

# מפגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

תסמינים רגשיים והתנהגותיים ודפוסי  
התמודדות בקרב בני נוער ישראלים  
במהלך האינתיפאדה השנייה

ארנה בראון-לבינסון

תדפיס מתוך גיליון 31  
תמוז תש"ע – יוני 2010

# תסמינים רגשיים והתנהגותיים ודפוסי התמודדות בקרב בני נוער ישראלים במהלך האינתיפאדה השנייה

ארנה בראון-לבינסון

## תקציר

רוב המחקרים בקרב מתבגרים תחת איום של טרור מתמשך התמקדו במתבגרים החיים בערים ובאזורים בעלי סיכון גבוה. מטרתו של מחקר זה היא לחקור מתבגרים ממגוון אזורים בישראל (ערים ויישובי ספר) בעלי חשיפה שונה לפיגועי טרור. המחקר בדק מגוון רחב של בעיות רגשיות והתנהגותיות של מתבגרים החיים בצל איומי הטרור.

שאלונים הועברו בספטמבר 2003, לאחר שלוש שנים של גלי טרור, ל-913 מתבגרים גילאי 12–18 מאזורים שונים בישראל. השאלונים כללו שאלון דמוגרפי – גיל, מגדר, מקום מגורים ותעסוקת הורים, שאלון תסמינים פוסט-טראומטיים, שאלון אכנבך, שאלון תסמינים רגשיים, שאלון חשיפה לטרור (שנכתב לצורך מחקר זה) ושאלון התמודדות.

תוצאות המחקר מראות, שכ-70% דיווחו שלא חוו תסמינים טראומטיים או שחוו תסמינים טראומטיים מעטים, וכ-20% דיווחו על בעיות רגשיות או התנהגותיות ברמה גבולית או קלינית. חומרת הבעיות והתסמינים הייתה שונה מאזור לאזור. ניתוח על פי רמת חשיפה לטרור הראה שלא בהכרח אלו שנחשפו לפיגועי טרור רבים יותר דיווחו גם על תסמינים טראומטיים ובעיות רגשיות והתנהגותיות רבים יותר. כמו כן, אסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש נקשרו בקשר ישיר לדיווח של קשיים רגשיים והתנהגותיים רבים יותר.

בעתיד יש להרחיב ולחקור את הסיבות השונות לבעיות רגשיות והתנהגותיות בקרב בני נוער החשופים לטרור מתמשך. כמו כן יש להצביע על השוני בין חשיפה מתמשכת לטרור לבין פיגוע טרור חד-פעמי.

**מילות מפתח:** מתבגרים, אלימות פוליטית, בריאות נפשית, דפוסי התמודדות

## מבוא

מטרתו של מחקר זה הייתה לבחון אם יש הבדלים ברמת התסמינים הפוסט-טראומטיים והבעיות הרגשיות וההתנהגותיות בין מתבגרים, שנחשפו באינטנסיביות שונה לפיגועי טרור ואשר גרים באזורים שונים בארץ. בספטמבר 2000 פרצה אינתיפאדת אל אקצה, ומאז, במשך שנים אחדות הייתה ישראל חשופה לגלים של פיגועי טרור, שכללו בין היתר, פיגועי התאבדות, פיגועי ירי, השתלטות על

בתים פרטיים וכו'. בספטמבר 2003, כשמחקר זה בוצע, מספר רב של ילדים ובני נוער חוו מתקפות טרור במישרין או בעקיפין (או בשתי הצורות גם יחד). חשיפה שכזו לפיגועים מעלה שאלות רבות בנוגע להשפעה הפסיכולוגית של אירועים בעלי פוטנציאל טראומטי על מתבגרים.

בשנים האחרונות המחקר בתחום הזה הולך ומתרחב, ואף על פי כן, ישנם כמה תחומים שעדיין לא נחקרו בצורה מעמיקה. קודם כול, מירב המחקרים בעולם התפרסמו על חשיפה של מתבגרים לאירוע טרור חד-פעמי (Braun-Lewensohn, Celestin-Westreich, Celestin, Verte & Ponjaert-Kristoffersen, 2010). בהנחה שחשיפה מתמשכת לפיגועי טרור מעלה שאלות שבחלקן שונות משאלות הנוגעות לאירוע חד-פעמי, נראה שיש צורך לחקור השפעה של טרור מתמשך על אנשים שחיים בצלו; מחקרים על חשיפה לתקופות ממושכות של מלחמות וסכסוכים מזוינים מדווחים על בעיות רגשיות ופסיכולוגיות, כמו: תסמינים פוסט-טראומטיים, תסמינים סומטיים, דיכאון, בעיות בחשיבה, בעיות חברתיות וכו' (Muldoon & Cairns, 1999; Thabet & Vostanis, 2005). בדיקת מצבם הנפשי של מתבגרים החשופים לאיום טרור מתמשך שונה מזו של אלו שנחשפו לאירוע חד-פעמי: חשיפה מתמשכת עלולה ליצור מצב של אפקט שלילי מצטבר; כמו כן, החשיפה המתמשכת לטרור עלולה להשפיע גם על תפיסת הסכנה של המתבגר ועל התגובות הנפשיות והרגשיות שלו.

שנית, רוב האוכלוסיות שנחקרו עד היום בעולם הן אוכלוסיות עירוניות. לדוגמה, תושבי הערים ניו יורק ואוקלהומה בארצות הברית ותושבי ניירובי בקניה – כולם לאחר פיגוע המוני חד-פעמי (Pfefferbaum et al., 1999; Hoven et al., 2002; Pfefferbaum et al., 2003). בישראל, לעומת זאת, נחקרה חשיפה מתמשכת של מתבגרים לטרור בערים שונות (ירושלים, חיפה) וגם בהתנחלויות ביהודה, שומרון וחבל עזה. מחקרים אלו הראו, שמתבגרים שחיים בהתנחלויות החשופות לרמות גבוהות של פיגועים מדווחים גם על תסמינים פסיכופתולוגיים רבים יותר (סלומון, לאופר ולביא, 2005; פת-הורנצ'יק ודופלט, 2005). לכן, נראה שיש צורך לחקור גם אוכלוסיות לא עירוניות, ובעיקר – אוכלוסיות שהיו חשופות לפיגועים במידות אינטנסיביות שונות. משום כך, מחקר זה בדק מתבגרים מאזורים שונים בארץ, החשופים לרמות שונות של פיגועי טרור, כולל אזורי ספר; זאת על מנת לעמוד על משמעות המגורים באזורים שונים החשופים לרמות שונות של פיגועי טרור, לפגיעות או לחוסן נפשי.

## **תסמינים פוסט-טראומטיים ובעיות רגשיות והתנהגותיות כתוצאה מפיהגועי טרור**

במחקרים שבוצעו עד היום נמצא כי אנשים שנחשפו לטרור רגישים במיוחד להתפתחות של תסמינים פוסט-טראומטיים. המחקרים השונים הראו רמות שונות של פוסט-טראומה באוכלוסייה, בתחום שנע בין 4%–55% (סלומון ועמיתים,

(Joshi & O'Donnel, 2003; 2005). נוסף על תסמינים פוסט-טראומטיים, אדם שנחשף לטרור עלול לפתח תסמינים אחרים, כמו: חרדה (10%–12%), דיכאון (8%–16%), תלונות סומטיות (21%–33%), הפרת כללים (12%) וכו' (פת-הורנצ'יק ודופלט, 2005; Pat-Horenczyk, 2005; Pfefferbaum et al., 1999). רוב המחקרים מצאו שהתסמינים הללו נשארים למשך חודשים אחדים. למשל, במחקר שהתבצע כחצי שנה לאחר אירועי ה-11 בספטמבר בקרב אוכלוסיית ילדי בתי הספר הציבוריים בניו יורק, נמצא כי תסמיני הפרת כללים הופיעו בצורה מתונה וחרیפה אצל 39% מהאוכלוסייה הנבדקת, ותסמיני הפנמה – אצל 75% ממנה (Hoven et al., 2005).

## גיל ומגדר כגורמים משפיעים בפיתוח תסמינים פסיכולוגיים

רוב המחקרים מצביעים על כך שבנות מדווחות על תסמינים טראומטיים, לחץ ובעיות הפנמה רבים יותר, לעומת בנים, המדווחים על תסמיני החצנה. דבר זה עומד בקנה אחד עם ספרות כללית בתחומי הפסיכולוגיה ההתפתחותית והפסיכופתולוגיה (פת-הורנצ'יק, 2003; Hoven et al., 2002).

גיל הנחשפים לפיגועי טרור נמצא במחקרים שונים כמשתנה הממתן תגובות לחץ לאירועים כאירועי טרור. באופן ספציפי יותר: ילדים צעירים דיווחו על תסמיני מצוקה ופסיכופתולוגיה רבים וחריפים יותר בהשוואה לילדים בוגרים מהם. ממצאים אלו תואמים התפתחות פסיכולוגית אצל ילדים, שכן ילדים צעירים מוגבלים ביכולותיהם הקוגניטיביות והרגשיות, ומשום כך גם קשה להם יותר להתמודד עם מצבי לחץ כאירועי טרור (Hoven et al., 2005; Pat-Horenczyk, 2002).

## התמודדות עם פיגועי טרור

חשיבותם של דפוסי התמודדות הודגשה במחקרים פסיכולוגיים בשנים האחרונות. המחקר מצביע על כך שדפוסי התמודדות ממתנים את הקשר בין החשיפה למצב הלחץ לבין התוצאות, הבאות לידי ביטוי בין היתר בתסמיני חרדה, או מתווכים ביניהן. התמודדות יכולה להיות מוגדרת כמאמץ שנעשה בניסיון להפוך את מצב הלחץ לנסבל יותר ובכך להפחית את המצוקה הרגשית המלווה למצב. רוב המודלים מעריכים שפרטים שמסוגלים להתמודד בצורה יעילה יותר במצבי הלחץ מדווחים על תסמיני חרדה ודיכאון פחותים (Lazarus & Folkman, 1984); כלומר, המחקרים השונים מצביעים על כך שמתבגרים המתמודדים במצבי לחץ באמצעות דפוסי התמודדות רגשיים או באמצעות דפוסי התמודדות של הישענות על אחרים מדווחים על בעיות פסיכולוגיות רבות יותר, בעוד מתבגרים המשתמשים בדפוסי התמודדות של פתרון בעיות מדווחים על חוסן ובריאות נפשית (Frydenberg & Lewis, 1999; Lewis & Frydenberg, 2002).

תקופת ההתבגרות היא תקופה משמעותית בכל הנוגע להתפתחות כישורי התמודדות. למתבגרים ישנה נטייה להיות מעורבים בחוויות ובהתנסויות שעשויות להוות כר להתפתחות בעיות התנהגותיות ורגשיות. כמו כן, מתבגרים נמצאים בשלב בחייהם שבו, במהלך התנסויותיהם השונות, הם משתמשים בדפוסי התמודדות שונים, כך שמהתנסות להתנסות הם לומדים דפוסי התמודדות, מעריכים אותם ומשנים אותם (Frydenberg, 1997). בתקופת ההתבגרות המתבגרים גם מפתחים יכולות חשיבה מורכבות יותר, שמאפשרות להם ראייה של הצד האחר, תכנון לטווח ארוך וראייה של תוצאות התנהגויותיהם העכשוויות, כך שהם מסוגלים להתמודד טוב יותר עם קונפליקטים ועם אירועי לחץ (Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van den Kommer & Teerds, 2002; Liu, Tein & Zaho, 2004).

בהקשר של החשיפה לאירועים שיכולים להיות טראומטיים, מחקרים מצביעים על כך, שחשיפה ברמות דומות לאירועים אינה מובילה בהכרח לבעיות פסיכולוגיות דומות. המחקר מצביע על כך, שתהליכים פסיכולוגיים מהווים מתווכים בין מצבי הלחץ לבין התגובות הרגשיות וההתנהגותיות (Aldwin, 1994; Celestin, Westreich, Celestin, Van Gils & Ponjaert-Kristoffersen, 2006; Dempsey, 2002). כשמנסים להבין את ההשלכות של אירועי טרור על מתבגרים, חקירת ובחינת דפוסי ההתמודדות יכולות להאיר את התהליכים הדינמיים המשפיעים על בריאות הנפש של המתבגרים (Cardena, Dennis, Winkel & Skitka, 2005; Gil & Caspi, 2006; Zeidner, 2005).

רוב המחקרים שנערכו עד כה על השפעות חשיפה לאירועי טרור מתמסכים על בני נוער, נעשו בארץ. המחקרים התייחסו בעיקר לפגיעות כגון: תסמינים פוסט-טראומטיים, דיכאון וחרדה. מחקר זה בחר להתמקד באוכלוסייה עירונית – בירושלים, לעומת אוכלוסיות ספר שנחשפו ברמות שונות לפיגועי טרור. כמו כן, בחרנו לבדוק מספר רב של בעיות רגשיות והתנהגותיות שעלולות להיווצר כתוצאה מהחשיפה המתמשכת לפיגועים.

## שאלות והשערות המחקר

א. באיזו מידה מתבגרים ישראלים החשופים לפיגועי טרור מתמסכים מדווחים על תסמינים פוסט-טראומטיים כמו גם על בעיות רגשיות והתנהגותיות שונות? בהתבסס על הספרות, ניתן לצפות שבין 4%–42% מהמתבגרים יפתחו תסמינים פוסט-טראומטיים. כמו כן, על סמך מחקרים עדכניים, ניתן לצפות ש-21%–33% מהאוכלוסייה ידווחו על תסמינים סומטיים ו-10%–16% ידווחו על תסמיני דיכאון (סלומון ועמיתים, 2005; Pat-Horenczyk, 2005).

ב. באיזו מידה מתבגרים מהיישובים השונים, החשופים במידה שונה לפיגועי טרור, ידווחו על תסמינים פוסט-טראומטיים ובעיות רגשיות והתנהגותיות? בהנחה שמקום המגורים ורמת החשיפה לפיגועים קשורים זה בזה, אנו מצפים שמתבגרים שגרים באזורים שבהם החשיפה לטרור רבה יותר, ידווחו על תסמינים

פוסט-טראומטיים ובעיות רגשיות והתנהגותיות רבים יותר (Pat-Horenczyk, 2005).

ג. האם יש הבדל בתסמינים השונים בין בנים ובנות ובקבוצות הגיל השונות? יש להניח שבנות תדווחנה על תסמיני הפנמה רבים יותר ובנים – על תסמיני החצנה רבים יותר. כמו כן, נוער צעיר יסבול מתסמינים רגשיים והתנהגותיים יותר מנוער בוגר (Hoven, et al., 2002; Pat-Horenczyk, 2005).

ד. מהם דפוסי ההתמודדות הקשורים בצורה חיובית לתסמינים השונים, ומהם דפוסי ההתמודדות הקשורים בצורה שלילית לתסמינים הפסיכולוגיים וההתנהגותיים השונים? בהסתמך על המחקר הכללי, המשתמשים בדפוסי התמודדות ממוקדי רגש – אסטרטגיות בלתי יעילות והישענות על אחרים, ידווחו על תסמינים פוסט-טראומטיים, פסיכולוגיים והתנהגותיים רבים יותר. לעומת זאת, המשתמשים בדפוסים של פתרון בעיות ידווחו על תסמינים מועטים יותר (Dempsy, 2002; Frydenberg, 1997).

## שיטות המחקר

### אוכלוסייה ומדגם

במחקר זה השתתפו 913 מתבגרים ישראלים גילאי 12–18. פרט לגיל לא היו כל משתתפי ניפוי אחרים. הנתונים הדמוגרפיים של משתתפי המחקר מוצגים בלוח 1.

לוח 1: תיאור משתתנים דמוגרפיים של המדגם

משתנה דמוגרפי	מספר	%
גיל משתתפים ממוצע (סטיית תקן)	14.45 (1.27)	
(טווח שנים)	(18–12)	
<b>מגדר</b>		
בנות	462	50.6
בנים	447	49.4
<b>כיתה</b>		
כיתה ח	335	36.7
כיתה ט	302	33.1
כיתה יא	276	30.2
<b>גיל</b>		
13.5–12	305	33.4
15.5–14	349	38.2
18–16	255	27.9
<b>בתי ספר</b>		
מרכז הארץ	250	27.4
בקעת הירדן	183	20
דרום הארץ	226	24.8
ירושלים	254	27.8
<b>מעמד סוציו-אקונומי</b>		
נמוך	242	26.1
ממוצע	487	52.5
גבוה	116	12.5

התלמידים למדו בארבעה בתי ספר (חטיבות ביניים ותיכונים) בארבעה אזורים שונים בארץ. בתי הספר נבחרו כך שייצגו אוכלוסיות שונות (עירוניות וכפריות), כמו גם רמות חשיפה שונות לטרור. שלושה מבתי הספר – מהדרום, מבקעת הירדן וממרכז הארץ, משתייכים לאגף לחינוך התיישבותי, שבתי הספר שלו פרוסים ברחבי הארץ. רוב בתי הספר של האגף ממוקמים באזורי ספר ובפרברים. תלמידי בתי הספר הללו מתגוררים בעיקר ביישובים קהילתיים, קיבוצים ומושבים. לעומת זאת, בית הספר הירושלמי משרת שכונות שונות בירושלים, פרברים של ירושלים ויישובים קטנים הסמוכים לה. כל בתי הספר משרתים אוכלוסיות שלמות המשתייכות לאזורי רישום, ואין תהליך קבלה בררני. מפאת גודלו של בית הספר בבקעת הירדן, כל אוכלוסיית הגיל הרלוונטית של ילדי בית הספר השתתפה במדגם. מבתי הספר האחרים, הכיתות שהשתתפו במדגם היו אלו שהתאימו לכך מבחינת לוח הזמנים של בית הספר. כפי שניתן לראות בלוח 1, החלוקות על פי גיל, מגדר וכן בין בתי הספר היו דומות. המצב הסוציו-אקונומי של המדגם נבדק על פי תעסוקת ההורים. המקצועות השונים חולקו על פי חלוקה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשלוש דרגות (נמוך – עבור שכר מתחת לממוצע; ממוצע; גבוה – מעל השכר הממוצע).

## כלים

התלמידים מילאו שאלונים סטנדרטיים, שכללו שאלות דמוגרפיות על גיל, מגדר, מקום מגורים ותעסוקת ההורים. נוסף על כך, הם ענו על שאלות בנושא החשיפה לטרור בשאלון שנכתב עבור מחקר זה, וכלל גם חלק על תסמינים פוסט-טראומטיים. לצורך בדיקת בעיות רגשיות והתנהגותיות שונות, המתבגרים ענו על שאלוני אכנבך למתבגרים ועל שורה של פריטים המאפיינים תסמינים רגשיים שונים, שפותחו על ידי דרוגטיס. כמו כן, הם ענו על שאלון לבחינת שימוש בדפוסים התמודדות שונים.

**שאלון חשיפה אובייקטיבית לטרור.** שאלון החשיפה לטרור היה מקיף וכלל שאלות שהתייחסו לחשיפה אישית לפיגוע, כמו גם קשר אישי עם נפגע פיגוע טרור. החשיפה האישית כללה שאלות על מספר הפיגועים שהמתבגר נחשף אליהם, על קרבה גאוגרפית למקום הפיגוע ועל הזמן שעבר מיום הפיגוע ועד ליום המחקר. חשיפה בין-אישית כללה שאלות בדבר מספר נפגעי הפיגועים שהמתבגר מכיר, חומרת הפגיעה והקשר בין הנפגע או הנפגעים למתבגר. כל השאלות חוברו יחדיו לאינדקס חשיפה לאירועי טרור.

**שאלון תסמינים פוסט-טראומטיים.** החלק של התסמינים הפוסט-טראומטיים כלל 16 שאלות, שהפכו את קריטריוני DSM-IV לפוסט-טראומה לשאלות שהתשובה עליהן היא "כן" או "לא". מהימנות אלפא קרונבך למדגם הייתה 0.74.

**שאלון אכנבך** (גרסה עברית) (Achenbach & Rescola, 2001). השאלון בודק שורה רחבה של בעיות רגשיות והתנהגותיות, באמצעות 112 פריטים.

הללו מובילים לתוצאה כללית, כמו גם לשני סולמות רחבים של הפנמה והחצנה. נוסף על כך ישנם שמונה סולמות משניים (חרדה/דיכאון, הסתגרות/דיכאון, תלונות סומטיות, בעיות חברתיות, בעיות בחשיבה, בעיות קשב, הפרת כללים והתנהגות תוקפנית) ושישה סולמות נגזרים מקריטריוני DSM-IV (בעיות רגשיות, בעיות חרדה, בעיות סומטיות, הפרעות קשב והיפראקטיביות, הפרת כללים ובעיות התנהגות). השאלון הראה תקפות ומהימנות במחקרים שונים עם אלפא קרונבך 0.87 (Achenbach & Rescola, 2001). במחקר הנוכחי, אלפא קרונבך של הסולמות המשניים נעה בין 0.66–0.80. בסולמות ההפנמה וההחצנה, אלפא קרונבך היא 0.85. ובסולם הכולל של סך כל הבעיות, אלפא קרונבך היא 0.91.

**שאלון תסמינים מקוצר** (BSI – Brief Symptoms Inventory) (Derogatis, 1993). זהו שאלון המונה 53 פריטים, על סולם בן חמש דרגות. השאלון בודק תשעה תחומים של בעיות פסיכולוגיות ופסיכיאטריות, והן מסוכמות בסולם אחד כולל. בגלל מגבלות מטעם משרד החינוך, חמישה פריטים מתוך השאלון נמחקו – "מחשבות לסיים את חייך", "רעיון שמישהו יכול לשלוט במחשבותיך", "הרגשה שמישהו עוקב אחריך", "הרגשה שאחרים מדברים עליך" ו"התקפי חרדה". כיוון שהמדריך מציין שמחיקת עד 25% מהפריטים אינו פוגע במהימנות השאלון וסולמות המשנה, יכולנו להשתמש בכל הסולמות, פרט לסולם "פסיכוטי". לשאלון מהימנות טובה – אלפא קרונבך של 0.90. לסולם הכולל ו-0.68–0.91. לסולמות המשנה. במחקר הנוכחי, אלפא קרונבך לסולם הכולל היא 0.91.

**שאלון התמודדות למתבגרים** (Frydenberg & Lewis, 1993). הגרסה המקוצרת כוללת 18 פריטים, שלכל אחד מהם חמש אפשרויות תשובה. הפריטים נלקחו מתוך השאלון הארוך, שמונה 79 פריטים. כל אחד מהפריטים מייצג אסטרטגיית התמודדות. האסטרטגיות השונות מכונסות לשלושה סולמות כלליים – פתרון בעיות, הישענות על אחרים ואסטרטגיות לא יעילות. החוקרות מדווחות על מהימנות ותקפות טובים לסולמות השונים. במחקר הנוכחי אלפא קרונבך לשלושת הסולמות הייתה: פתרון בעיות – 0.80, הישענות על אחרים – 0.56, אסטרטגיות לא יעילות – 0.70.

## תהליך

במהלך המחקר נשמרו כללי האתיקה המחייבים. הצעת המחקר והשאלונים נשלחו ללשכת המדען הראשי, שם הם הוערכו על ידי המדען הראשי והשירות הפסיכולוגי ייעוצי של משרד החינוך. לאחר קבלת האישורים המתאימים, כל מנהל בית ספר אישר את הכניסה לבית ספרו, תוך כדי שמירה על הנחיות משרד החינוך. השאלונים הועברו בספטמבר 2003. הם מולאו עצמאית על ידי התלמידים במהלך שיעורים רגילים בבית הספר. זמן מילוי השאלון השתנה בהתאם לגיל ונע בין 25–45 דקות. לתלמידים נאמר כי החוקרת מתעניינת בניסיונם ובחוויותם האישיים כתוצאה מפיגועי הטרור. החוקרת הדגישה שמילוי השאלון הוא רשות, ואם תלמידים



מרגישים חוסר נוחות במהלך מילוי השאלון, הם רשאים להפסיק את מילויו ברגע שיבחרו לעשות זאת.

## תוצאות

כללית, שני שלישים מהמדגם דיווחו על רמה מסוימת של חשיפה אובייקטיבית לפיגועי טרור. החשיפה הייתה באמצעות נוכחות בקרבת מקום פיגוע או דרך היכרות עם מישהו שנפגע במהלך פיגוע טרור. מתוך התלמידים שדיווחו על חשיפה כלשהי לפיגוע טרור, עשירית דיווחו על כך שהיו חשופים ליותר מפיגוע אחד ושליש דיווחו על היכרות עם יותר מאדם אחד שנפגע בפיגוע טרור. יתרה מזאת, הממצאים מראים שגם אלו שדיווחו שמעולם לא נחשפו לכל פיגוע או שאינם מכירים אף אחד שנפגע בפיגוע, נחשפו בצורה כזו או אחרת לפיגועים באמצעות התקשורת או באמצעות חוויה של "כמעט פיגוע" (אחרו לאוטובוס שהתפוצץ או עזבו את זירת האירוע זמן קצר לפני פיגוע).

## תפוצה של תסמינים פוסט-טראומטיים, בעיות רגשיות ובעיות התנהגותיות

לוח 2: תפוצה של תסמינים פוסט-טראומטיים בקרב בני נוער ישראלים

מספר התסמינים הפוסט-טראומטיים	% באוכלוסייה
0 = ללא תסמינים	9.3
1–5 = תסמינים מתונים	61.8
6–10 = תסמינים בינוניים	25.5
11–14 = תסמינים חריפים	3.6
סולם אכנבך	% בטווח הגבולי ובטווח הקליני
סך כול הבעיות	19.4
החצנה	22.3
הפנמה	18.9
חרדה/דיכאון	7.6
הסתגרות/דיכאון	9.0
תלונות סומטיות	8.9
בעיות חברתיות	5.9
בעיות בחשיבה	7.7
בעיות קשב	7.8
הפרת כללים	10.4
התנהגות תוקפנית	10.2
DSM בעיות רגשיות	9.9
DSM בעיות חרדה	4.9
DSM בעיות סומטיות	7.9
DSM הפרעות קשב וריכוז והיפראקטיביות	5.8
DSM הפרת כללים	15.4
DSM בעיות התנהגות	8.3

BSI (שאלון התסמינים המקוצר של דרוגטיס) % מעל הממוצע	
27.2	אינדקס של חומרת הבעיות
27.2	סומטיזציה
27.5	אובססיביות וקומפולסיות
29.8	רגישות בין-אישית
21.9	דיכאון
18.1	חרדה
32.6	עוינות
48.2	חרדה פובית
24.9	פרנויה

כפי שניתן לראות בלוח 2, פחות מ-10% ציינו שלא חוו כל תסמינים פוסט-טראומטיים; כמו כן יותר מ-62% חוו תסמינים פוסט-טראומטיים מינוריים, ורק קרוב ל-4% דיווחו על תסמינים חמורים. יצוין שמתוך 40% של המתבגרים, שדיווחו על כך שלא חוו כל חשיפה אובייקטיבית לפיגוע טרור, רק 14% ציינו שאין להם כל תסמינים פוסט-טראומטיים. 20% ממדגם המתבגרים דיווחו על בעיות רגשיות והתנהגותיות בתחום הגבולי או בתחום הקליני. התסמינים הללו כללו בעיות של דיכאון או תסמינים סומטיים. כמו כן, 10% מהמתבגרים דיווחו על בעיות של החצנה, כולל הפרת כללים וחוקים והתנהגות תוקפנית.

יתרה מזאת, כ-30% מהמתבגרים דיווחו על מצוקה רגשית באמצעות השאלון של דרוגטיס; ביתר פירוט: כ-50% מהמתבגרים הראו סימנים של חרדה פובית, כגון הימנעות מהימצאות במקומות פתוחים ונסיעה באוטובוס; כ-30% מהם הביעו רגשות עוינים.

## הבדלים ברמות בעיות רגשיות והתנהגותיות בהתאם לרמת חשיפה לפיגועי טרור

לוח 3: שונות בין התלמידים בבתי הספר השונים על פי חשיפה אובייקטיבית לטרור

אינדקס חשיפה אובייקטיבית לטרור	בתי ספר
M=1.40 SD=1.70	מרכז ישראל
M=1.50 SD=1.98	בקעת הירדן
M=2.04 SD=2.53	ירושלים
M=0.30 SD=2.53	דרום הארץ
35.522	F value
0.00**	Sig. Level
	p<.01**

ראשית, רצינו לברר את ההשערה שמקום מגורים ורמת חשיפה לטרור קשורים אחד בשני. לכן, בדקנו את מקומות המדגם השונים ביחס לסולמות החשיפה לטרור. הבדלים משמעותיים ניכרו בין המקומות השונים על סולם החשיפה האובייקטיבית. כצפוי, בני הנוער מאזור הדרום דיווחו על החשיפה האובייקטיבית המועטה ביותר לפיגועי טרור, ולעומת זאת, בני הנוער הירושלמים דיווחו על החשיפה האובייקטיבית הרבה ביותר לפיגועי הטרור. בני הנוער מהמרכז ובני הנוער מבקעת הירדן דיווחו על רמות חשיפה אובייקטיבית דומות לפיגועי טרור, ואלו היו פחותות מרמות החשיפה האובייקטיבית של בני הנוער הירושלמים, אך גבוהות מאלו של בני הנוער מהדרום. תוצאות אלו אפשרו לנו לחלק את בני הנוער לשלוש קבוצות ביחס לרמת החשיפה שלהם לפיגועי טרור – ספר נמוך, ספר בינוני ועירוני גבוה.

**לוח 4: תפוצה של תסמינים רגשיים והתנהגותיים לפי בתי ספר**

רמת מובהקות	F value	ירושלים		דרום הארץ		בקעת הירדן		מרכז הארץ		תסמין
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
0.00*	4.47	4.19	2.99	3.52	2.73	4.25	2.88	4.46	3.04	פוסט-טראומה
<b>אכנבך</b>										
0.01*	3.56	35.83	19.38	35.76	18.29	40.45	20.08	39.5	18.96	סה"כ תסמינים
0.00*	4.65	9.82	6.83	9.65	6.69	11.51	7.91	11.56	7.70	הפנמה
0.13	1.86	12.13	7.51	11.36	6.93	12.61	7.42	11.22	6.26	החצנה
0.05	2.57	4.22	3.48	4.16	3.28	4.82	3.87	4.88	3.87	חרדה/דיכאון
0.00*	5.06	2.96	2.34	2.85	2.25	3.65	2.72	3.41	2.47	התכנסות/דיכאון
0.03*	3.01	2.64	2.56	2.64	2.55	3.03	3.03	3.27	2.99	תלונות סומטיות
0.00**	5.73	2.46	2.48	2.58	2.35	3.01	2.66	3.29	2.51	בעיות חברתיות
0.00*	4.97	3.53	2.92	4.04	3.11	4.53	3.59	4.52	3.40	בעיות מחשבתיות
0.00*	4.74	4.29	2.98	4.55	2.87	5.07	2.93	5.18	3.16	הפרעות קשב
0.00**	5.28	4.82	3.66	3.93	3.23	5.10	3.81	4.22	2.93	פריצת גבולות
0.63	0.57	7.31	4.67	7.43	4.43	7.51	4.49	7.00	4.17	תוקפנות
<b>אכנבך DSM</b>										
0.04*	2.89	3.84	3.13	3.91	2.88	4.56	3.46	4.49	3.47	בעיות רגשיות
0.79	0.34	2.48	2.06	2.34	1.87	2.52	1.81	2.46	2.05	בעיות חרדה
0.18	1.62	1.47	1.78	1.40	1.73	1.69	2.11	1.73	2.01	בעיות סומטיות
0.03*	3.02	3.51	2.56	3.86	2.61	3.99	2.52	4.21	2.72	היפראקטיביות
0.08	2.30	3.44	1.86	3.54	1.90	3.75	1.94	3.26	1.93	הפרת כללים
0.02*	3.47	3.89	3.56	3.14	3.19	3.90	3.30	3.26	3.90	בעיות התנהגות
<b>BSI</b>										
0.04*	2.70	0.62	0.60	0.53	0.56	0.70	0.67	0.63	0.58	אינדקס של חומרת הבעיות
0.21	1.51	0.58	0.04	0.36	0.56	0.48	0.70	0.37	0.60	סומטיזציה
0.04*	2.69	0.65	0.70	0.56	0.66	0.76	0.77	0.69	0.71	אובססיות
0.01*	4.02	0.74	0.78	0.67	0.74	0.93	0.90	0.84	0.77	רגישות בין-אישית
0.01*	3.70	0.49	0.75	0.42	0.73	0.68	0.94	0.57	0.75	דיכאון
0.05	2.60	0.73	0.76	0.57	0.65	0.74	0.81	0.74	0.76	חרדה
0.50	0.79	0.79	0.81	0.72	0.77	0.81	0.81	0.72	0.75	עוינות
0.03*	3.06	0.78	0.85	0.58	0.72	0.68	0.80	0.78	0.79	חרדה פובית
0.04*	2.64	0.74	0.77	0.62	0.77	0.81	0.85	0.64	0.72	פרנויה

p<.01\*\* ; p<.05\*

התוצאות הראו שבני הנוער מהדרום, שדיווחו על רמת החשיפה הנמוכה ביותר לטרור, דיווחו גם על רמות תסמינים פוסט-טראומטיים, כמו גם בעיות רגשיות והתנהגותיות, ברמה נמוכה ביותר משאר בני הנוער. לעומת זאת, הירושלמים, בעלי החשיפה האובייקטיבית הגבוהה ביותר לפיגועי טרור, לא דיווחו על בעיות רגשיות והתנהגותיות ברמה הגבוהה ביותר. המתבגרים מהמרכז ומבקעת הירדן, שדיווחו על רמה אמצעית של חשיפה אובייקטיבית לטרור, דיווחו על הרמות הגבוהות ביותר של בעיות רגשיות והתנהגותיות.

## הבדלים בחומרת הבעיות הרגשיות וההתנהגותיות בהתאם למגדר ולגיל

לוח 5: הבדלים מגדריים בתסמינים רגשיים והתנהגותיים

רמת מובהקות	t	(df)	בנות		בנים		תסמין
			M	SD	M	SD	
0.00**	-8.99	(891.55)	4.90	3.00	3.30	2.60	פוסט-טראומה
<b>אכנבך</b>							
0.02*	-2.28	(901)	39.23	19.67	36.31	18.69	סך כול התסמינים
0.00**	-7.64	(876.65)	12.38	7.77	8.79	6.32	הפנמה
0.00**	3.32	(869.39)	11.04	6.45	12.52	7.53	החצנה
0.00**	-8.69	(852.65)	5.50	3.94	3.49	2.97	חרדה/דיכאון
0.04*	1.99	(901)	3.36	2.46	3.04	2.42	התכנסות/דיכאון
0.00**	-6.96	(874.89)	3.52	2.99	2.26	2.41	תלונות סומטיות
0.98	0.03	(901)	2.83	2.52	2.84	2.52	בעיות חברתיות
0.29	-1.05	(901)	4.25	3.42	4.02	3.11	בעיות מחשבתיות
0.11	-1.60	(901)	4.92	3.01	4.59	3.00	הפרעות קשב
0.00**	6.86	(878.84)	3.74	3.16	5.28	3.57	פריצת גבולות
0.96	0.04	(869.06)	7.30	4.09	7.31	4.78	תוקפנות
<b>DSM</b>							
0.00**	-4.66	(826.28)	4.69	3.52	3.66	2.86	בעיות רגשיות
0.00**	-7.4	(868.57)	2.92	2.04	1.97	1.76	בעיות חרדה
0.00**	-6.12	(883.48)	1.95	2.03	1.19	1.70	בעיות סומטיות
0.26	-1.14	(874)	3.99	2.60	3.78	2.66	היפראקטיביות
0.72	-0.35	(878)	3.50	1.85	3.46	3.50	הפרת כללים
0.00**	7.14	(768.86)	2.80	2.65	4.34	3.56	בעיות התנהגות
<b>BSI</b>							
0.00**	-6.83	(823.96)	0.75	0.65	0.48	0.51	אינדקס של חומרת הבעיות
0.00**	-5.49	(813.22)	0.50	0.67	0.28	0.51	סומטיזציה
0.00**	-6.15	(821.35)	0.80	0.77	0.51	0.60	אובססיביות
0.00**	-6.38	(823.88)	0.96	0.86	0.62	0.69	רגישות בין-אישית
0.00**	-5.01	(783.01)	0.67	0.90	0.40	0.64	דיכאון
0.00**	-7.19	(805.43)	0.87	0.82	0.51	0.61	חרדה
0.00**	-3.32	(853)	0.85	0.81	0.67	0.75	עוינות
0.00**	-7.58	(820.99)	0.91	0.85	0.51	0.68	חרדה פובית
0.01*	-2.68	(853)	0.77	0.81	0.62	0.73	פרנויה

p<.01\*\* ;p<.05\*

הבדלים מגדריים נמצאו לפי הציפיות. בנות דיווחו על תסמינים פוסט-טראומטיים רבים יותר משמעותית ועל בעיות רגשיות ובעיות הפנמה רבות יותר משמעותית. בנים לעומתם, דיווחו על בעיות החצנה רבות יותר.

בניגוד לציפיות, מבחינת גיל היו הבדלים מעטים יותר, ואלו שנצפו היו מפתיעים. המתבגרים חולקו לשלוש קבוצות על פי גיל: צעירים (12–13.5), גיל ביניים (14–15.5) ובוגרים (16–18). מבחינת תסמינים פוסט-טראומטיים ובעיות הפנמה והחצנה, לא היו הבדלים בין שלוש הקבוצות. ההבדלים שנצפו היו ברמות הדיכאון, הפרת הכללים והבעיות הרגשיות הכלליות, והמתבגרים הבוגרים יותר דיווחו על בעיות קשות יותר.

### הקשר בין דפוסי ההתמודדות לבין הבעיות הרגשיות וההתנהגותיות

השתמשנו במתאמים של פירסון על מנת לבדוק את הקשרים בין המשתנים השונים. אסטרטגיות בלתי יעילות קשורות במתאם בינוני-חזק לתסמינים הרגשיים וההתנהגותיים השונים: פוסט-טראומה – 0.46 ( $p < .01$ ); מצוקה רגשית – 0.35 ( $p < .01$ ); בעיות רגשיות והתנהגותיות – 0.38 ( $p < .01$ ). אסטרטגיות של הישענות על אחרים גם הן קשורות במתאם מובהק לתסמינים הרגשיים וההתנהגותיים השונים: פוסט-טראומה – 0.35 ( $p < .01$ ); מצוקה רגשית – 0.35 ( $p < .01$ ); בעיות רגשיות והתנהגותיות – 0.22 ( $p < .01$ ). ככל שהשימוש באסטרטגיות הללו גדול יותר, כך גם מדווח על תסמינים רבים יותר. לעומת זאת, אסטרטגיות ההתמודדות של פתרון בעיות קשורות לחלק מהתסמינים השונים במתאם מובהק אך חלש: פוסט-טראומה – 0.07 ( $p < .05$ ); מצוקה רגשית – 0.07 ( $p < .05$ ); בעיות רגשיות והתנהגותיות – 0.03.

### דיון

מטרת המחקר הייתה לבדוק תפוצה של תסמינים פוסט-טראומטיים ובעיות רגשיות והתנהגותיות בקרב מתבגרים ישראלים החשופים לטרור מתמשך. הספרות שעוסקת בהשפעת פיגועי טרור על מתבגרים מצביעה על טווחים רחבים של תסמינים פוסט-טראומטיים, שנעים בין 4%–53% אחרי פיגוע אחד ובין 4%–42% במצבים של אירועי טרור מתמשכים. השונות הרבה יכולה להיות מוסברת על ידי שיטות מחקר ודגימה שונות; למשל, הכלים הבודקים את התסמינים השונים משתנים ממחקר למחקר, וגם זמן עריכת המחקר יחסית לאירועי הטרור יכול להטות את תוצאות המחקר (Hoven et al., 2002; Pefferbaum et al., 2002). המחקר שלנו מצביע על כך שתסמינים פוסט-טראומטיים הם תוצאה שכיחה של אירועי טרור, שכן 90% מאוכלוסיית המחקר שלנו הצביעו על מספר מסוים של תסמינים פוסט-טראומטיים, וזאת אף שכ-30% מהמתבגרים דיווחו שלא נחשפו אובייקטיבית לשום פיגוע טרור. נוסף על כך, הדיווח על תסמינים רגשיים והתנהגותיים נוספים הגיע לרמות גבוהות, ו-20% מהמתבגרים דיווחו על תסמינים רבים יותר מאלו המדווחים על ידי האוכלוסייה הרגילה, שאינה נמצאת במצב לחץ. ממצאים אלו מאשרים את העובדה שהחיים בצל איום מתמיד של פיגועי טרור עשוי להגביר

את סיכוייהם של המתבגרים לחוות תסמינים רגשיים והתנהגותיים. חשוב לציין שהתסמינים הללו אינם רק תסמינים פוסט-טראומטיים, אלא גם בעיות רגשיות והתנהגותיות, שכוללות בעיות של הפנמה והחצנה. בעיות ההחצנה, כגון הפרת ושבירת כללים ובעיות תוקפנות ועוינות, כפי שעלו במחקר זה, מעוררות תשומת לב בנוגע לבעיות והסתבכויות חברתיות של מבוגרים בחברה בכלל ובאזור טעון סכסוכים בפרט (Muldoon & Cairns, 1999).

נראה שבמדגם הנוכחי מתבגרים דיווחו על תסמיני דיכאון ותסמינים סומטיים ברמה פחותה מזו שדווחה במחקר שהתבצע על ידי פת-הורנצייק (Pat-Horenzyk, 2005). בשעה שכלי המחקר השונים במחקרים השונים מגבילים את יכולתנו להשוות ולהצביע על מסקנות חד-משמעיות בעניין, העובדה שרמות הדיכאון והסומטיזציה היו נמוכות יותר במדגם שלנו, יכולה להיות פועל יוצא של הסתגלות לאורך זמן למצב הכרוני של טרור מתמשך (מחקר זה בוצע כשנה לאחר מחקרה של פת-הורנצייק).

## **הבדלים בחומרת הבעיות הרגשיות וההתנהגותיות בהתאם למקום המגורים של האוכלוסייה**

מטרה נוספת של מחקר זה הייתה לבחון באיזו מידה מתבגרים מאזורים שונים בארץ חווים בעיות רגשיות והתנהגותיות שונות. מחקרים קודמים התמקדו בעיקר באוכלוסייה עירונית או באוכלוסיית ההתנחלויות בגדה המערבית ובעזה, המאופיינת באידאולוגיה דתית ולאומית חזקה (סלומון ועמיתים, 2005; Pat-Horenzyk, 2005; Schiff, Benbensity, Mckay, DeVoe & Liu, 2006). בשונה ממחקרים אלו, אוכלוסיית המחקר שלנו כללה, נוסף על מתבגרים מתוך העיר ירושלים, מתבגרים מיישובי ספר – יישובים קהילתיים, מושבים וקיבוצים. כמו כן, אוכלוסיית המדגם כללה את מתבגרי הבקעה. אף שיישובי הבקעה נמצאים מחוץ לתחומי הקו הירוק, תושביהם אינם מאופיינים באידאולוגיה דתית ולאומית חזקה, שכן הם בחרו לחיות שם בשל תנאי מחיה טובים.

הממצאים שלנו מצביעים על כך, שאוכלוסיית הדרום, שאופיינה בחשיפה מועטה יותר לפיגועים, דיווחה גם על תסמינים פוסט-טראומטיים ובעיות רגשיות והתנהגותיות פחותים. לעומת זאת, להפתעתנו, מתבגרי בקעת הירדן ומתבגרי מרכז הארץ, שנחשפו לפיגועי טרור במידה פחותה, דיווחו על בעיות רגשיות והתנהגותיות רבות יותר מאשר המתבגרים הירושלמים, שחשיפתם לפיגועי הטרור הייתה הגבוהה ביותר. כשמנתחים את הממצאים הללו, ברור שישנם משתנים נוספים שעשויים למתן את הקשר בין חשיפה אובייקטיבית לפיגועים לבין בעיות רגשיות והתנהגותיות; למשל, אפשר שהבחירה באזור מגורים כמו יישובי בקעת הירדן או יישובי הספר במרכז הארץ כאזורים רגועים ונעימים למחיה, היא שהביאה לתגובות חריפות יותר, שבאו לידי ביטוי בדיווח על בעיות רגשיות והתנהגותיות שונות.

הממצאים הללו יכולים להיות מנותחים גם מנקודת מבט שונה, בהקשרים חברתיים הקשורים לרמות חשיפה סובייקטיבית לטרור. כך, ייתכן שבני נוער ירושלמים, שנחשפו בצורה אינטנסיבית לטרור, עברו תכניות מניעה והתערבות שונות, ואלו השפיעו על תגובות החוסן הנפשי שאותו הפגינו. אינטרפרטציה נוספת לרמות נמוכות יחסית של בעיות רגשיות והתנהגותיות יכולה להיות מיוחסת לאפשרות שבאוכלוסייה זו פועלים מנגנוני הגנה הבאים לידי ביטוי ברמה נמוכה של בעיות רגשיות והתנהגותיות.

לסיכום, נראה שהממצאים הללו מבטאים את החשיבות של מתן אינטרפרטציות שונות בעת ניתוח השפעת החשיפה הסובייקטיבית לטרור על הבעיות הרגשיות וההתנהגותיות של המתבגרים. בדומה למחקרים הנערכים בפסיכולוגיה התפתחותית, בעתיד, יש לקחת בחשבון, לחקור ולהבין פגיעות לעומת משאבים של חוסן נפשי ברמות אישיות, משפחתית וחברתית, כמו גם חשיפות אובייקטיבית וסובייקטיבית לפיגועי טרור, בהקשר של תהליכים דינמיים העשויים להשפיע על המתמודדים עם מצבי לחץ שכאלה (Celestin & Celestin-Westreich, 2006; Pefferbaum et al., 2002).

### מגדר וגיל כמשתנים מחתנים

הממצאים שלנו באשר למגדר עולים בקנה אחד עם ספרות מחקרים בפסיכולוגיה, בכך שבנות נוטות להגיב למצבי לחץ באמצעות תסמיני הפנמה יותר מבנים, בעוד בנים מגיבים בתסמיני החצנה יותר מבנות (פת-הורנצ'יק, Pefferbaum et al., 1999).

מבחינת גיל, הממצאים של המחקר הנוכחי שונים ממצאי מחקרים קודמים, שברובם מצאו שמתבגרים צעירים מדווחים על בעיות פסיכולוגיות רבות יותר בהקשר של פיגועי טרור חד-פעמיים ופיגועי טרור מתמשכים (Hoven et al., 2005; Pat-Horenczyk, 2002). במחקר זה, קבוצת הגיל הבוגרת דיווחה על בעיות הפנמה וסומטיזציה רבות יותר וחריפות יותר, יחסית לקבוצות הצעירות. הסבר חלקי לתוצאות הללו יכולה לספק בדיקת עיתוי עריכת המחקר ביחס לגילי המשתתפים בו: המחקר נערך כשלוש שנים לאחר פרוץ האינתיפאדה, והמתבגרים הבוגרים של המחקר נחשפו במשך תקופה ארוכה יותר מאשר המתבגרים הצעירים לפיגועי טרור או לסכנת פיגועים כאלה, למשל, בכך שהם הסתובבו עצמאית בקניונים, השתמשו בתחבורה ציבורית וכיו (Pat-Horenczyk, Schiff, & Doppelt, 2006). נוסף על כך, אפשר שהגיוס הקרב לצבא גם הוא השפיע על תגובות המתבגרים הבוגרים יותר. משמעות הדבר היא, שבמחקר שלנו גם הגיל הוא פוטנציאל לחשיפה מוגברת לפיגועים או לסכנת פיגועים. בעוד שבדרך כלל, מצופה ממתבגרים בוגרים יכולת התמודדות טובה יותר מאשר ממתבגרים צעירים, בשל התפתחות קוגניטיבית ורגשית, במחקר זה, עלייה בגיל משקפת ככל הנראה עלייה ברמת תחושת הסכנה.

## הקשר בין אסטרטגיות ההתמודדות לתסמינים הרגשיים וההתנהגותיים

ההשערה שלנו שעסקה בנושא זה טענה שאסטרטגיות התמודדות בלתי יעילות ואסטרטגיות של הישענות על אחרים תהיינה קשורות בקשר ישר לבעיות הרגשיות ולבעיות ההתנהגותיות השונות, בעוד אסטרטגיות של פתרון בעיות תהיינה קשורות לבעיות אלו בקשר הפוך. תוצאות המחקר שלנו תומכות בהשערה זו ומתאימות לממצאי מחקר אחר שנעשה בתחום זה (Ziedner, 2005). עם זאת, יש לציין שתוצאות אלו אינן עולות בקנה אחד עם מחקרים אחרים, שמצאו שאסטרטגיות ממוקדות רגש בהקשר של מלחמה מסייעות לפעמים להתמודדות מוצלחת ולדיווח על תסמינים רגשיים מעטים יותר (Muldoon & Carins, 1999; Weisenberg, 1993; Schwarzwald, Waysman, Solomon & Klingman, 1993). פערים אלו בתוצאות ממחישים את הצורך להמשיך ולחקור את הגורמים שעשויים להשפיע על תגובות מתבגרים הנחשפים לאירועים של טרור מתמשך.

### מגבלות המחקר

כשבאים להעריך את המחקר הנוכחי, יש לקחת בחשבון מספר מגבלות. קודם כול, איסוף הנתונים כולו נעשה באמצעות שאלוני דיווח עצמי, כך שהדיווחים על בעיות רגשיות והתנהגותיות הם של המתבגרים עצמם, ואמיתותם אינה ניתנת להערכה אובייקטיבית על ידי גורם בריאות נפש מקצועי. כמו כן, מספר קטן של מתבגרים (2%) הפסיק למלא את השאלונים באמצע, כך שניתן להתייחס אליהם כמייצגים את אלו שהשאלונים איימו עליהם מבחינה רגשית. נוסף על כך, כיוון שלא בדקנו את המתבגרים בתקופה שלפני פרוץ האינתיפאדה, קשה לייחס בוודאות את הבעיות הרגשיות וההתנהגותיות לאירועי הטרור. ברור שהתייחסות נרחבת מבחינה התפתחותית ומן הבחינות של מקורות פגיעות ומקורות חוסן נפשי, יכולים להעמיק את הידע בכל הנוגע לקשר בין רמת חשיפה לפיגועי טרור, סוגי חשיפה, גיל ומגדר לבין בעיות רגשיות והתנהגותיות שונות. על הגורמים שצריכים להילקח בחשבון להיות ברמות האישית, המשפחתית והקונטקסטואלית. מגבלה נוספת היא הקשר הבלתי נפרד בין מקום מגורים ורמת חשיפה אובייקטיבית לטרור, מה שמגביל את יכולתנו להתייחס להסבר באמצעות משתנה אחד או באמצעות משנהו. בעתיד, שאלה זו צריכה להיות מובהרת ומבוררת כך שתוכל להבהיר לנו, מי מבין המשתנים הקהילתיים או החשיפתיים משמעותי יותר בהתמודדות עם פיגועי טרור. ולבסוף, אף שהמדגם הנוכחי רחב יחסית ונבחר על מנת לייצג חלקים שונים באוכלוסיית המתבגרים הישראלית מבחינת גיל, מגדר ורמת חשיפה לפיגועי טרור, הכללה של תוצאות המדגם מוגבלת לחלקים הללו של האוכלוסייה. בעתיד יש לחקור גם את השפעות המשתנים הסוציו-דמוגרפים, כמו: דתיות, מוצא וכו', כמשתנים העשויים להשפיע על התוצאות בהקשר של פיגועי טרור.



לסיכום, המחקר שלנו, שנערך בקרב מתבגרים בני 12–18 ברחבי ישראל, הראה כי לאחר שלוש שנות אינתיפאדה, המתבגרים שנחשפו בצורה אובייקטיבית לפיגועי טרור דיווחו על בעיות התנהגותיות ורגשיות משמעותיות. ההשוואה בין אוכלוסיות הממוקמות במקומות שונים בארץ, הראתה שהמתבגרים החיים באזורים שונים מדווחים על רמות חשיפה אובייקטיביות שונות לטרור: מתבגרי הדרום, שדיווחו על חשיפה מועטה לטרור, דיווחו גם על בעיות רגשיות והתנהגותיות מעטות; לעומת זאת, המתבגרים הירושלמים, שדיווחו על רמת חשיפה אובייקטיבית הגבוהה ביותר לפיגועי הטרור, לא תמיד דיווחו על תסמינים רגשיים והתנהגותיים ברמות הגבוהות ביותר. עוד נמצא קשר בין אסטרטגיות התמודדות ממוקדות רגש לבין תסמינים ובעיות רגשיות והתנהגותיות. ממצאי המחקר מלמדים כי במחקרים עתידיים יש לקחת בחשבון היבטים נוספים; למשל, מודל הכולל בתוכו סוגים שונים של חשיפה לטרור יכול לשפוך אור על השפעת סוגי החשיפה השונים על בעיות פסיכולוגיות שונות. כמו כן, ניתן לבדוק משתנים קהילתיים וחברתיים שעשויים להשפיע על מתבגרים בהתמודדותם עם פיגועי הטרור ולסייע להם למיתון התגובות הרגשיות.

כיוון שהמחקר שלנו הצביע על כך שהמתבגרים בכלל ומתבגרים בוגרים בפרט מגלים פגיעות רבה, ניתן לעצב תכניות מניעה והתערבות, על מנת לעזור להם להתמודד בצורה יעילה עם מצב הלחץ המתמיד הנובע מפוטנציאל החשיפה לפיגועי טרור.

## מקורות

- סלומון, ז', לאופר, א' ולביא, ת' (2005). בצל האינתיפאדה: חשיפה ותגובות פוסט-טראומטיות של מתבגרים בישראל. בתוך א' זומר וא' בלייד (עורכים), **בריאות נפשית בצל הטרור: הניסיון הישראלי** (עמ' 77–107). תל אביב: רמות.
- פת-הורנצייק, ר' (2003). השפעת פיגועי טרור מתמשכים על אוכלוסיית המתבגרים בירושלים ובסביבותיה. בתוך מ' כספי (עורך), **חרדות מתבגרים כתוצאה מאירועי טרור** (עמ' 8–10). ירושלים: כנסת ישראל.
- פת-הורנצייק, ר' ודופלט, א' (2005). איתור מצוקה פוסט טראומטית בקרב מתבגרים בישראל החשופים לטרור מתמשך. בתוך א' זומר וא' ובלייד (עורכים), **בריאות נפשית בצל הטרור: הניסיון הישראלי** (עמ' 55–76). תל אביב: רמות.
- Achenbach, T. M., & Rescola, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Cardena, E., Dennis, J. M., Winkel, M., & Skitka, L. J. (2005). A snapshot to terror: Acute post traumatic response to September 11 attack. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(2), 69–84.
- Celestin, L. P., & Celestin-Westreich, S. (2006). Enhancing cognitive-emotional adjustment in bipolar youth and their families: Rationale and initial outcome

- of the FACE© program. *Journal of Affective Disorders*, 91, Supp. 1, 74–75.
- Celestin-Westreich, S., Celestin, L. P., Van Gils, Y., & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2006). How to FACE© sibling violence: Pathways from feud to friend. In A. Dillen (Ed.). *Violence in family relations* (pp. 77–95). Leuven, Belgium: Davidsfonds.
- Dempsey, M. (2002). Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African American youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 102–109.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief symptom inventory administration, scoring and procedure manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson, Inc.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research prospective*. London: Routledge.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). *Adolescent Coping Scale Administrator's Manual*. Melbourne: The Australian Council for Educational Research Ltd.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1999). The Adolescent Coping Scale: Construct validity and what the instrument tells us. *Australian Journal of Guidance and Counseling*, 9, 19–36.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603–611.
- Gil, S., & Caspi, Y. (2006). Personality traits, coping styles and perceived threat as predictors of posttraumatic stress disorder after exposure to a terrorist attack: A perspective study. *Psychosomatic Medicine*, 68, 904–909.
- Hoven, C. W., Duarte, C. S., Lucas, C. P., Mandell, D. J., Wu, P., & Rosen, C. (2002). *Effects of the World Trade Center attack on NYC public school students: Initial report of the New York Board of Education*. New York: LLC and Columbia University and New York State Psychiatric Institute.
- Hoven, C. W., Durate, C. S., Lucas, C. P., Wu, P., Mandell, D. J., Goodwin, R. D., et al. (2005). Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Archive of General Psychiatry*, 62, 545–552.
- Joshi, P. T., & O'Donnell, D. A. (2003). Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clinical Child and Family Psychiatry Review*, 6(4), 275–292.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lewis, R., & Frydenberg, E. (2002). Concomitants of failure to cope: What we should teach adolescents about coping. *British Journal of Educational Psychology*, 72(3), 419–431.

- Liu, X., Tein, J., & Zaho, Z. (2004). Coping strategies and behavioral/emotional problems among Chinese adolescents. *Psychiatry Research, 126*, 275–285.
- Muldoon, O., & Cairns, E. (1999). Children, young people, and war: Learning to cope. In E. Frydenberg (Ed.), *Learning to cope: Developing as a person in complex societies* (pp. 322–337). Oxford: Oxford University press.
- Pat-Horenczyk, R. (2005). Posttraumatic distress in adolescents exposed to ongoing terror: Findings from school-based screening project in the Jerusalem area. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 9*(3–4), 335–347.
- Pat-Horenczyk, R., Schiff, M., & Doppelt, O. (2006). Maintaining routine despite ongoing exposure to terrorism: A healthy strategy for adolescents? *Journal of Adolescence Health, 39*(2), 199–205.
- Pfefferbaum, B., Doughty, D. E., Peddy, C., Patel, N., Gurwitch, R., Nixon, S. J., et al. (2002). Exposure and peritraumatic response as predictors of posttraumatic stress in children following the 1995 Oklahoma City bombing. *Journal of Urban Health, 79*(3), 354–361.
- Pfefferbaum, B., Nixon, S., Krug, R., Tivis, R., Moore, V., Brown, et al. (1999). Clinical needs assessment of middle and high school students following the 1995 Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1069–1074.
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Doughty, D. E., Gurwitch, R. H., Fullerton, C. S., & Kyula, J. (2003). Post-traumatic stress and functional impairment in Kenyan children following the 1998 American embassy bombing. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*(2), 133–140.
- Sagy, S. (2002). Moderating factors explaining stress reactions: Comparing chronic and acute stress situations. *Journal of Psychology, 136*(4), 407–419.
- Schiff, M., Benbenisty, R., McKay, M., DeVoe, E., Liu, X., & Hassin, D. (2006). Exposure to terrorism and Israeli youth's psychological distress and alcohol use: An exploratory study. *American Journal of Addiction, 15*(3), 220–226.
- Thabet, A. A., & Vostanis, P. (2005). Child mental health problems in the Gaza Strip. *The Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences, 42*(2), 84–87.
- Weisenberg, M., Schwarzwald, J., Waysman, M., Solomon, Z., & Klingman, A. (1993). Coping of school-age children in the sealed room during scud missile bombardment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 462–467.
- Zeidner, M. (2005). Contextual and personal predictors of adaptive outcomes under terror attack: The case of Israeli adolescents. *Journal of Youth and Adolescents, 34*(5), 459–470.