

Post Traumatic Stress Disorder - הפרעת דחק פוסט טראומטית - PTSD

הפרעת דחק פוסט-טראומטית היא תגובת דחק ממושכת, העלולה להתפתח בעקבות חשיפה לאירוע המאיים על שלמותו הפיזית או הנפשית של האדם כמו אסון, תאונת דרכים, מלחמה או תקיפה. מצב זה מתבטא במגוון תסמינים הכוללים מחשבות וזיכרונות חודרניים של האירוע, עוררות מוגברת, קהות רגשית והימנעות מגירויים אשר עשויים להזכיר את האירוע הטראומטי.

אנשים רבים ברחבי העולם, ובישראל בפרט, נחשפים ל**אירוע טראומטי** במהלך חייהם, אולם רק מיעוטם יחוו סימפטומים פוסט-טראומטיים מתמשכים. תגובות דחק לאירוע טראומטי נחשבות נורמליות ולעיתים אף אדפטיביות בטווח הזמן הסמוך לאירוע, אך כאשר התסמינים נמשכים מעל חודש ופוגעים בתפקוד היום-יומי, ייתכן שמדובר בהפרעת דחק פוסט-טראומטית.

מה הם התסמינים הקליניים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית?

הפרעת דחק פוסט-טראומטית מאופיינת בהשפעה נרחבת ומתמשכת של חוויות טראומטיות על חיי היום-יום, גם זמן רב לאחר שהאיום חלף. אנשים המתמודדים עם מצב זה חווים את האירוע הטראומטי שוב ושוב באופן בלתי רצוני דרך זיכרונות חודרניים, סיזמים או פלאשבקים. חוויות אלו מלוות בעוררות גופנית עזה ובמצוקה נפשית.

מצב זה מלווה לרוב בתחושת דריכות מתמדת, כאילו הגוף והנפש מצויים כל הזמן בכוננות לאיום הבא. חלק מהאנשים חווים התפרצויות כעס, קשיי שינה, קושי בריכוז או תגובות בהלה מוגברות, גם בהיעדר סכנה ממשית. לצד עוררות היתר, עשויות להופיע תגובות הפוכות – קהות רגשית, תחושת ניתוק מהעצמי או מהמציאות וקושי לחוות רגשות חיוביים.

התסמינים עלולים לשבש את השגרה הרגילה ואת הדרך שבה האדם תופס את עצמו ואת העולם. רבים חווים מחשבות שליליות על עצמם או על העולם, תחושת אשמה או בושה, קשיים בזיכרון של פרטים מהאירוע ותחושת ניכור מתמשכת מהזולת. דפוס התסמינים משתנה בין אדם לאדם, אך פוגע באיכות החיים ובתפקוד התעסוקתי, החברתי והבין-אישי.

אבחנה על פי ה-DSM-5-TR

לפי עידכון המהדורה החמישית של המדריך לאבחון וסטיסטיקה של הפרעות נפשיות של איגוד הפסיכיאטרים האמריקני (DSM-5-TR), אבחון ההפרעה נסמך על קיומם של הקריטריונים הבאים:

א. חשיפה לטראומה – האדם נחשף למוות ממשי או מאיים דרך חשיפה ישירה, עדות ישירה, מידע על אירוע טראומטי לבן משפחה/חבר קרוב, או חשיפה חוזרת במהלך ביצוע תפקיד מקצועי.

ב. סימפטומים חודרניים – האירוע הטראומטי נחוה מחדש ובהתמדה באחת או יותר מן הדרכים הבאות:

- זיכרונות חוזרים, בלתי רצוניים וחודרניים מהאירוע הטראומטי

- חלומות חוזרים ומעוררי מצוקה הקשורים לאירוע הטראומטי

- תגובות **דיסוציאטיות** (כמו פלאשבקים) שבהן האדם מרגיש או מתנהג כאילו האירוע הטראומטי מתרחש שוב.

- מצוקה פסיכולוגית ממושכת וקשה בתגובה לתזכורות מהאירוע הטראומטי

- תגובות פיזיולוגיות משמעותיות בתגובה לתזכורות מהאירוע הטראומטי

ג. הימנעות מתמשכת – הימנעות מגירויים הקשורים לאירוע הטראומטי, המתבטאת באחד או בשניים מהדרכים הבאות:

- הימנעות או מאמצים להימנע מזיכרונות, מחשבות או רגשות הקשורים לאירוע הטראומטי

• הימנעות או מאמצים להימנע מתזכורות חיצוניות (כמו אנשים מקומות, פעילויות, מצבים) המעוררים זיכרונות, מחשבות או רגשות הקשורים לאירוע הטראומטי.

ד. שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח – שניים או יותר מהתסמינים הבאים, שהחלו או החריפו לאחר האירוע הטראומטי:

• חוסר יכולת לזכור היבט חשוב מהאירוע הטראומטי

• אמונות וציפיות שליליות, מתמשכות ומוגזמות על העצמי, האחר והעולם. מחשבות מתמשכות ומעוותות בנוגע לגורם לאירוע הטראומטי, המובילות את האדם להאשים את עצמו או אחרים בגרימת האירוע הטראומטי או השלכותיו.

• מצב רגשי שלילי מתמשך (לדוגמה, פחד, אימה, כעס, אשמה או בושה).

• ירידה ברורה בעניין או בנוכחות בפעילויות חשובות ומשמעותיות.

• חוסר יכולת מתמשך לחוות רגשות חיוביים

ה. שינויים בעוררות ותגובתיות – שניים או יותר מהתסמינים הבאים, שהחלו או החריפו לאחר האירוע הטראומטי:

• התנהגות רגזנית והתפרצויות כעס

• התנהגויות הרס עצמי ונטילת סיכונים.

• דריכות מוגברת

• תגובת בהלה מוגזמת

• קשיי ריכוז

• הפרעות שינה

ו. משך זמן – התסמינים נמשכים מעל חודש.

ז. פגיעה תפקודית – מצוקה משמעותית או פגיעה בתפקוד יום-יומי משמעותי.

ח. התופעות לא נגרמות בגלל טיפול תרופתי, חומרים ממכרים או מחלה.

מה הם הגורמים להתפתחות PTSD?

הפרעת דחק פוסט-טראומטית אינה נובעת רק מעצם החשיפה לטראומה, אלא מתפתחת מתוך שילוב של גורמים אישיים, ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים הפועלים לפני, במהלך ולאחר האירוע הטראומטי. חשיפה לאירוע המאיים היא תנאי הכרחי, אך כשלעצמה אינה מספיקה – רק 6-7% מכלל האנשים שנחשפו לטראומה יפתחו הפרעת דחק פוסט-טראומטית.

גורמי סיכון לפני האירוע הטראומטי – נטייה גנטית, תכונות אישיות כמו נטייה ל**חרדה** או ל**דיכאון**, הפרעות נפשיות קודמות, טראומות בילדות, מעמד סוציו-אקונומי נמוך והיעדר תמיכה חברתית.

גורמי סיכון במהלך האירוע הטראומטי – טראומה המאופיינת באלימות, פגיעה קשה, תפיסה של איום מיידי על החיים או אובדן שליטה. בנוסף, תגובות עוצמתיות של פחד, בלבול או דיסוציאציה במהלך האירוע, במיוחד בקרב ילדים, נחשבות לגורמי סיכון משמעותיים. עבור אנשי צבא – חשיפה חוזרת ונשנית לאירועים טראומטיים מהווה גורם סיכון ייחודי נוסף.

גורמי סיכון לאחר האירוע הטראומטי – פרשנות שלילית של האירוע, תחושת אשמה, דפוסי התמודדות נוקשים או הימנעותיים, וחשיפה מחודשת לתזכורות טראומטיות. מנגד, תמיכה חברתית משמעותית ממשפחה וקהילה קרובה עשויה לשמש גורם מגן חשוב המקל על תהליך ההחלמה והשיקום.

כיצד ניתן לטפל בהפרעת פוסט-טראומה?

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד טראומה: טיפול זה מהווה הגישה המומלצת ביותר לקו טיפול פסיכולוגי ראשון, הנתמך במחקרים רבים. הוא מתמקד בקשר שבין מחשבות, רגשות והתנהגויות הקשורות לטראומה ומטרתו לסייע להפחתת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים. במסגרת טיפול זה, מקובלות כמה תתי-גישות עיקריות:

- טיפול **בחשיפה ממושכת** (Prolonged Exposure): חשיפה הדרגתית לזיכרונות הטראומטיים במסגרת טיפולית בטוחה ולגירויים מהם קיימת הימנעות, מתוך מטרה להפחית את החרדה והעוררות הרגשית.
- עיבוד קוגניטיבי (Cognitive Processing Therapy): התמקדות בזיהוי ושינוי דפוסי חשיבה מעוותים ולא מסתגלים הקשורים לטראומה ("זה היה באשמתי", "העולם אינו מקום בטוח").
- טכניקות ניהול חרדה: למידת טכניקות כמו הרפיה, מיינדפולנס, הסחת דעת מובנית.

טיפול EMDR: גישה טיפולית מבוססת ראיות הנשענת על עיבוד מחדש של זיכרונות טראומטיים. הטיפול משלב חשיפה לזיכרונות טראומטיים תוך גירוי דו-צדדי של מערכת העצבים (למשל באמצעות תנועות עיניים). תהליך זה מאפשר לעבד את הזיכרון בצורה בטוחה ולאחסן אותו כזיכרון שאינו מעורר מצוקה רגשית עזה.

טיפול פסיכודינמי: מטרתו של טיפול פסיכודינמי בהפרעת דחק פוסט טראומטית היא עיבוד מעמיק של החוויה הטראומטית ושל השלכותיה על אישיות האדם ועל מהלך חייו. הטיפול אינו מתמקד בהקלה סימפטומטית, ולכן מתאים פחות למצבים בהם יש צורך בהקלה מיידיית בתסמינים.

טיפול פסיכיאטרי: מאחר וההפרעה הפוסט טראומטית מלווה בחוויה עזה של חרדה ולעיתים אף דיכאון, ניתן לפנות לייעוץ פסיכיאטרי להתאמת טיפול תרופתי שמטרתו הפחתת עוצמת הסימפטומים.

הפרעת דחק - Acute Stress Disorder - אקוטית

הפרעת דחק אקוטית היא תגובת דחק העלולה להתפתח בתוך ימים ספורים לאחר חשיפה לאירוע המאיים על שלמותו הפיזית או הנפשית של האדם כמו אסון, תאונת דרכים, מלחמה או תקיפה. מצב זה מתבטא במגוון תסמינים הכוללים מחשבות וזיכרונות חודרניים של האירוע, תגובות דיסוציאטיביות, עוררות מוגברת והימנעות מגירויים אשר עשויים להזכיר את האירוע הטראומטי.

הפרעת דחק אקוטית דומה במאפייניה **להפרעת דחק פוסט-טראומטית – PTSD**, אך נבדלת ממנה במשך הזמן הנדרש לצורך אבחנה: היא מאובחנת כאשר התסמינים נמשכים בין שלושה ימים לחודש ממועד האירוע, בעוד ש-PTSD מאובחנת רק כאשר התסמינים נמשכים מעבר לחודש. מאחר שכמחצית מהאנשים עם PTSD חוו בשלב מוקדם הפרעת דחק אקוטית, לזיהוי ולטיפול מוקדם יש חשיבות רבה.

מה הם התסמינים הקליניים של הפרעת דחק אקוטית?

הפרעת דחק אקוטית מאופיינת בתגובה עזה ומיידיית לאירוע טראומטי, המתפתחת בטווח של ימים ספורים מהחשיפה לאירוע. האדם ממשיך לחוות את ה**טראומה** מחדש גם לאחר שהאיום חלף דרך זיכרונות חודרניים, סיוטים או הבזקים חוזרים שבהם נדמה כי האירוע מתרחש שוב. תסמינים אלו מעוררים מצוקה נפשית ניכרת ולעיתים אף תגובות גופניות בעוצמה גבוהה.

המצב מלווה לרב בדריכות יתר, קושי להירגע ותחושת סכנה מתמדת. חלק מהאנשים עשויים להתקשות להירדם, להגיב בעוצמה לגירויים פתאומיים או לחוות התפרצויות כעס. תסמינים נוספים כוללים תגובות של ניתוק מהמציאות או מהעצמי, כמו תחושת זרות או קהות רגשית.

מצבי דחק אלו מלווים לעיתים קרובות בהימנעות מגירויים המזכירים את האירוע ובמחשבות שליליות כלפי העצמי או הסביבה. לעיתים מופיעות גם תחושות גופניות כמו סחרחורת, כאבי ראש או רגישות לרעש, שאינן נובעות בהכרח מפגיעה פיזית, אלא מבטאות את עוצמת הדחק.

אבחנה על פי ה-DSM-5-TR

לפי עידכון המהדורה החמישית של המדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות של איגוד הפסיכיאטרים האמריקני (DSM-5-TR), אבחון ההפרעה נסמך על קיומם של הקריטריונים הבאים:

א. חשיפה לטראומה: האדם נחשף למוות ממשי או מאיים דרך חשיפה ישירה, עדות ישירה, מידע על אירוע טראומטי לבן משפחה/חבר קרוב, או חשיפה חוזרת במהלך ביצוע תפקיד מקצועי.

ב. נוכחות של תשעה (או יותר) תסמינים מכל אחת מחמשת הקטגוריות הבאות, אשר החלו או החמירו לאחר החשיפה לאירוע הטראומטי:

1. תסמינים חודרניים:

- זיכרונות חוזרים, בלתי רצוניים וחודרניים מהאירוע הטראומטי
- חלומות חוזרים ומעוררי מצוקה הקשורים לאירוע הטראומטי
- תגובות דיסוציאטיביות (כמו פלאשבקים) שבהן האדם מרגיש או מתנהג כאילו האירוע הטראומטי מתרחש שוב
- מצוקה פסיכולוגית ממושכת וקשה או תגובות פיזיולוגיות משמעותיות בתגובה לתזכורות מהאירוע הטראומטי

2. מצב רוח שלילי:

- חוסר יכולת מתמשך לחוות רגשות חיוביים (למשל אושר, סיפוק, או רגשות אהבה)

3. תסמינים דיסוציאטיביים:

- שינוי בתחושת המציאות ביחס לעצמי או לסביבה
- חוסר יכולת לזכור היבט חשוב באירוע הטראומטי

4. תסמינים הימנעותיים:

- הימנעות או מאמצים להימנע מזיכרונות, מחשבות או רגשות הקשורים לאירוע הטראומטי
- הימנעות או מאמצים להימנע מתזכורות חיצוניות (כמו אנשים מקומות, פעילויות, מצבים) המעוררים זיכרונות, מחשבות או רגשות הקשורים לאירוע הטראומטי.

5. תסמיני עוררות:

- קשיי שינה (למשל קושי להירדם או לישון באופן רציף, או שינה חסרת מנוח)
- התנהגות עצבנית והתפרצויות זעם
- ערנות יתר
- קשיי ריכוז
- תגובות בהלה מוגזמות

ג. משך ההפרעה (על פי התסמינים בקריטריון ב') הוא בין 3 ימים לחודש לאחר החשיפה לטראומה. לרוב התסמינים מתחילים מיד לאחר הטראומה, אך רק במסגרת התקופה המצוינת הם נחשבים לשם אבחון ההפרעה.

ד. פגיעה תפקודית: מצוקה משמעותית או פגיעה בתפקוד יום-יומי משמעותי

ה. התופעות לא נגרמות בגלל טיפול תרופתי, חומרים ממכרים או מחלה

מה הם גורמי הסיכון להתפתחות הפרעת דחק אקוטית?

חשיפה לטראומה היא כאמור גורם סיכון ראשון להתפתחות ההפרעה, אך רק חלק מהאנשים שנחשפים לאירוע טראומטי יפתחו תגובת דחק חריפה. מחקרים מראים כי שיעור ההפרעה באוכלוסיות שנחשפו לאירוע טראומטי נע בין פחות מ-20% בעקבות אירועים שאינם כוללים פגיעה בין-אישית (כמו תאונות דרכים), ועד 50% במקרים של טראומות בין-אישיות (כמו תקיפה מינית או פיזית).

הסיכון להתפתחות ההפרעה עולה כאשר קיימים גורמי סיכון רגשיים, סביבתיים וביולוגיים: גורמים רגשיים כוללים רקע של הפרעה נפשית קודמת, נטייה לעוררות שלילית גבוהה (כמו דיכאון או חרדה), נטייה לפרש את האירוע באופן קטסטרופלי וסגנון התמודדות הימנעותי. גורמים סביבתיים כוללים היסטוריה של טראומות קודמות. גורמים ביולוגיים כוללים תגובתיות גופנית מוגברת, כמו רפלקס בהלה מוגבר, העשוי להעיד על פגיעות מוקדמת לדחק.

טיפול

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד טראומה הוא הטיפול המומלץ כיום להתמודדות עם הפרעת דחק אקוטית. מחקרים מצביעים על כך שטיפול קצר וממוקד – לרב חמישה-שישה מפגשים במהלך החודש הראשון לאחר החשיפה לאירוע הטראומטי, עשוי להפחית משמעותית את עצמת התסמינים ולמצמצם את הסיכון להתפתחות PTSD. במסגרת טיפול זה, מקובלות כמה תתי-גישות עיקריות:

- **טיפול בחשיפה ממושכת (Prolonged Exposure):** חשיפה הדרגתית לזיכרונות הטראומטיים במסגרת טיפולית בטוחה ולגירויים מהם קיימת הימנעות, מתוך מטרה להפחית את החרדה והעוררות הרגשית.
- **עיבוד קוגניטיבי (Cognitive Processing Therapy):** התמקדות בזיהוי ושינוי דפוסי חשיבה מעוותים ולא מסתגלים הקשורים לטראומה ("זה היה באשמתי", "העולם אינו מקום בטוח").
- **טכניקות ניהול חרדה:** למידת טכניקות כמו הרפיה, מיינדפולנס, הסחת דעת מובנית.
- **פסיכואדוקציה:** מתן מידע על תגובות דחק נפוצות לאחר טראומה, לצורך נרמול החוויה והפחתת בלבול, בושה או חרדה הקשורים לתסמינים.

בנוסף, נחקרים כיום קווי טיפול משלימים שמטרתם להקל על תסמינים אקוטיים ולמנוע התפתחות PTSD. מחקרים מצביעים על התערבויות מוקדמות – לעיתים כבר בחדר המיון – הכוללות חשיפה מבוקרת או פעולות בעלות עומס חזותי (כמו משחקי מחשב), שמטרתן להפחית את התגבשות של זיכרונות חודרניים. עם זאת, מדובר בממצאים ראשוניים הדורשים מחקר נוסף.

פוסט טראומה מורכבת - Complex PTSD

הפרעת דחק פוסט-טראומטית עלולה להתפרץ בעקבות חשיפה לאירוע יחיד המאיים על שלמות בריאות הפיזית והנפשית של אדם. היא כוללת תסמינים שונים כמחשבות וזיכרונות חודרניים על האירוע, סינטי לילה, הימנעות מגירויים המזכירים את האירוע, והיא פוגעת בתחומי חיים משמעותיים שונים. אך מה קורה כאשר אדם נחשף למצבים טראומטיים באופן מתמשך וחזרתי? המונח "פוסט טראומה מורכבת" מתייחס לפגיעה הנפשית הרב-מערכתית העלולה לנבוע ממצבים כאלה.

המהדורה העדכנית ביותר של המדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות של איגוד הפסיכיאטרים האמריקני (DSM-5-TR), אינה מכירה באבחנה זו. עם זאת, היא נכללת במהדורה ה-11 של מסמך סיווג המחלות הרשמי של ארגון הבריאות העולמי (ה-ICD). בנוסף, קיים דיון נרחב בקהילה המקצועית על הרלבנטיות שלה, כמו גם שימוש קליני בה הלכה למעשה.

כיצד התפתח המושג פוסט-טראומה מורכבת?

המושג הוצע לראשונה על-ידי הפסיכיאטרית ג'ודית לואיס הרמן ב-1992 בספרה "טראומה והחלמה", תחת השם "הפרעת לחץ פוסט-טראומטית מורכבת". הוא התייחס למכלול התסמינים השכיחים אצל אנשים הנמצאים במצבים טראומטיים מתמשכים, ובתוך יחסי שליטה, כך שהבריחה קשה או אף בלתי אפשרית (שבי, עבדות, מחנות ריכוז, גילוי עריות או אלימות פיזית חוזרת בילדות). פעמים רבות, מדובר במצבים בהם הפגיעה נעשית במסגרת קשר קרוב וכן בשלב מוקדם בחיים.

הרמן ביקשה להבחין בין חשיפה למצבים אלה ובין חשיפה לאירועים טראומטיים יחידים, ובתוך כך להצביע על ההשלכות הייחודיות של פגיעות מתמשכות. בניגוד למצבי טראומה חד פעמית, במצבי טראומה מורכבת לאדם אין אפשרות להתאושש, לשקם את המשאבים שנפגעו ולגייס תמיכה: הוא חשוף שוב ושוב לאירועים טראומטיים או דרוך לקראת בואם, ונמצא במצב הישרדותי תמידי.

לפי תפיסתה, מצבי טראומה מורכבת דורשים מהאדם להפעיל מנגנוני הגנה עוצמתיים ומונעים ממנו לרכוש תחושה בסיסית של ביטחון, יכולת ואמון באנשים אחרים. זאת, לא פעם, בתוך קשרים ראשוניים בהם הוא תלוי לרווחתו ולהתפתחותו. בשל כל אלה, פעמים רבות אנו רואים אצל נפגעי מצבים כאלה השפעה נרחבת על התפתחות האישיות ועל היכולת לקיים יחסים בין אישיים. לצד זאת, מושג זה כולל גם את התסמינים האופייניים להפרעת דחק פוסט-טראומטית.

הפרעה רשמית נוספת החולקת תסמינים שונים עם מושג זה היא [הפרעת אישיות גבולית](#). מאז הופעתו של המושג "פוסט-טראומה מורכבת" קיים ויכוח מקצועי בנוגע ליחס בינו ובין הפרעת אישיות זו. אלה המקדמים אבחנה רשמית של פוסט טראומה מורכבת ב-DSM, למשל, טוענים לשכיחותם של אבחונים שגויים של נפגעות ונפגעים של טראומה ממושכת כבעלי הפרעת אישיות גבולית וסבורים כי הדבר גורם נזק בשל ההבדלים ביניהן והצורך באבחון וטיפול ייעודי לנפגעים.

מה הם התסמינים הקליניים של פוסט-טראומה מורכבת?

ספרה של הרמן לא יצא בחלל ריק אלא התאפשר הודות לעבודה חלוצית ומשמעותית של ארגונים חברתיים דוגמת התנועה לשחרור האישה בארצות הברית. במשך השנים, המושג פותח וזכה לשמות שונים, ביניהם "תסמונת פוסט-טראומטית מורכבת" או "הפרעת דחק פוסט-טראומטית מורכבת". המונח מתייחס כאמור לחשיפה ממושכת לטראומה, פעמים רבות במסגרת קשר קרוב עם המתעלל. יחד עם זאת, ישנן עדויות לאנשים הסובלים ממקבץ תסמינים זה גם בעקבות אירוע יחיד.

תפיסת המושג כיום כוללת תסמינים שונים האופייניים להפרעת דחק פוסט-טראומטית אך נוספים להם כמה תסמינים חמורים ועיקשים אחרים הקשורים בפגיעות בפונקציות עצמי שונות:

- קשיים בויסות רגשות ודחפים (למשל קושי בשליטה בכעס, פגיעה עצמית, מחשבות אובדניות, נטילת סיכונים מוגברת, התנהגות מינית לא מווסתת, שימוש בחומרים כאלכוהול וסמים).

- שינויים בתודעה (כגון אמנזיה דיסוציאטיבית, ובמצבים קיצוניים אף [הפרעת זהות דיסוציאטיבית](#)).

- פגיעה בזהות העצמית ובדימוי העצמי (בטחון עצמי ירוד, היעדר אהבה עצמית, תפיסה העצמי כמופחת, מובס, או חסר ערך).

- תחושות של בוש, אשמה או כישלון הקשורים לאירועים הטראומטיים.

- קשיים בקיום מערכות יחסים מיטיבות ובתחושת קרבה לאחרים (היעדר אמון, קורבנות חוזרת – דהיינו התנהגות משחזרת של הטראומה לרוב מתוך רצון להשגת שליטה וחוויה מתקנת).

- סומטיזציה (כאב כרוני, קשיים בתחום המיני, קונברסיה ועוד).

תסמינים אלה גורמים לפגיעות בתחומי חיים משמעותיים: אישי, משפחתי, חברתי, לימודי, תעסוקתי ועוד.

כיצד ניתן לטפל בפוסט-טראומה מורכבת?

כפי שעולה מכתביה קלינית אודות הטיפול באנשים נפגעי טראומה מתמשכת הסובלים ממכלול תסמינים זה, שיטות הטיפול היעילות לפוסט-טראומה עלולות להיות בעלות יעילות מוגבלת לטיפול בפוסט-טראומה מורכבת. בנוסף, ההתעללות המתמשכת במסגרת קשרים ראשוניים וקרובים מתבטאת לא פעם בקושי מהותי בביוס יחסי אמון וביצירת קשר ותהליך טיפולי.

עם זאת, ישנן שיטות שונות שנמצאו יעילות במחקר, ביניהן [טיפול דיאלקטי התנהגותי \(DBT\)](#) וכן התאמה של שיטות טיפול בפוסט-טראומה כגון [עבוד מחדש והקניה שיטתית באמצעות תנועות עיניים \(EMDR\)](#) כמו גם טיפול קבוצתי.

טיפול בטרומה - Trauma Therapy

אנשים רבים ברחבי העולם, ובישראל בפרט, יחשפו במהלך חייהם לאירוע בעל אופי טראומתי, המאיים על שלמותם הפיזית או הנפשית כמו אסון, מלחמה, תאונת דרכים או תקיפה. לעיתים, חוויה טראומטית ממשיכה "להתרחש" בנפשו של האדם גם לאחר שהסתיימה בפועל, ועלולה להוביל לפגיעה באיכות החיים ובתפקוד בתחומי החיים השונים.

בעוד שמרבית האנשים מצליחים לשוב לאחר אירוע טראומתי בתוך זמן קצר לתפקוד רגשי ותפקודי תקין, כ- 7-10% מהאוכלוסייה מפתחים תסמינים פוסט-טראומטיים. בהתאם לאופי ולעוצמת התסמינים עשויות להתפתח תגובות שונות – החל מהפרעת דחק אקוטית, הפרעות דיסוציאטיביות, הפרעת דחק פוסט-טראומטית – PTSD ועד לפוסט-טראומה מורכבת.

מתי כדאי לפנות לטיפול בטרומה?

לאחר חשיפה לאירוע טראומתי, תגובות של מצוקה, בלבול או דריכות הן טבעיות ונורמליות. עם זאת, במקרים הבאים כדאי לשקול פנייה לטיפול נפשי מקצועי:

- **הופעת תסמינים פוסט-טראומטיים** כמו פלשבקים, סינטי לילה, דריכות יתר, הימנעות ממפגשים עם גירויים המזכירים את האירוע, קשיי שינה וריכוז.

- **הופעת תסמינים נפשיים אחרים** או מצוקה כללית אשר הופיעו לאחר האירוע. תגובה לטרומה יכולה להופיע גם בדרכים שאינן "קלאסיות", למשל בחרדה, דיכאון, שימוש בחומרים, תחושות אשמה ובושה, או שינויים ביחס לעצמי ולעולם.

- **המצוקה אינה פוחתת בהדרגה** לאחר מספר שבועות מהאירוע.

- **פגיעה משמעותית בתפקוד היום-יומי ובאיכות החיים** בעקבות האירוע.

פנייה מוקדמת לטיפול חשובה להקלת המצוקה, הפחתת הסיכון להחמרה ומניעת התפתחות הפרעה פוסט-טראומטית. מחקרים מצביעים על קיומו של "חלון הזדמנויות" טיפולי בתקופה הסמוכה לאירוע, שבו התערבות מוקדמת עשויה להיות יעילה במיוחד למניעת התפתחות תסמיני פוסט-טראומה ארוכי טווח.

איך מטפלים בטרומה?

הטיפול בטרומה מותאם באופן אישי לאדם ולמאפייני החוויה שעבר – מידת החשיפה, סוג התסמינים, משכם והאם מדובר במענה מונע סמוך לאירוע או להקלה או הפחתה של תסמינים קיימים. מקובלות כמה תתי-גישות עיקריות:

* **טיפול התנהגותי-קוגניטיבי (CBT)** ממוקד טראומה: טיפול זה מהווה הגישה המומלצת ביותר לקו טיפול פסיכולוגי ראשון בטרומה, הנתמך במחקרים רבים. הוא מתמקד בקשר שבין מחשבות, רגשות והתנהגויות הקשורות לטרומה ומטרתו לסייע להפחתת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים. במסגרת טיפול זה, מקובלות מספר שיטות טיפול ספציפיות:

- **טיפול בחשיפה ממושכת (Prolonged Exposure)**: טיפול קצר מועד המיועד לטיפול בהפרעה פוסט-טראומטית ולמניעת התפתחותה. הטיפול מבוסס על ההנחה שתסמיני טראומה נובעים מעיבוד בלתי מספק של האירוע הטרומטי, ומטרתו להפחית חרדה ועוררות באמצעות חשיפה הדרגתית לזיכרונות הטרומטיים ולגירויים מהם קיימת הימנעות.

הטיפול נמשך 8-15 פגישות של 90 דקות כל אחת, במתכונת של פגישה עד שתיים בשבוע. המסגרת הטיפולית כוללת לימוד טכניקות הרפיה, הסבר פסיכו-חינוכי על תגובות שכיחות לטרומה וכן חשיפה במציאות ובדמיון למצבים, מקומות או פעילויות שהמטופל נמנע מהן בגלל הקשר לאירוע הטרומטי.

- **עיבוד קוגניטיבי (CPT - Cognitive Processing Therapy)**: בבסיס השיטה עומדת ההנחה כי מה שאנחנו חושבים משפיע על מה שאנחנו מרגישים ועושים. לכן, הטיפול מתמקד בזיהוי ושינוי דפוסי חשיבה מעוותים ולא מסתגלים הקשורים לטרומה ("זה היה באשמתי", "העולם אינו מקום בטוח").

- **טכניקות ניהול חרדה:** למידת טכניקות כמו הרפיה, מיינדפולנס, הסחת דעת מובנית.

- **טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד טראומה לילדים (TF-CBT):** גישה טיפולית מבוססת ראיות המיועדת לילדים ובני נוער בגיל בית הספר הסובלים מהפרעה פוסט-טראומטית ותסמינים נלווים נוספים.

הטיפול, הנשען בעיקרו על המודל הקוגניטיבי-התנהגותי ומשלב אספקטים של תיאוריות נוספות כגון תורת ההתקשרות וטיפול משפחתי, נועד לשפר ויסות רגשי וקוגניטיבי, לסייע להורים וילדים ליצור משמעות מחויות הטראומה, לעזור לילדים להתמודד עם טריגרים והימנעות, ולחזק את הביטחון האישי שלהם.

* **הקהיה ועיבוד מחדש באמצעות תנועות עיניים (Eye Movement Desensitization and Reprocessing):**

גישה טיפולית מבוססת ראיות הנשענת על עיבוד מחדש של זיכרונות טראומטיים. השיטה מבוססת על ההנחה שתסמיני טראומה נובעים מכך שהזיכרון הטראומטי לא עבר עיבוד מידע אדפטיבי וממשיך להשפיע על האדם בהווה באופן שלילי.

מטרת הטיפול היא לעבד מחדש את הזיכרון הטראומטי ולהפוך אותו לזיכרון רגיל שאינו מעורר מצוקה רגשית עזה. הטיפול מבוסס על פרוטוקול מובנה הכולל שמונה שלבים שונים, כאשר במוקדו עיבוד או הקהיה של הזיכרון תוך גירוי דו-צדדי של מערכת העצבים (למשל באמצעות תנועות עיניים).

* **טיפול פסיכודינמי:** מטרתו של טיפול פסיכודינמי בהפרעת דחק פוסט טראומטית היא עיבוד מעמיק של החוויה הטראומטית ושל השלכותיה על אישיות האדם ועל מהלך חייו. הטיפול אינו מתמקד בהקלה סימפטומטית, ולכן מתאים פחות למצבים בהם יש צורך בהקלה מיידי בתסמינים.

* **טיפול פסיכיאטרי:** אף כי קיים מחקר פעיל ונרחב בנושא, כיום אין בנמצא טיפול תרופתי ייעודי לפוסט-טראומה. יחד עם זאת, טיפול תרופתי יכול להקל על תסמינים נלווים כחרדה ודיכאון. ככזה, הוא אינו מהווה לרוב פתרון מספק לעצמו ונתפס כנלווה לטיפול נפשי.

* **טיפול בחשיפה לנרטיב (Narrative Exposure Therapy):** טיפול מבוסס פרוטוקול אשר פותח עבור נפגעי איזורי קונפליקט ומלחמות, החשופים לאלומות וסכנת חיים מתמשכת, בעיקר במדינות מתפתחות ונמצא יעיל עבורם יותר משיטות אחרות.

מדובר בטיפול קצר מועד הנמשך בין 4-12 פגישות של 90 דקות, וניתן להעבירו באופן פרטני או קבוצתי. במהלך הטיפול יוצרים המטפל והמטופל נרטיב קוהרנטי וכרונולוגי של חיי המטופל מלידה ועד ההווה, תוך שילוב הטראומה בסיפור החיים הכללי. התהליך מאפשר למטופל לארגן מחדש את זיכרונותיו, להבין את רצף האירועים ולהעניק משמעות חדשה לחוויות הטראומטיות.

חשוב לציין כי עבור חלק מהתגובות הנפשיות לטראומה קיימים טיפולים ייעודיים הנחשבים למתאימים יותר מהגישות הכלליות שהוזכרו לעיל. לדוגמה, לטיפול בהפרעת זהות דיסוציאטיבית פותחה "הגישה השלבית", עבור מקרים של פוסט-טראומה מורכבת נחשב הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי (DBT) ליעיל והמתאים ביותר. הבחירה בגישה הטיפולית המתאימה תתבסס על הערכה מקצועית, התסמינים הספציפיים והצרכים האישיים של המטופל.

מתקשה להתאושש ממה שקרה? בין הפרעת הסתגלות לפוסט טראומה

במהלך חייו, כולנו חווים לעתים אירועים קשים, או עוברים תקופות לחוצות במיוחד. מהתחלה של עבודה חדשה ומלחיצה, דרך משבר כלכלי, קשיים עם הילדים, בעיות בריאות, או [אובדן אדם קרוב](#). חלק מאיתנו חווה גם אירועים נקודתיים מטלטלים כגון תאונת דרכים, פיגוע, תקיפה מינית ועוד. בחלק מהמקרים, נתקשה במיוחד להתאושש, נחוש תחושות שליליות שונות ונתקשה לתפקד כפי שתפקדנו פעם. מה קורה לנו?

טבעי ושכיח לקחת קשה אירועים קשים. אבל אם הקושי מתמשך ומשבש את החיים, יכול להיות כי מתפתח מצב הדורש התייחסות. בהקשר זה, רצוי להכיר 3 הפרעות נפשיות המתעוררות בתגובה לחשיפה לאירוע טראומטי או גורם מעורר דחק: הפרעת הסתגלות, הפרעת דחק אקוטית (או חריפה), והפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD). חשוב להבחין ביניהן כי למרות הדמיון יש להן מאפיינים שונים, מהלך התפתחות אחר,

ובהתאם דרכי טיפול אחרות. זיהוי נכון הוא מפתח לטיפול מדויק ומתאים, ויכול לסייע להקלת המצוקה, הפחתת תסמינים, ובחלק מהמקרים למנוע התפתחות של הפרעה כרונית.

מה היא הפרעת הסתגלות?

הפרעת הסתגלות מתעוררת בתגובה לאירוע טראומטי או גורם מלחיץ. היא יכולה לבוא לידי ביטוי בצורות שונות: עם מאפיין בולט של מצב רוח מדוכא, **חרדה**, או שילוב של השניים, או להתבטא בהפרעת התנהגות, או בשילוב עם חרדה ודיכאון. בכל המקרים התגובה אינה מותאמת לחומרת או לעוצמת האירוע או הגורם המלחיץ וישנה מצוקה ופגיעה ניכרת בתפקוד בתחומי חיים שונים. התסמינים השונים צריכים להופיע תוך 3 חודשים מהחשיפה לגורם המלחיץ, ולהסתיים עד 6 חודשים מתום החשיפה. כמו-כן, אם התסמינים תואמים קריטריונים של הפרעה נפשית אחרת, היא זו אשר תאובחן.

האירוע או הגורם המלחיץ בבסיס ההפרעה יכול להיות מאורע יחיד, כמה מאורעות, או אירועים חוזרים או מתמשכים. דוגמאות לאירועים כאלה: גירושין, מחלה, בעיות כלכליות, אך גם אירועים המהווים חלק ממסלול התפתחות טבעי של אדם כמו יציאה מבית ההורים לעצמאות, הקמת משפחה, או פרישה.

מה הן הפרעות פוסט טראומטיות?

הפרעת דחק אקוטית ו**הפרעת דחק פוסט טראומטית** הן הפרעות דומות אשר ההבדל המרכזי ביניהן הוא התזמון בו הן מתפרצות. הפרעת דחק חריפה מתעוררת לפי ההגדרה בסמוך לחשיפה לאירוע הטראומטי, החל מ-3 ימים לאחריו, ויכולה להימשך עד חודש ממנו. לעומתה, הפרעת דחק פוסט טראומטית תאובחן רק החל מחודש לאחר האירוע. בחלק מהמקרים, הפרעת דחק חריפה תתפתח בהמשך להפרעת דחק פוסט טראומטית. זו סיבה נוספת מדוע חשוב כל כך לזהות באופן מדויק את ההפרעה, ולקבל מענה טיפולי מתאים.

התסמינים המרכזיים בהפרעות אלה הם חוויה מחודשת של הטראומה (בדרך של זיכרונות מטרידים, פלשבקים, סיוטים), תגובות בהלה, עוררות יתר, לצד ניסיונות להימנע מכל דבר המזכיר את האירוע, קשיי שינה, כעס, מחשבות שליליות על עצמו או על העולם, ולעתים גם תסמינים **דיסוציאטיביים**. כל אלה גורמים למצוקה קשה ופוגעים בתפקוד.

אירוע ייחשב טראומטי, כלומר יענה על קריטריון הבסיס לאבחון ההפרעות, רק בתנאים ספציפיים: כאשר מדובר בחשיפה ישירה לאירוע המאיים על החיים או מקרה של אלימות מינית, או בעדות מגוף ראשון לאירוע כזה אשר חווים אחרים. חשיפה עקיפה תיחשב רק כאשר מדובר באדם קרוב והאירוע אלים או מקרי, או במקרים של חשיפה חוזרת לפרטים אודות אירועים כאלה במסגרת מקצועית (למשל במקרה של מגישי עזרה ראשונה או אנשי משטרה).

אז איך מבחינים?

אפשר להצביע על 3 הבדלים מרכזיים בין הפרעת הסתגלות לשתי ההפרעות הפוסט טראומטיות:

- (1) **סוג האירוע או הגורם בבסיס ההפרעה:** בהפרעת הסתגלות הגורם המלחיץ יכול להיות מכל סוג ומכל דרגת חומרה, בעוד שבהפרעות פוסט טראומטיות מדובר באירוע חמור בעל מאפיינים ספציפיים.
- (2) **תזמון ומשך ההפרעה:** בעוד שהפרעת הסתגלות יכולה להתפרץ מיד לאחר האירוע ולהימשך עד 6 חודשים לאחר תום החשיפה אליו, הפרעת דחק אקוטית תאובחן רק החל מהיום ה-3 מהאירוע ועד לחודש ממנו, והפרעת דחק פוסט טראומטית רק החל מחודש לאחר החשיפה.
- (3) **אופי והיקף התסמינים:** כאמור, אין חפיפה מלאה בין התסמינים של ההפרעות השונות. אם אדם נחשף לאירוע טראומטי, והוא סובל מתסמינים העומדים בקריטריונים של אחת מההפרעות הפוסט טראומטיות, הוא יאובחן בה ולא בהפרעת הסתגלות. לעומת זאת, אדם יכול להיות מאובחן בהפרעת הסתגלות כאשר הוא סובל מחלק מהתסמינים של 2 ההפרעות הפוסט טראומטיות אך לא מכולם, או במקרה שיש לו את כל התסמינים אך הוא לא נחשף לאירוע התואם להגדרה של "אירוע טראומטי" של הפרעות אלה.

אז מה עושים?

אז אם אדם עבר תאונת דרכים ועתה הוא סובל ממצוקה רגשית ומתקשה לתפקד, האם יש לו הפרעת הסתגלות או פוסט טראומה, או שאולי בכלל משהו אחר?

לא כל כך מהר. המידע הבסיסי יכול לעזור, אבל עדיין לא יהיו לנו תשובות מלאות לשאלות האלה, וממילא רק איש מקצוע מוסמך יכול לתת את האבחנה. בנוסף, כמובן שלא תמיד מדובר בהפרעה מלאה, אלא לעתים בכמה תסמינים המבטאים קושי, וגם אליהם כדאי להתייחס. בשל כך, **כאשר יש קושי גדול בעקבות אירוע או תקופה קשים, חשוב לפנות לטיפול בכדי לאפיין את הקשיים, ולקבל את התמיכה והסיוע הדרושים.** בכל מקרה, מועיל להיות מודעים לנושא, להכיר את ההפרעות השונות ואת דרכי הטיפול המוצעות, ולקחת חלק בעיצוב המענה הטיפולי המתאים עבור כל אחד ואחת.