

טראומטיזציה משנית בקרב נשות נפגעי תסמונת פוסט-טראומטית ופגיעה מוחית קלה: מצוקה, נטל ונפרדות פסיכולוגית

נורית בן ארצי, זהבה טולומון ורחל דקל

מטרת מחקר זה הייתה לבדוק את הנטל ואת המצוקה הנפשית אצל נשותיהם של גברים הסובלים מתסמונת פוסט-טראומטית ואצל נשותיהם של גברים, הסובלים מפגיעה מוחית קלה, ולהשוותם לאלו של נשים, שבעליהן לא עברו כל טראומה. כמו כן, נבחנו במחקר הזיקה בין הנפרדות הפסיכולוגית של הנשים לתחושות הנטל והמצוקה שלהן. במחקר השתתפו 60 נשים – 20 נשואות לנפגעי תסמונת פוסט-טראומטית, 20 נשואות לפגעי תסמונת מוחית ו-20 נשים ששימשו כקבוצת ביקורת. הנברקות מילאו שאלוני דיווח עצמי להערכת תחושת הנטל, המצוקה הנפשית והנפרדות הפסיכולוגית. הממצאים מעידים, כי עצמת המצוקה והנטל בקבוצות המחקר גבוהה מזו של קבוצת הביקורת, וכי קיים קשר חיובי בין שני המשתנים. עוד נמצא, כי רמת הנפרדות הפסיכולוגית קשורה לעצמת הנטל ולמצוקה, שחוות בנות הווג. בדיון נדונות ההשלכות של חיים לצד בן זוג פגוע.

מבוא

הקשר בין בעל לאשתו נחשב לאחד הקשרים האינטימיים והחזקים ביותר בחברה המודרנית. בעלים ונשים קשורים זה לזו לא רק בעבותות של מחויבות חוקית, במגורים משותפים, בניהול משק בית ובגידול ילדים, אלא הם משמשים זה לזה מוקד מרכזי לתמיכה, לדאגה ולהערכה הדדית. בתנאי קרבה שכאלה, הצפי הוא כי לשינויים מהותיים שחלים בכריאותו הפיזית או הנפשית של האחד תהיה השפעה מהותית על חיי זולתו. במחקר עליו ידווח במאמר זה נבחנו השלכותיהן של תסמונת פוסט-טראומטית ממקור מלחמתי ושל תסמונת מוחית קלה בקרב בעלים על תחושות המצוקה והנטל של בנות זוגן, וכן הזיקה בין הנפרדות הפסיכולוגית של הנשים לתחושות אלו.

סקירת ספרות

חיילים, המאובחנים כבעלי תסמונת פוסט-טראומטית שמקורה בחשיפה ללחצי קרב, סובלים מסימפטומים מגוונים, כגון מחשבות וזכרונות חודרניים על המאורעות הטראומטיים, חלומות חוזרים, תחושות או התנהגויות פתאומיות כאילו האירוע הטראומטי מתרחש שוב, דריכות, עוררות יתר, הפרעות בשינה, תחושות אשמה וקשיים בריכוז ובזיכרון. לחלק מהסימפטומים הפוסט-טראומטיים, ביניהם: כעס ועוינות מוגברים, קהות רגשית, חוסר עניין ומעורבות פחותה, תחושות של ריחוק וניכור קשים בתחום המיני, יש השפעה שלילית ישירה על היחסים במשפחה. הם פוגמים ביכולתם של הנפגעים הפוסט-טראומטיים לקיים קשרים אינטימיים ומיניים, ולעתים קרובות יוצרים אצל בנות זוגם תחושות של דחייה ותסכול (Williams, 1980; Figley, 1986, 1998; Solomon, Waysman, Levy, Fried, Mikulincer, Benbenishty, Florian & Bleich, 1992).

לעתים קרובות החיילים הפוסט-טראומטיים מתקשים להכיל ולשלוט בדחפיהם התוקפניים, והם הופכים את נשותיהם וילדיהם לקרבנות של התפרצויות זעם ושל ביטויי תוקפנות מילולית ופיזית (בלייך, טלומון ודקל, 1997; Horowitz & Williams, 1980; Solomon, 1978; Haley, 1978). הסימפטומים הפוסט-טראומטיים פוגעים במידה ניכרת ביכולתם למלא תפקידים של בעל, אב ומפרנס. מצב זה מחייב את המערכת המשפחתית לחלוקה מחודשת של עבודה ותפקידים. כך, כאשר הבעל סובל מהפרעה פוסט-טראומטית מגבילה, נדרשת אשתו ליטול על עצמה את כל, או כמעט את כל, האחריות לטיפול בילדים, לשמירת המסגרת המשפחתית, למשק הבית ותכופות גם את האחריות הכלכלית לקיום המשפחה.

התסמונת השנייה, שנחקרה במחקר זה, היא תסמונת הפגיעה המוחית הקלה (Post Concussion Syndrome). תסמונת זו מופיעה לאחר פגיעת ראש שאינה מלווה בפגיעה מבנית או בנזק פתולוגי מזהה לרקמות המוח. הפגיעה גורמת לאבדן הכרה, לאבדן זיכרון או לשינוי אחר במצב המנטלי של הנפגע, בכלל זה תחושות של ערפול, חוסר התמצאות, סחרחורת ואבדן זיכרון. בהמשך מופיעות לעתים הפרעות קוגניטיביות אפקטיביות והתנהגויות ממושכות. הפגיעה בקוגניציה כוללת הפרעות בקשב, בלימוד חומר חדש, בזכירה ובשטף הדיבור. הפגיעות האפקטיביות וההתנהגויות כוללות אי שקט, כעס, התפרצויות זעם, לביליות רגשית, מצבי חרדה ודיכאון, חוסר שליטה רגשית, ירידה בעכבות ופגיעה בהערכה העצמית (Brooks & McKinly, 1983; McAllister, 1994; Taylor & Price, 1994).

הן בתסמונת הפוסט-טראומטית והן בפגיעה המוחית הקלה, הסימפטומים יכולים להופיע מיד לאחר האירוע הטראומטי או להתעכב ולהופיע זמן רב לאחר הפגיעה.

לעתים הם נמשכים זמן קצר, ולעתים הם הופכים כרוניים. הסימפטומים יכולים להופיע בהרכבים שונים, כולם או מקצתם. שתי ההפרעות גורמות, במרבית המקרים, לפגיעה ביכולת התפקוד, ולעתים נצפה אף שינוי באישיות.

כל אחת משתי התסמונות הללו גוררת בעקבותיה, על פי רוב, שינוי דרסטי במערך הכוחות ובסיפוק הצרכים של המערכת הזוגית. לשינוי זה השפעה קשה על תחושת הרווחה של האישה ועל בריאותה. במחקרים, שבחנו נשים שבעליהן לחמו בצבא ארצות הברית בווייטנאם וסבלו מפוסט-טראומה, נמצא שיעור גבוה של פסיכופתולוגיה בהשוואה לנשים, שבעליהן לא נפגעו נפשית במלחמה. נשות הנפגעים דיווחו על עלייה בסומטיזציה, בדיכאון, בחרדה, בעייפות, בנסיגה מקשרים חברתיים, בקושי באינטימיות, בבעיות ריכוז ובסימפטומים הקשורים ללחץ, בהם הפרעות שינה וכאבי ראש (Maloney, 1988; Lyons, 1986; Coughlan & Parkin, 1987; Williams, 1980; Shean, 1987; Verbosky & Ryan, 1988; Jordan, Marmar, Fairbank, Schlanger, Kulka, Hough & Weiss, 1992; Riggs, Byrne, Weathers & Litz, 1998). מחקרים שנערכו בארץ ובדקו נשים נשואות לבעלים פוסט-טראומטיים, דיווחו על סימפטומים דומים. כמו כן, נמצא דמיון בפרופיל הסימפטומים הפסיכיאטריים בין הגברים הפוסט-טראומטיים לבנות זוגן (סולומון, 1989; לוי, 1990).

ממצאים דומים נמצאו גם אצל נשים נשואות לנפגעי פגיעה מוחית קלה. לזאק (Lezak, 1978) דיווח, כי בנות הזוג סובלות מתחושת דחיה ואי-סיפוק צרכים רגשיים כתוצאה מקשייהם של פגועי הראש לספק את צרכים אלו. בנוסף נמצא, כי השינויים האפקטיביים וההתנהגותיים אצל הפגועים, מותירים את נשותיהם במתח עצום, והם בחשש מתמיד מהלא צפוי, מכעס ומדחייה (Brooks & McKinly, 1999; Siders, 1983; Kravet, Gross, Weiler et al.). במחקרים אחרים נמצא, כי נשות הנפגעים מדווחות על חוסר מנוחה ועל תחושות דיכאון בעצמה גבוהה יותר אף מזו של הנפגעים עצמם (MaussClum & Ryan, 1981).

סקירת הספרות מורה, כי נשים הנשואות לגברים פוסט-טראומטיים ונשים הנשואות לגברים שסובלים מתסמונת מוחית קלה מתנסות בקשיים דומים, הכוללים צמצום הביטוי האינטימי, הרגשי והמיני שלהן והתפרצויות של אלימות מילולית ופיזית של הבעלים. נשים משתי הקבוצות האלה מדווחות על סימפטומים נפשיים כדיכאון, חרדה ואי-שקט. למרות הדמיון הרב בין שתי התסמונות והסימפטומים שמהם סובלים הנפגעים, קיים הבדל ביניהן. בעוד שהתסמונת הפוסט-טראומטית מאופיינת גם בסימפטומים חודרניים, הרי שבפגיעה מוחית קלה לא נצפים סימפטומים אלו. כלומר, בשל שינוי ההכרה בזמן הפגיעה בראש, כמו אבדן ההכרה או הזיכרון לא נצפים סימפטומים חודרניים אצל נפגעי התסמונת המוחית. אולם, בתסמונת הפוסט-

טראומטית הסימפטומים החודרניים, הכוללים סיוטים והבזקי זיכרון של האירוע הטראומטי, בולטים מאוד.

המטרה הראשונה של מחקר זה, היתה על כן לבדוק את רמת המצוקה הנפשית של נשים הנשואות לגברים עם תסמונת פוסט-טראומטית ושל נשים הנשואות לגברים עם תסמונת מוחית, ולהשוותן לקבוצת ביקורת. על סמך הספרות הקיימת הועלתה ההשערה כי רמת המצוקה בקבוצות המחקר תהיה גבוהה מרמת המצוקה של קבוצת הביקורת. עם זאת, במחקר זה הושוותה גם עצמת המצוקה בשני סוגי הפגיעה. ההשערה היתה, כי כתוצאה מההבדלים בסימפטומים בין שתי קבוצות המחקר עצמת המצוקה אצל נשותיהם של הנפגעים הפוסט-טראומטיים הסובלים מסימפטומים חודרניים, תהיה גבוהה יותר מאשר אצל נשותיהם של נפגעי תסמונת מוחית.

הספרות מציעה שני הסברים עיקריים לתהליכים, המשמשים להעברת המצוקה מהבעלים לנשותיהם. הראשון גורס, כי מי שמתנסים בקשר אינטימי ממושך עם קרבות טראומה עלולים להפוך בעצמם לקרבות עקיפים של הטראומה, בעקבות תהליך שבו הסימפטומים של בן הזוג הפגוע מתפשטים ומועברים לבן הזוג האחר. הזדהות בת הזוג עם בן זוגה מביאה לכך, שבאופן הדרגתי היא "נדבקת" בסימפטומים (Williams, 1980; Maloney, 1988).

לחלופין ייתכן, כי תחושות המצוקה המוגברת, שחוות נשותיהם של הגברים הפגועים בשנות נישואיהן, קשורות לעול הכבד המוטל עליהן, בגין המוגבלות של בן זוגן. כאמור, הן התסמונת הפוסט-טראומטית והן הפגיעה המוחית גורמות לקשיי תפקוד ניכרים אצל הפגועים, קושי לפרנס וקושי לתפקד כבעל, כבן זוג וכהורה. בת הזוג נדרשת, פעמים רבות, למלא את התפקידים החסרים. כפי שקורה לעתים קרובות אצל מי שמטפלים בבן זוג החולה במחלה כרונית, הנטל הכבד המוטל על הנשים מעורר בהן תחושות מצוקה, כמו דיכאון וחרדה (McCubbin, Dahl & Hunter, 1976; Lezak, 1978).

האנקין ועמיתיו (Hankin, Abueg, Gallagher-Thompson & Murphey, 1993) גרסו, כי התסמונת הפוסט-טראומטית כמחלה ממושכת עם מהלך משתנה גורמת אצל בנות הזוג למצוקה הדומה למצוקתן של נשים המתמודדות עם מחלות כרוניות של בעליהן. הם מציינים, כי רבים ממקורות הלחץ, הפועלים על בן זוגן של חולה כרוני, קיימים גם אצל בנות זוגם של נפגעי פוסט-טראומה, והם כוללים הסתגלות למהלך הקליני הלבילי של המחלה, התמודדות עם בעיות כלכליות, מתח במערך המשפחתי ובידוד חברתי. במחקר שנערך לאחרונה עם 58 בנות זוג של נפגעי פוסט-טראומה ממלחמת וייטנאם נמצא קשר בין חומרת הסימפטומים של הנפגע לתחושת הנטל של האישה. כמרכיב נמצא כי תחושת נטל גבוהה אצל האישה לוותה במצוקה פסיכולוגית, במצב רוח ירוד ובחרדה גבוהה יותר. יתר על כן, נמצא כי תחושת הנטל

היא משתנה חשוב ביותר למידת ההסתגלות של האישה (Beckham, Lytle & Feldman, 1996).

באופן דומה גם אשתו של מי שסובל מפגיעה מוחית, מתמודדת עם מחלה כרונית הגורמת לעומס ונטל ממושכים. נתנון ורחנבאום (1976) מדווחים, כי בנות זוגם של גברים הסובלים מפגיעה מוחית תיארו את בעליהן כתלותיים וילדותיים יותר מנשים, שהיו נשואות לגברים פרפליגים או בריאים. הבעלים השתתפו פחות בגידול הילדים והתחלקו פחות באחריות כלפיהם. הנשים דיווחו, שחסרה בבית דמות אב וכי בעקבות הפגיעה הן צריכות למלא גם את תפקיד הגבר בבית. נוסף לעומס התפקידים צריכה אשת הנפגע להתמודד עם השינוי שחל באישיותו של בעלה (נתנון ורחנבאום, 1976; Brooks & McKinley, 1983).

המטרה השנייה של המחקר היתה על כן לבדוק את תחושת הנטל אצל נשותיהם של גברים פגועים. על סמך הספרות הועלתה ההשערה כי נשים בקבוצות המחקר דיווחו על תחושות נטל בעצמה גבוהה יותר מנשים בקבוצת הביקורת. על סמך ההבדלים בין שתי קבוצות המחקר, ולאור השינויים העמוקים יותר באישיותם שמהם סובלים נפגעי הפגיעה המוחית, ההשערה היתה כי עצמת הנטל בקרב נשותיהם של גברים אלו תהיה אף גבוהה יותר מאשר בקרב נשות נפגעי תסמונת פוסט-טראומטית. השערה נוספת היתה, כי קיימת זיקה בין עצמת הנטל שחוות נשות הנפגעים לעצמת המצוקה הנפשית שלהן. כלומר, נשים שידווחו על נטל גבוה יותר יסבלו ממצוקה נפשית חריפה יותר.

סקירת הספרות מדגימה את ההשפעות הפתוגניות שיש לתסמונת הפוסט-טראומטית ולתסמונת הפגיעה המוחית הקלה על נשות הנפגעים. עם זאת, המחקרים המעטים בתחום מורים, כי לא כל נשות הנפגעים מגיבות בצורה דומה, וכי מסתמנת שונות רבה בתגובותיהן. ג'ורדן ועמיתיו (Jordan, Marmar, Fairbank, Schlenger, 1992) מצאו, למשל, כי בעוד ש-42 אחוזים מהנבדקות דיווחו על דמורליזציה, 24 אחוזים דווחו שהן שבעות רצון בחייהן ואינן סובלות ממצוקה. ייתכן כי השונות בחומרת המצוקה האישית קשורה, בין השאר, למדדי אישיות ו/או מצב.

אחד הממדים המאפיינים אישיות בוגרת, המטיבה להתמודד עם לחצים פנימיים וחיצוניים, הוא נפרדות פסיכולוגית הנרכשת בתהליך התפתחותי של נפרדות וייחוד. מונח זה מתאר תהליך פסיכולוגי, המתקיים בשנים הראשונות לחיי האדם, מוביל לאי-תלות ולאוטונומיה וסולל את הדרך לזהות עצמאית. על-פי בואן (Bowen, 1978), אישיות בוגרת מאפשרת לאדם להישאר אוטונומי במערכת המשפחתית ולנוע בגמישות בין יכולתו להתקשר באופן אינטימי ולהישאר בלתי תלוי.

קשיים בנפרדות ובייחודיות מתוארים כמקור בולט להפרעות נפשיות (למשל Sabatelli & Karpel, 1976; Meyer & Russell, 1998) ולקשיים בחיי הנישואין (Sabatelli &

Bowen, 1978; Skowron & Friedlander, 1998; Mazor, 1985; Bowen, 1978; Skowron & Friedlander, 1998). בואן (Bowen, 1978) גורס, כי אנשים בעלי רמת דיפרנציאציה גבוהה יהיו פחות חרדים נוכח קרבה או העדר קרבה בנישואים, ויטיבו להתמודד עם מצבי חרדה. אנשים כאלה יתנסו בפחות קונפליקטים תוך-אישיים ולפיכך ייטו פחות להשליך את קשייהם על מערכת הנישואים. גם חוקרים אחרים מדווחים, כי תחושת הנפרדות תורמת לתחושת שליטה ומגבירה את יכולת ההתמודדות עם אתגרים (Bloss, 1979; Holmbeck & Wandrei, 1993).

במחקר זה ביקשנו על כן לבדוק גם את תרומתה של תחושת הנפרדות לתחושות הנטל והמצוקה הנפשית של בנות הזוג. לאור הספרות המציינת, כי תחושת הנפרדות תורמת לתחושת השליטה ומסייעת בהתמודדות עם מצבי לחץ משפחתיים, ההשערה היתה כי קיים קשר בין תחושת הנפרדות לתחושות הנטל והמצוקה. נשים בעלות תחושת נפרדות גבוהה יותר ידווחו על תחושות נטל ומצוקה קלות יותר.

שיטת המחקר

הנבדקים

במחקר השתתפו 60 נבדקות משלוש קבוצות. קבוצה אחת של 20 נשים הנישואות לגברים הסובלים מסתמונת פוסט-טראומטית ממקור מלחמתי ומטופלים במרפאה קהילתית לנפגעים פוסט-טראומטיים. קבוצה שנייה של 20 נשים הנישואות לגברים הסובלים מתסמונת פגיעה מוחית מזערית (Post Concussion Syndrome) בעקבות פעילות מבצעית ומטופלים בבית חולים שיקומי לנפגעי ראש; בעליהן של הנשים בשתי קבוצות אלו אובחנו על-ידי פסיכיאטר, והוכרו על-ידי משרד הביטחון. התסמונת הפוסט-טראומטית אובחנה בהתאם למגדר הפסיכיאטרי המקובל (DSM), ואבחנת הפגיעה המוחית הקלה נעשתה על סמך תלונה על פגיעת ראש, כאשר לא נמצאו סימנים לפגיעה מבנית של המוח. הנפגעים בשתי קבוצות אלו היו בעלי פגיעה כרונית (למעלה מעשר שנים לאחר האירוע). כל הנשים בשתי קבוצות המחקר היו נשואות לבני זוגן עוד לפני הפגיעה.

כקבוצת ביקורת שימש מדגם נוחות של 20 נשים הנישואות לגברים בריאים שאינם סובלים מתסמונת נפשית או גופנית כלשהי, אשר שירתו בצבא והיו מעורבים בפעילות צבאית.

התפלגות הנתונים הדמוגרפיים של הנשים ותוצאות ניתוחי χ^2 שנערכו לכדיקת ההבדלים בין הקבוצות מוצגים בלוח 1.

לוח 1: התפלגות הנתונים הדמוגרפיים בחלוקה לקבוצות מחקר

χ^2	קבוצת ביקורת		פגיעה מוחית ועירה		תסמונת פוסט-טראומטית		משתנים
	%	N	%	N	%	N	
4.76	26	5	58	11	45	9	גיל 39-30
	58	11	26	5	45	9	49-40
	16	3	16	3	10	2	59-50
14.09	10	2	5	1	5	1	ילדים 2
	35	6	10	2	25	5	3
	45	8	60	12	25	5	4
	10	2	25	5	45	9	+5
8.81	65	13	70	14	50	10	ארץ הלידה ישראל
	5	1	25	5	35	7	אסיה / אפריקה
	30	6	5	1	15	3	אירופה / אמריקה
*11.12	5	1	25	5	25	5	השכלה יסודית
	26	5	55	11	45	9	תיכונית
	68	13	20	4	30	6	אקדמאית
**11.53	95	19	55	11	47	9	האישה עובדת כן
	5	1	45	9	53	10	לא
**17.75	0	0	30	6	20	4	מצב כלכלי נמוך מאוד
	—	—	25	5	35	7	נמוך
	100	19	45	9	45	9	בינוני +

$p < 0.01$ ** $p < 0.05$ *

מלוח 1 עולה כי מרבית הנבדקות היו בנות 40-49 אימהות ליותר משלושה ילדים וילידות הארץ. הבדלים מובהקים נמצאו בין שלוש הקבוצות בתחומי ההשכלה, המצב הכלכלי ותעסוקת האישה, בעיקר בין הנשים בקבוצת הביקורת לבין הנשים בשתי הקבוצות האחרות. השכלת הנשים בקבוצה זו היתה גבוהה יותר, שיעור העובדות ביניהן היה גבוה יותר ומצבן הכלכלי היה טוב יותר. הבדלים אלו נלקחו בחשבון במהלך ניתוח הנתונים.

כלי המחקר

א. סימפטומטולוגיה (מצוקה נפשית). להערכת הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית התבקשו הנבדקות להשיב לשאלון Symptom Checklist (SCL-90-R). זהו שאלון לדיווח עצמי, הבוחרן 90 סימפטומים בתשעה תחומי הפרעה: סומטיזציה,

אובססיביות-קומפולסיביות, רגישות בין-אישית, דיכאון, חרדה, עוינות, חרדה פובית, חשיבה פרנואידית ופסיכוטיות. הנבדקות התבקשו לציין עד כמה הציק להן בשבועיים האחרונים הסימפטום המתואר. טווח התשובות נע בין 1 – כלל לא עד ל-5 – הרבה מאוד. על-פי התשובות חושבה חומרת המצוקה בכל אחד מהתחומים (מ¹ – היעדר מצוקה עד ל-5 – מצוקה גבוהה) וכן חומרת המצוקה הכוללת. השימוש בשאלון זה נפוץ בעולם ובארץ במחקרים שנועדו למדוד את עצמת המצוקה הנפשית ואת ביטוייה השונים גם בקרב אוכלוסיות שאינן קליניות, כדוגמת חולים דמנטיים (Pot, Deeg & Van-Dyck, 1997) ופגועי ראש (Chwalisz, 1996). לשאלון תכונות פסיכומטריות מוכחות (Derogatis, 1977), ובדיקת העקיבות הפנימית של המדדים השונים במחקר הנוכחי העלתה מהימנות גבוהה לסקלות השונות (אלפא קרוונבאך עבור סומטיזציה – 0.94; עוינות – 0.90; חרדה פובית – 0.78; חשיבה פרנואידית – 0.84; פסיכוטיות – 0.85; והמדד הגלובלי – 0.99).

ב. נטל Caregiver Burden Inventory (CBI). כדי להעריך את עצמת הנטל שחוות המטופלות לבעל פגוע ואת סוג הנטל, נעשה שימוש בשאלון של נובאק וגסט (Novak & Guest, 1989). בשאלון 24 היגדים למילוי עצמי, המתארים חמישה ממדים של נטל: א. נטל זמן – תחושת הנטל של המטפל כתוצאה מהזמן הבלתי מוגבל שצורך הטיפול ("אין לי רגע מנוחה מתפקידי לדאוג לו"); ב. נטל התפתחותי – תחושת עיכוב התפתחותי של המטפל בהשוואה לקבוצת בני גילו ולציפיותיהם ("אני מרגישה שאני מפסידה חוויות בחיים", "ציפיתי שהדברים יראו אחרת בשלב זה של חיי"); ג. נטל פיזי – הרגשה של עייפות כרונית ונזק פיזי למטפל ("חסרות לי שעות שינה"); ד. נטל חברתי – תחושת המטפל באשר לקונפליקט בין תפקידי השונים ("אני לא מסתדרת עם בני המשפחה כמו שהסתדרתי בעבר"); ה. נטל רגשי – הרגשות שליליים של המטפל כלפי המטופל ("יש לי טינה כלפיו"). על פי תשובות הנבדקות להיגדים חושבה עצמת הנטל בכל ממד (מ¹ – היעדר נטל עד ל-5 – נטל רב מאוד). חמשת המדדים קשורים זה לזה באופן מובהק, והמתאמים ביניהם נעים בין 0.55 (למתאם בין נטל רגשי ונטל זמן) לבין 0.97 (למתאם בין נטל רגשי וחברתי).

ג. נפרדות פסיכולוגית. הנפרדות הוערכה באמצעות שאלון Psychological Separation Inventory בגירסה שעובד טור (1992) לבחינת נפרדות מן זוג. השאלון כולל 15 היגדים המתארים שני גורמים: עצמאות פונקציונלית – היכולת לנהל את החיים ללא עצותיו של האחר ("אני מתייעצת עם בעלי לגבי קבלת עבודה כלשהי", "לא הייתי מבצעת קנייה גדולה ללא אישור של בן זוגי") ועצמאות רגשית – שחרור

טראומטיזציה משנית בקרב נשות נפגעי תסמונת פוסט-טראומטית ופגיעה מוחית קלה

מצורך קיצוני באושר, הקרבה ותמורה רגשית מהאחר ("כשאני רחוקה מכן זוגי, אני חשה בדידות", "כשאני לא מצליחה בעבודה אני מרגישה שאני מאכזבת את בן זוגי"). על-פי תשובות הנבדקות להיגדים חושבה עוצמת הנפרדות (מ¹ – נפרדות נמוכה עד ל-5 – נפרדות גבוהה). הקשר בין שני הגורמים נבדק באמצעות מתאם פירסון ונמצא גבוה למדי ($r=0.77$; $p<0.001$).

לשאלון תוקף ומהימנות מספקים (טור, 1992; כץ, 1996; בן-ארצי, 1997). במחקר הנוכחי נמצאה עקיבות פנימית גבוהה לשני המדדים המצביעה על מהימנות הכלי ($\alpha=0.73$) עבור עצמאות פונקציונאלית, $\alpha=0.80$ עבור עצמאות רגשית).

הליך

הנבדקות אותרו, כאמור, על-פי רישומים במרפאה קהילתית לנפגעים פוסט-טראומטיים ובבית חולים שיקומי לנפגעי ראש. לאחר שהוסברו להן ולבני זוגן מטרת המחקר והושגה הסכמתן, הן חתמו על טופסי הסכמה. הנבדקות מילאו בעצמן את השאלונים בנוכחות מראינות.

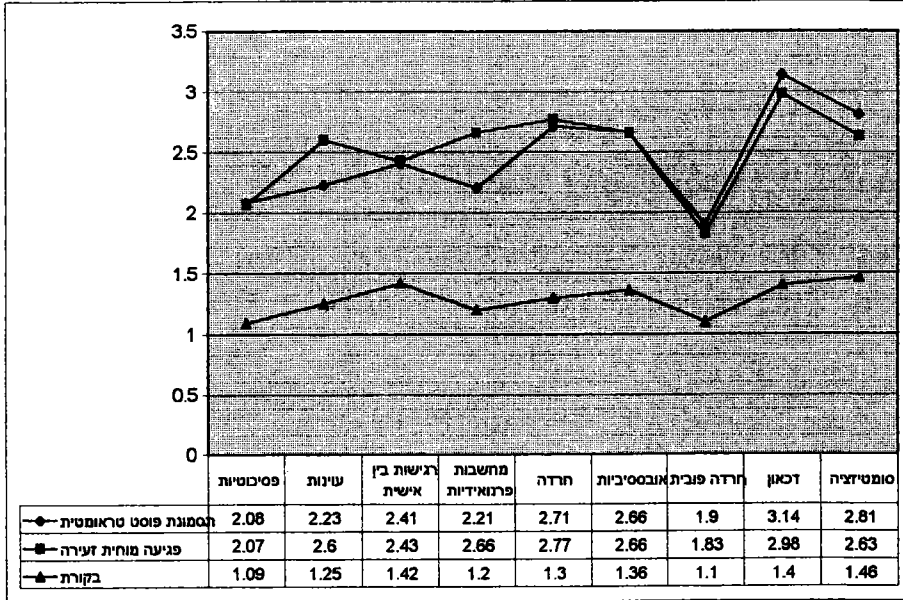
ממצאים

רמת המצוקה הנפשית. כדי להשוות את רמת המצוקה שחוות נשותיהם של נפגעים פוסט-טראומטיים, נשותיהם של פגועי ראש ונשים שבעליהן בריאים חושב לכל נבדקת ציון גלובלי ותשעה ציונים לתת-הסולמות של שאלון הסימפטומטולוגיה. תרשים 1 מציג את עצמת המצוקה בתשעת תחומי הסימפטומים של כל קבוצה. לבדיקת ההבדלים בין הקבוצות נערך ניתוח MANOVA, כאשר הקבוצה היא משתנה בלתי תלוי והמצוקה הכללית והסימפטומים הם משתנים תלויים. נמצא הבדל מובהק בין שלוש הקבוצות בציון המצוקה הכללי ($F(2,57)=22.68$; $p<0.001$) ובסימפטומים ($F(18,98)=3.60$; $p<0.001$).

בניתוח השוואה בין זוגות על-פי Scheffe נמצאו הבדלים בין כל אחת מקבוצות המחקר לקבוצת הביקורת. נשות הנפגעים הפוסט-טראומטיים ופגועי הראש ביטאו מצוקה נפשית בעצמה גבוהה יותר מהנשים שבקבוצת הביקורת. בניגוד למשוער, נשותיהם של נפגעים פוסט-טראומטיים לא נבדלו בעצמת המצוקה מנשותיהם של פגועי הראש באף אחד ממדדי הסימפטומים.

תחושת הנטל. נתוני חמשת מדדי הנטל בשלוש הקבוצות מוצגים בלוח 2.

תרשים 1: פרופיל הסימפטומים הפסיכיאטריים בחלוקה לקבוצות



לוח 2: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי הנטל בחלוקה לקבוצות המחקר

F	ביקורת		פגיעה מחית זעירה		תסמונת פוסט-טראומטית		המדדים
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
*29.12	1.24	0.32	3.24	1.22	3.64	1.34	נטל זמן
*77.53	1.22	0.37	4.21	1.00	4.16	1.05	נטל התפתחותי
*33.09	1.32	0.41	3.53	1.19	3.41	1.10	נטל פיזי
*31.00	1.22	0.31	3.37	1.17	2.81	0.95	נטל חברתי
*30.89	1.12	0.36	3.32	1.24	2.58	0.87	נטל רגשי

p < 0.001 *

ניתוח MANOVA, שבו הקבוצה היא המשתנה הבלתי תלוי ומדדי הנטל הם המשתנים התלויים העלה הבדל מובהק בין שלוש קבוצות המחקר ($F(10,92) = 9.44$; $p < 0.001$). בניתוח השוואה בזוגות על פי Scheffe נמצא, כי בכל המדדים נשותיהם של נפגעי תסמונת פוסט-טראומטית ופגועי הראש מדווחות על נטל רב יותר

טראומטיזציה משנית בקרב נשות נפגעי חסמונת פוסט-טראומטית ופגיעה מוחית קלה

מקבוצת הביקורת. עם זאת, בכל המדדים, למעט הנטל הרגשי, אין הבדל מובהק בין מי שנשואות לפגועי ראש למי שנשואות לנפגעים פוסט-טראומטיים. במדד נטל רגשי נמצאו הבדלים מובהקים בין שלוש הקבוצות. בהתאם להשערה נמצא, שעל נטל רגשי נמוך ביותר דיווחו הנשים בקבוצת הביקורת, בתוך נמצאו הנשים שנשואות לנפגעים פוסט-טראומטיים ועל הנטל הגבוה ביותר דיווחו נשים שנשואות לפגועי ראש.

נפרדות פסיכולוגית. בביתוחי MANOVA, שבהם הקבוצה שימשה כמשתנה בלתי תלוי ומדדי הנפרדות כמשתנים תלויים, לא נמצא הבדל מובהק בין שלוש קבוצות המחקר ($F(4,94) = 3.22$). נתוני מדדי הנפרדות הפסיכולוגית מוצגים בלוח 3.

לוח 3: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי הנפרדות הפסיכולוגית בחלוקה לקבוצות המחקר

F	ביקורת		פגיעה מוחית זעירה		חסמונת פוסט-טראומטית		המדדים
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
0.14	0.78	2.65	1.14	2.63	0.92	2.50	עצמאות תפקודית
1.87	0.64	2.11	0.96	2.43	0.94	2.65	עצמאות רגשית

כאמור, הנשים בקבוצת הביקורת נבדלו מהנשים שבשתי קבוצות המחקר במאפייני רקע סוציודמוגרפיים. לפיכך ערכנו ניתוחי MANCOVA כדי לבדוק, האם ההבדלים בין הקבוצות נובעים מהבדלים במשתני הרקע: השכלה, מצב כלכלי ותעסוקה. בכל ניתוח היה מבוקר משתנה רקע אחר. נמצא, שכאשר מאפייני הרקע היו מבוקרים, ההבדלים בין הקבוצות ברמת הנטל נותרו מובהקים. בנוגע למדדי הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית נמצא, כי ההבדלים בכל המדדים למעט מדדי הרגישות הבין-אישית, העוינות ופוביה נשארו מובהקים. כלומר, מרבית ההבדלים בין הקבוצות ברמת המצוקה והנטל אינם נובעים מההבדלים במאפייני הרקע.

בהמשך בדקנו את הקשרים בין המשתנים. כאמור שיערנו כי ימצאו קשרים חיוביים בין תחושות הנטל לעצמת המצוקה. כלומר, ככל שהנטל יהיה גבוה יותר, עצמת המצוקה בכל הקבוצות תהיה גבוהה יותר. כמו כן שיערנו, כי תחושת נפרדות גבוהה יותר תהיה קשורה לתחושות נטל ומצוקה נמוכות יותר. לוח 4 מציג את מתאמי פירסון בין המשתנים.

לוח 4: מתאמי פירסון בין מדדי הנטל, המצוקה והנפרדות

מצוקה נפשית	מצמאות תפקודית	מצמאות רגשית	
			מדדי הנטל:
**0.62	-0.03	*-0.26	נטל הזמן
**0.74	-0.08	*-0.23	נטל התפתחותי
**0.81	-0.05	*-0.26	נטל פיזי
**0.71	-0.01	*-0.23	נטל חברתי
**0.71	-0.03	0.00	נטל רגשי
			מדדי נפרדות
0.04	-	-	מצמאות תפקודית
*0.21	-	-	מצמאות רגשית

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

כפי שניתן לראות מלוח 4 הקשרים בין מדדי הנטל למדדי המצוקה חיוביים, גבוהים ומובהקים והם תומכים בהשערה, שקיים קשר בין הנטל לעצמת המצוקה. ככל שבת הזוג חווה תחושת נטל חזקה יותר, היא מדווחת על מצוקה נפשית חריפה יותר. מתאמים שליליים מובהקים נמצאו בין מדד הנפרדות הרגשית לתחושות הנטל והמצוקה. כלומר, בהתאם למשוער, ככל שרמת הנפרדות הרגשית גבוהה יותר, כך פוחתות רמת המצוקה הנפשית ותחושות הנטל. לא נמצאו מתאמים מובהקים בין הנפרדות התפקודית ועצמת הנטל והמצוקה. בניתוחי MANCOVA שנערכו כדי לבחון, אם דפוס הקשר בין מדדי הנטל, הנפרדות ועצמת המצוקה הנפשית דומה בשלוש הקבוצות, לא נמצאו הבדלים בקשרים בין קבוצות המחקר, דבר המצביע על כך שדפוס הקשרים בין הנטל, הנפרדות ועצמת המצוקה דומה בכל שלוש הקבוצות.

דיון

ממצאי המחקר מורים כי עצמת הסימפטומים הנפשיים של נשים, שבעליהן סובלים מתסמונת פוסט-טראומטית, ושל נשים, שבעליהן סובלים מפגיעה מוחית קלה, גבוהה מעצמת מצוקתן של נשים שבעליהן לא נפגעו. התוצאות לגבי נפגעי תסמונת פוסט-טראומטית מחזקות מחקרים קודמים שנערכו על נפגעים דומים. כך מצאו סולומון, לוי, וייסמן, פריד, מיקולינסר, פלוריאן ובלייך (1993) שנשים שהיו נשואות לחיילים

ישראלים שאובחנו כסובלים מתסמונת פוסט-טראומטית לאחר מלחמת לבנון, היו בסיכון גבוה למצוקה גופנית ונפשית מוגברת. באופן דומה מצאו ג'ורדן ועמיתיו (Jordan, Marmar, Fairbank, Schlenger, Kulka, Hough & Weiss, 1992), שחקרו נשות נפגעים פוסט-טראומטיים ממלחמת וייטנאם, שמרביתן דיווחו על רמות מצוקה גבוהות וכמחציתן דיווחו על הרגשה של "על סף התמוטטות עצבים". גם ורבוסקי וריאן (Verbosky & Ryan, 1988) מצאו רמות גבוהות של מצוקה בקרב נשות נפגעי פוסט-טראומה מוייטנאם כתוצאה מניסיונות הסתגלות לסימפטומים של התסמונת. החוקרים גורסים, כי נפגעי טראומה הלוקים בתסמונת פוסט-טראומטית, שונים ממה שהיו לפני האירוע הטראומטי. הם מסוגרים, מנותקים ומתקשים לשמר מערכת אינטימית כחיי נישואים (Lifton, 1973; Haley, 1974; Riggs, Byrne, Weathers & Miller, 1994; Litz, 1998; Matsakis, 1988) ושאן (Shean, 1987) מדווחות אף הן על כך, שנשותיהם של נפגעים פוסט-טראומטיים נאלצות להתמודד עם בדידות ובידוד חברתי הנכפים עליהן, הן בשל בעיות הבעל והן בשל הכושה ממצבו, המלווה ברגשות בלבול, רגישות בין-אישית, אחריות יתר, אבדן זהות, חוסר שליטה על החיים והאשמה עצמית.

תוצאות המחקר מורות, כי גם תסמונת פגיעה מוחית קלה אצל לוחמים קשורה למצוקה גופנית ונפשית מוגברת של נשותיהם. כאמור, הקושי העיקרי שאשת נפגע תסמונת מוחית צריכה להתמודד אתו הוא השינוי באישיות, שחל אצל הבעל הנפגע (פלוריאן ולהב, 1987). שינוי זה מתבטא בתחומים כמו אינטימיות, הדדיות ואחריות משותפת לטיפול בבית ובילדים. בדומה לנפגע התסמונת הפוסט-טראומטית גם נפגע הפגיעה המוחית מתקשה לספק את צרכיה הרגשיים של בת זוגו, והיא חשה דחוייה ומבודדת (Lezak, 1978). ממצא זה מחזק ממצאים ממחקרים קודמים, שנערכו על אוכלוסיות דומות. כך מצאו ליווינגסטון ועמיתיו (Livingston, Brooks & Bonds, 1985) כי נשים ואימהות של פגועי ראש נוטות לסכול במהלך השנים מבעיות פסיכיאטריות ודיספונקציות חברתיות עם ירידה משמעותית בתפקוד הבן זוגי. מאוסקלום וריאן (MaussClum & Ryan, 1981) אף דיווחו, כי בהשוואה בין בני הזוג חוסר המנוחה והדיכאון של הנשים היו בעצמות גבוהות יותר מאשר אצל בני זוגן. ההשערה, שמצוקת הנשים הנשואות לנפגעי פוסט-טראומה תהיה גבוהה יותר ממצוקתן של נשים שבעליהן סובלים מפגיעה מוחית לא אוששה. השערה זו התבססה על הסבל הנובע מהסימפטומים החודרניים של נפגעי הפוסט-טראומה, שאינם קיימים, עקב פגיעה בזיכרון, אצל נפגעי תסמונת מוחית. ייתכן, שלא נמצאו הבדלים מפני שלא נבדקה באופן ישיר השפעת הסימפטומים החודרניים על האישה. חשוב לציין, שב-30 אחוזים מנפגעי תסמונת מוחית סובלים גם מתסמונת פוסט-טראומטית (Ohry, Rattok & Solomon, 1996), כך שהאבתנה בדבר היעדר סימפטומים חודרניים לא תמיד תואמת.

השערה נוספת היתה, כי בשל פגיעת הבעלים, ידווחו הנשים בקבוצות המחקר על תחושות נטל גבוהות יותר מאלו שחשות הנשים בקבוצת הביקורת. ואכן מממצאי המחקר עולה, כי נשותיהם של נפגעי תסמונת פוסט-טראומטית ושל נפגעי פגיעה מוחית מדווחות על נטל כבד יותר בכל חמשת המדדים שנבדקו: נטל הזמן, נטל התפתחותי, נטל פיזי, נטל חברתי ונטל רגשי בהשוואה לקבוצת הביקורת. נשות הנפגעים נאלצות, למעשה, לקחת על עצמן בנוסף לתפקידיהן הקודמים גם את תפקידי הבעל. הן נושאות בעיקר העומס, ופעמים רבות הן מפרנסות ואחראיות בלבדיות לחינוך הילדים ולמשק הבית. בעקבות הפגיעה של הבעל, סובלות בנות הזוג ממחסור בזמן, מעייפות מתמדת, מקונפליקטים במילוי תפקידים, הן חשות שהתפתחותן ומאוויהן האישיים מוגבלים והן צוברות כעס וטינה כלפי בן זוגן בעצמות גבוהות יותר מאלו של הנשים בקבוצת הביקורת.

במדד הנטל הרגשי נמצאו הבדלים מובהקים בין שלוש קבוצות המחקר. הנטל הרגשי הנמוך ביותר נמצא בקבוצת הביקורת, הגבוה ביותר נמצא בקרב נשות נפגעי פגיעה מוחית, ובאמצע התמקמו נשות נפגעי תסמונת פוסט-טראומטית. מדד זה מתייחס לרגשות שליליים שיש לבת הזוג כלפי בן זוגה, שיכולים לנבוע מהתנהגות מוזרה ובלתי צפויה של הנפגע. ייתכן, שאשת הנפגע מתקשה להבין, כמו נפגעי הראש עצמם ולפעמים אף מטפליהם, את משמעות הפגיעה. האישה איננה מבחינה בבירור בפגיעה הקוגניטיבית והאפקטיבית, והיא נמצאת במבוכה ובבלבול לגבי מצבו של בעלה, מכיוון שחל בו שינוי מהותי מעבר לתפקוד זה או אחר. ההתנהגות הבלתי צפויה, התפרצויות הזעם והאלימות, הירידה בזיכרון, הפגיעה ביזמה וההתנתקות החברתית מעוררים, ככל הנראה, רגשות כעס וטינה (Lezak, 1978). אשת נפגע פגיעה מוחית מתמודדת עם נטל ממושך כמו אשת הנפגע הפוסט-טראומטי, אך השינוי באישיות הכולט יותר בתסמונת זו מוסיף, ככל הנראה, ממד רגשי לנטל.

כדי למצוא משאב אישיותי אצל האישה, המסייע לה ומקל על התמודדותה עם הנטל והמצוקה שבטיפול בבן הזוג הפגוע, נבדקה במחקר זה, תחושת הנפרדות הפסיכולוגית של האישה. בהשוואה בין הקבוצות במדדי הנפרדות הרגשית לא נמצאו הבדלים מובהקים. כלומר, ממצא זה מחזק את ההנחה, כי מדובר במשאב שנקבע כבר בשלב מוקדם ואינו מושפע מהתנסויות שונות.

ממצאי המחקר עולה כי קיים קשר שלילי בין תחושת הנפרדות לתחושות הנטל והמצוקה. כלומר, נפרדות נמוכה קשורה לנטל ולמצוקה גבוהים יותר. ממצאים אלו מחזקים את חשיבותה של תחושת הנפרדות כמשאב להתמודדות עם מצבי לחץ ומצוקה במשפחה. על פי בואן (Bowen, 1978), אנשים בעלי נפרדות נמוכה פגיעים יותר למצבי לחץ, ומועדים לחולי פיזי וחברתי. לעומתם, אנשים בעלי נפרדות גבוהה יכולים לחזור לשיווי משקל אמרציונאלי עם חלוף הלחץ.

בעוד שבעלי נפרדות גבוהה מגדירים את עצמם כבלתי תלויים בזולת, ואינם

נוקקים למשוב מהסביבה על מנת להגדיר את עצמם, בעלי נפרדות נמוכה מפתחים דימוי עצמי מדומה, שנוקק למשוב מאחרים כדי להגדיר את עצמו, מה שמוביל ליצירת קשרים אישיים ממוגנים, שהגבולות הבין אישיים בהם מטושטשים. בעוד שבעלי נפרדות גבוהה יכולים להפריד בין תגובות רציונליות לתגובות רגשיות, ונשארים אוטונומים יחסית גם במצבים של לחץ ומתח, בעלי נפרדות נמוכה מתקשים לבחור בין אפשרויות ולמעשה נשלטים על ידי נסיבות החיים (Bowen, 1978). מכאן, שנשים בעלות תחושת נפרדות גבוהה, הן בעלות יכולת גבוהה יותר להפריד בין המצוקה הנפשית של בן זוגן, לעצמי שלהן, ועקב כך להתמודד טוב יותר עם המצוקה הנפשית של בן זוגן. כתוצאה מכך תחושות הנטל ותחושות המצוקה שהן חוות נמוכות יותר. לעומת זאת, נשים בעלות נפרדות נמוכה, "מתמזגות" עם מצוקות הבעל, מתקשות בפתרון הבעיות ובהתמודדות יומיומית עם המחלה, וחוות נטל ומצוקה אישיים גבוהים יותר.

ממצא זה מחזק ממצאים קודמים שהראו כי תחושות הנטל והמצוקה שחורים מטפלים בבני משפחה אינן קשורות רק לעצמת הפגיעה ולהיקף הטיפול היומיומי הנדרש אלא גם לאמפייני המטפל ולדרכי ההתמודדות שלו (למשל, Noh & Avison, 1988; Solomon & Draine, 1995; Rabins, Fitting, Eastham & Fetting, 1990).

ממצאי המחקר צריכים להיבחן לאור מגבלותיו המתודולוגיות. ראשית, מספר הנבדקות בכל קבוצה היה מצומצם. למגבלה זו השפעה הן על פרשנות הממצאים והן על ההכללה מנבדקי המחקר לאוכלוסיית המחקר. שנית, רוב משתתפות המחקר היו בטיפול קליני ויש לנקוט זהירות בהכללת הממצאים על אוכלוסייה שאינה קלינית. מחקר זה מבוסס על ההנחה כי טראומת הבעל היא האירוע המרכזי והאחראי למצוקת האישה, ואולם, ייתכן כי במהלך השנים התרחשו אירועים נוספים במשפחות הנפגעים המשמשים מקור לחץ נוסף. עם זאת, יש לזכור כי מחקר זה הוא בין המחקרים הראשונים שבהם נבדק נושא הטראומטיזציה המשנית, אצל נשות נפגעי תסמונת פוסט-טראומטית ונפגעי תסמונת פגיעה מוחית קלה. תוצאות המחקר מצביעות על הצורך להעמיק את המחקר תוך בדיקת מדגמים גדולים ומייצגים יותר, ועל החשיבות והצורך לבדוק ולטפל בצורכיהן של נשות הנפגעים.

מקורות

בליין, א., סולומון, ז. ודקל, ר. (1997). הערכת נכות נפשית – נכי מערכת הביטחון. דו"ח מחקר. אגף השיקום, משרד הביטחון.

- בן ארצי, נ. (1997). טראומטיזציה משנית בקרב נשות נפגעי התסמונת פוסט-טראומטית ותסמונת פגיעה מוחית קלה: מצוקה, נטל ונפרדות פסיכולוגית. עבודת מ.א., אוניברסיטת תל-אביב, תל-אביב.
- טור, ע. (1992). התמכרות לאהבה. עבודת מ.א., אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
- כץ, י. (1996). הקשר בין ספרציה פסיכולוגית לבין ביצוע התנהגויות לשימור עצמי אצל אוכלוסייה בגיל ההתבגרות המאוחרת. עבודת מ.א., אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
- לוי, ג. (1990). מקו החזית לחזית הבית: מחקר על טראומטיזציה משנית בקרב נשות נפגעי תגובות קרב. עבודת מ.א., אוניברסיטת תל-אביב, תל-אביב.
- נתנון, ת. ורוחנבאום, מ. (1976). שינויים בדפוסי חיים וסימפטומים של דיכאון אצל נשים לפגועי ראש. רעננה: בית חולים לוינסטיין.
- סולומן, ז. (1989). המלחמה שאחרי המלחמה: השפעת התסמונת הפוסט-טראומטית של חיילים על בני משפחותיהם. חברה ורווחה, 2, 110-118.
- סולומן, ז., לוי, ג., וייטמן, מ., פריד, ב., מיקולינסקי, מ., פלוריאן, ו. ובלייך, א. (1993). מקו החזית לחזית הבית: מחקר על טראומטיזציה משנית. הרפואה, 124, 750-755.
- פלוריאן, ו. ולהב, ו. (1987). דפוסי התמודדות של המשפחה בעקבות פגיעת ראש של אחד מבניה. חברה ורווחה, ה, 137-156.
- Beckham, J.C., Lytle, B.L. & Feldman, M.E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam war veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1068-1072.
- Blos, P. (1979). *The adolescent passage*. New York: International Universities Press.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Brooks, N. & McKinly, W. (1983). Personality and behavioral changes after severe blunt head injury: Relatives' view. *Journal of Neurology and Psychiatry, 46*, 334-336.
- Chwalisz, K. (1996). The perceived stress model of caregiver burden: Evidence from spouses of persons with brain injuries. *Rehabilitation Psychology, 41*, 91-114.
- Coughlan, K. & Parkin, C. (1987). Women partners of Vietnam veterans. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 25*, 25-27.
- Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90-R manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Figley, C.R. (1986). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake, Vo. II: Traumatic stress, theory, research and intervention* (pp. 39-54). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1998). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Haley, S.A. (1974). When the patient reports atrocities. *Archives of General Psychiatry, 30*, 191-196.
- Haley, S.A. (1978). Treatment implications of post combat stress response syndromes for mental health professionals. In C.R. Figley (Ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans* (pp. 281-295). New York: Brunner/Mazel.
- Hankin, C.S., Abueg, F., Gallagher-Thompson, D. & Murphy, R.T. (1993). *Caregiver stress: Conceptualizing adaptation of partners of post traumatic stress disorder combat veterans*. Paper presented at the international society for traumatic stress studies. San Antonio, TX.
- Holmbeck, G.N. & Wandrei, M.L. (1993). Individual and relational predictors of

- adjustment in first-year college students. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 73–78.
- Horowitz, M.J. & Solomon, G.F. (1978). Delayed stress response syndromes in Vietnam veterans. In C.R. Figley (Ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans* (pp. 268–280). New York: Brunner/Mazel.
- Jordan, B.K., Marmar, C.R., Fairbank, J.A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A., Hough, R.L. & Weiss, D.S. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 916–926.
- Karpel, M. (1976). Individuation: From fusion to dialogue. *Family Process*, 15, 65–82.
- Kravetz, S., Gross, Y., Weiler, B., et al. (1995). Self-concept, marital vulnerability and brain damage. *Brain Injury*, 9, 131–139.
- Lezak, M.D. (1978). Living with the characterologically altered brain injured patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 592–598.
- Lifton, R.J. (1973). *Home from the war*. New York: Simon & Schuster.
- Livingston, M.G., Brooks, N. & Bond, M.R. (1985). Patient outcome in the year following severe head injury and relatives' psychiatric and social functioning. *Journal of Neurosurgery and Psychiatry*, 48, 876–881.
- Lyons, J.A. (1986). *Treatment of wives of traumatized combat veterans: Clinical and research issues*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Washington D.C.
- Maloney, L.J. (1988). Posttraumatic stress of women partners of Vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work*, 58, 122–143.
- Matsakis, A. (1988). *Vietnam wives*. Kensington, MD: Woodbine House.
- MausClum, N. & Ryan, M.R. (1981). Brain injury and the family. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 13, 165–169.
- McAllister, T.W. (1994). Mild traumatic brain injury and the postconcussive syndrome. In J.M. Silver, S.C. Yudofsky & R.E. Hales (Eds.), *Neuropsychiatry of traumatic brain injury* (pp. 357–392). Washington DC: American Psychiatric Press.
- McCubbin, H.I., Dahl, B.B. & Hunter, E.J. (1976). *Families in the military system*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Meyer, D.F. & Russell, R.K. (1998). Caretaking, separation from parents, and the development of eating disorders. *Journal of Counseling and Development*, 76, 166–173.
- Miller, L. (1994). Sex and the brain-injured patient: Regaining love, pleasure and intimacy. *Journal of Cognitive Rehabilitation*, 12, 12–20.
- Noh, S. & Avison, W.R. (1988). Spouses of discharged psychiatric patients: Factors associated with their experience of burden. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 377–389.
- Novak, M. & Guest, C. (1989). Application of multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist*, 29, 798–803.
- Ohry, A., Rattok, J. & Solomon, Z. (1996). Post traumatic stress disorder in brain injury patients. *Brain Injury*, 10, 687–695.
- Pot, A.M., Deeg, D.J.H. & Van-Dyck, R. (1997). Psychological well-being of informal caregivers of elderly people with dementia: Changes over time. *Ageing and Mental Health*, 1, 261–268.

- Rabins, P.V., Fitting, M.D., Eastham, J. & Fetting, J. (1990). The emotional impact of caring for the chronically ill. *Psychosomatic*, 31, 331–336.
- Riggs, D.S., Byrne, C.A., Weathers, F.W. & Litz, B.T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 87–101.
- Sabatelli, R. & Mazor, A. (1985). Differentiation, individuation and identity formation: The integration of family system and individual development perspectives. *Adolescence*, 20, 619–633.
- Shean, C. (198). Spouse support and Vietnam veterans' adjustment to post traumatic stress disorder. *Family Relations*, 36, 55–60.
- Skowron, E.A. & Friedlander, M.L. (1998). The differentiation of self inventory: development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 235–247.
- Solomon, P. & Draine, J. (1995). Subjective burden among family members of mentally ill adults: Relation to stress, coping, and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 419–427.
- Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., Florian, V. & Bleich, A. (1992). From line to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process*, 31, 289–302.
- Taylor, C.A. & Price, T.R.P. (1994). Neuropsychiatric assessment. In J.M. Silver, S.C. Yudofsky & R.E. Hales (Eds.), *Neuropsychiatry of traumatic brain injury* (pp. 81–132). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Verbosky, S.J. & Ryan, D.A. (1988). Female partners of Vietnam veterans: Stress of proximity. *Issues in Mental Health Nursing*, 9, 95–104.
- Williams, C.M. (1980). The veteran system, with focus on women partners, theoretical considerations, problems and treatment strategies. In T. Williams (Ed.), *Post traumatic stress disorders of veterans* (pp. 79–117). Cincinnati: Disabled American Veterans.