



"מיליוני אנשים לבד, ואם כבר לבד, אז שיהיה בתנועה..."

ימי קורונה - אתגרים ויצירת מרחבים טיפוליים

נעמי מימון, מיכל בראון

מספר פעמים בשבוע, תוך ניטור התגובות של אליהו במהלכן. זמן קצר לאחר מכן המליצה הפסיכולוגית לרופאים לאפשר לבן משפחה להיכנס פנימה, מתוך הבנה שמפגש עם דמות מוכרת יועיל לשיפור הדליריום. עד אז הורשו בני משפחה להיכנס רק על מנת להיפרד מיקרם לפני פטירה (מתוך רצון להגן על בני המשפחה מפני הידבקות). בנו של אליהו נכנס אל המחלקה לבקרו, כשהוא מלווה על ידי הפסיכולוגית. אליהו היה עדיין מצוי בדליריום ובאי-שקט והתקשה לשתף פעולה. המפגש עם דמות מוכרת ומשמעותית תרם לשיפור במצבו, הקטין תחושות של זרות ועזר לאלהו להרגיש מוחזק (holding). מאז, במשך כחודשיים, כמעט פעמיים בשבוע ליוותה הפסיכולוגית את המפגשים של בני המשפחה עם אליהו, ובזמן זה מצבו הרפואי השתפר במהירות. הוא החלים מנגיף ה-COVID-19, ובהדרגה חזר לצלילות וחל שיפור גם במצבו הפסיכיאטרי.

לאחר שהחלים הועבר אליהו למחלקה אחרת, שבה נמשכו המפגשים הטיפוליים. בזמן זה הוא חזר לצלילות וליכולת לקיים שיח בין-אישי. אליהו שיתף בקשיים שחש סביב האשפוז, והציג תסמינים פוסט-טראומטיים שנראו כמו מופע של ASD (acute stress disorder) וכללו בין השאר אי-שקט, זיכרונות ומחשבות טורדניים, אפקט ירוד ודיספורי, חרדה ועוד. בשלב זה נעשה שימוש בשיטות פסיכודוקטיביות להסבר התסמינים של הדליריום והסימפטומים הפוסט-טראומטיים. המקום הבטוח אפשר עיבוד, תיקוף ונרמול חוויותיו של אליהו. לאחר השיקום ולבקשתו התחיל להגיע למפגשים מסודרים במרפאת הטיפול בטראומה נפשית במרכז הרפואי. התסמינים שעליהם דיווח

בחודש מרץ 2020 נקלטו חולי הקורונה הראשונים במרכז הרפואי שערי צדק בירושלים. בשיא הגל הראשון פעלו בשערי צדק שש מחלקות כתר (קורונה) ומחלקת טיפול נמרץ כתר, וטופלו בהם 122 חולים. נתחיל בהצגת שלושה מקרים ולאחר מכן נתאר את המאפיינים שזוהו.

מקרה 1

אליהו בן 60, נשוי+12, ללא מחלות רקע, אושפז במחלקת כתר (קורונה) בערב ליל הסדר. כשהגיע למחלקה הסטטוס הפסיכיאטרי היה תקין והאפקט חרד. לאחר מספר ימים מצבו הרפואי הידרדר והוחלט להרדים ולהנשים אותו ולהעבירו לטיפול נמרץ.

הטיפול הפסיכולוגי באליהו החל כשהתעורר מההרדמה. הוא היה מבולבל מאוד, התקשה להתמצא בזמן ובמרחב, התקשה לתקשר והתנהל באי-שקט רב. לבקשת הרופאים, הפסיכולוגית נכנסה אל המחלקה והוא אובחן כסובל מ-ICU דליריום¹. בה בעת, משפחתו ביקשה ליצור עימו קשר. השיחה הראשונה ביניהם הייתה בוודאוו ותווכה על ידי הפסיכולוגית, לבושה בסרבל מיגון, בתוך המחלקה, ליד אליהו, מסייעת לשיחה להתקיים. השיחה הייתה משמעותית הן לרעייתו וילדיו, שלא ראו אותו כבר מספר שבועות ודאגו מאוד למצבו, והן לאלהו עצמו שעל אף שלא היה מצוי בצלילות הגיב באופן חיובי למפגש הווירטואלי. בזמן השיחה ביקשו בני המשפחה רק להראות את פניהם מתוך קושי לראות אותו במצבו כשהוא שוכב במחלקת טיפול נמרץ ומחובר לצינורות רבים. השיחות הללו תווכו על ידי הפסיכולוגית

נעמי מימון היא פסיכולוגית שיקומית-קלינית מומחית, פסיכולוגית ביחידת הטראומה ובמחלקת הכתר (קורונה) וטיפול נמרץ כתר, המרכזים הרפואיים שערי צדק. עובדת גם במרכז הרפואי הדסה עין כרם בירושלים, מטפלת וחוקרת.

ד"ר מיכל בראון היא פסיכולוגית שיקומית מומחית ופסיכואנאולוגית, המרכז הרפואי שערי צדק בירושלים, ומרצה בכירה במכללה האקדמית תל אביב יפו. מטפלת, חוקרת ומרצה. bmichalpsy@gmail.com

שם המאמר לקוח מהשיר "אם כבר לבד" של מיכה שטרית.

כל השמות בתיאורי המקרים בדויים.

¹דליריום היא הפרעה בהכרה המתפתחת תוך שעות או ימים, ולרוב היא הפיכה. הופעת הפרעה חדה ו"פתאומית" ומאופיינת בתנודתיות בריכוז ובשינוי קוגניטיבי או בהפרעה בתפיסה: ליקוי בקליטה, בעיבוד, בשימור ובשחזור מידע. הפרעה זו מתרחשת לרוב לאחר מצב רפואי או חשיפה לחומרים שונים. ICU דליריום הוא שמה של תופעה זו כאשר היא מופיעה לאחר אשפוז בטיפול נמרץ.



האשפוז במחלקת כתר, יעקב החל להתכנס בעצמו ולהראות תסמיני דיכאון. בתו התאמצה מאוד להגיע ולהיכנס לראותו. ביקורים כאלו אופשרו בהמלצת הפסיכולוגית, מתוך הבנה כי אלו עשויים להיות משמעותיים מאוד ליעקב. ביקורים אלו עזרו על ידי הפסיכולוגית, תווכו על ידה ועובדו הן עם יעקב והן עם בתו. הביקורים האלו היוו רגעי חסד אחרונים, שכן לאחר מספר ימים באשפוז מצבו של יעקב הידרדר והוא נפטר בפתאומיות.



אתגרים ייחודיים לתקופת הקורונה

העבודה במחלקות הכתר הייתה שונה מכל מה שהכרנו בעבר והציבה אתגרים מרובים וקשים לחולים, לבני משפחותיהם, לצוותים הרפואיים ולנו, האמונים על הטיפול הנפשי במרכז הרפואי. אתגרים אלו כללו:

1. מציאות עמומה מאוד ומצבי חוסר ודאות. המגפה פרצה, כאשר הנגיף אינו מוכר והטיפול בו אינו ברור וידוע. דבר זה יצר חוויה קשה מאוד של עמימות וחוסר ודאות עבור החולים ובני משפחותיהם. יתירה מזאת, הסביבה הטיפולית אף היא הייתה זרה, מנוכרת ומשונה, מה שתרם עוד לחוויית אלו של המטופלים. עבור הצוותים, המערכת הרפואית שעבודתה מבוססת ראיות (evidence-based medicine) נדרשה לטפל בחולים עם נגיף לא מוכר, שהטיפול בו איננו ידוע וביסוס הראיות מתרחש תוך כדי טיפול שבתחילה אופייני בניסוי וטעייה.
2. מגפה כלל עולמית - בתחילת המגפה הציבור כולו ניזון מדיווחים מאימיים מאוד שהגיעו ממדינות אחרות ואשר לאורם נרקמו תסריטים אפוקליפטיים בדבר הרגים רבים, החלטות מוסריות קשות שאותן נדרשו אנשי הצוותים הרפואיים לקבל (כמו את מי להנשים ואת מי לא) ופחד גדול מפני הידבקות המונית וחוסר יכולת של המערכת הרפואית לספק מענה הולם. כל אלו יצרו תחושות קשות של חרדה ואיום.

אליהו קהו במעט אך המשיכו להפריע לו, והוחלט על טיפול ממוקד בטרואמה ובהשלכותיה. טיפול זה נמשך עד היום וניכר שיפור משמעותי במצבו הנפשי.

מקרה 2

בימים הראשונים של התפרצות נגיף הקורונה אושפז במחלקה אם ושני ילדיה. חנה (54) הוגדרה במצב בינוני בשל קושי נשימתי ובנה נחום (20) במצב קל. הודיה (31) הוגדרה במצב קשה ואושפזה במחלקת טיפול נמרץ. בתקופה זו סעד נחום את אימו ואת אחותו. כעבור מספר שבועות שבהם שהו במחלקה מצבה של חנה הידרדר במקביל לשיפור במצבה של הודיה. ביום שבו חזרה הודיה למחלקה הרגילה, חנה הועברה למחלקת טיפול נמרץ שם נזקקה להחייאה אשר בסופה נקבע מותה. זו הייתה הפעם הראשונה שבה החליטה הפסיכולוגית להיכנס למחלקה ולהרחיב את ההתערבות הטיפולית מעבר לשיחות טלפוניות ודרך המסכים המציגים את המתרחש ברחבי המחלקה. הפסיכולוגית התרשמה כי נחום שרוי במצוקה רבה והבינה שעליה להתמגן ולהיכנס על מנת להיות עימו ברגעיו הקשים, שבהם הוא נזקק להודיע לבני משפחתו על מות האם. נחום נעזר בפסיכולוגית כעוגן, על אף ההיכרות הקצרה שהייתה ביניהם לפני כן. לפני כל שיחת טלפון שקיים ולאחריה חזר לשתף אותה בתוכן השיחות וחש כי הוא יכול לדבריו "להתפרק" ולבכות. בשל מחלתו לא הגיע נחום להלוויה, אולם כן הצליחו לשחררו מן המחלקה לשבת שבעה בביתו. לפני שהשתחרר ביקש שלא להודיע לאחותו את שאירע. בימים אלו המשיכה הפסיכולוגית לטפל בנחום ובהודיה. במהלך השבועה על האם, אביהם חש ברע, התמוטט, ובליווי נחום הגיע למרכז הרפואי תוך כדי החייאה, ואז נקבע מותו. שוב היה על נחום לדאוג להודיע לכולם ושוב בבדידות גדולה. בהמשך, יחד עם הצוות הסוציאלי, ליוונו את נחום בתהליך היידוע של הודיה על מות שני הוריה. המשך הטיפול הפסיכולוגי באח ובאחות התמקד בתהליכי אובדן ואבל.

מקרה 3

יעקב, בן 90, עלה מארצות הברית לפני מספר שנים, ותקשר אך ורק ביידיש ומעט באנגלית. אושפז במצב קל במחלקת כתר לאחר שנדבק בקורונה. בשיחות הוא התלונן על בדידות ועל פחד והביע רצון עז לקשר עם בני משפחתו. בטיפול הפסיכולוגי עם יעקב, שנערך בתוך המחלקה, עלה כי הוא מתקשה עם האשפוז עקב התמודדות ארוכת שנים עם תחושות של בדידות. יעקב היה ניצול שואה, שוחרר כילד ממחנות הנאצים ובתום המלחמה אושפז לבדו בבית חולים. האשפוז אז היה עבורו אירוע טראומטי שבו הכתה בו ההכרה שנתר לבדו בעולם. עם

בדידות

ודחו את אנשי הצוותים הרפואיים בגלל הפחד להידבק ממי שעובד בבית החולים ונחשף לחולי קורונה.

6. Shared Trauma Experience - הינו מושג המתאר חוויה משותפת של רבים כאשר אירוע טראומטי משפיע על האוכלוסייה בהיקף נרחב. הייחודיות של מצב זה היא שהמטופלים עומדים גם הם עכשיו תחת השפעת האירוע הטרומטי בעצמם (Freedman & Tuval Mashiach, 2018). הצוותים המטופלים אינם מחוסנים מפני הנגיף ונמצאים אף בסיכון גבוה לתחלואה. אשליית המוגנות של צוותים רפואיים אשר מסייעת להם לתפקד, אשליה שמייצרת קו גבול בין הצוות המטפל לבין החולים, נסדקה, והחוויה השכיחה הייתה שכולנו מצויים "בסירה אחת", חולים ואנשי צוות.

7. טשטוש בין בית ועבודה - המחלה פגשה את אנשי הצוות בבית החולים וגם בבתיים. היא הייתה בשני המרחבים והציבה קשיים ואתגרים בשניהם. הצוותים לא יכלו להשתמש בדרכי התמודדות שכיחות של פיצולים ולהשאיר את החשיפה לסבל, למוות ולאיום בעבודה עם הורדת החלוק. הבית לא היה עוד מקום מוגן שבו ניתן לנוח ולאגור כוח. החזרה הביתה הפגישה את הצוות מחדש עם המחלה והשלכותיה. לאורך התקופה היו זליגות מהבית לעבודה ולהפך. למשל, היה פחד גדול מהדבקה של בני משפחה (ילדים, הורים מבוגרים, בני משפחה בסיכון) עד כדי ניתוק מחלק מהם. ובה בעת, היה פחד לסכן חולים מהידבקות מחוץ לבית החולים.

מאז התפרצות הקורונה הצוות הפסיכולוגי של בית החולים התערב בשלושה מעגלים: מאושפזים, בני משפחה וצוותים רפואיים, וזאת בשיתוף עם המערך הסוציאלי של בית החולים. מצוקות נפשיות, מקלות לחמורות, נצפו אצל מטופלים. הסימפטום המרכזי היה חרדה ולצידו נצפו דיכאון, התקפי פאניקה, מחשבות אובדניות, אי-שקט, התפרצויות זעם, סימפטומים טראומטיים (ASR, ASD, PTSD), דליריום, בדידות, חוסר אונים, חוסר תקווה, ייאוש והתמודדות עם סוגיות של סוף חיים. חרדה רבה נצפתה גם בקרב בני המשפחה שהתקשו לתקשר עם הקרובים המאושפזים בשל המגבלות שהציבה הקורונה וזאת לצד חוסר אונים, תסכול ואף התקפי זעם לעיתים. חרדה גבוהה ותחושת חוסר אונים וחוסר מסוגלות נצפו גם אצל הצוות הרפואי והסיעודי המטפל, כמו גם תגובות ASR ו-ASD לאחר אירועים טראומטיים כמו החייאות קשות וכדומה. לאורך הזמן התפתחו תחושות של שחיקה ותשישות חמלה.

מקרים דומים למקרה של אליהו טופלו במחלקה בשל ICU דליריום שעלול היה להחמיר לולא ההחלטה להכניס קרובי משפחה ודמויות מוכרות. זאת, בעיקר משום שהסביבה

בדידות הייתה ועודנה אחד המאפיינים המרכזיים של תקופת הקורונה, ובבית החולים הייתה ממאפייניו המרכזיים של האשפוז. מחקרים רבים נעשו לאורך השנים ומצאו קשרים רבים בין בדידות ותחלואה פיזית ונפשית (למשל, Valtorta et al., 2016).

3. בדידותם של החולים - החולים בקורונה בודדו במחלקות סגורות. נאסר על בני משפחה לשהות לצידם, בעת של מצוקה רבה ופחד. יתירה מזאת, גם המגע עם אנשי הצוות היה מוגבל ולקח זמן עד שגובשו נהלים לכניסה ויציאה בטוחה של אנשי צוות רפואי ובני משפחה. הקשר היה ברובו דרך מסכים, מגע פיזי בלתי אמצעי כלל לא התקיים. החולים פגשו רק את מבטיהם של אנשי הצוות ולא ראו כלל את פניהם, היה כמעט בלתי אפשרי לחולים לזהות את האנשים המטופלים בהם והמיגון אף הקשה על היכולת לתקשר מילולית ולהבין היטב זה את זה. מחקר רב נעשה לאורך השנים על תרומתה של תמיכה בתהליכי החלמה ובתהליכים של סוף החיים (Wang et al., 2003). הצורך האנושי הבסיסי למגע וקשר הופר דווקא בעת של מצוקה גדולה שבה אנשים נזקקים לנוכחות המנחמת והמרגיעה של אחרים משמעותיים (Bowlby, 1988).

4. בדידותם של בני המשפחה - בולבי (Bowlby, 1988) גרס שלצד מערכת ההתקשרות האדם נולד עם מערכת caregiving שמייצרת דחף וצורך לסייע לאחר משמעותי אשר מצוי במצוקה. בני המשפחה שבתחילה לא הורשו כלל להגיע ובהמשך אושר להם להגיע רק במצבי קצה (למשל גסיסה או ICU דליריום) נותרו בבתיהם כאשר יקירם מאושפז, לרוב במצב קשה. נמנעה מהם האפשרות לטפל, לנחם, להיות ולעיתים אף להיפרד. מציאות זו יצרה מצבי מצוקה קשים ותבעה התערבות. בנוסף יש לציין כי המציאות הירושלמית זימנה מטופלים רבים השייכים למגזר החרדי אשר אמצעי התקשורת שלהם היו מוגבלים מאוד.

5. בדידותם של אנשי הצוות - אנשי הצוות נחשפו לבדידות הגדולה של המטופלים לצד קושי גדול להפיג אותה. יתירה מזאת, הם חוו בעצמם בדידות בשל כניסה של מעט אנשי צוות בכל פעם למחלקה, עבודה בצוותים לא אורגניים (אחות ראשית במחלקת כתר שיתפה שאיננה מכירה את כל מי שעבד עימה והעלתה רעיון להסתובב עם תגי שמות לא רק עבור המטופלים, אלא גם עבור אנשי הצוות עצמם) ועבודה בקפסולות. בדידות נחוותה גם בחזרה הביתה, כאשר נוצרה חוויה של "זר לא יבין" את מה שקורה בבית החולים ובנוסף, מפגש עם תגובות מהסביבה אשר בודדו



שהצריכו הכלה ולעיתים אף הקניית כלים להרפיה ולהרגעה
בשיחות טלפוניות.

בנוסף, החלו מפגשי צוות וירטואליים שבועיים שהפכו להיות
חלק משגרת המחלקה, ואלו סיפקו ועודם מספקים מקום בטוח
לשיתוף, עיבוד והקניית כלים. נוסף להתערבויות הקבוצתיות
עם אנשי הצוות התקיימו גם התערבויות פרטניות קצרות מועד
בהתאם לצורך ונעשה ליווי של האחיות הראשיות במטרה
להעצים אותן ולקדם חוסן בצוותים.

בתקופה שבה נראה כי "הגל הראשון" של הקורונה דועך,
העבודה במחלקה גם היא הפכה ליותר שגרתית, והחרדה וחוסר
הוודאות פינו את מקומם לתחושת מיצוי ודיספוריה. הדבר ניכר
בעבודה עם מטופלים ששהו במחלקה לאורך זמן והתקשו
לשאת את הבדידות והמרחק מהמשפחות לתקופה ארוכה כל
כך. מצוקה דומה הופיעה בעבודה עם בני המשפחה. בתקופה
זו אושרה כניסת בני משפחה גם לביקורים ותמיכה בליווי של
הפסיכולוגית, מהלך שנראה שהקל והיווה התערבות טיפולית
משמעותית, בעיקר לקשישים שהתקשו מאוד עם הריחוק.
המפגשים עם הצוות כאמור נמשכו, אך החלה גם עבודה
פרטנית עם אנשי צוות שהראו תסמינים פוסט-טראומטיים עקב
אירועים שונים שאירעו במחלקות.

מטופלים כמו אליהו, שאושפז לתקופה ארוכה בגל הראשון,
ממשיכים עד היום להגיע לטיפול גם לאחר שחרורם מהמרכז
הרפואי ומהשיקום. הם מתמודדים עם מצוקה נפשית ניכרת
בשל האשפוז והשלכותיו על חייהם כעת, ונזקקים לטיפול.
לפיכך, כיום העבודה הטיפולית נמשכת הן במישור האשפוזי
והן במישור הפוסט-אשפוזי, עם המטופלים, בני משפחותיהם
והצוות.

העבודה הטיפולית בתוך המערך הכללי של המרכז הרפואי

נוסף על העבודה במחלקות הכתר טיפל הצוות הפסיכולוגי של
בית החולים במצבי מצוקה ייחודיים בקרב חולים שאינם חולי
קורונה והתמודד עם אתגרים מורכבים. בין האתגרים היו פרידות
בסוף חיים בתקופת הסגר, חרדה של חולים להידיבק גם בקורונה
וחרדה של בני משפחה להדביק - דבר שיצר בדידות עצומה
דווקא בזמנים של מצוקה. התחלנו לטפל בעזרת אפליקציית
זום, דבר שהצריך למידה של הצוות הפסיכולוגי והבנת הסטיגנ,
אך הקל מאוד ופתח אופקי טיפול חדשים.

קיימנו ועודנו מקיימים מערך שלם של תמיכה באנשי צוות. מערך
זה מאופיין בפרואקטיביות של הצוות הפסיכולוגי ו-reaching
out תוך זיהוי מוקדי מצוקה. בין היתר קיימנו:

- טיפול טלפוני באנשי צוות חולי קורונה. לאחר שיחת טלפון

הסיעודית והרפואית נראו מנוכרות וזרות בשל המיגון והריחוק
הרב והיו מספר מקרים של מטופלים שחוו דליריום וחשבו
שנחטפו על ידי חייזרים או רשויות הביטחון.

הצורך האנושי הבסיסי למגע וקשר הופר דווקא בעת של מצוקה גדולה שבה אנשים נזקקים לנוכחות המנחמת והמרגיעה של אחרים משמעותיים

העבודה הטיפולית בתוך מחלקת הקורונה

באחת ממחלקות הכתר ובטיפול נמרץ כתר שולבה פסיכולוגית
שיקומית (כותבת המאמר הראשונה, נעמי מימון), כחלק
אינטגרלי מהצוות המטפל. להלן התרשמויותיה.

חויית חוסר הוודאות ואי-היכולת לסבול אותה יצרו חויית חוסר
אונים אל מול המציאות החדשה, והציפו חרדה רבה. החרדה
שניכרה בבירור בימים הראשונים של מחלקת הקורונה ברחבי
הארץ לא פסחה גם על מחלקות כתר של המרכז הרפואי שערי
צדק, שלצד המציאות הטראומטית המשותפת והבדידות הקשו
על התמודדותם של אנשי הצוות אשר חוו חוסר מסוגלות וחרדה
רבה. חוויה זו הציפה את הצורך בעיבוד ויצרה קרקע להתערבות
טיפולית עם אנשי הצוות. בדידות והיעדר תמיכה חברתית
שנכפו על המאושפזים במחלקה יצרו מצוקה משמעותית,
כשבתקופה הראשונה הצוותים במחלקה התקשו גם לעזור
בפעולות בסיסיות בשל היעדר ידע וכוח אדם. החוויה הייתה
מתישה וקשה לשלושת הצדדים: המאושפזים, בני המשפחה
ואנשי הצוות.

ההתערבות הטיפולית בזמן זה כללה בעיקר התערבות
בשעת משבר והענקת כלים להרגעה ולחוסן. העבודה
תמיד הייתה מערכתית וכללה שיתוף עם הצוות הרפואי,
הסיעודי, מנהלי המחלקות והצוות הסוציאלי של המרכז
הרפואי. בהמשך, כשהמצב במחלקה התייצב ונוצרה שגרת
חירום, הטיפול נעשה יותר ממוקד וברור אף הוא. העבודה
הנפשית עם המטופלים כללה בעיקר שיחות בתוך המחלקה
ויצירת חיבורים וקשרים עם בני המשפחה הנמצאים בחוץ.
במקביל, התקיימו שיחות עם בני משפחה שכללו הכלה,
הרגעה ועבודת תיווך אל המטופלים המאושפזים. רבים
מבני המשפחה דיווחו על קושי עם חויית ה"נוכח-נפקד"
של יקיריהם המאושפזים ועל החרדה הרבה לגורלם, חוויות

זימנה עיסוק קיומי בסוגיות של מוות, בדידות ומשמעות (Yalom, 1980). הפחד מהמוות והבדידות הקיומית לצד זו הממשית הביאו לתחושות של פגיעות רבה הן בקרב המאושפזים, הן בקרב בני המשפחה והן בקרב אנשי הצוות. חיפוש אחר משמעות מצא ביטוי בצורות רבות, לעיתים דתיות, לעיתים דרך עזרה לאחר. בקרב אנשי הצוות הדבר התבטא דווקא דרך הזהות המקצועית ובאופן מיוחד ומשמעותי מאוד אף דרך הבחירה להתנדב ולעבוד במחלקות כתר.

טיפול בטרומה - בטיפול במחלקת כתר תגובות הדחק ניכרו כאמור באופן ברור בקרב המאושפזים, בני המשפחה והצוות. על כן העבודה הטיפולית במחלקה דרשה התערבויות לטיפול בטרומה לטווח המיידי והארוך. התערבות נפשית ראשונית לאחר אירוע טראומטי היא אחד העקרונות החשובים ביותר למניעת התפתחות של תגובה פוסט-טראומטית (Shapiro et al., 2018). התערבות מסוג זה עם המאושפזים ועם בני משפחותיהם (דרך הטלפון לרוב) כללה עיבוד ראשוני של הקושי שלרוב התבטא ברגעי האבחון או ההידרדרות הרפואית או עובדת האשפוז במחלקה. כמו כן נעשתה עבודה דרך הרפיה, עיגון וקרקוע בנוסף להענקת כלים להרגעה ולחוסן. העבודה המתמשכת בהקשר הטרומטי נעשתה ועדיין נעשית גם לטווח הארוך עם המאושפזים במחלקה (בהווה ובעבר), בני משפחותיהם והצוות. עבודה זו כוללת הערכה, טיפול פסיכודינמי בשיחות פרטניות, שימוש בכלים קוגניטיביים-התנהגותיים ו-EMDR, עיבוד קבוצתי לצוות והקניית כלים להתמודדות.

הגל השני - ריצה למרחקים ארוכים

הגל השני מציב אתגרים חדשים. בעוד שבתקופת הגל הראשון בית החולים לא קיים כמעט פעילות שגרתית, הרי שכעת הטיפול במחלקות הכתר מתרחש לצד פעילות רגילה של בית החולים, דבר שמייצר עומס רב ותורם לשחיקה. העבודה בגל הראשון אופיינה בתחושת שליחות רבה ו"גאוות יחידה", והיא נדמה שנדרש מאמץ מרוכז על מנת לנצח את הנגיף. הגל השני מאופיין בהבנה שמדובר על "ריצה למרחקים ארוכים". אל הבנה זו נלוות תחושות של עייפות, שחיקה ולעיתים אף ייאוש. יחד עם זאת, המחלה כעת מוכרת יותר, יש יותר פרוטוקולים שנבנו ואשר מפיגים את תחושות חוסר האונים, חוסר הוודאות וחוסר המסוגלות שאפיינו את העבודה בגל הראשון. אנו לומדים שיניים אלו ומנסים לתת כל העת יחד עם כל צוות בית החולים, משאבי אנוש, המערך הסוציאלי והנהלת הסיעוד מענים מתאימים לחולים, לבני המשפחה ולצוותים הרפואיים והסיעודיים.

ראשונית שיזמנו וקיימנו עם כל איש צוות שחלה, 30% ביקשו המשך טיפול למשך תקופת המחלה.

- סדנאות חוסן והתמודדות לצוותים אורגניים (לא כתר) שכללו רופאים, אחיות, וצוות פרא-רפואי. הסדנאות הוצעו בעיקר למחלקות שחוו מצוקה, למשל עקב מקרי הדבקה או עקב עומסים ושחיקה יוצאי דופן.

בניסיון להמשיג את העבודה הטיפולית שנעשתה זיהינו מקורות ובסיסים תאורטיים להתערבויות שקיימנו ואשר היוו ועדיין מהווים יסוד במרחב המקצועי שלנו, והם יובאו להלן.

מושג ההחזקה של ויניקוט - הצרכים הראשוניים והבסיסיים והמצבים הרגרסיביים שהמחלה זימנה, לצד הבדידות והמצוקה הנפשית הרבה הציפו הזדקקות להחזקה (ויניקוט, 2009; פרלוב, 2011; Winnicott, 1956). הזדקקות זו נפוצה במצבי חולי ונענית פעמים רבות על ידי מטפלים בלתי פורמליים כמו בני המשפחה. אולם באשפוזי קורונה בני משפחה כמעט שלא היו בנמצא, המציאות הייתה חודרנית והחולים נמצאו במצב פגיע. על כן, מענה להזדקקות זו בתוך מרחב דיאדי נדרש בטיפול הפסיכולוגי. מענה זה הביא עימו הקלה בדמות תחושות של ביטחון ומוגנות. ההחזקה הפועה בדמות מענה ממשי לצורכיהם של המטופלים דרך החזקה פיזית קונקרטי (למשל בליטוף, הבעת חיבה, החזקת היד) ודרך החזקה סימבולית (העברת מסרים מבני המשפחה, השמעת מוזיקה אהובה ומוכרת ושיחות טלפון ווידאו עם בני המשפחה).

תאוריית ההתקשרות של בולבי - בדידותם של החולים ושל בני המשפחה הציפה את צורכי ההתקשרות והטיפול (caregiving) (Bowlby, 1988). בעת של מצוקה הצורך בקשר עם האחר המשמעותי נדרש ונצרך, אולם דווקא בעת הקורונה קשר זה נמנע. המפגש עם האחר המשמעותי אף הפך למסוכן ומסכן, והבנה זאת לצד הנתק שנוצר יצרו מצוקה רבה מאוד. דוגמה מרגשת לכך הייתה כאשר דרך מסכי המחלקה צפתה הפסיכולוגית יום אחד בקשיש ששכב בתנוחת עובר. הוא חיבק את מכשיר הפלאפון שלו שסימל עבורו את הקשר עם ילדיו. מענים טיפוליים לכך ניתנו דרך הקשרים הטיפוליים, אולם באופן ייחודי פותחה פונקציה טיפולית של תיווך, גישור וקישור בין החולים ובני המשפחה. חלק ניכר מהליווי הפסיכולוגי במחלקה כלל יצירת ערוצי תקשורת דרך העברת מסרים מהקרובים, שיח טלפוני או שיחות וידאו עם בני המשפחה אשר תווכו על ידי הפסיכולוגית בשל האופי המציף רגשית של שיחות אלו עבור שני הצדדים. כמו כן, הפסיכולוגית עודדה את בני המשפחה להעביר דרכה ודרך הצוות הסייעודי חפצים, תמונות ואוכל שהגיעו מהבית. בהמשך, כשהדבר התאפשר, יזמה הפסיכולוגית ביקורים של בני המשפחה בליווי ובתיווך שלה. **גישה אקזיסטנציאליסטית** - החשיפה למחלה, למוות ולבדידות



מקורות

1. בר־טור, ל' (2006). דלזיה פרנאידיית בזקנה המאוחרת - מנגנון הגנה בהתמודדות עם אבדנים!?. שיחות, 20(3), 9-1.
2. בר־טור, ל' (2014). קללת המטפל הזר המושלם. דורות, 158.
3. בר־טור, ל' (2015). הטיפול הפסיכולוגי בזיקנה: מאפיינים ייחודיים לטיפול ולמטפל - אתגר והזדמנות לאינטימיות ולצמיחה הדדית. בתוך: ד' פרילוצקי ומו' כהן (עורכות), גרונטולוגיה מעשית: מבט רב־מקצועי לעבודה עם אנשים זקנים (כרך 1, 121-148). ג'וינט ישראל - אשל.
4. בר־טור, ל' (2018). הזדקנות חיובית - מודל התערבות להעצמת האוכלוסייה המזדקנת וקידום הרווחה הנפשית. גרונטולוגיה וגריאטריה: כתביעת בנושאי הזיקנה, 35(1), 93-110.
5. בר־טור, ל' (2020). בריאות נפשית בצל קורונה - האתגר הכפול. שיחות בזמן קורונה, אפריל, 21-23.
6. ברודסקי, ג', רזניצקי, ש' וסיטרון, ד' (2011). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה. אשל מאירס-ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.
7. רגב, ע' ובר־טור, ל' (2015). התערבויות מקצועיות עם בני המשפחה המטפלים בהורה או בבן זוג זקן, חולה או מוגבל. בתוך ד' פרילוצקי ומו' כהן (עורכות), גרונטולוגיה מעשית: מבט רב־מקצועי לעבודה עם זקנים, כרך ב' (עמ' 281-317). ג'וינט ישראל אשל.
8. רותם, ד' (עורך). (2014). סקר בדידות. ג'וינט אשל ישראל.
9. רזניצקי, ש' ואיסחאק, ל' (2020). בני משפחה מטפלים בתקופת ההגבלות המחמירות בשל מגפת הקורונה: ממצאים ראשוניים. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
10. שיוביץ-עזרא, ש' (2010). בדידות בתקופת החיים המאוחרת - סקירת ספרות. בתוך סקר בדידות. ג'וינט אשל ישראל.
11. Boss, P. (2011). Loving someone who has dementia: How to find hope while coping with stress and grief. Jossey-Bass.
12. Doka, K. J. (2010). Grief, multiple loss and dementia. Bereavement Care, 29(3), 15-20. <https://doi.org/10.1080/02682621.2010.522374>
13. Ellis, A., & Velten, E. (1998). Optimal aging: Get over getting older. Chicago and La Salle, Illinois.
14. Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
15. Iecovich, E. (2010). Tasks performed by primary caregivers and migrant live-in homecare workers in Israel. International Journal of Ageing and Later Life, 5(2), 53-75.
16. Litwin, H. & Attias-Donfut, C. (2009). The inter-relationship between formal and informal care: A study in France and Israel. Ageing and Society 29(1), 71-91.
17. Malkinson, R., & Bar-Tur, L. (2019). REBT with ageing populations. In W. Dryden & M.E. Bernard (Eds.), REBT with Diverse Client Problems. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02723-0_17REBT