

משבי לחירות: אתגר מורכב לפדוי ולמטפל

תקציר:

לנפילה בשבי ולשהייה הממושכת בתנאי השבי ניכרות השפעות הן בהיבטים נפשיים והן בהיבטים פיזיים. הנפילה בשבי היא אירוע טראומתי מורכב המתרחש בדרך כלל בהקשר צבאי, בשני שלבים: השתתפות בקרב, החושפת את השבוי עוד בהיותו לוחם מן השורה, לסכנת חיים ולאיום על השלמות הגופנית; והנפילה בשבי, המאופיינת בשלבים מתמשכים ומורכבים של הסתגלות והתמודדות. על רקע זה נחשבים פדויי שבי (Prisoners of War, POWs) בעלי פוטנציאל לפתח הפרעת דחק פוסט-טראומטית מורכבת (Complex PTSD). הפרעת דחק פוסט-טראומטית זו היא בבחינת אתגר רפואי רב-מערכתי, שכן התבטאויותיה חורגות מן ההיבטים הנפשיים אל עבר השפעות פיזיולוגיות. לשם הבנת מכלול ההקשרים הנוגעים לנפילה בשבי הכרוכה בשהייה ממושכת בתנאים קשים, יש להבין את מכלול ההשלכות על השבוי - עם נפילתו, בתקופת שביו ולאחר מכן. על רקע שחרורו של חייל צה"ל גלעד שליט מידי חוטפיו, לאחר חמש שנים וארבעה חודשים בשבי, מצאנו לנכון לסקור את תופעת השבי מן ההיבט הרפואי, הן הגופני והן הנפשי. בסקירה נתייחס לדרכי האבחון של מצבם הנפשי של פדויי השבי, לשכיחות התסמינים הפוסט-טראומטיים בקרב אוכלוסייה זו, וכן למנגנוני ההתמודדות עם הנפילה בשבי, הן בשלבים הראשונים לשהייה בו והן בשלבים המתקדמים יותר. נתמקד בעיקר בהשפעות הפסיכולוגיות והפיזיולוגיות שלאחר השחרור, לרבות תחלואה נלווית, הן בהיבט הגופני והן בהיבט הפסיכיאטרי. הסקירה מתבססת על ממצאים קליניים ומחקריים ביחס לפדויי שבי בישראל ובעולם.

סא"ל אופיר לוי¹
אל"מ אייל פרוכטר²
תא"ל יצחק קרייס³

¹ היחידה לתגובות קרב, מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל
² מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל
³ מפקדת קצין הרפואה הראשי, חיל הרפואה, צה"ל

מילות מפתח:
KEY WORDS

פדויי שבי, הפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית, הפרעת דחק פוסט-טראומטית מורכבת, מעגלי מניעה, בריאות הנפש
Prisoners of War (POWs), Chronic PTSD, Complex PTSD, Prevention Cycles, Mental Health Care

מבוא

קליטת פדוי שבי (Prisoner of War, POWs) לאחר שנים ארוכות בשבי היא אתגר מקצועי המשלב מרכיבים רפואיים, ערכיים, אנושיים וארגוניים. מכורח הנסיבות, צבר חיל הרפואה ניסיון עשיר בהליך זה לכל היבטיו, ולאחרונה אף הוביל החיל את המבצע הרפואי בקליטתו של פדוי השבי רס"ל גלעד שליט, לאחר 1,941 ימים בידי שוביו. לשם יצירת הגשרים ל"חבירה הראשונית" בדרך להענקת הטיפול הרפואי והנפשי המיטבי ולמניעת תחלואה פיזית ונפשית נוספת, ההתייחסות במבצע היתה לכל אחד ממעגלי ההשתייכות של פדוי השבי: המשפחה, היחידה הצבאית, הקהילה וצה"ל.

בתחום בריאות הנפש, הנחת היסוד היא כי הפדוי החוזר מהשבי לאחר שנים פיתח הפרעת דחק פוסט-טראומטית מורכבת (Complex PTSD) [1], הן על רקע השהות הממושכת בשבי והן על רקע הקרב ותנאי הדחק הטראומטיים הקודמים לרוב לנפילה בשבי [2].

מטרתה העיקרית של הסקירה היא להתמקד במגוון היבטים מורכבים [1-4] הנוגעים להשפעות הנודעות לשהות הממושכת בשבי. נוסף על כך, כדי ליצור פרספקטיבה רחבה ומקיפה לגבי ההיבטים הנוגעים לנפילה בשבי ולשהות בו, נתייחס לדרכי האבחון של פדויי השבי, לשכיחות התסמינים הפוסט-טראומטיים בקרב אוכלוסייה זו, וכן למנגנוני ההתמודדות עם הנפילה בשבי, הן בשלבים הראשונים לשהייה בשבי והן בשלבים המתקדמים יותר.

הפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית ומורכבת על רקע נפילה בשבי

עוד לפני הגדרתה של הפרעת הדחק הפוסט-טראומטית (PTSD, Post Traumatic Stress Disorder) במהדורה השלישית של ה-DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [5], היא זכתה לתשומת לב קלינית ומחקרית רבה על רקע שכיחותה בקרב מגוון אוכלוסיות ובשל טווח האירועים הרחב שיש בו כדי להביא לידי התפתחותה [6].

אחד האירועים המובהקים העלולים לגרום התפתחות תסמינים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית הוא נפילה בשבי ושהות ממושכת בתנאיו. הנפילה בשבי מתרחשת לרוב בעקבות השתתפות בפעילות מבצעית או במהלך קרב. נסיבות ההשתתפות בקרב מהוות כשלעצמן כר נרחב להתפתחות תסמינים, הידועים כתגובת דחק קרבית (Combat Stress Reaction), זאת עקב תחושת הפרט (הלוחם במקרה זה) כי הוא מוצף בגירויי דחק, שעמם הוא מתקשה להתמודד [7]. תגובת דחק על רקע קרב עשויה להיחלש ולהיעלם בהדרגה, אך לחלופין עלולה להחמיר עד כדי פגיעה נפשית, תפקודית והתנהגותית ניכרת שמשמעותה הפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית (PTSD Chronic) [6, 8]. על פי ה-DSM-IV-TR [9], אדם יאובחן כסובל מהפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית מלאה אם לאחר שלושה חודשים מעת החשיפה לאירוע הטראומטי פיתח תסמין אחד לפחות המבטא חודרנות (לדוגמה, זיכרונות טורדניים); שלושה תסמינים של הימנעות (לדוגמה, הימנעות מפעילויות, ממחשבות או מרגשות המזכירים את האירוע); ושני תסמינים של עוררות יתר פסיכו-פיזיולוגית (כגון מתח ועצבנות). פרידמן [10] טען כי אף שאין חולק כי בכל אירוע טראומטי

באמצעות ציות מוחלט. דפוסים אלה נותנים את אותותיהם התנ"כיים הכרטיים בשבוי. כך, לתפיסתה של הרמן, בספרה "טראומה והחלמה" [1], הטראומה הרווחת המסתמנת בקרב פדויי שבי אינה "הטראומה הרגילה" אלא תבנית של טראומה מורכבת (complex PTSD) הנגרמת מצירוף הנסיבות האופייני, כפי שתואר. בהקשר זה מדגישה הרמן, אופי הפגיעה של אירוע טראומתי מתמשך או רחב היקף ועוצמתי, דוגמת נפילה בשבי, שונה באיכותו מאופיה של טראומה יחידנית וקצרה, דוגמת היתקלות הכרוכה בקרב קצר.

טענה זו עולה בקנה אחד עם השוואת שיעור הסובלים מטרומה מורכבת בקרב פדויי שבי שנלחמו במלחמת יום הכיפורים (8.4%, N=164) לשיעורם בקרב לוחמים מאותן יחידות שנלחמו במלחמה ולא נפלו בשבי (0.5%, N=184). מהשוואה זו עולה תמונה ברורה שלפיה פדויי שבי סובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומתית מורכבת עשרות מונים יותר מאשר לוחמים מאותן יחידות שנלחמו במלחמה ולא נפלו בשבי [14].

לפי שוטנבאור וחב' [8], תסמינים הקשורים להפרעת דחק פוסט-טראומתית מורכבת עלולים להשתקף בקשיי תפקוד חברתיים ובינאישיים שיש בהם כדי להשפיע על התפקוד המקצועי, המשפחתי והזוגי, ולרוב הם מאופיינים בהפרעות לווות בציר I, כגון דיכאון וחרדה, ובציר II, כגון הפרעת אישיות גבולית.

מעבר להקשר הפסיכולוגי, לישיבה ממושכת בשבי יש השפעות גופניות ובריאותיות. מדובר למעשה במצב רפואי מורכב, הנוצר ממכלול הקשרים המתהווים על פני רצף של שלושה שלבים:

1. נסיבות הנפילה בשבי והשלבים הראשונים לשהייה בו;
2. הישיבה הממושכת בשבי ומעטה האימה וחוסר הוודאות המתלווה אליה;

3. השחרור והתוצאות הפסיכולוגיות והפיזיולוגיות המתפתחות בעקבותיו.

כל אחד משלושת השלבים הללו, המרכיבים את המצב הרפואי הייחודי לפדויי השבי, טומן בחובו השפעה עמוקה הן על נפשו של הפרט והן על אישיותו ועל בריאותו הפיזית.

נדון להלן בכל אחד מהשלבים בראי הספרות והמחקר.

1. נסיבות הנפילה בשבי והשלבים הראשונים לשהייה בו

אבנרי [3], פדויי שבי ממלחמת יום הכיפורים וכיום פסיכולוג קליני במקצועו, מתאר את שלבי המתח והחרדה שחש כחייל במוצב החרמון כששמע את קולותיהם בערבת של חיילים סורים שהשתלטו על המוצב במלחמת יום הכיפורים, בעוד האולם המרכזי מתמלא עשן, בריח של חומר נפץ. למרות זאת, המשכיחה ללוות אותו ואת חבריו האמונה שצה"ל עומד לחלצם בקרוב, וכי המצב שנוצר אינו אלא זמני, ולא מציאותי.

ההנחה שהחילוץ קרוב היוותה חלק ממערך התפיסות וההגנות הפסיכולוגיות שליוו את לוחמי צה"ל במלחמת יום הכיפורים. מדובר במערך של תבניות קוגניטיביות המייצגות הנחות ותפיסות בסיסיות ביחס לעולם [15], ולפיהן: (1) אנשים תופסים את העולם כמקום בטוח, שטוב לחיות בו, ורוב המאורעות המתרחשים בו הם חיוביים; (2) קיים קשר ישיר בין מעשים ובין אירועים שאדם חווה, ולכן אנשים מכוונים את מעשיהם וכך יוצרים שליטה במהלכים; (3) אנשים יכולים את מהלכיהם להצלחות שיעצימו את ערכם העצמי ויתרמו להם. מכאן שאירוע הנפילה בשבי של אבנרי וחבריו ושל רבים אחרים במהלך מלחמת יום הכיפורים היה בעל פוטנציאל לניפוצן של תפיסות

מתקיימת בהכרח חשיפה לאירועים קשים שיש בהם מוות או איום על החיים, הרי שהגורם היוצר את האבחנה בין אירוע טראומתי לבין אירוע שלא נחשב כזה אינו אלא התגובה הרגשית הסובייקטיבית של הנפגע אל מול האירוע כפי שנחווה בתודעתו. אשר לשכיחותה של הפרעת הדחק הפוסט-טראומתית הכרונית בקרב ותיקי מלחמה באופן כללי, הנתונים משתנים ואינם אחידים, שכן הם תלויים במשתנים תרבותיים, ארגוניים ואישיותיים, ובעיקר – בנסיבות האירוע וברקע שלו [11]. בקרב ותיקי מלחמת וייטנאם נמדדה שכיחות שנועה בטווח שבין 19% ל-30%, ואילו בקרב חיילים אמריקנים שלחמו בעיראק (N=2,530) נמדדה שכיחות של 18%-20%, 3-4 חודשים לאחר חזרתם משדה הקרב, ובמעקב שלאחר מכן – 10%. בקרב חיילים אמריקנים שלחמו באפגניסטן (N=3,671) נמדד שיעור של 12% ובהמשך פחת השיעור ל-5% [6]. בקרבות בקרואטיה, לעומת זאת, דווח על שכיחות של 4.5% [12].

בקרוב חיילים ישראלים התמונה דומה. במחקר קהילתי נמצא כי 16.5% מהלוחמים שהשתתפו לפחות באחת המלחמות האלה: ההתשה, ששת הימים, יום הכיפורים, ולבנון הראשונה (של"ג),

אובחנו כסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומתית כרונית. בלייך וסולומון [13] מצאו כי מבין הלוקים בתגובת קרב באוכלוסיית הלוחמים ממלחמת לבנון הראשונה, שיעור המפתחים הפרעת דחק פוסט-טראומתית כרונית הוא 57%, 63% ו-43% שנה, שנתיים ושלוש שנים לאחר המלחמה, בהתאמה. אשר למלחמת לבנון השנייה, בהסתמך על נתוני ההפניות ליחידה לתגובות קרב, שיעור הלוחמים שהשתתפו במלחמה בשירות מילואים ופיתחו הפרעת דחק פוסט-טראומתית כרונית מלאה מסתכם ב-3.6% – אחוז נמוך יחסית.

באותו מחקר נמצא כי במלחמת יום הכיפורים לבדה, שיעור הלוחמים שפיתחו הפרעת דחק פוסט-טראומתית כרונית מלאה על פי הקריטריונים של ה-DSM-IV-TR הוא כ-13%. שיעור דומה לזה הרווח בקבוצת פדויי השבי מאותה מלחמה כעבור 20 שנה מעת הנפילה בשבי. זאת לעומת 6.9% בקרב שבויים ממלחמת קרואטיה [12], ואילו בשבויים אמריקנים ממלחמת העולם השנייה ששהו בקוריאה ובווייטנאם נמדדו שיעורים שנעו אף בין 30% ל-76% [2].

עם זאת, הפרעת דחק פוסט-טראומתית כרונית אינה אלא הגדרה גנרית להפרעה המסתמנת בעקבות אירועים קשים. נראה כי במסגרת ההגדרה, לאירועים טראומתיים כגון נפילה בשבי יש מאפיינים ייחודיים [1, 2]. מלבד חוויות מאיימות וקשות על רקע קרב, חיילים אלה נתונים להשפעתם של איומים נוספים שחוו. השבי משקף שביירה של זהות צבאית אקטיבית וכשל ביכולתו של החייל לבצע את תפקידו הצבאי בהגנה על מולדתו, על חבריו ליחידה, ואפילו על יכולתו הבסיסית להגן על עצמו.

מעט נפילתו בשבי, נתון השבוי באופן מוחלט לשליטת תוקפיו ולמרותם, בלי יכולת להימלט, כך שהשבי מציב את הקורבן (השבוי) במגע תלתי ממושך ואינטנסיבי עם התוקף (השובה), מתוך יחסי שליטה בכפייה בגופו ובכל צרכיו. השבוי שרוי בפחד מצמית ומתמיד מהתפרצויותיהם האלימות והבלתי צפויות של שוביו, לדוגמה כחלק מאכיפה גחמנית ושרירותית של כללים פעוטי ערך מצדם. התחושה ההולכת וגוברת בשבוי היא ששוביו הם למעשה כול יכולים, שהתנגדותו היא חסרת משמעות ושחיי תלויים בהשבעת רצון שוביו

מציין כי מצבים בינאישיים מקושרים אוטומטית לצורך בדיסוציאציה, עקב הסכנה לאי־תיקוף על ידי האחר.

לאחר השעות הראשונות לנפילה בשבי, חל אצל אבנרי [3] תהליך התפכחות מכאיב ומעורר אימה לגבי המשמעות של הנפילה בשבי. בשלב זה החלו העיניים, השוברים הסורים מנעו מהשבויים מזון ומים, ונכפה עליהם בידוד חושי מוחלט. בעקבות זאת, לדבריו, התפתחה בשבויים תלות מוחלטת בשוברים, מצב שהרמן [1] מכנה "יחסי שליטה בכפייה", המתבטאים "...לא רק בעצם קיומם וסיפוקם של הצרכים הגופניים הבסיסיים, אלא גם בצורך במידע ואפילו בתמיכה רגשית". בשלבים אלו בולטת תודעתיות תחושתית חדה בין יאוש לתקווה [20], המאופיינת "בהסחת הדעת... בחשיבה על הבעיות הרחוקות מעולמם הנוכחי ובהעלאת זיכרונות מתקופות אחרות בחייהם..." [4]. כמורכב שימשו אסטרטגיות הימנעותיות (avoidance-based coping), קרי, בחירה להיות פסיבי ולהימנע מכל מעורבות אקטיבית או רגשית עם השוברים או עם שבויים אחרים [21].

ככלל, נראה כי שלב השהייה הראשונית בשבי, בסמוך לנפילה, מלווה בויתור לצורך הישרדות על האוטונומיה הפנימית, לרבות עקרונות המוסר והקשרים עם אחרים. הרגשות, המחשבות, היוזמה ויכולת השיפוט משותקים [1], כאמצעי להתארגנות פנימית ולגיבוש התקווה [20], בדרך להתמודדות עם השלב הבא של השהייה בשבי [3].

2. תקופת השהייה הארוכה בשבי

ככלל, חשוב להבחין ביחס לתקופת השהייה הארוכה בשבי, בין שהייה בבדידות לבין שהייה בקבוצה, גם אם בשלבים הראשונים כל שבויו הוחזק בנפרד ובבדידות [3].

אשר לדפוס התמודדותו של השבוי היחיד עם שבי ארוך, הרמן [1] מציינת כי השבי מכפיף את השבוי למגע ממושך עם התוקף במערכת יחסים של שליטה, כפייה ותלות, גם בלי גילויי אלימות פיזית. יחסי שליטה ותלות אלו מגלמים תחושת אימה וחוסר ישע בקרב השבוי, עד כדי סכנת הרס עצמי. אימה זו נובעת מאי־דאות, בין השאר על רקע התנהלות יומיומית לא עקבית מצד השוברים ומבידוד מוחלט, כשלצדם מסר סמוי וגלוי שעל השבוי להודות לשווביו כי הוא עדיין בין חיים, שכן הוא נתון לסכנת חיים מוחשית מידיהם בכל רגע נתון. אמנם ככל שהזמן חולף והשהות מתארכת, התנהלות זו של השוברים פוחתת, אך תחושת חוסר האונים, המצב המתמיד של חוסר הוודאות והשינויים השרירותיים בתנאים או ביחס – כל אלה ממשיכים להתקיים לאורך כל תקופת השבי [1, 3, 4, 14].

אחד המנגנונים הנפוצים להתמודדות עם המצב הוא החזרת השליטה (control) הפסיכולוגית, בעיקר על ידי שימוש במנגנונים קוגניטיביים שהשימוש בהם מתחיל תוך כדי העיניים והחקירות, לרבות ניסיון לחשב את הימים והתאריכים שעברו, להבחין בין יום ללילה ובעיקר להעלות זיכרונות ולפתח כיווני חשיבה מ"בחירה". תהליך החזרת השליטה הפסיכולוגית מתבטא בטכניקות מגוונות: מתן מענה מורחב לשאלות שהשבוי מעריך כי לשוברים יש עליהן מידע; ניסיון להסתיר מידע; הסתת החקירה או הצגת דברים שהשוברים בוד מלבם, בצורה משכנעת [3, 4].

הרמן [1] מצביעה על מנגנון ייחודי ומעניין להחזרת השליטה, שגלומה בו למעשה התנגדות פעילה: השבוי פועל כמי שקץ בחייו. לטענתה, אין בהחלטה זו של השבוי משום משאלה אובדנית, אלא דווקא "אות להתנגדות ולגאווה", כהגדרתה, המגלמת ומייצגת את יכולתו וכוחו של השבוי להתמודד בזקיפות קומה עם האלימות הפיזית והפסיכולוגית האופיינית לשהייה בשבי. החלטה זו מסמלת

בסיסיות ושל הנחות ביחס לעולם עד כדי התמרתן לשליליות, בייחוד על רקע העובדה שלוחמים אלה התחנכו על ערכי האתוס הצבאי־ישראלי והציוני, ורובם היו שותפים לניצחון המזהיר במלחמת ששת הימים.

אותו תהליך תואר בבסיסו ביחס לשבויים אמריקנים ממלחמת קוריאה [16]. לגביהם נמצא כי התפתחו בהם תסמינים כגון חשדנות, הסתייגות, חשש מבני אדם עד כדי קושי לבסס קשרים בינאישיים על אמון ועל ביטחון, הערכה עצמית נמוכה ונטייה להאשמה עצמית ולביקורת עצמית קיצונית.

גם ליבליך [4], שראינה עשרה שבויים ישראלים 14 שנים לאחר שחרורם ב־1987 מכלא עבאסיה שבמצרים, שם הוחזקו במשך שלוש שנים וחצי, מדווחת שעבור כל אחד מהשבויים היתה הנפילה בשבי טראומה על רקע פחד מוות מוחשי, פגיעה גופנית, פגיעה באגו, תחושת תבוסה הנובעת מחשש שהנפילה בשבי נגרמה מהחלטה מוטעית או מפעולה שגויה, וכן שינוי קיצוני ופתאומי – ממעמד של לוחם למצב של אסיר – שכל שבויו ושבויו חווה.

התקופה הראשונית בשבי מבלבלת מבחינה פסיכולוגית. אבנרי [3] מדווח שבשעות הראשונות לנפילתו ולנפילת חבריו בשבי, יחסם של הסורים אליהם היה שונה בתכלית מזה שהעלו בדעתם בתרחיש מעין זה: החיילים הסורים יצרו איתם קשר מילולי ידידותי, שהתבטא בין השאר בשאלות ובשיתוף בחוויותיהם האישיות, ואף בהגשת מזון ומשקה לחלק מהשבויים – לאחר שהבינו שלא שתו ולא אכלו דבר כבר 48 שעות. כל זאת, אף שגם הסורים סבלו מבעיות הספקה קשות. בשלבים אלה ניטעה בלבם תקווה, שחברה לתחושה כי השחרור קרוב. תקווה היא כלי חשוב להתמודדות עם מצבי משבר, לרבות מצבי טראומה [17]. הגם שבמצב ייחודי זה שתיאר אבנרי [3], המחשבות והרגשות שהזינו את התקווה לא היו רצינוניים.

ברגעים אלה של הנפילה בשבי מתרחש תהליך אופייני נוסף שחוקרים וקלינאים רבים הצביעו עליו [1, 3, 4, 14]: תהליך של שכנוע פנימי עמוק שהנפילה בשבי היתה בלתי נמנעת. ליבליך [4] היטיבה לתאר תהליך זה כניתוח חוזר של האירוע שהוביל לנפילה בשבי, מתוך הדחקה מכוונת של כל זיכרון או מחשבה העלולים להטיל ספק במסקנה שהנפילה בשבי היתה בלתי נמנעת. מנגנון אחר שליבליך מצביעה עליו הוא הימנעות מכל מחשבה על דמויות משמעותיות ועל תחושותיהן (לדוגמה, כאבם של הילדים, דאגתם של ההורים), מתוך תחושה שמחשבות אלו מחלישות.

ההימנעות מכל מחשבה הגורמת כאב מבטאת את השימוש במנגנון הדיסוציאציה [18], שבאמצעותו מוכחשת המציאות וכך השבוי מתנתק ממנה. הרמן [1] כינתה את אופן השימוש במנגנון הדיסוציאציה בקרב שבויים "אמנות התודעה האחרת" (עמ' 111), מתוך ניסיון להדגים את התמרונים הנפשיים ההכרתיים והת־הכרתיים בעת ובעונה אחת שהשבוי עושה. מצב זה מוביל לעתים לאחיזה בר־זמנית בשתי אמונות סותרות. גם ברומברג [17], פסיכואנליטיקן מהזרם ההתייחסותי, מתמקד בתהליך הדיסוציאציה כמנגנון ויסות והגנה מרכזי של החיים הנפשיים. הוא תופס תהליכים דיסוציאטיביים כרלוונטיים הן לפתולוגיות (הפרעות דיסוציאטיביות) והן לנפש הבריא. לטענתו, בסביבות טראומטיות או בלתי מתוקפות באופן קיצוני, תהליכים דיסוציאטיביים הם חיוניים לשמירה על המשכיות העצמי, אך לתהליכים אלו נודע מחיר נפשי ניכר. מאחר שמצבי עוררות רגשית וקונפליקטים אינטר־פסיכיים נחווים כמסוכנים לשימור המשכיות העצמי, האדם נמצא בנתק ממצבי עצמי שלמים. מצב זה מצריך כוונות מתמדת לגיוס מנגנונים דיסוציאטיביים שישמרו על הנתק בין חלקי העצמי, וכך אובדת יכולתו של האדם לחוש ביטחון. זאת ועוד, הוא

3. ההשפעות הפסיכולוגיות והגופניות על השבוי לאחר השחרור

בספרות הקלינית והמחקרית יש עדויות על נזקים נפשיים ניכרים ובלתי הפיכים שהתגלו לאחר השחרור, בקרב שבויים שנשבו לתקופות ארוכות, לרבות פגיעה של ממש ביחסים הבינאישיים, והתערעורת קשה של תחושת הערך העצמי, הביטחון העצמי והאמון באחר [1, 14]. אם כי יש גם עדויות על תהליכים חיוביים שהתבטאו בפיתוח אורח חיים מאוזן, בשיפור בהערכה העצמית וביחסים הבינאישיים ובהתפתחות של תקווה [2, 20].

אשר לעדויות שלפיהן שהות ממושכת בשבי גורמת נזקים נפשיים ניכרים ובלתי הפיכים, הרמן [1] טוענת כי מדובר בתהליך של "חלחול וכרסום באישיות" (עמ' 109), עד כדי היווצרות תחושה סובייקטיבית בקרב השבויים, שהם שונו בלא תקנה. לטענתה, פדויי השבי סובלים יותר מאחרים ממצב של "עירור יתר" הנובע מחדרה מפני השתחררות רגע הנפילה בשבי. היא הוסיפה שהשבויים איבדו את "קו הבסיס של שלווה או נוחות גופנית", ולכן תסמינים מתמידים וכרוניים שמתבטאים בביעותי לילה, בהבזקי זיכרון מתמידים ובתגובות קיצוניות על תזכורות מהשבי אופייניים, לדוגמה, לפדויי שבי מווייטנאם ומקוריאיה, גם 30 שנה לאחר שחרורם [21]. מעבר לתסמינים אלו, נמצא שפדויי שבי סובלים ממבחר גדול של תסמינים גופניים, לרבות כאבי ראש, הפרעות במערכת העיכול, כאבי שרירים ותחושת חנק ופעיימות לב מואצות [1, 13].

השפעות השהייה הממושכת בשבי עלולות להתבטא גם בהמשך הנתקים ברצפי עבר-הווה. בניסיון להיראות כמי שהשתלבו בחיים הרגילים, רבים מהשבויים מדחיקים ומכחישים את זיכרונות השבי, דרך יכולות השליטה העילאיות שפיתחו במשך השהות שם. השבוי נותר קשור בנפשו אל "אי הזמן" של השבי, ומתקיים למעשה "בשתי נקודות זמן בעת ובעונה אחת", כהגדרת הרמן: חוויית ההווה מעורפלת ועמומה, ואילו זיכרונות השבי הפולשניים עזים ובהירים. כך מונע השבוי מחוויית השבי להתמזג ולהשתלב בסיפור חייו הנמשך, דבר המתבטא בניתוק מהסביבה הקרובה והרחוקה, לרבות סירוב לספר על חווייתו לבני משפחה קרובים [1]. יודגש שלרוב אין מדובר בנתק פיזי ובהסתגרות נראית לעין. נהפוך הוא, השבוי עשוי להיות מעורב ופעיל בסביבתו, כביטוי לביצוע משימות הישרדותיות, שאמורות לאפשר את המשך קיומו. הניתוק הוא ברובד הרגשי, קרי, בשימוש בתצורתו המורכבת של מנגנון הדיסוציאציה [19].

ההתקיימות "בשתי נקודות זמן בעת ובעונה אחת" משפיעה כאמור על מערכות יחסיו של השבוי עם סביבתו הקרובה והרחוקה, לאחר שחרורו מהשבי. היא משקפת גם את השיבוש שנוצר ביכולתו של השבוי לקיים מערכות יחסים בינאישיות תקינות [8]. השבוי נע בין קרבה עזה לבין התכנסות נפחדת לתוך עצמו. לכן כל קשר בינאישי עשוי להיחווה כשאלה של חיים ומוות. לכן יכול להיות ביטוי בהיאחזות באדם הנתפס "כמושע", עד כדי גילוי של נאמנות ומסירות ללא גבול כלפיו, אך באותה מידה הוא עשוי להתנתק מאותו אדם ולשנות את יחסו אליו ולו רק בגין משגה של מה בכך או אכזבה קלה. כל זאת, כיוון שייצוגיו הפנימיים של השבוי ביחס לזולת אינם בטוחים כפי שהיו. התבטאויות אלה ואחרות מעידות כי המבנים הפסיכולוגיים הבסיסיים – דימוי הגוף, הדימויים המופנמים של אחרים והערכים והאידיאלים המקנים לאדם תחושת לכידות ומטרה – נופצו [2, 15]. לפיכך, השבוי עלול לסבול מדיכאון מתמיד, הידוע כתסמין השכיח ביותר בקרב נפגעי פוסט-טראומה כרונית [1, 12-14], והוא עשוי להתפתח במקרים קיצוניים למחשבות אובדניות ואף לניסיונות

הכנסת ממד חדש לשגרת יומו של השבוי, השומר ומשמר את תחושת השליטה הפנימית. התנגדות פעילה זו דומה למדי במאפייניה החלטה לשובות רעב, והיא משקפת ביטוי מתריס כנגד השוברים, אל מול תנאי השבי וכנגד סכנת המוות המתמדת.

אסטרטגיות התמודדות הימנעותיות (avoidance-based coping) נמצאו יעילות אף הן כדי לשרוד את השבי, בהיבטים של בריאות פיזית. כך עולה ממחקר שבדק 69 פדויי שבי ממלחמת וייטנאם 30 שנים לאחר שחרורם [21].

מנגנון הדיסוציאציה [19] פעיל גם הוא בתקופה זו של השהייה בשבי. תחילה הוא מתבטא בהגבלת המחשבות על העתיד ובדיכויין – ואלה מצטמצמות לשעות או לימים. אלא שלעתים גם העבר נמחק על רקע תחושת הגעגוע שזיכרונות העבר מעוררים, וכך מאבדים השבויים את תחושת הרציפות של עברם ושוקעים למעשה בחיי הווה שאין להם סוף [1].

אשר להתמודדות קבוצה עם השהייה הממושכת בשבי, ההבנה והתחושה של היחיד שהוא חלק מקבוצה המתמודדת עם מצב דומה ובתנאים דומים של שליטה, כפייה, אלימות ותלות – יש בהן משום נחמה וחיזוק תחושת התקווה [3, 20]. עובדה זו תואמת את ההבנות הקליניות והמחקריות הקיימות בדבר ההשפעה המנחמת והחיובית של "קבוצת השווים", הנובעת מהתחושה שהיחיד לא נאבק לבדו במצוקה פסיכולוגית קיצונית כגון טראומה, ולכן נודעות השפעות על תחושת ההתמודדות עם הבדידות וליכולת להתחבר למקורות של חוסן והערכה עצמית [22].

החיבור לקבוצה – כפי שאירע בנפילה בשבי הסורי [3] וכן בנפילה בשבי המצרי במלחמת ההתשה [4] – אפשר תחושת פורקן ורווחה בקרב השבויים וחיידש בקרבם את התקווה כי אפשר לשרוד את השבי בהצלחה, חרף התנאים הקשים, בין השאר בזכות הגאווה הלאומית שהניבה תחושת ההשתייכות הקבוצתית, העמידה קבוצה המייצגת את מדינת ישראל ואת ערכיה אל מול אויב משותף. זאת ועוד, נוצר תהליך של התגבשות לידי קבוצה בעלת היררכיה מובנית וברורה, אורח חיים מגובש, דפוסי התנהגות דומים, ערכים משותפים, תמיכה הדדית ועמידה משותפת אל מול מטרה משותפת, שהיא ההישרדות, עד כדי היווצרות תחושה של עליונות ביחס לשוברים – הן הסורים והן המצרים. הגיבוש שהתאפשר לכדי אורח חיים משותף כלל אסיפה שבועית לצורך קבלת החלטות, קבלת שבת ושיחות ליל שבת על רקע פרשת השבוע, תורנויות של ניקיון ובישול, חלוקת תפקידים בין חברי הקבוצה: דובר, מתורגמן, מנהיג משימתי ומנהיג אקספרסיבי (זה השם דגש על ההתייחסות הרגשית לכל שבו ושבו) ובניית מערך לימודים, משחקים, עיסוק ספורטיבי ותחביבים אישיים. כל אלו יצרו בקרב השבויים תחושה שהשהות בשבי משמשת לצמיחה אישית. התרחש גם תהליך תמיכה רגשית באמצעות שיחות אישיות של עמיתים, ששימש למילוי צרכים פסיכולוגיים חשובים הן עבור יחידים והן עבור הקבוצה קבוצה. בשיחות עלו מבחר סוגיות, לרבות משאלות, געגועים, תיאור בני המשפחה ותחביבים אישיים, עיבוד ההשפלה שכל אחד ואחד חווה, תיאור החרדות והפחדים, שיחות על המכתבים שהגיעו, ובעיקר – נושא התכנון העתידי של כל אחד מהשבויים לאחר שחרורו מהשבי.

ואולם השהייה בשבי קבוצה לא היתה חפה ממתחים סביב אורח החיים בשבי, מאבקים על מנהיגות, אופן קבלת ההחלטות ואופיין אל מול השוברים, ביקורת על ההתנהלות, מאבקים בין תתי-קבוצות, חילוקי דעות על רקע פוליטי וויכוחים על תפיסות לגבי המצב בישראל. עם זאת, לא היה בכך כדי לפגוע במרקם הקבוצתי בכללותו ובמטרה הקבוצתית המשותפת [3, 4].

היבט אחר הנוגע להשפעה השלילית של השהייה הארוכה בשבי על מערכת היחסים הזוגית מתבטא בהתפתחות "דחק טראומתי משני" (Secondary Traumatic Stress - STS) בקרב נשות פדויי השבי. מדובר בתהליך ארוך טווח שהשפעתו המצטברת היא פיתוח מבחר תסמינים פוסט-טראומטיים משניים בקרב בנות הזוג של פדויי השבי. מחקר שהשווה 85 פדויי שבי ממלחמת יום הכיפורים ובנות זוגם ל-72 נבדקים באותו גיל שלחמו אף הם במלחמת יום הכיפורים ובאותן יחידות ולא נפלו בשבי ובנות זוגם, העלה כי הסיכון להתפתחות תסמינים פוסט-טראומטיים משניים בקרב הנשים נע בשיעורים שבין 21% ל-50% [24, 25].

גם ביחס ליכולת ההיקשרות (attachment), שמשמעותה קרבה בינאישית של ממש על בסיס דמויות היקשרות מופנמות, המהווה צורך אנושי בסיסי והישרדותי [27], נגרם נזק לשבוי. במחקר בפדויי שבי ישראלים ממלחמת יום הכיפורים נמצא כי הם אופיינו בדפוסי היקשרות לא בטוחים (חרדתיים והימנעותיים) במדידה הראשונה, כ-18 שנים לאחר השחרור, בהשוואה לקבוצת הלוחמים שלא נפלה בשבי. כמו-כן נמצא במחקר זה, שבקרב הפדויים חלה עלייה בעוצמת דפוסי ההיקשרות הלא-בטוחים בנקודות המדידה

אדם ששרד את השבי מתוך בחירה בהתמודדות פעילה יביא לידי ביטוי את בחירתו זו גם לאחר השחרור מהשבי, וטובים סיכוייו לחיות חיים של ערך ומשמעות

השנייה (30 שנה לאחר השחרור מהשבי) והשלישית (35 שנים לאחר השחרור), בעוד שבקבוצה השנייה חלה ירידה בעוצמת דפוסי ההיקשרות הלא-בטוחים בשתי נקודות מדידה אלה [28].

כל ההשפעות שתוארו לעיל מביאות לידי מצוקה הולכת וגוברת בחלוף השנים, ובייחוד כשהפדוי מגיע למחצית השנייה של חייו, שכן אז האובדנים הפסיכולוגיים והפיזיים בולטים וניכרים [13]. עובדה זו מהווה בהרבה מקרים זרז לפנייה לטיפול פסיכולוגי, שבמהלכו הדגש הוא על עיבוד חוויות הנפילה והשהייה בשבי במטרה להטמיען בזהותו החדשה והשונה בתכלית מזהותו הקודמת של השבוי, לאחר שחרורו [29].

לצד הטענה בדבר השפעה מזיקה ובלתי הפיכה על שבויים ששהו זמן רב בשבי, יש עדויות מחקריות וקליניות על תהליכים חיוביים שחוו השבויים, שלעתים עומדים בניגוד מוחלט למתואר לעיל. כך לדוגמה, ליבלד [4] טוענת שהשהייה הארוכה בשבי אפשרה לכמה מהשבויים שראיינה להחלים, הן גופנית והן נפשית, מהטראומה שהתחוללה סביב נסיבות הנפילה בשבי, וזאת בהשוואה לפדויים ממלחמת יום הכיפורים שנפלו בשבי והושבו כעבור שבועות אחדים. אלה נשאו עמם לאורך שנים רבות את תחושת האשמה וההשפלה על אופן הנפילה בשבי ונסיבותיה, עד כדי גגיעה של ממש בכל מישורי תפקודם.

גם ההנחה בדבר קשר בין נפילה בשבי ובין התפתחות תפיסה שלילית ביחס לעולם [15] נמצאה לא-מובהקת. יתרה מכך, בהקשר זה נמצא כי חלו אף תהליכים חיוביים שהתבטאו בהתגברות תחושת האופטימיות, בהתגברות הערכה העצמית, בשיפור בטיב היחסים הבינאישיים, בהעמקת התובנה ובהעצמה של תחושת היכולת האישית [2].

ממצאים אלה חוברים להבנות שניסחו תאדשי, פארק וקלהון [30] בדבר תהליכים המביאים עמם צמיחה פוסט-טראומטית (Post Traumatic Growth, PTG), ולפיהן אירוע טראומתי עשוי דווקא לחולל שינויים חיוביים בתפיסת העצמי, בתפיסת העולם ובמערכות היחסים עם אחרים, דבר שהוכח במחקרים רבים בקרב נפגעי טראומה ממבחר אירועים [31, 32].

התאבדות. מחשבות וניסיונות אלו – שהיוו לעתים אסטרטגיה של שליטה שהשבוי פיתח במהלך השבי – אובחנו בשיעורים גבוהים באוכלוסיית נפגעי הפוסט-טראומה הכרונית בכלל ובקרב שבויי מלחמה בפרט [1, 23].

מלבד דיכאון, מצאו סולומון וגינבורג [14] שפדויי שבי ממלחמת יום הכיפורים סבלו מרמה גבוהה של חרדה – ב-50% יותר מהלוחמים באותה מלחמה שלא נפלו בשבי, במדידה בנקודת הזמן הראשונה (1991), כ-18 שנים לאחר השחרור מהשבי. כמו-כן נמצא שרמת החרדה בקרב פדויי השבי התגברה בחלוף השנים, זאת בהתבסס על מדידות בשתי נקודות זמן נוספות – ב-2003 וב-2008. לעומתם, בקרב הלוחמים שלא נפלו בשבי, עוצמת החרדה שנמדדה בנקודת הזמן השנייה (2003) היתה נמוכה במעט מהעוצמה שנמדדה באותה קבוצה בנקודת הזמן הראשונה (1991), אך היא עלתה באורח ניכר בנקודת הזמן השלישית (2008). עם זאת, בנקודת הזמן השלישית נמדדה בקרב הלוחמים שלא נפלו בשבי רמת חרדה נמוכה בשיעורים של עד כ-75% לעומת פדויי השבי.

מעבר להפרעות פסיכיאטריות נלוות, בחנו החוקרות את השפעת השהייה הממושכת בשבי על מצבם הפיזיולוגי של השבויים. בהקשר זה נמצא כי פדויי שבי ממלחמת יום הכיפורים סבלו מאלרגיות, מסוכרות, מיתר לחץ דם וממחלות עור בשיעורים גבוהים ביותר, שנעו בין 8% ל-9%, לעומת לוחמים שלא נפלו בשבי. זאת ועוד, פדויי השבי לקו במחלות כלי דם וממאיריות בשיעורים הגבוהים פי 2.5, ובשיעור גבוה יותר של שבץ מוחי, אך פחות מבעיות לב.

גם ביחס לתסמין המטאבולי (Metabolic Syndrome - MbS), נמצא כי שכיחותו בפדויי שבי שחזרו מווייטנאם (N=351) וסבלו מתסמינים של PTSD [24] זהה לשכיחותו בקרב אלו שלא סבלו מ-PTSD, וכן זהה לשכיחותו בקבוצת הביקורת של לוחמים מווייטנאם שלא סבלו מ-PTSD. במחקר זה, שהתבסס על נתונים שנאספו במסגרת מעקבים רפואיים ופסיכולוגיים במרכז Robert E. Mitchell Center for Prisoner of War Studies בפלורידה, נמצא עוד כי החמרה בתסמיני PTSD לא הגבירה את הסיכון ל-MbS, ואף לא נמצאה תמיכה להיארעות גבוהה יותר של MbS בקרב הסובלים מ-PTSD.

יחסי הכפייה והשליטה המתקבעים בהכרתו של השבוי בעקבות שהותו הממושכת בשבי עלולים לתת את אותותיהם לאחר השחרור בחרדה משתקת סביב כל ניסיון להתנסות, לחוות או להסתכן.

יחסים אלו גורמים נזק בלתי הפיך בכל הקשור לניסיון ליזום וליצור, שכן בחיים של חירות היוזמה מתרחשת על בסיס ניסיון וטעייה, ואילו בשבי שוררת תחושה מתמדת שלכל טעות עלולה להיות משמעות פטאלית, הרת גורל, ביחס למצבו הקיומי של השבוי. כך, נושא עמו השבוי את התחושה ששוביו ושומריו עדיין נוכחים תמיד, גם בשנים שלאחר שחרורו, והפחד לטעות ממשיך לרודפו גם בחיים שאחרי השבי. השבוי חי בצל מערכת היחסים בכפייה עם שוביו, ועל כן נוטה להימנע מכל פעולה של יוזמה ויצירה [1].

לשהייה הממושכת בשבי עלולה להיות השפעה גם על היכולת לרקום קשרים זוגיים, זאת לנוכח תחושה פנימית עמוקה שהקשר היחיד שיכול להתקיים הוא עם השובים. מדובר בהתקשרות טראומטית הנתפסת בעיני השבוי כ"יחידת ההישרדות הבסיסית" [1], והיא נובעת מקשר עמוק ובלתי מודע לשבוי. ביטוי אחר למצוקה הרגשית במישור הזוגי הוא הקושי להמשיך ולשמר את איכות מערכת היחסים על רקע הראייה והתפיסה של כל מערכת דרך פריזמת מערכות היחסים הקיצוניות ששררו בשבי עם השובים, מה גם שתחושת הניתוק הרגשי שמכתיבה ההפרעה הדיסוציאטיבית משבשת אף היא את היכולת לשמר מערכת יחסים זוגית איכותית.

הסביבה החיצונית – יביא לידי ביטוי את בחירתו זו גם לאחר השחרור מהשבי. הוא יחיה חיים של ערך ומשמעות המיטיבים גם עם בריאותו הפיזית. ובהקשר זה, לא בכדי נמצאה התקווה כגורם מכריע ביכולתו של האדם להתמודד עם מצבים קשים, לשרוד אותם ולצמוח מהם לחיים בעלי ערך ויצירתיות [18].

נוסף על כך, ההשפעה המורכבת והשונה על השבוי מייצגת את השאלה ביחס להפרעת הדחק הפוסט-טראומטית הכרונית בכללותה: מדוע אנשים מסוימים יסבלו מתסמינים פוסט-טראומטיים מלאים על פי ה-DSM-IV-TR [9] לעומת אחרים שחוו אף הם חוויות קשות באותה מידה ויסבלו ממעט תסמינים בלבד או אפילו כלל לא? שאלה זו מהווה מקור למחקרים קליניים ואמפיריים ולפולמוסים אקדמיים למן ראשית המאה העשרים ועד ימינו [6]. עד כה הוצעו לשאלה זו שתי תשובות מנוגדות, שנוסחו בשתי תקופות: לפי האחת, אנשים המפתחים הפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית סובלים מרגישות יתר חבויה, ייתכן אף מלידה, והיא נחשפת ומתגלית בתנאי לחץ, כלומר הפרעת הדחק הפוסט-טראומטית נובעת מהפרעה נפשית סמויה שהביאה את הפרעת הדחק הפוסט-טראומטית הכרונית לידי התפרצות. לפי התשובה האחרת, ההפרעה היא תגובה תקינה, נורמלית, למציאות חריגה. לפי השקפה זו, הלוקים בהפרעה הם בני אדם נורמליים לחלוטין, שנפגעו עקב חשיפתם למצבים שבן אנוש אינו אמור לעמוד בהם. המחלוקת בין שתי הגישות עדיין שרירה וקיימת, ורבים מצדדים בשביל הזהב שביניהן [34].

בהקשרים שהם מתחומי עיסוקו של המאמר, אם השבויים אכן מפתחים הפרעת דחק פוסט-טראומטית – כרונית או טראומה מורכבת – ואם לאו, רובם ככולם החמיצו שנים רבות וחשובות שנועדו להתפתחות אישית, משפחתית, אינטלקטואלית, חברתית ומקצועית: יצירת קשר משפחתי, הרחבת המשפחה וההשכלה, יציאה ללימודים או התקדמות מקצועית [4]. פדוי השבי האחרון של מדינת ישראל, רס"ל גלעד שליט, החמיץ אף הוא שנים רבות וחשובות, ולכן לתהליך שיקומו, המלווה באינטנסיביות בידי חיל הרפואה, יש חשיבות רבה בהפחתת הנוזקים בהיבט זה. ●

מחבר מכתוב: סא"ל ד"ר אופיר לוי

כתובת: נופך 20, מודיעין

טלפון: 057-8154759

פקס: 03-7377657

דוא"ל: ofirsiona@gmail.com

גם בקרב פדויי שבי נמצאו עדויות לצמיחה פוסט-טראומטית. ממחקר אורך בקרב פדויי שבי ממלחמת יום הכיפורים, שבדק את התסמינים הפוסט-טראומטיים הכרוניים לעומת תהליכים של צמיחה פוסט-טראומטית, וזאת בשתי נקודות זמן: 2003 ו-2008 [33], עולה כי השבויים שסבלו מתסמינים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית דיווחו על רמות גבוהות יותר של PTG בשתי נקודות המדידה, זאת לעומת אלה שלא סבלו מתסמינים פוסט-טראומטיים כרוניים. כמו-כן נמצא במחקר שה-PTG מקל ומתחזק את התסמינים הפוסט-טראומטיים עד כדי יצירת תחושה שהשבוי לא רק הצליח לשרוד את השהייה הארוכה בשבי בלי להתפרק, אלא אף עלה בידו לצמוח ממנה במובנים של גילוי העוצמות הגלומות בו והסתכלות על החיים כעל הזדמנות מחודשת.

סיכום

השפעות הנפילה בשבי הן מורכבות מאוד. עם זאת, לצד נזקים פסיכולוגיים וגופניים עמוקים וניכרים המתבטאים בהפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית ומורכבת וכן בהפרעות פסיכיאטריות נלוות ובמחלות סומאטיות, כגון אלרגיות, סוכרת, מחלות עור, מחלות כלי הדם, יתר לחץ דם, שבץ מוחי וממאירות, יש גם עדויות להשפעות אישיות חיוביות המשתקפות כפי שצוין בתהליך צמיחה פוסט-טראומטית.

שונות זו ניתנת להסבר, כפי שציינה ליבליך [4], בבחירה שעומדת בפני האדם הנקלע למצבי קיצון "האם להתיימש או לקוות...", האם ליצור חיים בעלי משמעות יש-מאין או לוותר על המאבק, להשתגע, להתאבד או לרצוח?" (עמ' 12). זו בחירה קיומית המתעצבת ומתהווה לאורך כל תהליך הנפילה בשבי והשהות בו, והיא לובשת ופושטת צורה תדיר. בחירה זו קשורה למשתנים הסביבתיים החובקים את השבוי, אך מבטאת בסופו של דבר בחירה פנימית ואישית – בין ייאוש לתקווה – המשקפת את תהליכי התפתחותו של הפרט ומטענו האישיותי. אדם שחווה תהליך התפתחותי המבוסס על סביבה מכילה, מאפשרת, מצמיחה ומעצימה, שעודדה פרידה מדמויות משמעותיות על בסיס תקווה מגובשת ומוצקה [18], יחוש שבכל זמן נתון, לרבות במצבי קיצון, בידו החירות לבחור – ולרוב יבחר בתקווה. בחירה שכזו מביאה עמה מימוש של הפוטנציאל האישי, מתוך שימוש במשאבים הגלומים גם במצבי קיצון, ויש בה כדי להעצים את תחושת ערך העצמי ואת היכולת להצליח. לכך נודעת השפעה ישירה על תהליך ההסתגלות והצמיחה שלאחר השחרור מהשבי. אדם ששרד את השבי מתוך בחירה בהתמודדות פעילה – הן אינטרה-פסיכית והן מול

ביבליוגרפיה

<p>1. הרמן ג'. טראומה והחלמה. תל-אביב: עם עובד, 1992.</p> <p>2. סולומון ז', לב-שלם ל', דקל ר'. הקשר בין חשיפה לאירוע טראומטי, פיתוח תסמונת פוסט-טראומטית והנחות עולם בקרב לוחמים שלחמו במלחמת יום הכיפורים. מגמות, 4, 690-706 (2007).</p> <p>3. אבנרי א'. דפוסי הסתגלות לשבי: תיאור וניתוח. עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך בפסיכולוגיה. האוניברסיטה</p>	<p>העברית בירושלים, המחלקה לפסיכולוגיה, 1982.</p> <p>4. ליבליך ע'. חוץ מציפורים. ירושלים ותל-אביב: הוצאת שוקן, 1990.</p> <p>5. American Psychiatric Association. <i>Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders</i>, DSM-III. Washington, DC: Author, 1980.</p> <p>6. Moore AB, Penk EW. PTSD in the military. In BA.</p>	<p>Moore, E. Penk (Eds.). <i>Treating PTSD in military personnel</i> (pp. 1-5). New York London: The Guildford Press, 2011.</p> <p>7. Solomon Z. <i>Combat stress reaction: The enduring toll of war</i>. New York: Plenum Press. 1993.</p> <p>8. Schottenbauer AM, Glass RC, Arnkoff BD, Gray HS. <i>Contributions of psychodynamic approaches</i></p>	<p>to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. <i>Psychiatric</i>, 71(1), 13-34, 2008.</p> <p>9. American Psychiatric Association. <i>Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders</i>, DSM-IV-TR. Washington, DC: Author, 2000.</p> <p>10. Friedman M. <i>Posttraumatic</i></p>
---	--	---	---

- stress disorders. Kansas City: Compact Clinical, 2000.
11. Deahl M., Srinivasan M., Jones N., Thomas J., Neblett C., Jolly A. Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 77-85, 2000.
 12. Bobic J., Pavicevic L., Gomzi M. Posttrauma stress disorder and color preference released prisoners of war. *Studia Psychologica*, 49(3), 223-232, 2007.
 13. בליך א', סולומון ז'. נכות נפשית: היבטים רפואיים, חברתיים ושיקומיים (עמ' 43-71). משרד הביטחון והוצאה לאור, 2002.
 14. Solomon Z., Ginzburg K. The psychological toll of exposure to political violence: the Israeli experience. In: P. Shaver & M. Mikulincer (Eds.), *Human aggression and violence: Causes, manifestations, and consequences. Herzliya series on personality and social psychology* (pp. 385-401). Washington, DC, US: American Psychological Association, 2011.
 15. Janoff-Bulman R. Assumption worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136, 1989.
 16. Sutker PB, Winstead DK, Galina ZH, Allain AN. Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 67-72, 1991.
 17. Bromberg PM. Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process Trauma and Dissociation. New-York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2001.
 18. לוי א', סווייה ר', ליכטנרטי ר'. הדיאלקטיקה של תופעת התקווה: תפיסות של נפגעי פוסט-טראומה. מגמות מח (1), 2011, 185-162.
 19. Ginzburg K., Butler DL, Saltzman K., Koopman C. Dissociation reactions in PTSD. In PE, Dell & JA., O'Neil. *Dissociation and the dissociative disorder* (pp. 457-469). New-York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2009.
 20. לוי א'. משמעות תופעת התקווה בקרב נפגעי תסמונת פוסט-טראומתית. עבודת דוקטור, אוניברסיטת תל-אביב, בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, 2006.
 21. Kaiser AP, Park CL, King LA, King DW et al. Long-term effects of coping with extreme stress: Longitudinal study of Vietnam-era repatriated prisoners of war. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 680-690, 2011.
 22. Mendelsohn M., Herman LJ, Schatzow E., Coco M., Kallivayalil D., Levitan J. The trauma recovery group. New York London: The Guilford Press, 2011
 23. Krynska K., Lester D. Posttraumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 14, 1-23, 2010.
 24. Linnville S., Hoyt ER., Moore LJ, Segovia F, Hain ER. Posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: Retrospective study of repatriated prisoners of war. *Military medicine*, 176, 369-374, 2011
 25. Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 317-327.
 26. Solomon Z., Dekel R., Zerach G., Horesh D. Differentiation of the self and posttraumatic symptomatology among ex POWs and their wives. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 1, 60-73, 2009.
 27. Bowlby J. *Attachment*. London: Tavistock, 1982.
 28. Mikulincer M., Ein-Dor T., Solomon Z., Shaver RP. Trajectories of Attachment Insecurities over a 17-Year Period: A Latent Growth Curve Analysis of the Impact of War Captivity and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(9), 960-984, 2011.
 29. לוי א'. תופעת התקווה כאמצעי לטיפול בתגובת דחק פוסט-טראומתית. שיחות, 3, 2008, 244-233
 30. Tedeschi RG., Park C., L., & Calhoun, L., G. *Posttraumatic Growth: Positive Changes in aftermath of Crises*. Mawah: Erlbaum, 1998.
 31. Bleich A., Gekkopf M., Solomon, Z. (2003). Exposure to Terrorism, Stress-Related Mental Health Symptoms, and Coping Behaviors Among a Nationally Representative Sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*, 290(6), 612-620, 2003.
 32. Ho S., Rajandram KR., Chan N., Samman N., McGrath C., Zwahlen AR. The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*, 47, 121-124, 2011.
 33. Dekel S., Ein-Dor T., Solomon Z. Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 94-101, 2012.
 34. יובל י'. אחרית דבר: מהרס להתחדשות. בתוך: פ' בארקר. התחדשות (עמ' 231-352). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד, 2001.