

פרק 15

תפקוד עובדים סוציאליים בהתערבות מוקדמת לאחר פיגוע טרור

מאיה פלד-אברם, יעל בן-יצחק, פרופ' אלי זומר וד"ר אלי בוכבינדר

גל הטרור ששטף את מדינת ישראל בשנים האחרונות עימת את החברה הישראלית עם מציאות של שכול, אובדן ופחד יומיומי. במציאות זו, בתי החולים ממלאים תפקיד ראשי בסיוע לנפגעים ולמשפחותיהם החל מהרגעים הראשונים לאחר התרחשותו של אירוע טרור. בקרב כוחות ההצלה והסיוע הפועלים במסגרת בית החולים, נמנים גם העובדים הסוציאליים, אשר נקראים לסייע לנפגעים ולבני משפחותיהם החל מהדקות הראשונות להגעתם לבית החולים, דרך הטיפול הראשוני ועד שחרורם מבית החולים. במסגרת תפקידם, מתמודדים העובדים הסוציאליים עם אתגרים אישיים ומקצועיים, הנובעים ממגע ישיר עם מראות קשים וסיפורים אנושיים קורעי לב.

לא ניתן להתעלם מהסיכון המקצועי מולו ניצבים העובדים הסוציאליים במציאות של טרור מתמשך. ידוע, כי מפגש עם נפגעי טראומה עלול להציב את המטפל בסיכון "להידבק" בטרומה (טראומטיזציה משנית, Figley, 1986), סיכון שגובר במציאות של אירועי טרור תכופים ומפגש עם נפגעים רבים (Wee & Myers, 2002). בפרק זה נציג את תמצית החוויה אליה נחשפים העובדים הסוציאליים באירוע טרור רב-נפגעים, חוויה המגלמת בתוכה אתגרים מקצועיים ואישיים משמעותיים. נפתח בתיאור תפקידיהם המגוונים של העובדים הסוציאליים באירועי טרור, נסקור את הספרות העוסקת בהשלכותיה של עבודה זו על המטפלים ונתמקד במאפייניה הייחודיים של החוויה. לסיום, יובאו המלצות ודרכי פעולה ברמה הארגונית, המכוונות לשם הפחתה של מצוקת העובדים כתוצאה מעבודה מתמשכת באירועי טרור.

תפקידי מרכז המידע בבתי החולים

לעובדים הסוציאליים תפקיד מרכזי בניהול אירועי טרור בבתי החולים. עם הישמע ההודעה על התרחשותו של אירוע טרור מגיעים העובדים הסוציאליים אל בית החולים ופותחים את מרכז המידע, אשר נועד לענות על שלושה צרכים עיקריים: מסירת מידע אמין, סיוע לקהל הרחב

בהתמודדות עם מצבים של אי-וודאות ולחץ, והקמת מערכת תומכת למשפחות החרדות לגורל יקיריהן, בכדי שהצוותים הרפואיים יוכלו להתפנות לביצוע משימותיהם. הפעלת מרכז המידע מוגדרת בנהלים ומתורגלת על ידי המחלקה לעבודה סוציאלית בעתות רגיעה (Drory, Posen, 1993; Vilner, & Ginzburg, 1998; Rosenbaum, 1993). מרכז המידע נחלק לארבעה אתרים מרכזיים: אתר קליטת נפגעים, מוקד מידע, אתר משפחות ואתר נפגעי דחק.

במוקד המידע העובדים עוסקים במתן ובקבלה של מידע לאזרחים הפונים אליהם. בשלבי האירוע הראשונים עוסקים העובדים הסוציאליים בעיקר באיסוף המידע: מיקום האירוע ופרטיו, מספר הפצועים, שמות בתי חולים אחרים אליהם פונו הפצועים, רשימת הפצועים המאושפזים בבית החולים ורשימות הפצועים המאושפזים בבתי החולים האחרים ובכללם מספר האלמונים ותיאורם. פרטים אלה הכרחיים לשם מתן סיוע לאזרחים המבקשים לאתר את יקיריהם.

במרכז המידע של המרכז הרפואי רמב"ם מאוישות כעשר עמדות טלפוניות בממוצע. מספר הטלפון של מרכז המידע קבוע במערכת החירום ופועל במהלך קליטת הנפגעים בבית החולים. בשלב זה מפרסמים לראשונה אמצעי התקשורת את מספרי הטלפונים של מרכזי המידע בבתי החולים השונים לשירות הציבור.

המידע שזורם לבית החולים בעת האירוע מגיע ממספר ערוצים: הראשון שבהם הינו מערכת אדם – מערכת תקשורת מחשבים, באמצעותה שותפים כלל בתי החולים הקולטים נפגעים באירוע בודד, למידע המוזן למחשב באמצעות פקידות הרישום והקבלה. מידע זה כולל את שמות הנפגעים ומיקומם ברחבי בית החולים בכל רגע נתון, חומרת פציעתם ותיאור קצר של האלמונים המאושפזים בבית החולים. כל מרכזי המידע בבתי החולים השונים מחזיקים באותן רשימות נפגעים. מקורות מידע נוספים המשמשים את העובדים הסוציאליים במהלך האירוע הם הצוות המטפל בחדרי הניתוח, גורמי המשטרה המוצבים בבית החולים והמכון הפתולוגי.

אתר קליטת הנפגעים ממוקם בחדר המיון, שם נדרשים העובדים הסוציאליים לצרכיהם המיידיים של הנפגעים. הם מסייעים להם ליצור קשר עם משפחותיהם, לטפל במגוון מטלות שעליהם להשלים, ומלווים את הפצועים בתחנות השונות בבית החולים עד העברתם למחלקות האשפוז. במצבים קשים במיוחד, מעורבים לעתים מספר בני משפחה אחת באירוע, והעובדים

הסוציאליים נדרשים לאתר את בני המשפחה האחרים שהיו מעורבים באירוע ולנסות להפגיש ביניהם. כמו-כן נאספים פרטים מזהים אודות הנפגעים האלמונים אשר מועברים למרכז המידע.

אתר המשפחות נחלק לשני אתרים: האחד בסמוך למוקד המידע, בו מתרכזים העובדים במסירת המידע למשפחות ומסייעים למשפחות שהגיעו בחיפוש אחר יקיריהם. כאשר הפצוע נמצא בבית החולים המשפחה תעבור הכנה לקראת המפגש עמו, הכוללת הסבר קצר של העובד הסוציאלי על מצבו של הפצוע. לאחר מתן ההסבר תלווה המשפחה על ידי העובד הסוציאלי למחלקה בה מאושפז הפצוע.

קיימים מקרים בהם המשפחה אינה מוצאת את הפצוע. במצבים אלה ליווי המשפחה של הפצוע הופך קשה, ארוך ומורכב יותר למשפחה ולעובד כאחד. המשפחה מתבקשת למסור פרטים רבים אודות יקירה והעובדים הסוציאליים מנסים להצליב את המידע שנמסר, עם המידע שיש בידם אודות האלמונים המאושפזים בבית החולים. תהליך זה ארוך זמן רב ומצריך מסירת עדות לחוקרי המשטרה, המצויים במקום. במקרים בהם תיאור המאושפזים בבית החולים אינו תואם את התיאור הנמסר על ידי המשפחות וידוע כי היו הרוגים בפיגוע, תישלח המשפחה למכון הפתולוגי לשם זיהוי יקירה בין הרוגי הפיגוע. העובד הסוציאלי תומך כל העת במשפחה והוא שותף מלא לתהליכים הרגשיים של המשפחה המאופיינים בתנודות בין תקווה לאובדן התקווה. אתר נוסף נמצא מול חדרי הניתוח, שם ממתנות המשפחות לסיום הניתוח של יקירם, לקבלת פרטים אודות מצבו, ולראות אותו לדקות אחדות בחדר ההתאוששות. במשך זמן זה מלווה העובד הסוציאלי את המשפחה, תוך שהוא ער כל העת לצרכיהם המידיים.

לחדר המיון מגיעים גם נפגעי זחך, עמם מתבצעת התערבות ישירה אישית ו/או קבוצתית במטרה לסייע בעיבוד החוויה הטראומטית ולאתר נפגעים המצויים בסיכון. כמו-כן, מתבצעת הכנה של הנפגעים לתחושות ולמצוקה שהם עלולים לחוות בימים שלאחר האירוע, ומוצעת להם עזרה נפשית נוספת בהתאם למצבם.

הקצאת כוח האדם לאיוש האתרים השונים במרכז המידע נעשית באופן שרירותי בתחילת האירוע. במהלכו, כאשר גדל מספר העובדים הסוציאליים המצויים בבית החולים, עשויים להתבצע שינויים בהקצאת כוח האדם בהתאם לצרכי האירוע. כך למשל, במידה ועדיין לא הגיעו נפגעים לבית החולים, יאויש מוקד המידע הטלפוני באופן מתוגבר עד להגעת ראשוני הנפגעים, או

במידה ויש נפגעים אלמונים רבים יוקצו מספר רב יותר של עובדים לסיוע למשפחות ולארגון המידע לצורך תהליך זיהוי האלמונים. גם ליכולתיהם האישיות של העובדים קיימת השפעה על איוש האתרים השונים, כך שעובדים המתקשים להתמודד עם אופי העבודה באתר אחד מורשים לעבור לתפקיד אחר באתר מקביל.

רקע תיאורטי

פרק זה דן בתגובות הרגשיות של מטפלים לחשיפה לנפגעי טרור ומשפחותיהם. מושג בסיסי המתאר את תגובות המטפלים כלפי מטופליהם הוא העברה נגדית (*Countertransference*), אשר הוצג לראשונה על ידי פרויד (Freud, 1910) כשתיאר את השפעת המטופל על רגשותיו הלא מודעים של המטפל. בקונטקסט של טראומה, ההעברה הנגדית של המטפל נוצרת בתגובה למטופל כמו גם כלפי סיפור הטראומה שהוא מביא (Dalenberg, 2000) והיא כוללת את ההגנות המודעות והבלתי מודעות שלו לנוכח אסוציאציות וקונפליקטים פנימיים שמתעוררים בו בעת הטיפול (Pearlman & Saakvitne, 1995). ההעברה הנגדית עשויה ליצור אצל המטפל תגובות הימנעות, כגון הכחשה, ניתוק ונסיגה, או תגובות של הזדהות-יתר, כגון אובדן גבולות, תלות הדדית, ומעורבות יתר. כאשר תגובות ההעברה הנגדית אינן מעובדות, הן מפריעות ליכולתו האמפתית של המטפל וכתוצאה מכך נפגמת יעילותו של התפקיד הטיפולי, מצב הקרוי פתח אמפאתי (*Empathic strain*) (Wilson & Lindy, 1994).

מושגים נוספים שהוצעו בשנים האחרונות לתיאור התנהגויות ורגשותיו של המטפל כתוצאה מעבודה טיפולית עם הנפגע הפוסט-טראומטי, הם לחץ טראומטי שניוני (*Secondary traumatic stress*), עייפת החמלה (*Compassion fatigue*) וטראומטיזציה חלופית (*Vicarious traumatization*). לחץ טראומטי שניוני ועייפת החמלה מתייחסים לטווח התסמינים הפוסט-טראומטיים המופיעים אצל המטפל בעקבות מפגש עם החוויה הטראומטית של המטופל, כגון חודרנות והימנעות. ההתייחסות לתופעה זו היא כאל "סיכון מקצועי" או "תוצר לוואי" של עבודה טיפולית אינטנסיבית עם נפגעי טראומה (Figley, 1995). לעומת זאת, המושג טראומטיזציה חלופית, בהתבססו על התיאוריה הקונסטרוקטיביסטית של התפתחות העצמי (*Constructivist self*)

development theory), מתייחס אל האדם כמכלול, ועל כן מתאר את השינוי שחל בחווייתו הפנימית של המטפל כתוצאה מעיסוק אמפתי בטרומה של הנפגע (McCann & Pearlman, 1990). השפעתה של טראומטיזציה חלופית על המטפל עשויה להתבטא בהפרעות בתחושת משמעות, חיבור לאחרים, זהות והשקפת עולם, ובמערכות יחסים בין-אישיות. שינויים אלו עלולים לגרום להעלאת תסמיני חרדה, דיכאון ופוסט-טרומה, להפרעה במערכת האמונות הכוללת תחושת שליטה, ביטחון והתקשרות לאחרים, וכן לגרום לציניות, ייאוש ואיבוד תקווה (Pearlman & Saakvitne, 1995).

מאפייני המציאות הישראלית בצל אירועי הטרור

העושר התיאורטי והמחקרי בתחום זה מעיד על ההכרה ההולכת וגוברת בהשפעותיה ההרסניות של הטרומה ובקושי הגלום בטיפול בנפגעי טראומה. עם זאת, מגוון המושגים שאוזכרו אינם מצליחים לתאר את מכלול החוויה עמה מתמודד העובד הסוציאלי בחדר המיון בעת אירוע טרור רב-נפגעים. העיסוק בסיפורי הטרומה של הנפגעים ומשפחותיהם והדרך שבה עולמו הפנימי של העובד הסוציאלי מושפע מכך, מהווים היבט אחד של הקושי. היבט אחר נובע ישירות מהעובדה, שהעובד הסוציאלי בבית החולים, כמו הנפגעים עצמם, חשוף לאותו איום. העובד הסוציאלי חי בתוך הקהילה בה הוא מטפל – אירועי הטרור מתרחשים ליד ביתו, בדרך למקום עבודתו, פוגעים במכריו, ומאיימים ישירות על שגרת חייו. מציאות משותפת זו, בה המסייעים והנפגעים הם בני אותה קהילה הנתונה לאיומי הטרור, מאלצת למצוא מסגרת התייחסות חדשה, שתטיב להגדיר את מכלול חווייתם של המסייעים.

מציאות דומה נוצרה בארצות הברית בעקבות אירועי ה-11 בספטמבר 2001, וכתוצאה מכך הוטבע המושג טראומה משותפת (*Shared trauma*). מושג זה מגלם בתוכו את השינוי בתפקידו של המסייע, ממטפל שממוקם חיצונית לאירוע לתפקיד של שותף-פעיל באירוע הטרומטי. במציאות זו, חוויית המסייע מושפעת לא רק מסיפור הטרומה של הנפגע, אלא גם מתחושת פגיעות מוגברת הנובעת מהאיום האישי, מצב המקשה על התנהלות מקצועית מול

הנפגעים והמשפחות (Miller, 2003; Saakvitne, 2002). חוויה זו מתוארת בקטע הבא, בעקבות

הפיצוץ בבניין הפדראלי באוקלאהומה ארה"ב בשנת 1995 (Krug, Nixon, & Vincent, 1996):

"לחץ העבודה הוא כה מיידי ובלתי פוסק, עד שאתה שוכח שאתה חלק מהקהילה הזאת והאבל שלה בדיוק כמו שאתה שוכח שאתה איש מקצוע מטפל... מתרחשת יותר מהתקה פשוטה, ולמרות החינוך המקצועי והניסיון, אתה מתחיל לחוות את המאניה ואת אפיסת הכוחות המתלווים לחוויה אינטנסיבית ומשותפת זו".

השפעותיה של מציאות זו עבור העובדים הסוציאליים במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה הגיעו לשיאן לאחר כשנתיים מתחילת אירועי אינתיפדת אל-אקצה. בעקבות ריבוי אירועי טרור בפרק זמן קצר, נוצר עומס פיזי ורגשי משמעותי, אשר הצריך את מנהלת השירות הסוציאלי בבית החולים לתת התייחסות מקיפה לקשיים המובעים ולמציאת פתרונות ומענים. מבחינת השירות הסוציאלי, היה צורך באימוץ כלי באמצעותו יוכלו קשיים אלה לבוא לידי ביטוי באופן גלוי ופתוח, תוך הגברת תחושת הלכידות והשייכות של צוות העובדים, ואשר בסופו ניתן יהיה לגבש נהלי עבודה אשר יענו על מכלול הצרכים – אישיים ומערכתיים.

לשם כך, הוחלט על שימוש במתודה של קבוצות מיקוד (*Focus groups*), שהיא אמצעי לאיסוף נתונים באמצעות אינטראקציה קבוצתית בצורה של דיון בלתי פורמלי בין המשתתפים (Morgan, 1997; Wilkinson, 1998). בארבע קבוצות המיקוד שנבנו מתוך עובדי השירות הסוציאלי ברמב"ם, נשאלו המשתתפים שאלות אשר נגזרו מארבעת הנושאים הבאים: הסוגיות הרגשיות והסוגיות המקצועיות עמן מתמודדים העובדים הסוציאליים בעת התערבות באירוע טרור והצרכים הרגשיים והמקצועיים של העובדים הסוציאליים לאחר התערבות באירוע טרור.

על אף שמתחילים להצטבר נתונים המעידים על היקף המצוקה הרגשית של עובדים סוציאליים בישראל לנוכח אירועי הטרור מאז החלה האינתיפדה (דקל, בפרסום), עדיין לא נבדקה הפנומנולוגיה של חוויה זו על מרכיביה השונים. כיצד משתקפים אירועי הטרור דרך עיניהם של העובדים הסוציאליים? מהיכן נובעים הקשיים בעת האירוע ולאחריו? ומהם המאפיינים הייחודיים של עבודה מתמשכת בצל אירועי טרור? בהתבסס על תכני קבוצות המיקוד, החלק הבא ידון בתשובות לשאלות אלה.

האתגר המקצועי לנוכח האיום האישי

אירוע טרור, בהיותו אירוע מאיים, הזרע פחד, אי וודאות ותחושה עמוקה של חוסר אונים (Fox, 2003; Myers, & Wee, 2002; Tosone et al., 2003) מוחק את הגבולות שבין חייהם האישיים והמקצועיים של העובדים הסוציאליים. בשלביו הראשונים של האירוע מוצאים עצמם העובדים הסוציאליים דואגים למעגלים המשפחתיים והחברתיים שלהם ומגיבים ראשית כהורים, בני זוג וכנפגעים בעצמם. בד בבד, קיימת מודעות למאבק בין הלחץ המציף לחובת העשייה המקצועית ולמעבר להתנהגות מקצועית, הנדרשת לשם מתן סיוע לפונים.

טשטוש הגבולות בין חייהם האישיים והמקצועיים של העובדים הסוציאליים מוביל לפגיעה בתחושת השליטה הבסיסית שהיא כה הכרחית לשם תפקוד יעיל באירוע רב-נפגעים. לשם החזרת תחושת השליטה, מתבצעות פעולות שונות המכוונות לוויסות המצוקה האישית (למשל, וידוא שלום של בני המשפחה). רק לאחר שהצליחו בכך, מסוגלים העובדים הסוציאליים לתפוס מחדש עמדה מרוחקת, המאפשרת תפקוד מקצועי הולם.

האתגר שבשמירה על מרחק רגשי מההתרחשות בחדר המיון אינו ייחודי לשלביו הראשונים של האירוע, ולאורך האירוע כולו מתרחש עירוב של קשיים מקצועיים ואישיים. עוצמת הסיטואציה ותחושת האיום האישי מקשה על העובדים הסוציאליים לשמור על גבולות מקצועיים ועל כן המתח האמפתי שנוצר בעת הסיוע לפונים מתבטא בתגובות של מעורבות והזדהות יתר מחד גיסא, ובתגובות של ריחוק רגשי מאידך גיסא (Wilson & Lindy, 1994). מצב זה מבטא את החיפוש המתמשך אחר נקודת האיזון בין השתתפות אמפתית טיפולית לבין הצבת הגנות יעילות (שלו ועמיתיו, 2002).

הכלת כאב המשפחות

מקור עיקרי למצוקה שחווים העובדים הסוציאליים בעת אירוע טרור הוא תפקידם בליווי משפחות הפצועים וההרוגים. המאפיין הבולט של תפקיד חשוב זה, הוא החשיפה לעוצמות כאב עזות ותגובות רגשיות קיצוניות של בני משפחה, הכוללות צער, אשמה, כעס ומעברים קיצוניים בין תקווה לייאוש. דינמיקה זו תורמת להתפתחותה של מערכת יחסים ייחודית בין המשפחה והעובד

הסוציאלי המלווה אותה. ניתן למפות ארבעה מקורות ללחץ הנפשי שחווים העובדים הסוציאליים במהלך הטיפול במשפחות: חוסר הוודאות והעמימות המאפיינים את תהליך הטיפול במשפחות, המשימה של מסירת הודעה קשה למשפחות שיקריהן נהרגו, ההתמודדות עם תגובות רגשיות קשות של המשפחות וההזדהות של העובדים הסוציאליים עם כאבן של המשפחות.

ניתן למצוא הקבלה בין התהליך הרגשי שעוברות המשפחות בחדר המיון בעת החיפוש אחר יקיריהן לחווייתם של העובדים הסוציאליים המסייעים להן. היעדר המידע בראשית האירוע יוצר תחושת עמימות ואי וודאות המקשה על הסיוע למשפחות. העובדים הסוציאליים מוצאים את עצמם שותפים לחרדה ולבלבול שחשות המשפחות, תוך חיפוש פיסות מידע נוספות שעשויות לסייע במציאת יקיריהן. שותפות זו מתבטאת גם בהיאחזות בתקווה למצוא את בן המשפחה אותו מחפשים בין החיים, תקווה שלעתים מתנפצת כאשר מתבררת זהותם של הרוגי הפיגוע. במצבים אלה, לא רק שהעובדים הסוציאליים חווים עם המשפחות את קריסת התקווה, הם עצמם מתפקדים כמבשרי המוות ומובילים את המשפחות לזיהוי סופי של יקיריהן.

לאורך תהליך קשה וטעון זה עדים העובדים הסוציאליים לתגובות רגשיות עזות מצד המשפחות, המבטאות חרדה עמוקה לגורל יקיריהן, אשר מתגברת ככל שהשעות נוקפות והמידע על גורל יקירם עדיין חסר. ניתן לראות רפרטואר רחב בתגובות המשפחות בשעות אלה החל מהצפה רגשית, תגובה לאובדן פוטנציאלי הכוללות לעיתים תגובות של הכחשה, תחושות אשם ונטייה להספדה, כעסים ותגובות פסיכוסומטיות. עמידה מול תגובות קשות של משפחות מוכות יגון ואבל מקשה על העובדים הסוציאליים ומובילה להזדהות אישית עמו, לנוכח תחושת חוסר אונים מקצועית. הזדהותם של העובדים הסוציאליים והפנמתם את כאב המשפחות עשוי להתרחש בעוצמה כה גדולה, עד שהם עלולים להתקשות בהבחנה שבין מצוקתה של המשפחה למצוקתם האישית.

בעקבות הקושי הטמון בסיטואציה הטראומטית לה עדים העובדים הסוציאליים, חלקם מדווחים על חוויה של ניתוק רגשי והתרחקות, לעתים עד כדי אי היכולת להיזכר מאוחר יותר בפרטי האירוע הטראומטי. ניתוק רגשי הינו תגובה פסיכולוגית שכיחה לטראומה והוא מהווה את אחד המאפיינים של דיסוציאציה בעת האירוע (Marmar, Weiss, & Metzler, 1998). במצב זה נפגעי טראומה מדווחים בין היתר על שינויים בתפיסת זמן ומקום, המעניקים תחושה בלתי מציאותית לאירוע (Van der Kolk, McFarlane, & Van der Hart, 1996). כמו נפגעי טראומה שחווים ישירות את האירוע, העובדים הסוציאליים מדווחים על חוויה דומה. מחקרים שונים מצביעים על קשר הדוק בין רמות חשיפה גבוהות לאירוע הטראומטי לבין מצבים דיסוציאטיביים אצל מטפלים ומצילים, המתבטאים בבלבול, דיס-אוריינטציה, ניתוק ותופעות דיסוציאטיביות אחרות (Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996; Weiss, Marmar, Metzler, & Ronfeldt, 1995). נראה שתגובות אלה משמשות את העובדים הסוציאליים כאסטרטגיית התמודדות אדפטיבית, המסייעת להם להמשיך ולתפקד באופן מקצועי בהתאם לדרישת הסיטואציה.

אולם, למרות שדיסוציאציה עשויה להגן מפני האימה וחוסר האונים הנובעים מחשיפה לטראומה, מנגנון זה גובה מחיר בצורה של קשיים ארוכי טווח באינטגרציה ובשליטה על האירוע (Marmar et al., 1996). יתרה מכך, שימוש במנגנון זה לאחר האירוע לצורך התמודדות עם מצוקה המתעוררת בעקבות היזכרות בטראומה, עלול לפגוע באיכות של עיבוד החוויה על משמעויותיה והרגשות הקשורים בה (Tichenor, Marmar, Weiss, Metzler, & Ronfeldt, 1996). מחקרים בתחום מורים על כך, שדיסוציאציה בעת האירוע מהווה מנבא משמעותי לפיתוח תסמונת פוסט-טראומטית (Koopman, Classen, & Spiegel, 1994; Shalev, Peri, Caneti, & Schreiber, 1996) ולכן יש להתייחס לעובדים הסוציאליים הנוטלים חלק פעיל באירוע טרור כאל קבוצה המצויה בסיכון גבוה ללקות בטראומטיזציה משנית.

כוח הזוג

כתוצאה ממאפייניו הייחודיים של אירוע טרור, בשונה מאירועים טראומטיים אחרים בבית החולים, מצאנו כי העובדים הסוציאליים מעדיפים לעבוד בזוגות מול המשפחות. סגנון עבודה זה

נוצר באופן טבעי בעת האירוע ביוזמתם של העובדים הסוציאליים, מתוך הצורך בתמיכה ושותפות רגשית ומקצועית בתוך התהליך ואחריו. התחלקות בנטל הטיפול מאפשרת הקלה על העומס הרגשי והטיפול בעת האירוע, ובכך מהווה אסטרטגיית התמודדות נוספת הנקטת על ידי העובדים הסוציאליים לשם שמירה על עצמם.

ישנם יתרונות רבים הנובעים מעבודה טיפולית משותפת: השגת תחושת שליטה על האירועים באמצעות פסקי זמן שנלקחים לשם התארגנות, ויסות של מחשבות חודרניות וייסות רגשי. תחושת השליטה מקנה לעובדים הסוציאליים הגנה וביטחון ברמה הפסיכולוגית, אשר מסייעים להתמודדות טובה יותר לאורך האירוע. אף כי שיטה זו לא הוזכרה עד כה בספרות העוסקת בטיפול במצבי אסון, ניתן למצוא לכך תמיכה מכיוונים שונים. כך, קיימת המלצה לאימוץ מודל הנחיה משותפת (Co-therapy) בקבוצות של נפגעי טראומה מפאת מורכבות הדינאמיקה שמתרחשת בקבוצות אלה ואופיו התובעני רגשית של תפקיד המנחה (הרמן, 1992). חוקרים אחרים תומכים בשיטה של עבודת צוות בעת אירוע טראומטי לשם מזעור נזקי טראומטיזציה חלופית, לשם מתן תחושה של אחריות משותפת באמצעות התחלקות בנטל הטיפול (Munroe et al., 1995), ובכדי שאנשי הצוות הפועלים יחד ינטרו זה את מצבו של זה בעת האירוע ויספקו זה לזה תמיכה ועידוד (Myers & Wee, 2002).

משקעי האירוע: צמצום נזקים ארוכי טווח

העובדים הסוציאליים מודעים להשפעת החוויה הטראומטית עליהם. השפעת האירוע מתבטאת במגוון רחב של תגובות בסמוך לאירוע, התואמות את תופעת עייפת החמלה (Figley, 1995): רצון להתרחקות והתנתקות מהסביבה, עייפות ורצון לשינה, מחשבות חודרניות, סיוטי לילה הקשורים באירוע, פלאשבקים, מצב רוח ירוד ותשישות. עם זאת, מרבית העובדים הסוציאליים חשים שהם מצליחים להתרחק רגשית מהאירוע ולהשכיחו בתוך פרק זמן סביר.

אחד הנושאים המהותיים ביחס להשפעתו של האירוע בטווח הקצר והארוך הוא תפקידו של הניסיון באירועי טרור כגורם שוחק או כגורם מחסן. נושא זה נידון בקבוצות המיקוד, אך נמצאו לגביו תגובות שונות: חלק מהעובדים הסוציאליים ביטאו תחושה חזקה של שחיקה וחוסר

עיבוד רגשי הולם בשל רצף אירועי הטרור, וחלקם סברו שהתחסנו מפני האירועים הבאים עקב הניסיון הרב שרכשו. מצב זה משתקף גם בספרות המחקרית: לצד מחקרים המדגימים כיצד חשיפה חוזרת ונשנית לנפגעי טראומה עלולה ליצור מצוקה גדולה יותר אצל המטפל (דקל, בפרסום; Baird & Jenkins, 2003), מחקרים אחרים תומכים בסברה שלחשיפה חוזרת ונשנית לאירועים קשים יש השפעה מחסנת בכך שהיא מאפשרת ניבוי העתיד לקרות ובכך מפחיתה תגובות לחץ טראומטיות עתידיות (Hodgins, Creamer, & Bell, 2001).

ההבדלים בתחושותיהם של העובדים הסוציאליים, כפי שבוטאו בקבוצות המיקוד, עשויים להיות מוסברים גם באמצעות רמת החשיפה לאירוע. חלוקת מרכז המידע למספר אתרים, כפי שהוצג בראשית הפרק, מאפשרת לעובדים את הבחירה בין סוגי התערבויות שונים, כך שעובדים החשים שביכולתם לעבוד "בחזית" האירוע עשויים לבחור לעבוד בתוך חדר המיון ובכך לבוא במגע עם הנפגעים עצמם או לחילופין עם המשפחות המודאגות. לעומתם, עובדים החשים קושי רגשי משמעותי בנסיבות אלה עשויים לתפוס עמדה מרוחקת יותר, המאפשרת חשיפה פחותה למראות קשים, כדוגמת מרכז המידע הטלפוני. מחקרים שונים הדגימו את הקשר שבין רמת חשיפה גבוהה לאירוע טראומטי לבין תסמינים פוסט-טראומטיים בקרב הצוות המטפל (Hodgins et al., 2001; Marmar et al., 1996). בהתאם לכך, אפשרות הבחירה ברמת החשיפה לאירוע, כפי שקיימת במרכז המידע ברמב"ם, עשויה להסביר את השונות בחווייתם של העובדים הסוציאליים ימים ושבועות לאחר תום האירוע.

סיכום והמלצות

עבודתם של העובדים הסוציאליים במרכז המידע חושפת אותם לחוויה מקצועית ורגשית מאתגרת במיוחד. מאפייניה של חוויה ייחודית זו, כפי שתוארו בפרק זה, מחייבים התייחסות ארגונית של ראשי השירותים הסוציאליים ושל האחראים ישירות לתפקודם המקצועי של העובדים הסוציאליים. העומס הרגשי המוטל על העובדים הסוציאליים כתוצאה מהתערבות באירועי טרור מחייב נקיטת צעדים מעשיים, המכוונים להפחתת המצוקה הנחווית בעת האירוע ואחריו ולשכלול

מיומנויותיהם המקצועיות. לפיכך, יש להתייחס למספר המלצות המועלות בספרות המקצועית ואשר נובעות ישירות מחווייתם של העובדים הסוציאליים כפי שתוארה בפרק זה.

צורך מרכזי עליו מדווחים העובדים הסוציאליים בשטח הוא עיבוד קבוצתי של החוויה הטראומטית בשלהי האירוע לשם הפגת המצוקה. החיפוש אחר קבוצת השווים מבטאת העדפה להתחלקות רגשית עם מי שמסוגל להבין את גודל האסון – הבנה שמעבר למלים. מחקרים שונים חושפים שתמיכה חברתית מקדמת החלמה ומהווה גורם חשוב במניעת פוסט-טראומה (Carlier, 1995; Weiss et al., 1997; Lamberts, & Gersons, 1997) וכי התערבות פרטנית או קבוצתית מיד לאחר החשיפה לאירוע עשויה למתן את השפעותיו הפסיכולוגיות (Hodgins et al., 2001; Mitchell & Everly, 1995). למפגש הקבוצתי נודעת חשיבות מיוחדת מפני שהוא משפיע על חזרה לנורמליזציה, מגביר את תחושת הלכידות, מפיג את הבדידות ומסייע לעיבוד הרגשי (Myers & Wee, 2002; Pawlukewicz, 2003; Pearlman & Saakvitne, 1995).

מומלץ לגבש נהלים מובנים, המבוססים על ניסיון ועל ידע מצטבר, אשר כוללים פרטים על מיקומם של העובדים בזמן אירוע בהתאם למיומנויותיהם, הפצת רשימות של כלל העובדים וכיוב'. נהלים מובנים עשויים למנוע בלבול ותסכול של הצוות בזמן אמת ולמתן שחיקה שעלולה להיגרם עקב התערבות באירועים רבים (Myers, 1994; Myers & Wee 2002). עם זאת, חשוב להדגיש כי הכנה מדוקדקת של נהלי העבודה אינה תמיד עומדת במבחן המציאות, כפי שהתברר מניסיונו מאז פרוץ האינתיפאדה. המציאות המורכבת של הטרור כוללת התרחשות אירועים בזמנים לא צפויים ונדרשת התגייסות מהירה של כלל העובדים לשם מתן מענה הולם לצרכי הפונים למרכז המידע. בנסיבות אלה, ראשוני העובדים המתייצבים במרכז המידע הם שנותנים את המענה הדרוש ורק במהלכו של האירוע, לאחר התארגנות הצוות והתבהרות המידע שברשותו, ניתן לווסת את כוח האדם באופן ההולם את יכולותיו המקצועיות. חשוב לזכור, שנהלים מובנים מהווים אמצעי לעבודה מאורגנת ויעילה ובשום אופן אינם מהווים מטרה לכשעצמה ובכך הם מהווים בסיס לשינויים בהתאם לדינאמיות המאפיינת את ההתערבות באירועי טרור.

גורם נוסף שעשוי לסייע בהפחתת המצוקה הנחווית בעת האירוע ואחריו היא הכנת העובדים לפני האירוע באמצעות תכניות הכשרה מיוחדות. תכניות אלה עשויות לכלול מידע על

מאפייני האירועים ועל שיטות ההתערבות הנדרשות בהם ודיון על ההשפעות הרגשיות האפשריות של האירועים על המטפלים. פיגלי (Figley, 2002) מדגיש את הצורך במתן מידע מקיף על תופעת עייפת החמלה על ביטוייה השונים, לשם חינוך הצוות הטיפולי כאמצעי המונע או ממתן את השפעותיה השליליות של התופעה. תרגול בתכניות הכשרה מסייע ל"נרמל" את תגובותיהם של המטפלים בעת האירוע ואחריו, ומאפשר לזהות ולאתר מוקדם תגובות רגשיות חריגות (Dutton & Rubinstein, 1995; Miller, 2003; Myers, 1994; Pearlman & Saakvitne, 1995). השירות הסוציאלי במרכז הרפואי רמב"ם יישם המלצה זו מספר פעמים מאז פרוץ האינתיפאדה, באמצעות קיום סדנאות מקצועיות אשר הונחו על ידי גורמים קהילתיים טיפוליים שונים (נט"ל, המרכז לפיתוח משאבי התמודדות בתל-חי). הסדנאות סיפקו לעובדים רקע תיאורטי מקיף בתחום הטראומה והשפעותיה וכן כלים טיפוליים מעשיים וכלים להתמודדות אישית במצבי אסון.

גם הדרכה פרטנית או קבוצתית מסודרת לפני אירוע טרור רב-נפגעים עשויה להפחית טראומטיזציה חלופית בקרב מטפלים (Cerney, 1995). חשוב להדגיש, כי במציאות של טרור מתמשך, הדרכה שניתנת לעובדים לאחר כל אירוע מהווה גם הכנה לקראת האירוע הבא, מצב היוצר מעגל של גדילה אישית ומקצועית מאירוע לאירוע. ההדרכה מסייעת לעובדים הסוציאליים להבין כיצד תגובות לא נכונות עלולות לעכב התערבות יעילה, ללמוד דרכי התמודדות חדשות עם רגשות ולזהות ולנתח מצבים של מעורבות והזדהות יתר (Jones, 2001; Pearlman & Saakvitne, 1995). ההדרכה ניתנת לפני ההתערבות, אחריה ולעתים אף במהלך האירוע, בשל נטייתם של העובדים הסוציאליים להרחיב את מאמציהם ולהגיז בהתערבות ובשל חוסר יכולתם להעריך נכון את השפעתם של הלחץ והתשישות על רמת תפקודם בזמן האירוע (Myers, 1994; Myers & Wee, 2002).

ברמה הארגונית חשוב לקדם אווירה תומכת, המביעה תמיכה ברורה בעובדים ומכירה בקשייהם. לשם כך, מוטלת על הדרג הניהולי האחריות לבנות אצל העובדים תחושה של חיבור מקצועי בין-אישי בצורה של סדנאות, קבוצות תמיכה והדרכות, המאפשרים לעובדים לבטא את קשייהם, ללמוד מיומנויות התמודדות יעילות ולפתח את כישוריהם המקצועיים (Pearlman & Saakvitne, 1995). ידוע כי ארגונים ביורוקרטיים מנוכרים עלולים להעצים את תחושת חוסר

האונים של העובדים ובכך להגביר טראומטיזציה משנית (Catherall, 1995). אין ספק כי אווירה ארגונית מכבדת חשובה גם בשלביו הראשונים של האירוע, כאשר העובדים מטפלים בפונים במצב כאוטי ובתנאי עבודה בלתי שגרתיים (Pearlman & Saakvitne, 1995). תמיכה ארגונית עשויה להתבטא בסיוע קונקרטי לעובדים, במילוי צורכיהם העולים מהשטח, בתדריך שוטף, בהגבלת שעות עבודתם והנהגת משמרות, בתמיכה תוך-צוותית ובניטור תגובות העובדים במהלך האירוע (Myers, 1994; Myers & Wee, 2002). מתוך ההכרה בקשיים הנובעים מעבודה מאומצת באירועי טרור רבים, התקיימו בשירות הסוציאלי של המרכז הרפואי רמב"ם פעילויות מחלקתיות מחוץ לכותלי בית החולים, אשר תרמו לעובדים מבחינה אישית, חיזקו אצלם את תחושת השייכות ואת התחושה כי מאמציהם מוכרים ומוערכים.

לסיכום, ניתן לומר כי בהיעדר התייחסות ארגונית מערכתית מותאמת ומכוונת, עלולה העבודה הטיפולית עם נפגעי טראומה ליצור השפעות נפשיות שליליות על העובדים הסוציאליים. מלוא תשומת הלב צריכה להינתן לקושי הרגשי הגלום בעבודה באירוע טרור רב-נפגעים בטווח הקצר והארוך. התייחסות ארגונית מותאמת עשויה לתת מענה לצורכיהם של העובדים, לשמור ולתחזק את יכולותיהם המקצועיות. יתרה מכך, במצבים המאופיינים באי וודאות, כדוגמת אירועי טרור בשלביהם הראשונים, קיימת חשיבות עליונה ליצירת תנאי עבודה אשר יאפשרו לעובדים הסוציאליים למצות את יכולותיהם המקצועיות באופן המרבי. עריכת סימולציות, מתן הדרכות באופן שוטף לפני ואחרי האירועים, תדריך העובדים בעת האירוע וקיום מפגשים קבוצתיים לעובדים שהשתתפו באירועים הם רק חלק מהדרכים בהם ניתן לסייע לצוות המטפל בכדי למנוע ולמזער נזקים של טראומטיזציה משנית. במציאות שבה אירועי הטרור הפכו לחלק משגרת החיים, נדרשים קובעי המדיניות להתייחס בכובד ראש לנזקים הפוטנציאליים בקרב אוכלוסיית המטפלים ולנקוט בכל דרך שתבטיח את רווחתם הנפשית בכדי שיוכלו להמשיך ולסייע לפונים ברמה המקצועית הגבוהה ביותר.

מקורות

דקל, ר. (בפרסום). בקו החזית: עובדים סוציאליים בבתי חולים כלליים בתקופה של טרור מתמשך.

חברה ורווחה.

הרמן, גל. (1992). טראומה והחלמה. עם עובד: ספריית אופקים.

שלו, א, אדסקי, ר., בוקר, ר., בנעט, י., בר-גיא, נ., הדר, ה., פרי, ט., פרידמן, ש., קופר, ר., ותובל-

משיח, ר. (2002). התערבויות קליניות באירועי דחק מתמשכים. שיחות, י"ז, 5-19.

Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims, 18*, 71-86.

Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Gersons, B.P.R. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 498-506.

Catherall, D.R. (1995). Preventing institutional secondary traumatic stress disorder. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.

Cerney, M.S. (1995). Treating the "Heroic Treaters". In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 131-149). New York: Brunner/Mazel.

Dalenberg, C. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.

Drory, M., Posen, J., Vilner, D., & Ginzburg, K. (1998). Mass casualties: An organizational model of a hospital information center in Tel Aviv. *Social Work in Health Care, 27*, 83-96.

- Dutton, M.A., & Rubinstein, F.L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1986). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake, Vol. II: Traumatic stress, theory, research and intervention* (pp. 39-54). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.
- Fox, R. (2003). Traumaphobia: Confronting personal and professional anxiety. *Psychoanalytic Social Work*, 10, 43-55.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psych-analytic therapy. *Standard Edition*, 11, 139-152.
- Hodgins, G.A., Creamer, M., & Bell, R. (2001). Risk factors for posttrauma reactions in police officers: A longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 541-547.
- Jones, K.D. (2001). Counselor reactions to clients traumatized by violence. In D. Sandhu (Ed.), *Faces of violence: Psychological correlates, concepts and intervention strategies* (pp. 379-388). Huntington, NY: Nova Scotia.

- Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, California, firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151, 888-894
- Krug, R.S., Nixon, S.J., & Vincent, R.D. (1996). Psychological response to the Oklahoma City bombing (editorial). *Journal of Clinical Psychology*, 52, 103-105.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T. (1998). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder. In: J.D. Bremner & C.R. Marmar (Eds.), *Trauma memory, and dissociation* (pp. 229-247). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 94-102.
- McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- Miller, M. (2003). Working in the midst of unfolding trauma and traumatic loss: Training as a collective process of support. *Psychoanalytic Social Work*, 10, 7-25.
- Mitchell, J.T., & Everly, G.S. (1995). *Critical incident stress debriefing: The basic course workbook*. Ellicott City, MD: Critical Incident Stress Foundation.
- Morgan, D.L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd edition). Newsbury Park, CA: Sage.
- Munroe, J.F., Shay, J., Fisher, L. Makary, C., Rapperport, K., & Zimering, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A team treatment model. In C.R.

- Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 209-231). New York: Brunner/Mazel.
- Myers, D. (1994). *Disaster response and recovery: A handbook for mental health professionals*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services.
- Myers, D.G., & Wee, D.F. (2002). Strategies for managing disaster mental health worker stress. In C.R. Figley (ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 181- 211). New York: Brunner-Routledge.
- Pawlukewicz, J. (2003). World Trade Center trauma interventions: A clinical model for affected workers. *Psychoanalytic Social Work, 10*, 79-88.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Rosenbaum, C. (1993). Chemical warfare: Disaster preparation in an Israeli hospital. *Social Work in Health Care, 18*, 137-145.
- Saakvitne, K.W. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues, 12*, 443-449.
- Shalev, A.P., Peri, T., Caneti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry, 153*, 219-225.
- Tichenor, V., Marmar, C.R., Weiss, D., Metzler, T., & Ronfeldt, H. (1996). The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: Findings in female Vietnam theater veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1054-1059.

- Tosone, C., Bialkin, L., Campbell, M., Charters, M., Gieri, K., Gross, S., Grounds, C., Johnson, K., Kitson, D., Lanzo, S., Lee, M., Martinez, M., Martinez, M.M., Millich, J., Riofrio, A., Rosenblatt, L., Sandler, J., Scali, M., Spiro, M., & Stefan, A. (2003). Shared trauma: Group reflections on the September 11th disaster. *Psychoanalytic Social Work, 10*, 57-77.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., & Van der Hart, O. (1996). Dissociation and information processing in Posttraumatic stress disorder, In: B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: The Guilford Press.
- Wee, D.F., & Myers, D.G. (2002). Stress response of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. In C.R. Figley (ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 57-83). New York: Brunner-Routledge.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R., Metzler, T., & Ronfeldt, H.M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 361-368.
- Wilkinson, S. (1998). Focus groups in health research: Exploring the meanings of health and illness. *Journal of Health Psychology, 3*, 329-348.
- Wilson, J.P., & Lindy, J.D. (1994). Empathic strain and countertransference. In J.P. Wilson & L.D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD* (pp.5-30). New York: Guilford.