

שילוב בין טיפול קבוצתי ממוקד טראומה וטיפול באמנות עם לוחמים שנחשפו לאירועי לחימה טראומתיים

אופיר לוי, ולאד סבטליצקי, סרגיי זוסמנוביץ, אלי פרשה, איל פרוכטר

המחקר מציג ממצאים ראשוניים בנושא של טיפול קבוצתי ממוקד טראומה בקרב פלוגת לוחמים שנחשפה לאירועי לחימה משמעותיים. במסגרת הטיפול נעשה שימוש בציורים וברישומים ששימשו לחשיפה ולהבניה של האירוע הטראומתי בעזרת חברי הקבוצה, שחוו גם הם אירועי לחימה. המחקר בחן מדדים של תסמינים פוסט-טראומתיים וריכאוניים, את רמת התפקוד ואת משתנה התקווה של 60 הלוחמים שלקחו חלק בקבוצה. המשתנים נמדדו בשלושה מועדים: לפני תחילת הטיפול, בסוף הטיפול, ובפגישת מעקב שנערכה כשישה חודשים לאחר תום הטיפול. הניתוח הרב-רמתי (multilevel modeling) של תוצאות המדידה הראה ירידה מובהקת במספר התסמינים הפוסט-טראומתיים והדיכאוניים בין מועד המדידה הראשון והשני, וגם בין מועד המדידה הראשון והשלישי. גם מדדי התפקוד עלו באופן מובהק בין המדידה הראשונה והשנייה, ובין המדידה הראשונה והשלישית. במדר התקווה לא חל שינוי מובהק בין שלושת מועדי המדידה. עוד נמצא כי מידת המובהקות של השינוי הקליני (clinical significant change) במדדי התסמינים הפוסט-טראומתיים והדיכאוניים, וברמת התפקוד והתקווה - היתה רבה. מן הממצאים של מחקר זה עולה כי חשוב להמשיך לחקור את יעילותן של שיטות הטיפול הקבוצתי ממוקד הטראומה.

מאמר נוסף על נושא זה, המתאר שמונה קבוצות שונות, פורסם באנגלית:

Levi, O., Wald, I., Svetlitsky, V., Zusmanovitz, S., Parasha, E., Shoval-Zuckerman, Y., Afik, G., Haikin, G., Fruchter, E. (2017). Combat-related multi-faceted trauma-focused group therapy: a pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(2), 133-139. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000619.

מילות מפתח: טיפול קבוצתי ממוקד טראומה, טיפול באמנות, דיכאון, תפקוד, תקווה.

ד"ר אופיר לוי מלמד במחלקה לעבודה סוציאלית, במרכז האקדמי רופין ובבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל-אביב, עובד ביחידה לתגובות קרב במחלקת בריאות הנפש של צה"ל.

ד"ר ולאד סבטליצקי עובד ביחידה לתגובות קרב במחלקת בריאות הנפש של צה"ל. סרגיי זוסמנוביץ, MSW, עובד ביחידה לתגובות קרב במחלקת בריאות הנפש של צה"ל. אלי פרשה, MSW, עובד ביחידה לתגובות קרב במחלקת בריאות הנפש של צה"ל, וממכון עידן במודיעין. ד"ר איל פרוכטר, MD, הוא מנהל המחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים רמב"ם ועובד ביחידה לתגובות קרב במחלקת בריאות הנפש של צה"ל.

בשנים האחרונות נעשה שימוש רב בטיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT), לרבות טיפול קבוצתי, באוכלוסיות שנחשפו לאירועים טראומטיים ופיתחו תסמינים אשר פגעו בתפקודם היומיומי (Foy, Ruzek, Glynn, Riney & Gusman, 2002). אחד מסוגי הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי הקיימים הוא טיפול קבוצתי ממוקד טראומה (trauma-focused group therapy) - גישה טיפולית השמה את הדגש על תיאור האירוע הטראומתי, תוך כדי חשיפתו בדמיון והבנייתו מחדש ברמה הקוגניטיבית. בדרך זו היא מבקשת לשנות את תבניות החשיבה הנוגעות לנסיבות האירוע, רכיביו, השלכותיו והשפעותיו על תכני החשיבה והתפקוד היומיומיים (Resick & Schnicke, 1992). טיפול מסוג זה מיועד, בין השאר, לקבוצות של מטופלים שכל חבריהן נחשפו לאירוע טראומתי דומה (למשל קרב במסגרת השירות הצבאי). בקבוצות כאלה, הניסיון והחוויית של כל אחד מחברי הקבוצה לוקחים חלק בתהליך של עיבוד האירוע דרך חשיפה ישירה ועקיפה אליו, ובעזרת תמיכה קבוצתית חפה משיפוט (Foy, Drescher, Watson & Ritchie, 2011).

מהספרות הקלינית והמחקרית אנו לומדים כי עם יחידות צבאיות אורגניות נעשו עד כה "התערבויות" (בשונה מטיפול) אשר התבססו על "תשאול אירוע לחץ קריטי" (CISD) ופותחו על ידי רפאל ומיטשל (Mitchell, 1983). אף על פי שהשיטה הנהוגה בהתערבויות אלה שנויה במחלוקת, נעשה בה שימוש נרחב במסגרות צבאיות - הן בארץ (לוי ושובל, 2010) והן בעולם (Bisson, McFarlane, Rose, Ruzek & Watson, 2009), והיא נמצאה כיעילה בארגונים כמו צבא, משטרה וכוחות הצלה, בין השאר על רקע המאפיינים הארגוניים והתרבותיים של מסגרות אלו (שובל, לוי, דקל, וסולומון, 2011).

מחקרים בנושא של טיפול קבוצתי ממוקד טראומה בנפגעי פוסט-טראומה על רקע שירות צבאי בחנו את היעילות של טיפולים אלה באמצעות שימוש במודלים מגוונים מגישות קוגניטיביות התנהגותיות שונות, לרוב ללא קבוצת ביקורת (Schnurr, Friedman, Foy, Shea, Hsieh & Lavory, 2003). המחקרים הראו שהטיפול מוביל לירידה במספר התסמינים הפוסט-טראומטיים והדיכאוניים, ולשיפור במיומנויות הבין-אישיות, בתפקוד היומיומי

ובאיכות החיים הכללית של המשתתפים (Foy et al., 2011; Sloan, Feinstein, Gallagher, Beck & Keane, 2013).

כבר שנים רבות שחיל הרפואה ומחלקת בריאות הנפש של צה"ל מציעים התערבויות בצורת טיפול קבוצתי סמוך מאוד לאירוע הטראומתי, בטווח של ימים אחדים (שובל ואחרים, 2011; לוי ושובל, 2010). במקרים המצריכים זאת מוצע הטיפול הקבוצתי גם לאחר פרק זמן ארוך יותר – כחודש או יותר לאחר האירוע (לוי, 2015). אחת השיטות שבהן נעשה שימוש בטיפולים אלה היא זו שעליה מבוסס מחקר זה. שיטה זו משתמשת בציורים וברישומים שיוצרים המשתתפים עצמם בעת שהם חושפים את האירוע הטראומתי ומבנים אותו מחדש במסגרת הקבוצה הטיפולית. טכניקות של טיפול באמצעות ציור ורישום שייכות לתחום של טיפול באמנות (art therapy), והשימוש בהן בפסיכותרפיה ממוקדת טראומה – הפרטנית והקבוצתית – מקובל. הטיפול באמנות נועד להגביר את הסיכוי לשינוי במצב הנפשי, בעיקר בקרב נפגעי פוסט-טראומה, כיוון שנמצא כי השימוש בטכניקות אלו מפחית אצלם את מספר התסמינים הפוסט-טראומתיים ואת תדירותם (Schouten, de Niet, Knipscheer, Kleber & Hutschemaekers, 2015). נדגיש כי ככל הידוע לנו, עד כה לא נעשה שימוש בטכניקה זו בצה"ל, ובישראל בכלל. בחרנו בטכניקה של ציור ורישום משתי סיבות: 1. אמצעי זה מפוגג את המתח והחרדה המובנים בכל מפגש קבוצתי שמזמן שיח רגשי בין לוחמים, אשר חונכו במסגרת הצבא לקודים ולשיח גברי שמדחיקים רגשות. 2. הטיפול קצר וממוקד, ובמהלכו מוקצות לכל משתתף שעתיים – שעה לשלב הראשון של טיפול באמנות, ושעה לשלב השני של תיאור חוויותיו. לאור זאת, הנחנו שהציורים והרישומים יסייעו לפרט ולקבוצה "להתחבר" לתהליך מהר יותר.

מטרת המחקר

מטרת המחקר היא להציג ממצאים ראשוניים בנושא היעילות של הטיפול הקבוצתי ממוקד הטראומה שבמהלכו נעשה שימוש בציורים וברישומים של פלוגת לוחמים אורגנית, אשר נחשפה ברצועת עזה לאירוע לחימה שכלל הרוגים ופצועים מתוך הפלוגה. הציורים והרישומים שימשו לצורך חשיפה והבניה של האירוע הטראומתי בעזרת חברי הקבוצה שהיו שותפים לאירוע. השערת המחקר היתה כי שיטת טיפול זו תמצא יעילה, כלומר שבעקבות הטיפול תחול ירידה במספר התסמינים הפוסט-טראומתיים והדיכאוניים של חברי הקבוצה, ושמדדי התפקוד והתקווה יעלו. בהקשר של רמת התפקוד יש לציין כי משתנה זה נבחר בשל יכולתו להתמקד במדדים חיוביים (כניגוד לסימפטומים השייכים לעולם התוכן הפסיכופתולוגי), וגם כתשובה למגמה השוררת במחקרים העוסקים בטיפול בנפגעי פוסט-טראומה, שאינם

נוהגים להתייחס לרמת התפקוד כמשתנה העומד בפני עצמו, אלא מסתפקים בהערכה של השפעת הטיפול על הסימפטומים השונים (פוסט-טראומתיים, דיכאוניים וכדו'). ההנחה במחקרים הללו היא שאם בתום הטיפול רמת הסימפטומים יורדת, וממשיכה להיות נמוכה גם בפגישות המעקב, סימן שחל שיפור גם ברמת התפקוד (Steenkamp & Litz, 2013). בחרנו לחקור גם את משתנה התקווה המוגדר כתהליך למידה המתחיל בילדות המוקדמת, כיוון שבמהלכו מתפתחת היכולת לגבש מטרות ואסטרטגיות למימוש אותן תקוות. האסטרטגיות למימוש המטרה ממחישות את התהליך שדרכו מתרחשת התקווה. תהליך זה מונע על ידי חוש החלטה מכוון מטרה (או אנרגיות מכוונות מטרה), המכונה סוכנות (agency), ומשמעו נחישות להשיג יעדים בעבר, בהווה ובעתיד, וכן על ידי חוש מוצלח של תכנון המכונה נתיבי פעולה (pathways), שנועד להשיג את המטרה (Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon & Harney, 1991). כאמור, החשיבה מונחית המטרה, והיכולת לתכנן דרכים להשגתה, מתפתחות בגיל הילדות, אך על מנת שימשיכו להשתכלל יש צורך בתמיכת הסביבה ובאמונה של אדם ביכולתו לפתח חשיבה נתיבית. הבחירה במשתנה התקווה, בדומה לזה של התפקוד, מודדת את ההיבטים החיוביים שהתרחשו בטיפול, ולרוב מבליטה את המגמה שהתרחשה בטיפול ביחס לתסמינים השליליים (Glass, Flory, Hankin, Kloos & Turecki, 2009). כך היא מסייעת לאמוד את מידת היעילות של הטיפול (Irving et al., 2004). המחקר קיבל אישור מוועדת הלסינקי של חיל הרפואה בצה"ל.

שיטת המחקר

משתתפים

במחקר השתתפו 60 חברי פלוגה אחת, כולם בשירות מילואים, ששירתו כלוחמים ונחשפו במסגרת פעילות ביטחון שוטף בגבול רצועת עזה לאירוע לחימה טראומתי שכלל הרוגים ופצועים. הבקשה לקבל טיפול נעשתה בשנת 2012, כאשר מפקד הלוחמים פנה בשמו ובשם חבריו למפקד היחידה לתגובות קרב (המחבר הראשון במאמר זה), וביקש לקבל טיפול לכלל הלוחמים. בפנייתו הוא ציין כי לתחושתו, ולפי הדיווחים של פקודיו, זקוקים הלוחמים לעזרה בעיבוד האירוע שהתרחש כשלושה חודשים קודם לכן. בלוח 1 מרוכזים הנתונים הסוציו-דמוגרפיים של 60 המשתתפים שאישרו בכתב את הסכמתם להשתתף במחקר. בהקשר של רמת החשיפה לקרב יש לציין כי כרמת חשיפה גבוהה הוגדרה השתתפות פעילה בקרב, ורמת חשיפה נמוכה פירושה שהחיל הגיע לזירת האירוע בסיומו.

לוח 1

המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של המטופלים (N=60)

גיל	ממוצע (סטיית תקן):	32.8 (13.9)
	טווח:	70-25
הגירה	לא:	47 (78.3%)
	כן:	13 (21.7%)
שנות לימוד	ממוצע (סטיית תקן):	12.35 (1.32)
	טווח:	16-9
מצב משפחתי	רווק:	38 (63.3%)
	נשוי:	22 (37.7%)
תעסוקה	עובד:	39 (65%)
	לא עובד:	21 (35%)
רמת חשיפה	גבוהה:	21 (65%)
	נמוכה:	39 (35%)

כלי המדידה

כלי המדידה כללו ארבעה שאלונים:

שאלון התסמינים הפוסט-טראומתיים (PCL) (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996): שאלון הכולל 17 היגדים המתארים את התסמינים האופייניים לחשיפה לאירוע טראומתי (ראו נספח א'). טווח התוצאות בשאלון זה נע בין 17-85, כאשר ציון גבוה יותר מבטא תסמינים פוסט-טראומתיים רבים יותר. רמת המהימנות במדידות הראשונה, השנייה והשלישית, בהתאמה, היתה .941, .936, .909. α . הממצאים הנוגעים למהימנות השאלון תאמו את הממצאים שהתגלו במחקרים אחרים (Lima, Barreto & Assunção, 2012).

שאלון דיכאון (MADRS) (Montgomery & Asberg, 1979): שאלון זה מבוסס על ריאיון קליני מובנה למחצה, אם כי במחקר זה הוא ניתן כשאלון למילוי עצמי. השאלון כולל 10 פריטים המעריכים מספר תסמינים דיכאוניים: עצב מדווח, מתח פנימי, צמצום בשעות השינה, ירידה בתיאבון, קשיי ריכוז, תשישות, חוסר יכולת להרגיש, מחשבות פסימיות ומחשבות אוברדניות. מידת החומרה של התסמינים נמדדת בסולם בן שש דרגות מ-0 (אין קושי) ועד 6

(חמור). חומרת הדיכאון נקבעת בהתאם לציון המצטבר: 0-6 - ללא תסמינים (אין דיכאון), 7-19 - דיכאון מתון, 20-34 - דיכאון בעוצמה בינונית, וכל ציון הגבוה מ-35 - דיכאון חמור. רמת המהימנות של השאלון למדידות הראשונה, השנייה והשלישית, בהתאמה, היתה .957, .955, .936 α (לרמת המהימנות של השאלון במחקרים אחרים ראו Santen, Danhof & Pasqua, 2009).

שאלון תפקוד (POAMS-TV) (Green, Lowry & Kopta, 2003). השאלון בודק את רמת התפקוד באמצעות 10 שאלות הנוגעות לתחומי חיים ספציפיים: עבודה/לימודים, קשרים אינטימיים, הקשר עם הילדים, קשרים חברתיים, תפקוד מיני, מועדות לפגיעות, הנאה מהחיים, בריאות פיזית, התנהלות עצמית וניהול כספים. המשתתף נשאל כיצד תפקד בכל תחום בשבועיים האחרונים. טווח הציונים נע בין 0 ל-4 בסולם ליקרט (4 - טוב מאוד, 0 - רע מאוד). ככל שהציון נמוך יותר כך רמת התפקוד נמוכה יותר. לשם ניתוח הנתונים נבנה מדד המורכב ממוצע של 9 שאלות (השאלה העוסקת בקשר עם הילדים הוצאה מהמדד, כיוון שלאחוז קטן מאוד ממשתתפי המחקר היו ילדים). במחקר זה רמת המהימנות למדידה הראשונה, השנייה והשלישית, בהתאמה, היתה .951, .971, .855 α . רמת המהימנות של השאלון בדיווחים שונים היתה .75.84 α (לרמת המהימנות של השאלון במחקרים אחרים ראו Svetlicky, Solomon, Benbenishty, Levi & Lubin, 2010).

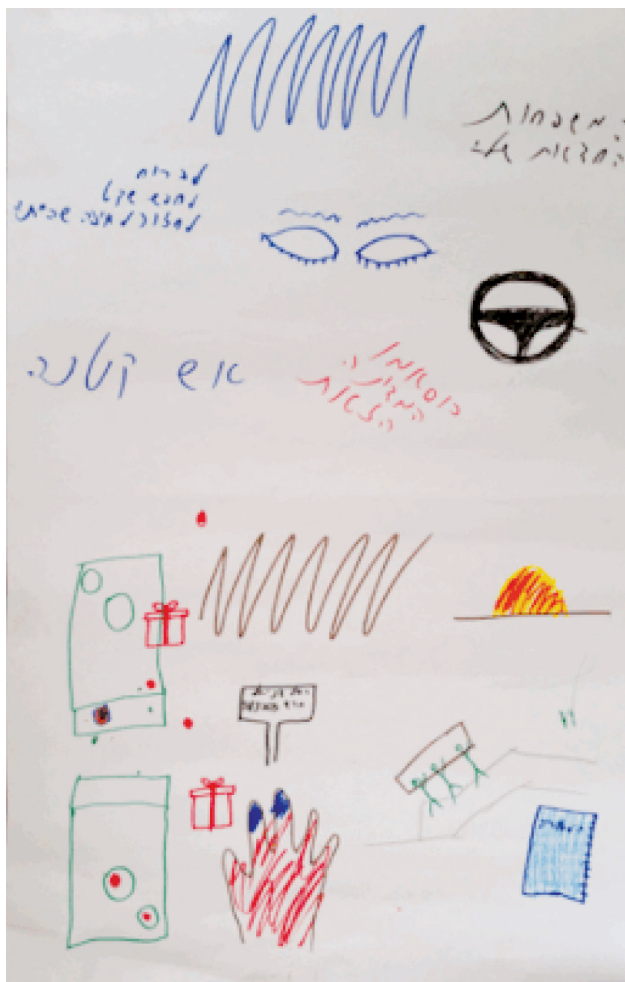
שאלון תקווה (Hope Scale) (Snyder et al., 1991): שאלון לדיווח עצמי הכולל 12 פריטים המנוסחים כהיגדים ומדורגים בסולם ליקרט מ-1 (לא נכון כלל) עד 4 (נכון מאוד). ארבעה סעיפים (2, 9, 10, 12) עוסקים במוטיבציה להשגת מטרה (agency); ארבעה סעיפים (1, 4, 6, 8) עוסקים בדרכי הפעולה ובתהליך הקוגניטיבי להשגת המטרות (pathway); ארבעת הסעיפים הנותרים (3, 5, 7, 11) נוסחו כמסיחי דעת, ואינם נכללים בחישוב מדד התקווה שנקבע על ידי סכימה של תשובות המרואייין. הציון המתקבל מציין את מדד התקווה הכללי - לפיו ציון גבוה מעיד על רמת תקווה גבוהה - אם כי ניתן לקבל מדד לכל מרכיב בנפרד. סניידר ועמיתיו (Snyder et al., 1991) דיווחו על רמת מהימנות של .78-.74 α . במחקר זה רמת המהימנות למדידה ראשונה, שנייה ושלישית, בהתאמה, היתה: .898, .923, .853 α . (לרמת המהימנות של השאלון במחקרים אחרים ראו: Creamer, Meaghan, O'Donnella, Isla & Bryantf, 2009).

הליך המחקר

כל 60 המשתתפים קיבלו תיאור של הטיפול והרציונל שלו במפגש הכנה שנערך כשבוע לפני מועד תחילת הטיפול, ונמשך כשעה וחצי. במפגש תוארו שיטת הטיפול ומסגרת הטיפול ומטרותיו, ובמהלכו מילאו המשתתפים את השאלונים למדידת שכיחות התסמינים הפוסט-טראומתיים, רמת הדיכאון, התפקוד והתקווה (מדידה ראשונה). כשבוע לאחר מפגש ההכנה החל הטיפול ב-51 לוחמים (85% מכלל חברי הפלוגה), לאחר ש-9 לוחמים שהשתתפו במפגש ההכנה הודיעו שאין ביכולתם להתחייב להגיע למפגשים על רקע התחייבויות משפחתיות קודמות, התחייבויות למקום העבודה או למוסדות הלימוד השונים, נסיעה לחו"ל או מעבר דירה. המפגשים עצמם נמשכו כ-41 שעות (על פי גודל הקבוצה), וכל מפגש נמשך שעתיים, למעט המפגשים שבהם, בנוסף לתיאור האירוע, נעשתה גם פעילות של ציור או רישום. במקרים אלה ארך המפגש שעתיים וחצי. שני מפגשים נוספים, "מפגש התהליך הקבוצתי" ו"מפגש סיכום וסיום", ארכו כשעה וחצי. המשתתפים חולקו לארבע קבוצות - 13, 13, 13 ו-12 משתתפים בכל קבוצה. בשתיים מהקבוצות נכחו כל המשתתפים בכל המפגשים, בקבוצה שלישית נעדרו שני משתתפים משני מפגשים שונים, ובקבוצה הרביעית נעדרו שלושה משתתפים משלושה מפגשים שונים. כך יצא שבכל אחד מהמפגשים היה חסר לכל היותר משתתף אחד בלבד (נוכחות של 92%). כל הקבוצות עברו את אותו הליך טיפולי עם אותו צוות טיפולי (שני מטפלים ורשם), וכל קבוצה פעלה כקבוצה סגורה, שלא קלטה מטופלים חדשים לאחר המפגש הטיפולי הראשון. "הפורמט הסגור" נדרש בסוג כזה של טיפול, המשלב עיבוד קוגניטיבי, משום שהוא מבוסס על כישורים הנבנים נדבך על נדבך, כך שכל כישור שנלמד מצריך שליטה בכישור הקודם לו (Foy et al., 2011). בתום המפגש הטיפולי האחרון נבדקו שוב התסמינים הפוסט-טראומתיים, רמת הדיכאון, התפקוד והתקווה של המשתתפים (מדידה שנייה). אותם מדדים נבדקו פעם שלישית במפגש מעקב שהתקיים כחצי שנה לאחר סיום הטיפול. למפגש המעקב הגיעו 35 מהמשתתפים (58% מכלל המשתתפים שהיו בפגישה ההכנה, ו-67% מהמשתתפים שסיימו את כל הליך הטיפול). ההיעדרות ממנו חלה על רקע התחייבויות קודמות במקומות העבודה ובמוסדות הלימוד השונים, ומחויבויות משפחתיות.

את הטיפול הקבוצתי העבירו שני מטפלים, עובדים סוציאליים בהכשרתם, בעלי הכשרה וניסיון בתחום הטיפול הקבוצתי בנפגעי פוסט-טראומה, ואיש מקצוע ששימש כרשם. הרשם תיעד כל מפגש טיפולי, לרבות דברי המטפלים והמטופלים. הרישומים שימשו את צוות הטיפול בישיבות הצוות שהתקיימו בסוף כל מפגש. הטיפול התבסס על ארבעה שלבים:

בשלב הראשון התבקש כל מטופל לתאר בציור/רישום על חצי בריסטול, בעזרת צבעים וטושים, את האירוע שאליו נחשף - מרגע החשיפה ועד לרגע שבו, על פי תפיסתו, הוא הסתיים. לאחר מכן הציג כל מטופל, בתורו, בהנחיית המטפלים ובעזרת חברי הקבוצה, ובהתבסס על הציור/רישום שעשה, את העובדות הנוגעות לאירוע (לדוגמא: "השעה שמצוינת בתוך השעון שציירתי היא שעת תחילת האירוע"), ואת הרגשות והמחשבות שנלוו לעובדות שתוארו (לדוגמא: "כמובן שמאוד פחדתי כשהתחילו היריות").



איור 1: דוגמא לתיאור בציור/רישום על בריסטול

השלב השני: לאחר שכל חברי הקבוצה סיימו להציג את האירוע, התבקשו המשתתפים לצייר/לרשום, על המחצית השנייה של הבריסטול, אירועים וחוויות הנוגעים לתפקודם היומיומי מאז הסתיים האירוע ועד מועד המפגש. לאחר מכן תיאר כל משתתף את מה שצייר/רשם, וניסה לקשור את הדברים לציור/רישום הקודם (במחצית הראשונה של הבריסטול). גם במקרה זה ניסה כל משתתף לתאר, בעזרת המטפלים וחברי הקבוצה, עובדות, רגשות ומחשבות הנוגעים לאירועים, וכן חוויות מחיי היומיום שלו (לציור/רישום לדוגמא ראו איור 1). בהקשר של הציור/רישום השני יש לציין כי מדובר בחיילי מילואים בשירות מילואים לא פעיל, שבמהלך הטיפול תפקדו כאזרחים מן השורה. שלב זה הסתיים לאחר שכל המטופלים הציגו את חוויותיהם, כל אחד בתורו. שני השלבים הראשונים כללו אפוא: (1) ציור/רישום של האירוע הטראומתי ואירועים מחיי היומיום לאחריו. (2) הבניה מחדש של האירוע הטראומתי בעזרת הציור/רישום, בהתבסס על עובדות, מחשבות ורגשות, ותיאור שהתבסס על העובדות, המחשבות והרגשות שנגעו לתפקוד היומיומי (לאחר סיום האירוע). (3) זיהוי של מחשבות ורגשות שליליים שהתעוררו בעקבות האירוע הטראומתי, ושל השפעתם על התפקוד. הזיהוי התבצע בעזרת המטפלים ובעזרתם הפעילה של חברי הקבוצה. (4) שינוי דפוסים של חשיבה ורגש (למשל התפרצויות זעם הפוגעות בהשתלבות התקינה במישור התעסוקתי) על ידי קניית משמעות שונה לאירוע ולהשלכותיו.

השלב השלישי כלל התייחסות לתהליך הקבוצתי תוך הדגשת התמיכה, השיתוף, הקבלה וההכלה שלו, תוך דגש על יכולתו לספק לכל משתתף קבוצת תמיכה שתעזור לו. בשלב זה הודגש המסר שהאירוע עובד ברמה הקבוצתית, כך ש"ניתן לשים אותו כקבוצה מאחור".

השלב הרביעי היה שלב הסיכום והפרידה.

לוח 2 מסכם את מבנה הטיפול, התכנים ומשך הזמן של כל אחד מהמפגשים.

לוח 2

תיאור הטיפול הקבוצתי ממוקד הטראומה (תכני המפגש ומשך הזמן) בחלוקה למפגשים (על פי 12 משתתפים בקבוצה)

הערות	משך זמן	תכני המפגש	סוג מפגש
מדידה ראשונה של התסמינים הפוסט-טראומטיים והדיכאוניים, ושל רמת התפקוד והתקווה	שעה וחצי	תיאור שיטת הטיפול, מטרות, רציונל, מסגרת הטיפול	מפגש 1 - הכנה
50 דקות לכל מציג	כשעתיים וחצי	תיאור באמצעות ציור ו/או רישום של האירוע הטראומטי מרגע החשיפה לאירוע ועד לסיומו. 2 מציגים	מפגש 2
3 מציגים במפגשים 2 ו-3; מציגים במפגש 4. עד 2 הפסקות במהלך כל המפגש	שלוש שעות - 50 דקות לכל מציג	המשך הצגת הציור/רישום בסבב על-ידי כל אחד ממטופלי הקבוצה וקבלת התייחסויות משאר המטופלים בהנחיית המטפלים	מפגשים 3-7
50 דקות לכל מציג	כשעתיים וחצי	תיאור באמצעות ציור ו/או רישום של אירועים וחוויות מחיי היומיום לאחר סיום האירוע. 2 מציגים	פתיחת מפגש 8
3 מציגים במפגשים 6 ו-7; 2 מציגים במפגש 8. עד 2 הפסקות במהלך כל המפגש	שלוש שעות - 50 דקות לכל מציג	המשך הצגת הציור/רישום בסבב על-ידי כל אחד ממטופלי הקבוצה וקבלת התייחסויות משאר המטופלים בהנחיית המטפלים	מפגשים 9-13
	שעה וחצי	עיבוד בקבוצה	מפגש 14
מדידה שנייה של התסמינים הפוסט-טראומטיים והדיכאוניים, ושל רמת התפקוד והתקווה	שעתיים	סיכום וסיום	מפגש 15

אופן ניתוח הממצאים

בשלב הראשון כלל הניתוח את הצגת הממוצעים של מדדי התסמינים הפוסט-טראומתיים, הדיכאוניים, התפקודיים ומדדי התקווה. לאחר מכן נערך ניתוח שמטרתו לבדוק את יעילות הטיפול הקבוצתי ממוקד הטראומה - כאן בוצע ניתוח רב-רמתי (MLMs) המשמש במחקרים לצורך בחינת השינויים בקרב מטופלים בפסיכותרפיה לאורך זמן (Tasca & Gallop, 2009). כאמור, השינויים במדדים של פוסט-טראומה, דיכאון, תפקוד ותקווה (משתנים תלויים), נבחנו בקרב כלל משתתפי המחקר בשלושה מועדים - לפני תחילת הטיפול, בסיום הטיפול, ובפגישת המעקב שהתקיימה כחצי שנה לאחר תום הטיפול. הניתוח נערך תוך כדי פיקוח על המשתנים הסוציו-דמוגרפיים של המשתתפים (גיל, תעסוקה, מצב משפחתי, הגירה, מספר שנות לימוד ורמת החשיפה לקרב). עוד חושבו הממוצעים וסטיות התקן בכל אחד מהמשתנים (תסמינים פוסט-טראומתיים ודיכאוניים, רמת התפקוד והתקווה), בכל אחד ממועדי המדידה. בשלב השלישי נבחנה מידת המובהקות של השינוי הקליני שחל במשתתפים בעקבות הטיפול. שיטת ניתוח זו, שפותחה בידי ג'ייקובסון וטרוקס (Jacobson & Truax, 1991), נחשבת כמייצגת בצורה הטובה ביותר את מידת ההשפעה של שיטת הטיפול הנחקרת. רמת השינוי מחושבת דרך השוואת תוצאות המשתנים התלויים בסוף הטיפול לרמתם בתחילת הטיפול (מדידה שנייה לעומת מדידה ראשונה), ובין פגישת המעקב לתחילת הטיפול (מדידה שלישית לעומת מדידה ראשונה). מדידה זאת מתבססת על חישוב מספר הנקודות הדרוש לצורך השגת שינוי קליני מובהק בעבור כל משתנה. במחקר זה נמצא שמספר הנקודות הדרוש לצורך זה צריך להיות כדלקמן: במדד התסמינים הפוסט-טראומתיים (PCL) - גדול מ-18.92; במדד התסמינים הדיכאוניים (MADRS) - גדול מ-13.86; במדד התסמינים התפקודיים (POAMS) - גדול מ-13.67; ובמדד התקווה - גדול מ-6.65.

ממצאים

מלוח 3 לוח עולה כי ממוצעי התסמינים הפוסט-טראומתיים והדיכאוניים ירדו בין המדידה הראשונה לשנייה ובין המדידה הראשונה לשלישית, וממוצעי רמת התפקוד עלו בין המדידה הראשונה לשנייה ובין המדידה הראשונה לשלישית. רמת התקווה ירדה בין המדידה הראשונה לשנייה ובין המדידה הראשונה לשלישית.

ניתוח רב-רמתי (MLMs) מעלה כי בין מועד המדידה הראשון למועד המדידה השני, ובין מועד המדידה הראשון למועד המדידה השלישי חלה ירידה מובהקת במספר התסמינים הפוסט-טראומתיים והדיכאוניים, ונרשמה עלייה ברמת התפקוד: $B(\text{time } 2) = -17.71$ (SE = 1.87), -9.52 (SE = 1.37), 5.59 (SE = 1.09), - ו -

$p = .000$ באשר לתקווה, לא חל שינוי מובהק ברמתה בין נקודת המדידה הראשונה לשנייה, ובין נקודת המדידה הראשונה לשלישית: $B(\text{time}2) = -.638$ ($SE = .600$), $B(\text{time}3) = -.264$ ($SE = .696$) = בהתאמה, $p > .005$.

עוד נמצא כי למשתנים הסוציודמוגרפיים שנאספו במפגש ההכנה לא היתה השפעה על מספר התסמינים הפוסט-טראומתיים ועל רמת התקווה של המשתתפים. לעומת זאת, בקרב אלו שרמת החשיפה שלהם לקרב היתה נמוכה יותר נמצאה רמת דיכאון נמוכה יותר $(B = -6.24, p = .007)$. הממצאים מגלים כי רמת התפקוד היתה גבוהה יותר בקרב המשתתפים שעברו $(B = 4.05, p = .040)$ ואצל אלה שרמת החשיפה שלהם לקרב היתה נמוכה $(B = 4.83, p = .029)$. רמת תפקוד נמוכה יותר נמצאה בקרב הנשואים $(B = -5.77, p = .019)$.

לוח 3

ממוצעים וסטיות תקן של התסמינים הפוסט-טראומתיים (PCL), דיכאון (MADRS), תפקוד (POAMS) ותקווה 1 (POAMS) בתחילת הטיפול $(N = 60)$, (2) בסוף הטיפול $(N = 51)$ (3) ובפגישת המעקב $(N = 35)$

סטיות	ממוצע	תקן
12.4	50.70	התסמינים הפוסט-טראומתיים (PCL 1)
10.28	33.20	התסמינים הפוסט-טראומתיים (PCL 2)
7.43	29.00	התסמינים הפוסט-טראומתיים (PCL 3)
10.66	23.58	דיכאון (MADRS1)
9.19	14.39	דיכאון (MADRS2)
4.33	11.28	דיכאון (MADRS3)
8.72	18.95	תפקוד 1 (POAMS)
9.07	25.17	תפקוד 2 (POAMS)
5.78	27.34	תפקוד 3 (POAMS)
4.70	27.12	תקווה 1
5.56	24.86	תקווה 2
3.81	26.43	תקווה 3

לבסוף נמצא כי השינוי הקליני שחל בעקבות הטיפול היה מובהק (לוח 4), ובא לידי ביטוי בשינוי המובהק שחל בתסמינים הפוסט-טראומתיים והדיכאוניים בין מועד המדידה הראשון למועד המדידה השני (טווח של 3.9%-49.1%), וכן בעלייה ברמת התפקוד והתקווה. כמו כן, בקרב מספר קטן של מטופלים חלה החמרה ברמת התפקוד והתקווה בלבד (טווח של 3.9%-11.8%). שינוי קליני מובהק חל גם בין מועד המדידה הראשון למועד המדידה השלישי בתסמינים הפוסט-טראומתיים והדיכאוניים וברמת התפקוד (טווח של 8.6%-65.7%) אך לא ברמת התקווה. בנוסף, בקרב מספר קטן של מטופלים חלה החמרה ברמת התפקוד והתקווה בלבד (2.9%).

לוח 4

רמת השינוי הקליני במדדי התסמינים הפוסט-טראומתיים (PCL), הדיכאוניים (MADRS), וברמת התפקוד (POAMS) והתקווה (1), בסוף הטיפול (N=51) (2) ובפגישת המעקב (N=35)

מדד	לא השתנו	השתנו	הוחמר
תסמינים פוסט-טראומתיים - השוואה בין תחילת הטיפול לסוף הטיפול	26 (50.9%)	25 (49.1%)	0
תסמינים פוסט-טראומתיים - השוואה בין תחילת הטיפול לפגישת המעקב	12 (34.3%)	23 (65.7%)	0
דיכאון - השוואה בין תחילת הטיפול לסוף הטיפול	31 (60.8%)	20 (39.2%)	0
דיכאון - השוואה בין תחילת הטיפול לפגישת המעקב	16 (45.7%)	19 (54.3%)	0
תפקוד - השוואה בין תחילת הטיפול לסוף הטיפול	42 (82.4%)	7 (13.7%)	2 (3.9%)
תפקוד - השוואה בין תחילת הטיפול לפגישת המעקב	32 (91.5%)	3 (8.6%)	1 (2.9%)
תקווה - השוואה בין תחילת הטיפול לסוף הטיפול	43 (84.3%)	2 (3.9%)	6 (11.8%)
תקווה - השוואה בין תחילת הטיפול לפגישת המעקב	34 (97.1%)	0	1 (2.9%)

דיון

המטרה המרכזית של המחקר היתה לבדוק את מידת היעילות של טיפול קבוצתי ממוקד טראומה שניתן ללוחמים כשלושה חודשים לאחר שנחשפו לאירועי לחימה טראומטיים. ממצאי המחקר מלמדים כי שיטת טיפול זו מוכיחה את יעילותה בסיום הטיפול ובפגישת המעקב, והצלחתה באה לידי ביטוי בירידה במספר התסמינים הפוסט-טראומטיים וברמת הדיכאון, ובעלייה ברמת התפקוד. רמת התקווה לא השתנתה באופן מובהק עד סיום הטיפול וגם בפגישת המעקב לא נרשמה בה עלייה בהשוואה למדידה שנערכה בתחילת הטיפול. ממצאים אלו קיבלו משנה תוקף במדידת השינוי הקליני, שנמצא גבוה ומובהק ביחס לתסמינים הפוסט-טראומטיים, התסמינים הדיכאוניים, רמת התפקוד והתקווה.

הממצאים המלמדים על ירידה במספר התסמינים הפוסט-טראומטיים והדיכאוניים חוברים לממצאים אחרים מן הספרות העוסקת בטיפול קבוצתי ממוקד טראומה, אשר הוכח כבר כיעיל לנפגעי פוסט-טראומה בכלל ולנפגעי פוסט-טראומה על רקע חשיפה לאירוע קרבי בפרט (Foy et al., 2011). ממצאים אלו עולים בקנה אחד גם עם תוצאותיהם של מחקרים שבדקו את השילוב של טכניקות טיפול באמנות (art therapy) במסגרות של טיפול קבוצתי עם נפגעי טראומה בוגרים, שגם בהם נמצאה עדות לירידה מובהקת במספר התסמינים הפוסט-טראומטיים (Schouten et al., 2015). לצד הממצאים שלימדו על הירידה ברמת התסמינים הפוסט-טראומטיים והדיכאוניים בקרב המשתתפים, נמצאה אצלם גם עלייה ברמת התפקוד – ממצא שהוא ייחודי למחקר זה. לממד התפקוד יש חשיבות בהקשר זה כיוון שהוא מבטא התמודדות בריאה, למרות זאת, רוב המחקרים העוסקים בטיפול בנפגעי פוסט-טראומה מסתפקים בבחינת ההשפעה של הטיפול על מדדי הסימפטומים השליליים (הפוסט-טראומטיים, הדיכאוניים וכד'), ואינם כוללים שום התייחסות לרמת התפקוד כמשתנה העומד בפני עצמו. התוצאות של מחקרים כאלו לא מאפשרות להבין אם השינוי בתסמיני ה-PTSD הוא בגדר הפוגה (remission) המובילה לתפקוד גבוה יותר, או שהעלייה בתפקוד עומדת בפני עצמה (Steenkamp & Litz, 2013) לפיכך סברנו כי בחינה של רמת התפקוד כמדד בפני עצמו תוכל לשפוך אור נוסף על פוטנציאל היעילות הטמון בטיפולים פסיכותרפיים באופן כללי, ובפרט בטיפול הקבוצתי הממוקד, שבו נעשה שימוש במחקר זה.

אשר למשתנה של התקווה, שבדומה לתפקוד מוזהה עם דפוסי התמודדות בריאים, ידוע כי התקווה היא משאב חשוב לצורך התמודדות עם מצבים של משבר. למעשה, מושג זה החל להיחקר לאחר המשבר שחוותה האנושות בסוף מלחמת העולם השנייה, כאשר עלתה השאלה כיצד פיתחו בני האדם את התקווה ושימרו אותה על מנת לשרוד בסיטואציות של אימה תמידית, רעב, מחלות ואובדנים קשים (Menninger, 1959). בהמשך ישיר לכך נחקר

מושג התקווה בשנות השמונים והתשעים של המאה העשרים דרך בחינה של מצבי משבר רפואיים, תוך התמקדות במתמודדים עם מחלת הסרטן (Snyder, 2000). לאחר מכן התרחב המחקר לבחינה של מצבי משבר נוספים, לרבות משברים על רקע חשיפה לאירוע טראומתי. נקודת המוצא המשותפת לכלל המחקרים היתה ההנחה כי התקווה היא משאב פנימי הנחוץ לאדם לצורך התמודדות עם סיטואציות שונות בחיים, בעיקר מצבי משבר, וכי התרומה של רמת תקווה גבוהה להצלחת ההתמודדות עימם היא מכרעת. רמת התקווה מקבילה במידת מה למשתנה של עצם הבחירה להשתלב בטיפול, להתמיד בו ולהצליח בו (Irving, Snyder, 2004; Cheavens, Lorraine, Hilberg & Nelson, 2012; Levi, Liechtenritt & Savaya, 2012). במקרה של משתתפי מחקר זה, רמת התקווה שנמדדה בתחילת הטיפול (מועד המדידה הראשון) היתה גבוהה, וככל הנראה שימשה כגורם מדרבן להשתלבות בטיפול. עוד נראה כי רמתה הגבוהה של התקווה, שנשמרה עד סוף הטיפול וגם בפגישת המעקב, היא שתרמה להצלחת הטיפול. עם זאת, כיוון שהנטייה הטבעית של תקווה היא למֶתָן מצוקה ולעודד מציאה של דרכי התמודדות (Hassijaa, Lutereka, Naragon-Gaineya Moorea & Simpson, 2012), יש לבדוק את השפעת התקווה כמשתנה בלתי תלוי (מסביר), ולא כמשתנה תלוי, כפי שנעשה במחקר זה.

אשר למשתנים הסוציו-דמוגרפיים, כאמור נמצא כי משתתפים נשואים ומשתתפים שרמת חשיפתם לקרב היתה נמוכה סבלו פחות מתסמיני דיכאון. ממצא זה תואם ממצאי מחקרים אחרים, ולפיהם ותיקי מלחמה שזכו לתמיכה, להכלה, לאמפתיה ולהבנה מצד בני משפחתם, ומבנות זוגם בפרט, סבלו פחות ממצוקה פסיכולוגית ומתסמינים דיכאוניים (Harkness & Zador, 2001). עם זאת, ראוי לציין כי לנישואים ארוכי שנים לצד בן זוג הסובל מתסמינים פוסט-טראומטיים יש השפעות שליליות על חיי הנישואים (Lambert, Engh, Hasbun & Holzer, 2012). בהקשר זה יש לציין שרוב משתתפי המחקר היו צעירים יחסית (הגיל הממוצע היה 32.8 שנים), ורובם היו רווקים. ניתן לשער שהמערכת הזוגית של הלוחמים הנשואים הושפעה, לפחות לזמן מה, מהתסמינים הפוסט-טראומטיים וממצוקות פסיכולוגיות אחרות. אשר לרמת החשיפה לקרב, ידוע כי רמה גבוהה של חשיפה מגדילה את הסיכוי לפתח מצוקה פסיכולוגית, לרבות תסמינים פוסט-טראומטיים ודיכאוניים (McNally & Frueh, 2013). מכאן שרמת הדיכאון הנמוכה יותר שנמצאה בקרב אלו שמידת החשיפה שלהם לקרב היתה נמוכה יותר מתיישבת עם הממצאים שתוארו לעיל.

אשר לרמת התפקוד, משתתפים שנמצאו בסטטוס של עובדים ורמת החשיפה שלהם לקרב היתה נמוכה, תפקדו טוב יותר. את הממצא בנושא התעסוקה ניתן לקשור לממצאים מחקריים בתחום, המראים כי עבודה ממתנת מצוקה פסיכולוגית, לרבות תסמינים פוסט-טראומטיים

ודיכאוניים (Adshead, 2013). את רמת התפקוד הגבוהה בקרב אלו שרמת החשיפה שלהם לקרב היתה נמוכה ניתן לקשור לעובדה שרמה גבוהה של חשיפה לקרב מגדילה את הסיכוי לפתח מצוקה פסיכולוגית ולפגוע בתפקוד (Frueh et al., 2005). את העובדה שרמת התפקוד בקרב המשתתפים הנשואים היתה נמוכה יותר ניתן לקשור לאחריות הכרוכה בנישואים ובהורות, העלולה להכביד על התפקוד במצבים פוסט טראומתיים.

הבחירה בטיפול הקבוצתי נעשתה בעקבות ממצאים מחקריים קודמים שנערכו על לוחמים שנחשפו לאירועי קרב ופיתחו תסמינים פוסט-טראומתיים. ממצאים אלה העידו על יעילות הטיפול הקבוצתי באוכלוסיה זו (Foy et al., 2011; Mendelsohn, Herman, Schatzow, Coco, Kallivayalil & Levitan, 2011). הטיפול הקבוצתי מספק הזדמנות לשפר את ההתמודדות עם תוצאות הטראומה, הכללות בדידות, ניכור, בושה והפחתת רגישות. הוא מאפשר להתחבר למקורות של חוסן והערכה עצמית, ולשקם את היכולת ליצור קרבה (לוי, שובל, ביבי ופרוכטר, 2015). עם זאת, למרות יתרונותיו של הטיפול הקבוצתי, והשימוש הרב שנעשה בו במרפאות לטיפול בנפגעי טראומה, הנטייה היא להציעו כטיפול משני, לאחר טיפול פרטני. ממצאי מחקר זה חשובים אפוא לביסוס הטיפול הקבוצתי בכלל והטיפול הקבוצתי ממוקד הטראומה בפרט, כטיפול "קו ראשון".

למחקר זה כמה מגבלות. ראשית, הוא נערך על אוכלוסיה קטנה של לוחמים, ולכן קשה להכליל ממנו על אוכלוסיות אחרות הסובלות מפוסט-טראומה, כמו נפגעות אונס או נפגעי תאונות דרכים. לכך יש להוסיף את אחוזי הנשירה של הנבדקים בין מדידה למדידה, מגמה שהקטינה עוד יותר את המדגם, וכתוצאה מכך את האפשרות להכליל ממנו. שנית, המחקר לא כלל קבוצת ביקורת שלבטח היתה עוזרת להעריך את מידת היעילות של הטיפול. שלישית, העובדה שהוכנסו לטיפול רכיבים ייחודיים, כמו ציורים ורישומים שנועדו להבנות את האירוע הטראומתי, מעוררת שאלה על השפעתם על תוצאות הטיפול על חשבון משתנים תרפויטיים הקשורים לעולם התוכן של הטיפול הקבוצתי (למשל שיתוף, תמיכת עמיתים וכו'). רביעית, אמנם המחקר התבסס על עקרונות הטיפול הקבוצתי ממוקד הטראומה, שהוכח כיעיל בנפגעי פוסט-טראומה במסגרת קבוצתית, אך הוא התמקד רק בתוצאות הסופיות של הטיפול (המתבססות על שינוי בתסמינים), ולא הדגים את המשמעות והתפקיד של רכיבי טיפול ספציפיים (הברית הטיפולית, מאפייני הקבוצה, ביטחון ועוד), ואת השפעתם על השינוי שחל בכל אחד ממדדי המשתנים התלויים. מכאן שגם מחקר זה לא נתן מענה מלא לשאלה מהו מנגנון הפעולה של טיפולים שונים ומדוע הם עוזרים למטופלים.

לסיום, לנוכח הדרישה המתמשכת להוכחות מחקריות באשר לשיטות הטיפול השונות שבהן נעשה שימוש בנפגעי פוסט-טראומה, יש להמשיך לבסס ברמה המחקרית את יעילותן

של השיטות השונות, לרבות הטיפול הקבוצתי לסוגיו. הדברים נכונים במיוחד לשיטות טיפוליות קבוצתיות ספציפיות המשלבות רכיבים מעולמות תוכן שונים, כמו שנעשה במחקר זה (טיפול קבוצתי ממוקד ומרכיבים השייכים לטיפול באמנות). יתרה מזאת, השיטה שנבחרה במחקר זה מחייבת בחינה מחקרית דרך התנסות של מטפלים נוספים עם אוכלוסיות שונות. העובדה שמטפלים רבים משובצים לכל מיני סוגים של טיפולים על בסיס תחושת בטן והעדפות אישיות של מטפלים וקובעי מדיניות (Steenkamp & Litz, 2013), רק מגבירה את הצורך בהוכחות מחקריות באשר לשיטות הטיפול השונות. על רקע המחסור בידע המבוסס על הוכחות מחקריות באשר ליעילות של סוגי טיפול שונים בנפגעי פוסט-טראומה על רקע קרב, לרבות טיפול קבוצתי, ניתן לומר כי מחקר זה מעלה תרומה בכיוון הנכון.

מקורות

- לוי, א. ושובל, י. (2010). התערבות קבוצתית המשכית - פרוטוקול להתערבות ייחודית עם יחידות מילואים לוחמות. שיחות, כ"ד(3), 275-282.
- לוי, א., שובל, י., ביבי, א. ופרוכטר, א. (2015). טיפול קבוצתי באוריינטציה פסיכודינמית לנפגעי הפרעת דחק פוסט-טראומתית כרונית ומורכבת. מגמות, נ(1), 159-176.
- שובל, י., לוי, א., דקל, ר. וסולומון, ז. (2011). הערכת התערבות התשאל לגווניה: סקירת הספרות המחקרית. חברה ורווחה, לא (2), 173-203.
- Adshad, D. (2013). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 144-148.
- Bisson, J. I., McFarlane, A. C., Rose, S., Ruzek, J. I. & Watson, P. J. (2009). Psychological debriefing for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman & J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 83-105). New York: The Guilford Press.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C. & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 669-673. doi: 10.1016/0005-7967(96)00033-2
- Creamer, M., O'Donnell, M. L., Carboon, I., Lewis, V. J., Densley, K., McFarlane, A. ... Bryant, R. (2009). Evaluation of the dispositional hope scale in injury survivors. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 613-617. doi: 10.1016/j.jrp.2009.03.002

- Foy, D. W., Drescher, D. K., Watson, J. P. & Ritchie, I. (2011). Group therapy. In B. A. Moore & E. Penk (Eds.), *Treating PTSD in military personnel* (pp. 125-140). New York & London: The Guildford Press.
- Foy, D. W., Rezek, J. I., Glynn, S. M., Riney, S. A. & Gusman, F. D. (2002). Trauma focus group therapy for combat-related PTSD: an update. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 907-918. doi: 10.1002/jclp.10066
- Frueh, B. C., Elhai, J. D., Grubaugh, A. L., Monnier, J., Kashdan, T. B., Sauvageot, J. A. ... Arana, W. G. (2005). Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorders. *British Journal of Psychiatry*, 186, 467-472. doi: 10.1192/bjp.186.6.467
- Glass, K., Flory, K., Hankin, L. B., Kloos, B. & Turecki, G. (2009). Are coping strategies, social support, and hope associated with psychological distress among hurricane KATARINA survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(6), 779-795 doi: 10.1521/jscp.2009.28.6.779
- Green, J. L., Lowry, J. L. & Kopta, S. M. (2003). College students versus counseling center clients: What are the differences? *Journal of College Student Psychotherapy*, 17, 25-37.
- Harkness, L. & Zador, N. (2001). Treatment of PTSD in families and couples. In J. P. Wilson, M. J. Friedman & J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma & PTSD* (1 ed., pp. 335-353). New-York: The Gulford Press.
- Hassijaa, M. C., Luterek, A. J., Naragon-Gainey, K., Moore, A. S. & Simpson, T. (2012). Impact of emotional approach coping and hope on PTSD and depression symptoms in a trauma exposed sample of veterans receiving outpatient VA mental health care services. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(5), 559-573. doi: org/10.1080/10615806.2011.621948
- Irving, L. M., Snyder, C. R., Cheavens, J. S., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P. & Nelson, N. (2004). The relationships between hope and outcomes at the pretreatment, beginning, and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(4), 419-443. doi: 10.1037/1053-0479.14.4.419
- Jacobson, S. N. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to denning meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. doi: org/10.1037/0022-006X.59.1.12
- Lambert, J. E., Engh, R., Hasbun, A. & Holzer, J. (2012). Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 26(5), 729-737. doi: 10.1037/a0029341

- Levi, O., Liechentrirt, R. & Savaya, R. (2012). A qualitative analysis of PTSD patients' experience of hope. *Qualitative Health Research*, 22(12), 1672-1684. doi: 10.1177/1049732312458184
- Lima, E., Barreto, M. S. & Assunção, A. A. (2012). Factor structure, internal consistency and reliability of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL): An exploratory study. *Trends Psychiatry Psychother*, 34(4), 215-222. doi: org/10.1590/S2237-60892012000400007
- McNally, R. J. & Frueh, B. C. (2013). Why are Iraq and Afghanistan War veterans seeking PTSD disability compensation at unprecedented rates? *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5), 520-526. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.07.002
- Mendelsohn, M., Herman, L. J., Schatzow, E., Coco, M., Kallivayalil, D. & Levitan, J. (2011). *The trauma recovery group*. New York, London: The Guilford Press.
- Menninger, K. (1959). Hope. *The American Journal of Psychiatry*, 116, 481-491.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Montgomery, S. A. & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Santen, G., Danhof, M. & Pasqua, O. D. (2009). Sensitivity of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale to response and its consequences for the assessment of efficacy. *Journal of Psychiatric Reserch*, 43(12), 1049-1056.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M. T., Hsieh, F. Y., Lavori, P. W. ... Bernandy, N. C. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: Results from a department of Veterans Affairs cooperative study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 481-489.
- Schouten, A. K., de Niet, J. G., Knipscheer, W. J., Kleber, J. R. & Hutschemaekers, M. J. G. (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: A systematic review on the art therapy and trauma. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(2), 220-228. doi: 10.177/1524838014555032

- Sloan, D. M., Feinstein, B. A., Gallagher, W. M., Beck, J. G. & Keane, T. M. (2013). Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy in the Public Domain*, 5(2), 176-183. doi: 10.1037/a0026291
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There is hope. In S. C. R. (Ed.), *Handbook of hope: Theory measures and applications* (1st ed., pp. 5-21). San Diego, California: Academic Press.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T. ... Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585. doi: 10.1037/0022-3514.60.4.570
- Steenkamp, M. M. & Litz, T. B. (2013). Psychotherapy for military-related posttraumatic stress disorder: Review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 33, 45-53. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.002
- Svetlicky, V., Solomon, Z., Benbenishty, R., Levi, O. & Lubin, G. (2010). Combat exposure, posttraumatic stress symptoms and risk-taking behavior in veterans of the second Lebanon War. *Israel Journal of Psychiatry and related science*, 47(4), 276-283.
- Sympson, C. S. (2000). Rediscovering hope: Understanding and working with survivors of trauma. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope* (1st ed., pp. 285-300). San Diego, California: Academic Press.
- Tasca, G. A. & Gallop, R. (2009). Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 429-437. doi: 10.1080/10503300802641444

נספח א': שאלון התסמינים הפוסט־טראומתיים (PCL).

להלן רשימה של בעיות ותופעות שמהן סובלים לעתים אנשים בתגובה לאירועי חיים מלחיצים. אנא קרא/י בתשומת לב כל שורה, והקף/י בעיגול את אחת הספרות שמשמאל כדי לציין באיזו מידה הפריע לך בעיה זו בחודש האחרון.

באופן קיצוני	במידה רבה	באופן בינוני	במידה מועטה	כלל לא	בחודש האחרון עד כמה הפריעו לך:
5	4	3	2	1	1. זיכרונות טורדניים, חוזרים ולא רצויים, של החוויה הטראומטית?
5	4	3	2	1	2. חלומות טורדניים, חוזרים, של החוויה הטראומטית?
5	4	3	2	1	3. הרגשה או התנהגות פתאומית, כאילו החוויה הטראומטית ממש שבה ומתרחשת שוב (כאילו את/ה ממש חי/ה אותו שוב)?
5	4	3	2	1	4. מצוברה או מרוגזו מאוד כשמשהו מזכיר לך את החוויה הטראומטית?
5	4	3	2	1	5. תגובות גופניות חזקות כאשר משהו הזכיר לך את החוויה הטראומטית (למשל דפיקות לב, קשיי נשימה, הזעה)?
5	4	3	2	1	6. הימנעות ממחשבות, רגשות או תחושות גופניות שהזכירו לך את החוויה הטראומטית (כלומר גורמים מתוך עצמך ולא גורמים חיצוניים)?
5	4	3	2	1	7. הימנעות מגורמים חיצוניים שהזכירו לך את החוויה הטראומטית (כמו אנשים, מקומות, שיחות, חפצים, פעילויות או מצבים)?
5	4	3	2	1	8. קושי לזכור חלקים חשובים מתוך החוויה הטראומטית?
5	4	3	2	1	9. לא מתעניין יותר בפעילות שנהנית ממנה בעבר?
5	4	3	2	1	10. מרגיש מרוחק או מנותק מאנשים אחרים?
5	4	3	2	1	11. מרגיש קהות רגשית או חוסר יכולת להרגיש אהבה לאנשים הקרובים אליך?
5	4	3	2	1	12. תחושות כאילו העתיד שלך ייחתך - יסתים מוקדם?
5	4	3	2	1	13. קשה להירדם או לישון?
5	4	3	2	1	14. מרגיש מרוגז או מתפרץ בכעס?
5	4	3	2	1	15. מתקשה להתרכז?
5	4	3	2	1	16. דרוך מאוד, כל הזמן על המשמר?
5	4	3	2	1	17. נבהל ומוקפץ בקלות מכל רעש?

