

יחידה עורפית לטיפול בנפגעי תיסמונת הקרב בשלהי מלחמת יום הכיפורים

מאת רפאל מוזס, דוד ברינגל, מאיר וינוקור, יוסף כלב, יעקב לרנר, מילי מאס, שבתאי נוי, אבנר פלך, ו-בתיה פולא, חיל-רפואה, צה"ל

שליטה על מה שקרה לו, כך שחרגש עצמו לא קורבן, אלא אוטונומי, לא פאסיבי אלא אקטיבי, לא נשלט אלא שולט בעצמו. מלכתחילה הדגשנו את תקופתו המוגבלת של הטיפול, ומלכתחילה עיבדנו רגשות, פחדים ותגובות אחרות לסיים הטיפול הצפוי, אשר היווה בו בזמן את הזריזה לחזרה לתפקוד תקין.

בסיום הטיפול המלצנו על תקופה של שישה שבועות בלא טיפול, כדי לאפשר גיבוש, של השפעות הטיפול, מבלי שהחייל ירוץ לחפש מייד המשך, וע"י כך יחפש שהיה במצב הרגסיבי.

הלן נתאר מבחינה צורנית נוהלית את התחנות, ופעולתה של יחידה לטיפול בנפגעים נפשיים בעקבות מלחמת יה"כ. התפתחות ואדמיניסטרציה היוו חלק בלתי-נפרד של יצירת האווירה, הגישה והמערכת הטיפולית; הן היוו חלק מרכזי ביחידה, שהתנה ממשך טיפולי בעצמה [1,2,3]. את תוכני העבודה הטיפולית נאלצים אנו לקטף במסגרת המחקר.

שלב ההכנה — עקרונות מנחים

ככל בני ישראל, כן גם אנו לא ציינו להקרא לטיפול בנפגעי תיסמונת הקרב במלחמת יה"כ. הידע שעליו ביססנו את בניית המסגרת הטיפולית נשען על מספר מרכיבים: (1) ידע עיוני מתוך הסטיות ממלחמת העולם הראשונה והשנייה, מלחמת קוריאה, ומלחמת וייטנאם [4—11 א']; ידע מעשי שרכשנו בזמן מלחמות ישראל — מלחמת השיחרור ואילך [12]; מתוך אלה למדנו על החשיבות הרבה הנודעת למניעת רגסיות, דהיינו נסיגה למצבי הלוח רבה מכפי הרגיל, הדומה למצבים שבגיל הילדות, לעומת זאת הכרנו את החשיבות המכרעת של גיוס כל הכוחות החיוביים של גפש הנפגע ע"י פעילות מכוונת, המשך תפקוד ופעילות גופנית במיוחד. השמירה על סדר יום קבוע של עבודה והתעסקות מהווה בסיס לכוחות הפועלים נגד המשכינה לרגסיה, הגורם השלישי היה החדש ביותר, ונבע מעבודה בבית חולים כללי משך שלושה שבועות עם חיילים שנפגעו, ברובם פציעות גופניות, ובחלקם הקטן פגיעות נפשיות. למדנו להכיר מספר עקרונות נוספים מעבר לטיפול העבר, או הלימוד העיוני, על סמך נסיונם של אחרים. בין השקפות שגילינו, חלקם בבידור, וחלקם בצורה עמומה, היתה הדרישה להשתתפות ישירה וקרובה של איש הצוות בחוויותיו של החייל.

אי לכך, היה הכרח בעבודה עקבית וקבועה עם אנשי הצוות, כדי לעבד את חוויותיהם, הן תגובות להשתתפות בחוויות המטופלים, הן תגובות של המטופלים עצמם למה שעבר עליהם אישית כתוצאה מהמלחמה. דאגנו ליישם את עיקרון האברי-אקציה כאמצעי, אך לא כמטרה בפני עצמה, בכך שעודדנו את החייל לחוש את התחושות ולשחזר את שעות או ימי הקרב, יחד עם המטפל, ובחטות הקשר האישי איתו, הקדשנו תשומת לב ועירנות מיוחדת לרגשות אשם, שאת חשיבותם המירבית הכרנו כאן לראשונה. למדנו, שרגשות אשם אלה מרכיב להתחיל, ובפרט

היחידה שהקמנו לטיפול בנפגעים בתיסמונת קרב, התבססה על ידע פסיכודינמי ופסיכואנליטי; זאת תוך שימוש במידע סוציולוגי והכרה בצורך להתרכז בחוויית ההווה ("here and now"). לכן בחרנו בהקמתה של יחידה טיפולית ולא בבית-חולים או בית-החלמה, במגמה לשמור על המשך התפקוד בצורה מירבית, וכדי לפעול נגד הלחצים והמשיכה הרגסיביים הקיימים דוקא אצל נפגעים אלה. ניסינו לבנות את המיתקן בצורה שתקנה לו אופי של מערכת חברתית טיפולית מחסוג של קהילה טיפולית, תוך שמירה קפדנית על המסגרת הצבאית. ניסינו ליצור מלכתחילה אפיקים שיבטיחו קומניקציה מילולית ורגשית תקינה, ויאפשרו העבר המידע ומתן ביטוי נאות לתגובות הרגשיות של אנשי הצוות. כל זאת כדי שלא יפגעו — או יפגעו רק במעט — באווירה הטיפולית ובתהליכים הטיפוליים עליהם השתדלנו לשמור בקפידה.

הדגשנו במידה רבה את "הר 22 שעות היממה", כלומר, את כל אשר החייל חי ביממה מלבד המנוע עם מטפלו. המאנו בחשבון את הגורמים החיצוניים המיימים והטונים אשר מקדימים את השפעתם על חיי היחידה, ולכן גם על התהליך הטיפולי, המהווה את מוקדם של חיים אלה. לא הסכנו השומת לב מעצמנו, אנשי ונשות הצוות הטיפולית, מרגשותינו ומחויבותינו. השתדלנו להסיר כל מכשול שעמד לנו בדרך של הסתגלותנו הנפשית להיחידה ולתהליך הטיפולי; ע"י כך שנישנו גם לחוות דוגמה לסובבים אותנו. היה לנו ברור, שכשם שהי"י בים היינו לספל באופן סופר וקבוע במה שמתרחש בתוכנו, נאלצנו גם להתמודד עם התהליכים התוך-נפשיים של הסובבים אותנו, והמתגלים ע"י השלשותיהם החיצוניות במציאותה של היחידה. דגש רב ותשומת לב מיוחדת הקדשנו לתהליכים הטיפוליים בינינו לבין החיילים אשר נפגעו — האינדבידואליים והקבוצתיים, בקבוצות קטנות וגדולות כאחת. עיקר המעורבות של המטפלים היה בקשר עם החייל שנפגע, וכאן היו חוויותינו העמוקות.

למדנו לזווג תהליך טיפולי ולאפשר את המשכו ואת פרישתו ולהסיר את מירב המכשולים המצויים שנערמו בדרכנו. שמרנו על מסגרת נוקשה במקצה, אולם לא יתרעלי-המידה. עודדנו בכל הדרכים שידענו את חווייתם מחדש ואת שיתורם של האירועים המלחמתיים, כולל הדגמה, המחשה, שימוש בדיאפאזם לתוך-החוריד ובהיפנוזה; אולם עיקר החוויה מחדש התבצעה תוך הקירבה הרבה של מערכת היחסים טיפוליים ובגיבויה.

האברי-אקציה והשיתור הפכו כך לאמצעי ולא למטרה בפני עצמה. לא סירבנו להיגרר אל חוויות בלתי-גמורות, אשר מנעו את עבודה של החוויה הטרבמתית המלחמתית ואת החזרת השליטה על מה שעוללו לחייל. כך גם כללנו חוויות מוקדמות יותר, ואף דפוסי התנהגות קודמים; שוב במידה ובתנאי שהיתה להם שייכות והשלכה ישירה לחוויה הטרבמתית. שמנו דגש מיוחד על גילויים ועיבודם של רגשי האשם, אשר השתכענו שהיו קיימים בכל חייל נפגע. ניסינו לעזור לו לזווג על ה"אלבי" שלו, להחזיר לו את תחושת האחיות והי

מאחורי האשמות המכוננות אל אחרים. האשמות נתגלו גם כאן, כמו בתחומים אחרים מוכרים יותר, כהשלכות על האחרים של רגשות האשם שבהם לא היה החייל מסוגל להכיר. גם ידענו, כי חשיבות מיוחדת נודעת בצבא למערכת החברתית של הקבוצה [13-17]. ברור היה, כי יחידה טיפולית צבאית צריכה לקחת בחשבון כל מה שידוע על החיים ועל התופעות בבית-חולים פסיכיאטרי ובקהילה הטרופנטית בכלל [18-23], וביחידות לטיפול בחיילים נפגעי גשש בפרט [4-11, 16, 17, 18].

מיכנה היחידה, דרכי טיפול ופיקוד

הרקע להקמת היחידה הובא לעיל בקצרה. נתוני היסוד שהועמדו לרשותנו תאמו את גישתנו: מחנה צבאי קיים עם צוות פיקודי, הנאי מגורים פשוטים, אך מסודרים, תדר-אוכל משותף למטופלים, לצוות הפיקודי וליתר אנשי המחנה. כלומר, אוירה צבאית, בלא בידוד הנפגעים הנפשיים.

במשך זמן קצר ביותר תיכננו את המיכנה להקמת היחידה. למטרה זו קיבלנו את גיבויו המלא של ענף בריאות הנפש ואת עזרתו הרבה. על אף אילתורים בתקופה הראשונה, קיבלה היחידה עד מהרה את הצביון הקיים והרצוי. ברור היה, שלא מדובר בבית-החלמה או בבית-חולים, כי אם ביחידה טיפולית, שבה יוקפד במידה רבה על כל סממני הצבא, כמו קיפה בשעה מוקדמת בבוקר, על מיסוד גילות, על פעילות גופנית רבה ומאורגנת, במשך היום.

הצוות הטיפולי היה מורכב מאנשים בעלי הכשרה יסודית מתאימה — פסיכיאטרים, פסיכולוגים קליניים, ועובדים סוציאליים פסיכיאטרים. בנוסף לואל נדרשו מהם הכשרה ונפיון בחחום הפסיכותרפיה האינדיבידואלית, ועד כמה שניתן גם בחחום הטיפול הקבוצתי. כל הסטפלים נתקבלו בתנאי שהסכימו להפעיל תרפיה קבוצתית נוסף לתרפיה האינדיבידואלית, וקיבלו בתמורה גיבוי והדרכה מקצועית לכך במידת הצורך. הצוות העשירי, שהתאסף והתגבש, היה בעל רמה מקצועית גבוהה.

הצוות הפיקודי היה מורכב ממדריכים מקצועיים, ששמחו לקראת התפקיד שאיפשר להם קשר בלתי-אמצעי, יותר מאשר עד כה, עם מאורעות המלחמה. רצונם לעזור ומידת העמפאתיה שלהם, היו בשלבים הראשונים חזקים עד כדי כך, שהפכו לא פעם לרכים יותר ביחסם לחיילים הנפגעים מאשר הצוות הטיפולי. כך נתחלפו לעתים מבחינה זו התפקידים: הצוות במקום, על כל ענפיו ותחומי פעולתו, שש לקראת שיתוף-הפעולה עם הצוות הטיפולי, ועד מהרה נוצרה אוירה מגובשת של שיתוף במטרה ובאמצעים; כל זאת בתנאי שהיינו ערים לשמירת פתיחות אפקיבית הקומוניקציה ולנוק הפוטנציאלי הרב של חילוקי דעות פטוריים [2, 19, 20, 24].

מובן מאליו, שמתחת לכותרת הכללית זו התרחשו תהליכים ותופעות רבים, כפי שהם מוכרים היטב מבתי חולים פסיכיאטריים וקהילות טיפוליות אחרות [19, 25, 23]. תהליכים אנטי-טיפוליים אלה חייבו עירנות ועיסוק בהם באופן שוטף, כדי למנוע כל פעם מחדש את הפרעה של התהליכים הטיפוליים, תהליכי הבראה ושיקום, תהליכי התקשורת ומעורבות, ופרידה וניתוק לאחר מכן — שאת עידודם והשמירה עליהם הצבנו לנו במטרה.

המתכונת הטיפולית נקבעה כך, שלכל מטפל היו כשמונה חיילים שבהם טיפל באמצעות שיחה אינדיבידואלית אחת ליום, ובנוסף לכך קיים שיחה קבוצתית אחת, שבה הנחה קבוצה של כל מטופליו האינדיבידואליים. בנוסף לזה, נקבעה כל יום פגישה בת שעה של הצוות הטיפולי, בלא השתתפותם של אחרים, כדי לדון בבעיות הטיפוליות השוטפות ובדרכים להתגבר עליהן: עלידי-כך העלינו הן תופעות עקרוניות של תהליכי הטיפול, והגענו לדרכים ממוסדות לטפל בהן, וכך עזרנו לכל אחד ולקבוצת המטפלים כולה, לעבד גם את תגובותיהם הרגשיות שלהם, וזאת מעבר לעיבוד האינדיבידואלי שכל אחד מצא לפי דרכו.

כדי להבטיח פתיחות מכסימלית של דרכי קומוניקציה מתחילת הקמת היחידה (בנוסף לפתיחות מכסימלית של המטפלים לרגשותיהם ותוויותיהם של החיילים), קבענו שני סוגים נוספים של פגישות קבועות: פגישות יומיומיות של חצי שעה של הצוות הטיפולי עם הצוות הפיקודי (להקדם למדנו לשתף גם חובשים, מדריכי ספורט פסיכופיזייתית). כמו-כן קבענו פגישה עם כל הקהילה הטיפולית על כל שותפיה, מטופלים ומטפלים כאחד — פגישת המפקד בלשון צבאית — שלוש פעמים בשבוע לחצי שעה עד שעה [18, 19, 21, 23, 25, 26, 27].

רק קבענו את המתכונת המורכבת הזאת, וכבר קיבלנו מספר רב של חיילים. עוד לא הספקנו לגבש לעצמנו מדיניות של חופשות, וכבר נדחפנו להקפיד על משמעת צבאית חמורה יותר מזו שהחיילים שהגיעו אלינו היו רגילים ומוכנים לה. החלטנו לא לתת חופשות בשבוע הראשון עד לשבת. הבנו, כי טוב לתת חופשות "after" פעם בשבוע, ולא דק להרשות, כי אם לעודד, שיבה הביתה לסוף השבוע — מיום שישי בצוה"ד ימים ועד יום ראשון בבוקר. מדיניות זו העלתה לפנינו שתי בעיות-יסוד של החיילים: הראשונה, התמרדות נגד המסגרת הצבאית, בעיקר של אנשי מילואים, אשר התלקחה בחריפות ב-3-4 הימים הראשונים, ודעכה אחרי עימות ישיר ופתוח מהיום החמישי והלאה; ושנית, רתיעתם מחזקת של החיילים בפני השיבה לחיק המשפחה, אפילו לשבת. שתיים אלו היו בעיות טיפוליות מרכזיות, גם אם לא היוו את המקור הראשון של התופעות הפאתולוגיות. המרד נגד המשטר הצבאי היה קשור לפאתולוגיה הנפשית בכך, שביטא את הרצון לעזוב לחלוטין את איוור הסכנת, להיכנע לנסיות הרגרסיביות עיי פריקת עול, ולהעביר את האשמת להתמוטטות ולאי-התיפקוד אל המימסד ואל נציגיו ביחידת הטיפול. החייל הציג כאן את ה"אליבי" שלו (מ.מ.). התורה למשפחה סימלה את השיבה לשיגרת החיים הרגילה, וכך את גשישת החברים שנהרגו ואת הנוי הקרב בכלל.

חשיבות מיוחדת נודעת גם לעצם האוירה של הצוות על חלקיו השונים. בין שאר הסיבות להצלחתנו הגיעה בכורה של המטרה, ונכחינות מידית של כל אנשי הצוות הטיפולי לתרום את שלהם; התלכדות הצוות והתרומה המיוחדת של הצוות הפיקודי והפארא-רפואי שהשתלבו עם היענותם לקבל עקרונות טיפוליים; ונוסף לזה עירנותנו לתגובות אנשי הצוות כולו ולכל דרכי הקומוניקציה [19, 25, 2].

החיילים: החיילים הנפגעים הראו את תיססונת הקרב בצורותיהן החדות המצויות, דהיינו, תמונות קליניות של דיכאון תגובתי, מצבי חרדה, סומאטיזציה של חרדה, ותגובות קונברסיביות. היות ורוב החיילים שהגיעו ליחידה עברו מיון וטיפולים קודמים — לרוב במשך שבועות אחדים — לא ראינו תמונות של חשישות קרב. כמו-כן לא קיבלנו חיילים עם תגובות פסיכוטיות חרימשמעותיות.

מהלך הטיפול הפסיכותרפי הכולל

מאז פגישת המפקד הראשונה שנערכה למחרת הקמת היחידה, הודענו כי השעות לצרכי טיפול תהיה 14 ימים, ובמקרים מיוחדים ניתן להאריך תקופה זו ל-16-17 ימים לכל היותר. למעשה, חורגנו והודענו על כך כל כמה ימים, במגמה להכין את החיילים לתקופה העומדת לרשותם ולרשותנו. כעבור שבוע התחלנו לקבל תגובות חריפות מאוד — קודם בפגישת המפקד — להגבלה שרירותית זו. היו שטענו, כי דרושים ארבעה שבועות, ולא שבועיים. אז התחלנו לעזור לחיילים לעבד את תגובות הפרידה מהיחידה המגינה עליהם, מהמטפלים ומהמפקדים השונים אליהם התקשרו; גם הובלנו את המטופלים לעימות עם הדישישה לחזור לתיפקוד רגיל, אם בצבא ואם מחוצה לו. בשלב זה הועלו בלחץ רב שאלת הפרופילים הרפואיים השונים, משמעותם הן לגבי המשך התיפקוד הצבאי והן לגבי אפשרויות העבודה בחיים האזרחיים. זה היה מאבק במישור נוסף, שנמשך עד לרגע עזיבתו של החייל את היחידה.

אין ספק, שעל-אף החשיבות הרבה שייחסנו לכל הפעילויות ביחידה ולמסגרת הטיפולית כולה, אחד המוקדים החשובים היה בטיפול הפסיכותרפיה האינדיבידואלי. המטפלים ראו את החיילים כל יום במשך 30—60 דקות. היתה זו פשרה שעשה כל מטפל בין רגש ההתחייבות שלו לגבי החייל להקדיש לו „שעת טיפול“ כפי שנראתה מינימלית בעיניו לבין הלחצים המרובים שהופעלו על המטפל לתת מזמנו לפעילויות אחרות.

למען הקיצור, לא נתאר את מהלך הטיפול בצורה מפורטת. במשך 14 הימים נתגלו לנו התמונה הקלינית יחד עם שיחזור החוויה המלחמתית כשטיח הנפרס לאט-לאט, כשרק לבסוף נראית לעינינו התמונה השלימה של הדוגמה. בימים הראשונים אף לא ידענו, שאין אנו רואים תמונה המייצגת את החוויה כולה.

כל יום נאבקנו מחדש עם התפישה שהיתה לנו על אותו שיחזור ואותם גורמים פסיכודינאמיים שראינו. כל יום נאבקנו מחדש גם בפגישת הצוות הטיפולי עם הבעיה, כיצד להביא את אשר ארע בטיפול עד כה, ואשר ארע ביממה האחרונה. כך ניסינו לאחד את חלקי הפסיפס.

הבעיות המיוחדות שבהן נתקלנו היו קשורות לראשונה בקושי מצדנו לחיות כל פעם מחדש את החוויה המציפה את ה„אני“. היינו חייביים לשמור על קירבה מספקת עם החייל, כדי לתת לו את ההרגשה כי אכן אנו עומדים איתו ולצידו. כתוצאה מהלחץ שנוצר עלינו, צריכים היינו למצוא את הדרכים המתאימות, כדי להתמודד עם רגשותינו, כך שלא ייפגם התהליך הטיפולי. יחד-עם-זאת, צריכים היינו לשמור, לשחות רוב הזמן, על מרחק מספיק מהחייל, כדי שנוכל לעזור לו להבין את אשר ארע לו תוך אובייקטיביות, ולא בצורה סובייקטיבית.

ניתן לראות כאן את התגלמות הבעיה הטיפולית העיקרית: לשמור ולהגן על התהליך הטיפולי בפני כל אותן ההתקפות — חזיתיות, עורפיות, יתות, אגפיות, ומכל ביוון בלתי-מצופה אחר, קודם-כל ניסה החייל באלף ואחת אמתלאות וחכסוטים לשכנענו, כי אכן כבר סיפר את החוויה שלו די והותר, ואין כל צורך שיתחזר אליה ועליה פעם נוספת. שנית, ההתפתח המטפל מאה ואחד פיתויים, מדוע לא רצוי לייסר ולהתיש את החייל המסכן מחדש ע"י הלחץ לספר ולחזור לספר את אשר עבר עליו. אם נסתכל מעבר לזוג הטיפולי, הרי ראינו — שוב כככל קהיליה טיפולית — את הלחצים הלא-מודעים של אנשי הצוות השונים להפריע ליחסים הקרובים והמיוחדים שנתקמו בין מטופל למטפל. פה נודעה חשיבות רבה לשיבות המשוחפחות ולאפיקי הקומוניקציה השונים. ראינו תגובות מצד אנשי המחנה, הרופא, החובשים וממשפחות החיילים, כשכל אלו עלולות לחבל בתהליך הטיפולי. אולי דוקא משום שהעבודה היתה כה אינטנסיבית, היו התגובות הנפשיות של כולנו בעלות עוצמה רבה, וצריך כיום היינו לעמוד על המשמר כל הזמן ובכל הכיוונים — פנימה וחוצה גם יחד — כדי למנוע פגיעה, חבלה או ניטרול התהליך הטיפולי.

פסיכותרפיה קבוצתית

טיפול קבוצתי, אשר התנהל כל ימות החול במשך שעה, היו היבטים והשלכות משלו [13—17]. גם כאן התחוללו יום-יום שנויים ונתגלו גילויים חדשים, אותם ניסינו לתפוס כדי לראות את פרישת התהליך הטיפולי הקבוצתי כולו. חיש-מהר נתגבשה רוח קבוצתית בכל הקבוצות. כך התפתחה נאמנות קבוצתית: אלה שהיה להם קשה לקום בבוקר, להשתתף בפעילויות, או להתמיד בנוכחותם בפגישות הקבוצתיות המסעירות, קיבלו גיבוי ועידוד מחבריהם. הקבוצה התגבשה לעתים נגד המטפל — תופעה מוכרת היטב — ועם זאת מילאה תפקיד טיפולי לגבי חבריה. לעתים נוצרו גם לחצים נגד חשיפה נוספת, ואלה איפשרו עיבודן של התנגדויות חשובות בקבוצה כולה. תפקיד נוסף נועד לקבוצה בהקשר לסיום טיפול ופרידה — בביטויי רגשות וקשיים. בקבוצה אחת,

למשל, כאשר התחילו להשתחרר חיילים, הרגישו הנוחרים, כי אינם רוצים להישאר עוד בלי חבריהם. בכך נוצר לבסוף לחץ אנטגרטיבי מצד הקבוצה; אומנם היה כאן גם רצון לברוח מחוייית סיום הטיפול, שהיה צורך להבהירו.

תוקפנות

מוקד טיפולי חשוב ראינו בתחום ביטוי התוקפנות. נושא התוקפנות היה מרכזי לגבי רוב החיילים. החוויות המלחמתיות שימשו, בין היתר, כגירוי רבי-עוצמה לדחפים תוקפניים, שגם הם הציפו את האדם. כך ראינו בביטוי תוקפנות ישירה בתוך ההעברה (transference) של התהליך הטיפולי שלב הכרחי שאין לדלג עליו. ראינו גם את ההשפעה העוזרת וממתנת של ביטויים כאלה. בקבוצה ניתנה, לא פעם, אפשרות להתייחס לדחפים בעוצמתם הגדולה ביותר. כך, למשל, עלה באחת הקבוצות הנושא של הרג — והסלידה ממנו. חבר קבוצה אמר לשני שהוא מפחיד אותו, כי דיבר על שימוש בנשק חם. התברר, שהמדובר בהריגה, ברצח. תוך ביטויים אפקטיביים חזקים הגיעו רוב חברי הקבוצה לדון במשמעות האישית מאוד של רצח, וזאת לאחר שבשלב קודם עובדו תגובות לחברים שנהרגו, או נפגעו קשות, והיינו לחוייית המוות. נושא התוקפנות גם מצא ביטויים שטחיים במסגרות הגדולות יותר, שבהן הרגישו, כי אפשר לטעון טענות ולמתוח ביקורת, לעתים חריפה. כך קרה, למשל, שכאשר הוזמן קצין בכיר וסיפר על מהלך המלחמה, הועמד בהתקפה חמורה על המחזלים השונים, עבורם חיבו אותו לקבל אחידות.

רגשי אשם

לא היינו ערים לפני מלחמת יוה"כ לתפקיד המרכזי בתיסמונת הקרב של רגשי האשם. אין גם סימן לכך בספרות על נושא זה בעולם. ואומנם התברר לנו — במקצת לפני הקמת היחידה, ובצורה מוכרעת בתוכה — כי אין תיסמונת קרב בלא רגשי אשם חזקים. למינו, יש לחפש את רגשי האשם, אם על חוסר עשיה, ואם על עשיה; על נטישת חבר שמת, על מה שאולי היו צריכים או יכולים לעשות; ועל עצם העובדה, שהחייל פונה מהקרב בלא פגיעה גופנית. פה נתברר לנו הצורך ל„אליבי“. החייל שניסה אם בן להעמידו כקורבן של הנסיבות, מוכרח היה לקבל אחריות למה שעבר עליו ועל תגובתו לפני שיכול היה להשתחרר מסבלו.

כך נוכחנו, שאין טיפול מוצלח בלא הכרה ברגשי האשם ודיון מקיף בהם.

שוב לא ניתן במסגרת מאמר זה להביא מהדוגמות השונות והמאלפות של תופעה חוזרת ונשנית זו.

התמקדות הטיפול — היכן?

בתתייחסותנו הטיפולית לחיילים ולחוויותיהם נהגנו להתמקד בחוויה המלחמתית. אומנם לעתים העלה החייל חוויות, אבל בלתי-מעובדות ובלתי-גמורה, שנתקשה עבורו בצורה ישירה ביותר עם החוויה המלחמתית, לרוב ע"י רגשי האשם שהתבססו על יחס אִמְבִּיוֹלוֹנְטִי לאדם שמת. ראינו את עיבודן של חוויות מעין אלו כחלק חשוב מעבודתנו הטיפולית, אולם זאת בתנאי שתחוויה המלחמתית חישאר במוקד הטיפול, ושלעתים ייערך מעין ביקור קצר בתחום הקשור לזה שבו עסקנו, אך מהר ככל האפשר נחזור למוקד. כך נגררנו בכוונה למותם של בת, של אח, אב או אם, וראינו כי האבל הבלתי-מעובד השליך את צילו על החוויה המלחמתית. בצורה דומה ערכנו „סיורים“ לילדותו של החייל ולהווי המשפחתי שלו, שוב רק בתגובה ליותמתו של החייל או לגירויים ממנו, ובמגמה לקחת משם מה ששייך להווה. זאת היתה השקפתנו הטיפולית: לאפשר ולעודד אבריאקציה ושיחזור לגבי החוויות הקשות שהחיילים עברו, ולעסוק בצמוד לכך באותם נושאים ואירועים שהיו קשורים קשר הדוק ופסיכודינאמי

ללחצים מצד בני המשפחה, ואו לרוב ניהלנו שיחה משותפת עם החייל וניסינו לעזור בנישור התהום שנפצרה ביניהם. בגלל חוסר הזמן ותוסר כוח-האדם, לא הגענו לעבודה עקבית עם בני המשפחה. לא הצלחנו, למשל, לממש מיפגשים עם בני משפחות בקבוצה גדולה בשעות הביקור.

מוטיבציה לטיפול

אין ספק, כי הסבל הנגרם ע"י הסימפטומים היווה מניע חשוב לחיפוש עזרה; אך לא תמיד גורם זה הוא המכריע. הקילה על-ינו מדיניות הטיפול להקיף את כלל החיילים; העובדה שאנשי הצוות הכירו בצורך לנקוט בדרך טיפולית מסוימת והעבירו שיכנוע זה לחיילים; בקבוצות הופעל לחץ קבוצתי לחשיפה ולבירור מעמיק; עיבדנו עיבוד דציף ועקבי את תופעות ההתנגדות; והיינו ערים לצורות המסוה המרוי בוח של תופעות ההתנגדות ומוכנים להפעיל את מלוא הלחץ לכיוון של טיפול וחשיפה. אין ספק, שגישתנו הטיפולית בנושא זה שאבה כוח מהגסיון הפסיכותרפטי, המלמד כי לרוב יהיה זה המטפל אשר יטה את כף המאזניים בין התנגדות ומוטיבציה לטיפול.

פ פ ר ו ת :

- 1) Rice A.K., Learning for Leadership. Interpersonal and Intergroup relations, Tavistock, London, 1965; 2) Menzies I.E.P., Human Relations, 13:95, 1960; 3) Miller E.J. & Rice A.K., Systems of Organization. Tavistock, London, 1967; 4) Stouffer S.A. et al., The American soldier: Combat and its aftermath. John Wiley, New York, 1965; 5) Rado S., Psychosom. Med., 4:4, 1942; 6) Kardiner A., Traumatic Neurosis of War. in American Handbook of Psychiatry, Basic Books, 1959, chapter 12; 7) Jones E., Traumatic Neurosis, Including War Shock. in Treatment of the Neurosis, Schocken, New York, 1943, pp. 202-209; 8) Grinker R.R. & Spiegel J.P., War Neurosis, Blakiston, Philadelphia 1945; 9) Grinker R.R. & Spiegel J.P., Men Under Stress. Blakiston, Philadelphia, 1945; 10) Glass A.J., Am. J. Psychiat., 110:725, 1954; 11) Ferenczi S. & al., Psychoanalysis and the War Neurosis. Int. Psychanal. Press, New York, 1921; 11a) Colbach E.M. & Parrish M.M., Army Mental Health in Vietnam, 1965-1970. Bull. Menninger Clinic 34(6):333-342, 1970; 12) עזרה ראשונה פסיכולוגית במצבי הלום. מפקדת קצין רפואה ראשי, תשכ"ו, 1967; 13) Sutherland J.D., Psychiatry, 15:111, 1952; 14) Rees T.P. & Glatt M.M., Mental Hospitals in Slavson R.S., (ed.) The fields of group psychotherapy, Int. Univ. Press, New York, 1956; 15) Loomis C.A., Group Psychotherapy, 5:240, 1953; 16) Bion W.R., Attention and Interpretation, Scientific Approach to Insight in Psychoanalysis and Groups. Tavistock, London, 1970; 17) Bion W.R., Experiences in groups, Tavistock, London, 1961; 18) Wilmer H.A., Social Psychiatry in Action, a Therapeutic Community. C.C. Thomas, Springfield, III, 1958; 19) Stanton A.H. & Schwartz M.S., The Mental Hospital. A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment. Basic Books, New York, 1954; 20) Redl F. & Wineman D., Children who Hate and Controls from Within, 1951 and 1952. Also: The aggressive child, Free Press, Glencoe, III, 1957; 21) Jones M. & al., The Therapeutic Community. Basic Books, New York, 1953; 22) Cumming E. et al., Psychiatry, 19:244, 1956; 23) Caudill W. & Stainbrook E., Psychiatry, 17:27; 1954; 24) Jacques E., Social System as Defence Against Persecutory and Depressive Anxiety. in New Directions in Psychoanalysis, Klein M. et al., (eds), Basic Books, 1955, pp. 478-498; 25) Rubenstein C.R. & Laswell H.D., The Sharing of Power in a Psychiatric Hospital, Yale University Press, 1966; 26) Bettelheim R. & Sylvester E., Am. J. Orthopsych., 18:191, 1948; 27) Baker A.A., Jones M., Merry J. & Pomryn B.A., Brit. J. Med. Psychol., 26:222, 1953.

לקשיי החייל להשתלט על החוויה שהציפה את ה,אני; ושוב האבריאק ציה, השיחזור והטיפול בנושאים הקשורים היו אמצעי להגיע לתהליך טיפולי מלא ככל האפשר בחסות יחסי קירבה בלתי-אמצעיים בין המטפל למטופל.

כמו בכל טיפול, כך אפשר היה להבחין כאן בין שלבים טיפוליים שונים — ההתחלה, האמצע והסוף. בכל אחד מאלה ניסינו להיות ערים לכל הקורה במישורים השונים של המערכת החברתית שבה התנהל הטיפול: פסיכותרפיה אינדיבידואלית וקבוצתית, משמעת, פעילויות שונות, חיי תברה, קימה, אכילה, שינה ויחסים בין-אישיים עם סוגים שונים של „אחרים“.

בעיות ותנאים מיוחדים

חיי לילה. תחום שהעסיק אותנו מלכתחילה, בעצם בעל כורחנו, התרכז באירועי לילה — כל אותן התחושות והזכרונות שהופיעו בערב כשהגיעה שעת השינה, ורוב החיילים לא יכלו להירדם. מלכתחילה סידרנו תורנות של מטפל ללילה; גזכותנו היתה בעלת משמעות רגשית מיוחדת לחיילים. בלילה התחזקו אי-השקט, התרדות, הפחדים, אי-הבטחון והעייפות עם החושך המפחיד ועם חיי היצרים, כפי שקרה לרוב בקרב וכפי שקורה גם אצל ילדים. בכך עסקנו בפגישות הצוות בבקרים, וניסינו זרכים שונות, כדי להקל על החיילים תוך שמירה ככל האפשר על המשמעת הקיימת, המבטיחה סדר גם נגד היצרים, אך בלא אמצעים חמורים מדי.

עמודי התווך של מציאות מכאיבה. רצה המקרה, שבמחנה שבו התמקנו קרו מספר תופעות חוזרות, שהיו קשורות בהווי המלחמתי: אויבונים והליקופטרים טפו מעל למחנה; נשמעו ריחות ממיטוח קרוב, וגם הטבע תרם את שלו, כאשר הופיעו טופות רעם עם ברקים. כל אלה זיעזעו לכחול את הלגנו, פי-הנתג ומי-יתר, אם נבהלנו אינם בהת-חלה, הרי למדנו במהרה שזוה תהליך רצוני של „דנסטיטוציה“ בלתי-מתוכננת, ולכן יעילה יותר. אם בהתחלה האשימו אותנו בכך, שאין אנו מסלקים עבורם את אשר מזכיר מלחמה, הרי יכולנו לעזור להם בכך לקבל את המציאות שבה חיינו הם ואנו יחידים, מציאות שאין לברוח ממנה ושלא ניתן לבטלה. המשכנו בדרך זו, למשל, בכך שהכוננו על מיטוח לכל חיילי היחידה — אירוע ששימש נושא מרכזי לשיחות הפסיכותרפוטיות למספר ימים. אותה תופעה של עימות עם המציאות חזרה בתחומים שונים. כך צריך היה להשלים עם העובדה, כי כולנו מגויסים ומשרתים ביצה"ל; עם העובדה, כי נפלו חללים במלחמה ועל כך מדברים וכותבים בעיתונים, ומודיעים ברדיו ובטלביזיה; מבכים אותם מרה כל משפחה בביתה והחברה כולה בצורה ממוסדת של יום-זיכרון. כל אירוע מסוג זה החריף את העימות ואת הקונפליקטים הפנימיים ומתוך כך שימש הזרמנות חוזרת לעיבוד הקונפליקט ולהחזרת השליטה עליו, תוספת קטנה כדי להתגבר על אי-השליטה שנגרמה ע"י אירועי המלחמה.

הקשר עם הבית והמשפחה

רמזנו, כי החזרה למשפחה ויצירת הקשרים מחדש — כולל כעית קיום המישגל — הפכו מחדש למוקד חשוב בעבודה הטיפולית ברוב התחומים בקבוצה הגדולה, בקבוצה הקטנה ובטיפול אינדיבידואלי. כל זאת מצד החייל. כמעט ולא ניהלנו שיחות עם בני המשפחה; נענינו רק

A UNIT FOR THE TREATMENT OF COMBAT REACTIONS IN THE WAKE OF THE YOM KIPPUR WAR

R. MOSES, D. BARGAL, M. WINOKOUR, J. CALEV, J. LERNER,
M. MASS, S. NOY, A. FALK and B. PERLA
Israel Defence Army

A unit for the treatment of soldiers with combat reactions was organized following the Yom Kippur War. The unit was organized according to principles formulated on the basis of psychodynamic and psychoanalytic theory, sociological knowhow and awareness that it is essential to concentrate on the immediate experiences of the soldier and to do everything possible to counteract strong regressive pulls. For these reasons, we decided to set up a therapeutic unit rather than a hospital or convalescent home. We hoped thus to preserve to the fullest the continued functioning of the soldier in an army setting, and to work against marked regressive pressures and pulls.

We tried to structure the unit so that it would have all the characteristics of a therapeutic social system, a therapeutic community, while at the same time adhering closely to the military framework. From the outset, we tried to institutionalize channels for adequate verbal and emotional communication and to facilitate the transmission of information. We also felt it to be extremely important to allow for the expression of emotional reactions of the staff — to the war, to the intense experiences of reliving the war situations with the soldiers, and to the processes of the therapeutic community. This was considered of prime importance to prevent, or at least to minimize, the impact of such reactions on the therapeutic atmosphere and processes which we had instituted.

We thus placed much emphasis on "the other 22 hours," namely, all the activities throughout the day and the night, other than the individual or group contact with the therapist. We tried to structure the external environment for our therapeutic purposes, and to interweave existing environmental factors into our therapeutic community in order to facilitate maximally the therapeutic process. These general statements are specifically illustrated in the paper. We were equally aware of our own resistances to the development of the therapeutic process as well as those of the other

patients or staff. Consequently we felt that by regularly coping with our own responses, we were also providing an example for the others whose unconsciously determined attempts to subvert the therapeutic process were very evident.

Our emphasis on the structure and function of the therapeutic community did not entail neglect of the mainstay of the unit — individual and group therapy. It was here that the main involvement of the therapists could be discerned; and it was here that the well-trained therapeutic staff experienced most deeply. We thus learned to initiate, to maintain and to terminate a therapeutic process with a minimum of obstacles. One of our specific goals was the re-experiencing and maximal reconstruction of combat experiences, in order to encourage belated mastery of the traumatic events. For this purpose we used all possible means, including concretization and demonstration, as well as intravenous Valium and hypnosis. However, the reconstruction of events was achieved mainly through and within the close relationship of the therapeutic situation. Abreaction and reconstruction were therefore a means to an end, and not an end in themselves. Although we concentrated on the combat experiences, we also returned to unfinished grief experiences, which prevented the working through of the traumatic war experiences, and thus the retrospective mastery of the passively experienced trauma. We also dealt with early experiences or behavior patterns, when and if they had direct implication for the impact of the traumatic experience. We paid special attention to ferreting out and working through the guilt feelings which we discovered in each of the patients. We tried to help them give up the "alihi" they had established for their dropping out of battle, and to reinstate the feeling of responsibility and mastery over what had happened.

From the beginning, we stressed the limited duration of the treatment period, and worked through separation fears and reactions to the expected termination of the treatment, which was also a demand to return to normal functioning. After the treatment period, we recommended six to eight weeks without treatment, to foster crystallization of therapeutic results without encouraging the soldier to maintain a regressive state by seeking immediate continuation of treatment.