

טיפול קבוצתי בגישה פסיכודינמית לנפגעי הפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית מורכבת

אופיר לוי, יעל שובל-צוקרמן, אריה ביבי ואיל פרוכטר

מורכבותה של הפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית מורכבת מתבטאת בעומק השינויים שהיא מחוללת ברבדים שונים של האישיות ובהתמשכותם לאורך זמן. מאפיינים אלו הופכים את תסמיני ההפרעה לעקשניים, ואת הטיפול בהם לקשה וחמקמק. עדויות שונות מצביעות על הפוטנציאל המבטיח של טיפול קבוצתי ארוך טווח בגישה פסיכודינמית בטיפול בנפגעי ההפרעה, בעידן שבו הטיפול הפסיכודינמי נתפס כבלתי מתאים לטיפול בנפגעי פוסט-טראומה. כחלק מן ההבנה באשר לפוטנציאל המבטיח של טיפול כזה בחרנו לבחון את יעילות הטיפול לפי מודל ייחודי שפותח ביחידה לתגובות קרב של חיל הרפואה בצה"ל. 36 משתתפים לקחו חלק בארבע קבוצות טיפול בשנים 2008-2009 לפי טווח הגיל ומשך הזמן שחלף ממועד החשיפה לאירוע מחולל הטראומה: שתי קבוצות צעירים ושתי קבוצות מבוגרים. הקבוצות טופלו על-ידי ארבעה זוגות שונים של מנחים משותפים, והערכתה של מידת היעילות הטיפולית נעשתה לפי רמת המצוקה הפוסט-טראומטית ולפי רמת התפקוד בשלושה מועדים: בתחילת הטיפול, עם סיומו בתום שנה, וחצי שנה לאחר סיומו. התוצאות בשתי הקבוצות מורות על ירידה מובהקת סטטיסטית

* ד"ר אופיר לוי, מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל.

דואר אלקטרוני: ofirleviphd@gmail.com

יעל שובל-צוקרמן, מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל.

דואר אלקטרוני: yshovalzuckerman@gmail.com

ד"ר אריה ביבי, התכנית להכשרת מנחי קבוצות, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב.

דואר אלקטרוני: abibi@bezeqint.net

ד"ר איל פרוכטר, מחלקת בריאות הנפש, חיל הרפואה, צה"ל.

דואר אלקטרוני: frueyal@gmail.com

בעוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים לצד עלייה מובהקת סטטיסטית ברמת התפקוד, בלא הבדלים מובהקים ביניהן. הדיון מעלה את הטענה כי ניתן להציב את הטיפול הקבוצתי ארוך הטווח בגישה פסיכודינמית כטיפול מרכזי במסגרת הכוללת של הטיפול בנפגעי פוסט-טראומה כרונית.

מילות מפתח: פוסט-טראומה כרונית מורכבת, טיפול קבוצתי בגישה דינמית, יעילות טיפול, תפקוד

המציאות הביטחונית בישראל מערבת אנשי צבא, הן בשירות סדיר והן בשירות מילואים, בהתנסויות קרביות רבות במלחמות או בפעילויות צבאיות שוטפות. התנסויות אלו חושפות רבים מהם למצוקה קיצונית ואינטנסיבית ולאירועים קשים, היכולים להיחוו כטראומטיים ולחולל תגובת קרב (combat stress reaction). התגובה עשויה להחמיר ולהתגבש לכדי הפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית (Chronic Post Traumatic Stress Disorder – CPTSD), המוגדרת לפי המדריך האמריקני לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפש – (American Psychiatric Association, 2000) DSM-VI-TR – כהפרעה הנמשכת שלושה חודשים לפחות מן החשיפה לאירוע טראומטי שבמהלכו חווה הפרט סכנת חיים ממשית או איום על השלמות הגופנית. הפרעה זו מתבטאת בשלושה סוגים של תסמינים: תסמין אחד לפחות של חודרנות (למשל, חלומות), שלושה תסמינים לפחות של הימנעות (למשל, הימנעות מגירויים המתקשרים לאירוע הטראומטי) ושני תסמינים לפחות של עוררות פסיכו-פיזיולוגית (למשל, התפרצויות זעם וקשיים בריכוז). זאת ועוד, ההפרעה הפוסט-טראומטית הכרונית מתגבשת במקרים רבים לכדי הפרעה פוסט-טראומטית מורכבת (complex PTSD) (הרמן, 1992). הפרעה זו, הנחשבת לסוג של הפרעה כרונית, היא תוצאה של התנסות בטראומה מתמשכת בזמן או של התנסות בטראומות מרובות, המשפיעות בצורה נרחבת על התפקוד ולעתים קרובות גם על האישיות. הפגיעה מתבטאת לרוב בקשיי הסתגלות כוללים ובקשיים בתפקוד החברתי, הבין-אישי והתעסוקתי, וכן בשכיחות גבוהה של תחלואה משותפת (comorbidity), כלומר תחלואה בשני צירים: ציר I (הפרעות נפש מן הסוג הקליני, כגון דיכאון וחרדה) וציר II (הפרעות אישיות) (הרמן, 1992; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, & Gray, 2008). רוב הפונים ליחידה לתגובות קרב של מחלקת בריאות הנפש במפקדת קצין רפואה ראשי של צה"ל סובלים משני סוגים אלו של הפרעה פוסט-טראומטית. הפרעות אלו מתבטאות בין השאר בקשיים בין-אישיים חמורים ובפגיעה בחיים החברתיים (Britvic, Radelic, & Urlic, 2006; Shalev, Bonne, & Eth, 1996), והן מתרחשות על רקע שינויי האישיות העמוקים שהאירוע הטראומטי מחולל (הרמן, 1992). מאפיינים אלו הופכים את תסמיני הפגיעה הפוסט-טראומטית הכרונית לעקשניים ואת הטיפול בהם לקשה וחמקמק (לוי, 2008). לפיכך, טיפול בגישות קוגניטיביות-התנהגותיות,

הנחשבות מועילות לנפגעי פוסט-טראומה, אינו עונה ברבים מן המקרים על צורכיהם של הסובלים מצירוף של שני סוגי ההפרעה הפוסט-טראומטית, אלא דווקא טיפול קבוצתי פסיכודינמי (Schottenbauer et al., 2008).

בספרות המחקרית והקלינית, זו העוסקת בטיפול קבוצתי בנפגעי פוסט-טראומה, מתייחסים לטיפול פסיכודינמי כאל טיפול, שנוסף על חשיפת המטופלים לסוגיות מודעות ולא מודעות ביחס לעצמי על רקע החשיפה לאירוע הטראומטי, נועד לאפשר גם לשחזר את האירוע עם הערכות קוגניטיביות-התנהגותיות בנוגע למשמעותו פסיכודינמי נותן מענה לצרכים קוגניטיביים-התנהגותיים ואף עוזר להגיע להבנות חדשות בנוגע לחוויה הטראומטית, לתגובות שהתפתחו במשך הזמן ולהשפעות האירוע על האישיות ועל מערכות היחסים הבין-אישיות במישורים שונים של החיים (Foy et al., 2001; Kingsley, 2007). טיפול כזה יכול להיחשב אפוא כמסגרת טיפול משמעותית לנפגעי פוסט-טראומה על אף הנטייה הרווחת לנקוט גישה קוגניטיבית-התנהגותית קצרה וממוקדת בטיפול קבוצתי (Britvic et al., 2006; Foy et al., 2011); (Kanas, Schoenfeld, Marmar, & Koller, 1994), המאפשר לבסס הוכחות מחקריות לכחינת יעילותו (evidence based treatment). בהקשר זה מן הראוי להוסיף שידוע כי גישת הטיפול הפסיכודינמי על כל סוגיה לוקה בחסר (Kudler, 2011; Schottenbauer et al., 2008).

הניסיון הקליני, שנצבר בשנים האחרונות ביחידה לטיפול בנפגעי תגובות קרב בכל הנוגע לטיפול קבוצתי בגישה פסיכודינמית לנפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת, ביסס אצלנו את ההערכה באשר ליעילותו של טיפול זה. מטופלים שסיימו טיפול קבוצתי ביחידה דיווחו על הקלה בעוצמת התסמינים ועל שיפור ברמת התפקוד. במאמר זה נתאר את מודל הטיפול הקבוצתי בגישה פסיכודינמית, כפי שהתגבש אצלנו במשך השנים וכפי שהוא מיושם היום ביחידה, ואף נציג נתונים אמפיריים שנאספו בשנות יישומו.

חשיבותו של הטיפול הקבוצתי הדינמי לנפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת

גורמי טיפול רבים תורמים למשמעותו וליעילותו של הטיפול הקבוצתי בכלל (יאלום ולשץ', 2006) ולצורכיהם הייחודיים של נפגעי פוסט-טראומה כרונית בפרט (Britvic et al., 2006; Urić, 2004; Weinberg, Nutman-Shwartz, & Martha, 2005). למשל, פוי ועמיתיו (Foy et al., 2011) התייחסו לנפגעי פוסט-טראומה על רקע קרב וטענו שהטיפול הקבוצתי על כל סוגיו מספק הזדמנות לשפר את ההתמודדות עם תוצאות הטראומה, לרבות בדידות, ניכור, בושה והפחתת הרגישות. מנדלסון ועמיתיו

survivor of) התייחסו ל"ניצולי אלימות בין-אישית" (Mendelsohn et al., 2011) (interpersonal violence) וטענו שהטיפול הקבוצתי מהווה הזדמנות שאין כמותה להיאבק בכדידות החברתית, להתחבר למקורות של חוסן והערכה עצמית ולשקם יכולות של קרבה. זאת ועוד, רבים מן העוסקים בטיפול קבוצתי בנפגעי פוסט-טראומה מדגישים את חשיבותה של הקבוצה כמקלה את תחושת הבדידות האופיינית להם, ובפרט לנפגעי פוסט-טראומה על רקע קרב (לוי ולובין, 2010; Britvic et al., 2006; Foy et al., 2011; Mendelsohn et al., 2011; Urlic, 2004; Weinberg et al., 2005). נוסף על כך, צורך אנושי טבעי הוא להתלכד לקבוצות בעלות מכנה משותף ותחושת זהות משותפת (לוי, 2006; Britvic et al., 2006). צורך זה מועצם בקרב נפגעי פוסט-טראומה על רקע קרב, מאחר שרבים מהם מרגישים בודדים ולעתים הם חשים ששופטים או מאשימים אותם ושלא ניתנה להם ההזדמנות לחלוק את ניסיונם הקרבי. לפיכך, הכרה בחוויה הקרבית ותיקופה באמצעות הקבוצה, לרבות נרמול של תגובות ותיקוף של התנהגויות סתגלניות הנדרשות להישרדות ולתפקוד, יכולים להתרחש רק באמצעות טיפול קבוצתי (Kudler, 2011). יתרה מכך, מאחר שהאירוע הטראומטי הקרבי חובר מניסיונו לאירועים טראומטיים קודמים או שהוא אירוע מתמשך (לוי, 2008), רבים מן הנפגעים עונים לקריטריונים של טראומה מורכבת (הרמן, 1992). נפגעי טראומה קרבית כרונית מורכבת מאופיינים בפגיעה במישור היחסים הבין-אישיים. כמו להיבטים של הערכה עצמית, הגדלת האמון במנגנוני הגנה בוגרים, כגון הדחקה והתקה, לצד הפחתת התלות במנגנוני הגנה לא בוגרת, כגון הכחשה ונסיגה,¹ ולצד הפנמת מודלים בטוחים של עבודה במערכות בין-אישיות, גם למודל היחסים הבין-אישיים אפשר למצוא מענה בגישות פסיכודינמיות (Schottenbauer et al., 2008), לרבות טיפול קבוצתי פסיכודינמי. טיפול זה הוא כלי טבעי ומרכזי ליצירת מרחב לעיבוד תכנים תוך-נפשיים ובין-אישיים, הנחשבים הכרחיים בטיפול בנפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת (Foy et al., 2001; Britvic et al., 2007; Parson, 1984). פרסון (Parson, 1984) מחזק עמדה זו וטוען כי הקבוצה מסייעת למתן את עוצמתם של התסמינים הפוסט-טראומטיים בכך שהיא יוצרת כר ביטחון טבעי המחפש את תחושת האמון, שנפגעה בעקבות החשיפה לאירוע הטראומטי.

מאחר שיש משמעות רבה ליצירת קבוצות אחידות לפי אופי האירוע הקרבי הטראומטי, לפי תפקידי הנפגעים ומקצועם בעת האירוע ולפי משך הזמן שחלף מן החשיפה אליו (Kingsley, 2007), בחרנו להבחין בקביעת הרכב המשתתפים בקבוצות בין "מבוגרים", משתתפים חיים עשרות שנים בצל התסמונת הפוסט-טראומטית על

1 מנגנוני הגנה ראשוניים, שאינם בוגרים, מגנים על הגבולות שבין העצמי לבין העולם החיצוני באמצעים קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים. לעומת זאת, מנגנוני הגנה משניים, בוגרים, מגנים על גבולות פנימיים באמצעות מחשבה, רגש, תחושה והתנהגות או באמצעות שילוב של כמה מהם.

רקע קרב, לבין "צעירים", משתתפים שנחשפו לאירוע הטראומטי בעשור האחרון. החלטה זו קיבלה חיזוק ממטופלים שתמכו בה במפגשי הסיכום והפרידה.

הגישה הטיפולית ומודל הטיפול הקבוצתי ביחידה לטיפול בתגובות קרב

היחידה לטיפול בנפגעי תגובות קרב היא יחידה אמבולטורית בתוך המחלקה לבריאות הנפש (במפקדת קצין רפואה ראשי) בצה"ל. היחידה עוסקת בתהליכי מניעה, אבחון, טיפול ומחקר של תגובות פוסט-טראומטיות בקרב אנשי צבא, שנחשפו לאירועים טראומטיים במלחמה או בפעילות מבצעית קרבית אחרת. הצוות המקצועי ביחידה הוא רבת-חומי, ויש בו אנשי טיפול מנוסים ממקצועות הפסיכיאטריה, הפסיכולוגיה והעבודה הסוציאלית הקלינית, המתמחים באופן מיוחד בסוגיות הטיפוליות המגוונות הכרוכות בפגיעה פוסט-טראומטית.

הגישה הטיפולית המיושמת בקבוצות הטיפול ביחידה היא גישה פסיכו-דינמית המעוגנת בשלבים ברורים ומובנים, המשלבת גם רכיבי תמיכה קוגניטיביים-תנהגותיים, פסיכו-חינוכיים ונרמול של תגובות לחץ (Bisson, McFarlane, Rose, Ruzek, & Watson, 2009; Cloitre et al., 2011; Kudler, Krupnick, Blank, Herman, & Horowitz, 2009; Shalev et al., 1996). ההערכה הקלינית שהתגבשה אצלנו במשך השנים גרמה לנו לאמץ את הגישה הזאת, משום שהיא מתאימה ומועילה לפונים שהציגו תמונה של פוסט-טראומה כרונית מורכבת, שהתבטאה בהפרעות תפקוד נרחבות, שמקורן כנראה גם בפרה-מורבידיות ההתפתחותית-אישיותית לצד החשיפה לאירוע מחולל הטראומה. ואכן, מרבית המטופלים ביחידה סובלים מפוסט-טראומה כרונית, העונה לקריטריונים של פוסט-טראומה מורכבת שמומלץ לטפל בה בגישה פסיכו-דינמית (Schottenbauer et al., 2008) בשלבים מובנים וברורים (Cloitre et al., 2011). לצד זה, מאחר שמדובר בפוסט-טראומה כרונית ארוכת שנים, המתבטאת גם בקשיי תפקוד ניכרים בכל מישורי החיים, לרבות קשיים משמעותיים ביחסים בין-אישיים, שולבו בגישתנו הרכיבים הטיפוליים האחרים, כפי שאכן המליצו קלויטר ועמיתיה (Cloitre et al., 2011). יתרה מכך, בהקשר זה נדגיש שהן שוטנבאור ועמיתיה (Schottenbauer et al., 2008) והן קלויטר ועמיתיה (שם) הדגישו שנפגעי פוסט-טראומה מורכבת סובלים מתסמינים של מצוקה קשה יותר במערכות יחסים בין-אישיות לעומת אשכולות התסמינים המרכיבים את התסמונת הפוסט-טראומטית, ולכן טיפול דינמי בגישה פסיכו-דינמית, בשלבים שבהם משולבות טכניקות טיפוליות מגישות אחרות, נותן מענה למצוקת המטופלים.

ההיבטים הפסיכו-דינמיים מכוונים לאפשר למשתתפים להתבונן בעצמם ולרכוש תובנות על עצמם ועל חייהם, הן במונחים תוך-נפשיים והן במונחים בין-אישיים. ההתערבויות בקבוצה כוללות אפוא מבחינת תוכן גם עיסוק במוטיבים ובקונפליקטים

הרגשיים הבולטים של המשתתפים, מתוך התייחסות לדרכי ההתמודדות וההסתגלות ולדפוסי ההגנה הייחודיים שלהם. ההתערבויות בקבוצה מתייחסות לצד זה לצורות התפקוד, לתפקודי האגו, לעולם הערכים והנורמות, למאפייני העולם החברתי ולדפוסי היחסים הבין-אישיים, המופנמים והממשיים (יחסי אובייקט). כל זאת נעשה בשילוב עם תכנים הקשורים בעבר, טרם הפגיעה, עם מצבים וחוויות בחיי ההווה ועם תכנים העולים "כאן ועכשיו" בתוך הקבוצה. צורות ההתערבות של המטפלים בקבוצה מגוונות, והן כוללות, בין היתר, הבהרה ושיקוף, עימות ופירוש. כמו כן מושם דגש בעיבוד תהליכים של העברה, כלומר הפניית רגשות בלתי מודעת מאדם אחד לאדם אחר – במקרים רבים אלו הם רגשות המטופל כלפי אדם מעברו המועברים אל האדם המטפל בו, והעברה נגדית, כלומר תגובת המטפל להעברה רגשית של המטופל.

ההיבטים האחרים המשולבים בגישה הפסיכודינמית תומכים בתהליכים העצמיים של ההתבוננות וההבנה ומסייעים להם. הרכיב הפסיכו-חינוכי מאפשר שיום, המשגה ומתן מידע באשר לתופעות הקשורות בפוסט-טראומה ובהשלכותיה או בתופעות רלוונטיות אחרות. כך מתחדדת תחושת הסדר, השליטה והביטחון שחווית הידיעה מקנה. רכיב התמיכה ורכיב נרמול תגובות הלחץ מקדמים הרגעה, תחושת מסוגלות וביטחון ויכולת התמודדות. כמו כן, תהליכים של למידה בין-אישית, החשובה כל כך בשל הקשיים הבין-אישיים המשמעותיים של המשתתפים, מתאפשרים ומואצים על-ידי שיקופם, על-ידי עימות אמפתי על בסיס מפגש עם דפוסי החשיבה הלא רציונליים של המטופל ועל-ידי חיקוי והטמעה, המשקפים את טיבן ואת איכותן של מערכות יחסי הגומלין המתהוות "כאן ועכשיו" בתוך הקבוצה (הרמן, 1992).

מודל הטיפול הקבוצתי שאנו מיישמים ביחידה לתגובות קרב מתבסס על הצעתם של קאנאס ועמיתיו (Kanas et al., 1994). לטענתם, כמו בכל קבוצת טיפול, גם בקבוצות טיפול של נפגעי פוסט-טראומה, שהן סגורות, יציבות בהרכבן וארוכות דיין, מתקיים תהליך של שינוי ושל התפתחות לאורך זמן לפי שלבים אופייניים. הם הציעו כי הרצף ההתפתחותי מתבטא באותו סדר גנרי של ארבעה שלבים, המדווח בהרחבה בספרות ואפשר לראותו בתוך כל קבוצה, מעבר לממדים מסוימים המבדילים בין קבוצות (כגון נושאי הדיון, משך הזמן, המינוח וכדומה). השלבים הם אלו:

1. **שלב הלכידות:** שלב המתאפיין בתחושה חזקה של "יחד" וביצירת לכידות קבוצתית בשל טשטוש ההבדלים הבין-אישיים.
2. **שלב המובחנות:** שלב המתאפיין בכידול של חברי הקבוצה זה מזה ובחיפוש והרגשה של האישי, הייחודי והשונה.
3. **שלב האינטימיות:** שלב המתאפיין בביסוס סביבה של אינטימיות ושל הדדיות, שבה מתאפשרים תהליכים של רכישת תובנות תוך-נפשיות ובין-אישיות.
4. **שלב הסיום:** שלב שבו מתרחשים תהליכי הפרידה מן הקבוצה.

הניסיון הקליני המעשי, שהצטבר לאורך השנים בטיפול בקבוצות ביחידה, ביסס את ההתרשמות וההערכה כי הקבוצות הטיפוליות של נפגעי פוסט-טראומה אכן מתפתחות אף הן לאורך רצף השלבים הזה. על סמך ניסיון זה הוספנו לארבעת השלבים הללו של הטיפול הקבוצתי את **שלב טרום-הקבוצה**: מיון, קבלה והכנה.

השלב של טרום-קבוצה נדון באופנים שונים בספרות הקלינית העוסקת בטיפול קבוצתי דינמי (בר והרסט, 2010; יאלום ולשיץ, 2006; רוטאן וסטון, 2004). לתפיסתנו, המטרות של שלב זה הן לבסס את הרכב המשתתפים, לקדם את הברית הטיפולית ואת המחויבות לטיפול ולהכין את המטופלים למה שצפוי בטיפול זה. ככלל, רוב הפונים לטיפול מביעים ספקות באשר לאפשרות להיעזר בטיפול קבוצתי, ולעתים הם דוחים הצעה זו על הסף (רוטאן וסטון, שם), כמו במקרה של הפונים לטיפול ליחידה לתגובות קרב. צוות המטפלים ביחידה לתגובות קרב משקיע אפוא מאמץ רב בשלב טרום-הקבוצה בהסבר על תהליך הטיפול הקבוצתי ומדגיש את הכוחות החיוביים ואת הגורמים המיטיבים שיש בו, לרבות הצגת עדויות מחקריות (Burlingame & Beecher, 2008) ועדויות אישיות מטיפולים קודמים. כל אלו מובילים את רוב הפונים לנסות להשתתף בטיפול כזה (Burlingame & Beecher, 2008; Piper, 1994).

חשוב להדגיש שיש עדויות רבות לכך שהכנה קדם-טיפולית מקדמת את מהלך הטיפול הקבוצתי (יאלום ולשיץ, 2006), ובספרות המחקר יש תמיכה רחבה בערכה הרב. הכנה יעילה לקבוצה עשויה לצמצם חרדה חיצונית הנובעת מאי-בהירות, וניתן לצמצם חרדה זו ואף לסייע בקידום הברית הטיפולית באמצעות הבהרת יעדי הקבוצה, מתן הסבר כיצד הם מתלכדים עם יעדי המטופל ותיאור התהליך הקבוצתי הצפוי. הדבר משמעותי וחשוב במיוחד בקרב נפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת, המתאפיינים, בין היתר, בהתנהגות נמנעת קשה ונדרשת להם ההתנסות הטיפולית הראשונה. שלב טרום-הקבוצה מתחיל בתהליך הקבלה, המיון וההערכה הקלינית של כל פונה חדש ליחידה. בשלב זה ניתן לפונה מידע ראשוני וחשוב על הפוטנציאל הרב שיש בטיפול הקבוצתי ומועבר לו מסר כי יש לטיפול זה מקום משמעותי ומוערך בתוך המערך הטיפולי של היחידה.

משהתגבש ההרכב המשוער של הקבוצה, כל המשתתפים המיועדים מוזמנים למפגש הכנה קבוצתי, המתקיים כשבועיים לפני מועד תחילתו של הטיפול הקבוצתי. מצאנו שהמפגש מועיל, מאחר שהוא מאפשר להמחיש את החוויה של ישיבה בקבוצה שמטרתה טיפולית ולהתנסות בה לראשונה. כמו כן הוא נועד להיכרות ראשונית בין המשתתפים, והוא מאפשר להעביר פעם נוספת מידע משותף ואחיד לכולם באשר לאופי הטיפול ולמטרותיו. נוסף על כך, הוא מאפשר למי שמיועד להתחיל בטיפול להחליט אם הוא אכן מצטרף לקבוצת הטיפול. מפגש ההכנה הקבוצתי מאפשר אפוא להשיג מטרות הדומות לאלו של מפגש "ראיון ההערכה" (בר והרסט, 2010, עמ' 55), והוא נועד לתת הסבר על השיטה, על המטרה ועל הרציונל של הטיפול.

שלא כמו עבודה במפגשים הטיפוליים בקבוצה, שבהם התהליך פתוח, מפגש ההכנה הקבוצתי הוא מובנה ויש בו חמישה חלקים. בחלקו הראשון (הפתיחה) ניתן הסבר על מטרת המפגש ומתואר מהלכו המתוכנן. בחלקו השני נערך סבב היכרות ראשוני של המנחים ושל המשתתפים (שם, גיל, מצב משפחתי, מקצוע ותעסוקה, האירוע הטראומטי שחולל את הפגיעה), ונדונות ציפיותיו של כל משתתף מן הקבוצה ומן הטיפול. בחלקו השלישי המטפלים מציגים את המודל הטיפולי, מסבירים את הגישה הפסיכודינמית ואת משמעותה, מתארים את תרומתו האפשרית של הטיפול על סמך המחקר הקיים ועל יסוד ניסיון העבר ותיאוריהם של מטופלים ושל מטפלים ומעמידים את רכיבי המסגרת של הטיפול. בשלב זה מדגישים המטפלים את חשיבותם של המחויבות לטיפול ושל רצף הנוכחות והשתתפות לביסוס תנאים של ביטחון ושל אמון בתוך הקבוצה וליצירת תהליך טיפולי מועיל. בחלקו הרביעי המשתתפים מוזמנים לשאול כל שאלה על מה שנאמר ולקבל מן המטפלים תשובות והבהרות נוספות. בחלקו החמישי, המסכם, נסקר שוב התהליך שהיה במפגש ההכנה ומובהר שוב כי מדובר במפגש הכנה קבוצתי השונה באופיו ממפגש רגיל. למשתתפים מועבר בו מסר ברור, שלפיו הציפייה היא שהקבוצה אמנם תתחיל את פעילותה במועד שנקבע ובהרכבה הנוכחי, אך ניתנת לכולם הזכות לשקול את השתתפותם או אי-השתתפותם בטיפול, והם מתבקשים להודיע על כך בתוך פרק זמן מוגדר, עוד לפני המפגש הראשון. מטופל שהודיע בעקבות מפגש ההכנה על אי-השתתפותו בקבוצה מוזמן לפגישה, שבה מבררים את מניעי החלטתו ונבחנות אתו אפשרויות של טיפול חלופי. ראוי להדגיש כי במהלך מפגש ההכנה מובהר למשתתפים ההבדל בינו לבין מפגש קבוצתי טיפולי רגיל. ראשית, מודגש כי מפגש ההכנה מובנה, ואילו מפגש טיפולי הוא פתוח ביסודו. שנית, ניתן מסר ברור באשר להבדל ברכיבי המסגרת: מפגש ההכנה מתחיל כשכל המוזמנים מגיעים, ולא דווקא בדיוק בשעה שנקבעה מראש, משך הזמן גמיש והוא מסתיים לאחר שתמו כל השאלות ונערך סיכום, ואילו מפגש טיפולי מתחיל ומסתיים בדיוק בזמנים שהוגדרו מראש. כך מועבר מסר סמלי באשר למעבר הצפוי מן השלב של טרום-קבוצה אל שלב הטיפול ובאשר לציפיות מן המשתתפים בו. רכיב חשוב נוסף, שביססנו כחלק מובנה ומוצהר בתוך מודל הקבוצה הטיפולית, הוא מה שאנו מכנים **תחנת יציאה**: האפשרות המוסכמת מראש שיש לכל חבר קבוצה, כחלק מן החווה הקבוצתית, להודיע על עזיבת הקבוצה והפסקת הטיפול בתום שמונה מפגשים. רכיב זה עוצב וגובש בהתאם לאופי המטופלים ולמאפייני היחידה, והוא מבוסס על התפיסה המקצועית הקיימת בספרות שלפיה הטיפול הקבוצתי הדינמי יכול לצמוח מתוך צורך בשירות והוא יכול להיות מעוצב בהתאם למאפייני המטופלים והשירות (בר והרסט, 2010). מיקום "תחנת היציאה" בנקודת זמן זו התבסס על הניסיון הקליני שצברנו, שלפיו ההשתתפות בשמונה מפגשים מאפשרת למשתתף לחוות בפועל מה נדרש ממנו בטיפול הקבוצתי ומה הוא מעורר אצלו ולשקול את

התאמתו לצרכיו ולרצונותיו. הוא גם מאפשר לקבוצה להתבסס דייה ולצבור ביטחון כדי להתמודד ולהסתגל לעזיבה. "תחנת היציאה", כאפשרות לגיטימית ומוצהרת, מקלה על מטופלים החשים אמביוולנטיות כלפי הרעיון של טיפול קבוצתי ומאפשרת להם לשקול את הצטרפותם לטיפול כזה. חשוב לציין כי משתתף הבוחר לצאת מן הקבוצה מתחייב, בהתאם לחוזה הקבוצתי, להשתתף ב"מפגש פרידה", הנערך כחלק מן המפגש הבא. מטרתו של מפגש הפרידה היא ליצור תחושה וחוויה של סיום וסגירה, הן אצל המשתתף העוזב והן אצל הקבוצה, מתוך הבנה כי הדפוס הרווח אצל נפגעי פוסט-טראומה כרונית הוא אי-סיום ואי-סגירה של תהליכים רבים במישורים שונים של החיים. נוסף על כך, הוא נועד להפחית חרדות נטישה ולאפשר את עיבודן הן אצל המטופלים בקבוצה והן אצל המטפלים (יאלום ולשץ', 2006).

יעילות הטיפול הקבוצתי בגישה פסיכודינמית לנפגעי פוסט-טראומה כרונית

המחקר האמפירי, הבוחן את שאלת יעילותו של טיפול קבוצתי לנפגעי פוסט-טראומה כרונית בכלל ואת סוגיית עדיפותה של גישה טיפולית מסוימת על פני גישה אחרת, אינו רב (Britvic et al., 2007; Burlingame & Beecher, 2008). יתרה מזאת, על רקע הנטייה הרווחת בפרקטיקת הטיפול בנפגעי פוסט-טראומה כרונית להעדיף שימוש בעקרונות הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, הן בטיפול פרטני והן בטיפול קבוצתי (שובל, לוי, דקל וסולומון, 2011; Kudler et al., 2009; Bisson et al., 2009), בולטת העובדה כי מחקרים מעטים מאוד נעשו עד היום כדי לבחון באופן אמפירי, ולא רק מתוך התרשמות, את שאלת יעילותו של טיפול קבוצתי בגישה פסיכודינמית בקרב אוכלוסייה זו של מטופלים.

שני מחקרים עדכניים בחנו שאלה זו. המחקרים נעשו בקרואטיה כעשר שנים לאחר סיום המלחמה שגרמה לפוסט-טראומה מורכבת בקרב רבים. המחקר הראשון (Britvic et al., 2006) בחן את יעילותו של טיפול קבוצתי ארוך טווח (חמש שנים) בגישה פסיכודינמית. התוצאות הראו כי בתום השנה השנייה של הטיפול לא הייתה הקלה בעוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים לעומת עוצמתם בתחילת הטיפול, ואף הייתה החרפה של התסמינים המסוגלים ב-DSM-TR (American Psychiatric Association, 2000) לאשכול חודרנות. לעומת זאת, נמצאה ירידה מובהקת סטטיסטית בעוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים בסיום הטיפול, בתום חמש שנים. המחקר השני (Britvic et al., 2007) בחן את השפעתה של תכנית טיפול משולבת, שבה כל המטופלים השתתפו בעת ובעונה אחת בשלוש קבוצות בעלות גישות טיפוליות שונות, כל אחת של 40 מפגשים שבועיים רצופים: קבוצה סוציו-טיפולית, קבוצה פסיכו-חינוכית וקבוצה ממוקדת טראומה. התוצאות הראו כי עם סיום תכנית הטיפול המשולבת לא חלה ירידה של

ממש בעוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים ואף לא היה שינוי ברכיבים של איכות החיים.

ממצאים אלו מציעים מענה מסוים לסוגיית יעילותו של הטיפול הקבוצתי בגישה פסיכודינמית לנפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת, והם גם מעידים על הצורך בעיבוי הממצאים האמפיריים הקיימים.

לפיכך, בחינה אמפירית של המודל הטיפולי הקבוצתי בגישה פסיכודינמית להפרעה מורכבת זו עשויה לבסס את המענה הקליני הקיים והמוצע. יתרה מכך, יש בכך ביטוי למגמה רווחת של ביסוס פרקטיקה טיפולית הנסמכת על הוכחות גם בשדה של הטיפול הקבוצתי (Burlingame & Beecher, 2008) וחתירה לקידומו של שילוב טוב יותר בין תאוריה לבין טכניקה ויישום.

מידת יעילותו של הטיפול לפי המודל

מטרתו של מאמר זה היא להציג בחינה של מידת יעילותו של טיפול קבוצתי בן שנה בגישה פסיכודינמית, שיושם ביחידה לטיפול בתגובות קרב בקרב מטופלי פוסט-טראומה כרונית מורכבת. בטיפול השתתפו שתי קבוצות: קבוצת צעירים וקבוצת מבוגרים. המאמר בוחן גם אם יש הבדלים בין שתי הקבוצות במידת יעילותו של הטיפול ובדפוס השפעתו עליהן. מידת היעילות הוערכה באמצעות שני מדדים: רמת המצוקה הפוסט-טראומטית ורמת התפקוד. מדדים אלו נבחנו בשלושה מועדים: לפני תחילת הטיפול, עם סיום הטיפול בתום שנה, וחצי שנה לאחר סיומו.

שיטת המחקר

המשתתפים

על סמך הניסיון והידע, שנצברו לאורך השנים באשר למאפיינים ולצרכים המיוחדים והנבדלים בתוך אוכלוסיית הפונים לטיפול, התגבשה אצל צוות היחידה לטיפול בתגובות קרב התפיסה ששיבוץ המטופלים לקבוצות טיפול צריך להיעשות לפי הגיל. חלוקה כזאת משקפת הבחנה במועד הפגיעה וגם בין שתי קבוצות טיפול: קבוצת המבוגרים – נפגעי מלחמת ששת הימים (1967), מלחמת יום הכיפורים (1973) ומלחמת לבנון הראשונה (1982), וקבוצת הצעירים – נפגעי האינתיפאדה השנייה (2000–2003) ומלחמת לבנון השנייה (2006).

המדרגם כלל 36 משתתפים, שלקחו חלק בטיפול בשנים 2008–2009. כל המשתתפים הם גברים שפנו לראשונה ליחידה ואובחנו כסובלים מהפרעה פוסט-טראומטית כרונית על רקע השתתפות בפעילות מבצעית קרבית בהתאם לקריטריונים המפורטים במדריך ה־DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). כל המשתתפים סיימו

טיפול קבוצתי מלא שנמשך שנה. הקבוצות התנהלו בשני מחזורים, שתי קבוצות בכל מחזור, בשנים 2008-2009, ומנו 8-10 משתתפים. בקבוצת הצעירים השתתפו 18 מטופלים, ועוד 18 מטופלים השתתפו בקבוצת המבוגרים. בסך הכול התחילו את תהליך הטיפול הקבוצתי 39 מטופלים, מהם 3 נשרו (7.7%) (שניים מקבוצת המבוגרים ואחד מקבוצת הצעירים) לאחר המפגש השמיני – בתחנת היציאה שהוגדרה מראש. מכלל המשתתפים, 4 (11%) היו קצינים ו-32 (89%) היו חוגרים. בקבוצת הצעירים השתתפו 16 לוחמים (89%) ומספר הפצועים פיזית עמד בה על 11 (61%), ואילו בקבוצת המבוגרים השתתפו 12 לוחמים (67%) ומספר הפצועים פיזית עמד בה על 7 (39%). מספר המשתתפים שהיו בטיפול פרטני לפני תחילת הטיפול הקבוצתי היה 8 (44%) בקבוצת הצעירים ו-10 (56%) בקבוצת המבוגרים.

טווח הגילים בקבוצת הצעירים היה 24-41 ($Med = 30.6, SD = 4.91$), ואילו בקבוצת המבוגרים היה טווח הגילים 48-65 ($Med = 58.0, SD = 4.17$). רוב המשתתפים בקבוצת הצעירים היו רווקים (12, 67%), ורק מיעוטם היו נשואים (6, 33%), ואילו בקבוצת המבוגרים היו רוב המשתתפים נשואים (14, 77.8%) ואילו מיעוטם היו גרושים (3, 16.7%) או רווקים (1, 5.6%). שיעור התעסוקה בשתי הקבוצות היה זהה: בכל אחת מן הקבוצות 72% מן המשתתפים עבדו ו-28% היו מובטלים. רמת ההשכלה של משתתפי קבוצת הצעירים הייתה גבוהה מזו של משתתפי קבוצת המבוגרים: בקבוצת הצעירים סיימו 11 (61%) לימודי תיכון מלאים ו-7 (39%) היו בוגרי אוניברסיטה, ואילו בקבוצת המבוגרים 6 (33%) היו בעלי השכלה תיכונית חלקית, 7 (39%) סיימו לימודי תיכון מלאים ו-5 (28%) היו בוגרי אוניברסיטה.

הטיפול הקבוצתי היה התהליך הפסיכו-תרפויטי היחיד והבלבדי שכל המשתתפים נטלו בו חלק במהלך כל השנה המלאה שבה הוא נמשך. איש מהם לא היה בטיפול אחר גם במהלך חצי השנה הראשונה שלאחריו – המועד שבו נערכו פגישות המעקב. מן המשתתפים, 10 (28%) טופלו בתרופות פסיכיאטריות על בסיס קבוע קודם לתחילת הטיפול הקבוצתי, וכולם המשיכו בטיפול זה ללא כל שינוי בסוג התרופות או במינון, לצורך המשך הטיפול השגרתי, גם במהלך שנת הטיפול הקבוצתי ובמחצית השנה שלאחריו.

כלי המחקר

שאלון PTSD להערכת רמת המצוקה הפוסט-טראומטית

הערכת רמת המצוקה הפוסט-טראומטית נעשתה באמצעות שאלון PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) שפיתחו סולומון ועמיתיה (Solomon et al., 1993). זה שאלון לדיווח עצמי, שהותאם לקריטריונים המופיעים במדריך ה-DSM (American Psychiatric Association, 2000) והוא כולל 17 פריטים. כל הפריטים מתארים ביטויים

אופייניים של התסמונת הפוסט-טראומטית על שלושת ממדיה, המיוצגים כל אחד על-ידי אשכולות של תסמינים: 5 פריטים משקפים חודרנות (כגון חלומות), 7 פריטים משקפים הימנעות (כגון הימנעות ממקומות המזכירים את האירוע), ועוד 5 פריטים משקפים עוררות יתר (כגון תגובה של רתיעה חזקה מרעשים). בסולם הציונים יש ארבע דרגות המבטאות את עוצמת המצוקה, מ-1 (בכלל לא) עד 4 (בדרך כלל כן). חושב מדד כללי לרמת המצוקה הפוסט-טראומטית המתבסס על ממוצע של כלל פריטי השאלון. כמו כן, מדד לכל אשכול התבסס על ממוצע הציונים של כל הפריטים המרכיבים את האשכול. עקיבות פנימית גבוהה כשיטת קרונבך נמצאה בשלושת מועדי העברת השאלון: לפני הטיפול ($\alpha = .839$), עם סיום הטיפול בתום שנה ($\alpha = .821$) וחצי שנה לאחר סיומו ($\alpha = .854$).

שאלון POAMS להערכת רמת התפקוד

הערכת רמת התפקוד נעשתה באמצעות שאלון POAMS בגרסת טראומה, שפיתחו גרין, לאורי וקופטה (Green, Lowry, & Kopta, 2003). זה שאלון לדיווח עצמי ובו 10 פריטים הבודקים את רמת התפקוד בתחומים שונים של החיים, כגון עבודה ולימודים (נוכחות, הישגים) וקשרים אינטימיים (תקשורת, תמיכה, קרבה, רמת מעורבות בין-אישית). ניתוח הנתונים של מודל הטיפול הזה נעשה על 9 פריטים בלבד, שכן הפריט המתייחס לקשר של המטופל עם ילדיו (פריט 3) נמצא לא רלוונטי לרבים מן המשתתפים, אלו שהיו רווקים או נשואים טריים ללא ילדים. בסולם הציונים יש חמש דרגות המבטאות את רמת התפקוד, מ-1 (רע מאוד) עד 5 (טוב מאוד). עקיבות פנימית גבוהה נמצאה בשלושת מועדי העברת השאלון: לפני הטיפול ($\alpha = .787$), עם סיום הטיפול בתום שנה ($\alpha = .867$) וחצי שנה לאחר סיומו ($\alpha = .859$). רמת התפקוד חושבה לפי הממוצע של כלל הפריטים המרכיבים את השאלון.

הליך המחקר

ההחלטה לשבץ מטופל בקבוצה טיפולית נעשתה בתום תהליך הערכה דו-שלבי ביחידה לטיפול בנפגעי תגובות קרב. בשלב הראשון (intake) נערך ריאיון פסיכו-סוציאלי אישי מובנה, שלווה במילוי שאלונים. בשלב השני נערך דיון מקיף בצוות, והוא כלל המלצות באשר לאופי הטיפול המתאים ובאשר לסוגו, לרבות האפשרות לטיפול קבוצתי (לוי ולובין, 2010).

ההמלצה לשבץ מטופל בקבוצה טיפולית התבססה על הערכה קלינית ונעשתה, בין היתר, לפי שני קריטריונים מרכזיים: (א) הפונה יכול לצאת נשכר מטיפול כזה ולרכוש כלים שונים שיסייעו לו להתמודד טוב יותר עם המצוקה הרגשית שהוא חווה ועם קשיי התפקוד המלווים אותו בחיי היום-יום; (ב) לפונה יש כוחות מתאימים והניעה מספקת,

הן רגשית והן התנהגותית, לעמוד בתהליך הקבוצתי הממושך והתובעני, להיחשף לסיפוריהם ולחוויותיהם של משתתפים אחרים ולהכילם במידה מספקת, להתבונן בעצמו ובאחרים ולחלוק את חוויותיו על מנת לרכוש הבנות ותובנות חדשות (לוי ולובין, 2010). מטופלים שנענו להמלצה להשתתף בטיפול קבוצתי שובצו לקבוצת הגיל המתאימה. כל הקבוצות היו סגורות מתחילתן ועד סופן לכניסת משתתפים חדשים כדי להבטיח הרכב יציב לאורך זמן. הטיפול הקבוצתי, כפי שהוגדר מראש בהסכמת המשתתפים, נמשך שנה וכלל כ-50 מפגשים שבועיים רצופים של שעה וחצי כל אחד במועד ובמקום קבועים ביחידה לתגובות קרב. לכל קבוצה היו שני מטפלים קבועים מצוות היחידה, גבר ואישה, שהוכשרו בהכשרה מיוחדת לשימוש במודל הטיפול הקבוצתי שתיארנו. כמו כן, המטפלים קיבלו הדרכה משותפת ורציפה על עבודתם.

חשוב להדגיש כי התקבל אישור מוועדת הלסינקי של חיל הרפואה לתיאור הקבוצה ולהצגת הממצאים.

ממצאים

כדי לבדוק את יעילות הטיפול הקבוצתי בוצע ניתוח גרסיה (להלן תסוגה) רב-רמתית (Hierarchical Linear Model – HLM), המאפשר לממוצע המשתנים התלויים להשתנות בין נבדקים (בשונה מניתוח שונות למדידות חוזרות שבו לקבוע יש ערך יחיד). באמצעותו נבחנו השינויים הדיפרנציאליים שהתרחשו בשתי קבוצות הגיל (משתנה בלתי תלוי) בכל אחד משני המדדים התלויים שנבחנו (רמת התפקוד ורמת המצוקה הפוסט-טראומטית) בשלושת מועדי הבדיקה (לפני הטיפול, עם סיום הטיפול לאחר שנה, וחצי שנה מתום הטיפול) (Blackwell, Mendes De Leon, & Miller, 2006).

תרומת הטיפול לשינויים ברמת התפקוד

לוח 1 מציג את תוצאות ניתוח התסוגה הרב-רמתית לניבוי רמת התפקוד של נפגעי פוסט-טראומה מורכבת בכל אחד משלושת מועדי הבדיקה, לפי השתייכותם לקבוצת גיל.

עיון בלוח 1 מלמד כי ברמת התפקוד של קבוצת הצעירים חלה עלייה מובהקת סטטיסטית בסיום הטיפול לאחר שנה ($M = 4.04$) לעומת רמתה בתחילת הטיפול ($M = 2.70$), $B = 1.34$, $p \leq .000$. העלייה המובהקת ברמת התפקוד נשמרה גם חצי שנה מתום הטיפול ($M = 3.80$), $B = 1.10$, $p \leq .000$. באשר לקבוצת המבוגרים, בולטת העובדה כי רמת התפקוד בתחילת הטיפול ($M = 2.13$) הייתה נמוכה באופן מובהק סטטיסטית מזו של הצעירים ($M = 2.70$), $B = -0.57$, $p \leq .001$, ואף על פי כן לא

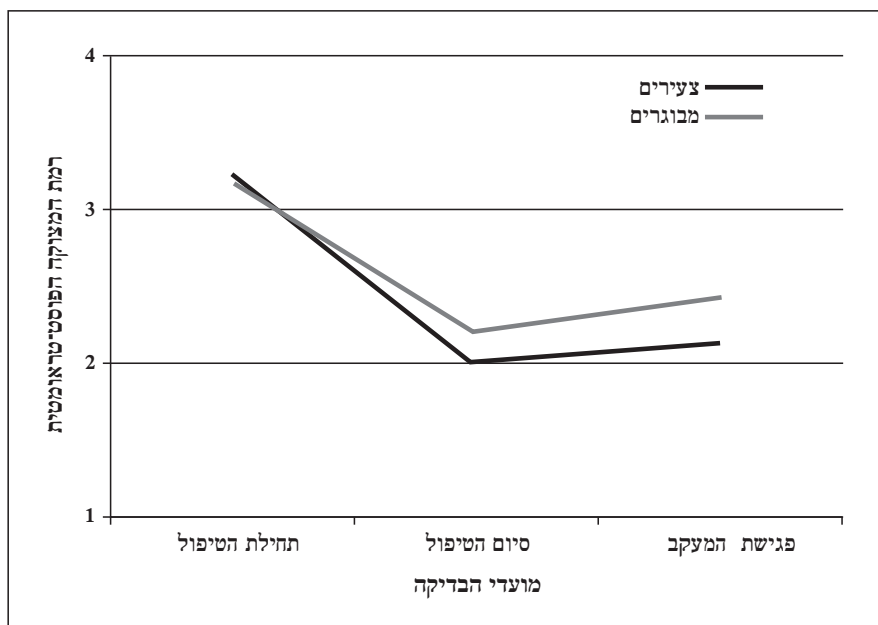
נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית ברמת התפקוד בין שתי הקבוצות בסיום הטיפול, $B = -0.03, p = .887$, וחצי שנה מתום הטיפול, $B = -0.20, p = .349$. ממצא זה מעיד כי כמו בקבוצת הצעירים, גם בקבוצת המבוגרים חלה עלייה מובהקת סטטיסטית ברמת התפקוד בסיום הטיפול ($M = 3.44$) לעומת תחילתו ($M = 2.13$), והיא נשמרה גם חצי שנה לאחר תום הטיפול ($M = 3.03$).

לוח 1: תוצאות ניתוח תסוגה רב־רמתית (HLM) לניבוי רמת התפקוד של נפגעי פוסט־טראומה מורכבת בתחילת הטיפול, בסיומו ובפגישת המעקב, לפי קבוצת גיל

<i>t</i>	<i>df</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	
צעירים				
12.00***	94	.272	2.70	רמת התפקוד בתחילת הטיפול
4.00***	68	.342	1.34	רמת התפקוד בסיום הטיפול
3.83***	68	.342	1.10	רמת התפקוד בפגישות המעקב כחצי שנה לאחר סיום הטיפול
מבוגרים				
-3.30***	94	.172	-0.57	רמת התפקוד בתחילת הטיפול לעומת הצעירים
-0.14	68	.216	-0.03	רמת התפקוד בסיום הטיפול לעומת הצעירים
-0.94	68	.216	-0.20	רמת התפקוד בפגישות המעקב כחצי שנה לאחר סיום הטיפול לעומת הצעירים

$p \leq .001$ ***

תרשים 1 מדגים את השינוי ברמת התפקוד של קבוצת הצעירים ושל קבוצת המבוגרים בין שלושת מועדי הבדיקה.



תרשים 1: ממוצעי רמת התפקוד בקבוצת הצעירים ובקבוצת המבוגרים בשלושת מועדי הבדיקה

תרומת הטיפול לשינויים ברמת המצוקה

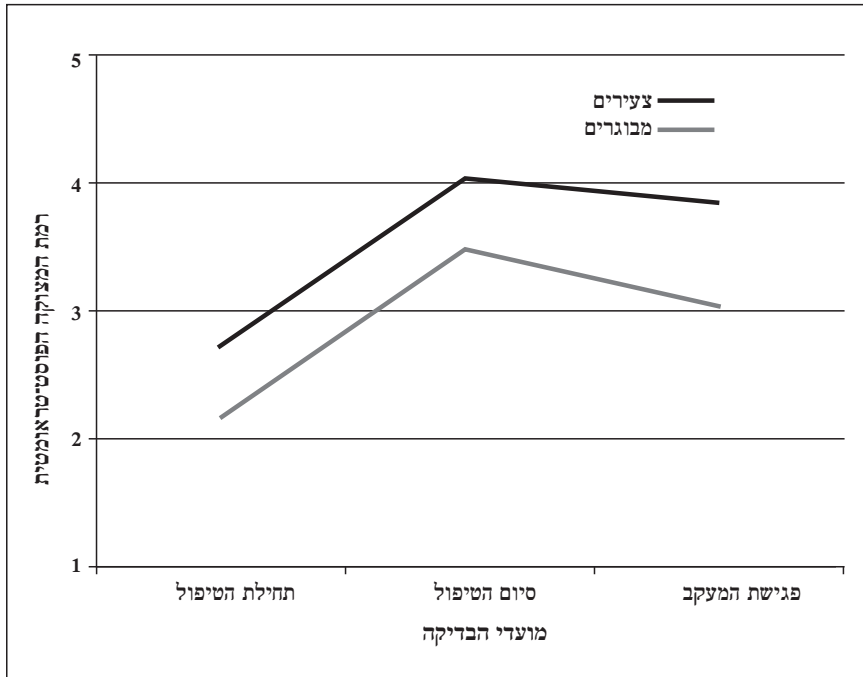
לוח 2 מציג את תוצאות ניתוח התסוגה הרב-רמתית בכלל המדגם לניבוי רמת המצוקה הפוסט-טראומטית לאורך זמן מתוך הבחנה בין שתי הקבוצות. עיון בלוח 2 מלמד כי בתחילת הטיפול לא היה הבדל ברמת המצוקה הפוסט-טראומטית בין קבוצת הצעירים ($M = 3.21$) לבין קבוצת המבוגרים ($M = 3.17$), $B = -0.03$, $p = .793$. עם סיום הטיפול, לאחר שנה, נמצאה ירידה מובהקת סטטיסטית ברמת המצוקה הפוסט-טראומטית בקבוצת הצעירים ($M = 1.98$), $B = -1.23$, $p \leq .000$ וגם בקבוצת המבוגרים ($M = 2.15$), בלא הבדל משמעותי בין שתי הקבוצות, $B = 0.20$, $p = .132$. הירידה המובהקת ברמת המצוקה הפוסט-טראומטית נשמרה גם חצי שנה מתום הטיפול הן בקבוצת הצעירים ($M = 2.08$), $B = -1.12$, $p \leq .000$, והן בקבוצת המבוגרים ($M = 2.39$), $B = 0.34$, $p = .013$. ואולם, במועד זה ההבדל בין שתי הקבוצות נמצא מובהק סטטיסטית – רמת המצוקה הפוסט-טראומטית בקבוצת המבוגרים הייתה גבוהה מזו של הצעירים.

לוח 2: תוצאות ניתוח תסוגה רב־רמתית לניבוי רמת המצוקה הפוסט־טראומטית של נפגעי פוסט־טראומה מורכבת בתחילת הטיפול, בסיומו ובפגישת המעקב, לפי קבוצת גיל

<i>t</i>	<i>df</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	
				צעירים
16.50***	75	.195	3.21	עוצמת הפוסט־טראומה בתחילת הטיפול
-6.82***	68	.209	-1.23	עוצמת הפוסט־טראומה בסיום הטיפול
-6.96***	68	.209	-1.12	עוצמת הפוסט־טראומה בפגישות המעקב כחצי שנה לאחר סיום הטיפול
				מבוגרים
-0.264	75	.124	-0.03	עוצמת הפוסט־טראומה בתחילת הטיפול לעומת הצעירים
1.53	68	.133	0.20	עוצמת הפוסט־טראומה בסיום הטיפול לעומת הצעירים
2.56**	68	.133	0.34	עוצמת הפוסט־טראומה בפגישות המעקב כחצי שנה לאחר סיום הטיפול לעומת הצעירים

$p \leq .001$ *** $p \leq .01$ **

תרשים 2 (ראו בעמוד הבא) מדגים את השינוי ברמת המצוקה הפוסט־טראומטית בקבוצת הצעירים ובקבוצת המבוגרים בין שלושת זמני הבדיקה.



תרשים 2: ממוצעי רמת המצוקה הפוסט-טראומטית בקבוצת הצעירים ובקבוצת המבוגרים בשלושת מועדי הבדיקה

תרומת הטיפול לשינויים בממדי המצוקה

על מנת לבדוק בשתי הקבוצות מה היו השינויים שהתרחשו בין שלוש הבדיקות (לפני הטיפול, עם סיום הטיפול לאחר שנה, וחצי שנה מסיום הטיפול) בכל אחד משלושת האשכולות המגדירים את רמת המצוקה הפוסט-טראומטית (חודרנות, הימנעות ועוררות יתר), נעשה ניתוח תסוגה רב-רמתית של כל אחד מהם בנפרד.

חודרנות

בתחילת הטיפול לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ברמת המצוקה באשכול החודרנות בין קבוצת הצעירים ($M = 3.24$) לבין קבוצת המבוגרים ($M = 3.22$). בקרב קבוצת הצעירים נמצאה בתום הטיפול ירידה מובהקת סטטיסטית ברמת תסמיני החודרנות ($M = 1.94$), $B = -1.30$, $p \leq .000$, והיא נשמרה גם חצי שנה לאחר סיומו ($M = 2.07$), $B = -1.18$, $p \leq .000$. באופן דומה, בתום הטיפול נמצאה ירידה מובהקת סטטיסטית ברמת תסמיני החודרנות גם בקרב קבוצת המבוגרים ($M = 2.06$), $B = .13$, $p = .894$.

וגם חצי שנה לאחר סיומו ($M = 2.34$), $B = .30$, $p = .093$, בלא הברדל מובהק בשיעור הירידה לעומת קבוצת הצעירים.

הימנעות

בתחילת הטיפול לא נמצא הברדל מובהק סטטיסטית ברמת המצוקה באשכול ההימנעות בין קבוצת הצעירים ($M = 2.95$) לבין קבוצת המבוגרים ($M = 2.99$). בקבוצת הצעירים נמצאה בתום הטיפול ירידה מובהקת סטטיסטית ברמת תסמיני ההימנעות ($M = 1.95$), $B = -1.00$, $p \leq .000$, והיא נשמרה גם חצי שנה לאחר סיומו ($M = 2.06$), $B = -.90$, $p \leq .000$. באופן דומה, נמצאה בתום הטיפול ירידה מובהקת סטטיסטית ברמת תסמיני ההימנעות גם בקרב קבוצת המבוגרים, ($M = 1.97$), $B = -.02$, $p = .853$, וכך גם חצי שנה לאחר סיומו ($M = 2.16$), $B = .06$, $p = .622$, בלא הברדל מובהק בשיעור הירידה לעומת קבוצת הצעירים.

עוררות יתר

לא נמצא בתחילת הטיפול הברדל מובהק סטטיסטית ברמת המצוקה באשכול עוררות היתר בין קבוצת הצעירים ($M = 3.52$) לבין קבוצת המבוגרים ($M = 3.38$). בקבוצת הצעירים נמצאה בתום הטיפול ירידה מובהקת סטטיסטית ברמת התסמינים של עוררות היתר ($M = 2.04$), $B = -1.48$, $p \leq .000$, והיא נשמרה גם חצי שנה לאחר סיומו ($M = 2.14$), $B = -1.38$, $p \leq .000$. באופן דומה, נמצאה בתום הטיפול ירידה מובהקת סטטיסטית ברמת התסמינים של עוררות היתר גם בקרב קבוצת המבוגרים ($M = 2.49$), $B = .59$, $p \leq .001$, וכך גם חצי שנה לאחר סיומו ($M = 2.77$), $B = .77$, $p \leq .000$: אף על פי כן, ההבדלים בין שתי הקבוצות בשני מועדים אלו היו מובהקים סטטיסטית: עוצמת התסמינים של עוררות היתר הייתה גבוהה יותר בקרב קבוצת המבוגרים לעומת קבוצת הצעירים, הן בתום הטיפול והן חצי שנה לאחר סיומו.

דיון ומסקנות

תוצאות הטיפול לפי מודל הטיפול הקבוצתי בקרב שתי קבוצות הטיפול (צעירים ומבוגרים) מורות על ירידה מובהקת סטטיסטית בעוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים לצד עלייה מובהקת סטטיסטית ברמת התפקוד הן עם סיום הטיפול בתום שנה והן חצי שנה לאחר סיומו. בהעדר טיפול מקביל בפרק זמן זה (למעט כרבע מן המשתתפים שהתחילו בטיפול תרופתי קודם לטיפול הקבוצתי והתמידו בו) ובהנחה שהשינויים שנמצאו אינם תוצאה של החלמה ספונטנית מהירה ומרשימה, ניתן לומר כי התוצאות מבטאות היטב את השפעתו המיטיבה ואת יעילותו של הטיפול הקבוצתי

בגישה פסיכו-דינמית בהתאם למודל הטיפול הקבוצתי ולדרך יישומו, כפי שהתפתחו והתגבשו בשנים האחרונות ביחידה לטיפול בתגובות קרב.

בתחילת הטיפול היה הבדל ברמת התפקוד בין שתי הקבוצות: בקבוצת המבוגרים הייתה רמת התפקוד נמוכה באופן מובהק סטטיסטית לעומת קבוצת הצעירים. אפשר כי הבדלים אלו משקפים את השפעות הגיל הביולוגי, את השפעותיה המדרדרות וארוכות השנים של הפגיעה הפוסט-טראומטית או את השפעותיהם של משתנים מתערבים אחרים. אף על פי כן, בולטת העובדה כי בעקבות הטיפול חלה עלייה מובהקת סטטיסטית ברמת התפקוד בשתי הקבוצות. עלייה זו נשמרה גם חצי שנה לאחר סיומו, בלא שנשמר ההבדל המובהק שהיה בין שתי הקבוצות בתחילת הטיפול. הטיפול הקבוצתי שיפר אפוא את רמת התפקוד של מטופלי שתי הקבוצות ואף הקהה את ההבדל ההתחלתי ביניהן.

לעומת זאת, לא נמצא הבדל בעוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים ביו שתי הקבוצות בתחילת הטיפול. למרות ההבדלים בגיל הביולוגי ובמשך הזמן שחלף מן החשיפה לאירועים מחוללי הטראומה (עשרות שנים בקבוצת המבוגרים ועד 10 שנים בקבוצת הצעירים), ענו מטופלי שתי הקבוצות לקריטריונים של הפרעה פוסט-טראומטית כרונית, ללא הבדלים בעוצמת המצוקה. אחת הסיבות האפשריות לכך היא העובדה שהמטופלים פנו ליחידה במטרה ברורה להתקבל לטיפול (מקצתם לאחר שנים של לבטים וסבל רב), ולכן הם פירטו את התסמינים והציגו את עוצמתם כפי שהצטיירה בתוצאות שהוצגו לעיל. תופעה זו מוכרת גם במרפאות אחרות האמונות על טיפול פסיכולוגי ופסיכיאטרי לנפגעי פוסט-טראומה (Maguen et al., 2011).

זאת ועוד, העדר הבדל בין שתי הקבוצות בעוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים בתחילת הטיפול ובסופו וההבדל ביניהן כחצי שנה לאחר תום הטיפול ממחיש את החשיבות הרבה שיש לממד הזמן, הן באשר לפוטנציאל הטיפול בפגיעה שהתעוררה בעקבות התנסות טראומטית והן באשר לתהליך התגבשותה של פגיעה פוסט-טראומטית כרונית. באשר להתגבשות התסמונת, ידוע שאם אין מטפלים בהתנסות הטראומטית ובהשפעותיה הקשות, היא הופכת לכרונית וגורמת מצוקה קשה וסבל רב (הרמן, 1992). בהקשר זה מעניינים דבריהם של בריטביק ועמיתיו (Britvic et al., 2006), הטוענים שהחשיפה לאירוע הטראומטי גורמת להתפתחותם של מנגנוני הגנה נוקשים, הנעשים עמידים לאורך השנים, והסיכויים להגמישם קיימים בעיקר בטיפול קבוצתי ארוך טווח.

בעקבות הטיפול הקבוצתי חלה ירידה מובהקת בולטת בעוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים בכל אחת משתי הקבוצות ללא הבדל ביניהן. ירידה זו נשמרה היטב גם חצי שנה לאחר סיום הטיפול. עם זאת, נמצא הבדל בין שתי הקבוצות במועד זה: עוצמת התסמינים בקרב קבוצת המבוגרים הייתה גבוהה באופן מובהק סטטיסטית לעומת קבוצת הצעירים. נראה כי על אף השיפור הכולל בעוצמת המצוקה הפוסט-

טראומטית והשתמרותו בקרב שתי הקבוצות גם חצי שנה לאחר הטיפול יש שוני בתבנית השיפור הפנימית של כל אחת מהן. עם זאת, נדרש מעקב נוסף כדי לבדוק אם מגמה זו בפגישות המעקב נמשכת עד כדי רגרסיה למצב הראשוני.

לשם כך בחנו בנפרד את דפוסי השינוי של כל אחד משלושת האשכולות של ההפרעה הפוסט-טראומטית, אך לא מצאנו כל הבדל בין שתי הקבוצות בעוצמת התסמינים של אשכול החוררנות ושל אשכול ההימנעות בשלוש הבריכות בזמן: בתחילת הטיפול, בסיומו וחצי שנה אחר כך. באשר לאשכול התסמינים של עוררות היתר, רמת המצוקה בשתי הקבוצות הייתה גבוהה בתחילת הטיפול ללא הבדל ביניהן. ממצא זה תואם עדויות שלפיהן תסמינים של עוררות יתר הם הדומיננטיים בעת החשיפה לאירוע מחולל הטראומה, והם נותנים את אותותיהם גם לאחר (הרמן, 1992; שלו, גלאי וספנסר, 1994). בסוף הטיפול חלה ירידה מובהקת סטטיסטית בעוצמת התסמינים של עוררות היתר בשתי הקבוצות, וירידה מובהקת זו נשמרה גם חצי שנה לאחר סיומו. בשני מועדים אלו נמצאו גם הבדלים מובהקים סטטיסטית בין הקבוצות: עוצמת התסמינים של עוררות היתר הייתה גבוהה יותר בקבוצת המבוגרים. נראה שמקורו של ההבדל הוא בממד הזמן, כלומר ככל שחולף זמן רב יותר ממועד החשיפה לאירוע מחולל הטראומה, התסמינים של עוררות היתר מתגבשים ונעשים עמידים יותר לטיפול, גם בהשוואה לממדי המצוקה האחרים. נוסף על כך, כחצי שנה לאחר הטיפול בשתי הקבוצות נראה שהמדר הכולל של המצוקה הפוסט-טראומטית מושפע מן ההבדלים ברמת השינוי בממד של עוררות יתר. בהקשר זה ראוי לציין עוד שיותר מן הממדים האחרים, עוררות היתר מהווה נקודת תורפה בטיפול בפוסט-טראומה כרונית.

כאמור, מודל זה של טיפול קבוצתי דינמי הוכיח שינויים חיוביים בתום שנה של טיפול. בריטביק ועמיתיו (Britvic et al., 2006) דיווחו על שיפור דומה בתסמיני ההפרעה בקרב מטופלים בתום טיפול קבוצתי של חמש שנים. עם זאת, יש לציין שלפי דיווחיהם, כשנתיים מתום הטיפול לא נמצאה הטבה בהפרעה ואף הייתה החרפה בתסמינים החוררניים. התוצאות שהושגו בבחינת המודל הנוכחי והתוצאות של בריטביק ועמיתיו (שם) מחזקות את ההסקמה הרווחת באשר לחשיבותו ולמקומו של טיפול קבוצתי בגישה פסיכודינמית בנפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת (Kingsley, 2007; Mendelsohn et al., 2011). מעבר לכך, התוצאות מרמזות שמהלך הטיפול, משכו ותוצאותיו נובעים בין השאר ממודל הטיפול ומאופן יישומו ביחידה לתגובות קרב. בהקשר זה בולטת העובדה כי המשתתפים טופלו בארבע קבוצות, שבכל אחת מהן טיפלו מטופלים שונים. לכאורה, יש בריבוי המטופלים פוטנציאל ליצירת הבדלים בדינמיקה הקבוצתית, ביחסי ההעברה והעברת הנגד ובאופן יישומו של המודל. לעומת זאת, השונות מדגישה את היעילות ואת האחידות של יישום המודל הקבוצתי ושל הגישה הטיפולית הפסיכודינמית בקבוצות הללו. נראה שכל אלו התאפשרו באמצעות

ההכשרה האחידה של המטפלים ביחידה לפי המודל המוסכם, וגם באמצעות הדרכה משותפת, קבועה ורציפה לכל המטפלים במהלך כל תקופת הטיפול.

לבסוף נראה שחשוב להתייחס לשיעור הנשירה הנמוך יחסית מן הטיפול הקבוצתי. יש לציין עוד שכל הנושרים עזבו את הטיפול בתחנת היציאה שהוגדרה והוסכמה מראש כחלק מן החוזה הטיפולי, כלומר בפגישה השמינית. לאחר מועד זה לא נשר איש, וכל המשתתפים התמידו בטיפול עד סופו, כ-10 חודשים לאחר מכן. הן שיעור הנשירה הנמוך והן מועד הנשירה מעידים, ככל הנראה, על תהליכים דינמיים וטיפוליים שהתרחשו בקבוצה ועודדו את התפתחותה של רמה גבוהה יחסית של לכידות, אינטימיות, ביטחון ותחושת אמון ואף של רמה גבוהה של מחויבות לקבוצה ולטיפול. לצד זה נראה כי הם נבעו גם מרכיבים של מסגרת ומבנה: קבוצה סגורה, בעלת הרכב קבוע ויציב, אחידה מבחינת טווח הגיל וזמן הפגיעה, שלתחילת פעולתה קדם שלב הכנה טרום-קבוצתי מוקדם, ובמהלכה הוגדרה תחנת יציאה אפשרית מוסכמת מראש. נראה כי כל אלו חיזקו את הברית הטיפולית.

לבדיקת יעילותו של המודל הטיפולי במאמר זה יש כמה מגבלות מתודולוגיות בולטות: מדגם המשתתפים הקטן, המקשה על בחינת משתני בקרה נוספים מעבר לגיל, והעדר קבוצת ביקורת. נוסף על כך, בחינת מידת השתמרותה של הירידה בעוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים והעלייה ברמת התפקוד בתום הטיפול נעשתה במועד אחד בלבד, כלומר חצי שנה מסיום הטיפול. נראה כי נדרש המשך מעקב גם במועדים אחרים, למשל שנה ושנה וחצי לאחר הטיפול, כדי ללמוד על מידת עמידותה של ההשפעה המיטיבה של הטיפול גם בטווחי זמן ארוכים מחצי שנה. במובנים אלו נדרש המשך מחקר מסועף ושיטתי יותר של התוצאות ושל היעילות של טיפול קבוצתי לנפגעי פוסט-טראומה כרונית, המציב לנגד עיניו שילוב טוב יותר בין תאוריה לבין טכניקה ויישום.

לסיכום, תוצאות בדיקת היעילות של המודל במאמר זה מדגימות את יעילותו של טיפול קבוצתי ארוך טווח בגישה פסיכודינמית לנפגעי הפרעת דחק פוסט-טראומטית כרונית מורכבת. תוצאות אלו גובו במשובים בעל-פה שנתנו המטופלים והתבטאו גם במפגשי הסיכום והפרידה ובפניות פרטניות למטפלים. יש בכך תרומה לשיח הקליני והמקצועי בדבר חשיבותו ומיקומו של הטיפול הפסיכודינמי בכלל (Kudler, 2011) ולחשיבות הטיפול הקבוצתי הדינמי לנפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת בפרט (Britvic et al., 2007; Foy et al., 2001; Kingsley, 2007; Mendelsohn et al., 2011; Urlic, 2004). המרחב הקבוצתי מאפשר את ביטויים ואת עיבודם של תכנים תוך-נפשיים ובין-אישיים, הנחשבים הכרחיים בטיפול בנפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת. תכנים אלו מציבים את הטיפול הקבוצתי ארוך הטווח בגישה פסיכודינמית כטיפול מרכזי ומועיל במסגרת הכוללת של הטיפול בנפגעי פוסט-טראומה כרונית מורכבת.

מקורות

- בר, ה' והרסט, ל' (2010). **טיפול קבוצתי אנליטי: מפגש מוחות**. קריית ביאליק: אח. הרמן, ג' (1992). **טראומה והחלמה**. תל אביב: עם עובד.
- יאלום, א' ולשץ, מ' (2006). **טיפול קבוצתי: תיאוריה ומעשה** (תרגום: ב"צ הרמן). ירושלים: מאגנס.
- לוי, א' (2006). **משמעות תופעת התקווה בקרב נפגעי פוסט טראומה כרונית** (עבודת דוקטורט). תל אביב: אוניברסיטת תל אביב, בית הספר לעבודה סוציאלית.
- לוי, א' (2008). **טיפול באמצעות 'תופעת התקווה' בתגובת דחק פוסט טראומטית**. **שיחות**, כב(3), 243-233.
- לוי, א' ולובין, ג' (2010). **על תהליך ההערכה (intake) ושיבוץ לטיפול ביחידה לת"ק**. **הרפואה הצבאית**, 17(1), 161-157.
- רוטאן, ס"ג וסטון, נ"ו (2004). **פסיכותרפיה קבוצתית בגישה פסיכודינמית: תפקידי המטפל הקבוצתי** (תרגום: א' ברוורמן). קריית ביאליק: אח.
- שובל, י', לוי, א', דקל, ר' וסולומון, ד' (2011). **הערכת התערבות התשואל לגונויה: סקירת הספרות המחקרית**. **חברה ורווחה**, לא(2), 203-173.
- שלו, א', גלאי, ת' וספנסר, א' (1994). **גישה רב מימדית לתסמונת הפוסט טראומטית**, **חלק ב: קליניקה ותרפיה**. **שיחות**, ח(3), 189-181.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author.
- Bisson, J. I., McFarlane, A. C., Rose, S., Ruzek, J. I., & Watson, P. J. (2009). Psychological debriefing for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 83-105). New York, NY: Guilford.
- Blackwell, E., Mendes De Leon, C. F., & Miller, E. G. (2006). Applying mixedregression models to the analysis of repeated measures data in psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 68, 1-9.
- Britvic, D., Anticevic, V., Urlic, I., Dodig, G., Lapenda, B., Kekez, V., & Mustapic, I. (2007). Psychotherapeutic treatment program for post-traumatic stress disorder: Prospective study of 70 war veterans. *Group Analysis*, 40, 507-522.
- Britvic, D., Radelic, N., & Urlic, I. (2006). Long-term dynamic-oriented group psychotherapy of posttraumatic stress disorder in war veterans: Prospective study of five-year treatment. *Croatia Medical Journal*, 47, 76-84.

- Burlingame, M. G., & Beecher, E. M. (2008). New direction and resources in group psychotherapy: Introduction to the issue. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 1197-1205.
- Cloitre, M., Courtois, A. C., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, C. B., Green, L. B. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(2), 615-627.
- Foy, D. W., Schnurr, P. P., Weiss, D. S., Wattenberg, M. S., Glynn, S. M., Marmar, C. R., & Gusman, F.D. (2001). Group psychotherapy for PTSD. In J. P. Wilson, M. J. Friedman, & J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma & PTSD* (pp. 183-201). New York, NY: Guilford.
- Foy, D. W., Drescher, D. K., Watson, J. P., & Iya Ritchie, I. (2011). Group therapy. In B. A. Moore & W. E. Penk (Eds.), *Treating PTSD in military personnel* (pp. 125-141). New York, NY & London, England: Guildford.
- Green, J. L., Lowry, J. L., & Kopta, S. M. (2003). Intake: Initial visit psychotherapy outcome assessment and monitoring system POAMS – trauma version. *Journal of College Student Psychotherapy, 17*, 25-37.
- Kanas, N., Schoenfeld, F., Marmar, R. C., & Koller, P. (1994). Process and content in along-term PTSD therapy group for Vietnam veterans. *Group, 18*(2), 78-88.
- Kingsley, G. (2007). Contemporary group treatment of combat-related PTSD. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 35*(1), 51-69.
- Kudler, H. (2011). Psychodynamic psychotherapy. In B. A. Moore & E. Penk (Eds.), *Treating PTSD in military personnel* (pp. 107-124). New York, NY & London, England: Guildford.
- Kudler, S. H., Krupnick, L. J., Blank, S. A., Herman, L. J., & Horowitz, J. M. (2009). Psychodynamic therapy for adults. In B. E. Foa, M. T. Keane, M. T. Friedman, & A. J. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 336-339). New York, NY & London, England: Guilford.
- Maguen, S., Cohen, G., Cohen, E. B., Lawhon, G. D., Marmar R. C., & Seal, H. S. (2011). The roles of psychologists in the care of Iraq and Afghanistan veterans in primary care setting. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*(2), 135-142.
- Mendelsohn, M., Herman, L. J., Schatzow, E., Coco, M., Kallivayalil, D., & Levitan, J. (2011). *The trauma recovery group*. New York, NY & London, England: Guilford.

- Parson, E. R. (1984). The role of psychodynamic group therapy in the treatment of the combat veteran. In H. J. Schwartz (Ed.), *Psychotherapy of the combat veteran* (pp. 153-220). New York, NY: Spectrum.
- Piper, W. E. (1994). Client variables. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis* (pp. 83-113). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Schottenbauer, A. M., Glass, R. C., Arnkoff, B. D., & Gray, H. S. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatry, 71*(1), 13-34.
- Shalev, A. Y., Bonne, O., & Eth, S. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine, 58*, 165-182.
- Solomon, Z., Benbenishty, R., Neria, Y., Abramowitz, M., Ginzburg, K., & Ohry, A. (1993). Assessment of PTSD: Validation of the revised PTSD inventory. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences, 30*(2), 110-115.
- Urlić, I. (2004). Trauma and reparation, mourning and forgiveness: The healing potential of the group. *Group Analysis, 37*(4), 453-471.
- Weinberg, H., Nutman-Shwartz, O., & Martha, G. (2005). Trauma groups: An Overview. *Group Analysis, 38*(2), 187-202.