

מודל התערבות קוגניטיבית-התנהגותית בשילוב ביוד-פידבק לחולי סרטן ולבני משפחתם

ד"ר מירי כהן¹

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי נפוץ במצבים מחלה, ולמרות זאת, מעט מאוד נכתב אודות טיפול קוגניטיבי בשיטה הקוגניטיבית-התנהגותית לחולי סרטן ולבני משפחותם. מטרת המאמר היא להציג מודל של עבורה טיפול קוגניטיבי עם חולי סרטן ועם בני משפחה של חולים, המיעדר למדוד דרכי התמודדות עם מחלת הסרטן ועם השלוותה. זהו מודל של שישה מפגשים, המדגיש תהליכי של למידה וריכישת מומנויות של זיהוי מוחשיות מעוררות מצוקה ושינויין יחד עם לימוד הרפיה, ודמיון מודרך. נעשה שימוש בכיר-פידבק במטרה לשפר ולהזק את הלימוד של מומנויות הרופיה ולהעניק ביחסן ביכולת השימוש במומנויות אלו. השימוש בכיר-פידבק מספק מרכיב חוותי, מסיע ביצירת מודעות למצב עוררות פיסיולוגית וביצום השיטות השונות להפחחת מצוקה ודחק.

הפחתת רגשות שליליים, באמצעות שינוי והתאמת דפוסי חשיבה סטגלניים (adaptive) יכולה לאגורם לשיפור ברווחה הנפשית,VICLITY, ביכולת טוביה יותר להתמודד עם המחללה ועם הטיפולים (22). הפחתת עצמתן של תופעות הלואית של הטיפולים, כגון עיפות, בעיותamina, בעיות ריכוז, בחילות וכו'.

בספרות המקצועית פורסמו מספר דיווחים על עבורה טיפולית עם חולי סרטן באמצעות הגישות הקוגניטיבית התנהגותית. וייסמן וורדן (23) חיארו לראשה טיפול פרטני, המתמקד בשיפור מומנויות הסתגלות. אולם, בבדיקה חזיאות התערבות עם 58 מטופלים בהשוואה לקובצות חולים שלא עברו טיפול, לא נמצא הבדלים בין הקובצות. אלסטר ותבריו (24) בדקו התערבות פרטנית שכלה ניהול דחק והפחחת חרדה ונמצא שיפור מסוים לטובה אצל אלה שקיבלו טיפול לעומת קובצת בקרות.

מורி וגרייר (11) פיתחו מודל של טיפול קוגניטיבי התנהגותי המותאם לטיפול פרטני וזוגי בחולי סרטן. המודל כולל זיהוי מחשבות שליליות והנחות בסיס הקשורות למחללה והחלפתן בדרכי חשיבה סטגלניות, ניהול פעילות המגבירה הנאה ושליטה, לימוד הרפיה וטכניקות של הסחה, ודרכי פיתרון בעיות. במחקר אקראי מבוקר אשר כלל 137 חולי סרטן בדרגה גבוהה של מצוקה نفسית, הם מצאו בקרב מכךלי הטיפול ירידיה ממשמעותית ברמת המצוקה הנפשית, פחדות חרדה, שיפור בתחוות חוסר אונים ורוח לחימה גבוהה יותר בהשוואה לחולים שהמשיכו לקבל את הטיפול הרגיל. הבדול זה נשמר בבדיקה שנערכה לאחר 4 חודשים (22, 24, 25). במחקר נוסף הם הישוו בין תוצאות חדשניים (22, 24, 25). במחקר נוסף הם הישוו בין תוצאות של טיפול תמייני וממצאו שיפור משמעותי של טיפול קוגניטיבי התנהגותי לעומת טיפול תמייני וירידיה ברמת חרדה בקרב מכךלי הטיפול הקוגניטיבי והנחות לעומת אלה שקיבלו טיפול תמייני (26).

ג'ישה הקוגניטיבית מתמקדת באינטראקציות שבין מחשבות, רגשות והתנהגויות (1, 2). לפיה, האופן בו הפרט חופס ופרש מוצבים בחיו מגדר, במדיה רכה, את הגובתו הרגשית וההתנהגותית למוצבים אלה (1). על כן הטיפול הקוגניטיבי מתמקד בזיהוי מוחשיות ופירושים יוצרים מצוקה نفسית והחלפות במחשבות מותאמות וסתgalיות (adaptive) יותר. במהלך השנים מאז פותחה התאוריה הקוגניטיבית על ידי בק (1) אליס (3) ואחרים (4, 5, 6), הacula הגישה לנפוצה מאוד בטיפול במיגון של הפרעות נפשיות, אך גם בהתרכבות במצבים מצוקה בתגובה לאירוע חיים שליליים (7, 8) כמו גם במצבים מצוקה (9). כן מושלבים בטיפול הקוגניטיבי מרכיבי טיפול התנהגותיים כגון הרפיה, טכניקות הסחה, וביצוע מטלות מדורג, וכן פתרון בעיות (10, 11).

בעשרות השנים האחרונות הפתחו גישות טיפוליות המישמות את המודל של הטיפול הקוגניטיבי או היבטים ממנו לטיפול בחולי סרטן (11, 12, 13, 14, 15). מחלת הסרטן היא אירוע בחיי האדם, המעורר את אושיות הביצחון ותחושים הוודאות שהפרט עמל לפתח במהלך חייו. היא נתפסת כאים לתחושים הרシリות שלו, לדימוי העצמי ולהחשות השליטה של הפרט בחויו וכעתידו (11, 16). בהתאם לגישה הקוגניטיבית, נמצא במחקרים שרמת הדחק והמצוקה בקרב חולי סרטן מושפעת במידה לא מבוטלת מהפירוש והמשמעות הניתנים למחללה, לטיפולים ולהשלכותיהם על חיי הפרט, ולא רק ממצב המחללה כשלעצמם (11, 17, 18, 19). ככל שהוא מושם של המחללה נتفس גדול יותר, כך יגיב האדם בתחוות של חוסר אונים, חרדה, כאס, אשמה ודיכאון (18, 20, 21).

¹ החוג ללימודי הזקנה וביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
cohenm@research.haifa.ac.il

במאמר הנוכחי יתואר מודל התערבות קוגניטיבי-תנהגוטי בקבוצה, המתבסס על המודל של עובודה טיפולית אינדיבידואלית של מורי וגריר (11). בשונה ממודלים קבוצתיים המוצגים בספרות, המודל הנוכחי שם דגש רב יותר על אוירה של למידה משותפת, על אינטגרציה של רכישת מיומנויות הרפיה ודמיון, ושימוש בהם להפחיתה סימפטומים ובטיוים גופניים של לחץ. כן הוא כולל שימוש בביופידבק, שלא דוחה בעבר, בהתערבות עם חולץ סרטן, לחיזוק הלמידה של הרפיה. בנוסף, המודל מושם עם חולמים ובני משפחה, וגם עליו לא דוחה בעבר.

מטרות

מטרות התערבות גזירות מהמודל של מורי וגריר והן זהות לגבי החולמים ובני המשפחה (11): הפחחת מצוקה, רגשית, הפחחת ההשפעות השיליות של לחץ על הגוף, הקנית מיומנויות של התמודדות עם המחלת ועם ההשפעות הגופניות והרגשיות של טיפולים כימותרפיים. כן מיעדרת ההתערבות להגבר את תחושת השליטה ורוח הלחימה בקרב החולמים ובני משפחותיהם. בקבוצות של חולמים עם מחלת מתקדמת, המטרות זהות באופן בסיסי, אך דגש רב יותר מושם על שיפור יכולות החיים וחיזוק דרכו. התמודדות מותאמות כמו הימנעות היונית (11).

משתתפים

התערבות הקבוצתית מוצעת לכל החולמים המקבלים טיפול כימותרפי ובനימ-משפחה מעוניינים. אין הגבלה של סוג הגידול, מיקומו, מגדר; ולגבי בני משפחה – אין הגבלה לגבי סוג הקירבה המשפחתי. אף שבבר נערך קבוצות נפרדות לחולמים ולבני משפחה, ביום הקבוצות נערכות נפרדות. מתיקיות קבוצות נפרדות לחולמים עם מחלת ראשונית ולחולמים עם מחלת מתקדמת. הרצון להפרדה בקבוצות בין שלבי המחלת הוא כי לחולמים עם מחלת ראשונית קשה להתמודד עם החשיפה לחולמים עם מחלת מתקדמת ועם גשותיהם ומצוקותיהם. בנוסף, הקשיים, מתקדמת ועתים מוקדי התמודדות הם שונים בין אנשים השאלות ולעתים מוקדי התמודדות הם שונים בין אנשים המתמודדים עם שלבים שונים של המחלת. בכל קבוצה משתתפים בין 6 ל-12 משתתפים. הקבוצות נערכו באופן שוטף במהלך חמיש שנים האחרונות, ועם סיום קבוצה אחת, התחליה קבוצה חדשה. הגיוס נעשה על ידי הצוות הרפואי והצוות הפסיכו-סוציאלי. בוגרים משל עצמם מתחדשים במקביל למשך 6-12 חודשים. המטרה היא לסייע לחולמים בהפחתת הסיכון למחלות חדשות. מרכיבת הלא משתתפים אינם דוברי עברית, הם בגיל גבוה, מצב המחלת או הטיפולים אינם מאפשרים להם להשתתף או עקב בעיות נידות. בנוסף, יש חולמים אשר אינם מעוניינים לקבל התערבות מڪוועית בכלל או רק חלק בהתערבות קבוצתית. מנתונים שאספנו מצאנו שהמשתתפים הם מטווח רוחב של גילאים (75-23) ושנות השכלה (20-8) (35, 36) וכשני שליש הן נשים ושליש

ב尤סור האחורי געשה מס' מטרים מוצומצם של מחקרים הערכות של טיפול קוגניטיבי-תנהגוטי במסגרת של קבוצה. למשל, בוטומלי (27) דיווח על שיפור משמעותם של ברדי של קבוצת תמייה, אך לא ניכר הבדל בין הקבוצות להשוויה של קבוצות קוגניטיביות-תנהגוטיות וקבוצות תמייה, אך קבוצות המשתתפים בקבוצת התמייה היו בעלי פחות סימפטומים של ממצא דומות של ממצא לאחר שישה חודשים. גם אדרמן, בל וקידמן (28) מצאו שיפור משמעותם של ממצא נפשית אצל חולות סרטן ששהשתתפו בקבוצת קוגניטיבית-תנהגוטית לעומת שיפור משמעותם של ממצא קוגניטיבי-תנהגוטי בקבוצת חולות גורומי כללה שלא קיבלו טיפול טיפול קוגניטיבי-תנהגוטי. מצאו שיפור משמעותם של הרפיה ודמיון מודרך מהוות מיזוגת מתקדמת התמודדות חשובה עבור חולץ סרטן. מספר מחקרים אמפיריים דיווחו על היעילות של לימוד הרפיה ודמיון מודרך להפחית מצוקה נפשית, הפחחת סימפטומים, טיפול רמת אנרגיה ושיפור איכות חיים בקרוב חולץ סרטן (30, 31, 32, 33, 34). בידר ועמיתיה (30) מציגות מודל התערבות המבוסס על לימוד שיטתי של הרפיה ודמיון מודרך, אשר השיג הפחיתה משמעותית במצוקה נפשית, ברמת חדורנות ורמת הימנעות בהשוואה לקבוצת בקרות. הבדל זה נשמר לאחר שישה חודשים.

המודל המתואר במחקר הנוכחי נבדק בשני מחקרים הערכה פרוספקטיביים, על-ידי כותבת המאמר בשיתוף עם עמיתים (35, 36). המחקרים בדקו את יעלותה של התערבות קבוצתית קוגניטיבית-תנהגוטית והם היו בסיס לגיבוש המודל שמתואר במאמר הנוכחי. מחקר אחד הציע על ירידה משמעותית במצוקה נפשית ובключи שינה, ושיפור משמעותו ברמת התמייה הננתפסת ובסתלות בקרוב בני משפחה של חולץ סרטן, שהשתתפו בקבוצת בת תשעה מפגשים, בשיטה הקוגניטיבית-תנהגוטית, לעומת קבוצה מותאמת שקיבלה את הטיפול המקביל על-ידי הצעות הרפואית, טיפול ופסיכו-סוציאלי של המכון האונקולוגי (35). המחקר השני בדק תוצאות של התערבות קבוצתית בקשר חולות סרטן שעם מחלת ראשונית לעומת קבוצת בקרות (36). במחקר זה, נרכשה השוואה בין התערבות קבוצתית קוגניטיבית, להתערבות קבוצתית-תנהגוטית ובקבוצת בקרות, נקבעה שקיילה את הטיפול המקביל. שתי קבוצות התערבות נמצאו יעלות באותה המידה בהפחחת סימפטומים של ממצא נפשית, בהשוואה לקבוצת הבקרות. בקבוצת התנהגוטית נמצאה ירידה הרבה יותר בключи שינה ורמת עייפות, בעוד שבקבוצה הקוגניטיבית נמצאה הפחיתה משמעותית בתפישת מוקד שליטה בראותי חיוני (36). השיפור המתויר נשמר במהלך ארבעה חודשים מסיום התערבות קבוצתית (35, 36).

המודל השלם. בנויג' לגישה הטיפולית הקוגניטיבית, הדגש במודל הנוכחי הוא על למידה לשם עובודה עצמית.

3. טכניקות של הסחה קוגניטיבית (עיסוק בפעולות קוגניטיבית, למשל: תכנון אירוע כלשהו, שיחזור שיר) וסחה התנהגותית (עיסוק בפעולות כלשהי המעניינת או מהוות מקור הנאה לפרטט) נלמדות לשימוש במצבים מעוררי חרדה, כמו לפני בדיקות או המתנה לתוצאות של בדיקות).

4. הרפיה מלאה נלמדה בהתבסס על הרפיה שירירים פסיבית (41), המתקדמת ביצירת גישה מתקדמת באכרים של הגוף — הרפיה פסיבית מבוססת על הרפיה מתקדמת לאורך אבריו הגוף, כאשר האדם ממקד את תשומתlico בavicר הספציפי כדי לחוש אותו ולזהות קיומן של תחושים מתח, עייפות או חוסר נוחות (41). בכל מפגש מתקדמים באיזור אחר של הגוף, יוצרים מודעות לתחושים השינויים באיזור זה, ואז עליידי מיקוד המחשבה בהן מנסים להרפה ולשחרר את השירירים באיבר המטיסים. במהלך לימוד הרפיה, לומדים לבצע נשימות עמוקות והעמקת ההרפיה באמצעותן (41). שילוב לימודי הרפיה עם ההתרבות הקוגניטיבית-התנהגותית מרחיב במידה רבה את יכולת היישומית שלה, מכיוון שהורדת רמת המתה הפיסי מאפשרת למשתתפים להתפנות לתהליכי הקוגניטיביים (2).

5. דמיון מודרך המוביל בהגברת תחושת רוחה ושלوها (42) — מבוסט על 'הליכה' בדמיון למוקומות המשרים אווירה רגעה ושלوها. בכל אחד מהמפגשים מודרכים המשתתפים לילכת' למקום אחר, כגון שפת ים, שדה פרחים, מעיין נובע, חורשה, כדי לאפשר לאנשים להתנסות בתחושים השינויים המלوات מקומות אלה ולחזור את 'המקומות' המתאימים להם ביוור. יש שימוש במרכיבים ספציפיים, כמו הים — המקנה תחושה של רענות שעוזרת להתרוך עם בחילות בעקבות הטיפול הциמורטיבי, או עצם המהווים סמל של כוח וביתחון.

כל שהטיפול מתקדם, מושלבים בדמיון המודרך מתחכזע סכבי בדיקה של אופי התנסות והתחושות עימן יצאו המשתתפים. הסכבי נועד לחזק התנסות חיובית ולענות על בעיות (למשל, דפיקות לב תוך כדי הרפיה, התהווות היורדות בגפיים, חרדה של מחשבות לא רצויות, חרוה קשה שחדרה לתודעה תוך כדי הרפיה).

6. הרפיה מיידית — לאחר שהמשתתפים שולטים בטכניקת הכלולת נשימה عمיקה, תריקה של אברי הגוף, ויוצרת תחושת הרגעה שכבר נלפרה (43). מוצע למשתתפים לאמץ מילת קוד לרגעה שעליה חוזרים בעת ביצוע הסריקה. המשתתפים מתבקשים להתאמן בהרפיה המיידית בעת ביצוע פעולות ניטוליות (שיהה, צפיה

గברים. כ-20% מהמשתתפים נושרים במהלך המפגשים, בעיקר בשל סיוכים רפואיים ותופעת לואן של הטיפולים. חלקם חוזרים להשתף ב��בוצות הנוספות.

חולמים בדייאון קליני, חולמים עם הפרעות נפשיות או בעלי קווים של אישיות גבולית אשר מזוהים עליידי הצעות המוצעו אינם מוגנים לקבוצה, וכאשר מזוהים בתוך הקבוצה ונראה שיתקשו להשתלב או להיתר על-ידי הקבוצה, מוצע להם טיפול פרטי.

עקרונות המודל

1. חולוי הסרטן ובני משפחתם מייצגים את המיגון הרחב הקיים באוכלוסייה מבחינה אפינית דמוגרפיים, חברתיים, משפחתיים ואישיים. חלק ניכר מהם תיפקדו במערכות חיים השונות והיו בעלי איכות חיים טובה וב的日子里 התמודדות שהיו לצורך מצבם שהכירו עד אבחון המחלת. מחלת הסרטן מחייבת דרכי התמודדות חדשים, שאינם מוכרים. זהו הרצינול לצורך בהתרבותו ללמידה מוניות ולא טיפול ממוקד בבעיה. מטרות אלו הן זהות לחולים ובניהם המשפחה והיותם שותפים לתחילה אף מחזק לעיתים תחושות של קירבה ופתיחה בינויהם.

2. בהתאם לעקרונות הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, בקבוצה נוצרת אווירה של במידה חיונית וاكتיבית בנסיבות יחסים של שיתוף פעולה (37). מושם דגש על עברודה משופחת של המנחה וחברי הקבוצה על זיהוי ושינוי דפוסי חסיבה לא סtagניים (4, 5, 38). המשתתפים יודעים שאינם מגיעים לטיפול, אלא לקבוץ למדידה, ומטרתם היא ללמידה על-מנת להשיג את השינוי בעצמם. יש בגישה זו סמס מיעוד למשתתפים, אשר יוצר גם תחושה של הנאה.

3. תמייה, שיתוף ברגשות, עידוד וחיזוק הדדי. יallow (39) פירט את המרכיבים הרפואיים שבהתערבות בקבוצות וביניהן תחושת שותפות הגורל, התמייה ההידידית, הנתינה שלordonים המשתתפים זה מזו. היבטים אלה של תהליכי קבוצתיים מתקיים גם בקבוצות המתוארות כאן וב עצמה רביה, אף שהמיקוד אינו עליהם.

מרכבי המודל

1. יצירת מודעות לתגובה גופנית של לחץ ולמידה להוותן — מרבית האנשים אינם ערומים לדרכים בהן לחץ נותן את אוטותיו בגופם, כגון שרירים מכוכרים, כאבים בגוף, דפיקות לב מוגברות, נשימות שתוות. על כן, צעד ראשון להפחיתת תגובת של לחץ וחרדה הוא ייצור מודעות אליהם.

2. זיהוי דפוסי חסיבה יוצר רגשות שליליים והחלפתם במחשובות מותאמות-מציאות וסטגניות, בהתבסס על המודל הקוגניטיבי — ההיכרות עם המודל הקוגניטיבי ועובדיה לפי שלביו מתקדמת עם כל מפגש, עד להיכרות עם

МОקדש זמן רב יותר למרכיבים השונים, בעיקר לטכניות של הפקחת כאב. בקבוצות לחולים עם מחלת מתקדמת מוקדש גם זמן רב יותר לביטוי רגשי ולחמיכה.

מפגש ראשון: המפגש מתחילה בסביבה של היכרות, הבקרה ציפיות ויצירת חוויה קבוצתי. למנעה המפגש מהויה הזרננות להערכה של כל אחד מה משתפים, מצבם הנפשי ודרך ההתמודדות שלהם. למשתפים הוא מהויה הזרננות ליצירת קשר עם אנשים אחרים במצבם, לשאלות הדידות, ולבטוי קשייהם ותקותיהם. במהלך הדין הפתוח ברגשות ובתגובהות של המשתפים, המנחה מסייע בהערכת רגשות (חרדה, עצב, כאב). למשל, כאשר משתף מסוף על קושי בהתמודדות עם המערכות הבירוקרטיות – מזוהים יחד עימו ורגשות של כאס, תיסכול, חוסר אונים.

בחילוק השני של המפגש נערכות היכרות קצרה עם המודל הקוגניטיבי ועקרונותיו. כן ניתן הסבר לעקרונות הרפואה, כיצד היא משפיעה על הגוף ועל הנפש ומה ידוע בנושא. מעבר למטען ידע, בחילוק זה שתי מטרות נוספות: האחת, להפריך תפיסות לא מבוססות הרווחות בסיפורות הלא-מצוועת על יכולתם לא מגבלת של הרפואה והדמיון המודרך לרפא מחלות, כולל סרטן. המטרה השנייה היא להפחית חרודות ותחושים של חוסר נוחות לגבי הרפואה, כמו "חיש מאובדן שליטה", או "מה יקרה עם אדים?". למטרה זו נבדק ניסיון קודם של המשתפים עם הרפואה. רבים מניסיונות קודמים אלה לא היו מוצלחים ויצרו תפיסות כמו "אני לא מסוגל להיכנס להרפאה" או "חושים של חוסר נוחות, או מתח שלilio התנסויות קודמות. בשלב זה נערכת התנסות ראשונית בת 10 דקות בהרפואה עם דמיון מודרך וلاحדרה סבס תגובה על התיחסות.

לקראת סיום המפגש ניתן תרגיל הבית שבו המשתפים מתבקשים להוות רגשות ועוצמתם והairoוים שעוררו את הגשות. מוחלים דפי ניטור של "איורע – הרגשה – עוצמת הרגשה" (בصور 1-10)".

מפגש שני: מפגש זה, כמו כל הבאים אחריו, מתחילה בבדיקה תרגיל הבית, כאן – זיהוי רגשות ותגובהות לאירוע השבוע. כהמשך ישיר לכך המנחה מציג את מושג החשבות האוטומטיות והאופן בו הן מעוררות רגשות ספציפיים. נעשה שימוש בדוגמאות שהוצעו קודם לכן על-ידי המשתפים, ונערך ניתוח מסוות שלן בקבוצה במהלך במתורה לזרות את החשבות שמאחוריו הרגשות. המשתפים שותפים באופן ערך לניתוח ולהעלאת השערות לגבי החשבות. במהלך השני השיחה מתמקדת בזיהוי תיחסות גופניות של מתח, עוברת היotonin שנות מ אדם, ויצירת מודעות לאברים ולשרירים בהם הפרט מבטא את המתח שלו. דגש מיוחד מושם על אורי המתח הספציפיים בפנים (סביב העיניים, המצח, הלסת). במהלך האחרון מתקיימת התנסות בהרפואה. הרפואה מתמקדת בראש ובחלקי הפנים השונים, כאשר המשתפים מתבקשים למקד את תשומת

בטלויזיה, בישול) ואוז לישם את הטכnika במצב דחק מיידיים.

7. שילוב עבודה עם מכשיר ביופידבק ממוחשב ללמידה הרפואית וליישום השימושים בה – מכשיר הביופידבק הוא כלי ממוחשב המספק משוב חזותי או שמייעתי לתגובה פיזיולוגיות, כמו מתח שרירים, דופק, טמפרטורה, או רמת מוליכות עורית (EDA – Electro-Dermal Activity – EDA). המהווים אינדיקטורים לשינויים ברמת המתה או הרפואה של הפרט (44). מכשיר הביופידבק מספק משוב נראה ומידי ומאפשר יצירה מודעתות לתיחסות של מתח והרפואה. הוא משקף כיצד מצבים גופניים, כמו גם מחשבות, משפיעים על רמת הרפואה הנמדדת (44, 45). מכשיר הביופידבק מסייע בהפנמה ובישום של טכניקות הרפואה הנלמדות. השימוש בו אינו חיוני להשגת מטרות התערבות, אך תורם למידה וגם לעניין ולהנעה (מוטיבציה).

בהתערבות הנוכחית, המערכת הממוחשבת משתמשת במדד ההולכה העורית, ה-EDA (באמצעות חישנים המוחברים לשתי אצבעות) ומתרגמת אותם לגרף או למשחקי אינטראקטיביים. ככל שהאדם מושג רמתה גבולה יותר, הדמות או העצמים שבמשחק מתקדים במסלול מסוים או משנים צוריהם, עד להשגת המטרה. מהנטיסין שנזכר עולה שההנתנות עם מכשיר הביופידבק שיפורה את יכולת ביצוע הרפואה, החולים למדו להגיע מהר יותר למסלול רגעה ולרמה גבוהה יותר של הרפואה. ההנתנות סייעה במיוחד ליצור תיחסות תחושת ביטחון ביכולת לבצע את הרפואה.

8. תרגול בית – בהתאם למודל הקוגניטיבי- התנהגותי, חלק ניכר מהשינוי מבוסס על תרגול בית (1, 38). במהלך כל אחד מהפגשים ניתן תרגול בית בהתאם לשלי התקדמות במריכים הקוגניטיביים והתנהגותיים. בתחילת כל מפגש עוסרים על התרגול בבית ותוכאותיו ודנים בו. מכיוון שהתרגול עוסק באירועים ו傍gesות שבהם התנסו המשתפים במהלך השבוע, חלק זה מהויה גם הזדמנות לביטוי רגשי ולקבלת ונתן תמייה.

9. חלוקת דפי הסבר ודיסק הרפואה – דפים, הנוטנים הסבר על הגישה הקוגניטיבית, על הקשר שבין מחשבות לרגשות, ורשיית דפוסי חשיבה מותעים, מוחולים במהלך המפגשים והמשתפים מקבלים קלטה או דיסק הכלולים את המודל האינטגרטיבי של הרפואה ודמיון מודרך, כולל נשימות עמוקות בליווי מוסיקה מרגיעה.

מהלך התערבות

התערבות כוללת שישה מפגשים, אחת לשבוע, בני שעה וחצי כל אחד. קבוצות לחולים עם מחלת מתקדמת ובני משפחות כוללות 8 מפגשים. המודל המציג במאמר זה הוא של שישה מפגשים. המטרות הרחבה יותר זהה, אך

בדיקות האחרונות הרואו שאין סימנים למחלת, אני עושה כל מה אפשר ואני סומכת על הטיפול כי". המשתתפים מודוחים שtagcota מסוג זה מוירידות את החזרה בשתי דרגות (בمسلسل 1-10) במשמעות. ההרפה במנגש זה מתחממת במעטה (*במהלך* הבדיקה את שרירי העורף, הידיים, הגב האגן והרגליים וממשיכים להרפה בכלית של הגוף ולדמינו מודרך).

תרגיל בית כוללים את המודול המלא של ניטור מחשבות "אירוע" — רגשות (עוצמה) — מחשבות מחשבות חילופיות, רגשות (עוצמה), וכן תרגול הרפה מספר פעמיים בשבוע. מחולקים דפי הסבר בנושא מחשבות חילופיות.

פגש רביעי: תוך כדי בדיקת ניטור מחשבות במהלך השבוע, מנסים לזהות דפוסי חשיבה מוטעים (ראיות דברים בישחור/לבן), הכלול או לא כלום, הכללת יתר, ראייה אסונתית וכו' (11). יש נגיעה מועטה בהנחות בסיס, בעיקר ברמה של יצירתיות מודעות אליהם. בפגש זה המשתתפים גם לומדים טכניקות של הסחה קוגניטיבית במצב הלחץ עצם — למשל בהמתנה לבדיקה לבצע פעולות הסחה כגון: לתכנן אירוע מתקרב או טoil, לשנן שיר שאוהבים או להתמקד בביוזע ספירה לאחרו בקפיצות של שבע. כן נבדקות דרכים להתקאה אשית של הסחה התנהגותית, כמו פעילות גופנית, משחק עם אדם נוסף ועוד. בפגש זה מתחממת הרפה בלמידה נשים הרפה עמוקות ושילובן בהרפה הכלולית. התרגול בבית כולל הפעם גם זיהוי דפוסים של עיוותי חשיבה. מחולקים דפי הסבר בנושא. כן מוצע למשתתפים לתרגל תרגילי נשימה عمוקה, בנוסף לתרגול הרפה הכלולית.

פגש חמישי: לאחר בדיקת התרגול הביתי, מרבית המפגש מוקדשת להרפה. הרפה היא כתעת אינטגרטיבית וכוללת את כל המרכיבים. בהמשך, המשתתפים לומדים שיטת הרפה מיידית ומתאמנים בה. מכשיר הבירודיפטיק ודורך עובדו מזגמים ומוסברים וכל אחד מהמשתתפים מתנסה בביוזע הרפה ובמעקב אחר מהלכה על הצג. התנסות זו מחזקת את האמון ביכולתם לבצע הרפה, אף מיידית ולהצליח בה. הם מתבקשים לשים לב לתהווות הגופניות, לרגשות ולמחשבות המלוויים את העלייה או הירידה ברמת הרגעה.

תרגול הבית הנitin בפגש זה כולל תרגול הרפה מיידית, בנוסף לתרגול הרפה כלית.

פגש שישי: מוקדש להרפה ולשימושיה בהפקחת כאב וביפויו איזות השינה. בהמשך נעשה תרגול נוספת של הרפה מיידית, ונעשים שני סכבים של ביצוע הרפה עם מכשיר הביז פיזבק. המשתתפים מתבקשים לשים לב להשפעה על הגוף של מרכיבי הרפה שונים, כמו סריקת הגוף, נשימות, דמיון, מחשבות חיוביות או שליליות. בזמן הבדיקה האישית, חברי הקבוצה מתבוננים גם הם בציג

ליבם בכל אחד מחלקי הפנים, לזהות תחזות של מתח או איינוחות, ואז להרפוות ולשחרר חלק זה. לאחר מכן ממשיכים להרפה כלית של הגוף ולדמינו מודרך. בסיום המשתתפים מוכלים חומר הסבר בנושא המשחבות האוטומטיות, טבלת ניטור "איירוע-רגשות (עוצמה)-מחשבות". הם מונחים להתחל ביצוע הרפה, על סמך זיכרונות עד כה את ההתנסות, כפעמים שלוש בשבוע, וכן משמעות של זיהוי תחזות גופניות של מתח.

פגש שלישי: התודעות לנושא איתగור המוחשבות השליליות והצבת מוחאמות למציאות. עברודה זו נעשית שוב על סמך דוגמאות מהחומר שהמשתתפים אספו במהלך השבוע, וזאת המוחשבות ואיתగורן נעשה במאזן משותף של הקבוצה. מכיוון שמדובר במצבות נפשיות הקשורות לסתיאציה של התמודדות עם מחלת קשה ומאיימת על החיים, מוסבר למשתתפים שבדרך כלל לא ניתן להפחית לחלוטין וגשות שליליים, ובמיוחד לא בהתקנות הראשונית. השאיפה היא להפחית בעוצמתם של הרגשות השליליים.

דוגמאות לתחילה: אחת המשחבות מספרת "הילדים חוזרים מבית-הספר ועליהם להכין את אורחת החזריים לעצם (בהתבסס על אוכל קני מהפרק) כי אני מרגישה לא טוב". המשחבות משוחררת עצמה ורגשות של עצב ודיכרן 10, כעס 8 וחוסר אונים 9. המשחבות שזיהתה: "הילדים שלי סובלים בגל המחללה שלי, התוננה שלהם לא בראיה, אני לא אמא טובה עבורם, המכабrigoms לפגעה מתחמשת בילדים". מחשבות חילופיות שהוצעו: "המצב זמני, רק עוד שלושה טיפולים יותר. אני יודעת מסיפוריהן של נשים אחרות, שהן חזרות לתקן מלא במרה, זו הzdmonut עברו הילדים ללמידה להיות עצמאיים ולדאוג לעצם". מחשבה נוספת: "למעשה, הילדים אוהבים את האוכל המוכן, אפילו יותר מאשר את האוכל שלוי".

ouceמת הרגשות בסיום הッילך: עצב 4, חוסר אונים 2. דוגמה נוספת: מוחצתת משוחררת שהביבטה במראה אתמול ו"לא הכרה את עצמה", נראית נורא. המשחבות מספרת שפריצה בכבי ורגשותיה: עצב 10, חוסר תקווה 7. המשחבות שזיהו: "אני נראית זקנה בעשרים שנה מגיל, האם בעלי יישיך לאחוב אותי" (שאלות בדרך כלל מתחוקנות לאםיה: בעלי לאiahות יותר), המראה שלי תמיד היה מקור לביטחון עצמי, עכשו אני כלום". מחשבות חילופיות: "מרבית הטסמים של הטיפול נעלמים בסימונו, המצב הוא זמני, תהיה לי מספורה קזויה שחמיד רצית, אך לא העוזי לעשות, בעלי מבייע אהבה ואיכפתות ואני יודעת שהקשר ביןנו חזק ואמיץ, אני עושה הרבה לעוזר לגוף שלי להזoor למצבו הקודם (אכילה נכונה, טיפולים משלימים)".

רגשות נוכחים: עצב 6, כעס 3, חוסר תקווה 0. חרדות וחששות לגבי העמיד, לגבי אפשרות של מחלת אין רפואי ושתחוור או תפתחה הן תגבות טבעיות ומוחאמות לנצח. חשוב להבהיר זאת למשתתפים, יחד עם זאת המטרה היא להפחית רגשות שליליים כדי לשפר מצב נפשי, על כן מוצע למשתתפים להכין מלאי של תשובות חילופיות למחשובות אוטומטיות במצבים בהם הבדיקה עליה, כגון "הרופה אמר שסיכויי הרפואי גבוהים,

להתמודד עם התగוכות ותחושים רגשיות שונות, בינהן תגוכות מתח, איד-סקט, חדרה של חכמים בלתינזנרים ולתוכן הדמיין המודרך. חשוב בנוסף שהמתפלל יהיה בעל-ידע בבונושא מחלות סרطن, הטיפולים הניטנים, וטופעות לווא. כמו כן, דרוש שילוב של ידע ומינונות בהנחת קבוצות. שילוב זה של תחומי ידע נדרשים יכול להוות מוקד של קושי בעבודה לפי המודל המוצע כאן. ובנוסף — על המתפלל להיות חלק מצוות רב-מקצועי המתפלל בחולים

לעכוז בשתווך פעולה עימם. מודל ההתערבות המתווך מעלה כמה סוגיות ושאלות. אוגייה אחת העולה באופן תדריך היא עד כמה להיצמד למודל, לעומת זאת הדרישות לצרכים המידניים הרבים של ביטוי עיבוד רגשי. הוויסות אינוomid קל ומחייב ערכנות וغمישות. בקבוצות של חולמים עם מחלה מתקדמת בעיה זו אף חריפה יותר. אוגייה אחרת עולה סכיב זיהוי צרכים אינטלקטואליים שהמסגרת הקבוצתית המובנית אינה מספקת לענות עליהם. בעיקר מדובר במשתפים חרדים או דיכאוניים יותר או הסובלים מביעות משפחתיות או אישיות נספנות. משתפים אלה מופנים לעיתים קרובות להמשך טיפול אינטלקטואלי. מסגרת הקבוצה המאפשרת השתתפות בני משפחה, אך אינה מחייבת, יכולה גם היא ליצר קושי ולעורר דינמיות תזונתית, שיש לחתה עליה את הדעת.

בנוסף, מסגרת הקבוצה אינה מאפשרת התיחסות מסוימת לזרחי והגשתח הנחות בסיס המלצות את האדם לאורך שנים ומשפיעות על אופיינו של המחשבות האוטומטיות (1). יש הטוענים שהגשתח הנחות בסיס חיונית להשגת מטרות הטיפול (47). מכיוון שבמודל המוצע מדובר על תהליכי של מידת מילויות מינימיות להתמודדות עם מחלת הסרטן, הרי עיל למדי להתמקד בנהחות בסיס הקשורות למחלת הסרטן (11). שינוי משמעותי הנזפה לעתים קרובות בחשיבה ויאלייטית-אופטימית (9). דפוסי מחשיבה פסימית לחשיבה ויאלייטית-אופטימית (9). דפוסי חשיבה חדשניים אלה מאפשרים הפתחה במידת החדרה, המתח והדיכאון ושיפור באיכות החיים. כמו כן, חשוב לזכור שהאופי המוקד והמבנה של המודל הקוגניטיבי התנהגו איננו מאפשר התיחסות למלאו התగובות והתהליכים הרגשיים והקוגניטיביים שעוברים החולם, והדיבטים שונים, כמו תחושות של אובדן ואבל לא.

סוגייה נוספת מתייחסת למספר המפגשים הרצוי, כאשר מחד, מפגשים נוספים יכולים לסייע בהעמקת והפנמת מיזוגיות החתומות, אך מאידך, קיימת המנהה לפיתחה של קבוצה חדשה. השילוב, בעיקר, בין מספר מפגשים קטנים להטרוגניות במצבם הנפשי של המשתתפים וצורךיהם ללקач הلمידה שלהם, גורם לעיתים לאוצר מתן החיהחסות אישית מספקת לכל אחד מהמשתתפים. אדלמן וח'ב' (13) מציגים מודל התערבות קבוצית של 12 מפגשים. לעומת (48, 49) הצביעו על תוצאות הנשמרות לאורך

ולומדים על התగובות הגוף-נפשית למצוות מתח ורגיעה (בשלב זה הקירבה ואוירית הלמידה המשותפת כה גבויים, שהצפיה של האחרים לא מפריעה לאדם המבצע את החרפהיה).

לבסוף נעשה סיכום המפגשים. המשתחפים בודקים אילו מיוםנוויות רכשו, מה מתאים להם במיוחד, אילו שינויים חלו אצלם ומתקיימים דיון כיצד לשמור את השיטות ולהתמודד בהן לאורך זמן.

בסיום המפגש מחולקים למשתתפים קלוטות/דיסקים של הרפיה, הכוללים אינטגרציה של כל חלקי הרפיה שנלמדו עד כה, במטרה לאפשר להם להמשיך ולישם את מיומנויות הרפיה שרכשו במהלך המפגשים.

דילן

במאמר הווגז מודל להתערבות קבוצתית, קוגניטיבית-התנהגותית, בשילוב ביו-פיזיולוגי, ללימוד מומנוויות התמודדות ולšípor רוחה אישית של חולן סרטן ובני משפחתו. מעטים המודלים המתיחסים להתערבות קבוצתית קוגניטיבית-התנהגותית עם חולן סרטן (11, 12, 26, 27, 28, 29, 35, 36), וקיימת חשיבות לפתח ולהרחב תחום זה. בנוסף, המודל הנוכחי שם דגש רב יותר על התייערכות כתהליכי למידה ורכישת מומנוויות, בהתבסס על העיקרונות של שיתוף וחקירה משותפת (4, 5). מכיוון שמדובר באוכלוסייה נורמטטיבית, בפרק כל בראה נשפייה, המתמודדת עם אירוע חיים מסוימים וחידש, ניתן ואפק מתאים, לחזק היבט זה בהתייערכות בקבוצה. התערבות קוגניטיבית-התנהגותית נחשכת ליעילה באופן מיוחד בהקשר הקבוצתי-מכיוון שקבוצת אנשים עובדת במשמעות לזהות את המשכבות של כל אחד מחברי הקבוצה, וההתורמה של חשיבה משותפת היא משמעותית ביותר (1). בנוסף, אופייתה קצר המועד של ההתייערכות, הייתה מוקדמת, בעלת תוצאות מדידות למשתתפים המגבירות את תחושת השיליטה, נראה מותאמת לצרכים של החולנים ובני משפחותיהם. השימוש של גברים ונשים בקבוצה אחת מהויה יתרון נוסף. ואומנם, ההיענות הגבוהה של חולנים ובני משפחחה להשתתף, והשינור הגבוה יחסית של גברים המשתתפים בקבוצה יכול להצביע על התאמה לחולן סרטן בשלב קבלת הטיפוליים הכימותרפיים.

למרות הדגש המושם על חיליך של לימודי וריכישת מיומנויות, חשוב להזכיר שמדובר בתחום טיפולי לכל דבר הדורש מיומנויות מכךויות גבוהות (2). ההנחה צריכה להיעשות על-ידי אנשי מקצוע מיומנים, בעלי יכולות אבחון, ושליטה בגישות הקוגניטיביות וההתנהגותיות כמו גם שליטה בטכניקות הרפיה. רוחות חיים גישה שאפשר למד הרפיה על-ידי בעלי מקצועות שונים, לאו דוקוא טיפוליים. בוגדורן לכך, בעבודה הטיפולית שתוארה נדרשת שליטה מירביה רוועץ בהרבה וכוח ירומם מיטולים שהאפשרות

16. Clarke D.M., Kissane D.W., Demoralization: Its phenomenology and importance. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 36: 733-742, 2002.
17. Cohen M., Coping and emotional distress in primary and recurrent breast cancer patients. *J. Clin. Psychol. Med.*, 9: 245-251, 2002.
18. Osborne R.H., Elsworth G.R., Kissane D.W., The mental adjustment to cancer (MAC) scale: Replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychol. Med.*, 29: 1335-1345, 1999.
19. Watson M., Greer S., Pruyn J. et al., Locus of control and adjustment to cancer. *Psychol. Rep.*, 66: 39-48, 1990.
20. Bjorck J.P., Hopp D.P., Jones L.W., Prostate cancer and emotional functioning: Effects of mental adjustment, optimism, and appraisal. *J. Psychosoc. Oncol.*, 17: 71-85, 1999.
21. Carver C.S., Pozo C., Harris S.D. et al., How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 65: 375-390, 1993.
22. Moorey S., Greer S., Watson M. et al., Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3: 39-46, 1994.
23. Weisman A.D., Worden J.W., Coping and vulnerability in cancer patients. Boston, Mass, Gen. Hospital, 1977.
24. Elsesser K., van-Berkel M., Sartory G. et al., The effects of anxiety management training on psychological variables and immune parameters in cancer patients: A pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 22: 13-23, 1994.
25. Greer S., Moorey S., Baruch J.D.R. et al., Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomized trial. *Brit. Med. J.*, 304: 675-680, 1992.
26. Moorey S., Greer S., Bliss J. et al., A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counseling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7: 218-228, 1998.
27. Bottomley A., Group cognitive behavioral therapy interventions with cancer patients: A review of the literature. *Eur. J. Cancer Care*, 5: 143-146, 1996.
28. Evans R.L., Connis R.T., Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Pub. Health Rep.*, 110: 306-311, 1995.
29. Edelman S., Bell D.R., Kidman A.D., A group cognitive behavior therapy program with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8: 295-305, 1999.
30. Baider L., Uziely B., Kaplan De-Nour A., Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer patients. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 16: 340-347, 1994.
31. Burish T.G., Snyder S.L., Jenkins R.A., Preparing patients for cancer chemotherapy: Effect of coping preparation and relaxation interventions. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 59: 518-525, 1991.
32. Carey M.P., Burish T.G., Providing relaxation training to cancer chemotherapy patients: A comparison of three delivery techniques. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 55: 732-737, 1987.
33. Luebbert K., Dahme B., Hasenbring M., The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 10: 490-502, 2001.
34. Lyles J.N., Burish T., Krozely M.G. et al., Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 50: 509-524, 1982.
35. Cohen M., Kuten A., Cognitive-behavior group intervention for relatives of cancer patients: A controlled study. *J. Psychosom. Res.*, 61: 187-196, 2006.

שנתיים בשיפור רוחה נפשית ותפקידים חיטוניים בקרב חוליות מלונמה, אשר השתתפו בקבוצה למדורית עם מרכיבים קוגניטיביים והתנהגותיים בת 6 מפגשים בלבד. ואומנם, השינוי המדווק בפגשים אלה, כמו גם תוצאות המחקרים שבדקו את המודול המתואר (36, 35) מצביעים על עילוות המודול, למורת מגבליותיו.

נוחץ המשך מחקר לבחינת יעילות ההתרבותה בהתאם לגיל, מיגדר, סוג ושלבמחלה.נוחץ בעיקר מחקר אורך לבדיקת תוצאות לטווה ארוך. למשל, חשוב לבדוק האם חולמים עםמחלה ראשונית שהשתתפו בקבוצות יתמודדו טוב יותר עם חזרה של המחלת כשו מתרחשת, לעומת אלה שלא השתתפו. קידום מחקר בתחום זה מהוווה אתגר קליני וקדמי, אשר יקדם את הידע והטיפול בתחום הפסיכואונקולוגיה.

סודות:

1. Beck A.T., Cognitive therapy and the emotional disorders. 4th ed. Madison, CT, Int. Univ. Press, 1976.
2. White J.R., Introduction. In: White J.R., Freeman A.S. (Eds.), *Cognitive-behavioral group therapy*. pp 3-25, Washington, DC, APA, 2000.
3. Ellis A., Reason and emotion in psychotherapy. New York, Layle Stuart, 1962.
4. Blackburn I., Twaddle V., *Cognitive therapy in action*. London, Souvenir Press, 1996.
5. Dattilio F.M., Padesky C.A., *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL., Professional Resource Exchange, 1990.
6. Padesky C.A., Greenberg D., *Clinician's guide to mind over body*. New York, Guilford Press, 1995.
7. Dattilio F.M., Freeman A.M., *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention*. New York, Guilford Press, 1994.
8. Leise B.S., Integrating cognitive therapy and triage. In: Roberts A.R. (Ed.), *Crisis intervention and time limited cognitive treatment*. pp 28-51, Newbury Park, CA., Sage, 1995.
9. Ritvo P.G., Irvine M.J., Katz J. et al., Introduction. In: White J.R., Freeman A.S. (Eds.), *Cognitive-behavioral group therapy*. pp 263-280, Washington, DC., APA, 2000.
10. Clark D.M., Fairburn C.G., *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford, Oxford Univ. Press, 1997.
11. Moorey S., Greer S., *Cognitive behavior therapy for people with cancer*. Oxford, Oxford Press, 2002.
12. Edelman S., Bell D.R., Kidman A.D., Group CBT versus supportive therapy with patients who have primary breast cancer. *J. Cognitive Psychotherapy*, 13: 189-202, 1999.
13. Edelman S., Kidman A.D., Description of a group cognitive behavior therapy program with cancer patients. *Psycho-oncology*, 8: 306-314, 1999.
14. Kissane D.W., Bloch, S., Smith G.C. et al., Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 12: 532-546, 2003.
15. Penedo F.J., Molton I., Dahn J.R. et al., A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Ann. Behav. Med.*, 31: 261-270, 2006.

36. Cohen M., Fried G., Relaxation and guided imagery training group versus cognitive-behavioral group therapy for women with primary breast cancer. *Res. Soc. Work Pract.*, 7: 313-323, 2007.
37. Mahoney M.J., Personal science: A cognitive-learning theory. In: Ellis A., Greiger R. (Eds.), *Handbook of rational psychotherapy*. pp 3-33, New York, Springer, 1977.
38. Brad A.A., Beck A.T., *The integrative power of cognitive therapy*. New York, Guilford, 1997.
39. Yalom I.D., *Theory and practice of group psychotherapy*. New York, Basic Books, 2005.
40. Lang A.J., Craske M.G., Introduction. In: White J.R., Freeman A.S. (Eds.), *Cognitive-behavioral group therapy*. pp 63-97, Washington, DC., APA, 2000.
41. Everly G.S., Rosenfeld R., *The nature and treatment of stress response*. New York, Plenum Press, 1981.
42. Payne R.A., *Relaxation techniques*. Edinburgh, Harcourt, 2000.
43. Öst L.G., Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav. Res. Ther.*, 25: 397-407, 1987.
44. Auerbach S.M., Gramling S.E., *Stress management: Psychological foundations*. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 1998.
45. Leahy A., Clayman C., Mason I. et al., Computerized biofeedback games: A new method for teaching stress management and its use in irritable bowel syndrome. *J. R. Coll. Physicians*, 32: 552-556, 1998.
46. Nagai Y., Goldstein L.H., Fenwick P.B.C. et al., Clinical efficacy of galvanic skin response biofeedback training in reducing seizures in adult epilepsy: A preliminary randomized controlled study. *Epilepsy Behav.*, 5: 216-223, 2004.
47. Dozois D.J.A., Frewen P.A., Covin R., Cognitive theories. In: Thomas J.C., Segal D.L., Hersen M. (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology*. Vol. 1: Personality and everyday functioning. pp 173-191, Hoboken, NJ., John Wiley, 2006.
48. Fawzy F.I., Cousins N., Fawzy N.W. et al., A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47: 720-725, 1990.
49. Fawzy F., Fawzy N.W., Group therapy in the cancer. *J. Psychosom. Res.*, 45: 191-200, 1998.

מכון רמת אביב
פסיכותרפיה - אילנה לאור מ.א.
ר' ח' וחלדו. רמת אביב

03-6427272
www.hebpsy.net/ramat

Ramat-Aviv Institute
Psychotherapy-Ilana Laor M.A
Brazil St. Ramat Aviv 155

תוכנית השתלמויות מכון רמת אביב

תוכנית ההשתלמויות של המכון היא רבת פנים ומיעדת לעובות על צרכים מגוונים שלנו כאנשי מקצוע. חלקה תיאורטי יותר וחלקה קליני יותר, אך כל יחידות הלימוד מקפידות על קשר בין תיאוריה לקליניקה. מטרותינו לאפשר יישום של הלמידה בעבודה הטיפולית. התוכנית מיועדת לאנשי מקצוע בדרגות בכירות שונות: צעירים במקצוע ובכירים כאחთ. העובודה בקבוצות קטנות, פתוחות לחשיבה ולמפגש, מאפשרת את הלימוד המשותף.

הקורסים השנה:

ויניקוט ומשיכיו – סדנא תיאורטית קלינית. ונדי זיספ: ימי ג', 14:00-16:00, 4/11/09, עד 17/2/09
הזרם העצמי בפסיכיאנליה – קלינית, פאולה היימן, באילנס, פרברן, מילנו, ליטל, מסעוז, חאן ובולאס.
עדית ברק-מלמד: ימי ג', 14:00-16:00, 3/2/09 עד 19/5/09

הסדנאות השנה:

שיםוק הסמכות החומרית – תיאוריה ואמצאים טיפוליים. עידן עמיאל: ימי א', 15:00-9:00, 7,14/12/08.
מייקוד ותחזית זמן למרחב האנטלי – התמסורות למטופל או כניסה לדרישות מציאות לוחצת – סדנא קלינית תיאורטית.
אלנה לאור: ימי ה', 9:00-14:00, 1,8/1/09.
טיפולים נוגעות – עבודה עם מצבים גנטליים וראשיים – סדנא תיאורטית קלינית. נעמה קיןן (שתי סדנאות, שנתקן להחת את שתיהן יחד או כל אחת מהן): ימי א', 9:00-14:00, 6,13/2/09, 8,15/5/09.
הרמן הקבוצתי – הקבוצה כ"מרחב מעבר" פוטנציאלי מחוותית פגיעות וכאב לחווית חיים וחושניות – סדנא קלינית תיאורטית.
עמי גפור: ימי ה', 9:00-14:00, 12,19/3/09.

ההדרכות השנה:

טיפול פרטני – דוני גריינולד; טיפול קבוצתי ופרטני – לאון זינגלבלט; טיפול בילדים – נאות יופה-ינקלוביין.

פגשים "מהסוג האוצר"

"לנסוע בפרוזורי הנפש, לחדר אל חדרי הלב" – 4 מפגשים על שירה, פסיכולוגיה, חיים ומה שבינהם – עם המשורר והמתרגם רפי ויכרט ואורחים. המפגשים יתקיימו ביום ד', 22/4/09, 18/3/09, 11/2/09, 7/1/09, 20:30-22:00.

פיתוח הקווים, הסדנאות והפגשים ייפורוט באינטנסivo, באתור המכון