

העברת מדיטציית יוגה ניזרה (iRest) לנשים עם טראומה מינית במרכז רפואי לחיילות משוחררות (veterans): מחקר פיילוט

Pamela G. Pence, MBA, E-RYT-500, Lori S. Katz, PhD, Cristi Huffman, BA, Geta Cojucar, MA

תקציר

מטרת המחקר: מחקר פיילוט זה בוחן את שיטת iRest, סוג של מדיטציית מיינדפולנס מונחית, והיכולת שלה להפחית סימפטומים הקשורים בטרומה מינית, כולל טראומה מינית צבאית (MST-Military Sexual Trauma), בקרב מדגם נשים הפונות לקבלת שירותי פסיכותרפיה במרכז רפואי לענייני חיילים/ות משוחררים/ות (VA). **שיטה:** נערכו 19 מפגשים שאורכם 90 דקות, פעמיים בשבוע למשך 10 שבועות, למעט שבוע שבו חלה חופשת חג. משתתפים מילאו שאלוני דיווח עצמי לפני ואחרי הטיפול; שאלון סימפטומים פסיכיאטריים מקוצר (Brief Symptom Inventory-18-BSI), שאלון קוגניציות פוסט-טראומטיות (Post-traumatic Cognitions Inventory-PTCI), ושאלון הפרעת דחק פוסט-טראומטית (Post-traumatic Stress Disorder Check List-PCL). גויסו 16 נשים: 15 נרשמו, 5 פרשו בשל ענייני התניידות, ו-10 השלימו את הפרוטוקול. **תוצאות:** הנשים שהשלימו את הפרוטוקול דיווחו על ירידה מובהקת בסימפטומים של הפרעת הדחק הפוסט-טראומטית ($PCL, t(9) = 3.17, p < 0.01, d = 0.66$), במחשבות שליליות של האשמה עצמית ($PCTI, t(9) = 2.96, p < 0.05, d = 0.52$), ובדיכאון ($BSI, t(9) = 2.33, p < 0.05, d = 0.64$). משתתפות הגישו גם דיווחים מילוליים המתייחסים לירידה במתח הגופני, שיפור איכות השינה, שיפור היכולת בהתמודדות עם מחשבות חודרניות, שיפור היכולת בהתמודדות עם מתח נפשי, ועלייה בתחושת השמחה. משתתפות גם המליצו על הקורס בהתלהבות והצהירו כי הן היו משתתפות בו שוב וממליצות עליו לאחרים. **מסקנות:** מחקר פיילוט זה הציג תוצאות מבטיחות בנוגע להעברת iRest לנשים עם טראומה מינית במרכז רפואי לענייני חיילים/ות משוחררים/ות (VA). נחוץ מחקר נוסף בנושא.

מחקר זה תוכנן לבחון את היעילות של שיקום אינטגרטיבי (iRest) בהפחתת סימפטומים הקשורים בטרומה בקרב נשים עם טראומה מינית וטרומה מינית צבאית (MST) בפרט. iRest היא מדיטציית מיינדפולנס מונחית שנועדה להביא להרפיה עמוקה; מעמדה שלווה זו, משתתפים יכולים להפוך מודעים לעצמם ולערך חקירה עצמית משמעותית בכדי לפתור או להתחיל להפחית סימפטומים גופניים, מנטאליים ורגשיים או חוסר שקט (המכון לשיקום אינטגרטיבי, 2011).

רקע כללי

טראומה מינית צבאית

בהתבסס על כותרת 38 בחוקי ארצות הברית (USC) 1720D, המחלקה לענייני חיילים משוחררים (VA) מגדירה טראומה מינית וטרומה מינית צבאית (MST) בתור "טראומה פסיכולוגית, שעל-פי שיקול דעתו של מומחה מתחום בריאות הנפש המועסק על-ידי המחלקה, נבעה מאיום מפני תקיפה פיזית בעלת אופי מיני, מתקיפה בעלת אופי מיני, או הטרדה מינית חוזרת, מגע מילולי או גופני בעל אופי מיני שהינו מאיים באופיו ושהתרחש בעת שהחייל/ת המשוחרר/ת שירת/ה בתפקיד פעיל או בתפקיד פעיל לצרכי אימון.

MST היא הסוגייה העיקרית הקשורה בבריאות הנפש בקרב חיילות משוחררות בארה"ב, עם שיעורים מוערכים של 55%-70% להטרדה מינית ו-11%-48% לתקיפה מינית (Goldzweig, Balekian, Rolon, Yano, & Shekelle, 2006). במחקרים העוסקים ב-MST שנגרם בעימותים האחרונים בעיראק ובאפגניסטן, נמצאו שיעורים של 15% עד 42% ל-MST בקרב נשים (Katz, Cojucar, Beheshti, Nakamura & Murray, 2012; Kimmerling et al., 2010). במהלך חייהן, חיילות עלולות לעבור אירועי טראומה מרובים, החל מן הילדות המוקדמת או גם לאחר תום השירות הצבאי, כאשר מלבד הטראומה המינית יתכנו גם מגוון מערכות-יחסים מתעללות ולא תומכות (Kelly, Skelton, Patel & Bradley, 2011). אירועים טראומטיים אלו עלולים להוביל לשרשרת של השלכות שליליות והצטברות גורמי לחץ (Stressors) במהלך החיים, כמו PTSD (APA, 2000), התמכרות לחומרים ובעיות בריאות (M.Koss & Heslet, 1992; M.Koss, Koss & Woodruff, 1991; Skinner, John & Hampson, 2000; Suris & Lind, 2008; Creamer, Burgess & McFarlane, 2001).

טיפול מבוססי ראיות

טיפול מבוססי ראיות לטראומה מינית, ובמיוחד ל-PTSD, כוללים בעיקר התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות, כגון חשיפה ממושכת (PE) (Foa, Molnar & Cashman, 1995), טיפול קוגניטיבי (Beck, Rush, 1979), טיפול עיבוד קוגניטיבי (CPT) (Resick & Schnicke, 1992), ואימון לחיסון בפני לחץ (SIT) (stress) (Meichenbaum, 2007). מחקר מטא-אנליזה על פסיכואנליזה עבור PTSD מ-2005 הראה שרק כ-50% מהמטופלים במחקרי יעילות שעברו התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות הפיקו תועלת מהטיפול וכבר לא נמצאו כעומדים בקריטריונים לאבחנה של PTSD בסוף הטיפול ובמעקב שלאחריו. יתרה מזאת, ציונים מן השלב שלאחר הטיפול הצביעו על כמות ניכרת של סימפטומים שנותרו (Bradley, Greene, Russ, 2005). תוצאות טיפול פחותות קושרו גם עם משתתפים בעלי היסטוריה של טראומה מן הילדות, כאלו עם פציעות שנגרמו באירוע הטראומטי, וכאלו שהגיעו עם תחלואות נלוות של כאב, דיכאון או חרדה בתחילת הטיפול (Lee, Zaharlick & Akers, 2011). משום שחיילות משוחררות ניצבות בפני סוגי טראומה שונים לאורך חייהן, וכן בפני תנאים מרובים של תחלואות נלוות הנדרשות לטיפול (Kelly et al., 2011), אוכלוסיה זו עלולה להיות רגישה במיוחד, מה שמדגיש את הצורך לפתח התערבויות יעילות עבור נשים חיילות משוחררות עם טראומה מינית.

טיפולים אינטגרטיביים

ניתן להגדיר רפואה אינטגרטיבית בתור גישה העוסקת ברפואה תוך נקיטת פרספקטיבה הוליסטית המשלבת גוף, נפש (mind), רוח (spirit) ואורח חיים התנהגותי. היא מדגישה את מערכת היחסים הטיפולית ועושה שימוש הן ברפואה קונבנציונלית מבוססת ראיות, והן ברפואה משלימה/אלטרנטיבית (CAM) (Kliger et al., 2004). דוגמאות לגישות של בריאות משלימה הן יוגה, מדיטציה (מרכיב ביוגה), טאי-צ'י, רפואה צמחית, טיפול בעיסוי, כירופרקטיקה, דיקור ואקופרסורה. המרכז הרפואי לענייני חיילים משוחררים (VA) עושה שימוש ברפואה אינטגרטיבית בכדי לסייע לחיילים/ות משוחררים/ות לשלוט ברמות מתח נפשי או לקדם בריאות כללית ולטפל בחרדה, PTSD, דיכאון, כאבי גב, כאבי ראש, דלקות פרקים, פיברומיאליגיה והתמכרויות לחומרים (VA, 2011). במאמר שנערך לאחרונה ושבחן CAM עבור PTSD, שטראוס ולאנג (2012) מצאו שבארה"ב, 40% מאלו המאובחנים עם PTSD עושים שימוש ב-CAM על-מנת לטפל בבעיות

רגשיות ונפשיות. מדיטציה היא השיטה הנפוצה ביותר מבין שיטות ה-CAM שבהן נעשה שימוש בתכניות עבור PTSD בקרב חיילים משוחררים (Libby, Pilver & Desai, 2012). קיימת עדות אנקדוטית חיובית, לכל הפחות, ליעילות של CAM בהפחתת הסימפטומים של PTSD (Strauss & Lang, 2012).

מספר מחקרים הראו שמדיטציה מפחיתה סימפטומים של PTSD בקרב חיילים משוחררים (Libby, Reddy, Pilver & Desai, 2012; Kearney et al., 2012; Kearney et al., 2013; Niles et al., 2012) ניצולות של התעללות מינית (Lee, Zaharlick & Akers, 2009). באופן כללי, מדיטציה מגבירה מודעות לעצמי (self), מיקוד, ואת היכולת לגשת למה שקורה ברגע הנוכחי, בין אם מדובר בהכרה בכך שמתרחש פלאשבק לטראומה או בהכרה בתחושת גוף שמתעוררת, למשל, בשל התפעלות מפרפר- כישורים חשובים עבור ניצולי טראומה, שלעיתים קרובות מאבדים מגע עם תחושותיהם הגופניות (Lee et al., 2011). תחום מתפתח נוסף בתוך הטיפול האינטגרטיבי הוא טיפול סומטי, או תרגולים ממוקדי-גוף (body-centered practices). באמצעות תרגולים ממוקדי-גוף, אנשים עם PTSD יכולים להפחית החייאה מחדש של חוויות עבר בהווה, ולארגן מחדש זיכרונות טראומטיים שלא היו מאורגנים קודם לכן (Levine, 2010; Ogden & Minton, 2000; van der Kolk, 1994; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005; van der Kolk et al., in press). יחד עם זאת, ישנן עדויות אמפיריות מעטות בנוגע לטיפול סומטיים. לאנגמיר, קירש וקלאסן (2012) מצאו שיפור משמעותי במודעות הגוף, בהירגעות (באמצעות עצמי או אחרים), בהפחתה בחוויות הדיסוציאטיביות, ומגמה לעבר הפחתה בדיסוציאציה סומטית, בעקבות שימוש בפסיכותרפיה סנסורית-מוטורית (sensorimotor psychotherapy) (Ogden, Minton & Pain, 2006) (Langmuir, Kirsh & Classen, 2012). ליטץ', ואנסלייקה ואלן (2009) ערכו מחקר על ההשפעה של חוויה סומטית (somatic experiencing) (Levine, 2010) בקרב עובדים סוציאליים העובדים עם קורבנות הוריקן קתרינה והוריקן ריטה. אלו שבקבוצת הטיפול דיווחו על ירידה רבה יותר באופן משמעותי בסימפטומים פסיכולוגיים, סימפטומים של PTSD, ושיפור משמעותי ביכולת ההתאוששות אחרי משברים (resiliency) (Leitch, Vanslyke & Allen, 2009).

שיקום אינטגרטיבי (iRest)

iRest הוא טיפול אינטגרטיבי (CAM) שעושה שימוש במרכיבים רבים מתוך הטיפול הסומטי. מספר מחקרים שביצעו הערכה של שיטת iRest ושפורסמו הניבו תוצאות מבטיחות, עם ממצאים עקביים של ירידה ברגש שלילי ושיפור הרווחה (well-being) (Pritchard, Elison-Bowers & Birdsall, 2010; Birdsall, Pritchard, Elison-Bowers & Spann, 2011; Eastman-Mueller, Wilson, Jung, Kimura & Tarrant, 2013; Borchardt, Patterson & Seng, 2012). רב אותם מחקרים כללו מערך של קבוצה בודדת שנבדקה לפני ואחרי הטיפול. אחד המחקרים, שבהן שימוש בשיטת iRest בקרב חיילים קרביים משוחררים מצא הפחתה משמעותית בסימפטומים של PTSD (Stankovic, 2011). מחקר פיילוט שבחן חולי טרשת נפוצה וסרטן מצא הפחתה משמעותית ברמות המתח הנתפס (Pritchard et al., 2010). במחקר פיילוט נוסף שכלל קבוצה בודדת, iRest קושר עם הפחתה משמעותית בעייפות ומתח נפשי בקרב יועצי ביי"ס (Birdsall et al., 2011). איסטמן-מיוילר ועמיתיו (2013) מצאו הפחתה משמעותית במתח, דיכאון ודאגה בקבוצה יחידה של תלמידי קולג' (Eastman-Mueller et al., 2013). בורקארדט ושותפיו (2012) ערכו מחקר בו נשים הופנו לאחת משלוש קבוצות; קבוצת iRest, קבוצת תגובת רגיעה (Relaxation Response) (Benson, 2001), או קבוצת האזנה

לספר מוקלט. החוקרים מצאו שבקרב אלו שהופנו לקבוצת iRest נראתה ירידה משמעותית גדולה יותר ברמות הקורטיזול בהשוואה לקבוצת הספר המוקלט, ושיפור רב יותר באופן ניכר במצב הרוח לעומת שתי הקבוצות האחרות (Borchardt, 2012). על-אף שנראה כי ל-iRest ישנן תוצאות מבטיחות, תחום המחקר הינו דליל, ועד כה אין מחקרים שבוחנים תוצאות ארוכות-טווח. בנוסף, אין מחקרים שבחנו iRest במדגם של נשים חיילות משוחררות עם טראומה מינית במסגרת VA.

מרכיבים של iRest

הפרוטוקול של iRest מורכב מ-10 מרכיבים: (1) משאב פנימי/ מקום בטוח; (2) כוונה; (3) משאלת הלב (heart-felt desire); (4) חישת הגוף/ סריקת הגוף; (5) מודעות לנשימה; (6) מודעות לתחושות גופניות; (7) חישה של רגשות, מחשבות ואמונות; (8) היותנו עדים (witnessing); (9) הרגשת תחושת שמחה; (10) אינטגרציה ופעולות. לפני היציאה לתכנית הפרוטוקול, משתתפים מתבקשים לחוות בגופם תחושת ביטחון, כוונה אישית לתרגול, והדבר שהכי רוצים בחיים- משאלת הלב שלהם. כל מרכיבי ה-iRest יכולים להיות מיושמים בתרגול של 30-40 דקות. תיאור קצר של 10 המרכיבים מוצג בטבלה 1.

למחקר זה היו שתי מטרות: (1) לחקור את היעילות של iRest בהפחתת סימפטומים הקשורים לטראומה בקרב נשים עם טראומה מינית, כולל טראומה מינית צבאית (MST); ו- (2) לבחון ולנטר עד כמה iRest יכולה להתקבל במדגם זה שמועבר במסגרת התנאים של VA. באשר לסימפטומים של נשים עם טראומה מינית, שיערנו שתהיה ירידה משמעותית בסימפטומים הבאים: PTSD, דיכאון, חרדה, סומטיזציה, קוגניציות שליליות בנוגע לעצמי והאשמה עצמית.

שיטה

משתתפות

13 נשים חיילות משוחררות ו-3 נשים של חיילים משוחררים בעלי פגיעה הקשורה בשירות הצבאי גויסו למחקר זה דרך מרכז לבריאות נפש עבור נשים (WMHC-Woman's Mental Health Center) במרכז רפואי גדול לענייני חיילים משוחררים (VA). 13 חיילות משוחררות ו-2 נשים של חיילים משוחררים עם פגיעה הקשורה בשירות הצבאי נרשמו למחקר (n=15). הגיל הממוצע היה 56 (טווח, 32-82; סטיית תקן = 10.93). המשתתפות הגיעו ממגוון רקעים אתניים (לבנות=9; היספניות=4; אפרו-אמריקאיות=2), סטטוסים משפחתיים (רווקות=4, נשואות=5, גרושות=6), וחיל השירות (חיל רגלים=4, חיל הים=4, חיל האוויר=3, חיל נחתים=2). בהתייחס להיסטוריית הפגיעה, כל המשתתפות דיווחו על טראומה בין-אישית ממהלך חייהן, ולכולן היו סימפטומים כרוניים של מצוקה (לדוגמא, דיכאון וחרדה). כל 13 החיילות המשוחררות דיווחו על MST (ראה טבלה 2 למידע דמוגרפי נוסף).

טבלה 2. פרטים דמוגרפיים ואחוזים במדגם

מאפיינים	n=15 N (%)
מצב מגורים	
בעלת/שוכרת בית	13 (86)
עם שותף/ה	1 (7)
תכנית מגורים (מוסד טיפולי)	1 (7)
סטטוס תעסוקה	
אבטלה/ נכות	11 (73)
מועסקת	3 (20)
התנדבות	1 (7)
רמות השכלה שהושלמו	
בי"ס תיכון	5 (33)
לימודי תעודה	4 (27)
תואר ראשון	5 (33)
תואר שני/ בוגרת מסגרת אחרת	1 (7)
טראומה שנחווה	
MST (כל החיילות המשוחררות)	13 (86)
ילדות	10 (67)
בגרות	5 (33)
אלימות בתוך המשפחה	7 (47)
דיכאון והתנהגויות	
דיכאון	11 (73)
התמכרות לחומרים	3 (20)
ניסיונות אובדניים	5 (33)

מדידה

מידע דמוגרפי. טופס מידע כללי שימש לאיסוף מידע על גיל, מגדר, מוצא אתני, חיל השירות, סטטוס מגורים, סטטוס תעסוקה, סטטוס משפחתי, רמת ההשכלה הגבוהה ביותר שהושגה, חווית MST, חוויה של טראומת ילדות, חוויה של טראומה בבגרות, חוויה של אלימות במשפחה, התמכרות לסמים, חוויה של דיכאון וניסיונות אובדניים.

מצוקה פסיכולוגית. שאלון סימפטומים פסיכאטריים מקוצר (BSI 18) (Derogatis, 2000a) (BSI 18) שימש בכדי להעריך מצוקה פסיכולוגית של חרדה, דיכאון וסומטיזציה. זהו כלי שכיח הכולל 18 פריטים. הפריטים נענים על סולם מסוג ליקרט עם 5 רמות, כאשר 0 = בכלל לא, ו-4 = באופן קיצוני. ציון מצוקה כללי מחושב על ידי סכימת הפריטים, כאשר ציונים גבוהים יותר מצביעים על רמות גבוהות יותר של מצוקה פסיכולוגית.

טבלה 1. עשרה מרכיבים של iRest

דוגמאות מהנשים	דוגמא לתסריט +	תיאור ויתרונות
<p>החמימות של הזרוע של אביהן על כתפיהן, הפסיעות המהימנות של הנחתים בקבר של החייל האלמוני, הקולות המרגיעים של פלג מים שוצף.</p> <p>הנשים ציינו כיצד הן פנו למקום הבטוח שלהן בזמנים של טרדות או לחץ (למשל, בפקק תנועה או כשצצו קשיים משפחתיים).</p>	<p>"עכשיו הרשי למקום הבטוח שלך לעלות... מקום מיוחד בו את מרגישה בטוחה ונינוחה... בעוד שאת עושה זאת סמני בגופך איפה את מרגישה חום ורוגע..."</p>	<p><u>מקום בטוח/ משאב פנימי</u></p> <p>יצירת מקום בטוח, תחושה המורגשת בתוך הגוף של ביטחון, הגנה, נחמה או רווחה. ניתן להעלות זיכרון ולהשתמש בכל החושים בכדי לחוות מחדש רגעים אלו של ביטחון, מוגנות או רווחה. ניתן להשתמש בזה בחיי היום-יום על-מנת להרגיש יותר יציבה, בטוחה או מוגנת.</p>
<p>"להישאר ערה ועירנית במהלך כל תרגול ה-iRest"; "לחקור את הכעס שלי"; "להיות עם ולהקל על המתח שבכתפיים שלי."</p>	<p>"הביאי לתודעה את הכוונה שלך לתרגול של היום... איך תרצי להרגיש במהלך, וכתוצאה מהתרגול שלך? אולי תחושה של שלווה פנימית, אושר, או רווחה."</p>	<p><u>כוונה</u></p> <p>הגדרת מטרה לכל תרגול iRest. היא עשויה להיות זהה בכל פעם או להשתנות מפעם לפעם. מה מתבקש מהתרגול, או איך הן רוצות להיות בסוף התרגול? הכוונה עשויה לשמש את המשתתפת מדי יום בכדי לכוון את חייה ופעולותיה.</p>
<p>"אני בריאה ושלמה"; "אני מפרנסת חזקה ואוהבת עבור ילדיי"; "העולם הוא מקום בטוח."</p> <p>המשתתפות ציינו שיצירת משאלת לב היוותה אתגר אך שהתהליך סייע להן להציב סוגיות בחייהן בפרספקטיבה, וכן עזר להן להכניס כיוון ומוטיבציה לעתידן.</p>	<p>"הרשי לרצון עמוק ביותר של ליבך להתעורר בפנים... הזמיני ואשרי את רצון ליבך בזמן הווה עם כל גופך..."</p>	<p><u>משאלת לב</u></p> <p>הגדרת משאלת לב. משאלת לב היא אירוע שמישהו/י רוצה שיקרה יותר מכל דבר אחר בחיים, לעצמו/ה, לאדם אהוב, או לעולם כולו. ניתן להיזכר בזה מדי יום על-מנת ליצור משמעות בחיים.</p>

<p>אישה אחת נחרה. היא סבלה מנדודי שינה כרוניים אך יכלה להירדם בקלות ב-iRest.</p>	<p>"בזמן שאני מציינת כל אזור את עשויה לחוש תחושות שנוכחות בהווה, או שום דבר מיוחד, אבל כל מה שאת חווה הוא בדיוק כפי שהוא ברגע הנוכחי... חשה את כל חזית הגוף."</p>	<p><u>מודעות לגוף/ סריקת גוף</u> זוהי חוויה מודרכת בה המנחה מציין שמות של חלקים שונים של הגוף. המשתתפות מתבקשות לחוש חלקים בגוף, בכך שהן נמצאות ברגע הנוכחי, ולא בכך שהן חושבות על-, או מניעות את הגוף. זה יכול לשמש בתרגול רשמי כדי להירגע או במהלך היום כדי להבחין במתח, לקבוע מדוע יש מתח, ואז לשחרר אותו.</p>
<p>משתתפות דיווחו על כך שהשתמשו בטכניקות הנשימה כדי שיעזרו להן להירדם, להירדם בחזרה אחרי סיוטים, וכדי להרגיע את עצמן כשהן מצפות להליכים רפואיים וכן במהלכם.</p>	<p>"הפכי מודעת לגוף שנושם... אין צורך לשנות דבר... הגוף נושם את עצמו..."</p>	<p><u>מודעות לנשימה</u> מספקת למשתתפות תרגול בנשימה איטית ועמוקה, שמרגיעה את הגוף; להשיג על הנשימה ולהישאר ממוקדת; או לדמיין את הנשימה נעה דרך חלקים שונים של הגוף, כולל אותם חלקים שעלולים להרגיש סגורים, כואבים או חסרי תחושה. משתתפות יכולות להשתמש באותם תרגולים במהלך היום כדי להתמודד עם מתח.</p>
<p>כמה מן המשתתפות דיווחו על הפסקה מוחלטת של כאב כרוני מתמיד. הן גם דיווחו כי היו מסוגלות להבחין בכאב שלהן מבלי להיות מעורבות רגשית איתו.</p>	<p>"עכשיו שימי לב לרגשות שנוכחים בכל הגוף, כמו חמימות, או קרירות... כבדות או קלילות... ואם זה מועיל, מצאי את התחושה הנגדית לזו, הזמיני תחושה הפוכה לתוך הגוף באופן מלא"</p>	<p><u>מודעות לתחושות גופניות</u> המשתתפות מודרכות להבחין בתחושות פיזיות ובאלו המנוגדות להן, מה שמרחיב סיבולת לתחושות. הן מעודדות להתבונן בתחושות ממרחק ולראות את התחושות עבור מה שהן, תחושות גופניות, ולא עבור מי שהן. זה מקדם הבנה של פרספקטיבה רחבה יותר של העצמי כמודעות, ועוזר למשתתפות לחוות את מה שמתעורר מבלי להסתבך.</p>

<p>שתיים מן המשתתפות דיווחו על כך שהפרו מאבל ממושך כשהגיעה אליהן ההבנה שיקיריהן נמצאים "במקום טוב יותר". אחת ציינה שהיא הצליחה לחוות כעס בגופה מבלי לבטא אותו. היא גם דמיינה שהיא מסוגלת לסיים שיחה מעוררת כעס. אחת אחרת זיהתה לראשונה חווית נטישה מילדותה וכיצד זה בא לידי ביטוי במערכות יחסיה הבוגרות. היא בכתה דמעות של הקלה כאשר רגשותיה שהיו מוחזקים זמן רב שוחררו.</p>	<p>"עכשיו הפני תשומת לב לרגש שנוכח בגוף שלך או כזה שאת עובדת איתו בחיים שלך... ואם זה מועיל, אפשרי לרגש נגדי להופיע."</p>	<p><u>חישה של רגשות</u> המשתתפות מודרכות להפוך מודעות לרגשות, למחשבות ולאמונות שלהן. הן מתבקשות לשים לב מה מתרחש בגוף, היכן שהרגש ממוקם, ולתאר את הרגש. אז הן מתבקשות להרגיש את הרגש ההופכי לאותו רגש. המשתתפות עשויות לחוות טווח של רגשות כמו כעס עד שביעות רצון, תיעוב עצמי עד הערכה עצמית, או אמונות הנעות בין-העולם הוא מקום מסוכן, ועד-העולם הוא מקום בטוח. מרכיב זה נועד לסייע למשתתפות להבחין בהיקף החוויות שבגוף שלהן. הן נזכרות בכך שכל מה שעולה הוא דרך תקפה להרגיש ולחשוב. הן יכולות להשתמש במודעות לניגודים כדי להזכיר לעצמן שהן תמיד גם הצד החיובי של הניגוד.</p>
<p>אחת המשתתפות היתה מתוסכלת משום שהיא חשבה שכבר היתה צריכה למצוא מקום בטוח ברור או משאלת לב בשלב זה. אחת אחרת ראתה את העתיד עם תחושת ייאוש כאשר היא התבוננה בעצמה, כעדה. רגשות חולפים אלו לא קטעו את השתתפותה ב-iRest והיא גילתה שהיא מסוגלת לסבול את רגשותיה ולא להתעלם מהם, כפי שעשתה בעבר.</p>	<p>"הזמיני מחשבה או אמונה שאת נוהגת לראות בה כנכונה לגבי עצמך... ובעוד שאת מחזיקה את אותה אמונה הפוכה לגבי עצמך כנכונה, איך זה משפיע על הגוף שלך? עכשיו הזמיני את שתי האמונות באותו זמן..."</p>	<p><u>חישה של מחשבות ואמונות</u> ראה חישה של רגשות מעל.</p>
<p>עם סיום 19 המפגשים, כל המשתתפות היו מסוגלות להיות</p>	<p>"להרגיש את עצמך כמי שמודעת לכל מה שנוכח כרגע... ואז לחוות</p>	<p><u>היותינו עדים/ות (Witness and witnessing)</u></p>

<p>עדות לעצמן, ומיעוט מתוכן היו מסוגלות להרגיש את עצמן כהרחבה. משתתפת אחת ציינה שהיא מסוגלת להתבונן בעצמה ובאחרים בסיטואציות בעודן מתרחשות. אחרות ציינו שהן יותר אובייקטיביות לגבי מה שמתרחש סביבן על-ידי כך שהן עדות לסיטואציה.</p>	<p>את עצמך כשדה המודעות שבו הכל מתעורר..."</p>	<p>המשתתפות התבקשו לשים לב לכל מה שבמודעות שלהן ואז להיות מודעות לכך שהן אלו שעדות לכל מה שבא והולך. הן גם מונחות להתבונן בתחושה המורגשת שהן מודעות שלעצמה (awareness itself) (Miller, 2005). זה נותן פתח לחקור תחושה רוחנית של מי הן ומי הן ביחס לאחרים.</p>
	<p>"היי קשובה לתחושות בגופך של הנאה, אושר, שמחה או רווחה... אולי תחוו את תחושות האושר בתור חיוך פנימי הקורן מן הלב שלך..."</p>	<p><u>אושר (Joy)</u> המשתתפות עודדו למצוא תחושת אושר או לחוות מחדש זיכרון של אירוע בו הן הרגישו אושר או שמחה ולחוש את התחושה של הרגש, ואז להרפות מן הזיכרון. הן תוזכרו שכאשר הן מרגישות עצובות או מדוכדכות, הן יכולות לבחור להרגיש שמחות או מאושרות במקום, ולחוות מחדש באופן סומטי את אותו זיכרון ואת האושר והעונג שמקושרים אליו. אותם זיכרונות תחושתיים יכולים לשמש במהלך היום.</p>
<p>משתתפת אחת הפסיקה לעשן. אחת אחרת עשתה שינוי בסטטוס המגורים שלה, מה שהיא החשיבה כשינוי משמעותי. משתתפת אחרת העצימה את עצמה בסביבת המשפחה שלה באופן שלא התקבל קודם לכן.</p>		<p><u>אינטגרציה ופעולות</u> בסוף כל מפגש, המשתתפות התבקשו לשים לב מה בלט במיוחד עבורן וכיצד זה התקשר לחיי היום-יום שלהם, מחוץ לתרגול ה-iRest. שיקוף מידי זה איפשר את ההזדמנות לשלב את מה שנחוה זה עתה. הן עשויות לקבוע צעד פעולה ולהפעיל את מה שחוו ולמדו.</p>

אין נקודות חיתוך ספציפיות בעלות משמעות קלינית. הוכח כי ל-BSI מאפיינים פסיכומטריים חזקים (לדוגמא, עקיבות פנימית, $\alpha = 0.89$) (Derogatis, 2000b).

חשיבה שלילית פוסט-טראומטית. שאלון הקוגניציות הפוסט-טראומטיות (PTCI) שכולל 33 פריטים (Foa, Tolin, Ehlers, Clark & Orsillo, 1999) שימש להערכת מחשבות ואמונות הקשורות בטראומה. ל-PTCI שלושה מדדי משנה (קוגניציות שליליות לגבי העצמי, קוגניציות שליליות לגבי העולם, והאשמה עצמית), כמו גם מדד כוללני, קוגניציות שליליות כוללות, שהוא הסכום של שלשת מדדי המשנה. הפריטים מדורגים על סולם ליקרט עם 7 רמות, הנע בין 1 = לגמרי לא מסכים ועד 7 = מסכים לגמרי. ציוני חשיבה שלילית מחושבים על-ידי סכימת הפריטים בכל מדד משנה, כאשר ציונים גבוהים יותר מעידים על דירוגים גבוהים יותר של חשיבה שלילית. אין נקודות חיתוך ספציפיות בעלות משמעות קלינית. ה-PTCI הראה תוצאות טובות בהתייחס לעקיבות פנימית (Cronbach's alpha for $\alpha = 0.97$), מהימנות מבחן חוזר (מתאמי Spearman Rho עבור שבוע 1 היה $p = 0.74$ ועבור 3 שבועות היה $p = 0.85$), ותוקף (Mechanic & Resick, 1993) (Foa et al., 1999).

הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD). שאלון הפרעת דחק פוסט-טראומטית (Post-traumatic Stress Disorder Check List-PCL) (Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993) הוא שאלון הכולל 17 פריטים, כאשר הפריטים תואמים את הקריטריונים עבור PTSD כפי שמפורטים במדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות (DSM-IV) (APA, 2000). הפריטים נענים על סולם ליקרט בעל 5 רמות, כאשר 1 = בכלל לא, ו-5 = בצורה קיצונית. סכום הפריטים שבסולם מייצג מדד כללי של סימפטומים של PTSD, כאשר ציון גבוה יותר מעיד על רמה גבוהה יותר של PTSD. לשאלון מהימנות מבחן חוזר טובה ($r = 0.96$ בשלב 2-3 ימים, ו- $r = 0.88$ בשלב של שבוע כאינדיקטור ל-PTSD). לשאלון מהימנות מבחן חוזר טובה ($r = 0.96$ בשלב 2-3 ימים, ו- $r = 0.88$ בשלב של שבוע 1) (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996), וכן עקיבות פנימית טובה ($\alpha = 0.94$ ו- 0.97) (Weather et al., 1993).

הליך

כל המשתתפות טופלו בעבר, טרם המחקר, ב-WMHC (מרכז לבריאות נפש עבור נשים) ולכן היו מוכרות היטב למטפלים במרכז. גיוס פסיבי למחקר התבצע ב-WMHC (לדוגמא, היה עלון זמין בחדר ההמתנה של ה-WMHC ובמרפאה לבריאות האישה, ואלו שהביעו עניין יצרו קשר עם המטפלת שלהם, מנהלת המרפאה, או עם הכותבת הראשונה, שניהלה את המפגשים). ההשתתפות היתה בהתנדבות וללא תגמול.

קריטריוני הכללה להשתתפות בקבוצת iRest כללו נשים עם היסטוריה של טראומה מינית. קריטריוני אי-הכללה כללו פסיכוזא נוכחית או אשפוזים פסיכיאטריים בששת החודשים האחרונים, שימוש נוכחי כבד באלכוהול או בסמים בשלשת החודשים האחרונים, ורעיונות או ניסיונות אובדניים בששת החודשים האחרונים. הקלינאים העיקריים של המשתתפות התבקשו לאשר השתתפות במחקר. המשתתפות גם הסכימו שלא לקחת חלק באף קבוצה טיפולית אחרת או בטיפול פרטני כל עוד הן רשומות למחקר, למעט קבלת המשך טיפול בהתמכרות לחומרים, אם מתאפשר. המשתתפות יודעו שהמנהלת של ה-WMHC, פסיכולוגית קלינית מוסמכת, היתה זמינה למפגשים פרטניים במידה ורצו להיפגש עימה, או שהיה באפשרותן להיפגש עם המטפלים העיקריים שלהן.

כל 16 הנשים שגויסו למחקר יודעו כי מדובר במחקר התנדבותי, הכולל הערכה לפני ואחרי טיפול, כחלק ממאמצינו להעריך את השירותים המוצעים ב-WMHC. המשתתפות לקחו חלק בתהליך ההסכמה יחד עם מנהלת ה-WMHC, בהתאם לדרישות מועצת הביקורת הפנימית (IRB) של ה-VA. 15 מן המשתתפות החליטו להירשם למחקר וחתמו על טפסי הסכמה מדעת שאושרו על-ידי ה-IRB, וכן ענו על שאלוני קדם-טיפול במפגש הראשון של הקבוצה. הן ענו על אותו שאלון גם בסוף הטיפול. המחקר היה תחת פיקוח של ה-IRB המקומי ולא דווח על אירועים שליליים. אישה אחת שגויסה, אך שהחליטה שלא לחתום על טופס ההסכמה מדעת, השתתפה בטיפול ה-iRest אך לא לקחה חלק במחקר.

המשתתפות נפגשו כקבוצה למשך 90 דקות, פעמיים בשבוע, למשך 10 שבועות, למעט בשבוע שבו חלה חופשת חג, כאשר בסך-הכל התקיימו 19 מפגשים. המפגשים, בהובלתה של מורה מיומנת ליוגה נידרה iRest ברמה II, התחילו כאשר המשתתפות ישבו על כיסאות במעגל וניתנה להן הזדמנות לחלוק את החוויה שלהן מתרגול iRest ממהלך השבוע, או להשמיע שאלות או הערות לקבוצה (10 דקות). לאחר מכן, ניתן הסבר על אחד המרכיבים של פרוטוקול iRest, כמו משאב פנימי או כוונה (15 דקות). בשלב הבא, המשתתפות הכינו את מקומן להירגעות על-ידי הנחת מזרונים, כריות, ושמיכות על הרצפה לנוחיותן; חלקן נחו בתוך הכיסאות (5 דקות). לאחר מכן, המורה ל-iRest הקריאה למשתתפות תסריט iRest שאורכו 45-40 דקות. התסריטים נכתבו על-ידי ריצ'רד מילר (Richard Miller, Phd), היוצר של iRest (המכון לשיקום אינטגרטיבי, 2012; התסריטים נגישים לאלו שמסלימים את שלב 1 בהכשרת iRest או למטרות מחקר). לאחר כל תרגול iRest, המשתתפות יכלו לשתף מעט מן החוויה שלהן במתכונת של דיון עם המורה ל-iRest או עם מנהלת המרפאה. לאחר מכן, המשתתפות החזירו למקום את חפצי הנוחות שלהם (15 דקות). המנהלת היתה זמינה בכל עת במהלך תרגילי ה-iRest למקרה שמשתתפת רצתה להמשיך בעיבוד רגשותיה.

הציונים של לפני ואחרי הטיפול נותחו באמצעות מבחני t תלויים דו-צדדיים ו-Cohen's d חושבה כדי לקבוע את גודל האפקט, כאשר ציונים מעל 0.80. נחשבים "גדולים" וציונים שבטווח של 0.50-0.80. נחשבים "בינוניים" (Cohen, 1988).

תוצאות

הבדלים לפני ואחרי הטיפול

דירוגי המשתתפות של PTSD ושל סימפטומים לפני ואחרי הטיפול נבחנו. שלושה מדדים [PCL] (שאלון הפרעת דחק פוסט-טראומטית), האשמה עצמית, ודיכאון] הניבו הפחתה מובהקת בסימפטומים עם אפקטים מתונים בגודלם (PCL, $d = 0.66$, $t(9) = 3.17$, $p < 0.01$; האשמה עצמית, $d = 0.52$, $t(9) = 2.96$, $p < 0.05$; דיכאון, $d = 0.64$, $t(9) = 2.33$, $p < 0.05$). ממוצעי ציוני ה-PCL ירדו מ-56.5 ל-47.2, הפחתה של 16%, מציון שמעל- לציון שמתחת ל-50, ציון הסף האופייני לקביעת אבחנה של PTSD. מדדי ממוצעים של חשיבה חשיבה שלילית פוסט-טראומטית, במיוחד האשמה עצמית, ירדו באופן מובהק מ-24.6 ל-20.5, הפחתה של 17%. באופן דומה, הממוצע של מדד המשנה של דיכאון ירד באופן מובהק מ-17.4 ל-13.1, הפחתה של 25%. כל שאר המדדים/תתי-המדדים נעו בכיוון המשוער (ראה טבלה 3 למבחני t , ממוצעים, סטיות תקן, וגדלי אפקט עבור כל המדדים).

Cohen's d	t (9)	אחרי M (SD)	לפני M (SD)	מדדים
.66	3.17**	47.2 (13.4)	56.5 (14.7)	שאלון הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PCL) PCL כללי
.57	2.03	120.1 (50.9)	149.2 (50.9)	שאלון קוגניציות פוסט-טראומטיות (PTCI) קוגניציות שליליות- כללי
.58	1.88	63.1 (40.2)	85.7 (37.3)	קוגניציות שליליות לגבי העצמי
.32	1.39	36.5 (7.0)	38.9 (8.0)	קוגניציות שליליות לגבי העולם
.52	2.96*	20.5 (7.8)	24.6 (8.1)	האשמה עצמית
.46	2.10	41.7 (16.7)	50.2 (20.3)	שאלון סימפטומים פסיכיאטריים מקוצר (18-BSI) סימפטומים- כללי
.32	1.10	15.3 (6.3)	17.6 (8.1)	חרדה
.64	2.33*	13.1 (6.7)	17.4 (6.7)	דיכאון
.32	1.81	13.3 (5.6)	15.2 (6.2)	סומטיזציה
שימו לב: $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * מבחני t-ה הם תלויים דו-צדדיים.				

שיעור נשירה/התשה

5 מתוך 15 המשתתפות (33%) נשרו עד המפגש ה-9 מתוך 19 המפגשים בשל סיבות הקשורות להתניידות. לדוגמה, שתי משתתפות נסעו יחד נסיעה של 170 מייל לשני כיוונים כדי להגיע למפגשים, והחליטו שזה יותר מדי עבורן. משתתפת אחרת דיווחה כי לא יכלה להתארגן על הסעה למפגשים. אף אחת מאלו שנשרו לא הביעה אי-שביעות רצון מהטיפול. שתי משתתפות תכננו מראש להשתתף רק פעם בשבוע בגלל לוחות הזמנים של מקומות העבודה שלהן. לא נראו הבדלים במדדים של לפני הטיפול בין אלו שנשרו לבין אלו שהשלימו את הפרוטוקול (BSI: $t(14) = 0.32, p = 0.78$; PCL: $t(14) = 0.98, p = 0.91$).

עמידה ב-iRest

נראה כי iRest הייתה נסבלת היטב (well-tolerated) עבור אלו שבמדגם (כלומר, היא לא הניבה תגובות שליליות). אף אחת מהמשתתפות לא ביקשה מפגשים פרטניים עם המנהלת, על-אף שהיה להן קשר טיפולי חיובי עימה. כמה מהן הגיעו למשרדה כדי לומר לה שהן מפיקות תועלת מן התוכנית. שמונה משתתפות בחרו להמשיך בקורס מתמשך (ללא הערכה נוספת) לאחר סיום המחקר. כל עשר המשתתפות שהשלימו את המחקר העידו כי הזמן שהשקיעו היה שווה את התועלת שהן קיבלו. שש מתוך העשר התנגדו בנחרצות להפחית את תדירות התרגולים לפעם בשבוע. ארבע המשתתפות האחרות חשבו שתרגול של פעם בשבוע הוא מתקבל על הדעת עבור מתאמנים "בינוניים", אך לא עבור מתחילים.

משוב איכותני

דיווחים מילוליים בלתי-רשמיים שהגיעו לאוזנייה של המנחה משיחות של לפני ואחרי המפגשים תמכו בראיות האמפיריות. הדיווחים השכיחים ביותר היו של חוויות של תחושת רווחה מוגברת ושמחה; יכולת

להיות עם מחשבות חודרניות, רגשות וזיכרונות; שיפור באיכות השינה; שיפור בקלות הנשימה; שיפור היכולת להרגע; הפחתה כוללת במתח הגופני; ושיפור היכולת לנהל גורמי לחץ/מתח בחיים. תגובות רגשיות ספציפיות לתהליך שניתנות לצפייה מאורגנות על-פי מרכיבים ומדווחות בטבלה 1.

דיון

באופן כללי, תוצאות מחקר קטן זה, של לפני-אחרי טיפול, היו חיוביות להפליא. מספר סימפטומים השתפרו באופן מובהק, עם גדלי אפקט מתונים עבור PTSD, דיכאון והאשמה עצמית. כל המדדים האחרים נטו לכיוון של שיפור.

תוצאות ראשוניות מבטיחות אלו הינן עקביות עם מחקרי פיילוט העוסקים בהשפעה של iRest ומחקרים העוסקים במדיטציה באופן כללי, עם הפחתות דומות במדד ה-PCL בקרב חיילים משוחררים (Kearney et al., 2012; Niles et al., 2012). לדוגמה, במחקרם של קירני ושות' (2012), הממוצע ההתחלתי ב-PCL היה 52.4, שירד ל-43.4, הפחתה של 17.2%. במחקרם של ניילס ושות' (2012), ציוני ה-PCL ירדו באופן מובהק מ-52.31 ל-41.92, הפחתה של 19.8%. תוצאות אלה דומות לממצאנו שהראו ירידה של 16% בממוצע ציוני ה-PCL.

לא דווח על תופעות לוואי שליליות מתרגולי ה-iRest, ונראה כי הם התקבלו היטב. נראה גם כי iRest יעיל גם בהתמודדות עם מערך של סימפטומים. כל הנשים במדגם זה סיימו בעבר קורס בפיסיכותרפיה, כולל טיפולים תמיכתיים, קוגניטיביים ו-CPT. נראה כי iRest ענתה על צרכיהן בדרך אחרת והביאה להפחתה נוספת בסימפטומים שלהן. המיומנויות הנלמדות ב-iRest עשויות לספק לחיילות המשוחררות צורת טיפול חלופית שיכולה לתת מענה להיבטים ייחודיים של הטראומה ושל חוויית הריפוי שלהן.

מגבלות המחקר

למחקר הפיילוט שלנו היו מספר מגבלות, כולל גודל המדגם הקטן. למרבה הצער, חמש משתתפות נשרו מהמחקר עקב בעיות התניידות. המספר המועט של המשתתפות המסיימות הקטין מאוד את העוצמה הסטטיסטית של המחקר, כך שההפרשים היו צריכים להיות מאוד משמעותיים בכדי להשיג מובהקות סטטיסטית. בכל מקרה, אין להכליל את התוצאות מעבר למדגם הנוכחי של נשים עם היסטוריה של טראומה מינית.

מגבלה נוספת של מחקר זה היא היעדר קבוצת ביקורת, שהייתה מאפשרת להתחשב במשתנים כמו זמן, תשומת לב, דינמיקה קבוצתית והרפיה. ייתכן כי גורמים אלה השפיעו על התוצאות, אך לא ניתן לקבוע מה היה משקלם.

האדם שמסר את הפרוטוקול היה גם מי שאסף את הדיווחים המילוליים הבלתי-רשמיים ואת נתוני התוצאות הסופיות, כך שיתכן כי המשתתפות רצו לרצות את אותו אדם ואולי הן השתפכו יתר על המידה עם הערות חיוביות. יחד עם זאת, משתתפות גם יצאו מגדרן כדי להביע את התלהבותן בפני מנהלת המרפאה, כמו גם בפני חיילות משוחררות אחרות. על-אף מגבלות אפשריות אלו, התוצאות הכלליות מציעות כי המשתתפות הפיקו תועלת מן התכנית.

המלצות

המלצות ספציפיות לניסוי עתידי מבוקר עם הקצאה אקראית כוללות (1) שימוש בגודל מדגם גדול יותר עם עוצמה הולמת; (2) שילוב קבוצת ביקורת עם הקצאה אקראית; (3) שימוש בהערכות נוספות בכדי לתפוס את ההשפעות על כאב גופני, מיינדפולנס ורגשות חיוביים; (4) שינוי תסריט ה-iRest הגנרי לכוה שיפנה באופן ספציפי לקבוצת הסימפטומים האופייניים לנפגעי/ות טראומה; ו (5) הפחתת שיעורי הנשירה על ידי ראיון מועמדות באופן יסודי יותר לגבי דרישות הנסיעות והזמן, ויכולתן להשתתף בתדירות שהטיפול מצריך. בהתחשב בתוצאות המעודדות במחקר פיילוט זה ותוצאות דומות במחקרים אחרים, יש צורך במחקר נוסף שיבחן iRest עבור נשים שסבלו מטראומה מינית.

מסקנות

ממצאי מחקר זה מציעים כי iRest הוא טיפול אינטגרטיבי מבטיח לטיפול בנשים עם טראומה מינית במסגרת של VA. תוצאות של לפני-אחרי טיפול הראו הפחתה מובהקת בסימפטומים, עם גדלי אפקט מתונים עבור PTSD, דיכאון והאשמה עצמית, וכאשר כל המדדים נטו לכיוון חיובי. התוצאות מרשימות במיוחד לאור המספר המצומצם של המשתתפות במחקר זה. דיווחים מילוליים תמכו ביתרונות הנתפסים של iRest, כולל שיפור היכולת להירגע; שיפור במצב הרוח; שיפור ביכולת להיות במודעות לרגע הנוכחי; שיפור המודעות והסיבולת למחשבות, רגשות ותחושות שליליות; ושיפור היכולת לייצר ולתעל מחשבות ורגשות נעימים. הממצאים גם מציעים כי הטיפול של iRest היה נסבל (well-tolerated) ובטוח באופן שבו הוא יושם במסגרת VA. תוצאות אלה תומכות בממצאי מחקרים קודמים ותורמות לספרות המחקרית המתרחבת שתומכת ב-iRest כאפשרות טיפולית מעשית. יש צורך במחקר נוסף בנושא iRest.

ביבליוגרפיה

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Asner-Self, K. K., Schriber, J. B., & Marotta, S. A. (2006). A cross-cultural analysis of the Brief Symptom Inventory-18. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12, 367-375.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Benson, H. (2001). *The relaxation response*. Publisher: Author.
- Birdsall, B., Pritchard, M., Elison-Bowers, P., & Spann, J. (2011). *Does integrative restoration (iRest) meditation decrease perceived stress levels and negative moods in school counselors*. Retrieved from http://www.counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Article_84
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Journal of Behavior Research and Therapy*, 34(8), 669-673.

- Borchardt, A. R., Patterson, S. M. & Seng, E. K. (2012). *The effect of meditation on cortisol: A comparison of meditation techniques to a control group*. Poster presentation at the 33rd Annual Meeting and Scientific Sessions of the Society of Behavioral Medicine, New Orleans, LA.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Western, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-27.
- Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., & Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 139-155, 333-335). NY, NY: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Creamer, M., Burgess, P. M., & McFarlane, A. C. (2001). Posttraumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247.
- Derogatis, L. R. (2000a). *The Brief Symptom Inventory*. Bloomington, MN: Pearson.
- Derogatis, L. R. (2000b). *Brief Symptom Inventory (BSI) 18 administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Eastman-Mueller, H., Wilson, T., Jung, A. K., Kimura, A., & Tarrant, J. (2013). iRest yoga-nidra on the college campus: Changes in stress, depression, worry, and mindfulness. *International Journal of Yoga Therapy*, 23(2), 15-24
- Foa, E., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675-690.
- Foa, E. B., Tolin, D., Ehlers, A., Clark, D., & Orsillo, S. (1999). The posttraumatic cognitions inventory: Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- Goldzweig, C. L., Balekian, T. M., Rolon, C., Yano, E. M., & Shekelle, P. G. (2006). The state of female veterans' health research. *Results of a Systematic Literature Review*, 21(3), 82-92.
- Integrative Restoration Institute (2011). *Level I Training*. San Rafael, CA: Author.
- Integrative Restoration Institute (2012). *8-week iRest® Yoga Nidra Course*. San Rafael, CA:
- Katz, L. S., Cojucar, G., Beheshti, S., Nakamura, E., & Murray, M. (2012). Military sexual trauma during deployment to Iraq and Afghanistan: Prevalence, readjustment, and gender differences. *Violence and Victims*, 27(4), 487-499. Author.
- Kelly, U. A., Skelton, K., Patel, M., & Bradley, B. (2011). More military sexual trauma: Interpersonal violence, PTSD, and mental health in female veterans. *Research in Nursing & Health*, 34, 457-467.

- Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of Clinical Psychology, 68*(1), 101-116. doi: 10.1002/jclp.20853
- Kearney, D. J., Malte, C. A., McManus, C., Martinez, M. E., Felleman, B., & Simpson, T. L. (2013). Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 426-434. doi: 10.1002/jts.21832
- Kimmerling, R., Street, A., Pavao, J., Smith, M., Conkite, C., Holmes, T., & Frayne, S. M. (2010). Military related sexual trauma among Veterans Health Administration patients returning from Afghanistan and Iraq. *American Journal of Public Health, 100*(8), 1409-1412.
- Kligler, B., Maizes, V., Schachter, S., Park, C., Gaudet, T., Benn, R., Lee, R., & Remen, R. N. (2004). Core competencies in integrative medicine for medical school curricula: A proposal. *Journal of the Association of American Medical Colleges, 79*(6), 521-531
- Koss, M. P. & Heslet, L. (1992). Somatic consequences of violence against women. *Archives of Family Medicine, 1*(1), 53-59.
- Koss, M. P., Koss, P. G., & Woodruff, W. J. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine, 151*, 342-347.
- Langmuir, J. I., Kirsch, S. G., & Classen, C. C. (2012). A pilot study of body-oriented group psychotherapy: Adapting Sensorimotor Psychotherapy for group treatment of trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 4*(2), 214-220. doi: 10.1037/a0025588
- Lee, M. Y., Zaharlick, A., & Akers, D. (2009). Meditation and treatment of female trauma survivors. In M. Y. Lee, S. Ng, P. P. Y. Leung, C. L. W. Chan (Eds.), *Integrative body-mind-spirit social work: An empirically based approach to assessment and treatment* (pp. 275-289). NY, NY: Oxford University Press.
- Lee, M. Y., Zaharlick, A., & Akers, D. (2011). Meditation and treatment of female trauma survivors of interpersonal abuses: Utilizing clients' strengths. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 41-49*.
- Leitch, M. L., Vanslyke, J., & Allen, M. (2009). Somatic experiencing treatment with social service workers following hurricanes Katrina and Rita. *Social Work 54*(1), 9-18.
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkley, CA: North Atlantic Books.
- Libby, D. J., Pilver, C. E., & Desai, R. A. (2012). Complementary and alternative medicine in VA specialized PTSD treatment programs. *Psychiatric Services, 63*(11), 1134-1136
- Libby, D. J., Reddy, F., Pilver, C. E., & Desai, R. A. (2012). The use of yoga in specialized VA PTSD treatment programs. *International Journal of Yoga Therapy, 22*, 79-87.

- Mechanic, M. B. & Resick, P. A. (1993, October). *The Personal Beliefs and Reactions Scale: Assessing rape-related cognitive schemata*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Meichenbaum, D. (2007). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. In Lehrer, P., Woolfolk, R., & Sime, W. (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management* (pp. 497-518). NY, NY: Guilford Press.
- Miller, R. (2005). *Yoga nidra: the meditative heart of yoga*. Boulder, CO.: Sounds True, Inc.
- Niles, B. L., Klunk-Gillis, J., Ryngala, D. J., Silberbogen, A. K., Paysnick, A., & Wolf, E. J. (2012). Comparing mindfulness and psychoeducation treatments for combat-related PTSD using a telehealth approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(5), 538-347.
- Ogden, P. and Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.
- Ogden, P, Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. NY, NY: W.W. Norton & Company, Inc.
- Pritchard, M., Elison-Bowers, P., & Birdsall, B. (2010). Impact of Integrative Restoration (iRest) meditation on perceived stress levels in multiple sclerosis and cancer outpatients. *Stress and Health*, 26(3), 233-237.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(5), 748-756.
- Skinner, T. C., John, M., & Hampson, S. E. (2000). Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: A longitudinal study of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 257-268.
- Stankovic, L. (2011). Transforming trauma: A qualitative feasibility study of Integrative Restoration (iRest) yoga nidra on combat-related post-traumatic stress disorder. *International Journal of Yoga Therapy*, 21, 23-37.
- Strauss, J. L. & Lang, A. J. (2012). Complementary and alternative treatments for PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 23(2), 1-7.
- Stetter, F. & Kupper, S. (2002). Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(1), 45-98.
- Suris, A. & Lind, L. (2008). Military sexual trauma: A review of prevalence and associated health consequences in veterans. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9, 250-269.
- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory & the evolving psychobiology of post-traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.

van der Kolk, B. A. (2011). Introduction. In D. Emerson & E. Hopper, *Overcoming trauma through yoga: Reclaiming your body* (pp. xvii to xxiv). Berkley, CA: North Atlantic Books.

van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389-399.

van der Kolk, B., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak M., & Spinazzola, J. (2014) *Yoga in the treatment of chronic PTSD*. (in press).

Department of Veteran's Affairs (2011). Complementary and alternative medicine in VA. *VA Research Currents*. Retrieved from <http://www.research.va.gov/currents/may-june11>

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. *Paper presented at the 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*. San Antonio, TX.