

הערכת התערבויות תשאול: סקירת הספרות המחקרית

יעל שובל-צוקרמן, אופיר לוי, רחל דקל וזהבה סולומון

בשנים האחרונות נעשה מאמץ לפתח התערבות ממוקדת כדי להקטין את הסיכון לפתח מצוקות ארוכות-טווח לאחר השיפה לאירוע טראומטי. אחת השיטות שפותחה היא CISM (Critical Incident Stress Debriefing), המוכרת כ"תשאול פסיכולוגי". בספרות מתנהל ויכוח מקצועי על מועילות השיטה, ותרוממה למגוון של התערבויות העצים את הבלבול ואת הביקורת כלפיה. במאמר זה מתוארים מאפייני ההתערבויות שעל בסיסן הוערכה מועילותה, כפי שהם משתקפים מהמחקרים שנסקרו בו. מהסקירה ניתן ללמוד כי יש הבדלים רבים בין ההתערבויות והמחקרים, ולכן קשה לערוך השוואה שיטתית באשר למועילות השיטה. במרבית המחקרים שבהם נעשה שימוש בשיטה, בעיקר בארגונים צבאיים או בארגוני הצלה אזרחיים, היא נמצאה מפחיתה מצוקה נפשית, משפרת את מורל המשתתפים ומחזקת את הלכידות הקבוצתית. לעומת זאת במחקרים אחרים יש עדויות על העדר שיפור בעוצמת התסמינים ואף על החמרה. יחד עם זאת, בהעדר כלי מובנה, שיטתי ופשוט להתערבות בשלב האקוטי שלאחר השיפה לאירוע טראומטי, וכיוון שהשיטה נמצאה מתאימה לארגונים ולגופים דוגמת צבא, משטרה ושירותי הצלה, נראה כי יש צורך בהמשך מחקר שיטתי כדי לזהות את המרכיבים המועילים הטמונים בבסיס ההתערבות.

מילות מפתח: התערבות ראשונית, דיבוב/תשאול, סקירת ספרות, צבא, טיפול בטראומה

מאז מלחמת העולם הראשונה, עת סלמון (Salmon, 1919) גיבש את עקרונות הקמ"ץ (קרבה, מיידיות וציפייה) לטיפול בנפגעי טראומה אקוטיים, מקובל כי לנחשפים לאירוע טראומטי יש לתת מענה מידי ויעיל כדי למנוע משקעים נפשיים כרוניים. על בסיס הנחה זו גובשו – בעיקר במהלך מלחמת העולם השנייה ולאחריה – שיטות התערבות וטיפול לשלב המידי שלאחר החשיפה לטראומה ברמה הפרטנית והקבוצתית. גישות אלו מעוגנות בהבנה הקלינית כי יש לראות בשלב האקוטי חלון הזדמנויות חשוב להתערבות, וזאת לאור התפיסה כי הפגיעה הפוסט-טראומטית משתרעת על פני מספר שלבים, הנעים מתגובה קלה יחסית ועד להתגבשות הפרעה כרונית קשה ומגבילה שהטיפול בה מורכב. השיטה, המבוססת על עקרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, מבחינה בין השלב המידי, שבו אדם וקבוצות מגיבים

בתסמינים של תגובת דחק חריפה (Acute Stress Reaction) (איגוד הפסיכיאטריה בישראל ומשרד הבריאות, 1995) והפרעת דחק חריפה (Acute Stress Disorder), ובין שלבים מאוחרים יותר, קרי, השלב הכרוני של התסמונת של התסמונת (American Psychiatric Association, 2000).

בשלב הראשוני נדרשת התערבות טיפולית מהירה כדי להקל על הסבל המידי של הנחשפים ועל מנת למנוע התפתחות תסמינים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית, הנחשבת מחלה קשה לריפוי (שלו, 1994). על רקע זה הציע מיטשל (Mitchell, 1983) את הפרוטוקול CIST (Critical Incident Stress Debriefing), המוכר כשיטת תשאול פסיכולוגי (psychological debriefing). שיטה זו פותחה עבור קבוצות של כוחות הצלה, ובהמשך יושמה בשינויים שונים כשיטה פרטנית או קבוצתית לשורדים שאינם נמנים עם כוחות הצלה.

למרות הצורך בהתערבות טיפולית מהירה בשלב האקוטי התפתח לאורך השנים ויכוח מקצועי על מועילותה. מצד אחד היא זכתה בעשורים האחרונים להערכה רבה, והופעלה במדינות רבות ובשלל ארגונים; ומצד שני קמו לה מתנגדים, שטענו כי היא גורמת יותר נזק מתועלת. מאמר זה סוקר את הספרות הרלוונטית ומציג את עמדתנו. המחקר הנוכחי בחן באופן שיטתי מחקרים שהעריכו את מידת מועילותה של שיטת התשאול. סקירה זו ממחישה את הוויכוח על מועילות התשאול, את הבעיות המתודולגיות המאפיינות את העיסוק המחקרי בה ואת הגורמים המרפאים הטמונים בה. מתוארת שיטת התשאול על שלביה, התפתחותה ועקרונותיה, וכן מאפייני ההתערבות שעל בסיסם נערכו מחקרי ההערכה השונים. בהמשך מוצגים המחקרים והוויכוח שעוררו. לסיום נדונה מועילות השיטה.

התפתחות שיטת התשאול, עקרונותיה ושלביה

להערכתנו, גם אם אין לכך הכרה רשמית בספרות המקצועית, מקורה של שיטת התשאול בעבודתו של תומאס סלמון (Thomas W. Salmon, 1876–1927). סלמון היה הפסיכיאטר הראשי של כוחות היבשה האמריקניים שנשלחו לאירופה במלחמת העולם הראשונה. על סמך ניסיונות הטיפול של צבאות אירופה בנפגעי תגובות קרב, הוא גיבש את מה שמוכר היום כ"טיפול קדמי". טיפול זה מברס על שלושה עקרונות: קרבה, מיידיות וציפייה (קמ"ץ), ולפיהם יש לטפל בנחשפים קרוב למקום החשיפה לאירוע (קרי בשדה הקרב), באופן מידי ותוך כדי מסר של ציפייה (כלומר מסר שתגובתם גורמלית ושיש ביכולתם להתאושש ולחזור לתפקוד) (שקלאר, 2003; Solomon & Benbenishty, 1986; Hobfoll et al., 2007). עקרונות

המידיות והציפייה (לעומת הקרבה, שחשיבותה ירדה מעט), הם עקרונות שרירים וקיימים בהתערבויות בטווח הקצר (שקלאר, 2003; Solomon, Benbenishty, Neria, ; 2003). דוקטרינה זו נשארה מקובלת בצבאות המערב, ובכלל זה בצה"ל.

מקור נוסף להתפתחות התשאל הפסיכולוגי הוא התשאל הקבוצתי ההיסטורי (Historical group debriefing), שפיתח מרשל (2007). כמו סלמון, גרס מרשל כי ההתערבות צריכה להתבסס על מידיות וציפייה. נושא המידיות והציפייה בולטים גם בפרוטוקול שגיבש מיטשל (Mitchell, 1983) בשם Critical Incident Stress Debriefing (C.I.S.D.). שיטת תשאל זו נחשבת לשיטת ההתערבות הנפוצה ביותר עם קבוצות, והיא מיושמת סמוך לזמן החשיפה לאירוע טראומטי. היא יועדה לאנשי כוחות הצלה ששרדו את האירוע. שני התוקרים והקלינאים המזוהים עם השיטה הנם רפאל (Raphael, 1977) ומיטשל (Mitchell, 1983).

מיטשל פיתח את הפרוטוקול CISD בן ששת השלבים על בסיס התפיסה שבאמצעותם תתאפשר הבנת אופי האירוע ועוצמתו, ונטילציה רגשית ברמת הפרט והקבוצה, שיתוף אחרים, הקלת התסמינים ושיפור בתפקוד. כמו כן, הוא שם דגש על פשטות ובהירות של כל שלב, מתוך כוונה שבפרוטוקול יוכלו להשתמש מנחים שאינם אנשי מקצוע. יישום השלבים אמור להימשך 3-5 שעות.

א) השלב המקדים (introductory phase): המנחים מציגים את שלבי ההתערבות ואת כלליה, מדגישים את הצורך להקפיד על סודיות ומנסים ליצור אמון בקבוצה.

ב) שלב העובדות (the fact phase): המנחים מבקשים מהמשתתפים בתשאל לציין מספר עובדות על לעצמם (דרגתם, תפקידם), על האירוע ועל פעולותיהם באירוע הקריטי.

ג) שלב הרגשות (the feeling phase): המנחים שואלים שאלות המכוונות לפן הרגשי, כמו: "איך הרגשת כשזה קרה?" "איך אתה מרגיש עכשיו?" ועוד. שאלות אלו נועדו, על פי מיטשל, לעודד את המשתתפים לדבר על פחדים, חרדות, רגשות אשם, כעס ועוד.

ד) שלב התסמינים (the symptom phase): המשתתפים מתארים תסמינים שממשיכים להתקיים לצד התפקוד במישורי החיים השונים, בעקבות שאלות כמו: "האם חייך השתנו? ובאיזו צורה השתנו לאחר האירוע?"

ה) שלב ההוראה (the teaching phase): זה השלב הפסיכד-חינוכי. המשתתפים לומדים על מאפייני התגובות השכיחות. המנחים מדגישים שתגובת המשתתפים לאירוע שחוו היא נורמלית ונותנים לה לגיטימציה.

ו) שלב הכניסה מחדש (the re-entry phase) המנחים מאפשרים למשתתפים לשאול שאלות ולהציג תוכניות לעתיד הקרוב.

וד הפסיכיאטריה
Acute Stress
American Psych

ל הסבל המידי של
פוסט-טראומטית
זה הציע מיטשל
(Critical Incident
זה זו פותחה עבור
שיטה פרטנית או

תח לאורך השנים
ונים להערכה רבה,
רים, שטענו כי היא
ומציג את עמדתנו.
ועילותה של שיטת
שאל, את הבעיות
המרפאים הטמונים
ותיה, וכן מאפייני
מוציגים המחקרים

מקורה של שיטת
Thoma). סלמון היה
לאירופה במלחמת
בנפגעי תגובות קרב,
מבוסס על שלושה
פל בנחשפים קרוב
כדי מסר של ציפייה
ש ולחזור לתפקוד
(Hobfoll e). עקרונות

שיטת התשאול הפסיכולוגי מבוססת על כמה עקרונות:

- (1) התערבות מהירה: הזמן האידיאלי הוא 24-48 שעות לאחר האירוע. ככל שעובר יותר זמן בין התרחשות האירוע לבין הפעלת CISD, פוחתת יעילות ההתערבות. על פי מיטשל, אחרי שישה שבועות יעילות ההתערבות פוחתת באופן משמעותי, והאדם פגיע במידה ניכרת להשלכות הרגשיות של האירוע.
- (2) ההתערבות מיועדת גם לפרטים וגם לקבוצות בסיכון, ומבוצעת באמצעות מנחים (facilitators), שהוכשרו לעזור למשתתפים לדבר על רגשותיהם ועל תגובותיהם לאירוע.
- (3) כמה שבועות או חודשים לאחר האירוע יש לערוך מעקב אחר כל הקבוצה או חלק ממנה, או באופן פרטני.

שיטת התשאול הפסיכולוגי יושמה בקרב מגוון גדול של אוכלוסיות, כמו צוותי חירום והצלה, קורבנות תאונות, חטופים ולוחמים קרביים (נריה, סולומון וויצטום, Lewis, 2003; Malcolm, Seaton, Perera, Sheehan, & Van Hasselt, 2005; ; 1999; Roberts & Everly, 2006). במרוצת השנים היא עברה סדרה של פיתוחים ופרשנויות וזכתה לגרסאות שונות, לכינויים חדשים ולתוספת של הוראות (לוי, 2007; Knobler, Nachshoni, Jaffe, Peretz, & Ben Yehuda, 2007). דירגורב (Dyregrov, 1989) פיתח שיטת תשאול פסיכולוגי לקבוצות, המבוססת על שיטתו של מיטשל. הוא שם דגש על המידע החושי שהתקבל באירוע, על התגובות האינדיווידואליות ועל הצורך בנורמליזציה. גם הוא הציג שיטה בת שבעה שלבים (Bisson, McFarlane, Rose, Ruzek, & Watson, 2009). כיום ניתן למצוא צורות תשאול שונות ובהן התערבויות קבוצתיות, אינדיווידואליות או זוגיות, המיושמות בטווחי זמן שונים ובמספר פגישות משתנה (Van Emmerick, Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamp, 2002; Wessely, & Deahl, 2003).

אמנם הרציונל של שיטת התשאול ברור, ויש עדויות מחקריות וקליניות על יעילותה, אך נמצאו גם עדויות המעוררות ספק לגבי זאת, והתעוררה מחלוקת בקרב החוקרים (Bisson, 2003; Friedman, Ritchie, & Watson, 2006).

המחלוקת סביב יעילות התשאול

הוויכוח בין המתנגדים להתערבות התשאול ובין תומכיה מתנהל על כמה סוגיות ומרכיבים.

1. מידת הצורך לדבר על האירוע הטראומטי: תומכי השיטה טוענים שיש לדבר על הטראומה במקום להרחיקה. המתנגדים טוענים כי שיחה ועיסוק יזום וממוקד בתכנים טראומטיים בסמוך לאירוע מקשים ומשבשים תהליכים טבעיים העשויים להוביל להחלמה (Bisson & Deahl, 1994; Deahl, Gillham, Thomas, Searle, & ;

Srinivasan, 1994; Raphael, Meldrum, & McFarlane, 1995). המתנגדים מציינים כי רק לאחר שבועות אחדים ניתן לבדוק עד כמה תהליכי ההחלמה היו יעילים, ולכן אין מקום לקיום שיחה בטווח הזמן שעליו הומלץ בפרוטוקול CISD (Friedman et al., 2006). המתנגדים מוסיפים כי השימוש במרכיב פסיכרו-חינוכי במהלך ההתערבות יוצר מודעות שלילית, קרי, מעלה למודעות תסמינים פוסט-טראומטיים שבאופן טבעי לא היו מתייחסים אליהם (Deahl, Srinivasan, Jones, Thomas, Neblett, & Jolly, 2001; Friedman, 2005; Mitchell, Sakraida, & Kameg, 2003; Sijbrandij, Olf, & Reitsma, Carlier, & Gersons, 2006).

2. משך המפגש: בפרוטוקול המקורי (CISD) מדובר כאמור במפגש אחד. גם תומכי התשאל מציעים למתן את הציפיות מתוצאות של התערבויות בודדות. לדעתם, אין ספק שמפגש בודד אינו מחולל ניסים, אך הוא יכול לתרום תרומה מהותית בדבר הדרכים האפשריות לשיחה על הנושא. יש בו מענה למצוקות הראשוניות של הנחשפים לאירוע לרבות תמיכה חברתית; והוא מעורר את הציפייה לחזור לתפקוד (ארצמן, 2004; Stallard & Salter, 2003; Fitzgerald et al., 1993; Bisson, 2003). המתנגדים טענו כי מפגש בודד עם נפגעי הטראומה יכול לעורר רגישות יתר לאימה שבחוויה, יותר משהוא יכול לתמוך בנפגעים (Raphael et al., 1995).

3. תרומתה של הקבוצה: ידוע שאירוע טראומטי עלול להוביל להצטמצמות חברתית, ולכן לפגיעה בולטת במערכות יחסים בין-אישיות (Green, Wilson & Lindy, 1985). כיוון שהפרוטוקול CISD מבוסס על שיחה בקבוצה, הוא נותן מענה ישיר לפוטנציאל הפגיעה במישור החברתי. בנוסף, פרסון (Parson, 1984) טען שהקבוצה מאפשרת, כבר בשלב הראשוני, התחברות טבעית בין קבוצת שווים, היוצרת שייכות החשובה להתמודדות עם תוצאות החשיפה לטראומה (נוי, 1991). מנגד יש המציינים, שהמפגש הקבוצתי חושף את הנפגעים למידע רב וקשה שלא היו נחשפים אליו אלמלא היו משתתפים בהתערבות קבוצתית מעין זו. יתרה מזאת, מיטשל לא הבחין בין קבוצות הומוגניות להטרוגניות. יש לציין כי בקבוצות הטרוגניות יכולה להתעורר בעיה בסיסית אם חברי הקבוצה אינם מכירים זה את זה היכרות מוקדמת. ההיכרות המוקדמת אמורה להיות בסיס ליצירת תמיכה, שהיא קריטית להצלחה (Wessely & Deahl, 2003). לעומת זאת, המצודים בהתערבות בקבוצה מציינים שעצם ההתערבות באמצעות הקבוצה שוברת את התבנית של "מטפל-מטופל", מונעת תיוג של חולי ומקדמת שיחה התורמת לבריאות ולחוסן.

התשאל בראי המחקר

מגוון המחקרים שנערכו על תשאל פסיכולוגי הוא רחב, ועל כך ניתן ללמוד מלוח 1 (ראו עמ' 192), ובו מתוארים 44 מחקרים. בלוח נעשתה הפרדה בין מחקרים שבחנו אוכלוסיות אזרחיות ואוכלוסיות צבאיות. המחקרים מוצגים לפי סוג

אירוע. ככל שעובר עילות ההתערבות. באופן משמעותי,

באמצעות מנחים זם ועל תגובותיהם

ל: הקבוצה או חלק

לוסיות, כמו צוותי, סולומון וויצטום, Lewis, 2003; Mal פיתוחים ופרשנויות, Knobler, 2007; י (Dyregrov, 1989) ל מיטשל. הוא שם יואליות ועל הצורך Bisson, McFarlan ת' ובהן התערבויות ים ובמספר פגישות Van Emmerick, K

קריות וקליניות על ירה מחלוקת בקרב .(

הל על כמה סוגיות

טוענים שיש לדבר 'עיסוק יזום וממוקד' טבעיים העשויים Bisson & Deahl, 1

ההתערבות, סוג האירוע, אוכלוסיית היעד להתערבות, גודל המדגם, ועוד. הדיון בממצאים נערך על פי שורה של מאפיינים הנראים לנו חשובים להבנת הוויכוח על השיטה ועל סדרת הפיתוחים הטכניים שעברה. מאפייני המחקרים מוצגים תוך השוואה לפרוטוקול CISD.

סקירת מאפייני ההתערבות

פרוטוקול ההתערבות: בסקירה נמצא כי ההתערבויות כוללות מגוון פרוטוקולים, כגון פרוטוקולים שכתבו מבצעי ההתערבות (Bordow & Porritt, 1979; Brom, Kleber, & Hofman, 1993; Conlon, Fahy, & Conroy, 1999; Lavender & Walkinshaw, 1998; Small, Lumley, Donohue, Potter, & Waldenstrom, 2000), אך הפרוטוקול שבו נעשה השימוש הרב ביותר הוא הפרוטוקול של מיטשל (Mitchell, 1983). יש מחקרים המתארים שימוש במודל קבוצתי – דבר התואם את המלצתו של מיטשל (Mitchell, 1983), אך במאמר הם מציגים פרוטוקול שכתבו והתאימו לקבוצה. השימוש בפרוטוקולים שונים מקשה מאוד על ההערכה וההשוואה של מועילות ההתערבויות. יש מחלוקת על עצם הרעיון של התערבות בשלב האקוטי, כיוון שיש סיכון בהסרת הגנת פסיכולוגיות שהן חלק מתהליך ההחלמה הטבעי (שלו ואחרים, 2002), והשימוש בפרוטוקול לא מתוקף בנקודת זמן זו אף מגביר את הסיכון.

סוג ההתערבות: בפרוטוקול המקורי של מיטשל (Mitchell, 1983) הייתה המלצה על התערבות קבוצתית. למרות זאת, תחת המונח תשאל ניתן למצוא מגוון רחב של התערבויות: קבוצתיות (Alexander & Wells, 1991; Miller, 2002; Nurmi, 1999), פרטניות או זוגיות (Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997; Bordow & Porritt, 1979; Carlier, Voerman, & Gersons, 2000; Hobbs, Mayou, Harrison, & Warlock, 1996; Lee, Slade, & Lygo, 1996; Mayou, Ehlers, & Small et al., 2000; Rose, Brewin, Andrews, & Kirk, 1999; Small et al., 2000). נכללים מחקרים הבוחנים את שלושת סוגי ההתערבויות במקביל. למרבה ההפתעה, בחלק מההתערבויות לא צוין סוג ההתערבות ואם בוצעה באופן פרטני או קבוצתי (Alexander & Wells, 1991; Lavender & Walkinshaw, 1998; Stevens & Adshead, 1996). יש לציין, כי בסקירת עשרת המחקרים הצבאיים (לוח 1) נמצא כי נעשה שימוש רק בהתערבות קבוצתית.

יצוין כי יש בעיה בשימוש בפרוטוקול התשאל הקבוצתי בטיפול פרטני וזוגי. שימוש זה לא נחקר ואין עדויות כי הוא מועיל. במילים אחרות, עולה השאלה עד כמה פרוטוקול שהתואם לקבוצה מתאים לטיפול זוגי או פרטני.

עיתוי ההתערבות ומשכה: מיטשל (Mitchell, 1983) מציע בפרוטוקול שההתערבות תבוצע תוך 24-48 שעות לאחר האירוע הטראומטי, במפגש אחד שימשך 3-5 שעות. הוא מציין כי ככל שחולף הזמן בין האירוע הטראומטי להתערבות, כך פוחתת מועילותה. לדבריו, לאחר כשישה שבועות האפקטיביות של ההתערבות הופכת למינימלית. על פי הצגת המאמרים בלוח 1 מדובר בפועל בהתערבויות שהחלו ונמשכו פרקי זמן שונים, החל משעות ספורות, ימים, וכלה בחודשים לאחר החשיפה. קמפילד והילס (Campfield & Hills, 2001), לדוגמה, ביצעו את ההתערבות בטווח של 10 עד 48 שעות ממועד האירוע הטראומטי. במחקרם של ביסון ואחרים (Bisson et al., 1997), בוצעה ההתערבות יומיים עד 19 יום לאחר הטראומה. במחקר של ברום ואחרים (Brom et al., 1993) בוצעה ההתערבות בטווח של עד שלושה חודשים לאחר תאונת הדרכים. יש גם התערבויות מאוחרות יותר, 6-9 חודשים לאחר האירוע הטראומטי (Chemtob, Tomas, Law, & Cremlner, 1997).

יחד עם זאת, מרבית ההתערבויות שנסקרו בוצעו בטווח זמן קצר (בין יומיים לשבועיים), בדומה לפרוטוקול של מיטשל (Mitchell, 1983). כ-11 התערבויות בוצעו מייד לאחר האירוע הטראומטי (עד 48 שעות) ועוד כ-4 לאחר יותר מחודש. בלוח 1 ניתן להבחין כי בכל המחקרים הצבאיים עיתוי ההתערבות היה די סמוך למועד האירוע, החל משעות ספורות (Finnegan, Cumming, & Piper, 1998) עד ימים אחדים (Lundin, 1995; Shalev, Peri, Rogel-Fuchs, Ursano, & Mardowe, 1998). למרות ההמלצות של מיטשל לגבי אורך ההתערבות והיקפה, מצאנו שמספר המפגשים בפועל נע מפגישה בודדת (Campfield & Hills, 2001; Dolan, 2001; Miller, 2002; Richards, 2001) מספר, המתפרסים על פני מספר שבועות או חודשים (Brom et al., 1993; Carlier et al., 2000; Chemtob et al., 1997). עובדה זו נוגדת למעשה את כוונתו המקורית של מיטשל, שטען שה-CISD אינו אמור לשמש שיטת טיפול בפני עצמה, אלא התערבות ממוקדת המשלבת במערך טיפול רחב יותר וממושך (Bisson et al., 2009; Everly & Mitchell, 2000). יצוין עוד בהקשר זה, שללא קשר למשך ההתערבות, שכאמור אמורה להתבצע בפגישה אחת, מיטשל ממליץ לקיים פגישת מעקב לאחר כמה שבועות או חודשים כדי לחדד נושאים שעלו במהלך ההתערבות הראשונית.

הסקירה הנוכחית מעידה שככל שעיתוי ההתערבות סמוך יותר לאירוע הטראומטי, כך גדול יותר השיפור בחסמינים (Bordow & Porritt, 1979; Bunn & Clarke, 1979; Campfield & Hills, 2001; Finnegan et al., 1998; Jenkins, 1996; Jiggetts & Hall, 1995; Lavender & Walkinshaw, 1998; Nurmi, 1999; Shalev et al., 1998). חשוב לזכור שככל שמתרחקים ממועד התרחשות האירוע, נוצר קושי לבחון אם

ומדגם, ועוד. הדיון להבנת הוויכוח על זקרים מוצגים תוך

ז מגוון פרוטוקולים, Bordow & Porritt, Kleber, & Hofma, (Walkinshaw, 1997) וטוקול של מיטשל — דבר התואם את פרוטוקול שכתבו מאוד על ההערכה זרעיון של התערבות. שהן חלק מתהליך מתוקף בנקודת זמן

(Mitchell, 1997) וול ניתן למצוא מגוון Alexander & Wells, Bisson, Jenkins, A, Bordow & Porritt, 1, Harrison, & Warlo (Hobbs, 2001) יל. למרבה ההפתעה, ופן פרטני או קבוצתי Alexander & Wells, (1) נמצא כי נעשה

י בטיפול פרטני וזוגי. זת, עולה השאלה עד זני.

השיפור או ההחמרה בתסמינים נובעים מההתערבות, מהזמן שחלף או מתמיכה לא פורמלית שקיבל הנפגע, כך שלא ניתן לקבוע סיבתיות. הדבר נכון גם כאשר למספר המפגשים המוקדשים להתערבות.

למיטב ניסיוננו הקליני והמחקרי, בעיקר כשמדובר בקבוצות תמך טבעיות (קבוצות המאגדות בתוכן פרטים הפועלים לאורך זמן יחדיו למטרה משותפת), שנחשפו במשותף לאירועים עם הרוגים ופצועים, יש משמעות רבה לעיתוי ההתערבות. ככל שמבצעים את ההתערבות זמן רב יותר לאחר האירוע, קטן הסיכוי להיטיב עם הקבוצה והפרט. מעבר לכך, כדי לשמר את מטרות ה-CISD שעליהן הצביע מיטשל, חשוב לדעתנו לקיים מפגש עיקרי אחד ומפגש מעקב. בכך יש הלימה למסר "נחשתם לאירוע בעל מאפיינים לא נורמליים, אך תגובותיכם נורמליות, ויש ביכולתכם לחזור לתפקוד מלא" (Hobfoll et al., 2007).

מנחי ההתערבות: מיטשל (Mitchell, 1983) מצביע על כמה מודלים אפשריים של הנחיה: אנשי מקצוע, מנהל או מפקד האירוע (שכן מדובר בכוחות חילוץ), ואף הנחיה ספונטנית של משתתפי ההתערבות. לדבריו עדיף שאנשי ההנחיה יוכשרו בביצוע הפרוטוקול ויהפכו לצוות מובנה המוקפץ בשעת הצורך לביצוע ההתערבות. מנחי ההתערבות יכולים להיות בעלי מקצועות שונים ומגוונים. מיטשל מכנה אותם "מסייעים" (facilitators). בחלק מהמחקרים מצוין שעובדים סוציאליים ביצעו את ההתערבות (Bordow & Porritt, 1979); במחקר אחר מדובר במיילדת (Small et al., 2000). במחקרים רבים כלל לא מפורטת יחידת ההנחיה, כלומר, האם מדובר במנחה אחד או שניים, האם איש המקצוע משתייך לתחום בריאות הנפש או לתחום בריאות כללית (רופא, אחות) והאם מדובר במנחים מתוך הארגון שבו מתבצעת ההתערבות או מחוצה לו.

כיוון שבמחקרים רבים לא ברור מי ביצע את ההתערבות, מתחדד הסיכון הפוטנציאלי לפגיעה בשלום המטופלים. מנחים לא מקצועיים שלא עברו הכשרה לשימוש בפרוטוקול כפי שהציע מיטשל, הפוגשים אנשים פגועים שתחושת הכיטחון הקיומי שלהם אותגרה או עורערה (Hobfoll et al., 2007), עלולים לגרום לנוק. יתרה מזאת, מסייעים לא מיומנים עלולים להתקשות בויהוי סימני מצוקה בקרב המשתתפים במהלך ההתערבות. בנוסף, ייתכן כי מסייעים לא מקצועיים עשויים להיות לא רגישים לפגיעות בני הקבוצה ובכך אף לתרום להחמרה במצבם (Bisson et al., 2009; Everly & Mitchell, 2000).

סקירת מאפייני ההתערבות מצביעה, אם כן, על הבדלים רבים ביישום ה-CISD. גם כאשר "רוח ההתערבות" נשמרת בפועל, מדובר בסוגי התערבות שונים המבוססים על הפרוטוקול. כפועל יוצא מכך גם מחקרי ההערכה השונים של CISD בוחנים התערבויות השונות אלה מאלה.

סקירת מערכי מחקר

כלי המחקר (המדידה) ועיתוי השימוש בהם בסקירה נמצא כי נעשה שימוש במגוון כלים, לרוב שאלונים שונים הבודקים חרדה, דיכאון, אירועי חיים ומצוקה פוסט-טראומטית, ולא נמצא שאלון אחד שהותאם באופן ייחודי ל-CISD. יש כלים הבודקים עולמות תוכן שנוגעים באופן ישיר לתסמינים פוסט-טראומטיים, ואחרים נוגעים בתחומים פסיכיאטריים (חרדה ודיכאון) הנחשבים לגורמים דומיננטיים בחיי הקבוצה ובחיי הפרט, שנחשפו לאירוע הטראומטי (בלייך וטולומון, 2002).

בסקירת המחקרים הצבאיים נמצא, כי רק בחמישה מחקרים מתוך עשרה השתמשו בשאלונים (שוכל, 2007; Deahl, Srinivasan, Jones, Thomas, Neblett, & ; 2007; Jolly, 2000; Deahl et al., 1994; Lundin, 1995; Shalev et al., 1998) לפני ההתערבות ואחריה. ביתר המחקרים השתמשו בראיונות (Finnegan et al., 1998). ברוב המקרים היה הריאיון חד-פעמי והתקיים לאחר ההתערבות. שימוש בכלי מדידה שונים ורבים אינו מאפשר השוואה בין המחקרים ואף מקשה על הסקת מסקנות באשר לשאלה עד כמה ההתערבות מועילה. המורכבות בהערכת יעילות ה-CISD מתעצמת בשל השימוש בשאלונים לא מתוקפים שנבנו כדי להעריך התערבות ספציפית (Robinson & Mitchell, 1993), או ראיונות שחוברו לשם הערכת ההתערבות (Appelwhite & Dickins, 1997; Cigrang, Pace, & Yasuhara, 1994; Smith & Chesnay, 1995).

עיתוי השימוש בכלי המחקר משתנה ממחקר למחקר ונע בין שימוש לפני ההתערבות, מיד לאחריה, עד חודשים ואפילו שנים לאחר סיומה. בנוסף, כפי שצינו, הנתונים בחלק מהמחקרים נאספו באמצעות ראיונות שהתקיימו חודשים עד שנים לאחר החשיפה לאירוע (Carlier, Van Uchelen, Lamberts, & Gersons, 1998; Miller, 2002; Smith & Chesnay, 1994). הכלים השונים והעיתוי השונה של השימוש בהם אינם מאפשרים השוואה בין המחקרים ומקשים על ההערכה של יעילות ההתערבויות.

המדגמים

מסקירת המחקרים ניתן ללמוד שיש שונות רבה בגודל המדגמים, מ-7 משתתפים (Stallard & Law, 1993) עד 1000 ויותר (Small et al., 2000). ככל שהמדגם של המחקר מייצג יותר, כך ניתן ללמוד ממנו יותר ולהכליל את תוצאותיו על האוכלוסייה הרלוונטית. כיוון שהשימוש במדגמים קטנים ובלתי מייצגים נפוץ במחקר הנוגע ל"תשאול פסיכולוגי", קשה ללמוד על מועילותו.

חלף או מתמיכה לא
זן גם באשר למספר

יצות תמך טבעיות
' למטרה משותפת),
זמעות רבה לעיתוי
האירוע, קטן הסיכוי
ת ה-CISD שעליהן
ועקב. בכך יש הלימה
ותיכם נורמליות, ויש

מה מודלים אפשריים
בכוחות חילוף), ואף
נשי ההנחיה יוכשרו
לביצוע ההתערבות.
גוונים. מיטשל מכנה
דים סוציאליים ביצעו
ד: במיילדת (Small et
כלומר, האם מדובר
אות הנפש או לתחום
וארגון שבו מתבצעת

בות, מתחדד הסיכון
ז שלא עברו הכשרה
ים שתחושת הביטחון
לים לגרום לנוק. יתרה
וקה בקרב המשתתפים
ויים להיות לא רגישים
Bisson et al., 2009; E

בים ביישום ה-CISD.
בות שונים המבוססים
ים של CISD בוחנים

סוגי הטראומה

סקירת הספרות מורה על שונות רבה גם באשר לסוג הטראומה שהנבדקים נחשפו אליה. ניתן ללמוד מלוח 1 כי ההתערבות בוצעה עם מגוון אוכלוסיות שנחשפו למגוון רחב של טראומות: נשים לאחר לידה טראומטית (Lee et al., 1996; Small et al., 2000), כוחות משטרה, חילוץ והצלה לאחר אירוע טראומטי (Leonard & Alison, 1999; Smith & Chesnay, 1994), אנשים שעברו תאונות דרכים, פציעות פיזיות (Stallard & Law, 1993; Stevens & Adshear, 1966) תקיפה (Jenkins, 1996) ועוד. ידוע שהצרכים הפסיכולוגיים של אוכלוסיות שונות, כמו נשים שנחשפו לאירוע כגון אונס, שונות מהצרכים של לוחמים שנחשפו לאירוע קרב (הרמן, 1992). לכן נראה שהשימוש הגורף בפרוטוקול CISD עם מגוון רחב כל כך של אוכלוסיות שנחשפו לאירועי טראומה שונים, מעורר תהיות. מעבר לכך, מובן ששוני זה מקשה על בחינת מועילותו של הפרוטוקול.

שימוש בקבוצות ביקורת

במרבית המחקרים שנסקרו נעשה שימוש בקבוצת ביקורת. רוב קבוצות הביקורת הורכבו מנפגעים שלא השתתפו בהתערבות. במרבית המחקרים לא נמסר כיצד נעשתה ההקצאה לקבוצת ביקורת, כלומר אם הייתה אקראית. ראוי לציין את מחקרו של מתיוס (Matthews, 1998), שבו קבוצת הביקורת הורכבו מאנשים שסירבו להשתתף בהתערבות, או מאנשים שלא הוצעה להם התערבות. יחד עם זאת, במספר לא מבוטל של מחקרים כלל לא דווח על שימוש בקבוצות ביקורת.

זאת ועוד. רק בשלושה מבין המחקרים שנערכו בצבאות שונים נעשה שימוש בקבוצת ביקורת (שובל, 2007; Deahl et al., 1994; Deahl et al., 2000). אנו מעריכים שהסיבה לכך קשורה במאפייני הארגון המקשים על הקצאה ב"זמן אמתי" לקבוצת ביקורת. עובדה זו תואמת את הממצא שברוב המחקרים על "תשאול פסיכולוגי" קבוצות הביקורת לא היו אקראיות. המקרים שבהם הייתה הקצאה אקראית היו ביישום התערבויות ברמה הפרטנית. עמדה זו עומדת בניגוד להמלצתו של מיטשל (Mitchell, 1983) לכיצוע ההתערבות עם קבוצות (Bisson et al., 2009).

על רקע הדברים שנאמרו לעיל, מתעוררת שאלה לגבי אפשרות ההטיה המשפיעה על יכולת הכללת ממצאי המחקרים. כמו כן נוצרת בעיה בייחוס התוצאות להתערבות עצמה, בהעדר קבוצת ביקורת שהוקצתה אקראית (Campfield & Hills, 2001; Chemtob et al., 1997; Miller, 2002; Robinson & Mitchell, 1993; Rose et al., 1999; Smith & Chesnay, 1994; Stallard & Law, 1993).

מועילות ההתערבות

בשישה-עשר מהמחקרים דווח על ירידה במצוקה של המשתתפים (כמו חרדה, דיכאון, בתסמינים הפוסט-טראומטיים ועוד. ראו לוח 1). ניתן לראות בלוח 1 כי בתשעה מתוך שישה-עשר המחקרים שבהם הייתה ירידה במצוקה, אוכלוסיית היעד הייתה כוחות הצלה. בנוסף, כפי שניתן ללמוד מהלוח, בוצעה ההתערבות בטווח המידי כפי שמציע מיטשל (Mitchell, 1983). כמו כן, ניתן ללמוד מלוח 1 בעזרת אילו שאלונים מדווח כי חלה ירידה בתסמינים ובעזרת אילו שאלונים לא חל שינוי (Alexander & Wells, 1991; Bohl, 1991; Bordow & Porritt, 1979; Campfield, & Hills, 2001; Chemtob et al., 1997; Jenkins, 1996; Lavender & Walkinshaw, 1998; Leonard & Alison, 1999; Matthews, 1998; Miller, 2002; Nurmi, 1999; Robinson & Mitchell, 1993; Smith & Chesnay 1994; Stallard & Law, 1993; Wee, Millis, & Koehler, 1999; Yule, Udwin, & Murdoch, 1992). בשישה מהמחקרים לא נעשה שימוש בקבוצת ביקורת ולכן יש להערכתנו להתייחס בהסתייגות לתוצאות שהתקבלו במחקרים אלה.

שישה מבין המחקרים הצביעו על כך שההתערבות מזיקה, קרי, שהייתה עלייה בתסמינים (Bisson et al., 1997; Bunn & Clarke, 1979; Kenardy, Webster, & Lewin, 1996; Mayou et al., 2000; Richards, 2001; Sijbrandij et al., 2006). המחקרים שהעידו על כך התבססו על מדגמים גדולים ($n > 133,130,236$), ככולם הייתה קבוצת ביקורת שהוקצתה אקראית ונעשה שימוש בשאלונים מתוקפים ומוכרים. על פי ביסון ואחרים (Bisson et al., 2009), תסמיני העוררות, המאפיינים נפגעים בשלב הראשון לחשיפה, מתעצמים כתוצאה מההתערבות ואף נמשכים זמן רב יותר. מכאן שבעת ביצוע המעקב אחר נפגעים שהשתתפו בהתערבות, ייתכן שהתמונה הקלינית הייתה חמורה לעומת התמונה הקלינית שהתקבלה בסמוך לחשיפה, על בסיס ההנחה שהתסמינים של העוררות התעצמו והתגבשו לכדי הפרעה פוסט-טראומטית. על רקע זה הם מציעים לא לכלול עיבוד רגשי בהתערבות, דבר הנוגד את עמדתו הבסיסית של מיטשל (Mitchell, 1983) ואת מטרות ה-CISD.

בשלושה-עשר מחקרים לא נמצאו הבדלים בתוצאות בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת (Brom et al., 1993; Carlier et al., 1998; Carlier et al., 2000; Conlon et al., 1999; Dolan et al., 1999; Hobbs et al., 1996; Hytten & Hasle, 1989; Lee et al., 1996; Rose et al., 1999; Small et al., 2000; Stevens & Adshead, 1996; Young & Parr, 2003). תוצאות אלה מקבלות משמעות רבה על רקע עמדתם של אוורלי ומיטשל (Everly & Mitchell, 2000) שלפיה יש לשאול מיהו מבצע ההתערבות, למי היא ניתנת ובאילו סיטואציות – כדי למצות עד תום את התוצאות המקושרות עם הכלי הטיפולי.

בדיווחים על שביעות הרצון של המשתתפים, שלא כמו בדיווחים על רמת

זה שהנבדקים נחשפו וסיוות שנחשפו למגוון Lee et al., 1996; St Leonard & Alison,) רכים, פציעות פיזיות (Jenkins, 1996) ועוד. שנחשפו לאירוע כגון מן, (1992). לכן נראה ל אוכלוסיות שנחשפו י זה מקשה על בחינת

רוב קבוצות הביקורת קרים לא נמסר כיצד ראוי לציין את מחקר כבו מאנשים שסירבו יחד עם זאת, במספר יקורת.

1 שונים נעשה שימוש (Deahl et al.,) אנו על הקצאה ב"זמן שברוב המחקרים על זמקרים שבהם הייתה ת. עמדה זו עומדת התערבות עם קבוצות

ורת ההטיה המשפיעה ס התוצאות להתערבות Campfield & Hills, Chemtob et al., 1997

המצוקה, מתקבלת תמונה שונה. נמצא כי חלק ניכר מהאנשים שהשתתפו בהתערבויות מסוג תשאול מציינים כי נעזרו בהן וכי מצבם הוטב (Arendt & Elklit, 2001; Bisson, 2003; Brom et al., 1993; Carlier et al., 2000; Dolan et al., 1999; Hobbs et al., 1996; Hytten & Hasle, 1989; Jenkins, 1996; Kenardy et al., 1996; Lee et al., 1996; Matthews, 1998; Nurmi, 1999; Robinson & Mitchell, 1993; Small et al., 2000; Smith & Chesnay, 1994; Stevens & Adshead, 1996; Young & Parr, 2003). אולם אין כממצא זה הוכחה ליעילות השיטה, מאחר שהערכה זו יכולה להיות תגובה של הכרת תודה על תשומת הלב שניתנה להם במהלך ההתערבות (Bisson, 2003; Lewis, 2003).

בעקבות הספק בדבר מועילות ההתערבות, נראה שיש לבחון אותה לאור הקריטריונים להכשרת מסייעים, עיתוי ההתערבות והתאמתה לקבוצות השונות. מועילות ההתערבות באוכלוסייה צבאית: כאמור נסקרו עשרה מחקרים במסגרת צבאית, ומהם עולה שכרוב המקרים (70%) היה שיפור במצב החיילים. בשבעה מחקרים דווח על הפחתה בתסמינים או שיפור במדדים אחרים (שובל, 2007; Applewhite & Dickins, 1997; Jiggetts & Hall, 1995; Shalev et al., 1998). יתרה מזאת, סיגראנג ואחרים (Cigrang et al., 1995) מדווחים כי כל המשתתפים בהתערבות חזרו לתפקידם המקורי בטרם האירוע (תאונת מטוסים). במעקב לאחר שנה עלה כי איש מהם לא סבל מהפרעות נפשיות בחום תקופה זו. בנוסף לשיפור במצוקה הנפשית, דווח גם על שיפור בממדים נוספים, כמו מורל, חיזוק הלכידות הקבוצתית, שיפור הביטחון העצמי והבנה כי ניתן לקבל סיוע מקצועי אם נדרש (Finnegan et al., 1998; True, 2000).

אוורלי ומיטשל (Everly & Mitchell, 2000) הדגישו גם שאחת המטרות המוצהרות של ההתערבות היא ליצור לגיטימציה לפנייה לטיפול, ולהעריך את הצורך בהמשך טיפול. לבסוף נמצא כי בכל המחקרים העריכו המשתתפים את ההתערבות כמועילה עבורם והיו שבעי רצון ממנה. ממצאי מחקרים אלה משתלבים עם עמדתם של אוורלי ומיטשל (Everly & Mitchell, 2000) כי CISD נמצא יעיל יותר עבור אנשי צבא והצלה. לעומת זאת שניים מהמחקרים הצביעו על כך שההתערבות מזיקה, קרי, חלה עלייה בתסמינים פוסט-טראומטיים (Deahl et al., 2000; Lundin, 1995). במחקר אחד (Deahl et al., 1994) לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות.

חיזוק לממצאים החיוביים בכוחות הביטחון נמצא במחקר שנערך לאחרונה בצה"ל (שובל, 2007). המחקר מתבסס על פרוטוקול "התערבות קבוצתית המשכית" (לוי, 2007) המשלב את עקרונות ה-CISD ושלביו. המחקר בוצע בגדוד לוחמים שנלחם במלחמת לבנון השנייה והיו בו הרוגים ופצועים. נמצא שמי שהשתתפו בהתערבות סבלו פחות מתסמינים פוסט-טראומטיים, תפקודם השתפר ומצב בריאותם היה טוב יותר לעומת קבוצת הביקורת.

יש מחלוקת בספרות סבלם ומצוקותיהם מאוד לערוך השווא רבים מהמחקרים ס מהימנים ותקפים. העובדה שגישה

או תמורות חברתיות כשיטה טיפולית בעל וממוקדת, הינה בבח הן עבור המטופלים במחקר לצורך זיהוי שבו מטופלים וארגון בפועל ההתערבות להגיע לזיהוי הגורם (Strupp, 1978).

בנוסף, אוורלי ו ציפיות צנועות ביחס כך, להערכתנו, ניתן על פיהן, ותיווצר פע מועילות ההתערבות. חשוב לזכור כי

טופלה מעולם על ידי בתשאול, נפתח עבור למטופלים תהליך של לדברים אלו משמ בשל המאפיינים האור ובפרט בצבא, המתמ והכוחניים מקשים על קבלת סיוע כזה חשוב דחק פוסט-טראומטי במילים אחרות, אי ש זאת ועוד, מצב שבר

מסקנות וסיכום

יש מחלוקת בספרות באשר למועילותה של התערבות "התשאול הפסיכולוגי" בהקלת סבלם ומצוקותיהם של אנשים שעברו אירוע טראומטי. כפי שהוצג בסקירה קשה מאוד לערוך השוואה בין המחקרים, עקב השונות הרבה של ההתערבויות המוצגות. רבים מהמחקרים סובלים מבעיות מתודולוגיות ניכרות לרבות אי שימוש בכלים מהימנים ותקפים.

העובדה שגישה טיפולית רוכשת לעצמה מעמד ותפוצה עקב נטיבות היסטוריות או תמורות חברתיות שונות, אינה יכולה להיות בסיס מדעי או עדות להוכחת יעילותה כשיטה טיפולית בשום תנאי. בה בעת, ברור ששיטת התערבות מובנית, פשוטה וממוקדת, הינה בבחינת משאב משמעותי להתמודדות עם תוצאות האירוע הטראומטי הן עבור המטופלים והן עבור המטפלים (לוי, 2007). לכן חשוב מאוד להעמיק במחקר לצורך זיהוי הגורמים המרפאים הטמונים בהתערבות. נראה כי במצב הקיים, שבו מטפלים וארגונים רבים טוענים שהם משתמשים בפרוטוקול CISD, ואילו בפועל ההתערבות אינה מתבססת על שלבי הפרוטוקול באופן מלא, קשה מאוד להגיע לזיהוי הגורמים המרפאים, קרי, מתן תשובה לשאלה מה יעזור, מתי ולמי (Strupp, 1978).

בנוסף, אוורלי ומיטשל (Everly & Mitchell, 2000) הדגישו את הצורך לפתח ציפיות צנועות ביחס להתערבות, וגם לקשור את ההתערבות למכלול טיפולי שלם. כך, להערכתנו, ניתן יהיה לפתח ציפיות אוניברסליות שיוכילו מטפלים שונים לעבור על פיהן, ותיווצר פעילות מכוונת למטרה אחידה, שתהיה בסיס להערכה מחקרית של מועילות ההתערבות.

חשוב לזכור כי התערבות זו מאפשרת מפגש ראשוני לאוכלוסייה שברובה לא טופלה מעולם על ידי גורמי בריאות הנפש. באמצעות היכרות אישית עם המטפלים בתשאול, נפתח עבור המטופל פתח לפנייה אפשרית עתידית לטיפול ומתאפשר למטפלים תהליך של זיהוי אנשים שזקוקים לכך.

לדברים אלו משמעות יתרה כשמדובר בארגונים כמו צבא, משטרה וכוחות הצלה, בשל המאפיינים הארגוניים והתרבותיים של ארגונים היררכיים אלו. בארגונים אלה, ובפרט בצבא, המתבסס על אוכלוסייה שרובה בגיל ההתבגרות, הקודים הגבריים והכוחניים מקשים על האפשרות לקבל סיוע וטיפול נפשי לאחר אירוע טראומטי. קבלת סיוע כזה חשובה על רקע ההבנה שתסמינים של תגובת דחק (ASR) והפרעת דחק פוסט-טראומטית (ASD), מיד לאחר החשיפה, נפוצים מאוד בקרב הנחשפים. במילים אחרות, אי מתן לגיטימציה לקבלת סיוע נפשי עלול להוביל לנוזק בעתיד. זאת ועוד, מצב שבו חיילים רבים שנחשפו לאירוע נדרשים להתמודד עם סבלם

מהאנשים שהשתתפו
בם הוטב (Arendt &
Elklit, 2001; Bisson,
1999; Hobbs et al., 1999;
Lee et al., 1996;
Small et al., 1993;
עילות השיטה, מאחר
מת הלב שניתנה להם

ש לבחון אותה לאור
לקבוצות השונות.

נסקרו עשרה מחקרים
שיפור במצב החיילים.

מאחרים (שובל, 2007;
Applewhite &

כי כל המשתתפים
זוטסים). במעקב לאחר

קופה זו. בנוסף לשיפור
מורל, חיזוק הלכידות

סיוע מקצועי אם נדרש

אחת המטרות המוצהרות
ריך את הצורך בהמשך

את ההתערבות כמועילה
עם עמדתם של אוורלי

עבור אנשי צבא והצלה.
רבות מזיקה, קרי, חלה

במחקר (Deahl et al.,

מחקר שנערך לאחרונה
בות קבוצתית המשכית"

קבוצה בגודל לוחמים
נמצא שמי שהשתתפו

השתפר ומצב בריאותם

בכוחות עצמם, מתוך חשש או אי ידיעה באשר לאפשרות קבלת סיוע, איננו רצוי. פרוטוקול CISD הוא כלי פשוט המאפשר למפקדים ללמוד אותו בקלות ולהעבירו בצורה יעילה. כאמור גם אנו הכנסנו בו שינויים והטמעות לצרכי אוכלוסיית החיילים שעבדנו עמה ושרצינו לחקור. הפרוטוקול יוצר לגיטימציה בקרב החיילים לדבר על האירוע, שלרוב היה כרוך באיום על השלמות הגופנית ואף בסכנת חיים. השיחה מגבירה את האחדות והלכידות בקבוצה והפרט חש שקיבל מענה אנושי ורגשי מצד מפקדיו. במרבית המחקרים שנערכו עם כוחות ההצלה נמצא כי ההתערבות הראשונית סייעה להפחית את המצוקה, ועל פי המחקר הראשוני שלנו נמצא שהפרוטוקול היה יעיל (שובל, 2007). לכן אנו סבורים כי שיטת התשאול על מרכיביה הבסיסיים היא השיטה המומלצת עבור כוחות כיטחון והצלה להתערבות בשלב המידי.

מקורות

- איגוד הפסיכיאטריה בישראל ומשרד הבריאות (1995). הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי. תל-אביב: הוצאת דיוגן – אוניברסיטת תל-אביב.
- ארצמן, ר. (2004). קבוצות דיבוב לנפגעי טרור. חברה ורווחה כד(2), 238–219.
- בלייך, א. וסולומון, ז. (2002). הערכה פסיכיאטרית של נכות נפשית אצל נפגעים פוסט-טראומטיים במערכת הביטחון. בתוך ז. סולומון וא. בלייך (עורכים), נכות נפשית: היבטים רפואיים, חברתיים ושיקומיים (עמ' 43–71). תל-אביב: משרד הביטחון, ההוצאה לאור.
- הרמן, ג. (1992). טראומה והחלמה. תל-אביב: הוצאת עם עובד.
- לוי, א. (2007). ברה"ן במלחמת לבנון השנייה התערבות קבוצתית. בטאון חיל הרפואה, 19–21.
- מרשל, ס.ל.א. (2007). אנשים מול אש. ירושלים: הוצאת מערכות.
- נוי, ש. (1991). לא יכול יותר – תגובות ללחץ קרב. תל-אביב: משרד הביטחון, ההוצאה לאור.
- נריה, י. סולומון, ז. וריצטום, א. (1999). מניעת תגובות פוסט-טראומטיות ארוכות טווח: כחינת היעילות של התערבות התשאול (תשאול) הפסיכולוגי. שיחות יד, 13–19.
- שובל, י. (2007). מועילות "התערבות קבוצתית המשכית" במניעת התפתחות תסמונת פוסט טראומטית לאחר לחימה: תרומת סגנון ההתמודדות הרפרסיבי. עבודת מוסמך, אוניברסיטת בר-אילן, בית הספר לעבודה סוציאלית.
- שלו, א. (1994). גישה רב-ממדית לתסמונת הפוסט-טראומטית (פרק א: חיזוריה ומחקר). שיחות ח, 85–104.
- שלו, א., ארסקי, ר., בוקר, ר., בנעט, י., בר-גיא, נ., הדר, ה., פרי, ט., פרידמן, ש., קופר, ר. וחוכל-משיח, ר. (2002). התערבויות קליניות באירועי דחק מתמשכים. שיחות, י"ז (1), 5–19.
- שקלאר, ר. (2003). הטיפול הקרמי בנפגעי תגובות קרב במלחמת לבנון – הערכה חוזרת. עבודת גמר לקראת קבלת תואר דוקטור, אוניברסיטת תל-אביב, בית הספר לעבודה סוציאלית.
- Alexander, D. A., & Wells, A. (1991). Reaction of police officers to body-handling after a major disaster. A before and after comparison. *British Journal of Psychiatry*, 159, 547–555.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author.
- Applewhite, L., & Dickins, C. (1997). Coping with terrorism: The OPM-SANG experience. *Military Medicine, 162*, 240-243.
- Arendt, M., & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 423-437.
- Bisson, J. I. (2003). Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clinical Psychology Review, 23*, 481-499.
- Bisson, J. I., & Deahl, M. P. (1994). Psychological debriefing and prevention of post traumatic stress: More research is needed. *British Journal of Psychiatry, 165*, 717-720.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry, 171*, 78-81.
- Bisson, J. I., McFarlane, A. C., Rose, S., Ruzek, J. I., & Watson, P. J. (2009). Psychological debriefing for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 83-105). New York: The Guilford Press.
- Bohl, N. (1991). The effectiveness of brief psychological interventions in police officers after critical incidents. In J. T. Reese, J. M. Horn, & C. Dunning (Eds.), *Critical incidents in policing* (pp. 31-38). Washington, DC: US Department of Justice.
- Bordow, S., & Porritt, D. (1979). An experimental evaluation of crisis intervention. *Social Science and Medicine, 13*, 251-256.
- Brom, D., Kleber, R., & Hofman, M. (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 49*, 131-139.
- Bunn, T., & Clarke, A. (1979). Crisis intervention: An experimental study of the effects of a brief period of counseling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 191-195.
- Campfield, K. M., & Hills, A. M. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 327-340.
- Carlier, I. V. E., Van Uchelen, J. J., Lamberts, R. D., & Gersons, B. P. R. (1998). Disaster-related posttraumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine, 14*, 143-148.
- Carlier, I. V. E., Voerman, A. E., & Gersons, B. P. R. (2000). The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 87-98.
- Chemtob, C. M., Tomas, S., Law, W., & Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry, 134*, 415-417.
- Cigrang, J. A., Pace, J. V., & Yasuhara, T. T. (1995). Critical incident stress intervention following fatal aircraft mishaps. *Aviation, Space, and Environmental Medicine, 66*, 880-882.
- Conlon, L., Fahy, T. J., & Conroy, R. (1999). PTSD in ambulant RTA victims: A

קבלת סיוע, איננו רצוי.
 ללמוד אותו בקלות
 ומעות לצרכי אוכלוסיית
 טימצייה בקרב החיילים
 פנית ואף בסכנת חיים.
 ש שקיבל מענה אנושי
 חות ההצלה נמצא כי
 המחקר הראשוני שלנו
 כי שיטת התשואול על
 זחון והצלה להתערבות

טיכאטרי לפי ארגון הבריאות

.238-

ים פוסט-טראומטיים במערכת
 ויים, הברתיים ושיקומיים (עמ')

חיל הרפואה, 19-21.

טחון, ההוצאה לאור.
 ארוכות טווח: בחינת היעילות

נסמונת פוסט טראומטית לאחר
 ז בר-אילן, בית הספר לעבודה

תיאוריה ומחקר). שיחות ת,

ש. קופר ר. ותובל-משיח ר.
 19-5.

יכה חזרות. עבודת גמר לקראת
 לית.

Alexander, D. A., & Well
 major disaster. A be
 547-555.

- randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 37-44.
- Deahl, M., Gillham, A., Thomas, J., Searle, M., & Srinivasan, M. (1994). Psychological sequelae following the Gulf War: Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, 165, 60-65.
- Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C., & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 77-85.
- Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C., & Jolly, A. (2001). Evaluating psychological debriefing: Are we measuring the right outcomes? *Journal of Traumatic Stress*, 14, 527-529.
- Dolan, L., Bowyer, D., Freeman, C., & Little, K. (1999). Critical incident stress debriefing after trauma: Is it effective? [Unpublished raw data].
- Dyregrov, A. (1989). Caring for helpers in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management*, 2, 25-30.
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing "controversy" and crisis intervention: A review of lexical and substantive issues. *Journal of Emergency Mental Health*, 2, 211-225.
- Finnegan, A. P., Cumming, P. A., & Piper, M. E. (1998). Critical incident stress debriefing following the terrorist bombing at army headquarters Northern Ireland. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 144, 5-10.
- Fitzgerald, M. L., Braudaway, C. A., Leeks, D., Padgett, M. B., Swartz, A. L., Samter, A. L., Gary-Stephens, M., & Dellinger, N. F. (1993). Debriefing: A therapeutic intervention. *Military Medicine*, 158, 542-545.
- Friedman, M. J. (2005). Toward a public mental health approach for survivors of terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 10, 527-539.
- Friedman, M. J., Ritchie, E. C., & Watson, P. J. (2006). Overview. In E. C. Ritchie, P. J. Watson, & M. J. Friedman (Eds.), *Interventions following mass violence and disasters* (pp. 37-79). New York: Guilford.
- Green, B. L., Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (1985). Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake. Vol. 1: The study and treatment of post traumatic disorder* (pp. 53-69). New York: Brunner/Mazel.
- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B., & Warlock, P. (1996). A randomized trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 313, 1438-1439.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., De Jong, J. T. V. M., Layne, M. C., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315.
- Hytten, K., & Hasle, A. (1989). Fire fighters: A study of stress and coping. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 50-55.

- Jenkins, S. R. (1996). Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. *Journal of Social Behavior and Personality, 11*, 477-492.
- Jiggetts, S. M., & Hall, D. P. (1995). Helping the helper: 528th combat stress center in Somalia. *Military Medicine, 160*, 275-277.
- Kenardy, J. A., Webster, R. A., & Lewin, T. J. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 37-49.
- Knobler, H. Y., Nachshoni, T., Jaffe, E., Peretz, G., & Ben Yehuda, Y. (2007). Psychological guidelines for a medical team debriefing after a stressful event. *Military Medicine, 172*, 581-585.
- Lavender, T., & Walkinshaw, S. A. (1998). Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth, 25*, 215-219.
- Lee, C., Slade, P., & Lygo, V. (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology, 69*, 47-58.
- Leonard, R., & Alison, L. (1999). Critical incident stress debriefing and its effects on coping strategies and anger in a sample of Australian police officers involved in shooting incidents. *Work & Stress, 13*, 144-161.
- Lewis, S. J. (2003). Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggression and Violent Behavior, 8*, 329-343.
- Lundin, T. (1995). Collision at sea between two navy vessels. *Military Medicine, 160*, 323-325.
- Malcolm, A. S., Seaton, J., Perera, A., Sheehan, D. C., & Van Hasselt, V. B. (2005). Critical incident stress debriefing and law enforcement: An evaluative review. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 5*, 261-278.
- Matthews, L. R. (1998). Effect of debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. *Psychiatric Survey, 49*, 207-212.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). A three-year follow-up of psychological debriefing for road traffic accident victims. *British Journal of Psychiatry, 176*, 589-593.
- Miller, J. (2002). Affirming flames: Debriefing survivors of the world trade center attack. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 2*, 85-94.
- Mitchell, A. M., Sakraida, T. J., & Kameg, K. (2003). Critical incident stress debriefing: Implications for best practice. *Disaster Management & Response, 1*, 46-51.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services, 8*, 36-39.
- Nurmi, L. A. (1999). The sinking of the Estonia: The effects of critical incident stress debriefing on rescuers. *International Journal of Emergency Mental Health, 1*, 23-31.
- Parson, E. R. (1984). The role of psychodynamic group therapy in the treatment of the combat veteran. In H. J. Schwartz (Ed.), *Psychotherapy of the combat veteran* (pp. 83-113). New York: Wiley.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry, 34*, 1450-1454.
- randomized controlle
37-44.
- Deahl, M., Gillham, A.,
sequelae following the
effectiveness of psych
- Deahl, M., Srinivasan, M.,
psychological traum
psychological debriefi
- Deahl, M., Srinivasan, M.,
psychological debriefi
Stress, 14, 527-529.
- Dolan, L., Bowyer, D., F
after trauma: Is it effe
- Dyregrov, A. (1989). Car
Disaster Management,
- Everly, G. S., & Mitchell,
A review of lexical a
211-225.
- Finnegan, A. P., Cummin
following the terrorist
Royal Army Medical
- Fitzgerald, M. L., Brauda
L., Gary-Stephens,
intervention. *Military*
- Friedman, M. J. (2005). Th
Journal of Aggression,
- Friedman, M. J., Ritchie,
Watson, & M. J. Fric
(pp. 37-79). New Yor
- Green, B. L., Wilson, J. J
disorder: A psychosoc
The study and treatm
- Mazel.
- Hobbs, M., Mayou, R.,
psychological debriefi
313, 1438-1439.
- Hobfoll, S. E., Watson, F
Friedman, M., Gerson
Y., Norwood, A. E., P
Z., Steinberg, A. M.,
mid-term mass trauma
- Hytten, K., & Hasle, A. (!
Scandinavica, 80, 50-5

- Raphael, B., Meldrum, L., & McFarlane, A. C. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Journal of Medicine*, *310*, 1479–1480.
- Richards, D. (2001). A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management. *Journal of Mental Health*, *10*, 351–362.
- Roberts, A. R., & Everly, G. S. (2006). A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Treatment and Crisis Intervention*, *6*, 10–21.
- Robinson, R. C., & Mitchell, J. T. (1993). Evaluation of psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 367–382.
- Rose, S., Brewin, C. R., Andrews, B., & Kirk, M. (1999). A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, *29*, 793–799.
- Salmon, T. W. (1919). The war neuroses and their lesson. *Journal of Medicine*, *59*, 993–994.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Rogel-Fuchs, Y., Ursano, R. J., & Marlowe, D. (1998). Historical group debriefing after combat exposure. *Military Medicine*, *163*, 494–498.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. E., & Gersons, P. R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. *British Journal of Psychiatry*, *189*, 150–155.
- Small, R., Lumley, J., Donohue, L., Potter, A., & Waldenstrom, U. (2000). Randomized controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *British Medical Journal*, *321*, 1043–1047.
- Smith, C. L., & Chesnay, M. (1994). Critical incident stress debriefings for crisis management in post-traumatic stress disorders. *Medicine and Law*, *13*, 185–191.
- Solomon, Z., & Benbenishty, R. (1986). The role of proximity, immediacy and expectancy in front line treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 613–617.
- Solomon, Z., Benbenishty, R., Neria, Y., Abramowitz, M., Ginzburg, K., & Ohry, A. (1993). Assessment of PTSD: Validation of the revised PTSD inventory. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *30*, 110–115.
- Stallard, P., & Law, T. (1993). Screening and psychological debriefing of adolescent survivors of life threatening events. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 660–665.
- Stallard, P., & Salter, E. (2003). Psychological debriefing with children and young people following traumatic events. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *8*, 445–457.
- Stevens, K. L. H., & Adshead, G. (1996). Preventive psychological intervention for road crash survivors. In M. Mitchell (Ed.), *The aftermath of road accidents* (pp. 159–171). London: Routledge.
- Strupp, H. H. (1978). Psychotherapy, research and practice. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 3–22). New York: John Wiley & Sons.
- True, P. K. (2000). Case report of critical incident stress debriefing through translators. *International Journal of Emergency Mental Health*, *2*, 101–104.
- Van Emmerik, A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *The Lancet*, *360*, 766–771.

- Wee, D. F., Millis, D. M., & Koehler, G. (1999). The effects of critical incident stress debriefing (CISD) on emergency medical services personnel following the Los Angeles civil disturbance. *International Journal of Emergency Mental Health, 1*, 33–37.
- Wessely, S., & Deahl, M. (2003). Psychological debriefing is a waste of time. *British Journal of Psychiatry, 183*, 12–14.
- Young, A., & Parr, G. (2003). An examination of the effectiveness of periodic stress debriefing with law enforcement personnel. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 64*, 2902–2913.
- Yule, W., Udwin, O., & Murdoch, K. (1992). The Jupiter sinking: Effects on children's fears, depression and anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 1051–1061.
- Raphael, B., Meldrum, L., trauma work? *British Journal of Psychiatry, 177*, 10–14.
- Richards, D. (2001). A field stress management. *Journal of Emergency Mental Health, 1*, 33–37.
- Roberts, A. R., & Everly, T. D. (2000). *Treatment and Crisis Intervention: A Manual for the Helping Professions* (2nd ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Robinson, R. C., & Mitchell, J. B. (2000). *Treatment and Crisis Intervention: A Manual for the Helping Professions* (2nd ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Rose, S., Brewin, C. R., & Andrews, B. (1990). An individual psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry, 157*, 793–799.
- Salmon, T. W. (1919). The effects of group debriefing after a disaster. *Journal of Psychology, 4*, 150–155.
- Shalev, A. Y., Peri, T., & Roth, S. (1998). Group debriefing after a disaster. *Journal of Psychology, 133*, 150–155.
- Sijbrandij, M., Olff, M., Reijntjes, A., & de Jongh, T. J. (2000). Psychological debriefing or educational debriefing? *Journal of Traumatic Stress, 15*, 150–155.
- Small, R., Lumley, J., & Donohue, J. (1998). A controlled trial of midwifery-led care for women in childbearing. *British Medical Journal, 317*, 150–155.
- Smith, C. L., & Chesnay, J. (1998). Management in post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 150–155.
- Solomon, Z., & Benbenishty, Y. (1998). Front line treatment of post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 150–155.
- Solomon, Z., Benbenishty, Y., & Elizur, A. (1993). Assessment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry and Related Disorders, 13*, 150–155.
- Stallard, P., & Law, T. (2001). Psychological debriefing for survivors of life threatening events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 150–155.
- Stallard, P., & Salter, E. (2001). Psychological debriefing for survivors of life threatening events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 150–155.
- Stevens, K. L. H., & Adshelton, J. (1998). Psychological debriefing for crash survivors. In M. J. Frueh (Ed.), *Journal of Traumatic Stress, 13*, 150–155.
- London: Routledge.
- Strupp, H. H. (1978). Psychological debriefing. In H. H. Strupp & J. B. Mitchell (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 3–22). New York: John Wiley & Sons.
- True, P. K. (2000). Case report: Psychological debriefing. *International Journal of Emergency Mental Health, 1*, 33–37.
- Van Emmerik, A. P., Kamphuis, J. H., & Kester, M. C. (2000). Single session debriefing. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 766–771.