

מודל התערבות קבוצתית קוגניטיבית-התנהגותית בשילוב ביו-פידבק לחולי סרטן ולבני משפחתם

ד"ר מירי כהן¹

הטיפול הקוגניטיבית-התנהגותי נפוץ במצבי מחלה, ולמרות זאת, מעט מאוד נכתב אודות טיפול קבוצתי בשיטה הקוגניטיבית-התנהגותית לחולי סרטן ולבני משפחתם. מטרת המאמר היא להציג מודל של עבודה טיפולית עם חולי סרטן ועם בני משפחה של חולים, המיועד ללמד דרכי התמודדות עם מחלת הסרטן ועם השלכותיה. זהו מודל של שישה מפגשים, המדגיש תהליכים של למידה ורכישת מיומנויות של זיהוי מחשבות מעוררות מצוקה ושינויין יחד עם לימוד הרפיה, ודמיון מודרך. נעשה שימוש בביו-פידבק במטרה לשפר ולחזק את הלימוד של מיומנויות ההרפיה ולהעניק ביטחון ביכולת השליטה במיומנויות אלו. השימוש בביו-פידבק מספק מרכיב חווייתי, מסייע ביצירת מודעות למצבי עוררות פיסיוולוגית וביישום השיטות השונות להפחתת מצוקה ודחק.

מ ב א

גישה הקוגניטיבית מתמקדת באינטראקציות שבין מחשבות, רגשות והתנהגויות (1, 2). לפיה, האופן בו הפרט תופס ומפרש מצבים בחייו מגדיר, במידה רבה, את תגובתו הרגשית וההתנהגותית למצבים אלה (1). על כן הטיפול הקוגניטיבי מתמקד בזיהוי מחשבות ופירושים יוצרי מצוקה נפשית והחלפתם במחשבות מותאמות וסתגלניות (adaptive) יותר. במהלך השנים מאז פותחה התיאוריה הקוגניטיבית על-ידי בק (1) אלס (3) ואחרים (4, 5, 6), הפכה הגישה לנפוצה מאוד בטיפול במיגוון של הפרעות נפשיות, אך גם בהתערבות במצבי משבר ומצבי מצוקה בתגובה לאירועי חיים שליליים (7, 8) כמו גם במצבי מחלה (9). כן משולבים בטיפול הקוגניטיבי מרכיבי טיפול התנהגותיים כגון הרפיה, טכניקות הסחה, וביצוע מטלות מדורג, וכן פתרון בעיות (10, 11).

בעשרים השנה האחרונות התפתחו גישות טיפוליות המיישמות את המודל של הטיפול הקוגניטיבי או היבטים ממנו לטיפול בחולי סרטן (11, 12, 13, 14, 15). מחלת הסרטן היא אירוע בחיי האדם, המערער את אושיות הביטחון ותחושת הוודאות שהפרט עמל לפתח במהלך חייו. היא נתפסת כאיום לתחושת השרידות שלו, לדימוי העצמי ולתחושת השליטה של הפרט בחייו ובעתידו (11, 16). בהתאם לגישה הקוגניטיבית, נמצא במחקרים שרמת הדחק והמצוקה בקרב חולי סרטן מושפעת במידה לא מבוטלת מהפירוש והמשמעות הניתנים למחלה, לטיפולים ולהשלכותיהם על חיי הפרט, ולא רק ממצב המחלה כשלעצמו (11, 17, 18, 19). ככל שהאיום של המחלה נתפס

גדול יותר, כך יגיב האדם בתחושות של חוסר אונים, חרדה, כעס, אשמה ודיכאון (18, 20, 21).

הפחתת רגשות שליליים, באמצעות שינוי והתאמת דפוסי חשיבה סתגלניים (adaptive) יכולה לגרום לשיפור ברווחה הנפשית, ביכולת טובה יותר להתמודד עם המחלה ועם הטיפולים (22), הפחתת עוצמתן של תופעות הלוואי של הטיפולים, כגון עייפות, בעיות שינה, בעיות ריכוז, בחילות וכו'.

בספרות המקצועית פורסמו מספר דיווחים על עבודה טיפולית עם חולי סרטן באמצעות הגישות הקוגניטיביות התנהגותיות. וייסמן וורדן (23) תיארו לראשונה טיפול פרטני, המתמקד בשיפור מיומנויות הסתגלות. אולם, בבדיקת תוצאות התערבות עם 58 מטופלים בהשוואה לקבוצה של חולים שלא עברו טיפול, לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות. אלססר וחבריו (24) בדקו התערבות פרטנית אשר כללה ניהול דחק והפחתת חרדה ונמצא שיפור מסוים לטובה בקרב אלה שקיבלו טיפול לעומת קבוצת ביקורת.

מורי וגרייר (11) פיתחו מודל של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי המותאם לטיפול פרטני וזוגי בחולי סרטן. המודל כולל זיהוי מחשבות שליליות והנחות בסיס הקשורות למחלה והחלפתן בדרכי חשיבה סתגלניות, 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 נפשית, הם מצאו בקרב מקבלי הטיפול ירידה משמעותית ברמת המצוקה הנפשית, פחות חרדה, שיפור בתחושת חוסר אונים ורוח לחימה גבוהה יותר בהשוואה לחולים שהמשיכו לקבל את הטיפול הרגיל. הבדל זה נשמר בבדיקה שנערכה לאחר 4 חודשים (22, 24, 25). במחקר נוסף הם הישוו בין תוצאות של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי לתוצאות של טיפול תמיכתי ומצאו שוב שיפור

¹ החוג ללימודי הזיקנה ובית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

cohenm@research.haifa.ac.il

ד"ר מירי כהן

נמצאה הפחתה משמעותית בתפישת מוקד שליטה בריאותי חיצוני (36). השיפור המתואר נשמר במהלך ארבעה חודשים מסיום ההתערבויות הקבוצתיות (35, 36).

במאמר הנוכחי יתואר מודל התערבות קוגניטיבי-התנהגותי בקבוצה, המתבסס על המודל של עבודה טיפולית אינדיבידואלית של מורי וגרייר (11). בשונה ממודלים קבוצתיים המוצגים בספרות, המודל הנוכחי שם דגש רב יותר על אווירה של למידה משותפת, על אינטגרציה של רכישת מיומנויות הרפיה ודמיון מודרך, ושימוש בהם להפחתת סימפטומים וביטויים גופניים של לחץ. כן הוא כולל שימוש בביפידבק, שלא דווח בעבר, בהתערבות עם חולי סרטן, לחיזוק הלמידה של ההרפיה. בנוסף, המודל מיושם עם חולים ובני משפחה, וגם עליו לא דווח בעבר.

מטרות ההתערבות

מטרות ההתערבות גזורות מהמודל של מורי וגרייר והן זהות לגבי החולים ובני המשפחה (11): הפחתת מצוקה רגשית, הפחתת ההשפעות השליליות של לחץ על הגוף, הקניית מיומנויות של התמודדות עם המחלה ועם ההשפעות הגופניות והרגשיות של טיפולים כימותרפיים. כן מיועדת ההתערבות להגביר את תחושת השליטה ורוח הלחימה בקרב החולים ובני משפחותיהם. בקבוצות של חולים עם מחלה מתקדמת, המטרות זהות באופן בסיסי, אך דגש רב יותר מושם על שיפור איכות החיים וחיזוק דרכי התמודדות מותאמות כמו הימנעות חיובית (11).

מ ש ת פ י ם

ההתערבות הקבוצתית מוצעת לכל החולים המקבלים טיפול כימותרפי ובני-משפחה מעוניינים. אין הגבלה של סוג הגידול, מיקומו, מיגדר; ולגבי בני משפחה – אין הגבלה לגבי סוג הקירבה המשפחתית. אף שבעבר נערכו קבוצות נפרדות לחולים ולבני משפחה, כיום הקבוצות נערכות במשותף. מתקיימות קבוצות נפרדות לחולים עם מחלה ראשונית ולחולים עם מחלה מתקדמת. הרציונל להפרדה בקבוצות בין שלבי המחלה הוא כי לחולים עם מחלה ראשונית קשה להתמודד עם החשיפה לחולים עם מחלה מתקדמת ועם רגשותיהם ומצוקותיהם. בנוסף, הקשיים, השאלות ולעתים מוקדי ההתמודדות הם שונים בין אנשים המתמודדים עם שלבים שונים של המחלה. בכל קבוצה משתתפים בין 6 ל-12 משתתפים. הקבוצות נערכו באופן שוטף במהלך כחמש השנים האחרונות, ועם סיום קבוצה אחת, התחילה קבוצה חדשה. הגיוס נעשה על-ידי הצוות הסיעודי והצוות הפסיכו-סוציאלי. כעשרה אחוז מכלל החולים בוחרים להשתתף. מרבית הלא משתתפים אינם דוברי עברית, הם בגיל גבוה, מצב המחלה או הטיפולים אינו מאפשר להם להשתתף או עקב בעיות ניידות. בנוסף, יש חולים אשר אינם מעוניינים לקבל התערבות מקצועית

משמעותי בדרכי התמודדות, רוח לחימה וירידה ברמת החרדה בקרב מקבלי הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי לעומת אלה שקיבלו טיפול תמיכתי (26).

בעשור האחרון נעשה מספר מצומצם של מחקרי הערכה של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במסגרת של קבוצה. למשל, בוטומלי (27) דיווח על שיפור משמעותי בדרכי התמודדות בקרב משתתפים בקבוצה קוגניטיבי-התנהגותית בהשוואה לקבוצת תמיכה, אך לא ניכר הבדל בין הקבוצות לאחר 3 חודשים. אוונס וקוניס (28) דיווחו על תוצאות דומות של קבוצות קוגניטיבי-התנהגותיות וקבוצות תמיכה, אך המשתתפים בקבוצת התמיכה היו בעלי פחות סימפטומים של מצוקה לאחר שישה חודשים. גם אדלמן, בל וקידמן (12) מצאו שיפור משמעותי בסימפטומים של מצוקה נפשית אצל חולות סרטן שד שהשתתפו בקבוצה קוגניטיבי-התנהגותית לעומת כאלו שהשתתפו בקבוצת תמיכה וכן מצאו שיפור משמעותי בקרב חולים עם סרטן גרורותי שהשתתפו בקבוצה קוגניטיבי-התנהגותית לעומת חולים כאלה שלא קיבלו טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (29).

טכניקות של הרפיה ודמיון מודרך מהוות מיומנות התמודדות חשובה עבור חולי סרטן. מספר מחקרים אמפיריים דיווחו על היעילות של לימוד הרפיה ודמיון מודרך להפחתת מצוקה נפשית, הפחתת סימפטומים, שיפור רמת אנרגיה ושיפור איכות חיים בקרב חולי סרטן (30, 31, 32, 33, 34). ביידר ועמיתיה (30) מציגות מודל התערבות המבוסס על לימוד שיטתי של הרפיה ודמיון מודרך, אשר השיג הפחתה משמעותית במצוקה נפשית, ברמת חודרנות ורמת הימנעות בהשוואה לקבוצת ביקורת. הבדל זה נשמר לאחר שישה חודשים.

המודל המתואר במחקר הנוכחי נבדק בשני מחקרי הערכה פרוספקטיביים, על-ידי כותבת המאמר בשיתוף עם עמיתים (35, 36). המחקרים בדקו את יעילותה של התערבות קבוצתית קוגניטיבי-התנהגותית והם היוו בסיס לגיבוש המודל שמתואר במאמר הנוכחי. מחקר אחד הצביע על ירידה משמעותית במצוקה נפשית ובקשיי שינה, ושיפור משמעותי ברמת התמיכה הנתפשת ובהסתגלות בקרב בני משפחה של חולי סרטן, שהשתתפו בקבוצה בת תשעה מפגשים, בשיטה הקוגניטיבי-התנהגותית, לעומת קבוצה מותאמת שקיבלה את הטיפול המקובל על-ידי הצוות הרפואי, סיעודי ופסיכו-סוציאלי של המכון האונקולוגי (35). המחקר השני בדק תוצאות של התערבות קבוצתית בקרב חולות סרטן שד עם מחלה ראשונית לעומת קבוצת ביקורת (36). במחקר זה, נערכה השוואה בין התערבות קבוצתית קוגניטיבי-התנהגותית, להתערבות קבוצתית התנהגותית ובהשוואה לקבוצת ביקורת שקיבלה את הטיפול המקובל. שתי קבוצות ההתערבות נמצאו יעילות באותה המידה בהפחתת סימפטומים של מצוקה נפשית, בהשוואה לקבוצת הביקורת. בקבוצה ההתנהגותית נמצאה ירידה רבה יותר בקשיי שינה ורמת עייפות, בעוד שבקבוצה הקוגניטיבי-התנהגותית

מודל התערבות קבוצתית קוגניטיבית-התנהגותית בשילוב ביו־פידבק לחולי סרטן ולבני משפחתם

ראשון להפחתת תגובות של לחץ וחרדה הוא יצירת מודעות אליהן.

2. זיהוי דפוסי חשיבה יוצרי רגשות שליליים והחלפתם במחשבות מותאמות-מציאות וסתגלניות, בהתבסס על המודל הקוגניטיבי – ההיכרות עם המודל הקוגניטיבי ועבודה לפי שלביו מתקדמת עם כל מפגש, עד להיכרות עם המודל השלם. בניגוד לגישה הטיפולית הקוגניטיבית, הדגש במודל הנוכחי הוא על למידה לִשֵּם עבודה עצמית.

3. טכניקות של הסחה קוגניטיבית (עיסוק בפעילות קוגניטיבית, למשל: תכנון אירוע כלשהו, שיחזור שיר) והסחה התנהגותית (עיסוק בפעילות כלשהי המעניינת או מהווה מקור הנאה לפרט) נלמדות לשימוש במצבים מעוררי חרדה, כמו לפני בדיקות או המתנה לתוצאות של בדיקות (40).

4. הרפיה מלאה נלמדת בהתבסס על הרפית שרירים פסיבית (41), המתמקדת ביצירת רגיעה מתקדמת באברים של הגוף – הרפיה פסיבית מבוססת על הרפיה מתקדמת לאורך אברי הגוף, כאשר האדם ממקד את תשומת ליבו באיבר הספציפי כדי לחוש אותו ולזהות קיומן של תחושות מתח, עייפות או חוסר נוחות (41). בכל מפגש מתמקדים באיזור אחר של הגוף, יוצרים מודעות לתחושות השונות באיזור זה, ואז על-ידי מיקוד המחשבה בהן מנסים להרפות ולשחרר את השרירים באיבר המסוים. במהלך לימוד ההרפיה לומדים לבצע נשימות עמוקות והעמקת ההרפיה באמצעותן (41). שילוב לימוד הרפיה עם ההתערבות הקוגניטיבית-התנהגותית מרחיב במידה רבה את היכולת היישומית שלה, מכיוון שהורדת רמת המתח הפיסי מאפשרת למשתתפים להתפנות לתהליכים הקוגניטיביים (2).

5. דמיון מודרך הממוקד בהגברת תחושת רווחה ושלווה (30, 42) – מבוסס על 'הליכה' בדמיון למקומות המשרים אווירה רגועה ושלווה. בכל אחד מהמפגשים מודרכים המשתתפים 'ללכת' למקום אחר, כגון שפת ים, שדה פרחים, מעיין נובע, חורשה, כדי לאפשר לאנשים להתנסות בתחושות השונות המלוות מקומות אלה ולבחור את ה'מקומות' המתאימים להם ביותר. יש שימוש במרכיבים ספציפיים, כמו הים – המקנה תחושה של רעננות שעוזרת להתמודד עם בחילות בעקבות הטיפול הכימותרפי, או עצים המהווים סמל של כוח וביטחון.

ככל שהטיפול מתקדם, משולבים בדמיון המודרך מרכיבים של ריח, קול וצבע, כדי שהחוויה תהיה כלל חושית ומקיפה. לאחר כל התנסות בהרפיה ובדמיון מודרך מתבצע סבב בדיקה של אופי ההתנסות והתחושות עימן יצאו המשתתפים. הסבב נועד לחזק התנסות חיובית ולענות על בעיות (למשל, דפיקות לב כוח וביטחון).

בכלל או לקחת חלק בהתערבות קבוצתית. מנתונים שאספנו מצאנו שהמשתתפים הם מטווח רחב של גילאים (23-75) ושנות השכלה (8-20) (35, 36) וכשני שלישי הן נשים ושליש גברים. כ־20% מהמשתתפים נושרים במהלך המפגשים, בעיקר בשל סיבוכים רפואיים ותופעות לוואי של הטיפולים. חלקם חוזרים להשתתף בקבוצות הנוספות.

חולים בדיכאון קליני, חולים עם הפרעות נפשיות או בעלי קווים של אישיות גבולית אשר מזוהים על-ידי הצוות המקצועי אינם מופנים לקבוצה, וכאשר מזוהים בתוך הקבוצה ונראה שיתקשו להשתלב או להיתרם על-ידי הקבוצה, מוצע להם טיפול פרטני.

עקרונות מודל ההתערבות

1. חולי הסרטן ובני משפחותיהם מייצגים את המיגוון הרחב הקיים באוכלוסייה מבחינת מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים, משפחתיים ואישיים. חלק ניכר מהם תפקודו במערכות חייהם השונות והיו בעלי איכות חיים טובה ובעלי מיומנויות התמודדות שהיו יעילות למצבי החיים שהכירו עד אבחון המחלה. מחלת הסרטן מחייבת דרכי התמודדות חדשים, שאינם מוכרים. זהו הרציונל לִצֹרך בהתערבות ללמידת מיומנויות ולא טיפול ממוקד בבעיה. מטרתו אלו הן זהות לחולים ולבני-המשפחה והיותם שותפים לתהליך אף מחזק לעתים תחושות של קירבה ופתיחות ביניהם.

2. בהתאם לעקרונות הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, בקבוצה נוצרת אווירה של למידה חוויתית ואקטיבית במסגרת יחסים של שיתוף פעולה (37). מושם דגש על עבודה משותפת של המנחה וחברי הקבוצה על זיהוי ושינוי דפוסי חשיבה לא סתגלניים (4, 5, 38). המשתתפים יודעים שאינם מגיעים לטיפול, אלא לקבוצת למידה, ומטרתם היא ללמוד על-מנת להשיג את השינוי בעצמם. יש בגישה זו קסם מיוחד למשתתפים, אשר יוצר גם תחושה של הנאה.

3. תמיכה, שיתוף ברגשות, עידוד וחיזוק הדדי. יאלום (39) פירט את המרכיבים המרפאים שבהתערבויות בקבוצות וביניהן תחושת שותפות הגורל, התמיכה ההדדית, הנתינה ההדדית, ה'נירמול' של הרגשות והתגובות והמידע שלומדים המשתתפים זה מזה. היבטים אלה של תהליכים קבוצתיים מתקיימים גם בקבוצות המתוארות כאן ובעוצמה רבה, אף שהמיקוד אינו עליהם.

מרכיבי מודל ההתערבות

1. יצירת מודעות לתגובות גופניות של לחץ ולמידה לזהותן – מרבית האנשים אינם ערים לדרכים בהן לחץ נותן את אותותיו בגופם, כגון שרירים מכווצים, כאבים בגוף, דפיקות לב מוגברות, נשימות שטוחות. על כן, צעד

ד"ר מירי כהן

לרגשות, ורשימת דפוסי חשיבה מוטעים, מחולקים במהלך המפגשים והמשתתפים מתבקשים לעיין בהם. בסיום המפגשים המשתתפים מקבלים קלטת או דיסק הכוללים את המודל האינטגרטיבי של הרפיה ודמיון מודרך, כולל נשימות עמוקות בליווי מוסיקה מרגיעה.

מהלך ההתערבות

ההתערבות כוללת שישה מפגשים, אחת לשבוע, בני שעה וחצי כל אחד. קבוצות לחולים עם מחלה מתקדמת ובני משפחתם כוללות 8 מפגשים. המודל המוצג במאמר זה הוא של שישה מפגשים. המסגרת הרחבה יותר זהה, אך מוקדש זמן רב יותר למרכיבים השונים, בעיקר לטכניקות של הפחתת כאב. בקבוצות לחולים עם מחלה מתקדמת מוקדש גם זמן רב יותר לביטוי רגשי ולתמיכה.

מפגש ראשון: המפגש מתחיל בסבב של היכרות, הבהרת ציפיות ויצירת חוזה קבוצתי. למנחה המפגש מהווה הזדמנות להערכה של כל אחד מהמשתתפים, מצבם הנפשי ודרך ההתמודדות שלהם. למשתתפים הוא מהווה הזדמנות ליצירת קשר עם אנשים אחרים במצבם, לשאלות הדדיות, ולביטוי קשייהם ותקוותיהם. במהלך הדיון הפתוח ברגשות ובתגובות של המשתתפים, המנחה מסייע בהבהרת רגשות (חרדה, עצב, כעס). למשל, כאשר משתתף מספר על קושי בהתמודדות עם המערכות הביורוקרטיות – מזוהים יחד עימו רגשות של כעס, תיסכול, חוסר אונים.

בחלק השני של המפגש נערכת היכרות קצרה עם המודל הקוגניטיבי ועקרונותיו. כן ניתן הסבר לעקרונות ההרפיה, כיצד היא משפיעה על הגוף ועל הנפש ומה ידוע בנושא. מעבר למתן ידע, לחלק זה שתי מטרות נוספות: האחת, להפריך תפיסות לא מבוססות הרווחות בספרות הלא-מקצועית על יכולתם הלא מוגבלת של ההרפיה והדמיון המודרך לרפא מחלות, כולל סרטן. המטרה השנייה היא להפחית חרדות ותחושות של חוסר נוחות לגבי ההרפיה, כמו חשש מאובדן שליטה, או "מה יקרה עם ארדם?". למטרה זו נבדק ניסיון קודם של המשתתפים עם הרפיה. רבים מניסיונות קודמים אלה לא היו מוצלחים ויצרו תפיסות כמו "אני לא מסוגל להיכנס להרפיה" או תחושות של חוסר נוחות, או מתח שליוו התנסויות קודמות. בשלב זה נערכת התנסות ראשונית בת 10 דקות בהרפיה עם דמיון מודרך ולאחריה סבב תגובות על התחושות.

לקראת סיום המפגש ניתן תרגיל הבית שבו המשתתפים מתבקשים לזהות רגשות ועוצמתם והאירועים שעוררו את הרגשות. מחולקים דפי ניטור של "אירוע – הרגשה – עוצמת הרגשה (בסולם 1-10)".

מפגש שני: מפגש זה, כמו כל הבאים אחריו, מתחיל בבדיקת תרגיל הבית, כאן – זיהוי רגשות ותגובות לאירועי השבוע. כהמשך ישיר לכך המנחה מציג את מושג

תוך כדי הרפיה, תחושת הירדמות בגפיים, חדירה של מחשבות לא רצויות, חוויה קשה שחדרה לתודעה תוך (כדי ההרפיה).

6. הרפיה מיידית – לאחר שהמשתתפים שולטים בטכניקת ההרפיה העמוקה, נלמדת טכניקת ההרפיה המיידית הכוללת נשימה עמוקה, סריקה של אברי הגוף, ויצירת תחושת הרגיעה שכבר נלמדה (43). מוצע למשתתפים לאמץ מילת קוד לרגיעה שעליה חוזרים בעת ביצוע הסריקה. המשתתפים מתבקשים להתאמן בהרפיה המיידית בעת ביצוע פעולות נייטרליות (שיחה, צפייה בטלוויזיה, בישול) ואז ליישם את הטכניקה במצבי דחק מידיים.

7. שילוב עבודה עם מכשיר ביו-פידבק ממוחשב ללימוד ההרפיה וליישום השימושים בה – מכשיר הביו-פידבק הוא כלי ממוחשב המספק משוב חזותי או שמיעתי לתגובות פיסיוולוגיות, כמו מתח שרירים, דופק, טמפרטורה, או רמת מוליכות עורית (Electro-Dermal Activity – EDA), המהווים אינדיקטורים לשינויים ברמת המתח או ההרפיה של הפרט (44). מכשיר הביו-פידבק מספק משוב נראה ומיידית ומאפשר יצירת מודעות לתחושות של מתח והרפיה. הוא משקף כיצד מצבים גופניים, כמו גם מחשבות, משפיעים על רמת ההרפיה הנמדדת (44, 45, 46). מכשיר הביו-פידבק מסייע בהפנמה וביישום של טכניקות ההרפיה הנלמדות. השימוש בו אינו חיוני להשגת מטרות ההתערבות, אך תורם ללמידה וגם לעניין ולהנעה (מוטיבציה).

בהתערבות הנוכחית, המערכת הממוחשבת משתמשת במדד ההולכה העורית, ה-EDA (באמצעות חישנים המחוברים לשתי אצבעות) ומתרגמת אותם לגרף או למשחקי אנימציה. ככל שהאדם משיג רמת הרפיה גבוהה יותר, הדמות או העצמים שבמשחק מתקדמים במסלול מסוים או משנים צורתם, עד להשגת המטרה. מהניסיון שנצבר עולה שההתנסות עם מכשיר הביו-פידבק שיפרה את יכולת ביצוע ההרפיה, החולים למדו להגיע מהר יותר למצב של רגיעה ולרמה גבוהה יותר של הרפיה. ההתנסות סייעה במיוחד ליצירת תחושת ביטחון ביכולת לבצע את ההרפיה.

8. תרגול בבית – בהתאם למודל הקוגניטיבי-התנהגותי, חלק ניכר מהשינוי מבוסס על תרגול בבית (1, 38). במהלך כל אחד מהמפגשים ניתן תרגול בית בהתאם לשלבי ההתקדמות במרכיבים הקוגניטיביים וההתנהגותיים. בתחילת כל מפגש עוברים על התרגול בבית ותוצאותיו ודנים בו. מכיוון שהתרגול עוסק באירועים וברגשות שבהם התנסו המשתתפים במהלך השבוע, חלק זה מהווה גם הזדמנות לביטוי רגשי ולקבלת ומתן תמיכה.

9. חלוקת דפי הסבר ודיסק הרפיה – דפים, הנותנים הסבר על הגישה הקוגניטיבית, על הקשר שבין מחשבות

מודל התערבות קבוצתית קוגניטיבית-התנהגותית בשילוב ביו־פידבק לחולי סרטן ולבני משפחתם

מגילי, האם בעלי ימשיך לאהוב אותי (שאלות בדרך כלל מתוקנות לאמירה: בעלי לא יאהב אותי יותר), המראה שלי תמיד היה מקור לכיטחון עצמי, עכשיו אני כלום“. מחשבות חילופיות: ”מרבית הסימנים של הטיפול נעלמים בסיומו, המצב הוא זמני, תהיה לי תספורת קצוצה שתמיד רציתי, אך לא העזתי לעשות, בעלי מביע אהבה ואיכפתיות ואני יודעת שהקשר בינינו חזק ואמיץ, אני עושה רבות לעזור לגוף שלי לחזור למצבו הקודם (אכילה נכונה, טיפולים משלימים)“. רגשות נוכחיים: עצב 6, כעס 3, חוסר תקווה 0. חרדות וחששות לגבי העתיד, לגבי אפשרות שלמחלה אין מרפא ושחזור או תפתח הן תגובות טבעיות ומותאמות למצב. 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 למחשבות אוטומטיות במצבים בהם החרדה עולה, כגון ”הרופא אמר שסיכויי הריפוי גבוהים, הבדיקות האחרונות הראו שאין סימנים למחלה, אני עושה כל מה שאפשר ואני סומכת על הטיפול ביי“. המשתתפים מדווחים שתגובות מסוג זה מורידות את החרדה בשתי דרגות (בסולם 10-1) במוצע. ההרפיה במפגש זה מתמקדת בלמידה להרפות את שרירי העורף, הידיים, הגב האגן והרגליים וממשיכים להרפיה כללית של הגוף ולדמיון מודרך.

תרגילי הבית כוללים את המודל המלא של ניטור מחשבות ”אירוע – רגשות (עוצמה) – מחשבות – מחשבות חילופיות, רגשות (עוצמה)“, וכן תרגול ההרפיה מספר פעמים בשבוע. מחולקים דפי הסבר בנושא מחשבות חילופיות.

מפגש רביעי: תוך כדי בדיקת ניטור מחשבות במהלך השבוע, מנסים לזהות דפוסי חשיבה מוטענים (ראיית דברים ב’שחור/לבן’, הכול או לא כלום, הכללת יתר, ראייה אסונית’ וכו’ (11)). יש נגיעה מועטה בהנחות בסיס, בעיקר ברמה של יצירת מודעות אליהם. במפגש זה המשתתפים גם לומדים טכניקות של הסחה קוגניטיבית במצבי הלחץ עצמם – למשל בהמתנה לבדיקה לבצע פעולות הסחה כגון: לתכנן אירוע מתקרב או טיול, לשנן שיר שאוהבים או להתמקד בביצוע ספירה לאחור בקפיצות של שבע. כן נבדקות דרכים להתאמה אישית של הסחה התנהגותית, כמו פעילות גופנית, משחק עם אדם נוסף ועוד. במפגש זה מתמקדת ההרפיה בלימוד נשימות הרפיה עמוקות ושילובן בהרפיה הכוללת. התרגול בבית כולל הפעם גם זיהוי דפוסים של עיוותי חשיבה. מחולקים דפי הסבר בנושא. כן מוצע למשתתפים לתרגל תרגילי נשימה עמוקה, בנוסף לתרגול ההרפיה הכוללת.

מפגש חמישי: לאחר בדיקת התרגול הביתי, מרבית המפגש מוקדשת להרפיה. ההרפיה היא כעת אינטגרטיבית וכוללת את כל המרכיבים. בהמשך, המשתתפים לומדים שיטת הרפיה מיידית ומתאמנים בה. מכשיר הביו־פידבק ודרך עבודתו מוצגים ומוסברים וכל אחד מהמשתתפים מתנסה

המחשבות האוטומטיות והאופן בו הן מעוררות רגשות ספציפיים. נעשה שימוש בדוגמאות שהוצגו קודם לכן על-ידי המשתתפים, ונערך ניתוח משותף שלהן בקבוצה במטרה לזהות את המחשבות שמאחורי הרגשות. המשתתפים שותפים באופן ער לניתוח ולהעלאת השערות לגבי המחשבות. בחלק השני השיחה מתמקדת בזיהוי תחושות גופניות של מתח, עובדת היותן שונות מאדם לאדם, ויצירת מודעות לאברים ולשרירים בהם הפרט מבטא את המתח שלו. דגש מיוחד מושם על אזורי המתח הספציפיים בפנים (סביב העיניים, המצח, הלסת). בחלק האחרון מתקיימת התנסות בהרפיה. ההרפיה מתמקדת בראש ובחלקי הפנים השונים, כאשר המשתתפים מתבקשים למקד את תשומת ליבם בכל אחד מחלקי הפנים, לזהות תחושות של מתח או אי-נוחות, ואז להרפות ולשחרר חלק זה. לאחר מכן, ממשיכים להרפיה כללית של הגוף ולדמיון מודרך.

בסיום המשתתפים מקבלים חומר הסבר בנושא המחשבות האוטומטיות, טבלת ניטור ”אירוע-רגשות (עוצמה) – מחשבות“. הם מונחים להתחיל בביצוע הרפיה, על סמך זיכרוןם עד כה את ההתנסות, כפעמיים שלוש בשבוע, וכן משימה של זיהוי תחושות גופניות של מתח.

מפגש שלישי: התוודעות לנושא איתגור המחשבות השליליות והצבת מחשבות מותאמות למציאות. עבודה זו נעשית שוב על סמך דוגמאות מהחומר שהמשתתפים אספו במהלך השבוע, וזיהוי המחשבות ואיתגורן נעשה במאמץ משותף של הקבוצה. מכיוון שמדובר במצוקות נפשיות הקשורות לסיטואציה של התמודדות עם מחלה קשה ומאיימת על החיים, מוסבר למשתתפים שבדרך כלל לא ניתן להפחית לחלוטין רגשות שליליים, ובמיוחד לא בהתנסות הראשונית. השאיפה היא להפחית בעוצמתם של הרגשות השליליים.

דוגמאות לתהליך: אחת המשתתפות מספרת ”הילדים חוזרים מבית-הספר ועליהם להכין את ארוחת הצהריים לעצמם (בהתבסס על אוכל קנוי מהפריזר) כי אני מרגישה לא טוב“. המשתתפת משחזרת עוצמת רגשות של עצב ודיכודן: 10, כעס: 8 וחוסר אונים 9. המחשבות שזיהתה: ”הילדים שלי סובלים בגלל המחלה שלי, התזונה שלהם לא בריאה, אני לא אמא טובה עבורם, המצב יגרום לפגיעה מתמשכת בילדים“. מחשבות חילופיות שהוצעו: ”המצב זמני, רק עוד שלושה טיפולים נותרו. אני יודעת מסיפוריהן של נשים אחרות, שהן חוזרות לתפקוד מלא במהרה, זו הזדמנות עבור הילדים ללמוד להיות עצמאיים ולדאוג לעצמם“. מחשבה נוספת: ”למעשה, הילדים אוהבים את האוכל המוכן, אפילו יותר מאשר את האוכל שלי“. עוצמת הרגשות בסיום התהליך – עצב 4, כעס 2, חוסר אונים 2.

דוגמה נוספת: משתתפת משחזרת שהביטה במראה אתמול ו”לא הכירה את עצמה“, נראתה נורא. המשתתפת מספרת שפרצה בכי ורגשותיה: עצב 10, כעס 10, חוסר תקווה 7. המחשבות שזוהו: ”אני נראית זקנה בעשרים שנה

ד”ר מירי כהן

גברים ונשים בקבוצה אחת מהווה יתרון נוסף. ואומנם, ההיענות הגבוהה של חולים ובני משפחה להשתתף, והשיעור הגבוה יחסית של גברים המשתתפים בקבוצה יכול להצביע על התאמתה לחולי סרטן בשלב קבלת הטיפולים הכימותרפיים.

למרות הדגש המושם על תהליך של למידה ורכישת מיומנויות, חשוב להדגיש שמדובר בתהליך טיפולי לכל דבר הדורש מיומנויות מקצועיות גבוהות (2). ההנחיה צריכה להיעשות על-ידי אנשי מקצוע מיומנים, בעלי יכולות אבחון, ושליטה בגישות הקוגניטיביות וההתנהגותיות כמו גם שליטה בטכניקות הרפיה. רוחחת כיום גישה שאפשר ללמד הרפיה על-ידי בעלי מקצועות שונים, לאו דווקא טיפוליים. בניגוד לכך, בעבודה הטיפולית שתוארה נדרשת שליטה מירבית בנושא ההרפיה וגם יכולת טיפולית שתאפשר להתמודד עם תגובות ותחושות רגשיות שונות, ביניהן תגובות מתח, אי-שקט, חדירה של תכנים בלתי-נעימים לתוך הדמיון המודרך. חשוב בנוסף שהמטפל יהיה בעל-ידע בנושא מחלות סרטן, הטיפולים הניתנים, ותופעות לוואי. כמו כן, דרוש שילוב של ידע ומיומנות בהנחית קבוצות. שילוב זה של תחומי ידע נדרשים יכול להוות מוקד של קושי בעבודה לפי המודל המוצע כאן. ובנוסף – על המטפל להיות חלק מצוות רב-מקצועי המטפל בחולים ולעבוד בשיתוף פעולה עימם.

מודל ההתערבות המתואר מעלה כמה סוגיות ושאלות. סוגייה אחת העולה באופן תדיר היא עד כמה להיצמד למודל, לעומת הצורך להיענות לצרכים המידיים הרבים של ביטוי ועיבוד רגשי. הוויסות אינו תמיד קל ומצריך ערנות וגמישות. בקבוצות של חולים עם מחלה מתקדמת בעיה זו אף חריפה יותר. סוגייה אחרת עולה סביב זיהוי צרכים אינדיבידואליים שהמסגרת הקבוצתית המובנית אינה מספיקה לענות עליהם. בעיקר מדובר במשתתפים חרדים או דיכאוניים יותר או הסובלים מבעיות משפחתיות או אישיות נוספות. משתתפים אלה מופנים לעתים קרובות להמשך טיפול אינדיבידואלי. מסגרת הקבוצה המאפשרת השתתפות בני משפחה, אך אינה מחייבת, יכולה גם היא ליצור קושי ולעורר דינמיקות מורכבות, שיש לתת עליהן את הדעת.

בנוסף, מסגרת הקבוצה אינה מאפשרת התייחסות מספקת לזיהוי והגמשת הנחות בסיס המלוות את האדם לאורך שנים ומשפיעות על אופיין של המחשבות האוטומטיות (1). יש הטוענים שהגמשת הנחות בסיס חיונית להשגת מטרות הטיפול (47). מכיוון שבמודל המוצע מדובר על תהליך של למידת מיומנויות להתמודדות עם מחלת הסרטן, הרי יעיל למדי להתמקד בהנחות בסיס הקשורות למחלת הסרטן (11). שינוי משמעותי הנצפה לעתים קרובות בקבוצות מעין אלו הוא תזווה מסוימת מחשיבה פסימית לחשיבה ריאליסטית-אופטימית (9). דפוסי חשיבה חדשים אלה מאפשרים הפחתה במידת החרדה,

בביצוע הרפיה ובמעקב אחר מהלכה על הצג. התנסות זו מחזקת את האמון ביכולתם לבצע הרפיה, אף מיידית ולהצליח בה. הם מתבקשים לשים לב לתחושות הגופניות, לרגשות ולמחשבות המלווים את העלייה או הירידה ברמת הרגיעה.

תרגול הבית הניתן במפגש זה כולל תרגול הרפיה מיידית, בנוסף לתרגול הרפיה כללית.

מפגש שישי: מוקדש להרפיה ולשימושיה בהפחתת כאב ובשיפור איכות השינה. בהמשך נעשה תרגול נוסף של הרפיה מיידית, ונעשים שני סבבים של ביצוע הרפיה עם מכשיר הביו פידבק. המשתתפים מתבקשים לשים לב להשפעה על הגוף של מרכיבי הרפיה שונים, כמו סריקת הגוף, נשימות, דמיון, מחשבות חיוביות או שליליות. בזמן ההתנסות האישית, חברי הקבוצה מתבוננים גם הם בצג ולומדים על התגובות הגופניות למצבי מתח ורגיעה (בשלב זה הקירבה ואווירת הלמידה המשותפת כה גבוהים, שהצפייה של האחרים לא מפריעה לאדם המבצע את ההרפיה).

לבסוף נעשה סיכום המפגשים. המשתתפים בודקים אילו מיומנויות רכשו, מה מתאים להם במיוחד, אילו שינויים חלו אצלם ומתקיים דיון כיצד לשמר את השיטות ולהתמיד בהן לאורך זמן.

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

דיון

במאמר הוצג מודל להתערבות קבוצתית, קוגניטיבית-תנהגותית, בשילוב ביו-פידבק, ללימוד מיומנויות התמודדות ולשיפור רוחחה אישית של חולי סרטן ובני משפחתם. מעטים המודלים המתייחסים להתערבות קבוצתית קוגניטיבית-תנהגותית עם חולי סרטן (11, 12, 26, 27, 28, 29, 35, 36), וקיימת חשיבות לפתח ולהרחיב תחום זה. בנוסף, המודל הנוכחי שם דגש רב יותר על ההתערבות כתהליך של למידה ורכישת מיומנויות, בהתבסס על העיקרון של שיתוף וחקירה משותפת (4, 5). מכיוון שמדובר באוכלוסייה נורמטיבית, בדרך כלל בריאה נפשית, המתמודדת עם אירוע חיים מאיים וחדש, ניתן ואף מתאים, לחזק היבט זה בהתערבות בקבוצה. התערבות קוגניטיבית-תנהגותית נחשבת ליעילה באופן מיוחד בהקשר הקבוצתי, מכיוון שקבוצת אנשים עובדת במשותף לזהות את המחשבות של כל אחד מחברי הקבוצה, והתרומה של חשיבה משותפת היא משמעותית ביותר (1). בנוסף, אופייה קצר המועד של ההתערבות, היותה ממוקדת, בעלת תוצאות מדידות למשתתפים המגבירות את תחושת השליטה, נראית מתאימה לצרכים של החולים ובני משפחותיהם. השילוב של

מודל התערבות קבוצתית קוגניטיבית-התנהגותית בשילוב ביופידבק לחולי סרטן ולבני משפחתם

9. Ritvo P.G., Irvine M.J., Katz J., Shaw B.F. 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.
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., Pruyun J., van den Borne B., 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.

המתח והדיכאון ושיפור באיכות החיים. כמו כן, חשוב לזכור שהאופי הממוקד והמובנה של המודל הקוגניטיבי-התנהגותי אינו מאפשר התייחסות למלוא התגובות והתהליכים הרגשיים והקוגניטיביים שעוברים החולים, והיבטים שונים, כמו תחושות של אובדן ואבל לא מקבלים, לעתים, התייחסות נרחבת ומעמיקה מספיקה.

סוגייה נוספת מתייחסת למספר המפגשים הרצוי, כאשר מחד, מפגשים נוספים יכולים לסייע בהעמקת והפנמת מיומנויות ההתמודדות, אך מאידך, קיימת המתנה לפתיחה של קבוצה חדשה. השילוב, בעיקר, בין מספר מפגשים קטן להטרוגניות במצבם הנפשי של המשתתפים וצורכיהם ולקצב הלמידה שלהם, גורם לעתים לחוסר מתן התייחסות אישית מספקת לכל אחד מהמשתתפים. אדלמן וחב' (13) מציגים מודל התערבות קבוצתית של 12 מפגשים. לעומתם, פאוזי וחב' (48, 49) הצביעו על תוצאות הנשמרות לאורך שנים בשיפור רווחה נפשית ותפקודים חיסוניים בקרב חולי מלנומה, אשר השתתפו בקבוצה לימודית עם מרכיבים קוגניטיביים והתנהגותיים בת 6 מפגשים בלבד. ואומנם, השינוי המדווח במפגשים אלה, כמו גם תוצאות המחקרים שבדקו את המודל המתואר (35, 36) מצביעים על יעילות המודל, למרות מגבלותיו.

נחוץ המשך מחקר לבדיקת יעילות ההתערבות בהתאם לגיל, מיגדר, סוג ושלב מחלה. נחוץ בעיקר מחקר אורך לבדיקת תוצאות לטווח ארוך. למשל, חשוב לבדוק האם חולים עם מחלה ראשונית שהשתתפו בקבוצות יתמודדו טוב יותר עם חזרה של המחלה כשזו מתרחשת, לעומת כאלה שלא השתתפו. קידום מחקר בתחום זה מהווה אתגר קליני ואקדמי, אשר יקדם את הידע והטיפול בתחום הפסיכו-אונקולוגיה.

ס פ ר ו ת :

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.

ד"ר מירי כהן

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.
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.