

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
הפקולטה למדעי הרוח והחברה
המחלקה לעבודה סוציאלית

למות כדי לחיות

משמעות ה"כאב הנפשי" בסיפורי החיים של נשים ששרדו ניסיון התאבדות

חיבור זה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח והחברה" (M.A)

מאת: נועה כפיר-לוי
בהנחיית: ד"ר דורית סגל-אנגלצ'ין

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
הפקולטה למדעי הרוח והחברה
המחלקה לעבודה סוציאלית

למות כדי לחיות

משמעות ה"כאב הנפשי" בסיפורי החיים של נשים ששרדו ניסיון התאבדות

חיבור זה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח והחברה" (M.A.)

מאת: נועה כפיר-לוין
מנחה: ד"ר דורית סגל-אנגלצ'ין

חתימת הסטודנט: _____
חתימת המנחה: _____
חתימת יו"ר הועדה המחלקתית: _____
תאריך: _____
תאריך: _____
תאריך: _____

תקציר

נתונים סטטיסטיים מלמדים כי שעור הניסיונות האובדניים בקרב הנשים בארץ ובעולם גבוה בהרבה מזה שבקרב הגברים. הספרות המחקרית מרמזת על הבדלי מגדר בנרטיב של הכאב הנפשי ועל ההשפעה האפשרית של הבדלים אלה על ההחלטה של נשים לבחור בפעולה אובדנית. ואולם, למיטב ידיעתנו, לא נערכו עד כה מחקרים שבדקו את משמעות ה"כאב הנפשי" תוך ניסיון לקשר בין משמעות זו ובין נסיבות והיסטוריית החיים, כפי שבאים לידי ביטוי בסיפורי החיים של נשים ששרדו ניסיון התאבדות. לפיכך, המחקר הנוכחי בקש לבחון את משמעות הכאב הנפשי בסיפורי החיים של נשים ששרדו ניסיון אובדני.

במחקר זה, בשונה ממרבית המחקרים שנעשו בתחום, נעשה שימוש בשיטת מחקר איכותנית נרטיבית, המאפשרת לפתח הבנה מעמיקה של תופעות מנקודת מבטם הסובייקטיבית של המתנסים בהן. הבחירה בשיטה זו נבעה מההנחה כי חשיפה לנרטיב של הפעולה האובדנית ולסיפור החיים של הנשים עשויה לשפוך אור נוסף על חווית הכאב הנפשי ועל הדינאמיקה הנפשית המובילה לאובדנות.

המחקר מבוסס על ארבעה ראיונות לא מובנים ושלוש אוטוביוגרפיות כתובות של נשים ששרדו ניסיון אובדני. ראיונות המחקר והאוטוביוגרפיות נותחו באמצעות ניתוח תוכן המבוסס על הגישה של תיאוריה המעוגנת בנרטיבים. בגישה זו ה"לבנים" לבניית התיאוריה נלקחות מהשדה והתיאוריה נובעת מניתוח הנתונים עצמם, כשהמטרה היא להישאר קרוב ככל האפשר להבניה הייחודית של עולמם של המשתתפים.

מניתוח סיפורי החיים של שבע הנשים עולות חמש תמות מרכזיות. התמה המרכזית בסיפורי החיים של הנשים, "חלקים של כאב", מאירה תשעה מימדים שונים, הצובעים את חוויית הכאב הנפשי שלהן: קדרות, ייאוש, תפלות, ריקנות, כעס, דימוי עצמי שלילי, החמצה, חרדה וקיפאון נפשי. ארבע התמות הנוספות, נובעות מתוך הקטגוריות העיקריות שעלו בניתוח וניתן למקמן על פני רצף העוקב אחר התפתחות הכאב. התמה "היסטורית החיים" מתארת את התפתחות הכאב לאורך סיפור החיים, על פרקיו השונים. התמה המתארת את מערכות ה"יחסים" מתמקדת בהשפעה של מערכות היחסים, בחייהן של הנשים, על הקלה או החרפה של הכאב הנפשי. התמה העוסקת ב"מחלה" מאפשרת להבין כיצד הסימפטומים שנלוו להפרעות הפסיכיאטריות השונות, מהן סבלו הנשים, השפיעו על חווית הכאב. הקטגוריה האחרונה, "בין כאב ואובדנות", מהווה את החוליה המקשרת בין הכאב הנפשי והמעשה האובדני ממנו שרדו שבע הנשים.

לממצאי המחקר השלכות ברמה התיאורטית והיישומית. ברמה התיאורטית, המחקר תורם להעמקת ההבנה של חווית הכאב הנפשי בכך שהוא מתווסף לשורה של מחקרים שעסקו במרכיבים של חווית הכאב הנפשי ובקשר שבין כאב נפשי ואובדנות. בחינת חייהן של הנשים, מנקודת מבטן, פתחה צוהר להבנת המשמעות הייחודית שהן העניקו לכאב הנפשי, על מרכיביו השונים, לקשר בין משמעות זו וסיפור החיים הייחודי של כל אחת מהן, ולהיגיון הפנימי והרגשי שהוביל למעשה האובדני.

התמהיל הייחודי של תשעת מרכיבי הכאב הנפשי, כפי שנמצא במחקר, מחזק את הטענה כי כאב נפשי מהווה חוויה ייחודית ומובחנת. אף כי הנשים, שסיפור חייהן נכלל במחקר, סבלו מהפרעות פסיכיאטריות שונות, ובאו מרקע תרבותי שונה, ניתן היה להבחין בקווים מקבילים באופן בו הן תארו את הכאב הנפשי. מכאן שיתכן כי הכאב הנפשי חוצה את גבולות האבחנות הפסיכיאטריות והבדלי התרבות ומהווה בסיס לסבל, ללא קשר לסימפטומים נוספים האופייניים לאבחנה פסיכיאטרית זו או אחרת.

מהמחקר עולה החשיבות העצומה שבהקשבה לסיפור החיים ולנרטיב. הקשבה זו אפשרה לזהות מוטיב חוזר המרמז על המקור לכאב, מוטיב המופיע כבר בשלבים ראשונים של החיים, מלווה את הנשים לאורך חייהן ומשמש בסיס עליו נבנה, מאוחר יותר, הכאב הנפשי. יתכן ומוטיב זה אף מגביר את פגיעותן של הנשים לאירועי חיים מעוררי דחק ולקשיי חיים כרוניים בבגרותן ובכך מגביר את הסיכון לאובדנות.

מסקנה נוספת העולה מהמחקר היא כי כאב נפשי חריף עלול להוביל לכשל תפיסתי על פיו הכאב נתפס כישות נפרדת מהעצמי. תפיסה זו באה לידי ביטוי במחקר בפנטזיה של הנשים, לפיה ניתן, באמצעות המוות, להכחיד את הכאב ולהסיט את מסלול החיים לנתיב נוח וטוב יותר, מבלי לסיימם באופן מוחלט.

ממצאי המחקר הראו כי זמינותה של מערכת יחסים משמעותית ומכילה, הייתה קריטית ליכולתן של הנשים להתמודד עם הכאב הנפשי. דומה כי אמפטיה, תמיכה והכלה משמשות כגורמים הממתנים את עוצמת הכאב ומגנים מפני תוצאותיו ההרסניות. לעומתן ניכור, האשמה ובדידות עלולים להחריף את עוצמת הכאב, להופכו לבלתי נסבל ואף לזרז את הבחירה באובדנות.

ברמה היישומית, ממצאי המחקר מצביעים על החשיבות שיש לאופן בו נתפס ומובן הכאב הנפשי בקרב אנשי מקצוע, לאופן בו יכולים אנשי המקצוע לסייע לסובלים מכאב נפשי ולמשמעות הייחודית של הכאב והשלכותיו על נשים.

תוכן

7	.....	רקע למחקר
9	.....	סקירת ספרות
10	.....	כאב נפשי (Mental Pain)
15	.....	הקשר בין כאב נפשי ואובדנות
20	.....	הבנת הנרטיב של ניסיון ההתאבדות
22	.....	אובדנות וסיפור חיים
24	.....	שיטת המחקר
24	.....	פרדיגמת המחקר
25	.....	אוכלוסיית המחקר
26	.....	איסוף הנתונים
27	.....	ניתוח הנתונים
28	.....	שלב א'- הניתוח הראשוני
29	.....	שלב ב'- הניתוח הממפה
30	.....	שלב ג'- הניתוח הממוקד/ממוקד
30	.....	שלב ד'- ניתוח תיאורטי
31	.....	אמינות המחקר
32	.....	סוגיות אתיות
32	.....	ממצאים ודין
33	.....	חלקים של כאב
33	.....	1. קדרות
33	.....	2. ייאוש
35	.....	3. תפלות
36	.....	4. ריקנות
37	.....	5. כעס
38	.....	6. דימוי עצמי שלילי
39	.....	7. החמצה
40	.....	8. חרדה
40	.....	9. קיפאון נפשי
45	.....	היסטוריית חיים
45	.....	התחלה של כאב- ילדות
52	.....	רגעים של כאב חריף
54	.....	קשיי חיים מתמשכים
57	.....	יחסים
57	.....	אהבה כמרגיעה כאב
59	.....	לבד עם הכאב
63	.....	מחלה
67	.....	בין כאב ואובדנות
67	.....	עיסוק כפייתי במוות
69	.....	למות כדי לחיות
71	.....	ניתוק

73	ניסיון אובדני
74	מחשבות אחרי ניסיון
76	סיכום ומסקנות
78	השלכות
79	מגבלות המחקר
80	התייחסות רפלקסיבית
81	ביבליוגרפיה
93	נספח מספר 1
94	תרשים מספר 1

רקע למחקר

המחקר הנוכחי מבקש לבחון את משמעות ה"כאב הנפשי" בסיפורי החיים של נשים ששרדו ניסיון התאבדות. תופעת האובדנות נחקרה רבות על ידי חוקרים בכל העולם במטרה לאתר גורמי סיכון ולבנות תכניות התערבות ומניעה לקבוצות אוכלוסייה שונות, זאת בשל העלייה ההדרגתית והיציבה בשיעור ניסיונות ההתאבדות בשנים האחרונות (אתר משרד הבריאות, 2010).

מרבית המחקר עוסק בבחינת קשרים בין גורמים מסוימים, לדוגמא, שימוש בהרואין (למשל, Miller, 2006), חוויות ילדות קשות כגון התעללות נפשית, פיזית או מינית (למשל, Dube et al., 2001), תכונות אישיות מסוימות (למשל, Turecki, 2005; Ueda et al., 2007), או אבחנות פסיכיאטריות כהפרעה אפקטיבית (למשל, Fawcett et al., 1990) הפרעה דו קוטבית (למשל, Valtonen et al., 2006) או סכיזופרניה (למשל, Shinsuke et al., 2002) ובין נטייה אובדנית, כאשר שיטת המחקר היא לרוב כמותנית.

גאבין ורוג'רס (Gavin & Rogers, 2006) טוענים כי לא מספיק להתייחס לנסיבות חייו של אדם או לתכונה מסוימת במטרה להבין את הפעולה האובדנית, וכי יש צורך להבין את הפרשנות הייחודית של האדם להיסטוריית החיים שלו כמו גם לתקוות לעתיד, להתנהגות ולניסיון. לתפיסתם, אבחנה פסיכיאטרית, כשלעצמה, אינה יכולה להוות סיבה בלעדית לאובדנות ויש להתייחס לגורמים נוספים הקשורים לתפיסה של האדם את האבחנה ואת השלכותיה על חייו: למשל, תפיסת ההדרה הנובעת מהתווית הפסיכיאטרית, הפסימיות המתלווה לאבחנה או היציאה ממעגל העבודה. הבנת הסיבות המובילות לפעולות שבוחרים בני אדם והעיתוי בו נעשות הפעולות, מרכזית להבנת ההנצחה של דפוסי התנהגות במצבי בריאות וחולי, לרבות חולי נפשי (Pilgrim & Rogers, 1998 מתוך Gavin & Rogers, 2006).

אף על פי שהחוקרים השונים מכירים בחשיבות שיש לחוויה הסובייקטיבית בבחירת המעשה האובדני, מעט מחקרים איכותניים פורסמו בתחום זה ואלה עוסקים לרוב באוכלוסיות מסוימות, בהן אחוזי אובדנות גבוהים, כגון נוער בסיכון או קבוצות מיעוט תרבותי או אתני (למשל, Orbach et al., 2007; Noh, 2007; Kidd & Kral, 2002).

נתונים סטטיסטיים מלמדים כי שיעור הניסיונות האובדניים בקרב הנשים בארץ ובעולם גבוה בהרבה מזה שבקרב הגברים. על פי נתוני המוסד למניעת התאבדות בארה"ב (American Foundation for Suicide Prevention-AFSP), למשל, 34,598 מקרי התאבדות נרשמו בשנת

2007 ברחבי ארה"ב, כאשר ההערכה היא כי על כל מקרה התאבדות יש בין 8 ל- 25 ניסיונות התאבדות. עוד עולה מהנתונים כי מספר הניסיונות האובדניים בקרב נשים גבוה פי שלוש ממספרם בקרב גברים (AFSP, 2011). מגמה דומה מסתמנת גם בארץ. על פי הנתונים של משרד הבריאות, בשנת 2008 נרשמו בישראל 4510 ביקורים בחדר מיון עקב ניסיון התאבדות, מתוכם 1810 של גברים ו- 2700 של נשים (משרד הבריאות, 2010).

נתונים אלו הובילו חוקרים שונים לנסות להסביר מדוע נשים, יותר מגברים, מנסות להתאבד. ואולם, למיטב ידיעתי, אף אחד מהמחקרים לא עסק באופן ישיר בנרטיב של הכאב הנפשי בקרב נשים אשר אינן משתייכות לקבוצות סיכון מיוחדות ו/או לקבוצות בעלות הפרעות פסיכיאטריות ספציפיות. יחד עם זאת, ניתן למצוא בספרות המחקרית רמזים להבדלי מגדר בנרטיב של הכאב הנפשי, למשמעות ייחודית המאפיינת את הכאב הנפשי אצל נשים ולהשפעה אפשרית של הבדלים אלה על ההחלטה של נשים לבחור בפעולה אובדנית. לדוגמא, החוקרים בולגר, דה-לונגיס, קסלר וסצילינג (Bolger, De-Longis, Kessler & Schilling, 1989) בקשו לבדוק כיצד משפיעים לחצים יום-יומיים על הבריאות הנפשית בקרב אוכלוסיה רגילה בקהילה. במחקר נמצא כי אינטראקציות חברתיות שליליות משפיעות בצורה קשה יותר על נשים לעומת גברים. החוקרים טוענים כי קונפליקטים בין אישיים מהווים גורמי לחץ משמעותיים הפוגעים ברווחתן הנפשית של נשים ומובילים למצוקה. במחקר אחר בקשה וונדריי (Wandrei, 1985) לבחון את ההבדלים בין נשים המנסות להתאבד לעומת אלו שבסופו של דבר מצליחות לעשות זאת. תוצאות המחקר הראו כי נשים הנתונות במתח נפשי, חשופות במקביל גם להשפעה של גורמים כמו מגבלות התפקיד החברתי והמגדרי שלהן והיחס החברתי השלילי המופנה כלפי נשים המפרות את הכללים של תפקידים אלה. החוקרת טוענת כי ניסיונות ההתאבדות של נשים הם חלק ממאמץ לפתור בעיה או קושי וכי הם אינם בהכרח משקפים שאיפה למות.

קפלן וקליין (Kaplan & Klein, 1989) מתוך (Johns & Holden, 1997) עמדו גם הם על ההבדל בגורמים לאובדנות אצל נשים לעומת גברים והם טוענים כי בעוד פגיעה בגאווה או בכשירות תוביל לאובדנות אצל גברים, אצל נשים הפרה חמורה של תחושת היכולת ליצור תקשורת תוביל לאובדנות. מריס (Maris, 1981) מתוך (Michel & Valach, 1997) בדק את הקשר שבין כישלון בהשגת מטרות חיים מרכזיות ובין אובדנות. ממצאי מחקרו מלמדים כי כישלון בהשגת מטרות חיים הקשורות בעבודה ובהישגים מהווה גורם מנבא לאובדנות אצל גברים,

בעוד אצל נשים כישלון בהשגת מטרות הקשורות לנישואים וליחסים בינאישיים מהווה גורם מנבא לאובדנות.

פרוקי (Farooqi, 2004) מצאה במחקרה כי נשים בחברות מסורתיות הסובלות מדיכאון או חרדה סובלות במקביל מיחס חברתי שלילי. המשפחה, החברה ואפילו אנשי מקצוע מאשימים נשים אלה בכך שהן אינן חזקות מספיק, והן עצמן מרגישות שכשלו בתפקידן כנשים וכאמהות. החברה מצפה מהן להתמודד עם מחלתן לבד, בין כתלי ביתן. כאשר הן אינן מקבלות טיפול ומחלתן אינה זוכה להתייחסות מתאימה, נוספות גם תחושת אשמה, בושא ושנאה עצמית. תחושות אלה, כאשר הן מתווספות לדיכאון, חרדה ולמחסור בתמיכה חברתית או מקצועית, דוחפות נשים אלה להתאבד, כמוצא יחיד ממצב בלתי נסבל, כאשר חוסר אונים וחוסר תקווה נמצאו כמרכזיים בבחירתן בהתאבדות. מחקרים נוספים (למשל Cantor, 1976; Hicks & Bhugra, 2003; Jarvis et al., 1976; Reece, 2005) מצאו כי ניסיונות ההתאבדות של נשים נובעים מתחושה של חוסר אונים נוכח מצב בלתי נסבל. מחקרים אלו אף מצביעים על כך שהפעולה האובדנית מהווה בעבורן אמצעי תקשורת עם הסביבה, במצבי מצוקה קשה.

מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את משמעות הכאב הנפשי בסיפור החיים של נשים ששרדו ניסיון אובדני. בחינת חייהן מנקודת מבטן עשויה לפתוח צוהר להבנת המשמעות הייחודית שהן מעניקות לכאב הנפשי, הקשר בין משמעות זו וסיפור החיים, וההיגיון הפנימי והרגשי שהוביל למעשה האובדני. הנחת המוצא של המחקר היא כי נשים אלה יכולות, בצורה הטובה ביותר, להסביר את התחושות הפנימיות המרכיבות את הכאב העצום שחשו ואת ההיגיון הפנימי שהוביל למעשה האובדני, כיוון שהן "היו שם" הלכה למעשה.

סקירת ספרות

הפרק הראשון של סקירת הספרות מציג תיאוריות ומודלים שונים, שפותחו במהלך השנים, במטרה להסביר את מהות הכאב הנפשי למרכיביו. הפרק השני סוקר את הספרות המחקרית העוסקת בקשר שבין כאב נפשי ואובדנות. בפרקים השלישי והרביעי נדונה חשיבות הנרטיב של הפעולה האובדנית וסיפור החיים של האדם, להבנת הדרמה המנטאלית הכרוכה בכאב נפשי והקשרה למעשה האובדני.

כאב נפשי (Mental Pain)

"כאב נפשי" הוא מונח שגור בשיח הפסיכיאטרי ונתפס כנמצא בליבה של הפסיכופתולוגיה (Jobs, 2000; Orbach, Mikulincer, Gilboa- Schechtman & Sirota, 2003a) תיאורטיקנים וחוקרים שונים בקשו לפרש את המונח, להבין את המימדים המרכיבים אותו, לפתח כלים לאבחון ולמדידת עוצמתו, ולעמוד על הקשר שבין כאב נפשי ואובדנות.

כאב נפשי הופיע כמושג כבר בכתביו של פרויד. על פי התיאוריות הפסיכודינמיות כאב נפשי מוגדר כאבל (mourning) כתוצאה מאובדן טראומטי של דמות משמעותית ואהובה (Freud, 1917 מתוך DeLisle & Holden, 2009). פרויד קשר מושג זה למושג נוסף, חוסר אונים (helplessness), וטען כי מדובר בכאב בראשיתי המצוי בחוסר האונים של התינוק האנושי. בנקודה זו, על פי פרויד, נודעת חשיבות רבה לסביבה וליחסים שבין התינוק והאם, שכן כאב זה דוחף את התינוק לעבר הסביבה ולקראת יחסים עימה. פרויד אף טען כי בבגרות הכאב הוא תוצאה של קרע במנגנוני ההגנה (Fleming, 2008).

ביון (Bion, 1970 מתוך Fleming, 2008), פיתח את ההגדרות של פרויד בנושא זה וטען כי תסכול חריף וכאב נפשי, אחד הם. הוא סבר כי הכאב מאופיין בחוסר סיפוק של תשוקות הנחוה כ"שום דבר" או ריקנות (no-thing). חוויה זו מתחלפת, כאשר נותרת לאורך זמן, ב"חוסר רגש" (no-emotion). המקום בו היתה אותה תחושה, כמו מושמד ונוצר מבנה של "לא-קיים" (non-existent). כך קורה שאנשים מתארים מצב בו הם חווים משהו כואב מאוד אך חסר שם, חסר רגש מוגדר וחסר תחושה של קשר לגוף.

פלמינג (Fleming, 2006), בהתבסס על פרויד, ביון ופסיכואנליטיקאים נוספים, הציעה הגדרה על פיה כאב נפשי נמצא על הגבול שבין הגוף והנפש והוא תערובת של תחושות בלתי מוגדרות של געגוע, חוסר אונים ומצוקה, להם האדם לא מוצא מילים או ייצוגים. עוד היא מוסיפה כי הכאב הנפשי הוא חוויה בלתי נסבלת ובלתי ניתנת להכלה, אשר המנגנון הנפשי לא מצליח ליצור לה הסמלה. בהקשר זה היא מציינת כי המנגנון הנפשי שואף לשלב כל ניסיון במבנה מאורגן ומוכר, כאשר בתחילה נוצר ייצוג של הניסיון ולאחר מכן נוצרים הסמלה (symbolization) והפשטה (abstraction). לתפיסתה, כאב נפשי קשור לחוויה טראומטית שהופנמה כך שלא התאפשרה התפתחות מנטאלית המובילה ליצירת מבנים מורכבים כהסמלה והפשטה. כישלון הטרנספורמציה יכול לנבוע ממצבים אינטראפסיכיים. לדוגמה, כאשר הגירוי חזק או כאשר מספר הגירויים רב, כך שהמנגנון הנפשי מוצף ולכן משותק. היא מדמה זאת לסרט צילום אשר בו מופיעים אובייקטים אך לא ניתן לראות אותם עד שלא

מפתחים את סרט הצילום. כך גם בכאב נפשי, הגירוי מגיע למוח אך המוח לא מצליח להעביר את הגירוי לתמונות בכדי להמשיג אותו. החוויה, שלא עברה תהליכי הסמלה או הפשטה ולא אוחסנה כראוי, נחוות כפצע או "חור שחור" בנפש, כך שהחוויה היא של כאב בלתי נסבל, לא מובחן, חסר צורה, צבע או קול, אותו לא ניתן לקשר לניסיון העבר.

מהות הכאב הנפשי נבחנה גם מנקודת מבט אקסיסטנציאליסטית, הבאה לידי ביטוי בין השאר בתורתו של פרנקל (1970), ה"לוגותרפיה". ההנחה העומדת בבסיס הלוגותרפיה היא כי השאיפה לפשר ולמציאת משמעות לחיים הינה צורך מרכזי של האדם והכוח המניע הראשוני שלו. פרנקל סבר כי כאשר שאיפה זו אינה מתממשת נוצר תסכול קיומי. לתפיסתו, בריאות נפשית מבוססת על מידת מה של מתיחות בין מה שאדם כיום ובין מה שראוי הוא להיות. כלומר, השאיפה והמאבק על מטרה ראויה ועל הצורך להגשים פשר פוטנציאלי, נחוצים לבריאות נפשית. פשר החיים שונה מאדם לאדם והוא ייחודי בחיי אדם ברגע נתון. לכל אדם ואדם יש תפקיד ויעוד- משימה מוחשית התובעת מילוי. הלוגותרפיה רואה בקבלת עול האחריות את עצם מהותו של הקיום האנושי.

במרכז הכאב הנפשי, על פי פרנקל, טבועה התחושה שהחיים נעדרי פשר לחלוטין. לטענתו, תחושת ריקנות פנימית, אותה הוא מכנה "ריק קיומי", אחראית למקרי התאבדות לא מעטים. הריק הקיומי נוצר בשל שתי אבדות: אבדן היצרים החייתיים הבסיסיים, המקנים לכל יצור תחושת ביטחון בדרך בה הוא הולך, ואובדן המסורת שעליה נשענה ההתנהגות האנושית בעבר. דירקהיים, מחלוצי הסוציולוגיה של סוף המאה ה-19, אשר חקר את נושא האובדנות, מתייחס אף הוא להשפעת הקונטקסט החברתי על ההחלטה האינדיבידואלית להתאבד. לתפיסתו, מצב של אנומיה, בו החברה אינה מספקת די הדרכה מוסרית, מגביר את הסבירות לאובדנות (מתוך משוניס, 1996). בהקשר זה טען פרנקל כי בהעדר מסורת או נורמות המנחות את התנהגות, לאורך זמן הולך ומשתלט על האדם רצונם של אחרים סביבו והוא משועבד לקונפורמיזם. זאת בזמן שהאדם הוא בעל כוח הגדרה עצמית. לפיו, יכולתו של אדם לבנות בצורה קוהרנטית את חייו תוך שנלקחים בחשבון חובות, ערכים, מטרות, אמונות ופעולות נחשבת משאב אישיותי בעל חשיבות גבוהה (פרנקל, 1970).

באומייסטר (Baumeister, 1990) התמודד אף הוא עם שאלת מהות הכאב הנפשי ופיתח מודל קוגניטיבי להסבר מקורו והאופן בו הוא מוביל להתאבדות. מודל זה מבוסס בעיקרו על שתי תיאוריות: תיאורית הבריחה (Escape Theory of Suicide), שפותחה על ידי בצ'לר (Baechler, 1975/1979, 1980) מתוך (Baumeister, 1990), רואה בהתאבדות דרך לפיתרון בעיות. תיאוריית המודעות לעצמי (Self-awareness theory) שפותחה על ידי חוקרים שונים,

ביניהם קרבר (Carver, 1979 מתוך Baumeister, 1990) ודובל וויקלאונד (Duval & Wicklund, 1972 מתוך Baumeister, 1990) מדגישה את ההשוואה החוזרת ונשנית של העצמי מול סטנדרטים בולטים.

המודל שפיתח באומייסטר מבוסס על שישה שלבים הבנויים זה על גבי זה: (1) התנסות במצב אשר תוצאותיו נופלות בצורה משמעותית מתחת לסטנדרטים רצויים (2) התוצאות השליליות מיוחסות לעצמי, שנתפס כאשם. (3) נוצר מצב בלתי נעים של מודעות גבוהה לעצמי. מצב זה מביא להשוואת העצמי לסטנדרטים מסוימים. ההשוואה יוצרת מודעות גבוהה לתפיסת העצמי כחסר יכולת, כשירות או אטרקטיביות. (4) נוצר מצב רגשי שלילי במיוחד. (5) האדם מנסה לברוח ממצב לא נעים זה על ידי ניסיון להיכנס למצב של חוסר תחושה קוגניטיבי, אך ניסיון זה לא מאפשר הימנעות מוחלטת מהמחשבות והרגשות הבלתי נעימים. (6) המצב הקוגניטיבי אליו שואף האדם להגיע מביא להפחתה של עכבות. הפחתת העכבות, במקביל לרצון החזק להפסיק את הרגש השלילי והמחשבות הקשות, עלולה להביא לכך שהתאבדות נתפסת כמוצא יחיד. התאבדות נוצרת, לפי מודל זה, מהחרפת השאיפה לברוח ממודעות גבוהה שנוצרת לבעיות החיים ולהשלכות של בעיות אלה על העצמי.

על פי המודל, שני מצבים עלולים לגרום לאדם לחוש בלתי כשיר, אשם, רע או לא ראוי. האחד, כאשר ההישגים בהווה נמוכים מאלה שהושגו בזמנים קודמים, נוצר מצב של פער ופגיעה ברצון לשמור על רמה אחידה של תוצאות לאורך זמן. השני, כאשר אדם מרגיש שהוא איננו עונה על ציפיות אחרים משמעותיים בסביבתו, וכפועל יוצא מכך הוא חווה פגיעה בתפיסת העצמי, כלא עומד בסטנדרטים הרצויים.

הרגש השלילי הנלווה למצב זה בלתי נסבל, ולפיכך האדם מנסה להפחיתו במהירות האפשרית. התגובה המיידית למצב היא קוגניטיבית וכוללת הבניה מחדש של המודעות לעצמי כקונקרטי, וממוקדת במטרות מיידיות לטווח קצר. המטרה היא לעבור ממצב של מודעות גבוהה לזהות העצמית ולתכונות שאינן עומדות בסטנדרטים, למצב של מודעות נמוכה יותר, קונקרטיה הממוקדת פחות במשמעויות מאיימות. אולם, קיים קושי לשמר מצב של מודעות נמוכה לעצמי לאורך זמן. לרוב מתחילות "להתגנב" בחזרה המחשבות המטרידות ויש נטייה לחזור למצב של מודעות שלילית גבוהה לעצמי, המלווה בתחושות חרדה או דיכאון. הדרך הטובה להתמודדות כוללת הבניה מחדשת של משמעות אינטגרטיבית לנסיבות שנוצרו. למשל, לדת יש יכולת לאפשר לאדם להעניק משמעות חדשה למצבים מצערים. במידה והאדם לא מצליח להעניק משמעות חיובית לנסיבות שנוצרו, יש שימור של התפיסה הקיימת ובתוך כך מאבק לשמר מצב של מודעות נמוכה לעצמי, בכדי להימנע

ממחשבות מאיימות ומהרגש השלילי הנלווה להן. מצב זה לא מאפשר תקווה כיוון שאין תחושה משמעותית שניתן לשקם את החיים בצורה חיובית ושמחה.

התאבדות נתפסת כאופציה הטובה ביותר כאשר אדם לא מצליח לבטל את המחשבות, הרגשות והמשמעויות המאיימות על ידי שימור מצב של מודעות נמוכה לאורך זמן או כאשר הוא לא מצליח ליצור הבנייה חיובית, של הנסיבות שנוצרו, בכדי שהאיום על העצמי יחלש. בנוסף, מצב של מודעות קוגניטיבית נמוכה חוסם את האפשרות להעריך בצורה מלאה את ההשלכות השונות של ההתאבדות בשל כמה קשיים: (1) נוצר קושי להעריך בצורה רציונאלית את התמורות מול המחירים של ההחלטה להתאבד (2) ההתמקדות בטווח המיידי מקטינה את המודעות לסופיות של המעשה ולהשלכות הקשות לטווח הרחוק (3) יש הפחתה של העכבות.

אחד החוקרים המרכזיים שחקרו את הכאב הנפשי הוא שניידמן (Shneidman, 1998). בכתביו, מתאר שניידמן את הכאב הנפשי כזרם של רגשות שליליים כחוסר אונים, השפלה, בדידות, אשמה ועוד. הכאב נחוה בעוצמה עזה, כך שהופך למצב נפשי בעל איכות ספציפית הנתפשת כבלתי ניתנת להכלה, בלתי נסבלת ובלתי מקובלת, הגורמת לחציית קו קריטי מסוים בנפש. בהתבסס על עבודתו הקלינית, שהשתתה על רשימת הצרכים הפסיכולוגיים של מורי (Murray, 1938 מתוך Shneidman, 1998), טען שניידמן כי הכאב הנפשי מוזן מתסכול או מחסימה של צרכים פסיכולוגיים חיוניים. הוא ציין כי אף שמערך הצרכים החסומים משתנה מאדם לאדם, ניתן להבחין בשבע קבוצות של צרכים פסיכולוגיים שחסימתם מעורבת במרבית מקרי האובדנות:

- (1) צורך בשייכות (affiliation)- צורך בקשר הדדי בו שיתוף פעולה, נאמנות הנאה וחום.
- (2) צורך בפעולת נגד (counteraction)- המאפשרת לפעול נוכח כישלון או השפלה בצורה אקטיבית.
- (3) צורך בהגנה (defense)- הגנה על עצמנו מפני ביקורת, עלבון או כישלון על ידי הצדקה או הסתרה.
- (4) צורך באי הפרה (inviolacy)- כולל את היכולת לשמור על עצמי נפרד אוטונומי ובעל שליטה.
- (5) הימנעות מבושה (shame avoidance)- צורך להימנע ממצבים מבישים, מביכים או נלעגים ומביקורת מכאיבה.

(6) צורך בסיוע (succor) - כרוך בצורך לאהוב ולהיות נאהב בטוח ומטופל תוך הימנעות ממצבי התעללות, הזנחה, נטישה או לעג.

(7) צורך בסדר (order)- היכולת לסדר ולתת משמעות לאירועים מחשבות ורעיונות כך שתשמר תחושת סדר בעולם הפנימי והחיצוני.

אורבך ועמיתיו (Orbach, Mikulincer, Sirota & Gilboa – Schechtman, 2003b), אשר בקשו לזהות את מרכיבי הכאב הנפשי, התבססו על המודל של שניידמן, שהוצג לעיל, ועל המודל של באומייסטר (Baumeister, 1990). חוקרים אלו זיהו במחקריהם תשעה מרכיבים מובחנים של הכאב הנפשי:

- (1) חוסר הפיכות- תחושה כי הכאב הנפשי בלתי ניתן לשינוי.
- (2) אבדן שליטה- אובדן תחושת שליטה, חוסר יכולת ניבוי וערפול.
- (3) פגיעה נרקיסיסטית- הנוצרת ממצבים רגשיים כגון נטישה או דחייה.
- (4) הצפה רגשית- מצב רגשי חמור ובלתי ניתן להכלה.
- (5) קיפאון- חוסר יכולת להגיב למצב.
- (6) ניכור עצמי- חוסר יכולת להכיל שינויים בתפיסת הזהות העצמית.
- (7) בלבול- קשיים בתפקוד קוגניטיבי.
- (8) ריחוק חברתי- התעלמות מאוריינטציה חברתית בזמן הכאב הנפשי.
- (9) ריקנות- אובדן משמעות.

בהתבסס על תשעת המרכיבים הללו, הגדירו החוקרים את הכאב הנפשי כטווח רחב של התנסויות סובייקטיביות, המאופיינות במודעות לשינויים שליליים בעצמי ובתפקודו אשר מלווה ברגשות שליליים. הם מצאו במחקריהם קשר מובהק סטטיסטית, אך מתון, בין תשעת מרכיבי הכאב הנפשי ובין חרדה ודיכאון. ממצא זה מלמד כי כאב נפשי ודיכאון או חרדה הינם מצבים נפשיים קרובים אך מובחנים.

בנוסף מצאו אורבך ועמיתיו (Orbach et al., 2003a), במחקריהם תמיכה אמפירית לטענתו של פרנקל (1970) בדבר מרכזיות תחושת חוסר המשמעות בהיווצרות הכאב הנפשי. מחקרים מצביע על קשר שלילי בין שבעה מתוך תשעת מרכיבי הכאב הנפשי ובין אופטימיות ומשמעות, שנבדקה על ידי שאלון רמת מחויבות לערכים (Life Regard index) של בטיסטה ואלמונד (Batista & Almond מתוך Orbach et al., 2003a). לטענת החוקרים ריקנות, אבדן משמעות ואבדן מטרות לעתיד עלולים להוות חלק משמעותי בכאב נפשי ואף להוות כוח הדוחף אדם לנסות ולשים קץ לייסוריו.

ניסיון נוסף לזהות את מרכיבי הכאב הנפשי נעשה על ידי בולגר (Bolger, 1999), אשר פיתחה מודל נרטיבי להסבר חווית הכאב הנפשי בהתבסס על ראיונות שערכה עם מבוגרים שהוריהם היו אלכוהוליסטים. בהתבסס על ראיונות אלו, החוקרת הגדירה את הכאב הנפשי כשבירה של העצמי, המורכבת מארבעה מרכיבים: פגיעה/פציעה, ניתוק מאחרים משמעותיים, אבדן העצמי ומודעות לעצמי.

הרצון להבין, לאבחן ולמדוד את עוצמת הכאב הנפשי, הוביל את החוקרים לנסות לבנות כלים אבחוניים וטיפוליים. למשל, שניידמן (Shneidman, 1999) פיתח כלי אבחוני, השלכתי בחלקו, בכדי להעריך את תוכנו וחומרתו של הכאב הנפשי. הכלי כולל שאלות סגורות לגבי עצמת הכאב הנפשי, הרגשות המעורבים בו והיסטוריה של התנהגות אובדנית. עוד כולל הכלי הצגת חמש תמונות, כאשר הנבדק מתבקש להעריך את עצמת הכאב הנפשי אותו חש את הדמויות המרכזיות בתמונות. החלק האחרון של הכלי מאפשר לנבדק כתיבה חופשית של חיבור, בו עליו לתאר את הכאב הנפשי הגרוע ביותר שחוה, באילו נסיבות נגרם ומה הביא לסיומו. שניידמן גורס כי חלק זה הוא החשוב ביותר כיוון שהוא מאפשר לנבדק לספר סיפור אישי ולחשוף את המימדים הפסיכולוגיים המכבידים עליו באופן נרטיבי.

הולדן, מהטה, קונינגהם ומק לוד (Holden, Mehta, Cunningham & McLeod, 2001) פיתחו אף הם כלי (Psychache Scale) שמטרתו לאבחן ולמדוד את עוצמתו של הכאב הנפשי. כלי זה מורכב מ-13 פריטים של דיווח עצמי שבנייתם מבוססת על הגדרתו של שניידמן (Shneidman, 1998), על פיה כאב נפשי הינו כאב כרוני, שאינו קשור למצב מסוים, הנגרם מחסימתם של צרכים פסיכולוגיים חיוניים.

כלי נוסף פותח על ידי אורבך ועמיתיו (Orbach et al., 2003b), בהתבסס על דרוג 44 הצהרות הנוגעות לרגשות, מחשבות ותחושות המעורבות בכאב הנפשי, אשר מייצגות את תשעת המימדים של הכאב הנפשי שהם זיהו במחקרם.

הקשר בין כאב נפשי ואובדנות

לצד הניסיון להגדיר את המושג "כאב נפשי" ולבנות כלים להערכת עוצמתו, מתמקד המחקר גם בקשר שבין כאב נפשי ואובדנות. מחקרים רבים הצביעו על קיומו של קשר בין כאב נפשי ואובדנות. למשל, דה-ליסל והולדן (De Lisle & Holden, 2009) מצאו כי אנשים בעלי רמות גבוהות של כאב נפשי נמצאים ברמת סיכון גבוהה יותר להתנהגות אובדנית. מחקרים נוספים (למשל, Holden & Kroner, 2003 מתוך Flamenbaum & Holden, 2007)

הראו כי כאב נפשי הוא גורם מנבא להתנהגות אובדנית, להבדיל ממחשבות אובדניות בלבד, וכי הוא קשור למעשי אובדנות בהם חומרת המעשה האובדני ורצינות הכוונות האובדניות גבוהה.

מחקרם של ג'ונס והולדן (Johns & Holden, 1997) העלה כי גורמים פסיכולוגיים פנימיים, הקשורים למוטיבציה להימלט מהעצמי, מהווים גורמים יציבים וחזקים בניבוי כל סוגי ההתנהגות האובדנית (מחשבות, כוונות, ניסיונות ומעשה). זאת לעומת גורמים חיצוניים, כגון הרצון לגרום צער לסובבים. על סמך ממצאים אלו, החוקרים הסיקו כי הכאב הנפשי הוא גורם מוטיבציוני מרכזי לאובדנות.

חיזוק נוסף לקשר ההדוק שבין כאב נפשי ואובדנות ניתן לראות במחקרם של אורבך ועמיתיו (Orbach et al., 2003a), אשר מצאו כי קבוצת מטופלים בעלי עבר אובדני דורגו גבוה יותר במרבית מרכיבי הכאב הנפשי אותם הגדירו החוקרים (חוסר הפיכות, אבדן שליטה, פגיעה נרקסיסטית, הצפה רגשית, קיפאון, ניכור עצמי, בלבול, ריקנות וריחוק חברתי), לעומת שתי קבוצות נוספות שהשתתפו במחקר, מטופלים ללא עבר אובדני וקבוצת ביקורת. בנוסף, מצאו החוקרים קשר חיובי בין תשעת מרכיבי הכאב הנפשי ובין שניים ממרכיבי מבחן כוונות ההתאבדות של אורבך (Multi- Attitude Suicidal Tendencies- MAST), משיכה למוות ודחייה של החיים. שלושת המרכיבים שנמצאו כתורמים בצורה המשמעותית ביותר לקשר בין כאב נפשי ואובדנות הם תחושה שהמצב הקיים בלתי הפיך, אבדן שליטה וריקנות.

על פי שניידמן (Shneidman, 1993 מתוך Flamenbaum & Holden, 2007) כאב נפשי הוא גורם הכרחי לאובדנות והוא הגורם המתווך בין תופעות אחרות, כמו דיכאון וחוסר תקווה, ובין אובדנות. לטענתו, כל אספקט פסיכולוגי אחר יוביל לאובדנות רק כאשר יתלווה אליו כאב נפשי, כמושג מובחן מכל תופעה אחרת. טענה זו נתמכת על ידי מחקר שערכו הולדן ועמיתיו (Holden et al., 2001), שהראה כי גם בפיקוח על משתנים כדוגמת חוסר תקווה ודיכאון, כוחו של הכאב הנפשי, כמנבא אובדנות, נשאר יציב. בהתבסס על ממצאיהם, הציעו החוקרים מודל לפיו דיכאון מוביל לחוסר תקווה, וכאב נפשי מהווה גורם מתווך בין חוסר תקווה ואובדנות. לטענתם, השאיפה להימלט מהמצב הבלתי נסבל שנגרם כתוצאה מהכאב הנפשי, כאשר לא נראית כל תקווה באופק, תוביל בסופו של דבר לאובדנות.

בהקשר לטענתו של שניידמן (Shneidman, 1993 מתוך Flamenbaum & Holden, 2007), כי כאב נפשי הינו גורם הכרחי המתווך בין גורמים פסיכולוגיים שונים ואובדנות, מצאו פלמנבאום והולדן (Flamenbaum & Holden, 2007) כי כאב נפשי הינו גורם מתווך בין

פרפקציוניזם ואובדנות. על פי החוקרים רמות גבוהות של פרפקציוניזם מעוררות רמות גבוהות של כאב נפשי, בגלל קושי לספק צרכים בסיסיים (בהתאם למודל של שניידמן (Shneidman, 1998) כפי שתואר לעיל), כאשר הרמות הגבוהות של הכאב הנפשי מובילות בסופו של דבר לאובדנות.

הקשר בין כאב נפשי וגורמים פסיכולוגיים, כדיכאון וחוסר תקווה, ובין אובדנות נחקר רבות במטרה לזהות קשר בין שלושת הגורמים הללו, להצביע על מידת המובחנות שלהם זה מזה ועל כוחו של כל גורם כמנבא אובדנות. טרויסטר והולדן (Troister & Holden, 2010) מצאו לדוגמא, כי לשלושת הגורמים הפסיכולוגיים הללו תפקיד בניבוי של מחשבות אובדניות, כאשר לחוסר תקווה יכולת ניבוי גבוהה באשר למוטיבציה למעשה אובדני ולכאב נפשי יכולת ניבוי גבוהה באשר להכנות מעשיות למעשה אובדני, הלכה למעשה.

בק, בראון וסטיר (Beck, Brown & Steer, 1989) מצאו במחקריהם כי החוליה המקשרת בין מצב נפשי קשה לאובדנות, היא חוסר תקווה (hopelessness). על פי החוקרים אחוז גבוה יותר מהמשתתפים שציוניהם בשאלון הערכת חוסר התקווה של בק (Beck Hopelessness Scale, BHS) היו גבוהים, אכן התאבדו בסופו של דבר, זאת לעומת משתתפים אחרים עם מחשבות אובדניות, להם היה ציון נמוך יותר בשאלון זה.

מחקרים נוספים (למשל, Gross, Mills, Kroner, Steffan, Rodriguez & Morgan, 2010) עסקו בקשר בין חוסר תקווה, מצוקה קשה (כאב נפשי) ומחשבות והתנהגות אובדנית בפועל. בהקשר זה טוענים סקוט וקלום (Schotte & Clum, 1987) כי חוסר תקווה מהווה חוליה מקשרת בין מצוקה קשה או כאב נפשי, מיומנויות לקויות של פיתרון בעיות ואובדנות. על פי המודל שהציעו החוקרים (Diathesis-Stress-Hopelessness Model), אנשים החסרים גמישות קוגניטיבית, כאשר עומדים נוכח מצבי מצוקה קשים, לא מצליחים לסגל דרכי התמודדות יעילים ולכן הופכים חסרי תקווה. חוסר התקווה מוביל לאובדנות, כפתרון יחיד למצב (Dixon, Heppner & Rudd, 1994).

אברמסון, אלוי ומטלסקי (Abramson, Alloy & Metalsky, 1989), הציעו את תיאורית חוסר התקווה של דיכאון (Hopelessness Theory of Depression) להסבר הקשר בין מצוקה נפשית קשה ואובדנות. החוקרים הגדירו תת סוג מובחן של דיכאון - דיכאון של חוסר תקווה (Hopelessness Depression). על פי התיאוריה לאדם, במצב זה, ציפייה כי תוצאות רצויות במיוחד לא יקרו או לחילופין כי תוצאות מרתיעות במיוחד יקרו בעתיד. לציפייה זו נוספת תחושה שלאדם אין כל יכולת לשנות את המצב לו הוא מצפה, כאשר שני חלקים אלה באים

לידי ביטוי בתחומי חיים רבים של האדם. אובדנות נתפסת, על פי תיאוריה זו, כאחד הסימפטומים למצב.

מחקרים רבים אחרים מצאו כי ניתוק (dissociation) מהווה חוליה המקשרת בין כאב נפשי ואובדנות. ניתוק מוגדר בספרות כמצב נפשי המאופיין בשבירה של רצף המודעות. ישנם שני תהליכים מרכזיים בניתוק: (1) פיצול – הצרה באופן בו אדם חווה את העולם ואת עצמו על ידי התרחקות, חוסר תחושה, חוסר ממשות, צרות קוגניטיבית קיצונית או הקהיה רגשית. הדבר יכול לבוא לידי ביטוי בדפרסונליזציה, עיוות בתחושת הגוף, ניכור או תפיסת העולם והעצמי כלא אמיתיים. (2) אובדן שליטה- מתבטא בהתנהגות כפייתית, מחשבות אובססיביות ועוד (Orbach, 1994).

הקשר שבין ניתוק, הרס עצמי ודיכאון מופיע כבר בכתביו של פרויד, אשר טען כי בדיכאון נוצר פיצול של האגו לשני חלקים נפרדים, כך שחלק אחד תוקף את החלק השני (Freud, 1955) מתוך (Firestone & Firestone, 1998).

שניידמן (Shneidman, 1980) מתוך (Orbach, 1994) טוען כי ניתוק הוא מרכיב הכרחי לפעולה אובדנית. הניתוק, על פי הגדרתו, מורכב מכמה אלמנטים כש אחד מהם הוא הצרה (constriction) בה יש הגבלה של טווח המחשבות והאפשרויות. המחשבה הופכת צרה (tunnel vision) כך שהמחשבות והרגשות הרגילים אינם זמינים למודע ונוצרת חסימה של העבר. כתוצאה מכך החשיבה הופכת דיכוטומית ונוקשה.

באומייסטר (Baumeister, 1990), אשר התייחס אף הוא לקשר שבין כאב נפשי, ניתוק ואובדנות, טען כי אובדנות מהווה ניסיון בריחה מכאב בלתי נסבל וממודעות לעצמי הנובעת מאכזבה מהעצמי. בריחה זו מושגת על ידי ניתוק קוגניטיבי המבטל כל רגש, כאשר הפחד הוא מחזרה לתהליך מחשבה אינטגרטיבי ובעל משמעות שעלול להחזיר את הכאב.

בהקשר זה טוען אורבך (Orbach, 1994) כי ניתוק מתחושת הגוף ואדישות לכאב הם אלו המאפשרים להוציא לפועל את ההתנהגות האובדנית. הקשר בין ניתוק וכאב מתחיל באירועי חיים טראומטיים או בלתי נסבלים בילדות, אשר גורמים להיווצרותם של תהליכי הניתוק. פורמן (Furman, 1984) מתוך (Orbach, 1994) טוען כי הזנחה, דחייה קיצונית, התעללות פיזית, יחסים סדיסטיים או עונש פיזי על ידי ההורים, מתעצבים בצורה מעוותת, כך שהנאה וכאב מעורבבים ביחד. הילד מאבד את היכולת לאהבת גופו, אהבה המשמשת בדרך כלל כמגן מפני התנהגות שיש בה הרס עצמי. אדישות לגוף, באינטראקציה עם נסיבות חיים בלתי נסבלות וממושכות, יוצרות הפרעה של ניתוק מהגוף, הבאה לידי ביטוי בחוסר דאגה לגוף, חוסר

תחושה בגוף ואף התנהגות אובדנית. הניתוק מהגוף מוכלל לאירועי חיים קשים נוספים ונוצרת צורת התמודדות של קהות ואדישות לגוף ולכאב פיזי. על פי תפיסה זו בתחילה משמש הניתוק כמגן מהסבל ומסייע לשרוד מבלי להתפרק אך בהמשך האדישות לכאב פיזי הופכת לתגובה רגילה. המשך חשיפה לאירועי חיים קשים, בהם תחושות חוסר אונים וחוסר תקווה, יוביל להתנהגות מסוכנת של הרס עצמי. אדישות לכאב וניתוק משמשים להקלה זמנית מהסבל, אך הם למעשה מנגנוני התמודדות לא מסתגלים ומשקפים נטייה לברוח במקום להתמודד עם הבעיות, כך שהאדם נשאר פגיע. התמשכות מצב המצוקה מגבירה את נטיית הניתוק ואת השאיפה לבריחה מלאה מהכאב הנפשי באמצעות התאבדות.

הנטייה לניתוק, כשלעצמה, איננה הגורם לאובדנות, אך היא מקלה על הבחירה בדרך זו. ברגע שההגנה הטבעית מפני נזק לגוף נעלמת, בזמן כאב נפשי, וכאב פיזי נחוה באדישות תוך ניתוק מהגוף, הבחירה בהרס עצמי ובהתנהגות אגרסיבית כלפי הגוף וקיומו הופכת לאפשרית.

למעשה, נוצר מעגל קסמים בו נסיבות חיים מוקדמות ובלתי נסבלות הולידו את הנטייה לניתוק והגבירו את הפגיעות למצוקה. כאשר המצוקה נמשכת, הניתוק בא לידי ביטוי בניתוק מהגוף ובאדישות לכאב. מצוקה מתמשכת מערערת את מנגנוני ההתמודדות היעילים, הפגיעות גדלה וכך מתחזקת ההסתמכות על מנגנון התמודדות מוכר של ניתוק. התנהגות אובדנית מופיעה כאשר מצוקה גוברת ומתמשכת מגבירה את הפגיעות ומרחיבה את ההסתמכות על הניתוק (Orbach, 1994).

פיירסטון ופיירסטון (Firestone & Firestone, 1998), בהתבסס על הגישה הפסיכואנליטית, פיתחו כלי למדידת עוצמתן וחומרתן של מחשבות הרס עצמי (Firestone & Firestone Assessment of Self Destructive Thoughts- FAST). החוקרים מצביעים על קשר שבין חוויות ילדות ראשוניות, כאב נפשי והתנהגות בעלת אופי של הרס עצמי ואובדנות בברות. חוויות הילדות הראשוניות מושפעות מיחסם של ההורים, להם יש השפעה מכרעת על עיצוב הזהות של הילד, כך שהורות הרסנית ונעדרת חום תגרום לקשיים פסיכולוגיים בהמשך. לתפיסתם, תבניות מחשבתיות עוינות או מניעת יחס רגשי חיובי מופנמות על ידי הילד, גורמות לו לחיקוי ההתנהגות הבלתי מסתגלת של הוריו וכך מעצבות את הזהות והאישיות שלו ומצרות את האפשרות שלו לרכוש ניסיון חיים. בהמשך באות לידי ביטוי תבניות מחשבתיות אלה, אותם מכנים החוקרים "קולות" (voices), באורח חיים המאופיין בהגבלה או פגיעה עצמית. התבניות המחשבתיות מוגדרות על ידי החוקרים כמחשבות שיטתיות, אינטגרטיביות כנגד העצמי ועוינות כלפי הסביבה. עוצמתם של ה"קולות" להרס עצמי נעה על טווח רחב אותו

מחלקים החוקרים לשלוש רמות מרכזיות: (1) רמה שכיתה בה אדם יכול לזהות ביקורת עצמית (2) כעס עצמי בעל עוצמה גבוהה (3) זעם חריף כלפי העצמי הבא לידי ביטוי במחשבות בעלות אופי אובדני.

החוקרים מזהים שני אספקטים מרכזיים של ה"קולות": אספקט "מגביל" המוביל להגבלת ניסיון החיים, הספונטניות, הרוח ורוח ההרפתקנות. המחשבות חוסמות את התשוקות לפני שהופכות לפעולות. מחשבות שליליות אלה מעניקות הסבר הגיוני להכחשה עצמית, ניכור והסתגרות. על פי החוקרים אספקט זה נוצר באמצעות שני תהליכים אפשריים: אימוץ האופן המעוות בו ההורים תופסים את הזהות של הילד או אימוץ מנגנוני הגנה מעוותים של אחד או שני ההורים. האספקט הזדוני (malicious) של ה"קולות" גורם לעיקור רגשי בו חשיבה מנותקת מחלקים רגשיים דוחפת לפגיעה עצמית, מתוך צורך עז לשים קץ לכאב הנפשי, תוך הפניית זעם חריף כלפי העצמי. ברמה הקיצונית ביותר עלולים להיווצר ניתוק (dissociation) והתנהגות אובדנית. אספקט זה נוצר כתוצאה מהתנהגות אגרסיבית ומענישה של ההורים בתנאי מצוקה קשה. ילד החווה זעם ואגרסיביות מתמשכים בעוצמות חזקות מפסיק, כחלק ממנגנון התמודדות, לזהות בעצמי חלקים הקשורים בחולשה, פחד וכאב, ובמקום זה נוצרת הזדהות עם ההורה המתעלל. הילד מפנים את הזעם, השנאה ותעוב של ההורה כמו גם את ההתנהגות המענישה הבאה בעקבותיהם, ומשלבם בעצמי. נוצרת נטייה להתנתק מהחלק בעצמי של "הקורבן" תוך התחברות והזדהות עם החלק "המתעלל". נטייה זו באה לידי ביטוי מאוחר יותר בהתנהגות של פגיעה עצמית או אובדנות, במצבי כאב נפשי חריף, כאשר לא הופנמו מנגנונים יעילים להכילו ולהתמודד עימו.

הבנת הנרטיב של ניסיון ההתאבדות

ההכרה בדבר מורכבות התמונה האובדנית ומגוון הגורמים הקשורים בה, הובילה חלק מהחוקרים לאמץ גישה נרטיבית לחקר התופעה. אורבך ועמיתיו (Orcach et al., 2007) טוענים כי שימוש בגישה נרטיבית לחקר אובדנות מספקת הבנה אינטגרטיבית והוליסטית של הניסיון האנושי ומשמעותו. על פי מישל ועמיתיו (Michel et al., 2002) בכדי להבין את המעשה האובדני יש לאפשר לאדם להיות המוביל האקטיבי בתהליך הטיפול, להבדיל ממצבים בהם המטפל אקטיבי, מומחה והמוביל של התהליך, בעוד האדם פאסיבי. ואכן, מחקרים (למשל, Michel & Valach, 1994 מתוך Michel et al., 2002) מלמדים כי אנשים יודעים להסביר היטב את הסיבות שהביאו אותם לבצע את המעשה האובדני, כאשר הם תופסים עצמם כסוכנים אקטיביים ולא כמופעלים על ידי הסביבה. הסיבות, המוצגות על ידי

אנשים ששרדו ניסיון אובדני, לרוב אינטראפסיכיות, כמו הרצון לסיים כאב עצום, ולא חברתיות, כמו הרצון למשוך תשומת לב.

הרצון להבין את הדראמה המנטאלית שמובילה למעשה האובדני הביאה חוקרים העוסקים באובדנות לפתח כלים אבחוניים וטיפוליים, כשהמשותף לכולם הוא הניסיון להבין את הנרטיב של המעשה האובדני.

גיובס (Jobes, 2000) טוען כי בעבר התייחסו מטפלים להתנהגות אובדנית כאל התנהגות בלתי הגיונית, תוך שניסו להניע את האדם מלממש את התכנית לפגוע בעצמו. כיום, לעומת זאת, נעשה ניסיון להבין את המניע הפסיכולוגי להתאבדות ואת הצרכים המסופקים באמצעות הבחירה בהתאבדות, בעבור האדם. הנחת המוצא היא כי התאבדות מהווה ניסיון בסיסי להתמודד עם כאב בלתי נסבל. מטרת הטיפול, על פי גיובס, היא לפתח שיטות לשאת את הכאב, לשפר מיומנויות התמודדות עימו ולפתח דרכים אלטרנטיביות לפיתרון בעיות מלבד התאבדות, כאשר המטפל מוכן להשאיר את האופציה של התאבדות פתוחה עבור המטופל לאורך הטיפול.

ברוח תפיסה זו, פיתח גיובס כלי אבחוני וטיפולי (CAMS- Collaborative Assessment and Management), המבוסס על גישה שבמרכזה יצירת שותפות בין המטפל והמטופל, אשר עובדים כצוות, בשונה מהגישה הקלאסית בה המטפל מהווה מומחה שמטרתו לאבחן ולהגדיר את מצבו של המטופל, כמו גם לטפל בבעיות שאבחן. במרכזה של השותפות עומד ניסיון החיים של המטופל, כאשר התפקיד של המטפל הוא להבין ניסיון זה. השותפות מבוססת על יצירת מסגרת הבנה משותפת המכילה את אוסף הרגשות, החרדות, המחשבות והפחדים הנוגעים לחיים ולמוות, כפי שמגדיר אותם המטופל, והיא מארגנת ומעניקה משמעות לרגשות ולמחשבות של המטופל בנוגע למעשה האובדני. שלב ההערכה כמו גם שלב הגדרת הבעיות בהן יש לטפל, נבנים בשיתוף פעולה בין מטפל ומטופל.

מישל וולך (Michel & Valach, 1997) פתחו מודל הערכה וטיפול המבוסס על תיאוריית פעולה (Action Theory). תיאוריה זו מתמקדת במטרות החיים של האדם, מטרות המונחות על ידי פעולה קוגניטיבית או סכמות. על פי התיאוריה אדם פועל במטרה לעצב את התנהגותו וסביבתו והוא עושה זאת על ידי הצבת מטרות, תכנון תכניות וויסות של ההתנהגות, המחשבות והרגשות (Gollwitzer, 1996 מתוך Michel & Valach, 1997). הביוגרפיה של האדם בעלת חשיבות רבה בהבנת המטרות המרכזיות בחייו. במקביל הנרטיב בעל תפקיד מרכזי בפיתוח הזהות של האדם, שכן הוא כולל את הפרושים הסובייקטיביים של אירועי החיים, בהתאם לאמונות ולמטרות. פעולה אובדנית נתפסת כתוצאה מכישלון של תהליכים מרכזיים

בחיים וכדרך לסיים סיפור רע. הנחת המוצא של מישל וולך (Michel & Valach 1997) היא כי מעשה אובדני הוא פעולה מכוונת מטרה, בדומה לכל פעולה אנושית אחרת. על פי גישה זו, בני אדם מארגנים את חייהם סביב מטרות לטווח קצר, בינוני וארוך כמו גם סביב מטרות הקשורות בזהות. התאבדות מהווה פיתרון לתפיסה סובייקטיבית, על פיה המצב הקיים בלתי נסבל, כיוון שהשגתן של מטרות זהות, החיוניות להשגת שלמות רגשית, נתפסת כבלתי אפשרית. ההנחה היא שאנשים שעברו ניסיון אובדני יכולים להסביר בבהירות את המניע למעשה וכי הקשבה לנרטיב תספק תשובות לגבי האופן בו הם תופסים את הכישלון בהשגת מטרות מרכזיות בחייהם.

מישל ועמיתיו (Michel et al., 2002) טוענים כי התנהגות אובדנית, אף כי נתפסת כפיתרון לבעיה בין אישית בהווה, היא למעשה תוצאה של אירועי חיים והיסטוריה התפתחותית. הם מדגישים כי בעוד המעשה האובדני הוא פעולה מכוונת מטרה, הרי שהוא קשור בהיסטוריית החיים של האדם. בהתאם לכך, הם גורסים כי הקשבה אמפאטית לסיפור חייו של האדם, בו כאב וכישלון הובילו לתסכול ואכזבה ממטרות החיים המרכזיות, חיונית להבנת הנרטיב של הפעולה האובדנית.

אובדנות וסיפור חיים

במקביל להבנת הנרטיב של הפעולה האובדנית יש צורך להבין את סיפור חייו של האדם מנקודת מבט. לעיתים קשה להבין כיצד נבנה נרטיב מסוים מבלי שנלקח בחשבון קונטקסט החיים כולו, שכן אירועי חיים שונים וההשלכות של אירועים אלה על המשך החיים, עשויים להשפיע על האופן בו אדם יפרש אירועי חיים נוספים בהמשך.

פרקר, דאוני ווייס (Parkar, Dawani & Weiss, 2006) טוענים כי למרות הקשר הברור בין אבחנות פסיכיאטריות ואובדנות יש לקחת בחשבון גם את נסיבות החיים והקונטקסט בו נעשה הניסיון האובדני בכדי להבינו. אכן חוקרים שונים (למשל, Baumeister, 1990; Firestone & Firestone, 1998; Turecki et al., 2005) מצאו במחקריהם כי להתנהגות אובדנית שורשים בביוגרפיה ובהיסטוריה האישית.

על פי מישל ועמיתיו (Michel et al., 2002), הזדמנות לעבודה משותפת בין אדם המספר את סיפור חייו ואדם המאזין לסיפור, מאפשרת ללמוד על הכאב אשר הוביל לתסכול ואכזבה. עבודה זו משמשת ככלי רב עוצמה בשיקום תחושת העצמי השבורה של האדם. המאזין לא משמש כמומחה היודע על חייו של האדם יותר מאשר האדם עצמו, אלא כמאזין אמפאטי המקשיב לסיפור חיים פגוע. כאשר האדם מוביל את הסיפור ולא המטפל, ניתן לחשוף את

המצוקות הרגשיות שהובילו למעשה. חוקרים אלו מדגישים כי יש לאפשר לאדם לספר את סיפור חייו בחופשיות, ולהמעיט בשאלות שאינן מקדמות את הסיפור ולשאול שאלות קצרות ופתוחות ככל האפשר במטרה לאפשר הרחבה של הסיפור. חשוב לנהוג בכבוד, ללא שיפוטיות ומתוך התעניינות אמיתית שמטרתה להבין את הניסיון האינטראסובייקטיבי של החוויה האובדנית. הפרעות מצד המטפל עלולות לחסום את התפתחות הסיפור. הנחת המוצא היא כי לאדם כישורים מתאימים לספר את סיפור חייו בצורה משמעותית.

חיזוק נוסף לחשיבות של סיפור החיים ניתן למצוא בכתביו של שניידמן (Shneidman, 1998). בהתבסס על סקירת הספרות המחקרית העוסקת באובדנות, מציין שניידמן ארבעה אספקטים פסיכולוגים שונים של התופעה, כאשר אחד האספקטים מכונה על ידו "מטען פסיכולוגי". אספקט זה מתייחס למטען אותו נושא אדם על כתפיו לאורך חייו ואשר מונע ממנו לנהל את חייו כאדם מאושר. מטען זה עשוי לכלול חוויות כגון: התעללות, התאבדות במשפחה, מחלות נפש במשפחה, עוינות, או תחושת שעריר לעזאזל. זיהוי המטען והכרות עם הסיפור האישי מאפשרים להבין כיצד החיים והפרספקטיבה על העתיד הפכו בלתי נסבלים עבור אותו אדם, כך שהתאבדות היתה לפיתרון האפשרי היחיד.

לסכום, ניתן לומר כי הספרות המחקרית בנושא האובדנות מבוססת ברובה על מחקרים כמותניים, הבוחנים את התופעה בפריזמה מצומצמת ומוגדרת. על אף שחוקרים רבים (למשל, Shneidman, 1998; Michel et al., 2002; Jobes, 2000; Gavin & Rogers, 2006) הצביעו על המורכבות הגלומה בתופעת האובדנות ועל הצורך להתייחס לתמונת חיים רחבה בכדי להבין כיצד נחוה הכאב הנפשי וכיצד זה מוביל לאובדנות, למיטב ידיעתי טרם פורסם מחקר איכותני שבחן את מהות הכאב הנפשי בסיפור חייהן של נשים ששרדו ניסיון אובדני.

תובל-משיח וספקטור-מרזל (2010) טוענות כי כאשר אדם מספר את סיפורו, הוא טוען משהו על המציאות שבה הוא חי: מאשר אותה, מערער עליה, מסביר אותה או מוסר מידע על אודותיה. בכל אלה הוא משמיע את קולו באשר לעצמו ולמציאות שבה הוא חי. בהתאם לכך, מחקר זה בקש להשמיע את קולן של נשים ששרדו ניסיון אובדני, להבין את ההיגיון הפנימי והמשמעות שהעניקו הנשים לכאב הנפשי, למעשה האובדני ולסיפור חייהן.

שאלת המחקר המרכזית הייתה "מהי משמעות הכאב הנפשי בחייהן של נשים ששרדו

ניסיון התאבדות?"

שאלות המשנה:

(1) כיצד נחוה הכאב הנפשי ובאילו מילים מתארות אותו הנשים?

(2) כיצד תופסות הנשים את הקשר בין הכאב הנפשי והמעשה האובדני?

(3) באילו אופנים באים לידי ביטוי נסיבות החיים של הנשים בתיאור המעשה האובדני?

(4) האם ניתן למצוא מכנה משותף על רקע מגדרי או אחר בין הסיפורים?

שיטת המחקר

פרדיגמת המחקר

לצורך עריכת המחקר נבחרה שיטת מחקר איכותנית המאפשרת לפתח הבנה מעמיקה של תופעות מנקודת מבטם הסובייקטיבית של המתנסים בהן (Patton, 1990). המחקר האיכותני מבוסס על הפרדיגמה הקונסטרוקטיביסטית, על פיה מטרת המחקר היא להבין את התופעות הנחקרות כפי שהן מובנות על ידי אלו הנוטלים בהן חלק (שקדי, 2003). הפרדיגמה הקונסטרוקטיביסטית מניחה כי לא קיימת מציאות אובייקטיבית, שכן המציאות היא תוצר של הבניה חברתית (שקדי, 2003) לכן, כיוון החקירה במחקר איכותני הוא אינדוקטיבי, כשהחוקרים מנסים להבין את המציאות מתוך הנתונים מבלי לכפות הבנות או הנחות הקיימות מראש על תנאי המחקר. חוקרים איכותניים מבקשים לחקור את התופעה בסביבתה הטבעית ומנקודת מבט של הנחקרים, בכדי להציע הסבר תיאורטי לתופעה הנחקרת ללא יומרת הכללה רחבה מידי (Charmaz, 2000 מתוך שקדי, 2010). פרדיגמת מחקר זו שמה דגש על הבנת ההקשר של התופעה, החיונית להבנת המציאות שלה (Patton, 1980) מתוך שקדי, 2003).

המחקר נשען על הגישה הנרטיבית. הנחת המוצא של גישה זו היא כי תופעות יכולות להיות מובנות רק מנקודת מבט פנימית של החווים אותם, כיוון שאנשים מארגנים ומנהלים את תפיסותיהם על העולם באמצעות סיפורים שהם מבנים ומספרים. פועל יוצא של הנחה זו הוא כי תופעות מורכבות ועשירות של הניסיון ושל החיים מיוצגות טוב יותר בסיפורים ובנרטיבים (Lieblich et al., 1998 מתוך שקדי, 2003). על פי ליבליך ועמיתיה (Lieblich et al., 1998) מתוך טובל- משיח וספקטור-מרזל, 2010) הנרטיב הוא כלי ליצירת משמעות, להבנה ולארגון של המאורעות המתרחשים. במובן זה, הנרטיב מתאר מחד את המציאות, ומאידך הוא מעצב אותה ומקנה לה משמעות. הבחירה בשיטת מחקר נרטיבית התבססה על ההנחה כי חשיפה לנרטיב של הפעולה האובדנית עשויה לשפוך אור נוסף על חווית הכאב הנפשי ועל הדינאמיקה הנפשית המובילה לאובדנות. רייסמן (Riessman, 1990) מתוך (Gavin & Rogers, 2006) טוען כי הקשבה לנרטיב של אנשים שנחשפו לאובדנות מספקת הזדמנות לדיון המקיף את הזמן והאירועים המשמעותיים בעולם שיצרו אותם אנשים.

המחקר הנוכחי מבוסס על ארבעה ראיונות ושלוש אוטוביוגרפיות כתובות של נשים ששרדו ניסיון אובדני.

תהליך איתור המרואיינות למחקר זה לווה בקשיים רבים ונמשך מעל לשנתיים. תחילה נעשה ניסיון לאתר את הנשים באמצעות קולגות ומכרים. המרואיינת הראשונה שהופנתה אלי הביעה את הסכמתה להשתתף במחקר, לאחר שקבלה הסבר על מטרות והליך המחקר. במהלך הראיון עמה ניכר היה כי היא לא עיבדה את החוויה הקשה שעברה וכי אופן הצגת סיפור חייה וסיפור הניסיון האובדני שעברה אופיין בשטחיות רגשית בולטת. ראיון זה הבהיר כי יש חשיבות רבה לליווי מקצועי של המרואיינות ולכך שהמחקר יתבצע בין כותלי מוסד רפואי. לפיכך, הוחלט כי המחקר ייערך במרפאה לבריאות נפש ובליווי הצוות המטפל, בכדי שניתן יהיה להתמודד בצורה מקצועית ואחראית עם סוגיות קליניות, במידה ואלה יעלו במהלך הראיונות או לאחריהם, תוך מודעות לצורך לדאוג למצבן הנפשי של המרואיינות.

בשלב הראשון נעשתה פנייה למנהל אחת מהמרפאות לבריאות הנפש באזור הדרום, אשר נתן את אישורו לעריכת המחקר במרפאתו. עם קבלת אישורה של ועדת הלסינקי, נערכה פגישה עם הצוות הטיפולי של המרפאה, במטרה לגייס את שיתוף הפעולה שלהם באיתור נשים המתאימות למחקר. לנוכח הקושי של הצוות הטיפולי לאתר נשים אשר היו נכונות להשתתף במחקר, ולאחר תקופה המתנה ארוכה שנמשכה כשנה, הוחלט לפנות למרפאת בריאות נפש נוספת באזור הדרום לצורך איתור משתתפות למחקר.

לאחר קבלת אישורה של ועדת הלסינקי לעריכת המחקר במרפאה זו, נערכה פגישה עם מספר רופאים המועסקים בה, ואלו סייעו באיתור הנשים. ניסיון זה הניב שתי מרואיינות. הראיונות עמן נערכו בנוכחות הרופא המטפל בהן, אשר היה שותף פעיל בראיונות.

מרואיינת נוספת אותרה באמצעות כתבה שהתפרסמה בעיתון. בכתבה זו תארה המרואיינת את חווית הכאב הנפשי שחשה וכיצד כאב זה הוביל למעשה האובדני ממנו שרדה. פנייה לעיתון בבקשה ליצור קשר עמה הניבה תגובה מצידה. לאחר קבלת הסבר על מטרת והליך המחקר, היא הביעה את הסכמתה להתראיין למחקר.

כל המרואיינות הוחתמו על טופס הסכמה מדעת (ראה נספח מס' 1) לפני תחילת הראיון, לאחר שהוסבר להן שהן יכולות להפסיק את הראיון בכל עת. הראיונות ארכו בין שעה לשעה וחצי. שניים מהראיונות נערכו בביתן של המרואיינות ושניים נערכו במרפאה לבריאות הנפש.

הקושי הרב בו נתקלתי באיתור נשים המוכנות לחשוף את החוויה שעברו, העלה את האפשרות להשתמש בחומר כתוב, בנוסף לראיונות. במחקר נעשה שימוש בשלוש

אוטוביוגרפיות כתובות של נשים אשר שרדו ניסיון אובדני ומתארות את החיים בצל מחלתן, את חווית הכאב הנפשי וכיצד זה הוביל לבחירה במעשה אובדני ממנו ניצלו: "נפש לא שקטה"- עדות אישית של פרופ' קיי רדפילד גיימיסון. יצא לאור בהוצאת "מטר" בשנת 2007.

"נערה מופרעת"- עדות אישית של סוזנה קייסן. יצא לאור בהוצאת ידיעות אחרונות, ספרי חמד, בשנת 2009.

"פעמון הזכוכית"- עדות אישית של סילביה פלאת. יצא לאור בהוצאת ספריית הפועלים בשנת 2008.

ארבע הנשים, עימן נערך ראיון, ישראליות בטווח הגלאים שבין 21 ל-58. שלוש מתוכן היו יהודיות ואחת בדואית. שלוש נשים היו בעלות השכלה אקדמית ואחת בעלת השכלה יסודית. שתיים רווקות, אחת נשואה ואחת גרושה. מספר ניסיונות ההתאבדות מהן שרדו, בעת עריכת הראיון, נע בין אחד לשלושה. שלוש מהנשים עימן נערך ראיון היו אמהות לילדים. הנשים, שסיפור חייהן נלקח מהאוטוביוגרפיות שפרסמו, היו נשים אמריקאיות בטווח הגלאים שבין 17 ל-22, בתקופה אותה הן מתארות בספרן. שתיים בעלת השכלה אקדמית. מספר ניסיונות ההתאבדות מהן שרדו, בעת כתיבת הספר, נע בין אחד לשניים. שלוש הנשים שסיפור חייהן מתואר באוטוביוגרפיות היו רווקות בתקופה אותה הן מתארות בספרן. כל שבע הנשים אובחנו כסובלות מהפרעות פסיכיאטריות שונות: ר' סבלה מדיכאון שהתפתח מדיכאון לאחר לידה. א' סבלה מדיכאון וחרדה. ס' אובחנה כסובלת מהפרעות אישיות שונות. ת' אובחנה כסובלת מדיכאון. קיי סבלה מהפרעה דו קוטבית, סילביה סבלה מדיכאון וסוזנה סבלה מהפרעת אישיות גבולית. כל שבע הנשים ספרו על קשר כלשהו עם גורמי טיפול, בזמן כזה או אחר, במהלך סיפורן.

איסוף הנתונים

איסוף הנתונים נעשה באמצעות ראיון פתוח, וכן באמצעות קריאת אוטוביוגרפיות. ראיונות: הראיון הפתוח מתמקד בנושאים כלליים בכדי לסייע למרואיינים לחשוף את הסיפור שלהם ולהציג את משמעותו, את עמדותיהם ואת הדעות שלהם. בסוג זה של ראיון, המראיין מכבד את האופן בו המרואיין מחליט להבנות ולהציג את תשובותיו ללא התערבות של המראיין (שקדי, 2003). מישל ועמיתיו (Michel et al., 2002) מציעים למטפלים העוסקים באובדנות לקיים ראיון פתוח בו נשאלות שאלות קצרות ופתוחות המכוונות את המרואיין להרחיב את תיאור הרגשות והמחשבות שהובילו אותו למעשה, כשהמטרה היא להבין את

הנרטיב של הפעולה האובדנית. חוקרים אלו גורסים כי רק האדם עצמו יכול להיות מומחה לניסיון האישי שלו וכי יש להתייחס לבחירה באובדנות כאל פעולה מכוונת מטרה, הקשורה באספקטים שונים בהיסטוריית החיים. לתפיסתם, הקשבה אמפאטית לסיפור החיים תניב הבנה רחבה של הסיבות הרגשיות שהביאו למעשה האובדני. בהתאם לכך, במחקר זה נעשה שימוש בראיונות פתוחים ובלתי מובנים, שכללו שאלות קצרות ופתוחות ככל האפשר, במטרה לקדם את סיפורה האישי של המרואיינת ולהבין את חווית הכאב הנפשי שהוביל לפעולה האובדנית, בהקשר של נסיבות חייה. הראיון נפתח באמירה כללית: "אני עורכת מחקר על סיפורי חיים של נשים ששרדו ניסיון התאבדות והייתי רוצה לשמוע את הסיפור שלך". כל הראיונות הוקלטו, בהסכמת המרואיינות, ותומללו מילה במילה.

אוטוביוגרפיות: על פי שקדי (2010) חומר כתוב, הכולל יומנים ומסמכים אחרים, משמש כמקור מידע ראשוני המתקבל ישירות מהנחקרים ומכיל מידע מילולי-תיאורי שלהם לגבי התופעה הנחקרת. הספרים, בהם השתמשתי לצורך מחקר זה, אותרו באמצעות האינטרנט, לאחר קריאת התקצירים ובדיקת התאמתם לנושא המחקר. לאחר מכן נקראו הספרים במלואם, כאשר במהלך הקריאה הוחלט שלא לכלול במחקר אוטוביוגרפיה נוספת שניכר היה כי תכניה אינם מתייחסים לנושא המרכזי של המחקר- משמעות הכאב הנפשי.

ניתוח הנתונים

לתהליך ניתוח הנתונים כמה מטרות: תהליך הניתוח נותן משמעות למה שהחוקר רואה, הוא מאפשר לחוקר לכוון את מהלך המחקר ולהחליט על המשכו ומהלכו והוא מאפשר לחוקר לקשר בין ממצאיו ובין התיאוריה (גבתון, 2001).

קסן וקרומר-נבו (2010) מציעות תרשים זרימה בן שבעה שלבים, המתאר את תהליך ניתוח הנתונים במחקר איכותני לשיטותיו: (1) קריאה הוליסטית של הנתונים (2) ארגון הנתונים וצמצום (3) "שבירת" הנתונים ליחידות קטנות (4) הבנייה מחדש של הנתונים ו/או המשגה תיאורטית (5) קריאה הוליסטית חוזרת (6) אימות הממצאים (7) כתיבה.

ראיונות המחקר והאוטוביוגרפיות נותחו באמצעות ניתוח תוכן המבוסס על הגישה של תיאוריה המעוגנת בנרטיבים (שקדי, 2010). בגישה זו, בדומה לגישה של תיאוריה מעוגנת בשדה (grounded theory), ה"לבנים" לבניית התיאוריה נלקחות מהשדה והתיאוריה נובעת מניתוח הנתונים עצמם (שקדי, 2003). יחד עם זאת, ניתן להצביע על כמה הבדלים בין שתי הגישות: בעוד שהמטרה בבניית התיאוריה, על פי המסורת של התיאוריה המעוגנת בשדה, היא להעמיד מערכת מושגית דחוסה ובעלת תקפות רחבה ככל שניתן (Goulding, 2002) מתוך

שקדי, 2010), המתודולוגיה של התיאוריה המעוגנת בנרטיבים צנועה יותר בטענת ההכללה והתקפות שלה וחותרת לתיאוריה המסבירה נרטיבים ספציפיים. התיאוריה המעוגנת בשדה ממוקדת, כבר משלב איסוף הנתונים וניתוחם, ביצירת תיאוריה ולכן איסוף הנתונים וניתוחם נעשה באופן סימולטני, תוך הליכה לשדה ובחזרה ואיסוף נתונים חוזר ונשנה, המושפע מהקטגוריות התיאורטיות ההולכות ומתהוות. כלומר, איסוף הנתונים ממוקד ומושפע מהכיוון התיאורטי שמתגבש, כבר בשלבים הראשונים. זאת לעומת הגישה של תיאוריה מעוגנת בנרטיבים בה הכיוון התיאורטי נקבע רק לאחר שנאספו הנתונים. בשלב ראשון החוקרים מבקשים ליצור תמונה תיאורית של התופעה הנחקרת, על בסיס הנרטיבים של הנחקרים, ובשלב שני מתורגמת התמונה התיאורית למערכת של מושגים תיאורטיים. על פי גישה זו תהליך איסוף הנתונים מובחן משלב בניית התיאוריה (שקדי, 2010).

מטרת החוקרים, על פי הגישה של תיאוריה המעוגנת בנרטיבים, היא להישאר קרוב ככל האפשר להבניה הייחודית של עולמם של המשתתפים (Maykut & Morehouse, 1994) מתוך שקדי, 2010). בתהליך של יצירת תיאוריה המעוגנת בנרטיבים, מה שהנחקרים מספרים וההסברים שלהם למה שהם עושים, מהווה את אבני הבניין ליצירת התיאוריה. התיאוריה מבוססת על הנרטיבים של המשתתפים עצמם ועל האופן בו הציגו את הדברים (שקדי, 2010). שיטת הניתוח שמציע שקדי (2010; 2003), ואשר יושמה במחקר זה, בנויה מארבעה שלבים עוקבים.

שלב א' - הניתוח הראשוני

שלב זה מאופיין בניתוח ראשוני של החומר. שרמז (Charmaz, 1983; 2000) מתוך שקדי, 2010) מציעה לקרוא תחילה את החומר בקריאה רצופה, בכדי לאפשר אוריינטציה רחבה וכוללת שאינה מאבדת את ההקשר של הנתונים. אכן, שלב הניתוח הראשוני במחקר הנוכחי החל בקריאה רצופה של ארבעת הראיונות. לאחר מכן, כל אחד מהראיונות נקרא באופן נפרד, נותח וחולק ליחידות משמעות, כאשר כל יחידת משמעות עסקה בנושא תכני מסוים. יחידות המשמעות משקפות למעשה את הנושאים המרכזיים והבולטים ביותר העולים מהראיון (איילון וצבר בן יהושע, 2010).

ההתייחסות לאוטוביוגרפיות הייתה שונה במקצת. במהלך הקריאה הראשונה של הספרים, סומנו יחידות משמעות שנראו רלוונטיות לנושא הנחקר. במקביל לסימון בספרים, נערך רישום, של יחידות המשמעות שסומנו, בטבלה שכללה את שם הספר ומספר העמוד בו סומנה יחידת המשמעות. לכל אחת מיחידות המשמעות ניתן שם המסמל בצורה הטובה

ביותר את המשמעות העיקרית המוצגת בה. המטרה היתה להקיף את החומר כולו ולזהות את מרב הנושאים המצויים בו.

בשלב זה החלוקה לנושאים התבססה באופן מדויק על דברי המרואיינות והחומר הכתוב, ללא פרשנות. יחידות המשמעות התייחסו במישרין לטקסט והשמות של יחידות המשמעות, נלקחו מהטקסטים עצמם, בכדי לשמור על ההקשר המקורי שהוא, לדברי שקדי (2003), הכרחי בשלב ראשוני זה של הניתוח. מטרת השלב הראשון היתה לפתוח את החקירה ולאחר את כיווני הניתוח (שקדי, 2010).

שלב ב' - הניתוח הממפה

בניתוח הממפה מתרחש תהליך של המשגה, בו נוצרים מושגים חדשים ורחבים, המקיפים יותר מידע לעומת יחידות המשמעות שנבנו בשלב הקודם.

בתחילת שלב זה נעשו שתי פעולות: (1) כל יחידות המשמעות שסומנו בספרים הוקלדו לקובץ מחשב משותף. (2) יחידות המשמעות שסומנו בראיונות ונמצאו כרלוונטיות לנושא המחקר, נגזרו מתוך הראיונות והועברו לקובץ מחשב. פעולות אלו הניבו שני קבצי מחשב: האחד כלל יחידות משמעות שנשלפו מתוך הראיונות, והשני כלל יחידות משמעות שנשלפו מתוך הספרים. כל יחידות המשמעות נכללו בקבצים עם השמות שנתנו להם בשלב הראשון. על פי שקדי (2010) בשלב הניתוח הממפה יש למיין את כל החומר לקטגוריות תואמות. בשלב זה הניתוח מתייחס לחומר כולו כאל יחידה אחת. זאת לעומת השלב הקודם, בו הניתוח התייחס לכל פריט בנפרד. בהתאם לכך, יחידות משמעות שנמצאו כבעלות נושא משותף, משני הקבצים שצוינו לעיל, צורפו לקטגוריות רחבות, על ידי קיבוץ וארגון של יחידות קרובות זו לזו. שמות הקטגוריות בשלב זה הפכו מופשטים יותר ופחות צמודים לנאמר בטקסט (שקדי, 2003).

לאחר קריאה מדוקדקת של הקטגוריות, מוקמה כל קטגוריה ביחס לאחרות על ציר אופקי ואנכי. הציר האנכי מחלק את הקטגוריות לרמות של קטגוריות-על ותת קטגוריות, כאשר תת הקטגוריות הן למעשה תכונות של קטגוריות-העל. הציר האופקי כולל כמה תתי קטגוריות אותן ניתן לשייך לקטגוריה אחת, רחבה יותר. ההסתכלות על הציר האופקי אפשרה לזהות קטגוריות הנמצאות על אותה רמה, תוך בחינת המידה בה קטגוריות אלה קרובות דיין בכדי להתאחד לקטגוריה אחת שתהיה רחבה ועשירה יותר (Strauss & Corbin, 1990) מתוך שקדי, (2003). מיקום הקטגוריות על פני הצירים נעשה באופן סימולטני והניתוח הממפה כולו מיוצג על ידי "עץ" (שקדי, 2003).

הסידור החדש של הקטגוריות מעלה את המידע לרמה אנליטית גבוהה יותר ומספק בסיס להצגת תיאורים והסברים משמעותיים לתופעה הנחקרת (שקדי, 2003).

שלב ג' - הניתוח הממוקד/ממוקד

על פי שקדי (2003) בשלב זה יש לחפש אחר הנושא המרכזי המשתקף מהחומר, מה שנראה כבעיה מרכזית או עניין עיקרי בטקסטים. על הקטגוריה המרכזית לשקף את הזהות הכללית של כל מערך הקטגוריות ולהיות אחראית ליצירת אינטגרציה והיררכיה בין הקטגוריות (שטראוס, 1987 מתוך גבתון, 2001). על פי איילון וצבר בן יהושוע (2010), בכדי להכריע מהן קטגוריות הגרעין ניתן לבצע בדיקה כמותית תוך התייחסות (1) למספר ההיגדים בכל קטגוריה, (2) למספר הנשים שדבריהן נכנסו לקטגוריה או- (3) למספר קטגוריות המשנה בכל קטגוריה.

בשלב זה מוקדו פרטי המידע להסבר קוהרנטי סביב קטגוריה מרכזית והוחלט כי הקטגוריה המרכזית, הקטגוריה הגבוהה ביותר ב"עץ", היא "חלקים של כאב". על מנת להבין את התמונה בצורה ברורה יותר, נבנתה עבור כל אחת מהנשים מפה אישית שכללה את הקטגוריות בהן נכללו ההיגדים הקשורים אליה. הקטגוריות, בכל שבע המפות, סודרו על פי סדר קבוע בכדי להבין אילו קטגוריות נכללות בכל מפה ובכדי להבין את ההיררכיה שבין הקטגוריות. במחקר זה ניכר כי הקטגוריה "חלקים של כאב" היא הקטגוריה המרכזית, בה נכלל מספר ההיגדים הרב ביותר ובה שותפות כל הנשים שסיפור חייהן נכלל במחקר. קטגוריה זו אף עונה לשאלת המחקר המרכזית- מהי משמעות הכאב הנפשי בחייהן של נשים ששרדו ניסיון התאבדות?

מהקטגוריה המרכזית נבעו מספר קטגוריות עיקריות, הממוקמות מתחתיה ב"עץ". תחת הקטגוריה המרכזית שזוהתה במחקר זה, מוקמו ארבע קטגוריות עיקריות, המייצגות פרקים בחייהן של הנשים הקשורים לחוויית הכאב הנפשי שלהן. הקטגוריות העיקריות מחולקות אף הן לתת קטגוריות המהוות תכונות של הקטגוריה העיקרית.

שלב ד' - ניתוח תיאורטי

בשלב זה המטרה היתה להבנות מושגים תיאורטיים של התופעה הנחקרת, על סמך הנתונים שנאספו והספרות התיאורטית העוסקת בתחום הנחקר. שקדי (2003) טוען כי לאחר פיתוח מערכת חדשה של קטגוריות, כפי שנבנתה בשלושת השלבים הקודמים, יש לתרגם את שמות הקטגוריות והיחסים ביניהן, ממונחים יום-יומיים

למונחים תיאורטיים. יש לזהות את היחסים בין הקטגוריות ב"עץ" ולמצוא הסברים תיאורטיים ליחסים אלה, תוך שימוש בספרות הקיימת. הספרות מאפשרת להרחיב ולהבהיר את הקטגוריות שנבנו ומסייעת בזיהוי וביסוס היחסים בין הקטגוריות. כך נוצר דיאלוג בין הנתונים והספרות.

התיאוריה המתקבלת, בסיומו של שלב זה, היא תיאוריה של החוקר על האופן בו אנשים שחו את התופעה תופסים אותה. (שקדי, 2003).

שלב הניתוח התיאורטי של מחקר זה מוצג בפרק הממצאים והדיון. לאחר הצגת הממצאים מוצג ניתוח תיאורטי של הממצאים הנוגעים לכל קטגוריה, תוך הסתמכות על ספרות רלוונטית. ניתוח זה מאפשר להבין לעומק את היחסים שנמצאו בין הכאב הנפשי, סיפור החיים והמעשה האובדני.

אמינות המחקר

על פי אלפרט (2001 מתוך צבר בן יהושוע, 2005) מחקר נחשב אמין על פי מידת הקפדנות של ניהולו ולפי אופן הצגתו. במחקר זה נעשו מספר פעולות במטרה לחזק את אמינות המחקר. ראשית, תמלול הראיונות, מילה במילה, נעשה בסמוך למועד קיום הראיון בכדי להביא את הדברים בצורה המדויקת ביותר שניתן. על פי זיידמן (Seidman, 1991 מתוך גילת והרץ לזרוביץ', 2010) תמלול מדויק הוא אמצעי חשוב להגברת אמינות הראיון שכן כך נקלטות המילים המדויקות. בנוסף, שלבי הניתוח תועדו במלואם ונשמרו בקבצי מחשב נפרדים בהתאם לכל שלב. תיעוד זה מאפשר לעקוב אחר תהליך עיבוד החומר מהשלב הגולמי ועד הניתוח התיאורטי.

תיאור הממצאים מסתמך על ציטוטים רבים, המלווים כל אחת מהקטגוריות שנמצאו. על פי גרץ (1990 מתוך צבר בן יהושוע, 2005) באמצעות השימוש ב"תיאור מעובה" יכול החוקר לחשוף את אשר הוא מעלה כמציאות ולהציגה לפני הקוראים כשלצדה הבנותיו ופרשנותו לתמונת מציאות זו.

על פי צבר בן יהושוע (2005) הצלבה היא תהליך אשר באמצעותו משתמשים חוקרים במקורות מגוונים ובדרכים שונות כדי להיווכח שתופעה מסוימת אכן מתרחשת וכדי להבהיר את משמעותה. במחקר זה נעשה שימוש באוטוביוגרפיות, כמקור נוסף לבחינת התופעה הנחקרת. דרך נוספת להצלבה, בה נעשה שימוש במחקר זה, היא בחינת התאמה בין הממצאים לבין הספרות התיאורטית.

בנוסף לכך, המנחה האקדמית שלוותה מחקר זה סייעה בשמירה על הגבולות האובייקטיביים של המחקר ובבקרה על ניתוח הנתונים. כך ניתן היה לאתר חוסר בהירות בהגדרת הקטגוריות השונות ונתונים שלא משתלבים כראוי בקטגוריות שהוצעו.

סוגיות אתיות

לאחר הראיון הראשון עלתה החשיבות הרבה שיש ליווי מקצועי של המרואיינות ולכך שהמחקר יתבצע בין כותלי מוסד רפואי, בכדי שניתן יהיה להתמודד בצורה מקצועית ואחראית עם סוגיות קליניות, במידה ואלה יעלו במהלך הראיונות או לאחריהם, תוך מודעות לצורך לדאוג למצבן הנפשי של המרואיינות. לפיכך נעשתה פנייה לועדת הלסינקי והמחקר קיבל את אישורה של הועדה. בחירת שתיים מהמרואיינות נעשתה על ידי המטפלים במרפאה, תוך שנלקח בחשבון המצב הנפשי של המועמדות. הפנייה הראשונית למועמדות אלה נעשתה על ידי המטפל הישיר ורק לאחר שניתנה הסכמה הועברו הפרטים הרלוונטיים של המועמדות להשתתפות במחקר. הראיונות הללו נערכו במרפאה לבריאות הנפש ובליווי הצוות המטפל. כל ארבע המשתתפות במחקר חתמו על טופס הסכמה להשתתפות במחקר (מצורף כנספח מס' 1). פרטי המשתתפות נשארו חסויים ולא נחשפו פרטים העלולים לחשוף את זהותן.

ממצאים ודיון

מניתוח סיפורי החיים של שבע הנשים עולות חמש תמות מרכזיות. הכאב הנפשי שזור בסיפור חייהן של הנשים ומהווה חוט המקשר בין חמש התמות. הקטגוריה המרכזית שעלתה מניתוח הנתונים, "חלקים של כאב", מהווה את התמה העיקרית בסיפורי הנשים. קטגוריה זו, הכוללת את כמות ההיגדים הרב ביותר, עונה על שאלת המחקר הראשית- משמעות הכאב הנפשי בסיפורי החיים של נשים ששרדו ניסיון אובדני. ארבע התמות הנוספות, נובעות מתוך הקטגוריות העיקריות שעלו בניתוח וניתן למקמן על פני רצף העוקב אחר התפתחות הכאב. התמה "היסטורית החיים" מתארת את התפתחות הכאב לאורך סיפור החיים, על פרקיו השונים. התמה המתארת את מערכות ה"יחסים" מתמקדת בהשפעה של מערכות היחסים בחייהן של הנשים על הקלה או החרפה של הכאב. התמה העוסקת ב"מחלה" מאפשרת להבין כיצד הסימפטומים שנלוו להפרעות הפסיכיאטריות השונות של הנשים השפיעו על חווית הכאב שלהן. הקטגוריה האחרונה, "בין כאב ואובדנות", מהווה את החוליה המקשרת בין הכאב הנפשי והמעשה האובדני ממנו שרדו שבע הנשים. הדינאמיקה בין התמות השונות מוצגת בתרשים מספר 1 (ראה עמוד 94).

חלקים של כאב

חלק ניכר מחומר הגלם שנאסף במחקר נגע בשאלה באשר למשמעות הכאב הנפשי בחוויה של הנשים. שבע הנשים תארו, כל אחת בדרכה ובמילותיה, את הפסיפס של הכאב הנפשי. מתיאוריהן עלו תשעה מימדים של הכאב הנפשי, כפי שיפורט להלן.

1. קדרות

שלוש מבין הנשים תארו כיצד תפיסה קודרת של המציאות היוותה חלק מהכאב הנפשי שחוו. הכאב צובע את מציאות חייהן ואת הסביבה באור שלילי, ובתוך כך נעלמת היכולת לתפוס חלקים ממציאות זו באור חיובי. בולטת בדבריהן הטוטאליות של החוויה, שכמו עוטפת מכל עבר ולא מאפשרת לתפיסה אחרת לחדור בכדי לאזן את התמונה:

"פתאום זה יורד עלייך כמו איזה ענן כזה..." (א', 496).

"לאחר שבועות ארוכים של ריחוף ושל מיעוט שינה, היו מחשבותיי צוללות מטה, אל הצד השחור והקודר של החיים" (קיי, 31).

"... למרות שניסיתי לראות את הדברים בוורוד לא הלך כלום..." (ר', 503-508).

א' מתארת כיצד הקדרות הפנימית לא מוארת גם בעזרת אחרים:

"...הרגשתי אז גם, את מה שכתבתי בזה, ש.. אהה שהלהבה בתוכי כבתה ואני לא מצליחה להדליק אותה מאף בן אדם אחר..." (א', 254-255).

עוצמת החוויה כה עזה וחודרנית עד כי נתפסת כחלק מהאישיות ולא כחלק מחוויה הקשורה למצב נפשי:

"האפלה הינה חלק אנטגרלי ממה שאני, ואיני צריכה לאמץ כלל את דמיוני כדי להיזכר בחודשים של חשיכה בלתי פוסקת ושל תשיות" (קיי, 155).

2. ייאוש

כמה מהנשים תארו, כחלק מהכאב הנפשי שחשו, ייאוש עמוק. הייאוש, כפי שיתואר בהמשך, נוגע לתפיסת העתיד, לאפשרות השיקום וההחלמה ואף ליכולת להמשיך ולקיים את החיים עצמם. הייאוש מתואר כעינוי מונוטוני ועיקש שאין ממנו הפוגה. בתיאור הייאוש, כמו בתיאור הקדרות, בולטת הטוטאליות של החוויה והאופן בו היא משתלטת על התודעה:

"כמעט טפטוף לווריד, של ייסורים. זהו כאב אכזרי, חסר רחמים, בלתי מרפה, שאינו נותן פתח לתקווה, שום אלטרנטיבה לקיום עגום ומעורר בחילה, שום הפוגה מהזרמים הקרים של מחשבה תחושה, החולשים על הלילות המחרידים, חסרי המנוח של ייאוש שחור" (קיי, 86).

"אני חיה וסובלת, זה לא נגמר זה. זה כמו שעון, תיק תיק זה לא מסתיים בכלל" (ת', 137-138).

"מה שהרגשתי היה ייאוש מוחלט. ייאוש, אומללות ודיכאון" (סוזנה, 166)

נשים אחדות הדגישו את תחושת חוסר התקווה לגבי יכולתן להיטיב את מהלך החיים, כפי שממחישים שני הציטוטים הבאים :

"אני מנסה לצאת מזה ולא מצליחה לצאת מזה כאילו זהההה כאילו, לצאת מזה אי אפשר לצאת מזה. אני מרגישה שאני תקועה בבוץ שאי אפשר לצאת מזה ושזה קשה" (ת', 34-36).

"אבל הבעיה שלי לא נגמרת, ולא יגמרו לעולם! זה מה שאני אומרת לעצמי כאילו עם הסבל הזה והמחשבות להתאבד והמחשבות לחתוך את הידיים ומחשבות לחתוך את הראש...." (ת', 165-167).

בדבריהן של חלקן בולטת התייחסות אל העתיד כאל דרך ללא מוצא, ללא שאיפות וחלומות, למרות גילן הצעיר :

"ראיתי את שנות חיי משתרעות לפניי כשורת עמודי טלפון המקושרים זה לזה בחוטים. ספרתי אחד, שניים, שלושה... תשעה עשר עמודי טלפון, ואז התדלדלו החוטים בחלל וככל שהתאמצתי לא הצלחתי לראות ולו עמוד אחד מעבר לעמוד התשע עשר" (סילביה, 120).

"אין לי על מה להסתכל קדימה, למשל אני לא לומדת, אז איך אני אסתכל קדימה הלאה איך אני אשנה את החיים שלי? אי אפשר" (ת', 174-178).

לחוסר התקווה מצטרף ויתור על המשך המאבק על השפיות ועל החיים. באותם רגעים המאבק נתפס כחסר סיכוי בכל מקרה. תפיסה זו משתקפת מדבריה של סוזנה, בהתייחסותה לאופן שבו חוותה ביחד עם חברותיה למחלקה את החיים בבית החולים לנפגעי נפש, ומדבריה של ס':

"בדרך מוזרה היינו חופשיות. הגענו לסוף הדרך. לא היה לנו עוד מה להפסיד. הפרטיות שלנו, החירות שלנו, הכבוד שלנו: כל אלה אבדו ואנחנו הופשטנו עירומות עד לעצם העצמיות שלנו" (סוזנה, 101).

"זה לא חיים מה שיש לנו. אנחנו כבר מתים למעשה. אני מרגישה את עצמי מתה" (ס', 400-401).

3. תפלות

הנשים מתארות את הקושי הגדול המתלווה לחוויה שבה הקיום נתפס כתפל. העולם נחוה כאפרורי וכחסר צבע וטעם. כתוצאה מכך גם הרגשות עמומים ובולטת חוסר היכולת לחוש הנאה או התלהבות, כפי שמשתקף בדבריה של קיי:

"להיות חסר אמונה באפשרויות של החיים, בהנאות המין, בנפלאות המוסיקה, או ביכולת לגרום לעצמך או לאחרים לצחוק..." (קיי, 161).

"למן הרגע שהתעוררתי בבוקר ועד הרגע שנכנסתי למיטה בלילה, הייתי אומללה להחריד ובלתי מסוגלת להרגיש שמחה או התלהבות כלשהו... כל דבר שפעם נצץ ובעבע היה עכשיו אפרורי ותפל (קיי, 83).

התפלות מקשה על תפקוד אקטיבי ופוגעת ביוזמה ובכוח המניע קדימה, כפי שמשתקף בדבריה של א', המתארת את התפלות כחלק משמעותי בחוויית הכאב שחוותה:

"הייתי מתעוררת מאוד מוקדם בבוקר ולא מוצאת אממם טעם בשום דבר ו.. אהה האמת שהאפיזודה הדיכאונית של הצבא היא כל כך רחוקה שאני לא ממש זוכרת אותה. אני זוכרת שלא היה בה אלמנט של חרדות כל כך ... זה בעיקר היה תפלות של הקיום, לא היה שום טעם בשום דבר..." (א', 39-34).

התפלות מתבטאת בחוויה חושית עמומה או רדודה. סילביה, למשל, מתארת את התפלות כהיעדר חוויה חושית הקשורה לצלילים. עבודה, התפלות באה לידי ביטוי בדממה עמוקה שמתרחשת בתוכה:

"הדממה דכאה אותי. לא היתה זו דממת הדממה. היתה זו הדממה שלי עצמי" (סילביה, 22).

"פשוט הייתי נדחפת מהמלון לעבודה ולמסיבות ומן המסיבות למלון ושוב ועבודה, כמו איזו חשמלית קהויה. אני מניחה שהיה עלי להיות נרגשת, כמו שהיו רוב הנערות האחרות, אבל אני לא הצלחתי להביא את עצמי לידי תגובה. חשתי שאני

מאוד שקטה וריקה, כמו שמרגישה בוודאי עין סופת טורנדו, בנועה בטמטום במרכזה של כל המהומה שמסביב" (סילביה, 7).

4. ריקנות

ממד נוסף של הכאב הנפשי, אשר בלט בסיפוריהן של נשים אחדות, הוא התחושה כי אין משמעות לחיים ולהמשך המאבק על הקיום. נשים אלו תארו את הסבל הנלווה לחיים חסרי משמעות ואת הריקנות הממלאת את המחשבות. הן הציגו את חוסר הפשר של החיים ואת סופם הידוע מראש כגורמים המקשים עליהן להיאבק על המשך החיים:

"את לא מבינה בשביל מה אנשים חיים, בשביל מה אנחנו טורחים לאכול ולקום ולהתלבש, ולעשות דברים וזה אם במילא אנחנו בדרך למות ואם הכל כל כך חסר טעם. לא רק החיים נראים לך ארוכים וחסרי משמעות אפילו יום אחד, אי אפשר לדעת אפילו איך להעביר יום אחד בכזה חוסר משמעות..." (א', 204-208).

"ואז היה [הפסיכיאטר] נשען לאחור בכיסאו ומצמיד את אצבעות ידיו זו לזו בדמות צריח קטן ואומר לי מדוע אינני יכולה לישון ומדוע אינני יכולה לאכול ומדוע כל דבר שעושים בני האדם נראה לי טיפשי, מפני שבסופו של דבר הם ימותו כולם" (סילביה, 125).

לתחושת חוסר המשמעות נוספת תחושה של אובדן דרך וטשטוש הזהות, כפי שממחישים הציטוטים הבאים:

"כל הרעש הזה והמחשבות האלו והסבל שסבלתי והילדות שעברתי, כל מה שעברתי אני לא יודעת איך להגדיר את עצמי: מי אני ומה אני רוצה מהחיים? מה אני רוצה? אני לא יודעת מה אני רוצה. למה אני חיה, אני לא יודעת למה אני חיה" (ת', 170-173).

"אחרי שהייתי המון שנים אהה גם מורעלת בצה"ל וגם חזקה בלימודים תמיד תלמידה מצטיינת, פתאום הייתי מין אפס כזה, אפס כזאת שלא היה בה צורך והחיים שלי נהיו נורא ריקים פתאום, כי הייתי רגילה שהצבא היה כל התוכן של החיים שלי..." (א', 24-31).

"קברתי את ראשי מתחת לכרית והעמדתי פנים שלילה שורר סביב. לא יכולתי למצוא שום סיבה שתצדיק קימה מהמיטה. לא היה לי דבר לעשותו, דבר לצפות לו" (סילביה, 115).

מדבריהן של חלק מהנשים עולה כעס. כעס על המצב אליו נקלעו, על הנסיבות שהובילו למצב, על אלוהים ועל העולם. לעיתים מתואר הכעס כזעם בלתי נשלט הנובע מקושי עצום להמשיך ולהכיל את הכאב הנפשי ומהתסכול הנובע מההשלכות של הכאב על החיים :

"בזעם תלשתי את המנורה מהקיר באמבטיה והרגשתי את האלימות מחלחלת דרכי... אני לא מסוגלת להפסיק, אני לא מסוגלת להפסיק... אני מטיחה את ראשי שוב ושוב בדלת. אלוהים תעשה שזה יפסיק, אני לא יכולה לסבול את זה, אני יודעת שאני מטורפת שוב... אני לא מסוגלת לחשוב, אני לא יודעת להרגיע את היורה הרוותחת הרצחנית הזאת... החיים שלי הרוסים, וגרוע מכך- הרסניים. הגוף שלי בלתי ראוי למשכן אדם. הוא משתולל ומתייפח ומלא הרס ואנרגיה פרועה שיצאה מכלל שליטה" (קיי, 6-85).

"במהלך אותן תקופות נסערות הפכתי חסרת מנוח, זועמת, מתעצבנת מכל דבר... לא היה לי מושג מה קורה" (קיי, 37).

דומה כי לעיתים המקור לכעס הוא חוויה של תסכול עמוק המוחצן כתוקפנות כלפי הסביבה. דבריה של סוזנה ממחישים תסכול זה הבא לידי ביטוי במלחמה עם הסביבה. מלחמה זו איננה קונקרטיית ונראה שמטרתה העיקרית הפנייה של תוקפנות, שלא ניתן להכילה עוד, כלפי חוץ :

"כשהייתי אמורה להיות ערה ישנתי: כשהייתי אמורה לדבר שתקתי: כשנקרתה בדרכי הנאה, התעלמתי ממנה. הרעב שלי, הצמא שלי, הבדידות והשעמום והפחד שלי כולם כלי נשק שכוונו לאויב שלי, העולם. הם לא שינו כהוא-זה לעולם, כמובן, והם גרמו לי סבל" (סוזנה, 49).

לעיתים לובש התסכול צורה מוחשית וברורה יותר, הקשורה בנסיבות החיים הקשות, כפי שעולה מדבריה של ת' :

"אני לא מקנאה בה. אני אומרת מה יש בה טוב יותר ממני שאני לא קבלתי את זה בחיים שלי והיא קבלה את זה בחיים שלה. מה יש בה יותר טוב ממני כאילו? לא שאני מקנאה בה אבל יש, אני שואלת את עצמי את השאלה הזאת בכל פעם שאני רואה משהי עם אבא שלה... אני אומרת למה אני נולדתי? נולדתי בשביל לסבול. זהו! אני לא רוצה לסבול, נמאס לי לסבול, אני רוצה לחיות כמו בחורה רגילה ואי אפשר, אי אפשר לחיות כמו בחורה רגילה עם כל הכדורים שאני מקבלת, עם כל הטיפולי" (ת', 152-158).

הכעס והתסכול של הנשים נבע, בחלקו, מתחושת חוסר האונים מול כוח גדול וחזק מהן המכוון ושולט בעולמן מבלי שתהיה להן יכולת לשנות את מהלך הדברים:

"אני מאמינה שיש גורל, יש משהו שמנווט את כל הדברים האלה. אני שואלת אותו כל יום למה? לא מקבלת תשובה. למה אנחנו צריכים לעבור את כל זה? כל מה שלא הגיוני, אני רוצה תשובה! (בוכה). בטח שאני רוצה לחיות!" (ס', 364-366).

"אני כאילו מסתכלת על החיים מזווית של בן אדם שהיה סובל בחיים וסובל עד עכשיו. וזהו כאילו לפעמים אני שואלת את עצמי למה אני סובלת? ואני אומרת אולי אלוהים ברא אותי בשביל רק לסבול. כאילו מאיפה אני יודעת למה אני סובלת, למה אני מקבלת מכות למה אני מקבלת, כאילו למה משפילים אותי" (ת', 26-30).

6. דימוי עצמי שלילי

דומה כי ההתמודדות המתמשכת של הנשים עם כאב נפשי הביאה אותן להתבוננות עצמית נוקבת ומפוכחת. בתיאוריהן נכרה ביקורת עצמית חריפה ביותר, אשר הובילה להעצמת ייסוריהן:

"בעיני עצמי הצטיירתי כמשעממת, אפורה, חסרת כישורים, קשת תפישה, עמומה, בלתי מגיבה, קרה, אנמית וחסרת ייחוד. נראה לי כאילו מוחי האט את הקצב ונשרף, עד שהיה חסר תועלת. המאסה האפורה של תאי המוח שלי, שהיתה אומללה, פתלתלה ומבולבלת בצורה מעוררת רחמים, עבדה מספיק טוב רק כדי לייסר אותי בשטף עגום של מגרעותיי וליקויי האופי שלי" (קיי, 84).

"הרגשתי בצורה החריפה ביותר עד כמה אני בלתי מספקת. הצרה היתה שכזאת הייתי כל הזמן, אבל פשוט לא חשבתי על כך. הדבר היחיד שהצטיינתי היה זכייה במלגות ופרסים, ותקופה זו היתה מתקרבת לקיצה. הייתי כסוס מרוץ המוצא עצמו לפתע בעולם ללא מסלולים" (סילביה, 75).

נראה כי התפיסה העצמית השלילית של הנשים קשורה למודעותן לשינויים שהכאב הנפשי חולל בהן. נשים אלו התקשו להשלים עם אובדן יכולת התפקוד שלהן ועם הסבל שהן מסבות לסביבה הקרובה שלהן:

"כבר לא יכולתי לסבול יותר את הכאב, לא יכולתי לסבול את האדם הנידף והמייגע שהפכתי להיות, הרגשתי שאני לא מסוגלת להמשיך להיות אחראית לתהפוכות שאני זורעת בקרב משפחתי וחבריי" (קיי, 86).

"אני לא יכולה לטפל בנכדים. אני יכולה לשמור עליהם שעתים שלוש לא יותר מזה. אני לא יכולה לקחת אותם לשינה אצלי כי אנחנו [אני ובעלי] עם כדורי שינה ישנים. אנחנו לא ישנים בלי כדורים. אני לא יכולה להגיד לילדים שלי תיסעו אנחנו נשמור על הילדים, תעשו ככה אנחנו נטפל בזה. כלום! אנחנו כמו איזה שני גלמים. ככה אני מגדירה את עצמי. שמנתי מאוד, קשה לי ללכת, זה לא העניין של מה שאני אוכלת, זה העניין שאני לא זזה" (ס', 231-235).

הליקויים שהנשים ייחסו לעצמן הובילו להצפה של מחשבות המבטאות שנאה עצמית. מחשבות אלה, כפי שמתואר בציטוט הבא, נוטות לחזור על עצמן שוב ושוב בתבניות קבועות, המחריפות את עוצמת הייסורים:

"המחשבות האלה חסרות משמעות. הן מנטרות אידיוטיות שקיימות במחזוריות סדורה מראש: אני לא שווה כלום, אני מלאך המוות, אני טיפשה, אני לא יכולה לעשות שום דבר. המחשבה הראשונה מציתה את כל המעגל... הן הפכו למוזיקת רקע, מחרוזת מתמשכת של מנגינות של שנאה עצמית" (סוזנה, 85).

7. החמצה

מדבריהן של שתיים מהנשים עולה תחושת החמצה על הזמן שעובר ועל ההזדמנויות שאבדו בעקבות מצבן הנפשי. הציטוטים המובאים להלן מבטאים קושי של שתי נשים צעירות אשר חשות שההתמודדות עם הכאב הנפשי גזלה מהן זמן יקר בו היו אמורות ליהנות מנעוריהן. בנוסף, ניכרת הרגשה של אובדן ההזדמנות להתחלה של חיים בוגרים בהם כל האפשרויות פתוחות:

"כמובן שהייתי עצובה ומוטרדת הייתי בת שמונה עשרה, היה אביב, ואני הייתי מאחורי סורגים" (סוזנה, 126).

"החיים שלנו הנמדדים במנות קצת יותר גדולות מאותן כפיות קפה מפורסמות, כפות מרק, אולי? כפות פח מעוקמות מלאות עד גדותיהן במה שהיה צריך להיות מתוק אבל היה חמצמץ, מקולקל, חולף מבלי שנטעם ממנו: החיים שלנו" (סוזנה, 62).

"7 שנים למדתי אבל אני מרגישה שיש חוסר בחיים שלי, יש כזה מן חוסר שחייב למלא אותו. לא יודעת איך להסביר לך את זה אבל אני מרגישה שיש משהו לא בנוי כאילו חוסר כזה שאי אפשר למלא אותו" (ת', 77-79).

8. חרדה

ניכר כי אצל חלק מהנשים לחרדה תפקיד מרכזי בתחושת הכאב הנפשי. החרדות שתארו שלוש מהנשים עזות בעוצמתן ומשתקות. הנשים תארו את התחושה הפיזית הקשה שנלוות לחרדות ואת חוסר האונים שבהתמודדות עם תחושות קשות אלה:

"... זה העצים את החרדות שלי שאני חשבתי שהגוף שלי מתפרק. לא יכולתי לעמוד..." (א', 172).

"...אז היו נמצאות לי המילים לספר לו [לפסיכיאטר] כמה אני מפחדת, כמו הייתי נדחפת יותר ויותר רחוק לתוך שק שחור וחסר אויר שאין ממנו דרך החוצה" (סילביה, 125).

אצל שתיים מהנשים החרדות תוארו על רקע פרידה מבני זוג:

"... וסגרתי את הדלת אחריה [שותפה לחיים] והרגשתי שאיך שאני סוגרת את הדלת יורד ענן כבד על הראש שלי ו... מתחילה איזה חרדה. ובעצם, בעצם מיומיים אחרי שהיא עזבה את הבית התחילו בתכיפות נורא גדולה חרדות שבכלל לא הבנתי או שלטתי בהם, לא הבנתי מה זה אבל ראיתי שאני שוכבת בלילות ולא נרדמת וחושבת מחשבות מה יהיה, מה יהיה, מה יהיה, לא נרדמת, לא נרדמת שעות. בסוף ישנה איזה שעה וחצי שעתיים, באחת בלילה נרדמת וישנה איזה שעה וחצי ו... התחילו כל מיני סימפטומים שבכלל לא הבנתי אותם ולא הכרתי אותם... קוצר נשימה שצריך כל הזמן לקחת לגימות אויר כאלה גדולות ו... אהה... וחרדות והמון בהלה כזאת..." (א', 143-151).

"זה מאוד איים עלי שהוא אמר לי את זה [שהוא רוצה להתגרש]. כי פחדתי להישאר לבד" (ר', 435).

9. קיפאון נפשי

הקיפאון הנפשי בא לידי ביטוי במספר ממדים, כשהמשותף לכולם הוא הקושי והעיכוב בביצוע של פעולות יום יומיות פשוטות שקודם לכן בוצעו ללא קושי. נראה שהכאב הנפשי מאט ומכביד על היכולת לבצע פעולות אלה.

מימד אחד בו מתבטא הקיפאון הנפשי הוא בקושי קוגניטיבי. הנשים מתארות עיכוב בקבלת החלטות, גם כאשר מדובר בהחלטות פשוטות ויום יומיות:

"בימים האחרונים נעשה לי תהליך קבלת החלטות, החלטה כלשהי, לדבר קשה ביותר. כאשר כבר החלטתי לעשות משהו, כגון לארוז את המזוודות, רק הוצאתי את כל הבגדים היקרים והמזוהמים, מהשידה ומהארון, פרשתי אותם על הכיסאות, המיטה והרצפה, וישבתי בוהה בהם, נבוכה לחלוטין" (סילביה, 101).

"כל פעולה פשוטה אהה נהיית נורא, סתם ללכת לסופר ביום שישי לעשות קניות בסופר. הייתי יכולה לעמוד 10 דק' מול הארגז של העגבניות ולהתלבט איזה עגבנייה כדאי לקחת. זה כשזה קורה לך כך על כל פעולה, אי אפשר להחליט שום דבר..." (א', 199-202).

קיי מתארת כיצד הקיפאון הנפשי בא לידי ביטוי בבלבול או חשיבה מעורפלת:

"את מקומה של הצלילות תופס בלבול נורא. הזיכרון הולך... כל דבר שקודם לכן בא לך בקלות פתאום נעשה לך קשה" (קיי, 53).

"המחשבות שלי היו רחוקות מלהיות צלולות כבדולח; הן היו עינוי. הייתי קוראת את אותה פיסקה שוב ושוב, רק כדי להגיע למסקנה העגומה, שאינני זוכרת מאומה ממה שקראתי זה עתה" (קיי, 33).

מימד נוסף של הקיפאון הנפשי מתבטא בקושי מוטורי ומאמץ לבצע פעולות פשוטות:

"כל דבר קטן היה מאמץ. חפיפת השיער ארכה שעות, והייתי ספוגת מים למשך שעות לאחר מכן. מילוי התבנית של קוביות הקרח היה מעבר ליכולתי, ומדי פעם הייתי ישנה באותם בגדים שלבשתי במשך היום, כי הייתי תשושה מכדי להתפשט" (קיי, 84).

סוזנה מתארת את הקיפאון הנפשי כתחושה של קהות חושית. היא מספרת כיצד קצב הפעולה של החושים ואיכות הקליטה שלהם מתקשה ומתעמעמת:

"התחושה קהה. התפישה מתקשה ומתעמעמת. הזמן עובר לאט, מטפטף לאיטו דרך המסננת הסתומה של התפישה הקהה. חום הגוף נמוך. הדופק נרפה. המערכת החיסונית חצי ישנה. המנגנון רדום ומלוחלח. אפילו הרפלקסים רופסים..." (סוזנה, 82).

"ניסיתי להסביר לעצמי את המצב שלי. המצב שלי היה שסבלתי ואף אחד לא ידע את זה. אפילו לי היה קשה לדעת את זה. אז אמרתי לעצמי, שוב ושוב, את סובלת. זאת היתה הדרך היחידה להגיע אל עצמי ("לבטל חוויה של קהות חושים")" (סוזנה, 163).

לסיכום, ממצאי המחקר מאירים את רב-ממדיותו של הכאב הנפשי. הממצאים מצביעים על תשעה ממדים שונים הצובעים את חווית הכאב הנפשי של הנשים: קדרות, ייאוש, תפלות, ריקנות, כעס, דימוי עצמי שלילי, החמצה, חרדה וקיפאון נפשי. מימדים אלה חוברים יחדיו לתמהיל ייחודי המבחין בין הכאב הנפשי ותסמינים פסיכיאטרים אחרים. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאים קודמים.

אורבך ועמיתיו (Orbach, Mikulincer, Sirota & Gilboa – Schechtman, 2003b), למשל, מצאו במחקרם תשעה מרכיבים של הכאב הנפשי: (1) חוסר הפיכות- תחושה כי הכאב הנפשי בלתי ניתן לשינוי. (2) אבדן שליטה- אובדן תחושת שליטה, חוסר יכולת ניבוי וערפול. (3) פגיעה נרקסיסטית- הנוצרת ממצבים רגשיים כגון נטישה או דחייה. (4) הצפה רגשית- מצב רגשי חמור ובלתי ניתן להכלה. (5) קיפאון- חוסר יכולת להגיב למצב. (6) ניכור עצמי- חוסר יכולת להכיל שינויים בתפיסת הזהות העצמית. (7) בלבול- קשיים בתפקוד קוגניטיבי. (8) ריחוק חברתי- התעלמות מאוריינטציה חברתית בזמן הכאב הנפשי. (9) ריקנות- אובדן משמעות.

שישה מבין המרכיבים הללו נמצאו גם במחקר זה. שלושת המרכיבים: אבדן שליטה, קיפאון ובלבול, שנמצאו במחקר של אורבך ועמיתיו, נכללו במרכיב קיפאון נפשי שנמצא במחקר זה. מרכיב זה כולל קושי קוגניטיבי, הבא לידי ביטוי בעיכוב בקבלת החלטות, בלבול או בחשיבה מעורפלת, בקהות חושית ובקושי בפעילות מוטורית.

מרכיב חוסר ההפיכות, שנמצא במחקר של אורבך ועמיתיו, מקביל למרכיב הייאוש אשר נטע בנשים, שהשתתפו במחקר זה, את ההרגשה שאין סיכוי לשינוי והטבה בחייהן. התיאוריה הקוגניטיבית של בק לדיכאון (Beck, 1967 מתוך קרסון, בוציר ומינקה, 1998) מוסיפה נדבך חשוב להבנת תרומתו של הייאוש להחרפת הדיכאון. המשולש הקוגניטיבי השלילי, העומד במרכז התיאוריה של בק, כולל תפיסות דיספונקציונאליות המתרכזות בשלושה תחומים עיקריים, ואשר עלולות לגרום לדיכאון: מחשבות שליליות על העצמי, מחשבות שליליות על התנסות האדם ועל העולם הסובב אותו ומחשבות שליליות על העתיד. ממד הייאוש, שנמצא במחקר זה ומאופיין בין השאר בתחושה עזה של חוסר תקווה לגבי העתיד, תואם לקודקוד המשולש של בק העוסק במחשבות שליליות על העתיד. אף כי כאב נפשי ודיכאון מוגדרים כמצבים נפשיים המובחנים זה מזה, נמצאה מידה של חפיפה בין השניים במחקרים שונים (למשל, Orbach et al., 2003b).

המרכיב ניכור עצמי, שנמצא במחקר של אורבך ועמיתיו (Orbach et al., 2003b) מקביל למרכיב של דימוי עצמי שלילי, שזוהה במחקר זה, ואשר בא לידי ביטוי בהתמקדות הנשים במגרעותיהן. מרכיב זה מקביל לקודקוד המשולש הקוגניטיבי של בק העוסק במחשבות שליליות על עצמי (Beck, 1967 מתוך קרסון, בוציר ומינקה, 1998). התייחסות נוספת למרכיב דימוי עצמי שלילי שנמצא במחקר זה, ניתן למצוא במודל של באומייסטר (Baumeister, 1990) הגורס כי כאב נפשי נובע מאכזבה שמקורה בתפיסת עצמי החורגת במידה רבה מהעצמי האידיאלי. על פי באומייסטר, כאשר נוצר מצב של מודעות גבוהה לתפיסת העצמי כחסר

יכולת, נוצר מצב רגשי שלילי במיוחד. האדם מנסה לברוח ממצב זה על ידי ניסיון להיכנס למצב של חוסר תחושה קוגניטיבי, אך כאשר ניסיון זה לא מאפשר הקלה, התאבדות נתפסת כמוצא יחיד. האכזבה מהעצמי עלולה להיווצר בשני מיקרים: (1) כאשר ההישגים בהווה נמוכים מאלה שהושגו בעבר ונוצרת פגיעה ברצון לשמור על רמה אחידה של תוצאות. (2) כאשר אדם מרגיש שהוא איננו עונה על ציפיות אחרים משמעותיים בסביבתו ולא עומד בסטנדרטים הרצויים. מסיפוריהן של הנשים שהשתתפו במחקר זה עולה תמונה הדומה לזו המתוארת במודל של באומייסטר. נראה כי המודעות הגבוהה של הנשים לקשייהן ולמגרעותיהן עוררה אצלן תחושות של אכזבה, דבר שהוביל לפיתוח דימוי עצמי שלילי ושנאה עצמית אצלן. האכזבה מעצמן תוארה על ידי הנשים על רקע הפערים הניכרים בין תפקודן לפני פרוץ המחלה ולאחריה, כמו גם על רקע הקושי להתמודד עם חוסר היכולת לעמוד בציפיות של אנשים משמעותיים בסביבה.

התייחסות נוספת למרכיב של דימוי עצמי שלילי עולה במחקרה של בולגר (Bolger, 1999), שבחן את מרכיבי הכאב הנפשי. שניים מהמרכיבים שמצאה בולגר במחקרה, אבדן העצמי ומודעות לעצמי, מקבילים במידה רבה למרכיב זה.

מרכיב הקדרות, שאליו התייחסו מרבית הנשים שהשתתפו במחקר זה בתיאור כאב הנפשי, מצביע על הנטייה שלהן לחשיבה חד-ממדית התופסת את העולם כשרוי בחשיכה מוחלטת ללא יכולת להבחין בנקודות אור או בגווני ביניים. בהקשר זה טוען בק כי המשולש הקוגניטיבי השלילי נוטה להשתמר בעזרת שורה של הטיות חשיבה, ביניהן חשיבה דיכוטומית, אותה הגדיר כחשיבה הנוטה לקיצוניות (קרסון בוצ'ר ומינקה, 1998).

מרכיב הריקנות, שנמצא במחקר של אורבך ועמיתיו (Orbach et al., 2003b), נמצא אף הוא במחקר זה. חלק מהנשים תארו את הסבל שמלווה חיים שהופכים ריקים וחסרי משמעות. מתיאוריהן עולה כי בהעדר תכלית לחייהן נחלשת יכולתן להיאבק על המשכם. פרנקל (1970), אשר פתח את תורת ה"לוגותרפיה", טוען כי השאיפה לפשר הינה צורך מרכזי של האדם וכי השאיפה למצוא משמעות לחיים היא הכוח המניע הראשוני שלו. לתפיסתו, כאשר מתוסכלת שאיפה זו נוצר, תסכול קיומי. במרכז הכאב הנפשי, על פי תיאוריה זו, טבועה התחושה שהחיים נעדרי פשר לחלוטין. תחושת ריקנות פנימית, אותה מכנה פרנקל "ריק קיומי", אחראית לדעתו למקרי התאבדות לא מעטים.

אחד הסימפטומים הקשורים להפרעות פסיכיאטריות שונות מוגדר בספרות המקצועית כרגש לא נאות, הבא לידי ביטוי בחוסר יכולת לחוות הנאה או שמחה (anhedonia) (קרסון, בוצ'ר ומינקה, 1998). בסיפוריהן של הנשים שהשתתפו במחקר זה, בלט הקושי להרגיש

תחושות של התלהבות, הנאה או סיפוק בעוצמה מותאמת. קושי זה נשזר במרכיב התפלות, שהוצג על ידי חלק מהנשים כמרכיב מרכזי בחוויית הכאב הנפשי שלהן.

במחקר זה נמצאו שלושה מרכיבים שלא עלו במחקרים קודמים כחלק מחוויית הכאב הנפשי. המרכיבים חרדה, כעס והחמצה, שנמצאו במחקר זה מוסיפים חלקים חדשים לפסיפס המורכב של הכאב הנפשי ומרחיבים את ההבנה של חווייה זו.

ארבעה מבין ממדי הכאב הנפשי שזוהו במחקר זה- חוסר תקווה, חרדה, כעס וקדרות- מזוהים בספרות כגורמי סיכון להתנהגות אובדנית.

מחקרים שונים לאורך השנים ניסו לעמוד על הקשר שבין חוסר תקווה, כאב נפשי ואובדנות (למשל, Beck & Steer, 1989 ; Gross et al., 2010). למרות חילוקי הדעות בדבר השפעתם של המרכיבים זה על זה, ועל האופן בו הם מובילים לאובדנות ישנה תמימות דעים כי לחוסר תקווה חלק חשוב בקשר בין כאב נפשי ואובדנות.

ממד נוסף הנקשר בספרות להתנהגות אובדנית הינו חרדה. מחקרים שעסקו בתחום (למשל, Sareen et al., 2005) מצאו כי חרדה מהווה גורם סיכון העומד בזכות עצמו להתנהגות אובדנית (מחשבות אובדניות וניסיונות התאבדות). בנוסף, נמצא גם כי כמה מהפרעות החרדה מגבירות את הסיכון לבחירה באובדנות כאשר הן מתלוות להפרעות מצב רוח שונות (Pfeiffer, Valenstein, 2009 Zivin & Ilgen, Ganoczy).

כעס שנמצא במחקר זה ונקשר אף הוא בספרות לאובדנות, בא לידי ביטוי ברגשות עזים של חוסר השלמה עם המצב, תסכול וחוסר אונים מול כוח בלתי ניתן לשליטה המכוון וחורף גורלות. במחקרים שונים (למשל, Hoesch et al., 1997) נמצא כי כעס מהווה גורם המגביר את הסיכון להתנהגות אובדנית. תמיכה נוספת לקשר שבין כעס ואובדנות נמצא במחקר אחר, שעסק באובדנות בני נוער, Overholser & Lehnert (Spirito, 1994) מתוצאותיו עולה כי רמות גבוהות של כעס, מופנם ומוחצן, אופייניות יותר לבני נוער ששרדו ניסיון אובדני לעומת בני נוער ללא עבר אובדני.

חשיבה חד ממדית וקיצונית, מהווה חלק מהמרכיב קדרות שנמצא במחקר זה. נרינגר ולטרי (Neuringer & Lettieri, 1971 מתוך Chioqueta, 2007) מצאו במחקרם כי חשיבה דיכוטומית הנוטה לקיצוניות אכן אופיינית לאנשים בעלי עבר אובדני.

התיאורים שהביאו לבניית הפסיפס של הכאב הנפשי במחקר זה, נשענו על שלוש תמות נוספות שעלו מסיפוריהן של הנשים. תמות אלו, אשר יוצגו להלן, פותחות צוהר להבנת המקורות לכאב הנפשי של הנשים ולזיהוי היבטים נוספים בחייהן אשר השפיעו על עוצמתו.

היסטוריית חיים

משתתפות המחקר תארו את תהליך התפתחות הכאב הנפשי בחייהן, ובתוך כך הצביעו על נסיבות שונות בהיסטורית חייהן כעל מקורות משמעותיים לכאבן. בהתאם לסיפור חייהן של הנשים ולפרקים בחייהן שהודגשו בהתייחסותן לכאב הנפשי, חולקה התמה "היסטורית חיים" לשלוש קטגוריות משנה, "התחלה של כאב- ילדות", "רגעים של כאב חריף" ו"קשיי חיים מתמשכים".

החלוקה לשלוש הקטגוריות מאפשרת להבין כיצד נסיבות החיים השפיעו על הכאב הנפשי בפרקים שונים בהיסטורית החיים. יחד עם זאת, ניתן להבחין בקו דק המקשר בין פרקי החיים השונים אצל כל אחת מהנשים. נראה כי הבסיס לכאב הנפשי, עליו נרמז בפרק הילדות, ממשיך ומהווה מקור לכאב גם בהמשך, כאשר הוא חובר לנסיבות חיים שונות. כל אחת מהנשים תופסת את סיפור חייה בהתאם לאישיותה וניכר כי הנקודות הכואבות בחייה ממשיות לייסרה גם בבגרותה.

התחלה של כאב- ילדות

קצה חוט ראשוני, המרמז על המקור לכאבן הנפשי של משתתפות המחקר, ניתן למצוא בשנות חייהן המוקדמות. קצה חוט זה ממשיך ונשזר בהמשך סיפור חייהן ומוביל בסופו של דבר לשיאו של הכאב ולמעשה האובדני ממנו שרדו. בסיפור החיים של כל אחת משבע הנשים בולט מוטיב מרכזי החוזר על עצמו ומהווה ציר מרכזי המרמז על מקור הכאב שהוביל לבחירה בהתאבדות, כפי שיובהר להלן.

בדידות- בסיפור של א' בלטה כמיהה לא ממומשת לתמיכה והכלה. לאורך הסיפור מתארת א' תחושת בדידות מתמשכת הנובעת מהעדר רשת תמיכה חברתית בחייה. כשחזרנו, במהלך הסיפור, לבית הוריה שבקיבוץ, התברר כי כבר בילדותה המוקדמת היא נאלצה להתמודד בכוחות עצמה עם כאבים וקשיים שחווה, היות והיא חשה שהוריה אינם מסוגלים להוות עבורה מקור לתמיכה והכלה:

"מאז שהייתי מאוד קטנה יותר לדעתי תמכתי בהורים שלי מאשר הם תמכו בי. מבחינה פסיכולוגית. ההורים שלי אף פעם לא היו ... אבא שלי כבר לא חי עכשיו, אבל ההורים שלי אף פעם לא היו איזה משהו שאת באה להניח שם את הראש, ולנוח שם. לא, הבית של ההורים זה כמו לחזור לביקור במחוזות ילדותי, לבית הקטן שביליתי בו בתור ילדה, אבל לא משהו שיכול לעזור" (א', 575-571).

קורבנות- חלק ניכר מסיפור החיים של ס' מתרכז במאבק עיקש ועקר להשגת הכרה בנכות של בעלה, במטרה לזכות במשאבים כספיים. ס' ובעלה היו רגילים לחיות ברמת חיים גבוהה, אך הטראומה שחוו והאופן בו החליטו לנהל את חייהם לאחריה, הביאו אותם למשבר כלכלי. לאורך הסיפור מורגשת האשמה חזקה כלפי מוסדות שונים. ס' מרגישה קורבן של המערכת ואינה לוקחת אחריות על המצב או על האפשרות להביא לשינוי. חזרה לבית הוריה ברומניה, בימים שלאחר מלחמת העולם השנייה, לימדה כי המשפחה שהייתה אמידה בעבר הפסידה את הונה במהלך המלחמה ומצאה עצמה לאחריה חסרת כול. ס' בחרה לפתוח את סיפור חייה בפרק זה של המשפחה. נראה כי באופן מסוים היא רואה הקבלה בין שני הפרקים הללו בחייה:

"משפחה ש.. קשת יום, באמת שלא היה לנו כמעט מה לאכול אם הגוינט לא היה עוזר גם בגדים לא היה כל כך, אממ... אמא שלי באה מבית עמיד, יחסית עמיד מאוד, היו לסבא שלי חוות בקר ובתים ועיזים, ישב טוב, באה השואה וחזרו לרומניה ולא היה כלום. לא היה אפילו מה לאכול אז אחד האחים דאג שלכל האחים שלו יהיה מה לאכול וזהו לא היה כסף.."(ס', 16-13).

דחייה- בסיפור החיים של ר' חוזרת ועולה תחושת דחייה במערכות היחסים שלה ושל האנשים המשמעותיים בחייה. היא ספרה על דחייה בין זוג ההורים שהיחסים בניהם עכורים, בין אימה ובניה, בין האם והחברות של ר', בינה ובין בעלה, ולבסוף בינה ובין ילדיה, שניתקו עימה קשר לאחר הניסיון האובדני. כבר בתחילת סיפור החיים העלתה ר' תחושת דחייה חזקה שחשה ממאמן הקבוצה בה שחקה בשנות נעוריה. ההשתייכות לקבוצה הגדירה במידה רבה את זהותה והסילוק מהקבוצה פגע קשות בתחושת זהות זו:

"אחרי זה סיימתי עם הנבחרת, קראו לי גם שאני אבוא לנבחרת הנערות, אני זוכרת שהלכתי, ואחרי זה זה כבר נגמר, נגמר כי המאמן אמר לי שלא מתאים לו שאני אהיה שם יותר..." (ר', 15-13).

חוסר אוניס- ת' סבלה לאורך שנות ילדותה ונעוריה מאלומות קשה של אביה כלפיה. מסיפורה ניכר כי תחושת חוסר האונים שהיא חוותה בילדותה ממשיכה ללוות אותה ומקשה על שיקום חייה. כאב ההתעללות הופיע בסיפור חייה כבר בשורות הראשונות וחזר על עצמו לאורך כל הדרך:

"זה התחיל בגיל 5. התחלתי לקבל מכות מאבא שלי, וזה המשיך עד גיל 18. הייתי שק אגרוף שלו. היה בא הביתה עצבני שתוי והיה מרביץ לי ולאחיות שלי..." (ת', 8-9).

"הוא היה מאוד מסומם ושונה ומעשן סמים ולא אכפת לו מאף אחד הוא רק בא לבית מנסה להרביץ למה שעומד בדרך שלו ולצערי אני הייתי, בגלל שאני הבת הבכורה אני הייתי מכינה לו קפה, מכינה לו מקלחת, מכינה לו אוכל, מכינה לו מיטה, הוא היה רואה רק אותי בזה ב.. בתמונה שהוא כאילו שהוא היה בא לבית היה רואה אותי ואת האחיות שלי מי שהוא היה רואה היה מקבל מכה. זה מה שבא בראש שלו זה לתת מכות לילדים שלו" (ת', 55-60).

סערה- בסיפור של קיי, כפי שמתואר באוטוביוגרפיה שכתבה, "נפש לא שקטה", בולטים הפערים העזים בין מצבי המאניה, בהם העולם נתפס על ידה כבהיר ועליו, ובין מצבי הדיכאון, בהם העולם נחוה על ידה כשחור וקודר. לאורך הסיפור נאבקת קיי בהתמודדות היום יומית עם חיים סוערים, הנעים בין שני הקצוות, כאשר הקושי לוותר על המאניה מצריך בהכרח התמודדות עם הדיכאון. באחד הדפים הראשונים בספרה מתארת קיי זיכרון ילדות של יום שהחל כבהיר ואופטימי, אך הסתיים באסון. המודעות למעבר החד בין שני הקצוות, שתלווה אותה בהמשך דרכה, מופיעה כבר בשנים הראשונות של ילדותה:

"זיכרון ההתרסקות [של מטוס בקרבת ביתה] חזר אלי פעמים רבות במשך השנים, תזכורת לכך שהאדם רוצה וצריך אידיאלים כאלה- וגם עד כמה קשה להשיג אותם. שוב לא הבטתי בשמיים וראיתי רק מרחבים ויופי. מאותו אחר צהריים ואילך, ראיתי שהמוות נמצא גם הוא שם תמיד" (קיי, 16).

זהות - סילביה, המספרת את סיפור חייה באוטוביוגרפיה "פעמון הזכוכית", מתמודדת לכל אורכו עם שאלת האושר, תוך חיפוש נקודות אור בחייה. היא מבינה, פעמים רבות, כי אמורה היתה להרגיש מאושרת או שמחה במצבים השונים, אך לא מצליחה להרגיש זאת ותסכולה גובר:

"אני הייתי מאושרת כפי שלא הייתי מאז היותי בת תשע, רצה על החופים הלבנים והחמים עם אבי, בקיץ שלפני מותו... חשבתי – כמה מוזר שמעולם לפני כן לא עלה בדעתי שמאושרת ממש ממש הייתי רק בהיותי בת תשע... אחרי זה למרות תנועת הצופים ושעורי הפסנתר ושעורי הציור... כל אותם דברים שאימי חסכה וקימצה כדי לתיתם לי... אחרי זה מעולם לא הייתי מאושרת באמת" (סילביה, 73).

לאורך הסיפור יש רמזים לקושי לבנות לעצמה זהות ברורה ושלמה המקיפה את המורכבות הרבה של אישיותה על חלקיה הייחודיים, כפי שמדגים ציטוט זה:

"אחרי שדורין הלכה שאלתי את עצמי מדוע שוב אינני יכולה לעשות כראוי מה שעלי לעשות. מחשבות אלה גרמו לי עצב ועייפות. ואז שאלתי את עצמי מדוע אינני יכולה לעשות כראוי את מה שמוטב לי לא לעשותו, כמו דורין, מחשבות אלה עוד הגבירו את העצב ועייפות" (סילביה, 32)

הסתגלות - סוזנה, המספרת את סיפור חייה באוטוביוגרפיה "נערה מופרעת", עסוקה במחירים אותם יש לשלם בכדי להסתגל לנורמות חברתיות שמציבה הסביבה. היא בוחנת בדקדקנות את עצמה, את אישיותה ואת ההתנהגות החברתית שלה מול הנורמות והדרישות החברתיות של הסובבים אותה ומנסה למצוא את זהותה הייחודית מול ההבנה כי מצפים ממנה להסתגל. היא מנסה להתמודד עם מורכבות לפיה עליה לשמור על הייחודיות שלה אך במקביל גם להסתגל ולרצות את סביבתה:

"הייתי היחידה שהיו לה בעיות עם החוקים. כל היתר קבלו אותם. האם זה היה סימן לטירוף שלי? כל סוף השבוע חשבתי על זה. אני מטורפת או שאני צודקת? ב-1967 זאת היתה שאלה קשה לענות עליה. אפילו אחרי עשרים וחמש שנה זו עדיין שאלה שקשה לענות עליה" (סוזנה, 142-143).

לסיכום, המוטיבים החוזרים בסיפור החיים של הנשים חושפים רמזים ראשוניים למקור הכאב הנפשי בסיפור חייהן. מוטיבים אלה חוזרים ועולים לאורך סיפור החיים, כאשר עם התגברותו של הכאב הנפשי גוברת עוצמתם בחיי הנשים. ניתן למצוא בספרות המחקרית התייחסות למקורות המזינים את הכאב הנפשי. שניידמן (Shneidman, 1998) הצביע על מקור כאב, אותו הוא מכנה "מטען פסיכולוגי". הכוונה למטען אותו נושא אדם על כתפיו לאורך חייו ואשר מונע ממנו לנהל את חייו כאדם מאושר. מטען זה עשוי לכלול חוויות כגון: התעללות, התאבדות במשפחה, מחלות נפש במשפחה, עוינות, או תחושת שעיר לעזאזל. בנוסף, קושר שניידמן את הכאב הנפשי לצרכים בלתי מסופקים של האדם. הוא גורס כי

הכאב הנפשי מוזן מתסכול או מחסימה של צרכים פסיכולוגיים חיוניים, ומצביע על שבע קבוצות של צרכים פסיכולוגיים שחסימתם מעורבת במרבית מקרי האובדנות. המוטיבים החוזרים שעלו בשבעת סיפורי החיים, תואמים לקבוצות הצרכים שחסימתם, על פי שניידמן, מובילה לכאב נפשי ולאובדנות.

המוטיבים המרכזיים שנמצאו בסיפוריהן של א' ור' היו בדידות ודחייה. חסימת הצורך בשייכות, שזוהתה במחקרו של שניידמן, מתייחסת לפגיעה בצורך האנושי בקשר הדדי, בנאמנות הנאה וחום. הקשר שבין דחייה וכאב נפשי מסתמן גם במחקרם של אורבך ועמיתיו (Orbach et al., 2003b) שמצאו שפגיעה נרקסיסטית, הנובעת ממצבים של דחייה או נטישה, מרכזית בחוויה של כאב נפשי. בדידות מזוהה בספרות כגורם סיכון נוסף להתנהגות אובדנית (למשל, Stravynsky & Boyer, 2001). סלטר ודפו (Slater & Depue, 1981) טוענים כי תמיכה חברתית עשויה להפחית מהשפעתם השלילית של אירועי חיים מאיימים ואף להקטין את הפגיעות להתנהגות אובדנית. א' מתארת כיצד העדר תמיכה, הכלה וסיוע הקשו על יכולתה להתמודד עם הכאב הנפשי ועם קשיי החיים ובכך הוסיפו קושי נוסף, איתו התקשתה להתמודד בצורה יעילה. בדידות שנמצאה כמרכזית בסיפורה של א' מתקשרת גם לחסימת הצורך בסיוע, שנמצא במחקרו של שניידמן, הכרוך בצורך לאהוב ולהיות נאהב, ובצורך להרגיש בטוח ומטופל.

חסימת הצורך בסיוע משתקפת גם במוטיב המרכזי שנמצא בסיפורה של ת' - חוסר אונים. ת' מתארת בסיפורה כיצד ההתנהגות האלימה, הדורסנית והאימפולסיבית של אביה, פגעה בביטחונה העצמי ובתחושה שהיא אהובה ולכן גם ביכולתה לבנות תחושת עצמי לכידה ובעלת שליטה. קושי זה נוגע לחסימתם של עוד שניים מהצרכים אליהם התייחס שניידמן, חסימת הצורך בפעולת נגד, המאפשרת לפעול נוכח כישלון או השפלה בצורה אקטיבית וחסימת הצורך באי הפרה, הכולל את היכולת לשמור על עצמי נפרד אוטונומי ובעל שליטה.

אביה של ת' הכה אותה שוב ושוב לאורך שנים, ללא שהבינה את הגורם לתופעה ומבלי שיכלה למנוע אותה. מצב זה הותיר אותה בתחושת חוסר אונים וחוסר שליטה על השתלשלות הדברים. בהמשך סיפור חייה חוזרת ועולה תחושת חוסר אונים לצד קושי בנקיטת פעולה אקטיבית, במטרה לשנות את מהלך החיים. תיאוריות שונות מאפשרות להבין את תחושת חוסר האונים החריפה שמביעה ת', כתוצאה מההתעללות שעברה. על פי הגישה הקוגניטיבית, למשל, צורות שונות של פסיכופתולוגיה מאופיינות בסכמות קוגניטיביות של אי הסתגלות שהתפתחו בעקבות התנסויות שליליות בילדות והן גורמות לשיבושי חשיבה (Beck, 1976) מתוך קרסון, בוציר ומינקה, 1998). תיאוריית חוסר האונים הנלמד (Maier,

Seligman & Solomon, 1969 מתוך קרסון, בוצ'ר ומינקה, 1998) גורסת כי כאשר אורגניזם לומד כי אין לו שליטה על אירועים שליליים בחייו מתפתחים שלושה ליקויים: (1) ליקויי הנעה- הימנעות מניסיון לשנות את אירועי החיים בכדי להימנע מכאב נוסף (2) ליקויים קוגניטיביים- הבאים לידי ביטוי בפגיעה ביכולת ללמוד בעתיד שניתן להחזיר את השליטה (3) ליקויים רגשיים- חוסר השליטה יוצר סבילות ודיכאון. שלושת הליקויים הללו באים לידי ביטוי אצל ת': היא לא מצליחה להניע את עצמה במטרה לשקם את חייה כבוגרת, היא חיה בתחושת חוסר אונים באשר ליכולתה לשנות את גורלה והיא סובלת מדיכאון.

על פי התיאוריה ההתפתחותית של אריקסון (Erikson, 1963) מתוך סרוף, קופר ודהארט, 1998), איכות ההורות קובעת אם הילד יפתח אמון בסיסי או חשדנות. לפיכך, התנהגות מתעללת בילדות, כפי שחוותה ת', עלולה לפגוע בהתפתחותו של אמון בסיסי, החיוני להמשך התפתחות ואינטראקציה תקינות. בנוסף, ת' מתארת את תחילת מסכת ההתעללות החל מגיל חמש. על פי אריקסון, הסוגיה המרכזית בשלב זה היא יוזמה מול אשמה. הילדים מרחיבים את האוטונומיה שפתחו, יוזמים ולוקחים אחריות כגון עזרה בבית. במידה והתפתחות טבעית זו תתקל בתגובה שלילית מצד ההורים תתפתח תחושת אשמה שתעכב את היוזמה. יתכן והיחס השלילי שהפגין אביה של ת' כלפיה, עוד בילדותה המוקדמת, הוביל לעיכוב בהתפתחות היוזמה אצלה, ומאוחר יותר גם לפיתוח תחושת חוסר אונים.

מחקרים רבים עסקו בהשלכות הפסיכולוגיות של טראומת התעללות בילדות. שאו וקראוס (Shaw & Krause, 2002) מצאו, לדוגמא, במחקר שערכו, כי התעללות פיזית בילדות פוגעת באמונה של האדם כי יש לו יכולת שליטה בחייו. בראון והאריס (Brown & Harris, 1978) מתוך (Shaw & Krause, 2002) מסבירים כי תקופת הילדות הראשונה קריטית מבחינה התפתחותית כיוון שבתקופה זו משמשים ההורים מודל ללמידת דרכים יעילות לשליטה בחיים. ההתעללות שעברה ת' בתקופת הילדות הראשונה הותירה אותה בתחושה של חוסר יכולת לשלוט על חייה ולנווטם בצורה העשויה לקדם את השיקום שלה.

חסימת הצורך בפעולת נגד, שנמצאה במחקרו של שניידמן (Shneidman, 1998), המאפשרת לפעול נוכח כישלון או השפלה בצורה אקטיבית, מסתמנת גם בסיפור של ס'. המוטיב המרכזי בסיפור החיים של ס' היה קורבנות. אפשר שתחושת הקורבנות העזה של ס' קשורה לקושי שלה לפתור, בצורה המניחה את דעתה, את הבעיות עימן היא מתמודדת. קושי זה בא לידי ביטוי במאבק ארוך השנים שהיא מנהלת, ללא הצלחה, מול המוסדות השונים. מאבק זה, הגוזל את כל כוחותיה, מותיר אותה חסר אונים, מתוסכלת ופגועה. הדבקות בפיתרון

אחד, שאיננו מניב תוצאות, לאורך שנים, מבלי לגלות גמישות, לא מאפשר לה להמשיך הלאה בחייה. תמיכה לקשר אפשרי בין ליקוי בפיתרון בעיות והתנהגות אובדנית מתקבלת מהמודל המוצע על ידי סקוט וקלום (Schotte & Clum, 1982) מודל דיאתזה- דחק - חוסר אונים (Diathesis-Stress-Hopelessness Model). על פי המודל, קושי קוגניטיבי בפיתרון בעיות עלול להביא להתנהגות אובדנית, כאשר חוסר תקווה מהווה גורם מתווך בין השניים. החוקרים טוענים כי כאשר אדם, הסובל מיכולת לקויה לפתרון בעיות, נתקל באירועי חיים מלחיצים, הוא חסר כישורים לפתור את הבעיה בצורה יעילה ומסתגלת. מצב זה מוביל לחוסר תקווה שעלולה להוביל להתנהגות אובדנית.

חסימת הצורך בסדר, אותו זהה שניידמן במחקרו (Shneidman, 1998), המאפשר לשמור על תחושת סדר בעולם הפנימי והחיצוני, נכרת בסיפורן של קיי, סילביה וסוזנה. המוטיבים המרכזיים שבלטו בסיפוריהן היו זהות, הסתגלות וסערה. קיי נאבקה בהתמודדות היום יומית עם חיים סוערים, הנעים בין שני הקצוות של מאניה ודיכאון. המוטיב המרכזי החוזר בסיפורה, סערה, מתרכז בקושי להשליט סדר בחיים פנימיים וחיצוניים, כשחיים בעין הסערה. ניכר כי מוטיב זה מרכזי בתחושת הכאב הנפשי שחשה והקושי להכילו לאורך זמן הוביל לניסיון האובדני שתארה. בסקירת ספרות מקיפה שערכו דה אברו, לפר, באקה-גרסיה ואוקאונדו (de Abreu, Lafer, Baca-Garcia & Oquendo, 2009) בדבר הקשר בין התנהגות אובדנית לסוגיה השונים והפרעה דו קוטבית, נמצאו כמה גורמי סיכון המגדילים את הקשר בין השניים. בין גורמי הסיכון שנמצאו בסקירה נמצא כי כאשר ההתקפים הדיכאוניים חריפים יותר (Oquendo, et al., 2000 מתוך de Abreu et al., 2009) והמהלך המעגלי המתחלף, בין המצבים הדיכאוניים והמאניים, מהיר יותר (יותר מארבעה מעברים בשנה), עולה משמעותית הסיכון להתנהגות אובדנית בעלת דרגת קטלנות גבוהה (Coryell et al., 2003) מתוך (de Abreu et al., 2009). ואכן, קיי הצביעה על מעברים חריפים ומהירים בין מצבי הדיכאון והמאניה שחוותה, ובתוך כך תארה את התקפי הדיכאון שחוותה כקשים ביותר. המוטיב המרכזי החוזר בסיפורה, סערה, שויך על ידה לבחירה באובדנות.

סוזנה, שהמוטיב המרכזי שנמצא בסיפורה היה הסתגלות, נאבקה ברצונה לשמר את זהותה הייחודית מול ההבנה כי חלק מההגדרה של בריאות נפשית כוללת גם יכולת להסתגלות חברתית. הסתגלות חברתית מוגדרת בספרות כיכולת תפקוד בעבודה, ביחסים בין אישיים, ביחסי משפחה ובנגישות של תמיכה חברתית. ליקויים ביכולת ההסתגלות החברתית נמצאו כקשורים להתנהגות אובדנית בכמה מחקרים (למשל, Kelly, Soloff, Lynch, Haas &

(Mann, 2000). קשיי הסתגלות חברתית מהווים מוטיב חוזר, המרמז על המקור לכאב בחוויה של סוּזְנָה, כאב שהוביל גם לניסיון האובדני.

מהלך חייהן של הנשים, כפי שהשתקף בסיפור החיים שספרו, זימן להן התמודדות עם מצבים שונים אותם ציינו הנשים כמצבים שתרמו ואף היו אחראיים להחרפת כאבן הנפשי, כפי שיוצג בשתי קטגוריות המשנה הבאות.

רגעים של כאב חריף

לאורך סיפורי החיים של הנשים ניתן להבחין ברגעים ספציפיים שעוררו בקרבן כאב חריף. רגעים אלה תוארו על ידן כנקודת שיא של הכאב. ארבעה סוגים של אירועים בעלי אופי אקוטי תוארו על ידי הנשים:

קיי מתארת את רגע ההודעה על מות בן זוגה לחיים. בהמשך תיארה כיצד אובדן אדם אהוב וקרוב, באופן בלתי צפוי, החריפה את עוצמת הכאב שחשה והקשתה על היכולת להמשיך ולהתמודד עם הקשיים בחייה:

"היתה זו שעה מוזרה, לא ציפיתי לאיש, ומסיבה מוזרה יותר, נזכרתי לפתע במה שאמי אמרה, על כך שנשות טייסים חרדות מפני התדפקות הכומר על דלתן. פתחתי את הדלת, ושם היה שליח של הדואר הדיפלומטי, עם מכתב מהמפקד של דיויד. במכתב נאמר, כי דיויד, שהיה במשימה רפואית בקטמנדו, מת בחטף, מהתקף לב. הוא היה בן ארבעים וארבע, ואני הייתי בת שלושים ושתיים" (קיי, 109).

סילביה מתארת כיצד נשמטה הקרקע תחת רגליה כאשר עמדה נוכח אובדן תקווה שהיוותה עבורה נקודת אור בתקופה של חוסר משמעות:

"יכולתי לראות, מהאופן בו היה צווארה [של האם] נטוע כי בשורות רעות בפיה, "שלא התקבלתי לקורס-הכתיבה". האוויר נסחט מבטני כבכוח חבטת-אגרוף. במשך כל חודש יוני נמתח קורס הכתיבה לפניי כגשר בהיר ובטוח מעל פני מפרץ השיממון של הקיץ. כעת ראיתי את הגשר מתנדנד ונמוג וגוף נערה בחצאית ירוקה וחולצה לבנה נופל ממנו אל תוך הריק" (סילביה, 111).

ס' מתארת אירוע טראומטי לו תפקיד משמעותי בהתפתחות הכאב הנפשי שתארה מאוחר יותר:

"ערב אחד חזרנו מארוחת ערב אצל הבת שלנו נקלענו למארב של שני מחבלים שירו לעברנו 44 כדורים מטווח שלושה מטר... הרכב הפסיק לנסוע כי פגעו כדורים במנוע... אם בעלי היה נוהג היינו מתים. כיוון שהבן שלי היה קטן ורזה אז כל הכדורים פגעו בדשבורד ובמראה... והיה לנו נס גדול... באו כוחות הביטחון אחרי זה ומצאו 44 קליעים במרחק כזה, ובאו פשוט והסתכלו ככה וניסו לנגוע לראות אם זה נכון שיצאנו מתוך הדבר הזה. אני באיזשהו שלב אמרתי זהו הבן שלי מת כי הוא לא הגיב. צעקתי לו רועי... רועי... והוא לא הגיב. אמרתי לבעלי תחפש איפה הוא נפגע. תראה מאיפה יוצא דם ... ואז פתאום הבן הרים את הראש וזחל החוצה מהצד של בעלי וקפץ לשוחה ואמר לנו לברוח מהרכב כמובן שברחנו התחבאנו מאחורי הגלגלים והוא בתוך שוחה. באיזשהו שלב נכנסתי לשוחה כדי להחזיק אותו כי הוא היה היסטרי בצורה לא נורמאלית ואז נפגעת גם בגב, נמעך לי דיסק, ו... היה קשה להוציא אותו אחר כך מהשוחה כשהגיעו כוחות הביטחון. הינו בסביבת 20 דק' לבד כי אף אחד לא הגיע, לא הבינו מאיפה היריות ולא ידעו מה קורה ולא היתה קליטה שמה, הבן שלנו הקטן היה לו טלפון חדיש אז היתה טיפה קליטה, לא הצלחנו להתקשר לישוב אז התקשרנו לבת, היא היתה בהלם והזעיקה את כולם ואז הגיעו כל כוחות הביטחון והיה קשה להוציא את רון לרכב היה צריך לכסות אותו עם שמיכת, נו... שכפ"צ וזהו הוא רק צרח אח"כ היה צריך להפליק לו כדי שיירגע קצת. בכה בהיסטריה וצרח- מפגרים הם לא יודעים לקלוע... וזהו מאז התחילו הטלאות שלנו. פינו אותנו לבית חולים כי לא יכולנו לנשום מפחד מהיסטריה" (ס', 84-63).

ת' וסילביה מתארות אירועים טראומטיים הקשורים בהטרדה מינית ואונס :

"עברתי גם הטרדה מינית ב- 16.11 בשנה שעברה וזה נתן לי להרגיש יותר כאילו, הרגשתי שאני אפס שאני לא כמו הבנות הרגילות..." (ת', 18-17).

"הקרקע נסקה והיכתה אותי בחבטה רכה. בוץ התפתל בין אצבעותיי. מארקו המתין עד שהתחלתי להתרומם לפני שהניח את שתי ידיו על כתפיי ודחף אותי חזרה. "השמלה שלי... השמלה שלך! הבוץ פיכה והתאים עצמו לכתפיי. "השמלה שלך!" גהרו פניו המעוננים של מארקו מעלי. כמה טיפות רוק פגעו בשפתי. "השמלה שלך שחורה וגם הבוץ הוא שחור. ואז הטיל עצמו עלי כמו אמר להחזיר את גופו, דרך גופי, באדמה. 'זה קורה', חשבתי, 'זה קורה אם אשכב בשקט ולא אעשה דבר זה יקרה.' מארקו תפס בשיניו את רצועת הכתף וקרע במשיכה את השמלה עד המותן" (סילביה, 106).

ר' וא' מתארות משבר חריף במערכות יחסים משמעותיות ופרידה כואבת. ר' מתארת את רגע

העימות עם בעלה, כאשר הודיע לה שברצונה להתגרש ממנה :

"זה היה בשבת ב- 21 לינואר יומיים אחרי היום הולדת של הבן שלי. הוא [הבעל] לפני זה בא ואמר לי שהוא רוצה להתגרש שאלתי אותו למה, הוא אמר לי =את חושבת שאני מטומטם אני לא יודע שבגדת בי! אמרתי לו יש לך הוכחות? אמר לי חכי למשפט..." (ר', 141-135).

א' מתארת פרידה קשה וממושכת מחברתה לחיים, איתה גדלה א' את שני ילדיה :

"... בשנה שנתיים שלוש לחיים שלנו ביחד שהם באמת הלכו והתדרדרו ... הרגשנו חרא והיתה איבה כזאת בנינו אממ למרות שסביב כל מה שקשור לילדים היה תמיד המון שיתוף פעולה ואחריות מצד שתינו. לא משנה, בסוף, בקשיים מאוד מאוד מרובים נפרדנו. זה היה מאוד מאוד קשה, היא רצתה להיפרד, אז היא חזרה ואז אהה כאילו היו המון אהה, זה לא היתה פרידה שקוראת לאנשים שמחליטים ונפרדים, זאת היתה פרידה שלקחה הרבה זמן היתה מאוד מאוד קשה. אבל היה יום אחד בסוף אוקטובר 2002 שהיא, ישבנו עם הילדים והסברנו להם שהחלטנו לחיות לחוד, ודנה תעבור לגור בבית אחר ... זה הכול היה כל כך מבאס אבל אני עוד לא דמיינתי שהולך להיות, לקרות מזה קריסה כל כך טוטלית. ו..אהה דנה לקחה את הדברים שלה איזה תיק גדול ועזבה את הבית בסוף אוקטובר 2002 והלכה לאיזה דירת סטודיו ששכרנו לה..." (א', 116-128).

קשיי חיים מתמשכים

במקביל לרגעי הכאב החרף, ציינו שלוש מהנשים גם קשיי חיים מתמשכים שהשפעתם מתונה יותר, אך אופיים המתמשך הופך את משקלם המעיק למשמעותי לאורך זמן. המוטיב המרכזי החוזר בסיפור חייהן, ומהווה את המקור לכאבן הנפשי, ניכר גם בתיאוריהן את קשיי החיים המתמשכים שחוו.

א' מתארת קושי הנובע מהיותה אם חד הורית ומפרנסת יחידה לשני ילדיה. בהקשר זה, בדומה להקשרים האחרים בסיפור חייה, בולטת בהעדרה התמיכה מהסביבה. המציאות המתישה, ללא תמיכה וסיוע מהסביבה, מעצימים את תחושת הבדידות שהוותה מוטיב מרכזי גם בפרקי חייה הקודמים :

"... אני עבדתי די קשה באותו זמן, ומצאתי את עצמי די כמו מטורפת רצה מהעבודה הביתה להיות עם הילדים ו... די מהר הבנתי שנגמרו החיים שיש לי רגע לעצמי, לא רק שאני לא ישנה כל הלילה, אני קמה בבוקר בשש וחצי, אהה, צריכה לתקתק איך שהוא את הילדים ואת עצמי לגן ולבית ספר, ע' אז התחיל כיתה א', שזה גם היה תקופה די קשה, משבר כיתה א' כזה שלו, ו.. אני זוכרת כל יום שנגמר היום באיזה עשר וחצי, אחת עשרה בלילה, כשהייתי מותשת גמורה בסלון אחרי שהצלחתי איך שהוא להעביר יום ב.. עבדתי בשתי עבודות, גם עבדתי ... כמעצבת ... וגם עשיתי עוד עבודה שעבדתי עליה בלילות בעיקר, בחלק מהלילות. ו.. אהה מצאתי את עצמי פשוט מתמוטטת כי לא היה לי דקה לעצמי, רצתי מעבודה לעבודה, לערמת כביסה, לערמת כלים, לתפקד עם הילדים, תוך כדי זה החרדות התחילו נורא להיות דומיננטיות ולהשתלט על חלקים נכבדים של היום ובלילות במיוחד..." (א', 151-161).

ס' מתארת קושי מתמשך בהתמודדות עם מחלת הבעל. לצד הקושי האובייקטיבי והמובן בהתמודדות עם המחלה, בולטת תחושת קורבנות והאשמה של הסביבה:

"יש לו בעיה נפשית. כל התרגשות הכי קלה, טובה או רעה, הוא מגיב באותה צורה. הוא מאבד את ההכרה לשעות, נוחת איפה שתופס אותו. בשנתיים האחרונות רוב ההתקפים היו במיטה, בזמן האחרון הוא עוד הפעם מקבל התקפים מחוץ למיטה. כשהוא מקבל התקף הוא עושה פיפי על עצמו ואני צריכה להחליף לו ואני צריכה להחליף מצעים... באחת הפעמים הוא נעצר הוריד את התחתונים ועשה פיפי על המיטה כמובן. אנחנו ישנים עם שעונית ואני צריכה לטפל בו. אני צריכה לגלגל אותו, להוציא את התחתונים, להחליף לו את התחתונים ולנקות אותו (בוכה) לפעמים הוא גם מתוך התקף הוא יכול ללכת לאמבטיה או לכל מקום שיש אור הוא יכול לעשות פיפי כל הדרך ואני צריכה לנגב את הכל ולנקות וזהו, לא מעניין את אף אחד, שרק אני צריכה לטפל בו שאין לי שום מושג, שום הסמכה לטפל באנשים עם בעיות נפשיות כשאני בעצמי עם בעיות נפשיות. מצפים שאני יעשה את הכל לבד" (ס', 86-97).

ת' מתארת קושי בהתמודדות יום יומית עם הצלקות שהותירו ההתעללות של אביה וההטרדה המינית שעברה על נפשה. הזיכרונות המרים והמציאות שיצרה הילדות רווית האלימות שחוותה, ממשיכים להיות נוכחים בחייה גם כיום למרות שההתעללות עצמה נפסקה. ת' מתמודדת כיום עם קושי מתמשך הכרוך בשיקום חייה, תוך הטמעת הזיכרונות הקשים, במקביל להכרח לבנות בכוחות עצמה מציאות חדשה בה השיקום יהיה משימה מרכזית:

"אי אפשר לברוח מהמציאות הזו. אני לא רוצה לברוח מהמציאות אני רוצה חיים כאילו שיתנו לי לשכוח את החיים שהייתי חיה. את העבר שלי, את כל מה שהיה לי. אני רוצה כאילו כמו קסם כזה ואי אפשר למצוא את זה את מה שאני מבקשת, כאילו אי אפשר למצוא את זה כמו קסם שיבוא ויעשה לי ככה והכל יעוף לי מהראש ומהלב, אי אפשר וזה מה שגורם לי לסבול" (ת', 159-164).

נראה, אפוא, כי בשתי קטגוריות המשנה הוצגו שני סוגים של אירועי חיים אותן ציינו הנשים ככאלה שתרמו, החריפו ואף היו אחראיים להתפתחות הכאב הנפשי שחוו. סוג אחד כולל אירועי חיים אקוטיים ובודדים, ואילו הסוג השני כולל אירועי חיים שעוצמתם מתונה יותר אך אופיים המתמשך גובה מחיר יקר.

ההשפעה של אירועי חיים מלחיצים, כגורם סיכון לדיכאון, להפרעות פסיכיאטריות נוספות ולהתנהגות אובדנית נחקרה רבות (למשל, Kaprinis, Kaprinis & Iacovides, Fountoulakis, Beck, 1967, 2006). בק (1998) סקר את הסיבות השכיחות ביותר המזרזות הופעת דיכאון. בין הסיבות שמנה בק, שתי קבוצות של סיבות הרלוונטיות לממצאי

מחקר זה: (1) גורמי דחק יחידים בעלי עוצמה מכרעת (2) גורמי דחק המופיעים ברצף. שני גורמי דחק אלו עולים ממצאי המחקר הנוכחי.

במחקר אחר שעסק בקשר שבין אירועי חיים ודיכאון מצאו החוקרים מסקטל, סלביק, מונרו וגוטליב, (Muscatell, Slavich, & Monroe, 2009) (Gotlib, 2009) כי אירועי חיים חמורים ואקוטיים, המתרחשים קודם להופעת דיכאון, מחמירים את עצמת הדיכאון, מגבירים את הופעתם של סימפטומים קוגניטיביים וסומאטיים הקשורים בדיכאון ומקטינים את יכולת התפקוד. לעומת זאת, מצאו החוקרים, כי השפעת גורמי לחץ כרוניים לא הביאה לתוצאות דומות.

מחקרים אחרים עסקו בניסיון לזהות גורמי דחק מסוימים המזרזים הופעת דיכאון. בראון והאריס (Brown & Harris, 1986) מתוך קרסון, בוציר ומינקה, (1998) למשל, ערכו סדרת מחקרים ומצאו כי דיכאון מופיע לעיתים קרובות לאחר אירוע המעורר דחק חמור, או בעקבות כמה אירועים כאלה, הכרוכים בדרך כלל באובדן כלשהו או ביציאה ממעגל חברתי רגיל.

מחקרים מתחום הרפואה מוסיפים נדבך נוסף להבנת ההשפעה של גורמי דחק על הופעת דיכאון. נמצא כי גורמי דחק משפיעים על האיזונים הביוכימיים וההורמונאליים ועל המקצבים הביולוגיים של הגוף. עוד נמצא כי גורמי דחק פסיכו-חברתיים בילדות מחוללים שינויים ארוכי טווח בתפקוד המוח ויתכן ושינויים אלה מגבירים את הפגיעות להתפתחות דיכאון בבגרות, עבור אנשים להם פגיעות גנטיות לחלות בדיכאון (למשל, Frodl et al., 2010; Gatt et al., 2010).

בספרות קיימות עדויות לכך שאירועי דחק מהווים גורם סיכון להתנהגות אובדנית (למשל, Pompili et al., 2011). בין אירועי החיים שנמצאו כבעלי קשר להתנהגות אובדנית: היסטוריה של התעללות פיזית ומינית בילדות (Osvath, Vörös & Fekete, 2004), משבר ביחסים בין אישיים עם בני זוג, חברים, שותפים או בני משפחה (Pompili et al., 2011), אובדן של בן או בת זוג (Ajdacic-Gross et al., 2008), היסטוריה של תקיפה מינית (Davidson, Hughes, 1996) (George & Blazer, 1996) ועוד. ואכן, הנשים שהשתתפו במחקר זה ציינו כגורמי דחק חריפים אירועים הקשורים באובדן אדם אהוב, אירועים טראומטיים כתקיפה מינית ומשברים במערכות יחסים משמעותיים. אירועים אלה החריפו את עצמת הכאב הנפשי שחוו הנשים, הקשו על ההתמודדות עימו, והובילו את חלקן למעשה האובדני.

הקשר בין אירועי דחק ואובדנות נתפס לעיתים כמורכב יותר מקשר של סיבה ותוצאה. יתכן ואירועי חיים קשים, כהתעללות בילדות או אובדן של הורה בגיל צעיר, הופכים ילדים החווים טראומות אלה לפגיעים יותר לאירועי חיים מלחיצים נוספים בבגרותם. על פי אחד ההסברים ילדים אלה רכשו, בעקבות ההתנסויות הטראומטיות שעברו, סכמות עצמי בלתי מסתגלות המונעות מהם להגיב בצורה יעילה ומסתגלת לאירועי חיים קשים בבגרותם. בהתאם להסבר זה, לא האירועים עצמם מובילים להתנהגות אובדנית כי אם האופן הקיצוני בו נתפסים האירועים, כתוצאה מפגיעות קודמת שמקורה בילדות (De Vanna et al., 1990).

ממצאי מחקר זה תומכים במידה מסוימת בהסבר הגורס כי אירועי דחק שנחו בעבר יוצרים פגיעות המקשה על ההתמודדות עם אירועי דחק בבגרות. סיפורי החיים של חלקן של הנשים מרמזים כי המקור לכאבן הנפשי נעוץ באירועים שהן חוו בילדות. יתכן ואירועים אלו הפכו את הנשים הללו לפגיעות יותר למצבי דחק נוספים בבגרותן.

יחסים

תמה זו מרכזית ונכללים בה מספר היגדים רב. התמה עוסקת בהשפעה שיש למערכות יחסים בחייהן של הנשים, על הקלה או החרפה של הכאב הנפשי. התמה חולקה לשתי קטגוריות משנה מנוגדות: "אהבה כמרגיעה כאב" ו"לבד עם הכאב". שני חלקיה המנוגדים של התמה, משלימים זה את זה וביחד יוצרים תמונה ברורה על פיה ליחסים קרובים, משמעותיים ותומכים כוח ריפוי ויכולת להקל על עוצמת הכאב הנפשי. זאת בזמן שתחושת בדידות, האשמה, ניכור וריחוק מעצימים את הכאב והופכים אותו לבלתי נסבל.

אהבה כמרגיעה כאב

בהתמודדות עם הכאב בולטת חשיבותן של מערכות יחסים בעבור הנשים. מערכת יחסים קרובה, מכילה, אמפאטית, שאינה מאשימה, מוצגת על ידן כבעלת כוח ריפוי רב עוצמה. בחלק מהתיאורים ניתן להבחין כי הנשים ראו באנשים משמעותיים בסביבתן כוח ששמר עליהן בתקופה הקשה.

קיי, לדוגמא, תארה את הכוח הגלום ביחסים משפחתיים מכילים וזמינים:

"אבל זה התאים לאחי... משהתחלתי את לימודי בקולג' ובמשך התואר השני וקבלת הדוקטורט- ועד היום, למעשה- בכל פעם שנוקתי להפוגה מהכאב או מחסור הוודאות, או סתם לברוח מהכל, הייתי מוצאת כרטיס טיסה בדואר, עם מכתב המציע לי להצטרף אליו במקום כלשהו כמו בוסטון, ניו יורק, קולרדו, או

סן פרנסיסקו. לעתים קרובות הוא היה מגיע לאחד המקומות האלה כדי לנאום, לייעץ, או סתם לנפוש מהעבודה בעצמו... לא משנה מה מצב רוחי, מה הבעיה שלי, הוא תמיד מצליח לגרום לי להרגיש שהוא שמח לראותי. ובכל אחת מהפעמים שנסעתי לחיות מחוץ לארץ – תחילה בסקוטלנד, בתואר הראשון, ואחר כך בלונדון, בתואר השני, ושוב פעם בלונדון בשנות שבתון מאוניברסיטת קליפורניה – ידעתי תמיד שלא אצטרך לחכות יותר משבועות ספורים עד שיגיע לבדוק איפה אני גרה ומה אני מעוללת, יוציא אותי לארוחת ערב ויציע שנווטט יחד ב"האצי'ארדס", ב"דילונס" או בחנות ספרים אחרת. לאחר התקף המאניה החמור הראשון שלי, הוא הידק את הכנף המסוככת עוד יותר. הוא הבהיר לי, באופן שאינו משתמע לשתי פנים, שאם אזדקק לו, ולא חשוב היכן הוא נמצא – הוא על הטיסה הבאה הביתה" (קיי, 60).

ר' ספרה על הרגעים הראשונים לאחר שהתעוררה מניתוח הראש שעברה כתוצאה מהניסיון האובדני ממנו שרדה, ובתוך כך הדגישה את החשיבות הרבה שיש לתמיכה של בן משפחה ברגעים קשים :

"... אחרי 5 שעות ניתוח מותר רק לבן אדם אחד להיכנס. אמא שלי אמרה לו [לבן הגדול] לך אתה. את יודעת מה זה לפתוח את העיניים ולראות את הבן שלך עומד שם? עמדו לי דמעות בעיניים כאלה גדולות אבל לא בכיתי בסוף..." (ר', 396-398).

דומה כי מערכת יחסים אינטימית עם בני זוג מהווה משענת יציבה המסייעת בתקופות בהם יש החרפה של עצמת הכאב הנפשי, כפי שמתארות זאת א' וקיי :

"... הייתי במערכת יחסים מוזרה עם משהיא שהכרתי קצת אחרי הפרידה מדנה והיא נורא עזרה לי למרות שזה לא היה איזה אהבה גדולה מצידך, אבל נורא נאחזתי בה והיא ממש עזרה לי לשרוד. היא היתה מין מלאך שומר כזה שליווה אותי בחצי שנה הזאת..." (א', 194-191).

"לאחר כל מוות שפקד את מוחי או את לבי, באה האהבה כדי ליצור מחדש את התקווה ולשקם את החיים. האהבה, במיטבה, הפכה את התוגה הטבועה בחיים מעצם מהותם לנסבלת, ואת יפי החיים היא חשפה במלוא הדרו. באופן בלתי מוסבר ומושיע, היא סיפקה לא רק כסות אלא גם פנס, לעונות האפלות ולמזג האוויר הקודר יותר" (קיי, 159).

ס' מתארת כיצד מערכת היחסים הארוכה והיציבה שיש לה ולבעלה מהווה עבורה אי של שקט ושלווה בו יש מקום לשניהם :

"אנחנו יכולים לשבת שעות, יד ביד לראות טלוויזיה ולא משעמם לנו, אנחנו תמיד עסוקים עם משהו. טוב לנו ביחד, לא מעניין אותנו מה הולך מסביב גם אם הינו

הולכים לאירועים הינו מכירים אנשים, לא מכירים, לא מעניין אותנו הינו קמים ורקדים, משתוללים. אין לנו בעיה, אף פעם לא היתה לנו בעיה, אנחנו צוות הווי ובידור של שנינו וזה בסדר. אנחנו מבינים טוב מאוד אחד את השני. כמובן שיש בנינו ויכוחים, רק אנשים שלא מדברים בניהם אין בניהם ויכוחים, אנחנו מאוד נהנים אחד מהשני וזה מה שמחזיק אותנו. כאילו שהכרתי אותו רק אתמול והוא אותו דבר" (ס', 320-327).

אחדות תארו את מערכת היחסים הבטוחה שהן חוו עם אנשי מקצוע כגורם אשר הקל במידה רבה על ההתמודדות שלהן עם הכאב הנפשי :

"במשך שנים רבות לאחר מכן, למעט תקופה שחייתי באנגליה, נפגשתי איתו [פסיכיאטר] לפחות פעם בשבוע. כשהייתי מאוד דיכאונית ואובדנית, נפגשתי איתו יותר. הוא שמר עלי בחיים אלף פעמים. הוא דאג לכך שאעבור בשלום טירוף, ייאוש, פרשיות אהבים נפלאות ואיומות, אכזבות וניצחונות, הישנויות של המחלה, ניסיון התאבדות כמעט קטלני, מותו של גבר שמאוד אהבתי, ההנאות העצומות והדברים המרגיזים של חיי המקצועיים – בקיצור – הוא העביר אותי דרך ההתחלות והסופים של כמעט כל היבט בחיי הפסיכולוגיים והאמוציונאליים... הוא טיפל בי בכבוד, במקצוענות נחרצת, עם שנינות ועם אמונה בלתי מעוררת ביכולתי להיות בריאה, להיות שלמה, לחולל שינוי" (קיי, 67).

לבד עם הכאב

בסיפוריהן של הנשים בולטת ההשפעה המוזיקה, הן של הבדידות והן של ההאשמה וההתרחקות מצד האנשים בסביבתן. התמודדות לבד עם הכאב והשלכותיו מחמירים את המצב בצורה משמעותית ומקטינים את היכולת לשאת את הכאב, להתגבר עליו ולהמשיך הלאה.

היחס השלילי של הסביבה לובש פנים שונות בחוויה של הנשים. פן אחד הוא תחושת ניכור חברתי והדרה, המעצימים את תחושת הבדידות, הזרות וחוסר השייכות. ההדרה יכולה לבוא לידי ביטוי במעגלים חברתיים רחבים כפי שהרבתה לתאר ת' בסיפור חייה :

"בגלל שהייתי בבית חולים פסיכיאטרי מאושפזת, אז השכנות שלי מתחילות לדבר והחבר שלי שאני לא בסדר שזה בן אדם שיצא מהפסים כי זה בן אדם משוגע לגמרי עם חתימה, זה לא בן אדם רגיל. זה היה מעצבן אותי ומוציא אותי מהפסים לגמרי והייתי מרגישה שכל העולם התמוטט מסביבי" (ת', 30-33).

"אבל זה כואב כשאתה יודע שאנשים מדברים עליך בגב שאתה לא נורמאלי שאתה סוטה קצת שאתה זה כואב בלב ובנשמה גם, לא רק בלב" (ת', 50-51).

תחושת הניכור החברתי עלולה להופיע גם במעגלים קרובים ומצומצמים יותר, של חברים ומשפחה, כפי שמתארת ס':

"לא כולם מסוגלים לראות את בעלי בזמן ההתקפים האלה. מעט מאוד חברים. נשארו לנו כמובן כמה אבל מעט מאוד מתקרבים אלינו, פוחדים מהמצב. לא נעים לראות בן אדם שעושה על עצמו צרכים ונמצא שעות בלי הכרה" (ס', 115-119).

פן נוסף בא לידי ביטוי בהאשמת הסביבה את הנשים על המחלה, על השלכותיה או על האופן בו הן מתמודדות עימה:

"האמצעי [הבן] דרך אגב אמר לי פעם אחת שהוא לא רוצה להיות חבר שלי כי מי שעשה מה שאני עשיתי לא אוהב את הילדים שלו..." (ר', 181-183).

"האקסית שלי באותו זמן האשימה אותי שאני, שאני חפרתי לעצמי איזה בור עמוק והתיישבתי בתוכו ואני שמתני עליו שלט גדול- דיכאון, ואני מצפה שמשוהו יבוא ויזרוק לי חבל ויוציא אותי משם, ובינתיים אני לא עושה כלום. זה אומר שאני בעצם עצלנית ומפונקת..." (א', 240-242).

בחלק מהסיפורים נכרה הכחשה של המחלה וחוסר הבנה לגבי אופייה והשלכותיה מצד הסביבה הקרובה:

"אני זוכרת שנסעתי בוקר אחד כשנסעתי לעבודה התקשרתי למוטי מרק הזה [הפסיכיאטר] אמרתי לו מוטי אני לא יכולה יותר תעזור לי, הוא אמר לי מה מה קרה? אמרתי לו רוני [הבעל] לא רוצה שאני אלך לשום רופא והוא לא רוצה שאני אקח תרופות יותר..." (ר', 322-324).

ההכחשה וחוסר ההבנה הובילו לכך שהסביבה הקרובה לא הגישה לנשים את העזרה לה ציפו:

"המצב הלך והתדרדר נורא. קודם כל הייתי ממוטטת כי לא ישנתי אהה ולמרות שסיפרתי לכולם על המצוקה שלי ו... אהה שידרתי שאני צריכה עזרה אממ הרבה אנשים לא לקחו את זה כל כך ברצינות כי אני תפקדתי הלכתי לעבודה, הצלחתי להמשיך לעבוד, ממש החזקתי בציפורניים בשני העבודות שעבדתי בהם ו... אנשים חשבו שאני סובלת מקצת מתח אבל אם אני יכולה לעבוד..." (א', 185-189).

חלקן התייחסו בסיפוריהן לאופן שבו חוסר התמיכה וחוסר העזרה מצד הסביבה הקשו עליהן את ההתמודדות עם הכאב שחוו:

"... מגיל מאוד קטן אני יותר תמכתי בהורים שלי מאשר הם בי. בעיקר אמא שלי. אז יכול להיות שזה קשור, התחושה הזאת של לבד בעולם, כן, יכול להיות... בעיני הורים זה תמיד רק תיק של דאגות שהוא מאוד מכביד, מה זה עוזר, מה זה בכלל יכול לעזור שמהו כל כך דואג לך? ... אולי באמת היה צריך הורים כאלה שיגידו, הכול יהיה בסדר, עכשיו תבוא לכאן ואנחנו נטפל בך והכול יהיה בסדר..." (א', 604-616).

"הכאב שלי נשאר עד היום. זה לא הולך צייק צ'ק זה נשאר לך בלב אתה אומר כאילו למה אני, למה אני לא כמו כולם לכל הבחורות, שיהיה לי אבא טוב הייתי רוצה שהוא יאהב אותי וייתן לי חום ואהבה אבל זה אני לא ... זה מה שהיה חסר בבית חוץ ממכות, זה מה שהיה חסר. לא אכפת לו שאני מתאשפזת כאילו בבית חולים סורוקה ושוברת יד, שברתי יד פעמיים, לא היה אכפת לו ועשיתי ניתוח ביד, לא היה אכפת לו כאילו. אפילו מה שלומך הוא לא היה אומר" (ת', 68-72).

"אמא שלי התקשרה אליה [לחברה קרובה] יום אחד ואמרה לה ר' עכשיו בשיקום אני מבקשת שתפסיקי להפריע לה. מאז לא שמעתי ממנה... היא לא מבינה שזה התקופה שאני הכי צריכה את החברות שלי?" (ר', 53-59).

במקביל לכמיהה לקרבה, אצל שתיים מהנשים ניכרה דווקא הסתגרות והצטמצמות, אולי כחלק מהניסיון להחליש את עצמת הכאב:

"הכאב המצטבר וחוסר הוודאות שנגרמו לי בשל מותו של דיויד, ובשל מחלתי, במשך כמה שנים, הנמיכו מאוד את הציפיות שלי מהחיים. הסתגרתי בתוך עצמי, ובעצם אטמתי את ליבי מפני כל חשיפה בלתי נחוצה לעולם" (קיי, 113).

"יש לנו משפחה כלומר ילדים והנכדים מדהימים, אבל במצב הזה אנחנו לבד" (סי, 129).

התמה "יחסים" נבנתה משתי קטגוריות משנה מנוגדות, המשלימות זו את זו. התייחסות לשני צידיו של המטבע מאפשרת להבין לעומק את החשיבות העצומה שיש למערכות יחסים בחייהן של הנשים.

לא נמצאה התייחסות ספציפית בספרות לקשר שבין תמיכה חברתית וכאב נפשי אך יחד עם זאת חוקרים לאורך השנים בקשו לעמוד על ההשפעה שיש לתמיכה חברתית על התמודדות עם אירועי חיים קשים ודיכאון. כהן וווילס (Cohen & Wills, 1985) מתוך (Stroebe, Stroebe, Abakoumkin & Schut, 1996) למשל, טוענים כי תמיכה חברתית יכולה להפחית או למנוע תגובה לא יעילה ללחץ ומצוקה. כלומר, אנשים משמעותיים בסביבה, במידה והם זמינים, יכולים למנוע או להפחית מחומרת תגובה בלתי מסתגלת או בלתי יעילה לאירועי חיים מלחיצים, כאובדן אדם אהוב. סטרובי, סטרובי, אבקומקין וסקוט

(Stroebe, Stroebe, Abakoumkin & Schut, 1996) מוסיפים לממצאים אלה נדבך נוסף וטוענים כי תמיכה חברתית זמינה ובטוחה, עשויה לסייע אף בהחלמה ובשיקום החיים לאחר אירועי חיים קשים.

גוטליב והמן (Gotlib & Hammen, 1992) מתוך קרסון, בוציר ומינקה, (1998) טוענים, בהתבסס על סקירת הספרות המחקרית העוסקת בקשר שבין תמיכה חברתית ודיכאון, כי הרשתות החברתיות של אנשים הסובלים מדיכאון קטנות יותר ותומכות פחות, לעומת רשתות של אנשים שאינם סובלים מדיכאון. עוד עולה מסקירתם של החוקרים כי מצוקה בחיי הנישואין עלולה להחריף את הפגיעות לדיכאון וכי דיכאון עלול ליצור מצוקה בחיי הנישואין. בהקשר זה הדגישו הולוהם ומוס (Holoham & Moos, 1991), בהסתמך על מחקר אורך בן ארבע שנים, את חשיבותה של תמיכה משפחתית ביכולת ההחלמה מדיכאון ובמניעת חזרתו.

הספרות המחקרית עוסקת גם בקשר שבין היעדר תמיכה חברתית ואובדנות. קשר זה נמצא לראשונה במחקרו החלוצי של דירקהיים (Durkheim, 1966 מתוך משוניס, 1999), שטען כי הגורם העיקרי המגן מפני התאבדות הוא תחושת המעורבות וההזדהות עם בני אדם אחרים. מאז המחקר של דירקהיים נעשו מחקרים נוספים רבים (למשל; Bin & Clum, 1994 & ShortThompson, Wyckoff & Kaslow, 2002), במטרה להבין כיצד תמיכה חברתית יכולה להקל את ההתמודדות עם אירועי חיים קשים וכיצד מחסור בתמיכה חברתית עלול להוות גורם המגביר כאב נפשי ומזרז התנהגות אובדנית. במחקר שערכו סלטר ודפו (Slater & Depue, 1981) נמצא כי אנשים הגרים ללא בן זוג או כהורה יחיד עם ילדים צעירים, סובלים יותר מהיעדר תמיכה חברתית מספקת. מצב זה מגביר את החשיפה להשפעתם השלילית של אירועי חיים מאיימים ובכך מעלה את הסיכון שלהם להתנהגות אובדנית. עוד מצאו החוקרים כי מחסור בתמיכה חברתית הנובע מיציאה ממעגל חברתי או כתוצאה מאובדן הפוגע ברשת התמיכה החברתית, מגביר את תחושת חוסר התקווה ובכך מציף את מנגנוני ההתמודדות והופך אותם לבלתי יעילים.

הנשים שהשתתפו במחקר זה הביעו כמיהה לתמיכה מסביבתן הקרובה והכירו בכוחה המרפא של התמיכה, כאשר זו ניתנה להן. היעדר תמיכה חברתית, חוסר הבנה של הסביבה לקושי הנלווה לכאב הנפשי, הכחשה של המחלה, האשמת הנשים כאחראיות למחלתן או כאשר הן נתפסו כלא עושות מספיק בכדי להחלים ולחזור לשגרת חיים, כל אלה החריפו את עצמת הכאב הנפשי והגבירו את תחושת חוסר המוצא מהמצב.

ניתן למצוא בספרות עדויות להשפעה הייחודית של תמיכה חברתית על נשים (למשל, Terrill, Thompson & Garofalo, 2010). המחקרים השונים הראו כי רמה נמוכה של תמיכה חברתית עלולה להחריף את רמות הדיכאון אצל נשים. במקביל נמצא כי תמיכה חברתית עשויה להקל על נשים שעברו חוויות קשות כמו, התעללות מינית בילדות ואונס בבגרות (Hobfoll, 2006; Briggs-Phillips & Schumm,) או דיכאון לאחר לידה (Surkan, Peterson, Hughe & Gottlieb, 2006).

בולגר, דה-לונגיס, לסלר וסצ'ילינג (Bolger, De-Longis, Kessler & Schilling, 1989) מצאו כי אינטראקציות חברתיות שליליות משפיעות בצורה קשה יותר על נשים לעומת גברים. החוקרות טוענות כי קונפליקטים בין אישיים מהווים גורמי לחץ משמעותיים הפוגעים ברווחתן הנפשית של נשים ומובילים למצוקה. דוגמא נוספת להשפעה המכרעת של תמיכה חברתית על יכולת ההתמודדות של נשים עם כאב נפשי ניתן למצוא במחקרה של פרוקי (Farooqi, 2004). חוקרת זו מצאה כי נשים בחברות מסורתיות הסובלות מדיכאון או חרדה סובלות במקביל מיחס חברתי שלילי. האשמה והאכזבה שמביעה הסביבה הקרובה מובילות לבושה ושנאה עצמית המחריפות את תחושת חוסר האונים ועלולות אף להאיץ את הבחירה באובדנות כמוצא יחיד מהמצוקה.

מחקרים אחרים עמדו על הקשר שבין קשיים במערכות יחסים קרובות ואובדנות אצל נשים. קפלן וקליין (Kaplan & Klein, 1989) מתוך (Johns & Holden, 1997) מצאו, לדוגמא, כי הפרה חמורה בתחושת היכולת של נשים ליצור תקשורת תוביל לאובדנות. מריס (Maris, 1981) מתוך (Michel & Valach, 1997) מצא כי כשלון בהשגתן של מטרות חיים מרכזיות הקשורות לנישואים ויחסים, עלול להוביל לאובדנות בקרב נשים.

ממצאים אלה מחזקים את החשיבות הרבה שייחסו הנשים שהשתתפו במחקר זה למערכות היחסים בחייהן. משמעות ייחודית זו באה לידי ביטוי בכמה מישורים: ביכולת להחלים ולהשתקם מטראומות (למשל, Hobfoll, 2006; Briggs-Phillips & Schumm,) בהקלה על ההתמודדות עם כאב נפשי ועם סימפטומים הקשורים להפרעות שונות (למשל, Surkan, Peterson, Hughe & Gottlieb, 2006) וביכולת להפחית את הסבירות להתנהגות אובדנית.

מחלה

הנשים מיעטו לדבר על מה שעברו במונחים של מחלה וסימפטומים. יחד עם זאת, חלקן תארו תחושות וקשיים שנבעו ממחלתן כחלק מהגורמים לכאב או בכדי להסביר את מהות

הכאב. יש לציין כי על אף שהנשים שסיפור חייהן נכלל במחקר זה סבלו מהפרעות פסיכיאטריות שונות, הגדרתן לא היתה רלוונטית למחקר מאחר והמחקר לא כלל בהכרח נשים המוגדרות כבעלות אבחנה פסיכיאטרית מסוימת.

מקור הכאב שחשה קיי סובב סביב הסערות בחייה והמעברים הקיצוניים בין הקצוות של ההפרעה הדו קוטבית ממנה סבלה. היא מרבה לתאר כיצד התקפי המאניה החריפה והתקפי הדיכאון המרים, הותירו אותה כואבת בצורה אנושה:

"קשה היה לי לוותר על הריחופים, על הטיסות מגביהות העוף של הנפש ושל מצב הרוח, אף על פי שהדיכאונות שבאו באופן בלתי נמנע בעקבותיהם כמעט שעלו לי בחייה" (קיי, 70).

"אם כי זה הצטבר במשך שבועות, ואין ספק שידעתי שמהו משובש מאוד, היתה נקודה אחת מוגדרת, שבה ידעתי שאני בלתי שפויה. המחשבות שלי היו כל כך מהירות, באמצע המשפט כבר לא יכולתי לזכור את התחלתו. רסיסים של רעיונות, דימויים משפטים, התרוצצו סחור סחור במוחי, כמו נמרים בסיפור ילדים שהכרתי" (קיי, 63).

א' מתארת כיצד הדיכאון מצמצם את היכולת לחוות משמעות והנאה:

"... באמת אין לחיים משמעות, והיופי שלהם, הדבר הזה שאנחנו יכולים להרגיש שהוא יפה, הוא המשמעות שלהם, אבל אין את זה לאדם בדיכאון..." (א', 252-254).

שתיים מהנשים מתארות התקפים פסיכויטיים שעברו ואת והקושי שבהתמודדות עם תפיסת המציאות הלקויה, כחלק מחוויית הכאב הנפשי:

"לפתע הרגשתי תחושה מוזרה של הבזק בחלק הפנימי של עיניי, וכמעט מיד ראיתי צנטריפוגה שחורה ענקית בתוך ראשי. ראיתי דמות גבוהה, בשמלת ערב ארוכה, מתקרבת לצנטריפוגה עם מבחנה בגודל אגרטל בידה, מלאה בדם. כשהדמות הסתובבה, ראיתי למרבה הזוועה, שזו הייתי אני, ושהדם כיסה את כל שמלתי, את הגלימה..." (קיי, 62).

"פרשן 1: יש נמר בפינה

פרשן 2: לא, זה לא נמר- זה שולחן כתיבה.

פרשן 1: זה נמר, זה נמר!

פרשן 2: אל תהיה מגוחך. בוא נלך להסתכל על זה.

ואז כל הדנדריטים והנוירונים ורמות הסרטונים והפרשנים מתאספים ופונים בצעד מהיר לפינה. אם את לא משוגעת, הקביעה של הפרשן השני, שזהו שולחן כתיבה, תהיה מקובלת על הפרשן הראשון. אם את משוגעת, נקודת המבט של

הפרשן הראשון, תיאורית הנמר, תנצח. הבעיה כאן היא שהפרשן הראשון באמת רואה נמר... " (סוזנה, 150).

סילביה מתארת את הבדידות העצומה הכרוכה בחולי הנפשי:

"ידעתי שעלי להיות אסירת תודה למרת גינאה, אולם לא יכולתי לחוש דבר. גם אילו נתנה לי מרת גינאה כרטיס לאירופה, או למסע מסביב לעולם, לא היה משנה דבר וחצי דבר; מפני שבכל אשר אהיה – על סיפון אונייה או בבית קפה בפריס או בבנקוק – תמיד אהיה יושבת תחת אותו פעמון זכוכית, מתבשלת באותו אוויר חמוץ שלי עצמי" (סילביה, 179)

א' ות' התייחסו לחלקו של האשפוז בתחושת הכאב. בשני המקרים ניכרת אכזבה קשה מכך שהאשפוז לא הביא הקלה המצופה:

"המקום עצמו היה נוראי. הבנתי שאשפוז, הדבר הזה שקוראים לו אשפוז, שאני פנטזתי על איזה מין משהו של מנוחה על מיטה עם סדינים מעומלנים על רקע דשא, זה בעצם כלא אפור, מצחין, משעמם מוות, שלא עושים בו כלום. פשוט שוכבים על המיטה וצריכים למצוא תעסוקה ובינתיים לחשוב על כל הזוועה שהביאה אותי הלום ו... אהה גם אין בזה שום תקווה. אין שום תחושה של תקווה בזה..." (א', 313-319).

"אשפוזים עוזרים לי מאוד... בריפוי בעיסוק, במחשבים, בטיפול בקבוצות הרפואיות. נותנים לך לדבר על הבעיה שלך ולהוציא את כל מה שיש לך בלב, כאילו לא נשאר כל הזמן עם הכעס ועם הכאב, כאילו להיסגר עם עצמך מכל מה שיש לך בפנים בלב, לא, נותנים לך לדבר יש קבוצות כאילו מדברים איך עבר עליך השבוע כאילו עושים קבוצות מאוד נחמדות ומאוד מאוד עוזרות לאנשים כאילו בשלב במצב שהוא פה, אבל לצערי זה עוזר לי רק רק ב... בוא נגיד הקבוצה שעה זה עוזר לשעה אחרי זה הכל חוזר אחרי השעה הזו שעוברת, כאילו כולם קמים ויוצאים מהחדר כאילו הכל חוזר לעצמו. שום דבר לא משתנה" (ת', 92-100).

הכאב הנפשי שתארו הנשים במחקר זה חוצה את גבולות ההגדרות הפסיכיאטריות של ההפרעות השונות. יחד עם זאת בחלק מהמקרים הסימפטומים של ההפרעות, מהן סבלו הנשים, היו מרכיב בכאב הנפשי שתארו. התמונה שהציגו הנשים ביחס להתמודדות עם המעברים הקיצוניים בין מצבי המאניה והדיכאון, עם תפיסת מציאות לקויה הכרוכה בהתקפים פסיכוטיים, עם חוסר משמעות החיים, עם חוסר היכולת ליצור קשר משמעותי ועם תקופות האשפוז, חושפת פן נוסף המאפשר להבין טוב יותר את חווית הכאב הנפשי שלהן.

א' ות' מתארות את האכזבה שנבעה מכך שהאשפוז לא הקל על המצוקה. האשפוז נתפס עבורן כמוצא אחרון במטרה להקל על הכאב. כאשר גם אשפוז לא מצליח להביא מזור, הכאב ועימו הייאוש גברו.

מחקרים שונים (למשל, Goldacre, Seagroatt & Hawton, 1993 מתוך Qin & Nordentoft, 2005) עסקו בהשפעה של אשפוז על הסיכון לאובדנות. קווין ונורדנטופט (Qin & Nordentoft, 2005) מצאו כי הסיכון לאובדנות גובר כשבוע לאחר התחלת האשפוז וכשבוע לאחר השחרור מהאשפוז. הסבר אפשרי לממצא זה הוא האכזבה שנגרמת כאשר יש ציפייה שהאשפוז יביא להקלה מיידית. האכזבה גדולה עוד יותר כשבוע לאחר סיום האשפוז, במידה ולא ניכרת הקלה, כיוון שהתקווה לפיה אשפוז יביא להקלה נגוזה כליל וכעת נראה שאין עוד אמצעי זמין שיכול להביא להקלה הרצויה. מחקר נוסף, שנערך בהונג קונג, מצא כי למשך האשפוז השפעה על שעור ההתאבדות לאחר השחרור. מטופלים שהיו מאושפזים פחות מחמישה עשר ימים נטו להתאבד פחות לאחר שחרורם, לעומת מטופלים שהיו מאושפזים בבית החולים תקופות ממושכות יותר (Ting-Pong, 2006). יתכן ואשפוז לאורך זמן מגביר את תחושת חוסר האונים, האכזבה ותחושת חוסר המוצא מהמצב ואלה מובילים לבחירה באובדנות כמוצא אחרון.

בחלק זה מתארות כמה מהנשים את הקושי שבהתמודדות עם סימפטומים הקשורים באבחנות פסיכיאטריות שונות: קיי מתארת את הקושי שבהתמודדות עם הסימפטום המרכזי בהפרעה דו-קוטבית, המעברים החריפים בין המאניה והדיכאון. א' מתארת כיצד הדיכאון לא מאפשר לחוות את המשמעות והיופי שבחיים. קיי וסוזנה מתארות את הקושי שמתלווה לתפיסת מציאות לקויה וסילביה מתארת את הבדידות הקשה הכרוכה בחולי נפשי. הספרות המחקרית מציגה נתונים לגבי שיעורי הסיכון להתנהגות אובדנית בהתאם לאבחנות הפסיכיאטריות: הסיכון להתאבדות במהלך החיים אצל בעלי הפרעות מצב רוח הוא 15% ואצל אנשים הלוקים בסכיזופרניה הוא 10% (קרסון, בוצ'ר ומינקה, 1998). בנוסף, מחקרים הוכיחו (למשל, Seeman, 2009) כי מצבים פסיכויטיים מגבירים את הסיכון להתנהגות אגרסיבית ואימפולסיבית, תוך שימוש באמצעים קטלניים, במטרה לסיים את החיים. הבדידות, כפי שתואר בתת הקטגוריה הקודמת "ייחסים", מהווה אף היא גורם שעלול לזרז את הבחירה באובדנות. לאורם של ממצאים אלה ניתן להבין כיצד ההתמודדות עם אותם סימפטומים, שתארו הנשים, הגבירה את הסיכון לאובדנות.

תמה זו נוגעת לקשר שבין הכאב הנפשי והמעשה האובדני בחווייה של הנשים. לתמה כמה היבטים והיא חולקה לחמש קטגוריות משנה המופיעות על פי סדר התרחשות האירועים, החל מהתעצמות הכאב הנפשי עד לרמה שלא ניתן עוד להכילו, דרך המעשה האובדני עצמו ועד למחשבות שלאחר מעשה.

עיסוק כפייתי במוות

שלוש מהנשים מתארות עיסוק כפייתי במוות ההולך ומתעצם ככל שמחריף הכאב או נמשך לאורך זמן.

בעיסוק הכפייתי במוות מעורבים שלושה מהחלקים שהוגדרו כחלקי הכאב הנפשי: תפלות, ריקנות וייאוש. עיסוק חוזר ונשנה בחוסר המשמעות של החיים, בריקנות, בחוסר התכלית של המאבק על המשך החיים, כאשר הסוף ידוע מראש, מתבטא בחשיבה המתמקדת בסיום אקטיבי של החיים:

"לפתע, מוחי פנה נגדי... הוא שוב לא חשב שהכל מעניין, מהנה או שווה התייחסות. הוא לא היה מסוגל לחשיבה מרוכזת, והוא חזר שוב ושוב אל נושא המוות: אני ממילא עומדת למות, אז שום דבר לא משנה. החיים הם קצרים וחסרי משמעות, אז למה לחיות?... ואז באה התעסקות כפייתית ואפורה וקודרת עם המוות, עם הגסיסה, עם הריקבון. הכל הרי נולד למות, ומוטב למות עכשיו ולחסוך את הכאב הכרוך בציפייה" (קיי, 33).

סוזנה מתארת את הסבל הכרוך באופי האובססיבי של מחשבות אלה:

"מרגע שאת מציבה את השאלה הזאת [האם להתאבד] היא לא מרפה. לדעתי הרבה אנשים מתאבדים פשוט כדי להפסיק את ההתלבטות אם לעשות את זה או לא... כל דבר שחשבתי או עשיתי הפך מייד לחלק מההתלבטות... " (סוזנה, 43).

בחלק מהמקרים העיסוק האובססיבי במוות בא לידי ביטוי בחשיבה פרקטית על המהלכים אשר יובילו לסיום החיים. יתכן וחשיבה פרקטית מאפשרת הקלה מסוימת בכך שהתכנון והחשיבה מוסיפים עניין ועיסוק מחשבתי המסיטים את תשומת הלב, ולו לרגע, מהכאב:

"חשבתי שזה יהיה קל, לשכב באמבטיה ולראות את פרח האודם שוטף יוצא מפרקי ידי, פרץ אחר פרץ זורם למים הצלולים, עד שאשקע בשינה בצל מים מקושטי פרגים..." (קיי, 143).

"אמרתי לרופאת משפחה שלי שאני רוצה לדבר עם פסיכיאטר כי הרגשתי שיש משהו לא בסדר כי היו לי מחשבות אובדניות ואמרתי לאמא שלי שיש לי מחשבות, אמרה לי מה? אמרתי לעבור ברמזור אדום" (ת', 87-89).

הציטוטים הבאים ממחישים היטב כיצד העיסוק בחלק הפרקטי של ההתאבדות ממלא חלק ניכר מנפח המחשבות:

"התחלתי להרהר ב... אהה... איך לסיים את החיים ולא היה לי אומץ לעשות כלום, אבל אני פנטזתי המון על לקפוץ לפני, פעם שלחו אותי מהבסיס זה היה בדרום לאיזה בית משפט צבאי ואני זוכרת שכמעט קפצתי לפני איזה אוטובוס ליד תחנה מרכזית בבאר שבע או משהו, אבל לא היה לי אומץ בסוף, או בבסיס הייתי מדמינת שאני קופצת מאיזה גג גבוה או אהה בקיבוץ פעם הייתי במקלחת וניסיתי לחתוך לעצמי עם איזה סכין גילוח את הוריד ביד אבל גם התחלתי ולא ממש העזתי" (א', 43-48).

"הייתי כמה חודשים באובססיה על מוות, זה היה הנושא היחיד שעניין אותי, ריתק אותי, כל הזמן עסקתי באיך להשיג כדורים?... " (א', 422-423).

מרבית הנשים במחקר זה דיווחו על עיסוק מענה וכפייתי הבא לידי ביטוי במחשבות חוזרות ונשנות אודות הרצון לסיים את החיים והאופן בו ניתן להוציא מחשבה זאת לפועל. נולן-הקסמה (Nolen-Hoeksema, 1987) טוענת כי העיסוק האובססיבי אופייני לנשים יותר מאשר לגברים. החוקרת טוענת כי גברים מאמצים התנהגות אינסטרומנטאלית המסיחה את דעתם, כאשר הם שרויים במצב רוח מדוכא והסחת דעת זו מפחיתה את עצמת הדיכאון. נשים לעומת זאת נוטות ליותר "חיתוט" המגביר את עצמת הדיכאון כיוון שהוא פוגע בריכוז וביכולת ליזום פעולות אקטיביות. פגיעה זו מגבירה את תחושת חוסר האונים וחוסר השליטה. לעומת זאת התנהגות אקטיבית מגבירה את תחושת השליטה ומאפשרת לקבל חיזוקים חיוביים המפחיתים את עצמת הדיכאון.

בוואר (Bower, 1981 מתוך Nolen-Hoeksema, 1987) וטיסדאל (Teasdale, 1985) מתוך Nolen-Hoeksema, 1987) בקשו להסביר כיצד עיסוק במחשבות חוזרות ונשנות מגביר את עצמת הדיכאון. החוקרים טוענים כי מצב נפשי משפיע על היזכרות באירועים קודמים ועל תפיסה חברתית. על פי החוקרים אנשים שרויים בדיכאון נוטים להיזכר יותר באירועי עבר שליליים. כך נוצר מעגל קסמים בין דיכאון וזיכרונות שליליים, המשמרים ואף מעמיקים את עצמת הדיכאון. הדיכאון מעלה על פני השטח זיכרונות עבר שליליים המהריפים את עצמת הדיכאון. הדיכאון החרף גורם לפרוש של אירועים בהווה לאורם של כישלונות ואובדנים

קודמים. לפיכך, אדם הנוטה יותר לפאסיביות ולעיסוק כפייתי, בתגובה לדיכאון, בעל סבירות רבה יותר להיתפס למעגל קסמים זה.

למות כדי לחיות

היחסים בין הכאב והמוות מורכבים ובאים לידי ביטוי בשני מישורים מקבילים בסיפורי הנשים. במישור האחד, המוות נתפס כפיתרון יעיל יחיד כנגד הכאב. הנשים מתארות את הכאב כהתמודדות בלתי נסבלת ובלתי ניתנת להכלה, כך שהמוות נתפס כפיתרון יחיד להרגעת הכאב:

"באותה תקופה, נראה שדבר לא עובד, למרות הטיפול הרפואי המעולה, ואני פשוט רציתי למות ולגמור עם זה. החלטתי להרוג את עצמי" (קיי, 85).

"להפסיק את הכאב הפנימי שלי והגופני... האמת שלא מעניין אותי מה שיקרה. כלומר, טוב לי עם זה שאני לא אסבול (בוכה) שאני לא יכולה לשאת את הכאב הזה שלא מוכנים לעזור לנו" (סי, 151-155).

ת' וסוזנה מעלות משאלת לב במרכזה הרצון להוציא את הסבל מהגוף. ת' מתארת כיצד עצם הפציעה העצמית, הכרוכה בניסיונות האובדניים שבצעה, אמורה היתה להביא להקלה בעוצמת הכאב שחשה:

"אני מנסה להתאבד ולפעמים אני מרגישה שאני חייבת לחתוך את הידיים ושאני חייבת לתת לעצמי מכות... כדי שהסבל הזה יצא מהגוף שלי, מהראש שלי" (ת', 145-148)

סוזנה מדמה את המעשה האובדני לחוקן המרוקן את הגוף מסבל:

"לרעיון ההתאבדות היתה השפעה מזככת, כמו חוקן... (סוזנה, 169).

במישור השני, המוות מוצג כביטוי קיצוני לרצון לשנות את החיים כפי שהם. המוות לא נתפס על ידי הנשים כסופי ומוחלט במובן זה שלאחריו אין קיום, אלא כמעשה שיש בכוחו לחולל שינוי קיצוני במציאות חייהן, ובכך להוביל להקלה בכאב:

"... יש הבנה שהגעתי אליה מאוחר יותר שבעצם רציתי להפסיק את החיים כמו שהם היו. הייתי צריכה לזעזע את החיים מספיק חזק בשביל שמהו ישתנה, לשבור את הכלים..." (אי, 69-71).

"לקחתי כדורי שינה אבל לא בגלל שאני רוצה למות. אני פשוט לא מסוגלת לחיות במצב שבו אנחנו נמצאים. זה לא חיים! אני לא יכולה לקרוא לזה חיים בכלל" (ס', 4-6).

הציפייה של סוזנה הייתה לחסל את החלק באישיותה שעורר אצלה את המחשבות האובדניות, ולא לסיים את החיים :

"בעצם רציתי להרוג רק חלק מעצמי: את החלק שרצה להרוג אותה [דיבור על עצמה בגוף שלישי], שגרר אותי ללבטי ההתאבדות והפך כל חלון, כלי מטבח או תחנת רכבת תחתית לחזרה על הטרגדיה" (סוזנה, 44).

בעבור ת' משמעות המעשה האובדני הייתה היכולת לברוח ממציות שהיא חשה שאין בכוחה לשנותה והסטת נתיב החיים, רווי הסבל, למקום טוב ונוח יותר :

"לפני שנתיים הרגשתי שאני אפס מאופס. כאילו, הרגשתי שאני לא בן אדם. שאני לא חייבת לחיות. שאני חייבת זהו, או להתעלם כאילו להעלם מהעולם הזה, או לברוח, או לעשות איזה משהו כאילו לברוח מהמציות שלי ומהחיים שלי בכלל" (ת', 253-255).

"אני זוכרת את עצמי שישבתי ליד הבית, התעלפתי לפני שאני אנסה להתאבד ואח"כ ישבתי ליד הבית והתחלתי לבכות כאילו, הרגשתי שאני חייבת להתאבד. התחלתי לבכות ולהסתכל על עצמי ועל מה שאני עוברת ועל מה שעברתי ועל איך החיים יהיו הלאה בעתיד ואמרתי "זהו אני מסיימת את החיים שלי! אולי בקבר יהיה נוח לי יותר מאשר שאני בחיים ועם אנשים ולא נעים לי איתם ולא טוב לי איתם, אולי אני בקבר יהיה לי יותר נוח". זה מה שעבר לי בראש. החלטתי שאני לוקחת את הכדורים שלי ומסיימת את החיים" (ת', 116-121).

תת קטגוריה זו מציגה שני מישורים הקושרים את הכאב הנפשי עם הניסיון האובדני. במישור הראשון, המוות נתפס כמזור יחיד להקלת הכאב. במישור השני, מסתמנת פנטזיה על פיה המוות יחסל את הכאב הנפשי, וכפועל יוצא מכך יאפשר חיים טובים או נוחים יותר. הבחירה בהתאבדות, כפיתרון אפשרי אחרון להתמודדות עם כאב נפשי שהכלתו בלתי נסבלת, תואר רבות בספרות. שניידמן (Shneidman, 1998), למשל, מתאר את הכאב הנפשי כזרם של רגשות שליליים כחוסר אונים, השפלה, בדידות, אשמה ועוד. הכאב נחוה בעוצמה עזה, כך שהופך למצב נפשי בעל איכות ספציפית, הנתפשת כבלתי ניתנת להכלה, בלתי נסבלת ובלתי מקובלת, וגורמת לחציית קו קריטי מסוים בנפש. הולדן, מהטה, קונינגהם ומקליאוד (Holden, Mehta, Conningham & McLeod, 2001), טענו כי השאיפה להימלט מהמצב הבלתי

נסבל שנגרם כתוצאה מהכאב הנפשי, כאשר לא נראית כל תקווה באופק, תוביל בסופו של דבר לאובדנות. הנשים במחקר זה תארו את הכאב הנפשי כבעל עוצמה חריגה, וככאב אשר מנגנוני ההתמודדות שלהן אינם מסוגלים לשאת או להכיל. הכאב עיקש ומציף את כל תחומי חייהן, כך שבשלב מסוים המוות נתפס כאפשרות היחידה להשתחרר ממנו.

חלק מהנשים תפסו את הכאב כישות נפרדת מהעצמי, כאשר שאיפתן הייתה לחסל את הכאב באמצעות המוות. פיצול מחשבתי זה, בין הכאב הנפשי והעצמי, מאפשר פנטזיה על פיה ניתן, באמצעות התאבדות, להרוג את החלקים של העצמי הגורמים סבל, ובכך לשנות את מסלול החיים, הנחוה כמוביל לעוד סבל. המעשה האובדני נתפס על ידן כפעולה שתסיט את מסלול החיים למקום טוב ונוח יותר.

הסבר לתפיסה זו מתקבל במודל שפיתח באומייסטר (Baumeister, 1990), על פיו המטרה במצב של כאב נפשי חריף היא לעבור ממצב של מודעות גבוהה לזהות העצמית ולתכונות שאינן עומדות בסטנדרטים למצב של מודעות נמוכה יותר, קונקרטיה הממוקדת פחות במשמעויות מאיימות. יחד עם זאת, מצב של מודעות קוגניטיבית נמוכה חוסם את האפשרות להעריך בצורה מלאה את ההשלכות השונות של ההתאבדות זאת בשל כמה קשיים: (1) נוצר קושי להעריך בצורה רציונאלית את התמורות מול המחירים של ההחלטה להתאבד. (2) ההתמקדות בטווח המיידי מקטינה את המודעות לסופיות של המעשה ולהשלכות הקשות לטווח הרחוק. (3) יש הפחתה של העכבות. יתכן ובמצב זה, המוות נתפס כאופציה מועדפת בשל יכולתו לשים קץ לסבל אך ההשלכות המלאות של הפסקת החיים אינן זמינות בצורה מלאה.

ניתוק

ניתוק מהווה חוליה מקשרת נוספת בין הכאב הנפשי והמעשה האובדני. שלוש מהנשים מתארות חוויה של ניתוק שקדם למעשה האובדני. כפי שניתן לראות בציטוטים, שלוש הנשים מתארות אפיזודות ניתוק השונות זו מזו. סילביה מתארת אפיזודה של הפרעת נתק מהעצמי:

"חייגתי את מספר הטלפון של משרד הקבלה והאזנתי לקול הרפאים המוסר הודעה שהעלמה אסתר גרינווד מבטלת את כל הסידורים שעשתה כדי לבוא לקורסי הקיץ" (סילביה, 116).

ר' מתארת מצב של שכחה:

"אני לא זוכרת אני אומרת לך. אני גם לא זוכרת שגנבתי את האקדח אני גם לא זוכרת שיריתי בעצמי. הכל זה מפיסות של מידע שאספתי אחרי זה..." (ר', 490-491).

סוזנה מתארת את הצורך בניתוק מתחושת כאב פיזי בכדי לאפשר פגיעה בגוף:

"צריך לטפח ניתוק. דרך אחת לעשות זאת היא להתאמן בלדמיין שאת מתה או נמצאת בתהליך של גסיסה. אם יש בסביבה חלון, את צריכה לדמיין את הגוף שלך נופל מהחלון החוצה. אם יש בסביבה סכין, את צריכה לדמיין את הסכין ננעץ בעור שלך. אם מגיעה רכבת, את צריכה לדמיין את הגוף שלך מעוך מתחת לגלגליה. התרגילים האלה הכרחיים להשגת הריחוק הנאות" (סוזנה, 43).

מחקרים רבים (למשל, Firestone & Firestone, 1998) מצאו כי ניתוק (dissociation) עשוי להוות חוליה המקשרת בין כאב נפשי ואובדנות. הנשים במחקר התייחסו לניתוק בכמה מישורים. במישור הראשון התייחסות לניתוק כמאפשר פגיעה בגוף בכדי לסיים את החיים. אורבך (Orbach, 1994) מתייחס לקשר שבין כאב נפשי, ניתוק והתנהגות אובדנית וטוען כי ניתוק מתחושת הגוף ואדישות לכאב הם אלו המאפשרים להוציא לפועל את ההתנהגות האובדנית. על פי אורבך, ברגע שההגנה הטבעית מפני נזק לגוף נעלמת, בזמן כאב נפשי, וכאב פיזי נחוה באדישות תוך ניתוק מהגוף, הבחירה בהרס עצמי ובהתנהגות אגרסיבית כלפי הגוף וקיומו הופכת לאפשרית.

שני מישורים נוספים המקשרים בין הניתוק והפעולה האובדנית עולים מדבריהן של הנשים. ר' מתארת מצב של שכחה (amnesia) שאינה מאפשרת לזכור את הימים שלפני הניסיון האובדני ואת המעשה עצמו. שכחה כזו יכולה לנבוע מטראומה שנגרמה למוח, כפי שהתרחש בסיפור של ר', אשר ירתה לעצמה בראש בכדי לסיים את חייה. יחד עם זאת קשה לדעת אם השכחה נובעת מהמעשה האובדני, הנחוה כחויה טראומטית או מעצם החבלה למוח כתוצאה מהירייה.

החויה שמתארת סילביה קשורה בהפרעת נתק מהעצמי (דפרסונליזציה) שבה אובדת תחושת העצמי. בהפרעה זו לעיתים מדווח על כך שאנשים חשים שהם מרחפים מעל גופם הפיזי וצופים על עצמם מבחוץ (קרוסון, בוצ'ר ומינקה, 1998). יתכן והאפשרות לצפות על העצמי מבחוץ, תוך ניתוק מתחושת עצמי, מקלה על האפשרות לפגיעה בגוף.

ניסיון אובדני

תיאור הניסיון האובדני נכלל בכל שבעת הסיפורים. שבעת התיאורים מובאים כאן בקצרה. הניסיון שעשתה רונית היה בדרגת חומרה גבוהה ביותר, באמצעות ירייה במקום מבודד. שש הנשים האחרות בחרו בשימוש בכדורים שונים, ניסיון הנחשב פחות בחומרתו או ברצינות הכוונה של המבצע באמת לסיים את חייו.

סילביה הסתתרה בכוך מבודד בביתה ונטלה כמות גדולה של כדורי שינה:

"קורי העכביש נגעו בפניי ברכותם של עלים. עוטפת מסביב לגופי את המעיל השחור, כמו היה צילי המתוק שלי עצמי, הסרתי את הפקק מבקבוק הגלולות והתחלתי לבלוע אותן במהירות, בין לגימות של מים, אחת לאחת לאחת. תחילה לא קרה דבר, אולם עם התקרבי אל תחתית הבקבוק החלו אורות אדומים וכחולים מבזיקים לנגד עיני. הבקבוק החליק מבין אצבעותיי ואני צנחתי ארצה. השתיקה נסוגה, חושפת את חלוקי האבנים, את הקונכייות ואת שברי הריסותיהם של חיי. ואז, בגבול הראייה, נאספה אל עצמה והאיצה אותי, בגל סוחף, אל השינה" (סילביה, 164).

קיי נטלה כמות גדולה של כדורי ליתיום בחדרה בבית החולים:

"החלטתי על פיתרון שנראה פיוטי, בבחינת סגירת מעגל. הליתיום, למרות העובדה שבסופו של דבר הוא הציל את חיי, גרם לי בשלב המסוים ההוא אינסוף צער ויגון. לכן החלטתי לקחת מנת יתר מאסיבית. כדי שלא אקיא את הליתיום, נגשתי לחדר המיון והשגתי מרשם לתרופה נגד הקאות. לאחר מכן חיכיתי להפוגה ב"משמרות ההתאבדות" הבלתי רשמית שהציבו סביבי חבריי ובני משפחתי, בתיאום עם הפסיכיאטר שלי. בהגיע הזמן הזה סילקתי את מכשיר הטלפון מחדר השינה שלי, כדי שלא אשתמש בו, בלי כוונה... לקחתי חופן של גלולות. לאחר מכן התקרבלתי לי במיטתי וחיכיתי למות" (קיי, 87).

א' נטלה כמות גדולה של כדורים מסוגים שונים אותם אספה במשך זמן רב. היא שהתה באותו זמן בבית חברתה, כאשר היתה בחופשה מאשפוז:

"... בלילה, בבית של החברה, בלילה של שבת, בבוקר שלפני שהייתי צריכה לחזור לגהה, אז חיכיתי שהיא תירדם ו.. אהה.. לא הי לי אומץ בהתחלה בסוף הלכתי למטבח, מלאתי כוס מים הכנתי את כל הכדורים שהיו לי, הוצאתי אותם מהארזיות. את זה עשיתי עוד במהלך היום, בלעתי את כולם עם כוס אחת של מים, משהו כמו 85 כדורים. ו... אחרי שעשיתי את זה הרגשתי ממש חזקה ומאושרת שעשיתי את זה והלכתי למיטה, כאילו לידה, אבל לא הצלחתי להירדם, למרות שהיו שם כדורי שינה והרגעה אבל היו כמה דקות שהלב שלי דפק נורא בחוזקה ככה ופתאום נזכרתי ש.. אהה, זה פשוט קטע, נזכרתי שלא כתבתי לדנה

על איזה ש... אהה רציתי לכתוב איזה מכתב לדנה, האקסית שלי, של כספים שהיא אמורה לקבל אם יקרה לי משהו, זה כספים שמגיעים לי, לא משנה, שחייבים לי, והלכתי לסלון והתחלתי לכתוב פתק עם הוראות מי חייב כסף ולאן היא צריכה להתקשר. תוך כדי שכתבתי את זה נרדמתי... " (א', 328-338).

ר' ירתה לעצמה בראש. היא נסעה לחורשה מבודדת במקום מרוחק מביתה ושם ביצעה את המעשה :

"זה היה בשבת התקשרתי אליו [לבעל] ואמרתי לו תשמור על הילדים ויהיה לך יותר טוב בלעדי הוא ישר הבין שאני הולכת לעשות משהו אבל הוא לא ידע שיש לי כבר אקדח אחרי זה ניתקתי את כל הטלפונים אי אפשר היה להשיג אותי באף מכשיר. ויריתי בעצמי. כזה חור נהייה באוטו מהירייה... " (ר', 151-155).

סוזנה ות' נטלו כמות גדולה של גלולות שונות, כל אחת בביתה :

"... בוקר אחד קמתי וידעתי שהיום אני צריכה לבלוע חמישים גלולות אספרין. זאת היתה משימה שלי : העבודה שלי לאותו יום. סידרתי אותן בשורות על שולחן הכתיבה שלי ובלעתי אותן אחת אחת, סופרת... " (סוזנה, 23).

"לפני שבועיים ניסיתי להתאבד גם בכדורים. הייתי פה וביקשתי אשפוז. לא הרגשתי טוב והיו לי מחשבות אובדניות, הרגשתי את עצמי נורא, הרגשתי שאנשים והחיים, זהו צריך לגמור הכל וניסיתי להתאבד " (ת', 13-15).

ס' לקחה כמות גדולה של כדורים שונים בסניף של הביטוח הלאומי, כאשר הרגישה חסרת אונים מול הבירוקרטיה :

"הבאתי את כל המסמכים לביטוח לאומי ואמרתי להם - מה אתם משחקים איתנו? קחו את התיק שלו משעמם לכם, תדפדפו בתיק שלו ואתם תעשו לו את הדבר הזה ואז לקחתי את הכדורי שינה, אמרתי אני לא יכולה כבר! " (ס', 189-191).

מחשבות אחרי ניסיון

הנשים תארו בסיפור חייהן את המחשבות שעלו מיד לאחר הניסיון האובדני. כפי שניתן לראות בציטוטים הבאים, מחשבות אלה מגוונות באופיין ומשקפות אולי יותר מכל את ההבדלים באישיותן של הנשים.

חלק מנשים תארו תחושת הקלה שנבעה מכך שנראה היה שהפנטזיה לחסל את הכאב הנפשי באמצעות הניסיון האובדני צלחה :

"תהיתי אם תהיה עוד פעם. הרגשתי טוב. לא הייתי מתה ובכל זאת משהו מת. אולי הצלחתי להגשים את השאיפה המוזרה להתאבד חלקית. הייתי קלילה ואוורירית כמו שלא הייתי שנים..." (סוזנה, 44).

א' ות' תארו החרפה של הכאב, כתוצאה מכך שהפיתרון שננקט לא הביא לתוצאה הרצויה :

"... ואת מבינה שלא הצלחת למות ורצית למות, זה די, אהה זה די תיקיה, זה הרגשה די גרועה כי את מבינה שאת בין החיים והמוות. את כבר לא רוצה לחיות אבל לא הצלחת למות. לא ברור לאן את הולכת מכאן, איך את משקמת את, לא רק איך את משקמת את עצמך, את גם לא יודעת אם את רוצה לשקם את עצמך..." (א', 348-352).

"כאילו הרגשתי למה לא הסתיימו הסבל הזה, לא נגמר כלום, התעצבנתי על זה שהם הצילו אותי. התעצבנתי על אמא ועל אח ועל דוד. הרגשתי שזה אני עשיתי, אני לא צריכה שאף אחד יציל אותי!... כי זה מה שאני רוצה. זה כמו, זה כמו לבוא, איך אני אסביר לך את זה? זה כמו שאתה רוצה לעשות משהו, בוא נגיד לעשן סיגריות ומישהו יבוא וייקח אותה ממך. הרגשתי ככה. שבא לך על סיגריות ומשהו לוקח אותה ממך. כאילו, אני רציתי למות למה אתם עושים לי דווקא ומצילים אותי. אני רוצה לסיים את הסבל הזה ואתם עשיתם לי דווקא כאילו הצלתם אותי ועכשיו אני חיה וסובלת" (ת', 132-137).

החרפת הכאב נבעה גם מהקושי להתמודד עם התוצאות להן הביא המעשה האובדני :

"ר': מאוד [מצטערת] אם הייתי יודעת שאני לא אראה את הילדים, למרות שתכננתי לא לראות אותם ((צוחקת)) אז לא הייתי עושה את זה" (ר', 389-391).

"הרגשתי לא טוב, אמרתי זהו אין מה לעשות כנראה אלוהים אומר לי קומי ותסבלי. זה מה שגרם לי כאילו, הרגשתי שקמתי לתחייה שאני לא חיה שאני מתתי אבל קמתי לתחייה. חשבתי שאני בחלום וזה אמרתי לעצמי, לא אני בסורוקה יש לי אמא לידי, יש לי אח שלי יש לי דוד שלי. הרגשתי לא נעים וגם כאילו איך יסתכלו עלי אחרי שניסיתי להתאבד. כאילו, מה יגידו, מה אנשים יגידו עכשיו" (ת' 128-131).

לעיתים גרמו הניסיונות שכשלו לתוצאה המצופה. בעבור א' ות', לדוגמא, הניסיון האובדני

היווה קו שבר בחיים שאחריו הן אספו כוחות להתחיל ולשקם את חייהן :

"כמה ימים אחרי זה הרגשתי שאני כנראה לא יכולה, כמו שהפסיכולוגית אמרה: את בלתי הריגה. הרגשתי שאני כנראה לא אנסה יותר. שניסיתי, וניסיתי עוד פעם וזה אמור היה להוציא את הגיוק הזה מהראש שלי. אני חושבת שאחרי הניסיון התאבדות השני הפסקתי לאסוף כדורים ו.. אהה .. עזבה אותי האובססיה הזאת... כאילו אחרי הניסיון השני הרגשתי שדי אני מרימה ידיים, זה כנראה לא

יקרה, אז מצאתי את הדירה הזאת ושכרתי אותה. אני זוכרת שבאתי לכאן, הדירה היתה כזאתי ריקה, רק קופסאות, וישבתי מיואשת על הרצפה והתקשרה אלי החברה הזאת המבוגרת שהיתה איתי בגהה ואמרה, תשמעי אז את עכשיו מרגישה הכי בלמטה, את לבד, די כבר אין אף אחד ש..אחה אין אף אחד שאת איתה שמתחלקת איתך בנטל של החיים, את הגעת למקום שהכי פחדת ממנו, להיות לבד וזהו אולי מכאן, אולי אם את עדיין שורדת אז אולי את יכולה לעשות את זה ואולי מכאן הדברים רק יעלו. אני ממש זוכרת את השיחה הזאת... אני זוכרת את השיחה הזאת כנקודה משמעותית" (א', 418-431).

"למדתי מהטעות שעשיתי שניסיתי להתאבד. אמרתי- ככה לא ילך כל פעם אני אנסה להתאבד, יצילו אותי, ככה אי אפשר לחיות כל החיים. אני חייבת לקחת את עצמי בידיים. להתאבד זה לא הפיתרון היחיד. יש הרבה פתרונות אבל כנראה אני לא יודעת עליהם. למשל ללכת, לא ללמוד, לעבוד" (ת', 245-248).

ממצא חשוב העולה ממחקרים רבים (למשל, Gibb, Jensen, Christiansen & 2007; Beautrais & Fergusson, 2005) מצביע על כך שאנשים שעברו ניסיון אובדני נמצאים בקבוצת סיכון גבוה לעשות ניסיון חוזר בעתיד. הנשים במחקר זה תארו את המחשבות שעלו לאחר המעשה האובדני ממנו שרדו. המחשבות משקפות קושי להתמודד עם מציאות בה הפיתרון שננקט לא הביא להקלה וקושי להתמודד עם ההשלכות הקשות של המעשה האובדני על העצמי ועל הסביבה הקרובה. סיפורי החיים שנכללו במחקר זה מספקים תמיכה בנוגע לסיכון להתנהגות אובדנית עתידית לאחר ניסיון ראשון. א' מתארת שני ניסיונות וכך גם ת' וס'. בנוסף לכך, כשנה וחצי לאחר הראיון שנעשה עם ר' התבררתי כי היא ביצעה מעשה אובדני נוסף, ממנו לא שרדה. סילביה פלאת, שסיפור חייה מתואר באוטוביוגרפיה "פעמון הזכוכית", עשתה אף היא ניסיון התאבדות נוסף, שנים רבות לאחר שנכתב הספר וגם היא לא שרדה ניסיון זה. למרות ששתיים מהנשים במחקר מביעות גישה אופטימית באשר להחלמתן ושיקום חייהן יש לקחת בחשבון נתון זה ולנהוג ביתר תשומת לב בנוגע להמשך הטיפול באנשים ששרדו ניסיון אובדני.

סיכום ומסקנות

השאלה המרכזית שנידונה במחקר זה הינה "מהי משמעות הכאב הנפשי בחייהן של נשים ששרדו ניסיון התאבדות?". כפי שמצטייר מסיפורן של הנשים שהשתתפו במחקר זה, הכאב הנפשי כולל תשעה מרכיבים. התמהיל הייחודי של תשעת המרכיבים מחזק את הטענה כי כאב נפשי, אף כי נתפס לעיתים כמקביל לדיכאון, מהווה חוויה ייחודית ומובחנת. למרות

שהנשים, שסיפור חייהן נכלל במחקר, סבלו מהפרעות פסיכיאטריות שונות, ובאו מרקע תרבותי שונה, חלקן ישראליות וחלקן אמריקאיות, ניתן היה להבחין בקווים מקבילים באופן בו תארו את הכאב הנפשי. מכאן עולה כי האבחנות הפסיכיאטריות, כשלעצמן, לא מאפשרות להבין לעומק את מהות הכאב הנפשי. זאת ועוד, נראה כי הכאב הנפשי חוצה את גבולות האבחנות הפסיכיאטריות ואת הבדלי התרבות ומהווה בסיס לסבל, ללא קשר לסימפטומים נוספים האופייניים לאבחנה פסיכיאטרית זו או אחרת.

מהמחקר עולה החשיבות העצומה שבהקשבה לסיפור החיים. הנחת המוצא של הגישה הנרטיבית-קונסטרוקטיביסטית היא כי תופעות יכולות להיות מובנות רק מנקודת מבט פנימית של החווים אותם, כיוון שאנשים מארגנים ומנהלים את תפיסותיהם על העולם באמצעות סיפורים שהם מספרים. לכן, תופעות מורכבות ועשירות מיוצגות טוב יותר בסיפורים ובנרטיבים (Lieblich et al., 1998 מתוך שקדי, 2003). במחקר זה ההקשבה לנרטיב של הנשים אפשרה לזהות מוטיב חוזר המרמז על המקור לכאבן, מוטיב המופיע כבר בשלבים ראשונים של החיים. מדובר על נקודה רגישה וכואבת, המלווה את הנשים לאורך חייהן ומשמשת בסיס עליו נבנה מאוחר יותר הכאב הנפשי.

אירועי דחק, אקוטיים או כרוניים, משמשים כזרזים המאתגרים את כישורי ההתמודדות. מהמחקר עולה הסברה לפיה פגיעות מוקדמות מחריפה את עוצמתם של אירועי חיים שליליים בבגרות ומקשה על התמודדות מסתגלת עימם. אפשר שאיתור המוטיב המרכזי, הצובע את סיפור חייו של האדם ומרמז על המקור הייחודי לכאבו הנפשי, מאפשר להבין את הפגיעות המוקדמות המקשה על ההתמודדות עם אירועי חיים קשים בבגרות.

מסקנה נוספת העולה ממחקר זה היא כי הכאב הנפשי החריף מוביל לעיתים לכשל תפיסתי על פיו הכאב נתפס כישות נפרדת מהעצמי. תפיסה זו באה לידי ביטוי במחקר זה בפנטזיה של חלק מהנשים על פיה ניתן, באמצעות המוות, להכחיד את הכאב ולהסיט את מסלול החיים לנתיב נוח וטוב יותר. המוות לא נתפס על ידן כחידלון סופי אלא כפעולה המאפשרת ליצור שינוי כיוון קיצוני במהלך החיים.

ממצאי המחקר מלמדים כי זמינותה של מערכת יחסים משמעותית ומכילה הייתה קריטית ליכולתן של הנשים להתמודד עם הכאב הנפשי. אמפטיה, תמיכה והכלה שמשו כגורמים הממתנים את עוצמת הכאב ומגנים מפני תוצאותיו ההרסניות. לעומתן ניכור, דחייה, האשמה ובדידות הסתמנו כגורמים המחריפים את עוצמת הכאב, ואשר עלולים להפוך אותו לבלתי נסבל ואף לזרז את הבחירה בפיתרון של אובדנות.

השלכות

לממצאי המחקר השלכות חשובות הן ברמה התיאורטית והן ברמה היישומית. ברמה התיאורטית, המחקר הנוכחי תורם להעמקת ההבנה של חווית הכאב הנפשי. מחקר זה מתווסף לשורה של מחקרים שעסקו במרכיבים של חווית הכאב הנפשי, ובכך מוסיף נדבך נוסף על הידע הקיים בתחום. חלק ממרכיבי הכאב הנפשי, שנמצאו במחקר זה, נמצאו במחקרים קודמים ובכך מספק המחקר תמיכה נוספת לממצאים קודמים. יחד עם זאת, נמצאו במחקר זה כמה מרכיבים שלא עלו במחקרים קודמים. המרכיבים חרדה, כעס והחמצה, שנמצאו במחקר זה, מוסיפים חלקים חדשים לפסיפס המורכב של הכאב הנפשי ומרחיבים את ההבנה של חוויה זו.

בעוד שמחקרים קודמים התמקדו בקבוצות סיכון מסוימות, כגון נוער בסיכון או אנשים הסובלים מהפרעה פסיכיאטרית ספציפית, במחקר זה נכללו סיפורי החיים של נשים שאינן שייכות לקבוצת סיכון מוגדרת ובכך התאפשרה ההבנה כי הסבל הכרוך בכאב נפשי חוצה את גבולות האבחנות הפסיכיאטריות השונות. בנוסף לכך, במחקר נכללו שתי קבוצות של נשים, ישראליות ואמריקאיות. ניכר דמיון רב באופן שבו תארו שתי הקבוצות את הכאב, כך שניתן לומר כי החוויה חוצה גם את הגבולות שבין תרבויות אלה.

מחקר זה התמקד בקשר שבין היסטורית חיים, כאב נפשי ואובדנות. הניסיון לקשור בין שלושת המרכיבים אפשר זווית רחבה ומקיפה ממנה עלו ממצאים חדשים. הסתכלות על הכאב הנפשי מתוך היסטוריית החיים מאפשרת לזהות מוטיב מרכזי המשמש כמקור ראשוני לכאב. מוטיב זה חוזר שוב לאורך השנים וכאשר הוא חובר לאירועי חיים קשים הוא גורם להתעצמות הכאב.

ברמה היישומית, ממצאי המחקר עשויים לסייע לאנשי המקצוע בכמה מישורים. ראשית, הכרות עם המרכיבים של הכאב הנפשי מאפשרת להבין בצורה מעמיקה מה מרגישים אנשים החווים כאב נפשי. הבנה זו תאפשר לאנשי מקצוע להתמודד עם כל אחד מהמרכיבים באופן ספציפי, תוך פרוק החוויה השלמה למרכיבים מוחשיים יותר הניתנים לטיפול בנפרד.

שנית, מהמחקר עולה החשיבות שיש להקשבה אמפאטית וסבלנית לסיפור החיים כחלק מתהליך את אבחון וטיפול. התמקדות באבחנה הפסיכיאטרית לא מאפשרת להבין את המורכבות שהובילה למעשה האובדני. הקשבה לסיפור החיים מאפשרת לזהות את המקור לכאב, כך שניתן לסייע לאדם להתמודד עם המקור הגורם לו סבל לאורך שנים. הקשבה לנרטיב מאפשרת להבין כיצד אירועי חיים נתפסו כמלחיצים וכיצד אלה קשורים לאותו מקור

כאב ראשוני. הבנת הקשר בין המקור לכאב, המשמש כגורם פגיעות, ובין תגובה קיצונית לאירועי חיים מלחיצים, תאפשר למידת דרכי התמודדות יעילות יותר להתמודדות עם אירועים קשים בעתיד.

בנוסף, המחקר מצביע על כך שתהליך השיקום של אדם ששרד ניסיון אובדני מחייב מעורבות אקטיבית של סביבתו הקרובה. גיוס הסביבה, על ידי מטפלים, כמקור לתמיכה, סיוע ועידוד, עשויה לשמש מקור כוח רב עוצמה בתהליך השיקום וההחלמה. הדבר נכון במיוחד עבור נשים שהקשר עם סביבתן קריטי לאפשרות השיקום שלהן. ממחקר זה ומשורה ארוכה של מחקרים קודמים עולה כי הקשר בין כאב נפשי ואובדנות ברור וחזק, לכן אמור להדליק נורה אדומה עבור כל מי שנמצא בסביבתו של אדם הסובל מכאב נפשי. הדבר נכון במיוחד עבור אלו הסובלים מהעדר תמיכה חברתית.

נקודה נוספת העולה ממחקר זה נוגעת לאופן בו נשים מתמודדות עם הכאב. מהמחקר עולה כי חלק מהנשים, נוטות להתמודדות פאסיבית המערבת מחשבות חוזרות ונשנות אודות המוות. אנשי מקצוע, המודעים לכך, יכולים להציע דרכים אינסטרומנטליות ואקטיביות יותר, שיקלו על ההתמודדות וישברו את מעגל הקסמים שתואר בספרות.

לבסוף, הבנת הכשל התודעתי הקיים אצל חלק מהנשים, לפיו ניתן באמצעות המוות לחסל את הכאב ולהסיט את החיים למסלול חיובי יותר, תאפשר לאנשי המקצוע להתעמת עם תפיסה זו תוך הגברת המודעות לכך שהמוות סופי, כולל ומוחלט ולא ניתן לחסל חלקים מהעצמי מבלי לסיים את החיים באופן מלא.

מגבלות המחקר

לצד תרומתו של המחקר, ראוי לציין את מגבלותיו. המגבלה המרכזית של מחקר זה נובעת מכך שהוא מערב ראיונות חיים ואוטוביוגרפיות כתובות. הקושי העצום במציאת מרואיינות אילץ אותי להשתמש בחומר כתוב שהתאים לנושא המחקר רק בחלקו. בנוסף, האינטגרציה בין החומר מהראיונות והחומר הכתוב היתה בעייתית והשילוב בין שני סוגי החומרים היווה קושי בניתוח הממצאים.

מגבלה נוספת היא המספר המועט של סיפורים שנכללו במחקר, המקשה על יכולת הכללת הממצאים. יחד עם זאת, המחקר האיכותי מעצם הגדרתו, מבקש לחשוף תופעות כפי שנתפסות על ידי אלה החווים אותם ולהציע הסבר תיאורטי לתופעה הנחקרת, ללא יומרת הכללה רחבה מידי (Charmaz, 2000 מתוך שקדי, 2010). שבעת הסיפורים מאפשרים הצצה לנבכי הכאב הנפשי ולקשר בין סיפור החיים והכאב, ובכך מרחיבים את ההבנה של חוויה זו.

בנוסף, במחקר זה נכללו סיפורי חיים של נשים בלבד. ההתמקדות בסיפורי חייהן של הנשים אינה מאפשרת לעמוד על הבדלי מגדר בחוויית הכאב הנפשי ומקשה על הסקת מסקנות לגבי המשמעות הייחודית של כאב נפשי עבור נשים. תמיכה מסוימת נמצאה במחקר ובספרות לגבי המשמעות הייחודית שיש לתמיכה חברתית עבור נשים בהתמודדות עם הכאב ולאופן הפאסיבי בו מתמודדות נשים עם הכאב, אך מבלי לכלול סיפורי חיים של גברים לא ניתן להסיק בוודאות שממצאים אלה אכן ייחודיים לנשים בלבד.

מחקרי המשך שיתבססו על מדגמים גדולים יותר יאפשרו לקבל תמונה רחבה, מעמיקה ומפורטת יותר אודות משמעות הכאב הנפשי והקשר שבין הכאב הנפשי ואובדנות בקרב נשים. בנוסף, כיוון שבמחקר זה נכללו סיפורי החיים של נשים בלבד, מחקר המשך שיכלול סיפורי חיים של נשים וגברים יאפשר לעמוד על הבדלים אפשריים בין נשים וגברים הן במרכיבי הכאב הנפשי, הן בקשר שבין הכאב הנפשי וסיפור החיים והן בקשר שבין השניים ובין בחירה באובדנות.

התייחסות רפלקסיבית

לפני שמונה עשרה שנים, כמה ימים לפני חתונתנו, עשתה אמא של בעלי ניסיון אובדני. באותם ימים רחוקים הייתי שקועה בעולמות אחרים, עולמות של אומנות ויצירה. הייתי צעירה, מאושרת ומאוהבת ולא יכולתי להבין את המעשה שעשתה. אז, באותם ימים, לא הבנתי למה אישה יפה, חכמה, מוכשרת, הגרה בבית גדול ויפה עם בעל אוהב וארבעה ילדים, אותם גדלה לתפארת, מנסה לסיים את חייה. הופתעתי, כעסתי ובעיקר לא הבנתי. לאחר ניסיון זה הגיעה עוד שרשרת של ניסיונות קשים ומרים עד שנפטרה והיא בת 51.

עשר שנים לאחר מכן כשהתחלתי ללמוד פסיכולוגיה ולאחר מכן עבודה סוציאלית, החלה התמונה להתבהר. הבנתי יותר ויותר מה עבר עליה. יכולתי להיזכר במשפטים שאמרה ואז לא יכולתי להבינם. עכשיו הבנתי יותר. הרצון להבין טוב יותר מה עבר עליה באותם ימים, כמו גם המפגש עם נשים וגברים נוספים ששרדו ניסיון אובדני, הביא אותי לבחור בנושא זה.

הבחירה לכלול רק סיפורי חיים של נשים נבעה מהרצון להבין את הדרך הייחודית של נשים להתמודד עם העולם הסובב אותן. רציתי לבדוק האם ניתן יהיה למצוא בסיפורי החיים רמזים להשפעה של דרך ההסתכלות הנשית על העולם ועל הקושי להתמודד בצורה יעילה עם הכאב הנפשי. בנוסף לכך ביקשתי להבין האם לסביבה הקרובה השפעה ייחודית עבור נשים, על היכולת להתמודד, להחלים ולהשתקם.

היה לי חשוב לצאת מהדפוס הרגיל על פיו מסבירים התנהגות אובדנית על ידי אבחנות פסיכיאטריות ולנסות להבין מה נמצא בנפש פנימה. מה מרגישים כשאומרים כואב לי בפנים, בנפש. ביקשתי לשמוע ולהשמיע את קולן של הנשים, בכדי להבין לפני שמסבירים.

הבחירה להתייחס לסיפור חיים נבעה מאמונה כי לא ניתן לנתק חוויה או אירוע מסוים משרשרת שלמה של היסטוריית חיים. הרגשתי שלא ניתן להבין חוויות מורכבות ככאב נפשי ואובדנות במנותק מסיפור החיים. זאת ועוד- בחרתי בשיטת מחקר המתרכזת בנרטיבים מתוך אמונה שלא העובדות היבשות של היסטוריית החיים הן אלה שיכולות לספק רמזים ואף הבנה של מורכבות התמונה, כי אם האופן בו האדם עצמו תופס ומבין אירועים וחוויות אלו וכיצד הוא מטמיע אותן בניסיון החיים שלו.

העבודה מול שתי מרפאות פסיכיאטריות, במהלך גיוס המשתתפות למחקר, היתה עבורי חוויה לא פשוטה. הרגשתי שהמסד הרפואי לעיתים לא מצליח לרדת לסוף דעתי ומתקשה שלא לתרגם את מטרות המחקר לסכמות המתאימות לרוב למחקר כמותני. ההתעקשות על מחקר איכותני ועל קבוצת מחקר מגוונת היוותה מכשול משמעותי בגיוס המשתתפות ואלצה אותי בסופו של דבר לשלב אוטוביוגרפיות כתובות. השימוש בחומר כתוב, אף שהעשיר במידה מסוימת את התמונה שהתקבלה, היה אוטנטי ומגוון פחות מהראיונות ולכן היווה סוג של פשרה אותה היה צורך לקבל.

התמונה שהלכה והתבהרה לאורך כתיבת מחקר זה משמשת אותי כיום בעבודתי עם נפגעי נפש. היכולת להבין טוב יותר את הכאב המשתק, אותו הם מתארים וההבנה כיצד חוסר היכולת להמשיך ולהכיל כאב זה מובילה לאובדנות, מאפשרת לי שיח אחר, אוטנטי ואמפאטי עם נפגעי הנפש איתם אני עובדת. נראה לעיתים כי אופיו של אותו שיח אחר מביא לסוג של הקלה ולו רק הקלה זמנית.

ביבליוגרפיה

איילון, י. וצבר בן יהושע, נ. (2010). תהליך ניתוח תוכן לפי תיאוריה המעוגנת בשדה. בתוך ל. קסן ומ. קרומר- נבו (עורכות). **ניתוח נתונים במחקר איכותני**. (עמ' 382-359). באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

אתר משרד הבריאות, בריאות הנפש, אובדנות בישראל.

גבתון, ד. (2001). תיאוריה המעוגנת בשדה: משמעות תהליך ניתוח הנתונים ובניית התיאוריה במחקר איכותי. בתוך נ. צבר-בן יהושע (עורכת). **מסורות וזרמים במחקר האיכותי** (עמ' 195-210). לוד: הוצאת דביר.

גילת, ע. והרץ לזרוביץ, ר. (2010). שיטה לראיון וניתוח סיפורי חיים המבוססת על הגישה הנרטיבית-טיפולית. בתוך ל. קסן ומ. קרומר-נבו (עורכות). **ניתוח נתונים במחקר איכותי**. (עמ' 152-126). באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

משוניס, ג.ג. (1999). **סוציולוגיה**. (י. אנוך ופ. שטרן (עורכים) וי. שדה (מתרגם)). תל אביב: הוצאת האוניברסיטה הפתוחה.

סרוף, א. קופר, ר. ודהארט, ג. (1998). **התפתחות הילד טבעה ומהלכה**. (ר. בייט-מרום (עורכת) וה. יעקובסון ונ. לנדסברגר (מתרגמות)). תל אביב: הוצאת האוניברסיטה הפתוחה.

פלאט, ס. (2008). **פעמון הזכוכית** (מהדורה שתיים עשרה). בני ברק: ספריית הפועלים.

פרנקל, ו. (1970). **האדם מחפש משמעות. מבוא ללוגותרפיה**. אור יהודה: הוצאת דביר.

צבר בן יהושע, נ. (2005). אמינות במחקרים נטורליסטיים. **שבילי מחקר**, 12, מכון מופ"ת. נשלף בתאריך 1.7.2011.

מתוך האתר <http://portal.macam.ac.il/ArticlePage.aspx?id=684>

קייסן, ס. (2009). **נערה מופרעת**. תל אביב: ידיעות אחרונות, ספרי חמד.

קסן, ל. וקרומר-נבו, מ. (עורכות). (2010). **ניתוח נתונים במחקר איכותני**. באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

קרוסון, ר., בוצ'ר, ג. ומינקה, ס. (2001). **פסיכופתולוגיה והחיים המודרניים**. (ר. בייט-מרום ויא. שדה (עורכים) ויא. פרידלנד (מתרגמת)). תל אביב: הוצאת האוניברסיטה הפתוחה.

רדפילד גיימיסון, ק. (2007). **נפש לא שקטה - זיכרונות על מצב רוח ושגעון** (מהדורה תשיעית). תל אביב: הוצאת מטר.

שקדי, א. (2003). **מילים המנסות לגעת. מחקר איכותני- תיאוריה ויישום.** תל אביב: הוצאת רמות- אוניברסיטת תל אביב.

שקדי, א. (2010). תיאוריה המעוגנת בנרטיבים: הבניית תיאוריה במחקר איכותני. בתוך ל. קסן ומ. קרומר- נבו (עורכות). **ניתוח נתונים במחקר איכותני.** (עמ' 436- 461). באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

תובל – משית, ר. ספקטור-מרזל, ג. (עורכות) (2010). **מחקר נרטיבי: תיאוריה, יצירה ופרשנות.** ירושלים: הוצאת מאגנס. נשלף בתאריך 1.6.11 מתוך האתר <http://www.mofet.macam.ac.il/ktiva/virtual/nerative-research-pticha.pdf>

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A Theory-Based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372.

Ajdacic-Gross, V., Ring, M., Gadola, E., Lauber, C., Bopp, M., Gutzwiller, F., et al. (2008). Suicide after bereavement: An overlooked problem. *Psychological Medicine*, 38 (5), 673-676.

American Foundation for Suicide Prevention. Facts and figures by gender. Retrieved June 15, 2011 from http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewPage&page_id=04ECB949-C3D9-5FFA-DA9C65C381BAAEC0

Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.

Beck, A.T., Brown, G. & Steer, R.A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 309-310.

Bin, Y. & Clum, G. A. (1994). Life stress, social support, and problem-solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness, and suicide ideation in

- an Asian student population: A test of a model. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 24(2), 127-139.
- Blakely, T.A., Collings, S.C.D. & Atkinson, J. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 594-600.
- Bolger, E. (1999). Grounded Theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 29, 342 – 362.
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R.C. & Schilling, E. A. (1989). Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 808-818.
- Cantor, P.C. (1979). Personality characteristics found among youthful female suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*. 85(3), 324-329.
- Chioqueta, A.P. (2007). Dimensions of the Dysfunctional Attitude Scale (DAS-A) and the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-30) as cognitive vulnerability factors in the development of suicide ideation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 579–589.
- Christiansen, E. & Jensen, B.F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257-265.
- Davidson, J.R. T., Hughes, D.C., George, L.K. & Blazer, D.G. (1996). The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 550-555.

- De Abreu, L.N., Lafer, B., Baca-Garcia, E. & Oquendo, M. A. (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: An update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(3), 271-280.
- De Lisle, M.M. & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42(1), 46-63.
- De Vanna, M., Paterniti, S., Milievich, C., Rigamonti, R., Sulich, A. & Faravelli, C. (1990). Recent life events and attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*, 18, 51-58.
- Dixon, W.A., Heppner, P. P., & Rudd, M. D.(1994). Problem-Solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a meditational model. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 91-98.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F. & Giles, W.H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *Jama*, 286, 24, 3089- 3096.
- Farooqi, Y.N. (2004). Comparative study of suicide potential among Pakistani and American psychiatric patients. *Death Studies*, 28, 19-46.
- Fawcett, J., Scheftner, W.A., Fogg, L., Clark, D.C., Young, M.A., Hedeker, D., et al. (1990). Time- related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry*, 147, 1189-1194.
- Firestone, R.W. & Firestone, L. (1998). Voices in suicide: The relationship between self-destructive thought processes, maladaptive behavior, and self-destructive manifestations. *Death Studies*, 22, 411-443.
- Flamenbaum, R. & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 51-61.

- Fleming, M. (2006). Distinction between mental pain and psychic suffering as separate entities in the patient's experience. *International Forum of Psychoanalysis*, 15, 195-200.
- Fleming, M. (2008). On mental pain: From Freud to Bion. *International Forum of Psychoanalysis*, 17, 27-36.
- Fountoulakis, K. N., Iacovides, A., Kaprinis, S. & Kaprinis, G. (2006). Life events and clinical subtypes of major depression: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 143(2-3), 235-244.
- Frodl, T., Reinhold, E., Koutsouleris, N., Donohoe, G., Bondy, B., Reiser, M., et al. (2010). Childhood stress, serotonin transporter gene and brain structures in major depression. *Neuropsychopharmacology*, 35(6), 1383-1390.
- Gatt, J. M., Nemeroff, C. B., Schofield, P.R., Paul, R. H., Clark, C. R., Gordon, E., et al. (2010). Early life stress combined with serotonin 3A receptor and brain-derived neurotrophic factor valine 66 to methionine genotypes impacts emotional brain and arousal correlates of risk for depression. *Biological Psychiatry*, 68(9), 818-824.
- Gavin, M. & Rogers, A. (2006). Narratives of suicide in psychological autopsy: bringing lay knowledge back in. *Journal of mental health*, 15, 135-144.
- Gibb, S.J., Beautrais, A. L. & Fergusson, D.M. (2005). Mortality and further suicidal behavior after an index suicide attempt: A 10-year study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 95-100.
- Gross, N. R., Mills, J. F., Kroner, D. G., Steffan, J. S., Rodriguez, A. & Morgan, R. D. (2010, August). *Depression, problem solving, and hopelessness: A Model for suicide*. Paper presented at the meeting of the APA 118th Annual Convention, San Diego, CA.
- Hicks, M. H. & Bhugra, D. (2003). Perceived causes of suicide attempts by U.K. South Asian women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 455-462.

- Holahan, C.J. & Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4 year structural model. *Journal of Abnormal Psychology, 100 (1)*, 31-38.
- Holden, R.R., Mehta, K., Conningham, E.J. & McLeod, L.D. (2001). Development and preliminary validation of scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioral Science, 33(4)*, 224-232.
- Horesh, N., Rolnick, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A., et al. (1997). Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychother Psychosom, 66*, 92-96.
- Jarvis, G.K., Ferrence, R.G., Johnson, Y.G. & Whitehead, P.C. (1976). Sex and age patterns in self Injury. *Journal of health and social behavior, 17*, 146-155.
- Jobes, D.A. (2000). Collaborating to prevent suicide: A clinical-research perspective. *Suicide & Life -Threatening Behavior, 30*, 8-17.
- Johns, D. & Holden, R. R.(1997). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population. *Canadian Journal of Behavioural Science, 29(4)*, 266-274.
- Kelly, T.M., Soloff, P.H., Lynch, K.G., Haas, G.L. & Mann, J.J. (2000). Recent life events, social adjustment, and suicide attempts in patients with Major depression and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 14(4)*, 316-326.
- Kidd, S.A., & Kral, M.J. (2002). Suicide and prostitution among street youth: A qualitative analysis. *Adolescence, 37*, 146, 411-431.
- Lehnert, K. L., Overholser, J. C. & Spirito, A. (1994). Internalized and externalized anger in adolescent suicide attempters. *Journal of Adolescent Research, 9(1)*, 105-119.

- Michel, K., Maltzberger, J.T., Jobes, D.A., Leenaars, A.A., Orbach, I., Stadler, K., et al. (2002). Discovering the truth in attempted suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 424-437.
- Michel, K. & Valach, L. (1997). Suicide as goal-directed action. *Archives of Suicide Research*, 3, 213–221.
- Miller, P.G. (2006). Dancing with death: The grey area between suicide related behavior, indifference and risk behaviors of heroin users. *Contemporary drug problems*, 33, 427-450.
-
- Muscattell, K.A., Slavich, G.M., Monroe, S.M. & Gotlib, I.H. (2009). Stressful life events, chronic difficulties, and the symptoms of clinical depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(3), 154-160.
- Noh, E. (2007). Asian American women and suicide: Problems of responsibility and healing. *Women and therapy*, 30, 87-107.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282.
- Orbach, I. (1994). Dissociation, physical pain and suicide: A hypothesis. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 24(1), 68-79.
- (a)Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa– Schechtman, E. & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to sociality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 231-241.
- (b)Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P. & Gilboa – Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 33, 219-230.

- Orbach, I., Gilboa-Schechtman, E., Ofek, H., Lubin, G., Mark, M., Bodner, E., et al. (2007). A chronological perspective on suicide- the last days of life. *Death Studies, 31*, 909-933.
- Osvath, P., Vörös, V. & Fekete, S. (2004). Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology, 37*, 36–40.
- Parkar, S.R., Dawani, V. & Weiss, M.G. (2006). Clinical diagnostic and sociocultural dimensions of deliberate self-harm in Mumbai, India. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(2), 223-238.
- Patton, M.Q. (1990) *How to use qualitative methods in evaluations*. (2nd Ed.) Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Pfeiffer, P. N., Ganoczy, D., Ilgen, M., Zivin, K. & Valenstein, M. (2009). Comorbid anxiety as a suicide risk factor among depressed veterans. *Depression and Anxiety, 26*(8),752-757.
- Pompili, M., Innamorati, M., Szanto, K., Di Vittorio, C., Conwell, Y., Lester, D., et al. (2011). Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non -attempters. *Psychiatry Research, 186*, 300–305.
- Qin, P. & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization. *Archives of General Psychiatry, 62*(4), 427-432.
- Reece, J. (2005). The language of cutting: Initial reflections on a study of the experiences of self-injury in a group of women and nurses. *Issues in Mental Health Nursing, 26*, 561–574.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J. G., ten Have, M., et al. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. A Population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry, 62*, 1249-1257.

- Schotte, D.E. & Clum, G.A. (1987). Problem -Solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(1)*, 49-54.
- Schumm, J.A., Briggs-Phillips, M. & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner -city women. *Journal of Traumatic Stress, 19(6)*, 825-836.
- Seeman, M.V. (2009). Suicide among women with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Psychiatric Practice, 15(3)*, 235-242.
- Shaw, B.A & Krause, N. (2002). Exposure to physical violence during childhood, aging, and health. *Journal of Aging and Health, 14 (4)*, 467-494.
- Shinsuke, A., Osamu, S., Takaaki, H., Hisae, O., Kiyoshi, M. & Gorou, I. (2002). A study of suicide cases in a psychiatric clinic for 20 years. *Seishin Igaku (Clinical Psychiatry), 44(6)*, 685-691.
- Shneidman, E.S. (1998). Further reflections on suicide and psychache. *Suicide & Life – Threatening Behavior, 28*, 245-250.
- Shneidman, E.S. (1999). The Psychological Pain Assessment Scale. *Suicide & Life – Threatening Behavior, 29*, 287-291.
- Slater, J. & Depue, R.A. (1981). The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 90 (4)*, 275-285.
- Stravynski, A. & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide & Life - Threatening Behavior, 31(1)*, 32-40.

- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1241 -1249.
- Surkan, P.J., Peterson, K. E., Hughes, M. D. & Gottlieb, B.R. (2006). The role of social networks and support in postpartum women's depression: A multiethnic urban sample. *Maternal and Child Health Journal*, 10(4), 375-383.
- Terrill, A. L., Thompson, A. R. & Garofalo, J. P. (2010, August). *Background stress, social support, and sepression in women*. Paper presented at the meeting of the APA 118th Annual Convention, San Diego, CA.
- Thompson, M.P., Short, L. M., Kaslow, N.J.& Wyckoff, S. (2002). The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy suicide attempts relation among African American abused women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 942-949.
- Ting-Pong, H. (2006). Duration of hospitalization and post charge suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 682-686.
- Troister, T. & Holden, R. R. (2010, August). *Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in predicting suicidality*. Paper presented at the meeting of the APA 118th Annual Convention, San Diego, CA.
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive Behaviors. *J Psychiatry Neurosci*, 30 (6), 398-408.
- Useda, J. D., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Beckman, A., Franus, N., Tu, X., et al. (2007). Personality differences in attempted suicide versus suicide in adults 50 years of age or older. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 126-133.

Valtonen, H. M., Suominen, K., Mantere, O., Leppamaki, S., Arvilommi, P. & Isometsa, E.T. (2006). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 8, 576–585.

Wandrei, K. E. (1985). Identifying potential suicides among high-risk women. *Social work*, 30(6), 511-517.

טופס הסכמה

אני מסכימה להשתתף במחקר העוסק בנושא סיפורי חיים של נשים ששרדו ניסיון התאבדות. ההשתתפות במחקר כוללת ראיון אישי שבמהלכו אתבקש לענות על מספר שאלות. הוסבר לי שאוכל להימנע מלענות על שאלות או להפסיק את השתתפותי במחקר בכל שלב. כמו כן, הוסבר לי שהראיון יוקלט ויתומלל לצורכי המחקר בלבד, וכי כל המידע הנאסף יישאר חסוי.

בעת פרסום ממצאי המחקר, לא יעשה כל שימוש בפרטים מזהים שלי.

שם: _____

חתימה: _____

תאריך: _____

חווית הכאב הנפשי מנקודת מבטן של נשים ששרדו ניסיון אובדני

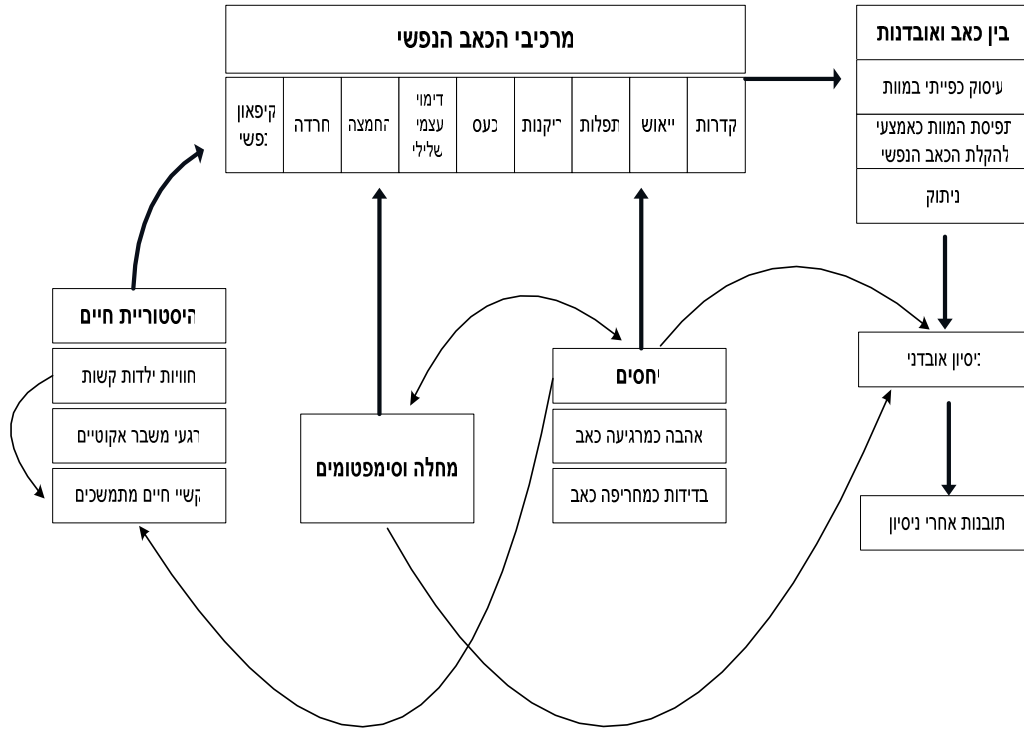


TABLE OF CONTENTS

Research Background	7
Littrature Review	9
Mental Pain.....	10
The linkage between Mental Pain and suicide	15
Understanding the Narrative of Suicide Attempt	20
Suicide and Life Story	22
Method.....	24
Research Paradigm	24
Participants	25
Data Collection	26
Data Analysis.....	27
Stage A -The initial Analysis	28
Stage B- Mapping Analysis.....	29
Stage C- focused/targeted Analysis.....	30
Stage D- Theoritical Analysis.....	31
Trustworthiness	31
Ethical Issues	32
Findings and Discussion.....	32
Parts of pain.....	33
1. Gloom	33
2. Despair.....	34
3. Vapidity	35
4. Emptiness	36
5. Anger	37
6. Negative Self Asteem	38
7. Acidification	39
8. Anxiety	40
9. Mental Freeze	41
Life History	45
Beginning of Pain- Childhood.....	45
Moments of Severe Pain.....	52
Ongoing life Difficulties.....	54
Relationships_	57
Love as Pain Sedation	58
Alone With the Pain	59
Illness.....	64

Between Pain and Suicide	67
Obsessive Preoccupation with Death	67
To Die in Order to Live	69
Dissociation_	72
Suicide Attempt	73
Thoughts After Attempt	75
Summary and Conclusions	77
Implications	78
Research Limitations	80
Reflexive Reference	80
Bibliography	82
Appendix No.1	93
Figure No. 1.....	94

Abstract

Statistics show that the rate of suicide attempts, both worldwide and in Israel, is much higher amongst women than in men. The literature suggests some gender differences in the narrative of mental pain and the possible influence of these differences on the decision of women to choose suicide as a possible action. Nevertheless, to the best of our knowledge, no research has been conducted to check the meaning of mental pain, whilst tying this meaning to life's circumstances and history, as expressed in the life story of women who survived a suicide attempt. Therefore the current research aims to examine the meaning of mental pain in the life stories of women who have survived a suicide attempt.

In this research, unlike most others in this field, a narrative research method was selected for data collection and analysis. The choice of this method stems from the assumption that exposure to the narrative of an attempted suicide act and the life story of women may shed additional light on the experience of mental pain and the psycho-dynamic process leading to suicide.

The research is based on four unstructured interviews and three autobiographies written by women who survived a suicide attempt. The interviews and autobiographies were analyzed by content analysis based on the approach of theory grounded in narratives. In this approach, the building blocks of the theory are taken from the field and the theory stems from analysis of the raw data itself, while the goal is to stay as close as possible to the unique construction of the participants' world.

From analyzing the life story of the seven women, five main themes arise. The main theme in the life story of the women, "parts of pain", reveals nine different dimensions which color the experience of their mental pain: Gloom, Despair, Vapidity, Emptiness, Anger, Negative Self-Esteem, Acidification, Anxiety and

Mental Freeze. Four additional themes stem from the main categories which arose in the analysis and may be placed in the sequence which follows the pain development. The theme "Life History" describes pain development during the life story, through its various chapters. The theme which describes "Relationships" focuses on the effect of relationships on the life of the women as well as their effect on the relief or exacerbation of mental pain. The theme dealing with "illness" allows an understanding of how the symptoms accompanying various psychic disorders, from which the women were suffering, influenced the experience of pain. The last category, "between pain and suicide", forms the link which connects mental pain and the suicide action from which the seven women survived.

The research findings have implications at the theoretical as well as practical levels. At the theoretical level, the research contributes to a deeper understanding of the experience of mental pain. Examining the lives of the women, from their perspective, opened a window to understanding the unique meaning that they gave to mental pain and its components, the linkage between this meaning and the unique life story of each one of them, and the internal emotional-logic which led to the suicide action.

The unique mixture of the nine mental pain components, as found in this study, strengthens the assertion that mental pain is a unique and distinctive experience. Although the women, whose life stories were included in the research, suffered from various psychic disorders, and originated from various cultural backgrounds, it was clear there were distinct parallels in the way they described mental pain. This may suggest that mental pain crosses the barriers of psychic diagnosis and cultural differences and forms a basis for suffering, regardless of the additional symptoms characterizing one psychic diagnosis or another.

The research findings highlight the importance of listening to the life story and narrative. This listening allowed identification of motif which suggests the source of the pain. The motif appears in the earliest stages of life, accompanies women during their lives and is used as a basis upon which later the mental pain is built. It is possible that this motif even increases the vulnerability of the women to stressful life events and to chronic life difficulties, as adults, and thus increases the danger of suicide.

An additional conclusion arising from the research is that severe mental pain might lead to perception failure in which the pain is perceived as a separate entity from the self. This perception is reflected in the women's fantasy, that it is possible, through death, to extinguish the pain and deflect the route of life to a better and more comfortable pathway, without actually ending it totally.

The research findings show that the availability of meaningful and empathetic relationships was critical to the women's ability to cope with mental pain. It seems that empathy and support are used as mitigating factors for the level of the pain and as a shield from its destructive results. On the other hand, alienation, guilt and loneliness might lead to exacerbation of pain level, making it unbearable and even promote suicide.

At the practical level, the findings of the research point to the importance of the way mental pain is perceived and understood amongst professionals, to the way in which professionals can help mental pain sufferers and to the unique meaning of pain and its implications for women.

BEN- GURION UNIVERSITY OF THE NEGEV
THE FACULTY OF HUMINITIES AND SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

TO DIE IN ORDER TO LIVE

The meaning of Mental Pain in the life stories of women who survived a suicide attempt.

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE MASTER OF ARTS DEGREE

NOA KFIR-LEVIN
UNDER THE SUPERVISION OF: DR. DORIT SEGAL-ENGELCHIN

July 2011

BEN- GURION UNIVERSITY OF THE NEGEV
THE FACULTY OF HUMINITIES AND SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

TO DIE IN ORDER TO LIVE

The meaning of Mental Pain in the life stories of women who survived a suicide attempt.

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE MASTER OF ARTS DEGREE

NOA KFIR-LEVIN

UNDER THE SUPERVISION OF: DR. DORIT SEGAL-ENGELCHIN

Signature of student: _____

Date: _____

Signature of supervisor: _____

Date: _____

Signature of chairperson

of the committee for graduate studies: _____

Date: _____

July 2011