

על תהליך ההערכה (Intake) ושיבוץ לטיפול ביחידה לתגובות קרב

תקציר:

רס"ן אופיר לוי¹
אל"מ גדי לובין²

¹היחידה לתגובות קרב, מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל
²מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל

על תהליך ההערכה, המיון והשיבוץ לטיפול פסיכותרפויטי נכתב מעט באופן כללי וביחס לנפגעים פוסט טראומטיים-כרוניים בפרט. תהליך זה מורכב ביותר בשל הצורך לקבל החלטה המתבססת על אבחנה הנסמכת בעיקר על רושם סובייקטיבי מצד המטפל. ביחס לנפגעי פוסט-טראומה כרונית המורכבות אף גדולה יותר, מאחר שלהפרעה זו נלוות לרוב הפרעות נוספות, כגון דיכאון, המקשות על האבחנה.

על רקע זה פותח ביחידה לתגובות קרב בצה"ל הליך מובנה של אבחון, המבוסס על ריאיון עומק פסיכוסוציאלי ומילוי שאלונים. הוא נועד, בין השאר, ליישם את גישת מחלקת בריאות הנפש בצה"ל, כפי שהיא מנוסחת בקוד האתי של קציני בריאות הנפש (הקב"נים), על פיה "יש להתאים את סוגי הטיפול למאפייניו של הפרט...". במאמר זה ננסה לשפוך אור על אופיו של תהליך ההערכה, המיון והשיבוץ המתבצע ביחידה לתגובות קרב, מרגע הגעתו של הפונה ליחידה. נדגים את הניסיון לבחון את קורות הפונה עד האירוע הטראומטי, את מאפייני האירוע ונסיבותיו ואת השפעות האירוע על תפקוד הפונה בהווה. בהמשך נתאר את תהליך קבלת ההחלטות בישיבת הצוות, ונתאר את סוגי הטיפול שבהם נעשה שימוש ביחידה.

תהליך הערכה, ריאיון פסיכו-סוציאלי, בריאות הנפש, תסמונת דחק בתר-חבלתית נפשית (פוסט-טראומה), תגובות קרב
Intake, Psych-Sociological Interview, Traumatic Event, Post Trauma Treatment, PTSD

מילות מפתח:
:KEY WORDS

מבוא

הקבלה להערכה ביחידה אינה מותנית בהכרח בנכות נפשית או בהגשת תביעה להכרה בנכות. היא מתבססת על פנייה טלפונית, הפניה ממפקדים, מרופאים צבאיים, מגורמי בריאות נפש צבאיים ואזרחיים כאחד או מגורמי השיקום במשרד הביטחון. בפנייה מעיד הפונה או הגורמים המפנים בשמו, כי מדובר בנפגע שהשתתף באחת ממערכות ישראל או בפעילות מבצעית קרבית אחרת, שבעטיה התפתחו קשיים נפשיים. אם מדובר בפנייה טלפונית, הפונה מתבקש לכתוב מזכר ולכלול בו את פרטיו האישיים ואת תיאור האירוע שבו השתתף (באיזו מלחמה/ פעילות מבצעית, מהן נסיבות האירוע, קרי אם היה נתון בסכנת חיים, בחשיפה לפצועים והרוגים וכדומה, הקשיים שמהם הוא סובל בהווה ומהי בקשתו). על בסיס מזכר זה הפונה מזומן לשנייה-שלושה מפגשי הערכה בהפרש של שבוע זה מזה עם אחד המטפלים בשירות הקבע ביחידה. אורכו של כל מפגש כשעה וחצי בממוצע. ממוצע מפגשי ההערכה ביחידה לת"ק עומד על שני מפגשים וחצי לפונה.

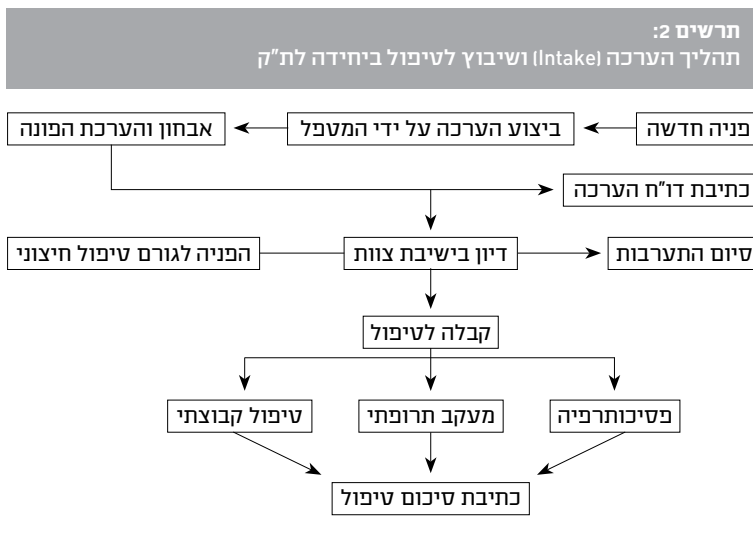
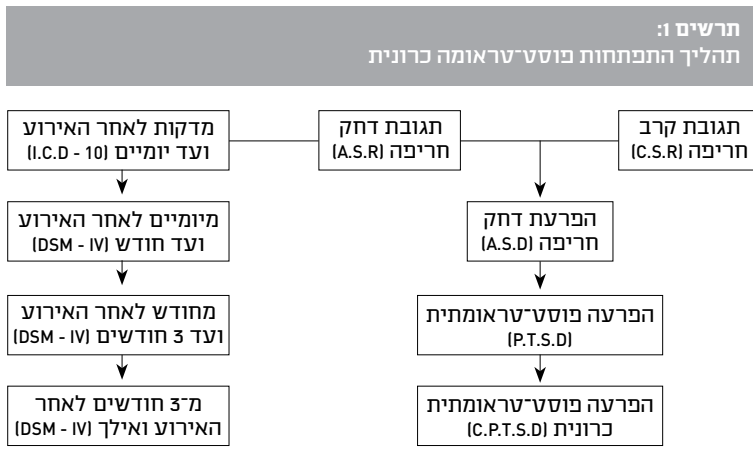
מתגובות קרב לפוסט-טראומה כרונית

"תגובות קרב" היא תגובה נפשית חולפת למצב לחץ יוצא דופן כגון קרב ומלחמה, והיא נחשבת לחלק מהפרעת דחק פוסט-טראומטית. התגובה מתבטאת בהצפה רגשית המקשה לגייס את הכוחות הנדרשים להתמודדות [1]. הסימפטומים של התגובה מתבטאים במישורים התנהגותיים-רגשיים (עצב, בלבול, בכי), גופניים (כאבי ראש, רעד, דפיקות לב), קוגניטיביים (חוסר יכולת לקלוט גירויים, קשיי ריכוז), הפרעות בשינה (סיוטים) ועוד.

היחידה לטיפול בתגובות קרב (להלן ת"ק), במחלקת בריאות הנפש של צה"ל בחיל הרפואה, הוקמה בשיתוף עם האגף לשיקום נכים של משרד הביטחון בשנות ה-80, במטרה למנוע התפתחות תסמונת פוסט-טראומטית כרונית. היחידה קיבלה את המשימה והסמכות לתת מענה אבחוני וטיפולי לנפגעי תגובות קרב מכל מלחמות ישראל, באמצעות צוות רב מקצועי הכולל פסיכיאטרים מומחים, פסיכולוגים קליניים ועובדים סוציאליים [1, 2].

הפונים ליחידה לת"ק הם חיילי מילואים לשעבר או חיילי מילואים פעילים אשר בשירותם הצבאי (הסדיר או במילואים) נחשפו לאירוע טראומטי שהוביל להתפתחות סימפטומים פוסט-טראומטיים. ההחלטה על הפעלת יחידה זו במסגרת צבאית נבעה מהרצון להעביר לחיילים ולאזרחים מסר חשוב ביותר, ולפיו הצבא מכיר במחויבותו המתמשכת לטיפול בנפגעי. מטרה נוספת להפעלת היחידה במסגרת צבאית הייתה להקנות יתר לגיטימציה לפנייה לטיפול, ועל ידי כך לחזק את המסר כי חיילים הסובלים מהתסמונת הפוסט-טראומטית מסוגלים לחזור ולהשתלב במסלול חיים תקין.

מאז מלחמת לבנון הראשונה התבסס מעמדה של היחידה לת"ק כיחידה טיפולית המתמחה בטיפול פסיכיאטרי ופסיכותרפויטי בנפגעי פוסט-טראומה כרונית (Chronic PTSD) [3], בנפגעי תגובות קרב [1] ובסובלים מהפרעת דחק חריפה (Acute Stress Disorder - ASD) [3], וכן בפעילות מונעת בשלושת התחומים הללו [4]. הקבלה לטיפול בכל אחד מהמקרים נעשית בתהליך המכונה בשפה המקצועית "הערכה" - Intake.



תהליך ההערכה (Intake) ביחידה לת"ק

תהליך ההערכה מבוסס על ריאיון פסיכוסוציאלי מובנה. ריאיון זה מלווה במילוי שאלונים, ובסופו מציג המעריך את ממצאיו בישיבת צוות הכוללת את כל מטפלי הקבע ביחידה (כמתואר בתרשים 2).

ריאיון פסיכוסוציאלי

הריאיון הפסיכוסוציאלי ביחידה לת"ק הוא ריאיון מובנה שנועד ללמוד את קורות הפונה עד האירוע הטראומטי, את מאפייני האירוע ונסיבותיו ואת השפעות האירוע על תפקוד הפונה בהווה. מטרתו לבחון את מצבו הקליני של הפונה ולקבוע אבחנה משוערת.

את השלב הראשון של הריאיון ניתן לכנות "שלב עיצוב האווירה". בשלב זה מושם דגש על יצירת אווירה שתאפשר בניית אמון בין המטפל (להלן "המעריך") לפונה, אשר תוביל ליצירת תחושת ביטחון אצל הפונה. לכן, ביחידה מקפידים לקבל את הפונה בחדר ההמתנה בדיוק במועד שנקבע לו, ולהובילו לחדר המטפל לפינת ישיבה נעימה ולא פורמאלית. נתונים אלה יוצרים אצל הפונה תחושה ראשונית כללית שהמעריך הוא "אדם שהוכשר להבין אותו ולעזור לו למצוא הקלה לכאבו הנפשי (באמצעות תהליך שעדיין אינו

התגובה עשויה להיחלש ואף להיעלם או לחלופין להחמיר עד כדי פגיעה נפשית, תפקודית והתנהגותית ניכרת [5, 6].

כ-76 אחוז מהנחשפים לאירוע טראומטי יפתחו לפחות סימפטום אפשרי אחד של תגובת דחק חריפה (Acute Stress Reaction - ASR). רובם (כ-70 אחוז) יתאוששו בתמיכת "גורמי תמך טבעיים" (חבריהם לשירות בצוות המחלקה או הפלוגה) [7]. אלה שלא מצליחים להתאושש כעבור 48 שעות מהחשיפה לאירוע יוגדרו כסובלים מהפרעת דחק חריפה (Acute Stress Disorder - ASD). אם כעבור חודש לא יתאוששו, יוגדרו הנפגעים כסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומתית (ASD Post Traumatic Stress Disorder - PTSD), ולאחר שלושה חודשים מהחשיפה, יוגדרו כסובלים מהפרעה פוסט-טראומתית כרונית (Chronic Post Traumatic Stress Disorder) [3].

תרשים 1 מסכם את הליך ההתפתחות של פוסט-טראומה כרונית החל מהרגעים הראשונים של החשיפה לאירוע.

כאמור, כאשר התגובה מתפתחת לפגיעה חמורה, מדובר לרוב בתסמונת פוסט-טראומתית כרונית (Chronic Post - PTSD Traumatic Stress Disorder), שאותה עתידים לפתח כ-10-15 אחוזים [8] מבין הנחשפים לאירוע טראומטי.

התסמונת אובחנה לראשונה ב-DSM ב-1980 בעקבות פועלם של ותיקי מלחמת וייטנאם. היא מוגדרת ומתוארת ב"מדריך הדיאגנוסטי והסטטיסטי להפרעות נפשיות" ב-DSM-III (1980) [9], ובשינויים קלים ב-DSM-III-R (1987) [10], ב-DSM-IV (1994) [11] וב-DSM-IV-TR (2000) [3]. על פי הגדרת ה-DSM, הפרעה פוסט-טראומתית מופיעה בעקבות אירוע טראומטי שבו האדם חווה אירועים הקשורים במוות, או איום במוות, או פגיעה חמורה, או איום לשלמות הפיזית שלו או של אחרים, ובתגובה לכך מפתח פחד גדול, חוסר אונים או אימה. ראוי להדגיש את המשמעות הסובייקטיבית שהפרט מייחס לאירוע הטראומטי בעת ביצוע תהליך ההערכה ואת השפעתו על תפקודו, אף על פי שאין לראות בו גורם אטיולוגי בלעדי.

תסמונת פוסט-טראומתית תוגדר אצל מי שסובל במשך חודש לפחות משלושת התסמינים הבאים: **א. חודרנות** המאופיינת בהתנסות חוזרת של האירוע הטראומטי דרך זיכרונות מטרידים, מחשבות ודימויים חודרניים, חלומות זועה, סיוטי לילה ותחושה או פעולה כאילו האירוע הטראומטי חוזר שוב. **ב. הימנעות** מגירויים המתקשרים לחוויה הטראומתית, לרבות הימנעות ממחשבות או רגשות שמזכירים את האירוע, הימנעות מפעילויות, ממקומות ומאנשים המעוררים זיכרונות הקשורים באירוע, עד כדי השטחה וצמצום אפקטיביים של התעניינותו של הנפגע, יכולת ההנאה שלו ומצב רוחו. **ג. עוררות פסיכופיזיולוגית** שתסמיניה מתבטאים בקשיי שינה, מתח, עצבנות מתמדת עד כדי התפרצויות זעם וקשיים בריכוז. התסמינים הללו יכולים להופיע מיד או בסמוך להתנסות הטראומתית ולעתים בחלוף זמן רב, לאחר חודשים ואף שנים.

תסמונת פוסט-טראומתית תוגדר ככרונית כאשר התסמינים נמשכים שלושה חודשים או יותר. ראוי לציין שעל פי ארגון הבריאות העולמי (International Classification of Disease - ICD), אדם יאובחן כסובל מתסמונת פוסט-טראומתית אם נחשף לאירוע טראומטי ואם הוא מאופיין בסימפטומים חודרניים בלבד, ואילו ה-DSM מתנה את האבחנה בשלושה סימפטומים של הימנעות, שניים של עוררות ואחד של חודרנות. בנוסף, ה-DSM מצביע על אפשרות של התפרצות תסמונת מושהית (Delayed Onset), קרי, הופעת הסימפטומים כחצי שנה ומעלה מהחשיפה לאירוע.

ויותר מכל על ההשתלבות המנטאלית. הפונה מתבקש לתאר את האירוע הטראומתי שחווה כדי לעמוד על אופיו, עוצמתו, משכו, רמת הסכנה שהיה שרוי בה והסימפטומים שהתפתחו בעקבותיו. בהקשר זה מקפידים לשאול ביחידה מתי התעוררו הסימפטומים וכמה זמן הם נמשכים [18].

לאחר שנסיונות האירוע ומשכו ברורים, מתבקש המטופל לתאר את קורותיו לאחר תום השירות הצבאי. מפרק זה למדים על תהליכי הבחירה בתחום לימודים, רכישת מקצוע והשתלבות תעסוקתית ובבחירת בת זוג והקמת משפחה. על בסיס זה נבדק כושר הסתגלות, התמדה ותפקוד במישור התעסוקתי והמשפחתי. בהנחה שיש לפונה קשיי תפקוד הוא מתבקש להעריך את חלקה של הטראומה בקשיי התפקוד. כך מתקבלת פרספקטיבה על בשלותו ובגרותו של המטופל. גם בת הזוג של הפונה מוזמנת ליחידה כדי לקבל את התייחסותה לגבי אופי הבעיה, מאפייניה ועוצמתה. מעבר למידע על אופי הבעיה של הפונה, בת הזוג מעניקה תרומה אפשרית מצדה להתפתחות ולאופי הטראומה. דבר זה חשוב לדיון על סוג הטיפול בישיבת הצוות, שיכול להיות טיפול זוגי ומשפחתי.

השלב האחרון בתהליך ההערכה, לפני הסיכום וגיבוש האבחנה בידי צוות היחידה, הוא שלב מילוי השאלונים, הכוללים את CAPS [19] (Clinical Adminstrated PTSD Scale), טופס שאותו המטפל והמטופל ממלאים יחדיו, וטופסי שאלונים למילוי עצמי הכוללים את ה-MADRS (MADRS Montgomery Asberg Depression Rating Scale) לבדיקת רמת הדיכאון [20], להערכת רמת התקווה Hope Scale [22], POAMS [21] לבדיקת רמת התפקוד היומיומי ו-PTSD [23]. ככלל, השאלונים הללו הם כלי עזר עבור המעריך והצוות ואינם משמשים כלי אבחוני בלעדי וקובע. במילים אחרות, לרושם הקליני של המעריך משקל גדול יותר מאשר לתוצאות השאלונים בתהליך קבלת ההחלטות בישיבת הצוות.

לסיכום, הריאיון הפסיכוסוציאלי נועד לבדוק ולבחון את נסיבות האירוע הטראומתי שעליו מעיד הפונה ואת הגורמים שהשפיעו על אופייה ועוצמתה של תגובת הקרב. בריאיון זה מחפש המעריך גורמי סיכון (Risk Factors) [24] להתפתחות פוסט-טראומה כרונית, ואת השפעתם של גורמי סיכון אלה על התפקוד של הפונה בהווה. על בסיס כל אלה מוצגת אבחנתו המשוערת של המטפל תוך התייחסות לעוצמת הסימפטומים והשפעתם על תפקודו של הפונה.

תהליך קבלת ההחלטות בישיבת הצוות

בישיבת הצוות מוצג תיקו של המטופל על ידי המטפל אשר ביצע את ההערכה, ועל בסיס זה מתקבלת החלטה בנוגע לאבחנה ולסוג הטיפול שנראה מתאים לפונה. בהצגת המקרה, המעריך שם דגש על תלונותיו של הפונה, תהליך התפתחותו, מאפייני האירוע ואופי הסימפטומים שהתפתחו לאחריו, אבחנתו וסוג הטיפול שנראה לו מתאים – ונותן הסבר לכך.

הצוות מתמקד בדיוניו בשאלת האבחנה, מידת חומרתה ובבחינת סוג הטיפול: טיפול באוריינטציה פסיכואנליטית (להלן: "טיפול דינמי"), טיפול קוגניטיבי-התנהגותי לסוגיו, זוגי, קבוצתי, תרופתי או משולב (תרופתי וסוג טיפול נוסף).

ההפניה לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי נובעת מאופי התמונה הקלינית. מטופל אשר סובל מסימפטומים ממוקדים המעידים על הפרעה קונקרטי בתפקוד, כמו קושי להיכנס למקומות סגורים, קושי להשתמש בתחבורה ציבורית וכדומה, יופנה לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. יצוין שמטופל שמגיע עם סימפטומים

(יודע)... [12, עמוד 129]. המחוות הקטנות (שפת הגוף) והדברים שהמעריך אומר משפיעים אפוא על תהליך ה-Intake.

הביטחון המקצועי והאנושי שהמעריך משדר הוא הצעד הראשון בהחזרת תחושת הביטחון הבסיסית שאבדה למטופל בעקבות אימת האירוע הטראומתי [13]. אחד הדברים שמסייעים ביצירת גבולות הוא המסרים שהמעריך מבצע את ההערכה מעביר לפונה בתחילת מפגש ההערכה הראשון. במפגש זה המעריך נוהג להציג את עצמו, את היחידה ואת תהליך ההערכה על מטרותיו ואופיו ("אני אציג שאלות שעליהן תתבקש להשיב במטרה להבין את אופי הבעיה ודרכי העזרה האפשריות לפתרונה"). בתוך כך מודגש השוני בין מפגשי ההערכה לבין המפגשים הטיפוליים. יש במפגש זה ביטוי למחווה אנושית המגלמת כבוד אנושי בסיסי. המטפל מסביר למטופל על התהליך כאדם בוגר בעל כישורים שכליים, דבר התואם את המלצותיו של קייסמנט [14] בדבר הגישה הנכונה למגע עם מטופלים. זאת ועוד, בכך מופגנת נכונותו של המטפל לסייע, לצד הפגנת הביטחון הטמון בעצם הצגת מסגרת ברורה ורציפה. אלה יוצרים תחושת תקווה [15] ראשונית החשובה לתחילת המפגש עם עולם התוכן של הטיפול ולנכונותו ורצונו של הפונה להמשיך בטיפול [16].

הריאיון הפסיכוסוציאלי המובנה מבוסס על סדרת שאלות מאורגנות ומסודרות התואמות את מהלך חייו של הפרט. ראשיתו בקבלת פרטים סוציו-דמוגרפיים בסיסיים הנרשמים בטופס הקבלה. בשלב הבא מתבקש הפונה לתאר את הסימפטומים שמהם הוא סובל בהווה – עוצמתם, משכם ואופיים והשפעתם על תפקודו. המעריך מקפיד לאפשר לפונה לתאר את הסימפטומים בשפתו ובהתאם לתפיסתו מבלי להתערב, כדי לקבל רושם ראשוני בלתי אמצעי לגבי עוצמת המצוקה ואופייה. מידע ראשוני זה מנוסח בפתיחת טופס ההערכה.

לאחר בירור ההתפתחות הפסיכיאטרית של הפונה בגיל הרך, מתמקד המטפל במשפחה הגרעינית על הרכבה, מקומו בין האחים, מערכות היחסים בין ההורים עצמם ובין ההורים לילדי המשפחה ומערכות היחסים בין האחים. למערכות יחסיו של הפונה עם הוריו ועם אחיו ניתן דגש מיוחד. כל זאת כדי לבדוק את האווירה הרגשית במשפחה, ערכיה, נורמות חייה ורמת תפקודה [17]. נוסף על כל אלה נעשה בירור באשר לטראומות שהתרחשו במשפחה, לרבות חשיפה של אחד מבני המשפחה לטראומה על רקע קרב [17], וקיומה של פסיכופתולוגיה משפחתית קשה (Major). כל אלה נועדו להבין השפעות משפחתיות על התפתחות הסימפטומים הפוסט-טראומתיים לאחר החשיפה לטראומה על רקע קרב שבעטייה הפונה מבקש סיוע בהווה.

בשלב הבא, מתמקד המעריך במישור הלימודי ושם דגש על מעברים בין בתי ספר, פעילויות בשעות הפנאי, קשרים עם קבוצת "המקבילים לו", בעיות משמעת, שימוש בסמים ואלכוהול והסתבכויות עם החוק. כל אלה שופכים אור על תהליכי התמדה, יכולת לקבל אחריות ומרות, קשיי הסתגלות ומאפייני אישיות (מופנמות לעומת מוחצנות וכדומה) – משתנים משמעותיים להבנת מאפייני הטראומה ועוצמתה בהווה. לדוגמה, פונה שאופייני בקשיי התמדה והסתגלות בתקופת גיל ההתבגרות שהתבטאו גם במערכת הצבאית יעורר ספק אצל המעריך בדבר יכולתו להתמיד בטיפול ולקבל אחריות על בעייתו הפסיכולוגית בהווה. שאלה זו היא בעלת חשיבות רבה לקבלת ההחלטה בישיבת הצוות שתתואר בהמשך.

לאחר סיום פרק זה בתהליך ההערכה, מתמקד המעריך בתהליכי הסתגלותו והשתלבותו של הפונה במערכת הצבאית. בשלב זה מושם דגש על ההשתלבות המקצועית והחברתית במערכת הצבאית

תומכת", שכן משולבים בה מרכיבי דיון על הקונפליקטים המרכזיים שבולטים בקרב המטופלים, דרכי התמודדותם, מנגנוני ההגנה שלהם, מאפיינים של יחסי האובייקט שלהם, וחלקים של למידה בינאישית דרך ביטויים קוגניטיביים-התנהגותיים ותומכים [30].

ההפניה לטיפול תרופתי נעשית במקרים של תלונות על פוסט-טראומה מתמשכת שבה בולטים סימפטומים של קשיי שינה, חרדה מוגברת, עצב או שילוב של כל אלו. בחלק מהמקרים מדובר בפונים הסובלים מהתסמונת שנים רבות, אך ייתכן שגם מטופלים שנחשפו לאירוע בטווח הקצר יותר יטופלו בתרופות, אם עוצמת הסימפטומים גורמת לקשיי ריכוז ניכרים, מחשבות בלתי פוסקות על האירוע, קשיי שינה ותחושה של איבוד שליטה "עד כדי שיגעון".

הטיפול התרופתי מתמקד בסימפטומים נלווים (דיכאון, חרדה, קשיי שינה) לתסמונת, בהיעדר טיפול תרופתי לתסמונת. בהקשר זה קיימים דיווחים חיוביים באשר להקלה על דיכאון, חרדה והפרעות שינה [5]. במסגרת טיפול זה משולבות שיחות תמיכה שמטרתן לתמוך רגשית במטופל, דרך נגיעה בקשיים הרגשיים המלווים אותו ובהשפעתם על התפקוד. בשיחות, המטפל מקפיד שלא לשקף או לפרש דברים שהמטופל לא מעלה מיוזמתו, ומשולבים בהן אלמנטים של הדרכה (פסיכרו-חינוכיים).

הפניה לטיפול זוגי ומשפחתי תיעשה במקרים של הפרעה תפקודית בולטת במישור הזוגי-משפחתי (שלוש מקבלת חיזוק מהריאיון עם בת הזוג), ובמידת המוטיבציה של בת הזוג לשתף פעולה עם טיפול מעין זה. יצוין שבנות זוג רבות מעדיפות שבני זוגן יטופלו בנפרד בהנחה שעיקר הבעיה היא אצלן [17].

משך הטיפול ביחידה לת"ק נע בין חודשים מספר לשנה וחצי על בסיס שבועי קבוע; טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נפרש על פני כחמישה חודשים, טיפול דינמי נמשך כשנה וחצי וטיפול קבוצתי נמשך שנה, ובו משתתפים כ-12 פונים המטופלים על ידי שני מטפלים, גבר ואישה. חלק מהטיפוליים הפרטניים נעשים על בסיס פרוטוקולים, כמו טיפול ב"חשיפה ממושכת" [28] וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי קלאסי, שגובש לקווים מנחים לטיפול (Guidelines) על ידי מפקד היחידה לת"ק, בהתאם לעקרונות של בק [25] ואליס [29]. אחרים, כמו הטיפול הדינמי והקבוצתי, מתבססים על כלים שכל מטפל רכש במהלך שנות הכשרתו המקצועית (בבתי ספר לפסיכותרפיה ולימודי תעודה בהנחיית קבוצות, וגם בקורסים במחלקת ברה"ן ועוד).

סיכום

במאמר זה ניסינו לתאר את תהליך ההערכה המתבצע ביחידה לת"ק, תהליך שהתגבש למתכונתו הנוכחית במהלך חמש השנים האחרונות. תיאור תהליך ההערכה ודרך קבלת החלטות המקצועיות המתקבלות ביחידה, באשר לבחירת סוג הטיפול בפונה, עשויים לסייע לאנשי מקצוע נוספים העוסקים בטיפול בקבוצות שונות של נפגעים פוסט-טראומתיים על רקע אירועים טראומתיים שונים. מיותר לציין שהחלטות אלה צריכות להיבחן במחקר קליני שיעריך את יעילות שיטות הטיפול ביחידה לת"ק, מחקר שאנו שוקדים על עריכתו בימים אלה. ●

מחבר מכותב: ד"ר אופיר לוי

נובך 20, מודיעין

טל': 08-9714371

נייד: 057-8154759

דוא"ל: ofirsiona@gmail.com

של תגובת דחק חריפה או סימפטומים של הפרעת דחק חריפה, המתרחשות בחודש הראשון לחשיפה לאירוע, יטופל תמיד באוריינטציה התנהגותית-קוגניטיבית.

ככלל, נקודת המבט של הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי מכוונת למקרים שהנפגע מעריך את האירוע הטראומתי לחומרה עד כי הוא מפתח אמונות שליליות כמו: "בשום מקום לא בטוח", "האסון הבא יכה בקרוב", "אני מת מבפנים" או "אני הולך להשתגע", שמובילות לפגיעה בתפקוד. על רקע אמונות שליליות אלה, הניסיון הטראומתי לא מוטמע בזיכרון האוטוביוגרפי של הנפגע, דבר המוסיף על קשיי התפקוד [25].

הטיפול נועד אפוא לזהות את הטעויות החשיבתיות שבבסיס ההערכה השלילית שמעריך הנפגע את האירוע הטראומתי ואת אמונותיו על תפקוד לקוי (Dysfunction), תוך כדי בניית חלופות מחשבתיות סתגלניות. בנוסף, נעשה ניסיון למצוא משמעות חיובית לחוויה הטראומתית מתוך מטרה להטמיע את החוויה הטראומתית בזיכרון האוטוביוגרפי של הפונה. הדגש אם כן בטיפול הוא על בעיות עכשוויות הנגישות לניתוח. היבט אחר השייך לשיטת טיפול זו נוגע לתפיסת האירוע הטראומתי כתגובת פחד. אנשים הנחשפים למצבים קשים מגיבים בעוררות פיזיולוגית, בפחד וחרדה כשהם נתקלים בתזכורות אסוציאטיביות לטראומה. כדי להימנע מכך הם לא נחשפים לדברים המזכירים את הטראומה, וכך אינם עוברים את התהליך הטבעי של הכחדה. פואה וקוזק [26] מבינים את הפחד כמבנה קוגניטיבי המכיל ייצוגים של הגירויים המפחידים, תגובות פחד והמשמעות הקשורה לגירויים ולתגובות. טיפול צריך לעורר את זיכרון הפחד, ולהכניס לתוכו מידע חדש שסותר אלמנטים לא מתאימים במבנה הקיים.

כאשר מדובר באדם המציג תמונה קלינית המתאימה לפוסט-טראומה כרונית – המעידה על הפרעות תפקוד נרחבות (במישור התעסוקתי, הבינאישי, המשפחתי והזוגי) ו/או עם עדות לפרה-מורבידיות התפתחותית-אישיותית, וכאשר קיימת יכולת לתובנה, הסמלה והפשטה – הוא יופנה לרוב לטיפול דינמי. שיטת טיפול זו אמורה לעזור למטופל להבין את השפעתו של האירוע הטראומתי על אישיותו. כל זאת בהתבסס על החוויות שעבר לאחר האירוע, בד בבד עם נגיעה במערכות יחסיו עם דמויות משמעותיות מעברו (שלעיתים משתקפות במערכת היחסים שהוא יוצר עם המטפל) והשפעתן על אופן הטמעת האירוע בהווה. תוך כדי כך נבחנות משמעותיות של האירוע, אופן התגובה האישי לאירוע והתנהגויות שהתפתחו אחריו. באמצעות כל אלה הכוונה היא שהמטופל ירכוש תובנות (Insight) באשר לגורמים המפעילים אותו, עד כדי יצירת שליטה על חוויותיו הפנימיות בדרך להתמודדות אפקטיבית יותר [27].

כלי טיפולי נוסף בידי המטפל הוא הפניית הנפגע לטיפול קבוצתי. מדי שנה נפתחות ביחידה לתגובות קרב שתי קבוצות טיפול בחלוקה על פי גילים: האחת לנפגעי מלחמת ששת הימים, יום הכיפורים ומלחמת לבנון הראשונה, והקבוצה השנייה לנפגעי האינתיפאדה השנייה ומלחמת לבנון השנייה. ההתאמה להשתלבות בקבוצה כוללת הערכת יכולת ונכונות להישף ולשאת סיפורים וחוויות של אחרים, והיכולת להשתלב ולהפיק מהתהליך הקבוצתי לצורך התמודדות עם הקשיים מחוץ לחדר הטיפוליים. בטיפול זה ההנחה היא שלקבוצת השווים יש משמעות רבה להתמודדות עם תוצאות החשיפה לאירוע הטראומתי. הנחה נוספת היא שבאמצעות קבוצת השווים הפרט חש הקלה בתחושת הבדידות החברתית האופיינית לאנשים הסובלים מפוסט-טראומה כרונית. ביחידה לת"ק נעשה לרוב שימוש בטיפול קבוצתי בשיטה שניתן לכנותה "פסיכרו-דינמית"

ביבליוגרפיה

1. *Solomon Z., Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War.* New York: Plenum Press, 1993.
2. ויצטום א', לוי ע', סולומון ז' וחב', תגובות הקרב במלחמות ישראל חלק ז': מלחמת לבנון, יוני-אוגוסט 1982, שיחות, ו, 44-34; 1991
3. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, DSM-IV-TR.* Washington, DC: Author, 2000.
4. *Matthew FT., Monson CM. & Friedman MJ., A Critical Analysis of Approaches to Targeted PTSD Prevention Current Status and Theoretically Derived Future Directions.* Behavior Modification, vol. 31, 2007; 80-116.
5. של א', פוסט-טראומה - קליניקה ומחקר, שיחות, 1, 19-5; 1994
6. *Nash WP., The Stressors of War, in: Combat Stress Injury: Theory Research and Management,* Eds. Figley CR & Nash WP Routledge, New York London; 2007.
7. *Bleich A., Gelkopf M., Solomon Z., Exposure to Terrorism, Stress-related Mental Health Symptoms, and Coping Behaviors Among a Nationally Representative Sample in Israel,* The Journal of the American Medical Association, Vol. 290, 2003; 603-611.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, DSM (3rd ed.).* Washington, DC: Author. 1980.
9. בלייך א', סולומון ז', נכות נפשית. משרד הביטחון - הוצאה לאור. 2002.
10. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, DSM-III-R.* (Rev. 3rd ed.). Washington, DC: Author, 1987.
11. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, DSM-IV (4th ed.).* Washington, DC: Author, 1994.
12. אוגדן ת', הקצה הפרימיטיבי של החוויה, תל אביב: הוצאת עם עובד, 2001.
13. הרמן ג', טראומה והחלמה. ספריית אופקים: הוצאת עם עובד, 1992.
14. קייסמנט פ', להוסיף וללמוד מן המטופל (עמ' 120-134). תל אביב: דביר, 1995.
15. לוי א', "תופעת התקווה". כאמצעי לטיפול בתגובת דחק פוסט-טראומתית. שיחות, כ"ב (3) 3, 2008; 244-233.
16. *Snyder CR., Hope Theory and Cognitive-behavioral Therapies.* In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications.* San Diego, CA: Academic Press, 2000; 109-121.
17. אליצור א', טיאנו ש', מוניץ ח' וחב', פרקים נבחרים בפסיכיאטריה. תל אביב: פפירוס, 2002.
18. *Gray M., Bolton EE. & Litz BT., A Longitudinal Analysis of PTSD Symptom Course: Delayed-Onset PTSD in Somalia Peacekeepers.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 72, No. 5. American Psychological Association, 2004; 909-913.
19. *Blake DD., Weathers FW., Nagy LM. & al, The Development of a Clinician-administered PTSD Scale.* Journal of Traumatic Stress 8, 1995; 75-90.
20. *Montgomery SA., Asberg M., A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change.* British Journal of Psychiatry, 1979; 134: 382-389.
21. *Snyder CR., Hypothesis: There is hope.* In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications.* San Diego, CA: Academic Press, 2000; 3-21.
22. *Kopta, S.M., & Lowry, J.L, Intake-Initial visit psychotherapy outcome assessment and monitoring system POAMS - Trauma Version, 1997.*
23. *Solomon Z., Benbenishty R., Neria Y. & al, Assessment of PTSD: Validation of the Revised PTSD Inventory.* Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences, 1993; 30: 110-115.
24. *Kaplan Z., Weiser M., Reichenberg A. & al, Motivation to Serve in the Military Influences Vulnerability to Future Posttraumatic Stress Disorder.* Psychiatry Research, 2002; 109 (1): 45-49.
25. *Beck A., The Current State of Cognitive Therapy.* Arch Gen Psychiatry, 2005; 62: 953-959.
26. *Foa EB. & Kozak MJ., Emotional Processing in Fear: Exposure to Corrective Information,* Psychological Bulletin, 1986; 99: 20-35.
27. *Kudler HS., Blank AS., Krupnick JL., Psychodynamic Therapy, in Effective Treatments for PTSD.* Edited by Foa EB., Keane TM., Friedman MJ., New York, Guilford, 2004; 176-198.
28. פואה ע', דורון מ', ידין א', חשיפה ממושכת - המדריך לטיפול בהפרעה פוסט-טראומתית - מהדורה שנייה, הוצאת המרכז לשעת חירום, קריית שמונה, 2006.
29. דריידן ו', טיפול התנהגותי רציונלי-אמוטיבי. הוצאת ספרים "אח" בע"מ, חולון, 2006.
30. לוי א', טיפול קבוצתי ארוך טווח, בנפגעי פוסט-טראומה כרונית, 2006. www.sfareem.co.il.