

**תורת החלומות וחקר החלימה :**  
**כתב-עת מקוון**  
<http://www.hebpsy.net/dreams>  
חלומות, חלימה וחוויות שינה. תיאוריות פסיכודינאמיות, תיאוריה יונגיאנית, פסיכוביולוגיה, החלום בתרבות ותרבות החלום. The Israeli Online Journal for the Study of Dreams and Dreaming.

	חוברת א א	מאמר ד'
	מאפייני חלומות ודפוסי התמודדות בקרב נפגעי טראומה – צללים של פיגוע טרור	
	מאת: ד"ר גדי מעוז וליזו גבאי	

## מאפייני חלומות ודפוסי התמודדות בקרב נפגעי טראומה – צללים של

### פיגוע טרור

גדי מעוז<sup>1</sup> ליזו גבאי<sup>2</sup>

#### תקציר

בטראומה נפשית הנפגע נושא את ההשפעות הקשות של הטראומה גם זמן רב לאחר תום האירוע. בטראומה שהשפעותיה נמשכות (מצב פוסט-טראומטי) אין לאדם המשאבים המספיקים להתמודדות פעילה והתוצאה היא תחושת חוסר אונים קשה. התנסות חוזרת ונשנית של חוויית הטראומה במחשבות חודרניות, תחושות עוררות והתנהגות הימנעותית - במצבי ערות ושינה (חלומות) - עשויה להיות מובנת כניסיון אוטונומי של המערך הנפשי לשינוי מצבו של הנפגע מקורבן פסיבי למתמודד אקטיבי ובעל יכולת שליטה ברגשותיו, במחשבותיו ובהתנהגותו. הנטייה להתמודדות פעילה מוגדרת כמוכנות להתמודד באופן פעיל עם דרישות המצב, לרבות מצבי משבר וטראומה והנטייה לגייס אנרגיה נפשית. באופן כזה מושם דגש בעיקר על תהליכים קוגניטיביים ואמוצינליים. קיימות עדויות אמפיריות שמצביעות על כך שחלימה בכלל וזכירת חלומות בפרט מהוות גם הן ניסיונות תגובה אדפטיביים ללחץ נפשי ומשרתות תפקיד ארוך טווח בתרומתן לעיבוד מידע רגשי, פתרון בעיות וקונפליקטים ואינטגרציה של חוויית טראומטיות. מחקרים שונים מצביעים על כך שמאפייני נרטיב החלום זהים במובנים רבים למאפייני התמודדות בעת ערות, באופן שבו התמודדותו של החולם בחלום עשויה להיות פסיבית, אקטיבית או נמנעת. מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את הקשרים בין דפוסי חלומות לנטייה להתמודדות פעילה בקרב מדגם של אוכלוסייה עירונית שנחשפה לאירוע טרור. המחקר נערך בקרב אזרחים שחוו אירוע טרור בשנת 2002. המדגם כלל 54 משתתפים גברים ונשים בגילים 20-62, מתוכם אובחנו 30 כסובלים מתסמונת פוסט-טראומטית על פי קריטריונים של DSM-IV-R. קבוצה זו הושוותה לקבוצת ביקורת בת 24 משתתפים. בין הקבוצות נערכו השוואות במדדים של תסמונת פוסט-טראומטית, פתולוגיה פסיכיאטרית, הערכת איכות חיים והנטייה להתמודדות פעילה. בנוסף, מילאו המשתתפים יומני חלומות בהם הם דיווחו במשך שלושה שבועות על חלומותיהם. ממציא המחקר העיקריים הצביעו על כך שמידת הפתולוגיה הכללית הייתה גבוהה יותר בקרב

<sup>1</sup> ד"ר גדי מעוז, פסיכולוג קליני בכיר, אנליטיקאי יונגיאני, המכללה האקדמית עמק יזרעאל, פסיכולוג ראשי תחנת העמקים  
<sup>2</sup> ליזו גבאי, מתמחה בפסיכולוגיה חינוכית

הנבדקים הפוסט-טראומטיים לעומת קבוצת הביקורת. בהשוואת משתני איכות חיים נמצא שהנבדקים הפוסט-טראומטיים מעריכים את איכות חייהם הפיזית והפסיכולוגית כנמוכה יותר מאשר נבדקי קבוצת הביקורת. בבדיקת הנטייה להתמודדות פעילה נמצא שקבוצת הנבדקים הפוסט-טראומטיים הינה בעלת נטייה נמוכה יותר להתמודדות פעילה מקבוצת הביקורת. בניתוח תוכן של חלומות הנבדקים הפוסט-טראומטיים נמצא שהם מאופיינים בנרטיבים מורכבים וקשים יותר ובעוצמות חרדה גבוהות יותר מאלו של נבדקי קבוצת הביקורת. כמו כן נמצא שהנבדקים הפוסט-טראומטיים דיווחו יותר על חלומות של שחזור הטראומה וסיוטי לילה. בבדיקת אופי התמודדותם של החולמים, כפי שהשתקף בתכני חלומותיהם, נמצא שקבוצת הנבדקים הפוסט-טראומטיים התמודדה באופן יותר אקטיבי מנבדקי קבוצת הביקורת. בנוסף, נמצא שאצל הראשונים ישנם יותר ניסיונות לרה-אינטגרציה של היבטים מופרדים ומפוצלים המופיעים בתכנים שונים בחלומותיהם. מסקנות ראשוניות מהמצאים מצביעות על האפשרות שניתוח חלומותיהם של מי שאובחנו כסובלים מתסמונת פוסט-טראומטית עשוי לסייע בהערכת יכולתם להתמודד עם מצבם הנפשי ואולי אף לתרום בכך לתהליכי הטיפול וההחלמה.

מילות מפתח : חלימה, תסמונת פוסט-טראומטית, התמודדות אקטיבית

## מבוא

טראומה נפשית היא מצב הנובע מחוסר אונים. בזמן התרחשותה האדם שנפגע עומד חסר-ישע לנוכח כוח חזק ממנו, בין אם הוא כוח טבע (אסונות) או כוחו של אדם אחר (מעשה זוועה). האירועים הטראומטיים ממוטטים את מערכות ההגנה הרגילות, המעניקות לאדם הרגשת שליטה, קשר ומשמעות (הרמן, 1994). אירועים טראומטיים כרוכים בדרך כלל

באיום על החיים או על השלמות הגופנית, או במפגש אישי קרוב עם אלימות ומוות. המכנה המשותף לטראומות נפשיות היא הרגשת "פחד עז, חוסר ישע, אובדן שליטה וסכנת הכחדה" (Andreasen, 1985). האירועים הטראומטיים מחוללים שינויים עמוקים ומתמידים בעירור הגוף, ברגש, בהכרה ובזיכרון. משך הזמן מיד לאחר הטראומה הוא הקריטי ביותר, ורוב ההתמודדות מתרחשת בשבועות והחודשים הראשונים לאחר הטראומה (Brewin et al., 1999; Shalev, 2002). ההתמודדות מערכת תהליך רב-מימדי שכולל התמודדות אמוציונלית, ביולוגית, חברתית וקוגניטיבית (Pearlin & Schooler, 1978; Shalev, 2002). תסמונת פוסט-טראומטית (PTSD) נגרמת כתגובת הסתגלות של האדם לאירוע הטראומטי, שהיווה עבורו איום ממשי. בעקבות הטראומה חל שינוי במצב הנפשי של הקורבן כאשר התסמונת הקלינית נחלקת לשלוש קבוצות סימפטומים עיקריים (American Psychiatric Association, 1994):

א. **סימפטומים מעוררים** (המאפיין העיקרי של פוסט-טראומה) המשקפים את הציפייה המתמדת לסכנה. העירור הגופני נמשך ללא הפוגה. נפגעי הטראומה נבהלים בקלות, מגיבים ברוגז על התגרריות קלות, סובלים מהפרעות בשינה, מתקשים להירדם, רגישים לרעש ומתעוררים יותר בלילה.

ב. **סימפטומים חודרניים** של הרגע הטראומטי מקודדים כסיוטים בצורת זיכרון לא מותאם המתפרץ מעצמו אל התודעה, הן בהקיץ והן כהבזקי זיכרון בשינה. לעיתים קרובות מופיעים בחלומות האלה קטעים מדויקים מן האירוע הטראומטי, בלי או עם מעט מאוד פיתוח הדמיון. חלומות זהים נחלמים שוב ושוב. פעמים רבות החלומות נחווים במיידיות מפחידה, כאילו קרו בהווה. גירויים סביבתיים קלים וחסרי חשיבות לכאורה, המתרחשים בחלום יכולים להיתפס כאותות תקיפה ולעורר תגובות אלימות (Van der Kolk et al., 1984).

ג. **סימפטומים הימנעותיים** המשקפים את התגובה המקרה של הכניעה. ההימנעות משפיעה על המחשבה, הזיכרון ומצבי תודעה וגם על כל תחום היוזמה והפעולה התכליתית. נפגעי הטראומה מגבילים את חייהם בניסיון ליצור הרגשת ביטחון ולשלוט בפחד. סימפטומים אלה פוגעים גם במערך הציפיות שלהם מעצמם וגם בתכנון העתיד ובכך שוללים מעצמם נפגעי הטראומה הזדמנויות חדשות להתמודדות מוצלחת, שיכולה להפיג את השפעת החוויה הטראומטית. סימפטומים אלו גובים מחיר גבוה בעד ההגנה

שהם מספקים, פוגעים באיכות החיים וכך מנציחים את השפעות האירוע הטרומטי (הרמן, 1994).

סימפטומים חודרניים וסימפטומים הימנעתיים מונעים אינטגרציה של האירוע הטרומטי. נפגעי הטרומה לכודים בין השכחה של החוויה הטרומטית לחוויה חוזרת שלה, במצב של חוסר איזון (Van der Kolk et al., 1984).

התפתחות של פוסט-טרומה היא לא בלתי נמנעת. מרבית האנשים מחלימים מחוויות טראומטיות ללא פגיעות פסיכולוגיות לאורך זמן. אצל נבדקים שכן התפתחו אצלם סימפטומים פוסט-טרומטיים הפרעה קשורה לכישלון החלמה מתגובה חריפה לחוויה טראומטית. האבחון הפסיכיאטרי המודרני מתבסס על עיקרון פנומנולוגי-תיאורי, לפיו המחלה או הפרעה פסיכיאטרית מומשגת כתסמונת התנהגותית או נפשית עם משמעות קלינית. לא כל מי שמגלה תסמינים פוסט-טרומטיים סובל בהכרח גם ממצוקה או ליקוי תפקודי (בלייד וסלומון, 2001). אך בקרב אלו שמדווחים על ליקויים תפקודיים, נראה קשר בין מספר התסמינים הפוסט-טרומטיים לבין דרגת הליקוי התפקודי, בחיי המשפחה, חברה או תעסוקה ולימודים. (Stein et al, 1997). מחקרים הראו פגיעה בתחושת הבריאות ובהרגלים המשפיעים על הבריאות כמו נטילת תרופות ועישון. ממצאים דומים נמצאו בקרב חיילי מילואים בעלי הפרעה פוסט-טרומטית בישראל (Shalev, 2002). כמו-כן נמצאה מעורבות יתר במעשי אלימות ופשע אצל חיילי מילואים אמריקאים עם הפרעה פוסט-טרומטית (Chemtob et al., 1994), ופגיעה בתפקוד הזוגי והמשפחתי בקרב מאובחנים הסובלים מפוסט-טרומה בארה"ב ובישראל (סלומון ומיקולינסר, 1992). המחקר המתואר להלן בוחן את הסימפטומים והפגיעה בעזרת דפוסי החלומות והנטייה להתמודדות פעילה בקרב נבדקים שחוו טראומה מאירוע טרור.

### חלומות וטרומה

לסובלים מסימפטומים פוסט-טרומטיים אין מנוחה; ביום, הזיכרונות חודרניים, מעוררי חרדה ופחד, ובלילה הם לעיתים מותקפים על ידי חלומותיהם. זמן השינה נראה פגיע במיוחד וקורבנות טראומה סובלים מביעותי לילה, חלומות חרדה וקשיי שינה כלליים (Nader et al., 1993; Pynoos & Nader, 1988; Quota, Punamaeki & El Sarraj, 1996; Terr, 1991). מצד שני יש מחקרים המצביעים שחלימה מקלה ויוצרת אינטגרציה של הטרומה כחלק מהתפתחות אישיות בריאה (Hartmann, 1991;1995).

התופעה של זכירת חלומות נחקרה רבות בהקשר של אירועים מלחיצים, אקוטיים וכרוניים כאחד. יש ספרות המציגה קשרים חזקים בין משתנים אלה, אולם קיימים גם ממצאים סותרים. במחקר שבדק דיווח חלומות בקרב חיילים אמריקאים שנחשפו לחוויות מלחיצות וטראומטיות נמצא דיווח של זכירה מוגברת (Ross et al., 1994). במחקרים של Hartman (1991) ו-Kramer (1993) דווח על חוויות חלומות של נבדקים שחוו טראומה, כעוצמתיים ובהירים במיוחד. לעומת מחקרים אלו מדווח במחקר של Kaminer & Lavie (1991) על ירידה בזכירת החלומות כתוצאה מחשיפה לתנאים מלחיצים במיוחד בקרב ניצולי שואה. Turner & Gorst-Unswort (1990) טוענים, כי חשיפה לתנאי לחץ אינטנסיביים במיוחד מכבידה על משאבי ההתמודדות של האדם, וכי במצבים אלה קיים כישלון בזכירת חלומות. הסבר דומה ניתן במחקר שבחן יומני חלומות מנבדקים הסובלים מתסמונת פוסט-טראומטית כתוצאה מקרב, ושהעריך את חומרת הסימפטומים של כל אחד מהנבדקים. במחקר זה נמצא כי ככל שהסימפטומים של התסמונת הפוסט-טראומטית היו חמורים יותר, כך זכירת החלומות היתה נמוכה יותר. החוקרים הסבירו כי במצבים של לחץ אינטנסיבי מופעל מנגנון חוסם המדחיק את התוכן המאיים, הן במהלך ערות והן בשינה (Lavie et al., 1998). Punamaeki (1997) רואה את הסיבה לממצאים הסותרים בעוצמת החוויה המלחיצה, המביאה לירידה בזכירה, בעוד שמצבי לחץ יומיומיים גורמים לעלייה בזכירה. אפשרות זו נסתרה במחקר בו דווח על סימפטומים חמורים של PTSD בקרב קבוצת הנבדקים שזכרו יותר חלומות (Mellman et al., 2001).

במחקר הנוכחי כמות זכירת החלומות לא היתה המשתנה העיקרי, אלא ניתוח תכני החלומות שדווחו על ידי הנבדקים. בנוסף, ראוי לציין כי במחקרים שנסקרו לעיל נבדקה זכירת חלומות בתנאי מעבדה ואילו במחקר הנוכחי לא ניתן לקבוע אם הנבדקים זכרו חלומות ולא דיווחו, או שלא זכרו כלל. המחקר הידוע עד כה אינו מבהיר אם זכירת החלומות או החלימה כשלעצמה משרתות פונקציה של בריאות נפשית, אולם עדויות אמפיריות מחזקות את הדעה לפיה זכירת חלומות הינה תגובה מיידית ללחץ נפשי, המשרתת תפקיד אדפטיבי ארוך טווח בתרומתה לעיבוד מידע רגשי, פתרון בעיות וקונפליקטים, ואינטגרציה של חוויות מכאיבות. (Punamaeki, 1997; Hartmann, 1998). Kaminer & Lavie, 1991; תפקיד אפשרי של חלומות בהתמודדות עם מצבי לחץ תואר ע"י Cartwright (1990): "החלימה מעורבת בפעילות מארגנת, מבקרת ומשחזרת

של האופן בו אנו תופסים את עצמנו ואת מעשינו. מערכת זו תפעל בעיקר כאשר אנו מצויים תחת לחץ ומאוימים ע"י שינויי חיים הדורשים תגובות חדשות" (ע' 188). בתנאי חיים לוחצים, החלימה מאפשרת מקום נוסף ליצירת קשרים מחשבתים ושחרור אנרגיה רגשית, בעוד שהמציאות לעיתים לא תאפשר זאת (Hartmann, 1996).

סיוטי לילה פוסט-טראומטיים עלולים להופיע בפעם הראשונה בלילה שלאחר הטרומה. בחלום, הטרומה חוזרת על עצמה בצורה דרמטית אך לא תמיד בצורה עקבית, ומופיע בו שינוי אחד גדול, משהו שלא בהכרח קרה (Barrett, 1996). לאורך זמן הטרומה תופסת מקום פחות חשוב ומרכזי והחלומות חוזרים בהדרגה לאופיים לפני הטרומה. בתחילה חווים נפגעי הטרומה סיוטי לילה, המפורשים כפחד, טרור ואח"כ החלומות מתאפיינים יותר כחלומות אשמה ואחרים (Hartmann, 1984; Van der Kolk et al, 1984).

תיאורטיקנים שונים מסכימים באופן כללי שחלום החוזר מספר פעמים קשור לבעיה מסוימת בחיים שטרם נפתרה. רוב החלומות הטרומטיים משקפים קונפליקט או גורם לחץ ישיר ומופיעים באופן מטפורי (Cavenar & Nash, 1976; Freud, 1900; Domhoff, 1993). ההפרעה מתבטאת לרוב בסיוטי לילה וקשיים בשנת לילה רציפה (Rothbaum et al., 1992). Rycroft (1979) מחלק בהגדרתו את הסיוטים לשלושה תחומים: חלומות טראומטיים, סיוטים, וחלומות חרדה. חלומות טראומטיים מתרחשים, לטענתו, לאחר מאורעות מהממים ובלתי צפויים, ללא כל הכנה מוקדמת להופעתם. בטרומות שכאלה המצב המאיים, הפתאומי, פוגע ביכולת הפרט להגיב באופן אקטיבי ולמנוע את ההתרחשות. החלומות הטרומטיים הם שחוזר מדויק של האירוע הטרומטי והם יורדים בתדירות הופעתם; הם אינם ניתנים לפירוש ואינם יצירת דמיונו של החולם, אלא שחזור מאורעות עבר. עצם הופעתם הוא ניסיון להטמיע חוויה ולהפכה ממאורע מציאותי לזיכרון מוטמע. לטענתו, סיוטים מתייחסים לחלומות מפחידים ומשתקים, הם נדירים בהופעתם וכוללים מיני יצורים מפחידים; (Rycroft, 1979). חלומות חרדה הינם שכיחים ורגילים. הופעת החרדה בחלום מהווה הוכחה לדמיון הקיים בין חלימה לבין פעולות של דמיון במצבי ערנות. יש להבדיל בין סיוט לילה רגיל לסיוט פוסט-טראומטי, ההבדל הוא בכך שבסיוט פוסט-טראומטי ישנה "פלישה לזיכרון" של האירוע הטרומטי.

ההיזכרות באירועים טראומטיים מהווה תפקוד אדפטיבי ע"י כך שעצם ההיזכרות מפצה על התוצאות השליליות (Anthony, 1986). Piccioni ועמיתיו (2002) מצאו קשר מובהק בין כמות סיוטים וחומרתם לבין סגנונות התמודדות. הם סבורים כי זכירה של

חלום רע בעיתות לחץ מהווה סוג של חשיפה חוזרת לגורם הלחץ, אשר מפחית את הבולטות שלו וכך מקל על ההסתגלות אליו. בנוסף, זכירת החלום מאפשרת בדיקה דמיונית בטוחה של פתרון בעיות במצבי חיים מלחיצים במיוחד. כך עוזר החלום בהתמודדות עם לחצים. גם מחקרים שעסקו בתרומה של זכירת החלומות לבריאות הנפשית של האדם בתקופות של לחץ נפשי מוגבר, העידו כי זכירת החלומות של החוויה הטראומטית או המלחיצה עוזרת כנראה לתהליך ההחלמה מאירועים טראומטיים (Cartwright & Romanek, 1978). נבדקים שזכרו חלומות בעת הטראומה נמצאו כבעלי הסתגלות נפשית טובה יותר, והם דיווחו בנוסף על רווחה סובייקטיבית גבוהה יותר לעומת קבוצת הביקורת (Brown & Donderi, 1986). גם Punamaeki (1997) סבורה כי זכירת החלום מעמתת את האדם עם תכנים רגשיים ומאלצת אותו לפתח מנגנוני הגנה ספציפיים לשם התמודדות עם סביבה מלחיצה.

לפי Foa & Rothbaum (1998), מנגנונים נוספים שנחשבים כמעורבים בשינוי לטובה של סימפטומים פוסט-טראומטיים הינם חזרה על תמונות שמחיות – חזרה זו מקדמת את ההביטואציה, מפחיתה חרדה ובעיקר מתקנת את התפישה האירונית שחרדה תישאר לנצח אלא אם נמנע ממנה; התהליך של עימות מכון עם הזיכרונות הטראומטיים מפחית את ההימנעות הקוגניטיבית והאמוציונלית. תמיכה נוספת להשערה שיש תפקיד לשנת חלום ולחלימה נמצא במחקרים של Cartwright and Lloyd (1994), Hartmann (1998). מחקר נוסף של Rothbaum & Mellman (2001), מציין שנבדקים שלא דיווחו כלל על חלומות, או דיווחו על חלומות שאינם קשורים לטראומה ו/או דיווחו על חלומות שמשלבים זכרונות טראומטיים - אך באופן שנראה מעובד עם תכנים אחרים - סבלו פחות מסימפטומים גלויים של פוסט-טראומה.

חלומות יכולים להיות יותר אינטגרטיביים ופחות מפריעים לשינה או שניהם יחד. מצב זה מתרחש בזמן שנת חלום (REM Sleep) שנמשך לאורך זמן מספיק. עפ"י מחקר זה חלומות אינטגרטיביים, פחות מציאותיים ופחות מפחידים, יפריעו פחות לשנת החלום (Rothbaum & Mellman, 2001).

יונג ראה בחלומות מבנה נפשי שונה מזה של תכנים מודעים אחרים. לדעתו אין בחלומות הרציפות ההתפתחותית הנרטיבית, והחוקיות שאופיינית לתכנים מודעים. עם זאת הוא ראה בחלום מקור תמיכה וריפוי עבור החולם, למרות שישנם חלומות שיכולים לעורר פחד ודחייה. החלום הוא יצירה, העושה שימוש בסמלים וארכיטיפים ואינו ביטוי רק לצרכים

סיפוקים, צנזורה ועכבות (Jung, 1974). במאמר סקירה שערכו פסיכואנליטיקאים יונגיאנים הם טענו שתפישת החלום לפי יונג הוא הבסיס לפסיכה (נפש) שיוצר איזון ופיצוי לעמדות הנורוטיות של האגו המודע, שהוא מאוד מורכב ולא מאוזן (2001 Beebe, Cambray & Kirsch). בדומה לתפקוד הקומפנסטורי של החלומות עפ"י יונג גם Punamaeki (1999) סבורה כי זכירה של חלומות בעלי תוכן נעים עשויה לפצות על תנאי סביבה מלחיצה ובכך להוות פונקציה משקמת ומייצבת. הקומפנסציה למצב התודעה יוצרת איזון והשוואת נתונים שמאפשרת התאמה או תיקון של החוויה. ככל שעמדת המודע תהיה קיצונית, כך עשוי הלא מודע לבטא תפקוד קומפנסטורי ולייצג עמדה הפוכה למודע. קיימות שלוש אפשרויות לקומפנסציה:

1. כשעמדת התודעה כלפי סיטואציות החיים היא "חד צדדית", החלום נוקט עמדה מנוגדת.

2. כאשר התודעה נוטה להתקרב ל"אמצע", מסתפק החלום בשינוי גרסה.

3. כאשר התודעה "תואמת", מדגים החלום את המגמה שלה.

הקומפנסציה (הפיצוי) בחלום מתבטאת בשתי דרכים: הדרך הראשונה היא בהפחתת דאגות של האגו המודע. הדרך השנייה כונתה על ידי יונג prospective function, לפיה החלום מציג סימבול פוטנציאלי, דרכים פוטנציאליות לביטוי הקושי של החולם לאגו הלא מודע, במטרה לדרבן התפתחויות פסיכולוגיות עתידיות (Beebe, Cambray & Kirsch, 2001). יונג תיאר ארבעה שלבים בהתרחשות של חלום: 1. תחילת החלום – מתואר מקום העלילה והנפשות הפועלות. 2. הסתבכות העלילה. 3. שלב השיא – הופעת שינוי מכריע. 4. פתרון להסתבכות – מצב סופי, תוצאה מבוקשת. לא תמיד מתרחש שלב הפתרון וזה יכול להצביע על בעיה. בניתוח החלום בשיטת ההתבוננות התכליתית – נותנים משמעות למסר של החלום ולא לסיבתיות שלו (Jung, 1974). במחקר הנוכחי נעשה שימוש בדרך החשיבה ותפישת ניתוח החלומות על פי הגישה היונגיאנית על מנת לבחון את משמעותם הסימבולית של התכנים כפי שדווחו על ידי הנבדקים ביומני החלומות.

#### דיסוציאציה וטראומה

דיסוציאציה היא תהליך נפשי של נתק בין מחשבות, זיכרונות, רגשות, פעולות או תחושות הזהות של האדם. בזמן שאדם נתון במצב דיסוציאטיבי, חלק מהמידע הפסיכולוגי שלו אינו

מקושר באופן רגיל עם מידע אחר. במהלך חוויה טראומטית עשוי האדם ליצור בריחה מנטלית זמנית מן הפחד והכאב של הטרומה. במקרים מסוימים יכול תהליך נתק כזה ליצור "חור בזיכרון" בכל הנוגע לחוויה הטרומטית (זומר, 1994). סלומון (1989) דוחה על התפרצויות של תסמונות פוסט-טראומטיות, המופיעות אצל חיילים משוחררים יחד עם זיכרונות מלחמה טראומטיים לאחר שנים של אמנזיה. Harman & Van der Kolk (1986) ציינו במחקרם כי בקרב אנשים בעלי ארגון אישיות גבולית וגם בקרב נפגעים פוסט-טראומטיים מתגלות הפרעות עמוקות באפקט (רגש), בבקרה על הדחפים, בביקורת המציאות, ביחסים בין אישיים ובאינטגרציה של העצמי. הפרעות בביקורת המציאות מתבטאות בשתי התסמונות באפיזודות דיסוציאטיביות ובמחשבות פרנואידיות. בדיקת תגובותיהם של בעלי ארגון אישיות גבולית ואנשים הסובלים מ-PTSD כרוני במבחן רורשך העלתה ממצאים דומים: צמצום רב מצד אחד וחומר טעון רגשי מאידך. Kernberg (1975; 1986) סבור כי כאשר קונפליקטים וחרדות נעשים טראומטיים, נוטים אנשים את מנגנוני ההגנה הבוגרים שבמרכזם מנגנון ההדחקה ומנגנונים כגון אינטלקטואליזציה, בידוד, היפוך תגובה והשלכה, וחוזרים להשתמש במנגנונים שמקורם בשלבים ראשונים של התפתחות שבמרכזם מנגנון הפיצול. לפי הגדרתו, הפיצול הוא הפרדה פעילה בין רגשות, תפיסות ואובייקטים בעלי איכות מנוגדת, והביטוי הקליני הישיר של הפיצול הוא הביטוי האלטרנטיבי של שני צדדיו של הקונפליקט באופן אגו-סינטוני. הפגיעה בארגון האישיות בעקבות הטרומה מגבירה את השימוש במנגנון הפיצול וזה מתבטא במורכבות התפיסה ועלייה בקיטוב (שלקס ודקל, 2001).

Terr (1991), מדגישה שיש להבחין בין מאורע טראומטי בודד למאורעות טראומטיים מתמשכים: מאורע בודד אינו מודחק, אלא נזכר לפרטיו, תוך כדי שינוי ועיבוד, כדרך כל זיכרון נרטיבי. לעומת זאת, אירועים מתמשכים מעובדים באורח ייחודי. הזיכרונות מלווים בתוקפנות כלפי העצמי, בדיסוציאציה של האירוע משאר המערכות הנפשיות, בהזדהות עם התוקפן, בהכחשה גורפת ובהדחקה. המחקר הקליני בתחום מצביע על כך שאירועי טראומה חד-פעמיים (כמו פיגוע טרור או אונס) עשויים להיזכר על ידי החווים אותם טוב יותר מאשר אירועים טראומטיים חוזרים ונשנים (כמו התעללות מינית מתמשכת בילדות או עינויים בשבי). אסונות מקריים ואסונות טבע (כמו רעידות אדמה) ייזכרו טוב יותר מאסונות שנגרמו באופן מכוון על-ידי בני-אדם (כמו פשעי מלחמה, אלימות במשפחה, גילוי עריות). ישנה הבחנה בין תסמונת דיסוציאטיבית, המופיעה במצבים חריפים

שקשורים בדרך כלל למצבי לחץ ודחק קיצוניים, לבין דיסוציאציה והפרעות בזיכרון הקשורות למצבים כרוניים כגון הפרעת הלחץ הפוסט-טראומטית (מרגלית ווויצטום, 1997). לפי דעתו של Janet (1989), חוסר היכולת ליצור אינטגרציה של הזיכרונות הטראומטיים הוא לב ליבה של התסמונת הפוסט-טראומטית, ולכן טיפול בטראומה יכול מלאמץ לשחזר ולהביא לאינטגרציה של הזיכרונות הטראומטיים לתוך מרכיבי האישיות והזהות של האדם הסובל.

במחקר הנוכחי נעשה ניסיון לאבחן מצבים דיסוציאטיביים באמצעות ניתוח מרכיבי תוכן מפרידים ומפצלים בסיפורי החלומות של הנבדקים. כמו כן נבדקה הנטייה המובנית של החלום ליצירת רה-אינטגרציה של החוויה הטראומטית. ההנחה כאן הינה שלחלום יש פונקציה אינטגרטיבית המסייעת בניסיונות רה-אינטגרטיביים של חוויית הפיצול הדיסוציאטיבית.

#### התמודדות עם טראומה – הנטייה להתמודדות פעילה

התמודדות הוא מושג שמגשר בין המשאבים החיצונים והפנימיים לבין התגובות ללחץ. על פי הגדרת Lazarus & Folkman (1984), התמודדות מתבטאת ב"מאמצים קוגניטיביים והתנהגותיים המשתנים תדיר, כדי לטפל בדרישות הספציפיות החיצוניות ו/או הפנימיות המוערכות כמתדלדלות או נמצאות מעבר למשאבים של האדם" (ע' 141). "תגובת התמודדות" מוגדרת על ידי החוקרים כ"מאמצים קוגניטיביים והתנהגותיים משתנים, אשר נועדו לנהל את הדרישות הפנימיות ו/או החיצוניות המוערכות ע"י האדם, מכבידות עליו או עולות על משאביו". במחקר הנוכחי נעשה ניסיון לבחון את ההתמודדות עם חוויות הטראומה על ידי בחינת הפוטנציאל לנטייה להתמודדות פעילה (Shanan et al., 1967). נטייה זו מסייעת להכוונת קשב אל מוקדי קושי לשם זיהויים, ושנית, לעיבוד השדה החיצוני והפנימי לשם הסרת מוקדי הקושי בצורה המאפשרת תיאום בין המציאות לבין תחושת העצמי שמבטיחה התפתחות לקראת הגשמה עצמית.

עד כה לא ידוע על מחקרים שבדקו את הקשר בין נטייה להתמודדות פעילה לבין התמודדות עם טראומה ודפוסי חלומות. אך מחקרים שנועדו לתקף את המבנה המושגי "הנכונות להתמודדות פעילה", מצאו שנבדקים בריאים מבחינה נפשית יהיו בעלי רמת התמודדות פעילה גבוהה באופן משמעותי בהשוואה לאלו שאינם בריאים. Shanan et al., (1966; 1967) מצאו כי לאנשים עם חבלה מוחית היתה נטייה להתמודדות פעילה נמוכה.

אצל גברים בגילאי 40-60 נמצאה ירידה עם הגיל במדדי הנטייה להתמודדות פעילה (Shanan et al., 1965). הנטייה להתמודדות פעילה נבחנה גם במידת ההשתלבות במסגרות חברתיות בהשוואה בין קבוצת "מטופחים" (מחוננים, חברי קיבוצים) לקבוצת "עבריינים" (עבריינים צעירים) ונמצא שהציון של קבוצת ה"מטופחים" היה גבוה פי ארבע משל קבוצת ה"עבריינים" (Shanan et al., 1967). בבחינת ההבדלים במגדר נמצא שנשים נוטות להתמודדות פעילה פחות מגברים (Shanan et al., 1965). נמצא קשר חיובי בין כושר היצירה בעבודה מדעית לבין הנטייה לראות מורכבות ולהתמודד עימה בצורה פעילה ולא שגרתית; נמצא גם קשר חיובי בין הנטייה להתמודדות פעילה לבין הצלחה בתפקידים צבאיים, לרבות קורס טייס (שנן וקידר, 1965). כמו כן, הראו המצליחים בקורס נטייה גבוהה יותר להגיב בצורה פעילה במצבי לחץ. עבודות אלו מעידות אפוא שמדדי הנטייה להתמודדות פעילה עשויים לחזות נכונות להפעלה עצמית מבוקרת. הנטייה להתמודדות פעילה לנוכח מצבים מורכבים וקשיים היא המנבא החזק של רמת ההתמודדות הכללית (שנן, 1967).

לאור הנתונים הנ"ל נראה שמדד הנטייה להתמודדות פעילה מהווה מדד ליכולות של נפגעים מאירוע טרור להתמודד עם המצב. יכולת זו מחייבת אנרגיה חופשית לשם הפעלה עצמית וכן חשוב האפיק שבו היא תזרום. מתוך הממצאים והמתאמים שמציג שנן (1967), מתקבל הרושם שהאנרגיה איננה מופעלת בהכרח בהתמדה. מן הצד השני נראה, כי בהעדר אנרגיה קאתקטית חופשית ומבנים קוגניטיביים מסוימים, קיימת נטייה להיכנע ללחצים. כניעה זו מתבטאת בין השאר בחוסר נכונות או יכולת לתפוס את העולם בכל מורכבותו. מצב זה נמצא בקשר עם בריאות נפשית לקויה. אדם שניחן בנטייה להתמודדות פעילה מסוגל לשאת במידה מסוימת בעייתיות פנימית ולעמוד בהצלחה מול הקשיים (שנן, 1967). מתוך הנחה זו ניתן לשער שנבדקים שיאובחנו כסובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים יימצאו כבעלי נטייה להתמודדות פעילה פחותה בהשוואה לנבדקים שיאובחנו כלא סובלים מהסימפטומים. ניתן להניח שהנטייה להתמודדות פעילה תבוא לידי ביטוי בעוצמת הקשיים של תכני החלומות ובהתמודדות הפסיבית עימם.

**פוסט-טראומה, חלומות והנטייה להתמודדות פעילה**

במחקר זה נעשה ניסיון לבחון את הקשרים בין התסמונת הפוסט-טראומטית, לבין התמודדות החולם, כפי שהיא משתקפת בתכני חלומות ובנטייה להתמודדות פעילה בעקבות אירוע טרור. הנטייה להתמודדות פעילה נבחנה בשני אופנים: האחד, בעזרת מדד מתוך שאלון שמטרתו היתה להבחין בין הקבוצות הנטייה להתמודדות פעילה באופן כללי, ובאופן ספציפי בכל קטגוריה, שמבטא את הנטייה האישיותית. האופן השני הוא ע"י שימוש בציר אקטיביות-פסיביות לבחינת דרכי ההתמודדות עם תכני החלומות כפי שהנבדקים ידווחו עליהם. במחקרם של Piccioni ועמיתיו (2002) נבחנה ההנחה שסיוטי לילה הם דפוס ספציפי של חלומות שיכולים לסייע בתהליך ההתמודדות עם טראומה. הנחה זו נבעה מההשערה שסוג התגובה של אדם להתמודד עם לחץ במהלך היום יקביל לאותה דרך גם בלילה. נמצא קשר חיובי בין סיוטי לילה והתמודדות. ההתמודדות שמתרחשת בזמן הערות משתקפת כהמשך תהליך בזמן החלימה. סיוטי לילה והתמודדות קשורים אחד בשני כנראה בגלל שהם ממלאים פונקציות דומות (Hicks, Chancellor & Clarke, 1987). הממצאים מראים גם שאחד מתפקידי החלום הוא לעזור בתהליך ההתמודדות (Cartwright, 1996). בסקירתם מצביעים Wittmann, Schredl & Kramer (2007) על כך ש-70 אחוזים מנפגעי פוסט-טראומה מדווחים על סיוטי לילה פוסט-טראומטיים. 50 אחוזים מהחלומות הפוסט-טראומטיים כוללים חזרות מדויקות על האירוע הטראומטי. מאידך, ממצאים על חלומות המשקפים שינויים לאורך זמן ביחס לאירוע הטראומטי טרם נחקרו דיים. עוד הם מציינים שטיפול העושה שימוש בשחזור דימויים העולים בחלומות פוסט-טראומטיים עשוי לסייע בטיפול בהפרעות חלימה פוסט-טראומטיות. לדבריהם העמקת הידע על חלומות פוסט-טראומטיים היא חיונית לכל תיאורה של פוסט-טראומה וכן להבנה טובה יותר של מטרות החלימה.

### מטרת המחקר

מטרת המחקר הנוכחי היתה לבחון את הקשרים בין דפוסי חלומות לנטייה להתמודדות פעילה בקרב מדגם של אוכלוסייה עירונית שנחשפה לאירוע טרור ולהבין את קשרי הגומלין בין הנטייה האישיותית להתמודדות פעילה ובין התמודדות החולם, כפי שמשקפים בנרטיב החלומות בקרב נבדקים שחוו טראומה קשה של אירוע טרור. הבנת הקשרים עשויה לתרום להבנתנו באשר לתכנים הנרטיביים שעומים מתמודדים נבדקים הסובלים מפוסט-טראומה ועם אילו תכנים מתמודדים נבדקים שלא יימצאו כסובלים, וכן, אם ישנו הבדל בין תכנים אלה. בנוסף, עשוי ניתוח התכנים לסייע בהערכת יכולתם של

נפגעי טראומה להתמודד עם מצבם הנפשי ואולי אף לתרום בכך לתהליכי הטיפול וההחלמה.

### השערות המחקר

בהתבסס על מכלול הנתונים שנסקרו במבוא ניתן לשער כי:

1. קבוצת הנבדקים שיימצאו כסובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים (PTSD) ידווחו על רמה גבוהה יותר של סימפטומים פסיכיאטריים לעומת נבדקים שיימצאו כלא סובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים (NPTSD).
2. נבדקים בקבוצת PTSD ייימצאו כבעלי נטייה אישיותית להתמודדות פעילה נמוכה יותר מנבדקים בקבוצת NPTSD.
3. נבדקים בקבוצת PTSD שיימצאו עם נטייה להתמודדות פעילה נמוכה ידווחו על תכני חלומות ברמת קושי גבוהה לעומת נבדקים בקבוצת NPTSD.
4. נבדקים בקבוצת PTSD יטו לדווח הרגשה שתבטא קושי וחוסר וודאות לעומת נבדקים NPTSD.
5. נבדקים בקבוצת PTSD יעריכו את איכות חייהם הסובייקטיבית כנמוכה יותר בכל המדדים לעומת נבדקים NPTSD.
6. בנוסף, ייבדקו ממצאים נוספים שעשויים להשתקף בתכני החלומות ובתוצאות המחקר השונות.

### סיפור המקרה

ביום חמישי 28/11/02 במהלך הבחירות לפריימריס בסניף הליכוד שבעיר בית שאן הגיעו למקום 2 מחבלים, ירו והשליכו רימוני יד; שמונה בני אדם נהרגו, כולל המחבלים שנורו ע"י חייל שהגיע למקום. כשלושה חודשים לאחר האירוע הוזמנו התושבים שהיו באזור הפיגוע (בתוך הסניף וסביבתו) ושלא נפגעו פיזית, להשתתף במחקר. קבוצה זו היוותה את קבוצת הניסוי. קבוצת הביקורת הורכבה מתושבי העיר שלא היו בזמן הפיגוע בעיר או במרחק קרוב לאזור ההתרחשות. יש לציין שהמדגם שנבחר ונבדק במחקר הנוכחי אינו מדגם מייצג של האוכלוסייה מכיוון שמדובר באוכלוסייה שגרה בעיר קהילתית ועסקה ביום האירוע ולא נבחרה באופן מקרי מכלל האזורים שנפגעו בארץ מפיגועי טרור.

קבוצת הביקורת גם היא נבחרה מתושבי העיר והאזור והיא מהווה מדגם מקרי של אוכלוסיית העיר. הדגשה זו חשובה מבחינת האפשרות לבחון את ההשפעה של פיגוע טרור בעיר מסוימת ובנסיבות מסוימות.

### שיטה

המדגם כלל 54 נבדקים בוגרים מעל גיל 18: 30 גברים ו-24 נשים - תושבי העיר בית שאן והסביבה. בשלב הראשון סווגו הנבדקים לשתי קבוצות: קבוצת ניסוי שכללה 34 נבדקים והורכבה מתושבים שהיו באזור הפיגוע. נבדקי המחקר התנדבו להשתתף ללא תמורה. כל הנבדקים חתמו על מסמך שמאשר את השתתפותם ומעניק את רשותם להשתמש בתכני חלומותיהם ומידע נוסף מהשאלונים לצורכי המחקר. קבוצת הביקורת כללה 20 נבדקים. הקבוצה הורכבה מנבדקים שלא היו באזור הפיגוע בזמן התרחשותו.

מתוך הנתונים הראשוניים נמצא שאחוז הנבדקים שאובחנו כסובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים בקבוצת הביקורת עמד על 23%, בעוד שבקבוצת הניסוי אובחנו 76% כסובלים מפוסט-טראומה. האבחון שנעשה בעזרת שאלון פריטים PTSD לקוח מתוך DSM-IV-R (2000). בעקבות הממצאים הוחלט לחלק את הקבוצות המקוריות לשתי קבוצות לשם השוואת שונות. קבוצות ההשוואה המשניות כללו:

א. קבוצת נבדקים PTSD - להלן קבוצת ניסוי חדשה של 30 נבדקים, שאובחנו כסובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים, מתוכם 26 נבדקים מקבוצת הניסוי המקורית ו-4 נבדקים מקבוצת הביקורת המקורית. קבוצה זו היתה מורכבת מ-16 גברים שממוצע גילם עמד על  $M=42.31$  שנים ו-14 נשים שממוצע גילן עמד על  $M=37.78$  שנים. ממוצע הגילאים של כלל קבוצת הניסוי PTSD עמד על  $M=40.25$  שנים, כאשר הטווח נע בין 20 ל-62.

ב. קבוצת נבדקים NPTSD, להלן קבוצת ביקורת חדשה של 24 נבדקים, שאובחנו כלא סובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים, מתוכם 8 נבדקים שהיו באזור הפיגוע מקבוצת הניסוי המקורית ו-16 נבדקים מקבוצת הביקורת המקורית שלא היו באזור האירוע ולא אובחנו כסובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים. קבוצה זו כללה 14 גברים שממוצע גילם  $M=41.78$  שנים, ו-10 נשים שממוצע גילן  $M=45$  שנים. ממוצע הגילאים של כלל קבוצת הביקורת NPTSD - היה  $M=43.40$  שנים כאשר הטווח נע בין 21 ל-59 שנים.

### כלי המחקר

**שאלון Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)** (Blake et al., 1995): שאלון זה מורכב מ-17 פריטים המחולקים לשלוש קבוצות סימפטומים. קבוצת סימפטומים "חודרנות" כוללים 4 היגדים בסולם ליקרט שנע מ-0 "כלל לא", עד-3 "במידה רבה מאוד". דוגמא להיגד בקבוצת סימפטומים זו: "יש לך זיכרונות, תמונות או מחשבות חודרים ומציקים של הפיגוע?" קבוצת סימפטומים "עוררות" שכוללים 6 היגדים בסולם ליקרט שנע מ-0 "כלל לא", עד-3 "במידה רבה מאוד". דוגמא להיגד: "אתה חש ערנות יתר, דריכות ורגישות יתר?" קבוצת סימפטומים של הימנעות שכוללים 7 היגדים בסולם ליקרט שנע מ-0 "כלל לא", עד-3 "במידה רבה מאוד". דוגמא להיגד: "האם קיימים חלקים מהפיגוע שאתה מתקשה לזכור?"

**שאלון Symptom Distress Checklist SCL-90 (Revised) של Derogatis** (1994;1977): להערכת המצוקה הנפשית התבקשו הנבדקים למלא שאלון SCL-90. השאלון לדיווח עצמי מורכב מ-90 פריטים לגביהם על הנבדק לדרג את עצמו בסולם של 0-4 "בכלל לא" ועד "לעיתים קרובות מאוד". השאלון מאפשר לבדוק את היקף הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית ואת חומרתה. כמו-כן יש בשאלון הבחנה בין תשעה תחומי הפרעה ספציפיים. שלושת המדדים הכלליים שחושבו היו: (Global Severity Index)-GSI - מדד חומרה כללי שנותן תיאור ממצה של המצב הפסיכיאטרי הכללי ומשקף את רמת המצוקה הנפשית מבלי להתייחס לתסמינים ייחודיים (החשוב מתייחס גם לסימפטומים שעליהם לא דיווח הנבדק).

(Positive Symptom Index)-PST - מדד שמשקף את העוצמה הממוצעת של התסמינים שהמשיב דיווח כי הם מטרידים אותו (סכימת הסימפטומים המטרידים). (Positive Symptom Distress Index)-PSDI - מדד העוצמה הממוצעת של הסימפטומים המטרידים.

**שאלון להערכת איכות חיים סובייקטיבית WHOQOL BREF** שחובר ע"י ארגון הבריאות העולמי (WHOQOL Group, 1995):

השאלון מעריך תפישה סובייקטיבית של נבדקים לגבי איכות חייהם ומיועד הן לאוכלוסייה בריאה והן לאוכלוסייה במצב דחק בעקבות מחלה או מצב קשה (De Vries et al., 1999) זוהי גרסה מקוצרת לשאלון WHOQOL-100. השאלון הוא דיווח עצמי שמורכב מ-26 פריטים בסולם ליקרט מ-1-5, "בכלל לא" ועד "במידה רבה מאוד" והוא מודד ארבעה

תחומי חיים הקשורים לאיכות חיים: בריאות פיזית, בריאות פסיכולוגית, קשרים חברתיים וסביבה. כמו כן הוא מספק הערכה כללית של איכות חיים ובריאות של הנבדק. הציון בכל תחום מחושב לפי ממוצע של סך הפריטים ומוכפל ב-4 לשם השוואה לציוני התחומים ב-WHOQOL-100. בסך הכל ישנם 6 ציונים מתוך השאלון 4 ציונים לפי הקטגוריות, ציון כללי בהערכת איכות חיים וציון בהערכת בריאות, כאשר ציון גבוה מציין בריאות טובה בקטגוריה. השאלון תורגם ותוקף על ידי בן יעקב ואמיר (2001). בבחינת התוקף של השאלון במחקר שבדק את ההשפעות הפסיכולוגיות ארוכות הטווח בקרב נשים שהחלימו מסרטן שד, נמצאו מתאמים שלילים בין BREF לבין סימפטומים פוסט-טראומטיים בתחום הפיזי, הפסיכולוגי, החברתי והסביבתי (Amir & Ramati, 2002). במחקר שבדק איכות חיים בקרב 87 ניצולי שואה, שהיו ילדים בזמן מלחמת העולם השנייה, נמצאו מתאמים שליליים בינוניים בין ציוני SCL-90 לבין שאלון על איכות חיים של Amir & Lev-Wiesel (2001). תוצאות דומות נמצאו במחקר הנוכחי. משמעות הממצאים היא שאיכות חיים כמבנה תיאורטי נמצא במתאם חיובי עם מבנים תיאורטיים דומים אחרים, ובמתאם שלילי עם מבנים תיאורטיים מנוגדים, כמו מצוקה נפשית. השאלון מראה כי איכות חיים היא אכן מדד פסיכולוגי יותר מאשר מדד חברתי/ סביבתי או פיזי (בן יעקב ואמיר, 2001).

**שאלון השלמת משפטים** (שנן, 1967): לצורך הערכת הנטייה להתמודדות פעילה נעשה שימוש במבחן השלמת משפטים של שנן, שהוא מכשיר השלכתי להערכת האישיות. לנבדק מוצגים 40 חלקי משפט שעליו להשלים למשפט שלם, כך שהוא עומד מול סיטואציה סתמית בלתי מובנת במידת מה, ולכן תגובתו אמורה לשקף את אופיין המיוחד של מחשבותיו, רגשותיו ועמדותיו. בדרך כלל אין הנבדק יכול לצפות את משמעות תגובותיו לגבי הערכת אישיותו. אולם בשונה ממבחני השלכה מקובלים, אין הפריטים המרכיבים את מבחן השלמת המשפטים חסרי מבנה לחלוטין. הם יותר בבחינת שאלות בלתי ישירות ובשל כך מאפשרות לנבדק שליטה לא מועטה במצב, הן מבחינת הגירוי והן מבחינת תגובותיו. המבחן מורכב מ-65 פריטים. 40 מהם משמשים יסוד להערכת "הנטייה להתמודדות פעילה" והשאר נותנים מידע על פריטים שלא נבדקו על ידינו במסגרת מחקר זה. 40 חלקי המשפטים שיש להשלים מתחלקים לארבע קטגוריות תוכן המשקפות את תחומי ההתמודדות השונים: 1 – התייחסות למטרות ומשאלות: זיהוי והגדרת הסביבה החיצונית והפנימית. האם האנרגיה מושקעת באובייקטים ובאנשים לעומת

השקעתה בעצמי? 2 – התייחסות למקורות הקושי והתסכול: האם המיקוד הוא על מקורות חיצוניים או על עצמי? 3 – התייחסות להתמודדות עם קשיים ומצבים מורכבים: האם ההתמודדות פעילה או סבילה? 4 – התייחסות להערכה עצמית של האדם: האם ההתייחסות חיובית או שלילית? במחקר הנוכחי ננקטה שיטת ציינון המתבססת על ניתוח פורמלי של התוכן הגלוי של התגובות, לפיה ניתן להפיק ציונים מהימנים עבור כל אחד מהפריטים בנפרד. בדיקת מהימנות הראתה התאמה של 80%-90.

**יומני דיווח חלומות:** לצורך איסוף תכני חלומות של הנבדקים במחקר הוכנו יומנים לדיווח עצמי של חלומות. היומן הורכב מדף שער שנכתב בו קוד המשתתף (לשמירת אנונימיות) וכותר של מספר השבוע (כל נבדק קיבל 3 יומנים, אחד לכל שבוע). דף 2 ביומן כלל הנחיות לרישום החלומות. דפים 3-10 כללו דפי מסגרת עם תאריך יום הדיווח ודף חלק ריק לרישום החלום כפי שזוכר אותו הנבדק. בתחתית הדף נתבקשו הנבדקים לרשום מה היתה הרגשתם בזמן החלום ולסמן אחת מתשע אפשרויות שניתנו להם. האפשרויות כללו: הרגשה נעימה, טובה, מפחידה, מתסכלת, מוזרה, הנאה, ביטחון, אי-שקט ואחר. ניתוח החלומות נעשה באופן שבו כל יומן חלומות נבחן בנפרד לפי חמשת הקטגוריות: א. דרגת קושי החלום; ב. מוקד הקושי; ג. התמודדות עם הקושי; ד. פתרון הקושי; ו-ה. הרגשת החולם. כמו כן נערך ניתוח נרטיבי של החלומות על מנת לזהות מאפיינים דיסוציאטיביים ואינטגרטיביים בתכני החלומות. הניתוח נערך על ידי שני מעריכים בלתי תלויים וההחלטה על אופיו של החלום התקבלה לאחר השוואת הערכותיהם והגעה להערכה מוסכמת.

**שאלון דמוגרפי:** בשאלון זה נבדקו משתני רקע דמוגרפיים, כגון: גיל, מין, השכלה וכדומה. כמו כן, נשאלו מספר שאלות לבדיקת פרטים רלוונטיים לנושא המחקר כגון: מיקום הנבדקים בזמן הפיגוע, קבלת עזרה רפואית וכדומה.

### הליך המחקר

הנבדקים במחקר גויסו שלושה חודשים לאחר התרחשות הפיגוע, בהתאם לתמיכה המחקרית לכך שמרבית נפגעי טראומה מפתחים סימפטומים פסיכיאטריים מיד לאחר התרחשות האירוע הטראומטי ובמידה והסימפטומים נמשכים מעבר לשלושה חודשים ניתן לאבחן את ההפרעה כתסמונת פוסט-טראומטית. איסוף הנתונים נעשה לאורך חמישה חודשים מפברואר ועד מאי 2003. לאורך התקופה נאספו הנתונים מנבדקים שונים, כך

שישנם נבדקים שדיווחו על השאלונים וכיומני החלומות בחודשים הראשונים וישנם נבדקים שדיווחו בחודשים האחרונים. פיזור זה מאפשר מבט נוסף על התהוות התסמונת הפוסט-טראומטית לאורך זמן מעבר לתקופה הקריטית שלאחר האירוע.

### תוצאות המחקר

ממצאי המחקר העיקריים הראו שמידת הפתולוגיה הכללית היתה גבוהה יותר בקבוצת הנבדקים הפוסט-טראומטיים לעומת קבוצת הביקורת. בהשוואת משתני איכות החיים נמצא שהנבדקים הפוסט-טראומטיים מעריכים את איכות חייהם הפיזית, הסביבתית והפסיכולוגית כנמוכה יותר מאשר נבדקי קבוצת הביקורת. נמצא שקבוצת הנבדקים הפוסט-טראומטיים הינם בעלי נטייה נמוכה יותר להתמודדות פעילה מקבוצת הביקורת. בניתוח תוכן החלומות נמצא שחלומות הנבדקים הפוסט-טראומטיים מאופיינים בנרטיבים מורכבים וקשים יותר ובעוצמות חרדה גבוהות יותר מאלו של נבדקי קבוצת הביקורת. בבדיקת אופי התמודדותם של החולמים, כפי שהשתקף בתכני חלומותיהם, נמצא שקבוצת הנבדקים הפוסט-טראומטיים התמודדה באופן יותר אקטיבי מנבדקי קבוצת הביקורת. בנוסף, נמצא שבקרב קבוצת PTSD יש יותר ניסיונות לרה-אינטגרציה של היבטים מופרדים ומפוצלים כפי שהם מופיעים בתכנים שונים בחלומותיהם.

### הבדלים בין הקבוצות בנטייה להתמודדות פעילה

בציון הכללי של הנטייה להתמודדות פעילה, בבדיקת ההבדלים בין הקבוצות דרך מבחן t, נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות, כך שבקבוצת PTSD נמצאה נטייה להתמודדות פעילה נמוכה יותר בהשוואה לקבוצת NPTSD. בקטגוריית התמודדות פעילה נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות, כך שקבוצת PTSD נמצאה כבעלת נטייה להתמודדות פעילה נמוכה לעומת קבוצת NPTSD. בקטגוריית מקורות הקושי והתסכול נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות, כך שקבוצת PTSD נמצאה כנוטה יותר לייחס את מקורות הקושי לאחרים ופחות לעצמי. בהשוואה לקבוצת NPTSD בקטגוריית מטרות ושאיפות ובקטגוריית הערכה עצמית לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות.

### ניתוח תכני חלומות

מדגם המחקר כלל 54 נבדקים מתוכם 27 נבדקים דיווחו חלומות (50% מהמדגם). מקבוצת PTSD דיווחו 55.6% מהנבדקים (8 נשים ו-7 גברים). מקבוצת NPTSD דיווחו 44.4% מהנבדקים (7 נשים ו-5 גברים).

### מאפייני החלומות

ניתוח החלומות התבצע בשני שלבים: שלב ראשון היה ניתוח של כל חלום בנפרד על מנת לבחון את המאפיינים שלו (נושאים מרכזיים, אופי תכני החלומות והבדלים בתכנים העולים בשתי הקבוצות) בשלב השני נעשה ניתוח על פי הקטגוריות שהגדרנו בשיטה. מתוך הניתוח הראשון: בקבוצת PTSD הוגדרו 21 (21.21%) כחלומות סיוט, לעומת 4 בקבוצת NPTSD (4.94%) דוגמא לחלומות מסוג סיוט: "אני זוכר שבחלום ראיתי שירו על חבר ולא זוכר את החבר וקמתי בבהלה". סוג נוסף של חלומות שנמצא בניתוח הם חלומות שיחזור הטראומה שנמצאו רק בקרב הנבדקים מקבוצת PTSD.

הבדלים בין הקבוצות על בסיס הניתוח הקטגוריאלי: קטגוריה 1 - דרגת הקושי בחלום: חלומות הנבדקים נותחו לפי דרגת הקושי: קשה, בינוני, קל וללא קושי. נמצא שבקבוצת PTSD אחוז החלומות בדרגה הכי קשה היתה גבוהה יותר (58.06%) לעומת קבוצת NPTSD (13.92%). בדרגת קושי בינונית הוגדרו פחות חלומות בקבוצת PTSD (26.65%) בהשוואה לקבוצת NPTSD (35.44%). גם בדרגת קושי נמוכה הוגדרו פחות חלומות בקבוצת PTSD (12.05%) בהשוואה לקבוצת NPTSD (26.58%). בהגדרת חלום ללא קושי הוגדרו מעט מאוד חלומות בשתי הקבוצות, אך עוד פחות בקבוצת PTSD (5.37%) בהשוואה לקבוצת NPTSD (24.05%). במבחן  $\chi^2$  נמצא קשר מובהק בין שייכות לקבוצה לדרגת הקושי, כאשר המגמה מצביעה על קשר בין דרגת קושי גבוהה לקבוצת PTSD.

קטגוריה 2 - התמודדות עם הקושי - התמודדות אקטיבית מול התמודדות פסיבית: קטגוריית ההתמודדות נבחנה על פי האופן בו התמודדו הנבדקים עם תכני החלומות. התמודדות אקטיבית נרשמה כאשר החולם מנסה בחלום להתמודד באופן אקטיבי עם הקושי, כלומר מפנה את האנרגיה לקושי, מתכנן אופני פעולה, או מתלבט בין אפשרויות של פעולה. התמודדות פסיבית נרשמה כאשר הנבדק הגיב באופן לא מכוון למטרה, או לא פעל כלל. החלומות שחושבו בקטגוריה זו היו רק החלומות שהוגדרו כבעלי קושי (נמוך, בינוני, גבוה). בקבוצת PTSD נותחו 52.80% מהדיווחים כהתמודדות אקטיבית לעומת 42.64% בקבוצת NPTSD. לבחינת התוצאות נערך מבחן  $\chi^2$  לטיב ההתאמה עבור משתנה קטגוריית התמודדות אקטיבית ומשתנה שייכות לקבוצה ונמצא הבדל מובהק, בעוד שעבור משתנה התמודדות פסיבית לא נמצא הבדל מובהק.

קטגוריה 3 - **הרגשת הנבדקים בדיווחי החלומות**: קטגוריית ההרגשה בחלום נאספה מתוך יומני דיווח החלומות, כאשר כל נבדק סימן את הרגשתו בתשע האפשרויות שניתנו לו ביומן בהתייחס לכל דיווח חלום שכתב. בקבוצת PTSD סומנו 37.89% מהחלומות כהרגשה 'מפחידה' ו- 28.42% סומנו כ'מוזרה', 8.42% מהחלומות סומנו כ'מתסכלת', 4.21% מהחלומות סומנו כהרגשה של 'אי-שקט', 5.26% סומנו כ'נעימה', 4.21% כ'טובה', 2.10% כ'כטוחה' ו-6.31% סימנו 'אחר'. בקבוצת NPTSD נמצא ש- 12.5% מהחלומות סומנו כ'מפחידה', 22.5% כ'מוזרה', 11.25% כ'מתסכלת', 5% כ'טובה', 8.75% כ'נעימה', 11.25% כהרגשה של 'אי-שקט', 5% כ'הנאה' ו- 23.75% סימנו 'אחר'. לבחינת ההשערה שיימצא קשר בין שייכות לקבוצה ולהרגשה בדיווח החלומות נערך מבחן  $\chi^2$  לבדיקת הקשר ונמצא הבדל מובהק בין המשתנים.

קטגוריה 4 – **מוקד הקושי בחלום**: קטגוריה זו נבחנה על פי מוקד קושי חיצוני – תכנים שביטאו קושי או עימות עם סיטואציה חיצונית (אדם, טבע וכדומה) ומוקד קושי פנימי – תכנים שביטאו קושי פנימי (בינם לבין עצמם ללא גורם חיצוני).

בקבוצת PTSD נמצא ש- 15.15% מהחלומות עסקו בתכנים עם מוקד קושי פנימי ו-84.44% עסקו בתכנים עם מוקד קושי חיצוני. לעומתם בקבוצת NPTSD נמצאו 24.67% מהחלומות עם מוקד קושי פנימי ו-75.38% עם מוקד קושי חיצוני.

בשתי הקבוצות רוב החלומות שדווחו היו בעלי מוקד קושי חיצוני. אך בקבוצת NPTSD אחוז החלומות שעסקו בתכנים פנימיים היה רב יותר. במבחן  $\chi^2$  לטיב ההתאמה עבור קטגוריית מוקד קושי חיצוני בנפרד ומוקד קושי פנימי, נמצא הבדל מובהק בין משתנה שייכות לקבוצה ולמוקד קושי חיצוני. בקטגוריית מוקד קושי פנימי לא נמצא הבדל מובהק.

קטגוריה 5 – **האם בחלום קיים פתרון לקושי?**: בקטגוריה זו נכללו רק החלומות שהוגדרו כבעלי קושי (נמוך, בינוני, גבוה). בקבוצת PTSD אחוז החלומות שהוגדרו כבעלי פתרון עמד על 30.33%, בעוד שאחוז החלומות ללא פתרון עמד על 69.66%. לעומתם בקבוצת NPTSD הממצאים היו 22.05% ו-77.94% בהתאמה. לבחינת ההבדלים בשכיחויות נערך מבחן  $\chi^2$  לטיב ההתאמה למשתנה 'יש פתרון ושייכות לקבוצה' ולמשתנה 'אין פתרון ושייכות לקבוצה'. בשני המקרים לא נמצאו הבדלים מובהקים.

ניתוח נרטיבי של חלומות:

בניתוח הנרטיבי נבחנו שני מאפיינים:

1. חלומות עם מאפיינים דיסוציאטיביים - חוסר התאמה בין תוכן לסימון הרגשה, וחוסר התאמה בין רגש, מחשבה, התנהגות והרגשה. בקבוצת PTSD נמצאו 29.21% דיווחי חלומות עם מאפיינים דיסוציאטיביים לעומת 19.11% בקבוצת NPTSD.

דוגמא לחלומות עם ביטויים דיסוציאטיביים:

"אני יוצא לטיול, מין טיול בלהות כמו עמק רפאים עם נוף נפלא. אני מנסה להגיע לאיזה שהוא מקום ולא מצליח. כל הזמן אני מסתובב סביב עצב. עובר דרך שטח חם מאוד ולאחר מכן מקום קר מאוד והמון בוץ וכול הזמן אינני רואה איש ולא יודע היכן אני נמצא ורק נוף מאוד יפה אגמים, הרים, חולות, יערות נראה כמו גן עדן".

2. חלומות עם מאפיינים אינטגרטיביים - הניסיון ליצור רה-אינטגרציה, לחבר בין חלקים מוחשיים או תכנים אבסטרקטיים (רגשות), נפרדים או חצויים, או לגשר על פני רבדים או מישורים גיאומטריים בחלום. בקבוצת PTSD נמצאו 11.23% מהחלומות כמאפיינים ניסיונות אינטגרטיביים לעומת 7.35% מהחלומות בעלי מאפיינים כאלו בקבוצת NPTSD.

דוגמאות לחלומות עם ניסיון אינטגרטיבי:

א. "אני נוסעת (נוהגת) בכביש לא מוכר. לפתע נגמר הכביש ויש כביש צר מאוד ובשני צדדיו יש אבני שפה ופרחים. אני מרגישה שאני חייבת להמשיך לנסוע ואני נוסעת על הפרחים והאי. בסוף אני מחליטה לחזור אחורה. פתאום אני רואה כביש צדדי אני נוסעת וזה כמו כביש מהיר (אני מתעוררת ואומרת לעצמי חבל, רציתי לדעת לאן הכביש מוביל)".

ב. "אני חוצה במעבר חצייה. בידי בקבוק מיץ תפוזים. אני שותה מהמיץ ובפי נתקעת שערה ארוכה מאוד מאוד. עד שהיא נתפסת באדם שהולך אחרי. הוא עוצר ומתיר את הפלוגטר. הלכתי לבעל החנות להתלונן על המשקה והוא מחזיר לי אותו ומבקש שאני אתלונן אצל היצרן".

ניתן לראות ששני המאפיינים, דיסוציאציה ואינטגרציה, הם שני קטבים על אותו ציר, המופיעים לעתים יחדיו בחלום אחד. ייתכן שרמת האינטגרציה המתגלה בחלום הינה פונקציה של מידת ההחלמה או תהליך רה-אינטגרטיבי של חלקים שפוצלו בעת הטראומה.

### סיכום ומסקנות

נדרש מחקר ארוך-טווח על מנת לבחון מה יהיו ההשלכות הנפשיות של שנות הפיגועים על מי שגדל בצילם, או נפגע מהם במעגל הראשון או השני. ממצאי המחקר מצביעים על כך

שחשיפה לאירוע טרור פוגעת נפשית גם באנשים שאינם קשורים ישירות לאירוע. מרבית הסובלים מ-PTSD מדווחים על סימפטומים של הפרעות נפשיות נוספות כמו חרדה, סומטיזציה, דיכאון, פוביות, אובססיביות-קומפולסיביות, מחשבות פרנואידיות, רגישות בין-אישית, עוינות ופסיכוטיות.

באמצעות ניתוח תכני החלומות ניתן להבחין בפעילות דיפרנציאלית של מנגנוני הגנה בקרב הנבדקים, בעיקר של פיצול ואינטגרציה. נבדקים שחוו טראומה מתמודדים עם תכני החלומות הקשים באופן אקטיבי שמבטא מנגנון מפצה לשם השגת איזון נפשי. הם גם מדווחים על חלומות בעלי עם מאפיינים מפצלים, מצד אחד, וחלומות עם ניסיונות אינטגרטיביים, מצד שני. ייתכן שההבדלים בין החלומות קשורים למצבו הנפשי של הנבדק וטיב תהליך ההחלמה שלו. ניסיונות אינטגרטיביים יכולים לבטא ניסיונות החלמה טובים יותר דרך עיבוד החוויה בחלום על פרטיה - ארגון זיכרון, שיחזור ועיבוד הטראומה מחדש. במחקר שערכה Punamaeki (1997) בקרב ילדים בעזה, היא בחנה אם חלומות מסוימים יכולים להיות הרסניים ואם חלומות אחרים עשויים להקל על החוויה הטראומטית. במחקרה היא מגדירה שני סוגי חלומות: חלומות של תכנים טראומטיים מתפרצים - המאפשרים אוורור רגשי אך מקשים על הפחתת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים - וחלומות מפצים עם סוף טוב, אשר מסווים את הזיכרונות הקשים ויעילים במצב לחץ אקוטי, בכך שהם מאפשרים אינטגרציה של המאורע באופן בטוח יותר.

מתוך מחקר זה נראה שאופן ההתמודדות האקטיבית עם מוקדי הקושי בחלום מבטאים מנגנון מפצה, המציג ניסיון לאינטגרציה מחודשת של החוויה הטראומטית. במחקר זה ניתן לראות הבדל בין שני מאפיינים של התמודדות. **הנטייה להתמודדות פעילה** שבקבוצת PTSD נמצאה נמוכה יותר לעומת קבוצת NPTSD. לעומת זאת, בניית תכני החלומות, **הנטייה להתמודדות אקטיבית** בחלום נמצאה גבוהה יותר בקבוצת PTSD שנטתה יותר להשתמש בהתמודדות אקטיבית. כלומר, בעוד שהנטייה להתמודדות פעילה במובנה האנרגטי הנפשי מצויה בקרב הסובלים מפוסט-טראומה במצב של חסר, הרי שחלומותיהם האקטיביים עשויים להצביע על ניסיון או פוטנציאל מפצה, אינטגרטיבי, לקשיים, לפסיביות ולדיסוציאציה, המאפיינים את החוויה הפוסט-טראומטית.

ניתוח חלומותיהם של נפגעים מתסמונת פוסט-טראומטית עשוי לסייע בהערכת יכולתם להתמודד עם מצבם הנפשי ואולי אף לתרום בכך לתהליכי הטיפול וההחלמה. ממצאי

המחקר עשויים גם לתרום להבנתנו באשר לתכנים ולתהליכים הדינמיים שעומים מתמודדים נפגעי פוסט-טראומה דרך השתקפותם בחלומות.

### רשימת מקורות

- בן יעקב, י. ואמיר, מ. (2001). איכות חיים סובייקטיבית: המשגה ומדידה על פי ארגון הבריאות העולמי. *גרונטולוגיה כח*, 185-169.
- בליך, א. וסולמון, ז. (2001). *נכות נפשית: היבטים רפואיים, מחקרניים, חברתיים, משפטיים ושיקומיים*. משרד הביטחון הוצאה לאור.
- הרמן, ג' ל. (1994). *טראומה והחלמה*. תל-אביב: עם עובד.
- זומר, א. (1994). *טראומה בגיל הילדות*, אובדן זיכרון וחשיפה מושהית. מ.י.ט.ל – המכון הישראלי לטיפול ומחקר בלחץ פסיכולוגי. [www.maytal.co.il](http://www.maytal.co.il)
- מרגלית, ח. וויצטום, א. (1997). *טראומה אמנזיה ודיסוציאציה: היבטים קליניים ותיאורטיים* (חלק ב'), *שיחות- כתב העת הישראלי לפסיכותרפיה*, יב', 44-50.
- סלומון, ז. (1989). *המלחמה שאחרי המלחמה: השפעת תסמונת פוסט-טראומטית של חיילים על בני משפחותיהם*. *חברה ורווחה רבעון לעבודה סוציאלית*, י' 118-110.
- סלומון, ז. מיקולינסר, מ. (1992). *מתגובת קרב לתסמונת פוסט טראומטית שלוש שנות מעקב*. *מגמות: רבעון למדעי ההתנהגות ל"ד*, 414-427.
- שלקס, ש. ודקל, ר. (2001). *השלכות התסמונת הפוסט טראומטית על ארגון האישיות של הנפגעים ובנות זוגם*. *שיחות כתב העת הישראלי לפסיכותרפיה*. כרך ט"ו, 208-218.
- שנן, י. (1967). "הנטייה להתמודדות פעילה: יסוד לבריאות הנפש". *מגמות ט"ו*, 188-195.
- שנן, י., וקידר, ח. (1965). *אספקטים מבניים של סיפורי ט.א.ט כמבחינים בין מצליחים לנכשלים בקורס טייס*. (לא פורסם)

Amir, M. & Lev-Wiesel, R. (2001). Does everyone have a name? Psychological distress and personal resources among child Holocaust survivors with unknown identity. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 859-869.

- Amir, M. & Ramati, A. (2002). Psychological distress quality of life and posttraumatic symptoms among breast cancer survivors: A preliminary study. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*, 195-206.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC
- Andreasen ,N.C. (1985). Posttraumatic Stress Disorder , in Kaplan H.I. and Sadock B.J. (eds), *Comprehensive textbook of psychiatry* , *4th. ed.* Baltimore : Williams Wilkins.
- Anthony, J.E. (1986). Terrorizing attacks on children by psychotic parents. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, *25*, 326-335.
- Barrett, D. (ed), (1996). *Trauma and dreams..* Cambridge, London, England: Harvard University Press.
- Beebe, J., Cambray, J. & Kirsch, T.B. (2001). What Freudians Can Learn From Jung. *Psychoanalytic Psychology*, *18*, 213-242.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.N., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S., & Keane, T.M. (1995). A clinical rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS. *Behavior Therapist*, *18*, 187-188.
- Brewin, C.R., Andrews, B., Rose, S. & Kirk, M. (1999). Acute Stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 360-366.
- Brown, R.J. & Donderi, D.C. (1986). Dream content and self-reported being among recurrent dreamers, past recurrent dreamers, and non-recurrent dreamers. *Journal of Personality and Social Psychology* , *50*, 612-623.
- Cartwright, R.D. (1990). A network model of dreams. In R.R. Bootizn , J.F. Kihlstrom & D.L. Schater (eds). *Sleep and cognition*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Cartwright, R.D. (1996). Dream and adaptation to divorce. In D. Barrett (ed), *Trauma and dreams*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cartwright, R.D. & Lloyd, S.R. (1994). Early REM sleep: A compensatory change in depression? *Psychiatry Research*, *51*, 245-252.
- Cartwright, R.D., & Romanek, I. (1978). Repetitive dreams of normal subjects. *Sleep Research*, *7*, 174.
- Cavenar, J.O. & Nash, J.L. (1976). The effects of combat on the normal personality: War neurosis in Vietnam returnees. *Comprehensive Psychiatry*, *17*, 647-653
- Chemtob, C.M., Hamada, R.S., Roitblat, H.L. & Muraoka, M.Y. (1994). Anger, impulsivity, and anger control in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. *62*, 827-832.
- De Vries, A. P. J., Kassam-Adams, N., Cnaan, A., Sherman-Slate, E., Gallagher, P.R., & Winston, F. (1999). Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*, *104*, 1293-1299
- Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual F: Scoring, Administration & Procedures for the SCL-90*. Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, Baltimore.
- Derogatis, L.R. & Clearly, P.A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validity. *Journal of Clinical Psychology*, *33*, 981-989.
- Derogatis, L.R. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales, in *Psychological testing, treatment planning, and outcome assessment*. Maruish M. (ed), New York: Erlbaum.

- Domhoff, G.W. (1993). The repetition of dreams and dream elements: A possible clue to a function of dreams. In A. Moffitt, M. Kramer, and R. Hoffmann, (eds), *The function of dreaming*. Albany: SUNY Press.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams*. London: Hogarth Press.
- Harman, J.L. & Van der Kolk, B.A., (1986) Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In B.A. Van der Kolk (ed), *Psychological trauma*. Washington, DC: AM.
- Hartmann, E. (1984). The nightmare: *The psychology and biology of terrifying dreams*. New York: Basic Books.
- Hartmann, E. (1991). Dreams that work or dreams that poison: What does dreaming do? *Dreaming*, 1, 23-25.
- Hartmann, E. (1995). Making connections in a safe place: Is dreaming psychotherapy? *Dreaming*, 5, 213-228.
- Hartmann, E. (1996). Traumatic nightmares, in Barret D. (ed), *Trauma and dreams*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hartmann, E. (1998). *Dreams and nightmares: The new theory on the origin and meaning of dreams*. New York: Plenum.
- Hartmann, E. (1998). Nightmare after trauma as paradigm for all dreams: A new approach to the nature and function of dreaming. *Psychiatry*, 61, 223-238.
- Hicks, R.A., Chancellor, C. & Clarke, T. (1987). The valence of dreams reported by Type A-B college students. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 748-750.
- Jung, C.G. (1974). *Dreams*. (R.F.C. Hull, Transl). Princeton: Princeton University Press.
- Janet, P. (1989). *L'automatisme Psychologique*. Paris: Félix Alcan.

- Kaminer, H. & Lavie, P. (1991). Sleep and dreaming in Holocaust survivors: Dramatic decrease in dream recall in well-adjusted survivors. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 664-669.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline condition and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1986). Borderline personality organization. In M.H. Stone (ed), *Essential papers on borderline disorders*. N.Y: New York University Press.
- Kramer, M. (1993). The selective mood regulatory function of dreaming: an update and revision. In A. Moffit, M. Kramer & R. Hoffman (eds), *The functions of dreaming*. Albany: State University of New York Press.
- Lavie, P., Katz, N., Pillar, G. & Zinger, Y. (1998). Elevated awaking thresholds during sleep: Characteristics of chronic war-related posttraumatic stress disorder patients. *Biological Psychiatry, 44*, 1060-1065.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing
- Mellman, T.A., David, D., Bustamante, V., Torres, J. & Fins, A. (2001). Dreams in the acute aftermath of trauma and their relationship to PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 241-247.
- Nader, K.O., Pynoos, R.S., Fairbanks, L.A., Al-Ajeel, M. & Al-Asfour, A. (1993). A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *British Journal of Clinical Psychology, 32*, 407-416
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 337-356.

- Piccioni, D., Goeltzenleucher, B., Green, D.N., Covento, M.J., Crittenden, R., Hallgren, M. & Hicks, R.A. (2002). Nightmares as coping mechanism for stress. *Dreaming*, *12*, 155-169.
- Punamaeki, R.L. (1997). Determinants and mental health effects of dream recall among children living in traumatic conditions. *Dreaming*, *7*, 235-263.
- Punamaeki, R.L. (1999). The relationship of dream content and changes in daytime mood in traumatized vs. non-traumatized children. *Dreaming*, *9*, 1-16.
- Pynoos, R.S. & Nader, K.O. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*, *1*, 4-9.
- Quota, S., Punamaki, R.L. & El Sarraj, E. (1996). House demolition and mental health: the victims and witnesses. *Journal of Social Distress and Homelessness*, *6*, 202- 210
- Ross, R.J., Ball, W.A., Dinges, D.F., Kribbs, N.B., Morrison, A.R., Silver, S.M, & Mulvaney, F.D. (1994). REM sleep disturbance in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *35*, 195-202.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, *5*, 455-475
- Rothbaum, B.O. & Mellman, T.A. (2001). Dreams and exposure therapy in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *14*, 481-490.
- Rycroft, C. (1979). *The innocence of dreams*. The Hogarth Press: London.
- Shalev, A.Y. (2002). Acute stress reactions in adult. *Biological Psychiatry*, *51*, 532-543.

- Shanan, J. A. Brzezinski, A., Sulman, F. and Sharon, M. (1965). Active coping behavior, anxiety and cortical steroid excretion in the predication of transient amenorrhea. *Behavioral Science, 10*
- Shanan, J., COHEN M. and ADLER, E. (1966). Intellectual functioning of Hemiplegics after CVA. *Journal of Nervous and Mental Disease, 143*.
- Shanan, J., et al. (1967). *Mental health and personality change during the adult years as reflected in projective test responses in Israel*. Proceedings 6th International Congress on Rorschach and Projective Techniques, Paris.
- Stein, M.B., Koverola, C., Hanna, C., et al. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychology Medicine, 27*, 951-959.
- Turner S. & Gorst-Unsworth (1990). Psychological sequelae of torture. A descriptive model. *British Journal of Psychiatry, 157*, 475-480.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.
- Van der Kolk, B.A., Blitz, R., Burr, W.A., Sheery, S. & Hartmann, E. (1984). Nightmares and trauma: A comparison of nightmares after combat with lifelong nightmares in veterans. *American Journal of Psychiatry, 141*, 187-190.
- West, L.J.(1967). Dissociative reaction. In Freeman, A.M. & Kaplan, H.I. (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore.
- Wittmann, L., Schredl, M. and Kramer, M. (2007). Dreaming in posttraumatic stress disorder: A critical review of phenomenology, psychophysiology and treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 25-39.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, *41*, 1403-1409.