

“מרחב מוגן”: התערבות טיפולית במציאות טראומטית משותפת

תמר לביא, אורית נוטמן-שורץ ורחל דקל

המציאות הביטחונית בדרום חושפת את אנשי הרווחה ובריאות הנפש, הגרים בקהילות ומטפלים באוכלוסייה, לחשיפה כפולה – ישירה ועקיפה, אישית ומקצועית – לאירועים מאיימים. מציאות כזו מעוררת אתגרים ייחודיים בניהול שני העולמות, האישי והמקצועי. למרות הידע שהצטבר על עבודת בריאות הנפש הנעשית במציאות טראומטית המשותפת למטפלים ולמטופלים, רק מיעוט מהעבודות התייחס לאירועים ממושכים כמו המציאות הביטחונית בדרום ישראל. מטרת המחקר הייתה לאתר ולזהות את המורכבות הייחודית של הטיפול הפסיכוסוציאלי במציאות טראומטית משותפת מתמשכת. במחקר השתתפו שלוש קבוצות מיקוד ובהן 30 אנשי טיפול, העוסקים במגוון מקצועות טיפוליים. משך עבודתם של המטפלים באזור נע מחודש ימים ועד ל-20 שנה. ממצאי המחקר מראים כי לצד חשיפה גבוהה לאירועים טראומטיים ולסכנה ממשית, ובמקביל לחוויה של מצוקה נפשית בקרב רבים מן המטפלים המתגוררים באזור, יש רמה גבוהה של תפקוד וחוסן בתחום המקצועי. במקביל, המציאות הטראומטית המשותפת המתמשכת נמצאה בעלת השלכות מורכבות על היחסים הטיפוליים. מחד גיסא, היא צמצמה את המרחב הטיפולי, ומאידך גיסא, נוצרה הזדהות עמוקה בין המטפל למטופל, וזו אפשרה, בין היתר, האצה של תהליכים טיפוליים. הדיון סוקר את המשתנים המסייעים להמשכיות ניהול שני העולמות והמקשים עליה.

מילות מפתח: אנשי מקצוע, התערבויות, חשיפה מתמשכת, מציאות טראומטית משותפת, טרור

מבוא

הספרות העוסקת בטיפול בנפגעי טראומה מכירה בהשלכות הפתוגניות וארוכות-הטווח שיש לעבודה עם נפגעי טראומה על אנשי בריאות הנפש המטפלים בהם. מרבית המחקר בתחום עוסק בטראומטיזציה משנית ובטראומטיזציה עקיפה (McCann & Pearlman, 1990), או בתשישות-קירבה (compassion fatigue, Figley, 1995). המונחים הללו מתארים תהליכים שבהם המצוקה של המטופלים, אשר שרדו אירוע טראומטי, עוברת אל המטפלים באמצעות התהליך הטיפולי, עד כי המטפלים עצמם מפתחים תסמינים פיזיולוגיים, רגשיים וקוגניטיביים, הדומים מאוד לאלו של מטופליהם. בשנים האחרונות, עם התגברות הטרור ההמוני ועם התפשטות המלחמות מקו

החזית המסורתית אל ריכוזי אוכלוסיות, אנו עדים לאירועים טראומטיים הפוגעים בקהילות שלמות. במקרים אלו, המטפלים – פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ואנשי בריאות הנפש, החיים בקהילה שנפגעה – הם לא רק מטפלים באוכלוסיית הסובלת ממצוקה, אלא חשופים בעצמם למציאות הטראומטית ומאוימים ממנה באופן ישיר. המונח "מציאות טראומטית משותפת" מתייחס למצבים אלו, ומכיר בחשיפה הכפולה – ישירה ועקיפה, אישית ומקצועית – של מטפלים החיים ועובדים בתוך קהילות שנחשפו לטראומה קולקטיבית (זאת שלא כמו המונחים שהוזכרו לעיל ואשר מתייחסים רק לחשיפה עקיפה ומשנית של מטפלים). אף שיש בספרות התייחסויות של קלינאים ומטפלים מדיסציפלינות שונות לעבודה ב"מציאות טראומטית משותפת" כבר מתקופת ה"בליץ" בלונדון בתחילת מלחמת העולם השנייה, ובישראל במהלך מלחמת המפרץ ב-1991, הרי שהמונח זכה להתעניינות נרחבת, להכרה ולהמשגה רק לאחר הפיגוע בבנייני התאומים ב-11 בספטמבר 2001 (Tosone, 2006). במונח "מציאות טראומטית משותפת" נעשה כיום שימוש הולך ומתרחב בהקשרים של אירועים טראומטיים כמו אסונות טבע, מלחמה וטרור ואף פינוי כפוי (Baum, 2010; Lev-; Wiesel, Goldblatt, Eisikovits, & Admi, 2009; Nuttman-Shwartz & Dekel, 2009; Tosone, McTighe, Bauwens, & Naturale, 2011).

סקירת הספרות מעלה התייחסויות לשלושה היבטים עיקריים הקשורים למורכבות המציאות הטראומטית המשותפת: ההשלכות הישירות של החשיפה לאירועים טראומטיים ולחרדה הנלווית אליה על החיים הפרטיים של המטפלים; המורכבויות של עבודת בריאות הנפש במציאות טראומטית משותפת; וההשפעות ההדדיות המתקיימות בין שני העולמות, הפרטי והמקצועי, הצורך של המטפלים לנהל את עצמם בין שני עולמות אלו, והקונפליקטים העלולים להתעורר בעקבות זאת.

סקוויטנה (Saakvitne, 2002) מציינת כי במצבים של מציאות טראומטית משותפת החשיפה של המטפלים מתקיימת בכמה רבדים: ראשית, הם חשופים בעצמם באופן ישיר לסכנת החיים ולאימה הנלווית אליה. בנוסף, הם חשופים דרך קרובי משפחה אהובים והדאגה להם, ולבסוף הם דואגים גם למטופלים שלהם וחשופים דרכם לטראומה ולחרדה באמצעות התהליך הטיפולי. הדיון בהשלכות הנפשיות שיש לחשיפה רבת ממדים זו על המטפלים מציג תמונה מורכבת. כך למשל, במחקר שנערך לאחר הפיגוע בבניין הממשל הפדרלי באוקלהומה ב-1995 נמצא, כי אנשי בריאות הנפש שנכחו במקום הציגו רמות גבוהות של חוסן נפשי אשר יוחס להיותם ממוקדים בסיוע לסובבים אותם (Krug, Nixon, & Vincent, 1996). לעומת זאת, יש גם ממצאים אחרים. כך לדוגמה מאירס ווי (Myers & Wee, 2002) מצאו כי אנשי בריאות הנפש אשר הגישו סיוע נפשי לאחר אסון התאומים סבלו מרמות גבוהות של מצוקה נפשית, שהייתה קשורה, לדברי המחברים, לדאגתם לבני משפחתם. באום (2012), אשר ראינה 50 עובדים סוציאליים מישראל שעבדו באזור מגוריהם במלחמת לבנון השנייה

ובמבצע עופרת יצוקה, מצאה כי רבים דיווחו על תסמינים פוסט-טראומטיים וחרדות, שהתפתחו בעקבות חשיפה לאירועים קשים ולסכנת החיים במהלך המלחמה. הספרות בתחום העבודה הטיפולית במציאות טראומטית משותפת דנה בהשלכות על המסגרת הטיפולית (setting) ועל היחסים שבין המטפל לבין המטופל. במצבי חירום ובמצבי אסון המוניים מסגרת הטיפול הופכת נתונה לתכתיבים חיצוניים שאינם בשליטתם של המטפל או המטופל. היא נפרצת, מיטשטשת ותרומתה בתהליכי ההחזקה של המטופל, או בהגנה על המטפל, נחלשת (Lahad, 2000). בכך הופכים המטופלים חשופים יותר לתהליכים של טראומטיזציה משנית ועקיפה. בנוסף, הפגיעות המשותפת של המטופלים והמטופלים עלולה למקם את שניהם ברובד שוויוני ולפגוע בהיררכיה הא-סימטרית החיונית לתהליך הטיפולי (Lewis, 1996; Tosone & Bialkin, 2003). סילי (Seeley, 2003) מתארת כיצד לאחר הפגיעה בבנייני התאומים שררה בקרב מטופלים אינטימיות גבוהה בקשר עם המטופלים כאשר הם חשו חווים את האסון שחווי מטופליהם. טוסון (Tosone, 2006) מוסיפה שלעיתים מטופלים אף שאבו נחמה ממטופלים שביטאו תחושות זהות לתחושותיהם. עם זאת, התחושה של המטופלים שהם עצמם נמצאים בסכנה פיזית ואינם מוגנים בבואם לסייע לאחרים עלולה להגביר את תחושת חוסר האונים שלהם ולפגוע ביכולתם להתמקד בהקשבה מלאה למטופליהם (Shamai, 2005). הם עלולים למצוא עצמם טרוודים, חרדים ומתגוננים, יותר מן המאפיין אותם בנסיבות רגילות. רבים מדווחים כי במהלך פגישות טיפוליות נודד הקשב שלהם מן המטופל אל יקיריהם ואל עולמם הפרטי (Faust, Black, 2008; Saakvitne, 2002; Somer, Buchbinder, Peled-Avram, & Ben-Yizhack., 2004). חוויה זו עלולה להוביל את המטופלים לאובדן הביטחון ביכולת המטופלים לסייע להם ולהכיל אותם ואף לחילופי תפקיד זמניים (Baum, 2010). מרבית המטופלים מסוגלים לראות באירועים אלו אפיונות חולפות הקשורות במצב החירום. הם רואים בשמירה על שגרת הטיפולים ועל המשכיותה משימה חשובה בפני עצמה, ומצליחים להחזיר את האיזון הנפשי כעבור זמן מן האירוע. עם זאת, הם מציבים סימן שאלה לגבי איכות העבודה המקצועית-טיפולית במהלך החירום ומיד לאחריו. יש גם מטופלים אשר הכשלים בקשב והחריגות הרבות והמשמעותיות מחוקי הטיפול המוכרים להם, מעוררים בהם תחושות קשות של אשמה ובושה, והערך העצמי-המקצועי שלהם נפגע (Boulanger, 2013). ההיבט השלישי של העיסוק במציאות הטראומטית המשותפת נוגע להשפעות ההדדיות שבין העולם המקצועי לבין העולם הפרטי של המטופלים. הגבולות שבין העולמות הללו, שעל פי רב הם מוסכמים ומוגדרים בקשר הטיפולי, מיטשטשים במציאות טראומטית משותפת כאשר המרחב המקצועי חודר למרחב האישי. בהעדר גבולות ברורים, הצורך של המטפל להתמודד ולהכריע בין הדרישה והמחויבות המקצועית לבין הצורך להישאר עם משפחתו וילדיו, הנמצאים גם הם בסכנה ולעיתים

גם במצוקה פיזית או נפשית, עלול להוות גורם דחק נוסף (Band-Winterstein & Koren, 2010; Baum, 2012a; Somer et al., 2004).

מרבית המחקרים עוסקים בחוויית המטפלים לאחר הטראומה, כגון אסון התאומים (Eidelson, D'Alessio, & Eidelson, 2003; Tosone et al., 2003), הוריקן קתרינה (Faust et al., 2008), אירועי ההתנתקות (Nuttman-Shwartz & Dekel, 2009), מלחמת המפרץ (Kretsch, Benyaker, Baruch & Roth, 1997) ומלחמת לבנון השנייה (Lev-Wiesel et al., 2009). הם נערכים בשלב שבו המטפלים, כמו המטופלים, עוסקים בכינון מחדש של השגרה ושל מסגרות הטיפול המוכרות מלפני האסון. מחקרים מעטים בלבד (לדוגמה: Shamai & Ron, 2009; Baum & Ramon, 2010; Baum, 2010) שחקרו מטפלים בארץ או מטפלים באירלנד בדקו מציאות שבה מצב החירום חוזר ונשנה, והאיום מתמשך ומחייב עבודה בתוך טראומה שהיא כרונית, ואינה מאפשרת חזרה לשגרה או כינון מחדש של יחסים וגבולות שהיו נהוגים בעבר. על כן, מטרת המחקר הנוכחי הינה לאתר ולזהות את המורכבות הייחודית של הטיפול הפסיכוסוציאלי במציאות טראומטית משותפת מתמשכת.

המחקר המוצג כאן נערך באזור הנגב המערבי, לאורך הגבול הישראלי עם הרשות הפלסטינית, חבל ארץ אשר מאז שנת 2000 ספג יותר מ-13,000 טילי קסאם, ואשר במהלך כתיבת שורות אלו עדיין לא נראה סוף למצב הביטחוני הקשה השורר בו. למעט תושבי העיר שדרות, חיים תושבי האזור בקיבוצים וביישובים חקלאיים בעלי אופי קהילתי. עבודתם של אנשי בריאות הנפש – עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ותרפסיטים – העובדים באזור, חיים בקרב הקהילות הללו וחשופים באופן ישיר לאיום טילי הקסאם, כוללת הגשת סיוע ברמת הפרט וגם ברמת הקהילה, והם עושים זאת הן בתהליכים ארוכי טווח והן במתן עזרה ראשונה נפשית לאחר אירועי חירום. במהלך העשור האחרון הפכה עבודתם לאינטנסיבית יותר הן בשל ריבוי אירועי החירום והן בשל עלייה הולכת וגוברת בביקוש של האוכלוסייה באזור לשירותי בריאות הנפש. האופי המתמשך של החשיפה והמיקום הפריפריאלי של הקהילות תורמים לכך שסביבת העבודה של המטפלים מאופיינת בעומס רב, בהצטברות של דחק גשי, בהעדר שליטה, בשבר בקהילה ובקונפליקט ערכי (Dekel & Nuttman, 2010; Shwartz, 2009; Diamond, Lipsitz, Fajerman, & Rozenblat, 2010). גורמים אלה נמצאו מובילים לשחיקה נפשית של מטפלים אשר עם ביטוייה נמנים עצבנות מוגברת, קשיים בריכוז, דיכאון, עייפות וערך עצמי נמוך (Maslach & Leiter, 1997).

יתרה מכך, במציאות השוררת לאורך הגבול עם עזה, מתקיימים מעברים מרובים בין מצבי חירום אקוטיים לבין מצבים המוגדרים "שגרת חירום", והמטפלים שהתראיינו למחקר הנוכחי עוסקים הן בהגשת סיוע נפשי בזמן חירום והן בהתערבויות טיפוליות ארוכות-טווח, כך ששגרת עבודתם מאופיינת במעברים בין המצבים הללו ומגבירה ומקצינה את ההשפעות ההדדיות המתקיימות ביניהם. מכאן שתרומתו

הייחודית של המחקר הנוכחי היא בהעמקת ההבנה בכל הקשור להשלכות של חשיפה למציאות טראומטית משותפת, כרונית ומתמשכת, ובבחינת ההשלכות, שיש למעברים בין מצבי החירום ועבודת החירום לבין שגרת החירום והפסיכותרפיה ארוכת-הטווח הנלווית אליה, על המסגרת הטיפולית, על הקשר בין המטפל למטופל, על התהליך הטיפולי ועל המטפלים עצמם.

המחקר

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה 30 אנשי טיפול, 25 נשים ו-5 גברים, בני 30–60. המשתתפים עסקו במגוון מקצועות טיפוליים: מרביתם עובדים סוציאליים (N=18, 60%), אשר לחלקם הכשרה נוספת כמטפלים משפחתיים. היתר היו מטפלים באומנות, מטפלים באמצעות פסיכודרמה ובאמצעות הגוף ופסיכולוגים קליניים וחינוכיים.

מאחר שעם משתפי המחקר נמנים מטפלים מדיסציפלינות מגוונות, הוחלט על השימוש במילה “מטפלים” לתיאור אוכלוסיית המחקר. מילה זו מתייחסת למגוון של מקצועות טיפול ולמגוון של התערבויות. כאמור כל המטפלים שהשתתפו במחקר היו מעורבים, מעצם הגדרת התפקיד שלהם, הן במתן מענים נפשיים מידיים בזמן חירום והן בפסיכותרפיה ארוכת טווח. במהלך הפגישות של קבוצות המיקוד ניתנו במשולב דוגמאות משני תחומי העבודה, אולם ניכר כי המטפלים אינם ממוקדים בתהליך הטיפולי לבדו.

משך עבודתם של המטפלים באזור נע מחודש ימים ועד ל-20 שנים. רובם המכריע של המטפלים (23) התגוררו ביישובי עוטף עזה, ו-7 התגוררו באזורים צפוניים יותר בארץ, הנמצאים מחוץ לטווח טילי הקסאם.

כל המטפלים הם הורים לילדים, מתינוקות ופעוטות ועד לילדים נשואים שיש להם כבר ילדים משלהם. מבחינה תעסוקתית השתייכו המטפלים לשלושה שירותים שונים: שני מרכזים טיפוליים אזוריים ושירות סוציאלי, הנמצאים באזורים בעלי רמות שונות של חשיפה לאיום הביטחוני.

כל משתתפי המחקר דיווחו על חשיפה לסכנה מתוקף תפקידם. מטפלים החיים באזור דיווחו גם על חשיפה לסכנה, לחרדה ולחוסר אונים במרחב האישי, מעצם היותם תושבי האזור. הם סיפרו על חוויות אישיות הכוללות אובדן של אנשים קרובים ופגיעה ברכוש, ודאגתם העיקרית הייתה לילדיהם. חלקם דיווחו גם על קיומם של תסמינים פוסט-טראומטיים כמו עוררות מוגברת, פגיעה בתפקודים קוגניטיביים כמו קשב, ריכוז וזיכרון, ותסמינים חודרניים.

כלי המחקר

נתוני המחקר נאספו באמצעות שלוש קבוצות מיקוד מובנות למחצה, אשר התקיימו בשלושה שירותים שונים. הדיון שנערך לצורך איסוף המידע נמשך יותר מ-3 שעות בכל אחת מקבוצות המיקוד וכלל הכרות והפסקה. לאחר סיום ניתוח החומרים נשלח לכל קבוצה דוח הכולל את תמצית הממצאים ונקבעה פגישה נוספת עם המנחות לקבלת משוב מן הצוות. פגישות המשוב ארכו כשעתיים. פער הזמן בין הפגישות היה כ-10 חודשים ובפגישות השמיעו הצוותים את עמדותיהם כלפי הממצאים ודנו בשינויים שחלו מאז המפגש הראשון שהתקיים במסגרת המחקר.

קבוצות מיקוד נחשבות לאמצעי מעמיק, יעיל וחסכוני לאיסוף מידע (Kitzinger, 1995). המטפלים התבקשו להציג את עצמם ולתאר את התנסותם כמטפלים וקלינאים העובדים במציאות של איום ביטחוני מתמשך. בנוסף, המטפלים התבקשו להתייחס לחוויותיהם כתושבי האזור ולדוֹאֵלוּת שבעבודתם המקצועית לצד חייהם האישיים והמשפחתיים כתושבי האזור לצורך תיקוף הממצאים.

הליך המחקר

מנהלי השירותים שהשתתפו במחקר נתבקשו להקדיש ישיבת צוות להבנת ההשלכות של המצב הביטחוני על הטיפול ועל דרכי ההתערבות. החוקרות הגיעו לישיבות הצוות, ולאחר שהמשתתפים הבינו את מטרות המפגש והסכימו לקיום המפגש ולהקלטתו, החלה קבוצת המיקוד את הדיון. את הנחיית המפגשים, ההקלטה, התמלול והניתוח ערכו שלוש החוקרות. אחת מתגוררת ועובדת מחוץ לאזור עוטף עזה, ואילו שתי האחרות מתגוררות מחוץ לאזור אך עובדות באזור עוטף עזה בשנים האחרונות וחשופות בעצמן למציאות הביטחונית המאיימת. לאחר סיום ניתוח הממצאים הראשוני נשלחו כאמור למנהלות הצוותים דוחות לגבי הממצאים מכלל הצוותים. לאחר שהמטפלים קראו את הדוחות נקבעה פגישה נוספת בין הצוותים למנחות קבוצת המיקוד. בפגישות אלו קיבלו הממצאים חיזוק ממרבית המשתתפים.

ניתוח הנתונים

לתמלילי קבוצות המיקוד נערך ניתוח תוכן איכותני אשר כלל שלושה צעדים עיקריים: (1) קריאת התמלילים וסקירת הקולות השונים; (2) זיהוי יחידות משמעות מרכזיות בכל אחת מקבוצות המיקוד (Patton, 1990; Unrau & Coleman, 1997); (3) לאחר בחינה מדוקדקת ובחינה חוזרת של התמלול, נעשה שילוב יחידות המשמעות לתמות מרכזיות אשר זוהו וחזרו בתוך התוכן. במצבי אי הסכמה עבדו החוקרות יחד לגיבוש עמדה לגבי יחידת המשמעות והקטגוריה המוכללת שאליה היא משתייכת. ממצאי

“מרחב מוגן”: התערבות טיפולית במציאות טראומטית משותפת

המחקר, בהתאם לספרות, כללו שלוש תמות עיקריות: התפקוד בעולם הפרטי, התפקוד בעולם המקצועי וניהול שני העולמות. במאמר הנוכחי יוצגו הממצאים המתמקדים בעולם המקצועי וההשפעות ההדדיות שבין שני העולמות, המקצועי והאישי.

ממצאים

משתתפי קבוצות המיקוד גילו מודעות רבה להשלכות של מציאות משותפת עם מטופליהם על עבודתם ועל ההתערבויות הטיפוליות. בדבריהם הם התייחסו להשלכות המצב על מסגרת ההתערבות, על שיטות ההתערבות, על הקשר שנוצר בין המטפל למטופל ועליהם כמטפלים.

מורכבות מסגרת ההתערבות הטיפולית

העבודה במצב חירום זימנה למטפלים מצבים רבים של שבירת שגרת העבודה, אשר במהלכה היטשטשו הגבולות בין מרחב ההתערבות הטיפולית לבין המציאות. מטפלים דיווחו כי בתקופות של הסלמה ביטחונית, או לאחר אירועים חריגים, הם חרגו ממסגרות הזמן והמרחב הפיזיים של הסביבה הטיפולית המוכרת. הם יזמו שיחות טלפון למטופלים ואף ביקרו את המטופלים בבתיהם או במקלטים ציבוריים. כאשר נדרש, הם נענו לקריאות חירום, הגיעו לאתרי נפילות הטילים ונאלצו לדאוג לבני הבית שנפגעו ברגעים הראשונים לאחר שספגו פגיעה ולהרגיע אותם בתוך ההריסות, בין כתבים ועיתונאים. מטפלת סיפרה על מקרה שבו בית של מטופלת נפגע מנתזי טיל קסאם:

...זה היה אחד הקסאמים האחרונים לפני עופרת יצוקה בחופש חנוכה. התקשרו להגיד לי ומיד באתי. [המטופלת שלי] ישנה במיטה, הנתז היה ממש בתקרה מעל. לא אשכח בחיים את התמונה של התקרה הפתוחה פעורה עם נתזים כאלו, והמקום של הקסאם מעבר לקיר של חדר השינה שלה. ואז היא יכלה להירגע ולהיזכר ... ועשינו ביחד את הנשימות וכל מה שלמדנו בטיפול. בחדר שלה, עם כל הכתבים מסביב. היה שם בלגן, אז היה צריך להזיז אותה.

הפגיעה בממדים הפיזיים – המרחב והזמן – של המסגרת הטיפולית הייתה עמוקה עד כדי חדירה למרחב האישי והמשפחתי של המטפלים, והביאה לטשטוש הגבולות שבין האישי לבין המקצועי. מטפלים דיווחו שקריאות חירום בכל שעות היום והלילה, בחג ובימי חול, הפכו להרגל אשר הביא עמו שינויים והסתגלות ברמת ההיערכות המשפחתית, כך שנוכחות אנשים מחוץ

למשפחה הגרעינית (משפחה מורחבת, סבים, שכנים) ואשר היו נכונים ומסוגלים להתייצב בזמן קצר ולשמור על הילדים, הפכה דומיננטית יותר בתוך המשפחה הגרעינית. יתרה מכך, מחויבות המטפלים לאוכלוסייה שסביבם הופנמה בתודעתם גם כאשר לא היו "בתפקיד", והנכונות "להתייצב" לעבודה התקיימה גם ללא מסגרת רשמית שחייבה אותם למעורבות. נראה לעיתים שהם ויתרו לחלוטין על הגבולות האישיים שלהם.

לפני כמה שנים, בתקופת ההפגזות, התאמנתי בחדר כושר. באחת הפעמים היה צבע אדום והרבה מאוד קסאמים מסביב. חדר הכושר לא ממוגן, אז יצאתי למסדרון ושם הייתה סטודנטית שחטפה התקף של היסטריה, ובתוך המסדרון, עם בגדי אימון, אני מוצאת עצמי מטפלת בסטודנטית הקטנה והמסכנה שנכנסה לחדרה. אני אומרת... אני לא בעבודה, אני בשגרה שלי. מה זה השגרה שלי? למה לטפל בסטודנטית שהיא נפגעת חרדה שנקלעה לדרכי?...

טשטוש הגבולות קיבל ביטוי גם בחדירת המציאות אל תוך המרחב הטיפולי. מצב זה התרחש עם כל הסלמה במצב הביטחוני, כאשר התקבל דיווח תקשורתי בולט, ובאופן האקוטי והקונקרטי ביותר, עם כל התרעת "צבע אדום", שנשמעה במהלך פגישה טיפולית. במקרים אלו הפגישה נקטעה והמטפל והמטופל נאלצו לגשת יחד אל המקלט. המקלט, על פי רוב, משותף למרכז הטיפולי כולו, כך שבזמן התראה נחשפים כל הנוכחים במרכז באותה העת – מטפלים, מטופלים והצוות אדמיניסטרטיבי – זה לזה. חלקם בני אותו יישוב, לפעמים בני משפחה קרובה או רחוקה, לעיתים שכנים וחברים. במקרים מסוימים מטופלים היו מאוימים כל כך מן הפגיעה בפרטיות שלהם, עד שהעדיפו להישאר בחדר לא ממוגן: "[אני] נזכרת שפעם הייתי פה עם מטופל שלא רצה לצאת כדי שלא יראו אותו. נשארתי איתו בחדר".

טשטוש הגבולות בין המציאות לבין מרחב ההתערבות הטיפולית לא נותר רק ברמה הפיזית או הקונקרטית, הוא קיבל גם ביטוי אינטרא-פסיכי בתודעתם של המטפלים. הם דיווחו על כשלים בהטיית תשומת לב מלאה אל המטופל שלהם כאשר בזמן הפגישה נדדה מחשבתם אל עולמם הפרטי, אל יקיריהם ובני משפחותיהם. מן הצד השני, היו מטפלים אשר דיווחו כי בזמן השהות בבית, עם יקיריהם, הם חשבו על המטופלים שלהם, דאגו להם ולעיתים אף חוו הבזקים הקשורים לחומרים הקליניים שעלו בזמן הטיפול. לדוגמה, מטפלת סיפרה כי ברגעים הספורים שבין התראת "צבע אדום" לבין קול נפץ הנפילה, היא חוותה בחיות רבה הבזקים שעליהם סיפרה לה מטופלת בהקשר של אותן השניות:

אני הרגשתי שמהו בי, כאילו בציפייה שלי בשניות האלו של בין-לבין, מה שעולה לי אלו הפלשבקים של המטופלים. כאילו איך שהם מתארים את הקול, את המראה, הריח. זה היה מקבל איזו חיות (במחשבה שלי).

נראה כי המציאות, אשר כפתה חוויה משותפת על המטפלים והמטופלים, הובילה לרמות גבוהות של הזדהות בין השניים. הזדהות זו השפיעה באופן עמוק ביותר על הקשר הטיפולי שנוצר במהלך ההתערבויות.

תפיסת הקשר בין מטפל למטופל

בדיון סביב הקשר שנוצר בתוך המפגש הטיפולי התייחסו המטפלים לעצמם, למטופלים ולמרחב המתקיים ביניהם. המטפלים התייחסו לשלבים שונים בטיפול כמו שלב ההפניה לטיפול, שבו נבחנת עצם היתכנות ליצירת קשר, או ההערכה הפסיכוסוציאלית המביאה לידי ביטוי את האמונה הבסיסית של המטפלים ביכולת שלהם ושל ההתערבות הטיפולית להשפיע וביכולת של המטופלים לנוע ולהתקדם לכיוון של החלמה.

ההפניה לטיפול והחיבור בין מטפל למטופל

לעבודה במציאות טראומטית משותפת הייתה השפעה על הכרעות רבות של המטפלים בכל תהליך העבודה הטיפולית. במקרים מסוימים אף הייתה השפעה על עצם ההחלטה אם ולמי להפנות פונים, באלו מקרים יוכלו המטפלים ליצור קשר טיפולי משמעותי ובאלו מקרים לא יתאפשר קשר זה. כך למשל סיפרה מטפלת כי היא נמנעה מלטפל בילדים במשך תקופה ארוכה, מאחר שהם עוררו בה מחשבות וחששות לגבי מצוקתה של בתה, והיא התקשתה להתמודד עם עוצמת הרגשות הללו. מטפלת אחרת סיפרה שעם שובה לעבודה לאחר חופשת לידה נמנעה מהדרכת הורים לאם ששכלה תינוקת בערך בגיל של בתה. בדיעבד, הסבירה המטפלת, היא סבורה כי הימנעות זו הייתה קשורה לחרדה שלה מפני מפגש המגלם במציאות את החרדות האיומות והקיומיות ביותר שלה.

הערכה פסיכוסוציאלית

שאלה משמעותית שהעלו המטפלים הייתה עד כמה המציאות הביטחונית משפיעה על ההסתכלות הקלינית שלהם, על הערכת מצבו של המטופל, ובהתאם לכך על סוג ההתערבות שבה הם בוחרים ומהלכה. המטפלים גם תהו לגבי היכולת שלהם לראות במטופל הבא לבקש עזרה אדם שלם, החי במציאות טראומטית, ולא רק את המציאות הטראומטית שבה חי המטופל הפונה לעזרה. מרבית המטפלים הצהירו כי למרות המודעות, הרצון והידע שרכשו, המשימה של הרחבת הפרספקטיבה קשה עד בלתי אפשרית עבורם. חלקם ציינו כי עמדה זו נובעת משיקול מקצועי, שלפיו מצוקת המטופלים תמיד קשורה למצב הביטחוני, ולמעשה, גם כאשר המטופלים אינם ערים לקשר הזה, הם כמטפלים משלבים אותו בהערכה המקצועית ובמהלך הטיפול.

תמר לביא, אורית נוטמן-שורץ ורחל דקל

הרבה פעמים ההורים מגיעים כי יש הזדמנות לקבל טיפול ולא מגיעים (בהכרח) כי הטייטל שלהם זה אירוע קסאם. [ההורים] לא מקשרים את מה שרואים היום לקסאם... אני הרבה פעמים מוצאת שאם עושים הקשבה לביוגרפיה אז אפשר לראות פיקים שקשורים [למצב] שהם לא רואים... לא חושבים שזה קשור.

רק מטפלת שזה לא מכבר הגיעה לאזור דיברה על הקושי שלה עם הצמצום שהיא חווה בקרב מטפלים העובדים באזור זמן ממושך:

ואז אמרתי שאני לא רוצה לעסוק בטרואומה, רוצה לעסוק בהמון דברים אחרים. יש משהו שמאוד עוסק בזה והמרחב מאוד מצטמצם. התחלתי להיפגש עם מטופלים ויש לי אוזן לשמוע גם טראומה, אבל יש לי מרחב לשמוע גם דברים אחרים ולא רק זה. ואני עסוקה בשאלה כמה זה מכרסם, וכמה בעיניים שלך, בתור מטפל, מה אתה מחפש ולמה אתה מקשיב.

מטפלת אחרת, המודעת ומכירה במורכבות החוויה הטרואומטית המשותפת אמרה:

אני חושבת, איזה משקפיים אנחנו מרכיבים כמטפלים שהן יכולות להבין על מה מדובר... אלו חוויות מאוד מיוחדות שאי אפשר להבין אותן מבחוץ – של להיות בשירותים בזמן "צבע אדום", הדברים הקשים שכל מי שדיבר על טראומה מתל-אביב לא ידע להגיד. מצד שני, אני בהחלט שואלת איפה ה"אובר" משקפיים שלנו... ואיפה היכולת ברצף כן לאפשר למטופלים... החיים שלנו בשנים האחרונות הם "גם וגם" וצריך ללמוד להחליף את המשקפיים כל הזמן ולעבור מהחירום לשגרה ומהשגרה לחירום שתהיה האופציה הזו וגם האופציה הזו.

לעיתים נראה כי המטפלים התקשו לדמיין היתכנות מצב שבו התסמינים של המטופלים ייעלמו כליל. אף שאיסוף הנתונים נערך בתקופה ממושכת של רגיעה, המטפלים ביטאו קשיים משמעותיים בעבודתם הטיפולית: "אנחנו עובדות יובלות יחד, אבל כל פעם שחושבים שיש איזהו שיפור... אז הנה, היה אירוע והיא כבר עמוק בתוך הסרטים". מטפלת אחרת מוסיפה: "אין רגיעה...".

המטפל בעיני המטופל

המציאות הטרואומטית משותפת לשני השותפים לתהליך הטיפולי, המטפל והמטופל החשופים לנפילות הטילים ולחרדות הכרוכות בחוויה זו. כאשר מציאות זו מתמשכת שותפות הגורל הופכת קונקרטי ועלולה גם להיות מידית ולהתרחש נגד עיני המטופלים, כפי שקרה לא פעם, במהלך של פגישה. המטפלים כולם הביעו מודעות גבוהה לעיני המטופלים הנשואות אליהם. חלקם ביטאו בוושה מפני גילויי חרדה מול המטופלים. לדוגמה, מטפלת המתגוררת במרכז הארץ ועובדת באזור מספרת:

”מרחב מוגן”: התערבות טיפולית במציאות טראומטית משותפת

נורא פחדתי שבאמצע טיפול... נורא פחדתי איך אני איראה... זה נורא הטרד אותי. מה יקרה במפגש הזה [שיהיה בו "צבע אדום"] שאני אהיה חשופה, אם אני אוכל באמת לתפקד כמו שצריך או שאני אאבד שליטה, שאני אהיה חסרת אונים, מה יקרה לי, מה יקרה להתנהגות המטפלת שלי.

המטפלים דיברו גם על תפקידם כמתווכים את המציאות עבור המטופלים וחשו אחריות לגבי ההשלכות של תגובותיהם האישיות על המטופלים ועל הטיפול. מטפלת שחווה תגובה רפלקסיבית לרעש חזק מספרת:

קפצתי מהבום העל-קולי והבנתי שמהר אני צריכה להירגע מיד, כי יש 3 זוגות עניים שמסתכלות עליי עכשיו ולפי זה יירגעו או יילחצו...

מטפלת אחרת, שלא חוותה פחד, הביעה דאגה מן ההשפעה של גילוי רגשותיה ודרכי התמודדותה על הטיפול והמטופלת:

מטופלת שלי, שבמצב מאוד קשה, שאלה אותי איך אני מתמודדת עכשיו, שהטילים מגיעים גם לאזור המגורים שלי... לא ידעתי איך להגיב. מה היא מחפשת אצלי עכשיו?

כמה מטפלים ציינו את החוויה המשותפת של האיום עם המטופלים וההזדהות הגבוהה ביניהם כחוביות. הם ציינו כיצד שותפות זו תרמה להעמקת ההבנה שלהם למצוקתם של המטופלים ובמילותיהם: "עד לרמת ההבנה הגופנית". מטפל בעצמו חווה נפילה ישירה על ביתו והיה לדבריו פוסט-טראומטי תקופה מסוימת אמר: "אני כל כך מבין את האנשים שבאים ומגלים חרדה... כי גם אני עברתי אותה טראומה". המטפלים גם ציינו את זווית הראייה של המטופלים להזדהות הגבוהה המתקיימת ביניהם. לדברי המטפלים, פעמים רבות המטופלים אומרים: "מי שלא גר פה לא יוכל להבין אותנו לעולם". המטפלים פירשו את הדברים כהבעת אמון מצד המטופלים ואף טענו כי חוויה זו מובילה למוכנות גבוהה יותר למעורבות בטיפול. ממצאי המחקר מעלים בהקשר זה הבדלים בין מטפלים החיים באזור ומטפלים המגיעים לעבוד ממקומות מגורים שהם מחוץ לטווח הקסאמים. מטפלת החיה מחוץ לטווח ירי טילי הקסאם מספרת:

דבר ראשון שבאתי לפה לאזור... הילדים שאלו אותי "אז איפה את גרה?" כאילו, את משלנו או את לא משלנו, מה את מבינה בכלל על מה את מדברת אם את לא חלק מה....

נראה שמטפלים אשר אינם מתגוררים באזור, נדרשים לעבוד במקום זמן ממושך ולעבור מספר גדול של חוויות כדי לקבל את "אישור הכניסה", הן מן המטופלים והן מעמיתיהם לצוות.

בין צמצום להזדמנות

העבודה המתמשכת במציאות טראומטית משותפת אילצה את המטפלים ליצירתיות בעיצוב שיטות ודרכי ההתערבות כדי שתהיינה יעילות ומותאמות למצב ולמטופלים. העשור האחרון של עבודתם התאפיין בתהליך של חיפוש הולך ומתגבש. מטפלים רבים דיווחו על שינוי משמעותי בתפיסות שהחזיקו ביחס לטיפול, מטיפול מילולי בגישה פסיכודינמית לטיפול ביו-פסיכו-סוציאלי עם דגש על התערבות התנהגותית קוגניטיבית. ואכן, השיטות הנפוצות בקרב המטפלים שהשתתפו במחקר היו שיטות התערבות התנהגותיות קוגניטיביות וכאלו הדורשות מיומנויות עבודה עם הגוף ולא רק עם הנפש. לדברי המטפלים, אחד הגורמים המשפיעים על בחירתם בסוג הטיפול הוא יעילותו בוויסות תחושות החרדה שלהם עצמם, ובמילים אחרות, האם הם עצמם ישתמשו בכלי זה כדי לווסת בהצלחה עוררות רגשית שהם עצמם חווים. החרדה המתמשכת הנלווית לאיום הטילים והאיום הקונקרטי החוזר ונשנה גם במהלך פגישות טיפוליות הביא להקצנה של מצבים, רגשות והתנהגויות. המטפלים התייחסו לשני צדי המטבע של תופעה זו. מן הצד האחד הם תיארו צמצום של המרחב המתקיים במהלך ההתערבות, עלייה בתפקוד הקונקרטי וצמצום ביכולת ההסמלה. אחד המטפלים אומר:

אחת החוויות הקשות שלי כמטפל זה שדה המשחק שנפגע. המרחב הפוטנציאלי מאוים מאוד כשיש "צבע אדום" ובזמן נפילות קסאם. הקונקרטיות משתלטת, שוררת בחדר בעוצמה כזו שאין מקום לדימויים ולדמיון.

בד בבד דיווחו המטפלים כי הנוכחות הקונקרטית של האיום בתוך התהליך של ההתערבות הטיפולית יצרו הזדמנויות אשר ייתכן שלא היו מתאפשרות באופן אחר. כך לדוגמה סופר על מטופלת שהתכחשה לתסמיני המצוקה שלה בעת הישמע אזעקות צבע אדום. באחת הפגישות הטיפוליות נשמעה אזעקה, והמטופלת קפאה על מקומה. בעקבות אירוע זה הסכימה המטופלת ללמוד על כלים לוויסות רגשי כמו נשימות ועבודה גופנית. מטפלת אחרת סיפרה על פגישה עם זוג בטיפול אשר במהלכה נורו מטחי טילים חוזרים ונשנים. בכל פעם נאלצו המטפלת והזוג שבטיפול להצאת אל המקלט. זאת, עד הרגע שבו האישה אמרה: "תלכו למקלט, יותר טוב שאני אמות..." המטפלת ממשיכה:

אנחנו לא היינו מסוגלים, אני לא הייתי מסוגלת לקום יותר מהכיסא וגם הוא לא. לא הלכנו למקלט. נשארנו איתה.... המשפט הזה הדהד בתוך הטיפול עוד הרבה זמן אחר כך. המשפט הזה, למרות שהיה כאילו משהו מאוד פרובוקטיבי עם הרבה תוקפנות בו, לא היה יוצא אחרת, אולי הקסאם הוציא אותו, הוציא את ה"הכי" המקום הזה....

תחושת יכולת (קומפוטנטיות)

למרות החשיפה האינטנסיבית לסכנה, ולצדה, המורכבות הרבה של העבודה במציאות טראומטית משותפת והשלכותיה הנפשיות השליליות, בלטו בקרב המטפלים שהשתתפו במחקר תחושות של מסוגלות מקצועית וצמיחה. מרביתם הביעו גאווה על היכולות האישיים שלהם ושל הצוות לפעול ולעמוד בציפיות וביעדים המקצועיים המוטלים עליהם, והרגישו שהם יכולים להתמודד בהצלחה עם המציאות בשני הרבדים – האישי והמקצועי:

אני יכול להגיע לקצה שלי יותר מאשר אי פעם, וכולם פה הגיעו לקצה יותר מהרגיל, זה מונף למקום של חוויה ושל הצלחה ושל גאווה ולא של נפילה ושכירה. כי באותו מקום אפשר היה גם להישבר, וראינו פה מערכות אחרות שכן נפלו מהמצב.

המטפלים תיארו כמה גורמים המסייעים לפיתוח תחושת מסוגלות מקצועית. ראשית, המטפלים הרגישו שהם הצליחו לפתח ידע מקצועי חדש ובעל ערך המותאם לעבודה באזור. ידע זה הביא, לפי תחושתם, להתקדמות ולהצלחות בקשר המסייע עם המטופלים, ותרם לתחושת “גאווה היחידה”: “גם הידע שצברנו מאפשר לטפל, כל אחד לעצמו וגם בתוך הצוות, יש גאווה יחידה”. שנית, המטפלים ייחסו חשיבות רבה לממד היחסים הבין-אישיים בתוך הצוות, ושייכו הרבה מן ההצלחה לתמיכה וללכידות החברתית בתוך הצוות. אלו באו לידי ביטוי גם בתחושת סולידריות ודמיון שהתפתחו בין חברי הצוות. חשוב היה למטפלים להדגיש כי הם מתגוררים ונשארים לעבוד שנים רבות בתנאים קשים המבדילים אותם מקבוצות ומפרטים אחרים. הם תפסו עצמם כקבוצה ייחודית ומיוחדת אשר עברה יחד חוויות שהצטברו להיסטוריה משותפת של הצוות. מצב זה הציב אתגר לחברי צוות חדשים – אלו שמתגוררים באזור ואף יותר מכך לאלו שאינם מתגוררים באזור – כבואם להתקבל ולהשתייך לצוותים הללו. אולם נראה כי הצוותים ידעו להעריך את חשיבות האחדות הצוותית והקפידו להישאר פתוחים ומקבלים את עמיתיהם החדשים. עם זאת, מטפלים ואנשי מקצוע אשר התגייסו מאזורים שונים בארץ כדי לסייע ולעזור למטפלים במקום, אך עשו זאת באופן חד-פעמי או לזמן מוגבל, לא זכו ל“כרטיס הכניסה”, ובחלוף הזמן הביעו המטפלים “המקומיים” אי נחת מהימצאות המטפלים שבאו מבחוץ. יחס מיוחד ניתן בצוות למנהלת שהייתה מודל הורי וגורם המסייע לחברי הצוות בוויסות תפקודי ורגשי. כך תיארה עובדת את הקשר עם המנהלת:

...הרבה פעמים אומרים שתגובה של ילדים קשורה לתגובה של ההורים. אם ההורים ב“צבע אדום” חרדתיים ומתנהלים באופן מסוים זה מאוד עובר לילדים. התחושה שלי שזה גם פה ככה, בצוות. המנהלת עבורי היא המווסתת. הרבה פעמים התקשרתי והיא אמרה ‘עכשיו לא צריך, אם נצטרך’... אני חושבת שעבורי

תמר לביא, אורית נוטמן-שורץ ורחל דקל

תחושת הביטחון... שמי שמנהל את זה יודע מה הוא עושה, לא ברמה של 'קרה משהו, כולם לבוא בהיסטריה'. אני יודעת שלי זה מקנה תחושה של ביטחון.

גורם נוסף שתרם לתחושת המסוגלות של המטפלים היה מעגלי התמיכה והסיוע בתוך המשפחה: בני הזוג, הילדים ובכמה מקרים גם ההורים של העובד. המשפחות סייעו הן בתמיכה רגשית והן בתמיכה אינסטרומנטלית, והמטפלים הכירו בתמיכה זו ובחשיבותה.

היו מטפלים אשר התייחסו לתחושת השליחות והאמונה בחשיבות העבודה שלהם כגורמים מגינים אשר סייעו להם כאשר הם היו צריכים לצאת למקומות מסוכנים או להשאיר את בני משפחותיהם מאחור. מטפלת אחת סיפרה שכאשר נענתה לקריאת חירום החלה בתה לבכות מחשש שהיא (האם) הולכת "למקום מסוכן שבו נהרגים אנשים". המטפלת סיפרה שהיא ענתה לבתה, מתוך גאווה בעשייה שלה: "זה התפקיד שלי". מטפלת אחרת, דתייה, סיפרה על קריאת חירום שקיבלה בערב שבת:

[הילדים] שאלו איך את נוסעת בשבת והייתי מאוד גאה בתשובות גם שלי וגם של בן הזוג שלי ובמסר שאנחנו מעבירים להם. הרגשתי שגם הם גאים על התפקיד והעשייה.

ברגע אחר בשיחה היא מוסיפה:

אני מרגישה את נושא השליחות. גם קיים בצוות. מאד מוטבע... המחויבות באה מתוך החיבור בתוך הצוות וגם החיבור למועצה. אבל גם יש משהו של שליחות. שמרגישים אחרי ימים כאלה שהיה לנו מה לעשות, שזה משמעותי.

לסיכום, הממצאים מצביעים על קיומה של דיאלקטיקה באופן שבו המטפלים התמודדו עם ההשלכות של מציאות טראומטית משותפת ומתמשכת על עבודתם. הם הציגו מודעות לתהליכים ולשינויים המתחייבים מן המצב, כאשר מחד גיסא ראו את ההזדמנויות שהביאה המציאות הטראומטית המשותפת לתהליך הטיפולי ולהתפתחות האישית והמקצועית שלהם, ומאידך גיסא הציגו את הקשיים ואת הצמצום המתקיימים בעבודתם ובחיייהם האישיים. כל זאת תוך שהם מציגים מסוגלות מקצועית וגמישות ביצירת מרחב טיפולי המותאמות למציאות שבה הם פועלים.

דיון

המחקר המוצג כאן נערך לצורך איתור וזיהוי המורכבות הייחודית של הטיפול הפסיכוסוציאלי במציאות טראומטית משותפת מתמשכת. מציאות זו חושפת את

המטפלים הן לחשיפה כפולה, ישירה ועקיפה, והן לתנאי עבודה, שכפי שצוין במבוא, מאופיינים בגורמים שהספרות קושרת עם טראומטיזציה משנית ושחיקה נפשית. כל אלו פועלים במשולב, ועלולים להאיץ זה את זה ולהציב את המטפלים בסיכון לחוות מצוקה נפשית גבוהה, וכן להביא לירידה בתפקודם האישי והמקצועי. אולם ממצאי המחקר מציגים תמונה מורכבת יותר של השפעות המצב על המטפלים באזור ועל עבודתם. מחד גיסא מצביעים הממצאים על חוסן, על תחושת מסוגלות ועל תפקוד גבוה בתחום המקצועי, ואף על צמיחה. אלו באו לביטוי באמונתם של המטפלים כי יוכלו להמשיך בעבודתם הטיפולית ובהתמודדות עם המציאות הטראומטית המתמשכת לאורך זמן; בשמירה על הרצף התפקודי במהלך תקופות ממושכות של חירום וסכנת חיים; בעמידה בציפיות של המנהלים, העמיתים והמטופלים, ואף בחשיבה, בלמידה ובפיתוח של התערבויות טיפוליות חדשות ומותאמות למצב הקיים. מאידך גיסא, העלו הממצאים גם שאלות על המחירים, המודעים והבלתי מודעים, שמשלמים המטפלים, וכן על ההתערבויות הטיפוליות, על מסגרת ההתערבות הטיפולית ועל היבטים שונים הקשורים ביחסי מטפל ומטופל. הדיון שלהלן מציג את הדיאלקטיקה בין ההשלכות החיוביות והשליליות של החשיפה המשותפת המתמשכת.

בהלימה עם הספרות העוסקת בעבודת בריאות הנפש במציאות טראומטית משותפת, נמצאה גם במחקר הנוכחי פגיעה משמעותית במסגרת הטיפולית (setting) עד כדי טשטוש הגבולות המוכרים והמוסכמים של הטיפול. את הממצאים לגבי הפגיעה במסגרת ההתערבות הטיפולית אפשר לחלק לכמה רבדים. הראשון שבהם כולל את המרכיבים הפיזיים של מסגרת ההתערבות הטיפולית. אזעקות “צבע אדום” במהלך פגישות טיפוליות, מצבים של הסלמה ביטחונית שקטעו את סדירות המפגשים, טלפונים יזומים למטופלים, ביקורי בית ויציאה לקריאות חירום שנערכו בכל שעות היום והלילה, בשבתות ובחול, היו דוגמאות לפגיעה במרכיבים אלו. החריגות פגעו ברצף של התהליך הטיפולי, איימו על הפרטיות, פגמו בתחושת הביטחון והאמון בתוך הטיפול ובקשר בין המטפל למטופל. נוסף לתפקידם החיוני בהגנה ובהכלה של המטופלים, יש למרכיבים הפיזיים של המסגרת תפקיד מסורתי גם בהגנה על המטפלים מפני ההשלכות הפתוגניות של החשיפה למצוקה רגשית שמבטאים המטופלים במהלך הפגישות (Lahad, 2000), והתמוססות מרכיבים אלו הותירה את המטפלים פגיעים לתהליכים של טראומטיזציה שניונית (Figley, 1995).

גם החריגות מן הזמן והמקום המיועדים להתערבות הטיפולית הובילו לטשטוש גבולות אינטרא-פסיכיים בנוסף לגבולות הקונקרטיים הפיזיים. בין העולם האישי והמקצועי של המטפלים, ובכך להעמקה של הקונפליקט בין המחויבויות לבית ולעבודה. ממצא זה עומד בקנה אחד עם מחקרים אחרים שנערכו במציאות טראומטית משותפת (באום, 2012). אולם, שלא כעדויות של מטפלים שחוו אירועים טראומטיים חד-פעמיים ואשר נדרשו לתקופות הסתגלות ארוכות עד שהתייצבו לעבודה (באום,

(2012), נראה כי האופי המתמשך של החשיפה במחקר הנוכחי הובילה את המטפלים, את משפחותיהם, ואת הסביבה הקרובה להם להיערכות מחודשת, אשר התקבעה והעניקה להם חופש פעולה וזמינות מיידית במצבי חירום. כך שמעבר לתמיכה האינסטרומנטלית היוותה היערכות המשפחה גם תמיכה רגשית, מאחר שלאורך זמן גם תרמה לצמצום הקונפליקט הפנימי של המטפלים בין המחויבויות לבית ולעבודה, ובמקביל אף העידה על ההערכה של המשפחה לעבודת המטפלים. יתרה מכך, המטפלים חוו את זמינותם כעדות לרמת תפקוד גבוהה, למסירות ולדאגה למטופלים גם תוך סיכון עצמי והקרבה אישית, ואלו היו מוקד לתחושות של גאווה, אקסקלוסיביות ולכידות צוותית.

הפגיעה במסגרת ההתערבות הטיפולית התרחשה ברבדים מנטליים ורגשיים. המטפלים במחקר הנוכחי, כמו במחקרים אחרים, התקשו למקד את הקשב שלהם באופן מלא במטופלים ודיווחו על דאגות למשפחה ולקרובים אשר חדרו במהלך התערבות טיפולית. כאמור במבוא, כשלים אלו שכיחים בקרב מטפלים העובדים במציאות טראומטית משותפת, ואף שיכולה להיות להם השפעה על ירידה זמנית בערך העצמי המקצועי של המטפלים, הם מסוגלים לחזור ולהשקיע את מלוא הקשב במטופליהם עם סיום מצב החירום (Baum, 2012b; Somer et al., 2004). גם כאן נראה כי למשך החשיפה הארוך הייתה תרומה בכך שזימנה למטפלים מרחב לדיון בביטויים השונים של טשטוש הגבולות בין המציאות לבין מרחב ההתערבות הטיפולית ובין האישי לבין המקצועי. דיונים אלו, פורמליים ובלתי פורמליים, תרמו לנורמליזציה של התופעה ולצמצום ההשפעה הפתוגנית של החשיפה המתמשכת. ייתכן גם כי הזמינות הפיזית הגבוהה של המטפלים לאורך התקופה כולה, בכל שעה ובכל מצב, הקלה או אף העניקה פיצוי לאותם רגעים של כשל אמפתי במודע או שלא במודע.

עם זאת, מחשבות ודאגה למטופלים ליוו את המטפלים בין פגישות ובעת שהותם במרחב האישי שלהם. אצל חלק מן המטפלים הייתה עוצמת החוויה חזקה עד כדי הופעת הבזקים של חומרים קליניים של המטופלים. מחשבות חודרניות והבזקים מעין אלו הם תסמין בולט במצבים של טראומטיזציה משנית (Figley, 1995). ממצא זה יכול להוסיף תוקף למונח של מציאות טראומטית משותפת, כאשר נראה שעובדת קיומה של חשיפה ישירה אינה מבטלת את קיומם של תהליכים של טראומטיזציה משנית. כאמור, הקיום המשולב של טראומה ישירה ומשנית עלול להעצים את הפגיעות הרגשית והתפקודית של המטפלים.

ממצאי המחקר העידו גם על טשטוש בגבולות המבניים של הקשר בין המטפל למטופל. הספרות העוסקת בעבודת בריאות הנפש במציאות טראומטית משותפת מתארת מצבים שבהם מצטמצם הריחוק המתקיים באופן מסורתי בין מטפלים למטופלים. חוויית המציאות המשותפת מגבירה את ההזדהות בין שני הצדדים. מצב זה עלול לפגוע ביכולתם של המטפלים להוות מיכל מגן עבור המטופלים שלהם, הנושא

את החוויה הטראומטית ועורך בה את הטרנספורמציה הנדרשת כדי להחזירה אל המטופלים כשהיא נסבלת יותר (Lahad, 2000; Tosone, Nuttman-Shwartz, & Stephens, 2012). במחקר הנוכחי, להזדהות הגבוהה שהתקיימה בין המטפל למטופל נמצאו השלכות גם על שלבים שונים של ההתערבות הטיפולית. נראה כי לעיתים ההזדהות עוררה בקרב המטופלים חרדות ברמה שהייתה בלתי נסבלת עבורם, עד כי הובילה אותם להימנע מטיפול באוכלוסיות או במטופלים מסוימים כבר בשלב ההפניה לטיפול. בשלב ההערכה הפסיכו-סוציאלית דנו המטופלים בקשיים הקשורים ליכולתם לראות במטופל אדם שלם גם מחוץ להקשר של המציאות הטראומטית. לטענת חלקם, כאשר החשיפה היא כרונית ומתמשכת אי אפשר להפריד בין המציאות לבין טווח תסמינים רחב מעבר לתסמינים הפוסט-טראומטיים המצוינים ב־DSM. אחדים מן המטופלים אף סברו כי במציאות שבה הטראומה חוזרת ונשנית אי אפשר כלל להגיע לידי החלמה או להקלה משמעותית בתסמינים. לא ברור אם עמדות אלו של המטופלים הן ביטוי לידע ולניסיון המקצועי הרחב שלהם באזור, או שהיו למעשה עדות להשלכות הפתוגניות של החשיפה הממושכת (ישירה ועקיפה) על השחיקה הנפשית, על תפיסת העולם ועל תפיסת העתיד שלהם, כפי שמתואר בספרות (Maslach & Leiter, 1997; McCann & Pearlman, 1990). כך או כך, מאפיינים אלו מקבלים משקל רב יותר כאשר יש הזדהות גבוהה בין המטפל למטופל, כפי שהיא מתאפיינת במציאות המשותפת.

למרות קיומן של עדויות ישירות ועקיפות להשלכות השליליות של המציאות הטראומטית על המטופלים, הרי שבקבוצות המיקוד הדיון הישיר של המטופלים בחרדות האישיות שלהם היה מצומצם מאוד. ממצא זה שונה ממחקרים אחרים בספרות, ובהם מעידים פסיכולוגים על עלייה ברמות החרדה וחשש שיאבדו מיכולתם להכיל את חרדות המטופלים בשעה שהם עצמם עוסקים בחיזוק המגנות שלהם (לדוגמה: Cohen, Roer-Strier, Finger, & Menachem, 2015). יש כמה הסברים אפשריים לממצא זה. ייתכן כי שיטת המחקר – קבוצות מיקוד – והנוכחות של חוקרות שאינן חלק אינטגרלי מן הצוות, לא אפשר דיון פתוח בסוגיה. שני הסברים אפשריים נוספים קשורים באופייה המתמשך של החשיפה. ייתכן כי החשיפה הממושכת מצמצמת לאורך זמן את העוררות הנפשית הגבוהה ונוצרת התרגלות (הביטואציה) לטראומה ולחרדה. בד בבד, ובשל הימשכות החשיפה, מתאפשרת התאמה של דרכי התמודדות שהן יעילות יותר לחשיפה הספציפית (Bleich, Gelkopf, Melamed, & Solomon, 2006). אחת מדרכי ההתמודדות הללו יכולה להיות קשורה במנגנונים של הדחקה. אף שהספרות חצויה בהתייחסותה למנגנונים אלו, יש הטוענים כי במצבים מסוימים, רמה מתונה של הדחקה והימנעות ממחשבות, מזיכרונות ומרמזי אחזור של החרדה, יכולה להיות קשורה להסתגלות בריאה (Weinberger, Schwartz, & Davidson, 1979). ייתכן כי מציאות של טראומה מתמשכת נמנית עם המצבים הללו. תמיכה לכך

אפשר למצוא במחקר שמצא כי עובדי זק"א (החשופים לאורך זמן לאירועים טראומטיים חוזרים ונשנים) הנעזרים בהדחקות הציגו רמות גבוהות של חוסן לעומת עובדים שלא השתמשו בהדחקה (Solomon, Berger, & Ginzburg, 2007). הסבר זה יהיה נכון גם לחוסן ולתחושת המסוגלות המקצועית הגבוהה שביטאו המטפלים במחקר. אולם, חשוב לזכור כי בעוד ההדחקות מסייעות למטפלים בהתמודדותם היום-יומית עם הטראומה והחרדה, הן עלולות להוביל להסתייגות ולרתיעה מסיפורי המטפלים במהלך התערבות טיפולית. למעשה, החלקים המודחקים והדיסוציאטיביים של שני הצדדים עלולים לפעול בדרכים שונות כדי להסית את הטיפול ואת המטפלים מן המטרה שלשמה באו, ולהיות הרסניות בתוך הטיפול (Boulanger, 2013; Canfield, 2005).

כאמור, ממצאי המחקר הנוכחי מעידים גם על רמות גבוהות של חוסן ועל תחושה של מסוגלות ותפקוד מקצועי גבוה בקרב המטפלים. ישנם כמה גורמים הקשורים לתחושות אלו. ברמה האישית, מרבית המטפלים במחקר הציגו גמישות ויצירתיות בעבודתם ויכולת לתפוס את השינויים שכפתה עליהם המציאות הטראומטית המשותפת כהזדמנות חיובית. כך למשל, את החיפוש אחר טכניקות ושיטות טיפוליות מותאמות ויעילות תיארו המטפלים כתהליך מאתגר שהוביל לעיתים לשינוי משמעותי בתפיסותיהם לגבי הטיפול, ולמעבר מטיפול מילולי בגישה פסיכודינמית לטיפול ביו-פסיכו-סוציאלי עם דגש על התערבויות בעלות מרכיבים קוגניטיביים התנהגותיים. שיטות טיפוליות אלו מדווחות גם בספרות כיעילות ביותר להתערבות בקרב מטפלים הסובלים מתסמינים פוסט-טראומטיים (Hamblen, Barnett, Hermann, & Schnurr, 2012). המטפלים התייחסו לשינוי כאל התפתחות מקצועית, וציינו בגאווה את גוף הידע המקצועי הייחודי שהם היו שותפים לבנייתו. מעניין לציין כי בחירת שיטת הטיפול עלתה בקנה אחד עם שיטות ההתערבות שהמטפלים עצמם חוו כיעילות לוויסות העוררות הרגשית של עצמם. בדומה, המטפלים למדו להיעזר בחדירות המציאות ולנצל את הרגעים הקיצוניים, הקונקרטיים ומעוררי החרדה, לקידום הטיפול ולטובת המטופלים, וזאת במקום לראות בהם פגיעה או איום על התהליך. תרומתן של האופטימיות, הגמישות והיצירתיות שהפגינו המטפלים הייתה אם כן כפולה, הן כמשאבים אישיים למיתון ההשלכות השליליות של החשיפה לטראומה, והן בהיותן האמצעי להתאמת העבודה הטיפולית לסיטואציה החדשה והמשתנה ולקידום הטיפול. גורם נוסף שהמטפלים התייחסו אליו כאל משאב להתמודדות היה הצוות. הצוות העניק למטפלים תחושת שייכות, תמיכה חברתית-אינסטרומנטלית ורגשית ולכידות חברתית. בצוותים שהשתתפו במחקר קיבלה התמיכה החברתית ביטוי באפשרויות לשיתוף בחוויה, לנורמליזציה של התגובות ואף למתן ייעוץ לגבי דרכי התמודדות שונות, ובמידת האפשר – גם למתן גיבוי מקצועי. תחושת הלכידות במחקר הנוכחי קיבלה ביטוי, בין היתר, בהבלטת הדמיון והשותפות שבין המטפלים ובעיקר אלו

הקשורים בהתמודדות עם חוויות מסוכנות. בצוותים שבהם תחושת הלכידות גבוהה, היו חברי הצוות שותפים לאותו האירוע מכמה נקודות מבט שונות. כאשר אירוע כזה נדון, תרם כל מטפל את החוויה שלו אל תוך הסיפור השלם ויחד נוצרה תמונה משותפת שהעמיקה את תחושת האחוה בצוות. תחושת הלכידות הצוותית עוררה והבליטה את המשותף והמיוחד בצוותים ובכך גם את מי שלא נכלל ב"אנחנו". תחושה חזקה מאוד עלתה מקרב חברי הצוותים שמי שנכללים בקבוצה הם מי ששותפים לחוויה ומתמידים בשותפות זו (גם אם אינם גרים באזור). התמיכה החברתית והלכידות החברתית הנם שני משתנים, אשר למרות מורכבותם יש הסכמה גורפת בספרות לגבי תפקידם כמתנים את ההשלכות הפתוגניות של חשיפה לדחק (לדוגמאות ראו: Oliver, Harman, Hoover, Hayes, & Pandhi, 1999; Solomon & Mikulincer, 1990; Solomon, Mikulincer, & Hobfoll, 1986).

הובפול ואחרים (Hobfoll et al., 2007) מציינים גם את תחושת המסוגלות הקבוצתית. לדבריהם קבוצת שייכות בעלת מסוגלות תורמת לקידום הסדר והארגון ומעניקה ליחיד תמיכה ומשאבים להתמודדות, אשר מצמצמים את תחושת הפגיעות שלו ותורמים ליכולתו להיות מעורב בפעילות בונה ואף להשיב את תחושת התקווה לגבי העתיד. בייחוד אמורים הדברים לגבי מצבים שבהם השבר הוא מסיבי ונרחב מיכולת ההתמודדות של הפרט הבודד. לדבריהם במקרים של טראומה קהילתית יש צורך בחיזוק המסוגלות של הקהילה כולה באמצעות פעילות שנובעת מן הקהילה. בהקשר זה ייתכן כי צוות טיפולי החי ופועל בתוך הקהילה שלו, הוא גורם תרפויטי בפני עצמו. לפיכך, יש חשיבות רבה לעידוד ולחיזוק הצוותים המקומיים ולהבאת הידע והניסיון הרב שהצטברו באזור לקדמת הבמה המקצועית, תוך כדי צמצום ההישענות על מומחים המגיעים מחוץ לאזור.

תפקידה של מנהלת הצוות כגורם הורי מחזק ותומך קיבל התייחסות מיוחדת בקרב המטפלים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים אחרים אשר מציינים קשר בין תמיכה של המנהלים ביחידה לבין רמות דחק נמוכות ותחושות של צמיחה בקרב העובדים (Baum & Ramon, 2010). נוסף לצורך בהחזקה ובהדרכה מקצועית במצבים טראומטיים אשר נמצא גם במחקרים נוספים בארצות-הברית, באוסטרליה ובישראל (Ron & Shamai, 2011; Stevenson, Phillips, & Anderson, 2011; Tosone, Minami, Bettman, & Jaspersen, 2010) הביעו המטפלים במחקר צורך רחב בתמיכה, ובהקשר של מקום העבודה ביטאו ציפייה כי ראש הצוות תדאג, תתעניין בשלומם ותהיה מודעת לצורך שלהם לשמור על איזון בין המחויבויות שלהם למשפחתם ולמטופלים שלהם ובכך תקל על הקונפליקט שלהם. המטפלים אף ייחסו למנהלת תפקיד הורי של סיוע בוויסות הרגשי. פונקציה בעלת חשיבות גבוהה למניעת תחלואה נפשית בכלל ובהתמודדות עם איום וחרדות בפרט (Calkins, 2010; Carthy, Horesh, Apter, & Gross, 2010).

גם התמיכה מצד המשפחות צוינה כבעלת תרומה לתחושת המסוגלות המקצועית של המטפלים. כאמור לעיל, תמיכה זו התקיימה בשני מישורים. במישור האינסטרומנטלי, כאשר אפשרו למטפלים להתייבב לעבודה בכל שעה ובכל מצב ללא התראה מוקדמת, ובמישור הרגשי, כאשר הביעו תמיכה וגאווה בעבודתם וסייעו לצמצום הקונפליקט הפנימי של המטפלים. במחקרים שבהם נעדרה הערכת המשפחות לתמיכה במטפלים, דיווחו המטפלים על עלייה בעצמת הקונפליקט הפנימי שבין המחויבויות לבית ולעבודה. אם לצד העדר הערכה ותמיכה חוו המטפלים גם חוסר הבנה מצד המנהלים, הם חוו כעס ותסכול שהופנו כלפי מקום העבודה (Baum, 2012a).

בקבוצות הדיון הרבו המטפלים להתייחס לאירועי החירום. ככלל, נראה כי בתחום מעני בריאות הנפש בעת חירום התפתח בקרב המטפלים באזור גוף ידע מקצועי המבוסס על ניסיון ממשי ואשר כולל חידושים ופיתוחים המותאמים כולם לתנאי העבודה הייחודיים. אלו מעידים על החוסן התפקודי של המטפלים ומבססים אותו. לעומת זאת, עבודת השגרה והמענים הטיפוליים ארוכי הטווח זכו במחקר הנוכחי להתייחסות מצומצמת יותר מצד המטפלים, כמו בספרות המחקר בכלל. אף שהשנים הארוכות של החשיפה למצב לחימה לאורך הגבול עם עזה מאופיינות בתקופות של רגיעה, ואף שקבוצות המיקוד במחקר הנוכחי נערכו במהלך תקופת רגיעה ממושכת, רק מעט מדברי המטפלים התייחס לתקופות הרגיעה, או לעבודת השגרה המתקיימת לאורך כל השנים, בין מצבי הסלמה ביטחונית ובמהלכם.

תרומתו העיקרית של המחקר הנוכחי בהבנה מעמיקה יותר של ההשלכות של חירום מתמשך, חוזר ונשנה, על העבודה ועל המטפלים לאורך זמן. הממצאים מציגים את הדיאלקטיקה המתקיימת בין מצוקה פוסט-טראומטית לבין חוסן ותחושת מסוגלות מקצועית, כאשר המציאות הטראומטית המשותפת היא מתמשכת. דיאלקטיקה זו תואמת את הבנתם של טדשי וקאלהון (Tedeschi & Calhoun, 2004) הרואים במצוקה נפשית בעוצמה מתונה תנאי הכרחי להתפתחות תהליכים של צמיחה פוסט-טראומטית. כך למשל אפשר לראות כיצד הדרישה לזמינות של המטפלים בכל עת בזמן חירום היא גורם לחץ מחד גיסא, אך לצידה גם היערכות משפחתית מצמיחה. כן אפשר לראות את הקשיים שמציבה המציאות הטראומטית המתמשכת על מסגרת הטיפול והקשר בין המטפל למטופל. מחד גיסא, מציאות זו מעמיקה את ההזדהות והאמפתיה בין השניים, ומאידך גיסא יש כשלים אמפתיים והימנעויות. שלא כמצבים של טראומה חד-פעמית, המטפלים אינם יכולים לשאוף לחזור אל המצב המוכר, והם פועלים בתוך מצב חדש, כאוטי, ולעיתים חסר שליטה. חלקם רואים בכך הזדמנות לגיבוש שיטות התערבות וליצירת דפוסים חדשים של יחסי עזרה.

ממצאי המחקר הנוכחי מדגישים כי ככל שהמציאות המשותפת מתמשכת עולה תפקידן של המערכות הסובבות הארגונית-מקצועית והמשפחתית בסיוע להתמודדות מוצלחת עם המציאות הטראומטית. מכאן, שיישום הממצאים פירושו איתור המטפלים

הרלוונטיים, ומתן תמיכה וסיוע להם לא רק בפרטים אלא גם בתוך המערכות המקצועיות והמשפחתיות. כך לדוגמה, יש לשים דגש על עבודת המנהלות בצוותים ועל תמיכה בהן, על עיבוי ההדרכה הניתנת למטפלים בנושאים שהיא מתייחסת אליהם, ועל הכרה בצורך בפיתוח מקצועי ובחשיבותו של הניסיון הייחודי המצטבר בקרב הצוותים באמצעות הבאת הידע שלהם לקדמת הבמה המקצועית וצמצום ההישענות על מומחים מן החוץ.

למחקר הנוכחי כמה מגבלות. הראשונה קשורה במערך המחקר. כפי שהוזכר לעיל, קבוצות מיקוד עלולות להוות מרחב שמצמצם את מידת הפתיחות של המשתתפים בהן בשל חשש מחשיפת קשיים אישיים ותפקודיים בפני עמיתים, כך שיתכן שהתקבלה תמונה שאינה מלאה. עם זאת, במרחב זה מתאפשר גם מרכיב תרפויטי של נרמול התגובות, כאשר מטפלים נחשפים לתיאורים דומים מצד עמיתיהם ומגלים שהם לא לבד (Kitzinger, 1995). קבוצות המיקוד נערכו בתקופה של רגיעה ובטווח זמן קצר יחסית. כדי לבחון את ההתפתחות חשוב לחזור אל הצוותים למעקבים לאורך זמן. בעתיד, חשוב להרחיב את המחקר לשירותים רבים נוספים ולמספר רב יותר של מטופלים. הדבר יאפשר הן הכללה רחבה יותר של הממצאים והן פילוח של המטפלים לקבוצות על פי מגורים באזור או מחוצה לו, על פי סוג ההכשרות, הוותק, השיוך הדיסציפלינרי וכדומה. עם זאת, ניתוח הנרטיבים הצביע על תמות, נושאים ואתגרים משותפים לכל המטפלים שהשתתפו במחקר, ובמיוחד חוזקו התקפות וההבנה של המושג והתופעה “מציאות טראומטית משותפת” בכלל ובמצבים מתמשכים בפרט.

מקורות

- באום, נ. (2012). תפקודם של עובדים סוציאליים במלחמה. דוח מחקר. מדינת ישראל, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה. ירושלים.
- Band-Winterstein, T., & Koren, C. (2010). “We take care of the elder but who takes care of us?”: Professional workers with elders in a shared reality of war. *Journal of Applied Gerontology, 29*, 772–792. doi: 10.1177/0733464809357427
- Baum, N. (2010). Shared traumatic reality in communal disasters: Toward a conceptualization. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training, 47*, 249–259.
- Baum, N. (2012a). Emergency routine: The experience of professionals in a shared traumatic reality of war. *British Journal of Social Work, 42*, 424–442. doi: 10.1017/S1049023X00023499
- Baum, N. (2012b). Trap of conflicting needs: Helping professionals in the wake of shared traumatic reality. *Clinical Social Work, 40*, 37–45. doi:10.1007/s10615-011-0347-0
- Baum, N., & Ramon, S. (2010). Professional growth in turbulent times: An impact of political violence on social work practice in Israel. *Journal of Social Work, 10*, 139–156. doi:10.1177/1468017310363636

- Bleich, A., Gelkopf, M., Melamed, Y., & Solomon, Z. (2006). Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: A survey of an Israeli national representative sample. *BMC Medicine*, 4, 21. doi:10.1186/1741-7015-4-21
- Boulanger, G. (2013). Fearful symmetry: Shared trauma in New Orleans after Hurricane Katrina. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 31–44. doi: 10.1080/10481885.2013.752700
- Calkins, S. (2010). Commentary: Conceptual and methodological challenges to the study of emotion regulation and psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 92–95. doi: 10.1007/.10862-009-9169-6
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81–101. doi: 10.1300/J497v75n02_06
- Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., & Gross, J. (2010). Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 23–36. doi: 10.1007/.10862-009-9167-8
- Cohen, E., Roer-Strier, D., Finger, S., & Menachem, M. (2015). "Common fate": Therapists' benefits and perils in conducting child therapy following the shared traumatic reality of war. *Clinical Social Work Journal*, 43, 77–88. doi: 10.1007qs10615-014-0499-9.
- Dekel, R., & Nuttman-Shwartz, O. (2009). PTSD and PTG following Qassam attacks: Correlations and contributors among development town and kibbutz residents. *Health and Social Work*, 34, 87–96. doi:10.1093/hsw/34.2.87
- Diamond, G., Lipsitz, J., Fajerman, Z., & Rozenblat, O. (2010). Ongoing traumatic stress response (OTSR) in Sderot, Israel. *Professional Psychology: Research & Practice*, 41, 19–25.
- 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.
- Faust, D., Black, F., Abrahams, J., Warner, M., & Bellando, B. (2008). After the storm: Katrina's impact on psychological practice in New Orleans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 1–6.
- 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, NY: Brunner-Routledge.
- Hamblen, J., Barnett, E., Hermann, B., & Schnurr, P. (2012). PTSD treatment research: An overview and evaluation. In J. G. Beck & D. M. Sloan (Eds.), *The Oxford handbook of traumatic stress disorders* (pp. 415–426). New York, NY: Oxford University Press.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C., Bryanbt, R., Brymer, M., Friedman, M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283–315. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299–302. doi: 10.1136/bmj.311.7000.299
- Kretsch, R., Benyaker, M., Baruch, E., & Roth, M. (1997). A shared reality of therapists and survivors in a national crisis as illustrated by the gulf war. *Psychotherapy*, 34, 28–33.
- Krug, R. S., Nixon, S. J., & Vincent, R. (1996). Psychological response to the Oklahoma City bombing. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 103–105. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199601)52

- Lahad, M. (2000). Darkness over the abyss. *Traumatology*, 6, 273–293. doi: 10.1177/15347656000600403
- 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. doi: 10.1093/bjsw/bcn021
- Lewis, A. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis. Vol. 4, Relational perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, Inc.
- Maslach, C., & Leiter, D. (1997). *The truth about burnout*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- McCann, L., & Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149. doi: 10.1002/jts.2490030110
- Myers, D., & Wee, D. F. (2002). Stress responses of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 57–83). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Nuttman-Shwartz, O., & Dekel, R. (2009). Challenges for students working in a shared traumatic reality. *British Journal of Social Work*, 39, 522–538. doi: 10.1093/bjsw/bcm121
- Oliver, L., Harman, J., Hoover, E., Hayes, S., & Pandhi, N. (1999). A quantitative integration of the military cohesion literature. *Military Psychology*, 11, 57–83. doi: 10.1207/s15327876mp1101_4
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ron, P., & Shamai, M. (2011). Assessing the impact of ongoing national terror: Social workers in Israel. *Social Work Research*, 35, 36–45. doi: 10.1093/swr/35.1.36
- Saakvitne, K. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 443–450. doi: 10.1080/10481881209348678
- Seeley, K. (2003). The psychotherapy of trauma and the trauma of psychotherapy: Talking to therapists about 9/11. Retrieved from: http://www.coi.columbia.edu/pdf/seeley_pot.pdf.
- Shamai, M. (2005). Personal experience in professional narratives: The role of helpers' families in their work with terror victims. *Family Process*, 44, 203–215. doi: 10.1111/j.1545-5300.2005.00054.x
- Shamai, M., & Ron, P. (2009). Helping direct and indirect victims of national terror: Experiences of Israeli social workers. *Qualitative Health Research*, 19, 42–54. doi: 10.1177/1049732308327350
- Solomon, Z., Berger, R., & Ginzburg, K. (2007). Adjustment of Israeli body handlers: The implications of repressive coping style. *Traumatology*, 13(4), 64–74. doi: 10.1177/1534765607312687.
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (1990). Life events and combat related posttraumatic stress disorder: the intervening role of locus of control and social support. *Military Psychology*, 2, 241–256. doi: 10.1207/s15327876mp0204_4
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Hobfoll, S. E. (1986). Effects of social support and battle intensity on loneliness and breakdown during combat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1269–1276. doi: 10.1037/0022
- 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. doi: 10.1177/1049732304267774
- Stevenson, A. D., Phillips, C. B., & Anderson, K. J. (2011). Resilience among doctors who work in challenging areas. *British Journal of General Practice*, 61, 404–410. doi: 10.3399/bjgp11X583182
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15, 1–18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
- Tosone, C. (2006). Therapeutic intimacy: A post 9/11 perspective. *Smith College Studies in Social Work*, 76, 89–98. doi:10.1300/J497v76n04_12
- Tosone, C., & Bialkin, L. (2003). Mass violence and secondary trauma: Issues for the clinician. In S. L. Straussner & N. Phillips (Eds.), *Social work with victims of mass violence* (pp. 157–167). New York, NY: Pearson.
- Tosone, C., Lee, M., Bialkin, L., Martinez, A., Campbell, M., Martinez, M., & Stephan, A. (2003). Shared trauma: Group reflections on the September 11th disaster. *Psychoanalytic Social Work*, 10, 57–77. doi: 10.1300/J032v10n01_06
- Tosone, C., McTighe, J. P., Bauwens, J., & Naturale, A. (2011). Shared traumatic stress and the long-term impact of 9/11 on Manhattan clinicians. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 546–552. doi: 10.1002/jts.20686
- Tosone, C., Minami, T., Bettmann, J., & Jaspersen, R. (2010). New York City social workers after 9/11: Their attachment, resiliency, and compassion fatigue. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12, 103–116.
- Tosone, C., Nuttman-Shwartz, O., & Stephens, T. (2012). Shared trauma: When the professional is personal. *Clinical Journal of Social Work*, 40, 231–239. doi:10.1007/s10615-012-0395-0
- Unrau, Y., & Coleman, H. (1997). Qualitative data analysis. In M. Grinnell (Ed.), *Social work research and evaluation: Quantitative and qualitative approaches* (pp. 512–514). Itasca, IL: Peacock.
- Weinberger, D., Schwartz, G., & Davidson, R. (1979). Low-anxious, high anxious and repressive coping style: Psychometric pattern and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369–380. doi: 10.1037/0021-843X.88.4.369