אם כן רמת הרווחה הנפשית המאפיינת אנשים זקנים, בעיקר נשים זקנות ואלה מביניהן הגרות במוסדות? ממחקרים רבים עולה כי קיימת התייחסות מועטה בספרות לרמות רווחה נפשית בקרב זקנים החיים במוסדות. ממצאי מחקרים שבחנו סוגיה זו מראים כי מרבית הזקנים, הן אלה שגרו בקהילה והן אלה שגרו במוסדות, דווחו על רמת רווחה נפשית גבוהה יחסית (Cohen & Suger, 1991; Wan, Odell & Lewis, 1982). ממצאים אלה מפריכים לכאורה את הטענה כאילו למוסדות השפעה שלילית על רווחתם הנפשית של דייריהם. לעומת זאת, מחקר שנערך במוסד סיעודי מצא, כי למיסוד היתה אכן השפעה שלילית על רווחתם הנפשית של דייריו (Donnenwerth & Peterson, 1992).

חלק ניכר מהמחקרים שנערכו בדקו את הקשר שבין מאפיינים שונים של הזקנים לבין רווחתם הנפשית. מאפיינים אלה כללו:

א. גיל - מחקרים שונים מצביעים על הקשר שבין גיל לבין רווחה נפשית. Cantril (1965), שחקרה רווחה נפשית בקרב זקנים בארצות שונות, מצאה כי זקנים נטו לדווח על רמת

רווחה נפשית גבוהה יותר לעומת קבוצות גיל אחרות. לעומת זאת, מחקר מסוג meta analysis, שבדק 119 מחקרים בארה"ב, מצא מתאם שלילי בין גיל לבין רווחה נפשית. כלומר, עם העליה בגיל קטנה רמת הרווחה הנפשית (Stock et al., 1983). ממצא זה נתמך על ידי מחקר שנערך בארץ, אשר מצא כי עם העליה בגיל קטנה מידת הרווחה הנפשית אותה חווים אנשים זקנים (Shmotkin, 1990).

ב. סטאטוס סוציו אקונומי - משתנים כמו השכלה, הכנסה ומעמד סוציו-אקונומי נמצאו בעלי מתאם חיובי ומנבאים של רווחה נפשית (Andrews & Witney, 1976; Campbell, Converse & Rodgers, 1976; Clarke et al., 2000; George, 1992; Larson, 1978; McKenzie & Campbell, 1987).

ג. מצב משפחתי - זקנים שגרו עם בן זוג או לבד דווחו על מידה רבה יותר של רווחה נפשית מאשר זקנים שגרו עם ילדיהם (Carp & Christensen, 1986; Lawton, Kleban & Decarlo, 1984; Mindel & Roosevelt, 1982; Simon, 1990).

ד. מצב הורות - זקנים שהיו להם ילדים דווחו על מידה רבה יותר של רווחה נפשית מאשר אלה שהיו עריריים (Connidis & McMullin, 1993).

ה. מצב בריאותי - מצב בריאותי נמצא מנבא מובהק לרווחה נפשית. כלומר, אלה שתפסו את מצב בריאותם כטוב יותר דווחו על מידה רבה יותר של רווחה נפשית (Okun et al., 1984).

ו. מצב תפקודי - במחקר שנערך ביפן נמצא כי זקנים שהיו מוגבלים תפקודית ולקו בבעיות ראייה ושמיעה דווחו על מידה פחותה של רווחה נפשית (Osada et al., 2000).

ז. דתיות - בחלק מהמחקרים נמצא מתאם חיובי בין דתיות, אמונה דתית והתנהגות דתית לבין רווחה נפשית (Levine & Tobin, 1995; Koenig, 1990; Slivinske, Fitch & Morawski, 1996). לעומת זאת, במחקרים אחרים לא נמצא קשר מובהק בין המשתנים הללו (Levine & Markides, 1988). במילים אחרות, ממצאי המחקרים מצביעים על העדר קשר עקבי בין דתיות לרווחה נפשית.

ח. רשת חברתית ופעילות חברתית - תמיכה חברתית, קיומם של קשרים חברתיים משמעותיים עם בני משפחה וחברים, תדירות ביקורים של בני משפחה אצל הזקן, כמו גם מעורבות והשתלבות בפעילות חברתית נמצאו קשורים עם רווחה נפשית רבה יותר (Adams, 1986; Baldaasar, Rosenfield & Rook, 1984; Beckman & Hauser, 1982; Chappell & Segall, 1989; Connidis & McMullin, 1993; Duckitt, 1982; Gibson, 1986; Nussbaum 1991; Okun et al., 1984). יחד עם זאת, במחקרים אחרים נמצאו ממצאים סותרים לממצאים אלה ולכן כוון הקשר אינו חד וברור לחלוטין (Diener, 1984).

ממחקרים אלה עולה המסקנה כי יש סוגי קשרים חברתיים המשפיעים על מידת הרווחה הנפשית, כמו קשרים עם חברים, ואילו סוגי קשרים אחרים, כמו קשרים עם בני משפחה, אינם משפיעים על תחושת הרווחה הנפשית (Johnson, Thomas & Matre, 1990; Lee & Ellinthorpe, 1982; Lee & Ishii, 1987; Lubben, 1988; Mancini & Orthner, 1980). ממצאים לא עקביים נמצאו גם לגבי פעילות חברתית. יתכן כי הדבר נובע מהיעדר הגדרה אחידה של המושג "פעילות", אולם יתכן כי קיים קשר בין סוגי פעילות חברתית מסוימים לבין רווחה נפשית ואילו לסוגי פעילות אחרים אין קשר עם רווחה נפשית (Diener, 1984).

ט. תכונות אישיות - תכונות אישיות מסוימות נמצאו קשורות עם רווחה נפשית כמו: הערכה עצמית, שביעות רצון עצמית, פתיחות, חברתיות ובריאות נפש. תכונות אלה נמצאו מנבאים טובים לרווחה נפשית גבוהה (Lawton, et al., 1984; Diener, 1984). מאידך, O'Bryant (1991) לא מצאה תימוכין להשערה כי סיפוק עצמי קשור לרווחה נפשית, בקרב נשים זקנות ואלמנות.

### מגדר ורווחה נפשית

מחקרים שונים מצאו ממצאים סותרים לגבי הקשר שבין מגדר לבין רווחה נפשית, באופן כללי (Cameron, 1975; Ellison, 1991; Levine & Markides, 1988). למשל, במחקרים אחדים נמצא כי רמת הרווחה הנפשית אצל גברים נטתה להיות גבוהה יותר מזו שנמצאה אצל נשים (Grundy & Bowling, 1999; Haring, Stock & Okun, 1984). לעומת זאת, במחקר שנערך בארץ נמצא אומנם כי גברים נטו לדווח על מידה רבה יותר של רווחה נפשית לעומת נשים, אך ממצא זה לא היה מובהק (Shmotkin, 1990). אחת הסיבות לכך שנשים מתנסות ברווחה נפשית נמוכה מזו של גברים, טמונה כנראה באי השויון החברתי אשר נשים חשופות לו יותר מגברים, הבא לידי ביטוי בתחומי חיים שונים: בעוני, בתנאי דיור ובמצב משפחתי, אשר מסכנים את הרווחה הנפשית שלהן (Milne & Williams, 2000). מחקרים שונים התייחסו למאפיינים ספציפיים של נשים זקנות והקשר שבינם לבין רווחה נפשית:

- ♦ גיל - מחקר משווה בין מדינות שונות מראה כי לא חל שינוי ברווחה הנפשית של נשים לאורך השנים (Diener & Suh, 1997).
- ♦ מצב משפחתי ומצב הורות - אלמנות נמצאה פוגעת ברווחה הנפשית של גברים יותר משהיא פוגעת ברווחה הנפשית של נשים (Lee et al., 2001; Lubben, 1988). מחקר אורך שבדק שינויים במצב משפחתי מצא כי, בעוד שאצל גברים נשואים מידת הרווחה הנפשית נשארה קבועה, אצל נשים נשואות היא קטנה עם הזמן. נמצא כי אצל אלה שהתאלמנו במהלך השנים שבהן נערך המחקר, רמת הרווחה הנפשית ירדה, הן בקרב גברים והן בקרב נשים (Chipperfield & Havens, 2001). מחקר שבדק השפעת ערירות על רווחה נפשית בקרב נשים זקנות, מצא כי אלה שהיו חשוכות ילדים דיווחו על מידה קטנה יותר של רווחה נפשית, לעומת אלה שהיו אמהות (Beckman & Hauser, 1982).

מחקר אחר שבחן השפעת ערירות בקרב נשים וגברים על רווחתם הנפשית, מצא כי אצל נשים וגברים, אלמנים וגרושים כאחד, תחושת הרווחה הנפשית היתה קטנה יותר מאשר בקרב אלה שהיו נשואים, ללא קשר להיותם הורים או עריריים (Koropecj-Cox, 1998). מחקר אחר מצא אף הוא כי לערירות בקרב אנשים לא נשואים לא היה קשר עם רווחה נפשית (Zhang & Hayward, 2001).

- ♦ מעמד סוציאקונומי - במחקר מסוג meta-analysis נמצא כי לסטטוס סוציו-אקונומי היתה השפעה רבה יותר הרווחה הנפשית בקרב גברים מאשר בקרב נשים ואילו למאפייני הרשת החברתית היתה השפעה רבה יותר על הרווחה הנפשית אצל נשים מאשר אצל גברים (Pinquart & Sorensen, 2000).
- ♦ רשת תמיכה חברתית - מחקר שבדק הקשר שבין הסתגלות לאבדן ראייה ורווחה נפשית, בקרב נשים זקנות, מצא כי נשים שהיו להם קשרים חברתיים ותמיכה מבני משפחה וחברים רווחתן הנפשית היתה טובה יותר (McIlvane & Reinhardt, 2001).
- ♦ דתיות - בעוד שבמחקר אחד נמצא כי גברים זקנים היו יותר מעורבים בפעילות דתית לעומת נשים זקנות (Blazer & Palmore, 1976), נמצא במחקרים אחרים כי נשים נטו להחזיק באמונה דתית יותר מגברים (Bergan & McConatha, 2000; Koenig, Kvale & Ferrel, 1988; Shermer, 1999). נמצא שהקשר בין דתיות לבין רווחה נפשית היה חזק יותר בקרב נשים מעל גיל 75, לעומת גברים וזקנים מתחת לגיל זה (Dorahy et al., 1998; Koenig, et al., 1988).

### רווחה נפשית בקרב דיירי מוסדות לזקנים

המחקרים השונים שנסקרו מצביעים על ריבוי הגורמים הקשורים ומשפיעים על מידת הרווחה הנפשית שבה מתנסים אנשים זקנים, אולם במחקרים אלה קיים דגש על הקשר שבין גורמים אישיים ובינאישיים לבין רווחה נפשית. עולה, אם כן, השאלה, באיזו מידה יש לגורמים סביבתיים השפעה על הרווחה הנפשית של זקנים ובעיקר כאשר הסביבה היא מסגרת מוסדית? זאת ועוד, האם ממצאים אלה מאפיינים גם זקנים החיים במוסדות? כפי שנאמר לעיל, הספרות העוסקת במוסדות עסקה בין היתר בהשפעה השלילית שיש למאפיינים שונים של מוסדות על חיי הדיירים. על פי ממצאי מחקרים אלה, יש להניח כי האוכלוסייה הנמצאת במוסדות, אשר כאמור רובה כוללת נשים, היא מלכתחילה מאופיינת בתכונות הקשורות עם רמת חיים נפשית נמוכה. השאלה הנשאלת היא, האם לתכונות הארגוניות של המוסדות יש השפעה על תחושת הרווחה הנפשית של הדיירים?

מחקרים שהתייחסו לסוגיה זו נחלקים לשתי קבוצות: האחת, כוללת מחקרים שהתמקדו בבחינת הקשרים בין תכונות המסגרת המוסדית לבין רווחת הדיירים. הקבוצה השנייה, כוללת מחקרים שבדקו כיצד דיירי מוסדות תופסים איכות חיים, ואלו גורמים, לדעתם, תורמים לקידום איכות חייהם במסגרות אלה. בקבוצה הראשונה נמצא כי ככל ששטחי המוסד גדולים יותר וקיים מרחב מחיה פרטי לדייריו, כך ידווחו הדיירים על מידה רבה יותר של רווחה נפשית (Moos, 1980). כמו כן, ככל שיש לדיירים אפשרות לקיים קשרים

חברתיים עם חברים ובני משפחה, כמו גם השתלבות חברתית בתוך המוסד והשתתפות בפעילויות המתקיימות בתוכו, כך יחוו הדיירים מידה רבה יותר של רווחה נפשית ( Harel & Noelker, 1978; Tesch, Whitbourne & Nehrke 1981). נמצא גם כי מדיניות השמה דגש על מוכוונות לדיירים, שיטות ניהול גמישות, האצלת סמכויות לצוות הטיפולי, תשפיע באורח חיובי על חיי הדיירים (Buffum, 1987/8; Goldberg & Connelly, 1982; Moos, 1979).

הקבוצה השנייה של מחקרים מצאה כי המאפיינים החשובים ביותר, על פי תפיסת הזקנים עצמם, לאיכות חיי הדיירים במוסדות, היו בעיקר נושאים הקשורים ליחס העובדים והמידה שבה האקלים החברתי במוסד מתאפיין באוירה של בית (Wells & Singer, 1988). למשל, במחקר של Splendik & Frank (1985), נמצא כי הנושאים החשובים ביותר בעיני הזקנים הם:

- ◆ עמדות ורגשות חיוביים של הצוות כלפי הדיירים.
- ◆ גורמים התורמים לאוירה ביתית במוסד.
- ◆ תפריט מגוון וטעים המלווה בשירות אדיב.
- ◆ מגוון של פעילויות חברתיות.
- ◆ טיפול רפואי נגיש.
- ◆ רמת נקיון מתאימה.

במילים אחרות, מחקרים אלה מצביעים על גורמים אשר, מנקודת מבט של הדיירים, תורמים לאיכות חיים טובה יותר במוסדות. גורמים אלה משקפים שאיפה לאימוץ תכונות פחות פורמליות ופחות ביורוקרטיות וטוטליות. הממד האנושי והקשר הבינאישי הם, אם כן, הגורמים העיקריים אשר לפי תפיסת הדיירים תורמים לתחושת רווחה נפשית במסגרת מוסדית. על רקע ממצאים אלה מעניין מחקרם של Cohen & Suger (1991) שבדק כיצד נתפסת איכות חיים במוסד על ידי הדיירים, הצוות המקצועי/טיפולי, כוחות עזר ובני משפחות הדיירים, ואלו גורמים משפיעים על איכות החיים במוסדות, על פי תפיסת כל אחת מקבוצות הנחקרים. ממצאיו העיקריים של המחקר מלמדים כי שיעור הזקנים שדווחו על איכות חיים גבוהה היה נמוך מכפי שהעריכו זאת הצוות והמשפחות. שוני גדול נמצא בין קבוצות הנחקרים גם לגבי זיהוי הגורמים הקשורים לאיכות חיים ורווחה נפשית - בעוד שהדיירים התייחסו בעיקר לרווחה נפשית, יתר קבוצות הנחקרים התייחסו בעיקר לנושאים הקשורים לאיכות הטיפול. ממצא זה מחדד את חשיבות מרכיב הרווחה הנפשית באיכות החיים, על פי תפיסת הדיירים.

סוגיה אחרת הקשורה למוסדות לזקנים היא המאפיינים של הדיירים. חלק ניכר מדיירי בתי האבות לוקים בבעיות בריאותיות ומצבם התפקודי ירוד, ולכן שיעור התמותה בקרב דיירי מוסדות הוא גבוה יותר מזה הקיים באוכלוסייה הזקנה בכלל. לגבי חלק מהדיירים, אירועים אלה עלולים להיות טראומטיים מאוד, לעורר רגשות של חוסר אונים, חוסר תקווה ויאוש ולפגוע באיכות חייהם. מושגים כמו "תחנה אחרונה" ו-"סוף החיים", הם מושגים מעוררי



לחץ ותשובות רציונליות לשאלות של חיים ומוות עשויות להיות בלתי מספקות. לכן, חלק מהזקנים יטה להתלות בדת וברוחניות, כאמצעים להתמודד עם פחדים ואיומים אלה. במילים אחרות, אמונות דתיות ופעילות דתית עשויות לסייע לאנשים להתמודד עם מצוקות אלה ולהשפיע על דרך התייחסותם לחולי ולמוות ובדרך זו להשפיע על רווחתם הנפשית (Iecovich, 2001).

לעומת הגישות שבחנו בנפרד השפעתם של מאפיינים שונים של הזקן ושל סביבתו על רווחתו הנפשית, נראה כי הגישה הגורסת כי בחינת מכלול של גורמים עשויה לספק לנו תמונה שלמה יותר לגבי הגורמים המסבירים רמות רווחה שונות בקרב נשים זקנות (לבנשטיין ויקוביץ, 1996). לכן, נקודת המוצא של מחקר זה תהיה כי רווחתם הנפשית של דיירי מוסדות לזקנים מושפעת בו זמנית על ידי המערכת הסביבתית של בית האבות (כמו תנאים פיזיים, אורה חברתית ועוד) ועל ידי המערכת האישית (כמו מצב בריאות, תכונות אישיות וכד') (Moos, 1980).

### **חקר רווחה נפשית בקרב זקנים: סוגיות מתודולוגיות**

למרות מרכזיותו של נושא איכות החיים והרווחה הנפשית במדע הגרונטולוגיה, טרם גובשה תיאוריה מקיפה וכוללת על נושא זה. זאת בעיקר בשל הקושי להגיע להגדרה מוסכמת ואחידה של מושגים אלה. ברוב המחקרים התגלה המושג "רווחה נפשית" כבעייתי ומורכב (Diener, 1984; Sauer & Warland, 1982). מסיבה זו בעיקר, אין בספרות הגדרה אחת בלעדית למושג זה. בהעדר הגדרה אחידה ומוסכמת נוהגים חוקרים להגדיר בצורות שונות את המושג "רווחה נפשית". העדר הגדרות ממצות ומוסכמות מכביד על פיתוח כלי מדידה לנושא זה. לפיכך, רפרטואר הכלים למדידת רווחה נפשית הוא אמנם גדול, אך חלקם לוקים בבעיות של תוקף ומהימנות.

בנוסף לבעיות מתודולוגיות אלה, עולה גם השאלה באיזה מידה מתאימים כלים אלה לשימוש בתרבויות שונות, העשויות לייחס משמעויות ופרשנויות שונות לאותן שאלות או קביעות (statements). במילים אחרות, כלי בעל רמה גבוהה של תוקף ומהימנות בחברה אחת עלול להתגלות כבלתי תקף ומהימן בחברה אחרת. מכל מקום, ישנם מספר כלים אשר נעשה בהם שימוש רחב יותר בתחום הזקנה, כמו: סולם שביעות הרצון מהחיים של Nuegarten ועמיתיה (1961), סולם העיגון העצמי של Cantril (1965), סולם האושר של Brudburn (1969) וזה של Lawton (1975) המודד מורל.

## **שיטת המחקר**

### **משתנים**

רווחה נפשית - משתנה תלוי זה נבדק באמצעות סולם המורל של Lawton (1975), וזאת משום שהוא כלי רב ממדי ואחד הכלים השימושיים ביותר למדידת רווחה בקרב זקנים,

בכלל זה זקנים הגרים במוסדות. כלי זה הנקרא Philadelphia Geriatric Center Moral Scale (PGC Scale), הוא כלי הכולל 17 פריטים ולכל פריט ניתן ציון 1 (לתשובה "כן") או 0 (לתשובה "לא"). הציון הכולל המינימלי הוא 0 והוא מבטא מורל נמוך מאוד והציון המירבי 17 מבטא מורל גבוה מאוד. הכלי כולל שלושה מרכיבים:

- ◆ מצב ריגושי - agitation
- ◆ עמדות כלפי הזדקנות עצמית - attitudes towards own aging
- ◆ חוסר שביעות רצון בשל בדידות - loneliness dissatisfaction

כלי זה תורגם לשפה העברית ונעשו בו שימושים במחקרים שנערכו בארץ ( Shmotkin & Hadari, 1996). המשתנים הבלתי תלויים כללו שתי קבוצות: משתנים המאפיינים את הדיירים ומשתנים המאפיינים את תכונותיהם הארגוניות של בתי האבות. הקבוצה הראשונה של משתנים כללה:

◆ משתנים סוציו-דמוגרפיים - גיל, ארץ לידה, ותק בארץ, מצב משפחתי, מספר ילדים, משך מגורים בבית האבות ועוד.

◆ אמונה דתית - במחקר זה נעשה שימוש בכלי של בר לב וקדם (1979). הכלי מורכב משני תת סולמות, על פי סולם גוטמן, כאשר הממד האחד מודד אמונה דתית והשני מודד התנהגות דתית. במחקר זה נעשה שימוש רק בתת הסולם המודד אמונה דתית וזאת משום שתת הסולם השני, הכולל התנהגות דתית, אינו מתאים לנשים בכלל ולזקנים הגרים בבתי אבות בפרט, משום שהוא כולל פריטים שונים שזקנים החיים בבתי אבות אינם נדרשים לבצע אותם (כמו רכישת בשר כשר, ניהול מטבח כשר, שימוש בכלים נפרדים לחג הפסח ועוד). תת הסולם של האמונה הדתית כלל 6 פריטים, שהתחילית שלהם היתה "האם את מאמינה":

א. שהנשמה ממשיכה להתקיים גם לאחר המוות?

ב. בביאת המשיח?

ג. שיש משהו מעל הטבע המכוון את ההיסטוריה של העם היהודי?

ד. שאלוהים נתן את התורה בהר סיני?

ה. שהעם היהודי הוא עם נבחר?

ו. באלוהים?

לכל פריט התבקש הנחקר לבחור באחת משלושת התשובות האפשריות: "כן" (3), "לא יודע/לא בטוח" (2) ו"לא" (1). טווח הציונים נע בין 6 ל-18 כאשר ציון גבוה יותר מצוין מידה רבה יותר של אמונה דתית.

- ◆ מצב בריאות - משתנה זה נבדק באמצעות שאלה אחת לפיה התבקשו הדיירות לציין כיצד הן מעריכות את מצב בריאותן. היה עליהן לבחור בתשובה המתאימה, שנעה בין 1 (גרוע) ועד 4 (מצויין).

הקבוצה השניה של משתנים כללה מאפיינים של בית האבות כמו :

- ◆ גודל בית האבות - על פי מספר הדיירים הגרים בו.
- ◆ סוג הבעלות - בבעלות פרטית לעומת בעלות ציבורית.
- ◆ מידת הריכוזיות (centralization) המאפיינת את שיטת הניהול בבית האבות - משתנה זה בדק את המידה שבה העובדים מחד משתתפים בהחלטות בנושאים הקשורים למדיניות הארגון, ומצד שני המידה שיש להם אוטונומיה בעבודתם. משתנה זה נבדק באמצעות שני מדדים :

א. השתתפות עובדים בקבלת החלטות - מדד זה נבדק באמצעות הכלי של Hage & Aiken (1967/8). המדד מכיל 4 פריטים המתייחסים למידה בה חברי הצוות הרב מקצועי משתתפים בקביעת מטרות הארגון ומדיניותו ובפיתוח תכניות חדשות. לכל פריט ניתן ציון הנע בין 1 ל-5. הסיכום הכולל של הציונים עשוי לנוע מ-4 (השתתפות מועטה בקבלת החלטות) ועד ל-20 (השתתפות רבה בקבלת החלטות).

ב. אוטונומיה בעבודה - מדד זה נבדק באמצעות הכלי של Bachrach & Aiken (1976) והוא כולל 4 פריטים אשר מודדים את מידת החופש שיש לעובדים בעבודתם. לכל פריט ניתן ציון הנע בין 1 ל-4. הסיכום הכולל של הציונים עשוי לנוע מ-4 (אוטונומיה מוגבלת) ועד ל-16 (אוטונומיה מלאה)

- ◆ מידת הרשמיות (formalization) המאפיינת את שיטת ניהול בית האבות - משתנה זה בדק את המידה שבה בית האבות פועל על פי נהלים כתובים וחלוקת תפקידים ברורה בין העובדים. משתנה זה נבדק באמצעות הכלי של Hage & Aiken (1968) אשר כלל שני מדדים :

א. ציות לנהלים - מדד זה הכיל שני פריטים, כאשר טווח הציונים לכל פריט נע בין 1 ל-4.

ב. המידה שקיימת הגדרה ספציפית של תפקידים - מדד זה כלל 6 פריטים כאשר לכל פריט ניתן ציון הנע בין 1 ל-4. הציונים לכל ששת הפריטים חוברו יחד וטווח הציונים נע בין 6 (מידה מועטה של רשמיות) ל-30 (מידה רבה של רשמיות).

## מדגם ושיטת הדגימה

המחקר כלל שתי קבוצות של נחקרים :

**דיירות בנתי אבות** - שיטת הדגימה כללה 3 שלבים והמדגם כלל רק נשים הגרות בבתי אבות. בשלב הראשון הוכנה רשימת כל בתי האבות בארץ, שהיו בעלי רשיון לניהול בית אבות ואשר הכילו לפחות 30 מיטות. באופן זה אותרו 95 בתי אבות. בשלב השני נבחר מדגם

מקרי של 48 בתי אבות, אשר יצגו את כל האזורים בארץ, סוגי בעלויות שונים (פרטיים וציבוריים), גדלים שונים, רשתות של בתי אבות לעומת בתי אבות בודדים. השלב השלישי כלל הכנה של רשימת כל הדיירות בכל בית אבות שהן מעל גיל 75 ועצמאיות מבחינה תפקודית, וזאת כדי לפקח על משתנים אלה, אשר נמצאו במחקרים קודמים קשורים למשתנים הנחקרים (Claridge et al., 1995; Joiner & Freudinger, 1993), וגם משום שממילא רוב הדיירים העצמאיים בבתי האבות היו נשים. מכל רשימה כזו נבחר מדגם אקראי של 10 נשים בכל בית אבות. במקומות בהם היו לא יותר מעשר נשים נכללו כל הנשים במדגם. סך הכל כלל המדגם 480 דיירות, אשר מתוכן רואיינו 464 דיירות.

**עובדים בכירים** - בכל בית אבות רואיינו 4 עובדים בכירים אשר כללו את הרופא, אחות ראשית עובדת סוציאלית ואם בית. בחלק מבתי האבות, בעיקר הקטנים שביניהם, ביצע אחד מאנשי הצוות יותר מתפקיד אחד (כמו עובדת סוציאלית שהיתה גם אם בית). סך הכל רואיינו 161 אנשי צוות.

### כלי המחקר ואיסוף הנתונים

איסוף הנתונים נערך באמצעות ראיונות אישיים עם הדיירות, באמצעות שאלון מובנה וסגור שנבנה למטרות מחקר זה. הראיונות התקיימו בתדריהן של הדיירות, כדי להבטיח פרטיות והובטחה להן אנונימיות. כל ראיון ארך בין 30 ל- 90 דקות, תלוי בפתיחות ובמידת שיתוף הפעולה מצד הנחקרות. רוב הדיירות (351) רואיינו בשפה העברית והיתר רואיינו בשפות אחרות (אידיש, אנגלית או גרמנית).

### ממצאים

**מאפיינים סוציו-דמוגרפיים** - מאפייני הנחקרות מוצגים בלוח 1. לוח זה מראה כי גילן הממוצע של משתתפות המחקר הוא 83. רוב הדיירות (כ- 91%) הן ילידות ארצות אירופה-אמריקה, בעיקר מזרח אירופה (כ- 58%), והיתר הן ילידות ארצות אסיה-אפריקה וילידות הארץ. הרוב (כ- 90%) אינן נשואות, כאשר רובן הן אלמנות (כ- 84% מהלא נשואות). למיעוטן אין ילדים (כ- 28%). מתוך אלה אשר יש להן ילדים, לכרבע יש ילד אחד, לכ- 37% יש 2-3 ילדים ורק ל- 8% יש ארבעה ילדים או יותר.

**רווחה נפשית** - כאמור, רווחה נפשית נמדדה באמצעות סולם המורל של Lawton (1975). טווח הציונים האפשרי הוא מ- 0 (מורל נמוך מאוד) ועד 17 (מורל גבוה מאוד). הרווחה הנפשית נמדדה בשתי רמות: האחת - ברמה של כלל הדיירות שהשתתפו במחקר, והשניה - ברמה המוסדית. כלומר, בדקנו את מידת הרווחה הנפשית הממוצעת לכל בית אבות. הממצאים מוצגים בלוח 2.

ממצאי הלוח מראים כי קיים פיזור רב ברמת הרווחה הנפשית של הדיירות. יחד עם זאת, כשני שלישי (כ- 64%) דווחו על רמת רווחה נפשית גבוהה עד גבוהה מאוד. רמת הרווחה הממוצעת היא 9.84 (סטיית תקן = 3.80) מה שמצביע על רמת רווחה נפשית גבוהה.

ברמה המוסדית, מראים הממצאים כי במרבית בתי האבות (בכ- 85%) רמת הרווחה הנפשית של הדיירות היא גבוהה עד גבוהה מאוד. באף אחד מבתי האבות רמת הרווחה הנפשית היתה נמוכה מאוד. יחד עם זאת, בכ- 15% מבתי האבות רמת הרווחה הנפשית הממוצעת של הדיירות היתה נמוכה. ניתוח שונות חד כווני מראה על שונות מובהקת בין בתי האבות, מבחינת הרווחה הנפשית של דיירותיהם ( $F=1.9, p<.01$ ), מה שמרמז, כי גורמים התלויים בבית האבות עשויים להשפיע על רמת הרווחה של הדיירות.

לוח 3 מציג את המתאמים הזוגיים שבין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הדיירות ומידת דתיותן ורמת הרווחה הנפשית שלהן. הממצאים מראים כי המשתנים שנמצאו קשורים בצורה מובהקת עם רווחה נפשית הם: מספר הילדים, הערכת בריאות, דתיות ומשך מגורים בבית האבות. כלומר, דיירות עריריות, שהעריכו את מצב בריאותן כירוד, שאינן דתיות ושגרו תקופת זמן קצרה בבית האבות דווחו על רווחה נפשית ירודה יותר, לעומת אלה שהיו להן ילדים, העריכו את מצב בריאותן כטוב יותר, היו דתיות וגרו תקופת זמן ארוכה יותר בבית האבות. אולם, בניתוח רגרסיה רב משתנית נמצאו שני משתנים בלבד שניבאו בצורה מובהקת רווחה נפשית, והם: הערכת בריאות ( $\beta=.47, p<.001$ ) ומשך מגורים של הדיירת בבית האבות ( $\beta=.09, p<.05$ ). כלומר, בעקבות פיקוח על יתר המשתנים, נמצא כי ככל שהערכת מצב הבריאות היתה טובה יותר וככל שמשך המגורים בבית האבות היה ארוך יותר כן דווחו הדיירות על רמת רווחה נפשית גבוהה יותר.

לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הדיירות - מספרים ואחוזים

מאפיינים	n	%
<b>גיל</b>		
80-75	157	33.9
85-81	152	32.8
90-86	120	25.8
+90	35	7.5
<b>יבשת לידה</b>		
אירופה - אמריקה	431	90.6
אסיה - אפריקה	16	3.5
ישראל	27	5.9
<b>מצב משפחתי</b>		
נשואה	48	10.4
לא נשואה	416	89.6
<b>מספר ילדים</b>		
<b>ערירית</b>		
1	127	27.5
2-3	129	27.7
4+	170	36.8
	37	8.0
<b>ותק בארץ (בשנים)</b>		
3-1	10	2.3
20-4	34	7.7
50-21	201	45.7
80-51	195	44.3
<b>משך מגורים בבית האבות</b>		
פחות מחצי שנה	60	13.0
בין חצי שנה לשנתיים	162	35.1
מעל שנתיים	240	51.9

**לוח 2: רווחה נפשית בקרב דיירות בתי אבות (מספרים ואחוזים)**

דיירות		מוסדות		רווחה נפשית
%	n	%	n	
9.5	44	0	0	נמוכה מאוד (4-0)
26.8	124	14.6	7	נמוכה (8-5)
36.3	168	77.1	37	גבוהה (12-9)
27.4	127	8.3	4	גבוהה מאוד (13-17)
100.0	463	100.0	48	ס"ה

**לוח 3: מתאמים זוגיים בין מאפיינים סוציודמוגרפיים של הדיירות, דתיות ורווחה נפשית**

9	8	7	6	5	4	3	2	1	משתנה
								--	1. רווחה נפשית
							--	.00	2. גיל
						--	*.08	.06	3. מקום לידה
					--	***.29	.04	.04	4. ותק בארץ
									5. מצב משפחתי
			--	*.08	.00	***.14	-.03		6. מספר ילדים
			--	-.05	*-.09	*.08	**-.12	*.09	7. הערכת מצב בריאות
		--	.03	.07	*-.11	.05	.03	***.48	8. דתיות
	--	***-.16	-.02	-.02	***.17	***.20	-.02	*-.10	9. משך מגורים בבית האבות
-	**-.13	-.06	.02	*.09	***.16	***.13	-.03	*.12	

לגבי המשתנים שבדקו את מידת הריכוזיות שאפיינה את בתי האבות נמצא כי במרביתם (בכ- 77%) מידת השתתפות העובדים בקבלת החלטות הייתה מעטה עד מתונה, במרביתם

(בכ- 83%) היתה לעובדים מידה מתונה עד רבה של אוטונומיה ונמצא קשר מובהק ביניהם (r=.21, p<.05). כלומר, בתי אבות שבהם העובדים השתתפו פחות בקבלת החלטות היתה להם גם פחות אוטונומיה בעבודה. לגבי המשתנים שבדקו רשמיות, נמצא כי מרבית (83%) בתי האבות אופיינו במידה מעטה עד מתונה של ציות לנהלים וברובם (כ- 87%) היתה מידה מתונה עד רבה של ספציפיקציה בהגדרת התפקידים. במילים אחרות, בתי האבות אופיינו, על פי רוב, במידה מתונה של ריכוזיות ורשמיות, מה שמצביע על היות בתי האבות דומים והומוגניים מבחינת דרך ניהולם. למאפיינים אלה של בתי האבות, כמו גם לסוג הבעלות, לא נמצא קשר מובהק עם רווחתן הנפשית של הדיירות, למעט קשר שלילי מובהק שנמצא בין גודל בית האבות לבין רווחתן הנפשית של הדיירות (r=-.09, p<.05). כלומר, ככל שבתי האבות היה קטן יותר מבחינת מספר דייריו כך עלתה רווחתן הנפשית של הדיירות.

## דין ומסקנות

הממצאים מראים כי מרבית הדיירות בבתי אבות חשות רווחה נפשית גבוהה. יחד עם זאת, חלקן דווחו על רמת רווחה נמוכה. ממצא זה יש בו להפריך את הטענות בדבר ההשפעה השלילית שיש למוסדות על רווחתם הנפשית של דייריהם. ממצאים אלה תואמים ממצאי מחקרים קודמים, שנערכו בארה"ב (Cohen & Suger, 1991; Wan et al., 1982), אשר מצאו כי רוב הזקנים (בין 70% ל-73%), בין אם חיו בקהילה או במוסדות, דווחו על רמת רווחה גבוהה. בחינת ממוצעי הציונים לרווחה נפשית לפי מוסדות מצביעה על כי קיימים הבדלים מובהקים בין המוסדות. ממצא זה מחייב מחקר נוסף כדי לאתר את הסיבות לשוני בין המוסדות: האם הדבר תלוי בגורמים המאפיינים את בתי האבות, או שמא יש כאן תהליך ברירה, לפיו דיירות המאופיינות ברמת רווחה נפשית נמוכה מגיעות לבתי אבות מסוימים, ואלו אלה שהן בעלות רווחה נפשית גבוהה יותר מגיעות לבתי אבות אחרים. נראה כי שני הגורמים גם יחד עשויים להסביר ממצא זה. כלומר, דיירות הבאות מרקע סוציו-אקונומי גבוה יותר, אשר תורם לתחושת רווחה נפשית טובה יותר, יכולות להרשות לעצמן לבחור בבתי אבות טובים יותר מבחינת תנאי החיים, וכן ההיפך. אולם, מאחר ונושאים אלה לא נבדקו במחקר זה, יש מקום למחקר נוסף, על מנת לברר מהם אותם הגורמים אשר תורמים לרווחה גבוהה יותר בקרב דיירות בית אבות אחד, לעומת בית אבות אחר. מכל מקום, העובדה שרוב הדיירות דווחו על רמת רווחה נפשית גבוהה, מפריכה את הטענה בדבר היות הטיפול המוסדי בבחינת מפלט אחרון (Townsend, 1962). אמנם, העקירה ממקום המגורים בקהילה כרוכה במשבר הסתגלות, אך נראה כי הכנת זקנים לפני הכניסה לבית אבות וסיוע להם בתהליך ההסתגלות והקליטה במקום החדש, עשויים להקל על משבר זה. ואכן, הממצאים מראים כי ככל שתקופת המגורים בבית האבות ארוכה יותר, כך משתפרת רווחתן הנפשית של הדיירות. בתוך המסגרת המוסדית יכולות נשים זקנות לקבל מענים לצרכים שונים, כמו: תחושת בטחון, מעורבות חברתית, השתתפות בפעילות חברתית ובניית קשרים חברתיים חדשים, העשויים לסייע להן בהתמודדות עם בעיית הבדידות והלבדיות ולקדם את רווחתן הנפשית.



הממצאים מצביעים על השפעתם המובהקת של מאפייני הדיירות על מידת הרווחה הנפשית שלהן, כמו: תפיסת מצב בריאותן, מידת דתיותן, המידה שיש או אין להן ילדים וכן הותק שלהן כדיירות בבתי אבות. ממצאים אלה מחזקים מחקרים קודמים שמצאו ממצאים דומים. יחד עם זאת, ממצאי הרגרסיה המרובה מצביעים על הערכת בריאות ומשך זמן מגורים בבית האבות כעל המנבאים המובהקים היחידים, מבין מאפייני הדיירות, לרווחה נפשית. נראה אם כן, כי להערכת הבריאות השפעה רבה על רווחה נפשית של נשים זקנות. כמו כן, ככל שנשים זקנות אלה חיות יותר זמן בבית האבות ועוברות תהליך הסתגלות זה בהצלחה, עולה גם רווחתן הנפשית.

ניתן היה לצפות כי דיירות בבתי אבות, המאופיינים במידה רבה יותר של ביורוקרטיזציה (יותר ריכוזיות ורשמיות), יחוו מידה פחותה של רווחה נפשית ולהיפך, אולם צפייה זו לא אוששה. נראה שהדבר טמון בהומוגניות שמאפיינת את בתי האבות, מבחינת הניהול והעדר שונות רבה ביניהם מבחינה זו, מה שעשוי להסביר מדוע לא נמצא קשר בין משתנים אלה לבין הרווחה הנפשית של הדיירות. ממצא זה תואם ממצאי מחקר אחר שנערך באנגליה (Booth, 1985), אשר בדק את הקשר בין מאפיינים מוסדיים, בעיקר המשטר במוסדות, לבין רווחה נפשית של הדיירים, ואף שם לא נמצא קשר בין המשתנים וזאת בשל היות המוסדות שנחקרו הומוגניים מבחינת מאפייניהם המוסדיים. אולם, ניתן להסיק כי דווקא מידה מתונה של ביורוקרטיזציה, לא רבה מדי ולא מעטה מדי, עשויה לקדם את רווחתם הנפשית של דיירי בתי אבות. מידה מתונה של ביורוקרטיזציה אינה כובלת את ידי העובדים המקצועיים בנהלים נוקשים מדי ולכן מאפשרת להם מתן יחס אישי והומני בהתאם לצרכיו הספציפיים של הדייר. יחד עם זאת, היא קובעת להם מסגרת של סטנדרטיזציה ואחידות, השוללת את האפשרות של מתן יחס מועדף לדיירים מסוימים על פני אחרים. לעומת יתרונותיה של ביורוקרטיזציה מתונה, עלולה מידה מעטה מדי של ביורוקרטיזציה לגרום מספר חסרונות, שהבולט בהם הוא חוסר יעילות בעבודה, עד כדי אנרכיה ארגונית, שבעקבותיו אין הדיירים מקבלים מענה לצרכיהם.

השאלה היא, בכל זאת, מדוע נמצאו בתי אבות הומוגניים מבחינת מאפייניהם הניהוליים? נראה כי הסיבה לכך טמונה בעובדה שבתי אבות אלה, המנוהלים ברשיון, מקפידים למלא אחר דרישות חוק הפיקוח על המעונות 1965 ותקנותיו השונות, אשר בין היתר מתייחסות להגדרת תפקידים, לשיטות העבודה בצוות, כמו גם לסמכויות של כל אחד מחברי הצוות. מילוי אחר דרישות תקנות אלה הוא תנאי לקבלת רשיון ניהול, ללא קשר אם בית האבות נמצא בבעלות פרטית או ציבורית. יחד עם זאת, נמצא כי לגודל בית האבות קשר מובהק עם מידת הרווחה הנפשית של הדיירות. כלומר, בתי אבות קטנים יותר, בהם כולם מכירים את כולם ומתאפשרת התפתחות קשרים יותר אינטימיים ומשפחתיים, הם קרקע התורמת לקידום הרווחה הנפשית של הדיירות, בעוד שבבתי אבות גדולים אין מתאפשרת היווצרות היכרות אישית ומעמיקה עם כל אחד מהדיירים.

נראה, כי הדרך הטובה ביותר להבין הגורמים הקשורים לרווחה נפשית של נשים זקנות היא שילוב בין מאפיינים שונים הקשורים בנשים עצמן ובסביבתן. מבחינה זו, הגישה הגורסת כי רווחתם הנפשית של דיירי מוסדות לזקנים מושפעת, בו זמנית, על ידי המערכת הסביבתית

של בית האבות (כמו תנאים פיזיים, אוירה חברתית, יחס הצוות ועוד) ועל ידי המערכת האישית (כמו מצב בריאות, תכונות אישיות וכד'), עשויה לספק הסבר מקיף יותר על הגורמים המקדמים או בולמים רווחה נפשית בקרב נשים זקנות, בעיקר אלה החיות במוסדות (Moos, 1980).

מחקר זה מחזק ממצאים ממחקרים קודמים, בדבר הנגיעה של קידום רווחת נשים זקנות בבתי אבות לאנשי מקצוע מדיסציפלינות שונות. המחקר מצביע על כך שתכניות לקידום בריאות עשויות לקדם את הערכת בריאותן, ובאופן זה לשפר גם את רווחתן הנפשית, של נשים זקנות הגרות בבתי אבות. עוד מציע המחקר כי תכנון בתי האבות, בעיקר מההיבט של גודל אופטימלי של מספר הדיירות, הוא מרכיב חשוב בקידום רווחתן הנפשית. כמו כן, מראה המחקר כי סגנון ניהול, המאופיין במידה מתונה של ביורוקרטיזציה, עשוי אף הוא להשפיע באופן חיובי על רווחתן הנפשית של הדיירות.

## ביבליוגרפיה

- ברודסקי, ג'., שנוור, י., ובאר, ש. (2001). קשישים בישראל שנתון סטטיסטי 2001. ירושלים, מכון ברוקדייל.
- בר לב, מ., וקדם, פ. (1979). מדד לדתיות באוכלוסיה היהודית בישראל. *מגמות*, 24, 362-353.
- לבנשטיין, א., ויקוביץ, א. (1996). *הזקן, המשפחה והמסגרת המוסדית - סוגיות ושיטות התערבות*. תל אביב, הוצאת רמות.
- שי, ש. (1988). איכות חיים ותנאים סביבתיים בשכונת מצוקה: הערכה באמצעות דגם איכות החיים המערכתית. *מגמות*, 31, 4-3, 449-439.
- Adams, R. G. (1986). Secondary friendship networks and psychological well-being among elderly women. *Journal of Adaptation and Aging*, 9(2), 59-72.
- Aiken, M. & Hage, J. (1968). Organizational interdependence and intra-organizational structure. *American Sociological Review*, 33(6), 912-930.
- Andrews, F. M. & McKennell, A. C. (1980). Measures of self-reported well-being: Their affective, cognitive and other components. *Social Indicators Research*, 8, 127-155.
- Andrews, F. M., & Witney, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. New York: Plenum Press.
- Arnold, S. B. (1991). Measurement of quality of life in the frail elderly persons. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C Rowe, & D. E. Deutchman, (Eds.), *The concept of measurement of quality of life in frail elderly persons*. (pp. 50-73) Academic Press.
- Bachrach, S. B. & Aiken, M. (1976). Structural and process constraints on influence in organizations: A level specific analysis. *Administrative Science Quarterly*, 21, 623-642.
- Baldasrare, M., Rosenfield, S., & Rook, K. (1984). The types of social relations predicting elderly persons well-being. *Research on Aging*, 6(1), 549-559.
- Beckman, L. J., & Houser, B.B. (1982). The consequences of childlessness on the social-psychological well-being of older women. *Journal of Gerontology*, 37(2), 243-250.
- Bergan, A., & McConatha, J. T. (2000). Religiosity and life satisfaction. *Activities, Adaptation and Aging*, 24, 23-34.
- Blazer, D. & and Palmore, E., (1976). Religion and aging in a longitudinal panel. *The Gerontologist*, 16, 82-85.

- Booth, T. (1985). *Home Truths*. London: Gower.
- Brudburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well being*. Chicago: Aldine.
- Buffum, W. E. (1987/8). Measuring person-environment fit in nursing homes. *Journal of Social Service Research*, 11(2/3), 35-54.
- Cameron, T. (1975). Mood as an indicator of happiness: Age, sex, social class and situational differences. *Journal of Gerontology*, 30, 216-224.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Sage.
- Cantril, H. (1965). *The patterns of human concerns*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Carp, F. M., Q & Christensen, D. L. (1986). Older women living alone: Technical environmental assessment of psychological well-being. *Research on Aging*, 8(3), 407-425.
- Chappell, N. L., & Segall, A. (1989). Health helping networks and well-being. *Journal of Aging Studies*, 3(4), 313-324.
- Chipperfield, J. G., & Havens, B. (2001). Gender differences in the relationship between marital status transitions and life satisfaction in later life. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B (3), P176-P186.
- Claridge, E., Rowell, R. K., Duffy J. & Duffy, M. (1995). Gender differences in adjustment to nursing home care. *Journal of Gerontological Social Work*, 24(1/2), 155-168.
- Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Rosenthal, C. J. (2000). Well-being in Canadian seniors: Findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal on Aging*, 19(2), 139-159.
- Cohen, J. & Suger, J. A. (1991). Determinants of quality of life in institutions: Perceptions of frail older adult residents, staff and families. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept of measurement of quality of life in frail elderly*. (pp. 28-49) New York, NY: Academic Press.
- Connidis, I. A. & McMullin, J. A. (1993). To have or to have not: Parent status and the subjective well-being of older men and women. *The Gerontologist*, 33(5), 630-636.
- Davis, A. (1981). *The Residential Solution*. London: Tavistock.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

Diener, E. & Suh, E. (1997). Subjective well-being and age: An international analysis. In K. W. Schaie & M. P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.

Donnenwerth, G. V., & Peterson, L. R. (1992). Institutionalization and well-being among the elderly persons. *Sociological Inquiry*, 62(4), 437-449.

Dorahy, M. J., Lewis, C. A., Schumaker, J. F. M. Akuamoah-Boateng, R., Duze, M. C., & Sibiya, T. E. (1998). A cross-cultural analysis of religion and life satisfaction. *Mental Health, Religion and Culture*, 1, 37-43.

Duckitt, J. H. (1982). Social integration and psychological well-being: A study of elderly persons living in the inner city area of Pretoria. *Humanities*, 8(2), 121-129.

Ellison, C. G. (1991). Religious attendance and psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(1), 80-99.

George, L. K. (1992). Economic status and subjective well-being. Review of the literature and an agenda for future research. In L.K. George, & L. B. Bearon, (Eds.), *Quality of life in older persons*. New York: Human Sciences Press.

George, L. K. & Clipp, E. C. (1991). Subjective well-being. *Generations*, 15, 57-60.

Gibson, D. M. (1986). Interaction and well-being in old age: Is it quantity or quality that counts? *International Journal of Aging and Human Development*, 24(1), 29-40.

Goffman, E. (1961). *Asylums*. New York: Anchor Books, Doubleday.

Grundy, E., & Bowling, A. (1999). Enhancing the quality of extended life years: Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Aging and Mental Health*, 3(3), 199-212.

Goldberg, E. M., & Connelly, N. (1982). *The effectiveness of social care for the elderly: An overview of recent and current evaluative research*. London: Heineman.

Hage, J. & Aiken M. (1967/8). Relationship of centralization to other structural properties. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 72-92.

Harel, Z. E. & Noelker, L. (1978). *The impact of social integration on the well-being and survival of institutionalized aged*. Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society, Texas.

Haring, M. J., Stock, W. A., & Okun, M. A. (1984). A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. *Human Relations*, 37, 102-113.

- Haug, M. R., & Folmer, S. J. (1986). Longevity, gender and life quality. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 332-345.
- Iecovich, E. (2001). Religiousness and subjective well-being among Jewish female residents of old age homes in Israel. *Journal of Religious Gerontology*, 13(1), 31-46.
- Johnson, G. D., Thomas, S. J. & Matre, M. (1990). Race, social ties, social support and subjective well-being: Evidence from a community study. *Sociological Forces*, 23(4), 341-354.
- Joiner, C. M. & Freudinger, P. T. (1993). Male and female differences in nursing home adjustment and satisfaction. *Journal of Gerontological Social Work*, 20 (2/3), 71-85.
- Koenig, H. G. (1990). Research on religion and mental health in later life: A review and commentary. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 23-53.
- Koenig, H. G., Kvale J. N. & Ferrel, C. (1988). Religion and well-being in later life. *The Gerontologist*, 28, 18-28.
- Koropecj-Cox, T. (1998). Loneliness and depression in middle and old age: Are the childless more vulnerable? *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B(6), S303-S302.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33(1), 109-125.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., & Decarlo, E. (1984). Psychological well-being in the aged: Practical and conceptual dimensions. *Research on Aging*, 6(1), 67-97.
- Lee, G. R., DeMaris, A., Bavin, S., & Sullivan, R. (2001). Gender differences in the depressive effect of widowhood in later life. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(1), S56-S61.
- Lee, G. R., & Ellinthope, E. (1982). Intergenerational exchange and subjective well-being among the elderly. *Journal of Marriage and the Family*, 44(1), 217-224.
- Lee, G. R., & Ishii, K. M. (1987). Social interactions, loneliness and emotional well-being among the elderly. *Research on Aging*, 8(4), 459-482.
- Liang, J. (1985). A structural integration of the affect balance scale and the life satisfaction index A. *Journal of Gerontology*, 40(5), 252-261.

Lubben, J. E. (1988). Gender differences in the relationship of widowhood and psychological well-being among low income elderly. *Women and Health*, 14(3-4), 161-189.

Levine, J. & Markides, K. (1988). Religious attendance and psychological well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, 109-125.

Levine, J. S. & Tobin, S. S. (1995). Religion and psychological well-being. In M.A., Kimble, S. H. McFadden, J. W. Ellor & J. J. Seeber (Eds.), *Aging, spirituality and religion: A handbook*. (pp. 30-44) Minneapolis: Fortress Press.

Mancini, J. A., & Orthner, D. K. (1980). Situational influences on leisure satisfaction and morale in old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 28, 466-471.

McDowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring health: Guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.

McIlvane, J. M., & Reinhardt, J. P. (2001). Interactive effect of support from family and friends in visually impaired elders. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(6), 374-P382.

McKenzie, B., & Campbell, J. (1987). Race, socioeconomic status and the subjective well-being of older Americans. *International Journal of Aging and Human Development*, 25(1), 43-61.

Milne, A., & Williams, J. (2000) Meeting the mental health needs of older women: Taking social inequality into account. *Ageing and Society*, 20(6), 699-723.

Mindel, C. H., & Roosevelt, W. (1982). Differential living arrangements among the elderly persons and their subjective well-being. *Journal of Activities, Adaptation and Aging*, 3(2), 25-34.

Moos, R. H. (1980). Specialized living environments for older people: A conceptual framework for evaluation. *Journal of Social Issues*, 36(2), 75-79.

Moos, R. H. (1979), A social-ecological perspective on health. In G. Stone, F. Cohen & N. Adler, (Eds.), *Health psychology*. San Francisco, CA: Jossey Press.

Nuegarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.

Nussbaum, J. F. (1991). Communication, language and the institutionalized elderly. *Ageing and Society*, 11(2), 149-165.

Nydegger, C. N. (1986). Measuring morale and life satisfaction. In C. L. Fry & J. Keith, (Eds.), *New methods for old age research*. (pp. 213-230) Massachusetts: Bergin & Garvey.

O'Bryant, S. L. (1991). Older widows and independent life styles. *International Journal of Aging and Human Development*, 32(1), 41-51.

Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., & Witter, R. A. (1984). Health and subjective well-being: A meta analysis. *Journal of Aging and Human Development*, 19(2), 111-132.

Osada, H., Shibata, H., Watanabe, S., Kumagai, S., & Suzuki, T. (2000). Relationship between psychological well-being and physical functioning in Japanese urban and rural older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 8(2), 140-147.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224.

Sauer, W.J. & Warland, R. (1984). Morale and life satisfaction. in D.J. Mangen & .A. Peterson (Eds.), *Clinical and Social Psychology*, 1, 195-228.

Shermer, M. (1999). Why people believe in God: An empirical study on a deep question. *The Humanist*, 59, 20-26.

Shmotkin, D. (1990). Subjective well-being as a function of age and gender: A multivariate look for differentiated trends. *Social Indicators*, 23, 201-230.

Shmotkin, D. (1991). The structure of life satisfaction index A in elderly Israeli adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 33, 131-150.

Shmotkin, D. & Hadari G. (1996). An outlook on subjective well-being in older Israeli adults: A unified formulation. *International Journal of Aging and Human Development*, 42(4), 271-289.

Simon, J. M. (1990). Humor and its relationship to perceived health, life satisfaction and morale in older adults. *Issues in Mental Health Nursing*, 11(1), 17-31.

Slivinske, L. R., Fitch, V. L. & Morawski, D. P. (1996). The wellness index: Developing an instrument to assess elders' well-being. *Journal of Gerontological Social Work*, 25(3/4), 185-204.

Spalding, J., & Frank, B. M. (1985). Quality care from the residents' point of view. *American Health Care Association Journal*, 11(4), 3-7.



Stock, W. A., Okun, M. A., Haring, M. J., & Witter, R. A. (1983). Age differences in subjective well-being: A meta analysis. In R. J. Light (Ed.) *Evaluation studies: Review annual*, 8, (pp. 279-302) Beverly Hills, CA: Sage.

Tesch, S., Whitbourne, S. K., & Nehrke, M. F. (1981). Friendship, social interaction and subjective well-being of older men in an institutionalized setting. *International Journal of Aging and Human Development*, 13(4), 317-327.

Townsend, P. (1962). *The last refuge*. London: Routledge Kegan Paul.

Wan, T. H., Odell, B. G. & Lewis, D. T. (1982). *Promoting the well-being of the elderly*. New York: Haworth.

Wells, L. M. & Singer, C. (1988), Quality of life in institutions for the elderly: Maximizing well-being. *The Gerontologist*, 28, 266-269.

Zhang, Z. & Hayward, M. D. (2001). Childlessness and psychological well-being of older persons. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(5), S311-S320.