

משקעי דחק ויכולת לאינטימיות בקרב ניצולים שחוו את השואה בילדותם

אסתי כהן, רחל דקל, זהבה סולומון ותמר לביא

המחקר בדק משקעי דחק ארוכי-טווח ויכולת לאינטימיות בקרב ניצולים שחוו את השואה בילדותם. נבדקו 43 ניצולי שואה שקיבלו טיפול נפשי, 48 ניצולי שואה שלא פנו לטיפול נפשי ו- 48 נבדקים ששימשו כקבוצת ביקורת שלא עברה את השואה. הנבדקים מילאו שאלונים סטנדרטיים להערכת התסמונת הפוסט-טראומטית ודפוסי התגובה לאירוע טראומטי ולבידיקת היכולת לאינטימיות והפחדים ממנה.

ממצאי המחקר מראים כי מי שנחשף לטראומה של השואה, בין אם פנה לטיפול ובין אם לאו, מדווח על יותר משקעי דחק לעומת קבוצת הביקורת. עוד נמצא כי נבדקים שחוו את השואה בילדותם ומקבלים טיפול נפשי מגלים קשיים רבים יותר ביכולת לאינטימיות ורמת הפחדים שלהם מאינטימיות גבוהה יותר, לעומת ניצולים שחוו את השואה בילדותם ולא פנו לטיפול נפשי ונבדקים מקבוצת הביקורת.

לעומת זאת, לא נמצאו הבדלים מובהקים ביכולת לאינטימיות ובפחד מאינטימיות בין קבוצת הניצולים שהיו ילדים בזמן השואה שאינם מטופלים לבין קבוצת הביקורת. הממצאים מדגישים את השונות בקרב ניצולים שחוו את השואה בילדותם.

משקעי דחק ארוכי-טווח

ילדים שגדלו בשנות השואה חוו קטיעה אכזרית של רצף חייהם ונחשפו לאירועים קשים ומאיימים רבים. הם סבלו מאיומים חוזרים ונשנים על חייהם, מרעב, מהשפלות, מבריחות, והם חיו בזהויות בדויות. רבים מהם איבדו משפחה, חברים, בית ורכוש. הוריהם, שהיו אמורים להיות המקור העיקרי לתמיכה ולביטחון בעבורם, היו עסוקים גם הם בהישרדות, ולעיתים קרובות לא היו פנויים לספק את צרכיהם.

רבים מהם נאלצו להתמודד לבדם עם קשיים אלו כבר משלבים מוקדמים של חייהם. כדי לשרוד בתנאים אלו נאלצו רבים מהילדים ללמוד לדכא רגשות ולהסתיר את אכזבתם מהוריהם שפעם היו חזקים וכעת הם חסרי אונים. הילדים נאלצו להתרגל לחיות עם הלא ידוע והבלתי צפוי (Durst, 1995).

לאחר המלחמה, עם השחרור מהמחנות והיציאה ממקומות המסתור, חזרו רבים מהניצולים לעיר מולדתם, ובתוך כך קיוו לפגוש בני משפחה שניצלו גם הם. ואולם, הן מי שנותרו לבדם והן מי שנותרו עם בני משפחה ספורים, כואבים ושבורים כמותם, נאלצו להתמודד עם מציאות מרה: בתייהם נהרסו או נתפסו על-ידי אחרים ורכושם נגזל. רבים מהם נאלצו להתמקם במחנות עקורים.

לצעירים שביניהם, אשר נשארו ללא בני משפחה מבוגרים, נעשו מאמצים למצוא בית חדש וסביבה חדשה. עובדי סוכנויות יהודיות, כגון עליית הנוער, וחיללים יהודיים של בנות הברית עברו באירופה ואספו ילדים מהמחנות לבתי-חולים שזה עתה הוקמו, למרכזים בגרמניה ולמחנות מעבר לארצות השכנות. לאחר תקופת גישור נשלחו הילדים למוסדות אימוץ יהודיים בכל העולם או שנשלחו למוסדות ובתי יתומים בישראל ושוב נאלצו להתמודד ולהסתגל לחיים אחרים. לעתים חזרו ילדים אל הוריהם, אך הורים אלו, אשר עברו בעצמם חוויות טראומטיות במלחמה, לא תמיד היו מודעים או יכלו להתפנות ולהיענות לצרכים הספציפיים של ילדיהם (Durst, 1995).

גם הסביבה הקולטת הערימה קשיים בפני הניצולים. כאשר ילדים ניצולים (Child Survivors) החלו לספר על חוויותיהם לאנשים בסביבתם, סיפוריהם נשמעו לא סבירים והאשימו אותם לעתים קרובות בהגזמה. מתוך מחשבה כי הילדים, בהיותם צעירים מכדי להבין את מה שעברו, ישכחו את חוויותיהם במהירות, מנעו מהם לספר על חוויותיהם. נאמר להם שעליהם לשכוח מה שעבר עליהם ו"שהכל יהיה בסדר". בדרך זו לא ניתן להם לשתף אחרים בחוויותיהם הכואבות, מה שמנע מהם את האפשרות להתאבל על משפחותיהם והקשה עליהם לעבד את האבדן של עברם (Durst, 1995).

מקבץ של התרשמויות קליניות בקרב ניצולי שואה שפנו לטיפול נפשי (Chodoff, 1963; Davidson, 1980; Davidson & Charny, 1992; Dor-Shav, 1978; Eitinger, 1963; Krystal, 1968; Niederland, 1964, 1968) הן הבסיס הראשוני לטענות כי השואה הותירה חותם בל יימחה על הניצולים, וכי אחוז ניכר מהם סובל מהפרעות חמורות, ממשקעים פוסט-טראומטיים, מסומטיזציה, מחרדה, מקשיים קוגניטיביים, ומקשיים לבטוח באחרים ליצור קשרים אינטימיים ולשמר אותם.

מאוחר יותר, קוך וקוקס (Kuch & Cox, 1992) מצאו כי 46% מהניצולים שחוו את השואה בילדותם סבלו מתסמונת פוסט-טראומטית, והסימפטום הנפוץ ביותר בקרב אוכלוסייה זו היה הפרעות שינה וקשיי שינה.

אחוזים דומים של מצוקה פוסט-טראומטית נמצאו במחקרים נוספים (Cohen, Brom, & Dasberg, 2001; Lev-Wiesel & Amir, 2000). במחקרם של יהודה ואחרים (Yehuda, Schmeidler, Siever, Binder-)

(Brynes, & Elkin, 1997) דיווחו רוב הנבדקים (80%) על הסימפטומים מחשבות חוזרות על אירועים ואי שקט. שיעורים גבוהים יותר של תסמונת פוסט-טראומטית נמצאו במחקרם של אורויד ואחרים (Orwid et al., 1995). כל 21 הניצולים שראיינו במחקרם סבלו מתסמונת פוסט-טראומטית.

לעומת זאת, מחקרים אחרים שבדקו ניצולים שלא פנו לטיפול נפשי חשפו כי מרבית ניצולי השואה הטיבו להתמודד עם הזוועות, והם אינם סובלים מבעיות נפשיות חמורות, וכי רובם השיגו משימות פסיכו-חברתיות בצורה משיבית רצון ומספקת בעבורם (הראל, 1982; Leon, Butcher, Kleinman, Goldberg, & ; 1982; Almagor, 1981; Matussek, 1975; Moskowitz, 1983; Orenstein, 1981).

השאלה היא אם ניתן להתייחס לכלל הניצולים שהיו ילדים בזמן השואה כאל אוכלוסייה פגיעה או שיש להבחין בין האוכלוסייה הקלינית, כלומר, בין מי שפנו לטיפול נפשי לבין האחרים המהווים את רוב הניצולים אשר אינם פגיעים נפשית. דסברג (Dasberg, 1992) גרס כי גם מי שאינו נכלל באוכלוסייה הקלינית חווה שוב ושוב תחושות בדידות, חוסר שייכות, מחפש נואשות אחר שורשים, מדחיק עצב, אך גם חווה הצלחה חברתית ראויה לציון. לטענתו, למרות ההצלחה בקריירה המקצועית, הרי גם אחרי עשרות שנים השתמרה פגיעות בקרב אותם ניצולים שחוו את השואה בילדותם.

הראל (1982) הדגיש כי הספרות העוסקת בהשפעות השואה על הניצולים שמה דגש מכריע על הפתולוגיה, ומרבית המחקרים ניזונים בעיקר מהספרות הפסיכיאטרית ומהתרשמויות קליניות. כמו כן, ביקר הראל (שם) את ההכללות, המפורשות או המרומזות, שעושים חוקרים רבים בהתייחסם לכלל ניצולי השואה ואת היעדר השימוש בקבוצות ביקורת אחרות לשם השוואה. הראל (שם) אף הדגיש את העדויות להסתגלות טובה של ניצולי שואה רבים לאחר המלחמה.

בבדיקת המשקעים ארוכי-הטווח של השואה בקרב ניצולים שחוו את השואה בילדותם, יש מקום להבחין בין אוכלוסייה קלינית שפנתה לטיפול נפשי לבין אוכלוסייה שאינה קלינית. כמו כן, מכיוון שמדובר בהשפעות מפושטות ומורכבות יש מקום לבדוק משקעי דחק ספציפיים לשואה, כמו גם היבטי הסתגלות נוספים, כגון היכולת ליצירת קשר עם האחר.

היכולת לאינטימיות ופחדים מאינטימיות

אינטימיות היא מושג שמקובל להשתמש בו כדי לציין חוויה אישית או בין-אישית הטומנת בחובה איכויות של קרבה ועומק בין-אישית. מקורה של המילה מהמילה הלטינית "Intimus", שמשמעותה "פנימי ביותר". הוזה אומר, להיות באינטימיות עם אחר משמעו שתהיה לך גישה והבנה לפנימיות האחר (Reiss & Patrick, 1996).

על-פי תיאוריית יחסי אובייקט, היכולת לקשר אינטימי נובעת מהיחסים שבין האם לתינוקה. זהו המקום שבו האינטימיות כמו גם הקשיים באינטימיות מתחילים (Mahler, 1975). אריקסון (Erikson, 1963) ראה באינטימיות את היכולת ליצור קרבה רגשית לאדם אחר כבסיס ליחסי קבע. על-פי תפיסתו, יכולת זו היא שלב התפתחותי המתרחש בסוף גיל ההתבגרות. תנאי מוקדם לאינטימיות אמיתית ובת-קיימא הוא השגת זהות "אני", משום שאינטימיות תובעת עירוב זהויות של שני אנשים. מכאן נובע שעל זהות ה"אני" להתגבש לפני שניתן לשקול באופן מציאותי את האפשרות לחיבור זוגי כמו במסגרת של נישואים. ההתמסרות לשני, שהיא מסימניה של אינטימיות אמיתית, אינה יכולה להתבצע לפני שיש בידי מישהו עצמיות שיוכל לתת לאחר.

לפי נפיר וויטקר (1985), יכולתם של בני זוג להיות אינטימיים ואוהבים גדלה עם יכולתם להיות נפרדים ושונים. אנשים אינם יכולים להסתכן בקרבה אלא אם כן יש ביכולתם להיות נפרדים. הם גם אינם יכולים להסתכן ולהיות נפרדים, כלומר שונים באמת, אם אין ביכולתם לסמוך על חמימות ואהבה שתחזיק אותם יחד. ככל שהם נעשים חזקים ועצמאיים יותר, קל להם יותר להסתכן ולהיות אינטימיים וקרובים.

הזוגיות מאופיינת בתנועה של פעימה - תהליך של התקרבות והתרחקות. ההתקרבות נובעת מהצורך באינטימיות שכל אחד כמה אליה. אולם, האינטימיות הזאת מביאה לפגיעות גבוהה יותר, אשר מביאה להתרחקות, וחוזר חלילה. פלדמן (Feldman, 1979) פיתח מודל שמתאר את הקונפליקט כנוסת הממלכד את האינטימיות. הוא גרס כי השאיפה לאינטימיות מעוגנת בצרכים בסיסיים של האורגניזם. בבגרות התשוקה לאינטימיות היא המניע העיקרי ליצירת יחסי נישואים ולשמירתם, אך בד בבד עם קיומה של התשוקה לאינטימיות קיים גם הפחד מאינטימיות, היכול להיגרם מפנטזיות לא מודעות ומקונפליקטים לא פתורים.

כאשר האינטימיות מגיעה לרמה גבוהה מזו המצופה על-ידי האדם, מתעוררת אצלו, למרות השאיפה לאינטימיות, חרדה לא מודעת, שמקורה, לדעת פלדמן (Feldman, 1979), בחמישה סוגים של פחד מאינטימיות: הפחד מהתמזגות, הפחד מחשיפה, הפחד מהתקפה, הפחד מנטישה והפחד מאימפולסים הרסניים של האדם עצמו. חרדה זו יוצרת קונפליקט והתרחקות.

ניצול שחווה את השואה בילדותו נפגע בהתפתחותו המוקדמת, בהתאם לגיל ולשלב ההתפתחותי שבו היה מצוי. השיבוש האגרסיבי בשגרת חייו, גם כשנשאר עם הוריו ובוודאי כשנותק מהם, עלול היה לפגוע ביחסי האובייקט שפיתח ולערער אותם. במצב הכאוטי והבלתי נורמלי שחווה לא היו בידי הכלים הרגשיים להבין את התנהגות הוריו, שחיפשו דרכים שונות להצילו, ורק טבעי היה שהתנהגות ההורים נחוותה לעתים על ידי הילדים כנטישה וכחוסר אהבה.

על סמך סקירת הספרות, השערת המחקר הייתה כי ניצולים שחוו את השואה בילדותם יסבלו מתסמונת פוסט-טראומטית וידווחו על יותר משקעי דחק ופחד מאינטימיות כמו גם על יכולת פחותה לאינטימיות לעומת נבדקים שלא נחשפו ללחצי השואה. השערה נוספת הייתה כי ניצולים שחוו את השואה בילדותם ומקבלים טיפול נפשי ידווחו על שיעור גבוה יותר של תסמונת פוסט-טראומטית, על עצמה גבוהה יותר של משקעי דחק ופחדים מאינטימיות ועל יכולת נמוכה יותר של אינטימיות לעומת ניצולים שחוו את השואה בילדותם ולא פנו לטיפול נפשי.

שיטת המחקר

אוקולוסיית המחקר

אוקולוסיית המחקר מנתה 134 נבדקים. 62 גברים (46.3%) ו-72 נשים (53.7%). הנבדקים השתייכו לאחת משלוש קבוצות:

1. ניצולי שואה המקבלים טיפול נפשי (N=43): נבדקים אלו חוו את השואה בילדותם, והם מטופלים כיום או טופלו בעבר, במשך שנה עד חמש שנים, במסגרת עמותת "עמך – המרכז הישראלי לתמיכה פסיכו-סוציאלית בניצולי שואה ובדור השני". איש מהם לא הוגדר כסובל מהפרעה פסיכיאטרית מאובחנת ולא היה מאושפז במסגרת פסיכיאטרית.
2. ניצולי שואה שלא פנו לטיפול נפשי (N=48): נבדקים אלו חוו את השואה בילדותם, והם לא פנו לטיפול נפשי. איתור הנבדקים האלה נעשה הן באמצעות רשימות המופיעות ב"יד ושם" והן באמצעות רשימות מהכנס הראשון של child survivors שנערך בארץ בשנת 1992.
3. קבוצת ביקורת (N=43): נבדקים אלו לא חוו את השואה. הם ילידי הארץ ממוצא אשכנזי. מרבית הנבדקים האלה אותרו בעזרת הנבדקים משתי הקבוצות האחרות אשר התבקשו לשאול את חבריהם על נכונותם להשתתף במחקר.

התפלגות המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של שלוש קבוצות המחקר מוצגת בלוח 1.

לוח 1: התפלגות המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של שלוש קבוצות המחקר

משתנה	ערכים	ניצולים		ניצולים שלא פנו לטיפול		קבוצת ביקורת (n=43)		X ²
		המקבלים טיפול (n=43)	ניצולים (n=43)	ניצולים (n=43)	ניצולים (n=43)	N	%	
מגדר	זכר	16	37.2	24	50.0	22	51.2	2.1
	נקבה	27	62.8	24	50.0	21	48.8	
מצב משפחתי	נשוי	33	76.7	45	93.8	36	85.7	5.36
	לא נשוי	10	23.3	3	6.3	6	14.3	
השכלה	יסודית	7	16.3	8	16.7	1	2.3	32.74*
	תיכונית	11	26.6	10	20.8	8	18.6	
	מקצועית	13	30.2	11	22.9	2	4.7	
	אקדמאית	12	27.9	19	39.6	32	74.4	
תעסוקה	עובד	20	47.6	34	70.8	40	93.0	21.14*
	לא עובד	22	52.4	14	29.2	3	7.0	

* p<.001

לוח 1 מראה כי אין הבדל בין הקבוצות במגדר ובמצב המשפחתי, ואילו יש הבדל מובהק בין הקבוצות בהשכלה ובתעסוקה. רוב (75%) נבדקי קבוצת הביקורת הם אקדמיים לעומת כ-40% מקבוצת הניצולים שלא פנו לטיפול וכ-30% מקבוצת הניצולים המקבלים טיפול. יותר ממחצית הניצולים המקבלים טיפול (52.4%) אינם עובדים לעומת 29.2% מהניצולים שלא פנו לטיפול ו-7% מקבוצת הביקורת.

הבדל מובהק בין הקבוצות נמצא גם בגיל. נבדקי קבוצת הביקורת היו צעירים באופן מובהק (F(2,133)=27.01, p<0.001) מנבדקי שתי הקבוצות האחרות (ביקורת: M=55.88, SD=4.29, ניצולים המקבלים טיפול M=61.70, SD=4.88 וניצולים שלא פנו לטיפול M=62.06, SD=4.10).

כלי המחקר

1. שאלון לבדיקת תסמונת פוסט-טראומטית (PTSD). זהו שאלון לדיווח עצמי שנבנה לפי קריטריונים המופיעים במגדר ה- DSM-III-R (APA, 1987). בשאלון 17 היגדים המתארים סימפטומים של התסמונת. עבור כל אחד מההיגדים מתבקש הנבדק לציין האם התנסה בסימפטום המתואר הן בטווח הזמן מאז השואה (קרי, אי פעם בעבר) והן בחודש. ציון השאלון נעשה בשתי דרכים: 1. בדיקת השכיחות של הנבדקים הסובלים מתסמונת פוסט-טראומטית, לפי שלושת הקריטריונים המסתמכים על מגדר ה-DSM. 2. בדיקת עצמת ההפרעה הפוסט-טראומטית – לפי הממוצע של 17 הסימפטומים הפוסט-טראומטיים שמהם סובל ניצול השואה.

בדיקת תכונותיו הפסיכומטריות של השאלון העלתה תוצאות טובות. השאלון נמצא כבעל תוקף מתכנס גבוה לעומת אבחונים שהתבססו על ריאיון קליני באמצעות ה-SCID (Solomon, Benbenisty, Neria et al., 1993). במחקר הנוכחי נמצאה עקביות פנימית גבוהה הן באשר לסימפטומים הפוסט-טראומטיים בעבר והן באשר לסימפטומים הפוסט-טראומטיים בהווה (אלפא של קרונברך: 0.83 ו-0.89 בהתאמה).

2. שאלון לבדיקת דפוסי תגובה לאירועי לחץ – (IES- Impact of Event Scale) שפיתחו הורוביץ ואחרים (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) לדעתם, משקעי הדחק המופיעים בעקבות התנסות באירועי לחץ קיצוני מתמצים לשני דפוסי תגובה המקבילים לשני הקריטריונים הראשונים של מגדר ה-DSM-III-R: הטרדה חודרנית (intrusion) והימנעות (avoidance). הורוביץ ואחרים טוענים ששאלון הלחץ יכול להתאים להערכת מצבי דחק שונים. במחקר זה הותאם השאלון להערכת החשיפה ללחצי השואה. בשאלון 15 פריטים המתארים תגובות רגשיות והתנהגותיות. הנבדק מתבקש לציין ליד כל אחת מהן באיזו תכיפות הוא חווה אותן בשבוע האחרון, על סולם של 4 דרגות (1- "כלל לא"; 4- "לעיתים קרובות") ציון גבוה יותר פירושו מצוקה גבוהה יותר.

לכל נבדק מחושבים שלושה ציונים: "חודרנות", "הימנעות" ו"ציון כולל". במחקר הנוכחי נמצאה עקביות פנימית גבוהה באשר לחודרנות, להימנעות ולציון הכללי (0.91, 0.74 ו-0.85 בהתאמה).

3. שאלון לבדיקת היכולת האינטימיות של שרהבני (Sharabany, 1974) שעובד והותאם לאוכלוסיית מבוגרים על-ידי הרשלג (1984). בשאלון המקורי 29 פריטים המחולקים לשמונה ממדי תוכן: כנות וספונטניות, לדעת ולהרגיש, קשר מגע ובקשת קירבה, בלבדיות ופרטיות, לתת לעזור ולהתחלק, לקחת ולבקש עזרה, פעילות משותפת, אמון ונאמנות. במסגרת עיבוד השאלון והתאמתו לבדיקת מושג האינטימיות אצל מבוגרים, הוספו על-ידי הרשלג שני מדדים נוספים: קרבה רגשית בתחום המיני – עד כמה קיימת פתיחות ורגישות סביב הפעילות המינית המשותפת והיכולת להביע כעס ולשאת תסכול – האפשרות לשוחח על כך ולשאת תחושות דומות אצל האחר.

הנבדק מתבקש לציין את תשובתו על סולם של שש דרגות (1 – המשפט הנאמר לגמרי לא מתאים לחוויה שלך בקשר; 6 – המשפט מתאים מאוד לחוויה שלך בקשר). בעבור כל נבדק מחושבים ציון אינטימיות כללי, שהוא ממוצע ציוני כל פריטי השאלון, וכן עשרה ציוני אינטימיות נפרדים, בהתאם לממדים שתוארו. ציון גבוה יותר פירושו יכולת אינטימיות גבוהה יותר.

שאלון האינטימיות המקורי של שרהבני נמצא מהימן ותקף, ונעשה בו שימוש לבדיקת אינטימיות ביחסים בין ילדים ומתבגרים בני אותו מין ובין המינים. כמו כן הוא נמצא תקף ומהימן בשימוש לאוכלוסייה בוגרת (הרשלג, 1984; טל, 1992). במחקר הנוכחי נמצאה עקביות פנימית מ 0.54 ועד 0.90 עבור תתי הסולמות ו 0.94 עבור הציון הכללי.

4. שאלון לבדיקת הפחד מאינטימיות – "פחד מיחסים אישיים קרובים" – "Fear of Close Personal Relationships Questionnaire" – "FCPRQ" שפיתח שיהן (Sheehan, 1989) על סמך התאוריה של פלדמן (Feldman, 1979). בשאלון 30 שאלות, המתייחסות לחמשת הפחדים: פחד מהתמזגות, פחד מנטישה, פחד מחשיפה, פחד מהתקפה ופחד מאימפולסים הרסניים. הנבדק מתבקש להעריך את כל אחד מהפחדים במערכת היחסים האינטימית הנוכחית או במערכת היחסים האחרונה שבה היה מעורב על סולם של חמש דרגות (1 – "לעולם לא"; 5 – "תמיד"). ציון גבוה יותר פירושו פחדים חזקים יותר. במחקר הנוכחי נמצאה עקביות פנימית גבוהה לסולמות השונים (אלפא של קרונברך: 0.66 עד 0.89).

הליך המחקר

לאחר איתור הנבדקים לשלוש הקבוצות פנינו אליהם בכמה דרכים: אל קבוצת הניצולים המקבלים טיפול נפשי פניני באמצעות המטפלים ובאמצעות מכתב אישי של עורכת המחקר. אל שאר הנבדקים פנינו בדואר או במכתב.

אל מי שהסכימו להשתתף במחקר נשלחו בדואר שאלונים עם הוראות והסברים, עם מעטפה ממוענת ומבוללת וכן עם מכתב אישי שבו צוינה האפשרות לפנות לעורכת המחקר במקרה של שאלה או הערה אחרת. שיעורי ההיענות בכל שלוש הקבוצות היו גבוהים: 90% מקבוצת הניצולים שלא פנו לטיפול, כ- 85% מקבוצת הביקורת ו-80% מהנבדקים המקבלים טיפול נפשי.

ממצאים משקעי דחק

בתחילה ביקשנו לבדוק את ההבדלים בין שלוש קבוצות המחקר (ניצולים המקבלים טיפול, ניצולים שלא פנו לטיפול וקבוצת הביקורת) באשר למשקעי דחק: סימפטומים פוסט-טראומטיים ודפוסי תגובה לאירועי לחץ (IES).
אבחנת התסמונת הפוסט-טראומטית נעשתה פעמיים: ביחס להווה (בעת איסוף הנתונים) וביחס לעבר. בלוח 2 מופיעה התפלגות התסמונת בעבר ובהווה בין שלוש קבוצות המחקר.

לוח 2: השכיחויות של התסמונת הפוסט-טראומטית בעבר ובהווה אצל שלוש קבוצות המחקר

X2	קבוצת ביקורת (N=43)		ניצולים שלא פנו לטיפול (N=48)		ניצולים המקבלים טיפול (N=43)		מדדים
	%	N	%	N	%	N	
21.01***	30.2	13	39.6	19	76.7	33	תסמונת פוסט טראומטית בעבר
17.99***	7	3	22.9	11	46.5	20	תסמונת פוסט טראומטית בהווה

p<0.001=***

באשר לתסמונת הפוסט-טראומטית בעבר, נמצא הבדל מובהק רק בין קבוצת הניצולים המקבלים טיפול (76.7%) לבין שתי הקבוצות האחרות (ניצולים שלא פנו לטיפול 39.6%; קבוצת הביקורת 30.2%). באשר לתסמונת הפוסט-טראומטית בהווה, סך כל הנבדקים התואמים את הקריטריונים המאבחנים את התסמונת הפוסט-טראומטית קטן יותר. עם זאת ההבדלים בין שלוש הקבוצות מובהקים. בקבוצת הניצולים המקבלים טיפול, 46.5% תואמים את הפרעה הפוסט-טראומטית, לעומת 22.9% בקרב הניצולים שלא פנו לטיפול ו-7% בקרב קבוצת הביקורת.

נוסף על כך נבחן מספר הסימפטומים הפוסט-טראומטיים בעבר ובהווה ועצמת החודרנות וההימנעות על פי מדד התגובה לאירוע (IES). בניתוח שונות רב-משתני המתייחס לבדיקת ההבדלים בין שלוש הקבוצות ביחס למדדי הסימפטומים הפוסט-טראומטיים נמצא הבדל מובהק מעבר לשני המדדים ($F(4,250)=12.68$; $p<.001$). בלוח 3 מוצגים הממוצעים וסטיות התקן של מדדי המצוקה של נבדקי שלוש קבוצות המחקר.

לוח 3: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי המצוקה של נבדקי שלוש קבוצות המחקר

F(2,126)	קבוצת הביקורת (N=41)		ניצולים שלא פנו לטיפול (N=48)		ניצולים המקבלים טיפול (N=43)		מדדים
	M	SD	M	SD	M	SD	
20.31***	0.15	0.20	0.28	0.28	0.49	0.25	ממוצע סימפטומים פוסט-טראומטיים בהווה
21.50***	0.42	0.23	0.51	0.23	0.72	0.18	ממוצע סימפטומים פוסט-טראומטיים בעבר
16.89***	1.22	1.09	2.06	1.29	2.81	1.39	חודרנות
5.19**	0.94	0.85	1.36	1.03	1.65	1.19	הימנעות
17.57***	1.09	0.86	1.74	0.96	2.27	0.95	ציון IES כללי

p<0.01=**; p<0.001=***

כדי לאתר את מקור ההבדל בין שלוש הקבוצות בוצעו השוואות בזוגות על-פי Scheffe, אשר העלו כי באשר למספר הסימפטומים הפוסט-טראומטיים בהווה קיימים הבדלים בין כל שלוש קבוצות המחקר: מספר הסימפטומים הפוסט-טראומטיים הקטן ביותר הוא בקרב קבוצת הביקורת, בתוכם נמצאים קבוצת הניצולים שלא פנו לטיפול, ומספר הסימפטומים הגבוה ביותר הוא בקרב הניצולים המקבלים טיפול.

לעומת זאת, באשר למספר הסימפטומים הפוסט-טראומטיים בעבר, נמצא הבדל רק בין קבוצת הניצולים שהיו ילדים בזמן השואה המטופלים לבין שתי הקבוצות האחרות. כאשר מספר הסימפטומים הפוסט-טראומטיים בקרב הניצולים שהיו ילדים בזמן השואה המטופלים היה גבוה יותר לעומת שתי הקבוצות האחרות.

כדי לבדוק את דפוס השינוי במשך הזמן בוצעו ניתוח שונות עם מדידות חוזרות. ניתוח זה העלה הבדל מובהק בין מספר הסימפטומים בעבר לבין מספר הסימפטומים בהווה ($F(1,126)=284.80$; $p<0.001$). יש לציין שלא נמצאה אינטראקציה של קבוצות X זמן. כלומר, הירידה במספר הסימפטומים הפוסט-טראומטיים מהעבר להווה דומה בכל קבוצות המחקר.

בניתוח שונות רב-משתני שנעשה כדי לבדוק אם קיימים הבדלים בין שלוש קבוצות המחקר בשני גורמי ה-IES (חוזרות והימנעות), נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות ($F(2,131)=17.57$; $P<0.001$). כמו כן נמצא הבדל גם בהתייחס לציין הכללי ($F(2,131)=17.57$; $P<0.001$).

לוח 3 מלמד כי קיימים הבדלים בין הקבוצות בשני המדדים, וכי ההבדל במדד החוזרות גדול יותר מההבדל במדד ההימנעות. בניתוח השוואה בזוגות על-פי Scheffe נמצא שבהתייחס למדד החוזרות וכן בציין הכללי קיימים הבדלים בין כל שלוש קבוצות המחקר: בקרב הניצולים המקבלים טיפול רמת ההפרעה היא הגבוהה ביותר, לאחר מכן בקבוצת הניצולים שלא פנו לטיפול ולבסוף בקבוצת הביקורת.

בהתייחס למדד ההימנעות, שבו הפער קטן יותר, נמצא הבדל בין קבוצת הניצולים המקבלים טיפול לבין קבוצת הביקורת. עצמת ההימנעות גבוהה יותר בקרב קבוצת הניצולים שהיו ילדים בזמן השואה המטופלים מאשר בקבוצת הביקורת. נוסף על כך בקרב כל נבדקי המחקר נמצא מתאם חיובי בין גיל לעצמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים ($r=0.35$, $p<0.001$).

היכולת לאינטימיות והפחד מאינטימיות

כדי לבדוק את ההבדלים בין הקבוצות ביכולת לאינטימיות ובפחד מאינטימיות בוצעו ניתוחי שונות רבי-משתנים. בניתוח השונות הרב-משתני באשר ליכולת לאינטימיות נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות מעבר לעשרת התחומים המתארים את היכולת לאינטימיות ($F(20,238)=2.38$; $P<0.001$). לוח 4 מראה כי בניתוחי השונות שנעשו בנפרד לכל אחד מתחומי האינטימיות נמצאו הבדלים מובהקים בכל הגורמים.

לוח 4: ממוצעים וסטיות תקן של היכולת לאינטימיות והפחד מאינטימיות של נבדקי שלוש קבוצות המחקר

מדדים	ניצולים המקבלים טיפול (N=43)		ניצולים שלא פנו לטיפול (N=48)		קבוצת ביקורת (N=43)		F(2,131)
	M	SD	M	SD	M	SD	
יכולת לאינטימיות							
כנות וספונטניות	4.15	1.15	4.84	0.69	4.78	0.82	7.93***
לדעת ולהרגיש	4.54	0.79	4.80	0.66	4.94	0.57	3.98*
קשר, מגע, בקשת קירבה	4.15	1.33	4.98	0.67	4.88	0.82	9.72***
בלבדיות ופרטיות	3.76	1.22	3.93	1.10	4.33	0.90	3.13*
לתת, לעזור, להתחלק	4.49	1.02	4.88	0.69	5.09	0.54	6.64**
לקחת, לבקש עזרה	3.92	1.25	4.90	0.79	4.88	0.94	13.57***
פעילויות משותפות	3.40	1.26	3.99	1.07	4.16	0.88	5.75*
אמון ונאמנות	4.58	0.96	5.12	0.56	5.20	0.63	9.33***
קירבה רגשית בתחום המיני	4.57	1.03	5.06	0.79	5.01	0.67	4.70**
יכולת להביע כעס ולספוג תסכול	4.58	0.72	4.81	0.59	4.94	0.65	3.36*
פחד מאינטימיות							
פחד מהתמזגות	2.93	0.73	2.25	0.62	2.12	0.66	20.07***

20.48***	1.84	0.39	1.81	0.50	2.46	0.62	פחד מנטישה
3.01*	2.24	0.64	2.31	0.55	2.55	0.74	פחד מחשיפה
6.66**	2.39	0.57	2.56	0.57	2.86	0.68	פחד מהתקפה
12.26***	2.21	0.47	2.17	0.53	2.68	0.57	פחד מאימפולסים הרסניים

p<0.001=***; p<0.01=**; p<0.05=*

בניתוחי השוואה בזוגות על-פי Scheffe נמצא שבאשר לתחומים האלה: כנות וספונטניות, לקחת ולבקש עזרה, פעילויות משותפות, אמון ונאמנות – קיימים הבדלים מובהקים בין קבוצת הניצולים המקבלים טיפול לבין שתי הקבוצות האחרות, ואילו בשאר התחומים נמצא הבדל מובהק רק בין קבוצת הניצולים המקבלים טיפול לקבוצת הביקורת.

בניתוח השוואה הרב-משותף באשר לפחדים מאינטימיות נמצאו הבדלים מובהקים בין שלוש קבוצות המחקר מעבר לחמשת סוגי הפחדים ($F(10,248)=7.43$; $p<0.001$). בניתוחי שונות שנעשו בנפרד לכל אחד מהמדדים נמצאו הבדלים מובהקים בכל המדדים (ראה לוח 4). ההבדלים בממד הפחד מהתמזגות והפחד מנטישה הם הגדולים ביותר, אחרי כן ההבדלים בממד הפחד מאימפולסים הרסניים, וההבדלים הקטנים ביותר הם בממד הפחד מהתקפה והפחד מחשיפה.

בניתוח ההשוואה בזוגות על-פי Scheffe נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת הניצולים המקבלים טיפול לבין שתי הקבוצות האחרות, אך לא נמצאו הבדלים בין קבוצת הניצולים שלא פנו לטיפול לבין קבוצת הביקורת. עם זאת בקרב כל ניצולי השואה במחקר (הן מי שמקבלים טיפול והן מי שלא פנו לטיפול) נמצא קשר שלילי בין גיל הפרידה מההורים לפחד מאינטימיות ($r=-0.23$; $p<0.05$). כלומר, ככל שהנבדקים היו צעירים יותר כאשר הם נפרדו מהוריהם, הם דיווחו על פחדים חזקים יותר מאינטימיות.

דיון

המחקר הנוכחי ביקש לבחון את ההשלכות ארוכות-הטווח של ההתנסות באימת השואה על מי שהיו ילדים בזמן השואה. ממצאי המחקר עולה, כי כחמישה עשורים לאחר ההתנסות הטראומטית עדיין קיימים אצל הניצולים משקעי דחק פוסט-טראומטיים בעצמה גבוהה יותר לעומת קבוצת הביקורת. בחינת קבוצת הניצולים שחוו את השואה בילדותם מעלה כי משקעים אלו בולטים בייחוד בקרב מי שמקבלים טיפול נפשי.

כלומר, עצמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים גבוהה יותר בקרב ניצולים המקבלים טיפול נפשי לעומת ניצולים שלא פנו לטיפול נפשי. דפוס שונה במקצת הסתמן במשתני היכולת לאינטימיות והפחד מאינטימיות. בדיקת משתנים אלו מעלה כי קבוצת הניצולים המקבלים טיפול סובלת מקשיי אינטימיות המתבטאים ביכולת נמוכה לאינטימיות ומעצמה גבוהה יותר של פחדים מאינטימיות, בעוד שקבוצת הניצולים שלא פנו לטיפול אינה שונה מקבוצת הביקורת. מהנאמר לעיל משתמע, כי בכל המדדים שנבדקו בולטת פגיעותם של ניצולים שחוו את השואה בילדותם ופנו לטיפול. הקבוצה שבה מסתמנת הפגיעות הפחותה ביותר בכל המדדים היא, כמשוער, קבוצת הביקורת. עם זאת, ההבדלים בין ניצולים שלא פנו לטיפול לבין קבוצת הביקורת הגיעו לכלל מובהקות סטטיסטית רק באשר למשקעים הפוסט-טראומטיים.

משקעי דחק

ממצאי המחקר מלמדים כי מי שנחשף לטראומה של השואה, בין אם פנה לטיפול ובין אם לאו, סובל ממצוקה נפשית גבוהה לעומת קבוצת הביקורת.

ממצאים אלו תואמים את ממצאי מחקרים אחרים בתחום הטראומה, שהראו כי ניצולים שחוו את השואה בילדותם התעמתו עם מצבים קשים ביותר ונחשפו, באשר היו, לקטיעה ברוטלית ברצף חייהם. הם התמודדו עם התנסויות כה אכזריות, עד כי אפילו המציאות הקיומית שלהם עלתה על כל פנטזיה שטנית שיכול היה הדמיון האנושי לייצר.

כולם היו קרבנות של רדיפות הנאצים, רבים מהם איבדו בני משפחה, חברים, בתים וחפצים וסבלו משינוי קיצוני באורח חייהם. האיום הבולט ביותר, שהפך בן לוויה מרכזי בחייהם, היה הפחד למות. הפרידה מבני המשפחה הותירה בנפש הניצולים שבגרו משקעים של כאב, כעס, רגשות אשם ותחושות של אבדן וריקנות. היא נשארה כפצע בנפשם, שעל-פי רוב לובש צורה של סיוטים, חלומות ופנטזיות, או במקרים שבהם הטראומה הייתה כה קשה עד שהודחקה לחלוטין, ביטויה הוא בדרכים עקיפות בלבד (דוידסון, 1981; Durst, 1995).

מכאן אנו למדים כי שתי נטיות התגובה השכיחות ביותר במצבים אלו הן מסוג של חודרנות, פריצה של מחשבות, רגשות וסיוטים של האירוע הטראומטי או של הימנעות המשקפת את הנטייה לקהות רגשית (Figley, 1978; Horowitz, 1976; Lev-Wiesel & Amir, 2000; Yehuda et al., 1997).

עם זאת, נמצאו, כאמור, הבדלים מובהקים בין ניצולים שחוו את השואה בילדותם ומקבלים טיפול נפשי לבין ניצולים שחוו את השואה בילדותם ולא פנו לטיפול נפשי בשיעור המשקעים הפוסט-טראומטיים. ממצאי המחקר הנוכחי תומכים בטענה כי אין להתייחס לניצולי שואה כאל מקשה אחת, וכי בקרב ניצולי השואה ניתן למצוא ניצולים פגיעים יותר ופגיעים פחות. נראה כי קבוצת ניצולי השואה שפנו לטיפול מייצגת קבוצה פגיעה יותר, אך בו בזמן רבים מניצולי השואה אינם סובלים מבעיות נפשיות.

ניתן להסביר ממצא זה בשתי דרכים: האחת, ייתכן כי הניצולים המטופלים סבלו מבעיות ומקשיים חמורים יותר שהביאו אותם לפנות לטיפול. תמיכה בהסבר הראשון נמצאה במחקר על לוחמים שפנו לטיפול. ממצאיו מראים כי הלוחמים שפנו לטיפול סבלו ממצוקה פוסט-טראומטית חמורה יותר לפני הטיפול מלוחמים שלא פנו לטיפול (Solomon et al., 1994). השנייה, ייתכן ששתי הקבוצות סובלות ממצוקה דומה, אך הטיפול שעברה הקבוצה הראשונה גרם להורדת ההגנות ואפשר להם לחשוף את המצוקה ולדווח עליה. תמיכה בהסבר השני נמצאה במחקר על לוחמים שקבלו טיפול בעקבות תסמונת פוסט-טראומטית שממנה סבלו. בסוף הטיפול נמצאו שלוחמים אלו דיווחו על מצוקה פוסט-טראומטית חמורה יותר הן מקבוצת ביקורת שלא השתתפה בטיפול והן מעצמת המצוקה שהם עצמם דיווחו עליה בתחילת הטיפול (Spiro, Shalev, Solomon, & Kotler, 1989).

המחקר הנוכחי אינו מאפשר להכריע בין שני ההסברים, אך העובדה שלא נמצאו הבדלים ביכולת לאינטימיות ובפחדים מאינטימיות בין הניצולים המקבלים טיפול לקבוצת הביקורת מחזקת את ההסבר הראשון. לפיכך נראה כי הניצולים המקבלים טיפול פנו לטיפול בגלל מצוקה חריפה ומפושטת יותר.

עוד עולה מהמחקר כי בקרב ישנם ניצולים הסובלים מתסמונת פוסט-טראומטית מאובחנת, אך אינם פונים לטיפול. כרבע מבין הניצולים שלא פנו לטיפול זוהו כבעלי תסמונת פוסט-טראומטית ברמה קלינית, וניתן לשער כי רבים נוספים סובלים מהפרעה תת-קלינית. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים אמפיריים אחרים שהראו שניצולים רבים הסובלים מתסמונת פוסט-טראומטית אינם פונים לטיפול. ממצא זה נמצא בקרב לוחמים ישראלים (Solomon, 1989), לוחמים אחרים (Dobson, Grayson, Marshall, & O'Toole, 1998) ונפגעות תקיפה מינית (Mahoney, 1999).

אחד ההסברים לכך שניצולים אלו אינם פונים לטיפול היא שהם סובלים מעצמה נמוכה יותר של מצוקה (Solomon, 1989). תמיכה בהסבר זה נמצאת באחד ממצאי המחקר הנוכחי, שלפיו מספר הסימפטומים הפוסט-טראומטיים, הן בעבר והן בהווה, גבוה באופן מובהק בקרב ניצולים המקבלים טיפול בהשוואה לניצולים שלא פנו לטיפול.

נוסף על כך ייתכן כי אי-הפנייה לעזרה נבעה מנגישותם הנמוכה של מרכזי העזרה. רק בשנים האחרונות התעוררה בקרב הקהילה הטיפולית המודעות לצורך בטיפול בניצולי שואה בכלל וביצולים שחוו את השואה בילדותם בפרט. התנאים הקשים שאליהם חזרו אותם ניצולים בתום המלחמה, האקלים החברתי ששרר בארץ, "קשר השתיקה" והמבוכה שאפיינו הן את הניצולים והן את הקולטים הצריכו את המשך השימוש במנגנוני ההישרדות שכללו, מחד גיסא, את המאבק להצליח ולהשיג הישגים נורמטיביים, ומאידך גיסא, את המשך הדחיקת הרגשות (קליין, 1987). דסברג (Dasberg, 2001) טען שהשאיפה העיקרית של האוכלוסייה הזאת במהלך התבגרותם הייתה "להיות נורמליים כמו האחרים".

כדי להשיג את המטרה הזאת יצרו הניצולים פיצול בין ההצגה החיצונית לבין פגיעותם הפנימית. המאבק לחיים הנורמליים לא יכול היה לאפשר פנייה לטיפול. נוסף על כך האווירה בארץ, כולל בקהילה הטיפולית, ניזונה מתחושות בוז לחוסר האונים ולתחושתם כקרבנות בשואה. מרכזי הטיפול שהיו נגישים לניצולי השואה היו, באותה תקופה, רק התחנות לבריאות הנפש, שטיפלו בעיקר באוכלוסייה בעלת אפיונים פסיכיאטריים. לכן ייתכן כי הניצולים נרתעו מלפנות כקבוצה לתחנות אלו לטיפול מחשש שיתפסו כ"לא נורמליים".

כאמור, במחקר הנוכחי התבקשו הנבדקים לציין אם הם סובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים הן בהווה והן אי פעם בעבר. מהשוואת שיעורי התסמונת ניתן לראות כי חלה ירידה בשיעור הסובלים מהתסמונת מהעבר להווה. ירידה זו עשויה לשקף תהליך של החלמה ספונטנית, המתרחשת באופן טבעי, כך ככל שעובר זמן רב יותר, מצבם של הנפגעים משתפר. ממצא זה מחזק את השערת הלחץ החולף, שלפיה התגובה הנפשית לטראומה הולכת ופוחתת עם חלוף הזמן (Figley, 1978).

היכולת לאינטימיות והפחד מאינטימיות

ממצאי המחקר מלמדים כי מסתמנת מגמה דומה באשר ליכולת לאינטימיות ולפחד מאינטימיות: ניצולים המקבלים טיפול מגלים קשיים רבים יותר ביכולת לאינטימיות ורמת הפחדים שלהם מאינטימיות גבוהה יותר לעומת ניצולים שלא פנו לטיפול וקבוצת הביקורת. לעומת זאת, לא נמצאו הבדלים מובהקים ביכולת לאינטימיות ובפחד מאינטימיות בין הניצולים שלא פנו לטיפול לבין קבוצת הביקורת.

כאמור, עצמת הפחד מאינטימיות נבחנה באמצעות חמישה ממדים: פחד מהתמזגות, פחד מנטישה, פחד מחשיפה, פחד מהתקפה ופחד מאימפולסים הרסניים. בכל המדדים נמצאו הניצולים המקבלים טיפול פגועים ביותר. הפער המשמעותי ביותר בינם לבין האחרים נמצא במדדי הפחד מהתמזגות והפחד מנטישה, לאחר כן בממד הפחד מאימפולסים הרסניים, והפער הנמוך ביותר, גם אם מובהק, נמצא בממדי הפחד מהתקפה והפחד מחשיפה.

חוויות הטראומה שעברו ניצולים שחוו את השואה בילדותם כוללות את האבדן העצום שארע לילדים אלו בתקופות המשמעותיות להתפתחותם. הם הופרדו באכזריות רבה מהוריהם, מאחיהם, מן המשפחה המורחבת, מהבית, מחפצים אישיים ומכל המוכר להם. דוידסון (1981) התייחס לאבדן דמויות משמעותיות במשפחה, ציין את ההשפעה של אבדן זה על התפתחות האישיות, על הפגיעה באמון הבסיסי ועל תפיסת ההורים כחסרי אונים. תפיסה זו הובילה לרגשות כעס כרוניים כלפי ההורים ולנטייה להרס עצמי המשקף תחושות אגרסיביות כלפי אותה דמות פנימית שנטשה אותם לטרור. בהמשך הופרדו רבים מהילדים מן המשפחות ששמרו עליהם, ובעצם חוו בשנית נטישה.

הפחד מהתמזגות עם האחר התפתח בייחוד בתקופה שלאחר המלחמה. מרבית הילדים אשר איבדו את בני משפחותיהם הועברו לבתי יתומים או למוסדות אחרים, ושם הם נאלצו להתמודד לבד עם חוויותיהם הכואבות ולחוות את החסר שבאהבה לא מספקת. ניצולים רבים שהיו ילדים בזמן השואה מספרים על הבדידות העצומה שחוו במקומות ההם ועל הבושה שחשו בהיותם חריגים, ללא משפחה. חלקם "המציאו" אח או אחות, חלקם סיפרו כי נולדו בארץ אחרת שבה לא היה כל רמז להיותם ניצולי שואה. הדרך לשקם את חייהם הייתה בבניית חומת מגן סביבם (דסברג, 1992; קליין וקוגן, 1987).

ייתכן שחוסר ההבדל בין מי שמקבלים טיפול לבין מי שלא פנו לטיפול נובע מכך שעל אף שכל הנבדקים נחשפו לשואה, עצמת החוויה וטיבה הייתה שונה בין הקבוצות. כמו כן ייתכן, כי לניצולים שלא פנו לטיפול הייתה דמות הורה או מבוגר אחר יציבה יחסית במהלך השואה ולאחריה שאפשרה להם פיתוח יחסי אובייקט בגיל הצעיר וקשר אינטימי תקין יחסית בגיל המבוגר. הממצא שהתגלה במחקר הנוכחי שלפיו פרידה בגיל צעיר יותר מהורה קשורה לפחד חזק יותר מאינטימיות מחזק השערה זו.

נוסף על כך ייתכן כי בן הזוג או בת הזוג שעמם חולקים הניצולים שלא פנו לטיפול את חייהם סייעה להם להתגבר על פחדיהם ולבנות קשר אינטימי. קסידי (Cassidy, 2001) טענה שגם אם האדם לא חווה בצעירותו התקשרות יציבה, וכן יצר כזו במהלך חייו הבוגרים, היכולת לאינטימיות שלו תשוקם ותתחזק. יתרה מזאת, ייתכן כי ניצולים אלו ניחנו או פיתחו מאפיינים אישיותיים שסייעו להם להתגבר על הטראומות שהם חוו ופיצו על היעדר או קשיים בקשרים מוקדמים עם דמויות יציבות במהלך השואה. רצוי לבצע מחקר נוסף שיבחן את המשתנים ואת המנגנונים המסייעים לפיתוח עמידות הזו.

סיכום

ממצאי המחקר מלמדים שאין להתייחס לכלל ניצולי השואה כאל מקשה אחת, וכי רבים מהניצולים מדווחים על שיעור נמוך של משקעים פוסט-טראומטיים ועל הצלחה בזוגיות שיצרו. ייתכן כי חלק מהניצולים ממשיך להדחיק את רגשותיו למרות קשיים שהוא מגלה בתפקוד הבין-אישי ולמרות הפרעות הנובעות מסימפטומים פוסט-טראומטיים. ואולם, אין להתעלם מן הממצאים היוצרים חלוקה בין ניצולים פגיעים יותר לבין ניצולי פגיעים פחות.

לא כל הסובלים מתסמונת פוסט-טראומטית פונים לטיפול. חלקם סובל משיעור נמוך של סימפטומים פוסט-טראומטיים ואינו מרגיש צורך בטיפול, וחלקם מעדיף להמשיך להדחיק. עם זאת, אין לשכוח כי אוכלוסייה זו נמצאת כעת בשלב משמעותי בחייה. לאחר כחמישים שנה, אנו עומדים מול החרפות מאוחרות של תסמונת לאחר השואה. ייתכן שאירועי חיים לוחצים, כמו אבדן, מחלות, יציאה לפנסיה ויציאת הילדים מהבית יכולים לעורר ריאקציה של מאורעות השואה (Dasberg, 1992).

הממצא שלפיו נבדקים אחדים מקבוצת הניצולים המטופלים לא סבלו בעבר מהפרעה פוסט-טראומטית אלא רק בהווה מחזק השערה זו. ייחודיות של מחקר זה טמונה בהבחנה בין ניצולים שחוו את השואה בילדותם ומקבלים טיפול לבין ניצולים שחוו את השואה בילדותם ולא פנו לטיפול ובהצביעה על המורכבות בהתייחסות לאוכלוסיית הניצולים שהיו ילדים בזמן השואה כמקשה אחת.

מקורות

- דוידסון, ש. (1981). ניצולי שואה ומשפחותיהם: ניסיון קליני פסיכותרפויטי. רופא המשפחה, י', 313-320.
- דסברג, ח. (1992). ילדים בשואה אז ועכשיו. הרצאת פתיחה לרגל ההתכנסות הראשונה של מי שהיו ילדים בשואה, אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.

- הראל, ז. (1982). מצבי לחץ, משאבים ורווחה אצל קשישים. סימפוזיון של החברה האמריקנית לגרנטולוגיה, טורונטו, קנדה.
- הרשלג, א. (1984). אינטימיות והכרות הדדית של רגשות בזוגות נשואים בעיר ובקיבוץ. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה.
- טל, ע. (1992). תהליכי ספרציה-אינדיבידואציה ויכולת לאינטימיות בקרב בנים לניצולי שואה. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל אביב.
- נפיר, א. י., וויטקר, ק. א. (1985). משפחה במבחן: קורותיה של משפחה בתהליך תראפי. תל אביב: ספריית הפועלים.
- קליין, ה. (1987). חיים בצל איום ההשמדה, 40 שנה אחרי השואה, אספקטים טיפוליים. שיחות, 1, 94-97.
- קליין, ה., וקוגן, א. (1987). תהליכי הזדהות והכחשה בצל הנאציזם. שיחות, 1, 108-112.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington DC: Author.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*, 3, 121-155.
- Chodoff, P. (1963). Late effects of the concentration camp syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 8, 323-333.
- Cohen, M., Brom, D., & Dasberg, H. (2001). Child survivors of the Holocaust: Symptoms and coping after fifty years. *Israel Journal of Psychiatry Related Science*, 38, 3-12.
- Dasberg, H. (1992). Child survivors of the Holocaust reach middle age: Psychotherapy of late grief reactions. *Journal of Social Work and Policy in Israel*, 5-6, 71-83.
- Dasberg, H. (2001). Adult child survivor syndrome: On deprived childhoods of aging Holocaust survivors. *Israel Journal of Psychiatry*, 2, 55-63.
- Davidson, S. (1980). On relating to traumatized persecuted people. *Israel/Netherlands Symposium on the Impact of Persecution*, 2, 55-63.
- Davidson, S., & Charny, I. W. (1992). Holding on to humanity – the message of Holocaust survivors: The Shamai Davidson Papers. New York: New York University Press.
- Dobson, M., Grayson, D. A., Marshall, R. P., & O'Toole, B. I. (1998). Postwar experiences and treatment seeking behavior in a community counselling setting. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 579-587.
- Dor-Shav, N. (1978). On the long range effects of concentration camp internment of Nazi victims: Twenty-five years later. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1-11.
- Durst, N. (1995). Child survivors: A child survives... and then what? In J. Lemberger (Ed.), *A global perspective on working with Holocaust survivors and the second generation* (pp. 289-303). Jerusalem: JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development.
- Eitinger, L. (1963). Preliminary notes on a study of concentration camp survivors' mortality and morbidity. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 1, 59-67.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Feldman, L. B. (1979). Marital conflict and marital intimacy: An integrative psychodynamic behavioral systematic model. *Family Process*, 18, 69-78.
- Figley, C. R. (1978). *Stress disorder among Vietnam veterans: Theory, research & treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Krystal, H. (1968). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Kuch, K., & Cox, B. J. (1992). Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. *American Journal of Psychiatry*, 149, 337-340.
- Horowitz, M. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

- Leon, G. R., Butcher, J. N., Kleinman, M., Goldberg, A., & Almagor, M. (1981). Survivors of the Holocaust and their children: Current status and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 503-516.
- Lev-Wiesel, R., & Amir, M. (2000). Posttraumatic stress disorder symptoms, psychological distress, personal resources and quality of life in four groups of Holocaust child survivors. *Family Process*, 39, 445-459.
- Mahler, M. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Mahoney, P. (1999). High rape chronicity and low rates of help seeking among wife rape survivors in a nonclinical sample: Implications for research and practice. *Violence Against Women*, 5, 993-1016.
- Matussek, P. (1975). *Internment in concentration camp and its consequences*. New York: Springer.
- Moskowitz, S. (1983). *Love despite hate: Child survivors of the Holocaust and their adult lives*. New York: Schocken.
- Niederland, W. G. (1964). Psychiatric disorders among persecution victims: A contribution to the understanding of the concentration camp pathology and its aftereffects. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 139, 458-474.
- Niederland, W. G. (1968). Clinical observations on the survivor syndrome. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 313-315.
- Orenstein, A. (1981). The aging of the Holocaust. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 135-154.
- Orwid, M., Domagalska, K. E., & Pietruszewski, K. (1995). The psychosocial effects of the Holocaust on Jewish survivors living in Poland. *Psychiatria Polska*, 29, 29-48.
- Reiss, H. T., & Patrick, B.C. (1996). Attachment and intimacy: Component processes. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 523-563). New York: Guilford Press.
- Sharabany, R. (1974). *Intimate friendship among kibbutz and city children and its measurement*, Unpublished Doctoral Dissertation, Cornell University.
- Sheehan, P. L. (1989). *Relationships among combat trauma, fear of close personal relationships, and intimacy*. Unpublished Doctoral Dissertation, School of Nursing, Indiana University.
- Solomon, Z. (1989). Untreated combat-related PTSD: Why some Israeli veterans do not seek help, *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 26, 111-123.
- Solomon, Z., Benbenishty, R., Neria, Y., Abramowitz, M., Ginzburg, K., & Ohry, A. (1993). Assessment of PTSD: Validation of the revised PTSD Inventory. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 30, 110-115.
- Solomon, Z., Benbenishty, R., Waysman, M., & Bleich, A. (1994). Compensation and psychic trauma: a study of Israeli Combat veterans. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 91-102.
- Spiro, S. E., Shalev, A., Solomon, Z., & Kotler, M. (1989). Self reported change versus changed self report: Contradictory findings of a treatment program for war veterans suffering from PTSD. *Evaluation Review*, 13, 533-549.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Siever, L. J., Binder-Brynes, K., & Elkin, A. (1997). Individual differences in posttraumatic stress disorder symptom profiles in Holocaust survivors in concentration camps or hiding. *Journal of Traumatic stress*, 10, 453-463.