



בית ספר לפסיכולוגיה

ע"ש ברוך איבצ'ר

תכנית תואר מוסמך בפסיכולוגיה קלינית

## **תרומתם של חמשת ממדי האישיות לקשר בין הברית הטיפולית ותוצאות**

### **הטיפול**

גיא רמות

עבודה זו מוגשת כחלק מהדרישות לשם קבלת תואר מוסמך בפסיכולוגיה קלינית בית ספר ברוך איבצ'ר

לפסיכולוגיה של המרכז הבינתחומי הרצליה

אוגוסט, 2017

העבודה נכתבה בהדרכתה של ד"ר אטי ברנט מתכנית לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית בית ספר ברוך איבצ'ר  
לפסיכולוגיה, המרכז הבינתחומי הרצליה.

## תוכן עניינים

א.....	תקציר
1.....	מבוא
2.....	הברית הטיפולית
3.....	הברית הטיפולית והצלחת הטיפול
7.....	ממדי האישיות
12.....	בריאות נפשית
12.....	המחקר הנוכחי ומטרותיו
14.....	שיטה
14.....	משתתפים
14.....	כלים
16.....	הליך
17.....	תוצאות
29.....	דיון
30.....	שיפור בבריאות הנפשית לאורך הטיפול
31.....	הברית הטיפולית כמנבא של הבריאות הנפשית
35.....	ממדי האישיות כמנבא שלילי של הבריאות הנפשית
36.....	ממדי האישיות כממתנים את הקשר בין הברית הטיפולית לבריאות הנפשית
41.....	מגבלות המחקר
43.....	תרומת המחקר הנוכחי והשלכותיו
43.....	מחקרי המשך
46.....	בבליוגרפיה
58.....	נספחים
i.....	Abstract

## תקציר

מחקרים רבים מצביעים על התרומה המשמעותית של הברית הטיפולית בניבוי תוצאות הטיפול, מעבר לגישה טיפולית מסוימת או להפרעה נפשית מסוימת של המטופלים. נראה כי ישנם גורמים רבים המשפיעים על קשר זה, ביניהם נמנים ממדי האישיות של המטופל. מעט נחקר אודות תרומתם של ממדי האישיות על הקשר בין הברית הטיפולית לתוצאות הטיפול, והמחקר הנוכחי שואף להתחקות אחר התרומה של ממדי האישיות על קשר זה. ההגדרה של Bordin (1979) לברית הטיפולית, הינה הנפוצה ביותר בספרות, והיא מורכבת משלושה מרכיבים: הסכמה על מטרות הטיפול (Goals), הסכמה על משימות הטיפול (Tasks) והקשר הטיפולי (Bond). במהדורה החמישית והאחרונה של ה-DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), מוצע ה-PID-5 Personality Inventory for DSM-5, שהוא מודל מימדי חדש למדידת תכונות האישיות, המתבסס על מודל חמשת הגדולים (FFM). במחקר הנוכחי נעשה שימוש בנוסח המקוצר (PID-5-BF; Brief Form) של 35 מטופלים מהקליניקה של המרכז הבינתחומי מילאו את שאלון ה-PID-5, וכן את שאלון הברית הטיפולית המקוצר (Working Alliance Inventory) בשלוש נקודות זמן: בתחילת הטיפול, ולאחר 3 ו-6 חודשים. כל מרכיבי האישיות ניבאו באופן שלילי את הבריאיות הנפשית, כך שככל שהאישיות פחות אדפטיבית, יש דיווח על בריאות נפשית נמוכה יותר. מבין מרכיבי הברית הטיפולית, מרכיב הקשר הטיפולי (Bond), כפי שהוא נמדד בתחילת הטיפול, הצליח לנבא את תוצאות הטיפול באופן חיובי, ולהסביר 70% מהשונויות של משתנה זה. כמו-כן, נמצא כי ממדי האישיות ניתוק ודיסאינהיביציה ממתנים את הקשר בין מרכיב ההסכמה על מטרות הטיפול (Goals) והבריאיות הנפשית, וממדי האישיות פסיכוטיות ודיסאינהיביציה ממתנים את הקשר בין מרכיב ההסכמה על משימות הטיפול (Tasks) לבריאיות הנפשית, כך שככל שממדי האישיות הללו אדפטיבים יותר, הקשר חזק יותר.

הברית הטיפולית

חוקרים שונים ניסו להבין מהם המרכיבים אשר הופכים פסיכותרפיה ליעילה. Migone (1966) הצביע על שלבי מיקוד שונים אך חופפים בהיסטוריית המחקר של הפסיכותרפיה. כך, בשנים 1950-1970 התמקד המחקר בתוצאות הפסיכותרפיה, בין השנים 1960-1980 התמקד המחקר בקשר שבין התהליך הטיפולי, המכיל את כלל האספקטים הנכללים באינטראקציה שבין המטפל למטופל, לתוצאותיו, ואילו החל מ-1970, העניין המחקרי התמקד בתהליך הטיפולי ובהבנת ה"מיקרו-תהליכים" המתרחשים בטיפול. זאת, נוכח ההכרה כי טיפולים פסיכותרפויטיים שונים הניבו תוצאות דומות, דבר אשר הוביל להבנה כי ישנם גורמים משותפים לכל סוגי הטיפול, והמרכזי מבניהם הינו הברית הטיפולית, שהיא משתנה "חוצה תיאוריה" (Ardito & Rabellino, 2011). במונח הנרחב, "הברית הטיפולית" הינה הקשר שבין המטפל למטופל, והיא נחשבת כאחד האספקטים התורמים ביותר להצלחת הטיפול ונמצאה כמנבאת העיקרית לתוצאות הטיפול מעל שלושים שנות מחקר (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000).

המשגת הברית הטיפולית עברה תמורות רבות במהלך השנים (Horvath & Luborsky, 1993). עם זאת, ההגדרה הנפוצה בספרות כיום היא זו של Bordin (1976, 1979), אשר טען כי ניתן לראות את הברית הטיפולית כמאפשרת יחסים שיתופיים אשר מטרתם הינה להתגבר על סבלו של המטופל והתנהגותו ההרסנית. להגדרתו, הברית הטיפולית מורכבת משלושה אלמנטים מרכזיים: הסכמה על מטרות הטיפול, הסכמה על המשימות הניתנות על מנת להשיג את מטרות הטיפול, ופיתוח קשר אישי המבוסס על רגשות חיוביים הדדיים בין המטפל למטופל. הוא מוסיף כי הברית תשפיע על תוצאות הטיפול לא כגורם אשר מוביל בעצמו לשיפור בחייו של המטופל, כי אם כמרכיב מפתח אשר מאפשר למטופל לקבל, להתמסר ולהאמין ביכולת של הטיפול והמטפל לעזור לו. המודל של בורדין זוכה להכרה נרחבת במחקר בין היתר מפני שהוא אינו משתייך לתיאוריה או גישה מסויימת, כך שניתן לעשות בו שימוש בכל גישות הטיפול (Horvath & Luborsky, 1993).

כאשר בוחנים את המושג של הברית הטיפולית ואת התאורטיקנים שהובילו אליו ניתן לראות כי כבר בתחילת המאה ה-20, טען פרויד כי הסיבה לכך שמטופלים מצליחים להישאר בטיפול, למרות ההגנות המתעוררות והחרדה הגואה שלהם, הינה שיש מרכיב של קשר חיובי בינם לבין המטפל. על כן, גרס

פרויד, על המטפל לשמור על עניין אמיתי במטופל והבנה סימפטית שלו, בכדי שהמטופל יוכל ליצור קשר תלתי חיובי עימו (Freud, 1912). מעט מאוחר יותר, פרויד שיער שקשר מסוג זה גורם למטופל לקשר את המטפל עם האנשים בחייו שנהגו להתייחס אליו בחיבה, וכינה מצב זה – 'העברה חיובית' (Freud, 1913). בכתבים מאוחרים יותר, העלה פרויד גם אופציה נוספת, לפיה יתכנו מקרים שבהם הקשר החיובי בין המטופל למטפל לא כולל עיוות של המציאות, כפי שסבר שקורה בהעברה חיובית, אלא משקף קשר חיובי אמיתי בין המטופל למטפל (Horvath & Luborsky, 1993).

Zetzel היתה הראשונה ב-1956 להשתמש במונח הברית הטיפולית והוסיפה כי היא משמשת כפונקציית אגו רציונלית, המחליפה חסכים קודמים ומאפשרת למטופל להשתמש בפרשנויות המטפל. היא תרמה להבהרת ההבחנה שבין העברה לברית טיפולית באמצעות הסבר כי החלקים הלא נורוטיים בקשר שבין המטופל למטפל, שהינם למעשה הברית הטיפולית, מאפשרים למטופל להפנים את פרשנויות המטפל במבט על וכך מסייעים לו להבחין בין שרידי קשרי העבר לבין הקשר הנוכחי עם המטפל. גרינסון (Greenson) פיתח את הגות קודמיו והציע ב-1965 מודל, המסביר כי רכיבי הטיפול כוללים: העברה, ברית עבודה (Working Alliance) ואת הקשר ה'אמיתי' הנוצר בין המטפל למטופל (relation), בטענה כי אלו הם מכלול המרכיבים שהמטפל והמטופל מביאים עמם לאינטראקציה הטיפולית (Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004).

מבחינה היסטורית, נקודת המפנה החשובה בהתפתחות תפיסת הברית הטיפולית התרחשה בשלהי שנות ה-70 כאשר Luborsky (1976) ו-Bordin (1976) הציעו מבנה רעיוני חדש למונח. בכדי לעשות זאת, הם ניתקו את המונח משורשיו שהיו נטועים בהעברה חיובית והתמקדו בהיבט ה'עבודה המשותפת' והמודעת של הברית הטיפולית. טענתם המרכזית הייתה כי הברית בין המטופל והמטפל אינה ייחודית לשיטת טיפול מסוימת, אלא הינה תהליך דו-כיווני שמתקיים בתוך כל מערכת-יחסים מסייעת. שני התיאוריטיקנים הסכימו כי הברית בין המטפל והמטופל הינה תהליך דיאלקטי מבוסס-אגו, כמו גם מעין קשר רגשי בין המטפל למטופל. יש לציין, כי בעוד Luborsky התמקד במבנה-התפתחות-שלבי של הברית הטיפולית, Bordin (1979) התמקד בתהליכים טיפוליים מוקדמים, והיא כוללת שלושה מרכיבים מרכזיים: מטרות (Goals)- נועד לבחון את הסכמת המטפל והמטופל על מטרות הטיפול; משימות (Tasks)- נועד לבחון את הסכמת המטפל והמטופל על הדרך להשגת מטרות הטיפול; קשר טיפולי (Bond)- נועד לבחון את איכות מערכת היחסים מטפל-מטופל. זו הגרסה המקובלת ביותר בספרות כיום.

מחקרים רבים איששו את ההשערה כי הברית הטיפולית מובילה להצלחת הטיפול ולהפחתת הסימפטומים שחווים המטופלים (Falkenstrom, 2016; Arnov et al., 2013; Ekeblad, & Holmqvist, 2016). למשל, במחקרם של Zurroff ועמיתיו (2010) השתתפו 157 מטופלים הסובלים מדיכאון שטופלו על-ידי 27 מטפלים בשיטות טיפול שונות- קוגניטיבית התנהגותית, תרפיה-בינאישית ופלבסבו. רמת הברית הטיפולית נאמדה על-ידי שאלון ה- Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989). שאלון זה מתבסס על הגדרותיו של Bordin (1979) שצוינו לעיל, כך שהוא בודק את הברית הטיפולית על שלושת מרכיביה- הסכמה על מטרות הטיפול (Goals) ומשימות הטיפול (Tasks), וכן טיב הקשר הטיפולי (Bond). מממצאי המחקר עולה כי קיים קשר שלילי מובהק בין מדדי הברית הטיפולית ומדדי הסימפטומים הדיכאוניים. כלומר, מטפלים ומטופלים שגיבשו ברית טיפולית חזקה, הגיעו להפחתת סימפטומים ניכרת יותר בהשוואה לאלו שהברית הטיפולית שלהם הייתה חלשה יותר.

דוגמא נוספת ניתן למצוא במחקר שבחן את הקשר בין הברית הטיפולית לתוצאות הטיפול במטופלים הסובלים מדיכאון (Falkenstrom, Ekeblad, & Holmqvist, 2016). במחקרם שכלל 85 מטופלים שטופלו על-ידי 25 מטפלים, נבחן הקשר בין רמת הברית-הטיפולית באמצעות שאלון ה-WAI והשינוי הסימפטומטי של מדדי הדיכאון, כפי שהם נלקחו בבמפגש הטיפולי הראשון, החמישי והאחרון. ממצאי המחקר מעלים כי ממדי הברית-הטיפולית בשלבי הטיפול המוקדמים קשורים באופן מובהק לירידה במדדי הסימפטומים בסיום הטיפול.

העדויות המחקריות לעיל מצביעות על קשר בין דירוגי הברית-הטיפולית כפי שנאמדו בשלבי טיפול מוקדמים לבין תוצאות הטיפול. קשר זה תומך ברעיון התיאורטי על-פיו ברית-טיפולית טובה מובילה לתוצאות טיפול טובות יותר (Falkenstrom, Granstrom, & Holmqvist, 2013). דא עקא, המחקרים המוצגים לעיל הציגו את הברית הטיפולית כמשתנה מנבא המתקבע בתחילת הטיפול, ולא כגורם שיכולת הניבוי שלו משתנה לאורך זמן. בכדי לענות על מגבלה זו, נעשה על ידי Falkenstrom ושותפיו (2013) שימוש במערך תוך נבדקי בו נלקחו מדדים שונים לאורך כל הטיפול (Falkenstrom et al., 2013). במחקר השתתפו 646 מטופלים הסובלים מסימפטומים שונים שטופלו על-ידי 83 מטפלים בשיטות טיפול שונות. במסגרת המחקר נלקחו מדדי חוזק הברית הטיפולית שנאמדו על-ידי נוסח מקוצר של

שאלון ה-WAI (Hatcher & Gillaspay, 2006) וכן רמת סימפטומים לאחר כל טיפול. ממצאי המחקר הראו כי קיים קשר שלילי מובהק בין מדדי הבריית הטיפולית לרמת הסימפטומים, כך שככל שרמת הבריית הטיפולית עלתה לאורך הטיפול, כך פחתו הסימפטומים.

באופן דומה, במחקר נוסף (Crits-Christoph et al., 2011) שיערו החוקרים כי רמת ההשפעה של הבריית- הטיפולית על הפחתת הסימפטומים משתנה עם התקדמות הטיפול ולכן עשו שימוש במתודולוגיה מחקרית דומה. מחקרם כלל 45 מטופלים הסובלים מדיכאון, מהם נלקחו מדדי רמת ברית-טיפולית על-ידי שאלון ה-WAI וכן מדדי סימפטומים דיכאוניים. המדדים נלקחו בכל מפגש טיפולי במשך 12 שבועות. ממצאי המחקר מעלים כי קיים קשר בין רמת הבריית הטיפולית לבין הפחתה בסימפטומים דיכאוניים. עם זאת, בעוד שרמת הבריית הטיפולית בשלושת המפגשים הטיפוליים הראשונים הסבירה 4.7% משונות הסימפטומים, רמתה במפגש הטיפול הרביעי עד התשיעי הסבירה 14.7% מהשונות בסימפטומים הדיכאוניים. לכן, מסקנת החוקרים הייתה כי בבחינת הקשר בין הבריית הטיפולית להצלחת הטיפול יש לייחס חשיבות רבה יותר למדדים הנלקחים מהטיפול הרביעי והלאה. במחקר הנוכחי, הבריית הטיפולית נבחנה בשלוש נקודות מדידה לאורך הטיפול- בתחילתו (עד המפגש הרביעי), לאחר שלושה חודשים וכן לאחר שישה חודשי טיפול.

לאחרונה, עלתה טענה חשובה, לפיה עד היום המתודולוגיה המחקרית ששימשה לבחינת הקשר בין הבריית לתוצאות הטיפול הייתה מתאמית בלבד (Goldsmith et al., 2015). על כן, למרות הממצאים הרבים המצביעים על חשיבותה של הבריית לתוצאות הטיפול, לא ניתן להצביע על סיבתיות ברורה ולשלול הסברים חלופיים, כגון זה שמטופלים שמסוגלים לייצר ברית טובה צפויים ליהנות מתוצאות חיוביות בטיפול בגלל מרכיב משותף אחר, שאינו הבריית, קרי קשר מדומה בין הבריית הטיפולית לתוצאות הטיפול. הנחה נוספת הינה כי הסיבתיות הינה הפוכה, כלומר שתוצאות טיפול טובות מאפשרות למטופל להיות בבריית טובה יותר עם המטפל (Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999).

בכדי להתמודד לראשונה עם בעיה זו, ערכו Goldsmith ושותפיו (2015) ניסוי מבוקר עם הקצאה רנדומלית, במסגרתו חולקו 308 מטופלים עם הפרעה פסיכוטית לא אפקטיבית (סכיזופרניה או הפרעה סכיזופרניפורמית באפיזודה הראשונה או השנייה בלבד) לאחת משלוש קבוצות: הקבוצה הראשונה קיבלה טיפול קוגניטיבי התנהגותי בתוספת השגחה שגרתית, הקבוצה השנייה קיבלה ייעוץ תמיכתי בתוספת השגחה שגרתית, וכן הקבוצה השלישית קיבלה השגחה שגרתית בלבד. המטופלים



בשתי קבוצות הטיפול נכחו בפגישה שבועית במשך ששה שבועות ומאוחר יותר קיבלו שתי פגישות חיזוק. הברית הטיפולית נמדדה בפגישה הרביעית ותוצאות הטיפול נבדקו כשנה וחצי לאחר סיומו. תוצאות המחקר הראו כי (1) ברית טיפולית טובה מביאה לשיפור תוצאות הטיפול, (2) ברית לא טובה פוגעת בטיפול ו-(3) שיפור של הברית מביא לשיפור בתוצאות הטיפול. חשיבותם המדעית של ממצאים אלו טמונה בכך שהם מהווים אישוש אמפירי ראשוני לטענה בעלת משמעות רבה לעולם הטיפול, והיא שברית טיפולית אכן משפיעה על הטיפול. כאשר הברית הטיפולית טובה, היא מאפשרת להפעיל את הכלים הטיפוליים בצורה מועילה, וכך לסייע למטופלים, אפילו לאלו שנמצאים במהלכו של משבר פסיכוטי. מנגד, במידה והיא איננה טובה, והמטופלים מנסים בכל זאת להפעיל כלים אלו, המטופלים יכולים להתגונן ולסגת מהטיפול, ואף גרוע מכך - להיפגע ממש.

אם כך, ניתן לראות כי ברית טיפולית חזקה עשויה לסייע בהצלחת הטיפול, וכי מידת השפעתה על הצלחת הטיפול משתנה עם התקדמותו. יחד עם זאת, ככל הנראה ישנם גורמים נוספים הממתנים את השפעת הברית הטיפולית על הצלחת הטיפול (Evans et al., 2002).

סקירה ספרותית מראה כי לא קיים אפקט לגישת הטיפול על הקשר בין הברית הטיפולית לבין תוצאות הטיפול (De Bolle, Johnson, De Fruyt, 2010; Horvath, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Klein et al., 2003; Martin, Garske, & Davis, 2000).

אם כן, תוצאות הטיפול אשר באות במתאם חזק עם אותה ברית טיפולית, עשויות לנבוע הן כתוצאה מהמטפל עצמו, הן כתוצאה מהמטופל והן כתוצאה מהאינטראקציה ביניהם (DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005). על פי קרל רוג'רס (1957), הפוטנציאל לחיזוק הקשר הטיפולי בדרך-כלל נקבע על-ידי יכולתו של המטפל לייצר תנאים מספקים והכרחיים לשינוי שהטיפול אמור להביא, ואכן ישנם מחקרים רבים אשר מראים כי למטפל ישנה השפעה רבה על הברית הטיפולית, מבחינת תכונותיו, רמת ההכשרה והכלים בהם משתמש (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007; Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers, & Schauenburg, 2008; Horvath & Luborsky, 1993; Marcus, Kashy, Wintersteen, & Diamond, 2011; Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt, & Wampold, 2010).

מן הצד השני של המטבע, תכונותיהם, יכולותיהם ואופן התנהלותם של מטופלים שונים הינם בעלי חשיבות רבה ביצירת הברית הטיפולית והצלחת הטיפול (Klein et al., 2003). כך למשל, היחסים עם הדמות המטפלת, מערכות יחסים נוכחיות וכן תכונות והפרעות אישיות מקושרים עם טיב הברית

הטיפולית (Hardy et al., 2001; Hilliard, Henry, & Strupp, 2000; Muran, Segal, Samstag, & Crawford, 1994; Piper et al., 1991; Zuroff et al., 2000). יחד עם זאת, נמצא כי להוציא הפרעות אישיות, סוג ההפרעה נמצא כמשתנה אשר אינו משפיע על הברית הטיפולית (Hersoug, Monsen, Havik, & Høglén, 2000).

כך למשל, במחקרם של Ekeblad, Holmqvist ו-Falkenstrom (2016), נבחן הקשר בין יכולת המנטליזציה של המטופלים לבין רמת הברית-הטיפולית וההפחתה הסימפטומטית. המדדים נלקחו במפגש הטיפולי הראשון, החמישי והאחרון. מתוצאות המחקר עולה כי מטופלים שקיבלו ציון גבוה יותר בשאלוני המנטליזציה הראו הפחתה סימפטומטית רבה יותר באופן מובהק, בהשוואה למטופלים שציונם בשאלונים היה נמוך. כמו כן, נמצאו הבדלים מובהקים בציוני שאלון ה-WAI בין מטופלים שקיבלו ציונים גבוהים יותר בשאלון המנטליזציה לבין מטופלים שקיבלו ציונים נמוכים יותר בשאלון זה. כלומר, ככל שהמטופלים הראו יכולת חשיבה רפלקטיבית גבוהה יותר, כך הברית הטיפולית שהתגבשה בניהם לבין המטפל הייתה חזקה יותר. כמו כן, ישנם מספר מחקרים אשר מראים כי מטופלים עם דפוס התקשרות בטוח, מדווחים על קשר טוב יותר עם המטפל (Mallinckrodt, 1991; Mallinckrodt, Coble, & Gantt, 1995; Straub & Schwark, 2007) וכך כי סגנון ההתקשרות ממתן את הקשר בין הברית הטיפולית לתוצאות הטיפול (Del Re et al., 2012).

במחקר שבדק את השפעתה של הברית הטיפולית על שיפור סימפטומים מפגישה לפגישה, נמצא אפקט מובהק לברית הטיפולית (Falkenstrom et al., 2013). החוקרים בדקו את האפקט התוך נבדקי של הברית הטיפולית על הסימפטומים בקרב כל מטופל בכל פגישה, וגילו שינוי ממוצע קטן יחסית מפגישה לפגישה, אמנם עם שונות גדולה בין המטופלים. בקרב מספר מטופלים, האפקט של הברית הטיפולית היה גדול הרבה יותר מהשאר. החוקרים בדקו מספר משתנים ממתנים שעלולים ליצור את האפקט השונה, ונמצא משתנה אחד בלבד אשר ממתן את האפקט באופן מובהק- בעיות באישיות בקרב המטופלים, על פי דיווח המטופלים. במודל רגרסיה, מקדם הברית הטיפולית בניבוי השיפור בתוצאות הטיפול, היה גדול פי שישה בקרב הנבדקים עם בעיות אישיות, לעומת נבדקים ללא בעיות אישיות, כך שההשפעה של הברית הטיפולית על תוצאות הטיפול הייתה גדולה יותר בקרב קבוצה זו.

מכאן, כי האישיות ותכונותיו של המטופל מהווים מרכיב משמעותי בקשר בין הברית הטיפולית והורדת הסימפטומים. החוקרים לא מציינים מה במרכיב האישיות או אילו תכונות במיוחד גרמו למיתון הקשר, ואת זאת המחקר הנוכחי שואף לחקור.

אישיות האדם מתייחסת לתכונות חשובות ויחסית יציבות בתוך הפרט שקשורות לדפוסים עקביים של מחשבות ורגשות ופעולות. היבטים מסויימים באישיות יכולים להיות נצפים, אחרים בלתי ניתנים לצפייה, חלקם מודעים וחלקם בלתי מודעים (Hjelle & Ziegler, 1992; Roccas et al., 2002).

ישנו קונצנזוס כי קושי ביחסים בינאישיים, כמו גם בעיות בתפקוד עצמי, מייצג תכונות ליבה של בעיות באישיות (Bender, Morey, & Skodol, 2011; Skodol, 2014). הקשר החזק בין בעיות בינאישיות לבין בעיות באישיות, הוביל אנשי מקצוע לערוך התאמות בינאישיות בטיפול (Clarkin & Levy, 2006; Fonagy et al., 1996; Linehan, 1993; Young, 1999) אשר יהוו מטרה בהתערבות הטיפולית בקרב אנשים עם הפרעות אישיות או אישיות פתולוגית (Fossati et al., 2017). הזיהוי של ממדי אישיות מסויימים העשויים להשפיע באופן מסוים על הקשר בין הברית הטיפולית לבין תוצאות הטיפול, עשוי להיות משמעותי ביותר ובעל השלכות על תכנון טיפול למטופלים בעלי פרופיל אישיותי מסוים.

מודל חמשת הגורמים (Five Factor Model; McCrea & Costa, 1986) הינו מודל האישיות המקובל והנחקר ביותר בימינו (Lounsbury, Hutchens, & Loveland, 2005). המודל הינו תולדה של מחקר אמפירי רב היקף, אשר הוביל להגדרת חמישה גורמי על המשמשים לתיאור האישיות. מודל זה של אפיון האישיות באמצעות חמישה גורמי על נמצא יציב ועקבי במחקרים רבים בקרב תרבויות שונות וכן נבדק במגוון רחב של תחומים וביניהם הערכת אישיות, פסיכופתולוגיה, שביעות רצון מהחיים ועוד. המודל נמצא כיום בקונצנזוס נרחב בקרב חוקרים ופסיכולוגים רבים (Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010; John et al., 1999).

על פי Digman (1989), מודל ה-Five Factor Model (FFM) לחמשת ממדי האישיות הקיימים באדם, נחקר רבות ועבר תהליכים ושינויים רבים עד לתצורתו הנוכחית. כל ממד אישיות מורכב מסט תכונות, אשר מופיעות כהרגלים, תחושות, רגשות או חוויות ומגולמות בהתנהגות. על בסיס מודל זה, נבנה המודל הממדי החדש שמציע ה-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; Krueger et al., 2012).

ה-DSM-5 הינו הגרסה הראשונה שמציעה מודל אמפירי של תכונות אישיות לא אדפטיביות (Krueger et al., 2014). ב-DSM-5 פותח מודל חדש למדידת תכונות אישיות לא סתגלניות, על מנת להפוך

את המודל למימדי, כפי שמודלים עדכניים של אישיות מציעים, והוא נשען על המודל המימדי FFM שהוצג לעיל (Digman, 1989).

הכלי שפותח הינו ה- (PID-5) Personality Inventory for DSM-5 והוא נותן מענה לצורך עיקרי שהוגדר מראש והוא להפוך את מערכת הסיווג לממדית. מהבחינה הזו, השאלון שנוצר תואם מאוד למודל האישיות הממדי כפי שתואר על ידי Widiger ו-Simonson (2005) ונמדד על ידי שאלון ה- FFM המצוין לעיל. כך, התכונות הלא סתגלניות של הפרעות האישיות הן למעשה הקצה הקיצוני ביותר של הסקאלה במודל זה, אשר נמצא כיעיל ביותר במחקר האישיות וההבדלים האינדיבידואלים (Widiger & Costa, 2012). כלומר, האישיות מאופיינת בטווח מסוים, בו בקצה אחד נמצאת האישיות המסתגלת והלא פתולוגית ועד לאישיות לא מסתגלת או פתולוגית בקצה השני, כאשר האישיות הסטנדרטית נמצאת במרכז הרצף.

אחת המטרות המרכזיות של יצירת המודל החדש הנמדד בעזרת ה- PID-5, היתה להתאים את הספרות המצטברת אודות האישיות ל- DSM (Krueger & Markon, 2014). לשם כך, מחקרים רבים בדקו קשר בין ה- PID-5 לבין מודלים קיימים של אישיות, ואכן נמצאו קשרים רבים בין ה- PID-5 לבין שאלוני ה- NEO-PI-3 (McCrea et al., 2005), ה- Five Factor Model (Mullins-Sweatt, Jamerson, & Widiger, 2006; Samuel, Olson, & Widiger, 2006), מבחן חמשת מימדי האישיות (Van Kampen, 2012), וכן שאלון תכונות האישיות (Tellegen et al., 1991). בכלל המבחנים הללו נבדקו חמשת מאפייני האישיות המרכזיים המצויינים ב- FFM (De Fruyt et al., 2013; Thomas et al., 2013; Gore & Widiger, 2013). מעבר לכך, המודל ההיררכי מצוי לא רק ב- PID-5, אלא גם במודל 3- NEO Personality Inventory (McCrea et al., 2005), וכן במבחן הממוחשב של תכונות אדפטיביות בהפרעות אישיות (CAT-PD; Simms et al., 2011). לפיכך, ניתן להבין את המודל החדש כמודל מימדי, אשר מתאים את עצמו למודלים של אישיות המצויים בספרות, ובעיקר תואם את המודל של ה- FFM, וכן כי ניתן לבחון בעזרת המודל, הפרעות נוספות מעבר להפרעות האישיות (Krueger & Markon, 2014). כלומר, המודל לא מוגבל ל- DSM-5 בלבד, אלא נושא בחובו מדידות הן של תכונות אישיות לא אדפטיביות (PD-CAT) והן של תכונות אישיות נורמטיביות (3-PI-NEO).

בקבוצת העבודה של תכונות האישיות של ה- DSM-5, ה- P & PD (Personality & Personality Disorders), הוחלט לאסוף מידע קליני ולאגד את הנתונים לכלי הניתן למדידה שיאפשר מחקר

אמפירי (Krueger, 2012). המחקר הנוכחי שואף להרחיב את תוקפו של הכלי, תוך התייחסות לממדי האישיות באספקט הטיפולי.

ב- PID-5 ישנה הערכה ל-25 אלמנטים של תכונות לא אדפטיביות, המתאגדות לחמש תכונות נרחבות, על פי המודל ההיררכי (Krueger et al., 2012). על פי מחקרים, נראה כי ממדים אלו מאגדים את מרכיבי המפתח של המבנה הבסיסי של האישיות. חמשת הממדים הללו הם:

1. **ממד הרגש השלילי** (אל מול יציבות רגשית)- רגש או אפקט שלילי בא לידי ביטוי בחוויות תכופות ואינטנסיביות ברמות גבוהות של רגשות שליליים (חרדה, דיכאון, אשמה, בושה, דאגה, כעס) וההתנהגויות שלהן (לדוגמה פגיעה עצמית) וביטוי בינאישי לכך (לדוגמה תלות). על פי מודל ה-FFM (Costa & McCrea, 1992), רמות נמוכות של יציבות רגשית מנבאות באופן כללי חוסר בהתאמה פסיכולוגית וחוסר יציבות רגשית. תכונה זו מאופיינת על ידי חרדה, דיכאון, כעס, מבוכה, דאגה, רגשות וחוסר ביטחון. אדם שמאפיינים אלו נמוכים אצלו הינו בעל יציבות רגשית ונפשית (Caldwell & Burger, 1998; Judge, Higgins, & Barrick, 1999; Krueger et al., 2012; Lounsbury, Tatom, Chambers, Owens, & Gibson, 1999). יציבות רגשית נמצאה בקשר שלילי עם סגנון התקשרות חרד (Carver, 1997), סגנונות התקשרות פחות מסתגלים (Nofle & Shaver, 2005) וכן עם קשיים בפתרון בעיות (Tokar, Fischer, & Subich, 1998). כמו-כן, גורם זה נמצא קשור עם מגוון של פסיכופתולוגיות, כגון: דיכאון מזוירי, PTSD, הפרעת פניקה, OCD ועוד (Kotov et al., 2010). בהמשך לכך, יציבות רגשית נמצאה קשורה עם שביעות רצון כללית מהחיים (Deneve & Cooper, 1998). הקשר בין ממד היציבות הרגשית לבין התנהגות חברתית אינו ברור: בעוד התנהגות פרו-חברתית ודאגה לאחרים נקשרו ליציבות רגשית גבוהה (Shiner & Caspi, 2003), אייזנק דווקא מצא קשר בין אמפתיה ליציבות רגשית נמוכה (Eysenck, 1991). עם זאת, מחקר נוסף (Barrio, Aluja, & Garcia, 2004), אשר בדק את הקשר בין מדד אישיות זה לבין אמפתיה בקרב מתבגרים, לא מצא כל קשר בין השניים.

2. **ממד הניתוק** (אל מול מוחצנות)- ניתוק מאופיין על ידי הימנעות מחוויות חברתיות רגשיות, כולל נסיגה מאינטראקציות בינאישיות (החל מפגישות יומיומיות, דרך חברות, ועד קשר אינטימי), אפקט וביטוי נוקשים, ובייחוד קיבולת הנאה מוגבלת. לעומת זאת, מוחצנות הינה מאפיין אישיותי המתייחס לממד החברתיות, והיא מאופיינת על ידי צורך חברתי גבוה, יכולת התחברות, אסרטיביות, נטייה לדברנות, דומיננטיות ופעלתנות. אדם שמאפיינים אלו נמוכים אצלו, הינו אדם

מופנם, מרוחק או מנותק מסביבתו ( Caldwell & Burger, 1998; Judge, Higgins, & Barrick, 1999; Krueger et al., 2012; Lounsbury, Tatom, Chambers, Owens, & Gibson, 1999). נמצא קשר חיובי בין גורם זה לבין סגנון התקשרות בטוח, וכן קשר שלילי בין מוחצנות לבין סגנון התקשרות נמנע (Carver, 1997). מוחצנות נמצאה גם היא קשורה עם מגוון פסיכופתולוגיות, כאשר רמות נמוכות של מוחצנות נמצאו קשורות לחרדה, דיסטימיה ו-OCD (Kotov et al., 2010). מוחצנות נמצאה קשורה גם למיומנויות הדרכה טובות וליחסים בינאישיים טובים בעבודה- הן מול דמויות סמכות והן מול עמיתים לעבודה (Barrick & Mount, 1991) ולאפקט חיובי (DeNeve & Cooper, 1998). מוחצנות, כפי שהיא מוגדרת ב-FFM, נמצאה בקשר שלילי עם הסכמה ללקיחת תרופות (Miller, Pilkonis, & Mulvey, 2006).

3. **ממד הדיסאינהיביציה (חוסר עכבות)** (אל מול מוכוונות) - דיסאינהיביציה משמעה אוריינטציה לסיפוק מיידי, המובילה להתנהגות אימפולסיבית המונעת ממחשבות עכשוויות, הרגשות או גירויים חיצוניים, ללא התייחסות ללמידה מן העבר או להשלכות עתידיות. לעומת זאת, מוכוונות מתקשרת לתפקוד תעסוקתי ובאה לידי ביטוי במוכוונות להישגים, אמינות, נטייה לארגון ותכנון, זהירות, יסודיות, אחריות, עבודה מאומצת, התמדה ומשמעת עצמית (Caldwell & Burger, 1998; Judge et al., 2012; Krueger et al., 1999). מוכוונות נמצאה בקשר חיובי עם התקשרות בטוחה עם ההורים (Nofle & Shaver, 2005), וכן נמצאה כבעלת תוקף הניבוי הגבוה ביותר מבין תכונות האישיות של תפקוד בעבודה והצלחה בהכשרה לעבודה על פי מחקר מקיף שנעשה בתחום (Schmidt & Hunter, 1998). לעומת זאת, רמה נמוכה של מצפוניות באה לידי ביטוי באפתיות וחוסר אכפתיות. כמו-כן, רמות נמוכות של מוכוונות נמצאו קשורות לשימוש בסמים ואלכוהול, לדיכאון מזוירי, להפרעת אישיות דיכאונית ועוד (Kotov et al., 2010). John (1994) מצא כי ציון גבוה במוכוונות מעיד על דיכוי אגרסיביות. כמו-כן, חוקרים מצאו כי מוכוונות נמצאת בקשר שלילי עם הממד הפסיכוכטי של אייזנק, המעיד על העדר אמפתיות (Aluja, Garcia, & Garcia, 2003). מחקרים שבחנו את השפעת חמשת תכונות האישיות על תוצאות הטיפול, מצאו קשר חיובי בין מוכוונות ונוכחות בפגישות, וכן עם הסכמה לקחת תרופות (Miller et al., 2006; Rhodes, Courneya, & Bobick, 2001). דבר זה עשוי לרמז לנו אודות המוטיבציה לטיפול בקרב אנשים הנמוכים בממד אישיות דיסאינהיביציה.

4. **ממד האנטגוניזם** (אל מול נעם הליכות) - ממד זה מתייחס להתנהגות בינאישית. אנטגוניזם מאופיין בהתנהגות תגרנית מול אחרים, כולל חשיבות עצמית מופרזת וציפיות לקבלת יחס מועדף.

כמו-כן, אנטיפתיות קשוחה כלפי אחרים, הכולל גם חוסר מודעות או אדישות לצרכי ורגשות האחר, וכן מוכנות להשתמש באחרים לטובת שיפור העצמי. מן הצד השני של הסקאלה, נעם הליכות מאופיינת על ידי אדיבות, גמישות, ביטחון ואמון מזג נוח, שיתוף פעולה, סלחנות וסובלנות. אנשים הגבוהים בה ישתפו פעולה ויתחבבו בקלות על הסביבה לעומת אלה הנמוכים בה וייטו לתחרותיות, חשדנות, וכחנות ואנוכיות (Caldwell & Burger, 1998; Judge et al. 1999; Krueger et al., 2012 Lounsburyet et al., 1999). נעם הליכות נמצאה קשורה באופן חיובי לדפוס התקשרות בטוח וכקשורה שלילית לדפוס התקשרות נמנע (Carver, 1997). רמות גבוהות של ממד זה נמצאו בקשר חיובי עם אפקט חיובי (DeNeve & Cooper, 1998), עם הסכמה ללקיחת תרופות (Miller et al., 2006), וכמנבא התנהגות פרו- חברתית (Aluja & Garcia, 2004; Graziano & Eisenberg, 1997), בעוד רמות נמוכות של נעימות היו קשורות לשימוש בחומרים ממכרים (Kotov et al., 2010).

עוד נמצא, כי אנשים בעלי מדד נעם הליכות נמוך על פי ה-FFM, המקביל לאנטגוניזם ב-PID-5, מפיקים שימוש נמוך מפסיכותרפיה. לכך מספר סיבות אפשריות: ראשית, מטופלים כאלו נוטים להחצין בעיות ולהאשים אחרים בכך, ולא לקחת עליהן אחריות או אשמה (Miller et al., 2006). בנוסף, היוהרה המקושרת לאנטגוניזם אינה מאפשרת לפרט להודות כי הוא זקוק לשינוי בהתנהגות או דפוסי המחשבה. אנשים אנטגוניסטים נוטים להיות חסרי אמון באחרים, לא כנים, לא צנועים ולא מתואמים לאחרים, דבר אשר עלול להפוך את הטיפול לקשה במיוחד (Costa & McCrea, 1992). לפיכך, יש להניח כי מטופלים בעלי ממד אנטגוניזם נמוך יציגו קשר עם ברית טיפולית טובה וקשר שלילי עם תוצאות הטיפול.

**5. ממד הפסיכוטיות (אל מול צלילות)** - פסיכוטיות מתבטאת בהצגת טווח רחב של מוזרויות לא תואמות, תמהוניות, או התנהגות וקוגניציה חריגות, מבחינת ההליך (התפיסה) והתוכן (אמונות) (Krueger et al., 2012). אנשים הגבוהים בתכונה זו יעדיפו את השגרה ויהיו יותר נוקשים מבחינה פסיכולוגית. אין תכונה זו מקבילה לחמשת הגדולים, ועל כן לא ניתן להתבסס על מחקרי עבר של כלי זה, כך שהידע הקיים אודות תכונה זו דל ביותר. עם זאת, נראה כי הקשר הטיפולי הינו חשוב ביותר לקבלה ולפתיחות של אנשים הגבוהים בממד זה.

נראה כי באופן גורף, אנשים בעלי בעיות באישיות, ובקצה אנשים בעלי הפרעות אישיות, סובלים מבעיות כרוניות יותר, חמורות, ונזקקים לטיפולים ארוכי טווח יותר מאשר אנשים ללא בעיות

אישיותיות (Beutler, Castonguay, & Follette, 2006; Hardy, 2002; Skodol et al., 2005; Mulder, 2002). כך למשל, במחקר שהשווה שתי קבוצות מטופלים הסובלות מדיכאון, כאשר אחת מהן הינה בעלת קומורבידיות עם הפרעת אישיות, נמצא כי המטופלים המציגים קומורבידיות להפרעת אישיות סובלים מרמות דיכאון גבוהות יותר, החלמה איטית יותר וירידה גבוהה יותר במדדים עד שנה לאחר הטיפול (Beutler et al., 2006).

מעבר להפרעות אישיות, מעט מחקרים בחנו את חמשת ממדי האישיות על אוכלוסיות קליניות (Bach, Sellbom, & Simonsen, 2017) בכלל ועם יעילות הטיפול בפרט (Miller et al., 2006). על-כן, מחקר זה נועד הן להרחיב את המחקר ואת התוקף החיצוני של שאלון ה-PID-5, והן להרחיב את הידע אודות השפעת חמשת ממדי האישיות על הטיפול ותוצאותיו.

#### *בריאות נפשית*

בעבר, תוצאות הטיפול התמקדו בעיקר בתנאים ספיציפיים, לדוגמה הקלה בסימפטומים של דיכאון או חרדה (Lambert, Okiishi, Finch, & Johnson, 1998). עם זאת, כיום ניתן דגש בפסיכותרפיה על בריאות נפשית באופן רחב יותר, הכולל גמישות פסיכולוגית, תחושת מסוגלות ושביעות רצון כללית מן החיים (Sederer et al., 1996). שאלון הבריאות הנפשית Brief Mental Health Outcome Measure (BMHO), אשר נכתב על ידי Bais ושותפיו (1999), נותן לכך מענה. המטופל מדווח על הרגשה כללית, גמישות פסיכולוגית ושביעות רצון מן החיים באופן כללי, כך ששאלון זה בוחן את יעילות הטיפול והבריאות הנפשית של המטופל, ללא קשר לסוג טיפול או לסוג ההפרעה. במחקר הנוכחי, נבחנים מטופלים בעלי טווח רחב של הפרעות, המטופלים על ידי מגוון שיטות טיפול. על כן, כלי זה מתאים ביותר לבחינת תוצאות הטיפול ויעילותו כמו גם לבחינת הקשר בין הברית הטיפולית לבין תוצאות הטיפול לאורך הטיפול.

#### *המחקר הנוכחי ומטרותיו*

הברית הטיפולית נמצאה כמרכיב מפתח בטיפול, המסייע למטופלים להאמין ביכולת הטיפול והמטופלים לעזור להם, ואכן מחקרים רבים מראים קשר חיובי בין הברית הטיפולית והצלחת הטיפול. כאשר הברית הטיפולית טובה, היא מובילה להפחתת סימפטומים, וכאשר היא אינה טובה, עלול להיגרם נזק ופגיעה בטיפול ובמטופל. סקירה ספרותית מעלה כי ישנם גורמים הממתנים את



השפעת הברית הטיפולית על הצלחת הטיפול. מחקרים עדכניים מעלים כי תכונותיהם, יכולותיהם ואופן התנהלותם של מטופלים שונים הינם בעלי חשיבות רבה ביצירת הברית הטיפולית והצלחת הטיפול (Ekeblad, Holmqvist & Falkenstrom, 2016). כמו-כן, נמצא קשר שלילי בין בעיות באישיות המטופל להצלחת הברית הטיפולית ועם תוצאות הטיפול. לפיכך, אישיות ותכונות המטופל מהווים מרכיב בקשר בין הברית הטיפולית והצלחת הטיפול. אלו ממדי אישיות משפיעים על כך ובאיזה אופן נשאר לא ידוע.

מטרת המחקר הנוכחי הינה להתחקות אחר ממדי האישיות של המטופל, וכיצד ממדים אלו משפיעים על הקשר שבין הברית הטיפולית לבריאות הנפשית. במחקר הנוכחי, יילקחו מדדי חמשת תכונות האישיות (PID-5) עם תחילת הטיפול. מדד זה מוצג ב-DSM-5 ככלי חדש לבחינת ממדי האישיות. השימוש במחקרים בכלי זה הינו דל ביותר, כך שאין מידע רב אודותיו. יתר על כן, למיטב ידיעתי, הבחינה של השפעת ממדי האישיות השונים על תוצאות הטיפולית, וכן על הקשר בין הברית הטיפולית לבין תוצאות הטיפול, גם הוא נושא שלא נחקר רבות, כך שחסר מידע אמפירי אודות נושא זה, ויותר מזאת נושא זה עדיין לא נחקר בארץ. ממדי האישיות נמדדו טרם תחילת הטיפול, בעוד שאלונים של הברית הטיפולית והבריאות נפשית מולאו בשלוש נקודות מדידה: עם תחילת הטיפול (עד המפגש הרביעי), ולאחר שלושה ושישה חודשי טיפול.

מן האמור לעיל, השערות המחקר הן:

1. זמן המדידה ינבא את הבריאות הנפשית באופן חיובי, כך שייראה שיפור בבריאות הנפשית לאורך שלושת נקודות המדידה (T1 = תחילת הטיפול, T2 = לאחר 3 חודשי טיפול, T3 = לאחר 6 חודשי טיפול).

2. מרכיבי הברית הטיפולית (Goals, Tasks, Bond) יתרמו לניבוי הבריאות הנפשית באופן חיובי, כך שככל שמרכיבי הברית הטיפולית יהיו חזקים יותר, כך הבריאות הנפשית תהיה גבוהה יותר.

#### שאלות המחקר

1. מהי תרומת ממדי האישיות (אפקט שלילי, ניתוק, פסיכוטיות, דיסאינהיביציה ואנטגוניזם) לניבוי הבריאות הנפשית.

2. מהי תרומת ממדי האישיות (אפקט שלילי, פסיכוטיות, ניתוק, דיסאינהיביציה ואנטגוניזם) לקשר שבין הברית הטיפולית והבריאות הנפשית, לאורך זמן הטיפול.

## שיטה

### משתתפים

זהו מחקר ארכיוני שמתייחס ל-35 מטופלים של הקליניקה הפסיכולוגית במרכז הבינתחומי, אשר הסכימו בטופס הסכמה מדעת (נספח 1) למלא שאלונים לדיווח עצמי בשלוש נקודות זמן: בתחילת הטיפול (עד המפגש השלישי), לאחר 3 חודשי טיפול ולאחר 6 חודשי טיפול. גיל המטופלים הינו מעל 18. המדגם הראשוני כלל 210 מטופלים מעל גיל 18, מהם נלקחו רק משתתפים אשר מילאו גם את שאלון האישיות (PID-5-BF) בטרם הטיפול, גם את שאלון הברית הטיפולית (WAI-SR) עם תחילת הטיפול (T1) ומדידה אחת נוספת לפחות (T2/T3), וגם את שאלון הבריאות הנפשית (BMHO) בכל אחת מן המדידות (T1, T2, T3). סך הכל נותרו 35 משתתפים, מתוכם 2 לא מילאו את שאלון הברית הטיפולית במדידה השנייה (T2) אך כן במדידה השלישית, ו-8 אחרים לא מילאו את שאלון הברית הטיפולית במדידה השלישית (T3). הסיבות לאי המילוי אינן ידועות. מתוך כלל המשתתפים, 12 אובחנו עם הפרעות חרדה, 10 עם הפרעת מצב-רוח, 3 עם הפרעת הסתגלות, 3 עם הפרעת אישיות, 3 עם בעיות חברתיות, אחד עם הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית ושלושה נוספים אובחנו כ'אחר'.

האבחנות ניתנו על ידי המטפלים על בסיס שאלון המיני.

### כלים

**שאלון דמוגרפי** הכולל פרטים אישיים: מגדר, גיל, מצב משפחתי ושנות השכלה.

**שאלון הברית הטיפולית** (נספח 2) - הסולם שנעשה בו שימוש למדידת הברית הטיפולית הינו ה- Working Alliance Inventory- Short Revised (WAI-SR, Hatcher & Gillaspy, 2006). המדד בוחן את איכות הברית על בסיס שלושה מימדים, ביחס לתיאוריה של בורדין (1979): הקשר, מידת ההסכמה על המטרות והסכמה על מטלות. כך למשל, המטופלים נשאלים לגבי מידת הנוחיות שלהם עם המטפל, מידת האמונה כי המטפל באמת רוצה בטובתו, מידת הביטחון והכבוד ההדדיים של המטפל והמטופל ועוד. השאלון המקורי כולל 36 פריטים (Horvath & Greenberg, 1989), כאשר קיימת גרסה קצרה של השאלון בת 12 פריטים בלבד, בה נעשה שימוש במחקר הנוכחי, והיא כאמור מחולקת לשלושה תתי סולמות: Goals (פריטים 4,6,8,11) הכולל פריטים כגון "המטפלת/ת ואני מתואמים בהגדרת המטרות לטיפול"; Tasks (פריטים 1,2,10,12) הכולל פריטים כגון "המטפלת/ת ואני מסכימים לגבי הדברים שאצטרך לעשות בטיפול כדי לשפר את מצבי"; Bond (פריטים 3,5,7,9) הכוללים פריטים כגון "אני

מאמין כי המטפלת מחבב אותי". הפריטים מוצגים על סולם ליקרט כאשר המשתתפים צריכים לענות עד כמה הפריטים מתארים את החוויה שלהם בסקאלה של 1 (לעיתים רחוקות) עד 5 (תמיד). פריטים 4 ו-10 נדרשים לעבור היפוך. הציון עבור הבריית הטיפולית נעשה על ידי סכימת הפריטים, כאשר ציון גבוה מעיד על ברית טיפולית טובה יותר. שאלון ה-WAI המקוצר נמצא כבעל מהימנות גבוהה עבור על כל השאלון ( $\alpha = .92$ ) וכן עבור תתי הסולמות (Goals-  $\alpha = .87$ ; Tasks-  $\alpha = .85$ ; Bond-  $\alpha = .90$ ; Hatcher & Gillaspay, 2006). במחקר הנוכחי נמצאו מדדי אלפא קרונבאך של בדיקת מהימנות כעקיבות פנימית לכל פריטי שאלון הבריית הטיפולית (WAI;  $\alpha = .93$ ), וכן לכל מרכיב בנפרד נמצאו גבוהים: Goals ( $\alpha = .84$ ); Tasks ( $\alpha = .82$ ); Bond ( $\alpha = .75$ ).

**שאלון חמשת ממדי האישיות - גרסה מקוצרת (נספח 3) - The personality Inventory for DSM-5 - Brief form (PID-5-BF; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2013)** פותח על ידי קבוצת העבודה של ה-DSM-5 על מנת לאפשר אבחון וזיהוי ראשוני של תכונות אישיות לא אדפטיביות ולמעקב אחר שינוי תכונות אישיות אלו לאורך הטיפול. השאלון תורגם לעברית על ידי נקש, דורון וברונשטיין-קלומק (2014), באמצעות שיטת התרגום החוזר של בריסלין (Brislin, 1980). ציונים נמוכים מייצגים רמה גבוהה יותר של תכונות אישיות לא אדפטיביות. חמישה סולמות מודדים את חמשת ממדי האישיות הלא אדפטיבים: אפקט שלילי (פריטים 8,9,10,11,15) הכולל פריטים כמו "אני נעשה רגשני בקלות, לעיתים קרובות בגלל סיבות קטנות"; ניתוק (4,13,14,16,18) הכולל פריטים כמו "לעיתים רחוקות אני מתלהב ממה שהו"; אנטגוניזם (17,19,20,22,25) הכולל פריטים כגון "זה לא כל כך נורא אם אני פוגע ברגשותיהם של אחרים"; דיסאינהיביציה (1,2,3,5,6) הכולל פריטים כמו "אנשים יתארו אותי כלא זהיר"; פסיכוטיות (7,12,21,23,24) הכולל פריטים כגון "המחשבות שלי לעיתים קרובות לא נשמעות הגיוניות לאחרים". ציון מתקבל על ידי סכום הפריטים של כל ממד בנפרד. מדדי אלפא קרונבאך במחקר הנוכחי (לוח 1) נמצאו גבוהים ( $\alpha = .88$ ) לכל פריטי השאלון יחד, וכן לכל אחד מממדי האישיות בנפרד: אפקט שלילי ( $\alpha = .78$ ), ניתוק ( $\alpha = .7$ ), דיסאינהיביציה ( $\alpha = .78$ ). פסיכוטיות ( $\alpha = .75$ ). ממד האנטגוניזם נמצא בעל מהימנות כעקיבות פנימית בינונית ( $\alpha = .57$ ), ועל כן הוחלט להוציא אותו מן הניתוחים הסטטיסטיים

## שאלון בריאות נפשית - (BMHO) Brief Mental Health Outcome Measure (נספח 4) - שאלון

דיווח עצמי המודד רווחה פסיכולוגית, פותח, תוקף וקוצר על ידי Blais ושותפיו, ונמצא בעל מהימנות ותוקף גבוהים (Blais et al., 1999). מכיל 10 פריטים שמשקפים אמונה בעצמי, תחושת מסוגלות עצמית, שקט נפשי וכדומה ("יש לי שקט נפשי", או "אני מרגיש תקווה לגבי עתידי"), המדורגים על סולם בן 7 דרגות, שנע בין 0 ("אף פעם לא") לבין 6 ("כל הזמן או כמעט כל הזמן"). לכל משתתף מחושב ציון שהוא סכום דירוגו בכל הפריטים. ציון גבוה מעיד על בריאות נפשית טובה יותר ורווחה נפשית גבוהה יותר. בדיקת מהימנות כעקיבות פנימית במחקר הנוכחי נמצאה גבוהה ( $\alpha = .94$ ).

### הליך

המחקר קבל את האישור של ועדת האתיקה של הבינתחומי. כנהוג בקליניקה של בית ספר ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה, 35 משתתפים, אשר מטופלים על בסיס שבועי בקליניקה של המרכז הבינתחומי הרצליה, חתמו בטרם הטיפול על טופס הסכמה מדעת למלא מספר שאלונים, בידיעה כי יכול להעשות שימוש מחקרי בנתונים אלו. המטופלים בקליניקה הינם מתמחים בפסיכולוגיה קלינית ופרקטיקנטים במהלך התואר השני בפסיכולוגיה קלינית, אשר מקבלים הדרכה שבועית צמודה מפסיכולוגים קליניים מדריכים. המטופלים מגיעים לקליניקה באופן פרטי עבור מחיר מוזל, הנובע מהיותה של הקליניקה בעלת אוריינטציה מחקרית, כך שהם מודעים להיותם חלק מהליך מחקר, ומקבלים על כך הסבר במפגש האינטייק הראשון. המשתתפים נתבקשו למלא סוללת שאלונים ממוחשבים באמצעות תוכנת הניטוריקס, כאשר חלק מן השאלונים הללו כוללים שאלות דמוגרפיות, את שאלון הברית הטיפולית, שאלון תכונות האישיות ושאלון בריאות נפשית הדרושים למחקר הנוכחי. שאלון ממדי האישיות ניתן בטרם הטיפול, בעוד מילוי שאר השאלונים התבצע בשלוש נקודות זמן: T1 תחילת הטיפול (עד המפגש השלישי); T2 לאחר שלושה חודשי טיפול; T3 לאחר שישה חודשי טיפול.

## תוצאות

גיל המשתתפים במחקר נע בין 18 ל- 78 ( $M = 39.9$ ,  $SD = 14.76$ ), מתוכם 16 גברים ו-19 נשים. המצב המשפחתי של המשתתפים התחלק כך ש-20 הינם רווקים, 12 נשואים, 2 פרודים ואלמן יחיד. המטופלים טופלו על ידי 32 מטפלים, מתוכם 5 גברים ו-27 נשים. לשני מטפלים היו שני מטופלים שהשתתפו במחקר. כאמור דלעיל, בדיקות מהימנות כעקיבות פנימית בוצעו לכלל השאלונים, וזולת ממד האנטגוניזם שנמצא בעל מהימנות נמוכה ועל כן הוצא מן הניתוחים הסטטיסטיים, כל המשתתפים הציגו מהימנות גבוהה. ניתן לראות בלוח 1 את הממוצעים, סטיות התקן וערכי המהימנויות של המשתתפים.

**לוח מספר 1- ממוצעים, סטיות תקן של משתני המחקר, מחולקים לפי זמן מדידה, ומדדי מהימנות כעקיבות פנימית (אלפא קרונבאך) לשאלוני המשתתפים**

α		SD	M	זמן מדידה	מרכיבים	משתנה
.94		12.67	36.37	1		בריאות נפשית
		12.57	39.94	2		
		13.94	39.82	3		
.93	.84	3.6	16.34	1	הסכמה על	הברית הטיפולית
		3.74	17.09	2	מטרות	
		4.07	17.92	3	(Goals)	
	.82	4.57	21.71	1	הסכמה על	
		3.79	23.33	2	משימות	
		3.31	24	3	(Tasks)	
	.75	3.49	23.06	1	הקשר הטיפולי (Bond)	
		3.87	23.58	2		
		3.39	24.31	3		
.88	.78	4.1	6.5	1	רגש שלילי	ממדי האישיות
	.70	3.4	4.37	1	ניתוק	
	.78	3.6	3.77	1	דיסאינהיביציה	
	.57	3.15	3.4	1	אנטגוניזם	
	.75	3.34	3.43	1	פסיכוטיות	

לבחינת כלל ההשערות ושאלות המחקר, בוצעו 15 מודלים של ניתוח משוואות היררכיות (Hierarchical Linear Modeling-HLM) עם מדידות חוזרות לאורך זמן (Growth Curve Model), על מנת לבחון כיצד הבריאות הנפשית מושפעת מהמשתנים הבאים: הברית הטיפולית (Goals, Tasks, Bond), ממדי האישיות (רגש שלילי, ניתוק, אנטגוניזם, פסיכוטיות, דיסאינהיביציה) וזמן המדידה.

מודל זה מציע יתרון חשוב על גבי מודלים ישנים יותר, על מנת להתגבר על נתונים חסרים וכן על רווחים לא שווים בין זמנים ובין נבדקים (Singer & Willett, 2003; Hedeker & Gibbons, 1997; Nich & Carroll, 1997). כמו-כן, הם מאפשרים לנתח מדידות אשר מקוננות בתוך קבוצה או נבדק (Singer & Willett, 2003), וכן מציעים עצמה סטטיסטית חזקה, בעקבות שימוש בכל הנתונים הזמינים, המתארים את האופן של השינוי לאורך זמן (Lambert et al., 2001). במודלים הנוכחיים, מרכיבי הברית הטיפולית על שלושת זמני המדידות וכן זמן המדידה מקוננים בתוך הנבדק, ומכאן עלה צורך לבצע את הבדיקה באמצעות מודלים אלו. ממדי האישיות נמדדו בנקודת זמן יחידה, ועל כן הם אינם מקוננים.

כאמור לעיל, זו הפעם הראשונה בה נעשית בחינה של המשתנים הללו. על כן, על אף החשש מהגדלת הסיכוי לטעות מסוג אלפא, היה רצון לבחון את כל המודלים עם כל המשתנים השונים. כמו-כן, בשל חשש כי קורלציות פשוטות לא יכולות לקחת בחשבון את ה-Multilevel, ועל כן נעשתה העדפה לבחון זאת ישירות במודלים עם mixed effects המאפשר קינון של תצפיות.

בשלב ראשון, הרצתי מודל ללא מנבאים על מנת לבחון מהו אחוז השונות הנובע מהבדלים בין המשתתפים. בשלב זה רציתי לוודא כי קיימת שונות מספקת על מנת לבחון את השערות המחקר לגבי הבדלים בין המשתתפים. נמצא כי 82% מהשונות מהרווחה הנפשית מקורה בשונות בין הנבדקים וכי שונות זו שונה במובהק מאפס ( $ICC = 0.82$ ,  $\tau = 163.2$ ,  $p < .001$ ,  $\chi^2(46) = 831.422$ ).

בשלב שני, הוכנס למודל משתנה זמן המדידה, על מנת לבחון האם קיים שינוי בבריאות הנפשית לאורך הטיפול. משתנה הזמן נמצא כמנבא באופן חיובי מובהק את הבריאות הנפשית ( $\beta_{10} = 1.72$ ).

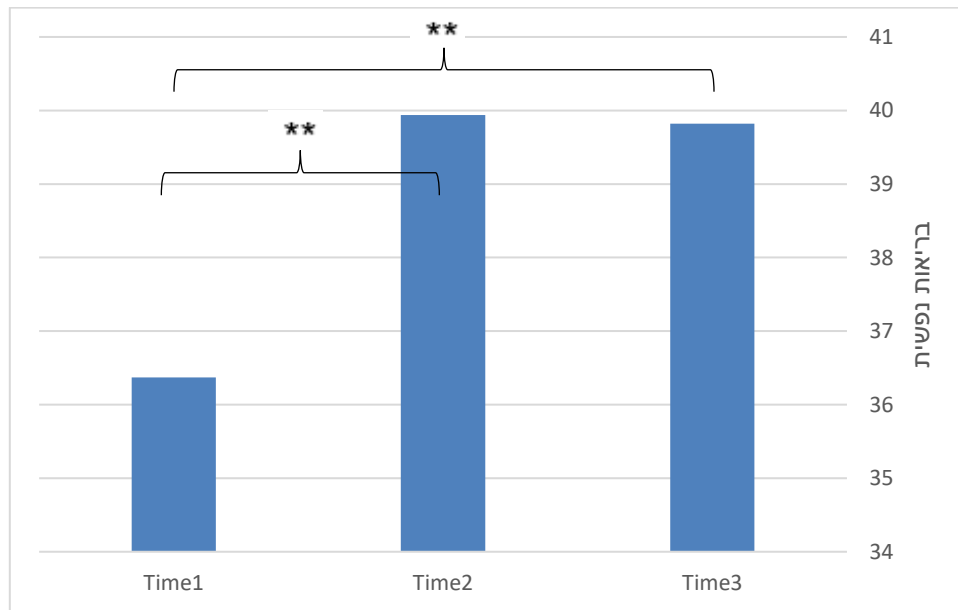
עלייה ממוצעת של 1.72 בבריאות הנפשית עם המדידות. מכאן, כי ההשערה הראשונה אוששה. (SE = 0.64, t = 2.7, p < .01), והוא מסביר 9% מהשונות של הבריאות הנפשית. כלומר, נמצא כי ישנה

לבדיקה מעמיקה של השינוי בבריאות הנפשית לאורך זמן הטיפול, בוצע מבחן ניתוח שונות (Analysis of Variance-ANOVA) עם מדידות חוזרות. תוצאות המבחן הראו שיפור מובהק ברווחה הנפשית בין המדידות (F(2,68) = 4.82, p < .05).

ניתוח המשך בונפרוני (תרשים 1) הראה כי קיימת עלייה מובהקת בדיווח על הבריאות הנפשית (t(34) = 2.68, p = .011) בין המדידה הראשונה (M = 36.37, SD = 12.67) והשנייה (M = 39.94, SD = 12.57) וכך בין הראשונה לשלישית (M = 39.83, SD = 13.94; t(34) = 2.54, p = .016). לעומת זאת, לא נמצא הבדל בדיווח על הבריאות הנפשית בין המדידה השנייה והשלישית. (t(34) = -.09, p = .93).

### תרשים מספר 1- ניתוח שונות (ANOVA) עם מדידות חוזרות לבחינת הבריאות הנפשית על פני 3

נקודות מדידה



תרשים 1 השיפור בבריאות הנפשית בשלוש נקודות זמן שונות- Time 1- תחילת הטיפול, עד המפגש הרביעי, Time 2- לאחר שלושה חודשי טיפול, Time 3- לאחר 6 חודשי טיפול. נעשה ניתוח שונות ANOVA עם מדידות חוזרות אשר הראה כי קיים שיפור בין המדידות (P < .05), כאשר ניתוח המשך בונפרוני מצא שיפור במדידות השנייה והשלישית לעומת המדידה הראשונה, אולם לא נמצא הבדל בבריאות הנפשית בין המדידה השנייה והשלישית.

p < .01\*\*

לאחר מכן, על מנת לבדוק את ההשערה השניה, הוספתי ברמה הראשונה את המשתנה מרכיבי הברית הטיפולית (Goals, Tasks, Bond), כאשר בכל מודל הוכנס מרכיב אחד בלבד. כל מרכיב של הברית הטיפולית עבר מרכזו לפי ממוצע המדידות של כל משתתף (Group Mean), שכן שלושת המדידות (T1/T2/T3) מקוננות בתוך כל נבדק.

כאשר מרכיבי הברית הטיפולית הוכנסו יחד עם משתנה הזמן ברמה הראשונה, נראה כי השונות המוסברת ירדה. כשכל מרכיב הוכנס בנפרד יחד עם משתנה הזמן ברמה הראשונה, המשתנים הצליחו להסביר 2% בלבד מהשונות של הבריאות הנפשית בין המשתתפים. כלומר, נראה כי משתנה הזמן מהווה משתנה מדכא למשתנה הברית הטיפולית, שכן הם חולקים את אותה השונות.

על מנת לבחון זאת, מרכיבי הברית הטיפולית הוכנסו כמשתנים תלויים, כאשר משתנה הזמן הוכנס ברמה הראשונה כמשתנה מנבא. נמצא, כי משתנה זמן המדידה אכן נמצא בקשר מובהק עם כל אחד ממרכיבי הברית הטיפולית: עם הקשר הטיפולי ( $\beta_{10} = 0.87, SE = 0.27, t = 3.24, p < .01$ ), הסכמה על מטרות ( $\beta_{10} = 0.89, SE = 0.28, t = 3.16, p < .01$ ) וכן עם הסכמה על משימות הטיפול ( $\beta_{10} = 1.14, SE = 0.29, t = 3.98, p < .001$ ). מכאן, ניתן להסיק כי ככל שזמן הטיפול חולף, כך מרכיבי הברית הטיפולית מתחזקים. זאת ועוד, נראה כי משתנה הזמן מהווה משתנה מדכא ברית הטיפולית, ועל כן הוחלט להוציא את המשתנה הזה מן המודל.

עם זאת, אף אחד ממרכיבי הברית הטיפולית לא הצליח לנבא את הבריאות הנפשית: הן הקשר הטיפולי ( $\beta_{10} = 0.19, SE = 0.32, t = 0.59, ns$ ), הן הסכמה על מטרות ( $\beta_{10} = 0.32, SE = 0.27, t = 1.2, ns$ ) והן הסכמה על משימות הטיפול ( $\beta_{10} = 0.24, SE = 0.25, t = 0.97, ns$ ). קרי, השערת המחקר השניה לא אוששה.

בשלב הבא, לשם בדיקת 2 שאלות המחקר, הוכנסו ממדי האישיות (רגש שלילי, ניתוק, פסיכוטיות, דיסאינהיביציה) ברמה השניה, כאשר כל ממד אישיות הוכנס בנפרד ברמה השניה עם מרכיב של הברית הטיפולית (Goals, Tasks, Bond) ברמה הראשונה. ממדי האישיות מורכזו על פי הממוצע הכולל של כל ממד (Grand Mean).

ראשית, הוכנס מרכיב הברית הטיפולית הסכמה על מטרות הטיפול (Goals) ברמה הראשונה, ועמו הוכנסו ברמה השניה מרכיבי האישיות ברמה השניה (לוח 2). כל ממדי האישיות שהוכנסו למודל,



נמצאו בקשר שלילי עם הבריאות הנפשית וניבאו אותה באופן מובהק: דיסאינהיביציה ( $\beta_{01} = -2.01$ ,

$SE = .33, t = -6.05, p < .001$ ), ממד הניתוק ( $\beta_{01} = -2.58, SE = .36, t = -7.24, p < .001$ ), ממד

הפסיכוטיות ( $\beta_{01} = -1.47, SE = .42, t = -3.54, p < .001$ ) וממד הרגש השלילי ( $\beta_{01} = -2.07, SE =$

$.29, t = -6.99, p < .001$ ). קרי, ככל שערך ממד האישיות יותר גבוה, כלומר פחות אדפטיבי, כך

הבריאות הנפשית נמוכה יותר.

מרכיב הסכמה על מטרות הטיפול (Goals) לא נמצא כמנבא מובהק לבריאות הנפשית באף אחד מן

המודלים, אך נמצאו אינטראקציות מובהקות של משתנה הסכמה על מטרות הטיפול (Goals) עם

ממד הניתוק ( $\beta_{11} = -0.2, SE = .1, t = -2.05, p < .05$ ) וכן עם ממד הדיסאינהיביציה ( $\beta_{11} = -0.21, SE =$

$.08, t = -2.65, p = .01$ ). המודל הסביר 7% מהשונות של הבריאות הנפשית.

לשם ניתוח האינטראקציות, הקשר בין מרכיב המטרות (Goals) לבין הבריאות הנפשית נבחן ברבעון

התחתון, החציוני והעליון של ממדי האישיות ניתוק לאחר המרכז למוצע ( $Q_1 = -2.526; Q_2 =$

$0.526; Q_3 = 2.474$ ) ודיסאינהיביציה ( $Q_1 = -3.07; Q_2 = -1.07; Q_3 = 1.93$ ), והיא מראה כי ככל

שהציונים בממדי האישיות הללו נמוכים יותר, כך הקשר של מרכיב המטרות (Goals) עם הבריאות

הנפשית מתחזק בכיוון חיובי. בערכי מדדי האישיות הגבוהים, כלומר הלא אדפטיביים, ישנה אף נטיה

לקשר שלילי בין מרכיב המטרות (Goals) לבין הבריאות הנפשית (תרשים 2א, 2ב), כלומר ככל שערכי

המרכיב הסכמה על מטרות (Goals) גבוה יותר, כך הבריאות הנפשית נמוכה יותר.

באופן דומה, חמישה מודלים נוספים בוצעו כאשר משתנה הסכמה על משימות (Tasks) הוכנס ברמה

הראשונה, כאשר כל ממד אישיות הוכנס בנפרד ברמה השנייה. גם הפעם, נמצא כי כל ממדי האישיות

שהוכנסו למודל, נמצאו בקשר שלילי עם הבריאות הנפשית וניבאו אותה באופן מובהק:

דיסאינהיביציה ( $\beta_{01} = -2.01, SE = .33, t = -6.05, p < .001$ ), ממד הניתוק ( $\beta_{01} = -2.58, SE = .36,$

$t = -7.23, p < .001$ ), ממד הפסיכוטיות ( $\beta_{01} = -1.63, SE = .53, t = -3.07, p < .01$ ) וממד הרגש

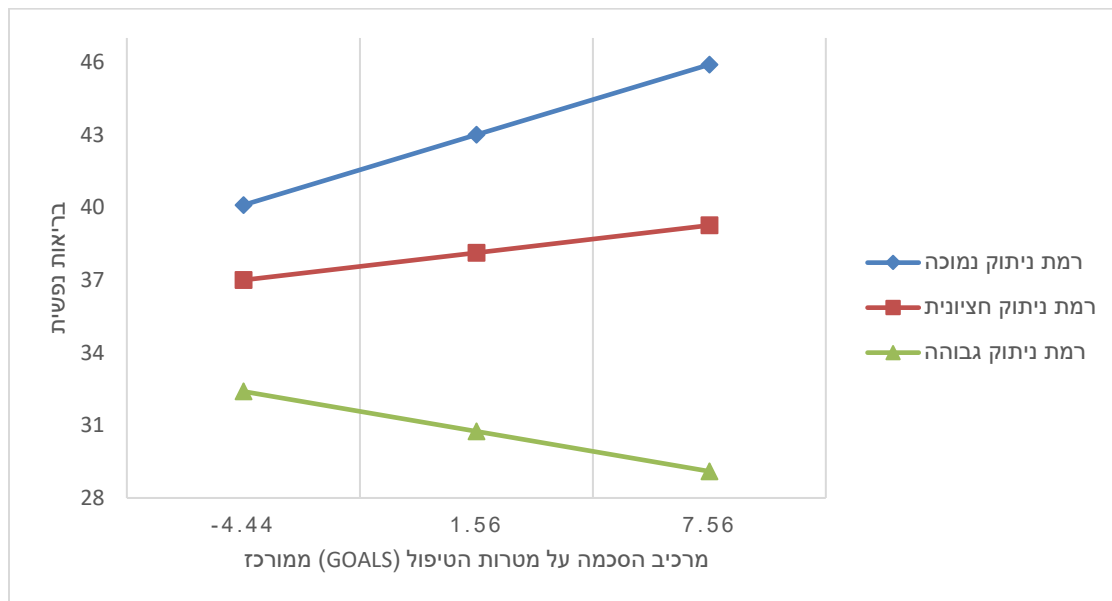
השלילי ( $\beta_{01} = -2.13, SE = .29, t = -7.3, p < .001$ ). המודלים הסבירו 6%-7% מהשונות של

הבריאות הנפשית.

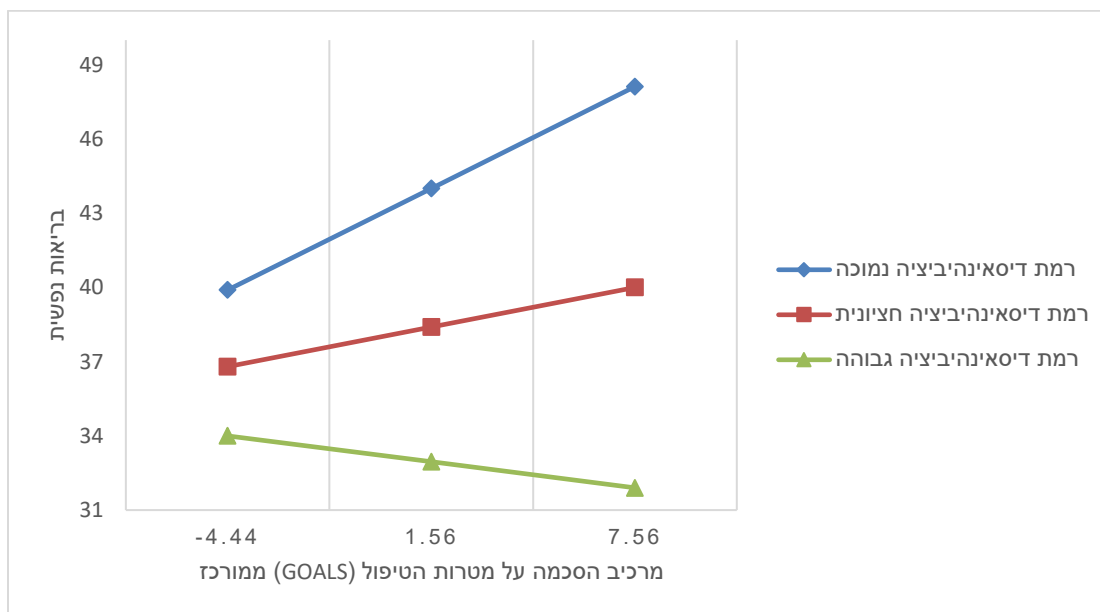
כפי שניתן לראות בלוח 2, מרכיב הסכמה על משימות (Tasks) לא נמצא כמנבא מובהק לבריאות הנפשית באף אחד מן המודלים, אולם נמצאו אינטראקציות מובהקות בין משימות (Tasks) וממד הפסיכוטיות ( $\beta_{11} = -0.19$ ,  $SE = .09$ ,  $t = -2.05$ ,  $p < .05$ ) וכן אינטראקציה בעלת מובהקות שולית של מרכיב המשימות (Tasks) עם ממד דיסאינהיביציה ( $\beta_{11} = -0.1$ ,  $SE = .06$ ,  $t = -1.75$ ,  $p = .085$ ).

לבדיקת מקור האינטראקציה של הקשר בין מרכיב המשימות שבברית הטיפולית (Tasks) לבין הבריאות הנפשית (תרשים ג2) נבדק ברבעון התחתון, החציוני והעליון של ממדי האישיות פסיכוטיות ( $Q_1 = -3.302$ ;  $Q_2 = -0.302$ ;  $Q_3 = 2.698$ ) ודיסאינהיביציה ( $Q_1 = -3.07$ ;  $Q_2 = -1.07$ ;  $Q_3 = 1.93$ ) לאחר המרכז לפי ממוצע כל ממד (Grand Mean). בשני המקרים, נראה כי ככל שממדי האישיות הלא אדפטיבית הללו נמוכים יותר, כך הקשר של הברית הטיפולית עם ההצלחה הטיפולית נהיה חזק יותר לכיוון החיובי. לעומת זאת, בערכים גבוהים של אישיות לא אדפטיבית (ציון פסיכוטיות גבוה ודיסאינהיביציה גבוהה), הקשר נחלש, ואף יש נטיה לקשר שלילי.

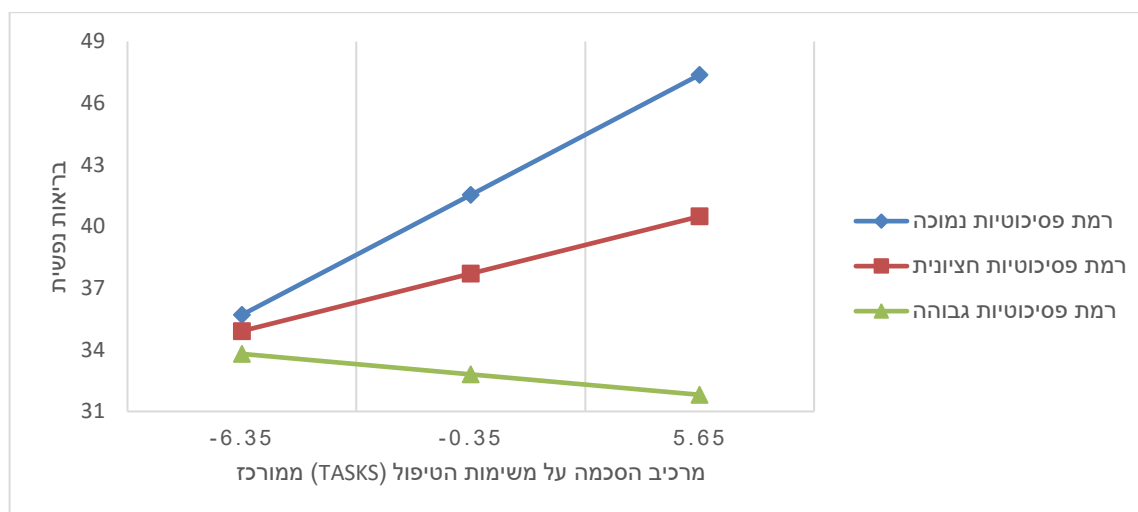
**תרשים מספר 2א- ניתוח HLM לניבוי הבריאות הנפשית של המטופלים כפונקציה של רמות ממד הניתוק ומרכיב הסכמה על מטרת הטיפול (Goals)**



**תרשים מספר ב2- ניתוח HLM לניבוי הבריאות הנפשית של המטופלים כפונקציה של רמות ממד הדיסאינהיביציה ומרכיב הסכמה על מטרות (Goals)**



**תרשים מספר ג2- ניתוח HLM לניבוי הבריאות הנפשית של המטופלים כפונקציה של רמות ממד הפסיכוטיות ומרכיב הסכמה על משימות (Tasks)**



תרשים 2א, 2ב, 2ג. בשני התרשימים העליונים ניתן לראות את ההשפעה הממתנת של ממדי האישיות ניתוק ודיסאינהיביציה על הקשר בין מרכיב הבריית הטיפולית הסכמה על מטרות הטיפול (Goals) לבין הבריאות הנפשית. בתרשים התחתון ניתן לראות את ההשפעה הממתנת של ממד האישיות פסיכוטיות על הקשר בין מרכיב הבריית הטיפולית הסכמה על משימות (Tasks) לבין הבריאות הנפשית. בשלושת התרשימים ניתן לראות שככל שרמת ממד האישיות יותר אדפטיבית, כך הקשר בין הבריית הטיפולית לבריאות הנפשית חזק וחיובי יותר. ברמת לא אדפטיביות גבוהות, קשר זה נחלש ואף נוטה להיות שלילי. יש לשים לב כי הערכים של מרכיב מטרות הטיפול הינם לאחר מרכז לממוצע של כל משתתף (Group Mean).

חמישה מודלים נוספים בוצעו באותו אופן, כאשר משתנה הקשר הטיפולי (Bond) הוכנס ברמה הראשונה, וכל ממד אישיות הוכנס בנפרד ברמה השנייה. גם מודלים אלו הראו כי כל ממדי האישיות נמצאו בקשר שלילי עם הבריאות הנפשית וניבאו אותה באופן מובהק: דיסאינהיביציה ( $\beta_{01} = -2.01$ ,  $SE = .33$ ,  $t = -6.05$ ,  $p < .001$ ), ממד הניתוק ( $\beta_{01} = -2.58$ ,  $SE = .36$ ,  $t = -7.23$ ,  $p < .001$ ), ממד הפסיכוטיות ( $\beta_{01} = -1.47$ ,  $SE = .42$ ,  $t = -3.53$ ,  $p < .001$ ) וממד הרגש השלילי ( $\beta_{01} = -2.07$ ,  $SE = .29$ ,  $t = -6.99$ ,  $p < .001$ ). כאשר משתנה הקשר הטיפולי (Bond) הוכנס יחד עם משתנה הרגש השלילי, הוא נמצא כמנבא חיובי מובהק של הבריאות הנפשית ( $\beta_{10} = .5$ ,  $SE = .22$ ,  $t = 2.24$ ,  $p < .01$ ), כלומר ככל שערכי הקשר הטיפולי (Bond) גבוהים יותר, כך הבריאות הנפשית גבוהה יותר. לא נמצאה אינטראקציה בין המשתנים ( $\beta_{11} = -.02$ ,  $SE = .06$ ,  $t = -0.27$ , ns). למעט אפקט זה של הקשר הטיפולי (Bond), משתנה זה לא הצליח לנבא באופן מובהק את הבריאות הנפשית באף אחד מן המודלים וכן לא נמצאו אינטראקציות מובהקות (לוח 2). המודלים הצליחו להסביר 4%-6% של מהשונות של הבריאות הנפשית.

בהמשך לשאלת המחקר באשר להשפעה הממתנת של ממדי האישיות (אפקט שלילי, מוחצנות, פסיכוטיות, דיסאינהיביציה). על הקשר בין הברית הטיפולית (Goals, Tasks, Bond) והבריאות הנפשית לאורך הטיפול, נמצא כי ממדי האישיות הניתוק והדיסאינהיביציה ממתנים את הקשר בין מרכיב ההסכמה על מטרות הטיפול עם הבריאות הנפשית, וממדי האישיות פסיכוטיות ודיסאינהיביציה ממתנים את הקשר בין מרכיב ההסכמה על משימות (Tasks), כך שככל שממדי האישיות הללו נמוכים יותר, כך הקשר חזק יותר. בערכים גבוהים של ממדי האישיות הללו, הקשר בין הברית הטיפולית לבין הבריאות הנפשית אף עלול להיות שלילי.

לאור העובדה כי בניגוד לספרות הקיימת, ההשתנות בברית הטיפולית לאורך הטיפול לא הצליחה לנבא את תוצאות הטיפול או להסביר את השינוי שלהן, הוחלט לבחון את הניבוי של הברית הטיפולית המוקדמת בלבד, כלומר של זמן המדידה הראשון בלבד. הדבר בוצע בעקבות מחקרים קודמים אשר מצאו כי הברית הטיפולית המוקדמת מהווה את הניבוי הטוב ביותר של תוצאות הטיפול (Horvath, 2003; Constantino et al., 2002; Klein, 2003).

לוח מספר 2- ניתוח HLM לבחינת תרומת מרכיבי הברית הטיפולית, מדדי האישיות והאינטראקציה ביניהם לבריאות הנפשית של המטופלים

X*M		M		X		M	X
SE	$\beta_{11}$	SE	$\beta_{01}$	SE	$\beta_{10}$		
0.08	0.02	0.41	-1.53***	0.23	0.18	PS	Goals
0.05	-0.05	0.29	-2.07***	0.2	0.17	NA	
0.06	-0.13*	0.36	-2.55***	0.2	0.04	DT	
0.06	-0.13*	0.34	-2***	0.21	-0.05	DI	
0.09	0.03	0.54	-1.46**	0.23	0.11	AN	
0.09	-0.19*	0.42	-1.43***	0.2	0.21	PS	Tasks
0.05	-0.05	0.29	-2.11***	0.05	0.32	NA	
0.06	-0.07	0.35	-2.52***	0.18	0.09	DT	
0.06	-0.1 <sup>a</sup>	0.34	-1.97***	0.19	0.05	DI	
0.07	-0.01	0.54	-1.49**	0.19	0.19	AN	
0.08	-0.04	0.42	-1.44***	0.24	0.21	PS	Bond
0.06	-0.02	0.29	-2.15***	0.21	0.49*	NA	
0.06	-0.03	0.36	-2.55***	0.22	0.03	DT	
0.06	-0.03	0.34	-1.99***	0.23	0.01	DI	
0.09	0.006	0.54	-1.47**	0.24	0.26	AN	

לוח 2 תוצאות 15 מודלים של ניתוח HLM, כאשר מרכיב הברית הטיפולית נמצא ברמה הראשונה, על שלוש המדידות וממורכז לפי ממוצע הנבדק (Group Mean). ממדי האישיות נמצאים ברמה השניה והם ממורכזים לפי הממוצע הכולל של הנבדקים (Grand Mean). מרכיבי האישיות נלקחו בטרם הטיפול, בעוד מרכיבי הברית הטיפולית (Goals, Tasks, Bond) והבריאות הנפשית נמדדו בשלוש מדידות לאורך הטיפול.

X- משתנה מרכיב הברית הטיפולית : הסכמה על מטרות- Goals ; הסכמה על משימות- Tasks ; הקשר הטיפולי- Bond. M- ממתן משתנה מרכיב האישיות : PS- פסיכוטיות ; NA- רגש שלילי ; DT- ניתוק ; DI- דיסוציאציה ; AN- אנטגוניזם. M\*X- אינטראקציה בין מרכיב הברית הטיפולית לממד האישיות בניבוי הבריאות הנפשית.

<sup>a</sup>0.1<P<0.05  
\*P<.05  
\*\*P<.01  
\*\*\*P<.001

נערך שימוש באותו מדגם, אולם נתוני הברית הטיפול בזמני המדידה השנייה והשלישית (T3 ו-T2) הוצאו מהמודל. גם הפעם בוצעו 15 מודלים, על פי שיטת ה-Growth Linear Model, כאשר זמן המדידה נכנס ברמה הראשונה, ממד אישיות אחד נכנס כל פעם ברמה השנייה, ומרכיב של הברית הטיפולית נכנס גם כן ברמה השנייה, שכן הפעם הוא מורכב ממדידה אחת בלבד.

בניגוד למודלים הקודמים, כעת נראו אפקטים מובהקים למרכיב הקשר הטיפולי (Bond) כאשר הוא נכנס עם כל אחד ממרכיבי האישיות, בעוד כל מרכיבי האישיות לא הצליחו לנבא באופן מובהק את הבריאות הנפשית (לוח 3). חמשת המודלים עם מרכיב הקשר הטיפולי (Bond) הצליחו להסביר 70% מהשונויות של הבריאות הנפשית כל אחד.

לעומת המודלים בהם הקשר הטיפולי היווה מנבא מובהק, במודלים בהם מרכיב הסכמה על מטרות הטיפול (Goals) והסכמה על משימות (Tasks) נכנסו כמנבא, הם לא הצליחו להסביר הן את הבריאות הנפשית והן את השיפור שלה. רק למרכיב הסכמה על מטרות (Goals) נמצאה מובהקות שולית בניבוי הבריאות הנפשית ( $\beta_02 = -0.61$ ,  $SE = .19$ ,  $t = .71$ ,  $p = .062$ ), כשהוא נכנס למודל יחס עם ממד הרגש השלילי. לעומתם, במודלים אלו כל מרכיבי האישיות נמצאו כמנבאים מובהקים של הבריאות הנפשית, אך לא של השיפור בבריאות הנפשית. המודלים יחד עם מרכיבי המטרות (Goals) והמשימות (Tasks) הצליחו להסביר בין 9%-10% מהשונויות של הבריאות הנפשית.

כאמור לעיל, מכיוון שהברית הטיפולית בנויה מזמן מדידה אחד, היא נכנסת ברמה השנייה. על כן, כעת לא נבדקה ההשפעה הממתנת של מרכיבי האישיות על הקשר בין הברית הטיפולית ותוצאות הטיפול, אלא האינטראקציה של כל מרכיב אישיות עם משתנה זמן המדידה בניבוי הבריאות הנפשית. כלומר, האם מרכיבי האישיות מצליחים להסביר את שונות השיפועים של הבריאות הנפשית בין המדידות השונות, או במילים אחרות, האם הם מצליחים להסביר את השיפור בבריאות הנפשית לאורך הטיפול.

מתוך כלל המודלים, רק מרכיב הניתוק הצליח להסביר את שונות השיפועים של הבריאות הנפשית בין שלוש המדידות, כלומר את השיפור בבריאות הנפשית ( $\beta_{11} = -0.61$ ,  $SE = .3$ ,  $t = -2.06$ ,  $p < .05$ ). מכאן, כי ככל שממד הניתוק גבוה יותר, כלומר פחות אדפטיבי, כך השיפור בבריאות הנפשית לאורך הטיפול יותר מתון (תרשים 3).

לסיכום, כאשר הברית הטיפולית נאמדה באמצעות 3 מדידות, משתנה זה לא הצליח לנבא את הבריאות הנפשית, למעט כאשר מרכיב המשימות (Tasks) נכנס יחד עם ממד הרגש השלילי, כך שככל שערכי מרכיב זה הינם גבוהים יותר, כך הבריאות הנפשית טובה יותר. עם זאת, כאשר נמדדה הברית הטיפולית בזמן המדידה הראשון בלבד, מרכיב הקשר הטיפולי הצליח לנבא באופן משמעותי ביותר את הבריאות הנפשית, ולהסביר 70% מהשונות שלה, כמו גם מרכיב המטרות, אשר הצליח לנבא באופן שולי את הבריאות הנפשית, כאשר הוא נכנס למודל יחד עם ממד הרגש השלילי.

לבסוף, על מנת לבדוק האם קיימים משתנים מתערבים במודל, הוכנס למודל משתנה הגיל, מגדר והמצב המשפחתי של המטופל. כל משתנה הנחשד כמתערב נבדק יחד עם הזמן, שהוכנס ברמה הראשונה. מין המטפל לא נבדק כגורם מתערב, בשל מספר המטפלים הגברים המועט (5) ביחס למטפלות (27).

משתנה המגדר של המטופל לא נמצא כמשתנה מתערב ( $\beta_01 = -.11$ ,  $SE = .13$ ,  $t = -0.82$ , ns), ולא הצליח להסביר את ההבדל של הבריאות הנפשית בין המדידות ( $\beta_01 = -.11$ ,  $SE = .13$ ,  $t = -0.82$ , ns).

משתנה המצב המשפחתי הוגדר כנשואים בקבוצה אחת, בעוד רווקים, פרודים ואלמנים נכנסו בקבוצה השניה. האיחוד בין הקבוצות נעשה הן מפאת ההבדלים הכמותיים בין הקבוצות השונות והמיעוט היחסי של פרודים ואלמנים, ומבחינה רציונלית על מנת לבדוק את הנשואים לעומת הלא נשואים. עם זאת, גם משתנה זה לא נמצא כמשתנה מתערב ( $\beta_01 = 2.99$ ,  $SE = 3.1$ ,  $t = -0.97$ , ns). ולא נמצאה אינטראקציה בין משתנה הזמן למשתנה זה ( $\beta_11 = -1.66$ ,  $SE = 1.39$ ,  $t = -1.2$ , ns).

לוח מספר 3- ניתוח HLM לבחינת תרומת מרכיבי הברית הטיפולית וממדי האישיות, אשר נמדדו בתחילת הטיפול, לבריאות הנפשית של המטופלים

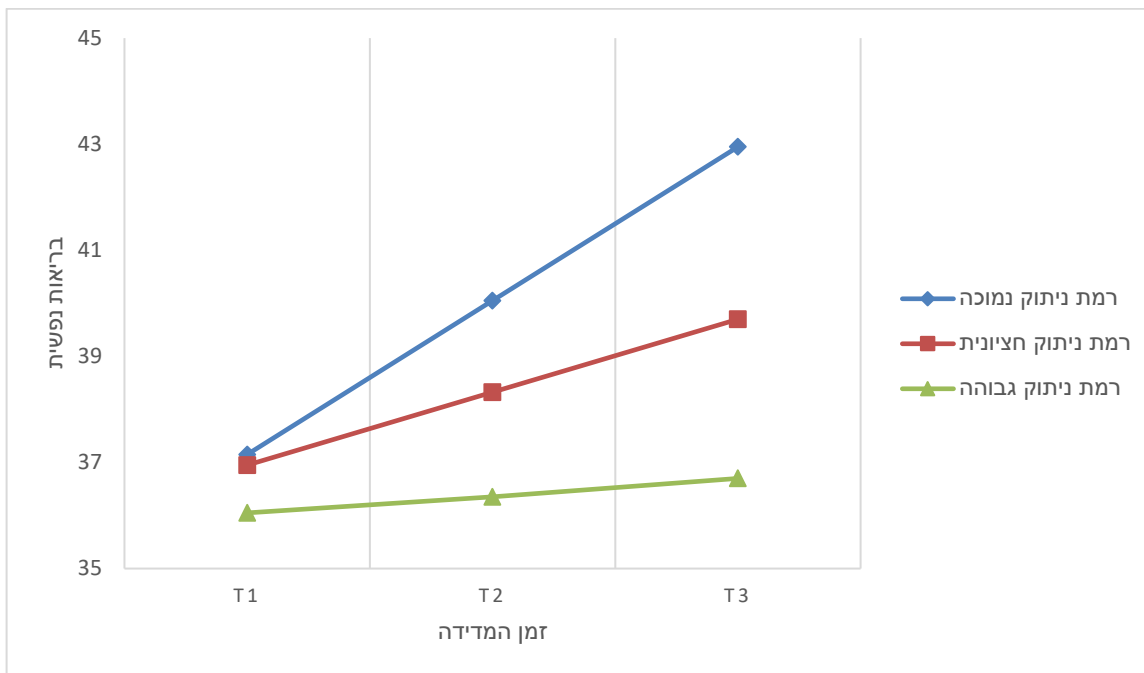
M*T		M		X		M	X
SE	$\beta_{11}$	SE	$\beta_{01}$	SE	$\beta_{02}$		
0.2	-.19	0.42	-1.4***	0.34	.19	PS	Goals
0.17	-.08	0.3	-2.12***	0.17	-.08	NA	
0.2	-.05	0.37	-2.57***	.29	-.07	DT	
0.21	-.19	0.49	-1.4***	.35	.19	DI	
.2	.01	0.58	-1.62**	0.29	-.19	AN	
0.22	-.15	0.5	-1.44**	0.29	-.11	PS	Tasks
0.16	-.05	0.3	-2.07***	0.25	.15	NA	
0.2	-.04	0.37	-2.56***	0.24	-.16	DT	
0.18	-.05	0.34	-2.05***	0.26	-.29	DI	
0.22	.01	0.56	-1.62**	0.29	-.19	AN	
0.27	-0.33	0.11	-.01	0.03	.98***	PS	Bond
0.24	-.36	0.11	-.05	0.03	.97***	NA	
0.3	-0.61*	0.13	-.1	0.03	.96***	DT	
0.25	-0.17*	0.11	-.02	0.03	.98***	DI	
0.29	-0.09	0.14	-.01	0.02	.98***	AN	

לוח 3 - תוצאות 15 מודלים של HLM, כאשר זמן המדידה נמצא ברמה הראשונה, והמשתנים מרכיבי הברית הטיפולית וממד האישיות נמצאים ברמה השנייה וממורכזים לפי הממוצע הכולל של הנבדקים במשתנה (Grand Mean). הברית הטיפולית נמדדה בתחילת הטיפול (עד המפגש הרביעי).  
 X- משתנה הברית הטיפולית- הסכמה על מטרות- Goals; הסכמה על משימות- Tasks; הקשר הטיפולי- Bond.  
 M- משתנה ממד האישיות: PS- פסיכוטיות; NA- רגש שלילי; DT- ניתוק; DI- דיסוציאציה; AN- אנטגוניזם.  
 T\*X- אינטראקציה בין מרכיב הברית הטיפולית לזמן המדידה.  
 T\*M- אינטראקציה בין ממד האישיות לזמן המדידה.

<sup>a</sup>0.1 < P < 0.05  
 \*P < .05  
 \*\*P < .01  
 \*\*\*P < .001



**תרשים מספר 3- ניתוח HLM להסבר השיפור בבריאות הנפשית של המטופלים לאורך הטיפול כפונקציה של רמות ממד הניתוק**



תרשים 3 ניתוח HLM של האינטראקציה של זמן המדידה יחד עם ממד הניתוק, המסבירה את הבריאות הנפשית, במודל יחד עם מרכיב הקשר הטיפולי (Bond). רמות הניתוק השונות נמדדו לפי הרבעונים של ממד זה, כך שהאחוזון ה-25 מוגדר כרמת ניתוק נמוכה, והאחוזון ה-75 כרמת ניתוק גבוהה. המדידה נלקחה בשלושה זמנים: T1- תחילת הטיפול; T2- לאחר 3 חודשי טיפול; T3- לאחר 6 חודשי טיפול. ניתן לראות כי ככל שרמת הניתוק גבוהה יותר, כלומר פחות אדפטיבית, נראה פחות שינוי בבריאות הנפשית לאורך הטיפול. כמו-כן, ניתן לראות את האפקט של ממד האישיות- כך שככל שממד האישיות אדפטיבי יותר, כך הבריאות הנפשית גבוהה יותר.

## דיון

עיקרי הממצאים של המחקר הנוכחי העלו כי הבריאות הנפשית של מטופלי הקליניקה עלתה לאורך הטיפול, כך שבין תחילת הטיפול ועד 3 חודשים לאחר מכן, התבצעה עלייה משמעותית, אשר נשארה ללא שינוי עד למדידה השלישית, לאחר 6 חודשי טיפול. כמו-כן, למעט במודלים יחד עם הקשר הטיפולי בתחילת טיפול, כל חמשת מרכיבי האישיות ניבאו את הבריאות הנפשית, כך שככל שהאישיות פחות אדפטיבית, הבריאות הנפשית נמוכה יותר. בנוסף, נמצא כי מרכיב הקשר הטיפולי (Bond), כפי שהוא נמדד בתחילת הטיפול (עד הטיפול הרביעי), מנבא את הבריאות הנפשית באופן

חיובי, כך שככל שהקשר הטיפולי חזק יותר בתחילת טיפול, כך הבריאות הנפשית טובה יותר. הניבוי של הקשר הטיפולי (Bond) בתחילת הטיפול היה כה משמעותי, שחמשת ממדי האישיות אשר נכנסו איתו למודל הפכו להיות לא משמעותיים לניבוי. המודלים יחד עם הקשר הטיפולי (Bond) הסבירו 70% מן השונות של הבריאות הנפשית. כאשר מרכיבי הבריאות הטיפולית נמדדו לאורך 3 זמני טיפול, נראה כי הם מתחזקים לאורך הטיפול. זאת ועוד, נמצא כי בשני מקרים, בהם המרכיבים הסכמה על משימות (Tasks) והקשר הטיפולי (Bond) נכנסו יחד עם ממד האישיות רגש שלילי, הם הצליחו לנבא את הבריאות הנפשית. למעט שני המקרים הללו, מרכיבי הבריאות הטיפולית לאורך הטיפול לא הצליחו לנבא את הבריאות הנפשית.

כמו-כן, במודלים בהם מרכיבי הבריאות הטיפולית נמדדה לאורך 3 מדידות, נמצא כי ממדי האישיות ניתוק ודיסאינהיביציה ממתנים את הקשר בין מרכיב הסכמה על מטרות (Goals) והבריאות הנפשית, וממדי האישיות פסיכוטיות ודיסאינהיביציה ממתנים את הקשר בין מרכיב ההסכמה על משימות (Tasks), כך שככל שממדי האישיות הללו נמוכים יותר, הקשר חזק יותר. בערכים גבוהים של ממדי האישיות הללו, הקשר בין הבריאות הטיפולית לבין הבריאות הנפשית אף עלול להיות שלילי. במודלים בהם מרכיבי הבריאות הטיפולית נמדדו בתחילת הטיפול, ממד הניתוק אשר נכנס יחד עם הקשר הטיפולי, הצליח להסביר את השיפור בבריאות הנפשית לאורך הטיפול. לאחר הדיווח על הממצאים אבקש לדון בהם.

### *שיפור בבריאות הנפשית לאורך הטיפול*

ממצאי המחקר הראו כי זמן המדידה ניבא באופן חיובי את הבריאות הנפשית, כך שהתקבל דיווח כי הבריאות הנפשית השתפרה לאורך הטיפול. באופן ספיציפי, נמצא שיפור בין המדידה הראשונה לבין המדידה השנייה, אך לא נמצא הבדל בין המדידה השנייה למדידה השלישית. כלומר, עיקר השיפור הופיע בחודשי הטיפול הראשונים, כאשר בחודשים הבאים נשמרה היציבות בבריאות הנפשית. הממצאים תואמים את הספרות העשירה בדבר היעילות של הפסיכותרפיה על הרווחה הנפשית, המשווה אוכלוסיות שמקבלות טיפול לעומת קבוצות ביקורת, מעבר להפרעה הספיציפית, גישת

הטיפול, גיל המטופל והאוכלוסיה ממנה הוא הגיע ( Lipsey & Chambless et al.; Lambert & Ogles, 2004; Wilson, 1993; Wampold, 2001; Smith, Glass, & Miller, 1980).

ממצאי המחקר בדבר השיפור בבריאות הנפשית מעודדים משני טעמים-ראשית, בשל העובדה כי נראה שיפור משמעותי בבריאות הנפשית של המטופלים, ושנית, שרמת הבריאות הנפשית הזו נשמרה גם במשך 6 חודשי טיפול. דפוס זה אינו חדש, וכבר נראה במחקרי עבר, כי קיים שיפור בסימפטומים כבר בשלב מוקדם של הטיפול (Anderson, & Lambert, 1995; Winston et al., 1994), וכי שיפור מוקדם זה מלווה בשיפוע מתון במהלך הטיפול (De Bolle, Johnson, & De Fruyt, 2010; Klien et al., 2003; Castonguay & Beutler, 2006). יתכן כי הממצא מהווה אישוש לדיווח של קלינאים החשים כי כבר בתחילת הטיפול המטופלים חווים הקלה ועליה בבריאות הנפשית.

#### *הברית הטיפולית כמנבא של הבריאות הנפשית*

בניגוד להשערת המחקר השניה, על אף שהברית הטיפולית התחזקה לאורך הטיפול, באופן דומה למחקרים קודמים (Barber et al., 1999; Horvath & Symonds, 1991), מרכיבי הברית הטיפולית (Goals, Tasks, Bond) אשר נמדדו בשלוש נקודות זמן, לא הצליחו לנבא את הבריאות הנפשית, ולא נמצא קשר בין השיפור בברית הטיפולית לבין מרכיבי הברית הטיפולית, זולת כאשר מרכיבי האישיות הוכנסו למודל יחד עם ממד הרגש השלילי, שם נמצאו אפקטים למרכיבי הברית הטיפולית הסכמה על משימות (Tasks) והקשר הטיפולי (Bond). ממצא זה מעלה כי לעומת מרכיבי האישיות האחרים, ייתכן וממד הרגש השלילי הינו 'גמיש' יותר או מסביר שונות אחרת של הבריאות הנפשית, וכך מאפשר תרומה רבה יותר של הברית הטיפולית על הבריאות הנפשית, מעבר לרמת החומרה של ממד זה, ועל כך יורחב בהמשך.

כאשר בחנו את הניבוי של הברית הטיפולית כפי שהיא נמדדה בזמן המדידה הראשון בלבד, כלומר עד הפגישה הרביעית, הקשר הטיפולי (Bond) הצליח לנבא באופן מובהק את הבריאות הנפשית והמודלים יחד עם מרכיבי האישיות הצליחו להסביר 70% מהשונות שלה. במודלים אלו, מרכיבי האישיות לא הצליחו להסביר את השונות של הבריאות הנפשית, שכן הקשר הטיפולי (Bond) הסביר חלק ארי ממנה. ממצאים אלו תואמים למטה אנליזה אשר הראתה כי גם מטופלים בעלי אישיות פתולוגית מסוגלים להפיק תועלת רבה מטיפול פסיכולוגי (Sanislow & McGlashan, 1998).

מספר מחקרים מראים כי בתחילת הטיפול הניבוי הינו הטוב ביותר באופן משמעותי (Horvath, 2003; Constantino et al., 2002; Klein, 2003). על פי Horvath (1994), נראה כי המטופלים שופטים את הברית הטיפולית על פי אינטואיציה ורושם ראשוני מיד עם תחילת הטיפול, ושיפוט זה משפיע ביותר על המחויבות והרצון של המטופלים לעמוד בדרישות הטיפול. מכאן, כי הקשר הטיפולי (Bond) בתחילת הטיפול, מהווה אולי את המשתנה המשמעותי ביותר בניבוי תוצאות הטיפול.

שתי שאלות דורשות מענה- ראשית, מדוע דווקא מרכיב הקשר הטיפולי בתחילת הטיפול הצליח לנבא את תוצאות הטיפול, בעוד הסכמה על מטרות הטיפול (Goals) ומשימות הטיפול (Tasks) לא הצליחו לעשות כן. שאלה שניה היא, מדוע, מעבר למרכיבים הספיציפיים, הברית הטיפולית לא הצליחה לנבא את הבריאות הנפשית לאורך הטיפול.

לגבי השאלה הראשונה, ייתכן כי הסיבה הינה רמת ההכשרה של המטפלים. מאמר סקירה מעלה כי רמת ההכשרה שקיבלו המטפלים הינה היבט שנבחנה תרומתו להצלחת הטיפול (Horvath & Luborsky, 1993). נמצא כי מטפלים בעלי הכשרה רבה יותר קיבלו דירוג גבוה יותר במרכיבי המשימות והמטרות הטיפוליות בתוך מדד הברית הטיפולית, אך במדד חוזק הקשר עצמו וכן בבחינת תוצאות הטיפול, לא נמצאה השפעה של רמת ההכשרה. המחקר הנוכחי התבצע בקליניקה של המרכז הבינתחומי, בו מטפלים מתמחים ופרקטיקנטים נמצאים בתחילת ההכשרה שלהם. על כן, העובדה כי הקשר הטיפולי (Bond) היה המרכיב המנבא היחיד, ולא הסכמה על מטרות (Goals) או משימות (Tasks) מתיישבת עם הספרות, ומחזקת את הסברה כי הקשר עצמו, ולא מטרותיו או משימותיו, הוא המוביל לתוצאות טיפול טובות. יתכן כי דווקא מטפלים אלו בראשית דרכם היו מושקעים רגשית בטיפול ובקשר עם המטופל, דבר אשר תרם להרגשה הטובה של המטופלים בנוגע לטיפול שהם מקבלים. סברה זו מתיישבת עם ידע בעל פה של קלינאים המוסרים כי המטופלים בקליניקה חשים כי היחס שהם מקבלים ממטפלים בראשית הדרך הטיפולית תורמת ועוזרת להם בטיפול.

בנוסף, על פי תאוריות דינמיות רבות וביניהן תיאורית ההתקשרות, הברית הטיפולית הינה מצב טיפולי המייצר יחסי אובייקט חדשים (Horvath & Luborsky, 1993). לפיכך, היחסים נמצאים במוקד הטיפול, כאשר המטרה הינה לתקן קשיים וקרעים במודל העבודה הפנימי של המטופל, וכך לפתח אמון בסביבה ובמערכות יחסים. המאפיינים המולדים של האדם מעוצבים ומשתנים בצורה הדרגתית על ידי חוויות חברתיות עם דמויות התקשרות, ובהמשך עם המטפל. על כן, לפי תאוריות אלו, הקשר

הטיפול הוא למעשה הטיפול עצמו ( Horvath & Luborsky, 1993; Mikulincer, Shaver, Gillath, & Nitzberg, 2005).

לגבי השאלה השנייה, מדוע מעבר למרכיבים הספיציפיים, הברית הטיפולית לא הצליחה לנבא את הבריאות הנפשית לאורך הטיפול, עלות מספר אפשרויות גם כן. ראשית, בניגוד למחקרים רבים, כאמור, הברית הטיפולית לא הצליחה לנבא את הבריאות הנפשית. עם זאת, בספרות קיימים גם מחקרים בהם הברית הטיפולית לא ניבאה את תוצאות הטיפול ( Barber et al., 1999; Carroll, Nich, & Rounsaville, 1997). כך למשל, במחקר של Barber ועמיתיו (1999), אשר בדק מכורים לקוקאין, באופן הדומה למחקר הנוכחי, הברית הטיפולית התחזקה לאורך הטיפול, אולם לא נמצאה כמנבא של תוצאות הטיפול. במחקרם, הברית הטיפולית בתחילת הטיפול גם היא אמנם לא ניבאה את תוצאות הטיפול, אולם היא כן ניבאה את מספר הפגישות של המטופלים בטיפול, כך שככל שהברית הטיפולית היתה טובה יותר, כך המטופלים נשארו יותר פגישות. מכאן, כי ייתכן והברית הטיפולית מהווה מרכיב מפתח להישארות בטיפול, אולם לאו דווקא את הצלחתו.

מאמר סקירה (Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005) העלה כי תקופת הזמן בה נמדדת הברית הטיפולית וההשלכות של כך על תוצאות הטיפול הינן משמעותיות. החוקרים הראו כי הברית הטיפולית בתחילת טיפול, אכן מנבאת תוצאות טיפול מוקדמות, אולם היא אינה מנבאת תוצאות טיפול מאוחרות יותר בטיפול ולא תוצאות לאחר הטיפול בפגישות מעקב. כמו-כן, החוקרים מעלים כי מדדי הברית הטיפולית במהלך הטיפול לא מנבאים את תוצאות הטיפול. ייתכן כי הסיבה לכך שהברית הטיפולית בתחילת הטיפול מנבאת את תוצאותיה, לעומת המשך הטיפול, נמצאת במאמר סקירה של Ardito ו-Rabelline (2011). החוקרים מעלים כי הם עדים לכך שטיפולים מוצלחים מקיימים דפוס מורכב של יצירת ברית טיפולית – כזו אשר חווה משברים וצמיחה ואיננה פונקציה ישירה של זמן. למעשה, ניתן לתאר את חוזק הברית הטיפולית כפונקציה הדומה לאות U: בהתחלה ובסוף של הטיפול הברית חזקה יותר מאשר באמצע הטיפול. המחקרים מראים כי ייתכן וקיימים שני שלבים חשובים בברית: השלב הראשון מתייחס להתפתחות הראשונית של הברית הטיפולית, כ-5 פגישות, כאשר מתחילים לבצבץ ניצנים של שיתוף פעולה ואמון, הסכמה על מטרות הטיפול והמטופל מפתח דרגה מסוימת של ביטחון בנוגע למסגרת הטיפולית. בשלב השני המטפל מתחיל לאתגר את המחשבות הדיס-פונקציונליות של המטופל, הרגשות, דפוסי

ההתנהגות ועוד. המטופל עשוי לפרש את התערבויותיו האקטיביות של המטפל כירידה בתמיכה ובאמפתיה, דבר אשר עלול להחליש או לסדוק את הברית (Ardito & Rabellino, 2011).

בהמשך לכך, הדרדרות היחסים חייבת להיות מתוקנת בכדי שהטיפול יהיה מוצלח. מודל זה מרמז כי הברית הטיפולית עשויה להינזק מספר פעמים ובמספר שלבים במהלך הטיפול, בהתאם לקשיים אשר עולים. בשלבים הראשונים קרע שכזה עשוי להיות בעייתי, שכן בשלב זה מתחיל תהליך המחויבות לטיפול של המטופל. בשלב השני קיים מרחב תנועה רב יותר, כאשר במסגרת ההעברה הציפיות של המטופל מהמטפל עשויות להיות לא מציאותיות או נוטות לאידיאליזציה. במצבים כאלו הברית הטיפולית הממשית עשויה לשקף את הקונפליקטים הבלתי פתורים של המטופל (Ardito & Rabellino, 2011). מחקרים קצרי טווח אשר בחנו את חוזק היחסים בשלוש נקודות שונות – התחלה אמצע וסוף – אכן הראו דפוס עקלקל כצורת ה-U, כאשר הדפוס היה תלול יותר עבור תוצאות טיפול חיוביות ודפוס תלול פחות עבור תוצאות טיפוליות פחות טובות (Ardito & Rabellino, 2011). מכאן, כי תהליך טיפולי משמעותי לעיתים הולך יד ביד דווקא עם פגיעה בברית הטיפולית, וכך ברית טיפולית חזקה עשויה דווקא להוביל לירידה בבריאות הנפשית לתקופת זמן מסוימת, ועל-כן הברית הטיפולית לאורך הטיפול, לא הצליחה להסביר את הבריאות הנפשית.

עם זאת, במחקר הנוכחי, חלק ניכר מן המטופלים עדיין לא סיימו את הטיפול, כך שנקודת הזמן השלישית היוותה נקודה שרירותית בטיפול, המתרחשת לאחר שישה חודשים מתחילתו, אולם לא מעידה על סופו. ידוע, כי מתן זמן תחום לטיפול משפיע ביותר על התהליכים המתרחשים בו, כאשר הוא לעיתים מאיץ חלקים לקראת הפרידה, בעוד דוחה או מעכב חלקים אחרים (שפיר, 2003). ייתכן כי במידה וכל הטיפולים היו מוגדרים לשישה חודשים, כך שהם היו מסתיימים בנקודת הזמן השלישית, היינו מקבלים דפוס U דומה, אשר היה מנבא באופן טוב יותר את תוצאות הטיפול. עם זאת, במחקר הנוכחי, זמני הטיפול משתנים, ועל כן אין עקביות בין הטיפולים המראה דפוס זה.

בנוסף, ייתכן כי הסיבה טמונה בשיטת המדידה של הברית הטיפולית. יש לזכור, כי ניתן לבחון את הברית הטיפולית הן על ידי דיווח המטופל, הן על ידי דיווח המטפל. והן על ידי צופה מהצד (Horvath & Luborsky, 1993). מחקר עדכני אשר מטרתו היתה לבחון האם ישנו הבדל בין הדיווח על ידי המטפל לבין דיווח על ידי המטופל או מיצוע של השניים, מצא כי דיווח המטופל על הברית הטיפולית לא ניבא כלל את תוצאות הטיפול. לעומת זאת, הן דיווח המטפל והן מיצוע בין דיווח המטפל והמטופל,

הצליחו לנבא את תוצאות הטיפול (Zilcha-Mano, Snyder, & Silberschatz, 2017). מדידת הברית הטיפולית נעשתה באמצעות שימוש בשאלון ה-WAI, כפי שנעשה במחקר הנוכחי. שני מחקרים דומים, מצאו כי קיים הבדל מובהק בדיווח הברית הטיפולית בין המטפל למטופל (De Bolle et al., 2000; Hersoug, Monsen, Havik, Høglén, 2010). כמו-כן, נמצא כי ההבדל המשמעותי ביותר הינו בתחילת הטיפול. ככל שהטיפול נמשך הבדל זה מצטמצם, אולם הוא מנבא פחות טוב של תוצאות הטיפול (Hersoug et al., 2000).

מטה אנליזה (Martin, Garske, & Davis, 2000) שכללה 68 מחקרים, הראתה כי קיים קשר בין חוזק הברית הטיפולית לבין תוצאות הטיפול באופן עקבי מעבר לגישת הטיפול, המדווח ונקודת הזמן לאורך הטיפול, עם חריגה אחת- כלי המדידה לאומדן הברית הטיפולית, אשר גרם להבדלים גדולים בין הממצאים. ייתכן כי במידה והיינו עושים שימוש בכלי אחר למדידת הברית הטיפולית, היינו מקבלים תוצאות שונות.

סיבה נוספת עשויה להיות השיפור המוקדם בתוצאות הטיפול. מחקרי עבר (Barber et al., 1999; Gaston, 1991; Marmar, Gallagher, & Thompson, 1991), אשר שלטו מבחינה סטטיסטית במשתנה השיפור המוקדם בסימפטומים, הראה כי מעבר לשיפור המוקדם בסימפטומים הפסיכולוגיים, הברית הטיפולית אינה מצליחה לנבא את השיפור בסימפטומים. למעשה, נטען כי בעקבות השיפור בסימפטומים, יכלה הברית הטיפולית להשתפר, ולא להפך (Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999).

#### *ממדי האישיות כמנבא שלילי של הבריאות הנפשית*

שאלת המחקר הראשונה ניסתה להבין כיצד ממדי האישיות (אפקט שלילי, ניתוק, פסיכוטיות, דיסאינהיביציה ואנטגוניזם) יתרמו לניבוי הבריאות הנפשית. תוצאות המחקר מראות כי חמשת ממדי האישיות (אפקט שלילי, ניתוק, פסיכוטיות, דיסאינהיביציה ואנטגוניזם) נמצאו כמנבאים באופן שלילי את הבריאות הנפשית. ככל שממדי האישיות הלא אדפטיבית גבוהים יותר, כך הבריאות הנפשית של הפרט פוחתת. כאמור לעיל, בעקבות מהימנות נמוכה, ממד האנטגוניזם לא נמדד.

תוצאות המחקר עולות בקנה אחד עם ממצאי מחקרים רבים, אשר מראים כי אנשים עם הפרעות אישיות או אישיות לא אדפטיבית, מועדים לחומרת סימפטומים גבוהה יותר, כרונית יותר ועם

תוצאות טיפול פחות משמעותיות יחסית למטופלים ללא בעיות באישיות (Hardy, Beutler et al., 2006; Mulder, 2002; Skodol et al., 2005).

ממצאים אלו תואמים לעיקרון הטוען כי ככל שההפרעה חמורה, יסודית וכרונית יותר, כך יהיה צורך במשך טיפול רב יותר על מנת להביא לשיפור פסיכולוגי (Beutler et al., 2006). הנחת היסוד כי ממדי האישיות הינם מושרשים בפרט וקשים לשינוי (Krueger et al., 2002). מכאן, כי ככל שממד האישיות הינו פחות אדפטיבי, כך הוא פחות מאפשר שינוי או שהוא מצריך יותר זמן. על כן, כאשר ממדי האישיות הללו יותר אדפטיבים, הם מאפשרים שיפור בבריאות הנפשית, אולם כאשר ממדי האישיות הללו פחות אדפטיבים ויותר נוקשים, הם אינם מאפשרים את השינוי המיוחל.

#### *ממדי האישיות כמתנים את הקשר בין הברית הטיפולית לבריאות הנפשית*

לבסוף, שאלת המחקר השניה ניסתה להבין כיצד ממתנים חמשת ממדי האישיות את הקשר בין הברית הטיפולית והבריאות הנפשית, לאורך זמן הטיפול. ממצאי המחקר מעלים כי כאשר הברית הטיפולית הוכנסה כמנבא בשלוש מדידות, ממד הדיסאינהיביציה ממתן את הקשר שבין מרכיבי ההסכמה על משימות (Tasks) וכן הקשר הטיפולי (Bond) לבין הבריאות הנפשית, ממד הפסיכוטיות ממתן את הקשר בין מרכיב הסכמה על משימות (Tasks) לבין הבריאות הנפשית, וכן ממד הניתוק ממתן את הקשר בין מרכיב הסכמה על מטרות (Goals) לבין הבריאות הנפשית. בכל אחד מן המקרים המתוארים לעיל, ככל שממד האישיות הבעייתי נמוך יותר, כלומר אדפטיבי יותר, כך הקשר בין הברית הטיפולית לבריאות הנפשית חזק וחיוני יותר. לעומת זאת, בערכים גבוהים של ממדי האישיות הבעייתיים, כלומר אישיות לא אדפטיבית, הקשר נחלש, ואף בעל נטייה לקשר שלילי בין הברית הטיפולית לבין הבריאות הנפשית. כלומר, ניתן להניח כי כאשר ישנם ממדי אישיות פתולוגיים, גם הברית הטיפולית לא מצליחה לסייע לשיפור של המטופלים.

רק ממד הניתוק הצליח להסביר את השיפור בבריאות הנפשית, והוא עשה זאת כאשר הקשר הטיפולי ניבא את הבריאות הנפשית בתחילת הטיפול. במודל זה, ככל שערכי הניתוק נמוכים יותר, כלומר יותר אדפטיבים, כך השיפור בבריאות הנפשית גבוה יותר לאורך הטיפול. כזכור, ניתוק מאופיין על ידי הימנעות מחוויות חברתיות רגשיות, כולל נסיגה מאינטראקציות בינאישיות (החל מפגישות יומיומיות, דרך חברות, ועד קשר אינטימי), אפקט וביטוי נוקשים, והנאה מוגבלת (Krueger et al.,



2012). על כן, על אף הצורך הגבוה שלהם בטיפול, סביר כי ככל שהאדם יחווה פחות חוויה חברתית רגשית, כך הוא יוכל להפיק פחות תועלת מהטיפול.

הממצא סותר חלק מממצאי מחקרם של Pilkonis, Miller ו- Mulvey (2006), אשר התבסס על חמשת תכונות האישיות על פי ה-FFM (McCrea & Costa, 1986). במחקרם, נמצא כי הנמוכים בממד המוחצנות והיציבות הרגשית, המקביל לערכים גבוהים של הממדים רגש שלילי וניתוק, מדווחים על הצורך הגבוה ביותר בטיפול, ומפיקים תועלת רבה ממנו. אלו שני ממדים אשר במחקר הנוכחי נמצאו אינטראקציות עימם, או אשר במודלים עימם מרכיבי הברית הטיפולית יצאו כמנבאים מובהקים של הבריאות הנפשית, בנוסף למרכיבי האישיות. נראה כי מטופלים אשר ממדי האישיות הללו אדפטיביים יותר אצלם, עושים שימוש רב בטיפול ובעלי פוטנציאל גבוה לשיפור פסיכולוגי. לעומתם, מטופלים בעלי ערכי ניתוק גבוהים, לא מצליחים להפיק תועלת מן הטיפול. הממצא אמנם מסביר את הצורך הגבוה בטיפול של מטופלים אלו, כפי שעלה במחקרם המצוין לעיל, אולם לא את התועלת ממנו. ערכים גבוהים בממד הרגש השלילי באים לידי ביטוי בחוויות תכופות ואינטנסיביות ברמות גבוהות של טווח רחב של רגשות שליליים (חרדה, דיכאון, אשמה, בושה, דאגה, כעס), התנהגויות (לדוגמה פגיעה עצמית) וביטויים בינאישיים, כמו תלות לדוגמה (Krueger et al., 2012). על פי תוצאות המחקר, נראה כי ממד זה 'מאפשר' למרכיבי הברית הטיפולית להיות חלק משמעותי בהסבר הבריאות הנפשית והשיפור לאורך הטיפול. במודלים בהם ממד זה הוכנס יחד הן עם מרכיב המשימות (Tasks) והקשר הטיפולי (Bond) לאורך 3 מדידות, כמו גם הקשר הטיפולי בתחילת הטיפול, מרכיבי הטיפול הצליחו להסביר את הבריאות הנפשית.

מכאן, כי ייתכן וממד אישיות זה הינו פחות נוקשה מן הממדים האחרים, וכן מאפשר קינונה של ברית טיפולית חזקה ומשפיעה. כך למשל, בניגוד לממדי הניתוק והפסיכוטיות לדוגמה, אשר ברמות לא אדפטיביות מקשות על קינונה של מערכת יחסים עם האחר, ממד הרגש השלילי דווקא מאפשר מערכת יחסים. מערכת יחסים זו עלולה להיות תלונית מאוד, אולם היא מאפשרת את ביסוסה של הברית הטיפולית ואת השפעתה. ידוע כי כאשר אנשים לומדים להעריך את אופן החשיבה שלהם בצורה יותר אדפטיבית, הם חווים שיפור במצבם הרגשי (Beck, 1997). בתהליך הטיפולי מתבצעת הכלה של הרגשות השליליים (Fonagy, P., & Target, 2003), שינוי בסכמות שליליות או בפרשנות (Beck, 1997), בקבלה של הרגשות השליליים (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) ועוד (Hubble, Duncan, & Miller, 1997).

1999). על-כן, ייתכן כי בעקבות התהליך הטיפולי, ממד הרגש השלילי מתעצב ומשתנה, כך שהבריאות הנפשית, הנפגעת בשל ממד רגש שלילי לא אדפטיבי, עשויה להשתפר בעקבות כך.

כפי שעלה בסקירה הספרותית, הקשר בין ממד היציבות הנפשית, הנמצא בקוטב השני של הרגש השלילי, לבין התנהגות חברתית אינו ברור ומשתנה ממחקר למחקר (Shiner & Caspi, 2003; Eysenck, 1991; Barrio, et al., 2004). ייתכן כי הסיבה לחוסר היציבות הזו, הינה היכולת לשינוי וגמישות של ממד זה. בהמשך לכך, נראה כי שיטות טיפול רבות עובדות על הויסות הרגשי בטיפול, אשר משפיע על ההערכה מחדש של הסיטואציה והרגש, ואף יכולה להשפיע על שינוי בדפוסי המחשבה וההתנהגות, ואף לשינוי אישיותי (Blackedge & Hayes, 2001; Greenberg, 2002, 2004; Wegner & Zakanps, 1994). כמו-כן, ידוע כי ממד זה מקושר לסגנונות התקשרות פחות מסתגלים (Carver, 1997; Nofle & Shaver, 2005). על כן, ייתכן כי בטיפול, בו יש מיקוד על היחסים בין המטפל למטופל, דפוס ההתקשרות משתנה, ועמו גם ממד האישיות. כמובן שהדבר עשוי להתרחש בזמני טיפול ארוכים יותר, אולם יהיה מעניין לבחון את השינוי של ממד אישיות זה לאורך הטיפול במחקרי המשך.

ממד הדיסאינהיביציה מיתן את הקשר בין מרכיב הברית הטיפולית של הסכמה על מטרות הטיפול (Goals) לבין הבריאות הנפשית, וכן נמצא בעל נטייה למיתון בין מרכיב הסכמה על משימות (Tasks) לבין הבריאות הנפשית. כזכור, דיסאינהיביציה משמעה נטייה לסיפוק מיידי ואימפולסיביות, לעומת מוכוונות בקצה השני שמשמעה נטייה לארגון ותכנון, יסודיות, אחריות, התמדה ומשמעת עצמית (Caldwell & Burger, 1998; Judge et al., 1999; Krueger, 2012). על כן, אין זה מפתיע כי אנשים אשר נוטים למוכוונות יאפשרו למרכיבים היותר 'משימתיים' המתקשרים ל-doing, כלומר מטרה והדרך להשיג אותה, כנר לרגליהם גם בטיפול, ודרך מרכיבים אלו, התאפשרה הצלחת הטיפול. ממצאים אלו הינם חשובים ביותר, שכן הם מעלים כי ייתכן שתכנון הטיפול עם אנשים בעלי דיסאינהיביציה נמוכה, צריך להתמקד במשימות לצורך השגת המטרה, בשעורי בית וכדומה.

נמצא כי קיים קשר חיובי בין מוכוונות ונוכחות בפגישות הטיפוליות, כך שכנראה מטופלים אלו בעלי מוטיבציה והתמדה גם בטיפול, ומאפשרים באופן פעיל שיפור בתוצאות הטיפול (Miller et al., 2006; Rhodes, Courneya, Bobick, 2001). על כן, הדבר מאפשר מקור כת, והדבר מקבל משנה תוקף, כאשר ממדי האישיות האחרים נמוכים יותר.

ממד הפסיכוטיות מתבטא בהצגת טווח רחב של מוזרויות לא תואמות, תמהוניות, או התנהגות וקוגניציה חריגות, מבחינת ההליך (התפיסה) והתוכן (אמונות). אנשים הגבוהים בתכונה זו יעדיפו את השגרה ויהיו יותר נוקשים מבחינה פסיכולוגית (Krueger et al., 2012). במחקר של Goldsmith ועמיתיו (2015) אשר הוצג במבוא, נמצא כי בקרב מטופלים עם פסיכוזה, ברית טיפולית טובה עשויה להוביל לתוצאות טיפול טובות, בעוד ברית טיפולית שאינה טובה עלולה אף לגרום להחמרה. במחקר הנוכחי, ראינו כי בערכים גבוהים של פסיכוטיות, הברית הטיפולית היתה בקשר שלילי עם הבריאות הנפשית. כלומר, ברית טיפולית טובה היתה מקושרת עם החמרה בבריאות הנפשית, בעוד בערכים נמוכים, הברית הטיפולית קושרה עם שיפור בבריאות הנפשית. יש לציין כי העובדה שממד הפסיכוטיות הינו גבוה לא אומר כי המטופל מאובחן עם פסיכוזה, או סובל מהתקף פסיכוטי. אולם, עולה כי בקרב אוכלוסייה אשר ממדי הפסיכוטיות שלה גבוהים, הברית הטיפולית משחקת תפקיד חשוב ורגיש ביותר. יתרה מכך, ממד זה מיתן את מרכיב הסכמה על משימות (Tasks) בלבד. כלומר, ייתכן כי הדגש עם מטופלים כאלו יהיה על מרכיב זה. מכאן, כי נראה וטיפולים קוגניטיביים התנהגותיים, בהם הטיפול הינו משימתי ומובנה יהיה טוב עבורם, אך יש לשים לב כי ישנה הסכמה על אותן משימות. ייתכן, כי משימות חדשות חושפות בפניהם חוסר וודאות המפר את השגרה שלהם, שכאמור חשובה ביותר לאנשים הגבוהים בממד זה. היבט נוסף עשוי להיות כי מתן משימות שאינן מוסכמות על המטופל, נוגדות את האמונות שלו, אשר אולי נתפסות כחריגות או 'מוזרות' על ידי המטפל, ועל ידי כך גורם ל'קרע' בברית הטיפולית.

במחקר של Hardy (2002), אשר בחן את השפעות הטיפול על מטופלים הסובלים מדיכאון ובעלי קומורבידיות עם הפרעות אישיות מאשכול C (הכולל הפרעת אישיות הימנעותית, אובססיבית קומפולסיבית ותלותית), נמצא כי בעלי הפרעות אישיות מאשכול זה מראים חומרה קשה יותר של סימפטומים, מאשר אנשים ללא קומורדידיות של הפרעות אישיות. כפי שנמצא במחקר הנוכחי, בעיות האישיות אכן מקושרות עם בריאות נפשית נמוכה יותר. בנוסף, נמצא כי בקרב הפרעות אישיות חמורות מאשכול זה, טיפול פסיכודינמי לא גרם לשיפור משמעותי, בעוד טיפול קוגניטיבי התנהגותי כן הוביל לשיפור. החוקרים מציעים כי טיפול קוגניטיבי התנהגותי מתמקד בסימפטומים של הדיכאון, ועובד עליהם, ועל כן נראות תוצאות תוך מספר חודשים. לעומת זאת, טיפול פסיכודינמי מתמקד בבעיות האישיות, להן לוקח זמן רב יותר לשינוי, וייתכן שמכיוון שהטיפול נערך עד 16 פגישות בלבד, כי לא נראה שיפור.

על פי Krueger ועמיתיו (2012), ממד האישיות ניתוק מקביל לבעיות הדומות לאשכול C, ובפרט הימנעות. ייתכן כי למעשה הגדרת מטרה לא נכונה, בפרט עם מטופלים בעלי ממד ניתוק לא אדפטיבי ברמה גבוהה, עלול לפגוע בתוצאות טיפול. אם משלבים את הממצאים השונים, ייתכן ויש להגדיר את מטרות הטיפול עם מטופלים אלו, כך שהיא תתמקד בסימפטומים המפריעים להם, ולעבוד עליהם באופן מובנה וישיר, במקום על בעיות האישיות שלהם.

ממד האנטוגניזם לא נמצא כממתן כלל עבור הקשר בין הברית הטיפולית לבין תוצאות הטיפול, ונמצא, כמו כל ממדי האישיות האחרים, קשר שלילי בין אדפטיביות של ממד זה לבריאות הנפשית. הדבר תואם את הספרות, אשר מצאה כי אנשים בעלי נעם הליכות נמוך על פי ה-FFM, המקביל לאנטוגניזם ב-PID-5, מפיקים שימוש נמוך מפסיכותרפיה. הדבר אינו מתאפשר בשל הנטייה של מטופלים אנטוגניסטים לא לקחת אחריות על מצוקותיהם, ולהשליך אותן על אחרים (Miller et al., 2006). כמו-כן, כאמור לעיל, מטופלים אלו גם נוטים להיות בעלי יוהרה, שאינה מאפשרת מקום לאחר, או למערכת יחסים אדפטיבית. הם נוטים להיות חסרי אמון באחרים, לא כנים, לא צנועים ואינם מתאימים עצמם לסביבה. כך, הפרט אינו מודה כי הוא זקוק לשינוי פסיכולוגי של דפוס המחשבה או ההתנהגות (Costa & McCrea, 1992). מכך, ניתן להבין כי הברית הטיפולית הופכת להיות קשה ביותר, ואין לה כמעט מקום לתרומה על הברית הטיפולית. עם זאת, לא מובן מדוע הצד השני של ממד זה, כלומר אנשים שנמצאו נמוך בממד זה, לא הניבו ברית טיפולית טובה שמאפשרת שינוי בבריאות הנפשית.

ממצאי המחקר הנוכחי בדבר מיתון בעיות האישיות, אינם עולים בקנה אחד עם ממצאים של De Johnson, Bolle ו-De Fruyt (2010). במחקרם נמצא מיתון של קומורבידיות עם הפרעות אישיות, אולם שם נמצא כי דווקא בקרב מטופלים עם הפרעות אישיות, ההשפעה של הברית הטיפולית על תוצאות הטיפול היתה חזקה יותר. כלומר, נראה כי בשל העובדה כי ליקויים באישיות טבועים ביסוד נפש האדם, שינוי שלהם מתאפשר רק על ידי מערכת יחסים משמעותית.

בראיה רחבה יותר על כלל תוצאות המחקר, אנסה להסביר כיצד הממצאים משתלבים זה עם זה. לשם כך ניזכר שוב במאמר הסקירה של Ardito ו-Rabellino (2011), אשר מעלים את דפוס ה-U המתרחש בברית הטיפולית, וב-Horvath (2003), שהעלה כי בתחילת הטיפול, המטופל יוצר רושם ראשוני על המטפל, המשפיע על המחויבות והרצון שלו לעמוד בדרישות הטיפול.

מכאן, כי ייתכן וממדי האישיות הלא אדפטיבים, מהווים ממתן לתהליכי ההתמודדות אשר מתרחשים במהלך הטיפול. כאמור, התהליך הטיפולי מצריך סוג של 'קרעים' בקשר הטיפולי, אשר מבטאים בין היתר את שבירת האידיאליזציה שהמטופל עושה למטפל, או את הפרשנויות שהמטפל נותן למטופל, אשר לעיתים נחוות באופן קשה ולא אמפתי. אלו עשויים להיות קשים ביותר הן עבור המטופל והן עבור מערכת היחסים בין המטפל למטופל, ברמה שמערערים את הברית הטיפולית, ואולי יותר מכל את הקשר הטיפולי. מכאן, כי חוזק הקשר הטיפולי (Bond) בתחילת הטיפול, בונה מעין בסיס בטוח לחקירה או פיגומים חזקים מספיק להמשך הטיפול, ומאפשרים לעבור בהצלחה את אותם קרעים בברית הטיפולית. בהמשך לכך, מעבר לקשר הטיפולי בתחילת הטיפול, ממדי האישיות, ובפרט פסיכוטיות, דיסאינהיבציה וניתוק, מהווים גורם ממתן אשר יסייע לצלוח את הקרעים העולים במהלך הטיפול, ביחס למטרות ולמשימות שניתנו לאורכו. על-כן, הקשר הטיפולי בתחילת הטיפול מהווה את העוגן המרכזי ביותר לתהליך הטיפולי, ולאחר מכן ממדי האישיות השונים ממתנים את אותם קרעים, על ידי ההסכמה על מטרות הטיפול והמשימות הניתנות על מנת לעמוד במטרות אלו במהלך הטיפול.

#### מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי היו מספר מגבלות מתודולוגיות. ראשית, מבחינת הכלים, כמו במחקרים רבים, בהם ישנה בעייתיות רבה בשאלוני דיווח עצמי בכלל, Oltmanns ו-Tukheimer (2009) מעלים כי הבעיה הזו נכונה בפרט כאשר האדם צריך להעיד על אישיותו, וייתכן כי במחקרים כאלו יש לקחת בחשבון נקודת מבט נוספת על זו של המטופל. הדבר מקבל משנה תוקף כשמדובר באנשים בעלי בעיות באישיות, אשר עלולות לגרום להם לראות את המציאות באופן אדיוסניקרטי (Oltmanns & Turkheimer, 2009). בהמשך לכך, יתכן כי המטופלים חששו לאכזב את המטפלים שלהם ולכן התקשו להשיב בדרך אוטנטית, מה שעלול לפגוע מאוד בתוקף השאלונים.

בנוסף, ממד האישיות אנטגוניזם נמצא כבעל מהימנות בינונית, ויש לקחת תוצאותיו בערבון מוגבל. עם זאת, הקשרים עם הבריאות הנפשית שהוא הציג עלו בקנה אחד עם ממדי האישיות האחרים, כך שלא ראינו חריגה מסוימת בתוצאות ממד זה, שיש צורך להסתייג ממנה. עם זאת, יש לבחון את ממד האנטגוניזם במדגמים נוספים על מנת לראות האם המהימנות הבינונית שהתקבלה במחקר הנוכחי משתחזרת במחקרים נוספים או שמא הינה מקרית.

מבחינה מתודולוגית, יש לזכור כי המחקר מראה על תוצאות מתאמות בלבד ולא על סיבתיות, כך שלא ניתן לאמר כי ממדי האישיות הלא אדפטיבית הם אלו שגורמים לבריאות הנפשית הנמוכה, על אף שנראה קשר ברור ביניהם. גם כאשר נמצא מיתון שמעלה כי ממדי האישיות ניתוק, דיסאינהיבציה ופסיכוטיות ממתנים את הקשר שבין הברית הטיפולית לבריאות הנפשית, לא בוצעה החזקה של משתנים נוספים, כגון שיטת טיפול, סוג וחומרת הבעיה עמה המטופל הגיע לטיפול, אשר לא נלקחו בחשבון, ועלולים להשפיע גם כן על קשר זה.

בעיה מתודולוגית משמעותית נוספת הינה כי מתוך מדגם ארכיוני, נלקחו הנבדקים שענו על הקטגוריות הרצויות בלבד. מכאן, כי הושמטו משתתפים אשר סיימו טיפול לאחר פחות משלושה חודשים, או שלא ענו כלל על חלק מן השאלונים. ייתכן כי ברית טיפולית רעועה הובילה את המטופלים לעזוב את הטיפול בטרם עת או לא למלא את השאלון הרלוונטי, כפי שנראה באופן אינטואיטיבי, או דווקא כי הברית הטיפולית גרמה למטופלים לעזוב את המדגם מוקדם מן הצפוי, כפי שנראה במחקרם של Barber ושותפיו (2001). מכאן, כי ישנה סבירות מסוימת כי העובדה שהמטופלים שעזבו מוקדם את הטיפול לא נלקחו בחשבון, צמצמה באופן משמעותי את השונות של ממצאי הברית הטיפולית, ובכך יצרה בעיה של קיצוץ תחום. כידוע, בעיה זו גורמת להנמכה משמעותית של הקשר, והיא עלולה להיות הסיבה לקשר הנמוך בין משתנה הברית הטיפולית לבריאות הנפשית.

מן הצד השני של המטבע, כפי שנאמר מעלה, חלק מן הטיפולים לא היו מתוחמים בזמן, לעומת אחרים שהיו מוגבלים בזמן. כלומר, לחלק מן הטיפולים נקודות המדידה אכן היוו נקודת התחלה, אמצע וסוף, בעוד לאחרים נקודות הזמן השנייה והשלישית היוו נקודות שרירותיות במהלך הטיפול. גורם זה לא נלקח בחשבון, וייתכן כי במחקרי המשך יש להשאיר את משתנה משך הטיפול קבוע. יתר על כן, לא נעשה מעקב אחר הבריאות הנפשית לאחר סיום הטיפול, ויהיה מעניין לראות כיצד הניבויים שנבחנו במחקר לבריאות הנפשית, נשמרים גם זמן רב לאחר הטיפול.

בעיה נוספת היא כי למעט המגדר ורמת ההכשרה של המטפלים בהיותם פרקטיקנטים או מתמחים בשנה הראשונה של ההתמחות, לא נאספו נתונים על המטפלים. מכיוון שלמטפל תפקיד בלתי מבוטל בברית הטיפולית (Baldwin et al., 2007; Dinger et al., 2008; Marcus et al., 2011; Zuroff, et al., 2010), ייתכן

והוספת נתונים על המטפל היתה מאירה על תוצאות המחקר ובעיקר על הקשר שבין הברית הטיפולית לתוצאות הטיפול.

### *תרומת המחקר הנוכחי והשלכותיו*

אחת ממטרות המחקר היה לבחון ולהעלות את המהימנות והתוקף של ה-PID-5, ובפרט את השאלון המתורגם לעברית. זולת ממד האנטגוניזם שיצא בעל מהימנות נמוכה, שאר הממדים (אפקט שלילי, ניתוק, פסיכוטיות ודיסאינהיביציה) הניבו מהימנות גבוהה. זאת ועוד, ניתן לומר באופן ברור כי התוצאות החד משמעיות שהראו קשרים שליליים מובהקים עם הבריאות הנפשית לכל ממדי האישיות הלא אדפטיבים, תורמים לתוקף המבנה של השאלון.

מעבר לכך, המחקר מקרין אור אודות השפעת אישיות לא אדפטיבית על הבריאות הנפשית, וכן על השפעתה על תהליכי הטיפול. ניתן לעשות שימוש בממצאי המחקר, אשר מראים את השפעת ממדי האישיות דיסאינהיביציה, ניתוק ופסיכוטיות, על הקשר בין מרכיבי הברית הטיפולית לתוצאות הטיפול, ולתכנן את הטיפול בהתאם. נראה כי ממדים אלו רגישים, ועלולים להיות מושפעים באופן שלילי מהברית הטיפולית.

כך, ניתן 'לתפור' טיפול על ידי מתן דגש למרכיבי הברית הטיפולית, על פי החוזקות והחולשות של ממדי האישיות השונים. לדוגמה, במידה וממד הדיסאינהיביציה גבוה, בעוד שאר ממדי האישיות אינם אדפטיבים, יש לתכנן טיפול אשר מתמקד במטרות הטיפול, ובמשימות שעל המטופל לעשות ולהתמיד, על מנת להביא לשיפור בתוצאות הטיפול. מכאן, כי ייתכן וטיפול קוגניטיבי, אשר הינו מובנה יותר ומוכוון משימות (Beck, 1997), יהיה מתאים יותר לפרופיל אישייתי כזה של מטופלים.

לבסוף, המחקר גם עשוי לעודד מטפלים צעירים, אשר פעמים רבות חוששים באשר לרמת הכשרתם ומקצועיותם, כאשר נראה כי הקשר הטיפולי, כלומר מערכת היחסים בינם לבין המטופל בתחילת הטיפול, מהווה מרכיב מפתח להצלחתו.

### *מחקרי המשך*

המחקר מעלה כיוונים רבים למחקרי המשך, הן בשל הממצאים המעניינים שהוא מניב, והן בשל מגבלותיו. ראשית, על אף שנראה במחקרי עבר כי לא קיים הבדל בברית הטיפולית בין גישות טיפוליות שונה שכן הוא נחשב משתנה חוצה תיאוריה (De Bolle et al., 2010; Ardito & Rabellino, 2011;

(Martin, Garske, & Davis, 2000; Horvath, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Klein et al., 2003) כדאי לבחון האם הדבר תקף גם לגבי האוכלוסייה בישראל. זאת ועוד, ייתכן ותכונות האישיות משפיעות על הברית הטיפולית באופן שונה כאשר מדובר בגישות טיפוליות שונות. כך למשל, ייתכן ולמטופלים עלי ממדי פסיכוטיות וניתוק לא אדפטיבים ברמה גבוהה, ברמה שעלולה לפגוע בקשר בין הברית הטיפולית ותוצאות הטיפול, יש להתאים לטיפול מובנה יותר, כך שהדגש בו יהיה על משימות ומטרות, לדוגמה.

בהמשך לכך, מחקר עדכני (Bastiaens et al., 2017) מצא כי מטופלים אשר סובלים מפסיכוזה, גבוהים יותר בממד הפסיכוטיות, ונמוכים יותר בממדים הניתוק, דיסאינהיביציה ורגש שלילי, מאשר מטופלים ללא פסיכוזה. מכאן, כי החוקרים טוענים כי זהו ה'פרופיל' של המטופל בעל פסיכוזה או נמצא בסכנה להתקף פסיכוטי. במחקר הנוכחי כל ממד נבחן בנפרד עם כל מרכיב של הברית הטיפולית. עם זאת, יהיה מעניין לבחון במודלים אחרים את כל ממדי האישיות יחד, ואולי אף להשוות בין פרופילים שונים, והשפעתם על הברית הטיפולית ותוצאות הטיפול. כך למשל, יהיה ניתן לסווג פרופילים של מטופלים, לבחון כיצד פרופיל מסוים משפיע על הקשר בין מרכיבי הברית הטיפולית השונים לבין תוצאות הטיפול, וכך יהיה אפשרי 'לתפור' תכנית טיפול ייחודית לכל פרופיל אישיות.

במהלך הדיון דובר כי בתהליך הטיפולי, הברית הטיפולית מתמודדת עם 'קרעים' בקשר הטיפולי, אשר חשובים ויעילים לתוצאות הטיפול (Ardito & Rabellino, 2011). כמו-כן, עלתה סברה כי הקשר הטיפולי בתחילת הטיפול מהווה 'עוגן' ובסיס, אשר יאפשרו את ההתמודדות עם אותם קרעים, וכן כי ממדי האישיות ממתנים את ההתמודדות עם, כפי שראינו במיתון של ממדי האישיות דיסאינהיביציה, ניתוק ופסיכוטיות, על הקשר בין מרכיבי האישיות הסכמה על מטרת ומשימות הטיפול לבין תוצאות הטיפול. מכאן, כי יהיה מעניין לבחון את אותם 'קרעים', ואת האמידות של המטופל לאור הפרופיל האישיותי שלו.

בנוסף, ישנה טענה כי במהלך טיפולים ממושכים ממדי האישיות נוטים להיות אדפטיבים יותר (Costa & McCrea, 2011; Krueger et al., 2012). מכאן, כי לשינוי האישיותי תיתכן השפעה ישירה על תוצאות הטיפול, וכן על הקשר שבין הברית הטיפולית לתוצאות הטיפול. מעניין יהיה לראות כיצד השינוי בתכונות האישיות לאורך הטיפול משפיע על הקשר בין הברית הטיפולית לבריאות הנפשית. באופן



ספיציפי, עלתה הסברה כי ממד הרגש השלילי עשוי להיות גמיש ומועד לשינוי בתהליך הטיפול ויהיה מעניין לבחון זאת במחקרי המשך. עם זאת, יש לציין כי מחקר זה לתכונות האישיות לוקח זמן ממושך על מנת לעשות שינוי מהותי, בעיקר כשידוע כי ככל שממד האישיות פחות אדפטיבי, כך הוא גם יותר נוקשה ופחות גמיש (Hardy, 2002).

לבסוף, כפי שמצוין דלעיל, ישנם מחקרים אשר מצאו הבדל בדיווחים על הברית הטיפולית בין המטפל למטופל (De Bolle et al., 2010; Hersoug, Monsen, Havik, Høglén, 2000). באותו, חוקרים אחרים העלו את הבעייתיות הקיימת עם דיווח עצמי על אישיות האדם בכלל, ובפרט בקרב אנשים עם בעיות אישיות, אשר לעיתים נוטים לראות עצמם אחרת מאשר האופן בו הסביבה תופסת אותם, לטובה או לרעה, וכן הם נוטים לייחס תכונות שליליות שלהם לאחרים (Oltmanns & Turkheimer, 2009). אם כן, יהיה מעניין לבחון במחקרי המשך את השונות הנובעת מנקודת המבט של המדווח. כלומר, במידה והמדווח יהיה המטפל או צופה מן הצד, הן לברית הטיפולית, והן לתכונות האישיות, התוצאות עשויות להיות שונות.

בנוסף, ניתן לבחון כיצד המודלים מתנהגים במטופלים בעלי הפרעות אישיות. ממדי האישיות נועדו לסווג באופן ממדי גם הפרעות אישיות, המהוות את הקצה הלא אדפטיבי של הממדים השונים. מעניין יהיה לראות את ההבדל בהשפעה על הקשר בין הברית הטיפולית לבין תוצאות הטיפול, בקרב מטופלים אלו.

המחקר הנוכחי נעשה למבוגרים בלבד, בשל העובדה כי התוקף הסטטיסטי של ה-PID-5 נעשה על מדגמים של מבוגרים בלבד. עם זאת, ישנה מגמה לתקף את השאלון גם על אוכלוסיות מתבגרים (De Clercq et al., 2014). יהיה מעניין לשחזר את המחקר הנוכחי עם אוכלוסיית מתבגרים, אשר נמצאים בתקופה בה האישיות עשויה להיות גמישה ולהתעצב בעקבות טיפול ואולי גם למתן באופן שונה את הקשר בין הברית הטיפולית לבין תוצאות הטיפול.

## בבליוגרפיה

- שפיר, ג. (2003). עוד על פסיכותרפיה מוגבלת בזמן: תיאוריה, טיפול, הכשרה, מחקר. ירושלים: י"ל מאגנס.
- Aluja, A., García, Ó., & García, L. F. (2003). Relationships among extraversion, openness to experience, and sensation seeking. *Personality and Individual Differences, 35*, 671-680.
- American Psychological Association (2012). Recognition of psychotherapy effectiveness. <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx> Retrieved at: December 1, 2013.
- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 15*, 503-514.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology, 2*, 270-284.
- Bach, B., & Sellbom, M. (2016). Continuity between DSM-5 categorical criteria and traits criteria for borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de Psychiatrie, 61*, 489-494.
- Bach, B., Sellbom, M., & Simonsen, E. (2017). Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in clinical versus nonclinical individuals: Generalizability of psychometric features. *Assessment, 29*, 42- 51.
- Baldwin, S., Wampold, B., & Imel, Z. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 842-852.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1027-1032.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Frank, A., & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research, 9*, 54-73.
- Barrio, V. D., Aluja, A., & García, L. F. (2004). Relationship between empathy and the Big Five personality traits in a sample of Spanish adolescents. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 32*, 677-681.
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., & De Hert, M. (2015). The construct validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a clinical sample. *Assessment, 23*, 42- 51.
- Bastiaens, T., Smits, D., De Hert, M., Thys, E., Bryon, H., Sweers, K., ... & Van Bouwel, L. (2017). The relationship between the Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5) and the psychotic disorder in a clinical sample. *Assessment, 31*, 34-44.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 243-255.

- Bordin, E. S. (1976). *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 252–60.
- Beck, J. S. (1997). Cognitive therapy: Basics and beyond. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 71-80.
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 332-346.
- Beutler L.E., Castonguay L.G., & Follette W.C. (2006). Therapeutic factors in dysphoric disorders. *Journal of Clinical Psychology* 62, 639–647.
- Caldwell, D. F., & Burger, J. M. (1998). Personality characteristics of job applicants and success in screening interviews. *Personnel Psychology*, 51, 119-136.
- Carroll, K. M, Nich, C., & Rounsaville, B. J. (1997). Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 510-514.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know. In L. Castonguay, G. & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp.353-369) New York: Oxford.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Daiuto, A., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2006). Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Focusing on the mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 405-410.
- Constantino, M. J., Castonguay, L. G., & Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist–practitioner” model in psychotherapy. In G. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research* (pp. 81–131). New York: Allyn & Bacon.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (2010). The five-factor model, five-factor theory, and interpersonal psychology. In: Horowitz, L. M. & Strack, S., *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions* (pp. 91-103). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- De Bolle, M., Johnson, J. G., & De Fruyt, F. (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 378-385.
- De Fruyt, F., De Clercq, B., De Bolle, M., Wille, B., Markon, K., & Krueger, R. F. (2013). General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. *Assessment*, 20, 295-307.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197.

- DeYoung CG. 2006. Higher-order factors of the Big Five in a multi informant sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 1138–1151.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642-649.
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469–482.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417–440.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 344-354.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5 or 3?—Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773-790.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578–582.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-41.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). The Klein-Bion model. In: *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*, (pp.118-136). London: Routledge.
- Fossati, A., Somma, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., & Borroni, S. (2017). On the relationships between DSM-5 dysfunctional personality traits and social cognition deficits: A study in a sample of consecutively admitted Italian psychotherapy patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2091/full>
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45, 2365-2373.
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 816-832.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3–16.
- Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Rees, A., & Reynolds, S. (1995). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 997-1119.

- Hardy, G. E., Cahill, J., Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., & Macaskill, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 841–845.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (pp. 162- 200). New York: Guilford Press.
- Hedeker D., & Gibbons RD. (1997). Application of random-effects pattern-mixture models for missing data in longitudinal studies. *Psychological Methods, 2*, 264–278.
- Hjelle, L. A., & Ziegler, D. J. (1992). *Personality theories: Basic assumptions, research, and applications*. McGraw-Hill Humanities, Social Sciences & World Languages. London: McGraw-Hill.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E., & Høglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71*, 18-27.
- Hilliard, R. B., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 125–133.
- Hilsenroth, M. J., Peters, E. J., & Ackerman, S. J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment, 83*, 332-344.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research, 15*, 3–7.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research, practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In: Norcross, J. C. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, 37– 69. New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9 –16.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). *Development and validation of the Working Alliance Inventory*. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*, 561.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research, 2*, 102-138.
- Judge, T. A., Higgins, C. A., Thoresen, C. J., & Barrick, M. R. (1999). The big five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology, 52*, 621-652.

- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., ... & Riso, L. P. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 997-1008.
- Kotov R., Gamez W., Schmidt F., Watson D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136*, 768-821.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine, 42*, 1879-1890.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). The personality inventory for DSM-5—brief form (PID-5-BF)—adult. *American Psychiatric Association: Author*.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 477-501.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive - behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist, 48*, 1181–1209.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In: Cleghorn, J. L. (Ed.), *Successful psychotherapy*, (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Lounsbury, J. W., Hutchens, T. & Loveland, J. M. (2005). An investigation of big five personality trait and career decidedness among early and middle adolescents. *Journal of Career Assessment, 13*, 25-39.
- Lounsbury, J. W., Tatum, H. E., Chambers, W., Owens, K. S., & Gibson, L. W. (1999). An investigation of career decidedness in relation to " Big Five" personality constructs and life satisfaction. *College Student Journal, 33*, 646-646.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 401-428.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 307-307.
- Marcus, D. K., Kashy, D. A., Wintersteen, M. B., & Diamond, G. S. (2011). The therapeutic alliance in adolescent substance abuse treatment: a one-with-many analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 449.

- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). *Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and other Variables: A Meta analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- McCrea, R.R. & Costa, P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality, 54*, 385-405.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction, 100*, 304-316.
- Miller, S.D., Hubble, M.A., Chow, D.L., & Seidel, J.A. (2013). The Outcome of Psychotherapy: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Psychotherapy, 50*, 88-97.
- Miller, J. D., Pilkonis, P. A., & Mulvey, E. P. (2006). Treatment utilization and satisfaction: examining the contributions of Axis II psychopathology and the Five-Factor Model of personality. *Journal of Personality Disorders, 20*, 369-387.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in experimental social psychology, 35*, 53-152
- Mullins-Sweatt, S. N., Jamerson, J. E., Samuel, D. B., Olson, D. R., & Widiger, T. A. (2006). Psychometric properties of an abbreviated instrument of the five-factor model. *Assessment, 13*, 119-137.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 185–190
- Nich, C., Carroll, K. (1997). Now you see it, now you don't: A comparison of traditional versus random-effects regression models in the analysis of longitudinal follow-up data from a clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 252–261.
- Noftle, E. E., & Shaver, P. R. (2006). Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of Research in Personality, 40*, 179-208.
- Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2009). Person perception and personality pathology. *Current Directions in Psychological Science, 18*, 32-36.
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S., McCallum, M., Nixon, G. W. H., & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations vs. interpersonal functioning as predictor of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 432–438.
- Rhodes, R. E., Courneya, K. S., & Bobick, T. M. (2001). Personality and exercise participation across the breast cancer experience. *Psycho-Oncology, 10*, 380-388.
- Roccas, S., Sagiv, L., Schwartz, S. H., & Knafo, A. (2002). The big five personality factors and personal values. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 789-801.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Sanislow, C. A., & McGlashan, T. H. (1998). Treatment outcome of personality disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 237-250.

- Shiner, R., & Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: Measurement, development, and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 2-32.
- Schmidt, F. L., & Hunter, J. E. (1998). The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and theoretical implications of 85 years of research findings. *Psychological Bulletin, 124*, 262.
- Singer J.D., & Willett JB. (2003). *Applied Longitudinal Data Analysis*. New York: Oxford University Press.
- Simpson, J.A. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. In: Cassidy, P. J. (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical application* (pp. 115-140). New York: Guilford.
- Skodol, A. E., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2014). Personality disorders and the persistence of anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety, 31*, 721-728.
- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Pagano, M. E., Bender, D. S., Gunderson, J. G., Shea, M. T., & McGlashan, T. H. (2005). Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Practice, 11*, 363.
- Simms, L. J., Goldberg, L. R., Roberts, J. E., Watson, D., Welte, J., & Rotterman, J. H. (2011). Computerized adaptive assessment of personality disorder: Introducing the CAT-PD project. *Journal of Personality Assessment, 93*, 380-389
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Tellegen, A., Grove, W. M., & Waller, N. G. (1991). Inventory of personal characteristics #7 (IPC7). *Unpublished materials, University of Minnesota*.
- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G., Markon, K. E., & Hopwood, C. J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment, 20*, 308-311.
- Tokar, D. M., Fischer, A. R., & Subich, L. M. (1998). Personality and vocational behavior: A selective review of the literature, 1993–1997. *Journal of Vocational Behavior, 53*, 115-153.
- Van Kampen, D. (2012). The 5-Dimensional Personality Test (5DPT): Relationships with two lexically based instruments and the validation of the absorption scale. *Journal of Personality Assessment, 94*, 92-101.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wegner, D.M., & Zanakos, S.I. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62*, 615– 640.
- Widiger T. A., Costa P. T., Jr. (2002). Five-Factor model personality disorder research. In: Costa, P. T., Jr., Widiger, T. A. (Eds.) *Personality disorders and the five-factor model of personality 2<sup>nd</sup>* (pp. 59-87). Washington, DC, US: American Psychological Association.



- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Wallner Samstag, L., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 190-194.
- Wright, A. G. C., Pincus, A. L., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2013). Conceptions of narcissism and the DSM-5 pathological personality traits. *Assessment*, *20*, 339-352.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd Ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press/ Professional Resource Exchange.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, *37*, 369-375.
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J., & Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of Personality Disorders*, *28*, 518-540.
- Zilcha-Mano, S., Snyder, J., & Silberschatz, G. (2017). The effect of congruence in patient and therapist alliance on patient's symptomatic levels. *Psychotherapy Research*, *27*, 371-380.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A., & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 114-124.



**הסכמה מדעת לטיפול בבגירים**

קליניקת בית הספר לפסיכולוגיה הינה קליניקה אקדמית אשר שואפת לתת את הסיוע המיטבי למקבלי שירות פסיכולוגי. על כן, הטיפולים בקליניקה מצולמים, כמו כן המטופלים מתבקשים למלא שאלונים מספר פעמים במשך הטיפול. בצילומים ובשאלונים יהיה שימוש לצרכי הדרכה ומחקר וזאת על מנת לאפשר למטופלים לתת את הטיפול הראוי. חומרים אלו יישמרו בדרך מאובטחת. במידה ויהיה שימוש בנתוני השאלונים לצורך מחקר, הדבר ייעשה על ידי ניתוח קבוצתי אנונימי של הנתונים (ללא התייחסות לרמת הפרט) כאשר חיסיון המטופלים ישמר בקפידה רבה.

המטופלים בקליניקה הם פרקטיקנטים (סטודנטים לתואר שני) בהדרכה צמודה של פסיכולוגים בכירים, פסיכולוגים מתמחים (פסיכולוגים אשר סיימו את התואר השני בפסיכולוגיה קלינית ובעלי רישיון לעסוק בפסיכולוגיה ממוסד הבריאות אשר גם עובדים תחת הדרכה) ופסיכולוגים מומחים (בעלי רישיון פסיכולוגיה קלינית ממוסד הבריאות).

עם ההגעה לקליניקה יש לעבור ראיון ראשוני (אינטייך) ומילוי שאלונים. אלו יסייעו בהחלטה אודות ההתאמה לטיפול בקליניקה, וטיבו של הטיפול המתאים.

עם קבלת ההחלטה על אודות ההתערבות הפסיכולוגית יקבעו הסדרי התשלום במקרה שמתעורר קושי להגיע למפגש יש להודיע עד 24 שעות לפני הפגישה המיועדת, אחרת יהיה חיוב עבור הפגישה שלא התקיימה (יוצאים מן הכלל אירועים חריגים או דחופים שלא מאפשרים להגיע למפגש).

קראתי את הכתוב לעיל אודות הקליניקה והנני מסכימה להיות מטופל בקליניקת בית הספר לפסיכולוגיה.

ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

מאשר/ת השתתפתי באינטייך, טיפול/ אבחון/ הערכה שיינתנו על ידי \_\_\_\_\_

בנוסף לכך, חובא לידיעתנו שאיש/ אשת המקצוע עובד/ת ב \_\_\_\_\_  
והינו/ה: \_\_\_\_\_

שם המוסד

פרקטיקנט/ית בפסיכולוגיה - (סטאז') בפסיכולוגיה קלינית

פסיכולוג/ית בהתמחות קלינית

פסיכולוג/ית עם מומחיות קלינית

במידה ומעורב יותר מאיש מקצוע אחד נא לרשום איש המקצוע ותפקידו \_\_\_\_\_

**\*סמן בעיגול את הסטטוס המקצועי הרלוונטי**

חתימת המטופל/ת: \_\_\_\_\_ תאריך החתימה \_\_\_\_\_

נחתם בנוכחות: שם פרטי + שם משפחה \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_

נספח מספר 2- שאלון הברית הטיפולית- (WAI) Working Alliance Inventory

המשפטים הבאים מתארים רגשות או מחשבות העשויים להתעורר אצל מטופל ביחס למטפל שלו .  
ענה על השאלון במהירות. אנו מעוניינים ברושם הראשון שעולה בדעתך.

7 מתאר במדויק את הרגשתי	6 מתקרב מאוד לתיאור הרגשתי	5 מתקרב לתיאור הרגשתי	4 מתאר במידה מסוימת את הרגשתי	3 די רחוק מתיאור הרגשתי	2 רחוק מאוד מתיאו ר הרגש תי	1 בשום אופן לא מתאר את הרגשתי	
7	6	5	4	3	2	1	אינני מרגיש בנוח עם המטפל/ת
7	6	5	4	3	2	1	המטפל/ת ואני מסכימים לגבי הדברים שאצטרך לעשות בטיפול כדי לשפר את מצבי
7	6	5	4	3	2	1	אני מודאג לגבי התוצאות של הפגישות
7	6	5	4	3	2	1	מה שאני עושה בטיפול מאפשר לי לראות את הבעיה שלי בדרכים חדשות
7	6	5	4	3	2	1	המטפל/ת ואני מבינים זה את זה
7	6	5	4	3	2	1	המטפל/ת קולט/ת בדיוק מהן המטרות שלי
7	6	5	4	3	2	1	אני מרגיש שמה שאני עושה בטיפול מבלבל אותי
7	6	5	4	3	2	1	אני מאמין שהמטפל/ת מחבבת אותי
7	6	5	4	3	2	1	הייתי רוצה שהמטפל/ת ואני נוכל להבהיר מהי מטרת הפגישות שלנו
7	6	5	4	3	2	1	אינני מסכים עם המטפל/ת בקשר למה שעלי להפיק מהטיפול
7	6	5	4	3	2	1	אני מאמין שהזמן שבו המטפל/ת ואני נמצאים ביחד אינו מנוצל ביעילות
7	6	5	4	3	2	1	המטפל/ת אינו/ה מבינה/ה מה אני מנסה להשיג בטיפול
7	6	5	4	3	2	1	ברור לי מהם הדברים שהם באחריותי בטיפול
7	6	5	4	3	2	1	מטרת הפגישות הללו חשובה עבורי
7	6	5	4	3	2	1	אני מרגיש שמה שהמטפל/ת ואני עושים בטיפול אינו קשור למה שמדאיג אותי
7	6	5	4	3	2	1	אני מרגיש שהדברים שאני עושה בטיפול יעזרו לי להשיג את השינויים שאני רוצה
7	6	5	4	3	2	1	אני מאמין שהמטפל/ת באמת רוצה בטובתי

7	6	5	4	3	2	1	ברור לי מה המטפלת רוצה שאני אעשה בפגישות האלו
7	6	5	4	3	2	1	המטפלת ואני מכבדים זה את זה
7	6	5	4	3	2	1	אני מרגיש שהמטפלת לא לגמרי כן/ה איתי לגבי מה שהוא/היא מרגישה כלפי
7	6	5	4	3	2	1	אני בטוח ביכולתו/ה של המטפלת לעזור לי
7	6	5	4	3	2	1	המטפלת ואני עובדים למען מטרות ששנינו מסכימים עליהן

7	6	5	4	3	2	1	אני מרגיש שהמטפלת מעריך/ה אותי
7	6	5	4	3	2	1	אנחנו מסכימים לגבי מהם הדברים החשובים שעלי לעבוד עליהם
7	6	5	4	3	2	1	כתוצאה מהפגישות האלו ברור לי יותר כיצד אוכל להשתנות
7	6	5	4	3	2	1	המטפלת ואני בוטחים זה בזה
7	6	5	4	3	2	1	למטפלת/ולי יש דעות שונות לגבי מהן הבעיות שלי
7	6	5	4	3	2	1	הקשר שלי עם המטפלת מאוד חשוב עבורי
7	6	5	4	3	2	1	יש לי הרגשה שאם אעשה או אגיד דברים לא נכונים, המטפלת/יפסיק/תפסיק לעבוד איתי
7	6	5	4	3	2	1	המטפלת ואני משתפים פעולה בקביעת המטרות שלי
7	6	5	4	3	2	1	אני מתוסכל מהדברים שאני עושה בטיפול
7	6	5	4	3	2	1	הגענו להבנה טובה של סוג השינויים שיהיו טובים בשבילי
7	6	5	4	3	2	1	הדברים שהמטפלת/מבקש/ת ממני לעשות אינם נראים לי משמעותיים
7	6	5	4	3	2	1	אני לא יודע לאיזו תוצאה לצפות מהטיפול שלי
7	6	5	4	3	2	1	אני מאמין שהדרך בה אנו עובדים על הבעיות שלי היא דרך נכונה
7	6	5	4	3	2	1	אני מרגיש של המטפלת/אכפת ממני גם כשאני עושה דברים שהוא/היא לא מסכים/ה להם

נספח מס' 3- שאלון חמשת ממדי האישיות (נוסח מקוצר)- Personality Inventory for DSM-5

Brief Form (PID-5-BF)

זוהי רשימה של דברים אשר אנשים שונים עלולים להעיד אותם על עצמם. אנחנו מעוניינים לדעת כיצד תתאר את עצמך. אין תשובה נכונה או לא נכונה. כך שאתה יכול לתאר את עצמך בצורה הכנה ביותר שאפשר, אנחנו נשמור על תשובותיך חסויות. אנחנו רוצים שתיתקח את מלוא הזמן הרצוי ותקרא כל טענה בזהירות, תבחר את התשובה המתארת אותך בצורה הטובה ביותר:

3	2	1	0	
מאוד נכון, או לעיתים קרובות נכון	לפעמים או במקצת נכון	לפעמים או במקצת לא נכון	מאוד לא נכון או לעיתים קרובות לא נכון	
3	2	1	0	אנשים יתארו אותי כלא זהיר
3	2	1	0	אני מרגיש שאני פועל לגמרי מתוך דחף
3	2	1	0	למרות שאני מודע לזה, אינני מסוגל להפסיק לבצע החלטות נמהרות
3	2	1	0	לעיתים קרובות אני מרגיש שאני לא עושה שום דבר חשוב
3	2	1	0	אחרים רואים אותי כחסר אחריות
3	2	1	0	אני לא טוב בלתכנן לעתיד
3	2	1	0	המחשבות שלי לעיתים קרובות לא נשמעות הגיוניות לאחרים
3	2	1	0	אני דואג על כמעט כל דבר
3	2	1	0	אני נעשה רגשני בקלות, לעיתים קרובות בגלל סיבות קטנות
3	2	1	0	אני מפחד להיות לבד בחיים יותר מכל דבר אחר
3	2	1	0	אני נתקע על דרך אחת לעשיית דברים, גם כאשר זה ברור שדרך זו לא תעבוד
3	2	1	0	ראיתי דברים שלא באמת היו שם
3	2	1	0	אני מתרחק מיחסים רומנטיים
3	2	1	0	אינני מעוניין בלרכוש חברים
3	2	1	0	אני נעשה עצבני בקלות בגלל כל מיני דברים
3	2	1	0	אני לא אוהב להתקרב יותר מידי לאנשים
3	2	1	0	זה לא כל כך נורא אם אני פוגע ברגשותיהם של אחרים
3	2	1	0	לעיתים רחוקות אני מתלהב ממשוהו

3	2	1	0	אני משתוקק לתשומת לב
3	2	1	0	לעיתים קרובות אני נאלץ להתעסק עם אנשים פחות חשובים ממני
3	2	1	0	לעיתים קרובות יש לי מחשבות שנשמעות לי הגיוניות, אך אנשים אחרים חושבים שהם מוזרות
3	2	1	0	אני משתמש באנשים כדי להשיג מה שאני רוצה
3	2	1	0	לעיתים קרובות אני "מרחף" ואז פתאום אני מבין שחלף המון זמן
3	2	1	0	לעיתים קרובות, דברים מסביבי חשים כלא אמתיים, או יותר אמתיים מבדרך כלל
3	2	1	0	קל לי לנצל אחרים

נספח מספר 4- שאלון רווחה נפשית- (BMHO) Brief Mental Health Outcome Measure

אנא דרג את המשפטים הבאים בהתייחס לאיכות חיך כיום, על סולם בין 0 (אף פעם לא) ל-6 (כמעט כל הזמן או כל הזמן או כמעט כל הזמן):

6	5	4	3	2	1	0	אף פעם לא
6	5	4	3	2	1	0	אף פעם לא
6	5	4	3	2	1	0	בהינתן מצבי הפיזי הנוכחי, אני מרוצה ממה שאני יכול לעשות
6	5	4	3	2	1	0	אני בטוח ביכולתי לשמר מערכות יחסים שחשובות לי
6	5	4	3	2	1	0	אני מרגיש תקווה לגביי עתידי
6	5	4	3	2	1	0	לעיתים קרובות אני מתעניין ונלהב לגביי דברים בחיי
6	5	4	3	2	1	0	אני מסוגל ליהנות
6	5	4	3	2	1	0	באופן כללי אני מרוצה מבריאותי
6	5	4	3	2	1	0	אני מסוגל לסלוח לעצמי על כישלונותיי
6	5	4	3	2	1	0	חיי מתקדמים בהתאם לציפיותיי
6	5	4	3	2	1	0	אני מסוגל להתמודד עם קונפליקטים עם אנשים אחרים
6	5	4	3	2	1	0	יש לי שקט נפשי

## **Abstract**

The therapeutic alliance has been found to predict psychotherapy outcomes and mental health in numerous studies, beyond specific theoretical approach or mental disorder.

There are various factors that influence this link, such as patient's personality and characteristic. The contribution of patient's personality traits to the relation between the therapeutic alliance and patient's mental health has not been examined much, and the aim of the current study is to follow this link. The Working Alliance Inventory (WAI) is based on Bordin's (1979) pantheoretical, tripartite (Goals, Tasks and Bond) conceptualization of the alliance. In the fifth edition of the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), the Personality Inventory for DSM-5 is displayed, as a new dimensional measurement model, based on the personality Five Factor model. 35 patients of the Baruch Ivcher School of Psychology clinic in the Interdisciplinary Center in Herzliya answered WAI and the Brief Mental Health Outcome Measures at three periods of time: at the beginning of the therapy, 3 months and again 6 months later. Results demonstrated that all five domains (psychoticism, disinhibition, detachment, Negative affectivity) have negatively predicted therapy outcomes, while the Bond segment in the working alliance, as was measured at the beginning of the therapy, has positively predicted it, explaining 70% of the variety of mental health. When analyzed with negative affectivity domain, both Goals and Tasks, at three measure periods, have predicted the therapy outcomes as well. Both Disinhibition and Detachment were found as moderators to Goals and therapy outcomes relation, while



Disinhibition and psychoticism moderate Tasks and outcomes. The more adaptive the domain, the stronger the relation.

This study was carried out under the supervision of Dr. Barnet Ety from the M.A. program of Clinical Psychology, Baruch Ivcher School of Psychology, Interdisciplinary Center Herzliya.

Interdisciplinary Center Herzliya

Baruch Ivcher School of Psychology

M.A. program of Clinical Psychology

**The Moderate effect of personality domains on the therapeutic alliance  
and therapy outcomes relation**

Guy Ramot

Submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master's Degree in Baruch

Ivcher School of Psychology

Interdisciplinary Center Herzliya

September, 2017