

חוכמת המעשה

התערבות קוגניטיבית-התנהגותית בקרב נשים המצויות בטיפול פוריות

אורלי שריד, ג'ולי צוויקל ומיקי בלוך

מחקרים הראו כי מצוקה רגשית עלולה לפגוע בפוריות וכי תסמיני דיכאון עלולים להפחית את יעילותם של טיפולי פוריות. בקבוצת המחקר השתתפו חמש נשים ללא ילדים הנמצאות בטיפול פוריות מזה ארבע עד שבע שנים. הנשים השתתפו בקבוצה במתכונת קוגניטיבית-התנהגותית שנערכה בבית חולים גדול במרכז הארץ. במסגרת חמישה מפגשים קבוצתיים למדו הנשים גישות הרפיה, התמודדות רגשית עם מצבי דחק באמצעות שינוי דפוסי חשיבה, ושימוש בדמיון מודרך. כל הנשים דיווחו על שביעות רצון מהמיומנויות שלמדו בקבוצה. ציוני הדיכאון נאמדו באמצעות שאלון CES-D (מקוצר) לפני המפגשים הקבוצתיים ובסופם, והצביעו על ירידה בתסמיני הדיכאון בקרב כל המשתתפות. הירידה הגדולה ביותר בממוצעי הדיכאון נמצאה בקרב שתי הנשים שהרו. המחקר הראה כי קבוצה קצרת-מועד במתכונת קוגניטיבית-התנהגותית תורמת לירידה בתחושות דיכאון של נשים המצויות בטיפול פוריות ממושכים. על מטפלים בתחום להתייחס לנושאים אלו.

מילות מפתח: אי-פוריות, דיכאון, קבוצה קוגניטיבית-התנהגותית

רקע תיאורטי

מחקרים על שיעורי אי-הפוריות בעולם המערבי מדווחים כי אחד מתוך שבעה זוגות סובל מבעיות פוריות (Barzilai-Pesach, Sheiner, Sheiner, Potashnik, & Shoham, 2006). בישראל המערכת הרפואית מסבסדת טיפולי פוריות לנשים, מטיפולים הורמונליים ועד הפריה תוך-גופית (IVF – In Vitro Fertilization). חלק גדול מהזוגות תופסים טיפולי פוריות אלה כמצב דחק מתמשך, והטיפולים מהווים נטל נפשי ופסיכולוגי עליהם (Cwikel, Gidron & Sheiner, 2004; Remennick, 2004).

התקבל במערכת: 4.2007; נוסח אחרון: 8.2007; אושר לפרסום: 8.2007

מספר לא מבוטל של זוגות סובל מתסמיני דיכאון וחרדה לאורך התהליך הטיפולי וההליכים הרפואיים הכרוכים בו (Verhaak, Smeenk, Evers, van Minnen, Kremer, & Kraaimaat, 2005; Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard & Verres, 2001). מחקרים בנושא דחק ואי-פוריות מצביעים על קשר בין דחק נפשי כחרדה ודיכאון לבין שינויים החלים במערכות נירו-כימיות שונות, העשויים להשפיע על מערך הרבייה. לדוגמה, בקרב נשים שדיווחו על רמות גבוהות של חרדה בעת השתלת עוברים נמדדו גם רמות גבוהות של הורמון הדחק קורטיזול, ודווח על אחוזי הפריה נמוכים (Facchinetti, Tarabusi, & Volpe, 2004). עדויות בספרות המחקרית מצביעות בעיקר על השפעת גורמי הדחק כתוצר הנלווה לאי-הפוריות ונגזר ממנה (Barzilai-Pesach et al., 2006; Cwikel et al., 2004). אולם דווח גם על השפעה סיבתית של גורמים פסיכולוגיים על הפוריות. לדוגמה נמצא כי בקרב נשים עם היסטוריה של דיכאון נמצאה עלייה בדיווחי אי-פוריות בהשוואה לנשים ללא תסמיני דיכאון (Meller, Burns, Crow, & Grambsch, 2002). ניתן אפוא להפריד בין מצבים של דחק כרוני כגורם סיבתי העלולים לפגוע בפוריות לבין דחק רגשי שהוא תוצר לוואי של טיפולי פוריות מתמשכים (Cwikel et al., 2004).

התערבויות פסיכולוגיות-רגשיות בתחום אי-הפוריות נעשות בתמיכה וייעוץ לזוגות או ליחידים באמצעות מפגשים פרטניים או במתכונת קבוצתית. התערבויות התנהגותיות-קוגניטיביות ניתנות אף הן לזוגות או לנשים כדי למתן את תגובת הדחק המתעצמת במהלך הטיפולים. לצורך זה נלמדות טכניקות הרפיה מסוגים שונים, נבחנו דפוסי חשיבה לוקים המגבירים דחק (חרדה ודיכאון) ולחלופין מתורגלים דפוסי חשיבה המפחיתים דחק (Lemmens et al., 2004). הדעה הרווחת בקרב המטפלים בנשים העוברות טיפולי פוריות היא כי נשים אלה זקוקות להתערבות במישור הפסיכולוגי-רגשי כדי להקל על מצוקתן. חוקרים אף הציעו כי יש מקום ללמד בני זוג העומדים בפני טיפולי פוריות גישות הרפיה לפני שהם מתחילים את הטיפולים, כדי לשפר את התמודדותם הרגשית עם הדחק המתלווה לטיפולים (Campagne, 2006). התערבויות פסיכולוגיות נוספות שמות דגש על התערבות באמצעות דמיון מודרך, היפנוזה וטכניקות סוגסטיביות אחרות. לדוגמה, מחקר (Levitas et al., 2006) המתאר כיצד שימוש בהרפיה ובדמיון מודרך בעת ביצוע פרוצדורת השתלת עוברים הביא לעלייה מובהקת סטטיסטית במספר ההריונות בהשוואה לנשים שקיבלו התערבות רפואית בלבד. גם שימוש בהומור באמצעות ליצן רפואי בסמוך לביצוע פרוצדורת השתלת עוברים הביא לעלייה במספר ההריונות בהשוואה לנשים שקיבלו התערבות רפואית בלבד (Friedler, Algussi, Azani, & Glasser, Raziell, & Ron-El, 2006).

בחירת התערבויות טיפוליות המבוססות על מחקרים אמפיריים (evidence-based practice) הביאה מחקר זה להתמקד בגישות קוגניטיביות-התנהגותיות (Gambrell, 2006).

שיטת ההתערבות שנבחרה שואבת מהרעיונות של דומאר ואחרים העורכות קבוצות במתכונת קוגניטיבית והתנהגותית לנשים הסובלות מאי-פוריות (Domar, Seibel, & Benson, 1990; Domar, Zuttermeister, Seibel, & Benson, 1992; Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993; Domar, Clapp, Slawsby, Dusek, Kessel, & Freizinger, 2000a; Domar, Clapp, Slawsby, & Dusek, 2000b; Hart, 2003).

תוכניות התערבות אלה כוללות כעשרה מפגשים, שבמהלכם לומדות הנשים לתרגל שיטות הרפיה, לבחון דרכי חשיבה חלופיות ולקבל תמיכה רגשית. מהמחקרים עולה כי בנוסף להפחתת הרגשות השליליים, 55% מהנשים שהשתתפו בקבוצה הקוגניטיבית-התנהגותית הרו במהלך השנה מתום פגישות הקבוצה, לעומת 22% מקבוצת הביקורת, שלא נטלו חלק בקבוצה הקוגניטיבית-התנהגותית (Domar et al., 1990; Domar et al., 1992; Domar et al., 1993; Domar et al., 2000b; Hart, 2003). מדי פעם שולבו בני הזוג בקבוצה, אולם היות שרק הנשים הן אלו שעוברות בפועל את ההתערבויות הרפואיות בחר המחקר הנוכחי להתמקד בקבוצת נשים. למחקר היו שתי מטרות: האחת להפעיל תוכנית התערבות במתכונת קוגניטיבית-התנהגותית לנשים הסובלות מבעיות אי-פוריות, והשנייה לבחון אם מספר מפגשים מצומצם (5 פגישות) יניב תוצאות דומות לאלו המדווחים במאמרים של דומאר ואחרים (Domar et al., 2000a,b) הן בהפחתת הדיכאון והן בשיעורי ההפריה.

שיטת המחקר

במחקר נבדקו נשים בגיל הפוריות שטרם ילדו, ופנו לטיפולי הפריה ביחידת IVF בבית חולים גדול במרכז הארץ. הנשים אובחנו כסובלות מבעיית פוריות שלא נבעה מהפרעה מכנית מוגדרת אצל האישה. כל הנשים היו נתונות בטיפולי פוריות במשך 4-7 שנים. הן לא הרו מעולם מלבד אחת שהפילה את העובר בתחילת ההיריון בהפלה טבעית. הן היו בנות 28-37 וכולן היו נשואות והתגוררו במרכז הארץ.

מתווה המפגשים הוצג לכל אחת מהנשים בטלפון על ידי העובדת הסוציאלית במקום. שבע נשים הביעו עניין להשתתף בקבוצה, ולפני המפגש הראשון הן השיבו על שאלונים במתכונת מילוי עצמי. למפגש הראשון לא הופיעה משתתפת אחת, ומשתתפת שנייה פרשה לאחריו. חמש הנשים הנותרות היו את קבוצת ההתערבות. המחקר קיבל את אישורה של ועדת האתיקה האזורית. כל הנשים חתמו על טופס הסכמה מדעת.

סולמות שנמדדו בשתי נקודות זמן: לפני המפגשים הקבוצתיים ובסיומם לפני שהחלה הקבוצה ובסיומה קיבלו המשתתפות סולם דיכאון בן שישה פריטים למילוי עצמי, גרסה מקוצרת של המרכז למחקרים אפידמיולוגיים (CES-D, Radloff, 1977). הסולם מעריך את שכיחותם ואת עוצמתם של תסמיני דיכאון על פי דירוג של ארבע תשובות אפשריות (1 – אף פעם, 4 – בדרך כלל), ונמצא תקף ומהימן בקרב אוכלוסייה ישראלית (Cwikel & Segal-Engelchin, 2005; Gross & Brammli, 2000). (Greenberg, 2000).

מהלך ההתערבות

תוכנית ההתערבות כללה חמישה מפגשים בני כשעתיים כל אחד במשך כשלושה חודשים. בכל מפגש נמסר מידע תיאורטי ונערך תרגול של החומר הנלמד. בין המפגשים תרגלו הנשים את המטלות השונות בביתן. שתי מנחות – מחברות המאמר – העבירו את התוכנית.

תכני המפגשים

כל מפגש החל בדקות אחדות של שיתוף בחוויות השבוע שחלף, וסוכם בהעלאת תכנים רגשיים וחשיבתיים שחווה כל אחת במפגש. כל אחת מהמשתתפות נשאלה מהם התכנים או ההיגדים המשמעותיים שחווה במפגש ושהיא לוקחת עמה לחשיבה ולעיבוד מחוץ למסגרת הקבוצה. בסופו של כל מפגש ניתנו שיעורי בית להמשך התרגול.

מפגש ראשון. לאחר סבב היכרות הוצגו בפני הקבוצה ההיבטים הפיסיולוגיים והנפשיים של סוגיית אי-הפוריות, וכיצד מצבי דחק משפיעים על המערכות הפיסיולוגיות והנפשיות. נסקרו מחקרים שהציגו דחק נפשי כגורם העלול לפגוע בפעילות התקינה של מערכת הרבייה, ומחקרים המדגישים את החשיבות שבהפחתתו, בין השאר כאמצעי לשיפור שיעורי ההפריה. טכניקות הרפיה, תמיכה רגשית והבניה קוגניטיבית הוצגו כחלופות להתמודדות עם העקה הכרוכה בבעיות פוריות. המשתתפות נתנו את הסכמתן ותרגלו טכניקה של הרפיית שרירים פרוגרסיבית – הרפיה שיטתית של שרירים מסויימים (Davis, Eshelman, & McKay, 1988).

מפגש שני. המפגש התמקד בדיווח עצמי של הנשים על דפוסי חשיבה שאינם מקדמים את התמודדותן עם בעיית הפוריות (Ellis, 1991). בנוסף נבחנו הרגשות ואופני ההתנהגות המתלווים לדפוסי החשיבה הללו. מחשבות כמו "הטיפולים אף פעם לא יצליחו", "לעולם לא אהיה אם", "מה אני עושה לא בסדר? אני אוכלת נכון, מתעמלת, אז למה אינני בהיריון?" הנשים התבקשו לנהל יומן ולבחון את דפוסי חשיבתן, רגשותיהן והתנהגותן בסיטואציות מעוררות דחק (Gidron, Duncan, 2000).

מיומנויות כמו הפסקת חשיבה, חלופות של חשיבה ומשפטים מרגיעים ומעודדים כמו: "טיפול הפוריות הנם תהליך, דרך, מסע"; "אני לוקחת כל שלב בזמנו, חווה את ההתנסות שלב אחר שלב". נדונה הפרכת ההיגדים שאינם מסייעים בהתמודדות עם הדחק הכרוך באי-פוריות, ונבדקו היגדים שתגלניים יותר.

מפגש שלישי. המפגש עסק בבחינה של חלופות בהתמודדות הרגשית עם מצבי דחק. מה ניתן לעשות כשאת עצובה? כועסת? מתוסכלת? הוצעו גישות התמודדות מגוונות שחלקן נסמכות על עבודתם של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984). הנשים תיארו כיצד הן מתמודדות עם עצב וייאוש. חלקן מחפשות תמיכה מבן זוגן, חלקן פונות למשפחה המורחבת. אחת הנשים תיארה את הכוח והעידוד שהיא שואבת מהפגישות עם אחייניותיה: "הילדים של אחותי הם כמו הילדים שלי, אנחנו נפגשות לפחות ארבע פעמים בשבוע ושם טוב לי". מאידך הציגה משתתפת אחרת בקבוצה את התסכול והקנאה שהיא חשה במפגשים עם אחותה וילדיה, שלא דווקא מהווים עבורה תמיכה. נדונו דרכים שונות לשמירת מצב רוח טוב ואופטימיות, שהנשים יכולות ליישם. הנשים למדו תרגילי דמיון מודרך, לדוגמה הן התבקשו לדמיין מקום בטוח שבו הן חשות שלווה ורגועות (Davis et al., 1988). תורגלו דרכים שונות שתסייענה לנשים להפוך את המקום הדמיוני למקום שממנו הן עשויות לשאוב שלווה וביטחון ודרכים שונות שתאפשרנה להן להיזכר באותו מקום דמיוני בטוח בכל מצב.

מפגש רביעי. בעקבות הנושאים שעלו במפגשים הקודמים הועלתה סוגיית ההתמודדות עם הזמן הרוחק וכיצד ניתן לשלב את טיפולי הפוריות במהלך שגרת חייהן הצפופה. חלק מהנשים מודע לצורך למצוא פסקי זמן במהלך היום וחלקן מספרות כי הן "חיות בעומס בלתי פוסק בעבודה ובבית" ואינן מאפשרות לעצמן פסק זמן ומנוחה פיסית. התרגול כלל לימוד של הגישה האוטווגנית (Schultz & Luthe, 1959), והנחיה לקחת פסקי זמן קצרים במהלך היום ובמהלך השבוע להתבוננות עצמית, לבחינה עצמית של רגשותיהן ומחשבותיהן כדי להיטיב את איכות חייהן (Shapiro & Lehrer, 1980; Stetter & Kupper, 2002). לקראת סוף המפגש נערך דיון בהתאמת הגישות שנלמדו עד כה לכל אחת מהנשים (Harrison, O'Moore & O'Moore, 1986; O'Moore, O'Moore, Harrison, & Carruthers, 1983).

מפגש חמישי. הועלתה סוגיית המשך הטיפוליים: "עד מתי?" חברות הקבוצה התייחסו לקשיים של היותן לקוחות קבועות של מערכת הבריאות. הן מתארות את הרצון העז לילד מחד, ומאידך את המחיר הפיזי והרגשי הכרוך בטיפולים "שהורסים את הגוף". הדילמה בין הטיפולים המלווים בתופעות לוואי קשות לבין הרצון העז בילד הובעה אצל כל הנשים בקבוצה. נדונו חלופות כמו אימוץ או פונדקאות,

אך רוב המשתתפות לא ראו בכך חלופה ריאלית, לפחות לא בחמש השנים הקרובות. הספרות המחקרית ממליצה לעקוב לאורך זמן אחר נשים הסובלות מאי־פוריות ולוקחות חלק בקבוצות קוגניטיביות-התנהגותיות כדי לאמוד את השפעת הקבוצה גם על שיעור ההריונות (Domar et al., 2000b). המשתתפות הביעו נכונות להמשיך את הקשר באמצעות שיחות טלפון אחת לשלושה חדשים, למשך שנה מתום המפגשים.

ממצאים ודיון

כל הנשים הביעו שביעות רצון גבוהה מההשתתפות בקבוצה. הן הצביעו על האווירה התומכת בקבוצה כגורם חשוב. כל אישה תיארה את השיטות הספציפיות שסייעו לה במיוחד. הרפייט שרירים פרוגרסיבית ודמיון של מקום מרגיע ובטוח היו השיטות שבהן נעשה השימוש הרב ביותר, והן "עזרו להירגע גם בזמן הטיפולים וגם בכלל". ממצא זה תואם את הקיים בספרות בתחום הקוגניטיביות-התנהגותית שבו מגוון טכניקות ההתערבות המוצע למטופל מסייע הן בתחומים של שינוי חשיבה, הסחת דעת והקלה רגשית (Domar et al., 1990; Domar et al., 1992; Domar et al., 1993; Domar et al., 2000a; Hart, 2003).

שאלון הדיכאון המקוצר שניתן למשתתפות בתחילת הקבוצה הצביע על ממוצע של 12 עם סטיית תקן של 3.05. בתום המפגשים ירד הממוצע ל-10.2 עם סטיית תקן של 1.78. באשר לשיעורי ההפריה, שתי נשים הרו: האחת הודיעה על כך במפגש האחרון והשנייה במעקב הטלפוני לאחר כחודש. כשנה לאחר תחילת המפגשים דיווחו שלוש הנשים שטרם הרו כי הן ממשיכות בטיפולי הפוריות. כולן סיפרו כי הם מתרגלות מדי פעם את הגישות שנלמדו בקבוצה, אם כי לא באופן שיטתי. למחקר זה היו שתי מטרות, להפעיל תוכנית התערבות במתכונת קוגניטיבית-התנהגותית לנשים הסובלות מבעיות אי־פוריות, ולבחון אם מספר מפגשים מצומצם (5 פגישות) יניב תוצאות דומות לאלו המדווחות במאמרים של דומאר ואחרים (Domar et al., 1992, 1993, 2000b) הן בהפחתת הדיכאון והן בשיעורי ההפריה.

קבוצה קטנה של נשים לקחה חלק בתוכנית ההתערבות. כל הנשים דיווחו על מצב דחק מתמשך שהן חוות. ציוני הדיכאון שנאמדו לפני המפגשים ואחריהם מורים כי חלה ירידה בתסמיני הדיכאון, אולם בשל המספר המועט של הנשים לא נמצאו ההבדלים מובהקים סטטיסטית. הספרות המחקרית מתארת נשים שבעברן תסמיני דיכאון כסובלות יותר מבעיות פוריות. אף שלא ניתן לדעת אם המשתתפות בקבוצה סבלו בעבר מתסמיני דיכאון הן דיווחו על תחושת דיכאון בטרם המפגשים. ניתן

לשער כי בבסיס תגובות הדיכאון שלהן יש התנסות בכישלונות חוזרים להרות. עם זאת, להבדיל מחולי דיכאון המתקשים לתכנן את עתידם ולחשוב באורח מאורגן, נשים אלה מתכננות את עתידן לשם קבלת טיפולים ותרות אחר רופאים בעלי אחוזי הצלחה בטיפולי פוריות (Meller et al., 2002; Verhaak et al., 2005). מדי חודש מתעוררת אצלן תקווה לשינוי מצבן. אולם אי-ההתעברות מחזקת את דפוסי החשיבה, הרגשות וההתנהגויות המאפיינים פנומנולוגיה של דיכאון. יש לציין כי בקרב שתי הנשים שהרו נמצאה הירידה הגדולה ביותר בממוצעי הדיכאון מ-16 ל-10 ומ-16 ל-9, בהתאמה.

מחקר זה נערך על קבוצת נשים קטנה. עם זאת, ממצאיו נתמכים על ידי מחקרים קודמים שעסקו בהתערבויות הלקוחות מהעולם הקוגניטיבית-התנהגותי; לדוגמה, במחקרים של דומאר ואחרים (Domar et al., 1992, 1993, 2000b) מצוין כי 55% מהנשים שהשתתפו בקבוצה במתכונת קוגניטיבית-התנהגותית הרו, לעומת 22% מקבוצת הביקורת שלא נטלו חלק בקבוצה כזו. בקבוצת ההתערבות שתי הנשים שהרו מתוך חמש נשים שלקחו חלק בכל המפגשים מהוות מספר קטן. יחד עם זאת, מדברי הנשים עולה החשיבות של המסגרת הקבוצתית כתומכת ומעודדת במצב הדחק המתמשך המתלווה לטיפולים באי-הפוריות. נראה כי גם קבוצה קצרת-מועד במתכונת שהוצגה סייעה בהפגת המצוקה הרגשית ובלמידת חלופות להתמודדות. יש מקום במחקרים עתידיים להאריך את משך המפגשים ולבחון אם ניתן להגיע לשיעורי הפריה גבוהים יותר.

למרות הדעה הרווחת בקרב המטפלים כי נשים העוברות טיפולי פוריות זקוקות לטיפול פסיכולוגי כדי להקל על מצבן הנפשי, ועל אף הידע הקיים בספרות באשר לתרומתה הרגשית-תמיכתית של המסגרת הקבוצתית, קבוצות מסוג זה אינן מתקיימות באופן קבוע במרפאות העוסקות בבעיות פוריות. מוצע בזה למחקרים נוספים לבחון את השפעתן של גישות קוגניטיביות-התנהגותיות קצרות-מועד על קבוצות נשים המגיעות מתרבויות שונות וכן לבחון את יעילותן של גישות אלה גם בקרב גברים הסובלים מבעיות אי-פוריות.

מקורות

- Barzilai-Pesach, V., Sheiner, E., Sheiner, E., Potashnik, G., & Shoham-Vardi, I. (2006). The effect of women's occupational psychologic stress on outcome of fertility treatments. *The American College of Occupational & Environmental Medicine*, 48, 56-62.
- Campagne, D. M. (2006). Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction*, 21, 1651-1658.

- Cwikel, J., & Segal-Engelchin, D. (2005) Implications of ethnic group origin for Israeli women's mental health. *Journal of Immigration & Health*, 7, 133–143.
- Cwikel, J, Gidron Y, & Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women: A review. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 117, 126–131.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (1988). *The relaxation and stress reduction workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E. A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000a). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19, 568–575.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E. A., & Dusek, J. (2000b). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility & Sterility*, 73, 805–811.
- Domar, A. D., Seibel, M. M., & Benson, H. (1990). The mind/body program for infertility: A new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility & Sterility*, 53, 246–249.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., Seibel, M., & Benson, H. (1992). Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: A replication. *Fertility & Sterility*, 58, 144–147.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 14 (Suppl.), 45–52.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 9, 139–172.
- Facchinetti, F., Tarabusi, M., & Volpe, A. (2004). Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 162–173
- Friedler, S., Algussi, S., Azani, L., Glasser, S., Raziell, A., & Ron-El, R. (2006). The effect of medical clowning on in vitro fertilization and embryo transfer treatment. *Fertility & Sterility*, 86, S144.
- Gambrill, E. (1999). Evidence-based practice: An alternative to authority-based practice. *Families in Society*, 80, 341–350.
- Gidron, Y., Duncan, E., Lazar, A., Biderman, A., Tandeter, H., & Shvartzman, P. (2002). Effects of guided written disclosure of stressful experiences on clinic visits and symptoms in frequent clinic attenders. *Family Practice*, 19, 161–166.
- Gross, R., & Brammli-Greenberg, S. (2000). *The health and welfare of women in Israel: Findings from a national survey*. Jerusalem, Israel: JDC-Brookdale Institute.
- Harrison, R. F., O'Moore, R. R., & O'Moore, A. M. (1986). Stress and fertility: Some modalities of investigation and treatment in couples with unexplained infertility in Dublin. *International Journal of Fertility*, 31, 153–159.
- Hart, R. (2003). Unexplained infertility, endometriosis, and fibroids. *British Medical Journal*, 327, 721–724.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

התערבות קוגניטיבית-התנהגותית בקרב נשים המצויות בטיפולי פוריות

- Lemmens, G., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., Hooghe, T. D., & Demyttenaere, K. (2004). Coping with infertility: A bodymind group intervention programme for infertile couples, *Human Reproduction*, *19*, 1917–1923.
- Levitas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger, M., & Potashnik, G. (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of the in vitro fertilization-embryo transfer: A case-control study. *Fertility and Sterility*, *85*(5), 1404–1408.
- Meller, W., Burns, L., Crow, S., & Grambsch, P. (2002). Major depression in unexplained infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *23*, 27–30.
- O'Moore, A. M., O'Moore, R. R., Harrison, R. F., Murphy, G., & Carruthers, M. E. (1983). Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: Effects of treatment with autogenic training. *Journal of Psychosomatic Research*, *27*, 145–151.
- Pennebaker J. W. (1999). The effects of traumatic disclosure on physical and mental health: The values of writing and talking about upsetting events. *International Journal of Emergency Mental Health*, *1*, 9–18.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *3*, 385–401.
- Remennick, L. (2004). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles*, *43*, 821–841.
- Reynolds, S. (2000). Evidence based practice and psychotherapy research. *Journal of Mental Health*, *9*, 257–266.
- Schultz, J., & Luthe, W. (1959). *Autogenic training; A psychophysiological approach in psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Shapiro, S., & Lehrer, P. M. (1980). Psychophysiological effects of autogenic training and progressive relaxation. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, *5*, 249–255.
- Stetter, F., & Kupper, S. (2002). Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, *27*, 45–98.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., van Minnen, A., Kremer, J. A. M., & Kraaijmaat, F. W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, *28*, 181–190.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: A study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, *16*, 1753–1761.

עמוד 652 – ריק