

תגובות וצרכים רגשיים של עובדים סוציאליים לנוכח אירוע רב-נפגעים

מאיה פלד-אברם, יעל בן-יצחק, רוני גאגין, אלי זומר ואלי בוכבינדר

בשלוש השנים האחרונות אזרחי ישראל נאלצים להתמודד עם מספר הולך וגדל של פיגועי טרור, ומעגלי השכול הולכים ומתרחבים. מצב טראומטי זה משפיע על האזרחים בכלל ועל המטפלים השונים העוסקים בטיפול ישיר בנפגעי פעולות איבה בפרט. המאמר מתאר מחקר אשר בדק את תגובותיהן וצורכיהן הרגשיים והמקצועיים של עובדות סוציאליות בעת אירוע טרור רב-נפגעים ואחריו. התגובות והצרכים נבדקו באמצעות ארבע קבוצות מיקוד שכללו 38 מעובדי המחלקה לעבודה סוציאלית במרכז הרפואי רמב"ם. הממצאים מתארים ארבע תימות עיקריות שעלו מתוך ניתוח תוכני קבוצות המיקוד: ויסות בין החלקים האישיים והמקצועיים של העובדות הסוציאליות בעת האירוע; הכלת כאב המשפחות ותהליכי ההזדהות הרגשית של העובדות עם המשפחות; מודל עבודה זוגי שנוצר באופן ספונטני כאמצעי להתמודדות אישית ומקצועית; והשפעות האירוע על העובדות הסוציאליות לאחר סיומו. כל אחד מן הממצאים נדון בהקשר לספרות המחקרית העוסקת בהשפעות פוסט-טראומטיות של התערבות במצבי אסון על מטפלים ועל מסייעים. כמו כן, מוצגות המלצות והשלכות יישומיות.

האירועים הטראומטיים מעמידים בספק יחסי אנוש בסיסיים. הם קורעים קרעים בקשרי משפחה, חברות, אהבה וקהילה. הם מנפצים את מבנה העצמי, שמגובש ומקיים מתוך יחס אל הזולת. הם חותרים תחת מערכות האמונה המעניקות משמעות לחוויה האנושית. הם מערערים את אמונת הנפגעים בסדר טבעי או אלוהי וקולעים אותם למשבר קיומי.
(הרמן, 1992, ע' 71)

מבוא

פיגועי הטרור שהתרחשו בישראל מאז ספטמבר 2000 יצרו מציאות חדשה וקשה בעבור הציבור הישראלי. מציאות של אבדן, של שכול ושל התמודדות

בלתי פוסקת עם פגיעות ועם תחושת חוסר אונים, שהשלכותיה הפסיכולוגיות חלות על הנפגעים – קרבנותיו הישירים של הטרור – ועל המסייעים וכוחות ההצלה – הקרבנות העקיפים השומעים את סיפורי הזוועה שמביאים עמם הנפגעים מזירת האירוע. העובדים הסוציאליים בבתי החולים הם בין אנשי המקצוע הראשונים הנקראים לסייע לנפגעי הטרור. מאז תחילתו של גל הטרור נחשפו העובדים הסוציאליים בבתי החולים ברחבי הארץ למאות אירועים, שהיו בהם כ-6,000 פצועים וכ-900 הרוגים. חשיפה לסבל כה גדול במשך תקופה ארוכה מגבירה את הסיכון של המסייעים לפתח תסמינים פוסט-טראומטיים הדומים לאלו המופיעים אצל נפגעי הטרור עצמם (Wee & Myers, 2002).

על פי נוהלי העבודה בשעת חירום, אנשי השירות הסוציאלי פותחים בבתי החולים מרכז מידע לציבור הרחב, ובו ניתנים מידע לפונים, טיפול למשפחות הנפגעים, סיוע בזיהוי אלמונים, תמיכה וליווי למשפחות הנפטרים והפנייתם לאבר-כביר. מרכז המידע נועד לענות על שלושה צרכים עיקריים: מסירת מידע אמין, סיוע לקהל הרחב בהתמודדות עם מצבים של אי-ודאות ולחץ והקמת מערכת תומכת למשפחות החרדות לגורל יקיריהן, כדי שהצוותים הרפואיים יוכלו להתפנות לביצוע משימותיהם. הפעלת מרכזי המידע מוגדרת בנהלים ומתורגלת בעתות רגיעה (Drory, Posen, Vilner, & Ginzburg, 1998; Rosenbaum, 1993). ההתערבויות הטיפוליות מתחילות עם קליטת הנפגעים בבית החולים, ממשיכות בזמן הטיפול הראשוני, דרך האשפוז במחלקות השונות ומסתיימות בזמן השחרור. את עיקר הקושי העובדים הסוציאליים חווים בחלקה הראשון של ההתערבות הטיפולית, בעת האינטראקציה עם הנפגעים ועם בני משפחותיהם.

בעשור האחרון ניסו להגדיר במושגים שונים את ההשפעות השליליות המלוות את עבודתם של מטפלים עם נפגעי טראומה. המושגים הרבים שהוצעו ממחישים את הצורך לאפיין את חוויית המטפל לאחר מפגש חד-פעמי או מתמשך עם סיפור הטרומה שמביא הנפגע ואת שכיחותם הגבוהה, יחסית, של התסמינים הפוסט-טראומטיים בקרב מטפלים.

תגובותיהם של המטפלים לנפגעי טראומה נבדקו מאז ומתמיד באמצעות המושג העברה נגדית. העברה נגדית היא התגובות של מטפל כלפי מטופל וכלפי הסיפור הטרומטי שהוא מביא וההגנות המודעות והבלתי מודעות שהוא מפעיל מול קונפליקטים פנימיים ואסוציאציות שעולות בו במהלך הטיפול (Pearlman & Saakvitne, 1995). העברה נגדית עלולה ליצור אצל המטפל תגובות של הימנעות, כגון הכחשה, ניתוק ונסיגה או תגובות של הזדהות-יתר המתבטאות באבדן גבולות, בתלות הדדית ובמעורבות יתר (Wilson & Lindy, 1994). כאשר התגובות אינן מעובדות, הן מפריעות לאמפתיה כלפי המטופל ולתהליך הטיפולי כולו. במקרים של טיפול בנפגעי טראומה, השמירה על האמפתיה קשה יותר, שכן סיפור טראומה

קשה להכלה, והתהליך חושף את המטפל לטווח התגובות הטראומטיות של המטופל והופך גם אותו לנפגע (Figley, 1995; Jones, 2001). מצב זה של מתח אמפתי פוגע ביכולתו האמפתית של המטפל וביעילות הטיפול (Wilson & Lindy, 1994). כדי לתאר התנהגויות ורגשות של מטפל הנובעות מטיפול בנפגע פוסט-טראומטי הציע פיגלי (Figley, 1995) את המושג טראומטיזציה משנית. מושג זה מרחיב את המושג הפרעה פוסט-טראומטית, והוא כולל מגוון של תסמינים פוסט-טראומטיים, כגון חוויה מחודשת של האירוע הטראומטי שעבר הנפגע, הימנעות או קהות ועוררות מתמשכת. ההבדל בין שני המושגים נעוץ במקור הלחץ. טראומטיזציה משנית נובעת מחשיפה לידעה על טראומה שאירעה לאדם, ואילו הפרעה פוסט-טראומטית נובעת מחשיפה לטראומה עצמה (Jones, 2001). מושג אחר לתיאור חוויית המטפל החשוף לסיפורי טראומה הוא טראומטיזציה חלופית, והוא מבוסס על התאוריה הקונסטרוקטיביסטית של התפתחות העצמי (McCann & Pearlman, 1990). טראומטיזציה חלופית מתייחסת לשינוי שחל בחווייתו הפנימית של המטפל כתוצאה מעיסוק אמפתי בחומרים טראומטיים שמעלה נפגע. שינוי זה עלול לגרום לתסמיני חרדה, לדיכאון ולפוסט-טראומה, להפרעה במערכת האמונות, הכוללת תחושת שליטה, ביטחון והתקשרות לאחרים, לציניות, לייאוש ולאיבוד תקווה (Pearlman & Saakvitne, 1995).

עם זאת, המושגים שאוזכרו עד כה אינם מתארים את כל החוויה שעובד סוציאלי מתמודד עמה בחדר המיון במקרים של פיגוע רב-נפגעים. העיסוק בטראומה של הנפגעים ובני משפחותיהם והשפעתם על עולמו הפנימי של העובד הסוציאלי הם היבט אחד בלבד של הקושי. מילר (Miller, 2003) תיאר היבט אחר של הקושי בהקשר לאירועי ה-11 בספטמבר 2001 בארצות-הברית – הצורך שהיה למטפלים למצוא שפה והתייחסות חדשה לתיאור מורכבותה של חוויה כפולה – חיים אישיים וחיים מקצועיים בצל איומי הטרור. בפיגועי הטרור חווים את הטראומה גם המטפל וגם המטופל, והיא הופכת להיות טראומה משותפת. בד בבד לטראומה שהמטפל חווה בעצמו באירועים אלו הוא נדרש לגלות אמפתיה כלפי הנפגע ומשפחתו. דרישה זו מגבירה את קשייו (Saakvitne, 2002). המושג טראומה משותפת מיטיב לתאר את המציאות הישראלית בשלוש השנים האחרונות, כאשר העובדים הסוציאליים בבתי החולים חולקים את חוויית הטראומה עם מטופליהם.

הקשיים הרגשיים והמקצועיים הנוצרים בעת התערבות אקוטית עם נפגעי טראומה מחייבים התייחסות לדרכי ההתמודדות המקצועיות שבהן נוקטים העובדים והארגון. קשיים אלו אינם מוגבלים לתפקודם באירוע בלבד אלא עלולים להימשך גם לאחר סיומו ולהשפיע על תפקודם של העובדים באירועים הבאים. בהתאם לכך נסקרות בספרות דרכי ההתמודדות בשלושה שלבים עיקריים: לפני האירוע, במהלכו ואחריו (Myers & Wee, 2002).

לפני האירוע, בשלב ההכנה הנפשית והתפקודית, יש המלצה גורפת להפנות מטפלים לתכניות הכשרה מיוחדות, הכוללות מידע על מאפייני האירועים ועל שיטות ההתערבות הנדרשות בהם ודיון על ההשפעות הרגשיות האפשריות של האירועים על המטפלים. תרגול זה בתכניות ההכשרה מסייע ל"נרמל" את תגובותיהם של המטפלים בעת האירוע ואחריו, ומאפשר לזהות ולאתר מוקדם תגובות רגשיות חריגות (Dutton & Rubinstein, 1995; Miller, 2003; Myers, 1994; Myers & Wee, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995).

דרך נוספת לבלום השפעה רגשית של אירוע טראומטי על הצוות המטפל היא לתדרך את העובדים לפני תחילת ההתערבות ובמהלכה. התדרוך מסייע לצוות לצפות ולהתכונן רגשית למה שהוא עשוי לחוות במהלך ההתערבות (Myers & Wee, 2002). בתום האירוע מומלץ לקיים לצוות התערבות קבוצתית קצרה בהנחיית איש מקצוע בעל הכשרה מיוחדת. בהתערבות זו יוכלו העובדים לשוחח על חוויותיהם ותגובותיהם, וכך תפחת השפעת האירוע ותסמיני הלחץ, ללמוד אסטרטגיות התמודדות ולהעריך אם קיים צורך בהתערבויות נוספות (Mitchell & Everly, 1995). התמיכה החברתית המושגת באמצעים אלו ניתנת ליישום באמצעות עבודת צוות גם במהלך אירוע. מודל של עבודת צוות (Munroe et al., 1995) מאפשר תמיכה הדדית, אפשרות להתחלקות בחוויות, שיקוף והזדמנות לספוג את הלחץ הטראומטי ולעבודו.

ברמה הארגונית חשובה אווירה תומכת המביעה תמיכה ברורה בעובדים ומכירה בקשייהם. ארגונים ביורוקרטיים ולא אישיים עלולים להעצים את תחושת חוסר האונים של העובדים ובכך להגביר את מצוקתם (Catherall, 1995). אווירה ארגונית מכבדת חשובה בייחוד בשלבי הראשונים של האירוע, כאשר העובדים מטפלים בפונים במצב כאוטי וכתנאי עבודה בלתי שגרתיים (Pearlman & Saakvitne, 1995). תמיכה ארגונית עשויה להתבטא בסיוע קונקרטי לעובדים, במילוי צורכיהם העולים מהשטח, בתדרוך שוטף, בהגבלת שעות עבודתם, בהנהגת משמרות, בהדרכות, בתמיכה תוך-צוותית ועוד (Myers, 1994).

על אף שמודלים של עבודה והמלצות לדרכי התמודדות מקצועיות של מסייעים באירועי אסון מופיעים בספרות טרם נחקרו חוויותיהם של מטפלים בצל אירועי טרור חוזרים ונשנים. ניצנים ראשונים לפעילות מחקרית בנושא מופיעים בכתבים שפרסמו באחרונה מטפלים שחוו את קריסת בנייני התאומים בארצות-הברית בספטמבר 2001 (Fox, 2003; Miller, 2003; Pawlukewicz, 2003; Saakvitne, 2002). כתבים אלו משקפים את הדעה שהמושגים הקיימים בספרות להסברת תגובותיהם של מטפלים בתחום הטראומה אינם מספיקים כדי לתאר חוויות של חיים תחת איום של טרור מתמשך. לפיכך בהמשך המאמר יתואר מחקר שבדק את תגובותיהן ואת צורכיהן המקצועיים והרגשיים של עובדות סוציאליות בבית חולים בעת אירוע טרור רב-נפגעים ואחריו.

שיטת המחקר

במחקר נבדקו ארבע קבוצות מיקוד של עובדים סוציאליים מהמרכז הרפואי רמב"ם בחיפה. קבוצת מיקוד היא מתודה לאיסוף נתונים באמצעות אינטראקציה קבוצתית בדיון בלתי פורמלי על נושא נבחר (Morgan, 1997; Wilkinson, 1998). מתודה זו נבחרה בראש ובראשונה כדי לשרת את הצרכים הארגוניים של השירות הסוציאלי בבית החולים. בשל רצף פעולות האיבה שהתרחשו באזור חיפה בתודשים מרץ-מאי 2002 דיווחו העובדים הסוציאליים במרכז הרפואי רמב"ם על עומס רגשי, שהצריך התייחסות מקיפה לקשיים ומציאת פתרונות ומענים. המטרות העיקריות בהקמת קבוצות המיקוד היו להבין את הקשיים שהעובדים מתמודדים עמם במהלך אירועי הטרור ואחריהם ולפתח כלים להתמודדות ולהגברת לכידות הצוות ותחושת השייכות של העובדים. מתודה זו תאמה גם את מטרות החוקרים בשל מאפייניה הייחודיים: חיסכון, אפשרות לקבל נתונים בזמן קצר יחסית וגמישות (Krueger, 1994; Morgan, 1998).

המדגם

38 עובדים סוציאליים מהמרכז הרפואי רמב"ם נדגמו בשיטה של דגימה תכליתית (Morgan, 1998). רוב המשתתפים, למעט אחד, היו נשים, וגילם נע בין 25 ל-53. רובם (35) היו יהודים, ו-3 ערבים. 28 משתתפים היו נשואים, שמונה היו רווקים ושניים היו גרושים. 21 היו בעלי תואר בוגר, 15 בעלי תואר מוסמך, ושניים בעלי דוקטורט. ניסיונם הקליני של המשתתפים נע בין שנתיים ל-22 שנים.

כלי המחקר

קבוצות המיקוד התבססו על ריאיון חצי-מובנה של עשר שאלות פתוחות שכיוונו את הדיון ושמרו על גבולותיו (Asbury, 1995; Morgan, 1997). השאלות נבנו על סמך ארבע שאלות המחקר: 1. מהן הסוגיות הרגשיות המרכזיות שעמן מתמודדות העובדות הסוציאליות בעת התערבות באירוע רב-נפגעים? 2. מהן הסוגיות המקצועיות המרכזיות שעמן הן מתמודדות בעת התערבות באירוע רב-נפגעים? 3. מהם הצרכים הרגשיים שלהן לאחר התערבות באירוע כזה? 4. מהם הצרכים המקצועיים שלהן לאחר התערבות באירוע כזה?

מאחר שהתקיימו ארבע קבוצות מיקוד נדרשנו לגבש מדריך ריאיון אחיד בעל כמה נושאים מוגדרים מראש, ולהבטיח שכל הנושאים יידונו בקבוצות באופן עקבי כדי שנוכל להשוות בין ארבע הקבוצות בשלב ניתוח הנתונים (Hansen, Cottle, 1998; Negrine, & Newbold, 1998).

מהלך המחקר

בתהליך בניית קבוצות המיקוד השתתפה גם מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית בבית החולים. משתתפי הקבוצות ומנחי הקבוצות הסכימו על מדריך ריאיון אחיד וכיצד יטופלו מצבים רגישים ובעיות שתיווצרנה בעת הראיונות. בספרות מומלץ לבנות שלוש-חמש קבוצות מיקוד, מספר המאפשר השגת רוויה (Asbury, 1995; Morgan, 1997), לכן נבנו ארבע קבוצות של תשעה-עשרה משתתפים. שתי הקבוצות הראשונות התקיימו במקביל, ולאחר שבוע התקיימו שתי קבוצות נוספות. במהלך הדיון בקבוצות השתתפו המנחים-מתווכים באופן אקטיבי כדי להשיג אינטראקציה בין משתתפי הקבוצה, לעודד השתתפות של כל חברי הקבוצה, ולתת אישור ועידוד להרחבת רעיונות ונושאים שהועלו, ובתוך כך לשמור על מסלול הדיון (Morgan, 1997; Smith, 1995; Templeton, 1994). כל מפגש קבוצתי ארך כשעתיים, הוקלט ברשמקול ותומלל לאחר מכן.

עיבוד הנתונים

תהליך עיבוד הנתונים התבצע בשני שלבים. בשלב הראשון ניתח כל אחד מכותבי המאמר את כל הטקסטים, ובשלב השני נערכה אינטגרציה בין ניתוחי הכותבים השונים עד שהושגה הסכמה באשר לארבע תימות אחידות. סוגי התגובות השונים לנושאים שנדונו במדריך הריאיון נבחנו ונותחו באופן עקבי לכדי יצירת קטגוריות. הדבר הושג באמצעות קריאה חוזרת ונשנית של הטקסטים עד שהחוקרים הכירו היטב את הנושאים שנדונו בהם (Hansen et al., 1998). התוקף הפנימי של המחקר הושג באמצעות שיתוף שתי עובדות סוציאליות מתוך המרכז הרפואי בתהליך עיבוד הנתונים. מידת ההתאמה בין התופעה שנחקרה לבין הממצאים, שהושגה כשממצאי המחקר השלימו זה את זה ויצרו תמונה מקיפה ועשירה על תגובותיהם הרגשיות של העובדים הסוציאליים במצבים המתוארים, היא שמגבירה את אמינותו ואת תוקפו של המחקר (Lincoln & Guba, 1985).

ממצאים

בניתוחי הראיונות עלו ארבעה נושאים מרכזיים הקשורים להתמודדותן האישית והמקצועית של העובדות הסוציאליות בעת ההתערבות בחדר המיון ולאחר אירוע טרור. הנושא הראשון – מאבדן הגבולות בין העצמי האישי והמקצועי לוויסות בין העצמי האישי והמקצועי – מתייחס לתחושת הכלכול והלחץ שחווות העובדות

בשלביו הראשונים של האירוע, כאשר הן מחויבות לעבור מהתמקדות בצורכייהן האישיים לתפקוד מקצועי. הנושא השני – הכלת כאב המשפחות וההזדהות הרגשית – עוסק בקושי הרגשי העצום שנוצר במפגש הטיפול עם משפחות הפצועים וההרוגים ובדרכים שבאמצעותן מתמודדות העובדות עם קושי זה. הנושא השלישי – כוח הזוג – מתאר את חוזה של שיטת העבודה בזוגות בעת הטיפול במשפחות הפצועים וההרוגים, שיטה שהוכחה כיעילה בייחוד בהפחתת הקשיים שחוות העובדות בזמן האירוע. הנושא הרביעי – לאחר ההתערבות "אין יותר שלם מלב שבור" – עוסק בהשפעה שיש לאירועים בטווח המיידי ובטווח הארוך ובדרכים שבאמצעותן ניתן להקטין את הנזקים הרגשיים והתפקודיים הנגרמים לעובדות הסוציאליות בעת העבודה עם נפגעי טרור.

מאבדן הגבולות בין העצמי האישי והמקצועי לוויסות בין העצמי האישי והמקצועי

על אף שעובדות סוציאליות בכתי חולים נפגשות מדי יום עם מצבי חירום ומשבר כשהן מטפלות בחולים בשלבים האקוטיים של מחלתם, ההתערבות באירועי טרור נתפסת על ידן כקושי חריג בעצמתו ובאיכותו. באירוע רב-נפגעים נדרשות כל מערכות בית החולים וכל אנשי המקצוע באופן אישי לתפקד מידיית בדרך המיטבית. דרישה זו יוצרת לחץ משמעותי על העובדות, המגדירות אותו כבלבול פנימי וחיצוני בשלבים הראשונים של האירוע.

יש תהוה ובהו כזה, זה מין בלגן כזה, זה מין ... זה רעש, זה מהומה, וכולם צועקים וטלפונים מצלצלים וכל החושים... אני חושבת שזה עובר על כל החושים שלך, חושים של הראייה ושמיעה והריח והכול, כאילו כולך מוצף בחוויה של רגשות וחושים... שגם אתה מוצף באותו רגע... כאילו זה עוזר לך להיות בקטע הזה, אתה צריך כאילו להחזיק את עצמך, לאסוף את עצמך ואת הרגשות ואת החושים ואת כל המערבולת הזאת.

החוויה הרגשית של העובדות רוויה כאב, צער, פחד, איום, אי-ודאות, ולעתים אף חוסר אונים. במצב זה של איום ופגיעות אישית בשילוב עם התקפה מסיבית על החושים העובדות מדווחות על התמודדות קשה עם בלבול, עם ספקות עצמיים ועם תחושת חוסר אונים.

עצמת הרגשות מושפעת תחילה מהפחד העמוק לשלום המשפחה הפרטית. דאגה זו מלווה את העובדת עד שהיא מוודאת שבני משפחתה וקרוביה האחרים לא נפגעו בפיגוע. בשונה מאירועים אחרים שבהם נשמרים הביטחון האישי של העובדת והגבולות בין האישי למקצועי, בפיגוע טרור גבולות אלו נהרסים. הערבוב בין הדאגה לשלום המשפחה הפרטית לבין הצורך לתפקד באופן מקצועי מלווה את שלביה

הראשוניים של ההתערבות ומחייב את העובדת לנקוט פעולות נוספות במקביל לתפקוד המקצועי באירוע כדי להפחית את האיום האישי ולהגביר את יכולת ההתמודדות.

התגובה שלי צריכה להיות מאוד מהירה, כי אני מאוד משתדלת להיכנס ולראות מהר את כל הפצועים שמגיעים, ואם יש אלמונים, לראות סימני זיהוי ודברים כאלה, שאחר כך יהיה לנו יותר קל... אני צריכה להיכנס מהר ולתפקד, ואני עושה את זה כמיטב יכולתי, אבל ברקע יש את החשש הזה, שאולי גם אני אהיה מעורבת בוה, ויש את התרדה הגדולה הזאת, האם גם אני קשורה לאירוע, או שאני לא קשורה לאירוע, מאפיין שהוא שונה מטראומות אחרות.

אתה שומע: יש פיגוע, אז דבר ראשון שאתה עושה זה הולך. זאת אומרת, אתה יודע שאתה צריך להגיע למרכז מידע, וזה הרבר הראשון שאני עושה... יחד עם זה, במקביל אפילו, אני מוצאת את עצמי עושה איזשהו סקרינינג מי יכול להיות מהמשפחה שלי שם ומה הסיכויים שהוא שם, כדי להוריד לפחות חלק מהדאגה הזו.

מקור נוסף לקושי הוא החששות העצמיים הנובעים מאיכות תפקודה של העובדת הסוציאלית. העובדות מתארות ניסיונות להשתלט על העצמה הרגשית באמצעות דיאלוג פנימי שהן מקיימות עם עצמן. בדרך זו הן מצליחות לשלוט על רגשותיהן ולהשיג ארגון וויסות בין העצמי המקצועי לעצמי האישי.

אני חושבת, שהייתי בשלושה אירועים של טרור. קודם כל, זה נורא מפחיד, ששומעים את ההודעה הראשונה, זה נורא מפחיד. דווקא במקרה של יגור הייתי בבית, שמעתי את זה בטלוויזיה, ואז המירס שלי צלצל היו לי דפיקות לב שזה פשוט היה משהו מדהים למרות שכבר התנסיתי, ובאמת יש לי הרבה מאוד ניסיון עם אירועים של טראומה. אז זה נורא מפחיד. הפחד הוא מה עושים, ואיך עושים, ואם נתפקד בסדר, ואם לא נתפקד בסדר... עד שאני מגיעה למקום, אז זה באמת המון דאגה ולחץ. כשאני מגיעה למקום, אז כנראה הצלחתי לעשות איזה סוויץ' במוח, ולנטרל את הרגשות ולתפקד.

העובדות מודעות למאבק בין הלחץ המציף לחובת העשייה המקצועית והצורך לעבור להתנהגות מקצועית למרות תחושותיהן האישיות. בדוגמה האחרונה העובדת מבטאת את מודעותה לתחושה שהביטחון העצמי עורער ושיכולתה להתגבר על הכאוס הפנימי המתלכד עם הכאוס החיצוני המתרחש בבית החולים באמצעות שמירה על תחושת השליטה. הציטוט ממחיש גם את המצוקה המתמשכת, על אף שלעובדת יש ניסיון באירועי טרור וגם כאשר היא מצפה מעצמה, בזכות ניסיונה, להשיג שליטה עצמית. המעבר ממצב של פחד, שאלות וספקות עצמיים מקצועיים למצב של שליטה מקצועית המאפשרת תפקוד מקצועי הולם מבוסס באמצעות המלים סוויץ' או נטרול רגשות. במילים אלו גלום מרכיב מכני של מעבר ממצב רגשי-קוגניטיבי אחד למשנהו.

הכלת כאב המשפחות וההזדהות הרגשית

הקשר עם הנפגעים ועם משפחותיהם מלווה במראות קשים של משבר וכאוס. העובדות הסוציאליות נחשפות לכאב בעצמות גבוהות ולתגובות רגשיות קיצוניות של בני המשפחות, הכוללות אשמה, כעס, מעברים בין רגשות קיצוניים של ייאוש ושמחה ותהליכים משפחתיים מורכבים. גורמי דחק נוספים הם ליווי מתמשך וארוך של משפחות הנפגעים, אי־בהירות בזיהוי, המידע ועצמתו, התקווה וקריסתה ובשורת המוות.

לא ידענו בוודאות וחיכינו שיבואו מהצבא ויתנו את ההודעה הרשמית. היו שם שני הורים שהגיבו מאוד קשה. האבא היה חסר מנוחה והיה בטוח שאנחנו מסתירים ממנו דברים... כל מילה שהיית אומר, הם יכלו לפרש בצורה מטורפת, אז היה צריך להיות מאוד אילם. חלק מהזמן ישבתי ליד האישה וחיבקתי אותה. את האבא ניסיתי כמה פעמים לבלום, כי הוא כל הזמן פרץ גבולות. כל פעם מישהו עזר, ולאט לאט הצטרפנו והיינו צוות סביב המשפחה הזאת. אני חושבת, שהחלק הכי טראומטי בשבילנו זה כשהם ראו את אנשי הצבא מגיעים ואז שניהם פרצו בצרחות. אני לא משתחררת מהצרחות האלה, זרקו את עצמם במסדרונות, זו הייתה משפחה שהגיבה בצורה הכי מוחצנת שאפשר, ואני חושבת, שהם הצליחו די לשתף אותנו... מכוח האינרציה אתה שם ומבין שצריך להמשיך להיות שם עד שיצטרכו אותך.

עמידה מול תגובות קשות של משפחות מוכות יגון מקשה על העובדות מבחינה אישית ומקצועית, ומובילה לקושי רגשי שמקורו, מחד גיסא, ברגשות ובתחושות ההזדהות האישית עם האנשים המחפשים את יקיריהם ועם משפחות הפצועים וההרוגים, ומאידך גיסא, בתחושה של חוסר אונים מקצועי נוכח המציאות הקשה.

זה העניין, שזה פוגש אותנו באיום האישי הכי חזק, לפי דעתי. זאת אומרת... גם העבודה שלנו פוגשת אותנו בכל מיני דברים שמאיימים. אבל איכשהו אנחנו מצליחים לשים את זה הצדה, ופה האיום הוא פי כמה וכמה, והעצמה היא כל כך הרבה יותר גדולה, והכאב, וההזדהות שלך עם המשפחות ומה שקורה להן.

יש איזשהו שלב שאי אפשר להכיל יותר את העניין הזה, שמשפחות שלמות מאבדות את האנשים החשובים להן, שאתה עומד כל כך חסר אונים מול משהו שהוא כל כך הרבה יותר גדול מאיתנו, יותר חזק מאיתנו, שום דבר שאתה תגיד או תעשה באותו רגע לא ישנה את המצב, לא ישנה את המציאות.

ההזדהות עם הנפגעים ועם המשפחות נחוות, לעתים, כמצמצמת את מקומו של הפן המקצועי וממרכזת את הפן האישי של העובדות עד לתחושת הצפה אישית ואבדן גבולות.

היו לי הרבה מאוד שכיחות והרבה מאוד פעמים, שמצאתי את עצמי יושבת מול אותה בחורה שטיפלתי בה, שהחבר שלה נהרג, עם הדמעות זולגות ועם הקושי,

מאיה פלד-אברם, יעל בן-יצחק, רוני גאגין, אלי זומר ואלי בוכבינדר

עם המון הזדהות, עם המון משפטים שמהדהים בך, עם המון דברים שקצת החלפתי אותה, את אותה בחורה, עם האבא שלה שאמר דברים, ואמרתי לעצמי: 'אם זה היה קורה אצלי, זה הדברים שגם אבא שלי היה אומר, זה בדיוק המלים'. זאת אומרת, פתאום, לרגע מתחלפים לך הפרצופים.

ההזדהות היא כה גדולה עד שהעובדת מתקשה לבצע הפרדה בין המטופל והמשבר שהוא מצוי בו לבין מקומה כאשר טיפול המלווה את התהליך. העובדת חווה את הרגשות שחווה המטופל, ותגובותיה זהות לתגובותיו. נראה כי תהליכי ההזדהות עם הפונים למרכז המידע הם חלק בלתי נפרד מחוויית האירוע הטראומטי של העובדות.

מאחר שההתערבות באירוע טרור דורשת מהעובדות תפקוד מקצועי ברמה גבוהה במיוחד ומאחר שאת האירוע מלווה הזדהות בלתי נשלטת עם המטופל, העובדת חייבת לנקוט פעולה יזומה לשם ארגון החוויה. פעולה זו היא פעולה מנטלית של ניתוק מתחושות קשות של עצב, חרדה, חוסר תקווה, פחד ובעיקר כאב, והיא מאפשרת לעובדות התמודדות אדפטיבית עם מאורע לחץ יוצא דופן בעצמתו. פעולת הניתוק מתרחשת ברמה המודעת, והיא מכוונת להשגת שליטה פנימית שתאפשר תפקוד הולם ושמירה על העצמי. העובדות מודעות לתהליכי ההזדהות שהן עוברות במהלך האירוע ומדגישות את הצורך לשמור על עצמן.

אני צריכה לזכור שאני צריכה גם לשמור על עצמי. כי נורא קל להיסחף, אם זה הכאוס ואם זה חוסר המידע שמסתובב שם. וכשאני אומרת לשמור על עצמי, זה ככל זאת לנסות לרגע לנתק את עצמך ולהבין שזה לא אתה שם באירוע, אתה יש לך תפקיד מוגדר. זה נכון שיש לנו המון מרכיבים של הזדהות ואמפתיה, אבל זה עדיין לא היקירים שלך שבמצב הכאוטי או הקשה פיזית או רגשית הזה. ואני חושבת שזה נורא חשוב לשמור על עצמי.

פעולת הניתוק איננה פעולה חד-פעמית שאחריה מצליחה העובדת לתפקד באופן מקצועי ומרוחק עד תום האירוע. זהו תהליך של כניסה חוזרת ונשנית לחוויה הקשה ויציאה ממנה באמצעות פעולה מודעת של ניתוק רגשי במהלך כל ההתערבות. על אף שפעולת הניתוק נראית כמתחייבת לשם הגנה על העצמי ולשם מתן מענה מקצועי הולם לא כל העובדות נקטו בפעולה הזאת. מקצתן גרסו כי החיבור הרגשי הוא חלק בלתי נפרד מתהליך ההתערבות ואינו פוגם באיכות תפקודן המקצועי.

כוח הזוג

באירועי טרור רבי-נפגעים נוטות העובדות הסוציאליות לעבוד בזוגות, להבדיל מאירועים טראומטיים אחרים בבית החולים שבהם העבודה פרטנית. ניתוח תיאורי

העובדות הסוציאליות מבליט את חשיבותה ואת חיוניותה של השותפות הרגשית והמקצועית הנובעת מהעבודה בזוגות. העבודה בזוגות מאפשרת לבזר את העומס הטיפולי ואת העומס הרגשי הקשה להכלה, ולהתמודד עם כאבן של משפחות הפצועים וההרוגים.

יש הבדל מאוד משמעותי מבחינת התוויות שלי בין אירועים שעבדתי בהם עם צוות, זאת אומרת, שעבדנו עם אותה משפחה, שתיים או שלוש עובדות אפילו, ובין אירועים שאתה מלווה משפחה לבד. קודם כל, כי אחרי זה אין לך פרטנרים, שאתה יכול לחלוק איתם את אותם דברים מתוך אותה סיטואציה. ושנית, כי יש משהו מאוד מעמית במשפחות האלה, במיוחד כשזה משפחות שבאות באופן שלם ומלא ואתה צריך לחלק את תשומת הלב בין אנשים שונים. כשיש כמה עובדות, נוצרת לנו מן תמיכה בלתי אמצעית. ככה הרגשתי בשלושת האירועים האחרונים כשעבדתי בצוותים. יש מין שפה בלתי אמצעית, שאחת קולטת את השנייה, מתי היא רוצה פסק זמן, מתי היא רוצה שייקחו ממנה קצת את השרביט ויאפשרו לה גם ללכת ולהתארגן במקום אחר.

העובדות מתארות את העבודה המשותפת כמאפשרת, בעיקר, שליטה על האירועים מבלי שעצמת הגירויים תפגע בטיפול. העובדות חשות שהן מסוגלות לתת טיפול טוב יותר, בעיקר בתחום ההתייחסות האישית לכל המשפחה, ולהיות רגישות לצרכיו של כל אחד מבניה. הדוגמה האחרונה מתארת שפת תקשורת ייחודית הנוצרת במצבים אלו ומאפשרת דינמיקה של שותפות ושל תמיכה זוגית. שפה זו, שהיא מילולית אך גם בלתי מילולית, מאפשרת להן לקרוא אחת את האחרת, לתמוך זו בזו ולכוון זו את זו. מודגשת היכולת להבין מתי השותפה נזקקת למעבר מתפקיד אקטיבי לתפקיד פסיבי, מחזית למנוחה ולהפך. התארגנות פיזית ונפשית איננה אפשרית כשעובדת אחת מתמודדת לבדה עם טיפול במשפחה. העובדות הדגישו כי העבודה בזוגות חשובה בייחוד לעובדים חדשים המוצפים רגשית וזקוקים להדרכה.

עבודה בזוגות עשויה לבטל את תחושת הבדידות, להעניק לעובדת ביטחון ולאפשר לה ליצור גבולות ומיקוד פיזי ורגשי בין החוויות הכואבות האישיות לבין דרישות התפקיד. כך יכולה העובדת להקדיש את כל כוחותיה לטיפול במשפחות.

ישבתי עם עובדת סוציאלית אחרת עם האימא... של ה... של אחד ההרוגים, ופשוט ישבנו כל אחת בצד, ו... אנחנו הסתכלנו אחת לשניה בעיניים, וזה פשוט נתן לנו את הכוח להמשיך... אז אה... הכוח ה... רק להסתכל אחת על השנייה, של העובדות הסוציאליות, זה כוח עצום שמאוד עוזר.

בשלב מסוים, אחת החברות שלי, שהייתה לידי, אמרה לי: 'תגידי, כמה זמן לא שתיתי כוס מים אפילו?'. אמרתי לה: 'באמת, תעשי לי טובה, תביאי לי כוס מים,

מאיה פלד־אברם, יעל בן־יצחק, רוני גאגין, אלי זומר ואלי בוכבינדר

כי אני מרגישה שאני כבר לא, לא בולעת אפילו לא מצליחה לבלוע את הרוק של עצמי'. אז אה... זה שאנחנו באמת ביחד, ואנחנו גם יכולות להסתכל אחת על השנייה ולראות, מתי מישהי צריכה איזה חיבוק או כוס מים או להגיד: 'תצאי לרגע, 'אני אשאר פה לידך', זה מאוד חשוב זה מאוד עוזר, שיש מישהו שיכול להסתכל עליך ואומר לך: 'תקחי את הדבר הזה שאת כל כך צריכה עכשיו, שיכול לתת לך, לעזור ולהמשיך הלאה'.

העובדות סבורות שהעבודה בזוגות מאפשרת להן להכיל את הקשים הרגשיים של משפחות הפצועים ואת הקשיים הרגשיים של עצמן, מפני שהיא מאפשרת להן לחלוק את הנטל הרגשי במהלך האירוע. כל אחת מהעובדות חשה שהיא מוגנת יותר מפני שהעובדת השנייה צופה בה וקשובה לקשייה. היא יודעת שכאשר יהיו תכנים קשים ומאיימים שותפתה תדע להבחין מתי תגיע לגבולות יכולותיה הפיזיות והרגשיות. מדברי העובדות התברר כי תחושות ההגנה והביטחון מאפשרות להן לצאת להתאזור גם במהלך ההתערבות מבלי לפגום במקצועיות ובאחריות המקצועית שלהן. חלוקת הנטל מאפשרת לעובדות לאגור כוח ולהמשיך לתפקד, בייחוד כאשר ליווי המשפחה הפגועה אורך שעות רבות ועצמתו הדרמטית מציפה.

אני זוכרת שבחדר ניתוח בפיגוע של מצא, תפסתי את אחת הבנות שנודע לה שמישהי... משפחה שהיא טיפלה בה, הבת שלה נהרגה ולא נפצעה, והיא... התפרצה בבכי והיה לה מאוד קשה. אז אני ועוד עובדת, לקחנו את עצמנו, ואמרנו לה: 'תתנתקי עכשיו. את לא תבשרי להם. אנחנו נעשה את זה או נבקש ממישהו אחר שיעשה את זה'. היא הרגישה שאנחנו שם בשבילה, היה לה איזשהו גב שעזר לה, זו הייתה סיטואציה מאוד קשה בשבילה.

לאחר ההתערבות, "אין יותר שלם מלב שבור"

העובדות הסבירו שלעצמת הסיטואציה יש השפעות רגשיות שעמן הן נאלצות להתמודד גם לאחר סיום האירוע. השפעת האירוע גוררת אחריה מגוון רחב של תגובות המופיעות עם סיומו של האירוע ונמשכות ימים אחריו.

לא יכולתי לראות אנשים, לא יכולתי לשמוע. הרגשתי שאני רוצה ללכת הביתה. אני רוצה לישון, אני לא רוצה לעשות שום דבר. כשהלכתי לישון האנשים היו לי בראש, זאת אומרת לא יכולתי להירדם. ממש לא יכולתי להירדם, אני כל הזמן חשבתי על האנשים האלה.

קורה שלאחר ההתערבות עובדת חשה הצפה ברגשות חרדה אישיים או לזולת המשמעותי לה. תיאורי העובדות מזכירים תסמינים פוסט־טראומטיים — קושי להירדם, סיוטי לילה הקשורים באירוע, "פלאש בק", מצב רוח ירוד ותשישות. עם זאת, מרביתן מצליחות בפרק זמן סביר להתרחק מהאירוע ולהשכיחו.

אחת הדרכים להשיג מרחק ושליטה על זיכרון האירוע ועל השלכותיו היא שיתוף בחוויה הרגשית. העובדות הביעו את רצונן לעבד את האירוע במפגש קבוצתי לא פורמלי בסמוך לאירוע.

עיבוד לאחור הוא בעצם גם עיבוד לפני, אתה לא יכול לנתק את האחד מהשני. אם אתה עובד על מה שהיה קודם, אז אתה בעצם גם מכין את עצמך למה שיהיה הלאה. אתה לא יכול לנתק את שני ההיבטים.

בתום הארוע לשבת ולדבר על הדברים, להוציא החוצה, לשמוע אנשים אחרים, חוויות של אנשים אחרים, להרגיש שאתה לא לבד, שמה שאתה מרגיש זה בסדר, זה לא שאתה משתגע, זה בסדר. וגם ללמוד על איך אנשים אחרים תפקדו, דברים שאנשים אחרים עשו שאתה אפילו לא חשבת שאפשר לעשות אותם.

השיחה בקבוצה נתפסת בעיני העובדות כמרחב בטוח לעיבוד חוויותיהן הרגשיות. העיבוד נעשה עם מי שחוו חוויות דומות, ועובדה זו מפחיתה את תחושת הבדידות שיוצרת עצמת החוויה. עצמת החוויה יוצרת פער בין העובדות לאנשים אחרים, בני משפחה וחברים קרובים, שיכול להיות מובן ללא צורך במילים ולקבל משמעות רק במחיצתם של מי שחוו את אותם אירועים. הקבוצה מאפשרת לעובדת להעריך את עצמה ולשפוט את תגובותיה מול תגובות עמיתה. בדרך זו מושגת תחושת נורמליזציה ומורחב הרפרטואר המקצועי. יתרה מכך, העיבוד בקבוצה מאפשר לארגן את האירוע ברמה הקוגניטיבית, ובתוך כך לבנות רטוראקטיבית את רצף הפעולות שנקטו בעת האירוע ולנתח אותן. ארגון החוויה ברמה הקוגניטיבית מאפשר גם עיבוד רגשי והחזרת הביטחון העצמי, מפני שהוא הופך את האירוע לצפוי וברור יותר ומאפשר להשיג שליטה על אירועים עתידיים.

על אף שמרבית העובדות ציינו שהחוויות שחוו גררו אחריהן רגשות, מחשבות וזיכרונות מתמשכים הן חזרו לשגרת חייהן מתוך תחושה של ביטחון אישי, משפחתי ומקצועי. בעבור מקצתן התחושה המרכזית שעליה דיברו בגלוי בקבוצה הייתה הצטברות של השפעות שליליות וחוסר עיבוד רגשי לאחר רצף של אירועי טרור בתקופת ביצוע המחקר.

אני חושבת שהאינטנסיביות של הפיגועים בחיפה בזמן האחרון השאירה אותי בתחושה שעוד מקרה אחד כזה ואני לא יודעת מה. אני לא יודעת איך, מה יהיה בפעם הבאה, ואפילו כבר בפיגוע האחרון הגעתי מרוקנת מאנגריות ככה... אולי גם באיזשהו מקום קצת שמרתי על עצמי.

המראיין: איך?

איך שמרתי על עצמי? מבחינה מעשית על ידי הימנעות, אני חושבת, להיות ככה בשורה השנייה, לא, לא בקו הראשון. על ידי לענות לטלפונים במקום להיות עם המשפחות כי זה גוזל המון אנרגיות, זה מתיש וזה שוחק מאוד, ממש ממש

מאיה פלד-אברם, יעל בן-יצחק, רוני גאגין, אלי זומר ואלי בוכבינדר

שוחק... המחיר האישי הוא מאוד כבד, וכבר ידעתי לקראת מה אני הולכת. אז
אולי זה משהו אנוכי מבחינתי אבל ככה נהגתי. זאת אומרת, בפיגועים הבאים אני
לא הרגשתי שאני יכולה לתת כמו שנתתי בפעם הקודמת מעצמי.

אמנם הניסיון מחכים מקצועית ותפקודית, אך בה בעת הוא גובה מהעובדות מחיר
יקר של שחיקה ופגיעה נפשית. המחיר יקר עד כדי כך שמתעוררת השאלה אם יוכלו
להתערב מקצועית באירועים הבאים. הקושי בולט בייחוד כשהעובדות יודעות מראש
מה יהיה מהלך האירועים שיבואו. ידיעה מראש יכולה לאפשר שליטה מקצועית, אך
יכולה לשמש גם חרב פיפיות, מפני שהעובדות יודעות מהם המחירים הרגשיים
העתידים להיגבות מהן. עיקרה של המצוקה הרגשית היא הידיעה שאין ביכולתן
להכיל את חוויות הכאב ואת הטרגדיות, רגשות אישיים של איום, של חרדה ושל
חולשה, המשתלטים על העצמי ואינם מאפשרים לעובדת את השליטה העצמית
ההכרחית להתערבות מקצועית.

דיון

המאמר מתאר מחקר שניסה לבדוק ולאפיין את טווח התגובות והצרכים הרגשיים של
העובדות הסוציאליות במרכזי המידע של בתי חולים כלליים. ניתוח הממצאים העלה
תכנים המחייבים התייחסות מקצועית וארגונית לשמירה על יכולותיהן המקצועיות
של העובדות ולהגנה עליהן מפני נזקים נפשיים ארוכי-טווח.
הממצא הראשון עוסק באופיו של פיגוע טרור רב-נפגעים ובהשפעתו על
התערבותן של העובדות הסוציאליות המטפלות במשפחות. כחלק משגרת עבודתן
במצבי משבר בבתי החולים העובדות הסוציאליות מפעילות מגוון התערבויות. עם
זאת, פיגוע טרור מעמיד בפניהן אתגרים אישיים ומקצועיים יוצאי דופן בעצמתם.
פיגוע טרור הוא אירוע מאיים הזורע פחד, כאב, צער, אי-ודאות ותחושה עמוקה של
חוסר אונים (Fox, 2003; Myers & Wee, 2002; Tosone et al., 2003), והעובדות
הסוציאליות הן שותפות מלאות לחוויה הטרואומטית כחלק מהחברה הישראלית כולה
וכחלק מאוכלוסיית המקום שבו אירע הפיגוע. הן מריחות את אבק השריפה, שומעות
את יללות האמבולנסים, מאזינות באמצעי התקשורת לדיווחים המגיעים מזירת
האירוע ורועדות מפחד ומדאגה לגורל משפחותיהן ומכריהן.
חווית טראומה משותפת תוארה לאחר פיצוץ הבניין הפדראלי באוקלהומה,
ארצות-הברית בשנת 1995 (Krug, Nixon, & Vincent, 1996, p. 103).

לחץ העבודה הוא כה מידי ובלתי פוסק, עד שאתה שוכח שאתה חלק מהקהילה
הזאת והאבל שלה בדיוק כמו שאתה שוכח שאתה איש מקצוע מטפל... מתרחשת

יותר מהתקה פשוטה, ולמרות החינוך המקצועי והניסיון, אתה מתחיל לחוות את המאניה ואת אפיסת הכוחות המתלווים לחוויה אינטנסיבית ומשותפת זו.

כתוצאה מכך ניתן היה למצוא אצל העובדות הסוציאליות הישראליות תגובות רגשיות, פיזיות וקוגניטיביות דומות לאלו של אדם שנחשף ישירות לטראומה. תגובות של תדהמה, בלבול, חוסר אונים, חרדה, סחרחורת, תשישות, כאבי ראש ועצבנות מתוארות בספרות בהרחבה בעת הדיון על מטפלים המסייעים לנפגעים בעיצומה של טראומה משותפת (Fox, 2003). לצד תגובות אלו, תיארו העובדות הסוציאליות את החשש הביצועי-תפקודי שהקשה יותר מכל על יכולותיהן המקצועיות. מאחר שתפקיד המסייע במצבי אסון הוא עמום, מתסכל ומעורר תחושה של חוסר אונים, ומכיוון שיש לראות בתפקידן של העובדות במקרה כזה תפקיד כפול, שנכפה עליהן בהיותן שותפות לטראומה המתרחשת (Fox, 2003; Tosone et al., 2003), היטשטשו יכולותיהן המקצועיות, ועובדה זו הובילה אותן לחפש שוב ושוב את העמדה המקצועית המרוחקת המאפשרת תפקוד מקצועי הולם.

נושא אחר שעלה מדברי העובדות הסוציאליות הוא הקושי הייחודי שבעבודה טיפולית עם משפחות הפצועים וההרוגים. המשפחות מביעות את מגוון רגשותיהן בעצמה רבה, והן נעות בין תקווה לייאוש, בין עצב לשמחה. ההזדהות המורכבת של העובדות הסוציאליות עם תחושותיהן של המשפחות מקשה על תפקודן המקצועי, ומרביתן דיווחו על תגובה של ניתוק רגשי מהסיטואציה. תגובה זו אפשרה להן להמשיך ולתפקד באופן מקצועי הולם ולמנוע השתלטות של רגשות קשים. הסבר אפשרי לפעולת הניתוק הרגשי של העובדות הוא כניסה למצב דיסוציאטיבי, המתרחש אצל אנשים הנחשפים לטראומה (Marmar, Weiss, & Metzler, 1998). ניתן לשער כי החשיפה למצב טראומטי והעבודה עם משפחות ועם נפגעים, המצויים בתוך חוויה טראומטית אקוטית, ייצרו אצל העובדות דיסוציאציה, והניתוק הוא אחד מביטוייה. ידוע כי דיסוציאציה בעת הטראומה עשויה להגן על האדם מפני ההבנה המלאה של האימה, חוסר האונים והיגון הכרוכים בסיטואציה, אולם הוא משלם מחיר בקשיים ארוכי-טווח, באינטגרציה ובשליטה על האירוע (Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996). מחקרים שונים מצביעים על קשר הדוק בין רמות חשיפה גבוהות לאירוע טראומטי לבין מצבים דיסוציאטיביים גם אצל מטפלים ומצילים המתבטאים בלבול, דיס-אוריינטציה, ניתוק ותופעות דיסוציאטיביות אחרות (Marmar et al., 1996; Weiss, Marmar, Metzler, Ronfeldt, 1995). לכן ניתן להניח כי תגובת הניתוק היא מנגנון אדפטיבי שנכנס לפעולה כאשר העובדות נאלצו להתמודד עם מצבים אנושיים קשים, שהאפילו על יכולות ההתמודדות האישיות והמקצועיות שלהן.

הסבר אחר לפעולת הניתוק הרגשי של העובדות קשור לתהליכי העברה נגדית

וליכולת האמפתיה שלהן. וילסון ולינדי (Wilson & Lindy, 1994) תיארו ארבעה סגנונות של מתח אמפתי הנובעים מתהליכי העברה נגדית בעת עבודה עם נפגעי טראומה. שני הראשונים – נסיגה אמפתית והדחקה אמפתית – קשורים בהתנהגויות של הימנעות, כגון הרצון להכחיש או לא לראות את המצב כפי שהוא באמת. נסיגה אמפתית מתרחשת אצל מטפלים שלא חוו טראומות אישיות, ואילו אצל מטפלים שסבלו וממשיכים לסבול מטראומה אישית קיים סיכון להדחקה אמפתית. שני הסגנונות האחרים – לכידות אמפתית וחוסר איוון אמפתי – כרוכים בתגובות של מעורבות יתר או של הזדהות יתר, כשהמטפל רוצה לסייע למטופל אך מאבד שליטה עקב בעיה של גבולות התפקיד. מטפלים שחוו טראומה אישית משמעותית הם בעלי סיכון ללכידות אמפתית, ואחרים הם בעלי סיכון לחוסר איוון אמפתי. מאחר שהעובדות הסוציאליות במרכז המידע חוות את האירועים הטראומטיים לצד הפונים, סביר להניח כי התגובה התגובתית בין הזדהות יתר לבין ניתוק עשויה להיות מוסברת באמצעות הדחקה אמפתית, מחד גיסא, ולכידות אמפתית, מאידך גיסא. טיפולוגיה זו עשויה להסביר מדוע יש עובדות הפועלות בעבור הפונים מתוך מעורבות יתר והזדהות אישית עד כדי אבדן גבולותיהן המקצועיים, ויש עובדות הנמנעות, מתרחקות ומתנתקות רגשית. במקרים רבים, כפי שהתברר בנייתוח הממצאים, ניתן היה למצוא אצל אותה עובדת מאפיינים משני הסגנונות שהתחלפו במהלך תהליך ההתערבות בהתאם לשינוי בסיטואציה.

אחת הדרכים שבהן נקטו העובדות לשם שמירה על עצמן הייתה עבודה בזוגות. הן הסבירו שדרך עבודה זו עונה על הצורך בתמיכה ובשותפות רגשית ומקצועית בתוך התהליך ואחריו, ומאפשרת ביזור רגשי וביזור העומס הטיפולי. עוד ציינו העובדות, כי בזכות העבודה הטיפולית המשותפת, המאפשרת לקחת פסקי זמן להתארגנות ולווסת מחשבות חודרניות ורגשות, יש להן תחושת שליטה על האירועים. תחושת השליטה הקנתה לעובדות הגנה וביטחון פסיכולוגי וסייעה להן להתמודד טוב יותר במהלך האירוע. אף כי שיטה זו לא הוזכרה עד כה בספרות העוסקת בטיפול במצבי אסון, ניתן למצוא לה תימוכין מכיוונים שונים. כך, למשל, הרמן (1992) דנה במודל של הנחיה משותפת לקבוצות של נפגעי טראומה. היא המליצה על גישה זו בשל מורכבות הדינמיקה בקבוצות אלו ובשל אופיו התובעני רגשית של תפקיד המנחה. חוקרים אחרים תמכו בעבודת צוות באירוע טראומטי לשם מזעור נזקי טראומטיזציה חלופית, כדי לתת לצוות תחושה של אחריות משותפת באמצעות חלוקת הנטל הטיפולי (Munroe et al., 1995), וכדי שאנשי הצוות ינטרו זה את מצבו של זה בעת האירוע ויספקו זה לזה תמיכה ועידוד (Myers & Wee, 2002).

למרות הניסיונות לבלום את השפעתו הטראומטית של האירוע באמצעות נקיטת צעדים שונים, מרבית העובדות דיווחו על עלייה בתסמינים פוסט-טראומטיים סמוך לאירוע. התסמינים בוטאו במגוון תגובות התואמות תסמיני טראומטיזציה משנית

(Figley, 1995). אמנם העובדות דיווחו שהתסמינים חלפו ימים מספר עד שבועות אחרי האירוע, אבל חשוב לזכור כי העובדות חוו פיגועים רבים בשלוש השנים שלפני ביצוע המחקר. בקבוצות המיקוד התייחסו העובדות למקומו של הניסיון המצטבר כגורם שוחק או כגורם מחסן מפני תגובות פוסט-טראומטיות. מקצת העובדות דיברו על שחיקה בשל רצף האירועים, שלא אפשר לעבד את החוויות כנדרש, ומקצתן סברו שהתחסנו מפני האירועים הבאים עקב הניסיון הרב שרכשו. בספרות יש תמיכה לכך שלחשיפה חוזרת ונשנית לאירועים קשים יש השפעה מחסנת, מפני שהיא מאפשרת ניבוי העתיד לקרות, וכך מפחיתה תגובות לחץ טראומטיות עתידיות (Hodgins, 2001; Creamer, & Bell, 2001).

כמו במרבית המחקרים העוסקים בתחום זה גם בקבוצות המיקוד הנושא המרכזי שנדון היה עיבוד החוויה הטראומטית עם קבוצת שווים בתוך השיירות הסוציאליות באמצעות הדרכה פרטנית או קבוצתית. מחקרים שונים חשפו שתמיכה חברתית היא גורם חשוב במניעת פוסט-טראומה ומקדמת החלמה (Carlier, Lamberts, & Gersons, 1997; Weiss et al., 1995), והתערבות פרטנית או קבוצתית מיד לאחר החשיפה לאירוע עשויה למתן את השפעותיו הפסיכולוגיות (Hodgins et al., 2001). משום כך, חשוב מאוד לבסס נורמות מקצועיות של הדרכה ופיקוח פרטניים או קבוצתיים בעת האירוע ומיד אחריו כהתערבות חד-פעמית אקוטית או באופן סדיר. למפגש הקבוצתי נודעת חשיבות מיוחדת מפני שהוא משפיע על חזרה לנורמליזציה, מגביר את תחושת הלכידות, מפיג את הבדידות ועוזר לעיבוד הרגשי (Myers & Wee, 2002; Pawlukewicz, 2003; Pearlman & Saakvitne, 1995).

ישנם אמצעים נוספים לשמירה עצמית ולמניעת ההשפעות הפסיכולוגיות ארוכות-הטווח של ההתערבויות המקצועיות באירועים רבי-נפגעים. בין האמצעים הננקטים לפני אירועים טראומטיים ניתן למנות בניית נהלים מובנים הקובעים באופן ברור מהו סדר הפעולות הנדרש מתחילת האירוע. גם להעמקת והרחבת תחומי הידע של העובדים השפעה ממתנת על ההשפעות הפסיכולוגיות של האירועים, מפני שהם מעניקים לעובדים תחושה של שליטה ומפחיתים את החרדה המקצועית לפני האירוע ובמהלכו (Miller, 2003; Myers & Wee, 2002). בעת האירוע מומלץ לעבוד עם משפחות הפצועים וההרוגים בזוגות. העבודה בזוגות מאפשרת פיקוח וניטור הדדי, עבודה במשמרות בפרקי זמן קבועים מראש ונטילת פסק זמן להתרענונות ולחידוש הכוחות (Myers & Wee, 2002; Yassen, 1995).

לסיכום, בספרות ניתן למצוא תמיכה משמעותית לתופעה כי בהיעדר התייחסות ארגונית מערכתית מתאימה התומכת בעובדים, יש לעבודה טיפולית עם נפגעי טראומה השפעות שליליות על העובדים. גם ממצאי מחקר זה מחזקים הנחה זו. הכרת התופעה והגברת מודעותם של מטפלים למשמעויותיה בטווח הקצר והארון חשובה בראש ובראשונה כדי לתת מענה מערכתי לצורכיהם של העובדים ולשמור ולתחזק

את יכולותיהם המקצועיות. פיגלי (Figley, 2002) גרס כי קשר השתיקה של מטפלים ומסייעים באשר לטראומטיזציה משנית ולתופעות דומות אינו שונה מקשר השתיקה שהיה קיים בעבר בנושאים, כגון אלימות במשפחה, גזענות והטרדה מינית. באמצעות מחקר זה ניתן להגביר את מודעותם של המטפלים והמסייעים לנושא התמיכה לעובדים ולעודד את העומדים בראש המערכות המטפלות בנפגעי טראומה להכיר בחשיבותו ולפעול ליישום ההמלצות המוצעות.

מקורות

- הרמן, ג.ל. (1992). טראומה והחלמה. עם עובד: ספריית אופקים.
- Asbury, J.E. (1995). Overview of focus group research. *Qualitative Health Research*, 5, 414–419.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Gersons, B.P.R. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 498–506.
- Catherall, D.R. (1995). Preventing institutional secondary traumatic stress disorder. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150–177). New York: Brunner/Mazel.
- Drory, M., Posen, J., Vilner, D., & Ginzburg, K. (1998). Mass casualties: An organizational model of a hospital information center in Tel Aviv. *Social Work in Health Care*, 27, 83–96.
- Dutton, M.A., & Rubinstein, F.L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82–100). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433–1441.
- Fox, R. (2003). Traumaphobia: Confronting personal and professional anxiety. *Psychoanalytic Social Work*, 10, 43–55.
- Hansen, A., Cottle, S., Negrine, R., & Newbold, C. (1998). *Mass communication research methods*. London: Macmillan Press.
- Hodgins, G.A., Creamer, M., & Bell, R. (2001). Risk factors for posttrauma reactions in police officers: A longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 541–547.

- Jones, K.D. (2001). Counselor reactions to clients traumatized by violence. In D. Sandhu (Ed.), *Faces of violence: Psychological correlates, concepts and intervention strategies* (pp. 379–388). Huntington, NY: Nova Scotia.
- Krueger, R. A., (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research* (2nd edition). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Krug, R.S., Nixon, S.J., & Vincent, R.D. (1996). Psychological response to the Oklahoma City bombing (editorial). *Journal of Clinical Psychology*, 52, 103–105.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T. (1998). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder. In J.D. Bremner & C.R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 229–247). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 94–102.
- McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149.
- Miller, M. (2003). Working in the midst of unfolding trauma and traumatic loss: Training as a collective process of support. *Psychoanalytic Social Work*, 10, 7–25.
- Mitchell, J.T., & Everly, G.S. (1995). *Critical incident stress debriefing: The basic course workbook*. Ellicott City, MD: Critical Incident Stress Foundation.
- Morgan, D.L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd edition). Newbury Park, CA: Sage.
- Morgan, D.L. (1998). *The focus group guidebook: Focus group kit* (vol. 1). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Munroe, J.F., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rapperport, K., & Zimering, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A team treatment model. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 209–231). New York: Brunner/Mazel.
- Myers, D.G. (1994). *Disaster response and recovery: A handbook for mental health professionals*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services.
- Myers, D.G., & Wee, D.F. (2002). Strategies for managing disaster mental health worker stress. In C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 181–211). New York: Brunner/Routledge.
- Pawlukewicz, J. (2003). World Trade Center trauma interventions: A clinical model for affected workers. *Psychoanalytic Social Work*, 10, 79–88.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150–177). New York: Brunner/Mazel.
- Rosenbaum, C. (1993). Chemical warfare: Disaster preparation in an Israeli hospital. *Social Work in Health Care*, 18, 137–145.

- Saakvitne, K.W. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 443-449.
- Smith, M.W. (1995). Ethics in focus groups: A few concerns. *Qualitative Health Research*, 5, 478-486.
- Templeton, J.F. (1994). *The focus group: A strategic guide to organizing, conducting and analyzing the focus group interview*. Chicago: Probus Publishing.
- Tosone, C., Bialkin, L., Campbell, M., Charters, M., Gieri, K., Gross, S., Grounds, C., Johnson, K., Kitson, D., Lanzo, S., Lee, M., Martinez, M., Martinez, M.M., Millich, J., Riofrio, A., Rosenblatt, L., Sandler, J., Scali, M., Spiro, M., & Stefan, A. (2003). Shared trauma: Group reflections on the September 11th disaster. *Psychoanalytic Social Work*, 10, 57-77.
- Wee, D.F., & Myers, D.G. (2002). Stress response of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. In C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 57-83). New York: Brunner/Routledge.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R., Metzler, T., & Ronfeldt, H.M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 361-368.
- Wilkinson, S. (1998). Focus groups in health research: Exploring the meanings of health and illness. *Journal of Health Psychology*, 3, 329-348.
- Wilson, J.P., & Lindy, J.D. (1994). Empathic strain and countertransference. In J.P. Wilson & L.D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD* (pp.5-30). New York: Guilford.