

אוניברסיטת בר-אילן
בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד

הצעה לתכנית מחקר במסגרת הלימודים לתואר שלישי

"זיכרון בגוף ראשון"

עקביותם של זיכרונות טראומטיים וביטויים הנפשי והגופני לאורך שלושה
עשורים: ניתוח נרטיבים של לוחמים ממלחמת לבנון הראשונה

"First Party Bodily Memory"

**Consistency of Traumatic Memories, their Mental and
Physical Implications throughout 3 Decades: Lebanon War
Veterans Narratives Analysis**

מוגש על ידי
הדי באום ת.ז: 034272138
בהנחיית
פרופ' רחל דקל

תקציר

בבסיס התסמונת הפוסט-טראומתית (PTSD) עומדים הזיכרונות הטראומטיים, המכים בנפגע הטראומה ללא הרף ונחווים על ידו כמתרחשים בהווה. בכך, התסמונת נתפסת כהפרעת זיכרון (Brewin, 2014). עקביות הזיכרונות הטראומטיים הינה שנויה במחלוקת בשיח התיאורטי, הקליני והפוליטי- האם הם נצרכים בזיכרון או משתנים לאורך השנים?

המחקר מתבסס על 'Dual Representation Theory' (Brewin, 2003) לפיה, הזיכרונות הטראומטיים הופרדו מהמודע, לא עברו אינטגרציה ונשמרים כזיכרונות סנסוריים הנגלים כפלאשבקים, סיוטי לילה, סימפטומים וחוויות סומאטיות (Friedman, Keane & Resick, 2007). בנוסף, הסטרס בעקבות הטראומה נמצא כמגביר זיכרון של אירועים שליליים (Cahill & McGaugh, 1995; Heuer & Reisberg, 1990).

המחקר יבחן שלושה מסלולים על ציר הזמן, מאז מלחמת לבנון הראשונה: עקביות זיכרונות טראומטיים - ע"י ניתוח נרטיבים של לוחמים שסופרו מיד לאחר המלחמה (ב-1983) ושלושה עשורים אחרי. הנחת המחקר היא כי הנרטיבים יכילו מאפיינים עקביים של הזיכרון הטראומטי. במקביל, ייבדקו שני מסלולים נוספים והקשרים ביניהם: מסלול PTSD ומסלול הבריאות הגופנית, לאורך שלוש נקודות זמן (1983, 2002 ו-2016). אנו צופים להחמרה במסלולים הנפשי והגופני הקשורה לזיכרונות הטראומטיים העיקשים. לאור זאת, נשער כי ככל שרמת ה PTSD חמורה יותר (ב-1983) הזיכרון הטראומטי יהיה עקבי יותר וככל שהלקות בבריאות הגופנית תחמיר (בהשוואה בין שלוש נקודות הזמן), הזיכרון הטראומטי יהיה עקבי יותר.

המחקר הינו חלק ממחקר אורך מקיף ומבוסס על שתי נקודות הזמן 1983, 2002 ויהיה חלק ממדידה ב 2016. המחקר יעשה בשיטת Mixed Method. החלק האיכותני יאפשר חקירה מעמיקה אודות עקביותם של הזיכרונות הטראומטיים. החלק הכמותני יאפשר לבחון את המסלולים השונים והקשרים ביניהם. תרומת המחקר וחדשנותו בניתוח ראיונות לבחינה עמוקה של עקביות הזיכרון הטראומטי ומאפייניה. הממצאים יסייעו בהבנת מסלול הזיכרון הטראומטי ו PTSD כהפרעת זיכרון בה החומרה תקבע את הזיכרון מחד ולזיכרון הטראומטי יש "רישום גופני" מאידך.

Abstract

Traumatic memories form the basis of post-traumatic stress disorder (PTSD). They are experienced as events happening in the present, and are therefore perceived as a memory disturbance (Brewin, 2014). The idea of traumatic memories being consistent over time is controversial: are memories "burned" into the mind as they are experienced, or can they change over time?

The current research is based on the 'Dual Representation Theory' (Brewin, 2003), which suggests that traumatic memories are detached from consciousness, aren't integrated, and are saved as sensory memories which reveal themselves in flashbacks, nightmares, symptoms or somatic experiences (Friedman, Keane & Resick, 2007). Additionally, trauma related stress increases negative event memories (Cahill & McGaugh, 1995; Heuer & Reisberg, 1990).

This research is part of a third measurement in a longitudinal study based on work done at two previous time points – in 1983 and in 2002. It will examine consistency of traumatic memories by looking at veterans' traumatic narratives both immediately after the war (1983) and three decades afterwards (2016). We assume that narratives include consistent features of memories.

PTSD trajectories, physical health trajectories and the relationship between the two will also be examined, with the expectation that we will find a deterioration in both mental and physical trajectories as a result of the persistence of traumatic memories.

We postulate that a higher PTSD level (at the 1983 time point) will result in greater memory consistency, and deterioration in physical health will also in greater memory consistency.

The research is conducted via 'Mixed Method'. The qualitative part will allow investigation of traumatic memory consistency. The quantitative part will examine the different trajectories and their connections.

This study's innovative contribution to the field lies in its narrative content analysis; memory consistency and features will be examined. The findings could shed light on traumatic memory disturbances, in which PTSD severity fixates memories and traumatic memories leave "scars".

תוכן עניינים

1	מבוא
2	המסלול הפוסט-טראומתי
4	מסלול הזיכרון הטראומתי
4	מודל הזיכרון האנושי וסוגיו
5	זיכרון ב PTSD
7	שאלת עקביות הזיכרון הטראומתי
9	הנרטיב הטראומתי
10	מסלול הבריאות הגופנית והסומטית בקרב נפגעי PTSD
11	הקשר בין הזיכרון הטראומתי לסימפטומים הסומטיים
13	המחקר הנוכחי
14	מודל גרפי
14	שאלת המחקר
14	השערות המחקר
15	שיטה
15	מערך המחקר
15	אוכלוסיית המחקר
16	הליך המחקר
16	כלי המחקר
20	ניתוחים סטטיסטיים
20	סוגיות אתיות

21	רשימת מקורות
	נספחים
36	נספח א' : כתב הסכמה מדעת
37	נספח ב' : שאלון נתונים סוציו-דמוגרפים
39	נספח ג' : שאלון לאיתור הפרעה פוסט-טראומתית (PTSD)
41	נספח ד' : שאלון להערכת הבריאות הגופנית
43	נספח ה' : שאלון SCL-90 לאיתור סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית- סומטיזציה
47	נספח ו' : זיכרון טראומתי נרטיבי – מדריך ראיון
48	נספח ז' : דוגמא לניתוח נרטיב טראומתי

"על דעת עֵינִי שראו את השכול
ועמסו זַעֲקוֹת על לְבִי הַשְּׁחוּחַ
על דעת רַחֲמֵי שְׁהוּרֹנִי לְמַחֹל
עד באו ימים שאיימו מלסלוח
נדרתי הנדר: לזכור את הכל
לזכור - ודבר לא לשכוח.

דבר לא לשכוח - עד דור עשירי
עד שוך עֲלֵבוֹנִי עד כולם עד כולם
עֲדִי יוכלו כל שבטי מוסרי.
קונם אם לריק יעבור ליל הזעם
קונם אם לבוקר אחזור לסורי
ומאום לא אלמד גם הפעם

(נדר / אברהם שלונסקי)

מבוא

אחד המאפיינים המובהקים של התסמונת הפוסט טראומתית הוא פלישה של זיכרונות שבהם האירועים הטראומטיים נחווים מחדש שוב ושוב כאילו הם מתרחשים בהווה, באופן זה התסמונת נתפסת למעשה, כהפרעת זיכרון (Brewin, 2014; Bryant, O'Donnell, Creamer, McFarlane & Silove, 2011). "הצו" הנגזר על הנפגע- לזכור ולא לשכוח- מייצר מאבק בלתי נגמר בין זיכרונות עיקשים המכים בו ללא הרף אל מול, הרצון לשכוח את הטראומה ולהמשיך במסלול החיים. אלה מייצרים מצוקה פוסט-טראומתית נפשית וגופנית (Titchener, 1986).

לאורך שנים התפיסה של קלינאים ותיאורטיקנים מתחום הטראומה הייתה שהזיכרונות הטראומטיים נצרכים כמעין צלקת קבועה, חרוטה שאינה משתנה וכי שחזורם חסין בפני שינויים ועיוותים. בשנים האחרונות עולה מהספרות בתחום הנורו-פסיכולוגיה תפיסה שונה לפיה, הזיכרונות הטראומטיים הם זהים בגמישותם לזיכרונות שאינם טראומטיים, יש בהם חסרים והם נשמרים בזיכרון באופן מעוות, לא עקבי ואף קיים ספק ביחס לאמינותם לאחר שנים (Geraerts, McNally, Jellic, Merckelbach & Raymaekers, 2008, King et al., 2000; Koenen, Stellman, Dohrenwend, Sommer & Stellman, 2007).

בצומת המהותית הזו של הדיון התיאורטי מוצע המחקר הנוכחי המבקש להעמיק את ההבנה בשאלת עקביותם של הזיכרונות הטראומטיים לאורך הזמן. המחקר הנוכחי יבחן את הנרטיבים הטראומטיים (ניתוח איכותני) כפי שסופרו ע"י לוחמים ממלחמת לבנון הראשונה מיד לאחר המלחמה וכיום, למעלה מ 30 שנים לאחר המלחמה, במטרה לתרום להבנת מסלול הזיכרון הטראומטי קרי, ההשתנות של הזיכרון הטראומטי על ציר הזמן.

בנוסף, למסלול הזיכרון, במחקר זה, ייבדקו שני מסלולים נוספים והקשרים ביניהם (ניתוח כמותני)- מסלול המצוקה הפוסט-טראומתית ומסלול הבריאות הגופנית והתלונות הסומאטיות - כל זאת באמצעות מחקר אורך הנפרס על למעלה מ 30 שנים מאז הסתיימה המלחמה ובאמצעות מדידות בשלוש נקודות זמן. בכך, יתרום המחקר להבנת התסמונת והשלכותיה ההרסניות לאורך השנים על הגוף והנפש, המתבטאות בזיכרונות קשים מנשוא שאינם מרפים ובבריאות גופנית לקויה ותלונות סומאטיות רבות מהן סובלים הנפגעים והקשרים ביניהם.

בסקירת הספרות שלהלן יוצגו שלושת המסלולים והקשרים ביניהם. תוצג תיאוריית הייצוג הדואלית 'Dual Representation' Theory (Brewin, 2003) המהווה בסיס למחקר הנוכחי ואשר קושרת בין משתני המחקר שיוצגו קרי, תסמונת פוסט-טראומתית, עקביות זיכרון טראומטי נרטיבי, בריאות גופנית וסומטיזציה.

המסלול הפוסט-טראומתי

המושג "טראומה" שאול מהמינוח הכירורגי שמקורו ביוון ופירושו פציעה וחבלה הנובעת מחדירה להגנות הגוף. האירוע הטראומתי בהגדרתו מעמת את האדם עם מצב קיצוני של חוסר אונים ואימה ומשתק את המהלך הרגיל של החיים (Solnit & Kris, 1967). לנפגע הטראומה נגרם זעזוע נפשי הנתפס כמסכן את בטחונו, איזונו הנפשי, כבודו, בריאותו הפיזית והנפשית ואף את קיומו (Lifton, 1988). רגשות עוצמתיים אלה אינם ניתנים לעיכול ואינם יכולים להשתלב בתוך מערך העצמי. באופן זה, נוצר קושי **לבנות נרטיב קוהרנטי** (Amir, Strafford, Freshman & Foa, 1998; Ehlers & Clark, 2000; Foa, Molnar & Tuval-Mashiach et al., 2004; Cashman, 1995a; Van der Kolk & Fisler, 1995). בכך הופך האירוע הטראומתי לשבר ברצף הזמן, בין זה שלפני הטראומה וזה שאחריה המנותק מהעצמי (Benyakar, Kutz, 1989; Dasberg & Stern, 1989).

חיילים במלחמה חשופים להתנסויות טראומטיות קיצוניות כגון, סכנה ממשית לאובדן חיים, אובדן חברים, מראות זוועה של מוות ופציעות, אי נוחות פיזית אשר מקורה בחסכי מזון, שתייה, שינה ושהייה בתנאים קיצוניים של לחות ויובש (Solomon et al., 1993; Solomon, Mikulincer & Benbenishty, 1989).

לחצי המלחמה עלולים לגרום לתגובות פתולוגיות מיידיות ולהפרעה תפקודית המוגדרת במופעה האקוטי כתגובת קרב (Combat Stress Reaction) ו/או להשלכות ארוכות טווח הפורצות מאוחר יותר, גם לאחר שוך הקרבות, במגוון תגובות רגשיות קשות והרסניות המאפיינות את התסמונת הפוסט-טראומטית (Blake et al., 1995). בסוף שנות השבעים, התגבשה ההכרה כי ההתנסות המלחמתית מהווה חשיפה טראומטית קיצונית העלולה לגרום להפרעה פסיכיאטרית ייחודית- תסמונת פוסט-טראומטית (Eid, 2003).

תסמונת פוסט טראומטית כרונית (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder) מוגדרת ומתוארת

ב"מדריך הדיאגנוסטי והסטטיסטי להפרעות נפשיות" DSM III (1980), DSM IIIR (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) ובשינויים שנערכו לאחרונה במגדר החדש DSM-V (2013). על פי הגדרה זו, התסמונת מתפתחת בעקבות אירוע טראומטי שבו האדם נחשף למוות, לאיום במוות או פציעה חמורה או איום לשלמות הפיזית שלו או של אחרים, כאשר הלוקה בה סובל במשך חודש אחד לפחות מסימפטומים, המחולקים לארבע קבוצות עיקריות:

- א. **חודרנות**- חווית הטראומה מחדש מעוררת מצוקה פסיכולוגית (תמונות, זיכרונות, מחשבות וסיוטים).
- ב. **הימנעות**- קהות רגשית, ניסיון להתחמק מגירויים הקשורים לטראומה (זיכרונות, מחשבות, רגשות).

ג. **תפיסה שלילית ומצב רוח שלילי** - רגשות שליליים עוצמתיים, הרגשה מעוותת ומתמשכת של אשמה כלפי העצמי או כלפי האחר, ניכור כלפי האחר ועוד.

ד. **עורות יתר** - מצב פסיכו-פיזיולוגי שתסמיניו כוללים: הפרעות שינה, נטייה לרגזנות ולהתפרצויות זעם, קשיים בריכוז, תגובות בעתה מוגזמות (הזעת יתר, דפיקות לב, רעד).

הימשכותה של התסמונת מעל לשלושה חודשים הופכת אותה לכרונית (APA, 1994). מחקרים מדווחים גם על תסמונת פוסט טראומטית מושהית, הפורצת שישה חודשים (או יותר) לאחר ההתנסות הטראומטית (Andrews, Brewin, Philpott & Stewart, 2007; Gray, Bolton & Litz, 2004). שכיחות הופעתה של התסמונת באוכלוסייה הכללית היא 8% ובקרב וותיקי מלחמות השכיחות נעה בין 18%-31%, מתוכם כ-15% מהלוחמים סובלים מתסמונת כרונית אף שנים רבות לאחר סיום המלחמה (Gradus, 2007). התסמונת כוללת קשת רחבה של סימפטומים הגורמים למצוקה משמעותית וליקוי תפקודי בתחומי החיים השונים: התעסוקתי, המשפחתי והבריאותי.

מחקרים שבדקו את השתנות התסמונת הפוסט-טראומטית לאורך השנים (קרי, המסלול הפוסט-טראומטי) מדווחים על החמרה בסימפטומים (Dekel, Peleg & Solomon, 2013; Ginzburg, Solomon, 2009). ממחקר אורך של 20 שנים על לוחמים ממלחמת לבנון הראשונה עולה כי רמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים ירדה לאחר שלוש שנים מהאירוע הטראומטי ועלתה בחזרה לאחר 17 שנים (Solomon & Mikulincer, 2006). ממחקר שבדק את השתנות רמת ה-PTSD בקרב שבויי מלחמה 18 ו-30 שנים לאחר הטראומה נמצא כי בקרב מעל ל-43% חלה התדרדרות במצבם הנפשי (Solomon & Dekel, 2005). מחקר אורך מקיף נוסף שבדק שבויי מלחמה אמריקאים ממלחמת העולם השנייה ומלחמת קוריאה לאחר כ-50 שנים מצא כי הסימפטומים היו גבוהים ביותר מיד לאחר המלחמה, ירדו במשך מספר עשורים ועלו בשני העשורים האחרונים (Port, Engdahl & Frazier, 2014).

ההחמרה במצוקה הפוסט-טראומטית עם העלייה בגיל מוסברת בספרות הקלינית (Pomerantz, 1991) והמחקרית (Davison et al., 2006) ע"י יחסי הגומלין בין תהליכים של הזדקנות-המלווה באובדנים הן במציאות החיצונית (קרי, פרישה מהעבודה, אובדן יקירים, ירידה בתמיכה הרגשית וירידה בפעילויות ועיסוקים) והידלדלות של משאבים פנימיים (ירידה קוגניטיבית, פיזיולוגית, תחושות של אובדן שליטה העלולים לייצר הצפה רגשית) ובנוסף, גם פגיעות יתר מעצם היותם פוסט-טראומטיים. כל אלה הופכים את האדם לפני יותר להרהור ולמחשבה המלווה לעיתים קרובות בהזכרות באירועים הטראומטיים (Dekel, Peleg & Solomon, 2013; Gagnon & Hersen, 2000; Levine, Laufer, 2009; Solomon & Hamama-Raz, Stein & Solomon, 2008; Solomon, Helvitz & Zerach, 2009; Mikulincer, 2006; Somer, 2000). הסבר נוסף קשור למחקרים שנערכו בישראל, המצביעים על הקשר

בין האווירה האלימה והמציאות של חיים בצל מלחמה וטרור ממושך, להתפתחות מצוקה פוסט-טראומטית (Horesh, 2013; Dekel, Peleg & Solomon, 2013; Bleich, Gelkopf & Solomon, 2003; Solomon, Keinan & Ein-Dor, 2013).

בהתאם לכך, אנו צופים במחקר הנוכחי, להחמרה במצוקה הפוסט-טראומטית בנקודת הזמן הנוכחית קרי, מעל לשלושה עשורים מאז שהסתיימה המלחמה ובהשוואה למצוקה הפוסט טראומטית כפי שנבדקה בנקודת הזמן הראשונה קרי, כשנה לאחר המלחמה וגם בהשוואה לנקודת הזמן השנייה שנמדדה 19 שנים לאחר המלחמה.

המתח הגופני והנפשי הקיצוני והממושך, שמאפיין את הלוקה בתסמונת, גורם למגוון השפעות פיזיולוגיות ונוירולוגיות כשהמרכזית שבהן היא **פגיעה במערכות הזיכרון** השונות (Gleaves & Williams, 2005; Van der Kolk, 1994; Jacobs & Nadel, 1985), כמו גם מערכות בריאותיות שונות (Friedman & Schnurr, 1995; Schnurr & Green, 2004; Solomon et al., 1989).

במוקד המחקר הנוכחי, פלישתם של הזיכרונות הטראומטיים הרודפניים, **שאינם מרפים גם שנים לאחר הטראומה** ונמצאים בבסיס התסמונת הפוסט-טראומטית. המחקר יתמקד בשאלת **עקביותם של הזיכרונות הטראומטיים לאורך השנים**, של נפגעי PTSD על רקע מלחמתי ובנוסף, ייבחן האם השינויים במסלול הפוסט-טראומטי לאורך השנים וההחמרה במצוקה הנפשית יכולים להסביר את מסלול העקביות של הזיכרון הטראומטי.

מסלול הזיכרון הטראומטי

מודל הזיכרון האנושי וסוגיו

התייחסות לתסמונת כהפרעת זיכרון קשורה להבנת מבנה הזיכרון ולתהליכי בנייתו ושחזורו. מודל מבנה הזיכרון נחקר רבות לאורך השנים – בעיקר בהיבטים הנוירו-ביולוגיים, בהתבסס על המודל (המקובל עד היום) של אטקינסון ושיפריין (Atkinson & Shiffrin, 1968) אשר מהווה בסיס תיאורטי למחקרים נוספים (Squire, L., 2016; Constantinidou, F., 1983, Bower, G. H. 1997, Baddeley, A., 2009).

מודל הזיכרון (Atkinson & Shiffrin, 1968) מורכב משלושה מרכיבים :

- **זיכרון סנסורי-חושי (sensory memory)** – שאוגר מידע שנצבר מהחושים ונשמר למשך פחות משניה.
- **זיכרון קצר טווח (Working Memory)** – בו נשמר המידע שהגיע מהחושים למשך פחות מדקה.

- **זיכרון ארוך טווח (Long Term Memory)** - מאחסן מידע לתקופת זמן ארוכה ומסוגל לשמור על כמות

מידע בלתי מוגבלת בצורה כמעט מושלמת לטווח זמן כמעט בלתי מוגבל (Mason, Kohn & Clark, 2001).

הזיכרון מחולק לשני ענפים – **מְרומֵז (Implicit)** הכולל חלק **פְּרוֹצֶדוּרָלִי** - שומר את המידע שנאגר במהלך חיינו, כיצד לבצע משימות וכולל את ההרגלים, וחלק **התפיסתי-אינטואיטיבי** שנותן את ההקשר לתכני הזיכרון ותפקידו לזהות אובייקטים ואת השפה. הענף השני הוא **מְפֹרָשׁ (Explicit)** ובו שני רכיבים: **סמנטי** - כולל את המידע הכללי שנצבר בזיכרונות לטווח ארוך ו**אפיזודי** - אחראי על המידע וההקשר לזמן ולמקום שבו נוצר הזיכרון.

פעולת הזיכרון מורכבת משלושה שלבים (קידוד, שמירה והיזכרות/שחזור):

קידוד - שמירת המידע ב'קובץ' של החוויה. לאופן והצלחת הקידוד השפעה מכרעת על יכולת השחזור.

שמירה – היכולת להחזיק ולשמור באופן אפקטיבי את המידע שקודד.

היזכרות/שחזור – היכולת לשחזר את הזיכרון הרצוי. שמירה וקידוד יעילים משפיעים על יכולת השחזור. שאלת עקביות הזיכרון הטראומתי העומדת בבסיס המחקר הנוכחי, קשורה להבנת שלוש הפעולות הללו של הזיכרון - קידוד, שמירה ושחזור.

זיכרון ב PTSD

בפסיכיאטריה המודרנית, הפרעה בזיכרון בעקבות PTSD, הועלתה מחדש ע"י קולב (Kolb, 1989)

שהציע שגירוי מוגזם של מערכת העצבים המרכזית, ביחוד של מבני הזיכרון בהיפוקמפוס, עשוי להוביל לשינויים נוירולוגיים קבועים שהם בעלי אפקט המוחק תהליכי למידה ופעולות הזיכרון.

תיאוריה מרכזית בנושא זיכרון טראומתי, הנמצאת בבסיס המחקר הנוכחי, הינה 'תיאוריית הייצוג

הדואלית' (Brewin, 2003). התיאוריה מציעה שבזמן אירוע טראומתי **הזיכרונות התפיסתיים**,

האינטואיטיביים במהותם, מתחזקים, בעוד הזיכרונות האפיזודיים, בהקשר לזמן ולמקום האירוע –

נחלשים. לפיכך, תזכורות של הטראומה יובילו בסבירות גבוהה ל"שליפה" אוטונומית לא מודעת של

תמונות חדות שיחוו כאירוע שמתרחש שוב בהווה (Brewin, 2014).

ברווין (Brewin, 2014) משתמש במונח זיכרון תפיסתי בהתייחסו למיקום בו נשמרים אלמנטים

שמנותקים מהזיכרון ה'רגיל'. בחוויה טראומתית, בה מעורבים רגשות שליליים קיצוניים אשר אינם

יכולים להשתלב לתהליך 'עצמי' ואין יכולת לבנות נרטיב ברור, הזיכרון הטראומתי מופרד מהמודעות

ונשמר כהרגשה פנימית או כתמונה ויזואלית. העיוותים בזיכרון בעקבות הטראומה על פי תיאוריה זו, לא

מוסברים ככישלון לזכור מידע מסוים אלא כליקויים באינטגרציה של חוויות העצמי.

תיאוריית הייצוג הדואלית (Brewin, 2003) מציעה כי תוכן הזיכרון המקודד באמצעות מנגנון תלוי היפוקמפוס- מוביל לאינטגרציה נרטיבית של התכנים הללו עם חוויות אחרות והופכת אותן לזיכרון נגיש מילולית (VAM- 'Verbally Accessible Memory'), הסבר נוסף מתייחס להליכים התלויים באמיגדלה, שאינם מאפשרים שליטה מודעת בשחזור הזיכרון אך ניתנים לשחזור אוטומטי ברגע שמופיע רמז אסוציאטיבי (פלאשבקים). מערכת הזיכרון המאוחרת הזו מתוארת כזיכרון נגיש לפי מצב (SAM- 'Situationally Accessible Memory').

ע"פ הספרות המחקרית, סטרס טראומתי עלול לנטרל את המכניזם העצבי שאחראי לקידוד הזיכרון האפיזודי המתייחס לזמן ולמקום. בעוד שרמות גבוהות של סטרס עלולות ליצור זיכרון אוטוביוגרפי חד בצורה יוצאת דופן, עקב קידוד יעיל של המידע ביחס למקום ולזמן (הנגרם כתוצאה מהפרשה של הורמוני סטרס בהיפוקמפוס וגם מהשפעה רגשית של הורמונים באמיגדלה). ברמות קיצוניות של סטרס מערכת ההיפוקמפוס- החיונית ליצירת הזיכרון האוטוביוגרפי - נכבית בעוד שהמערכת שמבוססת על האמיגדלה משופרת ומואצת.

מחקרי MRI שנערכו במטופלים עם PTSD מראים כי השחזור של האירועים הטראומטיים מקושר להפעלה מוגברת של האמיגדלה והפעלה מופחתת של ההיפוקמפוס (Brewin, 2014; Brewin, Gregory, 2005; Lipton & Burgess, 2010; Degonda et al., 2005; Henke et al., 2003; Shin, Rauch & Pitman, 2005). דעה זו נתמכת בממצאים לפיהם הסובלים מ PTSD סובלים גם מירידה פיזית בנפח ההיפוקמפוס (Vyas, 2002; Mitra, Rao, & Chattarji, 2002) שינוי זה יכול להוביל לשמירה נפרדת של המידע הסומאטי והרגשי מהמידע של הזמן והמקום שבהם התרחשו האירועים (Gleaves & Williams, 2005). לכן זיכרונות של אירועים טראומטיים אינם ברורים, שבורים ולא קוהרנטיים ויחד עם זאת מעוררים רגשות עזים (Foa et al., 1995a). כישלון הזיכרון המפורש עלול להוביל לסידור הטראומה ברמה הסומאטו-סנסורית (Van der Kolk, 1994, 2014) קרי, האירוע נשמר לא כזיכרון אוטוביוגרפי אלא כזיכרון סנסורי (וויזואלי, שמיעתי ועוד) הכולל תחושות גופניות. תובנות אלו עשויות להסביר את טבעם הרודפני והעיקש של הזיכרונות הטראומטיים החרוטים בזיכרונותיהם של נפגעי הטראומה באופן עקבי.

אכן, במחקרים רבים בקרב נפגעי PTSD מבוגרים בכלל ובקרב לוחמים בפרט נמצאו פגיעות וחסרים בזיכרון המפורש קרי, האוטוביוגרפי (Bremner, Vermetten, Afzal, & Vythilingam, 2004; Axmacher, Do, 2006; Brewin, 2007; Golier, Harvey, Legge & Yehuda, 2006; Lam, Kessler & Fell, 2010; Behrendt, & Moritz, 2014; Brewin, 2007; Clancy, Schacter, McNally, & Pitman, 2000; Jelinek et al., 2006; Jones, Harvey & Brewin, 2007; Schuitevoerder et al., 2013), כתוצאה מלקויות קידוד זיכרון ראשוניים של תכנים חדשים (Bremner, 2002; Guez et al., 2011). בנוסף, נצפו קשיים בהכללת למידת סיטואציות חדשות שמבוצעות ע"י הזיכרון התפיסתי

(Carroll, Campbell-Ratcliffe, Murnane & Perfect, 2007; Lalo et al., 2007; Levy-Gigi et al., 2012).

שאלת עקביות הזיכרון הטראומתי

זיכרונות אוטוביוגרפיים של אירועי יום נוסים לכלול חוסר אחידות ועיוותים, זאת על סמך ממצאים ידועים ומקובלים המראים שזיכרון באופן טבעי הוא תהליך הנבנה לאורך זמן בהתאם למידע וחוויות העבר, עמדות, אמונה, תנאים והמצב בזמן ההיזכרות (Hyman & Luftus, 1998; Nader & Hardt, 2000; Nader, Schafe & LeDoux, 2009). לעומת העיוותים בזיכרון של אירועי היום יום המושפעים מהחוויות המודעות, הרי שהזיכרון של אירועים טראומטיים הינו מיוחד הודות לאופי המאוד מאיים של החוויה הטראומטית הקשה לעיכול ולהפנמה. האירוע הטראומתי המאיים, מנותק מהזרם הקבוע של חוויות המודע ונשמר כ'ידיעה קבועה'. בתגובה, זיכרון האירוע יהיה פחות נגיש למודע אלא ע"י שחזור לא רצוני ולכן יהיה קבוע ולא משתנה בתודעה (Janet 1889, 1904). גיימס (James, 1890) טען באופן דומה שזיכרון טראומתי הוא סטטי והציע שזיכרונות המעוררים מאוד- 'משאירים צלקת ברקמה המוחית'. בהתאם לתפיסה מסורתית זו, זיכרונות של אירועים טראומטיים הם קבועים ויחסית בלתי משתנים לאורך זמן. נפגע הטראומה "חיי" את אותם הרגעים והזיכרונות לאורך שנים כלומר, הזיכרון הטראומתי נצרב, בתמונה ותחושה גופנית ומאוחסן בנפרד מהזיכרונות שאינם טראומטיים (Brewin, 1994; Mason, King & Brewin, 2013; Van der kolk, 2014).

סדרת מחקרי מעבדה הראו שהרגש ובעיקר המתח מגבירים את הזיכרון וזיכרון של ההיבטים העיקריים של אירועים מעוררים שליליים, נשמר באופן מיוחד (Cahill & McGaugh, 1995; Heuer & Reisberg, 1990; Kindt & Van den Hout, 2003). במחקר נוסף (Krinsley, Gallagher, Weathers, 2003; Kutter & Kaloupek, 2003), בדיווח הזיכרון של האירועים הטראומטיים נמצאה רמת עקביות גבוהה מאד בהשוואה לאירועים שאינם טראומטיים או אירועים פרי-טראומטיים. גם מממצאי מחקרם של פורטר ופיס (Porter & Peace, 2007) עולה שהנרטיבים הטראומטיים היו בעלי רמות גבוהות של תכונות זיכרון איכותיות ופנומנולוגיות קרי, יותר ברורים ונזכרו טוב יותר מאשר אירועים חיוביים. בחינת עקביות הזיכרונות הטראומטיים, גם כפונקציה של חומרת הטראומה, הצביעו על תוצאות גבוהות של עקביות מאשר תוצאות העקביות של החוויות החיוביות.

אולם, לצד הקולות הללו שעולים מתוך הספרות, בשנים האחרונות מחקרים אחרים מציעים שהזיכרון של אירועים עם פוטנציאל לטראומה, בדומה לזיכרונות של אירועים 'רגילים', הינו **גמיש ומשתנה לאורך זמן**. כלומר, ממחקרים אלה עולה כי הזיכרונות הטראומטיים, על אף שהם מזעזעים, אינם נותרים קבועים כפי שחשבו אלא משתנים, מתעוותים, מופרעים ואף עלולים להיות מומצאים

ומוחרפים עם הזמן (Brewin, 2007; Dekel, & Bonnano, 2013; Engelhard, van den Hout, & McNally, 2008; Geraets et al., 2008). עולה הטענה כי רובם של המחקרים שמצאו עקביות בזיכרון הטראומטי, נערכו במעבדה ולכן הם אינם מסוגלים לעורר את המנגנונים המתעוררים באירועים טראומטיים מציאותיים (Paz-Alonso, Larson, Castelli, Alley & Goodman, 2009). נמצא במחקרים כי זיכרון ניצולים שנבדק באמצעות שאלונים סטנדרטיים השתנה בין זמני הערכה שונים (Dekel & Bonanno, 2013). בקרב לוחמים נמצא כי רמות גבוהות של סימפטומי PTSD נקשרו בזיכרונות של הטראומה שהשתנו עם הזמן לכיוון של תפיסת האירוע כחמור יותר (Engelhard et al., 2008; Rintamaki, Weaver, Elbaum, Klama & Miskevics, 2009; Schwartz, Kowalski & McNally, 1993). כמו כן, רמת ה-PTSD בזמן ההיזכרות היתה גורם משמעותי ממתן קרי, ניצולים שהתאוששו מהטראומה (מהר או לאורך זמן), יצרו לעצמם זיכרון יותר 'טוב' לאורך זמן, לעומתם, אצל ניצולים שסבלו מתסמונת פוסט-טראומתית כרונית – הזיכרון לא השתנה כמעט (Bremner, Shobe & Kihlstrom, 2000; Dekel & Bonanno, 2013; Dekel, Ein-Dor, & Solomon, 2012; Engelhard et al., 2008; Southwick, Morgan, Nicolaou, & Charney, 1997).

כך, שבשנים האחרונות השתנתה התפיסה בנוגע לאופיו של הזיכרון הטראומטי ומחקרים מתייחסים לגמישותו ולשינויו לאורך הזמן בדומה לזיכרון רגיל. בצומת הזו, של הדיון התיאורטי המהותי השנוי במחלוקת, מתקיים המחקר הנוכחי אשר מבקש לתרום להבנת שאלת עקביותם של הזיכרונות הטראומטיים לאורך השנים.

המחקר הנוכחי ייבחן את **הנרטיב הטראומטי** קרי, הטראומה כפי שהנפגע זוכר ומספר אותה ועקביותו של הנרטיב הטראומטי לאורך שלושה עשורים מאז שנסיימה המלחמה. בעוד שחוקרים קודמים בתחום התבססו על מחקרים כמותיים בלבד הווה אומר, במחקרים אלה נערכו בדיקות רטרואקטיביות באמצעות שאלונים בלבד המוגבלים בכך שמעודדים את הנחקר למסור מידע (כדי להשלים השאלון) גם כשאין בידו המידע ובכך עלולים לעודד חוסר דיוק בדיווח. באמצעות ניתוח הנרטיב המדווח מתוך הראיונות עם הנפגעים (כבקשה פתוחה לסיפור), המחקר הנוכחי ייבחן לעומק עד כמה הזיכרון הטראומטי לפרטיו, כפי שסופר בשנת 1983 (כשנה לאחר המלחמה) יהיה זהה לסיפור הטראומה שסופר בשנת 2016.

בהתבסס על תיאוריית הזיכרון של ברווין (Brewin & Holmes, 2003) נשער כי בקרב נפגעי PTSD בעלי **תסמונת חמורה יותר** כפי שנבדקה בשנת 1983, בעקבות מלחמת לבנון, תמצא **עקביות רבה יותר** בזיכרון הטראומטי הנרטיבי. בנוסף, בקרב אלו שמצבם הנפשי **החמיר** לאורך השנים נצפה **לעקביות רבה יותר** לאורך הזמן בזיכרון הטראומטי, בהשוואה לאלו שמצבם נותר דומה יחסית או השתפר עם השנים.

הנרטיב הטראומתי

הזיכרונות הטראומתיים העוצמתיים אשר אינם ניתנים "לעיכול" ניכרים בתכונותיהם הלא רגילות

ואינם יכולים להשתלב בתוך מערך העצמי (Tuval-Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995; Mashiaich et al., 2004). שלא כזיכרון רגיל אין הם מקודדים בעלילה מילולית וליניארית, הנטמעת בסיפור חיים מתמשך (Williams et al., 2007; Axmacher et al., 2010) ומבוטאים בסיפור הנרטיבי השבור שנפגעי טראומה מספרים על עצמם ועל חייהם (Amir et al., 1998; Ehlers & Clark, 2000; Tuval-Mashiaich et al., 2004; Van der Kolk & Fisler, 1995).

האירוע הטראומתי מפריע להבניית הנרטיב בשתי רמות: ברמה הספציפית קיימת הפרעה בנרטיב של האירוע עצמו ובנוסף, הפרעה ברמה הרחבה יותר של כל סיפור החיים של היחיד (Wigren, 1994). לכן קורבנות טראומה שמפתחים PTSD נוטים להיות בעלי קשיים בארגון הזיכרון הטראומטי לנרטיב קוהרנטי עם רצף סדור של אירועים (Esterling, L'Abate, Murray, & Pennebaker, 1999). מספר מחקרים הראו שהיכולת לכתוב נרטיב קוהרנטי לאחר חוויה טראומתית נמצאה קשורה באופן חיובי להתמודדות והשתקמות טובה יותר. ממחקרים אלה עולה כי יכולת הביטוי של הנרטיב הטראומתי מיד לאחר הטראומה קשורה ביחס הפוך עם רמת סימפטומי החרדה בסמיכות לאירוע הטראומתי ועם חומרת הסימפטומים הפוסט-טראומתיים (Amir et al., 1998; Gidron et al., 2002; Pennebaker & Segal, 1999; Pennebaker & Susman, 1988).

מעט מאוד מידע נצבר ממחקרים על השינוי בנרטיב לאורך זמן ובפרט כיצד הם מושפעים מרמת סימפטומי ה PTSD (O'Kearney & Perrot, 2006). מחקרי זיכרון נרטיבי נגעו באירועים מלחיצים המוגדרים באופן רחב או בחנו זיכרון טראומתי בהקשר של אירועים אחרים כגון, טיפול פסיכותרפי (Foa et al., 1995a; Jones et al., 2007). רובם הציגו נקודת זמן אחת, בד"כ רטרוספקטיבית של חודש או שנים לאחר הטראומה. בנוסף, מחקרי נרטיב טראומתי גם נטו להתרכז בעיקר בשינויים במבנה הנרטיב ופחות בתוכן (Foa et al., 1995b; Foa, Hembree, & Rothbaum 2007; Foa, 1995). במחקרים שכן בדקו מרכיבי תוכן, הכיווניות של השינויים בהקשר לטראומה ול PTSD לא היו חד משמעיים קרי, לא ניתן היה להסיק מתוך ניתוח תוכן הנרטיב לגבי הטבה/החמרה בסימפטומי PTSD או להיפך (Holmes et al., 2007; Jones et al., 2007).

לאור כל זאת, החידוש של המחקר הנוכחי הינו בחקירת הנרטיב הטראומתי של נפגע הטראומה בסמוך לאירוע הטראומתי ושוב כשלושה עשורים לאחר שנסתיים האירוע וזאת לצורך חקירת עקביותו שנים רבות לאחר הטראומה- ע"י ההתייחסות לתוכן (קרי, לתחושות גופניות, לרגשות עוצמתיים, למחשבות, לשתיקות ולקיטועים ועוד) ולמאפייני העקביות. במחקר זה נבחן עד כמה הנרטיבים יהיו זהים

בין נקודות הזמן השונות ומהם התחומים שהם. בנוסף, ייחקר לראשונה התהליך המקביל והקשר בין שני המסלולים- מסלול ה PTSD אל מול מסלול הזיכרון הטראומתי כלומר, אבחן את השאלה האם החמרה במצוקה הנפשית לאורך השנים קשורה לרמת העקביות (פחות שינוי) של הזיכרון הטראומתי הנרטיבי. בהסתמך על התיאוריה של ברוין (Brewin & Holmes, 2003), השערת המחקר היא כי **ההחמרה לאורך השנים קשורה לעקביות רבה יותר.**

כיוון שלפי ברוין (Brewin, 2014), הזיכרונות הטראומטיים, המופרדים מהמודע (הקשר לזמן שהתרחשו) ולא עברו אינטגרציה אופיינית לתהליכי זיכרון- נשמרים כזיכרונות סנסוריים: תמונות, תחושות. ההנחה היא כי תחושות אלה הינן למעשה "מופעים" של הזיכרונות אשר פוצלו מהמודע ונצברו בגופם של הנפגעים בתצורת סימפטומים גופניים. על בסיס הבנה זו, במחקר זה ייבדק בנוסף, הקשר בין מסלול הזיכרון הטראומתי למסלול הבריאות הגופנית והסומאטית בקרב נפגעי PTSD.

מסלול הבריאות הגופנית והסומאטית בקרב נפגעי PTSD

לנפגעי PTSD אין קו בסיס כלשהו של שלוה ונוחות גופנית. עם הזמן הם מתחילים לתפוס את גופם כאילו הוא יוצא נגדם (Herman, 1992). נוסף על סערת הנפש הממושכת וסיוטי הלילה, הם מדווחים על סוגים רבים של סימפטומים סומטיים. תגובות פוסט-טראומטיות בעקבות מלחמה מערערות את האיזון הביולוגי כתוצאה מהחשיפה ללחץ החמור (Wagner, Wolfe, Rotnitsky, Proctor & Erickson, 2000) המוביל לשינויים הורמונליים ואנדוקריניים (Blascovich & Katkin, 1993; Delahanty, Raimonde, Spoonster & Cullado, 2003;) (Schneiderman, McCabe & Baum, 1992). כתוצאה מכך נפגעת מערכת החיסון ונחלש כושר העמידה בפני גורמים מחוללי מחלות גופניות, מחריפות מחלות סמויות וגובר הסיכוי להופעתן של מחלות פסיכוסומאטיות (Green & Kimerling, 2004; Grossbard et al., 2013; Herman, 1992; Solomon & Mikulincer, 1987).

בספרות נמצא קשר בין חשיפה לאירועים טראומטיים לרמות גבוהות יותר של כאב ובעיות בריאותיות כרוניות (Ballenger et al., 2000; Elhai, Richardson & Pedlar, 2007; Green & Kimerling, 2004; Hoge, Terhakopian, Castro, Messer & Engel, 2007; McFarlane, 2000; Solomon, Mikulincer & Kotler, 1987) ואף תמותה מוקדמת (Boscarino, 2008; Green & Kimerling, 2004). במחקרים על לוחמים נמצאה שכיחות רבה יותר של מחלות מסוג: סרטן, התקף לב, מחלות לב, בעיות במערכת הנשימה, מעיים וכאבי שרירים. בנוסף, הלוחמים הציגו דפוסי התנהגות 'לא בריאים' כגון, עישון, פחות פעילות גופנית והזנחה של בדיקות שגרה תקופתיות (Buckley, Mozley, Bedard, Dewulf & Greif, 2004; Ginzburg & Solomon, 2011; Glaesmer, Brähler, Gündel, & Riedel-Heller, 2011;

(Spitzer et al., 2009). במחקר מקיף שבחן 62 מחקרים שעסקו בקשר בין PTSD ובריאות גופנית, נמצא

הקשר החזק ביותר (חיובי) בין PTSD לבין תלונות סומטיות בהשוואה למדדי בריאות גופנית אחרים

(Pacella, Hruska, & Delahanty, 2013).

בקרב לוחמים עם חשיפה גבוהה יותר לטראומת מלחמה, נמצאו רמות גבוהות יותר, באופן

משמעותי, של לחצים פסיכולוגיים ובעיות פיזיות (Maia, McIntyre, Asnaani, Reddy & Shea, 2014; Asnaani et al., 2014;)

(Pereira, & Ribeiro, 2011; Pacella et al., 2013). עוד נמצא כי ככל שעוצמת התסמונת הפוסט-

טראומטית הייתה חריפה יותר, כך קשיי התפקוד הפיזי והרגשי מרובים יותר (Asnaani et al., 2014;)

(Benyamini & Solomon, 2005; Solomon & Mikulincer, 2006; Vuksic-Mihaljevic, Mandic, Barkic & Laufer, 1998;)

והתחלואה הגופנית חמורה יותר (Barrett et al., 2002; Wagner et al., 2000).

מהספרות עולה גם ההחמרה במצב הגופני של נפגעי טראומה לאורך השנים. במחקרי אורך בקרב

לוחמים 15 שנים לאחר מלחמת ה-2 (Elder, Shanahan & Clipp, 1997), 20 שנים לאחר מלחמת לבנון

(Lee, Benyamini & Solomon, 2005; Ginzburg & Solomon, 2011;) וחמישים שנים אחרי מלחמת ה-2 (Lee, Vaillant, Torrey & Elder, 1995)

עולה כי בקרב לוחמים שלקו בתגובת קרב נמצאו רמות גבוהות של

סימפטומי בריאות גופנית לקויה בהשוואה ללוחמים אשר לא לקו בתגובת קרב. חומרת ה-PTSD לאורך

השנים נמצאה כגורם מנבא לסימפטומים הפיזיים ולמגוון בעיות הבריאות עליהם דיווחו הלוחמים

(Boscarino, 1997; Neria & Koenen, 2003; Schnurr, Spiro & Paris, 2000).

מהספרות אם כן קיים קשר בין מסלול המצוקה הנפשית הפוסט-טראומטית למסלול המצוקה הגופנית

שמציגים נפגעי הטראומה לאורך השנים. **מחקר זה יתמקד בקשר בין מסלול הזיכרון הטראומטי למסלול**

הבריאות הגופנית והסומאטית שמציגים נפגעי הטראומה.

הקשר בין הזיכרון הטראומטי לסימפטומים הסומאטיים

נפגעי PTSD סובלים לא רק משיעור גבוה יותר של בעיות גופניות מוסברות אלא גם מסומטיזציה

גבוהה יותר (Pacella et al., 2013). בנוסף, במחקרם של קופמן ואח' (Koopman et al., 2000), נמצא כי

אירועי חיים קשורים ברמות גבוהות במיוחד של סומטיזציה הרבה יותר מאשר סימפטומים

רגשיים.

לפי ה-DSM-V (2013) הפרעת סומטיזציה מוגדרת כהפרעה רב סימפטומטית, המאופיינת בכאב פיזי

או במשלב סימפטומים - הגורמים להפרעה משמעותית בתפקוד - ממערכות העיכול, המין והמערכת

הנורולוגית, כשמאחוריה קיים הסבר נפשי עם/ללא הסבר המכוון לפן הגופני. ההגדרה להפרעה סומאטית

מנסה למעשה, להתמודד עם בעיה מרכזית של **סימפטום גופני ללא פתולוגיה מזהה**. סומטיזציה

מתייחסת לנטייה לחוות מצוקה במושגים של סימפטומים פיזיים (סומאטיים) ו/או תחלואה הקשורה לדאגה (Barsky, Wyshak & Klerman, 1990).

הסבר דינאמי של הסומטיזציה מציע כי בסומטיזציה מתרחשת למעשה טרנספורמציה של קונפליקט נפשי (Psych) אל **מחוץ** למנגנון מנטאלי אשר "מרוקן" לתוך הגוף (Soma) (Fischbein, 2011) או חוויה שה'עצמי' מתבטא בהרגשה הפיזית (Rodin, 1991). כלומר, הסומטיזציה מייצגת כישלון ביכולת לבצע אינטגרציה כך שאספקטים פסיכולוגיים ופיזיים של החוויות והזיכרונות לא מצטרפים לחוויית עצמי אינטגרטיבית 'נורמלית'.

פריצה סומאטית רומזת על חזרתיות לא מודעת של חוויה כלשהי שלא ניתן להיזכר בה. אין כל רישום מנטאלי של החוויה מכיוון שהיא התקבלה לפני 'השגה' של מילים בתהליך **שמירת הזיכרון** (Fischbein, 2011).

ההנחה כי נזק פיזי פורץ החוצה, על בסיס של קונפליקט נפשי שאינו מוכר ככזה ע"י האדם, למעשה, מבוססת על טיעוניו של פרויד (Freud, 1915) וג'אנט (Janet, 1919). ג'אנט (Janet, 1919) היה הראשון שהציע כי חוסר היכולת להתבונן על האירוע הטראומתי ו"לשלוט" בו רגשית גורם לכשל בזיכרון ולכן האירוע נשמר כרגש מנותק עם **תפישה ויזואלית** במקום כחלק אינטגרלי של האני (Crawford, 2010). לפי פרויד (Freud, 1905) הסימפטומים הגופניים של ההיסטריה (הנגרמת בעקבות טראומה נפשית) קרי – סומטיים, הם למעשה, ייצוגים מוסווים של אירועים קשים ביותר, אשר סולקו מן הזיכרון. **"הנשים ההיסטריות סובלות בעיקר מזיכרונות"**. באופן זה, הסימפטום הגופני הוא למעשה הייצוג של החומר המודחק ותופעות פסיכוסומאטיות הן תצורות "דיבור" של הגוף את הטראומה אשר לא מדוברת במילים.

ניתן לראות זאת גם מזווית ביולוגית כאשר התגובה המאוחרת לטראומה כוללת התאוששות ועיבוד של השפעת הטראומה וקשורה ללמידה ולמנגנוני התגבשות הזיכרון (Shalev, 2002). במידה ושלב זה משתבש והמערכת הביולוגית אינה מצליחה לחזור לאיזון, יכולים להיגרם שינויים קבועים במערכות שונות בגוף, שיתבטאו בסימפטומים פיזיולוגיים, התקפי פאניקה, פלאשבקים שאינם קשורים להווה (McFarlane & De Girolamo, 1996). הטראומה נקשרת עמוק בחוויות הסנסוריות של הנפגעים אשר יוצרות את המניע לחוויה מחדש ושוב של הטראומה. האירוע הטראומתי למעשה, נחרט ומייצר **סימן** על האדם ומשנה אותו למישהו חדש, שאינו מי שהיה קודם - מבוטא כשינויים **בתגובה הביולוגית לסטריס** (McFarlane & De Girolamo, 1996; Shalev et al., 2008; Van der Kolk, 1994). רגשות עזים בזמן הטראומה מפעילים תגובה מותנית ארוכת טווח לאזכורים של האירוע, שמקושרים גם לשינויים משמעותיים וכרוניים בתגובה הפיזיולוגית ללחץ (ובהפרשת הורמוני הלחץ) ולאמנזיה והיפר אמנזיה שמאפיינת תסמונת פוסט-טראומתית (Van der Kolk, 1994).

נפגעי טראומה מדווחים על הזיכרונות הטראומטיים באופן סומאטו-סנסורי (מראות, קולות...)-
חוויית חושיות אלו נקראות **זיכרון גופני**. כאשר הזיכרונות הללו משוחזרים ומופעלים הם נראים כחלקי
זיכרון (פיזי, רגשי, קוגניטיבי והתנהגותי). חלקי זיכרון אלו, נגלים כסימפטומים או התנהגויות כגון,
פלאשבקים, חוויות רגשיות עזות שמורגשות שוב ושוב, סיוטי לילה או חוויות סומאטיות שנהפכו לחותם
עמוק בנפשם של מי שאובחנו עם PTSD (Crawford, 2010; Ehlers et al., 2002; Mellman & Davis, 1985).

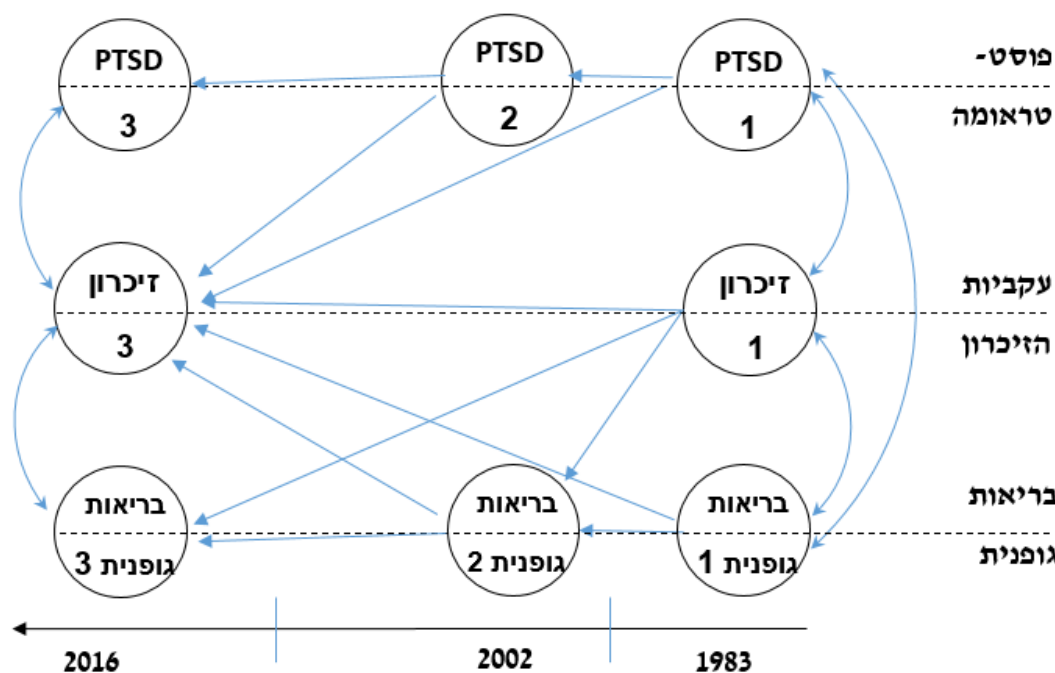
במחקר הנוכחי, ייבדק מסלול הבריאות הגופנית והסומאטית בקרב נפגעי טראומה. בהמשך
למחקרים הקיימים בתחום של PTSD ובריאות גופנית שמצאו קשר בין עוצמת ה PTSD לנוכחות יתר של
סימפטומים פיזיים, **אנו צופים להחמרה במסלול הבריאות הגופנית והסומאטית לאורך השנים בהתאם
לחומרת ה PTSD הקשורה במתח הנפשי הממושך של נפגע הטראומה**. בנקודה זו חשוב לציין כי מאחר
ובעיות בריאותיות יכולות להיות קשורות גם לתהליכים פיזיולוגיים הקשורים בעלייה בגיל הנחקרים, גיל
הנחקרים יבוקר כמשתנה בקרה. הקשר בין ההחמרה במסלול הבריאות הגופנית והמצוקה הפוסט
טראומטית, יימדד מעבר לגיל הכרונוולוגי.

הנחת המחקר הנוכחי היא שהסימפטומים הגופניים והביטויים הסומאטיים הינם למעשה,
"מופעים" של הזיכרונות אשר פוצלו מהמודע ונצרבו בגופם של הנפגעים. על בסיס ההבנות של פרויד, אשר
מחבר בין הסימפטום הגופני לבין "חומר" טראומתי שעבר הדחקה, ייחקר מסלול הזיכרון הטראומתי
הנרטיבי (כפי שמסופר ע"י נפגע הטראומה בראיון עימו) אל מול מסלול ההשתנות וההחמרה בבריאות
הגופנית ובתלונות הסומאטיות שאנו צופים שנפגעי PTSD ידווחו 32 שנים לאחר שנסתיימה המלחמה.
ליתר דיוק, נשאל האם החמרה בבריאות הגופנית והסומאטית, תהייה קשורה לעקביותם (קרי, פחות
שינוי) של הזיכרונות הטראומטיים ומנגד, האם ברמות נמוכות יותר של ביטויים סומאטיים ושמירה על
מצב בריאותי תקין יותר, הנרטיב הטראומתי יהיה פחות עקבי.

המחקר הנוכחי

המחקר הנוכחי יבחן את הקשרים בין שלושת המסלולים- הנפשי, הגופני ועקביות הזיכרון
הטראומתי- לאורך שלוש מדידות הנפרסות על למעלה מ 30 שנים מאז אירעה הטראומה במלחמת לבנון
הראשונה. ממצאים אלה, שיתקבלו מתוך העדויות והתיאורים של הנפגעים, יוכלו לשפוך אור על שאלת
עקביותם של הזיכרונות הטראומטיים שנמצאת כיום שנויה במחלוקת וכן על ההבנה העמוקה יותר של
התסמונת הפוסט-טראומטית כהפרעת זיכרון שבה החומרה הנפשית עלולה לקבע את זיכרון הטראומה
מחד, ולזיכרון הטראומה הרודפני העקבי יש השלכות גופניות חמורות ארוכות טווח על נפגע הטראומה.

מודל גרפי



שאלת מחקר

א. מסלול הזיכרון הטראומתי

מהי רמת העקביות של הזיכרונות הנרטיביים הטראומתיים לאורך השנים – נקודת זמן שלישית (2016) לעומת נקודת הזמן הראשונה (1983)? מהם המאפיינים של החלקים העקביים בזיכרון הנרטיבי הטראומתי?

השערות המחקר

1. שינויים לאורך זמן:

א. המסלול הפוסט-טראומתי

תימצא החמרה ברמת הסימפטומים הפוסט-טראומתיים בנקודת הזמן השלישית (2016) בהשוואה לשתי נקודות הזמן הקודמות (1983, 2002).

2. קשרים בין המסלולים:

א. המסלול הפוסט-טראומתי ומסלול הזיכרון

א. 1. ימצא קשר חיובי בין חומרת ה PTSD לעקביות הזיכרון הטראומתי: ככל שהתסמונת הפוסט-

טראומתית **חמורה יותר** בגל הראשון (1983) כך בבדיקת הפער בין שני הזכרונות - הזיכרון הטראומתי יהיה **עקבי יותר**.

א.2. ימצא קשר חיובי בין החמרה ב PTSD לעקביות הזיכרון: ככל שהתסמונת **תחמיר** בנקודת הזמן השלישית (2016) בהשוואה לשתי נקודות הזמן הקודמות (1983 ו 2002) הזיכרון הטראומתי יהיה **עקבי יותר**.

ב. המסלול הפוסט-טראומתי ומסלול הבריאות הגופנית

תימצא **החמרה** בבריאות הגופנית בנקודת הזמן השלישית (2016) בהשוואה לשתי נקודות הזמן הקודמות (1983, 2002) עם קשר חיובי לרמת ה PTSD.

ג. מסלול הבריאות הגופנית/סומאטית ומסלול הזיכרון

ימצא קשר חיובי בין החמרה בבריאות הגופנית לעקביות הזיכרון הטראומתי: ככל שהלקות בבריאות הגופנית **תחמיר** בהשוואה בין שלוש נקודות זמן (גל ראשון 1983, גל שני 2002 וגל שלישי 2016) הזיכרון הטראומתי יהיה **עקבי יותר**.

שיטה

מערך המחקר

המחקר הנוכחי הינו חלק ממחקר אורך מקיף בקרב לוחמים ממלחמת לבנון הראשונה, אשר בדק משתנים מגוונים שנאספו בארבע נקודות זמן ונערך ומנוהל על ידי פרופ' זהבה סולומון מאוניברסיטת תל אביב. שלוש המדידות הראשונות נערכו בשנים 1983, 1984 ו 1985, המדידה הרביעית התקיימה 20 שנים אחרי המלחמה ב-2002. המחקר הנוכחי יהיה חלק ממדידה נוספת (חמישית) 32 שנים לאחר המלחמה וישלב מערך מחקר כמותני ואיכותני (Mixed Method), כאשר החלק האיכותני יאפשר חקירה מעמיקה אודות העקביות של הזיכרונות הטראומטיים של הלוחמים מתוך הראיונות הנרטיביים עימם. המחקר הנוכחי מבוסס על שלוש נקודות הזמן: 1983, 2002 ו 2016.

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר המקורית (בשנת 1983) כללה 675 נחקרים. 369 לוחמים מתוכם סבלו מתגובת קרב בטווח הגילאים שבין 18 ל 37 (ממוצע- 25.8, סטיית תקן- 4.72, חציון- 26), כאשר 16% מהם סיימו שמונה שנות לימוד, 27% למדו מספר שנים בתיכון, 39% סיימו את לימודי התיכון ו-18% המשיכו ללימודים גבוהים. 36% היו בשירות סדיר ו 64% במילואים. מתוך 369 המשתתפים שסבלו 'מתגובת קרב', ב'גלי הרביעי השתתפו 80% שאותרו והביעו את הסכמתם להשתתף.

הקריטריון אשר שימש לסיווג לקבוצת תגובת הקרב היה: (1) השתתפות בקרבות בחזית בזמן המלחמה, (2) הפנייה לטיפול פסיכיאטרי על ידי הרופא הגדודי בזמן המלחמה, (3) קבלת דיאגנוזה של הלום קרב, על ידי אנשי רפואה מאומנים ומנוסים בזיהוי תגובות קרב, ו (4) העדר פציעה פיזית חמורה או דיאגנוזה קלינית אחרת פרט לתגובת קרב.

הליך המחקר

משתתפי המחקר הנוכחי גויסו מתוך מאגר של משתתפים מגל המדידה הראשון שנערך בשנת 1983 בקרב נפגעי תגובת קרב ממלחמת לבנון. לעורכת המחקר ולמנחה יש קשרי עבודה ארוכי שנים עם קבוצת המחקר בראשותה של פרופ' זהבה סולומון מאוניברסיטת תל אביב. תהייה נגישות מלאה לנתונים ושותפות באיסוף הנתונים בגל הנוכחי. לאחר קבלת אישור מועדות הלסינקי של חיל הרפואה ושל אוניברסיטת תל אביב, נאספו הנתונים בארבע מדידות והמדידה החמישית תיאסף במהלך 2016. פרטי המשתתפים במדידה הרביעית נאספו במשך כשנה (אפריל 2001 - מאי 2002). בפרק הזמן בין המדידה הראשונה לרביעית חלפו 20 שנים ומהמדידה הרביעית לחמישית עוד 13 שנים. בתקופות אלה אנשים שינו את כתובתם, שמותיהם, לקו בבריאותם וחלקם אף הלכו לעולמם. במדידה הנוכחית, בחלק האיכותני מתוכננים להתבצע 80 ראיונות נרטיביים עם לוחמים אשר מהם יבוצע ניתוח תוכן של הנרטיב הטראומטי. בסיום שלב האיתור, תבוצע פנייה לכלל משתתפי המחקר, יובהר כי ההשתתפות במחקר הנה התנדבותית ותתבקש הסכמתם למילוי שאלוני המחקר ולראיון אישי. הן בעת הפנייה הטלפונית והן במכתב שיצורף לשאלון, יוסבר כי מטרת המחקר היא להעריך את מצבם הבריאותי כחלק מדאגת הצבא לחייליו ובמגמה ללמוד, לשפר ולקדם את הטיפול בנפגעי מלחמה בכלל. לנחקרים שיסכימו להשתתף במחקר, יוצע להיפגש לצורך מילוי השאלון במועד ובמקום המתאימים להם. את הראיונות הנרטיביים תבצע החוקרת. לאחר מתן ההסבר ולפני מילוי השאלונים וקיום הראיון, יתבקש כל נבדק לחתום על טופס הסכמה מדעת (נספח א').

כלי המחקר

שאלון נתונים סוציו-דמוגרפים (נספח ב')

שאלון נתונים סוציו-דמוגרפים כולל מספר שאלות המתייחסות לנתונים כגון: גיל, ארץ מוצא של האב, מצב משפחתי ומספר ילדים, כאשר הנבדק מתבקש לציין את התשובה המתאימה לו ביותר.

תסמונת פוסט טראומטית-PTSD (נספח ג')

להערכת הסימפטומטולוגיה של התסמונת הפוסט-טראומטית ייעשה שימוש בשאלון לדיווח עצמי 'PTSD Inventory', אשר פותח על ידי סלומון ועמיתותיה (Solomon et al., 1993) והותאם

לטרואמה שמקורה בהתנסות מלחמתית. השאלון מורכב מ 17 היגדים המייצגים סימפטומים עיקריים של תסמונת פוסט-טרואמטית בהתאם לקטגוריה האבחנתית לפי DSM-IV (APA, 1994). לדוגמא, "תמונות או מחשבות על המלחמה חוזרות אלייך". עבור כל אחד מההיגדים, על המשיב לציין על סולם בן ארבע אפשרויות (1 = "כלל לא"; 4 = "לעתים קרובות"), באיזה תכיפות חווה כל ההיגד בחודש האחרון. חומרת הסימפטומים מחושבת על ידי הסכום הכולל של מספר הסימפטומים. בהעברות קודמות של השאלון נמצאה עקביות פנימית גבוהה ($\alpha = 0.91$) ותקפות גבוהה בהשוואה לאבחנה המבוססת על ראיונות קליניים (Solomon & Horesh, 2007).

ב DSM-V (2013) שהתעדכן לאחרונה, נוסף לתסמונת קריטריון אבחנתי של "רגשות שליליים" כגון, אשמה וכעס. לכן 17 הסימפטומים אשר היו מאוגדים בשלוש קטגוריות בהתאם ל DSM-IV (APA, 1994) הפכו כעת ל 21 סימפטומים המאוגדים בארבע קטגוריות. במחקר הנוכחי יעשה אם כן שימוש בשאלון המקורי, בתוספת הקריטריונים החדשים, ע"מ שיתאים למגדר החדש אך שתישמר העקביות של השימוש בשאלון המקורי בשתי נקודות המדידה בעבר.

בריאות גופנית (נספח ד')

שאלון דיווח עצמי לצורך הערכת מצב הבריאות הגופנית וכולל את החלקים הבאים:

א. בעיות בריאות וסימפטומים – שאלון המכיל רשימה של 16 בעיות בריאות מתוכם המשתתפים נדרשים לציין בעיות שהם סובלים מהם. בשלוש המדידות הראשונות השאלון התייחס לשאלה האם הבעיה החלה לפני או אחרי מלחמת לבנון. הרשימה כוללת בעיות בריאות כגון, אלרגיות, כיב כיבה, מחלות לב, כאבים בחזה, כאבי ראש, עייפות או חולשה ועוד. בעיות הבריאות ברשימה התבססו על בעיות בריאות הנפוצות ללוחמים ותיקי קרבות (Ohry et al., 1994).

ב. **בריאות סובייקטיבית (SRH (Self Rated Health)** – הערכה ע"י שאלה בודדת: "איך היית מגדיר את בריאותך הפיזית באופן כללי כיום?". התשובות ניתנות בסולם ערכים בין 1 ל-5 (1 = טוב מאד; 5 = רע מאד). השימוש בכלי SRH נפוץ במחקרי בריאות גופנית, עם תרומה בלתי תלויה לחיזוי מצב הבריאות הגופנית ותמותה (Idler & Benyamini, 1997) ולחיזוי מחלות כרוניות נפוצות (Latham & Peek, 2012).

ג. **התנהגות מסוכנת** – שאלון הבודק שינוי בצריכת אלכוהול ועישון. המשתתפים נשאלים לגבי צריכת אלכוהול וסיגריות ביחס לצריכה לפני מלחמת לבנון. לניתוח צריכת אלכוהול קיימת סקלה של ארבע נקודות (0 = מעולם לא, 1 = פחות מבעבר, 2 = אותו הדבר, 3 = צריכה עלתה) ולניתוח עישון סקלה של חמש נקודות (0 = מעולם לא, 1 = הפסיק לעשן, 2 = מעשן פחות מאז המלחמה, 3 = ללא שינוי, 4 = מעשן יותר או התחיל לעשן בעקבות המלחמה).

סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית – סומטיזציה (נספח ה')

תת-סקלת סומטיזציה מתוך Symptom Checklist-90R (SCL-90R) הנו שאלון דיווח עצמי המאפשר הערכה של הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית ממנה סובל הנבדק (Derogatis, 1977). השאלון כולל 90 סימפטומים עליהם מתבקש הנבדק לציין באיזה מידה הציקה לו הבעיה בשבועיים האחרונים, על סולם של חמש דרגות הנע מ 0 = בכלל לא, 4 = הרבה מאוד. ניתוח השאלון יכול להיעשות בשתי רמות:

א. הערכה כוללת של עוצמת הסימפטומטולוגיה ממנה סובל המשיב. מדד החומרה הכוללת (GSI - global severity index) מתאר את המצב הפסיכיאטרי מבלי להתייחס לסימפטומים ייחודיים (ממוצע התשובות לכל 90 הפריטים).
ב. פרופיל של תשעה תחומי הפרעה: סומטיזציה, אובססיביות-קומפולסיביות, רגישות בין אישית, דיכאון, חרדה, עוינות, חרדה פובית, חשיבה פרנואידית ופסיכוטיות. עבור כל נבדק מחושבים תשעה ציונים, שכל אחד מהם מבטא את ממוצע תשובותיו לפריטים שבתת הסולמות.

שאלון זה נמצא כבעל מתאם גבוה עם סקאלות דומות של ה- MMPI (Derogatis, Rickels &)

(Solomon, Shklar, &) (Rock, 1976; Peveler & Fairburn, 1990) ואמינות גבוהה ($\alpha = 0.92$)

(Mikulincer, 2005).

זיכרון טראומתי נרטיבי (נספח ו')

ראיון פתוח חצי מובנה התקיים עם הלומי הקרב ממלחמת לבנון הראשונה ב-1983 אשר בו נתבקשו לדווח בצורה פתוחה ככל האפשר על חייהם לפני ההתנסות המלחמתית בשל"ג, על הטראומה שחו במלחמה ועל חוויות מחיי היום יום שלאחר המלחמה. ע"מ לבחון את העקביות בנרטיב הטראומתי תתבצע חזרה על אותו ראיון 32 שנים אחרי הטראומה, כאשר ההנחיה תהיה "אני רוצה לחזור ולדבר איתך היום, למעלה מ-30 שנים לאחר המלחמה במשך כ-30 דק' על מה שעברת במלחמת לבנון הראשונה ולאחר מכן. החוויות שחווית, מחשבות על המלחמה, על הטראומה באותו היום ומאז...". הנבדקים יונחו להתרכז בחוויה האישית שלהם, לדווח בצורה פתוחה ככל שאפשר על חוויותיהם, תחושותיהם וכמעט כל דבר שעולה בראשם מבלי הפרעות. הראיונות בעבר הוקלטו ותומללו (ובאופן דומה ייעשה כך גם לראיונות בגל זה).

באופן זה, ניתן יהיה לזכך ולנפות את הנרטיב הטראומתי קרי, הדיווח הפתוח שהתייחס לפוטנציאל הטראומה ממלחמת לבנון. למטרה זו, הוגדר תחילת הנרטיב הטראומתי (מעבר לשאלה "ספר לי על האירוע הטראומתי שחווית במלחמה") כזמן הראשון בו היה ביטוי של ההכרה בסכנה והסיום של הנרטיב

הטראומתי הוגדר כביטוי הראשון שמכיר שהסכנה חלפה (כשהלוחם כבר לא היה בסכנה או באזור הטראומה). הנרטיב הראשון (1983) והנרטיב הנוכחי יועברו ניתוח תוכן.

שיטת ניתוח הראיון הנרטיבי (נספח ז')

קיימים בספרות מספר מדדים לניתוח נרטיב בהם ההתמקדות היא בתוכן הנרטיב (Capps & Bonanno, 2000). בשיטת ניתוח תוכן ניתן לחקור תופעה המשותפת לכלל בני אדם ולא רק לאדם מסוים. לצורך כך, נמדדות יחידות "קטנות" המכילות מידע בעל משמעות ('יחידות תוכן') – בד"כ בהתייחס למחשבה מסוימת, רגש, פעולה או פרט חשוב (Dekel & Bonanno, 2013). זיכרונות טראומתיים נשענים בעיקר על ייצוגים של רגשות עזים (Kilpatrick, Resnick & Freedy, 1992), רגשות שליליים, תובנות וסיבתיות וניתוק פסיכולוגי (Cohn, Mehl & Pennebaker, 2004). ניתוח התוכן במחקר הנוכחי יעשה עפ"י עדנה פואה (Foa et al., 1995a) אשר בחנה נרטיבים טראומתיים ומתייחסת לנושאים כגון: רגשות, תחושות גופניות, מחשבות, פעולות ועוד.

בדוגמא לניתוח תוכן (נספח ז') מפורט נרטיב כפי שתועד בנקודת הזמן הראשונה (1983). הדוגמא כוללת תהליך ניתוח ראשוני (שלבים מספר 1 ו 4 להלן בלבד). ניתוח הנרטיבים יבוצע על פי השלבים הבאים:

1. חלוקת הנרטיבים בכל אחת מנקודות הזמן (t1 ו t2) ל'יחידות תוכן' (Content Unit) - יחידה המכילה מחשבה/רגש/מעשה.
2. ביצוע התאמה של יחידות תוכן בין שתי נקודות הזמן - יחידות התוכן יוגדרו כתואמות במידה והן מתייחסות לאותו נושא ו/או אותה מסגרת זמן כרונולוגית.
3. בדיקת עקביות של יחידות תוכן בהשוואה בין שתי יחידות תוכן 'מתאימות' - יחידת תוכן תוגדר כעקבית כאשר היא מכילה את אותו מידע באותה מסגרת זמן כרונולוגית. כל יחידת תוכן שלא מקיימת כלל זה או שלא קיימת בנרטיב של הזמן השני תוגדר כלא עקבית (Dekel & Bonanno, 2013).
4. שיוך יחידות התוכן לקטגוריות (Foa et al., 1995a):
 - תחושות גופניות (sensations)** - מראות, קולות, ריחות, מגע (לדוגמא: "ואז ראיתי בצד חייל עטוף בניילון");
 - רגשות עוצמתיים (feelings)** - פחד, חוסר אונים, שמחה (לדוגמא: "וזה שבר אותי לגמרי");
 - מחשבות (Thoughts)** - מחשבות שמעוררות תהליך קוגניטיבי (לדוגמא: "אז הבנתי שזו מלחמה עם הרוגים");
 - פעולות (Actions)** - (לדוגמא: "החובש הרים את האלונקה לפני שאני תפשתי בידיות");
 - חזרתיים (Repetitions)** - מילים שחוזרות (לדוגמא: "הקאתי, כל הזמן הקאתי");
 - פרטים (Details)** - פירוט הכולל תיאור או הרחבה (לדוגמא: "מסביב היו המון נפגעים, גופות, פצועים");
 - דיאלוג (Dialogue)** - דיבור ישיר או עקיף המכוון למישהו אחר (לדוגמא: "ואז הוא אמר לי תחזור, תיקח את

המ"ק 25 ותיגש לעזור לנפגעים"); **קיטועים (Unfinished thoughts)**. כאשר יחידת תוכן יכולה להשתייך למספר קטגוריות היא תשוך לזו שמייצגת באופן הטוב ביותר את התוכן שלה.

5. בדיקות מאפיינים קטגוריאליים של יחידות התוכן במטרה לבדוק אילו קטגוריות מאפיינות את יחידות התוכן העקביות לעומת יחידות התוכן הלא עקביות.

לצורך מהימנות פנימית מספקת, 35% מהנרטיבים (28) יחולקו ליחידות תוכן, ינותחו באופן בלתי תלוי ובנפרד וישויכו לקטגוריות ע"י שני אנשי מקצוע (Capps & Bonanno, 2000). במידה וקיימות מחלוקות לגבי כמות יחידות התוכן הן תיסגרנה בשיחה ביניהם והגעה להסכמה. באופן זה יקבע הנוסח הסופי של החלוקה ליחידות תוכן של כל נרטיב.

מהניתוח ייווצרו המדדים הבאים:

- מספר יחידות התוכן העקביות ביחס לכלל יחידות התוכן.
- מספר יחידות תוכן בכל קטגוריה - מתוך הנספח ניתן לראות כי הנרטיב שנותח מכיל יחידות תוכן על פי החלוקה הבאה לקטגוריות: מחשבות- 9; פעולות- 12; תחושות גופניות- 12; דיאלוג- 6; רגשות עוצמתיים- 5; חזרתיות- 3; פרטים- 4.

ניתוחים סטטיסטיים

לצורך השערת המחקר אודות הקשר בין **עקביות הזיכרון הטראומתי לחומרת ה PTSD** יערך מתאם פירסון בין מספר יחידות התוכן העקביות מתוך סך כל יחידות התוכן (אשר נוצר מהניתוח האיכותני) לבין מספר הסימפטומים הפוסט-טראומתיים. על מנת לבחון את השערת המחקר העוסקת בקשר שבין **עקביות הזיכרון הטראומתי לבריאות הגופנית והסומאטית** יערך מתאם פירסון בין מספר יחידות התוכן העקביות מתוך סך כל יחידות התוכן לבין מספר הסימפטומים הסומאטיים ורמת התחלואה הגופנית. על מנת לבדוק את השערות המחקר הבודקות את ההחמרה לאורך השנים הן במצוקה הפוסט-טראומתית והן בבריאות הגופנית והסומאטית וברמת העקביות של הזיכרון הטראומתי אערוך סדרת מדידות חוזרות לבחינת ההבדלים במשתנים הנמדדים בשלוש נקודות הזמן (Repeated Measure).

סוגיות אתיות

השימוש במידע הנפשי והרפואי הינו לצרכי המחקר בלבד. הנתונים נשמרו וישמרו באופן מאובטח ולא יעשה שימוש בשמות משתתפי המחקר. יודגש שכל עיבוד לצורך ניתוח סטטיסטי או ניתוח תוכן יעשה תוך הסרה מוחלטת של כל אמצעי זיהוי של המשתתפים. העיבוד הסטטיסטי יעשה על ידי תוך התייעצות עם סטטיסטיקאי. המראיית הינה בעלת ניסיון בתחום הטיפול וזאת כדי לסייע למרואיינים להתמודד עם תחושות קשות העלולות להעלות בעקבות המגע עם הזיכרונות הטראומתיים המציפים.

- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M. S., & Foa, E. B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress, 11*(2), 385-392.
doi: [10.1023/A:1024415523495](https://doi.org/10.1023/A:1024415523495)
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC, US: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC, US: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM* (4th ed.). Washington, DC, US: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM* (4th ed., Revised). Washington, DC, US: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM* (5th ed.). Washington, DC, US: American Psychiatric Press.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 164*(9), 1319-1326. doi: [10.1176/appi.ajp.2007.06091491](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091491)
- Asnaani, A., Reddy, M. K., & Shea, M. T. (2014). The impact of PTSD symptoms on physical and mental health functioning in returning veterans. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(3), 310-317.
- Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. In K. W. Spence, & J. T. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation* (pp. 89-195). Oxford, England: Academic Press.
doi: [10.1016/S0079-7421\(08\)60422-3](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60422-3)
- Axmacher, N., Do Lam, A. T., Kessler, H., & Fell, J. (2010). Natural memory beyond the storage model: repression, trauma, and the construction of a personal past. *Frontiers in human neuroscience, 211*(4), 1-11.
doi: [10.3389/fnhum.2010.00211](https://doi.org/10.3389/fnhum.2010.00211)
- Baddeley, A. (1997). *Human Memory: Theory and Practice*. Oxford, UK: Psychology Press.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Foa, E. B., Kessler, R. C., & McFarlane, A. C. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from

- the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 60-66.
- Barrett, D. H., Doebbeling, C. C., Schwartz, D. A., Voelker, M. D., Falter, K. H., Woolson, R. F., & Doebbeling, B. N. (2002). Posttraumatic stress disorder and self-reported physical health status among US Military personnel serving during the Gulf War period: a population-based study. *Psychosomatics*, 43(3), 195-205.
doi: [10.1176/appi.psy.43.3.195](https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.3.195)
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323-334. doi: [10.1016/0022-3956\(90\)90004-A](https://doi.org/10.1016/0022-3956(90)90004-A)
- Benyamini, Y., & Solomon, Z. (2005). Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health among Israeli veterans twenty years after exposure to combat. *Social Science & Medicine*, 61(6), 1267-1277.
doi: [10.1016/j.socscimed.2005.01.023](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.023)
- Behrendt, A., & Moritz, S. (2014). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1000-1002.
doi: [10.1176/appi.ajp.162.5.1000](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.1000)
- Benyakar, M., Kutz, I., Dasberg, H., & Stern, M. J. (1989). The collapse of a structure: A structural approach to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 431-449.
doi: [10.1002/jts.2490020407](https://doi.org/10.1002/jts.2490020407)
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90. doi: [10.1002/jts.2490080106](https://doi.org/10.1002/jts.2490080106)
- Blascovich, J. J., & Katkin, E. S. (Eds.), (1993). *Cardiovascular reactivity to psychological stress & disease*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
doi: [10.1037/10125-000](https://doi.org/10.1037/10125-000)
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 290(5), 612-620.
doi: [10.1001/jama.290.5.612](https://doi.org/10.1001/jama.290.5.612)
- Boscarino, J. A. (1997). Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 605-614.

- Boscarino, J.A. (2008). A prospective study of PTSD and early-age heart disease mortality among Vietnam veterans: implications for surveillance and prevention. *Psychosomatic medicine*, 70(6), 668-676. doi: [10.1097/PSY.0b013e31817bccaf](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31817bccaf)
- Bower, G. H. (1983). Affect and cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London (Series B)*, 302, 387-402.
- Bremner, J. D. (2002). *Does stress damage the brain?: understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective*. New York, NY: WW Norton & Company.
- Bremner, J. D., Shobe, K. K., & Kihlstrom, J. F. (2000). False memories in women with self-reported childhood sexual abuse: an empirical study. *Psychological Science*, 11(4), 333-337. doi: [10.1111/1467-9280.00266](https://doi.org/10.1111/1467-9280.00266)
- Bremner, J. D., Vermetten, E., Afzal, N., & Vythilingam, M. (2004). Deficits in verbal declarative memory function in women with childhood sexual abuse-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(10), 643-649.
- Brewin, C. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?*. New Haven, CT, US: Yale University Press.
- Brewin, C. R. (2007). Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*, 15(3), 227-248.
- Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 140(1), 69-97. doi: [10.1037/a0033722](https://doi.org/10.1037/a0033722)
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological review*, 117(1), 210-232. doi: [10.1037/a0018113](https://doi.org/10.1037/a0018113)
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 23(3), 339-376. doi: [10.1016/S0272-7358\(03\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00033-3)
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., & Silove, D. (2011). Posttraumatic intrusive symptoms across psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 842-847. doi: [10.1016/j.jpsychires.2010.11.012](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.012)
- Buckley, T. C., Mozley, S. L., Bedard, M. A., Dewulf, A. C., & Greif, J. (2004). Preventive health behaviors, health-risk behaviors, physical morbidity, and health-related role functioning impairment in veterans with post-traumatic stress disorder. *Military medicine*, 169(7), 536-540.

- Cahill, L., & McGaugh, J. L. (1995). A novel demonstration of enhanced memory associated with emotional arousal. *Consciousness and cognition*, 4(4), 410-421.
- Capps, L., & Bonanno, G. A. (2000). Narrating bereavement: Thematic and grammatical predictors of adjustment to loss. *Discourse Processes*, 30(1), 1-25.
- Carroll, M., Campbell-Ratcliffe, J., Murnane, H., & Perfect, T. (2007). Retrieval-induced forgetting in educational contexts: Monitoring, expertise, text integration, and test format. *European Journal of Cognitive Psychology*, 19(4-5), 580-606.
- Clancy, S. A., Schacter, D. L., McNally, R. J., & Pitman, R. K. (2000). False recognition in women reporting recovered memories of sexual abuse. *Psychological Science*, 11(1), 26-31.
- Cohn, M. A., Mehl, M. R., & Pennebaker, J. W. (2004). Linguistic markers of psychological change surrounding September 11, 2001. *Psychological science*, 15(10), 687-693.
- Constantinidou, F. (2016). Principles of human memory: An integrative clinical perspective. In Kimbarow, M. L. (Ed.), *Cognitive Communication Disorders* (2nd ed.) (pp. 49-82). San Diego, CA, US: Plural Publishing.
- Crawford, A. (2010). If 'The Body Keeps the Score': Mapping the Dissociated Body in Trauma Narrative, Intervention, and Theory. *University of toronto quarterly*, 79(2), 702-719.
- Davison, E. H., Pless, A. P., Gugliucci, M. R., King, L. A., King, D. W., Salgado, D. M., Spiro III, A., & Bachrach, P. (2006). Late-Life Emergence of Early-Life Trauma: The Phenomenon of Late-Onset Stress Symptomatology Among Aging Combat Veterans. *Research on Aging*, 28(1), 84-114. doi: [10.1177/0164027505281560](https://doi.org/10.1177/0164027505281560)
- Degonda, N., Mondadori, C. R., Bosshardt, S., Schmidt, C. F., Boesiger, P., Nitsch, R. M., Hock, C., & Henke, K. (2005). Implicit associative learning engages the hippocampus and interacts with explicit associative learning. *Neuron*, 46(3), 505-520. doi: [10.1016/j.neuron.2005.02.030](https://doi.org/10.1016/j.neuron.2005.02.030)
- Dekel, S., & Bonanno, G. A. (2013). Changes in trauma memory and patterns of posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 26-34. doi: [10.1037/a0022750](https://doi.org/10.1037/a0022750)
- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 94-101. doi: [10.1037/a0021865](https://doi.org/10.1037/a0021865)
- Dekel, S., Peleg, T., & Solomon, Z. (2013). The relationship of PTSD to negative cognitions: a 17-year longitudinal study. *Psychiatry*, 76(3), 241-255.

- doi: [10.1521/psyc.2013.76.3.241](https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.3.241)
- Delahanty, D. L., Raimonde, A. J., Spoonster, E., & Cullado, M. (2003). Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 149-164.
doi: [10.1016/S0887-6185\(02\)00185-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00185-8)
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R Manual. *Baltimore: Clinical Psychometric Research*.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280-289. doi: [10.1192/bjp.128.3.280](https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280)
- Eid, J. (2003). The course of PTSD symptoms following military training accidents and brief psychosocial interventions. *Personality and Individual Differences*, 35(4), 771-783.
doi: [10.1016/S0191-8869\(02\)00282-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00282-9)
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
doi: [10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour research and therapy*, 40(9), 995-1002.
doi: [10.1016/S0005-7967\(01\)00077-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00077-8)
- Elder Jr, G. H., Shanahan, M. J., & Colerick, E. C. (1997). Linking combat and physical health: the legacy of World War II in men's lives. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 330-336. doi: [10.1176/ajp.154.3.330](https://doi.org/10.1176/ajp.154.3.330)
- Elhai, J. D., Richardson, J. D., & Pedlar, D. J. (2007). Predictors of general medical and psychological treatment use among a national sample of peacekeeping veterans with health problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(4), 580-589.
doi: [10.1016/j.janxdis.2006.07.001](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.07.001)
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & McNally, R. J. (2008). Memory consistency for traumatic events in Dutch soldiers deployed to Iraq. *Memory*, 16(1), 3-9.
doi: [10.1080/09658210701334022](https://doi.org/10.1080/09658210701334022)
- Esterling, B. A., L'Abate, L., Murray, E. J., & Pennebaker, J. W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. *Clinical psychology review*, 19(1), 79-96.
doi: [10.1016/S0272-7358\(98\)00015-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00015-4)

- Fischbein, J. E. (2011). Psychosomatics: A current overview. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(1), 197-219.
doi: [10.1111/j.1745-8315.2010.00389.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00389.x)
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford, England: University Press.
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995a). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 675-690.
doi: [10.1007/BF02102894](https://doi.org/10.1007/BF02102894)
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995b). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26(3), 487-499.
doi: [10.1016/S0005-7894\(05\)80096-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80096-6)
- Freud S. (1905). *Fragment of an analysis of a case of hysteria*. London, UK: Vintage.
- Freud, S. (1915). "Repression". In J. Strachey, A. Freud, A. Strachey, & A. Tyson (Eds.), *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud* (pp. 143–158). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.). (2007). *Handbook of PTSD: Science and Practice*. Guilford Press.
- Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (1995). The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In M.J Friedman, D.S. Charney, & A.Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder* (pp. 507-524). Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Gagnon, M., & Hersen, M. (2000). Unresolved childhood sexual abuse and older adults: Late-life vulnerabilities. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(3), 187-198.
doi: [10.1023/A:1009589115942](https://doi.org/10.1023/A:1009589115942)
- Geraerts, E., McNally, R. J., Jelicic, M., Merckelbach, H., & Raymaekers, L. (2008). Linking thought suppression and recovered memories of childhood sexual abuse. *Memory*, 16(1), 22-28. doi: [10.1080/09658210701390628](https://doi.org/10.1080/09658210701390628)
- Gidron, Y., Duncan, E., Lazar, A., Biderman, A., Tandeter, H., & Shvartzman, P. (2002). Effects of guided written disclosure of stressful experiences on clinic visits and

- symptoms in frequent clinic attenders. *Family Practice*, 19(2), 161-166.
doi: [10.1093/fampra/19.2.161](https://doi.org/10.1093/fampra/19.2.161)
- Ginzburg, K., & Solomon, Z. (2011). Trajectories of stress reactions and somatization symptoms among war veterans: a 20-year longitudinal study. *Psychological medicine*, 41(2), 353-362. doi: [10.1017/S0033291710000528](https://doi.org/10.1017/S0033291710000528)
- Ginzburg, K., Solomon, Z., Dekel, R., & Bleich, A. (2006). Longitudinal study of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and dissociation following myocardial infarction. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(12), 945-950.
- Glaesmer, H., Brähler, E., Gündel, H., & Riedel-Heller, S. G. (2011). The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with physical morbidity in old age: a German population-based study. *Psychosomatic Medicine*, 73(5), 401-406.
doi: [10.1097/PSY.0b013e31821b47e8](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31821b47e8)
- Gleaves, D. H., & Williams, T. L. (2005). Critical Questions: Trauma, Memory, and Dissociation-Many psychiatrists lack formal education and training in dissociative disorders. *Psychiatric Annals*, 35(8), 648-656.
- Golier, J. A., Harvey, P. D., Legge, J., & Yehuda, R. (2006). Memory performance in older trauma survivors. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 54-66.
doi: [10.1196/annals.1364.006](https://doi.org/10.1196/annals.1364.006)
- Gradus, J.L. (2007). *Epidemiology of PTSD*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
- Gray, M. J., Bolton, E. E., & Litz, B. T. (2004). A longitudinal analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 909-913.
doi: [10.1037/0022-006X.72.5.909](https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.909)
- Green, B. L., & Kimerling, R. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder, and health status. In P.P. Schnurr, & B.L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 13-42). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Grossbard, J. R., Lehavot, K., Hoerster, K. D., Jakupcak, M., Seal, K. H., & Simpson, T. L. (2013). Relationships among veteran status, gender, and key health indicators in a national young adult sample. *Psychiatric Services*, 64(6), 547-553.
doi: [10.1176/appi.ps.003002012](https://doi.org/10.1176/appi.ps.003002012)

- Guez, J., Naveh-Benjamin, M., Yankovsky, Y., Cohen, J., Shiber, A., & Shalev, H. (2011). Traumatic stress is linked to a deficit in associative episodic memory. *Journal of Traumatic Stress*, 24(3), 260-267. doi: [10.1002/jts.20635](https://doi.org/10.1002/jts.20635)
- Henke, K., Mondadori, C. R., Treyer, V., Nitsch, R. M., Buck, A., & Hock, C. (2003). Nonconscious formation and reactivation of semantic associations by way of the medial temporal lobe. *Neuropsychologia*, 41(8), 863-876. doi: [10.1016/S0028-3932\(03\)00035-6](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(03)00035-6)
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: [10.1002/jts.2490050305](https://doi.org/10.1002/jts.2490050305)
- Heuer, F., & Reisberg, D. (1990). Vivid memories of emotional events: The accuracy of remembered minutiae. *Memory & Cognition*, 18(5), 496-506. doi: [10.3758/BF03198482](https://doi.org/10.3758/BF03198482)
- Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *The American journal of Psychiatry*, 164(1), 150-153.
- Holmes, D., Alpers, G. W., Ismailji, T., Classen, C., Wales, T., Cheasty, V., Miller, A., & Koopman, C. (2007). Cognitive and emotional processing in narratives of women abused by intimate partners. *Violence Against Women*, 13(11), 1192-1205. doi: [10.1177/1077801207307801](https://doi.org/10.1177/1077801207307801)
- Horesh, D., Solomon, Z., Keinan, G., & Ein-Dor, T. (2013). The clinical picture of late-onset PTSD: a 20-year longitudinal study of Israeli war veterans. *Psychiatry research*, 208(3), 265-273. doi: [10.1016/j.psychres.2012.12.004](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.004)
- Hyman, I. E., & Loftus, E. F. (1998). Errors in autobiographical memory. *Clinical psychology review*, 18(8), 933-947.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1), 21-37.
- Jacobs, W. J., & Nadel, L. (1985). Stress-induced recovery of fears and phobias. *Psychological review*, 92(4), 512-531. doi: [10.1037/0033-295X.92.4.512](https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.512)
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology (Vol. 1)*. New York, NY: H. Holt & Co.

- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique* [Psychological automatisms]. Paris, France: Felix Alcan.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion [Amnesia and the dissociation of memories with emotion]. *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*, 1, 417-453.
- Janet, P. (1919). *Psychological healing*. New York, NY: MacMillan.
- Jelinek, L., Jacobsen, D., Kellner, M., Larbig, F., Biesold, K. H., Barre, K., & Moritz, S. (2006). Verbal and nonverbal memory functioning in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28(6), 940-948. doi: [10.1080/13803390591004347](https://doi.org/10.1080/13803390591004347)
- Jones, C., Harvey, A. G., & Brewin, C. R. (2007). The organization and content of trauma memories in survivors of road traffic accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 151-162. doi: [10.1016/j.brat.2006.02.004](https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.02.004)
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Freedy, J.R. (1992, May). Post-traumatic stress disorder field trial report: A comprehensive review of the initial results. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Kindt, M., & Van den Hout, M. (2003). Dissociation and memory fragmentation: Experimental effects on meta-memory but not on actual memory performance. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 167-178. doi: [10.1016/S0005-7967\(01\)00135-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00135-8)
- King, D. W., King, L. A., Erickson, D. J., Huang, M. T., Sharkansky, E. J., & Wolfe, J. (2000). Posttraumatic stress disorder and retrospectively reported stressor exposure: a longitudinal prediction model. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 624-633. doi: [10.1037/0021-843X.109.4.624](https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.4.624)
- Koenen, K. C., Stellman, S. D., Dohrenwend, B. P., Sommer, J. F., & Stellman, J. M. (2007). The consistency of combat exposure reporting and course of PTSD in Vietnam War veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 3-13. doi: [10.1002/jts.20191](https://doi.org/10.1002/jts.20191)
- Kolb, L. C. (1989). Chronic post-traumatic stress disorder: Implications of recent epidemiological and neuropsychological studies. *Psychological medicine*, 19(04), 821-824. doi: [10.1017/S0033291700005523](https://doi.org/10.1017/S0033291700005523)
- Koopman, C., Gore-Felton, C., Marouf, F., Butler, L. D., Field, N., Gill, M., Chen, X. H., Israelski, D., & Spiegel, D. (2000). Relationships of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV-positive persons. *AIDS Care*, 12(5), 663-672. doi: [10.1080/095401200750003833](https://doi.org/10.1080/095401200750003833)

- Krinsley, K. E., Gallagher, J. G., Weathers, F. W., Kutter, C. J., & Kaloupek, D. G. (2003). Consistency of retrospective reporting about exposure to traumatic events. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 399-409. doi: [10.1023/A:1024474204233](https://doi.org/10.1023/A:1024474204233)
- Lalo, E., Gilbertson, T., Doyle, L., Di Lazzaro, V., Cioni, B., & Brown, P. (2007). Phasic increases in cortical beta activity are associated with alterations in sensory processing in the human. *Experimental brain research, 177*(1), 137-145. doi: [10.1007/s00221-006-0655-8](https://doi.org/10.1007/s00221-006-0655-8)
- Latham, K., & Peek, C. W. (2012). Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 104*(1), 1-10. doi: [10.1093/geronb/gbs104](https://doi.org/10.1093/geronb/gbs104)
- Lee, K. A., Vaillant, G. E., Torrey, W. C., & Elder, G. H. (1995). A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *American Journal of Psychiatry, 152*(4), 516-522. doi: [10.1176/ajp.1152.4.516](https://doi.org/10.1176/ajp.1152.4.516)
- Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E., & Solomon, Z. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 21*(5), 492-496. doi: [10.1002/jts](https://doi.org/10.1002/jts)
- Levy-Gigi, E., Kéri, S., Myers, C. E., Lencovsky, Z., Sharvit-Benbaji, H., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Servatius, R. J., Tsao, J. W., & Gluck, M. A. (2012). Individuals with posttraumatic stress disorder show a selective deficit in generalization of associative learning. *Europsychology, 26*(6), 758-767. doi: [10.1037/a0029361](https://doi.org/10.1037/a0029361)
- Lifton, R. J. (1988). Understanding the traumatized self: Imagery, symbolization, and transformation. In J.P. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam. The Plenum series on stress and coping* (pp. 7-31). New York, NY: Plenum Press. doi: [10.1007/978-1-4899-0786-8_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0786-8_1)
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress, & Coping, 24*(3), 309-325. doi: [10.1080/10615806.2010.521238](https://doi.org/10.1080/10615806.2010.521238)
- Mason, O., King, J. A., & Brewin, C. R. (2013). Contextual memory, psychosis-proneness, and the experience of intrusive imagery. *Cognition & emotion, 27*(1), 150-157. doi: [10.1080/02699931.2012.683850](https://doi.org/10.1080/02699931.2012.683850)
- Mason, D. J., Kohn, M. L., & Clark, K. A. (2001). *The memory workbook: Breakthrough techniques to exercise your brain and improve your memory*. Oakland, CA, US: New Harbinger Publications.

- McFarlane, A. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 15-23.
- McFarlane, A. C., & De Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. In B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 129-154). New York, NY: Guilford Press.
- Mellman, T. A., & Davis, G. C. (1985). Combat-related flashbacks in posttraumatic stress disorder: Phenomenology and similarity to panic attacks. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46(9), 379-382.
- Nader, K., & Hardt, O. (2009). A single standard for memory: the case for reconsolidation. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(3), 224-234.
doi: [10.1038/nrn2590](https://doi.org/10.1038/nrn2590)
- Nader, K., Schafe, G. E., & LeDoux, J. E. (2000). Reply—Reconsolidation: The labile nature of consolidation theory. *Nature reviews neuroscience*, 1(3), 216-219.
doi: [10.1038/35044580](https://doi.org/10.1038/35044580)
- Neria, Y., & Koenen, K. C. (2003). Do combat stress reaction and posttraumatic stress disorder relate to physical health and adverse health practices? An 18-year follow-up of Israeli war veterans. *Anxiety, stress, and coping*, 16(2), 227-239.
doi: [10.1080/10615806.2003.10382975](https://doi.org/10.1080/10615806.2003.10382975)
- Ohry, A., Solomon, Z., Neria, Y., Waysman, M., Bar-On, Z., & Levy, A. (1994). The aftermath of captivity: An 18-year follow-up of Israeli ex-POWs. *Behavioral Medicine*, 20(1), 27-33. doi: [10.1080/08964289.1994.9934613](https://doi.org/10.1080/08964289.1994.9934613)
- O'Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: A review*. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 81-93. doi: [10.1002/jts.20099](https://doi.org/10.1002/jts.20099)
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 33-46. doi: [10.1016/j.janxdis.2012.08.004](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004)
- Paz-Alonso, P. M., Larson, R. P., Castelli, P., Alley, D., & Goodman, G. S. (2009). Memory development: Emotion, stress, and trauma. In M. L. Courage, & N. Cowan (Eds.), *The development of memory in infancy and childhood (2nd ed.)*. *Studies in developmental psychology* (pp. 197-239). New York, NY: Psychology Press.
- Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243-1254.

- Pennebaker, J. W., & Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science & Medicine*, 26(3), 327-332.
doi: [10.1016/0277-9536\(88\)90397-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90397-8)
- Peveler, R. C., & Fairburn, C. G. (1990). Measurement of neurotic symptoms by self-report questionnaire: validity of the SCL-90R. *Psychological medicine*, 20(4), 873-879.
doi: [10.1017/S0033291700036576](https://doi.org/10.1017/S0033291700036576)
- Pomerantz, A. S. (1991). Delayed onset of PTSD: delayed recognition or latent disorder?. *The American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1609.
- Port, C. L., Engdahl, B., & Frazier, P. (2014). A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1474-1479.
doi: [10.1176/appi.ajp.158.9.1474](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1474)
- Porter, S., & Peace, K. A. (2007). The scars of memory a prospective, longitudinal investigation of the consistency of traumatic and positive emotional memories in adulthood. *Psychological Science*, 18(5), 435-441.
doi: [10.1111/j.1467-9280.2007.01918](https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01918).
- Rintamaki, L. S., Weaver, F. M., Elbaum, P. L., Klama, E. N., & Miskevics, S. A. (2009). Persistence of traumatic memories in World War II prisoners of war. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12), 2257-2262.
doi: [10.1111/j.1532-5415.2009.02608.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02608.x)
- Rodin, G. M. (1991). Somatization: A perspective from self psychology. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19(3), 367-384..
- Schnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
doi: [10.1037/10723-000](https://doi.org/10.1037/10723-000)
- Schnurr, P. P., Spiro III, A., & Paris, A. H. (2000). Physician-diagnosed medical disorders in relation to PTSD symptoms in older male military veterans. *Health Psychology*, 19(1), 91-97. doi: [10.1037/0278-6133.19.1.91](https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.1.91)
- Schneiderman, N., McCabe, P. M., & Baum, A. (1992). *Stress and disease processes*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schuitevoerder, S., Rosen, J. W., Twamley, E. W., Ayers, C. R., Sones, H., Lohr, J. B., Goetter, E. M., Fonzo, G. A., Holloway, K. J., & Thorp, S. R. (2013). A meta-analysis of cognitive functioning in older adults with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(6), 550-558. doi: [10.1016/j.janxdis.2013.01.001](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.001)

- Schwarz, E. D., Kowalski, J. M., & McNally, R. J. (1993). Malignant memories: Post-traumatic changes in memory in adults after a school shooting. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 545-553. doi: [10.1002/jts.2490060410](https://doi.org/10.1002/jts.2490060410)
- Shalev, A. Y. (2002). Acute stress reactions in adults. *Biological Psychiatry*, 51(7), 532-543. doi: [10.1016/S0006-3223\(02\)01335-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01335-5)
- Shalev, A. Y., Videlock, E. J., Peleg, T., Segman, R., Pitman, R. K., & Yehuda, R. (2008). Stress hormones and post-traumatic stress disorder in civilian trauma victims: a longitudinal study. Part I: HPA axis responses. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(3), 365-372. doi: [10.1017/S1461145707008127](https://doi.org/10.1017/S1461145707008127)
- Shin, L. M., Rauch, S. L., & Pitman, R. K. (2005). Structural and Functional Anatomy of PTSD: Findings from Neuroimaging Research. In J.J. Vasterling, & C.R. Brewin(Eds.), *Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive, and clinical perspectives* (pp.59-82). New York NY: Guilford Press.
- Solnit, A. J., & Kris, M. (1967). Trauma and infantile experiences: A longitudinal perspective. In S. Furst (Ed.), *Psychic trauma* (pp. 175-220). New York NY: Basic Books.
- Solomon, Z., Benbenishty, R., Neria, Y., Abramowitz, M., Ginzburg, K., & Ohry, A. (1993). Assessment of PTSD: validation of the revised PTSD Inventory. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 30(2), 110-115.
- Solomon, Z., & Dekel, R. (2005). Posttraumatic stress disorder among Israeli ex-prisoners of war 18 and 30 years after release. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(8), 1031-1037.
- Solomon, Z., Helvitz, H., & Zerach, G. (2009). Subjective age, PTSD and physical health among war veterans. *Aging and Mental Health*, 13(3), 405-413. doi: [10.1080/13607860802459856](https://doi.org/10.1080/13607860802459856)
- Solomon, Z., & Horesh, D. (2007). Changes in diagnostic criteria for PTSD: implications from two prospective longitudinal studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 182-188. doi: [10.1037/0002-9432.77.2.182](https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.182)
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (1987). Combat stress reactions, post-traumatic stress disorder and somatic complaints among Israeli soldiers. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1), 131-137. doi: [10.1016/0022-3999\(87\)90108-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(87)90108-5)
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 659-666. doi: [10.1176/ajp.2006.163.4.659](https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.659)

- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Kotler, M. (1987). A two year follow-up of somatic complaints among Israeli combat stress reaction casualties. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(4), 463-469. doi: [10.1016/0022-3999\(87\)90004-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(87)90004-3)
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Benbenishty, R. (1989). Combat stress reaction—Clinical manifestations and correlates. *Military Psychology*, 1(1), 35-47.
- Solomon, Z., Shklar, R., & Mikulincer, M. (2005). Frontline treatment of combat stress reaction: A 20-year longitudinal evaluation study. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2309-2314. doi: [10.1176/appi/ajp.162.12.2309](https://doi.org/10.1176/appi/ajp.162.12.2309)
- Somer, E. (2000). Effects of incest in aging survivors: Psychopathology and treatment issues. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(1), 53-61.
doi: [10.1023/A:1009576223866](https://doi.org/10.1023/A:1009576223866)
- Southwick, S. M., Morgan, C. A., Nicolaou, A. L., & Charney, D. S. (1997). Consistency of memory for combat-related traumatic events in veterans of Operation Desert Storm. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 173-177. doi: [10.1176/ajp.154.2.173](https://doi.org/10.1176/ajp.154.2.173)
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosomatic Medicine*, 71(9), 1012-1017.
doi: [10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5)
- Squire, L. R., (2009). Memory and Brain Systems: 1969 – 2009. *The Journal of Neuroscience*, 29(41), 12711-12716. doi: [10.1523/JNEUROSCI.3575-09.2009](https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3575-09.2009)
- Titchener, J. L. (1986). Post-traumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives. *Trauma and its wake*, 2, 5-19.
- Tuval-Mashiach, R., Freedman, S., Bargai, N., Boker, R., Hadar, H., & Shalev, A. Y. (2004). Coping with trauma: Narrative and cognitive perspectives. *Psychiatry*, 67(3), 280-293.
doi: [10.1521/psyc.67.3.280.48977](https://doi.org/10.1521/psyc.67.3.280.48977)
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253-265.
doi: [10.3109/10673229409017088](https://doi.org/10.3109/10673229409017088)
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Viking.

- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505-525. doi: [10.1002/jts.2490080402](https://doi.org/10.1002/jts.2490080402)
- Vuksic-Mihaljevic, Ž., Mandic, N., Barkic, J., & Laufer, D. (1998). Schizophrenic disorder and social functioning. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 52(1), 21-27. doi: [10.1111/j.1440-1819.1998.tb00968.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1998.tb00968.x)
- Vyas, A., Mitra, R., Rao, B. S., & Chattarji, S. (2002). Chronic stress induces contrasting patterns of dendritic remodeling in hippocampal and amygdaloid neurons. *The Journal of Neuroscience*, 22(15), 6810-6818.
- Wagner, A. W., Wolfe, J., Rotnitsky, A., Proctor, S. P., & Erickson, D. J. (2000). An investigation of the impact of posttraumatic stress disorder on physical health. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 41-55. doi: [10.1023/A:1007716813407](https://doi.org/10.1023/A:1007716813407)
- Wigren, J. (1994). Narrative completion in the treatment of trauma. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 31(3), 415-423. doi: [10.1037/0033-3204.31.3.415](https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.3.415)
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148. doi: [10.1037/0033-2909.133.1.122](https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122)

נספח א'

כתב הסכמה מדעת

אני החתום מטה, מס' ת.ז. _____ מאשר בזאת בחתימת ידי כי:

- (1) התבקשתי לקחת חלק במילוי שאלון דיווח עצמי.
- (2) ברור לי כי מטרת השאלון היא להעריך את מצבי הבריאותי והתפקודי כמי שהשתתף במלחמת לבנון, במטרה לשפר ולקדם את הטיפול בנפגעי המלחמה, וכי נתוני השאלון ישמשו לצורך הסקר בלבד וישמרו בכפוף לכללי הסודיות הרפואית.
- (3) ברור לי כי השתתפות במחקר הינה רשות ולא חובה וזכותי לוותר על השתתפותי בכל שלב.
- (4) ידוע לי כי האחראית להליך היא _____ מאוניברסיטת בר-אילן וניתן להשיגה בטלפון _____
- (5) לאחר שהוסבר לי כל האמור לעיל, הנני מביע את הסכמתי מרצוני הטוב והחופשי להשתתף במילוי השאלונים האמורים.

_____	_____	_____
חתימה	שם ומשפחה	תאריך

נספח ב'

שאלון נתונים סוציו-דמוגרפים

1. ארץ לידה :
 1. אני ילדי ישראל ואבי יליד ישראל
 2. אני יליד ישראל ואבי יליד אסיה/ אפריקה
 3. אני יליד ישראל ואבי יליד אירופה/ אמריקה
 4. אחר (פרט): _____
2. מצב משפחתי :
 1. רווק
 2. אלמן
 3. נשוי פעם ראשונה
 4. גרוש פעם ראשונה
 5. נשוי פעם שניה או יותר
 6. גרוש פעם שניה או יותר
3. מספר ילדים : _____
4. האם יש לך ילדים ששירתו בצבא בעבר?
 - א. לא
 - ב. כן
5. בהשוואה להכנסה הממוצעת בישראל האם הכנסת משפחתך היא :
 - א. גבוהה מהממוצע
 - ב. דומה לממוצע
 - ג. נמוכה מהממוצע
 - ד. אחר. פרט: _____
6. ציין את השכלתך הגבוהה ביותר :
 - א. השכלה יסודית
 - ב. השכלה על יסודית (בית ספר תיכון עיוני/ מקצועי/ ישיבה תיכונית)
 - ג. השכלה גבוהה (אוניברסיטה/ מכללה)
7. כיצד אתה מגדיר את עצמך מבחינה דתית?
 - א. חילוני
 - ב. מסורתי
 - ג. דתי

8. האם מאז סיום מלחמת לבנון (קיץ 1982) עשית מילואים?

א. לא עשיתי כי אני פטור מסיבות פרופיל

ב. לא עשיתי כי לא זומנתי למילואים

ג. לא עשיתי כי זומנתי וביטלתי

ד. כן

9. באם כן, האם עשית מילואים במקומות הבאים? (ניתן לסמן יותר משובה אחת)

א. בשטח לבנון בין 1983 ועד ליציאת צה"ל מלבנון כן / לא

ב. בשטחי יהודה ושומרון או עזה בתקופת האינתיפאדה כן / לא

ג. באזור מרכז הארץ או בסמוך לנפילת טילים בתקופת מלחמת המפרץ (1991) כן / לא

ד. בשטחי יהודה ושומרון או בתקופת אינתיפאדת "אל אקצה" (2000-2001) כן / לא

10. האם מאז מלחמת לבנון (קיץ 1982) התקדמת בדרגתך הצבאית?

א. לא ב. כן

11. האם מאז מלחמת לבנון (קיץ 1982) המשכת ללמוד?

א. לא ב. כן

12. באם כן, באיזו מסגרת?

א. השלמת בגרורות

ב. הכשרה מקצועית

ג. אוניברסיטה/ מכללה אקדמאית

ד. אחר. פרט: _____

13. האם במהלך השנים טופלת/הנך מטופל על ידי גורמי בריאות הנפש?

א. כן ב. לא

14. אם תשובתך 'כן' לשאלה 13, אנא ציין באילו שנים קיבלת טיפול ועל ידי מי?

נספח ג'

שאלון לאיתור הפרעה פוסט-טראומטית – PTSD

לפניך רשימה של משפטים המתארים רגשות ותגובות שיש לאנשים החוזרים ממלחמה. נבקשך לציין לגבי כל משפט האם הוא מתאים להרגשתך בחודש האחרון. נא הקף בעיגול את התשובה המתאימה ביותר להרגשתך.

4	3	2	1	
לעיתים קרובות מאד	לעיתים קרובות	לעיתים רחוקות מאד	בכלל לא	
4	3	2	1	1. תמונות או מחשבות על מלחמת לבנון חוזרות אליך
4	3	2	1	2. יש לך חלומות וסיוטים חוזרים על מלחמת לבנון
4	3	2	1	3. לפעמים שדברים מזכירים לך את מלחמת לבנון אתה מרגיש או מתנהג כאילו שאתה נמצא בקרבות שלחמת בהם
4	3	2	1	4. יש לך פחות עניין והנאה בפעילויות שפעם היו חשובות עבורך (למשל: עבודה, חיי משפחה, חברים, תחביבים)
	3	2	1	5. אתה מרגיש מרוחק מאנשים אחרים או לא שייך להם
4	3	2	1	6. יש לך ערנות יתר או רגישות יתר לרעש
4	3	2	1	7. יש לך קשיי שינה (קשה לך להירדם, נדודי שינה, מתעורר באמצע הלילה, ישן יותר מדי, לא ישן מספיק)
4	3	2	1	8. יש לך קשיי זיכרון או קשיים בריכוז
4	3	2	1	9. אתה מרגיש אשם שנשארת בחיים ואחרים מתו במלחמה
4	3	2	1	10. אתה נמנע מפעילות שמזכירה לך את האירועים במלחמה (לא רוצה לשמוע ולראות דברים שמזכירים לך את מלחמת לבנון, לא רוצה לדבר על המלחמה)
4	3	2	1	11. אתה מתרגש פחות או כועס פחות מדברים שפעם גרמו לך התרגשות או כעס
4	3	2	1	12. אתה מרגיש אשם על התנהגותך בזמן מלחמת לבנון
4	3	2	1	13. קשיי שינה או רגישות היתר נעשים קשים יותר כשאתה רואה או שומע דברים שמזכירים לך את האירועים שעברת במלחמת לבנון

4	3	2	1	14. לפעמים כשאתה נתקל בדברים שמזכירים לך את מלחמת לבנון אתה מרגיש לחץ ומתח נפשי
4	3	2	1	15. אתה מתאמץ למנוע הופעת מחשבות או רגשות הקשורים במלחמת לבנון
4	3	2	1	16. יש דברים ממלחמת לבנון שאתה מתקשה להיזכר בהם
4	3	2	1	17. קשה לך להרגיש אהבה וחום כלפי אנשים אחרים
4	3	2	1	18. יש לך תחושות כבדות לגבי העתיד שלך
4	3	2	1	19. אתה מוטרד בקלות, ויש לך נטיה להתפרצויות כעס
4	3	2	1	20. רעשים או גירויים פתאומיים מקפיצים אותך
4	3	2	1	21. כאשר אתה נתקל במצבים שמזכירים לך את מלחמת לבנון מופיעות תגובות כמו הזעה, רעד, דופק מהיר, נשימה מוגברת, בחילה, קיפאון

שאלון להערכת הבריאות הגופנית

1. כיצד היית מגדיר את מצב הבריאות הגופנית שלך כעת?

הבעיה התחילה	הבעיה התחילה	
<u>לפני</u> מלחמת לבנון	<u>אחרי</u> מלחמת לבנון	
_____	_____	1 אלרגיה
_____	_____	2 יתר לחץ דם
_____	_____	3 אולקוס
_____	_____	4 בעיות עיכול אחרות
_____	_____	5 מחלות לב
_____	_____	6 כאבים בחזה
_____	_____	7 סכרת
_____	_____	8 כאבי גב
_____	_____	9 עלייה במשקל-השמנה
_____	_____	10 ירידה במשקל
_____	_____	11 כאבי ראש
_____	_____	12 כאבים בפרקים

_____	_____	13 בעיות זיכרון
_____	_____	14 עייפות או חולשה
_____	_____	15 מחלה ממארת
_____	_____	16 התפרצויות זעם או עצבנות רבה

4. האם מאז מלחמת לבנון חל שינוי בכמות המשקאות החריפים שאתה שותה?

1. לא שתיתי בעבר ואינני שותה היום
2. אין שינוי, אני שותה אותה כמות
3. אני שותה פחות אלכוהול ממה ששתיתי קודם
4. אני שותה קצת יותר מאשר שתיתי קודם
5. אני שותה הרבה יותר ממה ששתיתי קודם

5. האם מאז מלחמת לבנון חל שינוי בכמות הסיגריות שאתה מעשן?

1. לא עישנתי בעבר ואינני מעשן היום
2. אין שינוי, אני מעשן אותו מספר סיגריות
3. אני מעשן פחות ממה שעישנתי קודם
4. אני מעשן קצת יותר ממה שעישנתי קודם
5. אני מעשן הרבה יותר ממה שעישנתי קודם
6. התחלתי לעשן
7. הפסקתי לעשן

6. האם מאז מלחמת לבנון חל שינוי בכמות הסמים שאתה לוקח?

1. לא לקחתי סמים בעבר ואינני לוקח היום
2. אין שינוי, אני לוקח אותה כמות סמים
3. אני לוקח פחות ממה שלקחתי קודם
4. אני לוקח יותר ממה שלקחתי קודם

נספח ה'

SCL – 90 לאיתור סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית-סומטיזציה

לפניך רשימה של בעיות שיש לאנשים לפעמים. קרא כל פריט וסמן עיגול מסביב למספר שמתאר בצורה הטובה ביותר עד כמה הציקה לך הבעיה בשבועיים האחרונים.

5	4	3	2	1	
הרבה מאד	די הרבה	בינוני	מעט	בכלל לא	
5	4	3	2	1	1. כאבי ראש מציקים לך
5	4	3	2	1	2. עצבנות
5	4	3	2	1	3. מחשבות לא רצויות שלא יכולת להיפטר מהן
5	4	3	2	1	4. התעלפויות או סחרחורות
5	4	3	2	1	5. העדר עניין מיני או הנאה מינית
5	4	3	2	1	6. ביקורתיות כלפי אנשים
5	4	3	2	1	7. הרגשה שמישהו אחר שולט במחשבותיך
5	4	3	2	1	8. הרגשה שאחרים אשמים בכל בעיותיך
5	4	3	2	1	9. קושי לזכור דברים
5	4	3	2	1	10. מוטרד מכישלונותיך ומפזיזותך
5	4	3	2	1	11. מתרגש או מתעצבן בקלות
5	4	3	2	1	12. כאבים בלב או בחזה
5	4	3	2	1	13. פחד ממקומות פתוחים או מלהיות ברחוב
5	4	3	2	1	14. הרגשה של חוסר כוח ומרץ
5	4	3	2	1	15. מחשבות על התאבדות
5	4	3	2	1	16. שומע קולות שאחרים אינם שומעים
5	4	3	2	1	17. רעד
5	4	3	2	1	18. הרגשה שאי-אפשר לבטוח ברוב האנשים
5	4	3	2	1	19. חוסר תיאבון
5	4	3	2	1	20. בוכה בקלות

5	4	3	2	1	21. הרגשה של אי-נוחות עם נשים
5	4	3	2	1	22. הרגשה של להיות במלכודת
5	4	3	2	1	23. פחדים פתאומיים ללא סיבה
5	4	3	2	1	24. התפרצויות זעם שאתה לא יכול לשלוט בהן
5	4	3	2	1	25. פחד לצאת מהבית לבד
5	4	3	2	1	26. האשמה עצמית
5	4	3	2	1	27. כאבים בחלק התחתון של הגב
5	4	3	2	1	28. מעצורים בעשיית דברים
5	4	3	2	1	29. הרגשת בדידות
5	4	3	2	1	30. הרגשה של עצבנות
5	4	3	2	1	31. דאגת יתר
5	4	3	2	1	32. חוסר עניין
5	4	3	2	1	33. הרגשת פחד
5	4	3	2	1	34. נפגע או נעלב בקלות
5	4	3	2	1	35. הרגשה שאנשים אחרים יודעים מהן המחשבות שלך
5	4	3	2	1	36. הרגשה שאנשים אינם מבינים אותך
5	4	3	2	1	37. הרגשה שאנשים אינם חברותיים או שונאים אותך
5	4	3	2	1	38. יש לך צורך לעשות דברים לאט כדי להיות בטוח
5	4	3	2	1	39. הלב דופק (פועם) בחוזקה ובמהירות
5	4	3	2	1	40. בחילה או בעיות עיכול
5	4	3	2	1	41. הרגשת נחיתות
5	4	3	2	1	42. הרגשה של התכווצות שרירים
5	4	3	2	1	43. הרגשה שאחרים מסתכלים עליך או מדברים עליך
5	4	3	2	1	44. קושי להרדם
5	4	3	2	1	45. צורך לבדוק שוב ושוב מה שאתה עושה
5	4	3	2	1	46. קושי להחליט החלטות
5	4	3	2	1	47. פחד לנסוע באוטובוס או ברכבת
5	4	3	2	1	48. קשיי נשימה

5	4	3	2	1	49. גלי קור או גלי חום
5	4	3	2	1	50. נמנע מללכת למקומות מסוימים או לעשות דברים מסוימים שמפחידים אותך
5	4	3	2	1	51. הרגשת ריקנות (אין לי שום דבר בראש)
5	4	3	2	1	52. איברים מסוימים בגופך "נרדמים" או דוקרים
5	4	3	2	1	53. הרגשה של גוש בגרון
5	4	3	2	1	54. הרגשה של חוסר תקווה לגבי העתיד
5	4	3	2	1	55. קשיי ריכוז
5	4	3	2	1	56. הרגשת חולשה בחלקים מסוימים של גופך
5	4	3	2	1	57. הרגשה של מתח או לחץ
5	4	3	2	1	58. תחושות של כובד בידיים
5	4	3	2	1	59. מחשבות על מוות
5	4	3	2	1	60. אכילה מעל הרגיל (משמינה)
5	4	3	2	1	61. הרגשה לא נוחה כשאנשים מסתכלים עליך או מדברים עליך
5	4	3	2	1	62. מחשבות שאינן שלך (שאתה לא יודע מנין באו)
5	4	3	2	1	63. צורך להכות, לפצוע או לפגוע במישהו
5	4	3	2	1	64. מתעורר מוקדם לפנות בוקר
5	4	3	2	1	65. צורך לחזור שוב על אותה פעולה, כמו : לגעת, לסדר, לרחוץ וכו'
5	4	3	2	1	66. הפרעות בשינה או שינה לא שקטה
5	4	3	2	1	67. דחף להרוס או לשבור דברים
5	4	3	2	1	68. רעיונות או אמונות שאינן לאחרים
5	4	3	2	1	69. רגישות יתר כלפי עצמך בנוכחות אחרים
5	4	3	2	1	70. הרגשת אי-נוחות בתוך קהל כמו למשל : בסרט או בחנות
5	4	3	2	1	71. הרגשה שכל דבר הוא מאמץ
5	4	3	2	1	72. התקפי פאניקה (פחד נורא)
5	4	3	2	1	73. הרגשה לא נוחה לאכול או לשתות בציבור (עם אנשים)
5	4	3	2	1	74. מריבות לעיתים תכופות
5	4	3	2	1	75. הרגשה של עצבנות כשאתה נשאר לבד
5	4	3	2	1	76. אנשים אינם מעריכים מספיק את הישגך

5	4	3	2	1	77. הרגשת בדידות אפילו כשאתה עם אנשים
5	4	3	2	1	78. קשה לך לשבת באותו מקום
5	4	3	2	1	79. הרגשת חוסר ערך
5	4	3	2	1	80. דברים שהכרת בעבר נראים לך זרים או לא אמיתיים
5	4	3	2	1	81. צועק או זורק דברים
5	4	3	2	1	82. פוחד שתתעלף בציבור
5	4	3	2	1	83. הרגשה שאנשים ינצלו אותך אם רק תתן להם
5	4	3	2	1	84. מחשבות על מין מטרידות אותך
5	4	3	2	1	85. מחשבה שתענש עבור מעשיך
5	4	3	2	1	86. הרגשה שלוחצים אותך לעשות דברים
5	4	3	2	1	87. מחשבה שמשוהו רציני לקוי בגופך
5	4	3	2	1	88. אף-פעם לא מרגיש קרוב לאדם אחר
5	4	3	2	1	89. רגשי אשמה
5	4	3	2	1	90. הרגשה שמשוהו לא בסדר במוח שלך

זיכרון טראומתי נרטיבי – מדריך ראיון

הראיון שאנו עורכים היום מבוצע במסגרת מאמצים שהצבא עושה להעריך את מצבך הבריאותי והתפקודי כמי שהשתתף במלחמת לבנון הראשונה, במטרה לשפר ולקדם את הטיפול בנפגעי המלחמה. פרטי הראיון ישמשו לצורך מחקר בלבד וישמרו בכפוף לכללי הסודיות הרפואית.

"אני רוצה לחזור ולדבר איתך היום, למעלה מ 30 שנים לאחר המלחמה במשך כ 30 דק' על מה שעברת במלחמת לבנון הראשונה ולאחר מכן. החוויות שחווית, מחשבות על המלחמה, על הטרומה באותו היום ומאז..."

חשוב לי שתתרכז בחוויה האישית שלך, תספר בצורה פתוחה ככל האפשר על החוויות, התחושות וכמעט כל דבר שעולה לך בראש. אני אשתדל שלא להפריע לקו המחשבה ומדי פעם אשאל שאלות מנחות.

נספח ז'

דוגמא לניתוח נרטיב טראומתי

הקטע שלהלן נלקח מתוך ראיון שבוצע בשנת 1983 עם לוחם שלחם במלחמת לבנון הראשונה, ורואיין במסגרת הגל הראשון של המחקר.

הנרטיב הטרומתי

בלילה קיבלנו הוראה להיכנס לתוך הכלים ולהתכונן לאפשרות של התקפת מחבלים. כנסתי לכלי ולא יצאתי ממנו בהמשך הנסיעה כי לא היה לי שכפ"צ. למחרת כבר נתקלנו בטנקים שנפגעו ממוקשים לצדי הדרך. בבוקר עברנו בתוך שדות דובדבנים ואז שמעתי בקשר הוראה לפנות את הדרך כדי לאפשר לרכב פינוי נפגעים לעבור. אז כבר הבנתי שזה לא פיקניק אלא מלחמה עם נפגעים. המכה שניערה אותי היתה כשראיתי קומנדקר עם אלונקות ונפגעים שהגיע בסמוך אלינו והמתין למסוק פינוי. אנחנו התקרבו עם הנגמ"ש למנחת ואז ראיתי בצד חייל עטוף בניילון ושאלתי את המ"פ למה לא מטפלים בו, ואז המ"פ אמר לי "אתה לא רואה שהוא הרוג". אז הבנתי שזו מלחמה עם הרוגים. אח"כ התקדמנו לעבר כפר ושמענו יריות. נתנו לי להסתכל במשקפת ואז ראיתי טנקים סוריים על צלע ההר ובאותו רגע המ"פ דחף אותי פנימה לנגמ"ש כי לא היה לי שכפ"צ. אח"כ השליש שלנו התחיל לצעוק שמתקרב אלינו מסוק סורי. כולם נבהלו והתבלבלו וקיבלו הוראה להסתובב אחורה ולחזור. התחלנו לחזור ופתאום שמענו רעש "בום" גדול. המ"פ אמר לי לשים עלי מ"ק 25 ולרוץ אחרי, אבל אני התבלבלתי ולקחתי רק את המקלט עזר ואז הוא אמר לי תחזור, תיקח את המ"ק 25 ותיגש לעזור לנפגעים (כיום אני יודע שמטוס ח"א תקף בטעות את השיירה שלנו – אז לא ידעתי). מסביב היו המון נפגעים, גופות, פצועים. רצתי לעזור להרים נפגעים. חובש אחד ביקש לעזור לי להרים אלונקה ולהזיז אותה מעבר לנגמ"ש. החובש הרים את האלונקה לפני שאני תפשתי בידיות ואז נוצרה מעין זווית ופתאום התגלגל לי ראש על הרגלים... ראש של חייל, בלי הגוף וזה שבר אותי לגמרי הרגשתי בחילה מחנק. הראש היה מונח על הרגלים אני בעטתי, לא לא בעטתי, הזזתי עם הרגל את הראש. לא רציתי שזה יהיה עלי. רצתי לנגמ"ש והקאתי. כל הזמן הקאתי. אח"כ שמעתי צעקות: מטוס – לירות. תפשתי נשק והבטתי למעלה ויריתי עליו".

ניתוח תוכן-

הניתוח כולל חלוקה של הנרטיב ליחידות תוכן. בהמשך יבוצע שיוך לקטגוריות הבאות : מחשבות, פעולות, תחושות גופניות, דיאלוג, רגשות עוצמתיים, קיטועים, פרטים וחזרתיות (Foa, Molnar & Cashman, 1995).

חלוקת הנרטיב ליחידות תוכן

בלילה קיבלנו הוראה להיכנס לתוך הכלים ולהתכונן לאפשרות של התקפת מחבלים - **פרטים**

נכנסתי לכלי ולא יצאתי ממנו בהמשך הנסיעה- **פעולות**

כי לא היה לי שכפ"צ- **מחשבות**

למחרת כבר נתקלנו בטנקים שנפגעו ממוקשים לצידי הדרך- **פרטים**

בבוקר עברנו בתוך שדות דובדבנים- **תחושות גופניות**

ואז שמעתי בקשר הוראה לפנות את הדרך כדי לאפשר לרכב פינוי נפגעים לעבור- **תחושות גופניות**

אז כבר הבנתי שזה לא פיקניק אלא מלחמה עם נפגעים- **מחשבות**

המכה שניערה אותי היתה- **מחשבות**

כשראיתי קומנדקר עם אלונקות ונפגעים- **תחושות גופניות**

שהגיע בסמוך אלינו והמתין למסוק פינוי- **פרטים**

אנחנו התקרבו עם הנגמ"ש למנחת- **פעולות**

ואז ראיתי בצד חייל עטוף בניילון - **תחושות גופניות**

ושאלתי את המ"פ למה לא מטפלים בו- **דיאלוג**

ואז המ"פ אמר לי – **דיאלוג**

אתה לא רואה שהוא הרוג – **דיאלוג**

אז הבנתי שזו מלחמה עם הרוגים- **מחשבות**

אח"כ התקדמנו לעבר כפר- **פעולות**

ושמענו יריות- **תחושות גופניות**

נתנו לי להסתכל במשקפת- **פעולות**

ואז ראיתי טנקים סוריים על צלע ההר- **תחושות גופניות**

ובאותו רגע המ"פ דחף אותי פנימה לנגמ"ש- **פעולות**

כי לא היה לי שכפ"צ- **מחשבות**

אח"כ השליש שלנו התחיל לצעוק שמתקרב אלינו מסוק סורי- **תחושות גופניות**

כולם נבהלו והתבלבלו – **רגשות עוצמתיים**

וקיבלו הוראה להסתובב אחורה ולחזור- **מחשבות**

התחלנו לחזור- **חזרתיות**

ופתאום שמענו רעש "בום" גדול- **תחושות גופניות**

המ"פ אמר לי לשים עלי מ"ק 25 ולרוץ אחרי- **דיאלוג**

אבל אני התבלבלתי- **רגשות עוצמתיים**

ולקחתי רק את המקלט עזר- **פעולות**

ואז הוא אמר לי תחזור, תיקח את המ"ק 25 ותיגש לעזור לנפגעים - **דיאלוג**

(כיום אני יודע שמטוס ח"א תקף בטעות את השיירה שלנו – אז לא ידעתי)- **מחשבות**

מסביב היו המון נפגעים, גופות, פצועים - **פרטים**

רצתי לעזור להרים נפגעים- **פעולות**

חובש אחד ביקש לעזור לי להרים אלונקה ולהזיז אותה מעבר לנגמ"ש- **דיאלוג**

החובש הרים את האלונקה לפני שאני תפשתי בידיות- **פעולות**

ואז נוצרה מעין זווית- **מחשבות**

ופתאום התגלגל לי ראש על הרגלים... ראש של חייל, בלי הגוף- **תחושות גופניות**

וזה שבר אותי לגמרי- **רגשות עוצמתיים**

הרגשתי בחילה- **רגשות עוצמתיים**

מחנק- **רגשות עוצמתיים**

הראש היה מונח על הרגלים- **תחושות גופניות**

אני בעטתי- **פעולות**

לא לא בעטתי- **חזרתיות**

הזזתי עם הרגל את הראש- **פעולות**

לא רציתי שזה יהיה עלי- **מחשבות**

רצתי לנגמ"ש- **פעולות**

והקאתי- **תחושות גופניות**

כל הזמן הקאתי- **חזרתיות**

אח"כ שמעתי צעקות : מטוס – לירות- **תחושות גופניות**

תפשתי נשק והבטתי למעלה ויריתי עליו- **פעולות**

הנרטיב שנותח מכיל יחידות תוכן על פי חלוקה לקטגוריות הבאות :

מחשבות- 9

פעולות - 12

תחושות גופניות- 12

דיאלוג- 6

רגשות עוצמתיים- 5

חזרתיות- 3

פרטים - 4