

השלכות של מלחמה וטרור מתמשך על ילדים צעירים ועל אימהותיהם: שלוש קהילות תחת אש

רות פת-הורנצ'יק, מיכל אחיטוב, ליסה אסולין-פרץ,
חנה קמינר, נירה קפלנסקי, אורנית רוזנבלט ודני ברום

מאמר זה מתאר מחקר שבתן את השפעותיהם של מלחמה וטרור מתמשך על מצוקה פוסט-טראומטית של ילדים צעירים ואימהותיהם. במחקר השתתפו 285 אימהות לילדים (בני שנה עד 6) משלוש ערים בישראל: חיפה וקריית שמונה, שנחשפו בשנת 2006 למלחמת לבנון השנייה, ושדרות, החשופה לאיום טילים מתמשך משנת 2000 ועד לכתיבת המאמר. איתור המצוקה הפוסט-טראומטית נעשה באמצעות ראיונות קליניים ושאלוני דיווח עצמי לאימהות. הן נשאלו על רמת חשיפתן ועל תגובותיהן לאירועים וכן על השפעות האירועים על ילדיהן הצעירים. לפי דיווחי האימהות נמצא כי שיעור הילדים ממדגם שדרות

* פרופ' רות פת-הורנצ'יק, הרצוג, המרכז הישראלי לטיפול בפסיכטראומה ובית הספר לעבודה סוציאלית ורווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.
דואר אלקטרוני: mshoren@gmail.com
מיכל אחיטוב, הרצוג, המרכז הישראלי לטיפול בפסיכטראומה, ירושלים.
דואר אלקטרוני: achitmi@yahoo.com
ליסה אסולין-פרץ, הרצוג, המרכז הישראלי לטיפול בפסיכטראומה, ירושלים.
דואר אלקטרוני: lisaperetz@gmail.com
ד"ר חנה קמינר, התחנה לבריאות הילד והמשפחה, חיפה.
דואר אלקטרוני: hanna.kaminer@lbhaifa.health.gov.il
ד"ר נירה קפלנסקי, מרכז "משאבים", קריית שמונה.
דואר אלקטרוני: nira@kaplansky.com.ar
אורנית רוזנבלט, המרכז לטיפול פסיכולוגי "שער הנגב", שדרות.
דואר אלקטרוני: rozenblat2@bezeqint.net
פרופ' דני ברום, הרצוג, המרכז הישראלי לטיפול בפסיכטראומה ובית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

הסובלים ממצוקה פוסט-טראומטית גבוהה מזה של הילדים מן המדגמים בצפון הארץ: מן הילדים ממדגם שדרות, 45% אובחנו כסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית, לעומת 15% מן הילדים ממדגם חיפה ו-12% מן הילדים ממדגם קריית שמונה. תמונה דומה עלתה גם באשר לבעיות התנהגותיות ורגשיות אחרות אצל הילדים הצעירים. זאת ועוד, שיעור האימהות ממדגם שדרות הסובלות ממצוקה פוסט-טראומטית ומתסמינים דיכאוניים היה גבוה מזה של האימהות מן המדגם הצפוני: מן האימהות במדגם שדרות, 41% הוערכו כסובלות מהפרעה פוסט-טראומטית, ו-41% הוערכו כסובלות מתסמינים בינוניים עד חמורים של דיכאון. ממצאי המחקר תומכים בהשערת העומס המצטבר (allostatic load), שלפיה חשיפה חוזרת ונשנית ומתמשכת בהווה לאירועים טראומטיים גורמת להגברה ניכרת של מצוקה פוסט-טראומטית. הממצאים אף מורים על השלכות חמורות של חשיפה מתמשכת ורבת-שנים לטרור, המאפילות על ההשלכות של חשיפה למלחמה, הנמשכת זמן קצר.

מילות מפתח: חשיפה לטרור, מצוקה פוסט-טראומטית, מלחמות, השפעות של טרור מתמשך, ילדים צעירים, אימהות, לחץ פסיכולוגי, התקפות טילים, מלחמת לבנון השנייה

בחינת השפעותיה של החשיפה למלחמה ולטרור על מצוקה רגשית של ילדים זוכה לעניין גובר במחקר (Joshi & O'Donnell, 2003; Pine, Costello, & Masten, 2005; Sagi-Schwartz, 2008; Shaw, 2003; Wexler, Branski, & Kerem, 2006). שניעשו בהקשר של העימות הישראל-פלסטיני הציגו שיעורים גבוהים של מצוקה פוסט-טראומטית ופגיעה תפקודית בקרב ילדי בית ספר (Lavi & Solomon, 2005; Pat-Horenczyk, Abramovitz, et al., 2007; Pat-Horenczyk, Rabinowitz, Rice, & Tucker-Levin, 2009; Qouta, Punamaki, & Sarraj, 2003; Solomon & Lavi, 2005; Lev Wiesel, Al-Krenawi, & Sehmail, 2007; Slone & Shechner, 2009). עלייה בהתנהגות סיכון (Pat-Horenczyk et al., 2007b) ושימוש בחומרים ממכרים ובאלכוהול (Schiff, Zweig, Benbenishty, & Hasin, 2007). ההכרה שילדים צעירים פגיעים במיוחד לנוכח איומי המלחמה והטרור זכתה לתמיכה אמפירית בסדרה של מחקרים בקרב ילדי גן ישראלים ופלסטינים (Laor et al., 1997; Thabet, Abu Tawahina, El Sarraj, & Vostanis, 2007). סדרת המחקרים הבליטה את השפעתה המכרעת של מצוקת ההורים על מצוקת הילדים הצעירים (Laor, Wolmer, & Cohen, 2001; Pat-Horenczyk et al., 2012; Pat-Horenczyk et al., 2013; Pat-Horenczyk, Peled, et al., 2007; Thabet, Karim, & Vostanis, 2006). הישירה של החשיפה לטלוויזיה על הגברת המצוקה הפוסט-טראומטית בקרב פעוטות (Wang et al., 2006). נמצא כי חומרת האירועים הטראומטיים והשלב ההתפתחותי של

הילד הם מנבאים משמעותיים של מצוקה פוסט-טראומטית כרונית אצל ילדים. נוסף עליהם נמצא כי התמיכה המשפחתית במהלך הטראומה ולאחריה והפגיעה בשגרת החיים ובארגון החברתי והקהילתי אף הן משתנים מנבאים חזקים של תסמיני מצוקה רגשית (Yehuda & Hyman, 2005).

אף שהספרות העוסקת באלימות פוליטית ובהשפעותיה היא רחבה, לא מתוארת בה הבחנה ברורה בין מצבי מלחמה לבין מצבי טרור. מלחמה היא מצב מוגדר של לחימה והתקפות בין שני גופים, ואילו מהותו של טרור היא יצירת איום פסיכולוגי על אזרחים באמצעות התקפות בלתי צפויות. תחושות האיום וחוסר הוודאות משבשות וקוטעות לרוב את שגרת החיים ואת התנהלותה של חברה פתוחה. הטרור גורם לאנשים לחוש תחושות של פגיעות, חרדה, בלבול, אי-וודאות וחוסר אונים (Zimbardo, 2002).

כמו כן, בספרות העוסקת בהשפעה של מלחמה וטרור קשה למצוא נתונים על ההשפעה הדיפרנציאלית של הימשכות האיום בזמן, ובפרט נתוני השוואה בין איום תחום בזמן קצר (שבועות או חודשים) לבין איום הנפרש לאורך שנים, בלא צפי של סיום. שתי תאוריות חלופיות עשויות להציע הסברים להשפעות המתמשכות של מצבי דחק וההתמודדות עמם על המצוקה הנחווית של היחיד: תאוריית ההסתגלות (habituation) מצד אחד, ותאוריית העומס האלוסטטי (allostatic load), להלן העומס המצטבר) מן הצד האחר.

עומס מצטבר לעומת מצבי דחק זמניים

מחקרים רבים מספקים עדות ליכולת ההסתגלות של אנשים למצבים חדשים, שונים וקיצוניים (Ariely, 2010; Frederick & Loewenstein, 1999). אנשים רבים אמנם טועים לחשוב כי שינוי דרמטי בחייהם, לטובה או לרעה, יהפוך את חייהם לבלתי נסבלים או לחלופין למאושרים מאוד, אך המחקר בתחום מצביע על תמונה שונה למדי (Eastwick, 1998; Finkel, Krishnamurti, & Loewenstein, 2008; Schkade & Kahneman, 1998). מחקר קלאסי משווה שבחן רמות אושר בקרב שלוש קבוצות של משתתפים – זוכי לוטו, נפגעי תאונות דרכים המשותקים מן המותניים ומטה וקבוצת ביקורת – הראה שכשנה בלבד לאחר הזכייה בלוטו, או להבדיל לאחר תאונת הדרכים, שתי קבוצות הניסוי דיווחו על רמות אושר קרובות למדי לזו של קבוצת הביקורת (Brickman, Coates, & Janoff-Bulman, 1978). סביר להניח כי זמן קצר לאחר הזכייה או התאונה התחולל שינוי דרמטי בחווייתם של המשתתפים, אך לאחר זמן-מה, בתהליך של הסתגלות חווייתית (Frederick & Loewenstein, 1999), חוויה זו נטמעה והתייצבה בחוויית השגרה הקודמת. יש לציין כי המחקר המדובר ודומיו בחנו את רמת האושר הנתפסת (בעקבות שינויים קיצוניים בחיים), ולא את הרמה המוערכת של המצוקה הסובייקטיבית. הסבר דומה של הביטואציה (habituation), להלן התרגלות) הוצע גם להבנת התופעה של הפחתה ברמת המצוקה הפוסט-טראומטית בעקבות חשיפה מתמשכת לאירועים בעלי פוטנציאל טראומטי (Bleich, Gelkopf, & Solomon, 2003; Solomon, 1995).

מנגד, עומס מצטבר (McEwen, 1998) (allostatic load) הוא מונח המבטא את המחיר הפיזיולוגי המצטבר שהגוף משלם בגין שמירה על "פיזיולוגיית חירום" לאורך זמן. לפי השערת העומס המצטבר, חשיפה מתמשכת או חוזרת ונשנית לאירועים טראומטיים משפיעה לרעה על מנגנונים הורמונליים ועצביים ומובילה להפרעות בוויסות (disregulation) של המערכות השונות, האחראיות להתאמה לסביבה ולשימור היציבות הפנימית (homeostasis). במישור הפיזיולוגי, חשיפה חוזרת ונשנית לאירועי דחק מביאה להפעלה תכופה של מערכת העצבים הסימפתטית, האחראית לתגובות מהירות של הגוף במצבי לחץ, ולאיינהיביציה (עיכוב הפעילות) של המערכת הפְּרָה־סימפתטית, האחראית להרגעה כאשר הגוף נמצא במנוחה. בעקבות כך נפגעת היכולת לבצע שינויים מהירים בהתאם לאירועים בסביבה, בייחוד במצב של חשיפה מתמשכת לטראומה.

מושג זה הושאל בשנים האחרונות גם לתיאור ההשפעה ההתנהגותית־נפשית של חשיפה מתמשכת או חוזרת ונשנית לאירועים טראומטיים. תפיסה זו מצויה בהתאמה למושג דומה – "אופנות הישרדותית" (survival mode) – שהוטבע כבר בשנת 1988 (Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson, & Twentyman, 1988) לתיאור תופעות של התנהגויות הישרדותיות (כגון דריכות, תגובתיות יתר או הימנעות) של לוחמים שפיתחו תסמונת פוסט־טראומטית. האופנות ההישרדותית היא הסתגלותית והיא קריטית להצלחת ההתמודדות בשעת חירום, אולם היא הופכת ללא הסתגלותית, ואף לפתולוגית, עם הימשכותה לאחר תום מצב הסכנה האובייקטיבית. קיומה הלא נחוץ או הלא מתאים עלול ליצור פגיעות בתפקוד ולגבות מן הפרט מחיר פיזיולוגי ופסיכולוגי.

רקע: חשיפה לטרור מתמשך בדרום הארץ לעומת חשיפה למלחמה בצפון הארץ

תושבי שדרות וסביבתה חשופים משנת 2000 ועד היום להתקפות טילים חוזרות ונשנות (מעל 8,500 טילים ופצצות בעשור האחרון) מכיוון עזה הסמוכה. איום יום־יומי זה טרם הוסר גם בעת כתיבת מאמר זה, וטילים ופצצות עדיין נורים לעבר שדרות והיישובים הסמוכים. נוכח האיום הביטחוני הפעיל פיקוד העורף את מערכת ההתרעה "צבע אדום", המתריעה על ירי של טילים ומותירה זמן של 10–15 שניות כדי לתפוס מחסה במרחב מוגן. עם הימשכותו של מצב זה הפכה עצם השמעת ההתרעה לאזכור לפחד ולאיום, והיא גוררת תגובות של בהלה, חרדה ועוררות יתר. לפי מידע מפיקוד העורף בנוגע לשנת 2007, שהייתה שנת השיא של הטרור, מערכת ההתרעה הופעלה בממוצע בכל שלוש שעות.

במלחמת לבנון השנייה, שהייתה בקיץ 2006, נורו למעלה מ־4,000 טילים לעבר הצפון במהלך 33 ימי לחימה בין כוחות חיזבאללה לבין צה"ל. בתקופה זו הייתה אוכלוסייה אזרחית נרחבת בחיפה חשופה לאיום כבד של טילים. כדי להתגונן מאיום

זה פונו משפחות רבות מבתיהן או התפנו לתקופה של שבועות ועברו לאזורים המצויים מחוץ לטווח הטילים. משפחות שלא יכלו או לא רצו להתפנות שהו פרקי זמן ארוכים במקלטים או בחדרי ביטחון. בהשוואה לחיפה, קריית שמונה ספגה בזמן מלחמת לבנון השנייה פגיעות רבות יותר של טילים, וגם בה שהתה אוכלוסייה אזרחית נרחבת זמן ארוך במקלטים או בחדרי ביטחון או פונתה מן העיר לאזורים המצויים מחוץ לטווח הטילים. הבדל נוסף בין חיפה לבין קריית שמונה טמון ברקע ההיסטורי של קריית שמונה: אוכלוסייתה נחשפה לירי טילים מתמשך בשנות ה־70 וה־80. עם זאת, בעשור שלפני מלחמת לבנון השנייה (יולי 2006) שרר באזור שקט יחסי.

כדי להתמודד עם המצב המתמשך של ירי טילים ופצצות הופעלה בשדרות בשנים 2004–2007 תכנית לבניית חוסן רגשי בגיל הרך, והיא כללה התערבות טיפולית וקהילתית. כחלק מן התכנית נבנה מודל המציע טיפול במצוקה פוסט־טראומטית לאוכלוסיית הגיל הרך, הזוכה להתייחסות קלינית פחותה (פת־הורנצ'יק ועמיתיה, 2012). בסתיו 2006, לאחר סיום מלחמת לבנון השנייה, הוחלט ליישם את הניסיון הרב שנרכש בעבודה המתמשכת בשדרות בטיפול במצוקה פוסט־טראומטית של ילדים בגיל הרך גם בערים אחרות בצפון הארץ שנחשפו למלחמה. התכנית המורחבת לבניית חוסן רגשי וטיפול במצוקה פוסט־טראומטית בגיל הרך הופעלה אפוא במקביל בשלוש ערים: שדרות, חיפה וקריית שמונה. בתהליך האיתור של מצוקה פוסט־טראומטית נאספו נתונים המתארים את רמת החשיפה לאירועים טראומטיים ואת המצוקה הפוסט־טראומטית של ההורה והילד, תסמינים דיכאוניים של ההורה ובעיות רגשיות והתנהגותיות של הילדים הצעירים. בהמשך המאמר נציג את הנתונים האלה, לרבות ההבדלים בין שלוש הערים. הילדים וההורים שאותרו כסובלים ממצוקה פוסט־טראומטית הופנו לטיפול דיאדי ממוקד טראומה ולהדרכת הורים במקום מגוריהם (פת־הורנצ'יק ועמיתיה, שם).

מטרות המחקר

מטרותיו של מחקר זה הן אלו: (1) תיאור התגובות של ילדים צעירים ואימהותיהן החשופים לטרור ולמלחמה; (2) בחינה משווה של רמות המצוקה הפוסט־טראומטית של הילדים והאימהות, בין שהם חיים במציאות של איום מתמשך של טרור (שדרות וסביבותיה, החשופות לירי טילים ופצצות משנת 2000) ובין שהם נחשפו בעבר הקרוב למלחמה מוגדרת ותחומה בזמן (חיפה וקריית שמונה, שספגו טילים ופצצות במלחמת לבנון השנייה שנמשכה למעלה מארבעה שבועות בקיץ 2006).

על סמך השערת העומס המצטבר ובניגוד לתאוריית ההסתגלות החווייתית שיערנו שמציאות חיים של טרור מתמשך תגבה מחיר רגשי ונפשי גבוה יותר מחשיפה ממוקדת למלחמה. בהתאם לכך שיערנו שבהשוואה לילדים צעירים ואימהות מחיפה ומקריית שמונה, ילדים צעירים ואימהות משדרות יגלו תסמינים פוסט־טראומטיים ובעיות התנהגותיות ורגשיות חמורים יותר.

שיטת המחקר

המשתתפים

במחקר השתתפו 285 אימהות ו-371 ילדים בשלושה מדגמים שייצגו קהילות בשלוש ערים בארץ: שדרות, חיפה וקריית שמונה. מכלל הילדים, 56.6% היו בנים ו-43.4% בנות. לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין שלוש קבוצות המחקר בשיעור הבנים והבנות. לוח 1 מציג את הנתונים הדמוגרפיים ואת הניתוחים שנערכו לבחינת ההבדלים בין שלוש הקבוצות.

כפי שנראה בלוח 1, טווח הגיל של האימהות היה 21-52 ($M = 33.39, SD = 5.74$). לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין הקבוצות בגיל האימהות. טווח הגיל של הילדים היה 1-6 שנים ($M = 3.36, SD = 1.52$). הילדים במדגם שדרות היו צעירים יותר מן הילדים במדגם חיפה (פער הגילים הממוצע עמד על פחות מחצי שנה). גיל הילדים במדגם קריית שמונה לא היה שונה במובהק מגילם בשתי הקבוצות האחרות. בין שלוש קבוצות המחקר לא נמצאו הבדלים מובהקים ברמה המדווחת של המצב הכלכלי והמשפחתי. כמו כן לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שלוש קבוצות המחקר ברמת ההשכלה של האימהות או במצבן המשפחתי.

לוח 1: נתונים דמוגרפיים¹ של שלוש קבוצות המחקר, לפי דיווחי האימהות

		קריית שמונה					כלל המדגם		יחידת המידה	
		חיפה	שדרות	חיפה	שדרות	כלל המדגם				
ילדים		125	112	371	<i>N</i>					
אימהות		98	93	285	<i>N</i>					
השוואות מרובות ²	η^2	<i>F</i> (<i>df</i>)		קריית שמונה		כלל המדגם		יחידת המידה		
		חיפה	שדרות	חיפה	שדרות	כלל המדגם	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
ש > ח	.02	*3.95 (2, 365)	3.27 (1.37)	3.65 (1.57)	3.12 (1.57)	3.36 (1.52)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	גיל הילד		
		0.06 (2, 280)	33.47 (5.11)	33.23 (6.16)	33.48 (5.93)	33.39 (5.74)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	גיל האם		
		2.14 (2, 279)	3.17 (1.00)	2.85 (1.20)	2.91 (1.21)	2.98 (1.15)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	מצב חברתי-כלכלי		

χ^2 (df)	קריית שמונה	חיפה	שדרות	כלל המדגם	יחידת המידה	
2.40 (2)	47.0	44.8	37.5	43.4	%	מין הילדים (בנות)
3.55 (2)	56.4	46.9	43.0	48.8	%	השכלת האם (בעלות השכלה גבוהה) ³
2.53 (2)	87.1	78.6	83.9	83.1	%	מצב משפחתי (נשואות)

$p \leq .05$ *

- 1 חלקו העליון של הלוח מציג את המשתנים הרציפים, וחלקו התחתון מציג את המשתנים הקטגוריאליים.
- 2 השוואות בין שלוש קבוצות המחקר בעזרת מבחני Tukey post hoc: ש - שדרות; ח - חיפה; ק"ש - קריית שמונה.
- 3 השכלה גבוהה מקצועית או אקדמית.

הליך המחקר

איסוף הנתונים למחקר זה נמשך שנה ושלושה חודשים, בין יולי 2007 לאוקטובר 2008, כלומר הוא החל שנה לאחר תום מלחמת לבנון השנייה (באוגוסט 2006) והסתיים שנתיים וחודשיים לאחריה. במסגרת הליך האיתור של משפחות הסובלות ממצוקה פוסט-טראומטית לצורך הפניה לטיפול ממוקד טראומה בתכנית חוסן פנינו להורים בגנים ובמעונות ציבוריים ופרטיים והצענו להורים לילדים מגיל שנה וחצי ועד גיל 6 להשתתף במחקר. הובטח להם שאם יימצא שילדיהם סובלים מתסמינים פוסט-טראומטיים, הם יוכלו לקבל טיפול חינם ובלא המתנה. בשדרות ובקריית שמונה פנינו לכל הגנים והמעונות בעיר, ואילו בחיפה, בגלל גודל העיר, פנינו לשכונות בעלות חתך חברתי-כלכלי הדומה לשני האתרים האחרים. פרט לכך, לא היו הבדלים נוספים בין שלוש הערים באופן הדגימה. נוסף על כך, גם להורים שפנו בעצמם אל מרכזי הטיפול וילדיהם היו בגיל המתאים הוצע להשתתף במחקר. לבתיהן של המשפחות שהסכימו להשתתף במחקר הגיע מראיין לפגישה, ובה מילאו האימהות שאלונים על תסמינים שונים שלהן ושל ילדיהן, על פרטים דמוגרפיים ועל רמת החשיפה שלהן ושל ילדיהן לאירועים טראומטיים. כמו כן, נערך ריאיון מובנה למחצה עם האימהות באשר לתסמיני הפרעת דחק פוסט-טראומטית (Post-Traumatic Stress Disorder — PTSD)

של ילדיהן (Scheeringa & Zeanah, 1995; Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putnam, 2003). משפחות שבהן אותר ילד הסובל מהפרעה פוסט-טראומטית הופנו לאחד ממרכזי הטיפול השותפים בתכנית חוסן לצורך מתן טיפול דיאדי ממוקד טראומה. פירוט נוסף על סוגי ההתערבות הקהילתית שנערכו בפרויקט ניתן למצוא במאמרים קודמים (פת-הורנצ'יק ועמיתיה, 2012; Pat-Horenczyk et al., 2012).

כלי המחקר

שאלון דמוגרפי

השאלון כלל שאלות דמוגרפיות הנוגעות לילד, לאם ולמשפחה: גיל הילד, מין הילד, גיל האם, המצב המשפחתי של האם (נשואה, אחר – גרושה, אלמנה, חד-הורית או פרודה), השכלת האם (אקדמית או מקצועית גבוהה, אחרת) והמצב הכלכלי של המשפחה לעומת השכר הממוצע במשק למשפחה (מ¹ – מתחת לממוצע, עד 5 – מעל לממוצע).

שאלון חשיפה של הילד לאירועים טראומטיים

בשאלון 11 פריטים המתייחסים לאירועים טראומטיים הנוגעים לארבעה תחומים: ירי טילים, טרור, אבדן דמויות משמעותיות ואירועים טראומטיים אחרים. התשובה לכל אחד מן הפריטים היא כן או לא, ובסופו של כל תחום התבקש ההורה לסכם לכמה אירועים בתחום נחשף הילד. לצורכי המחקר הזה סוכמו מספר אירועי החשיפה לטילים למשתנה רציף אחד – רמת החשיפה לטרור, ומספר האירועים הטראומטיים האחרים, כגון אבדן של אדם קרוב, מחלה ומצבים מסכני חיים אחרים, סוכמו למשתנה רציף אחד – אירועי חיים קשים.

שאלון CBCL של אייכנבך – קשיים רגשיים והתנהגותיים של הילד

שאלון הקשיים הרגשיים וההתנהגותיים של הילד (Child Behavior Check List – CBCL) של אייכנבך (Achenbach, 1991) הוא שאלון לדיווח הורים של 99 פריטים, שנועד להעריך יכולות חברתיות ורגשיות ובעיות התנהגות של ילדים מגיל 18 חודשים עד 6 שנים. ההורה מתבקש לדרג את מידת ההתאמה של כל פריט לילדו (0 – לא נכון, 1 – נכון או נכון לפעמים, 2 – נכון לעתים קרובות). בעזרת תוכנת ADM, המשווקת על-ידי מפתחי השאלון (ASEBA, n.d.),¹ מופקים מפריטים אלו ציוני תקן (המכונים גם "ציוני T" והטווח האפשרי שלהם הוא 50–100) עבור שני סולמות של קשיים התנהגותיים ורגשיים – סולם הפנמה וסולם החצנה. בשני הסולמות, משמעותו של ציון גבוה יותר היא חומרה רבה יותר של בעיות מן הסוג שהסולם מודד. בחישוב

1 חברת ASEBA, המחזיקה בזכויות על השאלון, אינה מפרסמת את דרך חישוב הציונים אלא מוכרת תוכנות המבצעות את החישוב.

הציונים האלה מובא בחשבון גילו של הילד ומינו, ולפיכך הם מספקים מידע מדויק יותר על מצבו של הילד לעומת ילדים דומים לו ברחבי העולם. כאן ראוי להוסיף כי מבנה הגורמים בשאלון נמצא יציב ודומה בקרב אוכלוסיות שונות בעולם (Ivanova et al., 2010), וכך גם הנורמות שלפיהן מחושבים הציונים (Rescorla et al., 2011). בטווח הנורמלי (האחוזון ה-83 ומטה) נמצאים ילדים שציוניהם הם $T < 60$; בטווח הגבולי (אחוזון 84-90) נמצאים ילדים שציוניהם הם $60 \leq T \leq 63$; בטווח הקליני (האחוזון ה-91 ומעלה) נמצאים ילדים שציוניהם $T > 63$. הכלי המקורי נמצא תקף בבדיקת תוקף תלוי קריטריון, וכל אחד מן הפריטים הבחין באופן מובהק סטטיסטית ($p \leq .01$) בין ילדים שהופנו לטיפול לבין אוכלוסייה נורמטיבית. מהימנות הכלי נמדדה בשיטת קרונבך, ונמצאה עקיבות פנימית בינונית עד גבוהה ($\alpha \leq \geq .78$). (97) בסולמות השונים. במחקר זה נמצאה מהימנות פנימית גבוהה עבור סולם המופנמות ($\alpha = .90$) ועבור סולם המוחצנות ($\alpha = .91$).

ריאיון קליני לאבחון הפרעת דחק פוסט-טראומטית אצל הילד

הריאיון נועד לאתר מצוקה פוסט-טראומטית באמצעות תסמינים נצפים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית בקרב ילדים צעירים. הריאיון מבוסס על שאלון מצוקה פוסט-טראומטית של שרינגה (Scheeringa & Zeanah, 1995; Scheeringa et al., 2003), ובו 25 שאלות המתמקדות בתסמינים נצפים ובהתנהגות הנצפית של הילדים. טווח הגיל של הילדים במחקר היה 1-6 שנים, והריאיון לאבחונם הקליני נערך בנוכחות הוריהם. את הריאיון קיימו מראיינים שהוכשרו לכך וקיבלו הדרכה מלווה מאיש מקצוע מוסמך. שאלון המצוקה הפוסט-טראומטית, שהריאיון מבוסס עליו, תורגם ותוקף עבור האוכלוסייה הישראלית בידי כהן וגדסי (ראו מאמרן, Cohen & Gadassi, 2009). הוא מורכב משש קבוצות של פריטים: חמש קבוצות המופיעות במדריך האמריקני לאבחון ולסטטיסטיקה של בעיות נפשיות (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000), וקבוצת פריטים נוספת המתייחסת לשינויים התפתחותיים – תופעות האופייניות לגיל הרך, כגון תסוגה (רגרסיה) התפתחותית וחרדת פרידה. בריאיון התבקש ההורה לדווח על כל תסמין שנצפה אצל ילדו ולתת דוגמאות. המראיין העריך את דיווחי ההורה וקבע ציון להימצאות התסמין (0 – כלל לא, 1 – לפעמים, 2 – כן). הערכה שאינה אפס משמעה שהתסמין המתואר בפריט נצפה אצל הילד. מדיווחי המראיין הופקו לכל ילד שני ציונים. ציון אחד הוא רמת המצוקה הפוסט-טראומטית – סולם רציף שערכיו מציינים את חומרת התסמינים הפוסט-טראומטיים של הילד. הסולם מחושב כסכום ציוני הפריטים של שלושת האשכולות – חוויה מחדש של האירוע, הימנעות ועוררות יתר. ציון גבוה יותר מעיד על רמת חומרה גבוהה יותר של התסמינים. בסולם 18 פריטים, ולפיכך טווח הציונים האפשריים הוא 0-36. הציון האחר הוא דיכוטומי ומציין אם הילד עומד בקריטריונים של הפרעה פוסט-טראומטית או לא. ילד ייחשב כלוקה בהפרעה אם

הוא מציג לפחות תסמין אחד מאשכול החוויה מחדש, אחד מאשכול ההימנעות ושניים מאשכול עוררות היתר. במחקר זה נעשה שימוש בגרסה העברית של הריאיון (על כך ראו Cohen & Gadassi, 2009). דוגמאות לפריטים: "האם מאז האירוע ילדך חוזר ו'חי מחדש', בעזרת משחק, חלקים של האירוע הטראומטי?" (באשכול חוויה מחדש); "האם הילד ניסה להימנע מלשמוע שיחות על האירוע?" (באשכול הימנעות); "האם ילדך נראה דרוך או זהיר גם כאשר אין סיבה לכך?" (באשכול עוררות יתר); "האם חלה מאז האירוע נסיגה ביכולות שהיו קיימות אצל הילד?" (באשכול שנוסף – שינויים התפתחותיים). בהשוואה למדד המהימנות שהתקבל בשאלון המקורי (Scheeringa et al., 2003), מדד המהימנות (Cohen's Kappa) שנמצא בין ארבעה שופטים בשאלון זה ($k = .67$) גבוה יותר מן המדד שהתקבל בשאלון ה-DSM-VI ($k = .50$) עבור ילדים צעירים. נוסף על כך, ערכי מדד המהימנות שהתקבלו עבור התסמינים בשאלון במחקר זה ($0.81 \leq k \leq 1.00$) היו גבוהים מן הערכים שנמצאו עבור התסמינים של שאלון ה-DSM-VI ($0.17 \leq k \leq 0.39$). ממוצע הערכים של מדד המהימנות בין השופטים לצורך אבחון מצוקה פוסט-טראומטית בשאלון במחקר זה ($k = .75$) היה גבוה ממדד המהימנות בשאלון ה-DSM-IV ($k = .50$).

שאלון CIDI – חשיפה לטראומה והיסטוריה של אירועים טראומטיים של האימהות
 חשיפת האימהות נבדקה בשאלון חשיפה מתוך המדריך הבין-לאומי לריאיון מאבחן של ארגון הבריאות העולמי (CIDI – Composite International Diagnostic Interview) (ראו Kessler & Ustun, 2004; World Health Organization [WHO], 2009). בשאלון 22 היגדים המתארים אירועים טראומטיים שאינם על רקע ביטחוני, והמשתתפות התבקשו לציין אם חוו אותם (כן, לא). דוגמאות: "האם אי פעם היית מעורבת בתאונת דרכים קשה כנהגת, כנוסעת או כהולכת רגל?", "האם אי פעם היית חולה במחלה שסיכנה את חיך?". האימהות התבקשו גם לציין כמה פעמים התרחש האירוע ומה האירוע המשמעותי ביותר עבורן או האירוע המשפיע עליהן גם כיום. כדי להעריך את רמת החשיפה של האימהות לאירועים טראומטיים שאינם על רקע ביטחוני סוכמו כל דיווחי האם על חשיפתה לאירועים כאלה. נוסף על כך נשאלו האימהות אם הן מתגוררות בהווה או התגוררו בעבר באזור מלחמה (כן, לא).

שאלון PDS – תסמינים פוסט-טראומטיים של האימהות

התסמינים הפוסט-טראומטיים של האימהות נבחנו באמצעות שאלון (Post-traumatic Diagnostic Scale – PDS) (Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997). בחלקו הראשון של השאלון מוצגות שש שאלות שעניינן חשיפה לאירועים טראומטיים, והתשובה עליהן היא כן או לא: ארבע מהן בוחנות את הרכיב האובייקטיבי של האירוע (קריטריון A1), כגון סכנת חיים, סכנה לפגיעה פיזית ופגיעה פיזית, ושתיים בוחנות את התגובה

הסובייקטיבית (קריטריון A2), כגון "האם פחדת או הרגשת חסרת אונים במהלך האירוע הטראומטי". חלקו השני של השאלון בוחן תסמינים פוסט-טראומטיים ובו 17 פריטים המתייחסים לקיומם בחודש האחרון של תסמינים שונים בשלושה אשכולות, כפי שהוגדרו לפי DSM-IV: תסמינים של חוויה מחדש של האירוע (קריטריון B), תסמינים של הימנעות (קריטריון C) ותסמינים של עוררות יתר (קריטריון D). ציוני התשובה ניתנו בסולם מ-0 (בכלל לא נכון, קרה רק פעם אחת) עד 3 (כמעט כל הזמן). ציון של 1 ומעלה נחשב תסמין. הציון הכולל של כל אחד מן האשכולות חושב על-ידי סכימת כל פריטיו. בחלקו השלישי של השאלון תשע שאלות המתייחסות לפגיעה תפקודית במישורים שונים של החיים, כגון עבודה, יחסים עם בני המשפחה, פעילות פנאי וביילוי, ואפשרות התשובה עליהן היא כן או לא. האבחנה של מצוקה פוסט-טראומטית אצל האם מבוססת על קיומו של תסמין אחד לפחות מאשכול חוויה מחדש, שלושה תסמינים מאשכול ההימנעות ושני תסמינים מאשכול עוררות היתר וכן על קיומן של פגיעה בתפקוד או מצוקה רגשית משמעותית. טווח הציונים של רמת המצוקה הפוסט-טראומטית של האם הוא 0-51.

מחקר קודם (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993) דיווח על עקיבות פנימית גבוהה ($\alpha = .85$) ועל תוקף מתכנס של השאלון, שנמדד על-ידי מתאם גבוה ($r = .94$) עם המדד להערכת מצוקה פוסט-טראומטית מתוך הריאיון הקליני המובנה (Structured Clinical Interview for DSM-IV – SCID) (American Psychiatric Association, 2000). במחקרנו נמצאה עקיבות פנימית גבוהה ($\alpha = .93$) עבור הסולם הכולל ועבור האשכולות חוויה מחדש ($\alpha = .86$), הימנעות ($\alpha = .85$) ועוררות יתר ($\alpha = .84$).

סולם CES-D – תסמינים דיכאוניים של האימהות

התסמינים הדיכאוניים של האימהות נבחנו באמצעות סולם הדיכאון (The Center For Epidemiological Studies Depression Scale – CES-D) של רדלוף (Radloff, 1977), שפותח לבדיקת תסמינים דיכאוניים באוכלוסייה הכללית. בשאלון 20 שאלות הבוחנות הופעת תסמינים של דיכאון בשבוע האחרון (לדוגמה, "הרגשתי מדוכאת", "הרגשתי שכל דבר שאני עושה הוא מאמץ עבורי", "השינה שלי הייתה חסרת מנוחה"). טווח התשובות היה מ-0 (כמעט אף פעם לא) עד 3 (כמעט כל הזמן). רמת הדיכאון חושבה על-ידי סכימת ערכי התשובות לתסמינים. נבחנת שסכום תשובותיה היה 26 ומעלה נחשבה כסובלת מתסמינים דיכאוניים ברמה בינונית-חמורה. רדלוף (שם) דיווח על עקיבות פנימית גבוהה ($\alpha = .90$), על מהימנות בינונית של בדיקה חוזרת (test-retest) לאחר ארבעה שבועות ($r = .67$) וכן על מתאמים גבוהים בין השאלון לבין מדדי דיכאון אחרים. במחקרנו נמצאה עקיבות פנימית גבוהה ($\alpha = .87$).

ממצאים

רמת החשיפה לאירועים טראומטיים – הבדלים בין שלוש הקהילות

כדי לבחון את ההבדלים בין שלוש קבוצות המחקר ברמת החשיפה של הילדים לאירועים טראומטיים שעליהם דיווחו ההורים, נערכה כאמור הבחנה בין חשיפה לנפילות טילים ואירועי טרור לבין חשיפה לאירועים טראומטיים אחרים. בדיווחי האימהות על רמת החשיפה של ילדיהן לאירועים טראומטיים הקשורים לנפילת טילים או לטרור נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין שלוש הקהילות, $F(2, 367) = 21.77, p < .001, \eta^2 = .11$. מבחני המשך לאיתור מקור ההבדלים בין שלוש הקהילות נערכו באמצעות מבחן טוקיי (Tukey) והראו, באופן התואם את הידוע על ההבדל ברקע הביטחוני בין האתרים, כי לפי דיווחי האימהות, רמת החשיפה של ילדי מדגם שדרות לאירועי טרור ונפילות טילים ($M = 7.38, SD = 8.95$) הייתה גבוהה מרמת החשיפה של ילדי מדגם חיפה לאירועים אלו ($M = 4.28, SD = 4.35$) וגבוהה מרמת החשיפה של ילדי מדגם קריית שמונה ($M = 2.56, SD = 2.51$). בין ילדי מדגם חיפה לבין ילדי מדגם קריית שמונה לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בדיווחי האימהות על רמת החשיפה לאירועי טרור וטילים. יש לציין כי את ההבדל בין מדגם שדרות לבין מדגמי הצפון ברמת החשיפה של הילדים לטרור ולטילים אין לייחס להבדלי הגיל ביניהם: הילדים במדגם שדרות צעירים יותר בממוצע, ואילו רמת חשיפתם לטילים ולאירועי טרור גבוהה יותר. בדיווחי האימהות על חשיפת הילדים לאירועים טראומטיים, שאינם קשורים לנפילת טילים או לטרור, לא נמצא הבדל בין שלוש הקבוצות, $F(2, 367) = .66, ns$, נתון המחזק את יכולת ההשוואה בין הקבוצות במחקר זה.

כדי לבדוק אם יש הבדלים בין שלוש הקבוצות בדיווח האימהות על רמת חשיפתן לאירועי דחק, נבחנו ההבדלים הן בשיעור האימהות שנחשפו והן ברמת החשיפה. נערך מבחן χ^2 לבחינת ההבדלים בשיעור האימהות שדיווחו על מגורים באזור מלחמה (בשאלון CIDI), כלומר על חשיפה לאירוע אלים מתמשך. המבחן העלה הבדל מובהק סטטיסטית בין הקבוצות, $\chi^2(2) = 25.34, p < .001, \text{Cramer's } V = .298$. לבחינת מקור ההבדלים נערכו שלושה ניתוחי χ^2 נוספים, לכל זוג קבוצות בנפרד, עם תיקון בונפרוני (שבו נקבע $\alpha = .017^2$). הניתוח העלה כי במדגם חיפה דיווחו 79.6% מן האימהות על מגורים באזור מלחמה, לעומת 96.8% מן האימהות ממדגם שדרות, $\chi^2(1) = 13.30, p < .001, \text{Cramer's } V = .264$, ו-97.9% מן האימהות ממדגם קריית שמונה, $\chi^2(1) = 15.80, p < .001, \text{Cramer's } V = .287$, בלא הבדל מובהק סטטיסטית בשיעורים אלו בין מדגם שדרות לבין מדגם קריית שמונה, $\chi^2(1) = .22, ns$. ניתוח סטטיסטי נוסף בחן את ההבדל ברמת החשיפה של האימהות לאירועים טראומטיים

2 רמת המובהקות הסטטיסטית $\alpha = .017$ נקבעה כך עבור כל אחד משלושת המבחנים הנפרדים כדי להבטיח לכלל המדגם מובהקות סטטיסטית כוללת של $p \leq .05$.

שאינם על רקע ביטחוני. בדומה לדיווחיהן על רמת החשיפה של ילדיהן הצעירים לטרואמות אחרות, לא נמצא הבדל סטטיסטי בין שלוש הקהילות בדיווחי האימהות על רמת חשיפתן לאירועים טראומטיים מסוג זה, $F(2, 282) = 0.54, ns$.

מצוקה פוסט־טראומטית וקשיים התנהגותיים ורגשיים בקרב הילדים

כאמור, שיערנו שמציאות החיים של טרור מתמשך תגבה מחיר רגשי ונפשי גבוה יותר מחשיפה ממוקדת למלחמה. על סמך השוני שזוהה ואושש בין קבוצות המחקר ברמות החשיפה לטרור ולאירועים קשים, לוח 2 יציג להלן את הממוצעים ואת סטיות התקן של ציוני הילדים בשאלון המצוקה הפוסט־טראומטית ובשאלון הקשיים ההתנהגותיים והרגשיים.

מצוקה פוסט־טראומטית בקרב הילדים

על מנת להשוות בין שלוש קבוצות המחקר ברמת המצוקה הפוסט־טראומטית של הילדים נערך ניתוח שונות מסוג ANCOVA, ובו משתנה העיר הוגדר כגורם בין־בדקים, שכל ערך שלו מתייחס לקבוצת מחקר נפרדת, גיל הילד הוגדר כ־covariate, משתנה בלתי תלוי נוסף שהוכנס לניתוח כדי לפקח על השפעתו, והציון בריאיון הקליני לאבחון מצוקה פוסט־טראומטית הוגדר כמשתנה תלוי. כאמור, לוח 2 מציג ממוצעים וסטיות תקן של חומרת התסמינים בכל אחת משלוש קבוצות המחקר וכן את תוצאות ניתוחי השונות שנערכו לבחינת ההבדלים בין קבוצות אלו.

כמשוער, בלוח 2 נראה הבדל ברור ומובהק סטטיסטי בין שלוש הקבוצות ברמת המצוקה הפוסט־טראומטית כאשר גיל הילד מוחזק קבוע³, $F(2, 364) = 74.11, p < .001, \eta^2 = .29$. בהשוואות שנערכו בין שלוש קבוצות המחקר במסגרת ניתוחי המשך באמצעות מבחן טוקיי (Tukey) התברר, גם כן כמשוער, כי לפי דיווחי האימהות, הילדים במדגם שדרות סובלים מרמת מצוקה פוסט־טראומטית גבוהה יותר מן הילדים במדגמים של חיפה וקריית שמונה, ואילו בין המדגמים של חיפה וקריית שמונה לא נמצא שוני ברמות המצוקה של הילדים. יש לציין כי גם אפקט ה־covariate של גיל הילד (מעבר לעיר) נמצא מובהק סטטיסטי, $F(1, 364) = 25.16, p < .001, \eta^2 = .06$. ממצא זה מלמד שככל שהילד היה צעיר יותר בעת האירועים, כך נצפו אצלו פחות תסמינים פוסט־טראומטיים ($r = .18, p = .001$).

לוח 2: ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוחי השונות של המצוקה הפוסט-טראומטית של הילד והאם בשלוש קבוצות המחקר, לפי דיווחי האימהות

השוואות מרובות ¹	η ²	F	קריית שמונה			
			df	חिפה M (SD)	קריית שמונה M (SD)	
רמת המצוקה הפוסט-טראומטית (לפי ריאיון קליני)	.29	74.11***	5.12 (5.28)	4.34 (6.06)	12.92 (7.58)	
רמת הקשיים ההתנהגותיים והרגשיים – הפנמה (CBCL)	.10	20.43***	52.88 (11.77)	51.53 (12.95)	60.67 (12.50)	ילד ²
רמת הקשיים ההתנהגותיים והרגשיים – החצנה (CBCL)	.09	17.09***	50.40 (11.13)	47.08 (10.00)	55.38 (12.18)	
רמת המצוקה הפוסט-טראומטית (PSD)	.13	20.57***	11.16 (11.29)	11.24 (10.52)	20.76 (13.26)	אם
רמת תסמיני הדיכאון (CES-D)	.08	12.11***	15.74 (12.80)	13.60 (12.54)	22.54 (13.34)	

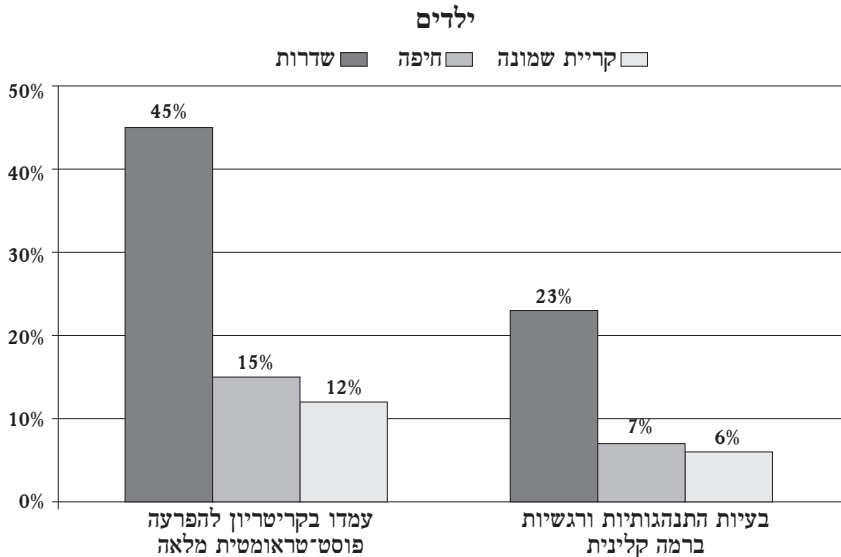
*** $p \leq .001$

- 1 השוואות בין שלוש קבוצות המחקר בעזרת מבחני Tukey post hoc: ש – שדרות; ח – חיפה; ק"ש – קריית שמונה.
- 2 האפקטים לעיר כאשר גיל הילד מוחזק קבוע (covariate).

קשיים התנהגותיים ורגשיים בקרב הילדים

בהמשך נערכו שני ניתוחי ANCOVA נוספים במתכונת דומה, אחד עבור הציון בסולם בעיות המופנמות ואחד עבור הציון בסולם בעיות המוחצנות בשאלון ה-CBCL. בכל אחד מן הניתוחים התקבל אפקט מובהק לעיר כאשר גיל הילד הוחזק קבוע (ראו לוח 2). כמשוער, בניתוחי ההמשך (מבחן טוקיי) עלה כי לפי דיווחי האימהות בשני המדדים – בעיות מופנמות ובעיות מוחצנות – ילדי מדגם שדרות סבלו מרמה גבוהה יותר של תסמינים לעומת ילדי חיפה וקריית שמונה, בלא הבדל מובהק בין הילדים ממדגם חיפה לבין אלו ממדגם קריית שמונה.

נוסף על חומרת התסמינים בדקנו מה שיעור הילדים שלפי דיווחי אימהותיהן בריאיון עמדו בקריטריון הקליני לאבחון של הפרעת חרדה פוסט-טראומטית או עברו את הסף הקליני של בעיות התנהגות בהתאם לקריטריונים של שאלון ה-CBCL. תרשים 1 מציג את ההבדלים בין שלוש קבוצות המחקר בשיעור הילדים שעמדו בשני הקריטריונים הללו.



תרשים 1: שיעור הילדים העומדים בקריטריון להפרעה פוסט-טראומטית ולבעיות התנהגותיות ורגשיות ברמה קלינית בכל אחד מן המדגמים, באחוזים

בתרשים 1 נראה ההבדל הבולט בין מדגם שדרות לבין מדגמי חיפה וקריית שמונה בשיעורי הילדים שענו על שני הקריטריונים. ניתוחי χ^2 לכל זוג ערים בנפרד (עם תיקון בונפרוני, $\alpha = .017$) הראו כי לפי דיווחי האימהות, שיעור הילדים שעמדו בקריטריון להפרעה פוסט-טראומטית היה, כמשוער, גבוה יותר במדגם שדרות (45%) מאשר במדגם חיפה (15.2%), $\chi^2(1) = 25.0, p < .001, \text{Cramer's } V = .327$, (12.1%) וקריית שמונה, $\chi^2(1) = .52, ns$. ניתוחים דומים עבור ילדים שעברו את הסף הקליני של בעיות התנהגות, כפי שנמדדו בשאלון ה-CBCL, הראו כי לפי דיווחי האימהות, שיעור הילדים עם בעיות התנהגות ובעיות רגשיות ברמה קלינית היה גבוה יותר במדגם שדרות (23.2%) מאשר במדגם חיפה (7.3%), $\chi^2(1) = 11.86, p < .001, \text{Cramer's } V = .224$, (6.0%) וקריית שמונה, $\chi^2(1) = 15.05, p < .001, \text{Cramer's } V = .248$. בלא הבדל בין מדגמי חיפה וקריית שמונה, $\chi^2(1) = .16, ns$.

מצוקה פוסט-טראומטית ודיכאון בקרב האימהות

בהמשך נבחנו ההבדלים בין שלוש קבוצות המחקר בדיווחי האימהות על תסמינים של מצוקה פוסט-טראומטית (PDS) ושל דיכאון (CES-D). לשם בחינת ההבדלים בתסמינים של מצוקה פוסט-טראומטית נערך ניתוח שונות רבי-גורמי (2-way mixed model)

(MANOVA), שבו המשתנה עיר היה גורם בין-נבדקים בעל שלוש רמות (שדרות, חיפה, קריית שמונה), והמשתנה אשכול בעל שלוש רמות (חווייה מחדש, הימנעות, עוררות יתר) היה גורם תוך-נבדקים, שכל ערכיו נחווים על-ידי כל משתתפי המחקר. המשתנים התלויים היו הציונים בכל אחד משלושת אשכולות התסמינים הפוסט-טראומטיים. בניית זה עלו שני אפקטים עיקריים מובהקים סטטיסטית (לעיר ולאשכול) ואפקט אינטראקציה מובהק סטטיסטית.

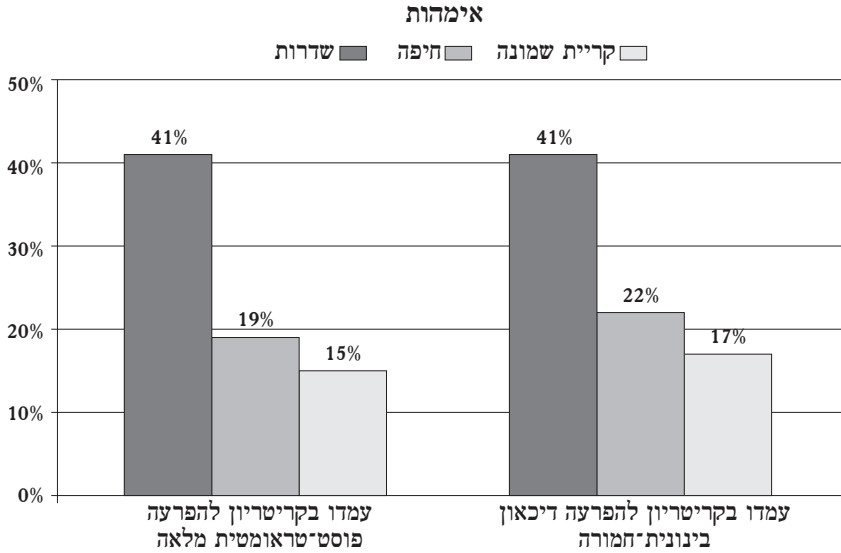
לבחנית האפקט העיקרי של עיר, $F(2, 278) = 20.57, p < .001, \eta^2 = .13$, נערך ניתוח שונות חד-גורמי שבו הציון הכולל של המצוקה הפוסט-טראומטית של האם (PDS) היה המשתנה התלוי ומשתנה העיר היה המשתנה הבלתי תלוי, עם ניתוחי המשך מסוג טוקיי לאיתור מקור ההבדלים בין הקבוצות. ניתוחים אלו העלו כי כמשוער, מעבר לאשכול התסמינים המסוים, אימהות במדגם שדרות דיווחו על יותר תסמינים של פוסט-טראומה מאימהות במדגם קריית שמונה או חיפה, בלא הבדל בין שתי הקבוצות האחרונות (הממוצעים וסטיות התקן מוצגים בלוח 2).

לבחנית האפקט העיקרי של אשכול התסמינים, $F(2, 277) = 3.22, p = .04, \eta^2 = .02$, נערכו שלושה מבחני t להשוואה בין מדגמים מזווגים, עם תיקון בונפרוני ($\alpha = .017$). תוצאות המבחנים העלו כי מעבר לקבוצה, הציונים באשכול תסמיני החוויה מחדש (מבחני t להשוואת מדגמים מזווגים בנפרד עבור כל עיר (עם תיקון בונפרוני, $\alpha = .017$), במדגמים של שדרות וחיפה לא נמצאו הבדלים בין אשכולות התסמינים של מובהקים סטטיסטית בין אשכול התסמינים חוויה מחדש לבין אשכול תסמיני עוררות היתר ($M = 5.03, SD = 4.40$) היו גבוהים מן הציונים באשכול תסמיני הימנעות היתר ($M = 4.47, SD = 5.14$), $t(280) = 2.53, p = .012, Cohen's d = 0.166$). לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין אשכול התסמינים חוויה מחדש לבין אשכול תסמיני עוררות היתר ($M = 4.83, SD = 4.47$), $t(280) = .93, ns$, או בין אשכול תסמיני הימנעות לבין אשכול עוררות היתר, $t(280) = 1.58, ns$. עם זאת, נראה כי אפקט עיקרי זה מוסבר טוב יותר על-ידי אפקט האינטראקציה (ראו להלן).

לבחנית אפקט האינטראקציה, $F(4, 554) = 2.60, p = .04, \eta^2 = .02$, נערכו מבחני t להשוואת מדגמים מזווגים בנפרד עבור כל עיר (עם תיקון בונפרוני, $\alpha = .017$). במדגמים של שדרות וחיפה לא נמצאו הבדלים בין אשכולות התסמינים של פוסט-טראומה, ואילו במדגם קריית שמונה נמצאו תסמינים רבים יותר של חוויה מחדש ($M = 4.53, SD = 4.30$) מתסמינים של עוררות יתר ($M = 3.44, SD = 3.68$), $t(93) = 3.15, p = .002, Cohen's d = .325$, או של הימנעות ($M = 3.27, SD = 4.30$), $t(93) = 3.06, p = .003, Cohen's d = .316$, ללא הבדל בין עוררות יתר לבין הימנעות, $t(93) = .45, ns$.

בבחנית ההבדלים בין שלוש הקבוצות ברמת תסמיני הדיכאון אצל האם (CES-D) נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית, $F(2, 275) = 12.11, p < .001, \eta^2 = .08$. לבחנית הבדלים אלו נערכו ניתוחי המשך מסוג טוקיי, שהעלו כי בהתאם להשערותנו, אימהות במדגם שדרות דיווחו על רמת דיכאון גבוהה יותר מאימהות במדגמי חיפה וקריית שמונה, בלא הבדל מובהק סטטיסטית בין חיפה לבין קריית שמונה (הממוצעים וסטיות התקן מוצגים בלוח 2).

נוסף על חומרת התסמינים בחנו את שיעור האימהות שלפי דיווחיהן עמדו בקריטריון הקליני לאבחנה הן של הפרעת חרדה פוסט-טראומטית והן של דיכאון ברמה בינונית-חמורה. תרשים 2 מציג את ההבדלים בשיעורים אלו בין שלוש הקבוצות.



תרשים 2: שיעור האימהות העומדות בקריטריון להפרעה פוסט-טראומטית ולדיכאון בינוני-חמור בכל אחד מן המדגמים, באחוזים

בתרשים 2 נראה הבדל ברור בין מדגם שדרות לבין מדגמי חיפה וקריית שמונה בשיעורי האימהות שעמדו בשני הקריטריונים. ניתוחי χ^2 לכל זוג ערים בנפרד (עם תיקון בונפרוני, $\alpha = .017$) הראו כי כמשוער, שיעור האימהות שעמדו בקריטריון להפרעה פוסט-טראומטית היה גבוה יותר במדגם שדרות (40.9%) מאשר במדגם חיפה (18.5%), $\chi^2(1) = 15.05$, $p = .001$, Cramer's $V = .245$, או קריית שמונה (15.2%), $\chi^2(1) = 11.09$, $p = .001$, Cramer's $V = .285$. בלא הבדל בין מדגמי חיפה וקריית שמונה, $\chi^2(1) = .35$, $p < .001$, Cramer's $V = .285$. ניתוחים דומים שנעשו בקרב האימהות שעמדו בקריטריון לאבחון של דיכאון ברמה בינונית-חמורה, העלו כי שיעור הסובלות מדיכאון בינוני-חמור היה גבוה יותר במדגם שדרות (40.9%) מאשר במדגם חיפה (22.4%), $\chi^2(1) = 7.5$, $p = .006$, Cramer's $V = .198$, או במדגם קריית שמונה (17%), $\chi^2(1) = 12.94$, $p < .001$, Cramer's $V = .263$. בלא הבדל בין מדגמי חיפה וקריית שמונה, $\chi^2(1) = .89$, ns .

הפניה והיענות לטיפול

בעקבות תהליך האיזור הופנו המשפחות שבהן אותר ילד עם מצוקה פוסט-טראומטית לטיפול באזור מגוריהן. אופי הטיפול היה דיאדי להורה ולילד והדרכה להורים (פת-הורנצ'יק ועמיתיה, 2012). מכלל המשפחות שהשתתפו במחקר בכל עיר, בשדרות הופנו לטיפול 100 משפחות (72%), בחיפה הופנו לטיפול 49 משפחות (33%) ובקריית שמונה הופנו לטיפול 27 משפחות (19%). מכלל המשפחות שהופנו לטיפול בכל אחת מן הערים, בשדרות הגיעו כפועל לטיפול 85 משפחות (85%), בחיפה הגיעו לטיפול 31 משפחות (63%), ובקריית שמונה הגיעו לטיפול 20 משפחות (74%) (שם).

דיון

מחקר זה נערך במסגרת פרויקט התערבות לבניית חוסן בשלוש קהילות בישראל בהקשר של חשיפה למלחמה ולטרור מתמשך. המחקר התמקד בבחינת ההבדלים בין רמות המצוקה הפוסט-טראומטית עקב חשיפה למלחמה התחומה בזמן (שכבר הסתיימה בזמן המחקר) בחיפה ובקריית שמונה – לאחר מלחמת לבנון השנייה בקיץ 2006, לבין רמות המצוקה עקב חשיפה לטרור מתמשך בשדרות – לאחר שבע שנים של חשיפה מתמשכת להתקפות טילים ופצצות, בלא הפסקה יציבה גם בעת המחקר. מממצאי המחקר עלה שילדי מדגם שדרות נחשפו לאירועי מלחמה וטרור רבים יותר מן הילדים במדגמי חיפה וקריית שמונה. לעומת זאת, לא נמצאו הבדלים בחשיפה לטראומות אחרות מעבר לאיום הביטחוני, הן בקרב הילדים והן בקרב האימהות.

בדיווחי האימהות משלוש קבוצות המחקר על מצוקת ילדיהן נמצא כי בהתאם להשערתנו, הילדים במדגם שדרות סובלים ממצוקה פוסט-טראומטית ומבעיות התפתחותיות והתנהגותיות יותר מן הילדים במדגמי חיפה וקריית שמונה. בחינה משווה של רמת המצוקה של האימהות העלתה ממצאים דומים, המורים כי רמת המצוקה הרגשית (תסמינים של פוסט-טראומה ודיכאון) המדווחת על-ידי אימהות במדגם שדרות גבוהה יותר מזו המדווחת על-ידי אימהות מצפון הארץ. ממצאים אלו עקיבים עם ממצאיו של מחקר קודם על מבוגרים החיים בשדרות (Diamond, Lipsitz, Fajerman, & Rozenblatt, 2010), שהעלה כי תושבי שדרות מדווחים על עלייה הדרגתית של תסמינים פוסט-טראומטיים עם הימשכות החשיפה לירי הטילים והפצצות באזור.

יש כמה כיווני הסבר אפשריים לתוצאות המחקר. ראשית, חשוב לזכור כי בעת המחקר שרר בצפון הארץ שקט שנמשך שנה ויותר, ואילו בשדרות נמשך המצב של חשיפה מתמשכת לאזעקות "צבע אדום" ולנפילות טילים, מצב המוכר לתושבים זה שנים. לפיכך, אפשר להניח כי הרמות הגבוהות של המצוקה בשדרות קשורות גם להמשך חוויית האיום בהווה לעומת משתתפי המחקר מחיפה ומקריית שמונה, שסכנת הטילים הנוגעת להם כבר חלפה בעת המחקר.

שנית, ניתן למצוא בתוצאות המחקר תמיכה למודלים הקיימים בדבר הנוק המצטבר של לחצים חוזרים ומתמשכים (McEwen, 1998) (allostatic load), והן מחזקות את הטענות שהימשכותם והתרבותם של אירועים טראומטיים מגבירות את הפגיעות ואת הסיכון למצוקה פוסט־טראומטית. הטענה החלופית על הסתגלות או התרגלות (הביטואציה) למצבי דחק אינה מקבלת תמיכה בנתוני המחקר הזה. ייתכן שהסבר לממצאינו נעוץ ביכולת הסתגלות למצבי דחק משתנים לעומת מצב דחק יציב. מחקרים שבחנו הסתגלות למצבים משתנים מלמדים שהפסקות (הפרעות ברצף) של הסתגלות לחוויה חדשה ועוצמתית מפריעות לתהליך ההסתגלות, ולכן מחריפות את המצוקה הנחווית (Nelson & Meyvis, 2008). לפי מחקרים אלו, אנשים נוטים להקצין את הערכתם כאשר תהליך ההסתגלות נקטע (בהפסקות בלתי צפויות בחוויה) הן בנוגע לחוויות חיוביות והן בנוגע לחוויות שליליות. במצבים לא עקיבים חוויה חיובית זוכה אפוא להערכה חיובית קיצונית יותר, ולהפך – חוויה שלילית זוכה להערכה שלילית יותר (שם). ב־11 השנים האחרונות, שבהן תושבי שדרות חשופים לירי של טילים ופצצות מרגמה, נרשמו גם תקופות של שקט יחסי בשל הפסקות אש מוגדרות או בשל הפסקה בלתי צפויה בירי לזמן־מה. מחקר קודם שנעשה בשדרות מצא כי בתקופות של רגיעה בהתקפות, או לחלופין ביציאה זמנית של התושבים מאזור הסכנה, יש ירידה חדה ואף היעלמות כוללת של התסמינים הפוסט־טראומטיים (Diamond et al., 2010). ואולם, להפסקות אש אלו עשוי להיות גם היבט שלילי: הן מפריעות לתהליך ההסתגלות ומעצימות את החוויה הסובייקטיבית השלילית, הנגרמת כאשר הירי מתחדש.

ההשפעה ההרסנית של חשיפה מתמשכת לטרור על ילדים צעירים ועל אימהותיהם מומחשת על־ידי הממצאים בקבוצת המחקר משדרות, שלפיהם 45% מן הילדים במדגם אובחנו כסובלים מהפרעת דחק פוסט־טראומטית, 41% מן האימהות במדגם דיווחו על תסמינים של הפרעה פוסט־טראומטית ושיעור דומה של אימהות דיווחו על תסמינים של דיכאון בינוני־חמור. הממצאים הללו מזמנים מחקר נוסף שיבהיר את התפקיד הממתן או המתווך של מצוקת האם על הקשיים הרגשיים וההתנהגותיים של הילד ובתוך כך יבחין בין היבטים שונים של מצוקה זו. המושג "טראומה התייחסותית" (relational trauma) מתאר את קיומם המקביל של מצוקה פוסט־טראומטית אצל ההורה ואצל הילד הצעיר ומנית שמצוקת ההורה או המטפל המשמעותי היא שמחמירה את מצוקת הילד (Drell, Siegel, & Gaensbauer, 1993; Scheeringa & Zeanah, 2001). להבנה מעמיקה יותר של האופן שבו התנהגויות או תגובות מסוימות של האם משפיעות על החמרת קשייו הרגשיים של הילד יש השלכות חשובות לטיפול בהורים ובילדים.

בחינת ההבדלים בין שלוש קבוצות המחקר בעוצמת התסמינים של מצוקה פוסט־טראומטית העלתה ממצא שלא שוער מראש: בקרב האימהות מקריית שמונה נמצאה שכיחות גבוהה יותר של תסמינים הקשורים לחוויה מחדש לעומת שכיחות התסמינים הקשורים לעוררות יתר או להימנעות. תמונה זו מנוגדת לממצא שהתקבל במחקר קודם על מבוגרים החיים בשדרות (Diamond et al., 2010), שממנו עלה כי הם נוטים לדווח

פחות על תסמינים של חוויה מחדש ויותר על פחד והימנעות מפעולות יום-יומיות (המגבירות את הסכנה הנשקפת להם) ועל תסמינים של עוררות יתר, כגון גדודי שינה (Insomnia) ובהלה קיצונית עקב אזעקת "צבע אדום". ההימצאות המוגברת של תסמינים מאשכול חוויה מחדש דווקא בקרב אימהות מקריית שמונה עשויה להיות קשורה לרקע הביטחוני בעיר, שספגה כאמור ירי טילים מתמשך בשנות ה-70 וה-80. כמו כן היא מצביעה על כך שעבור אימהות מקריית שמונה, החשיפה למלחמת לבנון השנייה עוררה מחדש את זיכרון החשיפה המתמשכת, שהייתה מנת חלקן כשני עשורים קודם לכן. מכאן ניתן אולי להסיק כי תסמינים של חוויה מחדש הם רלוונטיים יותר למצבים פוסט-טראומטיים, שבהם האירוע הוא נחלת העבר, ופחות למצבים פְּרִי-טראומטיים (peri-traumatic), הנחווים במהלך האירוע. במחקר זה לא היה ברשותנו מידע על מקום מגוריהן של האימהות בצעירותן, והסבר אפשרי זה צריך להיבחן במחקרים בעתיד. הממצא שלפיו אימהות בקריית שמונה, אף שנחשפו אולי לאיום ביטחוני רב במהלך חייהן, מפגינות רמה נמוכה של מצוקה פוסט-טראומטית ורמות נמוכות של דיכאון, אפשר שהוא מרמז על יכולת ההחלמה מחשיפה לטראומה מתמשכת לאחר שנים של שקט. עם זאת, אין די בממצאי המחקר הזה כדי לקבוע זאת.

תוצאותיו של מחקר זה מורות שלחשיפה לטרור מתמשך יש השלכות רחבות וחמורות יותר על ילדים צעירים לעומת חשיפה למלחמה. נראה כי לחיים באיום של טרור מתמשך, חיים הכרוכים מטבעם בסכנה מתמדת ובלתי צפויה המלווה בתזכורות חוזרות לאיום ולחרדה – יש השפעה מצטברת וקשה יותר על הילדים הגדלים במציאות זו. ילדים אלו והוריהם אכן הראו בבירור תסמינים רבים יותר וחמורים יותר של מצוקה פוסט-טראומטית עקב החשיפה המתמשכת. לצד ממצאים מדאיגים אלו יש להדגיש שרוב התושבים בשדרות ובסביבתה, מבוגרים וילדים, מפגינים חוסן נפשי ואינם מדווחים על מצוקה פוסט-טראומטית. תופעה מרשימה זו, שהתקיימה בשדרות על אף אירועי החיים הקשים, כונתה בפי מסטון (Masten, 2001) "ordinary magic" ("קסם שכיח"), המשקף יכולת התמודדות טובה של רוב הילדים עם מגוון של מצבי חיים קשים.

מגבלות המחקר וכיוונים למחקר בעתיד

מגבלה אחת של המחקר נעוצה בשיטת הדגימה, שהייתה מבוססת על שיקולים קליניים ומערכתיים, ולפיכך הכתיבה מדגם נוחות. במחקר בעתיד רצוי לחקור אוכלוסייה שנחשפה לאירועי טרור קצוב בזמן או לטרור מתמשך בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. מגבלה נוספת היא ההתמקדות בהשפעת הטראומה על תסמינים פוסט-טראומטיים ובעיות רגשיות והתנהגותיות. מחקר בעתיד יוכל להרחיב את הידע על השלכות החשיפה לטראומה של מלחמה וטרור לתחומי התפתחות נוספים, כגון היכולת לוויסות רגשי, חברתי וקוגניטיבי. מגבלה שלישית נבעה מאופן המדידה. במסגרת המחקר לא התאפשרה מדידה בלתי תלויה של מצוקת הילדים מעבר להערכת האימהות (למשל,

הערכה של גננות). ועוד מגבלה – במחקר זה התמקדנו בהשוואה בין מצוקה עקב טרור מתמשך לבין מצוקה עקב מלחמה, ולא בבחינת הקשר בין מצוקת האימהות לבין מצוקת הילדים. מחקר בעתיד עשוי להבהיר את התפקיד הממתן או המתווך של מצוקת האימהות ושל גורמי החוסן שלהן על רמת המצוקה ועל רמת החוסן של הילדים הצעירים, הגדלים ומתפתחים באיום מתמשך על חייהם. בשיעורם של בעלי תסמיני המצוקה רק מתוך הפונים לאבחון עשויה להיות הטיה, אך התופעה מאפיינת את כל שלושת המדגמים, ולפיכך אין לייחס לה את ההבדלים ביניהם.

השלכות קליניות

אחת ההשלכות המרכזיות של מחקר זה נוגעת להקצאת משאבים להתערבות בקרב אוכלוסיות החשופות לאיום ביטחוני. ממצאי המחקר עולה שילדים צעירים ואימהותיהם בחיפה ובקריית שמונה הראו סימנים של מצוקה פוסט-טראומטית ורגשית משמעותית לאחר מלחמת לבנון השנייה, סימנים המצריכים התערבות קלינית. עם זאת, הממצאים מורים בעקיבות, בכל המדדים שנבדקו, שהחשיפה לירי טילים בשדרות, המתמשכת לאורך שנים, הביאה להשלכות חמורות הרבה יותר על הילדים ועל האימהות הגרים שם, והם אינם תומכים בהנחה שהם חווים תהליך של הסתגלות למצב המובילה לחוסן או להתרגלות, ככל שהזמן חולף.

ממצאיו של מחקר זה מחזקים את ההכרה בצורך להמשיך להקצות משאבים להתערבות באזורים הממשיכים להיות חשופים לאיום ביטחוני, כל עוד מצב האיום נמשך (פת-הורנצ'יק ואחרים, 2011). כאמור, שיעור ההיענות לטיפול דיאדי ולהדרכת הורים בשדרות היה גבוה יותר מאשר בחיפה או בקריית שמונה. נתונים אלו עקיבים עם ממצאי המחקר המראים כי מצוקת המשפחות בשדרות, החשופות לטרור מתמשך לאורך שנים, חמורה יותר מזו של המשפחות בקריית שמונה ובחיפה לאחר מלחמת לבנון השנייה.

בפיתוח התערבויות קליניות המיועדות לתת מענה לאוכלוסיות שונות יש להביא בחשבון היבטים שונים של הקהילה שהיא יעד ההתערבות. למשל, בהתערבויות קליניות בשדרות מתבקש לתת את הדעת לכך שתושבי העיר ממשיכים להיות חשופים לאיום הטילים, וניתן לומר שהאירוע הטראומטי לא הסתיים, בניגוד למצבים פוסט-טראומטיים אחרים, שבהם ההווה בטוח יותר. במציאות כזו אפשר לראות בכמה מן התסמינים הפוסט-טראומטיים התנהגות הסתגלותית מתאימה. נוסף על כך, יש להביא בחשבון גם את הרקע ההיסטורי של הקהילה. למשל, כפי שמעלים כמה ממצאיו של מחקר זה, אפשר שהחשיפה למלחמת לבנון השנייה בשנת 2006 הייתה גורם שעורר במבוגרים בקריית שמונה את טראומת החשיפה המתמשכת לירי הטילים בעיר בשנות ה-70 וה-80. חשוב שהתערבות טיפולית המיועדת לאוכלוסייה זו תהיה מודעת להשלכות האפשריות של מצבים מעין אלו.

להערכתנו, יש חשיבות רבה להמשך פיתוח המחקר והמענים הקליניים עבור קהילות החיות באיום מתמשך. יש לבחון במחקרי אורך ובמחקרים פרוספקטיביים את ההשפעה של חיים באופנות חוזרת של הישרדות על התפתחות הילד, על הבשלת יכולות הוויסות בתחומים התנהגותיים, קוגניטיביים, רגשיים וחברתיים ובמשתנים רחבים של מצוקה וחוסן. יש לתת דגש מיוחד לבחינה ולהבנה של ההשלכות ארוכות הטווח של תפקודי ההורים כגורם מרכזי הן של סיכון והן של חוסן, בהקשר זה של גדילה והתפתחות תחת אש (פת־הורנצ'יק ועמיתה, 2011).

מקורות

פת־הורנצ'יק, ר', אחיטוב, מ', אסולין־פרץ, ל', באגד, ד', הר־שמיר, ד', חודבקש, א' וכהן, א' (2011). מרחב להורים בשדרות: דו"ח התקדמות. ירושלים: הרצוג – המרכז הישראלי לטיפול בפסיכטראומה.

פת־הורנצ'יק, ר', פלד, א', אחיטוב, מ', ברום, ד', רוזנבלט, א', פיירמן, צ', קפלנסקי, נ', יוסף, ד', להד, מ' ושמטוב, ק' (2012). הייתכן עתיד ורוד לילדי "צבע אדום"? תוכנית לבניית חוסן להורים ולילדים בגיל הרך הנחשפים לאיום מתמשך של ירי טילי "קאסם" בשדרות. חברה ורווחה, לב(2), 237–259.

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, department of psychiatry.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV*. Washington, DC: Author.
- Ariely, D. (2010). *The upside of irrationality (Chapter 6, On adaptation: Why we get used to things.)* New York, NY: Harper Collins.
- ASEBA (n.d.). *ADM (software)*. Retrieved from <http://www.aseba.org/>
- Bleich, A., Geklopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *The Journal of the American Medical Association*, 290(5), 612-620.
- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), 917-927.
- Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G., & Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253-275.

- Cohen, E. & Gadassi, R. (2009). Posttraumatic stress disorder in young children exposed to terrorism: Validation of the alternative diagnostic criteria. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2(4), 229-241.
- Diamond, G. M., Lipsitz, J. D., Fajerman, Z., & Rozenblatt, O. (2010). Ongoing Traumatic Stress Response (OTSR) in Sderot, Israel. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(1), 19-25.
- Drell, M. J., Siegel, C. H., & Gaensbauer, T. J. (1993). Post-traumatic stress disorder. In C. H., Jr. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 291-304). New York, NY: Guilford.
- Eastwick, P., Finkel, E., Krishnamurti, T., & Loewenstein, G. (2008). Mispredicting distress following romantic breakup: Revealing the time course of the affective forecasting error. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(3), 800-807.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445-451.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459-473.
- Frederick, S., & Loewenstein, G. (1999). Hedonic adaptation. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 302-329). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Harder, V. S., Ang, R. P., Bilenberg, N., et al. (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-syndrome model of the child behavior checklist for ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1215-1224.
- Joshi, P. T., & O'Donnell, D. A. (2003). Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clinical Child and Family Psychiatry Review*, 6, 275-292.
- Kessler, R. C., & Ustun, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.
- Laor, N., Wolmer, L., & Cohen, D. J. (2001). Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1020-1026.

- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., Gershon, A., Weizman, R., & Cohen, D. J. (1997). Israeli preschool children under Scuds: A 30-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 349-356.
- Lavi, T., & Solomon, Z. (2005). Palestinian youth of the Intifada: PTSD and future orientation. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry, 44*(11), 1176-1183.
- Lev Wiesel, R., Al-Krenawi, A., & Sehwal, M. (2007). Psychological symptomatology among Palestinian male and female adolescents living under political violence 2004-2005. *Community Mental Health Journal, 43*, 49-56.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227-238.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. In S. M. McCann, J. M. Lipton, E. M. Sternberg, G. P. Chrousos, P. W. Gold, & C. C. Smith (Eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences (Vol. 840: Neuroimmunomodulation: Molecular aspects, integrative systems, and clinical advances)* (pp. 33-44). New York, NY: Author.
- Nelson, L., & Meyvis, T. (2008). Interrupted consumption: Adaptation and the disruption of hedonic experience. *Journal of Marketing Research, 45*, 654-664.
- Pat-Horenczyk, R., Abramovitz, R., Peled, O., Brom, D., Daie, A., & Chemtob, C. M. (2007). Adolescent exposure to recurrent terrorism in Israel: Posttraumatic distress and functional impairment. *Journal of Orthopsychiatry, 77*(1), 76-85.
- Pat-Horenczyk, R., Achituv, M., Kagan-Rubenstein, A., Khodabakhsh, A., Brom, D., & Chemtob, C. M. (2012). Growing up under fire: Building resilience in young children and parents exposed to ongoing missile attacks. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 5*(4), 303-314.
- Pat-Horenczyk, R., Peled, O., Miron, T., Villa, Y., Brom, D., & Chemtob, C. M. (2007). Risk-taking behaviors among Israeli adolescents exposed to recurrent terrorism. *American Journal of Psychiatry, 164*(1), 66-72.
- Pat-Horenczyk, R., Rabinowitz, R. G., Rice, A., & Tucker-Levin, A. (2009). The search for risk and protective factors in childhood PTSD: From variables to processes. In D. Brom, R. Pat-Horenczyk, & J. D. Ford (Eds.), *Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery* (pp. 51-71). London, England: Routledge.
- Pat-Horenczyk, R., Ziv, Y., Asulin-Peretz, L., Achituv, M., Cohen, S., & Brom, D. (2013). Relational trauma in times of political violence: Continuous traumatic

- stress vs. past trauma. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 125-137 (DOI: 10.1037/a0032488).
- Pine, D. S., Costello, J., Masten, A. (2005). Trauma, proximity, and developmental psychopathology: The effects of war and terrorism on children. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1781-1792.
- Qouta, S., Punamaki, R. L., & Sarraj, E. E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 265-272.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., et al. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: Parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467.
- Sagi-Schwartz, A. (2008). The well being of children living in chronic war zones: The Palestinian-Israeli case. *International Journal of Behavioral Development*, 32(4), 322-336.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (1995). Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age. *Infant Mental Health Journal*, 16, 259-270.
- Scheeringa M. S., & Zeanah C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 799-815.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570.
- Schiff, M., Zweig, H., Benbenishty, R., & Hasin, D. S. (2007). Exposure to terrorism and Israeli youths' cigarette, alcohol, and cannabis use. *American Journal of Public Health*, 97, 1852-1858.
- Schkade, D., & Kahneman, D. (1998). Does living in California make people happy? A focusing illusion in judgments of life satisfaction. *Psychological Science*, 9(5), 340-346.
- Shaw, J. A. (2003). Children exposed to war/terrorism. *Clinical Child and Family Psychiatry Review*, 6, 237-246.
- Slone M., & Shechner, T. (2009) Psychiatric consequences for Israeli adolescents of protracted political violence: 1998-2004. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 280-289.

- Solomon, Z. (1995). *Coping with war-induced stress: The Gulf War and the Israeli response*. New York, NY: Plenum.
- Solomon, Z., & Lavi, T., (2005). Israeli youth in the second Intifada: PTSD and future orientation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1167-1175.
- Thabet, A. A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E., & Vostanis, P. (2007). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(4), 191-199.
- Thabet, A. A. M., Karim, K., & Vostanis, P. (2006). Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *British Journal of Psychiatry, 188*, 154-156.
- Wang, Y., Nomura, Y., Pat-Horenczyk, R., Doppelt, O., Abramovitz, R., Brom, D., & Chemtob, C. (2006). Association of direct exposure to terrorism, media exposure to terrorism, and other trauma with emotional and behavioral problems in preschool children. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*, 363-368.
- Wexler, I. D., Branski, D., Kerem, E. (2006). War and children. *Journal of the American Medical Association, 296*(5), 579-581.
- Yehuda, R., & Hyman, S. E. (2005). The impact of terrorism on brain, and behaviour: what we know and what we need to know. *Neuropsychopharmacology, 30*, 1773-1780.
- Zimbardo, P. G. (2002). The political psychology of terrorist alarms. Retrieved September, 2011 from <http://www.zimbardo.com/downloads>