

קבוצת תמיכה - סקירת ספרות

רונית עובדיה | שרון פרסטר-ארליכמן | ענת פלס-בורץ

מודלים לקבוצת תמיכה במבוגרים

קיימים מספר מודלים להתערבות, והמשותף להם הוא המבנה והתכנים של הקבוצה, התואמים לצרכים של המשתתפים בה. (Bottomley, 1997; Rustoen, Wiklund, Hanesdat & Moum, 1998; Van Der Molan & Hutchison, 1999; Johnson, 2000; Sakiko et al., 2003; Jill & Margarete 2004).

בעבר, קבוצות תמיכה הונחו על ידי אנשי מקצוע מתחום הפסיכולוגיה, מדעי ההתנהגות והפסיכיאטריה ושילבו בחלק מהמפגשים אנשי בריאות להעברת ידע ומידע למשתתפים על המחלה ולטיפול בה. קבוצות אלו יישמו בעיקר תהליך פסיכותרפי (Malassiotis, 1997). כיום, אין דפוס אחיד שעל פיו נערכות קבוצות התמיכה. המבנה והתכנים מגוונים ונקבעים על פי צורכי המשתתפים, מטרת הקבוצה והמנחים. קיימות קבוצות עם מבנה פורמלי וסגור, או לא פורמלי ופתוח למשתתפים. קבוצות המתמקדות בתמיכה הדדית יותר מאשר בטיפול פסיכותרפי, ואחרות מצרפות את כל האנשים המחפשים תמיכה, כמו תמיכה בחולים ובכני משפחה, קבוצות ספציפיות לגיל, למחלה מסוימת, או לטיפול מסוים.

מודל ייחודי לקבוצת תמיכה היא קבוצה המתבססת על הגישה הטיפולית הפסיכו-קוגניטיבית.

היות שמחלת הסרטן הינה מקור לדחק, קבוצה מסוג זה מציעה להוביל שינוי התנהגותי בעקבות שינוי קוגניטיבי והפחתת הדחק עם שימוש בטכניקות של דמיון מודרך, הרפיה וביו-פידבק (Samarel et al., 1998; Johnson, 2000).

מודל אחר לקבוצת תמיכה שמטרתה להעצים את החולים נקראת Cancer Self Help Group. Mark & Benjamin (2000) הגדירו קבוצה מסוג זה כקבוצה קטנה שמטרתה לתת עזרה ותמיכה הדדית לבעלי מכנה ומטרות משותפים. המשתתפים נוטלים אחריות לקיומה ולהמשכה של הקבוצה. הדינמיקה שמניעה קבוצה כזו היא החיקוי (Modeling) ולמידה מהמשתתפים. התורם חש כיצד חשיבותו וערכו העצמי שלו עולים בכך שהוא משמש מושא לחיקוי ולהעברת מסרים לימודיים. גם הנתרם, לאחר שהעשיר את רפרטואר ההתמודדות, חש שינוי חיובי בתחושת הערך העצמי שלו. תפקידי התורם והנתרם משתנים לעיתים קרובות בין חברי הקבוצה. ההעצמה (Empowerment) ההדדית, כפי שבאה לידי ביטוי בסוג קבוצה שכזאת, היא תהליך רלוונטי לחולי סרטן המתמודדים עם מחלה הגורמת להם לתחושת איבוד שליטה. על ידי עזרה לאחר, התורם לומד על עצמו, ומתרחש תהליך דינמי המעניק לו כוח ומחזיר לו את תחושת השליטה והערך העצמי. מאפיין נוסף של קבוצה כזו הוא היכולת של אנשים להתמודד עם בעיותיהם ביחד.

ממצאי המחקר האיכותני בקרב חולים שהשתתפו בקבוצת תמיכה מסוג זה במחקרם של Mark & Benjamin (2000), מראים שחולים שחשו פחד ועצב פיתחו תחושה של ביטחון ותקווה בעקבות

חלת הסרטן מהווה נקודת מפנה בחיי החולה ובחיי משפחתו. המחלה מעוררת דחק, כתגובה לסבל הפיזי והרגשי ולשינויים בכל תחומי החיים. לצד שאיפה לריפוי מן המחלה, יש להתייחס לתהליך ההחלמה. זהו תהליך אישי, פנימי וייחודי של החולה, לצד הטיפול המקצועי, המשפיעים על איכות החיים ועל איכות הטיפול. מטרת ההחלמה היא לחזק את האדם בכל תחומי החיים וניתן להשיגה בדרכים רבות ומגוונות ואין דרך אחת יעילה. התערבות באמצעות קבוצת תמיכה היא אחת מהן (Montazeri, 1996; Malassiotis, 1997). קבוצת תמיכה לחולי סרטן מבוססת על יתרונותיה ועל השפעותיה החיוביות של התמיכה החברתית והעזרה ההדדית של אנשים שהתנסו בחוויה דומה. הדינמיקה המתקיימת בקבוצה מספקת תחושת שייכות למשתתפים ומאפשרת מתן וקבלת תמיכה רגשית, חברתית, תקווה, מידע, עצה ועזרה ישירה לבעיות. בכוחה של הקבוצה לתרום להקלה בתחושת הבלבול שעולה בהבנת המחלה והשלכותיה, למציאת משמעויות שונות לחיים עם המחלה, להשגת איזון רגשי וחברתי, ולהפחתת תחושות דחק ובדידות (Doris, 2003; Sakiko, Makiko, Akira & Yosuke, 2003).

מבנה קבוצת תמיכה

קבוצת תמיכה לחולי הסרטן היא כלי טיפולי שמאפייניו המבניים הם מספר קטן של משתתפים (כ-12 איש) ומנחה אחד או שניים. את המבנה והתכנים של הקבוצה יש להתאים לצרכים של המשתתפים. מנחה הקבוצה הוא אקטיבי ותפקידו לשמור על אווירה חיובית ולפתח בין חברי הקבוצה תחושה של עזרה הדדית, לעודד את הלכידות בקרב חברי הקבוצה, להעניק חיזוקים חיוביים ולמסור מידע. לדוגמה, כשאחד החברים מעלה בעיה או נושא, יכול המנחה להפנות בצורה פעילה את פתרון הבעיה למספר חברים בקבוצה, עד אשר ייווצר דפוס של פתרון בעיות הדדי, מתן עצות ותמיכה רגשית (Getzel, 1986). המבנה האופטימלי של קבוצת תמיכה לחולי סרטן מבחינת הסיעוד הוא שילוב של תכנים הנוגעים לקבוצת משימה לימודית-חינוכית (Educational oriented support group) שמטרתה היא מתן ידע, מידע ומיומנויות התמודדות ותכנים פסיכו-סוציאליים. מומלץ ליצור קבוצות הומוגניות לחולים עם אותה אבחנה הנמצאים באותו שלב של המחלה, ובכך להבטיח לכידות קבוצתית ודין בנושאים רגשיים משותפים ומשמעותיים למשתתפים (וייל, 1997).

רונית עובדיה - R.N., M.N. - מתאמת השתלחות מח עצם, מרכז רפואי ע"ש ח. שיבא, תל-השומר | שרון פרסטר-ארליכמן - R.N., M.N. - אחות אחראית המחלקה הגינקואונקולוגית, מרכז רפואי ע"ש ח. שיבא, תל-השומר | ענת פלס-בורץ - R.N., M.A. - מתאמת השתלחות מח עצם, בית חולים שניידר לרפואת ילדים, פתח-תקוה.

השימוש הקליני במודל זה מראה שהמודל ההתפתחותי-הקבוצתי שימושי במיוחד, כאשר הוא מיושם בטיפול קבוצתי קצר מועד. המבנה הבוגר של הקבוצה מושג באמצעות סדרה של תמורות פתרון מתאים בכל שלב הינו תנאי הכרחי להמשך התפתחות הקבוצה. ישנם חוקים עקביים השולטים בתהליך זה ויש להשיג מטלות מסוימות הקשורות ביחסים בין משתתפי הקבוצה לפני שממשיכים לאחרות. התוצאה הינה רצף בר ניבוי, שדרכו מקבלים יחסי האנוש עומק.

שלב I - המודל

שלב I - התקשרות

המטלה הבסיסית בשלב זה היא להגיע להתקשרות בין החברים המבטיחה כי בקבוצה מתקיימות מערכת חברתית וזהות קבוצתית. המנגנון העיקרי להתפתחות ההתקשרות הוא אוניברסלי ומבוסס על ההתנסויות המשותפות לחברי הקבוצה. עבור הפרט המשתתף בקבוצה, המטלה היא לאפשר לו להיות חלק מהמערכת החברתית ולא להישאר מבודד ומנותק. הפחד המזוהה עם שלב זה הוא חוסר הקבלה לקבוצה. השגת ההתקשרות מובילה לתחושת סיפוק התורמת לליכודות הקבוצתית המתפתחת. הסוגיה הבסיסית עבור חברי הקבוצה היא האם הם יכולים לקבל את עצמם כישות חברתית עם יכולת לאינטראקציה בקבוצה. כאשר כל החברים השתתפו במידה מסוימת בחשיפה עצמית אישית ומחויבים להמשך ההשתתפות, אז הקבוצה עוברת לשלב הבא המגביר את תחושת הליכודות ומאפשר התמודדות עם הבדלים וקונפליקטים בין-אישיים.

שלב II - בידול

המטלה הקבוצתית בשלב זה היא להכיר שקיימים הבדלים בין המשתתפים בקבוצה. שלב זה מאופיין בתחילתו בקיטוב. המשתתפים מדגישים את ההבדלים בינם לבין עצמם ואת השקפתם על החיים. הרגש המעורב בתהליך זה מביא לחשיפה עצמית ספונטנית, הפותחת את המחיצות בין החברים. בשלב זה הם לומדים כיצד להתמודד עם רגשות הכעס שלהם ושל אחרים ולהיות סבלנים. הדילמה היא המידה שבה על הפרט לדבוק בדעה הקולקטיבית, או לקרוא עליה תיגר. מכיוון שלאנשים רבים יש קושי בטיפול בקונפליקט ובשוני, הם נמנעים תכופות משלב הבידול ועל כן אינם מגיעים לפתרון.

שלב III - אינדיבידואליזציה

מטלת הקבוצה בשלב זה היא לקדם אינדיבידואליזציה, דבר המאפשר הערכה מעמיקה של ייחודו ומורכבותו של כל משתתף. המטלה מושגת באמצעות פתיחות של הפרט לחקירה פסיכולוגית, תהליך המאיים על מנגנוני ההגנה. השלב הנוכחי מגיע לפתרונו לאחר שכל החברים השתתפו באופן אקטיבי, חשפו מחווייתיהם ורגשותיהם והפגינו פתיחות לדיון בנושאים פסיכולוגיים משמעותיים עבורם.

שלב IV - אינטימיות

מטלת הקבוצה בשלב זה היא לחוות הרגשת אינטימיות בקבוצה ולחקור את משמעותם של יחסים קרובים. המידע הרב, שהפך לנגיש בשלב האינדיבידואליזציה, מוביל את החברים לאינטראקציה קרובה של כאן ועכשיו, אשר ניתן להימנע ממנה רק על ידי התרחקות אקטיבית. המשתתפים משפיעים במידה רבה זה על זה ככל שהיחסים בקבוצה הופכים לעמוקים ולמורכבים יותר. בהתחלה,

ההשתתפות בקבוצה זו. מודל אחר לקבוצות תמיכה לחולי סרטן מוצג בתוכנית ה-Learning to live with cancer המבוססת על תוכנית שיושמה שנים רבות בארה"ב ונקראת "I Can Cope" שפותחה על ידי Judi Johnson. התוכנית מתבססת על שמונה מפגשים בנושאים כמו מתן מידע וידע על המחלה והטיפול בה, התמודדות עם דחק - אומדן הגורמים המעצימים ומפחיתים דחק, תרגול שיטות להתמודדות ולהפחתת דחק, פתרון בעיות בשלבים, שינוי אורח חיים והתאמתם למציאות החדשה, דימוי עצמי ומיניות, חשיבה חיובית, התמודדות עם פחד, פיתוח דפוסי התנהגות להתמודדות יעילה ותכנון לעתיד (Van Der Molan & Hutchison, 1999).

Rustoen & Wiklund (2000) מתארים מודל אחר להתערבות שמטרתו להעניק תחושת תקווה ויכולת התמודדות לחולי הסרטן. הקבוצה כוללת שמונה מפגשים ותכנים כמו חיזוק אמונתם של החולים בעצמם וביכולתם להתמודד עם רגשות ועם העתיד, זיהוי רגשות שעלו בשלב האבחנה, זיהוי רגשות הגורמים לתחושת איום, יחסים עם חברים, עם בני משפחה קרובים - דיון ברשת החברתית והנקודות החזקות והחלשות שבה, מעורבות אקטיבית - התמודדות וחשיבותן של העשייה והעמידה מול המציאות, אמונות רוחניות וערכים כמקור לכוח נפשי, הידע שיש עתיד - חיזוק האמונה שיש מוצא מהמצב הקשה וקיימת האפשרות לעתיד ותוצאות חיוביות (Rustoen & Wiklund, 2000).

Cella & Yellen (1993) מסכמים במאמרם את הנושאים השכיחים העולים לדיון בקבוצות תמיכה לחולי סרטן.

תחום רגשי כעס, פחד מתופעות לוואי של טיפולים, בעיקר מכאב, מאובדן וממוות. הכחשה, דיכאון, אשמה, תקווה, נושאים רוחניים.

תחום בין-אישי יחסים זוגיים, מיניות, תלות, בדידות, מחסום בתקשורת בנושא הטיפול והפרוגנוזה עם בני משפחה וחברים.

תחום חברתי בידוד חברתי וסטיגמה. שינויים לרעה בתפקוד בעבודה ובמשפחה, נושאים הקשורים בסגנון חיים.

נושאים כלליים יחסים עם הצוות הרפואי והסיעודי, נושאים כלכליים ותעסוקתיים, מידע הקשור במחלת הסרטן, שימוש ברכואה משלימה, תזונה ופעילות גופנית.

קיימים מספר מודלים להתערבות, והמשותף להם הוא המבנה והתכנים של הקבוצה התואמים לצרכים של המשתתפים בה (Bottomley, 1997; Rustoen, Wiklund, Hanesdat & Moum, 1998; Van Der Molan & Hutchison, 1999; Johnson, 2000; Sakiko et al. 2003; Jill & Margarete, 2004)

מודל התפתחותי של טיפול קבוצתי קצר מועד

המודל כפי שמציג אותו רוזנוסטר (1997), מגדיר חמישה שלבי התפתחות של קבוצת תמיכה.

לכל שלב בהתפתחות הקבוצה ישנה מטלה מרכזית הכוללת סדרה של סוגיות בין-אישיות, אשר על הקבוצה להתייחס אליהן כדי שתוכל להמשיך להתפתח. הצורך והלחץ לפתור את המטלה מחזקים את הקשר בין חברי הקבוצה, וניתן להשתמש בהם ליצירת השינוי. במקביל למטלה שמולה עומדת הקבוצה כשלם, עולים הסוגיות והאתגרים הייחודיים שעמם מתמודדים המשתתפים בקבוצה.

פסיכותרפיה, למדו להכיר את עצמם טוב יותר ורכשו מיומנויות התמודדות שיעזרו להם להמשיך במסע החיים. לדעתנו, ביכולתה של הקבוצה להעניק סביבה בטוחה ומוגנת בתוך הכאוס שבו נמצא המתבגר בעקבות האירועים שחוה. אצל ילדים, כמו אצל מבוגרים, ישנם שלבים להתפתחות הקבוצה.

קבוצות פסיכו-חינוכיות וקבוצות תמיכה - אינן מנוהלות בהכרח על ידי מטפל מקצועי, ואינן מיועדות לטיפול בפתולוגיה כלשהי. רוב קבוצות התמיכה מוגבלות בזמן, ולא תמיד התוכן המועבר בהן ערוך באופן שיטתי. מטרת קבוצות התמיכה היא להציע תמיכה רגשית לילדים העומדים בפני בעיה או מגבלה משותפת. הכוח המניע של קבוצות התמיכה הוא העובדה שהן הומוגניות ומורכבות ממידה של שותפות (Lomonaco, Scheidlinger, & Aronson, 2000). מודל טיפולי לתמיכה במשפחות ובילדים החולים במחלה כרונית או מגבלה נבנה על ידי Morison, Bromfield, & Cameron (2003). לפי המודל הנדון, התמיכה הניתנת לילד החולה ולמשפחתו היא רחבת היקף וכוללת מתן ייעוץ, קיום אירועים חברתיים ועוד. אמצעי נוסף להתערבות לפי המודל הוא באמצעות קבוצות תמיכה, כאשר קיים מגוון רחב לשימוש בטכניקות טיפוליות המותאמות לגיל הילדים, כמו טיפול במשחק, משחק תפקידים, או דיון כללי. דגש נוסף בתוכנית התערבות זו הוא קיום קבוצות להורי הילד החולה, למתבגרים/מבוגרים צעירים ולקבוצת ילדים.

מתוך הנעשה בכתי חולים בארץ ובעולם בטיפול בילדים ובמתבגרים חולי סרטן, קיימות אפשרויות רבות לקיום קבוצות תמיכה. קבוצות אלה כוללות את הילדים החולים, אחיהם הבריאים, הורי הילדים, הנרפאים מהמחלה, ואף קבוצות להורים ואחים שכולים.

לסיכום, מחלות סרטן אצל ילדים ומבוגרים מעמידות את המטופל ומשפחתו בפני מצב חדש המלווה באי ודאות רבה. קבוצות התמיכה לסוגיהן מאפשרות למטופלים ולכל אחד מבני המשפחה הנושאים בעול המחלה למצוא את הקבוצה הייחודית להם, אשר תעניק מסגרת תומכת למשתתף בה.

אינטראקציות אלו נוטות להיות מרוכזות ברגשות האישיים ומונעות יותר על ידי צורכי הפרט מאשר על ידי הדדיות. עם התקדמות השלב שבו נמצאת הקבוצה, נוצר פתח ליחסים מאוזנים יותר המגיעים לשיאם בשלב הסיום.

שלב V - הדדיות

מטלת הקבוצה בשלב זה היא לפתח תחושה של הדדיות בין המשתתפים ולחקור את משמעות הקירבה. מושג הקירבה אינו נוגע להרגשת האינטימיות בין המשתתפים, אלא כהערכה לייחודיות הבסיסית של כל משתתף. יש הסכמה ומודעות לכך שכל מה שקשור לקבוצה חייב להיות מבוסס על הסכמה הדדית ושיתוף פעולה.

שלב VI - סיום

על המנחה והמשתתפים לעסוק עתה בסיומה של מערכת חברתית זו. המטלה של הקבוצה בסיום היא להגיע להתנתקות תוך הפנמה של הקבוצה כהתנסות חיובית ובונה. לפרט המשתתף מתלוות בשלב הסיום תחושות של אובדן, פרידה והזדמנות אחרונה להתנסות במיומנויות ההתמודדות שהתפתחו בקבוצה. כעת, על הפרטים ללמוד להתמודד ללא הקבוצה וליישם את ההבנה שרכשו לחיים ולמציאות האחרת (רוזנוסטר, 1997).

מודלים לקבוצת תמיכה בילדים ומתבגרים

תמיכה קבוצתית בילדים נחלקת לשלושה סוגים:

1. קבוצות קליניות פסיכותרפיות.
 2. קבוצות פסיכו-חינוכיות.
 3. קבוצות תמיכה (Lomonaco, Scheidlinger, & Aronson, 2000).
- קבוצות קליניות פסיכותרפיות** - כוללות מטפל מקצועי מיומן, אשר עבר הכשרה בפסיכותרפיה. מטפל זה הוכשר לעבודה בקבוצות קטנות, ולכל ילד נערך אומדן שלפיו הוא מותאם לקבוצה. לדעת Dies (2000), מתבגרים שנחשפו לתהליך ריפוי באמצעות

מקורות

וייל, ע' (1997). קבוצת תמיכה לחולי סרטן. הבעה, 9, 69-74.
רוזנוסטר, נ' (1997). הנחיית קבוצות, מקראה בהוצאת המרכז לחינוך קהילתי על-שם חיים ציפורי, ירושלים.
Bottomley, A. (1997). Cancer support groups, are they effective?. European Journal of Cancer, 6, (1), 11-17.
Cella, D.F. & Yellen, S.B. (1993). Cancer support groups: The state of the art. Cancer Practice, 1, (1), 56-61.
Dies, G. K. (2000). Adolescent development and a model of group psychotherapy: Effective leadership in the new millennium. Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 10, (2), 97-111.
Doris, D.C. (2003). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group: II. Oncology Nursing Forum, 3, (2), 291-302.
Getzel, G. S. (1986). Social work groups in health care. Settings: four emerging approaches. Social Work in Health Care, 12, (1), 23-38.
Jill, B.H. & Margarete, S. (2004). Type of social support in African Americans with cancer. Oncology Nursing Forum, 31, (4), 792-800.
Johnson, J. (2000). An overview of psychosocial support services. Cancer Nursing, 23, (4), 310-313.
Lomonaco, S., Scheidlinger, S. & Aronson, S. (2000). Five decades of children's group treatment- An overview. Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 10, (2), 77-96.
Mark, D.I. & Benjamin, K. (2000). Establishing a BMT support group. Bone Marrow Transplantation, 25,(2),227-228.

Molassiotis, A. (1997). Psychosocial transitions in the long-term survivors of bone marrow transplantation. European Journal of Cancer Care, 6, (2), 100-107.
Montazeri, A. (1996). A descriptive study of a cancer support group. European Journal of Cancer Care, 5, (1),32-37.
Morison, J. E., Bromfield, L. M., & Cameron, H. J. (2003). A therapeutic model for supporting families of children with a chronic illness or disability. Child and Adolescent Mental Health, 8, (3), 125-130.
Rustoen, T., Wiklund, I., Hanesdat, B.,R. & Moum, T.(1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. Cancer Nursing, 21,(4), 235-245.
Rustoen, T. & Wiklund, I. (2000). Hope in newly diagnosed patients with cancer. Cancer Nursing, 23, (1), 214-219.
Sakiko, F., Makiko, K., Akira, O. & Yosuke, U. (2003).The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for japanese women with primary breast cancer. Oncology Nursing Forum, 30, (5), 823-833.
Samarel, N., Fawcett, J., Krippendof, K., Piacentino, J. C., Eliasof, B., Hughes, P., Kowitski, C. & Ziegler, E. (1998).Women's perceptions of group support and adaptation to breast cancer. Journal of Advanced Nursing, 28,(6), 1259-1268.
Van Der Molen, B. & Hutchison, G. (1999). Learning to live with cancer: The UK experience of a european patient education and support programme. European Journal of Cancer Care, 8, (3), 170-173.