



התעוררות לשינוי במהלך אשפוז

במחלקת טיפול נמרץ לב לאחר אוטם לבבי

והתערבות הפסיכולוג הרפואי

אלעד נהלוני, נדיה שפרין ומור לביא

הכלייים האחראים על אספקת החמצן לשריר הלב. הסתימה בדרך כלל מתפתחת כתוצאה מטרשת עורקים, מחלה שגורמת להיצרות כלי הדם. במצב של סתימה מלאה, נפסקת אספקת החמצן לשריר הלב ומתרחש אוטם לבבי המכונה "התקף לב", אשר יכול להתחולל באופן פתאומי. אנשים שחוו התקף לב פעמים רבות מתארים את החוויה כמפגש עם המוות.

בשיחות עם מטופלים שעברו זה עתה התקף לב, מובע פעמים רבות צורך בשינוי מהותי בחייהם

בשיחות עם מטופלים שעברו זה עתה התקף לב, מובע פעמים רבות צורך בשינוי מהותי בחייהם. השינוי יכול להיות בריאותי ("עלי להפסיק לעשן", "עלי לשנות את הרגלי האכילה שלי", "עלי לעסוק בפעילות גופנית", "עלי לקחת תרופות מעתה"), תעסוקתי ("עלי להחליף תפקיד", "עלי לפרוש מעבודתי"), משפחתי ("עלי להקדיש יותר זמן/תשומת לב לילדי", "עלי למצוא בן/בת זוג", "עלי להתגרש"), רוחני או דתי ("עלי לעשות תשובה/ להתחזק"), או פסיכולוגי ("עלי לטפל בחרדות שלי", "עלי ללמוד לשלוט בכעסים שלי").

הצורך בשינוי עולה בקנה אחד עם המסר המתווך על ידי הצוות הרפואי והמערכת הרפואית. בחודשים שלאחר התקף הלב כל מטופל זכאי לממש תוכנית שיקום לב, על חשבון קופת החולים. התוכנית מתקיימת במכון לשיקום

התעוררות לשינוי בעקבות התקף לב

צ' אושפז בטיפול נמרץ לב בעקבות אוטם לבבי. האירוע החל בעת האימון הקבוע שלו במכון הכושר. הוא הרגיש כאבים עזים בחזה, שלוו בבחילה. צוות המכון הזמין אמבולנס שלקח אותו היישר ליחידת הצנתורים. זהו שני עורקים חסומים, ובשתי החסימות השתילו תומכנים. לאחר מכן אושפז צ' בטיפול נמרץ לב. בדיקת אקו הראתה ירידה בתפקוד החדר השמאלי, אך הרופאים שידרו מסר אופטימי שעם הזמן תפקוד הלב עשוי להשתפר. יומיים לאחר מכן צ' חווה דום לב פתאומי. הוא טופל באמצעות שוק ממכשיר דפברילטור ולבו חזר לקצב סדיר. בדיקת אקו נוספת הראתה שספיקת הלב שלו ירדה ל-28 אחוז (עד 60 אחוז הספיקה נחשבת תקינה. מתחת ל-35 אחוז מאבחנים אי ספיקת לב). האחות האחראית במחלקה זיהתה את המתח הרב שהיה שרוי בו וביקשה מהשירות הפסיכולוגי שייכנס אליו פסיכולוג להערכה. נכנסתי (א"נ) לשוחח איתו.

במאמר זה נרצה להמשיג את חוויית המטופל המאושפז במחלקת טיפול נמרץ לב לאחר אירוע לבבי, באמצעות גישה אינטגרטיבית. נבקש לגזור מהמסגה זו קווים מנחים לעבודת הפסיכולוג הרפואי במחלקה. בהמשך נביא את תיאור הטיפול בצ' ולבסוף נדגים כיצד ההמשגה שהצענו באה לידי ביטוי בתיאור המקרה. כדי להמשיג את חוויית המטופל ניעזר באינטגרציה של שלוש גישות תאורטיות: (1) הגישה האקזיסטנציאלית על פי יאלום; (2) גישת העיבוד הקוגניטיבי על פי ריסיק ודרבי; (3) הגישה הנרטיבית על פי ארתור פרנק.

אוטם שריר הלב מתרחש כאשר נוצרת סתימה בעורקים

אלעד נהלוני הוא פסיכולוג במרכז הלב על שם לבייב, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר, ובקליניקה הפרטית.

clinicallev.co.il, 054-5644050

נדיה שפרין היא סטודנטית לפסיכולוגיה רפואית במכללה האקדמית תל אביב יפו.

מור לביא היא פסיכולוגית שיקומית ורפואית בכירה במרכז הלב על שם לבייב, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר.

* הכותבים מבקשים להודות מכל הלב לפרופ' רבקה יעקובי שסייעה בכתיבת המאמר ופרסומו.



עניינים בעלי משמעות כגון קריירה, משפחה, דת, אהבה, או פעילות חברתית, ולחוות את עצמנו כבעלי כוח השפעה ויכולת בחירה. מטרת הטיפול בגישה האקזיסטנציאלית היא לסייע לאדם להכיל את רעיון המוות, כדי שיוכל לאפשר לעצמו להעניק משמעות אותנטית לבחירותיו, להרגיש חי, להרגיש ממומש עד כמה שניתן בתוך המגבלות של החיים. במובן זה, טוען יאלום, כי "מבחינה פיזית המוות מכלה את האדם אך רעיון המוות מציל אותו" (יאלום, 1980, עמ' 26).

זווית העיבוד הקוגניטיבי

אירוע לבבי הוא אירוע דרמטי שמפגיש את האדם עם עובדת היותו בן חלוף, מפגש המייצר אימה. מבחינה זו מדובר באירוע בעל איכות טראומטית. על פי הבנתם של ריסיק ודברי (2013), מפגש של אדם עם אימה שנוצרת כתגובה אינסטינקטיבית ובלתי נשלטת באירוע טראומטי, משפיע ומטלטל בחזקה אמונות בסיס המלוות את האדם ומתחזקות בתהליך למידה שמתרחש לאורך חייו. אירועים טראומטיים עלולים לערער אמונות יסוד אלה. למשל, נוכח התקף לב ואשפוז במחלקת טיפול נמרץ, קשה להחזיק באמונת הבסיס ש"גופי צפוי לי ואני יכול לבטוח בו". לחילופין, אצל מי שבמהלך חייו התפתחה והתבססה אמונה שלילית, למשל ש"גופי אינו צפוי לי ואני יכול לבטוח בו", התקף הלב עלול לחזק ולהקצין אותה.

לאחר אירוע טראומטי פועלים במערכת האמונות של האדם שני כוחות חזקים המייצרים דיסוננס קוגניטיבי. קיים הצורך לשמור על האמונה הישנה נוכח האירוע הטראומטי, ועם זאת, קיים צורך של האדם להסביר לעצמו את האירוע הטראומטי נוכח האמונה הישנה. בתהליך נורמלי, גם לאחר טלטלה חזקה, במהלך זמן

הלב והיא כוללת אימון גופני פרטני בעזרת פיזיולוג מומחה ומעקב של רופא, אחות, דיאטנית ופסיכולוג, במטרה לתמוך בהסתגלות להתנהגויות בריאות.

המשגה תאורטית: שלוש זוויות מבט על חויית המטופל לאחר התקף לב

הזווית האקזיסטנציאלית

ארווין יאלום (1980) גורס כי הקונפליקט הראשוני, שבעקבותיו נוצרים ומתפתחים מנגנוני הגנה נפשיים שיכולים להיות אדפטיביים יותר או פחות, נובע מחרדת המוות. כאשר אנו חיים את שגרת חיינו ומתרגלים לעסוק בענייני דיומא, רעיון המוות הופך בלתי נסבל ומאיים לבלום את מהלך חיינו, שאיפותינו, יעדינו והישגינו. לא רק את גופנו המוות מאיים לבלום, אלא שבעטיו סופנו להישכח. רוב החיים, בעזרת מנגנוני הגנה, אנו מתמודדים באופן מוצלח עם פחד המוות. בילדות בדרך כלל המוות מוכחש. עם ההתבגרות מבשילה הבנה מורכבת יותר של סופיות החיים ובדרך כלל נוצרים מפגשים עם המוות, שמקשים עלינו להכחישו. הדחקת המוות, למשל בעזרת חתירה אחר התקדמות והישג, נוטעת בנו תחושה של משמעות וזרימה מתמדת, ומאפשרת לנו להימנע ממפגש עם האיום, או להפחית את תדירותו ועוצמתו. הניסיון להימלט ממפגש בלתי נמנע עם חוויות המעוררות בנו זעזוע ותחושה שאנו חיים חיים "מבזבזים" וחסרי משמעות, יכול להתבטא גם בקושי לממש שאיפות ורצונות, קושי לקבל אחריות על בחירות, או בהתמכרויות ועיסוק בהתנהגויות כפייטיות. לכן, הרגעים שבהם האדם נפגש עם איום המוות הם גם הזדמנות של האדם להתעורר, לשאול את עצמו שאלות קיומיות וגם לבחור לשנות את חייו. במילותיו של יאלום: "ישנם מצבים שאינם ניתנים לתיקון, 'חוויות מידיות דחופות' מסוימות שמזעזעות את האדם, שמחלצות אותו מן המצב הראשוני היום יומי, ומעבירות אותו למצב של מודעות קיומית. מבין ה'חוויות המידיות' הללו (שיאספרס כינה אותן 'מצבי גבול'), המוות הוא אחד ויחיד: מוות הוא המצב המאפשר לנו לחיות את חייו באופן אותנטי" (יאלום, 1980, עמ' 27).

מכיוון שהתקף הלב מפגיש את האדם עם המוות, הוא עשוי להעביר את האדם למצב של מודעות קיומית, שבה ליד ביטוי בין היתר בהתעוררות לשינוי.

התקף הלב שובר כבאבחת סכין את מנגנוני ההגנה הרגילים, המאפשרים לנו בדרך כלל לארגן את חייו סביב



על עצמו, כאשר מטרתו לאפשר למטופל לארגן מחדש את הנרטיב באופן זורם ולכיד, הכולל בתוכו גם את המחלה. ארתור פרנק (Frank, 1995) מתאר שלושה סוגי נרטיב מחלה: "נרטיב הכאוס", "נרטיב השיבה" ו"נרטיב המסע".

1. "נרטיב הכאוס" מתאר קטיעה חדה בלכידות הזהות וסיפור החיים של האדם. נרטיב זה בא לידי ביטוי בהצפה רגשית, בלבול וחוסר אונים, והוא קשור באופן הדוק לקשיי הסתגלות למחלה. הטיפול בנרטיב הכאוס שואף לאחות את הקטיעה באופן המאפשר רציפות בסיפור החיים, הכולל ומשלב בתוכו גם את סיפור המחלה. המטרה אינה לשנות את משמעות המחלה כפי שהיא נחוות בהווה על ידי המטופל, אלא לאפשר למטופל לארגן אותה כאירוע נוסף בתוך רצף סיפור חייו, באופן שאינו משנה את הנרטיב העיקרי.

2. "נרטיב השיבה" מתאר סיפור שבו המחלה מסיטה את האדם ממסלול חייו, אבל כשיתגבר עליה ויבריא ממנה יוכל לשוב למקום שהיה בו ולהמשיך את מסלול חייו כפי שהיה בעבר. נרטיב זה מספר את סיפור המחלה כסיפור של גיוס משאבים, מאבק וניצחון. בשלבים ההתחלתיים של ההתמודדות עם המחלה, נרטיב זה מאפשר לאדם להתחבר לכוחותיו ולהתמודד. עם הזמן האדם עלול לחוש כי לא שב באופן מוחלט לבריאותו התקינה וכי חייו השתנו בעקבות המחלה. במצב כזה, הצורך להחזיק בנרטיב השיבה, עלול לייצר מפח נפש ותחושת כישלון.

ניתן להבין את הצורך בשינוי שחש מטופל בעקבות התקף לב גם כתוצר של חוויה טראומטית, המערערת את אמונות הבסיס שלו על עצמו, על אחרים ועל העולם

3. "נרטיב המסע" מתאר את המחלה כמסע שנקודת הסיום שלו אינה ברורה. המסע מתקדם כל הזמן ובמהלכו האדם לומד, מתפתח ומגלה דברים חדשים כל העת. במהלך המסע האדם נדרש להתמודד עם משברים ומכשולים, אבל נוצרות גם הזדמנויות חדשות לצמיחה והתפתחות. נרטיב זה מאפשר לאדם להכיל את המחלה בתוך סיפור חייו ולשמור על רצף, למרות תחושות של אימה, חוסר אונים וחולשה.

בטיפול הנרטיבי, ההתעוררות לשינוי אצל אדם שחווה התקף לב מבטאת את ניסיונו לחזור ולחבר את סיפור

הנמשך כחודש, אדם מצליח ליישב את הדיסוננס, באופן שמאפשר לו להמשיך לחיות ללא מצוקה ניכרת. משום כך, מאבחנים תסמונת פוסט טראומטית על פי DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), לכל הפחות חודש לאחר האירוע. עיבוד זה מתאפשר בדרך כלל באופן טבעי כאשר האדם לומד להכיל את הרגשות העזים על ידי יישוב הדיסוננס, למשל: "גופי צפוי לי ואני יכול לבטוח בו בדרך כלל, במסגרת מגבלות מחלת הלב שלי". אצל חלק קטן מהאנשים שחוו אירוע טראומטי לא מתאפשר העיבוד ליישוב הדיסוננס הקוגניטיבי. כתוצאה מכך, רגשות שליליים כמו אימה, אשמה או השפלה ממשיכים להיחוות בעוצמה, יחד עם הצפה חוזרת של זיכרונות טראומטיים ועוררות יתר. הימנעות התנהגותית כתוצאה מהמפגש עם רגשות קשים אלה עלולה להחריף את עוצמת הרגשות ולעכב את תהליך העיבוד הקוגניטיבי.

מכיוון שהתקף הלב מפגיש את האדם עם המוות, הוא עשוי להעביר את האדם למצב של מודעות קיומית, שבאה לידי ביטוי בין היתר בהתעוררות לשינוי

ניתן להבין את הצורך בשינוי שחש מטופל בעקבות התקף לב גם כתוצר של חוויה טראומטית, המערערת את אמונות הבסיס שלו על עצמו, על אחרים ועל העולם. הטיפול בגישה זו כולל הדרכה פסיכולוגית על ניהול התגובה הרגשית לטראומה וכן איתור נקודות היתקעות ואתגורן. "נקודות היתקעות" מתארות שינויים קיצוניים ולא אדפטיביים של אמונות בסיס בעקבות טראומה. בטיפול, המטופל לומד לאתגר נקודות היתקעות אלה ולהבנות מחדש את אמונות הבסיס שהוקצנו, אך באופן אדפטיבי למציאות חייו לאחר הטראומה. הטיפול מאפשר למטופל להשלים את תהליך העיבוד "התקוע" בעקבות הטראומה.

הזווית הנרטיבית

על פי הגישה הנרטיבית, אדם בונה את סיפור חייו לכדי נרטיב המספק לו תחושה של לכידות, רצף ורווחה נפשית. אירועים טראומטיים, וכן מחלות מאיימות, יוצרות "הפרעה ביוגרפית" בסיפור החיים שאדם בנה לעצמו. בטיפול הנרטיבי המטפל מאזין למטופל כאל אדם המספר סיפור

מידע פסיכו-חינוכי על התמודדות עם חרדה, תגובות "הילחם או ברח", פלשבקים, סיטי לילה ועוררות יתר בעקבות האירוע. מידע זה עשוי להגדיל את יכולתו של המטופל לשאת חוויות אלה, לשתף בהן אחרים ולעבד אותן. יצירה של זיכרון חיובי ונעים בתוך המרחב הטראומטי, חיפוש המטפל אחר כוחות ומשאבים של המטופל להתמודדות ותיקופם בפניו, עשויים לעודד את המטופל לוותר על הגנת דיסוציאטיביות ולחזק את תהליך עיבוד הטראומה. בנוסף, התעניינות הפסיכולוג במשמעות הסובייקטיבית שנותן המטופל לאירוע הלבבי ולמפגש עם המערכת הרפואית, והזמנת המטופל להתבונן יחד במשמעות זו, בתוך אווירה מקבלת ובלתי שיפוטית, עשויה לאפשר למטופל לעבד את אמונותיו השליליות שהקצינו בעקבות הטראומה (לדוגמא "אני שביר ועלול להתפרק"), לבחון את תקפותן ביחס למציאות חייו ואולי אף להגמיש או לשנות אותן (לדוגמא "אני מרגיש מפורק כרגע מטבע הדברים, אבל מתאר לעצמי שעם הזמן אחלים, אשתקם ואולי אף אתפתח מכאן").

הטיפול הפסיכולוגי בסטינג הרפואי במחלקה אשפוזית ייחודי בכך שמטופל אינו בהכרח פונה לתמיכה ולא תמיד יודע שקיים שירות פסיכולוגי במחלקה. צוות המחלקה, הכולל רופאים, אחיות ואנשי מקצועות הבריאות, מנתבים את הפסיכולוגים אל החולים

ביטוי הצורך בשינוי מהותי על ידי המטופל יכול להיות ביטוי של חרדת המוות. התחושה של המוות המתקרב ובא מעוררת באדם את החרדה שהוא ייעלם ויישכח, ושלמעשה אין באמת דבר שיכול למנוע זאת. במובן זה, ניתן לראות בצורך של המטופל לדבר על שינוי ניסיון להשיב את מנגנוני ההדחקה שלו לפעולה. התערבות המפחיתה את החרדה, מאפשרת למטופל להרהר בשינוי מעמדה פחות הגנתית.

לעתים, עקב אילוצים מערכתיים שונים, מתקיימת רק פגישה אחת בין המטופל לפסיכולוג. גישתו של טלמון המובאת בספרו "תרפיה בפגישה אחת" (1993) מציעה אפשרות להתייחס גם לפגישה בודדת כטיפול

חייו שנקטע בעקבות ההתקף, וליצוק אותו לתוך נרטיב מסתגל.

מתאוריה לפרקטיקה: עבודת הפסיכולוג הרפואי במחלקה

שלוש הגישות שהוצגו מאפשרות לפסיכולוג הרפואי הבנה מקיפה של חוויית המטופל ושל המענה הטיפולי שניתן להעניק לו. הטיפול הפסיכולוגי בסטינג הרפואי במחלקה אשפוזית ייחודי בכך שמטופל אינו בהכרח פונה לתמיכה ולא תמיד יודע שקיים שירות פסיכולוגי במחלקה. צוות המחלקה, הכולל רופאים, אחיות ואנשי מקצועות הבריאות, מנתבים את הפסיכולוגים אל החולים. האחות האחראית במחלקה מחזיקה בתמונת המצב של כלל המאושפזים והיא מקיימת דיון יומי עם הפסיכולוגים בדבר סדר העדיפות בהגשת התמיכה למטופלים השונים, במסגרת מגבלות הזמן ואילוצים נוספים. במפגש של המטופל עם הרופא הוא מקבל הסבר על המחלה ועל הטיפול הרפואי המוצע לו. השיחה בין המטופל לצוות הרפואי כוללת לקיחת היסטוריה רפואית, חקירת התסמינים הנוכחיים ובדיקה קלינית. במידה שהם מאתרים גורמי סיכון המצריכים התייחסות בחייו של המטופל, הרופאים לוקחים על עצמם להתרות על כך בפני המטופל ולכוון אותו לשנות אותם (לדוגמא, הפסקת עישון).

המפגש עם הפסיכולוג על פי רוב ארוך יותר מהמפגש עם הרופא, ומטבעו מכוון לייצר אווירה לא שיפוטית. במפגש זה אנו מבקשים להעניק למטופל מקום לשתף ברגשותיו ובתחושותיו, אלו שהתעוררו בעקבות האירוע ואלו שהתעוררו במפגש עם הצוות הרפואי. המטפל מאפשר למטופל לספר על המשמעות הסובייקטיבית שהוא מקנה לאירוע בתוך סיפורו האישי. בתוך חלון ההזדמנויות לשינוי שנפתח, המפגש עם הפסיכולוג עשוי להזמין את המטופל להרחיב הרהור זה מעבר לנושא הבריאותי. נוכחות פסיכולוג המייצרת אווירה לא שיפוטית, הקשבה אמפתית למטופל ומתן אפשרות להתבונן במחלה כאירוע נוסף בשרשרת אירועי חייו, תורמת גם לתיווך המידע הרפואי שמוסרים הרופאים והפנמתו. בנוסף, נוצרת לעתים הזדמנות לברית טיפולית, שעשויה לאפשר למטופל לממש את שאיפותיו לשינוי בהמשך. מבחינה זו, המפגש עם הפסיכולוג עשוי להפוך למנוע ממשי לצמיחה מתוך המשבר, לא רק במובן הבריאותי אלא גם במובנים נוספים, הנוסכים משמעות ותחושת ערך בחייו של המטופל.

כחלק מההתמודדות עם הטראומה הפסיכולוגי יכול לתת



דפיברילטור, שאמור לנטר ללא הפסקה את קצב לבו ולתת קיצוב חשמלי במקום הקוצב הטבעי של הגוף אם קצב הלב נמוך מדי, וגם לטפל מיידית באמצעות שוק חשמלי במקרה של דום לב. צ' ידע להסביר היטב את היתרונות והחסרונות של הטיפול המוצע. "ייתכן", הסביר לי, "כי עם הזמן ממילא יהיה שיפור בתפקוד הלב ולמעשה הקוצב יהיה מיותר. מאידך, ישנה אפשרות סבירה שלא יהיה שיפור מספק וכן ייתכן גם שתהייה הפרעות קצב מסוכנות ואז הקוצב יוכל להציל את חיי".

אולם מהן ההשלכות של השתלת קוצב על שגרת החיים? נושא זה היה לא ברור דיו ועורר בצ' דאגה רבה. למשל, צ' נוהג להתאמן בהרמת משקולות כמה פעמים בשבוע. צ' הביע חשש שמעטה יצטרך לוותר על מרכיב זה, שהיה חשוב לשגרת חייו ולזהותו הגברית. בדלפק האחיות במחלקה מצאתי חוברת הסבר על החיים עם קוצב לב. ישבנו לקרוא בה יחד. במקביל, על מנת להגדיל את הידע ובכך להגדיל את תחושת השליטה שלו, ביקשתי מרופא, מומחה לקוצבי לב ולאלקטרופיזיולוגיה, להיכנס לחדרו ולאפשר לצ' לשאול אותו שאלות. הרופא ענה על שאלותיו, ודאגותיו של צ' פחתו מעט כשהבין כי אין מניעה עקרונית לחזור להרים משקולות עם הקוצב. צ' הסכים להשתלה.



הפגישה השנייה: עיבוד הטראומה הפרטית והזוגית

הפגישה הבאה התקיימה יום למחרת, כשבת זוגו של צ' נכחה בחדר. הפעם שמעתי את הסיפור הטראומטי ממנה. מסתבר שדום הלב התרחש כשהיא וצ' שוחחו בטלפון. עבורה הייתה זו חוויה טראומטית שכן היא שמעה את בהלת הרופאים במכשיר שנשאר פתוח. דמעות זלגו מעיניה בשעה שתיארה מה עבר עליה וידה ליטפה את ידו

אפקטיבי. "משימה מרכזית של התרפיסט ב-SST [Single Session Therapy] היא לתרגם את הקושי של המטופל כך שיוכל לשמש אקורד צירי לשינוי" (טלמון, 1993, על גישתם של Rosenbaum, Hoyt & Talmon). כאשר הפסיכולוג מתרשם כי הצורך של המטופל לדון במרכיבים קונקרטיים של השינוי המקווה איננו משמש לו מיסוך לחרדת המוות כי אם מנוף לצמיחה מהטראומה, ניתן ורצוי לתקף את הרצון של המטופל בשינוי ואף להפנות את תשומת לבו לאפשרויות שונות לממשו בפועל ולקיומם של המשאבים הנמצאים ברשותו שיעזרו לו בכך (למשל: קבוצת תמיכה להפסקת עישון, פיתוח תחביבים, טיפול פסיכולוגי וכד').

המפגש עם הפסיכולוג עשוי להפוך למנוע ממשי לצמיחה מתוך המשבר, לא רק במובן הבריאותי אלא גם במובנים נוספים, הנוסכים משמעות ותחושת ערך בחייו של המטופל

המשך תיאור המקרה

הפגישה הראשונה: הכרעות לגבי המשך החיים בצל חרדת המוות

צ', בן כ-50, נראה צעיר מכפי גילו, גופו כבד משקל, שרירי ומעוטר קעקועים. בהוראת הרופאים אסור היה לו לרדת מהמיטה. מוניטורים מצפצפים הקרינו על מסך את קצב לבו, את מדד הסאטורציה ואת לחץ הדם. צ' גרוש, כיום מחזיק מערכת יחסים יציבה שבמסגרתה נולדו לו שני ילדיו. הזוגיות הנוכחית מתוארת כמשביעת רצון. צ' עובד בחברה גדולה בתחום הנחשב גברי, ובה הוא מנהל את המכירות בכמה מחוזות בארץ. הרושם הראשוני שקיבלתי מצ' היה של גבר קשוח, שלא יפתח בקלות לשיחה רגשית. להפתעתי צ' דווקא ביטא בפתיחות את רגשותיו. הוא סיפר על האימה שאחזה בו שוב אחרי שכבר ראה את המוות וחשב שהכול מאחוריו. ביני לבין עצמי השתאתי בדבר הפער בין הרושם הראשוני שנסכה בי הופעתו ובין הרגישות והפתיחות שהביע. דמותו נראתה לי מורכבת, ועוררה בי סקרנות וחיבה. הרופאים הציעו לצ' להשתיל בגופו קוצב לב עם

לשיקום הלב ותפקודו הלבבי השתפר מאוד. לאחר חודשיים ביקש צ' להקדים את חזרתו לעבודה, אך באוזני הביע חשש שמא החזרה לעבודה תחזיר אותו להרגליו הקודמים. קבענו עוד שני מפגשים גם לאחר חזרתו לעבודה. עם חזרתו נוכח "שאפילו שלושה אנשים לא הצליחו למלא את חסרוננו". בפגישות אלה תוקפה יכולתו הגבוהה בעבודה, וכן יכולותיו לשלוט בכעסים ובלחץ, לא רק בחופשה אלא גם במהלך יום העבודה. הזמן ששהה בבית אפשר לו לטפח את מערכת היחסים עם זוגתו וילדיו וליהנות ממנה. עם זאת, מציאות הקוצב הפריעה ומדי פעם הביע חרטה על ההסכמה לקבלו. בשלב זה צ' סיים את הטיפול, כפי שתוכנן מראש.

צירה של זיכרון חיובי ונעים בתוך המרחב הטראומטי, חיפוש המטפל אחר כוחות ומשאבים של המטופל להתמודדות ותיקופם בפניו, עשויים לעודד את המטופל לוותר על הגנות דיסוציאטיביות ולחזק את תהליך עיבוד הטראומה

דין

המעבר של צ' מחדר הכושר לאמבולנס ולאשפוז היה טראומטי ומטלטל. ברגע קצר הפך צ' בחווייתו ממרים משקולות, גברי ובעל כוח לחלש וחסר אונים. גופו המאומן שהסב לו כבוד, נוכחות ועוצמה גברית, איים כעת לכלותו. לא ניתן היה להכחיש או להדחיק עוד את האיום לאחר דום הלב והירידה המשמעותית בספיקת הלב. החשש של צ' מהשתלת קוצב דפיברילטור היא ביטוי של "כאוס". צ' חש מבולבל וחסר אונים, והתקשה לדמיין את חייו עם המכשיר. השיחה עם רופא הקוצבים והקריאה בחוברת על החיים עם קוצב דפיברילטור, אפשרו לצ' להמשיך לספר את סיפור חייו כגבר מרים משקולות, עם קוצב דפיברילטור. מעשה טיפולי זה אפשר לצ' להסכים מדעת להשתלת המכשיר. בכך גם ניתנה לו מידה של חירות לקבל הכרעה בדבר הטיפול המוצע לו, ובכך לחזור ולחוות את עצמו כאדם המכוון את חייו ובוחר את גורלו, נוכח איום המוות.

של צ'. נוכחותה של בת הזוג נסכה אווירה נעימה וניכר החום והחיבה ששררו ביניהם. לצ' היה חשוב להודות לזוגתו בנוכחותי, על היותה גורם מייצב ותומך בחייו. שיקפתי לזוג האוהב עד כמה הקשר שלהם הוא מקור לתקווה וכוח להתמודדות עבור שניהם. הפגישה אפשרה גם לבת הזוג עיבוד רגשי של חוויה טראומטית, ואולי אף חיבור של קונטציה חיובית לתמונה הטראומטית שזכרה, מעין הגדרה מחדש של מרחב האשפוז – ממרחב של סכנת מוות למרחב שמתקיימים בו גם אהבה וחיבור זוגי.

הפגישה השלישית: התעוררות לשינוי מבססת ברית טיפולית ויוצרת הזדמנות לצמיחה

הפגישה הבאה שלנו נערכה לאחר השתלת הקוצב. צ' סיפר על דאגותיו ביחס לחזרה לשגרת חייו. העבודה, אמר, מעמיסה עליו לחץ גדול. לפני יותר מעשור פוטר במפתיע מחברה אחרת בגלל קיצוצים, למרות שהפגין נאמנות למעסיקיו והביא תועלת ורווח לחברה. בתקופה זו התמודד גם עם גירושים. במשך תקופה חווה חוסר ודאות לגבי עתידו הכלכלי והסתובב עם תחושת כישלון ואכזבה, שהגדילו עוד את בדידותו. כשמצא סוף סוף עבודה חדשה, הבטיח לעצמו שיעשה הכול כדי למנוע "כישלון" נוסף. חדר מוטיבציה להוכיח עצמו מצא עצמו מייצג את הלקוחות אל מול חלק ממנהליו, והתגייס להתעמת מולם לא פעם, מה שהעלה אצלו באופן יומי כעסים ומתחים. מצב הרוח שלו היה זעוף רוב הזמן והכעס הופנה כלפי ילדיו הזאטוטים. צ' חש הכרח לשנות את הלך רוחו על מנת לשמור על בריאותו. קבענו להמשיך ולהיפגש.

מינוף המפגש במחלקה לטיפול קצר מועד וממוקד בשינוי

דמותו הגברית מאוד, הצורך לרצות והתוקפנות שעלתה מדיווחיו, העלו אפשרות של ערך עצמי נמוך, ועלתה תהייה לגבי התפתחותו הרגשית בילדותו. עם זאת, נראתה חשיבות ראשונית לעבודה ממוקדת וקצרה, מאחר שצ' הקצה לעצמו שלושה חודשים לטפל בעצמו, זמן חופשת המחלה שנקבעה לו. החלטתי שצ' יתאים לטיפול קוגניטיבי התנהגותי. בטיפול צ' למד לזהות טריגרים מעוררי כעס, למד לזהות מחשבות אוטומטיות והטיות חשיבה, ובעיקר למד לייצר מרווח בין הכעס שמתחולל בו לבין ההתנהגות שהוא בוחר להפעיל כתוצאה מכך. במקביל לתהליך זה צ' הקפיד על האימון הגופני במכון



מרכיבים אפשריים בארגון סיפורו לנרטיב המסע. תהליך שיקום הלב שעבר לאחר האירוע הכיל מרכיבים פיזיים ונפשיים. מחקרים מראים כי מטופלים המקבלים בנוסף לאימון הפיזי במכון לשיקום הלב גם התערבות לניהול מתחים וכעסים, מפחיתים את כמות האירועים הקליניים ונהנים מבריאות פיזית ונפשית טובה יותר בשנים שלאחר מכן (Blumenthal et al., 2016).

סיכום והמלצות

במאמר זה הצענו מסגרת אינטגרטיבית לעבודת הפסיכולוג הרפואי במחלקת טיפול נמרץ לב. עבודת הפסיכולוג תורמת לרווחת המטופל המאושפז במחלקה, להתמודדותו עם המחלה ולתהליך הסתגלותו אליה. ראייתו ההוליסטית של הפסיכולוג מהווה נדבך חשוב בעבודת הצוות הרב מקצועי הקיים במחלקה ועשויה לאפשר למטופל לצמוח מהמספר. במחלקת טיפול נמרץ לב בבית החולים שיבא מתקיים בימים אלה מחקר, בשיתוף אוניברסיטת בר-אילן, העוקב אחר התפתחות תגובה פוסט טראומטית לאחר התקף לב בקרב מאושפזי המחלקה ובני זוגם במהלך חצי שנה. חלקם זכו להתערבות פסיכולוג וחלקם לא. מחקרים בעתיד יוכלו להתמקד גם בתרומת התערבות פסיכולוגית לצמיחה של המטופלים ולהתפתחות המשמעות שהם נותנים להתקף הלב בתוך סיפור חייהם.

המפגש עם זוגתו אפשר גם לה עיבוד של החוויה הטראומטית, דבר שחזק את הקשר הטיפולי עם צ' ותרם להחלטתו להפוך את המפגש עם הפסיכולוג למנוף לשינוי. במחקרם של דקל ואחרים (Dekel et al., 2013) נמצא כי בשלב האקוטי שלאחר אירוע לבבי יש קשר חיובי בין שביעות הרצון מהזוגיות לבין רמות הדיכאון של שני בני הזוג. שביעות רצון מהזוגיות וביסוס ההבנה ההדדית לגבי השפעת המצב על כל אחד מהם, תרמה לחיזוק מערכת התמיכה של צ', החיונית כל כך להסתגלותו לחיים עם המחלה גם בהמשך. קיימת סבירות גבוהה שהמפגש הטיפולי במחלקה הוא שאפשר טיפול פסיכולוגי, וללא התקיים צ' כלל לא היה פונה לטיפול.

התעוררות זו של צ' לשינוי התעצמה מאוד נוכח המפגש עם המוות. החשש שחיי הולכים ומתקצרים עורר בו שאלה משמעותית, האם במאמצים לרצות אחרים הוא מזניח בסופו של דבר את עצמו. במובן זה, הקצבה מראש של משך הטיפול כבר הביאה לידי ביטוי את הצורך בעצמאות ונפרדות. חוויות אלה עם ההקשבה האמפתית לסיפור התמודדותו עם משבריו הקודמים בזוגיות ובקריירה, תרמו ליציאה מנרטיב הכאוס, וליכולתו להבנות לעצמו נרטיב מחלה אחר. מציאות הדיפירילטור, והצורך בתרופות ובמעקב רפואי, הקשו עליו להבנות נרטיב של ניצחון על המחלה. צמיחתו מתוך האירוע, שכוללת חיזוק הערך העצמי, פיתוח יכולת שליטה בכעסים וטיפוח מערכות היחסים עם זוגתו וילדיו היו

מקורות

1. טלמון, מ' (1993). תרפיה בפגישה אחת. תל אביב: מוטיב הוצאה לאור.
2. יאלום, א' (1980). פסיכותרפיה אקזיסטנציאלית. ירושלים: כינרת, זמורה ביתן, דביר, מאגנס.
3. ריסיק, פ' ודרבי, ד' (2013). אופקים חדשים – טיפול בתסמונת פוסט טראומטית Cognitive Processing Therapy באמצעות עיבוד קוגניטיבי. תל אביב: מרכז קוגניטיקה.
4. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.
5. Blumenthal, J.A., Sherwood, A., Smith, P.J., Watkins, L., Mabe, S., Kraus, W. E., Ingle, K., Miller, P. & Hinderliter, A. (2016). Enhancing cardiac rehabilitation with stress management training: a randomized clinical efficacy trial. *Circulation*, 133:1341-1350.
6. Dekel, R., Vilchinsky, N., Liberman, G., Leibowitz, Khaskia, A., & Mosseri, M. (2013). Marital satisfaction and depression among couples following men's acute coronary syndrome: Testing dyadic dynamics in a longitudinal design. *British Journal of Health Psychology*, 19, 347-362.
7. Frank, A.W. (1995). *The Wounded Storyteller*. Chicago: The University of Chicago Press.