

התערבות קבוצתית המשכית פרוטוקול להתערבות ייחודית עם יחידות מילואים לוחמות

ד"ר אופיר לוי^{1,2}, יעל שובל¹

במאמר זה נציג את הפרוטוקול "התערבות קבוצתית המשכית" (Continuous Group Intervention – CGI) שבו עשינו שימוש עם יחידות מילואים שנלחמו במלחמת לבנון השנייה. בהתאם לנוהל הקיים במחלקת בריאות הנפש (ברה"ן) בצה"ל, היחידות נקלטו להתערבות ראשונית מייד בתום ימי הלחימה. ההתערבות הראשונית "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע" תוצג בקצרה במאמר זה. לאחר התערבות זו, במסגרת העברת הטיפול ליחידה לתגובות קרב, נערכה עם היחידות פעולת התערבות למניעה המבוססת על הפרוטוקול שיוצג. הפרוטוקול מושתת על עקרונות התשאול (debriefing), והוא נבחן מחקרית ונמצא יעיל בשימור התפקוד לאחר חשיפה לאירוע טראומתי.

מבוא

טיפול בתגובת דחק חריפה (Acute Stress Reaction – A.S.R.) ובהפרעת דחק חריפה (Acute Stress Disorder – A.S.D.) שנוי במחלוקת. יש הטוענים שהתגובה הנפשית מייד לאחר החשיפה לאירוע טראומתי היא טבעית, ולכן על אנשי המקצוע ללוות את הנפגעים מייד בתום הלחימה, לסייע להם "להתחבר" מחדש לכוחותיהם הטבעיים עד כדי חזרה לאיזון נפשי (1). מנגד יש הטוענים שחשיפה לאירוע טראומתי גורמת להפרת האיזון הנפשי ולכן כדי להחזיר את האדם לאיזון, יש צורך בהתערבות ישירה של גורם מתווך. מרבית האנשים שנחשפים לאירוע טראומתי חווים מצוקה נפשית, אך יש קושי להבחין בין אנשים בעלי חוסן נפשי ובין אנשים פגיעים יותר. קושי זה מעסיק את אנשי בריאות הנפש, ותכנון תוכניות התערבות הוא אתגר עבורם (2).

מוסכם על הכול שמלחמה היא אירוע משמעותי, המשנה לעתים קרובות תפיסות ומשמעויות קיומיות (3), ושהיא בעלת פוטנציאל טראומתי. עם זאת, התגובה אליה שונה מאדם לאדם, בעיקר בכל הקשור לטווח התגובות ללחצי הקרב. לחשיפה לקרבות יש השלכות נפשיות מיידיות וארוכות טווח, העשויות לגרום מצוקה לאדם עצמו ולסביבתו הקרובה (4). מתוך הבנה זו נעשה מאמץ לחפש דרכים להקטנת הסיכון להפרעות ארוכות טווח, על-ידי התערבות מיידית לאחר החשיפה לאירוע הטראומתי. ההתערבות יכולה להיעשות בכמה דרכים: טיפולים

אינדיבידואליים-התנהגותיים-קוגניטיביים, דינמיים, טיפולים תרופתיים וטיפולים פסיכו-פיסולוגיים (5).

התערבות מיידית שיכולה להיעשות באופן קבוצתי היא דרך יעילה וחסכונית לעזור בו-זמנית למספר רב של נפגעי טראומה (6, 7). אחת משיטות ההתערבות הקבוצתיות המיושמות בקרב נפגעי טראומה היא שיטת התשאול (debriefing). בספרות הקלינית והמחקרית יש חילוקי דעות באשר ליעילותה, (7, 8, 9, 10, 11), וניתן למצוא תחתיה מיגוון רחב של התערבויות קבוצתיות, אינדיבידואליות או זוגיות, כמו גם סוגים שונים של תשאול, ביניהם תשאול קבוצתי פסיכולוגי, אשר בו נתמקד במאמר זה (4). התערבויות אלו מיושמות כמשכי זמן שונים, החל מימים אחדים וכלה בכמה חודשים לאחר החשיפה לאירוע הטראומתי. הן נעות מפגישה בודדת למספר פגישות, נמשכות שבועות או חודשים וכוללות נושאים מגוונים ובהם חינוך, הקנית ידע, ונטילציה ותמיכה חברתית במינונים ובדגשים משתנים שאינם מוגדרים מראש (12, 13).

"התערבות קבוצתית המשכית", שתוצג להלן, מתבססת על יסודות התערבות התשאול. בצה"ל בכלל ובמחלקת ברה"ן בפרט, מצאו לנכון לפתח פרוטוקולים טיפוליים המיועדים לשימוש בידי מפקדים ואנשי מקצוע עם קבוצת התמך הטבעית (בת זוג, משפחה, חברים וכו') ועם הפרט הנפגע עצמו. הפרוטוקולים הללו מתאימים גם למטפלים ולאוכלוסיות אזוריות שבהן קיים מבנה היררכי תואם, עם דרג מנהל ודרג מבצע (כיבוי אש, משרדי ממשלה, רשויות מקומיות ועוד), ש"חובקים אירוע משותף". הפרוטוקולים הללו אמורים לתת מענה לנפגעים בשלבים השונים של התפתחות התסמונת הפוסט טראומתית –

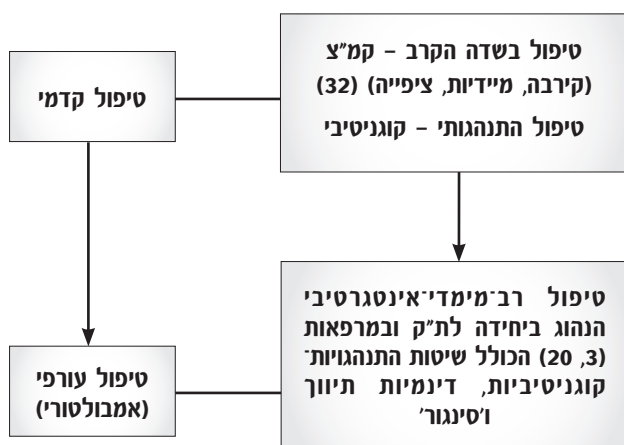
¹ היחידה לתגובות קרב – מחלקת ברה"ן, חיל רפואה;

² בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שפאל, אוניברסיטת תל-אביב.

ofirsiona@gmail.com

ועוררות יתר (למשל, רגישות לרעשים המזכירים קולות נפץ משדה הקרב). אם כעבור חודש אין הטבה במצב, הוא יוגדר לפי ה-DSM-IV-TR (29) כמי שסובל מ"הפרעה פוסט טראומתית" (PTSD) וכעבור כשלושה חודשים כמי שסובל מפוסט טראומה כרונית (Chronic PTSD). בקרב הסובלים מרמה זו של הפרעה, התסמינים הם אלה האופייניים להפרעת דחק חריפה, אך במקרה זה התסמינים גורמים לפגיעה נפשית, תפקודית והתנהגותית ניכרת (21, 30). יש לציין כי הקשר בין הפרעת דחק חריפה לבין התפתחות תסמונת פוסט טראומתית אינו ברור. לפי המוגדר ב-DSM-IV (16), התמונה הקלינית המאפיינת את שתי ההפרעות דומה, ונגזרת מן ההנחה שההפרעה ארוכת הטווח היא תוצאת ההשתלשלות של תגובת דחק חריפה (31).

בדרך כלל הטיפול בנפגעי תגובת קרב נעשה בחזית במרחק של 3-5 ק"מ מהכוחות הלוחמים ומכונה "טיפול קדמי", ובעורף הוא נעשה במרפאות צבאיות, לרבות היחידה לת"ק, ומכונה "טיפול עורפי".



מהתרחשים ניתן ללמוד שנפגעי תגובת קרב מטופלים בסמוך למקום האירוע ובסמוך להתרחשותו. הטיפול הקדמי בתגובת קרב, המבוסס על הגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית, מתבסס על תהליך עיבוד החוויה בקרב בריאים וחולים המאופיינים בתבניות חשיבה של פחד. תבניות אלו הן הגורם המרכזי להתפתחות המקבץ (cluster) ההימנעותי. על-ידי 'חשיפת' תבניות חשיבה אלו, על תוכן ומשמעותן ברמת הפרט והקבוצה, נוצר שינוי התנהגותי שמשמעו התגברות על הפחד (1, 33). תפיסה זו תואמת את העקרונות של סלמון (32), הפסיכיאטר הצבאי הראשי של הצבא האמריקאי במלחמת העולם הראשונה, שניסח שלושה עקרונות: (1) מיידיות (immediacy): הטיפול חייב להתחיל סמוך ככל האפשר להתרחשות האירוע כדי למנוע התפתחות לקיבעון; (2) קירבה (proximity): נובעת מעיקרון המיידיות – ככל שהטיפול בתגובת הקרב יינתן בסמיכות רבה יותר למקום הפגיעה ולמקום הימצאותה של יחידת החייל, כך תקטן הנטייה לקיבעון של תסמינים; (3) ציפייה (expectancy): יש להעביר לנפגע מסר של ציפייה שמשמעו שמדובר במשבר

מתגובת דחק חריפה, להפרעת דחק חריפה, לפוסט טראומה ועד לפוסט טראומה כרונית. המענה אמור להיות הדרגתי – בתחילה עבודה של מפקדים, לאחר מכן עבודה משולבת בין מפקד לאיש מקצוע ולבסוף התערבות של איש מקצוע בלבד.

מתגובת דחק חריפה לתסמונת פוסט טראומתית: דרכי המניעה של התפתחות התופעה

לאחר אירוע טראומתי (פיגוע, חשיפה לתאונת דרכים וכד'), מתרחשת תגובה, המכונה במדריך הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי (14), "תגובת דחק חריפה" (acute stress reaction). התגובה באה לביטוי בשורה של תסמינים (סימפטומים) בכמה מישורים (גופניים, קוגניטיביים-התנהגותיים, רגשיים ועוד), האמורים לחלוף כעבור פרק זמן קצר (1, 15). התסמינים נחשבים נורמטיביים, טבעיים לאירוע שנתפס בדרך כלל כמחוץ ליכולת הקליטה הרגשית של אדם מן השורה (3). לרוב, תגובה לאירוע הטרומטי ניכרת בעוצמות גבוהות של פחד, חוסר אונים או אימה. חשיפה לאירועים טראומטיים מוכרת כגורם פתוגני היוצר ומאיץ תחלואה סומטית ופסיכיאטרית (16). יחד עם זאת, מחקרים שבחנו את ההשפעות הפתוגניות של חשיפה לאירועים טראומטיים הראו כי קיימת שונות רבה בתגובות. נראה כי אנשים שונים מגיבים תגובה שונה למצבים דומים (15, 17, 18, 19).

תגובת קרב (Combat Stress Reaction – CSR) היא אחת מתגובות הדחק החריפות הנובעות מחשיפה לקרב/מלחמה, ומשמשת נושא למחקרים רבים בארץ ובח"ל (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26). תסמיני תגובת קרב מופיעים לרוב מייד אחרי הטרומה, אך הם יכולים להופיע גם זמן רב אחריה. תגובות נפשיות קיצוניות עשויות לפרוץ בעת הקרב עצמו ולכן הן מוגדרות תגובות קרב מיידיות. לעומת זאת, כאשר הן מתרחשות לאחר זמן, הן מוגדרות תגובות קרב מושהות (21). התגובה יכולה לקבל ביטויים שונים המשתנים ממלחמה למלחמה או מאירוע קרבי אחד למשנהו ומתבטאת במצב של חרדה משתקת, דיכאון המתבטא בדרך כלל בתחושות אשמה, עייפות בלתי פוסקת והסתגרות, תסמינים פסיכו-סומטיים חריפים, קהות נפשית, חוסר אוריינטציה והתנתקות מן המציאות (27). חייל ייחשב כלוקה בתגובת קרב כאשר הוא מפסיק לתפקד כלוחם ומתנהג באופן המסכן אותו ואת חבריו הלוחמים. הגדרת תגובת הקרב ואבחנתה מתבססות על התנהגות החייל בתנאי קרב, שאותה מפרשים הסובבים אותו כאות לכך שחדל לתפקד כלוחם פעיל, למרות שמצופה ממנו להיות כזה. ההגדרה מדגישה כרכיב מרכזי את הפגיעה בתפקוד ואת מעבר הנפגע מתפקיד של לוחם למי שאינו לוחם (28).

כאשר אדם אינו מתאושש והתסמינים ממשיכים ללוות אותו, הוא יוגדר לפי ה-DSM-IV-TR (29) כסובל מ"הפרעת דחק חריפה" (acute stress disorder). הפרעה זו מאופיינת בתסמינים חודרניים (למשל חלומות), הימנעותיים (ממחשבות או ממגע עם גירויים המזכירים את האירוע הטרומטי)

אמורים לנהל המפקדים לאחר קבלת ייעוץ מאנשי מקצוע (קב"ן). בשיחה אמורים להישמר כמה כללים: איסור יציאה וכניסה במהלך השיחה, איסור על העברת ביקורת או תקיפה של אחד מחברי הצוות, הימנעות מכניסה לדבריו של האחר ודאגה לכך שכל אחד יספר את סיפורו. השיחה תארך 30-60 דקות (בניגוד לשיטת תשאול קבוצתי פסיכולוגי, הממליצה שהשיחה תארך כשלוש שעות) בהתאם להיקף האירוע, ויהיו בה שלושה שלבים:

1) שלב הפתיחה שבו מובהרות מטרות השיחה וכלליה;
 2) שלב הדיון באירוע הכולל שלושה חלקים: סבב עובדות (fact phase), שמטרתו ליצור תמונה צוותית שלמה, סבב מחשבות (thought phase), שנועד לאפשר התייחסות אישית לאירוע וסבב התגובה הרגשית (reaction phase) שמטרתו לאפשר ביטוי רגשות שהתלוו לאירוע לצורך ונטילציה;

3) שלב הסיכומים וגיוס הכוחות. נועד לגייס כוחות באמצעות סיכום מרכיבי השיחה והפנית הקשב של המשתתפים אל העתיד (expectation) קרי, לפעילויות הבאות הצפויות ליחידה.

כאמור "נוהל שיחת הצוות לאחר אירוע" נועד לשימוש של מפקדים, מתוך הבנה ששימוש בכלי זה על-ידי מפקדים יחזק את הקשר בין המפקד לחייליו. כל זאת, על רקע מתן לגיטימציה לחיילים לגעת בעולם התוכן הרגשי הנחשב זר לתרבות הצבאית, הגברת רמת הלכידות ביחידה (26, 40) וכך לא מתווגים חיילים שהגיבו בתגובה רגשית לאירועים שחוו כ"חולים". במלחמת לבנון השנייה עשתה מחלקת בריאות הנפש של חיל הרפואה שימוש נרחב ב"נוהל שיחת צוות לאחר אירוע" באמצעות קציני בריאות נפש בחזית שפעלו לכל אורך המלחמה. השימוש בנהל זה נעשה עם יחידות סדירות ויחידות מילואים שנלחמו בלבנון.

היחידה לתגובות קרב, השייכת למחלקת בריאות הנפש בחיל הרפואה ופועלת בשיתוף עם אגף שיקום נכים של משרד הביטחון, השתלבה במהלך המלחמה בפעילות המניעה האקטיבית שנקטה מחלקת בריאות הנפש, במיוחד בקרב יחידות מילואים שנלחמו בלבנון. כחלק מפעילות זו פיתחה היחידה פרוטוקול טיפולי המשכי ל"נוהל שיחת צוות לאחר אירוע", המותאם ליחידות מילואים שסיימו את פרק השירות שלהם וחזרו לשיגרת חייהם.

"התערבות קבוצתית המשכית"

זו שיטת התערבות הכוללת שלושה שלבים שיוצגו בהמשך, ומתבססת על שימוש בקבוצת השווים המונחים בידי מפקד ואיש מקצוע באופן ממוקד וחד-פעמי. שלבי ההתערבות מתבססים על רכיבים מתוך "התערבות תשאול פסיכולוגית", כמו שיתוף ברגשות בסביבה קבוצתית תומכת, נורמליזציה של התגובות (כלומר, הצגתן כטבעיות ולגיטימיות) והדרכה. בפרוטוקול הנ"ל, מעבר לכל אלה, הושם דגש מיוחד על עיסוק ברגשות

זמני שאמור לחלוף, עד כדי חזרה לתפקוד מלא. עקרונות אלה נוסחו בצה"ל לכדי "טיפול קדמי" שנוסח לראשונה במלחמת לבנון הראשונה (34) במטרה למנוע התפתחות של התסמונת הפוסט טראומטית כרונית. הם עולים בקנה אחד עם העמדה המקצועית המקובלת בין אנשי מקצוע, לפיה ניתן למנוע את התפתחות התסמונת בחודשים הראשונים מרגע החשיפה לאירוע (1, 35), תוך שימוש בקבוצות תוך טבעיות (36). הקבוצה היא מקור טבעי להחלמה, עיבוד חוויות משותפות, קבלת משוב, נורמליזציה של רגשות וחיזוק הצורך לחזור לתפקוד. על רקע זה עושים בשלב הטיפול הקדמי ובה"ל בפרט, שימוש נרחב במודל של הטיפול הקבוצתי (33).

כמאמר זה נסקור שני פרוטוקולים להתערבות קבוצתית שנועדו למניעה ואשר עשויים לסייע לאנשי מקצוע נוספים המתמודדים עם מטופלים שנחשפו לאירועים טראומטיים. בכך תובהר גם משמעותה של המניעה והמשמעות של השימוש בקבוצה בשלב זה. הפרוטוקול הראשון, "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע", הוא פרוטוקול המפקדים את הפרוטוקול "התערבות קבוצתית המשכית", שבו נעשה שימוש בצה"ל עם יחידות מילואים שנלחמו במלחמת לבנון השנייה, ועליו יושם דגש במאמר זה דרך תיאור שלביו ואופן השימוש בו (תיאור ראשוני ראה 37).

"נוהל שיחת צוות לאחר אירוע"

פרוטוקול זה פותח במחלקת בריאות הנפש של צה"ל (38). הוא מציע כלי ייחודי ושימושי למפקדים ואנשי רפואה לטיפול ראשוני ביחידות/צוותים שנחשפו לאירועים טראומטיים או לקחו חלק בפעילות מבצעית שוחקת לאורך זמן במסגרת תפקידם. "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע" מבוססת על "תשאול קבוצתי פסיכולוגי" (40, 41), שבו סוקרים היבטים שונים של חוויות המעורבים באירוע ושל תגובות לאירוע זה. מדובר במפגש קבוצתי מתוכנן מראש בהנחיית מפקד. במפגש ניתן ביטוי לרגשות שליליים כגון חוסר אונים, תסכול, סיוטים, תמונות חודרניות ופחד מוות, וגם לרגשות חיוביים שהתעוררו בעקבות החוויה הטראומטית. המפגש אמור להתקיים בפרק זמן שבין יומיים לעשרה ימים לאחר האירוע הטראומטי והוא נמשך כשלוש שעות. במודל זה המוקד הוא הפרט ותגובותיו ולא הקבוצה כגוף אחד. המודל נועד להקל את המצוקה הראשונית, ובכך לצמצם או אף למנוע התפתחות של תסמונת דחק פוסט טראומטית (4, 8, 10, 11, 42).

המטרה העיקרית של "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע" הוגדרה כביטוי נסיבות האירוע ומתן אפשרות לכל אחד לבטא את מחשבותיו ורגשותיו ולהפיק לקחים מקצועיים ולהטמיעם. השיחה הומלצה לביצוע בכל מקום אפשרי (עם דגש על מקום שמאפשר פרטיות כמו חדר, אוהל וכד') ובלבד שתיעשה סמוך ככל האפשר לסיום האירוע ובתנאי שהצוות (החיילים ומפקדיהם הישירים) פנוי ברמה הרגשית לבצע את השיחה. ניתן להבין מכך שבשונה מתשאול קבוצתי פסיכולוגי, את השיחה

יוצא מכך, מספר הקבוצות היה רב ומספר המטפלים שנטלו חלק בהתערבות היה בהתאם.

זאת ועוד, כיוון שהמפקד נתפס כדמות שעליה לבוא במגע עם חלקים רגשיים, שלכאורה שייכים לתחום העיסוק של אנשי מקצוע, נבנה מודל זה כמודל ייחודי של קו הנחיה המתבצע בידי המפקד הישיר וכן מטפל (מהיחידה לתגובות קרב). בהתאם לכך נעשתה חלוקה בתוך הסבבים ובין הסבבים שמטרתה הגדרת הדברים שהמפקד אומר מול מה שאיש המקצוע אומר. כל זאת מתוך הבנה שחלקים מסויימים שמפקד יאמר יחזקו את פיקודו ויעודדו את השתלבות החיילים והמפקדים הזוטרים בתהליך, ולעומתם – חלקים "מקצועיים" (כמו הסבר על התפתחות התופעה הפוסט טראומתית ודרכי ההתמודדות עימה), חשוב שייאמרו על-ידי איש המקצוע (המטפלים של היחידה לתגובות קרב). נקודת המוצא כאן היא שהמפקד נושא בתפקיד מנחה-משתתף כיוון שגם הוא, כמו חייליו, עבר אירועים קשים וזקוק לזווית צדדית רגשית, ובעיקר, כיוון שהשתתפות המפקד תעזור לשאר החיילים לשתף פעולה בשלבי השיחה. בהקשר זה חשוב להוסיף ששיתוף פעולה מצד כלל החיילים אמור להתבטא בכך שכל חברי הצוות/מחלקה "ידברו", כדי ליצור תחושה של שותפות, לכידות והזדהות. השתתפותו של המפקד כ"משתתף" תורמת להיבט זה שכן הוא מהווה דוגמה (modeling) לצוות. אם למרות זאת יש חייל/מפקד זוטר שמתקשה לשתף פעולה עם הסבבים השונים, ההנחיה היא לבקשו לתאר לכל הפחות את תפקידו ואת מיקומו בעת התרחשות האירוע שהיחידה חוותה במלחמה. כך נוצרת משמעות סמלית לתחושת השותפות, הלכידות והזדהות בין כלל חברי הצוות/מחלקה.

ניתן להבין אם כן, שמפקדי הצוותים הם אלה שהובילו את השיחה יחד עם המטפל מהיחידה לתגובות קרב מול פקודיהם הישירים והמפקדים הזוטרים המצויים תחת פיקודם. לעומת מפקדי הצוותים/מחלקות, הונחו מפקדיהם לשבת בכל סבב בקבוצה אחרת "מחוץ למעגל", כדי לאסוף רשמים ו"לחוות את החוויה" לקראת שיחתם אל מול כלל הצוותים/מחלקות הנמצאות תחת פיקודם, שהתקיימה בתום שלושת הסבבים. על תפקידם של מפקדים אלה יפורט בהמשך.

ראוי עוד לציין שנעשתה הכנה של צוות המנחים (כלל המפקדים וכלל המטפלים) שכללה היכרות והצגת פרוטוקול ההתערבות בפני כל צוות המנחים, ולאחר מכן פרישה לעבודה בזוגות לצורך העמקת ההיכרות, תיאום עמדות וחלוקת עבודה בין המפקד למטפל. להערכתנו, ההכנות איפשרו את קיומן המוצלח של ההתערבויות. עובדה זו אינה סותרת את ההערכה שיש צורך במנחים מיומנים ובעלי ניסיון כדי שיוכלו לזהות קונפליקטים פוטנציאליים בתוך הצוות/מחלקה ואת הדינמיקה הקבוצתית (45). יחד עם זאת מצאנו שהתערבויות המשלבות בין המפקדים האורגניים ובין אנשי מקצוע מנוסחים ומיומנים, מקלות על החיילים לשתף בחוויותיהם וברגשותיהם, לעומת מפגש עם מטפל 'זר', שלרוב אינו מכיר את ההווי ואת הדינמיקה של המחלקה/צוות (13, 45, 46).

החיילים במרחק של כמה חודשים מהמלחמה. למשתתפים ניתנה הזדמנות להתייחס לאובדנים ולמשמעותם לאחר החזרה לחיים האזרחיים ולבטא כעסים ורגשות אשמה. בנוסף, הושם דגש על הציפייה והחזרה לתפקוד תוך כדי שיקוף מסרים של "כוחות", בהתבסס על צורות התמודדות פונקציונליות וחיוניות שעלו מהקבוצה.

ההתערבות עם היחידות לאחר מלחמת לבנון השנייה התקיימה לאחר שהתקיימו עמן שיחות על בסיס הפרוטוקול "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע", בהן הושם דגש על עיבוד האירוע הטראומטי. היא נועדה לתת מענה ליחידות ולפרטים שפיתחו תסמינים של הפרעת דחק חריפה (ASD) ופוסט טראומה. למרות שהיחידות נחשפו לאירוע טראומטי, לא שיחזרנו במסגרת ה"התערבות הקבוצתית המשכית" את האירוע, אלא התבססנו על השיחזור שנעשה ב"נוהל שיחת צוות לאחר אירוע". במילים אחרות, ההתערבות התקיימה בטווח זמן שנתפס עדיין כ"שלב המניעה", קרי, עד שלושה חודשים לאחר החשיפה לאירוע הטראומטי, ולכן היה דגש על דרכי ההתמודדות מאז סיומה ועל "אוריינטציה כלפי העתיד". חשוב להוסיף בהקשר זה, שבדרך כלל התערבות מסוג תשאול מתקיימת תקופה קצרה לאחר האירוע, בין יום אחד עד כעשרה ימים. בעוד ריצ'י וחבריו (43) טוענים כי המרכיב הקריטי ביישומן של התערבויות הוא מהירות ההפעלה, מתריעים חוקרים אחדים מפני התערבות טרם זמנה ומציגים סימני שאלה באשר ליתרונותיה (4).

בניגוד לתשאול, "התערבות קבוצתית המשכית" (37) בדומה להתערבות של שְמטוב (44), התקיימה בחלק מהמקרים לאחר פרק זמן ארוך יחסית לאחר האירוע (עם יחידה אחת כחודש לאחר האירוע, עם אחרת כשלושה חודשים לאחר האירוע ועם השלישית כשנתיים אחרי האירוע). רפאל (41) טוענת כי ייתכן שנכון לבצע את ההתערבות רק לאחר פרק זמן בו האירוע עוכל ועובד. דעה דומה נמצא אצל מיטשל (40), שהדגיש את הצורך במוכנות פסיכולוגית להתערבות שמתאפשרת, לדבריו, רק לאחר פרק זמן ארוך מהאירוע.

כיוון שמדובר בשלב מניעה, נבנה מודל זה עבור יחידות גדולות. כל זאת לאור העמדה המקצועית שככל שההתערבות תורחב, לא יתקיים תהליך של תיוג של היחידה הקטנה (השייכת כמובן לאותה יחידה גדולה), שספגה את מירב ההרוגים והפצועים. במילים אחרות, קיימת סכנה שעבודה מרוכזת מול היחידה הקטנה שנפגעה, תתייג אותה כ"חולה". מכך רצינו להימנע מה גם שלתפיסתנו המקצועית ככל שמרחיבים את ההתערבות כך מגדילים את האפשרות לביטוי החלקים הבריאים. חלקים אלו מגולמים בתוך היחידה הגדולה ונובעים מהנטייה הטבעית הקיימת ביחידות מסוג זה, להתגבר על האירועים ולהמשיך הלאה סביב המשימות העתידיות הנכונות ליחידה. לכן הפרוטוקול נבנה עבור מסגרות של גדודים, ושלוש ההתערבויות שהתבצעו והוזכרו לעיל, היו מול גדודים. כפועל

שלב הפתיחה

על אופן חלוקת התפקידים בין המפקד למטפל ניתן ללמוד במיוחד משלב הפתיחה, בו המפקד מגדיר את נוהלי השיחה וכלליה, מרכיבים הנחשבים בעלי מאפיינים "פיקודיים", לעומת המטפל שמתאר את הרציונל לשיחה תוך נגיעה במאפיינים הפסיכו-חינוכיים. להלן תיאור שלב הפתיחה של ההתערבות במלואו, המנוסח בחלקו בלשון ציווי בכדי להמחיש את אופן הדברים שאומר המפקד לעומת איש המקצוע:

מפקד

- 1. מטרת ההתערבות:** "עברנו אירועים קשים (יש לכוון לאירועים שעברתם במלחמה) במהלך שירות המילואים האחרון ולאחר מכן חזרנו לשיגרת חיינו. במפגש היום ננסה לברר כיצד נראית שיגרת החיים מאז השחרור ממילואים, תוך דגש על התהליכים הרגשיים שנלוו לתהליך החזרה לחיים האזרחיים. חשוב שכל אחד יתבטא, אנו מצידנו נאפשר זאת לכל אחד. כך נלמד כיצד כל אחד התמודד ומתמודד עם החזרה לחיים האזרחיים על רקע אירועי המלחמה שחווינו וכיצד אנו כצוות צריכים להתמודד לקראת שירות המילואים הבא שלנו".
- 2. מסגרת:** "המפגש מחולק לשלושה סבבים. בסבב הראשון נתאר את רצף האירועים שכל אחד עבר מאז השחרור ממילואים ונבחן ברמה העובדתית כיצד כל אחד מתמודד עם שיגרת חיי האזרחיים תוך דגש, כפי שצוין קודם לכן, על המפגש עם "האזרחות" לאחר השחרור ממילואים – בתום המלחמה. החלק הזה יימשך כשעתיים. לאחר ההפסקה נתכנס לסבב השני שימשך כשלוש שעות עם הפסקה באמצע, ובו נעסוק ברגשות שלנו במרחק של הזמן שעבר מאירועי המלחמה ומאז השחרור ממילואים. בסבב השלישי נסכם במשך כשעה את השיחה ונדון בעתיד ובלוחות הזמנים הצפויים לנו. היום הזה יועבר לכל אורכו על-ידי ועל-ידי (מצייין שם) – מטפל מהיחידה לתגובות קרב".
- 3. כללים:** "כדי ליצור אווירה שתאפשר את הצלחת המפגש, אני מבקש להקפיד על הדברים הבאים: אין לשוחח בפלאפון, כיוון שהרצף חשוב ולמען הכבוד ההדדי אין לצאת ולהיכנס באמצע השיחה, יש לאפשר לכל אחד לסיים את דבריו, לא לתקוף, אין להעביר ביקורת (להדגיש שלא מדובר בתחקיר מבצע) ולבסוף, חשוב ביותר שכל אחד ידבר. אם למישהו יש קושי עם כך, שיתאר לכל הפחות את מיקומו ותפקידו בעת האירוע שקרה במלחמה".

מטפל

- 4. רציונל:** "התערבות קבוצתית המשכית" נועדה למנוע התפתחות תופעות השייכות למה שאנו מכנים תסמונת פוסט טראומתית ועליה מייד אפרט יותר. זו תסמונת שעשויה להתפתח בקרב חיילים שהתנסו כמזכיר באירועי קרב עם הרוגים ופצועים. אנו יודעים ממחקרים ומדיווחים של אנשי מקצוע ושל אנשים שהתנסו במודלים כאלה של שיחות, שהשיחה בתוך קבוצה של אנשים המכירים האחד את השני היטב ושעברו את האירוע יחדיו, עוזרת מאוד להקלה הרגשית ולמניעת פוסט טראומה. השיחה הזו אמורה להתקיים במרחק של כשלושה חודשים מהשיחה הקודמת שעברתם, "שיחת צוות" לאחר אירוע" ביומיים האחרונים לשירות המילואים שלכם, כיוון שהתפיסה היא שבמהלך שלושת החודשים הראשונים לחשיפה לאירוע, אפשר למנוע התפתחות או החמרה של התופעות השייכות לתסמונת הפוסט טראומתית. השיחה הזו "התערבות קבוצתית המשכית" היא, למעשה המשך לשיחה הקודמת שעברתם, ומהווה הזדמנות נוספת לכולכם לתאר את חוויותיכם ורגשותיכם וללמוד על דרכי ההתמודדות של כל אחד מכם

עם החיים האזרחיים על רקע האירוע שעברתם במלחמה. מעבר לכך היא אמורה להגביר את הלכידות, השותפות והערבות ההדדית ביניכם והיא תשמש אותנו, המטפלים והמפקדים, לאתר ולהציע למי שהשיחות הללו לא עזרו לו, לקבל טיפול פרטני ביחידה לתגובות קרב".

5. psycho-education: "פוסט טראומה כרונית מתפתחת לפי הספרות המקצועית, במשך שלושה חודשים והיא מאופיינת בשלוש קבוצות של תסמינים: "הימנעות" ממחשבה על האירוע או מגע במציאות עם דברים שמזכירים את האירוע, למשל: מגע עם הצבא או צפייה במהדורות חדשות המקרינות תמונות מהמלחמה, "עוררות" שמתבטאת בדריכות על רקע המתח הנוצר מהתחושה שיכול לקרות עוד פעם אירוע קשה שמוביל לעתים לבהלה מרעשים המזכירים קולות נפץ ו"חודרנות", שמתבטאת בסיוטים וחלומות ומחשבות בלתי פוסקות על האירוע. כל שלושת התסמינים האלה פוגעים בסופו של דבר בתפקוד כיוון שאם לא ישנים טוב בגלל חלומות וסיוטים נעשים עוד יותר מתוחים ודרוכים במהלך היום, רמת הריכוז יורדת והיכולת לתפקד היטב בעבודה, כהורה או כבן זוג, נפגעת. בנוסף חישבו על זה שאדם שנחשף לאירוע טראומתי עסוק במשך זמן העירות בניסיונות להימנע מלחשוב על האירוע או לבוא במגע עם דברים שקורים במציאות ומזכירים לו אותו ולכן הקושי התפקודי מתעצם. את כל זה אנו רוצים למנוע או לפחות להפחית את העוצמה של הסימפטומים אצל מי שכבר סובל מהם וכמו שכבר אמרתי, 'חלון ההזדמנויות' למניעה הוא בטוח זה של זמנים, קרי, בחודשים הראשונים להיחשפות.

חשוב לי לציין שגם אם אצל חלק מהאנשים שיושבים כאן, התפתחו סימפטומים שמאפיינים פוסט טראומה וגם אם לאחר המפגש היום חלק מהסימפטומים יישארו, עדיין יהיה מה לעשות. ראשית אתם צריכים לזכור שאנשים שעברו אירוע כל כך קשה מגיבים ברמה הרגשית לאירוע. אנו יודעים ממחקרים שלא פחות מ-80% מהנחשפים סובלים לפחות מסימפטום אחד של תגובת לחץ, שהיא השלב הראשון של פוסט טראומה, אבל לרוב הסימפטומים נעלמים. איך? על-ידי שיחה עם חברים, בנות זוג, משפחה וכד'. כלומר, הם מחלימים ללא כל עזרה של איש מקצוע על-ידי שיחה ספונטנית. מה שנעשה כאן זה משהו יותר מובנה אבל הוא מתבסס על הרעיון שצריך לדבר על הדברים, כיוון שככל הנראה "הדיבור" מסייע. כמוכן שגם לאמונה שלכם שאפשר להרגיש טוב יותר ושאפשר לחזור ולתפקד היטב כצוות, יש חשיבות רבה. לבסוף, חשוב להדגיש שאם לא יהיה שיפור בקרב מי שכבר סובל מסימפטומים, יש הזדמנות להגיע אלינו ליחידה לתגובות קרב לקבל סיוע פרטני. סיוע מעין זה אמור בסופו של דבר לסייע להפחית את עוצמת הסימפטומים ולשפר את איכות התפקוד".

לאחר שלב הפתיחה מתכנסים המשתתפים לסבבים המרכיבים את ההתערבות. לכל סבב מטרה שונה אם כי הסבבים משלימים זה את זה לכלל התערבות אינטגרטיבית עם מטרה משותפת. בשלושת המקרים שבהם נעשה שימוש בפרוטוקול, כנזכר למעלה, הוגדרה המטרה: 'הגברת החוסן והלכידות היחידתית'.

לכל סבב מוקדש פרק זמן שונה בהתאם למאפייני הסבב ומספר האנשים הלוקחים בו חלק. מספר המשתתפים הממוצע בכל קבוצה עמד על 17 ולכן הוקדש לסבב העובדות כשעתיים (עם הפסקה באמצע), לפרק הזמן שעוסק ברגשות-מחשבות כשלוש שעות ולפרק הזמן שעוסק בסיכום ובמבט לעתיד כשעה.

אפשרית עתידית לטיפול. כמו כן, על-ידי כך מתאפשר תהליך של זיהוי מטופלים שזקוקים להמשך התערבות. לדברים אלה משמעות רבה כשמדובר בארגונים כמו צבא, משטרה וכוחות הצלה, על רקע המאפיינים הארגוניים והתרבותיים של ארגונים היררכיים אלה. בארגונים אלה ובפרט בצבא, המתבסס על אוכלוסייה הנמצאת בגיל ההתבגרות, הקודים הגבריים והכוחניים הקיימים מקשים על האפשרות לקבלת סיוע וטיפול נפשי לאחר אירוע טראומתי.

במילים אחרות, נראה שהתערבות המבוססת על הפרוטוקולים הללו מתאימה לארגונים בהם קיים מבנה היררכי הכולל דרג מנהל ודרג מבצע (כיבוי אש, משרדי ממשלה, רשויות מקומיות ועוד) ש'חובקים אירוע משותף' ופחות לארגונים בעלי מאפיינים אחרים. כמו כן, אין להתייחס אל התערבות זו כאל טיפול, אלא כהתערבות מניעתית שנועדה לאפשר הקלה סביב המצוקה הראשונית ולאפשר איתור פרטים הזקוקים להתערבות/טיפול נוסף.

ספרות:

1. שלו א., אדסקי ר., בוקר ר. וחב', התערבויות קליניות באירועי דחק מתמשכים. שיחות, (1): 5-19, 2002.
2. שובל י. מועילות "התערבות קבוצתית המשכית" במניעת התפתחות תסמונת פוסט טראומטית לאחר לחימה: תרומת סגנון ההתמודדות הרפרסיבי. עבודת מאסטר. אוניברסיטת בר אילן – בי"ס לעבודה סוציאלית, 2007.
3. הרמן ג., טראומה והחלמה. תל-אביב, עם עובד, 1992.
4. שלו א., תובל-משיח ר., התערבויות מוקדמות ותשאול באירועי טראומה. שיחות, י"ג(3): 206-219, 1999.
5. שלו א., גישה רב-מימדית לתסמונת הפוסט-טראומטית (פרק א: תיאוריה ומחקר). שיחות, ה' (1): 85-104, 1994.
6. Mitchell A.M., Sakraida T.J., Kameg K., Critical incident stress debriefing: Implications for best practice. Disaster Management & Response, 1, 46- 51, 2003.
7. Roberts A. R., Everly G.S., A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. Treatment and Crisis Intervention, 6, 10-21, 2006.
8. Bisson J.I., Single-session of early psychological interventions following traumatic events. Clinical Psychology Review, 23, 481-499, 2003.
9. Dyregrov A., The process in psychological debriefings. Journal of Traumatic Stress, 10, 589-608, 1997.
10. Lewis S.J., Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings. Aggression and Violent Behavior, 8, 329-343, 2003.
11. Friedman M.J., Ritchie E.C., Watson P.J., Overview. In: E.C. Ritchie, P.J. Watson, M.J. Friedman (Eds.). Interventions following mass violence and disasters. pp. 37-79. New York, Guilford Publications, Inc, 2006.
12. Van Emmerik A.P., Kamphuis J.H., Hulsbosch A.M. et al., Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. Lancet, 360: 766-771, 2002.
13. Wessely S., Deahl M., Psychological debriefing is a waste of time. Brit. J. Psychiatry, 183, 12-14, 2003.

על מבנה היום, מתאר רשמים מרכזיים שאסף ובעיקר מעביר מסרים של ציפייה לחזרה לתפקוד. שיחה זו של המפקד, שהוא כאמור מפקד כלל הצוותים/מחלקות שעבדו עד עתה בנפרד יחד עם מפקדי הצוותים/מחלקות והמטפל, מהווה סמל של אחדות בין כלל הצוותים/מחלקות. השיחה, שאורכה כחצי שעה, מתבססת, כאמור, על רשמים שאסף המפקד כשעבר בין הקבוצות השונות. המפקד הונחה להצטרף למשך סבב שלם לכל אחת מן הקבוצות והתבקש לשבת מחוץ למעגל ולצפות. כלומר, בסוף ההתערבות היו לו רשמים משלושה סבבים שונים ומשלוש קבוצות שונות ואלה היו את הבסיס לשיחתו עם כלל היחידה. להלן ההנחיות שנמסרו למפקד:

- חזור על מבנה היום לרבות שיחת הפתיחה עם מפקד הגדוד ותוך ציון שלושת הסבבים.
- רכז את המסרים המרכזיים שעלו בשיחות שבהן נכחת.
- הצג סיכום קצר ואינטגרטיבי של מסרים אלה.
- שתף את כל המשתתפים בהתערבות במחשבות ובתחושות שלך לגבי היום.
- העבר מסר וציפייה להמשך תפקוד. הדגש את החשיבות של התפקוד לבריאותם הנפשית והלכידות הקבוצתית.

סיכום

במאמר זה הצגנו את הפרוטוקול "ההתערבות הקבוצתית המשכית" ("Continuous Group Intervention" – CGI), המתבסס על עקרונות "תשאול פסיכולוגי", שהותאם ליחידות מילואים לוחמות שנלחמו במלחמת לבנון השנייה. מדובר באוכלוסייה צבאית, אשר במחקרים שנעשו לאחר התערבות בשיטת התשאול נמצא, כי בחלק מהמקרים ההתערבות הזיקה (48, 49), בחלק מהמקרים היתה הפחתה בתסמינים או שיפור במדדים אחרים (50, 51), ובחלק מהמקרים דווח על תוצאות נייטרליות (52).

עדויות אלו תואמות את המחלוקות באשר לשיטת התשאול, שבהקשרה צוין כי השימוש בה לצורכי השוואה והערכה הוא קשה עד בלתי אפשרי לביצוע, בשל השונות הרבה של ההתערבויות שנחקרו, מיגוון המדדים, מסגרות הזמן שבהן הופעלו ההתערבויות, הטכניקות שהופעלו, ואי הדיווח של כותבי העבודות על דרך הביצוע של ההתערבות. בנוסף, מדובר בשונות גדולה ברקע המקצועי ובהכשרה של מנחי ההתערבות (4, 8, 11, 42, 53).

"התערבות קבוצתית המשכית" (37) היא שיטה שנגזרה מעקרונות התשאול הפסיכולוגי, אך הותאמה לאוכלוסיות המטופלות ביחידה לתגובות קרב (אנשי מילואים) ונמצאה כאמור יעילה, במחקר שנערך עם אחת היחידות, שעמן ערכנו התערבות על בסיס פרוטוקול זה (2). ההתערבות ממוקדת בעידוד לתפקוד, בשיפור תחושת השליטה, ביצירת תפיסה עצמית חיובית של היחידה על פרטיה, ובגיוס מקורות התמיכה החברתיים הטבעיים והמנהיגותיים הקיימים ביחידה (להלן: "קבוצת תמך טבעית"). חשוב לזכור כי התערבות זו מאפשרת מפגש ראשוני לאוכלוסייה שברובה לא טופלה מעולם על-ידי גורמי בריאות הנפש. באמצעות היכרות אישית עם המטופלים שהיוו חלק מ"קור-ההנחיה", נפתח פתח עבור המטופל לפנייה

14. איגוד הפסיכיאטריה בישראל ומשרד הבריאות. הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי. תל-אביב, דיונון – אוניברסיטת תל-אביב, 1997.
15. סולומון ז., גלקופף מ., בלייך א., האם הטרור עיוור למגדר? החשיפה והתגובות של נשים וגברים לאינתיפאדה. שיחות, כ"ד, 125-145, 2004.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, DSM-IV. Washington, DC: Author, 1994.
17. נוי ש., מצבי לחץ טראומתיים. תל אביב: הוצאת שוקן, 2000.
18. תורד ד., הרצנו-לטי מ., טיפול בגישת הגשטאלט בסיוטי לילה חוזרים של חולים פוסט טראומתיים. שיחות, כרך י"ז, 149-156, 2003.
19. Eid J., The course of PTSD symptoms following military training accidents and brief psychosocial interventions. *Personality and Individual Differences*, 35, 771-783, 2003.
20. ויצטום א., גודמן י., שלו א., הפרעה פוסט טראומתית: מציאות או דמיון: תמונת מצב משנות ה-90. שיחות, כרך י"א, 19-26, 1996.
21. סולומון ז., בנבנישתי ר., נריה י., עורי א. וייסמן מ. תחלואה נפשית וגופנית והסתגלות חברתית בקרב פדויי שבי, מקבלי עיטורי גבורה ונפגעי תגובת קרב במלחמת יום הכיפורים זה"ל: מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, 1993.
22. סולומון ז., שלו א., שפירו ש., קופר ס., הטיפול בנפגעי תגובות קרב כרוניים – הערכת יעילות תכנית כו"ח (כשירות וחיוק נפגעי תגובות קרב). זה"ל: מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, 1987.
23. שלו א., גלאי ת., ספנסר א., גישה רב מימדית לתסמונת הפוסט טראומתית. חלק ב: קליניקה ותרפיה. שיחות, כרך ח', 181-189, 1994.
24. Marmar C. R., & Horowitz M. J. Diagnosis and phase-oriented treatment of posttraumatic stress disorder. In J. P. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Adaptation to extreme stress. From Holocaust to Vietnam* (pp. 81-105). New York: Plenum, 1988.
25. Foy D. F. Introduction and description of the disorder. In D. F. Foy (Ed.), *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies* (pp. 1-13). New York: Guilford Press, 1992.
26. Solomon Z. *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. New York: Plenum, 1993.
27. אליצור י., שינוי 'מבפנים' במתקן לשיקום עורפי של תגובות קרב: ייעוץ ארגוני מול מסורת של הכחשה. שיחות, כרך י"ג, 188-198, 1999.
28. Kormos H.R. The nature of combat stress. In C.R. Figley (Ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans* (pp. 3-22). New York: Brunner/Mazel, 1978.
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author, 2002.
30. Keane T. M. The role exposure therapy in the psychological treatment of P.T.S.D. *NCP Clinical Quarterly*, 5(4), 3-6, 1995.
31. Bryant, R.A., & Harvey, A.G. Acute stress disorder: A critical review of diagnostic issues. *Clinical Psychology Review*, 17, 757-773, 1997.
32. Salmon T. W. The war neuroses and their lesson. *Journal of Medicine*, 59, 993-994, 1919.
33. זינגר י., הפרופיל הקוגניטיבי של נפגעים הסובלים מהפרעה פוסט-טראומתית כרונית והקשר שלו לתפקוד, הסתגלות ושביעות רצון. עבודת דוקטור, אוניברסיטת בר-אילן, המחלקה לפסיכולוגיה, 2003.
34. שקלאר ר., הטיפול הקדמי בנפגעי תגובות קרב במלחמת לבנון – הערכה חוזרת. עבודת גמר לקראת קבלת תואר דוקטור, ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב, 2003.
35. Bleich A., Gelkopf M., Solomon, Z. Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel, *The Journal of the American Medical Association*, 290, 603-611, 2003.
36. נוי ש., לא יכול יותר: תגובות ללחץ קרב. תל אביב: הוצאת משרד הביטחון, 1991.
37. לוי א., ברה"ן במלחמת לבנון השנייה התערבות קבוצתית. בטאון חיל הרפואה, תמוז, תשס"ז, 2007.
38. Knobler H.Y., Nachshoni T., Jaffe E., Peretz, G., & Ben Yehuda Y. , Psychological guidelines for a medical team debriefing after a stressful event. *Military Medicine*, 172, 581-585, 2007.
39. Stallard P., & Salter E., Psychological debriefing with children and young people following traumatic events. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 445-457, 2003.
40. Mitchell J.T. When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Service*, 8, 36-39, 1983.
41. Raphael B. Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454, 1977.
42. ארצמן ר., קבוצות דיבור לנפגעי טרור. חברה ורווחה, כרך כ"ד(2), 2004, 238-219.
43. Ritchie E.C., Watson P.J., Friedman M.J., *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice*. New York, Guilford Press, 2006.
44. Chemtob C.M., Tomas S., Law W., & Cremniter D. Postdisaster psychosocial intervention: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 134, 415-417, 1997.
45. MacDonald C.M., Evaluation of Stress debriefing interventions with military populations. *Military Medicine*, 168, 961-968, 2003.
46. Malcom A.S., Seaton J., Aimee P., Sheehan D.C., & Van Hasselt V.B. Critical incident stress debriefing and law enforcement: An evaluative review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 261-278, 2005.
47. פרי ט., שיקום הנארטיב באמצעות שיחזור היסטורי של הטראומה. טיפול נראטיבי פוסט טראומתיים. שיחות, י"ז, 20-26, 2002.
48. Deahl M., Srinivasan M., Jones N., Thomas J., Neblett C., & Jolly A. Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and Psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 77-85, 2000.
49. Lundin T. Collision at sea between two navy vessels. *Military Medicine*, 160, 323-325, 1995.
50. Applewhite L., & Dickins C. Coping with terrorism: The OPM-SANG experience. *Military Medicine*, 162, 240-243, 1997.
51. Jiggetts S.M., & Hall D.P. Helping the helper: 528th combat stress center in somalia. *Military Medicine*, 160, 275-277, 1995.
52. Deahl M., Gillham A., Thomas J., Searle M. & Srinivasan M. Psychological sequelae following the Gulf War: Factors

associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. British Journal of Psychiatry, 165, 60-65, 1994.

53. נריה י., סולמו, ז. וויצטום א. מניעת תגובות פוסט טראומתיות ארוכות טווח: בחינת היעילות של התערבות התשאול (דה-כריפינג) הפסיכולוגי. שיחות, כרך י"ד, 13-19, 1999.