

מבגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

גיליון מיוחד בנושא:

מניעת אובדנות בקרב מתבגרים וצעירים

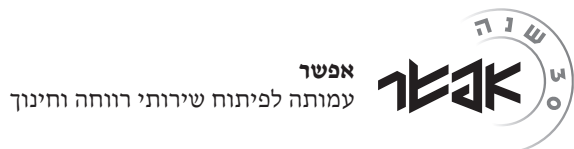
עורכים-אורחים: פרופ' ענת ברונשטיין קלומק ופרופ' גיל זלצמן

כרך כ"ח • 51–52

סיוון תש"ף – טבת תשפ"א

יוני-דצמבר 2020

יוצא לאור על ידי:



טיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות

לילך רחמים

תקציר

שיעור גבוה של חשיפה לאירועים טראומטיים בגיל ההתבגרות מהווה גורם סיכון להתפתחות של פסיכופתולוגיה, לרבות דיכאון מזויר, הפרעת דחק פוסט-טראומטית, אבל טראומטי, שימוש בחומרים ממכרים, חשיבה אובדנית ופגיעה עצמית. הספרות מצביעה על קשר בין הפרעת דחק פוסט-טראומטית לאובדנות במתבגרים. בחלקו הראשון של מאמר זה, מוצגת סקירת ספרות על הפרעת דחק פוסט-טראומטית במתבגרים והקשר שלה עם חשיבה והתנהגות אובדניות ופגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית. בחלקו השני של המאמר, מוצגת סקירה על טיפול מבוסס ראיות במתבגרים ובחייילים בשירות סדיר שעלולים לפתח הפרעת דחק פוסט-טראומטית בעקבות חשיפה לקרב, טרור ואובדן טראומטי. כיום, אין התוויה לטיפול במתבגרים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות. משום כך, בחלקו השלישי של המאמר, מוצג מודל קליני שפותח להתערבות במתבגרים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות. מודל זה משלב טיפול בחשיפה ממושכת והתערבויות מבוססות ראיות למניעת אובדנות.

מילות מפתח: אובדנות, פגיעה עצמית, מתבגרים, חיילים, הפרעת דחק פוסט-טראומטית, תוכנית ביטחון

הקדמה

בשנים 2013–2015 עשירית מכלל מקרי ההתאבדויות במדינת ישראל היו נערים ונערות עד גיל 24, 14% בקרב בנים ו-10% בקרב בנות. שיעור ההתאבדויות נמצא במגמת ירידה ממצצית שנות התשעים, והירידה הגבוהה ביותר בשיעור ההתאבדות בעשור האחרון נרשמה בקרב מתבגרים ובוגרים צעירים (גילאי 15–24) (משרד הבריאות, 2018). הערכת גורמי הסיכון וטיפול באוכלוסייה זו יכולו לתרום להפחתת שיעורי האובדנות.

אחד מגורמי הסיכון לאובדנות ולדיכאון במתבגרים היא הפרעת דחק פוסט-טראומטית (Panagioti, Gooding, Triantafyllou, & Tarrier, 2015). הספרות המחקרית מצביעה על שכיחות גבוהה מאוד של חשיפה לאירועים טראומטיים בקרב מתבגרים ועל שכיחות משמעותית של הפרעת דחק פוסט-טראומטית בעקבות חשיפה לאירועים טראומטיים (13% בקרב מתבגרים, לעומת 7% בקרב בוגרים) (Nooner et al., 2012). בישראל, המחקר מצביע על שיעור גבוה של חשיפה לאירועים טראומטיים במתבגרים ובוגרים צעירים; לדוגמה, 67% מהסטודנטים

באוניברסיטה דיווחו שהם נחשפו במהלך החיים למספר אירועים טראומטיים, לרבות מלחמה, טרור, תאונת דרכים, אלימות, אובדן אדם קרוב בנסיבות טראומטיות ותקיפה מינית (Amir & Sol, 1999); 46% מבני הנוער בישראל נחשפו לאירועי טרור (Chemtob, et al., 2011). בסקר שנערך בקרב 4,859 מבוגרים מעל גיל 21 (משרד הבריאות, 2012) נמצא ש-95% מהמשתתפים שסבלו מהפרעות דיכאון, חרדה והפרעת דחק פוסט-טראומטית, עברו אירועים שליליים בילדות או בגיל ההתבגרות, בכלל זה חשיפה להתעללות גופנית או להתעללות מינית. זאת ועוד, דווח שמחציתם של הפצועים הנזקקים לטיפול במרכזי רפואה דחופה בעקבות אלימות ותאונות דרכים הם צעירים בגילים 15–24, וקרוב ל-60% מנפגעי כוונה הם ילדים עד גיל 14 (המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, 2016).

הפרעת דחק פוסט-טראומטית, הפרעות נלוות ואובדנות בקרב מתבגרים

הפרעת דחק פוסט-טראומטית עלולה להתפתח בתגובה לחשיפה ממשית למוות, לפגיעה חמורה ולפגיעה מינית או לאיום שלהם, המתרחש עקב עדות או גילוי שאדם קרוב נחשף לאירוע טראומטי. ההפרעה כוללת את התסמינים הבאים: (א) תסמינים חודרניים (זיכרונות לא רצויים מעוררי מצוקה רגשית או גופנית, ביעותי לילה, פלשבקים); (ב) תסמינים של הימנעות ממזכירי טראומה, לרבות מחשבות, רגשות, מצבים ואנשים; (ג) שינויים שליליים ברגשות ובחשיבה (ירידה במצב רוח חיובי ואובדן הנאה, חרדה, אשמה, כעס ובושה); האשמה מעוותת ובלתי פוסקת באחריות לאירוע; אמונות שליליות על העולם והעצמי ("אני אדם חסר מסוגלות", "העולם מסוכן מאוד"); (ד) תסמינים של עוררות יתר ותגובתיות (חוסר שקט ותוקפנות, התנהגות מסכנת או הרסנית, תגובות בהלה ודריכות יתר, קשיי ריכוז וקשיי שינה) (American Psychiatric Association, 2013). גורמי הסיכון להתפתחות ההפרעה הם: (א) סוג הטראומה – ככל שהאירוע הטראומטי חריף יותר, כגון תקיפה אלימה, אובדן אדם משמעותי בנסיבות טראומטיות ופגיעה חמורה, אשר גורמים לרגשות בושה או אשמה, כך הסיכון גדל (57% בעקבות פגיעה מינית, לעומת 10% בעקבות אסונות טבע); (ב) מגדר – הסיכון כפול בקרב נערות; (ג) אירועים טראומטיים חוזרים, כגון אלימות חוזרת, חשיפה חוזרת לאירועי טרור; (ד) הימצאותה של רשת תמיכה חברתית ומשפחתית. פסיכופתולוגיה של אחד ההורים ותפקוד משפחתי לקוי מהווים גורמי סיכון להתאוששות והחלמה (Nooner et al., 2012).

מתבגרים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית מדווחים על שינויים בתפיסת העולם והעצמי, לרבות תחושת פגיעות מול עולם מסוכן, ועל חוויית שינוי בלתי הפיך בעצמם (Meiser-Stedman, Glucksman, Dalgleish, Yule, & Smith, 2009). להפרעה דחק זו השלכות משמעותיות על ההתפתחות הנורמטיבית בתחומים הבין-אישי, המשפחתי, האקדמי והתעסוקתי, והיא עשויה לחולל שינויים משמעותיים בתפיסת העולם (Meiser-Stedman et al., 2009). אירוע טראומטי עשוי להפריע לחוויית

הרצף של העצמי ולתהליך גיבוש זהות ועצמאות, שמהווים משימה התפתחותית מרכזית בגיל ההתבגרות. אלו עשויים להתבטא באמונות פוסט-טראומטיות שכיחות בקרב מתבגרים, כגון: "מאז האירוע אני מרגיש שאני ילד אחר"; "הייתי ילד שמח, אבל מאז האירוע אני עצוב כל הזמן"; "ההתנהגות שלי והתגובות שלי מאז האירוע מעידים על כך שהשתנתי לרעה" (רחמים, 2016). ערעור על חוויית הרצף ועל האמון בעצמי ובעולם עשויים לשמר ואף להעצים מצוקה פוסט-טראומטית, תפיסת היעדר מסוגלות וחוסר אונים. הסובלים מתסמינים פוסט-טראומטיים ינסו להתגונן מפני פגיעה והצפה רגשית ולגונן על אחרים על ידי הימנעות, בריחה והתבודדות. להימנעות רגשית ולהימנעות קוגניטיבית יש תפקיד מרכזי באי-החלמה לאחר טראומה במבוגרים (Foa & Kozak, 1986) ובלידים ומתבגרים (Meiser-Stedman et al., 2009), שכן הן משמרות ומחזקות תפיסות שליליות על העצמי ועל העולם (פגיעות וחוסר מסוגלות, העולם הוא מקום בלתי צפוי ומסוכן), תגובות התנהגותיות וגופניות, לרבות דריכות יתר ועמידה על המשמר, ורגשות חרדה, כעס ואשמה.

הפרעת דחק פוסט-טראומטית מאופיינת על פי רוב בתחלואה נלווית: במחקר מטה-אנליטי נמצא ש-30%–80% ממתבגרים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית דיווחו על חשיבה אובדנית ו-15%–50% דיווחו על ניסיונות אובדניים (Panagioti et al., 2015); בקרב 41% מהם נמצא דיכאון, לעומת 8% מבני הנוער ללא אבחנה, וכן נמצאה גם פגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית. בקרב מתבגרים שעברו התעללות גופנית ומינית שכיחים קשיים בין-אישיים וביטחון עצמי נמוך, בעיות התנהגות והישגים אקדמיים נמוכים (Cohen et al., 2010). התעללות מינית בילדות נמצאה כגורם מנבא של פגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית אצל מתבגרים. כמו כן, בקרב מתבגרים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית, תסמינים חודרניים, הימנעות וקהות רגשית ניבאו פגיעה עצמית (Weierich & Nock, 2008). קשר גבוה נמצא בין הפרעת דחק פוסט-טראומטית לשימוש בחומרים ממכרים (80% מהסובלים מהפרעה זו סובלים מתחלואה כפולה שהחלה בגיל ההתבגרות) לקשיים בוויסות הרגשי ולבעיות בריאותיות (Nooner et al., 2012); זאת ועוד, ההפרעה עשויה להפריע בהגשמה עצמית ובשגשוג. במחקר אורך נמצא שרק 22% מבין הבוגרים שחוו אירועי התעללות והזנחה בילדות הגשימו את עצמם כבוגרים בתחומי חיים משפחתיים, חברתיים, אקדמיים ומקצועיים (McGloin & Widom, 2001).

חיילים הם תת-קבוצה של בוגרים צעירים שמתגייסים לצבא בעודם מתבגרים, ואשר במהלך שירותם הצבאי עלולים להיחשף לאירועים טראומטיים שונים, בפרט טרור ולחימה. הספרות מצביעה על כך שאובדנות בקרב חיילים בשירות ובקרב חיילים משוחררים גבוהה משמעותית משיעורי האובדנות באוכלוסייה בעלת מאפיינים דומים שלא שירתה בצבא (Rudd, 2012). שכיחות החשיבה האובדנית בקרב חיילים משוחררים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית גבוהה משמעותית משכיחותה בקרב חיילים משוחררים ללא אבחנה (Jakupcak & Varra, 2011). קיימים מאפיינים ותנאים ייחודיים לאוכלוסייה זו, ובכלל זה שכיחות גבוהה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית בעקבות לחימה, גישה ישירה לנשק וצורך בהתערבויות טיפול קצרות מועד, זאת

בשל התנאים הדינמיים בשירות הצבאי (Rudd, 2012). בהמשך מאמר זה תיסקרנה התערבויות טיפול להפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות.

גורמי סיכון וגורמים מתווכים בין הפרעת דחק פוסט-טראומטית לאובדנות

הספרות מצביעה על קשר בין אובדנות והפרעת דחק פוסט-טראומטית (מחקר בנושא הראה כי 6% מהמתבגרים עם אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית ביצעו ניסיון אובדני, לעומת 2% מאוכלוסיית מתבגרים ללא אבחנה) (Nooner et al., 2012). נוכח הנתונים עולה שאלה בדבר הגורמים המתווכים לאובדנות. הספרות מדווחת על גורמים שכיחים, לרבות: סוג הטראומה, מגדר, רגשות בושה ואשמה, רמות גבוהות של אימפולסיביות ותוקפנות, אירועי חיים טראומטיים קודמים, היסטוריה של אובדנות במשפחה וניסיונות אובדניים קודמים של המטופל וכן חומרת התסמינים הפוסט-טראומטיים והדיכאוניים (Bryan, 2016). זיהוי גורמים אלו חשוב בין היתר גם לתכנון התערבויות מניעה וטיפול.

מחקרים תומכים בכך שפגיעה עצמית מהווה אמצעי לוויסות רגשי באנשים שסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות מהווה דרך אפשרית להפסקת הכאב והמצוקה הנפשית הנגרמת מהתסמינים שהם חווים: (א) הפרעת דחק פוסט-טראומטית קשורה לסיכון אובדני, בפרט תסמינים חודרניים וקהות רגשית (Bryan, 2016), ולפגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית (Weierich et al., 2008); אפשר שתסמינים פוסט-טראומטיים מהווים טריגרים מעוררי מצוקה, ושהתנהגות אובדנית ופגיעה עצמית הן דרך להקל על כאב ומצוקה מחד גיסא, ולעורר רגשות בקרב החווים תסמינים של קהות רגשית מאידך גיסא; (ב) פגיעה מינית והתעללות גופנית מנבאות חשיבה אובדנית. במחקר שכלל 4,023 מתבגרים (Waldrop et al., 2007), נמצא שמתבגרים שנחשפו לאלימות דיווחו על חשיבה אובדנית באופן מובהק יותר מאשר מתבגרים שלא נחשפו לאלימות. עוד נמצא שמתבגרים שנחשפו לאלימות ופגיעה מינית דיווחו באופן מובהק על חשיבה אובדנית, ללא קשר להפרעת דיכאון, ושהסיכון לחשיבה וניסיונות אובדניים היה כפול בקרב מתבגרים עם אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית; (ג) תהליכי עיבוד קוגניטיביים-רגשיים מהווים מתווכים ישירים או עקיפים בין הפרעת דחק פוסט-טראומטית לאובדנות. לדוגמה, במחקר בקרב 147 נערות שנפגעו פגיעה מינית, נמצא שבושה מתווכת בין האשמה עצמית לתסמינים פוסט-טראומטיים, ובושה ודיכאון מתווכים בין האשמה עצמית לחשיבה אובדנית (Alix, Cossette Héber, Cyr, & Frappie, 2017); (ד) תחלואה נלווית להפרעת דחק פוסט-טראומטית, בפרט דיכאון, בעיות שינה, התמכרות לאלכוהול ופגיעה בתפקוד, מהווים גורמי סיכון לאובדנות. במחקר שכלל 108,664 נבדקים מעל גיל 18 מ-21 מדינות, נמצא שהפרעת דחק פוסט-טראומטית, דיכאון ושימוש בסמים היוו גורמי סיכון הקשורים קשר מובהק לחשיבה והתנהגות אובדניות (Nock et al., 2009). במחקר אחר נמצא שהפרעת דחק פוסט-טראומטית, פגיעה מינית ושימוש בחומרים ממכרים שכיחים יותר במטופלים שביצעו ניסיונות

אובדניים מאשר באלו עם חשיבה אובדנית שלא ביצעו ניסיון אובדני (May & Klonsky, 2016). משתמע מכך שאפשר שטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית יפחית אובדנות, פגיעה עצמית ותחלואה נלווית (van Minnen, Zoellner, Harned, & Mills, 2015). סקירת הספרות מבהירה את מורכבותה של התמונה הקלינית באבחון, המשגה ותכנון של התערבויות טיפוליות למתבגרים עם תסמינים פוסט-טראומטיים ותחלואה נלווית, בפרט אובדנות ופגיעה עצמית.

טיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית עם תחלואה נלווית של דיכאון ואובדנות

הקווים המנחים לטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטיות ממליצים שלא לטפל בטיפול ממוקד טראומה במטופלים בסיכון אובדני אקוטי, ועל פי רוב מטופלים ברמת מסוכנות גבוהה מודרים ממחקרים שבוחנים את יעילות הטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית. (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009). מסקירת הספרות עולה שמטופלים בוגרים ברמת סיכון נמוכה לאובדנות נכללים במחקרים, וקיימת תמיכה לכך שטיפול ממוקד בהפרעת דחק פוסט-טראומטית הוא יעיל ובטוח למדי (Bryan et al., 2016; Gradus, Suvak, Wisco, Marx, & Resick, 2013). כאשר למטופל יש תוכנית אובדנית, כוונה למות והיסטוריה של ניסיונות אובדניים במהלך שלושת החודשים החולפים, מומלץ להתמקד בטיפול באובדנות באמצעות פרוטוקול טיפול דיאלקטי-התנהגותי וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. במטופלים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית ברמת סיכון נמוכה (ללא חשיבה אובדנית או עם כוונה אובדנית נמוכה), טיפול בחשיפה אפשרי, והפרוטוקולים המומלצים הם טיפול בחשיפה ממושכת וטיפול בעיבוד קוגניטיבי (CPT – Cognitive processing therapy) (Bryan, 2016). הספרות מצביעה על כך שהטיפול בחשיפה ממושכת והטיפול בעיבוד קוגניטיבי יעילים בהפחתת מצוקה פוסט-טראומטית, וכי בעקבות הטיפול בשתי השיטות ירדה חשיבה אובדנית בקרב נשים שעברו פגיעה מינית (Gradus et al., 2013) ובקרב חיילים משוחררים (Bryan et al., 2016). במטופלים עם כוונה אובדנית ברמת חומרה בינונית ובמטופלים עם תוכנית אובדנית לא ספציפית, אפשר לשלב טיפול ממוקד טראומה עם תוכנית ביטחון (Stanley & Brown, 2012), למניעת פגיעה עצמית. לבסוף, במטופלים ברמת מסוכנות גבוהה (תוכנית אובדנית ספציפית, חשיבה אובדנית עם כוונה ברורה, ניסיונות אובדניים במהלך שלושת החודשים האחרונים, הכנות וחזרות לקראת ביצוע מעשה אובדני), מומלץ טיפול ממוקד במניעת אובדנות, ורק לאחריו – טיפול ממוקד טראומה (Bryan, 2016). שני מחקרי פיילוט הראו שבקרב נשים עם הפרעת אישיות גבולית והפרעת דחק פוסט-טראומטית עם סיכון אובדני שקיבלו טיפול דיאלקטי-התנהגותי משולב בטיפול בחשיפה ממושכת, חל שיפור משמעותי בתסמינים פוסט-טראומטיים, פגיעה עצמית ואובדנות, לעומת השיפור שחל בטיפול דיאלקטי-התנהגותי בלבד. השיפור שהושג היה יציב לאורך זמן, לא גרם לנשירה ולא הגביר אובדנות או פגיעה עצמית (Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2014). עד היום לא נערכו מחקרים

דומים במתבגרים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית בסיכון אובדני, כך שלא ברור אם ניתן להכליל את הממצאים גם לאוכלוסייה זו.

טיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות במתבגרים וחיילים

הפרמטרים לטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית בילדים ומתבגרים כוללים טיפולים ממוקדי טראומה, בפרט טיפול קוגניטיבי-התנהגותי הכולל חשיפה (Cohen et al., 2010). הפרמטרים מזכירים גם את שיטת הטיפול בהקהיה ועיבוד מחדש באמצעות תנועות עיניים (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) therapy [EMDR]), אך מדווחים על בעיות מתודולוגיות במחקר בקרב ילדים ומתבגרים.

טיפול בעיבוד קוגניטיבי במתבגרים מתמקד בשינוי אמונות לא מסתגלות בעזרת אתגור קוגניטיבי ובחשיפה בכתיבה של סיפור זיכרון הטראומה (Matulis, Resick, Rosner, & Steil, 2014). יעילות הטיפול בעיבוד קוגניטיבי בקרב מתבגרים נבדקה בשני מחקרים בלבד: הראשון כלל מתבגרים שהורשעו בפלילים, בעיקר עבירות תקיפה, סחר בסמים ושוד, לעומת קבוצת ביקורת (קבוצה בהמתנה לטיפול) (Ahrens & Rexford, 2002). בסיום הטיפול דווח על ירידה של 50% בתסמינים פוסט-טראומטיים ושיפור בתסמינים של דיכאון. מחקר נוסף, ללא קבוצת ביקורת, כלל 12 נערות שסבלו מהפרעת דחק פוסט-טראומטית, בעקבות התעללות מינית וגופנית. הטיפול הותאם למאפיינים ההתפתחותיים של גיל ההתבגרות. בעקבות הטיפול, 75% אחוז מהנערות חוו שיפור קליני מובהק בתסמינים פוסט-טראומטיים ושיפור בתסמינים דיכאוניים (Matulis, et al., 2014). נגזר מכך שאפשר שלשיטה זו פוטנציאל לשיפור תסמינים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית במתבגרים. עם זאת, נדרש מחקר רחב היקף ומבוקר, שיסייע להגיע למסקנות ברורות יותר בנוגע ליעילות של הטיפול בעיבוד קוגניטיבי במתבגרים.

הטיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים (Foa, Chrestman, & Gilboa-Schechtma, 2009) מתמקד בעיבוד רגשי של זיכרון הטראומה בעזרת ידע על תגובות שכוחות לטראומה, חשיפה בדמיון לזיכרון הטראומה וחשיפה הדרגתית במציאות לטריגרים חיצוניים מעוררי מצוקה. הפרוטוקול לטיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים (Foa, Chrestman et al., 2009) נחקר בשלושה מחקרים מבוקרים בקרב מתבגרים, ומחקרים אלו הראו את יעילותו בהפחתת תסמינים פוסט-טראומטיים ותסמינים של דיכאון, לעומת טיפול תמיכתי או טיפול דינמי קצר מועד (Foa, McLean, Capaldi, & Rosenfield, 2013; Gilboa-Schechtman et al., 2011; Rossouw, Yadin, Alexander, & Seedat, 2018). שלושת המחקרים כללו מתבגרים ומתבגרות עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית וכן מתבגרים עם תחלואה נלווית וכאלו שעברו למעלה מאירוע טראומטי אחד. המחקר הראשון נערך בישראל בקרב 38 מתבגרים ומתבגרות ישראלים שנחשפו למגוון אירועים טראומטיים, לרבות טרור, תאונות דרכים, אובדן קרוב בנסיבות טראומטיות, תקיפה אלימה

ופגיעה מינית (Gilboa-Schechtman et al., 2011). במחקר השני השתתפו 61 נערות נפגעות תקיפה מינית (Foa et al., 2013). המחקר השלישי נערך בדרום אפריקה וכלל 63 מתבגרים ומתבגרות שנחשפו לאירועים טראומטיים שונים, בכלל זה תקיפה מינית ואלימות (Rossouw et al., 2018). בשלושת המחקרים הטיפול היה פרטני וחד-שבועי ונמשך עשר עד 18 פגישות. המחקרים דיווחו על כך שלאחר הטיפול בחשיפה ממושכת, בין 70% ל-80% אחוז מהמטופלים לא קיבלו אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית. בנוסף, מתבגרים שטופלו בחשיפה ממושכת דיווחו על ירידה גבוהה יותר בתסמיני דיכאון ועל שיפור מובהק בתפקודי חיים, לעומת מתבגרים בקבוצות הביקורת. הישגים אלו נשמרו שנה לאחר סיום הטיפול.

סקירת הספרות בתחום הטיפול בחיילים מצביעה על יעילותן של שיטת הטיפול בחשיפה ממושכת וטיפול בעיבוד קוגניטיבי (Steenkamp, Litz, Hoge, & Marmar, 2015). בעוד ששתי השיטות הללו נחקרו במספר מחקרים רחבי היקף בקרב חיילים בשירות סדיר וחיילים משוחררים, הטיפול בהקפיה ועיבוד מחדש באמצעות תנועות עיניים לא בוסס מחקרית באוכלוסייה זו. טיפול בחשיפה ממושכת וטיפול בעיבוד קוגניטיבי נחשבים כיום לטיפולי הבחירה במשרד הביטחון האמריקני ובצבא האמריקני. המחקר בקרב אוכלוסייה זו מצביע על 49%–70% שיפור קליני משמעותי בעקבות טיפול בשיטות אלו. עם זאת, 60%–72% מהחיילים והחיילות המשוחררים שטופלו באחת משתי השיטות אובחנו בכל זאת עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית. נראה שמטופלים שפיתחו הפרעת דחק פוסט-טראומטית בתגובה לקרב משתפרים פחות מאשר אוכלוסייה אזרחית. סיבות אפשריות לכך כוללות חשיפה חוזרת לטראומה, טראומה מתמשכת, אובדן חברים, שיעור גבוה של תחלואה נלווית, שימוש בחומרים ממכרים, אובדנות ודיווח של חיילים על מעורבות באירועים המנוגדים למצפון (Steenkamp et al., 2015). משום כך, הגורמים הייחודיים צריכים להילקח בחשבון בהתערבויות טיפול באוכלוסייה זו.

בחלקו הבא של המאמר אציע מודל להתערבות במתבגרים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית, תחלואה נלווית של אובדנות ודיכאון. המודל כולל את שיטת הטיפול בחשיפה ממושכת, מאחר שכיום רק לשיטה זו ישנם מחקרים מבוקרים בקרב מתבגרים ובקרב אוכלוסיות ישראליות נוספות – חיילים משוחררים (Nacasch et al., 2011) ופעוטות וילדים בגיל הרך (Rachamim et al., in press). זאת ועוד, שיטת הטיפול בחשיפה ממושכת נחקרת זה שני עשורים באוכלוסיות הטרוגניות, כולל חיילים ונפגעי טרור, נפגעות פגיעה מינית, ילדים ומתבגרים, והיא הוטמעה ברחבי העולם ובתרבויות שונות (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010). נכון להיום, היא שיטת הטיפול בעלת מספר המחקרים האקראיים הגדול ביותר. משרד הביטחון האמריקני בחר בה להטמעה בבתי החולים והמרפאות לחיילים משוחררים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית, ומשרד הבריאות האמריקני בחר בה כשיטה להפצה לאומית. במחקרים שבדקו יעילות של טיפול בחשיפה ממושכת נמצא שיפור מובהק בדיכאון (Nemeroff et al., 2006). הטיפול בחשיפה ממושכת הוא טיפול פרוטוקולי, מובנה, המבוסס על תאוריית העיבוד הרגשי

(Foa & Kozak, 1986). על פי תאוריה זו הזיכרון של אנשים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית כולל רשת אסוציאטיבית (מבנה פחד) של מחשבות ואמונות (למשל העולם הוא מקום מסוכן מאוד; אני אדם חסר יכולת וחלש), רגשות (חרדה, אשמה, כעס, בושה) והתנהגויות (על פי רוב הימנעות ומילוט) שנקשרו לטריגרים מעוררי חרדה, איום ומצוקה רגשית וגופנית. הטריגרים במבנה הפחד כוללים מצבים, אנשים, אובייקטים ומקומות שבעבר נחו ניטרליים ואף בטוחים למדי, אך משמעותם והיחס אליהם השתנו בעקבות האירוע הטראומטי. למשל תפיסת העולם כמקום מסוכן תגרום להימנעות מהליכה לבד ברחוב, שינה עם ההורים, פחד והימנעות מחושך. מבנה הפחד כולל גם גירויים אשר אינם מהווים סכנה כלל, אך הם מזכירים לנער או לנערה את האירוע ומעוררים מצוקה והתגוננות בעזרת הימנעות, למשל הימנעות של נערה מלבוש את הבגד אשר לבשה בזמן תקיפה. נפגעי טראומה רבים מנסים להימנע מזיכרונות טראומטיים על ידי הימנעות מחשיבה, שיחה ורגשות הקשורים לזיכרונות טראומטיים. בעקבות שחזור של זיכרון הטראומה וחשיפה למזכירי טראומה חל שינוי במבנה הפחד הפתולוגי. בסביבה בטוחה, המטופל מתבקש להזמין את זיכרון הטראומה שוב ושוב ולהיחשף בהדרגה לטריגרים מעוררי מצוקה. בעקבות חשיפות יזומות והדרגתיות שנעשות בצורה רגישה, המעניקה למטופלים חוויית שליטה, מתחוללים שינויים ברגש ובחשיבה, ותסמינים פוסט-טראומטיים פוחתים ואף נעלמים. הטיפול יתחיל אך ורק לאחר שהנער או הנערה קיבלו אבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית, ולאחר שהמטפל וידא בביטחון מלא כי האיום הוסר, ושהנער או הנערה נמצאים בסביבה בטוחה (למשל במצבים של פגיעה מינית חובה להרחיק את המתעלל מהנער או הנערה ולשמור על שלומם וביטחונם). אומנם במהלך החשיפה בדמיון עשויים להופיע מצוקה רגשית וחוסר נוחות זמנית, המאפשרים עיבוד יעיל של החוויה הטראומטית, אך חוויה זו הולכת ופוחתת באמצעות תהליך העיבוד הרגשי, מבלי לגרום נזק למטופל. לצד זאת, המחקר בטיפול בחשיפה ממושכת באוכלוסייה עם פגיעה עצמית ואובדנות אקוטית אינו מספק. כיום, הטיפול בחשיפה ממושכת מומלץ רק לאחר שחלפו חודשיים לפחות מאז הפגיעה העצמית או הניסיון האובדני האחרון (van Minnen et al., 2015). בקרב מטופלים עם פגיעה עצמית ואובדנות פעילה, המחקר מצביע על יעילות של טיפול בחשיפה ממושכת בשילוב טיפול דיאלקטי-התנהגותי. משך הטיפול כשנה (Harned et al., 2014).

מודל משולב לטיפול במתבגרים וחיילים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית ואובדנות

בחלק זה של המאמר יוצג מודל המתבסס על המלצות העולות מסקירת הספרות (Bryan, 2016; Jakupcak & Varra, 2011). כאמור, אין כיום מחקר המשלב טיפול בתסמינים פוסט-טראומטיים, אובדנות ופגיעה עצמית במתבגרים וחיילים. עם זאת, המחקר מצביע על יעילות של התערבות ממוקדת באובדנות בעזרת תוכנית ביטחון במניעת אובדנות בבוגרים (Stanley et al., 2018) וחיילים (Bryan et al.,

2017; Rudd, 2012). לפיכך, השלב הראשון של המודל מתבסס על פרוטוקולים טיפוליים לטיפול באובדנות ופגיעה עצמית, ואילו השלב השני מתבסס על שיטת הטיפול בחשיפה ממושכת. במחקר אחד' חיילים שהשתתפו בהתערבות קצרה (12 פגישות) שבמרכזה תוכנית ביטחון (Stanley & Brown, 2012), דיווחו על ירידה מובהקת בחשיבה אובדנית, לעומת חיילים בקבוצת הביקורת, שחתמו על חוזה לא לפגוע בעצמם (Bryan et al., 2017). במחקר שני (Rudd et al., 2015), הושווה טיפול אישי ממוקד שבבסיסו תוכנית ביטחון וכלים התנהגותיים וקוגניטיביים שפותח על ידי רוד לטיפול בחיילים בשירות (Rudd, 2012), ל"טיפול רגיל" (קבוצת תמיכה, טיפול תרופתי, טיפול אישי, טיפול לגמילה מחומרים ממכרים). הממצאים הראו שהסיכוי למעשה אובדני ירד ב-60% בקרב חיילים בשירות שקיבלו טיפול קוגניטיבי-התנהגותי קצר. עם זאת, הטיפול לא הביא לירידה מובהקת בדיכאון ובתסמינים פוסט-טראומטיים.

המודל הדו-שלבי שיוצג כעת לא נחקר באופן מבוקר; זאת ועוד, לעומת הטיפול הקצר המוצע בפרוטוקול (בממוצע 15 פגישות), הטיפול בחשיפה ממושכת ששולב עם טיפול דיאלקטי-התנהגותי בנשים עם אבחנה של הפרעת אישיות גבולית, פגיעה עצמית והפרעת דחק פוסט-טראומטית, נמשך כשנה (Harned et al., 2014). לפיכך, נראה כי גם במתבגרים וחיילים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ותחלואה נלווית של דיכאון, פגיעה עצמית ואובדנות, יידרש טיפול ממושך יותר.

שלב ראשון – טיפול ממוקד באובדנות ודיכאון

בשלב הראשון במודל המשולב (רחמים, 2016) הדגש מושם על תוכנית ביטחון למניעת אובדנות (Stanley & Brown, 2012) ועל למידה ותרגול של מיומנויות ויסות רגשי ופתרון בעיות. חוזה הביטחון הוא תוכנית למניעת פגיעה עצמית. הוא מתוכנן ונחתם כבר בפגישה הראשונה, במטרה לשמור על הנער או הנערה ולמנוע פגיעה עצמית. חוזה הביטחון כולל רשימה כתובה של צעדים מוסכמים של אסטרטגיות שמטרתן להפחית את עוצמת הדחפים האובדניים. המרכיבים הבסיסיים של תוכנית הביטחון הם: (א) זיהוי סימני אזהרה של משבר אובדני מתקרב (מצבים, רגשות, מחשבות והתנהגות). במטופלים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית, סימני אזהרה כוללים גם תסמינים פוסט-טראומטיים, פלשבקים, האשמה עצמית, דיכאון או עוררות גופנית (Bryan, 2016); (ב) שימוש באסטרטגיות פנימיות להפחתת מצוקה אובדנית באמצעות הסחת דעת; (ג) שימוש בקשרים חברתיים ומקומות חברתיים לשם הסחה מחשיבה, רגשות ודחפים אובדניים; (ד) היעזרות בחברי משפחה וחברים לפתרון המשבר; (ה) יצירת קשר עם מטפלים וסוכנויות לעזרה נפשית; (ו) הגבלת הנגישות לאמצעים קטלניים שבאמצעותם יכולים לבצע ניסיון אובדני. מומלץ על קיום פגישות אינטנסיביות (לפחות פעמיים בשבוע) וקשר טלפוני עם המטופל והוריו בין הפגישות. בשלב זה נלמדות ומתורגלות שיטות לוויסות רגשי, ובמרכזן שיטות טיפול דיאלקטי-התנהגותי.

בדומה למודל של רוד (Rudd, 2012), התערבויות בשלב זה כוללות: (א) הכוונה: חינוך פסיכולוגי להבנת אובדנות, זיהוי רגשות ומחשבות הקשורות לפגיעה עצמית, הבנת הקשר בין ההיסטוריה ההתפתחותית של המטופל (גורמים ביולוגיים, סביבה, היסטוריה של טראומה והזנחה) לאובדנות, שימוש בחומרים ממכרים ופגיעה עצמית כדרך להתמודדות עם אובדן, טראומה ותסמינים פוסט-טראומטיים; (ב) פיתוח מיומנויות ויסות רגשי וניהול עצמי: למידת מיומנויות לויסות רגשי באמצעות הסחת דעת ולניהול כעסים, שיום רגשות ותיקוף רגשי, פתרון בעיות, אתגור אמונות הקשורות לרגשות אשמה, חוסר אונים, מועקה ובושה, עבודה על קשרים בין-אישיים ושיפור מיומנויות תקשורת לפתרון בעיות בין-אישיות, גישה לא שיפוטית לרגשות, הרפיה באמצעות נשימה מרגיעה, אקטיבציה (הגברת מצבים מעוררי הנאה ופעילות גופנית, משחק, אינטראקציות בין-אישיות). הידע הנרכש, הלקחים המופקים והמיומנויות הנלמדות נרשמים על ידי המטופל בכל פגישה ב"מחברת חכמה". המחברת מסייעת לו לזכור ולשנן ידע ומיומנויות, ובדרך זו לפצות על קשייו בתהליכי עיבוד קוגניטיבי. חזרה על ידע ומיומנויות הנלמדות ומתורגלות בפגישה וסיכום בכתב מאפשרים שינון והפנמה של מיומנויות לניהול עצמי, שבהדרגה יעברו הכללה לתחומי חיים נוספים ויוכלו לשמש את המטופל בעתיד הקרוב והרחוק; (ג) מניעת הישנות: המטופל מתבקש לשחזר בדמיון את המשבר האובדני האחרון, כולל רגשות, מחשבות ותחושות, ולדמיון שימוש במיומנויות שלמד ותרגל להתמודדות יעילה עם המשבר. תוכנית מניעת הישנות מסוכמת גם כן ב"מחברת החכמה", והמטפל מעודד את המטופל להשתמש במחברת זו ככלי זכירה לניהול מצוקה רגשית ופתרון בעיות בעתיד.

שלב שני – טיפול ממוקד בטראומה בחשיפה ממושכת

לאחר שהושג שיפור בטיפול בחשיבה האובדנית ובפגיעה עצמית, הטיפול יתמקד בעיבוד רגשי של הטראומה, בעזרת הפרוטוקול לטיפול בחשיפה ממושכת. הפרוטוקול לטיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים מורכב מיחידות טיפוליות הניתנות ליישום בצורה גמישה ומתחלק לשני שלבים: טרום-טיפול וטיפול. **טרום-הטיפול** כולל הערכת כוחות ומוטיבציה, הערכת מסוכנות והתערבות במסגרות לימודיות, משפחתיות וחברתיות. למשל תוכנית משותפת עם צוות בית הספר להתאמות והקלות זמניות ולעזרה בהשלמת חומר לימוד. **שלב הטיפול** כולל שלושה תת-שלבים: (א) **חינוך פסיכולוגי**, ובו ניתנים הסבר על המודל הטיפולי ומידע על טראומה והשלכותיה על תחושות גופניות, מחשבות, רגשות והתנהגות. המטפל והמטופל משוחחים על תגובות שכיחות לטראומה והשלכותיהן על חיי היום-יום, לימודים וקשרים עם חברים ובני משפחה. דגש מושם על המשגת התסמינים כתגובה נורמלית למצב לא נורמלי. המשגה זו מאפשרת התבוננות שונה על העצמי ועל החוויות הרגשיות, הגופניות והקוגניטיביות שהתפתחו בזמן הטראומה ובעקבותיה. למשל מתבגרים עלולים לתפוס את התסמינים הפוסט-טראומטיים כסימן לשינוי שלילי קבוע בעצמי. מידע, נורמליזציה

ומתן תקווה עוזרים לתקן את הפירוש שניתן לתסמינים; (ב) **שלב החשיפות**, שבו נערכות חשיפות בחיים לטריגרים וחשיפות בדמיון לזיכרון הטראומה. חשיפות בחיים מהוות דרך התמודדות הדרגתית עם טריגרים, עד לאלו המתגרים ביותר. חשיפות חוזרות וממושכות בדמיון עוזרות לעבד רגשית את זיכרון הטראומה, בעזרת שחזור מפורט של פרטים, רגשות ומחשבות שעלו בעת האירוע הטראומטי. לאחר כל חשיפה בדמיון ובמציאות מעובדת החוויה יחד עם הנער או הנערה. בעיבוד מושם דגש על הירידה ברמת המצוקה הנחווית בין החשיפות החוזרות ועל בחינה מחדש של אמונות ומחשבות. לאחר חשיפה ממושכת וחוזרת בדמיון לסיפור הטראומה במלואו משוחזרים ומעובדים הרגעים הקשים ביותר מהזיכרון. החשיפות בחיים ובדמיון מתורגלות בין הפגישות הטיפוליות בעזרתם של ההורים, מורים וחונכים, לרבות המטפל או המטפלת; (ג) **שלב הסיום** כולל עבודה על מניעת הישנות, סיכום התהליך הטיפולי ופרידה.

עם מטופלים שאיבדו אדם יקר בנסיבות טראומטיות, מומלץ להתמקד בשלב החשיפות בחיים בחשיפה למקומות, חברים ותמונות אשר מזכירים את הנפטר, ולעבד רגשות אשמה וכעס הקשורים ליחסים עימו או לנסיבות מותו (רחמים, 2010, 2016).

גם בשלב זה מומלץ לשמור על מסגרת אינטנסיבית (מפגשים דו-שבועיים), תוך שמירה על קשר טלפוני יום-יומי (רחמים, 2016). ייתכן שבמהלך הטיפול בחשיפה ממושכת במטופלים עם פגיעה עצמית וחשיבה אובדנית, החשיבה האובדנית והדחף לפגיעה עצמית יתגברו במהלך החשיפות וההתמקדות בטראומה, ועל כן יש להמשיך לנטר בכל פגישה ובין הפגישות את חומרת הדיכאון ורמת המסוכנות ולהמשיך לבדוק אם הנער או הנערה מסוגלים להיעזר בתוכנית הביטחון. כמו כן, על המטפל להדגיש בפני המטופל וההורים מראש שהחשיפה למזכירי טראומה ולזיכרון הטראומה עלולה לעורר מחדש או להגביר חשיבה אובדנית ופגיעה עצמית, ולכן יש להקפיד שבעתיים על ביטחונן של המטופל, עד לשיפור משמעותי בתסמינים הפוסט-טראומטיים. המטפל צריך לחזור ולרענן את תוכנית הביטחון עם המטופל והאחראים עליו, על פי רוב ההורים.

כפי שהומלץ בפרוטוקול לטיפול דיאלקטי-התנהגותי עם טיפול בחשיפה ממושכת, אם פגיעה עצמית חזרה על עצמה או אם החשיבה האובדנית התגברה, יש לעצור את הטיפול בחשיפה, לרענן את חוזה הביטחון ולשוב ולתרגל מיומנויות שתורגלו בשלב הראשון של הטיפול: שיטות ויסות רגשי, אקטיבציה התנהגותית, פתרון בעיות, הרפיה באמצעות נשימה מיומנויות תקשורת (Harned & Linhan, 2008). ייתכן כי התנהלות גמישה הנעה באופן הדרגתי בין התמקדות בתסמינים הפוסט-טראומטיים לבין התמקדות במניעת אובדנות, תאפשר שיפור בתסמינים הפוסט-טראומטיים והאובדניים. כמו כן, אפשר שלאחר ירידה במצוקה הפוסט-טראומטית ועיבוד רגשי של זיכרון הטראומה, רגשות ואמונות פוסט-טראומטיות, תפחת החשיבה האובדנית והתנהגות של פגיעה עצמית (Harned et al., 2014).

סיכום

במאמר זה הוצגה הספרות העוסקת בקשר בין הפרעת דחק, פגיעה עצמית ללא כוונה אובדנית, אובדנות וטיפול במתבגרים ובחיליים הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ונטיות אובדניות. מהסקירה עולה כי קיים חסך משמעותי הן במודלים טיפוליים והן במחקר טיפולי במבוגרים ובמתבגרים.

הוצע מודל לטיפול דו-שלבי (רחמים, 2016), המתבסס על המחקר לטיפול באובדנות והמחקר לטיפול בחשיפה ממושכת ועל שילוב בין טיפול דיאלקטי-התנהגותי ותוכנית ביטחון לטיפול בחשיפה ממושכת. המודל הדו-שלבי מדגיש את הצעדים הבאים בטיפול בחשיפה ממושכת במתבגרים עם נטיות אובדניות:

- א. תוכנית ביטחון ולמידה ותרגול שיטות לוויסות רגשי (בכלל זה זיהוי ושיום רגשות, הרפיה באמצעות נשימה, שיטות ויסות רגשי באמצעות הסחת דעת ופתרון בעיות בין-אישיות, הבניה קוגניטיבית ואקטיבציה התנהגותית). רק לאחר שהמטופל מסוגל להשתמש בשיטות ולשמור על תוכנית הביטחון, ניתן להתחיל בטיפול בחשיפה ממושכת בהפרעת דחק פוסט-טראומטית.
- ב. פגישות אינטנסיביות כולל קשר טלפוני.
- ג. ניטור חשיבה אובדנית והתנהגות פגיעה עצמית לאורך הטיפול.
- ד. התרעה מראש על האפשרות שחשיבה אובדנית ופגיעה עצמית יתגברו במהלך החשיפות.
- ה. פיקוח על הנער או הנערה במשך הטיפול כולו, ובפרט במהלך הטיפול בחשיפה, והקפדה יתרה על תוכנית הביטחון בשלב זה.
- ו. בכל שלב בטיפול שבו התנהגות פגיעה עצמית או חשיבה אובדנית מתגברות, יש לעצור ולרענן את תוכנית הביטחון ולתרגל מיומנויות ויסות רגשי, תוך הצמדתן לתסמינים ומצבים שמעוררים פגיעה עצמית ומגבירים את חומרת החשיבה והכוונה האובדנית, כולל תסמינים פוסט-טראומטיים.

מקורות

- המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות (2016). **פגיעות טראומה בישראל 2010–2015**. דו"ח לאומה 2016: נתונים מרישום הטרואומה ב-19 מרכזים רפואיים בישראל. זמין באתר http://www.gertnerinst.org.il/sites/gertner/_media_static/files/report_2010_2015.pdf
- משרד הבריאות (2012). **הפרעות דיכאון וחרדה בישראל: ממצאים עיקריים מסקר בריאות הנפש בעולם: The World Mental Health Survey Initiative**. זמין באתר https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Depression_anxiety_Israel.pdf
- משרד הבריאות (2018). **אובדנות בישראל. התאבדויות 1981–2015**. ניסיונות התאבדות 2004–2016. זמין באתר https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/loss_2016.pdf
- רחמים, ל' (2010). טיפול באבל טראומטי במתבגרים. **שיחות, כד** (3), 256–264.
- רחמים, ל' (2016). **לגלות את הגן הנעלם: ילדים בטיפול**. תל אביב: דיונון.

- Ahrens, J., & Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 201–216. DOI: 10.1300/J146v06n01_10
- Alix, S., Cossette, L., Hébert, M., Cyr, M., & Frappier, J. Y. (2017). Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls: The mediating role of shame. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 158–174. DOI: 10.1080/10538712.2017.1280577
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Amir, M., & Sol, O. (1999). Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: The effect of multiple traumatic events and physical injury. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 139–154. DOI: org/10.1023/A:1024754618063
- Bryan, C. J. (2016). Treating PTSD within the context of heightened suicide risk. *Current Psychiatry Reports*, 18(8), 73. DOI: 10.1007/s11920-016-0708-z
- Bryan, C. J., Clemans, T. A., Hernandez, A. M., Mintz, J., Peterson, A. L., Yarvis, J. S., et al. (2016). Evaluating potential iatrogenic suicide risk in trauma-focused group cognitive behavioral therapy for the treatment of PTSD in active duty military personnel. *Depression and Anxiety*, 33(6), 549–557. DOI: 10.1002/da.22456
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., et al. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64–72. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.028
- Chemtob, C. M., Pat-Horenczyk, R., Madan, A., Pitman, S. R., Wang, Y., Doppelt, O., et al. (2011). Israeli adolescents with ongoing exposure to terrorism: Suicidal ideation, posttraumatic stress disorder, and functional impairment. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 756–759. DOI: 10.1002/jts.20708
- Cohen, A. C. (primary author), the work group on quality issues and the AACAP work group on quality issues (WGQI) (2010). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414–430. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.12.020
- Foa, E. B., Chrestman, K. R., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). *Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. DOI: org/10.1037/0033-2909.99.1.20

- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *Jama*, *310*(24), 2650–2657. DOI: 10.1001/jama.2013.282829
- Gradus, J. L., Suvak, M. K., Wisco, B. E., Marx, B. P., & Resick, P. A. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder reduces suicidal ideation. *Depression and Anxiety*, *30*(10), 1046–1053. DOI: 10.1002/da.22117
- Gilboa-Schechtman, E., Foa, E. B., Shafran, N., Aderka, I. M., Powers, M. B., Rachamim, L., et al. (2010). Prolonged exposure vs dynamic therapy for adolescent PTSD: A pilot randomized controlled trial. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 103–1042. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.07.014
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(6), 381–386. DOI: 10.1016/j.brat.2012.02.011
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *55*, 7–17. DOI: 10.1016/j.brat.2014.01.008
- Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2008). Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: Two case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, *15*(3), 263–276. Available at doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.08.006
- Jakupcak, M., & Varra, E. M. (2011). Treating Iraq and Afghanistan war veterans with PTSD who are at high risk for suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*(1), 85–97. DOI: org/10.1016/j.cbpra.2009.08.007
- Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R., & Steil, R. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents suffering from posttraumatic stress disorder after childhood sexual or physical abuse: A pilot study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *17*(2), 173–190. DOI: 10.1007/s10567-013-0156-9
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology Science and Practice*, *23*(1), 5–20. DOI: 10.1111/cpsp.12136
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, *13*(4), 1021–1038. Available at doi.org/10.1017/S095457940100414X
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Nixon, R. Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of

- posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 118(4), 778–787. DOI: 10.1037/a0016945
- Nacasch, N., Foa, E. B., Huppert, J. D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y., et al. (2011). Prolonged exposure therapy for combat- and terror-related posttraumatic stress disorder: A randomized control comparison with treatment as usual. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1174–1180. DOI: 10.4088/JCP.09m05682blu
- Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S., & Stein, M. B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40(1), 1–21. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2005.07.005
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000123. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000123.
- Nooner, K. B., Linare, L. O., Batinjane, J., Kramer, R. A., Silva, R., & Cloitre, M. (2012) Factors related to Posttraumatic Stress Disorder in adolescence. *Trauma, Violence and Abuse*, 13(3), 153–166. DOI: 10.1177/1524838012447698
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Triantafyllou, K., & Tarrier, N. (2015). Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiol*, 50(4), 525–537. DOI: 10.1007/s00127-014-0978-x
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635–641. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
- Rachamim, L., Mirochnick, I., Elazar, M., Yadin, E., Nacasch, N., & Cohen, I. (In press). A pilot and feasibility randomized controlled trial of dyadic prolonged exposure and client-centered therapy for PTSD in toddlers and preschoolers. *International Journal of Cognitive Therapy*.
- Rossouw, J., Yadin, E., Alexander, D., & Seedat, S. (2018). Prolonged exposure therapy and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: Task-shifting randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 213(4), 587–594. Available at doi.org/10.1192/bjp.2018.130
- Rudd, M. D. (2012). Brief cognitive behavioral therapy for military populations. *Military Psychology*, 24(6), 1–12. DOI: 10.1080/08995605.2012.736325
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., et al. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 441–449. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14070843

- Stanley, B., & Brown, K. B. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256–264. Available at doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galvalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., et al. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry, 75*(9), 894–900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1776
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA, 314*(5), 489–500. DOI: 10.1001/jama.2015.8370
- van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mils, K. (2015). Changes in comorbid after prolonged exposure for PTSD: A literature review. *Current Psychiatry Report, 17*(3), 1–16. DOI: 10.1007/s11920-015-0549-1
- Waldrop, A. E., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Naugle, A. E., & Saunders, B. E. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: Implications for prevention. *Journal of Traumatic Stress, 20*(5), 869–879. DOI: 10.1002/jts.20291
- Weierich, M. R., & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 39–44. DOI: 10.1037/0022-006X.76.1.39