

תפקידו של הרופא הגדודי במניעת תגובות קרב ובטיפול בהן

סא"ל (מיל') ד"ר שבתאי נוי*

הפרט בלחץ הקרב

החייל בקרב נמצא בלחץ מאסיבי שנדיר כדוגמתו. האויב מנסה להעמידו בתנאי גיהנום על מנת שיוותר על רצון הלחימה. חבריו נהרגים ונפצעים, והוא עצמו חשוף כל הזמן לסכנת מוות. בנוסף לכך, נמצא החייל בקרב בתנאי חסך קשים: שתייה לא מסודרת, חוסר שינה, ומזון מוגבל. בתנאים אלה, כל חייל צפוי להתמוטטות. זו רק שאלה של זמן. לעתים, כאשר שני המחנות מותשים, מנצח הצבא שנשבר אחרון.

החייל בשדה הקרב נמצא כל הזמן בקונפליקט חריף: הישרדות מול מיליון חובתו לחבריו. אמון במפקד יגרום לנטייה למילוי החובה, בעוד שלחץ קרבות חזק וממושך יטה את הכף לכיוון של נסיגות להימלטות. החלטה להמשיך לעמוד בלחץ מלווה בהמשך החרדה. הכרעה בכיוון הפוך גורמת לתחושת אשם. לטווח רחוק הרגשת האשם וירידת הדימוי העצמי מסוכנים יותר. אם הלחץ נמשך ללא הפוגה, או אם יתרחשו אירועים קשים במיוחד, יהיו חיילים שיחששו חוסר אונים וירצו להתפנות לעורף. לפעמים השדר יהיה מילולי ישיר: החייל יגיד לרופא או למפקד שאינו יכול עוד, אך לרוב, בשל נורמות חברתיות ומצפוניות ורגשות אשם כלפי החברים שנשארים בקרב, לא יהיו קומוניקציה ישירה ואף לא מודעות אצל האדם עצמו. סימפטומים רפואיים, נפשיים, התנהגות חריגה ועוד כהנה וכהנה תגובות שונות מביעות את התחושה של חוסר האונים.¹ בחלק קטן מן הפניות הללו לפינוי משדה הקרב אין לחייל כל אפשרות להמשיך לפחות זמנית. במרבית המקרים החייל מהסס ואז הוא יכול להיעזר בעידוד ודרישה סמכותית מצד המפקד, החברים, או הרופא. יתר על כן, כאשר נראה כי חיילים אינם מסוגלים עוד לעמוד בלחץ, הם מחלימים ספונטנית וחוזרים לתפקידם לאחר מנוחה קצרה סמוך ליחידה, בעוד שחיילים המפונים לעורף מסתכנים בהמשך התגובה ללא החלמה או לפחות בתגובה ממושכת יותר.⁴

מחלישה אותו חומרית ומורלית. ולהיפך, ירידה במורל מולידה יותר נשירה בצורה של תגובות קרב.¹

הרפואה בקרב עוסקת בהצלת חיי אדם אך גם משרתת את המאמץ המלחמתי, ומסייעת להשגת המטרות תוך הפסד מינימלי בכוח אדם. לרפואה הצבאית שלוש מטרות עיקריות: הצלת חיי אדם; טיפול בנפגע על מנת למנוע נכות וסבל; סיוע לכוח הלוחם במניעה ובצמצום של אבדן כוח אדם מסיבות של פציעה או שחיקה בלחץ קרב. במלים אחרות, בשתי המטרות האחרונות מתמודדת הרפואה בתופעת תגובת הקרב ומנסה לצמצמה ככל האפשר. מטרות הרפואה שרירות בקרב אינטנסיבי, בחירום מתמשך (כוננות, החזקת קו), וברגיעה. צורת ההתמודדות בנשירה עשויה להיות שונה במצבי הקרב השונים.

העיסוק הנרחב של הרפואה בפינוי לעורף מחייב את הרופא להיות מודע לנזק שצופן הפינוי לעורף של חיילים בודדים מתוך יחידה לוחמת ושעיקרו הוא: החלשת הכוח הלוחם, לעתים במידה רבה מאוד וכן סיכון המפונים לאחור בנכות נפשית ממושכת או אף כרונית.

מחקרים שנערכו לאחר מלחמות שלום-הגליל ויום-הכיפורים מראים שנפגעי תגובות קרב אשר פונו לאחר הם במצב קשה יותר אפילו זמן ארוך לאחר המלחמה לעומת חיילים שטופלו ביחידה או סמוך לה והוחזרו אליה לאחר זמן קצר, ואפילו לעומת חיילים שלא פונו בכלל. מבחינה צבאית נוטים המפונים לאחור לעבור לצמיתות ליחידות שאינן לוחמות. מבחינה רפואית הם בעלי סימפטומים פוסט-טראומתיים ובעלי דימוי עצמי נמוך מאוד.²

כוח לוחם שואף לבצע את משימתו בצורה הטובה ביותר ובמינימום נפגעים, בעוד האויב שואף לסכל את ביצוע המטרה. ניצחון בקרב הוא היכולת להשיג את המטרה שתוכננה חרף הקשיים שהציב האויב, תוך שלילת אפשרותו של האויב להשיג את מטרותיו. לפי מודל זה מנסה כל צד לוחם להביא את היריב למצב שבו לא יהיה מסוגל עוד להמשיך ולבצע את מטרותיו, שיאבד את הרצון ואת היכולת ללחום.

כיצד מגיע צבא למצב של אבדן היכולת והרצון להילחם? לכאורה, ככל שירבו אצל היריב פצועים והרוגים, יפחת מספר הלוחמים, ויקטן כוחו. אך למעשה הדבר אינו כך, לפחות לא במישרין. בקרבות רבים בהיסטוריה הושג ניצחון חרף מספר גדול של פצועים והרוגים. אולם פצועים והרוגים אינם הנושרים היחידים משדה הקרב. משדה הקרב מפונים מספר רב של חיילים שלא נפגעו ישירות מנשק האויב, אך כתוצאה מן התנאים הקשים שנוצרו בקרב נשחקה יכולתם להילחם, ולו גם לזמן קצר. אלה הם הנפגעים העקיפים, הסובלים מתגובות הקרב. מספרם של הנפגעים העקיפים הללו גדול בדרך כלל פי כמה וכמה ממספר הפצועים. בתגובת הקרב נכללים נפגעים פיזיים שלא מנשק האויב (מחלות, תאונות), חיילים בעלי הפרעות התנהגות (פגיעות עצמיות, בעיות משמעת), תופעות בעלות ביטוי פסיכיאטרי ועוד. ככל שגדול לחץ הקרב כן יגדל מספר הנפגעים העקיפים. וככל שגדל מספר הנפגעים בתגובות קרב, קטן הסיכוי לבצע את המשימה בהצלחה. מספר תגובות הקרב קשור ישירות למורל ולרצון להילחם. נשירה רבה מן הכוח הלוחם

* לשעבר ראש ענף מחקר ובקרה במפקדת קצין רפואה ראשי.



פינוי נפגע תגובת קרב. צילום: מיכאל צרפתי "במחנה".

היחידה בלחץ הקרב

בקרב נאלץ החייל לוותר על עצמאותו על מנת לאפשר ליחידה לפעול בצורה יעילה. הוא יודע מעט על המתרחש ואפשרות השליטה שלו על הקרב ועל הישרדותו מעטה מאוד. מי שיוודע את תמונת הקרב הוא המפקד. כל עוד המפקד נתפס כמי שיוכיל את היחידה וכל אחד בתוכה לניצחון ולהישרדות, האמון בו יאפשר לחייליו ללכת בעקבותיו. אולם אם המפקד נתפס כאובד דרך, האמון בהישרדותם יתערער, וירבו הפניות לפינוי על מנת להינצל. האמון במפקד איננו סטאטי ומשתנה בהתאם להצלחת היחידה בקרבות. כאשר הלחץ כבד מאוד, האמון במפקד נמצא בסכנה של התערעור, ואז, כמובן, רב מספר הפונים לחפש להם ערוצי הימלטות. אם המפקד או הרופא מסכימים לפינוי, יבקשו זאת גם חיילים נוספים. חלק מן האמון במפקד וביחידה נובע מהאמונה שכולם מקבלים אותו הטיפול, שכל אחד נשאר לעזור לכלל. אם מסתבר שישנם המורשים לעזוב, ירצו גם אחרים להתפנות.

מבחינת היחידה מסכן אפוא פינוי של חיילים לאחר את המוראל ועלול לגרום להחלשות היחידה ולאי יכולתה לעמוד במשימות. לגבי הרפואה, זהו סיכון לריבוי של נפגעים גופניים ובעיקר לריבוי תגובות קרב.

גורמי תגובות הקרב: לחץ הקרב, והמנהיגות והלכידות כגורמי מנע

מחקרים מאז מלחמת העולם השנייה ניסו ללמוד את הגורמים לתגובות הקרב. חיפוש אחר מרכיבי אישיות הגורמים לכאורה להבדלים בחוסן האישי וביכולת העמידה בלחץ לא העלו עד כה כל ממצא שיכול להצביע על קיום מועדות אישיות לתגובות הקרב. יתר על כן, חיילים שנחשבו כמועדים בזמן הגיוס, ובכל זאת גויסו, לא הרבו להתפנות עקב תגובות קרב⁷ יותר מאחרים.

הגורם המסתמן כעיקרי באטיולוגיה של תגובות הקרב למיניהן הוא לחץ הקרב כשהוא מלווה בחסכים האופייניים בשתייה, שינה ומוזון. סקרים ומחקרים מראים קשר הדוק בין ימי לחימה

או מספר פצועים והרוגים, לבין תפוצת תגובות הקרב. כלומר, הקשר הוא בין עצמת הקרב לבין התפוצה של תגובות הקרב.⁸ מלחמות ישראל מלמדות גם הן על קשר בין תגובות הקרב לבין עצמת הקרבות. במלחמת יום הכיפורים היה השיעור הכולל של תגובות הקרב בעלות הביטוי הנפשי לפחות 30% מן הנפגעים, וביחידות מסוימות אף יותר. עיקרן היה בתקופות של לוחמה קשה, בקרבות הבלימה ובקרבות ההבקעה. כמובן שבקרבות אלה היו גם רוב הפצועים וההרוגים. בדיקת סוגי הנפגעים מדי יום מלמדת על הקבלה מלאה בין תגובות הקרב לפצועים.⁹ במלחמת שלום הגליל, שהייתה פחות קשה ממלחמת יו"כ, הגיע שיעור התגובות בעלות הביטוי הנפשי רק לכ-15%-20% מן הנפגעים. רוב התגובות הללו היו בחודשי יוני-אוגוסט, שבהם הייתה לחימה קשה וריבוי פצועים והרוגים.⁸ מרבית נפגעי תגובות הקרב הם מן היחידות הלוחמות. לדוגמה, הצבא האמריקני פינה כ-2% מכלל הכוח בשל תגובות קרב בעלות

ביטוי נפשי, במלחמת העולם השנייה. באוגדות הלוחמות שיעור זה היה גבוה יותר – כ-28% מן הכוח. גם בתוך האוגדה הקרבית הקרובים יותר להאש סבלו יותר. בדרג המסחר נפגע כשליש מהכוח בתגובות נפשיות, בעוד שהדרג המסייע איבד רק כשלושה אחוזים מכוחו. בכל אותו זמן, תגובות הקרב בעלות ביטוי סומטי עלו במספרן על התגובות בעלות הביטוי הנפשי.⁹ גם במלחמות ישראל היו הקרובים יותר לאש פגיעים יותר לתגובות קרב.¹⁰ יחידות מסוימות שהיו בתנאים קשים במיוחד במלחמת שלום הגליל איבדו בזמן קצר עד כשבעה אחוזים מן הכוח הלוחם.

סקרים מלמדים כי בתנאי לחץ דומים, יחידות בעלות מוראל גבוה, ולכידות ומנהיגות ברמה גבוהה מצליחות לצמצם את אבדן כוח האדם בצורה יעילה יותר מאשר יחידות שבהן לקויים מרכיבים אלה או שהם נחלשו בעקבות הקרבות.¹¹ מחקר פרוספקטיבי שנעשה במלחמת העולם השנייה הראה שיחידות בעלות מוראל גבוה לפני הקרב היו בקרב בעלות שיעור נמוך של תגובות קרב ביחס לפצועים, ולהיפך.¹² מחקר אחר הצליח לזהות במלחמת שלום הגליל יחידות בעלות שיעור גבוה של תגובות קרב מול פצועים כאשר האמון במפקד והלכידות ביחידה היו בשפל, וכאשר הלחץ היה קיצוני.¹³ היכולת של היחידה לצמצם את הנשירה של כוח האדם אפילו בתנאי לחץ קיצוני קשורה לגורם התמיכה החברתית. מחקרים רבים מעידים על הקשר בין מניעת תחלואה למיניה, לבין תמיכה חברתית במגזר האזרחי והצבאי. ביחידה הלוחמת יש למנהיגות וללכידות חשיבות מרכזית ביותר. חייל איננו לוחם לבדו. בהכרח הוא תלוי במפקדו ובחבריו. יכולתו לבטוח בכך שהם יודעים את המלאכה וכי אכפת להם ממנו היא בעלת ערך רב להישרדות. ביחידה שבה לקוי האמון במפקד ובחברים ושבה רמת הלכידות והמוראל יורדים, יש לצפות לריבוי של תגובות קרב תחת לחץ. כל זה נכון גם אם ערעור האמון והלכידות הם זמניים בלבד.¹⁴ הסתכלות על תגובות הקרב ממלחמת שלום הגליל מראה אף היא שהרוב המכריע של הנפגעים בא ממצבים של החלשות זמנית של המסגרת החברתית והפיקודית עקב תנאי קרב קשים.

תמונות קליניות

הפרט השרוי באימי המלחמה וחש שתם כוחו עשוי במודע או שלא במודע לשאת ולתת על הזכות להתפנות לאחר. משא ומתן על פינוי עלול להתבטא בסימפטום כלשהו, ופניה עם הסימפטום לרופא. הטיפול הרפואי היעיל מאפשר לחדש את הכוחות על ידי מנוחה מוגבלת, אך בעיקר הוא מחזיר לחייל את המָסָר שהוא בריא, ושהוא עדיין מסוגל לעמוד בלחץ ולחזור ולתפקד ביחידתו. המאפיין את התגובות ללחץ קרב, ולמעשה את

התגובות ללחץ טראומתי בכלל (כגון, תאונות, אסונות טבע, אונס, מחלות טרמינליות ועוד) הוא ריבוי של התמונות הקליניות והעדר קשר ישיר בין הגורם (stressor), לבין התמונה הקלינית. התגובה ללחץ טראומתי היא אמורפית, בעיקר בתחילת מהלך הסידור. היא כוללת את המערכת הגופנית והנפשית ומתבטאת בצורה סומטית, נפשית, התנהגותית, או בשילובים שונים של מרכיבים אלו. תגובות הקרב עלולות בקלות "לחקות" סינדרומים מוכרים אחרים ולהוות בעיה אבחונית למאבחן המנסה להגיע לאיתור הסינדרום לפי הופעתו החיצונית. לכן אין מאבחנים לפי הופעה חיצונית של הנפגע. האבחון נקבע לפי הידיעה על הלחץ (הקרב) והירידה הבולטת בתפקוד ללא חשיבות לצורת התגובה. סימפטומים בולטים יש גם להרבה חיילים בריאים. רק כאשר חלה ירידה בולטת ביכולת התפקוד של החייל מדובר על תגובות קרב. גם אז, סביר להניח שהירידה בתפקוד היא זמנית בלבד, ושטיפול יחזיר את החייל ליחידתו תוך זמן קצר מאוד. ניתן לחלק את תגובות הקרב לקבוצות עיקריות אך אין לראות בהן רשימה מלאה של כל האפשרויות:

- (א) תגובות בעלות ביטוי נפשי.
- (ב) תגובות בעלות ביטוי סומטי ומחלות.
- (ג) תאונות.
- (ד) פגיעות קלות שאינן מחייבות פינוי בזכות עצמן.
- (ה) בעיות משמעת.
- (ו) פגיעות עצמיות.
- (ז) שונות.

התגובות ללחץ קרב בעלות הביטוי הנפשי היו מוכרות עוד בזמן העתיק והוגדרו כתסמונת מאז מלחמת האזרחים בארה"ב. במלחמת העולם הראשונה נקבע עקרון הטיפול הקיים במהותו עד היום.¹⁵ בהדרגה הורחבה היריעה, ובין מלחמת העולם השנייה למלחמת ויאט-נאם, הוכללו בהדרגה בתגובות הקרב גם בעיות סומטיות והתנהגותיות.¹⁶

תגובות קרב בעלות ביטוי נפשי כוללות מגוון של תופעות נפשיות, חלקן מעוגנות היטב בספרות כתגובות פוסט-טראומטיות או תשישות, וחלקן אינן מוגדרות. עקרונית, קיימות בשדה הקרב תגובות המגזימות בביטוי רגשי כמו חרדה, כני, או רוגז קיצוניים, או להיפך, חוסר ביטוי רגשי, אפטיה, דיכאון וכדומה. קיום תגובה נפשית קיצונית איננו ביטוי לפתולוגיה. מצבים כאלה הם שכיחים בין לוחמים. המנצחים בקרב והמקבלים אותות גבורה נמצאים אף הם במצב נפשי כמו זה שתואר. רק כשיש נפילה קיצונית בתפקוד עם הדרישה לפינוי (מצד הפרט או מצד המערכת) יש

מקום להתערבות.

התגובות הסומטיות כוללות בעיות מגוונות של כאבים, ליקויי תפקוד גופניים למיניהם, מחלות חום וכד'. אין הכוונה רק לבעיות הידועות בשם פסיכוסומטיות. סקרים מראים שבתנאי לחץ, כאשר מתפוררת התמיכה החברתית (הלכידות היחידתית והפיקוד), עולה תפוצת כל המחלות, כולל מכות קור, שלשולים, מלריה, ואף עולה תפוצת מקרי המוות מכל הסיבות.¹⁷ חקר ההסבר הפיזיולוגי לקשר בין לחץ לבין בעיות סומטיות נמצא בחיתוליו. מסתמן קשר בין לחץ ממושך ללא תמיכה לבין התמוטטות המערכת החיסונית. מחקרים מראים התמוטטות מערכת זו כשקיים לחץ ללא יכולת שליטה וללא תמיכה חברתית.¹⁸ גם במחקר המעקב על נפגעי תגובות קרב בשלום הגליל מסתמן ריבוי של בעיות סומטיות ופסיכוסומטיות מאז המלחמה.¹⁹ תאונות, פציעות קלות וכן פגיעות עצמיות משמשות לעתים עילה לפינוי לאחר גם כשאין לכך הצדקה רפואית. כך גם בעיות המשמעת המרחיקות את החייל מתפקידו או מיחידתו בין אם בגלל נפקדות או עקב העונש על העבירות.

ב"שונות" נכללים ביטויים שונים ומיוחדים של תגובות ללחץ קרב שקשה לקבצן תחת שם מוגדר, ואולי דווקא משום כך הן עלולות לחמוק למרות עירנות הרופא הגדודי והמפקד. חייל שמשקפיו נשברו, והוא לא הכין לעצמו אחרים מבקש פינוי לגיטימי משדה הקרב. חייל שמלווה פצוע לתאג"ד ממשיך עם רכב הפינוי מעבר לתאג"ד ומוצא עצמו בעורף. אלה ואחרים, מקוריים כיד הדמיון האנושי הנלחץ על ידי אימת הקרב, כולם שייכים לקטגוריה האחרונה של תגובות קרב. פינוי תגובות אלה אחרונה, כפינוי של תגובות קרב אחרות, מסכן את החיילים בהחרפת התגובות והפיכתן לנכות כרונית. בנוסף לכך, במישור היחידתי, נשירתם של החיילים לעורף מחלישה, כאמור, את היחידה ומסכנת אותה באפידמיה של ריבוי בקשות לפינוי.

הביטוי הקליני החיצוני של תגובות קרב איננו קבוע לאורך זמן. קיימת השתנות מהירה מאוד של התסמונות וכן מעבר מהיר מאוד מקבוצה אחת לאחרת או לביטוי שונה באותה הקבוצה. בשלב הראשוני אין כל יכולת לנבא את מהלך התגובה. לכן אין לפנות לאחר עקב חומרת סימפטומים, ויש לטפל בכל נפגע קודם כל בטיפול קדמי ללא פינוי. רק אם לא הצליח הטיפול הקדמי יש להפנות לטיפול בדרג הבא.

מחקרים ראשוניים בנושא²⁰ וסקרים בעבר²¹ מלמדים שבקרבות קשים מאוד מרובי נפגעים פיזיים, יש לצפות לריבוי של תגובות קרב ושביטוי העיקרי יהיה נפשי. בהחזקת קו יש לצפות למספר קטן יחסי של תגובות קרב שיעלה בגלים עם עלות המתח המבצעי. הביטוי שלהן

יהיה בעיקר סומטי, משמעת, פגיעות עצמיות וכדומה. במצב של תכונה לפני קרב יש לצפות לעלייה בבעיות סומטיות.

אבחון ופרוגנוזה

מהדברים שהובאו כאן עלול להשתמע כאילו אין לרופא יכולת לאבחן תגובות קרב או להעריך פרוגנוזה. האבחון הנראה מסוכן לכאורה פשוט למעשה, כיוון שאינו מחפש תסמונת ספציפית אלא הכללה. הרופא הגדודי מאבחן כתגובה ללחץ קרב כל בקשה לפינוי (מצד הפרט או מצד המערכת) שלא נמצא לה בסיס אורגני לקושי המחייב פינוי לאחר. לא כל חייל המגיב בסימפטומים לאחר קרב מהווה תגובת קרב. סימפטומים רבים, גופניים ונפשיים (כמו קשיי שינה, מחשבות וחלומות חוזרים על המלחמה וכד') הם נורמליים בהחלט לאחר קרבות, ואינם מחייבים בהכרח התערבות רפואית. לעומת זאת, מקרי מחלה, תאונות או פגיעות עצמיות, למרות היותן בפטנציה תגובות קרב, מחייבות לעתים פינוי אחורה בגלל הנזק הגופני. בכל מקרה כזה, לפני ההחלטה יש לשקול נזק זה לעומת הסיכון מבחינה נפשית. האבחון של תגובת הקרב מבוסס על שני מרכיבים: (א) שלילת הפגיעה הפיזית, (ב) קיום מצב ברור של לחץ. העדרה של פגיעה רצינית, וקיומו של לחץ הקרבות מובילים לאבחון של תגובת קרב ולטיפול בהתאם. לכן, אבחון תגובת הקרב איננו גוזל זמן שאינו מופנה ממילא לבדיקה הרפואית. אם עסוק הרופא בהצלחת חיים, אין כל סיכון במתן הוראה לנפגעי תגובות הקרב לחכות בסבלנות לתורם. יש ערך מרגיע לעצם ההוראה לחייל שאינו פצוע ושאינו סכנה לחייו, ושלכן עליו לחכות לתורו עד שיתפנה הרופא. המפקד גם הוא ייטיב לעשות אם לא יודרו לפנות חיילים שמציגים סימפטומים, אלא יתמוך בהם וידרוש תפקוד. אם ביכולת המפקד לאפשר לחייל מנוחה מספר שעות ישתפר מצבו בדרך כלל. אך לעיתים, אפילו ללא מנוחה, הדרישה לתפקוד והתמיכה יהיו את העזרה הדרושה לחייל להמשיך ולתפקד.

אין כל יכולת פרוגנוסטית לנבא בדרג הטיפול הקדמי, מה יהיו תוצאות הפגיעה. הפרוגנוזה נעשית על בסיס סטטיסטי. מכיוון שרוב נפגעי תגובות הקרב יכולים לחזור לתפקידהם לאחר זמן קצר מאוד של שעות עד ימים, יש להתייחס לכל מקרה כבעל פרוגנוזה טובה עד שיוכח אחרת. לכן, בכל מקרה תגובת קרב ייעשה ניסיון טיפולי. ההתוויה הרפואית היא לטפל סמוך ליחידה תוך שמירת קשר עמה בכל מקרה של תגובת קרב, והחזרה ליחידה בזמן קצר עם או בלי מנוחה לפי הצורך. אם נמצא החייל כתנאי חסך קשים, יש לשקול השהיה במקום החזרה מיידית ליחידה. בבחינת יכולת ההחזרה ליחידה לעומת ההשהיה,

הקריטריון הטוב ביותר הוא רמת התפקוד. נפילה קיצונית בתפקוד עלולה לחייב השהיה קצרה כדי להחזיר לכושר תפקודי לפני ההחזרה ליחידה.

משמעות המניעה ליחידה ולמאמץ המלחמתי

על מנת להמחיש את הבעייתיות של הקשר בין גורל המערכה לבין תגובות הקרב נדגיש כי מספרי המפונים לאחר במלחמות שונות בגלל תגובות קרב עלול להיות גדול פי עשרה ויותר ממספר הפצועים וההרוגים. בצבא ארה"ב ב-1942 היו יותר מפונים לאחר בגלל תגובות קרב בעלות ביטוי נפשי בלבד מאשר נפגעים פיזית. צבא ארה"ב לא הצליח לגייס מילואים חדשים כדי להחליף את הנושרים, והלך והצטמק במהירות עד כדי כך שהיה צורך למנוע מעורבות בקרבות קשים לתקופה ארוכה.²² במשך המלחמה היו יחידות שפינו לאחר עד 1,600 תגובות נפשיות בשנה לכל תקן של 1,000 איש, ומספר המפונים עקב מחלות היה עוד גדול מזה.²³ בצה"ל, כשכל כוח המילואים מגויס כבר מימי הקרב הראשונים, ואין עתודה ממשית נוספת, מצב כזה של נשירה קיצונית של כוח אדם היה גורם לתבוסה במלחמה. במלחמת יום הכיפורים, כשחטיבות תפקדו במצבה של גדודים, ניתן היה לחוש את חשיבותו של כל חייל שנותר ביחידה לגבי יכולתה של כל היחידה להמשיך ולתפקד.

בשיתוף עם גורמים אחרים אמורה הרפואה לסייע לכוח הלוחם על מנת לאפשר לו להשיג את מטרותיו במחיר נמוך ככל האפשר בכוח אדם. את כמות הלחץ קובע האויב, אך יכולת העמידה נקבעת אצלנו, ולחיל הרפואה תפקיד חשוב בסיוע ליכולת העמידה.

הטיפול בגדוד בתגובת הקרב

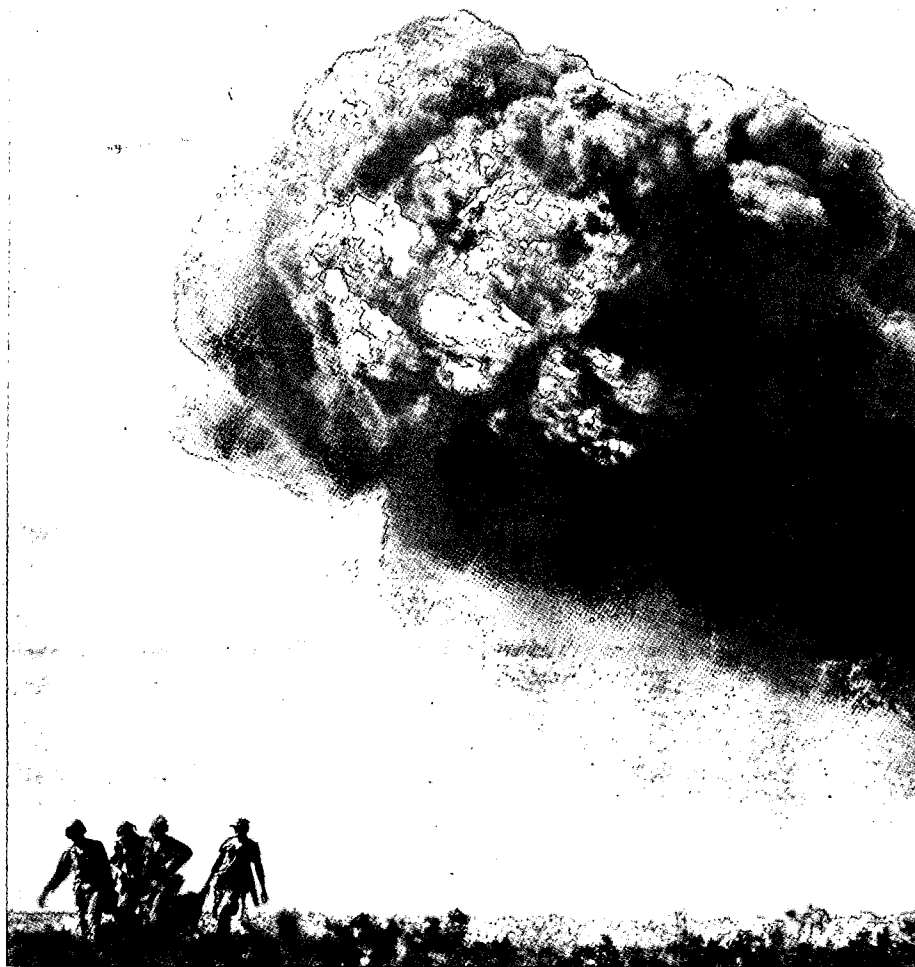
קיימים מספר עקרונות כלליים לטיפול בכל מצבי הלחץ הטראומטיים:

- (א) החזרה מהירה לתפקוד קודם.
 - (ב) הסתמכות על עזרתן של קבוצות תמיכה חברתיות.
 - (ג) הסרת תווית של מחלה והתייחסות לנפגע כבריא (unlabeling).
 - (ד) מתן לגיטימציה לשחרור רגשות וחוויות בין החיילים.
- הטיפול הקדמי בתגובת הקרב מאמץ גם הוא את העקרונות הללו ומיישםם בסיטואציה של שדה הקרב. הטיפול מיועד להחזרת החייל לתפקידו הקרבי בהקדם. הוא מחזיר לחבריו ולמפקדו ומסתמך על עזרתם כקבוצת התמיכה החשובה ביותר להישרדות בזמן הקרב. בהעדר חבריו ומפקדו ירגיש הנפגע בודד ובמקביל יחוש אשמה על בגידה בהם. כל זה יחמיר את מצבו תווית המחלה מוסרת על ידי ההתייחסות אל

הנפגע כלוחם. הוא נדרש ללכת במדים ולשאת נשק. אין מספקים לו שירותים שהוא יכול לבצע בעצמו. להיפך, ההתוויה הטיפולית היא להיעזר בו במידת האפשר. כמובן ששיא הורדת תווית המחלה מושג על ידי ההחזרה ליחידה. ההחזרה ליחידה איננה תוצאת הטיפול אלא חלק חשוב ממנו. שחרור רגשות מושג גם הוא באמצעות ההחזרה ליחידה. יחידה בעלת לכידות ומנהיגות תקינים מבלה הרבה מזמנה הפנוי מקרבות בשחזור המאורעות שחוו יחד. שחזור זה עם חבריו יעיל פי כמה מכל שחזור שיעבור בחדר הטיפול.

העקרונות הכלליים של הטיפול במצבי לחץ טראומטיים תורגמו בצבא ארה"ב בשתי צורות. נטבעה הסיסמה: "מיידיות, קרבה, ציפייה", והודגשו מיידיות התחלת ההתערבות מרגע שזוהתה הבעיה; סמיכות הטיפול ליחידת האם ושידור ציפייה ברורה לבריאות ולחזרה לתפקוד. ציפייה זו חייבת להיות לא רק אצל הרופא אלא בכל היחידה. אולם, הרופא חיוני ביצירת המודעות לציפייה. הגדרה אחרת לטיפול הייתה: "אפשרות לרגיעה קצרה מלחץ הקרב אך ללא ניתוק מהתמיכה היחידתית". גישה זו הדגישה את הרוורסיביליות המהירה של תגובות הקרב אם נותנים לנפגע מנוחה קצרה (זמן קצר במקום מוגן יחסית או שנת לילה רגועה ללא הפרעה) בהיסמכות על מערכת התמיכה היחידתית ומבלי לגרום לסיבוכים נוספים שייגרמו, אם יורחק מהיחידה.²⁴

המפקד מאבחן את תגובת הקרב לאחר שניסה באמצעיו להמשיך את תפקוד החייל ביחידה ולא הצליח. הרופא הגדודי מאבחן את הנפגע בתגובת קרב תוך כדי הניסיון לאבחון אם קיימת פגיעה. הטיפול הראשוני מתחיל עם האבחון, והוא קצר ופשוט עד כדי כך שאף הרופא העמוס במקרים קשים לא יתקשה לבצעו. הרופא מוסר לנפגע כי איננו פצוע וכי אין סכנה לחייו (הנפגע איננו יודע זאת בהכרח), ומוסר לו במלים מספר (ציפייה) שתוך זמן קצר הוא חוזר ליחידתו. זוהי התערבות קצרה מאוד שאיננה דורשת זמן מיותר מן הרופא העמוס. אם רוצה הרופא, העמוס בהצלחת חיים, בשיחה נוספת עם הנפגע, הוא יאמר לנפגע שעליו לחכות עד שיתפנה הרופא משום שאינו מקרה דחוף. הנפגע הנפשי יכול לחכות. אין המנוחה מזיקה לו, ועצם ההודעה שאינו מקרה דחוף ממחישה לו את הרגעת הרופא. עדיף מכך אף לספק לו איש צוות התאג"ד או הגדוד שיעסיקו כגיטיים בעזרה פעילה. אין להכנס לוויכוח עם הנפגע אלא להגיד לו את הדברים בטון מרגיע ואוהד, אך תקיף. יש להדגיש את הצד הבריא והמתפקד של החייל והציפיות ממנו. אם הרופא מאבחן עייפות וצורך עז במנוחה לפני ההחזרה לתפקוד מלא אפשר לתת השהיה קצרה ביותר.



השהיית הנפגע כתאג"ד עלולה להיראות לכאורה כנוגדת את עקרון הרפואה הצבאית של פינוי מהיר לעורף. ניגוד זה הוא לכאורה בלבד. הטיפול הרפואי הטוב ביותר נעשה בדרג הקדמי, קרוב ככל האפשר ליחידה, או בתוכה, והחייל מוחזר לתפקוד ביחידתו בהקדם.

בניגוד לפגיעות פיזיות אין פה שיקול של ניידות התאג"ד. פגועי תגובות קרב אינם רתוקים לאלונקה, אינם זקוקים לתנאים סטריליים, והם יכולים ללכת עם החי"ר או לנסוע ברכב מבצעי לוגיסטי. פינוי לאחר יבוצע רק אם נכשל ניסיון להחזרה ליחידה, או אם תנאי הקרב אינם מאפשרים השהיה, התקדמות עם הנפגע או החזרתו ליחידה.

ככלל, פינוי לאחר ייעשה רק לדרג הרפואי הקרוב ביותר, ורק ברכב יבשתי. צוותי בריאות הנפש נמצאים החל מפלוגת החר"פ החטיבתית (פח"ח) והפלוגות הקדמיות של גדוד הרפואה האוגדתי (גר"פ). אלה הם הדרגים הקרובים ביותר לפינוי מן הגדוד, ורק לשם יפוגו נפגעי תגובות קרב שהכרחי לפנותם.

עקרונות הטיפול על ידי צוותי בריאות הנפש אינם שונים מהותית מאלה שהותוו לרופא הגדודי. יתרונותיהם הם בידע המקצועי הספציפי, בהתמקדות בתגובות הקרב בלבד, ובזמן ההשהיה הארוך יותר (עד יומיים). חסרונם הבולט של צוות בריאות הנפש הוא מיקומו האחורי. אין היתרונות עולים על החסרון הזה. לכן, אין להעדיף פינוי לצוות זה כשניתן לטפל בגדוד.

מאחורי דרג החטיבה-אוגדה, קיימים שני דרגי בריאות נפש נוספים, פיקודי ומטכ"לי. הפינוי לכל אחד מהם נעשה רק לאחר שהטיפול לא הצליח בדרג הקודם, או כשאיננו מצוין טיפול בדרג הקודם. בכל דרג, מטרת הטיפול האופטימלית היא החזרה לתפקוד קרבי ביחידת האם. אולם ככל שהדרג עורפי יותר, מטרה זו קשה יותר להשגה. במלחמת שלום הגליל הצליחו חלק מהיחידות הקדמיות של בריאות הנפש להחזיר ליחידותיהם ולבריאות כ-90% מתגובות הקרב. (ממוצע ההחזרה בדרג הקדמי היה 60%). בדרגים האחוריים החזירו ליחידות רק 40% ו-16%²⁵. יש לצפות שהרופא הגדודי יצליח אף יותר מכך.

הרופא הגדודי במניעה

למניעת תגובות קרב מספר עקרונות יסודיים: חיזוק הפיקוד, ובאמצעותו שיפור הלכידות והמוראל.

מיסוד עקרון הציפייה.

חיזוק הציפייה על-ידי יצירת מודל של טיפול המחזיר נפגעים ליחידה.

טיפול בתגובות קרב נעשה הן בקרב והן ברגיעה. מניעה אפשרית בעיקר ברגיעה, מניעה ראשונית לפני קרב ומניעה שניונית אחריו. כזכור,

עזרתו של הרופא, הרואה את החיילים מנקודת ראות נוספת. הרופא יתריע על ריבוי נפגעים הן למפקד בחיפוש הדרי אחר מקורות לחץ ספציפיים, והן בדיווח לקרפ"ח ולקרפ"א, או בבקשת יעוץ מגורם מקצועי, למשל הקב"ן האוגדתי. (יעוץ כזה עדיף אם הוא נעשה באמצעות הזמנת הקב"ן ליחידה במקום שליחת נפגעים אליו). בנוסף לענייני תחלואה ושימור כוח אדם יכול הרופא להיות יועץ למפקד גם בנושאי התרופות משמעת, בעיקר משמעת בנושאי הישרדות והתגוננות. למשל, כשחיילי השריון משתזפים על הטנקים הם חשופים הן לפגיעה פיזית והן לריבוי תגובות קרב. כשיקרה משהו הם יתלוננו על המפקד שהזניח אותם ולא הקפיד על הכללים, ואמונם בו יתערער. הרופא שאיבחן תופעה כזאת ייטיב אם ידווח עליה למפקד ויבקש התערבות.

ברגיעה מפץ הרופא הגדודי ידע בקשר לעקרונות החזרת נפגעי תגובות הקרב ליחידתם, וממחיש זאת בדרך טיפולו. בצורה זאת הוא יוצר את הציפייה, וכך קטן הביקוש לפינוי. ולהיפך, ידועים מקרים בהם רופאים שנתקלו בריבוי תגובות קרב לא התייחסו לגורם הלחץ המשותף אלא טיפלו בכל אחד ואחד כבעיה רפואית

אמון במפקד, לכידות ומוראל הם הגורמים החשובים ביותר במניעת אבדן כוח אדם. חיזוק המפקד היא הדרך היעילה ביותר למניעה ראשונית ושניונית. מפקד טוב הנוסך בחיילים תחושה שהוא יודע מה הוא עושה ושהוא יביא את היחידה לניצחון ולהישרדות, ובנוסף לכך, הוא יודע להקשיב לחייל ולמצוקותיו ולעזור לו בפתרונות, אך דורש ממנו תפקוד מקסימלי, יביא לכך שביחידתו יקטן עד למינימום מספר תגובות הקרב בפרט, והנפל בכלל. במצבי לחץ קיצוניים, גם המפקד הטוב עלול להפסיק לתפקד כמפקד לזמנים קצרים. יועציו הם אלה שאמורים להתריע לפניו על כך ולהציע תיקון. בדרג האוגדה קיימים יועצים לעניין זה: הקב"ן האוגדתי, הרופא האוגדתי, השליש, ואף הפסיכולוג האוגדתי. בדרג הגדוד קיים רק הרופא כיועץ למפקד בנושא צמצום אבדן כוח אדם ומניעת תחלואה. למרות שהכשרתו של הרופא בנושא מניעה מינימלית, תרומתו עשויה להיות רבה, ובכל מקרה אין לו תחליף.

הרופא מניח שהמפקד יודע את תפקידו ובוודאי שהרופא אינו מתמצא טוב מן המפקד בעקרונות מנהיגות. אולם דווקא המפקד הטוב, המותש בעקבות קרבות או מתח מבצעי, יעריך את

סיכום

הרופא הגדודי משמש כיועץ היחיד למפקד בדרג הגדוד בנושא צמצום אבדן כוח אדם מקרב הכוח הלוחם מסיבות רפואיות ואחרות. הוא גם האיש הממונה על מניעת נכות נפשית לפרט ואין תחליף לעבודתו בטיפול בתגובות הקרב ובמניעתן. בהעדר תוכנית מניעה, עלולה הפניה אחת לעורף לגרום למגפת פינויים. לכן עוסק הרופא הגדודי הן בטיפול ישיר בתגובות הקרב (נפשיות, פציעות שטחיות וכד') באמצעות מנוחה, ציפייה והחזרה ליחידה, והן בייצוץ למפקד בנושאי שימור כוח אדם. רק אם נכשל הטיפול או כאשר בגלל תנאי קרב הוא בלתי אפשרי, מותר הפינוי לאחר, וגם אז, רק לדרג הבא ולא בהיטס לעורף.

הערות

1. מלינס וגלס, 1973; סטאופר, 1949; נירי וסולומון, 1983.
2. סולומון, בנבנישתי ושיפיר, 1986.

ספציפית הזקוקה לרופא מומחה בעורף. תוך ימים ספורים הפכו הפינויים למגפה עד כדי השבתת גדוד שלם.²⁶ החייל בלחץ לומד מה הם דרכי הפינוי האפשריות, והוא לוחץ במודע ושלא במתכוון על הרופא להשתמש בהן. אי ההתייחסות לגורם הלחץ ופינוי שלא לצורך גורמים למגפה של פניות מאותו הסוג ודומות. כך, טיפול ומניעה לקויים הביאו במקרים מסוימים לריכוז פגיעות עצמיות, בעיות נפשיות ופניות סומטיות. אין לשכוח שבנוסף להחלשת היחידה נגרם נזק ממושך למפונים עצמם.

כיוון שתפקיד המפקד כאדם חשוב לבריאות הנפש של כל היחידה, רצוי, בעיקר אחרי קרבות או בזמן מצוקה אחר, להקדיש זמן לשיחות עם המפקד ולאפשר לו לבטא באוזני איש מקצוע מבוגר את חששותיו ולבטוח. לרוב, הקשבה בלבד מספיקה כדי לאפשר למפקד הגדוד החלמה ספונטנית ללא עזרה נוספת.

ביבליוגרפיה

- ניר, שבתאי: תגובות קרב: גורמים, דרכי ביטוי, טיפול ומניעה. צבא ההגנה לישראל, מפקדת קצין רפואה ראשי, מחלקת בריאות הנפש, ענף מחקר, 1984.
- ניר, שבתאי: תגובות קרב: גורמים, טיפול ומניעה. צבא ההגנה לישראל, מפקדת קצין רפואה ראשי, מחלקת בריאות הנפש, ענף מחקר, 1982.
- ניר, שבתאי; נירי, חן; ייגר רון: ריכוז פניות לרופא כביטוי למצב לחץ. צבא ההגנה לישראל, מפקדת קצין רפואה ראשי, מחלקת בריאות הנפש, ענף מחקר, 1986.
- סולומון, זלבה; בנבנישתי, רמי; שיפיר, שמעון: הערכת יעילות הטיפול הקדמי בנפגעי תגובות קרב במלחמת של"ג. צבא ההגנה לישראל, מפקדת קצין רפואה ראשי, מחלקת בריאות הנפש, ענף מחקר, 1986.
- סולומון, זלבה; שורצוולד, יוסף; וייסנברג, מתתיהו: הערכת מסיכוסוציאלית של חיילים שנפגעו בתגובות קרב במלחמת שלום הגליל. צבא ההגנה לישראל, מפקדת קצין רפואה ראשי, מחלקת בריאות הנפש, ענף מחקר, 1984.
- קופרמן חיים: לקחי הצבא האמריקני לגבי נפגעים נפשיים בקרב. צה"ל, אכ"א, מחלקת מדעי ההתנהגות, 1973.
- Beebe G.W. & Apple, J.W., Variation in Psychological Tolerance to Ground combat in World War II. National Academy of Sciences, National Research Council, Div. Medical Sciences, Followup Agency, Washington D.C., 1951.
- Beebe, G.W., & Debakey, M.F., Battle Casualties, Incidence, Mortality and Logistic Considerations. Charles Thomas Pub. Springfield, Ill. 1952.
- Brill, N.Q., & Beebe, G.W. Some Applications on a Followup Study to Standards for Mobilization. American Journal of Psychiatry, 1952, 109.

3. ניר, 1984.
4. סולומון, בנבנישתי ושיפיר, 1986.
5. קופרמן, 1973; ניר, 1982, 1985.
6. ניר, 1982; מרל, 1979; מלינס וגלס, 1973; ביבי ואפל, 1951; ביבי ודייבקי, 1952.
7. לבב ושות', 1979.
8. ענף מחקר ברה"ן, קובץ נפגעים.
9. מלינס וגלס, 1973.
10. לבב, 1979; ניר, 1985.
11. מרל, 1979; ניר, 1982.
12. סטאופר, 1949.
13. נירי וסולומון, 1983.
14. ניר, 1982, 1984.
15. סלמן, 1919; מלינס וגלס, 1973.
16. ביבי ואפל, 1951; דפוי, 1978; מלינס וגלס, 1973.
17. ניר, 1982, 1984; מרל, 1979; מלינס וגלס, 1973.
18. סליגמן, 1975.
19. סולומון, שורצוולד וייסנברג, 1984.
20. ניר, 1984.
21. סטאופר, 1949; מרל, 1979.
22. מלינס וגלס, 1973.
23. ביבי ודייבקי, 1952; ביבי ואפל, 1951.
24. מלינס וגלס, 1973.
25. ניר, סולומון ובנבנישתי, 1983.
26. נירי וייגר, 1986.

- Prevalence of Combat Psychiatric Casualties, I.D.F., Medical Corps., Mental Health Dept., Research Branch, 1983.
- Noy, S., Solomon, Z., & Benbenishti, R., Forward Treatment of Combat Reactions, a Testcase in the War in Lebanon, 1982. I.D.F., Medical Corps., Mental Health Dept., Research Branch, 1983.
- Moy, S., Predisposition in Combat Stress Reactions: Retest in the War of Lebanon, 1982. I.D.F., Medical Corps., Mental Health Dept., Research Branch, 1985.
- Salmon, T.W., The War Neuroses and Their Lesson. New York Journal of Medicine, 1919, 59, 993-994.
- Seligman, Martin E.P., Helplessness. Freeman & Co., San Francisco, 1975.
- Solomon, Z., Benbenishti, R., & Shpiro, Evaluation of the Forward Treatment in the War of Lebanon. I.D.F., Medical Corps., Mental Health Dept., Research Branch, 1986. (available in Hebrew).
- Stouffer, Samuel, et al., The American Soldier, Vol. II, Combat and Its Aftermath. Princeton University Press, 1949.

- Defazio, V.J., Dynamic Perspectives on the Nature and Effects of Combat Stress. In Charles R. Figley (ed.), Stress Disorders Among Vietnam Veterans. Brunner/Mazel, N.Y., 1978.
- Levav, I., Greenfield, H., & Baruch, E., Psychiatric Combat Reactions During the Yom Kippur War. American Journal of Psychiatry, 1979, 136(5), 637-641.
- Marlowe, David H., Cohesion, anticipated breakdown and endurance in battle: considerations for severe and high intensity battles. Walter Reed Army Institute of Research, Military Psychiatry Dept., Washington D.C., 1979.
- Mullins, W.S., & Glass, A.J., (eds.), Neuropsychiatry in World War II, Vol. II, Overseas Theaters. U.S. Army Medical Dept., Washington D.C., 1973.
- Noy, Shabtai, Battle Intensity and Length of Stay in the Battle Field as Determinants of the Type of Evacuation. I.D.F., Medical Corps. Mental Health Dept., Research Branch, 1984A.
- Noy, Shabtai, Psychological Processes Leading to Attrition in Ground Combat, Final Report. Walter Reed Army Institute of Research, Military Psychiatry Dept., Washington D.C., 1984B.
- Noy, S., Nardi, H., & Solomon, Z., Battle Characteristics and the

