

## **הערכת התערבות תשאול**

### **סקירת הספרות המחקרית והצגת מקרה להתערבות ייחודית עם יחידות צבאיות**

יעל שובל-צוקרמן, אופיר לוי ורחל דקל

#### **תקציר**

בשנים האחרונות נעשו מאמצים לפתח שיטות התערבות ממוקדות אשר מטרתן הקטנת הסיכון לפיתוח תגובה פוסט-טראומטית עקב חשיפה לאירוע טראומטי. אחת משיטות אלה היא שיטת התשאול הפסיכולוגי (CISD - Critical Incident Stress Debriefing). בפרק הנוכחי יוצגו מאפייני שיטת התשאול הפסיכולוגי ויתוארו שני פרוטוקולים להתערבות קבוצתית אשר פותחו בצה"ל ומבוססים על יסודותיה. הפרוטוקול הראשון, "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע", מקדים את הפרוטוקול השני, "התערבות קבוצתית המשכית", אשר יודגם בפרק על ידי הצגת מקרה. הפרוטוקולים אמורים לתת מענה לנפגעים בשלבים השונים של התפתחות התסמונת הפוסט-טראומטית: מתגובת דחק חריפה, דרך הפרעת דחק חריפה ועד לתסמונת פוסט-טראומטית.

#### **מבוא**

באירועים טראומטיים יש צורך בהתערבות טיפולית מהירה, שתענה ביעילות לצרכים המתעוררים אצל הניצולים והנפגעים. להתערבות מסוג זה מטרות רבות, ובהן הקלת הסבל המיידי, מתן אפשרות לוונטילציה רגשית, תיקוף

חוויות השורד ושיתוף אחרים, וכן הערכת תקינות התגובה הנפשית המתפתחת (1-4). התערבות מיידית פעמים רבות מכוונת למניעת תחלואה פוסט-טראומטית, בעיקר בקרב אנשים שעיסוקם מפגיש אותם תדיר עם אירועים טראומטיים. אלה כוללים אנשים שעובדים בארגונים כמו משטרה, מכבי אש ויחידות צבאיות, הנחשפים לאירועים טראומטיים על בסיס יום-יומי. מטרת ההתערבות הינה להפחית חרדה, ולמנוע שחיקה ותגובות בלתי אדפטיביות עקב חשיפה לטראומה בעתיד, בקרב המסייעים (2, 5, 6).

אחד האתגרים העומדים בפני אנשי בריאות הנפש המתכננים תוכנית התערבות מוקדמת, הוא הקושי ביכולת להבחין בין אנשים בעלי חוסן נפשי ובין אנשים פגיעים יותר. באופן טבעי, אין זה נכון שאנשי מקצוע יתערבו במקרים שבהם מדובר במצוקה פוסט-טראומטית חולפת. הימנעות מהתערבות שלא לצורך נועדה לצמצם את הסיכון בגרימת פתולוגיה או בהחרפתה. כמו כן, התערבות כזו מיותרת ואינה יעילה בעיקר לאור המשאבים הקליניים הרבים שהיא דורשת (7). נוסף על כך, יש חשיבות רבה לזיהוי ולמיון מוקדם של הנחשפים לאירוע, מאחר שהתערבויות שונות מתאימות לנפגעים הממוקמים בנקודות שונות על הרצף שבין פגיעות לחוסן (8). מחקרים בקרב ילדים ומבוגרים מצביעים על כך שסיפוק צרכים בסיסיים (ביטחון, אוכל, מקלט, טיפול רפואי ועוד), הערכה קלינית ומעקב, נכונים ביותר עבור השלב הראשוני של ההחלמה. לעומת זאת, עבור אנשים אשר סובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים גם לאחר שבועות וחודשים מתום האירוע, מומלצת התערבות קוגניטיבית-התנהגותית ממוקדת. לבסוף, עבור אנשים בעלי רמת חוסן גבוהה, מתאימה התערבות בלתי פורמלית, אשר אינה קוטעת את תהליכי ההחלמה הספונטנית (9, 10).

התערבויות מוקדמות כוללות הן טיפולים אינדיווידואליים והן קבוצתיים. כמו כן, התערבויות אלה משלבות מגוון של שיטות, כגון טיפולים התנהגותיים, קוגניטיביים, דינמיים, טיפולים תרופתיים וטיפולים פסיכופיזיולוגיים (5, 11). התערבות מוקדמת, אשר מתבצעת באופן קבוצתי, היא דרך יעילה וחסכונית לעזור לנפגעי טראומה רבים (3, 4). במשך השנים פותחו שיטות שונות להתערבויות קבוצתיות מוקדמות שבהן הדגש הוא על שינוי הסכמות הקוגניטיביות של הניצול, הפחתת התנהגויות מסוג הימנעות וחזרה מהירה לתפקוד. התערבות מוכרת הכוללת את הרכיבים הללו היא שיטת התערבות התשאול (Debriefing), שהיא שם כולל לכמה התערבויות ספציפיות (2, 6, 12).

## שיטת התערבות התשואל

שיטת התשואל ידועה כשיטת התערבות המיושמת זמן קצר לאחר החשיפה לאירוע הטראומטי; ניתן להוציאה אל הפועל באופן קבוצתי, היא אורכת זמן קצר יחסית ועלותה נמוכה. מאפיינים אלה גורמים לה להיות נפוצה למדי בשנים האחרונות (13-15). מדובר באסטרטגיה של מניעה שניונית המיועדת למנוע פיתוח תחלואה נפשית כרונית ועמוקה. שלא כפסיכותרפיה, תשואל מיועד לעזור לכל מי שנחשף לאירוע הטראומטי, ללא קשר לרמת המצוקה שממנה הוא סובל. השיטה נוסתה בקרב מגוון גדול של אוכלוסיות כמו צוותי חירום והצלה, קורבנות תאונות, חטופים ולוחמים קרביים (2, 4, 16-18).

התערבויות התשואל המקובלות היום התפתחו על בסיס שיטת "תשואל קבוצתי היסטורי" (Historical Group Debriefing; 19). שיטה זו פותחה במהלך מלחמת העולם השנייה על ידי ההיסטוריון הראשי של הצבא האמריקאי, תת-אלוף סמואל לימן אטווד מארשל. מטרתה הייתה להפיק לקחים צבאיים באופן מובנה, מקיף ומפורט מיד עם שוך הקרב, לצורך הבנת הלחימה ושיפורה. באמצעות תיאור פרטי הקרב על ידי כלל המשתתפים בו התקבל נרטיב קבוצתי, ולרוב חל שיפור בלכידות הקבוצתית. כיום קיימים סוגים שונים של התערבויות המבוססות על שיטת התשואל הפסיכולוגי, שחלקן ייסקרו להלן.

## התערבויות המבוססות על שיטת התשואל הפסיכולוגי

### תשואל קבוצתי פסיכולוגי

מבין התערבויות התשואל שלאחר אירוע טראומטי ששימשו למניעה ולטיפול, מוכרות ביותר אלה של רפאל (Raphael; 20) ומיטשל (Mitchell; 21). בפגישות התשואל הללו, המטפל סוקר היבטים שונים של חוויות המעורבים באירוע ושל תגובותיהם לאירוע זה. רפאל רואה את הפונקציה העיקרית של התשואל (20) כמניעה, והמערך שעליו היא ממליצה כולל מפגש קבוצתי מתוכנן מראש, בהנחיית מנחה מקצועי. במפגשים הקבוצתיים ניתן ביטוי חופשי לרגשות שליליים וחיוניים שהתעוררו בעקבות החוויה הטראומטית. להערכתה, יש בכך כדי לעזור לאדם לרכוש תחושת הישג, מרחק ואף אינטגרציה. בפגישות אלה מושם דגש רב על ביטוי של רגשות כמו חוסר אונים ותסכול, ואף קשיים כמו סיוטי לילה, תמונות חודרניות של ההתנסות הטראומטית ופחדים המוות

שבעקבותיה. כמו כן נדונות מערכות היחסים בין השורדים, לדוגמה היחסים בין העובדים בשירותי ההצלה לבין משפחות החללים, ומערכות היחסים המורכבות בין העובדים לבין עצמם.

במקביל לרפאל פיתח מיטשל (21) את גישת התשאול הפסיכולוגי לאחר אירוע (CISD - Critical Incident Stress Debriefing). מיטשל סבר ששיטה זו תוכל להפחית את תגובות הלחץ של כוחות ההצלה, כגון משטרה, מכבי אש וצוותי אמבולנס, החשופים דרך קבע לאירועים טראומטיים. לפי המודל של מיטשל (21) התשאול הוא מפגש קבוצתי של שלוש שעות בקירוב, המתקיים בין יומיים לעשרה ימים לאחר האירוע הטראומטי. התערבות זו כוללת מפגש אינטנסיבי אחד או שניים, שבו משתתפים אנשים שנחשפו לאירוע הטראומטי, ללא קשר לחומרת תגובותיהם.

פרוטוקול התשאול הפסיכולוגי לאחר אירוע מציג רשימה של שבעה שלבים עוקבים, שבכל אחד מהם נחקרים ומעובדים היבטים מסוימים של האירוע הטראומטי על ידי הקבוצה. השלב הראשון, טרם העיבוד הרגשי, כולל התייחסות ממוקדת לעובדות האירוע ולתפקודו של כל אחד מן המשתתפים. שלב זה יוצר מעין בסיס לדיון, ומאפשר לקבוצה להכיר את האופנים הרבים והשונים שבהם נתפס האירוע הטראומטי על ידי המשתתפים, ואת ההתנהגויות והתגובות השונות של המשתתפים במהלכו. בשלבים הבאים ניתנת למשתתפים הזדמנות להכיר באופני החשיבה שלהם ובתגובותיהם הרגשיות בעקבות החשיפה לאירוע הטראומטי. באמצעות דיון הנשען על הגישה הקוגניטיבית, לומדים המשתתפים על התגובות הנורמטיביות לטראומה ועל דרכי הטיפול בהן. נעשה שימוש בטכניקות של ונטילציה (אפשרות לשתף ולדבר עם אדם אחר על הרגשות), אבריאקציה (תהליך המאפשר פורקן רגשי), עיבוד קוגניטיבי (המאפשר למשתתף לבסס תפיסות מאוזנות וגמישות יותר על העולם, על אחרים ועל עצמו, וכן לחוות את הרגשות הטבעיים שנקשרו בזיכרון הטראומה, שאותם הוא מתקשה לעכל), גיוס מקורות תמיכה חברתית וכן הדרכה של אנשים הסובלים מסימפטומים פוסט-טראומטיים וזיהויים. הדגש הוא על היחידים ועל תגובותיהם, ולא על הקבוצה כשלם. המודל נועד להקל את המצוקה הראשונית, ובכך למנוע את התפתחותן של הפרעות פוסט-טראומטיות או לצמצמן (2, 6, 22-24).

עבודותיהם של רפאל (20) ומיטשל (21) לוו עד מהרה בסדרה של פיתוחים טכניים, שלהם שמות שונים והוראות בצד, אשר הדגישו יעדי התערבות ספציפיים בקרב אוכלוסיות שנחשפו לטראומה. כיום, תחת המונח תשאול

ניתן למצוא מגוון רחב של התערבויות: קבוצתיות, אינדיבידואליות או זוגיות. התערבויות אלה מיושמות בטווחי זמן שונים, מימים ועד מספר חודשים לאחר החשיפה; נעות מפגישה בודדת ועד כמה פגישות; משתרעות על פני כמה שבועות ועד מספר חודשים; וכוללות תפריט מגוון ובו הדרכה והקניית ידע, ונטילציה ותמיכה חברתית, בפרופורציות ובדגשים משתנים ובלתי מוגדרים מראש (3, 25, 26).

### תשאול תהליכי

תשאול תהליכי (PD - Process Debriefing) הוא שיטת תשאול מרכזית נוספת, אשר פותחה על ידי דיגרוב (Dyregrov; 27). שיטה זו היא גרסה אירופית למודל של מיטשל (21). שני המודלים כמעט זהים; ההבדלים ביניהם נעוצים בדגש המושם בשיטת התשאול התהליכי על התהליך הקבוצתי, ואף במשתנים כמו השפעת מנהיגות המנחה ומאפייני הקבוצה. דיגרוב (27) מתאר אלמנטים קריטיים של מנהיגות המנחה בתשאול תהליכי. נוסף על תכונות תרפויטיות כמו אמפתיה וכןנות, על המנחה להיות בעל יכולת תקשורת מילולית ובלתי מילולית טובה, מיומנויות חינוכיות והבנה של התהליך הקבוצתי. דיגרוב מתמקד באחריותו של המנחה ליצור אווירה של אמון בקבוצה ולתכנן את ההתערבות, כך שחברי הקבוצה ישתפו פעולה וההתנגדות להתערבות תימנע (3, 25, 26).

מהתיאור לעיל עולה שלצד בסיס קליני משותף שיטות התשאול השונות נבדלות במטרותיהן, בתכנים המאפיינים אותן ובטכניקות שלהן. הבדלים אלה נעוצים, בין השאר, בעובדה שהתערבות התשאול המקורית של מיטשל ורפאל עברה התאמות בידי ארגונים וקלינאים שונים (28). בפרק זה יתוארו שני פרוטוקולים להתערבות קבוצתית שפותחו בצה"ל ועל ידי כותבי פרק זה, המבוססים על יסודות התשאול הפסיכולוגי. מטרת הפרוטוקולים היא מניעת התפתחות תגובות פוסט-טראומטיות בעקבות חשיפה לאירועים טראומטיים. הפרוטוקול הראשון הוא "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע" (29), אשר מקדים את הפרוטוקול השני - "התערבות קבוצתית המשכית" (30), שיודגם בהמשך בהצגת מקרה. פרוטוקולים אלה מתאימים גם לארגונים צבאיים וגם לאוכלוסיות אזרחיות שבהן קיים מבנה היררכי תואם, עם דרג מנהל ודרג מבצע (כיבוי אש, משרדי ממשלה, רשויות מקומיות ועוד), אשר "חובקים אירוע משותף". הפרוטוקולים אמורים לתת מענה לנפגעים בשלבים השונים של התפתחות התסמונת הפוסט-טראומטית - מתגובת דחק חריפה, דרך

התפתחות תסמונת פוסט-טראומטית ועד לתסמונת פוסט-טראומטית כרונית. המענה אמור להיות הדרגתי: בתחילה הוא כולל עבודה של המפקדים, לאחר מכן עבודה משולבת של המפקדים ואנשי המקצוע מתחום בריאות הנפש, ולבסוף התערבות אנשי המקצוע בלבד.

פרוטוקול "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע" מציע כלי ייחודי ושימושי עבור מפקדים ואנשי רפואה, לטיפול ראשוני ביחידות או בצוותים שנחשפו לאירועים טראומטיים או שלקחו חלק בפעילות מבצעית שוחקת לאורך זמן במסגרת תפקידם (29). מצופה שהשימוש בכלי זה על ידי מפקדים יחזק את הקשר בינם לבין החיילים, כל זאת על רקע מתן לגיטימציה לחיילים לגעת בעולם התוכן הרגשי, הנחשב זר לתרבות הצבאית, ותוך הגברת רמת הלכידות ביחידה. באופן זה, חיילים שהגיבו בתגובה רגשית חריפה לאירועים הטרומטיים אשר חוו, אינם מתויגים כ"חולים".

"נוהל שיחת צוות לאחר אירוע" הוא פרוטוקול תשאול פסיכולוגי שבו סוקרים היבטים שונים של החוויות והתגובות המקושרות לאירוע הטרומטי. מדובר במפגש קבוצתי מתוכנן מראש בהנחיית המפקד. במפגש זה ניתן ביטוי לרגשות שליליים ולסימפטומים, כגון חוסר אונים, תסכול, סיוטים, תמונות חודרניות ופחד מפני המוות, וגם לרגשות חיוביים שהתעוררו בעקבות החוויה הטרומטית. המפגש אמור להתקיים בפרק זמן שבין יומיים לעשרה ימים לאחר האירוע הטרומטי. במודל זה המוקד הוא הפרט ותגובותיו ולא הקבוצה. המודל נועד להקל את המצוקה הראשונית, ובכך לצמצם התפתחות של התסמונת הפוסט-טראומטית ואף למנוע אותה כליל.

המטרה העיקרית של "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע" היא לברר את נסיבות האירוע הטרומטי, לאפשר לכל אחד מהמשתתפים לבטא את מחשבותיו ורגשותיו, ולהפיק לקחים מקצועיים ולהטמיע אותם. מומלץ לבצע את השיחה בכל מקום אפשרי (עם דגש על מקום שמאפשר פרטיות כמו חדר, אוהל וכדומה), ובלבד שתתקיים סמוך ככל הניתן לסיום האירוע, ותוך שהצוות (החיילים ומפקדיהם הישירים) פנוי ברמה הרגשית לביצוע השיחה. ניתן להבין מכך שבשונה מתשאול קבוצתי פסיכולוגי, את השיחה מנהלים המפקדים לאחר קבלת ייעוץ מאנשי מקצוע (קב"ץ). בשיחה אמורים להישמר כמה כללים: איסור יציאה וכניסה לאורך השיחה, איסור העברת ביקורת או התקפת אחד מחברי הצוות, הימנעות מכניסה לדבריו של האחר ודאגה לכך שכל אחד יספר את סיפורו. השיחה אורכת 30-60 דקות (בניגוד לשיטת תשאול קבוצתי פסיכולוגי, שבה השיחה אורכת כשלוש שעות), בהתאם

להיקף האירוע. השיחה כוללת שלושה שלבים:

1. שלב הפתיחה שבו מובהרים מטרות השיחה וכלליה.
2. שלב הדיון באירוע הכולל שלושה חלקים: א) סבב עובדות (Fact Phase) שמטרתו ליצור תמונה צוותית שלמה; ב) סבב מחשבות (Thought Phase) שנועד לאפשר התייחסות אישית לאירוע; ג) סבב התגובה הרגשית (Reaction Phase) שמטרתו לאפשר ביטוי רגשות שהתלוו לאירוע לצורך ונטילציה.
3. שלב הסיכומים וגיוס הכוחות. שלב זה נועד לגייס כוחות באמצעות סיכום מרכיבי השיחה והפניית הקשב של המשתתפים אל העתיד (Expectation), קרי, לפעילויות הבאות הצפויות ליחידה.

לאורך השנים, מחלקת בריאות הנפש של חיל הרפואה עשתה שימוש נרחב ב"נוהל שיחת צוות לאחר אירוע". השימוש בנוהל זה נעשה בקרב יחידות סדירות ויחידות מילואים. היחידה לתגובות קרב, השייכת למחלקת בריאות הנפש בחיל הרפואה, פיתחה פרוטוקול טיפולי המשכי ל"נוהל שיחת צוות לאחר אירוע", המותאם ליחידות מילואים שסיימו את פרק השירות שלהן וחזרו לשגרת חייהן.

### **'התערבות קבוצתית המשכית'**

"התערבות קבוצתית המשכית" (30) פותחה על ידי כותבי הפרק לצורך מתן מענה לכלל יחידות המילואים והסדיר שנלחמו, לאחר סיום הלחימה במלחמת לבנון השנייה. זו שיטת התערבות שהתבססה על שימוש בקבוצת השווים, תחת הנחיית מפקד ואיש מקצוע באופן ממוקד וחד-פעמי. שלבי ההתערבות נשענו על מרכיבים מתוך שיטת התשואל הפסיכולוגי, כגון שיתוף ברגשות בסביבה קבוצתית תומכת, נורמליזציה של התגובות (כלומר הצגתן כטבעיות וכלגיטימיות) והדרכה. בפרוטוקול זה, לאחר החזרה לחיים האזרחיים הושם דגש על עיסוק ברגשות החיילים כמה חודשים לאחר המלחמה. למשתתפים ניתנה הזדמנות להתייחס לאובדנים ולמשמעותם, ולתת ביטוי לרגשות כמו כעס ואשמה. נוסף על כך הייתה התמקדות בחזרה לתפקוד תוך כדי העברת מסרים המתייחסים ל"כוחות", וזאת בהתבסס על דרכי התמודדות פונקציונליות וחיוביות שעלו מהקבוצה.

ההתערבות עם היחידות התקיימה לאחר שבוצעו שיחות על בסיס הפרוטוקול "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע", שבהן הושם דגש על עיבוד

האירוע הטראומטי. היא נועדה לתת מענה ליחידות ולפרטים שפיתחו תסמינים של הפרעת דחק חריפה (Acute Stress Disorder) ותסמונת פוסט-טראומטית (31). אף על פי שהיחידות נחשפו לאירוע טראומטי, אירוע זה לא שוחזר במסגרת ה"התערבות הקבוצתית ההמשכית", זאת תוך התבססות על השחזור 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 המטרה הייתה לבחון דרכי התמודדות ו"אוריינטציה כלפי העתיד".

אם כן, מרכיב מרכזי של "התערבות קבוצתית המשכית" הוא העיתוי, כלומר משך הזמן שחלף בין האירוע הטראומטי ובין ההתערבות. בדרך כלל התערבות מסוג תשאול מתקיימת תקופה קצרה לאחר האירוע, מיום אחד ועד כעשרה ימים. בעוד ריצ'י וחבריה (7) טוענים שהמרכיב הקריטי ביישומן של התערבויות מוקדמות הוא מהירות השימוש בהן, אחרים מתריעים מפני התערבות טרם זמנה ומעלים שאלות ביחס ליתרונותיה (6). רפאל (50) טוענת שיתכן שנכון לבצע את ההתערבות רק לאחר פרק זמן שבו האירוע עוכל ועובר. התייחסות דומה נמצא אצל מיטשל (3), אשר הדגיש את הצורך במוכנות פסיכולוגית להתערבות, המתאפשרת, לטענתו, רק לאחר פרק זמן ארוך מהאירוע. בניגוד לתשאול, שיטת "התערבות קבוצתית המשכית" התרחשה בפרק זמן ארוך יחסית לאחר האירוע. באופן ספציפי, ההתערבות התקיימה כשלושה חודשים לאחר תום האירוע הטראומטי. רוב האנשים הנחשפים לאירוע הטראומטי מחלימים באופן ספונטני בחלוף הזמן. בדרך כלל תהליכי החלמה טבעיים אלה מתרחשים בשלושת החודשים הראשונים שלאחר האירוע, ולכן בלטה החשיבות לביצוע ההתערבות בתום פרק זמן זה (32).

אחת המטרות של "התערבות קבוצתית המשכית" הייתה שיקום התפקוד של הנפגע, תוך הכרה ועידוד בשימוש בכוחותיו הטבעיים. התפיסה ולפיה התערבות הנוטלת כוח מן הנפגע אינה יכולה לעודד את החלמתו, תהיה התועלת בה אשר תהיה (33), מצביעה על חשיבות חיזוק כוחותיו הטבעיים של הנפגע. על ידי כך אף נמנע תיוג של חולי. בזמן חשיפה לאירוע טראומטי, הפרט חווה תחושות של חוסר אונים וחוסר ישע. לפיכך, תפיסתו העצמית של השורד כבריא וכמסוגל להתמודד היא משמעותית ביותר, וקשורה קשר הדוק לחוויית המסוגלות העצמית ולרווחה הנפשית (34).

"התערבות קבוצתית המשכית" בוצעה בסביבה צבאית. היא כללה לכישת מדים, והועברה בקוֹהֶנֶחיה עם מפקד המחלקה כדי לשמור על המנהיגות

הטבעית ומעמד המפקד. העובדה שההתערבות התנהלה במהלך יום מילואים וכללה את כלל החיילים מנעה את התיוג האפשרי של אלה שפונים לקבלת עזרה כ"חלשים".

כיוון שמדובר בשלב מניעה, מודל זה נבנה עבור יחידות גדולות של גרודים. כל זאת לאור התפיסה ולפיה ככל שההתערבות תורחב, כך יפחת הסיכוי לתהליך התיוג של היחידה הקטנה (השייכת כמובן לאותה יחידה גדולה), אשר ספגה את רוב ההרוגים והפצועים. במילים אחרות, עבודה מרוכזת מול היחידה הקטנה שנפגעה, עלולה להוביל לתיוגה כ"חולה". מכך הייתה שאיפה להימנע, מה גם שלפי התפיסה המקצועית של כותבי הפרק, ככל שמרחיבים את ההתערבות מגדילים את האפשרות למתן ביטוי לחלקים הבריאים. חלקים אלה מגולמים בתוך היחידה הגדולה, ונובעים מהנטייה הטבעית הקיימת ביחידות מסוג זה להתגבר על האירועים הטראומטיים, ולהמשיך הלאה סביב המשימות העתידיות הנכונות ליחידה. כפועל יוצא מכך היו קבוצות רבות, ומספר המטפלים שנטלו חלק בהתערבות היה בהתאם.

מאפיין נוסף של השיטה כלל את השתתפותם של מפקדים בדרגות בכירות. לצד החסרונות של מאפיין זה, כאשר הבולט שבהם הוא האפשרות שחלק מהמשתתפים עלולים לחוש שלא בנוח לחשוף את תחושותיהם מול מפקדיהם, ניכרים יתרונותיו. דומה שהחיילים עשויים לצאת נשכרים מכך שלבכירים יש פרספקטיבה שונה וייחודית, ואלה יכולים לשמש מודל לשיתוף ברגשות ומחשבות (13). יתרה מזאת, סקירת מחקרים בקרב אוכלוסיות צבאיות ותוצאות מחקר אשר בוצע על ידי כותבי הפרק לבחינת יעילות ה"התערבות קבוצתית המשכית", הצביעו על החשיבות של התערבות בצוות אורגני והיתרון הגלום בשילוב אנשי היחידה בהנחיה. נראה שהתערבויות אשר הונחו על ידי אנשי צבא שעברו חוויות דומות היו יעילות יותר בהשוואה לאלה שהונחו על ידי מנחים מקצועיים בלבד, ושקל יותר לחיילים לשתף כאשר אין מנחים שהם זרים "מחוץ לקבוצה" (13, 16, 26). על כן, במסגרת ההתערבות הוחלט על שיתוף כלל היחידה, ללא קשר לדרגה, כדי להגביר את הלכידות והתמיכה בין החיילים למפקדים.

זאת ועוד, כיוון שהמפקד נתפס כדמות שעליה לבוא במגע עם חלקים רגשיים, אשר לכאורה משויכים לתחום העיסוק של אנשי בריאות הנפש, מודל זה נבנה כמודל ייחודי של קוֹהֵנְחִיה המתבצע בידי המפקד הישיר לצד המטפל (מהיחידה לתגובות קרב של חיל הרפואה, צה"ל). בהתאם לכך נעשתה חלוקה בתוך הסבכים ובין הסבכים, אשר מטרתה הייתה להבחין בין ההתערבויות

אשר יבוצעו בידי המפקד ובין אלה אשר יבוצעו על ידי איש המקצוע. זאת מתוך הבנה שחלקים מסוימים שאליהם יתייחס המפקד יוכלו לחזק את פיקודו ולעודד את השתלבות החיילים והמפקדים הזוטרים בתהליך, ולעומתם, חלקים "מקצועיים" (כמו הסבר על התפתחות התסמונת הפוסט-טראומטית ודרכי ההתמודדות עימה), חשוב שייאמרו על ידי איש המקצוע (מטפל מהיחידה לתגובות קרב). ההנחה הייתה שהמפקד נושא בתפקיד מנחה-משתתף כיוון שגם הוא, כמו חייליו, עבר אירועים טראומטיים קשים וזקוק לווטילציה רגשית, ובעיקר, כיוון שהשתתפות המפקד עשויה לעזור לשאר החיילים לשתף פעולה בשלבי השיחה. בהקשר זה, חשוב להוסיף, ששיתוף פעולה מצד כלל החיילים נתפס ככזה הכולל השתתפות פעילה, כך שכל חברי הצוות/מחלקה "מדברים", כדי ליצור תחושה של שותפות, לכידות והזדהות. תפקידו של המפקד כ"משתתף" תורמת להיבט זה, שכן הוא משמש דוגמה (Modeling) לצוות. אם למרות זאת עלה קושי של חייל/מפקד זוטר לשתף פעולה עם הסבבים השונים, ההנחה הייתה לבקשו לתאר לכל הפחות את תפקידו ואת מיקומו בעת התרחשות האירוע שהיחידה חוותה במלחמה. כך נוצרה משמעות סמלית לתחושת השותפות, הלכידות וההזדהות בין כלל חברי הצוות/מחלקה. ניתן להבין, אם כן, שמפקדי הצוותים הם אלה אשר הובילו את השיחה עם המטפל מהיחידה לתגובות קרב, מול פקודיהם הישירים והמפקדים הזוטרים המצויים תחת פיקודם. לעומת מפקדי הצוותים/המחלקות, הונחו מפקדיהם (מ"פ) לשבת בכל סבב בקבוצה אחרת "מחוץ למעגל", כדי לאסוף רשמים ו"לחוות את החוויה" לקראת שיחתם אל מול כלל הצוותים/המחלקות, שהתקיימה בתום שלושת הסבבים. על תפקידם של מפקדים אלה יפורט בהמשך. חשוב לציין שטרם ההתערבות נעשתה הכנה של צוות המנחים (כלל המפקדים וכלל המטפלים). הכנה זו כללה היכרות והצגת פרוטוקול ההתערבות בפני כלל צוות המנחים, ולאחר מכן פרישה לעבודה בזוגות לצורך העמקת ההיכרות, תיאום העמדות וחלוקת העבודה בין המפקד ובין המטפל. דומה כי הכנות אלה תרמו להצלחת ההתערבויות. עובדה זו אינה סותרת את הצורך במנחים מיומנים ובעלי ניסיון אשר יכולים לזהות קונפליקטים פוטנציאליים בתוך הצוות/המחלקה ואת הדינמיקה הקבוצתית (13). למעשה, כותבי הפרק מצאו שהתערבויות המשלבות בין המפקדים האורגניים ובין אנשי מקצוע מנוסים ומיומנים מקלות על החיילים לשתף בחוויותיהם וברגשותיהם, לעומת מפגש עם מטפל "זר", שלרוב אינו מכיר את ההווי ואת הדינמיקה של המחלקה/הצוות (13, 16, 26).

גיוס תמיכה חברתית היה מרכיב משמעותי וחשוב ביותר בעת ביצוע ההתערבות. תמיכה חברתית מזוהה כמשאב מרכזי העומד לרשות הלוחם בהתמודדותו עם החשיפה לאירועים טראומטיים. חשיבותה נשענת על צרכים ראשוניים ביותר, דוגמת הדחף הביולוגי לקשר או להתקשרות (35), וכן הצורך האנושי הבסיסי להתחבר לאחרים (36). יעילותה של התמיכה החברתית בהתמודדות עם משברים נפשיים הוכחה באופן אמפירי (37, 38). הואיל ואירועים טראומטיים גורמים לעיתים תכופות נזק לייחוסים, יש בכוחם של בני אדם בעולמו החברתי של הלוחם להשפיע לחיוב ולמתן את השלכות הטראומה (39). במסגרת "התערבות קבוצתית המשכית" השתמרו ההשתייכות, המגע והקשר בין המפקדים והחיילים ובין המחלקה, הפלוגה והגדוד, וכך עוגן מרכיב התמיכה החברתית. מרכיב זה מאפשר ללוחם לשאוב כוחות מהמגע עם חבריו ואף עשוי לחזק את זהותו הצבאית של הלוחם והן את מחויבותו לחבריו ליחידה.

גיוס תמיכה חברתית תורם ללכידות קבוצתית, המזוהה כאחד מהתוצרים הישירים של "התערבות קבוצתית המשכית" (27). ייתכן שאחת הבעיות המאפיינות התערבות מסוג תשאול בקרב אוכלוסיות לא הומוגניות, בניגוד לאוכלוסייה הצבאית במסגרת "התערבות קבוצתית המשכית", היא העובדה שמדובר בקבוצת זרים המגיעים מרקע שונה (26). "התערבות קבוצתית המשכית" מאפשרת להשתמש בכוח התרפויטי הגלום, באופן טבעי, בכל קבוצה, על אחת כמה וכמה כשמדובר בקבוצה אורגנית (מחלקה) ומלוכדת. אחת השאלות החשובות העולות מתוך הספרות המחקרית מתייחסת ליעילות פגישה בודדת במניעה של התסמונת הפוסט-טראומטית ובטיפול בה (2-4, 16, 22, 25-27). לתפיסת כותבי פרק זה, מניעה וטיפול אינן המטרות המרכזיות של "התערבות קבוצתית המשכית". במקום זאת, ההתערבות מאפשרת מפגש ראשוני של אוכלוסייה, אשר ברובה לא טופלה מעולם, עם מטפלים, ומעודדת פנייה להמשך טיפול במידת הצורך. במקביל, התערבות זו מאפשרת לאנשי המקצוע לזהות לוחמים המצויים במצוקה, וליצור עימם קשר להמשך הערכה וטיפול, באופן יזום, ללא צורך בפנייה מצדם.

שני היבטים חשובים נוספים של "התערבות קבוצתית המשכית" כוללים ניסיון לבנות רצף בין חיי היום-יום של הנפגע טרם האירוע ובין חייו לאחר האירוע, וכן התייחסות אל דפוסי ההתמודדות של הנפגע הן עם מצבי משבר בעבר והן בעת החשיפה לאירוע (3). הדגש על מגוון דרכי ההתמודדות והכוחות (מול תחושת חוסר האונים) תורם להעצמת חברי הקבוצה ומוסיף

ממד אופטימי למפגש לקראת סיומו. ההתערבות מאפשרת תקווה, תחושת שליטה, הזדמנות לשתף ברגשות, הפחתה של תחושת הברידות, למידת מנגנוני התמודדות משאר חברי הקבוצה, שיפור בלכידות ודרכי תקשורת בקבוצה (1, 2, 27, 29).

## פרוטוקול השיטה

שיטת "התערבות קבוצתית המשכית" מורכבת משלושה שלבים. בשלב הפתיחה מגדירים את נוהלי השיחה, את כלליה ואת הרציונל שבבסיס ההתערבות. לאחר שלב הפתיחה המשתתפים מתכנסים לשלב השני, המורכב משלושה סבבים. לכל סבב מטרה שונה, אם כי הסבבים השונים משלימים זה את זה לכלל התערבות אינטגרטיבית עם מטרה משותפת. בסבב הראשון נבחן רצף האירועים שכל אחד מאנשי הצוות עבר מאז השחרור משירות המילואים ברמה העובדתית, קרי, תיאור תהליך החזרה ל"חיים" לאחר המלחמה. בסבב השני מושם דגש על טכניקות קוגניטיביות-התנהגותיות העוסקות במתן ביטוי לרגשות ולמחשבות העולים סביב החוויה הטראומטית. בשלב זה מרגישים את חשיבות שיתוף האחרים בחוויה, והחזרה לתפקוד נורמלי. בסבב השלישי מושם דגש על עידוד לחזרה לתפקוד פעיל תוך העצמת החלקים המתפקדים. המטרה היא לחזק "התנהגות של תפקוד" המשקפת בריאות, לעומת חולי וחוסר אונים. לבסוף, בשלב סיכום ההתערבות המפקד חוזר על מבנה היום, מתאר רשמים מרכזיים שאסף ובעיקר מעביר מסרים של ציפייה לחזרה לתפקוד. בחלק זה יוצג הפרוטוקול השיטה על שלביו השונים.

## שלב הפתיחה

כאמור, שלב הפתיחה מגדיר את נוהלי ההתערבות, את כלליה ואת הרציונל שעומד בבסיסה. על אופן חלוקת התפקידים בין המפקד למטפל ניתן ללמוד בייחוד משלב הפתיחה, שבו המפקד מגדיר את נוהלי השיחה וכלליה - מרכיבים הנחשבים בעלי מאפיינים פיקודיים - לעומת המטפל שמתאר את הרציונל שעומד בבסיס השיחה תוך נגיעה במאפיינים פסיכו-חינוכיים. להלן תיאור שלב הפתיחה של ההתערבות במלואו, המנוסח בחלקו בלשון ציווי כדי להמחיש את אופן הדברים שאומר המפקד לעומת איש המקצוע.

## מפקד

1. **מטרת ההתערבות:** "עברנו אירועים קשים (מתייחס לאירועים שעברו במלחמה) בשירות המילואים האחרון, ולאחר מכן חזרנו לשגרת חיינו. במפגש היום ננסה לברר כיצד נראית שגרת החיים מאז השחרור ממילואים, תוך שימת דגש על התהליכים הרגשיים שנלוו לחזרה לחיים האזרחיים. חשוב שכל אחד יתבטא, ואנו מצדנו 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 מהמילואים ונבחן ברמה העובדתית כיצד כל אחד מתמודד עם שגרת חיי האזרחיים, תוך מתן דגש, כפי שצוין קודם לכן, על המפגש עם 'האזרחות' לאחר השחרור ממילואים - בתום המלחמה. החלק הזה יימשך כשעתיים. לאחר ההפסקה נתכנס לסבב השני, שיימשך 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 ונדרון בעתיד ובלוחות הזמנים הצפויים לנו. היום הזה יועבר לכל אורכו על ידי ועל ידי (מציין שם), מטפל מהיחידה לתגובות קרב".

3. **כללים:** "כדי ליצור אווירה שתאפשר את הצלחת המפגש, אני מבקש להקפיד על הדברים הבאים: אין לשוחח בטלפון הנייד, כיוון שהרצף חשוב ולמען הכבוד ההדדי אין לצאת ולהיכנס באמצע השיחה. יש לאפשר לכל אחד לסיים את דבריו, לא לתקוף, ולא להעביר ביקורת (להדגיש שלא מדובר בתחקיר מבצעי). ולבסוף, חשוב ביותר שכל אחד ידבר. אם למישהו יש קושי בכך, 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-טראומטית, שעליה מיד אפרט יותר. זו תסמונת שעשויה להתפתח בקרב חיילים שהתנסו, כמוכם, באירועי קרב עם הרוגים ופצועים. אנו יודעים ממחקרים ומדיווחים של אנשי מקצוע ושל אנשים שהתנסו במודלים כאלה של שיחות, שהשיחה בתוך קבוצה של אנשים מכירים זה את זה היטב ושעברו את האירוע יחדיו, עוזרת מאוד להקלה

הרגשית ולמניעת תגובה פוסט-טראומטית. השיחה הזאת אמורה להתקיים במרחק של כשלושה חודשים מהשיחה הקודמת שעברתם, 'שיחת צוות' לאחר אירוע' ביומיים האחרונים לשירות המילואים שלכם. זאת על בסיס התפיסה שלפיה בשלושת החודשים הראשונים לאחר החשיפה לאירוע אפשר למנוע התפתחות או החמרה של התופעות השייכות לתסמונת הפוסט-טראומטית. השיחה הזאת, 'התערבות קבוצתית המשכית', היא למעשה המשך לשיחה הקודמת שעברתם, ומהווה הזדמנות נוספת לכולכם לתאר את חוויותיכם ואת רגשותיכם 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. **התערבות פסיכו-חינוכית (הדרכה ומידע):** "על פי המדריך הדיאגנוסטי והסטטיסטי להפרעות נפשיות (31), תסמונת פוסט-טראומטית כרונית מתפתחת במשך שלושה חודשים והיא מאופיינת בארבע קבוצות של תסמינים: 'הימנעות' ממחשבה על האירוע או ממגע במציאות עם דברים שמזכירים את האירוע, למשל: 'הימנעות מקשר עם הצבא או מצפייה במהדורות החדשות שבהן מוצגות תמונות מהמלחמה'; 'עוררות' שמתבטאת בדריכות על רקע המתח שנוצר מהתחושה שיכול לקרות עוד פעם אירוע קשה, ושמוכיל לעיתים לבהלה מרעשים המזכירים קולות נפץ; 'חודרנות' שמתבטאת בסיוטים ובמחשבות בלתי פוסקות על האירוע; ו'שינויים שליליים בחשיבה ובמצב הרוח' שהתחילו או החמירו לאחר האירוע הטראומטי. כל ארבע קבוצות התסמינים האלה פוגעות בסופו של דבר בתפקוד כיוון שאם לא ישנים טוב בגלל חלומות וסיוטים נעשים עוד יותר מתוחים ודרוכים במשך היום, רמת הריכוז יורדת והיכולת לתפקד היטב בעבודה, כהורה או כבן זוג, נפגעת.

כמו כן, חשוב על כך שבמשך זמן הערות, אדם שנחשף לאירוע טראומטי עסוק 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 בטווח זה של זמנים, קרי, בחודשים הראשונים לאחר ההיחשפות. חשוב לי לציין שגם אם אצל חלק מהאנשים שיושבים כאן התפתחו סימפטומים שמאפיינים את התסמונת הפוסט-טראומטית, וגם אם לאחר המפגש היום חלק מהסימפטומים

יִישָׁארוּ, עדיין יהיה מה לעשות. ראשית אתם צריכים לזכור שאנשים שעברו אירוע כל כך קשה מגיבים לאירוע ברמה הרגשית. אנו יודעים ממחקרים שלא פחות מ-80% מהנחשפים לאירוע טראומטי סובלים לפחות מסימפטום אחד של תגובת לחץ, שהיא השלב הראשון של התגובה הפוסט-טראומטית, אבל לרוב הסימפטומים נעלמים. איך? על ידי שיחה עם חברים, בנות זוג, משפחה וכדומה. 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. כמובן, גם לאמונה שלכם שאפשר להרגיש טוב יותר ושאפשר לחזור ולתפקד היטב כצוות יש חשיבות רבה. לבסוף, חשוב להרגיש 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."

#### שלב שני - שלב הסבבים

לאחר שלב הפתיחה המשתתפים מתכנסים לסבבים המרכיבים את ההתערבות. לכל סבב מטרה שונה, אם כי הסבבים משלימים זה את זה לכלל התערבות אינטגרטיבית, שלה מטרה משותפת. כפי שצוין לעיל, המטרה אשר נבחרה במקרים שבהם נעשה שימוש בפרוטוקול הייתה הגברת החוסן והלכידות היחידתית.

לכל סבב מוקדש פרק זמן שונה בהתאם למאפייני הסבב וכמות האנשים המשתתפים בו. עד היום, במסגרת ההתערבויות שבוצעו, מספר המשתתפים הממוצע עמד על 17. לכן הוקדשו לסבב העובדות כשעתיים בכל קבוצה (עם הפסקה באמצע), לסבב רגשות-מחשבות כשלוש שעות ולסבב הסיכום והמבט לעתיד כשעה. ההחלטה על פרקי הזמן התגבשה גם בעקבות הניסיון שהצטבר סביב התערבויות אלה, ובעיקר בעקבות משובים שהתקבלו מסיכומים שערכו כותבי הפרק, ושמהם עלה שפרקי הזמן שהוקדשו לכל סבב הלמו את המטרות ואת הצרכים. יתרה מזאת, כפי שניתן לראות, פרק הזמן הארוך ביותר הוקדש לסבב השני שהוא מוקד ההתערבות ומתבסס על הסבב הקודם, שבו מתגבש הנרטיב הקבוצתי (הסיפור הקבוצתי המורכב מסך כל הסיפורים האישיים של חברי הקבוצה) (40). את סבב הרגשות-מחשבות מוביל המטפל, לעומת שני הסבבים האחרים, שאותם מוביל המפקד. בהקשר זה, ראוי לציין שנושא ה"הובלה" מסומל בעיקר במהלך ההתערבות על ידי פותח הסבב, אם כי בתוך

הסבב הדברים יכולים להשתנות בהתאם לדינמיקה בין צוות ההנחיה, קרי, בין המפקד והמטפל מהיחידה לתגובות קרב. כעת יתוארו הסבבים השונים.

### סבב ראשון

בסבב זה נבחן רצף האירועים שכל אחד מאנשי צוות עבר מאז השחרור משירות המילואים ברמה העובדתית, קרי, תיאור תהליך החזרה ל"חיים" לאחר המלחמה. הדבר שונה מהנהוג בהתערבות מסוג תשאול פסיכולוגי, אשר במסגרתה המשתתפים מוזמנים לחלוק עם הקבוצה ברמה העובדתית את ההתנסויות שחווי באירוע הטראומטי עצמו, החל בציון המקום שבו היו בזמן האירוע וכלה באופן שבו הם פירשו את האירוע (למשל: "האש נפתחה ממזרח. רמי שהיה לידי חטף ראשון כדור ונפל..."). דוגמה לביטוי אופייני לסבב זה היא: "לקח לי שבוע שלם לחזור לעבודה. לקחתי חופש כיוון שהרגשתי שאני לא יכול לחזור לעבודה כאילו כלום לא קרה". מטרת הסבב היא ליצור תיאור עובדתי של רצף האירועים מאז השחרור ממילואים ועד היום – תיאור תהליך החזרה ל"חיים" לאחר האירוע הטראומטי ("תארו לי בסדר כרונולוגי את תהליך החזרה לחיים האזרחיים מאז השחרור ממילואים"). תפקיד המנחים לאורך הסבב כולל הדגשת דפוסי החזרה לשגרה.

### סבב שני

סבב זה שם דגש על המרכיבים הקוגניטיביים, הרגשיים וההתנהגותיים הנובעים מהאירוע הטראומטי והבאים לידי ביטוי בשגרת חייהם של הלוחמים, לרבות נגיעה ברגעים הקשים או המאיימים שהם חווים. המטפל הוא המוביל סבב זה, כאשר הוא מעודד שיתוף בחוויה תוך כדי הדגשת העוצמה הרגשית שמתלווה לתיאור, ובד בבד הדגשת האוניברסליות של התגובות. כמו כן, במקרה של תיאור תחושות כישלון, ייעשה ניסיון להגדיר מחדש את הדברים מתוך הבהרה שתחושות אלה עלולות לצוץ עם החזרה לחיים האזרחיים. בשלב זה נעשה שימוש בטכניקות קוגניטיביות-התנהגותיות העוסקות במתן ביטוי לרגשות ולמחשבות העולות סביב החוויה הטראומטית. כמו כן, מובלטת חשיבות שיתוף האחרים בחוויה והחזרה לתפקוד נורמלי. מטרת הסבב היא בחינת הרגשות בהווה סביב האירוע הטראומטי בעבר והשלכותיו בחיים האזרחיים, וכן מתן ביטוי לחוויה של אובדנים ולרגשות כמו כעס, תסכול, אכזבה וכדומה. תפקיד המנחים במסגרת הסבב הוא לאפשר ביטוי רגשי, לעזור

בעיבוד האובדנים, וכן בעיבוד רגשות מסוג כעס ואשמה. להלן הדגמה של האלמנטים המאפיינים סבב זה:

**מטפל:** מסביר על האובדנים השונים (חברים, קרובים, תפיסת עולם, אמון בעצמי, ביטחון, אמון במפקדים, אמון ביכולת מבצעית, אובדן מוטיבציה) בעקבות החשיפה לאירועים טראומטיים.

**מפקד:** "על רקע מה שתיאר (שם המטפל שעימו הוא עובד), חשוב שנדבר על האובדנים של כל אחד. מה איבד כל אחד באירוע?"

**מטפל:** (לאחר שכל אחד מהמשתתפים תיאר את האובדנים שחווה) "מהן התחושות המתלוות לאובדן?". המטפל ממקד את השיחה בכעסים ובאשמה תוך שימוש בשיקוף, עימות, שאלות מכוונות ועוד.

### סבב שלישי

בסבב זה מושם דגש על עידוד החזרה לתפקוד פעיל תוך העצמת החלקים המתפקדים. המטרה היא לחזק "התנהגות של תפקוד" המשקפת בריאות, לעומת חולי וחוסר אונים. על ידי התחקות אחר דרכי התמודדות יעילות לאורך סבב זה, מייצרים שינויים בתחושת היחידה – מחוסר אונים לשליטה על הסביבה החיצונית.

חווית הפרט שהוא שולט בעולמו, ושביכולתו להתמודד עם איומים חיצוניים, מסייעת להתמודדות יעילה לאחר חשיפה לאירועים טראומטיים. בסבב זה, אם כן, דנים באופן שבו היחידה, כפרטים וכקבוצה, ממשיכה הלאה תוך הדגשת הצורך להמשיך בחיים, ומתוך ציפייה לחזור לתפקוד בזכות ה"כוחות" העולים מן הקבוצה. על כן מודגשות ומחוזקות צורות התמודדות פונקציונליות וחיוניות. מטרת הסבב היא בחינת האופן שבו ממשיכים הלאה וחוזרים לתפקוד לאחר הטראומה (במישור האישי והיחידתי), והדגשת הצורך להמשיך בחיים תוך שימור הכוחות הקיימים בקבוצה. תפקיד המנחים בסבב כולל חיזוק המסר בנוגע לציפייה לחזרה לתפקוד ("לחיים") תוך שיקוף וחיזוק ה"כוחות" העולים מהקבוצה. להלן הדגמה של האלמנטים המאפיינים סבב זה:

**מפקד:** "על סמך השיחה היום, אילו דברים לדעתכם צריך לקחת מכאן ברמה האישית והצוותית לעתיד?"

**מטפל:** מדגיש את צורות ההתמודדות החיוניות (למשל, משקף מרכיב של שיתוף וקבלת תמיכה מבת הזוג).

**מפקד:** "הייתי רוצה לבקש כעת מכל אחד לציין דבר אחד לפחות שהוא קיבל היום מהקבוצה ומהו המסר שלו לקבוצה". לאחר הדיון, המפקד מסכם את ההתערבות לפי הנקודות הבאות: סיכום המפגש עד עתה (מרכיבים מרכזיים וחיוניים שבלטו סביב החזרה לתפקוד לאחר השחרור, רגשות שעלו והמלצות להתמודדות עתידית); התייחסות אל המחויבות המוסרית והערכית (חברית) "להמשיך הלאה"; התייחסות אל חשיבות הצורך "להמשיך הלאה" עבור הפרט והצוות.

### שלב סיכום ההתערבות

המפקדים הבכירים יותר, שתחת פיקודם, כאמור, נמצאים כלל המפקדים שמילאו תפקיד של מנחים/משתתפים בשיחות הצוותיות/מחלקתיות, מצטרפים בכל סבב לצוות אחר ואוספים רשמים לקראת השיחה שלהם עם כלל היחידה (כל הצוותים/מחלקות אשר עבדו בקבוצות נפרדות), עם תום הסבבים. כותבי הפרק מתייחסים לשיחה זו כסיכום ההתערבות, אם כי מאפייניה דומים יותר לשיחת מפקד עם פקודיו, קרי, המפקד חוזר על מבנה היום, מתאר רשמים מרכזיים שאסף ובעיקר מעביר מסרים של ציפייה לחזרה לתפקוד.

שיחה זו של המפקד, שכאמור מפקד על כלל הצוותים/מחלקות שעבדו עד עתה בנפרד עם מפקדי הצוותים/מחלקות והמטפל, מסמלת אחדות בין כלל הצוותים/מחלקות. השיחה, שאורכה כחצי שעה, מתבססת, כאמור, על רשמים שאסף המפקד כשעבר בין הקבוצות השונות. המפקד מונחה להצטרף למשך סבב שלם לכל אחת מן הקבוצות ומתבקש לשבת מחוץ למעגל ולצפות. אם כך, בסוף ההתערבות למפקד יש רשמים משלושה סבבים שונים ומשלוש קבוצות שונות המשמשים מצע לשיחתו עם כלל היחידה.

להלן ההנחיות המנחות את המפקד בשלב הסיכום: (א) חזרה על מבנה היום, לרבות שיחת הפתיחה של מפקד הגדוד, תוך התייחסות לשלושת הסבבים; (ב) ריכוז המסרים המרכזיים שעלו בשיחות שבהן נכח; (ג) הצגת סיכום קצר ואינטגרטיבי של מסרים אלה; (ד) שיתוף המשתתפים במחשבות ובתחושות של המפקד בנוגע להתערבות; (ה) העברת המסר על אודות הציפייה להמשך תפקוד. השמת דגש על החשיבות של התפקוד לבריאות הנפשית וללכידות הקבוצתית.

### אינדקציות וקאונטר־אינדקציות לשימוש בשיטה

שני הפרוטוקולים אשר הוצגו בפרק זה, "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע" ו"התערבות קבוצתית המשכית", אמורים לתת מענה לנפגעים בשלבים השונים של התפתחות התסמונת הפוסט־טראומטית: מתגובת דחק חריפה דרך הפרעת דחק חריפה ותסמונת פוסט־טראומטית, ועד לתסמונת פוסט־טראומטית כרונית. כל האנשים שנחשפו לאירוע טראומטי או ששייכים למסגרת שבה התרחש האירוע (לדוגמה, חיילים ביחידה שהיו בחופשה, במחלה) מוזמנים להשתתף בהתערבויות אלה. הספרות התיאורטית והמחקרית לא מעלה התוויות נגד השתתפות בהתערבויות אלה. יש לציין שאם אנשים אשר נחשפו לאירוע הטראומטי אינם רוצים להשתתף באופן מילולי בכל השלבים של ההתערבות, הם מוזמנים לשבת עם הקבוצה, להשתתף בשלב העובדות בלבד ולקחת חלק באופן פסיבי בשאר השלבים.

### יעילותה של שיטת התשאל – עדויות אמפיריות

למרות הרציונל הברור ביישום שיטות תשאל והתערבויות מוקדמות באירועי טראומה, התעורר בשנים האחרונות ספק באשר ליעילותן של ההתערבויות אלה ובאשר למידה שבה הן מצליחות להקל את סבלם של הניצולים. מחד גיסא, מחקרים רבים מצביעים על שיפור במדרי מצוקה ותפקוד (41, 42). מאידך גיסא, עולות עדויות מחקריות לא מעטות על היעדר שיפור בסימפטומים פוסט־טראומטיים, ואף על החמרה לאחר ההתערבות (43, 44). השוואה והערכה בין הממצאים השונים הן כמעט בלתי אפשריות, בשל השונות הרבה בין ההתערבויות שנחקרו, מגוון המדדים, מסגרות הזמן שבהן הופעלו ההתערבויות והטכניקות, וכן על רקע אי־דיווח של החוקרים על דרך ביצוע ההתערבות. נוסף על כך, בולטת שונות גדולה ברקע המקצועי ובהכשרה של מנחי ההתערבויות (6, 18, 22-24, 45-47).

הוויכוח בין המתנגדים להתערבות התשאל ובין תומכיה ניטש בעיקר סביב יעילות השימוש בוונטילציה. השאלה שעולה בהקשר זה היא אם יעיל לדבר על האירוע הטראומטי. בעוד שחלק מהקלינאים טוען שנוכח יותר לדבר על הטראומה מאשר להדחיקה, יש הטוענים שהוונטילציה הרגשית שנעשית סמוך לאירוע הטראומטי עלולה להפריע להחלמה הטבעית של חלק מהניצולים (48-51), הזקוקים בפרק זמן זה למנוחה ולהתרחקות מהאירוע (19). יתר על כן,

המתנגדים לשיטה טוענים שהאלמנטים הפסיכוכינטיים, שבהם יש שימוש במהלך ההתערבות עלולים להגביר את המודעות והסוגסטביליות לסימפטומים פוסט-טראומטיים, אשר ייתכן שבאופן טבעי לא היו זוכים לתשומת לב מצד הניצולים (3, 9, 44, 52).

אל מול מתנגדי השיטה עולה הטענה שלמרות הממצאים השנויים במחלוקת, עד כה לא הוצעה אלטרנטיבה לשיטת התשואל, המספקת לארגונים ולאנשי טיפול מודל עם קווים מנחים. כמו כן נטען שתשואל הינו בשימוש כה נרחב עקב הרצון והצורך של אנשי טיפול לסייע לאנשים במצוקה לאחר אירוע טראומטי (22, 26, 29). נוסף על כך, תומכי שיטת התשואל מצביעים על העובדה שהתערבות זו כוללת התייחסות למגוון ממדים: שחזור האירוע סמוך להתרחשותו, מתן אפשרות לוונטילציה רגשית, תיקוף החוויות האישיות של השורד ושיתוף אחרים, וכן הערכת תקינות התגובה הנפשית המתפתחת. אף על פי שהשיטה מאפשרת מענה נרחב, מפגשי התשואל מתנהלים בעזרת פרוטוקול פשוט אשר יישומו קל (1-4).

יתרונות נוספים ובולטים של התערבויות התשואל כוללים חיזוק התמיכה החברתית (שכן הן מתקיימות בקבוצה), הדרכת השורד להתמודדות, נורמליזציה של הקשיים ועידוד לשחזור רגשי וקוגניטיבי של האירוע ושל תגובות השורד (16, 25, 53). ההזדמנות אשר ניתנת לנפגע לשחזור את החוויה הטראומטית היא בעלת השפעה מכרעת במניעת התפתחות התסמונת הפוסט-טראומטית (54). לאחר שהוסר האיום, עם תום האירוע הטראומטי, שורד הטראומה מנסה להתמודד עם הזיכרון על אודות תחושת חוסר האונים. באמצעות שחזור החוויה הרגשית, השורד מנסה לחזור לשליטה אקטיבית על העולם ולהבנת החוקיות שלו. שחזור זה יכול לכלול אלמנטים רגשיים, גופניים, התנהגותיים או סנסוריים (53).

בסקירת הספרות אשר בוצעה על ידי כותבי הפרק (28) נבדקו 44 מחקרים העוסקים בתשואל לסוגיו. הדבר בוצע תוך כדי הפרדה בין תשעה מחקרים אשר נערכו בקרב חיילים ובין 35 מחקרים שעסקו בתשואל בקרב אוכלוסיות שונות (שוטרים, כוחות הצלה, נפגעי אירועים טראומטיים ועוד). מבין 35 מחקרים שנסקרו, ב-16 דווח על ירידה בסימפטומים הפוסט-טראומטיים (42, 55-68); בשישה נמצא שההתערבות מזיקה (43, 44, 69-72); ואילו ב-13 מחקרים לא נמצאו הבדלים בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת (73-84). חלק ניכר מהמשתתפים בהתערבויות מסוג תשואל מעריכים שהן עוזרות (1, 22, 58, 61-64, 70, 73, 75, 76, 78-80, 82-84), אולם אין בממצא זה

הוכחה ליעילות השיטה, מאחר שהערכה זו יכולה לשקף הכרת תורה על תשומת הלב שניתנה למשתתפים במהלך ההתערבויות (2, 22). סקירת תשעת המחקרים אשר בוצעו בקרב אוכלוסיות צבאיות העלתה ששניים מהם הצביעו על כך שההתערבות מזיקה (85, 86), מחקר אחד מצא היעדר הבדלים בין הקבוצות (49), ואילו בשישה מחקרים דווח על הפחתה בסימפטומים פוסט-טראומטיים או על שיפור במדדים אחרים (87, 88). במחקרם של סינגרג וועמיתיו (89) נמצא שכל המשתתפים בהתערבות חזרו לתפקידם טרם האירוע הטראומטי. כמו כן, במעקב על מצבם הנפשי נמצא שהמשתתפים לא סבלו מהפרעות נפשיות לאחר תקופה של שנה. דווח על שיפור משמעותי במורל החיילים, בלכידות הקבוצתית ובביטחון העצמי, תוך הבנה שניתן לקבל סיוע מקצועי אם נדרש (90, 91). לבסוף, נמצא שבכל המחקרים המשתתפים בהתערבות העריכו את ההתערבות כמועילה עבורם ודיווחו על שביעות רצון גבוהה.

המתלבטים בין היתרונות לחסרונות של התשואול הקבוצתי מציעים למתן את הציפיות מהתערבויות בודדות. לדעתם אין ספק שמפגש בודד אינו מחולל ניסים, אך הוא יכול לשמש מודל לאפשרות לשתף ולדבר. ההתערבות מספקת מענה למצוקות ראשוניות של שורדי הטראומה, מאפשרת מתן אינפורמציה ותמיכה חברתית, ומעלה את הציפייה לחזרה לתפקוד תקין ולהתמודדות מיטבית. גם אם בסופו של דבר הפרט יעבור את התהליך בסביבתו הטבעית, ולחלופין תוך ליזוי של מטפל פרטני, ההתכנסות הקבוצתית כנקודת מוצא היא חשובה. צורת ההתארגנות ודרך הנחיית הקבוצה יכולות לסייע למי שזקוקים לקבוצה, ולמזער את הנזקים האפשריים לאלו המצויים בסיכון לפיתוח התסמונת הפוסט-טראומטית (12, 22, 92). מתוך כך עולה שייתכן שנכון לראות בתשואול שיטה לניטור מצבי דחק ולא לטיפול בטראומה (6).

### **יעילות שיטת התערבות קבוצתית המשכית**

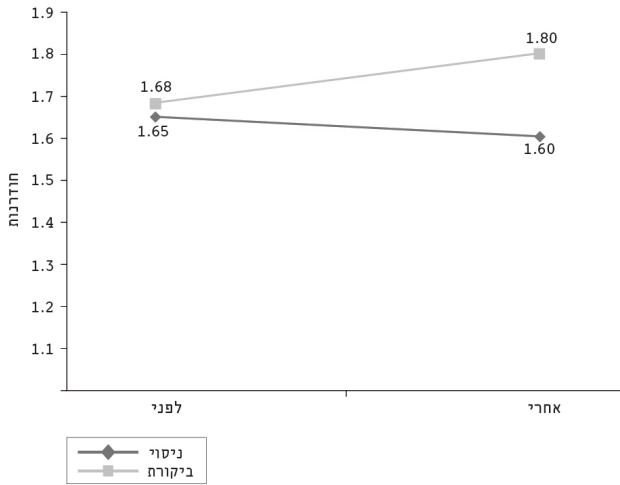
כפי שצוין לעיל, פרוטוקול "התערבות קבוצתית המשכית" (30) שימש להתערבות עם מגוון רחב של יחידות מילואים, לרבות שלושה גדודים. מתוך הבנה שחשוב לבחון אמפירית את ההתערבויות הקליניות הנעשות בשדה, הוחלט לחקור את יעילותו של הפרוטוקול תוך התייחסות לאחת ההתערבויות שבוצעו בקרב גדוד מילואים. הנבדקים במחקר השתייכו לגדוד מילואים המונה 255 חיילים וקצינים, שביצע משימות צבאיות שונות במלחמת לבנון

השנייה (2006). גרוד זה נלחם בתוך לבנון וספג תשעה הרוגים ו-35 פצועים שתהליך פינוים היה מורכב. הגרוד עבר התערבות על פי "נוהל שיחת צוות לאחר אירוע" מיד עם תום האירוע ולפני שחרורו ממילואים, וכונס כחודשיים לאחר מכן לצורך ביצוע "התערבות קבוצתית המשכית" - הפעם עם כלל הפצועים ולאחר ההלוויות והשלמת חודש האבל על החברים שנפלו. קבוצת ההתערבות כללה את כל החיילים שהתייצבו ליום המילואים שבו הועברה ההתערבות מטעם היחידה לתגובות קרב. קבוצת ההשוואה הורכבה מכלל החיילים של הגרוד, שהשתתפו במלחמה ונחשפו לאותם אירועי לחימה, אך לא הגיעו ממגוון סיבות ליום המילואים שבו הועברה ההתערבות.

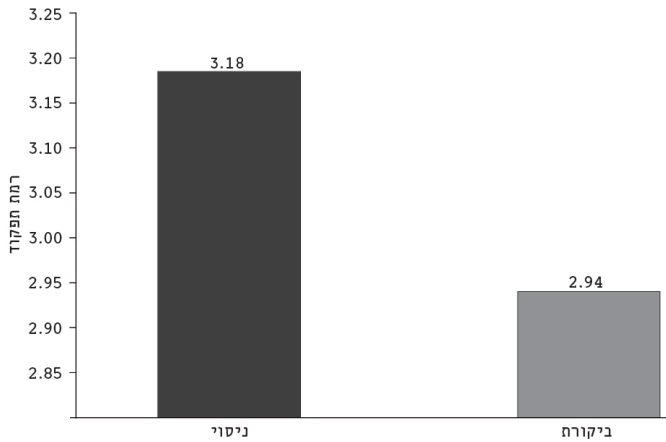
איסוף הנתונים נעשה באמצעות שאלוני דיווח עצמי סטנדרטיים בעלי תכונות פסיכומטריות מוכחות: (א) שאלון למדידת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים (93; ב) שאלון לבדיקת רמת התפקוד (POAMS Trauma Version; 94; ג) הערכת הבריאות המשתתפים על ידי דירוג המצב הבריאותי (SF-12; 95).

תוצאות המחקר (תרשימים 1 ו-2) הורו שקבוצת ההתערבות הפגינה רמה כללית נמוכה יותר של סימפטומים פוסט-טראומטיים לעומת קבוצת ההשוואה. כמו כן נמצא שבעוד שבקרב קבוצת ההתערבות לא חל שינוי ברמה הכללית של הסימפטומים הפוסט-טראומטיים, בקבוצת ההשוואה רמת הסימפטומים עלתה. בקרב קבוצת ההשוואה נמצאו רמות גבוהות של סימפטומים פוסט-טראומטיים מסוג הימנעות לעומת קבוצת ההתערבות. כמו כן, בקרב קבוצת ההשוואה נמצאה עלייה בסימפטומים מסוג הימנעות, בעוד שבקבוצת ההתערבות לא חל שינוי בעוצמת הסימפטומים. בחינת סימפטומים פוסט-טראומטיים מסוג חודרנות העלתה שבעוד שטרם ההתערבות לא היו הבדלים בין הקבוצות בעוצמת הסימפטומים, לאחר ההתערבות נמצאו הבדלים מובהקים כך שרמת הסימפטומים הייתה גבוהה יותר בקרב קבוצת ההשוואה לעומת קבוצת ההתערבות. בחינת סימפטומים פוסט-טראומטיים מסוג עוררות העלתה שטרם ההתערבות וגם אחריה, רמת העוררות הייתה גבוהה יותר בקרב קבוצת ההשוואה לעומת קבוצת ההתערבות. כמו כן נמצא שבקרב קבוצת ההשוואה חלה עלייה ברמת העוררות עם הזמן, בעוד שבקרב קבוצת ההתערבות חלה ירידה ברמת הסימפטומים. בחינת המצב הבריאותי של הנבדקים העלתה שהחיילים בקבוצת ההתערבות דירגו את מצבם הבריאותי כטוב יותר לעומת נבדקי קבוצת ההשוואה. בחינת רמת התפקוד העלתה אף היא מגמה של שיפור בעקבות ההתערבות, כך שנמצא שרמת התפקוד בקרב קבוצת ההתערבות הייתה גבוהה יותר לעומת קבוצת ההשוואה, לאחר ההתערבות.

### משחזור לזיכרון



**תרשים 1: אינטראקציה בין קבוצה לעיתוי ברמת הסימפטומים החודרניים.**



**תרשים 2: הבדלים בין קבוצת הביקורת לקבוצת הניסוי בתפקוד אחרי ההתערבות.**

## סיכום ומסקנות

התערבות התשואל היא חלק ממודל ההתערבות הקבוצתי. פרסון (96) טען שהקבוצה עשויה למתן את עוצמתם של הסימפטומים הפוסט-טראומטיים כיוון שהיא יוצרת תחושת ביטחון טבעית אשר משקמת את האמון שנפגע בעת החשיפה לאירוע הטראומטי. אם כן, הקבוצה מאפשרת, כבר בשלב הראשוני, התחברות טבעית בין חברי קבוצת השווים היוצרת חוויית שייכות החשובה מאוד להתמודדות עם תוצאות החשיפה לטראומה.

גם הרמן (33) ראתה בקבוצה כלי טיפולי משמעותי. לדבריה: "הקבוצה המאורגנת היטב מעוררת את הנפגע לשחזר את סיפורו ותומכת בו תמיכה רגשית בזמן אבל. כאשר הנפגעים מספרים את סיפוריהם המיוחדים לקבוצה, הם חווים חוויה עמוקה של אוניברסליות. הקבוצה משמשת עדה לסיפוריהם ומעניקה להם משמעות חברתית, מלבד משמעותם האישית [...] הקבוצה עוזרת לכל נפגע יחיד להרחיב את סיפורו, מחלצת אותו מן הבידוד שהוא שרוי בו [...] ושבה ומכניסה את מלאות העולם הרחב, שהוא מנוכר לו" (שם, עמ' 270).

התערבות תשואל ממוקדת בעידוד לתפקוד, בשיפור תחושת השליטה, ביצירת תפיסה עצמית חיובית של הקבוצה על פרטיה ובגיוס מקורות התמיכה החברתיים הטבעיים הקיימים בקבוצה. חשוב לזכור שאין להתייחס אל התערבות זו כאל טיפול, אלא כהתערבות מניעתית שנועדה לאפשר הקלה סביב המצוקה הראשונית, ולאפשר איתור פרטים הזקוקים להתערבות או לטיפול נוספים. התערבות זו מאפשרת מפגש ראשוני לאוכלוסייה שברובה לא טופלה מעולם על ידי גורמי בריאות הנפש. באמצעות היכרות אישית עם המטפלים שהם חלק מקוֹה־הנחיה, נפתח פתח לפנייה אפשרית עתידית לטיפול. כמו כן, על ידי כך מתאפשר תהליך של זיהוי החיילים שזקוקים להמשך התערבות. לאלה משמעות רבה כשמדובר בארגונים כמו צבא, משטרה וכוחות הצלה. בארגונים אלה בכלל, ובצבא בפרט, הקודים הגבריים הקיימים פוגעים באפשרות לקבלת סיוע וטיפול נפשי לאחר חשיפה לאירוע טראומטי.

## ביבליוגרפיה

1. Arendt M, Elklit A. "Effectiveness of psychological debriefing". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001; 104(6): 423-437
2. Lewis SJ. "Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings". *Aggression and Violent Behavior*. 2003; 8(3): 329-343
3. Mitchell AM, Sakraida TJ, Kameg K. "Critical incident stress debriefing: implications for best practice". *Disaster Management & Response*. 2003; 1(2): 46-51
4. Roberts AR, Everly Jr GS. "A meta-analysis of 36 crisis intervention studies". *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2006; 6(1): 10-21
5. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. "Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events". *American Journal of Psychiatry*. 2009; 166(3): 293-301
6. שלו א', תובל-משיח ר'. "התערבויות מוקדמות ותשאול (debriefing) באירועי טראומה". שיחות 1999; יג(3): 219-206.
7. Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ. *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice*. New York: Guilford Press; 2006
8. Watson PJE, Ritchie EC, Demer J, Bartone P, Pfefferbaum BJ. "Improving resilience trajectories following mass violence and disaster". In: Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ (Eds.), *Interventions following mass violence and disasters*. New York: Guilford Publications, Inc.; 2006. pp. 37-79
9. Friedman MJ. "Toward a public mental health approach for survivors of terrorism". *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2005; 10(1-2): 527-539
10. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. "Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence". *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007; 70(4): 283-315
11. שלו א'. "גישה רב-מימדית לתיסמונת הפוסט-טראומתית. פרק א: תיאוריה ומחקר". שיחות 1994; ח(2): 104-85.
12. Stallard P, Salter E. "Psychological debriefing with children and young people following traumatic events". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2003; 8(4): 445-457

13. MacDonald CM. "Evaluation of stress debriefing interventions with military populations". *Military Medicine*. 2003; 168(12): 961-968
14. Raphael B, Wilson JP. *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000
15. Tarquinio C, Rotonda C, Houllé WA, Montel S, Rydberg JA, Minary L, et al. "Early psychological preventive intervention for workplace violence: a randomized controlled explorative and comparative study between EMDR-recent event and critical incident stress debriefing". *Issues in Mental Health Nursing*. 2016; 37(11): 787-799
16. Malcolm AS, Seaton J, Perera A, Sheehan DC, Van Hasselt VB. "Critical incident stress debriefing and law enforcement: An evaluative review". *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2005; 5(3): 261-278
17. Oz I, Tatsa-Laur L, Kreiss Y, Fructer E, Itzhak A, Sarid O. "Early psychological intervention following the 2014 Nepal snowstorm". *Disaster and Military Medicine*. 2016; 2(1): 10
18. נריה י', סולמון ז', וויצטום א'. "מניעת תגובות פוסט-טראומטיות ארוכות טווח: בחינת היעילות של התערבות התשואל (דה-בריפינג) הפסיכולוגי". שיחות 1999; יד(1): 13-19.
19. Shalev AY, Peri T, Rogel-Fuchs Y, Ursano RJ, Marlowe D. "Historical group debriefing after combat exposure". *Military Medicine*. 1998; 163(7): 494-498
20. Raphael B. "Preventive intervention with the recently bereaved". *Archives of General Psychiatry*. 1977; 34(12): 1450-1454
21. Mitchell JT. "When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process". *Journal of Emergency Medical Services*. 1983; 8: 36-39
22. Bisson JJ. "Single-session early psychological interventions following traumatic events". *Clinical Psychology Review*. 2003; 23(3): 481-499
23. Friedman MJ, Ritchie EC, Watson PJ. "Overview". In: Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ (Eds.), *Interventions following mass violence and disasters*. New York: Guilford Publications, Inc.; 2006. pp. 37-79
24. ארצמן ר'. "קבוצות דיכוב לנפגעי טרור". חברה ורווחה 2004; כד(2): 219-238.
25. Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. "Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis". *The Lancet*. 2002; 360(9335): 766-771

26. Wessely S, Deahl M. "Psychological debriefing is a waste of time". *The British Journal of Psychiatry*. 2003; 183(1): 12-14
27. Dyregrov A. "The process in psychological debriefings". *Journal of Traumatic Stress*. 1997; 10(4): 589-605
28. שובל-צוקרמן י', לוי א', דקל ר', סלומון ז'. "הערכת התערבות התשואל: סקירת הספרות המחקרית". חברה ורווחה 2011; לא(2): 173-203.
29. Knobler HY, Nachshoni T, Jaffe E, Peretz G, Yehuda YB. "Psychological guidelines for a medical team debriefing after a stressful event". *Military Medicine*. 2007; 172(6): 581-585
30. לוי א', שובל-צוקרמן י'. "התערבות קבוצתית המשכית - פרוטוקול להתערבות ייחודית עם יחידות מילואים לוחמות". שיחות 2010; כד(3): 275-282.
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5<sup>th</sup> ed. Arlington, VA: Author; 2013
32. Hembree EA, Rauch SA, Foa EB. "Beyond the manual: The insider's guide to prolonged exposure therapy for PTSD". *Cognitive and Behavioral Practice*. 2003; 10(1): 22-30
33. הרמן ל"ג. טראומה והחלמה. תל אביב: עם עובד; 1992.
34. Bandura A. "Self-efficacy conception of anxiety". *Anxiety Research*. 1988; 1(2): 77-98
35. Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York, NY: Basic Books; 1969
36. Maslow AH. *Motivation and personality*. New York: Longman; 1970
37. Caplan G. *Support systems and community mental health*. New York, NY: Behavioral Publishers; 1974
38. Grinker RR, Spiegel JP. *Men under stress*. Philadelphia, PA: Blakeston; 1945
39. Green BL, Wilson JP, Lindy JD. "Conceptualizing post traumatic stress disorder: A psychosocial framework". In: Figley CR (Ed.), *Trauma and its wake VolII: The study and treatment of post traumatic disorder*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1985. pp. 53-69
40. פרי ט'. "שיקום הנארטיב באמצעות שחזור היסטורי של הטראומה". שיחות 2002; יז(1): 20-26.
41. Alexander DA, Wells A. "Reactions of police officers to body-handling after a major disaster. A before-and-after comparison". *The British Journal of*

- Psychiatry*. 1991; 159(4): 547-555
- Bohl N. "The effectiveness of brief psychological interventions in police officers after critical incidents". In: Reese JT, Horn JM, Dunning C (Eds.), *Critical incidents in policing*. Washington, DC: US Dept. of Justice, Federal Bureau of Investigation; 1991. pp. 31-38
- Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. "Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma". *The British Journal of Psychiatry*. 1997; 171(1): 78-81
- Sijbrandij M, Olf M, Reitsma JB, Carlier IV, Gersons BP. "Emotional or educational debriefing after psychological trauma". *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 189(2): 150-155
42. שלו א', אדסקי ר', בוקר ר', בנעט י', בר-גיא נ', הדר ה' ואחרים. "התערבויות קליניות באירועי דחק מתמשכים". שיחות 2002; יז(1): 5-19.
- Kaplan Z, Iancu I, Bodner E. A review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatric Services*. 2001; 52(6): 824-827
44. Mayou R, Ehlers A, Hobbs M. "Psychological debriefing for road traffic accident victims: three-year follow-up of a randomised controlled trial". *Focus*. 2003; 1(3): 307-312
- Bisson JI, Deahl MP. "Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress". *British Journal of Psychiatry*. 1994; 165: 717-720
46. Deahl MP, Gillham AB, Thomas J, Searle MM, Srinivasan M. "Psychological sequelae following the Gulf War. Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing". *British Journal of Psychiatry*. 1994; 165(1): 60-65
48. Raphael B, Meldrum L. "Does debriefing after psychological trauma work?". *British Medical Journal*. 1995; 310(6993): 1479-1480
- Rose S, Bisson J, Wessely S. "A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma". *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2003; 72(4): 176-184
50. Deahl MP, Srinivasan M, Jones N, Neblett C, Jolly A. "Evaluating psychological debriefing: Are we measuring the right outcomes?". *Journal of Traumatic Stress*. 2001; 14(3): 527-529
52. נוי ש'. מצב לחץ טראומטיים. תל אביב: הוצאת שוקן; 2000.
- Shalev AY. "Acute stress reactions in adults". *Biological Psychiatry*. 2002; 54

- 51(7): 532-543
- Bordow S, Porritt D. "An experimental evaluation of crisis intervention". .55  
*Social Science & Medicine*. 1979; 13A: 251-256
- Campfield KM, Hills AM. "Effect of timing of critical incident stress debriefing .56  
(CISD) on posttraumatic symptoms". *Journal of Traumatic Stress*. 2001; 14(2):  
327-340
- Chemtob CM, Tomas S, Law W, Cremniter D. "Postdisaster psychosocial .57  
intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological  
distress". *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154(3): 415-417
- Jenkins SR. "Social support and debriefing efficacy among emergency medical .58  
workers after a mass shooting incident". *Journal of Social Behavior and  
Personality*. 1996; 11(3): 477-492
- Lavender T, Walkinshaw SA. "Can midwives reduce postpartum psychological .59  
morbidity? A randomized trial". *Birth*. 1998; 25(4): 215-219
- Leonard R, Alison L. "Critical incident stress debriefing and its effects on .60  
coping strategies and anger in a sample of Australian police officers involved  
in shooting incidents". *Work & Stress*. 1999; 13(2): 144-461
- Matthews LR. "Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms .61  
after assaults by community housing residents". *Psychiatric Services*. 1998;  
49(2): 207-212
- Nurmi LA. "The sinking of the Estonia: The effects of Critical Incident Stress .62  
Debriefing (CISD) on rescuers". *International Journal of Emergency Mental  
Health*. 1999; 1(1): 23-31
- Robinson RC, Mitchell JT. "Evaluation of psychological debriefings". *Journal .63  
of Traumatic Stress*. 1993; 6(3): 367-382
- Smith Jr CL, De Chesnay M. "Critical incident stress debriefings for crisis .64  
management in post-traumatic stress disorders". *Medicine and Law*. 1994; 13:  
185-191
- Stallard P, Law F. "Screening and psychological debriefing of adolescent .65  
survivors of life-threatening events". *The British Journal of Psychiatry*. 1993;  
163(5): 660-665
- Wee DF, Mills DM, Koehler G. "The effects of Critical Incident Stress .66  
Debriefing (CISD) on emergency medical services personnel following the  
Los Angeles Civil Disturbance". *International Journal of Emergency Mental*

- Health*. 1999; 1(1): 33-37
- Miller J. "Affirming flames: Debriefing survivors of the World Trade Center attack". *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2002; 2(1): 85-94 .67
- Yule W, Udwin O, Murdoch K. "The 'Jupiter' sinking: Effects on children's fears, depression and anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1990; 31(7): 1051-1061 .68
- Bunn TA, Clarke AM. "Crisis intervention: An experimental study of the effects of a brief period of counselling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients". *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1979; 52(2): 191-195 .69
- Kenardy JA, Webster RA, Lewin TJ, Carr VJ, Hazell PL, Carter GL. "Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster". *Journal of Traumatic Stress*. 1996; 9(1): 37-49 .70
- Mayou R, Ehlers A, Hobbs M. "Psychological debriefing for road traffic accident victims". *The British Journal of Psychiatry*. 2000; 176(6): 589-593 .71
- Richards D. "A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management". *Journal of Mental Health*. 2001; 10(3): 351-362 .72
- Brom D, Kleber RJ, Hofman MC. "Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of post-traumatic stress disorder". *Journal of Clinical Psychology*. 1993; 49(2): 131-140 .73
- Carlier IV, Lamberts RD, Van Uchelen AJ, Gersons BP. "Disaster-related post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing". *Stress and Health*. 1998; 14(3): 143-148 .74
- Dolan L, Bowyer D, Freeman C, Little K. *Critical incident stress debriefing after trauma: Is it effective?*. Unpublished .75
- Carlier IV, Voerman A, Gersons BP. "The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers". *British Journal of Medical Psychology*. 2000; 73(1): 87-98 .76
- Conlon L, Fahy TJ, Conroy R. "PTSD in ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing". *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 46(1): 37-44 .77
- Hobbs M, Mayou R, Harrison B, Warlock P. "A randomized trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents". *British Medical Journal*. 1996; 313: 1438-1439 .78

- Hyttén K, Hasle A. "Fire fighters: a study of stress and coping". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989; 80(355): 50-55 .79
- Lee C, Slade P, Lygo V. "The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: a preliminary study". *British Journal of Medical Psychology*. 1996; 69(1): 47-58 .80
- Rose S, Brewin CR, Andrews B, Kirk M. "A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime". *Psychological Medicine*. 1999; 29(4): 793-799 .81
- Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenström U. "Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth". *British Medical Journal*. 2000; 321(7268): 1043-1047 .82
- Stevens KLH, Adshead G. "Preventive psychological intervention for road crash survivors". In: Mitchell M (Ed.), *The aftermath of road accidents*. London, UK: Routledge; 1996. pp. 159-171 .83
- Young AT, Parr G. "An examination of the effectiveness of periodic stress debriefing with law enforcement personnel". *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*. 2003; 64: 2902-2913 .84
- Deahl MP, 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*. 2000; 73(1): 77-85 .85
- Lundin T. "Collision at sea between two Navy vessels". *Military Medicine*. 1995; 160(7): 323-325 .86
- Applewhite L, Dickins C. "Coping with terrorism: the OPM-SANG experience". *Military Medicine*. 1997; 162(4): 240-243 .87
- Jiggetts SM, Hall Jr DP. "Helping the helper: 528th Combat Stress Center in Somalia". *Military Medicine*. 1995; 160(6): 275-277 .88
- Cigrang JA, Pace JV, Yasuhara TT. "Critical incident stress intervention following fatal aircraft mishaps". *Aviation, Space, and Environmental Medicine*. 1995; 66(9): 880-882 .89
- Finnegan A, Cumming P, Piper M. "Critical incident stress debriefing following the terrorist bombing at army headquarters Northern Ireland". *Journal of the Royal Army Medical Corps*. 1998; 144(1): 5-10 .90
- True P. "Case report of critical incident stress debriefing through translators". .91

- International Journal of Emergency Mental Health*. 2000; 2(2): 101-104
- FitzGerald M, Braudaway C, Leeks D, Padgett M, Swartz A, Samter J, et al. .92  
 "Debriefing: a therapeutic intervention". *Military Medicine*. 1993; 158(8): 542-545
- Solomon Z, Benbenishty R, Neria Y, Abramowitz M, Ginzburg K, Ohry A. .93  
 "Assessment of PTSD: Validation of the revised PTSD Inventory". *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 1993; 30(2): 110-115
- Green JL, Lowry JL, Kopta SM. "College students versus college counseling .94  
 center clients: What are the differences?". *Journal of College Student Psychotherapy*. 2003; 17(4): 25-37
- Ware Jr JE, Sherbourne CD. "The MOS 36-item short-form health survey (SF- .95  
 36): I. Conceptual framework and item selection". *Medical Care*. 1992; 30(6): 473-483
- Parson ER. "The role of psychodynamic group therapy in the treatment of the .96  
 combat veteran". In: J SH (Ed.), *Psychotherapy of the Combat Veteran*. New York, NY: Wiley; 1984. pp. 83-113