

## החזקה מבית:

### פסיכולוגים חינוכיים ב"מציאות טראומטית משותפת"

תמר לביא<sup>1</sup>, מוזל מנחם<sup>2</sup>, יעל שחר<sup>3</sup>, יעל וינשטיין<sup>4</sup>, תמי נוביק<sup>5</sup>, גל תמים<sup>6</sup>, מירתה שניר<sup>7</sup>.

פורום מטרומה לחוסן, שפ"י

אוגוסט 2014

מבצע צוק איתן, חשף בקיץ האחרון (2014) קהילות רבות ברחבי המדינה לירי טילים מכיוון עזה ובכך, הציף לצערנו את החשיבות של הדיון בסיטואציות בהן פסיכולוגים והמטופלים שלהם, חשופים זה לצד זה, לאותה הטראומה ולאותם האיומים. בכדי לבסס את הרקע התאורטי של דיון זה, מוצגת במסמך להלן, סקירה קצרה של המונח "מציאות טראומטית משותפת". מונח ההולך ומתגבש בספרות בהקשר של עבודת אנשי בריאות הנפש הפועלים וחיים בקהילות החשופות לטראומה ולאסון. בחלק השני של המסמך מאופיינת הייחודיות של עבודת הפסיכולוגים החינוכיים בסיטואציה זו ובסופו מוצגת רשימת המלצות להבניית סביבה המאפשרת שימור ואף גיוס של משאבים במציאות טראומטית משותפת.

המסמך מוקדש לפסיכולוגים החינוכיים אשר חיים ועובדים בקהילות ובישובים הסמוכים לגבול עם עזה. מזה 14 שנים חשופים, הפסיכולוגים הללו, לצד המטופלים שלהם, לירי טילים ולחרדות הנלוות לכך. בצל האיום עליהם ועל משפחותיהם הם עוסקים, באמונה ובמסירות בעבודתם הטיפולית ותורמים לצימצום ההשלכות הפתוגניות של החשיפה המתמשכת ולשיפור הרווחה הנפשית של התלמידים, ההורים וצוותי החינוך בישובים הללו.

<sup>1</sup> דר' תמר לביא, פסיכולוגית חינוכית, לשעבר שפ"ח שדרות ושער הנגב; מרכז חוסן, שדרות.  
<sup>2</sup> דר' מוזל מנחם, פסיכולוגית שיקומית-מדריכה, רכזת ארצית לפסיכולוגים, היחידה למצבי לחץ, שפ"י.  
<sup>3</sup> יעל שחר, פסיכולוגית חינוכית-מדריכה, שפ"ח רמלה ושפ"ח רעננה.  
<sup>4</sup> יעל וינשטיין, פסיכולוגית חינוכית-מדריכה, שפ"ח אילת ושפ"ח באר-שבע.  
<sup>5</sup> תמר נוביק, פסיכולוגית חינוכית-מדריכה, מנהלת שפ"ח משגב.  
<sup>6</sup> גל תמים, פסיכולוגית חינוכית-מדריכה, שפ"ח באר שבע.  
<sup>7</sup> מירתה שניר, פסיכולוגית חינוכית-מדריכה, לשעבר מנהלת שפ"ח שער הנגב. מרכזת תחום החירום במחוז דרום, שפ"י.

## מבוא והגדרות

הספרות העוסקת בטיפול בנפגעי טראומה וחרדה מכירה מזה שנים רבות בהשלכות הפתוגניות וארוכות הטווח שיש לעבודה זו על המטפלים, אנשי בריאות הנפש. מבין המונחים הקיימים כדי לבטא השלכות אלו ניתן למנות את ה"שחיקה הנפשית" ( emotional burnout, Maslach & Leiter, ) (1997); "תשישות הקרבה" (compassion fatigue, Fifley, 1995) וה"טראומטיזציה המשנית" (Secondary Traumatization McCann & Pearlman, 1990). מונחים אלו עוסקים באופנים בהן עוברת מצוקה של מטופלים אשר שרדו טראומה, אל המטפלים באמצעות התהליך הטיפולי עד כי המטפלים עצמם מפתחים סמפטומים פסיכולוגיים, רגשיים וקוגניטיביים הדומים מאוד לאלו של המטופלים שלהם. זאת, מבלי שהם עצמם חוו את הטרומה (לפירוט ראו נספח 1).

בעשורים האחרונים, עם התגברות טרור המוני הפוגע באוכלוסיות נרחבות, מלחמות המתפשטות מקו החזית המסורתי אל עבר ריכוזי אוכלוסיות, אסונות טבע ואסונות תעשייתיים המוניים הפוגעים בקהילות שלמות, מתרבים המקרים בהם פסיכולוגים ואנשי בריאות הנפש חשופים לטרומה ולחרדות הכרוכות בה, לא רק באופן עקיף דרך המטופלים שלהם, אלא גם באופן ישיר כחברים בקהילה החשופה לטרומה. המונחים המצויינים לעיל אינם מספקים עוד לתיאור החוויה והשלכותיה האישיות והמקצועיות. בכדי לתאר את החוויה הכרוכה בחשיפה הכפולה - באופן אישי ובאופן מקצועי; באופן ישיר ובאופן עקיף - התפתח גוף תאורטי ומחקרי חדש יחסית אשר עוסק בהשלכות של עבודת בריאות הנפש ב"מציאות טראומטית משותפת".

### **מציאות טראומטית משותפת-**

המונח "מציאות טראומטית משותפת" מתייחס, כאמור, למצבים בהם המטפל חשוף, לצד המטופלים שלו, לאסון ולטרומה שפוקדים את הקהילה בה הוא חי ועובד. המונח מאגד בתוכו אספקטים של חשיפה ישירה ועקיפה וזאת, בשונה מן המונח של טראומטיזציה משנית המתיחס לאופן בו המטפל נחשף לטרומה באופן עקיף, באמצעות הטיפול, בלבד. באום (2010) מצביעה על ארבעה מאפיינים העומדים בבסיס ההגדרה של מציאות טראומטית משותפת:

- האסון הוא אירוע קולקטיבי שיש לו פוטנציאל להיות נחוה כטראומטי לקהילה כולה.
- מדובר באירוע המתקיים בהווה- כאן ועכשיו ולא באירוע שהסתיים
- המטפל והמטופל משתייכים לאותה קהילה (ולו לזמן קצר).
- המטפלים חווים חשיפה כפולה: גם כאינדיבידואלים / חברים בקהילה שנפגעה, וגם כאנשי מקצוע שמספקים סיוע לאנשים שנפגעו מהאסון.

בסקירתה את המונח, מציגת באום (2010) כי התופעה זכתה להתייחסות של קלינאים בעולם כבר מתקופת ה"בליץ" בלונדון בתחילת מלחמת העולם ה-II. בישראל אוזכרה התופעה על ידי מספר פסיכולוגים שהתייחסו לעבודתם הקלינית במהלך מלחמת המפרץ ב-1991 (לדוגמא: Keinan-Kon, 1998). אך למעשה, התעניינות והכרה נרחבים בתופעה החלו רק לאחר הפיגוע בבנייני התאומים ב-2001 ולאחר מכן בשנת 2005, בעקבות פגיעת הוריקן קתרינה בניו אורלינס.

כיום נמצא המונח בשימוש במחקרים שהתמקדו במגוון של אסונות רחבי היקף תוך התייחסות לשלושה היבטים מרכזיים הקשורים במורכבות העבודה של אנשי בריאות הנפש במציאות טראומטית משותפת: הראשון עוסק בהשפעות החשיפה הכפולה על המצוקה הנפשית האישית של המטפל; השני עוסק בהשפעות הסיטואציה הזו על העבודה הקלינית; והשלישי מתמקד בניהול ההשפעות ההדדיות שבין העולם הפנימי האישי לזה המקצועי. כל אלו נבחנו הן ברמת הפגיעות והן ברמת המשאבים ונמצאו להם אספקטים חיוביים ושיליים.

### ההשלכות השליליות:

במרבית המחקרים העוסקים באנשי בריאות הנפש העובדים במציאות טראומטית משותפת מדווח על עליה במצוקה הנפשית של המטפלים. כך למשל, לאחר אירועי ה-11 בספטמבר דיווח פסיכולוגים בניו יורק על תחושות של אבדן, חרדה, כאב ואבל (Eidelson et al., 2003). כהן ואחרים (Cohen et al., 2014) מדווחות כי פסיכולוגים חינוכיים אשר עבדו בצפון הארץ במהלך ולאחר מלחמת לבנון השנייה ובדרום במהלך מבצע עופרת יצוקה, דיווחו כי חוו צער, חרדה, תחושות של חוסר וודאות, ואף סמפטומים פוסט טראומטיים כמו זיכרונות חודרניים של אירועים טראומטיים הקשורים במלחמות. באום (2010) סבורה כי המצוקה נובעת הן מן החשיפה של המטפלים לאירועים טראומטיים במסגרת העבודה והן מן החרדות הקשורות בדאגה ליקיריהם.

התערבות נפשית במהלך אירועים טראומטיים מחייבת גמישות ומחוייבות גבוהים. הסטינג הקבוע של הקליניקה נפרץ והמטפלים נדרשים לצאת לשטח ואל הבתים של המטופלים שלהם (לביא, נוטמן-שוורץ ודקל, טרם פורסם). אזעקות חוזרות ונשנות מפריעות את השעה הטיפולית ומחייבות מטפלים לרוץ יחד עם המטופלים שלהם לממ"ד ולעיתים קרובות מטופלים ומטפלים כאחד עוזרים את הטיפול כדי להתקשר ולשאול לשלום יקיריהם. פריצת גבולות הסטינג המוכרים נמצאה כקשורה עם תחושות של חוסר אונים מקצועי וירידה בתחושת הקומפוטנטיות המקצועית בקרב אנשי בריאות הנפש שעבדו במצבים של מציאות טראומטית משותפת (Baum, 2012).

הפריצה המתקיימת בסטינג הטיפולי עלולה להוביל לטייטוש נוסף בגבולות המתקיימים בין עולמו האישי לעולמו המקצועי של המטפל (Dekel & Baum, 2010; Tosone et al., 2012). אלו בתורם מעצימים את קונפליקט הנאמנויות שחווה המטפל בין הדאגות לבני המשפחה לבין הדאגה למטופלים (Dekel & Baum, 2010). לעיתים חווית הקונפליקט היא חדה וכואבת כאשר המטפלים נאלצים לעזוב את יקיריהם, החווים מצוקה, כדי להענות לקריאות חירום בעבודתם, או במקרים הפוכים, כאשר הם עוזבים את הישוב, את עבודתם ואת המטופלים שלהם ומתפנים עם המשפחה שלהם לאיזור שקט יותר. קונפליקטים אלו עלולים לעורר רגשי אשם וירידה בתחושת הערך האישי והמקצועי כאחד (Loewenberg, 1992; Somer, Buchbinder, Peled-Avram, Ben-Yizhack, ) (2004).

טישטוש הגבולות בין האישי למקצועי מתקיים גם ברובד האינטרא-פסיכי. בולנג'ר (Boulanger, 2013) מתארת סימטריה של חרדות של מטופלים בעת שהם עצמם מתמודדים עם חרדות דומות משלהם. מצב זה, בו המטופל והמטפל עסוקים בעיבוד של חוויה זהה בו זמנית, וכאשר המטפל עסוק בהתגוננות מפני אותה חרדה עצמה המציפה את המטופל עלול להביא לתגובות קאוונטר-טרנספרנסיאליות חזקות במיוחד בקרב המטפלים ולפגוע באינטרס הטיפולי. Osofsky (2009) אשר צפתה במטפלים העובדים עם ילדים שנחשפו לטראומות קהילתיות, מצאה כי פעמים רבות מטפלים קוטעים את השיחזור של הטראומה במשחק כדי "להציל" את הילד ובכך להקל על החרדה שמתעוררת בקרבם. בנוסף, מטפלים במציאות טראומטית משותפת דיווחו על קושי משמעותי להיות זמינים מנטלית עבור המטופלים שלהם, כאשר במהלך שעה טיפולית, מחשבותיהם נדדו לעבר קשיים אישיים דומים שהם או יקיריהם חווים בבית (Saakvitne, 2002; Somer et al., 2004). כהן ואחרים (Cohen et al., 2014), מצאו כי במהלך מלחמת לבנון השנייה, פסיכולוגים חינוכיים ומטפלים דיווחו בדיעבד, על הימנעות מודעת ולא מודעת מהעיסוק הישיר בטיפול בחוויות הטראומטיות של הילדים המטופלים. הם חשו כי בעוד הם נדרשים לאוורר, לדבב ולהעצים את המטופלים, הם עצמם חווים טראומות בלתי מעובדות אשר מעכבות את יכלתם להוות מיכל עבור המטופלים, בכדי להתמודד עם החרדה שהציפה אותם הפעילו הגנות בלתי מודעות אשר עיכבו את העבודה הטיפולית. חוויות מסוג זה, של ריבוי בכשלים אמפתיים הובילה לעיתים את המטפלים לחוש רגשות אשם, או ירידה בערך העצמי המקצועי (Baum, 2013).

עימעות הגבולות שבין האישי לפרטי פעל גם בכיוון השני כאשר מטפלים רבים דיווחו על מחשבות וזכרונות חודרניים מן הטיפולים ודאגה לגבי מטופלים שהופיעו בשעות שהם נמצאו בבית עם משפחתם (לביא, נוטמן שוורץ ודקל, טרם פורסם; Cohen et al., 2014) עניין המעיד על קיומה של טראומטיזציה משנית.

נוטמן-שוורץ וטוסון (Tosone, Nuttman-Shwartz & Stephens, 2012) הצביעו גם על עימעות הגבולות שבין המטפל למטופל כאשר תיארו בהרחבה את הפגיעה בא-סימטריה המתקיימת בין המטפל למטופל. במאמרן חלקו חוויות מטיפולים שערכו באיזורים מוכי אסון- ותיארו כיצד ההזדהות הגבוהה שהתקיימה בין המטפל למטופל הובילה לקושי בהפרדת העולמות הסובייקטיביים עד לרגעים בהם, מבלי משים, הטיפול שימש אותן לצרכים הרגשיים, האישיים שלהן עצמן.

### **ההשלכות החיוביות:**

לצד הקשיים שבעבודה עם שורדי טראומות, הומשגו בספרות גם מונחים כמו- compassion satisfaction (Figley & Stamm, 1996) וצמיחה משנית (vicarious resiliency, Hernandez et al., 2007). אלו מצביעים על היכולת של מטפלים להיות מושפעים גם באופן חיובי מעבודתם עם מטופלים פוסט טראומטיים, ללמוד מן המטופלים ולקבל השראה מיכולתם להתגבר על קשיים

משמעותיים. הם מבטאים רגעים בהם מטפלים חשים כי עבודתם מסייעת להם "ללמוד משהו לגבי היכולת האנושית להתמודד בעולם" או פשוט "לקבל קצת פרפורציות".

גם מטפלים במציאות טראומטית משותפת מדווחים על השלכות חיוביות של החשיפה הכפולה כמו כמו עליה בתחושות של שביעות רצון מקצועית, התפתחות מקצועית וצמיחה אישית (Dekel & Baum, 2010; Baum, 2013). בדיווחיהם באות לביטוי השלכות הדדיות שישנן לעבודה הקלינית ולחשיפה האישית האחת על השניה. לדבריהם, החוויה האישית של האירועים הטראומטיים מהווה אמצעי לקשר טיפולי טוב יותר, הבנה ויכולת אמפטית עמוקים יותר כלפי המטופלים (Batten et al., 2014; Cohen et al., 2002) ולתחושות של אינטימיות טיפולית חדשה ולכידות עם המטופלים (Tosone, 2006) ביחס למטפלים שאינם חווים את המציאות הטראומטית. אחרים מדווחים כי האירועים שחוו עוררו בהם תחושות של שליחות ומחויבות מחודשת למקצוע ולמטופלים (Seely, 2003). מן הצד השני, העבודה הטיפולית עצמה נתפסת במקרים רבים כתורמת לחוסן הנפשי האישי של המטפלים. במקרים רבים פסיכולוגים ומטפלים התייחסו לעבודה כאל "וסט מגן" המחייב אותם לשמור על תפקוד תקין, ומעניק להם כוחות נפשיים ותחושת מסוגלות להתמודד עם המציאות הטראומטית (לביא, נוטמן-שוורץ ודקל, טרם פורסם). שמאי ורון (2009) אשר ערכו מחקר בקרב עובדים סוציאליים שטיפלו בנפגעי טרור בירושליים דיווחו כי העובדים חוו את העזרה שהם העניקו לפונים כמקור לכח ולצמיחה אישית עבור עצמם ולנוכח החוויות האישיות שלהם. כהן ואחרים (2014) מצאו כי לאחר מלחמת לבנון השניה מטפלים דיווחו כי עבודתם על ההכשרה, ההדרכה והתמיכה שקיבלו בה היוותה עבורם משאב מרכזי להתמודדות. לב ויזל (2009), התייחסה לאספקט בעבודה אשר העניק למטפלים (עובדים סוציאליים וצוותי רפואה בצפון לאחר מלחמת לבנון השניה) תחושה של חיוניות. העובדה כי סייעו לאוכלוסיות וכי חוו אמון מצד המטופלים תרמה לצמיחה האישית של המטפלים במחקר שלה. אנשי בריאות נפש רבים גם מתארים את הצוות כמקור לתמיכה ומשאב להתמודדות (לביא, נוטמן-שוורץ ודקל, טרם פורסם). תחושות אלו, מתקיימות לעיתים לצד התשישות, הצטברות הדחק וההשלכות הפתוגניות של החשיפה הכפולה שחווים המטפלים, ולעיתים הן יכולות אפילו להגן על הפסיכולוגים מפני ההשלכות אלו של החשיפה (Craig & Spang, 2010).

העבודה במציאות טראומטית משותפת עזרה למטפלים גם באבחנה המבדלת בין תגובות שהן נורמטיביות לאחר חשיפה מתמשכת לבין תגובות שעלולות לסמן שבר נפשי ופתולוגיה. באינטראקציות בינאישיות של הכותבים עם מטפלים באיזורים של מציאות טראומטית משותפת מספרים המטפלים כי פסיכולוגים שאינם חווים את מציאות החיים הטראומטית נוטים יותר מהם להעריך רבות מן התגובות של האוכלוסיה כפתולוגיות. כך למשל, עוררות יתר, קופצנות ועיסוק יתר בשאלות של מיגון נתפסות על ידי מטפלים החווים את החשיפה למלחמה כנורמטיביות בעוד שמטפלים שלא חוו את הלחימה נוטים להחמיר ולראות בתגובות הללו סמפטומים פוסט טראומטיים. נראה כי מטפלים מקומיים החווים בעצמם, יחד עם משפחותיהם את הטראומה והחרדות הנלווים לה נוטים יותר ממטפלים שלא חווים את האירועים הטראומטיים לשמור על המטופלים שלהם מפני תיוג פתולוגי.

## פסיכולוגים חינוכיים במציאות טראומטית משותפת

לפסיכולוגים החינוכיים מיקום ייחודי בקהילה על צומת הדרכים בין גורמים טיפוליים שונים: רווחה, בריאות הנפש, התפתחות הילד ועוד. עבודתם כוללת התערבויות מרמת הקהילה והמערכת ועד לטיפול פרטני ארוך טווח. נוסף לאלו, יש להם גם תפקיד מרכזי בהכנת הקהילה לפני החירום, בניהול מערכות שונות בה במהלך אירוע חירום ממושך ובהשבת הקהילה לתפקוד נורמטיבי בסיומו. כך בנוסף לכל ההשלכות של עבודת בריאות הנפש במציאות טראומטית משותפת שנסקרו לעיל, ניתן לתאר מאפיינים וביטויים שהם ייחודיים לעבודת הפסיכולוגים החינוכיים.

ראשית, מאחר ועבודתם של הפסיכולוגים החינוכיים מתקיימת בתוך הסביבה האקולוגית של הפונים והמטופלים הרי שכאשר הקהילה בה הם עובדים חווה טראומה, הם חווים אותה וחשופים לסכנה במשך כל שעות עבודתם וזאת גם אם אינם תושבי האיזור. מיקומם של הפסיכולוגים החינוכיים בתוך הקהילה, מעצימה גם את השבר המתהווה בסטיג הטיפולי כאשר הקהילה בה הם עובדים נפגעת. בעיתות חירום מתעמעמת הגדרת התפקיד של הפסיכולוגים החינוכיים, עבודתם משתנה במהות ובאינטנסיביות שלה, תחומי האחריות שלהם והאוכלוסיות עימן הם עובדים מתרחבים, ומסגרת העבודה הופכת לבלתי צפויה וכאוטית. בעיתות משבר נענים פסיכולוגים חינוכיים לקריאות חירום בכל שעות היום והלילה- כאשר הם נמצאים עם משפחותיהם האישיות ומחוץ לגבולות עבודתם הברורים. הם מוצבים במרכזי דחק, נקראים לאתרי אסון ולביקורי בית. הם מעניקים טיפולים והתערבויות חד פעמיות וממוקדות לאוכלוסיות שאינן מוכרות להם ושהקשר עימן אינו צפוי להיות המשכי או ארוך טווח. מאפייני עבודה אלו חושפים את הפסיכולוגים לפגיעות גבוהה הן ברובד הפיסי הממשי כאשר הם יוצאים אל השטח ומתרחקים מממ"ד ומיקלט מוגנים והן ברובד המנטלי, האינטרא-פסיכי. לסטיג הטיפולי ולגבולות שבין המטפל למטופל המאפיינים טיפול פסיכולוגי תפקיד בהגנה על המטפל (להד 2000). כאשר אלו נפרצים הופכים המטפלים חשופים יותר להשלכות השליליות של הטיפול ובכלל זה הסיכון לטראומטיזציה משנית.

באום (2010) מציינת כי לעבודת בריאות הנפש במציאות טראומטית משותפת ישנם שני ערוצים עיקריים המושפעים באופן שונה מן הסיטואציה: מתן מענה חירום ועבודה קלינית מתמשכת ארוכת טווח. עבודתם של הפסיכולוגים החינוכיים כוללת את שני הערוצים הללו, כיוון שהם נדרשים לסייע במתן עזרה ראשונה נפשית ובמקביל להמשיך וללוות את המטופלים ואנשי הצוות הקבועים, (מערכות ופרטים) לאורך תקופת החירום ולאחריה. לכן חשוב לבחון גם את ההשלכות ההדדיות שיש לכל ערוץ על העבודה בערוץ האחר. המפגש עם מטופלים עימם קיים קשר טיפולי ארוך טווח במהלך החירום כמו גם המצב ההפוך בו מתרחשת הכרות ראשונית עם הפונים והמטופלים בזמן חירום, הינו בעל השלכות על הקשרים הטיפוליים והדיאדה הטיפולית ארוכת הטווח. במהלך החירום שני השותפים, המטפל והמטופל חשופים יותר מן הרגיל. הפונים למרכז דחק או נפגעים באתר אסון עלולים לפתח תלות גבוהה מאוד במטפל, אשר מצידו עלול לפתח "פנטזיית מציל" חזקה. אישוש לכך מצאו כהן ואחרים (2014), המדווחות כי פסיכולוגים חינוכיים אשר נפגשו עם ילדים בזמן החירום, כאשר היו בעצמם עוסקים בדאגות לילדים הפרטיים שלהם, פיתחו "פנטזיות הצלה" גבוהות והזדהות הורית עמוקה כלפי המטופלים והנפגעים בהם טיפלו.

הפגיעות הרבה בה מצויים התלמידים וצוותי ההוראה והשינויים בסטינג יכולים להוביל גם לשינויים בסוג התמיכה הנדרש להם. פסיכולוגים חינוכיים במצבים של מציאות טראומטית משותפת מדווחים על מורים ומנהלים, אשר הזדקקותם לתמיכה רגשית אישית גברה ברגעי חירום ובמצוקתם, פנו לפסיכולוג בית הספר. מצוקות אלו, אינן מהוות בהכרח חלק מחוזה העבודה עם פסיכולוג בית הספר בעיתות שגרה. ההזדהות הגבוהה של הפסיכולוגים עם הפונים הקשתה, לדבריהם, על שמירה על הגבולות המוכרים. (תקשורת אישית בין הכותבים לפסיכולוגים חינוכיים בבאר שבע, שדרות, טבריה וקרית שמונה לאחר מלחמת לבנון השניה, מבצע עופרת יצוקה ומבצע צוק איתן). עם סיום מצב החירום נדרשים כל השותפים לעבודה להתמודד עם ההשלכות של שבירת הגבולות והמשקעים האפשריים של חשיפה אישית שאירעה ברגעי המצוקה בזמן החירום.

עבודת החירום באתרי דחק ובאתרי אסון חושפת את המעורבים בה להשלכות הקטסטרופאליות של האסון באופן אינטנסיבי וישיר. הכאוס והנוכחות הבולטת של הפגיעות והמוות השוררים באתרים אלו, עלולים לעורר אצל הפסיכולוג הגנות שמסייעות לו להמשיך ולתפקד באתרי החירום כמו גם בחייו האישיים עם יקריו. בתוך קשר טיפולי ארוך טווח עלולות הגנות אלו לפגוע באינטרס הטיפולי כאשר הפסיכולוג יתקשה להתמודד עם החרדות המציפות את המטופלים, או לחלופין, יתקשה לעצור את ההצפה הרגשית שהוא חווה אל מול המטופל עד כדי חילופי תפקידים בתוך הדיאדה הטיפולית. בעיקר במקרים בהם חווית החשיפה של המטופל היא מתונה באופן יחסי.

למאפייני הקהילתיים של עבודת הפסיכולוגים החינוכיים ישנם גם יתרונות המקבלים ביטוי נרחב בעבודה בשעת חירום. פסיכולוגים חינוכיים המעורבים בעשייה המכוונת לבריאות הנפש בקהילה יכולים בקלות יחסית לוודא המשך טיפול ומעקב לפונים גם כאשר ההתערבות הינה חד-פעמית. עבודתם בתוך המערך הציבורי מאפשרת להם יצירת קשר עם גורמים במערכת החינוכית ובקהילה אשר יכולים לדאוג להמשך הטיפול ולהכנת התשתית הנדרשת לפונה לשם חזרה לתפקוד תקין. העבודה האינטנסיבית בקהילה וה- reaching out, מקבלים ביטוי לאחר מכן בריבוי של פניות. כך גם מן העבר השני, הפסיכולוגים החינוכיים מוכרים בקהילה, על ידי צוותי החינוך וגורמים טיפוליים נוספים, בקיאותם בחיי הקהילה ובתנאי החירום השוררים בה, וההכרות ההדדית בינם לבין גורמים רבים בקהילה מעורר את אמון התושבים. שלבי יצירת הקשר ורכישת האמון המתקיימים גם במפגש חד-פעמי יכולים להתקצר ובכך ליעל את עבודתם ולהעמיק את השפעתה של ההתערבות הרגשית שערכו. כל אלו מגבירים את תחושת השליטה והמסוגלות המקצועית של הפסיכולוגים.

מצידם של הפסיכולוגים, ההכרות וההשתייכות לקהילה מגבירים את ואת תחושת המחוייבות לפונים ולעבודתם הטיפולית. תחושות אלו תורמות בתורן להגברת החוסן הנפשי ולצמצום ההשלכות השליליות של החשיפה הכפולה המתקיימת במציאות טראומטית משותפת.

בכדי לפעול עוד להגברת החוסן של הפסיכולוגים החינוכיים בשפ"חים ולצימצום ההשלכות הפתוגניות של העבודה במציאות טראומטית משותפת ריכזנו להלן רשימה של המלצות לפעולה. ההמלצות נוגעות להשלכות של העבודה במציאות טראומטית משותפת כפי שנדונו לעיל ואינם כוללים אספקטים נוספים של עבודת החירום או העבודה בשגרת חירום.

## החזקה מבית: המלצות להתמודדות במצבי מציאות טראומטית משותפת

### בעיתות שגרה:

ידע, הכשרה, התנסות ולמידה- נמנים על המשאבים היעילים ביותר כנגד חוסר האונים שבבסיס התגובות הפוסט טראומטיות והם היסודות בעזרתם נבנית הגמישות התפקודית והמקצועית הנדרשת במציאות טראומטית משותפת. חשוב שאלו יכללו: 1. שיקול הידע התאורטי לגבי תגובות הפרט והמערכת בשעות חירום; 2. תירגול טכניקות לעזרה ראשונה נפשית ולניהול מערכות בעת חירום והתאוריה העומדת בבסיסם; 3. למידה של הביטויים של טראומטיזציה משנית ושחיקה נפשית- אלה יועילו להגברת העירנות, המניעה והאיתור שלהן בשעת חירום; ו-4. העלאת המודעות לייחודיות של מציאות טראומטית משותפת והחשיפה הכפולה הכרוכה בה וזאת בשונה ממצב חירום בו מעורב הפסיכולוג לאחר שהאירוע הסתיים ומבלי שהיה חשוף אליו.

תכנון והערכות לוגיסטית- חלוקה לצוותים ידועים מראש, הכנת ציוד להגנה אישית, ווסטים ומדבקות מזהות ("פסיכולוג"), אישורי כניסה לשטח סגור, תכנון הסעות, הגדרת תורנויות ותחומי אחריות (כמו נקיון, אוכל וכו'). כל אלו תורמים לחווית הביטחון האישי של הפסיכולוגים.

הגדרת תפקיד ומשימות- בכדי להתמודד עם עימעות גבולות התפקיד והסטיגם המתקיימים בעיתות חירום ניתן להקדיש חשיבה מקדימה, על סמך נסיון עבר ולבסס ולהבהיר את ההגדרות לגבי תפקיד השפ"ח ותפקיד הפסיכולוגים בזמן החירום.

סימולציות של חירום- בתוך השפ"ח ובמערכת המוניציפלית, לצד הגופים עימם מתקיימים שיתופים פעולה בעיתות חירום. במהלך הסימולציות חשוב: 1. להעמיק את ההכרות עם מסגרות עבודה בהם צפויים הפסיכולוגים להיות מוצבים מחוץ לסטיגם המוכר להם כמו מוקדי חירום ואתרי דחק. 2. להדגיש את המצב המיוחד של מציאות טראומטית משותפת ולהקדיש זמן התייחסות לסוגיית קונפליקט הנאמנויות בו ידרשו הפסיכולוגים למלא את תפקידם המקצועי שעה שהם עצמם, ומשפחתם יהיו חשופים אף הם לאיום.

מיפוי- בכדי לצמצם את קונפליקט הנאמנויות שעלול להתעורר בין המחויבות לבית והמחויבות לעבודה ולמטופלים רצוי לערוך, מיפוי של הפסיכולוגים בתחנה אשר יתייחס לשונות בין הפסיכולוגים ביכולת ובפניות לתת מענה בחירום: סטאטוס מקצועי, מצב אישי ומשפחתי, תמיכה משפחתית, מקום מגורים, חשיפה קודמת, מאפיינים אישיותיים ועוד. רצוי שהמיפוי יכלול את: 1. זמן התייצבות של הפסיכולוגים (מייד, לאחר זמן התארגנות, או העדר פניות מוחלט); 2. סוג העבודה האפשרי (מענה טלפוני- שאפשרי גם מהבית או מעיר אחרת, תורנות באתרי דחק, ביקורי בית ונוכחות בתחנה, מי מוכן לעבוד באיזורים לא ממוגנים ומי לא וכו'); 3. הזמנים ביום האפשריים לתורנות (בוקר, ערב).

אף שאינו יכול להוות התחייבות קבועה, מיפוי מעין זה יסייע לצימצום תחושת האחריות והאשמה של הפסיכולוגים ברגע האמת. בנוסף, יש לציין כי הנסיון בשטח מעיד שרבים ממי שמציינים שלא יוכלו להתייצב בשעת חירום, מתייצבים לעבודה ברגע האמת.



יצירת מערך "מילואים" - העבודה במצבי חירום אינטנסיבית הן במספר השעות והן בנטל הנפשי שמעורבים בה. מצבים אלו מעלים פעמים רבות צורך ממשי בכח אדם נוסף שיעזור לצמצם את השחיקה הנפשית המצטברת של הפסיכולוגים המקומיים. יחד עם זאת, דווקא ברגעי החירום אין די משאבים כדי לקלוט פסיכולוגים חדשים שאינם מצויים בסביבה הקהילתית או בעבודה המקצועית, עד כי מנהלים רבים בוחרים להמנע מקליטת מתנדבים ועובדים חדשים ולהמשיך ולתפקד עם מצבת מצומצמת. כדי להמנע ממצב זה ניתן ליצור מערך "מילואים" אשר יתבסס על פסיכולוגים בדימוס של השירות עצמו, שפ"חים מאמצים (מאיזורים שונים בארץ) או מתנדבים משירותים באיזורים אחרים אשר מביעים נכונות להגיע בשעת חירום. את מערך "המילואים" הזה יש לתחזק מדי פעם במפגשים בהם ירקמו המתנדבים קשרים עם הצוות המקומי, יכירו את הסביבה הטבעית של השירות ויתרגלו עבודה בחירום. ההכרות המוקדמת תקל על קליטתם בשעת חירום.

חיזוק הצוות - חיזוק הלכידות הצוותית, תחושת השייכות, הגיבוש הצוותי, תחושת המשמעות שבעבודה והתמיכה האישית והחברתית בקרב חברי הצוות.

יצירת תרבות אירגונית של ליבון סוגיות העולות ממצבים של מציאות משותפת- התמודדות עם מתחים חברתיים בשפ"ח, ומצבי מתח ולחץ של פסיכולוגים, סוגיות מקצועיות בעבודה מערכתית ובפסיכותרפיה (נושא הגבולות בטיפול, הזדהויות, רגישות המטפל וכד'). התנסות במצבי חירום יומיומיים, המזמנים מפגש עם מציאות טראומטית משותפת, לצד התבוננות מקצועית בעבודה השוטפת ובתהליכי ההדרכה, מהווים חלק מהחוסן המקצועי של הפסיכולוגים החינוכיים. ולבסוף, נורמות של עבודה בסביבה מובנית המותירה מרחב גמישות לשיקול דעת של הפסיכולוגים בשטח. בהקשר זה ראוי להקדיש זמן גם לסוגיית הסיכון שבעבודה.

דיון בסוגיה של סיכון הפסיכולוגים בעת החירום. חשוב כי תנתן לכל פסיכולוג האפשרות לבחון את עמדתו בסוגיה זו ואף לבחון את עמדתו ביחס לעמדות חברי הצוות האחרים. חשוב שמנהלים יבחנו את המדיניות שלהם בסוגיה זו לעומק לפני רגע האמת ויתוו קווים מנחים לגבי יציאה לביקורי בית, ביקור באתרי אסון ופעולות אחרות בעלות סיכון גבוה.

### **בעת החירום:**

בזמן החירום עצמו יש לתת את הדעת על "כיפת ברזל" מקצועית, ומרחב בטוח (ברמה הפיזית והרגשית כאחת) באמצעות מבנה של תמיכה תוך ארגונית לצורך אוורור, תחזוק שוטף, ייעוץ והכוונה. ככל שניתן, חשוב לקיים רציפות של תהליכי הדרכה אישית וקבוצתית, גם כאשר הסטינג משתנה. העבודה במהלך ההסלמות הצבאיות האחרונות הבלטיה מספר שלבים למהלך החירום הכוללים: 1. ימי ההערכות הראשונית מיד לאחר ההכרזה על החירום (לעיתים הכרזה זו עמומה אף היא ומנהל השפ"ח נדרש לשיקול דעת בעניין), 2. תקופת החירום המתמשכת אל תוך שגרת עבודה בחירום ולבסוף, 3. המעבר מן החירום חזרה אל השגרה. חשוב להתייחס אל כל שלב בנפרד על פי המאפיינים הייחודיים לו.

תנאי עבודה המצמצמים שחיקה - עבודה בזוגות, תורנות ורוטאציה כך שלכל פסיכולוג יש די זמן להתאורר ולשהות עם המשפחה שלו. כמובן יש לדאוג לתנאים בסיסיים כמו אוכל ומיגון ככל האפשר.

דאגה לילדים ולמשפחות - כאמור, אחד מגורמי הקושי המשמעותיים במציאות טראומטית משותפת הוא הדאגה של המטפלים למשפחותיהם. על כן רצוי, לסייע למשפחות במידת האפשר: החל מדאגה פיזית למקום מגורים חלופי או כינון מסגרת יום מוגנת לילדים וכלה בהענקת תמיכה רגשית לילדים ולבני הזוג.

יצירת סטינג ושגרה לחירום - בכדי להתמודד עם אבדן השגרה והקביעות ועימעום הסטינג הטיפולי יש ליצור סטינג חלופי לעבודת החירום - פגישות צוות יומיות ושבועיות, כללים להעברת תורנות ולעבודה אשר ישמרו על הסדר ועל אירגון העבודה. יש להגדיר באופן מפורש את הציפיות מן הפסיכולוגים בעת החירום (האם מחוייבים להתיצב לעבודה, סוג העבודה, שעות העבודה וכו') ובמקום בו אין צורך (או כדאיות) להגדיר כללים ברורים ניתן לפרסם המלצות וקיום מנחים לפעולה.

עיבוי הדרכה - יש לדאוג לעיבוי שעות הדרכה ובמידת הצורך להוסיף הדרכה חיצונית המאפשרת גם ביטויים של חולשה וביקורת. ניתן לקיים תורנות של הדרכה טלפונית - שתהיה זמינה לפסיכולוגים הנמצאים בהתערבות בשטח וזאת בכדי להקל על תחושת האחריות העצומה ולהגביר את תחושת המסוגלות. עזרה זו נחוצה בעיקר לפסיכולוגים שלא התנסו בעבודת חירום בעבר, אולם נמצאה מועילה גם בקרב פסיכולוגים ותיקים.

תמיכה ויעוץ למנהלים - מרבית המטפלים במחקרים שנסקרו לעיל ציינו את חשיבותם של המנהלים בשמירה על תפקוד תקין של המטפלים בתחנה ועל רווחתם הנפשית. חשוב כי בעיתות חירום תהיה גם למנהלים כתובת ליעוץ ולתמיכה. בנוסף, חשוב שתיתן למנהלים הגמישות וחופש הפעולה להפעיל שיקול דעת בשאלות הנוגעות לכך אדם בצוות ולתפקודים שונים של השפ"ח.

עירנות לביטויים של מצוקה נפשית - שחיקה נפשית, טראומטיזציה משנית וסמפטומים פוסט טראומטיים. יש לשים לב לפסיכולוגים המבטאים סמפטומים כנ"ל ולהציע להם תמיכה או איוורור.

לפסיכולוגים שאינם פעילים בצוות - על המנהלים להכיר בקשיים של חלק מהפסיכולוגים להתיצב וזאת לאור המחוייבות הכפולה למשפחה ולעבודה. מומלץ שלא לחייב הורים לילדים קטנים או פסיכולוגים חרדתיים במיוחד להגיע. יחד עם זאת, על מנת לצמצם את חווית קונפליקט הנאמנויות ובכדי לשמור על אחדות הצוות בהמשך מומלץ לרתום את הצוות כולו לעשייה בחירום. (דרכים לכך הן: תורנות טלפונית, דאגה לחברי הקהילה שהתפנו לצד הפסיכולוג, כתיבה ואירגון חומרים וערכות לעבודה וכו'). ובכל מקרה, חשוב לשמור על קשר עם פסיכולוגים שאינם פעילים בצוות בעת החירום ולעדכן אותם בעבודת השפ"ח, (לשלוח לתפוצת כל הצוות סיכומי פגישות שנערכו ולשתפם בהחלטות ובלקחים שנלמדו תוך כדי עבודה).

בשפ"חים מעורבים ערבים ויהודים - אירועי החירום הלאומיים בעשור האחרון נעוצים בקונפליקט הערבי יהודי. במהלך, ובמיוחד במהלך צוק איתן גברו השנאה והאלימות בין שני העמים. חשוב

לתת את הדעת למורכבות הרבה ולרובד הקונפליקטים הפנימיים הנוסף לפסיכולוגים הערבים. יש להיוועץ עימם מבעוד מועד לגבי שיבוץ החירום שלהם.

### **עם החזרה לשגרה-**

יש לתת את הדעת לתהליכי החזרה לשגרה, להגדיר את סיום החירום ואת הזמן המוקדש להסתגלות בתוך הצוות. רצוי לתת מענה לצורך בהפוגה ומנוחה, על מנת לשמור על משאבי ההתמודדות והחוסן של הפסיכולוגים. חשוב לעבד את החוויות הרגשיות של אנשי הצוות ובתוך כך לתת את הדעת לאיתור פסיכולוגים במצוקה הזקוקים להתייחסות טיפולית. עבודה עם מנחים חיצוניים, נוסף לעבודה הפנימית בשפ"ח תאפשר גם ביטויים של חולשה וביקורת, אשר חיוניים לחיזוק האירגון בטווח הארוך. בנוסף חשוב לשמר את הלמידה בהיבטים המקצועיים שלה מתוך הכרה והוקרה לפועלם של הפסיכולוגים בשעת החירום. תשומת הלב לעבודה המקצועית תתרום לתחושת המסוגלות וההתפתחות המקצועית. חשוב לתת את הדעת למקרים בהם היו בשירות פסיכולוגים אשר עזבו את היישוב והקהילה ולא היו פעילים בצוות משך כל זמן החירום וזאת לצד קבוצה שהיתה פעילה לאורך החירום. מצב זה עלול ליצור משקעים בין תת קבוצות בתוך הצוות.

### **לסיכום**

למציאות טראומטית משותפת ישנן השלכות חיוביות ושליליות על פועלם של הפסיכולוגים החינוכיים. יצירת מרחב התבוננות מודע ומוגן יאפשר התמודדות מיטיבה עם השלכות אלה. היערכות אשר תצמצם את ההשלכות השליליות של החשיפה למציאות טראומטית משותפת מופעלת בכמה ערוצים: ערוץ מקצועי הכולל ויסות של כמות הטיפולים והגברת התמיכה וההדרכה המקצועית, ערוץ אירגוני המווסת את שעות העבודה ומיצר סביבת עבודה המספקת עד למקסימום את הצרכים הבסיסיים של ביטחון פיסי ותזונה, ערוץ אישי אשר פועל להכיר בגבולות היכולת האישית והקצאת זמן לטיפול אישי לאיוורור (בכלל זה תזונה, שינה, פעילות גופנית, זמן עם המשפחה) וערוץ צוותי המדגיש את החשיבות של תמיכה חברתית וקשרים בינאישיים, לכידות צוותית, תחושת שייכות ומשמעות מקצועית.

## ביבליוגרפיה

לביא, ת., נוטמן-שוורץ, א., ודקל, ר. (טרם פורסם). *חברה ורווחה*.

- Batten, S.V., Orsillo, S.M., (2002). Therapist reactions in the context of collective trauma. *The Behavior Therapist*, 25(2), 36-40.
- Baum, N. (2010). Shared traumatic reality in communal disasters: Toward a conceptualization. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 47, 249-259.
- Baum, N. (2012). Emergency routine: The experience of professionals in a shared traumatic reality of war. *British Journal of Social Work*, 42, 424-442.
- Baum, N. (2013). Professionals' double exposure in the shared traumatic reality of wartime: Contributions to professional growth and stress. *British Journal of Social Work Advance*, Access published June 2, 2013.
- Boulanger, G. (2013). Fearful symmetry: Shared trauma in New Orleans after hurricane Katrina. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 31-43.
- Cohen, E., Roer-Strier, D., Menahem, M., Fingher-Amitai, S., & Israeli, N. (2014). "Common-fate": therapists' benefits and perils in conducting child therapy following the shared traumatic reality of war. *Clinical social work journal*, Advance, Access published July 2, 2014.
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23, 319–339.
- Dekel, R., & Baum, N. (2010). Intervention in a shared traumatic reality: A new challenge for social workers. *British Journal of Social Work*, 40, 1927-1944.
- Eidelson, R. J., D'alessio, G. R., & Eidelson, J. I. (2003). The impact of September 11 on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 144–150.
- Figley, C.R., (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B.H. Stamm (Ed.), *compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder* (pp. 1-20). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of compassion fatigue self-test. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 127–130). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Hernandez, P., Gangsei, D. and Engstrom, D. (2007) "Vicarious resilience": A new concept in work with those who survive trauma', *Family Process*, 46, pp. 229–41.

- Keinan-Kon, N. (1998). Internal reality, external reality, and denial in the Gulf War. *The Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 26, 417–442.
- Lahad, M. (2000). Darkness over the abyss. *Traumatology*, 6, 273-293.
- Lev-Wiesel, R., Goldblatt, H., Eisikovits, Z., & Admi, H. (2009). Growth in the shadow of war: The case of social workers and nurses working in a shared war reality. *British Journal of Social Work*, 39, 1154-1174.
- Loewenberg, F. M. (1992). Notes on ethical dilemmas in wartime: Experiences of Israeli social workers during Operation Desert Shield. *International Social Work*, 35, 429-439.
- Osofsky, J. D. (2009). Perspectives on helping traumatized infants, young children, and their families. *Infant Mental Health Journal*, 30, 673–677.
- Saakvitne, K. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(3), 443-450.
- 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.
- McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), 131-149.
- Maslach, C., & Leiter (1997). *The truth about burnout*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Shamai, M., & Ron, P. (2009). Helping direct and indirect victims of national terror: Experiences of Israeli social workers. *Qualitative Health Research*, 19, 42-54.
- Seeley, K. (2003). The psychotherapy of trauma and the trauma of psychotherapy: talking to therapists about 9/11. Retrieved 23/12/2012, from: Shamai, M. (2005). Personal experience in professional narratives: The role of helpers' families in their work with terror victims. *Family Process*, 44, 203-215.
- Tosone, C. (2006). Therapeutic intimacy: A post-9/11 perspective. *Smith College Studies in Social Work*, 76, 89-98.
- Tosone, C., Nuttman-Shwartz, O. & Stephens, T. (2012). Shared Trauma: When the Professional is Personal. *Clinical Journal of Social Work*, 40 (2), 231-239.

## נספח 1: מונחים:

### **שחיקה רגשית - Emotional burnout** - (Maslach & Leiter, 1997). מתאר תהליך

מתמשך של שחיקה ברמה רגשית, פסיכולוגית ומנטלית. הביטויים לשחיקה הם עייפות מנטלית ורגשית, רגזנות, וקשיים בריכוז. הספרות העוסקת בשחיקה מתמקדת בגורמים בסביבת העבודה החיצונית ובכך, מעבירה את הנטל והאחריות מן העובד לסביבת העבודה. מבין הגורמים הללו ניתן למנות 6 גורמים ספציפיים (Maslach & Leiter, 1997): עומס עבודה, העדר שליטה, חיזוקים לא מספקים (משכורת), אי צדק, שבר בקהילה, וקונפליקט ערכי בעבודה. מניעת שחיקה רגשית מתייחסת לששת הגורמים הללו וכוללת איזון עומסי העבודה, מתן תחושה של בחירה ושליטה, הערכה ותיגמול, העמקת תחושת השייכות צדק וכבוד, ומתן משמעות ערכית. כדי למנוע את השחיקה הרגשית יש לערוך אבחנה מبدלת בין עייפות נורמלית או מתחים, לבין הסימנים המוקדמים לשחיקה. כמה מן הרמזים לשחיקה יכולים להיות חרדה מפני הליכה לעבודה, שעמום רב, תחושה של אפקט שטחי, תפיסת עתיד פסימית.

### **טראומטיזציה משנית - Vicarious Traumatization** (McCann & Pearlman, 1990).

מתאר את ההשפעות השליליות של טיפול במטופלים פוסט טראומטיים על המטפל. זהו מצב בו המטפל מפתח סימפטומים הדומים מאוד לאלו של המטופל. מתואר כ: "שינויים שמתרחשים בקרב מטפל כתוצאה מחיבור אמפתי עם חווית הטראומה של המטופלים וההשלכות ארוכות הטווח שלה" (Pearlman & Saakvitne, 1995). ה VT מתפתח עם הזמן ובעקבות חשיפה מצטברת של כמה יחסים טיפוליים ובכך שונה מהעברה נגדית. הוא שונה משחיקה נפשית בכך שקשור ספציפית לעבודה עם סמפטומים פוסט טראומטיים. החשיפה המתמשכת לרוע, אכזריות, כאב ואימה משפיעים על התפיסה של המטפל את האנושות והעולם. ה- VT משפיע על תפיסת העצמי, תפיסות העולם ותפיסות האחר של המטפל. אלו משתנים במונחים של זהות, עמדות רוחניות, משאבי אגו, צרכים פסיכולוגיים ואפילו מערכות תפיסיות. ה- VT פוגע בתחושת הביטחון, האמון הערך עצמי ותחושת השליטה של המטפל. כאמור, בכך דומה מאוד המטפל למטופל הפוסט טראומטי.

### **תשישות החמלה - Compassion Fatigue** - פיגלי (1995). במצב של שחיקה מתמשכת

יש הפחתה הדרגתית של חמלה לאורך זמן. אלינער פרדס מגדירה תשישות חמלה כשילוב בין טראומטיזציה משנית, שחיקה וירידה בסיפוק מעבודת החמלה. קיימת הרגשה של חוסר תקווה וקושי להתמודד באופן אפקטיבי עם העומס הטיפולי. הסימפטומים שמאפיינים תשישות חמלה הם: חוסר תקווה, ירידה בחוויות של הנאה, מתח מתמיד וחרדה, נדודי שינה או סיוטים, ויחס שלילי גובר. גורמי הסיכון לתשישות החמלה קשורים במטפל (מטופלים צעירים, טראומות לא מעובדות, ולחצי הווה בחיים האישיים), במטופלים (היקף החשיפה, גיל המטופלים, מצב המטופל/מחלות מתמשכות/מסכנות חיים), וגורמים בתפקיד ובארגון (תנאי העבודה, עומס של מקרים, עמימות, קונפליקט תפקודי, בידוד והעדר גיוון).