

הפסיכיאטריה הצבאית בישראל: אתגרים והישגים

תקציר:

מטרת מאמר זה היא סיכום הישגי מערך בריאות הנפש הצבאי בישראל בשנים האחרונות בתחומי עיסוקו העיקריים: הכשרת המשרתים במערך, בהם אנשי המקצוע הייחודי "קב"ן¹" ("קצין בריאות נפש"); המיון הנפשי - לקראת ובמהלך סוגי השירות; הטיפול הייחודי הניתן לחיילים, נגדים וקצינים לאורך השירות, ולנפגעי תגובות קרב (ת"ק)² אך אחריו; התפתחות הידע ויישומו באבחון, בטיפול ובמניעה של תגובות הקרב; המלחמה המתמשכת בהתאבדות בצה"ל; הישגי המערך במניעת אשפוזים פסיכיאטריים; וכן השתתפות במחקר ובפיתוח גישות טיפוליות חדשות.

בכתיבת "סיכום ביניים" זה התבססנו - ארבעת ראשי מחלקת ברה"ן הקודמים - על ניסיונם של מאות רבות של מטפלים וחוקרים, אשר קידמו את מערך בריאות הנפש בצה"ל ואשר ניסיונם יסייע בהמשך התקדמותו.

קרן גינת¹
איל פרוכטר²
גדי לובין³
חיים קנובלר⁴

¹מחלקת ברה"ן*
²החטיבה הפסיכיאטרית, מרכז רפואי רמב"ם, חיפה
³הנהלת המרכז הירושלמי לבריאות הנפש איתנים-כפר שאול
⁴המרכז האקדמי פרס ברחובות והפקולטה לרפואה הדסה עין כרם, ירושלים
*לשעבר ראשת מחלקת ברה"ן

מילות מפתח:

מחלקת בריאות הנפש; ברה"ן; קב"ן; פסיכיאטריה צבאית; תגובות קרב; מניעת אובדנות.
The IDF Mental Health Department; Mental health officers; Military psychiatry; Combat PTSD; Suicide prevention

:KEY WORDS

הקדמה

בסקירתנו זו, אנו מדווחים על המצב בתחומי פעילות המרכזיים של מחלקת בריאות הנפש בצה"ל (להלן: מחלקת ברה"ן) בשנים האחרונות. חלק מהפעילות, כגון הטיפול בנפגעי תגובות קרב, מוכר יחסית - אך חלקים אחרים, שגם בהם הושגו הישגים ניכרים, ידועים פחות. כמו כן, למרות היקף המשימות והאתגרים שכבר הושגו, כפרי עבודתם של מאות רבים של משרתי קבע ומילואים - זהו "סיכום ביניים".

הכשרת אנשי המקצוע הייחודי "קב"ן" ("קצין בריאות נפש")

מקצוע "קצין בריאות הנפש" ("קב"ן") הוא מקצוע ישראלי ייחודי. קציני בריאות הנפש בצה"ל ("קפ"סים" - בחיל האוויר), מוצבים ביחידות צה"ל ובמספראות ייעודיות ("מרפאות ברה"ן"), בפריסה רחבה יחסית למקובל באזרחות. עבודת הקב"נים כוללת אחריות לאבחון ולטיפול בחיילים, ומחייבת הכשרה קלינית ומערכתית אינטנסיבית. במהלך שירותם, קב"נים שהם עובדים סוציאליים משלימים תואר שני ולעיתים השתלמות בבית ספר בפסיכותרפיה, והפסיכולוגים משלימים התמחות בפסיכולוגיה קלינית.

ההכשרה בין כותלי המחלקה כוללת סמינרים, הרצאות, חניכה מובנית והשתלמויות קבוצתיות לאורך כל השירות -

וקורס הדרכה לקראת סיום החלק הראשון של השירות - עבור אלה שימשיכו לשרת ויהפכו למדריכים בעצמם. ההכשרה כוללת הדרכה אישית כפולה, עד סיום קורס ההדרכה, הן על ידי אחראי מקצועי (קב"ן אוגדתי, ראש צוות, וכדומה), והן על ידי קב"ן בכיר אחר ללא קשר פיקודי. מודל חניכה והדרכה זו מאפשר מתן טיפול מקצועי לחייל, התנהלות נכונה מול היחידה, המפקדים, החיילים והעמיתים, ובקרה נאותה על העבודה השוטפת של הקב"נים הצעירים. מחלקת ברה"ן מוכרת להתמחות על ידי איגוד הפסיכולוגים, ולהדרכת סטודנטים בעבודה סוציאלית ובפסיכולוגיה. הפסיכיאטרים הצבאיים הם לרוב רופאים צבאיים בוגרי העתודה האקדמית הממשיכים בהתמחות בפסיכיאטריה במסגרת המחלקה (המרפאה המרכזית בתל השומר - מוכרת להתמחות).

המיון הנפשי לצה"ל

מיון נפשי הוא תפקיד בסיסי של שירות בריאות הנפש בכל צבא, לקראת הגיוס ובמהלכו. כך גם נמצא המיון הנפשי להתאמה לשירות בצה"ל בליבת העיסוק של מחלקת ברה"ן. תחילתו בלשכות הגיוס, תוך שיתוף פעולה עם גורמי המיון האחרים: מרבית הנבדקים (הגברים) מופנים על ידי המאבחנות של צוותי ממד"ה, אשר מראיינות את הנערים בריאיון "ציון הדרך" ("הצד"כ")⁴ [1]. ריאיון זה מתוקף בצורה אמפירית - ובו שאלות בעלות תוקף ניבויי אודות הצלחה לעומת כישלון בשירות. ציון נמוך בריאיון, או מציאת בעיות

⁴צד"כ - ציון הדרך

¹קב"ן - קצין בריאות הנפש
²ת"ק - תגובות קרב
³ברה"ן - בריאות הנפש

כתנאי לקורס הקצינים, ובמהלכו. הנגדים והקצינים הנזקקים לטיפול נפשי מטופלים ב"מכוני קבע", המקבילים למרפאות פסיכיאטריות אזרחיות, תוך התמחות בטיפול באנשי הקבע, ומתן אפשרות בנסיבות מסוימות גם לטיפול בבני משפחותיהם. הנגישות למכונים אלה היא מידית, והטיפול בהם ניתן גם על ידי אנשי מילואים בפריסה ארצית. בשל שינוי מודל ההעסקה של אנשי הקבע (אפשרות לשחרור מוקדם לפני גיל הפנסיה) – מתמודדים המכונים בשנים האחרונות בתגובות נפשיות של אנשי קבע אשר מסיימים את שירותם בניגוד לרצונם.

בשירות מילואים: המיון הנפשי נמשך גם בעת שירות המילואים. אנשי המילואים אינם זכאים לטיפול נפשי במסגרת צה"ל פרט למקרי חירום, ולטיפול ביחידה לנפגעי תגובות קרב. יחידה זאת רשאית לטפל אף במי שכבר אינו משרת במילואים, ונפגע פגיעה נפשית בעת שירות קרבי בצה"ל.

שינויים בטיפול בתגובות הקרב במלחמות ישראל: מסטיגמה למודל מניעה וטיפול צה"לי

עקרונות הטיפול בנפגעי תגובות קרב במלחמת העולם הראשונה (PIE: Proximity, Immediacy, Expectancy): קמ"צ:

טיפול בקרבה למקום הפגיעה, באופן מיידי, ותוך שידור ציפיה להחלמה, היו הבסיס לטיפול בהפרעות הבתר-חבלתיות (post traumatic)

ולכללי ההתערבות במשבר, ובהמשך הוסף עקרון הפשטות לעקרונות הטיפול. למרות זאת, עד למלחמת יום הכיפורים הייתה קיימת נטייה שלא לעסוק בנושא תגובות הקרב בין מלחמות, ולא נצבר ידע משמעותי על הטיפול בהן [4]. רק לאחר שאלפי לוחמים לקו בתגובות קרב במלחמת יום הכיפורים, הפכה התופעה לגלויה [5]. כחלק מלקחי מלחמת יום הכיפורים, במלחמת לבנון הראשונה (1982); דהיינו, כבר לאחר הקמת מחלקת בריאות הנפש, הופעל מערך לטיפול בנפגעי תגובות קרב – על ידי קב"נים בגופי הרפואה הקדמיים, במתקן טיפול פיקודי קדמי ("מלת"ק") בבסיס כרמיאל, ובמתקן טיפול מטכ"לי בנתניה ("מלש"ע"). במקביל, הוקמה

היחידה לטיפול בנפגעי תגובות קרב במחלקת ברה"ן (להלן: היחידה לת"ק). מטרת היחידה, שהוקמה בשיתוף האגף לשיקום נכים במשרד הביטחון, הייתה והינה מניעת נכות נפשית כתוצאה מתסמונות פוסט טראומטיות כרוניות.

מסוימות על ידי המאבחנות – מעבירים את הנבדקים לבדיקת צוותי ברה"ן. מבחן הצד"כ מנבא אף פריצת מחלות נפש בעתיד, כפי שנמצא במחקרים שבהם עומתו ממצאיו עם קובץ האשפוזים הפסיכיאטריים של משרד הבריאות [2]. גורמים מפנים נוספים הם רופאי הוועדות הרפואיות בלשכות, מטפלים אזרחיים, ומידע מקובץ האשפוזים הפסיכיאטריים.

הקב"נים בלשכות הגיוס נעזרים במבחן הערכת קושי הסתגלות ("קה"ס")⁵ – מבחן חצי מובנה אשר תוכנן ותוקף בשיתוף מומחי ממד"ה, וכולל הערכת כוחות התמודדות וסקירה של גורמי תמך – או היעדרם. "ציון הקה"ס" נע בין העדר ציון (שירות ללא הגבלה), דרך ציוני ביניים והצבה בשירות מוגן יחסית, עד לפטור מלא מהשירות. בדיקת פסיכיאטר מתקיימת כאשר יש חשד להפרעה פסיכיאטרית, וגם כאן ייתכנו החל מהמלצה לשירות ללא הגבלה, דרך קביעת ביניים של "פרופיל רפואי" על פי סעיפי ליקוי נפשיים והצבה בשירות מוגן יחסית, ועד לפטור זמני מהשירות (ב"פרופיל 24") או פטור קבוע (ב"פרופיל 21"). צורך למעקב אחרי הנבדקים בעת שירותם – יביא להמלצה על "מעקב ברה"ן זום" במהלך השירות.

המיון הנפשי נמשך בכל מהלך השירות, כולל במערך הקבע והמילואים. כצפוי, בלשכות הגיוס מאובחנות יחסית יותר הפרעות פסיכיאטריות מובהקות והפרעות אישיות או הפרעות מהספקטרום האוטיסטי, בעוד שבמהלך השירות מרבית הפטורים מהשירות הינם בשל הפרעות הסתגלות, או פריצה של תחלואה חדשה.

נתוני לשכת הגיוס מאפשרים סקירה אפידמיולוגית של הנוער הישראלי החייב גיוס. כך ניתן להעריך שכיחות של הפרעות נפשיות בעת המיון (בגיל 16-18), וכן לבדוק במחקרים רטרוספקטיביים רחבי היקף בעלי תוקף רב, קיום קשרים בין נתונים שונים הנבדקים בעת מיון זה עם פסיכופתולוגיה בעתיד [3].

הטיפול הנפשי במהלך השירות בצה"ל

למערך הקב"נים ביחידות השונות חשיבות בטיפול בחיילים, בייעוץ למפקדים גם לנוכח קושי של חייל כזה או אחר, וכן בתפיסת החוסן ביחידה והכנתה לתפקידיה.

הטיפול בחיילים בשירות חובה: השירות הצבאי מפגיש את המתבגרים הישראלים עם מסגרת דרשנית והיררכית. מרביתם מתאקלמים לדרישות המערכת, אך חלקם (בעיקר אלו שהגיעו למסגרת שאינה מתאימה ליכולתם או שסובלים ממשלות אישיותית נמוכה יותר) עלולים לפתח הפרעת הסתגלות. תפקידו של הקב"ן ביחידה: להתערב במהירות ולנסות לסייע לחייל בבניית כלי התמודדות והבשלה אישיותית. עוד חייב הקב"ן להתערב מול מפקדי החייל (במגבלות הסודיות הרפואית) ובמידת הצורך להתאים את תנאי השירות, המקצוע הצבאי, ועוד.

בשירות קבע: חוסנה הנפשי של אוכלוסיית משרתי הקבע בצה"ל נגזר מתהליכי המיון – לקראת הגיוס, ובמהלך שירות החובה. הקצינים בצה"ל אף עוברים מיון נפשי נוסף –

⁵קה"ס - קושי הסתגלות

איתן" (2014) פעלו צוותי ברה"ן יעודיים למניעת תגובות קרב ולטיפול בהן ("צלת" קים") באזורי הלחימה. כ-85% ממאות החיילים שטופלו הוחזרו לתפקידים המקוריים בלחימה, וזמן השהייה הממוצע בצלת"ק היה כשמונה שעות. הטיפול כלל מילוי צרכים בסיסיים, הרגעה קלה, מיקוד – והחזרה לפעילות, על ידי צוות רב מקצועי תוך הפעלת מגוון רחב של טיפולים רלוונטיים.

כחודשיים לאחר הלחימה נערך "פרויקט שומר איתן", לסייע פרואקטיבי עבור מי שהוגדרו כאוכלוסיות בסיכון. הפרויקט כלל שלושה שלבים: איתור החיילים, אבחון מצבם וצורכיהם, וטיפול מותאם. מערך האיתור פנה לאוכלוסיות הבאות: חיילים שנחשפו לארועים מרובי נפגעים; חיילים שביקרו בחדרי מיון או שאושפזו בשל פציעות; וכן – על ידי פניה רחבה לציבור החיילים שהשתתפו בלחימה. חיילים שאותרו רואיינו טלפונית, והוזמנו למפגשים במרכז אבחון. בסוף תהליך האבחון הוערך הצורך בטיפול ונקבע אופן הטיפול, ועל פי הצורך שובצו הנפגעים לטיפול ביחידה לת"ק. כך הפך הטיפול בנפגעי ת"ק בצה"ל מאז הקמת מח' ברה"ן מתחום סטיגמטי מודחק – לתחום מרכזי, הנמצא במודעות מפקדים וחיילים, כשותפים מלאים למניעה ולטיפול מידי.

מניעת התאבדויות בצה"ל: תוכנית צה"ל למניעת התאבדויות

מחלקת ברה"ן מקיימת מעקב מתמשך אחרי כל מקרה החשוד כהתאבדות בצה"ל, במשך עשרות שנות פעולתה [19,20]. מעקב זה כולל מתן חוות דעת של פסיכיאטרים בכירים במחלקה בסיום בירור המקרה על ידי המשטרה הצבאית החוקרת ("מצ"ח"), השתתפות נציגי ברה"ן בוועדות בדיקה המוקמות בכל מקרה החשוד כהתאבדות על ידי אלוף פיקוד או זרוע, שילוב המסקנות במחלקת ברה"ן והצגתן על ידי ראש המחלקה בוועדה באגף כוח האדם – אשר דנה ברמה הגבוהה ביותר בצה"ל בכל מקרה ומקרה. בעקבות עשרות שנים של הסקת מסקנות, בוצעו שיפורים רבים בטיפול בחיילים, ברמות שונות. לדוגמה, בראשית שנות ה-90, ריבוי מקרי אובדנות בקרב עולים, הביא ליצירת מנגנון מיון ייחודי, משותף למחלקת ברה"ן ולממד"ה, ולירידה משמעותית בהתאבדויות חיילים עולים.

מאז הקמתה, מפעילה מחלקת ברה"ן, על ידי הקב"נים ביחידות, תוכניות לפיתוח רגישות מפקדים וחיילים למצוקות של פקודיהם וחבריהם לשירות, תוך שימת דגש על הדרכת סגלי ההדרכה בבסיסי הטירונות וההכשרות. בנוסף מופעלות תוכניות לאחריות מפקדים, בנוסח "המפקד הוא הכתובת" למצוקות חיילים, ולדיווח עמיתים על מצוקות חבריהם ("ערבות הדדית"). בשנים האחרונות מופעלת תוכנית מניעה ייעודית, המבהירה לחיילים ולמפקדים את סימני האזהרה לפני התאבדויות, והכוללת הדרכת מפקדים לשאול חיילים במצוקה שאלות מכוונות לגילוי מחשבות אובדניות. התוכנית, שאושרה בסוף שנת 2005 על ידי המטה הכללי של צה"ל, הביאה לירידה בהתאבדויות חיילים בשירות חובה, החל משנת 2006, בשיעור העולה בשנים האחרונות על 50% [21], וזאת בנוסף לירידה הדרגתית קודמת.

היחידה קיבלה את המשימה והסמכות לתת מענה אבחוני וטיפולי לנפגעי תגובת קרב מכל מלחמות ישראל, באמצעות צוות רב מקצועי הכולל פסיכיאטרים וקב"נים [6,7].

במקביל, נחקר תחום תגובות הקרב בצורה יסודית בענף המחקר של מחלקת ברה"ן. מעקב ארוך טווח אחרי קבוצת לוחמים שלקו בת"ק, ואחרי קבוצת ביקורת מקבילה, תרם להבנת המהלך המתמשך של התסמונת. כך, גם בקבוצת הבקרה נצפה שיעור ניכר (קרוב ל-20%) של תסמינים בתר חבלתיים כבר לאחר המלחמה; חלק מהנפגעים סבלו מרה-אקטיבציה של תגובות קרב קודמות; וכן, בעוד שחלק מהנפגעים החלימו, חלק מקבוצת הבקרה פיתחו תסמונת בתר חבלתית מלאה במהלך השנים [8–10]. האינתיפאדה השנייה, שכללה פיגועים קשים בעורף, הביאה לשיתופי פעולה עם מטפלים בנפגעים אזרחים, ושילוב של צורות טיפול נוספות במחלקת ברה"ן: שיטת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי של "החשיפה המתמשכת" (Prolonged Exposure PE), שיטת טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נוספת – EMDR, ואף הטיפול הוותיק בהיפנוזה, ככלי עזר למערך הטיפולים [11,12].

ליווי מאוחר של יחידות שנפגעו במלחמת יום הכיפורים, וטיפול ביחידה שנפגעה במבצע "חומת מגן" בשנת 2002, הביאו להבנה כי רצוי לטפל בנפגעים בתוך היחידה. במקביל, פותחה תוכנית למניעה ראשונית (קודם לאירועי דחק), שניונית (מייד לאחר אירוע) ושלישונית (טיפול מידי ומיטבי לנפגעים) של תגובות קרב בצוותי רפואה, שכללה "שיחת צוות" שמטרתה מניעה שניונית של ת"ק, על פי כללי דיבוב ("debriefing") הולמים [13,14].

לנוכח תצפיות כי פצועים גופניים מאירועי לחימה, דוגמת נפגעים מגזרת לבנון – הם קבוצת סיכון לפיתוח ת"ק, הוחלט לראות בפצועי צה"ל קבוצת סיכון לפיתוח ת"ק, והם זוכים למעקב ברה"ן החל מהגעתם לטיפול במתקנים רפואיים [15]. ממלחמת לבנון השנייה בשנת 2006 תוגבר מערך ברה"ן בגזרות הלחימה – גם במבצעים ברצועת עזה, כך שקב"נים ופסיכיאטרים עומדים לרשות הלוחמים בקרבת שטחי הלחימה עצמם. במלחמת לבנון השנייה נבדקו וטופלו מאות נפגעים, וכך נבדקו וטופלו עשרות רבים של נפגעים במבצעים ברצועה. במהלכם התבססה הגישה כי יש להתערב במניעה ראשונית בשדה הקרב עצמו, על ידי חיזוק כלי החוסן היחידתי והאישי, וגם להתחיל בהתערבות מייד לאחר האירוע הטראומטי (מניעה שניונית מוקדמת). גישה זו צמחה בהדרגה מתוך הניסיון המצטבר. במקביל לתהליך מחקרי מלווה, כלי המניעה מתבססים גם על למידת ההשפעות של הטיית קשב, על מיפוי פעילות מוחית במצבי לחץ, ועוד [16–18]. תוכנית ה"מג"ן" (מוביל גיוס חוסן נפשי) והמשכיה, נועדו להכשיר את הלוחמים עצמם לזהות תגובות קרב ולהתערב באופן מהיר וחד, כך שבתוך דקות ספורות ניתן יהיה להחזיר את החייל המצוי במצב של "הלם קרב" לתפקוד, לשפר את הבניית האירוע ואת חוויות וזכרונו לגבי האירוע. תוכנית זו הוכנסה לראשונה בתוך מבצע "צוק איתן", וכיום נכללת בתוך הכשרת לימוד עזרה ראשונה של כל לוחם בצה"ל.

כמו כן, נעשו פניות לנפגעים שטופלו בשטח במבצעים אלה, וחלקם הופנו לטיפול ביחידה לת"ק. במהלך מבצע "צוק

השתתפות במחקר ופיתוח גישות טיפוליות חדישות

להלן מספר דוגמאות של מחקרים מהשנים האחרונות:

- **בתחום מניעת תגובות קרב והטיפול בהן:** במעקב מתמשך אחרי חיילים קרביים שכלל מדידת גורמים סביבתיים וגנטיים, נמצאה התאמה ניכרת בין המדדים שנבדקו לבין הסיכוי לפתח תסמינים בתר חבלתיים [16]. במחקר המשך, נערך ניסוי מבטיח בהתערבות מניעתית על ידי הטיית קשב באמצעות מחשב (Attention bias modification training), שבו ארבע התערבויות קצרות לקראת לחימה הפחיתו תסמינים בתר חבלתיים באופן ניכר בקרב הנכללים במחקר [17].
- **מחקרים המשלבים בדיקת דימות של המוח (f-MRI), מדדים אפי-גנטיים, ותגובות פסיכולוגיות לדחק בחיילים שנחשפו ללחימה:** נמצא קשר בין תגובה לדחק בבדיקת דימות של המוח לבין ביטוי של המיקרו-RNA miR-29c בדם ההיקפי [18]. נמצא קשר חיובי בין עמידות לדחק לבין הימצאות פולימורפיזם בגן לאצטילכולין אסטרז (AChE), המתבטאת בין היתר בפעילות המיקרו-RNA miRNA-608, ובפעילות מוגברת של האמיגדלה [25]. מחלקת ברה"ן שותפה לפיתוח גישה טיפולית משולבת ואחידה לנפגעי טראומה נפשית – לאזרחים ולחיילים. גישה זאת אומצה ע"י כל המעורבים בטיפול בנפגעי דחק [26].
- **בתחום מניעת התאבדויות:** המאמץ למניעה נוספת של התאבדויות בצה"ל כולל ביצוע מחקרים בתחום, ביניהם: מחקר על תפיסת הלחץ הכללי והצבאי בקרב חיילי צה"ל שניסו להתאבד ומחקר מתמשך של התכנית הכוללנית למניעת התאבדויות החיילים [27,28].
- **בתחום האשפוזים הפסיכיאטריים:** צבר תסמינים הכולל הפרעות חשיבה, הפרעות תפישה, אוריינטציה פגומה ואובדנות, בקרב נבדקים שלא נמצא אצלם מצב פסיכוטי גלוי – היה קשור לאשפוז עתידי בשל מצב פסיכוטי [29]. במחקר נוסף, בדיקת הקשר המשפחתי במקרים של בדיקת תאומים בלשכות הגיוס על ידי המאבחנות הפסיכוכימיות והשוואת נתונים אלה לקובץ האשפוזים הפסיכיאטריים העלו, כי בעיות בתפקוד החברתי ובלמודים בקרב נבדקים שבהמשך אושפזו באבחנה של סכיזופרניה – היו על רקע משפחתי [30].

לסיכום

פעילות רבת שנים של מאות מטפלים וחוקרים במחלקת ברה"ן הביאה להישגים ניכרים, אשר חלק מהם נסקרו במאמר זה. פעילות זאת מעידה על כך שמערך ברה"ן בצה"ל אינו קופא על שמריו, והוא ימשיך להתפתח ולהתקדם גם בעתיד. ●

מחבר מכותב: חיים קנובלר

רחוב הזית 16, רחובות 7634916

טלפון: 08-9462069

פקס: 08-9363304

דוא"ל: haim.knobler@gmail.com

הפחתת הנגישות לכלי נשק בקרב חיילים בתחילת השירות

מאחר שהתקופה הרגישה ביותר לפיתוח הפרעות ההסתגלות, לפריצת מחלות נפש וכן להתאבדויות היא תחילת השירות, הוחלט להימנע ממסירת נשקים אישיים לכל החיילים הנמצאים בהכשרות הראשוניות בשבועות הראשונים של הטירונות, ולחיילים בטירונות שאינה קרבית – בכל מהלך הטירונות [19]. מהלך זה הביא לירידה מיידית של התאבדויות חיילים בעת חופשה בבית בסופי שבוע בשיעור של כ-40% החל מהשנה הראשונה להפעלת התוכנית [22]. במקביל, הוקם "קו לחייל" המופעל על ידי ארגון ער"ן ("עזרה ראשונה נפשית בטלפון ובאינטרנט"). מטרתו – לאפשר לחיילים לפנות לקבלת סיוע נפשי מידי אנונימי, בתור "אוזן קשבת" למצוקותיהם. במקרים שבהם תורני ער"ן מתרשמים שקיימת סכנה אובדנית מוחשית לפונים – הם הופכים את הפנייה ל"חמה", ופונים למוקד פעיל בצה"ל על מנת למצוא את החיילים ולמנוע את התאבדותם. הירידה בשיעור התאבדויות החיילים בצה"ל בולטת על רקע העלייה בהתאבדויות בצבאות זרים, ובעיקר בצבא ארה"ב. למרות כל אלה, ממשיכה מחלקת ברה"ן בחיפוש דרכים נוספות למניעת התאבדויות, ובהטמעת התכניות הקיימות. הצלחת תוכנית המניעה בצה"ל, המונה כבר 11 שנים מלאות, תרמה להקמת המועצה הלאומית למניעת אובדנות במשרד הבריאות.

מניעת אשפוזים פסיכיאטריים בקרב חיילים

עבור מרבית החיילים הנזקקים לאשפוז פסיכיאטרי ובני משפחותיהם, האשפוז הינו מצב פתאומי של משבר בלתי צפוי – בעוד שבמגזר האזרחי מדובר לרוב בסיום של תהליך ממושך. מאז הקמת מח' ברה"ן קיים בה תפקיד "קציני האשפוזים" – קב"ים הדואגים להבהיר לחיילים ולבני משפחותיהם את זכויותיהם, לתמוך בהם, ולתווך בינם לבין הגורמים המטפלים השונים. לדוגמא: מאמצע שנות ה-90 קיימת הנחייה שעל פיה אין לשחרר חיילים לאחר אשפוז פסיכיאטרי הזקוקים להמשך טיפול מצה"ל – ללא הגשת בקשה מטעמם להמשך טיפול על ידי אגף שיקום הנכים במשרד הביטחון.

משנות ה-80 ועד שנת 1990, אושפזו במחלקות פסיכיאטריות בכל שנה כ-300 חיילים בשירות חובה. באותה שנה חלה ירידה חדה במספר האשפוזים (לכ-250), ומספרם ירד, מאז, לכ-200 בשנה. ירידה זאת מיוחסת למספר גורמים: שיפור המיון הנפשי בלשכות הגיוס; שיפור הטיפול הנפשי בחיילים והרחבת הטיפול המרפאתי; וכן: שיפור הטיפול בפרט והיחס לחיילים בשירות חובה, בשל הדרכת מפקדים. בהשוואה לעבר ובהשוואה לצבאות זרים, ניתן להבחין כי לפחות כ-50% מהחיילים המאושפזים סובלים ממצבים החשודים כפסיכוטיים, זאת לעומת אשפוז פסיכיאטרי בעיקר של חיילים בעלי הפרעת הסתגלות – בעבר בצה"ל ובהווה בצבאות אחרים המפרסמים נתונים על אשפוזים פסיכיאטריים [23,24]. האשפוזים שכיחים בתחילת השירות, כתוצאה מריבוי גורמי דחק, בקרב חיילים שבמקרים רבים הם כנראה בעלי נטייה לפתח מחלות נפש [24].

ביבליוגרפיה

1. Gal R, The selection, classification and placement process. In: *A Portrait of the Israeli Soldier*. Westport, CT: Greenwood Press; 1986:77-86.
2. Davidson M, Reichenberg A, Rabinowitz J et al, Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *Am J Psychiatry*, 1999; 156:1328-35.
3. Weiser M, Knobler HY, Noy S et al, Clinical characteristics of adolescents later hospitalized for schizophrenia. *Am J Med Genetics*, 2002; 114:949-955.
4. Witztum E, Levi A et al, Solomon Z, Lessons denied: a history of therapeutic response to combat stress reaction during Israel's War of Independence (1948), the Sinai Campaign (1956) and the Six Day War (1967). *Isr J Psychiatry*, 1996; 33:79-88.
5. Levi A, Witztum E et al, Solomon Z, Lessons relearned - when denial becomes impossible: therapeutic response to combat stress reaction during the Yom Kippur War (1973), the Lebanon War (1982) and the intifada. *Isr J Psychiatry*, 1996; 33:89-102.
6. קנובלר ח', בן יהודה י', על היחידה לטיפול בנפגעי תגובות קרב בצה"ל. הרפואה הצבאית, 7, 2010; 39-40.
7. לוי א', לובין ג', על תהליך והשיבוץ (Intake) ההערכה לטיפול ביחידה לתגובות קרב. הרפואה הצבאית, 7, 2010; 14-18.
8. Solomon Z, Garb R, Bleich A et al, Reactivation of combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 1987; 144:51-55.
9. Solomon Z et al, Mikulincer M, Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry*, 2006; 163:659-666.
10. Solomon Z, Horesh D et al, Ein-Dor T, The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptom clusters among war veterans. *J Clin Psychiatry*, 2009; 70:837-843.
11. פואה ע', דורון מ', ידין א', חשיפה ממושכת - המדריך לטיפול בהפרעה פוסט-טראומטית - מהדורה שנייה, הוצ' המרכז לשעת חירום, קריית שמונה, 2006.
12. אברמוביץ' א', בונה ע', היפנוזה כטיפול בנפגעי תגובות קרב (Combat Post Traumatic Stress Disorder - PTSD), הרפואה, 152, 2013; 490-493.
13. קנובלר ח', לוי י', לאור נ', וחב', תכנית חיל הרפואה למניעת תגובות קרב בצה"ל. מערכות, 399, 2005; 30-35.
14. Knobler HY, Nachshoni T, Jaffe E et al, Psychological guidelines for a medical team debriefing after a stressful event. *Military Medicine*, 2007; 172:581-585.
15. Koren D, Norman D, Cohen A et al, Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry*, 2005; 162:276-282.
16. Wald I, Degnan KA, Gorodetsky E et al, Attention to Threats and Combat-Related Posttraumatic Stress Symptoms: Prospective Associations and Moderation by the Serotonin Transporter Gene. *JAMA Psychiatry*, 2013; 70:401-409.
17. Wald I, Fruchter E, Ginat K et al, Selective prevention of combat-related post-traumatic stress disorder using attention bias modification training: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 2016; 46:2627-2636.
18. Vaisvaser S, Modai S, Farberov L et al, Neuro-Epigenetic Indications of Acute Stress Response in Humans: The Case of MicroRNA-29. *PLoS One*, 2016; Jan 5; 11(1):e0146236.
19. Fishman G, Morris-Dycian A et al, Kotler M, Suicide in the Israeli army. *Suicide Life Threat Behav*, 1990; 20:225-239.
20. Apter A, Bleich A, King RA et al, Death Without Warning? A Clinical Postmortem Study of Suicide in 43 Israeli Adolescent Males. *Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50:138-142.
21. Shelef L, Laur L, Raviv G et al, A military suicide prevention program in the Israeli Defence Force: a review of an important military medical procedure. *Disaster Milit Med*, 2015; 1:16.
22. Lubin G, Werbeloff N, Halperin D et al, Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2010; 40:421-424.
23. Keren AB, Mester R, Asporamas Y et al, Outcome of psychiatric hospitalization of Israeli soldiers in compulsory service. *Isr J Psychiatry*, 1983; 20:220-230.
24. Knobler HY, Dycian A, Katz G et al, First psychotic episodes among Israeli youth during military service. *Military Medicine*, 2000; 165:169-172.
25. Lin T, Simchovitz A, Shenhar-Tsarfaty S et al, Intensified vmPFC surveillance over PTSS under perturbed microRNA-608/ACHe interaction. *Transl Psychiatry*, 2016; 6, e801; doi:10.1038/tp.2016.70
26. Hantman S et al, Farchi M, From Helplessness to Active Coping in Israel: Psychological First Aid. In: *Transformative Social Work Practice*, Chapter 32. Schott, E. Weiss. E.L. Sage publication, 2016.
27. שלף ל', לוי-בלז י', פרוכטר א', תפיסת הלחץ הכללי והצבאי בקרב חיילי צה"ל שניסו להתאבד. חברה ורווחה ל"ז, 2017; 143-160.
28. Shelef L, Tatsa-Laur L, Derazne E et al, An effective suicide prevention program in the Israeli Defense Forces: A cohort study. *European Psychiatry*, 2016; 31:37-43.
29. Livny A, Reichenberg A, Fruchter E et al, A Population-Based Longitudinal Study of Symptoms and Signs Before the Onset of Psychosis. *Am J Psychiatry*, 2018; 175:351-358.
30. Velthorst E, Reichenberg A, Kapra O et al, Developmental Trajectories of Impaired Community Functioning in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 2016; 73:48-55.