

מועילות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, הדינאמי, הקבוצתי והתרופתי בנפגעי פוסט-טראומה כרונית שטופלו ביחידה לתגובות קרב: ממצאים המבוססים על התרשמויות המטפלים

תקציר:

רקע: בחינת יעילות הטיפול הפסיכולוגי והפסיכיאטרי בסובלים מהפרעה בתר-חבלתית (פוסט-טראומתית) מעסיקה רבות ארגונים וקלינאים העוסקים בטיפול בתסמונת מורכבת זו. הדברים זוכים למשנה תוקף כשבוחנים ארגון דוגמת היחידה לתגובות קרב בצה"ל, האמון על מגוון שיטות טיפול: הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי (Cognitive-Behavioral Therapy), הדינאמי, הקבוצתי ארוך הטווח והטיפול תרופתי.

מטרות: להציג ממצאים ראשוניים הנוגעים ליעילות סוגי הטיפול המשמשים ביחידה לתגובות הקרב.

שיטות: ממצאי המחקר מבוססים על ניתוח תוכן של 213 תיקי מטופלים שפנו ליחידה. ניתוח זה תואם את עקרונות המחקר האיכותני, ומתבסס על איתור דיווחים של מטפלים על עוצמת המצוקה הפוסט-טראומתית בקרב הפונים, במדדים של עוצמת התסמינים ורמת התפקוד. העוצמה סווגה לשלוש דרגות: נמוכה, בינונית וגבוהה (או חמורה). הממצאים התבססו על נתוני סוף תהליך ההערכה, כפי שתועדו בסיכום ישיבת הצוות, לפני תחילת הטיפול, וכן על נתוני סיום הטיפול, כפי שתועדו בדוח "סיכום טיפול" בידי המטפל. התוצאות נבחנו באמצעות מדידות חזרות של Chi-square tests באמצעות מבחן Bowker-McNemar.

תוצאות: בקרב 61.5% מהמטופלים בטיפול דינאמי או קוגניטיבי-התנהגותי שסבלו מעוצמה קלה של מצוקה פוסט-טראומתית, דווח על שיפור במצב עד כדי היעלמות התסמינים. עם זאת, לגבי 22.7% מהמטופלים בטיפול דינאמי דווח על החמרה. בקרב מטופלים בטיפול תרופתי או קבוצתי שסבלו מעוצמה נמוכה של מצוקה לא ניכר שינוי במצב. בקרב מטופלים שסווגו כסובלים מעוצמה בינונית של מצוקה, נמצא כי ב-37.3% מהמקרים ניכר שיפור מבינוני לקל או עד כדי היעלמות התסמינים בכל אחת מארבע שיטות הטיפול שבדקו. עם זאת, לגבי 6.6% מהמקרים דווח על החמרה לעוצמה גבוהה של מצוקה בעקבות טיפול דינאמי או קבוצתי, ולגבי 34% מהמטופלים שסווגו בעוצמת מצוקה בינונית, דווח כי לא חל שינוי במצב בכל אחד מסוגי הטיפול. עוד דווח כי בקרב כ-70% מהמטופלים שסבלו מעוצמה גבוהה של מצוקה וטופלו באחד מארבעת סוגי הטיפול פחתה עוצמת המצוקה לבינונית או אף לקלה, והיו דיווחים גם על מקרים של היעלמות התסמינים. לגבי 30% מהמטופלים שסווגו בעוצמת מצוקה זו דווח כי לא חלה הטבה במצבם בכל אחד מסוגי הטיפול.

מסקנות: תוצאות המחקר תואמות ממצאים מחקריים שלפיהם אין הבדלים של ממש בין סוגי הטיפולים, וכי מבחר גישות לטיפול בפוסט-טראומה הניבו תוצאה טיפולית דומה.

סא"ל אופיר לוי¹
גדי לובין²
יעל פארן³
סרן יעל שובל⁴
אל"מ אייל פרוכטר⁵

¹ היחידה לתגובות קרב, מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל
² שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות
³ החוג לפסיכולוגיה, האוניברסיטה העברית בירושלים
⁴ היחידה לתגובות קרב, מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל
⁵ מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל

מילות מפתח:
:KEY WORDS

היחידה לתגובות קרב, תסמונת פוסט-טראומתית כרונית, מועילות הטיפול, שיטת טיפול דינאמית, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, טיפול תרופתי, טיפול קבוצתי
Combat Stress Reaction Unit, Chronic PTSD, Efficacy of treatment, Dynamic therapy, Cognitive-Behavioral therapy, Drug therapy, Group therapy

מבוא

יעילות הטיפול בנפגעי פוסט-טראומה כרונית היא אחת הסוגיות המרכזיות המעסיקות את אנשי המקצוע והארגונים המטפלים בתסמונת מורכבת זו. התסמונת הפוסט-טראומתית נחשבת הפרעה כרונית, הנוגעת במגוון רחב של מרכיבים רגשיים, שכמה מהם (דוגמת מרכיב האשמה), מסובכים לטיפול [1]. מכיוון שמטרות הטיפול בתסמונת פוסט-טראומתית כרונית מכוונות להקלת התסמינים ולשיפור בתפקוד, הרי שבחינת יעילות הטיפול

נעשית מורכבת ומסובכת יותר, יחסית להפרעות שהיעד הטיפול בהן הוא החלמה או הכחדת התסמינים, כגון בטיפול בחרדות [2]. ביחידה לתגובות קרב בצה"ל מיישמים 5-6 שיטות טיפול עיקריות בפוסט-טראומה כרונית: קוגניטיבי-התנהגותית (Cognitive-Behavioral Therapy), דינאמית, קבוצתית ארוכת טווח וקצרת מועד (לפי עקרונות התשאול - debriefing), זוגית-משפחתית ותרופתית. בעידן של פרקטיקה מבוססת ראיות (Evidence-Based Practice - EBP), שאלת יעילות הטיפול חשובה שבעתים [3].

מחקרים רבים בדקו את יעילות הטיפול בנפגעי פוסט-

מעידים לרוב על יעילותה של שיטת טיפול זו, למגוון הטכניקות שמרכיבות אותה – דוגמת הטיפול בחשיפה ממושכת (PE) – בהפחתת תסמיני ה-PTSD [4, 12]. לעומת המחקר הרב על-אודות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, הרי שהמחקר על הטיפול הפסיכודינאמי ב-PTSD, מתבסס בעיקרו על תיאורי מקרה ומתמקד בהיבטים תיאורטיים וטכניים של הטיפול [1, 13]. במסגרת מחקרים אלה מודגש אף הקושי המיוחד בעבודה עם פוסט-טראומתיים, זאת מחמת תהליכי העברה נגדית הרווחים בקרב המטופלים (counter transference) [24]. עם זאת, גם ביחס לטכניקה הטיפולית הפסיכודינאמית הצטברו עדויות בדבר תוצאות חיוביות [14]. שני מחקרים מדגימים תוצאות חיוביות בטיפול פסיכודינאמי: לינדי [14] דיווח על עבודתו עם 37 לוחמים לשעבר בווייטנאם הסובלים מ-PTSD, בהשוואה ל-200 לוחמים, אף הם משדות הקרב בווייטנאם, שלא ניכרו בהם תסמינים פוסט-טראומתיים. מטרת הטיפול הייתה לסייע למטופלים להתמודד עם הזיכרונות הטראומתיים, להפחית את עוצמת התסמינים שהם חווים ולהקל עליהם נפשית. בטיפול היה מדרוך, ונערכה בקרה למרכיבי המרכיבים. במטופלים שסיימו את הטיפול הודגמה ירידה בתסמינים החדורניים ובדיכאון. במחקר אחר [15] נערכה השוואה בין שלוש טכניקות טיפוליות: טיפול פסיכודינאמי קצר מועד, היפנותרפיה ודה-סנסיטיזציה. קבוצת הביקורת מנתה מטופלים ששובצו לרשימת המתנה לטיפול. המטופלים חולקו באקראי לכל אחת מ-4 הקבוצות. המטופלים, בעלי ניסיון של 10 שנים לפחות, הודרכו בידי מומחה לכל שיטת טיפול. בסיום הטיפול הודגם שינוי ניכר בכל אחת מ-4 קבוצות הטיפול. ההבדלים בין הקבוצות היו אמנם קטנים, אך ניכרה נטייה ולפיה מטופלים בשיטה הפסיכודינאמית דיווחו על שיפור ניכר סביב הקלסתר ההימנעותי לעומת קלסתר התסמינים החדורניים, ואילו בקרב המטופלים בהיפנותרפיה וכן המטופלים בדה-סנסיטיזציה הודגם מצב הפוך: שיפור ניכר סביב קלסתר התסמינים החדורניים לעומת קלסתר ההימנעות. תוצאות אלה משני המחקרים תואמות עדויות נוספות בדבר תוצאות חיוביות במטופלים ששובצו לטיפול פסיכודינאמי [16].

אשר לטיפול התרופתי, הדיווחים מתמקדים בהקלה בתסמינים הנלווים לתסמונת הפוסט-טראומתית בהעדר טיפול תרופתי, ובעיקר דיכאון, חרדה והפרעות שינה [17].

גם לגבי יעילותו של הטיפול הקבוצתי בקרב נפגעי פוסט-טראומה כרונית, מסקירת 15 מחקרים [18] עולות עדויות חיוביות בתום הטיפול, הן ביחס לתחילת הטיפול והן ביחס לקבוצת ביקורת של נפגעים המצויים ברשימת המתנה לטיפול.

הממצאים המחקריים מעידים אפוא על יעילותם של כל אחד מסוגי הטיפול המקובלים בטיפול בנפגעי פוסט-טראומה כרונית, אם כי בהקשר זה בולטת העמדה במחקרית שלפיה טיפול קוגניטיבי-התנהגותי לגווניו יעיל יותר [12]. ביסוס הממצאים על השמה אקראית או לחלופין על דיווחים של מטופלים ומטפלים מייצג את ה"משימה" שהונחה לפתחה של הסוכנות למדיניות הדאגה לבריאות ולמחקר (The Agency for Health Care Policy and Research – AHCPR): לזהות כל טיפול יעיל בהפרעות הנפש לפי אמות מידה מחקריות. מאחר שהיחידה לתגובות קרב היא המופקדת מטעם צה"ל ומשרד הביטחון על בריאות נפשם של נפגעי פוסט-טראומה כרונית, הוחלט כי היחידה תגבש כיווני מחקר לבחינת יעילותם של סוגי הטיפול. במסגרת זו נערכה בדיקה ראשונית של הנתונים המצויים ברשות היחידה, דרך בחינת תיקי המטופלים. אחד מסוגי הממצאים שהעלתה בדיקה הוא דיווחם של מטפלים על תוצאות הטיפול שהיו שותפים להלן נתאר תחילה את היחידה וכן את תהליך הערכת הפונים

טראומה [2], ואולם רוב המחקרים הללו התמקדו בתוכניות טיפול קוגניטיביות-התנהגותיות [3], ובייחוד בטכניקות של חשיפה ממושכת (Prolong Exposure – PE) [4], אימון לחיסון מפני לחצים (Stress Inoculation Training), התמודדות עם חרדה [5], טיפול באמצעות עיבוד קוגניטיבי (Cognitive Processing Therapy) [6] והבנייה קוגניטיבית (Cognitive Reconstructing) [7].

במחקר הנוכחי תודגם יעילות הטיפולים בהתבסס על התרשמויותיהם הקליניות של המטופלים, וכפי שהומחשה בבדיקת 213 תיקי מטופלים ביחידה לתגובות קרב בעקבות פוסט-טראומה כרונית. כל המטופלים שנכללו במחקר טופלו באחד מסוגי הטיפול המשמשים ביחידה לתגובות קרב. מטופלים אלה שובצו לטיפול בתום תהליך הערכה (intake, בשפה המקצועית) טרום-טיפול. יודגש כי בראיית היחידה לתגובות קרב תהליך ההערכה הוא בעל חשיבות מכרעת, שכן מעבר לצורכי האבחון לשמו משמש תהליך ההערכה גם לבחינת התאמת הטיפול. התאמת סוג הטיפול למאפייניו של המטופל ידועה כמרכיב מרכזי בהשפעה על סיכויי ההצלחה בטיפול. תהליך ההערכה מתמקד בין השאר בריאיון פסיכוסוציאלי מובנה, ותוצאותיו סוכמו לאבחנה המסווגת את עוצמת המצוקה הפוסט-טראומתית, במדדים של עוצמת התסמינים ורמת התפקוד, לאחת מ-3 דרגות: קלה, בינונית, גבוהה. המידע שהתקבל בשלב ההערכה הטרומ-טיפולית הושווה לתוצאות שדווחו בתום הטיפול, כפי שתועדו בסיכום הטיפול שצורף לתיקים. תוצאות אלה סוכמו אף הן לאבחנה של עוצמת מצוקה פוסט-טראומתית, לפי אותם סיווגים: קלה, בינונית או גבוהה.

תסמונת פוסט-טראומתית כרונית

התפתחותה של תסמונת פוסט-טראומתית כרונית תוארה במאמר קודם מפרי עטנו [8]. הנסיבות והאירועים שיש בכוחם להביא לידי התפתחות התסמונת הם רבים ומגוונים, לרבות תאונות לסוגיהן, פיגועים או אונס. ואולם חוקרים וקלינאים מצביעים כבר על הלידה ועל תהליך הסתגלותו של היילוד לחיים כעל אירועים בעלי פוטנציאל טראומתי גבוה מטיבו, שכן תנאים אלה מכתיבים תלות מוחלטת של התינוק בתפקוד הסביבתי – האימהי או של הדמות המטפלת העיקרית – כל זאת בניסיונות של בלבול ודיסאינטגרציה. במקרים של כשל ניכר בתפקוד הסביבתי ביחס אליו, יחווה התינוק טראומה [9].

עם זאת, במאמר הנוכחי נתמקד באוכלוסייה ייחודית של חיילים שפיתחו תסמינים פוסט-טראומתיים בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי, ואובחנו כלוקים בהפרעת דחק פוסט-טראומתית (PTSD) (Post Traumatic Stress Disorder –) כרונית, בעקבות השתתפות בקרב (combat). אוכלוסייה זו, שעל בסיסה הופקו הממצאים, תואמת את המוגדר והמתואר ב"מדרוך הדיאגנוסטי והסטטיסטי להפרעות נפשיות" (2000) [10].

ממצאים מחקריים בדבר יעילותם של סוגי הטיפול בתסמונת פוסט-טראומתית כרונית

ניתוח מטא-אנליטי של 45 מחקרים מבוקרים שדנו ביעילותה של הפסיכותרפיה (טיפול באמצעות שיחות) באוכלוסיית הסובלים מ-PTSD בעקבות קרב, מצביע על יעילות נמוכה של הטיפול, בהשוואה לאותו טיפול באוכלוסיות אחרות שאובחנו כלוקים ב-PTSD [11]. רוב המחקרים ביחס לשיטות הטיפול ב-PTSD מציגים ממצאים על מידת יעילותו של הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותית. ממצאים אלה

להתייחס למעשה לעוצמת התסמינים הפוסט-טראומתיים עם תום הטיפול, התייחסות המשקפת את תמונת התסמינים הפוסט-טראומתיים בנקודת זמן של סיום התהליך הטיפולי.

אליה, ובעקבותיו את דרכי קבלת ההחלטות ביחס לסוג הטיפול שהפונה ישובץ אליה.

היחידה לתגובות קרב בצה"ל

היחידה לטיפול בתגובות קרב (להלן: ת"ק) הוקמה עם תום מלחמת שלום הגליל (מלחמת לבנון הראשונה, 1982) בשיתוף עם אגף שיקום נכים של משרד הביטחון, במחלקת בריאות הנפש של מקרפ"ר, כדי לספק מענה אבחוני וטיפולי לנפגעי תגובת קרב (Combat Stress Reaction - CSR). בהמשך סיפקה היחידה מענה גם לסובלים ממצב כרוני, בעיקר ממלחמת יום הכיפורים, אך גם מאירועי קרב אחרים. אלו חשו לגיטימציה לפנות לטיפול בעקבות לוחמי מלחמת לבנון הראשונה [19]. ככלל, רוב רובם של הפונים ליחידה לת"ק הם חיילי מילואים לשעבר או חיילי מילואים פעילים שבמסגרת שירותם הצבאי, סדיר או מילואים, נחשפו לאירוע טראומתי שהוביל להתפתחות תסמינים פוסט-טראומתיים. טווח גילם נע מבני 20 ועד 81 שנה.

מאז ימי מלחמת לבנון הראשונה התבסס מעמדה של היחידה לת"ק כיחידה טיפולית המתמחה בטיפול פסיכיאטרי ופסיכו-טרופיטי בנפגעי פוסט-טראומה כרונית (Chronic PTSD), לכל שלביה. הקבלה לטיפול בכל אחד מהמקרים כרוכה בתהליך הערכה, כמתואר במאמרנו "על תהליך הערכה (intake) והשיבוץ לטיפול ביחידה לתגובות קרב" [8]. תהליך הערכה מתבצע ב-2-3 מפגשי הערכה ביחידה לת"ק. מפגשים אלה מבוססים על ריאיון פסיכו-סוציאלי מובנה, המלווה במילוי שאלונים (CAPS) [20] לבדיקה של עוצמת התסמינים הפוסט-טראומתיים (MADRS) [21], רמת הדיכאון, שאלון תקווה [22] (POAM) [23] ותסמיני ה-PTSD [24]. מאחר שהמחקר הנוכחי התבסס על ניתוח תוכן, אין במאמר זה התייחסות מקיפה לממצאי השאלונים. ממצאים אלה יוצגו במחקר המשך.

בתום תהליך הערכה, הצוות מתמקד בשאלת האבחנה ומידת חומרתה, ובהתאם עוסק בבחינת סוג הטיפול. שיטות הטיפול העיקריות המשמשות ביחידה הן טיפול דינאמי (אקלקטי), טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) לסוגיו, וכן טיפול זוגי, קבוצתי, תרופתי או משולב (תרופתי וסוג טיפול נוסף). העיקרון המשותף לכל אחד מסוגי הטיפולים שאינם תרופתיים הוא הדגש על שלב שחזור האירוע הטראומתי המרכזי על פי דיווחו של המטופל, מתוך הבנה שזהו המרכיב הבסיסי והמרכזי בטיפול בנפגעי הפרעת דחק פוסט-טראומתית [1].

ככלל, משך הטיפול ביחידה לת"ק נע בין כמה חודשים לבין שנה וחצי, על בסיס שבועי קבוע. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נפרש על פני כ-5 חודשים; טיפול דינאמי נמשך כשנה וחצי; טיפול קבוצתי נמשך שנה, ומשתתפים בו כ-12 מטופלים. מנחי הטיפול הם שניים, גבר ואישה. יש טיפולים המתבססים על פרוטוקולים, כגון טיפול באמצעות "חשיפה ממושכת" [25], וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי קלאסי המתבסס על קווים מנחים (guidelines), לוח שגיבש מפקד היחידה לת"ק ומתבסס על עקרונותיהם של בק [26] ואליס [27]. טכניקות טיפול אחרות, דוגמת הטיפול הדינאמי והקבוצתי, מתבססות על כלים ועל מיומנויות שכל מטפל רכש לאורך שנות התמקצעותו ובתקופת לימודי התעודה, הן בבית הספר לפסיכותרפיה והן בהנחיית קבוצות.

כל אחד מסוגי הטיפול, כמפורט לעיל, מסתיים בתהליך סיכום ופרידה בין המטופל למטפל לאורך 4-2 מפגשים. במסגרת תהליך זה נבחנים ההישגים שנרכשו בטיפול, תוך בחינתם ביחס למצבו הנוכחי של המטופל. במעמד זה מתבקש המטופל, בהנחיית המטפל,

שיטת המחקר

כללי

המחקר הנוכחי הושגת על עקרונות המחקר האיכותני המתבסס על דיווחים סובייקטיביים ומשמעויותיהם [28]. בהתאם, נבחנה יעילות סוגי הטיפול ביחידה לתגובות קרב על סמך התייעוד שבתיקי

לוח 1: הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בשישה שלבים	
השלב	מהות השלב
1. יצירת קשר ויצירת החוזה	<ul style="list-style-type: none"> הצגה עצמית ומתן אוריינטציה בירור אמפתי לגבי המצוקה והצטרפות - pacing והערכה Psycho-education (התפתחות של תגובת דחק, תסמינים, נרמול) הגדרת יעדי הטיפול זמן, מקום ומספר המפגשים מסר של ציפייה
2. שחזור האירוע (בחדר)	<ul style="list-style-type: none"> תיאור עובדתי תיאור מחשבות ורגשות ציפייה
3. זיהוי "מלחיצונים" וגיבוש "מתמודדונים"	<ul style="list-style-type: none"> רישום דפוסי חשיבה לא-רציונליים (הערכת מחשבות מעוותות) שיקוף ותקיפה אמפתית (על-ידי המטפל) של דפוסי החשיבה הלא-רציונליים / הבניה קוגניטיבית גיבוש היגדים חיוביים ביחס לעולם תרגול לצורך גיבוש "דיבור פנימי" של היגדים אלה
4. חשיפה	<ul style="list-style-type: none"> חשיפה בדמיון (in vitro) בניית מדרגיות לקראת החשיפה במציאות שילוב הסביבה (חיזוקים) חשיפה במציאות (הכנה לקראת נסיגה = שימוש ב"מתמודדונים")
5. עיבוד אבל (אובדנים) ואשמה	<p>אשמה</p> <ul style="list-style-type: none"> מקבעת טראומה זיהוי תפיסות לא-רציונליות לגבי האחריות שמייחס לעצמו הפונה באירוע וצורך "עוגת אחריות" שתאפשר שיקוף של אחוזי האחריות בין המטופל לבין הסביבה צמצום האחריות עיבוד רגשי של האחריות החלקית על בסיס מסרים פטרנליסטיים <p>עבודת אבל</p> <ul style="list-style-type: none"> הכחשה כעס התמקחות דיכאון השלמה
6. סיכום ופרידה	<ul style="list-style-type: none"> תיאור אינטגרטיבי של תהליך הטיפול תיאור ההישגים הדגשת מתמודדונים ומתן חיזוקים (עיצוב התנהגות רצויה) לצורך יצירת הטמעה (פיאז'ה) הכנה לקראת נסיגה (התמודדות על בסיס כוחות ובאמצעות כלים שנרכשו בטיפול)

את האירוע הטרומטי, לרבות זיהוי תבניות הפחד [25] והאפיונים המייצרים את האמונה בדבר תפקוד לקוי [26]. כל זאת תוך בניית חלופות מחשבתיות סתגלניות על בסיס היחשפות למידע שונה ביחס למרכיבים לא-תואמים במבנה הקיים.

61 מטופלים, 28.6% מכלל המדגם, משלוש עוצמות החומרה שנמדדו, הופנו לטיפול בשיטה זו (לוח 3). בכל אחת מדרגות החומרה דווח על הטבה, כלומר על הקלה בתסמינים, או לחלופין על אי-שינוי בתסמינים. לא נמצאו דיווחים על החמרה במצב.

2. הטיפול הדינמי

לטיפול בשיטה זו שולבו מטופלים שבתהליך ההערכה זוהתה בהם תמונה קלינית התואמת פוסט-טראומה כרונית, המעידה על הפרעות תפקוד נרחבות, הן במישור התעסוקתי והן במישור הבין-אישי, המשפחתי והזוגי. תמונה קלינית זו כרוכה לעתים אף בפרה-מורבידיות התפתחותית-אישיותית. מטופלים שזוהתה בהם תבנית זו, אך שמורה בהם היכולת לתובנה, להסמלה ולהפשטה נמצאו מתאימים להיעזר בסוג זה של טיפול, שכן מטרתו היא לספק למטופל כלים להבין את השפעתו של האירוע הטרומטי על העצמי ועל אופן תפיסתו של המטופל את העולם על רקע הפירוש הקיומי שהוא עצמו מייחס לאירוע הטרומטי [14, 15]. כל זאת, תוך שימת דגש על רכישת תובנות (insight) ביחס לתהליך ההתפתחות שחווה, מתוך נגיעה במערכות יחסיו עם דמויות משמעותיות מעברו. תובנות אלה משתקפות לעתים במערכת יחסי ההעברה וההעברה הנגדית שעליה הצביע לינדי [14], ומשפיעות על אופן הטמעת האירוע בהווה. הדגש בטיפול הוא על משמעותם המודעת והלא-מודעת של התסמינים, מתוך הבנה שבמשמעות זו טמון המפתח לקידום המטופל לקראת שליטה בטרומה ושיקום תפקודו [14].

65 מטופלים, 30.5% מכלל המדגם, משלוש עוצמות החומרה שנמדדו, הופנו לטיפול בשיטה זו (לוח 3). ברוב המקרים נרשמה הקלה בתסמינים, עד כדי היעלמותם בסיום הטיפול, אם כי נרשמו דיווחים גם על אי-שינוי בתסמינים ואף על מקרים של החמרת התסמינים בדרגה אחת – מעוצמה קלה לבינונית ומבינונית לגבוהה.

3. הטיפול התרופתי

ברוב המקרים מקובל לשלב בין טיפול תרופתי לבין סוגי טיפול אחרים. ואולם כדי לאפשר בחינה מהימנה של יעילות הטיפול התרופתי כטיפול יחיד, נכללו במחקר זה רק מקרים של טיפול תרופתי בלבד, בקרב מטופלים שסיימו טיפול ביחידה לת"ק. מובן שלאחר מכן היו שחדלו מהטיפול התרופתי ואחרים התמידו בו בתמיכת מטפל אחר, שאינו משתייך ליחידה, לרוב מטעם אגף השיקום של משרד הביטחון.

65 מהמטופלים (30.5% מכלל המדגם) הופנו לטיפול זה (לוח 3). 25% מהם (16 מטופלים) סווגו בתהליך ההערכה כסובלים מעוצמת מצוקה פוסט-טראומתית קלה; 35% (23 מטופלים) סווגו כסובלים מעוצמת מצוקה בינונית; ו-40% (26 מטופלים) סווגו כסובלים מעוצמת מצוקה גבוהה.

לגבי כלל המטופלים שסווגו כסובלים מעוצמת מצוקה פוסט-טראומתית קלה, דווח על אי-שיפור במצבם בסוף הטיפול. לעומת זאת, לגבי כלל המטופלים (100%) שסווגו כסובלים מעוצמת מצוקה בינונית, דווח על הטבה במצבם, ודרגת מצוקתם פחתה מבינונית לקלה. גם לגבי מטופלים שסווגו בתחילת הטיפול כסובלים מעוצמת מצוקה גבוהה, דווח על שיפור, ובסופו סווגו מטופלים אלה כסובלים מעוצמת מצוקה בינונית.

לת"ק מאובחנים בה כסובלים מפוסט-טראומה, כ-45% מכלל המאובחנים הללו מתחילים בטיפול, וכ-87% מהמתחילים בטיפול מסיימים אותו. בעבודה זו נבחרו כאמור רק מסיימי הטיפול ביחידה. מאפייניהם הסוציו-דמוגרפיים של המטופלים סוכמו בלוח שלהלן:

כלי המחקר

(1) טופס הקבלה של הפונה ליחידה לת"ק: ניתוח הפרטים הסוציו-דמוגרפיים, כפי שדיווח עליהם הפונה, כגון ארץ לידה, שנת לידה, מצב משפחתי, השכלה, שירות צבאי בסדיר ובמילואים, תאריך התרחשות האירוע הטרומטי ונסיונותיו וכן טיפול נפשי בעברו; (2) תיקי המטופלים: ניתוח תוכן של תיעוד ההתרשמויות הקליניות, לפי דיווחם של המטופלים.

איסוף נתונים

הנתונים לוקטו מתיקי הפונים ליחידה לת"ק, בהתבסס על תיעוד היחידה ביחס לעוצמת המצוקה הפוסט-טראומתית, במדדים של עוצמת התסמינים ורמת התפקוד, בסוף תהליך ההערכה ובסוף הטיפול. תיעוד היחידה נעשה במסמך סיכום טיפול שכל מטפל כותב, בהתבססו בין השאר על תהליך הפרידה והסיכום שנערך בינו לבין המטופל. הערך המוסף של דרך זו לאיסוף נתונים, המתבססת על מסמכים פנימיים מתיקי האישי של הפונה ליחידה לת"ק, הוא באפשרות למפות גם את מאפייני הארגון, להיווכח בדרכי קבלת ההחלטות בארגון ולהיחשף לאידאולוגיה שלו.

ניתוח הנתונים

עיבוד המידע התבסס על ניתוח תוכן של תיקי המטופלים ביחידה לת"ק, לפי עקרונות המחקר האיכותני [28], זאת במטרה לזהות את עוצמת המצוקה הפוסט-טראומתית ולהשוות מדד זה בין שתי נקודות על פני רצף התהליך הטיפולי: בתום תהליך ההערכה הטרומ-טיפולי ובתום הטיפול.

ניתוח זה תואם אף את עקרונות "הניתוח הטיפולוגי" [28], שלפיו החוקר ממיין "טיפוסים" מתוך מציאות קיימת ומגדירים. במחקרנו, ה"טיפוסים" הם טיפוסים דיווח על-אודות עוצמת המצוקה הפוסט-טראומתית, כפי שלוקטו מתיקי המטופלים, ו"המציאות הקיימת" היא המציאות ביחידה לת"ק.

בתהליך ניתוח הנתונים מתוכן התיקים הופקו היסקים שקודדו לסולם המונה 3 דרגות. על בסיס קידוד זה בוצעו מדידות סטטיסטיות לדיווחים הטרומ-טיפוליים והאחר-טיפוליים. מדובר במדידות חוזרות של Chi-square tests באמצעות מבחן Bowker-McNemar. ממצאי המדידות מוצגים בלוח 3.

ממצאים

לוח 3 מציג את עיקר הממצאים ומדגים את תוצאות המדידות ביחס לכל שיטה המשמשת ביחידה לת"ק. כך מתאפשרת התבוננות במגמות הכלליות ביחס לכל סוגי הטיפול.

להלן נסקור בקצרה את הממצאים והתוצאות שבלוח 3, לפי שיטות הטיפול וביחס למאפייני המטופלים.

1. הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי

לטיפול בשיטה זו שולבו מטופלים שאובחנו כסובלים מתסמינים ממוקדים, המעידים על הפרעה קונקרטיית בתפקוד, כגון תחושת מצוקה בעת שהייה במקומות סגורים או בנסיעה בתחבורה ציבורית. הטיפול נועד לזהות את הבסיס המחשבתי להערכה השלילית

4. הטיפול הקבוצתי

בטיפול זה, שמאפייניו פורטו בשני מאמרים [8, 18], שולבו 22 מטופלים (10.4% מכלל המדגם) שזוהו כפוסט-טראומתיים, משלוש עוצמות החומרה, ואשר נוסף על התסמינים האחרים והנפוצים הקשורים בתסמונת, כגון קשיי שינה, חרדה מוגברת ועצב, בלטו בתלונותיהם תחושות של בדידות ופגיעה במיומנויות של תקשורת בין-אישית. בתום הטיפול נעו הדיווחים לגביהם בין אי-שינוי, בקרב כלל המטופלים (100%) שסווגו בעוצמת תסמינים קלה, לבין הטבה, לעתים בשתי דרגות, או אי-שינוי, בקרב מטופלים שסווגו בעוצמות תסמינים בינונית וגבוהה. בשיעור גבוה יחסית של המקרים דווח על החמרה (לוח 3).

ממצאים כלליים

להלן יפורטו הממצאים לפי עוצמת המצוקה הפוסט-טראומתית: **עוצמת מצוקה קלה:** ביחס ל-61.5% מקרב אלה ששובצו לטיפול דינאמי או קוגניטיבי-התנהגותי וסבלו מעוצמת מצוקה זו דווח על הטבה, עד כדי היעלמות התסמינים. לעומת זאת, לגבי 22.7% מאלה שטופלו בטיפול דינאמי דווח על החמרה. לגבי המטופלים בעלי עוצמת מצוקה קלה שטופלו בטיפול תרופתי או קבוצתי, ב-100% מהמקרים דווח על אי-שינוי במצבם. **עוצמת מצוקה בינונית:** ביחס ל-37.3% מהמטופלים שסבלו מעוצמת מצוקה זו דווח על שיפור מעוצמה בינונית לקלה, או אף על היעלמות התסמינים, בכל אחת משיטות הטיפול. לעומת זאת, ביחס ל-6.6% מאלה שטופלו בטיפול דינאמי או קבוצתי דווח על החמרה בעוצמת התסמינים – מעוצמה בינונית לגבוהה. ביחס ל-34% מהמטופלים בכל אחד מסוגי הטיפול דווח על אי-שינוי במצבם. **עוצמת מצוקה גבוהה:** ביחס ל-70% מהמטופלים שסבלו מעוצמת מצוקה זו דווח על שיפור שהתבטא בהפחתה בעוצמת התסמינים מעוצמה גבוהה לבינונית, בכל אחת משיטות הטיפול, ובכמה משיטות אף מגבוהה לנמוכה, ולעתים עד כדי היעלמות התסמינים. בכל סוגי הטיפול, למעט בטיפול התרופתי, דווח על אי-שינוי במצב ביחס ל-50% מהמטופלים שעוצמת מצוקתם סווגה כגבוהה.

סיכום

במחקר זה הושם דגש על בחינת השינויים שהתחוללו בקרב מטופלים, מעת קבלתם לטיפול בהשוואה למועד תום הטיפול בהם ביחידה לת"ק. לאחר תהליך הערכה טרום-טיפול, היחידה משבצת את הפונים אליה לטיפול באחד מ-4 סוגי טיפול עיקריים: קוגניטיבי-התנהגותי, דינאמי, קבוצתי ותרופתי. ממצאי המחקר, המתבססים על הערכת המטופלים, מראים כי שלושת סוגי הטיפולים, הן הקוגניטיבי-התנהגותי, הן הדינאמי והן התרופתי, נמצאו יעילים. לגבי הטיפול הקבוצתי, הרי שבהשוואה בין מועד תחילת הטיפול לבין מועד סיומו, ברובם הגדול של המקרים אין עדות לשינוי בעוצמת התסמינים.

ככלל, ברוב המקרים הטיפולים סייעו למטופלים לשפר את תפקודם ולהפחית את עוצמת התסמינים. עובדה זו תואמת ממצאים מחקרניים המעידים שאין הבדלים ניכרים בין מגוון סוגי הטיפולים וכי מבחר גישות לטיפול בפוסט-טראומה הניבו תוצאה טיפולית דומה [15]. בהקשר זה, ראוי להדגיש כי לכל סוגי הטיפולים ב-PTSD יש עקרונות משותפים, כגון מסגרת טיפולית יציבה ומובנית, יצירת קשר ואמון, שחזור האירוע הטראומתי ודגש חזק על טיפוח הקשרים המשפחתיים והחברתיים, אימון המטופל

לרכישת תגובות סתגלניות לתסמינים הפוסט-טראומתיים ועיבוד חוויות חוסר האונים, האשמה, הבושה, הביטחון ותחושת הכישלון [11, 15]. זאת ועוד, תיאוריות קוגניטיביות והתנהגותיות לסוגיהן מושפעות מהתיאוריה הפסיכואנליטית, כך לפי עדויות [14].

ביחס למטופלים שטופלו בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי או בטיפול תרופתי, ברוב המקרים דווח על שיפור או על אי-שינוי במצב הפונים. לעומת זאת, ביחס למטופלים ששובצו לטיפול דינאמי ולטיפול הקבוצתי, לצד הדיווחים על שיפור או על אי-שינוי, הרי שבחלק קטן מהמקרים דווח על החמרה במצב.

ביחס לטיפול הקבוצתי ראוי לציין, כי רוב המטופלים שהופנו לטיפול זה (66%) נלחמו במלחמת ששת הימים, במלחמת יום הכיפורים ובמלחמת לבנון הראשונה. מטופלים אלה סובלים מהתסמונת זה שנים רבות, ונחשבים "עמידים" לטיפול, מצב המפחית את סיכויי לשינוי בעוצמת התסמינים [17]. לפיכך, וכן על רקע המדגם הקטן של מסיימי טיפול קבוצתי (22 מטופלים), יש לסייג את מובהקות הממצאים ביחס לטיפול זה, כפי שהודגם במחקר

מטופלים הבוחרים להגיע לטיפול משוועים לעזרה על רקע הפגיעה הבולטת בתפקודם ובעקבות זאת בחייהם. עזרה ניתנת באמצעות איש מקצוע שהמטופלים תולים בו תקוות רבות. לכן ככל שהקשר הטיפולי מתבסס ונוצר אמון בין המטפל והמטופל, המטופל מרגיש במקרים רבים שהקשר החיובי שנוצר היווה עבורו מקור תמיכה והצלה בתהליך האבלות המורכב הכרוך באירוע הטראומתי. מכאן, שעצם יצירת הקשר מהווה פעמים רבות מקור לתמיכה, לעזרה ולשיפור בתפקוד [1]. יצירת קשר היא היבט בסיסי ומרכזי בכל אחת משיטות הטיפול שנבחנו, וככל הנראה בה טמון חלק מההסבר לשיפור הכללי שניכר בעקבות הטיפול בכל אחת משיטות אלה. כדי לבדוק את משקלו של מרכיב יצירת הקשר בתוצאות הטיפול וכן את משקלו של כל אחד ממרכיבי הטיפול האחרים, נדרשת משימה קשה אך חשובה: בידוד מרכיבי הטיפול שהובילו לתחושת עזרה בקרב המטופלים.

ממצאי המחקר מבוססים כאמור על התרשמות קלינית של מטופלים, אך למרות זאת יש להתייחס אליהם בהסתייגות: אמנם הדיווח נשען על תהליך פרידה וסיכום מובנה ומוסדר בין המטפל למטופל, שבמהלכו המטופל אף הוא מתייחס למצבו התפקודי ולעוצמת התסמינים כפי שהוא חווה בנקודת זמן זו, אך בסופו של דבר ברור שהדיווח עלול להיות מוטעה. להערכתנו, הטיה זו נובעת בראש ובראשונה מעצם בחירתם של המטופלים במקצועם ובשירות שהם מציעים, בחירה המשקפת תקווה להגשת עזרה יעילה ובעלת משמעות עבור המטופל [1]. זאת ועוד, ליכולת להגיש עזרה יעילה יש השפעה על תחושת העצמי ועל תחושת הערך העצמי של המטפל, ואלה משפיעות על הבניית אמון של המטופל בכוחו לעזור. משאמונה זו מתערערת, נוצרת חרדה מאימת שיש בה כדי לשתק. לכן נראה שדיווח חיובי של המטופלים נתפס כבעל ערך בעיני עצמם. דרך האמונה כפי שמשקפת בדיווח שלפיה הטיפול עזר ותורם לשיפור בתפקודו של המטופל, גוברת תחושת הערך העצמי והאמון של המטפל בעצמו. תחושה זו מהווה כלי חשוב להמשך עשייתו המקצועית. כאן טמון ההסבר להטיה האפשרית הגלומה בדיווח, ולפיכך יש קושי להקיש מהדיווחים על יעילות סוגי הטיפול שהוצגו לעיל. עם זאת, ממצאים אלה מאירים באור מסוים עולם תוכן מורכב, ובעיקר, הם מהווים בסיס לכיווני בדיקה אפשריים בעתיד.

לבסוף, מדובר בממצאים ראשוניים ביחס לעולם הטיפול שמתקיימת בו דרישה להוכחות מחקריות בדבר יעילות הטיפול. דרישה זו מורכבת ליישום על רקע הנשירה הגבוהה של

הנוספים על אלה שהתקבלו ממחקרים אחרים שבדקו את יעילות הטיפולים בנפגעי פוסט-טראומה כרונית. מובן שלצורך תיקוף ממצאי המחקר הנוכחי נדרשת חקירה נוספת על בסיס הקצאה נרדומלית ובהתבסס על קבוצת ביקורת.

מחבר מכותב: רס"ן ד"ר אופיר לוי

נובך 20, מודיעין

טל': 057'8154759, פקס: 03'7377657

דוא"ל: ofirsiona@gmail.com

אוכלוסיית נפגעי הפוסט-טראומה הכרונית מטיפול פסיכולוגי ותרופתי ועל רקע עמידותם לטיפול [29]. עם זאת, ביחידה שנהוג להשתמש בה במגוון שיטות טיפול, הדרישה להצגת הוכחה מעין זו מקבלת משנה תוקף, שכן רוב המחקרים ממוקדים בתוכניות טיפול קוגניטיביות-התנהגותיות [3], בדגש על טכניקת "החשיפה הממושכת" (Prolong Exposure) [4, 5], עיבוד קוגניטיבי (Cognitive Processing Therapy) [6] והבנייה קוגניטיבית (Cognitive Reconstructing) [7].

לכן ראוי להתייחס לממצאים אלה כאל ממצאים תומכים,

ביבליוגרפיה

1. לוי, א' (2008). "תופעת התקווה". כאמצעי לטיפול בתגובת דחק פוסט-טראומתית. שיחות, 3, 244-233.
2. *Matthew, F.T., Monson, C.M., Friedman, M.J.* (2007), A Critical Analysis of Approaches to Targeted PTSD Prevention Current Status and Theoretically Derived Future Directions. *Behavior Modification*, 31, 80-116.
3. *Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Furr, J.M.* (2003), Augmented Exposure Therapy with other CBT Procedures, *Psychiatric Annals*, 33 (1), 47-53.
4. *Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Engel, C.C., Foa, E.B., Shea, M.T., et al.* (2007), Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women, *JAMA*, 297, 820-830.
5. לוריא, א' (2007). חיסון קוגניטיבי כהכנת הגורם האנושי ללחימה ביחידות חיל האוויר. שיחות, כ"א 182-190 (2).
6. *Resick P.A., Nishith P., Weaver T.L., Astin, M.C., Feuer C.A.* A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002; 70:867-879.
7. *Marks I., Lovell K., Noshirvani H., Livanou M., Thrasher S.* (1998). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Exposure and/or Cognitive Restructuring. *Archives of General Psychiatry*; 55:317-324
8. לוי, א', לובין, ג' (2009). על תהליך והשיבוץ (intake) ההערכה לטיפול ביחידה לתגובת קרב. הרפואה הצבאית. 7 (1), 157-161.
9. *Winnicott, D.W.* (1960). Ego distortion in terms of true and false self. In: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. (pp. 140-152). London: Hogarth.
10. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author.
11. *Bradley R., Greene J., Russ E., Dutra L., Westen D.* (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD, *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
12. *Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. & Murdock, T.B.* (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive - behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
13. *Shalev, A.Y., Bonne, O. & Eth, S.* (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-182.
14. *Lindy, J.D.* (1988). *Vietnam: A casebook*. New York: Brunner/Mazel
15. *Marks I., Lovell K., Noshirvani H., Livanou M., Thrasher S.* (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55:317-324.
15. *Brom, D., Kleber, R.J., Defares, P.B.* (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
16. *Lindy, J.D. & Wilson, P.J.* (2001). An Allostatic Approach to the Psychodynamic Understanding of PTSD, (PP.125-139) In: *J. Wilson, M. Friedman, J. Lindy (Eds.), Treating Psychological Trauma & PTSD*. New York London: The Guilford Press
17. של, א' (1994). גישה רב-ממדית לחסמונת הפוסט-טראומתית. חלק א: תיאוריה ומחקר. שיחות, ח (2), 85-104.
18. *Foy, D.W., Glynn, S.M., Schnurr, P.P., Jankowski, M.K., Wattenberg, M.S., Wiess, D.S., Marmar, C.R., Gusman, F.D.* (2004). Group Therapy. In: *Effective Treatments for PTSD*. Edited by Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. New York, Guilford, pp. 155-175.
19. ויצטום, א', לוי, ע', סולומון, ז', קוטלר, מ' (1991). תגובות הקרב במלחמות ישראל, חלק ז: מלחמת לבנון, יוני-אוגוסט 1982, שיחות, 44-34.
20. *Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., Keane, T.M.* (1995): The development of a clinician-administered PTSD scale, *Journal of Traumatic Stress* 8:75-90.
21. *Montgomery, S.A., Asberg, M.* (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change, *British Journal of Psychiatry* 134, 382-389.
22. *Snyder, C.R., Irving, M. L. & Anderson, R.J.* (1991). Hope and health. In *C.R. Snyder & D.R. Forsyth (Eds.), Handbook of social and clinical psychology* (pp. 285-300). New York: Pergamon Press.
23. *Kopta, S.M. & Lowry, J.L.* (1997). Intake-Initial visit psychotherapy outcome assessment and monitoring system POAMS - Trauma Version.
24. *Solomon, Z., Benbenishty R., Neria Y., Abramowitz M., Ginzburg K., & Ohry A.*, Assessment of the Revised PTSD Inventory. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 30, 110-115, 1993.
25. פואה, ע', דורון, מ', ידן א' (2006). חשיפה ממושכת, המדריך לטיפול בהפרעה פוסט-טראומתית. מהדורה שנייה, הוצאת המרכז לשעת חירום, קריית שמונה.
26. *Beck, A.* (2005). The Current State of Cognitive Therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 953-959.
27. דריידן, ג' (2006). טיפול התנהגותי רציונלי-אמוטיבי. הוצאת ספרים "אח" בע"מ, חולון.
28. *Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S.* (Eds.). (1994). *Handbook of qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.
29. *Schottenbauer, A.M., Glass, R.C., Arnkoff, B.D. & Gray, H.S.* (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatric*, 71(1), 13-34.