

תפקידה של 'תופעת התקווה' בטיפול קבוצתי ארוך טווח לנפגעי פוסט טראומה כרונית

ד"ר אופיר לוי^{1,2}

במאמר זה יתואר תפקידה של 'תופעת התקווה' ותהליך התפתחותה בטיפול קבוצתי דינמי בנפגעי פוסט טראומה כרונית ממלחמת לבנון הראשונה, ממלחמת יום כיפור וממלחמת ששת הימים. הטיפול נמשך כשנה והפגישות עם המטופלים התקיימו מידי שבוע. התפקיד ותהליך ההתפתחות של תופעת התקווה יתוארו באמצעות ארבעה שלבי הטיפול הקבוצתי לנפגעי פוסט טראומה, שהוצעו על-ידי קאנאס, שונפלד, מרמר, וייס וקולר. לארבעה שלבים אלה הוספתי שלב נוסף, מקדמי – שלב הקבלה והמיון לקבוצה, המהווה את תחילת הטיפול הקבוצתי.

מבוא

תופעת התקווה היא הוויה ייחודית העוברת תהליך התפתחות משל עצמה. היא מתחוללת מרגע יציאתו של התינוק לאוויר העולם דרך העצמי הגרעיני (nuclear self), הקיים בתינוק עם לידתו (1, 2). העצמי הגרעיני מאפשר קיום תהליכים קוגניטיביים ודינמיים בדרך הארוכה של ההתפתחות הפסיכו-סוציאלית, לרבות התפתחות תופעת התקווה.

במקביל לתהליך זה מהווה תופעת התקווה כלי עזר להתמודדות מוצלחת עם שלבי ההתפתחות לאורך החיים, במהלכם האדם שואף לממש את החוויה הטמונה במעבר שבין שלב התפתחותי אחד למשנהו. נובע מכך שהתקווה היא תופעה רציפה המסייעת לאדם להתמודד בהצלחה עם משימות ההתפתחות הקיימות בכל שלב התפתחותי ובכך למנוע היתקעות בדרך למעבר לשלב הבא (3).

גם בטיפול קבוצתי מתרחש תהליך התפתחותי בשלבים (4), שבהם כל שלב נבנה על בסיס השלמתם המוצלחת של השלבים שקדמו לו, וכישלון בשלב קודם יורגש לכל אורך חיי הקבוצה. יתרה מכך, התפתחות על בסיס מעבר מוצלח משלב אחד לשלב האחר מאפשרת לקבוצה יכולת אופטימלית להביא תועלת למשתתפיה, דבר התואם את המודל הפרוגרסיבי המקובל על תיאורטיקנים רבים בתחום (5).

בקבוצות של נפגעי פוסט טראומה כרונית, יש לתהליך ההתפתחות בשלבים משמעות ייחודית על רקע אובדן השליטה והפגיעה בביטחון הקיומי הכרוך בחשיפה לאירוע טראומתי (6).

¹ מחלקת בריאות הנפש, מקרפ"ר, צה"ל.

² ביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב.

ofirsiona@gmail.com

מילות מפתח: תופעת התקווה, פוסט טראומה כרונית, טיפול קבוצתי דינמי.

גם קאנאס וחיב (7) דגלו בתפיסה זו ועיגנו אותה בניסוח שלבים ייחודיים (שיתוארו בהמשך) לקבוצות של נפגעי פוסט טראומה כרונית על רקע קרב (combat). יודגש ששלבים אלה (7) עשויים להיראות דומים לשלבי התפתחות אוניברסליים בקבוצות (4), אך מניסיוני נראה שקיימים בהם דגשים רלוונטיים לקבוצות של נפגעי פוסט טראומה. לדוגמה: 'שלב הביחד' שהוצע על-ידם כשלב ראשון, מקביל לשלב הראשון בקבוצות המוגדר 'שלב התהוות הקבוצה' (4, עמ' 48). יחד עם זאת, הוא עדיין שונה כיוון שהוא ממחיש ומשקף את חווית הבדידות מהסביבה, המבדילה קבוצת מטופלים הסובלים מפוסט טראומה, ועל רקע זה, את הצורך שלה להתאגד ביחד תוך דגש על זהותם הפוסט טראומתית (6, 7). במילים אחרות, קבוצות של מטופלים פוסט טראומתיים אינם זקוקים "להתמצאות בסביבה, השתתפות מהוססת וחיפוש אחר משמעות" (4, עמ' 49) בשלב הראשון, כיוון שהיבטים אלה מגולמים כבר בזהותם הפוסט טראומתית.

לתופעת התקווה, אם כן, עשוי להיות 'תפקיד טבעי' בסיוע בהתמודדות עם שלבי ההתפתחות השונים המאפיינים טיפול קבוצתי עם נפגעי פוסט טראומה כרונית. שלבים אלה מהווים לא פעם מקור ללחץ עבור המטופלים והמטפלים כאחד וכאן תופעת התקווה יכולה לסייע במהלך הטיפול.

להנחה זו ולהנחה שתופעת התקווה עוברת תהליך התפתחות משל עצמה במהלך הטיפול, כפי שהודגם בעבודת מחקר עם נפגעי פוסט טראומה כרונית (1), נמצאו תימוכין במהלך השנים בהן אנו עושים שימוש בטיפול קבוצתי דינמי עם נפגעי פוסט טראומה כרונית ביחידה לתגובות קרב (ת"ק), ואדגים זאת במאמר. להדגמה זו חשיבות רבה על רקע המחלוקות באשר ליעילות הטיפול הקבוצתי, בכלל, וטיפול קבוצתי בנפגעי פוסט טראומה כרונית, בפרט (6, 8). לצד הדרישה להוכחות מחקריות על יעילות סוגי הטיפול הפסיכולוגי, קיימת העמדה המגולמת

קאנאס וחב' (7) טוענים שבקבוצות, בהן נוטלים חלק נפגעי פוסט טראומה כרונית, מתקיימים ארבעה שלבים ייחודיים:

- (1) שלב ה'ביחד' (cohesive group stage);
- (2) שלב המובחנות (differentiation stage);
- (3) שלב תוך-נפשי ותהליך יצירת תובנות בין-אישיות (intra-psyche and interpersonal insight stage);
- (4) שלב הסיום (termination from the group stage).

על שלבים אלה ניתן וחשוב להוסיף את שלב הקבלה והמיון (acceptance & classification stage) (10), המהווה התחלת טיפול הקבוצתי.

במאמר זה אתאר קבוצה, שהטיפול בה נמשך כשנה ובה נטלו חלק שבעה מטופלים, תוך דגש על 'תפקידה הטבעי' של תופעת התקווה, כמסייעת בהתמודדות עם שלבי ההתפתחות השונים (שתוארו על-ידי קאנאס וחב'), ותוך דגש על התהליך ההתפתחותי שהיא עצמה עוברת במהלך הטיפול. אתחיל בהגדרה קצרה של המושגים 'תופעת התקווה' ו'הפרעה פוסט טראומתית כרונית' ולאחריה תיאור הקבוצה ותהליך הטיפול.

תופעת התקווה

התקווה מתחוללת, כאמור, מרגע יציאתו של התינוק לאוויר העולם דרך העצמי הגרעיני (nuclear self) (1, 2), ועוברת תהליך התפתחות המבוסס על תקווה בלתי-מודעת (15) בינקות ובילדות. התקווה המודעת מתחילה בפעולתה בגילאים 4-6 בשלב 'יוזמה לעומת אשמה' (initiation vs. guilt) (3), ומתבטאת ביכולת להציב מטרות ולהשיגן (16). תופעת התקווה היא תופעה רציפה המאגדת בתוכה את הפן המודע והבלתי-מודע, מן הינקות והילדות המוקדמת, כאשר ההשפעה של כל אחד מהם משתנה בהתאם לשלבי ההתפתחות השונים, המאפשרים לתקווה לעבור תהליך התפתחות משל עצמה (1).

לעובדת היותה של התקווה 'תופעה רציפה' נמצא ביטוי דרך ארבעה פרופילים של תקווה, שהוגדרו במסגרת עבודת מחקר (4) עם נפגעי פוסט טראומה כרונית על רקע קרב (1). הראשון, המצוי בקצה האחד של הרצף, 'חוסר תקווה' (hopelessness), מתבטא במצבים קליניים קשים כדיכאון או כוונות אובדניות, הנובעים ככל הנראה מכשלים סביבתיים מתמשכים. השני – 'תקווה פסימית', מאופיין באוריינטציה לעתיד וברצון להתפתח ולהתקדם, ולצדה תחושת חרדה, עצב וחשש מרגעי משבר קטסטרופליים המקשים על חיבור לתוצר הרגשי של התקווה (שמהותו תחושת חיוניות ואושר). השלישי – 'התקווה הנשאבת', מאופיין בני אדם הזקוקים להשראה לתקוותם האבודה באמצעות האחר המשמעותי, הנושא בתפקיד של 'משמר' או 'נושא' התקווה. תקווה זו 'נשאבת', לרוב, מהאחר המשמעותי בעת התרחשותו של אירוע משברי שבו נקטעת רציפות התקווה. תהליך זה של 'שאיבת' התקווה מרמז על בחירה במסלול צמיחה אלטרנטיבי עבור העצמי ועבור התקווה, המאפשר להעצים את התקווה

בדבריה של ג'ודי הרמן (6), לפיה טיפול קבוצתי בנפגעי פוסט טראומה כרונית, בשלב ההחלמה הראשון, עשוי לבלבל ולעורר חרדה אצל המטופל עד כדי פחד עז ואובדן דרך, בשל הצורך להקשיב לפרטי חוויותיהם של אחרים, צורך שעלול להגביר את עוצמת הסימפטומים החודרניים, עד כדי קושי להיות חלק מקבוצה הדורשת ממטופליה יכולת הקשבה אמפתית ותומכת. לכן, הרמן ממליצה על טיפול בקבוצה רק לאחר שלב ההחלמה הראשון, שאותו כינתה 'ביטחון'. חשוב לציין שעמדתה של הרמן משקפת עמדות של תיאורטיקנים ומטפלים אינדיבידואליים נוספים (9) לפיו, טיפול קבוצתי צריך להיות טיפול עוקב לפסיכותרפיה פרטנית שבה מתרחש השינוי האמיתי.

ואולם הניסיון הקליני, שצברנו בשנים האחרונות ביחידה לתגובות קרב (ת"ק), מלמד אחרת (10). מדיווחים של מטופלים ועל בסיס שאלונים שהועברו להם, מצאנו שטיפול קבוצתי כ'טיפול ראשי וראשון', ללא טיפול פרטני קודם, הוא כלי תרפויטי משמעותי עבור נפגעי תסמונת פוסט טראומתית כרונית. עובדה זו נוגדת, כאמור, את עמדתה של הרמן. ייתכן שניגוד זה נובע מכך שהיא עבדה והתייחסה בעיקר לנפגעות פוסט טראומה על רקע תקיפה מינית, ואילו אנו עובדים עם גברים שנחשפו לקרבות.

יש להדגיש שלקבוצת השווים (peer group) תפקיד משמעותי בהתמודדות עם הסבל הכרוך בפוסט טראומה כרונית, על רקע תחושת הבדידות המלווה את הנפגעים, הנובעת לרוב מתחושת אובדן פנימי וחיצוני (1). יתרה מזאת, אצל בני אנוש קיים צורך טבעי להתלכד בקבוצות, ובמיוחד בקבוצות בעלות מכנה משותף, ובמקרה זה אנשים שפיתחו פוסט טראומה כרונית על רקע השתתפותם במלחמה או בפעילות צבאית קרבית. הקבוצה גם ממתנת את עוצמתם של הסימפטומים הפוסט טראומתיים, כיוון שהיא מאפשרת לכל אחד ממטופליה לראות את הדמיון ביניהם, קרי, את הגורם האוניברסלי שעומד מאחורי סבלם (9). כמו כן היא תורמת לחידוש תחושת האמון שנפגעה בעת החשיפה לאירוע הטרומטי (11).

זאת ועוד, הטיפול הקבוצתי מאפשר למטופלים דיון בצוותא ושימוש פעיל בתמיכה חברתית על בסיס שימוש בכלים טבעיים המצויים בקבוצה, כמו תמיכה, עידוד ו'משענת'. בנוסף, בידי הקבוצה יכולת ליצור נורמות חברתיות המסירות מן הנפגע את תווית המחלה, ויש בה פוטנציאל להפעלת לחץ חיובי בדרך לתפקוד תקין, על בסיס מגע בין-אישי נורמלי (לעומת טיפול אישי הנערך בדגם רופא-חולה). כל אלה מייצרים אצל הפרט תחושה שהוא יכול 'ליטול סיכונים', להיפתח ולהיחשף בחולשותיו בלי לחשוש ללעג או לביקורת חריפה (12). פִּינס (13) והופֶר (14) מחזקים במסקנותיהם הקליניות שיש קשר בין תקווה לתהליך ריפוי באמצעות אנשים אחרים (קבוצה) וכי בדינמיקה קבוצתית מתקיימת גישה של תקווה להשגת מטרות, החיונית לאחזקה של האחדות והמורל בתהליך ההתמודדות עם הטרומה.

יש ילדים, ארבעה היו נשואים, מתוכם אחד היה נשוי בשנית, שניים גרושים ואחד פרוד. חמישה עבדו במשרה מלאה, שניים היו מובטלים, שלושה היו אקדמאים וארבעה עם 12 שנות לימוד, לרבות תעודת בגרות. כולם שירתו כלוחמים: אחד במלחמת ששת הימים, ארבעה במלחמת יום כיפור ושניים במלחמת שלום הגליל. בנוסף, ארבעה מהמטופלים נפצעו פיסיית במלחמה. את הקבוצה התחלנו עם 9 מטופלים, שניים עזבו בתום המפגש השמיני (על כך אפרט בהמשך).

המטופלים שולבו בטיפול לאחר שסיימו תהליך הערכה ביחידה עם אחד המטופלים, ולאחר שבישיבת צוות ביחידה (שבה נערך דיון על כל פונה שסיים את תהליך ההערכה) הוחלט להמליץ לפונה על טיפול קבוצתי מסוג זה. ההמלצה התבססה על הרושם הקליני שלפונה יש יכולת להיחשף ולשאת סיפורים וחוויות של אחרים, ועל בסיס זה להפיק מהתהליך הקבוצתי משאבים להתמודדות עם קשייו (20). יודגש שבמקרה שלפנינו התקבלו פונים שהביעו את רצונם בטיפול זה או שטופלו בעבר בטיפול פרטני והביעו רצון לטיפול נוסף 'שונה'. מטופלים אלה דיווחו בין השאר על בדידות, עצב וקשיי תפקוד במישורי החיים השונים (כגון בעבודה).

מסגרת הטיפול ומהלכו – המפגשים נערכו ביחידה לתגובות קרב של צה"ל, על בסיס שבועי קבוע, שעה וחצי כל מפגש. מפגשי הקבוצה נקבעו מראש לשנה, ולאחר שמונה מפגשים (חודשיים) נקבעה 'תחנת יציאה'. הבחירה בנקודת זמן זו ליציאה, המתרחשת בשלב ה'ביחד' (7), התבססה על הניסיון הקליני המצטבר בטיפול זה, ממנו למדנו שמונה מפגשים מאפשרים לפרט לחוות את הטיפול ולצבור מידע לגביו. דבר זה מאפשר לו לקבל החלטה באשר להתאמת הטיפול לצרכיו, ולעומת זאת, הוא מאפשר לקבוצה לצבור ביטחון להתמודד עם החלטת הפרט לעזוב בצורה אדפטיבית. יצוין שמי שמחליט לעזוב, חויב לפי החוזה הטיפולי להגיע למפגש פרידה כדי ליצור תחושה של 'סיום' (יש לציין בהקשר זה שנפגעי פוסט טראומה אינם 'מסיימים' לרוב דברים שהתחילו הקשורים במישורי חיים שונים) וכדי להפחית את חרדות הנטישה בקרב מטופלי הקבוצה ובקרב המנחים (10).

כמו כן סוכם כי מי שייעדר מארבעה מפגשים רצופים, לא בשל סיבות רפואיות חריפות, ייפלט גם הוא מהקבוצה. גם במקרה זה הודגש שחשוב להגיע למפגש הפרידה. בנוסף, סוכם על דרכי התקשורת עם היחידה והקבוצה במקרה של איחורים או היעדרויות (השארות הודעה במזכירות היחידה) וגובשה התחייבות מצד מטופלי הקבוצה שלא לבקר חבר אחר ולא להיכנס לדבריו. זאת ועוד, נאסרה יציאה וכניסה במהלך המפגש הקבוצתי ונאסר שימוש בטלפון נייד על כל צורותיו, כמו גם על הימנעות מאכילה במהלך המפגשים. אשר לשתייה, מטופלי הקבוצה החליטו לאפשר זאת ובתנאי שמדובר בשתייה קלה.

בעזרת האחר המתפקד כזולתעצמי (2). הפרופיל הרביעי, המצוי בקצה השני של הרצף, הוא 'תקווה בשלה בלתי תלויה'. הוא מאפיין פרטים שעברו תהליך התפתחות תקין, במיוחד בינקות המוקדמת והמאוחרת. תקוותם של אלה התעצבה והתגבשה לכלל גרעין פנימי מוצק, המהווה משאב אישיותי שאליו הם פונים בעיקר בשעת לחץ ומשבר. לבעלי פרופיל זה יכולת להכיל את התקווה בכלל אירועי החיים, החל מבחירת מקצוע והתפתחות בו, המשך בבחירת בת/בן זוג ובניית משפחה, וכלה באירועי משבר המחייבים תעצמות נפש והתמודדות עקבית, לעתים בתנאים קשים. התקווה הבשלה הבלתי תלויה מאופיינת ביוזמה המתבטאת אצל הפרט ב'אקטיביות תקוותית' בעלת לכידות במרחב ובזמן. בין הפרופילים הללו קיימת 'תנועה' (11) בטיפול ובכך אגע בהמשך.

תגובת קרב והפרעה פוסט טראומתית כרונית

תגובת קרב היא תגובה נפשית חולפת למצב דחק בו האדם חווה אירועים הקשורים במוות, או איום במוות, או פגיעה חמורה, או איום לשלמות הפיסיית שלו או של אחרים. הפרט חווה הצפה רגשית המקשה על גיוס כוחות הנדרשים להתמודדות. הסימפטומים של התגובה באים לביטוי במישורים התנהגותיים-רגשיים גופניים, קוגניטיביים, הפרעות בשינה (סיוטים) ועוד. התגובה עשויה להיחלש ואף להיעלם או לחילופין, להחמיר עד כדי פגיעה נפשית, תפקודית והתנהגותית ניכרת (17). במקרים קשים, תגובת הקרב מתפתחת לתסמונת פוסט טראומתית (PTSD) המוגדרת ב-DSM-IV-TR מ-2002 (18) כתסמונת הכוללת שלושה צברים תסמיניים: חודרנות, הימנעות ועוררות פסיכופיסיולוגית, הנמשכים כחודש לפחות והגורמים לפרט לקשיי תפקוד ניכרים ולמצוקה רגשית (19). תסמונת פוסט טראומתית תוגדר ככרונית כאשר התסמינים נמשכים שלושה חודשים או יותר.

שיטת הטיפול – עבדנו בגישה פסיכודינמית עם הקבוצה שאתאר במאמר זה: שילוב מרכיבי דיון על הקונפליקטים המרכזיים שבלטו בקרב המשתתפים והקבוצה, נגיעה בדרכי התמודדות ומנגנוני הגנה שהיו בשימוש, בתפקודי ה'אני' וב'אני העליון' הקבוצתי וכן ביחסי האובייקט של המשתתפים. בעזרת כל אלה ניסינו להביא את המשתתפים לתובנות באשר לקשיי התפקוד מהם הם סובלים. בנוסף, שולבו מרכיבים של למידה בין-אישית דרך נגיעה במרכיבים קוגניטיביים, התנהגותיים ותמיכתיים, ששיקפו את אופיין של מערכות יחסי הגומלין שנוצרו במהלך המפגשים. הקבוצה טופלה על-ידי ועל-ידי עמיתה.

המשתתפים – קבוצת הטיפול מנתה שבעה גברים בני 43-60 (בזמן הטיפול), הסובלים מפוסט טראומה כרונית על רקע השתתפותם באחת המלחמות: מלחמת ששת הימים, מלחמת יום הכיפורים או מלחמת לבנון הראשונה. לכל מטופלי הקבוצה

הרצויה תבוא על סיפוקה (10). האסטרטגיה הבולטת בה נעשה שימוש, המהווה חלק מהפן של התקווה המודעת (1, 11), היא הצגת הזהות המשותפת (האירוע הפוסט טראומתי) של כלל חברי הקבוצה, שנועדה להמחיש את האחדות (ה'ביחד'). לתקווה המודעת, אם כן, יש תפקיד משמעותי בתהליך 'ההתגבשות המואצת' (7), כחלק מהליך התקווה להחלמה מהחווייה הטראומטית בתוך מערכת יחסים בקבוצה מאוחדת (14).

ואכן, בקבוצה הנדונה בלט מאוד תהליך זה. הוא החל באמצעות הצגת האירוע הטראומתי שכל מטופל נחשף אליו, תוך דגש על כך שכולם סובלים מפוסט טראומה כרונית ומקשיים בחיי היום-יום. בהמשך, לאחר שהקבוצה וידאה שיש לה זהות אחידה, המבדילה אותה מן העולם החיצוני (המנוכר), הושלם תהליך הגיבוש המואץ שהתבטא לא פעם במילים: "אנחנו הרי פוסט טראומטיים". ככאלה, 'שונים ומיוחדים', נוצרו בשלב זה אחדות ומורל גבוה ונראה שרמת התקווה התגברה. יתרה מכך, נוצרה גישה של תקווה שאופיינה בציפייה להתמודדות ולשינוי, גישה שלפי הופר (14), היא טבעית בדינמיקה קבוצתית, ובמקרים מסוימים היא הכרחית כדי לשרוד.

לצד ההתגבשות המואצת של הזהות הקבוצתית, גברה התביעה לאחדות-לא-תנאי, תביעה שסימלה את תחושת החרדה הקיומית של כל אחד מהמשתתפים ושל הקבוצה. חרדה זו נבעה מהחשש לאבד את האחדות שנוצרה, לכאורה, באופן טבעי ללא עכבות ומכשולים, מתוך ההבנה המודעת והבלתי-מודעת שמדובר כאן ב'אחדות מדומה'. כל זאת על רקע העובדה שכל אחד ממטופלי הקבוצה מתקשה בבניית יחסים בין-אישיים להיכנס לטיפול על קירבה ואמון לאורך זמן.

כדי להתגבר על החששות, ההתגבשות המואצת שנוצרה סבבה סביב גבולות הטיפול, שיוצגו על-ידנו כמנחים, ובמיוחד על-ידי כמטפל גבר הנושא גם בתפקיד מפקד היחידה מחוץ לטיפול. עיסוק זה הגביר את תחושת החרדה בקירבנו כמטפלים, לאור השאלה עד כמה הקבוצה תשרוד. יודגש ששאלה זו כרוכה בתקווה שלנו להצלחה כמטפלים להגיש סיוע לקבוצה (22) ולוותה בחרדה. כל זאת בגלל שהקבוצה הקשתה עלינו בשלב זה להגיש את הסיוע המקצועי, המהווה את הבסיס לזהותנו ולביטחוננו המקצועי. במילים אחרות, חששותיה של הקבוצה שנבעו מתהליך 'האחדות מדומה', הובילו בשלב זה לעיסוק בולט במסגרת (frame), אותה ייצגנו כמטפלים, דבר שחידד עוד יותר את המערך של 'הם ואנחנו' (23).

לפי ברמן, ברגר וגוטמן (23), התגבשות התפיסה 'הם ואנחנו' נועדה לסייע לקבוצה המתהווה בתהליך הגדרת זהותה, בדרך ליצירת 'אני קבוצתי' מובחן. עד ליצירת 'אני קבוצתי' מובחן, משמשת התפיסה 'הם ואנחנו' כמנגנון הגנה פסיכולוגי מפני תחושות חרדה, כעס ואובדן זהות של המשתתף בתוך ההמון. בנוסף, נראה שמנגנון זה משקף את חווית הבדידות המבדילה את המטופלים הסובלים מפוסט טראומה מהסביבה, בשל תחושתם שאין בידי מי שלא חווה אירוע טראומתי להבין אותם (11).

תיאור התפקיד ותהליך ההתפתחות של תופעת התקווה בטיפול על בסיס השלבים של קאנאס וחב':

א. שלב המיון והקבלה (admittance & classification stage) – ההחלטה להכניס שלב זה לתהליך הטיפול הקבוצתי (10) נבעה מההבנה שהוא חלק בלתי נפרד מהצלחת הטיפול. הקריטריונים לבחירת מטופלים לקבוצה נובעים ממאפייניהם האישיים של מטופלי הקבוצה המוקמת. בדרך כלל, רוב הפונים לטיפול אינם שוקלים מלכתחילה הצטרפות לקבוצה, וכשמוצע להם טיפול קבוצתי לאחר פנייתם לקבלת הטיפול (intake), הם מטילים בן ספקנות רבה. תגובה זו תואמת את ממצאיהם של בורלינגיים וביצ'ר (8), לפיהם טיפול קבוצתי אינו נתפס כאמצעי לשיפור והחלמה. עם זאת, לאחר סיפוק מידע 'עשיר' הכולל מידע על "טבע ההתנסות... משך הטיפול ומה מצופה ממנו בקבוצה..." (9, עמ' 258), והצגת מחקרים התומכים בטיפול קבוצתי, רוב המטופלים הפוטנציאליים נענים להצעה (10).

נראה שההיענות מייצגת, הן את הבנתם הראשונית של הפונים שזו הזדמנות לשיפור במצבם בעזרת מטופלים אחרים הסובלים מסימפטומים דומים והן את התקווה הלא-מודעת לשינוי, שמשמעותה ציפייה לסיפוק הצרכים שלא סופקו (15). כמו כן, ההיענות מייצגת גם תקווה מודעת למצוא פתרון לקשיים (21). כחלק מתפקידה לסייע במצבי לחץ ומשבר, ומתוך הבנה שההחלטה של הפונה, החי שנים רבות בצל אימת התסמונת הפוסט טראומטית (6), להגיע לתהליך הערכה וטיפול היא שלב מורכב, נראה ש'תופעת התקווה' מתגייסת בנקודה זו לסייע לקבל החלטה להיכנס לטיפול המסמלת התמודדות ורצון בשינוי.

לאחר היענות הפונים להשתלב בטיפול קבוצתי, הוזמן כל פונה למפגש עם המטפלים. במפגש ניתן לו פעם נוספת הסבר (פעם ראשונה היתה בתהליך ה-intake) על אופי הטיפול הקבוצתי, מספר המשתתפים בקבוצה לרבות הרקע לפוסט טראומה שלהם, הסטטוס המשפחתי והתעסוקתי שלהם, משך זמן הטיפול (שנה) ומועדי המפגשים (יום ושעה). שניים מבין אחד עשר המועמדים, שהוצע להם טיפול קבוצתי, החליטו לא להצטרף, והקבוצה נפתחה עם תשעה משתתפים שאובחנו במסגרת היחידה לתגובות קרב כסובלים מתסמונת פוסט טראומטית כרונית על רקע השתתפות בקרב.

ב. שלב ה'ביחד' (cohesive stage) – שלב זה שנמשך כחודשיים וחצי (10), מאופיין בדרך כלל בחיפוש אחר הרציונל לטיפול ומטרותיו. בשלב זה ניכר בלבול קבוצתי הנובע מתחושת החרדה הקיומית של היחיד. כתוצאה מכך נוצר תהליך של 'התגבשות מואצת' (acceleration cohesive) (7). המשתתפים בוחנים ביתר שאת את חבריהם לקבוצה ובתוך כך מנסים למצוא תפקידים המתאימים להם, מתוך רצון מודע ובלתי-מודע לזכות ביחס של כבוד וחיבה ולא בהתעלמות ודחייה. תופעת התקווה מתפקדת בשלב זה באמצעות הפן המודע שלה, המוביל את הקבוצה לגיבוש מטרה (אחדות) (16), כביטוי לכך שהציפייה

התפרצות זו, שכאמור לוותה בתוקפנות ובבוטות, הובילה אותנו להבנה המתגברת (גם בעזרת ההדרכה שליוותה טיפול זה) כי עלינו לתפוס תפקיד פעיל בחיי הקבוצה ולתבוע שמירה על גבולות (הגעה בזמן, אי יציאה באמצע המפגש, הימנעות מתוקפנות ועוד) ושלייה חד-משמעית של תוקפנות. לכן הוחלט, בשיתוף עם המטופלים, על דיבור בסבב באמצעות בחירה בנושא מוגדר בתום כל פגישה לקראת הפגישה הבאה. החלטה זו הגבירה, מצד אחד, את תחושת הביטחון בקרב המטופלים, אך, מצד שני, היא פגעה בהתהוות ובצמיחה הספונטנית של הקבוצה. למרות זאת, נראה שלתחושת הביטחון שנוצרה היתה משמעות רבה על רקע הפגיעה בתחושת הביטחון האקזיסטנציאלי בעקבות החשיפה לאירוע (6), ועל רקע הפחתת עוצמתם של הקודים הגבריים והמאצ'ואיסטיים שאופיינו בקבוצה זו בתחרות ובשתלטנות.

מעורבות אקטיבית זו שלנו כמטפלים נועדה להגביר את הסיכוי להתפתחות תקווה בוגרת, אשר מתאפשרת, לפי הופר (14), רק כאשר העבודה הקבוצתית מאופיינת באחדות אותנטית, ולא כאשר הקבוצה נעה בין אי לכידות להתגבשות – שני קטבים של חוסר אחדות בתגובה לניסיון טראומתי. אין ספק שצד זה (מעורבות אקטיבית) נועד לשמר את תקוותנו ואת תקוות הקבוצה, שנראה שהופקדה בידינו על-ידי הקבוצה באופן בלתי-מודע (1, 11). הפקדה לא-מודעת זו של התקווה בידינו, המשקפת את תפקידה הלא-מודע של תופעת התקווה בשלב זה, מבטאת את התקווה הלא-מודעת של המטופלים שאנו כמטפלים נגלה – לצד הצורך הקבוצתי באחדות – עמדה עקבית, נעימה ואחידה, כדי שצרכיהם לביטחון וצמיחה יתממשו. כל זאת על רקע הצורך בהשראה לתקוותם, שבשלב זה נשמרה על-ידינו, כך שבבוא העת (לקראת השלב ההתפתחותי הבא) הם יוכלו לשאוב אותה כחלק מתהליך התמודדותם עם השלב הבא.

זהו, למעשה, ביטוי לפרופיל 'התקווה הנשאבת' הבא לידי ביטוי במעורבותנו האקטיבית שתוארה לעיל. יתרה מכך, ביטוי של פרופיל התקווה הנשאבת מסמל תהליך התפתחותי בתוך שלב זה בחיי הקבוצה על רקע פרופיל 'התקווה הפסימית', שבא לידי ביטוי בהובלת הקו 'הם ואנחנו' (1, 11).

יצירת גבולות נוקשים, גם אם מלאכותיים, הביאה לתחושת הגנה שציפו לה כל מטופלי הקבוצה ולטשטוש התפיסה של 'הם ואנחנו' (23), כלומר להתגבשות זהות קבוצתית בעלת תחושת שייכות, המקנה ביטחון לכל אחד מהמשתתפים. נושא זה עלה גם מדיווחי המטופלים ולפיהם החלו להרגיש ביטחון שמאפשר עבודה בקבוצה. יתרה מזאת, היתה תחושה שהקבוצה מונהגת על-ידי המטפלים, שהיו מגינים מפני יצר התוקפנות וההרס, דבר שהוביל בקרב המטופלים לתחושה שאנו המטפלים 'טיפפנו' תקווה (שהושארה אצלנו 'כפיקדון') לקבוצה, כשזו נמוגה, וכמי ששמרו על התקווה מרגע שהחזרה לקבוצה (14, 23, 24). השינוי שנוצר בעקבות הגדרת 'החווה מחדש', לרבות פליטתם של שני משתתפים נוספים לאחר שמונה מפגשים,

תהליך זה הוצג במיוחד על-ידי אחד המשתתפים שבלט במאפייני אישיותו הגבוליים, ואשר שימש בשלב זה 'קול קבוצתי'. משתתף זה הוביל דיאלוג שבסיסו: "אתם, ובמיוחד אתה (הדברים כונוני אלי כמטפל), לא תגידו לי מה לעשות". עמדותיו ומנהיגותו השליליות תרמו לכידות סביב ה'משותף' ("אנחנו אנשים סובלים שלא מסוגלים בחיי היום-יום להתמיד במסגרת") ולהתעלמות מוחלטת מהשונות של כל אחד ממטופלי הקבוצה. במקביל לכך, כל אחד ממשתתפי הקבוצה נכנס מייד לתפקיד שניתן לו, תוך מחיקת זהותו וייחודיותו, כדי להתמודד עם רגשות הפחד והחרדה. על בסיס זה נוצרו לאחר מכן ניסיונות ליצירת דיאלוג סביב גבולות הטיפול, שלכאורה יוצגו על-ידינו כמטפלים, כביטוי לצורך של הקבוצה לשמר את השליטה בידיה (במקום להתחייב ליישות זרה ומאיימת – 'הטיפול'). בכך, תחושת 'האחדות המדומה' התגבשה סביב אויב לא-מודע (המטפלים והקבוצה עצמה), והפחיתה את החרדה הקיומית של כל אחד מהמשתתפים.

על רקע זה ניתן להבין את העובדה שהמפגשים בשלב זה לוו באיחורים, יציאה מהמפגשים לשירותים, התפרצויות לדברינו, דיבור בשטף תוך התעלמות מניסיונותינו ובקשתנו 'לעזור', כדי לבחון את הדברים, והפרעות נוספות שביטאו acting out. נראה שתופעות אלו יצרו תחושה (תקווה) אשלייתית של קירבה, שיוצגה באי קבלת גבולות מסגרת הטיפול שיוצגו על-ידינו, המטפלים. בשלב זה, פרופיל התקווה הפסימית בא לידי ביטוי, כיוון שמצד אחד, הקבוצה הביעה תקווה לצמוח ולהתקדם, אך מצד שני, ריחפה מעל תקווה זו חרדה שהקבוצה תתפרק על רקע מאבקי הכוח בתוכה ואי התייצבותה סביב מסגרת וגבולות הטיפול (1). ראוי לציין שבשלב זה השתמשנו בכלים בסיסיים כמו, שיקוף, עימות אמפתי ו'הידהוד', כדי לתאר את התהליכים התוקפניים שאיימו על קיום הקבוצה. שיקפנו ותיארנו את מאבק הכוחות ושימור השליטה בידי הקבוצה ואת המחיר המתלווה לכך (אין מקום לכולם, אין עבודה, יש כאוס, לא לוקחים מהמפגשים כלום).

בד בבד, החלו להתפתח בקבוצה מאבקי כוח ותחרות על 'מקום'. מאבקים אלה לוו בקואליציות שנוצרו בין מטופלים שנתפסו ככוחניים ושתלטניים. גם עובדה זו שוקפה על-ידינו, דבר שהוביל לכעס ולניסיון להפגנת מנהיגות ביתר שאת. ברגע מסוים בתוך שלב זה, שאופייני במתח רב, בחוסר ביטחון אישי וקבוצתי ובקושי לקיים תהליך קבוצתי תקין, הותקף אחד המטופלים באופן בוטה על-ידי מטופל אחר, תוך שהוא מאשים אותו שאינו משתף ברגשותיו ואינו משתף פעולה עם הניסיונות להתגבש שלא במפגשים הטיפולים ביחידה (המטופלים נהגו לשבת לאחר המפגשים כשעה בצמוד למבנה היחידה, דיברו זה עם זה בטלפון כדי לשמוע איך עובר השבוע על כל אחד, ואף ניסו לייצר מפגש קבוצתי ביום העצמאות). סביב התפרצות זו בלטה החרדה של המטופל לשמר את פרטיותו וייחודיותו לעומת התביעה ליצירת 'שלם' שמתעלם מצרכיו של האחר ומשונותו.

בקבוצה (4), במיוחד כשמדובר בסובלים מפוסט טראומה כרונית.

תהליך זה בא לידי ביטוי במיוחד על-ידי אחד המטופלים, דרך תיאורו המרגש והאותנטי את תהליך ההסתגרות המתמשך שממנו סבל מאז החשיפה לאירוע הטראומתי, ואת הקושי להשתתף באירועים חברתיים, לרבות אירועים משפחתיים. הוא קשר זאת לתחושת הבושה והאשמה שחש על תפקודו במלחמה, שהובילו להסתגרות ולחשש שיאלץ לתאר את האירוע ואת אופן תפקודו במהלכו בפני קרוביו וחבריו. הוא הדגיש עוד בהקשר זה ש'הבקשה' ממנהיגי הקבוצה (מוקדי הכוח) להתערות בקבוצה 'ללא תנאי', נתפסה בעיניו כמאיימת ומסרסת עד כדי מחשבות על עזיבה. בשלב זה, שלב המובחנות, הוא היה מסוגל לחלוק עם הקבוצה רגשות אלה באופן אותנטי, תוך עיבוד רגשי של תחושות האשמה והבושה המלוות אותו לאורך שנים.

ניתן לומר, איפוא, שהתקווה עמדה לרשות הקבוצה ולרשות כל אחד מפרטיה בהתמודדות עם המשבר שהתפתח בשלב ה'ביחד'. כל זאת לאור התקווה (14) ליצירת מובחנות בתוך קבוצת השווים. להערכתנו, היא איפשרה לקיים בתוך המרחב הקבוצתי המשותף תהליך של ייצוג פנימי הדדי בין מטופלי הקבוצה, תוך ביטוי של תלות ופיתוח הקשרים הרגשיים. במילותיו של הופר (14), תקווה על בסיס של אחדות (ואני מוסיף מובחנות), מאפשרת תהליך של הפנמת 'אובייקט טוב' (good-enough object), המבוסס בין השאר על דיאלוג עם אחרים. הדיאלוג הוא תנאי בסיסי למימוש היכולת לספר לאחר את הסיפור, לא כחזרתיות, היריור או תחליף מחשבת, אלא כמאמץ ליצור קישורים ולתת לחיים משמעות, ואני מוסיף, חיים של תקווה.

תהליך זה, המסמל את ההתפתחות והצמיחה ואת התגברות התקווה הקבוצתית, הוביל לביסוס התפתחות קיומו של פרופיל 'התקווה הנשאבת' (1, 11), אלא שבנקודת זמן זו, להבדיל מהצורך של מטופלי הקבוצה שהתקווה תוחזק על-ידינו המטופלים, נוצרה בקירבם היכולת לקבל (לשאוב) תקווה האחד מהשני – על בסיס ההכרה בייחודיותו ושונותו של כל אחד. על רקע השינוי שחל בקבוצה שתואר לעיל, ניתן להבין את תחושת ההקלה שחשנו כמטופלים, שבאה מהפחתת החרדה בקירבנו שנבעה, כאמור, מהפקדת התקווה הקבוצתית בידינו ומהקשיים שהיא הערימה סביב ניסיונו להגיש להם סיוע מקצועי (מסמל את תקוותינו כמטופלים). כל מה שתואר לעיל איפשר, ככל הנראה, את המעבר המוצלח לשלב הבא, 'השלב התוך-נפשי ויצירת התובנות הבין-אישיות'.

ד. השלב התוך-נפשי ויצירת התובנות הבין-אישיות (intra psychic & interpersonal insight stage) – קאנאס וחב' (7) טענו שבשלב זה, קבוצה טיפולית של פוסט טראומתיים כרוניים שמתפקדת הופכת להיות מונחית מטרה. עקב זאת נוצרת אפקטיביות קבוצתית העוזרת בעיבוד הסימפטומים

והתייצבות הקבוצה על שבעה משתתפים, הוביל לתחושת הקלה בקרב המטופלים ובקירבנו אנו המטופלים, עד כדי התרגשות מהולה בתקווה. כך הושלם שלב ה'ביחד' בדרך לשלב הבא – שלב המובחנות.

ג. שלב המובחנות (differentiation stage) – נמשך כשלושה חודשים, אם כי יש לו לעתים ביטוי גם בשלב הבא (השלב התוך-נפשי ויצירת התובנות הבין-אישיות), שבו המשתתפים עסוקים בדרכים בהן הם יכולים לשמר ולפתח את זהותם האישית, ובה בעת להישאר חלק מהקבוצה. בנוסף, הנורמות שהתפתחו בשלב הקודם נבחנות ומתוקנות בשלב זה מחדש (7).

ניכרת דרישה ליצירת מקום ל'אני' האישי הפרטי של כל אחד מהמשתתפים דרך ביטויים של אינדיבידואליזם (25), המהווה נדבך מרכזי במרכיב הדינמי של מושג התקווה (26) ו'תופעת התקווה' (1). הבסיס להתפתחות תהליך זה (אינדיבידואליזם) תלוי ביכולת של המטופלים לתפקד כ'אם טובה דיה' (27) בכדי לעזור למטופלי הקבוצה להתגבר על החרדה לסטות מהתביעה של הקבוצה ל'אחדות ללא תנאי'. 'אחיותנו' (holding), 'חיבוקנו המגן' (שהתבטא במעורבותנו האקטיבית לאחר גילוי התוקפנות בין המטופלים), תוך מתן אפשרות להשתחרר מחיבוק זה ו'לצאת לדרך', מהווים את המשך ביטוייה של התקווה הלא-מודעת לביטחון ולצמיחה.

התקווה הלא-מודעת, אם כן, מסייעת לתנועה דינמית מתחושת ה'ביחד' אל תחושת שייכות, ללא איבוד ה'אני' המובחן והאישי. חברי הקבוצה משחררים עצמם, למעשה, מאחיותה של הקבוצה ובשלב זה צצים ועולים דפוסי ההתמודדות של כל אחד עם רגשות הכעס והתסכול ועם הצורך למצוא את מקומו בין חברי הקבוצה על בסיס ייחודי ואישי. לכן היחסים בקבוצה נחווים לעתים בשלב זה כתובעניים.

לתנועה דינמית זו של חברי הקבוצה יש משמעות גם בשל ההיבט הפוסט טראומתי. כידוע, מטופלים, שחיים שנים רבות וארוכות תחת אימת האירוע הטראומתי, מפתחים זהות פוסט טראומתית נוקשה (6). על רקע זה הם נחשבים 'עמידים לטיפול' (28), ולכן המעבר משלב ה'ביחד' לשלב המובחנות מסמל את התקווה לשינוי, תוך גילוי אומץ להתמודד עם תוצאות האירוע ומשמעותו על בסיס מובחן (1, 14).

אולם, לא כל המטופלים מפגינים כעס, מרדנות או אסרטיביות גלויה. מקצתם מגיבים בהסתגרות, פסיביות וצנינות שמבטאת תוקפנות פסיבית. אלו עשויות להציף מחדש קונפליקטים בין החברים, אם כי מעמדה פסיכולוגית שונה לעומת שלב ה'ביחד'. בשלב זה הקונפליקטים נובעים מהצורך לקבל מקום והכרה מחברי הקבוצה על סמך הייחודי והאישי, ואילו בשלב ה'ביחד' נבע הקונפליקט מהחרדה מפני הישות הקבוצתית ומהאמביוולנטיות כלפיה. למרות זאת, הניסיון מראה שהמשתתפים מתקשרים זה עם זה בשלב זה באופן אותנטי, דבר בעל חשיבות מכרעת לתהליך הריפוי

הבחנה בינו ובין מרכיבים התפתחותיים מחוץ לאירוע. כך נוצר תהליך המעבר לפרופיל 'התקווה המציאותית הבשלה הבלתי תלויה', המתבטא ביוזמה אצל הפרט וב'אקטיביות תקווית' קבוצתית בעלת לכידות במרחב. במילים אחרות, כל אחת מהתקוות של המטופלים, שבאה על סיפוקה באמצעות הייצוג הפנימי ההדדי והתלות ההדדית במרחב הקבוצתי (1), חברו לכדי תקווה קבוצתית מציאותית 'בשלה ובלתי תלויה' שאיפשרה, בין השאר, את ההתמודדות עם מלחמת לבנון השנייה שפרצה באותה עת.

המלחמה הגבירה את הלכידות הקבוצתית ואת תחושת שותפות הגורל דרך הגורם שבגללו כולם פיתחו את התסמונת – מלחמה. עובדה זו הובילה לעיסוק בדפוסי ההתמודדות של כל אחד סביב החרדה וההצפה שיצרה המלחמה ולניסיון אמיתי וכן לעזור לכל אחד להכיל את הפחדים על-ידי 'סל עצות' (למשל, הצעה שהופנתה לאחד המשתתפים היתה להפחית את הצפייה בטלוויזיה או לחילופין, לצפות בתוכניות שאינן מאיימות ומציפות). בתקופה זו מיקדנו את העבודה בקבוצה בסמינטיים ההימנעוטיים, החודרניים ובאלה של עוררות היתר, ועודדנו את הקבוצה לשמש כלי תומך ומחזק לחבריה. הקבוצה מצידה חשפה את כוחה והיתה 'גורם מחזיק' (holding) ובטוח לחבריה, מצב שאיפשר שיחזור של טראומות ואובדנים מן העבר.

תקופת מלחמת לבנון השנייה, שהגבירה את הדגש שהושם בקבוצה על תקשורת עם האחרים המשמעותיים, מתוך תקווה לא-מודעת לבניית הייחודיות של כל אחד מחברי הקבוצה, הובילה אותנו, המטפלים, לחזק את התהליך של 'התמסרות למען אחרים', על-ידי מתן לגיטימציה ועידוד להגברת רמת החשיפה. בחרנו בעמדה טיפולית זו כיוון שחשנו שהמלחמה מאפשרת עיסוק נוסף (תיאור הטרומות האישיות היה גם בשלב ה'ביחד' כחלק מהדרישה ליצירת זהות משותפת ואחידה) בטרומות האישיות שכל אחד מהמטופלים חווה, אך הפעם על בסיס אמון בין-אישי ומובחנות. במילים אחרות, האמון הבין-אישי שנוצר בקבוצה והאמון בנו כמטפלים (שהתבטא גם בראיית ובתפיסתי כמטפל ולא כמפקד) יצרה בנו את הביטחון המקצועי לבחור בעמדה טיפולית זו.

יתרה מכך, תהליך זה של יצירת אמון בעזרת נוכחותנו המתמשכת, כחלק מתקוותנו המקצועית לשינוי באמצעות הטיפול, הובילה להתקרבות בין התקוות שלנו לבין התקווה של הקבוצה. אם בתחילת הטיפול נראה היה שאין מפגש בין התקווה שלנו כמטפלים לתקווה של הקבוצה (שהתבטאה בצורך לשמר את הסטיי והמוכר או בהצגת עמדה להתחייבות מצידנו לפתרון מהיר), הרי שבשלב זה בלטה התקווה המשותפת (לנו ולמטופלים) לשינוי על בסיס אומץ, המשכינות וקביעות אובייקט (22). כלומר, יש כאן ביטוי נוסף לתהליך התפתחותה של תופעת התקווה בטיפול עד כדי ריכוך האני העליון' הקבוצתי, שאיפשר יכולת עיבוד של הזיכרון הטרומתי ובדרך לשיפור התפקוד.

הפוסט טראומתיים ובשיקום מישורי התפקוד השונים שנפגעו. ברמן ווינברג (29) הוסיפו בעניין זה כי בקבוצות טיפוליות דינמיות ארוכות טווח, שלב זה מאופיין בכך שחברי הקבוצה מזדהים עם מטרות הקבוצה ופועלים להשגתן דרך התבוננות ושיתוף וכן שמירה על כבוד הדדי בין המשתתפים עצמם ובין המשתתפים למנחים. משמעות הדבר שהמשתתפים מסוגלים להתייחס לעמיתיהם בקבוצה מתוך עמדה אישית אותנטית המובילה לישירות, לקבלה הדדית ולהבנה של צורכי האחר. כך מתאפשר תהליך תוך-נפשי ויצירת תובנות בין-אישיות.

בשלב זה, שנמשך כחמישה וחצי חודשים, 'תופעת התקווה' הנמצאת בשלב מתקדם בהתפתחותה, מתפקדת בקבוצה דרך הפן המודע שלה, המתורגם על-ידי הקבוצה להצבת מטרות ואסטרטגיות למימושן (16), והפן הלא-מודע שלה, המבטא את המשך הרצון להתפתחות, צמיחה ומימוש עצמי.

בהקשר זה ניתן לומר שהקבוצה שלנו עברה תהליך 'תוך-נפשי-קבוצתי' של התפתחות וצמיחה, הכולל גם התפתחות של המרכיב הקוגניטיבי-התנהגותי. עקב כך גילתה הקבוצה, דרך אחד המשתתפים, יכולת לדבר על הפחד, נושא שלא דובר בו עד שלב זה. עובדה זו מסמלת התפתחות משמעותית, בעיקר לנוכח הקודים הגבריים והמצ'ואיסטיים שאיפיינו את הקבוצה. המטופל שדרכו התרחש התהליך, שנחשב חריג בגלל סגירותו והבעותיו הלא-מילוליות, הפך להיות דומיננטי בשל יכולתו לבטא רגש אנושי ואותנטי שלרוב מתלווה לתסמונת הפוסט טראומתית. בכך הוא הפך ל'קול קבוצתי' שאיפשר לפתח 'דיאלוג אחר' בקבוצה, זה הנוגע בקשיים, בחוסר האונים, בערך העצמי שנפגע, בחרדות ובבושה.

תחושת האינטימיות בקבוצה גדלה והתאפשרו חשיפה אישית רבה יותר, הדדיות, קבלה, תמיכה וביטויי אכפתיות. בעזרת כל אלה, חווה כל משתתף את המרכיבים התוך-נפשיים והבין-אישיים של עולמו, שחברו ל'תוך-הנפשי' הקבוצתי (29). כמו כן, בשלב זה, תגובות ה-acting out פחתו וכך גם התגובות האמפולסיביות ומאבקי הכוח בין המשתתפים וגילויי התוקפנות כלפי המטפלים. לכן חשנו כמטפלים הקלה ועלייה בביטחוננו המקצועי לסייע לקבוצה (תקווה). דברים אלה התבטאו ביכולתנו להתמסר לתהליך ההתפתחות האישית של כל אחד ממטופלי הקבוצה ולתהליך ההתפתחות הקבוצתי, לעומת הצורך, בשלבים הקודמים, להתמקם כשומרי מסגרת הטיפול וכמונעי תוקפנות בין-אישית בין המטופלים. על בסיס זה, כל אחד מהמטופלים בחן את ההשלכות של האירוע הטרומתי, מתוך הבחנה בין האירוע הטרומתי ובין מרכיבים התפתחותיים מחוץ לאירוע. נוצר, איפוא, אצל כל מטופל מפגש עם החלקים המפוצלים של זהותו בדרך לאינטגרציה מחודשת של העצמי שלאחר האירוע הטרומתי (6).

במונחי תופעת התקווה, ניתן לומר שהקירבה הרגשית ופעילות הגומלין לאורך זמן בקבוצה, איפשרו את המפגש בין תקוותיהם הלא-מודעות של כל אחד מהמטופלים. כל זאת תוך כדי מתן אפשרות לבחון את השלכות האירוע הטרומתי, מתוך

לידי ביטוי תהליך נוסף המיוחס ל'תופעת התקווה' – היכולת והנכונות לתרגל את ה'דמיון הנעלה' (14). הכוונה ליכולת לראות בתקווה לא רק ציפיה למשהו נחשק שניתן להמשילו לרצון של חברי הקבוצה להמשיך לפעול כקבוצה, אלא כאובייקט מופנם שניתן לחזור אליו בשעת צרה ומשבר באמצעות הדמיון. בכך גם באה לידי ביטוי היכולת לסימבוליזציה, שלפי הופר (14) והרמן (6), נפגעה בעקבות החשיפה לאירוע הטראומטי.

ברמה המעשית תהליך הפרידה התפרס על פני ארבעה מפגשים והיה מובנה על רקע ההנחה שבאמצעות הבניית התהליך יישמרו הגבולות ובתוכם יתאפשר תהליך עיבוד רגשי ותוכני שיאפשר לקבוצה ולפרט לארגן את 'ארגו הכלים' (26) שגובש במהלך הטיפול, והמהווה את התקווה להתמודדות מוצלחת עם משימות ההתפתחות שממתינות לכל מטופל לאחר הפרידה מהקבוצה. התהליך נפתח בהתייחסות בסבב של כל מטופל לתכנים האישיים שעלו במהלך הטיפול, למשמעויות שהוא 'גזר' מהן, לייחודיותו בקבוצה, לתפקידו ולתרומתו לקבוצה ולמשמעויות הרגשיות של הפרידה עבורו. בהמשך התייחס כל אחד מהמטופלים האחרים למטופל הדובר ולבסוף התייחס כל אחד מהמטופלים לאותו מטופל.

חשוב להדגיש שיש חשיבות רבה להתייחסות של כל משתתף וכל מטופל, כיוון שיש בכך ביטוי של כבוד אנושי, ובעיקר נוצרת הזדמנות לעבד ולסגור במסגרת הטיפול דברים שנשארו פתוחים או לא מעובדים בתהליך הטיפול בין המטופל ובין שאר מטופלי הקבוצה. אלה תורמים לתהליך הפנמת הקבוצה בדרך להתמודדות עם משימות החיים השונות בגמר הטיפול ומאפשרים למטופל לעמוד על מאפייניו, קשייו ואופן התבטאותו בקבוצה, תוך הדגשת הקשיים הייחודיים לו והאופן שבו עובדו בקבוצה.

תהליך הפרידה הסתיים בסיכום התהליך הקבוצתי ובו כמוכן הושם דגש על הקבוצה כשלם על מאפייניה, תהליך התפתחותה, הקשרים הבין-אישיים שנוצרו בתוכה, מערכת יחסיה עם המטופלים ו'הכלים' להתמודדות שנוצרו עבור כל אחד ממטופליה באמצעותה. יודגש שהפרידה לוותה ברגשות רבי עוצמה שהתעוררו, הן בקרב המטופלים והן בקרבנו, על רקע תחושה של מסע מורכב שאופיין בחרדה קיומית משותפת, שהגיע לשלבי צמיחה והתפתחות והתבטא בהתקרבות בין התקוות שלנו כמטופלים לתקווה של הקבוצה (22). כתוצאה מכך תחושת העצב המשותפת על הסיום והפרידה היתה רבת עוצמה. היא לוותה בתחושה ההדדית שאחרי המסע המשותף שעברנו, יש מקום להמשיך בטיפול בכדי ליהנות מהצלחתו. כמוכן שמדובר בתחושה טבעית ואופיינית לסיום טיפול ולכן היא עובדה על-ידנו בתהליך ההדרכה, מה שאיפשר לנו לעבדה בתהליך הסיום והפרידה בקבוצה.

סיכום

לקבוצה יש חשיבות רבה בהתפתחות התקווה, ולתקווה יש תפקיד רב-משמעויות בהתגבשות הקבוצה. נראה שבקבוצת

בסיום שלב זה, אם כן, תופעת התקווה מתממשת דרך קירבה לעצמי של אחרים (14) לאחר שהיא נשמרה דרך הפעילות הקבוצתית ו'נוכחותנו המתמשכת'. כל אלה איפשרו התפתחות תקווה קבוצתית בשלה ועצמאית (1, 11) המאופיינת בנפרדות ומובחנות בין חבריה.

ה. **שלב הסיום (termination from the group stage)** – קאנאס וחב' (7) מציינים ששלב סיום הטיפול הקבוצתי מייצג את השלב האחרון בהתפתחות הקבוצה, והוא מתבטא, בין השאר, בתחושת סיפוק של המטופלים והקלה סימפטומטית בתחושת הסבל והמצוקה (4, 9). במונחי התקווה, כל טיפול באשר הוא, ובפרט עם פוסט טראומטיים כרוניים, חייב להסתיים כדי להעביר למטופל תחושה שהוא אחראי לחייו וכדי לא ליצור מצב שהטיפול הופך להיות חלופה לחיים (22). בהקשר זה יודגש שעם מטופלי פוסט טראומה כרונית סכנת הפיכתו של הטיפול לחלופה לחיים היא רבה יותר על רקע תהליכים של העברה והעברה-נגדית (11).

הפרידה והסיום עבור נפגעי פוסט טראומה כרונית הם טעונים ומורכבים. הם עשויים להעלות ולשחזר את תחושות האשמה, הבושה והנטישה המתבטאות, בין השאר, בתחושות של בידוד חברתי. על רקע זה עשויות לבלוט תחושות עצב עד כדי ניסיונות מודעים ולא-מודעים לדחות את הקץ של שלב הסיום (4). בקבוצה זו החל העיסוק בסיום ביתר שאת בשליש האחרון של השלב הקודם, כאשר גברה ההפנמה בדבר החשיבות והערך שיש לקבוצה עבור כל אחד ואחד. לכך היה ביטוי בשימוש החוזר של המטופלים במשפט "עד שקורה משהו עומדים לסיים". כוונתם היתה לפרידה מקבוצתם, מסגרת שהעניקה להם תחושת שייכות גאה ואף סייעה להם בהתמודדות עם חיי היום-יום. קשיי הפרידה התעצמו והמטופלים עשו ניסיונות להאריך את הטיפול. לאחר שאלה לא עלו יפה, צצו הטחנות אשמה על חוסר רגישותנו ונוקשותנו – במיוחד כלפי כמפקד היחידה. עם זאת, לאחר שהודגשה החשיבות בצורך להיפרד ולאחר שהבענו ביטחון שכל אחד מהמטופלים רכש במהלך הטיפול כלים שיכולים לעזור לו בהתמודדותו עם מצבי משבר גם ללא הקבוצה, ולאחר ששיקפנו שתגובתם לפרידה היא טבעית וכי נקיים פגישות מעקב יזומות כשלושה חודשים לאחר סיום הטיפול, שלאחריהן, אם יימצא צורך, יינתן מענה פרטני למטופלים, הקבוצה התפתחה לביצוע תהליך הפרידה המובנה. כך נוצרו ההכרה וההבנה באשר לסופיות התהליך ובצורך לעבדו וכן נוצרה ההכרה שללא סיום, הקבוצה על הפרטים שמרכיבים אותה, לא תוכל ליצור שינוי חתום על שמה בלבד, קרי, הקבוצה לא תוכל להשתחרר מהשפעתנו כמטופלים, ולהיפתח לדרכים ייחודיות משלה (22). בשלב זה, אם כן, התקווה שימשה כמתווכת להשלמה עם סופיות הטיפול, על בסיס תהליך התפתחות משל עצמה שהוביל לרופיל ה"תקווה המציאותית הבשלה הבלתי תלויה" (1, 11). פרופיל זה הכשיר את הדרך לאקטיביות (אחד ממאפייני התקווה הבשלה והבלתי תלויה) בשיחות הפרידה. בכך בא

8. Burlingame M.G., Beecher E.M., New direction and resources in group Psychotherapy: Introduction to the issue. J. Clin. Psychology, 64: 1197-1205, 2008.
9. יאלום א., לשץ' מ., טיפול קבוצתי תיאורי ומעשה. אור יהודה, מאגנס, 2006.
10. לוי א., טיפול קבוצתי ארוך טווח בנפגעי פוסט טראומה כרונית. www.sfareem.co.il 2006.
11. לוי א., 'תופעת התקווה' כאמצעי לטיפול בתגובת דחק פוסט טראומתית. שיחות, כ"ב(3): 233-244, 2008.
12. נוי ש., לא יכול יותר – תגובות ללחץ קרב. משרד הביטחון – ההוצאה לאור, 1991.
13. Pines M., Group analysis and healing. In: Circular reflections. London, Jessica Kingsley Publishers, 1998.
14. Hopper E., On the nature of hope in psychoanalysis and group analysis. Brit. J. Psychotherapy, 18(2): 205-226, 2001.
15. קייסמנט פ., להוסיף וללמוד מן המטופל. תל-אביב, דביר, 1995.
16. Snyder C.R., Hypothesis: There is hope. In: Snyder C.R. (Ed.), Handbook of hope: Theory, measures, and applications. pp 5-21. San Diego, CA, Academic Press, 2000.
17. Solomon Z., Combat stress reaction: The enduring toll of war. New York, Plenum Press, 1993.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, DSM-IV-TR. Washington DC, Author, 2002.
19. שלו א., פוסט טראומה – קליניקה ומחקר. שיחות, א'(1): 5-19, 1994.
20. לוי א., לובין ג., על תהליך ההערכה ושיבוץ לטיפול ביחידה לתגובות קרב. הרפואה הצבאית, 7(1): 157-161, 2010.
21. Rizzuto A.M., Paradoxical words and hope psychoanalysis. Psychoanal. Psychology, 212: 1-7, 2004.
22. Mitchell S., Hope and dread in psychoanalysis. New York, Basic Books, 1993.
23. ברמן א., ברגר מ., גוטמן ד., החלוקה ל'אנחנו' ו'הם' – כטרורקטורה חברתית אוניברסלית. מקבץ, 7(1): 7-27, 2000.
24. Menninger K., Hope. Am. J. Psychiatry, The Academic Lecture: 481-491, 1959.
25. Mahler M., On the first three sub-phases of the separation-individuation process. Int. J. Psycho-Anal., 53: 333-338, 1972.
26. יעקובי ר., דיון תיאורי במושג התקווה. שיחות, ג'(2): 165-172, 1989.
27. Winnicot D.W., Ego distortion in terms of true and false self. In: The maturational processes and the facilitating environment. pp 140-152. London, Hogarth, 1960.
28. Schottenbauer M.A., Glass R.G., Arnkoff D.B. et al., Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychology literature. Psychiatry, 71(1): 13-34, 2008.
29. ברמן א., ויינברג ח., הקבוצה הטיפולית בשלב המתקדם. שיחות, ד'(3): 216-224, 2000.
30. Burlingame G.M., MacKenzie K.R., Strauss B., Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: Lambert M. (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. pp 647-696. New York, Wiley, 2004.

מטופלים ייחודית של נפגעי פוסט טראומה כרונית מתקיים תהליך של יחסי גומלין שבו התקווה עוזרת לקבוצה להתגבר על הפחדים והחרדות ובד בבד עוברת תהליך של התגבשות והתייצבות משל עצמה, המאפשר את מימוש התקווה הפרטית של כל אחד מחברי הקבוצה. מימוש התקווה הפרטית מוביל לתהליך של התגבשות תקווה קבוצתית רבת עוצמה, הדרושה להתמודדות עם מצבי לחץ ומשבר. תקווה קבוצתית זו מופנמת כ'אובייקט טוב' (good-enough object) (14), שימש את המטופלים ככלי התמודדות במצבים קשים בעתיד.

כשעוסקים בקבוצה טיפולית ארוכת טווח לנפגעי פוסט טראומה כרונית הדברים מקבלים מימד ייחודי. בקבוצה שתוארה כאן, שימשה התלות הקבוצתית הפנימית (intra-group dependency) (8) אמצעי להתלכדות מובחנת, שאיפשרה עיבוד רגשי של הסימפטומים הפוסט טראומתיים שבהם לקו מטופלי הקבוצה. הביטוי המשמעותי ביותר לתהליך זה עלה מדבריהם של כל מטופלי הקבוצה שדיווחו על ירידה במתח ובחרדה, צמצום בתחושת הכעס והתסכול, ירידה בעוצמת העצב המלווה אותם מאז האירוע הטראומתי, הגברת הפעילות החברתית וצמצום ההסתגרות וההימנעות, התקרבות לבני המשפחה ומציאת דרכים לשתף את הקרובים להם בקשיים הרגשיים המלווים אותם בעקבות החשיפה לאירוע וכן שיפור התפקוד בעבודה.

נוסף על העובדה שדיווחים אלה תואמים את דיווחם של קאנאס וחב' (7), הם תומכים במסקנתם של ברלינגייס, מקנזי ושראוס (30) שטיפול קבוצתי יעיל גם כשנעשה בו שימוש כהתערבות פסיכולוגית ראשית. יחד עם זאת, כדי לבסס מסקנה זו, נדרשת עבודה מחקרית סדורה שעליה אנו עמלים בימים אלה ביחידה לתגובות קרב עם קבוצות אחרות הנמצאות בטיפול.

ס פ ר ו ת :

1. לוי א., משמעות תופעת התקווה בקרב נפגעי פוסט טראומה כרונית. עבודת דוקטור, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אונ' תל-אביב, 2006.
2. אופנהיימר א., היינץ קוהוט. תל-אביב, הוצאת תולעת ספרים, 2000.
3. Erikson H.E., Childhood and society. New-York, W.W. Norton, 1963.
4. רוטאן ג.ס., סטון נ.ו., פסיכותרפיה קבוצתית: גישה פסיכודינמית. חולון, הוצאת ספרים. "אח", 2004.
5. Foy W.D., Schnurr P., Weiss S.D. et al., Group psychotherapy for PTSD. In: Willson J.P., Friedman M.J., Lindy J.D. (Eds.), Treating psychological trauma & PTSD. pp 185-201. New York, The Guilford Press, 2001.
6. הרמן ג., טראומה והחלמה. תל-אביב, עם עובד, 1992.
7. Kanas N., Schoenfeld F., Marmar R.C. et al., Process and content a long-term group for Vietnam veterans. Group, 18: 78-88, 1994.