

פציעה או הפרעה? חשיבותו והשלכותיו של מינוח בטרואומת מלחמה*

עירית קינן

המאמר דן בצורך לבטל את המונח "הפרעה" בתסמונת הפוסט-טראומטית, ולהחליפו במונח "פציעה". הדיון מתמקד בטרואומת מלחמה (קרב וטרור) בלבד, ומציע כי במקרים אלה תיקרא התסמונת (Post-Traumatic Stress Injury) PTI ולא (Post-Traumatic Stress Disorder) PTSD. הצורך בשינוי מתעורר בשל ההשלכות הפרקטיות המשמעותיות שיש לדיוק בהגדרה לגבי הפצועים, אך מנומק גם בכך שהמונח "פציעה" מתאר בדיוק רב יותר את התופעה המוגדרת כיום כ-PTSD. המאמר מבסס את העדפת האפיון של התסמונת הפוסט-טראומטית כפציעה על היבטים מחקרניים ועל סוגיות חברתיות-פוליטיות. לאחר דיון בקריטריון המחולל (קריטריון AI), נתמכת טענת המחקר בעדויות מתחום חקר המוח, ומובהרת חשיבות השינוי בהקשר של צדק הכרתי. במאמר נטען כי שינוי המינוח עשוי להקטין את התיוג של פצועי הנפש, לסייע להחלמתם, ולהגדיל את מספר הפצועים הפונים לטיפול. עוד נטען כי שינוי ההגדרה חשוב לחיילים שנפגעים בפצעה בעולם כולו, וכי בישראל יש לו חשיבות מיוחדת גם לגבי אזרחים.

מילות מפתח: טראומה נפשית; מלחמה; PTSD; נפגעי חרדה; חיילים; סטיגמה; תיוג; צדק הכרתי; DSM

מבוא

ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי (DSM) משפיע על מטפלים ומטופלים בעולם כולו. במהדורה האחרונה של DSM-5, שפורסמה במאי 2013 (American Psychiatric Association, 2013a), נערכו כמה שינויים בהגדרה של הפרעת דחק

המחברת מבקשת להודות לשני הסוקרים האנונימיים על הערותיהם המועילות, ולרועי אופנבכר על תרומתו לחשיבה ולכתיבה.

* המונח טראומת מלחמה משמש במאמר זה מושג מכליל לתופעות פוסט-טראומטיות בעקבות מלחמה ובעקבות טרור – תגובת קרב, PTSD, פגיעת חרדה וכיוצא באלה.

פוסט-טראומטית (PTSD). השינויים נעשו כחלק ממאמצי ועדת הניסוח של DSM לשפר את האבחנות ולעשותן יותר מדויקות, באופן שיסייע לאבחון הפונים, לטיפול במאובחנים כלוקים בפוסט-טראומה, ואף למחקר בתחום. הוויכוח ארוך-השנים על עצם קיומה של התסמונת הפוסט-טראומטית הגיע ככל הנראה לסיומו, אך טרם שכך הדיון על היקפה, על הטרימינולוגיה שמגדירה אותה ועל הקריטריונים לאבחונה ולאפיונה (על הוויכוח ראו: Breslau, 2009; Brewin, 2003; Friedman, Resick, Bryant, & Garcia, 2013).

והנה, בדברי ההסבר לשינויים ב-DSM-5 מופיעה פיסקה, שלכאורה איננה שייכת לדיון המדעי. מפקדים בצבא האמריקאי, נאמר שם, פנו אל האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית (American Psychiatric Association) בדרישה להפסיק את השימוש במונח "הפרעה" פוסט-טראומטית, ולשנותו למונח "פגיעה" פוסט-טראומטית, שיתפוסטם מתאים יותר לשפה הצבאית, ועשוי להקטין את התיוג של פצועי הנפש ולעודד חיילים רבים יותר לפנות לטיפול (American Psychiatric Association, 2013b). עוד נאמר שם, שוועדת הניסוח לא קיבלה את הדרישה והעדיפה את העמדה שיש לשנות את האווירה הצבאית בנושא. להחלטה לא ניתן הסבר רפואי-מקצועי, וצוין רק שכמה משתתפים במפגש השנתי של האגודה ב-2012 הביעו את דעתם שהמונח "פגיעה" מעורפל מדי לאבחנה רפואית. הערה זו ב-DSM משקפת בתמציתיות את הפוליטיקה של הטראומה: היותו של הדיון בטראומה נפשית נטוע מאז ומתמיד לא רק בסוגיות רפואיות-מדעיות, אלא גם בשאלות חברתיות-פוליטיות שמהן הוא מושפע עמוקות. כאשר מדובר בטראומת מלחמה, מעשה המתרחש בשדה הפוליטי-חברתי, מעמיקים יחסי הגומלין בין הדיון הרפואי לבין הסוגיות החברתיות-פוליטיות. זוהי אחת הסיבות העיקריות לסירוב ארוך-השנים של הממסד הפסיכיאטרי להכיר בטראומת המלחמה (קינן, 2012), דבר שנחשב היום לשגיאה מקצועית היסטורית (בליך, 2000; ויצטום, לוי, גרנק וקוטלר, 1990).

באותה פסקה קצרה ב-DSM-5 נשמעים הדי הוויכוח סביב ההגדרה הראשונה של PTSD, שהתקבלה לבסוף ב-DSM-3 (American Psychiatric Association, 1980). מבקרי ההגדרה טענו שהיא נולדה מצורך חברתי של התקופה שלאחר מלחמת וייטנאם, ולא דווקא מתוך צורך רפואי-מדעי, וכי אף נוסחה כך שתתאים לקשיים של החיילים האמריקאים שחזרו ממנה (Young, 1995, 2002; Summerfield, 2004). נראה שכעת החליטה ועדת הניסוח לנקוט את הגישה הקוטבית הפוכה, ולהתעלם מהצורך החברתי. אולם, הניסיון לדייק בהגדרה של התסמונת הפוסט-טראומטית משלב היבטים רפואיים וסוגיות חברתיות-פוליטיות. זאת, בעיקר, מפני שלא כבהפרעות פסיכולוגיות אחרות, גרעין היווצרות הטראומה טמון במציאות חיצונית מוגדרת, אשר יש מי שנושאים באחריות להיווצרותה (Brunner, 2002). ההיבט הרפואי נוגע בצורך מחקרי וטיפולי לפזר את הערפול הטרימינולוגי שמאפיין את ההגדרה מאז הוכרה לראשונה

(Green, 1990), ולכן את אותם חלקים בה אשר נותרו שנויים במחלוקת בין החוקרים (Weathers & Keane, 2007). הסוגיות החברתיות-פוליטיות נובעות מתוך צורך חברתי שעד כה לא ניתן לו מענה, להסיר את התיג השלילי מנפגעי טראומה. צורך זה מקבל אישוש מתיאוריות של צדק הכרתי (Fraser, 2009; Taylor, 1997).

המאמר הנוכחי מתמקד בעצם סיווגה של התסמונת הפוסט-טראומטית כהפרעה (Disorder) בכל המהדורות של DSM עד כה. אמנם, ב-DSM-5 הוצאה התסמונת מתוך הסיווג (classification) של הפרעות חרדה, והיא נכללת כעת בסיווג חדש – American Psychiatric Association,) Trauma and Stressor Related Disorders (2013b), אך סיווגה כ"הפרעה" נשמר.

הטענה המרכזית של המאמר היא כי יש להחליף את הסיווג "הפרעה" בסיווג "פציעה" (PTSD ולא PTSD), וכי יש לכך חשיבות גדולה במיוחד לגבי חיילים פצועי טראומת מלחמה באשר הם, ובישראל גם לגבי אזרחים. בדיון מובאות עדויות מתחום חקר המוח לחיזוק התפיסה שטראומה נפשית היא פציעה של הנפש, כפי שנוק פזיולוגי הוא פציעה של הגוף, למרות ההבדלים הברורים ביניהן. ההבדלים באים לידי ביטוי במיקומן השונה של הפציעות (הנפש לעומת הגוף), בתסמינים שלהן, בצורת הטיפול, ובמילה "דחק" בשמה של הפציעה הנפשית: "פציעת דחק פוסט-טראומטית". ההבדלים אלה מונעים בלבול בין פציעה גופנית לפציעה נפשית, ובו בזמן מאפשרים שיפור בהתייחסות החברתית לפציעה הנפשית במלחמה.

בהקשר זה חשוב לציין, שבשנים האחרונות התחדש העיסוק המחקרי בגילוייהם המוקדמים של ליפטון (Lifton, 1973) ושיי (Shay, 1994) בדבר הקונפליקט המוסרי, שלעיתים הוא קשה מנושא, שמחוללת המלחמה בנפשם של לוחמים. המחקר המתחדש בנושא זה שואף להעמיק את ההבנה של פוסט-טראומה, שבה בולטים רגשות של בושה ואשמה בשל מעורבות בהריגה, בשל הישארות בחיים בשעה שאחרים נהרגו, ובשל פגיעה בחפים מפשע; ולהציע דרכי טיפול יעילות למקרים אלה (Litz et al., 2009; Shay, 2011). בהקשר של המאמר הנוכחי, מעניין במיוחד לשים לב לכך שתופעה זו מסווגת מלכתחילה כפציעה ולא כהפרעה, והיא אף מכונה במילים מפורשות: פציעה מוסרית (moral injury).

הדיון מתמקד בטראומת מלחמה (קרב וטרור) בלבד. זאת מתוך תפיסה (שעליה יורחב בהמשך) שיש להבדיל את טראומת המלחמה, שהיא אלימות מאורגנת שבה יחידים נפגעים בשם הכלל ולמענו, מטראומה שמקורה במחוללים אחרים כגון אונס, תאונה, אסון טבע, פשע ועוד (לאפיון מפורט של סוגי האירועים המחוללים ראו: Weathers & Keane, 2007). חיוני לציין, שהמאמר איננו מביע עמדה ביחס להתאמתו או אי התאמתו של המונח "פציעה" לטראומות אחרות, שכן אלה אינן נבחנות כאן.

הבחנה בין טראומת מלחמה לטראומה שנובעת ממחוללים אחרים

ייחודה של טראומת מלחמה נובע מסיבות דיאגנוסטיות וחברתיות. הסיבות הדיאגנוסטיות הובאו בהרחבה אצל האנט (Hunt, 2010), והוא אף טוען שהמודל הרפואי של הפרעות מנטליות מצדיק את הפרדתה של טראומת מלחמה מכלל הסיווג של PTSD. לדבריו, אף על פי שהתסמינים של טראומת מלחמה שונים מאדם לאדם, ישנם קווים המשותפים לרוב החווים אותה, והם סובלים מתופעות קור-מורבידיות, שבדרך כלל קשורות קשר ישיר למלחמה שבה השתתפו ולתפקיד שמילאו בה. מטפלים שעבדו גם עם אזרחים וגם עם חיילים משוחררים מוסיפים, כי לא זו בלבד שתכני הטראומה בקרב חיילים השבים מהקרב שונים מאלה של אזרחים שחוו טראומה בהקשרים אחרים, אלא שגם טיפולים שעוזרים לאזרחים אינם עוזרים לחיילים בצורה דומה (Litz et al., 2009). הסיבות החברתיות לייחודה של טראומת מלחמה נדונו אצל קינן (קינן, 2012; Keynan, 2015). אחדד כאן בקצרה את הנימוק המרכזי בהקשר החברתי, המצביע על כך, כי בשונה ממקרים אחרים, במלחמה יחידים נפגעים בשם הכלל ולמענו באירוע שהינו אלימות מאורגנת (דסברג, 1987). אמנם, גם מכבי אש ושוטרים מסכנים לעיתים את חייהם בעת הגנה על אזרחים, ועלולים להיפצע קשה פיזית ונפשית. ההבדל נובע מכך שהכוונה המודעת של פעולות מלחמה וטרור היא לפגוע בצד שמוגדר אויב, בצורה שתמנע ממנו להחזיר מלחמה או לפתוח בה. אמנם, הפגיעה במלחמה איננה מכוונת באופן אישי אל נפגע מסוים, אך היא איננה מקרית, ומכוונת כלפיו כחלק מכלל לאומי שנתפס מאיים או עוין, במטרה להרוג, לפצוע פיזית או נפשית, ולשתק את יכולת התגובה והפעולה של אותו כלל (Mac Bica, 2013). במילים אחרות, במקרה של טראומת מלחמה הפגיעה האישית מתחוללת בשל ההשתייכות לכלל, באירוע שמאפייניו לאומיים. ועוד, דסברג (1987) מבהיר, שמלחמה היא אלימות מאורגנת הנובעת מקונפליקטים חברתיים (ולאומיים) שבהם מעורבת החברה כולה. לכן, למטפלים, שהם חלק מהחברה, יש זהויות חברתיות מושרשות, עמדות כלפי המלחמה שבה התרחשה הטראומה, וציפיות לגבי האופן שחיילים (ואזרחים) אמורים לנהוג בה. עובדה זו, ממשיך וטוען דסברג (שם), יוצרת במטפלים אמביוולנטיות רגשיות, שיש לה השפעות הרוג גורל על איכות הטיפול, כאשר מנגד מצפים פצועי הטראומה מן המטפל ומן החברה כולה לצאת מגדרם כדי לקלוט אותם בחזרה מן התופת שחוו בשמם.

בכך נבדלת טראומת מלחמה מכל סוגי הטראומה האחרים. לייחודיות זו יש השפעות מורכבות: מצדו של הכלל, ההקשר הקולקטיבי מערב פחדים ושיקולים לאומיים ביחס הטבעי לנפגעים. הפחד מפני פגיעה בנחישות וביכולת הלחימה של הצבא, והחשש מפני התמוטטות המורל של האזרחים מול סכנות משותפות, יוצרים

יחס שלילי כלפי הפציעה הטראומטית, שתסמיניה מטעים ונראים לעיתים כחולשת אופי. במקרים שבהם באירוע מחולל הטראומה טמון רמז למעשים לא ראויים של הצבא, ההתנגדות להכרה בטראומה מחריפה עוד יותר בשל החרדה לפגיעה בתחושת הצדק של הלאום (קינן, 2012). על הטראומה של הפוגע ראו שם, עמודים 91–101). מצדם של הפצועים, להקשר הלאומי השפעה גדולה במיוחד על היכולת להשתקם. העובדה שפציעה במלחמה נובעת מההשתייכות לכלל, קושרת את תהליכי ההחלמה להכרה החברתית בקורבן הכבד שהקריבו למען האחרים ובלגיטימיות של פציעתם.

המכנה המשותף של ההשפעות הוא התפקיד החיוני שממלאת קבוצת השייכות בחייו של האדם בכלל, ובמיוחד במצבי מצוקה ומשבר (בר-גל, 2007). כאשר מדובר במי שנפגע בשם האחרים, מתעצם תפקידה של הקבוצה לנוכח מה שמוכר בחקר הטראומה כ"תמיכה חברתית". זהו גורם משמעותי בתהליך ההחלמה, אשר עשוי גם להיות גורם מחזק ומחסן מפני תגובת קרב בזמן המלחמה עצמה (להד, שחם ושחם, 2010; סולומון, מיקולינסר והובפול, 1987). ואמנם, הפצועים כמהים להכרה של הכלל ומשקיעים כוחות רבים בחיפוש, שלעיתים קרובות הוא חסר מענה, אחר חיבוקה של האומה. כך למשל ניסח יורם קופרמיניץ את השפעתו של העדר ההכרה, עשרים וחמש שנים לאחר שנפצע: "אני מרגיש כמו פצוע בשדה הקרב, כשמעלי חג ההליקופטר והוא לא יורד להציל אותי" (פלד, 1999). חייל אחר, אף הוא פוסט-טראומטי ממלחמת יום-הכיפורים, שקרוב לארבעים שנה לאחר פציעתו עדיין לא החלים, אמר זאת בצורה פשוטה: "חסרה לי הכרה חברתית, זה חסר לי נפשית." (עק/ בא, עדות חסויה למחברת, 2009).

מי שנפגע בשם האחרים ולעולם לא ישוב להיות מה שהיה, מצפה שהאומה תשיב לו באותה מטבע, תאהב אותו ותתמוך בו ללא תנאי. כאשר התגובה הממוסדת אטית ומהוססת, ולא פעם אף מתכחשת וחדשנית, מי ששבו פגועים מהמלחמה מרגישים מופקרים ונטושים, ומשאבי ההתמודדות שלהם, המדולדלים מלכתחילה בעקבות הטראומה, נחלשים עוד יותר. בו בזמן, בקרב חברי הקבוצה שנותרו בריאים מתחולל קונפליקט פנימי בין רגשות אשמה על גורלם של אלה ששילמו את המחיר לבין הקושי להכיל את הזוועות שהם מעידים עליהן. הם חשים אמנם מחויבות כלפי הנפגעים שנפגעו בשמם, אך מנגד צומח בהם רצון בלתי נשלט להדחיק אותם ואת סבלם מן התודעה ולהתנער מן האחריות לכך (דסברג, 1987). התוצאה היא מאבק מתמיד בין הכרה להכחשה, בין ידיעה לאי-ידיעה, בין דיבור לאי-דיבור. אלה מעמיקים את התהום המפרידה בין משלמי המחיר ובין העומדים מן הצד ומחזקים קולות שמבקשים להמעיט בעוצמת מצוקתם של משלמי המחיר.

דברים אלה אחראים במידה רבה לאיחור הניכר בהכרה בטראומת מלחמה כתופעה ממשית ולגיטימית, והם מעמידים אותה — מאז ומתמיד — במרכזם של ויכוחים

פוליטיים וחברתיים, הנוגעים לכל חברה של הקהילה הפוליטית. כלל הגורמים שהובאו מחייבים לכן דיון נפרד בפצעים הבלתי נראים שגורמת המלחמה.

שורשי המונח טראומה נפשית וחילוקי הדעות אודות האירוע המחולל

כששאל זיגמונד פרויד את המונח "טראומה" משימושו המקורי, שהתייחס לפגיעה ברקמות הגוף על ידי גורם חיצוני, הוא עשה זאת כדי להדגיש, באמצעות אנלוגיה לפגיעה פיזית, את החדירה של אירוע טראומטי דרך "עור נפשי" שנועד להגן על הנפש (Brewin, 2003, p. 4). אמנם, כמו אחרים בתקופתו, הוא הניח שמקורה של הטראומה הנפשית הוא פנימי, כלומר נטוע באישיות עצמה. אך בחירתו במונח זה מהווה רמז לתחילתה של הבנה שהמקור לטראומה נפשית הוא חיצוני, בדיוק כמו המקור לטראומה פיזית, גם אם באותו זמן טרם הבשילה הבנה זו לכדי שינוי הפרדיגמה המוכרת. במלחמת העולם הראשונה אומץ המונח ה"ש" (shell shock), כהסבר לתגובות הנפשיות של חיילים בעת קרב או בעקבותיו, אשר חלקן עטו מעטה פיזי (עיוורון, חירשות). עובדה זו נראית לכאורה כהיצמדות לפרדיגמה שממסגרת את תסמיני החיילים בצורה הפיזיולוגית הקלסית: מחולל פיזי (גלי ההדף של הפגזים) גורם לפגיעה פיזית של המוח. אך למעשה הייתה בכך התקדמות גדולה, נִבְטָ לַצְמִיחַת ההבנה המאוחרת יותר שבהחלט תיתכן פגיעה נפשית ממקור חיצוני ולא מהפרעת אישיות. אמנם, הסבר זה לא הניב הקלה בדימוי השלילי של פצועי טראומה, שבאותה תקופה נחשבו משתמטים ורודפי פיצויים (Brunner, 2002). אולי מספרם הרב של הנפגעים והפער בין ההתלהבות שבה יצאו צעירי אירופה למלחמה זו לבין השמות שהיא הותירה בנפשם (מוסה, 1990) הקשו על קבלת הטראומה כפגיעה של ממש. היה קל יותר לשייך את התופעות לרצון לברוח משדה הקרב. ואכן, בשיח הפסיכולוגי של אותו זמן התייחסו לממצאים משדות הקרב לגבי פגיעה טראומטית באופן שמאוחר יותר כונה "פרקטיקה קלינית של חשדנות" (Rechtman, 2004, p. 914). עם זאת, כשהסתבר שגם חיילים שלא חוו גלי הדף קרובים סבלו מתסמינים דומים, החלו הרופאים בחזית לחפש הסבר אחר (Brewin, 2003; Kienzler, 2008). זה לא היה פשוט. תהליך ההכרה הארוך לווה במאבקים ובחילוקי דעות חריפים, אשר מנעו את הפנמתה של ההתקדמות המדעית ואף יצרו סוג של "אמנזיה אפיזודית", כהגדרתה של הרמן (1992, עמ' 19), "שכחה" של הידע הקיים וצורך ב"גילוי" מחדש שוב ושוב. ואמנם, במלחמת העולם השנייה חזרה הקהילה הרפואית למונחי אישיות כגון "נירוזת מלחמה", כשיקוף לתפיסה שמקור התסמונת בפתולוגיות מוקדמות אשר רק התעוררו מחדש במלחמה, ואימצה שיטת טיפול של פסיכואנליזה ארוכה. כשמספר החיילים

שנשלחו לטיפולים ארוכים עלה לכמיליון (ויצטום, 2002) והממסד הצבאי האמריקאי חשש שמדובר במגפה, שונה שמה של התסמונת ל"תשישות קרב", תוך הנחיה להוציא את הנפגעים לשבעה ימי מנוחה (בלייך, 1990 ; Solomon, 1993). לשם החדש, battle exhaustion או battle fatigue, שנקבע בהוראה של הגנרל עומר בראדלי, מפקד כוחות הנחיתה האמריקאים בנורמנדי, היו יתרונות וחסרונות. יתרונותיו נבעו ממסגור הטראומה כתופעה פיזית מוכרת ולגיטימית, שמקושרת באופן ישיר לקרבות. בכך, הוא סייע למתן לגיטימציה לאותם נפגעים שחזרו לשדה הקרב בתום ימי המנוחה. חסרונותיו טמונים בכך שלא היה יכול להסביר את אי החלמתם של חלק מהנפגעים בתום ימי המנוחה. דבר זה העצים את תיוגם והסיג לאחור את התפתחות ההבנה של מהות הטראומה הנפשית. שכן, בעוד מנוחה ומזון טוב מחזירים לחייל את כוחותיו ובכך מחזקים את משאבי ההתמודדות שלו, תפיסת הטראומה כתשישות מכילה בתוכה ציפייה שכל הנפגעים יתאוששו מעצמם, והנחה שאין מדובר כלל בפציעה כלשהי, ובוודאי לא בעלת השלכות לטווח ארוך. בסופו של דבר, חלפו כמאה שנה מאז תגליותיהם הראשונות של ברור, ז'אנה ופרויד אודות קיומה של הטראומה הנפשית, עד שטיבה של התסמונת הפוסט-טראומטית והעובדה שהיא נגרמת על ידי מחולל חיצוני הוכרו באופן רשמי ב־DSM-3 (American Psychiatric Association, 1980). השם המקובל כיום, תגובת קרב, נטבע בשנת 1973 (בלייך, 1990), והוא הראשון שמבקש לשקף העדר שיפוטיות, תוך העברת המסר שמדובר בתוצאה ישירה של אירועי המלחמה. אלא, שהמונח תגובת קרב – כשמו כן הוא – מתייחס לתגובות ולתסמינים שהחייל לוקה בהם תוך כדי אירוע קרבי או מיד לאחריו. הוא מבטא תגובת דחק חריפה, שגורמת לשינוי התנהגותי ולירידה ביכולת התפקוד האישי והצבאי, עד כדי חוסר יכולת להמשיך ולהילחם (בלייך ומלמד, 2007). כאשר התסמינים נמשכים לאורך זמן, או מופיעים באיחור (פוסט-טראומה מושהית) ואם המערכות הממסדיות והפסיכיאטריות מכירות בפגיעה, היא מוגדרת PTSD – הפרעת דחק פוסט-טראומטית. גם בעניין זה דבריו של דסברג (1987) מאירים עיניים. לדבריו, החלפת המושג "הלם", שמקורו בהשקפה אורגנית, בביטוי "תגובת קרב", שמאפשר השקפה רב-גונית מבחינה אטיולוגית, דיאגנוסטית וטיפולית, היא דוגמה חיובית ל"יחס גומלין בין אקלים חברתי ומקצועי" (דסברג, 1987: 101). גישתו זו של דסברג מחזקת את החשיבות והחיוב שבניסיונות להמשיך ולדייק במינוח המדעי של טראומת מלחמה תוך שיח משותף – חברתי ומקצועי. על מצע זה צומחת גם ההצעה לאמץ את המונח "פציעה" – המשך למסורת של מאמצים לשלב בין ההבנה המדעית לבין הצורך החברתי לשיום הולם לנזק הנפשי שמחוללת המלחמה בלוחמים ובאזרחים שנחשפים למוראותיה.

ההכרה הממסדית לא הביאה לסיום הוויכוחים על התסמונת ועל ההגדרה שנבחרה לה. אחד ההיבטים של הוויכוח, הקשור ישירות לנושא הדיון, מתמקד בקריטריון

לאבחון האירוע המוכר כמחולל הטראומה (קריטריון A), ובטענה שהוא מוגדר באופן רחב מדי, וכולל בתוכו חשיפה לאירועי חיים שגם אם הם קשים הם נמצאים בתחום הנורמה של חיי היום-יום. בהקשר זה טוען למשל סאמרפילד (Summerfield, 2001), שהחברה המערבית שקועה בתהליך ריפאור (מדיקליזציה, medicalization) עמוק, שמעודד שימוש (מיותר) במושגים של חולי ומחלות כדי לתת משמעות והיגיון לחוויות היום-יום, עד כדי כך שעצם האמירה על אירוע כי איננו טראומה, נחשבת להפחתה מערכו. לתפיסתו, תהליך הריפאור מעביר את השלכות האלימות הקולקטיבית אל נפשו של הפרט, ובכך מנתק אותה מהקשרה החברתי-תרבותי, ומרדד את הדיון בה. לפי טענה זו, אשר לה שותפים רבים (לדוגמה: Dobbs, 2009), PTSD מהווה "שמיכה" רחבה למגוון קשיי חיים שמתויגים כחולי.

טענות אלה התחזקו במחקרים שבדקו כמה בני אדם חוו אירועים שנחשבו קבילים לקריטריון A. במחקר ארצי שנערך בארצות-הברית בשנת 1995, נמצא כי יותר מ-15% מהנשים ו-19% מהגברים נחשפו להתרחשויות כאלה במהלך חייהם (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, cited in: Neria, DiGrande, & Adams, 2011); ובמחקר גדול שנערך באזור דטרויט בשנת 1996, נמצא כי כמעט 90% מאזרחי ארצות-הברית נחשפו לפחות לאירוע אחד שעל פי DSM-4 הוגדר טראומטי (Breslau et al., 1998; Kessler, 2000). אמנם, כמו בפציעה פיזית, לא כל מי שנמצא בשדה הקרב או באירוע טרום בהכרח נפגע. בשני המקרים יש הנפצעים פציעה קלה ומחלימים מעצמם, ויש הנפצעים פציעה בינונית או קשה, וממנה חלקם מחלימים בעזרת טיפול, ואילו אחרים נותרים נכים. על פי הידוע במחקר, מבין הנחשפים לחוויית דחק משמעותית, רק 8%–10% יפתחו פוסט-טראומה כרונית (הנדלר ואדמון, 2009). ועוד, העובדה שאדם לא הגיב תגובה טראומטית איננה מבטלת את היותו של האירוע עצמו טראומטי. כך, למשל, העובדה שניצול מפיגוע התאבדות באוטובוס לא הגיב תגובה טראומטית, איננה מבטלת את היותו של הפיצוץ אירוע טראומטי. עם זאת, הממצא מאזור דטרויט מעורר מחשבה לגבי ההגדרה של טראומה והאירוע המחולל אותה. זאת, משום שהוא "מנרמל" את הטראומה. אחד הקריטריונים היסודיים בהגדרה של טראומה, שהוא סף ראשון לתהליך האבחון וההכרה, הוא היותו של מחולל הטראומה אירוע שחורג מטווח הניסיון הרגיל של בני האדם (American Psychiatric Association, 1980). ואילו אירועים ש-90% מבני האדם נחשפים אליהם אינם חורגים מטווח הניסיון הרגיל של בני אדם. אמנם, ב-DSM-4 (American Psychiatric Association, 2000) הגדרת האירוע המחולל לא כללה את ההגבלה "מחוץ לטווח של הניסיון האנושי הרגיל", אך סוגי האירועים שצוינו בה היו כאלה מעצם טיבם: אירועים שבהם האדם חווה, נכת, או עומת עם אירוע או אירועים שכללו מוות או פציעה קשה בפועל, איום במוות או בפציעה קשה, או איום על השלמות הפיזית של עצמו או של אחרים (A1). במהדורה זו קריטריון A חולק לשניים, וחלקו השני (A2) התייחס

לתגובת האדם בזמן האירוע, דבר שהיה אמור להגביל עוד יותר את המקרים הנכללים בהגדרה. האירוע נחשב מחולל טראומה רק אם במהלכו האדם הגיב בצורה שכללה פחד עז, חוסר אונים או אימה. זו הייתה תוספת בעייתית, ומשמעותה הייתה שלא יוכרו מקרים של טראומה מושהית, שבה התסמינים מופיעים לאחר זמן, לעיתים לאחר זמן ארוך.

ביקורת נוספת התמקדה בטענה שלמרות הצירוף בין קריטריון A1 ו-A2 וההדגשה החוזרת בטקסט שרק אירוע קיצוני יוכר כמחולל, ההנחיות הנלוות (למאבכנים) יצרו הגדרה רחבה מדי. סוגיה זו טופלה ב-DSM-5. כך, בין השינויים שנעשו בו, שונה גם קריטריון A באופן שמצמצם את המקרים המוכרים כמחוללי טראומה (Kilpatrick et al., 2013). החל ממהדורה זו, אירוע כשיר להגדרה "מחולל טראומה" הוא אירוע שבו אדם נחשף למוות, איום במוות, פציעה חמורה או איום בפציעה חמורה, אלימות מינית בפועל או איום באלימות מינית; ובכל מקרה באופן ישיר או כעד נוכח במקום האירוע (in person). מקרים של קבלת ידיעה לגבי בן/בת משפחה קרוב/ה, או חבר/ה קרוב/ה הוגבלו למקרים של מוות בפועל או סכנת מוות לאדם קרוב כתוצאה מאלימות או מתאונה, ולמקרים שבהם האדם הקרוב חווה טראומה. כלומר, ידיעה על מוות טבעי, גם אם פתאומי, איננה מוכרת עוד כאירוע מחולל טראומה (VA National Center for PTSD, 2013).

במלחמה, ההגדרה החדשה עשויה לכלול הודעה שאדם קרוב נהרג, נפצע קשה, או נפל בשבי, דבר שמתיישב היטב עם המחקר לגבי תגובות של מקבלי הידיעה, שבעבורם ברגע זה "העולם עצר מלכת" (בן-אשר ושל, 2012). DSM-5 צמצם גם את ההכרה בחשיפה עקיפה לפרטים מבעיתים של אירוע טראומטי. בוטלה ההכרה בחשיפה, גם כאשר היא חוזרת ונשנית, באמצעות התקשורת, ו-DSM מכיר כעת רק במקרים של חשיפה חוזרת או קיצונית לפרטים מחרידים, בעיקר של מסייעים ראשונים, אוספי חלקי גופות, ואנשי מקצוע שנחשפים שוב ושוב לפרטים מבעיתים על התעללות בילדים.

אפשר להתווכח על ההבדל בין השפעתה הטרואומטית של ידיעה על מוות פתאומי באחד מהמקרים המוכרים לבין קבלת ידיעה על מוות פתאומי מסיבות טבעיות, אך דיון זה חורג מנושא המאמר. לענייננו חיונית העובדה, שלהוציא ההכרה הזמנית (DSM-4) בקבלת ידיעה על מוות טבעי של אדם קרוב כמחוללת טראומה, שכעת בוטלה, כל המהדורות של ה-DSM כורכות את האירוע המחולל במעשה אלימות (או לחילופין אסון טבע או תאונה שתוצאותיהם דומות לאלה של אלימות). במילים אחרות, האירוע המוכר כמחולל טראומה ב-DSM על כל מהדורותיו מוגדר במונחים שיוצרים פציעה פיזית. הערכה זו נכונה במיוחד כאשר מדובר בטרואמת מלחמה, שבה האירוע המחולל ברור וחד: אלימות קיצונית ומאורגנת, שמטרתה להרוג ולפצוע, בין אם הפצעים נראים לעין ובין אם הם נסתרים.

טראומה נפשית – אפשר לראות את הפצעים

רס"ל אורי לרנר, חייל מילואים בחיל ההנדסה הקרבית, זכה בעיטור המופת במלחמת לבנון השנייה (2006) על חילוץ פצועים תחת אש כבדה בזמן הקרב במארג' עיון. שלוש פעמים חזר לרנר לתוך האש עד שהעביר את כל שבעת הפצועים למקום מחסה, ומשהגיע כוח החילוץ סייע להעלות אותם על הטנקים. אחד הלוחמים, הרן יפה, היה פצוע אנוש ולא היה אפשר להכניסו לתוך הטנק. אורי לרנר הניח אותו על הצריח ונשכב מעליו, וכך הגן עליו מירי נ"ט שניתך עליהם, ווידא שלא ייפול מהטנק בעת הנסיעה המהירה. אורי לא הרפה מהפצוע כל הדרך חזרה לתוך ישראל, ובכך הציל את חייו (משרד הביטחון, ללא תאריך). אולם כוחו הנפשי יוצא הדופן, שאפשר לו לעשות מעשה גבורה יוצא דופן, לא מנע את פציעתו הנפשית, וזו החלה לפרוץ החוצה זמן מה לאחר המלחמה.

אני לא נפצתי [פיזית], אז לכאורה הייתי סבבה. לא ראו עליי כלום, אבל אז מתחילים הסיוטים, ההקאות, השלשולים, ההזעות. פתאום הכול קופץ עליך, ואתה לא יודע איך להתמודד עם זה. זה לא חלום, אתה חי את זה, זה חוזר אליך. (לרנר, אצל שלינגר, 2008)

לרנר התקשה לשכנע את המערכת שאף על פי שגופו חזר שלם מן המלחמה, נפשו מדממת באופן אנוש. כמו רבים אחרים, הוא נתקל בחשדנות ובחוסר אמון, וחווה בדידות, ניכור וחוסר מוצא: "אני בְּבֶאֱר... רוצה לצאת ולא נותנים" (דברי לרנר בסרטם התיעודי של דיין, טוקטלי, ואסנהיים, 2009).

סיפורו של אורי לרנר איננו יוצא דופן. גם יותר משלושים שנה לאחר ההכרה בטראומה כפגיעה נפשית שנגרמת ממקור חיצוני, היחס אליה נותר ספקני ומתייג, ונפגעה עדיין מתויגים כחלשים ואף כ"מתחלשים", נתלים בה כדי לקבל פיצויים מן המערכת. מסתבר, שהקושי לקבל את הפגיעה המדממת בתופעות נפשיות ולא בדם איננו פוסח גם על גיבורים, וחובת ההוכחה לקיומה עדיין מוטלת על קורבנותיה. היותה נסתרת מן העין הרגילה מקלה על החשדת נפגעה במרמה ובהתחזות, ולחילופין על הצגתם כחולים ולא כפצועי מלחמה עטורי תהילה.

אחת הסיבות לחשדנות זו של המערכת היא ההשלכות הכלכליות הניכרות שיש לאבחון לוחם או אזרח כפוסט-טראומטי, וזאת בשל האחריות לפציעתו המוטלת על הצבא והמדינה. לכך מצטרף הקושי האובייקטיבי לקבוע שאכן אדם לוקה בפוסט-טראומה, מאחר שחלק ניכר מהאבחון נשען על דיווח עצמי. קשיי האבחון משפיעים לשני הכיוונים: מצד אחד, קשה להבדיל בין התפיסה הסובייקטיבית של המתלונן לבין מצבו האובייקטיבי, דבר שאף מעורר חשד לדיווח-יתר על התסמינים כדי לזכות

בפציעים (סולומון, בנבנישתי, ויסמן ובלייך, 1994), ומצד שני הזיהוי חסר. כך למשל, הנסיבות הכאוטיות של המלחמה מקשות על זיהוי תגובת-קרב בסמוך להתרחשותה, משום שהתנהגותו של פצוע הטראומה עלולה להתפרש במצבים כאלה כתגובה הגיונית למציאות הבלתי הגיונית של הקרב (סולומון ואחרים, 1994). כאשר התסמונת הפוסט-טראומטית מופיעה באיחור, לאחר שהחייל שב לכאורה בשלום משירותו הצבאי, אבחון התופעה וקבלתה מורכב עוד יותר (בלייך וסולומון, 2002).

במחקר מקיף שערך מכון ראנד בשנת 2008, נמצאו קשיים לוגיסטיים ותדמיתיים שבעקבותיהם כמחצית מנפגעי פוסט-טראומה ודיכאון שחזרו מעיראק ואפגניסטן אינם מקבלים טיפול מינימלי ראוי (Tanielian & Jaycox, 2008). סוגיית יכולת האבחון איננה מבטלת כמוכח את עצם קיומה של התופעה, אך היא חשובה למאמר הנוכחי בהיבט של העדר יכולת "לראות" את הפגיעה בעזרת מכשור רפואי כמקובל בפציעה פיזית. מעניין לכן להסב את תשומת הלב לעדויות מתחום חקר המוח שהתגלו בשנים האחרונות, ואשר טמונה בהן יכולת עתידית לראות את הפגיעה. עדויות אלה גם תומכות ברעיון של שינוי הפרדיגמה הקיימת של תפיסת הטראומה כהפרעה ולא כפציעה.

מחקרים חדשים מאפשרים לראות את הפגיעה הטראומטית, לפחות באופן חלקי, באמצעות הדמיה (דימות) מוחית. בנייתו-על של מחקרי הדמיה מוחית של בני אדם הסובלים מהפרעות חרדה נמצא, שירידה בפעילות של (Ventromedial) vmPFC Prefrontal Cortex, חלק המוח שמעורב בעיבוד פחדים וסכנות, בוויסות של רגשות, ובקבלת החלטות) ייחודית ל-PTSD ואיננה נצפית באופן שיטתי בהפרעות חרדה (Etkin & Wager, 2007, as cited in Stevens et al., 2013). יתירה מכך, בשנים האחרונות נחקרה הטראומה באמצעות הדמיות מוחיות בשיטת (Diffusion) DTI (Tensor Imaging), שמאפשרת להציג את החומר הלבן במוח בשניים ושלושה ממדים (Assaf & Pasternak, 2008). הדמיות כאלה בקרב מאובחני PTSD הוכיחו פגיעה בלכידות של החומר הלבן באזור שמהווה נתיב מעבר מרכזי בין vmPFC לבין האמיגדלה (חלק במערכת הלימבית של המוח, שמעורב ברגשות של פחד, בזיהוי סכנה ובתוקפנות. (Fani et al., 2012, as cited in Stevens et al., 2013).

במחקר נוסף, שביקש לבחון את ההשפעה של PTSD על תגובת האמיגדלה לסימנים של איום, מצאו סטיבנס ואחרים (Stevens et al., 2013), ירידה בקישוריות הפונקציונלית בין האמיגדלה לבין vmPFC/ACC (Anterior Cingulate Cortex), אזור משנה של vmPFC אשר מעורב במיוחד בקבלת החלטות). החוקרים מצאו שכתוצאה מכך, כאשר פוסט-טראומטיים נתקלים בהתרחשויות יום-יומיות שמשדרות איום (רעם חזק, טריקת דלת, תנועת יד מאיימת), מתעוררים בהם רגשות עזים של פחד ובהלה (אמיגדלה) שאינם מוסדרים ואינם נרגעים (vmPFC/ACC).

תוצאות המחקר תומכות בתפיסה שבמצב של PTSD נגרם שיבוש בתמסורת

העצבית כמוח, שתפקידה לחזק ויסות של רגשות. במילים אחרות, כמוחם של פוסט-טראומטיים נוצר מעין "קצר". חילופי המידע בין חלקי המוח השונים, אשר במצב תקין מנווטים ומסדירים את הרגשות ואת ההתנהגויות שנובעות מהם במצבי לחץ, פועלים בקרבם באופן לקוי. ייתכן שיש בכך הסבר להתנהגויות מוקצנות של התגוננות מפני איום גם כאשר איום כזה איננו קיים בפועל. המקור הפיזיולוגי לשיבוש בתמסורת המוחית טרם הובהר באופן חד-משמעי במחקר. אך ההנחות הקיימות רק מחזקות את הממצא המרכזי שנוגע לדיון כאן: הסיבה עשויה להיות תוצאה של נזק עצבי בלתי הפיך בחלק מהמקרים, או סיבה פיזיולוגית אחרת – שעשויה לחלוף כעבור זמן – כגון שיבוש זמני של קולטנים, במקרים אחרים. אפשרות אחרונה זו עשויה להסביר מדוע מצבם של חלק מנפגעי פוסט-טראומה משתפר וחלקם אף מחלימים (לפחות בנקודה זו), ואילו אחרים נותרים פגועים קשה כל חייהם.

לדיון כאן משמעותית במיוחד העובדה שהשוני בסיבות איננו משנה את העובדה שבכולן מדובר בנזק פיזיולוגי לתמסורת המוחית. נתון זה אמנם אינו מהווה הוכחה אמפירית לקיומה של פגיעה במובנה המקובל, אולם העובדה ש"קצר" כזה בתמסורת המוחית והפגיעה בלכידות של החומר הלבן באזור זה של המוח נמצאים דווקא בקרב אנשים פוסט-טראומטיים, מתיישבת עם התפיסה שאירוע טראומטי גורם לנזק פיזיולוגי. דבר זה כשלעצמו מחזק את הטענה על הצורך – או לפחות על העדר מניעה – לכנות את הטראומה "פגיעה" ולא "הפרעה" (PTSI – Post-Traumatic Stress Injury, ולא PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder).

עוול הכרתי והמחלוקת סביב ההכרה בטראומת מלחמה

צ'ארלס טיילור, ממניחי היסודות לתיאוריית הפוליטיקה של ההכרה, טוען כי יש קשר הדוק בין הכרה (recognition) לבין זהות. זהות של אדם, על פי טיילור, מוגדרת באמצעות אופק המחויבויות וההזדהויות שלו, אשר בתוכו הוא יכול לקבוע מה טוב ובעל ערך, מה צריך להיעשות, במה הוא תומך ולמה הוא מתנגד (Taylor, 1997, p. 27). לתפיסתו, הזהות האישית מתהווה במרחב שבו שאיפות מוסריות ממלאות תפקיד מכונן, ואשר בו השאלה "מי אני" כרוכה לכלי הפרד בשאלה "מה ראוי לי להיות" (נחתומי, 2005, עמ' 11). בשל הקשר הזה, הזהות העצמית מעוצבת בחלקה באמצעות הכרה או העדרה מצד האחרים, ולעיתים באמצעות הכרה שגויה (misrecognition) מצדם. הנזק והעיוות שנגרם לאדם או לקבוצה, שהחברה הסובבת מייחסת להם זהות מצמצמת, משפילה או מבזה, עמוקים וממשיים: "היעדר הכרה או הכרה שגויה עלולים לפגוע ואף להיות צורה של דיכוי, הם עלולים

להביא לכליאתו של אדם במצב כוזב, מעוות ומצמצם של הווייתו" (טיילור, 2005, עמ' 21). במקרים שבהם מתדרדר המדרג החברתי של האדם, ויחד אתו משתנה גם צורת ההכרה של הסביבה כלפיו, עלול להתחולל בו מעבר מזהות יציבה, המוגדרת באמצעות אותו מקום קבוע ביחסה של החברה אליו, לזהות בלתי יציבה שנאבקה על הכרה (נחתומי, 2005). הנזק שנגרם בעקבות הכרה שגויה מחלחל לא פעם פנימה עד כדי כך שהאדם או הקבוצה מפנימים את הדימוי המעוות והמבזה ומתחילים להאמין בו בעצמם (פנון, 2004). את העדר ההכרה וההכרה השגויה, שעליהם דיבר טיילור, ביטאה הפילוסופית האמריקנית ננסי פרייזר במושג עוול הכרתי, תרבותי או סמלי, שנובע מדפוסים חברתיים של ייצוג, פרשנות ותקשורת (Fraser, 2009). כיום מקובל מושג זה בכל דיון על תיוג והדרה של קבוצות מובחנות.

הכללת הטראומה ב־DSM בשנת 1980 החלה תהליך של תיקון לעוול ההכרתי העמוק כלפי פצועי טראומת מלחמה, שהתקיים מאז ומעולם. אולם עד כה תוקן העוול רק באופן חלקי, וכפי שמראה הדוגמה של רס"ל אורי לרנר, העוול נמשך גם במקרים שמדובר בגיבור מלחמה. להלן אטען, שהמשך השימוש במונח "הפרעה" במקום במונח "פציעה" יוצר עוול הכרתי לפצועים, מקבע את תיוגם, ובכך מונע את המשך תהליך התיקון.

העוול ההכרתי כלפי פצועי טראומת מלחמה מתקיים בשני נדבכים. על הנדבך הראשון, זה של הספקות והחשדות כלפי עצם הפגיעה, נכתב רבות (קינן, 2012; Babington, 1997; Blank, 1985; Brunner, 1991; Kienzler, 2008) ואסתפק כאן לכן בדוגמאות קצרות. במלחמת העולם הראשונה כ־250 חיילים בריטים הלומי קרב הוצאו להורג (Babington, 1997). רופאים אוסטררי-הונגרים כינו את תגובת הקרב ואת הפוסט־טראומה "מחלה של הרצון", או "היסטריה של מאבק על פנסיה" (Rentenkampfhyseria), שמטרתה לקבל פיצויים מהמדינה (Brunner, 2002). הדימוי הזה הגיע גם לישראל, ובמלחמת העצמאות התפרסם בעיתון "הרפואה" מאמר של רופא, שבעברו שירת כרופא צבאי בגרמניה, ובו הוא מייחס את תגובת הקרב לשאיפה להשתמט מהשתתפות בקרב, שלדעתו היא לעיתים מודעת ולעיתים בלתי מודעת, ולרצון לזכות בפיצויים. ברוח התפיסות שרווחו במלחמת העולם הראשונה, הוא מכנה את תגובת הקרב בשם שבו כינו אותו עמיתיו 20 שנה קודם לכן – "מחלה של הרצון", שאחרת לא ידעו להפעלת מנגנון של היסטריה (קולמוס, תש"ט).

קולמוס לא היה יוצא דופן. חיילים במלחמת העצמאות כינו את פצועי הטראומה "דָגְגִים", מלשון דגנרטים, והמשיכו לראות בהם משתמטים גם 50 שנה לאחר המלחמה. אמר האלוף עוזי נרקיס בשנת 1996: "אני לא מכיר אף מקרה של הלים קרב [...] לא היו מקרים כאלה. בשום אופן לא [...] אני כן מכיר משתמטים; אנשים שהיו פשוט פחדנים וברחו מהקרב. זה הכול. שום הלים קרב" (נרקיס, 1996).

שינוי תודעתי החל רק בשנות ה־90. בישראל חלפו כמעט שני עשורים מאז הכיר

DSM בפציעה הטראומטית ומאז הוקמה היחידה לתגובות קרב, ועד שאגף השיקום במשרד הביטחון החליט על פעולה אקטיבית ראשונה לאיתור פדויי שבי פוסט-טראומטיים ולהציע להם אבחון, סיוע וטיפול; וגם אז זה היה בעקבות פעילותה של עמותת "ערים בלילה", ארגון עזרה עצמית של פדויי שבי (מירי שליט, ריאיון אישי למחברת, 2009). פעולות אלה טרם הצליחו לפוגג את הספקות והחשדות, כפי שעולה לדוגמה מהתבטאויות בפני הוועדה הציבורית לבחינת זכאות לסיוע מאגפי השיקום (ועדת גורן), שהקימה ממשלת ישראל במאי 2009 (ועדת גורן, 2009א). כך למשל אמר גיבור ישראל, תא"ל אביגדור קהלני, באחת הישיבות: "אנחנו רואים שישנם אנשים שתופסים טרמפ, כיוון שלא צריכים להציג את היד המדממת" (ועדת גורן, 2010, עמ' 18). דברים פוגעניים יותר אמר באותם דיונים יקותיאל מור, מנהל האגף לשיקום נכים במשרד הביטחון: "אני אגיד לכם, בדרך כלל זה עובד בשיטת ה'אני מנסה'. אני מצליח, טוב. לא מצליח, אז אני מנסה שוב" (ועדת גורן, 2009ב, עמ' 16).

גם במקומות אחרים בעולם טרם תוקן העוול ההכרתי לפצועי טראומה. בקנדה מתארים חיילים את חזרתם משירות באזורי סכסוך בעולם כחוויה של סבל, התנכרות ודחייה. חיילים וקצינים שהעידו בסרט תיעודי קנדי (Lapointe, Cote & Blandford, 2005, במיוחד דברי סא"ל סטפן גרנייה) מציגים תמונה קשה של תחושות החיילים שהצבא משליך אותם "כמו חפץ" או "כמו סמרטוט ישן". בארצות-הברית חיילים פצועי טראומה מתקשים להתמודד עם התיוג שאיננו מרפה (Finley, 2011), ומחקר גדול של מכון ראנד מצא כי יש מחסור עצום בנגישות לטיפול מסיבות שלפחות חלקן תדמיתיות, וכי כמחצית מנפגעי פוסט-טראומה ודיכאון שחזרו מעיראק ומאפגניסטן אינם מקבלים טיפול מינימלי ראוי (Rand, 2008).

במונחיו של טיילור, מצבים כאלה כולאים את האדם בתוך הוויה כוזבת ומדכאת. הדברים בעייתיים במיוחד כאשר מדובר בלוחמים. לחימה נחשבת לאקט ההקרבה העליון למען האומה, והחשדה בניסיון להתחמק ממנו או לנצלו בדיעבד בצורה של התחזות לפגוע נפש, מביישת את האדם, ומציגה אותו כלא-פטריוט, כמעט בוגד. הנדבך השני של העוול ההכרתי לפצועי טראומה מלחמה הוא תפיסתה כ"הפרעה" ולא כ"פציעה". אמנם, מזה שנים הוטבע בשפה העברית המונח "תגובת קרב" למופע הדחק הראשוני בעקבות טראומה בקרב, שמהווה התקדמות חשובה בתהליך למניעת שיפוטיות ולהכרה בכך שמדובר בתוצאה ישירה של אירועי המלחמה. אולם ביטוי זה איננו כולל את הפרעת הדחק הפוסט-טראומטית שנדונה כאן, ואשר בחלק מן המקרים מתפתחת בהמשך לתגובת קרב ומלווה את האדם לאורך כל חייו. לכן נותרה טראומת המלחמה נחותה ומתויגת בתפיסה הציבורית.

קטגוריית ה"הפרעה" מציבה את פצועי הטראומה בתוך הסיווג של פגיעה נפשית, תופעה שנושאה סובלים מתיוג הכרוך בסטריאוטיפים שליליים, בדחייה ובאפליה, שמקטינים את סיכוייהם להשתלב ולהשתלב בחברה (שטרון ואחרים, 2008). פגועי

נפש חשופים לדעות קדומות ולאפליה בכל הנוגע לדיור, לתעסוקה, לנישואין, וכיוצא באלה, ולעיתים הם אף מקבלים טיפול פחות טוב לתסמינים גופניים, משום הנטייה לייחס את תלונותיהם הפיזיות למצבם הנפשי (שטרך ואחרים, 2008). פציעה פיזית בפעילות מבצעית ומלחמתית, לעומת זאת, זוכה ליחס אוהד, גם אם לא תמיד מתרגמת החברה את יחסה זה למונחים כספיים. היחס השונה לפצועים פיזית ולפצועים נפשית במלחמה בא לידי ביטוי בולט בישראל בדיוני ועדת גורן, ובארצות-הברית בחילוקי הדעות סביב עיטור "הלב הסגול" ("purple heart"), שיובאו להלן.

בישראל, הביא התיוג השלילי של לוחמים פצועי טראומה נפשית לאקט הצהרתי שהכנסת נדרשה לו בשנת 2000, ולאישור חוק מדינה שמכיר בתגובת קרב ופוסט-טראומה כנבדלות ממחלות נפש (כנסת ישראל, הצעת חוק הנכים, תיקון מס' 21, 2000). החוק, שאושר ללא מתנגדים וללא נמנעים, חייב את גורמי הרפואה של מערכת הביטחון להפריד את סעיף הליקוי של פוסט-טראומה משאר ההפרעות הפסיכוכימיות (סעיף ליקוי 34א', בלייך ומלמד, 2007). משרד הביטחון ופסיכיאטרים התנגדו לשינוי וטענו שהוא פופוליסטי ומיותר (אבי בלייך, ריאיון אישי למחברת, 2008; מירי שליט, ריאיון אישי למחברת, 2009). אולם מפרוטוקול הדיונים בכנסת עולה תמונה שונה. כפי שאמרה חברת הכנסת זהבה גלאון שיזמה את החוק, מטרתו לא הייתה רפואית, אלא ניסיון ליצור עוד נדבך בתיקון לעוול ההכרתי שנעשה ללוחמים שנפגעו: "לראשונה מבחינים בין חולי נפש לבין אנשים שנפגעו בקרב ... הלומי קרב אינם חולי נפש" (כנסת ישראל, 2000). עצם הצורך להסביר לציבור, באמצעות חוק הצהרתי, שטראומת מלחמה איננה מחלה או הפרעה נפשית, מצביע על קיומו של תיוג שנגדו צריך להיאבק. והנה, למרות החוק, ראשי משרד הביטחון ממשיכים בדיווחיהם לכלול את תגובת הקרב בקטגוריה של מחלות נפש, ומבדילים אותה רק בציון נוסף של PTSD (ועדת גורן, 2009ב, מצגת, שקפים 8,9; ועדת גורן, 2009ג, מצגת, שקף 11). ייתכן שהיצמדות משרד הביטחון בדיווחיו לפרדיגמה הישנה הושפעה גם מעמדתם של פסיכיאטרים שהתנגדו לחוק וראו בו סמל למעבר של שיח הטראומה מהכחשה לקיצוניות שנייה של קורבנות (בלייך, ריאיון אישי למחברת, 2008). דבר זה מהדהד שוב את דבריו של דסברג על חובת המטפלים להימנע מעמדה קלינית מנותקת ומדעית בלבד, ולהיות פתוחים לשינויים הנדרשים משילוב של התפתחויות חברתיות ותפיסות מדעיות. זאת במיוחד משום שהם לעולם אינם יכולים לראות את הניצול מן הטראומה המאורגנת במבט מדעי בלבד. המטפלים, מזכיר דסברג, הם תבנית נוף מולדתם:

המטפל הוא חלק של חברה מתגוננת. הניצול מאלמות מאורגנת מביא אתו בשורה שעלולה לרופף את החוליות בהן קשור המטפל לחברה אליה הוא שייך. המטפל חייב להיות מוכן לשקול מחדש ערכים חברתיים ומדעיים אשר האמין בהם עד כה; אם לא יעשה כן, לא יבין את הכאב הבלתי מבוטא של הניצול. (דסברג, 1987: 102)

במילים אחרות, החשיבות בשינוי שמה של התסמונת הטראומטית בעקבות מלחמה נובעת מתפיסה חברתית, מן העוול ההכרתי שנעשה לפצועים. זהו שינוי, שיש בו כדי לסייע להחלמתם של פצועי הטראומה, והוא עשוי אף להביא לשיטות טיפול טובות יותר, ובכך לפתח את המחקר המדעי־רפואי. בישראל, שבה יש תפקיד חברתי מרכזי לסולם הגבורה, יש לכך משמעות מיוחדת. שכן, גם אם יתפוגג הנדבך הראשון של העוול ההכרתי, הנדבך השני שלו מעמיד את פצועי הטראומה במקום נחות לעומת הפצועים הפיזיים.

לוחמים שלקו בתגובת קרב או בפוסט־טראומה חשים ממילא רגשות מעיקים של כישלון ואשמה, אם משום שלא תפקדו כפי שציפו מעצמם ברגעים הקריטיים של הקרב, ואם משום שכשלו לאחריו ולא הצליחו לקיים את הסטנדרט שנראה ראוי בעיניהם. כך ביטא את הסטנדרט הזה מפקד מוצב תל סאקי במלחמת יום הכיפורים:

צנחנים גיבורים לא צריכים כלום. הם חסינים או מתים. כל מה שביניהם זקוק רק לפחחות וצבע. מעיכות ושריטות מבפנים? אלה דברים שצנחן אמור להסתדר אתם לבד. גיבורים יכולים לדמם גם עשר או עשרים שנים. זה במסגרת החווה. חווה לכל החיים. (אנסבכר, 2003, עמ' 13)

הסיווג של פוסט־טראומה כפציעה עשוי להקל על תחושות אלה. ללוחם שנפצע פיזית, קל יותר להסביר לעצמו מדוע לא הצליח לשתק את האויב או להוציא את חבריו הפצועים מטווח האש. ואילו סיווגה של הטראומה כהפרעה מחזק את תחושות הכישלון של החיילים, שכביכול לא עמדו בתקן ההתנהגות הראוי, לא "לקחו את עצמם בידים" והצילו את חבריהם. תחושת הכישלון הזאת מעצימה בהם תחושות של אובדן זהות, שכן, כאמור לעיל, השאלה "מי אני" כרוכה לבלי הפרד בשאלה "מה ראוי לי להיות" (נחתומי, 2005, עמוד 11).

גם בארצות־הברית בולט הנדבך השני של העוול ההכרתי לחיילים פצועי טראומה. תיוגם השלילי משתקף באופן ברור בחילוקי הדעות סביב עיטור "הלב הסגול" ("purple heart") שמוענק לחיילים שנפצעו (פיזית) או נהרגו בפעילות קרבית מול אויב. והנה, בשנת 2008 אמר שר ההגנה רוברט גייטס בתשובה לשאלה, כי בהחלט יש לבחון אפשרות להעניק את עיטור הלב הסגול גם לפצועי פוסט־טראומה. דבריו התקבלו בהתנגדות מרה של אנשי צבא, משרתים בפועל או בעבר, וזאת למרות מודעותם לשיעור הגבוה של פצועי טראומה בקרב חבריהם וחברותיהם לנשק (Mac Bica, 2013). המתנגדים להענקת העיטור לקבוצה זו משמיעים טענות שמשקפות ואף מחזקות את הדימוי המעוות והנחות של פצועי טראומה ואת העוול ההכרתי שנגרם להם. כך לדוגמה, קצין מודיעין אמריקאי טען שיהיה בכך עלבון למי שסבלו פציעה אמתית בשדה הקרב (מצוטט על־פי Mac Bica, 2013, ההדגשה במקור); חייל קרבי משוחרר, בעצמו פצוע טראומה, כתב לעיתון מקומי שצריך להגן על עיטור הלב

פציעה או הפרעה? חשיבותו והשלכותיו של מינוח בטראומת מלחמה

הסגול מפני זילות, שתקרה לדעתו אם האות יוענק גם לפצועי טראומה (מצוטט על-פי Mac Bica, 2013), ועוד. מנגד, התומכים בהענקת העיטור לפצועי הטראומה, מדגישים את היותה פציעה של ממש, רצינית וקשה לא פחות מפציעה פיזית, ולעיתים אף מסכנת חיים (Tupper, 2013).

במעין עיקוף של התנגדות האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית למונח פציעה טראומטית, כפי שהוצג בדברי ההסבר ל-DSM-5, וכאשר מדובר בחיילים, התגבר בשנים האחרונות בארצות-הברית השימוש במונח Combat PTSD, אשר קושר את הטראומה לקרב (Croft & Parker, 2011; Finley, 2011). הדבר מדגיש אמנם את מסגרת התפקיד שבה נפצע החייל, אולם זהו פתרון חלקי שממשיך את השימוש במונח "הפרעה", והוא גם איננו פורמלי, ואיננו מוכר ב-DSM, ולכן גם לא במסד הפסיכיאטרי. מצד שני, עצם השימוש הלא-פורמלי בו מדגיש את אי הנוחות הגוברת מייחוס המונח הפרעה פוסט-טראומטית ללוחמים שנפגעם נפצעה.

אזרחים נפגעי חרדה

המודעות לפציעה טראומטית בקרב אזרחים החלה לעלות בישראל מאז מלחמת המפרץ הראשונה (1991), שבה העורף בישראל נחשף לראשונה לפגיעות טילים, שבאותו זמן אף היו חשודים כבעלי ראש חץ כימי. מאז, בתדירות ובהיקף הולכים וגוברים, חשוף העורף בישראל למתקפות טרור מסוגים שונים – טילים, פיגועים ופיגועי התאבדות. לגבי אזרחים בשלב הראשון של פציעה טראומטית (תגובת דחק חריפה) משתמשים בישראל במונח "נפגעי חרדה" כמונח מקביל לתגובת קרב בקרב חיילים (קינן, 2012). ייתכן, שמונח זה נולד מתוך שיוכה הרפואי ב-DSM של תסמונת הטראומה לקטגוריה של הפרעות חרדה (anxiety disorders), ומכיוון שבישראל נהוג להבדיל בין אזרחים לבין חיילים בכל הקשור במלחמה ובפגיעות ממנה. אך ברמה הסמלית והייצוגית, הוא ממשיג את האזרחים פצועי טראומה בפעולות מלחמה וטרור כחלשים וחרדתיים, שיש ספק לגבי כושר עמידתם. המשגה כזאת מדגישה את ההיררכיה הערכית בין החייל האקטיבי, הנשלח מטעם המדינה לקרב, לבין האזרח כקורבן פסיבי.

היררכיה זו נמצאת בעשור האחרון במחלוקת מרה וכואבת בין משפחותיהם של חיילים ואזרחים, שנפגעו בשם האומה (נוטמן-שוורץ, ליכטנשטיין ורובין, 2005). באתוס הישראלי נדרשים האזרחים לגלות נחישות וחוסן שמקושרים לביטחון הלאומי ולעיתים אף לפטריוטיות. במלחמת המפרץ, למשל, כינה ראש עיריית תל-אביב דאז, שלמה להט, בשם "עריקים" את מי שבחר לעזוב את העיר בזמן הפגזות הסקאדים, והוסיף: "מי שעורק מתל-אביב עורק גם מהמולדת" (עיריית תל-אביב, ללא תאריך). באינתיפאדת אל-אקצא התגברו חששות מפני ירידה במצב הרוח הכללי של האוכלוסייה, ותשומת הלב הציבורית הופנתה יותר ויותר להשפעה של ביטויי החרדה,

עיריית קינן

שלעתים נתפסו כפניקה והיסטריה (לדוגמה: רינגל-הופמן, 2001). התוצאה הייתה ביקורת קשה נגד הלגיטימציה לפציעה טראומטית, וטענות שישראל עברה ממיתוס של חוסן לשיח של טראומה מוגזם ולא ראוי (בלייך, ריאיון אישי למחברת, 2008), אשר מסכן את יכולת העמידה של הכלל.

באווירה כזאת, העוול ההכרחי שכרוך במונח "נפגעי חרדה" מתעצם במיוחד: הוא מעצים את הזיהוי של האזרחים כולם כחלשים, ומחזק את תיוגם של פצועי הטראומה כחלשים ואף מחלישים. יתרה מכך, זהו זיהוי שאף מטיל על האזרחים אחריות מיוחדת לחוסן הלאומי הכללי של ישראל (על מדדי החוסן הלאומי ראו: בן-דור, קנטי והלפריין, 2006).

מבלי להיכנס לדיון בסולם הגבורה הישראלי, מוצע לפתור את ההמשגה המתייגת באמצעות מענה טבעי, ולקרוא לתופעות אלה פציעה טראומטית בקרב ופציעה טראומטית בטרור. כעת, כאשר ב-DSM-5 הוחלט להעביר את התסמונת הפוסט-טראומטית לסיווג חדש שייוחד להפרעות הקשורות בה, אין עוד צורך בשם "פגיעת חרדה" גם מבחינת המינוח הרפואי.

סיכום ומסקנות

העובדה שפציעה במלחמה נובעת מההשתייכות לכלל, קושרת את תהליכי ההחלמה להכרה החברתית בקורבן שהוקרב למען האחרים. במקרה של טראומה, הפצועים זקוקים להכרת האומה. ואילו זו מגבשת את יחסיה אליהם בתוך המתח שבין אחריותה למחיר ששילמו לבין הצורך לשמור על כושר עמידתה של האוכלוסייה האזרחית, ועל אופיו של הצבא כגוף שמטפח אומץ לב ומצפה מחייליו לצאת אל תוך האש גם בתנאים הקשים ביותר. דסברג (1987) טוען שאף אחד מן המודלים התאורטיים הקיימים של טראומה איננו מתחשב בעובדה שקורבנות של אלימות מאורגנת, ובהם חיילים, סובלים מפתולוגיה חברתית, שאליה מגיבה הסביבה הקולטת בפתולוגיה משלימה. שילוב של שתי הפתולוגיות יוצר השפעה הדדית שלילית הולכת ומחריפה בין קורבן האלימות ובין החברה הקולטת אותו. דסברג אף מציע להחליף במקרה של מלחמה את המונח "תסמונת פוסט-טראומטית" במושג "תסמונת שלאחר אלימות מאורגנת", הכולל לדעתו גם את האינטראקציות השליליות הנוצרות בין קורבנות האלימות המאורגנת לבין משפחותיהם ובין הקהילה האמורה לקלוט אותם.

דברים אלה מחזקים את הטענה ששינוי שמה של הפציעה הפוסט-טראומטית איננו סמנטי גרידא. שכן, השימוש במונח "הפרעה" מחזק, גם אם לא בכונת מכוון, את

תיוגה הנחות של הפציעה הנסותרת, ובכך גם את האינטראקציה השלילית, שעליה מדבר דסברג, בין הפצועים לבין סביבתם.

בהרחיבה את המסגרת התיאורטית של צדק חברתי עיכתה פרייזר (Fraser, 2009) את המושג צדק חברתי לצדק חלוקתי וצדק הכרתי כשתי זרועות שאין להפריד ביניהן. היא אף הראתה ששני הדברים כרוכים זה בזה, ושעוול בזרוע האחת גורר אחריו עוול בזרוע השנייה. ואכן, העוול הסמלי והייצוגי שנעשה לפצועי טראומה מיתרגם גם לעוול חלוקתי, שבא לידי ביטוי בדחיקתם למציאות כלכלית ירודה. עוול זה משתקף במכשולים גדולים שמציבות הוועדות הרפואיות על עצם ההכרה בפוסט-טראומה, ובהערכות חסר של עומק הנכות הנפשית, שממנה נגזר גם גובה הפיצויים שהם זכאים להם (סולומון ובלייך, 2002). כליאת פצועי הטראומה בתוך הוויה כוזבת (עוול הכרתי) תקפה הן להחשדתם בתביעות שווא (ליטמן, 2007), והן לתיוגם כחולים, בעלי הפרעה נפשית – המתויגת מלכתחילה (שטרון ואחרים, 2008) – ולא פצועי מלחמה. התוצאה היא מניעת סיוע רפואי הולם ודחיקתם מטה בסולם הכלכלי (עוול חלוקתי). הקשר בין עוול הכרתי לעוול חלוקתי במקרה של פצועי טראומה השתקף באופן חד בארצות-הברית לאחר הפיגוע במגדלי התאומים, כאשר הקונגרס החליט שלא להעניק פיצויים לפצועי טראומה אלא אם כן נלוותה לכך גם פגיעה פיזית מוכחת (להוציא מימון לטיפול נפשי לזמן מוגבל). ההחלטה נשענה על שיקולים כלכליים, שביקשו להקטין את היקף הפיצויים שחברות הביטוח או המדינה נדרשו לשלם (רימרמן, טל-כץ ואברמי, 2007), והיא התאפשרה משום התפיסה שטראומה נפשית היא נחותה ופחות חד-משמעית מפציעה פיזית.

ההכרה בפציעה פוסט-טראומטית עברה שלבים רבים של התפתחות. בשלושת העשורים שחלפו מאז הכנסתה ל-DSM, נעשים כל העת ניסיונות להמשיך ולדייק בהגדרתה באופן שיסייע לנפגעים ויפתח את המחקר למציאת דרכי טיפול חדשות. בעקבות זאת, בשנים האחרונות פחת העוול הכרתי שנגרם לפצועי טראומת מלחמה, אך הוא עדיין שריר וקיים. עוול זה מחוזק במונח "הפרעה". אם וכאשר יאומץ המונח "פציעת דחק פוסט-טראומטית" (PTSD), יידרש זמן לבחינה אמפירית של תרומתו להסרת התיוג. אולם בכל מקרה זהו מהלך נכון מבחינה עניינית, שנותן תקווה להקטנת המכשולים העומדים בפני החלמתם של פצועי הנפש החוזרים מן המלחמה.

מקורות

-
- אנסבכר, מ. (2003). רסיס ממגש הכסף. תל-אביב: דניאלה דינור והוצאת ליברוס.
בלייך, א. (1990). תגובת הקרב החריפה: היבטים פאתוגנטיים, אבחוניים וטיפוליים. ביטאון חיל הרפואה, 32, 45-42.

עירית קינן

- בלייך, א. (2000). פסיכיאטריה צבאית בישראל: פרספקטיבה של יובל. הרפואה, 138(ט), 728–733.
- בלייך, א. ומלמד, י. (2007). פגיעה נפשית פוסט-טראומטית עקב שירות צבאי. רפואה ומשפט, 37, 37–44.
- בלייך, א. וסולומון, ז. (2002). הערכת נכות נפשית – סוגיות קונצפטואליות וקליניות. בתוך: א. בלייך וז. סולומון (עורכים), נכות נפשית: היבטים רפואיים, מחקרניים, חברתיים, משפטיים ושיקומיים (עמ' 26–39). תל-אביב: משרד הביטחון.
- בן-אשר, ס. ושלזר, ר. (2012). השפעות ארוכות טווח של אובדן עמום בקרב ילדי שביינים. חברה ורווחה, ל"ב(ג), 375–399.
- בן-דוד, ג., קנטי, ד. והלפרין, ע. (2006). המרכיב החברתי של החוסן הלאומי. המרכז לחקר הביטחון הלאומי, אוניברסיטת חיפה: http://www.herzliyaconference.org/Uploads/2131hosen_heb.pdf
- בר-גל, ד. (2007). טיפול קבוצתי: תיאוריה ומעשה. סקירת ספר. חברה ורווחה, כז(4), 660–653.
- דיין, א., טוקטלי, ג. ואסנהיים, ע. (מפיקים), (2009, 23 במרץ). גיבורים שנשכחו. עובדה, הרצליה: אולפני קשת.
- דסברג, ח. (1987). החברה הישראלית מול טראומה מאורגנת, או: המטפל מול הניצול. שיחות, 1(2), 98–103.
- הנדלר, ת. ואדמון, ר. (2009). התיווך העצבי של הנטייה האישית לתגובת דחק. על הקשר ההדדי בין פעילות מוחית, תכונות אישיותיות ותגובה פתולוגית לדחק. *The Medical*, אתר הרופאים של ישראל <http://www.themedical.co.il/Article.aspx?f=17&s=2&id=2182> : (20.4.2009)
- הרמן, י. (1992). טראומה והחלמה. תל-אביב: עם עובד.
- ויצטום, א. (2002). היסטוריה של המושג נכות נפשית. מתוך א. בלייך וז. סולומון (עורכים), נכות נפשית: היבטים רפואיים, מחקרניים, חברתיים, משפטיים ושיקומיים (עמ' 11–25). תל-אביב: משרד הביטחון.
- ויצטום, א., לוי, ע., גרנק, מ. וקוטלר, מ. (1990). הטיפול בתגובות קרב בצה"ל 1948–1973. הרפואה, 32, 49–53.
- ועדת גורן (2009א). פרוטוקולים של דיוני הוועדה: <http://www.vaadatgoren.gov.il/>
- ועדת גורן (2009ב). הופעתו של ראש אגף שיקום נכים יקותיאל מור בפני הוועדה, 3.12.2009. דברים ומצגת: <http://www.vaadatgoren.gov.il/>
- ועדת גורן (2009ג). הופעתו של מנכ"ל משרד הביטחון פנחס בוכריס בפני הוועדה, 3.12.2009. דברים ומצגת: <http://www.vaadatgoren.gov.il/>
- ועדת גורן (2010). דברי תא"ל (מיל.) אביגדור קהלני בעת הופעתה של פרופ' זהבה סולומון. 18.3.2010: http://www.vaadatgoren.gov.il
- טיילור, צ. (2005). הפוליטיקה של ההכרה. בתוך: א. נחתומי (עורך), רב תרבותיות במבחן הישראליות (עמ' 21–52). ירושלים: מאגנס.
- כנסת ישראל, דברי הכנסת, הישיבה המאה ושישים וחמש של הכנסת החמש עשרה, יום שלישי, ט"ו בכסלו ה'תשס"א (12 בדצמבר 2000).
- כנסת ישראל (2000). הצעת חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תיקון מס' 21, דברי הכנסת, ד. תל-אביב: הכנסת. להד, מ., שחם, מ. ושחם, י. (2010). השפעת מלחמת לבנון השנייה על החוויה הטראומטית ועל החוסן של היהודים ושל הערבים בצפון הארץ – מחקר אורך. מתוך פ. עזאזיה, נ. נחמיאס ומ. כהן (עורכים), שירותי רווחה, בריאות וחינוך בשעת חירום, לקחים ממלחמת לבנון השנייה (עמ' 117–144). חיפה: פרדס.
- ליטמן, ש. (2007). הערת מערכת למאמרם של אבי בלייך ויובל מלמד – פגיעה נפשית פוסט-טראומטית עקב שירות צבאי, רפואה ומשפט, 37, 44.
- מוסה, ג. (1990). הנופלים בקרב, עיצובו מחדש של זיכרון שתי מלחמות העולם. תל-אביב: עם עובד.
- משרד הביטחון, אתר הגבורה. ללא תאריך. <http://www.gvura.org/>

פציעה או הפרעה? חשיבותו והשלכותיו של מינוח בטראומת מלחמה

- נוטמן-שוורץ, א., ליכטנרטיט, ר. ורובין, ש. (2005). שכול, סילום והדרה בישראל, נייר עמדה לכנס שדרות לחברה: <http://college.sapir.ac.il/sapir/kenesderot/kenes2005/papers/bereavement.pdf>
- נחתומי, א. (2005). מבוא. מתוך: אוהד נחתומי (עורך), רב-תרבותיות במבחן הישראליות (עמ' 7–20). ירושלים: מאגנס.
- נרקיס, ע. (1996). ריאיון אישי לבועז לבטוב, מרכז רבין לחקר ישראל.
- סולומון, ז. ובלייך א. (2002). נכות נפשית ותביעת הפיצויים – השפעות גומלין אפשריות. מתוך: א. בלייך וז. סולומון, נכות נפשית: היבטים רפואיים, מחקרניים, חברתיים, משפטיים ושיקומיים (עמ' 163–197). תל-אביב: משרד הביטחון.
- סולומון, ז., בנבנישתי, ר., ויסמן, מ. ובלייך, א. (1994). תפקיד התגמולים בשיקום נפגעי תגובות קרב: גורם מכשיל או מחשל. הרפואה, 127, 450–455.
- סולומון, ז., מיקולינסר, מ. והובפול, ס. (1987). עוצמת הקרב, תמיכה חברתית, בדידות ותגובות קרב: הניסיון הישראלי במלחמת לבנון. חברה ורווחה, ח(2), 114–127.
- עיריית תל-אביב, אתר הבית (ללא תאריך). <http://tel-aviv.millennium.org.il/NR/exeres/FB17AEC8-6875-4D4FAEF8-E1CF4B7DC992.frameless.htm>
- פלד, א. (1999, 6 באוגוסט). לא נמצאו סימני חרדה. ידיעות אחרונות, מוסף 7 ימים, עמ' 41.
- פנון, פ. (2004). עור שחור, מסכות לבנות, תל-אביב: ספריית מעריב.
- קולמוס, א. (תש"ט). על ניכרוזה מלחמתית, הרפואה, לוג-ג(ד), 43–44.
- קינן, ע. (2012). כאילו היא פצע נסתר. תל-אביב: עם עובד.
- רימרמן, א., טל-כץ, פ. ואברמי, ש. (2007). נפגעי איבה בישראל ובארצות-הברית, סקירה השוואתית והמלצות לעתיד. ביטחון סוציאלי, 73, 41–68.
- רינגל-הופמן, א. (2001, 9 במרץ). הטרור ינצח רק בגובה הפניקה, ידיעות אחרונות, המוסף לשבת, עמ' 12–15.
- שרטון, נ., שרשבסקי, י., לכמן, מ., בדיני-אורבך, א., שגיב, נ., זהבי, ט. ולבב, י. (2008). המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות בעיני הציבור בישראל. חברה ורווחה, כח(1), 9–35.
- שליזנגר, ל. (2008, 7 ביולי). שנתיים למלחמה, הם כמפלט, NRG: <http://www.erim-pow.co.il/article.php?id=135>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author. doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- American Psychiatric Association. (2013a). Posttraumatic stress disorder. Retrieved from: http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/dsm5_criteria_ptsd.asp
- American Psychiatric Association. (2013b). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Assaf, Y., & Pasternak, O. (2008). Diffusion tensor imaging (DTI) – based white matter mapping in brain research: A review. *Journal of Molecular Neuroscience*, 34, 51–61. doi: 10.1007/s12031-007-0029-0
- Babington, A. (1997). *Shell shock: A history of the changing attitudes to war neurosis*. London, England: L. Cooper.
- Blank, A. S. (1985). Psychological treatment of war veterans: A challenge for mental health professionals. *Medical Hypnoanalysis*, 6(3), 91–96.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma

- disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198–210. doi: 10.1177/1524838009334448
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626–632. doi: 10.1001/archpsyc.55.7.626
- Brewin, C. R. (2003). *Post-traumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press.
- Brunner, J. (1991). Psychiatry, psychoanalysis and politics during the first world war. *Journal of the History of the Behavioral Science*, 27, 353–365. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/1520-6696\(199110\)27:4<352::AID-JHBS2300270404>3.0.CO;2-9](http://dx.doi.org/10.1002/1520-6696(199110)27:4<352::AID-JHBS2300270404>3.0.CO;2-9)
- Brunner, J. (2002). Identifications, suspicions and the history of traumatic disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 179–184. doi: 10.1080/10673220216220
- Croft, H., & Parker, C. (2011). *I always sit with my back to the wall: Managing traumatic stress and combat PTSD*. San Antonio, TX: Balanced Living Communication.
- Dobbs, D. (2009). The post-traumatic stress trap. *Scientific American*, 300, 64–69. doi: 10.1038/scientificamerican0409-64
- Finley, E. P. (2011). *Fields of combat: Understanding PTSD among veterans of Iraq and Afghanistan*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Fraser, N. (2009). Social justice in the age of identity politics. In L. Henderson & M. Waterstone (Eds.), *Geographic thought: A praxis perspective* (pp. 72–88). New York, NY: British Library Cataloging.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 750–769. doi: 10.1002/da.20767
- Green, B. L. (1990). Defining trauma: Terminology and generic stressor dimensions. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1632–1642. doi: 10.1111/j.1559-1816.1990.tb01498.x
- Hunt, N. C. (2010). *Memory, war and trauma*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Kessler, C. R. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and the society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4–12.
- Keynan, I. (2015). *Psychological war trauma and society: Like a hidden wound*. New York, NY: Routledge.
- Kienzler, H. (2008). Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena. *Social Science & Medicine*, 67, 218–227. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.030
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 537–547. doi: 10.1002/jts.21848
- Lapointe, P. (Producer), Cote, L. (Director), & Blandford, M. (Scriptwriter). (2005). *Operation Retour* [Motion Picture]. Canada, Montreal, Quebec: Les Productions Érézi Inc.
- Lifton, R. J. (1973). *Home from the war*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695–706. doi: 10.1016/j.cpr.2009.07.003
- Mac Bica, C. (2013, August 31). Does PTSD eligibility demean the purple heart? *VT*

פציעה או הפרעה? חשיבותו והשלכותיו של מינוח בטראומת מלחמה

- (*Veterans Today*), *Military & Foreign Affairs Journal*. Retrieved from: <http://www.veteranstoday.com/2013/08/31/does-ptsd-eligibility-demean-the-purple-heart/>
- Neria, Y., DiGrande, L., & Adams, B. G. (2011). Posttraumatic stress disorder following the September 11, 2001, terrorist attacks: A review of the literature among highly exposed populations. *American Psychologist*, 66, 429–446. doi: 10.1037/a0024791
- Rand Center of Military Health Policy Research (2008). *Invisible wounds of war*, pp 431–453. Retrieved from: http://rand.org/content/dam/rand/pubs/monographs/2008/RAND_MG720.pdf
- Rechtman, R. (2004). The rebirth of PTSD: The rise of a new paradigm in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 913–915. doi: 10.1007/s00127-004-0874-x
- Shay, J. (1994). *Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character*. New York, NY: Atheneum.
- Shay, J. (2011). Casualties. *Daedalus*, 140(3), 179–188. doi: 10.1162/DAED_a_00107
- Solomon, Z. (1993). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. New York, NY: Plenum Press.
- Stevens, J. S., Jovanovic, T., Fani, N., Ely, T. D., Glover, E. D., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2013). Disrupted amygdala-prefrontal functional connectivity in civilian women with posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1469–1478. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.05.031
- Summerfield, D. (2001). The invention of posttraumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322, 95–98. doi: 10.1136/bmj.322.7278.95
- Summerfield, D. (2004). Cross-cultural perspectives on the medicalization of human suffering. In G. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* (pp. 233–247). Seattle, WA: University of Washington and Private Practice.
- Tanielian, T., & Jaycox, L. (Eds.) (2008). *Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequences and services to assist recovery*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Taylor, C. (1997). The politics of recognition. In A. Heble, D. Palmateer-Pennee, & J.R. Struthers (Eds.), *New contexts of Canadian criticism* (pp. 98–131). Peterborough, Canada: Broadview Press.
- Tupper, B. (2013). How the Purple Heart can help heal veterans with PTSD. *The Daily Beast*. Retrieved from: <http://www.thedailybeast.com/articles/2013/08/23/how-the-purple-heart-can-help-heal-veterans-with-ptsd.html>
- VA National Center for PTSD (2013). *DSM-5 diagnostic criteria for PTSD*. Retrieved from: http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/dsm5_criteria_ptsd.asp
- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The 'criterion A' problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma criteria a. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 107–121. doi: 10.1002/jts.20210
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Young, A. (2002). The self-traumatized perpetrator as a transient mental illness. *L'Évolution Psychiatrique*, 67, 630–650. doi:10.16/S0014-3855(02)00162-7

עירית קינן

Zoellner, L. A., Bedard-Gilligan, M. A., Jun, J. J., Marks, L. H., & Garcia, N. M. (2013). The evolving construct of posttraumatic stress disorder (PTSD): DSM-5 criteria changes and legal implications. *Psychological Injury and Law*, 1–13. doi: 10.1007/s12207-013-9175-6