

**הקשר בין מחשבות אילו, אסטרטגיות התמודדות ומשאבי התמודדות  
לבין תסמינים פוסט-טראומטיים בקרב פצועי התקפות טרור**

**נירית פליבצקי**

**חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"**

**אוניברסיטת חיפה**

**הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות**

**בית הספר לעבודה סוציאלית**

**מרץ, 2009**

# הקשר בין מחשבות אילו, אסטרטגיות התמודדות ומשאבי התמודדות

## לבין תסמינים פוסט-טראומטיים בקרב פצועי התקפות טרור

מאת: נירית פליבצקי

בהדרכת: פרופ' אורה גילבר

דר' שרון גיל

חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"

אוניברסיטת חיפה

הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות

בית הספר לעבודה סוציאלית

מרץ, 2009

מומלץ לשיפוט על ידי \_\_\_\_\_  
(מדריך העבודה)

תאריך \_\_\_\_\_

מומלץ לשיפוט על ידי \_\_\_\_\_  
(מדריך העבודה)

תאריך \_\_\_\_\_

מומלץ לשיפוט על ידי \_\_\_\_\_  
(יו"ר ועדת הדוקטורט)

תאריך \_\_\_\_\_

עבודה זו מוקדשת  
כאהבה לבתי אירן  
שלימדה אותי על התמודדות

## הכרת תודה

ברצוני להודות בראש ובראשונה למנחי הצבודה פרופ' אורה גילבר וד"ר שרון גיל על הסיוע המקצועי, ההדרכה, הידע והציקר על היחס והנכונות לתמוך ולאצור בראשי הזאת והשכל, המשק כף תקופת הלימודים. תמיכתם אפשרה לי לשמר את תחושת השליחות שליוותה אותי מראשי ההתחלה של הצבודה.

ברצוני להודות באופן מיוחד לפרופ' חסי בן – צור על הצרותיה המתודולוגיות המוציאות, שתרמו לאיכות הצבודה. תודה גם לחברי הוועדה המלווה פרופ' אהוד קליין ופרופ' הדס וייסמן על הזיווי המקצועי שהצניקו לי לאורך הדרכ.

תודה למנהלי המוסד לביטוח לאומי ובמיוחד לאסנת כהן, מנהלת אגף נפאצי פצולות איבה שלא נכונותם לסיוע ומימון, מחקר זה לא היה יוצא לפועל.

תודה מיוחדת למשפחתי, בעלי, ילדי, אימי, אחותי וחמותי על התמיכה, הציוד והסיוע הראשי והאינסטרומנטלי והציקר על ההקשבה, ההתעניינות וההתאייסות למצני בכל עת. תודה גם לאבי ז"ל שלא זכה לראות בסיוע הצבודה.

לסיוע, ברצוני להודות לנפאצי פצולות האיבה שאפשרו לי לתרום משהו לתובנות על צולאמט, על ידי כק שיתפו אותי בכאבם ובדרך התמודדותם עם הבאתי אפשרי.

## תוכן עניינים

### עמוד

VI	תקציר
XI	רשימת לוחות
XII	רשימת איורים
1	1. מבוא
4	2. רקע מדעי
4	2.1 דחק פסיכולוגי
4	2.1.1 הגדרת מצבי דחק
5	2.1.1.1 אסטרטגיות התמודדות עם מצב דחק
7	2.1.1.2 משאבי התמודדות עם מצבי דחק
9	2.1.2 יצירת מחשבות אילו
10	2.1.2.1 הגורמים המשפיעים על הפעלת מחשבות אילו
11	2.1.2.2 הגורמים המשפיעים על תוכן מחשבות אילו
	2.1.2.3 הקשר בין מחשבות אילו לבין התמודדות עם מצב דחק
12	ואסטרטגיות התמודדות
14	2.2 טראומה ותגובה פוסט טראומטית
14	2.2.1 התפתחות ההגדרה של מצבי דחק טראומטיים
15	2.2.1.1 התגובה הפוסט טראומטית
17	2.2.1.2 אפידמיולוגיה של התסמונת הפוסט טראומטית
	2.2.1.3 אטיולוגיה להתפתחות תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית בעקבות
19	חשיפה למצבי דחק טראומטיים על פי התיאוריה הקוגניטיבית
20	2.2.1.4 גורמי סיכון של ההפרעה הפוסט טראומטית
21	2.2.2 חשיפה לאירוע טרור כמצב דחק טראומטי
23	2.2.2.1 פציעה פיזית באירועי טרור כמצב דחק טראומטי
26	2.3 התמודדות קורבנות שנפגעו פיזית באירועי דחק טראומטיים
	2.3.1 הקשר בין אסטרטגיות התמודדות לבין תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית
27	בקרבת הנפגעים פיזית באירוע דחק טראומטי
	2.3.2 הקשר בין מחשבות אילו לבין תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית במצבי
30	דחק טראומטיים
	2.3.3 הקשר בין מיקוד שליטה (משאב פנימי) לבין תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית
33	במצבי דחק טראומטיים
	2.3.3.1 הקשר בין מיקוד שליטה לבין מחשבות אילו תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית
35	לאחר אירוע דחק טראומטי
	2.3.4 הקשר בין תמיכה בלתי פורמלית (משאב חיצוני) לבין תסמיני תפ"ט
36	ומצוקה רגשית במצבי דחק טראומטיים
	2.3.4.1 הקשר בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מחשבות אילו תסמיני תפ"ט
39	ומצוקה רגשית במצבי דחק טראומטיים
40	2.3.5 חומרת הפציעה באירוע דחק טראומטי כמשתנה מצב
	2.3.5.1 השפעת מימד הזמן על תסמיני התפ"ט והמצוקה הרגשית בקרב
41	הנפגעים פיזית באירוע דחק טראומטי

## עמוד

48	.....	<b>3. השיטה</b>	48
48	.....	3.1 אוכלוסיית המחקר ומדגם	48
50	.....	3.2 כלי מחקר	50
57	.....	3.3 הליך	57
58	.....	<b>4. ממצאים</b>	58
58	.....	4.1 בדיקת הקשרים בין משתני המחקר הבלתי תלויים לבין המשתנה התלוי ובינם לבין עצמם	58
58	.....	4.2 בדיקת הקשר בין משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים לבין משאבי התמודדות, מחשבות אילו, אסטרטגיות התמודדות, תגובות פוסט-טראומטיות ומצוקה רגשית	62
66	.....	4.3 אסטרטגיות התמודדות כמשתנים מתווכים	66
68	.....	4.4 הבדלים באבחנת תפ"ט במשתני המחקר הבלתי תלויים	68
68	.....	4.5 ניתוחי רגרסיה היררכית ולוגיסטית לניבוי המשתנים התלויים על ידי המשתנים הבלתי תלויים על פי מודל המחקר	70
75	.....	4.6 ניתוח הנתונים באמצעות ניתוח משוואות מבניות על פי מודל המחקר	75
82	.....	<b>5. דיון</b>	82
83	.....	5.1 מחשבות אילו : נוטות למעלה ונוטות למטה	83
83	.....	5.1.1 קשר בין מחשבות אילו נוטות למעלה ונוטות למטה לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית	83
86	.....	5.1.2 קשר בין מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) לבין אסטרטגיות התמודדות : ממוקדת ברגש וממוקדת בבעיה	86
87	.....	5.1.3 קשר בין מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) לבין משאב התמודדות פנימי : מיקוד שליטה	87
87	.....	5.1.4 קשר בין מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) לבין משאב התמודדות חיצוני : תמיכה בלתי פורמלית	87
89	.....	5.2 אסטרטגיות התמודדות : ממוקדות ברגש וממוקדות בבעיה	89
89	.....	5.2.1 קשר בין אסטרטגיות התמודדות ממוקדת ברגש וממוקדת בבעיה לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית	89
91	.....	5.2.2 קשר בין אסטרטגיות התמודדות : ממוקדת ברגש וממוקדת בבעיה לבין משאב ההתמודדות : מיקוד שליטה	91
91	.....	5.2.3 קשר בין אסטרטגיות התמודדות : ממוקדת ברגש וממוקדת בבעיה לבין משאב ההתמודדות : תמיכה בלתי פורמלית	92
92	.....	5.3 משאבי התמודדות : מיקוד שליטה , תמיכה בלתי פורמלית	92
92	.....	5.3.1 קשר בין מיקוד השליטה לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית	92
93	.....	5.3.2 קשר בין תמיכה בלתי פורמלית לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית	93
94	.....	5.4 משתני רקע והמשתנים הדמוגרפים	94
94	.....	5.4.1 הקשר בין משתני הרקע לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית מחשבות אילו, אסטרטגיות התמודדות, ומשאבי התמודדות	94
98	.....	5.4.2 קשר בין המשתנים הדמוגרפים לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, מחשבות אילו, אסטרטגיות התמודדות ומשאבי התמודדות	98
99	.....	5.5 אבחנה של תפ"ט	99
99	.....	5.5.1 הקשר בין אבחנה של תפ"ט לבין משתני המחקר : מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה), משאבי התמודדות (מיקוד שליטה ותמיכה בלתי פורמלית), אסטרטגיות התמודדות (ממוקדת בבעיה וממוקדת ברגש), משתני רקע ומשתנים דמוגרפים	99
101	.....	5.6 מודל המחקר – סיכום	101
103	.....	<b>6. מגבלות המחקר, הצעות למחקרים נוספים והשלכות יישומיות</b>	103

103	.....	מגבלות המחקר והצעות למחקרים נוספים	6.1
106	.....	השלכות יישומיות והמלצות	6.2
112	.....	<b>ביבליוגרפיה</b>	

## עמוד

135	.....	<b>נספחים</b>
135	.....	נספח 1 : מתאמים בין תת סולמות שאלון תסמינים פוסט טראומטיים PSS
136	.....	נספח 2 : מתאמים בין תת סולמות שאלון מצוקה רגשית BSI
137	.....	נספח 3 : מתאמים בין תת סולמות לבדיקת אסטרטגיות התמודדות COPE
138	.....	נספח 4 : מתאמים בין תת סולמות שאלון מחשבות אילו
139	.....	נספח 5 : מתאמים בין תת סולמות שאלון הגדי נפגעים
140	.....	נספח 6 : מתאמים בין תת סולמות שאלון תמיכה חברתית MSPSS
141	.....	נספח 7 : קורלציות בין פריטי מחשבות אילו למשתני המחקר התלויים והבלתי תלויים
142	.....	נספח 8 : ניתוח גורמים עבור שאלון אסטרטגיות התמודדות COPE
143	.....	נספח 9 : מכתבי פניה – פנייה אישית
144	.....	נספח 10 : מכתבי פניה – ביטוח לאומי
145	.....	נספח 11 : שאלון תסמינים פוסט טראומטיים PSS
147	.....	נספח 12 : שאלון מצוקה רגשית BSI
149	.....	נספח 13 : שאלון אסטרטגיות התמודדות COPE
150	.....	נספח 14 : שאלון מחשבות אילו
152	.....	נספח 15 : שאלון הגדי נפגעים
153	.....	נספח 16 : שאלון מיקוד שליטה LOC
154	.....	נספח 17 : שאלון תמיכה חברתית MSPSS
155	.....	נספח 18 : שאלון דמוגרפי
156	.....	נספח 19 : שאלון רפואי



# הקשר בין מחשבות אילו, אסטרטגיות התמודדות ומשאבי התמודדות

## לבין תסמינים פוסט-טראומטיים בקרב פצועי התקפות טרור

### פליבצקי נירית

### תקציר

מאז הקמתה חשופה אוכלוסיית מדינת ישראל לאיום של פעולות טרור אשר מטרתן לפגוע באזרחים. הטרור האזרחי מוגדר כאסון מעשה ידי אדם המכוון לגרימת נזק לתחושת השלמות לגופו, לנפשו ולסביבתו של האדם. משנת 2000 ועד שנת 2005 (האינתיפדה השניה), אירעו בארץ כ-13,508 אירועי טרור, במהלכם נהרגו כ-703 אזרחים ונפצעו כ-4,566 אזרחים. החשיפה לאירוע טרור מערערת את הערכים הבסיסיים המשותפים לכלל בני האדם לגבי האמון בהומניות, סדר והגיון בפעילות בני האנוש. הספרות המחקרית מלמדת כי קורבנות של התקפות טרור מגלים סמני מצוקה רגשית בעוצמה גבוהה בהשוואה לקורבנות של אירועים טראומטיים אחרים. למרות מספרם הרב של הפצועים באירועי טרור בארץ, ולמרות החשיבות שבהבנת תהליך ההתמודדות, לא קיבל נושא זה תשומת לב מחקרית מספקת. מחקרים מועטים בלבד מתמקדים בהבנת תהליכי התמודדות של אוכלוסייה שנחשפה לאירוע טרור על בסיס מסגרת תיאורטית העוסקת בהתמודדות עם מצבי דחק (stress) של לזרוס ופולקמן ( Lazarus & Folkman, 1984) ועל בסיס התיאוריה הקוגניטיבית להתפתחות תגובות פוסט-טראומטיות (Foa & Rothbaum, 1998), והתיאוריה העוסקת במחשבות אילו (Counterfactual thinking) של רוז ואולסון ( Roese & Olson, 1995) שהינן תגובה קוגניטיבית אוניברסלית לאירועים שליליים, הבאה לידי ביטוי ביצירת אלטרנטיבה מדומה למציאות העבר. לפיכך, המחקר הנוכחי מנסה לתרום להרחבת ההבנה, על פי תיאורית ההתמודדות עם מצבי דחק והתיאוריה הקוגניטיבית הנוגעת למחשבות האילו, לגבי תהליך ההתמודדות עם מצבי דחק טראומטיים התפתחות תגובות פוסט-טראומטיות ומצוקה רגשית, בקרב אנשים

שחוו טראומה כפציעה בפיגוע טרור. זאת, כאשר פציעה באירוע טרור נתפסת בספרות הדנה במצבי הטרומה, כאירוע טראומטי בעל מאפיינים ייחודיים בהשוואה לאירועים טראומטיים אחרים כאסונות טבע, תאונות, אונס, ושווד, מאחר והאירוע מתוכנן, ומטרתו המוצהרת הנה גרימת נזק פיזי, פציעה והרג מכוונים של רבים ככל שניתן, על רקע אידיאולוגי.

מודל ההתמודדות עם מצבי דחק שם דגש על חשיבותם של הערכת הפרט את משאביו האישיים (החיצוניים והפנימיים) ועל הקשר בין הערכת המשאבים העומדים לרשות הפרט לבין אסטרטגיות ההתמודדות בהן יעשה שימוש. מודל מחשבות האילו מבחין בין מחשבות אילו נוטות למעלה (יצירת אלטרנטיבה מחשבתית לאירוע שתוצאותיה טובות מבעבר) ומחשבות אילו נוטות למטה (יצירת אלטרנטיבה מחשבתית לאירוע שתוצאותיה גרועות מבעבר) כאשר תפקידן העיקרי הפחתת מצוקה רגשית ויחוס סיבתיות לאירוע הטרומטי על מנת לעזור בהטמעתו בסכמות הקוגניטיביות המוכרות לפרט שחווה אירוע טראומטי. לפיכך, מודל המחקר הנוכחי כולל בדיקת הקשרים בין המשתנים: משאבים אישיים – מיקוד שליטה כמשאב פנימי ותמיכה בלתי פורמלית כמשאב חיצוני, אסטרטגיות התמודדות-ממוקדת בבעיה וממוקדת ברגש, מחשבות אילו – נוטות למעלה ונוטות למטה, ובין משתנים אלו למידת התסמינים הפוסט-טראומטיים ולמידת המצוקה הרגשית.

באופן כללי ההשערות העיקריות הינן: כי מחשבות אילו על פי תדירות וכיוון (נוטה למעלה או נוטה למטה) ינבאו את מידת התגובות הפוסט-טראומטיות והמצוקה הרגשית ויהיה להן קשר להערכת המשאבים העומדים לרשות הפרט ואסטרטגיות ההתמודדות (על פי מידת יעילותן) בהן ישתמש, שינבאו אף הם את מידת התסמינים הפוסט-טראומטיים והמצוקה הרגשית של הפרט.

לצורך בדיקת מודל המחקר, אותרו 176 נפגעי איבה דוברי עברית בגיל 19-70 מחציתם גברים ומחציתם נשים, אשר הוכרו על ידי המוסד לביטוח לאומי ונקבעו להם לפחות 19% נכות קבועים (כלומר, זכאים לקצבת נפגעי איבה קבועה). האיתור נעשה על פי רשימות נפגעי האיבה של המוסד לביטוח לאומי בכל רחבי הארץ. במחקר נעשה שימוש בכלים הבאים:

1) תסמינים פוסט-טראומטיים נבדקו על ידי שאלון לבדיקת אבחנה קלינית של תפי"ט ועוצמת תסמינים פוסט טראומטיים (Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Scale – PSS)

פותח על ידי פואה, ריגס, דנקו, ורוטבאום (Foa, Riggs, Dancu & Rothbum, 1993).

- (2) מצוקה רגשית נבדקה על ידי שאלון מצוקה נפשית (Brief Symptoms Inventory – BSI) פותח על ידי דרוגטיס (Derogatis, 1975).
- (3) אסטרטגיית ההתמודדות נבדקה על ידי שאלון לבדיקת אסטרטגיות התמודדות (Multidimensional Coping Inventory – COPE). שאלון זה פותח על ידי קרבר שייר ווינטראוב (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).
- (4) מיקוד השליטה נבדק על ידי שאלון לבדיקת נטיית מיקוד השליטה (Locus of Control - LOC) שפותח ע"י רוטר (Rotter, 1966).
- (5) תמיכה חברתית בלתי פורמלית נבדקה על ידי שאלון תמיכה חברתית (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS) שפותח על ידי זימט, דאהלם, זימט, ופרארלי (Zimet, Dahlin, Zimet & Farley, 1988).
- (6) מחשבות אילו נבדקו על ידי שני שאלונים:
- א. שאלון מחשבות אילו – השאלון מתבסס על אינטגרציה של שני שאלונים, השאלון הראשון פותח על ידי רוס (Roese, 1994), והשני פותח על ידי דייויס ולהמן (Davis & Lehman, 1995). השאלון הותאם למטרות המחקר הנוכחי.
- ב. שאלון מחשבות אילו על פי הגדי פצועים – השאלון מורכב ממשפטים של פצועי טרור שתארו את התנסותם באירוע ונבנה עבור מחקר זה.
- (7) שאלון דמוגרפי – השאלון הדמוגרפי כולל את בדיקת המשתנים הבאים: מין, גיל, מצב משפחתי, מספר ילדים, מידת דתיות, ארץ לידה, השכלה, מצב תעסוקתי.
- (8) שאלון רפואי – השאלון הרפואי כולל את המשתנים הבאים: זמן הפציעה, דרגת הנכות שנקבעה, קיום אירועים טראומטיים בעברו של הנחקר, חומרת הפציעה כפי שנתפסת על ידי הנבדק והערכת השפעת הפציעה על חייו.
- בדיקת ההשערות נעשתה על פי מתאמי פירסון, בין משתני המחקר לבין עצמם ובין לבין תסמינים פוסט-טראומטיים והמצוקה הרגשית. כמו כן, נבדקה מידת הניבוי של כל אחד מקבוצות המשתנים בנפרד על המשתנה התלוי תסמינים פוסט-טראומטיים וכן על מידת המצוקה הרגשית באמצעות רגרסיה היררכית. מודל המחקר נבדק באמצעות ניתוח משוואות מבניות (Structural Equation Modeling).

ממצאי המחקר העיקריים מאוששים ברובם את השערות המחקר המרכזיות של המודל ומסבירים את השונות של אבחנה של תפ"ט, התסמינים הפוסט-טראומטיים ומידת המצוקה הרגשית של נפגעי הטרור, על ידי המשתנים מחשבות האילו נוטות למעלה, אסטרטגיות התמודדות ממוקדות ברגש, משאבים חיצוניים (תמיכה בלתי פורמלית) ותפיסת אירוע הפציעה על ידי הפרט. כלומר, למשתנים מחשבות האילו נוטות למעלה, אסטרטגיות התמודדות ממוקדות ברגש, ותפיסת אירוע הפציעה יש תרומה שלילית להתמודדות עם מצב הדחק הטראומטי בעוד לתמיכה הבלתי פורמלית יש תרומה חיובית להתמודדות זו.

משתנים נוספים שנמצאו כקשורים למידה גבוהה יותר של תסמינים פוסט-טראומטיים ומצוקה רגשית הינם, יותר מחשבות אילו נוטות למטה, המשאב הפנימי מיקוד שליטה חיצוני, משתני הרקע: קיום טראומה קודמת, קירבה לזמן האירוע, והמשתנים הדמוגרפים: פחות מספר שנות לימוד וגיל נפגע גבוה כך, שטראומה קודמת, קירבה לזמן האירוע, פחות שנות לימוד וגיל גבוה של הנפגע קשורים ביותר תסמינים פוסט-טראומטיים ומצוקה רגשית.

זוהו גם קשרים בין המשתנים הבלתי תלויים, כך שמיקוד שליטה חיצוני קשור ביותר נטייה לאסטרטגיה ממוקדת ברגש ויותר מחשבות אילו נוטות למעלה, תמיכה בלתי פורמלית קשורה לפחות מחשבות אילו נוטות למעלה, פחות נטייה לאסטרטגיות התמודדות ממוקדות ברגש ויותר שימוש באסטרטגיות ממוקדות בבעיה. מחשבות אילו נוטות למעלה מוסברות בקשר חיובי על ידי תפיסת אירוע הפציעה מיקוד שליטה חיצוני ובקשר שלילי על ידי תמיכה בלתי פורמלית. כמו כן, נטייה לשימוש באסטרטגיה התמודדות ממוקדת ברגש מוסברות על ידי תפיסת אירוע הפציעה כחמור יותר, מיקוד השליטה חיצוני יותר, מחשבות אילו נוטות למעלה ופחות תמיכה בלתי פורמלית. אסטרטגיה ממוקדת בבעיה מוסברת על ידי תמיכה בלתי פורמלית בקשר חיובי, וגיל נפגע צעיר יותר בקשר שלילי.

לסיכום, החידוש העיקרי במחקר הינו, כי תדירות מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) מהוות גורם העשוי להסביר את התסמינים הפוסט-טראומטיים ומידת המצוקה הרגשית וקשורים במשתנים נוספים. בנוסף לכך, הממצאים מצביעים על כך שהערכת המשאבים העומדים לרשות הפרט והאסטרטגיות בהן יעשה שימוש בעת ההתמודדות עם מצב טראומטי קשורים בתגובות הפוסט-טראומטיות וכן במידת המצוקה הרגשית. כל אלו משפיעים על תוצאות ההתמודדות האישית של נפגע טרור עם הטראומה אותה חווה.

למצאי המחקר חשיבות רבה הן ברמה של מדיניות המוסדות המטפלים בנפגעי טראומה והן ברמה הפרטנית. ברמת המדיניות חשובה התייחסות מיידית של המטפלים, הן לנפגע והן לבני משפחתו, ככל שמאפשרת הפציעה הפיזית. זאת, מאחר ואוכלוסיית הנבדקים נפגעי הטרור, שנפצעו פיזית, נמצאת במצוקה גבוהה, על פי השוואתם לנורמות המצוקה שאותרו באוכלוסייה בישראל. ברמה הפרטנית, חשוב לאתר אצל הנפגע תדירות וסוג מחשבות אילו, במטרה להעריך את מצבו הרגשי ולפעול לשינוי בדפוסי החשיבה השליליים, מאפייני השימוש באסטרטגיות התמודדות, ונטיית מיקוד השליטה, כמו כן, יש לאפשר לבני משפחתו של הנפגע קשר טיפולי – תמיכתי מאחר והם מהווים גורם תומך אשר יש לו השפעה מרכזית על מצוקת הנפגע. בתהליך האיתור המוקדם של אוכלוסיה בסיכון לפיתוח תגובות פוסט-טראומטיות. חשוב לבדוק גורמי סיכון גם לגבי טראומות קודמות ומשתנים דמוגרפים כמו גיל והשכלה של הנפגע.

תכנון הליך התערבות שיכלול איתור מוקדם של אוכלוסיה בסיכון ומעקב לאחר ההתמודדות הקוגניטיבית והרגשית, המשפיעים על ההערכה המצב של הפרט ובני משפחתו וכן התייחסות טיפולית לגורמים התורמים להעלאת המצוקה הרגשית ותסמינים פוסט-טראומטיים. כך, יסייעו בקידום התמודדות יעילה והפחתה בתגובות פוסט-טראומטיות ומצוקה רגשית של הפצוע נפגע הטרור. ממצאי המחקר מאירים את תהליך ההתמודדות של נפגעי הטרור אשר נפצעו באירוע. בנוסף לכך, הממצאים מצביעים כי המודלים של התמודדות עם מצבי דחק הקיימים, חסרים את השפעתן של מחשבות האילו אשר יש להן מקום מרכזי בתהליך ההתמודדות של הפרט. ההשלכות היישומיות של המחקר מאפשרות התערבות טיפולית מתאימה יותר באוכלוסיה זו.

## רשימת לוחות

### עמוד

- לוח 1 : התפלגות המאפיינים הדמוגרפים של מדגם המחקר במספרים מוחלטים ובאחוזים... 48
- לוח 2 : התפלגות משתני הרקע של אוכלוסיית המחקר במספרים מוחלטים ובאחוזים..... 49
- לוח 3 : ניתוח גורמים מאשר עם רוטציית ורימקס עבור פריטי שאלון היגדים של נפגעים ..... 53
- לוח 4 : נתונים הפסיכומטריים ומהימנות כלי המדידה..... 56
- לוח 5 : מתאמי פירסון של משתני המחקר ..... 59
- לוח 6 : מתאמי ספירמן ופירסון של משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים עם המשתנים התלויים ועם המשתנים הבלתי תלויים..... 63
- לוח 7 : מתאמי ספירמן ופירסון של משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים עם עצמם ..... 64
- לוח 8 : בדיקת תווך : רגרסיה היררכית עבור המשתנה התלויים תפ"ט ומצוקה רגשית..... 67
- לוח 9 : בדיקת תווך : רגרסיה לוגיסטית עבור המשתנה התלוי אבחנה של תפ"ט..... 68
- לוח 10 : מובהקות ההבדלים בין המאובחנים עם תפ"ט וללא תפ"ט במשתני המחקר..... 69
- לוח 11 : רגרסיה היררכית עבור המשתנים התלויים עוצמת תפ"ט ומצוקה רגשית ..... 71
- לוח 12 : רגרסיה לוגיסטית עבור המשתנה התלוי אבחנה של תפ"ט..... 74
- לוח 13 : ניתוח משוואות מבניות – מדדי התאמה ..... 77

## רשימת איורים

### עמוד

45 ..... איור 1 : מודל המחקר

81 ..... איור 2 : מודל ניתוח משוואות מבניות למשתני המחקר

## 1. מבוא

מאז הקמתה חשופה האוכלוסייה של מדינת ישראל לאיום של פעולות טרור אשר מטרתן לפגוע באזרחים. הטרור האזרחי מוגדר כאסון מעשה ידי אדם המכוון לגרימת נזק לתחושת השלמות לגופו, לנפשו ולסביבתו של האדם (Parson, 1995). קורבנות הטרור אינם לוחמים, הם נבחרים באקראי ואינם מהווים מטרה כי אם אמצעי להשגת מטרות פוליטיות (קופרמן וטרנט, 1982). משנת 2000 ועד שנת 2005 (האינתיפדה השנייה), אירעו בארץ כ-13,508 אירועי טרור, במהלכם נהרגו כ-703 אזרחים ונפצעו כ-4,566 אזרחים (על פי נתוני דו"ח שב"כ – מספטמבר 2005).

פיגוע טרור הנגרם במכוון על ידי אדם וארגון פוליטי-מדיני שעומד מאחוריו, מוגדר כאירוע טראומטי בעל מאפיינים ייחודיים בהשוואה לאירועים טראומטיים אחרים כאסונות טבע, תאונות, התעללות ומעשי אלימות כאונס, ושווד. זאת, משום שמדובר באירוע מתוכנן, שמטרתו המוצהרת הינה יצירת פרנויה לאומית, גרימת נזק פיזי, פגיעה והרג של רבים ככל שניתן, על רקע אידיאולוגי (Stoovell-McCiough & Cloitre, 2006). החשיפה לאירוע טרור מערערת את הערכים הבסיסיים המשותפים לכלל בני האדם לגבי האמון בהומניות, סדר והגיון בפעילות בני האנוש (Humblen, 2001). לכך, חשיבות רבה, הן בהקשר לתגובת הנפגעים והן בהקשר לטיפול בהם (Green, 1994; Person, 1995).

היבט נוסף המייחד חשיפה לאירוע טרור הוא הקושי של הנפגע לספק לאירוע יחוס סיבתי ומשמעות אישית. חייל למשל יכול לקשור את פציעתו עם הצורך בהגנה על המולדת, בעוד שנפגע טרור, הנקלע לאירוע במהלך פעילות יום יומית שגרתית יתקשה לייחס סיבתיות ומשמעות לאירוע. לפיכך, הקורבן עשוי לפתח תגובות נפשיות חריפות כגון, תחושת אי צדק המובילה לכעס, תסכול, חוסר אונים ובמקרים קיצוניים לתגובות פוסט-טראומטיות. הספרות המחקרית מלמדת כי קורבנות של התקפות טרור מגלים סמני מצוקה נפשית בעוצמה גבוהה בהשוואה לקורבנות של אירועים טראומטיים אחרים כגון, אסונות טבע ותאונות דרכים (Shepherd, Quresh, Preston & Levers, 1990; Green, 1994; Humblen, 2001; Schelenger et al., 2002).



על פי המודל להתמודדות עם מצבי דחק של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984), בתהליך ההתמודדות עם אירוע דחק טראומטי, הנפגע נעזר באסטרטגיות התמודדות ממוקדות ברגש וממוקדות בבעיה על מנת להגיע לאיזון רגשי. מאוחר יותר הגדירו קרבר, שייר, ווינטראוב (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) חמש עשרה סגנונות התמודדות המאפיינים כל אסטרטגיה. האסטרטגיה באמצעותה יתמודד הפרט עם מצב הדחק, תתבסס על הערכתו את המצב כמעורר תחושת איום, אובדן או אתגר וכן, לפי משאבי ההתמודדות העומדים לרשותו. הכוונה, למשאבים פנימיים כמו למשל, מיקוד השליטה, הערכה עצמית, ניסיון העבר ומשאבים חיצוניים כמו למשל, משפחה וחברים. בנוסף לכך, תושפע הערכת המצב ממשתנים מצביים הקשורים במאפייני האירוע כמו, סוג האירוע, חשיפה לאירועים טראומטיים אחרים וחומרת הפגיעה.

בתהליך ההתמודדות, עולה מאפיין קוגניטיבי נוסף, הקשור במשמעות שמעניק הפרט לאירוע טראומטי – כוונה למחשבות אילו (Counterfactual thinking). מחשבות אילו מוגדרות בספרות כתגובה קוגניטיבית אוניברסלית לאירועים שליליים, הבאה לידי ביטוי ביצירת אלטרנטיבה מדומה למציאות העבר (Roese, 1997). למשל, "אילו הייתי נשאר עוד מספר שניות בבית, לא הייתי עולה על האוטובוס שהתפוצץ ואז לא הייתי נפגע". על פי הניסיון הקליני והידע המחקרי, מחשבות אילו מהוות משתנה חשוב בתהליך ההתמודדות עם אירוע טראומטי ובכך, גם על מידת המצוקה הנפשית של הפרט. מחשבות אילו נוטות להופיע בתדירות גבוהה יותר ככל שהאירוע צפוי פחות ותוצאותיו שליליות יותר (העיסוק המחקרי האמפירי בהתפתחות מחשבות אילו, נעשה בעיקר במחקרי מעבדה ונבדק במחקר ספורדי מול אוכלוסיות שחו טראומה (Roese, 1997). לא נמצא מחקר שבדק מחשבות אילו בקרב קורבנות של מגוון אירועי טראומה ובכלל זה, נפגעי טרור. הרחבת ההבנה ביחס למחשבות האילו והשפעתן על התפתחותה של מצוקה רגשית, וכן על תהליך ההתמודדות, עשויים לתרום להרחבת הידע התיאורטי מחד ולידע בהבנת תהליך קוגניטיבי זה בקרב אנשים שחו טראומה כפגיעה בפיגוע טרור מאידך.

כאמור, תוצאות ההתמודדות עם אירועי דחק טראומטיים מושפעות הן ממאפייני האירוע, מאסטרטגיות ההתמודדות וממשאבי הפרט והן ממחשבות אילו. משתנים אלו מהווים משתנים

המתווכים בין הגירוי – אירוע הטרור, לתוצאותיו, דהיינו, רמת המצוקה הרגשית של הנפגע באירוע ותסמינים פוסט-טראומטיים. למרות מספרם הרב של הפצועים באירועי טרור בארץ, ולמרות החשיבות שבהבנת תהליך ההתמודדות, לא קיבל נושא זה תשומת לב מחקרית מספקת. בעוד שמשאבים רבים מושקעים בטיפול פיזי ובשיקום הנפגע, מספר מועט של מחקרים מתמקדים בהבנת התהליכים הקוגניטיביים של אוכלוסייה זו וביישום קליני של ההתנהגויות המחזקות את קורבן הטרור שנפצע ואלו המסכנות את איזונו הנפשי. לפיכך, מטרת המחקר הנה לדון בסוגיות אלו הן במישור התיאורטי והן במישור הטיפולי, כלומר, לבדוק את הקשר בין אסטרטגיות התמודדות, מחשבות אילו, משאבים פנימיים וחיצוניים ומשתני מצב לבין מצוקה נפשית ותסמונת פוסט טראומטית בקרב פצועי פיגועי הטרור, ולאתר דרכי טיפול שיאפשרו איתור של אוכלוסייה בסיכון גבוה יותר לתסמינים פוסט-טראומטיים ומצוקה רגשית, כך שניתן יהיה להתאים את תוכנית הטיפול לפרט הנפגע באופן שיענה על צרכיו הספציפיים.

## 2. רקע מדעי

### 2.1 דחק פסיכולוגי

#### 2.1.1 הגדרת מצבי דחק

המושג דחק, על פי התיאוריות הדנות בהתמודדות הפרט במצבי דחק כולל דחק פיזיולוגי – דחק הפוגע ברקמות הגוף ומעורר שנויים פיזיולוגיים (Selye, 1956); בתחום חברתי – דחק מתייחס לפגיעה בשלמות המערכת החברתית (Smelser, 1963); ודחק פסיכולוגי – המתייחס לתהליכים קוגניטיביים המעורבים בהערכה של האיום על האיזון הרגשי וכמאיימת על שלמותו הנפשית (Lazarus, 1966).

הספרות התיאורטית מבחינה במצבי דחק בהם הדגש על הגורם הסביבתי-אובייקטיבי, הגורם האישיותי סובייקטיבי, ואלו המדגישות את האינטראקציה שבין הפרט למערכת הסביבתית (Farrington, 1980). הבסיס התיאורטי של עבודה זו הוא מודל הדחק של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984). גישה זו נתפסת כגישה אינטראקציונית מקיפה בתחום ההתמודדות עם דחק ומדגישה את יחסי הגומלין של הפרט עם סביבתו. הייחוד שבמודל זה קשור בתפקיד המרכזי שממלא הפרט בהערכת מצב הדחק ובטיפול בו. הפרט ניתפס בגישה זו כיצור חושב המנתב באופן פעיל את יחסיו עם סביבו ושואף לשליטה במצב (Roskies, 1987). בנוסף, יעשה שימוש במודל התגובה לטראומה של הורוביץ (Horowitz, 1982), המבוסס על המודל של לזרוס ופולקמן, ומתאר בהרחבה את מאפייני תגובתו הרגשית של הפרט למצבי דחק טראומטיים.

לזרוס, באחת מעבודותיו הראשונות (Lazarus, 1966) הגדיר את מכלול תחומי ההתמודדות של הפרט עם מצבי דחק, תוך שימת דגש על תפיסת הדחק כקשור בגורמים סביבתיים, פנימיים או לשניהם, הפוגעים בפרט במישור פיזיולוגי, חברתי ופסיכולוגי, וביכולת התגובה של הפרט למצב. באופן זה, אחד המאפיינים המרכזיים של דחק הוא ההתייחסות לקשר בין הפרט לסביבה. גירוי חיצוני יחשב כדחק רק במידה ונתפס על ידי הפרט כאיום על שלמותו הגופנית או הפסיכולוגית. התגובה לדחק תלויה לא רק בגורמים חיצוניים, כמו מאפייני האירוע, אלא גם במשאבים אישיותיים כמו מיקוד שליטה והערכה עצמית וגורמים פסיכולוגיים כמו רמת חרדה ודיכאון ובמשאבים חברתיים ותרבותיים כמו מערכת תמיכה בלתי פורמלית ופורמלית

והלגיטימציה לבקשת עזרה. קשר הגומלין בין הפרט לסביבתו נקרא טרנסאקציה והוא מאופיין בהדדיות ובדו-כיווניות. הפרט מעריך את מאפייני הקשר עם דרישות הסביבה ואת השלכותיו על רווחתו. אירוע או מצב יחוו כגורמי דחק כאשר יתפסו כך על ידי הפרט, זאת, כחלק מתהליך הערכה קוגניטיבית זו שלבי – הערכה ראשונית (Primary Appraisal) והערכה שניונית (Secondary Appraisal). הערכה ראשונית מתייחסת למידה בה מעריך הפרט את היותו בסכנה. במידה והפרט מעריך כי קשר הגומלין עם סביבתו כרוך באיום או בנזק ממשי, יחווה הפרט את המצב כדחק. הערכה שניונית מתייחסת להערכת הפרט את יכולתו להתמודד עם מצב הדחק, בהתאם למשאבים העומדים לרשותו. כתוצאה של הערכה זו, יבחר הפרט באסטרטגיות התמודדות היעילות ביותר, שיאפשרו הפחתה בעוצמת המצוקה הרגשית והגדלת תחושת שליטה (Lazarus, 1966). אנשים שונים מעריכים את דרישות הסביבה בצורה שונה, כמו גם את משאביהם האישיים. יתרה מזאת, בנסיבות שונות יעריך אותו אדם את דרישות הסביבה ומשאביו באופן משתנה. מכאן, שהערכה הינה תהליך דינמי (Lazarus & Folkman, 1984).

#### 2.1.1.1 אסטרטגיות התמודדות עם מצב דחק

לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984) הגדירו התמודדות כמאמץ מתמשך לשנוי קוגניטיבי והתנהגותי, המכוון לטפל בדרישות ספציפיות חיצוניות ו/או פנימיות שהוערכו כמכבידות או ככאלה שאינן עולות בקנה אחד עם כמות המשאבים שהפרט מעריך כזמינים לו. ההתמודדות מתבצעת תוך שימוש באסטרטגיות התמודדות המוגדרות כפעולות קוגניטיביות וההתנהגותיות אותן מפעיל הפרט במטרה לטפל במצבי דחק. תהליך ההתמודדות עם מצבי דחק יושפע מתהליכים פנימיים מודעים (המציאות המודעת) ומאלה הבלתי מודעים (מנגנוני הגנה). מתוך הבנה שהתמודדות הנה תהליך מורכב, המערב תהליכים פנימיים וחיצוניים, מתאר לזרוס שתי אסטרטגיות מרכזיות להתמודדות:

א. אסטרטגיה ממוקדת בבעיה (Problem focused coping) – המאמצים הקוגניטיביים וההתנהגותיים מופנים לשינוי ישיר של היחסים בין הפרט לסביבתו על ידי פתרון בעיות. הפרט יבחר באסטרטגיה זו כאשר יעריך כי התנאים הקיימים ניתנים לשינוי. התמודדות מסוג זה כוללת אסטרטגיות המכוונות כלפי שינוי פנימי אישיותי כגון: שינוי רמת שאיפות, גילוי

מקורות חילופים לסיפוק, איסוף מידע ולמידת מיומנויות התנהגותיות חדשות, כמו-גם אסטרטגיות המכוונות כלפי שינוי חיצוני סביבתי כגון: שינוי במשאבים החברתיים או הכלכליים.

ב. אסטרטגיה ממוקדת ברגש (Emotion focused coping) – המאמצים הקוגניטיביים וההתנהגותיים מכוונים לוויסות המצוקה הרגשית הנגרמת בעקבות האיום. התמודדות זו מופעלת כאשר הפרט מעריך בשלב זה של ההתמודדות כי צמצום המצוקה הרגשית טמון בפעולות כגון: ונטילציה רגשית ופחות בפעולות אקטיביות שנועדו להביא לשינוי בתנאי ההתמודדות. התמודדות זו כוללת מספר אסטרטגיות קוגניטיביות כגון: הימנעות, יצירת מרחק, מינימיזציה של האיום, יצירת השוואות חיוביות עם מצבו של האחר ומציאת ערך חיובי לאירוע שלילי ובנוסף אסטרטגיות התנהגותיות – רגשיות כגון: אוורור כעס, חיפוש תמיכה רגשית.

על פי לזרוס ופולקמן אין לסווג את מידת היעילות של האסטרטגיות רק לפי סוגן, כי אם על פי תוצאות ההתמודדות, כלומר, בהתאם למידת ההפחתה במצוקת הפרט הנובעת מתהליך ההתמודדות (Pearlin & Schooler, 1978; Lazarus & Folkman, 1984).

על לפי קרבר ושותפיו (Carver et al., 1989), נטען כי החלוקה לשתי אסטרטגיות בלבד אינה משקפת טווח רחב יותר של סגנונות התמודדות, שזוהו בתגובות למצבי דחק. לפיכך, הם סווגו את אסטרטגיות ההתמודדות על פי מודל רב ממדי והוגדרו 15 סגנונות התמודדות. חמישה נחשבים כאסטרטגיות ממוקדות בבעיה וכוללים: התמודדות פעילה, תכנון, דיכוי פעולות מתחרות, איפוק וחיפוש תמיכה חומרית. עשרה נחשבים כאסטרטגיות הממוקדות ברגש וכוללים: חיפוש תמיכה רגשית, מיקוד ברגש ושחרורו, ניתוק התנהגותי, ניתוק מחשבותי, ראייה חיובית וצמיחה, הכחשה, קבלת מצב, פניה לדת, הומור והתנתקות ע"י שימוש באלכוהול וסמים.

הספרות מבחינה בין התמודדות כתכונה אישיותית יציבה (Trait) ובין זו שהיא דינמית ומשתנה בהתאם לסיטואציה (State), (Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1984). כאשר קיימת שונות כה גדולה בסוג האירועים, בעוצמתם וזמן התרחשותם, נראה כי הבחירה

באסטרטגיה מסוימת תושפע ממכלול הגורמים המרכיבים את הסיטואציה, הסביבה האדם והאינטראקציה ביניהם (Lazarus, 1993).

### 2.1.1.2 משאבי התמודדות עם מצבי דחק

בחירת אסטרטגיית התמודדות והמשמעות שאדם ייחס לאירוע הדחק, מושפעות גם מתפיסת הפרט את המשאבים הפנימיים והחיצוניים העומדים לרשותו, כחלק מתהליך ההערכה השניונית. משאבי התמודדות פנימיים כוללים משאבים אישיותיים כמו מיקוד שליטה, הערכה עצמית ורמת אופטימיות (Lazarus & Folkman, 1984; Pearline & Schooler, 1978), וכן, משתנים דמוגרפים כמו גיל, שנות לימוד, ארץ מוצא והתנסויות קודמות בהתמודדות עם מצבי דחק (Moos & Schaefer, 1984). משאבי התמודדות חיצוניים כוללים תמיכה בלתי פורמלית כמו קרובי משפחה חברים וכו', ותמיכה פורמלית כמו מטפלים, שירותי רווחה שירותי בריאות וכו'. מידת הפער בין הערכת המשאבים העומדים לרשות הפרט לבין הערכת המשאבים להם הוא נזקק לשם התמודדות יעילה, יהווה גורם מרכזי שישפיע על מהלך ההתמודדות ועל תוצאותיה. רמתם וזמינותם של המשאבים אינן קבועות והן תלויות בשלב החיים בו הפרט נמצא (Lazarus & Folkman, 1984).

#### **א. משאבים פנימיים: מיקוד שליטה**

אחד המשאבים הפנימיים שזוהה כמרכזי בתהליך ההתמודדות הוא מיקוד השליטה (Locus of Control). מושג זה פותח ע"י רוטר (Rotter, 1966) ומתייחס לתחושה כללית שיש לאדם לגבי יכולתו לקבוע ולהשפיע על מסלול חייו ולדרך בה הוא תופס את הקשר הסיבתי בין התנהגותו והתמורות או הקשיים שחווה כתוצאה מכך (Lefcourt, Miller, Ware & Sherk, 1981). מיקוד השליטה נע על רצף שקוטבו האחד פנימי והאחר – חיצוני, ונתפס כמאפיין אישיות. אנשים בעלי מיקוד שליטה פנימי מאמינים כי מה שקורה בחייהם תלוי בעיקר בהם עצמם, בעוד אנשים בעלי מיקוד שליטה חיצוני מניחים כי מהלך חייהם נקבע על ידי גורמים חיצוניים כמו כוח עליון או גורל.

ההנחה היא כי קיים קשר בין מיקוד השליטה המאפיין את הפרט לבין התנהגותו במצבי דחק. בעוד בעלי מיקוד שליטה פנימי נוטים לשימוש באסטרטגיה ממוקדת בבעיה, בעלי מיקוד שליטה חיצוני נוטים לשימוש באסטרטגיות ממוקדות רגש (Anderson, 1977). לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984) מדגישים את הקשר בין יחוס הצלחה או כשלון לגורמים חיצוניים או פנימיים לבין תוצאות ההערכה השניונית-הערכת משאבי ההתמודדות. הייחוס של תוצאות האירוע לגורמים חיצוניים, בהם מידת השליטה נמוכה או לגורמים פנימיים, בהם מידת השליטה גבוהה יותר, ישפיע על תחושת השליטה באירוע ובהשלכותיו ובכך, גם על מידת המצוקה הרגשית.

### **ב. משאבים חיצוניים: תמיכה בלתי פורמלית**

משאב חיצוני הכולל תמיכה בלתי פורמלית הניתנת על ידי משפחה וחברים וכן תמיכה פורמלית, הניתנת על ידי גורמים מקצועיים. קפלן (Kaplan, 1974), מגדיר תמיכה בלתי פורמלית כמידה בה מספקים אחרים משמעותיים את צרכי הפרט במושגים של חיבה, שייכות ותחושת בטחון. קפלן כולל במרכיבי התמיכה הבלתי פורמלית: א. תמיכה רגשית כהבנה, קבלה ועידוד ב. תמיכה מעשית-אינסטרומנטלית, כמו מתן אינפורמציה, ליווי לטיפול רפואי, עזרה במילוי התפקידים במשפחה וסיוע חומרי. מערכת התמיכה הבלתי פורמלית מכילה מגוון פעולות ויחסים המספקים הן עזרה ממשית והן תחושת חיברות שייכות ואהבה לאחר המשמעותי (Hobfoll & Stephens, 1990; Lazarus, 1966). לתמיכה הבלתי פורמלית קשר חיובי עם יכולת ההתמודדות של הפרט במצבי דחק. מקורות תמיכה נרחבים יתרמו לירידה בתחושת המצוקה הרגשית, בעוד מחסור במקורות אלה יגרום לעליה בתחושת המצוקה (Moos & Schaefer, 1984) אופן השימוש במערכת התמיכה קשור באסטרטגיות ההתמודדות המאפיינות את הפרט. שימוש באסטרטגיה ממוקדת בבעיה עשוי להתמקד בעיקר בתמיכה מעשית, בעוד שימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש, יתמקד בעיקר בתמיכה רגשית (Lazarus & Folkman, 1984).

תהליך ההתמודדות עם אירוע דחק שלילי, מעורר בדרך כלל מחשבות אילו, מחשבות אילו מוגדרות כיכולת הקוגניטיבית לדמיין אלטרנטיבות למציאות ונחלקות למחשבות אילו עולות ומחשבות אילו יורדות (Roese & Olson, 1995).

מחקרים רבים בדקו מחשבות אילו בתנאי מעבדה. המחקרים מתמקדים בתנאים בהם מתעוררות מחשבות אלה, בתכני המחשבות והשלכותיהן על התמודדות הפרט עם מצבי דחק וטראומה (Roese & Olson, 1995; Roese, 1997). המאפיין המרכזי של מחשבות האילו הוא יצירת מחשבה המנוגדת לעובדות, ושונה מתוצאות האירוע שהתרחש במציאות. האדם מדמה או משער מה היו יכולות להיות תוצאותיה של ההתרחשות המדומה שיצר בדמיונו. המחשבה מנוסחת לרוב כמשפט תנאי וכוללת אירוע חלופי בעל תוצאה שונה מזו שהתרחשה בפועל, שיש לה קשר סיבתי לאירוע האלטרנטיבי. מחשבת האילו כוללת שני מרכיבים מרכזיים: אירוע חלופי ותוצאה חלופית (Roese & Olson, 1995; Roese, 1997). לדוגמא: "אילו לא הייתי נוסע בדרך זו, לא הייתי מחליק וכך לא הייתי קורבן לתאונה". רוז ומרקמן ושותפיו (Roese 1997; Markman, Gavanski, Sherman & McMullen, 1993), מבחינים בין מחשבת אילו נוטה כלפי מעלה (Upward counterfactual), המשווה את אירועי המציאות לאירוע אלטרנטיבי טוב מזה שהתרחש. לעומתן, מחשבות אילו נוטה כלפי מטה (Downward counterfactual), המשוות את אירועי העבר לאירוע גרוע יותר מזה שהתרחש במציאות (Roese & Olson, 1995).

למחשבות האילו השפעה הן על התחושה הרגשית והן על ההתנהגות, ולהן השלכות על ההתמודדות לטווח קצר ולטווח ארוך. השפעות אלו יוצאות לפועל באמצעות שני מנגנונים:

1. השפעות הנובעות מיצירת הניגוד לאירועי המציאות, בהתאם לסוג מחשבת האילו. הן נתפסות כיעילות פחות ולעיתים משפיעות לטווח קצר, משום שההשוואה והניגוד בין תוצאת המציאות לתוצאת מחשבות האילו משפיעות בעיקר על צמצום התחושה הרגשית השלילית (פחד, דיכאון) ואינן משפיעות על מידת המוכנות לאירוע דומה בעתיד. 2. השפעות הנובעות מייחוס סיבתי לאירוע והסקת מסקנות לגבי אירועים בעתיד. השפעת תהליך יחוס הסיבתיות נתפסת כיעילה יותר מהשפעת הניגוד, משום שיצירת קשר סיבתי בין אירוע שלילי לאירוע



מקדים מאפשרת מתן משמעות לאירוע ומעלה את תחושת השליטה והמוכנות לאירוע עתידי (Roese, 1997).

רוז (Roese, 1997) מתאר שני שלבים ביצירתה של מחשבת האילו: 1. שלב ההפעלה-הגירוי, מעורר את הפעלת מחשבת האילו. 2. שלב מתן תוכן ספציפי – הנטייה לבחור בסוג מחשבת אילו (למעלה או למטה) ולאילו מתוצאות האירוע ינסה הפרט לדמות אירוע אלטרנטיבי.

#### 2.1.2.1 הגורמים המשפיעים על הפעלת מחשבות אילו

1. רגש שלילי: המתלווה לאירוע כלשהו יוצר מחשבות אילו בשכיחות גבוהה יותר ממצב המעורר רגש חיובי (Davis, Lehman, Wortman, Silver, Thompson, 1995; Roese & Olson, 1995). זאת, משום שרגש שלילי יוצר הפעלה ספונטנית של מחשבות אילו ומניע את האדם ליצור הדמיה של העבר שבו לא התרחש האירוע השלילי. במצב זה, מחשבת האילו עשויה להכין את הפרט להתמודדות עם מצב דומה בעתיד, באמצעות יצירת מודעות לפעולות העשויות למנוע הישנות של האירוע (Roese, 1997).

2. המצאות אלטרנטיבות בולטות לתוצאה שהתקבלה במציאות: מחשבת אילו נוטה להתעורר בתדירות גבוהה יותר כאשר קיימת אלטרנטיבה הגיונית ואפשרית לזו שהתרחשה, שיכולה הייתה להביא לתוצאות שונות מאלו המציאותיות. האירועים המקדימים או האירוע עצמו נתפסים כברי שינוי (Mutability) ולכן, יביאו ליצירת מחשבות אילו מרובות (Gleicher et al., 1990).

3. קירבה: המידה שבה אדם היה קרוב להשגת המטרה שהוחמצה או להימנעות מהאירוע השלילי שהתרחש תשפיע על התעוררותן של מחשבות אילו. ככל שרמת הקירבה בין התוצאות במציאות לבין ההימנעות מתוצאות אלו רבה יותר, יטה הפרט ליצור מחשבות אילו רבות יותר (Roese & Olson, 1995; Meyers-Levy & Maheswaran, 1992).

4. משמעות האירוע: ככל שתוצאותיו של האירוע משמעותיות יותר ובעלות השפעה רבה יותר לטווח ארוך, תעלה שכיחות הופעתן של מחשבות האילו (Davis et al., 1995).

5. גורם ההפתעה באירוע: אירוע פחות צפוי, מעלה את שכיחותן של מחשבות האילו (Sanna & Turley, 1996).

### 2.1.2.2 הגורמים המשפיעים על תוכן מחשבות אילו

1. מידת הסטייה מהנורמות האישיות: קהנמן ומילר (Kahneman & Miller, 1986) טוענים כי המידה בה סטה האירוע מהנורמה האישית המאפיינת את הפרט, למשל, קבלת ציון נמוך לאדם שבדרך כלל מקבל ציונים גבוהים, תשפיע על תוכן מחשבת האילו. כאשר האירוע סוטה באופן משמעותי מהנורמה האישית המוכרת, מחשבות האילו "מחזירות" את האירוע לנורמה זו, והסטייה מתוקנת לכאורה. נבדקים נוטים בדרך כלל לשנות במחשבתם את האספקט הסוטה מהנורמה באירוע. למשל, אדם שבחר דרך שונה מזו שבא היה רגיל לנסוע, ונפגע בתאונה, יפתח מחשבות אילו העוסקות בתוצאה אפשרית מנוגדת, כלומר, אם השינוי במסלול הנסיעה לא היה מתרחש (Kahneman & Tversky, 1982).
2. פעולה לעומת חוסר פעולה: הפרט נוטה יותר לשנות במחשבותיו פעולות שנעשו והביאו לתוצאות שליליות, מאשר חוסר פעולה שגרם לתוצאה שלילית (Byrne & McEleney, 2000).
3. שליטה: אנשים נוטים לדמות במחשבות האילו מצבים אותם הם תופסים כברי שליטה. למשל, נמצא כי נבדקים ששחקו במשחק מזל, העדיפו שנוי היבטים של המשחק שהיו בשליטתם כגון: שינוי בזמן המשחק או שינוי במידת האימון לקראת המשחק (Markman et al., 1995; McCloy & Byrne, 2000).
4. הבדלים בין אישיים: בני אדם שונים שחוו אירועים דומים באופיים, פיתחו מחשבות אילו בעלות תוכן שונה. מספר מאפייני אישיות אותם כמסבירים תופעה זו. אנשים בעלי הערכה עצמית גבוהה, רמה גבוהה של אופטימיות או מיקוד שליטה פנימי, יטו ליצירת מחשבות אילו כלפי מטה בעוד אלו המאופיינים בהערכה עצמית נמוכה, רמת אופטימיות נמוכה ומיקוד שליטה חיצוני, יטו ליצור יותר מחשבות אילו כלפי מעלה (Roese & Olson, 1995; Eck & Kite, 1997).
5. יחוס סיבתיות שגויה: לעיתים יצור הפרט מחשבות אילו ביחס לאירוע יוצא הדופן הבולט ביותר מבחינת השתלשלות האירועים שקדמה לאירוע הטראומטי. אין מדובר באירוע

המהווה את הסיבה האמיתית לתוצאות הטראומטיות לכן, עשויה להתעורר אמונה שגויה ביחס לסיבתיות. מצב זה עשוי ליצור רגשות אשם בלתי מבוססים ( Sherman & McConnell, 1995). דוגמא, ילד לא רצה ללכת לביה"ס ביום מסוים כי לא הרגיש טוב, אמו לחצה עליו ובדרך, נהרג בפיגוע. האם עשויה לחוש אשמה על כך שלא נענתה לבקשתו ולהאמין שתוצאות האירוע היו, כביכול, בשליטתה.

6. אי רלוונטיות עתידית: כאשר האופציה להישנות האירוע נמוכה, לדוגמא, במקרה של מות ילד בפיגוע, מחשבת אילו הנוטה כלפי מטה אינה פונקציונלית שכן, אין בנמצא אלטרנטיבה גרועה יותר להשוואה ולכן, יהיו יותר מחשבות אילו כלפי מעלה ( Strathman, Gleicher, Boningen & Edwards, 1994).

### 2.1.2.3 הקשר בין מחשבות אילו לבין התמודדות עם מצב דחק ואסטרטגיות התמודדות

הקשר בין מחשבות אילו לבין התמודדות עם מצבי דחק יכול לבוא לידי ביטוי בשתי דרכים מרכזיות:

1. בתהליך ההערכה: מחשבת אילו הנוטה כלפי מעלה עשויה להשפיע על ההערכה הראשונית כך, שהתחושה השלילית שהיא שמעוררת גורמת לפרט להעריך את האירוע כאיום, ולהכיר בחריגותו ובצורך בבדיקת משאבי התמודדות העומדים לרשותו. הקשר בין מחשבת אילו לבין ההערכה השניונית טמון בהבנת הסיבה להתרחשות האירוע. מצב זה עשוי להשפיע על הערכת משאבי ההתמודדות כלומר, הבנת הסיבתיות לאירוע נתפסת כמשאב, מאחר והיא מגבירה או מפחיתה את תחושת השליטה וכך, גם את היכולת להתמודד עם האיום שיצר האירוע (Roese, 1997).

2. באסטרטגיות ההתמודדות: מחשבות אילו נוטות למטה יכולות להיות יעילות במיוחד כאשר הפרט נוטה לאסטרטגיות ממוקדות ברגש. הן מספקות מדד להשוואה, המציג את המציאות באופן גרוע פחות מהמציאות הקיימת ולכן, יכול לעורר רגשות חיוביים (Roese, 1997; Taylor & Schneider, 1989). מחשבות אילו נוטות כלפי מעלה, יכולות להיות יעילות הן כשהפרט נוטה לאסטרטגיה ממוקדת בבעיה והן כאסטרטגיות ממוקדות ברגש, בשל תרומתן כהכנה לעתיד (החלק ההסקתי) ופיתוח תחושת שליטה לאור הבנת הסיבה לאירוע השלילי.

לעומת זאת, מציינים סנה וסנה ושותפיו (Sanna, 1996; Sanna, Trey-Ames & Meier, 1999) כי אסטרטגיות ממוקדות בבעיה מיוצגות על ידי מחשבות אילו נוטות למטה משום שהן מאפיינות אנשים אופטימיים בעלי הערכה עצמית גבוהה ואילו אסטרטגיות ממוקדות ברגש מיוצגות על ידי מחשבות אילו נוטות למעלה עקב היותן קשורות במצוקה רגשית גבוהה ומאפיינות אנשים פסימיים בעלי הערכה עצמית נמוכה. אולם, החוקרים מציינים כי באירועי טראומה קיצוניים כאירוע טרור יתכן והפרט לא יוכל לייצר מחשבות אילו נוטות למטה למרות השימוש באסטרטגית ממוקדת בבעיה, עקב הקושי לחשוב על אלטרנטיבה גרועה יותר מהמציאות.

נראה כי הפונקציונליות של מחשבות האילו, בדומה להפעלת אסטרטגיות ההתמודדות, קשורה ראשית בתגובה לאירוע שלילי, אולם על פי (Roese, 1997) מדובר במנגנון ביולוגי פנימי, שתפקידו לאותת כי משהו אינו כשורה, במטרה לעורר כוונות והתנהגויות רלוונטיות לאירוע. כלומר, מחשבות אילו הנוטות למעלה או למטה עשויות להיות במתאם עם אסטרטגיות התמודדות רלוונטיות כפי שתואר. אולם, הן מופיעות בשלבים מוקדמים לאחר האירוע ולמעשה לא נתפסות כאסטרטגית התמודדות. דויס (Davis, 2000) מוסיף כי מאחר ומחשבות אילו עשויות להמשך זמן רב אחרי סיום האירוע הן עשויות להפוך לגורם המונע תחושת ביטחון ויהוו עיכוב בהתמודדות עם האירוע הטראומטי. הפרט ינסה לפתח אסטרטגיות התמודדות במטרה לחסום את מחשבות האילו. בהקשר זה מציינים אל לייטי בראון ורובינס (El Leithy, Brown, Robbins, 2006) כי, המשך יצירת מחשבות אילו לאחר אירוע טראומטי ימנע מהפרט "להדחיק" את האירוע ועשוי להגביר את הסימפטומים הפוסט טראומטיים ולעכב החלמה. דויס (Davis, 1998) מסביר כי הופעת מחשבות אילו לאחר אירוע שלילי טראומטי תהיה קשורה לניסיון להטמיען בתבניות קוגניטיביות המקובלות על מנת לאפשר לפרט שימוש באסטרטגיות ההתמודדות בהתאם לצרכיו.

לסיכום, נראה שתפיסת מצב כאירוע דחק קשורה ביצירת מחשבות אילו ובהערכת הפרט את המשאבים העומדים לרשותו ולהם השפעה על אסטרטגית ההתמודדות עימה יבחר לעשות שימוש לאחר אירוע שלילי או טראומטי.

## 2.2 טראומה ותגובה פוסט טראומטית

### 2.2.1 התפתחות ההגדרה של מצבי דחק טראומטיים

ההבדל בין מצבי דחק שאינם טראומטיים לבין אירועים טראומטיים קשור למידה בה האירוע יוצא דופן בעוצמתו וכן לדרישות ההסתגלותיות של הפרט בעקבות האירוע. כמו כן, למידה בה האירוע ערער את האמונות וערכי היסוד של הפרט ( Holmes & Rahe, 1967; Lazarus & Folkman, 1984). מצבי דחק טראומטיים מוגדרים כחוויה או עדות לאירוע בו הייתה סכנה ממשית לחיי הפרט או לשלמות הפיזית של גופו או של אדם אחר, כאשר האדם שנחשף לאירוע הגיב בפחד עז, חוסר אונים או אימה (DSM IV)

תגובות לאירועים טראומטיים, נסיבות הופעתן והאטיולוגיה שלהן מתוארים כבר במאה ה-19. פרויד וברוור (Breuer & Freud, 1895) היו הראשונים שהתייחסו להיבטים הרגשיים שבתגובה לאירוע טראומטי. בתחילה התייחסו לטראומה פסיכולוגית כתגובה לאירוע מציאותי קשה, המעורר מתח, כאב ופחד ויוצר את מה שכוונה ה"נוירוזה הטראומטית". מקורה בהתעוררות טראומות מודחקות מהילדות. בהמשך, גינט (Janet, 1925) ניסח את מאפייני ההשפעה של אירועים טראומטיים על תפקודו הרגשי של הפרט. לטענתו, האדם מגיב לחוויה טראומטית בפרץ רגשות של חרדה וכעס. כאשר אינו מסוגל לשלוט ברגשותיו, הוא עשוי לפתח תגובה דיסוציאטיבית. מלחמת העולם השנייה הייתה נקודת מפנה בהתייחסות המחקרית לתגובות רגשיות לאירוע טראומטי, בפרט לאירועי קרב. בתקופה זו החלו לקשור בין חשיפה לטראומה לבין התפתחותם של תסמינים קליניים נפשיים. קרדינר (Kardiner, 1941) אף זיהה כי הסינדרום שנוצר כתוצאה ממלחמה והנוירוזה הטראומטית המופיעה בקרב אזרחים, דומים.

ההתייחסות התיאורטית והמחקרית לתסמונת זו התגבשה בעיקרה לאחר מלחמת ויטנאם, שהביאה הצפה בחיילים שסבלו ממגוון תסמינים נפשיים, שמנעו את חזרתם לתפקוד פיזי, חברתי ותעסוקתי. בשל כך, נוצר צורך להגדיר קריטריונים ברורים לתופעה זאת. כחלק מהצורך בהשגת שליטה וגיבוש מדיניות חוקתית, כלכלית וקלינית ( Shalev, Yehuda & Mcfarlane, 2000). אולם, רק בשנת 1980 הוגדרה ההפרעה הפוסט טראומטית ( Posttraumatic

(Stress Disorder (PTSD) בגרסא השלישית של ה-DSM כך, שניתן היה לחקרה בצורה שיטתית (Freedman & Shalev, 2000).

### 2.2.1.1 התגובה הפוסט טראומטית

המחקר על אירועי דחק טראומטיים התמקד בשנים האחרונות בתגובות הנפשיות המופיעות בטווח הקצר והארוך לאחר האירוע, ובגורמי הסיכון שישפיעו על הפיכתן לפתולוגיות-כרוניות (Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

מזהים כיום תגובה בעלת מספר שלבים, הנעה על רצף הכולל בצדו האחד תגובות נורמאליות לאירוע שאיננו נורמאלי ובצדו השני, תגובות פתולוגיות בהתאם למשכן ועוצמתן. תהליך ההתמודדות עם אירוע טראומטי כולל על פי רוב תגובות ראשוניות הקשורות בקושי להאמין באמיתיות האירוע, תגובות בכי והכחשה, בלבול, אמנסיה, נוקשות חשיבתית, עיסוק אובססיבי במחשבות סביב האפשרות שהאירוע היה נימנע, קהות (Numbing) ועוד. במקביל, יופיעו מחשבות חודרניות מלוות בתגובות כגון: מתח, דריכות והיפראקטיביות, מחשבות חוזרות על האירוע והשפעותיו, תחושה של חזרה לאירוע הטראומטי, חוסר יכולת להתרכז, פרץ בלתי נשלט של רגשות וסיוטי לילה (Horowitz, 1976; Yehuda & MacFarlane, 1995). ההכחשה או האמנסיה והמחשבות החודרניות יכולות להופיע לסירוגין, כחלק ממאפייני התגובה המיידית לדחק טראומטי זאת, עד לסיום תהליך האינטגרציה של האירוע לסכמות הקוגניטיביות הקיימות במידה והדבר אפשרי. שלב האינטגרציה מאופיין בירידה במחשבות החודרניות ובעליה בתחושת השליטה על הרגשות. תחושת החיבור למציאות גוברת, והאירוע מקבל משמעות אישית בחיי הפרט, כלומר, עובר אינטגרציה (Yehuda & McFarlane, 1995). (Jones, 2006).

רצף התגובה לאירוע טראומטי כולל מספר שלבים: הפרעת דחק אקוטית (Acute Stress Disorder – ASD); משבוע לאחר האירוע עד חודש לאחר האירוע, תסמונת פוסט טראומטית אקוטית (Acute Posttraumatic Stress Disorder – APTSD); עד שלושה חודשים לאחר האירוע, תסמונת פוסט טראומטית כרונית – תפ"ט (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD) (מעל שלושה חודשים לאחר האירוע) והפרעה פוסט טראומטית מאוחרת (Delayed Onset) כאשר

התפרצות הסימפטומים חלה מעל שישה חודשים לאחר האירוע (DSM-IV, 2000) יש לציין כי החל מהמהדורה רביעית של ה-DSM (DSM-IV, 1994) הוכנסו מספר שינויים בפנומנולוגיה של ההפרעה. תחת הניסיון להגדיר אירועים ספציפיים שהם טראומטיים דיים על מנת לעורר תגובת דחק, במהדורה זו נעשה ניסיון להגדיר את מאפייני האירוע ואת תגובתו (מצוקה רגשית סובייקטיבית) הרגשית של הפרט אליו. כלומר, הושם דגש הן על הגורם החיצוני (האירוע הטראומטי) והן על גורמים פנימיים – תפיסת האירוע כאיום ותחושת המצוקה הרגשית של הפרט. התסמינים המהווים קריטריונים לאבחנה של תפיסת על פי ה-DSM-IV-TR (2000) הנם:

1. חשיפה לאירוע טראומטי בו מתקיימים שני קריטריונים: האירוע מערב מוות או איום על החיים, פגיעה או איום על השלמות הפיזית של הפרט או אחרים. בנוסף, מעורר תגובת פחד חוסר אונים או אימה – קריטריון A.

2. סימפטום אחד לפחות של חוויה חוזרת של האירוע (Re-experiencing) כמו למשל, זיכרונות חודרניים חוזרים ומעוררי דחק של האירוע כולל דימויים מחשבות או תפיסות – קריטריון B.

3. לפחות שלושה סימפטומים המעידים על ירידת עניין בחיים והימנעות מהזכרות באירוע (Avoidance) כמו למשל, מאמצים להימנע מתחושות מחשבות ושיחות המתקשרות לטראומה – קריטריון C.

4. לפחות שני סימפטומים המעידים על עוררות יתר (Hyper-arousal) כמו למשל, קשיים להירדם או קושי להישאר ישן – קריטריון D.

5. משך ההפרעה יותר מחודש.

6. ההפרעה גורמת לדחק קליני משמעותי או פגיעה בתפקוד החברתי תעסוקתי.

בנוסף לתגובות הרגשיות המתוארות ב-DSM, ניתן להבחין בתגובות נוספות המרחיבות את הבסיס להבנת המצוקה הרגשית של הנפגע. תגובות אלו מהוות תחלואה נלווית (Co-morbidity) לתגובות הפוסט-טראומטיות: התמכרויות, דיכאון, התקפי חרדה, התרחקות וצורך להיות לבד, התמודדות עם בעיות רפואיות הנובעות מדחק מתמשך, חשיבה פרנואידי, חוסר יכולת להתמודד עם מצבי דחק נוספים, אלימות וכעס (Lipton, 1994).

נפגעי טרור שנפצעו פיזית, חשופים, בנוסף לטראומה הנובעת מעצם החשיפה לאירוע, לאיום וקשיים נוספים, הקשורים בהתמודדות עם ההשלכות של הפגיעה הפיזית, כמו טיפולים רפואיים, קשיי תפקוד ומוגבלות פיזית, לימוד מיומנויות חברתיות חדשות, התמודדות עם סטיגמה, פגיעה בדימוי גוף, איום מתמשך על החיים ותלות במערכות התומכות הפורמליות והבלתי פורמליות השלכות אלו תורמות להעצמה של התגובות הרגשיות המתעוררות עקב החשיפה לאירוע ( Pynoos, Sorenson & Steinberg, 1993; Shalev, Peri, Caretti & Schreiber, 1996; Moos & Schaefer, 1984; Njenga & Nicholls et al., 2004).

### 2.2.1.2 אפידמיולוגיה של התסמונת הפוסט טראומטית

המחקר האפידמיולוגי בתחום של תפי"ט צבר תאוצה בעיקר במהלך העשורים האחרונים ושם דגש על בדיקת שיעורי ההפרעה באוכלוסייה הכללית ובאוכלוסייה בסיכון, כלומר, אוכלוסייה שנחשפה לאירוע טראומטי על פי הגדרתו ב-DSM. מחקרים שנעשו בקרב האוכלוסייה הכללית מצביעים על שיעור גבוה של חשיפה לאירועים טראומטיים, על פי ברסלאו ושותפיו (Breslau, Kessler & Chilcoat, 1998) שיעור זה מתקרב ל-90% מהאוכלוסייה הכללית. האירועים השכיחים הינם מעורבות בחוויה טראומטית שעבר קרוב אהוב, חוויה של מוות פתאומי של קרוב אהוב ומעורבות באירוע שגרם נזק אישי. למרות השיעור הגבוה של הנחשפים לאירועים טראומטיים שכיחות התפי"ט באוכלוסייה הכללית הינו 7.8% בלבד (Kessler, Sonnega, Bromet, Nelson, 1995). כאשר מדובר באוכלוסיות בסיכון לפיתוח תגובות פוסט-טראומטיות, שיעור זה עולה ל-15% בקרב חיילים שהשתתפו במלחמת וויאטנם, על פי מחקרי ה-VES (Vietnam Experience Study, 1988) ו-37% בקרב חיילים שנלחמו במלחמת יום כיפור (Solomon, 1993). הממצאים לגבי שכיחות תפי"ט לאחר תאונות דרכים מעלים כי עד שנה לאחר האירוע, 9%-34% מהפצועים סובלים מהתסמונת (Mayou, Tyndel & Bryant, 1997; Kuch, Cox & Evans, 1996; Koren, 1999; Arnon & Klein, 1999; Koren, Arnon, Lavie & Klein, 2002; Hepp, Moergeli, Buchi, Wittmann & Schnyder, 2005; Hamanaka et al., 2006). כמו כן, אותרו 3%-5% נפגעי תפי"ט



בקרב נפגעי אסונות טבע (Hawthorne, 2003), ו-70%–55% נפגעי תפי"ט בקרב קורבנות אונס (Foa & Rothbaum, 1998).

השונות בשיעור התפי"ט המדווחת בספרות בקרב אוכלוסיות שחוו אירוע טראומטי, עשויה להיות קשורה בהבדלים מתודולוגיים ומאפייני האוכלוסייה (Kessler, 2000; Shalev et al., 2006; Hamanaka et al., 2006), וכן העצמת סימפטומים מתוך מטרות הקשורות ברווח משני (O'Brien & Nutt, 1998) בנוסף, להבדלים הקשורים בסוג האירוע, ומידת החשיפה אליו מבחינת קירבה גיאוגרפית ומבחינת מאפייני האירוע למשל, פגיעה פיזית, חשיפה למראות קשים, פגיעה בקרובים ועוד (Schlenger et al., 2002).

במחקרים שנערכו בקרב אוכלוסיית פצועי התקפות טרור ברחבי העולם עד לשנה לאחר האירוע, אותרו תסמיני תפי"ט בשכיחות של 28%–36%. גידרון (Gidron, 2002) מצא בסקירתו כי 28.2% בממוצע מהנחשפים ישירות לאירוע טרור במדינות שונות פיתחו את התסמונת. שיעור נפגעי התפי"ט (רובם פצועים) לאחר התקפת הטרור באוקלהומה עמד על 34.3% (North et al., 1999) שיעור התפי"ט בקרב 254 נפגעי טרור בצרפת בין השנים 1982 – 1987 עמד על 30.7% בקרב אלו שנפצעו פיזית (Aberhaim, Dab & Salmi, 1992). במחקרם של גליי ושותפיו (Galea et al., 2002) שבדק שיעורי תפי"ט בקרב 1008 תושבי מנהטן לאחר התקפת הטרור ב-11 לספטמבר עולה כי שיעור התפי"ט עומד על 20% ואילו שיעור נפגעי התפי"ט בקרב 2887 נפגעי טרור בניירובי עמד על 35% (Njenga et al., 2004).

במחקרים שנערכו בקרב נפגעי התקפות טרור בישראל, נמצא כי השיעור של אלו שפיתחו תפי"ט, דומה לשיעורם בקרב אוכלוסיית נפגעי טרור בעולם. מבין הנפגעים בפיגוע באוטובוס שדורדר לתהום על ידי מחבלים, עמד שיעור נפגעי התפי"ט על 33%, 6 חודשים לאחר האירוע (Shalev, 1992). במחקר נוסף שבדק שיעורי תפי"ט בישראל, על פי מידת החשיפה לאירוע, נמצא כי בקרב הנחשפים ישירות לאירוע טרור שיעור התפי"ט היה 35.7% (Shalev, Tuval, Fishman, 2006). (Hadar & Eth, 2006).

טראומטיים על פי התיאוריה הקוגניטיבית

התיאוריה הקוגניטיבית מתמקדת בהשפעתה של הטראומה על מערכת סכמות היסוד של הפרט ובשנוי הנדרש על מנת ליישב אמונות אלו או לבנותן מחדש, לאחר התערערותן עקב חווית האירוע הטראומטי מחד ואמנזיה מאידך. זאת, כחלק מתהליך ההתמודדות והשיקום. התיאוריה מדגישה את המחשבה כיוצרת רגש ומתרכזת במחשבות האוטומטיות היוצרות פרשנות ורגש (Foa & Rothbaum, 1998). ההחלטה לתאר את האטיולוגיה להתפתחות מצבי דחק טראומטיים על פי התיאוריה הקוגניטיבית, קשורה בהתמקדותה של התיאוריה הקוגניטיבית בתהליכי החשיבה לאחר האירוע הטראומטי בדומה לתיאורית הדחק ותיאורית מחשבות האילו המתמקדות בתהליכי הערכה וחשיבה של הפרט לאחר שחווה אירוע טראומטי. אמונות היסוד של האדם כוללות את התחושה שהעולם פועל באופן הגיוני ומאוזן, שהסיכון לפגיעה גופנית או נפשית הנו בר שליטה. כמו כן, הפרט נוטה להאמין בכך שבני האדם אינם מעוניינים להזיק בכוונה תחילה ושהעולם הנו מקום בטוח באופן יחסי עבורו, כמו-גם נשלט לפחות באופן חלקי. אמונות אלה הינן חלק מסכימה חשיבתית המקנה לפרט תחושת בטחון ומאפשרת קיום אורח חיים תקין (Person, 1995). תסמינים של זיכרון יתר באמצעות חוויה חוזרת של האירוע, נובעים מהקושי של הפרט לשלב את האירוע הטראומטי בסכמות הקוגניטיביות, שהיו קיימות לפני האירוע (Janoff-Bulman, 1985). למעשה, החוויה החוזרת משקפת על פי התיאוריה ניסיון של הפרט לתת משמעות אישית לאירוע ולהתאימו לתפיסתו את עצמו ואת העולם, כפי שהתגבשה קודם לאירוע, ולפתח את תחושת השליטה. הקושי בהטמעת האירוע בסכמות הקיימות נובע מדיסוננס קוגניטיבי הגורם לתפיסה דיספונקציונלית ששילוב האירוע בסכמות שקדמו לאירוע אינו אפשרי. מצב זה גורם לערעורן כך שלא ניתן לשלב את האירוע כחלק מהן או להבנות סכמות חדשות פונקציונליות. בכך, יהפוך הפרט לפגיע יותר. בניסיון לצמצם את הפגיעה במערך אמונות היסוד שקדמו לאירוע, ימנע הפרט מהטמעת האירוע הטראומטי כחלק אינטגרלי מתוכן. אולם, באופן פרדוקסלי, הניסיון ההגנתי משמר את הסימפטומים הקשורים במצוקה רגשית. ככל שערעור הנחות היסוד, מבחינת נורמות מקובלות, קבלת החלטות, תפיסת משמעות החיים ותובנות לגבי סיבתיות, גבוה יותר לפרט יהיו יותר מצוקה ותסמינים פוסט-טראומטיים (Bhushan & Hussain, 2007).

תתכן גם תגובה הפוכה, כלומר, הפרט ישנה את מערך אמונותיו באופן קיצוני זאת, מתוך ניסיון להימנע מטראומה עתידית. שינוי זה בסכמות הקוגניטיביות יביא להפרעה תפקודית-קוגניטיבית ורגשית, ויקשה על תהליך ההתמודדות עם הטראומה. כתוצאה מכך, עשויות להופיע תגובות רגשיות כגון פחד ובושה ובעיקר, תחושת אובדן הביטחון הבסיסי בקיום. במצב זה תגבר תחושת המצוקה (Rothbum, Meadows, Resick & Foy, 2000; Horowitz, 1976).

בהמשך לתפיסה זו, פואה ורוטבאום (Foa & Rothbaum, 1998) מבחינים בין תבנית (סכמה) פחד פתולוגית לבין תבנית פחד נורמטיבית. הפחד לפי עמדתם, קשור בתבנית קוגניטיבית שמטרתה פונקציונלית והשרדותית, להימלט מסכנה. כאשר פחד זה הנו מוכלל, אינטנסיבי, ועמיד בפני שנוי כלומר, הופך נוקשה ובלתי גמיש, גם כשהסכנה חלפה, עלולות להתפתח תגובות של הימנעות ועוררות יתר. תבנית זו מורכבת מהערכות ופרושים דיספונקציונליים של המציאות ושל מאפייני הגירוי-תגובה ומשמעות הנקשרים באופן בלתי פונקציונלי ולכן, יוצרים תגובת פחד נרחבת ובלתי מותאמת. תגובה זו תורמת להעלאת המצוקה הרגשית של הפרט לאחר אירוע טראומטי ופוגעת ביכולתו לתפקוד תקין.

#### 2.2.1.4 גורמי סיכון של ההפרעה הפוסט טראומטית

הספרות המחקרית הדנה בטראומה, מבחינה בשלוש קבוצות משתנים המהווים גורמים המעלים את הסיכון להתפתחות תגובה פתולוגית לאחר אירוע טראומטי, חלקם מאפיינים פצועים בלבד וחלקם מהווים גורמי סיכון עבור כל נפגע טראומה:

1. משתני טרום אירוע (Pretraumatic), כוללים את מאפייני הפרט לפני חשיפתו לאירוע, בעיקר מאפיינים אישיותיים. למשל, רמה גבוהה של חרדה, רמת אינטליגנציה נמוכה, מיקוד שליטה חיצוני ומאפיינים אישיים כהיסטוריה של אירועים טראומטיים, אי יציבות משפחתית בילדות או רקע של הפרעה נפשית אישית או משפחתית וכן, משאבים חיצוניים ודמוגרפים כגון: השכלה ומעמד סוציאקונומי נמוכים והשתייכות למין הנשי (Michaels, 1999; Brewin, Andrews & Valentine, 2000; McNaly, 2003; Ozer, Best, )  
(Lipsey & Weiss, 2003; Agaibi & Wilson, 2005).

2. משתנים הקשורים לאירוע עצמו ולתגובות הפרט כלפיו (Peri-traumatic), כוללים מאפיינים אובייקטיביים כגון, סוג האירוע, פציעה פיזית ומידת חומרתה, מהירות הגעת הצוותים הרפואיים ומאפיינים סובייקטיביים כגון, תפיסת מידת האיום על החיים, תפיסת פציעה, חשיפה למראות קשים בזירת האירוע, קירבה לנפגעים אחרים, מעורבות בגרימת המוות או הנזק ( Njenga et al., 1998; Blanchard & Hickling, 1998; Gidron, 2002; Koren, Norman, Cohen, Berman & Klein, 2005; 2004). בנוסף, את התגובות הפסיכולוגיות של הנפגע לאירוע כגון: תחושת חוסר אונים, דיסוציאציה ופחד תוך כדי האירוע (Ozer et al., 2003; Brewin et al., 2000; Michaels et al., 1999; McNaly, 2003).

3. משתנים הקשורים למהלך שלאחר האירוע (Posttraumatic), משתנים המשפיעים על מהלך ההתמודדות ארוך הטווח שלאחר האירוע כמו, הופעת תגובת דחק אקוטית (ASR), הופעת הפרעת דחק אקוטית (ASD), מידה נמוכה של תמיכה פורמלית ובלתי פורמלית ומהלך הטיפול הרפואי והפרוגנוזה הרפואית (Malt, 1994; Brewin, et al., 2000; Ozer et al., 2003).

במחקר שבדק את מידת הניבוי של שבעה גורמי סיכון (משתנים דמוגרפים, משתני רקע, משתני אירוע, תמיכה בלתי פורמלית) לניבוי PTSD ומצוקה רגשית (Brewin et al., 2000) מול משתנים קוגניטיביים בלבד כגון: מידת הערכת האירוע כשלילי, הרהורים בעלי מאפיין דיכאוני על תוצאות הטראומה, מצב רוח בחודש שאחרי האירוע ועוד, עולה כי המשתנים הקוגניטיביים מסבירים 76% מהשונות בתפ"ט ו-72% בדפרסיה בעוד גורמי הסיכון שהוזכרו המסבירים 45%–46% מהשונות במצב הרגשי של הפרט (Ehring, Ehler & Glucksman, 2006).

### **2.2.2 חשיפה לאירוע טרור כמצב דחק טראומטי**

חוקרים רבים (Parson, 1995; Snyder & Ford, 1987; Holloway & Fullerton, 1994) מגדירים השפעותיו של אירוע מכוון מעשי ידי אדם, כמו אירועי טרור, כמצב דחק טראומטי. ככזה, יוצר האירוע ערעור במכלול רחב של תפיסותיו ואמונותיו של הפרט לגבי עצמו ולגבי אחרים (Humblen, 2001). באופן כללי ניתן לומר כי ההגדרות השונות לאירוע טרור מדגישות את יחודו ביחס לאירועים טראומטיים אחרים כאסון לאומי שנגרם בידי אדם: אירוע טרור מוגדר

כאירוע אלים שתכליתו לזרוע אימה ופחד קולקטיביים, תוך כדי גרימת נזק לתחושת שלמותו, לגופו, לנפשו ולסביבתו של האדם. השימוש בטרור הנו בדרך כלל אמצעי להשגת מטרות פוליטיות (Gidron, 2002) ולכן, פוגע באופן מחושב ושיטתי באוכלוסייה אזרחית חפה מפשע וחסרת מגן, הנבחרת באקראי (Netanyahu, 1986; Parson, 1995). חקר התגובות הפסיכולוגיות לאסון התאומים בארה"ב, מצביע על תגובות פחד ואימה קיצוניות, שהובילו לערעור מערך הערכים ואמונות היסוד בקרב חלקים נרחבים של אוכלוסיית ארה"ב. במדגם של תושבי ניו יורק, לאחר אסון התאומים ב-2001, נמצא כי יותר מ-50% דווחו על סימפטום פסיכיאטרי חמור אחד כגון: חוויה חוזרת של האירוע או על שניים קלים עד בינוניים (DeLsini et al., 2003). במחקר המשווה בין ניצולי טרור וניצולי תאונות דרכים עולה כי שיעור נפגעי תפי"ט בקרב נפגעי הטרור במחקר זה, 4 חודשים לאחר האירוע, גבוה יותר (37.8% לעומת 18.7%). בנוסף, סבלו פצועי התקפות הטרור מיותר תסמיני דיכאון, חרדה, ודיסוציאציה מיד לאחר האירוע. זאת, כנראה עקב הנטייה של אירועי הטרור להיות נדירים יותר, זוכים לתשומת לב תקשורתית רבה ולכן זורעי פחד ואימה גבוהים יחסית לתאונות הדרכים (Shalev & Freedman, 2005).

מחקרים שבדקו תגובות פסיכולוגיות של קורבנות טרור בישראל, מדגישים אף הם כי התקפות הטרור הן גורם דחק טראומטי, משום שהוא מערב מספר לחצים בו זמנית – איום על החיים, איום על שלמות הגוף, פגיעה ואובדן של אחרים משמעותיים ואיום על הדימוי העצמי ועל ערכי הפרט. התגובות המיידיות לאירוע טרור כוללות אובדן שליטה וחוסר וודאות, פאניקה, דיכאון, חוסר אונים ואימת מוות (איילון, 1990; Shalev, Peri, Caretti & Yehuda, Bryant, 1996; Shalev, 1992; Shalev, 2002). יהודה בריאנט, מרמר וזוהר (Schreiber, 1996; Shalev, 1992; Shalev, 2002) מדגישים בסקירתם את גורמי הסיכון להתפתחות פתולוגיה לאחר אירוע טרור, גורמים פרה טראומטיים כגון פתולוגיה אישית ומשפחתית גורמים פרי-טראומטיים כגון התגובות הרגשיות במהלך האירוע וגורמים פוסט-טראומטיים כגון תמיכה בלתי פורמלית. אולם, הם מדגישים כי מידת הניבוי של חלק מהמשתנים הפרה-טראומטיים את תגובת האדם במהלך האירוע (פרי-טראומטי) עשויה להיות נמוכה יותר ככל שהחשיפה ישירה והאירוע קשה יותר.

### 2.2.2.1 פציעה פיזית באירוע טרור כמצב דחק טראומטי

במחקרים שנערכו בקרב אוכלוסיות שונות ברחבי העולם, שעברו טראומות מסוגים שונים כגון מלחמה או טראומה אזרחית כאלימות ואונס נמצא כי פציעה פיזית מעלה את רמתם ועוצמתם של תסמינים הפסיכופתולוגיים ואת המצוקה רגשית ( Resnik, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993; Helzer, Robins & McEvoy, 1987; Kilpatrick et al., 1989; Winfield, George, Swartz & Blazer, 1990).

בבדיקת 983 סטודנטים ישראלים שנחשפו לטראומות מסוגים שונים, נמצא כי רמת המצוקה הנפשית של קורבנות שנפצעו פיזית הייתה גבוהה באופן משמעותי מזו שנמצאה בקרב קורבנות שלא נפצעו (Amir & Sol, 1999).

במחקר אשר השווה חיילים שנפצעו לחיילים שלא נפצעו באותו הקרב, נמצא כי 16.7% מהחיילים שנפצעו פיתחו תסמיני תפי"ט בעוד 2.5% מהחיילים שלא נפצעו פתחו תסמינים דומים. בנוסף, סבלו החיילים שנפצעו מרמות חרדה ודיכאון גבוהות יותר בהשוואה לאלה שלא נפצעו (Koren et al., 2005). פציעה תגרום לעליה בשעורי התפי"ט גם בקרב קורבנות של אירוע טרור. שיעור התפי"ט בקרב 254 נפגעי טרור בצרפת הוערך ב-10.5% בקרב אלו שלא נפצעו וב-30.7% בקרב הפגועים פיזית (Aberhaim et al., 1992) ממצאי המחקר אשר בדק שעורי תפי"ט בקרב צוותי ההצלה בהתקפת הטרור על מגדלי התאומים מצביעים על פציעה פיזית כגורם סיכון מרכזי לסימפטומים פוסט-טראומטיים, בכל מקצועות ההצלה (Perrin et al., 2007), מממצאי מחקר שבדק 2887 נפגעי התקפת טרור בניירובי עולה כי פציעה פיזית קשורה ביותר לתסמינים פוסט-טראומטיים (Njenga et al., 2004).

בנוסף למאפייני הפציעה, גם לתגובות הרגשיות המתלוות בכל שלב התמודדות עם הפציעה, יש השפעה על תוצאות ההתמודדות עם האירוע (Horne & Schemitch, 1989; Morris, Sanchez, Bass & Mackenzie, 1991; Holbrook, Hoyt, Anderson, Hollingsworth-Fridlund & Shackford, 1994). מלט (Malt, 1994) מתאר את מהלך התגובה הרגשית לפציעה פיזית, על רצף של שלושה שלבים:

השלב החרף – מוגדר גם כשלב השוק. עשוי להמשך מספר שעות או ימים ובו, התגובה הרגשית נתפסת כתגובה נורמטיבית לסכנה ופציעה. תגובת חרדה/פאניקה חריפה הנה התגובה השכיחה ביותר בשלב זה (Blanchard & Hickling, 1998). אמנסיה דיסוציאטיבית ובלבול עשויים אף הם להופיע כתוצאה משילוב של השפעות פסיכולוגיות ופיסיולוגיות. יחד עם זאת, למיקום וסוג הפציעה, השפעה מוגבלת בלבד. מידת האיום על החיים, נסיבות האירוע והמשמעות האישית שמייחס הפרט לאירוע, מהווים משתנים מרכזיים שינבאו את התנהגות הפרט בשלב זה (Malt, 1994).

השלב התת-חרף – מתרחש מספר ימים או שבועות לאחר האירוע. לתגובות הפרט בשלב זה השלכות על תוצאות ההסתגלות בטווח הארוך בפרט על מצבו הנפשי והסיכון להתפתחות הפרעות פסיכיאטריות (Horowitz, 1976). מערכות התמיכה החברתית הופכות לגורם בעל השפעה על התמודדות הפרט, משום שבשלב זה עולים צרכים הממוקדים בהקלה רגשית ואינסטרומנטלית. שלב זה יאופיין בהתנהגויות כגון: שימוש בחומרים ממכרים, תלותיות, חשדנות והתנהגות הרסנית. סימפטומים אלו מופיעים לעיתים גם בקרב פצועים ללא הפרעות קודמות, ובתופעות סומאטיות כעייפות, כאב כללי ואי שקט. התגובות הנפשיות תכלולנה חרדה ודיכאון, סביב אובדן אמיתי או מדומה שנגרם לגוף (Calvert, 1995; Craige, Hancock, Dikson, ). בנוסף, עשויים הדימוי העצמי והמעורבות החברתית להיפגע ולגרום להעצמת המצוקה הרגשית (O'Donnell, Creamar, Bryant, Schnyder, 2000; Martin & Chang, 1990; Kennedy et al., 2001). כמו כן, במאפייני הפציעה כגון, פציעה הגורמת נזק פיזי קבוע או מידת המוגבלות הנגרמת לפרט. כמו כן, במאפיינים אישיותיים ובתופעות רגשיות, שהופיעו בשלבים הראשוניים לאחר הפציעה (Malt, 1994; Holbrook, Anderson, Sieber, Brower & Hoyt, 1998; Michael, ). התגובות לפציעה טראומטית בטווח הארוך מתחלקות למספר סוגים: הפרעות במצב הרוח כדיכאון, חרדה, פוביה פשוטה, פוביה חברתית, הפרעות סומטיות ותפי"ט (Mossey, 1999). מעגל ההימנעות בקרב קורבנות האירוע, משום שהוא יתקשה להתמודד לא רק עם חווית

השלב המתמשך – המשתנים המשפיעים על התגובות בטווח הארוך עשויים להיות קשורים במאפייני האירוע ובמאפייני הפציעה כגון, פציעה הגורמת נזק פיזי קבוע או מידת המוגבלות הנגרמת לפרט. כמו כן, במאפיינים אישיותיים ובתופעות רגשיות, שהופיעו בשלבים הראשוניים לאחר הפציעה (Malt, 1994; Holbrook, Anderson, Sieber, Brower & Hoyt, 1998; Michael, ). התגובות לפציעה טראומטית בטווח הארוך מתחלקות למספר סוגים: הפרעות במצב הרוח כדיכאון, חרדה, פוביה פשוטה, פוביה חברתית, הפרעות סומטיות ותפי"ט (Mossey, 1999). מעגל ההימנעות בקרב קורבנות האירוע, משום שהוא יתקשה להתמודד לא רק עם חווית

האירוע הטראומטי אלא גם עם זיכרונות הקשורים בטיפול רפואי ועם תוצאות הפציעה ( Malt, 1988). חשוב לציין כי סימפטומים פוסט-טראומטיים ומצוקה רגשית בקרב פצועים עלולים להקשות על תהליך ההחלמה הרפואית. זאת, עקב תרומתן ל בסכמות שקדמו לאירוע יצירת מצב דחק מתמשך המשפיע על המערכת החיסונית ההורמונלית והעצבית וכן, על המוטיבציה של הפרט לשתף פעולה בתהליך השיקום (Lazarus & Folkman, 1984).

מאפייני ההשפעה של התגובה הרגשית של הפציעה הפיזית נבדקו במספר מחקרים ( Malt, 1993; Landsman et al., 1990; Green, McFarlane, Hunter & Griggs, 1989). נמצא כי חלק ניכר מן הפצועים, כ-25%–70%, מדווחים על מצוקה רגשית גם לאחר 1.5–3 שנים לאחר האירוע. אי לכך, ניתן לומר כי אחוז גבוה מהפצועים ידווחו על מצוקה רגשית וירידה באיכות החיים גם בטווח הארוך של תהליך ההתמודדות (Malt & Uglund, 1989; Zatzick et al., 2001). לסיכום, על בסיס התיאוריות הדנות במצבי דחק וטראומה, אשר מגדירות טראומה כמצב דחק קיצוני, עולה הצורך בדיון מקיף בהיבטים האובייקטיביים והסובייקטיביים של תפיסת הפרט שנפצע את האירוע הטראומטי. ההתייחסות למידת המצוקה הרגשית כאשר עוצמתה גבוהה, המוגדרת כתסמונת פוסט טראומטית ב-DSM-IV, מבטאת דגש בכיוון זה, ומובילה להתפתחות גוף ידע המתמקד בניסיון להבין מה דרכי ההתמודדות וכיצד הן מושפעות מהתפיסה הסובייקטיבית של הפרט את האירוע. זאת, תוך שימת דגש על משאבי התמודדות חיצוניים ופנימיים העומדים לרשות הפרט (Lazarus, 1966).

למעשה, ההבדל בין מצבי דחק שאינם טראומטיים לבין אירועים טראומטיים קשור לעוצמת האירוע, לדרישות ההסתגלותיות של הפרט ולמידת ערעור האמונות וערכי היסוד של הפרט (Holmes & Rahe, 1967; Lazarus & Folkman, 1984).

אירוע הגורם הפרעה המהלך חיי הפרט, דורש הסתגלות מחודשת במישורים שונים ובעל פוטנציאל להכבדה על משאבי הפרט יהווה אירוע דחק.

הערכת האיום שבגירוי תלויה במידה בה הפרט חש שביכולתו לשלוט בסכנה. כאשר הוא חש חוסר אונים או חולשה מול הגירוי, האיום שבגירוי גדל וכאשר הוא תופס כי ביכולתו לשלוט בגירוי הוא קטן (Lazarus, 1999).



בהגדרת מצבי דחק, כפי שהוזכר, יש גישות המדגישות את האירוע הסביבתי האובייקטיבי - חיצוני, יש המתייחסות בעיקר לתגובות הפרט, כך שנוכחותן של תגובות מסוימות מעידה על מצב דחק, ויש המדגישות את האינטראקציה בין הפרט והסביבה. בהגדרת אירע טראומטי על פי ה DSM באה לידי ביטוי ההגדרה האינטראקציונית המדגישה את החשיבות האירוע החיצוני (מאיים על חיי הפרט...) מול תפיסת הפרט ובהתאם תגובותיו לאירוע (פחד ואימה...).

למעשה, טוען לזרוס בהתייחסו לקשר בין אירועי דחק ותסמונת פוסט טראומטית כי ההפרעה הפוסט טראומטית נובעת מכישלון הסתגלותי למצב ולכן נקראה נזירזה טראומטית, הגדרת התסמונת מדגישה את המעבר מקונפליקט פנימי להדגשת האירוע הסביבתי - חיצוני.

התסמונת הפוסט טראומטית קשורה על פי תפיסותיו של לזרוס לשלוש תימות מרכזיות, בדומה לכל מצב דחק, לקשר בין אדם וסביבה, למשמעות הרציונלית והרגשית שמספק הפרט, המאפשר קבלת תובנות על תהליך ההתמודדות (כעס קשור בפגיעה בהערכה עצמית, חרדה באיום קיומי וכו') ולמאפייני תהליך ההתמודדות עצמו שישפיעו על מידת החומרה של התסמונת. התסמונת הפוסט טראומטית אינה רק תוצאה של אירוע אלא של גורמים אישיותיים ההופכים את הפרט לפגיע, לכן רק חלק מהאנשים שנחשפו לאירוע יפתחו תסמונת זו. בהקשר זה יש לשאול מה תורם לתחושת הקורבנות של הפרט.

ההסלמה בתגובות הפרט לאירוע הדחק הטראומטי קשור בניסיון לתת משמעות מתאימה לאירוע, האירוע מאיים על משמעות החיים שהיתה לפני האירוע מאחר והיא אינה מתאימה למצב החדש. בדומה לטענת התיאוריה הקוגניטיבית, מסביר לזרוס, סימפטומים כגון מחשבות טורדניות מלוות ברגשות כמו כעס, עצבות, חרדה שמעלות פגיעות, מופיעות כהליך תרפויטי בניסיון להכניס את הבלתי ניתן להבנה לתבניות פסיכולוגיות מוכרות (Lazarus, 1999).

בדומה ללזרוס, מוס וביילין (Moos & Billings, 1993) מדגישים כי מצב דחק יהפוך למצב דחק טראומטי בהקשר למשאבים אישיותיים שיקבעו את סוג אסטרטגיות ההתמודדות בהן יבחר הפרט.

לסיכום, טוען לזרוס, כי דחק קשור בראש ובראשונה לגירוי מהסביבה ותגובה הקשורה להבדלים אינדוידואליים. התגובות נעות על רצף בין תגובה למצבי דחק יום יומיים ותגובה למצבי דחק טראומטיים. אירוע כגון פגיעה פיזית ימצא גבוה על הספקטרום של אירועי חיים היוצרים דחק, עקב ההכבדה על משאבי הפרט הפנימיים והחיצוניים.

## 2.3 התמודדות קורבנות שנפגעו פיזית באירוע דחק טראומטי

### 2.3.1 הקשר בין אסטרטגיות התמודדות לבין תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית בקרב הנפגעים

#### פיזית באירוע דחק טראומטי

תהליך ההתמודדות עם אירוע טראומטי, כמו פגיעה באירוע טרור, מכוון להשגת איזון מחודש בכל מרחב החיים, שנפגע או התערער. הבחירה בסוג אסטרטגיית התמודדות – ממוקדות ברגש או ממוקדות בבעיה, תהווה גורם אשר ישפיע על רמת המצוקה הרגשית כמו גם על מידת ההסתגלות לאירוע ותוצאותיו (Kleber & Brom, 1992; Agaibi & Wilson, 2005). מספר חוקרים, רואים באסטרטגיות ההתמודדות שיבחרו, גורם המתווך בין משתנים סוציודמוגרפים, משתני הפגיעה עצמה, משתנים אישיותיים, ומשתני סביבה לבין תוצאות ההתמודדות דהיינו, מידת המצוקה הרגשית שתתפתח (Maes, Levental & De Ridder, 1996; Charlton & Thompson, 1996; Kennedy et al., 2000; Gil, 2005; Goldenberg & Matheson, 2005).

גורמי השפעה עיקריים על בחירת אסטרטגיית ההתמודדות לאחר פגיעה כוללים: מקור הדחק (מאפייני האירוע), מאפייני הפגיעה – סוג, חומרה ומיקום, יכולת תפקודית ומגבלות ותפיסת משאבים חיצוניים ופנימיים-אישיותיים העומדים לרשות הפרט (Parson, 1995; Calvert, 1995; Kennedy et al., 2000), בנוסף לכך, ישפיעו תפיסת העולם הפנימית של הפרט. כלומר, לאמונות והנחות יסוד בקשר להתנהלות העולם ומידת השליטה באירועי החיים. ככל שלפרט יהיו תפיסות חיוביות יותר ותחושת שליטה גבוהה יטה לשימוש באסטרטגיות ממוקדות בבעיה (Bryant, Marosszeky, Cooks, Baguley & Furka, 2000; Goldenberg & Matheson, 2005).

אסטרטגיות התמודדות אף עשויות להוות משתנה מרכזי המנבא תגובות פוסט-טראומטיות ומצוקה רגשית, כמו למשל במחקר שכלל 80 פצועים נמצא כי אסטרטגיות ההתמודדות נבאו 64%–67% מתסמיני דיכאון, שנה לאחר האירוע הטרומטי (Kennedy et al., 2000) או במחקרם של קנדי וחבריו, שכלל 41 פצועים שנפגעו באירועי טראומה שונים נמצא כי

אסטרטגיות ההתמודדות מסבירות את השונות במאפיינים הפסיכולוגיים יותר מרמת התפקוד או התלות באחר של הפצוע (Kennedy, Lowe, Grey & Short, 1995).

מסקירתו של ליבנה (Livneh, 2000) אשר דן במחקרים שבדקו את הקשר בין אסטרטגיות התמודדות למצבם הרגשי של פצועי עמוד שידרה, על פי ממצאיהם של 30 מחקרים, עולה קשר חיובי בין סוג אסטרטגית ההתמודדות שיבחר הפצוע לבין מצבו הרגשי. ככל שיטה לשימוש באסטרטגיה ממוקדת בבעיה מצבו הרגשי, על פי מדדים כמו מידת הדיכאון או החרדה יהיה טוב יותר. חיזוק נוסף לממצאים אלו ניתן למצוא במחקרם של קנדי וחבריו שבדקו 87 פצועים במצבים רפואיים שונים, נמצא כי 67% מהשונות של המשתנה מידת הדיכאון מוסברת על ידי אסטרטגיות התמודדות כשנה לאחר האירוע, ובמחקרו של קלברט (Calvert, 1995) שבדק 71 פצועי כוויות ומצא כי שימוש באסטרטגיה ממוקדת רגש יחד עם מאפייני הפגיעה יהיו המשתנים העיקריים שינבאו מצוקה רגשית. במחקר נוסף, אשר בדק 41 פצועים 4-7 שנים לאחר האירוע, מציינים קנדי וחבריו (Kennedy et al., 1995) כי רוב הפצועים השתמשו באסטרטגיות הסתגלות הנתפסות כאדפטיביות בטווח הארוך כלומר, ממוקדות בבעיה ופחות באסטרטגיות הנתפסות כפחות אדפטיביות כלומר אלו, הממוקדות רגש. בנוסף, נמצא במחקרם של שרלטון ותומפסון (Charleton & Thompson, 1996) שבדק 108 פגועי טראומה מסוגים שונים כי חלק מהאסטרטגיות הנתפסות ממוקדות ברגש, כהימנעות, קשורות ביותר תסמיני מצוקה רגשית בהשוואה לאחרות.

במחקרים שבדקו יעילות אסטרטגיות התמודדות בקרב נפגעי טרור נמצאה תמיכה נוספת לממצאים אלו. במחקר שבדק נפגעי טרור בארה"ב (Cohen-Silver, Holman, McIntosh, Gil-) (Rivas, 2002) עולה כי אסטרטגיות ההתמודדות ינבאו 8% מהשונות של מידת מצוקה רגשית, המצוקה הרגשית נטתה לעלות בקרב העושים שימוש באסטרטגיה רגשית כמו הכחשה וויתור ולרדת בקרב העושים שימוש באסטרטגיות אקטיביות. במחקרו של גיל (Gil, 2005), שעסק בהתפתחות תסמיני דחק ותפ"ט בקרב 81 סטודנטים, שנחשפו לאירוע טרור בישראל, נמצא כי ככל שעלתה הנטייה להתמודדות ממוקדת ברגש כך היו יותר תסמינים של דחק ותפ"ט בעוד נטייה להתמודדות ממוקדת בבעיה הייתה קשורה בפחות תסמינים כאלו.

בעוד רוב המחקרים אשר בדקו פצועי אירועי טראומה שונים מדווחים על יעילות השימוש באסטרטגיות ממוקדות בבעיה, חשוב לציין, כי ככל שהמצב נתפס כבלתי נשלט וכבלתי צפוי, עשוי להיות השימוש באסטרטגיות ממוקדות ברגש להיות בעל יעילות גבוהה יותר בהפחתת המצוקה הרגשית. במצבים אלו ההתמקדות באסטרטגיות המביאות הקלה רגשית עשויה להיות מותאמת יותר מהניסיון לשנות את הבלתי ניתן לשנוי ( Mikulincer & Florian, 1996; Lazarus & Folkman, 1984). במחקר שבדק מאפייני אסטרטגיות התמודדות עם פחד מהתקפות טרור בקרב 50 נוסעים באוטובוס בישראל, נמצא כי אסטרטגיות ממוקדות בבעיה היו בקשר עם רמת חרדה גבוהה יחסית לאילו הממוקדות ברגש שהיו בקשר עם רמת חרדה נמוכה (Gidron, Gal & Zahavi, 1999). מחקרים שבדקו פצועי טראומה מוסיפים, כי בעוד תפיסת יעילותן של אסטרטגיות ממוקדות ברגש כנמוכה הוכחה במחקרים רבים, השפעתן של אסטרטגיות ממוקדות בבעיה על ההתמודדות עם טראומה אינה חד משמעית. יתכן כי בשלב מוקדם של ההתמודדות כאשר מדובר בטראומה קיצונית כפציעה קשה, אסטרטגיה זו עשויה להיות בלתי יעילה ומעלה את תחושת התסכול של הפרט, רק בשלבים מאוחרים כגון שלב השיקום יעילותה תגבר ( Mellman, David, Bustmante & Esposito, 2001; Hepp, Moergeli, Buchi, Wittmann & Schnyder, 2005; Mason, Turpin, Woods, Wardrope & Roulands, 2006). חשוב להדגיש כי יתכנו הבדלים בתפיסת הפרט, את עוצמת האירוע וסיבותיו למשל בין אנשי צבא לבין אזרחים. הבדלים אלו עשויים להשפיע על בחירת אסטרטגיות ההתמודדות (Gidron, 2002). השימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש, נועד לאפשר זמן התארגנות בשלב הראשון לאחר האירוע ולצמצם את תחושת הדחק במצבים קיצוניים בלתי נשלטים ( Lazarus & Folkman, 1984; Mikulincer & Florian, 1996).

ממצאים סותרים נמצאו במחקרים הדנים בשימוש לאורך זמן באסטרטגיות ההתמודדות. במחקרם של קנדי ושותפיו (Kennedy et al., 2000) אותרה עקביות בשימוש באסטרטגיות התמודדות לאורך זמן ובמידת הניבוי של משתנה זה את רמת המצוקה הרגשית. אסטרטגיות התמודדות ממוקדות ברגש נמצאו במתאם חיובי עם תסמיני דיכאון, 6 שבועות ושנה לאחר הפציעה באירוע הטראומטי. לעומת זאת, במחקרו של הנסון ושותפיו (Hanson, Buchelew, Hewett & O'Neal, 1993), שעסק בפצועים הסובלים משיתוק, נמצא כי לחלק מאסטרטגיות

ההתמודדות של הפצועים היה קשר עם מצוקה נפשית גבוהה או נמוכה, בהתאם לסגנון ההתמודדות, בטווח הקצר (מספר שבועות לאחר הפגיעה) אך, קשר זה לא אותר בטווח הארוך, 5 שנים לאחר האירוע. כלומר, עוצמת הקשר בין אסטרטגיות ההתמודדות לבין המצוקה הרגשית עשויה להשתנות ככול שיחלוף הזמן מהאירוע.

לסיכום, לאסטרטגיות ההתמודדות השפעה מרכזית על תהליך ההתמודדות עם פגיעה פיזית ועל רמת המצוקה הרגשית לאחר אירוע טראומטי. יחד עם זאת, בולט העדר מחקר אשר בודק את סוג אסטרטגיית ההתמודדות המועדפת ויעילותה בקרב פצועי אירוע טרור.

### **2.3.2 הקשר בין מחשבות אילו לבין תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית במצבי דחק טראומטיים**

בתהליך התמודדות עם טראומה בדומה להתמודדות עם אירוע שלילי כפי שתואר לעייל, קיימת יכולת לבצע "תיקון קוגניטיבי" (Undo) לאירוע. זאת, באמצעות יצירת מחשבות אילו נוטות כלפי מטה או נוטות כלפי מעלה ביחס לאירועים אלטרנטיביים. כך, ניתן להשיג הקלה רגשית בשלב הראשוני, ויתכן גם למצוא סיבתיות ומשמעות לאירוע הטראומטי ובכך, להגדיל את תחושת השליטה ולצמצם את תחושת המצוקה הרגשית. מחשבת אילו נוטות למעלה עלולה לעיתים לתרום להעצמה של תחושת המצוקה הרגשית לאחר אירוע טראומטי, בגלל ההשוואה לאלטרנטיבה טובה יותר. באירועי טראומה שאינם ניתנים לשינוי, מעלה מחשבת אילו הנוטה למעלה את תחושת חוסר האונים ואת רמת המצוקה הרגשית של הפרט (Roes & Olson, 1995). מאחר שמרבית המחקרים הדנים במחשבות אילו נערכו בתנאי מעבדה, עולה השאלה, באיזו מידה תגובות האנשים שנחשפו לאירועים טראומטיים דומות לתגובות אלו שבמעבדה. נמצא כי חלק ממאפייני התגובה שנמצאו במחקרי המעבדה, שונים מאלו שאותרו בקרב נחקרים שחוו טראומה במציאות (Williams, Lees-Haley & Brown, 1993). מספר קטן של מחקרים בדק מחשבות אילו בקרב אנשים שחוו אירועים טראומטיים במציאות. דויד ושותפיו (Davis et al., 1995) בדקו אנשים שחוו אירועים טראומטיים, תוך שימוש בראיון מובנה שבדק את כמות, תדירות ותוכן מחשבות האילו לאחר האירוע. במחקר רואיינו 93 נבדקים, שאבדו בתאונת דרכים ילד או בן זוג, 4-7 שנים לאחר האירוע. 59% מהנחקרים דווחו על מחשבות ביחס לתאונה בחודש שקדם לראיון, מתוכם, 56% דווחו על מחשבות ביחס לתאונה, שכללו "תיקון" (undo) לאירוע הטראומטי ו-44% על הרהורים כלליים ביחס לאירוע. רוב הנבדקים

במחקר שדווחו על יצירת מחשבות אילו דווחו על כך שניסו לבצע "תיקון" לפעולותיהם טרם האירוע. חלקם דיווחו על ניסיון להפעיל מחשבות אילו ביחס לפעולות הנפטר, ואף אחד מהנחקרים לא ניסה לבצע "תיקון קוגניטיבי" לפעולות הנהג הפוגע. לא נמצא קשר בין תפיסת הסיבתיות לאירוע לבין יצירת מחשבות אילו ותוכן. גם לנחקרים שהאשימו את הנהג השותף לתאונה, היו מחשבות אילו סביב שינוי הפעולות שלהם. מבחינת תוכן של מחשבות האילו נמצא כי הן מתייחסות לשינוי אירועים שגרתיים, שקדמו לתאונה ולא לאירועים יוצאי דופן (נסיעה בדרך שונה מהדרך הקבועה). הנבדקים (41%) דווחו על מחשבות אילו סביב פעולות שהם היו יכולים לבצע כדי למנוע את האירוע, ("אילו הייתי נוסע מאוחר יותר אז...", 31% דווחו על מחשבות אילו סביב פעולות שהיו יכולים להימנע מביצוען כדי למנוע את האירוע ("אם לא הייתי נוסע באותו יום אז..."). כמו כן, נמצא מתאם חיובי בין קיומן של מחשבות אילו בזמן המחקר לבין רמת המצוקה הרגשית.

במחקר נוסף של דויס וחבריו (Davis et al., 1995) השתתפו 172 אמהות ו-51 אבות שאבדו את תינוקם על רקע מוות בעריסה. הנבדקים רואיינו חודש ושנה וחצי לאחר האירוע. בדומה לממצאי המחקר הקודם, 42% דווחו על קיומן של מחשבות אילו שנה וחצי לאחר האירוע. תוכן מחשבות האילו נסוב בעיקר ביחס לשינוי התנהגותם שלהם (של ההורים), לרוב התנהגות שגרתית ובמיוחד התנהגות מניעתית (לגבי פעולות שלא נעשו כדי למנוע את מות הילד). במחקר זה נמצא קשר חיובי בין תדירות מחשבות האילו לבין מצוקה רגשית וקשר זה נשמר גם בבדיקה שנייה לאחר שנה וחצי (Davis et al., 1995).

במחקרים אחרים שנעשו על אנשים שחוו טראומה נמצא קשר בין תדירות מחשבות האילו לבין סימפטומים של תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. אך גם עם תוצאות אדפטיביות כמו תכנון תוכניות עתידיות. כמו למשל במחקר שבדק 44 קורבנות תקיפה (El Leithy, Brown, Robbins, 2006) או במחקר שבדק 62 נשים שעברו הפלות טבעיות (Calander, Brown, Tata, Regan, 2007). נמצא כי קיים קשר חיובי בין מחשבות אילו עולות לרמת החרדה אך לא נמצא קשר בין מחשבות אילו עולות או יורדות לתוצאות חיוביות יותר של האירוע. במחקר אחר אשר בדק קורבנות אונס נמצא כי ככל שלקורבן האונס היו יותר מחשבות אילו עולות תחושת הרווחה הייתה נמוכה יותר כאשר תחושת אשמה היוותה גורם מתווך (Branscombe, Wohl, Owen, ).

Gilbar & ) Alison & N'gbala, 2003), ממצאים דומים עולים ממחקרם של גילבר וחברוני ( Gilbar & Hevroni, 2007) שבדק 64 חולות סרטן שד כאשר מחשבות אילו נוטות למעלה היו קשורות ביותר מצוקה רגשית, אולם, במחקרו של דלגליש (Dalgaleish, 2004) אשר השווה בין ניצולי טראומה לנבדקי מעבדה לא נמצא קשר בין מחשבות אילו עולות לתדירות הסימפטומים הפוסט-טראומטיים בקרב אלו שחוו טראומה.

הסבר אפשרי לשונות בין המחקרים עשוי להיות תפקידן הכפול של מחשבות האילו העולות, כלומר מחד הן תורמות להבניית סיבתיות ומתן משמעות לאירוע ומאידך מעלות את תחושת האשמה (White & Lehman, 2005; El Leithy et al., 2006).

וויט ולהמן (White & Lehman, 2005) בדקו את המכניזם הגורם ליצירת מחשבות אילו יורדות לאחר אירוע טראומטי מתוך מטרה להבין מה הם הגורמים המשפיעים על כיוון מחשבות האילו ומצא כי כאשר הצורך הדומיננטי אצל הפרט היה שיפור מצב הרוח וצורך לחוש טוב יותר ביחס לאחר, הייתה לפרט נטייה ליותר מחשבות אילו יורדות, כאשר הפרט ייחס חשיבות רבה יותר לשיפור עצמי עתידי הוא יצר יותר מחשבות אילו עולות בתגובה לאירוע. חומרת האירוע השפיעה אף היא על כיוון מחשבת האילו, כך שככל שהאירוע היה חמור יותר הפרט נטה ליצור יותר מחשבות יורדות.

לסיכום, המחקרים הבודדים שנערכו על מחשבות אילו בקרב נבדקים שנחשפו לטראומה, תומכים באופן חלקי באלו שנעשו בתנאי מעבדה, לגבי הקשר החיובי בין תדירות מחשבות אילו לבין המצוקה הרגשית. כלומר, למצוקה רגשית זמן קצר לאחר האירוע, למאפיינים אישיותיים ולחומרת האירוע קשר לתדירות מחשבות אילו זמן רב לאחר התרחשותו. בנוסף לכך, מחקרים אלה תומכים בטענה כי אנשים נוטים לשנות במחשבות האילו את ההתנהגות שלהם עצמם, או את החלטותיהם ביחס לאירוע אליו נחשפו ומנסים פחות לשנות את ההתנהגות האחר הקשור באירוע. כמו, הנהג ברכב השני אשר היה המעורב בתאונה. זאת, למרות שהתנהגותם של האחרים עשויה להיות גורם סיבתי אמיתי לאירוע. כלומר, לצורך בתחושת שליטה מקום מרכזי בקביעת תוכן מחשבות האילו (Dunning & Parpel, 1989). יחד עם זאת, נמצאו הבדלים בין מחקרים בתנאי המעבדה לבין אלו שחקרו אנשים שחוו טראומה במציאות. כמו למשל, לגבי התכנים שהוערכו כניתנים לשנוי. נבדקים שחוו טראומה יצרו במחשבות האילו אלטרנטיבות

משכנעות למציאות, גם עבור נושאים שנבדקי המעבדה תפסו כבלתי ניתנים לשנוי, כמו מוות או אובדן (אילו בני לא היה נהרג בפיגוע, הוא היה... (Miller & Turnbull, 1990) יתכן, שזהו ביטוי לקושי להטמיע אירועים טראומטיים המתרחשים במציאות. סימני שאלה נמצאים במחקרים שאינם בתנאי מעבדה סביב נושא המוכנות לעתיד, הנתפסת כסיבה מרכזית ליצירת מחשבות אילו. זאת, מאחר ומהמחקרים עולה כי תכני מחשבות אילו משתנים לאורך ציר הזמן ולעיתים התוכניות העתידיות שיצור הפרט יהיו בלתי אדפטיביות (El Leithy et al., 2006). יחד עם זאת, יתכן, כי קיומן של מחשבות אילו במצבי טראומה קשור בכך, שגם כאשר אנשים תופסים את מה שקרה להם כגרוע מכל שאינו יכול להישנות, הם יצרו מחשבות אילו עולות או יורדות, כחלק מקושי בתהליך ההתמודדות עם האירוע הטראומטי (Davis, 2000), או על מנת לחפש משמעות קוגניטיבית אישית לאירוע ( אילו האירוע לא היה מתרחש, לא הייתי זוכה להכיר את... ). התחושה, שלא הכול אקראי וכי קיים סדר וארגון בעולם, למרות האירוע הקשה, משמעותית לפרט, כך שהוא נוטה לחפש סיבתיות לאירוע, גם כשהדבר אינו נכון מבחינה עובדתית וחסר השלכות עתידיות חד משמעיות (Davis et al., 1995; White & Lehman, 2005).

### **2.3.3 הקשר בין מיקוד שליטה (משאב פנימי) לבין תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית במצבי דחק**

#### **טראומטיים**

אחד מהמשאבים הפנימיים, המשפיעים על פי לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984) בהתמודדות עם מצבי דחק בכלל ובמצבי טראומה בפרט הוא מיקוד שליטה. אנשים בעלי מיקוד שליטה פנימי נמצאו כבעלי יכולת גבוהה יותר להתמודד עם מצבי דחק מאשר יכולתם של אלו בעלי מיקוד שליטה חיצוני, המבטאים יותר דיכאון, חרדה ורמת מצוקה (Phares, 1978; Lefcourt, 1980; Parker, 1984). אגיבי ווילסון (Agaibi & Wilson, 2005) מציינים כי על פי ממצאי מחקרים הדנים בהתמודדות עם אירועים טראומטיים עולה כי תכונות אישיות התורמות לצמצום תסמינים פתולוגיים הן: נטייה למוחצנות, הערכה עצמית גבוהה, אסרטיביות, גמישות מחשבתית, ומיקוד שליטה פנימי. אנשים בעלי מיקוד שליטה פנימי יפתחו פחות תסמיני תפ"ט יחסית לבעלי מיקוד שליטה חיצוני, יהיו בעלי הערכה עצמית גבוהה יותר ויחוו פחות תחושות של חוסר אונים וחוסר תקווה (Craig, Hancock & Chang, 1994; Connor)



במחקרם של אלפסטורם וקרותר (Elfstrom & Kreuter, 2006) אשר בדק (& Davidson, 2003). שיעורי תפ"ט בקרב 62 פצועי עמוד שידרה ובמחקרם של שנג ושותפיו (Chung, Preveza, ) (Papandreou & Prevezas, 2006) אשר בדק את הקשר בין מיקוד שליטה לבין אסטרטגיות התמודדות ותחושת רווחה בקרב 132 פצועי טראומה נמצא כי נבדקים בעלי מיקוד שליטה חיצוני דווחו על תחושת דחק ותגובות פוסט-טראומטיות גבוהות יותר לעומת נבדקים בעלי מיקוד שליטה פנימי. בנוסף לכך, נבדקים בעלי מיקוד שליטה חיצוני דווחו, כי התמודדו עם מצב הדחק על ידי שימוש רב יותר באסטרטגיות ממוקדות ברגש מאשר באסטרטגיות ממוקדות בפתרון בעיה, יחסית לבעלי מיקוד שליטה פנימי שהיו בעלי תחושת רווחה גבוהה יותר. ממצאים דומים דווחו במחקר שבדק 71 קורבנות אונס, אלו שהיו בעלות מיקוד שליטה חיצוני היו במצוקה גבוהה יותר יחסית לנשים בעלות מיקוד שליטה פנימי, גם שנים רבות לאחר האירוע שקרה בתקופת נעוריהן (Regehr, Cadell & Jansen, 1999). במחקר אחר של שיה ושותפיה (Chia, Allered & Smith, 2003) אשר בדק השפעת עוצמת האירוע על שינוי במאפייני מיקוד השליטה, נבדקו מאפייני מיקוד השליטה בקרב 125 סטודנטים לפני ואחרי התקפת הטרור במגדלי התאומים. נמצא כי חלה ירידה במספר הנחקרים שדווחו על מיקוד שליטה פנימי, שישה חודשים לאחר האירוע. כלומר, יתכן שלאחר מצבי טראומה קיצוניים, ימצאו יותר אנשים כבעלי מיקוד שליטה חיצוני. זאת, כחלק מסגנון ההתמודדות. הבדל זה נובע משינוי באמונות, בתפיסת העולם ובתפיסת העצמי, המושפעים מעוצמת ההתנסות של חשיפה לאירוע הטרומטי.

ממצאים דומים נמצאו במחקרים אשר בדקו התמודדות של חיילים עם טראומה עקב מלחמה. כמו למשל, בקרב חיילים שנפצעו בוואטנם, מיקוד השליטה היווה משתנה שהשפיע על התפתחות תפ"ט. ככל שמיקוד השליטה נטה להיות חיצוני יותר, מידת התסמינים הפוסט-טראומטיים הייתה רבה יותר (Casella & Motta, 1990; Young, 1985; Fry & Stockton, 1982). במחקרה של סולומון ושותפיה (Solomon, Mikulincer, & Benbenishty, 1989b) אשר בדק 104 חיילי צה"ל הסובלים מהלם קרב, שנה לאחר האירוע הטרומטי, נמצא קשר חיובי בין מיקוד שליטה חיצוני לבין תגובות פוסט-טראומטיות, כאשר מידת העוצמה של האירוע נחוותה כנמוכה. קשר זה לא נמצא כאשר האירוע הטרומטי נחוות באינטנסיביות גבוהה. החוקרים

הסיקו כי למיקוד השליטה מאפיינים תכונתיים, אך הוא עשוי להיות מושפע גם ממשתנים מצביים, כמו למשל, עוצמת האירוע. עוד נמצא, במרבית המחקרים אשר בדקו התמודדות עם פציעות טראומטיות, קשר חיובי בין מיקוד שליטה פנימי לבין תחושת רווחה ואיכות החיים, וקשר שלילי בין רמת חרדה לבין רמת מצוקה רגשית. כלומר, פצועים בעלי מיקוד שליטה פנימי היו בעלי תחושת רווחה ואיכות חיים גבוהות ורמת חרדה ומצוקה רגשית נמוכות בהשוואה לאלו שהיו בעלי מיקוד שליטה חיצוני (Thompson, Coker, Kraus & Henry, 2003; Livneh, 2000; Kraus, Stanwyck & Maides, 1998; Pelletier, Alfano & Fink, 1994).

ממצאים אלו תומכים בהנחה כי אדם התופס את אירועי חייו כתלויים בפעולותיו (מיקוד שליטה פנימי) יהיה בעל יכולת התמודדות גבוהה יותר עם מצבי דחק טראומטיים כמו פציעה, פעיל בתהליך ההחלמה ולכן, יבטא רמה נמוכה יותר של מצוקה רגשית. אולם, לעיתים במצבי דחק קיצוניים, ההתמקדות בגורמים פנימיים כדרך להבנת הסיבתיות לתוצאות האירוע (מיקוד שליטה פנימי), תהיה בלתי יעילה ותביא לתחושת תסכול וכישלון ותגרום להעלאת המצוקה הרגשית (Lazarus & Folkman, 1984).

### 2.3.3.1 הקשר בין מיקוד שליטה לבין מחשבות אילו תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית לאחר

#### אירוע דחק טראומטי

מיקוד שליטה נבדק במחקרים שעסקו בקשרים בין מחשבות אילו לבין מאפייני אישיות כמו הערכה עצמית, אופטימיות, בטחון במחוללות עצמית (Self-efficacy), מוטיבציה וצורך בשליטה. ההנחה היתה כי סוג מחשבות האילו מושפע ממאפייני האישיות, זאת, משום שנמצאה עקביות לגבי תדירות וסוג המחשבה (נוטות למעלה או למטה) בקרב הנבדקים בתנאי מעבדה, ביחס לאירועים שונים (Roese & Olson, 1995).

אק וקייט (Eck & Kite, 1997), טוענים כי מאחר שמיקוד שליטה משפיע על תגובות הפרט ועל תפיסת הסיבתיות לאירוע, ימצא קשר בין מיקוד שליטה למחשבות אילו, כך שבעלי מיקוד שליטה פנימי יהיו בעלי תדירות גבוהה של מחשבות אילו נוטות למטה ופחות מצוקה רגשית בהשוואה לבעלי מיקוד שליטה חיצוני, זאת בשל תפיסת האחריות האישית לאירוע. בשני מחקרים שנערכו במעבדה אשר בדקו את הקשר בין מאפיינים אישיותיים לבין יצירת מחשבות

אילו, נמצא קשר חיובי בין מיקוד שליטה פנימי לבין תדירות יצירת מחשבות אילו כלפי מטה. כלומר, נבדקים בעלי מיקוד שליטה פנימי נטו ליצירת מחשבות אילו כלפי מטה יותר מנבדקים בעלי מיקוד שליטה חיצוני (Kasimatis & Sterling, 1994; Kasimatis & Wells, 1995). הסיבה לכך על פי ממצאיו של סנה (Sanna, 1996) הינה אופטימיות המאפיינת את הנוטים למיקוד שליטה פנימי ותורמת ליצירת מחשבות אילו נוטות למטה.

לסיכום, הספרות המחקרית מדווחת על קשר חיובי בין מיקוד שליטה פנימי לבין שימוש באסטרטגיות ממוקדות בבעיה, רמה נמוכה יותר של תגובות פוסט-טראומטיות, תדירות רבה יותר של מחשבות אילו כלפי מטה ורמת מצוקה רגשית נמוכה יותר במצבי דחק. יחד עם זאת, מיקוד שליטה פנימי עשוי, במקרים בהם תוצאת האירוע אינה תלויה בפרט, להגביר את המצוקה הרגשית ולעיתים השפעתו על מחשבות האילו מוסווית על ידי משתנים מצביים כמו חומרת האירוע ורגשיים כמו מידת האימפולסיביות בתגובת הפרט.

#### **2.3.4 הקשר בין תמיכה בלתי פורמלית (משאב חיצוני) לבין תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית**

##### **במצבי דחק טראומטיים**

מחקרים רבים אשר הדנים בקשר בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מצוקה רגשית מגדירים משאב זה כתורם להפחתת עוצמת המצוקה הרגשית באירועי חיים טראומטיים. זאת, הן בקרב אוכלוסיות אזרחיות (Perry, Difede, Musgni, Frances & Jacobsberg, 1992; Urasano, McCaughey & Fullerton, 1994; Matsakis, 1994; Kemp, Green, Novanits, Rowling 1995; Juseph, Yule, Williams & Hodkinson 1994; Brewin, 2000; Anderws, Brewin & Rose, Fontana & ) וכן בקרב לוחמים (Rosenheck, 1993). במחקרים אשר בדקו פצועי טראומה עולה כי תמיכה של משפחה וחברים מפחיתה סבל מסימפטומים פיזיים ונפשיים ומגבירה את שביעות הרצון מהחיים. כמו למשל, התמיכה הבלתי פורמלית נמצאה כמסבירה 8%–22% מהשונוות בתחושת הרווחה הנפשית בקרב אוכלוסיית פצועי טראומות שונות (MacKenzie et al., 1987; Landsman et al., 1990; ) וכן בקרב לוחמים (Wortman & Lehman, 1983; Sarason, Sarason & Pierre, 1990; Wilson, Poole & Trew, 1997) אשר בדקו שוטרים נפגעי טרור

באירלנד, מצאו קשר שלילי בין שביעות רצון מתמיכה בלתי פורמלית לבין שיעור תסמיני התפי"ט. כלומר, ככל ששביעות הרצון ממערכת התמיכה רבה יותר כך שיעור התסמינים הפוסט-טראומטיים נמוך יותר. במחקר של איילון (1990) שהתייחס לנפגעי מספר התקפות טרור בישראל, בין השנים 1974-1980, נמצא כי למערכות התמיכה הבלתי פורמלית חשיבות רבה בתהליך ההתמודדות הרגשית עם האירוע, משום שהן מסייעות בהגנה על בריאותו הנפשית של הנפגע, באמצעות מתן לגיטימציה לבקשת עזרה. במחקר זה זוהו שני מעגלי תמיכה בקרב נפגעי טרור – האחד ספונטני ומורכב מבני משפחה וחברים ומעגל שני, המורכב מקבוצת השותפים לגורל, המתקשרת על בסיס התנסות דומה. במחקרים נוספים, (Yehuda, et al., 2005; Hobfoll, Tracy & Galea, 2006) אשר בדקו נפגעי התקפות טרור, עולה כי תמיכה בלתי פורמלית תנבא צמיחה חיובית, עקב תרומתה למציאת משמעות לסבל, גם כאשר המצוקה הרגשית גבוהה ואף תפחית הסיכון לתפי"ט (אולם יתכן והגדרתה של התמיכה הבלתי פורמלית כמשאב פוסט טראומטי אינה חד משמעית והשפעתה קשורה במאפייני אישיות פרה טראומטית (Yehuda et al., 2005).

למרות התפיסה הרווחת כי תמיכה בלתי פורמלית הנה משאב מרכזי המשפיע על התמודדות עם גורמי דחק קיצוניים, הרי על פי התיאוריה של מוס ושאפר (Moos & Schefer, 1984) תמיכה בלתי פורמלית עשויה לשמש גם מקור להגברת תחושת הדחק. בנוסף, טוענים הובפול (Hobfoll, 1985a, 1985b) והובפול ולונדון (Hobfoll & London, 1986) כי התמיכה הבלתי פורמלית, בשונה ממשאבים פנימיים וחיצוניים אחרים, יכולה לעיתים לגרוע ממשאביו של הפרט. התמיכה תהיה יעילה בהפחתת מצוקה הרגשית כאשר תענה על צרכי הפרט, אך מזיקה, (על ידי יצירת עומס התמודדות נוסף) או חסרת תועלת כאשר אינה עונה על צרכים אלו. כמו למשל, התמיכה עשויה להשפיע באופן שלילי על תחושת האוטונומיה והערך העצמי משום שהיא מחזקת את תחושת חוסר האונים של הנפגע (Sarason et al., 1990). במחקרים שבדקו את השפעת מערכת התמיכה על תהליך ההחלמה של פצועי טראומות נמצא, כי מערכת התמיכה הבלתי פורמלית עשויה לתרום לצמצום רגש שלילי כמו דיכאון או להעלות את תחושת הרווחה הנפשית, אך במקביל לגרום לעליית רגשות שליליים אחרים כגון חרדה, בהתאם למסר המועבר לנפגע הטראומה (Glancy et al., 1992; Grossman, 1995) בנוסף לכך, קימת חשיבות לסוג

התמיכה הבלתי פורמלית הניתנת לנפגע ולגורם המספק תמיכה. במחקרו של גרוסמן (Grossman, 1995), שבדק את השפעת מערכת התמיכה הבלתי פורמלית בקרב 39 פצועי טראומה, נמצא קשר חיובי בין תמיכה אינסטרומנטלית גבוהה לבין תחושת רווחה גבוהה. אולם, נמצא גם קשר שלילי בין תחושת הרווחה לבין סוג מסוים של תמיכה רגשית, הכוונה לתמיכה הממוקדת במתן הדרכה.

במחקרם של הובפול ולרמן (Hobfoll & Lerman, 1988) נמצא כי לאי שביעות רצון מתמיכה רגשית השפעה רבה יותר על סימפטומים נפשיים בהשוואה להשפעת חוסר שביעות רצון מעזרה אינסטרומנטלית על ידי התמיכה הבלתי פורמלית. במחקר על הלומי קרב שנערך בקרב חיילי צה"ל (Solomon, Mikulincer, & Hobfoll, 1986) נמצא כי תמיכה רגשית ואינסטרומנטלית מחברים ומפקדים צמצמה מצוקה רגשית בעוד תמיכה של בני משפחה נתפסה כמעמסה על משאבי הפרט והגבירה מצוקה רגשית ותסמיני תפי"ט. לדברי קונרן (Conran, 2002), כאשר גורמי התמיכה מאוימים באופן קיצוני, כמו לאחר התקפת הטרור על מגדלי התאומים, הם יתקשו להגיב ויהיו יעילים פחות. כלומר, יתכן כי לסוג הטראומה עימה מתמודד הפרט השפעה על מידת התמיכה שיקבל.

במחקרים אחרים אשר בדקו את השפעת מערכת התמיכה הבלתי פורמלית על נפגעי טראומה בטווח הארוך, עולה כי לעיתים תרומתה משתנה ככל שחולף הזמן מהאירוע. בשלב הראשון לאחר האירוע הטראומטי השפעת התמיכה הבלתי פורמלית חיובית כלומר תורמת לצמצום המצוקה הרגשית אך, כאשר הצרכים לתמיכה מתמשכים או הופכים כרוניים עשויה התמיכה להיתפס כגורם מכביד נוסף לנעזר ובכך גוברת מידת המצוקה הרגשית שלו (Holbrook et al., 1994; Hobfoll & Lerman, 1989).

לסיכום, תמיכה בלתי פורמלית הנה משאב מרכזי המשפיע על תוצאות ההתמודדות עם אירוע טראומטי. אולם, על מנת שתהווה משאב עליה להיתפס ככזו על ידי הפרט.

#### 2.3.4.1 הקשר בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מחשבות אילו תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית

##### במצבי דחק טראומטיים

לפי דויס ולהמן (Davis & Lehman, 1995) מחשבות אילו מושפעות גם ממאפייני התמיכה הבלתי פורמלית הכוונה למשפחה וחברים. ההסברים, של מספקי התמיכה, לגבי כיצד ניתן היה למנוע את האירוע, עשויים לתרום להתעוררות של מחשבות אילו, ושל תחושות כעס ואשמה, בקרב הנפגע כלפי המאשים. לעומת זאת, הניסיון של מקורות התמיכה לתת לגיטימציה לצמצום תחושת האשמה, עשוי למתן את עומס מחשבות האילו העולות. כלומר, השפעת מערכת התמיכה על מחשבות האילו, ובכך גם על המצוקה הרגשית אינה חד משמעית – בחלק מהמקרים תגרום לירידה במצוקה ובחלק אחר תעצים תחושה זו (Lehman, Ellard & Wortman, 1986; Lehman & Hemphill, 1990). לא נמצאו מחקרים נוספים שבדקו משתנה זה.

##### 2.3.5 חומרת הפגיעה באירוע דחק טראומטי כמשתנה מצב

אחד המשתנים העשוי להשפיע על רמת המצוקה הרגשית של הנפגע הוא חומרת הפגיעה. חוקרים רבים (Michaelis et al., 1999; Blanchard & Hickling, 1998; Landsman et al., 1990; Bryant & Harvey, 1996) בדקו את השפעתה של חומרת פגיעה על מידת המצוקה הרגשית ותסמיני תפ"ט של הנפגע בטווח הקצר והארוך. חלק מן המחקרים מתייחסים לתפיסה הסובייקטיבית של חומרת אירוע הפגיעה (Pozner, Bergman, Brisman & Jounsson, 1996) אולם, במרבית המחקרים נעשה שימוש בכלי מדידה אובייקטיביים, המבוססים על מדדים רפואיים. באלו אשר בדקו את הקשר בין חומרת הפגיעה לבין רמת מצוקה רגשית והתפתחות תפ"ט נמצא כי קיים קשר חיובי בין משתנים אלו, כלומר ככל בחומרת הפגיעה גבוהה יותר המצוקה הרגשית רבה יותר (Blanchard et al., 1995; Green, 1990). ממצאים דומים ביחס להשפעתה של חומרת הפגיעה על המצוקה הרגשית נמצא במחקרם של בודרס-ברנשי ושותפיו (Buyders-Branchey, Noumair, & Branchey, 1990) בקרב נפגעי קרבות ויטנאם. מממצאי המחקר עולה כי לחומרת הפגיעה קשר חיובי עם מידת הדחק שמעורר האירוע הטראומטי, כך גם מספר שנים לאחר הפגיעה. גם במחקרם של אהלר ושותפיו (Ehlers, Mayou & Bryant, 1998) אשר בדקו 967 פצועי טראומה, נמצא כי חומרת הפגיעה, יחד עם הפרעות רגשיות

קודמות, ניבאו תגובות פסיכולוגיות מאוחרות, כשנה לאחר האירוע. במחקרים אחרים (Mayou et al., 1997; Pozner, et al., 1996; Malt & Ugland, 1989; Hamanaka et al., 2006) אשר בדקו פצועי תאונות דרכים ופצועי כוויות, 1-5 שנים לאחר האירוע, עולים ממצאים דומים לגבי השפעתה של חומרת הפציעה על התפתחותם של תסמינים פסיכולוגיים.

לגבי מחקרים אשר בדקו פצועי התקפות טרור, נמצא גם קשר החיובי בין חומרת הפציעה לבין רמת המצוקה הרגשית. כמו למשל, במחקר שבדק 254 פצועי טרור. ניצולים שנפצעו קשה בהתקפות טרור בצרפת נטו לפתח תפ"ט פי 4.2 מניצולים אשר פציעתם הוגדרה כקלה (Abenhaim et al., 1992). בבדיקת צוותי הצלה של נפגעי טרור באירלנד הממצאים מצביעים כי חומרת הפציעה, בנוסף למשתנים הקשורים בדיכאון ובשביעות רצון ממערכת התמיכה, מסבירים 50% מהשונויות לגבי התפתחות תפ"ט וסימפטומים פסיכולוגיים נוספים (Willson et al., 1997). כמו כן, בבדיקת 85 ניצולים מפיגוע טרור באוקלהומה נמצא כי לחומרת הפציעה, בנוסף לתחושת הפחד בזמן האירוע, קשר חיובי עם הסיכוי להתפתחות תפ"ט (Tucker, Pfeffenbaum, Nixon & Dickson, 2000) כלומר, ככל שחומרת חומרת הפציעה גבוהה יותר כך יעלה שיעור תסמיני התפ"ט.

לעומת ממצאים אלו, במחקרים אחרים אשר בדקו קשר בין חומרת הפציעה להתפתחות תפ"ט ומצוקה רגשית בקרב הפצועים לא נמצא קשר סטטיסטי מובהק בין משתנים אלו (Madakasira & Feinstein & Dolan, 1991; Landsman et al., 1990; Brayent & Hurvey, 1996; Q`Brein, 1987; Katon, Jurkovich & Roy-Byrne, 2002; Koren et al., 2005).

חלק מהחוקרים מציינים את האפשרות כי חומרת הפציעה צריכה להיבדק גם בהקשר לסוג ומיקום הפציעה (Malt & Ugland, 1989; Landman, et al., 1990; Fukunishi, 1999; Madianos, Papaghelis, Loannovich & Dafni, 2001), כמו למשל, במחקר של הפ ושותפיו (Hepp et al., 2005) אשר בדק השפעת חומרת פציעה בקרב 106 פצועי תאונות דרכים עולה כי אופן המדידה של חומרת הפציעה משפיע על הקשר בין החומרה למצב הרגשי של הפצוע. כאשר להערכת החומרה נעשה שימוש במדדים סובייקטיביים נמצא מתאם חיובי בין חומרתה לשיעור המצוקה הרגשית בעוד שימוש במדדים אובייקטיביים לגבי אותם נבדקים לא הצביע על קשר בין חומרת הפציעה ומידת המצוקה הרגשית. כמו כן, נמצא במספר מחקרים אשר בדקו פצועים

שנחשפו לטראומות שונות (Mason et al., 2000; Hamanaka et al., 2006) ובמחקרו של ננגה (Njenga et al., 2004) שבדק נפגעי טרור כי מאפייני פציעה כמו מהירות הגעת כוחות ההצלה, מגבלה קבועה בתפקוד הפיזי ומידת הכאב יהוו לחצים משניים שישפיעו על המצב הרגשי של הפצוע ללא קשר למידת חומרתה של הפציעה.

### 2.3.5.1 השפעת מימד הזמן על תסמיני התפ"ט והמצוקה הרגשית בקרב הנפגעים פיזית

#### באירוע דחק טראומטי

משתנה נוסף שנמצא כמשפיע על המצוקה הרגשית של פצועי הטראומה הוא הזמן שעבר מאירוע הטראומטי. לדברי אודונל ושותפיו (O'Donnell et al., 2003), זמן הערכת הסימפטומים הנפשיים לאחר הפציעה הינו מרכזי. זאת, משום שהתסמינים הפסיכולוגיים משתנים ככל שהזמן מהאירוע עובר (Solomon, Mikulincer & Benbenishty, 1989a ; Southwick et al., 1995; Shalev et al., 2000). חיזוק לכך ניתן למצוא במחקרם של בלנשרד והיקלינג (Blanchard & Hickling, 1998) אשר בדק את הקשר בין החלמה מפציעה ותסמיני תפ"ט בקרב 47 פצועי תאונות דרכים, 1-6 חודשים לאחר האירוע. ממחקר זה עולה כי להחלמה הנפשית קשר חיובי עם מידת ההתקדמות בהחלמה הפיזית מהפציעה. יתכן, משום שפציעות חמורות משמשות תזכורת קבועה לאירוע, ויגרמו לעיכוב ההחלמה הנפשית ולרמה גבוהה יותר של מצוקה רגשית. מחקרים רבים מצביעים על כך ששכיחות התפ"ט יורדת עם חלוף הזמן. מחקרים שבדקו פצועי תאונות דרכים, זמן ממושך לאחר האירוע, מצביעים על מגמת ירידה בשעורי התפ"ט, 3-5 שנים לאחר האירוע (Mayou, Tayndel & Bryant, 1997; Koren, 2001; Arnon & Klein, 2001). סולומון ומיקולינסר (Solomon & Mikulincer, 2006) מצאו כי בקרב חיילים שאותרו כנפגעי תפ"ט נמצאה ירידה משמעותית בשעורי התפ"ט לאחר 3 שנים, אולם, לאחר 17 שנים אותרה עלייה בשעורים אלו. במחקר נוסף, (Shlosberg & Straus, 2005) אשר בדק שיעורי תפ"ט בקרב פצועי מלחמת יום כיפור 32 שנים לאחר סיומה נמצא כי רק 6.5% מהפצועים שאותרו מייד לאחר המלחמה כבעלי תפ"ט סבלו עדיין מתסמיני תפ"ט. כלומר לגורם הזמן השפעה מכרעת על צמצום שעורי התפ"ט.



בקרב אוכלוסיית נפגעי הטרור הממצאים דומים. ממחקרם של כהן- סילבר ושותפיה (Cohen-Silver et al., 2002) שבדקו 2729 נחקרים לאחר פגוע ה-11 בספטמבר עולה כי שעורי התסמינים הפוסט-טראומטיים ומידת המצוקה הכללית בקרב אוכלוסיית נפגעי הטרור פוחתים ככל שהזמן עובר מהאירוע מ-17% בעלי תגובת דחק פוסט טראומטית לאחר 2 חודשים ל-5.8% לאחר 6 חודשים. ממצאים דומים דווחו במחקרם של שליו ופרידמן (Shalev & Freedman, 2005) שבדקו שעורי דיכאון, חרדה, סימפטומים פוסט-טראומטיים ותפיסת השפעת האירוע בקרב 39 פצועי טרור בישראל, שבוע 41 חודשים לאחר האירוע ואתרו ירידה במדדי המצוקה שהוזכרו.

לגבי הקשר בין הזמן שעבר מהאירוע לבין יציבות מחשבות אילו, עולה ממחקרו של דויס (Davis et al., 1995) כי בקרב נפגעי טראומה, אשר נבדקו, 3 שבועות ו-18 חודשים לאחר האירוע הטראומטי כי 46%–52% דווחו על העלמות המחשבות בבדיקה שנייה לאחר 18 חודשים. כלומר, מחצית הנחקרים שחוו טראומה חדלו ליצור מחשבות אילו, דבר העשוי להיות קשור למידת המצוקה הרגשית.

לסיכום, על בסיס הרקע המדעי ניתן להגדיר פציעה באירוע טרור כמצב דחק טראומטי, הן מבחינת מאפייני האירוע והן מבחינת תגובות הפרט. התמודדות עם מצב זה הוא תהליך מורכב וארוך טווח המושפע ממשאבים פנימיים וחיזוניים. למרות השיעור הגבוה של נפגעי טרור, כשליש מהפצועים סובלים ממצוקה רגשית ברמות שונות, לא נבדקו מאפייני ההתמודדות של אוכלוסייה זו.

על פי התיאוריה הקוגניטיבית, מקור המצוקה הרגשית טמון, בערעורן של אמונות היסוד של הפרט ובקושי להטמיע את האירוע הטראומטי ותוצאותיו בסכמות המחשבתיות המוכרות. מספר משתנים עשויים לתרום להתפתחות תסמונת פוסט טראומטית ומצוקה רגשית. ביניהם מאפייני האירוע, אסטרטגיות ההתמודדות, וכן משאבי ההתמודדות העומדים לרשות הפרט. באופן ספציפי יבדקו: משתנים המשפיעים על ההתמודדות לאחר האירוע, כאשר המרכזי שביניהם הוא השפעתן של מחשבות אילו נוטות למעלה (המשוות את המצב הקיים למצב טוב יותר), ונוטות למטה (המשוות את המצב הקיים לאירוע גרוע יותר), על מידת התסמינים הפוסט-טראומטיים והמצוקה הרגשית. זאת, על בסיס התיאוריה של רוז ואולסון (Roese &

(Olson, 1995) המצביעה על כך שמחשבות אלה מהוות גורם חשוב המשפיע על תהליך ההתמודדות, הקשור בתפיסת מידת האיום בשלב ההערכה הראשונית, או חלק מאסטרטגיית התמודדות, שמטרתה העלאת תחושת השליטה במצב ובכך משפיעים על תחושת המצוקה הרגשית. המחקר הנוכחי בודק את משמעות מחשבות האילו ביחס לנפגעי טראומה עקב פיגוע טרור, שנפצעו פיזית, והוא חלוץ בתחום זה. המחקר מציע כי מחשבות אילו נוטות כלפי מעלה קשורות למצוקה רגשית גבוהה יותר, לעומת מחשבות אילו הנוטות כלפי מטה, הקשורות במצוקה רגשית נמוכה יותר בקרב נפגעי הטרור.

בנוסף לכך, נבדקו השפעתן של אסטרטגיות התמודדות על פי תיאורית ההתמודדות של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984), מתוך ציפייה כי אסטרטגיה ממוקדת בבעיה תהיה בקשר שלילי עם אבחנה של תפ"ט, תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, בעוד אסטרטגיה ממוקדת ברגש תהיה בקשר חיובי עם אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. כמו כן, נבדקו משאבי התמודדות העומדים לרשות הפרט: משאב פנימי מיקוד שליטה – מיקוד שליטה פנימי, אשר צפוי להימצא במתאם שלילי עם אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית ומיקוד שליטה חיצוני הצפוי להימצא במתאם חיובי עם אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

נבדקה גם השפעתו של משאב חיצוני: תמיכה בלתי פורמלית. כלומר, הקשר בין תמיכה חברתית לבין מצוקה רגשית בקרב פצועי טראומה. למרות שעל פי הספרות, קשר זה אינו חד משמעי, הנטייה לראותו כמשתנה התורם להפחתה בתגובות הפוסט-טראומטיות ומידת המצוקה הרגשית.

בדיקת השפעתם של המשתנים שתוארו מחשבות אילו, אסטרטגיות התמודדות ומשאבי התמודדות, על משתני המחקר התלויים ובינם לבין עצמם, בנוסף לבדיקת השפעתם של משתני רקע דמוגרפים ורפואיים תורמת להבנה מקיפה ומעמיקה יותר של תהליך התמודדות של פצועי מתקפות טרור, ותסייע בזיהוי אלו המצויים בסיכון גבוה יותר להתפתחות תסמינים פוסט-טראומטיים ומצוקה רגשית.

לפיכך, המטרה העיקרית של המחקר היא: להרחיב את הידע התיאורטי והאמפירי של התמודדות פצועי אירועי טרור בכלל ולהעריך את תרומת מחשבות האילו לידע זה בפרט. זאת,

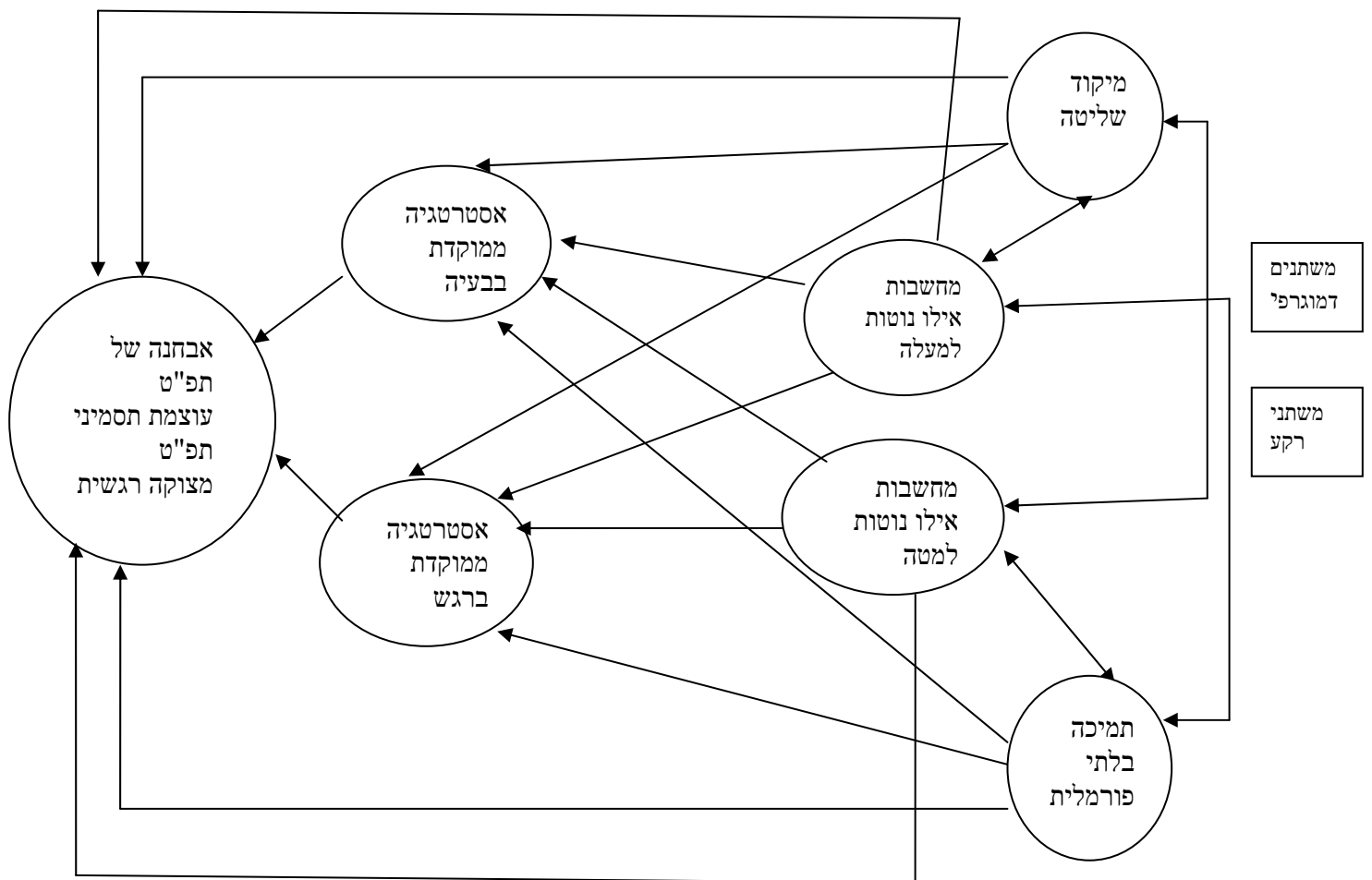
על ידי בדיקת תרומתן של מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) למידת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, בקרב נפגעי טרור שנפצעו פיזית. כמו כן, בדק המחקר האם קיימים קשרים בין מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) לבין אסטרטגיות התמודדות (ממוקדת בבעיה וממוקדת ברגש) והמשאבים האישיים (תמיכה בלתי פורמלית ומיקוד שליטה), ובין משתנים אלו לאבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני התפ"ט ומידת המצוקה הרגשית בקרב נפגעי טרור שנפצעו פיזית. זאת בנוסף לשאלה האם מחשבות אילו קשורות למשתני רקע כגון: תפיסת מידת חומרת אירוע הפציעה, טראומה קודמת וזמן שעבר מהאירוע והאם משתני הרקע קשורים באבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומידת המצוקה הרגשית של נפגעי הטרור שנפצעו פיזית.

### **הגדרת משתני המחקר**

#### **משתנים בלתי תלויים:**

- 1) מחשבות אילו נוטות למעלה - יצירת אלטרנטיבה מחשבתית לאירוע שתוצאותיה טובות מבעבר.
- 2) מחשבות אילו נוטות למטה - יצירת אלטרנטיבה מחשבתית לאירוע שתוצאותיה גרועות מבעבר.
- 3) אסטרטגיית התמודדות ממוקדת ברגש - מתרכזת במאמצים לוויסות הרגשות על מנת להפחית את תחושת הדחק.
- 4) אסטרטגיית התמודדות ממוקדת בבעיה - מתרכזת במאמצים אקטיביים לפתרון הבעיה אשר יפחיתו את תחושת הדחק.
- 5) מיקוד שליטה - משאב פנימי המבטא את ארגון אמונותיו של הפרט בנוגע למידת יכולתו להשפיע באמצעות מאמציו רצונותיו ותכונותיו וכישוריו, על התנהגותו ועל חייו בכלל. מחולק למיקוד שליטה חיצוני (השפעה מועטת) ומיקוד שליטה פנימי (השפעה רבה).
- 6) תמיכה בלתי פורמלית - משאב התמודדות חיצוני המבטא את הדרגה בה מספקים אחרים משמעותיים לחיבה, שייכות ובטחון.
- 7) תפיסת אירוע הפציעה - תפיסה סובייקטיבית של מידת ההשפעה השלילית של האירוע הטרואומטי בו נפצע הפרט על חייו.

- (1) תסמונת פוסט טראומטית ותסמינים פוסט טראומטיים - כפי שמוגדר ב-DSM-IV-TR-2000 המופיעים בעקבות חשיפה לאירוע טראומטי המעמתת את הפרט עם איום על החיים או השלמות הפיזית של גופו של הפרט או של אדם אחר.
- (2) מצוקה רגשית - מצבו הרגשי של האדם הבא לידי ביטוי על ידי הסימפטומים הפסיכולוגיים הבאים: סומטיזציה, כפייתיות-אובססיביות, רגישות בין אישית, דיכאון, חרדה, עוינות, חרדה פובית, חשיבה פרנואידית ופסיכוטיזם.



איור 1 : מודל המחקר

**ימצא קשר בין משאבי התמודדות, מחשבות אילו ואסטרטגיות התמודדות לבין אבחנה של**

**תפ"ט עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית:**

1. א. ימצא קשר חיובי בין מיקוד שליטה הנוטה להיות חיצוני לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.
- ב. ימצא קשר שלילי בין תמיכה בלתי פורמלית לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.
- ג. ימצא קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.
- ד. ימצא קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.
- ה. ימצא קשר חיובי בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.
- ו. ימצא קשר שלילי בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

**ימצא קשר בין משאבי התמודדות, מחשבות אילו ואסטרטגיות התמודדות לבין עצמם:**

2. ימצא קשר חיובי בין מיקוד שליטה הנוטה להיות חיצוני לבין מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש.
3. ימצא קשר שלילי בין מיקוד שליטה הנוטה להיות חיצוני לבין מחשבות אילו נוטות למטה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה.
4. ימצא קשר שלילי בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מחשבות אילו נוטות למעלה, ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש.
5. ימצא קשר חיובי בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מחשבות אילו נוטות למטה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה.
6. ימצא קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש.
7. ימצא קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה.
8. ימצא קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש.

9. ימצא קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגיית התמודדות ממוקדת בבעיה.

**ימצא קשר בין משתני רקע - תפיסת אירוע הפציעה והזמן שעבר מהאירוע לבין אבחנה**

**של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית:**

10. ימצא קשר חיובי בין תפיסת אירוע הפציעה לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט

ומצוקה רגשית

11. ימצא קשר שלילי בין הזמן שעבר מהאירוע הטראומטי לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת

תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית

12. ימצא קשר חיובי בין אירוע טראומטי בעבר לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט

ומצוקה רגשית

**ימצא קשר בין משאבי התמודדות, מחשבות אילו ואסטרטגיות התמודדות לבין משתני רקע -**

**תפיסת אירוע הפציעה והזמן שעבר מהאירוע:**

13. ימצא קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין תפיסת אירוע הפציעה וקשר שלילי

בין לבין הזמן שעבר מהאירוע.

14. ימצא קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין תפיסת אירוע הפציעה וקשר חיובי

בין לבין הזמן שעבר מהאירוע.

**המשתנים אסטרטגיות התמודדות, יהוו משתנים מתערבים בקשר בין מחשבות אילו לבין**

**אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית:**

15. אסטרטגיית התמודדות ממוקדת ברגש מהווה משתנה מתווך בין מחשבות אילו נוטות

למעלה לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית:

16. אסטרטגיית התמודדות ממוקדת בבעיה מהווה משתנה מתווך בין מחשבות אילו נוטות

למטה לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

### 3. השיטה

#### 3.1 אוכלוסיית המחקר ומדגם

אוכלוסיית המחקר כוללת נפגעי איבה העומדים בקריטריונים של מחקר זה על פי רשימת הביטוח הלאומי. הקריטריונים שנקבעו להכללה במחקר:

דוברי עברית, בגיל: 19-70, גיל הנחקר מעל 18 בזמן האירוע, מוכרים על ידי המוסד לביטוח לאומי ונקבעו להם לפחות 19% נכות קבועים (כלומר, זכאים לקצבת נפגעי איבה קבועה).

המדגם כלל 176 מתוך 1166 נפגעי טרור, המהווים 15% מאוכלוסיית המחקר, 115 פצועים שנפגעו במהלך האינתיפדה השניה 2000-2005, ו-61 פצועים שנפגעו במהלך פגועי טרור קודמים בין השנים 1981-2000. לוח 1 מציג את התפלגות המאפיינים הדמוגרפים של מדגם המחקר

לוח 1: התפלגות המאפיינים הדמוגרפים של מדגם המחקר במספרים מוחלטים ובאחוזים (n=176)

משתנה	קטגוריה	ממוצע	סטיית תקן	n	%
מין	זכר			90	51.1
	נקבה			86	48.9
מצב משפחתי	נשואים			120	68.2
	לא נשואים			53	31.8
ילדים	כן			97	55.1
	לא			75	42.6
ארץ לידה	ישראל			110	62.5
	אירופה			15	8.5
	אפריקה + אסיה			16	9.1
	אמריקה			9	5.1
	בריה"מ לשעבר			13	7.4
שנת עליה	1948-1990			48	68.6
	1990 ומעלה			22	31.4
תעסוקה	עובד / לומד			108	61.4
	לא עובד/לא לומד			65	36.9
מידת דתיות	דתי			48	27.3
	מסורתי			57	32.9
	חילוני			68	39.3
גיל		46.2	13.7		
	טווח	70-21			
השכלה (מספר שנות לימוד)		13.7	3.42		

מתוך לוח 1 עולה כי שעור המשתתפים הגברים במדגם דומה לשעור הנשים, הגיל הממוצע הינו 46.2 שנים (ס.ת.=13.7). יותר משני שלישי הנפגעים (68.2%) נשואים. מעל למחצית מדגם המחקר (55.1%) הורים לילדים. שני שלישי (62.5%) מהנחקרים הם ילידי הארץ, וממוצע שנות הלימוד הוא 13.7 שנים (ס.ת.=3.42) 108 (61.4%) מהנחקרים לומדים או עובדים וכשליש (36.9%) אינם עובדים או לומדים. 68 מהמשתתפים (39.3%) מגדירים עצמם חילוניים והשאר (27.3%) מגדירים עצמם כדתיים או מסורתיים (32.9%).

לוח 2 מציג את התפלגות משתני הרקע של אוכלוסיית המחקר

## לוח 2: התפלגות משתני הרקע של אוכלוסיית המחקר

במספרים מוחלטים ובאחוזים (N=176)

משתנה	ערכים	N	%
מספר שנים בממוצע שעברו מהאירוע	8.6 ס.ת.-7.5		
	טווח 2-28		
אירועים טראומטיים בעבר	כן	36	20.5
	לא	131	74.4
הגדרה סובייקטיבית של הפגיעה בזמן האירוע	קלה	9	5.1
	בינונית	54	30.7
	קשה	53	30.1
	קשה מאוד	57	32.4
תפיסת השפעת אירוע הפגיעה על החיים	מועטה	8	4.5
	בינונית	33	18.8
	רבה	48	27.3
	רבה מאוד	77	43.8
	אחר	10	5.7
אחוזי נכות	19-50%	106	63
	50%	62	36.9
אבחנה של תפ"ט	עם תפ"ט	96	54.5
	ללא תפ"ט	80	45.5

מתוך לוח 2 עולה כי ממוצע מספר השנים שעבר מהפגיעה הינו 8.6 שנים (סטיית תקן 7.5), הטווח הינו 2-28 שנים. למעלה משני שלישי של הנפגעים (74.4%) לא ציינו אירוע טראומטי בעברם לפני האירוע הנוכחי וכשני שלישי (62.5%) תארו את פגיעתם בזמן האירוע על פי תפיסת פגיעה סובייקטיבית כקשה או קשה מאוד, כמו כן, תפסו את האירוע הטרומטי כבעל השפעה



רבה (27.8%) או רבה מאוד (43.8%) על חייהם כיום. לרוב הנפגעים (63%) אחוזי נכות הנמוכים מ-50%. מעל למחצית הנבדקים, (54.5%), מאובחנים כבעלי תפי"ט ו- 45.5% ללא אבחנה קלינית של תפי"ט.

### 3.2 כלי המחקר

(1) תסמינים פוסט-טראומטיים נבדקו על ידי שאלון לבדיקת עוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים – (Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Scale; PSS) (ראה נספח 13) פותח על ידי פואה, ריגס, דנקו, ורוטבאום (Foa, Riggs, Dancu & Rothbum, 1993). זהו שאלון לדיווח עצמי, המיועד להעריך את עוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים במהלך החודש האחרון. השימוש השאלון במחקר הנוכחי הותאם לנפגעי פיגועי טרור ונועד לבדוק את עוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים. השאלון כולל 17 פריטים, כל אחד מהם תואם את אחד הקריטריונים האבחנתיים ל-PTSD על פי ה-DSM-IV. הכלי כולל שלושה אשכולות של תסמינים: חוויה חוזרת של האירוע (פריטים 1-5), אלפא קרונבך 0.93, הימנעות (פריטים 6-12) אלפא קרונבך 0.85, ועוררות יתר (פריטים 13-17) אלפא קרונבך 0.90. ציון המהימנות הפנימית הכללית במחקר זה הינה אלפא קרונבך 0.95. החומרה בה חווה הפרט את הסימפטומים בחודש האחרון מדורגת על סולם ליקרט בן ארבע דרגות מ-0 (אף פעם או פעם אחת) ועד 3 (מעל חמש פעמים בשבוע). הציון הכולל של עוצמת התסמינים מחושב על פי סכום הדרוג בכל אחד מהפריטים. (ראה נספח 1). בשאלון נעשה שימוש לאבחנה קלינית של תסמונת פוסט טראומטית כך שתסמין אחד ומעלה באשכול חוויה חוזרת של האירוע, שלושה תסמינים ומעלה באשכול הימנעות ושני תסמינים ומעלה באשכול עוררות מהווים קריטריונים ל-PTSD על פי ה-DSM-IV.

(2) מצוקה רגשית נבדקה על ידי שאלון מצוקה נפשית (Brief Symptoms Inventory – BSI) (ראה נספח 14) פותח על ידי דרוגטיס (Derogatis, 1975) ומיועד לבדוק את רמת המצוקה הנפשית של האדם באמצעות 9 סקלות של תסמינים נפשיים: סומטיזציה, כפייתיות – אובססביות, רגישות בין אישית, דיכאון, חרדה, עוינות, חרדה פובית, חשיבה פרנואידית ופסיכויזם. בכלי נעשה שימוש בישראל על ידי עפר (1994), הכלי כולל 53 פריטים לדיווח

עצמי. הנחקר מתבקש לדרג את עוצמתו של כל אחד מ-53 התסמינים בשאלון על רצף שנע מ"כלל לא" חש בסימפטום (0) ועד לחש בסימפטום "במידה ניכרת" (4). המהימנות הפנימית של המדדים במחקר זה נבדקה ע"י אלפא קרונבך נעה בין 0.81 לפסיכוטיזם, לבין 0.93 לחרדה. ציון המהימנות הפנימית הכללית הינו 0.98. בדיקת התוקף נעשתה ע"י השוואה לממדים של מבחנים אחרים כמו MMPI ומבחן T.A.T ונמצא תקף (Derogatis & Melisaration, 1983). (ראה נספח 2).

(3) אסטרטגיית ההתמודדות נבדקה על ידי שאלון לבדיקת אסטרטגיות התמודדות (Multidimensional Coping Inventory – COPE). (ראה נספח 15) שאלון זה פותח על ידי קרבר וחבריו (Carver et al., 1989), ומיועד לבדוק שימוש באסטרטגיות התמודדות שונות. לשאלון גרסה מצבית ותכונתית, במחקר זה יעשה שימוש בגרסה המצבית. השאלון כולל 15 אסטרטגיות, בכל אסטרטגיה 4 פריטים. במחקר זה נעשה שימוש בגרסה מקוצרת, בה נעשה שימוש בישראל על ידי שטרנברג (2003), תורגמה לעברית על ידי בן-צור וזיידנר (Ben-Zur & Zeidner, 1995). גרסה זו כוללת שני פריטים בכל תת סולם. כל פריט נע על סולם ליקרט בן 4 דרגות – מתאים במידה רבה (3) ואינו מתאים כלל (0). השאלון במחקר זה כולל חלוקה ל-15 תת סולמות. תת הסולמות שנבדקו הינם, תכנון, חיפוש תמיכה רגשית, ראייה חיובית וצמיחה, חיפוש תמיכה אינסטרומנטלית, התמודדות פעילה, מיקוד ברגש ושחרור, קבלת מצב, דיכוי פעולות מתחרות, איפוק, ניתוק מחשבתי, ניתוק התנהגותי, פניה לדת, הימנעות/הכחשה שימוש באלכוהול וסמים והומור. בנוסף, נבדקו אסטרטגיות ההתמודדות במחקר הנוכחי על פי סיווג 15 סגנונות ההתמודדות ל-2 אסטרטגיות מרכזיות על פי ניתוח גורמים מאשר ברוטציית ורימקס: 1. התמודדות ממוקדת בבעיה – חיפוש תמיכה אינסטרומנטלית, חיפוש תמיכה רגשית, תכנון, התמודדות פעילה, דיכוי פעולות מתחרות, מתן פרוש חיובי וצמיחה, הומור; 2. התמודדות ממוקדת ברגש – איפוק, פנייה לדת, מיקוד ברגש ושחרור, הכחשה, ניתוק התנהגותי, ניתוק מנטלי, אלכוהול וסמים. (ראה נספח 8) המהימנות הפנימית אלפא קרונבך על פי חלוקה זו הינה 0.79 עבור תת סולם אסטרטגיה ממוקדת בבעיה ו-0.78 עבור תת סולם אסטרטגיה ממוקדת ברגש. מתאמים בין תת סולמות ראה נספח 3.

4) מחשבות אילו (Counterfactual thinking) נבדקו על ידי שני שאלונים :

א. שאלון מחשבות אילו – השאלון מתבסס על אינטגרציה של שני שאלונים, השאלון הראשון פותח על ידי רוס (Roese, 1994), והשני פותח על ידי דייויס ולהמן (Davis & Lehman, 1995). תרגום לעברית של שאלון זה נעשה על ידי גילבר וחברוני (Gilbar & Heveroni, 2007). שחקרו מחשבות אילו בקרב חולות סרטן שד. השאלון הותאם למטרות המחקר הנוכחי. (ראה נספח 16).

השאלון נועד לבדוק תדירות מחשבות אילו עולות ויורדות – סמוך לאירוע ובחודש האחרון. בשאלות הנוגעות למחשבות אילו סמוך לאירוע לא נעשה שימוש במחקר עקב תוקף נמוך. השאלון הנוכחי כולל 4 היגדים בהם נעשה שימוש. בשאלון היגד המנחה את הנבדק לכתוב את שכיחות הופעתן של מחשבות האילו בזמן הראיון, תוך הפרדה בין סוגי המחשבות, (עולות או יורדות), על ידי שימוש בסולם ליקרט בן 5 דרגות מ-1 (כלל לא) ועד 5 (כל הזמן). מהימנות הכללית של הכלי הינה 0.71. מתאמים בין תתי סולמות ראה נספח 4.

ב. שאלון מחשבות אילו שחובר למחקר זה ופותח על פי הגדים של נפגעים – השאלון מורכב ממשפטים של פצועי טרור שתארו את התנסותם באירוע ונבנה עבור מחקר זה (ראה נספח 17). השאלון הותאם למטרות המחקר הנוכחי ותוקפו נבדק על ידי העברתו ל-10 פצועים (תאונות דרכים, תאונות עבודה ונפגעי טרור) שטופלו, עקב פציעה, במחלקת מיון בב"ח כרמל. בשאלון נערכו שינויים המיועדים להתאמתו לאוכלוסייה הנבדקת, ולאחר הפרי טסט הוא תוקן על פי ההערות.

השאלון נועד לבדוק את מאפייני מחשבות האילו של פצועי טרור באופן ספציפי, ופותח בעזרת שיחות טלפוניות, שנערכו בתחילת המחקר, עם כ-10 פצועים שטופלו בחדר המיון של בית חולים כרמל, במהלך אירועי טרור השנת 2002-2003. חלק זה מכיל 10 משפטים הנעים על פני שימוש בסולם ליקרט בן 5 דרגות מ-1 (כלל לא) ועד 5 (כל הזמן). פריטי השאלון נחלקים, על פי ניתוח גורמים מאשר ברוטציית ורימקס, לשני סולמות האחד כולל משפטים הקשורים במחשבות הנוטות למעלה, והסולם השני כולל משפטים הקשורים במחשבות הנוטות למטה. חלוקה זו תואמת את עולם התוכן של מחשבות האילו.

לוח 3 מציג את ניתוח הגורמים עבור פריטי שאלון מחשבות אילו על פי דווח הגדי נפגעים.

לוח 3: ניתוח גורמים מאשר עם רוטציית ורימקס עבור פריטי שאלון היגדים של נפגעים (N=176)

מספר פריט	תת-מימד	טעינות גורמים	
		מחשבות אילו נוטות למטה	מחשבות אילו נוטות למעלה
1	אילו הייתי יוצא מאוחר יותר/מוקדם יותר לא הייתי מעורב בפיגוע.	0.86	
2	אילו הייתי רחוק יותר מהמחבל... לא הייתי נפצע כפי שנפצעתי.	0.77	
3	אילו היו מטפלים בי מהר יותר הפציעה שלי הייתה קלה יותר.	0.49	
4	אילו הפציעה הייתה גופנית בלבד ללא החלק הנפשי היה לי קל יותר להתמודד עם תוצאות האירוע.	0.66	
5	אילו הייתי קרוב יותר למקום הפיצוץ הייתי נפגע קשה יותר.	0.48	
6	אילו הייתי משתהה עוד רגע הייתי יכול להיהרג.	0.52	
7	אילו פעולות הפינוי היו פחות מהירות יתכן והפציעה הייתה הופכת חמורה יותר	0.84	
8	אילו האירוע היה במקום סגור או צפוף יתכן שהפציעה הייתה קשה יותר	0.71	
9	אילו לא הייתי נפצע לא היה במשפחתי כל כך הרבה עצב.	0.43	
10	אילו לא הייתי נפצע באירוע טרור לא הייתי זוכה להכיר את כל הכוחות הטמונים בי.	0.48	
	אחוז שונות	26.26	21.24
	אלפא קרוונבך	0.67	0.77

הערה: מוצגות טעינויות גבוהות מ-0.40 בלבד.

המהימנות עבור סולם ראשון הינה אלפא קרוונבך 0.77 והמהימנות עבור הסולם השני הינה אלפא קרוונבך 0.67. מתאמים בין תתי סולמות ראה נספח 5.

בבדיקת המתאם בין כלי מחשבות האילו לבין כלי הגדי נפגעי טרור עולה כי קיים מתאם חיובי מובהק של 0.67 ( $P < 0.01$ ) בין סולם הגדי נפגעים הנוטים למעלה לבין המשתנה מחשבות אילו נוטות למעלה, כמו כן קיים מתאם חיובי מובהק של 0.40 ( $P < 0.01$ ) בין סולם הגדי נפגעים הנוטים למטה לבין המשתנה מחשבות אילו נוטות למטה. המתאמים בין שני הכלים המודדים מאפייני (כיוון ומידה) מחשבות אילו גבוהים, כך שכלי מחשבות האילו מהווה תיקוף של כלי הגדי הפצועים. בנוסף, המתאמים בין משתני כלי מחשבות

אילו לבין משתני המחקר התלויים והבלתי תלויים דומים למתאמים בין משתני הכלי הגדי הנפגעים לבין משתני המחקר התלויים והבלתי תלויים (ראה נספח 7).  
במחקר זה יעשה שימוש בכלי הגדי הנפגעים המיועד באופן ספציפי לאוכלוסיה זו.

(5) מיקוד השליטה נבדק על ידי שאלון לבדיקת נטיית מיקוד השליטה (Locus of Control; )

(LOC) שפותח ע"י רוטר (Rotter, 1966). (ראה נספח 18) השאלון המקורי כולל 29 פריטים אולם, במחקר הנוכחי יעשה שימוש בגרסה העברית המקוצרת שפותחה על ידי גרגי (1999). נעשה שימוש בכלי בישראל על ידי סוסקולני (1982), גרסה זו מכילה 15 פריטים בלבד (מתוכם 12 נמצאו בעלי המתאם הגבוה ביותר עם הציון הכללי בכלי המקורי, ושלושה פריטים מסיחי דעת נוספים, שלא ייכללו בחישוב הציון הסופי. כל פריט מורכב משני הגדים: האחד מתאר עמדה אופיינית לבעלי מיקוד שליטה פנימי והשני מתאר עמדה אופיינית לבעלי מיקוד שליטה חיצוני. לכל נבדק מחושב ממוצע מיקוד השליטה, הנע מ-0 (מיקוד שליטה פנימי) ל-1 (מיקוד שליטה חיצוני). ככל שהציון גבוה יותר הנטייה למיקוד שליטה חיצוני רבה יותר. רוטר (Rotter, 1966) מדווח על מהימנות פנימית של 0.73. לפי שיטת split half. בגרסה העברית המקוצרת נמצאה מהימנות פנימית מסוג אלפא קרונבך 0.64 (גרגי, 1999). במחקר זה נמצאה מהימנות פנימית מסוג אלפא קרונבך 0.67.

(6) תמיכה חברתית בלתי פורמלית נבדקה על ידי שאלון תמיכה חברתית (Multidimensional

Scale of Perceived Social Support – MSPSS); שפותח על ידי זימט ושותפיו (Zimet et al., 1988). (ראה נספח 19) שאלון לדיווח עצמי אודות התמיכה הלא פורמלית העומדת לרשות הפרט. בשאלון נעשה שימוש בישראל על ידי גילה (2001), השאלון מתייחס לשלושה מקורות של תמיכה חברתית: משפחה, חברים, ואחרים משמעותיים. בשאלון 12 פריטים הנעים בסולם ליקרט בן 7 דרגות, כאשר 1 מסמל אי הסכמה רבה עם הפריט ו-7 הסכמה רבה עמו. המהימנות הפנימית של הכלי בכללותו במחקר זה על פי מבחן אלפא קרונבך הינה 0.93 ושל כל אחד משלושת מקורות הינה: תמיכה משפחתית – 0.90, חברים – 0.94 ואחר משמעותי – 0.90. (ראה נספח 6)

(7) שאלון דמוגרפי – השאלון הדמוגרפי כולל את בדיקת המשתנים הבאים: מין, גיל, מצב משפחתי, דתיות, מספר ילדים, ארץ לידה, השכלה, מצב תעסוקתי. (ראה נספח 20).

(8) שאלון רפואי – השאלון הרפואי כולל את המשתנים הבאים: זמן הפציעה, דרגת הנכות שנקבעה, קיום אירועים טראומטיים בעברו של הנחקר, חומרת הפציעה כפי שנתפסת על ידי הנבדק והערכת השפעת הפציעה על חייו. (ראה נספח 21).

לוח 4 מתאר את הנתונים הפסיכומטריים והמהימנות של כלי המדידה במחקר הנוכחי.

לוח 4 : נתונים הפסיכומטריים ומהימנות כלי המדידה (N=176)

אלפא קרונבך	מקסימום	מינימום	סטיית תקן	ממוצע	מימד	משתני המודל
0.79 0.78	2.94 2.71	0.00 0.00	0.57 0.62	1.65 1.20	כללי – ממוקד בפתרון בעיות כללי – ממוקד ברגש	אסטרטגיית התמודדות
0.89 0.88 0.88 0.91 0.93 0.86 0.87 0.85 0.81 0.98	4.00 4.00 4.00 4.00 4.00 4.00 4.00 4.00 4.00 4.00	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	1.19 1.26 1.21 1.22 1.34 1.10 1.28 1.12 1.09 1.09	1.36 1.72 1.33 1.43 1.70 1.19 1.52 1.28 1.23 1.44	סומטיזציה כפייתיות – אובססיביות רגישות בין אישית דיכאון חרדה עוינות חרדה פובית חשיבה פרנואידית פסיכוטזום ציון מצוקה כללי	מצוקה רגשית
0.95 0.93 0.85 0.90	2.94 3.00 2.86 3.00	0.00 0.00 0.00 0.00	0.81 0.94 0.76 1.04	0.89 0.92 0.80 1.28	תפ"ט כללי חוויה מחדש הימנעות עוררות	תסמינים פוסט טראומטית
0.94 0.90 0.90 0.93	7.00 7.00 7.00 7.00	1.00 1.00 1.00 1.00	1.96 1.66 1.57 1.47	4.38 5.45 5.69 5.18	חברים משפחה אחר משמעותי ציון תמיכה כללי	תמיכה בלתי פורמלית
	5.00 5.00 5.00 5.00	1.00 1.00 1.00 1.00	1.37 1.43 1.33 1.39	2.16 2.34 1.82 2.13	מחשבה נוטה למעלה בזמן הראיון מחשבה נוטה למטה בזמן הראיון מחשבה נוטה למעלה בזמן הראיון מחשבה נוטה למטה בזמן הראיון	מחשבות אילו
0.77 0.67	5.00 5.00	1.00 1.00	1.06 1.09	2.7 2.7	מחשבות אילו נוטות למעלה מחשבות אילו נוטות למטה	הגדי נפגעים
0.67	12.00	0.00	2.84	6.79	מיקוד שליטה פנימי וחיצוני על רצף	מיקוד שליטה

### 3.3 הליך

נעשתה פנייה למוסד לביטוח לאומי על מנת לקבל רשימה של מועמדים למחקר. לאחר קבלת אישור וועדת המחקרים של המוסד לביטוח לאומי וועדת האתיקה לניסויים בבני אדם באוניברסיטת חיפה, אותרו בעזרת נתוני האגף לנפגעי פעולות איבה של המוסד לביטוח לאומי, נחקרים המתאימים לקריטריוני המחקר. איסוף הנתונים נעשה באמצעות הדואר. לכל נפגע נשלח שאלון ומכתב הסבר על מטרות המחקר בשיתוף האגף לנפגעי איבה בביטוח הלאומי. הרשימה המקורית כללה 1166 נפגעי איבה בין השנים 1978 – 2005. נשלחו 930 שאלונים מתוכם נענו 176 נפגעים, 18.9% הסכמה. לגבי 150 נחקרים נעשתה פניה ישירה טלפונית לאחר משלוח המכתב והשאלון על מנת לעודד הענות. הסיבות לסירוב כללו בעיקר: קושי להתמודד עם זיכרון האירוע הטראומטי, פגיעה שאינה מאפשרת כתיבה ומצוקת זמן. מסרבים רבים הסבירו שבאירוע ניפגע או נהרג בן משפחה נוסף, לכן ההזכרות באירוע קשה להם במיוחד. לאחר שהסתבר שההיענות נמוכה לא ניתן היה לאתר נבדקים נוספים. זאת, מאחר ופרצה מלחמת שלום הגליל השנייה. כלומר, היחשפות למלחמה הייתה מצב של לחץ קיצוני ואולי אף טראומה לאוכלוסיה. מצב זה עשוי היה להשפיע על תשובות הנבדקים, בהשוואה לאלו שענו על השאלונים לפני המלחמה.



#### 4. ממצאים

ניתוח הממצאים נערך במספר שלבים: בשלב הראשון נבדקו השערות המחקר באמצעות מתאמי פירסון בין משתני מחשבות אילו (על פי השאלון שחובר למחקר זה), תמיכה בלתי פורמלית, מיקוד שליטה, אסטרטגיה ממוקדת בבעיה ואסטרטגיה ממוקדת ברגש, לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, ובינם לבין עצמם. כמו כן נבדקו באמצעות מתאמי פירסון וספירמן ההשערות אשר דנות בקשר בין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית לבין המשתנים הדמוגרפים: גיל, מיגדר, שנות לימוד ומשתני הרקע: תפיסת חומרת אירוע הפגיעה, אחוזי הנכות, זמן שעבר מהאירוע ואירועים טראומטיים קודמים, ניתוח סטטיסטי לקורלציות שנמצאו במחקר, ממתאם מ-0.20 ומעלה,  $p > 0.01$ .

השלב השני כלל ניתוחי רגרסיה היררכית ולוגיסטית וניתוח נתיבים על מנת לבדוק את תרומתה של כל קבוצת משתני המחקר להסבר השונות של המשתנים התלויים אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. זאת, על מנת להעריך את הקשרים הישירים והעקיפים בין משתני המחקר ולהבניית המודל הכללי. מודל המחקר נבדק באמצעות ניתוח המשוואות המבניות (SEM). מאחר וקיים מתאם גבוה בין המשתנים התלויים (ראה לוח 5) יוצג ניתוח המשוואות המבניות עבור המשתנה עוצמת תסמיני תפ"ט בלבד.

המצוקה הרגשית שלאוכלוסיית הנבדקים במחקר ( $M=1.53$ ,  $SD=1.09$ ), גבוהה באופן מובהק, על פי מבחן  $t$  להשוואת ממוצעי מדגם ואוכלוסייה,  $[t(686)=-9.40, p<0.001]$  על פי נורמות שאותרו באוכלוסייה אקראית ( $M=0.72$ ), ונבדקו על ידי שאלון ה-BSI (Gilbar & Ben-Zur, 2002).

#### **4.1 בדיקת הקשרים בין משתני המחקר הבלתי תלויים לבין המשתנה התלוי ובינם לבין עצמם:**

לוח 5 מציג את המתאמים בין המשתנים הבלתי תלויים: אסטרטגיה ממוקדת בבעיה, אסטרטגיה ממוקדת ברגש, תמיכה בלתי פורמלית, מיקוד שליטה, מחשבות אילו נוטות למעלה מחשבות אילו נוטות למטה לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, ובינם לבין עצמם.

לוח 5 : מתאמי פירסון וספירמן של משתני המחקר (N=176)

+אבחנה של תפ"ט	תסמיני תפ"ט	מצוקה רגשית	מחשבות אילו נוטות למטה	מחשבות אילו למעלה	מיקוד שליטה	תמיכה בלתי פורמלית	אסטרטגיה ממוקדת ברגש	אסטרטגיה ממוקדת בבעיה	
									אסטרטגיה ממוקדת בבעיה
								-----	
							----	.23**	אסטרטגיה ממוקדת ברגש
						-----	-.37**	.17*	תמיכה בלתי פורמלית
					-----	.20*	.35**	.16*	מיקוד שליטה
				-----	.32**	-.24**	.63**	.08	מחשבות אילו נוטות למעלה
			-----	.53**	.08	-.04	.30**	.22**	מחשבות אילו נוטות למטה
		-----	.33**	.66**	.32**	-.53**	.74**	.04	מצוקה רגשית
	-----	.91**	.26**	.66**	.37**	-.53**	.71**	.02	עוצמת תסמיני תפ"ט
-----	.83**	.78**	.30**	.57**	.29**	-.47**	.68**	.00	+אבחנה של תפ"ט

\* p<0.05

+משתנים א-פרמטרים שקשריהם נבדקים באמצעות מתאם ספירמן \*\* p<0.01

**קשר בין משאבי התמודדות, מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) ואסטרטגיות התמודדות**

**לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית:**

**ההשערה הראשונה** טוענת כי יהיה קשר חיובי בין מיקוד שליטה נוטה לחיצוני, מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית וקשרים שליליים בין תמיכה בלתי פורמלית, מחשבות אילו נוטות למטה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

בלוח מספר 5 ניתן לראות כי, נמצא קשר סטטיסטי מובהק חיובי בין: מיקוד שליטה, מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. כלומר, ככל שהפרט יטה למיקוד שליטה חיצוני, יצור יותר מחשבות אילו נוטות למעלה ויעשה יותר שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש, יהיו יותר תסמיני תפ"ט ומצוקתו הרגשית תהיה גבוהה יותר, כך גם תהיה נטייתם של המאובחנים כבעלי תפ"ט. בנוסף, נמצא קשר שלילי מובהק בין תמיכה בלתי פורמלית לאבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, כך שככל שלפרט תהיה יותר תמיכה בלתי פורמלית יהיו פחות תסמיני תפ"ט, מצוקתו הרגשית תפחת ובהתאם תהיה נטייתם של המאובחנים כבעלי תפ"ט.

בניגוד להשערה 1.ד. נמצא קשר חיובי מובהק בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. כלומר, מחשבות אילו נוטות למטה קשורות ביותר תסמיני תפ"ט, יותר מצוקה רגשית ואבחנה של תפ"ט בניגוד להשערה. בנוסף, אין עדות לכך ששימוש באסטרטגיה ממוקדת בבעיה יהיה קשור בפחות תסמיני תפ"ט ופחות מצוקה רגשית. לפיכך, השערה ראשונה אוששה באופן חלקי.

**קשר בין משאבי התמודדות, מחשבות אילו ואסטרטגיות התמודדות לבין עצמם:**

**ההשערה השנייה** טוענת כי ימצא קשר חיובי בין מיקוד שליטה הנוטה להיות חיצוני לבין מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. על פי לוח מספר 5 ניתן לראות כי ההשערה אוששה מאחר וקיים קשר חיובי מובהק בין מיקוד שליטה לבין מחשבות

אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת הרגש. כלומר, ככל שהפרט יטה למיקוד שליטה חיצוני הוא יטה ליצור יותר מחשבות אילו נוטות למעלה ולעשות יותר שימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש.

**ההשערה השלישית** טוענת כי ימצא קשר שלילי בין מיקוד שליטה הנוטה להיות חיצוני לבין מחשבות אילו נוטות למטה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. על פי לוח מספר 5 ניתן לראות כי, לא אותרו קשרים מובהקים בין מיקוד שליטה לבין מחשבות אילו נוטות למטה וקשר מובהק חלש בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. כלומר, מיקוד שליטה הנוטה להיות חיצוני אינו קשור ליצירת פחות מחשבות אילו נוטות למטה ופחות שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. לפיכך, השערה שלישית נדחתה.

**ההשערה הרביעית** טוענת כי ימצא קשר שלילי בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. על פי לוח מספר 5 ניתן לראות כי, קיים קשר שלילי מובהק בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. כלומר, ככל שלפרט יותר תמיכה בלתי פורמלית, יהיו לו פחות מחשבות אילו נוטות למעלה והוא יעשה פחות שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. לפיכך, השערה רביעית אוששה.

**ההשערה החמישית** טוענת כי ימצא קשר חיובי בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מחשבות אילו נוטות למטה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. על פי לוח מספר 5 ניתן לראות כי, כי לא אותרו קשר מובהק בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מחשבות אילו נוטות למטה וקשר מובהק חלש בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. כלומר, יותר תמיכה בלתי פורמלית אינה קשורה ביצירת יותר מחשבות אילו נוטות למטה וביותר שימוש באסטרטגיה ממוקדת בבעיה. (בין המשתנים תמיכה בלתי פורמלית ובין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה אותרו מתאם נמוך המתאים להשערה) לפיכך, השערה חמישית נדחתה.

**ההשערה השישית** טוענת כי ימצא קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. על פי לוח מספר 5 ניתן לראות כי, בהתאם להשערה,

אותר קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. כלומר, ככל שלפרט יהיו יותר מחשבות אילו נוטות למעלה הוא יעשה יותר שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש לפיכך, השערה שיטית אוששה.

**ההשערה השביעית** טוענת כי ימצא קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. על פי לוח מספר 5 ניתן לראות כי, בניגוד להשערה, לא אותר קשר מובהק בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. כלומר, לא נמצאה עדות לכך, שפחות מחשבות אילו נוטות למטה קשור ביותר שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. לפיכך, ההשערה השביעית נדחתה.

**ההשערה השמינית** טוענת כי ימצא קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. על פי לוח מספר 5 ניתן לראות כי, בניגוד להשערה, אותר קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. כלומר, נטייה ליותר מחשבות אילו נוטות למטה לא קשורה בפחות שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. לפיכך, השערה שמינית נדחתה.

**ההשערה התשיעית** טוענת כי ימצא קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. על פי לוח מספר 5 ניתן לראות כי בהתאם להשערה, אותר קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. כלומר, ככל שלפרט נטייה ליותר מחשבות אילו נוטות למטה הוא יעשה יותר שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. לפיכך השערה תשיעית אוששה.

#### **4.2 בדיקת הקשר בין משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפיים לבין משאבי התמודדות, מחשבות**

##### **אילו, אסטרטגיות התמודדות, תגובות פוסט-טראומטיות, מצוקה רגשית**

לוח מספר 6 מציג את המתאמים בין משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפיים: גיל, מגדר, שנות לימוד, זמן שעבר מהאירוע, אירועים טראומטיים קודמים, תפיסת חומרת פגיעה ותפיסת אירוע פגיעה ואחוזי נכות לבין משאבי התמודדות, מחשבות אילו, אסטרטגיות התמודדות, אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

לוח 6: מתאמי ספירמן ופירסון של משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים עם המשתנים

התלויים ועם המשתנים הבלתי תלויים (N=176)

אחוזי נכות	תפיסת אירוע פציעה	אירועים טראומטיים + קודמים	זמן שעבר מהאירוע	שנות לימוד	מגדר +	גיל	
.06	.17*	-.25**	.00	.04	-.15*	-.22**	תמיכה בלתי פורמלית
-.07	.16*	.13	.11	-.24**	-.07	.14	מיקוד שליטה
-.04	.34**	.09	-.22**	.32**	.13	.01	מחשבות אילו נוטות למעלה
-.05	.15	-.14	.14	.16	.01	.00	מחשבות אילו נוטות למטה
.19*	.18*	-.21**	-.11	.09	.15*	-.24**	אסטרטגיה ממוקדת בבעיה
.08	.43**	-.08	.17*	-.27**	.01	.06	אסטרטגיה ממוקדת ברגש
.05	.46**	.16*	-.21**	-.26**	.11	.08	מצוקה רגשית
.05	.42**	.16*	-.23**	-.24**	.06	.13	עוצמת תסמיני תפי"ט
-.00	.34**	.07	-.23**	-.20**	.00	.08	אבחנה של תפי"ט +

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$  + משתנים א-פרמטרים שקשריהם נבדקים באמצעות מתאם ספירמן

בנוסף, נבדקו קשרים בין משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים לבין עצמם. נמצא קשר חיובי מובהק בין גיל לבין הזמן שעבר מהאירוע. בין תפיסת אירוע הפציעה לבין אחוזי הנכות. כמו כן נמצא קשר שלילי בין תפיסת אירוע פציעה לבין גיל והזמן שעבר מהאירוע. לוח מספר 7

מציג את המתאמים בין המשתנים הדמוגרפים: גיל, מין, שנות לימוד ומשתני הרקע: זמן שעבר מהאירוע, אירועים טראומטיים קודמים, תפיסת חומרת פציעה ותפיסת אירוע פציעה ואחוזי נכות לבין עצמם.

לוח 7: מתאמי ספירמן ופירסון של משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים עם עצמם (N=176)

אחוזי נכות	תפיסת אירוע פציעה	אירועים טראומטיים קודמים +	זמן שעבר מהאירוע	שנות לימוד	מיגדר +	גיל	
						----	גיל
					----	-.16*	מיגדר
				----	.22**	-.09	שנות לימוד
			----	.01	-.04	.41**	זמן שעבר מהאירוע
		----	-.06	.02	.05	.04	אירועים טראומטיים קודמים
	----	.02	-.27**	-.11	12.*	-.24**	תפיסת אירוע פציעה
----	35**	-.08	-.07	.13	-.04	-.02	אחוזי נכות

\*p<0.05

\*\* p<0.01 + משתנים א-פרמטרים שקשריהם נבדקים באמצעות מתאם ספירמן

**קשר בין משתני רקע לבין תגובות פוסט-טראומטיות, מצוקה רגשית ובין משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים לבין עצמם:**

**ההשערה העשירית** טוענת כי ימצא קשר חיובי בין תפיסת אירוע הפציעה לבין אבחנה של תפי"ט, עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. על פי לוח מספר 6 ניתן לראות כי, נמצא מתאם חיובי מובהק בין תפיסת אירוע הפציעה לבין אבחנה של תפי"ט, עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. כלומר, ככל שהפרט יתפוס את אירוע הפציעה כחמור יותר יהיו לו יותר תסמיני תפי"ט ומצוקתו הרגשית תגדל, בהתאם תהיה נטייתם של המאובחנים כבעלי תפי"ט. לפיכך, ההשערה עשירית אוששה. חשוב לציין, כי אותר קשר חיובי מובהק ( $r=0.35$ ,  $p<0.01$ ) בין המשתנה תפיסת אירוע הפציעה לבין אחוזי הנכות של הפרט (ראה לוח מספר 7) אולם לא אותר קשר

מובהק בין אחוזי הנכות לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. כלומר, למרות שקיים קשר בין אחוזי הנכות כמדד אובייקטיבי של חומרת הפגיעה לתפיסת אירוע הפגיעה, רק לתפיסת אירוע הפגיעה מתאם עם מידת תסמיני תפ"ט והמצוקה הרגשית.

**ההשערה האחת-עשרה** טוענת כי ימצא קשר שלילי בין משך הזמן שעבר מהאירוע הטראומטי לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. על פי לוח מספר 6 ניתן לראות כי, קיים קשר שלילי מובהק בין משך הזמן שעבר מהאירוע לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. כלומר, ככל שיעבור זמן רב יותר מהאירוע יהיו פחות מאובחנים כבעלי תפ"ט, פחות תסמיני תפ"ט והמצוקה הרגשית של הפרט תפחת. לפיכך, ההשערה האחת עשרה אוששה.

**ההשערה השנים-עשר** טוענת כי ימצא קשר חיובי מובהק בין אירוע טראומטי בעבר לבין אבחנה של תפ"ט, תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. על פי לוח מספר 6 ניתן לראות כי נמצא קשר מובהק חלש בין אירוע טראומטי בעבר לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. בבדיקת t טסט למדגמים בלתי מזווגים נמצא כי ההבדל במידת המצוקה הרגשית בין אלו שחוו טראומה קודמת לאלו שלא חוו טראומה קודמת מובהק  $[t(165) = 2.07, p < 0.05]$  לפיכך, ההשערה השנים עשר אוששה באופן חלקי.

**קשר בין מחשבות אילו נוטות למעלה ומחשבות אילו נוטות למטה לבין משתני רקע והמשתנים הדמוגרפים:**

**ההשערה השלושה-עשר** טוענת כי ימצא קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין תפיסת אירוע הפגיעה וקשר שלילי בין תפיסת אירוע הפגיעה לבין הזמן שעבר מהאירוע. על פי לוח מספר 6 ניתן לראות, כי נמצא קשר חיובי מובהק בין תפיסת אירוע הפגיעה לבין מחשבות אילו נוטות למעלה, ובנוסף נמצא קשר שלילי בין תפיסת אירוע הפגיעה לבין הזמן שעבר מהאירוע (ראה לוח מספר 7). כלומר, ככל שהפרט יתפוס את אירוע הפגיעה כחמור יותר יהיו לו יותר מחשבות אילו נוטות למעלה. מחשבות אילו הנוטות למעלה יפחתו עם חלוף הזמן. לפיכך, ההשערה השלושה עשר אוששה.



**ההשערה הארבע עשרה** טוענת כי ימצא קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין תפיסת אירוע הפציעה וכן קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין הזמן שעבר מהאירוע.

מלוח מספר 6 ניתן לראות כי, בניגוד להשערה, לא אותרו קשרים מובהקים בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין תפיסת אירוע הפציעה והזמן שעבר מהאירוע. כלומר, לא נמצא כי מחשבות אילו נוטות למטה קשורות לתפיסת אירוע פציעה כפחות חמור ולא נמצא קשר בין יצירת יותר מחשבות אילו נוטות למטה לבין הזמן שחלף מהאירוע. לפיכך, השערה ארבע עשרה נדחתה.

בנוסף לקשרים שאותרו על פי ההשערות נמצאו, על פי לוח מספר 6 מספר קשרים בין משתני המחקר לבין משתנים דמוגרפים ומשתני רקע שאינם מופיעים בהשערות המחקר: אותרו קשרים שליליים בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה לבין גיל, בין אירועים טראומטיים קודמים לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה, בין תמיכה בלתי פורמלית לבין גיל ואירועים טראומטיים קודמים. כמו כן אותרו קשרים שליליים בין מיקוד השליטה לבין שנות הלימוד ובין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש לבין תפיסת אירוע פציעה.

### **4.3 אסטרטגיות התמודדות כמשתנים מתווכים**

**קשר מתווך על ידי אסטרטגיות התמודדות בין מחשבות אילו לבין תגובות פוסט-טראומטיות, ומצוקה רגשית:**

**ההשערה החמש עשרה** טוענת כי ימצא שאסטרטגיית ההתמודדות ממוקדת ברגש מהווה משתנה מתווך בין המשתנה הבלתי תלוי מחשבות אילו נוטות למעלה לבין המשתנים התלויים אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. אמנם, על פי לוח מספר 5 ניתן לראות כי למחשבות אילו נוטות למעלה יש קשר חיובי לאבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית ועם המשתנה מתווך אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. כמו כן, ניתן לראות מלוח 5 כי קיים מתאם חיובי בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש (המתווך), לבין המשתנה הבלתי תלוי מחשבות אילו נוטות למעלה כלומר, מתקיימים כל התנאים לבדיקת תווך.

לוח 8 מציג ניתוח רגרסיה היררכית לבדיקת קשר תיווכי על ידי אסטרטגיות ההתמודדות בין המשתנים מחשבות אילו נוטות למעלה לבין המשתנים התלויים עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

לוח 8: בדיקת תווך: רגרסיה היררכית עבור המשתנה התלויים עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית (n=176)

תסמיני תפ"ט				מצוקה רגשית				משתנה מנבא					
R <sup>2</sup>	β	SE	B	R <sup>2</sup>	β	SE	B						
								<b>צעד ראשון</b>					
.39***	.63**	.05	.49	.43***	.66**	.05	.68	מחשבות אילו נוטות למעלה					
								<b>צעד שני</b>					
.56***	.30**	.05	.24	.61***	.31**	.06	.33	מחשבות אילו נוטות למעלה					
								אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש					
								.52**	.09	.69	.55**	10.	96.

\*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

מלוח מספר 8 ניתן לראות כי כאשר בצעד שני מוכנס ברגרסיה ההיררכית המשתנה אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש תרומת המשתנה מחשבות אילו נוטות למעלה להסבר השונות במצוקה הרגשית יורד מ-  $\beta = 0.66$  ל-  $\beta = 0.31$  ( $\Delta = 0.35$ ) ובהסבר השונות בעוצמת תסמיני התפ"ט יורדת תרומתו מ-  $\beta = 0.63$  ל-  $\beta = 0.30$  ( $\Delta = 0.33$ ). על פי מבחן Sobel (Sobel, ) 1982 לבדיקת מובהקות קשר התיווך, הקשר המתווך מובהק ( $Z=8.46$ ,  $p < 0.001$ ) עבור המצוקה הרגשית ו- ( $Z=9.13$ ,  $p < 0.001$ ) עבור עוצמת תסמיני תפ"ט. כלומר, מתקיים תיווך חלקי, כך שהמשתנה אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש מתווך בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. תיווך המשתנה הדיכוטומי אבחנה של תפ"ט על ידי מחשבות אילו נוטות למעלה, בתיווך אסטרטגיות התמודדות, נבדק בעזרת רגרסיה לוגיסטית. לוח 9 מציג ניתוח רגרסיה לוגיסטית לבדיקת קשר תיווכי על ידי אסטרטגיות ההתמודדות בין המשתנים מחשבות אילו נוטות למעלה לבין המשתנה התלוי אבחנה של תפ"ט. מלוח 9 ניתן לראות כי כאשר בצעד שני מוכנס ברגרסיה המשתנה אסטרטגית

התמודדות ממוקדת ברגש תרומת המשתנה מחשבות אילו נוטות למעלה להסבר השונות באבחנה של תפי"ט יורד מ-  $B = 1.44$  ל-  $B = 0.74$  על פי מבחן Sobel (Sobel, 1982) לבדיקת מובהקות קשר התיווך, הקשר המתווך מובהק ( $Z=4.07$ ,  $p < 0.001$ ) עבור אבחנה של תפי"ט. כלומר, מתקיים תיווך חלקי, כך שהמשתנה אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש מתווך בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אבחנה של תפי"ט. לפיכך, ההשערה החמש-עשרה אוששה.

לוח 9: בדיקת תווך: רגרסיה לוגיסטית עבור המשתנה התלוי אבחנה של תפי"ט ( $n=176$ )

אבחנה של תפי"ט				משתנה מנבא
$\chi^2$	Exp(B)	SE	B	
63.55	4.24	0.22	1.44***	צעד ראשון
				מחשבות אילו נוטות למעלה
39.34	2.10	0.25	0.74**	צעד שני
				מחשבות אילו נוטות למעלה
				אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש

\*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

**ההשערה השש-עשרה** טוענת כי אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה מהווה משתנה מתווך בין המשתנה הבלתי תלוי מחשבות אילו נוטות למטה לבין המשתנים התלויים אבחנה של תפי"ט, עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. מאחר ולא נמצא קשר מובהק בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה לבין אבחנה של תפי"ט, עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית (ראה לוח מספר 5) לא ניתן להראות קשר מתווך על ידי אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אבחנה של תפי"ט, עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. לפיכך, ההשערה השש-עשרה נדחתה.

#### 4.4 הבדלים באבחנת תפי"ט במשתני המחקר הבלתי תלויים

בנוסף לבדיקת השערות המחקר על ידי הקשרים בין משתני המחקר הבלתי תלויים לבין אבחנה של תפי"ט נבדקו הבדלים בין המאובחנים כבעלי תפי"ט וללא תפי"ט במשתני המחקר, באמצעות

מבחני  $\chi^2$  ובאמצעות מבחני t למבחנים בלתי מזווגים. לוח מספר 10 מתאר את מובהקות ההבדלים בין המאובחנים עם תפ"ט וללא תפ"ט במשתני המחקר.

לוח 10: מובהקות ההבדלים בין המאובחנים עם תפ"ט וללא תפ"ט במשתני המחקר.

הבדל	ללא תפ"ט		עם תפ"ט		משתנה*
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
t(170)= -1.17	14.32	44.92	13.14	47.38	גיל
t(169)= 2.51**	3.03	14.48	3.62	13.18	שנות לימוד
t(170)= 2.88**	8.43	10.51	6.45	7.15	זמן שעבר מהאירוע
t(174)= -4.70***	1.02	2.91	0.84	3.57	תפיסת אירוע פציעה
t(166)= 0.17	24.18	47.03	23.03	46.40	אחוזי נכות
t(174)= 6.25***	1.25	5.90	1.41	4.63	תמיכה בלתי פורמלית
t(173)= -3.99***	2.92	5.55	2.76	7.27	מיקוד שליטה
t(174)= -8.88***	0.83	2.03	0.92	3.21	מחשבות אילו נוטות למעלה
t(173)= -4.25***	0.98	2.29	1.09	2.96	מחשבות אילו נוטות למטה
t(174)= 0.22	0.57	1.66	0.55	1.67	אסטרטגיה ממוקדת בבעיה
t(174)= -11.49***	0.42	0.78	0.51	1.59	אסטרטגיה ממוקדת ברגש
t(174)= -16.42***	0.52	0.59	0.80	2.30	מצוקה רגשית

\* מין וטראומה קודמת נבדקו באמצעות מבחן  $\chi^2$  \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

נמצא אישוש חלקי לפיו קיימים הבדלים מובהקים בין המאובחנים עם תפ"ט והמאובחנים ללא תפ"ט במשתנים: שנות לימוד, כך שלמאובחנים עם תפ"ט פחות שנות לימוד, תפיסת אירוע פציעה, כך שלמאובחנים עם תפ"ט תפיסה חמורה יותר של אירוע הפציעה, זמן שעבר מהאירוע, כך שזמן רב יותר שעבר מהאירוע קשור בפחות מאובחנים עם תפ"ט, תמיכה בלתי פורמלית, כך שלמאובחנים עם תפ"ט פחות תמיכה בלתי פורמלית, מיקוד שליטה, כך שהמאובחנים עם תפ"ט נטייה למיקוד שליטה חיזוני, מחשבות אילו נוטות למעלה, כך שלמאובחנים עם תפ"ט יותר מחשבות אילו נוטות למעלה, מחשבות נוטות למטה, כך שלמאובחנים עם תפ"ט יותר מחשבות אילו נוטות למטה ואסטרטגיה ממוקדת ברגש, כל שלמאובחנים עם תפ"ט נטייה

לשימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש. לא נמצאו הבדלים מובהקים במשתנים: מין, טראומה קודמת, גיל, אחוזי נכות ואסטרטגיה ממוקדת בבעיה. כמו כן, נמצא הבדל מובהק בין המאובחנים עם תפ"ט וללא תפ"ט במשתנה התלוי מצוקה רגשית, כך שלמאובחנים עם תפ"ט מצוקה רגשית גבוהה יותר. (ראה לוח מספר 10).

#### **4.5 ניתוחי רגרסיה היררכית ולוגיסטית לניבוי המשתנים התלויים על ידי המשתנים הבלתי**

##### **תלויים על פי מודל המחקר**

בשלב השני של ניתוח התוצאות, נערכו ניתוחי רגרסיה היררכית ולוגיסטית במטרה לבדוק את המידה בה משתנים בלתי תלויים, על פי מודל המחקר, תורמים, כל קבוצה מעבר לקודמתה, על פי חלוקה לקבוצות תוכן, להסבר המשתנים התלויים תסמיני תפ"ט ומצוקה הרגשית (לוח מספר 9).

המשתנים הבלתי תלויים נבדקו בעזרת חלוקה לקבוצות לפי מודל המחקר ותחומי תוכן: קבוצה של משתנים ודמוגרפים וקבוצה של משתני רקע שנבחרו על פי חשיבותם והמתאם עם המשתנים התלויים אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית (ראה לוח מספר 6): גיל, מין, מספר שנות לימוד, תפיסת אירוע הפציעה והזמן שעבר מהאירוע, קבוצה של משאבים כלומר, מיקוד שליטה, תמיכה בלתי פורמלית, קבוצה של מחשבות אילו נוטות למעלה מחשבות אילו נוטות למטה, וקבוצה של אסטרטגיות התמודדות: אסטרטגיה ממוקדת בבעיה ואסטרטגיה ממוקדת ברגש.

ראשית, נערכה רגרסיה היררכית עם המשתנים על פי מודל המחקר. ברגרסיה זו תפיסת אירוע הפציעה, תמיכה בלתי פורמלית, מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש נמצאו מובהקות ( $R^2=0.68$   $F[12,150]=27.82$   $p<0.001$ ) עבור המצוקה הרגשית ו- ( $R^2=0.64$   $F[12,150]=23.39$   $p<0.001$ ) עבור עוצמת תסמיני תפ"ט.

לוח 11 מציג ניתוח רגרסיה ההיררכית עבור המשתנים התלויים עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

לוח 11: רגרסיה היררכית עבור המשתנים התלויים עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית

(++n=150)

תסמיני תפ"ט			מצוקה רגשית			משתנה מנבא		
$\beta$	SE	B	$\beta$	S.E.	B			
.15*	.00	0 0	.11	.06	0 0	גיל	צעד ראשון $+R^2=.06^{***}$ $R^2=.05^{**}$	
-.10	.13	1 7	.15	.18	3 3	מין		
-.20**	.02	0 5	-.25***	-.03	0 8	שנות לימוד		
.36***	.00	0 2	.29	.00	0 2	גיל	צעד שני $+R^2=.32^{***}$ $R^2=.33^{***}$	
.04	.11	0 6	.09	.15	1 9	מין		
-.12	.02	0 3	-.17**	.02	0 5	שנות לימוד		
.12	.13	2 4	.12	.18	3 2	טראומה קודמת		
.41***	.06	34.	.43***	.08	.47	תפיסת אירוע פציעה		
-.30***	.00	-.03	-.23***	.01	-.03	זמן שעבר מהאירוע		
.20**	.00	01.	.14	.00	.01	גיל	צעד שלישי $+R^2=.47^{***}$ $R^2=.49^{***}$	
-.04	.10	-.06	.02	.14	04.	מין		
-.08	.01	-.02	-.14**	.02	-.05	שנות לימוד		
.03	.12	06.	.04	.16	09.	טראומה קודמת		
-.33***	.05	.27	.35***	.07	39.	תפיסת אירוע פציעה		
-.24***	.00	-.03	-.18**	.01	-.03	זמן שעבר מהאירוע		
-.39***	.04	-.21	-.40***	.05	-.29	תמיכה בלתי פורמלית		
.15**	.02	04.	.10	.02	04.	מיקוד שליטה		
.17***	.00	01.	.09	.00	00.	גיל	צעד רביעי $+R^2=.61^{***}$ $R^2=.60^{***}$	
-.03	.09	-.05	.02	.12	05.	מין		
-.01	.01	-.00	-.03	.02	-.01	שנות לימוד		
.01	.11	02.	.03	.14	07.	טראומה קודמת		
.22***	.05	18.	.22***	.06	25.	תפיסת אירוע פציעה		
.18***	.00	-.01	-.10	.00	-.01	זמן שעבר מהאירוע		
.34***	.03	-.19	-.35***	.04	-.25	תמיכה בלתי פורמלית		
.09	.02	03.	.04	.02	02.	מיקוד שליטה		
.42***	.05	34.	.44***	.07	47.	מחשבות אילו נוטות למעלה		
-.06	.05	-.05	.01	.06	02.	מחשבות אילו נוטות למטה		
.15**	.00	00.	.07	.00	00.	גיל	צעד חמישי $+R^2=.68^{***}$ $R^2=.64^{***}$	
.00	.09	01.	.05	.11	11.	מין		
-.04	.01	-.00	00.	.01	00.	שנות לימוד		
-.00	.10	-.01	00.	.13	02.	טראומה קודמת		
.14**	.05	12.	.13**	.06	15.	תפיסת אירוע פציעה		
-.18***	.00	-.01	-.09	.08	-.01	זמן שעבר מהאירוע		
-.24***	.03	-.13	-.23***	.04	-.16	תמיכה בלתי פורמלית		
.05	.01	01.	00.	.02	00.	מיקוד שליטה		
.28***	.06	22.	.26***	.07	28.	מחשבות אילו נוטות למעלה		
.04	.04	03.	.05	.06	05.	מחשבות אילו נוטות למטה		

-0.08	.09	-0.11	-0.07	.11	-0.17	אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה	
.34***	.10	46.	41.***	.13	74.	אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש	
$R^2+$ עבור מצוקה רגשית			* $p < 0.05$		** $p < 0.01$		*** $p < 0.001$

לוח מספר 11 מצביע, כי עבור המשתנה התלוי עוצמת תסמיני תפ"ט ניתן לראות כי כל המשתנים התורמים להסבר השונות באופן מובהק: גיל, זמן שעבר מהאירוע, תפיסת אירוע פציעה, תמיכה בלתי פורמלית, מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגיית התמודדות ממוקדת ברגש, תורמים להסבר השונות גם בצעד האחרון, למעט תרומת המשתנים שנות לימוד שהפך בצעד השני בלתי מובהק ומיקוד שליטה שהפך בצעד הרביעי בלתי מובהק.

בהתאמה להשערות המחקר ובדומה למתאמים, המשתנה התורם את מירב ההסבר לשונות במשתנה התלוי עוצמת תסמיני תפ"ט הוא אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש ( $\beta = 0.34$ ), ראה השערה מספר 1 ה'. המשתנה תמיכה בלתי פורמלית בעל תרומה גבוהה יחסית להסבר השונות של עוצמת תסמיני תפ"ט ( $\beta = -0.24$ ), ראה השערה מספר 1 ב'. למשתנה מחשבות אילו נוטות למעלה ( $\beta = 0.28$ ), ראה השערה 1 ג', תרומה נוספת משמעותית להסבר המשתנה התלוי, כך שככל שיהיו יותר מחשבות אילו נוטות למעלה יהיו יותר תסמיני תפ"ט. תרומתו של המשתנה תפיסת אירוע פציעה להסבר תסמיני תפ"ט מובהקת, אך נמוכה ( $\beta = 0.14$ ) ראה, השערה מספר 10.

עבור המשתנה מצוקה רגשית הממצאים דומים ברובם, כל המשתנים התורמים להסבר השונות באופן מובהק: תפיסת אירוע פציעה, תמיכה בלתי פורמלית, מחשבות אילו נוטות למעלה, אסטרטגיית התמודדות ממוקדת ברגש, תורמים להסבר השונות של המשתנה התלוי גם בצעד האחרון, למעט תרומת המשתנים זמן שעבר מהאירוע ושנות לימוד שהפכו בצעד השלישי לבלתי מובהקות.

המשתנה התורם את מירב ההסבר לשונות במשתנה התלוי מצוקה רגשית הוא אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש ( $\beta = 0.41$ ), ראה השערה מספר 1 ה'. המשתנה תמיכה בלתי פורמלית בעל תרומה גבוהה יחסית להסבר השונות של המצוקה הרגשית ( $\beta = -0.23$ ), ראה השערה מספר 1 ב'. למשתנה מחשבות אילו נוטות למעלה ( $\beta = 0.26$ ), ראה השערה 1 ג', תרומה נוספת

משמעותית להסבר המשתנים התלויים, כך שככל שיהיו יותר מחשבות אילו נוטות למעלה תהיה יותר מצוקה רגשית. תרומתו של המשתנה תפיסת אירוע פציעה להסבר המצוקה הרגשית מובהקת, אך נמוכה ( $\beta = 0.13$ ), ראה השערה מספר 10.

להסבר השונות של המשתנה התלוי עוצמת תסמיני תפ"ט תורמים גם המשתנים גיל בקשר חיובי ( $\beta = 0.15$ ), וזמן שעבר מהאירוע בקשר שלילי ( $\beta = -0.18$ ), שאינם תורמים להסבר השונות במשתנה התלוי מצוקה רגשית.

השערות מחקר נוספות הנוגעות בקשרים בין אירוע טראומטי בעבר, מיקוד השליטה ומחשבות אילו נוטות למטה לבין המשתנה התלוי לא אותרו כתורמות בגרסיות ההיררכיות. לפיכך, נמצאה תרומת המשתנים הבאים מובהקת גם בניתוחי הרגרסיה היררכית: מחשבות אילו נוטות למעלה, תמיכה בלתי פורמלית ואסטרטגיה ממוקדת ברגש להסבר השונות בעוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה הרגשית יחד עם המשתנים גיל וזמן שעבר מהאירוע לגבי הסבר השונות בעוצמת תסמיני תפ"ט.

על מנת לבחון את הסבר השונות של המשתנה התלוי אבחנו של תפ"ט על ידי משתני המחקר התלויים, נערכה רגרסיה לוגיסטית עם המשתנים על פי מודל המחקר. בגרסיה זו הזמן שעבר מהאירוע, תמיכה בלתי פורמלית, מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש נמצאו מובהקות ומסבירות את השונות ( $R^2 = 0.72$ ) במשתנה התלוי אבחנו של תפ"ט.

לוח 12 מציג ניתוח רגרסיה לוגיסטית עבור המשתנה התלוי אבחנו של תפ"ט.



לוח 12: רגרסיה לוגיסטית עבור המשתנה התלוי אבחנה של תפ"ט (n=146)

אבחנה של תפ"ט					Nagelkerke R <sup>2</sup>
$\chi^2$	Exp(B)	S.E.	B	משתנה מנבא	צעד ראשון R <sup>2</sup> =.07*
8.28*	1.02	.01	.01	גיל	R <sup>2</sup> =.07*
	1.27	.35	.24	מין	
	.88	.05	-.13*	שנות לימוד	
34.67***	1.06	.01	.06***	גיל	צעד שני R <sup>2</sup> =.34***
	.97	.40	-.03	מין	
	.90	.06	-.10	שנות לימוד	
	1.67	.48	.51	טראומה קודמת	
	2.38	.23	.87***	תפיסת אירוע פציעה	
	.90	.03	-.10**	זמן שעבר מהאירוע	
27.93***	1.04	.01	.04*	גיל	צעד שלישי R <sup>2</sup> =.51***
	.63	.47	-.45	מין	
	.88	.08	-.13	שנות לימוד	
	1.03	.57	.03	טראומה קודמת	
	2.34	.25	.85***	תפיסת אירוע פציעה	
	.91	.03	-.09**	זמן שעבר מהאירוע	
	.42	.20	-.87***	תמיכה בלתי פורמלית	
	1.13	.08	-.13	מיקוד שליטה	
24.99***	1.02	.02	.02	גיל	צעד רביעי R <sup>2</sup> =.64***
	.81	.53	-.20	מין	
	1.01	.09	.01	שנות לימוד	
	.88	.68	-.13	טראומה קודמת	
	1.60	.28	.47	תפיסת אירוע פציעה	
	.93	.04	-.06	זמן שעבר מהאירוע	
	.43	.22	-.85***	תמיכה בלתי פורמלית	
	1.06	.09	.06	מיקוד שליטה	
	4.56	.42	1.51***	מחשבות אילו נוטות למעלה	
	1.06	.31	.06	מחשבות אילו נוטות למטה	
17.69***	1.03	.02	.03	גיל	צעד חמישי R <sup>2</sup> =.72***
	.80	.60	-.21	מין	
	1.08	.11	.08	שנות לימוד	
	.50	.80	-.68	טראומה קודמת	
	1.31	.32	.28	תפיסת אירוע פציעה	
	.91	.04	-.09*	זמן שעבר מהאירוע	
	.50	.26	-.70**	תמיכה בלתי פורמלית	
	.98	.11	-.02	מיקוד שליטה	
	2.54	.47	.93*	מחשבות אילו נוטות למעלה	
	1.21	.36	.19	מחשבות אילו נוטות למטה	
	.53	.70	-.62	אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה	
	21.60	.85	3.07***	אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש	

Total  $\chi^2(12)=113.57$  \*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\* p<0.001

לוח מספר 12 מצביע, כי עבור המשתנה התלוי אבחנה של תפ"ט ניתן לראות כי המשתנים התורמים להסבר השונות באופן מובהק: תמיכה בלתי פורמלית, מחשבות אילו נוטות למעלה, ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש, תורמים להסבר השונות גם בצעד האחרון. זאת, למעט זמן שעבר מהאירוע, שהפך למובהק בצעד חמישי, שנות לימוד שהיה מובהק בצעד ראשון בלבד, גיל שהיה מובהק בצעד שלישי ורביעי ותפיסת אירוע פציעה שהיה מובהק בצעד שני.

בהתאמה להשערות המחקר ובדומה למתאמים שאותרו, המשתנה התורם את מירב ההסבר לשונות הוא אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש ( $B=3.07$ ) ראה השערה מספר 1 ה'. המשתנים מחשבות אילו נוטות למעלה ותמיכה בלתי פורמלית אותרו כבעלי תרומה גבוהה להסבר השונות של המשתנה, אבחנה של תפ"ט, ( $B=0.93$ ) עבור מחשבות אילו נוטות למעלה ו- ( $B=-0.70$ ) עבור ותמיכה בלתי פורמלית ראה השערה 1 ג' והשערה 1 ב'. למאובחנים עם תפ"ט יש יותר מחשבות אילו נוטות למעלה ופחות תמיכה בלתי פורמלית. תרומתו של המשתנה זמן שעבר מהאירוע, ( $B=0.09$ ) מובהקת אך נמוכה, ראה השערה 11. המשתנים שתרומתם מובהקת מסבירים 89% מהשונות במשתנה התלוי אבחנה של תפ"ט. השערות מחקר נוספות שאתרו מתאם בין המשתנה התלוי, אבחנה של תפ"ט לבין משתני המחקר הבלתי תלויים: מיקוד שליטה, מחשבות אילו נוטות למטה, תפיסת אירוע פציעה ושנות לימוד, לא אותרו כתורמות ברגרסיה הלוגיסטית.

התוצאות דומות לתוצאות שנמצאו ברגרסיה ההיררכית עבור תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית למעט המשתנה תפיסת אירוע הפציעה שאינו תורם להסבר השונות במשתנה אבחנה של תפ"ט.

#### **4.6 ניתוח הנתונים באמצעות ניתוח משוואות מבניות על פי מודל המחקר**

השלב הבא בניתוח המשתנים היה ניתוח הנתונים באמצעות ניתוח משוואות מבניות SEM (Structural Equation Modeling) (Arbuckle, 2003; Arbuckle & Wothke, 1999; Bollen, 1989) בתוכנת AMOS 7 (Arbuckle, 2006; Arbuckle & Wothke, 1999). זאת, על מנת לבחון את מידת התאמתו של מודל המחקר (איור מספר 1) לממצאי המחקר. בנוסף ניתוח זה מהווה בדיקה מסכמת לכל ההשערות שנבחנו לעיל.

שני קריטריונים סטטיסטיים מיושמים להערכת המודל: מידת ההתאמה של המודל לנתונים (model fit) המיוצג על-ידי  $\chi^2$  ונגזרותיו, והערכת הקשרים בין משתני המודל (estimates) המיוצגים על-ידי ערכי  $\beta$  (Bollen, 1989; Arbuckle & Wothke, 1999; Arbuckle, 2003). המדדים השכיחים ביותר להערכת מידת ההתאמה של המודל הם: ערך  $\chi^2$  לא מובהק המייצג סטייה לא מובהקת של המודל הנתון מן הנתונים NFI (normed fit index) ו-NNFI (non-normed fit index) אשר ערכיהם קרובים ל-1, הם מייצגים התאמה טובה, ו-RMSEA (Root mean standard error of approximation) ערך מקובל הוא קטן מ-0.05.

המודלים מבוססים על מודל המחקר כפי שהוצג בפרק ההשערות (איור 1): המודל הראשון הינו מודל בסיסי בו נבדקו מירב האפשרויות לקשרים בין משתני המחקר עלפי סדר במסגרת הניתוחים נבדקו 4 מודלים מבניים אפשריים לבדיקת דפוסי ההשפעה בין המשתנים הופעתם במודל המחקר ללא משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים, על מנת לראות את הקשרים בין משתני המחקר בטרם תיכלל במודל השפעת משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים. במודל זה מדדי ההתאמה מראים על אי התאמתו לנתונים. המודל השני הינו מודל משופר מאחר והורדו נתיבים שאינם מובהקים, הנתבים שהורדו הינם: מיקוד שליטה – מחשבות אילו נוטות למטה, תמיכה בלתי פורמלית – מחשבות אילו נוטות למטה, מחשבות אילו נוטות למעלה – אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה, מחשבות אילו נוטות למטה – אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש, מיקוד שליטה – מצוקה רגשית, מחשבות אילו נוטות למטה – תסמיני תפ"ט, מחשבות אילו נוטות למטה – אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה, אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה – תסמיני תפ"ט. מודל זה עדיין אינו כולל משתנים דמוגרפים ומשתני רקע. המודל השלישי הינו מודל הכולל גם משתנים דמוגרפים ומשתני רקע להם מתאמים מובהקים עם המשתנה התלוי תסמיני תפ"ט. המודל הרביעי כולל את כל המשתנים הדמוגרפים ומשתני הרקע התורמים באופן מובהק להסבר השונות של המשתנה התלוי וכן את משתני המחקר הבלתי תלויים על פי המודל התיאורטי הבסיסי (איור מספר 1).

לוח 13 מציג את מדדי ההתאמה של המודלים.

לוח 13: ניתוח משוואות מבניות – מדדי התאמה

מודל	$\chi^2$	df	p	RMSEA	NFI	NNFI
1	114.27***	3	0.00	0.46	0.75	---
2	13.11	8	0.11	0.06	0.97	0.96
3	28.59	17	0.04	0.06	0.95	0.94
4	37.73	31	0.19	0.03	0.94	0.97

מעיון בלוח 13 ניתן לראות כי מודל 4 הינו בעל מידת ההתאמה הגבוהה ביותר לנתונים על פי כל המדדים והוא עדיף על מודל 3 המכיל רק חלק מהמשתנים הדמוגרפים ועל מודל 2 שאינו מכיל משתנים דמוגרפים ומשתני רקע. מודל 4 ומבוסס על מודל המחקר כפי שהופיע בהשערות ללא הנתונים הבלתי מובהקים (איור 2).

המודל שנבחר מבין המודלים שנבדקו הינו מספר 4 (ראה איור 2) המודל נמצא מתאים במבחן חי בריבוע ( $\chi^2(31)=37.73$ ,  $p=0.19$ ) והוא בעל מדדי התאמה טובים ( $RMSEA=0.03$ ,  $NFI=0.94$ ,  $NNFI=0.97$ ). מודל זה לא כולל נתונים בלתי מובהקים שהופיעו במודל הבסיסי מספר 1 וכן נוספו מספר נתונים מובהקים בין משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים לבין משתני המחקר הבלתי תלוי והמשתנה התלוי. המודל מצביע על הקשרים הבאים:

**א. קשר בין משתני המחקר לבין עצמם:** נמצאו קשרים בין תמיכה בלתי פורמלית לבין

מחשבות אילו נוטות למעלה ( $\beta = -0.14$ ), בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש ( $\beta=0.47$ ) בין תמיכה בלתי פורמלית לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש ( $\beta=-0.20$ ) בין מיקוד שליטה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש ( $\beta=0.13$ ) בין מיקוד שליטה לבין מחשבות אילו נוטות למעלה ( $\beta = 0.20$ ) בין תמיכה בלתי פורמלית לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה ( $\beta = 0.25$ ).

הממצאים מצביעים כי בהתאם להשערות (4 ו-5), יותר תמיכה בלתי פורמלית תורמת לפחות שימוש מחשבות אילו נוטות למעלה, לפחות שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת

ברגש וליותר שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. כמו כן, ניתן לראות, בהתאם להשערות (השערה מספר 2), כי מיקוד שליטה חיצוני תורם ליותר שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש וליותר שימוש מחשבות אילו נוטות למעלה.

**ב. קשר בין משתני המחקר הבלתי תלויים למשתנה התלוי – עוצמת תסמיני תפ"ט:**

נמצאו קשרים בין תמיכה בלתי פורמלית לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ( $\beta = -0.31$ ) בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין תסמיני תפ"ט ( $\beta = 0.29$ ) בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש לבין תפ"ט ( $\beta = 0.37$ ). להסבר השונות בעוצמת תסמיני תפ"ט תורמים פחות תמיכה בלתי פורמלית, יותר מחשבות אילו נוטות למעלה ויותר שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש, זאת, בהתאם להשערות (השערה 1 סעיפים: ב', ג', ה').

**ג. קשר בין משתני רקע ומשתנים דמוגרפים לבין משתנה המחקר התלוי ומשתני המחקר הבלתי תלויים:**

נמצאו נתיבים מובהקים בין חלק ממשתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים למשתנה התלוי: בין תפיסת אירוע פגיעה לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ( $\beta = -0.12$ ) ובין משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים לבין חלק ממשתני המחקר הבלתי תלויים: בין תפיסת אירוע פגיעה, גיל, אירועים טראומטיים קודמים לבין תמיכה בלתי פורמלית המתאם בין  $-0.22$  לבין  $-0.27$ , בין שנות לימוד לבין מחשבות אילו נוטות למעלה ( $\beta = -0.23$ ) בין תפיסת אירוע פגיעה לבין מחשבות אילו נוטות למעלה ( $\beta = 0.27$ ) בין שנות לימוד לבין מיקוד שליטה ( $\beta = -0.23$ ) בין תפיסת אירוע פגיעה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש ( $\beta = 0.22$ ) בין גיל לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה ( $\beta = -0.20$ ) בין גיל לבין מיקוד השליטה ( $\beta = 0.16$ ) ובין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אירועים טראומטיים קודמים ( $\beta = -0.20$ ). הממצאים נותנים אישור נוסף להשערה בדבר תרומת תפיסת אירוע הפגיעה להסבר השונות בעוצמת תסמיני תפ"ט (השערה 8) וחיזוק לממצאים על פי הרקע התיאורטי: תפיסת האירוע כקשה יותר, גיל גבוה יותר, ואירועים טראומטיים קודמים תורמים להסבר פחות תמיכה בלתי פורמלית, למשכילים יותר יש פחות שימוש מחשבות אילו נוטות למעלה ופחות נטייה למיקוד שליטה חיצוני, תפיסת האירוע כקשה יותר תורמת ליותר שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת

ברגש וליותר שימוש במחשבות אילו נוטות למעלה. גיל גבוה יותר תורם לנטייה למיקוד שליטה חיצוני ולפחות שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה.

מאיוור מספר 2 נראה כי המודל מסביר 64% מהשונות במידת תסמיני התפי"ט של נפגעי הטרור.

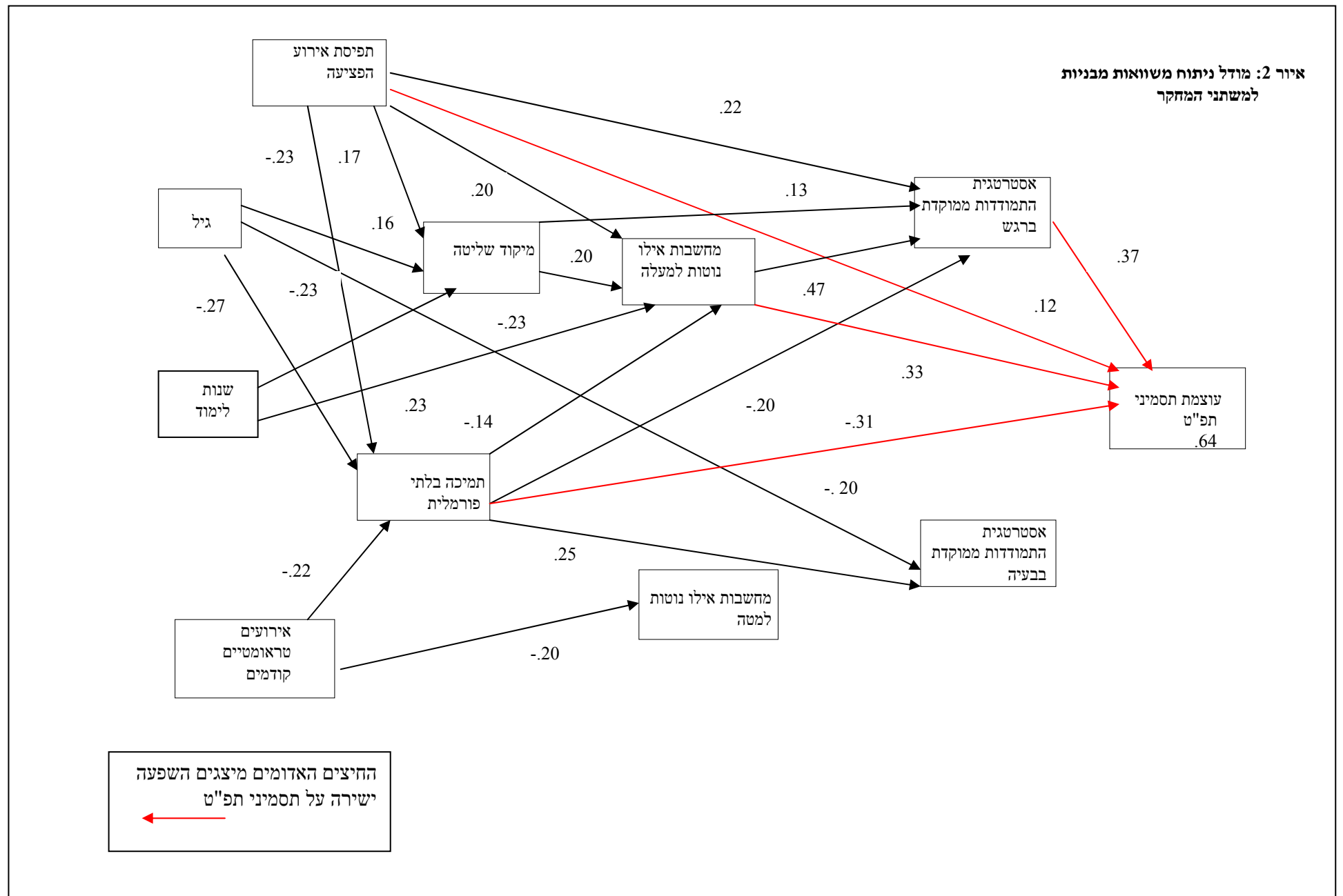
עוצמת תסמיני התפי"ט מושפעת באופן ישיר מאסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש, מחשבות אילו נוטות למעלה ותמיכה בלתי פורמלית, המהווים את המנבאים הטובים ביותר, ותפיסת אירוע פציעה.

אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש מוסברת על ידי תפיסת אירוע פציעה, מיקוד שליטה, מחשבות אילו נוטות למעלה על ידי מתאם חיובי, ותמיכה בלתי פורמלית הקשורה במתאם שלילי. אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה מוסברת על ידי גיל במתאם שלילי ותמיכה בלתי פורמלית במתאם חיובי. מחשבות אילו נוטות למעלה מוסברים על ידי תמיכה בלתי פורמלית ושנות לימוד במתאם שלילי, מיקוד שליטה ותפיסת אירוע פציעה במתאם חיובי. מחשבות אילו נוטות למטה מוסברים על ידי אירועים טראומטיים קודמים במתאם שלילי. מיקוד השליטה מוסבר על ידי תפיסת אירוע הפציעה וגיל במתאם חיובי ושנות לימוד במתאם שלילי. תמיכה בלתי פורמלית מוסבר על ידי תפיסת אירוע פציעה במתאם חיובי, גיל ואירועים טראומטיים קודמים במתאם שלילי.

הנתיבים המובהקים שנמצאו במודל שנבחר תואמים את השערות המחקר (השערה 1 סעיף ב', סעיף ג', סעיף ה', השערה 8) המציינות כי ימצאו קשרים בין משתני המחקר: תמיכה בלתי פורמלית, מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש לבין המשתנה התלוי. כמו כן, מאששים הממצאים את השערה 2, השערה 4, השערה 6, השערה 10, המציינות כי ימצאו קשרים בין משתני המחקר לבין עצמם ואת השערה 12 המציינת שימצא כי אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש תהיה משתנה המתווך בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין עוצמת תסמיני תפי"ט. ניתוח המודל המבני, תורם מידע נוסף המתאים לרקע התיאורטי.

איור מספר 2 מתאר את הקשרים המשולבים בין המשתנה התלוי עוצמת תסמיני תפי"ט והמשתנים הבלתי תלויים שהקשר עימם נמצא מובהק ומתאים למודל המחקר: גיל, השכלה, תפיסת אירוע פציעה, אירועים טראומטיים קודמים, מיקוד שליטה, תמיכה בלתי פורמלית,

מחשבות אילו נוטות למעלה, מחשבות אילו נוטות למטה, אסטרטגית התמודדות ממוקדת  
בבעיה, אסטרטגיית התמודדות ממוקדת ברגש.





## 5. דיון

ההתמודדות עם פגיעה עקב אירוע טרור הינה תהליך מורכב, מאחר ועל הנפגע להתמודד הן עם הטראומה הנגרמת מהחשיפה לאירוע והן עם השלכות הפגיעה עצמה, כך, שתחושת הדחק במצב כזה עשויה להיות גבוהה. לכך יש השלכות על כל תחומי החיים של הפרט וכך להגברת הסיכון לתגובות פוסט-טראומטיות מתמשכות ולהתפתחות מצוקה רגשית. ההתמודדות עם הטראומה מושפעת ממשתנים קוגניטיביים כמו, מחשבות אילו לאחר האירוע ("אילו הייתי עולה לאוטובוס הבא לא הייתי נפצע...", אם הייתי יושב ליד המחבל, הייתי נפצע קשה יותר...") מהמשאבים החיצוניים והפנימיים העומדים לרשות הפרט ומאסטרטגיות ההתמודדות בהן יעשה שימוש.

לחקר והבנת מאפייני ההתמודדות חשיבות רבה משום שהבנה זו תאפשר לאתר נפגעים בסיכון גבוה לפיתוח תגובות פוסט-טראומטיות ולאפשר להם קבלת עזרה טיפולית במטרה להפחית את המצוקה בה הם נמצאים.

רק מספר מועט של מחקרים בדקו את תהליך ההתמודדות של אלו אשר נפצעו באירועי הטרור בישראל. יתר על כן לא נמצא מחקר אשר בדק את השפעת מחשבות האילו בתהליך ההתמודדות של אוכלוסייה זו.

במחקר הנוכחי, נעשה ניסיון לבחון את תהליך ההתמודדות של פצועי הטרור עם מצב דחק טראומטי על בסיס התיאוריה של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984) וכן על פי תיאורית מחשבות אילו של רוס ואולסון (Roese & Olson, 1995) והתיאוריה הקוגניטיבית להתפתחות תגובות פוסט-טראומטיות (Foa & Rothbaum, 1998).

מודל ההתמודדות עם מצבי דחק של לזרוס ופולקמן מתמקד בתהליכי ההערכה וההתמודדות של הפרט במצב דחק, כולל מצבי דחק קיצוניים טראומטיים, כאירוע טרור. מצב דחק מוגדר כהיעדר איזון בין משאבי הפרט המתמודד לבין דרישות הסביבה והוא נתפס כאירוע דחק טראומטי כאשר מעורבים בו איום על חיי הפרט או לשלמות הפיזית של גופו או לקרובים לו.

ההערכה הקוגניטיבית של מצב הדחק תשפיע על מאפייני ההתמודדות של הפרט. כאשר הערכה גבוהה של איום והערכה נמוכה של אתגר קשורה להתמודדות ממוקדת ברגש והערכה נמוכה של איום וגבוהה של אתגר קשורה להתמודדות ממוקדת בבעיה. התמודדות

ממוקדת בבעיה נתפסת בד"כ כיעילה יותר וקשורה בפחות מצוקה רגשית ואילו אסטרטגיה ממוקדת ברגש נתפסת כיעילה פחות וקשורה ביותר מצוקה ותסמינים פסיכולוגיים ופיזיים (Goldenberg & Breznitz, 1993; Gil, 2005; Cohen-Silver et al., 2002). הערכת הפרט את מצבו והשימוש באסטרטגיות ההתמודדות מושפעים גם מהמשאבים הפנימיים והחיצוניים, העומדים לרשות הפרט. מחקר זה בחר לבדוק את תרומת מיקוד השליטה כמשאב פנימי ומידת התמיכה הבלתי פורמלית כמשאב חיצוני.

מחשבות אילו (counterfactual thinking) על פי התיאוריה של רוס ואולסון משפיעות על תהליך ההתמודדות של הפרט במצבי דחק בכלל ובמצבי דחק טראומטיים בפרט. על פי תיאוריה זו מחשבות אילו, הקשורות ביצירת אלטרנטיבה תפיסתית לתוצאות האירוע הטראומטי לתוצאות טובות יותר, (מחשבות אילו נוטות למעלה) או לאלטרנטיבה תפיסתית לתוצאות גרועות יותר (מחשבות אילו נוטות למטה), ישפיעו על תחושת המצוקה של הפרט. הכוונה לכך, שמחשבות אילו נוטות למעלה יהיו קשורות ליותר תסמינים פוסט-טראומטיים ולמצוקה רגשית גבוהה יותר ואילו מחשבות נוטות למטה יהיו קשורות לפחות תסמינים פוסט-טראומטיים ופחות מצוקה רגשית.

לפיכך, מטרתו המרכזית של המחקר הייתה להרחיב את הידע על תהליך ההתמודדות של פצועי הטרור בישראל, על ידי בדיקת תרומתם של מחשבות אילו, אסטרטגיות ההתמודדות והמשאבים העומדים לרשות הפרט להסבר השונות בתגובות פוסט-טראומטיים ומידת המצוקה הרגשית של אוכלוסייה זו.

ראשית, יבדקו הקשרים בין משתני המחקר התלויים למשתנים הבלתי תלויים עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, ובהמשך יבדקו הקשרים בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנה התלוי אבחנה של תפ"ט.

### **5.1 מחשבות אילו: נוטות למעלה ונוטות למטה**

#### **5.1.1 קשר בין מחשבות אילו נוטות למעלה ונוטות למטה לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה**

##### **רגשית**

השערת המחקר (השערה 1.ג.) טוענת כי ימצא קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

נמצא, בהתאם להשערה כי ככל שהנפגע ייצור יותר מחשבות אילו נוטות למעלה, הוא יטה ליותר עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. בנוסף, על פי ממצאי ניתוחי הרגרסיה

והמשוואות המבניות, נמצא כי מחשבות אילו נוטות למעלה יתרמו להסבר השונות במידת עוצמת תסמיני התפי"ט והמצוקה הרגשית. ממצאים אלו דומים לממצאיהם של רוס ואולסון (Roesse & Olson, 1995) ואחרים (Davis et al., 1995; Branscombe et al., 2003; ) אשר חקרו מחשבות אילו בקרב נפגעי טראומה מסוגים שונים (אונס, אלימות, ת.דרכים, מות עריסה, הפלות וסרטן שד). כלומר, מחשבות אילו הנוטות למעלה קשורות למצוקה רגשית גבוהה יותר וליותר תסמינים פוסט-טראומטיים, בשל הקושי להתמודד עם תוצאות האירוע הקשות על ידי יצירת אלטרנטיבה מחשבתית לאפשרות של תוצאות קשות יותר מאלו שקרו במציאות, במטרה להפחית חרדה. הסבר אפשרי נוסף הינו, שמחשבות האילו הנוטות למעלה עלולות להעלות את תחושת האשמה, בדבר האפשרות שהאירוע יכול היה להימנע וכך את רמת המצוקה הרגשית (Roesse, 1997; Branscombe et al., 2003). אללייטי ושותפיו (El Leithy et al., 2006) מציינים גם כי למרות שמחשבות אילו נוטות למעלה עשויות לתרום להתכוננות עתידית לאירועים שליליים, כאשר מדובר באירוע טראומטי קיצוני שסיכויי להישנות אפסיים תוכניות אלו עשויות להיות בלתי אדפטיביות. כלומר, אינן מגבירות את תחושת השליטה על ידי הבנת הסיבתיות ותורמות להעלאת המצוקה הרגשית (White & Lehman, 2007; Callander et al., 2005). חיזוק לכך נמצא בממצא אשר מצביע כי אסטרטגיית התמודדות ממוקדת הרגש מהווה משתנה מתווך בין מחשבות אילו נוטות למעלה לעוצמת תסמיני התפי"ט ומצוקה רגשית (השערה 15).

השערת המחקר (1.ד.), כי למחשבות אילו נוטות למטה יהיה קשר שלילי עם עוצמת תסמיני תפי"ט והמצוקה הרגשית נדחתה. הממצאים בקשר להשפעתן של מחשבות אילו הנוטות למטה על המצוקה רגשית נוגדים לממצאי במחקרים אחרים כמו, ממצאיהם של סנה (Sanna, 1996) וסנה ושותפיו (Sanna et al., 1999), הטוענים כי מחשבות אילו נוטות למטה יוצרות רגשות חיוביים ובכך תורמות לצמצום המצוקה הרגשית או חוקרים אחרים (Taylor & Schneider, 1989; Roesse, 1997) המסבירים כי מחשבות אילו נוטות למטה יכולות להיות יעילות כאשר הפרט נוטה לאסטרטגיית ממוקדות ברגש. זאת, משום שהן מספקות מדד להשוואה, המציג את המציאות באופן גרוע פחות מהמציאות הקיימת ולכן, יכולות להפחית תגובות שליליות כגון: דיכאון ואשמה.

הממצאים במחקר זה, מצביעים על קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, אולם קשר זה לא נמצא בבדיקת הרגרסיות והמשוואות המבניות. זאת בגלל תלותו של קשר זה בהשפעת הקשרים של משתנים בלתי תלויים נוספים כאסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש ותמיכה בלתי פורמלית, המחלישים את הקשר של מחשבות האילו הנוטות למטה עם המשתנים התלויים. הסבר אפשרי למתאם החיובי בין עוצמת תסמיני תפ"ט ורמת המצוקה הרגשית לבין מחשבות אילו נוטות למטה עשוי להיות קשור לזמן מילוי השאלונים, לפי עמדתו של סנה (Sanna, 1996) מחשבות אילו הנוטות למטה יעילות בטווח הקצר להפחתת החרדה והרגעה, אולם המשך העיסוק ברגשות שיוצר האירוע, על ידי מחשבות אילו נוטות למטה, זמן רב לאחר האירוע עשוי להצביע על רמת מצוקה גבוהה. יתרה מכך, מדגישים אהלר וקלרק (Ehler & Clark, 2000) כי מחשבות אילו נוטות למעלה או למטה הינן המשך של ההתמודדות הרגשית, בניסיון להתמודד עם החשיפה לאירוע הטראומטי, התהליך מלווה בהתמודדות עם משתנים שאינם מובנים לפרט והעיסוק ב"מה היה יכול להיות אילו..." תורם להתפתחות תגובת דחק טראומטית ולהפרעה בתהליך ההחלמה. אלליטי ושותפיו (El Leithy et al., 2006) מחזקים טענה זו, ומוסיפים כי כאשר מחשבות אילו מוסיפות להיות נגישות ואינן מצטמצמות עם חלוף הזמן, עשויה להתפתח פגיעה במאמצי ההתמודדות עם האירוע משום שהן מונעות את תהליך הגמשת האמונות המלוות את הפרט והטמעת האירוע בסכמות המוכרות, המהווה חלק חשוב בתהליך ההתמודדות (Foa & Rothbaum, 1998).

לסיכום, ממצאי המחקר לגבי הקשר בין מחשבות אילו הנוטות למעלה או הנוטות למטה לבין מידת המצוקה הרגשית, מחזקים את מסקנותיו של דויס (Davis, 2000) הטוען כי מחשבות אילו הינן חלק מתהליך ההתמודדות ומהוות גורם העשוי להפריע להתמודדות יעילה ושל טענת דלגליש (Dalgleish, 2004) הטוען, כי מה שקובע את הקשר בין מחשבות האילו למצוקה הרגשית הינם תדירות המחשבות ומוסיף כי גם מידת היותן חודרניות ללא קשר לכיווןן (נוטות למעלה או נוטות למטה) עשויה להשפיע על עוצמת תסמיני תפ"ט ומידת המצוקה הרגשית של הפרט.

5.1.2 קשר בין מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) לבין אסטרטגיות התמודדות:

ממוקדת ברגש וממוקדת בבעיה

השערות המחקר (6, ו-7), טוענות כי ימצא קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש וקשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. כמון כן, ימצא קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש וקשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה. בנוסף לכך, אסטרטגיה ממוקדת ברגש תהווה משתנה מתווך בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין עוצמת תסמיני ת"פ ומצוקה רגשית (השערה 15) ואילו אסטרטגיה ממוקדת בבעיה תהווה משתנה מתווך בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין מצוקה רגשית ותפ"ט (השערה 16). השערה 6 והשערה 15, אוששו. השערה 7 והשערה 16 נדחו.

ממצאי המחקר מצביעים כי ככל שהפרט יעשה יותר שימוש במחשבות אילו נוטות למעלה, הוא יטה ליותר שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. אסטרטגית התמודדות הממוקדת ברגש מהווה משתנה מתווך, בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין המשתנים התלויים, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. באופן כללי ניתן להסיק מכך, שמחשבות אילו נוטות למעלה מזוהות עם אסטרטגיה ממוקדת רגש, בדומה לעמדתם של קסמטיקס ווילס (Kasimatics & Wells, 1995). הסבר לממצאים אלו קשור בכך, שהעיסוק הקוגניטיבי ביצירת אלטרנטיבה תפיסתית חיובית יותר לאירוע הטראומטי (מחשבות אילו נוטות למעלה) קשור בעיקר במצוקה הרגשית הגבוהה שגורם האירוע. יתכן, שההכוונה העתידית (מניעת הישנות האירוע על ידי הבנת הסיבתיות לאירוע בעזרת מחשבות האילו הנוטות למעלה – "אם לא הייתי נוסע באוטובוס אז...") באירוע טראומטי כהתקפת טרור אינה תורמת להפחתת המצוקה משום שלא מדובר באירוע שניתן למנעו ולכן מחשבות אילו נוטות למעלה יפעלו בעיקר כאסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש, הקשורה ביותר עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

ממצאי המחקר לגבי הקשר החיובי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה אינן חד משמעיות ומאוששות רק בחלקן את השערות המחקר (8, ו-9). הממצאים המצביעים על קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין אסטרטגיה ממוקדת בבעיה דומים לממצאים במחקר של סנה ושותפיו (Sanna, 1996; )

1999), Sanna, Trley-Ames & Meier, אשר טוענים כי אסטרטגיות ממוקדות בבעיה מיוצגות על ידי מחשבות אילו נוטות למטה כחלק מהניסיון להתמודד עם האירוע על ידי תפיסה קוגניטיבית חיובית יותר של תוצאותיו. אולם, הקשר לא נמצא בבדיקות הרגרסיה והמשוואות המבניות, לבדיקת תרומת מחשבות אילו נוטות למטה להסבר השונות של אסטרטגית ההתמודדות הממוקדת בבעיה. לכן, השפעתן של מחשבות האילו הנוטות למטה כמשתנה עצמאי אינה חד משמעית.

הממצאים בדבר הקשר החיובי בין מחשבות האילו הנוטות למטה, לבין אסטרטגיות ההתמודדות ממוקדת בבעיה, הנתפסת כתורמת להפחתת עוצמת תסמיני התפי"ט והמצוקה הרגשית, וגם בין לבין יותר תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית גבוהה עשויים להיות סותרים. הסבר אפשרי לממצאי המחקר, ניתן לראות בכך, שבמצבי טראומה קיצוניים הצורך של הפרט ביצירת מחשבות אילו נוטות למטה קשור במצוקה רגשית גבוהה והשימוש באסטרטגיה ממוקדת בבעיה, עשוי להיות פחות יעיל (Lazarus & Folkman, 1984). כלומר, למרות שמחשבות אילו נוטות למטה קשורות בתפיסה חיובית יותר של תוצאות האירוע והקלה רגשית ("אילו הייתי יותר קרוב ל... הייתי יכול להיפצע קשה יותר.") (Sanna, 1996), לאחר אירוע טראומטי כגון פגיעה באירוע טרור, מחשבות אילו הנוטות למטה, אינן תורמות להפחתה בחרדה מתפקדות בדומה לאסטרטגיות ממוקדות ברגש וקשורות בקשר חיובי עם עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. כלומר יתכן שחומרת האירוע תשפיע על יכולתן של מחשבות האילו הנוטות למטה לתפקד כגורם מפחית מצוקה. ממצא זה מחזק את ממצאיהם של וויט ולהמן (White & Lehman, 2005) אשר מצאו כי חומרת האירוע קשורה באופן שלילי ליכולת הפרט ליצר מחשבות אילו נוטות למטה.

### 5.1.3 קשר בין מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) לבין משאב התמודדות

#### פנימי: מיקוד שליטה

השערת המחקר (2 ו-3), טוענת כי ימצא קשר חיובי בין נטייה למיקוד שליטה חיצוני לבין מחשבות אילו נוטות למעלה וקשר שלילי בין נטייה למיקוד שליטה חיצוני לבין מחשבות אילו נוטות למטה. השערות המחקר בדבר הקשר החיובי בין מיקוד שליטה הנוטה להיות חיצוני לבין מחשבות אילו נוטות למעלה אוששה ואילו ההשערה בדבר קשר שלילי בין מיקוד שליטה לבין מחשבות אילו נוטות למטה נדחתה.

כלומר, מיקוד שליטה הנוטה להיות חיצוני יתרום להסבר השונות במחשבות אילו נוטות למעלה בלבד.

ממצאים אלו דומים לאלו של שנג ושותפיו (Chung et al., 2006) שדווחו כי אנשים בעלי נטייה למיקוד שליטה חיצוני מתקשים, להתמודד עם אירועי דחק טראומטיים ומחזקים את השערתם של קסמטיקס ווולס (Kasimatics & Wells, 1995) לגבי הקשר החיובי בין מיקוד שליטה חיצוני למחשבות אילו הנוטות למעלה, שאחת ממטרותיהן להחזיר לפרט תחושת שליטה בחייו. זאת, עקב תחושת השליטה הנמוכה באירועי החיים, המאפיינת את הנוטים למיקוד שליטה חיצוני כתכונה (Lefcourt, 1980).

דחיית ההשערה בדבר הקשר בין מיקוד שליטה למחשבות אילו נוטות למטה עשויה אולי להיות קשורה בכך, שהנוטים למיקוד שליטה חיצוני, למרות הקשר למצוקה רגשית גבוהה, אינם מיצרים פחות מחשבות אילו נוטות למטה, שעל פי תוצאות המחקר, אינן מהוות גורם המפחית תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית.

#### 5.1.4 קשר בין מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) לבין משאב התמודדות

##### חיצוני : תמיכה בלתי פורמלית

השערה 4, טוענת כי ימצא קשר שלילי בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מחשבות אילו נוטות למעלה, ההשערה אוששה. השערה 5 טוענת כי ימצא קשר חיובי בין תמיכה בלתי פורמלית לבין מחשבות אילו נוטות למטה ההשערה נדחתה. זאת, בדומה לדחיית ההשערה בדבר הקשר בין מחשבות אילו נוטות למטה למשאב הפנימי (מיקוד שליטה).

נמצא קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין תמיכה בלתי פורמלית כך שתמיכה בלתי פורמלית מסבירה את השונות במחשבות אילו הנוטות למעלה. בהתאם להשערה הרביעית לנפגעי טראומה בעלי תמיכה בלתי פורמלית גבוהה, יהיו פחות מחשבות אילו נוטות למעלה, הקשורות ביותר מצוקה רגשית.

ההסבר לגבי הקשר בין תמיכה בלתי פורמלית, כמשאב החיצוני, למחשבות אילו, קשור בכך שמחשבות האילו אינן נוצרות בוואקום חברתי ומושפעות מפעולות ותחושות המועברות על ידי חברי הרשת החברתית שסביב הפרט המתמודד עם האירוע הטרומטי (Kasimatics & Wells, 1995).

כלומר, ניסיון של מקורות התמיכה הבלתי פורמלית (משפחה וחברים), הנתפסים על ידי הפרט כמספקים תמיכה רגשית כמו אהבה והשתייכות, ועזרה אינסטרומנטלית כמו מענה לצרכים כלכליים (Hobfoll et al., 2006), לתת לגיטימציה להפחתה ביצירת מחשבות אילו, על ידי עידוד והפחתה בתחושת האשמה בהקשר ליכולת הפרט למנוע את האירוע, עשוי למתן את עומס מחשבות האילו הנוטות למעלה (Lehman & Hemphill, 1990). למרות הטענה, כי חיזוק מחשבות אילו הקשורות באפשרות שהאסון היה נמנע אם הנפגע היה..., (מחשבות אילו נוטות למעלה) על ידי התמיכה הבלתי פורמלית, עשוי לתרום להגברת מצוקה, הרי שסוג האירוע חשוב. בעוד שלאחר אירועים טראומטיים, שניסיונותיהם נתפסות כנשלטות יותר על ידי הפרט, (תאונות דרכים, מות עריסה) עשויה התמיכה החברתית להגביר תחושת אשמה וכך את המצוקה, על ידי חיזוק מחשבות אילו נוטות למעלה (Davis & Lehman, 1995), כאשר מדובר באירוע טרור, התמיכה הבלתי פורמלית עוסקת בעיקר בצמצום תחושת הדחק.

## **5.2 אסטרטגיות התמודדות: ממוקדות ברגש ממוקדות בבעיה**

### **5.2.1 קשר בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש וממוקדת בבעיה לבין עוצמת**

#### **תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית**

השערות המחקר (1.ה ו-1.ו), טוענות כי ימצא קשר חיובי בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה הרגשית וכן ימצא קשר שלילי בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה הרגשית. ההשערה הדנה בקשר החיובי בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, אוששה בעוד ההשערה בדבר קשר שלילי בין אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה לבין עוצמת תסמיני תפ"ט והמצוקה הרגשית, נדחתה.

נמצא כי אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש הכוללת תגובות כגון, ניתוק התנהגותי ומחשבתית, חיפוש תמיכה רגשית והכחשה, קשורה ביותר עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. כלומר, ככל שנפגע הטראומה יעשה יותר שימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש הוא יטה ליותר עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית גבוהה יותר. ממצא זה מהווה אישור לתיאורית התמודדות עם מצבי דחק של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Lazarus, 1984) הטוענת כי הפרט יעשה שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש כאשר הוא תופס את



הגירוי (האירוע הטראומטי) כמאיים ומעורר חרדה ולכן ישתמש במצב זה, באסטרטגיות שמטרתן המרכזית הפחתת תחושת האיום. ממצאים דומים אותרו גם במחקרים אשר בדקו משתנים המנבאים תסמונת פוסט טראומטית ומצוקה רגשית לאחר התקפת הטרור ב-9/11 בארה"ב (Cohen-Silver et al., 2002; Bulter et al., 2005), ובמחקרים אחרים שבדקו עמידות והתמודדות עם טראומה (Agaibi & Wilsson, 2005; Livneh, 2000). ממחקרים אלו עולה כי אלו העושים יותר שימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש, יותר תסמינים פוסט-טראומטיים ומצוקה רגשית גבוהה יותר.

לגבי ההשערה הטוענת כי ימצא קשר שלילי בין שימוש באסטרטגיה ממוקדת בבעיה הכוללת תגובות כגון, דיכוי פעולות מתחרות ותכנון התמודדות פעילה, לבין מצוקה רגשית, לא נמצא קשר בין נטייה לשימוש באסטרטגיה ממוקדת בבעיה לבין עוצמת תסמיני תפי"ט ופחות מצוקה רגשית. הסבר אפשרי לכך, הינו כי לגבי שימוש באסטרטגיה זו במחלות כרוניות, קיימת תמימות דעים בדבר יעילותה בהשוואה ליעילותה של אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. אך, למרות שאסטרטגיית התמודדות הממוקדת ברגש נתפסת כאסטרטגיה פחות יעילה להתמודדות עם אירוע טראומטי, הרי שלגבי השפעתה של אסטרטגיית התמודדות ממוקדת בבעיה ממצאים אינם אחידים. מספר מחקרים מצאו אסטרטגיה זו כקשורה ביותר סימפטומים פוסט-טראומטיים (Malt, 1992; Bryant et al., 2000) ואחרים טוענים כי אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה תורמת להפחתת חרדה ואדפטיבית יותר (Hepp et al., 2005; Livneh, 2000), אולי משום שהשימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה מתאים רק בחלק מאירועי הדחק. הכוונה כי השימוש באסטרטגיה זו מונע שימוש בהכחשה או הימנעות ובכך תורם להצפה רגשית (Butler et al., 2005).

הסבר אפשרי אחר, עשוי להיות, כי ההתמודדות היא תהליך ומה שיקבע אם האסטרטגיה הנבחרת תהיה יותר יעילה או פחות קשור גם בגורמים מצביים כלומר במאפייני האירוע עצמו (Lazarus & Lazarus, 1984). בהמשך לטענה זו מוסיפים מלט (Malt, 1992) וגידרון (Gidron, 2002) כי מאמצי התמודדות גדולים מדי לאחר אירוע טראומטי כהתקפת טרור, הממוקדים בפעילות לפתרון בעיות, במצב שבו הפרט צריך בעיקר להבין

ולקבל את תוצאות האירוע, בעיקר אם עובר זמן רב מהאירוע, עשויים למנוע הפחתת תסמיני התפ"ט והמצוקה הרגשית.

## 5.2.2 קשר בין אסטרטגיות התמודדות: ממוקדת ברגש וממוקדת בבעיה לבין משאב

### ההתמודדות: מיקוד שליטה

על פי השערות המחקר (השערה 2, השערה 3) ימצא קשר חיובי בין מיקוד השליטה הנוטה להיות חיצוני לבין אסטרטגיה ממוקדת ברגש, השערה זו אוששה, וקשר שלילי בין מיקוד שליטה הנוטה להיות חיצוני לאסטרטגיה ממוקדת בבעיה, ההשערה נדחתה.

על פי המודל להתמודדות עם מצבי דחק של לזרוס (Lazarus, 1966), הערכת הפרט את משאביו הפנימיים והחיצוניים תשפיע על הערכת תחושת הדחק וכך על בחירת אסטרטגיות התמודדות מתאימות. לכן יש לצפות לקשר בין משאבי הפרט, שנבדקו במחקר, לבין סוג אסטרטגית ההתמודדות של הפרט.

הקשר החיובי בין מיקוד השליטה לבין אסטרטגיה ממוקדת ברגש מוסבר על ידי תחושת המצוקה הרגשית הגבוהה המאפיינת את אלו הנוטים למיקוד שליטה חיצוני עקב העדר תחושת שליטה בחייהם (Chung et al., 2006). הפרט הנוטה למיקוד שליטה חיצוני יאופיין בשימוש באסטרטגיות התמודדות ממוקדות ברגש ופחות אקטיביות במטרה להפחית את מצוקתו הרגשית (Eck & Kite, 1997).

לא נמצא קשר מובהק בין מיקוד השליטה לאסטרטגיה ממוקדת בבעיה. לאור ההשפעה של מאפייני מיקוד השליטה על תפיסת האירוע ומידת השליטה בתוצאותיו, יש לצפות כי הנוטים למיקוד שליטה פנימי יהיו בעלי הערכה עצמית גבוהה יותר, אופטימיות ואמונה, כי בידיהם היכולת להתמודד עם תוצאות האירוע. לכן, יטו ליותר שימוש באסטרטגיה ממוקדת בבעיה, המתאימה לפרט המעריך שביכולתו לגרום לשינוי המצב. אולם, ממצאי המחקר לא מצביעים על קשרים כאלה, הסבר לכך עשוי להיות קשור לגורמים תכונתיים אחרים שהם מתווכים בין מיקוד השליטה לבין אסטרטגית ההתמודדות הממוקדת בבעיה, כמו למשל: אופטימיות, הערכה עצמית וחוללות עצמית, אשר עשויים להחליש את השפעת מיקוד השליטה. יתכן אף, שמדובר בתגובות קיצוניות או אימפולסיביות לאירוע טראומטי שאינן קשורות במאפייני מיקוד השליטה של הפרט (Eck & Kite, 1997).

### 5.2.3 קשר בין אסטרטגיות התמודדות: ממוקדת ברגש וממוקדת בבעיה לבין משאב

#### ההתמודדות: תמיכה בלתי פורמלית

השערות המחקר (4 ו-5) טוענות כי ימצא קשר שלילי בין תמיכה בלתי פורמלית לאסטרטגיה ממוקדת ברגש וקשר חיובי בין תמיכה בלתי פורמלית לאסטרטגיה ממוקדת בבעיה. ההשערות בדבר קשר שלילי בין תמיכה בלתי פורמלית לאסטרטגיה ממוקדת ברגש וקשר חיובי בין תמיכה בלתי פורמלית לאסטרטגיה ממוקדת בבעיה אוששו.

בהתאם להשערה רביעית נמצא קשר שלילי בין המשתנה תמיכה בלתי פורמלית לבין אסטרטגיה ממוקדת ברגש. כלומר כאשר הפרט יקבל יותר תמיכה בלתי פורמלית מצוקתו תפחת והוא יעשה פחות שימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש. בנוסף לכך, נמצא, בהתאם להשערה חמישית, כי מידת התמיכה הבלתי פורמלית מסבירה יותר שימוש באסטרטגיה ממוקדת בבעיה. ממצא זה מתאים לאלו המדווחים במחקריהם של ליבנה (Livneh, 2000) יהודה ושותפיו (Yehuda et al., 2005) ושל הובפול ושותפיו (Hobfoll et al., 2006), אשר מצאו כי תמיכה בלתי פורמלית בקרב נפגעי אירועים טראומטיים, כאירוע טרור, קשורה בפחות מצוקה רגשית ובשימוש באסטרטגיות ההתמודדות ממוקדות בבעיה הנתפסת כיעילה בהקשר לצמצום מצוקה רגשית.

### 5.3 משאבי התמודדות: מיקוד שליטה, תמיכה בלתי פורמלית

#### 5.3.1 קשר בין מיקוד שליטה לבין עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית

על פי ההשערה (1.א), ימצא קשר חיובי בין מיקוד השליטה הנוטה להיות חיצוני לבין עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. ההשערה אוששה: נמצא קשר חיובי בין מיקוד השליטה לבין עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית, כך שככל שהפרט נוטה יותר למיקוד שליטה חיצוני יהיו יותר עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. הנוטים למיקוד שליטה פנימי יטו לפחות עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. ממצאים אלו דומים לאלו המדווחים במחקרו של שנג ושותפיו (Chung et al., 2006) וליבנה (Livneh, 2000) אנשים בעלי מיקוד שליטה חיצוני, מתקשים להתמודד עם אירועי דחק טראומטיים, מצוקתם הרגשית גבוהה ולהם תסמינים פוסט-טראומטיים רבים יותר. זאת, משום שפרט בעל נטייה למיקוד שליטה חיצוני יטה לתפוס את העולם כמאיים ובלתי ניתן לשליטה, ייחוס השליטה

לגורמים חיצוניים בלתי נשלטים ישפיע על הערכת משאבי ההתמודדות העומדים לרשותו ויאופיין בתחושת חוסר אונים וחוסר תקווה. ממצאים אלו דומים גם לממצאים המדווחים במחקריהם של אגבי ווילסון (Agaibi & Wilson, 2005) והראל, כהנא ווילסון (Harel, Cahana & Wilson, 1993), הטוענים כי הנוטים למיקוד שליטה פנימי יפתחו פחות תסמינים פוסט-טראומטיים ויגלו יכולת הסתגלות רבה יותר מהנוטים למיקוד שליטה חיצוני, לאחר אירוע טראומטי.

הסבר אפשרי לכך הינה יכולת עמידות גבוהה יותר של הנוטים למיקוד שליטה פנימי, יכולת זו קשורה בכך שמיקוד שליטה פנימי תורם לחיזוק התפיסה הקוגניטיבית של הפרט בדבר היותו "ניצול חזק", המאופיין בפחות תחושות הקשורות בחוסר אונים וחוסר תקווה ומסוגל להשפיע על מאפייני תוצאות האירוע בעזרת פעולות קוגניטיביות והתנהגותיות כגון: שימוש במקורות עזרה פנימיים: יכולת למצוא משמעות לאירוע וחיצוניים: תמיכה רגשית (Wilson, 1995) למעשה, טוענים שנג ושותפיו (Chung et al., 2006) כי מיקוד שליטה פנימי מהווה "מגן" מהתפתחות תסמיני תפ"ט. כאשר נבדקה השפעת מיקוד השליטה על המשתנים התלויים יחד עם משתנים נוספים לא נמצא קשר בין המשתנה למשתני המחקר התלויים. יתכן משום שהשפעתו של מיקוד השליטה נחלשת בהשוואה להשפעת משתנים כמו תמיכה בלתי פורמלית או אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש. לעיתים, משתנה זה קשור במשתנים נוספים ואינו משפיע ישירות על המשתנה התלוי, סולומון ושותפיה (Solomon et al., 1989) מצאו כי מיקוד שליטה בקרב חיילים שחוו טראומה השפיע על תסמיני התפ"ט באופן עקיף דרך הערכת האיום באירוע. כפי שניתן לראות בניתוח המשוואות המבניות, מיקוד שליטה מסביר השונות בשימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש ומחשבות אילו נוטות למעלה שהינם משתנים המסבירים את השונות במשתנים התלויים.

### 5.3.2 קשר בין תמיכה בלתי פורמלית לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית

משאב מרכזי נוסף אשר נבדק הינו תרומת תמיכה בלתי פורמלית בתהליך ההתמודדות, ההשערה (ב.1), הטוענת כי ימצא קשר שלילי בין תמיכה בלתי פורמלית לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, אוששה.

הממצאים מצביעים כי למידת התמיכה הבלתי פורמלית, קשר שלילי מובהק עם עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, כאשר מידת התמיכה הבלתי פורמלית תורמת להסבר

השונות של עוצמת תסמיני התפי"ט והמצוקה הרגשית. כלומר, ככל שלנפגעי הטראומה תמיכה בלתי פורמלית רבה יותר מצוקתם תהיה נמוכה יותר. ממצא זה דומה לממצאי מחקרים אחרים המדגישים את חשיבותה של התמיכה הבלתי פורמלית, הכוללת עזרה אינסטרומנטלית ורגשית על ידי משפחה וחברים לנפגע הטראומה, כמונעת מצוקה בקרב נפגעי טראומה בכלל ואירוע טרור בפרט. זאת, משום שהיא מספקת מענה הן לצרכים החומריים והן לצרכים הרגשיים של הפרט (Grossman, 1995; Brewin, 2000; Riecket et al., 2005; Hobfoll et al., 2006). חשוב לציין כי למרות, שפצועים פיזית נוטים להיעזר יותר מאלו שלא נפצעו במקורות עזרה פורמלים (עקב נגישות, מימון ולגיטימציה) (קורן, אידר וקליין, 2005) הרי שמקורות העזרה הבלתי פורמלים מהווים גורם בעל חשיבות רבה בתהליך ההתמודדות המסביר את מידת המצוקה הרגשית. יתרה מכך, למרות שעל פי מספר ממחקרים (Sarason et al., 1990; Stoovall-McClough & Clotaire, 2006) עשויה התמיכה להישחק במצבי דחק מתמשכים מצב זה אינו בא לידי בטויי במחקר זה ולא נמצא קשר מובהק בין הזמן שעבר מהאירוע לבין מידת התמיכה הבלתי פורמלית.

#### **5.4 משתני הרקע והמשתנים הדמוגרפים**

##### **5.4.1 הקשר בין משתני הרקע לבין עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית מחשבות אילו,**

##### **אסטרטגיות התמודדות, ומשאבי התמודדות**

במחקר נבדקה השפעתם של מספר משתני רקע ומשתנים דמוגרפים שנבחרו שנבחנו במחקרים קודמים בנושא התמודדות עם אירועי טראומה שונים ונמצאו כמשפיעים על התמודדות הפרט עם האירוע הטראומטי (Brewin et al., 2000).

א. תפיסת אירוע הפציעה: על פי השערות המחקר (10, 13, 14) ימצא קשר חיובי בין תפיסת אירוע הפציעה לבין תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית, כמו כן ימצא קשר חיובי בין תפיסת אירוע הפציעה לבין מחשבות אילו נוטות למעלה וקשר שלילי בין תפיסת אירוע הפציעה לבין מחשבות אילו נוטות למטה. הממצאים מצביעים כי, תפיסת אירוע הפציעה הסבירה חלק מהשונות במשתנים עוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. כך שכל שאירוע הפציעה נתפס כחמור יותר, הפרט חש יותר תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית. ממצאים אלו מתאימים לממצאיהם של מספר מחקרים (Ehlers et al., 1998; Hepp et al., 2005; Malt, 1992). המדווחים כי יש חשיבות לשימוש במדדי חומרת פציעה כפי שנתפסת על ידי הנפגע.

זאת, בגלל מספר סיבות: ראשית, המדדים האובייקטיביים לחומרת פגיעה (אחוזי נכות) עשויים להיות מושפעים מנושא התגמול הכספי, שנית משום שהמדדים האובייקטיביים אינם משקפים את הערכת הפצוע, את יכולת ההתמודדות שלו ואת תפיסתו האישית לגבי חומרת אירוע הפגיעה. המשמעות האישית, שהפרט נותן לאירוע הפגיעה תשפיע על תפיסת מצבו ויכולת ההתמודדות שלו ועשויה לתרום להסבר השונות בעוצמת תסמינים הפוסט-טראומטיים ובמצוקה הרגשית. חיזוק נוסף לממצאים אלו ניתן למצוא בכך, שנמצא קשר חיובי בין המדד האובייקטיבי (אחוזי נכות) לבין המדד הסובייקטיבי, (תפיסת אירוע הפגיעה), שהיה במתאם חיובי עם מידת התסמינים הפוסט-טראומטיים ומידת המצוקה הרגשית. ממצא זה מתאים לממצאי מחקרו של מיכאל (Michael, 1999) אשר מצא כי תפיסת השפעת אירוע הפגיעה קשורה במדדים האובייקטיביים, אולם, כוללת השפעת משתנים נוספים כמו, סוג הפגיעה והתמודדות עם כאב, ותשקף את מצבו הרגשי של הפרט באופן כולל יותר ממדדי חומרת פגיעה אובייקטיביים. במחקרו של קורן ושותפיו (Koren et al., 2005) נמצא כי קיים קשר בין תפיסת חומרת אירוע לבין הפגיעה. פצועים פיזית יעריכו את האירוע כמאיים יותר מאלו שלא נפצעו ללא קשר לחומרתה הרפואית. כלומר, תפיסת האירוע עשויה להיות מושפעת ממדדים סובייקטיביים כמו תפיסת היכולת לתפקד במהלך האירוע.

בנוסף לכך, בהתאם להשערה (13), תפיסת אירוע הפגיעה תורמת להסבר השונות של מחשבות האילו הנוטות למעלה וגם של מידת השימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש. כך, שככל שתפיסת אירוע הפגיעה תהיה חמורה יותר הפרט יטה ליותר מחשבות אילו נוטות למעלה וליותר שימוש באסטרטגיות ממוקדות ברגש. לכך הלימה עם ממצאי המחקר, המצביעים על כך שמחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגיה ממוקדת ברגש קשורות במצוקה רגשית גבוהה יותר (Roese, 1997). תפיסת אירוע הפגיעה תורמת גם להסבר השונות בהערכת משאבי ההתמודדות העומדים לרשות הפרט, כך שככל שאירוע הפגיעה ייתפס כחמור יותר תהיה פחות תמיכה בלתי פורמלית ויותר נטייה למיקוד שליטה חיצוני, אשר נמצאו במחקר כמשתנים התורמים ליותר תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית גבוהה. לא נמצא קשר שלילי מובהק בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין תפיסת אירוע הפגיעה, הסבר אפשרי לכך הינו, כי ממצא זה קשור לממצאי המחקר אשר הצביעו על קשר חיובי בין מחשבות אילו נוטות למטה לעוצמת תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית.

ב. זמן שעבר מהאירוע: על פי ההשערות (11, 13, 14) ימצא קשר שלילי בין משך הזמן שעבר מהאירוע הטראומטי לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה הרגשית. כמן כן, ימצא קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין הזמן שעבר מהאירוע ובין מחשבות אילו נוטות למטה לבין הזמן שעבר מהאירוע. ההשערה בדבר קשר שלילי בין משך הזמן שעבר מהאירוע הטראומטי לבין עוצמת תסמיני תפ"ט והמצוקה הרגשית אוששה. אך, הזמן שעבר מהאירוע מסביר את השונות בעוצמת תסמיני התפ"ט ואינו מסביר שונות במשתנה התלוי מצוקה רגשית, כאשר נבדק יחד עם משתנים נוספים כמו משאבי התמודדות. כמו כן אוששה ההשערה בדבר קשר שלילי בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין הזמן שעבר מהאירוע, אולם לא נמצא קשר סטטיסטי מובהק בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין הזמן שעבר מהאירוע.

הממצאים דומים לממצאיהם של שלוסברג וסרוס (Shlosberg & Straus, 2005) שלו ופרידמן (Shalev & Freedman, 2000) וסילבר ושותפיו (Cohen-Silver et al., 2002) ש דווחו על ירידה הדרגתית בתסמיני התפ"ט ככל שעבר זמן רב יותר מהאירוע לגבי מרבית הנחשפים לאירוע טראומטי. הסבר אפשרי לכך, שמשנתנה הזמן שעבר במתאם שלילי עם מצוקה רגשית, אך אינו מסביר שונות במצוקה הרגשית כשנבדק עם משתנים נוספים ברגסיה ההיררכית, עשוי להיות, שמצוקה רגשית שנים לאחר האירוע הטראומטי, עשויה להיות קשורה בסיבות שונות כמו, התמודדות עם השפעת הפגיעה הפיזית על תפקוד, ולכן אינה מושפעת ממימד הזמן כאשר הוא נבדק יחד עם משתנים נוספים, המשפיעים יותר על מידת המצוקה הרגשית.

בבדיקת הקשר בין משנתנה הזמן שעבר מהאירוע לבין מחשבות אילו, נמצא קשר התורם להבנת הקשר השלילי בין משנתנה הזמן שעבר לבין עוצמת תסמיני התפ"ט ומידת המצוקה הרגשית. בדומה להשערה (13), תדירות מחשבות אילו נוטות למעלה, מופחתת ככל שחולף הזמן מהאירוע, כלומר, יתכן שכאשר עוצמת תסמיני התפ"ט והמצוקה הרגשית מופחתים יצירת מחשבות אילו נוטות למעלה יורד או לחילופין עם הפחתת מחשבות האילו הנוטות למעלה המצוקה הרגשית פוחתת. ממצא זה דומה לממצאיו של דויס ושותפיו (Davis et al., 1995) אשר מצא ירידה בתדירות מחשבות אילו בקרב נפגעי טראומה במשך הזמן שעבר מהאירוע. בנוסף, על פי ממצאי מחקר זה, נמצא מתאם שלילי בין משנתנה הזמן שעבר מהאירוע לבין משנתנה תפיסת אירוע הפגיעה, כלומר, הזמן שעובר מהאירוע גורם לתפיסת

האירוע באופן פחות חמור מכפי שניתפס קרוב יותר לאירוע. לכן, יתכן שתפיסת האירוע כפחות חמור ככל שחולף הזמן תורמת אף היא לירידה במידת המצוקה הרגשית. לא אותר קשר שלילי מובהק בין מחשבות אילו נוטות למטה לבין הזמן שעבר מהאירוע זאת, כנראה משום שהזמן שעובר מהאירוע משפיע בעיקר על הפחתה במחשבות האילו הנוטות למעלה אשר תרומתן להסבר השונות בעוצמת תסמיני התפ"ט והמצוקה הרגשית מובהקת ללא קשר למשתנים נוספים.

ג. אירועים טראומטיים קודמים: ההשערה השנים – עשר טוענת כי ימצא קשר חיובי בין אירוע טראומטי בעברו של הפרט לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית לאחר אירוע הטרור, ההשערה אוששה חלקית. כלומר, לא נמצא קשר ישיר בין אירוע טראומטי בעבר לעוצמת תסמיני התפ"ט כיום אולם נמצא הבדל מובהק בין החווים טראומה קודמת לאלו שלא חוו, במידת המצוקה הרגשית. ראשית, ניתן להסביר את השפעת אירוע טראומטי קודם על ההתמודדות בהווה על ידי קשרים, שנמצאו במחקר זה, עם משתני מחקר אחרים. לאירוע טראומטי קודם קשר שלילי עם שימוש באסטרטגיית התמודדות ממוקדת בבעיה, כך שכאשר לפרט יהיו אירועים טראומטיים קודמים לאירוע המדובר הוא יעשה פחות שימוש באסטרטגיית ממוקדות בבעיה הנתפסת כיעילה. בנוסף, קשור משתנה זה בקבלת פחות תמיכה בלתי פורמלית. ההבדל המובהק בין החווים טראומה קודמת לאלו שלא חוו, במצוקה הרגשית, עשוי להיות קשור בכך שטראומה קודמת משפיעה על התמודדות הפרט ותורמת להגדלת המצוקה הרגשית, לדוגמא, עקב הקושי לעשות שימוש בתמיכת בני המשפחה והחברים, אך אינה קשורה בתסמיני תפ"ט אלא בתסמינים המאפיינים מצוקה רגשית כמו דיכאון. ממצאים אלו דומים לממצאי מחקרים המצביעים מחד, על כך שטראומה קודמת תורמת להגברת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית ( Breslau, 1998; Kelly et al., 1999; Chilcoat, Kessler & Davis, 1999) ומאידך על כך שפחות שימוש באסטרטגיית ממוקדת בבעיה (Livneh, 2000), ופחות תמיכה בלתי פורמלית ( Aigaibi & Wilson, 2005; Grrosmann, 1995) קשורים ביותר מצוקה רגשית, לאחר אירוע טראומטי. יתכן, שהקשר השלילי בין טראומה קודמת לאסטרטגיית התמודדות ממוקדת בבעיה ותמיכה בלתי פורמלית מהווה הסבר אפשרי לכך שטראומה קודמת הינה גורם המעלה פגיעות ומגביר עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה לאחר אירוע טראומטי. כמו כן יתכן, כפי שטוענים ברווין ושותפיו (Brewin et al., 2000) בסקירתם, כי הממצאים הקושרים משתנים פרה



טראומטיים, כטראומה קודמת, עם החלשת יכולתו של הפרט להתמודד עם מצבי דחק טראומטיים מהולים במשתנים מתערבים הקשורים במאפייני האירוע ותגובות הפרט לאירוע אשר מחלישים את השפעתו הישירה על עוצמת תסמיני התפ"ט ומידת המצוקה הרגשית.

#### 5.4.2 קשר בין המשתנים הדמוגרפים לבין עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית, מחשבות

##### אילו, אסטרטגיות התמודדות ומשאבי התמודדות

א. *שנות לימוד* : מספר שנות הלימוד מסביר את השונות בנטיית מיקוד השליטה ומידת מחשבות אילו נוטות למעלה. כלומר, ככל שמספר שנות הלימוד גבוה יותר מיקוד שליטה יטה להיות פנימי ויהיו פחות מחשבות אילו נוטות למעלה. ממצא זה מספק הסבר אפשרי נוסף התואם לממצאים קודמים הקושרים במתאם חיובי בין מיקוד שליטה חיצוני ומחשבות אילו נוטות למעלה לבין מצוקה רגשית (ראה עמוד 58), הממצאים דומים לממצאי מחקרים רבים שבדקו את השפעת משתנה ההשכלה כגורם המפחית פגיעות בהתמודדות עם אירועים טראומטיים, על פי ממצאי סקירתו של ברווין וחבריו (Brewin et al., 2000). המחקרים, שנבדקו בסקירה זו, מצביעים על כך שמשתנה ההשכלה נמצא בקורלציה עם קבוצת משתנים כגון: מצב סוציאקונומי, אינטליגנציה וכו', כך שניתן לראות בו משאב פנימי המשפיע על ההערכה השניונית של הפרט את המשאבים העומדים לרשותו וכך על מאפייני ההתמודדות עם מצבי דחק טראומטיים.

ב. *גיל* : על פי ממצאי ניתוח ההשוואות המבניות, גיל הנפגע מסביר את השונות במידת השימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה, מידת התמיכה הבלתי פורמלית ומיקוד השליטה. על פי בדיקת הרגרסיה ההיררכית מסביר הגיל את מידת תסמיני תפ"ט. כך שככל שגיל הנפגע גבוה יותר הוא יעשה פחות שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה, יקבל פחות תמיכה בלתי פורמלית יטה למיקוד שליטה חיצוני וליותר תסמיני תפ"ט. הממצאים מספקים הסבר להשערת מודל המחקר כי עליית גיל הנפגע תחמיר את מצבו הרגשי של הפרט. הסבר לכך, עשוי להיות כי כאשר הנפגע מבוגר יותר, יתכן שיפתח בעיות רפואיות נוספות, מצבו התעסוקתי ישתנה וכן, עשויות להתפתח חרדות הנגרמות בשל הגיל, ותפקידים במעגל החיים המשפיעים על עוצמת תסמיני התפ"ט (Norris, 2002; Wintaub & Ruskin, 1999) וכך גם על אסטרטגיות ההתמודדות שיבחר. יתכן לדוגמא, שהתמיכה הבלתי

פורמלית תופחת עקב שינויים במבנה המשפחתי והחברתי, בהתאם לשינוי מיקום הפרט במעגל החיים במשך הזמן שעובר מהאירוע (Solomon & Mikulincer, 2006).

### 5.5 אבחנה של תפ"ט

5.5.1 הקשר בין אבחנה של תפ"ט לבין משתני המחקר: מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה), משאבי התמודדות (מיקוד שליטה ותמיכה בלתי פורמלית), אסטרטגיות התמודדות (ממוקדת בבעיה וממוקדת ברגש), משתני רקע ומשתנים דמוגרפים.

בנוסף, לקשרים בין המשתנים התלויים: עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית נבדק משתנה תלוי נוסף על פי חלוקה דיכוטומית של אוכלוסיית המחקר למאובחנים עם תפ"ט ולאילו שללא תפ"ט. 55.5% מהנחקרים נמצאו עם אבחנה קלינית של התסמונת ואילו 45.5% ללא אבחנת תפ"ט (ראה לוח 2). על פי ממצאים במחקרים אחרים (Shalev, 1992; Shalev & Freedman, 2005) שבדקו נפגעי טראומה עקב התקפות טרור מדובר באחוזי פגיעה גבוהים, אולם, המדגם בעבודה זו כולל רק נפגעים שהיו חשופים באופן ישיר לאירוע, נפצעו פיזית והוכרו על ידי המוסד לביטוח לאומי כזכאים לאחוזי נכות הנעים בין 20%-100%. לכן, ניתן לצפות לאחוז גבוה של נפגעי תפ"ט. זאת גם בהתאם למחקרם של אבנהיים ושותפיו (Abenhaim et al., 1992) הטוען כי יש קשר בין פגיעה פיזית חמורה באירוע טרור לבין איתור יותר נפגעי תפ"ט. הסבר נוסף הינו, שאחוז נפגעי התפ"ט הגבוה עשוי להיות קשור בצורך של האוכלוסייה המוכרת על ידי המוסד לביטוח לאומי להצדיק את אחוזי הנכות שקבלו, בהקשר לדרישות לפיצויים, למרות שלכל נבדקי המחקר אחוזי נכות לצמיתות.

הממצאים (השערה 1.א-ה') בדבר הקשר בין המשתנה אבחנה של תפ"ט ומשתני המחקר התלויים מחשבות אילו נוטות למעלה, אסטרטגיית התמודדות ממוקדת ברגש, תמיכה בלתי פורמלית, מחשבות אילו נוטות למטה ואסטרטגיית התמודדות ממוקדת בבעיה דומים לממצאים שבדקו את הקשרים בין משתני המחקר הבלתי תלויים למשתנים התלויים: עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

נמצא כי למאובחנים כבעלי תפ"ט, מיקוד שליטה הנוטה להיות חיצוני, פחות תמיכה בלתי פורמלית, יותר מחשבות אילו נוטות למעלה ונטייה לשימוש באסטרטגיית התמודדות ממוקדת ברגש, בהתאם להשערות 1.א', 1.ב', 1.ג', 1.ה'. בניגוד להשערות (1.ד', 1.ו') נמצא כי

המאובחנים כבעלי תפ"ט אינם עושים פחות שימוש באסטרטגית ממוקדת בבעיה ובנוסף נמצא כי למאובחנים כבעלי תפ"ט יותר מחשבות אילו נוטות למטה.

כמו כן, נמצא בהתאם להשערה 15 כי המשתנה אסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש מהווה משתנה מתווך בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין אבחנה של תפ"ט. ממצאים אלו דומים לממצאים שאותרו בין משתני המחקר למשתנים התלויים, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית ומשקפים את המתאם הגבוה בין המשתנים התלויים (ראה לוח 5).

על פי הממצאים (השערות 10,11), לנחקרים בעלי תפ"ט תהיה תפיסה חמורה יותר של אירוע הפציעה וככל שיעבור זמן רב יותר מהאירוע, יאותרו פחות נפגעי תפ"ט. כמו כן, לנחקרים בעלי תפ"ט פחות שנות לימוד. ממצאים אלו דומים לממצאים קודמים עבור המשתנים התלויים - עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית.

זמן שעבר מהאירוע, תמיכה בלתי פורמלית, מחשבות אילו נוטות למעלה ואסטרטגית התמודדות ממוקדת ברגש יסבירו את השונות במשתנה אבחנה של תפ"ט, משתנים נוספים: מיקוד שליטה, מחשבות אילו נוטות למטה ותפיסת אירוע פציעה, אינם מנבאים באופן מובהק את המשתנה אבחנה של תפ"ט למרות המתאם שנמצא בינם לבין אבחנה של תפ"ט. כלומר, כאשר השפעתם נבדקת יחד עם השפעת משתנים נוספים השפעתם של המשתנים האחרים חזקה יותר מהשפעת משתנים אלו.

ההבדלים המובהקים שנמצאו בין בעלי תפ"ט לנחקרים ללא אבחנה של תפ"ט דומים לממצאי מחקרים שבדקו גורמי סיכון לתפ"ט בקרב נפגעי טרור כמו מחקריהם של נוגנה (Njenga et al., 2004), ווילסון ושותפיו (Wilson et al., 1997) שלו ושותפיו (Shalev et al., 1996), קורן, אידר וקליין (2005) בהקשר להשפעת תמיכה בלתי פורמלית, תפיסת אירוע סובייקטיבית, והשכלה ומחקרים שבדקו גורמי סיכון לתפ"ט עקב אירועי טראומה שונים, סולומון ושותפיה (Solomon et al., 1989) וברוין ושותפיו (Brewin et al., 2000) בהקשר להשפעת אסטרטגיות התמודדות, ומיקוד שליטה. כמו כן הממצאים נותנים חיזוק נוסף לממצאי אל לייטי ושותפיו (El Leithy et al., 2006) שמצאו קשר חיובי בין אבחנת תפ"ט לתדירות מחשבות אילו.

בניגוד לממצאי מחקרים (Gidron, 2000; Stovall-McClough & Cloitre, 2006) שבדקו השפעת זמן שעבר על אבחנת תפ"ט בקרב נפגעי טרור ומצאו שאינו גורם המנבא תפ"ט כלומר, מי שאובחן עם תפ"ט יישאר כך גם בחלוף הזמן, במחקר זה אותר גורם הזמן כקשור

באופן שלילי לאבחנת תפ"ט. הסבר אפשרי הינו, כי עם חלוף הזמן אצל חלק מהמאובחנים שתיעוד הסימפטומים קשור אצלם לנושא הפיזיולוגיים תהיה ירידה בסימפטומים. בנוסף, נמצא כי גיל גבוה יותר ותפיסת אירוע פגיעה כחמור יותר אינם מנבאים אבחנה של תפ"ט למרות שמשתנים אלו מסבירים את השונות בעוצמת תסמיני תפ"ט. הסבר לכך עשוי להיות, כי גיל הינו משתנה שאינו גורם סיכון חד משמעי לתפ"ט וממצאי המחקרים השונים אינם אחידים, זאת על פי ממצאי סקירתו של ברוין ושותפיו (Brawin et al., 2000). כמו כן, הסבר אפשרי לכך שתפיסת אירוע הפגיעה אותרה כמשתנה המשפיע על עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית אולם אינה מנבאת את השונות באבחנה של תפ"ט הינו, שתפיסת אירוע הפגיעה קשורה למשתנה אבחנה של תפ"ט, אך כאשר השפעתה נבדקת יחד עם משתנים נוספים (משאבי התמודדות, מחשבות אילו ואסטרטגיות התמודדות, ראה לוח 10) השפעתה מצטמצמת, יתכן שתתרום ליותר תסמיני תפ"ט אך לא במידה שתהווה משתנה, שינבא באופן ישיר, אם לפרט תהיה תסמונת קלינית פוסט טראומטית.

### 5.5 מודל המחקר – סיכום

עבודה זו מתבססת על תיאורית ההתמודדות עם מצבי דחק של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984) על התיאוריה הפסיכולוגית חברתית העוסקת במחשבות אילו של רוז ואולסון (Roese & Olson, 1995) ועל תיאוריה קוגניטיבית העוסקת בתגובות לטראומה (Foa & Rothbaum, 1998) בניסיון להסביר את תגובות הפרט לאחר אירוע דחק טראומטי. באמצעות השערות שנגזרו מהתיאוריה הותווה מודל המחקר. יחודו של מודל המחקר בהצגת הקשרים בין מחשבות האילו לתגובות הפרט לאחר אירוע טראומטי, אבחנה של תפ"ט, מידת תסמיני התפ"ט ומידת המצוקה הרגשית אותם יחוה. יתר על כן, המחקר בדק גם את השפעת אסטרטגיות התמודדות (ממוקד ברגש וממוקד בבעיה), משאבים חיצוניים (תמיכה בלתי פורמלית) ופנימיים (מיקוד שליטה) העומדים לרשותו, משתני רקע ומשתנים דמוגרפים.

השערות מודל המחקר עוסקות בקשרים ישירים של המשתנים הבלתי תלויים: משאבי התמודדות, מחשבות אילו ואסטרטגיות התמודדות עם המשתנים התלויים אבחנה של תפ"ט, תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. זאת, בנוסף לקשרים בין המשתנים הבלתי תלויים

מחשבות אילו לבין משאבי התמודדות ואסטרטגיות התמודדות ומשתני רקע. כל זאת, במטרה להעמיק את ההסבר לשונות במידת התסמינים הפוסט-טראומטיים והמצוקה הרגשית של הפרט החווה פגיעה באירוע טרור.

ממצאי המחקר העיקריים קשורים להשפעתם של מחשבות אילו נוטות למעלה, אסטרטגיות התמודדות ממוקדות ברגש, משאבים חיצוניים (תמיכה בלתי פורמלית), על אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. בנוסף, תפיסת אירוע הפגיעה על ידי הפרט על תסביר את השונות בעוצמת תסמיני תפ"ט, ומצוקה רגשית ואילו זמן שעבר מהאירוע יסביר את השונות באבחנה של תפ"ט ובעוצמת סימפטומים של תפ"ט. משתנים נוספים שנמצאו במתאם עם אבחנה של תפ"ט עוצמת תסמיני תפ"ט ומידת המצוקה הרגשית אך אינם מנבאים את המשתנים התלויים באופן ישיר, הינם מחשבות אילו נוטות למטה, מיקוד שליטה, והמשתנה הדמוגרפי: מספר שנות הלימוד.

המשתנה המרכזי המנבא את מידת השונות באבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט, ומצוקה רגשית הינו אסטרטגיית התמודדות ממוקדת ברגש, משתנה זה מהווה משתנה מתווך בקשר בין מחשבות אילו נוטות למעלה לבין המצוקה הרגשית. למעשה, התשובה לשאלה אם מחשבות האילו הינם חלק מאסטרטגיה ממוקדת ברגש או גורם המשפיע על בחירת האסטרטגיה אינה חד משמעית.

מידת התאמתן של התוצאות למודל המחקר התיאורטי קיבלה תמיכה על פי בדיקת המשוואות המבניות. כלומר, השערות מודל המחקר, כי יצירת מחשבות אילו נוטות למעלה לאחר אירוע טראומטי קשורה בשימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש וביותר ותסמינים פוסט-טראומטיים נמצאו בקרב נפגעי טראומה – עקב פיגועי טרור, כקשורות באופן חיובי מובהק ומסבירות את השונות באבחנת תפ"ט, עוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים והמצוקה הרגשית. יחד עם זאת, בניגוד למודל המחקר, לא נמצא על פי בדיקת המשוואות המבניות, כי מחשבות אילו נוטות למטה קשורות לאסטרטגיה ממוקדת בבעיה וליותר תסמיני תפ"ט, מצוקה רגשית ואבחנה של תפ"ט. זאת, למרות היותן מכוונות להפחתת החרדה לאחר אירוע שלילי על פי רוז ואולסון (Roese & Olson, 1995). השפעת המחשבות הנוטות למטה אינה מובהקת כאשר היא נבדקת יחד עם משתנים נוספים, במודל כולל, כפי שניתן לראות על פי ניתוח ההשוואות המבניות.

שנות לימוד, מיקוד שליטה ותפיסת אירוע הפציעה מסבירים שונות במחשבות האילו הנוטות למעלה ותורמים לחיזוק המודל.

ממצאים נוספים, התואמים את מודל המחקר, הם: חשיבות התפיסה הסובייקטיבית של אירוע הפציעה על ידי הפרט אשר מסבירה שונות במידת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית ומידת התמיכה הבלתי פורמלית שמסבירה גם את השונות באבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני התפ"ט והמצוקה הרגשית.

בנוסף למשתנים המסבירים, באופן ישיר, שונות אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט, ומצוקה הרגשית, נמצאו קשרים נוספים בין המשתנים הבלתי תלויים לבין עצמם ובין לבין משתני רקע והמשתנים הדמוגרפים התורמים אף הם לאישוש מודל המחקר. משאבי ההתמודדות: מיקוד השליטה ותמיכה בלתי פורמלית נמצאו כמשתנה המנבא שימוש באסטרטגיות התמודדות. כמו כן, נמצאו קשרים בין משתני הרקע: טראומה קודמת, תפיסת אירוע הפציעה, והמשתנים הדמוגרפים: גיל הנפגע ומספר שנות הלימוד לבין משתני מחקר בלתי תלויים: אסטרטגיה ממוקדת בבעיה וממוקדת ברגש, מחשבות אילו נוטות למעלה ותמיכה בלתי פורמלית. קשרים אלו תורמים להעמקת ההסבר לקשרים בין המשתנים התלויים והבלתי תלויים, ותורמים אף הם לאישוש מודל המחקר.

לסיכום, התיאוריות הדנות בהתמודדות עם מצב דחק טראומטי ( Lazarus & Folkman, 1984; Davis & Lehman, 1995; Foa & Rothbaum, 1998). אינן לוקחות בחשבון את יצירת מחשבות אילו (נוטות למעלה ונוטות למטה) כמשפיעות על תהליך ההתמודדות עם מצב דחק בכלל ומצבי דחק טראומטיים בפרט. המחקר הנוכחי תורם לתיאוריות אלו. זאת, ועוד להבנה מקיפה לגבי המשתנים המנבאים תגובות פוסט-טראומטיות ומצוקה רגשית על ידי קבוצות משתנים כמו: מחשבות אילו, משאבי התמודדות ואסטרטגיות התמודדות.

## **6. מגבלות המחקר, הצעות למחקרים נוספים והשלכות יישומיות**

### **6.1 מגבלות המחקר והמלצות למחקרים נוספים**

מגבלתו העיקרית של המחקר היא היותו רטרוספקטיבי. כלומר, אין נתונים על תפקודם ומצבם הנפשי של הפצועים לפני האירוע הטראומטי בו נפצעו. כלומר יתכן ומצב הנפשי לא היה טוב לפני הפציעה. לכך, יכולה להיות השפעה על מצבם הנפשי לאחר הפציעה. כמו כן, המחקר רוחב בדק את המשתנים בנקודת זמן אחת, בדיקה חוזרת של תגובות טראומטיות

ורגשיות לאירוע הייתה יכולה לאפשר איתור ושינויים המתרחשים לאורך זמן, בשלבי ההתמודדות השונים של נפגעי הטרור.

אחת מהשאלות העיקריות הנבחנות בהקשר של מגבלות המחקר הינה הכללת הנתונים לגבי כלל נפגעי הטרואומה. בהקשר זה חשוב לציין כי במחקר נבדקה התמודדות הפצועים עם סוג אחד בלבד של אירוע טראומטי – אירוע טרור באזרחים, לכן יכולת ההכללה היא רק לגבי אלו שנפגעו באירוע טרור אזרחי ולא לגבי אירועי טראומה אחרים.

בנוסף לכך, מאחר והמחקר נערך בקרב אוכלוסייה אזרחית בישראל המתמודדת מאז הקמתה עם אירועי טרור, ניתן לצפות למאפיינים חברתיים ותרבותיים ערכיים ופוליטיים ייחודיים, בקשר להתמודדות עם אירועי טרור. הכללה לגבי אוכלוסיות נפגעי טרור אחרת, צריכה להיעשות בזהירות.

המחקר לא בדק משאבי התמודדות נוספים, פנימיים וחיצוניים העשויים לתרום להסבר השונות במידת תסמיני התפי"ט והמצוקה הרגשית. כמו כן, נמצא כי למשאב החיצוני תמיכה בלתי פורמלית תרומה מרכזית להסבר השונות באבחנה של תפי"ט, עוצמת תסמיני התפי"ט והמצוקה הרגשית אולם, לא נבדקה יעילותם של סוגי תמיכה בלתי פורמלית שונים כמו תמיכה אינסטרומנטלית מול תמיכה רגשית.

לדגימה של המחקר מספר מגבלות: ראשית מבדיקה טלפונית שנערכה בקרב חלק מאוכלוסיית הנפגעים עולה כי פצועים רבים מתקשים עם שאלות בקשר לאירוע ולכן סרבו לענות על השאלונים. (רק 18.9% מהשאלונים הוחזרו). לכן, הכללת ממצאי המחקר על כלל האוכלוסייה שנפגעה מאירוע טרור צריכה להיעשות בזהירות. יתר על כן, למרות השיעור הגבוה של המאובחנים כנפגעי תסמונת פוסט טראומטית, יתכן וחלק מהנפגעים המתמודדים על ידי שימוש באסטרטגיות הימנעויות מיוצג פחות באוכלוסיית מחקר זה. בהקשר זה העדיפו נבדקים רבים מילוי עצמי של השאלון ללא ראיון. יתכן, והדגשת תרומת הראיון על ידי מראיין, לתהליך השיקום של הנפגע, היה מהווה גורם מעודד להיפגש עם מראיין ולשתף פעולה במילוי השאלון ובכך מספר הנבדקים היה גדול יותר. מאחר ולא היתה אפשרות לבדוק האם יש הבדלים במשתנים הדמוגרפים של הנבדקים שמלאו את השאלון לבין אלו שסירבו, קיימת בעייתיות לגבי הסקת מסקנות חד משמעויות בממצאי המחקר. שנית, לא נבדקו אוכלוסיות נוספות כגון: בני מיעוטים, עולים חדשים, ומתגוררים בשטחים. יתכן שבדיקת אוכלוסיות אלו היתה מציגה ממצאים אחרים עקב הייחודיות של אוכלוסיות אלו.

ולבסוף, במחקר זה נשלחו השאלונים בדואר, על פי העדפת האוכלוסייה הנחקרת, יתכן שראיון אישי היה משפיע על שיעור ההיענות.

מגבלה אחרת קשורה להעדר קבוצת ביקורת, כלומר, אוכלוסייה שנחשפה לאירוע טרור אך לא נפצעה. לא ניתן באוכלוסייה הנחקרת להפריד בין השפעה של הפציעה לבין השפעת החשיפה לאירוע עצמו. כלומר, למאפייני הפציעה (מידת המגבלה, מיקום, נראות הפציעה, כאב, טיפולים רפואיים וכו'), עשויה להיות השפעה מצטברת על תחושת הדחק ובכך על מידת התגובות הפוסט-טראומטיות והמצוקה הרגשית.

בניגוד למרבית המחקרים שבדקו מחשבות אילו בקרב נחקרים בתנאי מעבדה, במחקר זה נבדקו מחשבות האילו לגבי אירוע שהתרחש במציאות. מאחר ומדובר במחקר ראשון אשר בדק את הקשר בין אסטרטגיות ההתמודדות עם אירוע טראומטי הנגרם עקב התקפת טרור, לבין מחשבות האילו, לא ניתן להכליל את הממצאים על כלל נפגעי טראומות שונות. זאת למרות שמחשבות האילו נבדקו על ידי שני שאלונים בעלי מהימנות ותוקף, אך אלו שאלונים קצרים הכוללים 8–10 פריטים שאחד מהם פותח עבור מחקר זה ועדיין לא נעשה בו שימוש במחקרים אחרים.

לפיכך, חשוב לערוך מחקרים נוספים, שיתרמו להבנה מעמיקה יותר של הקשרים בין משתני המחקר, ראשית, מומלץ לערוך מחקרי אורך שיאפשרו איתור הבדלים ושינויים לאורך זמן, במיוחד חשובה הבדיקה של תהליך ההתמודדות, מייד לאחר האירוע ולאחר השלב החרף של ההתמודדות עם הפציעה והטיפול בה. זאת, על מנת לאפשר בחינת השפעתו של גורם הזמן שעובר מהאירוע, על תגובת הפרט.

חשוב לבדוק את תרומת מחשבות האילו לתגובות פוסט-טראומטיות ומצוקה רגשית גם לגבי סוגי טראומה נוספים מלבד אירוע טרור אזרחי וכן, בקרב אוכלוסיות נפגעי טרור נוספות בישראל ומחוץ לישראל, על מנת לתת תוקף לממצאי המחקר.

מומלץ לבדוק משתנים נוספים המשפיעים על ההתמודדות, כמו למשל, בדיקת השפעתם של משאבי התמודדות נוספים, כמו משאבים פנימיים: מידת אופטימיות והערכה עצמית, שנמצאו תורמים להבנת השונות במחשבות אילו, וחיצוניים כמו תמיכה פורמלית.

חשובה גם בדיקת השפעתה של אירוע הטרומה, על בני המשפחה, אשר מהווים את מקור התמיכה לנפגעים. מצבם הנפשי ומאפייני ההתמודדות שלהם עם האירוע, ישפיעו על יכולתם לתרום לתהליך ההתמודדות של הנפגע.



יתכן שמחקר דומה, שיעשה שימוש בקבוצת בקורת הכוללת אוכלוסייה שנחשפה לאירוע טרור באופן ישיר אולם לא נפצעה פיזית, יעזור בבידוד השפעות האירוע מול השפעות ההתמודדות עם הפציעה, זאת, בנוסף למחקרים שיעשו שימוש בכלי המדידה למחשבות אילו ובכלים נוספים אשר יאפשרו חיזוק ידע קיים וקבלת ידע נוסף.

בדיקת הקשר בין מחשבות אילו לבין תחושת מצוקה ותסמינים פוסט-טראומטיים באירועים טראומטיים מסוגים שונים, כגון תאונות דרכים, תתרום להרחבת ההבנות לגבי תפקידן בהתמודדות לאחר אירוע טראומטי ותרומתן להסבר השונות בתגובות הפרט לאירוע הטרומה.

כמו גם, המשך בדיקת הקשר בין מחשבות אילו לבין אסטרטגיות התמודדות באופן ספציפי, שתתרום להבנת איכות הקשר בין משתנים אלו. האם מחשבות אילו הינן סוג של אסטרטגיה ממוקדת ברגש או שהן מהוות משתנה המסביר שונות במידת המצוקה באופן עצמאי.

חשוב לציין, כי יש להמשיך ולחקור את מחשבות האילו מזוויות נוספות כדי להעמיק את הידע בקשר להשפעתן של מחשבות האילו על מהלך ההתמודדות עם אירוע טראומטי כאירוע טרור, כמשתנה תכונתי, על אלו צרכים הן נותנות מענה, תרומתן לחיפוש המשמעות לאירוע ועוד.

לסיכום, מטרתו העיקרית של מחקר זה הייתה להאיר ולהעשיר את הידע על התמודדות נפגעי טרור שנפצעו פיזית בישראל. ממצאי המחקר מרחיבים את המודל התיאורטי הדרן בהתמודדות עם מצב דחק קיצוני.

## **6.2 השלכות יישומיות והמלצות**

ההמלצה היישומית המרכזית לגבי אוכלוסיית נפגעי טרור שנפצעו פיזית ונמצאת במצוקה גבוהה יותר, על פי השוואתם לנורמות המצוקה הרגשית בישראל, היא התערבות טיפולית וזיהוי גורמי סיכון לתגובות פוסט-טראומטיות כבר מן השלבים הראשונים לאחר האירוע בעזרת בדיקת תדירות מחשבות אילו נוטות למעלה. על פי ממצאי המחקר, בדיקת תדירות מחשבות אילו נוטות למעלה, בכל שלב של ההתמודדות, תאפשר איתור מהיר של הנמצאים בסיכון להתפתחות תגובות פוסט-טראומטיות ומצוקה רגשית. בדיקה זו יכולה להתבצע

בעזרת שאלות מכוונות, שיבדקו את מידת העיסוק או היצירה של מחשבות מסוג זה, כחלק מתהליך ההתמודדות הקוגניטיבית עם האירוע הטראומטי.

בנוסף, הממצאים מעידים על כך שיש להתייחס בטיפול לפרט כמכלול ולבדוק את האינטראקציה בין משתני הפרט האישיים כגון משאבי התמודדות, אסטרטגיות התמודדות וכו' ומשתני רקע, כמו תפיסת אירוע הפציעה, משך הזמן שעבר, ולקשר למחשבות האילו. חשוב לציין כי למרות ההשערה כי מחשבות אילו הנוטות למטה (שינוי מחשבתי של תוצאות האירוע לתוצאות קשות יותר – לדוגמא: "אם לא היה פינוי מהיר הייתי ניפגע באורח קשה יותר") יהיו קשורות עם פחות תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית, הממצאים במחקר מצביעים על כך שגם למחשבות הנוטות למטה יש קשר חיובי עם תסמיני תפי"ט ומצוקה רגשית.

המשמעות הטיפולית לכך הינה, כי גם כאשר המטופל מעלה מחשבות אילו הקשורות באלטרנטיבות גרועות יותר (נוטות למטה) אין בכך כדי להעיד על מידת מצוקה נמוכה יותר אלא על עיסוק מחשבתי באירוע המעיד על מצוקה גבוהה. כמו כן, חשוב שהמטפל עצמו ימעיט בשימוש במשפטים מהסוג הנ"ל (מחשבות אלו נוטות למטה) לעידוד ואף ידריך כך את הסביבה התומכת של הנפגע.

יש להבדיל בין השימוש התגובתי במחשבות אילו, מיד לאחר האירוע, לבין השימוש במחשבות אילו הנוטות למטה או הנוטות למעלה (אלטרנטיבה טובה יותר לאירוע – "אם הייתי מגיע מאוחר יותר, לא הייתי באוטובוס שהתפוצץ") עם חלוף הזמן. על המטפל לבדוק את מידת השימוש במחשבות אילו בהתאם לשלב התמודדות בו נמצא הפרט, מחשבות אילו המופיעות בתדירות גבוהה זמן רב לאחר אירוע הטרור עשויות להעיד על מצוקה רגשית גבוהה ללא קשר לכיוון. כלומר, יש לשים לב בעיקר לתדירות המחשבות ופחות לתוכן. מחשבות האילו הנוטות למעלה בשלב המתמשך של ההתמודדות יהיו חלק מנטיה להתמודדות ממוקדת ברגש שנמצאה בעלת השפעה שלילית על התמודדות הפרט.

על המטפל לבחון את מחשבות האילו גם בהקשר למשאבי הפרט, במחקר זה נמצא כי מחשבות אילו נוטות למעלה קשורות בנטייה למיקוד שליטה חיצוני ובפחות תמיכה בלתי פורמלית לכן במהלך הטיפול יש לבדוק אם הסיבתיות למחשבות אילו נוטות למעלה קשורה בתחושה של העדר תמיכה בלתי פורמלית או תחושה, שאין ביכולתו של הנפגע להשפיע על מהלך האירועים, המאפיינת בעלי מיקוד שליטה חיצוני.

בנוסף לכך, ככל שהנפגע יתפוס את אירוע הפגיעה כקשה יותר, יהיו לו יותר מחשבות אילו נוטות למעלה, לכן, מחשבות אילו נוטות למעלה עשויות להצביע גם על מאפייני תפיסת האירוע על ידי הנפגע. לכן, רצוי למקד את הטיפול בנפגע סביב תפיסתו האישית את האירוע על ידי שימוש בטכניקות קוגניטיביות שיתנו למטופל כלים מחשבתיים לזהות לנתח ולשנות דרכי חשיבה המשמרים תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. לפיכך, מטרה נוספת של הטיפול תהיה שינוי בתפיסת הפרט את מצבו ומתן משמעות חיובית יותר למצב בו הוא נמצא, זאת, בצד מודעות המטפל למשתנים נוספים המשפיעים על יכולת הנפגע להתמודד עם מצבו.

הטיפול בנפגע טראומה, בהקשר למחשבות האילו של הפרט, על פי עקרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי עשוי להתאים. זאת משום, שגישה זו מבוססת על ההנחות לפיהן גם תהליכים קוגניטיביים כגון מחשבות אוטומטיות נרכשים בתהליכי למידה ומשפיעים על ההתנהגות, כאשר כל אחד מגיב אחרת כלפי המציאות בהתאם למשמעות האישית, שהוא נותן לאירוע. המהלך הטיפולי, על פי עקרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי יכול, זיהוי דפוסי חשיבה לקויים, כלומר סוג ותדירות מחשבות האילו המאפיינות את הפרט, (נוטות למעלה או נוטות למטה). ניתן, בשלב ראשון לכוון את הפרט, נפגע הטראומה, לנטרל את החשיבה השלילית ולהמיר את מחשבות האילו הנוטות למעלה, הנתפסות כתורמות לעליה במצוקה, במחשבות אילו נוטות למטה אשר יכולות אולי לתרום להפחתת המצוקה. זאת, למרות ממצאי המחקר מצביעים על כך שתרומתן של מחשבות האילו הנוטות למטה לתגובות הפוסט-טראומטיות ולמצוקה אינה חד משמעית. בהמשך, יכול המטפל לנסות ליצור שינוי חשיבתי אצל המטופל, על ידי טכניקות טיפוליות כמו ניתוח לוגי של הצהרות המילוליות, שכנוע מילולי –שכלתני וחשיבה חיובית, בהן נעשה שימוש בטיפול הקוגניטיבי – התנהגותי. זאת, במטרה להחליף את האמונות הלא רציונליות באמונות רציונליות, על ידי אימון המטופל להפחתה בתדירות מחשבות האילו בכלל וכך בתגובות הפוסט-טראומטיות ותחושת המצוקה הרגשית.

הממצאים מצביעים על מספר גורמי סיכון המשפיעים על התמודדותם של נפגעי הטרור עם האירוע הטראומטי, כמו שימוש באסטרטגיית התמודדות ממוקדת ברגש. שימוש באסטרטגיה מסוג זה מהווה משתנה מרכזי התורם להסבר השונות באבחנת תפ"ט, ובעוצמת תסמיני תפ"ט ולעליה במצוקה הרגשית. כמו כן מהווה משתנה זה מתווך בין מחשבות אילו הנוטות למעלה לבין אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומידת המצוקה

הרגשית. לכן, תוכנית הטיפול לנפגעי טרור צריכה לכלול אפשרות לביטוי רגשי בשלב מוקדם, יתכן באמצעות דיבוב או התערבות פסיכותרפויטית מוקדמת, למרות העיסוק בפציעה הפיזית. זאת, על מנת לצמצם את השימוש בהתמודדות ממוקדת ברגש בהמשך ולאפשר מעבר לשימוש באסטרטגיות יעילות יותר כמו, אסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה שאינה קשורה ביותר אבחנה של תפ"ט, עוצמת תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית. לפיכך, רצוי לבחון במהלך הטיפול את מאפייני נטיית הפרט מבחינת השימוש באסטרטגיות התמודדות והגמישות של הפרט לשינוי.

במחקר זה נבדקה גם תרומת משאב חיצוני – תמיכה בלתי פורמלית ומשאב פנימי – מיקוד שליטה למצבו הרגשי של הפרט. גורם סיכון, בעל חשיבות רבה בהסבר מצבו הרגשי של הפרט הינו התמיכה הבלתי פורמלית. למרות התמיכה הפורמלית בפצועי טרור על ידי אנשי המקצוע, ובדומה לנפגעי טראומה אחרים, אנשים החשים שאין להם תמיכה מספקת מבני משפחתם או מחבריהם יסבלו מתסמינים פוסט-טראומטיים רבים יותר ותחושת מצוקה. לכן, יש לשתף את בני משפחה והחברים, המהווים מוקדי תמיכה עיקריים בתהליך הטיפול. במיוחד חשוב, פיתוח המיומנויות הבינאישיות חברתיות אצל נפגעים מבוגרים, אשר על פי ממצאי המחקר, המתמודדים לעיתים עם הפחתה בתמיכה הבלתי פורמלית, כחלק ממעגל החיים.

מיקוד שליטה, הנוטה להיות חיצוני (האשמת גורמים חיצוניים בתחושת הפרט), נמצא אף הוא גורם סיכון הקשור ביותר לתסמינים פוסט-טראומטיים ומצוקה רגשית ומסביר את השונות בשימוש באסטרטגיית התמודדות ממוקדת ברגש. לכן, חשוב לברר במהלך הטיפול מה היא נטיית מיקוד השליטה של הפרט בהווה ובהתמודדות עם אירועים בעבר ולנסות לעזור לפרט לשמר את תחושת השליטה, על ידי חיזוק מאפייני מיקוד שליטה פנימיים והתחושה שביכולתו להשפיע על מהלך חייו, למרות האירוע הטראומטי שחווה.

השלכות מעשיות נוספות קשורות בהתייחסות התוכנית הטיפולית למספר משתנים דמוגרפים ומשתני רקע שנמצאו מסבירים את מידת תסמיני התפ"ט והמצוקה הרגשית של הפרט. הכוונה, בראש ובראשונה להשכלה, במחקר זה עלה כי מספר שנות הלימוד מסביר את מידת תסמיני תפ"ט ומידת המצוקה הרגשית. כלומר, ככל שלנפגע יותר שנות לימוד הוא יטה לפחות שימוש באסטרטגיה ממוקדת ברגש, מיקוד השליטה שלו יטה להיות יותר פנימי ויהיו לו פחות תסמינים פוסט-טראומטיים ומצוקה רגשית. אי לכך, יש לראות בנפגעי

הטרור, בעלי השכלה נמוכה, אוכלוסייה בסיכון גבוה ולפתח מגוון תוכניות שיקום שיאפשרו לאוכלוסיית נפגעי הטרור לרכוש השכלה וכך לפתח את תחושת השליטה בחייהם ולצמצם את תחושת המצוקה.

משתנה סיכון נוסף, הינו טראומה קודמת בחיי נפגע הטרור. על פי הממצאים, במידה והפרט חווה טראומות נוספות בחייו, מלבד הטראומה הקשורה לחשיפה לאירוע טרור, הוא יעשה פחות שימוש באסטרטגית התמודדות ממוקדת בבעיה, הנתפסת על פי מחקרי ההתמודדות עם מצבי דחק כיעילה. כמו כן, הפרט יחוש שהוא מקבל פחות תמיכה בלתי פורמלית ויעשה פחות שימוש במחשבות אילו נוטות למטה. כל אלו עשויים לתרום לתחושת מצוקה גבוהה יותר. לכן, על המטפל לבדוק הארעות של טראומות קודמות בחיי הנפגע, כיצד התמודד עימן, מבחינת תחושת תמיכה משפחתית וחברתית, באלו אסטרטגיות התמודדות עשה שימוש ומה הם סוג ותדירות מחשבות האילו שהוא יצר.

לסיכום, ממצאי המחקר תורמים לידע על התמודדות נפגעי הטרור שנפצעו באירוע ועל תרומת מחשבות האילו בתהליך ההתמודדות. ההשלכות היישומיות של המחקר מאפשרות איתור מוקדם של האוכלוסייה בסיכון לפיתוח תגובות פוסט-טראומטיות. כמו גם, טיפול מתאים והעמקת ההבנה של התמודדות אוכלוסייה זו עם אירוע הטרומה וכן על תפקידן של מחשבות האילו במהלך ההתמודדות. הממצאים, ביחס לקשר בין מחשבות אילו לתגובות פוסט-טראומטיות ומצוקה רגשית תורמים ידע חדשני לתיאוריה העוסקת בהתמודדות עם מצבי דחק וטראומה ויוצרים כלי עזר אבחנתי וטיפולי חשוב. המחקר מספק הסבר לחלק מהסיבות לתגובות פוסט-טראומטיות המאפיינת את אוכלוסיית פצועי הטרור. ממצאי המחקר מצביעים על כך, שפצוע טרור אשר יוצר מחשבות אילו, עושה שימוש באסטרטגיות ממוקדות ברגש, בעל נטייה למיקוד שליטה חיצוני, ללא תמיכה בלתי פורמלית, התופס את אירוע הפציעה כקשה, שחווה טראומות קודמות, בעל פחות שנות לימוד וגיל גבוה, נמצא בסיכון לתגובות פוסט-טראומטיות. אוכלוסיית הפצועים פיזית שנבדקה במחקר, מצביעה על אחוז מאובחנים עם תפי"ט גבוה יחסית לנפגעי טרור שלא נפצעו פיזית לכן חשוב להתייחס מבחינה טיפולית לפציעה באירוע כגורם העשוי להעלות את הסיכון לתפי"ט ולאפשר לאוכלוסייה זו נגישות לגורמי הטיפול.

יחד עם זאת, ביחס לסוגיה, מדוע אנשים מגיבים באופן שונה לאותו אירוע, ומייצרים מחשבות אילו שונות מבחינת סוג ותדירות, נותרו סמני שאלה הן ברמה התיאורטית והן

ברמה היישומית אשר מחקרים נוספים ופיתוח גישות התערבות טיפוליות, בעלות התייחסות ספציפיות לצרכיה של אוכלוסיית נפגעי הטרור, עשויים לתת להם את התשובה.

## רשימה ביבליוגרפית

איילון, ע' (1990). המחיר הפסיכולוגי של המצב הביטחוני ואמצעי התמודדות עם תנאי לחץ בימינו. תל-אביב: המכון לחקר עמנו.

גרגי, ט' (1999). הקשר בין הדימוי העצמי, רמת החרדה התכונתית, מיקוד שליטה וסיבת היציאה מהבית לבין הסתגלות לפנימיה אצל מתבגרים בפנמיות מחנכות עבודת גמר לצורך קבלת תואר מוסמך בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן.

קופרמן, ר', וטרנט, ד' (1982). טרור-הסכנה, המציאות, התגובה. מערכות, משרד הביטחון.

קורן, ד' אידר, נ', קליין, א' (2005). הפצעים עברו הטראומה לא: תגובות פוסט טראומטיות בעקבות פציעה גופנית והשלכותיה על התערבות מוקדמת. בריאות הנפש בצל הטרור, הניסיון הישראלי. זומר, א' ובלייך, א' (עורכים) פרק 5 עמ' 131 - 156 תל אביב : רמות - אוניברסיטת ת"א.

Aberhaim, L., Dab, W., Salmi, L, R., (1992) Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987), *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 103-109.

Agaibi, E.C. & Wilson, P.J. (2005). Trauma, PTSD, and resilience; A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(3), 195-216.

Amir, M. & Sol, O. (1999). Psychological impact and prevalence of traumatic events in student sample in Israel: The effect of multiple traumatic events and physical injury. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 139-155.

Anderson, C.R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 62, 446-451.

Andrews, B., Brewin, C.R. & Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 421-427.

Arbuckle, J.L. (2003). *AMOS 5 update to the AMOS user's guide*. Chicago: Small Waters.

Arbuckle, J.L. (2006). *AMOS 7 user's guide*. PA: AMOS Development Corporation.

Arbuckle, J.L. & Wothke, W. (1999). *AMOS 4 user's guide*. Chicago: Small Waters.

- Ben-Zur, H. & Zaidner, M. (1995). Coping patterns and affective reaction under community crisis and daily routine conditions. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 185-201.
- Blanchard, D. & Hickling, J. (1998). The role of physical injury in the development and maintenance of PTSD among MVA survivors. In J. Hickling, J. Edward, D. Blanchard & B. Edward (Eds.), *After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents* (pp. 173-182). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E. & Loos, W. (1995). Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 495-504.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Branscobe, R.N., Wohl, J.M., Owen, S., Allison, A.J. & N'gbala, A. (2003). Counterfactual thinking, blame assignment and well being in rape victims. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(4), 265-273.
- Breslau, N., Chilcoat, H., Kessler, R.C & Davis, D.C. (1999) Previous exposure to trauma and PTSD effects on subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H., et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, R.C., Andrews, B. & Valentine, D.J. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-trauma stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Bryant, R. & Harvey, A. (1996). Initial posttraumatic stress responses following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 223-234.



- Bryant, R.A., Marosszeky, J.E., Crooks, J., Baguley, I. & Furka, J. (2000). Coping style and post-traumatic stress disorder following severe traumatic brain injury. *Brain Injury, 14*, 175-180.
- Buhsan, B., Hussain, D., (2007) Posttraumatic Growth. *National Academy of psychology, India 52*(1), 45-53.
- Butler, D.L., Blasey, M.C., Farlan, W.R., McCaslin, E.S., Azarow, J., Chen, X., Desjardins, C.J., Dimiali, S., Seagraves, A.D., Hasings, A.T., Kreamer, C.H. & Spiegel, D. (2005). Post-traumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology, 11*(4), 247-267.
- Byrne, R.M. & McEleney, A. (2000). Counterfactual thinking about actions and failure to act. *Journal of Experimental Psychology, 26*, 1318-1331.
- Callander, G., Brown, P.G., Tata, P. & Rega, N.L. (2007). Counterfactual thinking and psychological distress following recurrent miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 25*(1), 51-65.
- Calvert, C.T. (1995). *A model of coping and psychological adjustment to a severe burn injury*. Ph.D. Dissertation, Clinical Psychology, North Carolina State University.
- Carver, C.S., Scheier, M. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies; A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Cassela, L. & Motta, R. (1990). Comparison of characteristics of Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports, 67*, 595-605.
- Charlton, P.F.C. & Thompson, J.A. (1996). Way of coping with psychological distress after trauma. *Journal of Clinical Psychology, 35*, 517-530.

- Chia, R.C., Allered, C.H. & Smith, K. (2003). *Impact of terrorist attack on one's sense of control*. East California University.  
[http://www.nssa.us/nssajrnl/nssj2003%2021\\_1/html/02chia\\_rosina.htm](http://www.nssa.us/nssajrnl/nssj2003%2021_1/html/02chia_rosina.htm)".
- Chung, M.C., Preveza, E. Papandreou, K. & Prevezas, N. (2006). The relationship between post-traumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 229-232.
- Cohen-Silver, R., Holman, E.A., McIntosh, D.N. & Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA*, 288(10), 1235-1244.
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale. *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Conran, T. (2002). Solemn witness: A pilgrimage to ground zero at the world trade center. *Journal of Systematic Therapies*, 21(3), 39-45.
- Craig, A.R., Hancock, K.M., Dickson, H., Martin, J. & Chang, E. (1990). Psychological consequences of spinal injury: A review of the literature. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 24, 418-425.
- Craige, A., Hancock, K. & Chang, E. (1994). The influence of spinal cord injury on coping styles and self perceptions two years after the injury. *Australian N. Z. Journal on Psychiatry*, 28, 307-312.
- Dalgleish, T. (2004). What might have been: An investigation of the nature of counterfactual thinking in survivors of trauma. *Psychological medicine*, 34, 1215-1225.
- Davis, C.G. & Lehman, D.R. (1995). Counterfactual thinking and coping with traumatic life event. In N.J. Roese & J.M. Olson (Eds.), *What might have been: The social psychology of counterfactual thinking* (pp. 353-373). New Jersey: Erlbaum.

- Davis, C.G., Lehman, D.R., Wortman, C.B., Silver, R.C. & Thompson, S.C. (1995). The undoing of traumatic life events. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(2), 109-124.
- Davis, C.G.(2000)The tormented and the transformed: understanding responses to loss and trauma. In R.A. Neimeyer (Ed) *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss*. (pp.137-155).Washington, DC: American Psychological Association.
- DeLsini, L.E., Maurizino, A., Yost, M., Papparozi, C.F., Fulchino, C., Katz, C.L., Altesman, J., Biel, M., Lee, J. & Stevens, P. (2003). A survey of New Yorkers after the September 11, 2001 terrorist attacks. *American Journal of Psychiatry*, 160, 780-783.
- Derogatis, L.R. (1975) *Brief symptoms inventory: Clinical psychometric research*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. & Melisaration, N. (1983). The brief symptoms inventory: An introduction report. *Psychosocial Medicine*, 13, 359-605.
- Dunning, D. & Parpal, M. (1989). Mental addition versus subtraction in counterfactual reasoning: On assessing the impact of personal actions and life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 5-15.
- Eck, J.C. & Kite, M.E. (1997). Are there individual differences in counterfactual thinking? An analysis of self-esteem and locus of control. *Representative Research in Social Psychology*, 21, 33-47.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000) A cognitive model of post-traumatic stress disorder *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Mayou, R. & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic post trauma stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.

- Ehring, T., Ehler, A. & Glucksman, E. (2006). Contribution of cognitive factors to the prediction of post-traumatic stress disorder, phobia and depression after motor vehicle accidents. *Behavior Research and Therapy*, *44*(12), 1699-1716.
- Elfstrom, M.L. & Kreuter, M. (2006). Relationships between locus of control, coping strategies and emotional well-being in person with spinal cord. *Journal of Clinical Psychology in Medicine Settings*, *13*(1), 93-103.
- El Leithy, S., Brown, F. & Robbins, I. (2006). Counterfactual thinking and traumatic stress reactions. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*(3), 629-635.
- Feinstein, A. & Dolan, R. (1991). Predictors of post traumatic stress disorder following physical trauma: An examination of the stressor criterion. *Psychological Medicine*, *21*, 85-91.
- Foa, E.B., Cahill, S.P., Boscarino, J.A., Hobfoll, S.E., Lahad, M., McNally, R.J. & Solomon, Z. (2005). Social Psychological and psychiatric interventions following terrorist attacks: Recommendations for practice and research. *Neuropsychopharmacology*, *30*, 1806-1817.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of brief instrument for assessing post traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 459-473.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York: The Guilford Press.
- Fontana, A. & Rosenheck, R.A. (1993). A causal model of the etiology of war related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 475-500.
- Freedman, S. & Shalev, A.Y. (2000). Prospective studies of the recently traumatized. In A.Y. Shalev, R. Yehuda & A.C. McFarlane (Eds.), *International handbook of human response to trauma* (pp. 249-261). N.Y.: Plenum.

- Fry, J.S. & Stockton, R.A. (1982). Discriminate analysis of posttraumatic stress disorder among group of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 139, 52-56.
- Fukunishi, L. (1999). Relationship of cosmetic disfigurement to the severity of posttraumatic stress disorder in burn injury or digital amputation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(2), 82-86.
- Galea, S., Ahem, J., Resnick, H. et al. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York city. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Gidron, Y. (2002). Post traumatic stress disorder after terrorist attacks: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(2), 118-121.
- Gidron, Y., Gal, R. & Zahavi, S. (1999). Bus commuters' coping strategies and anxiety from terrorism: An example of the Israeli experience. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 185-192.
- Gil, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, Stress and Coping*, 18(4), 351-359.
- Gilbar, O. & Ben-Zur, H. (2002). Adult Israeli community norms for the brief symptom inventory (BSI). *International Journal of Stress Management*, 9(1), 1-10.
- Gilbar, O. & Heveroni, A. (2007). Counterfactuals, coping strategies and psychological distress among breast cancer patients. *Anxiety, Stress, and Coping*, 20(4), 383-392.
- Glancy, K.E., Glancy, L.J., Lucke, J.F., Mahurin, K., Rhodes, M. & Tinkoff, G.H. (1992). A study of recovery in trauma patients. *Journal of Trauma*, 33, 602-609.
- Goldenberg, I. & Matheson, K. (2005). The relation between inner representations and coping in recovering from traumatic experiences. *Basic and Applied Social Psychology*, 27, 361-369.

- Green, B.L. (1990). Defining trauma: Terminology and generic stressor dimensions. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 1632-1642.
- Green, M.M., McFarlane, A.C., Hunter, C.E. & Griggs, W.M. (1993). Undiagnosed posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *The Medical Journal of Australia, 159*, 529-534.
- Grossman, M. (1995). Received support and psychological adjustment in critically-injured patients and their family. *Journal of Neuroscience Nursing, 27*, 11-23.
- Hamnaka, S., Nozomu, A., Kamijo, Y., Hatta, K., Kishimoto, J. & Miyaoka, H. (2006). Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder symptoms among severely injured in motor vehicle accidents in Japan. *Fenera Hospital Psychiatry, 28*, 234-241.
- Hanson, S., Buchelew, S., Hewett, J. & O'Neal, G. (1993). The relationship between coping and adjustment after spinal cord injury: A 5 year follow-up study. *Journal of Rehabilitation Psychology, 38(1)*, 41-52.
- Harel, Z., Kahana, B. & Wilson, J. (1993). War and remembrance: The legacy of Pearl Harbor. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 263-275). New York: Plenum.
- Helzer, J.E., Robins, L.N. & McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in general population: Finding of epidemiologic catchments area survey. *New England Journal of Medicine, 317*, 1630-1634.
- Hepp, U., Moergeli, H., Buchi, S., Wittmann, L. & Schnyder, U. (2005). *Psychother Psychosom, 74*, 379-386.
- Hobfoll, S.E. (1985a). The limitation of social support in the stress process. In I.G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and application* (pp. 391-414). The Hague, The Netherlands: Nijhoff.

- Hobfoll, S.E. (1985b). Personal and social resources and the ecology of stress resistance. In Shaver (Ed.), *Review of personality and social psychology* (Vol. 6, pp. 265-290). Beverly Hills, CA: Sage.
- Hobfoll, S.E. & Lerman, M. (1988). Predicting receipt of social support: A longitudinal study of parents' reactions to their child's illness. *American Journal and Community Psychology, 16*, 565- 589.
- Hobfoll, S.E. & London, P. (1986). The relationship of self concept and social support to emotional distress among women during war. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12*, 87-100.
- Hobfoll, S.E. & Stephens, M.A. (1990). Social support during extreme stress: Consequences and intervention. In B.R. Saranson, I.G. Saranson & G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 454-481). N.Y.: Wiley.
- Hobfoll, S.E., Tracy, M. & Gelea, S. (2006). The impact of resource loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 867-878.
- Holbrook, T.L., Anderson, J.P., Sieber, W.J., Browner, D. & Hoyt, D.B. (1998). Outcome after major trauma: Discharge and 6-month follow-up results from the trauma recovery project. *Journal of Trauma, 45*, 315-324.
- Holbrook, T.L., Hoyt, D.B., Anderson, J.P., Hollingsworth-Fridlund, P. & Shackford, S.R. (1994). Functional limitation after major trauma: A more sensitive assessment using the quality of well-being scale – The trauma recovery pilot project. *Journal of Trauma, 36*, 74-78.
- Holloway, H.C. & Fullerton, C.S. (1994). The psychology of terror and its aftermath. In R.J. Ursano, B.G. McCaughey & C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disasters; The structure of human chaos* (pp. 31-46). Cambridge: Cambridge University Press.

- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horne, G. & Schemitch, E. (1989). Assessment of the survivors of major trauma accidents. *Australia and New Zealand Journal of Surgery*, 59, 465-470.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. N.Y.: Aronson.
- Horowitz, M.J. (1982). Psychological processes induced by illness, injury or loss. In T. Millon, C. Green & R. Meagler (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 53-67). N.Y.: Plenum.
- Humblen, J. (2001). *What one the traumatic stress effects of terrorism? A review of the empirical literature*. Boston, Mass.: national Center for PTSD. Available at: <http://www.hcptsd.org/facts/disasters>. accessed October 2004.
- Janet, P. (1925). *Psychological healing: A historical and clinical study*. N.Y.: The Maxmillan Company. In 1976 republished, N.Y.: Arno.
- Janoff-Bulman, R. (1985) The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C.R. Figley (Ed) *Trauma and its wake*. Vol. 1. New York: Brunner/Maazel.
- Jones, E. (2006). *Shell Shock to PTSD: Military psychiatry from 1900 to the Gulf War*. N.Y.: Psychology Press.
- Joseph, S., Yule, W., Williams, R. & Hodkinson, P. (1994). Correlates of post traumatic stress at 30 months. *The Herald of Free Enterprise Disaster; Behavior Research and Therapy*, 32(5), 521-524.
- Kahneman, D. & Miller, D.T. (1986). Norm theory: Comparing reality to its alternatives. *Psychological Review*, 93, 136-153.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1982). The simulation heuristic. In D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (pp. 201-208). N.Y.: Cambridge University Press.



- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. N.Y.: Brunner/Mazel.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. N.Y.: Hoeber.
- Kasimatis, M. & Sterling, L. (1994). *Further evidence for individual differences in counterfactual thinking*. Poster presented at a meeting of the American Psychological Society, Washington, DC.
- Kasimatis, M. & Wells, G.I. (1995). Individual differences in counterfactual thinking. In N.J. Rosen & J.M. Olson (Eds.), *What might have been the social psychology of counterfactual thinking* (pp. 81-101). New Jersey: Erlbaum.
- Katon, W., Jurkovich, G.J. & Roy-Byrne, P. (2002). Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. *American Journal of Psychiatry, 159*(6), 941-946.
- Kelly, B., Rafael, B., Judd, F., Kernutt, G., Burnet, P. & Buttows, G. (1998). Posttraumatic stress disorder in response to HIV infection. *General Hospital Psychiatry, 20*, 345-352.
- Kemp, A., Green, B., Novanits, C. & Rawling, E. (1995). Incidence and correlates of post traumatic stress disorder in battered women: Shelter and community samples. *Journal of Interpersonal violence, 10*(1), 43-45.
- Kennedy, P., Lowe, R., Grey, N. & Short, M. (1995). Traumatic spinal cord injury and psychological impact: A cross-sectional analysis of coping strategies. *British Journal of Clinical Psychology, 34*, 627-639.
- Kennedy, P., Marsh, N., Lowe, R., Grey, N., Short, E. & Rogers, B. (2000). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology, 5*, 157-172.
- Kessler, R.C. (2000). Post traumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 4-14.

- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Amick-McMullan, A., Best, C.L., et al. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 199-214.
- Kleber, R.J. & Brom, D. (1992). *Coping with trauma*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Koren, D., Arnon, I. & Klein, E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A one-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 367-373.
- Koren, A., Arnon, I. & Klein, E. (2001). Long-term course of chronic posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A three-year prospective follow-up study. *Behavior Research and Therapy*, 29(12), 1449-1458.
- Koren, D., Arnon, I., Lavie, P. & Klein, E. (2002). Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: A 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 855-857.
- Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J. & Klein, E. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: A matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *American Journal of Psychiatry*, 162, 276-280.
- Kraus, J.S., Stanwyck, C.A. & Maides, J. (1998). Locus of control and life adjustment relationship among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 41, 162-172
- Kuch, K., Cox, B.J. & Evans, R.J. (1996). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents: A multidisciplinary overview. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 429-434.

- Landsman, I.S., Baum, C.G., Arnkoff, D.B., Craig, M.J., Lynch, I., Cops, W.S. & Champion, H.R. (1990). The psychological consequences of traumatic injury. *Journal of Behavioral Medicine, 13*, 561-580.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. N.Y.: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1993). Why we should think of stress as a subset of emotion. In L. Foldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress – Theoretical and clinical aspects* (pp. 21-39). N.Y.: The Free Press.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraised and coping*. N.Y.: Spring.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion; A new synthesis*. London: Free Association
- Lefcourt, H.M. (1980). Locus of control and coping with life events. In E. Staub (Ed.), *Personality: Basic aspects and current research* (pp. 220-236). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Lefcourt, H.M., Miller, R.S., Ware, E.E. & Sherk, D. (1981). Locus of control as a modifier of the relationship between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 357-369.
- Lehman, D.R., Ellard, J.H. & Wortman, C.B. (1986). Social support for the bereaved: Recipients and providers perspectives on what is helpful. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 54*, 438-446.
- Lehman, D.R. & Hemphill, K.J. (1990). Recipients' perceptions of support attempts and attributions for support attempts that fail. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, 563-574.
- Lipton, M.I. (1994). *Posttraumatic stress disorder; Additional perspective*. Springfield, Illinois: Thomas.
- Livneh, H. (2000). Psychosocial adaptation to spinal cord injury: The role of coping strategies. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 31*(2), 3-10.

- MacKenzie, E., Shapiro, S., Smith, R., Siegel, J., Moody, M. & Pitt, A. (1987). Factors influencing return to work following hospitalization for traumatic injury. *American Journal of Public Health, 77*, 329-334.
- Madakasira, S. & O'Brein, K. (1987). Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 286-290.
- Madianos, M.G., Papaghelis, M., Loannovick, J. & Dafni, R. (2001). Psychiatric disorder in burn patients: A follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatic, 70(1)*, 30-37.
- Maes, S., Leventhal, H. & De Ridder, D.T. (1996). Coping with chronic diseases. In I.M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 221-251). N.Y.: Wiley.
- Malt, U.F. (1988). The long-term psychiatric consequences of accidental injury. *British Journal of Psychiatry, 153*, 810-818.
- Malt, U.F. (1989). The validity of the general health questionnaire in a sample of accidentally injured adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80(355)*, 103-112.
- Malt, U.F. (1994). Traumatic effect of accidents. In R.J. Urasano, B.G. McCaughey & C. S. Fullerton (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos* (pp. 103-135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Malt, U.F. & Ugland, O.M. (1989). A long-term psychological follow-up study of burned adults. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 80(355)*, 94-102.
- Markman, K.D., Gavanski, I., Sherman, S.J. & McMullen, M.N. (1993). The mental simulation of better and worse possible world. *Journal of Experimental Social Psychology, 29*, 87-109.

- Mason, S., Turpin, G., Woods, D., Wardrope, J. & Roulunds, A. (2006). Risk factors for psychological distress following injury. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 217-230.
- Matsakis, A. (1994). *PTSD: A complete treatment guide*. Oakland : new Harbinger
- Mayou, R., Tyndel, S. & Bryant, B. (1997). Long-term outcome of motor vehicle accident injury. *Psychosomatic Medicine*, 59, 578-584.
- McCloy, R. & Byrne, R.M.J. (2000). Counterfactual thinking about controllable events. *Memory and Cognition*, 28, 1071-1078.
- McNally, R.J. (2003). Progress and controversy in the study of post traumatic stress disorder. *Annual Review Psychology*, 54, 229-252.
- Mellman, A.T., David, D., Bustmante, V. & Esposito, K. (2001). Predictors of post-traumatic stress disorder following sever injury. *Depression and Anxiety*, 14, 226-231.
- Michaels, C.E. (1999). *Traumatic stress after severe injury. The role of peritraumatic dissociation threat appraisals, and attributional style*. Ph.D. dissertation, Clinical Psychology, University of Michigan.
- Michaels, A., Michaels, C., Moon, C., Smith, J., Zimmerman, M., Taheri, P. & Peterson, C. (1999). Posttraumatic stress disorder after injury: Impact of general health and early risk assessment. *Journal of Trauma*, 47, 466-467.
- Mikulincer, M. & Florian, V. (1996). Coping and adaptation to trauma and loss. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: Wiley.
- Miller, D.T. & Turnbull, W. (1990). The counterfactual fallacy: Confusing what might have been with what ought to have been. *Social Justice Research*, 4, 1-19.

- Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness: An overview. In R.H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness* (pp. 3-21). N.Y.: Plenum Medical Book.
- Morris, J.A., Sanchez, A.A., Bass, S.M. & Mackenzie, E.J. (1991). Trauma patients return to productivity. *Journal of Trauma*, 31, 827-834.
- Mossey, J.M., Mutran, E., Knott, K. & Craik, R. (1989). Determinants of recovery 12 months after hip fracture: The importance of psychosocial factors. *American Journal of Public Health*, 79, 279-286.
- Netanyahu, B., (1986). *Terrorism; How the west can win*. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Njenga, F.G., Nicholls, P.J., Nyamai, C., Kigamwa, P., Davidson, J.R. (2004) Post-traumatic stress after terrorist attack: psychological reactions following the US embassy bombing in Nairobi. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 328 -333.
- Norris, F.H., (2002) Psychosocial consequences of disasters. *PTSD Research Quarterly*, 13, 1-7.
- North, C.S., Nixon, S.J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillan, J.C. et al. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, 282, 755-762.
- O'Brien, M. & Nutt, D. (1998). Loss of consciousness and PTSD: A clue to etiology and treatment?. *British Journal of Psychiatry*, 173, 102-104.
- O'Donnell, M.L., Creamer, M., Bryant, R.A., Schnyder, U. & Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorders following injury: An empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 587-603.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults. A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.

- Parker, K.R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 655- 668.
- Parson, E.R. (1995). Mass traumatic terror in Oklahoma City and the phases of adaptational coping, Part I: Possible effects of international injury/harm on victim's post-traumatic response. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 25(3), 155-185.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pelletier, P.M., Alfano, D.P. & Fink, M.P. (1994). Social support, locus of control and psychological health in family members following head or spinal cord injury. *Applied Neuropsychology*, 1(1-2), 38-44.
- Perry, S., Difede, J., Musgni, G., Frances, A. & Jacobsberg, L. (1992). Prediction of post traumatic stress disorder after burn injury. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 931-935.
- Perrin, M.A., Digrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M. & Brockbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among world trade center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of psychiatry*, 164, 1385-1394.
- Phares, E.J. (1978). Locus of control. In H. London & J.E. Exner (Eds.), *Dimensions of personality* (pp. 263-305). N.Y.: Wiley.
- Pozner, S., Bergman, B., Brisman, B. & Johnsson, L.M. (1996). A study of patient-related characteristics and outcome after moderate injury. *Injury*, 27, 549-555.
- Pynoos, S.R., Sorenson, B.S. & Steinberg, M.A. (1993). Interpersonal violence and traumatic stress reactions. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress theoretical and clinical aspects* (pp. 573-590). N.Y.: The Free Press.

- Regehr, C., Cadell, S., Jansen, K. (1999) Perceptions of control and long – term recovery from rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 110 – 115.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E. & Best, M. (1993). Prevalence of civilian trauma and post traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984-991.
- Rieck, M., Shakespeare-Finch, J., Bronwyn, M. & Newbery, J. (2005). A mixed-method analysis of post-trauma outcomes: Trauma severity and social support from a psychotherapeutic perspective. *Canadian Journal of Counseling*, 39(2), 86-100.
- Roese, N.J. (1997). Counterfactual thinking. *Psychological Bulletin*, 121(1), 133-148.
- Roese, N.J. & Olson, J.M. (1995). *What might have been: The social psychology of counterfactual thinking*. New Jersey: Erlbaum.
- Roskies, E. (1987). *Stress management for the healthy type A*. N.Y.: The Guilford Press.
- Rothbaum, B.O., Meadows, E.A., Resick, P. & Foy, D.W. (2000). Cognitive-behavioral therapy. In Foa, Keaul & Fridman (Eds.), *Effective treatment for PTSD* (pp. 60-81). N.Y.: The Guilford Press.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), Whole no. 609.
- Sanna, L.J.,(1996). Defensive permission, optimism, and simulating alternatives; Some ups and downs of prefactual and counterfactual thinking. *Journal of Personality and social Psychology*, 71, 1020-1036.
- Sanna, L.J., Trey-Ames, K.J. & Meier, S. (1999). Mood, self-esteem, and simulated alternatives: Thought provoking affective influence on counterfactual direction. *Journal of Personality and social Psychology*, 76, 543-558.



- Sanna, L.J. & Turley, K.J. (1996). Antecedents to spontaneous counterfactual thinking: Effects of expectancy violation and outcome violence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 906-919.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. & Pierre (1990). *Social support: An international view*. Washington: A Wiley-Interscience Publication.
- Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordan, B.K., Rouke, K.M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J.M., Fairbank, J.A. & Kulka, R.A. (2002). Psychological reaction to terrorist attacks: Finding from the national study of American' reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 581-588.
- Selye, H. (1956). *The stress of life* (rev. ed.). N.Y.: McGraw-Hill.
- Shalev, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack: Predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 505-509.
- Shalev, A. & Freedman, S. (2005). PTSD following terrorist attacks: A prospective evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1188-1191.
- Shalev, A.Y., Peri, T., Brandes, D., Freedman, S., Orr, S.P. & Pitman, R.K. (2000). Auditory startle response in trauma survivors with posttraumatic stress disorder. A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 255-261.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Caretti, L. & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153(2), 219-225.
- Shalev, A., Tuval, R., Frenkiel-Fishman, S. Hadar, H. & Eth, S. (2006). Psychological responses to continuous terror: A study of two communities in Israel. *American Journal of Psychiatry*, 163, 667-673.

- Shalev, A.Y., Yehuda, R. & McFarlane, A.C. (Eds.) (2000). *International handbook of human response to trauma*. N.Y.: Plenum.
- Shepherd, J.P., Qureshi, R., Preston, M.S. & Levers, B.G.H. (1990). Psychological distress after assaults and accidents. *British Medical Journal*, 301, 849-850.
- Sherman, S.J. & McConnell, A.R. (1995). Dysfunctional implications of counterfactual thinking: When alternatives to reality fail us. In N.J. Roese & J.M. Olson (Eds.), *What might have been: The social psychology of counterfactual thinking* (pp. 199-231). New Jersey: Erlbaum.
- Shlosberg, A. & Straus, R.D. (2005). Long term following up (32 years) of PTSD in Israeli Yom-Kipur War veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(10), 693-696.
- Smelser, N. (1963). *Theories of collective behavior*. N.Y.: The Free Press.
- Smith, R. (1970). Changes in locus of control as a function of life crisis resolution. *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 328-332.
- Snyder, C.R. & Ford, C.E. (1987). *Coping with negative life events; Clinical and social psychological perspectives*. N.Y.: Plenum.
- Sobel, E.M. (1982) Asymptotic Confidence Intervals for Indirect Effects in Structural Equation Models. *Sociological Methodology*, 13, pp. 290-312
- Solomon, Z., (1993) *Combat Stress Reaction-The Enduring Toll of War*. New York, Plenum.
- Solomon, Z. & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: A 20 years longitudinal study. *American Psychiatry*, 163, 659-666.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Benbenishty, R. (1989a). Combat stress reaction: Clinical manifestations and correlates. *Military Psychology*, 1, 35-47.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Benbenishty, R. (1989b). Locus of control and combat-related post traumatic stress disorder: The intervening role of battle intensity,

- threat appraisal and coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 131-144.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Hobfoll, S.E. (1986). Effects of social support and battle intensity on loneliness and breakdown during combat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1269-1276.
- Southwick, S.M., Morgan, C.A., Darnell, A., Brenner, D., Nicolaou, A.L., Nagy, L.M. & Charney, D.S. (1995). Trauma-related symptoms in veterans of operation desert storm: A 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1150-1155.
- Stoovall-McClough, K.C., Clotaire, M.V. (2006) Traumatic reaction to terrorism, The individual and collectively experience. In G. M. Burlingame., P.R. Muskin & S. Vargo (Eds.) *Psychological effects of catastrophic disasters* (139-143). New York: Haworth press.
- Strathman, A., Gleicher, F., Boningen, D.S. & Edwards, C.S. (1994). The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavioral. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 742-752.
- Taylor, S.E. & Schneider, S.K. (1989). Coping and simulation of event. *Social Cognition*, 7, 174-194.
- Thompson, N.J., Coker, J., Krause, J.S. & Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 100-108.
- Tucker, P.M., Pfeffenbaum, B., Nixon, S.J. & Dickson, W. (2000). Predictors of post traumatic stress symptoms in Oklahoma City: Exposure, social support, peri traumatic responses. *Journal of Behavioral Health Services Research*, 27, 406-416

- Urasano, R.J., McCaughey, B.G. & Follerton, C. (1994). *Individual and community responses to trauma and disaster; The structure of human chaos*. Cambridge: Cambridge University Press.
- White, K. & Lehman, R.D. (2005). Looking on the bright side: Down and counterfactual thinking in response to negative life events. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(10), 1413-1424.
- Williams, W.C., Lees-Haley, R.P. & Brown, S.R. (1993). Human response to traumatic event: An integration of counterfactual thinking, hindsight bias and attribution theory. *Psychology Report*, 72, 483-494.
- Wilson, J.P. (1995). Traumatic events and PTSD prevention. In B. Raphael & E.D. Barrows (Eds.), *The handbook of preventative psychiatry* (pp. 281-296). Amsterdam, the Netherlands: Elsevier North-Holland.
- Wilson, F.C., Poole, A.D. & Trew, K. (1997). Psychological distress in police officers following critical incidents. *Irish Journal Psychological*, 18, 321-340.
- Winfield, I., George, L., Swartz, M., Blazer, D.G. (1990). Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 147(3), 335-341.
- Wintraub, D. & Ruskin, P.E., (1999) Posttraumatic stress disorder in the elderly: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 144-152.
- Wortman, C. & Lehman, D. (1983). Reactions to victims of life crises: Support attempts that fail. In I.G. Sarason & B. Sarason (Eds.), *Social support, theory, research and application*. Martinus.
- Yehuda, R., Bryant, R., Marmar, C. & Zohar, J. (2005). Pathological responses to terrorism. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1793-1805.

- Yehuda, R. & McFarlane, H.C. (1995). Conflict between current knowledge about post traumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1705-1713.
- Young, J.C. (1985). *A comparative study of post traumatic stress disorder in Vietnam veterans (intrusion, avoidance, PTSD, locus-of-control)*. U.S. International University, Department of Psychology.
- Zatzick, D.F., Kang, S., Hinton, W.L., Kelly, R.H., Hilty, D.M., Franz, C., Le, L., Kravitz, R. (2001). Posttraumatic concern: A patient-centered approach to outcome assessment after traumatic physical injury. *Medical Care*, 39(4), 327-339.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.M., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
- Abenhaim, L., Dab, W. & Salmi, L.R. (1992). Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 103-109.

## נספחים

נספח 1 : מתאמים בין תת סולמות שאלון תסמינים פוסט טראומטיים PSS

עוררות	הימנעות	חוויה מחדש	
		---	חוויה מחדש
	---	.76	הימנעות
---	.82	78.	עוררות

נספח 2 : מתאמים בין תת סולמות שאלון מצוקה רגשית BSI

פסיכומטרים	חשיבה פרנואידית	חרדה פובית	עוינות	חרדה	דפרסיה	רגישות בין אישית	כפייתיות אובססיבית	סומטיזציה	
								---	סומטיזציה
							---	.82**	כפייתיות אובססיבית
						---	.79**	.75**	רגישות בין אישית
					---	.79**	.84**	.76**	דפרסיה
				---	.87**	.79**	.85**	.87**	חרדה
			---	.82**	.74**	.66**	.71**	.74**	עוינות
		---	.69**	.89**	.82**	.77**	.85**	.81**	חרדה פובית
	---	.70**	.72**	.76**	.74**	.82**	.76**	.75**	חשיבה פרנואידית
---	.76*	.82**	.68**	.84**	.87**	.80**	.82**	.77**	פסיכומטרים

### נספח 3: מתאמים בין תת סולמות לבדיקת אסטרטגיות התמודדות COPE

המור	שימוש באלכוהול	הימנעות/ הכחשה	פניה לדת	ניתוק התנהגותי	ניתוק מחשבתי	איפוק	דיכוי פעילות מתחרה	קבלת מצב	מיקוד ברגש ושחרורו	התמודדות פעילה	חיפוש תמיכה אינסטרו- מנטלית	ראיה חיובית וצמיחה	חיפוש תמיכה רגשית	תכנון	
														---	תכנון
														.39**	חיפוש תמיכה רגשית
												---	.44**	.42**	ראיה חיובית וצמיחה
													.48**	.30**	חיפוש תמיכה אינסטרו- מנטלית
										---	.44**	.28**	.35**	.78**	התמודדות פעילה
									---	.28**	.46**	-.04	.23**	.04	מיקוד ברגש ושחרורו
								---	-.05	.02	.06	.04	.03	.00	קבלת מצב
							---	-.05	.38**	.50**	.50**	.25**	.31**	.47**	דיכוי פעילות מתחרה
						---	.52**	.09	.47**	.30**	.40**	.08	.14	.17	איפוק
					---	.23**	.39**	-.14	.43**	.20**	.38**	.23**	.31**	.21**	ניתוק מחשבתי
				---	.33**	.48**	.35**	-.13	.52**	.03	.20**	.09	.06	.00	ניתוק התנהגותי
			---	.22**	.36**	.19*	.18	-.16	.24**	.07	.22**	.22	.18*	.07	פניה לדת
		---	.21**	.34**	.35**	.35**	.26**	-.14	.27**	.08	.06	-.04	-.08	.00	הימנעות/ הכחשה
	---	.21**	.25**	.34**	.30**	.39**	.22**	-.06	.59**	.18	.42**	-.11	.05	-.02	שימוש באלכוהול
---	-.24**	-.06	-.13	-.17*	.01	-.01	.07	.10	-.21**	.17	.03	.45**	.33**	.30**	המור



נספח 4: מתאמים בין תת-סקלות שאלון מחשבות אילו

מחשבות אילו נוטות למטה	מחשבות אילו נוטות למעלה	
	---	מחשבות אילו נוטות למעלה
---	.49	מחשבות אילו נוטות למטה

נספח 5: מתאמים בין תת-סולמות שאלון הגדי נפגעים

הגדי נפגעים נוטים למטה	הגדי נפגעים נוטים למעלה	
	---	הגדי נפגעים נוטים למעלה
---	.52	הגדי נפגעים נוטים למטה

נספח 6: מתאמים בין תת-סולמות שאלון תמיכה חברתית MSPSS

אחרים	משפחה	חברים	
		---	חברים
	---	.52	משפחה
---	.73	55.	אחרים

## נספח 7: קורלציות בין פריטי מחשבות אילו למשתני המחקר התלויים והבלתי תלויים

מטריצת מתאמי ספירמן ופירסון של משתני המחקר: מין, אירועים טראומטיים קודמים, גיל, שנות לימוד, זמן שעבר מהאירוע, תפיסת אירוע פציעה, אחוזי נכות, אסטרטגיה ממוקדמת בבעיה, אסטרטגיה ממוקדמת ברגש, תמיכה בלתי פורמלית, מיקוד שליטה, תסמיני תפ"ט ומצוקה רגשית עם משתני מחשבות אילו (N=176)

משתנה	1.מחשבה נוטה למעלה בזמן הראיון	2.מחשבה עולה לאחר האירוע	3.מחשבה נוטה למטה בזמן הראיון	4.מחשבה יורדת לאחר האירוע	5.מחשבה נוטה למעלה בזמן הראיון	6.מחשבה עולה לאחר האירוע	7.מחשבה נוטה למטה בזמן הראיון	8.מחשבה יורדת לאחר האירוע
מין*	0.02-	0.04	0.03-	0.11	0.01-	0.02	0.00-	-0.04
*אירועים טראומטיים קודמים	0.01	0.08-	0.09	0.05-	0.03-	0.05	0.10	-0.04
גיל	0.12	0.29	0.10	-0.02	0.15*	0.08	0.14-	0.01
השכלה	-0.34**	0.29-**	0.12-	0.11	-0.30**	0.24-**	0.10-	0.05
זמן שעבר מהאירוע	0.09-	0.04-	0.05-	0.11-	0.10-	-0.10	0.25-**	-0.14
חומרת פציעה נתפסת	0.16*	0.05-	0.08	0.20-*	0.09	0.02-	0.07-	-0.12
אחוזי נכות	0.15	0.06-	0.02	0.12-	0.06	0.03-	-0.01	-0.16*
אסטרטגיה ממוקדת בבעיה	0.01-	-0.00	0.17*	0.07	0.05-	0.07	0.23**	0.04
אסטרטגיה ממוקדת ברגש	0.58**	0.36**	0.40**	0.07	0.42**	0.31**	0.22**	0.04
תמיכה בלתי פורמלית	-0.25**	0.16-*	0.04-	0.01-	0.12-	0.09-	0.00	-0.04
מיקוד שליטה	0.29**	0.30**	0.17	-0.22*	0.27**	0.16	0.05	0.00
תסמונת פוסט טראומטית	0.56**	0.36**	0.39**	0.17*	0.45**	0.37**	0.29**	0.13
מצוקה נפשית	0.57**	0.39**	0.34**	0.18*	0.47**	0.40**	0.25**	0.17*

\*מתאמי ספירמן למשתנים א-פרמטרים

\*P<0.05

\*\*P<0.01

## נספח 8: ניתוח גורמים עבור שאלון אסטרטגיות התמודדות COPE

ניתוח גורמים מאשר עם רוטציית ורימקס בפריטי שאלון אסטרטגיות התמודדות

מספר פריט	תת-מימד	טעינות התמודדות ממוקדת בבעיה	גורמים התמודדות ממוקדת ברגש
15,16	התמודדות פעילה	0.63	
14,17	תכנון	0.75	
21,12	דיכוי פעולות מתחרות	0.49	
29,7	איפוק		0.67
1,25	חיפוש תמיכה אינסטרומנטלית	0.44	
20,13	חיפוש תמיכה רגשית	0.71	
2,26	מתן פרוש חיובי וצמיחה	0.72	
11,18	קבלה	0.49	
3,24	פניה לדת		0.47
10,19	התמקדות בוונטלציה רגשית		0.81
6,30	הכחשה	0.44	
22,5	התנתקות התנהגותית	0.69	
4,23	התנתקות מנטלית	0.57	
8,28	שימוש באלכוהול וסמים	0.72	
9,27	הומור	0.61	
אחוז שונות		21.24	26.26
אלפא קרונבך		0.79	0.78

הערה: מוצגות טעינויות גבוהות מ-0.40 בלבד.

## נספח 9 : מכתבי פניה

### פנייה אישית

בנוסף למכתב המצורף מהמוסד לביטוח לאומי, ברצוני לפנות אליך ולחזק את חשיבותה של ההיענות למחקר. היוזמה למחקר נובעת מצורך שהתעורר בעקבות התנסות אישית כואבת בפגיעה שגרם אירוע טרור, ההתנסות עוררה את החיפוש אחרי מידע מחקרי על הטיפול באוכלוסיית הנפגעים בארץ ונראה כי רב החסר על הידוע. השתתפותך במחקר תעזור במילוי חסר זה, ריכוז הידע יתרום לרבים המתמודדים עם פגיעה פיזית ורגשית, המשפיעה על חיי היום יום. זאת, גם זמן רב לאחר האירוע. אני תקווה כי השלמת מחקר זה במהרה תתרום לטיפול מיטבי גם בנפגעי האיבה הרבים שנוספו למערך הפצועים לאחר אירועי מלחמת לבנון השנייה.

(אנא חזר את השאלון לכתובת המופיעה על המעטפה, סודיות מובטחת)

בתודה  
נירית פליבצקי  
ביה"ס לעבודה סוציאלית  
אוניברסיטת חיפה



**המוסד לביטוח לאומי**  
**משרד ראשי**  
**אגף נפגעי פעולות איבה**

רחוב הצבי - פינת ירמיהו  
טלפון : 02-6463223  
פקס : 02-5382417  
המען למכתבים : שד' וייצמן 13

ירושלים 91909

שלום רב,

הנדון : מחקר בנושא התמודדות עם פגיעה באירוע טרור

כמי שנפגע בפעולות איבה, אנו פונים אליך בבקשה להשתתף במחקר בנושא : **ההתמודדות עם פגיעה בפעולות טרור**. המחקר נעשה על ידי פרופ' אורה גילבר ראש ביה"ס לעבודה סוציאלית באוניברסיטת חיפה וגב' נירית פליבצקי תלמידת דוקטורט.

נפגעי טרור שנפצעו פיזית, מתמודדים עם החשיפה לאירוע ועם ההשלכות של הפגיעה הפיזית כמו טיפולים רפואיים, ומוגבלות פיזית, ההתמודדות היום יומית עם תוצאות האירוע מהווה תזכורת קבועה לאירוע ודורשת יכולת התמודדות עם מצבים קשים. לאור מספרם הרב של הנפגעים באירועי טרור בארץ, ולמרות החשיבות שבהבנת תהליך ההתמודדות, לא קיבל נושא זה תשומת לב מחקרית מספקת לפיכך, מטרת המחקר הינה לבדוק את תהליך ההתמודדות עם פגיעה. ממצאי המחקר יעזרו לנו בהבנת התהליכים הרגשיים שעובר נפגע הטרור ובכך יתרמו לשיפור הטיפול הניתן לאוכלוסייה זו.

אנא ענה על השאלון המצורף ובכך תתרום לשיפור הטיפול במצבים כאלה. השאלון אנונימי וחסוי לכל גורם, המידע שייאסף ישמש למטרות המחקר בלבד. אנא שלח את השאלון מלא במעטפה המצורפת. (ניתן לפרוש מהמחקר בכל עת). במידה שהינך מעוניין בעזרה במילוי השאלון או בפרטים נוספים אנא השאר הודעה עבור נירית פליבצקי ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה, בטלפון : 0506371485.

בברכה,

אסנת כהן  
מנהלת אגף א'  
נפגעי פעולות איבה

## נספח 11 : שאלון תסמינים פוסט טראומטיים PSS

השאלות הבאות כוללות רשימת תלונות ותגובות שיש לאנשים שנחשפו לפיגועים. מה הוא מס' הפעמים שחווית את התגובות בחודש האחרון.

1. בחודש האחרון, האם היו לך תמונות או מחשבות מסעירות מהפיגוע גם כשלא רצית בכך?  

3	2	1	0
חמש פעמים בשבוע או יותר	2-4 פעמים בשבוע	פעם בשבוע או פחות	אף פעם או רק פעם אחת
2. בחודש האחרון, האם היו לך סיזימים בלילה בקשר לפיגוע?  

3	2	1	0
חמש פעמים בשבוע או יותר	2-4 פעמים בשבוע	פעם בשבוע או פחות	אף פעם או רק פעם אחת
3. בחודש האחרון, האם חווית את הפיגוע מחדש, התנהגת או הרגשת שזה קורה לך שוב?  

3	2	1	0
חמש פעמים בשבוע או יותר	2-4 פעמים בשבוע	פעם בשבוע או פחות	אף פעם או רק פעם אחת
4. בחודש האחרון, האם חווית רגשות מסעירות כמו פחד, כעס, עצב או אשמה, כשהזכירו לך את הפיגוע?  

3	2	1	0
חמש פעמים בשבוע או יותר	2-4 פעמים בשבוע	פעם בשבוע או פחות	אף פעם או רק פעם אחת
5. בחודש האחרון, האם חווית תגובות פיזיות כמו הזעת-יתר, דופק מהיר, כשהזכירו לך את הפיגוע?  

3	2	1	0
חמש פעמים בשבוע או יותר	2-4 פעמים בשבוע	פעם בשבוע או פחות	אף פעם או רק פעם אחת
6. בחודש האחרון, האם ניסית להימנע מלחשוב, מלדבר או מלהרגיש דברים בקשר לפיגוע?  

3	2	1	0
חמש פעמים בשבוע או יותר	2-4 פעמים בשבוע	פעם בשבוע או פחות	אף פעם או רק פעם אחת
7. בחודש האחרון, האם ניסית להימנע מפעילויות, מאנשים או ממקומות שהזכירו לך את הפיגוע?  

3	2	1	0
חמש פעמים בשבוע או יותר	2-4 פעמים בשבוע	פעם בשבוע או פחות	אף פעם או רק פעם אחת
8. בחודש האחרון, האם קרה לך שלא היית מסוגל לזכור חלק חשוב מהפיגוע?  

3	2	1	0
חמש פעמים בשבוע או יותר	2-4 פעמים בשבוע	פעם בשבוע או פחות	אף פעם או רק פעם אחת



9. בחודש האחרון, האם קרה לך שהתעניינת פחות או שהשתתפת פחות בפעילויות חשובות?  
 0 אף פעם או רק פעם אחת  
 1 פעם בשבוע  
 2 2-4 פעמים בשבוע  
 3 חמש פעמים בשבוע או יותר
10. בחודש האחרון, האם הרגשת מרוחק או מנותק מאנשים סביבך?  
 0 אף פעם או רק פעם אחת  
 1 פעם בשבוע  
 2 2-4 פעמים בשבוע  
 3 חמש פעמים בשבוע או יותר
11. בחודש האחרון, האם הרגשת חסר-רגשות (למשל לא יכולת לבכות או לאהוב)?  
 0 אף פעם או רק פעם אחת  
 1 פעם בשבוע  
 2 2-4 פעמים בשבוע  
 3 חמש פעמים בשבוע או יותר
12. בחודש האחרון, האם הרגשת שתוכניותיך לעתיד או התקוות שלך לא יתגשמו (למשל בקשר למקצוע, משפחה וכו')?  
 0 אף פעם או רק פעם אחת  
 1 פעם בשבוע  
 2 2-4 פעמים בשבוע  
 3 חמש פעמים בשבוע או יותר
13. בחודש האחרון, האם היו לך קשיים להירדם או להישאר ישן?  
 0 אף פעם או רק פעם אחת  
 1 פעם בשבוע  
 2 2-4 פעמים בשבוע  
 3 חמש פעמים בשבוע או יותר
14. בחודש האחרון, האם התרגזת בקלות או היו לך התקפי-כעס?  
 0 אף פעם או רק פעם אחת  
 1 פעם בשבוע  
 2 2-4 פעמים בשבוע  
 3 חמש פעמים בשבוע או יותר
15. בחודש האחרון, האם היו לך קשיים בריכוז (למשל: בשיחות עם אנשים, בצפייה בטלוויזיה, או בקריאה)?  
 0 אף פעם או רק פעם אחת  
 1 פעם בשבוע  
 2 2-4 פעמים בשבוע  
 3 חמש פעמים בשבוע או יותר
16. בחודש האחרון, האם הרגשת יותר מדי דרוך, "בהיכון" (למשל בדקת מי האנשים בסביבה שלך, או היית דרוך, "בהיכון" כשנהגת)?  
 0 אף פעם או רק פעם אחת  
 1 פעם בשבוע  
 2 2-4 פעמים בשבוע  
 3 חמש פעמים בשבוע או יותר
17. בחודש האחרון, האם היית קופצני או מבוהל בקלות (למשל קפצת בעקבות רעש פתאומי)?  
 0 אף פעם או רק פעם אחת  
 1 פעם בשבוע  
 2 2-4 פעמים בשבוע  
 3 חמש פעמים בשבוע או יותר

## נספח 12: שאלון מצוקה רגשית BSI

להלן רשימה של בעיות ותלונות שיש לפעמים לאנשים. קרא כל פריט בעיון וסמן בעיגול את המספר המתאר באיזו מידה סבלת מבעיה זו בחודש האחרון כולל היום.

עד כמה סבלת מ:

מאוד די רבה	במידה בינונית	במקצת	בכלל לא		
4	3	2	1	0	1. עצבנות
4	3	2	1	0	2. הרגשת עלפון או סחרחורת
4	3	2	1	0	3. מהמחשבה שמהו אחר יכול לשלוט על מחשבותיך
4	3	2	1	0	4. הרגשה שהאחרים אשמים
4	3	2	1	0	5. קשיים בזיכרון
4	3	2	1	0	6. מתרגז ומתעצבן מהר
4	3	2	1	0	7. כאבים בלב או בחזה
4	3	2	1	0	8. פחד במקומות פתוחים
4	3	2	1	0	9. מחשבות לשים קץ לחייך
4	3	2	1	0	10. הרגשה שאי אפשר לסמוך על מרבית האנשים
4	3	2	1	0	11. חוסר ביטחון
4	3	2	1	0	12. הרגשת פחד פתאומי ללא סיבה
4	3	2	1	0	13. התפרצויות זעם שאין יכולת לשלוט בהן
4	3	2	1	0	14. הרגשת בדידות גם כשהינך בחברת אנשים
4	3	2	1	0	15. הרגשה שמהו מפריע לך לבצע דברים
4	3	2	1	0	16. הרגשת בדידות
4	3	2	1	0	17. מצוברח
4	3	2	1	0	18. חוסר עניין בדברים
4	3	2	1	0	19. הרגשת פחד
4	3	2	1	0	20. הינך נפגע בקלות
4	3	2	1	0	21. הרגשה שאנשים אינם ידידותיים כלפיך
4	3	2	1	0	22. הרגשה שהינך נחות מאחרים
4	3	2	1	0	23. בחילה או אי שקט בבטן
4	3	2	1	0	24. הרגשה שאנשים מסתכלים או מדברים עליך
4	3	2	1	0	25. קושי להירדם
4	3	2	1	0	26. צורך לחזור ולבדוק מה שעשית
4	3	2	1	0	27. קושי בהחלטה
4	3	2	1	0	28. פחד לנסוע באוטובוס או ברכבת
4	3	2	1	0	29. קושי בנשימה
4	3	2	1	0	30. גלי חום או קור
4	3	2	1	0	31. צורך להימנע ממקומות או מפעולות מסוימים היות ומפחידים אותך
4	3	2	1	0	32. שהראש נעשה ריק
4	3	2	1	0	33. שהגפיים כאילו מאובנות או דקירות בחלקי הגוף
4	3	2	1	0	34. מחשבה שמגיע לך עונש על חטאיך
4	3	2	1	0	35. חוסר תקווה לגבי העתיד
4	3	2	1	0	36. קשיי ריכוז

מאוד	במידה די רבה	במידה בינונית	במקצת	בכלל לא	
4	3	2	1	0	.37 הרגשת חולשה בחלקים מגופך
4	3	2	1	0	.38 הרגשת מתח
4	3	2	1	0	.39 מחשבות על מוות
4	3	2	1	0	.40 דחף להכות, לפצוע או להזיק למשהו
4	3	2	1	0	.41 דחף לשבור ולהפוך דברים
4	3	2	1	0	.42 הרגשת מבוכה בחברה
4	3	2	1	0	.43 הרגשת אי נוחות פנימית
4	3	2	1	0	.44 חוסר הרגשת קירבה לאנשים
4	3	2	1	0	.45 התקפי פחד או פאניקה
4	3	2	1	0	.46 נכנס לויכוחים מהירים
4	3	2	1	0	.47 הרגשת עצבנות כשהינך נשאר לבד
4	3	2	1	0	.48 שהאחרים אינם מעריכים כראוי את הישגיך
4	3	2	1	0	.49 חוסר שקט כזה שאינך יכול לשבת במקום אחד
4	3	2	1	0	.50 הרגשת חוסר ערך
4	3	2	1	0	.51 הרגשה שאנשים ינצלו אותך (אם תיתן להם)
4	3	2	1	0	.52 הרגשת אשמה
4	3	2	1	0	.53 הרגשה שמשוהו לא בסדר עם הראש שלך

## נספח 13: שאלון אסטרטגיות התמודדות COPE

אנא קרא/י כל משפט והערך/כי באיזו מידה הנך משתמש/ת בכל דרך התמודדות. עבור כל פריט, הקף/פי את הספרה המתאימה בעיגול.

בכלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	
0	1	2	3	1. אני מנסה לקבל ייעוץ ממישהו כיצד לפעול
0	1	2	3	2. אני מחפש(ת) משהו טוב בדברים שקרו
0	1	2	3	3. אני שם(שמה) את אמוני באלוהים
0	1	2	3	4. אני פונה לפעילויות תחליפיות כדי להסיח את דעתי מהמצב
0	1	2	3	5. אני מודה בפני עצמי שאיני יכול(ה) לטפל במצב ומפסיק(ה) לנסות
0	1	2	3	6. אני מסרב(ת) להאמין שזה קורה
0	1	2	3	7. אני מכריח(ה) את עצמי לחכות לזמן המתאים כדי לעשות משהו
0	1	2	3	8. אני משתמש(ת) באלכוהול או בתרופות הרגעה על מנת להרגיש טוב יותר
0	1	2	3	9. אני מספר(ת) בדיחות בנוגע למצב
0	1	2	3	10. אני חש(ה) מצוקה נפשית רבה ומוצא(ת) את עצמי מבטא(ת) זאת במידה ניכרת
0	1	2	3	11. אני לומד(ת) לחיות עם זה
0	1	2	3	12. אני מנסה למנוע מדברים אחרים להפריע בעת מאמצי לטפל במצב
0	1	2	3	13. אני מנסה לקבל תמיכה רגשית מחברים או מקרובי משפחה
0	1	2	3	14. אני חושב(ת) איך אוכל להסתדר עם המצב בצורה הטובה ביותר
0	1	2	3	15. אני עושה מה שצריך לעשות צעד אחר צעד
0	1	2	3	16. אני מרכז(ת) כוחותיי כדי לעשות משהו
0	1	2	3	17. אני קובע(ת) תכנית פעולה
0	1	2	3	18. אני משלים(מה) עם העובדה שזה קרה ושזה לא ניתן לשינוי
0	1	2	3	19. אני מצוברח(ת) ואני מודע(ת) לכך
0	1	2	3	20. אני מדבר(ת) עם מישהו על רגשותיי
0	1	2	3	21. אני שם(מה) הצידה דברים אחרים כדי להתרכז במצב
0	1	2	3	22. אני מצמצם(ת) את כמות המאמץ שאני משקיע(ה) בפתרון הבעיה
0	1	2	3	23. אני ישן(נה) יותר מתמיד
0	1	2	3	24. אני מתפלל(ת) יותר מתמיד
0	1	2	3	25. אני מנסה לדבר עם מישהו שיכול לעשות משהו ממשי ביחס למצב
0	1	2	3	26. אני לומד(ת) משהו מההתנסות עם המצב
0	1	2	3	27. אני מתבדח(ת) ביחס למצב
0	1	2	3	28. אני משתמש(ת) באלכוהול או בתרופות הרגעה כדי לעזור לעצמי לעבור את המצב
0	1	2	3	29. אני עוצר(ת) את עצמי מעשיית משהו מוקדם מדי
0	1	2	3	30. אני מתנהג(ת) כאילו זה כלל לא קורה

## נספח 14 : שאלון מחשבות אילו

ארבעת השאלונים הבאים נראים דומים זה לזה אולם קיימים בניהם הבדלים לכן נבקשך לקרוא בעיון כל אחד מהם.

1) לעיתים קרובות, לאחר אירועים שליליים עולות מחשבות של "אילו רק..." אשר מאפשרות לאנשים לראות כיצד תוצאות האירוע יכלו להיות חיוביות יותר. למשל, אדם שנפגע בתאונת דרכים עשוי לחשוב "אילו רק פעלתי אחרת, התאונה הייתה נמנעת" או אילו רק היה הנהג השני זהיר יותר, התאונה לא הייתה מתרחשת" נסה להיזכר האם בחודש האחרון הופיעו אצלך מחשבות מסוג זה בהקשר לפציעה בפיגוע:

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

במידה והופיעו פרטי/ מהן המחשבות:

2) נסה להיזכר האם הופיעו מחשבות כאלה בחודש הראשון לאחר אירוע הפציעה ?

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

במידה והופיעו פרטי/ מהן המחשבות:

3) לעיתים קרובות, לאחר אירועים שליליים עולות מחשבות של "נו לפחות..." אשר מאפשרות לאנשים לראות כיצד תוצאות האירוע יכלו להיות גרועות יותר. למשל, אדם שנפצע עקב תאונת דרכים עשוי לחשוב " לפחות לא ניסיתי לזוז אחרי התאונה, כי אז מצבלי היה גרוע יותר" או "נו לפחות היה במקום חובש. אחרת הייתי מאבד דם רב" נסה להיזכר האם בחודש האחרון הופיעו אצלך מחשבות מסוג זה בהקשר לפציעה בפיגוע:

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

במידה והופיעו פרטי/ מהן המחשבות:

4) נסה להיזכר האם הופיעו מחשבות כאלה בחודש הראשון לאחר אירוע הפציעה?

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

במידה והופיעו פרטי/ מהן המחשבות:

5) לאחר אירועים שליליים עולות בדרך כלל מחשבות מסוג "אילו רק..." אשר מתייחסות לדרך בה חיינו את החיים לפני האירוע. לדוגמא, אדם שנפגע קשה בתאונת דרכים עשוי לחשוב "אילו רק ידעתי שתקרה לי תאונה כזו הייתי מכוון את חיי אחרת". הייתי הולך ללמוד, מטייל בעולם, וכו'. האם בחודש האחרון הופיעו אצלך מחשבות מסוג זה?

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

במידה והופיעו פרטי/ מהן המחשבות:

6) נסה להיזכר, האם הופיעו מחשבות כאלה בחודש הראשון לאחר אירוע הפציעה ?

כלל לא	מעט מאוד	במידה בינונית	בחלק גדול מהזמן	כל הזמן
1	2	3	4	5

במידה והופיעו פרטי/י מהן המחשבות:

7) לאחר אירועים שליליים עולות בדרך כלל מחשבות מסוג " נו, לפחות... " אשר מתייחסות לאפשרות לשנות מעתה ואילך את צורת חיינו. לדוגמא, אדם שנפגע קשה בתאונה עשוי לחשוב " נו, לפחות זו יכולה להיות עבורי הזדמנות לשנות את דרך חיי, אלך ללמוד, אתייחס באופן שונה לבני משפחתי וכו'.

האם בחודש האחרון הופיעו אצלך מחשבות מסוג זה?

כלל לא	מעט מאוד	במידה בינונית	בחלק גדול מהזמן	כל הזמן
1	2	3	4	5

במידה והופיעו פרטי/י מהן המחשבות:

8) נסה להיזכר, האם הופיעו מחשבות כאלה בחודש הראשון לאחר אירוע הפציעה ?

כלל לא	מעט מאוד	במידה בינונית	בחלק גדול מהזמן	כל הזמן
1	2	3	4	5

במידה והופיעו פרטי/י מהן המחשבות:

## נספח 15 : שאלון הגדי נפגעים

**לפניך משפטים שנאמרו על ידי פצועי פיגועים אנא התייחס למידת הופעתן של מחשבות אלו אצלך בחודש האחרון.**

1. "אילו הייתי יוצא מאוחר יותר / מוקדם יותר ל... לא הייתי מעורב בפיגוע"

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

2. "אילו הייתי רחוק יותר מהמחבל... לא הייתי נפצע כפי שנפצעתי"

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

3. "אילו היו מטפלים בי מהר יותר... הפציעה שלי הייתה קלה יותר"

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

4. "אילו הפציעה הייתה גופנית בלבד ללא החלק הנפשי... היה לי קל יותר להתמודד עם תוצאות האירוע"

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

5. "אילו הייתי קרוב יותר למקום הפיצוץ... הייתי נפגע קשה יותר"

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

6. "אילו הייתי משתהה עוד רגע... הייתי יכול להיהרג"

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

7. "אילו פעולות הפינוי היו פחות מהירות... יתכן והפציעה הייתה הופכת חמורה יותר"

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

8. "אילו האירוע היה במקום סגור או צפוף... יתכן שהפציעה הייתה קשה יותר"

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

9. "אילו לא הייתי נפצע... לא היה במשפחתי כל כך הרבה עצב"

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

10. "אילו לא הייתי נפצע באירוע טרור... לא הייתי זוכה להכיר את כל הכוחות שטמונים בי"

כל הזמן	בחלק גדול מהזמן	במידה בינונית	מעט מאוד	כלל לא
5	4	3	2	1

## נספח 16 : מיקוד שליטה LOC

בשאלון הבא מופיעים זוגות של משפטים. קרא את שני המשפטים וסמן את המשפט שנראה לך יותר. אם המשפט הראשון נראה לך יותר – סמן עיגול סביב האות א'. אם המשפט השני נראה לך יותר – סמן עיגול סביב האות ב'.

1. א. צרות רבות בחיי האדם הן בחלקן תוצאה של חוסר מזל.  
ב. צרותיו של האדם נובעות משגיאות שהוא עושה.
2. א. בסופו של דבר, אנשים זוכים לכבוד שמגיע להם.  
ב. למרבה הצער, לעיתים קרובות האדם לא זוכה להערכה שהוא ראוי לה, לא משנה עד כמה הוא משתדל להוכיח את עצמו.
3. א. ללא הזדמנות מתאימה, אי אפשר להגיע להיות מנהיג טוב.  
ב. אנשים מוכשרים שאינם מגיעים להיות מנהיגים הם אנשים שלא ניצלו את ההזדמנות שלהם.
4. א. לתורשה תפקיד חשוב בקביעת האופי של האדם.  
ב. אופיו של האדם תלוי במה שעובר עליו בחיים.
5. א. ההצלחה בחיים תלויה בעבודה קשה, וכמעט לא תלויה במזל.  
ב. השגת עבודה טובה תלויה בעיקר בנוכחות במקום הנכון ובזמן המתאים.
6. א. האזרח הפשוט יכול להשפיע על החלטות הממשלה.  
ב. מספר קטן של אנשים מנהלים את עולמנו, והאזרח הקטן כמעט שלא יכול לשנות דבר.
7. א. כאשר אני עושה תוכניות, אני כמעט בטוח שאוכל לבצע אותן.  
ב. לא תמיד כדאי לתכנן יותר מדי מראש, משום שהרבה דברים ממילא תלויים במזל.
8. א. יש אנשים שהם פשוט "לא שווים כלום".  
ב. יש משהו טוב בכל אדם.
9. א. אני משיג מה שאני רוצה, ולמזל אין כמעט קשר לכך.  
ב. לעיתים קרובות מספיק להטיל מטבע ("עץ" או "פלי") בכדי להחליט מה לעשות.
10. א. לעיתים קרובות מי שהיה לו מספיק מזל להיות ראשון – הופך להיות ה"בוס".  
ב. כדי להגיע למקום הנכון צריך יכולת; למזל כמעט שאין קשר לכך.
11. א. ביחס למאורעות העולם, רוב האנשים הם קורבנות של כוחות שאי-אפשר להבין אותם ולשלוט בהם.  
ב. על-ידי השתתפות פעילה בעניינים חברתיים ופוליטיים, אנשים יכולים להשפיע על מאורעות העולם.
12. א. רוב האנשים לא שמים לב עד כמה החיים שלהם מושפעים מדברים מקריים.  
ב. למעשה אין דבר כזה "מזל".
13. א. אדם צריך תמיד להיות מוכן להודות בשגיאות.  
ב. בדרך כלל הכי טוב להסתיר את השגיאות.
14. א. קשה לדעת אם מישהו באמת מחבב אותך.  
ב. מספר החברים שיש לך תלוי במידת החשיבות שלך.
15. א. לעיתים קרובות אני מרגיש שיש לי השפעה מועטה על דברים שקורים לי.  
ב. קשה לי להאמין שלמזל יש תפקיד חשוב בחיים שלי.



## נספח 17 : שאלון תמיכה חברתית MSPSS

אנו מבקשים לדעת מה הרגשתך לגבי המשפטים הבאים. אנא ציין לגבי כל משפט באיזו מידה הוא מתאים להרגשתך ברגע זה. התשובות האפשריות הן מ-1 עד 7, כאשר הספרה 7 מציינת התאמה רבה מאוד של המשפט להרגשתך, והספרה 1 מציינת אי התאמה רבה מאוד. סמן על הרצף את התשובה המתאימה לך ביותר.

מתאים במידה							לא מתאים במידה							
רבה מאוד							רבה מאוד							
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
														1. יש אדם קרוב ללבי הנמצא בקרבתך כאשר אני נזקק/ת
														2. יש אדם קרוב ללבי שאני יכול/ה לשתף בצער ובשמחה
														3. משפחתי מנסה באמת לעזור לי
														4. אני מקבל/ת ממשפחתי את העזרה והתמיכה הרגשית שאני זקוק/ה לה
														5. יש אדם קרוב ללבי המהווה לגבי מקור עידוד ממשי
														6. חברי מנסים באמת לעזור לי
														7. אני יכול/ה לסמוך על חבריי כאשר מתעוררות בעיות
														8. אני יכול/ה לשוחח על בעיותיי עם משפחתי
														9. יש לי חברים שאותם אני יכול/ה לשתף בשמחתי ובצערי
														10. יש אדם קרוב ללבי שרגשותיי חשובים לו
														11. משפחתי מוכנה לעזור לי לקבל החלטות
														12. אני יכול/ה לדבר על בעיותיי עם חבריי

## נספח 18: שאלון דמוגרפי

### פרטים אישיים – סמן בעיגול את התשובה המתאימה

- [1] מין: 1. זכר 2. נקבה
- [2] בן כמה אתה? \_\_\_\_\_
- [3] מצב משפחתי: 1. נשוי 2. גרוש/ה 3. אלמן/ה 4. רווק/ה
- [4] מספר ילדים: מעל 18 \_\_\_\_\_ מתחת 18 \_\_\_\_\_
- [5] היכן נולדת?
- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 1. ישראל         | 5. אמריקה + אוסטרליה  |
| 2. מערב אירופה   | 6. דרום אמריקה        |
| 3. מזרח אירופה   | 7. ברית המועצות לשעבר |
| 4. אפריקה + אסיה | 8. אחר _____          |
- [6] שנת עליה \_\_\_\_\_
- [7] מספר שנות לימוד \_\_\_\_\_
- [8] האם אתה עובד/ לומד? כן \ לא
- [9] כיצד היית מגדיר עצמך? 1. דתי 2. מסורתי 3. חילוני

## נספח 19: שאלון רפואי

1]תאריך האירוע טרור בו נפגעת. \_\_\_\_\_

2] האם היו אירועים טראומטיים בעברך לפני האירוע בו נפצעת  
במידה וכן ציין איזה \_\_\_\_\_ כן/לא

3] איך היית מגדיר את פציעתך בזמן האירוע ?

1. קלה
2. בינונית
3. קשה
4. קשה מאוד

4] כיצד היית מגדיר את מידת ההשפעה השלילית של פציעתך על חייך ?

1. השפעה מועטה
2. השפעה בינונית
3. השפעה רבה
4. השפעה רבה מאוד
5. אחר \_\_\_\_\_

5] מה הם אחוזי הנכות שהוכרו לך על ידי המוסד לביטוח לאומי? \_\_\_\_\_

**The Associations between Counterfactual Thinking, Coping Strategies,  
Coping Resources and Post Traumatic Symptoms  
among Victims of Terror Attacks, who were Physically Injured**

**Plivazky Nirit**

**A THESIS SUBMITTED FOR THE DEGREE  
“DOCTOR OF PHILOSOPHY”**

**University of Haifa  
Faculty of Social welfare and Health Sciences  
School of Social Work**

**March, 2009**

**The Associations between Counterfactual Thinking, Coping Strategies,  
Coping Resources and Post Traumatic Stress Symptoms  
among Victims of Terror Attacks, who were Physically Injured**

**By: Plivazky Nirit**

**Supervised by: Prof. Ora Gilbar  
Dr. Sharon Gil**

**A THESIS SUBMITTED FOR THE DEGREE  
“DOCTOR OF PHILOSOPHY”**

**University of Haifa  
Faculty of Social Welfare and Health Sciences  
School of Social Work**

**March, 2009**

**The Associations between Counterfactual Thinking, Coping Strategies,  
Coping Resources and Post Traumatic Stress Symptoms  
among Victims of Terror Attacks, who were Physically Injured**

**Plivazky Nirit**

**Abstract**

Since the establishment of the State of Israel, its population has been exposed to the threat of terror attacks, whose purpose is to target civilians. Civilian terror is defined as a man made tragedy that aims to damage man's sense of wholeness of body, soul and environment. From year 2001 to year 2005 (the second Palestinian intifada), 13,508 acts of civilian terror have been committed in Israel, in which as many as 4,566 civilians have been injured and 703 civilians have died. Exposure to terror attacks undermines the fundamental values common to all humans, regarding faith in the humanism, order and logic governing the actions of human beings. Research literature indicates that the victims of terror attacks demonstrate signs of high-level of psychological distress, compared to victims of other traumatic events. Despite the vast number of injured persons from terror attacks in Israel, and the importance of understanding the coping process, insufficient research has been conducted in this field. Very few studies focus on understanding the cognitive processes experienced by the population exposed to terror attacks, based on the theoretical framework of coping with stress situation by Lazarus and Folkman (1984) and on the Cognitive Theory of post traumatic reaction (Foa & Rothbaum, 1998), and Counterfactual Thinking by Roese & Olson (1995). This theory emphasizes a universal cognitive response to negative events that is personified by the creation of a simulated alternative to the reality of the past.

This research aims to understand the process of coping with traumatic states of stress and the development of post traumatic symptoms and emotional distress amongst individuals who experienced trauma as an injury from an act of terror, according to the theory of coping with states of Stress and the cognitive theory pertaining to counterfactual thinking. Injury from an act of terror is perceived in trauma literature as a traumatic event with unique characteristics compared to other traumatic events, such as natural disasters, accidents, rape and burglary, given the fact that the event is planned

and its outright objective is to inflict physical damage, intentional injury and murder of as many people as possible, on grounds of ideology.

The model of coping with stress situations emphasizes the significance of the individual's appraisal of his personal resources (both external and internal) and the relation between appraisal of the resources and the coping strategies he/she shall utilize. The model of counterfactual thinking distinguishes between upward counterfactuals (creating a cognitive alternative to an event, the results of which are better than the past) and downward counterfactuals (creating a cognitive alternative to an event, the results of which are worse than the past). Its primary purpose is reducing emotional stress and attributing causality to the traumatic event, in order to facilitate its assimilation in the cognitive schemas familiar to the individual who was exposed to a traumatic event. Therefore, the current research model, includes an examination of the association between the following variables: personal resources – locus of control as an internal resource and informal support as an external resource, coping strategies – problem-focused and emotion-focused, counterfactual thinking – upward and downward counterfactuals, post traumatic stress symptoms and emotional distress.

Generally speaking, the main hypotheses are that counterfactual thinking – respective of their frequency and direction (upward or downward) - will explain the variance in the degree of post traumatic stress disorder and psychological distress. The counterfactual thinking will be associated to the individual's assessment of the resources and the coping strategies (according to the degree of effectiveness) he/she shall utilize. Those variables would in turn also predict the extent of post traumatic stress disorder and psychological distress the individual would incur.

For purposes of examining the research model, 176 victims of terror attacks were located, all Hebrew speakers, 19-70 years of age, of which half were male and half female, who were recognized by the National Insurance Institute of Israel and were granted at least 19% permanent disability (i.e. eligible for permanent benefits for victims of hostilities). The population was identified using the lists of victims of terror attacks across the country, at the disposal of the National Insurance Institute of Israel. The following research measurements were utilized in this study:

1. Post traumatic stress disorders were examined by using a questionnaire for examining the intensity of post traumatic symptoms (Post - Traumatic Stress Disorder Symptoms Scale; PSS), developed by Foa, Riggs, Dancu & Rothbum (1993).

2. Psychological distress was examined by using a questionnaire (Brief Symptoms Inventory; BSI), developed by Derogatis (1975).
3. The coping strategy was examined by using a questionnaire for examining coping strategies (COPE Multidimensional Coping Inventory), developed by Carver et al.
4. Locus of Control was examined using a questionnaire for examining the inclination of the locus of control (Locus of Control; LOC), developed by Rotter (1966).
5. Informal social support was examined using a social support questionnaire (Multidimensional Scale of Perceived Social Support; MSPSS), developed by Zimet, Dahlin, Zimet & Farley (1988).
6. Counterfactual thinking was examined using two questionnaires: (1) A counterfactual thinking questionnaire that is based on a combination of two questionnaires, the first of which was developed by Roese (1994), and the second was developed by Davis & Lehman (1995). (2) A questionnaire of counterfactual thoughts according to sayings of victims, which was designed for purposes of this research and is comprised of sayings of terror victims who described their experience in the event. This questionnaire was adapted to the research goals of the study at hand.
7. A demographic questionnaire – the demographic questionnaire incorporates an examination of the following variables: gender, age, family status, religion, number of children, country of birth, education and occupational status.
8. An injury variables questionnaire - the questionnaire incorporates the following variables: time of injury, the determined level of disability, the existence of traumatic events in the informant's past, the severity of the injury as perceived by the informant and his/her estimate of the injury's impact on his/her life.

The hypotheses were examined according to Pearson's correlation, which examines the correlations between the research variables: coping resources, counterfactual thinking, coping strategies and symptoms of PTSD symptoms and psychological distress. Furthermore, each separate group of variables degree of prediction of the dependent-variables of the post-traumatic disorder and the degree of psychological distress were examined using hierarchic regression. Finally, The research model was examined using structural equation modeling.



The main findings confirm the central research hypotheses of the model and explain the variance of the post traumatic stress disorder and the degree of psychological distress of terror victims, by the variables of the upward counterfactuals, the emotion-focused coping strategies, external resources (informal support) and the individual's perception of the event of his injury. That is, the variables of the upward counterfactuals, emotion-focused coping strategies, and perception of the event of injury had a negative contribution to coping with the traumatic stress, while the informal support had a positive contribution to such coping.

Additional variables identified as associated with a greater degree of PTSD symptoms and psychological distress are: more downward counterfactuals, the internal resource, external locus of control and the injury variables: the existence of a previous trauma, period of time since the event, and the demographic variables: fewer years of education and an advanced age of the victim, so that a previous trauma, proximity to the time of the event, fewer years of education and greater age of the victim will be closely associated to PTSD symptoms and psychological distress.

Associations were also identified between the independent variables, by way that external locus of control is closely related to the inclination for emotion-focused strategy and more upward counterfactuals; informal support is less related to upward counterfactuals, a lesser inclination to emotion-focused coping strategies and greater use of problem-focused strategies. Upward counterfactuals are explained in positive association by perception of the event of injury, external locus of control and in negative association by informal support. Furthermore, an inclination to utilize emotion-focused coping strategies is explained by perception of the event of injury as an extremely severe event, more external locus of control, upward counterfactuals and less informal support. Problem-focused strategy is explained by informal support in positive correlation, and the age of the victim in negative correlation.

In conclusion, the main innovation of the research is that the frequency of counterfactual thoughts (upward and downward counterfactuals) constitutes a factor that may positively contribute to the explain of the PTSD symptoms severity and the degree of psychological distress, and is associated to additional variables. Furthermore, the findings indicate that the individual's appraisal of the resources at his/her disposal and the strategies he/she shall utilize in coping with a traumatic event are related to the post traumatic responses and the degree of psychological distress. All these affect the outcome of each terror victim's personal coping with the trauma he/she had undergone.

The research findings are of great significance both at the institutional level of agencies that handle trauma victims and at the individual level. At the level of policy, great significance is attributed to the care givers fast response, both to the victim and his/her family members, in as much as the physical injury permits. Since the population of informants – physically injured terror victims – are given to high levels of stress, compared to the stress norms in the population of Israel.

At the individual level, it is important to identify the victim's frequency of counterfactual thoughts, in order to assess his/her emotional state and to take measures to change the negative thinking patterns, the characteristics of use of coping strategies and the inclination of locus of control. Furthermore, the victim's family members must be provided with a supportive-therapeutic relationship, since they constitute a supportive factor that has key impact on the victim's levels of stress. In the initial process of identifying the population at risk of developing post traumatic reactions, it is important to examine risk-factors also in background variables, such as previous traumas and demographic variables, such as the victim's age and level of education. Planning an intervention procedure should include preliminary detection of a population at risk and follow-up after the cognitive and coping process, which affect the individual and his family members' assessment of the situation, and therapeutic attention to the factors that contribute to raising the psychological distress and post traumatic symptoms. Such intervention procedure would help promote effective coping and reduce the post traumatic reactions and psychological distress of the injured terror victim. The research findings illuminate the coping process of terror victims that have been injured in acts of terror. Furthermore, the findings indicate that the existing models of coping with states of stress do not take into account the impact of counterfactual thinking which play an important role in the individual's coping. The practical implications of this research outline a therapeutic intervention that is better suited to this population.