

האוניברסיטה העברית בירושלים

הפקולטה למדעי החברה

המחלקה לפסיכולוגיה

**הצעת מחקר לתזה**

**הקשר בין התערבויות המטפל לתוצאות טיפול, עם סגנון ההיקשרות של המטופל כגורם ממתן**

**THE RELATIONSHIP BETWEEN THERAPIST INTERVENTIONS AND THE THERAPEUTIC OUTCOMES WITH PATIENT ATTACHMENT STYLE AS A MODERATOR**

מגיש: **עוז נתן**

ת.ז. 201208956

בהנחייתה של **פרופ' אוריה תשבי**

26.10.2018

**עבודה זו מייצגת את עבודתי שלי בהתאם לכללי האתיקה המוזכרים בתקנות האוניברסיטה**

תקציר

**התערבויות טיפוליות שונות ותוצאותיהן זכו למידה שונה של תמיכה אמפירית. כמו כן, תוצאות טיפול של שיטה אחת לא נמצאו שונות משיטה אחרת, אך נמצא כי טיפול גמיש יותר, המורכב מהתערבויות מגישות שונות מיטיב יותר עם המטופל, הן לברית הטיפולית והן לתוצאות הטיפול.** ממצאים אלה הינם גנריים, ללא התייחסות להבדלים שבין מטופל למטופל. כיום, המחקר הקליני לומד להתייחס למאפייניו השונים של כל מטופל. המחקר הנוכחי לא מתמקד בבחינת הקשר שבין התערבויות המטפל לתוצאות הטיפול בפני עצמו, אלא בתלות במאפיין חשוב של המטופל: סגנון ההיקשרות. מחקרים רבים מראים כי לסגנון ההיקשרות של המטופל השפעה מרכזית על תוצאות הטיפול. בנוסף, מחקרים מראים כיצד סגנון ההיקשרות עשוי להשפיע על הדרך בה המטופל מגיב להתערבויות המטפל. בהתאם לזאת, המחקר הנוכחי בא להעריך את הקשר בין התערבויות המטפל וגמישות המטפל בין הגישות השונות, לבין תוצאות טיפול, עם מיתון של רמות החרדה או ההימנעות בהיקשרות המטופל. אני מצפה למצוא שהתערבויות טיפוליות משפיעות בצורה שונה על היחסים הבינאישיים ורמת הסימפטומים של המטופל בהתאם לסגנון ההיקשרות שלו. הנתונים נאספו באמצעות שאלוני דיווח עצמי וקידודי פגישות טיפול, ו**נותחו על ידי מודלים לינאריים היררכיים.**

**מבוא**

התערבויות טיפוליות והקשר שלהם לתוצאות טיפול

**צורות רבות של פסיכותרפיה פותחו במשך הזמן. טיפולים אלו זכו למידה שונה של תמיכה אמפירית (**Chambless & Ollendick, 2001; Klonsky, 2009**). בסקירה שערכו ברלו, בוליס, קומר ואמטיי (**Barlow, Bullis, Comer, & Ametaj, 2013**) הם הציגו ראיות המעידות על יעילות ברורה של טיפולים והתערבויות פסיכולוגיות רבות. למרות הצטברות של ראיות לתמיכה ביעילות של טיפולים רבים, המנגנונים שבאמצעותם טיפולים אלו משפיעים עדיין אינם מובנים לחלוטין (**Kazdin, 2006 **;סקירה של** Barlow et al., 2013**). חוקרים העלו השערות בנוגע למספר מרכיבים פעילים העשויים להסביר את השיפור שמטופלים רבים שמקבלים את הטיפולים האלה נהנים ממנו. באופן מסורתי, מרכיבים פעילים אלו חולקו לשתי קטגוריות, גורמים משותפים וגורמים ספציפיים. המונח 'גורמים משותפים' מתייחס לאותם אלמנטים שמשותפים לרוב, אם לא לכל, צורות הטיפול (כמו למשל, ברית טיפולית, ציפיות לשיפור) (**Castonguay, 1993**).**

**למרות שגורמים משותפים תוארו בדרך כלל כניגוד לגורמים ספציפיים (**Castonguay, 1993**), המונח האחרון יכול להטעות כי הוא מתייחס לרוב לטכניקות שאינן ספציפיות לטיפול מסוים, אלא משומשות במודלים טיפוליים רבים. לדוגמא, חלק מהשיטות הקוגניטיביות המשומשות בטיפול קוגניטיבי משמשות גם בצורות אחרות של פסיכותרפיה. במקום להתייחס לאלמנטים שמיוחדים לשיטת טיפול מסוימת, המונח 'גורמים ספציפיים' נועד להתייחס לרוב לליבה, לטכניקות או שיטות מכוונות-תאוריה, שנקבעו עבור מודל טיפולי מסוים (**Castonguay & Holtforth, 2005**). אם נחזור לדוגמא של הטיפול הקוגניטיבי, טכניקות קוגניטיביות המיועדות לסייע למטופלים לזהות ולאתגר מחשבות לא אדפטיביות, הן מרכיבים מרכזיים בטיפול, ועל פי תיאוריית הטיפול הקוגניטיבי, משחקות תפקיד מרכזי בתרומה לשיפור התסמינים (**DeRubeis, Webb, Tang, & Beck, 2009**). למרות שאסטרטגיות קוגניטיביות כאלה עשויות להיות משומשות גם בשיטות טיפול אחרות, הן בדרך כלל לא מוגדרות כמרכיבי הליבה העיקריים בתיאוריות השינוי הקשורות לטיפולים אלה.**‏

**בסקירה שבדקה את השפעתה של דבקות של מטפלים לשיטה טיפולית אחת, על גורמיה הספציפיים, לא נמצאה השפעה מובהקת של דבקות זו על תוצאות טיפול, ללא הבדל בין שיטה טיפולית אחת לאחרות (**Webb, DeRubeis, & Barber, 2010**). יתר על כן, במסגרת טיפול פסיכודינמי, גמישות בין סוגי התערבויות שונים נמצאה קשורה לתוצאות טיפול טובות יותר. במחקר שנערך במסגרת טיפול דינאמי, נמצא כי למטפלים שהשתמשו בטכניקות התנהגותיות-קוגניטיביות, הייתה יותר הסכמה של המטופל, לגבי מטרות, מטלות ושיתוף פעולה בטוח, על פי דיווח עצמי שלו (**Goldman, Hilsenroth, Owen, & Gold, 2013**). תוצאות אלו תואמות גם לממצאים נוספים על תרומתן של טכניקות התנהגותיות-קוגניטיביות לברית טיפולית (**Castonguay, Eubanks, Goldfried, Muran, & Lutz, 2015; Zilcha-Mano & Errazuriz, 2015**). במילים אחרות, במדגם הטיפולי שבו המטפלים בדרך כלל דבקים במודל הפסיכודינמי, אצל אלה המשלבים באופן גמיש גם טכניקות התנהגותיות-קוגניטיביות, נמצא קשר חזק יותר בין הטכניקה הפסיכודינמית ותוצאות הטיפול. מטפלים דינאמיים ביצעו טיפול יעיל יותר כאשר הם הרשו לעצמם להיות גמישים בפגישה ספציפית או באינטראקציה עם מטופל (**Katz et al., 2018**).**

למרות כל זאת, ממצאים אלה בנוגע להשפעת התערבויות שונות על תוצאות טיפוליות הינם גנריים, ללא התייחסות להבדלים בינאישיים בין מטופלים. בעידן הנוכחי, בו המחקר הקליני לומד להתייחס למאפייניו השונים של כל מטופל (Chambless et.al., 2017; Newman, Castonguay, Jacobson, & Moore, 2015), וחותר להתאמה מקסימלית בין המטופל לבין סוג הטיפול, ראוי להתייחס להיבט זה גם בתהליך בנית הטיפול. מסיבה זו, המחקר הנוכחי לא מתמקד בבחינת הקשר שבין התערבויות המטפל לתוצאות הטיפול בפני עצמו, אלא בגורם אשר עשוי להסביר את הקשר בין שני אלו: סגנון ההיקשרות של המטופל.

היקשרות

המונח היקשרות הוטבע לראשונה ע"י בולבי (Bowlby, 1969/1997), אשר הציע כי דרך אינטראקציות עם דמויות טיפוליות מפתח כל ילד מודל עבודה פנימי, המכיל אמונות וציפיות לגבי הדמות הטיפולית ולגבי עצמו, ואשר ינחה את תפישתו, התנהגותו וציפיותיו במערכות יחסים עתידיות לאורך חייו (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969/1997, 1973/1998, 1988). מודל זה כולל ציפיות לגבי זמינותם של אחרים ומידת ההיענות שלהם אליו, אשר סביר להניח שיתעוררו בקשרים טיפוליים (Bowlby, 1988; Farber & Metzger, 2009).

ישנם מספר סגנונות היקשרות, אשר תוארו לאורך השנים במספר דרכים שונות. בולבי עצמו לא הגדיר קטגוריות נפרדות של דפוסי היקשרות, אלא התייחס לאופן התפתחותה של ההיקשרות, ולחשיבות של יכולתו של הילד להשתמש בדמות ההיקשרות כבסיס בטוח (secure base) אשר ממנו יוכל לצאת לחקור את העולם, וכמקלט בטוח (safe haven) אליו יוכל לחזור בעתות מצוקה (Bowlby, 1969/1997). הרעיון של מספר סגנונות היקשרות נפרדים הועלה לראשונה ע"י איינסוורת' ואחרים (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), אשר התבוננו באינטראקציה בין פעוטות ואימהותיהם. הם יצרו סיטואציה אותה כינו "סיטואציית הזר" (“The Stranger Situation”). סיטואציה זו כללה מספר חלקים של פרידה ואיחוד של הילד מאימו, אינטראקציה של הילד עם אדם זר, המצאות הילד לבדו, ועוד, תוך בחינת תגובותיהם של הילדים. על-סמך תצפיות אלה אפיינו החוקרים את הילדים כבעלי אחד משלושה סגנונות התקשרות מרכזיים: הראשון, סגנון התקשרות בטוח (secure), בו אופיינו ילדים אשר היו מסוגלים להשתמש בהורה כבסיס בטוח. אלו הילדים שחקרו את הסביבה בחופשיות כאשר אמם נכחה בחדר, רצו בקשר עמה בעת האיחוד, כאשר שבה לחדר לאחר היעדרות של מספר דקות, נרגעו כאשר ניחמה אותם וחזרו לחקירת הסביבה. סגנון היקשרות שני הוא היקשרות לא בטוחה – נמנעת (insecure-avoidant). ילדים המאופיינים בסגנון היקשרות זה חקרו את הסביבה מבלי להתייחס להורה, התעלמו מעזיבתו את החדר ומחזרתו, ולא הפגינו בהתנהגותם מצוקה כלשהי כתוצאה מכך. הסגנון האחרון שהגדירו איינסוורת' ואחרים הינו היקשרות לא בטוחה – אמביוולנטית (insecure-ambivalent), סגנון אשר אליו משויכים ילדים אשר היו ממוקדים מאד בהורה, ואשר נראה כי אינם היו מסוגלים להניח לו ולחקור את הסביבה. הם הפגינו מצוקה גדולה עם עזיבת ההורה, וכאשר הוא שב לחדר וניסה לנחם אותם, אינם נרגעו, אלא נראו כועסים או פאסיביים. לשלושת הסגנונות המקוריות נוספה בהמשך קטגוריה נוספת, היקשרות לא בטוחה – בלתי מאורגנת (insecure-disorganized; Main & Solomon, 1986), המאופיינת בהתנהגות בלתי מאורגנת או מבולבלת בנוכחות ההורה (לדוגמא, קפיאה במקום או תנוחות חריגות של הילד). סגנון זה אינו עומד בפני עצמו כמאפיין התנהגות, והילדים המשויכים אליו מאופיינים גם על ידי אחת משלושת הסגנונות הקודמים.

מאז הגדרתם של סגנונות היקשרות אלו, אשר התבססו על תצפיות בפעוטות, עלה מגוון של המשגות שונות המציגות וריאציות על אותם דפוסים מקוריים, ואשר מתאימות גם לאפיון היקשרותו של האדם הבוגר. דרך אחת להמשגת הממדים המאפיינים את סגנונות ההיקשרות הוצעה ע"י לוי, אליסון, סקוט וברנקר (Levy, Ellison, Scott, & Bernecker, 2011), אשר התמקדו בשני צירים שונים המאפיינים היקשרות: חרדה (anxiety) והימנעות (avoidance). לפי גישה זו, היקשרות בטוחה מומשגת כהיקשרות המאופיינת הן בחרדה נמוכה והן בהימנעות נמוכה, בעוד ציון גבוה באחד משני ממדים אלה, או בשניהם, מאפיין היקשרות לא בטוחה - הגדרה אשר תחתיה נכללים שאר סגנונות ההיקשרות. העדויות האמפיריות תומכות בהמשגה זו; ממדים אלו, של חרדה והימנעות, נמצאו כעומדים בבסיסם של סגנונות ההיקשרות אצל מבוגרים (Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Mikulincer & Florian, 2000). מעבר לכך, ממדי החרדה והימנעות אף נמצאו קשורים לתוצאות טיפול: היקשרות בטוחה יותר ניבאה תוצאות טובות יותר, ולהיפך (Levy et al., 2011). המחקר הנוכחי תפס המשגה זו כרלוונטית למטופלים ולטיפול והוא משתמש בממדים אלה להמשגת סגנון ההיקשרות של המטופלים.

הקשר בין סגנונות היקשרות, תהליכים ותוצאות בפסיכותרפיה

היקשרות היא גורם מרכזי כיום בחקר הפסיכותרפיה, ולא בכדי. מחקרים רבים מראים כי לסגנון ההיקשרות של המטופל השפעה מרכזית על תוצאות הטיפול (Levy et al., 2011; Horvath & Bedi, 2002; Daniel, 2006; Levy, Kivity, Johnson, & Gooch, 2018), הן בפני עצמו, והן באינטראקציה עם סגנון ההיקשרות של המטפל (Wiseman & Tishby, 2014). לוי ועמיתיו (2018) מצאו במטא אנליזה כי מטופלים עם דפוס של התקשרות בטוחה יותר בתחילת הטיפול מראים יותר שיפור בסימפטומים, בדפוסי האישיות, ובתפקוד במהלך הטיפול. ריינר ועמיתיו הראו במחקרם כי סגנון ההיקשרות בזמן כניסה לטיפול מיתן תוצאות טיפוליות; מטופלות מדוכאות עם סגנון היקשרות בטוח יותר הראו ירידה תלולה משמעותית של תסמינים דיכאוניים בעת סיום הטיפול, והרוויחו מהטיפול יותר מאשר מטופלות מדוכאות עם סגנון היקשרות לא בטוח (Reiner, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Fremmer-Bombik, & Beutel, 2016). הם שיערו בזהירות, כי מטופלים עם סגנון היקשרות בטוח יותר עשויים לעסוק ביתר קלות במסגרת הטיפולית ובמערכת היחסים הטיפולית ולהיות פתוחים יותר להתערבויות טיפוליות. ללא קשר לחומרת הדיכאון, חולים עם היקשרות לא בטוחה עשויים להתקשות יותר ביצירת יחסים חיוביים עם המטפל וברית טיפולית, אשר נמצאה שוב ושוב להיות אחד המנבאים העקביים ביותר עבור תוצאות טיפול (Lambert & Barley,2001). מבט מעמיק יותר מגלה את השפעת סגנון ההיקשרות על הקשר הטיפולי הנרקם בחדר, ובפרט, על הברית הטיפולית. מחקרים רבים מראים כי כפי שניתן היה לצפות, להיקשרות המטופל – דפוס חזק בקשריו הבין-אישיים וביחסו אל הסביבה – יש קשר הדוק להיווצרותה של הברית, לרמתה, ולתהליך התפתחותה (Daniel, 2006; Eames & Roth, 2000; Kanninen, Salo, & Punamaki, 2000). ממצא בולט מהמחקרים השונים הוא תרומתו החיובית של סגנון התקשרות בטוח: סגנון היקשרות בטוח של המטופל מקושר לברית טובה, חזקה ומועילה יותר מאשר זו הנרקמת בהינתן סגנון היקשרות שאינו בטוח (ראו סקירה של Daniel, 2006).

קשר משוער בין מאפייני סגנון ההיקשרות של המטופל ותסמינים של מצוקה, נתמך עבור נקודות זמן שונות בטיפול. הימנעות חזתה מצוקה בתחילת וסוף טיפול, וחרדה חזתה אותה באמצע וסוף טיפול (Wiseman & Tishby, 2014) ובכללי, ללא קשר לשלב הטיפול מטא אנליזה הראתה שהיקשרות בטוחה חזתה תוצאות טיפול טובות יותר (Levy et al., 2011). בסקירה של לוי דווח כי רמות גבוהות יותר של ממד החרדה ניבאה תוצאות טיפול פחות טובות, אך לממד ההימנעות לא היה אפקט כללי על תוצאות הטיפול לאחר סיומו. ממצאים אלו מציעים כי האפקטים של ממדי הימנעות וחרדה יכולים להיות שונים בזמנים שונים בטיפול. מטופלים בעלי הימנעות גבוהה יכולים לחוות יותר סימפטומים של חרדה בתחילת הטיפול וסיומו, בעוד שבעלי חרדה גבוהה חווים חרדה מוגברת באמצעו של הטיפול, בשלבי העבודה (Levy et al., 2011). בנוסף, נראה כי ישנו קשר בין סוג הטיפול לתוצאותיו, בהתייחס לסגנון ההיקשרות. במחקר שבדק הבדלים בין סוגי טיפולים שונים לחרדה חברתית (Strauss et al., 2017) נמצא כי מטופלים בעלי סגנון היקשרות נמנעת, אשר טופלו בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT), הראו ירידה מובהקת וגדולה יותר בתסמיני החרדה לעומת אלו שטופלו בטיפול דינאמי קצר מועד (PDT). לעומתם, אצל מטופלים בעלי סגנון היקשרות חרדה לא נמצא הבדל מובהק בירידה בתסמיני החרדה כתלות בין אלו שטופלו ב-PDT לבין אלו שטופלו ב- CBT.

במטה אנליזה שניתחה את הקשר בין סגנונות ההיקשרות לבין קשיים ביחסים בינאישיים נמצא כי בעיות ומצוקה ביחסים בינאישיים נמצאות בקשר חיובי מובהק הן לממד החרדה והן לממד ההימנעות בהיקשרותו של המטופל (Hayden, Müllauer & Andreas, 2017). כמו שינוי סימפטומטי, גם בעיות ביחסים בינאישיים מהוות מטרה לצורות רבות של טיפול פסיכולוגי, וכמו שינוי סימפטומטי, נמצא כי הן לאחר פסיכותרפיה ארוכה והן לאחר טיפול דינאמי קצר מועד, היה שיפור ברמת המצוקה הקשורה לבעיות אלו (Driessen et. al. 2015). במטה אנליזה שבוצעה על מחקרים שבחנו טיפול בדיכאון (McFarquhar, Luyten & Fonagy, 2017) נמצא כי לאחר טיפול, היה שיפור ברמת המצוקה הקשורה לבעיות ביחסים בינאישיים בגודל אפקט בינוני עד גדול. כמו כן, בבדיקה שנערכה לאחר סיום הטיפול נמצא שהשיפור המשיך גם לאחר סיומו, וגודל האפקט לאחר שישה חודשים מסיום טיפול דינאמי קצר מועד היה בינוני לצד גדלי אפקט בין קטנים עד גדולים לאורכי טיפול שונים.

מכל האמור לעיל ניתן לראות כיצד סגנון ההיקשרות עשוי להשפיע על הדרך בה המטופל מגיב להתערבויות המטפל. ישנן עדויות כי מטופלים בעלי סגנון היקשרות בטוח, מרגישים בנוח יותר עם התבוננות פנימית (Fonagy & Target, 1997), ולכן עשויים לקבל התערבויות דינמיות מורכבות ואולי אף מאיימות בתחילה, ובכך לחזק את תוצאות הטיפול. מטופל בעל סגנון היקשרות לא בטוח, מתאפיין בחוסר אמון וחוסר רצון לחשיפה עצמית (Mikulincer & Nachshon, 1991), ועלול לדחות התערבויות אלו תוך פגיעה בתוצאות הטיפול. כאשר אנו באים לחקור את השפעת ההתערבויות הטיפוליות על תוצאות הטיפול, הסימפטומטיות ובעיות ביחסים בינאישיים, חקירה זו לא תהיה שלמה מבלי מבט רחב יותר, הכולל גם את דפוס ההיקשרות, ואת מקומו בקשר זה.

אם כן, המחקר הנוכחי בא להעריך את הקשר בין התערבויות המטפל וגמישות המטפל בין הגישות השונות, לבין תוצאות טיפול כתלות ברמות חרדה או הימנעות בהיקשרות המטופל, ובפרט את הקשרים הבאים:

1. מה הקשר בין התערבויות שונות של המטפל, לבין שיפור סימפטומטי, עם מידת ההתקשרות החרדתית של המטופל כגורם ממתן.
2. מה הקשר בין התערבויות שונות של המטפל, לבין שיפור סימפטומטי, עם מידת ההתקשרות הנמנעת של המטופל כגורם ממתן.
3. מה הקשר בין התערבויות שונות של המטפל, לבין שינויים בבעיות בקשרים בינאישיים, עם מידת ההתקשרות החרדתית של המטופל כגורם ממתן.
4. מה הקשר בין התערבויות שונות של המטפל, לבין שינויים בבעיות בקשרים בינאישיים, עם מידת ההתקשרות הנמנעת של המטופל כגורם ממתן.
5. מה הקשר בין התגמשות (שימוש בהתערבויות משיטות קליניות שונות באותו טיפול לעומת שימוש בהתערבות קלינית אחת בלבד) המטפל בין הגישות הקליניות השונות לבין שיפור סימפטומטי בהתייחסות למידת ההתקשרות החרדתית של המטופל.
6. מה הקשר בין התגמשות המטפל בין הגישות הקליניות השונות לבין שיפור סימפטומטי בהתייחסות למידת ההתקשרות הנמנעת של המטופל.

שיטה

**מטופלים**

עשרים וחמישה מטופלים נמצאו מתאימים. המטופלים היו בני 22-46 (ממוצע=30.0 שנים, ס"ת= 5.0), 15 נשים ו-10 גברים. הבעיות הטיפוסיות אותם המטופלים הציגו כללו: בעיות הסתגלות, דיכאון קל עד בינוני, חרדה, ובעיות ביחסים.

**מטפלים**

עשרים מטפלים השתתפו במחקר (5 גברים ו-15 נשים), כאשר 5 מתוכם טיפלו ב-2 מטופלים, ו-15 טיפלו כל אחד במטופל אחד. המטפלים היו בני 27-35 (ממוצע= 30.65 שנים, ס.ת.= 2.33) והיו להם בין שנה לשלוש שנים של ניסיון בטיפול.

**טיפול**

המטפלים מטפלים על פי שיטת טיפול דינמית קצרת מועד הנקראת:Supportive Expressive Psychotherapy, כאשר המוקד שלה הינוThe Core Conflictual Relationship Theme (CCRT). על פי גישה זו יש דפוס החוזר ביחסים הבין אישיים של המטופל. דפוס זה מובא לחדר גם בעזרת סיפוריו של המטופל על קשריו מחוץ לטיפול, וגם בהבעתם בתוך היחסים אותם הוא מייסד עם המטפל בחדר הטיפול (Luborsky, Popp, Luborsky, & Mark, 1994). ההדרכה וההכשרה לטיפול כוללים תשומת לב מיוחדת לאירועי העברה בין מטופל למטפל ולאופן בו דפוסי ההתנהגות של המטופל באים לידי ביטוי בחדר. הטיפול נמצא יעיל בהפרעות דיכאון וחרדה (Crits-Christoph, Connolly, Azarian, Crits-Christoph & Shappell, 1996 ; Kissane et al., 2007).

בכדי למצוא את הדפוס המרכזי, מתבקש המטופל לספר שבעה עד עשרה סיפורים המתארים סיטואציות בין אישיות עם דמויות משמעותיות מחייו האישיים, דרכן גוזר המטפל דפוס אשר כולל את משאלת המטופל (Wish), את תפישתו את תגובת האחר (Response of Other), ואת תגובת העצמי לאחר (Response of Self). במהלך הטיפול מתמקדים המטפל והמטופל בזיהוי הדפוס ובהבנתו כאשר הוא עולה בחיי המטופל וביחסיו עם אחרים, ובפרט כאשר הוא עולה ביחסים בין המטפל למטופל, וכן חוקרים את שורשי התפתחות הדפוס בעברו של המטופל. הטיפול הורכב מ-16 פגישות: פגישה ראשונית להערכת המוקד הטיפולי, ו-15 פגישות טיפוליות.

**מדגם, הליך ואתיקה**

ההצעה להשתתף בטיפול פורסמה ברחבי האוניברסיטה והאינטרנט. היא הוצגה כטיפול שיתבצע ע"י פסיכולוגים בתהליך הכשרתם הלומדים לתואר שני באונ' העברית, ומיועד לסובלים מקשיי הסתגלות, חרדה, מתח או דיכאון. הערכת התאמתו של המטופל נעשתה בפגישת הערכה (intake) מקדימה שהועברה על ידי פסיכולוגית קלינית מומחית בכירה. הקריטריונים כללו יכולת ליצירת קשר, העדר היסטוריה של פרידות טראומתיות, מערכת רגשית זמינה ופעילה, ומודעות פסיכולוגית, מאפיינים החשובים לצורך התאמה לטיפול קצר מועד (שפלר, 1993). הוצאו נבדקים שבתהליך הערכה התבררו כסובלים מהפרעות פסיכוטיות, דיכאון מז'ורי חמור, משבר חריף, הפרעות אכילה, או הפרעות אישיות. בראשית הפגישה הראשונה של המטפל עם המטופל, המטופל הוחתם על טופס הסכמה להשתתפות במחקר.

פגישת ההערכה הראשונית לא צולמה ולא חולקו בה שאלונים או טפסי הסכמה. בפגישה זו, מעבר להערכת המטופל ומידת התאמתו לשיטת הטיפול, ניתן הסבר על אופי ואופן המחקר. למטופלים ניתן הסבר על השאלונים שעליהם למלא, ועל אופן צילום הפגישות. כמו כן, הובהר שניתן להפסיק את צילום הפגישות בכל שלב שבו ירצו, לעבור להקלטה קולית, או להמשיך את הטיפול ללא השתתפות במחקר. בנוסף, במהלך פגישת הערכה הוסבר למטופל על אופן שמירת הסודיות בטיפול, וצוין שהמטפלים לא יראו את השאלונים במהלך הטיפול. למטופלים הובהר כי כפסיכולוגיים קליניים, המטפלים, וכן כל מי שתהיה לו גישה לצילומים ולנתונים, מחויבים לשמירת סודיות הטיפול והמטופל כמתחייב מקוד האתיקה של הפסיכולוגים (קוד האתיקה המקצועית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (2004)). כמו כן, המחקר קיבל אישור מוועדת האתיקה העליונה של האוניברסיטה העברית בירושלים (נספח א).

**כלים**

כפי שצוין, במהלך הטיפול מילאו המטופלים והמטפלים שאלונים רבים. בחלק זה יפורטו רק המדדים הרלוונטיים למחקר המוצע.

**The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions – The Short Version (MULTI; Solomonov, McCarthy, Gorman & Barber, 2018).** שאלון מקוצר למיפוי התערבויות המטפל בשעה הטיפולית, המבוסס על שאלון ה-MULTI המקורי (McCarthy & Barber, 2009). שאלון בן 30 פריטים, והתשובות ניתנות על סולם ליקרט של 5 נקודות. כל אחד מהפריטים מציג סוג שונה של התערבות טיפולית, והמשיב מתבקש לציין לגבי כל פריט עד כמה היה אופייני לפגישה, מ-1 ("כלל לא אופייני לשעה") עד 5 ("אופייני מאוד לשעה"). ההתערבויות לקוחות משמונה אוריינטציות טיפוליות שונות: טיפול התנהגותי, קוגניטיבי, דיאלקטי-התנהגותי, בין-אישי (inter-personal), person-centered, פסיכודינמי, process-experiential, וגורמים המשותפים לכל האוריינטציות (common factors). ציוני מהימנות העקיבות הפנימית (אלפא קרונבאך) עבור תתי הסולמות של השאלון המקוצר נעים בין 0.57 ל-0.87 עבור דיווח עצמי של המטפל. במחקר נעשה שימוש בגרסה עברית של השאלון (נספח ב).

**Experiences in Close Relationships Scale (ECR; Brennan, Clark & Shaver, 1998)**. שאלון בן 36 פריטים לבדיקת דפוס ההיקשרות הראשוני של המטופל. התשובות ניתנות על סולם ליקרט של 7 נקודות, מ-1 ("מאד לא מסכים") ל-7 ("מאד מסכים"). השאלון מודד את סגנון ההיקשרות על-ידי שני צירים: 18 פריטים מודדים חרדת היקשרות (לדוג', "אני חושש שיינטשו אותי"), ו-18 פריטים מעריכים הימנעות בהיקשרות ("אני מעדיף שלא להראות לאחרים איך אני מרגיש עמוק בפנים"). שני הממדים, חרדה והימנעות, נמצאו כעקביים מאד (אלפא קרונבאך של 0.91 ושל 0.94, בהתאמה). העדויות לתוקף השאלון הינן נרחבות (Mikulincer & Shaver, 2007), וגם הגרסא העברית של השאלון נמצאה כבעלת מהימנות פנימית גבוהה של 0.92 לשני הממדים (Mikulincer & Florian, 2000; Wiseman & Tishby, 2014) (נספח ג).

**Outcome Questionnaire (OQ-45; Lambert et al., 1996).** שאלון בן 45 פריטים למדידת בריאותו הנפשית של המטופל בתהליך הטיפולי. מטופלים נדרשים לדרג את התפקוד שלהם בשבוע האחרון על סולם ליקרט של 5 נקודות, מ-0 ("אף פעם") ל-4 ("כמעט תמיד"). השאלון מורכב משלושה תתי-סולמות הקשורים לשלושה מישורים; סימפטומים של מצוקה, בעיות בין אישיות ותפקוד חברתי, שיוצרים ציון כללי. הציון נע בין 0 ל-180, כשציון גבוה מצביע על רמה גבוהה יותר של חומרת התסמינים. לשאלון מהימנות מבחן חוזר של 0.84, ועקיבות פנימית גבוהה (אלפא קרונבאך 0.93). תוקף השאלון הודגם במגוון מדדי דיווח עצמי (Lambert et al., 1996). נמצא שציון המצוקה הכללי רגיש לשינויים של אנשים הנמצאים בטיפול (Vermeersch et al., 2004). השאלון תורגם למספר שפות, (Gross et al., 2015) ובמחקר זה מקדם האלפא של הגרסא העברית היה 0.91 (נספח ד). כמו כן, החתך הקליני היה דומה למדגם האמריקאי (63) (Lambert et al., 1996, 2001).

**Inventory of Interpersonal Problems (IIP-SC; Soldz, Budman, Demby, & Merry, 1995).** שאלון בן 32 פריטים למדידת קשיים ומצוקה ביחסים בינאישיים. מטופלים נדרשים לדרג את תלונותיהם לגבי יחסיהם החברתיים על סולם ליקרט של 5 נקודות, מ-0 ("לא חש מצוקה בכלל מבעיה זו") ל-4 ("חש מצוקה רבה מאד מבעיה זו"), בשאלות על מצבים ש"קשים מידי לעשייה" (למשל, "קשה לי להראות חיבה לאנשים") ושאלות על מצבים שמתרחשים "יותר מידי" (למשל, "אני נותן לאנשים לנצל אותי יותר מדי")( Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988). השאלות בשאלון בוחנות שמונה אספקטים שונים ביחסים בינאישיים, המתורגמים לשמונה תתי סקאלות: שתלטנות (domineering), חודרנות (intrusive), דואג מידי לאחר (overly nurturant), כניעות (exploiable), אסרטיביות (non-assertive), הימנעות חברתית (socially avoidant), ריחוק (cold) ונקמנות (vindictive). לכל תתי הסקאלות ישנה מהימנות גבוהה באוכלוסיית מטופלים (Domineering= 0.69-0.78; Vindictive= 0.69-0.71; Cold= 0.77-0.84; Socially avoidant= 0.80-0.83; Nonassertive= 0.75-0.84; Exploitable= 0.68-0.74; Overly nurturant= 0.71-0.78; Intrusive= 0.80-0.83) (Soldz et al.,1995) ובאוכלוסייה נורמטיבית (Hopwood, Pincus, DeMoor, & Koonce, 2008). (נספח ה).

**מדידה**

שאלון ה-MULTI מולא ע"י מקודדים שצפו בפגישות 4, 9 ו- 14. פגישות אלו נבחרות כמייצגות את שלושת שלבי הטיפול מבלי להיות קרובים מדי לתחילת הטיפול או לסופו. כל פגישה קודדה על ידי שני מקודדים, סטודנטים לתואר שני לפסיכולוגיה, אשר עברו הכשרה על ידי הצוות האמריקאי שפיתח את הכלי (מהמנויות בין שופטים בכל הסולמות נעה בין 0.7-0.99).

שאלון ה-ECR מולא ע"י המטופל פעם אחת, לפני תחילתו של הטיפול. שאלון ה-IIP מולא על ידי המטופל בסיום כל פגישה, ושאלון OQ-45 מולא על ידי המטופל לפני תחילתו של הטיפול, לפני כל פגישה ולאחר סיום הטיפול.

עיבוד הנתונים

**לשם בדיקת שאלות המחקר נעשה שימוש בנתונים מהפגישות הטיפוליות בלבד, ללא הפגישה הראשונה בכל טיפול, המוקדשת לבניית המוקד הטיפולי. במקרים בהם אותו השאלון מולא על ידי אותו המטופל יותר מפעם אחת באותה נקודת זמן, נכללו בניתוחים הנתונים מהשאלון הראשון בלבד. בנוסף, אגדיר גמישות טיפולית כציון שלוש ומעלה בסולמות התערבות שאינן פסיכודינמיות בשאלון ה-**MULTI**. זהו המספר הנמוך ביותר שמייצג התרחשות של ההתערבות בטיפול, וכמו כן, ההדרכה שבוצעה למטפלים הייתה רק פסיכודינאמית דבר שמקשה מאד על מציאת מספר גבוה מזה בשיטות טיפול אחרות.**

ניתוחים סטטיסטיים

**לבדיקת ההשערות המחקר אערוך מודלי מיתון בהם ייבדקו, האם סגנון היקשרות ממתן את הקשרים שבין ההתערבויות הטיפוליות לסימפטומים של מצוקה, ובין ההתערבויות הטיפוליות לבין בעיות בינאישיות.**

**בשל המבנה המקונן של הנתונים, הכולל מספר פגישות טיפוליות לכל מטופל, ומספר מטפלים עם יותר ממטופל אחד, נותחו הנתונים באמצעות מודלים לינאריים היררכיים (**Hierarchical Linear Modeling; HLM). במודלים אלו נלקחת בחשבון התלות בין התצפיות, וניתן לכלול משתנים ברמות ניתוח שונות; כך שהזמן (הפגישות) מקונן בתוך המטופלים והמטופלים מקוננים בתוך המטפלים. בשל המורכבות של המודל הסטטיסטי ומאחר ולרוב המטפלים יש מטופל אחד בלבד, לא יהיה צורך במודל בעל שלוש רמות והמודל ייבדק בשתי רמות בלבד: זמן מקונן בתוך המטופלים.

**לוח זמנים צפוי**

* קידוד פגישות טיפול וסידור הנתונים הקיימים: עד 30 בינואר.
* עיבוד הנתונים, כתיבה והגשה: 30 בינואר עד 15 במרץ

ביבליוגרפיה

Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist, 44*(4), 709.

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C.,Waters, E., &Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual review of clinical psychology, 9*, 1-27.

Bowlby, J. (1969/1997). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. London: Pimlico.

Bowlby, J. (1973/1998). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. London: Pimlico.

Bowlby, J. (1980/1998). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. London: Pimlico.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. *Attachment theory and close relationships*, 46-76.

Castonguay, L. G. (1993). “Common factors” and “nonspecific variables”: Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration, 3*, 267–286.

Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research, 25*, 365–382. http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010

Castonguay, L. G., & Holtforth, M. G. (2005). Change in psychotherapy: A plea for no more “nonspecific” and false dichotomy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 198–201.

Chambless, D. L., Milrod, B., Porter, E., Gallop, R., McCarthy, K. S., Graf, E., ... & Barber, J. P. (2017). Prediction and moderation of improvement in cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 85*(8), 803.‏

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685–716.

Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Azarian, K., Crits-Christoph, K., & Shappell, S. (1996). An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 33*(3), 418-430.http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.33.3.418

Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, *26*(8), 968–984. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.02.001

DeRubeis, R. J., Webb, C. A., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), Handbook of cognitive– behavioral therapies (3rd ed.). New York, NY: Guilford.

Driessen, E., Hegelmaier, L.M., Abbass, A.A., Barber, J.P., Dekker, J.J.M., Van, H.L., Jansma, E.P., Cuijpers, P., 2015. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. *Clin. Psychol. Rev. 42*, 1–15.

Eames, V., & Roth, a. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance-a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *10*(4), 421–434. http://doi.org/10.1093/ptr/10.4.421

Farber, B. A., & Metzger, J. A. (2009). The therapist as secure base. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 46–70). New York, NY:

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology, 9*(4), 679-700.‏

Goldman, R. E., Hilsenroth, M. J., Owen, J. J., & Gold, J. R. (2013). Psychotherapy integration and alliance: Use of cognitive-behavioral techniques within a short-term psychodynamic treatment model. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*, 373–385. http://dx.doi.org/10.1037/a0034363

Gross, R., Glasser, S., Elisha, D., Tishby, O., Jacobson, D., Levitan, G., & Ponizovsky, A. M. (2015). Validation of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Hebrew and Arabic versions adapted for use in Israel. *Israel Journal of Psychiatry, 52*(1), 33-39.

Hayden, M. C., Müllauer, P. K., & Andreas, S. (2017). A systematic review on the association between adult attachment and interpersonal problems. *Journal of Psychology & Psychotherapy, 7*(296), 2161-0487.

Hopwood, C. J., Pincus, A. L., DeMoor, R. M., & Koonce, E. A. (2008). Psychometric characteristics of the Inventory of Interpersonal Problems–Short Circumplex (IIP–SC) with college students. *Journal of Personality Assessment*,90(6), 615-618.

Horowitz, L., Rosenberg, S., Baer, B., Ureno, G., & Villasenor, V., )1988(. Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications*. J. Consult. Clin. Psychol. 56,* 885–892*.*

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37−69). London: Oxford University Press.

Kanninen, K., Salo, J., & Punamäki, R. L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *10*(4), 435–449. http://doi.org/10.1093/ptr/10.4.435

Katz, M., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Moore, M., Pitman, S. R., Levy, S. R., & Owen, J. (2018). Adherence, flexibility, and outcome in psychodynamic treatment of depression. *Journal of counseling psychology*.‏

Kazdin, A. E. (2006). Mechanisms of change in psychotherapy: Advances,breakthroughs, and cutting-edge research (do not yet exist). In R. R. Bootzin & P. M. McKnight (Eds.), Strengthening research methodology: Psychological measurement and evaluation. (pp. 77–101) Washington, DC: American Psychological Association.

Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., ... & Li, Y. (2007). Supportive‐expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. Psycho‐Oncology: *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 16*(4), 277-286.

Klonsky, E. D. (2009). Society of Clinical Psychology: American Psychological Association, Division 12. Website on research-supported psychological treatments. Retrieved December 9, 2009, from Stony Brook University, Department of Psychology website: http://www.psychology.sunysb.edu/eklonsky-/division12/

Lambert, M.J., Barley, D.E.,) 2001(. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy 38* (4), 357–361. http://dx.doi.org/ 10.1037//0033-3204.38.4.357.

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*, 249–258. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199612)

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11*, 49–68. doi:10.1080/713663852

Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(2), 193–203. http://doi.org/10.1002/jclp.20756

Levy, K. N., Kivity, Y., Johnson, B. N., & Gooch, C. V. (2018). Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta‐analysis. *Journal of clinical psychology*.‏

Luborsky, L., Popp, C., Luborsky, E., & Mark, D. (1994). The core conflictual relationship theme. *Psychotherapy Research, 4*(3-4), 172-183.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T.B Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex.

McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2009). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): initial report. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *19*(1), 96–113. http://doi.org/10.1080/10503300802524343

McFarquhar, T., Luyten, P., & Fonagy, P. (2017). Changes in interpersonal problems in the psychotherapeutic treatment of depression as measured by the Inventory of Interpersonal Problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*.‏

Mikulincer, M., & Florian, V. (2000). Exploring individual differences in reactions to mortality salience: does attachment style regulate terror management mechanisms? *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*(2), 260–273. http://doi.org/10.1037/0022-3514.79.2.260

Mikulincer, M., & Nachshon, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of personality and social psychology, 61*(2), 321.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.

Newman, M. G., Castonguay, L. G., Jacobson, N. C., & Moore, G. A. (2015). Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive–behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(5), 915.‏

Reiner, I., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Fremmer-Bombik, E., & Beutel, M. (2016). Adult attachment representation moderates psychotherapy treatment efficacy in clinically depressed inpatients. *Journal of affective disorders, 195*, 163-171.‏

Soldz, S., Budman, S., Demby, A., Merry, J. )1995(*.* A short form of the Inventory of Interpersonal Problems circumplex scales*. Assessment 2,* 53–63*.*

Solomonov, N., McCarthy, K. S., Gorman, B. S., & Barber, J. P. (2018). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions–30 items (MULTI-30). *Psychotherapy Research*, 1-16.‏

Strauss, B., Koranyi, S., Altmann, U., Nolte, T., Beutel, M. E., Wiltink, J., ... & Nolting, B. (2017). Partner-related attachment as a moderator of outcome in patients with social anxiety disorder—a comparison between short-term cognitive–behavioral and psychodynamic therapy. *Psychotherapy, 54*(4), 339.

Vermeersch, D. A., Whipple, J. L., Lambert, M. J., Hawkins, E. J., Burchfield, C. M., & Okiishi, J. C. (2004). Outcome Questionnaire: Is it sensitive to changes in counseling center clients? *Journal of Counseling Psychology, 51*, 38–49. doi:10.1037/0022-0167.51.1.38

Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. Journal of consulting and clinical psychology, 78(2), 200.‏

Wiseman, H., & Tishby, O. (2014). Client attachment, attachment to the therapist and client-therapist attachment match: How do they relate to change in psychodynamic psychotherapy? *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, (April), 37–41. http://doi.org/10.1080/10503307.2014.892646

Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: Examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance-outcome association. *Journal of Counseling Psychology, 62*, 579–591. http://dx.doi.org/10.1037/cou0000103

שפלר, ג. (1993). *טיפול מוגבל בזמן בשיטת ג'יימס מאן: מושגי היסוד והמודל הטיפולית, פסיכותרפיה מוגבלת בזמן : תיאוריה, טיפול, מחקר* , ירושלים : הוצאת ספרים ע"ש י"ל מאגנס, האוניברסיטה העברית.

קוד האתיקה המקצועית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (2004).

נספחים

**נספח א**

**אישור ועדת האתיקה**



**נספח ב**

**שאלון MULTI**

|  |  |  | 1- כלל לא אופייני לשעה הטיפולית | 2- אופייני במידה מועטה לשעה הטיפולית | 3- אופייני במידת מה לשעה הטיפולית | 4- אפייני לשעה הטיפולית | 5- אופייני מאוד לשעה הטיפולית |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.אני קובע/ת סדר יום או מטרות ספציפיות לשעה הטיפולית |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. אני מקשר/ת בין מצב המטופל/ת כיום לבין מצבה/ו בעבר |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. אני מנסה לנטוע במטופל/ת תקוה או לעודד אותה/אותו |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. אני חוזר/ת (מנסח/ת מחדש) את דברי המטופל/ת |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. אני מעודד/ת את המטופל/ת לזהות או לתת שמות לרגשות שהיו לה/לו בשעה הטיפולית או מחוצה לה |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. אני מעודד/ת את המטופל/ת לדבר על רגשות שבעבר נמנע/ה מהם או שמעולם לא ביטא/ה |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. אני מצביע/ה על מקרים בהם ההתנהגות של המטופל/ת עומדת בסתירה לדברים שאמר/ה למשל כאשר: \*א. השתנה לה/לו מצב הרוח או שינה/שינתה נושא שיחה, \*ב. שתק/ה לזמן רב, \*ג. צחק/ה, חייכ/ה, הסב/ה מבט או חש/ה אי נוחות \*ד. נמנע/ה מלדבר על נושאים ספציפיים או אנשים מסוימים |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. אני מלמד/ת את המטופל/ת שלי מיומנויות או התנהגויות חדשות למשל כיצד: \*א. להרפות את השרירים שלו/שלה, \*ב. לשלוט ברגשות שלו/שלה, \*ג. להיות אסרטיבי עם אחרים, \*ד. לפעול במצבים חברתיים |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. אני מעודד/ת את המטופל/ת שלי לחשוב, להתבונן או לגעת בדברים מהם היא/הוא מפחד/ת |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. אני נותנ/ת למטופל/ת שלי תרגילים לבית, או בודק/ת תרגילים שהמטופל/ת שלי עשה/עשתה, כגון: \*א. כתוב מחשבות או תחושות שיש לו/ה מחוץ לשעה הטיפולית \*ב. לתרגל התנהגויות מסוימות |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. אני חם/חמה, אוהד/ת ומקבל/ת. |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. אני מדברת על התפקיד או המטרה שיש להתנהגות הבעייתית של המטופל/ת. כמו למשל: \* שהיא מאפשרת לו/ה להמנע מאחריות, \* מרחיקה אחרים ממנו/ה. |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. אני מקשר/ת בין האופן בו היא/הוא פועל/ת ומרגיש/ה כלפיי לבין האופן בו היא/הוא פועל/ת ומרגיש/ה בקשרים אחרים. |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. אני מעודד/ת את המטופל/ת שלי לחקור הסברים לארועים התנהגויות שלו/ה, שהם שונים מההסברים שצצים במוחו/מוחה באופן מיידי. |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. אני משוחח/ת עם המטופל/ת על החלומות, הפנטזיות והמשאלות שלו/ה. |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. אני והמטופל/ת שלי עובדים יחד כצוות. |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. אני מקשיבה בתשומת לב למה שהמטופל/ת שלי אומר/ה. |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. אני מתמקדת בסתירות בין חלקי האישיות של המטופל/ת שיצרו את הבעיות שלו/ה. |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. אני מעודד/ת את המטופל/ת לשנות התנהגויות ספציפיות. |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. אני מעודד/ת את המטופל/ת למצוא עדות התומכת או סותרת אמונות או הנחות שלו/ה. |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. אני מעודד/ת את המטופל/ת שלי לחקור את המשמעות האישית של ארועים או רגשות. |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. אני מראה רצון ומוכנות לנסות להבין את החוויות של המטופל/ת. |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. אני מעודד/ת את המטופל/ת להתמקד בחוויה הרגעית שלה/ו בתוך חדר הטיפול. |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. אני מעודד/ת את המטופל/ת לחקור את האמונות שלה/ו ולמצוא פגמים בצורת החשיבה שלה/ו. |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. אני מתמקדת בדאגות מסוימות שיש למטופל/ת שלי לגבי מערכות היחסים שלה/ו. למשל: \* אי הסכמות או קונפליקטים, \* שינויים משמעותיים, \* אבדן של אדם אהוב, \* בדידות. |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. אני מעודד/ת את המטופל/ת לבחון דרכים בהן היא/הוא יכול/ה לעשות שינוי במערכות היחסים שלה/ו. למשל: \* פיתרון קונפליקט במערכת יחסים, \* ביסוס של קשר חדש או חידוש קשר עם חברים ותיקים, \* המנעות מבעיות שהיו לו/ה בקשרים קודמים. |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. אני מעודד/ת את המטופל/ת שלי לבחון את היחסים שלה/ו עם אחרים. למשל: \* צדדים חיוביים ושליליים של הקשר, \* מה אני רוצה ומה אחרים רוצים ממנו/ה, \* כיצד היא/הוא פועל/ת במערכות יחסים. |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. אני מקבלת את המטופל/ת שלי כפי שהיא/הוא אך גם מעודד/ת אותה/ו להשתנות. |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. אני מעודד/ת את המטופל/ת שלי לחשוב על דברים בחייה/ו או להיות מודע/ת להם מבלי להיות שיפוטי/ת. |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. אני מנסה להראות למטופל/ת שלי שהבעיות שלה/ו קשורות לקשיים שלו/ה בקשרים חברתיים. |  |  |  |  |  |  |  |

**נספח ג**

**שאלון יחסים עם אנשים קרובים ECR**

המשפטים הבאים מתייחסים לאופן שבו אתה מרגיש ביחסים שלך עם אנשים קרובים. חשוב על מערכות היחסים הקרובות שלך, בעבר ובהווה, וענה לפי האופן שבו אתה מרגיש באופן כללי במערכות יחסים אלה. עבור כל משפט רשום במקום המסומן את המספר המתאר באיזו מידה אתה מסכים עם הנאמר בו על-פי הסולם הבא:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מאוד לא מסכים | לא מסכים | קצת לא מסכים | נייטרלי | מסכים במידה מועטה | מסכים | מאד מסכים |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.
 | אני מעדיף לא להראות לאחרים איך אני מרגיש עמוק בפנים. | ❒ |
|  | אני חושש שינטשו אותי. | ❒ |
|  | נוח לי מאוד להיות קרוב רגשית לאנשים. | ❒ |
|  | אני דואג רבות לגבי היחסים שלי. |  |
|  | בדיוק כשאחרים מתחילים להתקרב אליי, אני מוצא את עצמי מתרחק. |  |
|  | אני חושש שאנשים לא יהיו איכפתיים כלפי, כפי שאני איכפתי כלפיהם.  |  |
|  | אני חש לא בנוח כשאנשים שאני איתם בקשר קרוב או אינטימי רוצים להיות מאוד קרובים. |  |
|  | אני די חושש לאבד את האנשים הקרובים אלי. |  |
|  | אני לא מרגיש נוח להיפתח בפני אחרים. |  |
|  | פעמים רבות אני מקווה שרגשות של אחרים כלפי יהיו חזקים כמו רגשותיי כלפיהם. |  |
|  | ביחסים קרובים אני רוצה להתקרב לאנשים אבל כל הזמן אני נסוג לאחור. |  |
|  | פעמים רבות אני רוצה להתמזג לחלוטין עם אחרים, וזה לפעמים מפחיד ומרחיק אותם. |  |
|  | אני נלחץ כשאנשים אחרים מתקרבים אליי יותר מדי. |  |
|  | אני חושש להיות לבד. |  |
|  | אני מרגיש נוח לחלוק את מחשבותיי ורגשותיי האישיים עם אחרים. |  |
|  | הרצון שלי להיות בקשר מאוד קרוב, לעיתים מפחיד ומרחיק אנשים. |  |
|  | אני משתדל להימנע מלהתקרב לאחרים יותר מדי . |  |
|  | אני זקוק להרבה חיזוקים על כך שאחרים אוהבים אותי.  |  |
|  | אני מוצא שיחסית קל לי להתקרב רגשית לאחרים. |  |
|  | לפעמים אני מרגיש שאני מכריח אחרים להראות יותר רגשות ויותר מחוייבות. |  |
|  | אני מוצא שקשה לי להרשות לעצמי להיות תלוי באחרים. |  |
|  | אינני דואג לעיתים קרובות שינטשו אותי. |  |
|  | אני מעדיף לא להיות קרוב מדי לאנשים אחרים. |  |
|  | אם אני לא מצליח לגרום לאנשים קרובים לגלות בי התעניינות, אני מצוברח או כועס. |  |
|  | אני מספר לאנשים הקרובים אלי כמעט הכול. |  |
|  | אני מוצא שאנשים לא רוצים להיות קרובים כפי שאני רוצה. |  |
|  | לרוב אני משוחח עם אנשים קרובים על בעיותיי ודאגותיי. |  |
|  | כשאני לא מעורב בקשר עם אחרים, אני מרגיש במידה מסוימת חרד ולא בטוח. |  |
|  | אני מרגיש נוח לסמוך על אנשים אחרים. |  |
|  | אני נהייה מתוסכל כשאחרים אינם בסביבה במידה שהייתי רוצה. |  |
|  | לא אכפת לי לבקש מאחרים נחמה, עצה או עזרה. |  |
|  | אני נעשה מתוסכל אם אחרים אינם זמינים כשאני זקוק להם. |  |
|  | זה עוזר לפנות לאחרים בזמנים של צורך.  |  |
|  | כאשר לא מסכימים עמי \ מסתייגים ממני, אני מרגיש ממש רע לגבי עצמי. |  |
|  | אני פונה לאחרים בדברים רבים, כולל נחמה והרגעה. |  |
|  | אני מתרעם כשהאנשים הקרובים אלי מבלים זמן הרחק ממני. |  |

**נספח ד**

**שאלון OQ-45**

הוראות: על מנת לעזור לנו להבין איך אתה מרגיש בזמן האחרון חשוב על השבוע האחרון כולל היום. קרא ביסודיות כל אחד מהמשפטים הבאים והקף את התשובה המתאימה ביותר לתיאור מצבך הנוכחי. בשאלון זה עבודה מוגדרת כתעסוקה, לימודים, עבודת בית, עבודה בהתנדבות וכדומה.

|  |  | **אף פעם** | **לעיתים רחוקות** | **לפעמים** | **בדרך כלל** | **כמעט תמיד** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | אני מסתדר טוב עם אחרים | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **2** | אני מתעייף בקלות | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **3** | אני מרגיש חוסר עניין בדברים | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **4** | אני מרגיש לחוץ בעבודה/לימודים | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **5** | אני מאשים את עצמי בדברים שקורים | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **6** | אני מרגיש שדברים מעצבנים אותי | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **7** | אני מרגיש לא מאושר בחיי הנישואים/ ביחסי הזוגיות שלי | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **8** | יש לי מחשבות אובדנות | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **9** | אני מרגיש חלש | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **10** | אני מרגיש מפוחד | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **11** | בבוקר לאחר שתיית הרבה אלכוהול אני זקוק למשקה אלכוהולי כדי להתחיל את היום (אם אינך שותה סמן "אף פעם") | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **12** | אני שבע רצון מהעבודה/לימודים שלי | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **13** | אני אדם מאושר | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **14** | אני עובד/לומד יותר מדי | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **15** | אני מרגיש חסר ערך | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **16** | אני מוטרד מבעיות משפחתיות | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **17** | אין לי סיפוק מחיי המין שלי | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **18** | אני מרגיש בודד | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **19** | אני מתווכח לעתים קרובות | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **20** | אני מרגיש אהוב ורצוי | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **21** | אני נהנה מזמני הפנוי | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **22** | אני מתקשה להתרכז | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **23** | אני מרגיש חוסר תקווה לגבי העתיד | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **24** | אני מרוצה מעצמי | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **25** | מחשבות טורדניות חולפות במוחי ואיני יכול להיפטר מהן | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **26** | אני מתרגז על אנשים שמבקרים את הרגלי השתייה או הסמים שלי (אם אינך שותה או משתמש בסמים סמן "אף פעם") | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **27** | אני סובל מקיבה רגישה | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **28** | אני לא עובד/לומד טוב כבעבר | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **29** | יש לי דפיקות לב חזקות מדי | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **30** | אני מתקשה להסתדר עם חברים ומכרים קרובים | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **31** | אני שבע רצון מחיי | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **32** | יש לי בעיות בעבודה/לימודים בגלל שתיית אלכוהול או שימוש בסמים (אם אינך שותה או משתמש בסמים סמן "אף פעם") | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **33** | אני מרגיש שמשהוא רע עומד להתרחש | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **34** | אני סובל מכאבי שרירים | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **35** | אני פוחד ממקומות פתוחים, מנהיגה, נסיעה באוטובוס או ברכבת וכדומה | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **36** | אני מרגיש עצבני | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **37** | אני מרגיש שיחסי האהבה שלי מלאים ומספקים | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **38** | אני מרגיש שאני לא מצליח כל כך בעבודה/לימודים  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **39** | יש לי יותר מדי חילוקי דעות בעבודה/לימודים | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **40** | אני מרגיש שמשהוא לא בסדר אצלי בראש | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **41** | אני מתקשה להירדם או מתקשה להישאר ישן | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **42** | אני מרגיש מדוכדך | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **43** | אני שבע רצון ממערכות היחסים שיש לי עם אחרים | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **44** | אני מרגיש כעס בעבודה/לימודים עד כדי כך שאני יכול לעשות משהוא שעליו אני עלול להתחרט | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **45** | אני סובל מכאבי ראש | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**נספח ה**

**שאלון IIP**

לפניך רשימת בעיות שאנשים מדווחים עליהן, בהתייחסם לאנשים אחרים. קרא את הרשימה הבאה ושקול עבור כל פריט באם היווה בעיה עבורך בהתייחס לאדם משמעותי כלשהו בחייך. הקף בעיגול את המספר המשקף בצורה הטובה ביותר את המידה בה בעיה זו גרמה לך למצוקה.

חלק 1: הפריטים הבאים הנם דברים שהנך מוצא כי קשה לעשותם עם אנשים אחרים.

| **קשה לי ל……** | **כלל לא** | **מעט** | **באופן מתון** | **די הרבה** | **עד מאוד** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. לומר "לא" לאחרים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. להצטרף לקבוצות
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. לשמור על דברים בפרטיות מפני אנשים אחרים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. לומר לאדם אחר להפסיק להטריד אותי
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. להציג את עצמי בפני אנשים חדשים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. להתעמת עם אנשים בקשר לבעיות שמתעוררות
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. לעמוד על שלי מול אדם אחר
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. לאפשר לאנשים אחרים לדעת כשאני כועס
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. להתחבר עם אנשים אחרים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. לגלות חיבה לאנשים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. להסתדר עם אנשים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. להיות תקיף כשאני צריך להיות
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. לחוות רגשות של אהבה כלפי אדם אחר
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. להיות מסוגל לתמוך במטרותיו של אדם אחר
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. להרגיש קרוב לאנשים אחרים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. להרגיש באמת אכפתי ביחס לבעיות של אחרים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. לתת עדיפות לצרכים של אחרים, לפני הצרכים שלי
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. להרגיש טוב ביחס לשמחה של אדם אחר
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. לבקש מאנשים אחרים לצאת איתי
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. לעמוד על שלי מבלי לדאוג שאני פוגע ברגשותיו של האחר.
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**חלק 2: הפריטים הבאים מתארים דברים שאתה עושה יותר מדי.**

|  | **כלל לא** | **מעט** | **באופן מתון** | **די הרבה** | **עד מאוד** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. אני נפתח לאנשים אחרים יותר מדי
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. אני יותר מדי תוקפני כלפי אנשים אחרים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. אני מנסה לרצות אנשים אחרים יותר מידי
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. אני רוצה שישימו לב אלי יותר מדי
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. אני מנסה לשלוט באנשים אחרים יותר מידי
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. יותר מידי פעמים אני שם את הצרכים של אנשים אחרים לפני הצרכים שלי
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. אני נדיב מדי כפי אנשים אחרים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. אני מפעיל מניפולציות כדי להשגי את מה שאני רוצה.
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. אני מספר יותר מדי דברים אישיים לאנשים אחרים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. אני מתווכח עם אנשים אחרים יותר מידי
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. אני נותן לאנשים אחרים לנצל אותי יותר מדי
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. אני יותר מדי מושפע מהסבל של אחרים
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |