

# תהליך האבחון ועקרונות הטיפול בהפרעת דחק פוסט-טראומטית במסגרת היחידה לתגובות קרב בחיל הרפואה

רס"ן גל חייקין  
רס"ן רות רובינשטיין  
רס"ן מאיה פיינהולץ-קליין

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

המחבר המכתוב: גל חייקין  
פסיכולוג קליני מומחה-מדריך, מורשה להיפנוט  
דוא"ל: gal.chaikin@gmail.com

רישום מאמר זה כסימוכין:

Chaikin G, Rubinstein R, Feinholtz Klein M. Post-Trauma Stress Disorder among Combatants: The Diagnostic Process and the Principles of Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder within the framework of the Combat Reactions Unit in the IDF Medical Corps. J Isr Mil Med. 2018 Dec; 2-3 (39-40): ???.  
www.ima.org.il

**רקע:** היחידה לתגובות קרב מעניקה שירותי פסיכותרפיה ללוחמים לשעבר במקרים של מצוקה נפשית על רקע השתתפות בקרב. שדה הטיפול בהפרעת דחק בתר-חבלתית (פוסט-טראומטית; להלן גם PTSD, Post-Traumatic Stress Disorder) מתאפיין בגישות רבות ומגוונות, אם כי רק ביחס למיעוט הגישות קיים מחקר התומך ביעילותן. תהליך האבחון הוא חוליה מרכזית בהצלחת הטיפול, שכן בשלב זה מתווה הצוות המקצועי במשותף את הדרך המתאימה עבור כל מטופל.

**מטרה:** המאמר מתאר את גישת האבחון ואת העקרונות המיושמים ביחידה לתגובות קרב בחיל הרפואה, לטיפול בסובלים מתגובות קרב פוסט-טראומטיות. בתוך כך נבחנו שני תהליכי האבחון שגיבשה היחידה עבור שתי הקטגוריות של הפונים אליה: (1) לוחמים לשעבר שהאירוע הטראומטי שחוו התרחש בטווח של עד חודשים ספורים לפני פנייתם; (2) לוחמים לשעבר שחוו אירוע טראומטי בטווח זמן ארוך יותר לפני פנייתם.

**דיון ומסקנות:** יעילותו של תהליך האבחון נגזרת ממידת מקצועיותו של הצוות ומיכולתו להתאים למטופל תכנית המורכבת מגישות טיפוליות מבוססות ידע, ניסיון ומחקר, מתוך מכוונות לאופן הפגיעה ולהתאמה מרבית לאישיותו של המטופל ולכוחות ההתמודדות שלו, שני משתנים שישפיעו על מידת שיתוף הפעולה מצדו ועל יכולתו להפיק תועלת מהטיפול.

תהליך אבחון יעיל משפר באורח ניכר את התאמת הטיפול למטופל, במונחים של הפקת תועלת מרבית של המטופל מהטיפול המוצע לצד צמצום שיעור הנשירה מטיפול.

**מילות מפתח:** הפרעה פוסט-טראומטית, תגובות קרב בלוחמים, תהליך אבחון פוסט-טראומה, טיפולים ממוקדי טראומה, התאמת טיפול למטופלים פוסט-טראומטיים  
**Key Words:** Combat Reactions Unit, Post-Traumatic Stress Disorder, Combat Reaction among Worriers, Diagnostic Process of Post-Traumatic Stress Disorder, Efficient Diagnostic Process following Recent Event, Trauma Focused Treatments

PTSD היא אפוא הפרעה כרונית העלולה להתפתח לאחר חשיפה לאירוע מחולל טראומה. עם מבחר תסמיניה של ההפרעה נמנים: חוויה מחדש של האירוע, עוררות יתר, שינויים לרעה באפקט ובקוגניציה, הסתמנות דיסוציאטיבית והימנעות. ככלל, ומעבר לסוג האירוע הטראומטי, תסמיני PTSD מופיעים לרוב כעבור ימים אחדים מהחשיפה לטראומה [2], וברוב המקרים התסמינים חולפים מאליהם כעבור שבועות ספורים מעת החשיפה לאירוע. במיעוט ניכר של המקרים, עד כדי שליש מבעלי התסמינים, עלולה להתפתח PTSD [3]. כמחצית המאובחנים כלוקים ב-PTSD חווים התמעטות של התסמינים והיחלשות בעוצמתם בתוך כשנה מהאבחנה, גם בהיעדר טיפול, אך כ-10%-20% מכלל המאובחנים יפתחו הפרעה כרונית [2]. להלן יסקרו גישות אבחוניות וטיפוליות נבחרות ב-PTSD, ויידונו עקרונות האבחון והטיפול, סוגי התערבויות, שיטות וטכניקות כפי שגובשו ביחידה לתגובות קרב של חיל הרפואה.

תגובת קרב (Combat Stress Reaction – CSR) היא תגובה נפשית חולפת למצב לחץ יוצא דופן, כגון חשיפה לקרב או לפעילות מלחמתית. התסמינים האופייניים לתגובת קרב משתקפים בהתנהגותו של הנפגע, בתחומי הרגש, בביטויים גופניים, בקוגניציה ובתפקוד [1]. ייתכן שהנפגע יראה מנותק, מבולבל, סוער, חרד או כעוס, כביטוי לשבר שהוא חווה בעולמו, סביב האירוע שנחשף אליו. במרבית המקרים, כאמור, עשויה תגובת הקרב להיחלש, ואף לחלוף ולהיעלם כעבור תקופה. במיעוט המקרים, תגובת הקרב תחמיר עד לכדי הפרעת דחק חריפה (Acute Stress Disorder) – פגיעה נפשית, תפקודית והתנהגותית ניכרת הנמשכת ימים אחדים ועלולה להתארך עד כדי חודש מקרות האירוע הטראומטי. תסמינים המתמידים יותר מחודש ופוגעים בתפקודו התקין של האדם הם המגדירים PTSD (הפרעת דחק בתר-חבלתית [הֶלְמֶת], Post-Traumatic Stress Disorder) [2].

רקע

## התאמת התכנית הטיפולית למטופל: סקירת סוגיות אבחוניות מרכזיות

**הקדמה:** הטיפול התרופתי המקובל כיום ב-PTSD הוא באמצעות תכשירים מעכבי קליטה חוזרת ברנניים של סרוטונין (SSRI, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors). עם זאת, ידוע כי התגובה לטיפול התרופתי היא חלקית, ורק במיעוט המקרים מושגת נסיגה מלאה של התסמינים. לפיכך, מרבית הקווים המנחים לטיפול בהפרעה פוסט-טראומטית כיום ממליצים על התערבויות קוגניטיביות התנהגותיות ממוקדות בטראומה (Trauma Focused CBT), כגון טיפול בחשיפה ממושכת (Prolong Exposure) [4], טיפול של עיבוד קוגניטיבי (Cognitive Processing Therapy) או EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) [5], לצד הטיפול התרופתי ב-PTSD [6].

בעת בנייתה של תכנית טיפולית עבור הסובלים מהפרעת דחק פוסט-טראומטית שהתפתחה בעקבות השתתפות בקרב או בפעילות מלחמתית אחרת, יש חשיבות מכרעת לדיון בשאלות אבחוניות מוגדרות הנוגעות בעיקרן לחומרת ההפרעה, לתחלואה כפולה, להתמדה בטיפול ולהעדפת המטופל. להלן מובאת סקירת סוגיות אבחוניות נבחרות.

### גישתה האבחונית והטיפולית של היחידה לתגובות קרב מתמקדת במחויבותם של המטפלים לברר אישית מול כל מטופל מה הצורך האינדיבידואלי שלו בעת פנייתו

**1. התוויות-נגד במקרים של תחלואה כפולה:** במקרים שידועה או אובחנה תחלואה כפולה במועמד לטיפול, חשוב לנתח את המידע המדויק והמעודכן בנוגע להתוויות-נגד לשילוב התכנית הטיפולית העומדת על הפרק. כך לדוגמה, אחת ההתערבויות התרופוטיות הנחקרות ביותר עד כה בתחומי ההפרעה הפוסט-טראומטית היא הטיפול באמצעות חשיפה ממושכת [7]. חשיפה ממושכת היא שיטה המתבססת על עקרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, והוכחה כיעילה בהפחתה ניכרת של תסמיני PTSD בקרב יותר מ-80% מהמטופלים. השיטה מבוססת על תיאוריה הגורסת שתבניות הפחד הפתולוגיות נוצרות בעקבות האירוע הטראומטי שהנפגע נחשף אליו, במידה רבה עקב הנטייה הטבעית להדחיק את החוויות השליליות ולהימנע מלעבד אותן. ההנחה היא שחשיפה מבוקרת ומתמשכת של המטופל לזיכרון המכיל את האירוע הטראומטי ואת שלל המרכיבים המוכללים בתוכו תיצור שחיקה בעוצמת החרדה העולה בעת ההיזכרות ותאפשר לו להתמודד עם ניסיונות ההימנעות האינסטינקטיביים מזיכרונות הקשורים בטראומה. המטופל מבצע בחדר הטיפול שחזור מפורט חוזר ונשנה של הזיכרון הטראומטי ("חשיפה בדמיון"), ובין המפגשים מבצע חשיפות התנהגותיות לגירויים מעוררי חרדה ("חשיפה במציאות"). חשיפה זו נועדה לייצר תהליך מנטלי המאמן את הנפגע להפריד בין אירוע הטראומה שחווה לבין האירועים שהוא חווה בהווה, לנתק את ההתניה שנוצרה בין גירויים בסביבתו לבין החרדה שחווה בזמן האירוע, וכך לשפר את מצב התסמינים הפוגעים בתפקודו והגורמים לו לחוות את המציאות כמסוכנת. אלא שחרף יעילותה המוכחת של השיטה, ניכר היטב כי מטפלים, הן באירופה והן בארצות הברית, נוטים להעדיף התערבויות טיפוליות אחרות. בסקר

שנערך בקרב פסיכולוגים בארצות הברית, רק כ-20% דיווחו על שימוש בטכניקות של חשיפה בדמיון בטיפולם בהפרעה פוסט-טראומטית [4]. בסקר בקרב מומחים לטראומה באירופה נמצא שחשיפה בדמיון היא השיטה הכי פחות שכיחה לטיפול ב-PTSD [8]. לפי דיווחי המטפלים בסקר זה, אחת הסיבות המרכזיות לאי-שימוש בטכניקות של חשיפה ממושכת היא התוויית-נגד לטיפול זה במקרים של תחלואה כפולה [8]. אלא שהתוויית-נגד לטיפול באמצעות חשיפה ממושכת מתייחסת רק למקרים של הפרעה אישיותית חמורה, כגון הפרעת אישיות גבולית המלווה בהתנהגויות אובדניות או בפגיעה עצמית של ממש בסמוך לתקופה ואפיזודה פסיכוטית פעילה [7]. יתרה מכך, גם במצבים של תחלואה כפולה חמורה, המחקר העדכני בתחום הטיפול בחשיפה ממושכת הראה כי בחלק מהמקרים המטופלים סבילים לטיפול ועשויים לצאת נשכרים מהשפעותיו באופן בטוח חרף התוויית-נגד [9]. מהעדויות המחקריות שהצטברו, גם במקרים של תחלואה כפולה הכוללת התמכרויות, פסיכוזה, אישיות גבולית ברמת ארגון נמוכה, אובדנות חמורה, ניסיון אובדני או ניסיון רציני לפגיעה עצמית בתקופה האחרונה - פרוטוקול החשיפה הממושכת יכול להיות מיושם באופן יעיל ובטוח במסגרת תכנית טיפולית הכוללת ניטור של התחלואה הכפולה [9].

**2. ההטיה המחקרית בשיקוף תועלתן של הגישות ממוקדות הטראומה:** בסקירת ספרות העוסקת ביעילותן של מבחר גישות לטיפול ב-PTSD [10], מצביעים כותבי הסקירה על מסקנות בלתי מהימנות של מחקרים העוסקים בהשוואת התועלת הטיפולית בין גישות ממוקדות טראומה לבין גישות שאינן ממוקדות טראומה. השערתם של כותבי הסקירה בנוגע לסיבה לאי-ראיית עליונותן של הגישות ממוקדות הטראומה בקשת הרחבה של המחקרים שסקרו מיוחסת לתחום המתודולוגי, ולפיה תוצאות המחקרים אינן משקללות את מלוא הגורמים הידועים כבעלי השפעה על היעילות הטיפולית, ובכלל זה: מיומנות המטפל בגישה הטיפולית; עקביות בעבודת המטפל על פי גישה מסוימת; הבנה של המטופל את הרציונל הטיפולי המוצג לו וקבלתו; הערכת הכוחות של המטופל, לרבות הבנת תהליכי ההתמודדות הפנימיים והחיצוניים שלו, הערכת יכולתו להפיק תועלת מהטיפול לאור הנתונים, וניבוי כושרו לטפח תחושה של תקווה ומסוגלות; האפשרות לדבר על הטראומה. משתנים אלה ואחרים, כאמור, אינם משוקללים תמיד במלואם, וכך נוצרת הטיה של המסקנות המפחיתות מיתרון היחסי של הגישות ממוקדות הטראומה ומתועלתן הפוטנציאלית.

**3. ההתמודדות עם אי-התמדה בטיפול:** אוכלוסיית מטופלי PTSD כרוניים מתאפיינת בשיעורים גבוהים של נשירה מהטיפול הקוגניטיבי ההתנהגותי הממוקד בטראומה, עד כדי 50% נשירה כנתון שאינו נחשב נדיר [11]. אחד ההסברים המרכזיים לתופעה הוא מיקוד היתר של המטפלים בתסמינים. זאת לצד היעדר תגובה של ממש לטיפולים אלה, כך שנראה כי צורכיהם של המטופלים אינם זוכים למענה, לפחות מנקודת ראותם, ולפיכך יש צורך בהתערבויות טיפוליות נוספות [12]. בתוך כך, אין להתעלם מהטענה כי הגישה ההתפתחותית הבין-אישית זוכה לייצוג חסר בספרות העדכנית על הטיפול ב-PTSD [13]. בהקשר זה, הוצע מודל אינטגרטיבי לטיפול קצר מועד המשלב טכניקות קוגניטיביות התנהגותיות וגישה פסיכודינמית, בדגש על תופעת התקווה בטיפול ב-PTSD

כרונית [14]. מודל אינטגרטיבי כזה יושם לטיפול בכוחות ההצלה האמריקנים שפעלו באירוע מתקפת הטרור ב-11 בספטמבר 2001 בארצות הברית [15], והתמקד בטיפול באנשי צוות שאובחנו כלוקים בהפרעת דחק פוסט-טראומטית - מלאה או חלקית - בעלי תסמינים שהתמידו לאורך זמן. הכותבים מתארים טיפול אינטגרטיבי המשלב מרכיבים פסיכודינמיים וקוגניטיביים-התנהגותיים, שמשמשות בו שלוש טכניקות מרכזיות: (1) יצירת משמעות, בעיקר ביחס לאירוע הטראומטי; (2) מיקוד במרכיבים הטעונים רגשית של החשיפה הטראומטית; (3) זיהוי אסטרטגיות של הימנעות ואתגורן.

**4. המשקל שיש לייחס להעדפת המטופל:** סוגיית העדפותיהם של מטופלים פוסט-טראומטיים ביחס לגישת הטיפול הפסיכודינמי נחקרה מעט יחסית. מחקר עדכני בתחום זה מצא כי מטופלים העדיפו באופן בולט פסיכותרפיה אינטר-סובייקטיבית מאשר שיטות טיפול אחרות. עם זאת, תוצאות המחקר מראות כי ההשפעה של העדפות המטופל על תוצאות הטיפול היא מזערית בלבד, למעט בקרב בעלי תחלואה כפולה, PTSD ודיכאון, שכן בהם תפקד הדיכאון כמשתנה מתווך, וכך לנוכח טיפול פחות מועדף התבטאה החמרה תסמינית [14].

### המודל האבחוני של היחידה לתגובות קרב

דיון נרחב המתקיים בספרות המקצועית סביב "חלון ההזדמנויות" מציב במרכזו את שאלת העיתוי המיטבי לטיפול ולמניעת PTSD, מתוך הבחנה בין נפגעים מאירוע שהתרחש בעבר הקרוב לבין נפגעים מאירוע שהתרחש בעבר הרחוק. להבנתנו, הגישה הקטגוריאליה לשאלת העיתוי אינה מנבאת כראוי את סיכויי המניעה של התפתחות הפרעת דחק פוסט-טראומטית, ואין כל הבחנה ברורה בין שתי תקופות זמן מוגדרות ביחס לסיכוי זה. תפיסת רכיב הזמן במודל האבחוני שפיתחה היחידה לתגובות קרב אינה מתבססת על הגדרה דיכוטומית על פני ציר הזמן. הקטגוריות "מטופל טרי" או "מטופל כרוני" ביחידה מתבססות על שיקול דעת קליני, ומרכיב הזמן הוא רק אחד הגורמים הנשקלים. עקרונית, תפיסת הזמן היא רציפה, ולפיה ככל שחולף הזמן מהמאורע הטראומטי, כך הולך ופוחת הסיכוי למנוע PTSD; ככל שחולף הזמן, שיעור הפונים שיהנו מהחלמה ניכרת ומשיפור בתמונת התסמינים - הולך ומצטמצם. לפיכך, חשוב לבצע תהליך אבחון יעיל ובהקדם, גם אם חלפו יותר משישה חודשים מאז האירוע הטראומטי, ולהעריך את סיכוייה של התערבות יעילה בזמן למנוע PTSD על סמך שקלול של מכלול הנתונים.

### פנייה וזימון

הפנייה לקבלת טיפול ביחידה לתגובות קרב אינה כרוכה בבירוקרטיה, בתשלום או בבדיקת עובדות. היא אף אינה מותנית בהכרה בנכות נפשית מטעם משרד הביטחון או בהגשת תביעה להכרה בנכות.

ארבעה מרכיבים מרכזיים יוצרים את התהליך הראשוני ביחידה:

- 1. יוזמת הפנייה** - המטופל הוא היוזם והמתאם את הפנייה, כצעד ראשון בתהליך התמודדותו עם האחריות העצמית על התהליך הטיפולי. ניסיונו מלמד על קשר ישיר בין יוזמת הפנייה של המטופל לבין מסוגלותו להפיק תועלת מהתהליך הטיפולי ולהתמיד בו.
- 2. ערוצי התקשרות** - לרשות הפונים עומדים כמה ערוצי פנייה לבחירתם: פנייה טלפונית למזכירות היחידה, פנייה בכתב באמצעות פקס או בדוא"ל. כך, אלה הנמנעים מפנייה טלפונית מחשש מפני קושי רגשי ומבוכה בשיחה בעל פה, ייתכן שיעדיפו לשגר את פנייתם בפקס, אך גם אלה החוששים שמא תכנים רגישים ואישיים שלהם ייחשפו לכל דכפין במסמך שהם

**האבחון עוסק אמנם בתמונת התסמינים הפוסט-טראומטיים, אך לא פחות מזה בהתבוננות בחווייתו הסובייקטיבית של הפונה ביחס לקשייו, ובהערכה מבוססת של כוחותיו, רגישותיו והחסכים הייחודיים לו**

**5. קווים מנחים לקביעת נחיצותה של תכנית טיפול מניעתית במקרים של תגובת קרב:** ספרות מחקרית ענפה הצטברה בעשרות השנים האחרונות סביב ההשפעות של השתתפות בקרב על נפשם של לוחמים - לדוגמה: Grinker & Spiegel, 1945 [16]. המחקר מקיף טווח נרחב של סוגיות שנחקרו בזיקה למאפייני תגובות הקרב ולשיעור הנפגעים. בנוגע לשיעור הנפגעים, חתך אורכי של הספרות מעלה שונות גבוהה בנתונים, המעידה על היעדר תמימות דעים בקרב החוקרים בסוגיה זו - לדוגמה: Hoge et al., 2006; Kok et al., 2012 [17]. סביר להניח כי שונות זו נובעת בין השאר מהקושי הכרוך באיסוף נתוני ההיפגעות ביחס לכלל הלוחמים.

במחקר בקרב לוחמי צה"ל במלחמת לבנון הראשונה, מצאו החוקרים כי לוחמים שאובחנו בהם תגובת קרב בסמיכות לאירועי הלחימה מצויים בסיכון גבוה פי ששה לפתח הפרעת דחק פוסט-טראומטית חריפה וכרונית, בהשוואה ללוחמים שלא ניכרו בהם סימני CSR. עם זאת, גם בקרב הלוחמים שלא אובחנו בהם תגובת קרב בטווח הקצר - שיעור נכבד (23%) פיתחו הפרעת דחק פוסט-טראומטית בטווח הארוך יותר, כפי שנמצא בבדיקה כעבור 17 שנה (PTSD delayed onset) [19].

תגובות קרב משתרעות על פני קשת רחבה יותר של תסמינים בהשוואה לאלה הכלולים באבחנה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית, לרבות צריכה מוגברת של אלכוהול - לדוגמה: Jacobson et al., 2008; Browne et al., 2008 [20, 21], ותסמינים של הפרעות סומטיות - לדוגמה: Hoge et al., 2007 [22]. לפיכך, בהנחיות לטיפול שפרסם ארגון יוצאי הצבא האמריקני

של ריאיון קליני מורחב.

**הזימון ומהלך האבחון:** משך ההמתנה לאבחון הוא 14 יום לכל היותר, מעת יצירת הקשר הראשוני. תהליך האבחון אורך כשעתיים, מתחילת מילוי השאלונים ועד לסיום הריאיון הקליני. במקרים המצריכים זאת, תבצע התערבות ראשונית בטווח של ימים אחדים ממועד האבחון. ככלל, ובהתאם לפרוטוקולים שגובשו ביחידה על סמך הספרות, הפונים בעקבות אירוע מהתקופה הקרובה זוכים לקדימות בהפניה לטיפולים, גם כשמדובר בטיפולים ממושכים.

עם הגעתו של הפונה למזכירות המרפאה, הוא מקבל שלושה קבצים של שאלוני דיווח עצמי. איש צוות יסביר לו על מהלך האבחון, והוא ימוקם בחדר למילוי השאלונים. כעבור כ-30-45 דקות, הזמן הממוצע הנדרש למילוי שלושת קובצי השאלונים, יקודדו תשובות הפונה מתוך השאלונים לתוך גיליון אלקטרוני, ותופק טבלת מיפוי מסכמת עבור המטפל. בשלב הבא יזמין המטפל את הפונה לריאיון קליני. לרשותו של המטפל מוצגים סיכום ממצאי השאלונים וכן תרשומת, אם קיימת, מתיק

מעבירים בפקס, יכולים לפנות לכתובת הדוא"ל של היחידה.<sup>1</sup>

3. **תוכן הפנייה** – הפונה מתבקש למלא את פרטיו האישיים, ולציין בקצרה מהו האירוע שברקע פנייתו, לדוגמה: "השתתפתי במלחמת לבנון השנייה". פרטים או תיאורים נוספים אינם נחוצים בשלב זה.

4. **בירור הרקע לפנייה** – הפסיכולוג האחראי על הפניות עורך מיון ראשוני ומוודא שהפנייה רלוונטית. לדוגמה, האם אכן הפנייה היא על רקע אירוע מבצעי, או שמדובר בתאונת אימונים? הפסיכולוג אף מבצע בירור טלפוני נוסף עם הפונה, במידת הצורך, מזמין חומר רפואי רלוונטי מתיקו האישי של הפונה, כגון סיכומי טיפולים קודמים וסיכומי אשפוז, ומשבץ את הפונה לתהליך התקבלות (Intake) אצל אחד המטפלים, לפי שיקולים קליניים.

**תהליך הפנייה וקביעת האסטרטגיה הטיפולית ביחידה:** ביחידה מתקיימים שני סוגים של תהליכי אבחון – בעקבות אירוע קרוב ובעקבות אירוע רחוק. על כל אחד מאלה ממונה מטפל האחראי על ניהול הפניות, החל בשיבוץ לתהליך ההתקבלות (Intake) וכלה בשיבוץ לטיפול.

#### א. אבחון בעקבות אירוע קרוב

**רקע:** לאחר מבצע "צוק איתן" הוחלט בחיל הרפואה לשנות את אופן קבלת הפונים לטיפול. עד אז הסתמכה היחידה על תהליך אינטייק שנועד במפגשי ריאיון קליני אחדים ונתמך בשאלונים קליניים. אחד המרכיבים שנבחן ושונה היה בנוגע ליכולת האבחון היעיל ובזמן של כמות פונים גדולה: נבנה מודל לאבחון המתקיים בביקור חד-יומי של המטופל ביחידה ונמשך שעות אחדות [24]. בשלב הראשון גויסו מטפלים לשירות מילואים לצורך הפעלת מרכז אבחון במשך שבועיים. המרכז, שנקרא "שומר איתן", הופעל מתוך מטרה מוגדרת לאפשר אבחון מספק באמצעות מענה על שלוש שאלות עיקריות: (1) האם מתקיים מצב הגורם לצורך בטיפול פסיכולוגי / פסיכיאטרי? (2) מה עוצמת המצוקה, והאם יש צורך בהתערבות דחופה? (3) האם ניתן להציע טיפול ממוקד טראומה או שמדובר במצב מורכב הדורש טיפול ממושך?

התהליך החל כשלושה חודשים לאחר הלחימה, ולצורך האבחון נבנה דגם של שאלוני דיווח עצמי בטווח נרחב של תחומים: בריאות, פסיכופתולוגיה, PTSD, דיכאון, דיסוציאציה, תפיסת האירוע, תמיכה בין-אישית ויכולת להיעזר. בהמשך, נערכו שיחות אבחון קבוצתיות, במטרה להתרשם ישירות מהתייחסותו של הפונה ומתגובותיו לחוויות ולזיכרונות המלווים אותו. בסיום היום, כל פונה נפגש עם מטפל, ובשיחה זו סוכמה חוויית היום, עלו סוגיות רלוונטיות נוספות, אם היו, וסוכמה המלצה טיפולית ראשונית. בהמשך למפגש האבחוני במרכז "שומר איתן", הופנו הנבדקים לטיפולם של מטפלי מערך בריאות הנפש בצה"ל – בסדיר ומילואים.

ביחידה לתגובות קרב נמשך השימוש בתהליך הקליני גם לצורך אבחון הפונים הבאים, והוטמע כבסיס לאבחון פונים בעקבות אירוע קרוב. הריאיון הקבוצתי בתוך תהליך זה נמשך עוד חודשים אחדים, בהמשך לקצב פניות החיילים בעקבות "צוק איתן", אך כעיקרון, כשמדובר באירועי לחימה בטווחי זמן קרובים יחסית, כגון תקריות מבצעיות באזור יהודה ושומרון, מתקיים התהליך על בסיס שאלוני הדיווח העצמי ומפגש יחיד

### תהליך האבחון וההפניה לטיפול ביחידה לתגובות קרב שואף להתאמה מיטבית בין מטופל למטפל, בכל טווח הגישות הטיפוליות ורמת הידע והניסיון

בריאות הנפש הצבאי של המטופל. בשיתוף המטופל, ימלא המטפל את גיליון הקבלה למרפאה, המכיל פרטים דמוגרפיים ופרטי רקע, כגון תעסוקה נוכחית, השכלה, היסטוריה של טיפולים פסיכולוגיים ונתוני הכרה של משרד הביטחון. הריאיון הקליני עצמו יארך כ-45 דקות, ויכלול בירור מפורט של הבעיה הנוכחית, התמקדות בתסמיני PTSD, תיאור כללי של אירוע הלחימה הרלוונטי, מיפוי גורמי תמיכה בסביבה הבין-אישית של המטופל, בירור דפוסי ההתמודדות של המרואיין עם התסמינים ועם המצוקה, רישום אנמנזה תמציתית, ובעיקר: עיסוק נוכחי, מצב משפחתי, מבנה משפחתי ונתונים קריטיים, אם יש, פסיכופתולוגיה פרה-מורבידית, אירועים טראומטיים בעבר, טיפולים פסיכולוגיים בעבר, שימוש בחומרים ממכרים ובעיות רפואיות נלוות. בתחילת המפגש יקדים המטפל ויסביר לפונה כי מדובר בשיחה כללית שמטרתה היכרות ראשונית עמו. המטפל ידגיש כי המפגש לא יעסוק בפרטי האירועים, גם מחשש לחשיפה מהירה מדי. חשוב להדגיש בפני המטופל כי לפרטים יש משמעות רבה, אך בשלב זה ההתמקדות היא באבחון ראשוני. בדקות האחרונות של השיחה מציג המטפל בפני המטופל סקירה תמציתית של הרושם הראשוני ממצבו ושל הכיוון הטיפולי המוצע לו. בשלב זה יש לפונה מקום לשאלות בנוגע למצבו ולתהליך האבחון והטיפול. במקרים של תמונה מורכבת העולה ממכלול הנתונים על מצבו, יוחלט בשלב זה על הרחבת האינטייק למפגש נוסף, ואף תישקל הפניה לייעוץ פסיכיאטרי. הפונה יוצא מפגישה זו כשבאמתחתו ידע והבנה בסיסית על המצופה לו בהמשך התהליך.

**הפרדיגמה הקלינית:** ניתוח השאלונים והריאיון הקליני הם מהלך אבחוני בשני שלבים. אפשר לדמות את פעולתו של כל אחד משני השלבים האבחוניים לפעולת משפך, אם כי בשני כיוונים מנוגדים – הדיווח העצמי באמצעות השאלונים מכווון את הפונה להתחיל בפריזמה רחבה המתארת סוגיות גופניות

<sup>1</sup> פרטי ההתקשרות עם היחידה מובאים בסוף מאמר זה.



כישלון ויחוש חסר יכולת להתמודד. כך יפחת הסיכוי כי בשלב כלשהו יטופל כראוי בטיפול ממוקד טראומה. במקרים אחרים, מטופל עלול לחוות את המטפל כלא-אמפתי ולוותר על ההיעזרות בפסיכותרפיה במהלך התמודדותו עם הטראומה. במקרים רבים, אלה הפונים ליחידה ומבקשים טיפול ממוקד טראומה הם מטופלים למודי ניסיון, שחוו טיפול פסיכו-תרפויטי קודם לכן, לעתים קרובות אצל מטפל שלא הוסמך בטיפולים ממוקדי טראומה, ואינו מיומן בהתמודדות עם היזכרות טראומטית ועם תסמיני PTSD.

ביחס למטופל המאובחן כמתאים להתערבות ממוקדת טראומה, נשקלות כמה אפשרויות, בהתאם למאפייניו האינדיבידואליים. ראשית, נשקלת האפשרות להתערבות קבוצתית ממוקדת טראומה אל מול האפשרות לטיפול פרטני. התערבות קבוצתית היא סדרה של מפגשים בפורום של שני מטפלים ושישה עד שבעה מטופלים קבועים, ובמסגרתה מוקצה לכל משתתף מפגש לעיסוק משותף עם הקבוצה בעיבוד נרטיבי וקוגניטיבי של הזיכרון ושל התחושות המלוות אותו בהווה [25]. התהליך הקבוצתי אמנם יכול להתאים במגוון שלבים בהתמודדות עם הטראומה, אך כשמפנים מטופל בתחילת התהליך הטיפולי, ניתנת לו הזדמנות לחוויה ראשונית של שיתוף, הזדהות הדדית ואפקטיביות של תהליך העיבוד. רבים מן הפונים זקוקים לחוויית חשיפה של תחושותיהם וקשייהם, מתוך צורך לחוש מובנים. המטופל זוכה להזדהות עמוקה של חברי הקבוצה, לאחווה ולהכלה, ומתוכן הוא עשוי לשאוב תמיכה חשובה, שתלווה אותו בהמשך העבודה האישית עמו בכל תהליך טיפולי שייבחר. לצד ההכרה ביתרונות הטיפול הקבוצתי, יש מטופלים שאינם מתאימים לסוג זה של טיפול או אינם מעוניינים להשתתף בו. למטופלים אלה מוצע תהליך טיפול ממוקד טראומה, במבחר הגישות שמטפלי היחידה מתמחים בהם.

במקרים שההערכה היא כי המטופל זקוק לתהליך של עיבוד הזיכרון הטראומטי, אך הוא אינו בשל לכך עקב חוסר יכולת לווסת את החרדה, הוא יופנה תחילה לסדנה קבוצתית לוויתות חרדה המונה שישה מפגשים. במסגרת הסדנה הוא יקבל הסברים פסיכו-דידקטיים בסוגיות הקשורות לתגובות הרגשיות וההתנהגותיות, וילמד להשתמש בטכניקות לוויתות חרדה ולקרקוע. לאחר מכן, הוא יופנה למטפל שיציע לו פסיכותרפיה מתאימה. במקרים אלה על המטופל לדעת כי במהלך הטיפול יישקל שילוב עיבוד ממוקד של הטראומה. ביחס למטופלים אלה, יש חשיבות מרכזית למיומנותו של המטפל ולניסיונו בהתמודדות עם טיפול מורכב, כדי לאפשר שילוב של התמקדות ברבדים העמוקים והלא-מודעים שמתקיימים בהם קישורים ויחסי גומלין משמעותיים עם התסמינים הגלויים.

### ב. אבחון נפגעי אירועים מהעבר הרחוק

**רקע:** מאחר שאוכלוסיית היעד של היחידה לתגובות קרב היא לוחמים לשעבר שהם אזרחים בהווה, הרי שמטבע הדברים קשת הגילאים של הפונים והמטופלים היא רחבה, ומקיפה לעתים גם לוחמים בגילאים מתקדמים הפונים ליחידה בעקבות קרבות ואירועים מלחמתיים שהשתתפו בהם לפני עשרות שנים. מבנה תהליך ההתקבלות (Intake), שנבנה והתבסס לאורך השנים [1], נועד לספק למטפל תשתית איתנה דיה לביסוס אבחנה מהימנה והחלטות טיפוליות תואמות. מאחר שהיחידה לתגובות קרב נועדה לטיפול פסיכו-תרפויטי בתסמיני דחק שנגרמו על רקע

ונפשיות ומתכנסת למיפוי תסמיני ה-PTSD. מידע זה מתנקז למשפך הפוך המצוי מתחתיו, בדמות הריאיון הקליני המתמקד תחילה בתמונת התסמינים ובמשמעויותיה ומרחיב את הפריזמה בהדרגה אל עבר מכלול נתוניו של המרואיין, לרבות כוחות ההתמודדות שלו וסוגיות נרחבות נוספות ברקע.

סקירת השאלונים באמצעות הגיליון המסכם היא יעילה ומהירה, ומתחילה בשאלון בריאות ובשאלון BSI<sup>2</sup>, המספקים תמונה של גורמי רקע פרה-מורבידיים; סקירת נתוני שאלון DES<sup>3</sup> מספקת הערכה של הנטייה לדיסוציאציה. בשלב זה, המטפל כבר יכול להתרשם בקווים כלליים מהרקע התפקודי שסביב התסמינים הטראומטיים. שאלון PCL5<sup>4</sup> משלים את המכלול ומספק את תמונת התסמינים הפעילים ועוצמתם.

עם הכניסה לריאיון הקליני, ולאחר מילוי שאלון הפרטים האישיים, המטפל מרחיב את השאלות ביחס לתסמיני PTSD, מתוך כוונה להבהיר את תמונת התסמינים, בפרט בנוגע לעוצמתם, לתדירותם ולמאפייניהם. בשלב זה חשוב מאוד לברר עם המטופל מהם מבחינתו הגורמים המעיקים ביותר בתמונה זו. לפיכך השיחה תתחיל בשאלה פתוחה: "מה מפריע לך כיום?", ורק בהמשך ההכונה תהיה לתיאור מצבו ביחס לקבוצות התסמינים הנוספות. בירור זה נועד לספק למטפל תשובות לשאלות בנוגע להתערבות הטיפולית הרלוונטית: מהי מידת הצורך בוויתות עוצמות החרדה והזעם? מהו הצורך בסיוע בעיבוד הזיכרון? מה הצורך בסיוע בהתמודדות עם הימנעויות? ומה המשקל של המרכיבים הדיכאוניים בעולמו של המועמד לטיפול? בירור יעיל בשלב זה יעניק למטפל בסיס חיוני לתכנון המהלך הטיפולי, בדגש על שלביו המוקדמים, שבהם המטפל משתדל לשלב התערבויות ממוקדות טראומה.

## אוכלוסיית מטופלי PTSD כרונית ידועה בספרות כבעלת שיעורים גבוהים של נשירה מטיפול. מניסיונה של היחידה לתגובות קרב, אחת הסיבות המרכזיות היא מיקוד היתר של המטפלים בתסמינים

ההחלטה בנוגע לאסטרטגיה הטיפולית נסמכת על שילוב שבין הערכת המטפל לבין בחירת המטופל. מטופלים נוטים להביע היטב את מאפייני תחושת המצוקה שהם חווים, ואף לנסח את היררכיית הצרכים שלהם, אם כי במקרים רבים חרף תיאור תסמינים כבדי משקל של הפרעת דחק פוסט-טראומטית, בקשתו של המטופל לטיפול תתמקד בתחומים שאינם אלא שיקוף של לב המצוקה, כגון אובדנים משמעותיים או קשיים בתפקוד הזוגי או ההורי. למטופל יוצע מידע על טיפולים ממוקדי טראומה, אך אם אין הוא פנוי רגשית להתמודד עם תהליך עיבוד הזיכרון הטראומטי בשלב זה, הרי שניסיונות לשדלו לטיפול כזה עלולים להיכשל, ואף להזיק. גם כשמדובר במטופל בעל כוחות התמודדות טובים, לעתים קרובות עקב התמודדותו עם קשיים אחרים השואבים ממנו כוחות רבים, לא יוותרו בו כוחות להתמודד עם תהליך טיפולי הממוקד בטראומה. במקרים כגון אלה, מטופל הקולט מהמטפל מסר כי מדובר בטיפול שאמור לסייע לרוב המטופלים, יחווה תחושת

The Brief Symptom Inventory <sup>2</sup>  
Dissociative Experiences Scales <sup>3</sup>  
Post Traumatic Checklist 5 <sup>4</sup>

הקיימות ביחידה, ומברר עמו את צרכיו ואת ציפיותיו מהטיפול. תשובת המטופל מובאת בחשבון כאחד השיקולים בהתאמת התכנית הטיפולית בהמשך התהליך. לאחר שנאספו כלל הנתונים: אינטייק, שאלונים ושיחת הטרו-אנמנזה – המטפל מגבש המלצה להתייעצות ולדיון בישיבת צוות היחידה.

**פרדיגמה קלינית:** בישיבת הצוות מציג המטפל בפני צוות היחידה את תיקו של המטופל, על מנת לדון באבחנה ובסוג הטיפול המתאים. במקרים שההערכה היא כי טיפול במסגרת היחידה יועיל למטופל, תותאם לו תכנית טיפולית אישית. במסגרת התאמת התכנית, יישקל האם להפנות את המטופל לטיפול פרטני או לטיפול קבוצתי. בכל אחד מסוגי הטיפול, יישקל האם הטיפול יהיה ממוקד טראומה, במגוון גישות, או טיפול פסיכודינמי רחב וממושך, שיכלול גם רכיבים של עיבוד האירוע, אך בתוך הקשר מקיף הרבה יותר. בשלב זה תישקל גם העדפתו של הפונה. ככלל, במקרים שהאירוע יחיד ונקודתי וההתרשמות היא מכוחות אגו תקינים ומהיעדר מורכבות ברקע או פסיכופתולוגיה נוספת בהיסטוריה של המטופל – ההעדפה היא לטיפול ממוקד טראומה, לפחות כשלב ראשוני, במטרה לסייע במיתון התסמינים הבווערים. ככל שהתמונה מורכבת, ממושכת ומפושטת יותר – יומלץ על טיפולים מקיפים יותר, שיכללו עיבוד מתאים של החוויות הטראומטיות.

## דיון מסכם

**מאבחון קיומם של תסמיני PTSD ועד התוויית הגישה הטיפולית המתאימה עבור המטופל:** בשדה המקצועי מתקיימות גישות טיפוליות בעלות ערך רב בכל הנוגע ליכולתן לסייע למטופלים בהקלת תסמיני הפוסט-טראומה ובשיפור איכות חייהם, ורבים הם המטפלים בעלי היכולת הטיפולית למצות את ההשפעה הפוטנציאלית של גישות אלה. עם זאת, מצדדיהן של גישה זו או אחרת עוסקים כמעט בלעדית במיצוי ההיבטים היישומיים של הגישה הטיפולית שאימצו, וכך נפקד כמעט כליל מקומו של הדיון המקצועי ביתרונותיהן ובמגבלותיהן היחסיים של הגישות הטיפוליות, לפי מידת התועלת שעשויים מטופלים שונים להפיק דווקא מגישה אחת ופחות מאחרת. דיון מצומצם מצוי בהתאם גם בנוגע להתוויית העשויות לסייע למטופל לקבל את הטיפול לפי הגישה בעלת הפוטנציאל המשמעותי ביותר במיוחד עבורו, בהתאם למאפייניו הסובייקטיביים, אפילו במקרים שהבחירה היא בין שתי גישות שיעילותן המחקרית האובייקטיבית הוכחה באותה מידה בהפחתת תסמיני ה-PTSD.

לגבי צרכיו של המטופל בעת פנייתו לטיפול, אף הם אינם נגזרים בהכרח רק מעצם קיומם של תסמיני PTSD. יש אמנם מטופלים רבים שעיקר עניינם בעת הפנייה הוא בהפחתת עוצמתם של התסמינים, אך בקרב מטופלים רבים אחרים בעלי תסמיני הפרעה המייצרים עבורם מצוקה ניכרת לא-פחות, הבקשה היא לסיוע ברבדים אחרים של הקושי, כגון ביקורתם העצמית החריפה על תפקודם כהורים או כבני זוג, לצד תחושת האשמה וההחמצה המכאיבה של חיים שלמים מבחינתם, עקב הזנחתם את הטיפול במצוקה. לפיכך, מעבר לביורר יסודי של תמונת התסמינים הפעילים, הרי שבשלב האבחון המטפל מחויב לברר ולהבין, במשותף עם המטופל, מהו הצורך הרגשי והתפקודי שלו כמטופל ביחס לטיפול.

זאת ועוד, באחרונה מצטברים נתונים מחקרניים עדכניים המאששים את תפיסת היחידה לתגובות קרב ביחס לגישתה הטיפולית ואף מעלים ספק בדבר קיומו בהכרח של יתרון קליני לגישות ממוקדות טראומה מבוססות מחקר בהשוואה לגישות

השתתפות בקרב או בפעילות מלחמתית אחרת, הרי שמנדט היחידה מחייב זיקה הדוקה בין המתרחש בתהליך הטיפולי לבין החשיפה לאירועים טראומטיים בלחימה, וככל שחולפות השנים מאז האירוע, נדרשת תשומת לב רבה יותר לסוגיה זו. יתרה מכך, מאחר שהשירות שמספקת היחידה מוגבל לתהליכי פסיכותרפיה בלבד, על הצוות מוטלת האחריות להעריך מראש אם אכן זהו התהליך המיטבי עבור הפונה. חוות הדעת מתבססת על האבחנה, ומכאן חשיבותה המיוחדת ביחידה לתגובות קרב. לדוגמה, אם פונה סובל מפגיעות נוירולוגיות או מקשיים רפואיים המשפיעים על התמודדותו הנפשית, הרי שנדרשת התייעצות עם מומחים בתחומים אחרים, כגון נוירו-פסיכולוגים או פסיכולוגים רפואיים.

**מהלך האבחון:** לוי ולובין (2010) תיארו את תהליך האינטייק המפורט ביחידה לתגובות קרב, כפי שהוא מתקיים גם כיום,

**שיעור הנשירה המינימלי מטיפול ביחידה לתגובות קרב (5%) מעיד על שביעות רצון גבוהה של המטופלים מהתהליך הטיפולי המלווה את החלמתם**

עם עדכונים קלים. האינטייק מתפרש לרוב על פני שניים עד ארבעה מפגשים, על פי הצורך, עד לקבלת תמונה אנמנסטית מלאה ומעמיקה על הפונה. תהליך האינטייק כולל מפגש או שיחה עם בן משפחה קרוב, כגון בת זוג, הורה או ילד, לשם קבלת הטרו-אנמנזה. מתהליך זה נגזרת תועלת רבה בהתבוננות באינטראקציות של הפונה במבחר הקשרים וביחס לתהליך שהוא עובר באבחון. כך אפשר להתרשם מתהליך יצירת הקשר של הפונה עם המטפל, וכן מההתמודדות ומהתגובות של המטופל בעיסוקו בחומרים הטראומטיים. תהליך האינטייק אף מספק לפונה הזדמנות לחשיבה ולהתבוננות נוספת על החוויות ועל התכנים בין המפגשים. כל אלה הם חומרים חשובים בהערכת האופן שהפונה עשוי להפיק תועלת מתהליך של פסיכותרפיה. בתום המפגש הראשון, הפונה ממלא שלושה שאלוני דיווח עצמי, המודדים פסיכופתולוגיה כללית, תסמיני PTSD ומרכיבים דיסוציאטיביים.

הריאיון הפסיכו-סוציאלי עצמו הוא ריאיון מובנה, שתכליתו לבחון ולבדוק את נסיבות האירוע הטראומטי שהפונה מעיד עליו, ואת הגורמים שהשפיעו על אופייה של תגובת הקרב שפיתח ועל עוצמתה. סדר השאלות מכוון להבנת מקורות הסבל של הפונה: מהם התסמינים הבאים לידי ביטוי כיום, האם תמונת התסמינים השתנתה לאורך השנים, וכאינדקסיה תועלה סוגיית העיתוי – מה מביאו לפנות לטיפול דווקא בנקודת הזמן הנוכחית? בשלב זה רמת הפירוט היא פחותה, ואינה חושפת יתר על המידה את האירוע או האירועים הטראומטיים שחווה, אם כי כדי לשרטט תמונה ברורה ככל האפשר, ואף ללמוד את קורותיו של הפונה טרום האירוע הטראומטי, ולאחריו, ועד לפנייתו ליחידה – השאלות שיועלו הן מקיפות. כל זאת, בניסיון להבין ולאמוד את השפעות האירוע על השתלשלות חייו ועל תפקודו הנוכחי של הפונה, וכן להעריך את אישיותו הפרה-מורבידית, קיומן של עדויות לפסיכופתולוגיה בעבר, תפקודו במסגרות ובפרקים שונים בחייו, כוחות האגו שלו, מערכות התמיכה ועוד. בתום התהליך, פורש המטפל בפני המטופל את גישות הטיפול

שיפור מוגבל ביחס לתסמיני הפוסט-טראומה, ומניסיון היחידה - אף פחות מכך בכל הכרוך בתחושת המצוקה ובקשיי התפקוד. בהקשר זה, גם כשמטופל המתאפיין במנגנוני אישיות נוקשים או בטראומה מורכבת מפיק תועלת ניכרת בהפחתת התסמינים באמצעות טיפול ממוקד, אזי אם נותרים בו פערים ומצוקה מעמיקה בשל תהליכים וחוויות בעולמו הפנימי, איכות חייו תמשיך להיות ירודה וככל הנראה תיוותר רגישות ניכרת לעוררות עתידית של התסמינים הטראומטיים - בעיקר בעתות משבר.

**רכיב הזמן - אירוע קרוב לעומת אירוע רחוק:** נוסף על התייחסות לכוחות האישיות, יש להתייחס גם למשתנה הזמן. במקרים שהאירוע התרחש זמן רב לפני כן, לעתים מטופלים מעידים על התקדמות בתהליך עיבוד הזיכרון בעזרת הטיפול הממוקד בטראומה, אף שאין לכך השפעה ניכרת המשתקפת באיכות חייהם. לעומתם, נפגעי אירוע קרוב נוטים להתייחס בשלב ראשון אל התסמינים מעוררי המצוקה, ולאחר טיפול ממוקד והפחתת עוצמתם של התסמינים נפתח מרחב להתבוננות בעולמם הפנימי שטולטל על ידי הטראומה, ומכאן ההמשך הישיר הוא לתהליך הפסיכודינמי.

בהקשר של חשיבות הכרת אישיותו של המטופל לצורך בחירה מושכלת של טיפול יעיל, הרי שהערך המוסף של התהליך הטיפולי הממוקד בטראומה משתקף בעובדה שמעבר לעיבוד אפקטיבי של הזיכרון והפחתה מהירה של המצוקה, מדובר בדרך יעילה עבור הצוות לגבש התרשמות מעמיקה מאישיותו של המטופל, המוסיפה על ההבנה את הפגיעה ואת מאפייני ההתמודדות של המטופל עם השפעותיה של הטראומה.

**הטיפול הממוקד בטראומה כבעל ערך לתהליכים הטיפולים הנרחבים:** מבחר הגישות לטיפול ממוקד בטראומה מגדירות אמנם מושגים מצומצמים יחסית של השפעות הטראומה, בעוד שהמטרה הישירה היא להשיג השפעה טיפולית יעילה במונחים של תוצאות וזמן, אך עם זאת, יש חומרים קליניים חשובים שעולים במסגרת הטיפול הממוקד בטראומה, שאינם כלולים במסגרת ההתייחסות באותו שלב, אך הם בעלי ערך רב עבור התהליך הנרחב של התמודדות המטופל. לדוגמה, המטפל יכול לקבל מידע על דפוס ההתקשרות של המטופל לדמויות סמכות. מידע קליני רב ערך זה ישמש את הצוות המטפל בעת עיסוקו בשאלת המשך התהליך הטיפולי שבעקבות הטיפול הממוקד, שכן מידע זה מצביע על מאפייני תלות-עצמאות ולעתים גם על חסכים במבני העצמי שמהם צומחות חוויות שליליות קשות בנוגע לאירוע, כגון בושא או האשמה עצמית לא-תואמת.

**חשיבותו של תהליך עיבוד הזיכרון בהקשר של הכלתו בתהליך ההתמודדות עם אתגר הגיבוש של תקווה מציאותית, בשלה ובלתי תלויה [12]:** אתגר זה מתייחס לתהליך הפסיכודינמי המעמיק הצפוי בהמשך הטיפול, שבמסגרתו יש חשיבות רבה לחומרים החווייתיים העולים מתוך תהליך עיבוד האירוע. מבחינה טיפולית המשמעות המרכזית היא בהתבוננות המטפל הן בחומרים הקשורים לעיבוד הישיר של הזיכרון, כמקובל בגישות הממוקדות בטראומה, והן בחומרים המחברים את הזיכרון לרדידה העמוקים של החוויה וההתנסויות הקודמות. בתחילת הטיפול, לעתים המטופל מביע תחושה של אי-מסוגלות להתמודדות עם הזיכרון, אך עם התקדמות התהליך, והתהוות האמון של המטופל בקשר עם המטפל, המטופל יחוש גם יותר ביטחון ביכולתו של המטפל להוביל את תהליך העיבוד ולשמור עליו כמטופל בתוך תהליך העיבוד. שילובו של תהליך עיבוד הזיכרון הטראומטי במסגרת

טיפוליות אחרות. במאמרם מהחודשים האחרונים מציינים הכותבים: "בעוד שהטיפולים ממוקדי הטראומה מתבססים באופן בלעדי על גישות של למידה ושינוי קוגניציה, שאין ספק בדבר התאמתן לחלק מהמטופלים, יש חשיבות לשקול משתנים אישיים במנגנוני ההחלמה והעדפות טיפוליות, ואף לשקול את מידת ההתאמה בין ציפיות המטופל מהטיפול לבין מיומנותו וביטחונו המקצועי של המטפל בגישות שהוא מציע" [26].

רבים מהמטופלים ביחידה לתגובות קרב אינם מעוניינים להשקיע את זמן הטיפול בתהליכי עיבוד זיכרון או שינוי התנהגותי, אלא מבקשים שיינתן להם מקום שבו יוכלו לפתוח את סגור לבם ולפרוק את מצוקותיהם בחוויית ההתמודדות עם עצמם ועם המציאות הסובבת אותם. יתרה מכך, במקרים לא-מעטים, עם סיומו של פרק טיפול ממושך, הכולל הן עיבוד של הזיכרון הטראומטי והן טיפול פסיכו-תרפויטי דינמי, מעידים מטופלים כי התהליך הדינמי תרם להם במידה ניכרת יותר מאשר עיבוד הזיכרון. ואכן בבואנו לבחון את השינוי בתמונת תסמיני ההפרעה הפוסט-טראומטית בסיום הטיפול לעומת תחילתו, במקרים רבים ימצא כי גם בקרב מטופלים המביעים שביעות רצון גבוהה מהטיפול וסיפוק מהתהליך שעברו עדיין ייתכן למצוא תמונה תסמינית דומה לזו שהצטיירה בתחילת הטיפול, עובדה שככל הנראה אינה פוגמת בתחושה הסובייקטיבית של מטופלים כי הפיקו תועלת רבה לשיפור באיכות חייהם.

הדיון בתופעה וההתחקות אחר שלל הסבריה מצריכים אמנם מחקר בפני עצמו, אך אין חולק כי מדובר בתופעה הממחישה יותר מכול את מורכבותו של השדה הטיפולי ומהווה תימוכין לתפיסת היחידה לתגובות קרב שלפיה תסמיני ההפרעה הפוסט-טראומטית ומיגורם אינם חזות הכול ואינם בגדר תכליתו הבלעדית של הטיפול.

**שקול צרכיו האישיים של הפונה לצד מכלול אישיותו:** גישתה האבחונית והטיפולית של היחידה לתגובות קרב מתמקדת

**לצד הטיפול התרופתי ב-PTSD, מרבית הקווים המנחים לטיפול בהפרעה פוסט-טראומטית כיום ממליצים על התערבויות קוגניטיביות התנהגותיות ממוקדות בטראומה (Trauma Focused CBT), על טיפול בחשיפה ממושכת (Prolong Exposure), על עיבוד קוגניטיבי (Cognitive Processing Therapy) או על EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

במחויבותם של המטפלים לברר אישית מול כל מטופל מהו הצורך האינדיבידואלי שלו בעת פנייתו. האבחון עוסק הן בתמונת התסמינים הפוסט-טראומטיים, הן בהתבוננות בחווייתו הסובייקטיבית של הפונה ביחס לקשייו, והן בהערכה מבוססת של כוחות, רגישויות וחסכים הייחודיים לו. לדוגמה, בהקשר זה, יש חשיבות מרכזית לשקול המידע בדבר אישיותו של הפונה טרום האירוע, שכן ככל שאישיותו בריאה ובשלה מטיבה, כך יגבר פוטנציאל ההחלמה שלו בעזרת טיפול הממוקד בעיבוד הזיכרון הטראומטי. מכאן שבמקרים אלה יש להעדיף את הטיפול הממוקד לעומת זאת, בהינתן גורמי רקע כגון מנגנוני אישיות נוקשים או טראומה מורכבת, טיפול ממוקד טראומה יהיה בעל פוטנציאל

הקבוצתית הממוקדת מוקצה ביחידה לתגובות קרב מקום מרכזי לאורך שלבי הטיפול, אם כצעד ראשון של המטופל בהתמודדות עם המצוקה המקננת בו בלי שותפים ובלי מילים מתאימות, ואם בשלבים מתקדמים של הבשלת הצורך והיכולת להפיק חוויה של שיתוף והתחברות לבעלי התנסויות דומות. כפי שהוצג בתיאורי המקרה, יש מטופלים שהתהליך הקבוצתי מהווה עבורם הכנה חשובה לטיפול אישי ממוקד טראומה לפי אחת הגישות המקובלות בתחום.

**מיצוי האפקט הטיפולי על ידי מעגל נרחב של מטופלים בעלי ידע ומיומנויות מגוונים:** תהליך האבחון המורכב והרב-שלבי המתקיים ביחידה לתגובות קרב מיועד להשגת מיקוד בתמונה הקלינית של המצוקה הייחודית לכל מטופל ומאפשר לכל מטפל ביחידה מיצוי יעיל של היכולות הקליניות שלו. במערכת ציבורית יש מטבע הדברים מגוון מטופלים בעלי הכשרות בתחומי טיפול שונים, ולכל מטפל גישה אישית ייחודית לו ואיכויות יחסיות, לצד מגבלות בהקשר של ידע, ניסיון והתאמה מקצועית לצרכים הטיפוליים הייחודיים. בהתאם להנחת יסוד זו, תהליך האבחון וההפניה לטיפול ביחידה לתגובות קרב שואף להתאמה מיטבית בין המטופל למטפל, בכל טווח הגישות הטיפוליות ורמות הידע והניסיון. נראה כי השיעור הנמוך של נשירה מטיפול ביחידה – כ-5% בשנת 2016 – מעיד על שביעות רצונם הגבוהה של המטופלים הסומכים ידם על הגישה האבחונית והטיפולית, לאורך התהליך הטיפולי כולו המלווה את החלמתם. ●

פסיכותרפיה דינמית מהווה אתגר טיפולי. בהקשר זה, שני גורמים בעלי השפעה על יעילות הטיפול הם [10]: (1) עקביות בגישה הטיפולית; (2) הבנה של המטופל את הרציונל הטיפולי וקבלתו. מכאן מובן כי שילוב של תהליך עיבוד הזיכרון הטראומטי במסגרת טיפול המבוסס בעיקרו על גישה פסיכודינמית דורש התנהלות ברורה כלפי המטופל, מהגדרת החוזה הטיפולי ואופן התנהלות הפגישות שישתנה במהלך הטיפול ועד לדיאלוג עם המטופל ביחס לאופן העיבוד המתאים ואף לעיתוי.

שילוב של טיפול קבוצתי הממוקד בטראומה בתהליך הטיפולי מהווה נדבך חשוב ביותר, ולעתים אף קריטי, בתהליך התמודדותו של המטופל. הפער הבלתי ניתן לגישור בין חוויית האימה הצרובה בנפשם של נפגעי הטראומה לבין חוויות נורמטיביות המוכרות לסובבים אותם הוא העומד בבסיסם של תיאורי הבדידות של המטופלים, תחושתם כי הם בלתי מובנים, וההתרחקות הרגשית והמעשית מהקרובים אליהם. אותן חוויות בדידות והיעדר סיכוי להיות מובנים על ידי האחר נכנסות גם לחדר הטיפול. מטופלים אמנם מבטאים תחושה כי הם בוטחים בהבנתו של המטפל יותר מאשר בהבנתם של הקרובים אליהם, אך כשהם נפגשים עם חבריהם לקבוצת המטופלים שחוו טראומה, הם חווים ביניהם תחושה ייחודית של שיתוף. סביבה בטוחה זו מאפשרת להם שיתוף הן ברובד המילולי, בתכנים שהם אינם משתפים בהם אחרים, והן בחוויות המעמיקות את תחושת התמיכה ושותפות הגורל, כגון להיות מובן בלי הצורך לתאר במילים. לפיכך, להתערבות

### פרטי ההתקשרות עם היחידה לתגובות קרב:

טל': 03-7377007; פקס: 03-7377657; דוא"ל: tk@mail.idf.il  
 כתובת למשלוח דואר: היחידה לתגובות קרב, מחנה מקרפ"ר ב', תל השומר

## תיאורי מקרה

היחידה לתגובות קרב מעניקה כאמור שירותי פסיכותרפיה ללוחמים לשעבר במקרים של מצוקה נפשית על רקע השתתפות בקרב בגישות רבות ומגוונות. תהליך האבחון ביחידה הוא חוליה מרכזית בהצלחת הטיפול, שכן בשלב זה מתווה הצוות המקצועי במשותף את הדרך המתאימה עבור כל מטופל כדי להשיבו בהצלחה למסלול חיים תקין.

בעמודים הבאים מובאים שני תיאורי מקרה של PTSD שטופלו ביחידה. שמותיהם של שני המטופלים בדויים מפאת החיסיון הרפואי. שניהם פנו ליחידה לתגובות קרב בעקבות השתתפותם בקרבות "צוק איתן", לאחר שכל אחד מהם נחשף לאירועים קשים, אם כי באופן שונה. המקרים ממחישים את התהליך מתחילתו, ומציגים את חבלי הלידה מחדש, הקשיים והמהמורות שבדרך, לצד הנחישות וההתמדה החיוניים לטיפול. תיאורי המקרה חושפים את מקורות העוצמה הפנימית המגויסים לתמיכה באבני בניין יסודיות, כגון אמון והערכה עצמית, ולהשבת החוסן הנפשי, עד לכדי שיפור ניכר באיכות החיים, לעתים מן הקצה אל הקצה.



## 1. טיפול ממוקד טראומה

במהלך הלחימה במבצע "צוק איתן" נפגע כוח מילואים פגיעה ישירה מטיל ששוגר מרצועת עזה. אחדים מהחיילים ששהו בסמוך למקום במצב של סכנת חיים ונחשפו למראות קשים ביותר פנו בעקבות האירוע לטיפול ביחידה לתגובות קרב. קובי (שם בדוי) הגיע ליחידה בהמלצת מפקדו, כשנה לאחר הלחימה, והיה אחרון הפונים. עם תום המבצע קובי התנתק מחבריו, ורק בשיחה אקראית בינו לבין מפקדו התבררה למפקד חומרת מצבו של קובי. הוא היה בשנות ה-30 המאוחרות לחייו, תושב יישוב קטן ומרוחק ממרכז הארץ, נשוי ואב לשלושה, אך התברר כי לאחר ששב מהקרבות הקשים שהשתתף בהם ב"צוק איתן" התנתק גם מאשתו ומילדיו ושב להתגורר בבית הוריו. הוא סבל מנדודי שינה, נעשה עצבני וחסר סבלנות, התקשה להתרכז ולתפקד בעבודה, ובדמיונו רדפו אותו מראות קשים של פיסות בשר מדממות של פצועים הדבוקות לידי. חרף חומרת התסמינים ומועד התפרצותם, קובי לא קישר ישירות בינם לבין קורותיו במלחמה, ולא העלה בדעתו לפנות לעזרה. מפקדו הוא שהציע לו לפנות לטיפול ביחידה לתגובות קרב לאחר שסיפר לו על-אודות קיומן של תגובות קרב הנגרמות עקב מצוקה נפשית פוסט-טראומטית. בתום פרק זמן נוסף של השתהות והיסוסים, קובי אזר אומץ ופנה. הוא נקלט לאבחון במסגרת "שומר איתן" – הליך האבחון התכליתי והמקוצר, המיועד לנפגעי אירוע טרי. במפגש עצמו, מתוך השאלונים המפורטים שמילא ומתוך השיחה, עלו תסמינים נוספים: חודרנות קשה בימים ובלילות, שהתבטאה במחשבות חוזרות ונשנות על האירוע, מצב רוח ירוד מאוד, עיסוק אינטנסיבי בנושאים צבאיים ומנגד הימנעויות רבות בחיי היומיום. בסוף תהליך ההערכה, התקבלה תמונה נרחבת של תסמיני PTSD, הכוללת הצטמצמות ופגיעה תפקודית ניכרת, לצד תובנה חלקית בלבד בנוגע לייחוס ההקשר הפוסט-טראומטי של החוויה.

בישיבת הצוות הוחלט שיחל בטיפול קבוצתי ממוקד, מתוך מחשבה שלאחריו יהיה קובי בשל יותר לתהליך פרטני. בתכנית הטיפולית שהותאמה לו שוקללו מרכיבים רבים, ובהם: הפנייה בשל אירוע טראומטי יחיד ומוגדר; הצורך בהתערבות מהירה וממוקדת לנוכח עוצמת התסמינים; המיקוד בסיפור האירוע הטראומטי שרמת עיבודו הייתה גולמית מאוד באותו שלב; הפגת הבידוד שכפה על עצמו, השתלבות בקבוצת מטופלים וחשיפתו למקרים אחרים של פוסט-טראומה וביטוייה, בדרך שתגרום להבנתו את מנגנון ההפרעה ולהגברת מודעותו לעובדה שהוא אינו לבד בהתמודדותו מול תמונת התסמינים המעכירה את מציאות חייו.

קובי שובץ לטיפול קבוצתי ממוקד טראומה [25], בחברת שישה נפגעי "צוק איתן" נוספים. בקבוצה, חלקו שבעת חבריה את החוויה הבסיסית של חוסר אונים, אימה והתפרקות מנגוני ההגנה המוכרים. עבור קובי נראה כי

המפגש הראשוני והגולמי עם החוויה הפוסט-טראומטית היה אירוע מכונן – קשה, ועם זאת מאיר עיניים. "אני לא לבד, יש שם, יש הסבר, ומכאן – יש תקווה לשינוי". כשקובי תיאר את קורותיו באירוע במסגרת הקבוצה, מבעד לקולו השקט והמהוסס ולמבטו המורכב נחשפנו כולנו לסיפור שלו, שהתברר כסיפור גבורה: הטיל שפגע בלוחמים מטרים ספורים ממנו, במקום ששהה דקות ספורות לפני כן ושאלו היה אמור לחזור, הפציעות הקשות של חבריו, התחושות האוטנטיות של אשמת הניצול, פעולות פינוי הפצועים תחת אש במו ידיו והכוונת כוחות הפינוי אליהם. חברי הקבוצה כולם ראו בו גיבור, ובכוחות משותפים נבנה בקבוצה הנרטיב הסדור של האירוע ושל תפקודו המופתי של קובי להצלת חיי הפצועים. החברים לקבוצה שיבחו אותו על התנהלותו בשטח, וניסו לחזקו בהתמודדות עם ההימנעויות הרבות שפיתח. ניכר כי הטיפול הקבוצתי עודד את רוחו והיה משמעותי מאוד עבורו. בפורום טיפולי זה הונחה התשתית להמשך עבודת העיבוד הנרחבת יותר – סיפור האירוע בקול, הרחבת ההתבוננות עליו מזוויות שונות, ותחילת הנגיעה במחירן הכבד של ההימנעויות. אלה אפשרו צלילה עמוקה יותר פנימה, והוחלט להפנות את קובי לטיפול פרטני בגישת החשיפה הממושכת. בתוך כך, הוא הופנה גם לקבלת טיפול תרופתי.

הדרך הארוכה של קובי, שבוע אחר שבוע בחדר הטיפול ובחיייו האישיים, אפשרה לו להעמיק את המסע שערך אל תוך עצמו במפגשים ולהרחיב את תהליכי העיבוד. בחשיפה בדמיון הוא שחזר שוב ושוב את סיפור האירוע הטראומטי. רמות המצוקה שניכרו בו והיו תחילה גבוהות מאוד הלכו והתמתנו עם החשיפה החוזרת בחדר הטיפולים וההאזנה להקלטות בין המפגשים, עד להתרגלות. הוא הלך ונזכר בפרטים נוספים, האירוע התחדד והתארגן ומוחשיותו התעצמה – זעקות הפצועים, מראות הזוועה, ההתחברות לרגעי חוסר האונים, וחרף כל זה רגעי תפקודו המרשימים בלב התופת שמצא את עצמו בתוכה. כך חלחלה בהדרגה בתודעתו גם ההכרה באומץ לבו, כפי שהשתקפה בתפיסתם של חבריו לקבוצה.

בד בבד עם ההקלה בחוויות האשמה וההרס הפנימי, הקלה שהתאפשרה באמצעות תהליך החשיפה החיה, יצר קובי במשך הטיפול רשימת הימנעויות שהתמודדות עמן תורגמה למשימות לתרגול שהתמיד לבצע. כך, בהדרגה, שב אל תפקודיו ותפקידי שזנח בשנתיים שחלפו מאז הלחימה. תפקודו בעבודה השתפר, הוא שב לתפקד כאב, ומעל לכול – חשף בפני רעייתו, בפעם הראשונה, את סיפור הלחימה האישי שלו, זה שעייב תחילה בקבוצה, ואז שוב ושוב בטיפולו הפרטני, עד שנעשה מסוגל לספרו גם מחוץ לחדר הטיפול. ההבנה הנוגעת ללב על-אודות נסיבות השינוי ההתנהגותי החרף, בשילוב הפתיחות החדשה, האמון המחודש שרכש והגעגוע שלו לקובי שהיה לפני המלחמה, סללו עד מהרה את דרכו מהפרישות המכאיבה שגזר על עצמו – חזרה הביתה, אל חיק המשפחה, רעייתו וילדיו.

## 2. פסיכותרפיה פסיכודינמית משולבת עם עיבוד אירועים טראומטיים

גלי (שם בדוי) פנתה ליחידה לתגובות קרב כ-10 חודשים לאחר מבצע "צוק איתן", והופנתה לאבחון ולהערכה במסגרת הליך "שומר איתן". בפנייתה התלוננה בעיקר על סינטי לילה חוזרים ונשנים, המתאפיינים בתכנים צבאיים ומלחמתיים, וכן על תחושת לחץ ומועקה המלווה אותה לאורך היום, וכוללת תסמינים סומטיים כגון לחץ בחזה, ופחד גדול המלווה אותה תדיר מפני מלחמה. בריאיון הקליני התברר כי "צוק איתן" היה עבורה המבצע השלישי שהשתתפה בו, אחרי "עמוד ענן" ו"עופרת יצוקה". בתפקידה כאשת מילואים היא קצינה המשובצת באחד ממערכי ההגנה האינטנסיביים ביותר, וממוקמת סמוך לחזית, באזור הידוע כמסוכן במיוחד. תפקידה להגן על הלוחמים בשטח, אך תוך כדי שהיא קשובה להתרעות ולאזהרות הממוקדות במיקום שהיא וחייליה מצויים בו. במצב זה תחושת האחזרות כפולה ואדירה, וסכנת החיים הפוטנציאלית מרחפת ממעל ומוחשית.

היא בשנות ה-20 המאוחרות לחייה, ובזוגיות. עלתה לישראל בגפה כעשר שנים קודם לכן, במסגרת תנועת נוער, והתגייסה בהמשך כחיילת בודדה. העלייה הייתה אמנם מטעמים ציוניים, אך גם על רקע אווירה משפחתית שהיא מתארת כקשה, מקטינה ומעכבת עבורה. משפחתה כולה מתגוררת בחו"ל, והוריה גרושים מאז נערותה. עם האב הקשר קרוב יותר, אך הוא היה עסוק בעיקר בפיתוח הקריירה שלו, והיא ואחיה התגוררו עם אמם. את האם מתארת גלי כאישה הסובלת כפי הנראה מהפרעת אישיות קשה הכוללת דה-קומפנסציות דיכאוניות משמעותיות לצד התפרצויות אלימות, והן מסוכסכות ביניהן זה שנים. האובייקטים המופנמים רעועים ונתפסים כהרסניים, והיא מתארת משברים דיכאוניים בנערותה. כבכורה באחיה, פיתחה תכונות של ילדה הורית ביחס אליהם, בניסיון למלא את מקומם של ההורים ולחפות על הנזקים שלתפיסתה הותירו בגידולם. נראה כי אותו דפוס של אחריות הורית שביטאה ביחס לאחיה הביאה עמה גלי גם לתפקידה הצבאי. היא בעלת כישורים חברתיים פסיכודינמיים מרשימים, והצליחה לבנות לעצמה בארץ מערכות תמיכה חברתיות, אבל חרף היותה מוקפת חברים, ברגעי משבר משמעותיים חשה לבדה. מכריה וכל הסובבים אותה רגילים לראותה בדמות התומכת ולא בדמות הנתמכת, ומתקשים להכיל את השינוי שהתחולל בה. על רקע כל אלה, בדיון שנערך בישיבת הצוות הוחלט לשבץ את גלי לפסיכותרפיה מקיפה, הכוללת מרכיבי עיבוד אירוע. עלה הרושם כי מדובר בטראומה מורכבת, וכי אין אירוע ספציפי לעבד, אלא תחושת מתח, חרדה וסכנה מתמשכות לאורך המלחמה - המהווה כולה אירוע טראומטי מרכזי. נראה כי את עיבוד קורותיה ותחושותיה משם יש לשלב במסגרת טיפול פסיכודינמי העוסק גם בטראומות הילדות, באובייקטים המופנמים וביחסי האובייקט שפיתחה, לצד גיבוש הזהות הבוגרת והנפרדת בישראל.

גלי החלה בפסיכותרפיה על בסיס שבועי, למשך כשנה. בתחילתה הייתה עסוקה מאוד בתסמינים העוצמתיים שחוותה ובהשפעתם על תפקודה, על ביטחונה העצמי ועל מצב רוחה. היא שיתפה בתכני הסינטיים המבעייתיים, המפגישים אותה שוב ושוב עם המלחמה, גם כשכבר הגיעה למקום בטוח. מתוך כך, עלה סיפור המלחמה בפעם הראשונה. גם שאלת המשך השירות במילואים עלתה על הפרק, מתוך העיסוק ברכיבי הזהות השונים שפיתחה לעצמה, ותפקידו המרכזי של החלק הצבאי בהם. זאת תוך כדי עיבוד משמעות הוויתור עליו - האכזבה העצמית, חוסר ההתמודדות, שאלת הערכיות המניעה אותה, הבושה והאשמה על זניחת התפקיד ההורי שלה. בהמשך, ככל שנבנו הקשר והאמון, חשפה גלי עוד ועוד פרטים וזיכרונות מילדותה ומבית הוריה, דמויותיהם הנעדרות והחסר, ושיתפה בהתחבטויות עדכניות לגבי מימוש הקשרים ביניהם. באחד הרגעים המכוננים, נזכרה באירוע טראומטי מוקדם שבמהלכו חוותה בפעם הראשונה חוסר אונים שנחרט בה, והצליחה לתפוס את החיבור בינו לבין חוויותיה מהמלחמה, ומכאן את פגיעותה הרבה. בכלל, עיסוק בקשרים הפך מרכזי בטיפול, ככל שקשרי ההעברה התהדקו. לדוגמה, עיסוק במערכת היחסים הזוגית ובקשרים חברתיים מורכבים. משלא היו דמויות הוריות להיוועץ בהן בנושאים אלו ובנושאי קריירה - כל אותן זהויות שפיתחה לעצמה כבוגרת ועצמאית הובאו במישרין אל חדר הטיפול. כך נצלחו לאורך השנה תקופות משבר בזוגיות, בעבודה ובמשפחה. עם הזמן, התסמינים הלכו ופחתו, והופיעו רק בתגובה לגורמים חיצוניים. בשלב זה הוצע לגלי לשוב לעיסוק בעיבוד הטראומה.

כך בפרק נוסף, לקראת סיום הטיפול, כשהיא מיוצבת יותר בתסמיניה, מכירה כבר את ההפרעה הפוסט-טראומטית גם מתוך חלקים פסיכו-חינוכיים, ואת רציונל העיבוד החוזר של האירועים, נפתחו שוב ולעומקם אירועי שלוש המערכות שהשתתפה בהן. בעיבוד נרטיבי מלא - שעובה בין השאר באמצעות טקסטים שכתבה בתקופות של לחימה והטמינה בתיבה שלא העזה לפתוח עד אז - נפרש שוב סיפורה המלא: האירועים, הרגשות, המחשבות וההתמודדות המתמשכים שלה במהלך המערכות. בהמשך הצליחה גלי לשלב גם הומור וזיכרונות נעימים בחוויותיה במבצעי הלחימה. נראה כי סיימה את התהליך בראייה מפוכחת יותר לגבי הסכנה שהייתה נתונה בה, לגבי תפקודה הגבוה שם, אך גם לגבי "גבולות הגזרה" של יכולתה, ונטייתה לדחוק את עצמה לעמדות שאינן מיטיבות עם בריאותה הנפשית - הן במסגרת הצבאית והן במערכות יחסים בכלל. לאחר השחזור המלא, התסמינים נעלמו כמעט כליל, וגלי מצאה את עצמה משתפת במאורעות שנחשפה אליהם במהלך השתתפותה במבצעים - גם מחוץ לחדר הטיפול, בלי להתפרק ובלי ההשפעה החודרנית לאחר מכן, מתוך ערנות והכרה במצבים שעלולים להחמיר את התמונה הכללית בעתיד, ובעזרת כלים רבים יותר להתמודד באמצעותם.

## מקורות

1. לוי א', לובין ג'. על תהליך ההערכה (Intake) והשיבוץ לטיפול ביחידה לתגובות קרב. עיתון הרפואה הצבאית (JIMM). 2010 ינו'; 18-14:(1)7
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5<sup>®</sup>)*. American Psychiatric Pub.
3. Norris F, Sloan L. The epidemiology of trauma and PTSD. In MJ Friedman, TM Keane, PA Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: science and practice*. New York, NY: Guilford Press; 2007.
4. Becker CB, Zayfert C, Anderson E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behavior research and therapy*, 2004; 42(3): 277-92.
5. ACPMH (2007). *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*.
6. Zohar J, Yahalom H, Kozlovsky N, Cwikel-Hamzany S, Matar MA, et al. High dose hydrocortisone immediately after trauma may alter the trajectory of PTSD: interplay between clinical and animal studies. *European Neuropsychopharmacology*. 2011; 21(11):796-809.
7. Foa E, Hembree E, Rothbaum BO. *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press; 2007.
8. Van Minnen A, Hendriks L, Olf M. When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behav Res Ther*. 2010 Apr; 48(4):312-20.
9. Van Minnen A, Harned MS, Zoellner L, Mills K. Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 2012; 3(1), 18805.
10. Wampold BE, Imel ZE, Laska KM, Benish S, Miller SD, et al. Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30:923-33.
11. Schottenbaue MA, Glass CR, Arnkoff DB, Tendick V, Gray SH. Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2008; 71(2):134-68.
12. Levi O. Individual therapy for chronic and complex PTSD via the phenomenon of hope. *Psychoanalytic Social Work*. 2013; 20(2):150-73.
13. Mahoney D, Markel B. An integrative approach to conceptualizing and treating complex trauma. *Psychoanalytic Social Work*. 2016 Jan; 23(1):1-22.
14. Markowitz JC, Meehan KB, Petkova E, Zhao Y, Van Meter PE, et al. Treatment preferences of psychotherapy patients with chronic PTSD. *J Clin Psychiatry*. 2016 Mar; 77(3):363-70.
15. Haugen PT, Splaun AK, Evces MR, Weiss DS. Integrative approach for the treatment of posttraumatic stress disorder in 9/11 first responders: Three core techniques. *Psychotherapy*. 2013 Sep; 50(3):336.
16. Grinker RR, Spiegel JP. *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston; 1945.
17. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006 Mar; 295(9):1023-32.
18. Kok BC, Herrell RK, Thomas JL, Hoge CW. Posttraumatic stress disorder associated with combat service in Iraq or Afghanistan: reconciling prevalence differences between studies. *J Nerv Ment Dis*. 2012 May; 200(5):444-50.
19. Solomon Z, Mikulincer M. Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry*. 2006 Apr; 163(4):659-66.
20. Jacobson IG, Ryan MA, Hooper TI, Smith TC, Amoroso PJ, et al. Alcohol use and alcohol-related problems before and after military combat deployment. *JAMA*. 2008 Aug; 300(6):663-75.
21. Browne T, Iversen A, Hull L, Workman L, Barker C, et al. How do experiences in Iraq affect alcohol use among male UK armed forces personnel? *Occup Environ Med*. 2008 Sep; 65(9):628-33.
22. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry*. 2007 Jan; 164(1):150-3.
23. VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress. *Management of Post-Traumatic Stress Working Group (2010)*. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense.
24. מנדלוביץ' ש' (2014): תקשורת אישית.<sup>5</sup>
25. Levi O, Wald I, Svetlitsky V, Zusmanovitz S, Parasha E, Shoval-Zuckerman Y, Afik G, Haikin G, Fruchter E. Combat-related multifaceted trauma-focused group therapy: a pilot study. *The Journal of Nervous & Mental Disease*. 2017 Dec; 205(2):133-39.
26. Hoge CW, Chard KC. A window into the evolution of

<sup>5</sup> ד"ר שלמה מנדלוביץ', סא"ל במיל, היה מפקד המרכז לשיקום עורפי של חיל הרפואה בתקופה המדוברת. כיום, מנהל המרכז לבריאות הנפש "שלוותה".