

## התמודדותם של אנשי מקצוע בשטח בשעת חירום ודרכי טיפול בנפגעי דחק בזמן מלחמת לבנון השנייה ובחודשים לאחר מכן

חנה מן, פסיכולוגית קלינית ממחית - בכירה  
פסיכולוגית חינוכית מומחית  
מרצה בתכנית ללימודי תעודה בפסיכותרפיה, מכללה אקדמית תל-חי  
לשעבר, פסיכולוגית ראשית, בי"ח "זיו", צפת

ההרצאה ניתנה בחודש פברואר 2007, כחצי שנה אחרי המלחמה. היא מחולקת ל-4 חלקים:

1. הקדמה כללית בנושא של תגובות נורמטיביות ופתולוגיות לאירועים טראומטיים.
2. דרכי התערבות של צוות בריאות הנפש בחדר המיון הקדמי בקרית שמונה בזמן מלחמת לבנון השנייה. אדון בשאלות אתיות ומקצועיות הקשורות להתערבות מקצועית "בזמן אמת" וכן בנושא של טראומטיזציה משנית של המטפלים.
3. טיפול בנפגעי PTSD בחודשים שלאחר המלחמה ועד היום במסגרת המרכז לבריאות הנפש, בי"ח "זיו", צפת. אדון בשלבי התערבות וטיפול, בהבנות קליניות ופסיכודינמיות אודות השפעת המלחמה על אוכלוסיית הצפון והתפתחות של PTSD, בשאלות הקשורות ל reaching out וברציונל ויעילות של שיטות טיפול שונות.
4. סיכום ומחשבות לעתיד.

### 1. הקדמה

מאז קום המדינה, אזרחיה סובלים מאירועי טרור חוזרים ונשנים ותופעות של "הלם קרב" או הפרעה פוסט טראומטית מועתקים באופן גובר והולך מהחיילים בשדה הקרב אל האזרחים בעורף. מאז מלחמת המפרץ, הייתה בישראל קפיצת מדריגה בהתייחסות לנפגעי הנפש באירועים רבי-נפגעים (אר"ן).

אירועי דחק טראומטי, בהגדרה, כרוכים באיום קיומי ממשי. התנסות באירוע כזה, במיוחד כשהוא לא צפוי ולא ניתן לשליטה, עלולה לגרום למצוקה נפשית קשה, ובהמשך גם להפרעה ולנכות נפשית מתמשכת.

מבחינת ציר הזמן, מקובל להגדיר את התגובה המידית לאירוע הטראומטי כתגובת דחק חדה **Acute Stress Reaction (ASR)**.

ASR מתבטא ב"הלם" - ניתוק וקושי להגיב לטוב, עד כדי התכנסות וקיפאון (freeze) ואף ניתוקים מהמציאות הסובבת (דיסוציאציה) או פעילות יתר ללא מטרה. לעתים עולים גם ביטויי חרדה מצידה עם עוררות יתר אוטונומית (רעד, דופק מואץ, נשימת-יתר, הזעה וכד'), מלווה באי-שקט, עצבנות, כעס, דכדוך או ייאוש. למרות שהתמונה הקלינית אינה אחידה, תוצאתה היא תמיד כשל תפקודי של הפרט.

מרבית האנשים המגיבים לאירוע הטראומטי ב ASR נרגעים לאחר זמן קצר וחוזרים לתפקוד רגיל. לעתים זה קורה באופן ספונטני, ללא כל התערבות חיצונית, ולעתים האדם ההלום נזקק להתערבות מקצועית קצרה וממוקדת ע"מ להתחבר מחדש למשאביו הנפשיים.

אולם ישנם אנשים המפתחים תסמינים של הפרעת דחק חדה **(ASD) Acute Stress Disorder**, מצב אשר עפ"י הגדרתו הפורמלי ב-DSM 5 נמשך בין 3 ימים לחודש ומתחיל בד"כ מיד אחרי האירוע הטראומטי. התסמינים כוללים חרדה מצידה עם עוררות-יתר אוטונומית (רעד, דופק מואץ, נשימת-יתר, הזעה וכד'), אי-שקט, עצבנות, חוסר ריכוז, דריכות-יתר, תגובת פתע מוגזמת, הפרעות בשינה ועוד. ריחוק, קהות רגשית או ניתוקים מהמציאות הסובבת (דיסוציאציה). חוויה נשנית של האירוע הטראומטי במצב עירות (פלאשבקים, מחשבות או דימויים חוזרים), או בחלומות וסיוטים בזמן שינה. הימנעות מגירויים המזכירים את האירוע הטראומטי. תסמינים אלה מלווים במצוקה ניכרת ובקושי תפקודי.

מרבית הסובלים מהפרעת דחק חדה, ASD, מתאוששים באופן ספונטני עם הזמן ועליהם נהוג להגיד שהגיבו באופן נורמלי למצב לא נורמלי. אולם אצל חלקם הפגיעה הנפשית הולכת ומתעצמת עם הזמן ומתפתחת הפרעת דחק בתר-חבלתית, PTSD. עפ"י ה-DSM יש לאבחן PTSD כאשר קיימים במקביל:

סימפטומים הקשורים לחוויה נשנית של האירוע הטראומטי

סימני הימנעות מגירויים הקשורים לטראומה, וקהות חושית ורגשית בכלל

סימני עוררות-יתר.

בעבודות מחקר שונות, מתקבל טווח שונות גדול של שיעור נפגעי PTSD מקרב כלל המעורבים באירוע טראומטי, אך עם חלוף השנים, הוא מתייצב בשיעור של 10% - 15%.

PTSD כרוך בסבל רב, בנכות תפקודית משמעותית ולרוב עמיד לטיפול. בתחושה של הנפגע ושל הסובבים אותו הוא סובל ממחלה כרונית המתאפיינת בהיעדר כוחות וחיוניות. לעתים קרובות PTSD מלווה בתחלואה משנית (comorbidity) ובעיקר בדיכאון, חרדה, סומטיזציה או התמכרויות.

## 2. טיפול בנפגעי דחק הסובלים מ- ASR בחדר מיון קדמי בקרית שמונה

### המסגרת

חדר המיון הקדמי שייך לביה"ח "זיו" בצפת ופועל לאורך כל השנה, גם בזמני רגיעה, 24 שעות ביממה\*. הוא מאויש באופן קבוע ע"י שני רופאים לא מומחים ואח מוסמך. הוא ממוקם בתוך הבניין של מד"א ומורכב מחדר מרכזי אחד וחדרון צדדי המיועד להתערבויות טיפוליות מיוחדות. לאורך השנים צוותי מד"א פועלים בשיתוף פעולה עם צוותי חדר המיון אך מכיוון שמדובר בשתי מערכות נפרדות מבחינה ניהולית ובירוקרטית, נוצרים מתחים לעתים. סמוך לחדר המיון נמצא הבניין המרכזי של קו"ח כללית, דבר המאפשר ניידות של צוות ושל מטופלים לפי הצורך. יצוין כי חדר המיון ממוגן כולו אך המרחב קטן וללא מחיצות, מה שמקשה מאוד על עבודת הפסיכולוגים במקום. עם כל גל של נפגעים שנכנס, אנו נאלצים לפלוש לחדרים של מד"א כדי לפנות את השטח של חדר המיון לטיפולים הפיזיים. קשה להרגיע אנשים עם כל הרעש מסביב, כולל גם אנשי תקשורת שחוזרים לכל פינה.

במצבי חירום, חדר המיון אמור לתת מענה לנפגעים פיזיים ונפשיים מקרית שמונה ומהאזור. למרות שאין תקנון פורמלי לצוות בריאות הנפש, המקום הופך באופן אוטומטי לאתר דחק, ובהיותי הפסיכולוגית הראשית בביה"ח בצפת וגם תושבת העיר קרית שמונה, אני מתייצבת שם לצד הרופאים והאחים. במלחמה האחרונה, מהשבוע השני ואילך כשקרית שמונה החלה לספוג את האש, איישתי את חדר המיון כל יום מ-8 בבוקר עד 8 בערב, לרבות שתי שבתות. הייתי גם בכוננות בלילות ומספר הטלפון שלי הופיע בטלוויזיה המקומית בתור פסיכולוגית להתייעצות דחופה. לצדי עבדו מטופלים נוספים ממסגרות שונות בעיר ובאזור: פסיכולוגים ועו"סים מהצוות הקבוע במרכז לבריאות הנפש בצפת. פסיכולוגים ממרכז "משאבים" בניהולו של פרופ' מולי להד. פסיכולוגים ועו"סים מהמרפאה הפסיכיאטרית בקו"ח כללית בקרית שמונה. פסיכיאטרים ופסיכולוגים מתנדבים ממרכז הארץ, רובם ללא כל תיאום מראש.

כולנו עבדנו ביחד ובשיתוף פעולה מלא. קונפליקטים אישיים, מקצועיים, פוליטיים ואחרים נעלמו לגמרי בזמן המלחמה.

במקביל אלינו, הפסיכולוגים החינוכיים בשפ"ח עבדו בחמ"ל העירוני והסתובבו בשטח. ניהלנו תיאום טלפוני בינינו לפי הצורך.

לאחר כל נפילה בעיר ובקרבתה, התנהגו השירותים השונים עפ"י הנהלים הבאים: אמבולנסים יצאו מידית ממד"א למקום הנפילה ע"מ לאתר נפגעים פיזיים ונפגעי חרדה ולפנות אותם לחדר המיון. צוותים משפ"ח יצאו תוך 72 שעות מזמן הנפילה ע"מ להרגיע את האוכלוסייה שנמצאה בסמוך למקום האירוע ולאתר ילדים בסיכון נפשי. זאת מתוך הנחה המבוססת על מחקרים בנושא הלם קרב, שהתערבות מקצועית בשטח עדיפה על פינוי למקום מרוחק יותר המזוה עם חולי וחוסר תפקוד. בפועל, עקב העומס הגדול שנפל על צוות מצומצם יחסית, צוותי שפ"ח לא הצליחו להגיע לכל מקומות הנפילה כמתוכנן. לחדר המיון התקבלו נפגעים ומשפחותיהם. חלקם הגיעו בכוחות עצמם וחלקם פונו ע"י אמבולנסים.

פרט לאירוע הקשה והחריג של אר"ן בכפר גלעדי ופגיעה ישירה בעיתונאי מעיתון "הארץ" שנפצע בחזה, ברוב המקרים הגיעו נפגעי חרדה ברמות שונות ונפגעי גוף שהוגדרו כסובלים מפגיעה פיזית קלה. להלן אתאר את מגוון התסמינים הנפשיים שראינו ואת שיטות ההתערבות בהן נקטנו.

מספר נפגעי הדחק שטופלו על ידינו בתקופת המלחמה (מ-13/7/06 - 14/8/06)

סה"כ נפגעי חרדה - 230

מתוכם ילדים עד גיל 17 - 59

מתוכם נפגעי חרדה + גופני - 25

רוב הנפגעים הגיעו פעם אחת בלבד, בסמוך לאירוע הטראומטי, ואובחנו כסובלים מ- ASR. מקצתם הגיעו לראשונה מספר שעות או ימים לאחר האירוע עקב תסמיני חרדה שהלכו וגברו עם הזמן. אלה אובחנו כסובלים מ- ASD. מתוכם היו מקרים בודדים שהגיעו לחדר המיון פעמיים או יותר.

את העובדה שרוב נפגעי הדחק הגיעו לחדר המיון פעם אחת בלבד ניתן להסביר בעיקר על רקע יציאתם מהעיר למקום מחוץ לטווח הירי באופן זמני לפחות. חלקם הסתדרו בכוחות עצמם וחלקם פונו ע"י גורמים קהילתיים בעיר, בעיקר אלה שבתיהם נפגעו, שהוגדרו ע"י שרותי הרווחה כאוכלוסייה בסיכון, או שהיו "קרובים לצלחת". לצד זה, את מספרם הגדול של נפגעי הדחק שנרשמו בחדר המיון ניתן להסביר על רקע חשיפתם המתמשכת והבלתי נמנעת של כל מי שנשאר בעיר במהלך המלחמה לגירויים טראומטיים - רעשים, מראות וריחות. נחשפו לרעש של הקטיושות בשעות היום ושל התותחים שלנו בשעות הלילה, ועל אף ניסיון לפתח מיומנות להבחין בין "נפילות" ל"יציאות", לא פעם טעו לכאן או לכאן. במקביל כל מי שיצא מהמקלט למכולת, לקו"ח או אפילו לביתו הסמוך למקלט, נחשף למראות של אוטו שרוף, של בניין או כביש מחורר, או של יערות הרי נפתלי בצד המערבי של העיר בוערים באש. היו ימים בהם עשן אפור וסמיך הציף את העיר כולה וגרם לריחות חזקים. אנשים נשארו ללא "מקום בטוח", גם אם הם פעלו לפי ההוראות של הצבא ונשארו רוב שעות היממה במקלטים.

ם

## נפגעי הדחק – תמונה קלינית

מרבית הנפגעים סבלו מתופעות חרדה קלות וחולפות ונרגעו תוך זמן קצר. הסימפטומים הנפוצים כללו: רעד, זיעה, אי-שקט פסיכו-מוטורי, יובש בפה; בכי בלתי נשלט; רגזנות ועצבנות; השתתקות, קושי לתקשר וליישר מבט; מחשבות טורדניות סביב אשמה, חוסר שליטה וחוסר אונים וחשיבה קטסטרופלית. מיעוט הנפגעים סבלו ממצבי קיפאון, עילפון ושיתוק פיזי (סימפטומים דיסוציאטיביים וקונברסיביים). נפגעים אלה בקושי הגיבו לסובבים אותם והיו גם פחות נגישים להתערבות פסיכולוגית. במקרים רבים, הפציינט המזוהה הגיע בליווי הורה, בן-זוג, ילד, שכן וכד', והתברר מתוך תצפית על המלווה שגם הוא סובל מחרדה ונזקק להתערבות מקצועית.

## התערבות פסיכולוגית

נכנסנו לתמונה רק לאחר שהצוות הרפואי בחדר המיון סיים לבדוק לחץ דם, דופק וכד', או שסיים את הטיפול הגופני הנדרש במקרים של שריטות, רסיסים וכד'. היו גם נפגעים שעברו בדיקה ראשונית בחדר המיון ונשלחו משם באמבולנס לביה"ח בצפת בשל פגיעה פיזית קשה יותר, או בשל מצב בריאותי מורכב, למשל נשים בהיריון. במקרים אלה לא התערבנו פרט לשיחת תמיכה קצרה איתם ועם משפחותיהם, והטיפול הועבר לצוות של ביה"ח ז"ו.

## שלב ההתערבות הפסיכולוגית הראשונית

- **קבלת פרטים בסיסיים מהנפגע:** מה קרה? עם מי הוא היה? האם מישהו בקרבתו נפגע פיזית? מסירת הפרטים מאפשרת לאדם ליצור נרטיב קוהרנטי, להתארגן מבחינה מחשבתית ולחזור למציאות העכשווית. הקשבה אמפתית ומכבדת מצד הפסיכולוג (לעומת ההקשבה האינטרסטיבית של עיתונאים) מחזקת את ביטחונו העצמי ונותנת לו להרגיש מובן ונתמך רגשית ושמתייחסים אליו ואל סיפורו ברצינות.
- **מתן מענה קונקרטי לצרכיו המידיים** – כוס מים, שירותים, יצירת קשר טלפוני עם קרובי משפחה לדעת שהם במקום בטוח, ובדיקת האפשרויות השונות להמשך: חזרה למקלט, פינוי וכד'. (לפי Maslow – קיימת היררכיה של צרכים בסיסיים, כמו בפירמידה כאשר בבסיסה קיימים צרכים פיזיולוגיים ומעליהם צרכי ביטחון).
- **גישה פסיכו-חינוכית** הממוקדת ב"נרמול" תגובתו של הנפגע: "זוהי תגובה נורמלית למצב לא נורמלי". חילקנו דף מידע לכל מי שהגיע לחדר המיון, עם תיאור קצר של התופעות השכיחות אצל מבוגרים וילדים שנחשפו לטראומה והמלצות להורים לעזור לילד לחזור לשגרה. בסוף הדף מופיע המשפט הבא: "לעתים רחוקות התופעות נמשכות גם מעבר למספר ימים. במקרים אלה, מומלץ להתייעץ עם רופא המשפחה או לפנות אלינו ליעוץ טלפוני". המשפט הזה מיועד לעזור לאדם הסובל ולקרובי המשפחה שלו לזהות תסמינים של הפרעת דחק אקוטית ASD ולא להחמיר מידי ולחשוב שהשתגע, או, לחלופין, לזלזל בתסמינים ולחשוב שהוא "בסדר, סתם עושה את עצמו". ככל שמטפלים בתסמינים אלה מהר יותר, מפחיתים את הסיכון לפתח PTSD בהמשך (ניצול "חלון ההזדמנויות").
- **הרגעה מיידית** תוך שימוש בתרגילים בסיסיים, הגשת כוס מים ומתן הסבר פשוט. כל מטפל משתמש בשיטות הרגעה והרפיה שהוא מכיר ושולט בהן. למשל, שיטה פשוטה ביותר: חילקנו "ביו-טופים", מדבקות ששמים על היד. המדבקות רגישות לחום ומשנות את הצבע משחור לאדום. כך היד אמור להתחמם ככל שהאדם יותר רגוע, כיוון שהדם זורם אז יותר לקצוות הגוף. הצענו לאנשים לשים את המדבקה על כף היד ולראות אם הם מצליחים להרגיע את עצמם ולשלוט בחרדה. הפטנט (ביופידיבק) עובד ומקנה תחושת קומפוטנטיות ושליטה. שיטה אחרת, מורכבת יותר, פותחה ע"י הפסיכולוג אילן שפירא. השיטה מבוססת על 4 היסודות: אדמה (קרקוע), אוויר (נשימה) מים (שתייה או יצירת רוק) ו"אש" (דמיון) ומארגנת אותם על פי מבנה הגוף מהרגליים, לבטן ולחזה, לגרון ולפה ולראש. מסבירים לכן-אדם: "אנו מתמודדים טוב יותר עם לחץ כשאנו מקורקעים היטב באדמה, נושמים עמוק, עוצרים מחשבות שליליות ומדמיינים מקום בטוח. בוא ננסה עכשיו ביחד: תרגיש כעת את הביטחון של הרגליים שלך על האדמה... חש במרכז של עצמך כשאתה נושם פנימה והחוצה... חש רגוע ובשליטה כשאתה שותה מים או מייצר רוק... תאפשר לדמיון להעלות תמונה של מקום בו אתה מרגיש בטוח." ברוב המקרים, שלב ההרגעה ארך לא יותר מרבע שעה ובסיומו האדם קם על רגליו בתחושת ביטחון. אולם במקרים קשים יותר של קיפאון ודיסוציאציה, נטייתו של הנפגע להסתגר ולהימנע מתקשורת עם הסביבה הקשתה על התהליך. במקרים אלה שלב ההרגעה ארך שעה או יותר.
- **שינוי מחשבתי (cognitive reframing):** תיקון תפיסות, אמונות ועמדות שליליות ביחס לעצמי, לעולם ולעתידי. "אתה לא אשם במה שקרה... אתה לא לבד... אתה מפחד אך לא חסר אונים... לא כל העולם נגדנו... זאת לא קטסטרופה – את הנזק לרכוש ניתן לתקן... המלחמה תיגמר מתישהו" ועוד.
- **מתן תרופות הרגעה.** בשנים עברו הרופאים נהגו להציע תרופת הרגעה באופן מידי לכל מי שהגיע לחדר המיון עם סימני חרדה במטרה להביא לייצוב פסיכו-פיזיולוגי כמה שיותר מהר ולהפחית גורמי דחק משניים. עם השנים בנינו ביחד מודל של שיתוף פעולה וכיום הרופאים סומכים על שיקול הדעת המקצועית של הפסיכולוגים בנושא. הנחת היסוד שלנו היא שבשלב ראשון רצוי לעודד את האדם לנסות להירגע בכוחות עצמו ולהישען על משאביו הפנימיים, ללא התערבות תרופתית, כדי שיחזיר לעצמו תחושת ביטחון ושליטה עצמית. כמו כן, ידוע כי תרופות הרגעה מפסיקות להשפיע כעבור כמה שעות ואח"כ האדם עלול להילחץ עוד יותר מקודם. על כן, רק במקרה שסימני המתח והחרדה אינם פוחתים

תוך זמן סביר (20 דקות, חצי שעה) והאדם ממשיך לסבול, אנו מציעים לו את האופציה של טיפול תרופתי ונותנים לו להחליט. יש אנשים שפחדים מכל התערבות תרופתית ויש כאלה שמיד מבקשים המדיניות שלנו היא לכבד את רצון הפונה.

- **תיעוד:** מילוי טופס קצר עם פרטים מזהים, תיאור האירוע הטראומטי, תלונות הפונה וההתערבות הפסיכולוגית, הערכת מצבו בזמן הגעתו למיון ובזמן השחרור, והמלצות להמשך. הטפסים מאפשרים מעקב ו-reaching out בשלב מאוחר יותר.

ברצוני לציין שתי שיטות התערבות שלא הפעלנו בחדר המיון הקדמי:

- תשאול קבוצתי (debriefing) כשעוזרים לנפגעים לשחזר את האירוע כדי לשקם את תחושת ההתמצאות שלהם. לאחרונה מתעצמת מחלוקת מקצועית בנושא ומתווספות עדויות על כך שבתנאים מסוימים התשאול מציף רגשית וגורע מיכולת ההתמודדות עם תוצאות הטראומה.
- שיטת גירוי בילטרלי (EMDR) פותחה ע"י הפסיכיאטר ד"ר אילן קוץ בחדר המיון בבי"ח מאיר בכפר סבא בעבודה עם נפגעי חרדה אקוטית בעקבות פיגועי טרור. להערכתנו, EMDR יכול להביא להקלה מידית של החרדה ולהרחקה של הזיכרון הטראומטי בתנאי שהאדם נמצא כעת במקום בטוח ומוגן, ללא סכנה. המצב אצלנו היה שונה: אנשים לא נחשפו לאירוע חבלי חד-פעמי אלא לאין-ספור אירועים טראומטיים למשך חודש שלם. אדם שהגיע לחדר המיון נאלץ גם לצאת משם אח"כ, בהפוגות בין מתכי הקטיושות, ולעתים קרובות קרה שהוא עם רגל אחד בחוץ, האמבולנס עומד לנסוע ופתאום מערכת ההכרזה מזהירה להיכנס שוב פנימה, עד שייגמר המתך הבא. גם בתוך חדר המיון, ה"בומים" נשמעים וכשיש נפילות באזור כל הבניין רועד. עקב הקושי ליצור תנאי שקט וביטחון בחדר המיון בקרית שמונה, היעילות של שיטת EMDR מוטלת בספק ונעזרנו בו במקרים בודדים בלבד.

### שאלות אתיות ומקצועיות

1. ויניקוט, פסיכו-אנליטיקאי בריטי, כתב בשנת 1947, שטעויות בהורות ובטיפול יכולות לנבוע לעתים מהיעדר יחס תואם ולעתים מיחס אקטיבי וחודרני מידי הפוגע בהמשכיות ההווה (impingement). חשיבתו של ויניקוט רלוונטית בנוגע להתערבות היזומה של פסיכולוגים בחדר המיון. מצד אחד, אנחנו יודעים היום שיש סיכוי גבוה להחלמה ספונטנית בקרב האנשים שסובלים מתגובת חרדה אקוטית בעקבות אירוע טראומטי. על כן עולה שאלת ה-impingement. האם החיבור המידי עם גורמי תמך בחדר המיון מיותר, או אפילו מזיק בכך שהוא מחבל בתהליכי ההתמודדות הטבעית ופוגם ביכולתו של האדם לגייס את משאביו הנפשיים בקצב ובדרכים שלו? האם פעלנו מתוך הצורך שלנו בעשייה ע"מ להתגבר על חוסר האונים שלנו ולהרגיש שאנו מטיבים, מבלי להתחשב מספיק בצרכי המטופל? מצד שני, תצפיות קליניות רבות מעידות כי התערבות מוקדמת מגבירה את הסיכוי להביא לשיפור ולהחלמה. השעות והימים הראשונים לאחר האירוע טראומטי נחשבים כ"חלון הזדמנויות" לסייע בוויסות התגובות הפסיכו-פיזיולוגיות, בעיצוב הנרטיב הטראומטי, במניעת התפתחות התנהגותית פתולוגית ועוד. במידה והאדם מצליח בזמן המוגבל הזה להירגע, הוא עשוי לחזור לתפקוד רגיל. לעומת זאת, במידה והוא ממשיך לסבול מתסמיני חרדה ללא רגיעה, תסמינים אלה עלולים להתעצם ולהשפיע עליו לטווח ארוך, עד כדי קיבעון, שינוי אישיותי והתפתחות של PTSD כרוני ועמיד לטיפול. על כן עולה השאלה ההפוכה, האם עשינו מספיק לאתר את כל נפגעי הנפש ולהתערב מוקדם ככל האפשר כדי למזער את מידת הסבל בטווח הקצר ולהפחית את הסיכון של PTSD? כפי שסיכמו זאת דורון, מלמד ובלייך במאמרם בנושא - שיקולים אתיים בטיפול בנפגעי דחק לאחר אירוע רב-נפגעים (2006), שאלות אלו מורכבות במיוחד לאור העובדה שעד היום, אין לנו מספיק ידע מבוסס בנושא ההתמודדות הטבעית עם אירועי דחק טראומטיים. מי מהנחשפים לטראומה מועד לפתח PTSD בהמשך ומהן ההתערבויות המוקדמות שעשויות למנוע זאת?

2. דילמה אתית נוספת עולה סביב "החזרה לשדה הקרב". אתן שתי דוגמאות:

(1) בשעה 20.00 הגיעו לחדר המיון 5 חיילים עם תלונות של צלצולים באוזניים לאחר אירוע טראומטי בכל קני מידה אובייקטיביים: במהלך סיור בגבול, ראו שני עיתונאים שמצלמים אזור צבאי. החיילים יצאו מרכבם כדי לנזוף בעיתונאים ושניות ספורות לאחר מכן, פגע טיל סאגר ברכבם והרכב עלה באש. החיילים לא התלוננו על חרדה ולא פנו לפסיכולוג. הגיעו לחדר המיון בליווי המפקד וכולם היו בדעה אחת, שחוזרים מיד לתפקיד. לאחר התלבטות, ניגשתי לחיילים. הבעתי הערכה לכוח העמידה שלהם ויחד עם זאת נתתי להם את דף המידע שהוזכר מקודם עם מספר הטלפון שלי במיון, הסברתי שיתכן וירגישו סימני חרדה בשלב מאוחר יותר ושמותר לבקש עזרה במידת הצורך. אח"כ נשארתי עם שאלה פתוחה – האם גרמתי להחלשת ההגנות הבריאות של החיילים והזקתי להם, או שמא מתן הלגיטימציה לגעת רגשית בחוויה הטראומטית הקלה עליהם? אין לי תשובה, ויתכן שמה שהיה נכון לחייל אחד היה טעות לחייל אחר.

(2) ביום האחרון של המלחמה, נפלה קטיישה בתחנת התדלוק של אגד, ובבת אחת פונו לחדר המיון 6 נהגים. הפגיעות הפיזיות היו קלות אם בכלל, אך כל הנהגים סבלו מתסמיני חרדה. אצל אחד מהם הייתה זו הטראומה השלישית בתור נהג אוטובוס במלחמה: פעמיים ראה טיל נופל מטרים ספורים ממנו, פעם אחת אף נזרק ממושב מההדף לאחר שעצר את האוטובוס ברמזור אדום. הטיל פגע ברמזור לפניו והרכב ניזוק. אותו נהג רעד כולו ודיבר בכעס ובעצבנות על כל העולם. התערבויות הפסיכולוג בחדר המיון לא עזרו לו להירגע. בשלב מסוים ביקש הנהג אישור מהפסיכולוג שהוא זקוק לכמה ימי חופש ע"מ להירגע. מנהל העבודה שלו התנגד והציע שיחזור לביתו ליממה בלבד. לאחר התלבטות, החלטנו לצייד את הנהג עם המכתב המבוקש, ויחד עם זאת לעודד אותו לחזור לעבודתו כנהג כמה שיותר מהר. שוב נשארנו עם שאלות: האם מיהרנו לתת לגיטימציה לתסמינים המנעותיים

במקום לחזק כוחות ואישוש תפקודי? או שמא, מכיון שלא ידענו באותו רגע שהמלחמה הולכת להסתיים, בהצעתנו שיחזור במהירה לעבודה עודדנו אותו להיחשף פעם נוספת לסיכון ממשי לחייו? ואנחנו כפסיכולוגים אמורים להטיב עם המטופלים שלנו ולא להזיק להם! בשני המקרים האלה, התקשינו להעריך באופן מציאותי את האיזון שבין הנזק לבין התועלת בהחלטות הטיפוליות שקבלנו.

**3.** עולה גם דילמה אתית סביב השאלה - את מי מפנים? לאחר כל אירוע רב-נפגעים, מפנים מידית את הפצועים הפיזיים, אך באשר לנפגעים הנפשיים, בהיעדר ביטוי אחיד ומוגדר לתגובה הנפשית החריגה (בלבול, הלם, אי-שקט קיצוני בצד קיפאון ואלם, חרדה מציפה), לא בהכרח יזהו אותם צוותי הרופאים והפרא-מדיקים של מד"א. בפועל מפנים בד"כ אלה עם הביטויים הנפשיים וההתנהגותיים הבולטים, והשקטים יותר אינם מגיעים. במקרה הטוב, הם יזוהו תוך 72 שעות ע"י הצוותים של שפ"ח ויקבלו את הטיפול הנדרש. מצד שני, ניתן לשאול את השאלה מכיון הפוך: האם עצם הפיניו לחדר המיון מיטיב בהכרח עם הנפגעים? אין ספק שחלק יוצא נשכר מהבדיקות הרפואיות ומההתערבויות הנפשיות השונות. אולם לגבי אחרים, בד"כ אלה עם פגיעות קלות יותר, ייתכן שעצם הפיניו והתיג כנפגעי נפש יגרמו בהמשך לדינמיקה שלילית בהתמודדות הנפשית או לחיפוש רווחים משניים? שאלה זאת עלתה אצלי כשהתבקשתי להתלוות לצוות של מד"א ע"מ לשכנע אישה מצד"ל להתפנות למיון. האישה שכבה במקלט ובני המשפחה דיווחו שהיא במצוקה אינה מתקשרת איתם כבר כמה ימים. שכנענו אותה להתפנות, ובחדר המיון היא עברה את הבדיקות הרפואיות הבסיסיות ללא ממצאים פתולוגיים. כל הניסיונות שלי ושל פסיכולוג אחר לדובב אותה כשלו ובסוף ניתנה לה תרופת הרגעה. האם הפיניו היה מוצדק? ללא ספק בני משפחה נרגעו והרגישו שהמערכת מגלה דאגה ואכפתיות כלפיהם, ואולי גם זה חשוב, אך מבחינת הטיפול באישה עצמה אין לי תשובה ברורה.

### **עבודה עם צוותים של מד"א וחדר המיון**

באופן בלתי פורמלי, הפכנו לפסיכולוגים של המערכת כולה, החל מהמנקות ואנשי התחזוקה ועד לרופאים. התבקשנו לעזור באופן פרטני לאנשי צוות שהתקשו להתמודד רגשית עם החשיפה המתמשכת לטראומה. בנוסף, יזמנו מספר שיחות פתוחות לאפשר שיתוף רגשי וחיצוק הכוחות ומשאבי ההתמודדות של הצוות. לא כולם השתתפו, אך מי שהגיע שמח על ההזדמנות לשתף ב"סיפורי גבורה" לצד חרדות ופחדים קיומיים, ונוצרה אווירה של תמיכה הדדית ולכידות היחידה.

עם זאת, הסולידריות בין אנשי הצוות נהייתה יותר שבירה ככל שהמלחמה התארכה, והמתח הבלתי פוסק השפיע על כולם. לדוגמה, נוצרו מצבים טעונים מאוד על רקע עדתי, הן בין יהודים לבני מיעוטים והן בין עולים מרוסיה לוותיקי העיר המזרחיים. אחד הרופאים מגיע מכפר בגליל המערבי, שם נחשף לפגיעה ישירה בכן משפחה יום לפני - אנחנו ביחד באותו מצב. אך בו בזמן הוא דובר ערבית - השפה של נסלראלה. הייתכן? רופא אחר במיון חבר במועצת העיר מטעם מפלגת העולים, ולצד עבודתו כרופא דואג לפיניו העולים. כולנו דואגים קודם למעגל הקרוב, דבר טבעי ונורמלי, אך למה הרוסים זוכים שוב ליחס מועדף ואותנו, בני עדות המזרח, נשכחים? הייתכן? נאלצנו להזכיר לעצמנו שהטילים פוגעים בכולנו באותה מידה, בלי קשר לשייכות עדתית, ושלכולנו מטרה משותפת, לעזור לאוכלוסייה במצוקה.

### **טראומטיזציה משנית של המטפלים**

כל מי שמטפל בנפגעי חרדה לאורך זמן נחשף שוב ושוב לחוויות טראומטיות דרך הסיפורים והתגובות הרגשיות של המטופלים. בנוסף, במקרה שלנו בחדר המיון הקדמי בקרית שמונה, נחשפנו גם אנחנו ל"בומים" של הקטיושות ושל התותחים שלנו, למראות המזעזעות של בניינים ומכוניות שרופים ומחוררים, ועוד יותר של אנשים במצב פיזי קשה עקב פגיעת טיל ישירה. החרדות והפחדים לא פסחו עלינו. הגענו למיון ברכבים שלנו, ללא מיגון, ויצאנו הביתה בסוף היום בהפוגות הקצרות. במהלך היום חיכינו בשקט מתוח שעות רבות ושאלנו את עצמנו מתי תהיה ההפגזה הבאה ובעקבותיה, הגל הבא של 20 או יותר נפגעים, וכמו כל תושבי הצפון המופגז, חשנו חסרי אונים וחסרי שליטה במצב. המשכנו לתפקד והתאמצנו להיראות רגועים ושלווים כלפי חוץ, אך ברגעים מסוימים כולנו הרגשנו שחוקים ומוצפים רגשית. חלקינו רעדנו או בכינו בהסתר כדי שאף אחד לא יראה, חלקינו התעוררנו בלילות עם סיוטים וחלקינו הכחשנו את הפחדים בעוד שזללנו ממתקים או עישנו בכל רגע פנוי. חשנו את הפגיעות שלנו ואת הקו הדק שמפריד בין חרדה נורמטיבית לתגובת דחק פתולוגית.

אתאר כאן אחד הרגעים הקשים עבורי כדי להמחיש את הדברים. כשעה וחצי לפני כניסת השבת הגיעה למיון משפחה שמתגוררת בבית מול ביתי, במרחק של 100 מטר, ודיווחה על פגיעה ישירה בביתם. הטיל חדר את הגג לתוך חדר הביטחון, ולמזלם של בני הבית הם ישבו בחדר אחר וניצלו בנס. עד שעזבתי את המיון כרבע שעה לפני כניסת השבת, היה לי סרט בראש של הבית שלי פרוץ וסדוק ללא היכר. תודה לאל, מצאתי אותו שלם, ובלילה הזה ישנתי בחדר הביטחון בביתי כמו בלילות הקודמים, אך המילה "ביטחון" הייתה כבר פחות משכנעת.

### **מאיפה שאבנו כוחות?**

מבדיחות, צחוקים ו"בריחה" לעולם של פנטזיות ותוכניות לעתיד. למשל, צפייה באינטרנט בחדר המיון באתר של טיולים בחו"ל ותכנון המסע למזרח. בסוף היום, תמיכה הדדית ושיתוף חברים למקצוע תוך "הורדת המסכה" ועיבוד החוויות הקשות שצברנו. תמיכה רגשית של חברים ומשפחה.

טיפולים אלטרנטיביים "מפנקים" ומרגיעים: הגיעו בהתנדבות מאזור הצפון וממרכז הארץ מטפלים בשיטות שונות של "גוף-נפש": רפלקסולוגיה, מסאז', ארומה-תרפיה ועוד, ובאמצע יום העבודה יכולנו לנוח ולהיות על תקן מטופלים למשך חצי שעה. יצוין כי לקחתי על עצמי לרכז את הטיפולים האלה עבור כל המטפלים במד"א, חדר המיון וקו"ח כללית, וכולם נהנו בתורם.

Time out עזיבת האזור, לנשום אוויר נקי, לישון בשקט בלילות, לשבת בבית קפה ולחוות חיים "נורמליים" ליממה או יותר.

## תובנות והמלצות לעתיד

### 1. במישור הטכני-ארגוני

תקנון של צוות פסיכיאטרי-פסיכולוגי בחדר המיון בקרית שמונה במצבי חירום. עבודתנו במקום חיוני ואין סיבה לסמוך על יוזמה אישית ועל רוח ההתנדבות.

דאגה לביטחון הפיזי של הצוות הנ"ל (שכפ"ץ, קסדה, הסעה ממוגנת)

שיפור תנאי העבודה של הצוות הנ"ל (טלפון סלולרי, ארון נעול לאכסון חומר חסוי, חדר קבוע המשוריין להתערבויות פסיכולוגיות (בתאום עם מד"א).

תיעוד ההתערבויות הנפשיות בחדר המיון בטופס סטנדרטי. רישום פרטים אישיים בסיסיים (טלפון סלולרי, שפה באם האדם אינו דובר עברית וכד'), ותיאור תמציתי של תגובות האדם לטראומה, מאפשרים מעקב ו reaching out בשלב מאוחר יותר. לא ניתן לסמוך על הפקידים בחדרי המיון לשם כך.

### 2. במישור המקצועי

הכשרת צוות המטפלים הפרא-רפואיים בביה"ח בשיטות התערבות פסיכולוגיות המתאימות לשימוש בחדרי מיון דיון בשאלות האתיות שנדונו לעיל וגיבוש עמדה ברורה ככל שניתן

### 3. טיפול בנפגעי דחק בחודשים שלאחר המלחמה ועד היום במסגרת המרכז לבריאות הנפש, ביה"ח "זיו", צפת

#### שלב התערבות

מיד לאחר המלחמה, הוחלט להקים מרכזי טראומה בבתי חולים כלליים בצפון הארץ – בבי"ח רמב"ם בחיפה, בבי"ח בנהריה, בבי"ח "פוריה" בטבריה, בבי"ח "העמק" בעפולה ובבי"ח "זיו" בצפת. החלטה זו התקבלה בשיטת עם המוסד לביטוח הלאומי ועם הקואליציה הישראלית לטיפול בטראומה. הוחלט על מודל עבודה שכלל 3 שלבים: **ראיון טלפוני מובנה** עם כל נפגעי הדחק שהגיעו לחדרי המיון בצפון במהלך המלחמה. למרואיינים אשר דיווחו על תסמיני חרדה מתמשכים או על ירידה בתפקוד הוצע להגיע לשיחה פרטנית (אינטייק) במרכז הטראומה. **שיחת אינטייק ממוקדת טראומה**. מטרת האינטייק הייתה לאסוף מידע שיאפשר קבלת החלטה באשר לצורך בהמשך טיפול, ואם כן, באיזו שיטה. תושבי קרית שמונה הופנו להמשך טיפול במרכז "משאבים" בעירם, פרט למקרים בודדים אשר העדיפו להמשיך טיפול בצפת.

**טיפול**. עבור כל מטופל נשקלו האפשרויות הבאות: טיפול בשיטת EMDR, SE או CBT ו-PE בפרט; טיפול תמיכתי; טיפול תרופתי בלבד או משולב עם פסיכו-תרפיה ממוקדת טראומה באחת השיטות הנ"ל. המוסד לביטוח הלאומי הקציב 12 פגישות טיפוליות לאדם, אך בפועל, כשליש מהטיפולים ארכו יותר וממשיכים עד היום וכשליש הסתיימו מוקדם יותר, רובם בשל חזרה למצב נפשי ותפקודי תקין ונורמטיבי ומיעוטם בשל חוסר מוטיבציה טיפולית.

בכל השלבים האלה, המטפלים התבקשו למלא שאלונים מובנים ממוקדי טראומה ולהעריך את מצבם הקליני של המטופלים. במקביל, המטופלים התבקשו למלא שאלונים של דיווח עצמי - symptom check-list.

בנוסף ל"גל הראשון" של נפגעי דחק אשר פנו או פונו לחדרי המיון במהלך המלחמה והגיעו למרכז הטראומה ביוזמתם או בזכות reaching out בראיונות הטלפוניים, הגיע גם "גל שני" של נפגעי דחק שלא פנו לחדרי המיון בזמן המלחמה. הטיפול בנפגעי ה"גל השני" היה זהה לטיפול ב"גל הראשון" משלב האינטייק ואילך. ראיונות הטלפוניים - \*154

אינטייקים - \*95 גל ראשון, 45 גל שני

מטופלים ב-3 חודשים אחרי המלחמה – 50 גל ראשון, 37 גל שני, 87 סה"כ

מטופלים חצי שנה אחרי המלחמה (1/2007) - 29 סה"כ

מתוכם 12 מטופלים בפסיכותרפיה בלבד, 9 מטופלים בתרופות בלבד ו- 8 מטופלים בתרופות ובפסיכותרפיה במקביל

\* מספרים אלה כוללים תושבי קרית שמונה אשר הופנו להמשך טיפול בעירם

## מטופלי דחק שאושפזו במחלקה פסיכיאטרית ובאשפוז יום בצפת מ 8/06 - 1/07 בעקבות המלחמה-12

מתוכם: מטופלים באשפוז ראשון- 6

חיילים לאחר שירות צבאי בלבנון- 3

מטופלים עם רקע של אשפוזים קודמים- 3

בנוסף, אצל רוב המאושפזים במחלקה והמטופלים הקבועים במרפאה, חווית המלחמה הביאה לערעור באיזון הפנימי ולהחמרה זמנית במצבם הנפשי.

רק כ-5% מתוך כלל נפגעי הדחק היו מוכרים למערכת מקודם על רקע הפרעות נפשיות וקשיי הסתגלות שונים. מטופלים אלה חוזרים בהדרגה למצבם הנפשי הקודם.

כ-50% מתוך כלל נפגעי הדחק סובלים מתחלואה כפולה (comorbidity), בעיקר PTSD יחד עם הפרעות חרדה, דיכאון מיורי, הפרעה ביפולרית או הפרעות אישיות למיניהן. ישנם מקרים של רגרסיה חדה עד לכדי הרטבת לילה או פסיכוזה חולפת.

האפשרות של malingering כאבחנה מבלבלת כמעט ולא עלתה עם הפניות הראשונות שתתקבלו למרכז הטראומה וגם היום האחוזים נמוכים. ברוב המקרים התמונה הקלינית מורכבת וההתרשמות היא שהסבל של המטופל אמיתי גם אם הוא מלווה ברווח משני ועיסוק בפיצוים.

### הבנה קלינית

מחד, יש להסביר את הירידה במספר הטיפולים במהלך הזמן כביטוי להחלמה טבעית כמצופה. בשבועות הראשונות לאחר המלחמה הגיעו למרכז הטראומה בביה"ח כ-10 נפגעי דחק חדשים לשבוע, ואילו כיום מגיע אחד או שניים לשבוע לכל היותר, רובם בהפניית הרופא המטפל. כשני שלישי מנפגעי הדחק שנזקקו לטיפול בחודשים הראשונים לאחר המלחמה הסתפקו ב-12 פגישות טיפוליות ובזמן הזה הצליחו לגייס משאבים פנימיים ע"מ להתארגן ולחזור לעצמם ולחיי שגרה.

מאידך, שלישי מנפגעי הדחק נזקקו ליותר מ-12 הפגישות המוקצבות, מגלים עדיין תסמינים של הפרעת הסתגלות או PTSD כרוני ברמות שונות ועמידים מאוד לטיפול. מתוכם 59% נוטלים טיפול תרופתי. 6 אושפזו שלא היו מוכרים למערכת הפסיכיאטרית לפני כן, עקב פגיעה חמורה בתפקוד, תחושת התפרקות וחוסר אונים, התפרצויות זעם חסרות שליטה ומחשבות או אף ניסיונות אובדניים. ניתן להסביר את החמרת מצבם של נפגעי הדחק שלא החלימו עם הזמן על רקע מספר גורמים חיצוניים ופנימיים-נפשיים:

עוצמת ומשך החוויות הטראומטיות במהלך המלחמה

- שבר בתחושת המוגנות והביטחון בכל הרמות – אין על מי לסמוך (כעס מול המוסדות שלא דאגו מספיק, תחושת פליטות אצל אנשים שנאלצו לעזוב את הבית).
- היעדר מקום בטוח בכלל – גם ביה"ח בצפת ספג פגיעה ישירה במהלך המלחמה.
- היעדר חוקיות – התרעות הצבא וניחושים והשערות של היחיד הוכחו כבלתי אמינים.
- רמת חשיפה גבוהה.
- דאגה בו-זמנית לבנים ולבני זוג המשרתים מעבר לגבול.
- היסטוריה של טראומות קודמות.
- פרה-דיספוזיציה נפשית - כוחות אגו מדולדלים ומנגנוני הגנה בלתי יעילים על רקע אישיותי.

### הסבר פסיכו-דינמי

אצל אנשים רבים אשר נחשפו בעבר למצבים טראומטיים ללא פגיעה נפשית ניכרת, הפעם עוצמת הפחד והחרדה הקיומית בהיעדר סביבה בטוחה, הציפה את המערכת הנפשית ופגעה ביכולת הוויסות הרגשית וההתנהגותי. מנגנון ההכחשה שהיה יעיל בעבר בתור הגנה, נסדק. אנשים אמרו לעצמם: "אני עמיד לחרדה, לי זה לא יקרה" והפעם זה קרה. תחושת הסדק והפגיעות לוותה גם בפגיעה נרקיסטיטית: "אני לא אותו אדם חזק וחסין כפי שחשבתי." בתגובה לטראומה, נפגעי PTSD נעים בין שתי קצוות. בקצה האחד ישנה נסיגה הגנתית לתוך הבועה של העצמי, ניתוק מגע עם העולם החיצון ותחושה של חוסר משמעות בחיים ואף התפרקות פנימית. פרנצי (1930) מתאר זאת כפרגמנטציה, וטוען שמדובר בצורת הגנה והסתגלות: "הווייתור על ריכוזיות, על תפיסה אחידה, מסלק לפחות את הסבל הנגרם על ידי כאב רב-פנים הנחוה בעת ובעונה אחת. לא מתרחשת האחדה בלתי נסבלת של כל הכמויות והאיכויות של הסבל." בקצה השני מנגנוני הוויסות קורסים וישנה נטייה להתפרצויות זעם חסרות שליטה כנגד הסביבה הנתפסת כפוגענית ומתסכלת. במישור הבינאישי, קשריו של האדם הסובל מ-PTSD מתדלדלים בשל הימנעות הגנתית מחד וכעס ותוקפנות מאידך. כתוצאה מכך הוא עלול לאבד את מקורות התמיכה שלו בבית ובחברה. אב המשפחה עלול לאבד מסמכותו ביחס לילדיו ולזוגתו ולהפוך מאחראי ותומך לתלוי ונתמך, אובדן שמלווה בפגיעה נרקיסטיטית וברגשי אשמה ובושה: "אני נפגעתי והם לא, סימן שאני חלש ולא שווה." במישור התעסוקתי, הפגיעה בריכוז, בהתמדה ובשליטה העצמית מחד, ובערך העצמי מאידך, עלולה להביא להיפלטות ממעגל העבודה. אין פלא איפה, שאנשים אלה מגיעים למצב של חוסר תקווה וחוסר אמון בעצמם ובסביבה, וחווים את השבר בחייהם כבלתי הפיך.

### עקרונות טיפוליים

התמקדות בנושאים הקשורים לטראומה – חרדה אקוטית, כעס, אשמה, אבל פתולוגי, אובדן, חוסר אונים וחוסר שליטה וכד'.

שימוש בטכניקות להרגעה עצמית ולוויסות רגשי – הרפיה, דמיון מודרך, קרקוע וכד', במטרה שהמטופל ילמד להשתמש בטכניקות הללו בבית אח"כ.

המשגה מחדש (cognitive reframing) ושינוי מחשבות ועמדות ביחס לעצמי בעיקר. למשל: להרגיש פחד וחולשה זה דבר אנושי ונורמלי לאור הנסיבות, ואינו מעיד על חוסר שליטה או על התפרקות. חיזוק כוחות התמודדות וחזרה לשגרה. מתן משימות התנהגותיות כנגד הנטייה ההגנתית להימנעות. במידת האפשר, שיתוף בני משפחה קרובים כדי שיתלוו אל המטופל למקומות המפחידים אם צריך ויעודדו אותו להתגבר על החרדה.

### התארגנות הצוות במרכז הטראומה

התמניתי כמרכזת מרכז הטראומה בצפת בנוסף לתפקידי כפסיכולוגית ראשית בביה"ח, ויחד עם צוות הפסיכיאטרים והמטפלים הפרא-רפואיים בביה"ח, עבדנו שעות נוספות כדי לתת מענה טיפולי הולם למאסה החדשה של מטופלים שהגיעו בגל ראשון ושני. בשבועות הראשונים לאחר המלחמה העומס הכביד מאוד, אך עם הזמן מספר הפניות פחת - ביטוי לכך שרוב נפגעי החדה מצליחים לחזור לשגרה ולהחלים באופן ספונטני.

בחודשיים הראשונים שלאחר המלחמה, קבלנו תגבור משני מקורות חיצוניים:

1. מטפלים בכירים מאגודת EMDR בישראל. בהנחייתו של ד"ר אילן קוץ, עבדו בשיטת EMDR single session בפרוטוקול המיועד להביא להפחתת הסימפטומים החודרניים אצל מטופלים הסובלים מ-ASD ולמנוע קיבעון של החוויה הטראומטית ושל הסימפטומים הנלווים. ההתערבות קצרה וממוקדת במטרה לנצל את "חלון ההזדמנויות" בחודש הראשון שלאחר הטראומה ולמנוע התפתחות של PTSD כרוני. כל מטופל הוזמן לפגישת מעקב אצל אותו מטפל כשבוע לאחר הטיפול ב-EMDR אך רק כ-80% הגיעו. היו לכך שלוש סיבות עיקריות: 1. חוסר פניות לטיפול ואי-שיתוף פעולה כבר בפעם הראשונה עקב עיסוק בפיצויים, בשיקום פיזי וכד'. 2. "שכיחה" עקב חזרה לשגרת החיים (במיוחד עקרות בית בתקופת החגים). 3. חוסר התאמה לשיטת EMDR עקב היסטוריה של טראומות קודמות או היעדר כוחות אגו על רקע אישיותי. בסה"כ 31 מטופלים טופלו בשיטת EMDR.

2. מטפלים בכירים בשיטת SE שהגיעו אף הם לשתי פגישות עם כל מטופל. שיטת ה-SE מתמקדת בבסיס הפיזיולוגי של הטראומה ומתייחסת לתסמינים בחרדה פוסט-טראומטית כהפרעות דינמיקה האנרגטית במערכת גוף-נפש. לעתים אדם מגיב באקטיבציה יתרה ונמצא במצב של אי-שקט ועוררות יתר, ולעתים הוא מגיב בקיפאון ובהיעדר תחושה. טיפול ב-SE מכוון לפיתוח דרכי התמודדות עם החוויה הטראומטית תוך התמקדות בתחושות גופניות למטרות של שחרור האנרגיה הפיזיולוגית ההישרדותית, הרגעה עצמית וחיזוק משאבים. בסה"כ 10 מטופלים טופלו בשיטת SE.

בכ-20% מהמקרים שתי פגישות בשיטת EMDR או SE הביאו לרגיעה משמעותית ולהפחתת הסימפטומים של המטופל. במקרים אלה לא המשכנו בטיפול ונאמר למטופל שהוא יכול לפנות למרכז הטראומה בעתיד במידת הצורך. מסקר טלפוני שנערך בימים אלה, מתברר שלא כולם עשו זאת. כ-80% מהמטופלים נזקקו להמשך טיפול מרפאתי בביה"ח גם אם ההתערבות הראשונית הביאה להקלה מסוימת. להערכתנו, הדבר נבע מחומרת מצבם הנפשי על רקע מכלול הגורמים שפורטו לעיל.

כיום מתארגנת קבוצה טיפולית לנפגעי דחק מגל ראשון ושני בגישה ממוקדת גוף המשלבת טיפול בתנועה ו SE. בחרנו בגישה טיפולית זו מתוך הבנה שהחוויה הטראומטית "תקועה" בגוף ובנפש באותה מידה. בשיטות הקונבנציונליות המתמקדות בעיבוד מילולי של הטראומה אין די התייחסות לתחושה הגופנית הפגועה.

### שאלות מקצועיות ואתיות בנוגע למידת האקטיביות שיש לנקוט באיתור נפגעי נפש טראומטיים "דוממים" בקהילה.

יזמנו סקירה טלפונית לנפגעי דחק שהגיעו לחדר המיון בזמן המלחמה בידיעה שרובם לא היו פונים לבד לטיפול. גם בין אלה שהתקשו להירגע, חלקם היו מקבלים את התסמינים שלהם כתקינים וצפויים וחלקם היו פוחדים מהסטיגמה הקשורה למערכת הפסיכיאטרית. גם לא ברור שעם תום המלחמה, מי שהגיע למיון במהלכה פגוע יותר מבחינה נפשית מאשר אלה שלא הגיעו. ממחקרים שנעשו לאחרונה בארץ ובארה"ב, עולה כי תחת איום מתמשך מאירועי דחק טראומטי, אשר מתווך גם ע"י כיוסי נרחב באמצעי התקשורת, אין צורך בחשיפה ישירה לפיגועים ע"מ ללקות בתסמינים פוסט-טראומטיים, מה שמעלה באופן ניכר את מספר הנפגעים הפוטנציאליים. על רקע זה עולות מספר שאלות:

למה לפנות לאלה ולא לאלה?

האם בפנייה למי שהגיע למיון גרענו מהמוטיבציה שלהם להתמודדות עצמית?

האם זה מוצדק לתת עדיפות לטיפול מבחינת קדימות ומשאבים לנפגעי טרוור על חשבון החולים הרגילים של המרפאה, הסובלים ממגוון הפרעות נפשיות והסתגלות? הרי שבסופו של דבר כולם סובלים ומגיע להם טיפול במסגרת הציבורית.

### תובנות והמלצות לעתיד

#### הכנות לעתיד

- הכשרת הצוות הפרא-רפואי בביה"ח בטכניקות טיפוליות ממוקדות טראומה (ימי עיון, סדנאות לימוד, קבוצות הדרכה מתמשכות ב-PE, SE, EMDR ועוד).



- דיון בדילמות מקצועיות-אתיות וקביעת נהלים לגבי גבולות ההתערבות הפסיכולוגית בשלבים השונים ומידת האקטיביות והיזמה של המטפל.
- קביעת קריטריונים ברורים יותר לסוגי הטיפול השונים.

### התארגנות ביום "שאחרי"

- ניהול נפרד של מרכז הטרואמה מבחינה אדמיניסטרטיבית: מבחינת המטפל, במטרה למנוע תיוג כחולה נפש. מבחינת המערכת, במטרה לאפשר איסוף נתונים ומעקב אחרי נפגעי החדק לאורך זמן כדי לבחון את מהלך ההפרעה לצד יעילות הטיפולים השונים.
- סקירה טלפונית. הראיונות הטלפוניים שיזמנו לנפגעי דחק שנרשמו בחדר המיון אפשרו לרבים להגיע לטיפול באופן מידי ובעזרתו להתארגן, להירגע ולחזור מהר לתפקוד. עצם ה-reaching out היה גם בעל ערך הרגעי וטיפולי. מעטים הגיבו בהתנגדות או ובכעס או ניסו לנצל את ההזדמנות לזכות בפיצויים כספיים. רובם שמחו שמישהו מתעניין בשלומם לאחר הטרואמות שעברו, גם אם לא ביקשו להגיע לטיפול אח"כ. הנוסח המובנה של הראיון גם אפשר ל"נרמל" את תופעות החרדה. על כן, למרות הדילמות האתיות והמקצועיות שהועלו, נראה כי בשורה התחתונה יש להמשיך בשיטה הזאת בעתיד. יש לכלול בסקירה גם נפגעי גוף שהגיעו לחדרי המיון ובאותו רגע לא נרשמו כנפגעי דחק.
- שימוש בפרוטוקול של EMDR single session. מתנהלים כיום דיונים בקרב המומחים ב-EMDR בארץ אודות יעילות השיטה. הניסיון המצטבר אצלנו מלמד כי במיעוט המקרים השיטה עובדת באופן כמעט פלאי: לאחר מפגש אחד או שניים הדימויים והתחושות החודרניים הקשורים לטרואמה פוסקים והמטופל חווה את הזיכרון הטרואמטי כדבר שאינו מפריע לו יותר, היה ונגמר, וניתן לחזור לשגרה. ברוב המקרים אצלנו זה לא קרה והמטופל נזקק להמשך טיפול ב-EMDR או בשיטה אחרת כדי לעבד את החוויות הטרואמטיות באופן יסודי יותר. היו גם 2-3 מקרים בהם המטופל העלה זיכרונות טראומטיים מעברו, הוצף רגשית ורמת החרדה גברה. קשה לבנא מראש מתי השיטה תביא לתוצאות חיוביות ומתי לא, אך הסיכוי להצליח גבוה יותר כשהמטופל בעל כוחות, תפקד היטב עד לאירוע הטרואמטי העכשווי ולא נחשף לטרואמות קודמות. בשורה תחתונה, יש להשתמש בשיטה בחודש הראשון לאחר האירוע הטרואמטי עם נפגעי דחק הסובלים מתסמינים חודרניים, בתנאי שהם בעלי כוחות, ללא היסטוריה טראומטית ידועה וללא תחלואה כפולה. יש להתנהג במשנה זהירות ולהפעיל שיקול דעת קליני - מקצועי כדי לא לגרום למטופל הצפה רגשית מזיקה.
- שימוש בשיטת SE. שתי פגישות טיפוליות בשיטה זו יכולות להביא להרגעה מידית ולהקלה משמעותית של הסימפטומים אך לא לשינוי יציב וקבוע, כי צריך ללמוד ולהטמיע התייחסות אחרת לגוף-נפש ולעבור תהליך של שינוי. לכן יש להציע טיפולי SE שיתמשכו לאורך 8 מפגשים לפחות.
- סיוע ממטפלים מנוסים בשיטות טיפול ממוקדות טראומה ממרכז הארץ. מחד, הסיוע תרם מבחינה מקצועית והקל על העומס שלנו. מאידך המעבר ממטפל חיצוני למטפל מקומי כעבור 2 פגישות של EMDR או SE בעייתי, הן מבחינת התיאום והעברת המידע והן מבחינת קביעות וההמשכיות של המערך הטיפולי (setting) ויצירת קשר של אמון עם מטפל. כל מטופל זקוק להחזקה ולהכלה רגשית ע"מ להרגיש בטוח ומוגן בטיפול, כל שכן מטופל פוסט-טראומטי כיוון שאחד האפיונים של הטרואמה הנו פגיעה ברצף ההוויה ובביטחון בסביבה. על כן מומלץ שכל הטיפולים יעשו ע"י מטפלים קבועים במערכת שעברו הכשרה מתאימה או ע"י מטפלים חיצוניים שיכולים להתחייב על יום עבודה בשבוע למשך 3 חודשים לפחות.
- קבוצות הדרכה בנושא של טיפול בנפגעי דחק בשיטות שונות. צוות המטפלים זקוק למסגרת קבועה של הדרכה, הן למטרת שיתוף ותמיכה רגשית אל מול התכנים הטרואומטיים שמתעוררים בטיפול, והן למטרת הכוונה מקצועית.
- דאגה לרווחת העובדים -ימי כף ו"פינוק" במטרה למזער שחיקה וטרואומטיזציה משנית.

### סוף דבר

בזמן המלחמה ובתקופה שלאחריה, נסחפנו ברוח העשייה והפעלתנות והאמנו שפעלנו נכון. כיום ברור לי כי פעלתנות המטפל היא סוג של טיפול עצמי ואני עסוקה בשאלות האתיות והמקצועיות שהעליתי כאן ובשאלות סביב גבול היכולת שלנו כמטפלים. חשוב ללמוד את שיטות ההתערבות והטיפול האפקטיביות הן בהתערבות ראשונית בנפגעי דחק והן בטיפול המשך. אך מעבר לשיטה ולטכניקה, ישנה חשיבות רבה להערכה קלינית מקצועית, לעמדה אמפתית ומקבלת ביחס למטופל וליכולתו של המטפל להכיל רגשית את עוצמות הכאב, האימה והזעם שעלולות לעלות אצל מטופלים פוסט-טראומטיים. עלינו להודות ברגשות הקשים שלנו שעולים במפגש איתם, להיעזר בסבלנות ובאורך רוח, ולקוות שעם הזמן, המטופל יעזר בנוכחותנו המרגיעה והמארגנת וביכולת העיבוד והוויסות שלנו ע"מ לפתח יכולות דומות בעצמו. גם כשאנו פוגשים מטופלים שמסיבות שונות עמידים לטיפול תרופתי ופסיכו-תרפויטי וממשיכים לסבול מתסמיני PTSD למרות מאמציו המקצועית, אסור לנו לאבד תקווה ולהזדהות עם חוסר האונים שלהם. אם המטופל ממשיך לבוא לטיפול, סימן שגם הוא לא איבד תקווה לגמרי. אסכם במילים של ויניקוט (1954): "היחיד עשוי להתגונן אל מול פגיעה או כשל סביבתי ע"י קיפאון ורגרסיה. במקביל, קיימת הנחה בלתי מודעת שיכולה להפוך לתקווה מודעת, שתהיה הזדמנות לחוויה מתקנת בסביבה תואמת ומאפשרת."

**ביבליוגרפיה:**

שנדור פרנצי (1930). *טראומה והשאיפה להחלמה* מתוך: בלבול השפות בין המבוגרים לילד, הוצעת עם עובד 2003

*Birth Memories, Birth Trauma and Anxiety* D.W. Winnicott(1947)

*Meta-psychological and Clinical Aspects of Regression within the* D.W. Winnicott (1954)  
*Psycho-analytic Set-up*

עידאל דורון, יובל מלמד, אבי בלייך שיקולים אתיים בטיפול הנפשי במצבי דחק טראומטי מתמשך בעקבות אירוע רב-נפגעים ב-הרפואה כרך 145 חוב' ט' ספטמבר 2006

\* חדר המיון הקדמי בקריית שמונה נסגר מספר שנים אחרי המלחמה ואינו קיים יותר.