

תמיכה, הכלה והצבת גבולות, ותרומתם להתמודדות במשפחות פוסט-טראומטיות

שלומית שינדלר, בתיה פריד, אלי זומר, אריאלה פרידמן, רחל דקל
וזהבה סולומון

במחקר מתוארים דפוסי התנהגות של נשים, הנשואות לנפגעי תגובות קרב, ונדק הקשר בין דפוסים אלו להחלטות של הבעל ולמצבה הנפשי של האישה. 49 נשות נפגעי תגובות קרב ממלחמת לבנון השתתפו בראיונות קליניים חצי מובנים כשש שנים לאחר המלחמה. ניתוח הראיונות העלה דפוסי התנהגות אופייניים לאורך שורה של משתנים הקשורים לחיי הזוג. כמו כן נבנתה טיפולוגיה תיאורית כללית, המחלקת את הנשים לבעלות סגנון אקטיבי, פסיבי או מעורב. ממצאי המחקר הראו, כי קיים קשר בין דפוסי התנהגותה של האישה לרמת המצוקה של בן זוגה, וכי גברים הנשואים לנשים שסגנון תגובתן אקטיבי טובלים מרמת מצוקה גבוהה יותר מגברים שסגנון התגובה של נשותיהם מעורב או פסיבי. בדיון מוצע הסבר לממצאי המחקר תוך שימוש במודל 'המגביר' ונדונת ההשלכות הטיפוליות.

מבוא

התגובה המידית השכיחה ביותר ללחץ קיצוני במלחמה היא "תגובת קרב". תגובות קרב מתרחשות כאשר הפרט חש מוצף בגירויים לוהצים שאינו יכול לעכבם או לגייס כוחות להתמודד אִתָּם (Solomon, 1993). במצבים אלו מפסיק החייל לתפקד לחלוטין או מתפקד בצורה קיצונית ולא מתאימה, עד שהוא הופך מסוכן לעצמו ולחבריו (Kormos, 1978). תגובות הקרב הן רבות פנים ומשתנות. הן עשויות ללוש צורות שונות ולפגוע במרכיבים שונים של האישיות, כגון ברגש, בקוגניציה בהכרה וביכולת לתקשר עם הזולת. הן יכולות להשתקף בהאטה בקליטת גירויים או בקיפאון מוחלט מחד גיסא ובמזג סוער ואי-שקט מוטורי חריף מאידך גיסא. לתגובות הקרב גם ביטויים סומטיים מגוונים ומגבילים, בהם גמגום, רעד או אבדן שליטה על סוגרים, שמשקפים תחושת אבדן שליטה (Kardiner & Spiegel, 1947).

עם סיום המלחמה עשויות תגובות הקרב להיחלש ואף להיעלם או לחלופין להתגבש לכלל תסמונת פוסט-טראומטית (PTSD). תסמונת פוסט-טראומטית עולולה להתפתח גם אחרי מלחמה באופן בלתי תלוי בתגובת הקרב, ויש לה טווח רחב של סימפטומים חודרניים, הימנעותיים או כאלה המשקפים עוררות יתר, שלא הייתה קיימת לפני כן (APA, 1987).

התוצאות הפתוגניות של התנסות טראומטית אינן מוגבלות בהכרח לניצולים בלבד. לעתים עלולים אף קרובי הניצולים, הבאים עמם במגע קרוב, להיות מושפעים, ואף להפוך בעצמם לקרבנות עקיפים של הטראומה, ולסבול ממה שמכונה "טראומטיזציה משנית". מחקרים הצביעו על טראומטיזציה משנית אצל נשים וילדים של לוחמי וייטנאם (Maloney, 1987; Rosenheck & Nathan, 1985), אצל בניהם של ניצולי שואה (Danieli, 1981; Davidson, 1980), ואף אצל מטפלים בקרבנות טראומה (McCann & Pearlman, 1990). מאמר זה מתמקד בתופעת הטראומטיזציה המשנית בקרב נשות נפגעים פוסט-טראומטיים. המאמר סוקר את הספרות בנושא זה ומדווח על ממצאי מחקר שעסק בדפוסי התגובה של נשים הנשואות לנפגעי תגובת קרב במלחמת לבנון.

סקירת ספרות

דיווחים על נשות נפגעים פוסט-טראומטיים מצביעים על כך, שהאישה המשקיעה אנרגיה מרוזה בבעלה, עושה זאת, לעתים קרובות, על חשבון רצונותיה וצרכיה האישיים (Sonnenberg, 1985). נשים מדווחות על חוסר אונים, חוסר תקווה, דיכאון, חרדה, אשמה, חוסר ערך, פגיעות, דחייה וכעס (Coughlan & Parking, 1987). חשיפה ממושכת להתנהגויות ולמצבים לוחצים של הבעל עלולה להגביר את תחושת המצוקה של האישה ולהפחית את יכולתה ליצור אינטראקציות בריאות. נמצא, כי נשות חיילים שבעליהן סבלו מתגובות קרב ומהפרעה פוסט-טראומטית דיווחו על רמות מוגברות של דיכאון, חרדה, סומטיזציה, עוינות ובעיות אובססיביות-קומפלקסיביות בהשוואה לנשות חיילים שלא סבלו מתגובות קרב ומתסמונת פוסט-טראומטית (Solomon, Waysman, Levy, Fried, Mikulincer, Benbenishty, Florian & Bleich, 1992).

ויליאמס (Williams, 1980) מתארת את הנשים כלכודות במלכודת רחמים, אם הן מקריבות כדי להיות "בסדר" כרעיות ואימהות הן נחשבות ל"מגינות יתר", אם הן דואגות לצורכיהן מכנים אותן אנוכיות. המסר הכפול הזה מפחית את הערכתן העצמית של הנשים, וגורם להן לאבדן זהות, לתסכול ולעתים אף ליאוש.

בספרות העוסקת בחולי, בנכות ובהחלמה מייחסים חשיבות רבה לתפקידו של בן הזוג בתהליך ההחלמה. פרי (1990) חקרה משפחות של חולות סרטן שד ומצאה, שהתמודדות מוצלחת של בני זוג עם המחלה כוללת קומוניקציה ברורה וישירה המאפשרת משא ומתן, קבלת מצב זמני של תלות, מתן עזרה וקבלת עזרה. אחרים (Baider & Denour, 1988) מדווחים על קשר בין איכות חיי הנישואים לבין הסתגלות למחלה ועל זיקה בין קשרים רגשיים משמעותיים לבין ההתמודדות. איכות הקשר הזוגי נמצאה קשורה גם לאיכות החיים וגם לשיתוף הפעולה של החולה הכרוני עם הטיפול (Sommer & Tucker, 1988; Sommer, 1992). מחקרים בתחום נכריות (Sommer, 1982) מדגישים גם הם את חשיבות התמיכה המשפחתית בחולה ובנכה.

במשפחותיהם של חיילים פוסט-טראומטיים חל, במקרים רבים, היפוך תפקידים. הנשים נוטלות על עצמן את התפקיד המרכזי בשמירה פיזית ורגשית על הנישואים. נשים אלו הופכות לבעלות הכוח, למפרנסות, לאחראיות על חינוך הילדים ועל משק הבית. בדרך כלל הן אף "מקלות" על הבעל הפצוע וממלאות חלק מתפקידיו. הן נוטות לתפקוד יתר, כדי לפצות את המשפחה על חוסר יעילותו של הבעל. ריינברג (Reinberg, 1989) טוענת, כי בעוד שהנשים פועלות כך, כדי לשמר את המערכת המשפחתית ולהקל על הבעל, התנהגותן מעכבת את החלמתו. לדעתה, בעקבות תגובה כזו חש הבעל שהוא מאבד בשנית את שליטתו, ממש כפי שאיבד אותה בעת התרחשות האירוע הטראומטי.

החוקרים מסכימים, כי בת זוג תומכת יכולה לסייע להפחית את ההשפעה השלילית של ההתנסות הטראומטית ולעזור בתהליך ההחלמה וההבראה מטראומה (Figely, 1986; Williams & Williams, 1985; Rosenheck & Thomson, 1986; Shehan, 1987).

תמיכת אישה בבעלה עשויה לסייע לו להתמודד עם הקשיים הקשורים לתחושת הבידוד והניתוק שלו. סולומון, וייסמן ומיקולינסר (Solomon, Waysman & Mikulincer, 1990) בדקו את השפעת האקלים המשפחתי על ההחלמה ומצאו, שרמות גבוהות של אקספרסיביות משפחתית עשויות לסייע בהחלמה מהחוויה הטראומטית, ואילו קונפליקט משפחתי ונוקשות בתפקידים עלולים לעכבה ולהוביל לפוסט-טראומה כרונית. חוקרים אחרים טוענים, כי יחסים חברתיים בכלל וקשרים אינטימיים בפרט עשויים לשמש כמפחתי לחץ, לבלום את השפעותיו ולאפשר לבעל לעבור ממצב של דיסוציאציה מהטראומה למצב של זיכרון מודע ולעיבוד תהליכי האבל (Hobfoll & Stokes, 1988). אף שקלינאים מייחסים לנקודה זו משקל רב בהחלמה (Sommer, 1990; Egendorf, 1982; Herman, 1992), לא נמצאו בספרות מחקרים, שהעלו ממצאים אמפיריים, התומכים בקשר בין ביטויי תכנים טראומטיים ואבריאקציה בחוג המשפחה לבין החלמה מסתמנת פוסט-טראומטית. יתר על כן, נמצא דפוס בולט נוסף, נטייתן של רבות מהנשים הנשואות לחיילים

פוסט-טראומטיים לא להיחשף לסיפורי הקרב של בעליהן. חייל הלוקה בתגובה טראומטית אינו מעוניין ואינו יכול לדבר על החוויות שחווה ולאישה שאֵתו יש קושי להתמודד עם שתיקתו (Stanton & Figley, 1978). המושג "קשר שתיקה" חוזר שוב ושוב אצל כל העוסקים במחקר ובטיפול בנפגעים ובבני משפחותיהם. נראה, כי מדובר בהחלטה משותפת, בלתי מילולית, לפיה לא מדברים על החוויה, והאירוע הטראומטי נותר סודו של הנפגע (Herman, 1992). החוקרים חלוקים בדיעותיהם, למי קשה יותר יש הגורסים, שבדרך כלל הבעל רוצה לדבר, אבל האישה מבועטת מהתכנים שיעלו ומגילוי החוויות הקשורות במוות, בהרס ובאבדן ורוצה למנוע את העלאת זיכרונות המלחמה (Williams, 1980). אחרים טוענים, כי דווקא החייל נמנע מלספר ולחשוף בפני אשתו את ההתנסויות במלחמה (סלומן, בנבנישתי ומיקולינסר, 1986; Figley, 1986). כך או כך, נראה, שההתנסות הטראומטית במלחמה הופכת להיות התנסות פרטית ובת הזוג אינה שותפה לה. השתיקה וההסתגרות עלולים ליצור מתח וקושי אצל בת הזוג ולהביא להתרחקות ולהיפרדות. נשים רבות חשות לכודות בין צורכי הבעל להבנה ולהכלה לבין צורכי ההגנה של עצמן (Williams, 1980).

בישראל, בדיקת בנות זוגם של נפגעי תגובות קרב נמצאת בראשיתה, וקיימים רק נתונים מועטים על איכות חייהן של נשות הנפגעים. גם הידע הקיים בספרות על אופני התמודדות אופייניים לנשים אלו והקשר בין אופני ההתמודדות לבין מצוקות בני הזוג, מצומצם, ועל-פירוב מוגבל להתרשמויות קליניות בלבד. מטרת עבודה זו לזרוע אור על תופעות אלו בעזרת מחקר שיטתי, בדיקת קשת התגובות ההתנהגותיות היומיומיות של הנשים כלפי בעליהן וחשיפת הקשר בין תגובות אלו לעוצמת המצוקה הנפשית של כל אחד מבני הזוג. דפוסי התגובה של נשים, הנשואות לנפגעי תגובות קרב ממלחמת לבנון, נבחנו על-פי שורה של משתנים שתוארו משמעותיים וקשורים להחלמת הבעל, בהם: תמיכה וקבלה, יכולת להכיל את רגשותיו, הצבת גבולות, פריצת מעגל הבדידות ופנייה לעזרה מקצועית. כמו כן, ייבחן הקשר בין סגנון ההתנהגות של הנשים לבין המצב הנפשי של הבעלים ושל הנשים, משקעי דחק פוסט-טראומטיים אצל הבעלים והסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית של בנות זוגם, תוך בדיקת הקשר בין מדדי מצוקה אלו לבין דפוסי ההתמודדות של בנות הזוג.

שיטת המחקר

הנברקים

במחקר השתתפו 49 נשים הנשואות לנפגעי תגובות קרב ממלחמת לבנון. הנשים נבחרו על-פי אמות מידה שהתייחסו לבעליהן: א. השתתפות פעילה בקרבות מלחמת

ב. לבנון; ג. הפניה להתערבות פסיכיאטרית בזמן המלחמה על ידי רופא גרודי; ג. אבחנה של רופא מומחה מחיל הרפואה שהגבר נכלל בהגדרה של נפגע תגובת קרב מידית; ד. העדר דיווח על פגיעות גופניות חמורות ברו"ח הרפואי; ה. לא אובחנו הפרעות נפשיות אחרות הקשורות לקרב, כגון פסיכוזה תגובתית קצרה או הפרעות מדומות. במחקר נכללו רק נשים שהיו נשואות לפני המלחמה, שעדיין היו נשואות בזמן עריכת המחקר, שש שנים לאחר מכן, ושענו על כל הקריטריונים שפורטו לעיל. קבוצת הנבדקות במחקר זה הן תת-מדגם מתוך מדגם של 120 נשים שהשתתפו בפרויקט מחקרי רחב שבדק את רמת הטראומטיזציה המשנית אצל בנות זוג שהיו נשואות לגברים שאובחנו כהלומי קרב ממלחמת לבנון.

גילן הממוצע של הנבדקות היה 34.2 (SD = 5.23), מספר הילדים הממוצע 2.45 (SD = 1.03). 59 אחוזים מהנשים היו בעלות השכלה תיכונית מלאה, 47 אחוזים מהן שירתו בצבא ו-54 אחוזים עבדו מחוץ לבית.

כלי המחקר

תפיסת הפרעה פוסט-טראומטית של הבעלים. במחקר זה שימשו הנשים כמודיעות (informants) על מצבו הנפשי הנוכחי של הבעל בעת עריכת המחקר. המצב הנפשי נבדק באמצעות שאלון לאיתור הפרעה פוסט-טראומטית בעל 13 היגדים. כל היגד מייצג תסמין של ה-DSM-III (APA, 1980), שהותאם לטראומת מלחמה. הנבדקת התבקשה לדווח, אם סבל בעלה או לא סבל מתסמינים אלו במהלך החודש שקדם למחקר. שלושה עשר ההיגדים סווגו לשלוש קטגוריות של תסמינים – תסמינים חודרניים, תסמינים הימנעותיים ותסמינים המשקפים עוררות יתר.

בהתאם לכללי DSM-III, כדי שאדם יאובחן כלוקה בתסמונת פוסט-טראומטית יש צורך בדיווח על לפחות תסמין חודרני אחד, תסמין הימנעותי אחד ושני תסמינים המשקפים עוררות יתר.

סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית. הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית של הנשים נבדקה באמצעות שאלון Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R) לדיווח עצמי המורכב מ-90 תסמינים פסיכיאטריים. התסמינים מוצגים על סולם בעל 5 דרגות, מ-1 ("כלל לא") עד ל-5 ("הרבה מאוד") והמשיבה מציינת באיזו מידה הציק לה בשבועות האחרונים התסמין המתואר. השימוש בשאלון מאפשר לזהות תשעה תחומי הפרעה וכן ממדי סימפטומטולוגיה גלובליים. במחקר הנוכחי נעשה שימוש במדד החומרה הכוללת Severity Index-GSI (Global) המשקף את ממוצע כל הסימפטומים. שאלון ה-SCL-90-R נמצא בהתאמה גבוהה לסולמות דומים ב-MMPI (Derogatis, Rickels)

שלומית שינדלר, בחיה פריד, אלי זומר, אריאלה פרידמן, רחל דקל חזבה סולומן

Rock, 1976). בבחינת תוקף המבנה של השאלון לפי ממדיו השונים נמצאה התאמה תיאורטית ואמפירית מעבר לקבוצות הנחקרים השונות (Derogatis & Clearly, 1977). גם בבחינת מהימנות למבחן חוזר ולהסכמה בין מעריכים נמצאו תוצאות משביעות רצון (Derogatis, 1977).

ראיונות קליניים. נערכו ראיונות קליניים חצי מובנים עם כל אישה ונאסף מידע על היחסים בין בני הזוג. הראיון היה בעל אופי כרונולוגי. בחלק הראשון התייחסו השאלות לפרטים דמוגרפים מעברה של הנבדקת: משפחת המוצא, השכלה, שירות צבאי, תעסוקה, נישואים, היריון, לידה, קשרים משפחתיים וחברתיים בעבר. בחלק השני התייחסו לתקופת השיבה של הבעל מהמלחמה. הנבדקת התבקשה לתאר את רגשותיה ותגובותיה בתקופה זו. החלק השלישי עסק במצב בתקופת קיום הראיון – שש שנים אחרי המלחמה. הנבדקת התבקשה לתאר את רגשותיה כלפי עצמה וכלפי בעלה, את יחסיהם, את הקשרים המשפחתיים ואת מצבה התעסוקתי והבריאותי. הראיונות, שנמשכו כל אחד כשעה ומחצה, הוקלטו ותומללו. כל ראיון נותח בנפרד על-ידי שלושה אנשי מקצוע, ונבדקה ההתאמה בין הערותיהם. בתהליך בדיקת המהימנות בין השופטים נבדקו מחדש הערכות שלא נמצאה לגביהן הלימה. בכל מקרה של אי הסכמה התקיים דיון עד להשגת הסכמה.

מהלך המחקר

המחקר הנוכחי הוא חלק מעבודת מחקר רחבה יותר, שנערכה בענף מחקר, מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה בצה"ל. לכל אישה נשלח מכתב שהסביר, כי מטרת המחקר להעריך את השפעת המלחמה על משפחות החיילים הלוחמים, כדי לאפשר מענה הולם יותר לצורכיהן. במכתב הובטחה סודיות המידע שייאסף. הסכמה ראשונה הושגה בשיחת טלפון, ובה גם נקבע מועד הראיונות. כל הראיונות נערכו בבתי המרואיינות.

ניתוח הנתונים

ניתוח התוכן נערך בשיטת ה-meaning categorization (Kvale, 1996) במטרה לבדוק ולתאר את דפוסי ההתמודדות של הנשים עם הפגיעה הפוסט-טראומטית של בעליהן. תגובת הנשים הוערכה בעזרת תשעה משתנים:

א. תפקוד רגשי

1. גילוי חיבה. נבדק קיומן של התנהגויות המבטאות חיבה, כגון מגע גופני, ליטוף, חיבוק וביטויי שמחה.

תמיכה, הכלה והצבת גבולות, ותרומתם להתמודדות במשפחות פוסט-טראומטיות

2. הקשבה, הכלה ועידוד. באיזו מידה מעוררת האישה את בעלה לספר או האם היא מכירה ממקור אחר את האירועים שעברו על בעלה במהלך המלחמה ואת נסיבות פגיעתו בקרב.

ב. תפקוד פונקציונלי

3. חלוקת תפקידים בבית. אופי חלוקת התפקידים בבית. דגש מיוחד הושם על תביעת האישה ישירות מבעלה לקחת בחזרה תפקידים כמפרנס ו/או עוזר בבית, וכן להיות מעורב בגידול הילדים.

ג. נכונות לפנות לעזרה

4. חיפוש עזרה עם גילוי הסימפטומים. התנהגות הנבדקות, כאשר זיהו שמהו אינו כשורה אצל בעליהן. באיזו מידה הייתה פנייה מידית לעזרה.

5. פנייה לעזרה בהמשך. נבדקה הפנייה לעזרה מקצועית בשלבים מאוחרים יותר עד ליום עריכת הריאיון.

6. מעורבות והתעניינות בטיפול. נבדקה המעורבות הישירה והתעניינות הנשים בטיפול הנפשי שעברו בעליהן.

ד. שימוש ברשתות חברתיות

7. יזמה לבליו משפחתי או חברתי. נבדקה יזמת האישה לארגן מפגשים חברתיים או משפחתיים והיענותה להצעות כאלו.

8. יזמה לבליו זוגי. נבדקה יזמת האישה לבליו זוגי מחוץ לבית.

ה. הפסקת תוקפנות הבעל

9. תגובת האישה להתנהגות אלימה של הבעל. באיזו מידה פעלה האישה להרגיע התנהגות מתפרצת (מילולית או פיזית) של הבעל.

תמלילי הראיונות הועברו לכל אחד משלושת השופטים לצורך קידוד המשתנים לפי הסולם הזה:

ציון +1 קיימת עדות לנוכחות המשתנה

ציון -1 קיימת עדות להעדר המשתנה

ציון 0 אין מידע על המשתנה הנמדד או שהתשובה לא רלוונטית.

כל שופט כתב את הערכותיו על כל ריאיון, ואחר-כך הושוו ההערכות השונות. בכל מקרה של אי הסכמה התקיים דיון עד לקבלת החלטה.

ממצאי המחקר

לוח 1 מציג את התפלגויות תשעת המשתנים המתארים את התנהגות הנשים. כפי שניתן לראות, מחצית הנבדקות דיווחו על ביטויים של חום וחיבה כלפי בן הזוג. בראיונות תיארו הנשים ביטויים גופנים, כגון חיבוקים ונשיקות, קריאות שמחה, ישיבה בקרבתו והכנת אוכל אהוב. אצל הנשים שלא הגיבו בגילויי חום וחיבה נמצאו תגובות של הלם, הכחשה ופחד. מרבית המשיבות (72%) דיווחו, כי הן מקשיבות לסיפורי המלחמה של הבעל ומכירות אותם. עם זאת, מרביתן ציינו כי המאורעות נודעו להן לאחר זמן ולא מיד בהתחלה. בקבוצת הנשים שדורגו "מקשיבות לסיפורי הקרב", רק 28 אחוזים שוחחו עם הבעל ישירות על האירועים הטראומטיים. היתר הקשיבו לסיפורים של אחרים או לסיוטי הבעל בלילות.

לוח 1: התפלגות המדגם על-פי שכיחות הופעת ההתנהגות (באחוזים)

תגובה לאלימות	בילוי חברתי	בילוי זוגי	מעורבות בטיפול	טיפול-פנייה לאחר זמן	טיפול-פנייה מיידי	חלוקת תפקידים	הקשבה	גילוי חיבה	
24	21	13	67	65	16	27	72	50	קיום ההתנהגות
76	79	87	33	35	84	73	28	50	העדר ההתנהגות

נמצא, כי רק 27 אחוזים מהנשים תבעו ישירות מבן זוגן לבצע תפקידים זוגיים ומשפחתיים אחרי הפגיעה. מרביתן (73%) אינן תובעות זאת. הן מגיבות בפסיביות, נמנעות מעימותים או נוטלות על עצמן את תפקידי הבעל.

81 אחוזים פנו לעזרה מקצועית. 16 אחוזים פנו לעזרה מיד כשזיהו קשיים בהסתגלות הבעל, עוד 65 אחוזים פנו לעזרה כעבור זמן. נמצא, כי מרבית הפניות היו בטלפון לקצין העיר, לבתי-חולים ולרופא המשפחה, ורק מיעוט פנה ליעוץ פרטי. 20 אחוזים לא פנו כלל לעזרה מקצועית, ותגובותיהן שיקפו חוסר ידע והכחשה.

הממצאים מורים, כי הרוב המוחלט של הנשים אינן יוזמות בילויים זוגיים ובילויים חברתיים (87% ו-79% בהתאמה). ההסבר, שנתנו הנשים להתנהגותן, כלל סיבות הקשורות לבן הזוג, כמו: פחד מחושך וממקומות סגורים כבתי-קולנוע, וסיבות הקשורות לעצמן, כמו: בוששה מפני התנהגות לא צפויה של הבעל בציבור. בתחום התגובות לגילוי התוקפנות נמצא, כי מרבית הנשים (76%) אינן פועלות להרגעת בן זוגן.

בבדיקת הקשרים בין התגובות להתנהגותיות נמצא קשר חיובי מובהק בין גילויי חיבה לבין תביעה למילוי תפקידים משפחתיים ($r = 0.40$; $p < .01$). כמו כן נמצא קשר חיובי בין התנהגות יוזמת בקשר הזוגי להתנהגות יוזמת קשרים חברתיים ומשפחתיים ($r = 0.36$; $p < .05$). קשר נוסף נמצא בין חיפוש עזרה מקצועית בשלבים מאוחרים למעורבות בטיפול ($r = 0.32$; $p < .05$) ובין מעורבות בטיפול להתנהגות מרגיעה תוקפנות ($r = 0.35$; $p < .05$).

בשלב הבא פותחה טיפולוגיה תיאורית, המחלקת את סגנונות התגובה של הנשים לשלוש קטגוריות. חלוקה זו נעשתה באופן הזה: עבור כל נבדקת חושב ציון שהוא סכום ציוניה בתשעת המשתנים. טווח הציונים בע בין -9 ל $+9$. חלוקת סגנונות התגובה השונים על פי סקלה זו והתפלגות הנשים בין הסגנונות מופיעים בלוח 2.

לוח 2: חלוקת סגנונות התגובה והתפלגות הנשים בין הסגנונות (במספרים מוחלטים ובאחוזים)

התפלגות הנשים		ציון	סגנון תגובה
%	N		
13	5	+3 — +9	אקטיבי
45	18	+2 — -2	מעורב
42	17	-9 — -3	פסיבי

כפי שניתן לראות בלוח 2, חמש מתוך 40 הנשים (13%) אופיינו בהתנהגות יוזמת ופעילה כלפי הבעל. נמצאו ביטויים של אהדה, חום וחיבה, הקשבה פעילה והכלה של סיפורי מלחמה, יזמה לטיפול מיידי ולטיפול נפשי בהמשך. נשים בקבוצה זו הציבו בפני הבעל גבולות של חזרה לתפקוד, והראו רמה גבוהה יחסית של תפקוד ומעורבות.

שמונה עשרה נשים (45%) אופיינו בעירוב התנהגויות — מקצתן יוזמות ומקצתן לא. אצל מרבית הנשים בקבוצה זו (11) בלטה יותר הנטייה לפסיביות מאשר הנטייה לאקטיביות. אצל שתי נבדקות היו הנטיות הפסיביות והאקטיביות דומות בעוצמתן, ואצל חמש נשים נמצאה נטייה חדשה יותר להתנהגות יוזמת. ההתנהגויות הפסיביות של הנשים בקבוצה זו התבטאו בחוסר אונים, בצמצום הקשרים החברתיים ובהעדר תביעות ישירות מהבעל למלא את תפקידיו. הנטיות האקטיביות התבטאו בעיקר בהפגנת אהדה וחיבה ובמעורבות ישירה בטיפול.

שבע עשרה נשים (42%) אופיינו כבעלות סגנון פסיבי ומרבית הציונים שלהן העידו על חוסר יזמה במשתנים שנבדקו. התגובות הכולטות של הנשים בקבוצה זו היו

שלומית שינדלר, בתיה פריד, אלי זומר, אריאלה פרידמן, רחל דקל חהבה סולומן

הלם, הכחשה, חוסר אוניס, צמצום קשרים וניתוק קשרים. אייכולת לעזור ולהיעזר על-ידי אחרים והעדר תביעות מהבעל למלא תפקידים. ביטויי פחד וחוסר יכולת להאמין, שהבעל עבר דברים איומים במלחמה התבטאו בהעדר הקשבה והכלה של סיפורי המלחמה.

קשר בין סגנון ההתנהגות של הנשים למצב בעליהן ולמצבן

כדי לבדוק את הקשר בין תגובות הנשים למצוקת בעליהן חושבו מתאמי פירסון בין התנהגויות הנשים לבין חומרת ההפרעה הפוסט-טראומית של הבעלים. מתאמים אלו העלו קשר שלילי מובהק בין יזמה בגילוי חום וחיבה של הנשים לבין רמת הסימפטומים של בני זוגן ($r = 0.34; p < .05$). ככל שהאישה הפגינה יותר גילויי חום וחיבה, היתה רמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים של בעלה נמוכה יותר. לא נמצאו קשרים נוספים בין התנהגויות הנשים לבין רמת הסימפטומטולוגיה הפוסט-טראומטית של בעליהן.

כדי לבדוק, אם קיים קשר בין סגנון התגובה של הנשים לבין חומרת ההפרעה של הבעלים והסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית של הנשים נערך ניתוח שונות חד-כיווני. ממוצעים וסטיות התקן של הסימפטומים הפוסט-טראומטיים של הגברים והסימפטור-טולוגיה הפסיכיאטרית של הנשים בחלוקה לסגנון ההתנהגות של הנשים מוצגים בלוח 3.

לוח 3: מדדי המצוקה של הגברים והנשים בחלוקה לסגנון ההתנהגות של האישה

	סגנון פסיבי		סגנון מעורב		סגנון אקטיבי		
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
סימפטומים פוסט-טראומטיים של הבעל ¹	6.23	3.03	7.29	3.34	11.33	1.52	
סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית של האישה ²	0.68	0.45	1.13	0.73	1.10	0.60	

- הציונים חושבו על-פי סולם דיכוטומי, המתייחס לקיום הסימפטומים בחדש שקדם למחקר: 1 - קיום הסימפטום; 0 - העדר הסימפטום. לפיכך, ציון גבוה יותר משקף מספר רב יותר של סימפטומים אצל הבעל (טווח הציונית נע בין 0 - היעדר סימפטומים ל-13 - קיום כל הסימפטומים).
- הציונים חושבו על-פי סולם בן 5 דרגות, המתייחס להופעת הסימפטום בשבועיים שקדמו למחקר: 0 - בכלל לא; 1 - מעט; 2 - בינוני; 3 - הרבה; 4 - הרבה מאוד. לפיכך, ציון גבוה משקף דרגת חומרה גבוהה יותר של סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית.

בניתוח השונות נמצא הבדל מובהק בממוצע הסימפטומים הפוסט-טראומטיים של הבעל בין סגנונות התגובה השונים של הנשים ($F(2,34) = 3.44; p < .05$). ניתן לראות מהלוח, שרמת הסימפטומים אצל בעלים, הנשואים לנשים שסגנון תגובתן אקטיבי, גבוהה יותר מאשר אצל גברים שנשותיהם מאופיינות בסגנון תגובה מעורב או פסיבי.

בניתוח השונות לא נמצא הבדל מובהק ברמת הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית של הנשים בסגנונות התגובה השונים ($F(2,34) = 2.58; p > 0.1$). עם זאת, בחינת הממוצעים בלוח 3 מצביעה על מגמה, שנשים בעלות סגנון תגובה פסיבי נוטות לרמת סימפטומים נמוכה יותר מנשים בעלות סגנון תגובה אקטיבי ומעורב. לבדיקת הקשר בין תגובות הנשים לבעליהן לבין רמת מצוקתן חושבו מתאמי פירסון. מתאמים אלו לא העלו קשרים מובהקים בין התגובות לעצמת הסימפטור- מטולוגיה הפסיכיאטרית של הנשים.

דיון

מטרת המחקר היתה, לתאר את דפוסי ההתנהגות של נשות נפגעי תגובת קרב ולברוק את הקשר בין דפוסי התנהגותן להחלמתן של בן הזוג ולמצבן הנפשי. ממצאי המחקר תומכים רק באופן חלקי באתוס הישראלי של "ושבו בנים לגבולם" ובממצאים קודמים, שלפיהם נפגעי תגובות קרב זכו לקבלת פנים שתאמה את ציפיותיהם (סולומון ועמיתים, 1986). במחקר הנוכחי, דיווחו כמחצית מהנשים על תגובות של הלם, פחד והכחשה. אופי תגובת הקרב והתגובות ההתנהגותיות הנלוות אליה, כגון חרדה, כפי, התנתקות, אימפולסיביות, רעד ובלבול עלולות להיתפס על-ידי האישה כאיום, והיא עשויה לחוות לחץ. ההתנהגות המוזרה של בן הזוג, השונה מזו של האדם לו נישאה ושהכירה לפני המלחמה, עלולים לעורר באישה מגוון רגשות פחד, חרדה, בהלה וחוסר אונים. היא מוצפת, מבלי יכולת לאמץ לעצמה תגובות מתאימות למצב. כתוצאה מכך היא נסוגה ומתכנסת, והתנהגותה מאופיינת בפסיביות ובהימנעות מכל תגובה הקשורה לאירועי הלחץ (Shantz, 1975)

במחקר הנוכחי נמצא, שכשלושה רבעים מהנשים מדווחות, כי הן מקשיבות ומכירות את סיפורי המלחמה. ממצאים אלו אינם הולמים דיווחי נשות לוחמים בארצות-הברית ממלחמת וייטנאם, שמרביתן דיווחו כי אינן מכירות את סיפורי המלחמה של בעליהן וכי הן הודפות כל ניסיון להתקרב לאירועים אלו (Shehan,)

השונה של המלחמות. מלחמת לבנון התרחשה בבית כמעט. הקרבה הגיאוגרפית וזמן הניתוק הקצר יחסית – כשלושה שבועות, קירבו את החזית אל העורף. שידורי תקשורת כמעט בזמן אמת סיפקו מידע על המלחמה והביאו לתחושת הכרות עם האירועים. מלחמת וייטנאם, לעומת זאת, התנהלה בריחוק גיאוגרפי, שגרר ניתוק ממושך של החייל ממשפחתו וסקירה תקשורתית מצומצמת (Haley, 1974).

הסבר אפשרי נוסף נעוץ בהבדלים חברתיים ותרבותיים. בניגוד לארצות אחרות, שבהן הצבא הוא גוף מנותק, הצבא בישראל נתפס כ"צבא העם". כמעט כולם היו חיילים בעבר או בהווה, ונראה שקיימת אווירה של הכרות כמעט אינטימית עם סיפורים צבאיים ומלחמתיים.

מרבית הנשים דיווחו על צמצום הפעילות החברתית ועל התרחקות ממנה. הצמצום חל על הפעילות הזוגית וגם על קשרים חברתיים רחבים יותר. תמונת המצב, העולה מממצאים אלו, המתארת נשים מבודדות חברתית, עולה בקנה אחד עם מחקרים אמפיריים קודמים (Solomon, Waysman, Levy, Fried, Mikulincer, Benbenishty, Florian & Bleich, 1992) ועם דיווחי קלינאים (Lyons, 1986; Williams, 1980). לממצא זה ייתכנו כמה הסברים. ייתכן, כי התבודדותו של הבעל מאשתו ומילדיו ואף ממשפחתו המורחבת ומהרשת החברתית שהשתייך אליה בעבר (סלומון ועמיתים, 1986) מובילה לניתוקה של אשתו ושל המשפחה כולה.

ייתכן, שההתנהגות קשורה לאופי הפרעה הפוסט-טראומטית של הבעל ולתהליך הטראומטיזציה המשנית שעוברת אשתו (Rosenheck & Thomson, 1986; Williams, 1990; Solomon, 1990). הסימפטומים המאפיינים את התסמונת: קהות רגשית, דיכאון, עוינות, רגישות בין-אישית, הערכה עצמית נמוכה ועוד, מקשים על תפקוד חברתי תקין וגורמים לריחוק חברתי בקרב הנשים.

הנשים עלולות גם לחוש בושע נוכח התנהגות חריגה ובלתי צפויה של הבעל. על גירוי חיצוני, כמו רעש פתאומי או חשיכה עלול הבעל להגיב בהימלטות פתאומית, במצוקה ובחרדה שיתבטאו ברעד גופני, בקשיי נשימה, באלימות מתפרצת ובהתנהגות ביזארית (Solomon, Mikulincer & Benbenishty, 1989). מפני שהתנהגות כזו נתפסת בחברה כתגובה לא מותאמת וכהתנהגות לא גברית, מפתחות מקצת הנשים "אוריינטציה של רשת חברתית שלילית" (Tolsdorf, 1976), והן מצמצמות מגעים חברתיים ומשפחתיים, כדי למנוע שהסטיגמה תדבק בשניהם.

הסבר אפשרי נוסף, העייפות, התשישות, השחיקה והעדר עניין במגעים חברתיים הם פונקציה של המשימות החדשות הקשורות במעגל חיייה של האישה, שהיא בדרך כלל במחקר זה צעירה, בשנות השלושים לחייה, המטפלת בילדים קטנים

(Levingston, 1978). בראון (Brown, 1984) מדגישה, כי המשמעות הנוספות של האישה – טיפול בבעל והעדר גבולות בין בני המשפחה לבין החייל, גורמות לתחושת בידוד וחשדנות כלפי מי "שלא עבר את זה".

קיימת גם אפשרות, שהעדר יזמה בקשרים חברתיים אינה קשורה לאופי הפגיעה הטראומטית, אלא לסגנון אישיותי קודם של האישה. בהיות המחקר מחקר רטרוספקטיבי, אין באפשרותנו לשלול טענה זו, ואולם, היא נראית בלתי סבירה. מרבית הנשים דיווחו על סגנון שונה לחלוטין של מגעים חברתיים, קשרים עם המשפחה המורחבת, בילוי חברתי וזוגי לפני הפגיעה. כלומר, הנשים מבחינות בין קשריהן החברתיים לפני ואחרי הפגיעה. העובדה, שכל הנשים במחקר היו נשואות ואמהות לילדים לפני הפגיעה מרמזת על תפקוד חברתי נורמטיבי.

בין אם הסיבה לבידוד החברתי היא אחת או שילוב של כמה סיבות, אין ספק, שתגובת הקרב וההפרעה הפוסט-טראומטית שבעקבותיה פוגמות ביחסים החברתיים של נשות הנפגעים. נראה, שההתנסות הטראומטית משפיעה לא רק על תפקודו של החייל הפגוע, אלא פולשת גם לעבר בת הזוג והסביבה החברתית הרחבה. השכיחות הגבוהה של פנייה לעזרה מקצועית בקרב הנשים עשויה לשקף את חומרת המצוקה שהן סובלות ממנה.

כאמור, ביקשנו לבדוק אלו התנהגויות של הנשים קשורות לחומרת ההפרעה של בני זוגן. נמצא קשר בין גילויי חום וחיבה מצד הנשים להחלמה מפוסט-טראומה. היל (Hill, 1949) טוען, כי יחסי בני-זוג לפני מצב לחץ עשויים להיות מנבא טוב להסתגלות המשפחה וליכולת ההתמודדות של כל אחד מבני הזוג אחרי חשיפה ללחץ קיצוני. ייתכן, שהתנהגות הנשים היא פונקציה של הקשרים הזוגיים הקודמים. גילויי חום וחיבה מבטאים רמות של אינטימיות ואקספרסיביות רבה יותר בין בני הזוג, המספקות תחושת רווחה ומסייעות בהתמודדות עם מצבים מפחידים. בניגוד לנשים שהגיבו בהלם, פחד ושיתוק, הנשים שהצליחו להיות נגישות רגשית לבעליהן, הגיבו בחום ובחיבה ואיפשרו מגע אינטימי עם בן זוג, וסייעו לו להתמודד טוב יותר עם ההתנסות הקשה. תחושת הקרבה בין בני הזוג, שהייתה קיימת לפני היציאה לקרב, סיפקה מצע רך יותר לחזרתו של הגבר הפגוע לביתו. טענה זו מחוזקת על-ידי הרמן (Herman, 1992) המסבירה את השלב הראשון של החלמה מטראומה ביכולת האישה לספק ביטחון לבעלה.

הספרות הפסיכיאטרית, העוסקת בטראומה, מייחסת לעיבוד המילולי של החוויות הטראומטיות חשיבות רבה לתהליך ההחלמה ומצביעה על התרומה התרפויטית שיש למאזין באבראקציה של הטראומה (Rosenheck & Thomson, 1986; Mazor, 1980; Wilson, 1980; Cappel, Enright & Orenstein, 1990). לדעת חוקרים וקלינאים, המקשיב עוזר ליצירת מודעות למשמעות הטראומה אצל הקרבן, והופך להיות שותף לאירוע הטראומטי (Felman & Laub, 1992). לפיכך, ניתן היה לצפות שיימצא קשר

בין מידת ההיכרות של הנשים עם סיפורי המלחמה של בני זוגן לבין חומרת ההפרעה הפוסט-טראומטית. בניגוד למצופה, לא נמצא קשר במחקר כזה, אולי מפני שעיקר המידע של הנשים על האירועים הטראומטיים של בני זוגן לא בא בתקשורת ישירה אלא בדרכים עקיפות. הן לא היו מאזין, הנמצא שם להקשיב ולשאת את סיפור הטראומה, שהוא האלמנט המכריע בתהליך התרפויטי.

התשובה לשאלה, כיצד צריכות לנהוג הנשים כדי לעודד את החלמת הבעל ואיזה תפקיד יש להן בשיקומו הנפשי, אינה חד-משמעית. אין באפשרותנו להצביע על התנהגות בודדת כמקדמת או כמעכבת החלמה. אולם תוצאות אלו עשויות להצביע על-כך שהתנהגות של "עשה" ו"אל תעשה" אינה מטה קסם. לפיכך יש לבדוק אסטרטגיות התמודדות ולא התנהגות בודדת ולבחון את אופיין ואת תרומתן להחלמה. מרבית הנשים במחקר אופיינו בסגנון התנהגות פסיבי. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאים קודמים (Williams, 1980; Maloney, 1987), שהסבירו את הפסיביות של הנשים כמתאימה למה שהחברה מצפה מהן, להיות סבילות, לא תחרותיות, תלותיות, מזינות, לבליות מבחינה רגשית ולא לוקחות סיכונים.

עבודות אמפיריות רבות הצביעו על חשיבות תמיכת הרעיה בשיקום הבעל הפגוע. במחקר הנוכחי נמצא, כי גברים שהיו נשואים לנשים בעלות סגנון התמודדות אקטיבי היו בעלי רמת פוסט-טראומה גבוהה יותר מגברים, שהיו נשואים לנשים בעלות סגנון התמודדות פסיבי או מעורב.

ממצאים אלו מפתיעים ומנוגדים לממצאים המוכרים בספרות השיקומית, בעיקר בתחום שיקום נכויות גופניות כאירוע לבבי ובעיות גפיים (Feigin, 1992) וכן מהממצאים המוכרים בתחום הטיפול במשפחות במצבי משבר, כמו, התמכרות אב המשפחה (Moos & Moos, 1984) או גירושים (כהן, 1991). התפישה הרווחת היא, כי קיים קשר חיובי בין סגנון התמודדות פעיל של האדם לבין מדדים שונים של הסתגלותו.

את ממצאי המחקר ניתן להסביר באמצעות שימוש במודל המגביר (Amplifier Model) (Selye, 1976; Murrell & Norris, 1984). על-פי מודל זה ייתכן, שהיזמה והאקטיביות של בת הזוג ודרישותיה הישירות מבן זוגה נחווים על-ידו כלחץ, המגביר את השפעת ההפרעה הפוסט-טראומטית ומדלדל את משאבי ההתמודדות שלו. במצב כזה הבעל נעשה פגיע יותר ללחץ העכשווי, והתוצאה היא ריקטמיזציה חוזרת ורמת פוסט-טראומה גבוהה. עם זאת יש לזכור, כי מספר הנשים שסווגו במחקר כבעלות סגנון אקטיבי היה קטן.

למעשה, נשים הממשיכות לתפקד בפסיביות גם נוכח התמוטטות בעליהן משמרות את מערך הכוחות המסורתי. היפוך תפקידים בעקבות התמוטטות הגבר ואימוץ ההתנהגות האקטיבית אצל האישה היא איום נוסף על גבריות הבעל, שנפגעה כבר קודם לכן, ומקשה על התאוששותו. רעיה, המחזיקה בתפקידה המסורתי ומפגינה חום,

חיבה ותמיכה, מאפשרת לבן זוגה לשמור על האשליה שדבר לא השתנה. ייתכן, כי אשליה זו מקלה גם על התמודדות האישה והדבר נרמז במגמה שהסתמנה, שנשים שסגנון התנהגותן פסיבי נוטות לדווח על סטטוס נפשי טוב יותר מנשים אחרות. לסיכום, ממצאי המחקר מצביעים על כך, שאין לטפל רק בבעל הפגוע. יש לצרף אליו את אשתו ולהתייחס אל שניהם כאל יחידה פגועה. אין להניח לנשים להפוך לקבוצה בעלת סימפטומים של מצוקה כרונית, ויש לשקול הקמת קבוצות תמיכה גם לנשים, כך תוכלנה הנשים להתמקד בצורכיהן ולהבין יותר את צורכי הבעל. הנשים עשויות למצוא בקבוצה מזוור לתחושת הבידוד החברתי ולתחושת הבושה על כישלון הבעל במילוי תפקידו המשפחתי והחברתי, לחוש שותפות גורל עם הנשים האחרות לעזור ולהיעזר, ובכך לסייע לא רק להתמודדותן אלא גם בשיקום בן זוגן.

מקורות

- כהן, א. (1991). משפחה חד הורית, תפיסת תפקיד מין, דרכי ההתמודדות ותחושת רווחה של אבות ואמהות גרושים המגדלים ילדים. עבודת דוקטורט, אוניברסיטת בר אילן.
- סלומון, ז., בנבנישתי, ר. ומיקולינסקי, מ. (1986). תגובות קרב בשלי"ג — ניתוח ראינות עם נפגעי תגובות קרב. מחלקת בריאות הנפש בצה"ל, מפקדת קצין רפואה ראשי.
- פרי, ש. (1990). הסרטן: משימה משפחתית. עבודת מ.א., אוניברסיטת תל-אביב.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: Authors.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. rev.). Washington, D.C.: Authors.
- Baider, L. & Denour, A. (1988). Who is the patient: The husband or the wife? *Israel Journal of Medical Sciences*, 24, 631–636.
- Brown, P.C. (1984). Legacies of war: Treatment considerations with Vietnam veterans and their families. *Social Work*, 29, 372–379.
- Coughlan, K. & Parkin, C. (1987). Women partners of Vietnam veterans. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 25, 25–27.
- Danieli, Y. (1981). Differing adaptational styles in families of survivors of the Nazi Holocaust. *Children Today*, Sept-Oct., 6–35.
- Davidson, S. (1980). The clinical effect of massive psychic trauma in families of Holocaust survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6, 11–21.
- 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.
- 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., Rickels, 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.
- Egendorf, F.A. (1982). The post war healing of Vietnam veterans: Recent research. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 901–907.
- Feigin, R. (1992). *The relationship between the sense of coherence of spouses and their adjustment to a post marital disability of one partner*. Unpublished doctoral dissertation, Union University.
- Felman, S. & Laub, D. (1992). *Testimony, crises of witnessing in literature, psychoanalysis and history*. New York: Routledge.
- Figley, C.R. (1986). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake, volume II: Traumatic stress, theory, research and intervention* (pp. 39–54). New York: Brunner/Mazel.
- Florian, V. (1982). The meaning of work for physically disabled clients undergoing vocational rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 5, 375–377.
- Haley, S.A. (1974). When the patient reports atrocities. *Archives of General Psychiatry*, 30, 191–196.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hill, N. (1949). *Families under stress: Adjustment to the crises of war, separation and reunion*. New York: Harper and Row.
- Hobfoll, S.E. & Stokes, J.P. (1988). The process and mechanics of social support. In S. Duck, D.F. Hay, S.E. Hobfoll, W. Ickes & B.M. Montgomery (Eds.), *Handbook of Personal relationships: Theory research, and interventions* (pp. 497–517). London: Wiley.
- Kardiner, A. & Spiegel, H. (1947). *War stress and neurotic illness*. New York: Hoeber.
- Kormos, H.R. (1978). The nature of combat stress. In C.R. Figley (Ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans* (pp. 3–22). New York: Brunner/Mazel.
- Kvale, J.S. (1996). *Interviews: Introduction to qualitative research interviewing*. U.K.: Sage.
- Levingston, D.Y. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine.
- 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 DC.
- Maloney, L.J. (1987). Post traumatic stresses of women partners of Vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work*, 58, 122–143.
- Mazor, A., Canpel, Y., Enright, D. & Orenstein, R. (1990). Holocaust survivors: Coping with post traumatic memories in childhood and 40 years later. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 1–14.
- McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–151.
- Moos, R.H. & Moos, B.H. (1984). The process of recovery from alcoholism: Comparing functions in families of alcoholics and matched control families. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 111–118.

- Murrel, S.A. & Norris, F.H. (1984). Resources, life events and changes in positive affect and depression in older adults. *Journal of Community Psychology, 12*, 445–464.
- Reinberg, L. (1989). *Treating families of Vietnam veterans: Twenty years after the war*. Paper presented at the Fourth International Conference on Psychological Stress and Adjustment in Time of War and Peace.
- Rosenheck, R. & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in the children of Vietnam veterans with post traumatic stress disorder. *Hospital and Community Psychiatry, 36*, 538–539.
- Rosenheck, R. & Thomson, J. (1986). “Detoxification” of Vietnam war trauma: A combined family–individual approach. *Family Process, 25*, 559–570.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shantz, F.C. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: Macmillan.
- Shehan, C.L. (1987). Spouse support and Vietnam veterans’ adjustment to post-traumatic stress disorder. *Family Relations, 36*, 55–60.
- Solomon, Z. (1990). Does the war end when the shooting stops? The psychological tool of war. *Journal of Applied Social Psychology, 20/21*, 1733–1745.
- Solomon, Z. (1993). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. New York: Plenum Press.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Benbenishty, R. (1989). Combat stress reaction – Clinical manifestations and correlations. *Military Psychology, 1*, 35–47.
- Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., Florian, V. & Bleich, A. (1992). From frontline to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process, 31*, 289–302.
- Solomon, Z., Waysman, M. & Mikulincer, M. (1990). Family functioning, social support and combat related psychopathology: The moderating role of loneliness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*, 456–472.
- Somer, E. (1990). Brief simultaneous couple hypnotherapy with a rape victim and her spouse. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 11*, 3–7.
- Somer, E. (1992). Spouse marital adjustment and patient dietary adherence in chronic hemodialysis: A comparison of Afro-Americans and Caucasians. *Psychology and Health, 6*, 69–76.
- Somer, E. & Tucker, C.M. (1988). Patient life engagement, spouse marital adjustment and dietary compliance in hemodialysis patients. *The Journal of Compliance in Health Care, 3*, 57–65.
- Sonnenberg, S. (1985). *The trauma of war: Stress and recovery in Vietnam veterans*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Stanton, M.D. & Figley, C.R. (1978). Treating the Vietnam veteran within the family system. In C.R. Figley (Ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans* (pp. 281–295). New York: Brunner/Mazel.
- Toledorf, C.C. (1976). Social networks, support and coping — An exploratory study. *Family Process, 15*, 407–417.
- Williams, C.M. (1980). The ‘veteran system’ — with focus on woman partner: Theoretical

שלומית שינדלר, בחיה פריד, אלי זומר, אריאלה פרידמן, רחל דקל חהבה טלומן

considerations, problems and treatment strategies. In T. Williams (Ed.), *Post Traumatic Stress Disorders of Vietnam Veterans* (pp. 79–117). Cincinnati: Disabled American Veterans.

Williams, C.M. & Williams, T.W. (1985). Family therapy for Vietnam veterans. In S.M. Sonnenberg, A.S. Blank & J.A. Talbott (Eds.), *The stress of war: Recovery in Vietnam veterans* (pp. 195–209). Washington, D.C.: American Psychiatry Press.

Wilson, J.P. (1980). Conflict, stress and growth: The effects of war on psychosocial development among Vietnam veterans. In C.R. Figley & R.S. Leventman (Eds.), *Strangers at home: Vietnam veterans since the war* (pp. 123–165). New York: Praeger Publishers.