

תסמינים פוסט-טראומטיים ופסיכיאטריים וסגנון התמודדות רפרסיבי בקרב אנשי זק"א

זהבה סולומון, רוני ברגר וקרני גינזבורג

עובדי זק"א נחשפו במהלך אינתיפאדת אל-אקצה שוב ושוב למראות קשים בשל פעילותם ההתנדבותית לאחר פיגועי טרור. לפיכך הם מהווים קבוצת סיכון גבוה למצוקה פוסט-טראומטית. מטרת מחקר זה היא לבחון את רמת המצוקה הנפשית של עובדי הצלה אלה, ואת תפקידו של סגנון ההתמודדות הרפרסיבי במיתון ההשפעות הפתוגניות של הדחק. 87 מתנדבי זק"א נשאלו לגבי רמת ההיחשפות שלהם לאירועי דחק, תפיסת הסכנה שלהם, חוללות עצמית ומצוקה נפשית כפי שהיא מתבטאת במדדים תסמינים פוסט-טראומטיים ופסיכיאטריים אחרים. בנוסף, נבדק סגנון ההתמודדות הרפרסיבי. בניגוד למצופה, הממצאים מורים על חוסן ניכר בקרב גברים אלה, המתבטא ברמת מצוקה נמוכה. עוד נמצא כי לסגנון ההתמודדות הרפרסיבי השפעה ממתנת על רמת המצוקה; מתנדבים בעלי סגנון התמודדות זה דיווחו על רמות מצוקה נמוכות יותר מנבדקים שאינם משתמשים בסגנון זה.

מילות מפתח: תסמינים פוסט-טראומטיים, סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית, סגנון התמודדות רפרסיבי, עובדי הצלה

מבוא

אנשי מקצוע שונים נחשפים במסגרת עבודתם למוות. היחשפות זו מלווה לעתים קרובות במגע פיזי ישיר עם גופות, וכרוכה בהתוודעות של הנחשף אל מראות קשים ביותר. מחקרים שנערכו בעבר מלמדים כי היחשפות לגופות מתים – בתהליכי זיהוי, פינוי או קבורה – עלולה לגרום למצוקה נפשית. ממצא זה חוזר על עצמו בהקשרים שונים, בין השאר במלחמה (McCarroll, Ursano, & Fullerton, 1993), בתאונות (Jones, 1984) ובאסונות המוניים (Miles, Demi, & Mostyn-Aker, 1984). מצוקה

אנו מודים לדני חורש על עזרתו בהכנת כתב היד.
המחקר נערך בתמיכת נט"ל – ארגון התנדבותי לטיפול בנפגעי טראומה לאומית.

נפשית לאחר מגע עם גופות נתגלתה גם בקרב בעלי תפקידים שונים, וביניהם אנשי צבא (McCarroll, Ursano, Fullerton, Liu, & Lundy, 2002), שוטרים (Greene, 2001) וצוותים פתולוגיים (Tucker, Pfefferbaum, Nixon, & Foy, 1999). במחקר שערכו אורסנו, פולרטון, קאו ובהרטיה (Ursano, Fullerton, Kao, & Bhartiya, 1995) נמצא כי בהשוואה לקבוצת ביקורת שלא באה במגע עם גופות, מי שסייעו בטיפול בגופותיהם של קורבנות תאונה סבלו מרמות גבוהות יותר של תסמינים של הימנעות ושל תסמינים חודרניים וסומטיים, וכן הפגינו מידה רבה יותר של עוינות. כמו כן נמצא במחקר זה, כי ההיחשפות למוות מהווה גורם סיכון להפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD). מחקרים אחרים מצאו גם הם שיעורים גבוהים יחסית של סימפטומטולוגיה פוסט-טראומטית בקרב מי שביצעו משימות הכרוכות במגע עם גופות (McCarroll, Ursano, & Fullerton, 1995; Sutker, Uddo, Brailey, Vasterling, & Errera, 1994). ממצאים דומים, המורים על מצוקה נפשית בקרב מי שבאו במגע עם גופות, נמצאו במקומות שונים בעולם, בין השאר בארצות-הברית (Tucker et al., 1999), בעיראק (McCarroll et al., 1995; Sutker et al., 1994), באנטארקטיקה (Taylor & Frazer, 1982) ובגיאנה (Jones, 1985). בישראל, אחת הקבוצות המזוהות יותר מכל עם מלאכת פינוי גופות הינה "זק"א – זיהוי קורבנות אסון". גוף זה החל את פעילותו באופן בלתי רשמי בשנת 1989, ושש שנים לאחר מכן הוכר על ידי מדינת ישראל כארגון התנדבותי שמטרתו איסוף ופינוי גופות, "תוך הקפדה בשמירה על כבוד המת, זיהוי הלכתי ברור, והבאה לקבר ישראל" (זק"א, 2008). הארגון מונה כיום כ-700 מתנדבים בכל רחבי הארץ, ומהווה חלק בלתי נפרד מכוחות ההצלה של מדינת ישראל. מתנדבי זק"א – רובם ככולם יהודים דתיים – עוברים הכשרה מקצועית בתחומי עזרה ראשונה, איתור וחילוץ, זיהוי ופינוי חללים. להכשרה זו היבטים מקצועיים והלכתיים גם יחד. מאז אמצע שנות ה-90 בולטת פעילותם של אנשי זק"א על רקע פיגועי הטרור שבוצעו בריכוזי אוכלוסין יהודיים בישראל. גל קשה וממושך ביותר של פיגועי טרור החל עם פרוץ אינתיפאדת אל-אקצה בסתיו 2000. מאז תחילת האינתיפאדה ידעה ישראל כמה מן הפיגועים הקשים בתולדותיה. בתקופה זו נהרגו בפיגועים מאות בני אדם ונפצעו אלפים. במסגרת תפקידם ממלאים צוותי זק"א תפקיד מרכזי וחשוב במשימות ההצלה והפינוי בזירות הפיגועים. הצוותים נוהגים להגיע אל מקום האירוע דקות ספורות לאחר התרחשותו, ולפעול במשך שעות ארוכות. טבעם ההרסני של פיגועי ההתאבדות מציב אתגר חדש וקשה במיוחד לצוותי הפינוי של זק"א. לעתים קרובות עליהם להתמודד עם מראות קשים ביותר, כגון גופות ילדים, בשר חרוך ואיברי גוף הפזורים על הקרקע או דבוקים לעצים ולבתים. לפיכך, בשל אופי עבודתם, מהווים אנשי זק"א קבוצת סיכון גבוה למצוקה נפשית. מחקר זה מבקש לבדוק את היקף חשיפתם של אנשי זק"א לטרור ולתוצאותיו, ואת תפיסתם את

מידת האיום והסכנה שמקפלת בתוכה עבודתם, ולאמוד את היקף המצוקה הנפשית ואת עוצמתה, כפי שהיא מתבטאת בהפרעת דחק פוסט-טראומטית ובסימפטומטור-לוגיה פסיכיאטרית.

כאמור, הבאים במגע עם גופות זוהו במקרים רבים כקבוצת סיכון לפתח בעיות נפשיות. עם זאת, מחקרים מלמדים כי אנשים הנחשפים לאסונות, שונים זה מזה בכל הקשור לרמת המצוקה. שונות זו עשויה לנבוע מכמה מקורות, חלקם נסיבתיים וקשורים בעיקר לרמת ההיחשפות ללחץ, והאחרים אישיים וקשורים למאפייני האדם ולסגנון ההתמודדות שלו.

השפעת רמת ההיחשפות ומאפייני הרקע על מידת המצוקה של עובדי הצלה

הגורם המרכזי שנמצא קשור לעוצמת המצוקה בקרב החווים לחץ טראומטי הינו רמת ההיחשפות לגירויים מעוררי לחץ. מספר מחקרים מצאו כי רמת ההיחשפות, כפי שהיא משתקפת במידת הסיכון בפגיעה אישית מחד, ובתוצאות הפגיעה באחרים מאידך, הנה גורם סיכון משמעותי למצוקה נפשית (Chang, Lee, Connor, Davidson, Jeffries, & Lai, 2003; Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt, & Foreman, 1996; Marmar, Weiss, Metzler, Delluchi, Best, & Wentworth, 1999; Weiss, Marmar, Metzler, & Ronfeldt, 1995). באופן מיוחד נמצאה מידת ההיחשפות לגופות בעת ביצוע עבודת הצלה כגורם פתוגני. בעלי תפקידים, שבמסגרת עבודתם ביצעו משימות הכרוכות במגע ישיר עם גופות, דיווחו על מצוקה רבה יותר ממי שרק צפו בגופה, או ביצעו משימות בסביבתה (Jones, 1985; McCarroll, Ursano, Fullerton, Liu, & Lundy, 2001). לרמת ההיחשפות יש גם אפקט מצטבר. במספר מחקרים נמצא כי ככל שעולה מספר המשימות שאנשי כוחות הצלה נדרשים לבצע (Wagner, Heinrichs, & Ehlert, 1998) ומשכן (North et al., 2002), כך עולה רמת המצוקה המדווחת.

משתנה נוסף שנבחן רבות הינו מידת הניסיון הקודם בעבודה. דירגורב, כריסטופרסן וג'סטנד (Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestand, 1996) בדקו כיצד השפיעה העבודה בזירה שבה התרחשה תאונת דרכים קשה על עובדי הצלה ופינוי. הם מצאו כי ככל שלעובד ההצלה היה ניסיון מועט יותר בעבודה בזירת אסון, כך הוא סבל יותר מתסמינים של הימנעות. גם אחרים דיווחו על האפקט המיטיב של הניסיון בקרב עובדי הצלה (Marmar et al., 1999; Weiss et al., 1995). באופן דומה מצאו גם ארסלנד, ווייסת' וסונד (Erslund, Weisaeth, & Sund, 1989) כי במשימת הצלה לאחר תאונה באסדת נפט דיווחו עובדי הצלה מקצועיים על תגובות דחק בשכיחות נמוכה

יותר מעובדים לא־מקצועיים. מאידך, יש גם דיווחים המעידים על אפקט מוגד, שלפיו רמת המצוקה בקרב עובדי הצלה גוברת ככל שעולה מספר שנות עבודתם (Chang et al., 2003; Wagner et al., 1998). ממצאים אחרים מורים כי רמת המצוקה בקרב עובדי הצלה אינה קשורה למספר שנות הניסיון של העובדים (Beaton, Shirley, & Pike, & Corneil, 1999).

מחקרים מעטים בחנו את הזיקה בין מאפייני הרקע הדמוגרפיים של עובדי ההצלה למידת המצוקה שהם חווים. צ'אנג ואחרים (Chang et al., 2003) מצאו כי עובדי הצלה, שאותרו כסובלים מתסמונת פוסט־טראומטית בעקבות עבודתם בחילוץ נפגעים לאחר רעידת אדמה בטייוואן, היו מבוגרים יותר מאלו שלא סבלו מהתסמונת. מרמר ואחרים (Marmar et al., 1996) מצאו קשר שלילי בין גיל לבין תסמינים דיסוציאטיביים בקרב עובדי הצלה שעסקו בחילוץ ופינוי נפגעים לאחר רעידת אדמה בקליפורניה. מנגד, אחרים לא מצאו קשר בין רמת המצוקה לבין מאפייני רקע דמוגרפיים (North et al., 2002).

השפעת סגנון ההתמודדות על מידת המצוקה של עובדי הצלה

לאור ההתנסויות הקשות הכרוכות בעבודתם של צוותי ההצלה, הפינוי והקבורה, נודע עניין מיוחד לאסטרטגיות ההתמודדות שהם נוקטים על מנת להקל על המצוקה ולהמשיך במילוי תפקידם. מנגנוני ההתמודדות מוגדרים כהתנהגויות וקוגניציות המשמשות את הנחשפים למצבים לוחצים כדי להתמודד עם האיום ועם האמוציות השליליות המלוות אותו (Lazarus & Folkman, 1984).

אחת התפיסות המרכזיות של מנגנוני ההתמודדות (Roth & Cohen, 1986) מבחינה בין מי שנוטים להתקרב (approach) אל לחצים ואיומים או להתרחק (avoid) מהם. מנגנוני ההתרחקות מאופיינים בהשקעה של אנרגיה בניסיון להימנע ממצבים (חיצוניים ופנימיים) הממקדים את הקשב בגירויים הלוחצים (Foa, Riggs, & Gershunny, 1995; Lazarus & Folkman, 1984; Wool & Goldberg, 1986). מיקולינסר ופלוריאן (Mikulincer & Florian, 1996) מציעים כי סגנון ההתרחקות עשוי להתבטא בשתי קבוצות של אסטרטגיות: הקבוצה הראשונה כוללת פעולות קוגניטיביות, שמטרתן למנוע חדירת מחשבות מאיימות אל המודעות. בקבוצה השנייה נכללים מאמצים התנהגותיים כדי להימנע מהתמודדות ישירה עם הסיטואציה המאיימת, ובהם ניסיונות הסחה באמצעות עיסוק בפעילויות אחרות או צריכת חומרים כסמים ואלכוהול.

ויינברגר, שוורץ ודיווידסון (Weinberger, Schwartz, & Davidson, 1979) הגדירו

את הנטייה להתרחקות ולהימנעות ממחשבות, מרגשות, מזיכרונות או מהתנסויות מאיימות, כדיספוזיציה אישיותית, המכונה סגנון התמודדות רפרסיבי (repressive coping style). מחקרים רבים הצביעו על כך שבעלי הנטייה לרפרסיה, קרי מדחיקנים, הם אנשים אשר נוטים לדווח על רמה נמוכה של חרדה לנוכח מה שנתפס בעיניהם כאיום על ההערכה העצמית, אף על פי שמדדים התנהגותיים ופיזיולוגיים כקצב הלב, פעילות בלוטות ההזעה ומתח השרירים מצביעים על רמה גבוהה של רגישות וחרדה (Mendolia, Moore, & Tesser, 1996; Weinberger et al., 1979). מוגדר סגנון ההתמודדות הרפרסיבי כצירוף של חרדה והגנתיות. מדחיקנים, על פי ויינברגר, הם אנשים המבטאים רמות נמוכות של חרדה, ומידה גבוהה של הגנתיות. הם מובחנים, על פי גישה זו, משלוש קבוצות אחרות של לא מדחיקנים: לא-חרדים, שמדווחים על רמה נמוכה של חרדה ועל רמה נמוכה של הגנתיות; חרדים, בעלי רמות גבוהות של חרדה ומידה נמוכה של הגנתיות; והגנתיים, המאופיינים ברמות גבוהות של חרדה ושל הגנתיות. מחקרים שונים הצביעו על כך שלא מדובר על דפוס של דיווח בלבד, אלא שמדחיקנים אינם מודעים לתגובותיהם הרגשיות, ומנגנון זה מופעל אצלם באופן לא מודע (Singer & Sincoff, 1990; Weinberger, 1990). מידת הפונקציונליות של סגנון זה בעקבות היחשפות ללחצים נתונה במחלוקת. מחד, יש הגורסים כי הנטייה להימנע מגירויים חיצוניים ופנימיים הקשורים בטראומה מונעת מהפרט את תהליך העיבוד הנדרש לשם מתן משמעות והבניה מחודשת של האירוע הטראומטי, והטמעתו כחלק מההיסטוריה האישית שלו. כתוצאה מכך האירוע נותר מקובע בזיכרון של הפרט כיחידה מבודדת, כפי שנחווה בצורתו המקורית, כמקטע מנותק מרצף החיים, וחוסם את תהליכי ההחלמה וההסתגלות מהטראומה (לדוגמה: Horowitz, 1986). בגישה זו תומכים מחקרים אשר מצאו כי שימוש באסטרטגיות הימנעות קשור בפיתוח תסמונת פוסט-טראומטית בקרב נחשפים לאירועים טראומטיים בכלל (Amir, Kaplan, Efroni, Levine, Benjamin, & Kotler, 1997; Benotsch, Brailey, Vasterline, Uddo, Constans, & Stuker, 2000; Bryant & Harvey, 1997; Sharkansky, King, King, Wolfe, Erickson, & Stokes, 2000; Beaton et al., 1999; Chang et al., 2003; Marmar et al., 1996).

מאידך, מחקרים אחרים מציעים כי סגנון התמודדות רפרסיבי ונטייה להימנע מגירויים הקשורים לטראומה, כאשר הם מופעלים באופן טבעי, מספקים חייץ המגן על ניצולי הטראומה מפני הצפה בתחושות של חרדה וחוסר שליטה שמעוררת ההתנסות הטראומטית, ועל כן קשורים להסתגלות טובה לאחר טראומה. בוננו, קלטנר, הולץ והורוויץ (Bonanno, Keltner, Holen, & Horowitz, 1995) מצאו כי הימנעות בקרב אלמנים 6 חודשים אחרי האסון מנבאה ירידה בעוצמת תגובות האבל 14 חודשים מאוחר יותר. גינזבורג, סולומון ובלייך (Ginzburg, Solomon, & Bleich, 1995) מצאו כי הימנעות בקרב אלמנים 6 חודשים אחרי האסון מנבאה ירידה בעוצמת תגובות האבל 14 חודשים מאוחר יותר.

2002) מצאו כי סגנון ההתמודדות הרפרסיבי, כפי שנמדד אצל חולים מייד לאחר אוטם שריר הלב, מהווה גורם הממתן את התפתחות התסמונת הפוסט-טראומטית כחצי שנה מאוחר יותר. מועילות סגנון התמודדות זה, כדרך להתמודד עם החוויות הקשות הכרוכות בעבודתם של אנשי זק"א, תיבדק במחקר זה. לסיכום, מחקר זה מבקש לבחון את ההיקף ואת העוצמה של היחשפות מתנדבי זק"א לאירועים טראומטיים ואת התרומה של מאפייני הרקע, של רמת היחשפות האישית והמקצועית, של מאפייני הרקע של עובדי זק"א ושל סגנון ההתמודדות הרפרסיבי להסתגלותם הנפשית, כפי שהיא מתבטאת בתפיסת האיום, בתסמינים פוסט-טראומטיים ובסימפטולוגיה פסיכאטרית כללית. ביתר פירוט תיבחנה ההשערות הבאות:

- 1) ככל שמתנדבי זק"א ייחשפו לעוצמה ולמספר יותר של אירועים טראומטיים קשים (פינוי חלקי גופות) הם ידווחו על יותר מצוקה נפשית.
- 2) ככל שמתנדבי זק"א ייחשפו ליותר אירועי דחק וטראומה אישיים הם ידווחו על מצוקה נפשית רבה יותר.
- 3) סגנון ההתמודדות הרפרסיבי ימתן את ההשפעה הפתוגנית של אירועים טראומטיים בקרב מתנדבי זק"א. כלומר, מדחיקנים ידווחו על פחות מצוקה נפשית בהשוואה לאלו שאינם נוטים להשתמש בסגנון התמודדות זה.

המחקר

מדגם והליך

במחקר השתתפו מתנדבי זק"א אשר גויסו על ידי המשטרה לסדנאות משאוב (סדנה חווייתית ששמה דגש על שימור, חיזוק ופיתוח משאבי התמודדות במצבי לחץ טראומטי) חד-פעמיות שערך הצוות הקהילתי של נט"ל (ארגון התנדבותי לטיפול בנפגעי טראומה לאומית). כל המתנדבים המשתייכים למחוזות דרום, יהודה ושומרון וצפון (למעט מי שהיה בפעילות מבצעית באותו ערב) השתתפו בסדנה ומילאו את השאלונים בסיומה, מלבד שישה שנאלצו לעזוב לפני תום הסדנה, ומשתתף נוסף, אשר מילא רק חלק מהשאלון. לפני העברת השאלונים הוצגה בפני המשתתפים מטרת המחקר, הוסבר להם שהשתתפותם היא על בסיס התנדבותי, וכי ישנה הקפדה על אנונימיות וסודיות מלאים. סך הכול התקבלו שאלונים מ-87 מתנדבים, אשר מילאו אותם במקום.

תסמינים פוסט-טראומטיים ופסיכיאטריים וסגנון התמודדות רפסיבי בקרב אנשי זק"א

כל המשתתפים במחקר הם גברים, בני 28–72 (בממוצע 43.31, סטיית תקן 9.89). מרביתם (67%, 77.0%) ילידי הארץ, 14 (16.1%) ילידי אירופה ואמריקה, ו-6 (6.9%) ילידי אפריקה. מרבית המשתתפים במחקר נשואים (84, 96.5%), ומספר הילדים הממוצע שלהם הינו 5.53 (סטיית תקן 2.59). רמת ההשכלה הממוצעת היא 15.56 שנות לימוד (סטיית תקן 3.92). רוב המשתתפים (71, 82.5%) עובדים במשרה מלאה. כשליש מהם (31, 35.6%) הגדירו עצמם כבעלי הכנסה נמוכה מהממוצע, וכרבע (20, 23.0%) כבעלי הכנסה ממוצעת. 62 (71.3%) מהמשיבים שירתו שירות צבאי או שירות לאומי כלשהו, ו-23 (26.7%) שירתו במסגרת המשטרה, כחלק מהשירות הלאומי או במסגרת התנדבות.

בדיקת רמת ההיחשפות המקצועית של המשתתפים העלתה כי מספר שנות הפעילות בזק"א נע בין 0.2 ל-12, והממוצע הוא 5.77 (סטיית תקן 3.78). מרבית המשתתפים מופקדים בעבודתם על פינוי גופות (61, 80.3%), והשאר (15, 19.7%) עוסקים בפינוי גופות ובמתן עזרה ראשונה. 3 (3.5%) מהמשיבים עדיין לא השתתפו בפעילות כלל, 8 (9.3%) סייעו בפיגוע אחד או שניים, 15 (17.4%) סייעו ב-3–5 פיגועים, מספר דומה (16, 18.6%) סייעו ב-6–9 פיגועים, וכמחצית מהמשיבים (44, 51.2%) סייעו ב-10 פיגועים ויותר. מרבית המשתתפים (55, 65.5%) דיווחו כי לא קיבלו הכשרה פורמלית להתמודדות רגשית.

באשר להיחשפות אישית לאירוע טרור, 11 מביין המשתתפים (12.6%) דיווחו כי נחשפו באופן אישי לאירוע כזה. מספר דומה (10, 11.5%) דיווחו כי בן משפחתם נחשף לאירוע טרור, ולמעלה ממחצית (50, 57.5%) דיווחו כי מישהו ממכריהם נחשף לאירוע טרור. 21 (24.1%) דיווחו כי חוו במהלך חייהם חוויות המזכירות להם את המצב הנוכחי. המשתתפים דיווחו כי חוו בחייהם בממוצע 3.33 אירועי לחץ משמעותיים (סטיית תקן 1.58).

כלים

משתנים סוציו-דמוגרפיים

הנבדקים נשאלו לגבי גיל, רמת הכנסה ושירות בצבא או במשטרה.

רמת היחשפות

ההיחשפות לאירועי לחץ נבדקה באמצעות מספר מדדים: היחשפות במסגרת התפקיד. הנבדקים נשאלו לגבי משך פעילותם בזק"א, תפקידם בארגון, ומספר הפיגועים שבהם השתתפו כמתנדבים. היחשפות אישית. היחשפות לאירועי טרור נבחנה באמצעות שלוש שאלות ישירות: הנבדקים נשאלו אם במהלך השנתיים האחרונות (מאז תחילת אינתיפאדת

אל-אקצה) נחשפו לאירוע טרור. באופן דומה נשאלו אם מישוהו ממשפחתם או מישוהו אחר שהם מכירים נחשף לאירוע טרור במהלך השנתיים האחרונות. היסטוריה של אירועי לחץ. לשם בחינת ההיסטוריה של אירועי חיים מלחיצים, מילאו הנבדקים שאלון דיווח עצמי המכיל רשימה של 11 אירועים (כגון תקיפה, מחלה חמורה ועוד, Solomon & Prager, 1992). הנבדקים התבקשו לציין אם התנסו בכל אחד מן האירועים.

סגנון התמודדות רפרסיבי

סגנון התמודדות זה נבחן באמצעות שאלון סגנון התמודדות רפרסיבי (Repressive Coping Scale) של ויינברגר ואחרים (Weinberger et al., 1979), שעל פיהם סגנון ההתמודדות הרפרסיבי נמדד באמצעות שילוב של שני מדדים: נטייה להגנתיות, כפי שהיא מוערכת באמצעות שאלון Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Crowne & Marlowe, 1964); וביטויי חרדה, הנמדדים באמצעות שאלון Taylor Manifest Anxiety Scale (Taylor, 1953). השאלון לבדיקת סגנון ההתמודדות הרפרסיבי כולל 83 פריטים, המתארים תבניות התנהגות ותגובות רגשיות, והמשיב מתבקש להגיב, באופן דיכוטומי (נכון / לא נכון), אם כל אחד מהם מתאים עבורו.

על בסיס ציוני חציון של שני המדדים (1.20 עבור חרדה; 1.30 עבור הגנתיות; כפי שחושבו במדגם הנוכחי) מסווגים משתתפים כמדחיקים כאשר ציון החרדה שלהם נמוך מהחציון וציון ההגנתיות שלהם גבוה מהחציון. משתתפים בעלי ציון חרדה גבוה מהחציון וציון הגנתיות נמוך מהחציון מסווגים כחרדים; משתתפים שהן ציון החרדה שלהם והן ציון ההגנתיות שלהם נמוכים מהחציון מזוהים כלא-חרדים, ואילו נבדקים שציון החרדה שלהם וגם ציון ההגנתיות שלהם גבוהים מהחציון מוגדרים כהגנתיים.

שילוב זה של הגנתיות וחרדה, שהציעו לראשונה ויינברגר ואחרים (Weinberger et al., 1979), תוקף במחקרים רבים, ונחשב למדד המתאים לבדיקת נטייה אישיותית של רפרסיה (לסקירה ראו Weinberger, 1990; Turvey & Salovey, 1993–1994). תכונותיו הפסיכומטריות של השאלון נמצאו טובות, הן בגרסתו המקורית (Turvey & Salovey, 1993–1994) והן בגרסתו העברית (Orbach & Mikulincer, 1996). במחקר זה נמצאה עקיבות פנימית גבוהה לשני המדדים (אלפא קרוונבאך – 0.89 לחרדה, 0.79 להגנתיות).

תפיסת איום

הערכת הנבדקים לגבי מידת האיום ויכולתם להתמודד עימה (חוללות עצמית) נבחנה באמצעות סולם של סולומון ופראגר (Solomon & Prager, 1992). הסולם מורכב

תסמינים פוסט-טראומטיים ופסיכיאטריים וסגנון התמודדות רפרסיבי בקרב אנשי זק"א

מ-11 פריטים, שלגביהם מתבקש הנבדק לציין עד כמה כל פריט מתאר את תחושתו, על גבי סולם שנע בין 0 – בכלל לא, לבין 4 – במידה רבה מאוד. שאלון זה מורכב מארבעה מדדים: תחושות איום וסכנה על הביטחון האישי (אלפא קרונבאך – 0.68); תחושת ביטחון הנובעת מאמון בכוחות הביטחון (אלפא קרונבאך – 0.94); חוללות עצמית, קרי אמון בתפקוד העצמי (אלפא קרונבאך – 0.82); ושינוי התנהגות בעקבות המצב הביטחוני (אלפא קרונבאך – 0.41). מאחר שהמדד הרביעי, שינוי התנהגות בעקבות המצב הביטחוני, נמצא לא מהימן, הוא לא נכלל בנייתוחים הסטטיסטיים.

שאלון לבדיקת התסמונת הפוסט-טראומטית (PTSD)

איתור התסמונת הפוסט-טראומטית נעשה באמצעות שאלון PTSD Inventory (Solomon, Benbenishty, Neria, Abramovitz, Ginzburg, & Ohry, 1993). שאלון דיווח עצמי זה נבנה על בסיס הקריטריונים המופיעים במגדיר (American) DSM-IV (Psychiatric Association, 1994) לאבחון תסמונת פוסט-טראומטית. השאלון מורכב מ-17 היגדים המתארים תסמינים של התסמונת. עבור כל אחד מההיגדים מתבקש הנבדק לציין אם התנסה בתופעה או בקושי המתואר בחודש האחרון. על פי ה-DSM, על מנת להיות מזוהה כבעל תסמונת פוסט-טראומטית, צריך המשיב לדווח לפחות על תסמין חודרני אחד, שלושה תסמינים הימנעותיים ושני תסמינים המשקפים עוררות-יתר. כמו כן, ניתן לאמוד את עוצמת התסמונת על פי מספר התסמינים הפוסט-טראומטיים שעליהם מדווח המשיב.

בדיקת תכונותיו הפסיכומטריות של שאלון זה העלתה תוצאות טובות. השאלון נמצא כבעל תוקף מתכנס גבוה בהשוואה לאבחונים שהתבססו על ראיון קליני באמצעות SCID (Solomon et al., 1993). במחקר זה נמצאה עקיבות פנימית גבוהה לציון הכללי (אלפא קרונבאך – 0.78) עקיבות פנימית סבירה לציוני חודרנות, הימנעות ועוררות (0.59, 0.64 ו-0.72 בהתאמה).

תסמינים כלליים של מצוקה נפשית (BSI)

על מנת להעריך מצוקה נפשית כפי שהיא מתבטאת בסימפטומטולוגיה פסיכיאטרית, נעשה שימוש ב-BSI – Brief Symptom Inventory (Derogatis & Spencer, 1982). שאלון זה מורכב מ-53 פריטים שנבחרו על מנת לשקף תשעה מימדים עיקריים של תסמינים: עוינות, חרדה, סומטיזציה, פוביה, פרנויה, דיכאון, אובססיביות-קומפולסיביות, בעיות ביחסים בין-אישיים ופסיכוטיות. כל פריט בשאלון מדורג על פני סולם ליקרט בן 5 דרגות, בין 0 – כלל לא, עד 4 – במידה רבה מאוד.

על בסיס השאלון ניתן להעריך מצוקה נפשית כללית, ללא התייחסות לתסמינים

תסמינים פוסט-טראומטיים ופסיכיאטריים וסגנון התמודדות רפרסיבי בקרב אנשי זק"א

לוח 1: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי המצוקה הנפשית והשוואתם לנורמות באוכלוסייה¹

מעל הנורמה		T(86)	נורמות באוכלוסייה, x	מדגם המחקר		
%	n			s.d.	x	
BSI						
18.4	16	-7.81 ***	0.72	0.36	0.42	ציון כללי (GSI)
32.2	28	-3.26 ***	0.94	0.61	0.73	אובססיביות-קומפולסיביות
20.7	18	-7.30 ***	0.68	0.43	0.34	רגישות בין-אישית
14.9	13	-8.14 ***	0.70	0.39	0.36	דיכאון
23.0	20	-6.25 ***	0.85	0.49	0.52	חרדה
21.8	19	-6.06 ***	0.72	0.45	0.43	עוינות
13.8	12	-4.92 ***	0.46	0.40	0.25	פוביה
18.4	16	-6.35 ***	0.91	0.61	0.49	פרנויה
27.6	24	-3.07 **	0.57	0.47	0.42	פסיכוטיות
10.3	9	-10.53 ***	0.62	0.35	0.23	סומטיזציה
תפיסת איום						
				0.71	0.87	תחושת סכנה
				1.13	2.63	תחושת ביטחון
				0.73	2.97	חוללות עצמית

1 הנורמות מתייחסות למדדי הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית (גילבר ובן-צור, 2002)
 ** p < 0.01 *** p < 0.001

כפי שניתן לראות בלוח 2, נמצא קשר שלילי מובהק בין גיל המשתתפים לבין עוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים בכלל ולבין חודרנות ועוררות בפרט. בדומה, נמצאו קשרים שליליים מובהקים בין גיל המשתתפים לבין הממד הכללי של סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית, ולבין המדדים הספציפיים, למעט רגישות בין-אישית, פרנויה ופסיכוטיות. לבסוף נמצא מתאם שלילי מובהק בין גיל לבין תחושת הסכנה. משמע, ככל שעולה הגיל כך פוחתת תחושת הסכנה. כלומר, ממצאים אלו מעידים על כך שככל שעולה גיל המשיב כך יורדת עוצמת המצוקה הנפשית. נבדק גם הקשר בין רמת ההכנסה לבין מדדי המצוקה השונים. מתאמים אלה מופיעים גם הם בלוח 2. נמצאו קשרים שליליים מובהקים בין כל מדדי התסמונת הפוסט-טראומטית – כללי, חודרנות, הימנעות ועוררות – לבין רמת ההכנסה של הנבדקים. מתאמים שליליים מובהקים נמצאו גם בין רמת ההכנסה לבין כל התסמינים הפסיכיאטריים, למעט פוביה ופרנויה. מתאם חיובי מובהק נמצא בין רמת ההכנסה לבין תחושת הביטחון והחוללות העצמית. משמע, ככל שעולה רמת ההכנסה של המשיב כך יורדת רמת המצוקה שלו ועולות תחושת הביטחון ותחושת החוללות העצמית.

לוח 2: מתאמים בין מדדי המצוקה לבין גיל ורמת הכנסה

רמת הכנסה	גיל	
PTSD		
-.39 ***	-.33 **	ציון כללי
-.32 **	-.28 **	חודרנות
-.22 *	-.15	הימנעות
-.35 ***	-.31 **	עוררות
BSI		
-.41 ***	-.34 **	ציון כללי (GSI)
-.35 **	-.29 **	אובססיביות-קומפולסיביות
-.31 **	-.20	רגישות בין-אישית
-.41 ***	-.22 *	דיכאון
-.41 ***	-.35 ***	חרדה
-.29 **	-.25 *	עוינות
-.10	-.38 ***	פוביה
-.20	-.16	פרנויה
-.35 ***	-.20	פסיכוטיות
-.28 **	-.29 **	סומטיות
תפיסת איום		
-.20	-.29 **	תחושת סכנה
.22 *	.25 *	תחושת ביטחון
.26 *	-.00	חוללות עצמית

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

לבסוף, ביקשנו לבדוק את הקשר בין שירות בצה"ל או במשטרה לבין רמת המצוקה של משתתפי המחקר. מבין מימדי התסמונת הפוסט-טראומטית נמצא כי רמת העוררות של אלו שדיווחו כי שירתו בצה"ל או בשירות לאומי ($x = 1.13$, $s.d. = 1.41$) נמוכה מזו של נחקרים אשר לא שירתו ($x = 2.00$, $s.d. = 1.63$) ($t = 2.49$, $df = 85$, $p < 0.05$). לא נמצאו הבדלים בין שתי קבוצות אלה לגבי שאר מדדי התסמונת הפוסט-טראומטית. כמו כן לא נמצאו הבדלים בין שתי הקבוצות ביחס למדדי הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית.

מבין מדדי תפיסת האיום שנבדקו, נמצא כי תחושת הביטחון שעליה דיווחו נחקרים אשר שירתו בצה"ל או בשירות לאומי ($x = 2.90$, $s.d. = 1.04$) גבוהה יותר משל נחקרים שלא שירתו ($x = 1.97$, $s.d. = 1.06$) ($t = -3.72$, $df = 85$, $p < 0.001$). לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות לגבי תחושת סכנה וחוללות עצמית. שירות או התנדבות למשטרה לא נמצא קשור לאף אחד ממדדי המצוקה שנבדקו.

עוצמת ההיחשפות במסגרת התפקיד ומצוקה נפשית

ההשערה השנייה של המחקר הייתה כי ימצא קשר בין רמת ההיחשפות לאירועי דחק הקשורים לטרור לבין רמת המצוקה. לבדיקת הקשר בין מספר פיגועי הטרור שבהם התנסו אנשי זק"א בעבודתם לבין המצוקה הנפשית שהם סובלים ממנה, סווגו המשיבים ל-4 קבוצות: אלה שסייעו בפיגוע אחד או שניים; 3-5 פיגועים; 6-9 פיגועים; ו-10 פיגועים ויותר; ונערכה שורה של ניתוחי שונות חד-כיווניים. לא נמצא קשר בין מספר הפיגועים שאליהם נחשפו המשתתפים לבין מימדי התסמונת הפוסט-טראומטית או מדדי הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית.

מבין מדדי תפיסת הסכנה שנבדקו, נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בתפיסת הביטחון ($F_{3,79} = 2.89, p < 0.05$). לבדיקת מקור ההבדל ערכנו מבחן Duncan, וזה העלה כי משיבים שנחשפו למספר קטן של פיגועים (1-2) חשים יותר ביטחון ($x = 3.29, s.d. = 1.00$) מאשר משיבים שנחשפו לעשרה פיגועים ומעלה ($x = 2.39, s.d. = 1.25$). שאר המשיבים אינם נבדלים באופן מובהק משתי קבוצות אלה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות לגבי תחושת סכנה וחוללות עצמית.

לבדיקת הקשר בין התפקיד שממלאים המתנדבים בזק"א לבין רמת המצוקה, נערכה השוואה בין רמת המצוקה של משתתפים אשר תפקידם פינוי גופות לבין משתתפים שתפקידם משלב גם הגשת עזרה ראשונה. מבין מדדי הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית שנבדקו, נמצא כי רמת החרדה של משיבים העוסקים בפינוי גופות בלבד נמוכה יותר ($x = 0.46, s.d. = 0.47$) לעומת משיבים אשר מגישים גם עזרה ראשונה לנפגעים ($x = 0.79, s.d. = 0.59$) ($t = -2.28, df = 74, p < 0.05$). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות ביחס לשאר מדדי הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית, או מימדי תפיסת האיום.

עוצמת ההיחשפות האישית ומצוקה נפשית

על פי השערת המחקר השלישית, ימצא קשר בין רמת ההיחשפות האישית (שלא במסגרת עבודתם ההתנדבותית) של אנשי זק"א לאירועי טרור לבין רמת המצוקה שלהם.

ראשית, נבדקה הזיקה בין היחשפות הנבדקים עצמם לאירוע טרור בשנתיים האחרונות לבין המצוקה הנפשית שלהם באמצעות מבחני t למדגמים בלתי תלויים. לא נמצאו כל הבדלים מובהקים בין מי שנחשף לאירוע טרור, מעבר להתנדבותו בזק"א, למי שלא.

בדיקת הקשר בין חשיפת בני המשפחה לאירוע טרור בשנתיים האחרונות לרמת המצוקה העלתה כי למשיבים אשר בני משפחותיהם נחשפו לאירוע טרור ציון עוררות נמוך ($x = 0.50, s.d. = 0.71$) בהשוואה למשיבים שבני משפחותיהם לא נחשפו לאירוע טרור ($x = 1.49, s.d. = 1.56$) ($t = 3.48, df = 22.9, p < 0.01$). לא נמצאו

הבדלים בין הקבוצות לגבי שאר מדדי התסמונת הפוסט-טראומטית. כמו כן נמצא כי משיבים אשר בני משפחותיהם נחשפו לאירוע טרור סובלים פחות מתופעות סומטיות (בן משפחה נחשף: $x=0.09$, $s.d.=0.12$; בן משפחה לא נחשף: $x=0.25$, $s.d.=0.36$, $t=2.85$, $df=36.8$, $p<0.01$), פוביות (בן משפחה נחשף: $x=0.06$, $s.d.=0.1$, $t=3.83$, $df=61.7$; בן משפחה לא נחשף: $x=0.27$, $s.d.=0.41$, $p<0.001$), ואובססיביות-קומפולסיביות (בן משפחה נחשף: $x=0.48$, $s.d.=0.31$, $p<0.001$), בן משפחה לא נחשף: $x=0.76$, $s.d.=0.63$, $t=2.28$, $df=20.6$, $p<0.05$). לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות לגבי שאר מדדי הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית. לבסוף נמצא כי משיבים אשר בן משפחתם נחשף לאירוע טרור חשים פחות תחושת סכנה ($x=0.5$, $s.d.=0.32$), מאשר מי שבני משפחותיהם לא נחשפו לאירוע כזה ($x=0.92$, $s.d.=0.73$, $t=3.2$, $df=23.5$, $p<0.01$). לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות לגבי תחושת ביטחון וחוללות עצמית.

כמו כן נמצא כי משיבים החשים כי עברו במהלך חייהם אירועים המזכירים להם את המצב כיום סובלים מרמת חרדה גבוהה יותר ($x=0.71$, $s.d.=0.43$), בהשוואה למשיבים אשר אינם חשים כך ($x=0.47$, $s.d.=0.49$, $t=-2$, $df=85$, $p<0.05$). היחשפות לאירועים דומים בעבר לא נמצאה קשורה לשאר מדדי הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית, לתפיסת האיום או לתסמינים פוסט-טראומטיים.

סגנון ההתמודדות הרפרסיבי ומצוקה נפשית

השערת המחקר האחרונה התייחסה לתפקידו של סגנון ההתמודדות הרפרסיבי כממתן מצוקה. ראשית, משתתפי המחקר סווגו לארבע קבוצות, על פי סגנון התמודדותם: 15 (17.2%) סווגו כמדחיקנים, 27 (31.0%) כלא-חרדים, 11 (12.7%) כחרדים, ו-34 (39.1%) כהגנתיים.

לבחינת הקשר בין סגנון ההתמודדות הרפרסיבי לבין רמת המצוקה נערכה סדרת ניתוחי שונות חד-כיווניים, כאשר המשתנה הבלתי תלוי הוא סגנון ההתמודדות הרפרסיבי (חרדים, לא-חרדים, מדחיקנים, והגנתיים) וכל אחד ממדדי התוצאה הינו משתנה תלוי. ממצאי הניתוחים מופיעים בלוח 3.

מלוח 3 ניתן לראות כי סגנון ההתמודדות הרפרסיבי קשור למרבית מדדי המצוקה שנבדקו. באופן כללי ניתן לראות כי משתתפים המסווגים כהגנתיים סובלים מרמת המצוקה הגבוהה ביותר במרבית המדדים: סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית כללית, פסיכוטיות, פרנויה, דיכאון ורגישות בין-אישית. קבוצה זו גבוהה גם באופן מובהק מהמדחיקנים והלא-חרדים בחרדה, ברמת העינות, בסומטיזציה ובהימנעות. רמת מצוקה גבוהה מאפיינת גם את החרדים: הם מדווחים על חרדה, אובססיביות-קומפולסיביות, עוררות ותסמינים פוסט-טראומטיים בעוצמה דומה לזו של ההגנתיים, וגבוהה מהמדחיקנים והלא-חרדים, ועל רמות של עינות, סומטיזציה והימנעות

לוח 3: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F של מדדי הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית בחלוקה לסגנון ההתמודדות הרפרסיבי

F(3,83)	מדחיקנים		לא-חרדים		הגנתיים		חרדים		תסמינים
	s.d.	x	s.d.	x	s.d.	x	s.d.	x	
11.12 ***	1.25	1.13 ^b	1.74	1.78 ^b	3.30	4.72 ^a	2.77	4.55 ^a	PTSD
1.95	0.82	0.67	0.75	0.89	1.37	1.55	1.45	1.32	ציון כללי
5.43 **	0.35	0.13 ^c	0.66	0.26 ^{bc}	1.40	1.18 ^a	1.22	0.91 ^{ab}	חודרנות
12.10 ***	0.62	0.33 ^b	0.97	0.63 ^b	1.57	2.21 ^a	1.64	2.09 ^a	הימנעות
									עוררות
19.75 ***	0.14	0.16 ^c	0.16	0.22 ^c	0.38	0.69 ^a	0.29	0.44 ^b	BSI
12.12 ***	0.31	0.32 ^b	0.33	0.43 ^b	0.61	1.09 ^a	0.74	0.88 ^a	ציון כללי (GSI)
11.16 ***	0.15	0.08 ^b	0.19	0.15 ^b	0.50	0.62 ^a	0.41	0.34 ^b	אובססיביות-קומפולסיות
8.68 ***	0.21	0.22 ^b	0.20	0.17 ^b	0.47	0.59 ^a	0.34	0.29 ^b	רגישות בין-אישית
15.96 ***	0.16	0.13 ^b	0.28	0.29 ^b	0.50	0.84 ^a	0.47	0.65 ^a	דיכאון
9.81 ***	0.23	0.19 ^c	0.33	0.21 ^{bc}	0.48	0.69 ^a	0.40	0.47 ^{ab}	חרדה
1.79	0.29	0.15	0.39	0.18	0.24	0.20	0.46	0.37	עוינות
14.22 ***	0.31	0.24 ^b	0.25	0.20 ^b	0.74	0.94 ^a	0.21	0.18 ^b	פוביה
10.16 ***	0.21	0.15 ^b	0.21	0.20 ^b	0.56	0.70 ^a	0.39	0.42 ^b	פרנויה
5.90 **	0.13	0.06 ^c	0.17	0.10 ^{bc}	0.43	0.39 ^a	0.38	0.29 ^{ab}	פסיכוסיתות
									סומטיזציה
7.91 ***	0.47	0.51 ^b	0.57	0.68 ^b	0.61	0.94 ^b	0.98	1.64 ^a	תפיסת איום
1.15	1.06	2.69	1.13	2.85	1.04	2.85	1.16	2.36	חודשת סכנה
1.34	0.50	3.00	0.59	3.09	0.75	3.18	0.89	2.78	חודשת כוחות
									חוללות עצמית

* p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

מוצעים בעלי אחריות שונות – שונים באופן מובהק ברמה של p < 0.05.

הגבוהות מהמדחיקנים. כמו כן, החרדים מאופיינים בתחושת סכנה גבוהה באופן מובהק מכל שאר הקבוצות. רמת המצוקה הנפשית של הלא-חרדים והמדחיקנים היא הנמוכה ביותר, וניתן לראות מגמה, שאינה מובהקת סטטיסטית, שרמת המצוקה של המדחיקנים היא הנמוכה ביותר.

ניתוח רב-משתני להסבר המצוקה הנפשית

לבסוף, על מנת לבדוק את התרומה הייחודית והמצטברת של המשתנים השונים לניבוי רמת המצוקה, נערכו ניתוחי רגרסיה היררכית לשלושת המשתנים התלויים הבאים: עוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים, סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית כללית, ותחושת סכנה. בכל הניתוחים הללו השתמשנו במודל הבא: בצעד הראשון הוכנסו משתני הרקע: גיל, מספר ילדים, רמת הכנסה, רמת השכלה, שירות צבאי (כן/לא), מוצא (יליד הארץ כן/לא) ורמת דתיות. בשלב השני הוכנסו משתני ההיחשפות השונים: ותק בזק"א, תפקיד, מספר פיגועים, היחשפות לאירועי טרור, היחשפות בני משפחה לאירועי טרור, התנסות קודמת באירועים דומים והתנסות באירועי לחץ קודמים. לבסוף, בשלב השלישי הוכנסו סגנון ההתמודדות הרפרסיבי, עם הבחנה היא בין מדחיקנים ללא-מדחיקנים. בכל שלב נערכה רגרסיה בצעדים והוכנסו לשלב הבא רק משתנים שנמצאו תורמים באופן מובהק בשלב הקודם. הרצאת משתנים שלא נמצאו מובהקים מהניתוח נעשתה על מנת לפצות על מגבלת גודל המדגם.

כפי שניתן לראות בלוח 4, מודל הרגרסיה הסביר 21% מהשונות של התסמינים הפוסט-טראומטיים. מבין כל המשתנים שכללנו במודל, נמצאה תרומה ייחודית רק לגיל ולרמת הכנסה; כלומר המשיבים הצעירים יותר, ובעלי ההכנסה הנמוכה יותר, סובלים מתסמונת פוסט-טראומטית יותר מהבוגרים יותר ובעלי ההכנסה הגבוהה יותר. רמת ההיחשפות לסוגיה השונים וסגנון ההתמודדות הרפרסיבי לא נמצאו בעלי תרומה ייחודית לתסמונת הפוסט-טראומטית.

כאשר נבדקה תרומת המשתנים לניבוי הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית, נמצא כי אלה מסבירים 36% מהשונות של משתנה זה. בנוסף לתרומה של רמת ההכנסה והגיל, שהייתה בכיוון דומה למה שנמצא ביחס לתסמונת הפוסט-טראומטית, נמצא גם אפקט למספר הפיגועים שבהם השתתפו המשיבים, והן להיחשפות לאירועי חיים לוחצים קודמים. בעוד שהיחשפות לאירועי חיים לוחצים נמצאה קשורה לסימפטומטולוגיה פסיכיאטרית גבוהה יותר, הרי שהשתתפות בפיגועים רבים יותר נמצאה קשורה לרמת מצוקה נמוכה יותר. לבסוף, נמצא אפקט לסגנון ההתמודדות הרפרסיבי: המדחיקנים דיווחו על רמת מצוקה נמוכה יותר בהשוואה ללא-מדחיקנים.

לבסוף, שניים מבין משתני הרקע נמצאו תורמים להסבר השונות של תחושת

תסמינים פוסט־טראומטיים ופסיכיאטריים וסגנון התמודדות רפרסיבי בקרב אנשי זק"א

הסכנה, קרי מספר ילדים וגיל. משתתפים שגילם צעיר יותר, ולהם מספר קטן יותר של ילדים, נמצאו מדווחים על תחושת סכנה גבוהה יותר, בהשוואה למשתתפים מבוגרים ובעלי מספר גדול יותר של ילדים. רמת ההיחשפות וסגנון ההתמודדות הרפרסיבי לא נמצאו תורמים לתחושת הסכנה.

לוח 4: ממצאי ניתוחי הרגרסיה לניבוי תחושת סכנה, סימפטולוגיה פסיכיאטרית (GSI) ותסמינים פוסט־טראומטיים

R ²	t	β	משתנים
שלב 1: משתני רקע			
0.25	-3.28 **	-0.34	GSI הכנסה
	-2.97 **	-0.31	GSI גיל
0.21	-3.26 **	-0.35	PTSD הכנסה
	-2.33 *	-0.25	PTSD גיל
0.12	-2.37 *	-0.26	תחושת סכנה ילדים
	-2.19 *	-0.24	תחושת סכנה גיל
שלב 2: משתני היחשפות			
0.33	-3.26 **	-0.32	GSI הכנסה
	3.92 ***	-0.41	GSI גיל
	2.96 **	0.29	אירועי לחץ קודמים
	-2.10 *	-0.22	מספר פיגועים
—	—	—	PTSD
—	—	—	תחושת סכנה
שלב 3: סגנון התמודדות			
0.36	-2.79 **	-0.28	GSI הכנסה
	-3.74 ***	-0.38	GSI גיל
	-1.79 #	0.31	אירועי לחץ קודמים
	3.20 **	-0.18	מספר פיגועים
	-2.17 *	-0.21	סגנון התמודדות
—	—	—	PTSD
—	—	—	תחושת סכנה

* p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001 # < 0.08

הממצא המרכזי העולה ממחקר זה מצביע על רמה נמוכה ביותר של מצוקה נפשית בקרב מתנדבי זק"א. רק 2% מבין המשתתפים במחקר דיווחו על תסמינים פוסט-טראומטיים ברמה התואמת את הקריטריונים לתסמונת הפוסט-טראומטית. ממצא זה אינו תואם את השערת המחקר, שלפיה זוהי קבוצה אשר בעקבות עבודתה מצויה בסיכון גבוה למצוקה נפשית. ממצא זה גם אינו עולה בקנה אחד עם שורה של מחקרים אשר בדקו את רמת המצוקה הנפשית של אנשי כוחות הצלה למיניהם, שלפיהם שיעור התסמונת הפוסט-טראומטית בקרב אוכלוסייה זו הינו משמעותי, ונע בין 13% (North et al., 2002) לבין כ-20% (Chang et al., 2003; Wagner et al., 1998).

יתר על כן, לא זו בלבד ששיעור התסמונת הפוסט-טראומטית נמוך מהמדרון בספרות, הוא אף נמוך יותר משיעור התסמונת באוכלוסייה הכללית, העומד על כ-8% (Kessler, 1995). בדומה לכך, ציוני הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית של המדגם הנוכחי נמצאו נמוכים יותר בהשוואה לממצאי רמת המצוקה שנמצאה בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הישראלית בתקופת האינתיפאדה (Bleich, Gelkopf & Solomon, 2003). כלומר, ממצאי מחקר זה מורים כי מדובר בקבוצה המאופיינת ברמה גבוהה של חוסן. לא זו בלבד שההיחשפות הבלתי אמצעית לזוועות הטרור לא הותירה אותה פגועה, אלא שרמת המצוקה הנפשית שלה נמוכה אף יותר מזו של האוכלוסייה הכללית.

ניתן לייחס את רמת החוסן אשר זוהתה במחקר זה למספר מקורות, שאינם מוציאים זה את זה. ראשית, ייתכן שרמת החוסן הגבוהה הינה דווקא תוצר ההתנסות של אנשי זק"א. עבודה זו אומנם כרוכה בהיחשפות לזוועות של הרג והרס, אבל מעוררת גם אצל עושיה רגשות חיוביים, הקשורים לעצם ההתנדבות בכלל, ועשיית מצוות הבאת המת לקבורה בפרט. במחקר שבדק את רמת המצוקה בקרב עובדים שתפקידם היה לטפל בגופות לוחמים אמריקאים במלחמת המפרץ נמצא, שרמת המצוקה בקרב מתנדבים הייתה נמוכה יותר, בהשוואה למי שביצעו תפקיד זה במסגרת עבודתם (McCarroll et al., 2001). התנדבות נמצאה כמגבירה שביעות רצון מהחיים, תחושת שליטה על החיים ושמחה (Thoits & Hewitt, 2001), ולפיכך לא ייפלא כי סיוע לזולת ואלטרואיזם נמצאו כקשורים לרווחה נפשית בכלל (Schwartz, 2001). תחושת שליטה על החיים ושמחה (Thoits & Hewitt, 2001; Meisenhelder, Ma, & Reed, 2003; Jex, Adams, Bachrach, & Sorenson, 2003; Kishon-Barash, 1999; Midlarsky & Johnson, 1999).

זאת ועוד, עבודתם של אנשי זק"א אינה רק תרומה לחברה, אלא היא מצווה

חשובה ביותר, של הבאת המת לקבורה. גמילות חסד עם המת מוגדרת כ"חסד של אמת", משום שהעורך אותה אינו מצפה להכרת תודה מן מת. בהיותה מצווה כה חשובה, שכרה עשוי להוות גורם חוסן (דעת, 2008).

עבודתם של אנשי זק"א כרוכה גם ברווחים משניים. היא מאפשרת להם לחזק את תחושת השותפות עם החברה החילונית. תרומתם מוכרת כמשמעותית ביותר, וזיכתה ארגון זה בשנה האחרונה בפרס ישראל – הפרס היוקרתי והחשוב ביותר שמעניקה המדינה. הערכה זו גם חלחלה אל הרחוב הישראלי, הרואה בקבוצה זו כמתנדבת ונוטלת על עצמה משימות קשות ומורכבות במיוחד. להערכה זו ייתכנו השפעות חיוביות בצורה של חיזוק הדימוי העצמי של המתנדבים, דבר שהינו גורם חוסן בפני עצמו (ליברמן, סולומון וגניזבורג, 2005).

הסבר נוסף עשוי לנבוע ישירות מהשתייכות אנשי זק"א לאוכלוסייה הדתית או החרדית. מספר מאפיינים של אוכלוסייה זו וזהו כגורמים ממתני חוסן, ובהם בראש ובראשונה אמונה דתית (לדוגמה: Ellison & Levin, 1998), ערכות הדדית ולכידות חברתית (Solomon, Mikulincer & Hobfoll, 1986). ייתכן שמאפיינים אישיים וחברתיים אלו הופכים את אנשי זק"א לחסינים.

הסבר אחר קשור לתהליכי ברירה עצמית ביצירת קבוצה זו. כלומר, מאחר שמדובר באנשים המתנדבים ביוזמתם לעשייה זו, ייתכן שדווקא החסינים הם אלו שמתנדבים, בעוד שרגישים יותר נמנעים מפעילות כזו. במחקר שבדק את כיוון הקשר בין רווחה נפשית לבין התנדבות נמצאה תמיכה לתהליך של ברירה עצמית, שלפיו בעלי רווחה נפשית נוטים להשקיע שעות רבות יותר בהתנדבות (Thoits & Hewitt, 2001). תהליכי ברירה עצמית נוספים יכולים להיות קשורים לאופי המשימה של קבוצת המתנדבים הנוכחית, המאופיינת בפעילות ובעשייה אקטיבית. ייתכן שהמתנדבים למשימה זו הם מחפשי ריגושים, אתגרים ועשייה פיזית. על פי מחקרים קודמים הנטייה האישיותית לחיפוש ריגושים הנה גורם מחזק הממתן את ההשפעות הפתוגניות של לחץ טראומטי (Neria, Solomon, Ginzburg, & Dekel, 2000; Solomon, Ginzburg, Neria, & Ohry, 1995).

לבסוף, לא ניתן לשלול את ההסבר, כי ממצאי המחקר מקורם בליקויים מתודולוגיים הקשורים בדגימה ובמערך המחקר. כאמור, המשתתפים במחקר הם אותם מתנדבים אשר הגיעו לסדנאות. למרות ההתרשמות של יוזמי הסדנה ועורכיה כי כל מי שהיה זמין במועד עריכת הסדנה הגיע, וממילא השתתף במחקר, ועל כן המשתתפים בסדנה מייצגים את אנשי זק"א, הדבר לא נבדק באופן ישיר. ייתכן שדווקא המתנדבים הסובלים ממצוקה העדיפו שלא להשתתף בסדנה, ועל כן תוצאות המחקר מוטות. כמו כן, הנתונים נאספו, כאמור, לאחר תום הסדנה. ייתכן שהממצאים משקפים את האפקט המיטיב של הסדנה.

תפקידם של המשתנים הממתנים

אף שהרושם הכללי המצטייר הינו של אוכלוסייה חסינה, ממצאי המחקר מצביעים על מידה מסוימת של שונות בין המשתתפים. כלומר, אף שבסך הכול רמת הסימפטומטולוגיה הפסיכיאטרית נמצאה נמוכה מהנורמה של האוכלוסייה הישראלית הכללית, הרי ששיעור בלתי מבוטל מבין המשתתפים במחקר דיווח על רמת מצוקה העולה על הנורמות. במחקר זה ביקשנו לבדוק את תפקידם של מספר משתנים כמסבירים שונות זו.

רמת ההיחשפות ללחץ מזוהה כאחד מגורמי הסיכון בעלי ההשפעה המשמעותית ביותר על הסתגלות (American Psychiatric Association, 1994). מחקר זה ביקש להבחין בין רמת ההיחשפות האישית של המשתתפים, כנפגעים פוטנציאליים, לבין רמת ההיחשפות במסגרת התפקיד. ממצאי המחקר לא הצביעו על השפעה של רמת ההיחשפות האישית. העדר ההשפעה עשוי לנבוע מהשיעור הנמוך יחסית של הנחשפים אישית לפיגוע טרור. מאידך, ייתכן שהדבר נובע מכך שהתפקיד בזק"א מהווה מעין גורם מחסן בעת היחשפות אישית. כלומר, בעת היחשפות אישית הפרסונה המקצועית מקבלת קדימות, ומהווה גורם מחסן בפני השפעות ההיחשפות האישית.

מבין משתני ההיחשפות במסגרת התפקיד, נמצא כי אלו שתפקידם כולל מתן עזרה ראשונה, בנוסף לפינוי הגופות, סובלים מרמת חרדה גבוהה יותר לעומת מי שתפקידם כולל רק פינוי גופות. הדבר עשוי לנבוע מהתפקיד הכפול המוטל על הראשונים. תפקודם בזירת האסון עשוי להשפיע על מצבם של הנפגעים, ועל כן מוטלת על כתפיהם אחריות רבה יותר, המהווה מעמסה נוספת. את הממצא הזה ניתן לייחס גם לעובדה שמגישי עזרה ראשונה עשויים לחוש הזדהות גדולה יותר עם הנפגעים, ולפיכך חווייתם בזירות הפיגוע קשה יותר יחסית למי שעוסקים באיסוף חלקי הגוף בלבד.

התפקיד הממתן של סגנון ההתמודדות הרפרסיבי נבחן בשתי דרכים שונות. כאשר נבדק הקשר בין סגנון ההתמודדות הרפרסיבי לבין ההסתגלות הנפשית במודל הרגרסיה, נבחן ההבדל בין המדחיקנים לבין שאר המשתתפים במחקר. בבדיקה זו נמצא כי מדחיקנים מדווחים על רמת מצוקה נפשית נמוכה יותר בהשוואה ללא-מדחיקנים. ממצא זה חוזר על דיווחים קודמים, שלפיהם בעת ההיחשפות ללחץ יש לסגנון ההתמודדות הרפרסיבי השפעה ממתנת (Ginzburg et al., 2002).

כאשר נבדקו ההבדלים ברמת ההסתגלות של ארבע הקבוצות השונות, קרי מדחיקנים, לא-חרדים, חרדים והגנתיים, נמצאו שתי מגמות מרכזיות. ראשית, נמצא כי ברמת החרדה הנמוכה, הן הגבוהים בהגנתיות והן הנמוכים בהגנתיות מבטאים רמת מצוקה נמוכה ביותר. כלומר האפקט הממתן המשמעותי הינו של רמת החרדה. נבדקים שמדווחים על נטייה נמוכה יותר לחרדה, באופן כללי, הינם בעלי חוסן גבוה

יותר שמתבטא במצוקה נמוכה יותר. יחד עם זאת, בולטת רמת המצוקה הנפשית של המשיבים אשר סווגו כהגנתיים, קרי בעלי רמת חרדה גבוהה ורמת הגנתיות גבוהה. נראה כי מעבר לאפקט המשמעותי של רמת החרדה, הגנתיות גבוהה פוגעת בהסתגלות הנבדקים.

מדד ההגנתיות משקף את החשיבות שנותן הפרט לאופן שבו הוא נתפס, ולמרכזיות הרושם החיובי שהוא יוצר. על פי פאולהוס (Paulhus, 1984), סולם הרצייה החברתי, המשקף את ההגנתיות, מורכב משני רכיבים – ניהול רושם (impression management) ורמייה-עצמית (self-deception). הגורם הראשון משקף רצון של הפרט להציג את עצמו בצורה חיובית בפני אחרים, ואילו הגורם השני מתייחס לתהליך תוך-אישי, שבו הפרט מנסה להציג את עצמו בצורה חיובית בפני עצמו. כאמור, דימוי עצמי חיובי בפני עצמו הנו גורם סלוטוגני (לדוגמה: ליברמן, סולומון וגינזבורג, 2005). אולם נראה שעיסוק-יתר בדימוי העצמי עשוי להיות פתוגני בהקשר זה.

מי שעסוק באופן שבו הוא משתקף, הן עבור עצמו והן עבור הזולת, מתקשה לקבל את טווח התגובות שלו למצבים שונים, מאחר שחשוב לו להצטייר באופן מסוים. כאשר הדבר משתלב עם רמת חרדה נמוכה, כמו אצל המדחיקנים, ייתכן שהדמות המצטיירת בפניו חיובית, ועל כן הוא מיטיב להסתגל. מאידך, כאשר רמת ההגנתיות מופיעה יחד עם רמת חרדה גבוהה, הרי ייתכן שהשילוב בין הדמות המצטיירת במראה, לבין רצון לראות דמות אחרת, מחריף את רמת המצוקה הנפשית. ממצאי מחקר זה חזרו והדגימו את החשיבות של מאפייני הרקע של הנחשפים ללחץ להסתגלותם. במיוחד בולט המשתנה של רמת ההכנסה. מחקרים שונים חזרו והדגימו באופן עקבי את פגיעותם של בעלי ההכנסה הנמוכה (לדוגמה: Dohrenwend, 2000). הדבר עשוי לנבוע ממספר גורמים, ובהם דימוי עצמי גבוה יותר, תחושת מסוגלות עצמית חזקה יותר, ושליטה גבוהה יותר, בקרב בעלי ההכנסה הגבוהה. גורמים אינסטרומנטליים, ובהם נגישות גבוהה יותר למשאבים ולמקורות תמיכה פורמליים, ויכולת טובה יותר לתפעל משאבים אלו, אף הם יכולים להסביר ממצא זה. ולבסוף, גורמים סביבתיים, ובראשם חיים בסביבה עתירת-לחצים בקרב בעלי ההכנסה הנמוכה עשויים להוות הסברים רלוונטיים.

לפני הכללת ממצאי המחקר, יש להתייחס לליקוייו. ראשית, כפי שכבר צוין, ייתכנו הטיות שמקורן בדגימה ובמערך המחקר. בנוסף, תוקף כלי המדידה בשימוש אצל אוכלוסייה ייחודית זו אינו מוכח. כל כלי המדידה בהם שבהם נעשה שימוש במחקר זה הינם כלים סטנדרטיים, בעלי איכויות פסיכומטריות מוכחות, ומקובלים מאוד במחקרים מסוג זה בישראל ובעולם. רובם, למעט תפיסת הסכנה, נמצאו מהימנים ביותר גם במדגם זה. יחד עם זאת, מאחר שמדובר באוכלוסייה נבדלת מבחינות רבות, אין להקל ראש בחשיבות סוגיית ההתאמה של כלי המחקר.

מחקר זה הנו מחקר חלוץ בהתייחסותו לאוכלוסייה ייחודית. ראשית, אין הרבה מחקרים אודות תוצאות ההיחשפות ללחץ בקרב אנשי כוחות הצלה למיניהם. יתר על כן, מעטים המחקרים המתמקדים בהיחשפות ללחץ ובהסתגלות אליה בקרב האוכלוסייה החרדית בישראל. עוד יותר מכך, למיטב ידיעתנו, זהו המחקר היחידי הבודק את נבדקי זק"א, תת־קבוצה מיוחדת בקרב האוכלוסייה החרדית. בכך תרומתו המרכזית של מחקר זה.

אנו מוצאים כי ממצאי מחקר זה מאתגרים המשך מחקר עתידי במספר כיוונים. ראשית, יש מקום להוסיף ולתקף את ממצאי המחקר שלפיהם מדובר באוכלוסייה חסינה במיוחד, תוך שיפור הליקויים המתודולוגיים שתוארו לעיל. שנית, יש להרחיב את חקר השפעת ההיחשפות גם למשתנים נוספים ובהם רגישות בין־אישית, יחסים בין־אישיים, יכולת קוגניטיבית, יכולת אמפתית, שינויים בתפיסת עולם ועוד. שלישית, מספר הסברים הוצעו להסבר החוסן שנמצא. יש מקום לבדוק את תוקף הממצאים הללו. לבסוף, בנוסף לתפקידים של המשתנים המתווכים שנבדקו, יש מקום לבדוק משתנים מתווכים נוספים ובהם מידת הדתיות ותחושת המסוגלות העצמית.

מקורות

- ליברמן, צ., סולומון, ז., וגינזבורג, ק. (2005). תפקיד התמיכה החברתית, ההערכה העצמית וההסתגלות בהסבר הנטייה למחשבות אבדניות בקרב צעירים. *מגמות, מג*, 615–632.
- דעת (2008). אתר האינטרנט של דעת, www.daat.ac.il. נצפה ב־13.5.07.
- זק"א (2008). אתר האינטרנט של זק"א, www.zaka.org.il. נצפה ב־13.5.07.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: Author.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R., Levine, Y., Benjamin, J., & Kotler, M. (1997). Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personality and Individual Differences, 23*, 399–405.
- Beaton, R. M., Shirley, J. C., Pike, K., & Corneil, W. (1999). Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire service personnel. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 293–308.
- Benetsch, E. G., Brailey, K., Vasterling, J. J., Uddo, M., Constans, J. I., & Stuker, P. B. (2000). War zone stress, personal and environmental resources, and PTSD symptoms in Gulf War veterans: A longitudinal perspective. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 205–213.
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association, 290*, 612–690.
- Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1995). When avoiding

- unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 975–989.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1997). Attentional bias in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 635–644.
- Chang, C. M., Lee, L. C., Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Jeffries, K., & Lai, T. J. (2003). Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 391–398.
- Crowne, D., & Marlowe, D. (1964). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349–354.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures, manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research.
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1–19.
- Dyregrov, A., Kristoffersen, J. I., & Gjestand, R. (1996). Voluntary and professional disaster workers: Similarities and differences in reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 541–555.
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*, 25, 700–720.
- Ersland, S., Weisaeth, L., & Sund, A. (1989). The stress upon rescuers involved in an oil rig disaster: "Alexander L. Kielland" 1980. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Supplement, 355, 38–49.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 15, 116–120.
- Gilbar, O., & Ben Zur, H. (2002). Adult Israeli community norms for the Brief Symptom Inventory (BSI). *International Journal of Stress Management*, 9, 1–10.
- Ginzburg, K., Solomon, Z., & Bleich, A. (2002). Repressive coping style, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 64, 748–757.
- Greene, C. L. (2001). Human remains and psychological impact on police officers: Excerpts from psychiatric observations. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 5(2), NP.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jex, S. M., Adams, G. A., Bachrach, D. G., & Sorenson, S. (2003). The impact of situational constraints, role stressors, and commitment on employee altruism. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8, 171–180.
- Jones, D. R. (1985). Secondary disaster victims: The emotional effects of recovering and identifying human remains. *American Journal of Psychiatry*, 142, 303–307.
- Kessler, R. C. (1995). The national comorbidity survey: Preliminary results and future directions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 139–151.
- Kishon-Barash, R., Midlarsky, E., & Johnson, D. R. (1999). Altruism and the Vietnam War

- veteran: The relationship of helping to symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 655–662.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Academic Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Ronfeldt, H. M., & Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 63–85.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Delluchi, K. L., Best, S. R., & Wentworth, K. A. (1999). Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency services personnel. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187, 15–22.
- McCarroll, J. E., Ursano, R. J., & Fullerton, C. S. (1993). Symptoms of posttraumatic stress disorder following recovery of war dead. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1875–1877.
- McCarroll, J. E., Ursano, R. J., & Fullerton, C. S. (1995). Symptoms of PTSD following recovery of war dead: 13–15-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 152, 939–941.
- McCarroll, J. E., Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Liu, X., & Lundy, A. (2001). Effects of exposure to death in a war mortuary on posttraumatic stress disorder symptoms of intrusion and avoidance. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 44–48.
- McCarroll, J. E., Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Liu, X., & Lundy, A. (2002). Somatic symptoms in Gulf War mortuary workers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 29–33.
- Mendolia, M., Moore, J., & Tesser, A. (1996). Dispositional and situational determinants of repression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 856–867.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1996). Coping and adaptation to trauma and loss. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, application* (pp. 554–572). New York: John Wiley & Sons.
- Miles, M. S., Demi, A. S., & Mostyn-Aker, P. (1984). Rescue workers' reactions following the Hyatt Hotel disaster. *Death Education*, 8, 315–331.
- Neria, Y., Solomon, Z., Ginzburg, K., & Dekel, R. (2000). Sensation seeking, wartime performance, and long-term adjustment among Israeli war veterans. *Personality and Individual Differences*, 29, 921–932.
- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E. L., Bunch, K., Schorr, J., & Smith, E. M. (2002). Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 171–175.
- Orbach, I., & Mikulincer, M. (1996). Repressive coping style and the architecture of emotion-related memories: Is their relationship that simple? *British Journal of Social Psychology*, 35, 459–471.
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 598–609.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813–819.
- Schwartz, C., Meisenhelder, J. B., Ma, Y., & Reed, G. (2003). Altruistic social interest

- behaviors are associated with better mental health. *Psychometric Medicine*, 65, 778–785.
- Sharkansky, E. J., King, D. W., King, L. A., Wolfe, J., Erickson, D. J., & Stokes, L. R. (2000). Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 188–197.
- Singer J. L., & Sincoff, J. B. (1990). Summary chapter: Beyond repression and the defenses. In J.L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 471–496). Chicago: University of Chicago Press.
- Solomon, Z., Benbenishty, R., Neria, Y., Abramovitz, M., Ginzburg, K., & Ohry, A. (1993). Assessment of PTSD: Validation of the revised PTSD inventory. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 30, 110–115.
- Solomon, Z., Ginzburg, K., Neria, Y., & Ohry, A. (1995). Coping with war captivity: The role of sensation seeking. *European Journal of Personality*, 9, 57–70.
- Solomon, Z., Mikulincer M., & Hobfoll S. E. (1986). Effects of social support and battle intensity on loneliness and breakdown during combat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1269–1276.
- Solomon, Z., & Prager, E. (1992). Elderly Israeli Holocaust survivors during the Persian Gulf War: A study of psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1707–1710.
- Sutker, P. B., Uddo, M., Brailey, K., Vasterling, J. J., & Herrera, P. (1994). Psychopathology in war-zone deployed and nondeployed Operation Desert Storm troops assigned graves registration duties. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 383–390.
- Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285–290.
- Taylor, A. J. W., & Frazer, A. G. (1982). The stress of post-disaster body handling and victim identification work. *Journal of Human Stress*, 8, 4–12.
- Thoits P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health & Social Behavior*, 42, 115–131.
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Nixon, S. J., & Foy, D. W. (1999). Trauma and recovery among adults highly exposed to a community disaster. *Psychiatric Annals*, 29(2), 78–83.
- Turvey, C., & Salovey, P. (1993–1994). Measures of repression: Converging on the same construct? *Imagination, Cognition and Personality*, 13, 279–289.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Kao, T. C., & Bhartiya, V. R. (1995). Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 36–42.
- Wagner, D., Heinrichs, M., & Ehler, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1727–1732.
- Weinberger, D. A. (1990). The construct validity of repressive coping style. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 471–496). Chicago: The University of Chicago Press.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E., & Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369–380.

זהבה סלומון, רוני ברגר וקרני גינזבורג

- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Ronfeldt, H. M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 361–368.
- Wool, M. S., & Goldberg, R. L. (1986). Assessment of denial in cancer patients: Implications for intervention. *Journal of Psychological Oncology, 4*(3), 1–14.