

התמודדות נפש ומוגבלות בימי מלחמה - מי יטפל במטפל?

ד"ר שירלי פורטוגיז¹

מבוא

בהתמודדות עם מצבי חירום, ראוי להגדיר את המושגים המרכזיים המעצבים לנו את המציאות הפנימית ואת אופן ההתמודדות שלנו עם המציאות החיצונית.

"מלחמת חרבות ברזל" עוררה שיח מקצועי וחברתי ער בתחומים, כגון פגיעה קולקטיבית, מציאות משותפת והתמודדות כלל בעלי העניין עם מציאות מורכבת זו. מאחר שאירועי ה-07/10 התאפיינו במציאות טראומטית ולא מוכרת שדרשה התערבות מיידית – גורמי סיוע נדרשו לזריזות ולגמישות או כפי שהאקדמיה ללשון העברית המשיגה זאת - "זמישות" (Agility). האירועים סביב המלחמה חשפו קהלים רחבים ומגוונים למידע בעל תכנים קשים לעיבוד באמצעים שונים, כולל הרשתות החברתיות. חשיפה משנית אינטנסיבית זו עלולה לעורר טראומטיזציה משנית קשה. בנוסף, חלק מהתכנים המדווחים על אודות האירועים אינם משקפים את המציאות, וקשה מאוד להבחין בין חדשות מגמתיות ואף כוזבות לבין עובדות, בפרט בתקופה זו, המתאפיינת באובדן אמון קשה של יחידים וקהילות במוסדות השלטון, בצבא ובגורמים נוספים שתפקידם להבטיח את שלום אזרחי המדינה. ההשלכות הקוגניטיביות והרגשיות של העיסוק בתוכני המלחמה מתעצמות עם הדיווחים המגמתיים בערוצי התקשורת השונים שבמקרים רבים הינם תיבות תהודה לקיטוב ולשיסוע. המציאות מורכבת עד מאוד, אך כפי שאמר ניטשה, המצוטט רבות על ידי ויקטור פרנקל: "מי שיש לו איזה למה שלמענו יחיה - יוכל לשאת כמעט כל איך". לייחוס משמעות למציאות שאנו חווים, יש חשיבות רבה שכן זהו הבסיס העיקרי לתקווה ולהתמודדות. אחד ממוקדי ההתערבות של גורמי טיפול רבים הוא מציאה ושימור של ה"למה" בכאוס תוך כדי תנועה. שיתופי פעולה ושילוב זרועות של בעלי עניין עשויים להצמיח פתרונות יצירתיים ורחבים, וראוי

1 חברת המועצה הלאומית לבריאות הנפש והמועצה הלאומית לפוסט-טראומה, חברת ועד איגוד הפסיכיאטרייה ומנהלת לשעבר של המרכז הרפואי לבריאות הנפש שער מנשה

לעודד זאת הן ברמה הלאומית הן ברמה של שילובי כוחות בקהילה והן ביצירת שותפויות, כגון אלו בין גופים ציבוריים, כמו רשויות החוק, לבין נותני שירותים וחוקרים באקדמיה.

לנוכח הצרכים הרבים להתערבות במצבי הדחק שהתפתחו ומתפתחים בשל האירועים בעבר ובהווה, פעלה המועצה הלאומית לפוסט-טראומה במהירות בתחילת ההתמודדות ולאחריה במגוון תחומים - בכללם הגדרת קווים מנחים להתנהלות תקשורתית אחראית בימי חרבות ברזל תוך שיח עם מועצת העיתונות והתקשורת בישראל; וכן מתן כלים מקצועיים לטובת המטפלים ולטובת האוכלוסייה הכללית לאבחון עצמי של השלמות הנפשית על מנת שאם יגלו סימפטומים של תגובת דחק – יפנו לקבלת עזרה. לצד התייחסות לצורכיהם של אנשים עם תגובות דחק, קיימת חשיבות רבה להתייחס לצורכיהם של מטפלים במצב של עימות ביטחוני לא צפוי, חריג ומתמשך.

עקרונות להתערבות באירועים קשים לפי ציר הזמן

בתגובה לצורכי השדה הרבים שהתנקזו לפתחה, פרסמה המועצה הלאומית לפוסט-טראומה (המועצה הלאומית לפוסט-טראומה, 2023) ב-10.10.23 עקרונות להתערבות בזמן אירועים קשים. בעקרונות אלה מפורטים הסיכונים העיקריים מהחשיפה לאירועים קשים אלה והפעולות המרכזיות המקובלות והמומלצות שנכון לנקוט, תוך התייחסות לבסיס המדעי שלהם.

התערבות טרם האירוע – בשלב זה ההתערבות מבוססת על מודלים של חוסן. חשובה בניית לכידות חברתית, הבנת התפקיד של כל גורם וחיוניותו, ידיעה על אודות הצפוי ותרגול מקדים, ביסוס ביטחון בהנהגה המקומית והלאומית כמו גם באידיאולוגיה וב"למה", וכניסה לאירועים מתוך מצב גופני תקין (שובע, רוויה, ערנות). כל אלה הינן פעולות חשובות לבניית חוסן.

התערבות בזמן האירוע וב-48 השעות הראשונות לאחריו - בשלב זה חשוב לתת למטופל תחושה שתגובותיו נורמליות למצב לא נורמלי מבלי להתמקד בפתולוגיה. מאחר שהיכולת לתפקוד היא המפתח למניעת החמרה של סימפטומים, המטרה היא לעזור לאנשים להחזיר לעצמם את השליטה על התנהגותם, הקוגניציה והרגשות שלהם. ההעדפה, בשלב זה, היא לבסס את התמיכה על מערכת משפחתית וקרבת חברים ולא על אנשי מקצוע. במקרים שבהם חווה האדם דיסוציאציה, יש להשתמש בעקרונות קרקוע לפי מודל מעש"ה שפיתח ד"ר משה פרחי, מייסד המכון הבינלאומי לחוסן תפקודי (המרכז הבינלאומי לחוסן תפקודי, חסר תאריך). מודל זה מאפשר הגשת עזרה ראשונה נפשית במצבי חירום באמצעות ארבע פעולות המאפשרות להתניע מחדש את האזור הרציונלי-תפעולי של המוח, במטרה לווסת

את המצוקה, ולהגביר מסוגלות תפקודית, ולהפחית את הסיכון לטראומטיזציה משנית למינימום. מודל מעש"ה אוגד לתוכו את סדר הפעולות: מקד קשב, עורר חשיבה שכלתנית, שחזר רצף אירועים, והפעל בדרך יעילה. כל עיקרון אוגד שרשרת פעולות שמכוונות לבניית חוסן, תחושת מסוגלות וחזרה לתפקוד. בהמשך ניתן להתערב באמצעות מודלים רב-ממדיים יותר כמו מודל ה-BASIC PH (Lahad & Leykin, 2013) – שכולל פעולות בששת הממדים: Belief – ביסוס האמונות ובכללן דתיות, תפיסות העולם והערכים המהווים עוגנים לאדם, וכן מציאת משמעות; Affect – עיבוד רגשי; Social – ביסוס תחושת שייכות וקשרים בין-אישיים; Imagination – הפעלת הדמיון בכיוון חיובי, הבעה, שימוש בהומור ופיתוח יצירתיות; Cogition – התייחסות לממד המחשבתי, להכרה במציאות ולידע חיוני; Physical – הפעלת הגוף המאפשרת גם שחרור רגשי.

עיקרון חשוב נוסף הוא אי-גרימת נזק. עיקרון זה מוזכר בשבועת הרופא של היפוקרטס. על מנת לאפשר למערכות הגוף לשקם את עצמן, ולמנוע נזקים העלולים להגדיל סיכון להתפתחות פסיכופתולוגיה בשלב מאוחר יותר, מומלץ להימנע משימוש בתרופות בשעות הראשונות וביום הראשון לאחר האירוע הטראומטי (ובכלל זה הימנעות מתרופות לשינה ומשימוש בקנביס). כמו כן, הימנעות מדיבוב (debriefing) חד-פעמי. עד לשבועיים מהחשיפה לאירוע קשה, ההעדפה היא להתערבות המבוססת על שיחות וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי כמו גם העדפה לתמיכה של קבוצות הייחוס וחברים.

התערבות מתום 48 השעות לאחר האירוע – בנקודת זמן זאת מתחייבת לרוב התערבות מקצועית שאינה מבוססת יותר על חברים וקבוצת הייחוס, ותלויה בתחלואה שנוצרה. ההתערבות כוללת: הגברת רוגע והפחתת מתח; חיבור לכוחות ולתפקוד; שימור שימור מצב פיזיולוגי ובכלל זה שינה (כולל שימוש בתרופות במידת הצורך; אכילה סדירה; פעילות גופנית; השריית תקווה ותפיסת המשבר כזמני; תיווך לילדים במצבי משבר וחירום, הן של המציאות הן של הכלים, תוך יצירת סביבה בטוחה המהווה מודל להתמודדות). במצבים שבהם יש ביטויים לסימפטומים חמורים ומתמשכים, יש צורך בהתערבות מקצועית מקיפה.

סוגיות בבריאות הנפש בהתמודדות בימי מלחמה

הצרכים הרבים בתחום בריאות הנפש במלחמת חרבות ברזל אל מול המשאבים המוגבלים מחייבים בחינה מחודשת של מתכונת מתן השירות בימי שגרה והתאמתה לימי חירום. הניסיון מלמד כי חשוב לתת את הדעת לסוגיות האלה:

שימוש מושכל במשאבים הזמינים - בעקבות פרוץ המלחמה השתמשה מערכת הבריאות ובכללה בריאות הנפש במשאבים זמינים (שעות מטפל, שעות הדרכה להרחבה וטיוב של

אוכלוסיית המטפלים, סוגי התערבויות שונים לאוכלוסיות שונות במועדים שונים ועוד) להענקת מרב הבריאות לאוכלוסייה. קובעי מדיניות בתחום זה נדרשים לנהל כלכלת שירות שכוללת את המונח ROI (Return On Investment) – מה החזר על ההשקעה. כלומר, כמה שנים של בריאות ואיכות חיים צפויה לתת ההשקעה בכל סוג התערבות, כגון בתרופה או בטיפול אחר. חשוב להכיר בכך שהתערבויות שונות אינן ממקסמות את המשאבים שהושקעו בהן, ויש מקרים מסוימים שבהם יכול להיות שפחות כדאי להשתמש בדרכי התערבות אלה. התחום האתי-מוסרי של תיעדוף העוסק בחיי אדם או בבריאות נפש הוא תחום קשה, אולם חשוב מאין כמוהו, וההחלטה לנהל את המשאבים הזמינים לטיפול באופן לא מושכל, או שלא להגדיר את האוכלוסיות בסדרי העדיפויות לטיפול ואת הזמן והמרחק להענקת טיפול משמעה אובדן עצום של שנות חיים בריאות. במצבים רבים שבהם נדרשת התערבות, חשוב יותר לעבוד עם מערכות ביניים. למשל: נבון יותר שקב"ן היחידה יתמקד בהשקעה של שלוש שעות בהדרכת מפקדים, כגורם ראשוני לתמיכה נפשית בחיילים, מאשר יקדיש שלוש שעות בהתערבות ראשונית-פרטנית בת שעה עם שלושה חיילים. סביר שבהתערבות מסוג הדרכת מפקדים נקבל החזר גבוה יותר על השקעת האמצעי "שלוש שעות עבודה של קב"ן".

במקצועות הטיפולים אנו מורגלים להיות ריאקטיבים ולא פרואקטיבים בהתייחסות לאוכלוסיית הזקוקים לעזרתנו. דהיינו, להגיב ולטפל במי שפנה אלינו לטיפול, ולא ליישג (out reach) באופן פרואקטיבי אוכלוסיות בסיכון שלא פנו אלינו, וייתכן שהן זקוקות עוד יותר לעזרה. למרבה הצער, קיימות כיום מעט מאוד יוזמות פרואקטיביות רוחביות פורמליות האוספות ומשתפות מידע, והמשמעות היא שאנו לא באמת יודעים מי באמת צריך סיוע, אלא מי פנה וביקש עזרה. הדבר נכון גם לגבי קביעת אינטנסיביות הטיפול ומשכו – כאשר ישנן רשימות המתנה של מאות מטופלים במערכות לבריאות הנפש, ומטופלים מעוניינים להמשיך בטיפול על מנת לשפר את תפקודם מסביר לטוב – לא תמיד נוכל להיענות לרצון זה כאשר ישנם אנשים שממתנינים לטיפול במצב נפשי חמור בהרבה. המטפל לא מתייחס לרשימת המתנה. תיעדוף מעין זה לא נלמד בבתי ספר לרפואה, לפסיכולוגיה ותחומי הכשרה דומים. סוגיה זו מחייבת בחינה מחודשת של פרדיגמות רבות בהפעלת שיקול דעת של עלות מול תועלת.

הסתמכות על פלטפורמות קיימות והתאמתן – הנטייה לפתוח פלטפורמות חדשות בזמן משבר היא בעייתית ולעיתים קרובות בזבזנית, ואינה בת-קיימא לאורך זמן. חשוב למפות ולחזק פלטפורמות קיימות בכלל תשתיות התמיכה ובטיפול כולל במרכזי חוסן, בעמותות לעזרה רפואית נפשית, בקופות החולים, בבתי חולים ובמרכזים לבריאות הנפש ועוד. בעיתות חירום חשוב לשקול הוספה חדשנית של תפקידים ואחריות בהתאם לצרכים ולאילוצים, כגון אחריות המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש לאוכלוסיות המפונים ברחבי הארץ בתחילת המלחמה. יש לפעול לתיאום ולחיבור יצירתי בין כלל הגופים, ובמידת הצורך

להכליל ארגונים חדשים שצמחו בתגובה למשבר. חשוב לשווק את הפתרונות לאוכלוסיות היעד כדי להבטיח שיוכלו להיעזר בשירותים אלה בהתאם לעניין ולצורך.

הפחתת פתולוגיזציה - ההעדפה הראשונה בהתערבויות היא התמקדות בשיפור חוסן קהילתי ובטיפול רציף בקהילה על פני תיוג האדם כחולה והפנייתו למסגרות טיפוליות מחוץ לקהילת ההשתייכות שלו. דנו בכך רבות במועצה הלאומית לבריאות הנפש שבמשרד הבריאות. החוויה שרווחה בשבועות שלאחר פרוץ המלחמה הייתה שכולם בפוסט-טראומה בעוד שלא ניתן כלל להגדיר מקצועית פוסט-טראומה בשלב זה. רבים חשו שאין תקנה ואין תקומה, וזו חשיבה קטסטרופלית מזיקה. צריך לחשוב כל הזמן על מסגור מחדש לתופעות והטיות אלו כי ידוע היטב שרוב האנשים אשר חוו אירוע טראומטי קשה, מתאוששים גם ללא עזרה מקצועית.

שיפור חוסן קהילתי – חלק מבניית חוסן קהילתי הינו עיסוק במניעה. תחום הרפואה המונעת חשוב, ולמרות זאת, הוא לא זוכה לתשומת הלב הראויה. ההשקעה בסל הבריאות ברפואה מונעת הינה 2% מסך התקציב, וזו הרפואה הכי חכמה לטעמי, שכן בדרך כלל החזר ההשקעה ממנה הוא הגדול ביותר. צריך להתייחס ולהשקיע בתחום גם כשאנו כמתפללים שרויים בעין הסערה.

חלק מהותי מחוסנה של הקהילה הוא המשאב האנושי. לאחר פרוץ המלחמה הגיעו למערכת בריאות הנפש מתנדבים רבים עם הרבה כוונות טובות ומעט ידע בטראומה. מטפלים אלה התחברו למפונים באופן אינטנסיבי ואז נעלמו. סיוע מעין זה, שניתן ללא ידע מקצועי וללא רציפות טיפולית, יכול לגרום נזק למטופלים. אחד הדברים הראשונים שלומד סטודנט בבית הספר לרפואה, הוא את תוכנה של שבועת היפוקרטס הכוללת את האמרה "ראשית אל תזיק" (Primum non nocere). הדחף לטפל לפעמים מסמא את עיניו של המסייע לעובדה שיש פתולוגיות מסוימות שהוא איננו מיומן ומוכשר לטפל בהן. אין משמעות הדבר שיש להימנע מלהגיש סיוע, אך על כל גורם מטפל לעבור לפחות הכשרה בסיסית בתחום, להתייעץ ולקחת חלק ברשת הדרכה וייעוץ. אמחיש זאת באמצעות המקרה הזה: חלה החמרה במצבה של תצפיתנית לאחר שההורים מצאו לה מטפלת פרטית שהעניקה לה טיפול על פי הפרוטוקול המוכר למטפלת בשגרה – טיפול בן 50 דקות, אחת לשבוע שתחילתו בשתי פגישות אינטייק. זאת, במקום לגשת לשורש העניין ולהתאים את שיטות האבחון והטיפול ואת תדירות המפגשים לצורכי המטופלת. זו דוגמה להתערבות של אשת מקצוע מלאת כוונות טובות שאיננה מיומנת לצורכי השעה ולגודל האתגר, והיא מזיקה.

פירמידת הטיפול – דילמה זו מתחילה כבר בסוגיית הטריאז' – אבחון ראשוני של רמת חומרה של פגיעה ודחיפות הטיפול. ההתלבטות היא אם את הטריאז' יעשו המטפלים הכי מיומנים או צוותים זוטרים שקיבלו הכשרה ראשונית – זו דילמה אמיתית מורכבת שאין זה המקום ליישבה. ועם זאת, בהתייחס להתערבות, במציאות שבה הצרכים הטיפוליים

עצומים, נראה נכון שמטפלים מומחים יקדישו את זמנם להדרכה ולהתערבות במקרי הקצה המורכבים ולא במקרים הקלים.

טיפול והכשרות – ראוי שההכשרות להתערבות תישענה על EBM (Evidence-based medicine) – רפואה מבוססת ראיות. המחקר ברפואה מלמד כי בתחומי רפואה רבים היו גישות התערבות בעבר שהזיקו למטופלים ללא ידיעתנו, רק משום שבזמן הן נראו הגיוניות. השאלה היא כיצד ניתן לעסוק בהכשרות בזמן שהשדה זקוק לתגובה מיידית שכן למד הזמן משמעות קריטית. התרחקות מהאירוע מפחיתה את הסיכוי לעזור למטופל, ויש לתת על כך את הדעת.

תיעדוף אבחון וטיפול – סוגיית סדר העדיפות להתערבות הינה משמעותית במגוון היבטים: אחת הדילמות המרכזיות היא אם לטפל רק בפונים או שמא ליזום יישוג (reaching out); אם לתת מענה לכלל האוכלוסייה באופן רוחבי או להתמקד בטיפול באוכלוסיות בסיכון גבוה. דוגמאות להתערבות רוחבית שביצענו לאחרונה - הוצאנו הרבה עלונים באופן רוחבי למגוון אוכלוסיות במגוון שפות, למשל: הייתי בקשר עם עמותות על מנת שיפרסמו הנחיות וארגז כלים לבני ובנות זוג אנשי המילואים להתמודדות הן במהלך לחימה הן עם חזרת הלוחם או הלוחמת לחיים אזרחיים; יזמנו פנייה כתובה למעסיקים על אודות דגשים ביחס לעובדים השבים משדה הקרב. פעולות אלה נעשות במעגלים קצרים תוך כדי תנועה. אנו ממפים את הצרכים של אנשים שנחשפו למצבי איום, וחוו אותם באופן ישיר ועקיף, ופועלים להעלאתם למודעות המעגלים ורשתות התמיכה שעיימם מצויים אנשים אלה במגע.

הדילמה מתעצמת לנוכח העובדה שלא תמיד מי שפונה הוא זה הזקוק להתערבות דחופה. כשהתעורר הצורך במתן ליווי נפשי לחטופים ששבנו לגבולות ישראל, לתצפיתניות או לטבחים מאוגדת עזה ברור לכל שיש צורך בהתערבות ספציפית. עם זאת, קיימות אוכלוסיות שאיננו יודעים כיצד להגיע אליהן, ואיך להמשיג את הצרכים שלהן. אחת מאוכלוסיות אלה שאיננו יודעים די על צרכיה ועל דרכי ההתערבות המותאמות לה היא אנשים עם מוגבלות.

בפרויקטים שאני מפתחת בחודשים האחרונים, אנו מתעדים נתונים רבים. בשאלונים שמילאו מקבלי שירות, למדנו שחלק גדול מהם הינם אנשים מאוכלוסיות סוציו-אקונומיות חזקות. הם פנו מאחר שיש להם ידע ויכולת לדעת איך לדרוש עזרה. מה יעלה בגורלן של אוכלוסיות מוחלשות? הן פחות במודעות המטפל, והשאלה היא איך מגיעים אליהן וממפים אותן. לא פשוט ליזום ולהוציא לפועל תהליכים של מיפוי ויישוג שכן משרדי ממשלה וארגונים ציבוריים נוספים רבים טוענים שהדבר יגביר ביקוש לשירות בעוד המשאבים מוגבלים.

חשוב לציין כי **התגובות לניסיונות יישוג** מגוונות, ועשויות להתבטא החל בחשדנות וכלה בהכרת תודה. אציין מספר דוגמאות: **חשדנות** - בעת שפנינו לניצולים מפסטיבל הנובה רבים מהם היו עסוקים בשאלות: "איך את יודעת שהייתי בנובה?", "למה התקשרתם רק אלי?"; הכרת תודה – "אני בסדר גמור. אני שבוע בבית. אבל תודה שהתקשרת כי מהצבא

לא דיברו איתי"; **כעס** – התחלנו ליצור קשר עם תצפיתנית שבועיים לאחר האירוע, והאם כעסה והטיחה האשמות: "איפה הייתם? הילדה מתחבאת מתחת לשמיכה כבר שבועיים"; **הכחשה או התעלמות מצורך** - סמג"ד שהגדוד שלו עבר חוויה קשה אמר: "אני לא צריך. יש מי שצריכים יותר ממני". במקרה זה ההתערבות תהיה תוך התייחסות למעמדו הפיקודי של הסמג"ד באופן שבו ננחה אותו כיצד לעזור "לאחרים". סמג"ד הוא גם סוג של מטפל. גם הוא גורם שנועד לדאוג לאחרים, אבל עליו לדאוג לעצמו כדי שיוכל לדאוג לאחרים.

בקביעת סדר עדיפות יש לראות את התמונה בכללותה, ככל הניתן, ועל בסיסה להחליט כמה משאבים יושקעו ביישוג לעומת משאבים לטיפול.

תיעוד ומדידה – אלה חשובים על מנת ללמוד מההתערבות בהווה ולהיערך לעתיד. חשוב כי לכל משך הטיפול במשבר יתקיימו תהליכים של ניהול מידע וידע. בתהליכי התיעוד ראוי לאפיין את ממדי האתגר, התערבויות יעילות ומועילות, הספק, שביעות רצון של מטופלים, רמות חזרה לתפקוד ושלומות לאורך זמן. למרבה הצער, איננו עושים די בנושא. בניית גוף הידע חשובה ברמה הקונקרטיית שכן בהיעדר תיעוד, אין למידה ושיפור הפרקטיקות.

בהתייחס לשלומות, אציין כי בבריאות הנפש מדברים על שני צירי התערבות – מניעת תחלואה והגברת שלומות (well-being). רופאים מורגלים פחות בשיח על אודות שלומות וחוזקות. כאנשי טיפול רבים, הם נוטים להסתכל על "מה נשבר כדי לתקן" ו"מה חלש כדי לחזק". מאחר שכוחות הם פחות חלק מהשיח החינוכי-רפואי, יש לתת את הדעת לסוגיה כיצד ניתן לעודד זיהוי ושימוש בחוזקות בתהליכי ההכשרה והטיפול, ככלי חשוב בבניית חוסן נפשי של יחידים ושל קהילות.

אנשים עם מוגבלות ורווחה נפשית בימי מלחמה

אציין כי מלחמת חרבות ברזל הצמיחה צרכני שירות חדשים בבריאות הנפש נוסף על המטופלים הוותיקים שחוו החמרה במצבם. אנו יודעים שמתמודדי נפש ותיקים חשו נבוכים להמשיך בשגרת טיפוליהם במרפאות החוץ בזמן שיש פונים חדשים אשר נחשפו לזוועות, וחוו טראומה קשה. בהתייחס לאנשים עם נכות התפתחותית, חסר למערכת בריאות הנפש ידע בתחום זה. ב-2016 פרסמו ד"ר שפיגלמן ופרופ' גלקופף עבור המוסד לביטוח לאומי את הדו"ח "השפעות נפשיות של חשיפה למלחמה וטרור על אנשים עם מוגבלות פיזית או חושית" (שפיגלמן וגלקופף, 2016). ממצאי המחקר שביצעו מצביעים על סיכון של פי שתיים לחוות PTSD עקב חשיפה לאיום ביטחוני בקרב אנשים עם מוגבלות. ממצא זה מעיד על תת-אבחון של תסמינים של תגובות דחק בקרב אוכלוסיות אנשים עם מוגבלות. בנוסף, אנשים עם מוגבלויות שונות מגיבים באופן שונה לאיום הביטחוני הממושך.

עוד נכתב: "מבין שלושת הממדים של חוסן פסיכולוגי, קרי: הערכה עצמית, שליטה בינאישית ומסוגלות אישית, נמצא הבדל מובהק סטטיסטית רק בממוצע הממד של שליטה בינאישית. זאת, בהשוואת אנשים ללא מוגבלות לאנשים עם מוגבלות. כלומר, הממוצע הגבוה ביותר של שליטה בינאישית היה בקרב משתתפים ללא מוגבלות שנחשפו לאיום הביטחוני. ממצא זה מדגיש את הצורך לפתח מיומנויות חברתיות בקרב אנשים עם מוגבלות, כמשאב פסיכולוגי חשוב לבלימת ההתפתחות של פסיכופתולוגיה לאחר חשיפה לאירוע טראומטי".

בתמצית הדו"ח נכתב: "ממצאי המחקר מחדדים את הצורך בפיתוח תוכניות ייעודיות לאנשי מקצוע על מנת שיוכלו לזהות סימנים של מצוקה, ולתת מענה הולם לאנשים עם מוגבלות בשעת חירום. בנוסף, מומלץ לפתח תוכניות תמיכה והכשרה לאנשים עם מוגבלות עצמם בהתבסס על פרקטיקות מוצלחות שהם פיתחו או רכשו מניסיונם האישי לאורך השנים, וכן לספק להם מידע על אודות נוהלי חירום וגופי חירום שאליהם הם יכולים לפנות בעת הצורך. תוכניות ייעודיות עבור אנשים עם מוגבלות צריכות להתמקד גם בשיפור תחושת החוסן האישי שלהם, והפחתת הסימפטומטולוגיה".

המחקרים הבודדים שבוצעו בשנים האחרונות ובמהלך מלחמת חרבות ברזל הוסיפו ידע חשוב על אודות בריאות ורווחה נפשית של אנשים עם מוגבלות במצבי חירום ומלחמה. שניים מהחוקרים, פרופ' דן חורש ופרופ' עופר גולן, מאוניברסיטת בר-אילן (אוניברסיטת בר-אילן, 2922) מצאו כי אנשים, ובפרט נשים בספקטרום האוטיסטי, פגיעים יותר לפתח תגובה פוסט-טראומטית (32% לעומת 4% באוכלוסייה שאינה אוטיסטית). חורש וגולן מתריעים על מה שהם מגדירים עוול היסטורי, מדעי וקליני המתבטא בהתעלמות בהתייחס לצורכיהם של אנשים עם מוגבלות בעיתות משבר. בתכנון התערבות במצבי חירום יש לקחת בחשבון גם את צורכי ההורים והאחאים לאנשים עם מוגבלות, ובפרט כאלה עם מוגבלות מורכבת. כאשר עשינו פעולות יישוג לאנשים שפוננו מאזורי העימות למרכזי הפינוי בבתי מלון שונים בארץ, התקשרנו להורה לילד בספקטרום האוטיסטי. אחותו ענתה לטלפון, והשיחה התמקדה בה ובמורכבות האתגרים שהיא חווה בחדר בן 14 מ"ר שבו מתגוררת המשפחה עם ילד צעיר שחווה החמרה בביטויים של התנהגות מאתגרת. לעיתים קרובות המשפחה היא מקור תמיכה לאדם עם מוגבלות, אך גם כלל חבריה זקוקים לתמיכה, אוזן קשבת וסיוע נפשי.

התמודדות מטפלים עם שחיקה

חוסן גופני ונפשי של מטפל מאפשר לו לתת שירות טוב יותר. בשנים האחרונות חלק משמעותי מהעשייה המקצועית שלי הוא מניעת שחיקה בקרב מטפלים. אפרט כאן מספר דגשים החשובים למניעת שחיקה.

קשיבות לגוף ולנפש – לנהל שיח פנימי כן המתריע על צרכים, ופנייה לקבלת תמיכה ממעגלי סיוע לא פורמליים זמינים ובמידת הצורך גם מגורמים מקצועיים. חשוב מאוד להפנים כי על מנת להשקיע אנרגיות בהתמודדות עם אתגרי השעה – עלינו לדאוג גם להיטען באנרגיה באמצעות מנוחה, שהייה לפרקים בחיק המשפחה או באמצעות אסקפיזם בדרכים שונות. עלינו ללמוד לזהות מצבים שבהם פחתה היכולת שלנו לאמפתיה, ולעצור ברגעים אלה כדי להיטען.

להפחית פגיעה - צמצום חשיפה לתכנים קשים לעיבוד למטפל. לא רק מטופלים עשויים להימנע מחשיפה לאירועים שאינם נעימים להם, אלא גם למטפלים הזכות לכך. זכורני שאחד המטפלים שהיה בשורה הראשונה של הלוחמה בימים הראשונים, עימו דיברתי, אמר שכדי להימנע מהמראות שהוא מתקשה לעכל – הוא הלך בזירת ההתרחשות כאשר הוא סוכך על עיניו. ההתמודדות עם המראות הנוראיים שאליהם נחשף, הייתה קשה, והוא לא רצה להמשיך להיחשף להם. קיימת פירמידת חשיפה והשפעה של צריכת מידע וחדשות. עדיפה קריאת ידיעות ענייניות ללא תמונות על פני כתבות מצולמות הכוללות תיאורים מכלי ראשון. ככלל, עדיף לצמצם את צריכת הידיעות למינימום ההכרחי.

להגביר חמלה עצמית – במצבי חירום חשוב שנגלה חמלה עצמית, ונגמיש את עמדותינו לגבי היכולות והצרכים שלנו. כמטפלים, אנו נוטים לחוש אשמה על מה שלא הצלחנו להשיג בתהליכי התערבות. בתקופה שבה הפער בין הצרכים של המטופלים לבין המשאבים והיכולות שלנו כמטפלים גדול כל כך, ברור שלא ניתן לענות על כל הצרכים, ומכאן תסכול קשה של המטפלים והלקאה עצמית שבדרך כלל מפחיתה מהחוסן ומהיכולות שלנו. גם אנו כמטפלים זקוקים למסגור מחדש (reframing). חשוב שנתמקד במה שעלה בידינו להשיג ולא ב"אין". למשל: במקום לחוש אשמה על כך שהגשנו סיוע רק ל-10 מטופלים ולא 20, לברך על כך שעלה בידינו להגיש סיוע לעשרה אנשים. אחת הטכניקות שעשויות לסייע למטפלים להיות מודעים לסיוע שהגישו ביום נתון, הינה תיעוד מלא של כלל ההתערבויות שעשה. טכניקה נוספת מעולם הפסיכולוגיה החיובית היא לרשום בסוף היום שלושה דברים שהמטפל גאה שעשה. בנוסף – חשוב לדעת גם מהם גבולות היכולת של כל אחד ואחת מאיתנו להעניק עזרה, ולהציב גבולות להפחתת שחיקה במקום שבו הדבר אפשרי.

להיעזר במערכות תמיכה – להרגיש בנוח לומר – "אני צריך". בין שמדובר בצורך אישי, בין שמדובר בצורך מקצועי ובין שמדובר בהעברת תפקידים והשתחררות מחובות במסגרת

הבית והעברתן למיקור חוץ (ספק שירות בתשלום, קרוב משפחה, שכן ועוד). חשוב לתעדף את התפקידים והמטלות, ולהשקיע גם בהפחתת המטלות הן בכמות (לא חייבים להתחייב לכתוב מאמר נוסף) הן באיכות (הבית יכול להיות פחות נקי באופן זמני).

זיהוי סימני מצוקה – בדומה למטופלים, גם מטפלים שנחשפו לטראומטיזציה ראשונית או משנית, עלולים לגלות סימני מצוקה שעלולים לבוא לידי ביטוי בחוסר שינה, ירידה עד היעדר תיאבון, צריכה מוגברת של אלכוהול או ביטויים אחרים של ניצני התמכרות. אציין כי מחקרים מצאו שבמצבי חירום קיימת נטייה מוגברת להתמכרות ובפרט בשכבות פחות מבוססות מבחינה סוציו-דמוגרפית (Efrati & Spada, 2022). ההתמכרות עשויה לבוא לידי ביטוי בעיקר בתחומים של קניות דרך האינטרנט, אכילת יתר, משחקי רשת, התמכרות לרשתות החברתיות וצריכה מוגברת של אלכוהול.

יצירת קבוצות עמיתים לתמיכה מקצועית ואישית – במהלך אירועי מלחמת חרבות ברזל וגם לאורך תקופת המלחמה התפתחו ומתפתחות קבוצות ווטסאפ רבות, קבוצות דוא"ל ופורומים להעברת מידע, לתמיכה והשתייכות ולהתייעצות. הדבר חשוב מאוד לרווחה נפשית ולמניעת תחושת בדידות בהתמודדות עם האתגרים הרבים במגוון זירות.

משבר כהזדמנות - מגמות לעתיד

המילה משבר בסינית בנויה משתי סימניות – סכנה והזדמנות. משמעות הדבר היא כי בכל משבר נזרעים זרעים של צמיחה והתפתחות. עלינו לשכלל את ארגז הכלים בתחום בריאות הנפש ולטייבו במהירות על בסיס התובנות שהתפתחו לאור ההתמודדות עם אתגרי מלחמת חרבות ברזל. יש להקים מנגנונים ודרכי התערבות לטווח ארוך, להגדיר מהם תוצרי בריאות ושלומות עדכניים, ולנהל מאגרי נתונים גדולים שיאפשרו לנו למקד טיפול באוכלוסיות בסיכון בזמן אמת. חשוב להגדיר מחדש מהם המרכיבים העדכניים והרלוונטיים של שלומות נפשית, בפרט בעיתות חירום. יש לזהות מהן הטכנולוגיות היעילות שבהן נעזרנו ולשמרן, ומהן הטכנולוגיות החסרות ולפתחן. חשוב לקבוע מהם הערוצים המועדפים ליישוג. נכון לבסס פרקטיקות המתמקדות בשיקום וצמיחה. ראוי לתת מקום של כבוד ליצירת תשתיות לבניית חוסן ולמניעה ולעבור מגישה ריאקטיבית לגישה פרואקטיבית. על אף התקופה הקשה המתמשכת שאנו חווים, אל לנו לאבד תקווה שכן "החיטה צומחת שוב", כפי שכתבה המשוררת דורית צמרת, בשיר שהקדישה ל-11 הנופלים מקיבוץ בית השיטה במלחמת יום הכיפורים: "הן זה אותו העמק, הן זה אותו הבית, אבל אתם הן לא תוכלו לשוב. ואיך קרה, ואיך קרה ואיך קורה עדיין, שהחיטה צומחת שוב".

ביבליוגרפיה

אוניברסיטת בר-אילן (2022, 14 בדצמבר). *המנגנונים המשותפים לאוטיזם ולפוסט טראומה*.

<https://www.biu.ac.il/article/9501>

המועצה הלאומית לפוסט טראומה (2023, 31 באוקטובר). *ריכוז מידע בנושא התערבות בזמן אירועים*

קשים - המועצה הלאומית לפוסט טראומה. משרד הבריאות. <https://did.li/ptFaa>

המרכז הבינלאומי לחוסן תפקודי (ICFR) (חסר תאריך). *מודל מעש"ה*.

<https://he.icfr.co.il/the-six-cs-model>

שפיגלמן, כ' -נ' וגלקופר, מ' (2016, יוני). *השפעות נפשיות של חשיפה למלחמה וטרור על אנשים עם*

מוגבלות פיזית או חושית. הביטוח הלאומי. <https://did.li/KE8Nf>

Efrati, Y., & Spada, M.M. (2022). Self-perceived substance and behavioral addictions among Jewish Israeli adolescents during the COVID-19 Pandemic. *Addictive Behaviors Report*, 15, 100431. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2022.100431>

Lahad, M. & Leykin, D. (2013). Introduction: The Integrative Model of Resiliency – The 'BASIC Ph' Model, or What Do We Know about Survival?. In M. Lahad, M. Shacham, & Ayalon, O. (Eds.), *The "BASIC Ph" Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-Cultural Application* (pp. 9-30). Jessica Kingsley Publishers.