פיזיותרפיה מודעת טראומה (Trauma-informed Physiotherapy)

נגה גל BPT, MSc, MBA

מנהלת ביה"ס לפיזיותרפיה אסף הרופא, החוג לפיזיותרפיה אוניברסיטת תל אביב, nogagal19@gmail.com

תקציר

טראומה נפשית היא אירוע מטלטל שמשאיר חותם בנפש האדם. ידוע שמטופלים שחוו טראומה או שמתמודדים עם תסמינים פוסט-טראומטיים מפתחים תסמינים גופניים, כגון כאב כרוני, והם חווים תחלואה מוגברת לעומת האוכלוסייה הרגילה. בשנים האחרונות מתגבש גוף ידע שעוסק בהשפעות הגופניות שיש לטראומה הנפשית ולתפקידן של המערכות הפיזיולוגיות בביטויה. במקביל, התרחב גם גוף הידע שעוסק בהשפעה שיש לטיפולים הגופניים השונים, כמו מגע, תרגילי הרפיה ונשימה ותרגול גופני - שהם בליבת הטיפול הפיזיותרפי - על תסמיני הטראומה ועל התחלואה שנלווית לה. מצד שני, טיפול פיזיותרפי עלול לעורר חוויות טראומטיות שיגרמו להימנעות ולנסיגה אצל המטופל ויקשו את השגת מטרות הטיפול.

פיזיותרפיה מודעת טראומה (Trauma-informed Physiotherapy) היא תפיסה טיפולית ששופכת אור על התפקיד שלנו בשיקום מטופלים שחוו טראומה. הגישה מחדדת את התשאול הנדרש, מעניקה כלים טיפוליים מתחום הפיזיותרפיה ומתמקדת במצבים שהטיפול עלול לעורר אצל המטופל חוויות טראומטיות ולהוביל להימנעות, וכן מציעה דרכי טיפול מיטיבות.

המאמר מתאר את עקרונות הפיזיותרפיה מודעת הטראומה, מסביר כיצד כלים מעולם הפיזיותרפיה מסייעים בטיפול בטראומה ומציג את התמה שלפיה מטופלים רבים שמגיעים לטיפול פיזיותרפי עלולים לחוות את האירוע שבגינו הגיעו לטיפול כטראומטי, ולפתח תסמינים שמקשים את התקדמות התהליך השיקומי. על כן זאת גישה שראוי שתאומץ בכל טיפול שניתן למטופל.

מילות מפתח: טראומה, תסמונת דחק פוסט-טראומטית, פיזיותרפיה מודעת טראומה

הקדמה

טראומה היא אירוע חיים מטלטל. "טראומה" ביוונית משמעה פצע. הטראומה הנפשית משאירה חותמה בנפשו של האדם שחווה אותה. ניתן לומר שאירועי השבעה באוקטובר 2023 גרמו פציעה נפשית לישראלים רבים, אולי אף לכולם. המונח "טראומה" נזכר לראשונה בהקשר הנפשי במאמר On Railway and Other Injuries of the Nervous System של ג'ון ארקסן משנת 1866.[1] בשנים האחרונות נמצאו עדויות מחקריות רבות להשפעה הגופנית שיש לטראומה, ולתפקידן של המערכות הפיזיולוגיות בביטויה. בקרב מטופלים שחוו טראומה נפשית מופיעים תסמינים גופניים, שרבים מהם ניתנים לטיפול על ידי הפיזיותרפיה.[2] תחום הפיזיותרפיה המודעת טראומה מקבל ביטוי רב יותר בשנים האחרונות, וההכרה שטיפולי גוף הן חלק בלתי נפרד של הטיפול בטראומה מתחילה לקבל תוקף.[3]

התרגום המילולי של המונח Trauma-informed Physiotherapy הוא "פיזיותרפיה מיודעת טראומה". בחרתי להשתמש במאמר במונח פיזיותרפיה מודעת טראומה, מתוך תפיסה שלצורך מתן טיפול מיטבי ומענה אפקטיבי, נדרשת לא רק ידיעה, אלא הבנה ומודעות רחבה ועמוקה יותר לנושא.

מטרת המאמר היא להציג כיצד הפיזיותרפיה באמצעות כלים טיפוליים קיימים, יכולה לסייע למטופלים שחוו טראומה וסובלים מתסמינים פוסט-טראומתיים, להתמקד בזיהוי

מטופלים אילו, ולתת כלים לאיתור המטופלים ולגישה טיפולית שיכולה לסייע להם. יתרה מכך, במאמר יוצג הטיעון שמצבים שכיחים רבים עשויים להיחוות על ידי המטופלים כטראומה. לכן, יישום הידע, התובנות והמודעות לנושא נועד לא רק עבור טיפול באנשים שהוגדרו כפוסט-טראומטיים - אלא עבור כל אדם שמגיע לטיפול ולשיקום.

מונחים שקשורים בטראומה

מהי טראומה? לפי ספר האבחנות הפסיכיאטריות (DSM 5), טראומה נפשית מוגדת כחשיפה למוות, לפציעה רצינית, לאלימות מינית, או לאיום בכל אחד מן המצבים הללו. בחוויה ישירה, עדות לאירוע או אירוע מסוג זה שחווה אדם קרוב.[4] לפי ארגון הפסיכולוגים האמריקאי זוהי תגובה שמתרחשת לאחר אירוע אשר נתפס כמאיים, על האדם או על אחרים משמעותיים לו, ואשר היה מלווה בחוויה של חוסר אונים, הפתעה והיעדר יכולת תגובה.[5] כלומר עוצמת החוויה והפרשנות האישיים של האדם יקבעו במידה רבה אם האירוע ייחווה על ידי האדם כטראומה או לא.

מהי "הפרעת דחק פוסט-טראומטית" (post-traumatic stress syndrome - PTSD)?

לפי ה-DSM5 אדם יוגדר כלוקה בהפרעת דחק פוסט-טראומטית אם יתקיימו אצלו כל התנאים האלה: 1. האדם נחשף לחוויה טראומטית שהתקיים בה אחד משלושת התנאים האלה: נוכחות פציעה חמורה, אונס או סכנת מוות שלו או של קרובים לו, עדות ישירה או עקיפה לטראומה שעבר אדם קרוב, חשיפה חוזרת למקרים מסוג זה בתוקף תפקיד מקצועי; 2. האירוע נחווה שוב ושוב על ידי זכרונות חוזרים ו/או, סיוטים, תגובות דיסוציאטיביות, תגובה פיזיולוגית ברורה; 3. קיימים תסמינים של הימנעות מגירויים שמזכירים את הטראומה: תחושות, מחשבות, מקומות, אנשים; 4. מתרחשים שינויים שלילים בקוגניציה ובמצב הרוח: דיסוציאציות, אמונות וציפיות שליליות, האשמה, רגשות שליליים, עניין מופחת בפעילויות, תחושת ניכור ודלדול רגשי; 5. נוצרת עוררות-יתר: רגזנות/ תוקפנות, הרס עצמי, דריכות, קשיי ריכוז וקשיי שינה. בעקבות התסמינים, האדם מתקשה לנהל שגרת חיים. בשנים האחרונות נוסף עליו גם המונח Post Traumatic Stress Symptoms (PTSS), דהיינו מצבים שבהם לא מופיעים כל התסמינים אלא רק קצתם.[6]

המושג "דיסוציאציה" פירושו הפרדה/ניתוק והוא מרכיב מרכזי בהבנה של תגובות פוסט-טראומטיות. זהו מנגנון הגנה שיוצר נתק בין מודעות האדם ובין חלקים מ"העצמי" שלו: זיכרונות, רגשות, מחשבות, תחושות גוף, ועוד. מנגנון זה מופעל גם במצבי פוסט-טראומה וזיכרונות קשים. תחושת חוסר האונים גורמת ניתוק של המודע כדי למנוע מהחוויה הקשה לחלחל למודעות.[6] דיסוציאציה מתרחשת כאשר מופעל "טריגר" - גירוי פסיכולוגי שמביא לידי היזכרות בלתי רצונית בחוויה הטראומטית מן העבר. הגירוי יכול להיות קול, ריח, מראה, תחושה ועוד.[7] אם המטופל נכנס לדיסוציאציה בעת הטיפול הפיזיותרפי, הוא אינו קשוב להנחיות ומנותק מתחושות ההווה, מה שמקשה את התקשורת בטיפול ואף יכול ליצור בעיה בטיחותית. לדוגמה: תחושת כאב שמהווה טריגר עשויה למנוע מן המטופל לעדכן את המטפל על תחושות הכאב שלו, וכך "יתפספס" מידע; או אם תרגיל מסוים של שיווי משקל הוא טריגר שמוביל לתגובת דיסוציאציה, המטופל יכול לאבד את שיווי המשקל, שכן גופו אינו קשוב כרגע למצב של אובדן שיווי המשקל. הפיזיותרפיסטים חייבים להיות קשובים ולזהות מצבים אלו כדי להעניק למטופל טיפול בטוח ויעיל.

בשנים האחרונות הראו מחקרים שלאירועים טראומטיים יש ביטוי פיזי-גופני. בספרו "נרשם בגוף", כתב באסל ון דר קולק שהטראומה גורמת שינויים פיזיולוגים ממשיים, בינהם - כיול מחדש של מערכות האזעקה של המוח, עלייה בהורמוני דחק ושינויים במערכת המסננת בין מידע רלוונטי ללא רלוונטי. אנו יודעים כיום שהטראומה מסכנת את האזור במוח שאחראי להרגשה המוחשית של היותנו חיים.[7] הביטוי הגופני נובע בין היתר משני מרכיבים: הראשון, עוררות-יתר ולאורך זמן של המערכת הסימפתטית שיוצרת תגובות פיזיולוגיות שונות ומשפיעה על הפרשת הורמוני דחק. השני - נוכחותה של דלקת מערכתית (סיסטמית) שמשפיעה על כאב, על מערכת החיסון, ומהווה בסיס לתחלואה נלווית מרובה.[8]

בעיות גופניות אצל אנשים שיש להם תסמינים פוסט-טראומטיים:

א. כאבים, ובמיוחד כאב כרוני: שכיחות האנשים שסובלים מכאב כרוני באוכלוסייה היא כ-5%. לעומת זאת, מחקרים הראו שהשכיחות של כאב כרוני בקרב האוכלוסייה שיש לה תסמינים פוסט-טראומטיים היא 83.3%[9] - כלומר

רוב המטופלים שיש להם תסמינים פוסט-טראומטיים עשויים לסבול מתסמונות כאב כרוני. הרגישות לכאב עולה בעקבות הפרשה כרונית של הורמוני דחק, שגורמת היפראלגזיה, עליה בדלקת שמשפיעה על כאב, ומשינויים בתגובה החיסונית. כמו כן החרדה שנלווית ל-PTSD מגבירה את התגובות האמוציונליות לכאב. חוויית הכאב בעת הטראומה הראשונית מגבירה עוד יותר את הסיכון לפיתוח כאב כרוני;[10,8]

ב. מיעוט פעילות גופנית: אנשים שמוגדרים כ-PTSD הם פחות פעילים פיזית. המוטיבציה שלהם לעשות פעילות גופנית נמוכה יותר, והם מנהלים אורח חיים יושבני. לכל אלה ישנן השלכות בריאותיות, השפעה שלילית על מדדי הבריאות, כגון לחץ הדם, BMI ועוד, והגברת התחלואה. תגובות ההימנעות שמאפיינות את המטופלים, וגם מצב רוחם הירוד, הקושי שלהם לנהל חיי שגרה ועוד, הם גורמים תורמים למיעוט הפעילות הגופנית המאפיין אוכלוסייה זו;[13,12,11]

ג. תחלואה כללית: אוכלוסייה זו סובלת משכיחות גבוהה יותר של השמנה, סוכרת ומחלות לב. הדלקת הסיסטמית ותגובת הדחק הכרונית מובילות לתחלואה משנית לטראומה. תסמיני הטראומה, כמו קשיים בשינה, הם גורמים תורמים להופעת מחלות, בצד הרגלי בריאות לקויים, כמו עישון ותזונה בלתי מאוזנת שאופייניים לרבים מהלוקים ב-PTSD;[14]

ד. תחלואה נפשית: שכיחות גבוהה יותר של מצבי דיכאון וחרדה.[15]

היכן "פוגשת" הפיזיותרפיה את הטראומה?

המאמר נועד להדגיש שאנו פוגשים במטופלים שחוו טראומה כמעט בכל שדות הטיפול. פיזיותרפיסטים מטפלים באנשים שנפגעו באירועים מסכני חיים ופיתחו תסמינים של פוסט-טראומה; מטופלים שאובחנו בפוסט-טראומה מגיעים לטיפול עקב פגיעות ותחלואה מגוונת; מטופלים עם תסמונות של כאב כרוני או כאב נוירופלסטי יגיעו לטיפולי פיזיותרפיה וכמוהם גם מטופלים שפיתחו תסמינים פוסט-טראומטיים ותחלואה נלווית שמצריכה טיפול ושיקום.

הכלים שעומדים לרשות הפיזיותרפיסטים ושמסייעים לטיפול בתסמיני טראומה:

הכלים הבסיסיים שבארגז הכלים של הפיזיותרפיסט יכולים לשמש לטיפול בתסמינים טראומטיים ובתחלואה הנלווית לה;

א. פעילות גופנית - תוכניות פעילות גופנית שנועדו עבור מטופלים עם תסמינים פוסט-טראומטיים הראו שחל שיפור במדדי הבריאות של המטופלים: ירידה במסת השומן, בהיקף הבטן, בלחץ הדם ועוד. לפעילות הגופנית השפעה מיטיבה על מצבים נפשיים כמו דיכאון וחרדה שנלווים ל-PTSD. תוכניות פעילות גופנית השפיעו לטובה הן על הסימפטומים של הטראומה, כמו קשיי השינה, והן על התחלואה הנלווית, כמו מחלות הלב וכלי הדם. נמצא כי פעילות גופנית מפחיתה מדדי דלקת - מנגנון נוסף שבאמצעותו מושפעים התסמינים.[13,12,11]

ב. תרגילי נשימה והרפיה - תרגול נשימות והרפיה הוא כלי חשוב להעלאת הפעילות של המערכת הפרה-סימפתטית. עלייה בתפקודה גורמת ירידה בפעילות המערכת הסימפתטית ומשפיעה על תסמיני גוף שונים בקרב אנשים עם PTSD.[16]

ג. מגע טיפולי - מחקרים שעוסקים בהשפעת מגע טיפולי על מטופלים עם PTSD הראו שלמגע יש תפקיד חשוב בוויסות הרגשי ובהפחתת התסמינים. מגע טיפולי בעוצמה בינונית מגביר פעילות פרה-סימפתטית, ועל ידי כך יוצר תגובת רגיעה. מגע טיפולי מפעיל אזורים מוחיים כמו האינסולה, והוא מפורש במוח כ"סביבה בטוחה". זאת לעומת חוסר הביטחון והאיום שחשים מטופלים עם תסמינים פוסט-טראומטיים. מגע תרפויטי מאפשר למטופל להיות נוכח "כאן ועכשיו", ויוצר חוויית חישה גופית, ואלו מאפשרים הפחתה של תחושת הניתוק - הדיסוציאציה, שאופיינית למטופלים עם PTSD. המחקרים הראו שטיפול מגע משפיע על תחלואה נלווית ל-PTSD, כמו הפרעות שינה, עצבנות ומתח, ועוד.[18,17]

ד. טיפול בכאב - כאמור, רבים מן המטופלים הללו סובלים מכאב כרוני. הבנת מנגנוני הכאב ומשמעות הכאב הנוירופלסטי, בשילוב הידע בבדיקות פיזיקליות ותפקודיות

לאיתור תסמינים גופניים, מאפשרים לפיזיותרפיסט ולמטופל להבין טוב יותר את מקור הכאב ומשמעותו. היכולת לתת מענה טיפולי, הן לכאב פריפרי והן לכאב מרכזי, באמצעות טכניקות מנואליות, תרגול מתאים, הדרכה והסבר, מאפשרת להפחית את התסמינים ולסייע למטופל לעבור ממעגל הכאב למעגל התפקוד.

טיפול פיזיותרפי כטריגר לזיכרונות טראומטיים

לרשות הפיזיותרפיה עומדים כלים טיפוליים שיכולים לתרום מאוד להפחתת תסמיני הפוסט-טראומה. עם זאת, טיפול פיזיותרפי יכול להיות טריגר להופעת תסמינים כמו פלאשבקים או דיסוציאציות: עצם המגע או תחושות שנובעות מתוך הטיפול יכולים לעורר זיכרונות טראומטיים - מגע בטיפול שמזכיר את מגע התוקף בטראומה מינית, תחושה של הגברת הדופק שמזכירה תסמינים מהאירוע הטראומטי. הופעת כאב בטיפול יכולה להוות טריגר לזיכרון כאב שהופיע בעת האירוע או לחוסר האונים שנלווה לכאב. תנוחות טיפול יכולות להזכיר תנוחה שבה נחוותה הטראומה - למשל עמידת שש לצורך תרגול; קולות או רעשים בסביבה הטיפולית, בפרט בטיפול באולם שיקום, יכולים להזכיר רעשים וקולות מהטראומה. נוסף על כך, כל טיפול שמעורר תחושת חוסר אונים והיעדר יכולת תגובה, שהם מרכיבים משמעותיים מאוד בחוויית הטראומה - למשל מצב של שכיבה על הבטן, יכול לעורר תסמינים פוסט-טראומטיים.

במצבים אלו יכולתו של המטופל לשתף פעולה בטיפול תהיה אפסית. בהקשר זה ראוי להתייחס למושג "חלון הסיבולת" שאותו טווה פיטר לוין, מפתח שיטת somatic empiercing. חלון הסיבולת הוא מצב שבו האדם נמצא בוויסות רגשי ומערכת עצביו מאוזנת. במצב הזה התפקוד מיטבי, הקוגניציה שמורה, קיימת יכולת למידה, יש תחושת ביטחון ואנו "נוכחים". במצב שבו עולה חוויה טראומטית הגוף נכנס למצב של הצפה או ניתוק, והמטופל נמצא מחוץ לחלון הסיבולת. במצב הזה המטופל אינו "נוכח" - יכולתו הקוגניטיבית נפגעת ויכולת הלמידה שלו נפגמת. המטופל אינו מסוגל להיות קשוב להנחיות או להסברים ומערכת חושיו אינה מתפקדת כהלכה. כתוצאה מכך, היכולת שלו להיענות לתרגול, להפנים הסברים ולתפקד בטיפול דלה מאוד. יתרה מכך, בטיחות הטיפול עלולה גם היא להיפגע ולסכן את המטופל. לפי לוין, זיהוי של היציאה מחלון הסיבולת יתאפשר על ידי התבוננות בתגובות הגוף - דפוס הנשימה, דופק, קפיאה של המבט, ירידה בקשב ועוד; החזרת המטופל אל תוך חלון הסיבולת נעשית בעזרת תחושה ולא דרך קוגניציה. מגע טיפולי, תרגילי נשימה, ותרגילי התקרקעות/קרקוע (grounding) הן טכניקות שמסייעות לאדם לחוש את הרגע ולהיות נוכח בו ובכך מפחיתות חרדה. למשל, הנחת רגליים יחפות על הרצפה, או שילוב ידיים זו כנגד זו, מסייעים למטופל לחזור לחלון הסבולת וכך לחזור לטיפול אפקטיבי. חשוב שנלמד להשתמש בכלים אלו בטיפול במטופלים עם תסמינים פוסט-טראומטיים.[20,19]

עקרונות הטיפול של הפיזיותרפיה מודעת טראומה

רוג'ר פאלוט, פסיכולוג אמריקאי, הציג בשנת 2011 את חמשת העקרונות של טיפול מודע טראומה: **בטיחות:** מדובר הן על בטיחות פיזית והן על סביבה בטוחה רגשית שבאות לידי ביטוי בתשאול הרגיש לטראומה, בזיהוי מצבי דיסוציאציה וניתוק, ובמענה הולם למצבים האלו. **אמון:** אחד הקשיים של אנשים שחוו טראומה הוא היווצרות משבר אמון, ולכן חשוב מאוד לפתח אמון בין המטפל למטופל. **בחירה:** אחד המרכיבים המרכזיים בחוויית הטראומה הוא חוסר האונים והיעדר בחירה, ולכן חשוב לתת למטופלים את חופש הבחירה בעת הטיפול - מה מתאים להם לבצע ומה לאו; האם מתאים להם לקבל תרגילים או לא; האם ירצו טיפול במגע (תוך הסבר מפורט מה יכלול ומתן אפשרות להפסקת הטיפול בכל רגע וכד'). **שיתוף פעולה:** הטיפול ייעשה בשיתוף פעולה ובעבודת צוות של מטפל ומטופל. **העצמה:** צריך לתת למטופל תחושת מסוגלות ולהעניק לו חוויות של הצלחה, המנוגדים לחוסר האונים שחווה בזמן הטראומה, כי הם חשובים להחלמתו.[22,21]

מחקר שנעשה באוסטרליה, ובדק אם פיזיותרפיסטים מיישמים באופן אינטואיטיבי את העקרונות הללו בטיפול, הראה שבסך הכול לפיזיותרפיסטים ישנה גישה טיפולית מעצימה ומשתפת פעולה ושהם מפתחים אמון רב עם המטופלים. העקרונות שלקו בחסר היו מתן אפשרות בחירה ושמירה על בטיחות בהיבט הרגשי. לדעת החוקרים, בשני התחומים האלו עלינו כפיזיותרפיסטים לרכוש יותר כלים ומיומנויות.[2]

האם יכול להיות סממן של טראומה אצל כל אחד מהמטופלים שלנו?

טראומה כאמור מוגדרת כתגובה המתרחשת לאחר אירוע **אשר נתפס** כמאיים, על האדם או על אחרים משמעותיים לו,

ואשר היה מלווה בחוויה של חוסר אונים, הפתעה והיעדר יכולת תגובה.[5] בהקשר של המטופלים שאנו פוגשים, עולות כמה שאלות: האם מטופל שחווה אירוע לבבי, שבץ מוחי, או אירוע של קוצר נשימה לא יכול לפרש אותו כאירוע מסכן חיים שבו היה חסר אונים ולחוות אותו כטראומה? ומה בנוגע למצבים כמו סחרחורת, נפילה בגיל המבוגר ושבר בצוואר הירך, Whiplash, כוויה נרחבת, ואפילו פציעת ספורט? האם ייתכן שהאדם שחווה אירועים אלו שקרו בהפתעה, ללא יכולת תגובה, עם תחושת חוסר אונים גדולה ואולי נתפסו כמסכני חיים יחווה אותם כאירוע טראומטי? אולי פיזיותרפיה מודעת הטראומה היא תחום שעלינו להתייחס אליו אצל מטופלים רבים?

טיפים לטיפול פיזיותרפי מודע טראומה:

א. שלב התשאול והאבחון: יש צורך בתשאול רגיש לטראומה שכן הוא יעזור מעט להבין אם התסמינים שהמטופל חווה קשורים בטראומה שעבר. שאלות שונות, כגון: האם היה אירוע משמעותי בעבר שהשפיע על התסמינים שלך? האם קרה משהו בחייך בתקופה שהתחילו בה התסמינים/בתקופה שלפני הופעת התסמינים? - יכולות לאפשר הבנה לגבי משמעות קיומה של טראומה בעבר. רמזים אפשריים לטראומה הם: הופעת התסמינים בזמנים קבועים (למשל, תמיד בחגים יש לי התקף של כאבי גב; כאן מתבקשת השאלה: כשאתה חוזר אחורה בזמן, קרה משהו בתקופת החגים שלדעתך השפיע עליך/ על המצב?);

צריך להיות ערים ליציאה מחלון הסיבולת שעשויה להתבטא בעוררות - יתר או בעצבנות לנוכח שאלה או בדיקות מסוימות, או בקפיאה - תחושה שהאדם "לא איתנו". אם עולה נושא הטראומה, חשוב לשקף למטופל את הקשרים שבין התסמינים הגופניים לטראומה, ולהציע לו לפנות לבירור אצל אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש (פסיכולוג פסיכיאטר וכד'), במקביל לטיפול הפיזיותרפי. חשוב לשים לב לתגובות סומטיות אצל המטופל: דפוס הנשימה, רעד, הזעה, אי-שקט או אפתיות;

ב. שלב הטיפול: בעת הטיפול יש להיות ערים לשינויים בתחושת הכאב של המטופל. יש לבדוק אם הוא נכנס למצב של דיסוציאציה, מה שיגרום לו שלא לחוות כאב, או, מנגד, לחוות כאב בעוצמות גבוהות. יש לאפשר למטופל בחירה - לקיים הדדיות ושוויוניות בטיפול. יש לקבל מן המטופל רשות כדי לבצע תרגול. לדוגמה, יש לפנות אליו כך: "ארצה עכשיו שנתרגל בעמידת שש על המזרון, האם זה מתאים מבחינתך?". חשוב לבחור את הכלים הטיפוליים מתוך זיהוי חלון הסיבולת. יש לבחון מתי ניתן להדריך ולהסביר ומתי יש לגייס דרכי טיפול "גופניות". כדאי להתמקד גם בתחושות הגופניות הנעימות שחווה המטופל משום שהן משמשות עבורו "עוגן" כדי לחזור ולהיות נוכח בטיפול. לעיתים, כדאי לעבור בטיפול לתרגיל או טכניקה טיפולית ש"תרחיק" את המטופל מהתחושות הבלתי נעימות. לדוגמה, לאפשר "פסק זמן" לתרגול נשימה רגועה, לתרגול של אזורים שאינם כאובים, לתרגול מהנה ו"משחקי" וכולי. ולא פחות חשוב מכך - המטפל צריך להיות ער לביטויי העברה (לדוגמה, חוסר האמון שהמטופל מביע כלפיו עלול לערער את הביטחון שלו בטיפול) לפגיעה מוסרית (הטראומה שחווים צוותים טיפוליים) ולירידה באמפתיה כמנגנון הגנה.

לסיכום, טראומה נוכחת במצבים רבים שחווים מטופלים שנפגוש במהלך חיינו המקצועיים. יש חשיבות רבה לזיהוי, לתשאול רגיש ולבחירת הכלים הטיפוליים שישיגו תוצאות מיטביות. בידי הפיזיותרפיסטים כלים שעשויים להשפיע לחיוב על תסמינים פוסט-טראומטיים ולסייע בתהליכי ההחלמה של המטופלים. חשוב להרחיב את הידע ואת ארגז הכלים לאבחון וטיפול, ולעגן את הטיפול במחקר מגבה.

ישראל של שנת 2025 היא מדינה מוכת טראומה. נראה כי אנו מפתחים כאן את תורת הטיפול מתוך ניסיוננו ומתוך הפצע והשבר שחווינו כחברה. הניסיון שלנו בטיפול מודע ורגיש לטראומה יכול להעניק לעולם הפיזיותרפיה גוף ידע משמעותי וחשוב.

מקורות

1. Erichsen, JE. Injuries of the nervous system: on railway and other injuries of the nervous system 1866. Clin Orthop Relat Res. 2007;458:47-51.
2. Heywood S. Trauma-informed physiotherapy and the principles of safety, trustworthiness, choice, collaboration, and empowerment: a qualitative study. Physiotherapy theory and practice. 2025; 41:153-168.
3. Dee J, Gell N, van Eeghen C, Littenberg B. Physical therapy for survivors of torture: A scoping review. Torture. 2024; 34 (1):113-127.
4. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/dsm5_ptsd.asp, Retrieved on April 3, 2025.
5. https://www.apa.org/topics/ptsd, Retrieved on April 3, 2025.
6. Nijenhuis E. Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. Journal of Trauma & Dissociation. 2011; 12:416-445
7. ואן דר קולק ב'. נרשם בגוף. מוח נפש וגוף בריפוי מטראומה. הוצאת פרדס,2021.
8. Runnals J, Voorhees E, Calhoun P. Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Health Conditions. In: Stephen S. Coughlin (Ed.), APHA Press. 2012; chap. 5: 113-146.
9. Defrin R, et al. Quantitative testing of pain perception in subjects with PTSD - Implications for the mechanism of the coexistence. between PTSD and chronic pain. Pain. 2008;138: 450-459.
10. Turk DC. A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. Pain Res Manage. 2002;7(1):9-19
11. Rosenbaum S. Physical activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis.Psychiatry Research. 2015;230:130-136.
12. Rosenbaum S. Exercise augmentation compared with usual care for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. Acta Psychiatr Scand. 2015;131: 350-359.
13. Voorendonk EM, et al. Adding physical activity to intensive trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder: results of a randomized controlled trial. Front. Psychol. 2023;14:1215250.
14. Rosenbaum S. The prevalence and risk of metabolic syndrome and its components among people with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Metabolism clinical and experimental. 2015; 64: 926-933.
15. Radell M. Depression in post-traumatic stress disorder. Rev. Neurosci. 2020;31(7): 703-722.
16. Seppala E. Breathing-Based Meditation Decreases Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in U.S. Military Veterans: A Randomized Controlled Longitudinal Study. Journal of Traumatic Stress. 2014; 27: 397-405.
17. McGreevy S, Boland P. Touch: An integrative review of a somatosensory approach to the treatment of adults with symptoms of post-traumatic stress disorder. European Journal of Integrative Medicine. 2022; 54: 1-19.
18. Davis L, Hanson B, Gilliam S. Pilot study of the effects of mixed light touch manual therapies on active-duty soldiers with chronic post-traumatic stress disorder and injury to the head. Journal of Bodywork & Movement Therapies. 2016; 20, 42e51.
19. לוין פ'. להעיר את הנמר - מרפאים את הטראומה. הוצאת ידיעות ספרים, 1999.
20. Kuhfu M. Somatic experiencing - effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. European J. of psychotraumatology. 2021; 12.
21. Fallot R. Creating Cultures of Trauma-Informed Care: A Self-Assessment and Planning Protocol. file:///C:/Users/User/Downloads/CCTICSelf-AssessmentandPlanningProtocol11-11%20(2).pdf.
22. Greer J. Introducing traumainformed care principles in the workplace. Discover Psychology. 2023; 3:31.

Trauma-informed Physical Therapy

Noga Gal, BPT, MSc, MBA

Director of Physical Therapy School at Assaf Haroffe Medical Center, Stanely Steyer School of Health Professions, Tal Aviv University

Psychological trauma is a disruptive event that may leave a lasting impact on an individual's psyche. It is well-documented that individuals who have experienced trauma or suffer from post-traumatic symptoms often develop physical conditions, such as chronic pain, and exhibit higher rates of illness compared to the general population.

In recent years, a growing body of research has explored the effects of psychological trauma and the role of physiological systems in its manifestation. Additionally, there has been increasing recognition of the impact of physical interventions - such as touch, relaxation exercises, breathing techniques, and physical activity - which are central to physical therapy, on trauma symptoms and related health conditions.

However, physical therapy treatment can sometimes inadvertently trigger traumatic memories, leading to avoidance behaviors and setbacks in the rehabilitation process, thereby impeding the achievement of desired treatment goals.

Trauma-informed physical therapy is a therapeutic approach that highlights the role of physical therapists in rehabilitating trauma-affected patients. This approach refines patient assessment methods, integrates physical therapy-based therapeutic tools, and addresses scenarios where treatment may inadvertently retraumatize patients, causing avoidance behavior. It also provides strategies for delivering more effective care.

This article outlines the principles of trauma-informed physical therapy, examines the ways in which physical therapy interventions aid trauma recovery, and underscores the notion that many patients seeking physical therapy may perceive the incident that led them to treatment as traumatic. As a result, they may develop trauma related symptoms that hinder the rehabilitation progress. Therefore, it is recommended that this approach be adopted in every physical therapy treatment.

Keywords: Trauma, Post-traumatic stress syndrome, trauma informed physical therapy