

MAGEN
DAVID
ADOM
IN ISRAEL



מגן דוד
אדום
בישראל

ארגון ההצלה הלאומי



מדריך העזרה הראשונה הנפשית

ראשי פרקים בעזרה ראשונה נפשית
לצוותי רפואת חירום טרום אשפוזית

מהדורה שלישי ומעודכנת במלחמת "חרבות ברזל"
נובמבר 2023 - חשון תשפ"ד



ארגון ההצלה הלאומי

מדריך העזרה הראשונה הנפשית

**ראשי פרקים בעזרה ראשונה נפשית
לצוותי רפואת חירום טרום אשפוזית**

**מהדורה שלישית ומעודכנת
במלחמת "חרבות ברזל"**

נובמבר 2023 – חשון תשפ"ד

עורכים/מחברים:

פרופ' חיים קנובלר, דר' משה אברמוביץ, רפאל הרבסט, דר' אלי יפה

יועצים:

דוד קורן, דר' שירי דניאלס - ער"ן, העמותה לע"ר נפשית בטלפון ובאינטרנט

יורם בן יהודה - מנהל מכון "דרכים"

דר' רפאל סטרוגו - סמנכ"ל רפואי וראש אגף הרפואה, מד"א

פרופ' גיל זלצמן - מנהל המרכז לבריאות הנפש גהה ויו"ר המועצה הלאומית למניעת התאבדויות

לצוותי מד"א – עובדים ומתנדבים יקרים:

מהדורה מעודכנת זאת של מדריך הע"ר הנפשית, השלישית במספר, יוצאת לאור בימים קשים – בתחילת החודש השני של מלחמת "חרבות ברזל". בניגוד לשתי המהדורות הקודמות, שנכתבו בעת מגיפת וירוס הקורונה, אנו מוצאים את עצמנו כיום במצב לחימה מתמשך, אחרי שמדינת ישראל הוכתה מכה אלימה ואכזרית.

כמו בעת מגיפת הקורונה, ממלא ארגון מגן דוד אדום תפקיד חיוני ומרכזי במערכת הבריאות. צוותי מד"א היו ערוכים לטיפול ולפינוי נפגעים כבר מהשעות הראשונות של המתקפה הרצחנית בשבת שמחת תורה, וממשיכים למלא את תפקידם הלאומי גם בעת המשך הלחימה. זאת, תוך המשך הפעילות מצילת החיים ה"רגילה", בנוסף לפעילות בטיפול ופינוי נפגעים בעורף, ובשמירת הכוונות למצב של התרחבות נוספת של הלחימה.

העומס הרגשי על אוכלוסיית ישראל הוא חסר תקדים: הן בשל מספר הנפגעים, הן בשל אכזריות המתקפה, הן בשל חטיפת אזרחים וחיילים, והן בשל המשך הלחימה אשר גובה עוד נפגעים.

מצד שני: המצב גם גורם לעלייה חסרת תקדים בלכידות הלאומית, מה שמביא לתחושת חוסן אישית וכללית. לכידות זאת בולטת בקרב צוותי מד"א, בהם מתנדבים ועובדים מכל מגזרי האוכלוסיה.

כידוע: למד"א מסורת רבת שנים של דאגה לשמירת רווחתם הנפשית של הצוותים – הן בשגרה והן בחירום. בבסיס תכנית מד"א להגנה על שלומם הנפשי של העובדים והמתנדבים: ההבנה כי הגורמים החשובים ביותר לכך הינם חיזוק הלכידות, המקצועיות, והבטחון האישי והצוותי ביכולת לעמוד במשימות, תוך הכרת חשיבות משימות אלה ברמה האישית והלאומית. מתוך לכידות זאת אנו ממשיכים למלא את המשימה – שאיננה מובנת מאליה – של קיום שירותי עזרה ראשונה מתקדמים ביותר בפריסה ארצית, במצב לחימה.

מדריך מעודכן זה לעזרה הראשונה הנפשית של מד"א כולל כקודמיו ראשי פרקים במתן ע"ר נפשית על ידי צוותי רפואה טרום אשפוזית. הוא מיועד לשימוש צוותי מד"א וצוותי רפואה והצלה מקבילים, וכולל מידע ראשוני על מצבי החירום הנפשיים בהם אנו נתקלים ועל דרכי הטיפול בהם. חשיבות מידע זה כיום – מובנת מאליה, מאחר שחשוב להבין שמספר רב של מי שנחשפו לארועי הלחימה הקשים, רובם אזרחים, עלולים לפתח תגובות נפשיות מתמשכות.

לשם רענון הידע הוצאנו כעת במקביל למדריך גם לומדה, נוחה לשימוש, המרכזת בצורה בהירה את רוב החלקים העיקריים של המדריך. כמו המדריך, גם ללומדה ארבעה חלקים: 1. רקע לטיפול הנפשי - בדגש על חשיבות הקשר הטיפולי גם במצבי חירום; 2. מניעת הפרעות דחק – בדגש על שיחת הצוות ככלי למניעת טראומטיזציה משנית; 3. מצבי חירום בע"ר נפשית – בדגש על הערכת סכנה אובדנית ועל מסירת הודעות קשות; 4. עוד דרכי טיפול, ומקורות.

נדגיש: א. התגובה השכיחה למצבי משבר ואסון היא התפתחות חוסן, ולכן יש לטעת תקווה להחלמה מלאה לכל הנפגעים הנפשיים. ב. הלכידות – בכל הרמות: מהבין אישית עד לקהילתית והלאומית – המאפיינת את מד"א הן בשגרה והן בחירום, היא צורת ההתמודדות הנכונה והיעילה ביותר למצבים אלה.

בהזדמנות זאת נביע את הערכתנו הרבה לכל המתנדבים והעובדים, נודה לכל המחברים והיועצים, ונאחל לכולנו בריאות וחוסן!

ח. קנובלר, מ. אברמוביץ, ר. הרבסט, א. יפה

נובמבר 2023 – חשון תשפ"ד

*מדריך זה והלומדה המלווה אותו תואמים את נוהלי מד"א. בכל מקרה של ספק בעת פעילות: פעלו לפי הנוהלים!

3	1. הקדמה למהדורת 2023
	א. רקע לטיפול הנפשי – עזרה ראשונה נפשית: מטרות ועקרונות
4	2. מטרות העזרה הראשונה הנפשית (ער"ן)
4	3. הקשר הטיפולי: הגורם המרכזי בטיפול הנפשי גם בשעת חירום
6	4. ההפרעות הפסיכיאטריות: חלוקה תיאורטית ומעשית
7	5. הכלל הראשון: חפשו בעיה גופנית (הגורמת למצב הנפשי)
	ב. מניעת הפרעות דחק
8	6. מניעת הפרעות פוסט טראומטיות – תכנית מד"א
10	7. טיפול מיידי בנפגעי דחק
13	8. שלבי מניעת תסמונת דחק בצוותי מד"א וניהול שיחת הצוות
17	9. מניעת טראומטיזציה משנית ושחיקה אצל צוותי חירום והצלה
	ג. מצבי חירום בע"ר נפשית
18	10. מצבי חירום בפסיכיאטריה
18	11. הערכת סכנה אובדנית ומניעת התאבדויות
21	12. מצבי חירום בהתמכרויות
22	13. מסירת הודעה על מוות
	ד. עוד דרכי טיפול ומקורות
23	14. עזרה ראשונה נפשית דרך הטלפון והאינטרנט
24	15. הרגעת החולה הפסיכיאטרי הסוער
25	16. טיפול פסיכיאטרי כפוי
26	17. מקורות

1 הקדמה למהדורת נובמבר 2023

בשבת שמחת תורה, 7.10.23, בה החלה המלחמה הנוכחית, הוכתה מדינת ישראל מכה חסרת תקדים.

מעולם לא נהרגו כל כך הרבה תושבי ישראל ביום אחד. בנוסף לכך, מעל מאתיים איש – כולל חיילים אך בעיקר אזרחים, בהם ילדים וקשישים, ישראלים ואף זרים – נחטפו כבני ערובה לתוך רצועת עזה. מצב כזה של טראומה לאומית ואבדן חסרי תקדים, מסובך בדאגה לחייהם ולבריאותם של החטופים, תוך המשך לחימה ותחת חשש מהתרחבותה – הוא חסר תקדים בישראל. העומס הרגשי על אוכלוסיית ישראל הוא חסר תקדים: הן בשל מספר הנפגעים, הן בשל אכזריות המתקפה, הן בשל חטיפת אזרחים וחיילים, והן בשל המשך הלחימה אשר גובה עוד נפגעים. ומצד שני: המצב גם גורם לעלייה חסרת תקדים בלכידות הלאומית, מה שמביא לתחושת חוסן אישית וכללית, ולכידות זאת בולטת בקרב צוותי מד"א. בהקשר זה חשוב לזכור כי למרות הטראומה חסרת התקדים, בשלה חשוב ללוות את כל הנפגעים הפוטנציאליים לפחות מהמעגל הראשון, התוצאה השכיחה של טראומה איננה התפתחות הפרעה נפשית פוסט טראומטית, אלא התפתחות חוסן.

דרכים למניעת תגובות דחק ולחיזוק חוסן צוותי: מספר גורמים, הקיימים באופן טבעי אצל צוותי רפואת חירום כגון מד"א, מגינים מפני מתח ותגובות דחק נפשיות בזמן משברים. אלה כוללים: הרגשת לכידות של הצוותים, בטחון ביכולות המקצועיות האישיות, בטחון ביכולות המקצועיות של הצוותים, בטחון ביכולות המקצועיות וביכולות ההנהגה של ראשי הצוותים, הבנת מטרות הפעילות, ידיעת תכניות הפעולה, והרגשת שליחות – הנובעת מהבנת החשיבות הרבה של הפעילות. לכן, מומלץ בתחילת כל משמרת לדאוג למתן מידע מירבי לצוותים לגבי המשימות המתוכננות, ולסכם את הפעילות בסיום כל משמרת. אם הצוותים נתקלים במהלך הפעילות באירוע טראומטי – עליהם לנהוג לפי תורת מד"א ולעבד את האירוע במסגרת של "שיחת צוות": בירור והפקת לקחים בצורה מותאמת, באחריות ראש הצוות או איש הצוות הבכיר. זאת: בצורה מקצועית, חיובית ואוהדת - ולא שיפוטית, עם ציפייה להמשך פעילות טובה בעתיד, והדגשת חשיבות הפעילות. קיום "שיחת צוות" מייד לאחר אירוע טראומטי מאפשר גם גילוי של מצבי דחק מידיים, והרגעתם. פירוט לגבי צורת ניהול שיחת הצוות תמצא בפרק 8: "שילוב מניעת תסמונת דחק בצוותי מד"א וניהול שיחת הצוות". וכאמור: אם לא אירע אירוע טראומטי יש לסיים כל משמרת בסיכום של הפעילות שנעשתה. במצב הנוכחי, בו יש חשיבות עליונה לכך שהצוותים יהיו מודעים להערכה הרבה ולמידה הרבה של תודת הציבור לפעולתם, על המנהלים וראשי הצוותים להדגיש זאת בכל משמרת: הן בתחילתה והן בסיומה. אין להניח כי "הדברים ידועים", ויש לחזור עליהם באופן קבוע!

חוסן צוותי מד"א ובני משפחותיהם: חוסן הוא היכולת להמשיך ולתפקד בעיתות לחץ ומשבר. קיימים יחסי גומלין בין החוסן האישי לחוסן הקבוצתי והמשפחתי: ככל שהחוסן של פרטים המרכיבים קבוצת השתייכות גבוה יותר, כך גבוה חוסנה של הקבוצה, ולהיפך, כלומר, ככל שחוסנה של הקבוצה גבוה יותר, כך יהיו מחוסן גם הפרטים המרכיבים אותה. לכן, ככל שחוסנם של אנשי הצוות כפרטים יהיה גבוה יגבר חוסן כל הארגון, וכן חוסן משפחותיהם, ולהיפך. זאת, גם ביחס למשפחת המוצא – הורים ואחאים, וביחס למשפחה הגרעינית – בני זוג וילדים. משפחה חזקה יכולה לשאת תקופה מאתגרת בצורה טובה, לשמר את כוחותיה ולאפשר לעובדים ולמתנדבים במד"א להמשיך ולתפקד בידעיה שמשפחתם חזקה ומכילה.

הגורמים המשמעותיים לחוסן המשפחתי דומים לגורמים המגבירים חוסן צוותי: ככל שבני המשפחה בוטחים במנהיגותם של ההורים/מובילי המשפחה – החוסן המשפחתי עולה; ככל שבני המשפחה רואים את פעילותם המקצועית של חבריה – במקרה שלנו: בצוותי מד"א – כשליחות – החוסן המשפחתי עולה; ככל שלכידות המשפחה גבוהה יותר כך רב חוסנה.

מצ"ב קישור לתוכנת לימוד/רענון של התחומים המרכזיים במדריך זה.

כמו המדריך, היא עוסקת בעיקר בטיפול בנפגעים, וגם בחיזוק חוסנם של המטפלים, ויש בה ארבעה חלקים:

1. רקע לטיפול הנפשי; 2. מניעת הפרעות פוסט טראומטיות; 3. מצבי חירום בעזרה ראשונה נפשית;

4. דרכי מענה להתמודדות.

לצפייה: <https://www.mdais.org/hosen>

מטרות העזרה הראשונה הנפשית (ער"ן)

העזרה הראשונה הנפשית (להלן: ער"ן) נכללת למעשה בעזרה הראשונה הרפואית ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה. לפיכך, הידע המעשי בתחום כבר קיים בצוותי רפואה והצלה דוגמת צוותי מד"א.

מטרות הער"ן הן רבות: תחילה – להקל על הנפגעים, בעיקר על ידי הפחתת רמת החרדה שלהם; בנוסף לכך: לאפשר טיפול מיטבי – עבור נפגעים הסובלים מפציעה או ממחלה, אשר סובלים גם מבעיה נפשית (גם כאן במרבית המקרים: טיפול בחרדה); וכמובן: למנוע התפתחות תסמונות נפשיות ממושכות, כגון הפרעה פוסט-טראומטית, שעלולה להתפתח בעקבות תגובה נפשית קשה לאירועים קשים, וכן למנוע החרפה במצבם הנפשי של הסובלים מהפרעות נפשיות.

צוותי מד"א מטפלים באופן קבוע בנפגעי חרדה: למעשה – אין כמעט טיפול הניתן ע"י הצוותים המטפלים של מד"א שאינו כולל הרגעת המטופלים, מתן הרגשת בטחון ביכולות הטיפול של הצוות, ונטיעת תקווה להחלמה. במקרים בהם חרדתם של המטופלים בולטת, נדרשים הצוותים לטפל בחרדה כחלק מרכזי בטיפול.

בכל שלב של ההתערבות אין לשלול את האפשרות שהמצב הנפשי נגרם על ידי פגיעה גופנית או הפרעה גופנית/מוחית. לכן – יש לערוך לכל נפגע בדיקה גופנית בהתאם לסיפור הפגיעה.

יש לזכור גם כי נפגעים גופניים עלולים לפתח מצב של חרדה כחלק מהפגיעה הגופנית!

הקשר הטיפולי: הגורם המרכזי בטיפול הנפשי גם בשעת חירום

קשר טוב בין מטפלים למטופלים חיוני בכל טיפול רפואי. ואולם – חשיבותו במתן טיפול נפשי הינה מרכזית, ובמרבית המקרים הוא מהווה גורם טיפולי חיוני והכרחי.

הבנת המטופלים כי המטפלים משקיעים בטיפול בהם את מיטב יכולתם המקצועית מתוך רצון לסייע להם, והרגשתם את **הגישה האמפתית*** של המטפלים – כלומר: את יכולת המטפלים להבין את מצוקותיהם – כל אלה נקראים בין היתר "קשר טיפולי", "ברית טיפולית", וכן "גורמים בלתי ספציפיים בריפוי הנפשי". אין לטעות ולהניח כי מדובר בטיפול מסוג "פלצבו" ("אינבו") בלבד, מאחר שיעילות הקשר הטיפולי בריפוי ההפרעות הנפשיות הוכחה בניסויים רבים, כולל בניסויים תרופתיים. שם (למשל: במחקרים של תרופות נוגדות דיכאון) ניתן למצוא כי השפעת הקשר הטיפולי עולה לעיתים על השפעת התרופה הפסיכיאטרית!

*** מהי אמפתיה? אמפתיה הינה היכולת לראות את נקודת המבט של הזולת, ולתת לו את ההרגשה שאנחנו מבינים כיצד הוא מרגיש. בהקשר טיפולי: יצירת ההבנה של המטופלים שאנו המטפלים מסוגלים "להיכנס לעורם", להרגיש את כאבם/חרדתם – וזאת לא מתוך הזדהות, רחמים או חברות, אלא כגורם מקצועי.**

חלק מהצלחת הטיפול הנפשי נובע גם מהרגשת המטופלים כי הם נמצאים בטיפול **מקצועי**, של גורם מטפל סמכותי. לכן: גם מתנדבים מגישי עזרה ראשונה המזוהים כאנשי צוות מד"א הם מבחינה זאת גורמים מקצועיים, ולקבלת יחס מרגיע מהם בזמן חירום תהיה השפעה משמעותית!

עצם מתן הטיפול בצורה מקצועית ואמפתית ע"י צוותי מד"א, בשגרה ובחירום, יוצרים קשר טיפולי חיובי. מובן מאליו כי אין לדחות פעולות מצילות חיים כדי לבסס קשר זה, אך גם במצבי חירום יש לזכור את חשיבות הצתכם (בשם ובתפקיד) בפני המטופלים, ואת הבהרת תמונת המצב החיונית למטופלים בצורה אמפתית – ככל שמצב החירום מאפשר.

בהעדר אמצעי טיפול כגון תרופות הרגעה, הקשר הטיפולי מהווה בסיס להרגעת המטופלים. הכלי הטיפולי המרגיע והמעודד העיקרי בשעת חירום יכול בהחלט להיות: **אתם, אנשי הצוות!**

יצירת קשר טיפולי מיידי בעת בדיקת המטופלים והנפגעים:

בדיקת מצבם הנפשי של המטופלים/הנפגעים הינה חלק בלתי נפרד מהערכת מצבם הרפואי. כבר במהלך הבדיקה הגופנית הראשונית, בכל רמת בדיקה, נשים לב למצב הנפשי, ונעשה זאת בגישה מעודדת ואמפתית.

על מנת ליצור קשר טיפולי חיובי, יש להקפיד ככל האפשר על פרטיותם של הנבדקים, וכן לנסות לשוחח עימם "בגובה העיניים". יש להתאים את השאלות למצב הנבדקים ולגילם. כמו כן, חשוב כי בדיקת ילדים תיעשה בנוכחות הוריהם, במידת האפשר, כמובן – בהתאם לסיטואציה. הבדיקה הנפשית של ילדים מתחילה ביצירת הקשר הטיפולי – כדי לאפשר את עצם הבדיקה!

שלבי יצירת הקשר הטיפולי: במידת האפשר – פעלו לפי סדר זה:

1. הציגו עצמכם: בשמכם ובתפקידכם
2. הביעו התחייבות לסייע
3. נסו לנהל את המפגש בגובה העיניים: בישיבה [ובעמידה או בהליכה משותפת אם אין מדובר בפצועים גופניים]
4. הימנעו מעימותים עם הנפגעים
5. מסרו משב תומך במהלך המפגש

חלקים מרכזיים בבדיקה הפסיכיאטרית:

בכל מקרה יש לברר את מצב ההכרה וההתמצאות בזהות, בזמן ובמקום: שינוי במצב זה – כגון בלבול והכרה מעורפלת, המלווים באי התמצאות בזהות (של הנבדקים או אחרים בסביבה), בזמן ובמקום – כל אלה מכוונים לבעיה מוחית אורגנית.

- כיצד מבררים זאת? שואלים את הנבדק לשמו, האם הוא יודע מה התאריך, היכן הוא נמצא ומי הסובבים אותו, כל זאת בצורה אוהדת ולא פוגענית.

יש לברר מה מצב הרוח ("אפקט") של הנבדקים: דיכאון ניכר יכול לכוון לסכנה אובדנית. מצב הפוך – מאניה, יכול גם הוא להעיד על בעיה נפשית חמורה. גם מצב רוח לא תואם את המציאות ("אפקט לא תואם") יכול להעיד על בעיה נפשית ניכרת.

- כיצד מבררים זאת? ניתן לשאול זאת באופן ישיר, אך במרבית המקרים מתוך השיחה עם הנבדק ניתן להבין מה מצב רוחו, והאם מצב הרוח תואם את הסיטואציה בו הוא נמצא.

הערכת סכנה אובדנית: הינה חלק הכרחי בבדיקה הנפשית. אין לחשוש לשאול את הנבדק שאלה ישירה: "האם ניסית להתאבד או חשבת על כך?" אם עולה חשד כזה. זאת כמובן יש לשאול בצורה אמפתית, תוך שמירה על פרטיות הנשאל. במרבית המקרים אם התשובה חיובית – שיחה אוהדת על מצוקות הנבדק שהביאו למחשבה האובדנית תביא להקלה בהרגשתו.

בהערכה הפסיכיאטרית המלאה שלילת אובדנות הינה חלק מהבדיקה – אף אם לא עולה לכך חשד!

יש לברר האם יש לנבדק ביקורת מציאות תקינה: למשל, האם אין לו מחשבות שווא ו/או תחושות שווא, המאפיינים מצבים פסיכוטיים. מחשבות שווא [דלוזיות] יכולות להיות למשל של רדיפה (מנסים לפגוע בנבדק, ללא קשר עם המציאות), של גדלות (הוא חשוב מאוד – למשל: המשיח), ועוד. תחושות שווא [הלוצינציות] יכולות להיות שמיעת קולות שאינם קיימים, ראיית מראות שאינם קיימים, וכדומה.

- כיצד מבררים זאת? במקרים אלה על הבודקים לסמוך על ההיגיון של עצמם, להבחין בין מציאות לדמיון. גם אם הם משוכנעים שלנבדק יש מחשבות שווא – אין להתווכח או לנסות לשכנעו כי הוא טועה, מאחר שהדבר עלול לפגוע בקשר הטיפולי! אם הנבדק מתעקש לנסות לשכנע שהוא צודק, ולמשל: ש"הוא המלך המשיח ועל הבודקים להכיר בכך ולהאמין לו/בו": יגיבו באמירה כגון "אנחנו מאמינים שאתה משוכנע שאתה המלך המשיח".

בכל מקרה יש לבדוק את מידת המודעות העצמית של הנבדק למצבו הגופני והנפשי. במקרה שהנבדק אינו מודע למצבו – מצב הבדיקה והטיפול הינו רגיש ואף מסובך, וחשיבות הקשר הטיפולי המיידי הטוב – עולה.

- כיצד בודקים זאת? לדוגמא ע"י השאלות "האם לדעתך יש לך בעיה?", או "מה מפריע לך כעת?" בהקשר המתאים.

בדיקה פסיכיאטרית מלאה מבוצעת ע"י בודקים מתחום מקצועות בריאות הנפש, וגם היא מלווה בבדיקה גופנית מלאה, עם דגש על הבדיקה הנוירולוגית. לכן – אם קיים חשש להפרעה נפשית חמורה: עלינו לשאוף להביא את הנבדק לבדיקה כזאת!

4 ההפרעות הפסיכיאטריות: חלוקה תיאורטית ומעשית

ניתן לחלק באופן כללי את חלקי ה"נפש" לשלושה: החלק הקוגניטיבי – ה"חשיבתי" (הכולל בין היתר את ההכרה*, ההתמצאות, הריכוז, והחשיבה); החלק הרגשי (הכולל בין היתר את מצב הרוח על פי הנבדק, שהוא ה"אפקט" – הנצפה על ידי הבודק); והחלק התפקודי (כיצד הנבדק מתפקד מבחינה נפשית).

[*כאשר קיימת פגיעה במצב ההכרה – יש לחשוד תמיד בהפרעה אורגנית-מוחית: כלומר – שאין מדובר אך ורק בבעיה פסיכיאטרית טהורה, ויש לחפש מהו הגורם המשפיע על המוח (תרופות, חומרים ממכרים, מצבים גופניים שונים, וכדומה)].

מהן ההפרעות הפסיכיאטריות העיקריות?

ניתן לחלק את ההפרעות הפסיכיאטריות בשלוש צורות שונות:

1. הפרעות מסיבה אורגנית-מוחית – לעומת הפרעות שסיבתן המוחית אינה ידועה, המכונות "פונקציונליות": לדוגמא: הרעלת סמים = הפרעה אורגנית-מוחית; מחלת הסכיזופרניה = הפרעה "פונקציונלית". כיצד נדע אם הפרעה היא אורגנית? – במקרים אלה נמצא כמעט תמיד גם הפרעה בהכרה.

2. הפרעות שהלוקים בהן מודעים לקיומן – לעומת כאלה שאין אליהן מודעות: "אגו-דיסטוניות" לעומת "אגו סינטוניות": אגו = העצמי, והפרעה אגו-דיסטונית מנוגדת לתחושת העצמי, ולהיפך. לדוגמא: פוביה – חרדה מגורם מסוים = הפרעה אגו-דיסטונית; מצב פסיכוטי = מצב בו אין מודעות למציאות, ולכן ההפרעה היא אגו-סינטונית. כיצד נבדיל בין המצבים? – מי שמודע לבעייתו לא יתכחש לה, ובמרבית המקרים גם ירצה לטפל בה. מי שאינו מודע – לא ישנה את דעתו בשום אופן.

3. מחלות נפש/הפרעות פסיכוטיות, הפרעות "נוירוטיות", והפרעות אישיות:

בכל מחלות הנפש נמצא הפרעה בביקורת המציאות. לדוגמא:

במחלת הסכיזופרניה – שכיחות מחשבות שווא (דלוזיות) – מחשבות לא מציאותיות, כגון "אני המשיח"; "חיזרים רודפים אחריי", המלוות לעיתים בתחושות שווא (הלוצינציות) – הלוצינציות שמיעה = שמיעת קולות שאינם קיימים; הלוצינציות ראייה = ראיית מראות שאינם קיימים);

במחלות האפקטיביות (מחלות מצב הרוח) – דכאון רבא (Major Depression) והמחלה הדו קוטבית (בשמה הישן "מאניה דפרסיה") נמצא הפרעה בביקורת המציאות של הרגש: הדיכאון (הקליני!) או היפוכו – המאניה – יהיו בלתי מציאותיים.

בהפרעות ה"נוירוטיות" כן נמצא מודעות להפרעה וביקורת מציאות תקינה! רובן הפרעות שמופיעה בהן חרדה, והלוקים בהפרעה מודעים לקיומה – ולכן יהיו במקרים רבים מעוניינים לטפל בה. דוגמאות: פוביה (פחד לא הגיוני) מסוגים שונים, כגון אגורפוביה (פחד ממקומות ציבוריים); קלאוסטרופוביה (פחד ממקומות סגורים); אקרופוביה (פחד גבהים).

הפרעות האישיות מאופיינות במבנה אישיות קבוע הגורם להפרעה תפקודית, ממנה סובלים הלוקים בהן ו/או סביבתם. אין מדובר בתכונות/נטיות האישיות, הקיימות אצל כל אחד, אלא במבנה נוקשה קבוע הפוגע בתפקוד האישי ו/או הבין-אישי. לדוגמא: בהפרעת אישיות נרקסיסטית – אין מדובר בסתם גאוותנות או בטחון עצמי מופרז, אלא בצורך קבוע בהערכה והערצה, ואם אלה אינן מתקיימות – הנרקסיסט יישבר ויפסיק לתפקד. בהפרעות האישיות – ביקורת המציאות תקינה, אך ההפרעה היא אגו-סינטטית (הם אינם סבורים שיש להם בעיה...).

- **חשוב לזכור: אין לאבחן הפרעה נפשית אם לא מאבחנים הפרעה בתפקוד.**

חלוקה מעשית עבור רפואת החירום הטרומ אשפוזית:

- חשוב לזהות מקרים של הפרעות מסיבה מוחית-אורגנית, כדי למנוע מוות או נכות! במקרים אלה נמצא כמעט תמיד גם שינוי במצב ההכרה.
- חשוב לזהות מצבים בהם יש הפרעה בביקורת המציאות – מדובר במצבים של מחלת נפש, וכן בהם אין לצפות לשיתוף פעולה מהנבדק!
- במקרים אלה ניתן לטפל בנבדקים גם ללא הסכמתם, בהתאם לחוק הטיפול בחולי הנפש.

5 הכלל הראשון: חפשו בעיה גופנית (הגורמת להפרעה במצב הנפשי)

בכל הערכה של מצב חירום נפשי, יש חשיבות עליונה לשלילת גורם גופני/אורגני למצב הנפשי. זאת, מאחר שכל מצב כזה משמעו פגיעה בתפקוד המוח, שעלולה להיות קטלנית או לגרום לנכות: כאשר מדובר בפגיעה מוחית הגורמת לסימפטומים נפשיים – מדובר בהפרעה מסוכנת ביותר, שעלולה להידרדר אף למוות, או להסתיים בנכות מוחית קבועה. מסיבות אלה, ניתן לראות בפסיכיאטרים הבודקים בחדרי המיון את "קו העמדות האחורי" לשלילת גורמים אורגניים-מוחיים במצבי חירום פסיכיאטריים.

בכל מצב של פגיעה תפקודית מוחית שנגרמת מהפרעה אורגנית ישירה של המוח (הרעלה, פגיעה מטבולית, זיהום, טראומה, וכדומה) – ניתן לזהות בדרך כלל שינוי מסוים **במצב ההכרה**: החל מבלבול וכלה באיבוד הכרה מוחלט. ואולם, מצב חירום גופני יכול להיות גם גורם **לחרדה** (פחד/בהלה עם פגיעה בתפקוד) – למשל: חרדת מוות בעת התקף לב. וכן - פגיעות גופניות שונות יכולות להתבטא בסימנים המדמים מצב של חרדה: למשל, איבוד דם (חיצוני או פנימי) יכול לגרום לירידת לחץ הדם, לדופק מהיר, לחיורון, ולנשימה מהירה – שכולם יכולים להיות גם סימנים של חרדה. לכן, במקרים בהם קיים חשד לפגיעה גופנית שיכולה להידמות למצב חרדה – חובה עלינו קודם כל לחפש סיבה גופנית.

סדר הפעולות בבדיקת הנפגע שנראה כסובל מפגיעה נפשית – לרבות חרדה – הינו זהה לחלוטין לזה של בדיקת הנפגע הגופני, עד לשלב בו נשללת פגיעה גופנית, כולל פגיעה מוחית אורגנית. במקרים בהם הנפגע היה חשוף **להדף** יש להתייחס אליו כמי שעלול לסבול מדימום פנימי – עד להגעתו למתקן רפואי כגון חדר מיון, לשלילת אבחנה כזאת. כך גם במקרים בהם יש חשד לפגיעה מוחית אורגנית, כגון הרעלה בחומרים שונים כולל סמים.

גם כאב פיזי, לאחר חבלה למשל, עלול להקשות על הנפגע מלהירגע. יש לקחת בחשבון שפעולות פשוטות כגון קיבוע אבר פגוע ומתן נוגדי כאב - עשויות להרגיע במידה ניכרת ולהקל על המטופל.

פגיעות גופניות כמצבי משבר: צוותי מד"א מטפלים בשגרה בדרך קבע במצבים גופניים - הנגרמים ממחלות ומתאונות - המהווים עבור הסובלים מהם מצבי משבר. כך למשל יש להתייחס למי שסובל מהתקף לב, או למי שנפצע בצורה חמורה בתאונה. וכן – מוות של בן משפחה קרוב מהווה משבר עבור בני המשפחה הנוכחים במקום, וגם אליהם על צוותי מד"א להתייחס.

יש להדגיש כי התגובה השכיחה לאירועים טראומטיים, כולל מצבי חירום ואסון, הינה פיתוח חוסן ואף צמיחה פוסט-טראומטית. מעקב ארוך טווח אחרי נפגעי טראומה, ובמרכזם – ניצולי השואה, העלה ממצאים חיוביים בהרבה מהמצופה. ממחקרי מעקב בישראל עולה כי שיעור ההפרעות הפוסט טראומטיות בקרב כלל האוכלוסייה בישראל הוא נמוך יחסית לארצות אחרות, ושיעור ההפרעות הפוסט טראומטיות בקרב ניצולי השואה בישראל אף הוא נמוך מהצפוי! הופעת חרדה משתקת בעקבות אירוע דחק משמעותי, בדרך כלל כזה המאיים על הקיום, הינה חלק הכרחי של האבחנה "הפרעה פוסט טראומטית", אשר הפכה מאז חיבור המדריך הפסיכיאטרי האמריקאי המודרני הראשון, DSM-3, בשנת 1980, לאבחנה הראשית של התגובות הנפשיות לטראומה.

ייתכנו תגובות נפשיות נוספות לאירועי דחק, מלבד ההפרעה הפוסט טראומטית ה"קלאסית". ואולם, מאחר שזאת היא התסמונת השכיחה מבין התגובות הנפשיות, ומאחר שבמתווה של אירוע רב נפגעים אין אפשרות לאבחן כל נפגע בצורה יסודית – מקובל להתייחס לכל הנפגעים הנפשיים בעקבות אירוע דחק כאל נפגעי ההפרעה, כלומר: כאל נפגעי תגובת דחק חריפה (Acute Stress Reaction).

☆ במהלך הטיפול בנפגעים בשגרה ובחירום נחשפים צוותי מד"א הן לנפגעים הסובלים מתופעות נפשיות, והן למצבי חירום טראומטיים – ביניהם אירועים מרובי נפגעים, אירועים המהווים סכנה לצוות, ואירועים נוספים – העלולים לגרום להופעת תופעות נפשיות תגובתיות. על מנת לתת מענה מיטבי לנפגעים, על צוותי מד"א לתת עזרה ראשונה גם בתחום הנפשי, כחלק מהמענה הרפואי בחירום ובשגרה. בנוסף לכך, על חברי הצוות לדעת לזהות סימני לחץ נפשי אצל עמיתיהם – ואצלם – כדי למנוע היטב התפתחות של תופעות שחיקה או סימפטומים פוסט טראומטיים.

ASR, PTSD ו-PTSD: שלבי התסמונת הבתר חבלתית

מדובר בתסמונת הפתולוגית התגובתית, שאם לא תטופל היטב תקובע כ"תסמונת בתר חבלתית" (התסמונת הפוסט-טראומטית – Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD). התסמונת מאופיינת בארבע קטגוריות מרכזיות של תסמינים (חודרנות, הימנעות, עוררות יתר, ודכאון/פגיעה קוגניטיבית), המתקבעות כאמור אצל חלק מהנחשפים לאירוע טראומטי משמעותי-קיצוני, בדרך כלל כזה המהווה איום קיומי.

ככל שהתסמונת הופכת ממושכת – סיכויי ההחלמה ממנה קטנים יותר, ולכן יש להדגיש את חשיבות המניעה:

מניעה ראשונית (לפני אירוע/י דחק), **מניעה שניונית** (מיד לאחר אירוע/י דחק), ו**מניעה שלישונית** (טיפול מידי מיטבי לאחר הופעת הפרעה).

1. **תגובת הדחק החריפה, Acute Stress Reaction – ASR**, מבטאת את התגובה המיידית לאירוע טראומטי ויכולה להימשך ממספר שעות עד לשלושה ימים לאחר האירוע.

הביטוי הטיפוסי שלה הינו "הלם" המלווה בנייתוק ובקושי להגיב באופן תואם לסביבה.

תגובה כזאת נחשבת לתקינה ולא לפתולוגית, אם היא חולפת תוך 72 שעות.

התסמינים בתגובה החריפה לדחק יכולים להתבטא בביטויי חרדה, דיכאון, כעס, ייאוש, ניתוק, התכנסות וקפיאה או פעילות יתר ללא מטרה. במרבית המקרים התגובה תחלוף בעקבות טיפול ויחס הסביבה, או אף ללא טיפול.

2. הפרעת הדחק החריפה, Acute Stress Disorder - ASD: (= מוגדרת כבר כהפרעה, כלומר: כפתולוגית)

ההפרעה מאובחנת כאשר התסמינים נמשכים לאחר 72 שעות מהחשיפה לאירוע הדחק המחולל הטראומטוגני ועד לחודש אחריו. כלומר, בדרך כלל המשך ישיר של תגובת הדחק החריפה שהנחשפים לא הצליחו להתגבר עליה במהלך הימים הראשונים. ההפרעה מוגדרת בתסמינים בתר חבלתיים החל משלושה ימים לאחר האירוע.

מטרת ההתערבות בשלבים הראשונים היא כמובן למנוע הפרעה מתמשכת.

3. התסמונת הבתר חבלתית (התסמונת הפוסט-טראומטית), Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD

מאובחנת כאשר הפרעת הדחק אינה נפסקת ונמשכת לאחר חודש ימים מהאירועים הטראומטיים. לאחר חודש מהאירוע הטראומטי – Acute PTSD. לאחר 3 חודשים – Chronic PTSD. [אם התסמונת מופיעה לראשונה לא מיד אלא חודשים/שנים לאחר האירוע היא תוגדר בתור Late Onset (עם הופעה מאוחרת)].

התסמונת מאופיינת בארבע קטגוריות מרכזיות של תסמינים, והן:

חודרנות, הימנעות, עוררות יתר, ודכאון/פגיעה קוגניטיבית.

חודרנות: חוויה חוזרת של האירוע הטראומטי, המתבטאת בחזרה בלתי רצונית של תמונות, זיכרונות ומחשבות הקשורים לאירוע אל המודעות, בזמן השינה (בצורת חלומות בהם הנפגעים חוזרים לחוות את האירוע) או במצבי ערות (כולל תופעה המכונה "פלבסק", חזרה לחוות את הטראומה בזמן עירנות, החמורה מבין תופעות הניתוק – דיסוציאציה – המאפיינות את התסמונת), כל אלה – יחד עם הרגשת החרדה הקיומית שאפיינה את אירוע הדחק.

הימנעות: קהות רגשית וצמצום עניין בעולם החיצוני, אבדן עניין בנושאים בהם היה לנפגעים עניין בעבר, תחושת בידוד וניכור שמשקפים ניסיונות להימנע מגירויים העלולים להזכיר את האירוע הטראומטי.

עוררות יתר: עירור יתר, המתבטא בין השאר בסף רגישות נמוך לגירויים, קשיי ריכוז, הפרעות בשינה ועצבנות כללית.

דכאון/פגיעה קוגניטיבית: לאחרונה נוסף קריטריון רביעי זה לרשימת הקריטריונים של איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי.

בכל השלבים של מניעת הפרעות נפשיות של אנשי צוות בעקבות אירועי דחק - נעשה שימוש בקווים מנחים פסיכולוגיים לניהול נכון של שיחת הצוות המתבצעת לאחר טיפול של צוותי ההתערבות באירוע טראומטי. ביצוע שיחה זאת בצורה נכונה – תחילה ע"י תרגול, בשלב המניעה הראשונית, ואחר כך מייד לאחר אירוע טראומטי, בשלב המניעה השניונית, מאפשר גם את המניעה השלישונית - זיהוי של אנשי צוות אשר פיתחו בכל זאת סימפטומים פוסט-טראומטיים, והפנייתם לטיפול מידי.

מנחה השיחה הינו איש צוות בכיר – בצבא: מפקד הצוות, ובארגונים אזרחיים מנהל/ראש הצוות/מרכז וכדומה.

כאמור: חשוב לפעול בהתאם לעקרונות השיטה גם באירועים שאינם אירועי דחק רבי נפגעים, ובכל אירוע בו ניתן טיפול המערב תגובות רגשיות אצל אנשי הצוות.

השיחה תתקיים קרוב ככל האפשר לסיום טיפול הצוות באירוע. עליה לכלול סקירה של האירועים הטראומטיים כולל פעילות אנשי הצוות במהלכם, ושלב של איסוף כוחות וסיכומים. בכל מקרה יש לעודד את אנשי הצוות, להדגיש את חשיבות פעילותם, ולהשרות ציפייה לתפקוד מיטבי בהמשך.

פירוט לגבי ניהול שיחת הצוות במד"א: ראו בפרק 8.

7 טיפול מיידי בנפגעי דחק

על הטיפול בנפגעי דחק (בדומה לטיפול במשבר) להיות טיפול קרוב ככל האפשר למקום הפגיעה, באופן מיידי, תוך שידור ציפייה להחלמה. בראשי תיבות: קמ"ץ: קרבה, מיידיות וציפייה, ובאנגלית: PIE = Proximity, Immediacy, Expectancy.

יש לבדוק את הנפגעים בדיקה גופנית מלאה לשלילת גורם גופני לתגובה הנראית כתגובת דחק נפשית. גם בדיקה זאת נעשית כמובן תוך יצירת קשר טיפולי חיובי עם הנפגעים.

בכל מקרה יש לדאוג להחזרת חסכים פיזיולוגיים כגון שתייה ואוכל, ביגוד הולם, וכמובן לנהל את הטיפול במקום מוגן ובטוח כל האפשר.

☆ **כפי שהדגשנו: הצלחת כל טיפול נפשי תלויה בהצלחת קשירת קשר טיפולי = בהשגת הרגשת המטופלים שהמטפלים משקיעים בהם את הידע המקצועי המיטבי שלהם מתוך רצון כנה לסייע להם, ומתוך גישה אמפתית.**

☆ **[אמפתיה = העברת ההרגשה למטופלים כי המטפלים מסוגלים להבין ולחוש את מצוקותיהם].**

☆ **לכן: יצירת קשר טיפולי חיובי הינה השלב הראשון, ואולי החשוב ביותר, גם בטיפול הנפשי המיידי בנפגעי דחק!**

☆ **יצירת הקשר הטיפולי עם נפגעי הדחק:**

1. הציגו עצמכם בפני הנפגע/ת: בשמכם ובתפקידכם
2. הביעו התחייבות לסייע לו/ה
3. נסו לנהל את המפגש בגובה העיניים: בשיבה, [ובעמידה או בהליכה משותפת אם אין מדובר בפצועים גופניים]
4. הימנעו מעימותים עם הנפגע/ת
5. מסרו משוב תומך במהלך המפגש
6. מסרו לנפגע/ת את הידוע לכם לגבי אירועי הדחק, אם הדברים אינם ברורים להם
7. אם האירועים הסתיימו – הבהירו זאת לנפגע/ת

המשך הטיפול המיידי בנפגעי דחק:

קבלת אינפורמציה (פרטים מזהים, סיפור הפגיעה הטראומטית)

מתן אינפורמציה/אוריינטציה

הימנעות מעימות/ביקורת, ומתן עידוד ומשובים חיוביים

נפגעים פוסט טראומטיים (בכל שלבי התסמונת) מעוניינים לשמוע כי: הם אנשים נורמליים, המגיבים בתגובה נורמלית לסיטואציה לא נורמלית.

הפעלה: אם המצב מאפשר, יש לתת לנפגעים אפשרות לפעול ולהביא תועלת בפעולותיהם, על מנת להפחית את תחושת חוסר האונים שלהם.

הרגעת נפגעים במצבי חרדה:

☆ במקרים בהם הנפגעים ממשיכים להפגין חרדה הפוגעת בתפקודם, ניתן להרגיעם באופן התנהגותי. הטיפול ההתנהגותי מבוסס על ההיגיון כי לא ניתן להיות רגוע וחרד בו בעת. לכן: יצירת מצב של רגיעה גופנית תביא בהכרח לרגיעה נפשית. את הרגיעה הגופנית משיגים על ידי טכניקות שונות, שהמשותף לכולן היא האטת הנשימה ע"י נשימה איטית ועמוקה. [זהו הבסיס לכל הטיפול ההתנהגותיים, ולכן גם לכל הטיפולים הקוגניטיביים-התנהגותיים (CBT: Cognitive Behavioral Therapy), המובילים כיום בטיפול בהפרעות רבות כולל PTSD, הפרעות חרדה אחרות ודכאון].

דוגמא להרגעה התנהגותית:

להפגת המתח ועוד - תרגילי נשימה:

מרבית שיטות ההרפיה, לרבות אלה הנהוגות בטיפולים ההתנהגותיים, מבוססות על תרגילים הכוללים האטת הנשימה ונשימה עמוקה - סרעפתית, הגורמות להאטת הדופק ולהרגשת רוגע. ניתן להשתמש בתרגילי נשימה הן לצורך הרגעה והורדת מתח, הן כטיפול למצבי חרדה, והן לשיפור התפקוד: למשל – לקראת כניסה למשמרת. התרגול אינו ארוך, אינו מצריך מכשירים, וניתן לעשותו כמעט בכל מקום ובכל מצב.

תמצאו הסברים והדגמות רבים ומפורטים במרשתת. להלן דוגמא פשוטה לתרגול:

- שכבו בנוח (אז עיקר הנשימה היא סרעפתית), או שבו בנוח, הרפו את הלסתות, הכתפיים ובית החזה. נסו לנשום דרך האף: הלשון רפויה והפה סגור.
- שאפו (נשמו פנימה) תוך הרחבת הבטן לאט בקצב של 5 שניות (ספרו: עשרים ואחת, עשרים ושתיים..... עשרים וחמש);
- עצרו את האויר בבטן למשך שתי שניות;
- נשפו (נשמו החוצה) עוד יותר לאט, בקצב של 7 שניות.
- נשמו כך למשך כשתי דקות, והרגישו כיצד אתם נרגעים.

תרגיל זה יעיל הן להרגעת חרדה והן לשיפור התפקוד לקראת פעילות מאומצת.

הוא יעיל גם כאמצעי עזר לשינה: חזרו עליו כל כמה דקות עד שתרגישו שאתם נרדמים. תוכלו להציע תרגיל זה גם למטופלים, וגם לחברים ובני משפחה.

תוכלו למצוא במרשתת שיטות הרגעה נוספות, למשל: הוספת דמיון מודרך לאחר האטת הנשימה.

טיפולים נוספים: במצבים דחופים קשים במיוחד של הפרעות דחק יש צורך בהתערבות תרופתית. כך גם כאשר קיימות הפרעות ניכרות בשינה. מקובל להשתמש בתרופות ההרגעה, רובן מקבוצת התרופות נוגדות הדכאון והחרדה.

☆ פסיכולוגיה חיובית במניעה ובטיפול בהפרעות דחק:

הגישה החיובית בפסיכולוגיה, ההולכת ומתבססת כגישה מרכזית בתחום, נכללת בתכנית מד"א באופן ישיר בין היתר ב:

- צורת ניהול שיחת הצוות בצורה חיובית ומעודדת;
- עקרונות הקמ"צ, הכוללים את הציפייה להחלמה מהירה ומלאה כחלק מהנאמר למטופלים;
- הקביעה כי מדובר בתגובה נורמלית של אנשים נורמליים – לסיטואציה לא נורמלית;
- התרכזות בהווה ובעתיד, ולא בפתולוגיה של העבר.
- ניתן להדגיש לנפגעים כי התוצאה השכיחה לטראומה הינה צמיחה פוסט טראומטית ורכישת חוסן!

להלן: דוגמאות של צורות פנייה חיוביות לנבדקים ולמטופלים

- תנו מחמאות עקיפות, כגון "כיצד עשית זאת" (במקום "האם עשית זאת") – והדגישו את הצלחת הנבדקים לתפקד.
- שאלו "למה את/ה מקווה בעתיד" (במקום "האם יש לך תקווה לעתיד").
- שאלו "מיהם האנשים החשובים עבורך, ומה התכונות שלהם שהנך מעריך" (במקום "האם יש אנשים שהנך מעריך...").
- הביעו הערכה לידע של הנבדקים בתחום שעליו הנכם דנים.
- העזרו לנבדקים ובררו כיצד התגברו בעבר על משברים ומה לדעתם יסייע להם להתגבר על המשבר הנוכחי.
- בררו את הסיבה/ות לדעת הנבדקים לצורת התנהגותם (ועודדו אותם להסיק בעצמם מה הם יכולים לעשות טוב יותר).

☆ החלמה/צמיחה פוסט-טראומטית (קלהון וטדסקי):

בעקבות התגברות על מצבי דחק, התגובה השכיחה – גם של מי שפיתחו סימפטומים פוסט טראומטיים – היא של רכישת חוסן, ומה שקרוי כיום "צמיחה פוסט טראומטית" או "החלמה פוסט טראומטית".

צמיחה/החלמה זאת מאופיינת בחמשת המישורים הבאים:

- **הרגשה מחוזקת של עוצמה אישית:** "אני פגיע יותר מכפי שחשבתי, אבל הרבה יותר עמיד מכפי שהעליתי על דעתי"
- **זיהוי אפשרויות לשינוי בדרך החיים:** כגון פיתוח שטחי עניין חדשים, פעילויות חדשות, ושינויי קריירה
- **התפתחות קשרים בין אישיים טובים יותר:** כגון הרגשת קשר חזק יותר לאחרים, הבנת סבל, וחמלה כלפי הסובלים
- **הערכה רבה יותר של החיים:** ושינויים בסדרי העדיפויות בשל שינוי תפיסת העולם
- **התפתחות רוחנית ו/או דתית:** בעקבות שינוי תפיסת העולם – מציאת משמעות קיומית; התפתחות דתית – כנראה בעיקר אצל נפגעים דתיים

8 שלבי מניעת תסמונת דחק בצוותי מד"א וניהול שיחת הצוות

יש לפעול לפי עקרונות מניעת תסמונת דחק בצוותי רפואת החירום הטרם אשפוזית גם בשגרה. עוד בטרם אירוע קשה או כל מקרה אליו נקרא הצוות יש לבצע שיחת הכנה: לאן אנחנו הולכים, מה חלוקת התפקידים בצוות וכדומה, ויש לשאוף להגיע לכל אירוע כצוות. לאחר אירוע קשה יש לפעול בהתאם לעקרונות ניהול שיחת הצוות – כמובן בצורה מתאימה לאירוע.

במהלך הנסיעה יש לשאוף לבצע:

1. תדריך אודות המשימה
2. חלוקת תפקידים ותחומי אחריות
3. הגדרת אחריות וגבולות גזרה
4. מעבר על תרחישים צפויים ובלתי צפויים ופתרונות אפשריים
5. תרחיש תגובות מהאוכלוסייה במקום ומחשבה על פתרונות אפשריים

לדוגמא: צוות הנוסע לפיגוע טרור - הפרמדיק נותן לאנשי הצוות תפקידים: לנהג איפה לחנות, איך להשאיר את האמבולנס, ומה להוציא מהאמבולנס (למשל: מגפון), לאיש הצוות שאיתו - להישאר צמוד לפרמדיק, עם תיק אמבו וחסם עורקים. וכן: חלוקת עבודה במקרה של פיצול, וכן הלאה.

עקרונות שיחת צוות לאחר אירוע קשה (מתוך נוהל מד"א)

שלבי מניעת התסמונת הפוסט-טראומטית:

מניעה ראשונית - לפני האירוע הטרומטי. הכנת הצוותים לקראת האירועים, הן על ידי הדרכות תקופתיות ותרגול מצבי חירום והן על ידי שיחות מקדימות שיקוימו לקראת טיפול באירועים קשים. כמו כן, כפי שהוזכר כבר בשלב הנסיעה לאירוע יש להתחיל לבצע שיחת צוות בנוגע למצופה מאנשי הצוות השונים.

מניעה שניונית – התערבות מיד לאחר האירוע הטרומטי.

מניעה שלישונית – טיפול מהיר ויעיל מייד עם זיהוי סימפטומים פוסט-טראומטיים.

בכל שלושת השלבים נעשה שימוש בקווים המנחים הפסיכולוגיים לניהול נכון של שיחת הצוות המקצועי המתבצעת לאחר טיפול של צוותי ההתערבות באירוע טראומטי.

ביצוע שיחה זאת בצורה נכונה – תחילה בתרגילים, בשלב המניעה הראשונית, ואחר כך מייד לאחר אירוע טראומטי, בשלב המניעה השניונית, מאפשר גם את המניעה השלישונית - זיהוי של אנשי צוות אשר פיתחו בכל זאת סימפטומים פוסט-טראומטיים, והפנייתם לטיפול מידי.

שיטת מניעה משולשת זאת פותחה במד"א, אומצה על ידי חיל הרפואה של צה"ל, וכיום מהווה מודל להטמעה בארגונים דומים בעולם.

בבסיס השיטה עומדת ההבנה שהתפתחה בשנים האחרונות, כי עובדים בארגוני בריאות חילוץ והצלה כמענה לאסונות נמצאים בסיכון מסוים לפתח תגובות נפשיות פוסט-טראומטיות. כך התפתחה הגישה המקובלת כיום בעולם של "ניהול דחק קריטי באסונות".

על ההתערבות להיות מקיפה, להוריד את הדחק - הלחץ, למנוע התפתחות של תסמונות דחק ולזהות את העובדים הזקוקים לסיוע נוסף - הסובלים מתופעות דחק למרות ההתערבות.

ההתערבות ה"רגילה" בעולם מורכבת בדרך כלל מפגישות קבוצתיות שבהן חברי הקבוצה חולקים את החוויה שלהם מהאירוע, בשיטה הנקראת "דיבוב פסיכולוגי" – "psychological debriefing". מונח זה – "debriefing" ("דיבוב") – מתייחס לצורות שונות של התערבות לאחר אסון. מקור המונח בתצפיות שמצאו שיפור ניכר במצב לוחמים בצבא ארצות הברית במלחמת העולם השנייה לאחר תחקור שנעשה ביחידות שלמות על אירועי לחימה שעברו. כך הובן כי קבלת תמונה שלמה על האירועים והעלאת חוויות קשות על ידי כל החיילים שהשתתפו באותם אירועים – משפרות הן את לכידות היחידה והן את מצבם הנפשי של הפרטים בה. קיים ויכוח לגבי יעילות ה"דיבוב" כאשר הוא נעשה על ידי אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש, בייחוד כאשר המשתתפים בו הם נפגעי טראומה אקראיים, שאינם מכירים בהכרח את זה ואינם מוכרים למטפלים. לעומת זאת, אין ספק ביעילות השיטה כאשר היא משמשת לניהול נכון של בירור מקצועי המבוצע לאחר אירוע בו עסק צוות בטיפול בנפגעים, שעלול להוות מקור לטראומה נפשית (כגון אירועים מרובי נפגעים, חשיפה לזוועות, למקרי מוות ולפציעות קשות).

מנחה השיחה הינו איש צוות בכיר – בצבא: מפקד.ת הצוות, ובארגונים אזרחיים מנהל.ת/ראש.ת הצוות/מרכז.ת וכדומה.

להלן: הקווים המנחים לביצוע פסיכולוגי נכון של שיחת הצוות המקצועי לאחר אירוע טראומטי של טיפול בנפגעים, מותאם לצוותי מד"א. הנאמר מיועד למנחה/ת השיחה.

קווים מנחים למנהלי שיחת הצוות המקצועי לצוותי מד"א:

שיחה מיידית ככל האפשר של צוות רפואי מתקיימת לאחר כל אירוע משמעותי של טיפול בנפגעים, והיא חיונית לשימור ושיפור היכולות האישיות והצוותיות. דיון בונה על ההתערבות, כולל אלטרנטיבות אפשריות שיכולות לשפר טיפול בעתיד, משפר את הבטחון המקצועי של אנשי הצוות, ומדגיש את בטחונם במנהיגותן המקצועית.

כמו כן, ניהול נכון של השיחה לאחר אירוע קשה מאפשר עיבוד רגשי של החוויה בדרך טבעית ומקצועית.

כשהצוות נתקל בפציעות ובמצבים הכוללים מראות מטרידים – כגון באירועים רבי נפגעים, עלולה להתפתח תגובת דחק מיידית ואף ממושכת, ולגרום לבעיות בתפקוד. עיבוד האירוע זמן קצר אחרי עשוי למנוע התפתחות של תסמונות אלו. המקום לעיבוד זה הוא שיחת הצוות המקצועי המנוהלת על ידך.

המטרות העיקריות של הדיון הן להבהיר את נסיבות האירוע ואת תפקוד הצוות בו, ולדון באפשרות בשיפור שיטות הטיפול וכיצד ליישם שינוי כזה אם הוא דרוש. הדיון צריך להיות מבוצע בצורה שמגבירה את יכולת ההתמודדות של הצוות ומונעת תופעות דחק.

יש לכלול בשיחה את כל חברי הצוות שלקחו חלק באירוע.

מטרות שיחת הצוות:

- בדיקת כל מה שקרה באירוע על מנת ליצור תמונה כוללת וברורה, כולל כל הטיפולים שניתנו לנפגעים על ידי הצוות.
- ניתוח לא ביקורתי של תפקוד הצוות באירוע, בחינת הצורך בשינויים בשיטת הטיפול ויישומם.
- יצירת תחושת מקצועיות בקבוצה, גיבוש יכולת עמידות אישית וקבוצתית, וחיזוק האמון במקצועיות וביכולת ההנהגה שלך.
- יצירת אפשרות להביע רגשות ומחשבות, הבהרת תגובות לאירוע כנורמליות ואוניברסליות, והובלת הדיון לכיוון חיובי בקשר לפעולות שננקטו, תוך כדי הבעת ציפייה לתפקוד הולם של הצוות בהמשך.
- זיהוי פרטים אשר למרות ההתערבות פיתחו סימנים של תופעות דחק והפנייתם לאבחון וטיפול.

זמן ומקום:

- השיחה תתקיים קרוב ככל האפשר לסיום טיפול הצוות באירוע. המקום המועדף הוא חדר המאפשר שיחה פתוחה ללא הפרעות.
- אורך הדיון: תלוי בהיקף האירוע. להלן: תזמון המתאים לאירועים מרובי נפגעים. במקרים "קטנים" יש לערוך את השיחה בהתאם למספר המשתתפים, ולעומת זאת במקרים של פיגועים המוניים הזמן יתארך – ובדרך כלל השיחה תונחה בשיתוף מנחים מתחום בריאות הנפש במד"א.

תזמון:

- פתיחה – 5 עד 10 דקות (או אף פחות מכך, אם זאת לא השיחה הראשונה, אך אין לדלג על שלב זה בשום אופן).
- שלב הדיון – 20 עד 30 דקות, תלוי במספר המשתתפים, במורכבות האירוע, וביחסים הקודמים בין חברי הצוות.
- איסוף כוחות ושלב הסיכומים – 20 עד 25 דקות.

שלבי השיחה:

שלב הפתיחה:

מטרת השיחה: הבהירו את מטרת השיחה ואת כלליה, על מנת שתתנהל בצורה המיטבית. פתחו את השיחה בהבהרת המטרות: "לדבר על האירוע שבו השתתף הצוות על מנת שתתקבל תמונה אחידה ומשותפת של האירוע; הסקת מסקנות בקשר להחלטות אלטרנטיביות והתערבויות שישפרו את התפקוד העתידי של הצוות; ואפשרות לכולם להביע את מחשבותיהם ורגשותיהם לגבי האירוע".

החוקים: בקשו מכל משתתף לדבר בשם עצמו. הבהירו למשתתפים שאם מישהו מהם ירצה להמשיך בשיחה אתכם הוא מוזמן לעשות זאת. פרטו על אילו אירועים הקבוצה תדון וכמה זמן ימשך הדיון.

שלב הדיון על האירוע:

הבהירו כי מטרת שלב זה היא ליצור תמונה שלמה של האירוע. דבר זה חשוב מאוד משום שאם יש "חורים" במידע, המשתתפים נוטים למלא אותם בשמועות ובפרשנות האישית שלהם לאירוע. שלב זה גם מאפשר לחברי הקבוצה המעוניינים בכך לשתף את האחרים ברגשות ובמחשבות שלהם בזמן האירוע ואחריו.

התחילו את הדיון הקבוצתי כך: אמרו למשתתפים שאתם רוצים שכל אחד מהם יספר את מה שקרה באירוע מנקודת המבט שלו. שאלו שאלות כגון: אילו פציעות ראיתם? באילו פציעות טיפלתם/לאילו נפגעים סיעתם? מה היא הבנתכם לגבי האירוע מנקודת המבט שלכם?

שאלו כל משתתף – האם זו הפעם הראשונה שאתם מתמודדים עם פציעה כזו (במיוחד אם מדובר בפציעות קשות ומעוררות רתיעה)? אל תכריחו את המשתתפים להביע את רגשותיהם, אך אם רגש כזה או אחר עולה, הגיבו בצורה תומכת ואמרו למשל כי "תגובה כזאת הינה טבעית ותואמת את הסיטואציה". אם משתתפים עדיין מרגישים רגשות שליליים למרות זאת, העבירו מסר מעודד עם ציפייה לשיפור כגון: את/ה תתגבר/י על זה, זה יעבור.

אל תתנו לאף חבר בצוות להתחמק מלספר את הסיפור שלו. אלה שאינם מעוניינים לדבר צריכים לפחות לדווח מה היה תפקידם ותפקודם במהלך האירוע, ומה היה מיקומם בכל שלב. אל תאפשרו ויכוחים כאשר המשתתפים מתארים את האירוע – הסבירו כי באופן טבעי לכל אחד ואחת יש את זווית הראייה שלהם, והגיבוי להניח שיהיו פערם והבדלים בתפיסת האירוע של חברי צוות שונים.

חשוב להקפיד לא להעביר ביקורת על תפקודם של חברי הצוות, וצריך לתת עידוד להבנה שלכל אחד מחברי הצוות יש זכות לספר את הסיפור מנקודת המבט שלו. כאמור, כאשר מתגלים הבדלים בגרסאות יש לומר שזה טבעי והגיבוי ושאינן אמת אחת מושלמת.

אם חברי צוות מודים בטעויות שלהם נסו לגרום להם להציע דרך פעולה טובה יותר. דברו על אפשרות לתפקוד טוב יותר אך אל תביעו ביקורת גלויה.

אם נכחתם באירוע - בסוף הסבב תארו את גרסתכם שלכם, וגם אם לא נכחתם באירוע – נסו לכלול את כל מה שנאמר בצורה שלמה והגיגית. חזרו על העובדות העיקריות שהועלו על ידי חברי הצוות, ואם הועלו גרסאות שונות, הזכירו אותן ונסו לפתור בעיה זו באופן לוגי.

איסוף כוחות וסיכום: מטרת שלב זה היא להכין את הקבוצה לשלב הפעילות הבא תוך כדי עיבוד האירועים באור חיובי.

איסוף כוחות:

שאלו כל אחד מהמשתתפים:

אילו דברים חשובים עשיתם למען הנפגעים (או חברי הצוות) באירוע? - אם חבר הצוות לא מוצא פעולה כזו, ספרו לו על מה ידוע לכם לגבי תפקודו באירוע. באופן זה תוכלו לתת לכל אחד מהמשתתפים תחושת חשיבות לגבי תפקידם באירוע, ולשנות את הפרספקטיבה שלהם לחיובית.

אם במהלך שלב זה או במהלך השלבים האחרים עולות דרכים שונות להתמודדות - אל תתעלמו מהן. אם הדרך נראית חיובית - חזקו אותה. התמודדות שנראית לא ראויה אפשר להתעלם ממנה או להגיב באמירה כגון: "זו היא דרך אחת להגיב, ויש צורך לשקול האם זו הדרך הנכונה". סיימו עם הדברים החשובים שנעשו באירוע למען הנפגעים.

לפני שלב הסיכום הרשו לחברי הקבוצה לשאול שאלות, או הציעו לענות על שאלות לאחר המפגש. בדקו האם יש חברי צוות שתגובותיהם חריגות או מדאיגות. הציעו להמשיך לדבר איתם ולקבוע פגישה בזמן ובמקום מסודרים. אם נראה שמתפתחת תגובת דחק, יש באפשרותכם להחליט להפנות את הנפגע/ת לטיפול/יעוץ מקצועי במידת הצורך.

אם חברי צוות רבים מפתחים תסמונת דחק, עליכם לשקול בקשה להתערבות של מטפלת מתחום בריאות הנפש לפגישת התערבות קבוצתית.

הסיכום:

בשלב זה הפנו את תשומת לבם של המשתתפים אל העתיד. תארו בפירוט רב ככל הניתן את התוכניות התפעוליות העתידיות, תוך כדי מתן דגש לפעולות המתוכננות של הצוות הרפואי. התרכזו במה שנמצא בעתיד הקרוב של הקבוצה והדגישו את הנורמות והערכים שאותם מצפים לראות בפעילויות עתידיות. הביאו דוגמאות חיוביות לפעולות הצוות בזמן האירוע תוך כדי שיחה על הכוונות המבצעית.

9 מניעת טראומטיזציה משנית ושחיקה אצל צוותי חירום והצלה

חשיפה מתמשכת לקורבנות טראומה עלולה להביא לטראומטיזציה משנית (Vicarious, Compassion Fatigue, Traumatization). כאשר מופיעים סימנים לכך יש לטפל בנפגעים אלה כבנפגעי טראומה נפשית!

קיום נוהלי "שיחת הצוות" במד"א מאפשר הן מניעה של טראומטיזציה כזאת, והן זיהוי של אנשי צוות הזקוקים לסיוע נוסף. גם בשגרה - חשוב לזהות האם עמיתים לשירות במד"א מגלים שינויים מדאיגים במצב רוחם ו/או בתפקודם.

☆ תגובות אפשריות בעקבות טיפול בנפגעים:

שנאה, כעס, דחייה – ואמירות כגון "צריך יותר ציוד, אין לי גישה לנפגעים". חוסר אונים, פחד וחרדה – "היו יותר מדי נפגעים", חשש מפציעה, "לא מאמין/ה שזה קורה".
אשמה, עצב, בדידות – "הנפגע מת וזו אשמתי, אני היחיד/ה שמרגישה כך, יחשבו שאני חלשה", האם עשינו כל מה שאפשר להציל חיים, האם פעלנו נכון?"
תחושת אובדן - אובדן התמימות, איבוד תחושת היעילות.

☆ עצות שימושיות לצוותים:

הישארו פעילים.
שמרו על כושר גופני.
קחו הפסקות מדי פעם.
אכלו היטב ארוחות מאוזנות ושתו מספיק.
עבדו במשמרות סבירות.
התמידו בפעילות גופנית ומצאו איזו פעילות מתאימה עבורכם – כזאת שתהיה מהנה ויעילה.
נסו להתאים לעצמכם פעילויות מפיגות מתח, כגון:
תרגילי נשימה לרבות תרגול מדיטציה,
מודעות (mindfulness) והליכה מודעת,
מתיחות לשחרור השרירים, ועוד – תוכלו לבחור ולנסות שיטות שונות דרך המרשתת.
חפשו סימני דחק - אצלכם ואצל חברים.
אל תתפשו עצמכם כ"משוגעים". דברו עם חברים, משפחה, עמיתים.

אם אתם מזהים אצלכם סימפטומים מתמשכים: פנו לעזרה מקצועית.

10 מצבי החירום בפסיכיאטריה : הגדרות

מצבי החירום העיקריים בפסיכיאטריה הינם כל המצבים הכוללים הפרעה בחשיבה, ברגשות או בהתנהגות הדורשים התערבות טיפולית מיידי. מקום הבדיקה והטיפול הראשוני הוא בד"כ בחדר המיון הכללי.

הטיפול במצב החירום כולל: קביעת אבחנה ראשונית, זיהוי הגורמים המיידיים והתחלת טיפול דחוף – או הפניית המטופל למתקן מתאים יותר.

הנקודות המרכזיות בהערכת מצב החירום הינן:

1. **האם הגורם אורגני או "פונקציונלי"?** - לעיתים – זאת הקביעה החשובה ביותר בחדר המיון! בין הגורמים למצבים מסכני-חיים: הרעלות כגון של סמים ואלכוהול או גמילה מהם, מחלות אנדוקריניות, זיהומים, וחבלות ראש.
2. **האם קיים מצב פסיכוטי?** - במצב פסיכוטי נבדק אין את ביקורת המציאות, והוא עלול לסבול ממחשבות שווא (דלוזיות) ומתחושות שווא (הלוצינציות). מצב כזה עלול להקשות מאוד על קבלת ההיסטוריה הרפואית ועל הבדיקה, ולכן תוצאותיה עלולות להיות לא אמינות. לכן, נחוצה: אנמנזה קולטרלית – קבלת תמונת המצב של ההפרעה מגורם המכיר היטב את הנבדק, בד"כ בן משפחה קרוב. עוד קשיים: נבדק הסובל ממחשבות שווא של רדיפה עלול לפרש את הבדיקה כאיום או אף כתקיפה, וכן - קיימת בעיה קשה בהיענות לטיפול.
3. **האם הנבדק אובדני או מסוכן לאחרים?** - הערכת סכנה אובדנית היא סיבה עיקרית לבדיקות הפסיכיאטריות בחדרי מיון כלליים. כמו כן הערכת מסוכנות לאחרים הפכה לנושא מודגש בשנים האחרונות. אלימות כלפי בודקים: עלולה להיגרם גם מתפיסה מוטעית של הנבדק את התנהגות הצוות.
4. **האם הנבדק מסוגל לדאוג לעצמו?** – נקודה חשובה מבחינה משפטית, וכמובן חיונית לגבי המלצות להמשך הטיפול.

11 הערכת סכנה אובדנית ומניעת התאבדויות

חשיבות הדרכת המגיבים הראשוניים כיצד להתמודד עם אובדנות – עבור הנפגעים וקרוביהם:

תגובה נכונה של המגיבים הראשוניים, ובראשם צוותי הרפואה, המטפלים בנפגעים אובדניים – חשובה ביותר הן בטיפול המיידי בנפגעים לאחר ניסיון אובדני, והן ביחס לבני משפחתם וחבריהם של מתאבדים. יחס נכון, תומך, מתחשב, לא שיפוטי - אך ללא הצדקת ההתנהגות האובדנית - הינו חיוני.

במקרי התאבדויות – מודגשת חשיבות השיתוף של גורמי התמיכה בקהילה עבור הקרובים.

מקובל לראות מדרג, של מחשבות אובדניות, פגיעות עצמיות (וניסיונות אובדניים), עד להתאבדויות. ואולם: הקביעה החשובה בעת הערכת סכנה אובדנית היא האם מדובר ברצון להפסיק סבל נפשי שהמנסה להתאבד (או המאיים להתאבד) אינו יכול לשאתו – או ברצון לקבל התייחסות מהסביבה, כלומר: בקריאה לעזרה. מרבית הניסיונות האובדניים הינם מסוג זה – של "קריאה לעזרה", אך יש כמובן חשיבות לשלילת סכנה אובדנית מוחשית.

קיימת חפיפה מסוימת בין התאבדויות לניסיונות אובדניים: כ-1/3 מהמתאבדים ניסו קודם להתאבד; התקופה המסוכנת: 3 החודשים לאחר הניסיון; וכן - ניסיון אובדני קודם מעלה את הסכנה האובדנית פי 10 ויותר!

כאמור, ההבדל המהותי בין רוב ההתאבדויות לבין רוב הניסיונות להתאבד:

מרבית המתאבדים מעוניינים למות כדי להפסיק סבל נפשי קשה במיוחד;

מרבית המנסים להתאבד מעוניינים ליצור תגובה של הסביבה ("קריאה לעזרה").

בעוד ניסיונות אובדניים שכיחים יחסית יותר בקרב צעירים, ומעט יותר בקרב נשים, התאבדויות שכיחות יותר בקרב גברים מבוגרים ובודדים.

התסמונות הנפשיות העיקריות הקשורות הן דכאון רבא (מחלת הדיכאון; "דכאון קליני"), התמכרויות, וסכיזופרניה, ומרבית המתאבדים סובלים מהפרעות אלה.

הערכת הסכנה האובדנית:

בין הסימנים המדאיגים: ביצוע פעולות של פרידה, השארת מכתב אובדני, מצב לאחר פרידה מדמות קרובה, תחושת כשלון והעדר תמיכה; זאת, אצל בעלי אישיות מופנמת – להם קיים סכיזואידיים (מופנמות קיצונית), תלותיים, ו/או המנעותיים; בעת הבדיקה: העדר הקלה לאחר כישלון ניסיון אובדני = גם כן סימן מדאיג.

RISK vs. RESCUE (הערכת מסוכנות המעשה מול הסיכוי להינצל): חישוב של מידת הסכנה שבמעשה האובדני (למשל: יריה, תליה, קפיצה מגובה רב – לעומת נטילת כמות קטנה של תרופה לא מזיקה) – מול הסיכוי להינצל (למשל: ביצוע המעשה במקום מבודד לעומת בנוכחות אנשים).

מדיניות הטיפול בניסיונות האובדניים: בהעדר מחלת נפש: מיעוט קבלות לאשפוז, ומתן אפשרות לטיפול מרפאתי בהשגחת בני המשפחה לפי הצורך. אם בכל זאת מאשפזים: מדובר בדרך כלל באשפוז קצר וממוקד, בעיקר לצורך אבחון והשגחה.

תכניות מניעה: בישראל – תכנית רב שנתית בצה"ל שהביאה לירידה משמעותית ביותר של התאבדויות חיילים בשירות חובה; תכנית משרד הבריאות להכשרת "שומרי סף" לזיהוי סכנה אובדנית. מדינות רבות נוספות מפעילות תכניות למניעת התאבדות, עם תוצאות שונות אשר קשה להעריכן.

כאמור:

הערכת סכנה אובדנית: הינה חלק הכרחי בבדיקה הנפשית. אין לחשוש לשאול את הנבדק שאלה ישירה: "האם ניסית להתאבד או חשבת על כך?" אם עולה חשד כזה. זאת כמובן בצורה אמפתית, תוך שמירה על פרטיות הנשאל. במרבית המקרים אם התשובה חיובית – שיחה אוהדת על מצוקות הנבדק שהביאו למחשבה האובדנית תביא להקלה בהרגשתו! בהערכה הפסיכיאטרית המלאה שלילת אובדנות הינה חלק מהבדיקה – אף אם לא עולה לכך חשד.

כאשר סיבת הבדיקה הינה הערכת הסכנה האובדנית, על הבודק לברר בצורה אמפתית את כל הנקודות העיקריות הנ"ל, על מנת להחליט על המשך הטיפול הרצוי.

במקרים בהם אנו מטפלים במי שניצלו מניסיון אובדני, יש להימנע מגישה שיפוטית – אך גם להימנע מהצדקת המעשה האובדני:

יש לעודד את המטופל, ולנסות לחזק גישות חיוביות ותכונות חיוביות שלו. הגישה של הפסיכולוגיה החיובית הופכת בשנים האחרונות להיות מרכזית בפסיכיאטריה: התמקדות בצדדים האופטימיים של הקיום, והימנעות מעיסוק בפתולוגי ובשלילי.

לכן: חלק חיוני בגישה הטיפולית במקרים אלה הינו הדגשת הציפייה להחלמה מלאה. בשנים האחרונות מודגש תחום ההחלמה/הצמיחה הפוסט טראומטית – יכולתם של נפגעי טראומה לצאת מחוזקים. בדומה לכך יש להתייחס למי שניצל מניסיון אובדני משמעותי – לעודדו, ולהדגיש את הסיכוי לשיפור מלא במצבו!

בכל מקרה – גם במקרים בהם לא נראה שמדובר בכוונה למות – יש לחזק ככל האפשר את התמיכה הסביבתית של הנפגעים: לדאוג לתמיכה בהם ע"י בני משפחתם, חבריהם האישיים, חבריהם לעבודה, ובהתאם לנסיבות – הארגון בו הם עובדים/משרתים.

במקרים בהם קיימת סכנה אובדנית מוחשית אך אין מקום לאשפוז פסיכיאטרי בניגוד להסכמת המטופלים: יש לנסות לדאוג למצב של "אשפוז בית", כלומר: להשגחה מלאה מתמשכת של קרובים אחראים.

וכן: יש לדאוג להשגחת מסר של "דלת פתוחה" להמשך טיפול וסיוע נפשיים, גם אם המטופל אינו מעוניין בכך בעת הבדיקה.

הנחיות לפעולה במטופל האובדני:

בהגיעכם: התייחסו לכל התנהגות אובדנית וניסיון אובדני.

דאגו לביטחונם של כל הנוכחים – וודאו כי המטופל אינו חמוש, הרחיקו מכשירים, חומרים וכלים מסוכנים, ובעת הצורך הזעיקו עזרה כולל משטרתית.

טפלו ראשית כל במצבים גופניים דחופים של המטופל האובדני, כגון שינוי במצב ההכרה או קשיי נשימה.

יצרו קשר עם המטופל. דברו בצורה רגועה ותומכת. הסבירו את המצב ובמה תוכלו לסייע.

כיצד נבדוק מקרה החשוד כאובדני?

העריכו את המצב הגופני וטפלו בו;

העריכו את המצב הנפשי: עודדו את הנבדק לדבר כיצד הוא מרגיש; אם הנבדק לא פגע בעצמו – שאלו שאלות לגבי כוונות אובדניות, כגון: "האם אתה חושב לפגוע בעצמך? למות?" אם התשובה חיובית: "האם תכננת כיצד לעשות זאת?" אין לחשוש משאלות כאלה – חלק גדול מהנשאלים חשים הקלה מכך שניתן להם לשוחח על הרגשתם.

שאלו לגבי גורמי הסיכון שהזכרנו להתאבדות:

- האם הנבדק בדיכאון? [האם אינו רואה כל תקווה למצבו? אם ניסה להתאבד – האם עשה זאת כדי להפסיק סבל נפשי שלא היה מסוגל לעמוד בו, או שביקש לשנות את התייחסות הסביבה כלפיו?]

- האם הוא סובל משימוש לרעה בסמים/אלכוהול/תרופות הרגעה או מההתמכרות אליהם?

- האם הוא סובל מהפרעה נפשית כגון סכיזופרניה [האם טופל בתרופות פסיכיאטריות, ואם כן: באילו תרופות?]

האם ביצע פעולות של פרידה, כגון השגחת מכתב אובדני? האם נפרד לאחרונה מדמות קרובה (מוות/פרידה)? האם חש תחושת כישלון והעדר תמיכה?

אם ניצל מניסיון אובדני רציני: האם חש בהקלה?

בצעו הערכה של מסוכנות המעשה/התכנון האובדני (הערכת ה-Risk vs. Rescue).

שאלו לגבי ניסיונות אובדניים קודמים – אם היו, מה כללו ומה קרה בעקבותיהם (כגון: האם היה בטיפול נפשי)?

השגיתו על המטופל ללא הפסקה – ודאגו לכך שלא יוכל לנסות לפגוע בעצמו.

אספו חומרים/תרופות שייתכן שנטל והביאו אותן לחדר המיון.

הביאו את המטופל לחדר מיון. אם המצב לא ברור והמטופל מסרב: התייעצו עם הממונים כיצד לפעול.

12 מצבי חירום בהתמכרויות

מצבי החירום הקשורים לשימוש בחומרים ממכרים מופיעים לרוב **בהרעלות ובגמילה**, אך גם בעקבות שימוש ממושך בחומרים אלה. ניתן לחלקם גם למצבי חירום גופניים ולמצבי חירום פסיכיאטריים.

יש לזכור כי חלק ניכר מהמשתמשים והמכורים – משתמשים בכמה חומרים שונים, ולכן להשלמת הבירור יש תמיד לבדוק את פרופיל הסמים בדם ובשתן.

הגדרות: סם = חומר הגורם להתמכרות ;

שלבי ההתמכרות:

1. **התרגלות** (עמידות, Tolerance) = הצורך להעלות את כמות החומר הממכר כדי להשיג את אותה ההשפעה ;
2. **תלות** (Dependence) = מצב בו מופיעה תסמונת גמילה בשל הפסקה בנטילת הסם או ירידה משמעותית בנטילתו.

סכנות השימוש בחומרים ממכרים:

סכנות רפואיות:

- בעקבות שימוש – הרעלות עד סכנת מוות ומחלות נלוות (גופניות ופסיכיאטריות) ;
- בעקבות גמילה – פיתוח תסמונות גמילה עד סכנת מוות.

סכנות חברתיות:

- פגיעה באורח החיים התקין, כולל פגיעה בתפקוד המשפחתי, החברתי והמקצועי ;
- פיתוח התנהגות עבריינית.

דוגמאות לסוגי סמים וסכנותיהם – בהרעלה/מנת יתר ובגמילה:

סוג הסם	סכנה בהרעלה/מנת יתר	סכנה בגמילה
אלכוהול	משכרות עד איבוד הכרה ומוות	התכווצויות אפילפטיות עד סכנת מוות, Delirium Tremens (תסמונת מסוכנת ביותר)
בנוזדיאזפינים (וליום)	אין סכנה ניכרת (בכדורים!)	התכווצויות אפילפטיות עד סכנת מוות
ברביטורטים	פגיעה במרכזים מוחיים	התכווצויות אפילפטיות עד סכנת מוות
אופיאטים (הרואין)	הפסקת נשימה ומוות	אין סכנה ניכרת מיידית

לכן: טיפול בהרעלות ובגמילה צריך להתבצע בהתאם למסוכנות החומרים הממכרים בהשגחה רפואית!

התמכרויות וסכנה אובדנית:

מתמכרים עלולים להגיע למצב מסכן חיים בשל נטילת **מנת יתר** של החומר הממכר. ואולם: התמכרות הינה הסיבה השנייה בשכיחותה להתאבדויות באוכלוסייה הכללית, ולכן בכל מקרה של טיפול חירום במתמכרים יש לשלול סכנה כזאת! מרבית מתמכרים אלה סובלים ממחלת הדכאון (דכאון רבא, Major Depression), וההתמכרות עלולה להיות נסיון שלהם לטיפול עצמי!

עיקר ההודעות הקשות שעל צוותי מד"א למסור הן הודעות על מוות – מאחר שבמקרים אחרים מטרת הטיפול הינה ייצוב, טיפול או פינוי.

בישראל גובשה תורה למסירת הודעות קשות, על ידי "ענף הנפגעים" ההיסטורי של צה"ל. תורה זאת מתאימה תוך ההתאמות המתחייבות – למצבים בהם על צוות מד"א למסור למשפחת הנפטר או לאחרים הקרובים אליו על מותו.

הכללים המתאימים גם לצוותי מד"א הינם:

מסירת ההודעה תהיה בדרך כלל על ידי איש הצוות הבכיר, שהוא המנוסה ביותר במסירת הודעות קשות.

רצוי כי ההודעה ניתנת לאחר הבנת הקרבה של הנוכחים/ים לנפטר/ת, והיכרות מסוימת עמם, על מנת להתאים את ההודעה למקבליה.

על ההודעה להימסר ככל שניתן בצורה שקטה, לקרובים ביותר לנפטר/ת, תוך הבעת צער והבנת מצבם.

תגובות אפשריות להודעה: בכי, עצב, אי שקט, חרדה, ואצל ילדים גם התנהגות נסיגתית. העדר כל תגובה - גם כן תיתכן, ומעידה על ניתוק. מאחר שמדובר בנוכחות צוות מד"א, יש במקום צוות רפואי. במקרה בו הצוות ניסה להחיות את האדם שנפטר והחייאה הייתה בנוכחות הקרובים – אין להתעלם מכך, וניתן אף לצפות לתגובות של כעס.

רצוי לדאוג לסיוע לקרובי הנפטר/ת – למשל: לקשר אותם עם בני משפחה אחרים.

הודעות לילדים על מוות במשפחה: רצוי – בליווי הורה (ההורה הנותר במקרה של מות הורה), בן משפחה אחר, או דמות קרובה (כגון מורה). דרושה היכרות מסוימת עם הילד על מנת להבין כיצד למסור את ההודעה, בהתאם ליכולות ההבנה וההכלה של הילד. מוסר ההודעה: בהתאם לנסיבות ולרצון המשפחה (החל מהודעה בתוך המשפחה ללא מעורבות מטפלים, עד להודעה ע"י המטפל). ניתן להיעזר גם ביעוץ של פסיכולוג ילדים.

מושג המוות אצל ילדים: [הבנת המוות: אי הפיכות, כוללניות, חוסר אפשרות מניעה, וסיבתיות]:

עד גיל 7 – לא ניתן להסביר סיבתיות.

7-10: קיימת הבנה מסוימת, אך אין יכולת התגברות עצמית;

אחרי גיל 10: תגובות דומות למבוגרים; השלמת ההבנה: בגיל 10-15.

בשל אלה: אין למסור הודעה על פטירה לילד ללא נוכחות מבוגר קרוב!

יש לזכור כי מקבלי ההודעה נמצאים במצב משברי, ועלולים לא לקלוט היטב את הנמסר להם.

לכן יש להעביר את ההודעה בצורה ברורה, ולהסביר היטב פרטים מעשיים לגבי המשך התנהלותם, כגון קבלת תעודת פטירה, הודעה לאחרים, והובלת הנפטר.

חשוב לערוך **שיחת צוות** לאחר כל מסירת הודעה על מוות – גם במקרים בהם לא בוצעה החייאה.

תשומת לב מיוחדת יש לתת לאנשי צוות שנחשפו לראשונה למקרה פטירה, ולמתנדבי הנוער.

גם אנשי צוות ותיקים ומנוסים זקוקים לתמיכה לאחר מקרים אלה –

והיא תינתן להם מעצם עריכת שיחת הצוות!

14 עזרה ראשונה נפשית דרך הטלפון והאינטרנט

פנייה לעזרה ראשונה נפשית נעשית כיום במקרים רבים באמצעות התקשרות דרך הטלפון, האינטרנט, ואמצעי תקשורת נוספים. בישראל הגוף העיקרי העוסק במתן סיוע נפשי כזה הוא אגודת ער"ן (לעזרה נפשית בטלפון ובאינטרנט).

המפגש של צוותי מד"א עם מטופלים ובני משפחותיהם, שהוא על פי רוב מפגש בודד, מקביל למעשה למצב של שיחה בודדת לער"ן, ומרבית העקרונות הטיפוליים הללו מתאימים גם לנו!

הפניות לקוי ער"ן הן אנונימיות – הן הפונים והן המתנדבים המשווחחים איתם אינם מזוהים, ומטרתן העיקרית היא הצעת סיוע נפשי באמצעות הקשבה, תמיכה ועידוד (דרך הטלפון, או בעזרת המסך והמקלדת). ואולם, כאשר נוצר אצל המתנדבים חשש לסכנה אובדנית מוחשית: מופרת האנונימיות – על מנת להגיע פיזית לפונים הנמצאים בסכנה.

לפניות כאלה יתרונות רבים: בעצם הפנייה עוברים הפונים מחסום – של סטיגמה מפני טיפול נפשי, ושל רתיעה מלהודות בחולשה, ומביעים תובנה לכך שעליהם לקבל סיוע נפשי. יש הרואים בעצם הפנייה חלק ניכר מתהליך ההחלמה. לאנונימיות של הפונים והמסייעים יש יתרון בכך שהפונים מרגישים בטחון לגלות את מצוקותיהם ללא חשש. למעשה – נוצר במהלך השיחה קשר טיפולי מובהק, וזאת למרות שמרבית המתנדבים בקווי מצוקה כגון ער"ן, בארץ ובעולם, אינם אנשי מקצוע (מתחום מקצועות בריאות הנפש)!

חלק ניכר מהפונים סובלים מבידודות, וחלקם סובלים מהפרעות נפשיות ממושכות. חלקם מביעים מחשבות אובדניות – ולכן קוים אלה נקראים "קוים חמים": ההופכים לכאלה כאמור בעת זיהוי סכנה אובדנית מוחשית.

עקרונות הסיוע הנפשי דומים לעקרונות הכלליים של הטיפול במקצועות בריאות הנפש:

יכולת הקשבה פעילה: יש לקבל את הפונה כמו שהוא, תוך העברת מסר חיובי. יש לדבר בכנות, ולבטא אמפתיה – לשדר לפונה שאתם מסוגלים להבין אותו, מתוך נקודת מבטו, ולחוש את מצוקותיו.

יש להימנע: מלהיות שיפוטיים; ממתן עצות והצעת פתרונות מעשיים לבעיות שמעלים הפונים; מלהטיף מוסר לפונים; אין להימנע מהתמודדות עם דברי הפונים – ואין להתעלם מהם או להחליף נושא; אין לחקור את הפונים בשאלות מיותרות; אין להתנשא – לבטא פטרונות, ציניות או לעג; אין להתווכח עם הפונים; אין לבטא חוסר סבלנות; אין לנתח או לאבחן את הפונים; ואין לשים את עצמנו במרכז, כגון לספר על עצמנו רוב השיחה.

כללים אלה נכונים למעשה למרבית המצבים הטיפוליים, ומתאימים ברובם למפגשים של צוותי מד"א עם מטופליהם!

מצב סוער אצל הסובלים מהפרעות נפשיות מחייב התייחסות טיפולית מיידי, ויכול להוות אתגר לצוות מד"א. הגישה המקובלת כיום הינה לנסות להימנע מטיפול כפוי כגון קשירה ומתן טיפול תרופתי כפוי – ולנסות להרגיע את החולים בצורה לא כפויה. שימוש בשיטות טיפול ללא כפיה, ע"י צוותים מיומנים, יכול להביא לתוצאות מיטביות!

להלן: המלצות של צוות חשיבה מטעם ארגון הפסיכיאטרים האמריקאים, לד"ה-אסקלציה (הרגעה) של חולים פסיכיאטריים סוערים:

הגישה למטופל כוללת שלושה שלבים: פנייה מילולית, יצירת יחסי שיתוף פעולה, והרגעה מילולית. הרגעה מילולית זאת, בשיתוף פעולה מצד המטופל, היא לרוב המפתח להפיכתו לשותף פעיל בהערכה ובטיפול בו. כך גם לגבי טיפול תרופתי – שרצוי כי יינתן בהסכמת המטופל, ולגבי תכנון המשך הטיפול.

לטיפול בחולה הפסיכיאטרי הסוער ארבע מטרות:

- 1) להבטיח את שלומם של המטופל, הצוות, ואחרים הנמצאים במקום;
- 2) לסייע למטופל להשיג שליטה רגשית והתנהגותית;
- 3) להימנע ככל שניתן מהגבלות כגון קשירה;
- 4) להימנע ככל שניתן מהפעלת טיפול כפוי שעלול להביא להחרפת המצב הסוער.

ההנחיות לגישה למטופל הסוער כוללות את 10 ההמלצות הבאות:

1. כבדו את המרחב של המטופל
2. אל תהיו פרובוקטיביים
3. יצרו קשר מילולי
4. היו מדויקים
5. זהו רצונות ורגשות
6. האזינו היטב לדברי המטופל
7. הסכימו – או הסכימו שלא להסכים
8. הסבירו את כללי ההתנהגות ושימו גבולות ברורים למטופל
9. הציעו ברירות והביעו תקווה
10. תדרכו את המטופל ואת הצוות

16 טיפול פסיכיאטרי כפוי

הבסיס החוקי לטיפול במטופלים הסובלים מהפרעה נפשית מתבסס, בנוסף לחוק זכויות החולה, גם על החוק לטיפול בחולי הנפש משנת 1991.

ואולם יש להדגיש כי חוק זה חל אך ורק על מי **שאובחנו כחולי נפש**. על האבחנה להעשות בבדיקה של פסיכיאטרים מחוזיים או כאלה שהוסמכו ע"י פסיכיאטר מחוזי, ועל מנת להגיע לבדיקה כזאת יש לקבל החלטה של פסיכיאטר מחוזי או של בית משפט.

החוק אינו מגדיר מהן מחלות הנפש, אך על פי תקדימים משפטיים מקובל לקבוע כי מדובר במחלות בהן קיים מצב פסיכוטי המערב הפרעה בחשיבה – בעיקר אצל חולים הסובלים מסכיזופרניה.

במקרים בהם יש חשד כי חולה נפש עבר **עבירה פלילית**, אין לפנות לפסיכיאטר מחוזי – אלא למשטרה. במקרה כזה יכול החולה להגיע לבדיקה – לעיתים בהסתכלות – בצו של בית משפט ("**צו בדיקה**"). אם הבדיקה תגלה כי בעת ביצוע העבירה לא היה החולה אחראי למעשיו, או שכעת הוא איננו מסוגל לעמוד לדין בגלל מצבו הפסיכוטי – הוא יישלח על ידי בית המשפט לאשפוז פסיכיאטרי ב"**צו אשפוז**".

ואולם, במקרים טרום אשפוזיים "קלאסיים", בהם קיים חשש שחולה נפש עלול להיות מסוכן לעצמו ו/או לאחרים, באופן מיידי או בשל הזנחה עצמית מתמשכת, ניתן לפנות לפסיכיאטר מחוזי בבקשה להוצאת "**הוראת בדיקה**". בדיקה כזאת נעשית כאמור על ידי הפסיכיאטרים המחוזיים או אחד מסגניהם (שלהם סמכויות זהות), או על ידי פסיכיאטרים מומחים שמונו על ידם, לרוב בחדר מיון פסיכיאטרי או במרפאה פסיכיאטרית ציבורית. מטרת הבדיקה הינה להעריך את מסוכנותו של החולה לעצמו ו/או לאחרים, ואם נמצאת כזאת מסוכנות – ניתן לאשפוז את החולה ב"**הוראת אשפוז**" - אשפוז כפוי במחלקה פסיכיאטרית שנקבעת על ידי הפסיכיאטר המחוזי (או סגנו). קיימים שני סוגים של הוראת אשפוז: דחופה, ולא דחופה – שעליה יכול החולה לערער בתוך חמישה ימים בפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית.

במקרים שאין מדובר במי שכבר אובחן בעבר כסובל ממחלת נפש – יש כמובן להיזהר מלהשתמש בחוק הטיפול בחולי הנפש, ולפעול על פי ההיגיון הרפואי הטיפולי.

גם כאן יש חשיבות רבה לקשר הטיפולי הנוצר עם הנבדק – על מנת לשכנע את המטופל להתפנות לחדר מיון. במרבית המקרים, מאחר שקשה לקבוע בבדיקה אחת ללא בדיקות עזר מקיפות האם אין מדובר בהפרעה **מוחית-אורגנית**, יש כמובן הגיון בהפניית הנבדק לחדר מיון כללי, לשלילת אבחנה מסוכנת כזאת!

אלי יפה, משה אברמוביץ, יורם בן יהודה, יורם ברק, אבישי גולדברג, חיים קנובלר: קווים מנחים למניעת תגובות פוסט-טראומטיות בצוותי רפואה והצלה. מד"א, 2012.

שירי דניאלס: עוצמת ההקשבה – כיצד לסייע לסובבים אותך בזמן מצוקה ומשבר. מטר הוצאה לאור, תל אביב, 2015.

חוק טיפול בחולי נפש תשנ"א – 1991, https://www.nevo.co.il/law/html/Law01/163_002.htm

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.), 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Bodmer Kutz A: The language of hope: the 10 top solution-focused translations. Psychiatric News 16 Aug 2018 <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2018.8b31>

Calhoun LG, Tedeschi RG: Handbook of Post Traumatic Growth - Research and Practice. Psychology Press, 2014.

Norton K: Responding to a suicide death: The role of first responders. Death Studies 2017, 41:639-647.

Riba MB, Ravindranath D, Winder GS: Clinical Manual of Emergency Psychiatry. American Psychiatric Association Publishing, 2016.

Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al.: Best practices in evaluation and treatment of agitation: Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. Western Journal of Emergency Medicine 2012, 13:17–25.

Shanafelt T, Ripp J, Trockel M: Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. JAMA. April 7, 2020. doi:10.1001/jama.2020.5893

Shelef L, Tatsa-Laur L, Derazne E, et al.: An effective suicide prevention program in the Israeli Defense Forces: A cohort study. European Psychiatry 2016; 31:37–43.

Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al.: Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry 2016, 3:646-659.



ארגון ההצלה הלאומי

מגן דוד אדום בישראל
רח' הפלדה 5, אור יהודה | טל. 03-9101101



www.mdais.org