

### קבוצות דיבוב לנפגעי טרור\*

רחל ארצמן

המחלקה לשיקום במוסד לביטוח לאומי אחראית מתוקף החוק לטפל בנפגעי פעולות איבה. הפיגועים ההמוניים שהלכו וגברו בשנות התשעים, ועוד יותר לאחר פרוץ האינתיפדה בספטמבר 2000, העלו את הצורך במענה מיידי לנפגעים לאחר טראומה. מענה זה ניתן באמצעות דיבוב פסיכולוגי. הדיבוב הפסיכולוגי הוא התערבות קבוצתית שבמסגרתה מתבקשים קרבנות הטראומה לסקור יחדיו את האירוע לפרטיו, לספר את הסיפור ובתוך כך להתחבר לחוויה הרגשית. מטרת המאמר היא לתאר שיטת התערבות זו אגב התייחסות לאיתור הנפגעים, היערכות המחלקה, מבנה המפגש ופגישת המעקב. ולהציג את חילוקי הדעות בעולם ובארץ באשר לנחיצות וליעילות של שיטה זו.

"היה צריך לשלוח... מישהו שידפוק על הדלת ויגיד:  
'שלום, ... באתי לשאול אם הכל בסדר, אתה מסתדר?  
אתה זקוק לעזרה?'... הם יודעים שנפגעת. בגוף שלי  
הרי טיפלו פחות או יותר בסדר, אבל אף אחד לא טרח  
לברר מה עם הנשמה שלי."

(אנסבכר, 2003, ע' 26)

### מבוא

אנשים שהיו עדים לפיגוע, בייחוד להתפוצצות, מתארים תיאורים דומים. המוטיבים החוזרים בתיאוריהם הם אלו: הרעש עצום, ולאחריו השקט לכמה שניות, המראות, הקולות והריחות. מאותו רגע, כפי שהם מדווחים, העולם כבר לא יהיה כפי שהיה. האנשים המגיעים לקבוצת הדיבוב לנפגעי טרור מלינים על בעיות שינה, על קושי בהדחקת האירוע ועל תחושות של חוסר אונים, כעס, אשמה ולעתים אף של בדידות קשה.

דיבוב הוא התערבות קבוצתית שבמסגרתה הנפגעים מתבקשים לתאר יחדיו את האירוע לפרטיו, לספר את הסיפור מתוך החוויה הסובייקטיבית. דיבוב הוא חזרה אל התופת, והוא משמש כלי לחזרה לחיים. צורת התערבות זו שימשה במקורה במסגרת הצבאית לנפגעי קרבות והועתקה למסגרת האזרחית. מאז שנת 1995, לאחר פיגוע אוטובוס קו 5 בדיזנגוף, המוסד לביטוח לאומי מקיים קבוצות דיבוב לנפגעי טרור בתקופה של עד שבוע מיום הפיגוע.

---

\* תודה לחיה שמחון ולריקי וייס, עובדות מחלקת השיקום של ביטוח לאומי, שבעבודתיהן שלא פורסמו נעזרתי בכתיבת מאמר זה.

ההתערבות הקבוצתית מבוססת על מודל הדיבוב של מיטשל (Mitchell, 1983) שהותאם למציאות בארץ על ידי פרופ' מולי להד, מה"מרכז לפיתוח משאבי התמודדות" בקרית שמונה. בעקבות הפיגועים הרבים וההתנסות האינטנסיבית עם ההתערבות הזאת כל הזמן ההתערבות מעודכנת ומשתפרת. קבוצות הדיבוב הן חלק מההיערכות הכוללת של המחלקה לשיקום במוסד לביטוח לאומי, והן משמשות גשר לרצף הטיפול וליכולת להקיף את כל האנשים הזקוקים לעזרה. המאמר נועד לתאר את הניסיון שהצטבר בהעברת קבוצות דיבוב לנפגעי טרור. לאחר סקירת הספרות בנושא יוצגו מטרות הקבוצות ויתוארו דרכי האיתור המיון והטיפול. בסיום יידונו היתרונות והחסרונות של קבוצות אלו.

## התגובות לטראומה

התגובה הראשונית לטראומה מאופיינת בדרך כלל בהלם, בבלבול ובחרדה. מגדר ה- DSM-IV (APA, 1994) מחלק את הסימפטומים המאפיינים לארבע קבוצות לפי משך התגובה לטראומה. במשך 48 השעות הראשונות יכולה להופיע תגובת דחק חריפה (acute stress reaction) המאופיינת בהלם, המלווה בניתוק ובקושי להגיב לסביבה, בדיסאורגניזציה חריפה ובהצפה קוגניטיבית, רגשית וסנסומוטורית. תגובת הדחק החריפה נחשבת נורמלית. במשך החודש הראשון יכולה להופיע הפרעת דחק חריפה (acute stress disorder) המאופיינת בהפרעות דיסוציאטיביות, בסימפטומים של חרדה, קשיי שינה, רגזנות, קשיי ריכוז וחוסר שקט, בפגיעה בתפקוד החברתי ובהימנעות בעבודה או בתחומים אחרים. האירוע הטראומטי נחוה בתמונות, במחשבות, בחלומות והבזקים לאחר החוזרים על עצמם, ויש הימנעות מגירויים המזכירים את הטראומה. מי שממשיכים לסבול מסימפטומים חמורים יותר מחודש עלולים לפתח הפרעה פוסט-טראומטית (PTSD) שתיחשב לאחר שלושה חודשים כרונית.

הורוביץ, ג'ונס וקמינג (Horowitz, Jones, & Cumming, 1998) אפיינו את התגובות לטראומה לפי ההגנות שהנפגעים נוקטים. התגובות נעות באופן דיאלקטי בין הכחשת המראות הנוראים לבין הרצון לספר עליהם; בין קהות רגשית לעוררות יתר ולחוויה חוזרת ונשנית של האירוע; בין הימנעות מתפקוד חברתי לדחף לחזור לשגרה ולחיי היום-יום.

כמין (2002) התמקד באופני החזרה לתפקוד. הוא הבחין בין קבוצות שונות של נפגעים: האחת, מי שחוזרים בהדרגה לשיווי משקל רגשי ותפקודי על אף שהאירוע נותר חרות בזיכרונם; האחרת, מי שנתונים תחת השפעה רגשית חזקה של האירוע ומתקשים לשוב לרגיעה ולתפקוד יום-יומי. קבוצה נוספת היא מי שחוזרים לתפקוד שגרת, אך מוצאים את עצמם לאחר פרק זמן מסוים נתונים מחדש להשפעות חזקות של האירוע.

המאמר יעסוק בדיבוב פסיכולוגי קבוצתי - אחת ההתערבויות המוקדמות לאחר אירועים טראומטיים הנערכות במחלקת השיקום בביטוח הלאומי.

## דיבוב פסיכולוגי

לדיבוב הפסיכולוגי שורשים עוד בימי מלחמת העולם הראשונה (Litz, Gray, Bryant, & Adler, 2002). לאחר קרב משמעותי נהגו המפקדים להיפגש עם החיילים לדיבוב, שמטרתו הייתה להעלות את המורל

באמצעות סיפור ושיתוף הנוכחים במה שקרה. בעבודה קבוצתית השתמשו גם החילות האמריקנים במלחמת העולם השנייה. מרשל (Marshall, 1944), שהיה היסטוריון בצבא האמריקני, פיתח שיטה של דיבוב קבוצתי מובנה ומקיף, ומטרתו הייתה לרכוש מחדש את תחושת השליטה, לווסת את החרדות ולחזור לתפקוד.

מיטשל (Mitchell, 1983) סבר ששיטה דומה תוכל להפחית את תגובות הלחץ של כוחות הצלה, כגון משטרה, מכבי אש, צוותי אמבולנס ואחרים החשופים לאירוע טראומטי. הוא פיתח את המודל הנפוץ ביותר של דיבוב פסיכולוגי (CISD - Critical Incident Stress Debriefing) מתוך הנחה שמודל מובנה יאפשר מתן ביטוי וונטילציה של רגשות, בייחוד בנוכחות אנשים שעברו אירוע דומה. המודל נועד להקל את המצוקה הראשונית, ובכך למנוע או לצמצם את התפתחות הפרעות פוסט-טראומטיות.

לפי המודל של מיטשל (Mitchell, 1983), הדיבוב הפסיכולוגי הוא מפגש קבוצתי של שלוש שעות בקירוב, והוא אמור להתקיים מיומיים עד עשרה ימים לאחר אסון או אירוע טראומטי. כל מפגש מונה חמישה שלבים. בפתיחה המנחה מסביר למשתתפים את הנוהל ועונה לשאלות. הוא מדגיש שאין מדובר בטיפול נפשי, אלא בהתערבות המיועדת להפחית תגובות נורמליות שנגרמו עקב אירוע קיצוני. בהמשך מתנהלת הקבוצה לפי הנחיות המנחה. המשתתפים מתחילים בתיאור העובדות, וכל אחד בתורו מתבקש לתאר את האירוע מנקודת המבט שלו. למשתתפים שאינם מרגישים נוח לדבר המנחה מאפשר לשתוק. האירוע חי מחדש בחדר הדיבוב. השלב הבא נוגע בתגובות הקוגניטיביות לטראומה, ובו מתבקשים אנשים לתת ביטוי למחשבות שעולות בזמן המפגש ועלו בזמן האירוע. מכאן עובר המנחה לביטוי הרגשות ומאפשר קתרזיס למגוון הרחב של הרגשות העולים בדרך כלל בעצמה רבה כתוצאה מן האירועים הטראומטיים. לאחר מכן הקבוצה מדברת על הסימפטומים הפיזיים והנפשיים, ולקראת סיום המנחה מוסר אינפורמציה חשובה באשר למהלך הצפוי של התגובות, לדרכי התמודדות, למקורות עזרה נוספים ומזמין את משתתפי הקבוצה למפגש מעקב (Everly & Mitchell, 1999).

המודל של הדיבוב הפסיכולוגי הקבוצתי כמו אלה של רפאל (Raphael, 1986) או מיטשל (Mitchell, 1983) הוא התערבות מקצועית חצי מובנית. כפיר (1990) הדגישה את ההבדלים בין התערבות לטיפול פסיכולוגי. הבדל אחד קשור ליוצר הקשר. היזמה או הפנייה להתערבות, לעומת טיפול פסיכולוגי, היא של המתערבים, ועליהם מוטלת האחריות ליצור את הקשר. הבדל אחר קשור למשך ההתערבות ולמוקד הטיפול. התערבות היא קצרת-מועד והיא עוסקת ב"כאן ועכשיו" ולא בעבר. במהלך ההתערבות או בסיומה מחליטים אם צריך להמשיך בטיפול, לאילו מטרות, לכמה זמן והיכן. אחד העקרונות הראשונים בהתערבות מקצועית הוא ההכרה בכך שהבעיה היא זמנית ושצריך לצפות להחלמה. חשוב לא להתעלם מיכולת הצמיחה של האדם ומיכולתו לארגן מחדש את חייו. ויצטום (1989) סבר שלאחר סיפוק הצרכים הראשונים בהתערבות יש לתמוך במטופל ולתת לגיטימיות לביטוי רגשות וקשיים. חשוב להגיע לביטויים אלו בהקדם, ובעיקר חשוב לאפשר ביטוי לתחושות אשם, אחרת תחושות אלו עלולות להתפרץ בעיתויים ובמקומות לא מתאימים ובעצמה בלתי מבוקרת. לא כל טראומה מביאה בהכרח למשבר, אך חשוב להיות ערניים כדי לזהות סימנים מקדימים.

ווריית (Wraith, 2000), בהתייחסותו לדיבוב הפסיכולוגי בכללותו, הבחין בין התפיסה, התהליך והטכניקה של הדיבוב. התפיסה: הדיבוב מאפשר הכרה ותיקוף עקביים של רגשות והתנהגויות לאחר אירוע טראומטי. זוהי דרך מובנית המעוררת את הסיפור האישי של החוויה ומדגישה את חוויות החושים (מראות, ריחות, קולות, מגע וטעם), את המחשבות, את הרגשות ואת ההתנהגויות במהלך האירוע ומיד

אחריו. את החוויות האלה חולקת קבוצה קטנה המורכבת מאנשים שחוו חוויה טראומטית דומה, וכל תגובה לאסון הופכת למקובלת דרך תהליך השיתוף הקבוצתי.

התהליך: הדיבור מוביל מהתנהגות ביזארית וחוויה של התנפצות למסגרת קוהסיבית מבחינה קוגניטיבית, רגשית וחברתית. במילים אחרות, המטרה היא לעזור לאנשי הקבוצה למצוא משמעות וסדר בחוויה שהיא כל כך כאוטית ובלתי צפויה. דירגרוב (Dyregrov, 1999) הדגיש את החשיבות של חקר התהליך שבו באמצעות תקשורת, הקשבה, קבלה ונתינה ניתן לבטא בקבוצה את מה שלא ניתן היה לבטא קודם לכן.

הטכניקה: הרציונל הוא של גישה כרונולוגית, של בניית האירוע הטראומטי צעד אחר צעד. המנחה מבקש מהמשתתפים לזכור מה קרה להם בזמן הטראומה, מה קרה מיד אחרי הטראומה ומה הם מצפים שיקרה בעתיד. אם הטראומה חמורה במיוחד, מומלץ להנחות את המפגש לאט. התקדמות עניינים אטית עשויה למנוע או למתן את הצפת המשתתפים ברגשות אינטנסיביים. כדי למנוע התפרצות של חומר טראומטי מוקדם מדי, מומלץ לשאול את הקבוצה קודם לתיאור האירוע. כמה שאלות כלליות על חייהם קודם לכן.

ה"מרכז לפיתוח משאבי התמודדות" שהוקם בשנת 1981 בעקבות המציאות הביטחונית הקשה בצפון הארץ יצר קשר עם מיטשל באמצע שנות השמונים ובדק אפשרות של התאמת המודל לא רק לקבוצות של צוותי הצלה, אלא גם לקבוצות שהן אוסף מקרי של אנשים שנקלעו לאירוע טראומטי. על סמך מחקרים שנערכו במשך השנים ועל סמך ניסיון מצטבר וארוך-טווח גיבשו להד וכהן (Lahad & Cohen, 2003) את התפיסה ואת הפרקטיקה של הדיבור הפסיכולוגי למודל פסיכו-חינוכי. התפיסה היא שהדיבור אינו מיועד לרפא ואינו יכול תמיד למנוע סימפטומים פוסט-טראומטיים, אך הוא יכול לעזור לאנשים להבין את התגובות הראשוניות לטראומה, להגביר את תחושת השליטה ולחזק את הקבוצה המשמשת מקור לתמיכה.

הם הדגישו שני היבטים חשובים: האחד הוא הניסיון לבנות רצף בין חיי היום-יום הקודמים של הנפגע לבין האירוע, והאחר הוא עבודה קבוצתית שבה כל אחד מהמשתתפים מתייחס הן לדפוס ההתמודדות שלו עם מצבי משבר בעבר, והן להתמודדות שלו בזמן האירוע. הציור של מגוון דרכי ההתמודדות והדגש על הכוחות (מול תחושת חוסר האונים) מעצים את חברי הקבוצה ומוסיף ממד אופטימי למפגש לקראת סיומו.

המנחים של הקבוצה צריכים להיות מיומנים בהתערבות קבוצתית, בתקשורת בין-אישית ובניהול מצבי טראומה. הם צריכים להיות מסוגלים להכיל את הלחץ, את הפחד, את הכעס ואת התגובות של המשתתפים. רצוי שיהיו שני מנחים בלי קשר לגודל הקבוצה. המנחים צריכים ליצור אווירה של אמון ותמיכה ולהיות מסוגלים לזהות משתתפים המביעים או מדחיקים סימני מצוקה קיצוניים. את אלה עליהם להפנות לטיפול אישי. רצוי שהמפגש הקבוצתי יתקיים קרוב למקום האירוע, בתנאי שהמקום לא יהיה מסוכן. כמו כן, לא מומלץ לשבץ בקבוצה אחת את עדי הראייה הראשוניים עם האנשים שלא ראו את הפרטים המזעזעים.

## השפעות הדיבור הפסיכולוגי

בשנים האחרונות עסקו כמה וכמה מחקרים בהשפעות של הדיבוב הפסיכולוגי. ממצאי מחקרים אחדים הראו שהדיבוב מועיל, ואילו ממצאי מחקרים אחרים חשפו שהדיבוב חסר השפעה או אפילו מזיק, כיוון שהוא מגביר את הסימפטומים הפוסט-טראומטיים.

רוב האנשים שהיו בקבוצות דיבוב מעריכים שהן עוזרות. (Carlier, Voerman, & Gersons, 2000), אך אין הוכחה ליעילות השיטה מאחר שהערכה זו יכולה להיות תגובה של תודה והערכה לתשומת הלב שניתנה להם בקבוצה. מתוך הנחה שרק חלק קטן מהאנשים יפתחו הפרעה פוסט-טראומטית, והחלק הגדול יחלים בכל מקרה, ניתן להעריך את יעילותו של הדיבוב במניעת הפרעה פוסט-טראומטית כשיש קבוצת ביקורת שהייתה באירוע, אך לא השתתפה בקבוצת דיבוב (McNally, Bryant, & Ehlers, 2003). בראש המצדדים בדיבוב עומדים מיטשל ואברלי המנהלים ארגון להתערבות במשבר ומכשירים 30,000-50,000 מתלמידים כל שנה. הם צפו שהשיטה שלהם תהפוך להתערבות סטנדרטית במצבי משבר וטראומה, ואמנם באנגליה, לדוגמה, יש מחלקות במשטרה ובבנקים שהפכו את ההשתתפות בקבוצת הדיבוב לתהליך מחייב את האנשים שנחשפו לאירוע טראומטי. אברלי ומיטשל (Everly & Mitchell, 2000) משוכנעים שהניסיון הרחב שיש להם בקבוצות הדיבוב, והמחקרים הרבים שמלווים אותן מוכיחים את יעילות הקבוצות ואת האפקטיביות של ההתערבות מעל לכל ספק. הטענה המרכזית של המבקרים את קבוצות הדיבוב היא שעצם קיומן הוא התערבות מזיקה לתהליך טבעי של החלמה מטראומה (Bisson, Jekins, Alexander, & Bannister, 1997). רפאל, מלדרום ומק'פרלן (Raphael, Meldrum, & McFarlane, 1995) טענו שמפגש בודד עם נפגעי הטראומה יכול לעורר רגישות יתר לאימה שבחוויה יותר משהוא יכול לתמוך בהם. קלייר ואחרים (Calier et al., 2000) גילו שאנשים שהשתתפו בקבוצת דיבוב דיווחו על סימפטומים נוספים שהופיעו שבוע לאחר הטראומה לעומת אנשים שלא השתתפו בקבוצת דיבוב.

קונלון, פאהי וקונרוי (Conlon, Fahy, & Conroy, 1999) שהנחו קבוצות דיבוב לנפגעי טראומה השוו בין מי שהשתתפו בקבוצה לבין מי שלא השתתפו בקבוצה. הם גילו שבשתי הקבוצות היה שיפור משמעותי מאוד בשיעור הסימפטומים הפוסט-טראומטיים, אך לא נמצא הבדל בין שתי הקבוצות לאחר שלושה חודשים. המסקנה שלהם הייתה שאין תועלת ממשית בדיבוב הפסיכולוגי. במחקר שבחן קבוצת דיבוב וקבוצת ביקורת של מתנדבים ועובדים לאחר רעידת אדמה באוסטרליה התברר כי על אף ששמונים אחוזים מהמשתתפים בקבוצת הדיבוב מצאו אותה מועילה, דווקא בקרב משתתפי הקבוצה שיעור הסימפטומים הפוסט-טראומטיים היה גבוה יותר לעומת קבוצת הביקורת. צריך לציין כי לא ברור אם היה שימוש נכון בפרוטוקול המובנה (Kenardy, Lewin, Carr, 1996).

ה"מרכז לפיתוח משאבי התמודדות" בקרית שמונה ביצע לאחרונה מחקר על ארבע קבוצות דיבוב שהתקיימו במחלקת השיקום של הביטוח הלאומי בעקבות פיגועים בירושלים, בעמק הירדן בתל-אביב ובבית שאן (Lahd & Cohen, 2003). 45 משתתפי המחקר התבקשו למלא שני שאלונים: האחד נמסר להם לפני מפגש הדיבוב ודירג את האנשים לפי מידת ההשפעה של האירוע עליהם. השני נמסר בתום המפגש, ובו הם התבקשו להגיב לכל אחד ממרכיבי הדיבוב ולהשיב אם מרכיב מסוים עזר להם, באיזו מידה או שמא הזיק. התשובות הראו כי כל המשתתפים הושפעו מהאירוע באופן בינוני עד חמור. באופן כללי השיבו האנשים כי הקבוצה עזרה להם או אף עזרה מאוד. על אף שחלק מהאנשים השיבו כי נושאים

מסוימים לא עזרו להם ואף הזיקו, הממוצע הכללי הצביע על סיפוק בכל הקטגוריות הנמדדות. מחקר זה עדיין רחוק מלהוכיח את האפקטיביות של קבוצת הדיבוב משום שלא נבדקה קבוצת ביקורת. להד וכהן (Lahad & Cohen, 2003) טענו שהנגישות הפשוטה לפרוטוקול מביאה למקרים רבים של שימוש לא נכון ושל יישום לא שלם של נוהל הדיבוב. על אף שלאחרונה יש הוכחות המצביעות על יעילות המודל של מיטשל (Hills, 2001), חוסר תמימות הדעים מצביע, לדעתם, על הצורך בעריכה מחדש של הפרוטוקול. ההטרונגניות של משתתפים בקבוצות לאחר אירועים טראומטיים לעומת ההומוגניות של צוותי ההצלה היא משמעותית ודורשת תשומת לב מיוחדת.

בתגובה למבקרים טען מיטשל (Mitchell, 2002) שהמחקרים מתרכזים בעיקר בסימפטומים הפוסט-טראומטיים ואינם חוקרים די תוצאות אחרות של התערבות במשבר, כגון חזרה לעבודה, פחות ימי מחלה או מדדי הסתגלות אחרים. כמו כן הוא רואה בקבוצות הדיבוב חלק ממערך ארגוני מקיף של התערבות במשבר, ולא התערבות בודדת העומדת בפני עצמה.

### **קבוצות דיבוב במוסד לביטוח לאומי**

המוסד לביטוח לאומי אחראי מתוקף החוק לטיפול בנפגעי פעולות איבה, והמחלקה לשיקום אחראית לספק שירותי שיקום ושירותי טיפול תמיכתי קצר-מועד. המחלקה לשיקום יוצרת קשר עם הנפגעים וכן עם גופים שונים בקהילה, כגון בתי חולים, לשכות רווחה וכדומה. המוסד לביטוח לאומי מפעיל קבוצות דיבוב ברחבי הארץ, בעיקר בירושלים, בתל-אביב, בחיפה, בנתניה, בכפר-סבא ובחדרה. קבוצת הדיבוב משמשת צומת לאיתור, לתשומת לב אישית וקבוצתית לנפגעים, לאפשרות להתערבות מהירה ולהתחשבות בצרכים של אוכלוסייה זו. קבוצות הדיבוב מתקיימות כשבוע לאחר הפיגוע. המחלקה נערכת לפי גודל הפיגועים ומספר האנשים שהביעו את הסכמתם להשתתף בקבוצה. בפיגועים גדולים שבהם מתקיימות ארבע ויותר קבוצות, אנו נעזרים במנחים גם מאזורים אחרים. להלן יתוארו שלבי איתור הנפגעים ומיונם ומבנה המפגשים (ראו תרשים 1).

### **שלב איתור הנפגעים**

- את הנפגעים אנו מאתרים בתוך שלושה-ארבעה ימים באמצעות מקורות שונים:
1. רשימות המתקבלות מבתי החולים למחרת הפיגוע. כל מי שהגיע לבית-חולים לאחר פיגוע ונבדק אמור להופיע ברשימה זו. בגלל הנסיבות הבהולות שבהן נאספת האינפורמציה בבית החולים, נדרש איתור של פרטים נוספים, כגון מספרי תעודת זהות ומספרי הטלפונים של האנשים. הרשימות מתעדכנות מידי יום עד ליום התכנסות הקבוצה כדי שיכללו את כל האנשים ששחררו מבית החולים. מי שממשיכים להיות מאושפזים מקבלים טיפול אינדיבידואלי מעובדת שיקום המבקרת בבית החולים.
  2. אינפורמציה המתקבלת משירותי הרווחה. שירותי הרווחה מגיעים למקום הפיגוע מייד עם היוודע דבר הפיגוע, ולעתים יש בידיהם שמות של אנשים שלא הגיעו לאשפוז, אך נכחו באירוע.

3. אינפורמציה המתקבלת ממנהלי המקום כאשר הפיגוע מתרחש במקום מוגדר כמו בית ספר או בית קפה. לדוגמה, בפיגוע בדולפינריום נוצר קשר עם צוות בית הספר, ובפיגוע בקפה אפרופו נוצר קשר עם בעלי המקום באשר לעובדים.
4. אנשים המוזמנים לקבוצה ומבקשים לצרף לקבוצה חבר או מכר שהיה נוכח בפיגוע.

### **שלב ההזמנה לקבוצה**

רוב האנשים מוזמנים לקבוצה באמצעות הטלפון או הדואר. עובדת השיקום את המחלקה ואת מטרת המפגש הקבוצתי. במהלך השיחה מקבלים אינפורמציה חשובה על האיש ועל מצבו מאז הפיגוע, בודקים אם הוא מעוניין להשתתף במפגש ומציידים אותו במספר הטלפון של עובד השיקום.

כשני שלישים מהמוזמנים נענים להזמנה. היתר מדווחים על כך שהם מרגישים בסדר ואינם זקוקים לקבוצה או לחלופין מרגישים רע מאד ופוחדים לבוא. את האחרונים אנו מעודדים להגיע ומסבירים להם את חשיבות עיבוד החוויה. כמו כן אנו אומרים להם שאם לא יגיעו לקבוצה, תיצור אתם עובדת שיקום קשר אינדיבידואלי.

אם ידוע שהנפגע קיבל טיפול נפשי לפני הפיגוע או שהתברר כי הוא נחשף לאירוע טראומטי אחר העובדים נוקטים משנה זהירות, מתייעצים עם המטפלים בקהילה ועם האיש עצמו בנוגע לשאלה אם לשתפו בקבוצה.

### **מיון הנפגעים**

- לאורך כל תהליך העבודה כפי שמתאר תרשים 1, החל משיחת הטלפון ועד לפגישת המעקב, העובדים מונחים לשים לב לחלוקה של הנפגעים בהתאם לקטגוריות להלן:
1. מי שנחשפו לאירוע ואינם מגלים מצוקה או סימפטומים פוסט-טראומטיים משמעותיים.
  2. מי שנחשפו לאירוע ומגלים מצוקה וסימפטומים פוסט-טראומטיים ברמה סבירה.
  3. מי שנחשפו לאירוע ומגלים סימפטומים פוסט-טראומטיים קיצוניים.
- מיון זה חשוב כדי שאלה שאינם זקוקים לקבוצה, לא יחשפו אליה, ואלה שהסימפטומים שלהם מאד קיצוניים יופנו לסיוע פרטני.

### **היערכות המחלקה**

צוות המחלקה נערך בהתאם לגודל הפיגועים ומספר האנשים שהביעו את הסכמתם להשתתף בקבוצות הדיבוב. כאשר מתקיימות ארבע קבוצות ויותר, לאחר פיגועים גדולים, מגיעים מנחים מאזורים אחרים. נוסף על מנחות הקבוצות הממתינות לנפגעים במקום שבו מתקיים המפגש, עובדות אחרות ממתינות בחוץ כדי לתמוך במי שמסיבות שונות יוצא מהמפגש.

## מבנה המפגש

### שלב הפתיחה

המנחה מציג את עצמו, מסביר את מטרת המפגש ומתאר את התהליך. בשלב זה נערך "חווה" המפרט את כללי הדיבור:

1. הדיבור ייערך בסבבים שבמהלכם תינתן הזדמנות לכל משתתף לענות על שאלה מובילה. כל משתתף מוזמן לדבר בתורו, אך אינו חייב להתבטא אם אינו רוצה בכך.
2. המפגש יימשך שלוש שעות בקירוב, ובאמצע תהיה הפסקה של 15 דקות. כמובן, יש לכל אחד זכות לעזוב את החדר, אך הוא מתבקש לשוב בהקדם.
3. במפגש עולים רגשות אישיים וכואבים, וכל הנוכחים בו מתבקשים לשמור על סודיות.

### הסבבים:

1. סבב היכרות. כל משתתף מתבקש להציג את עצמו בכמה מילים: שמו, עיסוקו בחיי היום-יום, מצבו המשפחתי ומקום מגוריו. לסבב זה חשיבות רבה, בהיותו מארגן את האנשים שמגיעים מוצפים ומאפשר להם להתחבר לזהותם טרום הפיגוע, ובכך לנסות לגשר על השבר.
2. סבב העובדות. כל משתתף מספר על האירוע מנקודת ראותו. סבב זה כולל תיאור ושחזור של האירועים שקרו כמה שעות לפני הפיגוע, ותיאור הפרטים של ההתרחשות עצמה. המנחה מסייע בבניית התמונה לשם הגברת ההתמצאות ותחושת השליטה של המעורבים, בשאלות, כגון "איפה עמדת כשהיה הפיצוץ?"; "מה שמעת?"; "מי עמד לידך?"; "איך התפנית? וכד'.
3. סבב המחשבות, הרגשות והתגובות. זהו סבב משמעותי ביותר, מפני שעולים בו רגשות כואבים, חרדה וביטויי לחץ. אלו הן השאלות המעוררות שיחה: "אילו מחשבות העלה האירוע בדעתך?"; "מה החלטת לעשות?"; "מה היה החלק הקשה בשבילך באירוע?"; "וכן שאלות כמו: "איך אתה מרגיש היום?"; "איך אתה מתפקד?"; "בסבב זה אנשים מתארים מצבים גרסיביים. מקצתן של הילדות שנפגעו בדולפינריום חזרו לישון במיטת ההורים, אחרים ישנים כשהאור דולק, חלק פוחדים לצאת את הבית. התנהגויות אלו תואמות את חוויית האימה שלאחר הפיגוע. בצד מתן לגיטמציה לפחד, מעודדים ומדרבנים את האנשים לחזור למהלך חיים תקין.
4. סבב ההתמודדות. "מה עזר לך?"; זהו שלב חשוב ביותר ומומלץ לא לוותר עליו בשום תנאי. המנחה שואל: "מה עזר לך להתגבר?"; "מה יעזור לך להתגבר?"; "כיצד התגברת על אירוע חריג בעבר, מה עזר אז?"; או "חשוב על עצמך בעוד שבועיים שלושה מהיום, איך תהיה? מה תעשה?"; "מה יהיה הסימן הראשון



שיעיד על כך שחזרת לחיים הרגילים?". בשלב זה נראה שהקבוצה לאט-לאט מתאוששת. אנשים מגייסים את הכוחות ומסייעים זה לזה בעצות וברעיונות איך להתמודד.

5. סיכום. המנחה מסכם בכמה משפטים את התגובות ואת אפשרויות ההתמודדות, מחלק למשתתפים את דף ההסבר (ראו נספח) והזמנה למפגש מעקב.

### **מפגש מעקב**

מפגש המעקב מתקיים שבועיים לאחר מועד קבוצת הדיבוב. בדרך כלל מגיעים לקבוצה זו שליש מהאנשים. מפגש זה אינו מעלה מחדש את האירועים אלא נוגע בשאלות כמו: "מה קרה לך בשבועיים שחלפו?" "איפה אתה עכשיו?" "מה עזר לך להתמודד?", והוא משמש צומת נוסף להפניית האנשים במידת הצורך לטיפול פרטני בגישות שונות, כגון EMDR, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי או פסיכותרפיה.

### **המלצות למנחים**

- אלו המלצות שהתקבלו בשנת 2003 מה "מרכז לפיתוח משאבי התמודדות" לנוכח ניסיונם עם העברת קבוצות דיבוב ומחקרים עליהן (personal communication):
1. רצוי להרכיב את הקבוצות לפי מעגלי פגיעות: קרבה גיאוגרפית, רמת החשיפה לאירוע.
  2. קבוצות של 6-10 משתתפים יעבדו עם מנחה אחד, קבוצות של 10-15 משתתפים יעבדו עם שני מנחים. במסדרון יהיו עובדים נוספים שיוכלו לקלוט משתתפים היוצאים מהחדר.
  3. כדאי להשאיר 5-15 דקות לשאלות אישיות לאחר המפגש.
  4. בשלבים של העובדות, החוויות והתחושות, חשוב לא לעצור ביטוי רגשי, אך חשוב גם לא לעודד חשיפת יתר של המראות, הריחות והקולות. צריך להדגיש בקבוצה שבדרך כלל התופעות חולפות במשך הזמן (לאחר כשישה שבועות).
  5. חשוב לתת הדרכה מפורשת על דרכי התמודדות: פעילויות, מנוחה, פעילות גופנית, שיתוף אחרים בחוויה, חזרה לעבודה, חשיפה הדרגתית לאזור האירוע, שהייה עם חברים ועוד.
  7. מתן אינפורמציה על מקורות עזרה נוספים במידת הצורך.

### **נקודת המבט של המנחים**

המנחה של קבוצת דיבוב מנסה להיות קרוב ככל שניתן לחוויה של הניצולים, ובכל זאת להישאר מחוצה לה. החוויה מתחילה בפיגוע עצמו ה"תופס" את כולם במידה זו או אחרת קרובים לאירוע. האינפורמציה המתקבלת בכלי התקשורת משמשת הכנה למנחה כדי שיוכל להבין משהו ממה שקרה במקום הפיגוע. אחר כך מספרות את סיפורן עובדות השיקום הבאות מבתי החולים ומהמשפחות השכולות. איסוף האינפורמציה הוא ניסיון לשלוט מעט על מה שהאנשים שהיו באירוע וחוו את התופת אינם מסוגלים לשלוט, וזאת כדי שהמנחה יהיה מסוגל להכיל את הקבוצה.

מצבם של האנשים המגיעים לקבוצה ניכר כבר בהיכנסם. מקצתם פצועים פיזית, מקצתם טרוטי עיניים ומחוסרי שינה ואחרים מגיעים עם מלווה: אמא דואגת, בעל תומך ואחרים. עובדות השיקום והמנחים מקבלים אותם בחום.

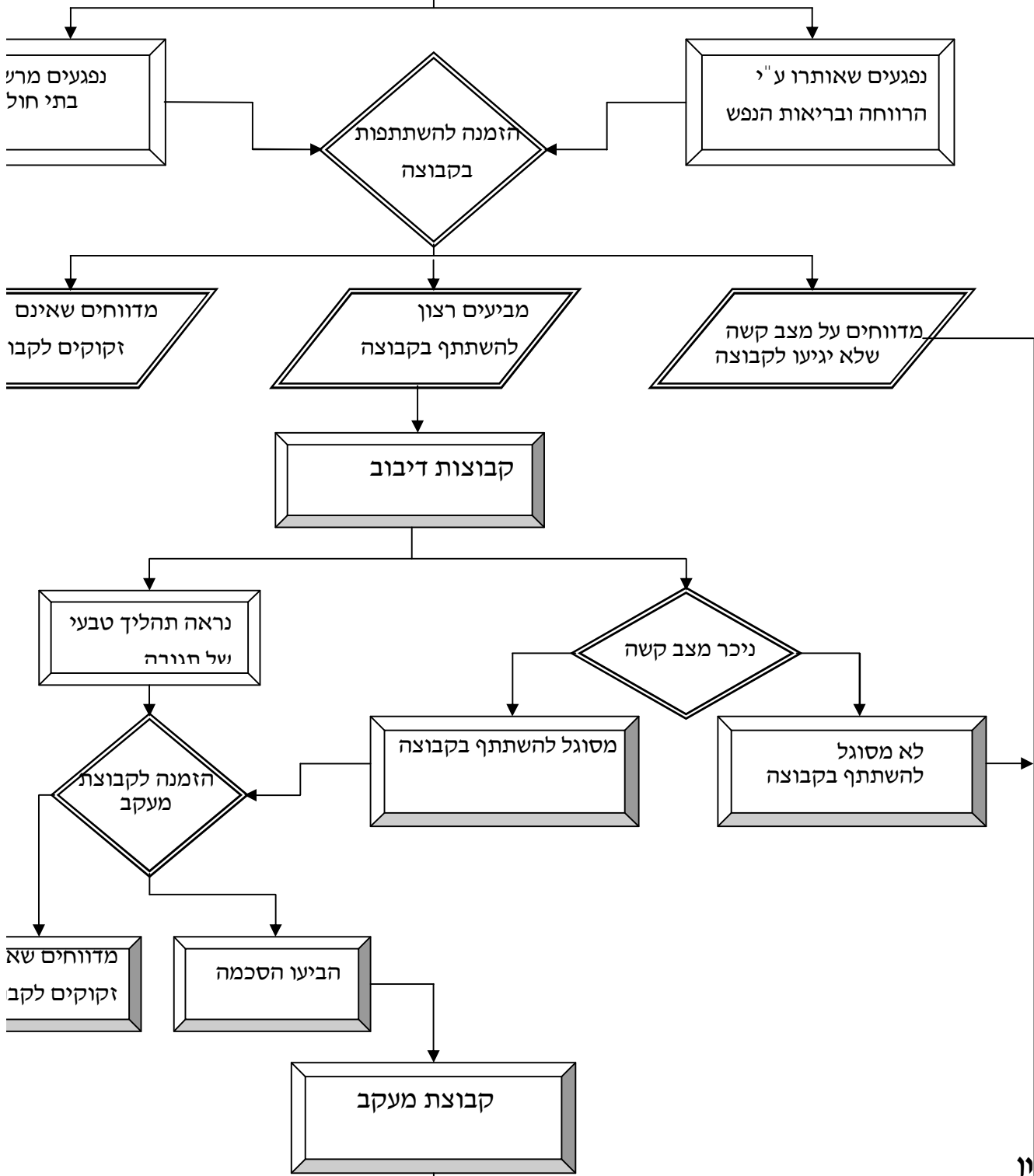
הציפייה לקראת האנשים שיגיעו מלווה לעתים בתפיסות סטריאוטיפיות, שעד מהרה מתבדות.

דוגמה לכך הייתה הפיגוע במועדון "שפילד" בראשון לציון. לפי העיתונות, ניתן היה להבין שמדובר במועדון הימורים, שהיה אמור להיות סגור לפי החוק. במציאות הגיעו אנשים קשי יום, "מהמרים קטנים מאוד" שראו במועדון הזדמנות למפגש חברתי ולבילוי, ואכן בנוסף לטיפול בקבוצה זו, שדמה לעבודת טיפול בקבוצות אחרות, עלה בה רגש חזק של בושה חברתית שחשוב היה לזהותה ולדבר עליה בתהליך הדיבוב.

הנחיה של קבוצת דיבוב דורשת יכולת הכלה, מחד גיסא, והליכה על חבל דק בין דיבוב אנשים שיש להם קושי לדבר לבין הגבלת הצפה אצל אחרים, מאידך גיסא. דוגמה קיצונית לכך הייתה בהנחיה של אחת מקבוצות הפיגוע בדולפינריום. הקבוצה מנתה כמה ילדות רוסיות, יפות, שותקות, שתיים אוזנות זו בידה של זו, אם ובת חובקות זו את זו, ובחור ובחורה ישראלים. הבחורה נתנה ביטוי בעל עצמה לכעס על "הגדולים" שלא שמרו עליהם, והבחור שעבר במקום במקרה, והגיע אל הנפגעים עוד לפני כוחות ההצלה כדי לנסות להציל את מה שאפשר היה מוצף במראות, בקולות ובריחות ודיבר בשביל כל הקבוצה. היה צורך למקם את קולו כקול קבוצתי כדי לאפשר שיתוף עם האחרים.

קבוצת דיבוב המונחית לפי שיטת הסבבים מאפשרת התפתחות אופטימלית של הקבוצה והתארגנות אישית ובין-אישית, המונעת כאוס ופירוק. הידיעה והתחושה שהמנחה בעל הניסיון יוצרות אוירה של ביטחון אצל אנשי הקבוצה ומעבירות את המסר שיש להם על מי לסמוך והם אינם לבד. דברי אחת המנחות מתארים את מגוון התחושות של המנחים לאחר קבוצת הדיבוב. אני מרגישה שמהו מהסימפטומים דבק בי ליום יומיים עד שאני מצליחה לחזור לשגרה. "תמונת הקרב" נחרתת בזיכרוני, עצבות יורדת עלי ולפעמים כעס גדול. אני רגישה לכל צפירת אמבולנס. לפעמים הרגליים רועדות ולזמן מה אין מילים בפי. ככל שהמרווח בין ההנחיות קטן, המעמסה כבדה יותר. אך כמו הנפגעים, החזרה לשגרת היומיום בקבוצת העבודה ולהשתייכויות האחרות נותנת כוח להמשיך.

# פיקוע



**דין**

המאמר תיארו את הניסיון שקצטבר במחלקת השיקום של הביטוח הלאומי בהפעלת קבוצות דיבור לנפגעי טורח. לנוכח הדעו הקבוצתית שהוצגו וזיכות והיעילות של קבוצות הדיבור ננסה לבחון את המושך קשר עם עובדת שקים הפניה לשירותי בריאות הנפש ויצירת קשר אינדבדואלי

לפני כן נמנה כמה אמיתות ברורות ומוסכמות :

1. אצל רוב נפגעי טראומה מופיעים בשבועות הראשונים סימפטומים של הפרעה פוסט-טראומטית.
2. רוב האנשים יחוו מצוקה א-סימפטומטית, כמו רגשי אשם, בדידות והרגשה שמי שלא היה "שם" לא יבין זאת, ושהעולם אינו יציב כפי שהיה בעקבות החשיפה לאירוע בעל פוטנציאל טראומטי.
3. תהליך ההחלמה ממצב של טראומה הוא תהליך טבעי שבו, כפי שמוכיחה המציאות, חלה בהדרגה ירידה בעצמת הסימפטומים, מושגת רמה סבירה של רווחה אישית ( Well Being ) והאנשים חוזרים לתפקוד.
4. תמיכה חברתית היא גורם מקדם החלמה של ניצולי אירוע טראומטי.
5. עקרונות ההתערבות של סלמון (Salmon,1919): קרבה, מיידיות וציפייה לעתיד חשובים והוכחו נכונים במחקרים.
6. אנשים לאחר אירוע טראומטי זקוקים לדמות סמכותית, אמינה ובעלת ידע בכל הקשור לתגובות במצבים כאלה.

המצדדים בדיבוב הפסיכולוגי, ובראשם מיטשל, רואים בו מהלך של מניעה שניונית יעיל למניעת הפרעה פוסט-טראומטית PTSD, אצל אנשים שנחשפו לאירוע אך עדיין לא פיתחו תסמיני דחק קשים. יש הסכמה שהענקת אינפורמציה, תמיכה מנחמת, תנאים להתרענות וסיפוק לצרכים קונקרטיים ורגשיים ראשוניים, עשוי להועיל עם ההתמודדות עם מצבי דחק (זומר, 2003).

המתנגדים לדיבוב הפסיכולוגי מוצאים פער בין התאוריה המדגישה את היתרונות בעיבוד החוויה הטראומטית לבין העדויות האמפיריות. נריה, סולומון וויצטום (1999) טענו שהמבנה הנוכחי של קבוצות הדיבוב אינו מאפשר ביטוי רגשות הלם של הפחדים, היגון, הזעם, האשמה והבושה, מחד גיסא, ומונע סגירה מספקת של הנושא ופרידה מסודרת מן ההתנסות, מאידך גיסא. לפי עמדה זו, המעבר הנוקשה מסבב אחד למשנהו יכול לקטוע את המשתתף שמנסה לבטא את מצוקתו, וכאשר רגשות מעין אלו מתעוררים ולא מטופלים כראוי, הרי החרדה, הזיכרון וההצפה אצל המשתתפים יישארו טעונים ועלולים להביא למצוקה בלתי פתורה. זומר (2003) הוסיף כי לא סביר שמפגש בודד ישפיע באופן משמעותי על ההסתגלות ארוכת-הטווח של הניצולים (זומר, 2003).

יש שנמצאים ברמת סיכון נמוכה יותר לפתח PTSD לאחר אירוע בעל פוטנציאל טראומטי, ויכולים להסתדר ללא התערבות. אותם אנשים שנקיים מתסמונת דחק, ומושמים בחוויה משותפת עם אנשים בעלי הפרעות דחק קשות, עדים לתיאורים קשים ועלולים להינזק. המתלבטים בין היתרונות לחסרונות של הדיבוב הקבוצתי (שלו ותובל משיח, 1999), מציעים למתן את הציפיות מהתערבויות בודדות. לדעתם, נכון אולי לטעון, כי אין לראות בהתערבות זו טיפול בטראומה אלא ניטור מצבי דחק.

הניסיון המצטבר בקבוצות הדיבוב הנערכות בביטוח לאומי, גם אם לא נחקרו באופן שיטתי, מצביע על יתרונות הדיבוב. אין ספק שמפגש בודד אינו מחולל נסים, אך הוא יכול לשמש מודל של האפשרות לשתף ולדבר. יש בו מענה למצוקות ראשוניות של הניצולים; יש בו מתן אינפורמציה ותמיכה חברתית, והוא מעורר את הציפייה לחזור לחיים ולהתמודד. גם אם בסופו של דבר האדם יעבור את התהליך בסביבתו הטבעית או עם מטפל פרטני, ההתכנסות הקבוצתית כנקודת מוצא, היא חשובה.

צורת ההתארגנות ודרך הנחיית הקבוצות מנסה לתרום למי שזקוקים לקבוצה ולמזער את הנזקים האפשריים למי שנמצאים בסיכון.

כבר בשיחה הטלפונית מקצת האנשים אומרים שהם מרגישים טוב יותר ואינם זקוקים לקבוצה. את אלה אנחנו מעודדים להמשיך ולתפקד, לא מאיצים בהם להצטרף ומשאירים להם מספר טלפון לשעת הצורך. בקבוצה עצמה קורה שאדם הסובל מסימפטומים קשים מעורר במהלך דיבובו תגובות קשות אצל האחרים, ולפעמים מי שאמנם מרגיש כך, יוצא מהחדר לזמן מה וחוזר. המנחה, צמוד להנחיות החדשות, מנסה להגביל את התיאורים הסנסוריים, ולהפנות אדם זה לטיפול פרטני. כלומר, המנחה מווסת את התגובות כך שמחד גיסא, ניתן יהיה לתת ביטוי לרגשות ולחוויות, ומאידך גיסא, לא תהיה הצפה. במשך השנים האחרונות למדנו לגבש קבוצות של שמונה-עשרה משתתפים ולהקצות שני מנחים לקבוצה. זאת ועוד, עד כמה שניתן, אין מקבצים לאותה קבוצה אנשים שהחשיפה שלהם לאירוע היא שונה. למשל, למלצרים ב"קפה אפרופו" הייתה קבוצה נפרדת מזו שהייתה לאורחי בית הקפה. לבעלי החנויות בנתניה הייתה קבוצה נפרדת מזו שהייתה לאנשים שהיו ברחוב.

יש ניסיון לכבד את ההגנות של האנשים, לתמוך בהם ולהרחיב את רפרטואר ההתמודדות שלהם. מי שהיו בטיפול פסיכיאטרי, התאמתם לקבוצה נשקלת עם המטפל בהתייעצות מוקדמת; מי שמראים סימנים של עוררות יתר, של דיסוציאציה, של היזכרות פולשנית, של הימנעות ושל דיכאון, זוכים להמשך קשר והתעניינות גם לאחר קבוצת הדיבוב.

ראוי גם לציין שמיקום התכנסות הקבוצה בביטוח לאומי והאוריינטציה השיקומית של העובדים, תורמים להקטנת הסטיגמה הפסיכיאטרית ולהדגשת הכוחות של המשתתפים ומחזקים את התחושה שהממסד לוקח אחריות על הנפגעים.

## מקורות

- אנסבכר, מ. (2003). **רסיס ממגש הכסף**. הוצאת ליברוס.
- ויצטום, א. (1989). בין התערבות במשבר לפסיכותרפיה קצרת-מועד. בתוך ח. דסברג, י. איצקסון וג. שפלר (עורכים), **פסיכותרפיה קצרת מועד**. ירושלים: מאגנס.
- זומר, א. (2003). דילמות קליניות בהתערבות ראשונית עם אנשים שנחשפו ללחץ טראומטי: לדבב או לא לדבב? הרצאה שניתנה ביום עיון בנושא "דילמות ייעוציות בעתות לחץ ומשבר", המכללה האקדמית לחינוך - אורנים.
- כמין, ר. (2002). המרכז לבריאות הנפש בבאר-שבע: טראומה: התגובות, המניעה והטיפול בצל אירועי הטרור. נשלף מתוך [www.mentalnet.org.il](http://www.mentalnet.org.il)

כפיר, נ. (1990). כמו מעגלים במים. תל אביב: עם עובד.

נריה, י., סולומון, ז. וויצטום, א. (1999). מניעת תגובות פוסט טראומטיות ארוכות טווח. בחינת היעילות של התערבות התשאל הפסיכולוגי. *שיחות*, י"ד (1), 13-18.

שלו, א. ותובל-משיח, ר. (1999). התערבויות מוקדמות ותשאל באירועי טראומה. *שיחות*, י"ג (3), 206-219.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.) (pp. 424-429). Washington, DC: Author.

Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.

Carlier, I. V. E., Voerman, A. E., & Gersons, B. P. R. (2000). The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 87-89.

Conlon, L., Fahy, T.J.S., & Conroy, R. (1999). PTSD ambulant RTA victims: Randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 37-44

Dyregrov, A. (1999). Helpful and hurtful aspects of psychological debriefing groups. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 175-181.

Everly, G.S. Jr., & Mitchell, J.T. (1999). *Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention* (2<sup>nd</sup> ed.). Ellicott City, MD: Chevron.

Everly, G. S. Jr., & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing "controversy" and crisis interventions: A review of lexical and substantial issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(4), 211-225.

Horowitz, M. J., Jones, E. E., & Cumming, J. D. (1998). Another look at the non-specific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.

- Kenardy, J.A., Lewin, T.J., Carr, V.J., Hazell, P.L.S., & Carter, G.L. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 37-49.
- Lahad, M., & Cohen, A. (2003). The development of CIPR Debriefing in Israel. *Community Stress Prevention, 5*, 117-126.
- Litz, B.T., Gray, M.J., Bryant, R.A., & Adler, AB. (2002). Early intervention for trauma; Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 112-134.
- Marshall, S.L.A. (1944). *Island victory*. New York: Penguin.
- McNally R.J., Bryant, R.A., & Ehlers A. (2003) Does early psychological intervention promote recovery from post-traumatic stress? *Psychological science in the public interest. 4*(2), 45-79
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Service, 8* (1), 36-39.
- Mitchell, J. T. (2002). CISM research Summary. [on line]  
[www.icisf.org/articles/cism/researchsummary.pdf](http://www.icisf.org/articles/cism/researchsummary.pdf)
- Raphael, B., When disaster strikes. New Yourk, Basic Books, 1986.
- Raphael, B., Meldrum, L., & McFarlane, A. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal, 310*, 1479-1480.
- Salmon, T.W. (1919). War neurosis and their lesson. *New York Medical Journal, 109*, 993-994.
- Wraith, R. (2000). Children & Debriefing, Theory, Introduction & Outcomes. In B. Raphael, & P. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing theory: Practice and evidence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.





## נספח

### דף הסבר לקבוצה

#### שלום לך,

ייתכן כי את/אתה או אחד מהקרובים שלך מושפע באופן קיצוני ממה שקרה. התגובה לאסון היא אישית מאוד, אבל יש תגובות משותפות לאנשים רבים. דף זה, אנו מקווים, יעזור לך להבין כיצד אנשים מגיבים בדרך כלל לאסון כזה. הדף ינחה אותך כיצד לעזור לעצמך או לאחרים כדי להתחזק ולחזור לתפקוד. הדבר הראשון שעליך לזכור הוא כי רגשות כואבים הם חלק בלתי נפרד מתגובה נורמלית למצב לא נורמלי.

#### רגשות ותחושות נורמליות למצב:

- תחושת חוסר אונים: מה יכול הפרט ההמום לעשות במצב כזה?
- כעס: על מה שקרה, על מה שקורה, על מי שאיפשר לדבר כזה לקרות...
- שאלות: מדוע אני? מדוע דווקא לי? מדוע בקהילה שלי? מדוע לאילו שכל כך יקרים לי?
- חרדה: לפתע החיים נראים פחות בטוחים, בלתי צפויים, יותר מאיימים, אולי אשבר?! מה יקרה לי כעת? מה יקרה ליקירי כעת?...
- בושה: על שאני כל כך חסר אונים, על כך שאני מגיב בצורה כזו. על שאני זקוק לעזרה...
- אשמה: כי מצבי טוב יותר משל אחרים, על כי לא עשיתי די למנוע...
- קהות: הימנעות מרגשות או ממחשבות על דברים, תחושה שהעתיד "לא ורוד", אבדן שמחת חיים...
- קשיי ריכוז: מחשבות חוזרות על דברים שקרו באסון, ביעותי לילה, קושי לזכור...

#### תחושות פיסיולוגיות נורמליות למצב:

- עייפות
- קושי להירדם
- בכי, חנק
- כובד בחזה
- שלשול
- מתח שרירים
- סחרחורת
- כיצד להתגבר?

ההתגברות ראשיתה בכך שתבטא(י) את הרגשות שלך, תן/תני להם "לצאת". אל לך לחשוש שתאבד(י) שליטה אם תבטא(י) רגשות. להפך, חסימה בכוח של רגשות שמבקשים לצאת עלולה לגרום לבעיות. בכי, למשל, הוא תגובה טבעית המביאה אתה שחרור, הקלה. היכולת לבכות היא סימן לכוח ולא לחולשה. אל תחנוק/תחנקי או תחסום/תחסמי רגשות. הבע/הביעי את עצמך ואפשר(י) לאחרים בסביבתך להביע את עצמם, שתף/שתפי אחרים.

אל תימנע(י) מלדבר על מה שקרה. להפך, חפש(י) הזדמנות לספר לאחרים על הניסיון הקשה שעבר עליך. חשוב למצוא את האדם שתרגיש(י) נוח לשתף אותו במה שעובר עליך. באופן הזה יהיה מי שיגיב לדבריך ותקבל(י) משוב בנוגע להרגשתך ובנוגע להתקדמות שלך. עדיף למצוא אדם אחד כזה, מלספר אותו דבר לאנשים רבים שאין קשר ביניהם. רצוי לשתף בהתנסותך אנשים אחדים בקבוצה, כאשר הקבוצה נפגשת באופן סדיר.

- חשוב להיות חלק מקבוצה. שייך/שייכי את עצמך באופן פעיל לקבוצה שאכפת לה ממך – משפחה, חברים, חברים לעבודה. בקבוצה זו חשוב שתדבר(י) על הצרכים שלך ותבטא(י) את רגשותיך ללא מבוכה. באותה מידה, חשוב, כמובן, שתאפשר(י) לאחרים בקבוצה לדבר על אשר עם ליבם.
- אל תצפה/תצפי שרגשות ותחושות ייעלמו תכף ומיד. המצב, כאמור, אינו רגיל וחוסר ודאות מאריך את משכו.
- גם כאשר המצב דורש עשייה רבה, עליך לדאוג לעצמך למנוחה, לשינה ולשהייה מספקת עם הקרובים לך, משפחה וידידים.
- דאג(י) לחזור בהדרגה לשגרת חיים.
- עליך לנסות להיות פעיל(ה), לסייע לאחרים בתנאי שסיוע זה לא יפגע בך.
- אל לך לדחות תמיכה מצד הזולת. אין זו בושה, בייחוד במצב הנתון, להיות במצוקה ולהישען על אחרים. בניית יחסים עם הזולת ושיתופו חשובים.
- עליך לנהוג במכונית ביתר זהירות ולהיזהר בבית ובעבודה. מתח יוצר בלבול, ואנשים נוטים להיות מעורבים בתאונות כאשר הם במתח.
- הימנע(י) עד כמה שניתן מעישון.

### מתי לפנות לעזרה מקצועית?

- כאשר את(ה) חש(ה), כי אינך שולט(ת) יותר ברגשות או בתחושות ובתגובות הגופניות למרות ניסיונותיך לשלוט בהם. כאשר הרגשות אינם נרגעים ואף מוחרפים.
- כאשר את(ה) מרגיש(ה) קהות-חושים מתמשכת או שאינך מוצא(ת) מנוחה לעצמך במשך זמן ממושך.
- כאשר אינך יכול(ה) לישון כמה ימים.
- כאשר אינך מוצא(ת) מישהו לשתף אותו בהרגשותיך, ואת(ה) חש(ה) צורך חזק לעשות זאת.
- כשיחסיך עם בני המשפחה או עם עמיתים משתבשים מאד.
- כאשר אינך מתפקד(ת) לאורך זמן.

גם כאשר את(ה) פונה לעזרה מקצועית, אין זאת אומרת שאינך אותו אדם שהיית קודם לאסון. עליך לזכור כי מדובר במצב לא-נורמלי, והקשיים שאת(ה) מתנסה בהם הם זמניים, מוכרים, ויש לאנשי מקצוע

דרכים לא מסובכות לסייע לך להתגבר עליהם ולחזור לתפקוד רגיל. עליך לזכור כי חזרה לתפקוד רגיל "לוקחת זמן", וכי כאב נפשי הוא חלק בלתי נפרד מהתהליך. ידוע, כי רבים יוצאים מהמצב מחוזקים, חכמים ומנוסים יותר משהיו לפני האסון.

**לקבלת אינפורמציה ותיאום ניתן לפנות ל:**

שם העובדת: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_ לתושבי תל־אביב  
שם העובדת: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_ לתושבי ערים אחרות