

החזקה מבית:

פסיכולוגים חינוכיים ב"מציאות טראומטית משותפת"

אוקטובר, 2023

עדכון למסמך שכתב פורום מטראומה לחוסן, עם סיום "צוק איתן"
תמר לביא¹, מזל מנחם², יעל שחר³, גל תמים סיקולר⁴ | ייעוץ מדעי: פרופ' רחל דקל⁵

מבוא ורקע

המסמך המוצג להלן נכתב בסוף השבוע הראשון של מלחמת חרבות ברזל. שבוע זה חולל וימשיך לחולל שינויים משמעותיים במדינה, בהתנהלותה ובחיים הפרטיים של כולנו. כולנו, מטופלים ומטפלים בשירותים השונים בכל רחבי הארץ ובמיוחד באזור הדרום נאלצים להתמודד עם משבר קשה. חוסר האונים, חוסר הוודאות, המפגש עם מציאות המגלמת בתוכה שיאים של אכזריות אנושית והמשך הסכנה לחיים, מציף את כולנו. אנו חווים שינויים דרמטיים באורחות החיים שלנו, הכוללים שבר בתחושת הרציפות, עמימות, אי וודאות, אובדנים רבים, דאגה ומתיחות גדולה. ומעל כל אלו, מרחפים החששות והדאגות הקשורים לנעדרים ולשבויים בשבי החמאס. במציאות זו, כאשר כולנו, מטפלים ומטופלים חווים יחד את אי הוודאות, האבדנים והחששות, עולים הרצון, החובה והצורך האישי שלנו להגן על עצמנו ועל בני משפחתנו מחד, ולשמר את רציפות התפקיד שלנו כמטפלים ולהמשיך לדאוג למטופלים שלנו מאידך.

המסמך המצורף נכתב במקור באוגוסט 2014 במהלך מבצע "צוק איתן" והוקדש לפסיכולוגים החינוכיים אשר חיים ועובדים, בקהילות ובישובים הסמוכים לגבול עם עזה. פסיכולוגים אלו למדו ומלמדים אותנו גם היום, על החיים במציאות טראומטית משותפת. בשנת 2020 המסמך עודכן לתקופת מגפת הקורונה, וכעת מתעדכן בהתאם לאירועים הנוכחיים. מטרתו של המסמך הינה לנסות להמשיג את הסיטואציה הנוכחית, את האתגרים והדילמות המלווים אותה, ולהעניק התייחסות ראשונית להערכות אפשריות לנוכח אתגרים אלו ברמה המערכתית והצוותית (לקווים מנחים ניתן להיעזר במסמך "אבדן עמום טראומטי – שבויים ונעדרים אזרחיים").

1. דר' תמר לביא, פסיכולוגית חינוכית, פסיכותרפיסטית, מנהלת תחום ידע ומחקר, נט"ל.
2. דר' מזל מנחם, פסיכולוגית שיקומית-מדריכה, אגף פסיכולוגיה, שפ"י.
3. יעל שחר, פסיכולוגית חינוכית-מדריכה, רכזת ארצית למניעת אבדנות, אגף פסיכולוגיה, היחידה למצבי לחץ שפ"י, שפ"ח לוד.
4. גל תמים-סיקולר, פסיכולוגית התפתחותית חינוכית-מדריכה, רפרנטית ארצית לגיל הרך בחירום, אגף פסיכולוגיה, היחידה למצבי לחץ, שפ"י, מנהלת שפ"ח הר חברון.
5. פרופ' רחל דקל, בית הספר לעו"ס, אונ' בר-אילן; יועצת מדעית ביחידת המחקר, נט"ל

חשיפה לאירוע טראומטי הינה הגורם המחולל הראשוני להתפתחות של תסמונת פוסט טראומטית (APA, 2013) ולמגוון תגובות נפשיות פתולוגיות אחרות כמו חרדה, דיכאון ודיסוציאציה (Friedman, Resick, Bryant, & Brewin, 2011). קיומו של גורם מחולל חיצוני במציאות הממשית הינו טרגי, כיוון שמעיד על האפשרות שקיימת למנוע את התפתחות התחלואה. החשיפה לאירוע הטראומטי יכולה להיות ישירה או עקיפה. הספרות העוסקת בטיפול בנפגעי טראומה מכירה מזה שנים רבות בהשלכות השליליות וארוכות הטווח שיש לעבודה זו על המטפלים, אנשי בריאות הנפש, ובמנגנונים באמצעותם עוברת המצוקה של מטופלים אשר שרדו טראומה אל המטפלים במהלך התהליך הטיפולי. זאת עד כי המטפלים עצמם מפתחים סימפטומים פסיכולוגיים, רגשיים וקוגניטיביים דומים לאלו של המטופלים שלהם מבלי שהם עצמם חוו את הטרומה. בתחילת שנות ה-90 של המאה הקודמת נטבעו מונחים כמו טראומטיזציה משנית (Figley 1995) ותשישות חמלה (McCann & Pearlman, 1990) כדי לתאר את התופעה הזו.

בעשורים האחרונים, עם התגברות הטרור ההמוני, ולנוכח מלחמות המתפשטות מקו החזית המסורתית אל עבר ריכוזי אוכלוסיות, אסונות טבע ואסונות תעשייתיים, מתרבים המקרים בהם פסיכולוגים ואנשי בריאות הנפש חשופים לטרומה ולחרדות הכרוכות בה בשני האופנים: הן בצורה ישירה כחברים בקהילה החשופה לאירועים הטראומטיים, והן באופן עקיף דרך המטופלים שלהם. בכדי לתאר את החוויה הכרוכה בחשיפה הכפולה, התפתח גוף תאורטי ומחקרי חדש יחסית אשר עוסק בהשלכות של עבודת בריאות הנפש ב"מציאות טראומטית משותפת" (Nuttman-Shwartz & Dekel, 2009) (STR-Shared Traumatic Reality).

מציאות טראומטית משותפת

המונח "מציאות טראומטית משותפת" (Shared Traumatic Reality) התפתח בשנים האחרונות ומתייחס למצבים בהם אנשי בריאות הנפש חשופים, לצד מטופליהם, לאסון ולטרומה שפוקדים את הקהילה בה הם חיים ועובדים. כך שהמטפלים חשופים לאירועים הללו בכמה רמות: באופן ישיר כפרטים החיים בקהילה שנחשפה לאירוע טראומטי; כבני משפחות הדואגים ליקיריהם; וכמטפלים הנחשפים לטרומה באמצעות התהליך הטיפולי. באום (2010), מצביעה על ארבעה מאפיינים העומדים בבסיס ההגדרה של מציאות טראומטית משותפת:

1. האסון הינו אירוע קולקטיבי, הפוגע בקהילות שלמות.
2. האירוע הטראומטי מוסיף להתקיים בהווה, וטרם הסתיים.
3. הן המטפל והן המטופל משתייכים לאותה הקהילה (ולו לזמן קצר).
4. המטפלים חווים חשיפה כפולה: כאינדיבידואלים החיים בקהילה הפגועה, וכאנשי מקצוע המספקים סיוע לאותם אנשים שנפגעו מהאסון.

תופעה זו זכתה להתייחסות מצד קלינאים בעולם עוד בתקופת ה"בליץ" בלונדון של תחילת מלחמת העולם II (Schmidberg, 1942). בישראל אוזכרה התופעה על ידי מספר פסיכולוגים שהתייחסו לעבודתם הקלינית במהלך מלחמת המפרץ בשנת 1991 (לדוגמא: Keinan-Kon, 1998). אך למעשה, התעניינות והכרה נרחבים בתופעה החלו רק לאחר הפיגוע בבנייני התאומים בארצות הברית בשנת 2001, ולאחר מכן בשנת 2005, בעקבות פגיעת הוריקן "קתרינה" בניו אורלינס.

כיום, המונח נמצא בשימוש בעיקר במחקרים שהתמקדו באסונות טבע (Boulanger, 2013), מלחמות ופיגועי טרור שכגיעתם רחבת היקף (Tosone, 2006), ובמחקרים שנערכו בקרב מטפלים ישראלים העובדים לאורך הגבול עם עזה (Lavi, Nuttman-Shwartz & Dekel, 2017), וכן במחקרים שנכתבו על עבודתם של פסיכולוגים חינוכיים במציאות משותפת (Cohen et al., 2014; שער, 2019).

הספרות מתייחסת לשלושה היבטים מרכזיים הקשורים במורכבות העבודה של אנשי בריאות הנפש במציאות טראומטית משותפת:
הראשון עוסק בהשפעות החשיפה המרובדת על המצוקה הנפשית האישית של המטפל; השני עוסק בהשפעות הסיטואציה הזו על העבודה הקלינית; והשלישי מתמקד בניהול ההשפעות ההדדיות שבין העולם הפנימי האישי לזה המקצועי.

השלכות העבודה במציאות טראומטית משותפת על המטפלים

ממצאי המחקרים בנוגע להסתגלותם הנפשית של המטפלים למצב טראומטי מציגים תמונה מורכבת של צמיחה לצד מצוקה. כך למשל, לאחר אירועי ה-11 בספטמבר דיווחו פסיכולוגים בניו יורק על עליה בתחושות של אבדון, חרדה, כאב ואבל (Eidelson et al, 2003). כמו כן, פסיכולוגים חינוכיים אשר עבדו בצפון הארץ במהלך ולאחר מלחמת לבנון השנייה, ובדרום הארץ במהלך מבצע "עופרת יצוקה", דיווחו על תחושות צער, חרדה, חוסר וודאות, ואף סימפטומים פוסט טראומטיים כמו זיכרונות חודרניים של אירועים טראומטיים הקשורים במלחמות (Cohen et al., 2014). באום (2010), מייחסת את מצוקת המטפלים לחשיפה הישירה שלהם לאירועים טראומטיים במסגרת עבודתם, ולחרדות הקשורות בדאגה ליקיריהם. פרידמן ותובל-משיח (Freedman & Tuval Mashiah, 2018), מאששות זאת במחקרן כאשר הן מצביעות על קשר בין עצמת הסימפטומים הפוסט-טראומטיים של מטפלים במציאות טראומטית משותפת, ובין עצמת החשיפה הישירה שלהם לאירועים. יחד עם זאת, לדבריהן, סימפטומים אחרים (כמו דיכאון וחרדה) לא נמצאו קשורים בהכרח עם החשיפה הישירה של המטפלים. בכך, הן מאששות את ההשלכות של החשיפה המשנית על ההסתגלות הנפשית של המטפלים.

לצד ממצאים אלו קיימים ממצאים המעידים כי בקרב מטפלים העובדים במציאות טראומטית משותפת נמצאו רמות גבוהות של חוסן ביחס לאוכלוסייה הכללית (Dekel & Baum, 2010). נוטמן שוורץ (Nuttman-Shwartz, 2014), טבעה את המונח חוסן משותף (shared resilience in traumatic reality) המתייחס ליכולת של מטפלים להתמודד עם המציאות הטראומטית המשותפת באופן חיובי באמצעות הקשר הטיפולי. לדבריה, מטפלים מעידים כי הלמידה לגבי אופני ההתמודדות עם המצוקה מגיעה בזמנית, הן כתוצאה מהתמודדותם האישית, והן מעדות לדרכי ההתמודדות של המטופלים. בנוסף, אופני ההתמודדות הללו מזינים אחד את השני לצד מעגלים נוספים ברמה המזו-מערכתית, כמו קשר עם קולגות, מנהלים ובני משפחה. נוטמן-שוורץ מתייחסת גם לתהליכים של אמפטיה טיפולית במציאות טראומטית משותפת ולהשראה שמקבלים המטפלים העדים להתמודדות המטופלים שלהם, בסיטואציה שהם עצמם חווים, כאבני בניין לחוסן הנבנה במציאות טראומטית משותפת.

נוסף לחוסן, מחקרים מעידים על עלייה בתחושת שביעות הרצון המקצועית, ההתפתחות המקצועית והצמיחה האישית (Dekel & Baum, 2010; Baum, 2013; Shamai M. & Ron, 2009; Lev-Wiesel, 2009; Goldblatt, Eisikotits & Adm, 2009). כמו כן, המטפלים מצביעים על כך שישנן השלכות הדדיות לעבודה הקלינית ולחשיפה האישית האחת על השנייה. לדבריהם, החוויה האישית של האירועים הטראומטיים מהווה אמצעי לקשר טיפולי טוב יותר, ולהבנה ואמפטיה עמוקים יותר כלפי המטופלים (Batten et al., 2002; Cohen et al., 2014). תחושות אלו נמצאו גבוהות יותר בהשוואה למטפלים שלא חוו את המציאות הטראומטית. בנוסף, אחרים מדווחים כי האירועים שחוו עוררו בהם תחושת שליחות ומחויבות מחודשת, הן למקצוע והן למטופלים (Seeley, 2003), ואף התייחסו לעבודתם כאל "וסט מגן" המחייב אותם לשמור על תפקוד תקין, ומעניק להם כוחות נפשיים ותחושת מסוגלות להתמודד עם המציאות הטראומטית (לביא, נוטמן-שוורץ ודקל, 2015). מטפלים רבים התייחסו גם ל"וסט" בהקשר של התמיכה וההגנה שמספק השירות בו עבדו, ובהתייחסם לצוות ולמנהלת כמסייעים לוויסות רגשי ומעניקים תמיכה (Craig & Spang, 2010; Lavi, Nuttman-Shwartz & Dekel, 2017). ובהתייחסם למעטפת המקצועית, להדרכה ולהכשרה שקיבלו במסגרת השפ"ח (Cohen, Roer-Strier, Menahem, 2014; Fingher-Amitai & Israeli, 2014).

השלכות העבודה במציאות טראומטית משותפת על העבודה הטיפולית

במציאות טראומטית משותפת, שני הצדדים של הדיאדה הטיפולית שותפים לחוויה דומה. לשותפות זו ישנן השלכות ייחודיות הן על הקשר הנרקם בין השניים והן על המרחב המתקיים ביניהם.

א. הסטינג (Setting): מצבי חירום הפוגעים בקהילה באופן נרחב משפיעים על הסטינג הקבוע אשר הופך להיות נתון לתכתיבים חיצוניים שאינם בשליטתם של המטפל או המטופל (לביא, נוטמן-שוורץ ודקל, 2015). כמו למשל, מיקום הפגישות (לעיתים לא ניתן לקיים פגישות בקליניקה, כאשר מטופלים מפונים מביתם לאזורים אחרים, המטפלים נקראים לבצע התערבויות בשטחי פינוי, במקלטים, בקרבה לזירות אסון, בבתי חולים או בבתי המטופלים). ישנן השפעות של המצב על משך הפגישות ועל התדירות שלהן, כמו גם על מהלך הפגישות, כאשר נשמעות סירנות או טלפונים שהושארו פתוחים, יחד עם רעשים קונקרטיים החודרים אל חדר הטיפולים ומנכחים בו את המציאות הממשית.

לחדירות אלו ישנן השלכות בשני מישורים. ראשית, הן מגבירות את תחושת החרדה בחדר הטיפולים אשר בולמת ומצמצמת תופעות כמו מעבריות וסימבוליות במרחב הטיפולי. מאידך, הנוכחות של המציאות הקשה בתוך חדר הטיפולים מייצרת הזדמנות לחוויה, והנעה של תהליכי שינוי בחיי המטופלים שלא הייתה מתאפשרת בדרך אחרת (לביא, נוטמן-שוורץ ודקל, 2015).

הפגיעה בסטינג מצמצמת את תרומתו לתהליכי ההחזקה של המטופל ולהגנה על המטופלים (lahad, 2000). אלו האחרונים הופכים פגיעים וחשופים יותר לתהליכים של טראומטיזציה משנית. ויותר מכך, הקושי לשלוט בסטינג ובקביעות הטיפול עלולה להתפרש אצל המטופלים כחוסר יכולת למלא את הייעוד של סיוע והגנה על המטופלים דווקא ברגעים בהם הצורך של המטופלים בתמיכה נפשית גובר. מצב זה מעורר בקרב המטופלים כעס, תסכול, תחושות אשם וירידה בתחושות הקומפלטיות המקצועית (Boulanger, 2013; Baum, 2012). קשים במיוחד עבור מטפלים הם הרגעים בהם נאלצו לחרוג מנורמות קיימות או אף לבטל טיפולים לנוכח קשיים אישיים שלהם (Boulanger, 2013). באום (2010) מציינת כי מצב זה מונע מן המטפלים את האפשרות להישען על אחד ממנגנוני ההגנה החיוניים למטפל והוא תחושת הערך הנובעת מפנטזיית ההצלה.

(בהקשר של השינוי בסטינג הוקדש לפלטפורמה של עבודה מקוונת סעיף נפרד).

ב. טשטוש הא-סימטריה בין המטפל למטופל: ככל שהדמיון בחוויה של המטפל והמטופל גוברים, גוברים גם הסימטריה והשוויון בין השניים. לעיתים מופר האיזון לחלוטין, עד למצב של "בלבול תפקידים". מטפלים רבים במציאות טראומטית משותפת מספרים על דאגה של המטופלים כלפיהם במהלך שעה טיפולית או אף בטלפון שקיבלו מן המטופלים מחוץ לשעות הטיפול (Lavi, Nuttman-Shwartz & Dekel, 2017). טוסון ונוטמן-שוורץ (Tosone, Nuttman-Shwartz & Stephens, 2012), מתארות רגעים בדיאדה הטיפולית בהם מבלי משים, הטיפול שימש את המטפלות לצרכים הרגשיים, האישיים שלהן עצמן. אבדן הא-סימטריה בדיאדה הטיפולית עלול לעורר תחושות אשם בקרב המטפלים המרגישים שהם חוטאים לתפקידם להגן על המטופלים מבלי להנכיח את המצוקה האישית שלהם כנטל נוסף על המטופלים (Boulanger, 2013).

ההזדהות הגבוהה שחשים המטפלים עם המטופלים עלולה לפגוע גם בתהליכי הערכה וקבלת ההחלטות בשלבי הטיפול השונים (Lavi, Nuttman-Shwartz & Dekel, 2017), או אף לקושי בהפרדת העולמות הסובייקטיביים. בולנגר (Boulanger, 2013), מתארת מצבים של סימטריה של חרדות (fearful symmetry) בהם המטופל והמטפל חווים חרדה זהה בו זמנית. מצבים אלו עלולים להוביל לתגובות קאוטר טרנספרנסיאליות חזקות ולפגוע באינטרס הטיפול. זאת משום שהמטפל עסוק למעשה בהתגוננות מפני אותה חרדה המציפה את המטופל. דוגמא לכך נמצאה במחקרן של כהן ואחרים (Cohen et al., 2014), אשר ראינו פסיכולוגים חינוכיים אשר עבדו במהלך מלחמת לבנון השנייה. בראיונות סיפרו הפסיכולוגים כי בניסיון להתמודד עם החרדה שהציפה אותם (ולעיתים גם העלתה חוויות טראומטיות מן הילדות בצפון) נמנעו באופן מודע ולא מודע מעיסוק ישיר בחוויות הטרואומטיות של הילדים המטופלים ועיכבו בכך את העבודה הטיפולית. באום (Baum, 2013), טוענת כי חוויות מעין אלו נפוצות בקרב אנשי בריאות נפש במציאות טראומטית משותפת, אשר נמצאו קשורות עם רגשות אשם, או ירידה בערך העצמי המקצועי שלהם.

קיימים ממצאים מחקריים המציעים כי השותפות בחוויה הטרואומטית וההזדהות עם המטופלים עשויה להיות בעלת השלכות חיוביות, לשכר את תחושת האינטימיות והקשר האישי בין המטפל למטופל (Batten & Orsillo, 2002; Seeley, 2003), ולהעמיק את תחושת המחויבות למקצוע ולהוביל לצמיחה אישית (Shamai & Ron, 2009; Tosone, McTighe & Bauwens, 2015). לביא ואחרים (2015), אשר חקרו מטפלים באזור הנגב המערבי ציינו גם שיכלתם של אלו לערוך אבחנה מובדלת בין תגובות נורמטיביות ופתולוגיות למצב של הטרואומה המתמשכת באזור הייתה טובה מזו של פסיכולוגים שאינם חווים את מציאות החיים הטרואומטית. אלו האחרונים נטו להתייחס לרבות מן התגובות של האוכלוסייה כהימנעויות או עוררות יתר פתולוגיות, בעוד שמטפלים החווים בעצמם את הטרואומה, העריכו את המרכיב המסתגל בתגובות אלו.

ג. טשטוש גבולות המקצוע: גבולות העיסוק של המטפלים מתגמשים כאשר הם נדרשים לבצע משימות שמעולם לא נכנסו אל הגדרות התפקיד שלהם. כמו למשל, לטפל במצבי חרום, לדאוג לצרכיהם הבסיסיים של המטופלים, או להתמודד עם סוגי מצוקה שונים במישור המשפחתי והזוגי בקרב המטופלים אשר אינם מומחים בו. התמודדות עם מצבים אלו מחייבת תגובה מהירה ויצירתית וחשיבה מחוץ לקופסא (Rosser, 2008). בימים אלו, פסיכולוגים עסוקים במגוון רחב של התערבויות שיש להן ערך תרפויטי כמו למשל- אירגון מסיבת יום-הולדת לילד שפונה מן היישוב שלו לאחר חוויה טראומטית קשה ומתמודד עם קבלת בשורות מרות נוספות מדי יום.

ד. ניהול בין המרחבים - האישי והמקצועי: זהו מאפיין מרכזי של מציאות טראומטית משותפת. מצב החירום הנרחב מחייב עבודה טיפולית מחוץ לקליניקה הקבועה ולשעות העבודה המוסכמות, ובשל כך הוא פוגע בגבולות הפיזיים והטמפורליים בין הבית לעבודה (Dekel & Baum, 2010; Tosone et al., 2012; Dekel, Nuttman-Shwartz & Lavi, 2016). מצב החירום והטראומה מעצימים את הדרישות והמחויבויות המקצועיות כמו גם אלו האישיות-משפחתיות, ובכך מתגבר הקונפליקט בין שני המרחבים הללו עד כי הקונפליקט מהווה גורם דחק נוסף אשר עלול לעורר רגשות אשם וירידה בתחושת הערך האישי והמקצועי (Loewenberg, 1992; Somer, Buchbinder, Peled-Avram, Ben-Yizhack, 2004).

הטשטוש בין המרחבים האישי והמקצועי מתקיים גם ברמה האינטרא-פסיכית. Osofsky (2009), אשר צפתה במטפלים העובדים עם ילדים שנחשפו לטראומות קהילתיות, מצאה כי פעמים רבות מטפלים קוטעים את השחזור של הטראומה במשחק בכדי "להציל" את הילד, ובכך להקל על החרדה שמתעוררת בקרבם. לנוכח האיום הקיומי על המטפלים ועל יקיריהם קורה שבמהלך שעה טיפולית נודדות מחשבותיהם של המטפלים אל משפחותיהם-שלהם, והם מתקשים להיות זמינים רגשית ומנטלית עבור המטופלים שלהם (Saakvitne, 2002; Somer et al., 2004). מן הצד השני, דאגות לגבי המטופל ואף מחשבות חודרניות הקשורות לחומרים של מטופלים, מופיעות כאשר הם בבית עם משפחתם (Cohen et al., 2014). חוויות מסוג זה של ריבוי בכשלים אמפטיים, מובילה גם היא את המטפלים לחוש רגשות אשם, או ירידה בערך העצמי המקצועי (Baum, 2013).

על מנת להתמודד עם האינטנסיביות של קונפליקט הנאמניות בין הבית לעבודה תיארו מטפלים בדרום-מערב הנגב שימוש במספר אסטרטגיות שנעו בין סגמנטציה לאינטגרציה. כלומר, אסטרטגיות הנעות בין ניתוק מוחלט בין הבית לעבודה, באמצעות יצירת גבולות ברורים ובלתי מתפשרים בין שני העולמות, ובין חיבור של העולמות באמצעות גבולות גמישים ועבירים שהיו לעיתים מעומעמים. מטפלים אלו הדגישו את חשיבות האקלים הארגוני ואת תפקידם המרכזי של המדריכים והמנהלים לניהול ולוויסות הקונפליקט באופן קונקרטי ורגשי (Dekel, Nuttman-Shwartz & Lavi, 2016).

מאפייני העבודה במלחמת חרבות ברזל

המשבר הנוכחי הינו משבר שלא חווינו כמותו בכל ההיסטוריה של ישראל כמדינה. גודל הזוועות, והחשיפה לאכזריות הגולמית הם גבוהים משאי פעם ידענו עליהם. יותר מכך, האירועים מתמשכים ומלווים בחוסר וודאות רב. היקף הפגיעה הוא נרחב וכולל קהילות, יישובים ואף מועצות שלמות. הטראומה כוללת מרכיבים של מעשי זוועה וחשיפה לתמונות קשות מאד; אובדנים רבים בהם אבדן של קרובים ואהובים; אבדן רכוש, בית וקהילה; וחשש מאבדן פרנסה. לצד כל אלו, האירועים האחרונים הובילו לאבדן תחושת הביטחון הבסיסית ביותר, ולתחושות קשות של נבגדות, נטישה והפקרה מצד ההנהגה, אשר הולידו שבר בסיסי באמון בה כמו גם שבר בתפיסות עולם בסיסיות (Janoff Bulman, 1992). בנוסף, המצב הנוכחי גורם לקטיעה דרמטית בתחושת הרציפות על כל רבדיה: הקוגניטיבית, ההיסטורית, התפקודית והחברתית (Omer & Alon, 1994) אשר מעניקות לאדם תחושה של שליטה, של חיים בעולם עם משמעות ושל חיים לצד אנשים שהם טובים בבסיסם.

המענים וההערכות האירגונית מותאמים ביחס לציר הזמן של האירועים הטראומטיים. בזמן כתיבת שורות אלה, אנו מצויים בראשיתה של מלחמה. על ציר הזמן ביחס לאסון של יום השבת ה-7 באוקטובר אנחנו מצויים במרחב של ASD (וביחס לאירועים נוספים, גם של ASR). בנוסף, האיום על החיים מתקיים בהווה והוא מציאותי ומעורר דריכות גדולה לקראת כניסה קרקעית לשטח האויב והסלמה מאסיבית כך שניתן לאפיין את החשיפה הזו כטראומה מתמשכת (CTS - Continuous Traumatic Stress) זו האחרונה כוללת בתוכה באותה העת את הפרה, הפרי והפוסט.

בנוסף, מעגלי הפגיעה הם רחבים. ישנו כאמור ריבוי של אובדנים (אנשים, רכוש, פרנסה וקהילה) והם רחבי היקף. ישנן משפחות גרעיניות שיקריהם (הורים וילדים) נהרגו, ישנם ילדים שנותרו יתומים, סבים וסבתות ששכלו שני דורות של ילדים ונכדים. האבל חורג מן האבדן הפרטי והמשפחתי והופך לקהילתי ואף לחברתי-לאומי. בקהילות ובקיבוצים, עם תחילת התארגנות מערכתית לאיסוף השכבות, הקבוצות והכיתות, הילדים והנוער נחשפים באופן קונקרטי ל"חללים" ולהעדר של חבריהם, לגודל הקבוצה שהצטמצם לעיתים עד לכדי מחצית ואף יותר. נוסף לאבל הטראומטי ישנו גם האבל העמום בהתייחס לחטופים ולנעדרים (ראו מסמך אובדן עמום)

בערים רבות נוספו לשירותים הציבוריים גם אחריות גם על אוכלוסיות של מפונים אם במרכזי קליטה, ועל תושבים שהגיעו ספורדית לגור עם בני משפחה, נוסף על עבודתם עם האוכלוסיות הטבעיות הנעזרות בשירות.

בעוד שחירום מעורר אותנו לתגובה אינטנסיבית בתחילתו, הרי שהשקעת משאבים ממושכת במצב של הישרדות יכולה לגרום לעומס אלוסטטי, לדלדול במשאבי ההתמודדות ואף תחלואה פיזית (לביא, רוזנבלט ושניר, 2019). לצד זאת, דווקא משך הזמן הארוך מאפשר יצירת "שגרת חירום" והסתגלות מחודשת לסיטואציה. היכולת לייצר פתרונות מהירים פתחה מרחבי עשייה חדשים ויצירתיים, ומהווה בפני עצמה גורם חוסן ועידוד לתחושת הערך העצמי.

שירותים פסיכולוגים חינוכיים במציאות טראומטית משותפת

לפסיכולוגים החינוכיים יש מיקום ייחודי בקהילה, שכן הם מצויים על צומת דרכים בין גורמים טיפוליים שונים: רווחה, בריאות הנפש, התפתחות הילד והמשפחה. עבודתם כוללת התערבויות החל מרמת הקהילה והמערכת ועד לטיפול פרטני ארוך טווח. נוסף לכל אלו, הפסיכולוגים החינוכיים ממלאים גם תפקיד בעתות חירום. תפקידם הינו מרכזי על רצף הזמן החל מהכנת הקהילה לפני החירום, ניהול מערכות שונות בה במהלך אירוע חירום ממושך, ובהשבת הקהילה לתפקוד נורמטיבי בסיום באירוע.

כך, בנוסף לכל ההשלכות של עבודת בריאות הנפש במציאות טראומטית משותפת שנסקרו לעיל, ניתן לתאר מאפיינים וביטויים שהם ייחודיים לעבודתם של הפסיכולוגים החינוכיים: ראשית, עבודתם מתקיימת בתוך הסביבה האקולוגית של הפונים והמטופלים, כאשר הם בעמדה דואלית שבה הם משתייכים לקהילה ובו בזמן חיצוניים לה. מיקום זה מעצים גם את השבר המתהווה בסטינג הטיפולי כאשר הקהילה בה הם עובדים נפגעת, גם אם הם אינם חברים בה.

בנוסף, בעתות חירום הצרכים של כל הקהלים בהם הם תומכים, כמו מנהלים, מורים, תלמידים ומשפחות - גוברים. כך שעבודתם משתנה במהות ובאינטנסיביות שלה. תחומי האחריות שלהם ושל האוכלוסיות עימן הם עובדים מתרחבים, ומסגרת עבודתם הופכת לכאוטית ולבלתי צפויה = הכוללת תפקידים שאינם נמנים על אלו המוסכמים והמקובלים בזמני שגרה. מעבר למענים אותם הם נותנים למערכות החינוך גם כאשר הן אינן פתוחות, הם מוצבים במרכזי דחק, נקראים לאתרי אסון ולביקורי בית. זאת ועוד, הם מעניקים טיפולים והתערבויות חד-פעמיות וממוקדות לאוכלוסיות שאינן מוכרות להם ושהקשר עימן אינו צפוי להיות המשכי או ארוך טווח. מאפייני עבודה אלו חושפים את הפסיכולוגים לפגיעות גבוהה, הן ברובד הפיסי-הממשי כאשר הם יוצאים אל השטח ומתרחקים ממרחבים מוגנים בזמן מלחמה, והן ברובד המנטלי, האינטרא-פסיכי.

באום (2010), מציינת כי לעבודת בריאות הנפש במציאות טראומטית משותפת ישנם שני ערוצים עיקריים המושפעים באופן שונה מן הסיטואציה: מתן מענה חירום, ועבודה קלינית מתמשכת ארוכת טווח. עבודתם של הפסיכולוגים החינוכיים כוללת את שני הערוצים הללו, כיוון שהם נדרשים לסייע במתן עזרה ראשונה נפשית, ובמקביל לכך להמשיך וללוות את המטופלים ואנשי הצוות הקבועים (מערכות ופרטים), לאורך תקופת החירום ולאחריה.

לכן, חשוב לבחון את ההשלכות ההדדיות הקיימות בין שני הערוצים הללו. במהלך החירום שני השותפים, המטפל והמטופל חשופים יותר מן הרגיל. הפונים בזמן חירום מאופיינים במצב של נזקקות גבוהה והם עלולים לפתח תלות גבוהה מאוד במטפל, והקשר שנוצר דומה ל"החתמה" (לביא ובן-אשר בדפוס)בו בזמן, המטפל עלול לפתח "פנטזיית מציל" חזקה. אישוש לכך מצאו כהן ואחרים (2014), המדווחים כי פסיכולוגים חינוכיים אשר נפגשו עם ילדים בזמן חירום, כאשר היו בעצמם עסוקים בדאגות לילדיהם שלהם, פיתחו "פנטזיות הצלה" גבוהות והזדהות הורית עמוקה כלפי המטופלים והנפגעים בהם טיפלו.

התערבויות הניתנות בזמן חירום חושפות את המעורבים בהן להשלכות האסון באופן אינטנסיבי וישיר. במפגשים אלו הכאוס ונוכחותם הבולטת של הפגיעות והמוות עלולים לעורר אצל הפסיכולוג הגנות שמסייעות לו להמשיך לתפקד באתרי החירום. אך יחד עם זאת, הגנות אלו עלולות להתייבב ולהמשיך ולפעול גם בתוך קשר טיפולי ארוך טווח, שם פעולתן עלולה לפגוע באינטרס הטיפולי. הפסיכולוג יתקשה להתמודד עם החרדות המציפות את המטופלים, או לחלופין, יתקשה לעצור את ההצפה הרגשית שהוא עצמו חווה אל מול המטופל, עד כדי חילופי תפקידים בתוך הדיאדה הטיפולית. הפגיעה בטיפול היא בעיקר במקרים בהם חוויית החשיפה של המטופל נחשבת למתונה באופן יחסי.

למאפייניה הקהילתיים של עבודת הפסיכולוגים החינוכיים ישנם גם יתרונות המקבלים ביטוי נרחב בעבודה בשעת חירום. ההכרות וההשתייכות לקהילה מגבירים את תחושת המחויבות שלהם הן לעבודתם והן למטופלים שלהם. תחושות אלו תורמות בתורן להגברת החוסן הנפשי, ולצמצום ההשלכות השליליות של החשיפה הכפולה המתקיימת במציאות טראומטית משותפת. כמו כן, המעורבות בקהילה מסייעת לשמור על הרצף הטיפולי ומאפשרת מעקב בעתיד גם כאשר ההתערבות הינה חד-פעמית.

עבודתם של הפסיכולוגים החינוכיים בתוך המערך הציבורי מסייעת ביצירת קשר עם גורמים בקהילה אשר יכולים לדאוג להמשך הטיפול ולהכנת התשתית הנדרשת לפונה לשם חזרתו לתפקוד תקין. העבודה האינטנסיבית בקהילה וה-*reaching out*, מקבלים ביטוי לאחר מכן בריבוי של פניות. כך גם מן העבר השני, הפסיכולוגים החינוכיים מוכרים בקהילה על ידי צוותי החינוך וגורמים טיפוליים נוספים בקיאותם בחיי הקהילה ובתנאי החירום השוררים בה, וההכרות ההדדית בינם לבין גורמים רבים בקהילה מעורר את אמון התושבים. שלבי יצירת הקשר ורכישת האמון המתקיימים גם במפגש חד-פעמי יכולים להתקצר ובכך לייעל את עבודתם ולהעמיק את השפעת ההתערבות הרגשית שערכו. כל אלו מגבירים את תחושת השליטה והמסוגלות המקצועית של הפסיכולוגים.

לצד אלו, השותפות בחיי הקהילה חושפים את הפסיכולוגים, במידה והם או בני משפחותיהם לא נפגעו, להשלכות הטראומה. הם חווים אובדנים רבים של אנשים אהובים, של מטופלים, של בית ורכוש. בנוסף, חלקם נתלשו מביתם ופוננו יחד עם קהילותיהם.

במהלך המשבר הנוכחי, עוברת הפסיכולוגיה החינוכית יחד עם השדה החינוכי בו היא פועלת, תהפוכות לא פשוטות, כמו מערכת החינוך כולה. בכדי לפעול להגברת החוסן של הפסיכולוגים החינוכיים בשפ"חים ולהביא לצמצום ההשלכות הפתוגניות של העבודה במציאות טראומטית משותפת, ריכזנו להלן רשימה של המלצות לפעולה. ההמלצות נוגעות להשלכות של העבודה במציאות טראומטית משותפת כפי שנדונו לעיל ואינן כוללות אספקטים נוספים של עבודת החירום או עבודה בשגרת חירום.

המלצות יישומיות

במצב זה, ובהתייחס לכל הנאמר עד כה, מובאות להלן כמה המלצות לגבי הערכות מערכתית שהן נוספות לתמיכה הרגשית שמעניקים הדרכה קבועה פרטנית וקבוצתית, קבוצות איורור ולמידה בסיום יום ואחרי אירועים קשים ועוד.

שמירה על כללי העבודה בחירום

הכללים הבסיסיים של עבודה בחירום הינם עבודה בזוגות, עבודה במשמרות ידועות מראש ככל שניתן, הקפדה על הפוגות (לזמן בית ומנוחה), מפגש לפתיחה ולסיכום כל משמרת / יום עבודה, שמירה על הדרכה קבועה, רישום ותיעוד הנעשה בכל יום (בכלל זה תובנות שעולות). באופן פרדוקסלי, יצירת התנאים והמרחב בכדי לעמוד בהם אינה פשוטה, אך הם שומרים על המטפלים ומווסתים את העבודה הכוללת חשיפה לטראומה משנית ולשחיקה, ומגבירים את התחושה של שליטה וארגון.

תמיכה רגשית

• **הכרה בקשיים ובצרכים מגוונים:** היכולת להרתם למאמץ החירומי מגוונת. עצמות המצוקה המתעוררת לנוכח האירועים והמחויבות הכפולה למשפחה ולעבודה משתנה בין משפחות ובהתאם לגיל הפסיכולוגים. מומלץ שלא לחייב פסיכולוגים המביעים הסתייגות לצאת לפעילות. פתרונות יצירתיים כמו גמישות בזמני העבודה, במיקום או בתחום העבודה יכולים לסייע. אקלים אירגוני המקבל מגוון סגנונות התמודדות ומייצר יחס דיפרנציאלי לצרכים השונים של הפסיכולוגים ומאפשר מרחב לכל אחד מהם לתרום באופן שמתאים עבורו, יעודד את החוסן הנפשי ואת תחושת הלכידות הצוותית גם בימים שאחרי החירום. (דרכים לכך הן: תורנות טלפונית, חלוקת משימות כמו כתיבה וארגון חומרים וערכות לעבודה וכו').

• **שמירה עצמית:** איכויותיה של השמירה העצמית ידועות. עם זאת, קיים פער בין הבנת חשיבות השמירה העצמית ובין נקיטת פעולות המוכוונות לשמירה עצמית, בוודאי במצבים של אסון ובתוך צוותים בהם ההשתייכות והמחויבות לחברים בצוות גבוהה. כדי לקיים את השמירה העצמית נדרשת פעולה פרו-אקטיבית של בחירה והחלטה מדי יום. כאשר האירגון, והמערכת דואגים לשמירה העצמית של הצוותים כחלק אינטגרלי של עבודת החירום, מטפחים נורמות של שמירה עצמית, מנהלים ועובדים בכירים מהווים דוגמא אישית לשמירה עצמית והאירגון מייצר מרחבים ומאפשר את השמירה העצמית, יעילותה ואחוז העובדים שנוקטים בפעולות של שמירה עצמית גובר. כחלק מן המאמצים לשמירה עצמית ניתן לכלול גם פעולות שנעשות בצוות ובאירגון על מנת לסייע לעובדים בניהול הקונפליקט שבין מרחבי הבית לעבודה.

• **קבוצות שיח ואיוורור:** בכדי להתמודד עם המצוקה ניתן לעבות את התמיכה הניתנת לפסיכולוגים באמצעות הדרכה, ובאמצעות יצירת קבוצות תמיכה של עמיתים. קבוצות אלו עשויות לסייע בכמה רמות: לתרום לחיזוק תחושת השייכות, לתרום לחיזוק הקשרים החברתיים והתמיכה החברתית, לנרמל את החוויה האישית ולאפשר התייעצות וסיעור מוחות לשם מציאת פתרונות יצירתיים לאתגרים הקיימים. יחד עם זאת פעמים רבות קורה במהלך העבודה האינטנסיבית, שהפוגה המיועדת לשיתוף ולאיוורור מעוררת התנגדות. ההתנגדות עולה הן לנוכח הדחף להמשיך ולעבוד, או הצורך לסיים משמרת ולמהר למשפחה ולבית והן משום שהמפגשים הקבוצתיים עלולים להתפס ככאלו שיפגעו בהגנות המכהות את התגובה הרגשית ומאפשרות המשך תפקוד תקין. ניתן לתאם ציפיות של המפגש עם העובדים ולהוסיף בו מרכיב של למידת עמיתים החיונית לייעול ולהתאמה טובה יותר של המשך העבודה.

• **תמיכה בפסיכולוגיות שחוו טראומה ואובדנים:** צוות השירות מהווה קבוצת השתייכות ותמיכה עבור העובדים והעובדות בו. משימה שנוספה למשימת החירום המקצועית היא תמיכה בעובדים הללו. גם לנוכח החירום והעבודה האינטנסיבית נדרשת דאגה לשלומם, לערוך ביקורי אבלים, להביע תמיכה רגשית ואינסטרומנטלית כחלק ממצב החירום הלאומי. משימה זו חשובה הן לצוות ולעובדות שלא חוו אבדן והן עבור העובדים שחוו את האבדן.

• **תמיכה בפסיכולוגים שבני משפחה שלהם משרתים בצבא (סדיר או מילואים):** בדומה לנאמר לעיל חשובים ההתייחסות והתמיכה (רגשית ואינסטרומנטלית) במי שדואגים ליקיריהם לצד זאת הבנת המתח שהם שרויים בו והשלכות שעלולות להיות למתח הזה במהלך ובתוך העבודה.

• **חמלה עצמית:** חמלה עצמית מוכרת כגורם הממתן את ההשלכות הפתוגניות של חשיפה לאירוע טראומטי (Winders, Murphy, Looney & O'Reilly, 2020). חמלה עצמית הינה היכולת לדאוג לעצמנו ולהעניק לעצמנו חסד גם במצבים של קושי, כאב וכישלון. נאף (2003), רואה בחמלה עצמית משתנה הכוללת שלושה מרכיבים: 1. חסד עצמי (בשונה מביקורת עצמית); 2. חיבור לחוויה כלל-אנושית (בשונה מאיזולציה ובידוד); 3. קשיבות (מיינדפולנס), שהיא היכולת להתבונן בחוויה (בשונה מהזדהות יתר עם החוויה). במציאות בה אי-הוודאות, התכתיבים והאילוצים החיצוניים גבוהים, ישנה חשיבות לאימוץ החמלה העצמית תוך הדגמתה גם לסביבה ולמטופלים (modeling).

כינון מחדש של תחושת הרציפות

חוסר היכולת להסיק לגבי המחר מתוקף האתמול, שינויים תכופים בהערכות, העדר ידע ובלבול מובילים לתחושת אי וודאות וחוסר אונים. ביסוס מחדש שימור או יצירת תחושת רציפות במקומות בהן היא נפגעה מהווים משימה מרכזית של הפסיכולוג הבודד כמו גם של השפ"ח כארגון בתוך הקהילה. לשם כך, חשוב לנוע בתוך הדיאלקטיקה שבין המצוקה המתעוררת לנוכח השבר בתחושת הרציפות, לבין הידיעה של המרכיבים המוכרים גם בתוך החירום. שימוש בידע קיים, יכולות וכישורים שסייעו בעבר מגבירים את תחושת השליטה והמסוגלות (והם הוכיחו עצמם רלוונטיים גם לנוכח האירועים והזוועות של המלחמה הנוכחית). לשם כך ניתן לפעול בכמה מישורים:

- **שמירה על תפקיד המנהלת כמובילת הארגון:** למנהלים תפקיד משמעותי בשמירה על התפקוד התקין והרווחה הנפשית של הפסיכולוגים בשירות. בעתות חירום תפקיד זה הוא חשוב, וגם מורכב יותר. לשם כך הם זקוקים ליד ימין (סגנית או מדריכה בכירה) לחלוקת נטל העבודה. שכן, הם נאלצים לעבוד בעומס גדול, לעיתים מבלי שיש להם מספיק עובדים לקיים את העבודה. חשוב להזכיר בהקשר זה כי בערים מסוימות נוספה משימה של דאגה לרווחתם של מפונים במרכזי קליטה, והם עצמם חווים אובדנים ותומכים בעובדים ובעובדות שחוו אובדנים. לכן חשוב לתת למנהלת את התמיכה והליווי בתהליך הזה ובדרכים ליציאה ממנו חזרה אל השגרה. נוסף לכל אלו חשוב ליצור מענים של פסקי זמן עבור מנהלות ומנהלים, לצד חשיבה על רוטציה, כך שיהיו להם סופי שבוע עם שקט יחסי, או לחלופין, יכולת לקחת פסק זמן בימי השבוע, יכולת לעבוד במשמרות עם סגנית וקבוצות תמיכה של peers.
- **שימור המבנה המקצועי הארגוני המוכר:** שמירה על התפקידים השונים, על תהליכי הדרכה אישיים וקבוצתיים ואף עיבוי הנוכחות של הארגון והמדריכים (ברמה הפיזית והרגשית כאחת) בקרב הפסיכולוגים. במידה ונוצר קושי לספק את ההדרכה הקבועה ניתן לשקול, יחד עם הפסיכולוגית הדרכה חלופית זמנית. על ההדרכה בזמן זה לכלול גם התייחסות לפלטפורמה של טיפול מרחוק וגם להשפעות של מציאות משותפת.
- **יצירת שגרת חירום:** יצירת שגרת עבודה חלופית (לצד שימור מה שניתן מעבודת השגרה) הכוללת לוחות זמנים, פעילויות וכללי עבודה ייחודיים לתקופת החירום. אלו כוללים כינון גישות יומיות של עדכונים (לצוות כולו או למעורבים בעבודת החירום); פגישות אוורור בקבוצות קטנות או פרטניות; טקסי מעבר לציון סיום משמרת ואת המעבר בין הבית לעבודה; רישום של הפעילות היומית ויצירת נרטיב קוהרנטי של העבודה בכל יום. פעולות אלו מייצרות סדר כרונולוגי ומצמצמות את תחושת הכאוס, אי הוודאות והפרגמנטציה של העבודה. בנוסף, לאלו, הגדרה ברורה של התפקידים, הכללים, הקיום המנחים והציפיות מן הפסיכולוגים לזמן החירום (האם הם מחויבים להתייצב לעבודה, באילו תנאים ניתן לעבוד מן הבית, סוג העבודה, שעות העבודה וכיוצא באלה).

- **גמישות במבנים ארגוניים וזמני עבודה:** יש להכיר בקושי של חלק מהפסיכולוגים להצליח לעבוד בהיקפים המצופים, וזאת לאור המחויבות הכפולה שלהם למשפחה ולעבודה. מומלץ שלא לחייב הורים לילדים קטנים או פסיכולוגים חרדתיים במיוחד לפעול או לצאת מן הבית במידה והם מביעים הסתייגות מכך. פתרונות יצירתיים כמו גמישות בזמני העבודה, במיקום או בתחום העבודה עשויים לסייע. אקלים ארגוני המקבל מגוון סגנונות התמודדות ומייצר יחס דיפרנציאלי לצרכים השונים של הפסיכולוגים, יעודד את החוסן הנפשי של העובדים. יחד עם זאת, כאמור לעיל חשוב למצוא לכל פסיכולוג את הדרך בה הוא יכול לתרום לעבודת הארגון גם במהלך החירום, וזאת על מנת לשמור על תחושת הלכידות הצוותית גם בימים שלאחר תקופת החירום (הדרכים לכך הינן: תורנות טלפונית, חלוקת משימות כמו כתיבה וארגון חומרים וערכות לעבודה וכיוצא באלה).
- **שמירה על רציפות תפקיד של פסיכולוגים שלנוכח המצב אינם יכולים לעבוד פיזית בשירות ושמירה על הקשר איתם:** פסיכולוגים רבים אינם יכולים לשמור על הרציפות התפקודית שלהם בעת הזו, בין אם בשל אובדנים או טראומה שהם עצמם עברו ובין אם מסיבות אחרות. שמירה על קשר איתם, חשובה להמשך תחושת השייכות והחיוניות של הפסיכולוגים, הן אלו אשר ממשיכים לעבוד ועלולים לחוות אשמת ניצולים והן אלו שאינם עובדים כרגע, ולשם שימור תחושת הלכידות בצוות כולו. ניתן לחזקם באמצעות הזמנה לשיבות צוות, שימור רציפות הדרכה ואף בדיקה של הנכונות והרצון שלהם להחזיק תפקידים מסוימים (בהתאם למתאפשר תחת הביטוח והחלטות הרשות).

יצירת מרחבי חשיבה

כאמור, הטרואומה הנוכחית הינה שונה מכל הידוע והמוכר לנו עד כה. צוותים העובדים "בשטח" רוכשים ידע וניסיון בעלי ערך רב, ואיגומו חשוב עבור קהילת בריאות הנפש. בנוסף, למרחבי החשיבה יש תרומה לחיזוק תחושת המסוגלות והצמיחה של הצוות העובד, ולביסוס תחושת הרציפות והקוהרנטיות שלו. את המרחבים הללו ניתן לייצר גם באמצעות שיתוף פעולה של הפסיכולוגים בצוות עם כוחות חיצוניים, אשר מחזיקים ההתמקמות דואלית, כלומר, "רגל בפנים ורגל בחוץ". הם מסוגלים להרחיב את מרחב הראייה ופנויים להחזיק את קביעות החשיבה. מרחבי החשיבה כוללים מספר מישורים:

- **תיעוד:** מרחב זה כולל חשיבה על האופן האפשרי לתיעוד העשייה של השירות מעבר למענים שניתנים, ולחשיבה כיצד ניתן לייצר המשגות ותובנות וגוף ידע הנבנה "תוך כדי הליכה". תיעוד זה יאפשר בנייה של ידע אשר מבטא את הניסיון הנצבר בשירות כבר במהלך המלחמה הנוכחית וישרת גם את החשיבה בתהליכי העיבוד והלמידה עם סיום המלחמה.

- **ראייה עתידית:** לטווח קצר, בינוני וארוך. מהם שלבי החירום הבאים, מה יהיו הצרכים והמענים האפשריים בתרחישי לחימה שונים (כמו נפילת טילים, הסלמה ממושכת וכדומה); מה ידרש בהמשך עבור המטופלים ועבור צוותי בית הספר (כמו למשל, בתי ספר אשר קלטו קהילות מפונות); כיצד להתמודד עם אבדן ושכול בצוותי ההוראה; עם דאגת אנשי הצוות לבני משפחתם הלוחמים (בשירות סדיר או במילואים); כיצד מומלץ לקלוט ילדים ותלמידים אשר חוו אובדנים רבים; כיצד משקמים גני ילדים, כיתות ומחזורים אשר איבדו את חבריהם, וכיצד ניתן להיערך בשירות לריבוי הצפוי והעצום בפניות, ועוד.

מרחב זה כולל גם חשיבה לגבי היום שאחרי. אמנם ברגעי כתיבת שורות אלו אנו נמצאים במה שנדמה כראשיתה של הלחימה ואף "היום שלפני" הסלמה נוספת. העתיד וכיווני ההתפתחות של המלחמה הנוכחית אינם ידועים (האם תיערך פלישה קרקעית, האם ייתקפו מחזית צפונית, וכו') אך כבר כעת זה ברור כי עם סיום הלחימה ידרש מענה נרחב ומאסיבי בהיקפו. לכן, חשוב כבר כעת לחשוב ולתכנן את החזרה לשגרה. איך ייראו השירות, בתי הספר והקהילה ביום שאחרי, מהם הצרכים שיעלו ואילו מענים קיימים ניתן לתת או לפתח עבורם. כיוון שהראייה קדימה מורכבת – קונקרטי ורגשית – מתוך עיצומו של המשבר ניתן למנות פסיכולוגית או צוות מצומצם (רצוי שהמינוי שלהם לא יוריד מכוח האדם הפעיל בשטח) שהחשיבה הזו תהיה באחריותם.

- **שמירה עצמית:** מרחב זה חושב ורואה את הפסיכולוגים בצוות, את הצרכים שלהם והדרכים לתמוך בעשייה של השירות, מן הבחינות הרגשית והאינסטרומנטלית.

תקווה, משמעות ותחושת מסוגלות

תקווה מוגדרת כחשיבה מכוונת פעולה, אשר מאחוריה עומדת הציפייה לתוצאה חיובית ומוצלחת (Hasse, Britt, Coward & Leidy, 1992). סניידר ואחרים (Snyder et al., 1991), מוסיפים כי התקווה הינה תהליך מחשבתי אשר כולל שאיפה או יעד ברור, תחושה של רצון ויכולת לממשם והבנה של הצעדים הנדרשים לצורך מימושם. עבור אוכלוסיות רבות התקווה כוללת מרכיב אמוני דתי (Antonovsky, 1979). מכאן, כי לתקווה שני מרכיבים, האחד עוסק ב"כאן ועכשיו", וביכולת לאתר את הגורמים עליהם יש לנו שליטה ובעזרתם ניתן לפעול ככל הניתן בכדי להקל על הסבל והמצוקה הנוכחים בחיינו, להגן על עצמנו ולצמצם את החשיפה לסכנה. השני כולל פרספקטיבה, יכולת לתפוס את מצב המצוקה כמצב זמני וחולף. כיוון שבמצבי חירום החשיבה נוטה לכיוון השלילי ומעניק לו משקל רב, ציון ואף "חגיגה של הצלחות קטנות" יכולים להגביר את הקשב לחלקים המתפקדים בעלי המסוגלות, ביחס לאלו המעוררים תחושות של חוסר אונים. בנוסף דיבור פורמלי ובלתי פורמלי לגבי העתיד, הדברים הראשונים שנעשה כצוות כשנחזור לשגרה, הדברים הראשונים שנרצה לתקן ולאחות עם החזרה לשגרה ועוד.

שלב החזרה לשגרה

תקופת החירום מלווה בעשייה אינטנסיבית של חברי הצוות. עם הירידה בעשייה האינטנסיבית, רצוי לתת מענה לצורך בהפוגה ומנוחה, על מנת לשמור על משאבי ההתמודדות והחוסן. כמו כן, חשוב לעבד את החוויות הרגשיות של אנשי הצוות ובתוך כך לאתר מי מצוי במצוקה וזקוק להתייחסות טיפולית. חשוב להתייחס למקרים בהם היו בשירות פסיכולוגים אשר פעילים באופן אינטנסיבי לאורך החירום לצד מי שלא פעלו בחירום מסיבות שונות. מצב זה עלול ליצור משקעים בין תתי-קבוצות בתוך הצוות. עבודה עם מנחים חיצוניים, נוסף לעבודה הפנימית בשפ"ח; תאפשר גם ביטויים של חולשה וביקורת, אשר חיוניים לחיזוק הארגון בטווח הארוך. בנוסף, חשוב לשמר את הלמידה בהיבטיה המקצועיים מתוך הכרה והוקרה לפועלם של הפסיכולוגים בשעת החירום. תשומת הלב לעבודתם המקצועית תתרום לתחושת המסוגלות וההתפתחות המקצועית שלהם.

סיכום

השלכות עבודת בריאות הנפש בהקשר של מציאות טראומטית משותפת הינן מורכבות וכוללות אספקטים של צמיחה והתפתחות, לצד התמודדות עם קשיים רגשיים העלולים להתפתח לכדי מצוקה פסיכולוגית ולסימפטומים פוסט-טראומטיים. במסמך לעיל פורטו ההשלכות הללו תוך ניסיון להיעזר בניסיון שנצבר בספרות במקרים דומים, ובעבודתם הקלינית של הפסיכולוגים במהלך השבוע האחרון בכדי להציג גם המלצות פרקטיות לעבודה בהיבט המערכתי אשר יצמצמו ככל הניתן את ההשלכות הפתוגניות של החשיכה.

נראה כי מתוך החוויה של הטראומה המשותפת עם המטופלים, הקושי והכאב הכרוכים בה נוצר גם חופש לפעולה, פתיחות וגמישות בטכניקות ובמתודות העבודה אשר מבוססות כולם על גרעין של קרבה אנושית, שאיפה לקשר ולמגע רגשי. מגע זה נכון הן לקשר שבין המטפלים למטופלים והן לקשרים בין הפסיכולוגים בתוך הצוות. בנוסף, הוא מהווה בו זמנית הן מניע לעשייה והן מיכל שבעתיד יהפוך לחומר גלם משמעותי לצורך החלמה וצמיחה.

קו סיוע עמותת נט"ל: 1-800-363-363 | www.natal.org.il

ביבליוגרפיה

- לביא, ת., נוטמן-שוורץ, א., ודקל, ר. (2015). מרחב מוגן: התערבות טיפולית במציאות טראומטית משותפת. *חברה ורווחה, ל"ה* (2), 261-285.
- לביא, ת., רוזנבלט, ושניר, מ. (2019). טיפול בילדים בדרום - חשיפה מתמשכת. בתוך י. להב וז. סולומון (עורכות) *משחזור לזיכרון, טיפול בטראומה נפשית* (עמ' 484-521). תל-אביב, רסלינג.
- שער, י. (2019). *בחזית הנפש*. תל-אביב: ספרי ניב.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Batten, S.V., Orsillo, S.M., (2002). Therapist reactions in the context of collective trauma. *The Behavior Therapist*, 25(2), 36-40.
- Baum, N. (2010). Shared traumatic reality in communal disasters: Toward a conceptualization. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 47, 249-259.
- Baum, N. (2012). Emergency routine: The experience of professionals in a shared traumatic reality of war. *British Journal of Social Work*, 42, 424-442.
- Baum, N. (2013). Professionals' double exposure in the shared traumatic reality of wartime: Contributions to professional growth and stress. *British Journal of Social Work Advance*, Access published June 2, 2013.
- Boulanger, G. (2013). Fearful symmetry: Shared trauma in New Orleans after hurricane Katrina. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 31-43.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.
- Cohen, E., Roer-Strier, D., Menahem, M., Fingher-Amitai, S., & Israeli, N. (2014). "Common-fate": therapists' benefits and perils in conducting child therapy following the shared traumatic reality of war. *Clinical social work journal*, Advance, Access published July 2, 2014.
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23, 319-339.
- Dekel, R., & Baum, N. (2010). Intervention in a shared traumatic reality: A new challenge for social workers. *British Journal of Social Work*, 40, 1927-1944.
- Dekel, R., Nuttman-Shwartz, O., & Lavi, T. (2016) shared traumatic reality and boundary theory: how mental health professionals cope with the homework conflict during continuous security threats. *Journal of couple & relationship theory*, 15(2), 121-134.
- Eidelson, R. J., D'alessio, G. R., & Eidelson, J. I. (2003). The impact of September 11 on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 144-150.
- Figley, C.R., (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B.H. Stamm (Ed.), *compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder* (pp. 1-20). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Freedman, S. A., & Mashiach, R. T. (2018). Shared trauma reality in war: Mental health therapists' experience. *PLoS one*, 13(2).
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(9), 750-769.
- Haase, J., Britt, T., Coward, D., & Leidy, N. (1992). Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance, and self-transcendence. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 24, 141-147.

- Horesh, D., Solomon, Z., & Ein-Dor, T. (2013). DELAYED-ONSET PTSD AFTER COMBAT: THE ROLE OF SOCIAL RESOURCES. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 532-548.
- Keinan-Kon, N. (1998). Internal reality, external reality, and denial in the Gulf War. *The Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 26, 417-442.
- Lahad, M. (2000). Darkness over the abyss. *Traumatology*, 6, 273-293.
- Lavi, T., Nuttman-Shwartz, O., & Dekel, R. (2017). Therapeutic intervention in a continuous shared traumatic reality: an example from the Israeli-Palestinian conflict. *British Journal of Social Work*, 47(3), 919-935.
- Lev-Wiesel, R., Goldblatt, H., Eisikovits, Z., & Admi, H. (2009). Growth in the shadow of war: The case of social workers and nurses working in a shared war reality. *British Journal of Social Work*, 39, 1154-1174.
- Lev-Wiesel, R., Goldblatt, H., Eisikovits, Z., & Admi, H. (2009). Growth in the shadow of war: the case of social workers and nurses working in a shared war reality. *British Journal of Social Work*, 39, 1154-1174.
- Loewenberg, F. M. (1992). Notes on ethical dilemmas in wartime: Experiences of Israeli social workers during Operation Desert Shield. *International Social Work*, 35, 429-439.
- Masalach, C., & Leiter (1997). *The truth about burnout*. New York: John Wiley & Sons, Inc
- 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 (1), 131-149.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Nuttman-Shwartz, O. (2014). Shared resilience in a traumatic reality: a new concept for trauma workers exposed personally and professionally to collective disaster. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 466-475.
- Omer, H., & Alon, N. (1994). The continuity principle: A unified approach to disaster and trauma. *American Journal of Community Psychology*, 22(2), 273-287.
- Saakvitne, K. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(3), 443-450.
- Schmideberg, M. (1942). Some observations on individual reactions to air raids. *International Journal of Psycho-Analysis*, 23, 146-176.
- Shamai, M., & Ron, P. (2009). Helping direct and indirect victims of national terror: Experiences of Israeli social workers. *Qualitative Health Research*, 19, 42-54.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et Somer, E., Buchbinder, E., Peled-Avram, M., & Ben-Yizhack, Y. (2004). The stress and coping of Israeli emergency room social workers following terrorist attacks. *Qualitative Health Research*, 14, 1077-1093.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60(4), 570.
- Tosone, C. (2006). Therapeutic intimacy: A post-9/11 perspective. *Smith College Studies in Social Work*, 76, 89-98.
- Tosone, C., McTighe, J. P., & Bauwens, J. (2015). Shared traumatic stress among social workers in the aftermath of Hurricane Katrina. *British Journal of Social Work*, 45(4), 1313-1329.
- Tosone, C., Nuttman-Shwartz, O. & Stephens, T. (2012). Shared Trauma: When the Professional is Personal. *Clinical Journal of Social Work*, 40 (2), 231-239.
- Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.