

# נייר עמדה של המועצה הלאומית לבריאות הנפש: קווים מנחים לאבחון ולהתערבות מקצועית עם נפגעי הטרור, בביה"ח ובקהילה.

## פסיכותראפיות:

1. התערבויות פרטניות:  
ההתערבות הפרטנית בשלב החריף (בחדר מיון למשל) תבוצע בהתאם לעקרונות הכלליים שפורטו קודם לכן. בנוסף ניתן להיעזר במספר טכניקות - בהתאם לצורך ולמיומנויות המטפל:  
(1) EMDR: (eye movement desensitization and reprocessing), מאפשרת, ע"י מיקוד סימולטני בדימויים הטראומטיים המכאיבים, ובתנועות עיניים קצובות ומונחות, לעמעם ולהפחית את הזיכרונות החודרניים. שימוש בטכניקה זו נמצא כיעיל בהפחתה, דרמטית לעיתים, של הזיכרונות והדימויים הטראומטיים החריפים אשר עלולים לגרום למצוקה קשה.  
(2) טכניקות היפנותיות לסוגיהן: טכניקות כאלה, ביד המיומן בהן, עשויות להיות אפקטיביות בהרגעה ובהקניית שליטה על הזכרונות הטראומטיים והחרדה הנלווית.  
(3) טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT): התערבות בעקרונות אילה הינה כנראה היותר מבטיחה מבחינת האפקט המניעתי להפרעות פוסט-טראומטיות בהמשך. אולם כאן מדובר בתכנית טיפולית מתמשכת.

**אגוד הפסיכיאטריה עומד לאמץ את נייר עמדה של המועצה הלאומית לבריאות הנפש ומבקש את הערות החברים לקראת דיון והחלטה בנושא. את ההערות ניתן להעביר לפרופ' צבי זמישלני בבית חולים גהה או באמצעות האתר (בסוף נייר העמדה). ד"ר מ. שניידמן**

**הוועדה שהופקדה על גיבוש נייר עמדה זה כללה את: פרופ' אבי בלייך – יו"ר. חברים- גב' יהודית בורנשטיין; ד"ר מיכאל דור; פרופ' משה קוטלר; ד"ר אילן קוץ; פרופ' אריק שלו. בנוסף מצורפות הנחיות האיגוד לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר (ע"י ד"ר אגילי, ד"ר פ.בן-הרוש ד) **רקע:****



החברה הישראלית נמצאת זה חודשים רבים במציאות מרה של אירועי טרור קשים ביותר. אירועים טרור אילה נקשרים למחבלים מתאבדים, מאופיינים בריבוי הנפגעים, ובקושי המובן לחיזוי, למניעה ולשליטה, גורמים אשר מגבירים את פוטנציאל הנזק הטראומטי שלהם. מאחר ובשלב הנוכחי מדובר על מצב דחק טראומטי מתמשך ומצטבר, הרי שניתן לאפיין פגיעות נפשיות שונות: אצל אלה הנחשפים באופן ישיר לאירועי הטרור; אצל הקרובים להם עם טראומטיזציה משנית ושכול; ובאוכלוסייה בכלל, שחשופה לאיום ממשי וכן לדימויים המוחשיים של אירועי הטרור באמצעות התקשורת ובמיוחד זו המצולמת, ואשר חיה במצב דחק מתמשך.

## התגובות הנפשיות:

התגובות הנפשיות למצב המתואר הינן שונות ומגוונות. מושפעות, בין השאר, ממידת החשיפה הישירה והמשנית לטרור, כמו גם מדפוס ומנגונוי ההתמודדות של הפרט, ומהמשאבים האישיים והחברתיים להתמודדות העומדים לרשותו. אפיון התופעות הנפשיות הללו הינו בתחום התגובות למצבי דחק (סטראס) וטראומה, חרדה נילמדת, ושכול. יש לזכור כי התהליכים הנפשיים הללו מבטאים בראש ובראשונה, תהליכי התמודדות נורמליים ומצופים בנסיבות המתוארות, ולכן את הצורך לאבחון קליני ולטיפול יש לבחון לאורך ציר הזמן, בהקשר של ההסתמנות הקלינית, מידת המצוקה והליקוי התפקודי הנלווים.  
התגובה החריפה למצב דחק (ICD 10 - acute stress reaction) - (ASR) מבטאת את התגובה המיידית לאירוע הטראומטי. הביטוי הטיפוסי הינו של "הלם" (ומכאן הכינוי השגור של נפגעי הלם) עם ניתוק וקושי להגיב לסובב. בנוסף ניתן לצפות בביטויי חרדה, כעס, דכדוך ויאוש, התכנסות וקפיאה או פעילות יתר ללא מטרה. התמונה הקלינית אינה אחידה אך תוצאתה הינה כשל תפקודי של הפרט (תגובה זו במלחמה הינה "תגובת הקרב"). בהמשך הולכים ומתגבשים כמה צברי תסמינים כגון: חרדה מצידה עם עוררות יתר אוטונומית (רעד, דופק מואץ, נשימת יתר, הזעה וכו'); ריחוק או ניתוקים מהמציאות הסובבת (dissociation; חוויה חוזרת של האירוע הטראומטי

(reexperiencing) במצב עירות וכן בזמן שינה בצורת סיוטים ; ניסיון להימנעות מכל גירוי המזכיר את האירוע הטראומטי (avoidance) ; עוררות יתר עם אי שקט, איריטביליות, הפרעות בשינה ועוד. קלסטר תסמיני זה, הנמשך לפחות יומיים, מאפיין כבר הפרעת דחק חריפה (DSM 4 – acute stress disorder) - (ASD). אשר מלווה במצוקה ניכרת ובקושי תפקודי. התמשכות התסמינים המתוארים (ללא התסמינים הדיסוציאטיביים) מעבר לחודש, מאפיינת כבר הפרעת דחק בתר-טראומטית (PTSD). יש לזכור כי בחלון הזמן החריף שלאחר האירוע (למשל, המפונים לביה"ח בעקבות פיגוע טירור) התהליכים המתוארים מבטאים התמודדות נורמלית ומצופה עם מצב טראומטי, לכן לדעתנו, בשלב החריף עדיף להמשיגם כתגובת דחק ולא כהפרעה נפשית. עם זאת יודגש כי, אילה שפתחו תגובת / הפרעת דחק חריפה, נמצאים בסיכון מוגבר לפתח הפרעות בתר-טראומטיות בהמשך.

### **קווים מנחים להתערבות טיפולית:**

יעדי הטיפול: מבחינת הטיפול יש להבחין בשני יעדים עיקריים: הראשון, טיפול במצב החריף עם הפחתת המצוקה ושיקום מהיר של יכולת ההתמודדות, והשני, מניעה של התפתחות הפרעת דחק פוסט-טראומטית בהמשך. אם אכן המהלך הטבעי במרבית המקרים, הינו של התאוששות הדרגתית מהמצב המשברי וחזרה לנורמה, הרי שחשוב שבעתיים ללמוד על גורמי הסיכון המנבאים התפתחות של הפרעות בתר-טראומטיות בהמשך, גורמים אילה יהוו יעד לאיתור ולהתערבות בהתאם. בין גורמי הסיכון הללו בשלב החריף, אשר אוששו מחקרית, ניתן לציין בעיקר תסמינים דיסוציאטיביים, דיכאון, התנסויות טראומטיות קודמות (ובמיוחד כאלה עם התמודדות לא יעילה), והיעדר תמיכה חברתית.

### **התערבות מיידית:**

הטיפול המיידני בניצולים, בין אם בשטח, במהלך פינוי, ואף בביה"ח, מתרחש כשהחוויה הטראומטית עדיין חיה, וכאשר גורמי דחק נוספים כמו כאב, אי וודאות, תחושת איום, חשש לחיי יקירים, וניתוק מגורמי תמך ("סטטוסורים משניים"), ממשיכים לפעול על הניצול, המצוי לכן במצב משברי פעיל. העזרה המתבקשת בשלב חריף זה צריכה לכלול: הרגעה, התייחסות לחסכים פסיולוגיים (שתייה, אוכל, הגיינה אישית, מנוחה...), עידוד, ניחום, ומתן הסבר על המתרחש. במתן עזרה ראשונית ובסיסית כזו, לאנשי המקצוע וללא - מקצוענים עשויים להיות תפקידים דומים, מאחר והאחרונים הנם זמינים יותר וכוללים גם את גורמי התמך הטבעיים של הניצול, חשוב לנצל אותם לצורך כך ולהדריך אותם בהתאם.

### **בביה"ח:**

אירועים רב נפגעים (אר"ן) שונים באופיים, מבחינת מספר הנפגעים, קצב הזרימה למלר"ד (המחלקה לרפואה דחופה או המיון), וביחס שבין הנפגעים הגופניים לנפגעי הדחק.

### **היערכות אירגונית:**

1. ההיערכות לטיפול בנפגעי הדחק בעת אירוע רב נפגעים הינה בשני אתרים עיקריים: במלר"ד (ובפריסת חרום מלאה – במיון לנפגעים קלים), ובאתר לנפגעי דחק.

2. במלר"ד / מיון :

1) יפעל פסיכיאטר בכיר (לפחות אחד, בהתאם למספר הנפגעים), בעיקר במיון ובאבחון של נפגעי הדחק, אשר יופנו בהמשך לאתר נפגעי הדחק.

2) חשוב להקפיד על השלמת רישום כנדרש וביצוע בדיקות גופניות נדרשות, בטרם מתבצעת אבחנה של "נפגע נפש" והעברה לאתר נפגעי הדחק.

3. באתר לנפגעי דחק:

1) יש לדאוג למרחב טיפולי מתאים אשר, מבודד את הנפגעים מהמולת המיון, ומאפשר התערבות מתמשכת ומכילה לנפגעים, כולל אמצעים להשלמת חסכים פסיולוגיים (היגיינה, שתיה ומזון, ומנוחה), ומקום להתערבויות פרטניות וקבוצתיות.

2) כאן יפרס ויפעל הצוות הרב מקצועי של ברה"נ (מתחומי הפסיכיאטריה, סיעוד, פסיכולוגיה וע"ס, כולל מומחים לילדים ונוער), מאותו ביה"ח או מבי"ח פסיכיאטרי קרוב - בהתאם לנוהל משרד הבריאות. ורצוי גם רופא פנימי (להמשך ניטור וטיפול רפואי בהתאם לצורך).

4. במחלקות ביה"ח:

חשוב לזכור כי גם הפצועים הגופניים סובלים תכופות מתסמיני דחק וחרדה. יש לכן לבדוק אותם מוקדם ככל שניתן במהלך האשפוז במחלקות השונות, ולהתערב בכל מקרה כנדרש.

### **התערבות טיפולית / מקצועית:**

כללי: בשלב החריף ניתן להנחות בעיקר לעקרונות התערבות כלליים, ובנוסף לפרוס שיקולים מנחים להתערבויות ספציפיות.

עקרונות כלליים להתערבות בשלב החריף:

1. יש ליצור קשר אישי עם הנפגע. לנסות לנחם ולהרגיע אותו, מילולית או במגע גופני. לעודד אותו לדבר ולספר את שעבר עליו. לחלוק איתו ידע על שאירע (אורינטציה), ולספק פשר לקורה עימו ולגבי מה שעומד להתרחש בביה"ח.

2. לוודא השלמת חסכים פסיכולוגים (שתייה, מזון, היגיינה, מנוחה ואף שינה).

3. לאפשר בהקדם קשר עם אחר משמעותי (בן משפחה, חבר), ולהנחות ולהדריך אותם באשר לתהליכים המתוארים ("פעילות פסיכו-חינוכית").

4. המסר שננסה להעביר לנפגע הינו קבלה ו"נירמול" של תגובתו בבחינת "התגובה שלך הינה תגובה נורמלית למצב לא נורמלי". תגובה כזו יכולה להכיל חרדה, מתח, זכרונות ואף סיזימים סביב האירועים הקשים, קשיים בשינה.. אך אילה צפויים לדעוך בהדרגה, וכדאי שתשתדל לשוב, גם אם באופן הדרגתי, לעיסוקיך (מסר "הציפיה" להתאוששות וחזרה לתפקוד). כדאי שתשוחח עם הקרובים לך על שעבר עליך. לעיתים אפילו העלאת הזכרונות הקשים על הכתב מקלה על התחושות הקשות.

5. אם התופעות המתוארות קשות מנשוא; או שאינן נחלשות במהלך הימים / שבועות הקרובים / או שאתה חש צורך בטיפול, אנא פנה לאחת מהכתובות הבאות...

6. ככלל, הכתובת להפניה בהמשך צריכה להיות זו של רופא המשפחה. במקרה של גורמי סיכון בולטים רצוי להפנות ישירות לשירות ברה"ן.

### **התערבויות ספציפיות: תרופות:**

למרות שהפרקטיקה הקלינית הרווחת הינה שכדאי להימנע בשלב החריף מתרופות הרגעה, מקובל שבמקרים של חרדה מציפה והפרעות מתמשכות בשינה, ניתן לתת תכשירים בזודיאפינים, בתנאי שהם ניתנים לזמן מוגבל ולהוריות ספציפיות. ממצאים מחקריים עדכניים, המראים שעוררות יתר אוטונומית (למשל טכיקרדיה) הינה גורם סיכון לפתח PTSD בהמשך, תומכים ב"הרגעה" תרופתית כזו, או למשל בהפחתת דופק ע"י פרופרנולול, בשלב החריף. יש לצפות שמחקרים מבוקרים יספקו תשובות יותר מבוססות בתחום זה.

### **פסיכותראפיות:**

1. התערבויות פרטניות:

ההתערבות הפרטנית בשלב החריף (בחדר מיון למשל) תבוצע בהתאם לעקרונות הכלליים שפורטו קודם לכן. בנוסף ניתן להיעזר במספר טכניקות - בהתאם לצורך ולמיומנויות המטפל:  
1) EMDR: (eye movement desensitization and reprocessing), מאפשרת, ע"י מיקוד סימולטני בדימויים הטראומטיים המכאיבים, ובתנועות עיניים קצובות ומונחות, לעמעם ולהפחית את הזיכרונות החודרניים. שימוש בטכניקה זו נמצא כיעיל בהפחתה, דרמטית לעיתים, של הזיכרונות והדימויים הטראומטיים החריפים אשר עלולים לגרום למצוקה קשה.

2) טכניקות היפנותיות לסוגיהן: טכניקות כאלה, ביד המיומן בהן, עשויות להיות אפקטיביות בהרגעה ובהקנת שליטה על הזכרונות הטראומטיים והחרדה הנילווית.

3) טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT): התערבות בעקרונות אילה הינה כנראה היותר מבטיחה מבחינת האפקט המניעתי להפרעות פוסט-טראומטיות בהמשך. אולם כאן כבר מדובר בתכנית טיפולית מתמשכת.

2. התערבות קבוצתית:

התערבות קבוצתית בשלב החריף מוצעת ככלי טיפולי אפקטיבי אשר מאפשר ניצול יעיל של כח אדם וכן המשך אבחון תוך כדי ההתערבות. כל קבוצה מכילה 4-10 נפגעי דחק, כאשר מספר המשתתפים נקבע בהתאם לקצב זרימת הנפגעים לאתר. ניתן גם לקיים מספר קבוצות בו זמנית. אחת הטכניקות הנפוצות והמקובלות להתערבות לאחר אירוע טראומטי הינה זו המבוססת על עקרונות השחזור (דהבריפינג). מטרתה להחזיר את תחושת ההתמצאות, להפריד הווה מעבר, לקבל ולהעניק תמיכה לחברי הקבוצה, לאפשר יצירת נרטיב אישי, ולקבל הדרכה הסבר ותמיכה ממנחי הקבוצה. השחזור הקבוצתי מבוסס על מתן אפשרות ביטוי לכל חברי הקבוצה, כאשר המשתתפים מתבקשים לתאר עובדות, מחשבות רגשות ומעשים, ולהקשיב לאלה של חבריהם. בהמשך יוביל המנחה את המשתתפים לשיחה על נסיונם האישי באשר לאופני התמודדות שיכולים לסייע להם להתגבר על המשבר הנוכחי, ולבסוף, ידבר עמם על מה שיכול לקרות בהמשך. המנחים אמורים לאפשר לשיח הקבוצתי להתבצע, ולאחר את אילה שמתקשים להתארגן (מגיבים באופן חריג). אלה יהוו יעד להמשך התערבות ומעקב

בהמשך. התערבות בשחזור תוארה ע"י הנפגעים כהתערבות מועילה, אשר הקלה על רמת החרדה והמצוקה שלהם בשלב החרף, אך באשר ליעילותה של פגישה בודדת כזו, למנוע הפרעות בתר-טראומטיות בהמשך, הממצאים שנויים במחלוקת, ולכן יש כאלה המציעים להימנע מיישום טכניקה זו בשלב החרף.