

# **פרק 1**

## **הדחק של אוכלוסייה תחת מתקפת טרור ממושכת:**

### **אתגרים, בזיהוי, באפיון ובמענה**

אלי זומר ואבי בלייך

מדינת ישראל תוארה, בשעתה, כמעבדה לחקר לחץ פסיכולוגי (Breznitz, 1983). מאז נשארה ההגדרה אקטואלית במשך יותר משני עשורים, שבהם נמשכה שפיכות הדמים באזור. באוקטובר 2003, לאחר גל טרור חסר תקדים של מאות התקפות על אזרחי ישראל שנמשך שנתיים וחצי וגבה מאות הרוגים ואלפי פצועים, התכנסה באוניברסיטת חיפה קבוצה של מומחים מתחומים שונים הנוגעים להשפעות הטרור. הקבוצה כללה פסיכולוגים קליניים, ארגוניים, חברתיים וחינוכיים, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, פילוסופים, היסטוריונים ואנשי תקשורת שנפגשו לשלושה ימי עבודה ודיונים אינטנסיביים, שבהם הוצגו ממצאי מחקר ומודלים להתערבות. המשתתפים הוזמנו להעלות על הכתב את הנושאים שהציגו ולהתייחס לסוגיות שנדונו בכינוס. דיוני הכינוס הוקלטו, שוכתבו ונלמדו מאוחר יותר על ידי חלק מהמרצים, שביקשו להעמיק את הניתוח של הסוגיות שהציגו. ספר זה מייצג מאמץ משותף של קבוצת מומחי טראומה ישראלים להגדיר את הבעיות הפסיכולוגיות המיוחדות שנוצרו עקב גל הטרור המסיבי, לשתף בפתרונות שיישמו ולהמליץ גם על לקחים שהפיקו. פרק זה הוא פרק המבוא לאסופת המאמרים הנכללת בספר. ננסה כאן להמשיג את סוג הדחק שבו הייתה נתונה החברה בישראל תחת ההתקפה שניחתה עליה בתחילת האלף השלישי. ננסה לאפיין את הבעיות המרכזיות העומדות בפני אנשי בריאות הנפש הנדרשים לסייע לאוכלוסייה המותקפת ונבקש לתאר בפני הקורא כיצד משיב הספר על חלק מהבעיות הללו.

אירועי דחק טראומטיים הם מצבים מציפים בעצמתם, בלתי נשלטים ומפתיעים בעת התרחשותם. האירועים הללו מערערים את הנחות היסוד שלנו לגבי הביטחון שאנו מצפים לו בסביבת מגורינו, בעת בילוי במסעדה השכונתית, במועדון ריקודים או בעת נסיעה בתחבורה הציבורית. באחת מועברים קרבנות הטרור מעולם בטוח אל מערבולת של הרס, קולות מצוקה וכאוס, ריחות קשים ואבדנים מכאיבים. כאשר התנסויות כאלה מלוות בתגובות אימה, הן עלולות להתפתח לתחלואה פוסט-טראומטית. הפרעת דחק פוסט-טראומטית היא בעיה מרכזית בבריאות הציבור גם בעתות שלום, מאחר שאירועים טראומטיים הם חלק ממארג החיים האנושי. מחקרים

אפידמיולוגיים, שנערכו בארצות הברית, העריכו כי חמישה מכל עשרה אמריקאים ייחשפו לאירוע דחק חמור או טראומטי במהלך חייהם (לדוגמה, Breslau et al., 1998). בעוד שתגובות נסערות לאירועים קשים הן די צפויות, אפשר לצפות שתגובות המצוקה תדעכנה תוך ימים אצל רוב האנשים שנחשפו אילהל כללית אפשר לומר שרוב האנשים ניחנים בחוסן נפשי המאפשר התאוששות מהירה למדי לאחר מצבים כאלה, והסיכון להתפתחות של בעיות חמורות בבריאות הנפש בטווח הארוך לאחר חשיפה לאירוע בעל פוטנציאל טראומטי הוא נמוך למדי. הבעיה היא שאחד מכל שנים-עשר אנשים הנחשפים לאירוע בעל פוטנציאל טראומטי עלול לפתח תחלואה נפשית קשה כתוצאה מכך

(Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). מומחי טראומה מוטרדים מן הסיכון להתפתחות PTSD, משום שההפרעה מעוררת סבל רב, יוצרת מוגבלות תפקודית קשה ואינה מגיבה בקלות לטיפול פסיכולוגי או תרופתי. עם זאת, יש ראיות המצביעות על כך שהתערבות מוקדמת בקרב ניצולים של אירועים טראומטיים עשויה לסייע להם במניעת התפתחות PTSD (למשל, Litz, 2004). מסיבה זו התגייסה קבוצה של מומחי טראומה ישראליים לשתף פעולה בפרויקט שהתוצר הסופי של הוא ספר זה. הייתה לנו מטרה משותפת - ללמוד אלה מאלה על אודות הידע המדעי והניסיון המקצועי שהצטברו בארץ ולהציע דרכי התערבות מוקדמות שעשויות להקטין את הסיכון לתחלואה פוסט-טראומטית ולשבח את איכות החיים של אנשים וקהילות שנפגעו על ידי הטרור. אחד הדברים הראשונים שהיו ברורים לנו, כשניגשנו לנסח את הבעיה שאנו ניצבים מולה, הוא העובדה שסדרה בת מאות הפיגועים, שהאוכלוסייה הישראלית נחשפה אליהם, יצרה סוג ייחודי של אירוע דחק.

שאלנו את עצמנו מהי מהות הדחק של מתקפת הטרור על אזרחי ישראל?

אף-על-פי שאזרחים רבים נחשפו, אישית, לאירועי טרור, הרי עבור הציבור בכללותו הדחק נבע מגורמים שונים. עבורו לא היה זה אירוע טרור מבודד, שאין ספור כמותו כבר ספגה האוכלוסייה האזרחית בישראל במאה השנים האחרונות. במתקפת הטרור של האינתיפאדה השנייה יכלו אזרחי המדינה לנבא במידה סבירה של ודאות כי לאחר אירוע טרור מסוים יבוא אירוע נוסף, ולאחריו עוד

אירוע. הטרור הקטלני הפך לחלק מרקמת החיים האזרחית בארץ. אבל לא היה אפשר לנבא היכן

יהיה הפיגוע הבא, מתי יתרחש ומי ייפגע. בו

■ זו גם לא הייתה מלחמה של צבא ישראלי מול צבאות ערב כמו במלחמות העצמאות (1948), סיני (1956), ששת הימים, (1967), ההתשה (1969-1972), גם כיפור (1973) ולבנון (1982). מלחמות אלה אופיינו בגיוס של חיילי מילואים (ומכאן, גם בהיעדרות של גברים רבים ממרקם חיי האוכלוסייה האזרחית) ובתמיכה דואגת של עורף אזרחי בטוח, יחסית, בחיילי החזית הנלחמים. ■ מעשי האיבה של האינתיפאדה השנייה גם לא דמו למתקפת הטילים מעיראק בעת מלחמת המפרץ בשנת 1991, עת הוזרה האוכלוסייה מפני התקפות הטילים באופן שאפשר לאזרחים לתפוס מחסה בטוח מבעוד מועד.

למה, אם כן, אפשר להשוות את ההתנסות של אזרחי ישראל במהלך אירועי הדמים של

אינתיפאדת אל-אקצה, המלחמה שכוונה ישירות נגד אזרחי המדינה?

טר (Terr, 1991) טבעה בשעתה את המונחים טראומה מטיפוס I וטראומה מטיפוס II.

גורמי דחק מטיפוס I הוגדרו על ידה כאירועים בדידים לא-חזויים, שהם מחוץ לתחום הדחק היומיומי הרגיל של האדם, ויש להם השפעה טראומטית שעלולה להוביל להתפתחות של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD). גורמי דחק מטיפוס II כמו, למשל, התעללות כרונית בנשים או בילדים, הם בי קיימא או חוזרים ונשנים מטבעם וגורמים לא רק ל PTSD אלא גם לתסמינים ניתוקיים (דיסוציאטיביים) ולעצב שאינו בר-נחמה.

בעוד שפרטים שנקלעו לאירוע טרור ספציפי עלולים לחוות אותו אמנם כטראומה מטיפוס I ולפתח בעקבותיו PTSD, הרי אי-אפשר לאפיין את ההתנסות של שאר אזרחי הארץ כמי שנחשפו לדחק מטיפוס I. הדחק של הציבור הוא דחק הנובע מחשיפה חוזרת, בתקשורת בעיקר. עם זאת, אי-אפשר להשוות את הדחק הנובע מחשיפה חוזרת של ציבור המותקף כקהילה להתנסות של נשים מוכות או של ילדים שמתעללים בהם. אי-לכך, לא מתאימה גם ההגדרה של דחק מטיפוס II לתיאור ההתנסות של הקהילה הישראלית באינתיפאדה השנייה.

ברק (Berk, 1992) הציע את המונח דחק מטיפוס III כדי לתאר סביבות כאוטיות של מערכות יחסים מעוררות חרדה המאופיינות ברמות גבוהות של חוסר-עקביות ובקושי לנבא את החוקיות

שלהן. הוא טען כי סביבות מטיפוס III עלולות לגרום להתפתחות של תסמיני PTSD, דיסוציאציה ושינויים באישיות. לעומת גורמי הדחק המהממים מטיפוס I או הדחק המסיבי הממושך של דחק מטיפוס II, סביבה מטיפוס III מאפשרת הסתגלות מסוימת.

ווילסון (Wilson, 1994) הציע קטגוריה רביעית לאירועי דחק: דחק מטיפוס IV. גורמי דחק מטיפוס IV מייצגים שינוי בסיסי ביחסי האדם אל סביבתו. גורמי הלחץ הללו הם אנומליים ומייצרים רמה גבוהה של אי-ודאות ודילמות הסתגלותיות עמוקות, משום שהקרבת אינם בטוחים מהי הדרך היעילה לגונן על עצמם. במצב כזה אנשים אינם בטוחים מה עלולה להיות השפעת חשיפתם לאיומים בסביבתם (למשל, במקרה של טרוריות ביו-כימיות) או כיצד עליהם לגונן על עצמם ועל יקיריהם מסכנה (כמו, למשל, במקרה של טרור המכה באזרחים באופן אקראי, כמו באניתפאדת אל-אקצה). להערכת ווילסון (Wilson, 1994) אנשים החשופים לגורמי דחק מטיפוס IV יפתחו דריכות-יתר, דאגנות ועצב.

התקפות הטרור הוצאו אל הפועל בימים שונים במרווחי זמן שונים, ובמיקומים שונים. הם היכו ברחובות העיר, בתחנות אוטובוס, בתחנות רכבת, במסעדות, באוטובוסים, בקניונים, בשווקים פתוחים ובחנויות רחוב. אנשים נפצעו ונרצחו בעת הליכתם על מדרכות העיר, בנסיעה במכוניתם הפרטית וגם בעת שנמו במיטותיהם. המחבלים הטמינו מטעני נפץ מוסווים, התאבדו כשהם נושאי את מטעני הנפץ על גופם, הפעילו מכוניות תופת וירו בקרבנותיהם. הפוגעים היו גברים ונשים, נערים ובוגרים. קרבנות הפיגועים היו חיילים, אזרחים, מבוגרים, זקנים, נשים וטף, בלייני דיסקוטקים וחרדים, ילידי הארץ, עולים חדשים, ערבים ועובדי זרים. הדפוס היה אקראי. במצב כזה של קושי לבא את מהות הסכנה ואת חוקיותה (unpredictability), התפתחה שגרת חיים של אוכלוסייה תחת מלחמת טרור ללא אמצעים יעילים להתגונן מפניה. הסתגלות תגובה זו משקפת, בצד מצוקה ופגיעה במורל המאפיינים חשיפה ללחץ מטיפוס IV, גם הסתגלות. החלק הראשון של ספר זה ינסה לאפיין את היקף החשיפה, את סוגי ההתמודדות ואת ממדי הפגיעה הנפשית בקרב האוכלוסייה הישראלית אל נוכח אירועי הדמים של גל הטרור ולאתר קבוצות סיכון לפגיעה נפשית בעקבות חשיפה לפיגועים. חמשת הפרקים הראשונים מספקים לקורא ממצאים אפידמיולוגיים מושתתי מחקר עדכני לגבי התגובות הנפשיות של האוכלוסייה

לגורמי דחק מטיפוס I ומטיפוס IV שחוותה. בחינה של הנתונים המוצגים בפרקים של רבקה תובל-

משיח ואריה שלו, של זהבה סלומון, אביטל לאופר ותמר לביא ושל רות פת-הורנצ'יק ואוסנת דופלר תאפשר לקורא לא רק להעריך את ההסתברות של חשיפה של אזרחים לטרור ולנגזרותיו, אלא גם לבחון באיזו מידה הצליחה המערכה לזרות אימה בלבבות תושבי הארץ ולהטיל בהם חולי פוסט-טראומטי. הממצאים בפרקים אלה מאפשרים להעריך את שיעור האוכלוסייה המגיב תגובות האופייניות לחשיפה לטראומה מטיפוס I, את שיעור התגובות המתאימות יותר לסביבת דחק מטיפוס IV ולחילופין - את מידת החוסן הנפשי של האוכלוסייה.

אזרחים שנחשפו לאימה של אירוע טראומטי מטיפוס I, אבל גם נפגעו בו גופנית, מהווים תת-קבוצה מיוחדת. פצועי אסונות זוכים, באופן טבעי, לתשומת לב רפואית מסיבית, ו עדיפות משנית בלבד מוענקת על ידי הצוותים הרפואיים העמוסים להיבטים הרגשיים של פציעתם. נשאלת השאלה, האם משאבי הקשב הרבים המופנים להתמודדות עם הכאב הפיזי והתמיכה הרפואית, הסייעות והחברתית המוענקים לפצועים מצד הצוות המקצועי ומצד בני המשפחה מסיחים את דעת הפצועים מאימת המוות שחוו ומגוננים עליהם בפני התפתחות PTSD? או שמא העומס הלוחץ של טראומטיזציה רגשית וגופנית דווקא מעלה את ההסתברות לקריסה רגשית? מחקרם של דני קורן ואהוד קליין המוצג בפרק הרביעי בוחן את ההשפעה של פציעה גופנית על הסיכון ללקות בהפרעת דחק פוסט-טראומטית ושופך אור על סוגיה זו. הפרק שלהם נותן מענה לשאלה האם מהווה תת-קבוצה זו של נפגעים קבוצת סיכון להתפתחות תחלואה פוסט-טראומטית?

התפיסה הסטראוטיפית של הסכסוך הישראלי-פלשתיני בתקופת האינתיפאדה השנייה עוסקת בהתנגשות בין שני נרטיבים: זה של היהודי הישראלי החי תחת איום הטרור הפלשתיני הקטלני מול הנרטיב של הפלשתיני החי בתנאי עוני, מצור ומתקפות צבאיות ישראליות. כל נרטיב מחוזק על ידי האתוסים הלאומיים שלו שנועדו, בין היתר, לקדם את הלכידות הלאומית, לשפר את מורל האזרחים ולהשניא את האויב. קבוצה אחת עלולה להתקשות בהזדהות עם תהליכים כאלה - אזרחי ישראל מן הלאום הפלשתיני. זהו מיעוט ערבי גדול הרואה את עצמו כמופלה לרעה במדינת היהודים והנתון בקונפליקט לא פשוט, שבו בני עמו נלחמים בשכניו היהודים ובסמלי מדינתו. אנשיו של מיעוט זה נאלצים להתמודד מול הטרור המאיים גם עליהם, מבלי שיוכלו להצטרף לטקסי היגון

הלאומיים היהודיים וללא אפשרות להתעודד מפעולות התגמול של הצבא. ללא אתוס שיכול לתת צידוק ומשמעות לסבלה, עלולה קבוצה זו להוות אף היא קבוצת סיכון מיוחדת. הפרק של זומר, אור-חן ופלד-אברם מנסה לברר את החשיפה לטרור ואת המצוקה בקרב קבוצה מובחנת זו, שהתנסותה במהלך סכסוך הדמים האחרון עוררה, עד כה, רק עניין מועט.

ממצאים נוספים מישראל ומארצות הברית, מחדדים את הסיכון שבמצבים המאפיינים אוכלוסיות תחת טרור מאיים ומתמשך, כיוון, שאין צורך בחשיפה ישירה לאירוע הטרור כדי שהאדם ידווח על קשת מלאה של תסמינים פוסט-טראומטיים (Bleich et al, et al., 2002) (Cohen-Silver, 2003; יתכן שדי בחיים במציאות של טרור מאיים ומתמשך, בחשיפה אינטנסיבית לאימי הטרור דרך אמצעי התקשורת ובפגיעה בתחושת הביטחון האישי כדי לייצר תסמינים פוסט-טראומטיים, שיעלו את שיעור הנפגעים בכוח ואת הבעיות האבחוניות והטיפוליות הכרוכות בכך. נוסף על כך יש לזכור שהמיקוד בתסמונת הפוסט-טראומטית תורם אמנם לסטנדרטיזציה של הממצאים במחקרים האפידמיולוגיים השונים, אך בה במידה הנו מצמצם, משום שתוצאות הטרומה מאופיינות בשינויים מגוונים

למשל, דיכאון, חרדה, סומטיזציה, פגיעה בהרגלי בריאות וכד') שגם בהערכתם רצויה מידה גדולה יותר של אחידות, שתאפשר הסקת מסקנות יישומיות.

להבדיל מטרומות יחיד כמו, למשל, שוד או אונס, פיגועי טרור הם אסונות המכים גלים בקהילה ומערבים מעגלים רחבים של הציבור בדרגות שונות של חשיפה ופגיעה. מערכות מורכבות נכנסות לפעולה לאחר אסון כזה, ונוסף על צוותי ההצלה הן מערבות אנשי חינוך, יעוץ, מנהיגי דת וקהילה, עובדים סוציאליים, רופאים ופסיכולוגים. אירועי טרור יוצרים לחץ גדול על משאבי הקהילה המקומיים ומסכנים את תפקודה התקין ואת המורל שלה. סמוך לאחר האירוע מוצפת אמנם הקהילה הפגועה באנשי תקשורת, בפוליטיקאים ובצוותי סיוע. אך תקופת "ירח דבש" ראשונית זו, המעניקה לתושבים תחושה של התגייסות למענם, של הכלה ושל טיפול, יכולה להתחלף עד מהרה בתחושות של נטישה, כעס על האויב ועל מחדלי הממשלה שלא הצליחה למנוע את הפיגוע ויגון על האבדן. אחד האתגרים העומדים בפני אנשי ממשל וסוכנויות סיוע המטפלים בקהילות פגועות הוא מתן מענה לציבור רחב החווה מצוקה, שהיא נורמלית ומובנת מצד אחד ושאינה מוגדרת בהכרח

כמצוקה קלינית המצדיקה טיפול נפשי מסורתי, אבל מצריכה בכל זאת התייחסות מקצועית מצד אחר. הדילמות העומדות בפני פרנסי הקהילות מעלות שאלות שונות של סדרי עדיפויות במניעה ראשונית ושניונית: מיהן אוכלוסיות הסיכון שראוי להעניק להן חיסון נפשי מקדים ולמי יש להעניק עדיפות בסיוע נפשי לאחר הפיגוע? מהן דרכי הסינון, האבחון וההתערבות היעילות על פי התפיסה שהלקוח הפגוע הוא הקהילה שנפגעה ולא האדם הבודד?

ברור שאין מתכון אחד אוניברסלי לתגובה קהילתית בעקבות אסון. קהילות שונות אלה מאלה ברמת הלכידות ובמחויבות ההדדית שלהן; הן שונות ברמת המוטיבציה שלהן להתכונן לאסונות עתידיים ובמשאבים העומדים לרשותן; והן גם נבדלות בניסיון שצברו בהתמודדות עם מצבים דומים בעבר. עם זאת, בעידן של טרור המכה באופן לא צפוי גם בשלווים שבמחוזות, נדרשים פרנסי הציבור להערכת החוסן של הקהילה שהם מובילים, לתכנן מניעה ראשונית של פגיעה נפשית בקרבה (טרם האסון) ולתכנן דרכי המניעה השניונית המתאימות ביותר (אלה המוצעות סמוך לאחר המכה). פיגוע טרור ואסון הפוקד את האוכלוסייה האזרחית מחייב ניהול מורכב של המשבר ותיאום בין ארגונים וסוכנויות שאינם רגילים לעבוד יחד. הכנת קהילה לעמידה איתנה בפני אסון מחייבת הקמת ועדה מקומית, שתעסוק בתכנון אסטרטגי מבעוד מועד. תכנון כזה רצוי שישלב מוסדות ממשלתיים, את ארגוני המגזר השלישי (עמותות או non-governmental organizations - NGOs) ואת העסקים הפרטיים בקהילה, שיקימו שותפויות מקומיות יעילות.

עקרונית, ההתערבות הקהילתית במצבים כאלה דורשת לאמץ כמה מעברים פרדיגמטיים (paradigm shifts) משמעותיים, במיוחד מצד אנשי בריאות הנפש. המעבר הפרדיגמטי הראשון כרוך במיקוד בבריאות במקום בחולי. רוב אנשי הטיפול רגילים לטפל באנשים המזוהים כחולים או כלוקים בהפרעה תפקודית או רגשית (פציינטים). במצב אסון, כמו לאחר פיגוע טרור, רוב הציבור צפוי להגיב בתסמינים פסיכולוגיים חולפים המייצגים תגובות נורמליות לאסון. האתגר הניצב בפני אנשי הטיפול במצבים כאלה הוא הימנעות משימוש טרם-זמנו בתוויות אבחוניות ומהתערבויות הנגזרות מעולם התוכן של המרפאה לבריאות הנפש. שינוי פרדיגמטי שני קשור בהנחת היסוד של אנשי הטיפול, שהמצוקה המרכזית נמצאת אצל הלקוח ולא אצל נותן השירות. במצבי אסון

בקהילה, הנחת היסוד הזו איננה מתקיימת, ואנשי הטיפול, כחלק בלתי נפרד מהקהילה, צפויים לסבול מאותם תסמינים בדיוק. למעשה, ייתכן שאנשי הטיפול יהיו פגועים בעצמם, יזדקקו לסיוע ולא בטוח כלל שיתייצבו לעבודה בעמדותיהם בדחיפות הנדרשת. נתון זה מחייב תכנון מבעוד מועד מצד הגופים המתכננים ומצדיק בנייה של מודולות התערבות בקרב אנשי הטיפול הפגועים. מעבר פרדיגמטי שלישי נחוץ כרוך בשינוי ההרגל שלפיו איש בריאות הנפש ממתין למטופלים, שייזמו את הטיפול ויגיעו למשרדו. מאחר שהנפגעים אינם מזהים את עצמם כחולים, על אנשי הטיפול ליזום פעולות הסברה וחינוך המכוונות לקידום משאבי ההתמודדות הטבעיים (מניעה שניונית) וליישוג (reaching out) בקרב הציבור כדי לאתר את הנפגעים המגיבים במצוקה מתמשכת והעלולים להיות בסיכון לפיתוח PTSD (מניעה שלישונית). על פי מודלים קיימים להתמודדות עם סכנות לבריאות הציבור (למשל, כפי שהציעו Pfefferbaum & Pfefferbaum, 1995; Ursano, Fullerton, & Norwood, 1998) נדרשים גם אנשי הטיפול הפסיכולוגי לזהות את גורמי הסיכון הפתוגניים (גורמי הדחק, בענייננו) ואת מי שנחשפו אליהם במעגלי הפגיעה השונים ולשמש יועצים למנהיגות המקומית על דרכי התגובה המתאימות ביותר.

השער השני בספר זה פורש בפני הקורא פרויקטים קהילתיים, אחדים שפותחו בישראל כדי לתת מענה לבעיות המיוחדות, שהציב גל הטרור בפני אנשי המקצוע. הפרק של בהם נשען על הידע שהפיק בעבודה מחקרית עם עובדים קהילתיים ועם מנהלי מחלקות בשירותים חברתיים, כולם בעלי ידע וניסיון קודם בהתערבות בשעת חירום. בהם מסיק כי אירוע אסון בקהילה הוא אירוע מתגלגל המחייב גמישות מתמדת בבניית ההתערבות המתאימה ביותר. הוא מציע מודל מנחה לבניית אסטרטגיות התערבות בהתאם לשלבים השונים של משבר – אזהרה, הלם, התארגנות ושינוי. ארבעה מודלים שונים מוצגים לקורא בהמשך: מודל של תמיכה נפשית בטלפון, כפי שהופעל על ידי מתנדבים בשתי סוכנויות סיוע טלפוני שונות, מוצג בפרק של טמיר וחיימוב. הפוטנציאל הגלום בהתערבות ובסיוע מרחוק (טלפון, אינטרנט), במציאות ובזמנים מוכי טרור עם השלכות לגבי רבים ורחוקים כבר הוכיח את עצמו (למשל, Somer, Tamir, Maguen & Litz, In press), ונראה שמוצדק להמשיך לפתחו ולהרחיבו. באום מתארת התערבות המכוונת לשבח את החוסן הנפשי של פעוטות בירושלים, עיר מוכת טרור. על פי המסורת המערכתית מדגים המודל

שלה כיצד חיזוק של אלמנט קריטי במערכת (הגננות) יכול להשפיע באפקט דומינו על צרכני הקצה (הפעוטות). שני הפרקים הבאים בשער הקהילתי מתארים התערבויות בקהילות קטנות שהותקפו. ברגר מתאר כניסה של צוות סיוע חיצוני לקהילה פגועה ומציג מודל של התערבות רב-ממדית לשיקום המורל ביישוב המוכה יגון ודאגה, ואילו שפירא ודפנה פורשים בפני הקורא מודל שפותח לאור ניסיון מצטבר של החיים ביישובים ביהודה ושומרון, שהתקפות מחבלים הן שגרת יומם. המודל שלהם נשען על משאבים פנימיים ומושגת על צוות של תושבים מתנדבים המופעל בזמן חירום. הפרק של מולי להד ואורי בן-נשר, המסכם שער זה, מציג סינתזה של הידע והניסיון שהצטברו בעולם בכלל ובישראל בפרט בכל הנוגע לעבודה עם קהילות מאוימות ומותקפות. בפרק זה מתייחסים המחברים למחקרים על תגובות אזרחים לאסונות כאל ממצאי יסוד (ברמת הפרט), שבאמצעותם הם מגדירים משתנים של פגיעות וחוסן קהילתי. פרק מסכם זה מנתח מודלים מערכתיים להתערבויות בשעת חירום השונים שנבנו בישראל ומציע מודל אינטגרטיבי רב-ממדי לבניית התערבויות קהילתיות בעתיד.

כאמור, התערבות נפשית מוקדמת בעקבות חשיפה לטראומה היא המוקד של ספר זה. בעוד שקיימת הסכמה בתחום כי להתערבויות מוקדמות לאחר אירועים כאלה עשוי להיות ערך במניעת תחלואה פוסט-טראומטית (Litz, Gray, Bryant, & Adler, 2002), יש מעט מידע (המושתת על מחקר מבוקר) על דרכי הסיוע העדיפות, על העיתוי האופטימלי להגשת העזרה ועל האנשים שראוי ביותר להציע להם סיוע כזה. יש כמה סיבות למצב זה של פני הידע בתחום. ראשית, קיימים מעט מאוד מחקרי אורך העוקבים אחר מהלך ההתפתחות הטבעי של תסמינים פוסט-טראומטיים לאחר חשיפה לאירועים בעלי פוטנציאל טראומטי. על כן, איננו יודעים אם אמנם ה-90% המחלימים באופן ספונטני מתגובות ההלם לאחר אירועים קשים, אמנם שומרים על חוסנם הנפשי בחלוף השנים. PTSD יכול הלא להתפרץ באופן מושהה גם בחלוף שנים למן מועד החשיפה (Port, Engdahl, & Frazier, 2001). מלבד זאת, על אף שיש מחקר על גורמים הקשורים סטטיסטית בתחלואה פוסט-טראומטית, איננו יודעים בוודאות מהם המנגנונים הנפשיים, הגנטיים או הביוכימיים המהווים גורמי סיכון ספציפיים, המאפשרים זיהוי מוקדם ודאי והגשת סיוע מונע לאנשים בסיכון. התערבות מוקדמת מדויקת רצוי שתתבסס ספציפית, בהליכי טיפול מוגדרים

מראש, למנגנונים הפגועים. על אף שיש ראיות משכנעות למדי כי טיפול קוגניטיבי-התנהגותי אינטנסיבי עשוי להיות יעיל בטיפול ב- PTSD (למשל, Foa, & Rothbaum, 1998) לא ידוע לנו עדיין מהם האלמנטים הטיפוליים ההכרחיים ומהם האלמנטים שדי בהם כדי לגרום להצלחה של מניעה שניונית של PTSD בהתערבות מוקדמת.

קיימת מוטיבציה חזקה ומובנת מצד גורמי ממשל וסיוע להתגייס בעת חירום לטובת האנשים שנחשפו לטרור, מתוך הזדהות לאומית ומתוך דחף לממש את המנדט המקצועי שלהם. יחד עם זאת, רבות מן ההתערבויות המוקדמות הפופולריות בישראל, כדוגמת תחקור דחק בעקבות אירועים קריטיים (Critical Incident Stress debriefing), אינן מגובות בראיות משכנעות בדבר יעילותן (Rose, Brewin, Andrews, & Kirk, 1999). למען האמת, עולה חשש כי חשיפה של ניצולים המעדיפים להתמודד על ידי התעלמות והמכונים מקהים - Blunters (Krohne, 1993) או מדכאים - Repressors (Miller & Mangan, 1983) עשויה להזיק, אם יתבקשו לקרוא תיגר על מנגנוני ההגנה שלהם בהתמקדות מודעת במקורות הדחק שלהם או של אחרים בקבוצת התחקור. השער השלישי בספר זה מתמקד על הבעיות הללו. בלייך, קוץ, קליין, רובינשטיין ושרייבר מנסים להציג את הידוע בכל הקשור בהתערבויות בקרב מבוגרים על הפרעות דחק טראומטי חריפות. בפרק שלהם מוצגות הדילמות העיקריות בחלון הזמן המיידי שאחרי הטראומה: האם להימנע מהתערבות אקטיבית ולאפשר בעיקר אופטימיזציה של תהליכי ההתמודדות הטבעיים (כפי שהומלץ למשל, על ידי פואה וחב' (Foa et al., 2001) בניו-יורק, בעקבות מתקפת הטרור של ה-11.9.01).. רבה אם לא נכון ל"עמוד מנגד" וראוי להפעיל התערבות כלשהי, שזו בפרוש דעת המחברים? אצל מי מקרב הנחשפים/הנפגעים יש להשקיע את עיקר המשאבים? אילו התערבויות פסיכולוגיות ופרמקולוגיות ראוי להפעיל, עדיין בהיעדר הוכחות אמפיריות ליעילותן? איך ראוי לבנות את המסגרת הארגונית הנכונה להתערבויות, מסגרת שתאפשר יישום עקרונות נכונים בנפגעים הנפשיים, מחד גיסא, ואשר תשמור על המסגרות הרפואיות, במיוחד בתי החולים, מפני הצפה בנפגעים נפשיים ושיבוש מערכות, מאידך גיסא. רחמים, גילבוע-שכטמן, בן משה, פת-הורנצ'יק, גלילי-וייסטראוב, בן הרוש ואפטר מנסים לענות על מקצת הבעיות הללו גם אצל ילדים

ונוער, אוכלוסייה שאולי חשופה במיוחד להשפעות ארוכות הטווח של הטרור, ואשר הידע לגבי הסוגיות הנידונות לגביה, עדיין מועט ביותר.

כשאסון רב-נפגעים מכה בקהילה, נאלצים המסייעי, לא פעם לתת מענה לפער בין ריבוי הנפגעים למיעוט המשאבים העומדים לרשות המסייעים. ברפואת אסונות הוטבע המונח triage שמשמעו מיון: כדי לצמצם את הכאוס בזירת האסון ולנצל באופן אופטימלי את משאבי הסיוע, על אנשי המקצוע בשדה למיין במהירות את הנפגעים ולהתחיל לטפל בהם על פי סדר עדיפות המושתת על צידוק קליני איתן (Garner, Lee, Harrison, & Schultz, 2001; Kilner, 2002).

בניגוד לפציעות גופניות באסון רב-נפגעים, התסמינים הנפשיים המתעוררים בעקבות חשיפה לאירוע אסוני נחשבים לנורמליים ביומיים הראשונים, ורובם דועכים ספונטנית בחלוף שבועות ספורים. מסיבה זו יש היגיון בהפעלת מתנדבים כמסייעים, כמו במודלים לסיוע טלפוני שהוצגו בפרק של טמיר וחיימוב. אף-על-פי שהמתנדבים בעמדות הטלפוניות של קווי הסיוע הנפשי עברו הכשרה מבעוד מועד, אין לשלול הכשרה מהירה של מתנדבים חדשים במקרים של אסון רחב היקף, שנזקיו מתגלגלים ומתפתחים לאורך ציר הזמן (לדוגמה, מוקדי מצוקה חדשים שעלולים להתפתח בקרב אזרחים, נפגעי פיגוע טרור ביוכימי רחב היקף, הנאלצים לשהות במגורים מאולתרים מחוץ לאזור המוכה, בתנאי מזג אוויר קשים, ולהתמודד עם מחלות זיהומיות המתפתחות לאחר החשיפה). במקרים כאלה עלולים המשאבים של השלטון לקרוס כליל, אם לא תתפתח במהירות תושייה וחוללות עצמית (self efficacy) בקרב האוכלוסייה הפגועה. הפרק של איילון בשער הרביעי על הכשרת מטפלים וטיפול במצוקתם מציג מודל, שפותח בישראל ויושם בהצלחה באזורי אסון ברחבי העולם. המודל של איילון מציג התערבות ראשונית על ידי קבוצת מומחים חיצונית קטנה, שמטרתה העיקרית היא הקמה מהירה של מערך הכשרה הגדל אקספוננטלית, ובו כל מתלמד הופך למכשיר הפצה והכשרה למתלמדים נוספים בקהילה.

רוב הספרות המדעית על רווחתם הנפשית של צוותי חילוץ והצלה התמקדה במצוקתם הנפשית של צוותי הצלה ורפואה צבאיים (למשל, Epstein, Fullerton, & Ursano, 1998), של כבאי אש ושל שוטרים (למשל, North et al., 2002). מעט מאוד ידוע על מצוקתם של עובדי הסיוע ההומניטרי בעקבות טרור ואסון, אך קיימות ראיות ראשוניות כי טראומטיזציה משנית בקרב

אזרחים אלה היא משמעותית ועלולה לנוע בין 7% (Holtz, Salama, Cardozo & Gateway, 2002) ל-10% (Eriksson, Vande Kempe, Gorsuch, Hoke, & Foy, 2001). אפשר למצוא בספרות הכרה כי טיפול בנפגעות של התעללות עלול לפגוע ברווחה הנפשית של המטפלים (למשל, Pearlman, & Saakvitne, 1995) וכן מאמרים עיוניים השופכים אור על קשייהם של מטפלים בנפגעי טראומה בכלל (למשל, Bennett, 1993). הספרות האמפירית המעטה בתחום מציגה נתונים שאינם חד-משמעיים, והשונות נובעת מסוג החשיפה ומאיכות הבקרה המחקרית שהופעלה. יש עבודות שמצאו כי רוב המסייעים אינם סובלים אמנם מתסמינים של דחק טראומטי משני (כזה הנובע מחשיפה למצוקותיהם של אחרים הסובלים מתסמינים כאלה), אבל אותרו שינויים בסכמות הקוגניטיביות הקשורות בהשקפות העולם של המטפלים (למשל, Ortlepp, & Friedman, 2002). עבודות מחקריות אחרות מצאו כי בעקבות סיוע לקרבנות אסון אווירי סבלו המטפלים מתסמינים רבים יותר של PTSD ודיכאון בהשוואה לקבוצת ביקורת (למשל, Lesaca, 1996). יש בספרות הצעות אחדות לגבי דרכי טיפול במטפלים השחוקים והפגועים (למשל, Arvay, 2001; Munroe, Franklin, Fisher, Makary, Rapperport, & Zimering, 1995; Stamm, 1995), אבל אין עדיין ידע על תוצאות ההתערבות בקרב מטפלים שחוקים ופגועים לטווח הרחוק. השער השלישי בספר, העוסק בהכשרת מסייעים, מתמקד במיוחד בבעיות המיוחדות של מסייעים המשתייכים לקהילה הפגועה. המסייעים לקרבנות הטרור נאלצים לעבוד ימים כלילות תוך חשיפה לכאב גופני, לחרדה, ליגון ולזעם של הציבור שאותו הם משרתים. להערכתנו, לא קיים מידע אמפירי על מצוקתם של אנשי מקצוע בבריאות הנפש מסייעים המתגוררים ביישוב פגוע והמעניקים סיוע נפשי לבני הקהילה הפרק של פלד-אברם ועמיתיה מבהיר את מהות החוויה של המסייע לקרבנות טרור ואת הקונפליקטים המייסרים מטפלים המזדהים לחלוטין עם סבלם של הקרבנות, העלולים להיות קרובים, עמיתים לעבודה או שכנים באותו יישוב. אם כי אין לפי שעה מידע בדוק על אפנת הסיוע המתאימה ביותר עבור מסייעים הנמצאים בסיכון להיפגעות מטרומטיזציה משנית, מציגה שמאי בספר זה מודל טיפולי קונסטרוקטיביסטי. המודל הופעל בהצלחה בישראל ועשוי להוות השראה למסייעים למטפלים במצוקה.

הטרור המכוון נגד אזרחי ישראל נועד לפגוע במורל הלאומי על ידי הטלת מורא וייאוש בציבור ובהנהגתו הפוליטית והחברתית. מאחר שפעולות טרור רבות מוצהרות כפעולות נקמה, יעדן אינו, כמובן, רק ההרס וההרג הממוקדים אלא האיום על האוכלוסייה בכללה, שצבאה נתפס כמחולל העוול הלאומי שנגדו פועלים הטרוריסטים. שלוש שאלות מרכזיות עומדות בפנינו בבואנו ללמוד את מאפייני המורל הלאומי של אומה מותקפת..

ראשית, כיצד נקבע אם, לאחר מאות הפיגועים ואלף הלוויות של אזרחי המדינה, העם עצוב והמורל שלו ירוד? באורח פרדוקסלי התשובה לשאלה זו היא מעניינת הן של המחבלים והן של השלטונות. המחבלים מעוניינים לאמוד את הצלחת מאבקם, והשלטונות צריכים להעריך מתי ראוי לתת ביטוי לאומי לרגשות הלאומיים ולתקף אותם, למשל, במחוות הכרוכות בהכרזה על "אבל לאומי". אבל מהם הרגשות הלאומיים ומי מגדיר אותם? לשאלה זו נדרש בשעתו הפילוסוף, אסא כשר, כשהתבקש להשתתף בוועדה ציבורית, אשר מונתה על ידי ועדת השרים לענייני טקסים וסמלים של ממשלת ישראל והתבקשה לקבוע אמות מידה להכרזה על "אבל לאומי". בפתח השער החמישי בספר זה מנסה כשר לשתף אותנו בהתלבטויות הכרוכות בהאנשה של קולקטיב של אנשים ובייחוס מושג נפשי, המובן בהקשר של האדם הבודד, לציבור בכללותו.

האתגר השני בדיון במורל לאומי כרוך בהגדרת המשתנים המתווכים המשפיעים עליו. מאחר שהטרור פוגע ישירות רק בקומץ של אזרחים, הוא זקוק למתווכים שיאפשרו להשפעתו לחרוג הרבה מעבר לזירת הפיגוע. את הדאגה לחוסנו של הציבור אל נוכח סיקור הטרור בעיתונות הביעה גאולה כהן ב"מעריב" ב-6 במארס 2002<sup>1</sup> כך היא צוטטה שם: "על הטלוויזיה להימנע מכתבות ותמונות העלולות לעודד ולשרת את הפלשתינאים". בהמשך הריאיון היא אף טענה כי הישראלים היו מפסידיים את מלחמת העצמאות שלהם, אילו הייתה אז טלוויזיה שהייתה מסקרת את האבידות שספגו. האם יש בכוחה של התקשורת המסקרת את הטרור, במיוחד הטלוויזיה, ליצור מצוקה בקרב הצופים? זכור למחבר<sup>2</sup> של פרק זה (א' ז') כי במשך שלושה ימים למן מתקפת הטרור על ניו-יורק הוא חלם חלומות על מגדלים בוערים ועל פיצוצים והטרד מתמונות המטוסים המתרסקים שפלו לזיכרונו. לכאורה הוא לא נחשף לאירוע כלל, ועל כן לא היה אפשר כלל לכנות, על פי ה-DSM, את תסמיניו כתגובות פוסט-טראומטיות. אבל האמת היא שהוא בכל זאת נחשף.

הוא נחשף לדיווחים בטלוויזיה ובאינטרנט, וחשיפה זו הסעירה אותו וליותר אותו במשך ימים. התופעה הזו לא הייתה יוצאת דופן. לאחר המתקפה על מרכז הסחר העולמי בניו-יורק נמדדו תסמינים פוסט-טראומטיים במרחק רב מניו-יורק (Schuster, Stein, Jaycox, Collins, ) (Marshall, Elliott, Zhou, Kanouse, Morrison & Berry, 2001), וכך מצאו גם זומר וחב' (Somer, Soref, Sever, & Ruvio, In Press) מצוקה פוסט-טראומטית שאיתרו גם באילת בעקבות הפיגועים. האם התקשורת, ובעיקר הטלוויזיה, מעצימה את השפעות הטרור על ידי הבאתו - אותו ואת השכול הכרוך בו באפן מוחשי לבתינו, או שמא היא מאפשרת לנו התמודדות נכונה ומשפרת את חוסנו? בסקר שנערך לאחרונה בארץ מצאו בלייך וחב' (Bleich et al., 2003) ש-32% מהאוכלוסייה מבקשים להימנע מצפייה בטלוויזיה כדי להתמודד עם המציאות הקשה. אולם שיעור כפול מזה דווקא מחפשים את הצפייה בטלוויזיה לאותה מטרה.

בפרק של ליבס וקמפף נטען אמנם כי צפייה ברגעי אסון, כמו גם ברגעים היסטוריים טקסיים, אינה דומה לצפייה בחדשות ביום-יום, ויש לה עדיין השפעה ייחודית, אבל הם מערערים על התפיסה שעל פיה יש בכוחה של הטלוויזיה ליצור טראומה קולקטיבית ולרפא אותה. הם טוענים שלמרות תחושות הפחד, הזעם וחוסר האונים המתעוררות לנוכח מראות הזוועה, צפירות האמבולנסים והכאוס שאחרי שפורצים למרכז חדר המגורים הבטוח, המונח "טראומה" אינו מתאים לתיאור התנסות של צפייה מרחוק, בבית המוגן, לא כל שכן -להחלה על קולקטיב ככלל. הם גורסים, בין השאר, שעם כל הכוח שאנו מייחסים לתקשורת, היא אינה מייצרת יש מאין, אלא משקפת את הלכי הרוח בציבור. ליבס וקמפף מקבלים את האפשרות שהתקשורת עלולה להעצים את הלכי הרוח הללו. לפי טענה זו, הטלוויזיה משקפת ומגבירה מורל ומצב רוח נתונים, אך לא מייצרת שינוי במגמה. אפשר להקיש מכך שהתקשורת עלולה להגביר תהליכי טראומטיזציה, בה במידה שהיא עשויה לקדם חוסן ולהיטיב את יכולת ההתמודדות. ואכן, גם להד ובן נשר מציעים בספר זה מודל להגברת החוסן בקהילות תחת איום הטרור, ועל פיו יש לתקשורת תפקיד חשוב בשיבוש כוח ההתמודדות של האוכלוסייה.

השאלה השלישית הנידונה בשער על המורל הלאומי קשורה בתפקידם של מעצבי דעת הקהל האחרים בנייתוב השיח הלאומי לכיוון של דילמות הנתונות במחלוקת. האם ברעום התותחים

על הוגי הדעות לעשות להעלאת המורל ולליכוד השורות? האם מותר להם לבקר את הממשל, או שעליהם להתייצב, ככפישעשתה האופוזיציה האמריקאית בספטמבר 2001, לשירות הפטריוטיות הלאומית? לאור ניתוח של תפקוד התקשורת הישראלית בעת שפיכות הדמים בעיצומה של אינתיפאדת אל-אקצה הסיק וימן (2003) כי כמו במלחמות ובמשברים ביטחוניים קודמים, התקשורת הישראלית נעה ברובה לכיוון הלאומי, הקונצנזואלי, המלכד והלא-ביקורתי. הפרק של מרב מרמורשטיין: ברודץ מנתח את תפקידם של האינטלקטואלים הישראליים בזמן אירועי הדמים של אינתיפאדת אל-אקצה ואת תפקודם, ובו היא מתארת את הקונפליקטים ואת השיתוק שאחז במי שהיא מכנה "חרשי המילים".

## סימוכין

וימן, ג' (2003). עשר דילמות של עיתונאי בזמן טרור. **פנים: כתב עת לתרבות, חברה וחינוך**,

גיליון 23. הורד מרשת האינטרנט בתאריך 19 בספטמבר, 2004

<http://lib.cet.ac.il/Pages/item.asp?item=7206>

Arvay, M. J. (2001). Shattered beliefs: reconstituting the self of the trauma counselor. In Neimeyer, Robert A (ed.). *Meaning reconstruction and the experience of loss*, 1st ed., pp. 213-230. Washington: American Psychological Association.

Bleich, A., Gelkopf, M., Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *JAMA*, 290, 612-620.

Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., Schultz, L., Davis, G., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.

Breznitz, S. (1983). *Stress in Israel*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.

Berk, A. (1992). PTSD and type III environment. Ph.D. dissertation., Union Institute of Graduate Studies, Cincinnati, OH, USA.

Cohen Silver R., Holman, A., Macintosh, D.N., Poulin, M., & Gil Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11.

JAMA 288, 1235-1244.

Epstein, R. S., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (1998). Posttraumatic stress disorder following an air disaster: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 934-938.

Eriksson, C.B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S., & Foy, D.W. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 205-212.

Foa, E.B., Hembree, E.A., Riggs, D., Rauch, S. & Franklin, M. (September, 2001). Guidelines for Mental Health Professionals' Response to the Recent Tragic Events in the US. . Published as an Internet Resource

[http://www.ncptsd.org/facts/disasters/fs\\_foa\\_advice.html](http://www.ncptsd.org/facts/disasters/fs_foa_advice.html) (retrieved Sep. 20th, 2004).

Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, N.Y.: Guilford Press.

Garner, A., Lee, A., Harrison, K., Schultz, C.H., (2002). Comparative analysis of multiple-casualty incident triage algorithms. *Annals of Emergency Medicine*, 38, 541-548.

Holtz, T.H., Salama, P., Cardozo, B.L., & Gotway, C.A.(2002). Mental health status of human rights workers, Kosovo, June 2000. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 389-395.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Kilner, T. (2002). Triage decisions of prehospital emergency health care providers, using a multiple casualty scenario paper exercise. *Emergency Medicine Journal*, 19, 348-53.

Krohne, H.W. (1993) Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research; *in: Attention and Avoidance: Strategies in Coping with Aversiveness*. Edited by H.W. Krohne, H.W. Seattle: Hogrefe and Huber. Chapter 2.

Lesaca, Timothy (1996). Symptoms of stress disorder and depression among trauma counselors after an airline disaster. *Psychiatric Services*, ( 47) 4, 424-426.

Litz, B.T. (2004). *Early Interventions for Trauma and Traumatic Loss*. New York: Guilford.

Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early interventions for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 112-134.

Miller, S.M., & Mangan, C.E. (1983) Interesting effects of information and coping style in adapting to gynaecological stress: should a doctor tell all? *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 223-236.

Munroe, J., Franklin S.J., Fisher, L. M., Makary, C., Rapperport, K., & Zimering, R.T. (1995). Preventing compassion fatigue: a team treatment model. In Figley, Charles R (ed.). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, pp. 209-231. New York: Brunner/Mazel.

North, C.S., Tivis, L., McMillen, J.C., Pfefferbaum, B., Spitznagel, E.L., Cox, J., Nixon, S., Bunch, K., & Smith, E. (2002). Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 159 (5), 857-859.

Ortlepp, K., & Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay counselors. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 213-222.

Pearlman, L.A., & Saakvitne, K. (1995). Trauma and the Therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: Norton.

Pfefferbaum, B. & Pfefferbaum, R.L. (1998). Contagion in stress: an infectious disease model for posttraumatic stress in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 7*(1),183-194.

Port, C.L., Engdahl, B., & Frazier, P. (2001). A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1474-1479.

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.

Schuster, M. A., Stein, B. D. , Jaycox, L., Collins, R. L., Marshall, G.N., Elliott, M.N., Zhou, A.J., Kanouse, D.E., Morrison, J.L. & Berry, S.H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine, 345*(20), 1507-1512.

Simon, B. (1993). Obstacles in the path of mental health professionals who deal with traumatic violations of human rights. *International Journal of Law and Psychiatry, v. 16*, no. 3-4, pp. 427-440.

Somer, E.; Soref, E., Sever, I., & Ruvio, A. (In Press). Exposure to terrorism, psychological symptoms and coping strategies among Israeli civilians: Outcome of the 2001-2002 wave of terror. *Anxiety, Stress and Coping*.

Stamm, B.H. (Ed.) (1995). Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators Lutherville, Maryland: Sidran Press.

Ursano, R.J., Fullerton, C.S., & Norwood, A.E. (1995). Psychiatric dimensions of disaster: patient care, community consultation, and preventive medicine. *Harvard Review of Psychiatry* 3(4), 196-209.

Wilson, J. P. (1994). The need for an integrative theory of post-traumatic stress disorder. In M. B. Williams & J. F. Sommer, Jr. (eds.), *Handbook of Post-traumatic Therapy*. Westport, CT: Greenwood.