

איים של ביטחון: אתגרי המטפל במציאות טראומטית משותפת

אלינער פרדס

"פסיכולוג - ולא פסיכולוגיה. שכן, כאשר הנך עומד מול המוות, הנך ניצב כאדם. אמנם, אדם שעבר הכשרה מקצועית, אדם שהוא מקצוען, אבל העיניים המביטות נכוחה אל מול פני המוות הינן עיניים אנושיות. המקצוע תומך בך, מאחור. הוא הגב. אך קדימה משלחת הפסיכולוגיה את הפסיכולוג. ולכן, אדבר בגוף ראשון. מתוכי."

- פרופ' יעקב פרנקל (1988, עמ' 163).

עצמו מתמודד עם מציאות ש"טורפת את כל הקלפים", הן דרך מטופליו. בסקירה מקיפה של המחקר בתחום נמצאו שלושה מאפיינים של מציאות טראומטית משותפת (Baum, 2010):

- האסון הוא אירוע קולקטיבי שיש לו פוטנציאל להיחווה כטראומטי לקהילה כולה.
- מדובר באירוע המתקיים בהווה, כאן ועכשיו, בזמן אמת, ולא באירוע שהסתיים.
- המטפל והמטופל משתייכים לקהילה שנפגעת.

מאמר זה נכתב במרץ 2020 עם התפשטות מגפת הקורונה והכניסה לימי בידוד והסגר. נגיף הקורונה הוא איום לא מוכר, המפגיש אותנו כמטופלים עם מציאות שונה מכל מצב אחר שהכרנו.

המונח "מציאות טראומטית משותפת" מתייחס למצבים שבהם אנשי מקצוע בתחום הרווחה, הבריאות ובריאות הנפש חיים בתוך קהילה החשופה לאסון או אירוע טראומטי. שמות שונים נוספים שניתנו לתופעה זו הם דחק טראומטי משותף (shared traumatic stress) או "שותפות גורל" (common fate).

אסון מגדל התאומים ב-2001 והתגברות הטרור בעולם הביאו לצמיחה מואצת של תחום מחקר זה, ולהכרה בהשלכות של החשיפה הכפולה - ישירה ועקיפה, אישית ומקצועית - של מטופלים החיים בתוך קהילות שנחשפו לטראומה קולקטיבית (Tosone et al., 2012). לאחר אירועי 11 בספטמבר דיווחו פסיכולוגים בניו יורק על רמה מוגברת של דריכות וערעור בתפיסת עולמם כמקום בטוח (Eidelson et al., 2003). הספרות המקצועית עד אז התייחסה לטראומטיזציה של המטפל כ"משנית" בעיקר, וראתה בה תולדה של "ספיגה" של מטענים טראומטיים העולים במפגש הטיפולי. אולם מחקרים שנערכו על מטופלים אחרי אסונות טבע רחבי היקף (כגון הוריקן, רעידת אדמה וכיו"ב), הוסיפו נדבך נוסף להבנה של ההשלכות של החשיפה הכפולה על תהליכים המתרחשים במרחב הטיפולי במציאות המאופיינת בשיבוש שגרה, קטיעת רציפויות, חוסר אונים וחוסר ודאות.

חשיפה כפולה

לצד הדגשת חשיבות ההבדלים הרבים בין מצבי אסון שונים, החוקרים ביקשו לזהות מאפיינים ייחודיים לטיפול במצבים שבהם חווה המטפל חשיפה כפולה, הן חשיפה ישירה, שכן הוא

הצורך של המטפל להגן על עצמו רגשית מפני המפגש עם האימה, עלול להתנגש עם הצורך "להיות שם" באופן מלא עבור המטופלים

פגיעות הדדית

המחקרים על חוויות של מטופלים במציאות טראומטית משותפת מצביעים על שלושה היבטים מרכזיים, שחשוב להביא בחשבון כדי להבין את מורכבות העבודה הטיפולית:

- החשיפה הישירה של המטפל, סגנון ההתמודדות שלו וההשפעה על בריאותו, רווחתו הנפשית והיבטים נוספים בחייו האישיים והמשפחתיים.
- החשיפה העקיפה של המטפל במסגרת העבודה הטיפולית (בקליניקה, בבית החולים או במסגרות אחרות בקהילה).
- ההשפעות ההדדיות שבין העולם האישי לזה המקצועי ("סיפור נוגע בסיפור").



כיצד אנשי מקצוע מרבים בעת המלחמה להעביר מסר של לגיטימציה לחרדה. מסר כזה הוא בלי ספק חשוב ואף מרגיע, אך הוא ביקש להזכיר לנו שישנם החווים תחושה פנימית טובה יותר בעיתות משבר. תחושה זו היא ממשית ואמיתית, ואין לראות בה פרי הכחשה או הדחקה של רגשות הפחד (בכר, 1991).



המציאות המורכבת במצבים של טראומה קולקטיבית מפגישה אותנו עם שאלות יסוד של זהות ומהות במישור המקצועי. כיצד לשמור על מסגרת הטיפול? כיצד להתאמץ להבטיח את רצף הפגישות מבלי להפוך את הנאמנות לטיפול לחובה מעיקה נוספת שעל המטופל לעמוד בה בצד לחצים מעיקים רבים? שואל פרופ' עמנואל ברמן (1991) באותו גיליון מיוחד של "שיחות". שאלותיו רלוונטיות בעיניי למצבים רבים של מציאות טראומטית משותפת, ובכללן שאלות כגון:

- איך להיות גמישים - ביחס לתכיפות, לשעות, לתשלום, לשינויים של הרגע האחרון שהנסיבות כופות - מבלי שהדבר ייחווה כערעור הטיפול?
- איך ניתן להתחשב בחוויה הקולקטיבית, ובה בעת לשים לב לתרגום האינדיבידואלי לחלוטין שכל אדם מתרגם אותה לעצמו?
- איך להגיב על הכחשת הסכנות, על המאמץ "להמשיך בטיפול כאילו לא קורה כלום"?
- מה הדרך לעזור למטופל לעמוד טוב יותר באתגרים הקשים, אך להימנע מתמיכה שטחית פטרנליסטית?
- איך לאזן בין הצורך לאפשר פתיחת רגשות מורכבים שמתעוררים כלפי בני משפחה ואנשים קרובים על רקע התלות ההדדית המתחדדת במצבים אלה, לבין הזהירות לא לערער את היכולת להיעזר בהם גם בהמשך?
- באיזה אופן לעבד את החשיפה הרבה יותר של חייו הפרטיים של המטופל, חשיפה שהמצב עלול להפוך לבלתי נמנעת?
- באיזה דרך להתמודד עם ההבדלים שעשויים להיווצר בין הפתרונות שבוחרים המטפל והמטופל לדילמות שמציבה המציאות?

המשך המאמר יתמקד באתגרים הייחודיים שהמציאות המשותפת מציבה בפנינו.

אתגרי המטפל במציאות טראומטית משותפת

- טשטוש הגבולות בין עוזר לנעזר.
- זליגה (spillover) שלילית וחיובית בין החיים האישיים והמקצועיים.
- תופעות סומאטיות ורגישות לתופעות סומאטיות העולים במפגש הטיפול, והמשמעות המיוחסת להם (נוכח החרדה לשלמות הגוף, האיום בחולי או פציעה).
- אתגרים אלו רוקמים יחד מלכוד, שבו צרכים שונים מתנגשים אלו באלו, כפי שנראה בהמשך.

מטפלים יכולים גם להשקיע את עצמם בעבודה טיפולית כדי להימנע ממפגש עם הבדידות הקיומית

מלכוד של צרכים מתנגשים

הניווט בין החיים האישיים, המשפחתיים והמקצועיים במציאות טראומטית משותפת הוא כר נרחב לקונפליקטים תוך-אישיים ובין-אישיים. מטפלים יכולים להרגיש "אי-ספיקה" עקב העומסים המצטברים ולמצוא עצמם קרועים בין הדאגה לעצמם ולבני משפחתם לבין הדאגה למטופליהם (Baum, 2012).

קונפליקט של צרכים מתנגשים (trap of conflicting needs) בא לידי ביטוי לא רק על בקשר של המטפל עם אחרים, כי אם גם בדיאלוג הפנימי. מפלס החרדה הכללי לעיתים לא מאפשר למטפל להתפנות לפגוש את עצמו ולבוא במגע עם רגשותיו. שתי התגובות המנוגדות למצבי סכנה, הפלישה והצמצום, יוצרות תנועת מטוטלת. ג'ודית הרמן בספרה הקלאסי **טראומה והחלמה** (1992) מטיבה לתאר את הדיאלקטיקה של מצבים נפשיים מנוגדים בתגובה לאירועים טראומטיים. אנשים מוצאים את עצמם לכודים בין הימנעות ורצון "לשכוח" את מה שקורה בפנים ובחוץ, לבין מפגש עם האימה וחוסר האונים בעולמם.

מטפלים ומטופלים כאחד נעים במצבים אלה בין גלים של רגש מציף למצבים של קהות רגשית, היאטמות ואסקפיזם. התנועה היא בין פעילות קדחתנית (ולעיתים אימפולסיבית) לבין הימנעות מכל פעולה שתורמת לחוויית אי-היציבות שעלולה להחריף את הרגשת חוסר הישע (הרמן, 1992).

מותר להרגיש חרד, אבל מותר גם להרגיש טוב. במאמר בגיליון של "שיחות" אחרי מלחמת המפרץ מתאר ד"ר איתן בכר (1991)

האלה, המשולבות ומתואמות בדרך כלל. רגשות אינטנסיביים כמו כעס, פחד ועצב, גורמים להגברת התגובתיות של האזורים במוח שקשורים לפחד ולהישרדות, ומפחיתים פעילות באזורים שקשורים לתחושה של שלוה, הנאה והיכולת לנוכחות קשובה ומתבוננת. אנשים יכולים להיות דרוכים כמו "קפיץ מתוח" ומתקשים לנוח, להירגע, להתרכז ולהינות מהחיים ב"כאן ועכשיו".

במחקרים על מטפלים שעבדו בצפון הארץ במהלך מלחמת לבנון השנייה ולאחריה ובדרום הארץ במהלך מבצע עופרת יצוקה, התקבלו דיווחים על תסמינים פוסט טראומטיים מגוונים כמו עוררות יתר, קשיי שינה וזיכרונות חודרניים, לצד תגובות של קהות והימנעות (Cohen et al., 2014; Dekel, 2010). ממצאים דומים התקבלו ממחקרים אחרים שנערכו בשדרות ועוטף עזה (Nuttman-Shwartz, 2015).

התמודדות עם מציאות כאוטית מחייבת, מלמדת אותנו ענווה

הצורך של המטפל להגן על עצמו רגשית מפני המפגש עם האימה, עלול להתנגש עם הצורך "להיות שם" באופן מלא עבור המטופלים. הכשלים האמפטיים הנובעים על רקע חוסר פניונו של המטפל יכולים לעורר ספקות עצמיים להוביל לירידה בתחושת הערך האישי והמקצועי כאחד (Sommer et al., 2004).

במצב כזה, מופעלות, אצל מטפלים ומטופלים כאחת, הגנות והימנעויות בלתי מודעות אשר עלולות לצמצם את היכולת לנוכחות מלאה וקשובה (Tosone et al., 2012). מטפלים עלולים להשליך מעצמם או לנסות לפרש "מבחוץ" את החוויות שמעלה המטופל, במקום להתחבר "מבפנים". החרדה מפני הזדהות יתר המובילה להצפה רגשית, ובמקביל פחדים מפני נזקים שעלולים להיגרם מעצם הדיבור על רגשות, יכולים לפגום ביכולתם של המטפלים להיות מכל עבור המטופלים (Cohen et al., 2014).

על המחיר של הימנעות מצד מטפלים אפשר גם ללמוד מעבודת מחקר שערכה פרופ' אסתר כהן על מטפלים בילדים שאותרו כסובלים ממזוקה פוסט טראומטית לאחר מלחמת לבנון השנייה (Cohen et al., 2014). מחקרה התבסס בין היתר על ניתוח יומנים טיפוליים שניהלו מטפלים אחרי כל פגישה במהלך טיפול בילדים. המטפלים אומנם קיבלו הכשרה מתאימה בהתערבויות ממוקדות בטרואומה, אך התקשו מאוד ליישם את הכלים שנלמדו: חלק מהמטפלים נמנעו מליזום שיחה עם הילדים על חוויותיהם בזמן המלחמה. ילדים יזמו פי שלושה יותר שיחות והתייחסויות לאירועי המלחמה בהשוואה למטפלים שלהם. רק בשליש

- איך להימנע משיפוט והגנתיות, ולהישאר קשובים לצורה שבה הפתרונות השונים - או בגרסה אחרת, הדומים - צובעים את ההעברה וההעברה הנגדית, ונצבעים על ידן?
- כיצד להכיר באנושיות המשותפת של מטפל ומטופל, אנושיות שתקופת משבר מעין זו מחדדת ומבליטה, ובה בעת לשמור על ייחודיותו של המטפל כמטפל? (ברמן, 1991, עמ' 3).

בדידות המטפל

"איך אוכל ליצור עבורם מרחב שהוא בטוח?" שואלת הפסיכואנליטיקאית ג'יסלין בולנג'ר (Boulanger, 2013) בתיאור החוויות שלה ושל מטפלים אחרים אחרי הוריקן קתרינה בניו אורלינס. מטופלים נאלצו לטפס מעל הריסות בניינים, עצים גדועים וקווי חשמל פזורים אחרי השטפונות כדי להגיע למשרדה, כשהם יודעים שהיא עצמה הייתה צריכה לטפס על אותם מכשולים. כשהאיום על הקיום פועל בעוצמה רבה ובזמנית על המטופל והמטפל, גוברת המודעות של האחד למצבו של האחר. ערעור הביטחון האישי של המטפל והדאגה לשלום היקרים לו, עלול להקשות על הפניית משאבים לטיפול באחרים. היא שואלת: כיצד יכול מטפל להעניק מרחב מוגן לעיבוד חוויות קשות, כשהוא עצמו חשוף לאותה אימה?

בולנג'ר מדגישה גם את חוויית הבדידות של המטפל, המתחדדת לא רק נוכח חוויית האובדן, כי אם גם במפגש עם אדישות העולם הסובב. תורמת לבדידות זו גם התעלמות הקהילה המקצועית, שנחותה כהפניית עורף וכחוסר רצון לדעת מה עובר על המטפלים באזורים מוכי האסון. "מי רוצה בכלל את הידע הזה?" היא מצטטת מודרכת שלה ומוסיפה: "למעשה גם אני עצמי מעדיפה לא לדעת את מה שאני יודעת כיום מניסיון אישי" (Boulanger, 2013).

חוויית הבדידות המתלווה לערעור הבסיס הבטוח היא תוך-אישית ולא רק בין-אישית. על המטפל לפנות לעצמו מרחב פנימי על מנת להבין מה עובר עליו אישית. וההתחברות של המטפל לעצמו מוסיפה לחוויית בדידות זו. נוכח הנסיבות גם הסובבים את המטפל לעיתים לא פנויים להעניק לו את התמיכה שהוא זקוק לה במצבים אלה. מטפלים יכולים גם להשקיע את עצמם בעבודה טיפולית כדי להימנע ממפגש עם הבדידות הקיומית.

בין דריכות להימנעות

בעת התרחשותם של אסונות, מטפלים ומטופלים כאחד עומדים חסרי ישע. כאשר אי אפשר לא להילחם ולא לנוס, מערכת ההגנה העצמית נעשית הלומה ומבולבלת (הרמן, 1992). האירועים הטרואומטיים מחוללים שינויים בעירור בגוף, ברגש, בחשיבה ובזיכרון. יתר על כן, הם עלולים לנתק זו מזו את הפונקציות



התמודדות עם מציאות כאוטית מחייבת, מלמדת אותנו ענווה. המפגש עם מציאות שמחוץ לשליטתנו יכול להוביל אותנו לתהליך שהאי-ודאות משמשת בו כאי של ודאות (דויטש, 2009). בהבנה של הצורך לקבל את קיומה ההכרחי של חוויית האי-ודאות, על כל התהליכים והחוויית הנבעים ממנה בכל זמן ובכל עידן אנחנו מוזמנים ליצור לעצמנו איים של ודאות המעניקים מקום שעליו ניתן לעמוד, ומשם בהדרגה להתבונן, להתחבר לעצמנו, ולבחון מחדש את רגשותינו ואת דרך התנהלותנו בשגרה ובחירום.

מבין הנתיבים לצמיחה במישור המקצועי יש לציין את ההתמודדות עם שאלות יסוד כגון מהי התרומה הייחודית שלנו במציאות החדשה והמשתנה? איך מושפעים הנושאים שמעסיקים אותנו ביומיום והתהליכים שאנחנו עוברים כמטפלים ומדריכים מהמצב החדש? כיצד עלינו לפעול? מהם השינויים שחשוב לנו לקדם? מה הן ההזדמנויות הנקרות בפנינו? ההתמודדות עם שאלות אלו פותחת אפיקים חדישים ומרחב לגילוי יצירתיות, ומכשירה את הקרקע לצמיחה פוסט טראומטית.

כדי לאפשר צמיחה במציאות משותפת יש קודם כול לפנות מקום לכאב ולהכרה בעומק השבר במפגש עם המוות. בדידות במפגש עם המוות היא מצב קיומי, חוויה של היות אנושי. המפגש בעיניים נכוחות עם המוות ועם החיים מאפשר ליחיד לשמר, להרחיב ולהעמיק את אנושיותו

הזדמנות להרחבת בסיסי הביטחון של המטפל

ביטחון בתמיכתם של מדריך מקצועי, צוות, חברים ובני משפחה ממתן את הסיכון להתפתחות שחיקה וטראומטיזציה משנית ומעלה את הסיכוי לסיפוק וצמיחה (Pardess et al., 2014). על כך מצביעים שלושת המחקרים במסגרת עבודת הדוקטורט שערכתי בהנחיית פרופ' מריו מיקולינסר. מבין שאלות המחקר עלתה השאלה: מהם בסיסי הביטחון הנחוצים למעניק הסיוע על מנת לעמוד בעומסים הרגשיים ולשמור על נוכחות קשובה לאורך זמן, מבלי להישאב מחד, ומבלי להיאטם מאידך? ממציא המחקר חוברים לגוף מחקר הולך וגדל המצביע על החשיבות של בסיסי הביטחון כחלק ממערך התמיכה של המטפל בפגעי טראומה:

מהמקרים שבהם הילד המטופל העלה את נושא המלחמה, ביקשו המטפלים לשמוע עוד על מה שחוה הילד. יש לשער שרמת ההימנעות של המטפלים הייתה אף גבוהה יותר, שכן המספרים האלה מבוססים על דיווח המטפלים על המתרחש בפגישות, ואינם כוללים היבטים של הימנעות שלא היו מודעים להם בעצמם. האשמה עצמית בגין חוויית של ניתוק רגשי או ריחוק ביחס למטופלים שלהם מעצימה את מצוקתם (Baum, 2012).

ההיבטים החיוביים מבחינת המטפל

לא כל ההשלכות של טיפול במציאות טראומטית משותפת הן שליליות. להלן כמה היבטים חיוביים במקרים כאלה.

- סולידריות - התרת בדידות (undoing aloneness) ויצירת תחושת שייכות. עניין זה חשוב במיוחד נוכח חוויית הזרות במפגש עם טראומה.
- הרחבת תחושת המסוגלות המקצועית - גילוי כוחות ושיפור ידע ומיומנויות (למשל בהתערבויות במשבר, או העשרה בשיטות טיפול כגון שילוב טכניקות גוף-נפש).
- עלייה בתחושות של סיפוק בעבודה הטיפולית, התפתחות וצמיחה אישית (Pardess, 2015; Nuttman-Shwartz, 2019).
- חוויית שליחות ומחויבות מוגברת למקצוע ולמטופלים (Nuttman-Shwartz, 2015).
- יצירת שיתופי פעולה חדשים וחיבורים בין ארגונים (Tosone et al., 2012).
- התמודדות במציאות טראומטית משותפת מעניקה גם הזדמנות לפיתוח חוסן משותף (shared resilience) (Nuttman-Shwartz, 2015).

חשוב לכולנו לזכור שהשלכות שליליות וחיוביות יכולות להתקיים זו לצד זו.

מחקרים רבים מצביעים על הצמיחה הפוסט טראומטית המתאפשרת במציאות טראומטית משותפת (Pardess, 2019). הימנעות מהמפגש עם הכאב, או הכחשת הפגיעות, חוסמים את האפשרות של צמיחה משמעותית (Pardess et al., 2014). אם נסגור את הברז שדרכו זורם העצב, למעשה נסגור שיבר מרכזי. במקום לרוץ "לתקן" או לסלק את העצב, חשוב לראות בו רגש המבקש התייחסות והיפתחות. מצוקה יכולה להיות הזדמנות להרחבת גבולות עצמנו, לשינויים בתפיסה העצמית ביחסים בין-אישיים ובתפיסות לגבי החיים, הן ברמה האישית והן ברמת הצוות, הארגון והקהילה המקצועית.

המוח האנושי מחווט כך שהוא מנסה לנבא את "מחר" בהתאם ל"אתמול", להסיק מסקנות ולייצר שרשראות של סיבה ותוצאה.

בקליניקות פרטיות שונים מאלה של העובדים במכונים או במרפאות ציבוריות שבהן יש אפשרות להתייעצות ומפגשים משותפים. עם זאת, עולה מן המחקר הצורך ביצירת מרחב שיאפשר למטפלים לספר על עצמם ולהפיג את הבדידות שבטיפול לבד גם במסגרות בהן יש עבודת צוות. אנו יודעים כי קיומו של מרחב כזה תומך גם ביכולתו של המטפל להתחבר מחדש לכוחות שלו ולגבש נרטיב משמעותי שיחבר בין עבר, הווה ועתיד (Pardess, 2019).

כדי לאפשר צמיחה במציאות משותפת יש קודם כול לפנות מקום לכאב ולהכרה בעומק השבר במפגש עם המוות. בדידות במפגש עם המוות היא מצב קיומי, חוויה של היות אנושי. המפגש בעיניים נכוחות עם המוות ועם החיים מאפשר ליחיד לשמר, להרחיב ולהעמיק את אנושיותו.

ומה נחוץ לנו על מנת שהפסיכולוגיה תהווה בסיס בטוח במפגש עם המוות?

כך כתב פרנקל:

"כאשר הפסיכולוגיה העניקה לי לפני 15 שנה את הנשק האישי שלי, את ה-Ph.D., ושילחה אותי הישר לחזית הסבל, הכאב, השכול והאובדן - במה היא ציידה אותי? לקראת מה נשלחתי? התשובה הייתה פשוטה. במקביל למישור האישי, כך גם בתחום המקצועי: נזרקתי לים החיים; את המוות היה עלי לגלות בעצמי. וכאשר גיליתי אותו גיליתי בתוכי חרדה, תהייה, זעם - וראשיתה של הבנה מחודשת" (פרנקל, 1988, עמ' 164).

בהתבוננות אחורה אל עבר שנות ההכשרה שלו כפסיכולוג, חיפש פרנקל את ההכנה המיוחדת לקראת המפגש עם המוות במסגרת העבודה הקלינית, ולא מצא. אני שייכת לדור של הסטודנטים שלו. מודה שזכיתי להכשרות מגוונות בתחום גם במסגרת לימודי התואר השני, וגם מאוחר יותר, בין היתר בזכות הפעילות רחבת ההיקף של פרופ' שמשון רובין, פרופ' רות מלקינסון ופרופ' אליעזר ויצטום (רובין ועמיתים, 2016). אני יכולה להעיד כמה חשובה הייתה תרומתם, לא רק לעבודה השוטפת שלי כמטפלת ומדריכה, כי אם להרחבת האפשרות לשהות בתוך המרחבים של החרדה, התהייה, חוסר האונים והזעם, ולהמשיך לייצר דיאלוג ביני לבין עצמי, ודיאלוג ביני לבין אחרים, גם במקומות בהם נגמרו המילים.

ראשיתה של הבנה מחודשת

מה המשמעות של ממצאי המחקרים שסוקרו לעיל להתמודדות של מטפלים עם טלטלת משבר הקורונה? - ימים יגידו.

מסקירת המחקר אנו למדים כי חשוב להביא בחשבון את ציר הזמן בהתמודדות עם מצבי חירום. בשלב האקוטי יש לרוב הירתמות, אולם בשלב של שגרה מתמשכת רואים תהליכים של

• **המדריך כבסיס בטוח** - למדריך תפקיד חשוב ביכולת של המטפל "להחזיק את המרכז" (hold the center) במצבים של מערבולת רגשית. תפיסת המדריך כבסיס בטוח תורמת להרחבת הביטחון של המטפל ביכולתו לווסת רגשות קשים לפני המפגש הטיפולי, תוך כדי המפגש ולאחריו. החזקה זו מאפשר למטפל לחזור אל מקום מווסת ובטוח באותם מצבים שבהם הוא יוצא משיווי משקל ואל תחושת המשמעות והסיפוק בעבודה הטיפולית. גם על המדריך, כמו המטפל, לחתור אחרי המפגש למצוא איזון בין "קרוב מדי" לבין "רחוק מדי", בין אקטיביות ופסיביות, תוך יצירת שותפות פעילה, כלומר ללוות את המודרך צעד אחר צעד, מבלי לדחוף ומבלי למשוך.

• **קבוצת העמיתים** - לתפיסת קבוצת העמיתים כבסיס בטוח תרומה משמעותית לטיפוח היכולת הרפלקטיבית של המטפל, כלומר ליכולתו של המטפל לרפלקציה ביחס לעצמו, ביחס למטופלים וביחס לצוות שאיתו עובד. גם המרחב לשיתוף האפשרות להכיר ברגעי הפחד - בשיחה עם מדריך, רכז, חבר לצוות או קבוצת הדרכה - מסייעת לטיפוח האמונה של המטפל ביכולתו "להחזיק" בראש (hold in mind) הן את העולם הפנימי שלו עצמו, והן את העולם הפנימי של האחר או האחרים.

• **משפחתו של המטפל** - המחקר מאיר את חשיבות התמיכה שהמטפל מקבל ממשפחתו, זווית שלא הוקדשה לה עד כה התייחסות מספקת בספרות (Pardess et al., 2014). חשוב להיות ערים לחשיבות המשפחה כבסיס בטוח שממנו אפשר לצאת ואליו אפשר לחזור על מנת להיטען מחדש ולצאת שוב לדרך. מטפלים שנמצאים במצבים שבהם צורכי ההתקשרות שלהם מאוימים (בני משפחה בסכנת חיים, ילדים בצבא, גירושין ועוד) יכולים להיות פגיעים יותר לשחיקה וטראומטיזציה.

על מנת לחזק את היכולת של המטפל לאזן בין דאגה לעצמו ודאגה לאחרים יש להכיר בעול הפוטנציאלי על המשפחה, שכן גם כשהמטפל עובד מן הבית, הוא בחזקת "נוכח־נפקד" בבית, למשל. יש לתת את הדעת על דרכים לתמוך לא רק בתומכים, כי אם גם במשפחות התומכים (דוגמת עמותת "אמץ רופא.ה").

מטופלים מתבוננים בהתמודדות של מטפלים במציאות המשותפת. תוך התמודדות עם אתגרי השעה, מודרכים מתבוננים גם באופן שבו המדריך מתמודד עם האיום ועם המציאות המשתנה. המודעות לכך יכולה לעורר מבוכה, אך גם להיות הזדמנות להעמקת הקשר וביסוס האמון. ההכרה בפגיעות ההדדית ושיח ישיר על כך עשויה להיות חוויה מצמיחה ומפרה. ההבדלים באתגרים בפניהם ניצבים מטפלים עצמאיים



לסיכום: ייחודיות העבודה של המטפל במציאות טראומטית משותפת

המטפל במציאות טראומטית משותפת מתמודד עם מצבים שבהם נפרץ ה־setting הטיפולי. המטפל נדרש לגמישות פיזית ומקצועית הן מבחינת האורך והתדירות של ההתערבות והן מבחינת הסביבה הטיפולית. ההתמודדות עם מציאות לא נשלטת מאתגרת לא רק את משאבי ההתמודדות שלנו כמטפלים, כי אם גם את דרכי הבנתנו את עצמנו ואת העולם.

אולם זרעי החוסן טמונים במה שמפחיד אותנו יותר מכול (Fosha, 2001). מפגש אנושי עם מטופלים שונים במצבי חירום מפגיש אותנו עם היבטים שונים בעצמנו, ומאתגר אותנו להתמודד עם נושאים משמעותיים בתוך חיינו שאולי, אם לא היינו מטפלים, לא היינו ערים להם. לטוב ולרע. ההכרה בפגיעות ההדדית היא גם השער לחמלה. החמלה אינה שלמה אם אין בה חמלה ביחס לעצמנו.

ככל שהמשבר מתמשך עולה תפקידן של מערכות התמיכה הסובבות את המטפל ברמה הארגונית-מקצועית וקהילתית. מתחדד הצורך ביצירת מעטפת ומרחב לחשיבה ולשיח בין מטפלים, שיש בו אפשרות להשמעת "קולות" שונים ולמידה מן השטח. המציאות בת ימינו פותחת בפנינו פלטפורמות תקשורתיות רבות ומגוונות, שלא היו זמינות בתקופות קודמות. ובינרים, מפגשי הדרכה בזום, פורומים מקצועיים - כל אלה מעניקים הזדמנויות למפגש עם שאלות של זהות ושייכות, בדרך שעשויה לתרום לחוויה של צמיחה, הן מבחינת המטפל והן מבחינת הקהילה הטיפולית.

התרוקנות מצברים, שחיקה והתעוררות קונפליקטים שקודם לכן הוזזו "הצידה".

אנחנו למדים מן הספרות גם על התהליכים האופייניים לחזרה לשגרה. הפסיכואנליטיקאי מייקל אייגן מתאר כיצד מייד לאחר אסון התאומים ב-11 בספטמבר 2001 שבו חלק אחד של העיר ניו יורק נהרס, חוותה העיר חיים שוקקים כפי שלא חוותה מעולם. אימה וגבורה שכנו בכפיפה אחת. הוא מעיד כיצד אנשים היו ערניים ואדיבים זה לזה, אנשים שהיו זרים זה לזה קודם לכן יצרו קשר ופעלו כתף אל כתף, מקרי נדיבות יוצאי דופן הפכו למנהג. בחלוף חודשים ספורים ממועד האסון, רבו הביטויים לקהות החושים, לשכחה, להיאטמות ולחזרה לציניות של "עסקים כרגיל". בתגובה של ניתוקי דיסוציאציה, הוא אומר, טמונים זרעי השחזור בעתיד של הטראומה (Eigen, 2004).

המשאבים שלנו אינם בלתי מוגבלים. חשוב לעגן בקרקע מציאותית את הציפיות שלנו מעצמנו, ולהכיר במגבלות שלנו. שלוש המלכודות הנפוצות הן הציפיה לדעת הכול, לתקן הכול ולאהוב הכול. הציפיות הלא-מציאותיות מוזננות מתפיסות חברתיות כגון המסרים המועברים בימינו לצוותים הרפואיים שהם הלוחמים של העת הזו והם יודיעו והם יצילו. האחריות הועברה אליהם בעוד המערכת מסביב כושלת, לא מתוקצבת ומתפקדת שנים ב"אי-ספיקה".

"המקצוע תומך בך, מאחור. הוא הגב", כותב פרנקל בציטוט שבו נפתח המאמר. מהשלב הראשונים של התמודדות במצבים של טראומה קולקטיבית חשוב לשלב במסגרות המקצועיות שלנו, בתוכניות ההכשרה ובשדה, מרכיבים של מניעת שחיקה וטראומטיזציה וטיפוח אקלים של אכפתיות וצמיחה. זוהי אחריות של ארגונים ולא רק אחריותו האישית של המטפל.

מקורות

1. בכר, א' (1991). מותר להרגיש חרד, אבל מותר גם להרגיש טוב. שיחות. ה', 13-14.
2. ברמן, ע' (1991). בינתים רק שאלות. שיחות. ה', 3.
3. דויטש, ח' (2009). אי-ודאות כ-אי של ודאות' בתהליכי שיקום פסיכוסוציאליים. הרצאה שניתנה ביום עיון של מכון סאמיט.
4. הרמן, ג' (1992). טראומה והחלמה. עם עובד.
5. פרנקל, י' (1988). הפסיכולוג מול המוות. מעין מתגבר ושמו אדם (162-176). גמא ספרי מדע ומחקר ואוניברסיטת בר-אילן.
6. רובין, ש', מלקינסון, ר' וויצטום, א' (2016). הפנים הרבות של האובדן והשכול: תיאוריה וטיפול. אוניברסיטת חיפה ופרדס הוצאה לאור.
7. Baum, N. (2010). Shared traumatic reality in communal disasters: Toward a conceptualization. *Psychotherapy: Theory, Research Practice and Training*, 47(2), 249-259.
8. Baum, N. (2012) Trap of conflicting needs: Helping professionals in the wake of a shared traumatic reality. *Clinical Social Work Journal* 40(1): 37-45.

9. Boulanger, G. (2013). Fearful symmetry: Shared trauma in New Orleans after Hurricane Katrina. *Psycho-analytic Dialogues*, 23(1), 31-44.
10. Cohen, E., Roer-Strier, D., Menachem, 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*. 43 (1), 77-88.
11. Dekel, R. (2010). Mental health practitioners' experiences during the shared trauma of the forced relocation from Gush Katif. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 388–396.
12. Eidelson, R.J., D'Alessio, G.R. & Eidelson, J.I. (2003). The impact of September 11 on psychologists. *Professional Psychology: Research & Practice*, 34, 144–150.
13. Eigen, M. (2004). No amount of suffering. In: Knafo, D. (Ed.) *Living with Terror, Working with Trauma: A Clinician's Handbook*. USA: Jason Aronson.
14. Fosha, D. (2001). Trauma reveals the roots of resilience. *Constructivism in the Human Sciences*, 6(1-2), 7–15.
15. Nuttman-Shwartz, O. (2015). Shared resilience in a traumatic reality: A new concept for trauma workers exposed personally and professionally to collective disaster. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(4), 466–475.
16. Pardess, E. (2019). Promoting compassion satisfaction and regeneration. In I. Serlin, S. Krippner & K. Rockefeller (Eds.), *Integrated care of the traumatized* (pp. 189-202). Rowman and Littlefield
17. Pardess, E., Mikulincer, M., Dekel, R. & Shaver, P. (2014). Dispositional attachment orientations, contextual variations in attachment security and compassion fatigue among volunteers working with traumatized individuals. *Journal of Personality*. 82 (5), 355-366.
18. Tosone, C., Nuttmann-Shwartz, O. & Stephens, S. (2012). Shared trauma: When the professional is personal. *Clinical Social Work Journal*, 40, 231–239.