השלכות התסמונת הפוסט טראומתית על אירגון האישיות של הנפגעים ושל בנות־זוגם

ד״ר שי שלקס[1], ד״ר רחל דקל[2]

התנסות טראומתית זוהתה כגורם פאתוגני לא רק בקרב הנחשפים לה, אלא אף בקרב בני־משפחותיהם ומשמעותיים אחרים, תופעה המכונה ׳טראומתיזציה משנית׳. העבודה הנוכחית בוחנת את ההשלכות של התסמונת הפוסט טראומתית על אירגון האישיות של הנפגעים בה ושל בנות־זוגם. פגיעה באירגון האישיות במחקר הנוכחי מוגדרת כשימוש מוגבר במנגנון הפיצול, וירידה בכוחות האני. במחקר השתתפו 57 זוגות נשואים: 30 זוגות בהם הבעל אובחן כסובל מהתסמונת הפוסט טראומתית בעקבות אירוע קרבי, ו־27 זוגות שהותאמו לקבוצת המחקר בנתוני הרקע. הנתונים נאספו באמצעות שאלוני דיווח עצמי שמולאו על־ידי כל אחד מבני־הזוג בנפרד. מימצאי המחקר הצביעו על כך שמחצית מבנות־הזוג של נפגעי התסמונת הפוסט טראומתית סובלות מסימפטומים פוסט טראומתיים בעוצמה המתאימה לאיבחון התסמונת הפוסט טראומתית. בהתאם למשוער, נמצא כי הנפגעים הפוסט טראומתיים, בנות־זוגם בכלל, ובנות־זוג הסובלות מטראומתיזציה משנית בפרט, מאופיינים בכוחות אני חלשים יותר, בהשוואה לקבוצת הביקורת. ההשערה לפיה נפגעי התסמונת הפוסט טראומתית והטראומתיזציה המשנית ייטו יותר לשימוש במנגנון הפיצול אוששה חלקית. באופן מפתיע נמצא כי נפגעי התסמונת הפוסט טראומתית, אשר בנות־זוגם אובחנו כסובלות מטראומתיזציה משנית, דיווחו על רמת מצוקה נמוכה יותר וכוחות אני חזקים יותר, בהשוואה לנפגעי התסמונת אשר בנות־זוגם אינן סובלות מטראומתיזציה משנית. השתמעויות קליניות ותיאורטיות נדונות.

דחק טראומתי מוגדר בספרות כסימפטומתולוגיה פסיכו־פיסיולוגית המתפתחת בעקבות מצבים קיצוניים, כמו מלחמה, שואה, אסון טבע וכד׳ (1). מחקרים רבים העוסקים במצבים טראומתיים מתמקדים במצבי מלחמה, המהווים מצבים טיפוסיים של דחק קיצוני. כמו בכל מצב טראומתי קשה, עלולים לחצי המלחמה לגרום להפרעות נפשיות מיידיות (׳תגובות קרב׳) ולהפרעות ארוכות טווח (2, 3): ׳תסמונת פוסט טראומתית׳. נהוג לחלקה לשנים: תסמונת אקוטית — כאשר הסימפטומים נמשכים פחות משלושה חודשים, ותסמונת כרונית — כאשר הסימפטומים נמשכים יותר משלושה חודשים (4).

התסמונת הפוסט טראומתית כוללת שלושה מרכיבים מרכזיים: סימפטומים חודרניים (לדוגמה: חלומות וסיוטים חוזרים על המלחמה), סימפטומים הימנעותיים (השקעת מאמץ למנוע הופעה של מחשבות או רגשות הקשורים במלחמה) וסימפטומים של עוררות פסיכו־פיסיולוגית (למשל: תגובת דריכות לגירויים בלתי צפויים) (4). התמונה הקלינית המצטיירת משקפת תנודות בין היזכרות חודרנית ומפחידה באירוע הטראומתי, לבין ניסיונות להימנע מכך (5). החוויות החודרניות מלוות בעוררות סימפתטית, המורידה באופן משמעותי את סף התיסכול של הנפגע ואת סף התגובתיות שלו. כתוצאה מכך, גירויים רבים, יום־יומיים

---

[1] קרית אונו.

[2] ביה״ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר־אילן, רמת גן.

* המאמר מבוסס על עבודת הדוקטורט של המחבר הראשון שנעשתה בהנחייתם של ד״ר רבקה איצקוביץ׳ וד״ר יגאל גרוס במסגרת המחלקה לפסיכולוגיה של אוניברסיטת בר־אילן, רמת גן.

ומקובלים, עלולים לגרום לו להתקפי פאניקה ו/או זעם. ניסיונות ההימנעות משטיחים ומצמצמים את כשריו האפקטיביים ואת הנוכחות הרגשית של הנפגע. תחומי ההתעניינות שלו מצטמצמים, יכולת ההנאה יורדת, מצב רוחו לא יציב, ועולמו הפנימי טרוד, כאוטי ומוצף. חוקרים שונים (כמו סולומון (3), קרנטלי (6), טיצ'נר (7) ואחרים) מדווחים כי אצל 15% עד 20% מהנפגעים הופכת התסמונת לכרונית.

טראומתיזציה משנית

בספרות נמצא כי לסימפטומתולוגיה הפוסט טראומתית יש השלכות שליליות על המקורבים לנפגע, בכלל, ועל בת־הזוג, בפרט, והיא עלולה להביא לרמות גבוהות של מצוקה נפשית וגופנית ולפגיעה בתיפקוד החברתי אצל בנות־הזוג. למרות שבני־משפחתו של הנפגע הפוסט טראומתי לא חוו את האירוע הטראומתי בעצמם, ואף לא היו עדים להתרחשותו, עלולים גם הם להפוך לקורבנותיו ואפילו לסבול מסימפטומים דומים לאלה של הנפגע (2, 8, 9, 10, 11 ועוד). תופעה זו מכונה 'טראומתיזציה משנית' (12).

טראומתיזציה משנית נמצאה אצל משפחות של חיילים אמריקניים שלחמו במלחמת העולם השנייה (12) ובמלחמת ויטנם (2, 11), וכן אצל קרוביהם של חיילים ישראליים שלחמו במלחמת לבנון (3, 13). בשנות ה־90 התפרסמו מספר מחקרים העוסקים בנפגעים פוסט טראומתיים בטראומתיזציה המשנית של בנות־זוגם. ממחקרים אלה עולה כי בנות־הזוג של לוחמים אמריקניים וישראליים הסובלים מפוסט טראומה חוות מצוקה נפשית, הבאה לידי ביטוי במצב רוח ירוד, הרגשת של התמוטטות נפשית, סימפטומים דיכאוניים ותחושות בדידות בעוצמה גבוהה בהשוואה לקבוצת ביקורת (9, 14, 15, 16, 17). יחד עם זאת, חשוב להדגיש כי לא נמצאו מחקרים שבדקו את קיומה של התסמונת הפוסט טראומתית בקרב בנות־הזוג של לוחמים.

מספר מודלים תיאורטיים הוצעו להסבר תופעת הטראומתיזציה המשנית: מלוני (10) מציעה כי מקור הטראומתיזציה המשנית הוא בהזדהות של נשות הנפגעים הפוסט טראומתיים עם בעליהן. הזדהות זו עמוקה כל כך, עד כי היא עלולה להביא אצלן להפנמה אותנטית של דימויי הלחץ. כתוצאה מכך, חוויותיהן והתנהגותן הולכות והופכות הכבות לאלו של בני־זוגן. מודל זה, כמו מודלים אחרים שהוצעו (ראה 13), לא נבדק באופן אמפירי, אולם נתמך על־ידי מימצאים שהצביעו שקיים דמיון בין דפוס הסימפטומתולוגיה המאפיין את הנפגעים הפוסט טראומתיים לזה של בנות־זוגם (10, 18, 19).

עבודה זו שמה לה למטרה לבדוק באופן אמפירי את מצב הנפשי ואת אירגון האישיות של לוחמים פוסט טראומתיים ושל בנות־זוגם, ולבחון את ההשערה שהתסמונת הפוסט טראומתית כרוכה בפגיעה ברמת אירגון האישיות של הנפגעים ושל בנות־הזוג כאחד, ושפגיעה זו עשויה לספק הסבר נוסף לתופעת הטראומתיזציה המשנית אצל בנות־הזוג.

התסמונת הפוסט טראומתית ואירגון האישיות

במהלך השנים נעשו ניסיונות שונים להסביר את המנגנונים העומדים מאחורי התמונה הקלינית המשתקפת אצל נפגעים פוסט טראומתיים. המונח 'טראומה' (פציעה ביוונית) משקף את תפיסתו התיאורטית של פרויד (20), כי מדובר בחוויה המבקעת את מערכת הגנותיו של האדם בדומה לפציעה החודרת את עורו, ומציפה את האני. חוויה הופכת טראומתית כאשר היא אינה עוברת עיבוד ואינטגרציה אל רצפי האירועים והזמן של חיי הנפגע ונותרת בלתי מעובדת. היא ממשיכה לרדוף את הנפגע במלוא עוצמתה הקונקרטית, מונעת ממנו לשוב לכוחותיו, להמשיך בדרכו, לחפש אתגרים, הנאות, אהבה ועתיד. גם תיאורטיקנים מאוחרים יותר, כמו הורוביץ (21), פורסט (22) וראסל (23), מתארים את השלכותיה של הטראומה על הנפגע בה, כשהעיקרית בהן היא רגרסיה לתיפקוד נפשי פרימיטיבי יותר, ולניסיונות ארכאיים ופאתולוגיים להשיג שליטה על החוויות הרודפניות.

חוקרים שונים (24, 25, 26, 27) מצביעים על הדמיון בין הסימפטומתולוגיה הפוסט טראומתית לבין מאפייניהם של אנשים בעלי מבנה אישיות פאתולוגי, אותו כינה קרנברג (28, 29) 'אירגון אישיות גבולי'. מדובר באנשים שאינם נוירוטיים, מחד, ואינם פסיכוטיים, מאידך. מבחינה קלינית, אנשים בעלי אירגון אישיות גבולי מתאפיינים בחרדה מפושטת (דיפוזית) כרונית, בסימפטומתולוגיה נוירוטית מגוונת, במיגוון של קשיים מיניים ובנטייה להתמכרות, לאימפולסיביות ולהתפרצויות. חולשת האני, שהיא בהגדרה מרכזו של אירגון האישיות הגבולי, מתבטאת בעמידות נמוכה לחרדה, באי־שליטה על דחפים, בנטייה לדיסוציאציה, בכשרים סובלימטוריים ירודים, ובעיקר בנטייה לחשיבה ראשונית. מקורה של חשיבה מסוג זה ביחסי אובייקט פאתולוגיים, הכרוכים בטשטוש ההבחנה הברורה בין ייצוגי האני לייצוגי האובייקט, ובשימוש בהגנות פרימיטיביות המאפיינות אנשים בשלבי חייהם הראשונים.

הרמן ו־ואן דר קולק (24), מציינים כי הן בקרב אנשים בעלי אירגון אישיות גבולי והן בקרב נפגעים פוסט טראומתיים מתגלות הפרעות עמוקות באפקט, בבקרה על הדחפים, בבוחן המציאות, ביחסים הבין־אישיים ובאינטגרציה של העצמי. הפרעות האפקט אצל אנשים הסובלים משתי התסמונות כוללות סף גירוי נמוך לרגשות

ולגירויים, תוקפנות רבה, רוגזנות, מצב רוח מדוכא (dysphoric) כרוני, ריקנות, תחושת מוות פנימית ודיכאונות. קשיים בבקרה על הדחפים מתבטאים בשתי התסמונות בלקיחת סיכונים, בפגיעה עצמית ולעתים בשימוש באלכוהול ובסמים. הפרעות בביקורת המציאות מתבטאות בשתי התסמונות באפיזודות דיסוציאטיביות ובמחשבות יחס פרנואידליות. בדיקת תגובותיהם של בעלי אירגון אישיות גבולי ואנשים הסובלים מהפרעה פוסט טראומתית כרונית במבחן הרורשאך העלתה מימצאים דומים: צמצום רב, מחד, וחומר טעון ביותר רגשית, מאידך. תנודות בין שני מצבים רגשיים אלה נצפים גם באותם אנשים על פני זמן (24).

מרכיב מרכזי בהגדרת 'אירגון האישיות' הוא רמתם של מנגנוני ההגנה העומדים לרשות האני. מנגנון ההגנה העיקרי המאפיין את בעלי אירגון האישיות הגבולי הוא הפיצול (28, 29). מנגנון הפיצול, לפי מלאני קליין (30), מאפיין את שלבי ההתפתחות המוקדמים. מנגנון זה כרוך במהותו בחשיבה ראשונית וביחסי אובייקט פרימיטיביים, המתאפיינים בחסרון גבולות ברורים בין האדם לאובייקט, ושל יכולת תפיסה אמביוואלנטית של האובייקט על צדדיו החיוביים והשליליים. נוכח חרדה מציפה, מפצל האני את עצמו, והחלקים התוקפניים (דחף המוות) מושלכים החוצה אל האם (וכך נוצר 'השד הרע'). הרע המושלך הופך לגורם תוקפני הרודף את התינוק מבחוץ. באופן דומה, מרכיבים ליבידינאליים מושלכים גם הם אל האם, וכך נוצר 'השד הטוב'. חלקים ליבידינאליים הנותרים באני יוצרים קשר של אידיאליזציה עם 'השד הטוב' הנערץ. כך חי תינוק את ראשית חייו בפיצול, בין כוחות טובים ומגינים לחלוטין, לבין כוחות תוקפניים ורודפניים לחלוטין. חוויות אלו הובילו את מלאני קליין לכנות שלב התפתחותי זה 'עמדה (פוזיציה) סכיזו־פרנואידית', שכן החרדות העיקריות המאפיינות אותו הן רודפניות, והאני נמצא אז במצב של פיצול (30).

בתהליך ההתפתחות הנורמטיבי, נוכח דומיננטיות של חוויות טובות על פני חוויות רעות, רוכש האני אמון ביכולת של הגורמים הטובים בתוכו ומחוצה לו לגבור על הגורמים הרעים והרודפניים, ובעליונות של יצר החיים על פני יצר המוות. יכולתו של האני להכיל חרדות מבלי להישען על מנגנון הפיצול הפרימיטיבי גוברת, וגורמים טובים ורודפניים מתקרבים זה לזה תוך הפחתת הפיצול באני, והגברת היכולת לסבול את התוקפנות הפנימית והחיצונית. ההפחתה בשימוש במנגנון הפיצול מגבירה את האינטגרציה של האני, מחד, ואת הדיפרנציאציה שבין האני לאובייקטים שבסביבתו, מאידך, וכך עובר התינוק לשלב התפתחותי בוגר יותר, אותו מכנה קליין 'עמדה דיכאונית (דפרסיבית)'. שלב זה מאופיין בשימוש במנגנוני הגנה מפותחים יותר המתבססים על מנגנון ההדחקה.

לפי קליין (30), במצב של פסיכופאתולוגיה מתרחשת רגרסיה לשלב התפתחותי בו היו הפרעות פאתולוגיות ונוצרו נקודות של קיבעון. קצרה היריעה מלתאר את מכלול הדרכים והאפשרויות העלולות להוביל למצב של קיבעון, אך ניתן לומר שקליין מסבירה שמדובר בחוויות בלתי מכילות נוכח אֵם בעלת פאתולוגיה משלה, שאינה מאפשרת לתינוקה לצמוח מתוך העמדה הסכיזו־פרנואידית.

גם קרנברג (28, 29) טוען כי כאשר קונפליקטים וחרדות נעשים טראומתיים, נוטשים אנשים את מנגנוני ההגנה הבוגרים שבמרכזם מנגנון ההדחקה (כגון: אינטלקטואליזציה, בידוד, היפוך תגובה, השלכה ועוד), וחוזרים להשתמש במנגנונים שמקורם בשלבים הראשונים של ההתפתחות שבמרכזם מנגנון הפיצול. לפי הגדרתו, הפיצול הוא הפרדה פעילה בין רגשות, תפיסות ואובייקטים בעלי איכות מנוגדת, והביטוי הקליני הישיר של הפיצול הוא הביטוי האלטרנטיבי של שני צדדיו של קונפליקט, בדרך אגו־סינטונית.

במחקר הנוכחי, אנו מבקשים לבדוק את הקשר בין התסמונת הפוסט טראומתית לבין כוחות האני והנטייה לשימוש במנגנון פיצול. נציין שכבמרבית המחקרים העוסקים באנשים שנפגעו באופן טראומתי ומחקרים הבודקים תוצאות ארוכות טווח של מלחמה בכלל, מערך המחקר מאפשר בדיקה של הנבדקים רק לאחר האירוע הטראומתי. כך שלכאורה ייתכן כי הנבדקים במחקר הנוכחי סבלו כבר קודם למלחמה מפגיעה אישיותית. עם זאת, בהתאם להגדרה של הפרעות האישיות ב־DSM, ההפרעה מתחילה בגיל ההתבגרות או אף לפניה. הנחקרים במחקר זה, כמו כל החיילים המתגייסים לצה"ל, עברו תהליך סינון בסיסי, אשר שולל קיומן של הפרעות שונות. יתר על כן, מוזס (50) מציין כי מרבית החוקרים תמימי דעים לגבי המחשבה כי אין כל בסיס מחקרי להניח שנפגעים פוסט טראומתיים היו שונים אישיותית מכלל האוכלוסייה טרם היפגעותם. לפיכך, נוכח האופי המפוצל של הסימפטומתולוגיה הפוסט טראומתית והדמיון הקליני בין נפגעים פוסט טראומתיים לבין אנשים בעלי אירגון אישיות גבולי, אנו משערים כי הדינמיקה של ההפרעה הפוסט טראומתית כוללת רגרסיה בתיפקודי האני של הנפגע, ושימוש במנגנון הפיצול.

בהתאם לכך, ייבחנו במחקר זה מספר השערות. ההשערה הראשונה היא כי בקרב גברים המאובחנים כפוסט טראומתיים יימצאו כוחות אני חלשים יותר ונטייה גבוהה יותר לשימוש במנגנון הפיצול מאשר בקרב גברים שאינם סובלים מהתסמונת. השימוש במנגנון הפיצול ישתקף בתפיסה עצמית ובתפיסת בן־זוג המאופיינת בקיטוב מוקצן וברמת מורכבות ירודה. ההשערות הבאות מתייחסות לבנות־הזוג של הלוחמים. ראשית, אנו משערים כי נשים שבני־זוגן מאובחנים כפוסט טראומתיים יסבלו מטראומתיזציה משנית,

אשר תתבטא בסימפטומים פוסט טראומתיים ובמצוקה נפשית רבה יותר בהשוואה לנשים שבני־זוגן אינם פוסט טראומתיים. שנית, אנו משערים כי הדינמיקה של התסמונת הפוסט טראומתית בקרב הנשים הסובלות מטראומתיזציה משנית תהיה דומה לזו של הנפגעים הראשוניים, ותתבטא בכוחות אני חלשים ובנטייה לשימוש במנגנון הפיצול, יותר מאשר בקרב נשים שאינן סובלות מטראומתיזציה משנית.

שיטה

נבדקים: במחקר השתתפו 57 זוגות נשואים שנחלקו לקבוצת מחקר וקבוצת ביקורת.

1. קבוצת המחקר: קבוצה זו כללה 30 זוגות נשואים, שבהם הבעל אובחן על־ידי פסיכיאטר כסובל מתסמונת פוסט טראומתית בעקבות אירוע קרבי והוכר ככזה על־ידי גורמי אגף השיקום במשרד הביטחון. במחקר השתתפו רק זוגות שנישאו לפני האירוע הטראומתי. למשתתפים הועבר שאלון לאיתור פוסט טראומה (31), שנבנה על סמך הקריטריונים לאיתור התסמונת המופיעים ב־DSM (4) ונמצא שכל הגברים סובלים מהתסמונת הפוסט טראומתית.

2. קבוצת הביקורת: קבוצה זו כללה תחילה 28 זוגות נשואים, שהותאמו לקבוצת המחקר בנתוני הגיל, המוצא, ההשכלה והמצב הסוציו־אקונומי. גם לנבדקים אלה הועבר השאלון לאיתור התסמונת הפוסט טראומתית ונמצא שכל הנבדקים, למעט אחד מהבעלים שהוצא מהמדגם, אכן לא סבלו מהתסמונת. כך, שקבוצת הביקורת כללה 27 זוגות.

לא נמצאו הבדלים מובהקים בהתפלגות משתני הרקע בין שתי הקבוצות. הגיל הממוצע של הגברים בקבוצה המחקר היה 48 (ס.ת. 5.97) ושל בנות־זוגם 45.62 (ס.ת. 570.). הגיל הממוצע של הגברים בקבוצת הביקורת היה 46.48 (ס.ת. 5.91) ושל בנות־זוגם 43.25 (ס.ת. 6.19). ממוצע שנות הנישואים של הזוגות בקבוצת המחקר היה 24.48 (ס.ת. 5.24) ושל קבוצת הביקורת 21.96 (ס.ת. 6.53). ממוצע מספר הילדים בקבוצת המחקר היה 3.67 (ס.ת. 1.42) ואילו של קבוצת הביקורת 3.42 (ס.ת. 0.95). גם באשר למשתנים האורדינליים (מוצא וסוג השכלה), לא נתגלו בחישובי chi^2 הבדלים מובהקים בין הקבוצות.

כלים

התסמונת הפוסט טראומתית: לצורך איתור התסמונת הפוסט טראומתית, הועבר לכל אחד מהנבדקים במחקר (גברים ובנות־זוג) שאלון לדיווח עצמי שנבנה על־ידי סולומון וחב' (31). השאלון נבנה בהסתמכות על הקריטריונים לאיתור התסמונת המופיעים ב־DSM (4). השאלון כולל 17 היגדים המתארים באופן פנומנולוגי את סימני התסמונת על שלושת מרכיביה המרכזיים: סימפטומים חודרניים, הימנעותיים וסימפטומים של עוררות פסיכו־פיסיולוגית. הנבדק מתבקש לדווח האם חווה כל אחד מהסימפטומים הללו בחודשים האחרונים. הנבדק אובחן כסובל מתסמונת פוסט טראומתית אם ענה שהוא סובל לפחות מסימפטום חודרני אחד, לפחות משלושה סימפטומים הימנעותיים ולפחות משני סימפטומים המשקפים עוררות. לצד האבחנה, נבחנה גם עוצמת המצוקה הפוסט טראומתית — קרי ממוצע מספר הסימפטומים שהנבדק סימן שהוא סובל מהם.

בדיקות שונות העלו כי לשאלון זה תכונות פסיכומטריות טובות. השאלון נמצא במתאם גבוה עם אבחנות שנקבעו על סמך ראיונות קליניים (32).

מצוקה נפשית: להערכת המצוקה הנפשית התבקש כל אחד מבני־הזוג בכל אחת מקבוצות המחקר, להשיב לשאלון Symptom Checklist (SCL-90-R). זהו שאלון לדיווח עצמי, הבוחן 90 סימפטומים בתשעה תחומי הפרעה: סומטיזציה אובסיבית־קומפולסיבית, רגישות בין־אישית, דיכאון, חרדה, עויינות, חרדה פובית, חשיבה פרנואידית ופסיכוטית. השאלון מאפשר את בדיקת רמת המצוקה בכל אחד מתחומי ההפרעה והערכה גלובלית של המצוקה הנפשית. במחקר הנוכחי השתמשנו במדד ה־GSI, המעריך את חומרת הסימפטומתולוגיה הפסיכיאטרית ומשקף את רמת המצוקה הנפשית.

השימוש בשאלון זה נפוץ במחקרים בעולם ובארץ ולו תכונות פסיכומטריות מוכחות (34, 35, 36).

כוחות אני: על מנת לבחון את כוחות האני של נבדקי המחקר, נעשה שימוש בסולם כוחות אני שחובר על־ידי ברון (36), ותורגם על־ידי צפריר (37). במקורו נבנה הסולם על מנת לנבא תגובתם של מטופלים נוירוטיים לפסיכותרפיה, מכיוון שכוחות אני נחשבו לקורלטיביים להצלחה בטיפול נפשי. המבחן כולל 65 היגדים מתוך ה־MMPI המתחלקים לשמונה גורמים: תיפקוד פיסי ויציבות פיסיולוגית (למשל: "רוב הזמן אני מרגיש חולשה כללית"), פסיכואסטניה ובדלנות (למשל: "אני מרבה לשקוע במחשבות ולחטט בעצמי"), עמדות כלפי דת (למשל: "בסופו של דבר, הכול יתבצע כפי שניבאו נביאי התנ"ך"), עמדה מוסרית (למשל: "אני מאמין שלחטאי אין מחילה"), תחושת מציאות (למשל: "כשאני נמצא עם אנשים אני מוטרד על־ידי שמיעת דברים מאוד משונים"), אדקוווטיות אישית (למשל: "נתקלתי בבעיות כל כך מסובכות שלא יכולתי להגיע להחלטה בקשר אליהן"), חרדות אינפנטיליות ופוביות (למשל: "לכלוך מפחיד או מגעיל אותי"), ושונות. לגבי כל אחד מההיגדים מתבקש הנבדק לציין "נכון" או "לא נכון" מבחינתו.

למרות שהסולם נבנה במקורו בהתאם לקריטריון של השתפרות בפסיכותרפיה, הוא משמש ככלי המעריך כישורים כמו הסתגלות, יצירתיות ואינטגרציה אישיותית, אותם נהוג לזהות עם כוחות אני. ציון המבחן נמצא במתאם גבוה עם אבחנות של שופטים (36), עם ציונים הנחשבים

ל'טובים' במבחני אישיות נוספים כ־Q-Sort ורורשאך (38). כמו כן, נמצאו מתאמים שליליים גבוהים בין ציוני המבחן לציוניהם של הנבדקים ברוב מבדקי הפסיכופאתולוגיה של ה־MMPI (36).

נטייה לשימוש בפיצול: הנטייה לפיצול נבחנה באמצעות מספר מדדים המתייחסים לתפיסת העצמי ותפיסת בן/בת־הזוג: מורכבות התפיסה, מידת ההטרוגניות שלה, קיצוניות התפיסה והפער בין תפיסת העצמי של המשיב לתפיסתו את בן/בת־הזוג שלו. לצורך כך, נעשה שימוש במבחן התכונות של דרי וקויפר (40), הכולל רשימה של שישים תכונות, שלושים בעלות תוכן שלילי (כגון: "דחוי", "נכשל"), ושלושים בעלות תוכן חיובי (כגון "מועיל", "נעים", "אמיץ"), לפי שיפוט קבוצה גדולה של סטודנטים. בודנר (40) תיקף את התרגום העברי של מבחן זה. כמו כן, לקראת המחקר הנוכחי, נתבקשו שלושים שופטים (הדומים לנבדקי המחקר מבחינת נתוני רקע) לדרג את מידת 'חיוביות' התכונות. תוצאת הדירוג היתה זהה לזו של דרי וקויפר (40). במחקר הנוכחי התבקשו הנבדקים לעבור על רשימת התכונות ארבע פעמים. בפעם הראשונה התבקשו לציין לצד כל תכונה האם היא מתארת אותם (כן/לא). בפעם השניה התבקשו לציין את המידה שבה כל אחת מהתכונות ברשימה מתארת אותם (על רצף של שש דרגות (1 = בכלל לא; 6 = במידה רבה). בפעמים השלישית והרביעית התבקשו הנבדקים לבצע אותן המטלות, בהתייחס לתפיסתם את בני־זוגם. על סמך תשובות הנבדקים נבנו ארבעה מדדים:

שני מדדים להערכת **מורכבות התפיסה**:

1. מספר התכונות הכלולות בתיאור העצמי ובתיאור בן־הזוג.
2. מידת ההטרוגניות של התיאור העצמי ותיאור בן־הזוג.

ושני מדדים להערכת **הקיטוב בתפיסה**:

3. הפער בין התיאור העצמי לתיאור בן־הזוג: ציון ההפרש המוחלט בין התפיסה העצמית של כל נבדק ("עד כמה אני חיובי") לתפיסה של כל נבדק את בן־זוגו ("עד כמה הוא חיובי").
4. **קיצוניות התפיסה**: מספר הפריטים עליהם השיב הנבדק תשובות קיצוניות (1 או 6).

הליך: זוגות קבוצת המחקר אותרו בסיועם של פסיכיאטרים ממספר בתי־חולים ברחבי הארץ, ועובדי שיקום בלשכות שונות של אגף השיקום במשרד הביטחון, באישור הממונה על מחקרי השיקום שם.

לאחר שנתוני הנבדקים נמצאו תואמים לדרישות המחקר, קרי אבחנת הבעל כפוסט טראומתי, הרקע המלחמתי לאבחנה, גילם של בני־הזוג ועובדת היותם נשואים לפני האירוע הטראומתי, פנו המטפלים שאיתרו את הנבדקים לזוגות, וביקשו את הסכמתם להשתתף במחקר. רק זוגות בודדים סירבו לבקשה זו, בדרך כלל על רקע תקופה של מצב נפשי ירוד של הבעל, או בגלל חוסר אמון ו/או כעס על המערכת. לאחר שנתקבלה הסכמתם של הנבדקים להשתתף במחקר, נמסרו פרטיהם לעורך המחקר, אשר יצר איתם קשר טלפוני לצורך הצגה עצמית, הצגה של מטרת המחקר וקביעת פגישה.

עורך המחקר נפגש עם שני בני־הזוג בביתם, לפגישה שערכה בדרך כלל שעתיים. כחצי שעה הוקדשה ליצירת קשר ואמון ראשוניים וכשעה וחצי הוקדשה למילוי של שאלוני המחקר. שני בני־הזוג מילאו את השאלונים במקביל, בנוכחות עורך המחקר, כשסדר העברת השאלונים היה אקראי. כששני בני־הזוג סיימו, הוצע להם הסבר מפורט יותר על מטרות המחקר.

זוגות קבוצת הביקורת אותרו, תוך הקפדה על התאמה מבחינת נתוני גיל, שנות נישואים, ותנאים סוציו־אקונומיים מתאימים לזוגות המחקר, משלושה מקורות: היכרויות אישיות עקיפות, מקומות עבודה, ומודעה בעיתון שביקשה סיוע במחקר "העוסק בקשייהם של אנשים שנפגעו בשירותם הצבאי" תמורת "תודה ופיצוי כספי (סמלי)".

מייד לאחר כל מפגש נשלח לבני־הזוג מכתב תודה אישי מעורך המחקר.

תוצאות

א. סימפטומתולוגיה פוסט טראומתית, מצוקה נפשית וכוחות האני

ראשית ביקשנו לבדוק את ההבדלים בין קבוצות המחקר לביקורת במדדי המצוקה הנפשית (שיעורי התסמונת הפוסט טראומתית ועוצמת המצוקה הנפשית) וכוחות האני. בדיקת העמידה בקריטריונים לאיבחון התסמונת הפוסט טראומתית בקרב בנות־הזוג של נפגעים פוסט טראומתיים העלתה כי 50% מנשות קבוצות המחקר עמדו בקריטריונים הנדרשים לקביעת קיומה של התסמונת הפוסט טראומתית, לעומת אף לא אשה אחת בקבוצת הביקורת. בהמשך, חושבו ציונים המשקפים את עוצמת המצוקה הנפשית (GSI) וכוחות האני של המשתתפים במחקר, ונערכו מבחני t להשוואה בין הקבוצות. לוח 1 מציג את הממוצעים וסטיות התקן בחלוקה לקבוצות מחקר, ואת תוצאות מבחני ה־t.

מלוח 1 ניתן לראות כי עוצמת המצוקה הנפשית אצל גברים בקבוצת המחקר גבוהה בהשוואה לגברים בקבוצת הביקורת. כמו כן, עוצמת המצוקה הנפשית בקרב נשים, הנשואות לגברים פוסט טראומתיים, גבוהה מזו של נשים, הנשואות לגברים בקבוצת הביקורת. בנוסף, נמצא שכוחות האני אצל גברים בקבוצת הביקורת גבוהים מכוחות האני אצל גברים פוסט טראומתיים. באופן דומה, כוחות האני אצל נשים בקבוצת הביקורת גבוהים מכוחות האני אצל נשים הנשואות לגברים פוסט טראומתיים.

לוח 1: ממוצעים, סטיות תקן וערכי t של ציוני מצוקה נפשית וכוחות אני, בחלוקה לקבוצות המחקר

	מין	קבוצת מחקר		קבוצת ביקורת		t
		ממוצע	ס.ת.	ממוצע	ס.ת.	
GSI	גברים	2.29	(0.78)	0.60	(0.38)	10.14**
	נשים	1.22	(0.69)	0.72	(0.43)	3.25**
כוחות אני	גברים	0.38	(0.09)	0.65	(0.10)	10.46**
	נשים	0.44	(0.11)	0.60	(0.09)	9.95**

$P < 0.05 = *$; $p < 0.01 = **$

השערת המחקר היתה כי עוצמת הסימפטומתולוגיה הפוסט טראומתית והמצוקה הנפשית הנלווית תהייה קשורה לפגיעה רבה יותר בכוחות האני. לצורך כך חושבו מתאמי פירסון בין עוצמת הסימפטומים הפוסט טראומתיים והמצוקה הנפשית לבין כוחות האני, בכל אחת מקבוצות המחקר (ראה לוח 2).

לוח 2: מתאמים בין עוצמת הסימפטומים הפוסט טראומתיים והמצוקה הנפשית לבין כוחות האני בחלוקה לקבוצות המחקר

		מין	כוחות אני	
			קבוצת מחקר	קבוצת ביקורת
סימפטומים פוסט טראומתיים		גברים	-0.35*	-0.56**
		נשים	-0.68**	-0.59**
GSI		גברים	-0.54**	-0.56**
		נשים	-0.61**	-0.43*

$P < 0.05 = *$; $p < 0.01 = **$

מלוח 2 ניתן לראות כי השערת המחקר אוששה וכי קיימים מתאמים שליליים בין עוצמת הסימפטומים הפוסט טראומתיים והמצוקה הנפשית, לבין כוחות האני. כך, ככל שעוצמת הסימפטומים הפוסט טראומתיים והמצוקה הנפשית גבוהות יותר, כך כוחות האני נמוכים יותר, קרי, הפגיעה באני חמורה יותר. מימצא זה נתגלה, בכל אחת מקבוצות המחקר, הן עבור הגברים והן עבור הנשים.

ב. הבדלים בין קבוצות במשתני מורכבות התפיסה והקיטוב

השערת המחקר היתה כי כמות התכונות בהן יבחר הנבדק לתאר את עצמו ובן/ת־הזוג, והגיוון בתכונות אלו, ישקפו את רמת המורכבות של תפיסתו. לפי גישה זו נוצרו שני משתנים ששימשו לבדיקתה של מורכבות התפיסה: מספר התכונות הכלולות בתיאור העצמי ובתיאור בן/ת־הזוג, ומידת ההטרוגניות של התיאורים. לפי השערות המחקר, נפגעים פוסט טראומתיים ובנות־זוגם יתאפיינו בתפיסה פחות מורכבת מנבדקי ביקורת.

הקיטוב בתפיסה נבדק באמצעות בדיקת הפער בין התיאור העצמי לתיאור בן/ת־הזוג, וקיצוניות התפיסה. כאמור, השערת המחקר היתה כי הגברים הפוסט טראומתיים ובנות־זוגם יתאפיינו בתפיסה קיצונית יותר בהשוואה לגברים ולנשים בקבוצת הביקורת וכי הפער בין תפיסתם העצמית לתפיסתם את בן/ת־הזוג, יהיה גדול יותר. לוח 3 מציג את ממוצעי הקבוצות בכל אחד מהמדדים הללו ואת תוצאות מבחני t להשוואה בין הקבוצות.

מלוח 3 ניתן לראות כי בניגוד להשערות, מספר התכונות וההטרוגניות שלהן נמצאו גבוהים יותר אצל גברים בקבוצת המחקר בהשוואה לגברים בקבוצת הביקורת. בנוסף, נמצא שהתפיסה העצמית של גברים פוסט טראומתיים היתה נמוכה מזו של גברים בקבוצת הביקורת, ותפיסתם של גברים פוסט טראומתיים את בנות־זוגם היתה גבוהה יותר מגברים בקבוצת הביקורת. הפער בין התפיסה העצמית לתפיסת בן־הזוג היה גבוה יותר בקרב גברים פוסט טראומתיים מאשר בקבוצת הביקורת. לא נמצאו הבדלים מובהקים בקיצוניות התפיסה בין הגברים בקבוצות המחקר לביקורת.

בבדיקת ההבדלים בקרב הנשים נמצא כי התיאור העצמי ותיאור בן־הזוג אצל נשים הנשואות לגברים פוסט טראומתיים הטרוגני יותר בהשוואה לנשים בקבוצת הביקורת. בנוסף, נמצא שתפיסתן העצמית של נשים הנשואות לגברים פוסט טראומתיים, ותפיסתן את בני־זוגן, היתה נמוכה מזו של נשים בקבוצת הביקורת. הפער בין התפיסה העצמית לתפיסת בן־הזוג היה גבוה יותר בקבוצת המחקר מאשר בקבוצת הביקורת. בקיצוניות התפיסה לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הנשים בקבוצות המחקר לביקורת.

ג. בדיקת השונות בתוך קבוצת הנשים הנשואות לגברים פוסט טראומתיים

כאמור, נמצא ש־50% מנשות קבוצת המחקר עמדו בקריטריונים הקבועים ב־DSM לאיבחון התסמונת הפוסט טראומתית. ביקשנו לבדוק האם קיימים הבדלים במשתני המחקר בין גברים פוסט טראומתיים הנשואים לנשים הסובלות מהתסמונת, לבין גברים פוסט טראומתיים הנשואים לנשים שלא אובחנו כסובלות מהתסמונת, ובין בנות־זוג הסובלות מהתסמונת לבנות־זוג שלא סובלות ממנה. לוח 4 מציג את ממוצעי ארבע הקבוצות במצוקה הנפשית ובכוחות האני.

מלוח 4 ניתן לראות כי המצוקה הנפשית של בנות־הזוג, שהן פוסט טראומתיות בעצמן, גבוהה יותר מהמצוקה הנפשית של נשים הנשואות לגברים פוסט טראומתיים, שלא סובלות מהתסמונת. בנוסף, כוחות האני של נשים אלו נמצאו חלשים יותר. בנוגע לגברים של נשים אלו נמצא

לוח 3: ממוצעים, סטיות תקן וערכי t למדדי מורכבות התפיסה והקיטוב בה בחלוקה לקבוצות המחקר

	מין	קבוצת מחקר		קבוצת ביקורת		t
		ממוצע	ס.ת.	ממוצע	ס.ת.	
מורכבות						
א. מספר התכונות בתפיסה העצמית ובתפיסת בן־הזוג	גברים	35.31	4.30	30.69	2.58	**4.84
	נשים	33.53	8.70	30.46	2.75	1.75
ב. הטרוגניות התפיסה העצמית ותפיסת בן־הזוג	נשים	1.55	0.34	1.24	0.19	**4.84
	גברים	1.74	0.33	1.30	0.29	**5.14
קיטוב						
א. קיצוניות התפיסה העצמית	גברים	30.43	14.76	30.20	9.07	0.07
	נשים	32.60	15.28	34.87	13.66	-0.59
ב. הפער בין התפיסה העצמית ותפיסת בן־הזוג						
I התפיסה העצמית	גברים	3.51	0.89	4.93	0.47	**-7.37
	נשים	4.37	0.67	4.93	0.41	**-3.86
II תפיסת בן־הזוג	גברים	4.61	0.70	4.98	0.34	*-2.48
	נשים	3.59	0.91	5.06	0.52	**-7.36
III הפער בין התפיסה העצמית ותפיסת בן־הזוג	גברים	1.18	0.80	0.26	0.23	**5.70
	נשים	0.89	0.71	0.48	0.39	*2.59

$P < 0.05 = *$; $p < 0.01 = **$

מימצא בלתי צפוי, לפיו כוחות האני של גברים פוסט טראומתיים הנשואים לנשים פוסט טראומתיות הם גבוהים יותר מכוחות האני של גברים הנשואים לנשים לא פוסט טראומתיות. בעוצמת המצוקה הנפשית לא נמצאו הבדלים בין שתי קבוצות הגברים.

לבסוף, נבדקו ההבדלים במשתני מורכבות התפיסה והקיטוב בתפיסה בקבוצת המחקר בחלוקה לפי נשים הסובלות מתסמונת פוסט טראומתית וכאלו שאינן סובלות ממנה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הנשים הסובלות מהתסמונת הפוסט טראומתית לבין הנשים שאינן סובלות ממנה, וכן גם בין בני־זוגן של הנשים משתי הקבוצות.

לוח 4: ממוצעים, סטיות תקן וערכי t של המצוקה הנפשית וכוחות האני בחלוקה לנשים עם תסמונת פוסט טראומתית ונשים לא פוסט טראומתיות

	מין	נשים פוסט טראומתיות		נשים ללא פוסט טראומה		t
		ממוצע	ס.ת.	ממוצע	ס.ת.	
GSI	נשים	1.55	(0.66)	0.88	(0.55)	**2.98
	גברים	2.20	(0.97)	2.38	(0.53)	-0.62
כוחות אני	נשים	0.40	(0.09)	0.48	(0.11)	*-2.19
	גברים	0.42	(0.10)	0.34	(0.07)	*2.28

דיון

מחקר זה בחן שתי אוכלוסיות במקביל: נפגעים פוסט טראומתיים ובנות־זוגם. אוכלוסיות אלו נבחנו משתי זוויות שונות. הזווית הראשונה, בהתאם לציר האבחנתי הראשון לפי ה־DSM, מתמקדת בסימפטומתולוגיה שלפיה אובחנו הנפגעים הפוסט טראומתיים ובנות־זוגם. הפרספקטיבה השניה היא דינמית, ומתמקדת במה שקרנברג כינה 'אירגון האישיות'. פרספקטיבה זו לא תמיד נכללת באיבחון הפסיכיאטרי המקובל של נפגעים פוסט טראומתיים. לפי מימצאי המחקר הנוכחי נראה כי כשמתוסף לתמונה הקלינית הפוסט טראומתית המימד הדינמי, מתקבלת תמונה תלת־מימדית רחבה יותר.

השערת המחקר היתה כי הטראומתיזציה המשנית בקרב נשות הנפגעים הפוסט טראומתיים תקבל ביטויים דומים לטראומתיזציה הראשונית, קרי: סימפטומתולוגיה דומה ופגיעה דומה באירגון האישיות. הפגיעה באירגון האישיות תתבטא בפגיעה בכוחות האני, ובשימוש מוגבר במנגנון הפיצול. שימוש מוגבר במנגנון הפיצול יתבטא בירידה במורכבות התפיסה, ובעלייה בקיטוב בה. השערה זו קיבלה אישור: מימצאי המחקר הראו כי מחצית מבנות־הזוג של הנפגעים הפוסט טראומתיים סובלות מסימפטומתולוגיה פסיכיאטרית ברמה העומדת בקריטריונים הקבועים ב־DSM לאיבחון התסמונת, לעומת אף לא אשה אחת בקבוצת הביקורת. כלומר, מחצית מהנשים בקבוצת המחקר חשופות למחשבות, חלומות ותמונות טורדניים ומצטמצמות ונמנעות מגירויים שונים המזכירים מלחמה שהן עצמן לא חוו במציאות. כמו כן, נמצאה מצוקה נפשית גדולה יותר בקרב נשים הנשואות לגברים פוסט טראומתיים מאשר אצל

נשים שאינן נשואות לנפגעים פוסט טראומתיים. ובנוסף, המדדים השונים שבחנו את אירגון האישיות של הנפגעים הפוסט טראומתיים ושל בנות־הזוג שלהם, הצביעו שהטראומתיזציה, כמו גם הטראומתיזציה המשנית, מקבלות ביטוי לא רק בתמונה הקלינית, אלא גם באירגון האישיות. מדדי אירגון האישיות שנמדדו הצביעו על פגיעה משמעותית באירגון האישיות, ועל מקבילות משמעותיות בין הסובלים מטראומתיזציה ראשונית לאלה הסובלים מטראומתיזציה משנית.

מימצאים אלה מעלים את השאלה מהו המקור לדמיון בין הסימפטומתולוגיה ואירגון האישיות של הנפגעים הפוסט טראומתיים לבין אלה של בנות־זוגם. מלוני (10), הציעה כי מדובר בתהליך של הזדהות יתר של הנשים עם בני־זוגן הנפגעים. הצעה זו נתמכת באופן עקיף על־ידי מימצאי המחקר הנוכחי ועל־ידי הפרספקטיבה המקבילה בין הנפגעים הפוסט טראומתיים לבעלי אירגון אישיות גבולי. קרנברג (29), טוען שאנשים בעלי אירגון אישיות גבולי מרבים להשתמש במנגנון ההזדהות ההשלכתית. כמו כל מנגנוני ההגנה הפרימיטיביים, גם מנגנון זה מתבסס על חשיבה ראשונית, יחסי אובייקט פרה־אמביוואלנטיים, הבחנה חלקית בין העצמי לאובייקט והסתמכות הגנתית על מנגנון הפיצול. מנגנון זה מקטב את תפיסת העצמי והאובייקט, כך שיתאימו לפיצול שבבסיסו. כך מתארגנים תכנים בלתי מודעים לתפיסות ממשיות. בעקבות זאת מופעל לחץ במסגרת היחסים הבין־אישיים, במטרה (הלא מודעת) לכפות על האדם השני למלא תפקיד (בדרך כלל מוקצן וסטריאוטיפי) בדרמה הנפשית, אותה אין הנפגע מצליח להכיל.

זינר ושפירו (39), טוענים שלחץ זה עלול לגרום לשינויים תפיסתיים והתנהגותיים מרחיקי לכת בקרב מושא ההשלכה. במחקר הנוכחי עלה כי לנפגעים הפוסט טראומתיים היתה השפעה פאתוגנית עמוקה על בנות־זוגם. ייתכן שבנות־הזוג של נפגעים פוסט טראומתיים נתונות ללחצים מתמידים לשנותן, לעצבן בהתאם לתפיסותיהם הטראומתיות של בני־זוגן. כך הופכת סביבתן הפסיכולוגית לבעלת פוטנציאל טראומתי, המאיים על רווחתן הנפשית ועל עצמיותן. תהליך זה מקביל פסיכולוגית לטראומה אשר בני־זוגן אינם מצליחים לעבד ומפיק תוצרים דומים. ייתכן וכך ניתן להבין כיצד קורה שכשאחד מבני־הזוג הוא פוסט טראומתי מתגלה דמיון רב בין ביטויי המצוקה ואירגון האישיות של שני בני־הזוג.

כאמור, שיערנו כי התסמונת הפוסט טראומתית בקרב הגברים והטראומתיזציה המשנית בקרב בנות־זוגם, תלווה בנטייה מוגברת לשימוש במנגנון הפיצול, אשר יתבטא בתפיסה מורכבת פחות ומקוטבת יותר בהשוואה לגברים ולנשים בקבוצת הביקורת. בניגוד למשוער, נמצא כי רמת המורכבות המאפיינת את תפיסתם של הסובלים מהתסמונת ובנות־זוגם גבוהה יותר בהשוואה לקבוצת הביקורת. לכאורה ניתן לפרש מימצא זה בכך שנבדקי קבוצת הביקורת נוטים לפיצול רב יותר בהשוואה לגברים הפוסט טראומתיים ובנות־זוגן. אולם, מאחר שנמצא כי הגברים הפוסט טראומתיים, ובנות־זוגם בכלל (ובנות־הזוג הסובלות מהתסמונת הפוסט טראומתית בעצמן בפרט), מאופיינים בכוחות אני חלשים יותר מהאחרים, קשה לקבל הסבר זה. ייתכן שמצב של בריאות נפשית לא תקינה עלול להתבטא בירידה במספר התכונות ובהטרוגניות שלהן או כפי שנמצא במחקר הנוכחי, במספר גדול יותר, ואולי אף גדול יתר על המידה של תכונות ובהטרוגניות גבוהה יותר. ייתכן כי כמות קטנה במיוחד של תכונות הומוגניות אינה משקפת מורכבות תפיסה, אלא סגנון תפיסה מצומצם ונוקשה, וכמות יתר של הטרוגניות של תכונות משקפת מיגוון לא אינטגרטיבי של זהויות ותכונות. פירוש זה של מימצאי המחקר הנוכחי עולים בקנה אחד עם התיאוריה של אריקסון (42), ועם מימצאיהם של פיטס (43), סטפנסון (44), רוג'רס ודימונד (45), היגינס (46) ואחרים, המצביעים על כך שאינטגרציה נמוכה יחסית של התפיסה העצמית ותפיסת בן־הזוג עשויה להתבטא בציון מספר תכונות גדול יותר, עם עקביות פנימית נמוכה יותר, בהשוואה לתפיסה העצמית של האדם הבריא יותר בנפשו ובעל כוחות אני רבים יותר.

בהתאם להשערות המחקר, הפער בין תפיסת העצמי ובן/בת־הזוג נמצא גבוה יותר בקרב הנפגעים הפוסט טראומתיים ובנות־זוגם, בהשוואה לקבוצת הביקורת. הנפגעים הפוסט טראומתיים תפסו את בנות־זוגם באופן חיובי יותר מכפי שתפסו את עצמם, ובנות־זוגם תפסו אותם באופן שלילי יותר מכפי שהן תפסו את עצמן. התיאור שבו תיארו בנות־הזוג את הנפגעים הפוסט טראומתיים היה דומה בשליליותו לאופן שבו הנפגעים תיארו את עצמם, ומשקף את חוסר האיזון שבין שני בני־הזוג. שינדלר (47) טוענת שנשים הנשואות לנפגעים פוסט טראומתיים מהוות מרכז כובד בתיפקוד הרגשי והפיסי בנישואים. הן הופכות בעלות כוח, מפרנסות, אחראיות על חינוך הילדים ועל משק הבית, ולמעשה הן ממלאות, בנוסף לתפקידים שלהן, גם את תפקידי בן־הזוג הפגוע. תיפקוד היתר שלהן נועד לפצות את המשפחה על חוסר יעילותו של הבעל. לפי מימצאיה, 73% מהנשים של נפגעים פוסט טראומתיים שרואיינו דיווחו כי הן אינן דורשות מבן־זוגן לבצע תפקידים כלשהם ולעמוד במחויבויותיהם. ריינברג (48) טוענת כי מצב זה עלול לגרום לבן־הזוג לחוש שהוא מאבד את שליטתו בשנית, בדומה לתחושה שחש בעת האירוע הטראומתי, מצב העלול לעורר אצלו תחושה של טראומתיזציה מתמדת, לעכב את החלמתו ולקבע את מצבו הנוכחי.

ממימצאי המחקר הנוכחי נראה כי, הן גברים והן נשים בקבוצת המחקר, שבויים בתפיסה זוגית מפוצלת ומקוטבת של אידיאליזציה והפחתת־ערך (devaluation), לפיה

הנשים "שוות יותר", "טובות יותר" מהגברים. ייתכן שכל עוד הנפגע הפוסט טראומתי ובת־זוגו חווים קיבעון זוגי של תפיסת ערך־מופחת לגבי בן־הזוג הפוסט טראומתי וערכה העדיף של בת־זוגו, יתקשה הנפגע הפוסט טראומתי לחזק את כוחות האני שלו ולהחלים מהפגיעה.

במחקר הנוכחי הבחנו בין שתי קבוצות בתוך קבוצת המחקר: נשים הסובלות מהתסמונת הפוסט טראומתית ונשים שאינן סובלות ממנה. במקביל לבני־זוגן, נמצא כי הנשים המאובחנות כסובלות מהתסמונת סובלות ממצוקה נפשית רבה יותר ומכוחות אני חלשים יותר, בהשוואה לנשים שאינן סובלות מהתסמונת. אולם, בדיקת בני־זוגן הראתה כי רמת המצוקה הנפשית של גברים פוסט טראומתיים שבנות־זוגם פוסט טראומתיות נמוכה יותר, וכוחות האני שלהם חזקים יותר בהשוואה לגברים פוסט טראומתיים שנשותיהן אינן סובלות מטראומתיזציה משנית. כלומר, מצבם הנפשי ומבנה האישיות של גברים פוסט טראומתיים, שנשותיהם אינן סובלות מטראומתיזציה משנית, בעייתי יותר בהשוואה לגברים פוסט טראומתיים, שנשותיהן קורבנות של טראומתיזציה משנית.

מימצא זה עשוי להצביע על קיומה של 'נדנדה' של פגיעות והתחזקות בקרב זוגות בהם אחד מבני־הזוג הוא פוסט טראומתי. דינמיקה זו ניתנת להסבר במספר דרכים. ההסבר הראשון, המתבסס על הגישה המערכתית, גורס כי בת־הזוג מתחזקת לנוכח הפאתולוגיה של בן־זוגה. ייתכן ומעל סף מסויים, ככל שעולה רמת ההפרעה בקרב הבעל, פוחתת הטראומתיזציה המשנית ממנה סובלת בת־זוגו. זו, הנאלצת לפצות על חוסר תיפקודו באופן זה, אינה יכולה להרשות לעצמה להפגין פגיעות. וכך, משפחתו של הנפגע הפוסט טראומתי מתפקדת באופן מקוטב, כאשר בת־הזוג לוקחת על עצמה את התיפקוד הבריא, ואילו בן־הזוג הפוסט טראומתי מתאפיין בחוסר תיפקוד. באופן דומה, ניתן להשלים את התהליך הדינמי, לפיו לא רק בת־הזוג מתחזקת בעקבות מצבו של בעלה, אלה שמצבו מחריף, לנוכח התחזקותה. כך, הוגנקמפ וחב' (49), גורסים כי לעתים קרובות הופכת אשת הנפגע עם הזמן עצמאית יותר, אסרטיבית יותר ונינוחה בתפקידה כ'ראש המשפחה', ואילו הנפגע עלול להפיק ממצבו רווחים משניים, ותלותו, חוסר השליטה וחוסר האונים שלו יחמירו. האפשרות לפיה בת־הזוג משמרת את ההפרעה הפוסט טראומתית של בן־הזוג, ואף מחריפה אותה, נתמך על־ידי מימצאיה של סולומון (3), אשר מצאה כי שיעור המאובחנים כפוסט טראומתיים שנתיים אחרי מלחמת של"ג היה גבוה יותר בין הנשואים מאשר בין הרווקים. יתר על כן, מגמה זו נמצאה לא רק באשר למספרם, אלא גם באשר לחומרת מצבם.

הסבר אחר למימצא בדבר מצבם הפגוע פחות של נפגעים פוסט טראומתיים, שבנות־זוגם סובלות מטראומתיזציה משנית, הוא שבנות־הזוג שמצליחות לסייע לבני־זוגן לשפר את מצבם הנפשי, משלמות על כך מחיר יקר: ככל שמצבם הנפשי של הגברים טוב וחזק יותר, הם 'כופים' באמצעות הזדהות השלכתית מאסיבית על בנות־זוגם להזדהות יותר עם מצבם, כשבתהליך זה הנשים הולכות ונחלשות, והגברים הולכים ומתחזקים.

מימצאי המחקר הנוכחי, צריכים להיבחן לאור מגבלותיו. כמרבית המחקרים העוסקים באנשים שנפגעו באופן טראומתי ומחקרים הבודקים תוצאות ארוכות טווח של מלחמה בכלל, מערך המחקר מאפשר בדיקה של הנבדקים רק לאחר האירוע הטראומתי. כך שלכאורה ייתכן כי הנבדקים במחקר הנוכחי סבלו קודם למלחמה מפגיעה אישיותית שהגבירה את הסבירות ללקות בתסמונת פוסט טראומתית. יחד עם זאת, בהתאם להגדרתן של הפרעות האישיות ב־DSM, ההפרעה מתחילה בגיל ההתבגרות או אף לפניו. הנחקרים במחקר זה, כמו כל החיילים המתגייסים לצה"ל, עברו תהליך סינון בסיסי, אשר שולל קיומן של הפרעות שונות. יתר על כן, מוזס (50) מציין כי מרבית החוקרים תמימי דעים לגבי המחשבה כי אין כל בסיס מחקרי להניח שנפגעים פוסט טראומתיים היו שונים אישיותית מכלל האוכלוסייה טרם היפגעותם. לפיכך, במקרה של הפרעה פוסט טראומתית כרונית, קיימת אפשרות שהתסמונת מהווה תמונה קלינית של אירגון אישיות גבולי, הנובע במקרה מסויים זה מרגרסיה שהתחוללה באישיותו של הנפגע בעקבות האירוע הטראומתי. רצוי שאפשרות זו תילקח בחשבון בזמן האיבחון והטיפול באנשים אלה.

מגבלה נוספת היא המדד להערכת הפיצול שנערך בו שימוש במחקר הנוכחי. הנטייה לפיצול נבחנה באמצעות מספר מדדים המתייחסים לתפיסת העצמי ותפיסת בן/בת־הזוג: מורכבות התפיסה, מידת ההטרוגניות שלה, קיצוניות התפיסה והפער בין תפיסת העצמי של המשיב לתפיסתו את בן/בת־הזוג שלו. יש להיזהר בהסקת המסקנות לגבי אופי השימוש במנגנון הפיצול בקרב האוכלוסייה בשל הפער הקיים בין ההגדרה הדינמית למנגנון הפיצול ולהגדרה האופרטיבית שננקטה במחקר זה.

משמעות קלינית נוספת של מימצאי המחקר הנוכחי מורה על הצורך בהתייחסות הולמת לנשות הנפגעים. בדומה לשינויים שחלו במהלך השנים בהתייחסות הטיפולית והחברתית אל נפגעי אירועים טראומתיים, יש להפנות זרקור דומה אל הנפגעים המשניים של אירועים אלה. לא זו בלבד שסבלן של בנות־הזוג של הנפגעים רב והן ראויות לטיפול וסיוע, אלא נכון יהיה לומר שמי שמנסה לטפל בנפגעים הפוסט טראומתיים מבלי לקחת בחשבון את מצבן של בנות־זוגם, כאילו מנסה להרים קורת עץ כבדה מצידה האחד בלבד. מצבן של הנשים מושפע עמוקות ממצבם של הנפגעים, ומשפיע עליהם חזרה וחוזר חלילה. דינמיקה זו צריכה להילקח בחשבון כחלק מהתהליך הטיפולי.

ספרות:

1. Kahana E., Kahana B., Harel Z. et al., Coping with extreme trauma. In: J.P. Wilson, Z. Havel, B. Kahana (Eds.), Human adaptation to extreme stress. New York & Boston, Plenum Press, 1988.
2. Figley C.R. (Ed.), Trauma and its wake. New York, Brunner/Mazel, 1985.
3. Solomon Z., A three year prospective study of post traumatic stress disorder in Israeli combat veterans. J. of Traumatic Stress, 2: 59-73, 1989.
4. Am. Psychiatric Assoc., DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), Washington, DC, Am. Psychiatric Press, 1994.
5. Van der Kolk B.A., The psychological consequences of overwhelming life experiences. In: B.A. Van der Kolk (Ed.), Psychological trauma. Washington, DC, Am. Psychiatric Press, 1986.
6. Quarantelli E.L., An assessment of conflicting views on mental health: The consequences of traumatic events. In: C.R. Figley (Ed.), Trauma and its wake. New York, Brunner/Mazel, 1985.
7. Titchener J.L., Post traumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives. In: C.R. Figley (Ed.), Trauma and its wake. New York, Bruner/Mazel, 1986.
8. Williams C.M., The "veteran system" with focus on woman partners: Theoretical considerations, problems and treatment strategies. In: T. Williams (Ed.), PTSD of Vietnam veterans. Cincinnati, Disabled American Veterans, 1980.
9. Solomon Z., Waysman M., Avitzur E. et al., Psychiatric symptomatology among wives of soldiers following combat stress reaction: The role of the social network and marital relations. Anxiety Research, 4: 213-223, 1991.
10. Maloney L.J., Posttraumatic stresses of women partners of Vietnam veterans. Smith College Studies in Social Work, 58: 122-143, 1988.
11. Williams C.M., Williams T.W., Family therapy for Vietnam veterans. In: S.M. Sonnenberg, A.S. Blank, J.A. Talbott (Eds.), The stress of war: recovery in Vietnam veteran. Washington, DC, Am. Psychiatric Press, 1985.
12. Rosenheck R., Nathan P., Secondary traumatization in the children of Vietnam veterans with PTSD. Hospital and Community Psychiatry, 36: 538-539, 1985.
13. סולומון ז., לוי ג., וייסמן מ. וחב', מקו החזית לחזית הבית: מחקר על טראומתיזציה משנית. הרפואה, 124: 750-755, 1993.
14. Waysman M., Mikulincer M., Solomon Z. et al., Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A family typology. J. of Family Psychology, 7: 104-118, 1993.
15. Casseli L., Motta R., The effect of PTSD and combat level on Vietnam veterans' perceptions of child behavior and marital adjustment. J. of Clinical Psychology, 51: 4-12, 1995.
16. Jordan B., Marmar R., Fairbank J. et al., Problems in families of male Vietnam veterans with PTSD. J. of Consulting and Clinical Psychology, 60: 916-926, 1992.
17. Mikulincer M., Florian V., Solomon Z., Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: a study of wives of veterans with combat stress reaction. Anxiety, Stress, and Coping, 8: 203-213, 1995.
18. Solomon Z., Waysman M., Belkin R. et al., Marital relations and combat stress reaction: The wives' perspective. J. of Marriage and the Family, 54: 316-326, 1992.
19. Coughlan K., Parkin C., Women partners of Vietnam veterans. J. of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 24: 25-27, 1987.
20. Freud S., Beyond the pleasure principle. S.E., XVIII: 1-64. London, Hogarth Press, 1920.
21. Horowitz M., Stress response Syndromes. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.
22. Furst S. S., Psychic trauma: A survey. In: S.S. Furst (Ed.), Psychic trauma. New York, Basic Books, 1967.
23. Russell P., Trauma, repetition and affect. Paper presented at Psychiatry Grand Rounds. Cambridge Hospital. Cambridge, 1990.
24. Herman J.L., Van der Kolk B.A., Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: B.A. Van der Kolk (Ed.), Psychological trauma. Washington, DC, Am. Psychiatric Press, 1986.
25. Kardiner A., Traumatic neuroses of war. In: S. Arieti (Ed.), American handbook of Psychiatry. New York, Basic Books, 1959.
26. Krugman S., Trauma in the family: Perspectives on the intergenerational transmission of violence. In: B.A. Van der Kolk (Ed.), Psychological trauma. Washington, DC, Am. Psychiatric Press, Inc., 1986.
27. Scurfield R.M., Post trauma stress assessment and treatment: Overview and formulations. In: C.R. Figley (Ed.), Trauma and its wake. New York, Brunner/Mazel, 1985.
28. Kernberg O.F., Borderline conditions and pathological narcissism. New York, Jason Aronson, 1975.
29. Kernberg O.F., Borderline personality organization. In: M.H. Stone (Ed), Essential papers on borderline disorders. New York, Univ. Press, 1986.
30. Segal H., Introduction to the work of Melanie Klein. New York, Basic Books, 1964.
31. Solomon Z., Convergent validity of PTSD diagnosis: Self report and clinical assessment. Israel J. of Psychiatry and Related Sciences, 25: 46-55, 1988.
32. Solomon Z., Benbenishty R., Neria Y. et al., Assessment of PTSD: Validation of the revised PTSD inventory. Israel J. of Psychiatry and Related Sciences, 30: 110-115, 1993.
33. Derogatis L.R., The SCL-90Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, Baltimore, 1977.
34. Derogatis L.R., Cleary P.A., Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validity. J. of Clinical Psychology, 33: 981-989, 1977.
35. Derogatis R.L, Rickles K., Roch A., SCL-90 and the MMPI: A step in the validity of a new self report scale. Brit. J. of Psychiatry, 128: 280-289, 1976.
36. Barron F., An ego strength scale which predicts response to psychotherapy. J. of Consulting Psychology, 17: 327-333, 1953.

37. צפריר ע., חוזק אני ויעילות תיפקודיו כמנבאים מעורבות בתאונות דרכים ובמעורבות על עבירות בטיחות, עבודת גמר ל־מ.א., אוניברסיטת בר אילן, 1973.
38. Crumpton E., A factor analytic study of Barron's Ego Strength Scale. J. of Clinical Psychology, 16: 283-291, 1960.
39. Zinner J., Shapiro R., Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents. Int. J. of Psychoanalysis, 53: 523-530, 1972.
40. Derry D.E., Kuiper P.A., Schematic processing and selective reference. J. of Abnormal Psychology, 90: 286-297, 1981.
41. בודנר א., חוסר אונים אישי נלמד והיווצרותן של תגובות פרנואידיות ודיכאוניות: התפקיד של מיקוד הקשב, עבודת דוקטוראט, אוניברסיטת בר אילן, 1991.
42. Erikson E.H., Childhood and society. New York, Norton, 1950.
43. Fitts W.H., The self concept and self actualization. Research Monograph No. 3. Dede Wallace Center, 1971.
44. Stephenson W., The study of behavior: Q-technique and its methodology. Chicago, Univ. of Chicago Press, 1953.
45. Rogers C.R., Dymond R.F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Chicago, Univ. of Chicago Press, 1954.
46. Higgins E.T., Self-discrepancy: A theory relating self and affect. Psychological Rev., 94: 319-340, 1987.
47. שינדלר ש., כך עושות כולן? פרופיל התגובות ההתנהגותיות של נשות נפגעי תגובות קרב, והקשר לרמת המצוקה הנפשית של בני־הזוג, עבודת גמר ל־מ.א., אוניברסיטת תל אביב, 1995.
48. Reinberg L., Treating families of Vietnam veterans: Twenty years after the war. Paper presented at the 4th Int. Conference on Psychological Stress and Adjustment in Time of War and Peace, 1989.
49. Hogancamp V.E., Figley C.R., War: Bringing the battle home. In: C.R. Figley, H.I. McCubbin (Eds.), Stress and the family. Vol. II. New York, Brunner/Mazel, 1983.
50. Moses R., Adult psychic trauma – The question of early predisposition and some detailed Mechanisms. Int. J. of Psychoanalysis, 59: 353-363, 1978.

פסיכולוגיה מזרח-מערב

תכניות לימוד במכון דמו"ת קיץ 2001

טיפול ובודהיזם – פתיחה יולי 2001

קורס יסוד מטעם מכון Karuná (חמלה) להכשרת פסיכותרפיסטים באורינטציה בודהיסטית. מוכר ע"י המועצה הבריטית לפסיכותרפיה U.K.C.P.
המכון הוא מהמוסדות הבודדים בעולם המכשיר פסיכותרפיסטים על פי עקרונות הבודהיזם.

תכנית חד-שנתית למטפלים – פתיחה דצמבר 2001

א. בודהיזם בטיפול
ב. תיאורית חמשת המעברים: ראיה גופנית-נפשית
ג. נוכחות הגוף בטיפול הנפשי

ניתן להצטרף גם לקורסים בודדים.

לפרטים ולהרשמה טל' 02-5611933
מכון דמו"ת, דרך בית לחם 18, ירושלים
yurisela@netvision.net.il