

תגובת הקרב החריפה: היבטים פאתוגנטיים, אבחוניים וטיפוליים

ד"ר אבי בליך

תגובת הקרב מתבטאת בכשול תפקודי של החייל בשדה הקרב ומיוחסת למצב הדחק הקשה במלחמה. במישור הקליני התסמונת המידית הינה פולימורפית וזוהי, אם אין החלמה (ספתמונית או לאחר טיפול) מתבטאת בתוך ימים עד שבועות התסמונת הפוסטראומטית. תסמונת זו בצורתה הכרונית הינה עמידה ביותר לטיפול. גורמה למצוקה סוביקטיבית קשה ולליקוי תפקודי בכל מעגלי החיים. שכיחותן של תגובות הקרב כ-30-10 אחוזים מסך הנופעים במלחמה. מלמדה על המשמעות הקריטית של התופעה מבחינת הכח הלוחם במדך הענים ונכשה וחקפה מדיניות טפולית יעורית לתגובות הקרב. כרוח עקרונות המידיות קירבה וציפייה. הכרת התופעה על כוריה כמו גם למוד והפוסת הקונספציה הטיפולית חאפשר לדופא איחור מוקדם. מינה וטיפול בתגובות הקרב לטובת הפרט והכח הלוחם גם יחד.

השתתפות במלחמה חושפת את האדם למצב דחק (STRESS) כה קיצוני, ברמה איכותית וכמותית, עד כי השפעה נפשית ותפקודית כלשהיא הינה כמעט בלתי נמנעת. הביטוי הקיצוני לכשולן החייל לה- תמווד עם לחצי הקרב הינו "תגובת הקרב" (combat stress reaction).

סמני תגובת הקרב מופיעים בעקבות התנסויות טראומטיות הנתפסות ע"י החייל כאיום מוחשי על קיומו. מהבחינה הקלינית, לתסמונת תגובת הקרב ביטויים שונים ומגוונים, אך ברמה האופרטיבית לכולם מכנה משותף אחד והוא שינוי התנהגותי וירידה נלווית ביכולת התפ- קוד האישי והצבאי של החייל. שכיחות התסמונת כ-30-10 אחוזים מסך הנופעים במלחמה. שיעור זה מלמד על המשמעות הקריטית של תגובת הקרב, מעבר לרמת הפרט הנוגע, גם בהיבט הכולל של הכח הלוחם.

רקע היסטורי

במלחמות השונות ובמשך השנים תואר ותועד הקשר שבין השתתפות במלחמה לבין השפעות נפשיות ותפקודיות. הכינויים השונים שניתנו לתסמונות הנפשיות ניסו לתת להן ביטוי תאורי או להמשיגו במונחים מקצועיים. מאידך כל כינוי, בצורה סוגסטיבית, השפיע בעצמו על צו- רת התגובה.

בתקופת מלחמת האזרחים בארה"ב מופיע המונח "נוסטלגיה" המתאר את החייל השקוע בגעגועים עזים לביתו ומתקשה לתפקד. בעת מלח- מת העולם הראשונה, שאופיינה בעוצמות אש ולחימה מסיביות, מו- פיעים המינוחים "הלם קרב" ו"הלם גז" המתארים חייל הלום, מבול- בל ומנותק כאשר במינוח הלם-פגז יש גם נסיון להסבר אתילוגי - נזק מוחי כתוצאה מפגיעת הדף.

אחרי המלחמה ותחת השפעת התורה הפסיכואנליטית, מוטבע המינוח של "נוירוזות קרב" הרואה בתופעה תוצאה (ראקטיבציה) של טראומה מוקדמת וקונפליקט לא פתור בתחום הלא מודע. בגישה זו הושם דגש על עלילות (פרהדיפוזיציה) אישיותית וחיוק מושג החולי בתופעה. מאוחר יותר במשך מלחמת העולם השנייה, מוחלף השם (בהוראת מפ- קד צבאי - גנרל ברדלי) ב"תשישות קרב" כשהמיקוד הינו על תשישות פיזית, ואכן הנופעים אופיינו אז בתשישות קיצונית וחוסר יכולת לתפקד. ההנחה שהתווית תורמת לעיצוב, סוגסטיבי במהותו, של צו- רת התגובה כיוונה לשם "הניטרלי" השגור כיום - "תגובת קרב".

פאתוגנזיס

הגורמים המשפיעים בתגובת קרב והדק (הדינמי) להבנת התופעה

מלחמה מהווה מצב דחק קיצוני בו נדרש החייל לגיוס מירבי של משא- ביו הנפשיים והגופניים כאחד. הסיכון להיפגע במלחמה חזק, מוחשי ובלתי ניתן להכחשה. פחד המוות הינו התחושה החריפה והדומיננטית שסביבה מתגבש הקונפליקט המרכזי של החייל בשדה הקרב: מחד פועל עליו הדחק הקיומי - לברוח בכל מחיר מהסכנה המאיימת, מאידך קיי- מים כוחות הדוחפים אותו להתעשת ולהמשיך להילחם. לכוחות אלה תורמים תחושת ההשתייכות ליחידה, הקשר והאמון בחברים ובמפקד,

הדימוי העצמי והערכי כגבר, עמית וכחיל. כח עמידתו של החייל בשדה הקרב מושפע ישירות מעצמת הכוחות המתנגשים בקונפליקט המתואר. כל עוד מאפשרים המשאבים הנפ- שיים - גופניים של החייל, הניזונים גם "מהכוחות החיוביים", ימשיך החייל להלחם אף בתנאים קשים ביותר. אולם אם מתמשך ומתעצם לחץ הקרב ומאידך מתדלדלים ונחלשים המשאבים והכוחות התומכים, תחלש יכולת עמידתו של החייל. במצב כזה עלול להופיע שינוי הת- נהגותי המבטא שחיקה, ביטויו יכול להיות בהתכנסות החייל בתוך עצמו, או מאידך באי שקט עם סף גרוי נמוך והתפרצויות מרובות, גם תסמינים חרדתיים מתונים מוכרים בשלב זה - כל אלה מזוהים לעי- תים כתגובה מקדימה או טרומית. נקודת השבירה או פריצת תגובת הקרב מזוהה ברמה האופרטיבית כאשר בשל החרפה והקצנה בתסמינים הנפשיים והתנהגותיים (יתוארו בהמשך), החייל לא יכול להמשיך ול- תפקד. תגובת הקרב מבטאת, אם כך, הכרעה של הקונפליקט "לחימה מול בריחה" כשההכרעה הינה לכיוון "בריחה" - תחת הכותרת של פגיעה וחולי. הרווח הינו מידי - פיניו משדה הקרב, אך מחירו לטווח ארוך עשוי להיות גבוה והרסני.

כאן חשוב להדגיש כי תגובת הקרב אינה תגובה רצונית ומכוונת במלוא מובן המילה, אמנם הקונפליקט המתואר נמצא במידה רבה בתחום המודעות של החייל אולם הוא פועל גם ברבדים נפשיים עמוקים ובל- תי מודעים. תגובת הקרב איננה, אם כך, פתרון מודע ומכוון לחולי ולכן אסור שתתפס כהתחלות ו/או כהשתמטות מכוונת. תצפיות רבות בצד לימוד ומחקר שיטתי מצביעים על מספר גורמים בעלי הש- פעה משמעותית בפגיעות או בעמידות ללחצי הקרב, ולכן גם כיעדים להתערבות מניעתית טפולית (1):

- (א). גורמי אישיות: כיום מקובל שלא ניתן לקבוע מועדות של דפוסי אישיות מסויימים, לפתח תגובות קרב. אולם גורמי רקע אישי וחברתי כגון גיל, השכלה, מצב משפחתי ועיסוק "בארועי חיים משמעותיים" משפיעים על יכולת העמידות בלחצי הקרב.
- (ב). הגורם הביולוגי - פסילולוגי: תשישות גופנית כתוצאה ממאמץ פיזי מתמשך, חסר בשינה, חסר במזון ובנוזלים וחשיפה לתנאי אקלים קשים. כל אלה מחלישים את כוחות ההתמודדות.
- (ג). יחידת ההתייחסות הצבאית: רמת הלכידות של היחידה וההכרה במנהיגות הינם גורמים רבי משקל בחיוק החייל. מידת ההזדהות וה- קשר עם החברים, האמון במפקד, תחושת הבטחון ביכולת המקצועית כמו גם האמונה בצדקת המטרה - כל אלה תורמים במידה רבה לעמי- דות החייל בלחצי קרב.
- (ד). מאפייני לחימה: עוצמות קרב גבוהות ומתמשכות שוחקות את משאבי הלוחם. כמו כן ידוע שפסיביות כפויה מזיקה אף היא ויש לח- תור להפעלת הפרט והיחידה.

תסמונת תגובת הקרב והתסמונת הפוסט טראומתית

מאפיינים קליניים

נשוב ונזכיר כי אבחון תגובת הקרב בעת לחימה, הינו אופרטיבי ומת- בסס על כשל תפקודי. ברמה הביטוי התסמיני מדובר בתסמונת דרמ-

טית עם ביטוי קליני מגוון ונזיל. התסמינים הינם בתחום הנפשי (התמצאות, מודע, רגש, חשיבה, תפיסה...), גופני (אוטונומי, מוטורי, תחושי וחושי) והתנהגותי.

התמונות הקליניות המתוארות עשויות להכיל כמרכיב מרכזי: תשי- שות גופנית קיצונית, מצב חרדתי חריף - מוכלל או עם מאפיינים פוביים, מצבים דיסוציאטיביים עם אי שקט קיצוני או עם נסיגה עד לסטופור. תסמינים קונברסיביים כשיתוקים, עוורון, אלם. תגובות דכאוניות קשות, מצבים פסיכוטיים, הפרעות התנהגותיות עם בי- טויים סוציופטיים, התפרצויות תוקפניות או התנהגויות של התכנ- סות וניתוק.

תגובת הקרב המיידית/חרפה מופיעה בעוצמות שונות, ובעוצמות הפחותות והגבוליות חלק מהנפגעים אף אינם מאובחנים ואינם מתוייגים בתחום הפאתולוגי. כלומר בתנאים המשתנים של שדה הק- רב ובהתאם לרגישותו ומודעותו של המפקד והעמיתים לביטויי הלחץ הנפשי, קיים "סף זיהוי" לתופעה.

כאשר סף זה הינו נמוך וקיימת רגישות גבוהה לביטויי לחץ נפשי, יא- פשר המפקד לחייל המתקשה הפונה קלה להתאוששות, ועם מסר של עידוד וציפיה מהמפקד ומחבריו (וללא שתוייג בהכרח כנפגע) הוא מתארגן במהירות וחוזר לרמת תפקוד תקינה.

אצל נפגעים רבים קיימת התאוששות מהירה והחלמה ספונטנית, או אגב טפול. בחלק אחר מהנפגעים תיתכן הדדרות ובתוך ימים עד שבועות מתגבשת "התסמונת הפוסט-טראומתית". במינוח הפסי- כיאטרי מאפיינת תסמונת זו אנשים שהתנסו בחוויות טראומטיות קשות והיא כוללת מס' מרכיבים:

(א). התנסות חוויתית חוזרת בתכנים הטראומטיים ע"י מחשבות ודימויים, חזיונות חוזרים, חלומות וביעותים, ולעיתים אף במצבים דיסוציאטיביים.

(ב). הפחתה בתגובתיות אל ובמעורבות עם הסובב. עם אבוד עניין, ניתוק וצמצום רגשי (אנהדוניה), כן מוכרת המנעות שיטתית מחשיפה לסיטואציות המתקשרות לחוויות - הטראומטיות.

(ג). תסמינים של עירור יתר, עם הפרעות בשינה, תגובות בעתה, סף גירוי נמוך והתפרצויות, קשיים בריכוש ובזיכרון. כן מוכרים מאפיינים נלווים כגון רגשי אשם קשים, תסמינים חרדתיים ודכאוניים שונים, התגבשות דפוסי התנהגות סוציופטיים לעיתים עם שימוש באלכוהול ובסמים. תסמונת זו ככל שהיא הולכת ומתקבעת גורמת לסבל סוביק- טיבי ניכר, להפרעה תפקודית בתחומי החיים השונים והינה עמידה ביותר להתערבות טפולית (2).

עקרונות טיפוליים יחודיים לתגובת קרב והרציונל להגדרה אופרטיבית רחבה

במודל הרפואי חשיבותה של אבחנה, מעבר למישור התקשורתי בין אנשי המקצוע, הינו בהכונה למדיניות טפולית יעודית. אשר במקרה של תגובת הקרב מתמצית בעקרונות קרבה, מידיות וציפיה (קמ"צ), המוכרים גם כעקרונות סלמון (הפסיכיאטר הראשי של הצבא האמרי- קאי במלחמת העולם הראשונה).

מידיות וקירבה מכוונות לטפול מהיר ככל האפשר בנפגע במימד הזמן ומבחינת הקרבה למקום הלחימה. כך מבחינת הזמן התסמונת עדיין נזילה וזמינה יותר לטפול. מבחינת הקרבה ההקשר הכולל הינו של מסגרת צבאית ובאורית המלחמה ברקע, מה שממחיש עדיין את הקי- רבה והשייכות ליחידת ההתייחסות הצבאית - החברים והמפקד. כל אלה מכוונים לעקרון החשוב של ציפיה - מסר הציפיה הינו שמדובר במשבר זמני וחולף, ושהנפגע מצופה להתאושש במהרה ולשוב ליחידתו ולחבריו המצפים לו.

מחקר שנערך במחלקת בריאות הנפש על נפגעי תגובת קרב ממלחמת לבנון הראה שיטום מוצלח של עקרונות הטפול הקדמי אפשר ליותר נפגעים להתאושש ולשוב ליחידותיהם, והפחית את שיעור ההפרעה

הפוסט טראומטית בהמשך (3).

השלב הקריטי לאבחון ולטפול בנפגעי תגובת קרב הינו שלב הלחימה. בשלב זה מחד, אין תסמונת קלינית מוגדרת ואחידה ומאידך האבחון מתבצע בראיה אופרטיבית, קרי חסר יכולת החייל להמשיך ולתפקד בתפקידו הצבאי.

אם יכולת התפקוד הצבאי הינה המדד האבחוני, הרי שמוכרות תופעות נוספות שבזמן מלחמה מגבילות את יכולת התפקוד. ביניהן ניתן למנות ביטויי חולי גופני, תאונות ופציעות קלות ואף עבירות משמעת, שגם הן מבטאות, ברמה זו או אחרת, את הדחק המלחמתי. ניתן אם כך לסכם ולומר שמהבחינה הטפולית ובתנאים היחודיים לשדה הקרב כל המקרים של כשל תפקודי שאינם תוצאה של פגיעת האויב, ואינם נלוים לפגיעה גופנית משמעותית יהיו תחת הכותרת הרחבה של תגו- בות קרב ויכוונו להפעלת המודל הטפולי הקדמי. אמוץ הגדרה רחבה זו במלחמה, יאפשר לגורמי הרפואה טפול יעיל וטוב יותר לטובת הפרט והכח הלוחם כאחד (1).

קווים מנחים לטפול הרפואי הקדמי בתגובות קרב

לרופא תפקיד מכריע במניעה ובטפול הקדמי בתגובות קרב. לשם כך נחוצה הכרות טובה עם תורת בריאות הנפש הצבאית: ידיעת הגור- מים המשפיעים בתגובות קרב, האפיונים הקליניים של התסמונת וה- עקרונות הטפוליים. הכרות כזו תאפשר איתור מוקדם של יחידות בסיכון גבוה וחיילים במצוקה המתבטאת בסימנים המקדימים (טרומיים). במקרים אלה יפעל הרופא למניעה ראשונית ושינונית: יי- דע את המפקד ויכון אותו להפעלה נכונה של החיילים הפגיעים. ידאג להעברת מידע שיסיר ספקות ושמעות שונות. בשיחות תנתן לחיילים האפשרות לבטוי מתחים ותחושות מועקה (ונטילציה).

כמו כן יושם דגש על השלמת חסכים פזיולוגיים. משוזהו נפגעי תגו- בות קרב הם יטופלו ע"י גורמי הרפואה לפי עקרונות הקירבה, מידיות וציפיה. המסגרת הינה צבאית, בין אם תאג"ד או יחידה ברה"ית קד- מית, וזאת בכל האמור לכללי ההתנהגות הנדרשים. מסגרת הזמן הנ- תונה לטיפול הינה קצובה וקצרה.

המסר הדומיננטי הינו מסר הציפיה - שמדובר במשבר זמני וחולף, ול- חייל ניתן פסק זמן על מנת שיוכל להתאושש, להתארגן ולשוב ליחיד- תו ולחבריו הממתינים לו וזוקקים לו.

בפרק זמן זה יושם דגש על השלמת חסכים פזיולוגיים, על אימון גופני והפעלה אקטיבית מושכלת (4), ועל דיבור ושיחות עם הנפגעים תוך נסיון לשחזור ההתנסות הטראומטית שחוו והרגשות המעיקים הנ- לוויים (אבריאקציה), כאשר הפעם נעשה תהליך זה במסגרת תומכת, מבינה, ומקבלת.

בתקשורת עם החייל יושם הדגש על מסרים של התמודדות, שליטה ולקייחת אחריות של החייל על מצבו ועתידו.

הכרת והפנמת הקונספציה הטפולית ע"י הרופא ואמונתו בייעולותה, יכוונו אותו להמנע מפינוי מוקדם של הנפגעים לאחור, למרות האילו- צים והקושי הכרוך בכך, ולהמשיך להעניק להם, בתוך מסר הציפיה, את מסגרת ההתייחסות שהינה כה חשובה להתאוששותם.

מן הראוי להקדיש מספר מילים לטפול התרופתי. ככלל אין מקום לה- תערבות תרופתית בשלב המיידית - החריף, זאת על מנת שתתאפשר הפעלת התורה הטפולית כפי שפורטה לעיל. אולם במקרים חריגים כגון אלה עם אי שקט קיצוני על רקע חרדה קשה, מצבים דיסו- ציאטיביים וחשד לתגובות פסיכוטיות, ניתן להשתמש בנוגדי חרדה (בנזודיאזפינים כוליום) או נוגדי - פסיכוזה (לרקטיל, הלידול).

הוריה תרופתית נוספת במסגרת הטפול הקדמי הינה נרקואנליזה (אנדוקציה זרזו תהליך אבריאקטיבי) זאת באמצעות ברביטורט כגון סודיום אמוברביטל, הוריה זו אינה שכיחה מאחר והנפגעים בשלב זה הינם מאד סוגסטיביים ואינדוקציה הפנוטית מושגת ללא קשיים מיו- חדים.

תגובת קרב ופציעה גופנית

בתסמונות הפוסט - טראומטיות השונות, כמו אלה הקשורות בתאונות, מוכרת הפגיעה הגופנית כגורם מרכזי בהתפתחות התסמונת הנפשית. התאוריה המדגישה במקרה של תגובת הקרב את המסדר האדפטטיבי - שנועד להוציא את החייל משדה הקרב, עלולה לכוון להנחה פשטנית, כי חייל שנפצע קיבל בכך לגיטימציה לעזוב את שדה הקרב ואינו זקוק לתגובת הקרב "ככרטיס יציאה". הנסיון הקליני מלמד כי בקרב הפצועים גופנית תמצאנה תכופות, תגובות נפשיות שאינן זוכות להתייחסות מתאימה. בעיתות מלחמה נוטים גורמי הרפואה, באופן מובן, להתמקד בפגיעה הגופנית - המסכנת חיים, ובמידה מסויימת להתעלם מהמרכיב הנפשי. דיכוטומיה מלאכותית זו מונעת במקרים רבים התערבות נפשית מוקדמת.

התערבות כזו (כבר בשלב ההחלמה מהפגיעה הגופנית) עשויה למנוע החמרה וקיבוע של הפרעה נפשית שעלולה לגרום בהמשך לנוק חמור וממושך אף יותר מהפציעה הגופנית.

מקורות

1. נוי ש. "תגובות נפשיות בקרב: אבחון, דינמיקה וטיפול". מחלקת בריאות הנפש, מפקדת קצין רפואה ראשי, צה"ל. 1989.
2. Bleich A., Garb R. and Kotler M. Treatment of prolonged combat reaction British Journal of Psychiatry, 148: 493-496, 1986
3. Solomon z. and benbenisty R. the role of proximity, immediacy and proximity in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the lebanon war. American Journal of Psychiatry, 143: 613-617, 1986.
4. גלזר ח., ברגמן א., טנאי ר. ו-בז ד. "השימוש באימון גופני בטיפול בתגובות קרב בדרג הקדמי". מחלקת בריאות הנפש, מפקדת קצין רפואה ראשי, צה"ל 1989.