

# הטיפול ב"כפר איזון" בתרמילאים שנפגעו נפשית מסמי הזיה בשילוב יסודות של "טיפול קדמי"<sup>1</sup>

פאולה גרבר-אפשטיין

מבוא

טיולי תרמיל הם אחת מהתופעות המאפיינות את האוכלוסייה הצעירה בישראל. התופעה נחקרה מזוויות שונות (למשל, שמחאי, 1998), ומן המחקרים עולה שהשימוש בסמים היא התנסות המאפיינת את הטיול של חלק ניכר מהצעירים, ובהם רבים המתנסים בסמי הזיה (מבורך, 1997; שמחאי, 1998).

סוגיית השימוש בסמי הזיה גם היא מושכת את תשומת לבם של חוקרים ומטפלים אשר מנסים להתמודד עם התוצאות שנגרמות בשל צריכת סמים אלו אצל המשתמשים הצעירים. אחת מהתוצאות היא כניסה למצב פסיכוטי, שבחלק מהמקרים חולף מעצמו כעבור ימים ספורים, אך לעתים נדרשת התערבות מקצועית ואף פסיכיאטרית על מנת לעזור לאדם לצאת מהמצב שהוא נמצא בו מבולבל, חסר כושר שיפוט, נתון להזיות שמיעה וראייה ותופעות נוספות ומגוונות (לרנר, 1996). תגובה זו מפתיעה את האדם הצעיר ואת משפחתו אשר אינה מצפה למשבר, לא מבינה מה נגרם לבנה ואיך אפשר לעזור לו.

בתחילה ניסו מערכות הטיפול הקיימות לתת מענה לתופעה ייחודית זו באמצעות הכלים הקיימים כמו טיפולים פרטניים, ואשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים או מרכזים לטיפול בנפגעי סמים (שמגיעים עקב בעיות התמכרות) במצבים חמורים יותר. לאור העובדה כי אוכלוסייה זו שונה במהותה הן מאוכלוסיית הקהילות הטיפוליות למכורים הן מאוכלוסיית בתי חולים פסיכיאטריים, הוקם ב-2001 כפר טיפולי, "כפר איזון", המנסה לתת מענה טיפולי כוללני וייחודי למאות הצעירים שנפגעו נפשית בשל השימוש בסמי הזיה.

הטיפול ב"כפר איזון" מתבסס על טיפול הוליסטי ונעזר בכלים הלקוחים מתחום הטיפול במצבי משבר ומעקרונות הטיפול בנפגעי הלם קרב, תוך כדי למידה מהניסיון ההולך ומצטבר אצל צוות הטיפול.

## פסיכזה בשל השימוש בסמי הזיה

התרמילאי יוצא לטיול במטרה להתנסות בחוויות שונות ואצל חלק ניכר מהצעירים החוויה כוללת שימוש בסמי הזיה. אמנם רוב הצעירים לא נפגעים, אך כ-800 תרמילאים ישראלים נפגעים מדי שנה בשל השימוש בסמים (מעוז, 2003). רובם נפגעים בשל צריכת LSD ופטריות (מעוררי הזיות), אקסטזי וקוקאין (חומרים מעוררים), אבל יש רבים הנפגעים גם בשל השימוש בכמויות גדולות של חשיש.

הספרות המקצועית עוסקת רבות בסוגיית המצבים הפסיכוטיים שאליהם נקלעים המשתמשים בסמים אלו. הם מתאפיינים במחשבות יחס ורדיפה, בהזיות שמיעה וראייה, בהתנהגות לא מאורגנת ואף בהתנהגות תוקפנית ומסוכנת. ההתקף מאופיין כהפרעה נפשית חמורה המשבשת את היכולת לשפוט את המציאות וביצירת מציאות חדשה. במצב זה האדם אינו מסוגל להעריך את מידת הדיוק של תפיסתו ומחשבותיו ומניח הנחות מטעות על אודות המציאות. ישנן גם הפרעות בהתמצאות, בחשיבה, בתפיסה ובזיכרון (אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן, 1997; לרנר, 1996). אצל חלק מהנפגעים עשויה הפסיכזה לחלוף בתוך שבועות או חודשים, אך ישנם מקרים שבהם הנזק הוא תמידי והסם יעורר מחלת נפש, סכיזופרניה, שלא תעלם גם אם תופסק צריכת החומר.

ככל הנראה, לחלק מהאנשים ישנה נטייה לפתח הפרעות נפשיות גם אם השימוש הוא חד פעמי. אף אחד לא יודע מתי וממה הוא ייפגע. כתוצאה מהפגיעה עשויים להיווצר מצבי חרדה, הפרעות אפקטיביות,<sup>2</sup> תנודות חדות במצב הרוח, ולעתים גם מצבים פסיכוטיים כפי שתוארו לעיל (לרנר, 1996).

<sup>1</sup> טיפול קדמי הוא המינוח הצבאי ל-frontline treatment (י"צ).

<sup>2</sup> קבוצה של הפרעות נפשיות המתבטאות בשינויים במצב הרוח ובתגובות רגשיות בלתי הולמות (י"צ).

בשל ההתקף הפסיכוטי נאלץ התרמילאי לקטוע את תוכניותיו. לרוב אינו מסוגל להמשיך לטייל ואינו מודע למצב שנקלע אליו. ברוב המקרים החברים יוצרים קשר עם בני המשפחה ויחד עמם מתארגנים כדי להחזיר את הצעיר או הצעירה המגיע לארץ במצב פסיכוטי, בלי יכולת לתפקד. ישנו צורך בהתערבות מקצועית על מנת לעזור לנפגע ולמשפחתו לאבחן את הבעיה ולטפל בה.

### **עקרונות הטיפול הקדמי (frontline treatment) בטיפול בנפגעי הלם קרב.**

השיטה פותחה על ידי פסיכיאטר צבאי בשם Salmon (1919) על יסוד טיפול בחיילים בריטיים וצרפתיים במלחמת העולם הראשונה. עד אותו זמן נחשבו החיילים שנשברו במהלך הקרב משוגעים או משתמטים. הם פונו לעורף ושם אושפזו או הוענשו. סלמון מצא כי התגובה הנקראת הלם קרב, נובעת מהקונפליקט הפנימי בין הערכים, ההתחייבות, הנאמנות והחובה, לבין הרצון של החייל להציל את חייו על ידי בריחה. זוהי תוצאה של אי הכרעה בקונפליקט. התגובה מתבטאת בירידה הדרגתית או מסיבית בתפקוד של החייל. סלמון פיתח את הטיפול הקדמי כניסיון להתמודד עם תופעה זו.

שיטת הטיפול של סלמון באה לסייע לחייל לפתור את הקונפליקט ולחזור ליחידתו, ומטרתה למנוע תגובה פוסט-טראומטית לטווח ארוך. לפיכך, הוא העריך כי יש לתת את הטיפול קרוב ככל האפשר לזמן המשבר ולמקום שבו קרה – בחזית. הוא ציפה להחלמה מהירה ולחזרה ליחידה. הגישה סייעה במניעת הפינוי לעורף וטיפול ממושך, ושמרה על הקשר עם הנפגע (Neria & Solomon, 1999). מאוחר יותר הורחבו ההגדרות של סלמון לשלושה יסודות אלה:

1. **מיידיות (immediacy)**: הטיפול צריך להינתן קרוב ככל האפשר לזמן של הופעת התסמינים או הפגיעה. ככל שמשך הזמן שחולף בין הפגיעה להתחלת הטיפול פוחת, תקטן הנטייה לפתח קיבעון של תסמיני החולי, וסיכויי ההחלמה יהיו טובים יותר.

2. **קרבה (proximity)**: יסוד הנובע מעיקרון המיידיות. הטיפול צריך להינתן קרוב למקום האירוע. אם אפשרי הדבר, רצוי שהחולה לא יישלח הרחק מהחזית לבית החולים. חשוב שהטיפול יינתן במקום האירוע שבו שוררת עדיין אווירת מלחמה ולא בעורף. אמנם, בשלבים המוקדמים של הפגיעה יש הכרעה בקונפליקט לכיוון של נסיגה ובריחה מהסכנה, אך הכוחות הדוחפים להמשך הלחימה ולהישארות ביחידה עדיין פועלים. הרחקה מהיחידה הלוחמת מחזקת את תהליך החרפת התסמינים, וההרחקה מהחזית גורמת ניתוק מיחסי האובייקט, דבר שגורר רגשות אשם, אבל ובדידות, והללו יקשו על הבראה וחזרה לתפקוד המיטבי.

3. **ציפייה (expectancy)**: החל מהרגע הראשון של המפגש הטיפולי יש להעביר לנפגע את מסר הציפייה. תוכנו של זה הוא שמדובר במשבר זמני שחולף בתוך זמן קצר, ובקרוב יוכל החייל לחזור ליחידתו הזקוקה לו. ככל שהציפייה תועבר בצורה נאותה ועקבית יותר כן יש סיכוי טוב יותר להצלחת הטיפול (Neria & Solomon, 1999); אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן, (1997).

לרכיבי טיפול אלו יש בסיס אינטואיטיבי שכן השמירה על הקרבה לחזית מחזקת את הקשר בין הנפגע לבין יחידתו, חבריו ומפקדיו. הם מסייעים לשימור מחויבותו וזהותו כחייל. הנוכחות של קולות הקרב (יריות, מטוסים וכדומה) אמורה להקטין את רגישותו של החייל ואת הפחדים הנלווים. טיפול מיידי מעביר את המסר שהחייל שייך ליחידה, שהיעדרותו זמנית, וכי מצפים ממנו לשוב בהקדם. כמו כן, הדבר מאפשר טיפול מהיר בבעיה, לפני שהיא משתרשת לעומק. מסר הציפייה משדר לחייל מסרים שהוא לא חולה אלא סובל מתגובה נורמלית וזמנית ללחץ, הוא עוזר לשמר את התחושה של ערך עצמי אצל החייל ומקטין את הסטיגמה של התמוטטות (Neria & Solomon, 1999).

חשוב לעודד את הקשר בין הנפגע לבין חבריו ומפקדיו, תמיכה חברתית זו מסייעת לשמירת זהותו העצמית כלוחם. הישארותו של הנפגע בסביבתו היא חשובה משום שהיא מסיעת להמשך הגרייה של שדה הקרב (דה-סנסיטיזציה). כאשר משאירים את הנפגע בשדה הקרב מעבירים לו מסר שהוא יכול להתמודד, שצריך להתמודד, והיחידה מעורבת בטיפול בנפגע. שליפתו המוחלטת מהמקום מעודדת התכנסות. לנפגע היה מסלול מסוים שנוגע במישרין לעתידו והפגיעה חסמה את המסלול, לכן חשוב להכיר אותו ולנסות לסייע לו להמשיך במסלולו עד כמה שאפשר.

שיטת הטיפול הקדמי אומצה על ידי צבאות המערב (Solomon, 1993). היכן שמתאפשר מושאר הנפגע בחזית אך מורחק מן האש. בשלב ראשון מנסים למלא את צרכיו הפיזיולוגיים למזון, שתייה ושינה. על מנת למנוע את בידודו של החייל נוקטים צעדים מספר: נערכים מפגשים קבוצתיים שבהם הנפגע רואה שאין הוא היחיד החווה דברים אלו, נשמר הקשר עם יחידתו, נשמר יחס מספרי גבוה בין מספר המטפלים לעומת מספר המטופלים. ישנה ציפייה שהחייל יחלים ובמהרה יחזור לתפקד בשדה הקרב. לטיפול מתווספים ומסייעים גם לחץ חברתי, שמירה על אווירה צבאית ולבישת מדים. הטיפול הקדמי הממוצע נמשך בין שלושה לחמישה ימים. אפשר למצוא עוד גוונים בטיפול הקדמי: רוב הטיפול מתמקד בהווה ובמצבו הנוכחי של החייל ולא בעברו; הטיפול מאפשר לחייל לתת מוצא לרגשותיו. יש מטפלים המשלבים טכניקות ומטרות מתחום הטיפול ההתנהגותי, אחרים מדגישים את הטיפול הדינאמי (Neria & Solomon, 1999).

### **השלכות הטיפול הקדמי**

מכל המחקרים על הטיפול הקדמי רק מחקר אחד הוא מבוקר. מיעוט המחקרים המבוקרים נובע מהקושי העצום בארגון של מחקר במהלך המלחמה שמתנהלת. למרות שהטיפול הקדמי הוא הטיפול המומלץ לנפגעי הלם קרב רק מעט מהנפגעים מקבלים אותו בשל קשיים לוגיסטיים ובשל הקושי של הרופאים להשאיר חייל סובל בחזית (Solomon, 1993).

המחקר של סולומון ובנבנישתי (1986) בחן את היעילות של טיפול קדמי בנפגעי הלם קרב במלחמת לבנון הראשונה, על פי העקרונות של קרבה, מיידיות וציפייה. נבחנו שני מדדי תוצאה: חזרה ליחידה הצבאית והישארות המצב של הלם קרב. נמצא שכל שלוש מדדי הטיפול נמצאו קשורים בערכים גבוהים של חזרה ליחידה. נמצא גם צמצום בשיעורים של הלם קרב (פוסט טראומה).

אמנם המחקר מעורר תהיות מספר: בעוד שאפשר להבין כיצד הטיפול עוזר לחיילים לחזור לחזית, לא כל כך ברור כיצד הוא מצמצם את הגורמים להפרעת פוסט-טראומה. ייתכן שעצם העובדה שהחייל מטופל באינטנסיביות וחוזר מהר ליחידתו מאפשר לו להתחזק ולהתגבר על הבושה והאשמה שחש. חיילים שנשלחו לעורף נאלצו להתמודד עם סטיגמה של מחלת נפש, דבר שיכול להגביר את פגיעותם ואת הסיכון לנזק לטווח ארוך. קיימת כמובן גם אפשרות כי החיילים שהחלימו מהר ונשלחו בחזרה לשדה הקרב היו בעלי סיכויי החלמה טובים יותר מלכתחילה.

לטענת נרייה וסולומון (1999) הצלחת הטיפול הקדמי מושכת ניסיונות ליישמו גם בנסיבות אחרות. לאחרונה נעשה ניסיון ליישם את השיטה בטיפול בנפגעי פעולות טרור בישראל. נראה כי הטיפול הקדמי יכול להועיל גם בנסיבות אחרות כמו תאונות, אסונות טבע וכדומה, שאינן במסגרת הצבא.

### **שילוב יסודות של טיפול קדמי בטיפול בתרמילאים נפגעים**

יסודות מתוך הטיפול הקדמי בהלומי קרב הם חלק ממערך הטיפול בצעירים המגיעים ל"כפר איזון". בתוך אלה שזורה גישת הטיפול ההוליסטית המאפשרת לאדם שנמצא במצב פסיכוטי להתמודד עם מצבו תוך המשך התפקוד במסגרת מוגנת, מבלי לאבד את עצמאותו (במידת האפשר).

הגישה כוללת טיפול פרטני, משפחתי וקבוצתי תוך שימוש בגישות ובכלים שונים: טיפול דינאמי, טיפול אקספרסיבי (באומנות, פסיכודרמה, תנועה), בשילוב עם פעילות גופנית ומעורבות חברתית. באמצעות מערך שיקומי המותאם לצורכי

הצעירים, מודגש בטיפול שימורם ופיתוחם של תפקודים יומיומיים ובכך מונעים מהאדם לשקוע בתוך המשבר הנפשי שהתפתח ומונעים את העמקת הפגיעה. פעילויות חוץ כמו יציאה בערב או פעילות גופנית הנערכת מחוץ לכפר משמרות את הקשר היום-יומי עם הקהילה.

הרעיון הגלום בגישת הטיפול בכפר הוא להעניק טיפול מבלי לבטל את עצמאותו של האדם או לפגוע ביכולותיו. במקום לאשפז במחלקה סגורה שבה האדם יהיה פסיבי ובעמדה של "מקבל טיפול" היוצא מכל מסגרת מוכרת, הצעיר משולב במסגרת פתוחה שבה נדרש ממנו לתפקד. בהתחלה זהו תפקוד ברמה נמוכה ובו פעילויות בתחום תפעול הקהילה ותחזוק של מקום מגוריו. נוסף על זה הוא מקיים יחסי גומלין עם אנשים בגילו המכירים חוויות דומות לשלו.

אמנם ברור לאדם ולמשפחתו שהוא נמצא במסגרת טיפולית, אך אין זה הופך אותו ל"חולה". הוא ממשיך ללבוש את בגדיו הרגילים, מארגן את חדרו בצורה שמתאימה לו עם חפציו האישיים. בהדרגה הוא מתבקש להיות פעיל בהחלטות שונות בכפר, כגון בחירת מצרכים למטבח, קביעת חלק מהפעילויות.

מטרת הטיפול היא לחלץ את האדם מהמשבר ולעזור לו לחזור למסלול חייו תוך ניסיון להקטין עד כמה שאפשר את הנזקים שנגרמו בשל המצב הפסיכופי.

כפי שבטיפול קדמי בהלומי קרב ישנה חשיבות לקרב את הטיפול אל מקום ההיפגעות בזמן ובמקום, ככל האפשר, אנו משערים בכפר שחשוב מאוד לטפל בצעיר המובא, לרוב מהמקום שנפגע בו בחוץ לארץ או במסיבה בארץ, בהקדם האפשרי.

### יסודות של טיפול קדמי המיושמים ב"כפר איזון":

1. **מיידיות:** (immediacy) כאמור הטיפול צריך להינתן בזמן הקרוב ביותר האפשרי להופעת התסמינים או הפגיעה.

לכן הכפר ממליץ להתחיל לטפל בצעיר או בצעירה מיד עם בואם מהמקום שבו נפגעו והכפר ערוך לקלוט אותם.

2. **קרבה:** (proximity) הטיפול צריך להינתן קרוב למקום ההיפגעות, ולכן משתדלים בטיפול קדמי שהחולה לא ישלח

הרחק מהחזית לבית החולים. ב"כפר איזון" אנו מנסים לגשר על המרחק בכך שמאפייני המקום דומים למאפייני המקומות שמהם מגיעים הצעירים: מיקומו על שפת הים, מבנהו דומה לאכסניה, מצויים בו צעירים. גם באווירת הכפר ובהתנהלותו אנו משתדלים לשחזר חלק מחוויית הטוול.

3. **ציפייה:** (expectancy) מיד עם בואו של האדם לכפר הצוות מציג בפניו דרישה של המשך תפקוד ואמונה שהוא

יכול למלא את המטלות שמוצבות בפניו, ובכך מעבירים לו מסר שאנחנו מאמינים ביכולותיו. אל הנפגע מוצמד מטפל אישי שבדק את מה הקשיים שבהם הוא נתקל ומעבד את החוויה הטראומטית. ההימצאות עם חברים שעברו את מה שהוא עבר תוך השתתפות בקבוצות טיפול מגוונות ובשלב ריפוי שונים היא מקור תמיכה עיקרי ומשמעותי ביותר. החברים השונים הם הוכחה כי אינו היחיד הסובל מאותו משבר וניתן להתגבר עליו. עם זאת, כל אחד יסיים את הטיפול במצב שונה המותנה גם בנתוניו האישיים הייחודיים.

הגבלת הטיפול בזמן מעבירה לאדם את המסר כי יש ציפייה שהוא יצליח להתמודד עם המשבר ולהתארגן מחדש בתוך פרק זמן נתון וכי מצבו הנוכחי לא יימשך לנצח.

יסודות אלו מסייעים לטפל במשבר שבו נתון הנפגע לפני שהוא משתרש לעומק. המטרה היא גם לשמר את תחושת הערך העצמי של האדם השרוי במשבר ולהקטין את התדמית של התמוטטות.

### סיכום

המאמר מציג בפני הקורא ניסיון חדשני לטפל בתופעה הייחודית של פגיעה נפשית בעקבות השימוש של תרמילאים צעירים בסמי הזיה. במהלך העבודה למדנו שלטיוול יש משמעות רבה בעיני התרמילאים. אחרי שחרורם מהמסגרת

הצבאית ולפני כניסתם לעולם הבוגרים הצעירים לוקחים פסק זמן. הם מתרחקים מהמסגרות המוכרות להם ונוסעים הרחק מהבית, להכיר ולחוות תרבויות שונות וזרות להם (שמחאי, 1998).

לטיול יש מאפיינים מסוימים התואמים את מאפייני תקופת המורטוריום, ובהם דחיית מחויבויות חברתיות והתנהגות מתירנית. כמו כן הם מתנסים במהלכו בחוויות תוך אישיות ובין-אישיות. אחת מההתנסויות הנפוצות ביותר היא השימוש בסמים, וחלק ניכר מהמטיילים צורכים סמים בטיול לפחות פעם אחת.

גורמי מצב ואישיות תורמים לנפיצות התופעה: התרמילאים שמעו על התנסויות של אחרים, הם מודעים לנפיצות התופעה בקרב צעירים שמאפייניהם דומים לשלהם. זמינותם של הסמים ומחירם הזול מעודדים גם הם את השימוש. גורמים נוספים התורמים לכך: לחץ חברתי, ריחוק מההורים, הידיעה שהטיול הוא פרק קצוב בזמן והאמונה שעם סיומו ייפסק השימוש בסמים; כנראה שהשימוש נועד גם לספק ולחזק ריגושים (מבורך 1997).

רוב הצעירים המשתמשים בסמי הזיה אינם נפגעים נפשית מהשימוש, אך אחוז מסוים של המטיילים מפתחים משבר נפשי הכולל גם התנהגות פסיכוטית. בחלק מהמקרים הוא עובר אחרי כמה ימים ובמקרים אחרים המשבר ממשיך ויש צורך להחזיר את הצעיר או הצעירה לארץ.

שיבת התרמילאים הביתה, הסתגלותם וכניסתם למסגרות החדשות-ישנות בארץ מאלצות אותם להתמודד עם לחץ וקשיים לא מעטים. תרמילאי שהוחזר לארץ אחרי שהתפרץ אצלו התקף פסיכוטי נדרש לעתים לקבל מיד טיפול פסיכיאטרי ובמקרים קיצוניים יש לאשפז אותו במחלקה פסיכיאטרית.

במטרה לתת מענה הולם לתופעה ייחודית זו נפתח ב-2001 כפר טיפולי שבו נעשה ניסיון לפתח גישה ייחודית המתאימה לאוכלוסייה ספציפית זו. הצוות ב"כפר איזון" פועל על פי גישה הוליסטית תוך שילוב של טכניקות טיפול מגוונות. הכפר אימץ יסודות של טיפול קדמי בהלומי קרב: ציפייה, מיידיות וקרבה (Neria & Solomon, 1999). הרעיון הוא לאפשר לאדם שנמצא במשבר נפשי לקבל טיפול מיד עם הגעתו לארץ, בסביבה הדומה עד כמה שאפשר לסביבה שבא ממנה, בפרק זמן המוגדר מראש ומתוך הציפייה שהאדם יצליח להשתלב בחזרה במסלול חייו בתוך תקופה קצרה. הטיפול מנסה לעזור לאדם הנפגע להתמודד עם מצבו, להמשיך לתפקד בתוך מסגרת מוגנת מבלי לאבד את עצמאותו, תוך כדי עיבוד החוויה הפסיכוטית, שימור של מיומנויות חברתיות ותחושת שייכות. רוב הצעירים נשארים עם התחושה שהתוכנית שלהם נקטעה ועליהם להבריא כדי להשלים את טיולם.

יש להמשיך ולבדוק את תופעת הפגיעה הנפשית בשל השימוש בסמי הזיה ואת הטיפול בה. מעקב ומחקר יסייעו בהקמת מאגר נרחב של ידע העשוי לתת מענה מתאים והולם למאות צעירים אשר יוצאים מדי שנה לטיול ממושך וחוזרים שבורים, מאוכזבים ומלווים בתחושת כישלון הנמשכת תקופה ארוכה, תחושה שמתלווה לפגיעה הנפשית ולטראומה שנוצרה בעקבותיה.

## מקורות

- אליצור, א., טיאנו, ש., מוניץ, ח., ונוימן, מ. (1997). *פרקים נבחרים בפסיכיאטריה*. תל אביב: פפירוס.
- לרנר, א. (1996). *מסע למזרח - הנאה וסיכונים*. הרצאה מתוך פרוטוקול יום עיון, 30/01/96.
- מבורך, ע. (1997). *הטיול הממושך לאחר השחרור מצה"ל: מאפייני המטיילים השפעות הטיול ומשמעותו*. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- מעוז, ד. (2003). מגואה לגהה. *מסע אחר*, 138, 88-89.
- שמחאי, ד. (1998). *לא סלול, לא מסומן, השביל הזה מתחיל כאן*: תרמילאות של ישראלים במזרח הרחוק. עבודת גמר לתואר מוסמך למדעי החברה, אוניברסיטת חיפה.

Neria, Y. & Solomon, Z. (1999). Prevention of posttraumatic stress reactions. In P. Saigh & J.D. Bremner, (Eds.). *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive approach to research and treatment*. New York: Plenum Press

Salmon, T.W. (1919). The war neuroses and their lessons. *New York State Journal of Medicine*, 51, 993-994

Solomon, Z. (1993). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. New York: Plenum Press

Solomon, Z. & Benbenishty, R. (1986). The role proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *American Journal of Psychiatry*, 143, 613-617.