

הפקולטה למדעי החברה

המחלקה לפסיכולוגיה

השפעות ארוכות טווח של סביבה טראומטית כאוטית על מתבגרים

**Long term effects of exposure to chaotic traumatic environment on
adolescents**

עבודת גמר המוגשת כחלק מהדרישות לקבלת תואר מוסמך

מגישה : ירדן מנדלסון

ת.ז. 03257014-5

בהנחייתו של פרופ' איתן בכר

לגל,
עזר כנגדי.

ולאסף,
שמתוך שלא דיבר, דרבן אותי לחקור.

ברצוני להודות לפרופסור איתן בכר על ההנחיה הנדיבה ועל החופש לתור עולמות שכה
עניינו אותי.
ולחבריי ולאימי על עזרתם בביצוע ובכתיבת עבודה זו.

תוכן

4.....	תקציר
5.....	רקע תיאורטי
16.....	שיטות
18.....	תוצאות
29.....	דיון
36.....	רשימת מקורות
41.....	נספחים
51.....	Abstract

מטרת המחקר הנוכחי היתה לבדוק את מאפייני סביבת הלחץ הטראומטית בה גדל המתבגר והשפעותיהם עליו כעבור שנים אחדות. במחקר זה נבדקו שני אפיונים של סביבת הלחץ: מידת יכולת הניבוי להופעת האירוע הטראומטי ומשך הישנות האירועים הטראומטיים – כאשר סביבה טראומטית כרונית הובדלה מסביבה טראומטית אקוטית. במחקר נבדקו מבוגרים צעירים (21-28) ששנים אחדות קודם לכן גרו בעיר ירושלים, עיר שהוגדרה במחקר זה כסביבה טראומטית כאוטית מתמשכת לאורך שנים רבות; מבוגרים צעירים (18-24) שגרו בערי הצפון, שהוגדרו כסביבה טראומטית ברת ניבוי עם תקופת לחץ קצרה וכן קבוצת ביקורת המורכבת ממבוגרים צעירים (18-28) שגרו בערים שלא סבלו מפיגועי התאבדות ונפילות טילים. נבדקו מאפיינים של דיכאון, סימפטומים פוסט-טראומטיים ומאפיינים של צמיחה פוסט-טראומטית על מנת לאפיין את ההשפעה ארוכת הטווח של החשיפה לסביבות הטראומטיות הללו.

מחקרים רבים חקרו את השפעת החשיפה לטראומות מסוגים שונים על אוכלוסיות בעלות מאפיינים מגוונים. מחקר זה עוסק בהשפעות ארוכות הטווח של מצבי טראומה בסביבה כאוטית ובסביבה ברת ניבוי על מתבגרים, תוך התייחסות לתהליכים של חוסן ולתהליכי היחלשות וכן להשפעות הקליניות והתת-קליניות של חשיפה לאירועי טראומה. גישת החוסן טוענת כי חשיפה ללחץ משפרת את ההתמודדות עם לחץ עתידי וגישת ההיחלשות טוענת כי חשיפה ללחץ מחלישה את הנפש ומקשה על התמודדות עם קשיים עתידיים. דגש מיוחד ניתן למשתנה הגיל ובתוכו – לתהליך שעוברים מתבגרים בקשר למצבי טראומה אלה והשפעותיו ארוכות הטווח. קיימים ממצאים מועטים המתייחסים להשפעת ארוכת הטווח של הטראומה העקיפה בגיל ההתבגרות. כפועל יוצא, המחקר נועד להשוות השפעות ארוכות טווח על מתבגרים שנחשפו לטראומה בסביבה כאוטית כרונית ובסביבה ברת ניבוי ואקוטית אל מול מתבגרים שלא נחשפו לטראומה ע"י שימוש בשאלוני BDI, PTGI ו-IES-R.

ממצאי המחקר לא הראו הבדלים מובהקים ברמות הדיכאון או הסימפטומים והצמיחה הפוסט-טראומטית בקרב בני הנוער מהסביבות השונות אולם הראו הבדלים ברמת הייחוס של מאפיינים אלו לטראומות שחוו הנבדקים בשנות התבגרותם: נבדקים אשר גדלו בירושלים נטו פחות לייחס את התמורות שחלו בהם לסביבה הטראומטית שחוו במהלך התבגרותם לעומת נבדקים מערי הצפון ומקבוצת הביקורת. בנוסף נמצא כי המתאם בין הדיווח על סימפטומים וצמיחה פוסט-טראומטיים לרמת הייחוס שלהם לטראומה נמוך יותר בירושלים מאשר בקבוצות האחרות. ממצאים אלו נובע כי מתבגרי ירושלים לא נפגעו מהסביבה הכאוטית בה גדלו יותר מאשר מתבגרים מערי הצפון והערים 'הבטוחות' בארץ. ממצאים שהיו קרובים מאוד לרמת המובהקות הנדרשת אף מעלים את האופציה כי מתבגרי ירושלים נפגעו אפילו פחות מסביבתם ממתבגרי הקבוצות האחרות. מומלץ כי מחקרים עתידיים בנושא ימשיכו ויחקרו את ההשפעות של הסביבות הטראומטיות השונות על מתבגרים שנחשפו אליהן חשיפה ישירה ועקיפה.

שנים של סכסוך בין העם הישראלי והפלסטיני בכלל, ושנות האינתיפאדה השנייה בפרט, חשפו אוכלוסיה גדולה לאירועי טראומה כמעט יום-יומיים. אירועים אלו אירעו במקומות בילוי, במקומות עבודה, בתחבורה הציבורית ואף בבית. בנוסף, אומה שלמה חוותה אירועים אלו בדרכים ישירות ועקיפות – דרך קרובים או דרך הסקירה התקשורתית הנרחבת. לא מן הנמנע שרבים מהנחשפים לטראומות אלו, ביניהם מבוגרים, מתבגרים וילדים, לקו בהפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD), (Bleich et al., 2003) או סבלו מסימפטומים תת-קליניים שלה. מחקר זה יתמקד בטראומות שחוותה האוכלוסייה היהודית. דיון באוכלוסיה הפלסטינית חורג מגבולות המחקר.

בהתייחסות למצבים טראומטיים מבחינים בין מצבים כאוטיים שונים (טראומות המתרחשות באופן תדיר אך ללא אזהרה מוקדמת) לבין מצבים שהם ברי ניבוי. מחקר זה יעסוק בהתמודדות עם מצבי טראומה בסביבה כאוטית ובסביבה ברת ניבוי תוך התייחסות לתהליכים של חוסן ולתהליכי היחלשות ולהשפעות הקליניות והתת-קליניות ארוכות הטווח של החשיפה לסביבות טראומטיות אלו. דגש מיוחד יינתן לתהליך שעוברים מתבגרים. סקירת ספרות המחקר מעלה רק ממצאים מועטים המתייחסים להשפעתה ארוכת הטווח של הסביבה הטראומטית על מתבגרים ומכאן גם חשיבותו של מחקר זה.

קטגוריות של טראומה

טר (Terr, 1991) מבחינה בין טראומה מסוג ראשון, המתייחסת לאירוע טראומטי יחיד ולא צפוי, לבין טראומה מסוג שני, המתייחסת לחשיפה חוזרת לאירועי לחץ, כגון התעללות כרונית. פיגועים המלווים את הסכסוך הישראלי-פלסטיני מהווים לכאורה טראומה מסוג שני עבור מרבית תושבי המדינה, ועבור אלו אשר חוו פיגוע או נחשפו לו דרך קרובים - אף טראומה מסוג ראשון. עם זאת, החשיפה של הציבור הישראלי לאירועי הטרור במהלך האינתיפאדה השנייה אינה מתאימה להגדרה של טראומה מסוג שני שהרי הציבור המותקף כקהילה לא התנסה בהתעללות כרונית.

ברק (Berk, 1992) הציע את המונח 'טראומה מסוג 3' כמתאר סביבות כאוטיות של מערכות יחסים מעוררות חרדה המאופיינות ברמות גבוהות של חוסר עקביות וקושי בניבוי החוקיות שלהן. הוא טען כי סביבות כאלו מנבאות התפתחות של תסמיני PTSD ושינויים אישיותיים. עם זאת, סביבה מסוג 3 מאפשרת הסתגלות מסוימת. ואכן, מחקרים הראו כי אוכלוסייה הנמצאת תחת איום תמידי מצליחה להתרגל לחיים תחת איום (הבליץ בלונדון, לבנון במלחמת האזרחים, ישראל במלחמת המפרץ ועוד) (נוטמן-שוורץ, 2009).

ווילסון (Wilson, 1994) מציע גם את קיומה של טראומה מסוג 4 המאופיינת בשינוי בסיסי ביחסי האדם אל סביבתו – גורמי הלחץ מייצרים רמה גבוהה של אי ודאות משום שהקרבות אינם בטוחים מהי הדרך היעילה ביותר להתגונן או לגונן על יקיריהם (למשל טרור). ווילסון מעריך כי אנשים החשופים לגורמי לחץ כאלו יפתחו דרכי יתר, דאגנות ועצב.

מחקר זה מתאים אם כן בהתייחסותו לטראומה מסוג 3 ומסוג 4 וייתכן כי תוצאות המחקר יסייעו להכריע בשאלה האם האוכלוסייה מצליחה להתרגל לחיים תחת איום שניתן או אינו ניתן לניבוי או האם הידיעה או חוסר הידיעה כיצד להתגונן בצורה הטובה ביותר מביאה לדריכות, לדאגנות, לצמיחה או שמא אינה משפיעה כלל.

התמודדות עם מצבי טראומה - חוסן מול היחלשות

מחקרים רבים בדקו את ההשפעות השליליות והחיוביות של אירועים טראומטיים על הקורבנות (תגובות לאסונות טבע, תאונות דרכים, ירי בבתי ספר, התקפות טרור, ועוד). עם זאת, יש לציין כי אין עדות לכך שלטראומות מסוגים שונים יש תגובות ספציפיות אופייניות. מסתבר כי לכלל סוגי הטראומות תגובות פסיכולוגיות דומות (shaw, 2003). שתי גישות מתארות את ההשפעה של חשיפה חוזרת ומתמשכת למצבי לחץ קיצוניים: גישת החוסן וגישת ההיחלשות.

גישת החוסן. גישת החוסן טוענת כי ככל שאדם ייחשף ליותר לחצים כך תחזוק המערכת הנפשית שלו והוא יתמודד טוב יותר עם סבל ואובדן. קיימות עדויות מחקריות לגישה זו המדגימות הופעת התרגלות (habituation) לחשיפה חוזרת למצבי לחץ ולמידה של דרכי התמודדות עם (ארליך, גרינבאום וטוביאנה, 1994). בצד הטוענים כי חשיפה ללחץ קודם מחסנת בפני השפעות מזיקות של לחץ עתידי, קיימים גם מחקרים המראים כי גישת החוסן נכונה רק בתנאי שההתמודדות עם מצבי הלחץ הייתה התמודדות טובה. היחשפות קודמת ללחץ חמור וקיצוני, אשר הביאה את המערכת האנושית לקצה גבול היכולת ודלדלה את משאבי ההתמודדות של האדם, מביאה אותו מוכן פחות להתמודדות בחשיפה הבאה (נריה, 1994).

מחקרים מצביעים על היבטים חיוביים לחשיפה למצב לחץ מתמשך. נוטמן-שוורץ מדווחת על עדויות לפיתוח תחושת קירבה לאחרים, תחושה שנפתחו אפשרויות חדשות, תחושת חוזק אישית, שינויים רוחניים והערכה רבה יותר של החיים (נוטמן-שוורץ, 2009). במחקר שנערך ב-2006 בקרב סטודנטים במכללת ספיר שהיו תושבי הקיבוצים באזור והעיר שדרות, נמצא כי תחושת שייכות למכללה ולקהילה בקרב בני הקיבוצים הייתה קשורה לצמיחה פוסט-טראומטית גבוהה יותר (בהשוואה לסטודנטים שגרו

בשדרות ותחושת השייכות שלהם למכללה ולקהילה הייתה פחותה). היבטים אלה יכולים להוות עדות תומכת בגישת החוסן.

גישת ההיחלשות. הגישה השנייה טוענת כי אווירת חיים אלימה משפיעה באופן שלילי על ההתפתחות של ילדים ומתבגרים. התגובות יכולות להיות מתונות וחולפות ויכולות גם לגרום להתפתחות של פסיכופתולוגיה (Martinez & Richters, 1993). ישנן ראיות מחקריות המראות כי אירועי חיים מלחיצים החוזרים במשך זמן ארוך עשויים להביא לפגיעה בהסתגלות הרגשית, שינויים אישיותיים ושינויים בהתנהגות ובאמונות (Garnezy & Rutter, 1985).

חשיפה לאירועים טראומטיים, כמו חשיפה לאלימות אתנו-פוליטית קיצונית, פחד תמידי מאובדן אדם אהוב או פגיעה פיזית, יכולה לגרום להופעת סימפטומים שליליים כגון חרדה, דיכאון וסימפטומים פוסט-טראומטיים – כולם דרכי התמודדות לא אדפטיביות (Landau et al., 2010). דרכי התמודדות אלו יכולות להתפתח מתחושה תמידית שהבטיחות העצמית בסכנה, מההפרעה לשגרה היומית ומהפחד לשלום המשפחה והחברים. במחקר שנערך בישראל ב-2009 נמצא כי באוכלוסיית הנגב המערבי – שהייתה חשופה לירי אינטנסיבי של טילי קסאם משנת 2000 – החשיפה עוררה תחושות של חרדה וכעס, פחד, חוסר אונים, עצב, מתח והפרעות פסיכיאטריות כגון דיכאון ו-PTSD. נראה היה שאנשים הנמצאים במצב לחץ מתמשך שכזה עלולים לפתח תפיסת עולם הרואה את העולם כמקום עוין (נוטמן-שוורץ, 2009). היבטים אלה יכולים להוות עדות תומכת בגישת ההיחלשות.

גורמים המשפיעים על התגובה לטראומה

במאמרים רבים נמצא כי הגורם המשמעותי ביותר המשפיע על עוצמת וחומרת הסימפטומים הוא *מידת החשיפה לטראומה* – משך החשיפה, עוצמתה ומספר האירועים (לדוג': Shaw, 2003). סימפטומים חמורים יותר נמצאו אצל ילדים אשר נחשפו יותר מחבריהם לטראומה (Pynoos et al., 1987; Lonigan et al., 1991). גורם זה הוא משתנה מרכזי וייחודי במחקר הנוכחי מאחר ונבדקת דווקא חשיפה עקיפה (שתידון בהמשך) – אנשים שלא הם ולא קרוביהם מהמעגל הראשון נפגעו פיזית – ולא נבדקים אנשים שנפגעו באופן ישיר מהטראומה.

בנוסף למידת החשיפה נמצא גם כי *תכונות אישיות* שונות מגדילות את הסיכוי לחווית אירוע טראומטי, ובעקבותיו גם תגובות פוסט-טראומטיות. לאוטרבך וורנה (Lauterbach & Vrana, 2001) דיווחו כי תכונות כמו אימפולסיביות והתנהגויות המעודדות לקיחת סיכונים מגדילות את הסיכוי לחווית אירוע טראומטי. בנוסף, האנשים שנוטים לפתח סימפטומים פוסט-טראומטיים לאחר חווית אירוע טראומטי נוטים להיות נזיריים ומופנמים. הנתונים הללו מפנים את תשומת הלב לאנשים בעלי הפרעת

אישיות אנטי-סוציאלית והפרעת אישיות גבולית כבעלי סיכון מוגבר להתפתחות סימפטומים פוסט-טראומטיים ואכן נמצא כי הסימפטומים היו מוגברים אצל אנשים עם תכונות אישיות אנטי-סוציאליות שתכונות האופי שלהם הובילו אותם להיות גם בקבוצת הסיכון לחווית יותר אירועים טראומטיים. עבור אנשים עם תכונות נירוטיות גבוהות נצפה קשר חיובי חזק בין עוצמת הטראומה והסימפטומים הפוסט-טראומטיים. לאוטרבך וורנה הציעו שהנורוטיות משמשת כמעין עדשה המגדילה את ההשפעה של האירוע על האדם שחוה אותו. קסלה ומוטה (Casella & Motta, 1990) הציעו שרמות נמוכות של נירוטיות משמשות כמעין בלם (buffer) המונע התפתחות PTSD גם לאחר חווית רמות גבוהות של סטרס.

קיימות עדויות גם להבדל בין המינים : במחקרים נמצא כי נשים מציגות יותר סימפטומים של חרדה ודיכאון בעוד גברים מראים יותר סימפטומים של החצנה (Shaw, 2003; Curle & Williams, 1996; Suomalainen, 2010), כמו כן נמצא כי לאחר חשיפה לטראומה נשים נוטות יותר לפתח PTSD מגברים אך אלה נוטים יותר לחוות אירועים טראומטיים.

קיימות עדויות רבות נוספות על גורמי סיכון ועמידות להשפעת הטראומה אשר לא יפורטו בעבודה זו מפאת מגבלות היקפה. יש לציין כי העדויות על השפעת גורמים כמו מוצא אתני וגיל אינן עקביות וכי הוצע כי משתנים מתערבים אפשריים הם הערכת האירוע, תפיסת השליטה של האדם על האירוע ואסטרטגיות התמודדות שונות (vogel & Vernberg, 1993).

חשיפה עקיפה. מחקרים מראים גם כי חשיפה עקיפה לטראומה – למשל באמצעות התקשורת – יכולה לגרום להופעת סימפטומים של PTSD (Zimering et al. 2006, Otto et al. 2006) אם כי עולה כי קורבנות ישירה לאלמות היא בעלת השפעה גדולה יותר מאשר עדות בלבד לאלמות (נוטמן-שוורץ, 2009). מחקר שנערך בקרב אנשים שגרו בסמוך אך מחוץ לאזור פגיעת המטוסים במרכז הסחר העולמי בניו יורק ב-2001 מצא ש-4% סבלו מהפרעת PTSD בעקבות החשיפה העקיפה לטרגדיה (Schlenger et al. 2002), אולם בניגוד למחקר הנוכחי מדובר בחשיפה חד פעמית וקצרה לטראומה ולא בסביבה טראומטית ממושכת. במחקר נוסף שנערך בקרב אנשי כוחות ההצלה שעבדו באתר לאחר התקיפה נמצא כי 4.6% מהנבדקים סבלו מ-PTSD, שכיחות דומה לזו הקיימת באוכלוסיה הכללית וזאת דווקא בקרב אנשים אשר מקצועם מערב תפקוד במצבי סיכון גבוה ואשר מציגים בד"כ עמידות בפני חשיפה כזו (Zimering et al. 2006).

בבואם לבחון את ההתמודדות עם הטראומה מייחסים החוקרים משקל רב לגילם של הנחשפים לאירוע טראומטי. הפרק הבא ייחד כולו להיבט זה.

הגיל והשפעתו על ההתמודדות עם טראומה

ילדים ומבוגרים רבים, נושאים עמם במשך שנים רבות עקבות לאירועים הטראומטיים שנחשפו אליהם, אחרים מפתחים פתולוגיות מינימליות או לא מפתחים קשיים כלל (Udwin et al. 2000). התגובות לאירועים טראומטיים אצל ילדים, כמו אצל מבוגרים, כוללות הפרעות חרדה (כולל PTSD), פאניקה, פוביה ספציפית ודיכאון (Udwin et al. 2000, Terr, 1983).

הגורמים המשפיעים על תגובותיהם של ילדים ומתבגרים. הקשר החזק בין הופעת PTSD ובין טראומות עירב את עוצמת החשיפה אצל ילדים ומתבגרים כאחד (Pynoos et al. 1987; Lonigan et al. 1991; Shaw, 2003; Punamaki, 1987; Suomalainen, 2010). גם הערכת האירוע במהלכו ורמות החרדה - אך לא גורמים שונים של תמיכה ו/או הבדלים שהתעוררו לאחר האירוע - נמצאו משפיעים על רמת הסימפטומים (Udwin et al, 2000). הקשר בין מצבי לחץ בילדות ובעיות פסיכולוגיות בבגרות נמצא מתווך על ידי חשיפה ליותר אירועים, הערכה עצמית נמוכה, תחושת שליטה מוגבלת, הופעה של דיכאון בגיל צעיר וכן על ידי תמיכה משפחתית נמוכה (Heather et al., 2002). הית'ר ושות' הציעו כי הטראומות משפיעות על התפתחות ורכישת יכולות בין אישיות ואלו יכולות להביא לייחוס שלילי לעצמי ובעיות נוספות. כמו כן, מידת החשיפה לאלימות פוליטית נמצאה משפיעה על אגרסיביות אצל ילדים ומתבגרים יותר ממשתנים דמוגרפיים אחרים הנחשבים כמשפיעים על תגובה לטראומה (Landau et al., 2004).

גורם נוסף שנמצא משפיע על התמודדות ילדים ומתבגרים שעברו טראומה הוא **התמודדותם של ההורים עם הטראומה** (Gil-Rivas et al., 2007; Suomalainen, 2010), סביבה תומכת מקדמת פתרון בריא וסביבה חלשה או פתוגנית מקשה עליו. גרין ושות' (Green et al., 1991) מצאו כי תפקוד ההורים והאווירה בבית השפיעה על מידת הסימפטומים שהראו הילדים. תמיכה משפחתית ניבאה גם תגובה רגשית ארוכת טווח של ילדים להיותם פליטים (Shaw, 2003). חשוב לציין כי ילדים ומתבגרים שחוו טראומה שונים הרבה פעמים במידה בה הסביבה החברתית שלהם מקדמת פתרון בריא של חוויות הטראומה. דבר זה משפיע גם על צורת ההתמודדות: ילדים שחוו התעללות, לדוגמא, מגיעים מסביבה משפחתית פתוגנית אשר מקשה לכשעצמה על ההתמודדות עם הטראומה. אירוויין (Irwin, 1996) מצא כי תפיסת תמיכה רגשית משפחתית חזקה יכולה להגן על הילד מהתפתחות של נטיות דיסוציאטיביות כפי שנמצא במדגם של נבדקים אוסטרלים שבדק את הקשר בין גורמים אלו וכמות הטראומות אליהן נחשפו הנבדקים. בתחום התפקוד ההורי נבדקה במחקר זה השאלה האם הגנת יתר של הורים משפיעה על התגובות הנפשיות של המתבגרים. מאחר והסיטואציה הישראלית מורכבת כל כך, במיוחד בסביבה כאוטית, קשה להגדיר מהו תפקוד נכון והתנהגות תומכת של הורים. מאתגר לחשוב מהי תגובה נכונה של

הורים: לאסור על המתבגר לצאת מהבית או לעודדו לתפקד חברתית כמצופה לגילו ולצאת למקומות המצופים והחיוניים למתבגרים (כמו מקומות בילוי שבמציאות הסביבה הכאוטית בירושלים היו מסוכנים). לכן בשאלון הדמוגרפי הוספה שאלה אחת, כללית, העוסקת באופן בו חווה המתבגר את מידת ההגנתיות של הוריו.

תמיכה חברתית ואמונות משותפות נמצאו גם הן מיטיבות עם תגובתם של ילדים ומתבגרים לטראומה. הנריך ושחר (Henrich & Shahar, 2008) מצאו כי הקשר בין מידת החשיפה לירי טילי קסאם בשדרות ובין מידת הדיכאון שהראו המתבגרים שהיו חשופים לירי היה תלוי במידת התמיכה החברתית לה זכו טרם ההסלמה בירי. בודמן (Bodman, 1941) במחקרו על תקופת הבלץ בלונדון, טען כי במצבי אחדות חברתית ילדים מסתגלים לטראומה מתמשכת ומראים מעט סימני מצוקה תודות לאמונה המשותפת של האוכלוסיה. הוא מצא כי רק 4% מהילדים שנחשפו להפצצות בלונדון הראו מצוקה פסיכולוגית כלשהי. מחקר ישראלי השווה בין ילדים שחיו בקיבוצים ובמושבים שנחשפו במידה שווה להפצצות בגבול הצפון ומצא שילדי המושבים הראו רמות גבוהות יותר של הפרעה רגשית וחברתית. ההסבר שניתן להבדל זה היה בזהות הקבוצתית, האחדות החברתית והערכים המשותפים הגבוהים יותר שקיימים בקיבוצים (Zukerman-Bareli, 1982).

מחקרים שונים הראו שוני ברמת הפגיעות של ילדים ומתבגרים בעקבות טראומה כתלות בגילם. הם מתארים כי ילדים צעירים חסינים יותר להשפעות הפסיכולוגיות של הטראומה מילדים מבוגרים יותר (Green et al. 1991, Shaw, 2003), זאת תודות לנאיביות שלהם שמשמשת כמגן – בייחוד אם הם אינם מודעים לסטיגמה החברתית הקשורה לצורת הקורבנות ממנה סבל (Brown & Finkelhor, 1986). אך הדעות חלוקות גם בנושא זה, מטה-אנליזה על 2697 ילדים ומתבגרים (ב-36 מחקרים שונים) מראה כי השכיחות הכללית של PTSD אצל ילדים החשופים לאירועים טראומטיים היא 37% כאשר 27% מהמתבגרים אך 39% מהילדים הצעירים יותר אובחנו כסובלים מ-PTSD (Fletcher, 2003). הטענה, בהקשר לממצא זה, היא שילדים צעירים יותר רגישים יותר בגלל הקלות בה הם קולטים רשמים מהסביבה, ללא שיפוט או סינון מתקדמים (Brown & Finkelhor, 1986) ולכן הם מראים יותר סימפטומים לאחר התעללות (Beitchman et al. 1991). קיימים גם מאמרים הטוענים כי אין הבדל בין ילדים צעירים ומבוגרים יותר שעברו טראומות בסימפטומים שהם מציגים (Kiser et al. 1991).

גם אצל ילדים נצפה ההבדל בין חוויה ישירה של הטראומה וחוויה עקיפה. טאבט, עאבד ווסטאניס (Thabet, Abed & Vostanis, 2002) מצאו שילדים פלסטינים שנחשפו ישירות לטראומה בזמן האינתיפאדה הראשונה פיתחו PTSD חמור יותר ואלו שנחשפו רק בעקיפין להרס בתים פיתחו יותר

הפרעות חרדה ו-PTSD ברמה בינונית. ייתכן כי ההבדל נובע מכך שעדות לטראומה גורמת לילדים להרגיש חשופים לסכנה אך ללא הבנה של המשמעות של להינזק באופן אישי.

תגובותיהם של ילדים ומתבגרים. חוקרים שונים חלוקים בדעתם בהקשר להשפעות השונות של חשיפה לטראומות בילדות. יש שטוענים כי חשיפת ילדים ומתבגרים לאלימות בסביבה החברתית הקרובה להם גורמת להופעת התנהגויות אלימות (Landau et al. 2010), אולי בשל רגשות שליליים שהתעוררו על ידי חשיפה למצב לחץ (Berkowitz, 1993). מחקרים מראים כי התגובות לטראומה בקרב מתבגרים מתבטאות ברמות אלימות גבוהות יותר ממתבגרים שלא נחשפו לטראומה (Osofsky, 2004, Singer et al. 1999, Solomon Even-Chen & Itzhaky, 2007). סרור (2005) מסביר את התנהגות הילדים האלימה בכך ששגרת היום בסביבה מרובת אלימות הופכת ללא יציבה ולא בטוחה ולא משאירה הרבה אנרגיה ללמידה ולהתפתחות. נג-מק ושות' (Ng-Mak et al., 2004) הראו גם שדה-סנסיטיזציה רגשית (עוררות רגשית מונמכת או מושטחת) בתגובה לאלימות יכולה לשמש לתמיכה בקוגניציה החיובית כלפי אלימות הנבנית אצל הילד. ילדים שנחשפים לרמות גבוהות מאוד של אלימות בקהילותיהם מראים אגרסיביות מוגברת ללא מעורבות של סטרס רגשי. רמות האלימות לא ייבדקו במחקר זה אולם הממצאים הנ"ל תומכים בגישת ההיחלשות וזו אכן תיבדק.

לעומת זאת סק, קלארק וסילי (Sack, Clarke & Seely, 1996) טוענים כי כשני שליש מהילדים הנחשפים לאלימות אתנו-פוליטית לא מראים כלל סימנים קליניים ועל כן הם ממליצים גם לחקור סימפטומים תת-קליניים. אכן נמצא כי גם מתבגרים שעברו טראומה ואינם סובלים מ-PTSD מראים לקויות בתפקוד בהשוואה למתבגרים שלא חוו טראומה (Giaconia et al., 1995) אולם מחקר זה בדק מתבגרים שנחשפו באופן ישיר לטראומה, שלא כמו במחקר המוצע. מחקר נוסף שהשווה בין קיבוצים שסבלו מהפצצות וכאלו שלא, הראה שאין הבדל ברמות החרדה בין ילדים בשני סוגי הקיבוצים (Ziv & Israeli, 1973), אולם הבדיקה הייתה להשפעות קצרות טווח.

קיימים הסברים שונים לייחודיות בתגובה לטראומה אצל ילדים. בנדורה (Bandura, 1986) הראה כי עיבוד מידע חברתי קוגניטיבי מהווה מודל להתפתחות אגרסיה. בנדורה מדגיש את חשיבות הלימוד מצפייה של הילד כדרך הלימוד העיקרית לצורת התנהגות מוסכמת. הערכה קוגניטיבית של האירועים משפיעה גם על תגובות הילד לטראומה כאשר השאלה עם מי הזדהה הילד במהלך האירוע, כיצד פרק את רגשותיו ועד כמה חש בעל יכולת תגובה, כל אלה יכולים להשפיע על תגובתו. שואו (Shaw, 2003) מוסיף כי ההשפעות על ילדים קשות יותר מאשר על מבוגרים מאחר והילד עדיין מתפתח ומתמודד

עם שאלות של ספרציה ואינדיבידואציה, הוא עסוק בפיתוח הגדרות על העצמי ועל אחרים ומקבע תהליכי הסתגלות שיעזרו לו להתמודדות עם סטרסורים פנימיים וחיצוניים (ראו למשל Bodman, 1941).

גיל ההתבגרות יכול להוות תקופה קריטית להשפעות של אלימות בגלל האיזון העדין בין היכולת הקוגניטיבית והרגשית לעבד ולווסת חוויות טראומטיות שעדיין תלויה במידת מה בהורים ובסביבה התומכת הקרובה (מנחם, 2010) ובין העצמאות ההולכת וגדלה המתבטאת בכוחות אגו מגובשים וחזקים. יש לציין כי החשיפה לאלימות וטרור של מתבגרים היא בעלת השפעה רגשית, פסיכולוגית, חברתית וכלכלית גם למתבגרים וגם לחברה (Solomon Even-Chen & Itzhaky, 2007).

השפעות ארוכות טווח של חשיפה לטראומה. מחקרים שנערכו על השפעת אירועי טראומה מהעבר הקרוב ועל לחצים כרוניים בחייהם של אנשים סיפקו עדויות להשפעות של חשיפה ללחץ. קיימת הערכת חסר של חוויות לחץ מוקדמות והצטברותן ארוכת הטווח (Turner & Lloyd, 1995). האחרונים מצאו כי יש קשר חזק בין חוויה מצטברת של טראומה והפרעות בבגרות אך מדובר בנבדקים אשר נחשפו באופן ישיר לטראומה. נמצאו גם השפעות סינרגטיות של מספר סטרסורים שונים בילדות על הבריאות הנפשית בעתיד (Heather et al. 2002). באוכלוסיה הלא קלינית נמצא, שוב, כי חוויה ישירה של אירועים טראומטיים בילדות מנבאת את מידת הדיסוציאציה בבגרות (Irwin, 1994). בנוסף נמצא כי חשיפה קצרה של חולדות לסטרס בגיל צעיר יכולה להשפיע על היכולת להתמודד עם סטרס בבגרות וגם מגבירה את רמות החרדה בתגובה לחשיפה לסטרס בבגרות (Avital & Richter-Levin, 2004). עם זאת, כל המחקרים הנ"ל חקרו חשיפה ישירה לטראומה ולא חשיפה עקיפה כתוצאה מהתבגרות בסביבה טראומטית, כפי שבדק מחקר זה, אשר בדק נבדקים שלא נפגעו באופן פיזי או בעלי מכרים ממעגל ראשון שנפגעו באופן פיזי מהסביבה הטראומטית.

לא נמצאה ספרות המלווה מתבגרים לאחר חשיפה עקיפה לטראומה ובודקת את ההשפעות ארוכות הטווח של חשיפה זו.

המקרה הישראלי

מחקרים שנערכו בישראל בעקבות אירועי האינתיפאדה הראשונה והשנייה על השפעותיה של טראומה מתמשכת - מההיבט הפלסטיני והיהודי, כולל מחקרים משווים - תמכו ברובם בממצאים קודמים.

התנהגויות אלימות. סרור (Srour, 2005) חקר את השפעת האינתיפאדה הראשונה על ילדים פלסטינים והראה כי מספר הילדים הסובלים מ-PTSD ירד עם חלוף האינתיפאדה אך מספר ניכר מילדים אלו עדיין

סבל מטווח של בעיות רגשיות והתנהגותיות. סרור, בדומה ללנדאו (Landau et al. 2010) זיהה כי ילדים שנטו להיות אקטיביים ולהשתתף בהפגנות ומחאות בזמן האינתיפאדה נטו להערכה עצמית גבוהה יותר ועם סיום האינתיפאדה המשיכו להשתמש באלימות כדרך חיים.

חשיפה עקיפה. מחקרים על האוכלוסייה היהודית בישראל הראו כי בשנת 2002 יותר מחצי מהנבדקים (55.6%) לא נחשפו באופן אישי ולא הכירו בן משפחה/חבר קרוב שנחשף להתקפת טרור אך 46.3% מהנבדקים דיווחו על הימצאותו של לפחות פריט חרדה אחד מתוך שאלון לסימפטומי חרדה (Bleich, 2003). במחקר זה נמצא גם ש-9% מהישראלים לוקים בסימפטומים של PTSD כתוצאה מאירועי טרור למרות שלא כולם נחשפו לטרור באופן אישי. שוב נראה כי חשיפה עקיפה לטראומה יכולה לגרום אף היא להופעת סימפטומים של PTSD אולם חסר מעקב ארוך טווח על השפעות אלו.

מידת החשיפה. מחקרים רבים נערכו בירושלים, שסבלה באופן שוטף מהתקפות טרור במהלך האינתיפאדה השנייה. נמצא כי רמת הלחץ הפסיכולוגי בקרב תושבי שכונת גילה בירושלים, שנחשפו לירי על בתייהם באופן ממושך, הייתה קשורה למידת החשיפה לירי (Yagur, Grinshpoon & Ponizovsky, 2002).

אלירס טוען (1996) כי אחת הבעיות המלוות את החיים בעיר גדולה היא הפחד מפשיעה. הפחד מקיף אוכלוסיות שלמות: יש שחוו פגיעה כאירוע חולף, יש שפיתחו תחושות זעם ותסכול לאחר אירוע כזה ורבים – שלא חוו פגיעה – חיים בצל הפחד מפניה. הפחד מגביל בתנועה, מכתוב סגנון חיים מוגבל, מחייב להתגונן ולהתבצר מאחורי 'דלתות פלדה' ולהינתק מכל איום אפשרי. הפחד מפשיעה מזכיר את הפחד מהתקפות הטרור בירושלים באינתיפאדה השנייה. ואכן, ינאי (2004) מצביע על ירידה משמעותית בתחושת הביטחון שהייתה לנבדקים בשנת 2001, לאחר פרוץ האינתיפאדה, בהיותם במרכז העיר ירושלים לעומת שנת 2000, לפני פרוץ האינתיפאדה.

ההיבט הקהילתי/חברתי. במחקרים על השפעת החשיפה לטרור נמצאו, כפי שדווח קודם לכן, השפעות של אופי החברה בה נמצאו הקורבנות והאחדות והתמיכה החברתית ששררו בה, התמודדות ההורים עם הטראומה ועוד. סלומון, אבן-חן ויצחקי (Solomon Even-Chen & Itzhaky, 2007) מצאו במחקר המשווה חשיפה לאלימות מסוגים שונים כי החשיפה לטרור תרמה משמעותית להתנהגות אלימה, הן מצאו גם שתחושת תקווה וסיפוק מהחיים תרמו להסברת התנהגות אלימה כאשר היו באינטראקציה עם החשיפה לטרור (אך לא בסוגי אלימות אחרים). ממצא מפתיע במאמר זה הוא שמתבגרים מאזורי חשיפה נמוכים יותר (שסבלו פחות מפיגועי טרור) היו יותר אלימים מאלו שבאזורי חשיפה גבוהים. ייתכן וניתן להסביר זאת לאור העובדה כי באזורי חשיפה נמוכים האירועים הללו נחווים כטראומטיים יותר דווקא בגלל תדירותם הנמוכה ולכן ההתמודדות איתם פחות אדפטיבית – התמיכה החברתית נמוכה יותר (פחות התערבות של צוותי סיוע מקצועיים בב"ס לאחר פיגועים, למשל), ההזדמנויות לפרוק את הרגשות

והפחדים מועטים יותר ומתרחש פחות מעקב מקצועי תמיכתי. ממצא זה מצטרף לממצא נוסף שהראה כי ילדים שחיו בערים שסבלו פחות מהפצצות חוו יותר סיוטים אלימים והפרעות בשינה מאלו שחיו בערים יותר חשופות (Rolfe & Lewin, 1982).

המחקר הנוכחי

החברה הישראלית מהווה דוגמה לחברה בה "אלימות אתנו-פוליטית היא אירוע נפוץ – עובדת חיים" (Ladd & Cairns, 1996, p. 15). סקירת הספרות מציעה כי חסר מחקר ארוך טווח על השפעות הטראומה העקיפה על ילדים ובני נוער בשנות בגרותם. גישות שונות מנבאות השפעות הפוכות על בני נוער שנחשפו לטראומות: גישת החוסן תנבא חוזק נפשי והתמודדות טובה עם מצבי לחץ בעוד שהגישה ההפוכה תנבא כי לאחר מספר שנים, בהיותם בוגרים צעירים, יהיו חלשים יותר – חרדים, מדוכאים וסובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים שונים. בנוסף יש שינבאו כי ילדים שגדלו בעיר שספגה אירועי טרור רבים יהיו פגועים יותר עקב החשיפה המתמשכת יותר לטראומה אך יש שינבאו כי דווקא הם נהנו מעירנות גדולה יותר של שירותי רווחה ומסגרות החינוך ולכן יתמודדו טוב יותר עם הטראומות אליהן נחשפו (Solomon Even-Chen & Itzhaky, 2007).

הסביבה העירונית בזמן האינתיפאדה השנייה, בירושלים, למשל, יכולה להיות מוגדרת כסביבה טראומטית כאוטית כרונית בה פגעו פיגועים ללא התראה וללא יכולת התגוננות. להבדיל, ביישובי הצפון, שררה סביבה טראומטית ברת ניבוי אקוטית במהלך מלחמת לבנון השנייה עקב נפילות טילים לאחר אזעקת אזהרה. לכן, קיים עניין רב בהשוואה בין ההתמודדות של בני נוער שגדלו בסביבות אלו והיו חשופים מדי יום לאיום על חייהם. כמו גם ההשוואה בין התמודדותם של בני סביבות אלו ובני סביבות בטוחות יותר.

קהל היעד שנבחר למחקר זה הם מי שהיו בני נוער בירושלים בשנים 2001-2004 (פיגועי ההתאבדות בירושלים) ומי שהיו בני נוער בערי הצפון בשנת 2006 (מלחמת לבנון השנייה). לעומתם ניתן להתייחס למי שהיו בני נוער בשנים הללו וגרו בערים שלא סבלו מהתקפות טרור ונחשבו למאוימות פחות (חולון, ערד, בית שמש, בת ים, קצרין וכו'). הבחירה בבני נוער מערים בלבד נועדה להקטין את השוני בין הקבוצות אם כי עדיין קיימים הבדלים (אופי הערים, הבדלים סוציו-אקונומיים בין הערים, הזמן השונה שחלף מתום הטראומה, ועוד) והם חלק ממגבלות המחקר אך עם כל העירנות לקשיים המתודולוגיים חשוב לשאול את השאלה הנשאלת במחקר זה.

השערות

מיעוט המחקר על ההבדלים בין סוגי הסביבות הטראומטיות השונות והעדויות הסותרות על השפעת חשיפה לטראומה באופן כללי ובפרט על מתבגרים הקשה על ניבוי תוצאות המחקר: היתמכו בגישת החוסן או שמא בגישת ההיחלשות? מחקרים על סביבה טראומטית צפויה ועל יכולת ההסתגלות אליה מרמזים אולי כי ההשפעה של סביבה זו על מתבגרים תהיה פחותה מזו של סביבה טראומטית בלתי ניתנת לניבוי. עקב כך שוער כי מתבגרים שגדלו בירושלים נפגעו יותר ויראו פחות צמיחה פוסט-טראומטית ממתבגרים אשר גדלו בערי הצפון, אשר בנוסף ליכולת הניבוי גם נחשפו לטראומה תחומה בזמן ולא כזו הנמשכת שנים רבות. שוער כמובן שמצבם של מתבגרים משתי הקבוצות הללו יהיה שונה ממצבם של מתבגרים בקבוצת הביקורת: שוער כי מתבגרים מסביבה כאוטית ייפגעו יותר ממתבגרי קבוצת הביקורת אך ייתכן כי מתבגרים בסביבה טראומטית ברת ניבוי יראו חוזק וצמיחה לעומת מתבגרי קבוצת הביקורת אך ייתכן גם שייפגעו יותר.

בנוסף שוער כי לדפוסי ההתנהגות של ההורים כפי שנחו ע"י הנבדקים הייתה השפעה על התמודדות הנבדקים עם הטראומה. נבדק גם הקשר בין הדיווח על הימצאות סימפטומים וצמיחה פוסט-טראומטיים למידת הייחוס שלהם לטראומה על מנת לוודא האם הנבדקים התייחסו לאירועי האיבה כאשר הם ענו לשאלונים השונים ולברר האם קיים קשר בין השניים.

יש להדגיש כי מחקר זה הוא מחקר חלוצי ואקספלורטיבי בתחום ולכן כל תוצאה שהוא נושא בחובו היא מעניינת ומשכילה ויכולה לכוון למחקרי המשך מעניינים בנושא. יש לייחס חשיבות רבה למחקר הבודק השפעות ארוכות טווח על מתבגרים שחוו טראומה באופן לא ישיר ובהקשר זה מתחדדת האמירה כי כל תוצאה הינה מעניינת. היעדר השפעות ארוכות טווח הינו ממצא מרגיע, חשוב ומעודד. לעומת זאת, הימצאות השפעה – אפילו לאחר שנים – מהווה ממצא מדאיג ומצריך התייחסות מחקרית וטיפולית נוספת.

השערות אופרציונליות

שוער כי ציוני ה-BDI, וה-IES-R של קבוצת הירושלמים יהיו גבוהים יותר וציון ה-PTGI שלהם נמוך יותר בהשוואה לקבוצת הנבדקים מערי הצפון. בנוסף שוער כי ציונים אלו אצל הנבדקים הירושלמים ואל מערי הצפון יהיו שונים מהציונים בקבוצת הביקורת.

שוער כי ציונים אלו (BDI, PTGI, IES-R) יושפעו ממשתנה 'התנהגות ההורים' כפי שדווח על ידי הנבדקים.

שוער כי ימצא מתאם בין ציוני ה-PTGI וה-IES-R ובין ציוני הייחוס שלהם.

נבדקים. על שאלוני המחקר השיבו 236 נבדקים מתנדבים. מתוכם 121 נבדקים לא עמדו בקריטריוני הסף (גיל, חשיפה לאירועי טרור, מגורים בגיל ההתבגרות) והם הוצאו מהמחקר. במחקר נכללו 115 נבדקים משני המינים, בגילאי 19-28.

במחקר השתתפו 3 קבוצות:

קבוצת מחקר ירושלים: כללה 43 נבדקים שהתגוררו לפחות 4 שנים רצופות בירושלים בשנות גיל ההתבגרות שלהם (גילאי 12-18) והם כעת מבוגרים צעירים, בני 21-28.

קבוצת מחקר ערי הצפון: כללה 38 נבדקים שהתגוררו לפחות 4 שנים רצופות בערי הצפון בשנות גיל ההתבגרות שלהם והם כעת מבוגרים צעירים, בני 18-24.

קבוצת ביקורת: כללה 35 נבדקים שהתגוררו לפחות 4 שנים רצופות ב'ערים נטולות טרור' בשנות גיל ההתבגרות שלהם והם כעת מבוגרים צעירים, בני 18-28.

בכל הקבוצות הנבדקים לא נפגעו ולא היו בעלי קרוב משפחה או מכר קרוב שנפגע באירוע טרור.

גיוס הנבדקים. הנבדקים גויסו בשיטת כדור השלג (Goodman, 1961) באמצעות בקשה שנשלחה בדואר אלקטרוני או באמצעות הרשת החברתית פייסבוק להשתתפות בניסוי, עם קישור לשאלון אינטרנטי. הבקשות הופצו לעמיתיה ומכריה של החוקרת בצירוף בקשה לשיתוף עם מכרים העונים על קריטריוני ההכללה (גיל ואזור מגורים בגיל ההתבגרות). בנוסף חולקו מספר שאלונים בעותקים קשיחים עליהם ענו נבדקים (5) שהשתייכו לקבוצת המחקר ערי הצפון.

מכשירים. במהלך המחקר מילאו הנבדקים 5 שאלונים וחתימו על כתב הסכמה (ראו נספח 1). כל השאלונים הינם מוכרים ומתוקפים בעולם ונחשבים לכלים מרכזיים בספרות המדעית העולמית כשאלונים המרכזיים לבדיקת המאפיינים להם נועדו. כל השאלונים תורגמו לעברית באורח מדויק מתודולוגית:

- **שאלון פריטים אישיים** (ראו נספח 2) השאלון הורכב על מנת לאפשר השוואה בסיסית בין הנבדקים השונים ובין הקבוצות השונות ועל מנת לוודא כי מאפייני הטראומה דומים.
- **שאלון IES-R** (Impact of event scale - revised) (ראו נספח 3). שאלון בן 22 פריטים (Weiss & Marmar, 1997) (תיקון לשאלון המקורי של Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) בדיווח עצמי הבודק (בסולם 0-4) את מידת המצוקה הסובייקטיבית שנגרמה ע"י אירועים טראומטיים. הנבדקים מתבקשים לזהות אירוע מלחיץ ספציפי בחייהם (stressful life event) ולציין עד כמה חוו מצוקה או הופרעו ב-7 הימים האחרונים ע"י כל 'קושי' המצוין בשאלון. נמצאה עקיבות

פנימית של 0.82-0.96 במחקרים שונים (Sundin & Horowitz, 2002, Creamer, Bell & Failla, 2003).

- **שאלון PTGI** (Post-traumatic growth inventory) (ראו נספח 4). שאלון בן 21 פריטים המנוסחים באופן חיובי ועוסקים בחמישה ממדים שונים של צמיחה: קשר עם אחרים, אפשרויות חדשות, חוזק אישי, שינוי רוחני והערכה לחיים. הנבדקים מתבקשים לציין (סולם 0-4) את רמת הצמיחה שהתחוללה בהם בעקבות האירוע הטראומטי. חישוב ממוצע התשובות נותן את רמת הצמיחה. נמצאה עקיבות פנימית של 0.9 ושל הסולמות השונים בין 0.67 ל-0.85 (Calhoun, 1996) (Tedeschi &

- **שאלון BDI-II** (Beck depression inventory) (ראו נספח 5). שאלון בן 21 פריטים רבי-ברירה בדיווח עצמי (Beck, Steer & Brown, 1996). הפריטים מתייחסים לסימפטומים של דיכאון כגון חוסר תקווה, רגזנות, קוגניציות של אשמה ועונש וסימפטומים פיזיולוגיים (עייפות, אובדן משקל, חוסר עניין במין). נמצאה עקיבות פנימית של 0.91 בין הפריטים (Dozois, Dobson & Ahnberg, 1998).

לשאלוני **PTGI** ו-**IES-R** הוסף לאחר כל פריט מקורי פריט נוסף הנועד לבדוק את המידה בה מייחס הנבדק את תשובתו הקודמת לאירועי הטראומה שחווה בנערותו (ראה נספחים 3 ו-4).

המדגם

מאפייני הרקע של המדגם מפורטים בטבלה 1 שבנספח 6.

מאפייני הרקע הדמוגרפיים של הנבדקים ביחס לקבוצות המחקר, מפורטים בטבלה שלהלן.

טבלה 1: התפלגות הדגימה לפי מאפייני רקע דמוגרפיים ולפי קבוצות המחקר

χ^2	ביקורת		ערי הצפון		ירושלים			
	% מ- קבוצת המחקר	N	% מ- קבוצת המחקר	N	% מ- קבוצת המחקר	N		
3.76	29.4%	10	39.5%	15	51.2%	22	זכר	מין
	70.6%	24	60.5%	23	48.8%	21	נקבה	
**12.05	82.4%	28	100.0%	38	72.1%	31	רווק	מצב משפחתי
	17.6%	6	0.0%	0	27.9%	12	נשוי	
**22.94	0.0%	0	2.6%	1	0.0%	0	יסודית	השכלה
	35.3%	12	57.9%	22	14.0%	6	תיכונית	
	52.9%	18	39.5%	15	67.4%	29	תואר ראשון	
	11.8%	4	0.0%	0	18.6%	8	תואר שני	
	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	תואר שלישי	
**11.7	58.8%	20	73.7%	28	67.4%	29	חילונים	דתיות משפחה
	29.4%	10	26.3%	10	11.6%	5	מסורתיים	
	11.8%	4	0.0%	0	20.9%	9	דתיים	
**25.33	55.9%	19	52.6%	20	48.8%	21	ישראל	ארץ לידת האם
	20.6%	7	26.3%	10	7.0%	3	חבר העמים	
	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	מזרח תיכון ואפריקה	
	2.9%	1	5.3%	2	37.2%	16	אירופה וצפון אמריקה	
	20.6%	7	15.8%	6	7.0%	3	אחר	
*13.1	52.9%	18	52.6%	20	48.8%	21	ישראל	ארץ לידת האב
	20.6%	7	26.3%	10	4.7%	2	חבר העמים	
	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	מזרח תיכון ואפריקה	
	11.8%	4	7.9%	3	30.2%	13	אירופה וצפון אמריקה	
	14.7%	5	13.2%	5	16.3%	7	אחר	

**p<1%, *p<5%, ^p<10%

מהניתוח עולה כי קיימים הבדלים דמוגרפיים מובהקים בין קבוצות המחקר. במסגרת זו, נמצא

כי כל הנבדקים מערי הצפון והצפון הם רווקים, וזאת בשונה מ-72.1% בירושלים ו-82.4% ביתר האיזורים ($\chi^2_{df=2}=12.05$, $p<.01$).

באופן דומה, נמצא כי קיים הבדל בין הקבוצות מבחינת רמת ההשכלה של הנבדקים. בערי הצפון

דיווחו 60.5% מהנבדקים על השכלה ברמה תיכונית. לעומת זאת, 86% מהנבדקים מירושלים הם אקדמאים ורק 14% הם בעלי השכלה תיכונית. בהשוואה, 64.7% מהנבדקים מקבוצת הביקורת הם בעלי השכלה אקדמית ($\chi^2_{df=6}=22.94$, $p<.01$).

הנבדקים מערי הצפון חילונים יותר (73.7%) מאשר נבדקים מירושלים (67.4%) או מקבוצת

הביקורת (58.8%). בהתאמה, בירושלים יותר נבדקים הם דתיים (20.9%) ביחס לקבוצת ערי הצפון והצפון

בה לא דווח על אף נבדק דתי או לקבוצת הביקורת בה שיעור הדתיים הוא 11.8% בלבד ($\chi^2_{df=4}=11.73$, $p<.05$).

לבסוף, שיעור גבוה באופן משמעותי מקרב הנבדקים מירושלים הם ממוצא אירופאי או צפון אמריקאי (37.2% ביחס לאימהות ו-30.2% ביחס לאבות) ביחס לנבדקים משתי הקבוצות האחרות בהן שיעור זה הוא לכל היותר (11.8%). בהתאמה, שיעור הנבדקים שמוצא הוריהם מחבר העמים בקבוצות ערי הצפון והצפון (26.3% ביחס לאימהות ולאבות) וקבוצת הביקורת (20.6% ביחס לאימהות ולאבות) גבוה באופן משמעותי משיעור הנבדקים ממוצא זה בירושלים (7.0% ביחס לאימהות ו-4.7% ביחס לאבות). פערים אלה מובהקים מבחינה סטטיסטית, הן ביחס לאימהות ($\chi^2_{df=6}=25.33$, $P<.01$) והן ביחס לאבות ($\chi^2_{df=6}=13.10$, $p<.05$).

באופן דומה, נמצא כי נבדקים מקבוצת ערי הצפון ($M=23.32$, $SD=1.54$) צעירים באופן מובהק מנבדקים מקבוצת הביקורת ($M=25.15$, $SD=1.94$), והנבדקים משתי קבוצות אלו צעירים באופן מובהק מהנבדקים מירושלים ($F_{2,112}=33.24$, $M=26.28$, $SD=1.45$, $p<.01$).

טבלה 3 שלהלן מרכזת את הנתונים אודות חשיפה לטראומה ולטרור לפי קבוצות המחקר. אף אחד ממשתתפי המחקר לא נכח באירוע טרור, לא נפגע ממנו ואינו מכיר קרוב או מכר שנפגע באירוע כזה, כנדרש בקריטריוני ההכללה של המחקר. יחד עם זאת, 22 נבדקים (19%) דיווחו כי קרוב שלהם או מכר מדרגה ראשונה נכחו באירוע טרור, אך לא נמצאו הבדלים במידת החשיפה לאירוע טרור בהקשר זה ביחס לקבוצות המחקר ($\chi^2_2=0.611$, $p>.10$).

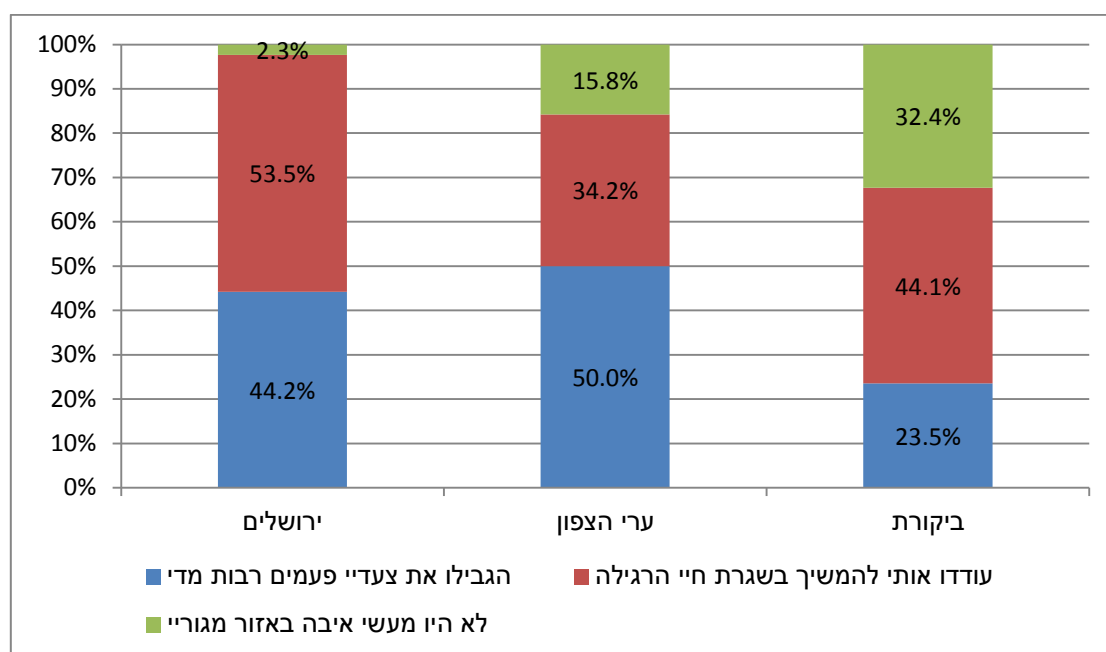
כמו כן, דיווחו 51 נבדקים, המהווים 44% מהדגימה, כי נכחו במהלך חייהם באירוע שסיכן את חייהם. אך גם במקרה זה לא נמצאו הבדלים ביחס לקבוצות המחקר ($\chi^2_2=4.525$, $p>.10$).

בתשובה לשאלה על חוויית הנבדק את התנהגות הוריו בתקופת מעשי האיבה נמצא כי שיעור דומה של נבדקים ציין כי הוריו הגבילו את צעדיו פעמים רבות מדי בעת תקופת מעשי האיבה (40.0%) בדומה לשיעור הנבדקים שצינו כי הוריהם עודדו אותם להמשיך בשגרתם חייהם (44.3%). התפלגות התשובות בהקשר זה ולפי קבוצות המחקר מומחשת בתרשים 1 שלהלן.

טבלה 2: התפלגות הדגימה לפי מידת החשיפה לטראומה ולטרור

מאפיין	שכיחות	אחוזים
נוכחות באירוע טרור	לא	100.0% 115
פגיעה כתוצאה מאירוע טרור	לא	100.0% 115
קרוב משפחה מדרגה ראשונה או מכר קרוב מאוד שנכח באירוע טרור	כן	19.1% 22
	לא	80.9% 94
קרוב משפחה מדרגה ראשונה או מכר קרוב מאוד שנפגע כתוצאה מאירוע טרור	לא	100.0% 115
נוכחות באירוע שסיכן חיים או נחווה כמסכן את חיים במהלך החיים	כן	44.3% 51
	לא	55.7% 65
התנהגות הורים בעת תקופת מעשי האיבה שהיו באזור המגורים, בחוויית הנבדק	הגבילו את צעדי פעמים רבות מדי	40.0% 46
	עודדו אותי להמשיך בשגרת חיי הרגילה	44.3% 51
	לא היו מעשי איבה באזור מגוריי	15.7% 18

תרשים 1: התפלגות הדגימה לפי קבוצות המחקר ולפי התנהגות ההורים בתקופת מעשי האיבה



דפוסי ההתנהגות של ההורים שונים ביחס לקבוצות המחקר השונות ($\chi^2_4=16.07$, $p<.01$). ביחס

ל-53.5% מהנבדקים מירושלים שדיווחו כי הוריהם עודדו אותם להמשיך בשגרה, דיווחו רק 34.2% נבדקים מערי הצפון על דפוס דומה. לשם השוואה, דיווחו 44.1% מקבוצת הביקורת כי הוריהם נקטו בדפוס זה בתקופת האירועים.

מנגד, דיווחו 50% מהנבדקים מערי הצפון כי הוריהם הגבילו את צעדיהם בתקופה זו לעומת 44.2% מהנבדקים מירושלים שדיווחו על דפוס דומה. בקרב קבוצת הביקורת דיווחו רק 23.5% מהנבדקים על דפוס דומה.

משתני המחקר

מהימנות משתני המחקר עולה בקנה אחד עם מחקרים מוקדמים יותר. ריכוז מימדי הפיזור של משתני המחקר, כמו גם המהימנות הפנימית של המימדים השונים כפי שחושבו ביחס לדגימה, מופיע בטבלה 3 שלהלן.

טבלה 3: משתני המחקר – מדדי פיזור ומהימנות

משתנה	ציון	מימד	ממוצע	סטית תקן	מינימום	מקסימום	α_{cronbach}
PTGI	BDI						0.909
	כללי						0.953
	ציון ייחוס						0.952
IESR	ציון מקורי	חודרנות	.72	.76	.00	3.38	0.891
		הימנעות	.87	.81	.00	3.75	0.818
		עוררות	.82	.83	.00	3.83	0.805
		כללי	.80	.71	.00	2.82	0.928
	ציון ייחוס	חודרנות	.79	.91	.00	3.75	0.887
		הימנעות	.82	.96	.00	3.75	0.895
		עוררות	.61	.73	.00	3.50	0.761
		כללי	.75	.81	.00	2.95	0.945

רמת הדיכאון (BDI) של הנבדקים נאמדה באמצעות סכימת תשובותיהם, כך שטווח המשתנה נע בין 0 לבין 63. ממוצע תשובות הנבדקים הוא 7.48 ($SD=7.79$), והוא מבטא רמת דיכאון נמוכה. יתר המשתנים נאמדו באמצעות סולם תשובות בן 5 דרגות הנע בין 0 ל-4. רמת הצמיחה הפוסט-טראומטית נמוכה באופן יחסי ($M=1.34$, $SD=0.98$) והייחוס של הנבדקים את הצמיחה לטראומה שחו נמוכה אף יותר ($M=0.70$, $SD=0.80$). מבחינת סימפטומים פוסט-טראומטיים, הנבדקים מדווחים על חודרנות נמוכה ($M=0.72$, $SD=0.76$), הימנעות נמוכה ($M=0.87$, $SD=0.81$) ועוררות נמוכה ($M=0.82$, $SD=0.83$). בהתאמה הנבדקים גם מייחסים סימפטומים אלו ברמה נמוכה לטראומה שחו; הן לסימפטומים של חודרנות ($M=0.79$, $SD=0.91$), הן לאלו של הימנעות ($M=0.82$, $SD=0.96$) והן לסימפטומי העוררות ($M=0.61$, $SD=0.73$).

שאלות המחקר

ככלל, שאלות המחקר ביקשו לבחון מספר אפקטים: אפקטים הקשורים בקבוצות המחקר, אפקטים הקשורים בדפוס התנהגות ההורים ואפקטים הקשורים במידת הייחוס של המדדים השונים לאירוע הטראומטי עצמו.

לשם אמידה זו נבחנו תחילה האפקטים הישירים באמצעות מבחנים סטטיסטיים להשוואת ממוצעים. בהמשך לכך, כפי שייסקר בהמשך, נבחנו מודלים מורכבים יותר אשר נותנים ביטוי למספר אפקטים בעת ובעונה אחת.

טבלה 5 שלהלן מרכזת את תוצאות ההשוואה של תפיסות הנבדקים את המדדים השונים המתארים את מצבם למידת הייחוס של מצבם לאירוע הטראומטי. ההשוואה במסגרת זו כללה השוואת ממוצעים למדגמים מזווגים ובחינה של מקדמי המתאם.

טבלה 4: השוואת תפיסות המדדים השונים למידת הייחוס שלהם לאירוע הטראומטי

משתנה	מימד	ציון	M	SD	t	r
PTGI	ציון מקורי		1.34	0.98	7.83**	.53**
	ציון ייחוס		0.70	0.80		
IESR	חודרנות	ציון מקורי	0.72	0.76	2.37*	.94**
		ציון ייחוס	0.79	0.91		
	הימנעות	ציון מקורי	0.87	0.81	1.46	.92**
		ציון ייחוס	0.82	0.96		
	עוררות	ציון מקורי	0.83	0.83	5.42**	.86**
		ציון ייחוס	0.61	0.73		
	כללי	ציון מקורי	0.80	0.71	2.03*	.94**
		ציון ייחוס	0.75	0.81		

** p<1% * p<5% ^ p<10%

ממצאים מעורבים נמצאו בהקשר זה ביחס למימדי המצוקה. נמצא כי תפיסת הסימפטומים החודרניים נמוכה באופן מובהק מייחוסם לאירוע הטראומטי ($M=0.72$ לעומת $M=0.79$, בהתאמה. $t_{114}=2.37$, $p<.05$), ומנגד שתפיסת סימפטומי העוררות גבוהה מייחוסם לאירוע הטראומטי ($M=0.83$ לעומת $M=0.61$, בהתאמה. $t_{114}=5.42$, $p<.01$). לעומת זאת, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין תפיסת סימפטומי ההימנעות וייחוסם לאירוע הטראומטי.

ביחס לצמיחה פוסט טראומטית נמצא כי תפיסת הצמיחה גבוהה באופן מובהק מהייחוס של הצמיחה לטראומה ($M=1.34$ לעומת $M=0.7$ בהתאמה. $t_{115}=7.83$, $p<.01$).

בנוסף לכך, כפי שניתן לראות, קיים מתאם חיובי ומובהק בין תפישות הנבדקים את מצבם ובין ייחוס מצבם לאירוע הטראומטי, אף שעצמת מתאם זה אינה דומה ביחס לכל המשתנים: מתאם בעצמה בינונית ביחס לצמיחה פוסט טראומטית ($r=.53$, $p<.01$), ומתאם בעצמה גבוהה מאוד ביחס לסימפטומי חודרנות ($r=.94$, $p<.01$), הימנעות ($r=.92$, $p<.01$), עוררות ($r=.86$, $p<.01$) וסימפטומים פוסט-טראומטיים באופן כללי ($r=.94$, $p<.01$). כלומר, קיים קשר חיובי הדוק בין תפישות הנבדקים את מצבם ובין המידה בה מיוחסות תפיסות אלה לאירוע הטראומטי שחוו בגיל ההתבגרות שלהם.

טבלה 6 שלהלן מרכזת את תוצאות ההשוואה של תפיסות הנבדקים את המדדים השונים המתארים את מצבם למידת הייחוס של מצבם לאירוע הטראומטי, לפי קבוצות המחקר.

טבלה 6: השוואת תפיסת המדדים השונים למידת הייחוס שלהם לאירוע הטראומטי לפי קבוצות המחקר

משתנה	קבוצה	מימד	ציון	M	SD	t	r
PTGI	ירושלים	ציון מקורי	ציון ייחוס	1.34	1.02	5.874**	0.370*
				.47	.59		
	ערי הצפון	ציון מקורי	ציון ייחוס	1.22	.94	3.702**	0.689**
				.79	.85		
	ביקורת	ציון מקורי	ציון ייחוס	1.47	.98	3.921**	0.579**
				.89	.91		
IESR	ירושלים	חודרנות	ציון מקורי	.53	.68	0.754	0.951**
			ציון ייחוס	.56	.74		
		הימנעות	ציון מקורי	.74	.68	0.955	0.878**
			ציון ייחוס	.68	.86		
		עוררות	ציון מקורי	.67	.72	3.687**	0.842**
			ציון ייחוס	.45	.54		
		כללי	ציון מקורי	.65	.60	1.867^	0.923**
			ציון ייחוס	.57	.66		
	ערי הצפון	חודרנות	ציון מקורי	.79	.78	1.200	0.951**
			ציון ייחוס	.84	.90		
		הימנעות	ציון מקורי	.91	.86	2.205*	0.928**
			ציון ייחוס	.78	.95		
		עוררות	ציון מקורי	.98	.93	3.704**	0.885**
			ציון ייחוס	.71	.85		
	ביקורת	כללי	ציון מקורי	.87	.79	2.529*	0.957**
			ציון ייחוס	.77	.85		
		חודרנות	ציון מקורי	.88	.82	1.935^	0.919**
			ציון ייחוס	1.03	1.07		
		הימנעות	ציון מקורי	.99	.92	0.653	0.945**
			ציון ייחוס	1.03	1.07		
		עוררות	ציון מקורי	.87	.82	1.986^	0.835**
			ציון ייחוס	.71	.77		
		כללי	ציון מקורי	.92	.75	0.479	0.944**
			ציון ייחוס	.94	.92		

** p<1% * p<5% ^ p<10%

מספר ממצאים עולים מהשוואות אלו :

בכל קבוצות המחקר קיים פער מובהק בין הצמיחה הפוסט-טראומטית ובין המידה בה מיוחסת צמיחה זו לאירוע הטראומטי (ירושלים - $t_{42}=5.874$, ערי הצפון - $t_{37}=3.702$, ביקורת - $t_{33}=3.921$). אולם מבחינה של המתאם בין שני ציונים אלו עולה כי המתאם בירושלים קטן באופן מובהק מזה שבערי הצפון ($p<.5$, $Z=1.977$, $r=0.689$, $r=0.37$).

באופן דומה, גם המתאם בין הדיווח על סימפטומים של הימנעות ובין הייחוס של אותם סימפטומים לאירוע הטראומטי בירושלים קטן באופן מובהק מזה שבקבוצת הביקורת ($r=0.878$, $p<.5$, $Z=1.196$, $r=0.945$).

הבדל נוסף הניכר מן התוצאות הוא כי בירושלים המתאם בין הדיווח על סימפטומים פוסט-טראומטיים באופן כללי ובין הייחוס של הסימפטומים לאירוע טראומטי נמוך מזה שבערי הצפון ($p<.1$, $Z=1.296$, $r=0.957$, $r=0.923$).

ניתן גם לראות כי בירושלים, ניכר פער בין הדיווח על סימפטומים של עוררות ($M=.67$, $SD=.72$) ובין הייחוס שלהם לאירוע הטראומטי ($M=.45$, $SD=.54$, $t_{42}=3.687$, $p<.01$) כמו גם בין הדיווח על סימפטומים פוסט-טראומטיים באופן כללי ($M=.65$, $SD=.60$) והייחוס שלהם לאירוע הטראומטי ($M=.57$, $SD=.66$, $t_{42}=1.867$, $p<.10$), כאשר הדיווח גדול יותר מהייחוס.

בערי הצפון, ניכר פער בין הדיווח על סימפטומים של הימנעות ($M=.91$, $SD=.86$) והייחוס שלהם לאירוע הטראומטי ($M=.78$, $SD=.95$, $t_{37}=2.205$, $p<.05$), הדיווח על סימפטומים של עוררות ($M=.98$, $SD=.93$) והייחוס שלהם לאירוע הטראומטי ($M=.71$, $SD=.85$, $t_{37}=3.704$, $p<.01$) כמו גם הדיווח על סימפטומים פוסט-טראומטיים באופן כללי ($M=.87$, $SD=.79$) והייחוס שלהם לאירוע הטראומטי ($M=.77$, $SD=.85$, $t_{37}=2.529$, $p<.05$), כאשר הדיווח גדול יותר מהייחוס.

בקבוצת הביקורת הממצאים מעט שונים: ניכר כי הדיווח על סימפטומים של חודרנות ($M=.88$, $SD=.82$) נמוך בקרב קבוצה זו בהשוואה לייחוס שלהם לאירוע הטראומטי ($M=1.03$, $SD=1.07$), בדומה לקבוצות האחרות, הדיווח על סימפטומים של עוררות ($M=.87$, $SD=.82$) גבוה מהייחוס שלהם לאירוע הטראומטי ($M=.71$, $SD=.71$, $t_{33}=1.986$, $p<.10$).

השוואת תפישות הנבדקים ביחס לקבוצות המחקר מפורטת בטבלה 7.

טבלה 7: תפישות הנבדקים ביחס לקבוצות המחקר

Total	אחר	ערי הצפון	ירושלים						
7.48	9.68	7.21	5.98	M	BDI				
7.79	8.87	6.76	7.50	SD					
1.34	1.47	1.22	1.34	M	ציון מקורי		PTGI		
0.98	0.98	0.94	1.02	SD					
0.70	0.89	0.79	0.47	M	ציון ייחוס*				
0.80	0.91	0.85	0.59	SD					
0.72	0.88	0.79	0.53	M	חודרנות	ציון מקורי		IESR	
0.76	0.82	0.78	0.68	SD					
0.87	0.99	0.90	0.74	M	הימנעות				
0.81	0.92	0.85	0.68	SD					
0.82	0.87	0.95	0.67	M	עוררות				
0.83	0.82	0.94	0.72	SD					
0.80	0.92	0.87	0.65	M	כללי				
0.71	0.75	0.79	0.60	SD					
0.79	1.03	0.84	0.56	M	חודרנות^				
0.91	1.07	0.90	0.74	SD					
0.82	1.03	0.78	0.68	M	הימנעות				
0.96	1.07	0.95	0.86	SD					
0.61	0.71	0.71	0.45	M	עוררות				
0.73	0.77	0.85	0.54	SD					
0.75	0.94	0.77	0.57	M	כללי				
0.81	0.92	0.85	0.66	SD					

** $p<1\%$, * $p<5\%$, ^ $p<10\%$

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות המחקר ביחס לדיווחיהם של הנבדקים על רמת הדיכאון, על סימפטומים וצמיחה פוסט-טראומטיים.

לעומת זאת, נמצאו הבדלים הקשורים לייחוס הסימפטומים והצמיחה לאירוע הטראומטי. נמצא כי מידת הייחוס של הצמיחה הפוסט-טראומטית לאירוע הטראומטי נמוכה באופן משמעותי ($F_{2,112}=3.152$, $p<.10$) בקרב נבדקים מירושלים ($M=.47$, $SD=.59$) ביחס לנבדקים מערי הצפון ($M=.79$, $SD=.85$) או נבדקים מקבוצת הביקורת ($M=.89$, $SD=.91$).

לבסוף, נמצא גם כי ייחוס הסימפטומים החודרניים לאירוע הטראומטי הייתה נמוכה יותר באופן מובהק ($F_{2,112}=2.738$, $p<.10$) בקרב נבדקים מירושלים ($M=.56$, $SD=.74$) מאשר בקרב נבדקים מערי הצפון ($M=.84$, $SD=.90$) או מקבוצת הביקורת ($M=1.03$, $SD=1.07$).

השוואת ממוצעים דומה נערכה גם ביחס למגדר הנבדקים, כמפורט להלן.

טבלה 8: השוואת תפישות הנבדקים ביחס למגדר

סטיית תקן		ממוצע		N	מין			
8.10	6.49	47	זכר	BDI				
7.54	8.16	68	נקבה					
1.06	1.33	47	זכר	ציון מקורי		PTGI		
0.93	1.34	68	נקבה					
0.67	0.48	47	זכר	ציון ייחוס **				
0.85	0.85	68	נקבה					
0.79	0.55	47	זכר	* חודרנות	ציון מקורי		IESR	
0.73	0.84	68	נקבה					
0.70	0.74	47	זכר	הימנעות				
0.87	0.96	68	נקבה					
0.82	0.68	47	זכר	עוררות				
0.83	0.92	68	נקבה					
0.70	0.65	47	זכר	כללי ^				
0.71	0.90	68	נקבה					
0.92	0.63	47	זכר	חודרנות	ציון ייחוס			
0.90	0.91	68	נקבה					
0.91	0.71	46	זכר	הימנעות				
0.99	0.89	68	נקבה					
0.79	0.52	46	זכר	עוררות				
0.68	0.67	68	נקבה					
0.83	0.62	47	זכר	כללי				
0.80	0.84	68	נקבה					

** $p<1\%$, * $p<5\%$, ^ $p<10\%$

לא נמצאו הבדלים מגדריים בדיווח על רמת הדיכאון ועל הצמיחה הפוסט-טראומטית של הנבדקים, אך לעומת זאת נמצא כי מידת ייחוס הצמיחה לאירוע הטראומטי בקרב נשים ($M=.85$, $SD=.85$) גבוהה באופן מובהק ($t_{113}=2.496$, $p<.01$) מזו של גברים ($M=.48$, $SD=.67$).

עוד נמצא, כי הדיווח על סימפטומים חודרניים בקרב נשים ($M=.84$, $SD=.73$) גבוה באופן מובהק ($t_{113}=1.998$, $p<.05$) מאשר בקרב גברים ($M=.55$, $SD=.79$). לא נמצאו הבדלים דומים

המיוחסים לאירוע. בנוסף לכך, נמצא כי הדיווח הכללי על סימפטומים פוסט-טראומטיים בקרב נשים ($M=.90, SD=.71$) גבוה באופן מובהק ($t=1.865, p<.10$) מאשר בקרב גברים ($M=.65, SD=.70$). אך לא נמצאו פערים מובהקים בייחוס של סימפטומים אלו לאירוע הטראומטי.

לבסוף, נערכה בחינה דומה ביחס לדפוסי ההתנהגות של ההורים, כמפורט להלן.

טבלה 9: השוואת תפישות הנבדקים ביחס לדפוסי ההתנהגות של ההורים בזמן האירוע

משתנה	ציון	מימד	הגבילו את צעדי פעמים רבות מדי	עודדו אותי להמשיך בשגרת חיי הרגילה	לא היו מעשי איבה באזור מגוריי	כלל הנבדקים
BDI		M	8.43	7.00	6.39	7.48
		SD	8.26	7.05	8.66	7.79
PTGI	ציון מקורי	M	1.46	1.32	1.09	1.34
		SD	0.98	0.96	1.04	0.98
	ציון ייחוס *	M	0.90	0.50	0.76	0.70
		SD	0.84	0.68	0.91	0.80
IESR	ציון מקורי	חודרנות	M	0.81	0.65	0.72
			SD	0.84	0.67	0.76
		הימנעות	M	0.98	0.76	0.87
			SD	0.84	0.70	0.81
		עוררות	M	0.99	0.76	0.82
			SD	0.91	0.79	0.83
		כללי	M	0.92	0.72	0.80
			SD	0.79	0.62	0.71
	ציון ייחוס	חודרנות	M	0.87	0.69	0.79
			SD	0.92	0.80	0.91
		הימנעות	M	0.91	0.68	0.82
			SD	1.00	0.84	0.96
		עוררות	M	0.78	0.52	0.61
			SD	0.82	0.66	0.73
		כללי	M	0.86	0.64	0.75
			SD	0.85	0.72	0.81

** $p<1\%$, * $p<5\%$, ^ $p<10\%$

השוואת עמדות הנבדקים בהקשר לדפוסי ההתנהגות של ההורים בעת אירוע הטראומה מעלה כי לא נמצאו הבדלים ברמת הדיכאון או ברמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים וייחוסם לאירוע הטראומטי ביחס לפעולות ההורים.

כמו כן, לא נמצאו הבדלים בדיווח על הצמיחה הפוסט-טראומטית של הנבדקים בהקשר זה. לעומת זאת, נמצא כי מידת הייחוס של הצמיחה לאירוע הטראומטי אצל נבדקים שהוריהם הגבילו את צעדיהם ($M=.90, SD=.84$) הייתה גבוהה באופן מובהק ($p<.05, F_{2,112}=3.248$) ביחס לנבדקים שהוריהם עודדו אותם להמשיך בשגרת חייהם ($M=0.50, SD=.68$) או מנבדקים אחרים ($M=.76, SD=.91$).

רגרסיות למדדי המחקר

לנוכח ממצאים אלו נערך ניתוח UNIANOVA במסגרתו נבחנו השפעות של קבוצות המחקר ושל דפוסי ההתנהגות של ההורים על משתני המחקר על מנת לבחון את ההשפעות המשולבות של גורמים אלו ואת האינטראקציות ביניהם. במקרים הרלוונטיים (סימפטומים וצמיחה פוסט-טראומטית) נבחנו בנוסף לאלה גם תרומת הייחוס של הסימפטומים והצמיחה הפוסט-טראומטית לאירוע הטראומטי. קבוצת ההתייחסות בכל המודלים היא נבדקים אשר ענו שהוריהם עודדו אותם להמשיך בשגרת חייהם הרגילה והם מקבוצת הביקורת.

דיכאון: תוצאות הניתוח ביחס לרמת הדיכאון (BDI) הראו כי לא התקבלו מודלים מובהקים הן כאשר הוספו אינטראקציות למודל והן בלעדיהן ($p=0.11$).

צמיחה פוסט-טראומטית: המודל שהתקבל מובהק ($F_{5,109}=10.164, p<.01$) והוא מסביר 31.8% מהשונות של המשתנה התלוי. טבלה 11 בנספח 6 מרכזת את תוצאות הניתוח ביחס לצמיחה הפוסט-טראומטית (PTGI).

בניתוח לעיל נמצא כי רמת הצמיחה הפוסט טראומטית עולה ככל שהצמיחה מיוחסת לאירוע ($b=.69$). לא נמצאה השפעה ישירה הקשורה בהתנהגות ההורים או בקבוצות הערים השונות. מודל אליו הוספו האינטראקציות הביא לתוספת קטנה ביותר בשונות המוסברת (33.2%) ואף אינטראקציה לא הייתה מובהקת.

סימפטומים פוסט-טראומטיים: המודל שהתקבל מובהק ($F_{5,109}=184.612, p<.01$) והוא מסביר 89.4% מהשונות של המשתנה התלוי. טבלה 12 שבנספח 6 מרכזת את תוצאות הניתוח ביחס לסימפטומים פוסט-טראומטיים (IES-R).

בניתוח נמצא כי ייחוס הסימפטומים הפוסט-טראומטיים לאירוע הטראומטי הוא בעל השפעה חיובית ומובהקת על רמת הסימפטומים המדווחת ($b=.83$). בנוסף נמצא כי רמת הסימפטומים של נבדקים אשר דיווחו כי לא היו מעשי איבה באזור מגוריהם נמוכה יותר מנבדקים עם הורים שעודדו והורים שהגבילו את צעדיהם ($b=-.119$). מודל אליו הוספו האינטראקציות הביא לתוספת קטנה ביותר בשונות המוסברת (89.8%) ובו ההבדל בקבוצת הנבדקים שדיווחו כי לא אירעו מעשי איבה באזור מגוריהם לא היה מובהק ואף אינטראקציה לא הייתה מובהקת.

סימפטומים פוסט-טראומטיים של חודרנות: המודל שהתקבל מובהק ($p < .01$, $F_{5,109} = 165.967$) והוא מסביר 88.4% מהשונות של המשתנה התלוי. טבלה 13 שבנספח 6 מרכזת את תוצאות הניתוח ביחס לסימפטומים פוסט-טראומטיים של חודרנות (IES-R intrusion).

בניתוח נמצא כי ייחוס הסימפטומים החודרניים לאירוע הטראומטי הוא בעל השפעה מובהקת וחיונית על רמת סימפטומי החודרנות המדווחת ($b = .79$). לא נמצאה השפעה ישירה של קבוצת המחקר או התנהגות ההורים על רמת הסימפטומים החודרניים. מודל אליו הוספו האינטראקציות הביא לתוספת קטנה ביותר בשונות המוסברת (88.8%) אך נצפתה בו השפעה מובהקת על נבדקים שדיווחו כי לא היו מעשי איבה באזור מגוריהם, אשר רמת הסימפטומים שלהם הייתה נמוכה יותר ($p < .05$, $b = -.211$). עם זאת, נבדקים מערי הצפון אשר דיווחו כי לא התרחשו מעשי איבה באזור מגוריהם דווקא מראים רמת סימפטומים גבוהה יותר ($p < .01$, $b = .284$).

סימפטומים פוסט טראומטיים של הימנעות: המודל שהתקבל מובהק ($p < .01$, $F_{5,109} = 122.391$) והוא מסביר 85% מהשונות של המשתנה התלוי. טבלה 14 שבנספח 6 מרכזת את תוצאות הניתוח ביחס לסימפטומים פוסט-טראומטיים של הימנעות (IES-R avoidance).

בניתוח נמצא כי ייחוס הסימפטומים ההימנעתיים לאירוע הטראומטי הוא בעל השפעה מובהקת וחיונית על רמת סימפטומי ההימנעות המדווחת ($b = .78$). לא נמצאו השפעות של התנהגות ההורים או של קבוצת המחקר על רמת הסימפטומים של ההימנעות. מודל אליו הוספו האינטראקציות הביא לתוספת קטנה ביותר בשונות המוסברת (85.4%) ואף אינטראקציה לא הייתה מובהקת.

סימפטומים פוסט-טראומטיים של עוררות: המודל שהתקבל מובהק ($p < .01$, $F_{5,108} = 61.319$) והוא מסביר 74% מהשונות של המשתנה התלוי. טבלה 15 שבנספח 6 מרכזת את תוצאות הניתוח ביחס לסימפטומים פוסט-טראומטיים של עוררות (IES-R arousal).

בניתוח נמצא כי ייחוס הסימפטומים של עוררות לאירוע הטראומטי הוא בעל השפעה מובהקת וחיונית על רמת סימפטומי העוררות המדווחת ($b = 0.97$). לא נמצאה השפעה מובהקת למגדר, לקבוצת המחקר או לפעולות ההורים מעבר לכך. מודל אליו הוספו האינטראקציות הביא לתוספת קטנה ביותר בשונות המוסברת (74.3%) ואף אינטראקציה לא הייתה מובהקת.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את ההשפעות של חיים בסביבה טראומטית על מתבגרים אשר לא נפגעו פגיעה ישירה מהסביבה הטראומטית בה חיו. מגוון מחקרים חקרו את ההשפעות הישירות והעקיפות של טראומות מסוגים שונים על שלל אוכלוסיות אולם מחקרים מעטים חקרו השפעה של טראומה עקיפה על אוכלוסיות אשר לכאורה לא נפגעו באירועי הטראומה. בנוסף, אמנם מחקרים רבים בחנו השפעות ארוכות טווח של טראומה על אוכלוסיות שונות אך לא נמצאו מחקרים אשר בחנו השפעות כאלו על אוכלוסיות שנחשפו רק באופן עקיף לטראומה, כדוגמת מחקר זה. במחקר זה נבחנו סימפטומים פוסט-טראומטיים, צמיחה פוסט-טראומטית ורמת דיכאון אצל מבוגרים צעירים אשר גדלו, כבני נוער, בסביבות אשר יכולות להיות מוגדרות כסביבות טראומטיות. המחקר ניסה לבדוק האם מאפיינים אלו שונים אצל בני נוער אשר גדלו בסביבות טראומטיות כרוניות לעומת אקוטיות והאם התנהגות ההורים, כפי שנתפסה ע"י בני הנוער, בשנות התבגרותם, השפיעה על אותם מאפיינים.

השערות המחקר אשר ניבאו כי מתבגרים שגדלו בירושלים ייפגעו יותר ויראו פחות צמיחה פוסט-טראומטית ממתבגרים אשר גדלו בערי הצפון משום שגדלו בסביבה כאוטית המקשה על הסתגלות אליה, לא אוששו. גם לא ההשערות לגבי ההבדל בין קבוצות המחקר וקבוצת הביקורת מאחר ולא נמצאו הבדלים מובהקים ברמות הדיכאון, הסימפטומים הפוסט-טראומטיים או הצמיחה הפוסט-טראומטית בין נבדקי הקבוצות השונות. בכך, בעצם, נדחתה השערתו של ווילסון (Wilson, 1994) כי אנשים החשופים לגורמי לחץ שלא ברור כיצד עדיף להתגונן מפניהם – המתוארים כטראומה מסוג 4 – יפתחו דריכות יתר, דאגנות ועצב. או לכל הפחות, שנים רבות לאחר האירועים לא נמצאו אפקטים אלו. חוסר הממצאים, בהקשר זה, מהווה ממצא חשוב ומרכזי במחקר: נראה כי האוכלוסיות שנחשפו לסביבות טראומטיות אשר נבדקו במחקר זה לא נפגעו יותר מאוכלוסיות אשר גדלו בסביבות בטוחות יותר. זאת ועוד, מניתוח הנתונים ניתן לראות כי הנבדקים הירושלמים דיווחו על רמת דיכאון נמוכה יותר מאשר נבדקים מערי הצפון, ואלו בתורם – על רמות נמוכות יותר של דיכאון מאשר נבדקי קבוצת הביקורת. הממצא אמנם אינו מובהק סטטיסטית אך הוא קרוב ביותר לרמת מובהקות ונראה כי הוא מראה על מגמה בכיוון זה ($p=0.11$).

ממירב המאמרים שנסקרו בפרק המבוא עולה כי בין הגורמים המרכזיים המשפיעים על רמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים, על הצמיחה הפוסט-טראומטית ועל דיכאון לאחר חשיפה לטראומה בולטת 'מידת החשיפה'. מטבע הדברים ומאחר והאוכלוסייה שנבדקה במחקר זה נחשפה רק באופן עקיף לטראומה צפוי היה כי הממצאים וההשפעות שתמצאנה יהיו עדינים וחלשים יותר ממחקרים דומים אשר חקרו אוכלוסייה שנפגעה באופן ישיר מאירועים טראומטיים שונים. בנוסף יש לזכור כי מחקר זה בדק השפעות ארוכות טווח, 5-8 שנים לאחר תום ה'תקופה הטראומטית', ולכן צפוי כי ההשפעות של טראומות

אלו יהיו חלשות יותר מהשפעתן פרק זמן קצר אחרי תום ה'תקופה הטראומטית', אולם נראה כי היעדר הממצאים העקבי בין המשתנים השונים ואף הכיוון ה'חיובי' של רמת הדיכאון אצל הנבדקים הירושלמים מצביע על כך כי היעדר הממצאים הוא הממצא המרכזי עצמו.

בצל חוסר הממצאים בהבדלים במשתני המחקר השונים בין הקבוצות השונות בולט גם הממצא כי ייחוס הצמיחה הפוסט-טראומטית לאירועים הטראומטיים נמוך ביותר בירושלים, לאחר מכן בקרב נבדקי ערי הצפון וגבוה ביותר בקרב נבדקי קבוצת הביקורת. ממצא זה מחזק אף הוא את האמירה כי הנבדקים הירושלמיים נפגעו פחות או באותה רמה כמו חבריהם לקבוצות האחרות. אי ייחוס הצמיחה הפוסט-טראומטית לטראומות שאירעו בגיל ההתבגרות יכול גם להצביע על כך שאותן טראומות לא נתפסו ולא נחו כטראומות ומכאן גם אי השפעתן או השפעתן הנמוכה ביותר על המתבגרים שגדלו בסביבתן. מנגד, ייתכן שהסביבה הכרונית והבלתי צפויה שחוו הנבדקים מירושלים הקשתה על תהליך הייחוס של הצמיחה לטראומות שחוו בני הנוער במהלך התבגרותם וכי לתהליך הייחוס של השפעות הטראומה נדרשת טראומה יותר 'מוגדרת'. מחקרים עתידיים יצטרכו לבדוק האם הכרוניות או חוסר יכולת הניבוי של הטראומה גרמו לקושי בייחוס השפעות הטראומה לטראומה עצמה. או שמא, כפי שעולה ממחקר זה, חוסר הייחוס נובע מאי תפיסת הסביבה כטראומטית. מעניין לשים לב כי דווקא קבוצת הביקורת, אשר לכאורה לא חוותה טראומות וגרה בערים 'בטוחות' היא הקבוצה שיותר מייחסת את השפעות הצמיחה הפוסט-טראומטית למעשי האיבה. עובדה זו, כמו גם ההבנה את נסיבות ההתבגרות בישראל, מרמזות שלמרות הגדרת נבדקי הקבוצה ככאלה שלא נחשפו לטראומה הרי שהחיים ברחבי ישראל, גם במקומות בהם לא היכה הטרור באופן ספציפי, עדיין מערבים חשיפה עקיפה לטראומה.

ממצא דומה שנמצא הוא כי ייחוס הסימפטומים החודרניים לאירועים הטראומטיים הוא הנמוך ביותר בירושלים לאחר מכן בערי הצפון וגבוה יותר אצל נבדקי קבוצת הביקורת. הדמיון בתבנית הייחוס בשני משתנים אלו, שחוזר על עצמו בצורה לא מובהקת גם עבור שאר סוגי הסימפטומים והציון הכללי של הסימפטומים הפוסט-טראומטיים, מחזקים את ההשערה כי הסביבות שנחו על ידי הנבדקים בירושלים לא נחו כטראומטיות.

בהקשר זה מעניין לבחון את המתאמים שנבחנו בין רמת הסימפטומים והצמיחה הפוסט-טראומטיים עליהם דיווחו הנבדקים ובין ייחוס ציונים אלו לטראומה. עבור 5 הציונים המדוברים (הצמיחה, כלל הסימפטומים וסוגי הסימפטומים השונים) נמצא מתאם מובהק בין הדיווח והייחוס על פני כלל אוכלוסיית הנבדקים ובחנת לקבוצות השונות, ממצא המחזק את ההשערה כי אי הייחוס ואי הדיווח קשורים זה בזה ונובעים מכך שהנבדקים הירושלמים לא חוו את סביבתם כטראומטית ולא נפגעו מסביבה זו יותר מחבריהם בערים אחרות. עבור צמיחה פוסט-טראומטית המתאם בקרב הנבדקים הירושלמים נמוך באופן מובהק מזה שבערי הצפון. ייתכן וממצא זה תומך בהשערה שפורטה לעיל בדבר הכאוטיות של הטראומה והתרומה של כאוטיות זו לאי חוויית הסביבה כטראומטית, הרי בערי הצפון הטראומה הייתה

הן אקוטית והן ניתנת לניבוי (ע"י האזעקות שהתריעו מפני נפילה עתידית של טילים) ועל כן ייתכן שקל יותר לייחס את התמורות שחלו באדם לאחר תקופה טראומטית זו, לטראומה עצמה. החיים בירושלים לעומת זאת אופיינו בתקופה כרונית של טראומות כאוטיות אשר ייתכן ונחוו כ'חיים הנורמטיביים' של בני הנוער שהתבגרו בעיר זאת ולכן אלו מתקשים לייחס את התמורות שתקופה זו הותירה בהם לטרור שסבב אותם ונכח בחייהם כמעט דרך קבע.

תבנית דומה ניתן לראות במתאמים בין דיווח לייחוס הסימפטומים הפוסט-טראומטיים באופן כללי בקבוצת הירושלמים וקבוצת הנבדקים מערי הצפון, כאשר שוב – המתאם בקבוצה הירושלמית נמוך יותר, החזרתיות של תבנית זו מחזקת את ההשערה כי חוסר התחימה של הטראומה (אם על ידי זמן ואם על ידי היכולת לנבא אותה) מפחית את השפעותיה.

יצוין כי המתאם אצל קבוצת הירושלמים בין דיווח לייחוס סימפטומים של הימנעות נמוך באופן מובהק דווקא מהמתאם בקבוצת הביקורת. ייתכן שסימפטומים אלה מאפיינים יותר את הנבדקים שחיו ב'ערים בטוחות' ונמנעו מחשיפה והגעה למקומות שנחשבו מסוכנים יותר ולכן היה קל להם יותר לשייך אותם לאירועים הטראומטיים שסבבו אותם בתקופת גיל ההתבגרות.

מאפיין נוסף שנבדק בקרב הנבדקים היה תפיסתם את התנהגות הוריהם במהלך גיל ההתבגרות: האם הם חוו את הוריהם כמגבילים את צעדיהם פעמים רבות מדי או כמעודדים אותם להמשיך בשגרת חייהם למרות הטרור שסבב אותם. כאשר לא ברור מי משתי הגישות הללו מהווה "סביבה תומכת המקדמת פתרון בריא" כפי שהגדירו גיל-ריבס ושות' כאשר דיברו על השפעת ההורים על התמודדות ילדיהם עם טראומה (Gil-Rivas et al, 2007). בירושלים יותר ממחצית ההורים נתפסו כמעודדים המשך שגרת חיים – ייתכן שהתנהגות זו נובעת ישירות מהסביבה הטראומטית הכרונית והכאוטית ששררה בירושלים בשנים אלו, כפי שטענה נוטמן-שוורץ (2009) בהתייחסה להתמודדות האוכלוסיה עם איום תמידי. עדיין, 44% מההורים בירושלים נחו כמגבילים את צעדיהם של בני הנוער. הפיזור מרמז על אי הידיעה של ההורים בירושלים מהי הדרך 'הנכונה' להתמודד עם הטרור שאפיין את ירושלים.

תבנית התנהגות זו שונה בקרב הורי הנבדקים מערי הצפון כאשר 50% מהם נחו כמגבילים את בני הנוער ורק כ-34% מההורים עודדו המשך של שגרת חיים רגילה. ייתכן ובסביבה בה הטראומה תחומה יותר וידוע כיצד ניתן להתמודד איתה (למשל ע"י כניסה למרחבים מוגנים) מעודדת את שינוי שגרת החיים על מנת להימנע מהאיום הפיזי שמביאה עימה הטראומה.

בקרב קבוצת הביקורת חלק קטן יותר מההורים נחו כמגביל את צעדי בני הנוער (23.5%) וחלק גדול יותר (כ-44%) עודד המשך שגרת חיים רגילה, כמצופה מסביבה שנחשבה ל'בטוחה יותר' מהערים שבהן התרחשו מעשי האיבה. מעניין להדגיש כי רק כ-32% מהנבדקים טענו כי הוריהם התנהגו 'אחרת'

באותה תקופה, כלומר כ-68% מהנבדקים העידו שהוריהם אכן התנהגו באופן שונה בתקופת מעשי האיבה למרות שבעת תכנון מחקר זה הוגדרו ערי קבוצת הביקורת כ'ערים בטוחות'.

נראה כי דפוסי ההתנהגות של ההורים בתקופת גיל ההתבגרות של נבדקי המחקר השפיעו רק על ייחוס הצמיחה הפוסט-טראומטית כאשר אצל נבדקים אשר חוו את הוריהם כמגבילים נצפה דיווח גבוה יותר של צמיחה פוסט-טראומטית ואצל אלו אשר חוו את הוריהם כמעודדים שגרת חיים רגילה נצפה דיווח נמוך של צמיחה פוסט-טראומטית. גם כאן ניתן לשער כי עצם התייחסות ההורים לטראומה, גם אם ע"י הגבלת צעדיהם של ילדיהם בתגובה אליה, מהווה מעין תחימה או הגדרה של הטראומה כטראומה ומקלה על ייחוס השפעותיה לטראומה עצמה. עידוד שגרת חיים רגילה, מן הצד השני, מעודד גם טשטוש והיטמעות של הטראומה בחיי היום-יום ומקשה על אבחנתה ואבחנת השפעותיה מהשפעות של אירועים אחרים.

מחקרים רבים מציינים הבדלים מגדריים הן בדיווחים על סימפטומים דיכאוניים והן בדיווחים על צמיחה וסימפטומים פוסט-טראומטיים (למשל, Kessler et al. 1993, Nolen-Hoeksema et al. 1999, Steward 2009, Stein et al. 2000) ודווקא לאור חד המשמעות של ממצאים אלו בספרות מעניין לבחון את היעדרם של מירב ההבדלים הללו במחקר הנוכחי. העובדה כי ברוב המשתתפים לא נמצאו הבדלים מגדריים יכולה להיות מיוחסת לעוצמה הנמוכה של התוצאות שהייתה צפויה, ואכן נמצאה, זאת הן עקב הריחוק של הטראומה על פני הזמן והן עקב החשיפה העקיפה בלבד אשר מאפיינת את האוכלוסייה שנחקרה במחקר זה.

עם זאת, כן נמצא כי ייחוס הצמיחה הפוסט-טראומטית שונה בין נשים לגברים כאשר הוא גבוה יותר אצל נשים. הבדלים מגדריים נוספים נצפו בדיווחים על סימפטומים פוסט-טראומטיים באופן כללי וסימפטומים חודרניים בפרט כאשר בשניהם נשים דיווחו ציונים גבוהים יותר מגברים, כפי שנמצא במחקרים רבים בעבר (למשל Stein et al. 2000).

מגבלות המחקר הנוכחי. המחקר המוצג בעבודה זו הוא מחקר שטח ראשון מסוגו וככזה, טומן בחובו מגבלות רבות. מירב מגבלות המחקר נובעות מהיותו מחקר שטח: הקבוצות, אשר נדגמו מאזורים שונים בארץ, נבדלות אחת מן השנייה במספר מאפיינים: קבוצת הנבדקים הירושלמים מאופיינת ביותר נבדקים נשואים ודתיים וגם ברמת השכלה גבוהה יותר מהקבוצות האחרות ואילו קבוצת הנבדקים מערי הצפון מאופיינת בנבדקים רווקים, משכילים פחות ולא מכילה ולו נבדק דתי אחד. עם זאת, בבדיקת התרומה של משתנה ההשכלה למודלים השונים נמצא כי הוא אינו תורם למודלים, אינו משפיע על מובהקותם וגורם

לשינויים זניחים בלבד בתרומת שאר המשתנים. על כן, לא נראה כי הבדלים אלו בין הקבוצות מהווים משתנים מתערבים.

מבחינת מוצא ההורים הקבוצות דומות יותר האחת לשניה, ישנם הבדלים בגילאי הנבדקים בקבוצות – אך הבדלים אלו נובעים ממספר השנים השונה שעבר מאז ה'תקופות הטרואומטיות' באזורים השונים בארץ. חשוב לציין כי אין הבדלים מגדריים מובהקים בין הקבוצות, וחשוב יותר – אין הבדלים מובהקים במידת החשיפה לטרואומה בין הקבוצות השונות.

ועוד יש לציין כי ההבדלים בין הקבוצות הם אינהרנטיים לשוני בין הקבוצות כפי שתוכננו למחקר זה, הערים השונות בישראל מאופיינות באוכלוסיות שונות ולכן צפוי היה לקבל קבוצות דמוגרפיות שונות. הדבר אמנם מקשה על ניתוח הממצאים ועל פסילת הסברים אלטרנטיביים אך ככל הנראה זהו כורח המציאות ועל פניו נראה כי אכן משתנים דמוגרפיים אלו לא מסבירים את הממצאים שהתקבלו. מחקרים נוספים, ממוקדים יותר, יוכלו לחזק את ההנחה שהמאפיינים הדמוגרפים לא תורמים להסברים האלטרנטיביים לשוני בין הקבוצות.

מגבלה נוספת נובעת מעצם הגדרת קבוצת הביקורת כקבוצה ש'לא נחשפה לטרור'. אמנם נבחרו לקבוצה זו נבדקים אשר התגוררו בערים בהם לא היכה הטרור אך החיים במדינת ישראל "הקטנה" לא מאפשרים מרחק משמעותי מהטרור. קשה לטעון כי נבדק שהתגורר בחולון, חש בטוח ומנותק מגלי הטרור שפקדו את תל אביב. מסיבה זו יש צורך בבדיקה נוספת ומעמיקה יותר של השקפותיהם של נבדקי קבוצת הביקורת על מעשי האיבה שהתרחשו במהלך התבגרותם כדי להבין האם באמת ניתן למצוא בארץ 'קבוצת ביקורת' שכזו או שגם הם חשו חשופים ופגיעים כמו נערים שגרו בערים נפגעות טרור.

משתנה הייחוס שנידון בהרחבה במחקר זה מביא עימו מגבלה נוספת למחקר. משתנה זה אינו קיים באופן מסורתי בשאלונים אליהם הוכנס (PTGI, IES-R) והוא הוכנס על ידי עורכי מחקר זה. משתנה זה לא תוקף מעולם ולמרות שהראה מהימנות פנימית גבוהה מאוד יש צורך במחקר נוסף על מהותו ועל דרך ציינונו על מנת לוודא כי הוא אכן תקף ומהימן.

למרות כלל המגבלות שפורטו לעיל ועם העירנות הנחוצה לקשיים המתודולוגיים שהן נושאות עימן חשוב להדגיש את החשיבות הרבה בחקירת השאלה המוצגת במחקר זה והנושאת בחובה את המגבלות הללו.

מסקנות והמלצות

דווקא לאור ההשערה המדעית הרווחת שסביבה טראומטית, במיוחד מסוג 3 ו-4, קרי סביבה כאוטית בה לא ניתן לנבא את האירוע או כיצד להתגונן מפניו באופן יעיל, תביא לפגיעות חמורות בנפשם של מתבגרים, חשובים ביותר הממצאים שנמצאו במחקר זה המראים כי מתבגרי ירושלים אינם סובלים מפגיעה נפשית חמורה יותר מזו של חבריהם בערים אחרות. כמו כן העובדה שהם לא מייחסים סימפטומים נפשיים או צמיחה לסביבה הטראומטית בה גדלו מחזקת את ההנחה שהטראומה לא הייתה מכריעה בחייהם. זאת ועוד, הממצאים הכמעט מובהקים של רמות דיכאון נמוכות יותר אצלם מחזקים את המסקנה המתבקשת ממחקר זה שמתבגרי ירושלים, על אף הסביבה הקשה בה גדלו, הן מבחינת יכולת הניבוי והן מבחינת אורך הזמן, לא נפגעו נפשית.

נראה כי התיאוריות הפסיכולוגיות והרפואיות מרבות לשער ולחפש נזקים כבדים לנפשם של בני האדם, ועוד יותר לנפשם של ילדים ומתבגרים, כתוצאה מסביבות טראומטיות שונות. אך ייתכן כי בני האדם, גם הצעירים שבהם, חסונים יותר ממה שהם חושבים, בדומה לנאמר עפ"י גישת החוסן. אמנם מחקר זה לא בדק השפעות לטווח קצר אך גם אם אלו היו ונעלמו, העובדה כי בטווח הארוך לא נותרו השפעות שליליות על מתבגרים שגדלו בסביבה כאוטית היא חשובה מעין כמותה.

לאור ההבדלים שנמצאו בייחוס השפעות הטראומה לאירועי הטראומה עצמם בין הקבוצות והמאפיינים השונים ראוי לשקול את היתרונות והחסרונות של ייחוס צמיחה וסימפטומים פוסט-טראומטיים לטראומה. פרוטוקולי טיפול שונים ב-PTSD מדגישים את חשיבות ההכרה בטראומה על ההתמודדות עימה ועל הטיפול בהשפעותיה השליליות ועל כן הממצאים שנמצאו במחקר זה יכולים להועיל בהתמודדות הראשונית עם הטראומה ובעזרה לבני נוער להכיר בהשפעת הטראומה על חייהם. ניתן לראות, למשל, כי התייחסות ההורים לטראומה עוזרת בהגדרתה ותחימתה ובכך מסייעת למתבגר להגדיר אותה, לעצמו, כ'אחראית' על התמורה שחלה בחייו. הגדרה והבנה זו יכולה להועיל למתבגר בבואו להתמודד עם ההשפעות והתמורות הללו, בין אם במסגרת טיפול או במסגרת התמודדות האישית עם הטראומה שעבר.

עם זאת, יש לציין כי ממצאי מחקר זה גם מדגישים את החשיבות שבהמשך שגרת חיים לנוכח סביבת חיים טראומטית. הורי המתבגרים בירושלים השכילו לאפשר את המשך שגרת החיים של ילדיהם, יותר מהורים באזורים אחרים, ובכך נראה כי הפחיתו את השפעת הסביבה הטראומטית על המתבגרים ואלו לא נפגעו באותה מידה, וייתכן אף שפחות מחבריהם, מהסביבה בה חיו.

בצורה דומה ההבנה כי מאפיינים שונים של סביבות טראומטיות והמידה בה הן מאפשרות 'תחילה' טבעית של הטראומה יכולה לתרום להתמודדות של אנשי המקצוע בבואם לטפל ולעזור לאוכלוסייה הנבדקת. בסביבות בהן הטראומה כרונית וכאוטית ייתכן שיש לשים דגש מיוחד על ההכרה

וההבנה כי הטראומה שנחווית לאורך זמן איננה חלק נורמלי מהחיים ולעזור לאוכלוסיה לתחום את הטראומה ולהכיר בהשפעותיה עליה.

המלצות למחקר המשך

מחקר זה קורא למחקרי המשך רבים אשר יעזרו לשפוך אור על ההשפעות של סביבות טראומטיות על אוכלוסייה שלמה אשר סובלת מתת-מחקר – אוכלוסיית האנשים אשר לא נפגעים באופן ישיר מהטראומות הסובבות אותן.

כפי שצויין לעיל התוצאות במחקר זה ראשוניות בלבד ויש צורך בחזרה עליהן ובחקירה מדוקדקת יותר של המאפיינים השונים על מנת לבחון את מהימנותם ואת הממצא כי אכן מתבגרים בסביבה כאוטית כרונית לא נפגעו יותר ממתבגרים בסביבה אקוטית ברת ניבוי, וייתכן אף שפחות מהם.

באופן דומה ראוי לחקור כל תת-אוכלוסיה שנחקרה במחקר זה על מנת לאפשר השוואה טובה יותר, מבחינה סטטיסטית, ואשר תעזור לשפוך אור על ההשפעות השונות של סביבות טראומטיות בעלות מאפיינים שונים. מחקר כזה יכול, לדוגמא, לחקור את ההשפעה של הסביבה הטראומטית כאוטית כרונית ששררה בירושלים בימי האינתיפאדה השנייה על אוכלוסיות בעלות מידות חשיפה שונות או להתמקד בנבדקים אשר גדלו להורים עם דפוס התנהגות שונה ולהשוות אוכלוסיות אלו אחת לשניה במקום להשוות אותן לאוכלוסיות אשר חוו סביבות טראומטיות עם מאפיינים שונים, השוואה הנושאת בחובה, לעיתים, בעייתיות כמו זו שבאה לידי ביטוי במחקר זה.

1. אלירם, י. (1996). משטרה וחברה : מבוא למדעי המשטרה. ירושלים : מולטיפרס.
2. ארליך, י., גרינבאום, צ.ז., & טוביאנה, י. (1994). חשיפה ללחץ מתמשך והבדלים בין המינים בתגובות ילדים על מלחמת המפרץ. פסיכולוגיה, ד', תשנ"ד, 123-133.
3. ינאי, א., בר-דוד, א., & שייט, ק. (2004). תחושת הביטחון האישי של תושבי שכונות בירושלים. חברה ורווחה, כ"ד, 2; 201-218.
4. מנחם, מ. (2010) טראומה מורכבת בילדים בעקבות מלחמה וטרור – אבחנה וטיפול, בפרסום.
5. נוטמן-שורץ, א. (2009). חיים בצל טילי קסאם. דורות, יוני 2009, 26-29.
6. נריה, י. (1994). החיים בצל המלחמה – היבטים פסיכולוגיים. מכון דיוויד ליהסטים בינלאומיים, האוניברסיטה העברית.
7. Avital, A., & Richter-Levin, G. (2004). Exposure to juvenile stress exacerbates the behavioral consequences of exposure to stress in the adult rat. *International journal of neuropsychopharmacology*, 8, 163-173.
8. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Vol 1, Issue: US, Prentice-Hall, Publisher: Prentice-Hall.
9. Beck, A.T., Steer, R. A., & Brown, G.K. (1996). Beck Depression Inventory Manual (2nd ed.). San Antonio. TX: *Psychological corporation*.
10. Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., daCosta, G.A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 15, 537-556.
11. Berk, A. (1992). PTSD and type III environment. Ph.D. Dissertation. *Union institute of graduate studies*, Cincinnati, OH, USA.
12. Berkowitz, L. (1993). *Aggression: It's causes, consequences and control*. McGraw-Hill, New York.
13. Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among nationally representative sample in Israel. *The journal of the American medical association*, 290, 612-620.
14. Bodman, F. (1941). War conditions and the mental health of the child. *BMJ*, 2, 486-488.
15. Brown. A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological bulletin*, 99, 66-77.
16. Casella, L., & Motta, R.W. (1990). Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Psychological reports*, 67, 595-605.
17. Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41. 1489-1496.

18. Curle, C.E., & Williams, C. (1996). Post-traumatic stress reactions in children: gender differences in the incidence of trauma reactions at two years and examination of factors influencing adjustment. *Br J Clin Psychol*, 35;2, 297-309.
19. Dozois, J.A., Dobson, K.S., & Ahnberg, J.L. (1998). A Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10;2, 83-89.
20. Fletcher, K.E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. In Mash, E.J., & Barkley, R.A. (Eds.). *Child psychopathology*, 2nd ed. New York, NY: Guilford Press, 330-371.
21. Garmezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute stress reactions. In Rutter, M., & Hersov, L. (Eds.). *child and adolescent psychiatry: modern approaches*, Oxford, UK: Blackwell, 147-183.
22. Giaconia, R.A., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K., & Cohen E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 1369-1680.
23. Gil-Rivas, V., Silver, R.C., Holman, E.A., McIntosh, D.N., & Poulin, M. (2007). Parental response and adolescent adjustment to the September 11, 2001 terrorist attacks. *J Trauma Stress*, 20, 1063-1068.
24. Goodman, L.A., (1961). Snowball Sampling. *Annals of mathematical statistics*, 32;1, 148-170.
25. Green, B.L., Korol, M., Grace, M.C., Vary, M.G., Leonard, A.C., Gleser, G.C., & Smitson-Cohen, S. (1991). Children and Disaster: Age, Gender, and Parental Effects on PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30;6, 945-951.
26. Heather, A.T., & Butler, M.J. (2003), direct and indirect effects of childhood adversity on depressive symptoms in young adults. *Journal of youth and adolescence*, 32;2, 89-103.
27. Henrich, C.C., & Shahar, G. (2008). Social Support Buffers the Effects of Terrorism on Adolescent Depression: Findings From Sderot, Israel. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47;9, 1073-1076.
28. Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41;3, 209-218.
29. Irwin, H.J. (1994). Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of nervous and mental disease*, 162, 456-460.
30. Irwin, H.J. (1996). Traumatic childhood events, perceived availability of emotional support, and the development of dissociative tendencies. *Child abuse & neglect*, 29;8, 701-707.
31. Kabacoff, R.I., Segal, D.L., Hersen, M., & Van Hasselt, V.B. (1997). Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck anxiety inventory and the state-trait anxiety

- inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 11;1. 33-47.
32. Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M., Blazer, D.G., & Nelson C.B. (1993). Sex and depression in the national comorbidity survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of affective disorders*, 29. 85-96.
 33. Kiser, L.J., Heston, J., Millsap, P.A., & Pruitt, D.B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: relationship with post-traumatic stress disorder. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 30, 776-783.
 34. Ladd, G.W., & Cairns, E. (1996). Introduction--Children: Ethnic and Political Violence. *Child development*, 67;1, 14-18.
 35. Landau, S. F., Gvirsman, S. D., Huesmann, L.R., Dubow, E.F., Boxer, P., Ginges, J., & Shikaki, K. (2010). The effects of exposure to violence on aggressive behavior: The case of Arab and Jewish children in Israel. In: Osterman, K, editor. *Indirect and direct aggression*. Frankfurt Main. 323-343.
 36. Lauterbach, D., & Vrana, S. (2001). The relationship among personality variables, exposure to traumatic events, and severity of posttraumatic stress symptoms. *Journal of traumatic stress*, 14;1, 29-45.
 37. Lonigan, C.J., Shannon, M.P., Finch, A.J., Daugherty, T.K., & Taylor, C.M. (1991). Children's reactions to a natural disaster: symptom severity and degree of exposure. *Adv Behav Res Ther*, 13, 135-154.
 38. Martinez, P., Richters, J.E. (1993). The NIMH community violence projects. *Psychiatry*, 56, 22-35.
 39. Ng-Mak, D.S., Salzinger, S., Feldman, R.S., & Stueve, A.C. (2004). Pathologic adaptation to community violence among inner-city youth. *American journal of orthopsychiatry*, 74;2, 196-208.
 40. Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender differences in depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 77, 5, 1061-1072.
 41. Osofsky, J.D. (2004). Community outreach for children exposed to violence. *Infant mental health journal*, 25, 478-487.
 42. Otto, M. W., Henin, A., Hirshfeld-Becker, D. R., Pollack, M. H., Biederman, J., & Rosnebaum, J. F. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms following media exposure to tragic events: Impact of 9/11 on children at risk for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 21, 888-902.
 43. Punamaki, R.L. (1987) psychological stress responses of palestinian mothers and their children in conditions of military occupation and political violence. *Q newsletter lab comp human cognition*, 9, 76-84.

44. Pynoos, R.S., Fredrick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F., & Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry*, 44(12), 1057-1063.
45. Sack, W.H., Clarke, G.N., & Seeley, J. (1996). Multiple forms of stress in Cambodian adolescent refugees. *Child development*, 67;1, 107-116.
46. Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordanm B.K., Rourke, K.M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J.M., Fairbank, J.A., & Kulka, R.A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA*, 7;288(5), 581-588.
47. Shaw, J.A. (2003). Children exposed to war/terrorism. *Clinical child and family psychiligy review*, 6;4, 237-246.
48. Singer, M.L., Miller, D.B., Guo, S., Flannery, D.J., Frierson, T., & Slovak, K. (1999). Contributors to violent behavior among elementary and middle school students. *Pediatrics*, 104, 878-884.
49. Solomon Even-Chen, M., & Itzhaky, H. (2007). Exposure to terrorism and violent behavior among adolescents in Israel. *Journal of community psychology*, 35;1, 43-55.
50. Spielberger, C. D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. *Corsini Encyclopedia of Psychology*. 1.
51. Srour, R.W. (2005). Children living under a multi-traumatic environment: the Palestinian case. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 42;2, 88-95.
52. Stein, B. S., Walker, J.R., & Forde, D.R. (2000). Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behavior research and therapy*, 38, 619-628.
53. Steward, J.M. (2009). Effects of trauma intensity on posttraumatic growth: depression, social support, coping and gender. IN PRESS.
54. Sundin, E.C., & Horowitz, M.J. (2002). Impact of event scale: psychometric properties. *British journal of psychiatry*, 180, 205-209.
55. Suomalainen, L., Haravuori, H., Berg, N., Kiviruusu, O., & Marttunen, M. (2010). A controlled follow-up study of adolescents exposed to a school shooting – psychological consequences after four months. *European psychiatry*.
56. Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9;3, 455-471.
57. Teichman, Y., & Malinek, H. (1979). State-trait anxiety questionnaire, translation and modification to Hebrew. *Tel Aviv, Israel: Department of Psychology*, Tel Aviv University.
58. Terr, L.C. (1983). Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *Am J Psychiatry*, 140, 1543-1550.

59. Terr, L.M. (1991). Childhood traumas: an outline and overview, *American journal of psychiatry*, 48, 10-20.
60. Thabet, A.M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2002). Emotional problems in palestinian children living in a war zone: a cross sectional study. *Lancet*, 359, 1801-1804.
61. Turner, R.J., & Lloyd, D.A. (1995). Lifetime traumas and mental health: the significance of cumulative adversity. *Journal of health and social behavior*, 36;4, 360-376.
62. Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D., & O'Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: predictors of post traumatic stress disorder. *J Child Psychol Psychiat*, 41;8, 969-979.
63. Vogel, J.M., & Vernberg, E.M. (1993). Psychological responses of children to natural and human-made disasters: I. children's psychological responses to disasters. *Journal of clinical child psychology*, 22;4, 464-484.
64. Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The impact of event scale revised. Wilson T., & Keane, J. (Eds.), *Assesing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford.
65. Wilson, J.P.(1994). The need for an integrative theory of post-traumatic stress disorder. In Williamd, M.B., & Sommer, J.F., Jr. (Eds.). *Handbook of post-traumatic therapy*. Westport, CT: Greenwood.
66. Yagur, A., Grinshpoon, A., & Ponizovsky, A. (2002). Primary care clinic attenders under war stress. *Isr Med Asso J*, 4, 568-572.
67. Zimering, R., Gulliver, S.B., Knight, J., Munroe, J., & Keane, T.M. (2006). Posttraumatic stress disorder in disaster relief workers following direct and indirect trauma exposure to ground zero. *Journal of traumatic stress*, 19;4, 553-557.
68. Ziv, A., & Israeli, R. (1973). Effects of bombardment on the manifest anxiety level of children living in kibbutzim. *Journal of counseling and clinical psychology*, 40, 287-291.
69. Zuckerman-Bareli, C. (1982). Effects of border tension on the adjustment of Kibbutzim and Moshavim on the northern border of Israel. In Spielberger, C.D., & Milgram, N.A. (Eds), *stress and anxiety*, New York: Hemisphere, (vol, 8), 81-91.

נספח מספר 1 – כתב הסכמה

המחקר שבו תשתתף/י עוסק בהשפעות ארוכות טווח של ההתבגרות בישראל. במסגרת המחקר תתבקש/י למלא מספר שאלונים. משך מילוי השאלונים הוא כ-30 דקות. הנתונים ישמרו כך שזהות הנבדקים תישאר אנונימית לחלוטין.

אם מאיזו סיבה שהיא תרצה/י להפסיק את השתתפותך בניסוי את/ה רשאי/ת לעשות זאת בכל שלב.

הנני מאשר/ת שהסכמתי להשתתף במחקר המתואר :

שם	תאריך	חתימה
_____	_____	_____

נספח מספר 2 – שאלון פרטים אישיים

אנא השב/י על מספר שאלות בקשר לעצמך:

מין: זכר / נקבה שנת לידה: _____

מצב משפחתי: רווק/ה / נשוי/אה / גרוש/ה / אלמן/ה

השכלה: יסודית / תיכונית / תואר ראשון / תואר שני / תואר שלישי

מקום מגורים כיום: _____

מקום מגורים בגילאים 10-18 (אנא פרטי את כל המקומות בהם גרת ואת הגילאים בהם גרת שם):

האם היית נוכח/ת באירוע טרור? כן / לא

האם נפגעת כתוצאה מאירוע טרור? כן / לא

האם קרוב משפחה מדרגה ראשונה או מכר קרוב מאוד שלך נכח באירוע טרור? כן / לא

האם קרוב משפחה מדרגה ראשונה או מכר קרוב מאוד שלך נפגע כתוצאה מאירוע טרור? כן / לא

האם נכחת במהלך חייד באירוע שסיכן את חייד או שנחווה כמסכן את חייד? כן / לא

אם כן – אנא פרט: _____

איזו מהאפשרויות הבאות מתארת טוב יותר את התנהגות הוריד, בחוייתך, בעת תקופת מעשי האיבה

שהיו באזור מגוריד (פיגועי טרור, נפילות טילים וכו'):

א. הוריי הגבילו את צעדי פעמים רבות מדי.

ב. הורי עודדו אותי להמשיך בשגרת חיי הרגילה.

ג. לא היו מעשי איבה באזור מגוריי.

אנא השב/י על מספר שאלות בקשר להורייך, אנא התייחס/י לתקופה בה היית בגיל ההתבגרות:

מידת הדתיות של משפחתך: חילונים / מסורתיים / דתיים / חרדים

ארץ לידת האם: _____ עיסוק האם: _____

השכלת האם: יסודית / תיכונית / תואר ראשון / תואר שני / תואר שלישי

ארץ לידת האב: _____ עיסוק האב: _____

השכלת האב: יסודית / תיכונית / תואר ראשון / תואר שני / תואר שלישי

נספח מספר 3 – שאלון IES-R בעברית

אנא התייחס/התייחסי למעשי האיבה שאירעו כאשר היית בגיל ההתבגרות בעיר מגוריך (לקבוצת הביקורת – לאירוע הטראומטי ביותר שעבר עליך במהלך גיל ההתבגרות). ציין/י עבור ההצהרות הבאות את המידה בהן ההצהרה נכונה לגבי החיים שלך, **כיום**, בהתאם לסולם הציונים הבא:

במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	כלל לא	
4	3	2	1	0	
1. כל דבר מעלה בי מחשבות על האירוע	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
2. היה לי קושי לישון ברציפות	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
3. כל מיני דברים גורמים לי לחשוב על האירוע	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
4. הרגשתי עצבנית/וכועס/ת	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
5. לא נתתי לעצמי להתרגש כשחשבתי על האירוע	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
6. חשבתי על האירוע גם כשלא התכוונתי לכך	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
7. הרגשתי כאילו האירוע לא קרה באמת	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
8. התרחקתי מדברים שיכולים להזכיר לי את האירוע	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
9. תמונות מהאירוע חוזרות אליי	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
10. רעשים בלתי צפויים מקפיצים אותי	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
11. אני משתדל/ת שלא לחשוב על האירוע	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
12. אני יודע/ת שיש לי הרבה רגשות לגבי האירוע אבל אני לא מתעסק/ת בהם	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
13. רגשותיי כלפי האירוע עמומים ומטושטשים	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
14. מצאתי את עצמי מתנהג/ת או מרגיש/ה כאילו אני בתוך האירוע	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
15. קשה לי להירדם	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
16. תקפו אותי רגשות חזקים בקשר לאירוע	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
17. השתדלתי לשכוח את האירוע	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
18. קשה לי להתרכז	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
19. דברים שהזכירו לי את האירוע גרמו לי לתגובות גופניות, כגון : הזעה, קשיי נשימה, בחילה או דפיקות לב.	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
20. היו לי חלומות על האירוע	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
21. הרגשתי דרוך/ה ועל המשמר	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4
22. השתדלתי לא לדבר על האירוע	0	1	2	3	4
עד כמה את/ה מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות	0	1	2	3	4

נספח מספר 4 – שאלון PTGI בעברית

אנא התייחס/התייחסי למעשי האיבה שאירעו כאשר היית בגיל ההתבגרות בעיר מגוריך (לקבוצת הביקורת – לאירוע הטראומטי ביותר שעבר עליך במהלך גיל ההתבגרות). ציין/י עבור ההצהרות הבאות את המידה בהן השינוי המשתקף בהצהרה נכון לגבי החיים שלך, כיום, בהתאם לסולם הציונים הבא:

	במידה רבה מאוד					במידה רבה					במידה בינונית					במידה מועטה					כלל לא				
	4					3					2					1					0				
1.	שיניתי את סדרי העדיפויות שלי לגבי מה חשוב בחיים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
2.	יש לי הערכה גדולה יותר לערך של חיי					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
3.	פיתחתי תחומי עניין חדשים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
4.	אני מרגיש/ה שאני יכול/ה יותר לסמוך על עצמי					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
5.	יש לי הבנה טובה יותר של נושאים רוחניים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
6.	אני יכול/ה לראות באופן ברור יותר שאני יכול/ה לסמוך על אחרים בזמנים קשים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
7.	הצבתי לעצמי נתיב חדש בחיים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
8.	יש לי תחושת קרבה גדולה יותר לאחרים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
9.	אני יותר מוכן/ה לבטא את רגשותיי					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
10.	אני יודע/ת טוב יותר שאני יכול/ה להתמודד עם קשיים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
11.	אני יכול/ה לעשות דברים טובים יותר עם החיים שלי					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
12.	אני מסוגל/ת לקבל טוב יותר את האופן בו דברים מסתדרים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
13.	אני יכול/ה יותר להעריך כל יום					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
14.	נפתחו בפני אפשרויות חדשות שלא היו זמינות קודם לכן					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
15.	יש בי יותר חמלה כלפי אחרים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
16.	אני משקיע/ה יותר מאמץ במערכות היחסים שלי					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
17.	יש יותר סבירות שאשנה דברים שדורשים שינוי					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
18.	יש לי אמונה חזקה יותר					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
19.	גיליתי שאני חזק/ה יותר משחשבתי					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
20.	גיליתי עד כמה אנשים נפלאים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				
21.	אני יכול/ה יותר לקבל את הצורך שלי באחרים					עד כמה אתה/מייחס/ת זאת למעשי האיבה או האירוע הטראומטי שחוויית בגיל ההתבגרות					0					0					0				

נספח מספר 5 – שאלון BDI בעברית

שאלון זה מורכב מ-21 קבוצות של היגדים. אנא קרא/י כל קבוצת היגדים בעיון. לגבי כל קבוצת היגדים, אנא סמני/ את ההיגד האחד בכל קבוצה שמשקף באופן הטוב ביותר את הרגשתך **במהלך השבועיים האחרונים – כולל היום**.

במידה וקיימים שני היגדים באותה קבוצה הנשמעים לך מתאימים ביותר, סמני/ את זה שמספרו גבוה יותר מבין השניים. שימני/ לב שלא לסמן יותר מהיגד אחד עבור כל קבוצה, גם לא עבור פריטים 16 (שינויים בדפוסי שינה) ו-18 (שינויים בתאבון).

1. עצבות

- (0) אינני מרגישה/עצוב/ה
- (1) אני מרגישה/עצוב/ה רוב הזמן
- (2) אני עצוב/ה כל הזמן
- (3) אני כל-כך עצוב/ה או לא שמח/ה עד שאינני מסוגלת/לסבול זאת

2. פסימיות

- (0) אינני מיואש/ת בנוגע לעתיד שלי
- (1) אני יותר מיואש/ת בנוגע לעתיד שלי מאשר הייתי בעבר
- (2) אני לא מצפה שעניינים יסתדרו בשבילי
- (3) אני מרגישה/ה שהעתיד שלי נטול תקווה ושדברים רק ילכו ויחמירו

3. כישלונות עבר

- (0) אינני מרגישה/ה ככישלון
- (1) נכשלתי יותר ממה שהייתי צריכה/ה להיכשל
- (2) כאשר אני מסתכלת/אחורנית על חיי, אני רואה כישלונות רבים
- (3) אני חושבת/ת שאני כישלון חרוץ כבן-אדם

4. אובדן הנאה

- (0) אני מקבלת/סיפוק מהדברים שמהנים אותי באותה המידה שהם סיפקו אותי בעבר
- (1) אינני נהנה/ית מדברים כפי שנהניתי מהם בעבר
- (2) אני חשה/ה מעט מאוד סיפוק מהדברים שסיפקו לי הנאה בעבר
- (3) אני לא מצליח/ה לחוש סיפוק מהדברים שסיפקו לי הנאה בעבר

5. רגשות אשם

- (0) אין לי רגשות אשם מיוחדים
- (1) אני מרגישה/ה אשמה/ה על דברים רבים שעשיתי או הייתי צריכה/ה לעשות
- (2) אני מרגישה/ה רגשות אשם רוב הזמן
- (3) אני מרגישה/ה רגשות אשם כל הזמן

6. תחושות של ענישה

- (0) אני לא מרגיש/ה שמענישים אותי
- (1) אני מרגיש/ה שיכול להיות שמענישים אותי
- (2) אני מצפה שאענש
- (3) אני מרגיש/ה שמענישים אותי

7. חוסר בחיבה עצמית

- (0) אני מרגיש/ה כלפי עצמי אותו הדבר כמו שחשתי בעבר
- (1) אבד לי האמון בעצמי
- (2) אני מאוכזב/ת מעצמי
- (3) אינני מחבב את עצמי

8. ביקורת עצמית

- (0) אני לא מבקר/ת את עצמי או מאשימ/ה את עצמי יותר מן הרגיל
- (1) אני יותר ביקורתי/ת כלפי עצמי מאשר הייתי בעבר
- (2) אני מותח/ת ביקורת על עצמי לגבי כל מגרעותיי וטעויותיי
- (3) אני מאשימ/ה את עצמי בכל דבר רע שקורה

9. מחשבות או משאלות אובדניות

- (0) אין לי שום מחשבות להרוג את עצמי
- (1) יש לי מחשבות להרוג את עצמי, אך אף פעם לא אוציא אותן לפועל
- (2) הייתי רוצה להרוג את עצמי
- (3) הייתי הורג/ת את עצמי אם הייתה לי הזדמנות

10. בכי

- (0) אינני בוכה כעת יותר משהייתי בוכה בעבר
- (1) אני בוכה יותר מאשר הייתי בוכה בעבר
- (2) אני בוכה בגלל כל דבר קטן
- (3) אני מרגיש/ה צורך לבכות, אבל לא יכול/ה

11. עצבנות

- (0) אני לא חסר/ת מנוחה או מתוח/ה יותר מאשר בדרך-כלל
- (1) אני מרגיש/ה חסר/ת מנוחה או מתוח/ה יותר מאשר בדרך-כלל
- (2) אני כ"כ חסר/ת מנוחה או עצבני/ת שקשה לי לעמוד בשקט
- (3) אני כ"כ חסר/ת מנוחה או עצבני/ת שאני חייב/ת להיות בתזוזה או לעשות משהו

12. אובדן עניין

- (0) לא איבדתי עניין באנשים אחרים או בפעילויות
- (1) אני מתעניינת/אני מתעניין באנשים אחרים או בדברים פחות מאשר בעבר
- (2) איבדתי את רוב העניין שלי באנשים אחרים או בדברים
- (3) קשה לי להתעניין במשהו

13. חוסר החלטיות

- (0) אני מבצעת/אני מבצע את החלטות באותה הקלות, פחות או יותר, כמו בעבר
- (1) אני מוצאת/אני מוצא שקשה לי לקבל החלטות יותר מאשר בד"כ
- (2) יש לי קושי גדול בהרבה בביצוע החלטות מאשר בעבר
- (3) אני מתקשה לקבל החלטות כלשהן

14. תחושה של חוסר ערך

- (0) אני לא מרגישה שאני לא שווה כלום
- (1) אני לא מחשיבה/אני לא מחשב את עצמי כבעלת/ערך וחיוניות כמו בעבר
- (2) אני מרגישה יותר חסרת/ערך בהשוואה לאנשים אחרים
- (3) אני מרגישה חסרת/ערך לחלוטין

15. אובדן אנרגיה

- (0) יש לי אנרגיה כמו בעבר
- (1) יש לי פחות אנרגיה מאשר בעבר
- (2) אין לי מספיק אנרגיה בשביל לעשות הרבה דברים
- (3) אין לי מספיק אנרגיה לכלום

16. שינויים בדפוסי השינה

- (0) לא חוויתי שום שינוי בדפוס השינה שלי
- (1) א. אני ישנה/מעט יותר מהרגיל
ב. אני ישנה/מעט פחות מהרגיל
- (2) א. אני ישנה/הרבה יותר מהרגיל
ב. אני ישנה/הרבה פחות מהרגיל
- (3) א. אני ישנה/רוב היום
ב. אני מתעוררת/שעה-שעתיים מוקדם יותר ומתקשה לחזור לישון

17. נטייה לעצבנות

- (0) אני לא נוטה להתרגז יותר מבד"כ
- (1) אני יותר נוטה להתרגז מבד"כ
- (2) אני נוטה להתרגז הרבה יותר מבעבר
- (3) יש לי נטייה מתמדת להתרגז

18. שינויים בתיאבון

- (0) לא חוויתי שום שינוי בתיאבון שלי
- (1) א. התיאבון שלי פחות במידת מה ביחס לבד"כ
ב. התיאבון שלי מוגבר במידת מה ביחס לבד"כ
- (2) א. התיאבון שלי פחות בהרבה מבעבר
ב. התיאבון שלי מוגבר בהרבה ביחס לעבר
- (3) א. אין לי תיאבון כלל יותר
ב. יש לי צורך לאכול כל הזמן

19. קשיים בריכוז

- (0) אני יכול/ה להתרכז באותה מידה כמו בעבר
- (1) אני לא יכול/ה להתרכז כמו שאני יכול/ה בד"כ
- (2) אני מתקשה להתמקד בדבר אחד לזמן רב
- (3) אני מוצא/ת שאני לא מסוגל/ת להתרכז בכלום

20. עייפות או תשישות

- (0) אני לא עייף/ה או תשוש/ה יותר מן הרגיל
- (1) אני נהייה/ת עייף/ה או תשוש/ה בקלות יותר מאשר בעבר
- (2) אני עייף/ה או תשוש/ה מדי מכדי לעשות רבים מהדברים שנהגתי לעשות
- (3) אני עייף/ה או תשוש/ה מדי מכדי לעשות את רוב מהדברים שנהגתי לעשות

21. אובדן העניין במין

- (0) לא הבחנתי בשינוי שחל לאחרונה בעניין שלי במין
- (1) אני פחות מתעניין/ת במין מאשר הייתי בעבר
- (2) אני הרבה פחות מתעניין/ת במין כעת
- (3) איבדתי עניין במין לחלוטין

נספח מספר 6 – טבלאות וגרפים

טבלה 5: מאפייני רקע של כלל הדגימה – שכיחויות ואחוזים

מאפיין		שכיחות	אחוזים
מין	זכר	47	40.9%
	נקבה	68	59.1%
מצב משפחתי	רווק	97	84.3%
	נשוי	18	15.7%
השכלה	יסודית	1	0.9%
	תיכונית	40	34.8%
	תואר ראשון	62	53.9%
	תואר שני	12	10.4%
דתיות משפחתך	חילונים	77	67.0%
	מסורתיים	25	21.7%
	דתיים	13	11.3%
ארץ לידת האם	ישראל	60	52.2%
	חבר העמים	20	17.4%
	אירופה וצפון אמריקה	19	16.5%
	אחר	16	13.9%
ארץ לידת האב	ישראל	59	51.3%
	חבר העמים	19	16.5%
	אירופה וצפון אמריקה	20	17.4%
	אחר	17	14.8%

טבלה 11: PTGI ביחס לקבוצת מחקר, התייחסות ההורים בעת האירוע וייחוס לאירוע

B	גורם
1.008 **	חותך
.69 **	צמיחה פוסט טראומטית המיוחסת לאירוע
.06	ירושלים
-.223	ערי הצפון
-.104	הורים הגבילו את צעדי פעמים רבות מדי
-.377	לא היו מעשי איבה באזור מגוריי

** p<1%, * p<5%, ^ p<10%

טבלה 12: IES-R ביחס לקבוצת מחקר, התייחסות ההורים בעת האירוע וייחוס לאירוע

B	גורם
.173 **	חותך
.826 **	מצוקה (הימנעות) המיוחסת לאירוע
-.002	ירושלים
.075	ערי הצפון
.01	הורים הגבילו את צעדי פעמים רבות מדי
-.119 ^	לא היו מעשי איבה באזור מגורי

** p<1%, * p<5%, ^ p<10%

טבלה 13: IES-R חודרנות ביחס לקבוצת מחקר, התייחסות ההורים בעת האירוע וייחוס לאירוע

B	גורם
.104 ^	חותך
.785 **	מצוקה (חודרנות) המיוחסת לאירוע
-.015	ירושלים
.031	ערי הצפון
.017	הורים הגבילו את צעדי פעמים רבות מדי
-.113	לא היו מעשי איבה באזור מגורי

** p<1%, * p<5%, ^ p<10%

טבלה 14: IES-R הימנעות ביחס לקבוצת מחקר, התייחסות ההורים בעת האירוע וייחוס לאירוע

B	גורם
.214 **	חותך
.783 **	מצוקה (הימנעות) המיוחסת לאירוע
-.015	ירושלים
.084	ערי הצפון
.031	הורים הגבילו את צעדי פעמים רבות מדי
-.119	לא היו מעשי איבה באזור מגוריי

** p<1% *, p<5% ^, p<10%

טבלה 15: IES-R עוררות ביחס לקבוצת מחקר, התייחסות ההורים בעת האירוע וייחוס לאירוע

B	גורם
.214 *	חותך
.978 **	מצוקה (הימנעות) המיוחסת לאירוע
.037	ירושלים
.102	ערי הצפון
-.040	הורים הגבילו את צעדי פעמים רבות מדי
-.098	לא היו מעשי איבה באזור מגוריי

** p<1% *, p<5% ^, p<10%

Abstract

The purpose of this study is to investigate the characteristics of the stressful traumatic environment in which the adolescent grew in and their effects on him several years later. The stress environment characteristics that were tested in this study are: the degree of predictability of the appearance and the duration of the traumatic events recurrence – a chronic traumatic environment was differentiated from an acute one. The research tested young adults (21-28) that previously lived in Jerusalem, defined in this study as a chronic chaotic traumatic environment; young adults (18-24) that lived in Northern cities, defined in this study as acute predictable traumatic environment and a control group consisting of young adults (18-28) that lived in cities that did not suffer from suicide bombings and rocket bombardments. Characteristics of depression, posttraumatic symptoms and characteristics of posttraumatic growth were examined to characterize the long-term effects of traumatic exposure to these environments.

Many studies have investigated the effects of different types of trauma exposure on populations with diverse characteristics. This work deals with long-term effects of trauma in a chaotic environment and predictable environment on adolescents, with reference to processes of strength and weakness as well as clinical and sub-clinical effects of exposure to traumatic events. The resilience approach claims that exposure to stress improves coping with future stress and the weakening approach claims that exposure to stress weakens the soul and makes it difficult to cope with future difficulties. Special emphasis is given to the age variable – the process that adolescents are going through in these traumatic situations and its' long-term effects. Very few findings refer to the long-term impact of indirect trauma in adolescence. Consequently, the study is aimed to compare long term effects on adolescents exposed to trauma in a chaotic environment and predictable environment in the face of adolescents who were not exposed to trauma by using BDI, PTGI and IES-R questioners.

The findings showed no significant differences in levels of depression or posttraumatic symptoms and growth among adolescents from the different environments but

showed differences in attribution of these characteristics to the traumas experienced by the subjects during their adolescent years: subjects who grew up in Jerusalem were less likely to attribute the changes that have occurred to them to the traumatic environment they experienced during adolescence compared to Northern cities subjects and subjects in the control group. Also, it was found that the correlation between reporting of posttraumatic symptoms and growth and their attribution to the trauma is lower in Jerusalem than in other groups. These findings suggest that the Jerusalemite adolescents were not hurt by the chaotic environment they grew in more than adolescents from northern cities and from 'safe' cities in Israel. Findings that were very close to the required confidence level also raise the option that Jerusalemite adolescents were even less hurt from their environment than the adolescents from other groups. It is recommended that future studies on the subject will continue to investigate the effects of various traumatic environments on adolescents exposed to them directly and indirectly.