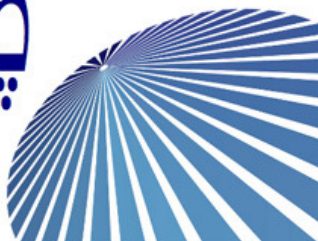


# מרחבים

כתב עת אינטראקטיבי  
למחשבה פסיכואנליטית



## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים – סקירה

צבי גיל, מ.א.<sup>1</sup>

### תמצית:

המאמר סוקר ראיות ליעילות של טיפולים פסיכואנליטיים (פ"א) ופסיכו דינמיים (פ"ד) כפי שמופיעות בספרות המחקרית. מוצגים מחקרים לפי נושאים – אבחנות, וכן סקירות ומטא-אנליזות שהתפרסמו. הסקירה מתרכזת בעיקר בספרות מחקרית של השנים האחרונות, אשר בה הסטנדרטים של המחקר גבוהים יותר ומתאימים למה שמקובל בגישה של 'טיפול נתמך ראיות'. הסקירה מניבה מחקרים רבים התומכים ביעילות של טיפולים פ"ד ופ"א, ועל כן מפריכה או סותרת את הדעה המקובלת כאילו טיפול נתמך ראיות הוא טיפול לא דינמי (למשל, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי), ואילו טיפול דינמי נשען על מסורת בלבד. נידונות סיבות לדעה זו וגישות להפרכתה, וכן נידון בהדגשה אפקט השוויון. מאחר ונראה שרוב המחקרים מצביעים על יעילות שווה לטיפולים הנעשים בגישות שונות, הרי נראה שאין עוד טעם לנסות לענות לשאלה 'איזה טיפול יותר טוב', אלא לחקור את המרכיבים של הטיפול שתורמים ליעילותו.

---

<sup>1</sup> מרפאות קהילתיות לבריאות הנפש, גליל מערבי, בית חולים פסיכיאטרי ע"ש פליגלמן ('מזרע'), עכו; מרפאת לטיפ, אום אל פאחם; מכון אנפה, חיפה.

[tsvigil@bezeqint.net](mailto:tsvigil@bezeqint.net)

ת.ד. 3626 חיפה 31036 טל. 04-8100751

### מבוא: תיאור הבעיה

בחוגי המקצוע ומהם בקהל הרחב משתרשת בשנים האחרונות הדעה כי טיפול יעיל הוא טיפול התנהגותי-קוגניטיבי, ואילו טיפולים פסיכואנליטיים או פסיכו דינמיים מבוססים על מסורת טיפולית שממאנת להשתנות. בויקיפדיה, למשל, נכתב על טיפול התנהגותי-קוגניטיבי "זהו מקבץ של הפסיכותראפיות שיעילותן הוכחה". "טיפול קוגניטיבי התנהגותי הפך בשנים האחרונות לטיפול הפסיכולוגי המועדף ב - [חרדות](#), [פוסט טראומה](#), [OCD](#) וגם במצבים של [דיכאון](#). יעילותו של טיפול CBT הוכחה במחקרים רבים" (לפי אתר קוגניטיקה (א\*)). חוקרת ישראלית (1) כתבה בבטאון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל כי "במדינות מערביות רבות CBT הינו כיום טיפול הבחירה שניתן כברירה ראשונה להפרעות חרדה ודיכאון... במדינות רבות באירופה, בארה"ב, אוסטרליה, ומרבית מדינות המערב כיום, CBT הוא מיינסטרים והטיפול העיקרי המוצע מבין הפסיכותרפיות... באנגליה ובהולנד למשל, משרדי הבריאות מחייבים מטפלים לטפל ב-CBT כבחירה ראשונה בהפרעות חרדה ודיכאון לגביהן קיימת הוכחה מדעית על יעילות השיטה. מטפלים אשר לא מציעים טיפול זה כבחירה ראשונה מסתכנים בתביעות משפטיות על רשלנות. במקביל, מרבית האוניברסיטאות מכשירות סטודנטים בטיפול ומחקר בתחום ה-CBT". ופרופ. אלי זומר טוען ש"כל הטיפולים שלגביהם מצאה החטיבה הקלינית של ה-APA (חטיבה 12) ראיות משכנעות בדבר יעילותם הם טיפולים אסטרטגיים, התנהגותיים, קוגניטיביים או שילוב שלהם" (2). ואמנם, רשימת הטיפולים שאושרו על-ידי ההסתדרות הפסיכולוגית האמריקאית ככאלה שהם 'מתוקפים אמפירית או 'נתמכים אמפירית' כוללת 16 (או יותר) טיפולים - אף לא אחד מהם באוריינטציה פ"ד! (3).

עבודה זו מנסה לסקור קיומן של ראיות לטיפול דינמי. העבודה הנוכחית לא תיכנס לדיון בהבדלים של טיפול פסיכואנליטי (פ"א) מטיפול פסיכודינמי (פ"ד), ולעומתם - טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים (CBT). ישנם מודלים ווריאציות רבות על טיפולים אלה, ואין זה מעניינה של סקירה זו להכנס לפירוט או לעומק שלהם. בכל הכללה חייבת להיות התעלמות מסוימת מהפרטים שמבדילים בין הנכללים בה. אנו נניח לענייננו שהקורא איש המקצוע מבין מה הם טיפולים פ"ד, מצד אחד, וטיפול CBT, מצד שני.

מרחבים - כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

החלק הראשון בעבודה ידון במשמעות ובמאפיינים של מה שנקרא 'מחקר תוצאה בפסיכותרפיה', ויחסם לטיפול פ"ד. לאחר מכן יסקרו ממצאים בתחום. ראשית יסקרו ממצאי מחקר כלליים ומטא-אנליזות בפסיכותרפיה, ולאחר מכן יסקרו מחקרים לפי אבחנות וקטגוריות. בכל תחום יסקרו ראשית מחקרים שנמצאו בתחום, ולאחר מכן מטא-אנליזות שנעשו. לאחר הסקירה יוצג דיון בממצאים ותידון השאלה: האם באמת טיפול פ"ד אינו נתמך בראיות, ואם לא כך הדבר – מדוע סבורים כך? פרדוקס השוויון אשר יוצג בדיון יצביע על חוסר התוחלת בהשוואה של תיאוריות טיפוליות או בטענות ש"טיפול מסוג מסוים טוב יותר מטיפול מסוג אחר", ולבסוף נדון בקצרה בשאלה של איך צריך לדעתנו להראות מחקר יעילות בפסיכותרפיה.

### מחקר תוצאה בפסיכותרפיה ויחסו לטיפול פ"ד:

'תקן הזהב' (gold standard) במחקר בטיפול הוא מה שקרוי 'ניסוי מבוקר אקראי' (randomized controlled trial ובקיצור - RCT). בתצורת מחקר כזו נבחרים מטופלים לפי האבחנה שעבורה מוצע הטיפול. הם מחולקים בצורה אקראית לשתי קבוצות (לפחות). אשר מאפייני המטופלים בהן אינם נבדלים באופן משמעותי (למשל מין, גיל, וכדומה). קבוצה אחת מוקצית לטיפול הנחקר, ואילו הקבוצה השנייה מוקצית לטיפול אחר, אליו הוא מושווה, או ל'טיפול כרגיל' (treatment as usual ובקיצור - TAU), כלומר, טיפול לא ספציפי המקובל בתחום; או לרשימת המתנה, כלומר, להעדר טיפול. כל הנבדקים בטיפול – אשר אובחנו, כאמור לעיל, באותה אבחנה – עוברים מבדקים שנועדו למדוד את עוצמת הסימפטומים שלהם (למשל, סימפטומים של דיכאון, חרדה, קשיים ביחסים בין-אישיים, וכדומה). מבדקים אלה הם אובייקטיביים במידת האפשר, כלומר, מוערכים לא רק על-ידי המטופלים עצמם או מטפליהם, אלא גם על-ידי מעריכים חיצוניים. מבדקים אלה נערכים בתחילת הטיפול ובסופו, לעתים גם בנקודות מסוימות במהלך הטיפול, ולעתים גם זמן מה אחריו, כדי לבדוק את ההתמדה לאורך זמן של השינויים שהושגו במהלך הטיפול. שיפור אצל מטופלי קבוצת המחקר שהוא גדול יותר מאשר בקבוצת הביקורת מעיד, בדרך-כלל, על יעילות הטיפול הנחקר.

גישת מחקר זו מצריכה שימוש במדריך (manual) המתאר בדייקנות מירבית איך הטיפול צריך להעשות. המטפלים בקבוצת המחקר הם כאלה שלמדו את המדריך והודרכו על

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

השימוש בו. גישת מחקר זה נראית הגיונית וזכתה לפופולאריות רבה. פרופ. זומר (2) טוען כי "פורמאט המחקר הוא כזה שהפרוטוקולים הטיפוליים צריכים להיות שקופים, ברורים וברי שחזור, כמובן. משמעות הדבר, היא שניתן להפוך את פרוטוקולי המחקר שלגביהם יש ראיות משכנעות בדבר יעילותן, למדריכי טיפול (manuals)". גישה זו גם הוכרה כגישת המחקר היחידה שתזכה למימון מטעם ההסתדרות הפסיכולוגים האמריקאית. יחד עם זאת, גישה זו זכתה גם לביקורת רבה. המאמר הנוכחי לא יעסוק בביקורת זו בפירוט, גם מאחר וכבר נידונה בפירוט רב במקומות אחרים (4-6); סיכום של טענות בעד ונגד ניתן למצוא למשל ב-(7). יחד עם זאת, ניתן להבחין ללא קושי בחוסר ההתאמה של גישה זו לטיפול פ"א ודינמי, כפי שמבוצע באופן מעשי:

ראשית, טיפולים פ"א אמנם מבוססים על תיאוריה מעמיקה, אך אין להם 'מדריך'. אמנם בעשרות השנים האחרונות פותחו גישות לטיפול דינמי מוגבל בזמן, אשר מעניקות יותר אפשרויות למחקר של תוצאה לפי פרדיגמה זו. אך עדיין, טיפול פ"א או פסיכותרפיה דינמית שאינה מוגבלת בזמן אינם נחקרים לפי גישת ה-RCT. חשוב להדגיש כי העובדה שאינם נחקרים אינה מעידה שאינם יעילים. לאור זאת, הקביעה שטיפול קצר כלשהו 'יעילותו הוכחה' במחקר מבוקר צריכה להלקח בערבון מוגבל, מאחר והוא לא הושווה לטיפול דינמי ארוך טווח. במלים אחרות, גישת ה-RCT הפופולארית כל-כך היא כזו שמראש נותנת עדיפות לטיפולים קצרים הנעשים לפי מדריך, ושמה בעמדת נחיתות טיפולים שאינם נעשים בצורה כזו.

שנית, המסורת של הגישה הדינמית מדגישה את המאפיינים של יחסי המטפל והמטופל כפי שהם נוצרים בטיפול. זה אומר שהגישה הדינמית משתדלת להגדיל את הגמישות של המטפל, הענותו לדברים המתרחשים בתוך הטיפול ובמהלכו. למשל, המטפל שם לב להתנהגויות לא מילוליות של המטופל ומגיב אליהן; הוא שם לב למעשים (acts) המתרחשים בצורה לא צפויה במהלך הטיפול, למשל איחורים, ורואה אותם כאותות חשובים על המתרחש אצל המטפל. המטפל הדינמי משתדל לראות את הדברים העולים בטיפול בהקשר הרחב של מה שהוא יודע על המטופל. למשל, תלונתו של המטופל על אשתו מובנת בהקשר של מה שידוע על יחסיו עם אימו. ולבסוף, המטפל הדינמי מודרך להיות רגיש ואמפאתי אל המטופל, וזאת גם על חשבון דבקותו במטרות המוצהרות של הטיפול.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

בשונה, טיפולים הנעשים לפי מדריך משקיעים ביעילות הטכנית של המטפל, דהיינו, יכולתו לבצע בצורה מוסדרת מה שנדרש ממודל הטיפול אותו הוא מבצע. מטפל מוצלח לפי גישה זו הוא זה שמצליח לדבוק בהנחיות המדריך, למרות קשיים שהוא עשוי לפגוש אותם במהלך הטיפול. למשל, כאשר המטפל מתלונן על נושאים שאינם קשורים לבעיה שבגינה הוחל הטיפול, המטפל המוצלח הוא זה שמצליח להדוף תלונות אלה הצידה, ולחזור ולבצע מה שדרוש כדי להגיע לשיפורים באותה בעיה שהיא מוקד הטיפול. לכל אחת מהגישות הללו ניתן להציג תמיכה או ביקורת, מה שחשוב לענייננו הוא שגישת ה-RCT מתאימה בפירוש לטיפולים קצרים שנעשים לפי מדריך על-ידי מטפלים שאומנו בצורה הטובה ביותר לפעול לפי מדריך זה, ואילו טיפולים הנעשים על-ידי מטפלים שמשקיעים בלהיות גמישים, להתאים את עצמם למה שעולה בטיפול, ומתפרשים על תחומים שונים שקשורים לחייו של המטופל, קשים יותר להערכה בגישת ה-RCT.

חלק גדול מהמחקר שנערך נעשה במתכונת של טיפולים קצרים, הנערכים לפי מדריך (manual), עם אוכלוסיה הומוגנית של מטופלים, שנאספו בקפידה לפי קריטריונים שנוסחו מראש, עם ניסוח של מטרות ובדיקה קפדנית של השגתן, ובהשוואה לקבוצה דומה של מטופלים שלא טופלו או שטופלו בטיפול אחר. מערך זה שונה מאד מהדרך בה נעשים טיפולים בדרך-כלל, בהקשר היותר טבעי שלהם – המטופל מגיע למטפל, ולא להיפך; ברוב המקרים לא מדובר באבחנה הומוגנית אלא במטופל המציג סימפטומים, תכונות, ותלונות שונות, אשר יכולים להניב אבחנות שונות וחופפות; מטרות הטיפול אינן מוגדרות מראש, הטיפול נמשך לפי הצורך, ומשתנה בצורה גמישה בהתאם למה שקורה בו. לכן נטען שמערך המחקר המקובל פשוט אינו מתאים לפסיכותרפיה כפי שמוכרת בדרך-כלל למטפלים (ר' למשל (8)), שממצאי המחקרים בפסיכותרפיה אינם מייצגים נאמנה את הדרך בה פסיכותרפיה נעשית (9) וש"מחקר בפסיכותרפיה אינו פרקטיקה בפסיכותרפיה" (10).

המסקנה המתבקשת מביקורות אלה היא, לדעתנו, כי בדיקה של היעילות של טיפול פ"א ודינמי צריכה להעשות במתודולוגיות שמתאימות לטיפולים אלה, ולא במתודולוגיות אשר מראש הותאמו לטיפולים שהם כה שונים באופיים. באופן יותר תקיף נטען כי הדור הנוכחי של המחקר מנסה להתאים את הטיפולים למתודולוגיות של המחקר, במקום לעשות ההיפך מזה – דהיינו, להתאים את המחקר לטיפול כפי שנעשה (8). גולדפריד (11) טען

**מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית**

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

ש"קלינאים וחוקרים חיים בעולמות שונים. קריירות מחקריות מונעות על-ידי פרסומים, ואילו קריירות קליניות על-ידי פניות; חוקרים משקיעים בהשגת מענקים כדי לממן את מחקריהם, בעוד קלינאים משקיעים אנרגיה במאמציהם להשיג אישור לפגישות נוספות מחברות ביטוח או קופות חולים... חוקרים סבורים שקלינאים נוטים להתעלם מהספרות המחקרית וממשיכים לבסס את הפרקטיקה שלהם על מה שהם מרגישים נוח איתו, או מה שנראה להם כעובד, ואילו קלינאים מתלוננים שהם אינם הקהל שעבורו הספרות המחקרית נכתבת, ושמה שנחקר אך לעתים נדירות מספק להם מידע שימושי ביחס לאיך להתקדם בטיפולים. בעוד מחקר בטיפול כרוך בהקצאה אקראית של מטופלים למצבים טיפוליים שהם טהורים מבחינת הגישה התיאורטית שלהם, הרי קלינאים צריכים לבחור התערבות, בדרך כלל משילוב של גישות – המבוססת על צרכיו המיידיים של המטפל" (תרגום חופשי שלי).

פסיכותרפיה המונחית על-ידי ראיות "אינה מגלה אמת טיפולית יחידה אלא, להיפך, את המגבלות על הידיעה ועל הודאות; ואין מטרתה ליצור שיתוק או ניהיליזם טיפולי, אלא להדגים אותם אספקטים בטיפול שאמנם נתמכים על-ידי ראיות, לעומת אלו שיש לתומכם במקורות אחרים, כמו נסיון קליני..." (12). מבקרים טענו כי עדיין לא הצטבר די מידע כדי לטעון שעבודה קלינית נעשית טוב יותר כאשר מסתמכת על גישה המבוססת על ראיות (13).

### ממצאים מסקירות של מחקרים:

ניתן למצוא מחקר עוד בשנת 1917, כלומר, בימי חייו של פרויד (Potzl (14)), שניסה לאשש את תורת החלומות). ישנם כמה דורות של מחקר בתחום (מסוכמים אצל 15), אך אנו ננסה להתמקד כאן בדור הרביעי והאחרון (לעת עתה). כמו כן, ישנם מחקרי תהליך (process) ומחקרי תוצאה (outcome), ואנו ננסה להתמקד באחרונים (אם כי מחקר מודרני מנסה לשלב בין השניים).

מחקר לא סיסטמטי אינו חסר ערך:

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

גישה מחקרית שאינה RCT נוסתה על-ידי קבוצה גרמנית (16). הם פנו בשאלונים לאנשים שטופלו על-ידי מטפלים דינמיים ברחבי המדינה על פני תקופה של מספר שנים. ממצאי הסקר הסתמכו, אם כן, על דיווח עצמי של המטופלים שנעשה בדיעבד. בעוד שההטיות של סוג כזה של חקירה נראות ברורות, הרי היא גם מייצגת גישה יותר 'נטורליסטית', כלומר, בודקת מטופלים שפנו ביוזמתם לטיפול, ולא קבוצה שנבחרה לשם מחקר. במידה וניתן לסמוך על דיווחים עצמיים אלה, הרי ניתן לומר שהם מייצגים את מצבם של אנשים שמטופלים בצורה זו, מעבר לסוג של בעיה או לאישיותו של המטופל הבודד. הממצאים הצביעו על מתאם חיובי בין אורך הטיפול למידת שביעות הרצון, דהיינו, ככל שהטיפול היה ארוך יותר כן גדל הסיכוי לכך שהמטופל היה מרוצה ממנו. המטופלים דיווחו על ירידה בשימוש בתרופות (הן פסיכיאטריות והן כלליות) ועל ירידה בשימוש בשירותים רפואיים כלליים (כולל אשפוז).

ממצאי מחקר זה דומים למחקר ידוע אחר שנערך על-ידי קבוצה לא מדעית – עיתון הצרכנים האמריקאי Consumer Reports (17). עיתון זה עורך סקירות שביעות רצון ביחס למצרכים ולשירותים שונים, ובשנת 1995 בדק את שביעות רצון קוראיו ביחס לטיפול פסיכולוגי. בעוד שסקר כזה אינו מדעי במובן המקובל, הרי יתרונו במספר גדול של 'נבדקים'. ממצאי הסקר הראו גם הם על מתאם חיובי בין שביעות רצון לאורכו של טיפול. הנתונים אמנם אינם מצביעים על סוג הטיפול, אך טיפולים פ"ד הם בדרך כלל ארוכים יותר מטיפולים CBT, כאשר אלה האחרונים נוטים להשתבח בהיותם קצרים ויעילים. ממצאים אלה גם מצביעים על כיוון המסתמן ממחקרים רבים אחרים שלפיהם תוצאותיו של טיפול מושגות לעתים קרובות לאחר תקופה משמעותית של טיפול – מעבר לזו הנבדקת במחקרים של טיפולים קצרים.

גישה מחקרית אחרת שאינה RCT נוסתה על-ידי קבוצה בריטית (18). חוקרים אלה אספו נתונים ממספר גדול של אנשים שנמצאו בטיפול (5613 נבדקים במחקר השני) במספר גדול של מרכזים טיפוליים. מטופלים אלה מלאו שאלונים לפני ואחרי טיפול, אשר נעשה באחת משלוש גישות: cbt, person oriented, ופ"ד. השאלונים ניסו לאמוד תוצאות טיפול באמצעות 34 פריטים שכללו תחומים כמו: סימפטומים, איכות חיים, תפקוד ועוד. כמו כן גם המטפלים התבקשו למלא שאלוני הערכה. מערך מחקר זה, אם כן, אינו RCT, אך קשה לומר שהוא חסר ערך. הוא מתבסס על הערכותיהם הסובייקטיביות של

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

המטופלים, אך ללא הטיה הקשורה למטפל או לחוקר. במלים אחרות, אין לחשוב שמטופלים בשיטה אחת יהיו נוטים לדווח עליה בצורה יותר טובה או פחות טובה מאשר מטופלים בשיטה אחרת. באורח שאינו מפתיע, בהתחשב במה שידוע לנו עד כה וידון בהמשך, מטופלים בשלוש הקבוצות דיווחו על רמות דומות של שיפור במצבם.

ושוב, גישה מחקרית שאינה RCT, אך מקורית בתכנונה, נוסחה על-די Ablon & Jones (19). הם בעצם בדקו תהליך יותר מאשר תוצאה של טיפול. מחקרם מעניין ויוצג להלן בקיצור נמרץ ובהשמטות. הם דירגו – באמצעות מומחים אובייקטיביים – פעולות שונות הנעשות בפסיכותרפיה, כאשר מומחים ב-CBT דירגו פעולות אשר לדעתם מאפיינות טיפול CBT, כאשר נעשה כהלכה (למשל: בטיפול יש דיון בפעילויות או משימות ספציפיות שעל המטופל לבצען, דיון בנושאים קוגניטיביים, דיון במטרות של הטיפול, וכן הלאה) בעוד מומחים לטיפול פ"ד דירגו במקביל פעולות אשר לדעתם מאפיינות טיפול פ"ד כאשר נעשה כהלכה (למשל: המטפל ניטראלי, המטפל דן בחלומות ובפנטסיות, המטפל משקף הגנות, וכן הלאה). החוקרים הקליטו קטעים מטיפולים ואז נתנו למדרגים – אשר בדרך-כלל היו דוקטורנטים, ושלא היו מודעים למהות הטיפולים אשר להקלטותיהם האזינו – לדרג את ההיגדים ששמעו בהקלטות, אם הן פ"ד או CBT (בהתאם לדירוגי המומחים). במקביל הטיפולים הוערכו לגבי יעילותם באמצעות שאלונים שמדדו שינוי בתלונות המקוריות כפי שהוערכו על ידי המטופלים עצמם, מטפליהם, ומעריכים חיצוניים, וכן שאלוני 90-SCL (Symptom Checklist 90 items), BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ועוד. תמצית הממצאים היותר מעניינים היתה, ראשית, שמטפלים פ"ד השתמשו בפעולות CBT בטיפולייהם יותר מאשר מטפלי CBT השתמשו בפעולות פ"ד בטיפולייהם שלהם; וכן, שנצפו מתאמים בין יעילות טיפול ונקיטת פעולות פ"ד גבוהים יותר מאשר המתאמים בין הצלחת הטיפול ונקיטה של פעולות CBT. מחקר מתוחכם זה מצביע על החשיבות של ביצוע מחקרי תהליך דוקא כדי להבין כיצד מושגות תוצאות של טיפולים.

מחקר שאפתני ובמערך מורכב במיוחד נערך על-ידי קבוצה שבדית (20). הם השתדלו לבדוק טיפולים דינמיים (באוריינטציה פ"א) כפי שנערכים במסגרת הטיפול הציבורי בשבדיה. 405 נבדקיהם נבחרו מתוך מדגם של 1200 אנשים שהמתינו לטיפול. משך הטיפול הממוצע היה 40 חודשים עבור פסיכותרפיה ו-51 חודשים עבור פסיכואנאליזה.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית



## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

אלה משכי זמן ארוכים באופן משמעותי מאלו שנמצאים במחקרי תוצאה של טיפולים, ומעידים גם על אורך הרוח של החוקרים. כמו כן, למחקר לא היתה כל השפעה על משך הטיפול, והוא בדק את הטיפולים כפי שהם נעשים באופן טבעי, ללא התערבות מחקרית. תוצאות הטיפולים נבדקו בכלים מקובלים כמו ה-SCL-90, סקלת ההסתגלות החברתית, ועוד. שאלונים אלה הועברו כל שנה ולפחות שלוש פעמים, לפני הטיפול, בתחילתו, במהלכו, בשלב מתקדם שלו, לאחר תום הטיפול, ובמעקב. הממצאים הראו על שיפור קל עד בינוני עבור פסיכותרפיה ושיפור גדול יותר, ברמה בינונית עד גבוהה, עבור פסיכואנליזה. ממצא מעניין היה זה שהשווה את המטופלים לאחר הטיפול לקבוצת מדגם מאוכלוסייה בריאה (שלא פנתה לטיפול), על סקלה של בריאות נפשית (או בעצם, העדר סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית): בעוד לפני הטיפול כ-90% מהמטופלים הראו סימפטומטולוגיה נפשית, הרי לאחר הטיפול, בקרב המטופלים שעברו פ"א 73% הוגדרו כבריאים מבחינה נפשית (כלומר, ללא סימפטומטולוגיה נפשית), בהשוואה ל-84% באוכלוסית המדגם. המחברים מציינים כי ממצא זה מספק "תמיכה חזקה לרלבנטיות הקלינית של פסיכואנליזה".

### מטא-אנליזות:

מטא-אנליזה שנערכה ב-1991 על-ידי Svartberg & Stiles (21) סקרה 19 מחקרים השוואתיים. טיפול פ"ד נמצא כעדיף על העדר טיפול אך לא על טיפולים אחרים, כאשר ההבדלים היו קטנים.

מטא-אנליזה שערך ב-1992 Crits-Christoph (22) כללה 11 מחקרי טיפול, והעלתה כי טיפול דינמי קצר היה באופן מובהק עדיף על העדר טיפול, ושווה או עולה במקצת על טיפולים אחרים.

מטא-אנליזה אחרת שנערכה בשנת 1995 סקרה 26 מחקרים ומצאה שטיפול פ"ד קצר-מועד היה יעיל כמו טיפולים אחרים אליהם השווה (23).

אחת הסקירות היותר מפורטות נכתבה ע"י פיטר פונאגי (24), אשר סקר למעלה ממאתיים מחקרים, חלקם נכללים בסקירה הנוכחית. פונגי מסכם כי "ראיות רבות הצטברו ליעילות של גישות פ"א עבור טווח של מצבים אבחוניים... בשום תחום הראיות אינן חד-משמעיות, אך ברוב התחומים שבהם נערכה חקירה שיטתית, התוצאות (של טיפול פ"א) היו ברורות

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

השוואה לאלו שהושגו על-ידי שיטות טיפוליות אחרות." (עמ. 805, תרגום חופשי שלי).

ספר שעוסק בתחום (25) סקר כאלף (!) מקורות וסיכם כי "רוב המטופלים שנבחרו כמתאימים לפ"א זכו לרווח טיפולי מהותי ממנה... שעורי השיפור הם בדרך-כלל סביב 60-90%" (עמ. 123).

סקירה של 17 מטא-אנאליזות של השוואות בין טיפולים שונים שנערכה בשנת 2002 (26) העלתה שההבדלים בין הטיפולים היו לא מובהקים מבחינה סטטיסטית.

עדכון של מטא-אנאליזה של טיפולים דינמיים בהפרעות פסיכיאטריות שונות נעשה ע"י ליכסנרינג וחבריו (27). הופעלו קריטריונים מחמירים להכללה בסקירה זו, ונכנסו לתוכה בסופו של דבר 17 מחקרים. אורך הטיפולים שנסקרו הגיע עד ל-40 פגישות, ועם מעקב באורך ממוצע של למעלה משנה. היעילות הודגמה בצורה מרשימה, הן עבור סימפטומים פסיכיאטריים והן עבור תפקוד חברתי. יחד עם זאת, טיפולים דינמיים לא נמצאו שונים ביעילותם מטיפולים אחרים, אליהם הושוו.

סקירה שנערכה לאחרונה ע"י חוקרים אוסטרליים (28) בדקה טיפולים דינמיים קצרי מועד. החוקרים מצאו 18 מחקרים שהיו ברמה מדעית כזו שאפשרה הסקה תקפה של מסקנות. מסקנתם הכללית היתה ש" באופן כללי מחקרים אלה מוסיפים לגוף הגדל של ראיות שטיפול דינמי קצר מועד יכול להיות טיפול פסיכולוגי יעיל עבור אנשים הסובלים מהפרעות מנטליות". באופן יותר ספציפי, טיפולים דינמיים בדיכאון היו שווים ערך לטיפולים אחרים, ועולים על העדר טיפול; כמו כן נמצאה יעילות של טיפול פ"ד בהפרעות חרדה. לעומת זאת לא נמצאו ראיות ברורות ליעילות של טיפולים פ"ד בהפרעות אפקטיביות דו-קוטביות, בהתמודדות עם לחץ, בהפרעות אכילה, ובשימוש בסמים.

### דיכאון:

קבוצה בריטית ניסתה לעשות מחקר בקנה מידה גדול, אשר יעמוד בדרישות הקפדניות של גישת ה-RCT (מחקר שפילד, 29). הם בדקו טיפול דינמי-בין-אישי בהשוואה לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. המטופלים היו כאלה שאובחנו כסובלים מדיכאון. 117 מטופלים סיימו את המחקר. מדדי התוצאה כללו כלים מקובלים ומקובלים כמו ה-SCL-90 (Symptom Check-List, המונה 90 פריטים), שאלון הדיכאון של בק, סקלה

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

להסתגלות חברתית, ושאלון לבעיות בין-אישיות. הטיפולים נמשכו עד 16 פגישות. הממצאים הראו שאין כמעט הבדלים בין הטיפולים; ושטיפולים של 16 פגישות עדיפים על טיפולים של 8 פגישות.

מחקר מקיף בטיפול בהפרעות אפקטיביות נערך בפּינלנד ( Knekt ועמיתיו, 30). המחקר השווה טיפול הממוקד בבעיה (problem solving) לטיפול דינמי קצר מועד, ממושך, ואף לפסיכואנליזה. במחקר השתתפו 381 מטופלים, אשר קיבלו אבחנות DSM של דיכאון או של חרדה (או שתיהן). בסופו של דבר לא נמצאו הבדלים בני משמעות בין שני סוגי הטיפולים. במחקר המשך בן שלוש שנים (31) הסיקו החוקרים כי "טיפול קצר מועד מפק תועלת מהר יותר מאשר טיפול ארוך מועד, אך בטווח הארוך טיפול דינמי ארוך מועיל יותר מטיפול קצר".

מחקר נוסף נערך אף הוא בפּינלנד על ידי אותם חוקרים (32). במחקר זה טופלו חמישים ואחד מטופלים שאובחנו כסובלים מדיכאון. הם חולקו לכאלה שטופלו באמצעות טיפול דינמי קצר מועד (16 פגישות שבועיות), ולכאלה שטופלו על-ידי פלואוקסטין. מדדי התוצאה כללו את סקלת הדיכאון של המילטון, סקלת הדיכאון של בק, וסקלה המעריכה תפקוד חברתי ותעסוקתי. התוצאות היו ששני הטיפולים היו יעילים במידות דומות, גם במעקב. לכאורה נראה כי מטעמים של חיסכון כלכלי יש עדיפות לטיפול התרופתי; מצד שני, בהתחשב במה שידוע לנו על טיפולים כאלה, יתכן שטיפול פ"ד ארוך יותר – אשר אמנם היה יקר יותר – היה מוכיח יעילות רבה יותר, ולטווח ארוך יותר. מחקר זה, בדומה למחקרים רבים אחרים, מאופיין במשך זמן קצר יחסית, אשר מאפשר, אמנם, פרסום מהיר יותר של תוצאות, אך יתכן שמשמיט כמה מההשפעות העמוקות יותר שטיפול פ"ד יכול להניב.

סקירה ע"י ליכסנרינג (33) שכללה ששה טיפולים דינמיים קצרי מועד מצאה שהיעילות של טיפול קוגניטיבי התנהגותי וטיפול דינמי (קצר מועד) בדיכאון היתה בערך שווה (עם יתרון קל ל-CBT).

סקירה שנערכה על-ידי פונאגי וחבריו (34) מצאה כעשרים מחקרים על טיפול פ"ד בדיכאון (לעתים משולב עם חרדה) אשר הראו יעילות בהשוואה להעדר טיפול (קבוצת ביקורת), טיפול כרגיל (TAU), או טיפולים אחרים.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

**חרדה:**

במחקר שערכו Crits-Christoph וחבריו עם 26 מטופלים שקיבלו טיפול פ"ד של 16 פגישות נערך מעקב במשך שנה (35). 79% מהם החלימו ברמה כזו שלא ענו יותר לקריטריונים של אבחנת חרדה כללית לפי ה-DSM. ליכסנרינג וחבריו ביצעו מחקר על טיפול פ"ד בהפרעת חרדה מוכללת ( Generalized anxiety disorder ) (36). הם השוו טיפול דינמי (supportive expressive) לטיפול קוגניטיבי התנהגותי. הם הקפידו על שקילות (equivalence) של משכי הטיפולים, תדירות הפגישות, ורמת ההכשרה של המטפלים. התוצאות הראו ששני הסוגים של טיפול עוזרים, ולא היה הבדל משמעותי במשתני התוצאה העיקריים (כפי שנמדדו על ידי סקלת החרדה של המילטון). אך טיפול ה-CBT עזר יותר בכמה משתנים נוספים שנמדדו (כמו חרדה תכונתית, דאגנות, ודיכאון).

**הפרעת פאניקה:**

מחקרים בתחום נערכים על-ידי מילרוד וחבריה (37-40). במחקר אחד בוצע טיפול דינמי עם 21 מטופלים, אשר נפגשו עימם פעמיים בשבוע במשך 12 שבועות. 16 מהמטופלים החלימו ברמה משמעותית, שיפור שנשאר גם במעקב של יותר משלוש שנים. מחקר אחר השווה טיפול דינמי עם טיפול בהרפיה. המחקר נערך בגישת ה-RCT. 49 מטופלים עם אבחנה של הפרעת פאניקה, אשר חולקו באופן אקראי לשתי קבוצות שוות, קיבלו שתי פגישות בשבוע במשך 12 שבועות של טיפול פ"ד או הרפיה. הנבדקים שקיבלו טיפול פ"ד הראו שיפור משמעותי יותר במצבם כפי שהוערך לפי סקלת חומרה בהפרעת פאניקה. במחקר אחר מטופלים שאובחנו עם הפרעת פאניקה קיבלו טיפול תרופתי עם או בלי טיפול נוסף, כאשר הטיפול הנוסף היה דינמי קצר. המעקב נמשך שנתיים. שתי הקבוצות – זו עם טיפול תרופתי בלבד, וזו עם טיפול תרופתי פלוס טיפול דינמי קצר – השתפרו במידה שווה, אך במעקב של חצי שנה לאחר תום הטיפול התברר ש75% מהמטופלים שקיבלו תרופה בלבד חזרו לסבול מפאניקה, לעומת 20% בלבד מאלה שקיבלו גם טיפול דינמי קצר (41).

**פוביה חברתית:**

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

ליכסנרינג וחבריו מבצעים מחקר שאפתני, המתבצע בו זמנית בכמה מרכזים טיפוליים, ובו משתתפים 512 מטופלים שאובחנו כסובלים מהפרעת חרדה חברתית. הנבדקים במחקר זה חולקו לקבוצות של טיפול פ"ד, CBT, או רשימת המתנה. מדידות של מצבם הקליני של המטופלים נערכות לפני הטיפול. בסופו, ובמעקב של חצי שנה ושנה אחריו. תוצאות סופיות עדיין אינן לפנינו (42).

### הפרעת דחק בתר-הבלתית (PTSD):

במחקר שנעשה בהולנד על-ידי ברום וחב' (43) נבדקו 114 מטופלים שאובחנו עם PTSD ואשר טופלו בעזרת טיפול פ"ד, היפנוזה, ודהסנסיטיזציה. בדרך-כלל כל הטיפולים עזרו, אם כי בסוף תקופה של כארבעת חודשי טיפול, הטיפול הדינמי היה הפחות יעיל; אך כאשר נערך מעקב ממושך נמצא שאלה שטופלו בטיפול דינמי הראו המשך שיפור, אשר בסופו של דבר השתווה או אף עלה על אלה של המטופלים האחרים. מאמר סקירה שדן בתרומתם של טיפולים פ"ד לטיפול ב-PTSD (44) סקר מחקרים שונים, אשר לא כולם נערכו בגישה מדעית קפדנית. נמצא שטיפולים פ"ד, יותר מטיפולים אחרים, תורמים לשיפור באספקטים הבין-אישיים של המטופל, ומתמודדים טוב יותר עם אספקטים התפתחותיים ואישיותיים, מנגנוני הגנה, התיחסות לעצמי, ורפלקסיה. המחברים מציינים כי למרות העדיפות המדווחת בספרות של טיפולים לא דינמיים, הרי מחקרים אלה מצביעים גם על שיעור נשירה גבוה מהטיפולים. מודלים לטיפול בטרומה לא תמיד מיטיבים להבחין בין סוגים שונים של טראומות (למשל, טראומות מורכבות), וכן, אינם מתיחסים לקומורבידיות (תחלואה כפולה) שהיא שכיחה מאד.

### הפרעות סומאטיות:

11 ילדים חולי סכרת טופלו בפסיכותרפיה פ"א 3-4 פגישות בשבוע במהלך אשפוזם למשך 15 שבועות. קבוצת הביקורת הורכבה מילדים סכרתיים שקיבלו טיפול רפואי דומה אך ללא טיפול פסיכולוגי. הילדים שטופלו הראו שיפורים ניכרים ברמות הסוכר בדמם, בהשוואה למצבם שלפני הטיפול, ובהשוואה לילדים בקבוצת הביקורת, שיפור שהתמיד גם במעקב של שנה אחרי הטיפול. במחקר זה קל לראות שטיפול פסיכולוגי עוזר

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

– גם טיפול אנאליטי – אך לא מן הנמנע שגם טיפולים פסיכולוגיים בגישות שונות היו עוזרות (45).

קבוצה גרמנית (46) בדקה מודל של טיפול דינמי קצר מועד עם מטופלים שאובחנו עם הפרעה סומאטופורמית. המערך היה נטורליסטי. 41 מטופלים טיפלו ב-75 מטופלים אשר אובחנו כסובלים מהפרעה סומאטופורמית, הפרעת אישיות, או נוירוטיים. תוצאות הטיפולים נאמדו באמצעות שימוש ב-GAF, SCL-90 ועוד כלים, חלקם יחודיים. הטיפולים נמשכו 25 פגישות, ונערך מעקב אחרי מצבם של המטופלים לאחר שנה. התוצאות הצביעו על כך שהמטופלים שאובחנו כסובלים מהפרעות סומאטופורמיות הפיקו מטיפול זה (דינמי קצר מועד) הכי הרבה תועלת, ואחריהם גם מטופלים עם הפרעת אישיות.

מטא-אנאליזה שנערכה על טיפולים פסיכו דינמיים קצרים בהפרעות סומאטיות (47) כללה 23 מחקרים שעמדו בקריטריונים מחמירים – 13 מחקרים שנעשו בגישת ה-RCT ועוד 10 מחקרים בהם נערכה בדיקה של 'לפני – אחרי'. רובם מצאו שיפורים משמעותיים על מדדים של סימפטומים פיסיים ופסיכולוגיים, תפקוד חברתי ותעסוקתי, וצריכה של שירותים רפואיים. עבור 14 מתוך 23 מחקרים אלה ניתן היה לעשות מטא-אנאליזה, כלומר, שתוצאותיהם ניתנו לכימות בר-השוואה. התוצאות הראו שטיפולים אלה השיגו שיפור שגדול ב-54% ביחס לקבוצות הביקורת.

מחבר זה (Abbas) (48) בדק את המצב עבור חולי כאב כרוני. הוא מצא תשעה דיווחים על טיפולים פ"ד למטופלים אלה, מתוכם ארבעה שנערכו לפי גישת ה-RCT. שלושה מתוך ארבעה אלה הראו יתרון לטיפול פ"ד על פני טיפול רפואי רגיל, והרביעי הראה תוצאות חיוביות ודומות לאלה שהושגו בטיפול CBT. יש לציין שגם מחקרים שנעשו בשיטות פחות מוקפדות מ-RCT דיווחו על יעילות של טיפולים פ"ד בחולי הכאב.

### הפרעות אכילה:

קבוצה ישראלית (בכר וחב', 49) בדקה טיפול ב-33 מטופלות שאובחנו עם הפרעות אכילה שטופלו באמצעות יעוץ תזונתי לבדו או בשילוב עם CBT או טיפול דינמי בגישת העצמי. הממצאים הראו עדיפות רבה לשילוב של טיפול פסיכולוגי על פני יעוץ תזונתי לבדו, ועדיפות לטיפול הדינמי על הטיפול ה-CBT.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

מחקר שנערך על-ידי Dare וחב' (50) השווה טיפול דינמי קצר המבוסס על המודל של מאלאן, טיפול משפחתי, וטיפול קוגניטיבי אנליטי, כאשר קבוצת הביקורת הורכבה ממטופלות שקיבלו טיפול פסיכיאטרי רגיל. 84 הנבדקות במחקר היו חולות קשות, שכבר נכשלו בטיפול קודם. לאור זאת, שיעורי ההחלמה במחקר זה היו כצפוי נמוכים, אך ללא הבדלים משמעותיים בין קבוצות הטיפול השונות, אשר היו עדיפות על פני קבוצת הביקורת.

קבוצה גרמנית (51) ערכה מחקר נטורליסטי אך בהיקף שאפתני, כמעט חסר תקדים. הם בדקו 1112 מטופלות שסבלו מהפרעות אכילה, אשר טופלו בטיפול דינמי באשפוז ב-43 בתי חולים, ועקבו אחריהן לתקופה של שנתיים וחצי לאחר תום הטיפול. משך הטיפול הממוצע היה 11 שבועות. בבדיקה זו שליש מהמטופלות שסבלו מאנורקסיה ורבע מאלה שסבלו מבולימיה החלימו לגמרי. שיעורי הצלחה אלה צנועים מאלה שדווחו במחקרים קודמים, אך יש לזכור כי מדובר בשעורים של החלמה מלאה, בעוד אחוזים נוספים דיווחו על שיפור במצבם, אשר לא הוגדר כהחלמה מלאה.

מחקר שנערך ע"י Beutel וחב' (52) בגרמניה השווה טיפול דינמי לטיפול התנהגותי עם מטופלות שאובחנו כסובלות מהשמנת יתר (obesity). הטיפול נערך באשפוז ונמשך בממוצע כחמישים ימים, והשתתפו בו 137 מטופלות (הרוב נשים) בטיפול הפ"ד ו-130 מטופלות בטיפול ההתנהגותי. התוצאות נמדדו הן על-פי דיווחי המטופלות והן על-פי דיווחי המטפלים, וכללו לא רק משקל אלא גם לחץ דם, מצב נפשי (כפי שהוערך על-ידי ה-SCL-90) ודימוי גוף. אף כי הצלחות הטיפולים היו צנועות (40% מהמטופלות הצליחו להוריד ממשקלן, 60% העלו במשקלן!), הרי לא היו הבדלים ביעילות בין שני סוגי הטיפול שנבדקו.

### הפרעות אישיות:

במחקר שנעשה באוסטרליה (Meares וחב', 53) טופלו 30 מטופלים שאובחנו כסובלים מהפרעת אישיות גבולית. הם קיבלו שתי פגישות בשבוע במשך שנה ע"י מטפלים באוריינטציה דינמית. המטופלים הוערכו 'לפני' ו'אחרי' הטיפול ובמשך מעקב של שנה לאחר הטיפול. היו שיפורים בכל הסקלות שנמדדו, כולל ירידה במספר ובמשך של אשפוזים, ירידה בפניות לטיפול רפואי, ירידה בהתנהגויות של נזק עצמי, וירידה

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

בהיעדרויות מהעבודה. מטופלים אלה השתפרו באופן משמעותי ביחס למטופלים שלא השתתפו בטיפול המחקר אלא המתינו או קיבלו 'טיפול כרגיל' (54). שיפורים אלה החזיקו מעמד גם במעקב של חמש שנים (55).

מחקר אחר שערכה קבוצה זו (56) בדקה טיפול פ"ד בדיכאון של מטופלים עם הפרעת אישיות גבולית. הטיפולים נמשכו שנה ושנתיים (בשתי קבוצות שונות של מטופלים), והראו שיפורים על פני כל תקופות הטיפול. מחקר זה לוקה, מצד אחד, בהעדר קבוצת ביקורת של נבדקים שלא טופלו או טופלו בסוג אחר של טיפול. יתרונו שהוא אינו נשען על דיווחים סובייקטיביים של הצלחה אלא על שימוש במדדים אובייקטיביים מקובלים (סקלת הדיכאון של צונג וסקלת החומרה של Westmead). גם מחקר כזה מצביע על הצורך בטיפולים ממושכים לשם השגת תוצאות ברות מדידה, וכי יתכן שמחקרים שנשענים על טיפולים קצרים מגיעים למסקנות שגויות.

קבוצה אמריקאית (57) טיפלה ב-81 מטופלים שאובחנו כסובלים מהפרעות אישיות ואשר חולקו לשלוש קבוצות: האחת קיבלה טיפול דינמי קצר מועד, השני הטיפול 'הסתגלותי', והשלישית היתה קבוצת ביקורת של ממתנים. תוצאות הטיפול נאמדו באמצעות ה-SCL-90 וסקלה להסתגלות חברתית. הממצאים הראו שמטופלים בשתי הקבוצות הטיפוליות השתפרו באופן משמעותי בהשוואה למצבם בתחילת הטיפול ובהשוואה לנבדקים בקבוצת הביקורת.

קבוצה נורבגית (58) טיפלה ב-25 מטופלים ועקבה אחר מצבם במשך שבע שנים. הטיפול היה פ"ד, בגישת יחסי אובייקט ופסיכולוגית העצמי. במחקר זה לא היתה קבוצת ביקורת, אך יש לציין לא רק שיפורים משמעותיים במצבם של הנבדקים במונחים של מצב פסיכו סוציאלי, סימפטומטולוגיה נפשית, ויחסים בין-אישיים, אלא גם ששלושה רבעים מהמטופלים הגיעו למצב של העדר פסיכופתולוגיה נפשית.

מחקר נורבגי אחר (59) השווה 40 פגישות של טיפול דינמי קצר מועד לטיפול קוגניטיבי עם 51 מטופלים שאובחנו עם אישיות חרדתית. כפי שניתן היה לראות, שתי הקבוצות הפיקו תועלת מהטיפולים, כאשר השיפור ממשך ועולה במעקב של שנתיים, ועם יתרון מסוים – אך לא מובהק סטטיסטית – למטופלים שקיבלו טיפול דינמי.

מחקר שבדי (60) השווה טיפול תמיכתי-אקספרסיבי עם טיפול פ"ד שנערך בקהילה, עם מטופלים שאובחנו עם הפרעות אישיות. במחקר השתתפו 156 מטופלים אשר הוקצו

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית



## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

באופן אקראי לשני הטיפולים, שכל אחד מהם נמשך 40 פגישות (משך זמן לא ארוך עבור טיפול פ"ד). מצבם הוערך שנה ושנתיים לאחר תחילת הטיפול, לפי אבחנה של הפרעת אישיות (כלומר, האם אבחנה זו נשארה גם לאחר הטיפול), חומרתה, סימפטומטולוגיה פסיכיאטרית (כפי שהוערכה ע"י ה-SCL-90), וסקלה להערכת תפקוד. התוצאות הראו שהמטופלים השתפרו, וללא הבדלים משמעותיים בין שני סוגי הטיפול.

קבוצה הולנדית (61) טיפלה במחקר מבוקר ב-88 מטופלים שאובחנו כסובלים מהפרעת אישיות גבולית, באמצעות שני טיפולים – טיפול ממוקד סכימה ( schema focused therapy ) (44 מטופלים) או טיפול ממוקד העברה (transference focused therapy) (42 מטופלים) (ר' 67-68 בהמשך). הטיפולים נערכו בארבעה מרכזים לבריאות הנפש, שתי פגישות בשבוע למשך שלוש שנים. תוצאות הטיפולים הוערכו לפי כלים מקובלים להערכת החומרה של ההפרעה הגבולית (כמו Borderline Personality Disorder Severity Index). היעילות של שני הטיפולים נמצאה דומה על פני שלוש שנות הטיפול, אף כי בסופן היה יתרון מסוים לטיפול בשיטת הטיפול הממוקד בסכימה.

חוקרים בריטים (בייטמן ופונגי, 62) השוו 44 מטופלים שאובחנו כסובלים מהפרעת אישיות גבולית ואשר אושפזו באשפוז יום, וטופלו באוריינטציה פ"א, לקבוצה דומה שקיבלה טיפול פסיכיאטרי רגיל. המטופלים בגישה פ"א הראו תוצאות טובות יותר על פני מגוון של מדדים (כמו התנהגויות של אובדנות ונזק עצמי, פניות לאשפוז, מצוקה מסימפטומים פסיכיאטריים, תפקוד בין אישי, והסתגלות חברתית), כולל במעקב של שנה וחצי לאחר תום הטיפול.

חוקרים אלה (63-64) בדקו יעילות של טיפול-מבוסס מנטליזציה (MBT - גירסה של טיפול פ"ד שפיתח פונגי) עם מטופלים המאובחנים עם הפרעת אישיות גבולית במחקר אורך שנמשך שמונה שנים. ההשוואה היתה ל'טיפול כרגיל' (TAU) והטיפול נערך במסגרת של אשפוז ואשפוז יום. מצבם של המטופלים הוערך על-ידי פסיכולוגים מחקרניים שהיו עוורים לסוג הטיפול שהנבדקים קיבלו. מעקב נערך חמש שנים לאחר תום הטיפול (ושחרורם של המטופלים מהאשפוז), והראה כי המטופלים ב-MBT המשיכו להשתפר בהשוואה לקבוצת המטופלים השניה.

גרגורי וחבריו (65-66) בדקו מטופלים שאובחנו עם הפרעת אישיות גבולית ואלכוהוליות. המחקר נערך בגישת ה-RCT. הטיפול הדינמי נערך במשך שנה ונעשתה בדיקה של מצבם

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

של המטופלים כל שלושה חודשים. הם הושוו למטופלים שקיבלו 'טיפול כרגיל' (TAU). המטופלים בקבוצת הטיפול (הדינמי) הראו שיפורים ברמה מובהקת ביחס לקבוצת הביקורת במדדים של התנהגות אובדנית, שימוש באלכוהול, אשפוז, דיכאון, דיסוציאציה, וסימפטומים שאופייניים להפרעת אישיות גבולית.

פרוייקט שאפתני בתחום הוא של חבורה מבית מדרשו של קרנברג (67-68), אשר משווה טיפול פסיכואנליטי הממוקד בטרנספרנס (TFP), טיפול פ"א תמיכתי (SPT), וטיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT). 90 מטופלים משתתפים במחקר, אשר משתמש במגוון גדול של כלי הערכה. ככל שנראה, כל שלושת הטיפולים מועילים למטופלים, אך נראה שטיפולים שונים מועילים לאספקטים שונים של הפתולוגיה. למשל, TFP ו-DBT היו יעילים יותר מ-SPT בנושא של אובדנות; TFP היה מעט יותר יעיל בהגדלה של רפלקטיביות; טיפולי DBT הסתיימו מהר יותר, מה שיכול להעיד על יעילות רבה יותר או לחילופין, על נשירה שנובעת מקושי להתמיד בהם.

בסקירה שנערכה בשנת 1999 (69) נסקרו חמישה-עשרה מחקרים על טיפול בהפרעות אישיות, מתוכם שלושה שנעשו בגישת ה-RCT. הטיפולים היו פ"ד, CBT, תמיכתיים או מעורבים. הממצאים הראו שטיפול הועיל כמעט תמיד יותר מאשר העדר טיפול, ושכל הגישות הניבו תוצאות דומות. למשל, לאחר משך ממוצע של 15 חודשי טיפול, כמחצית מהטופלים כבר לא אובחנו כסובלים מהפרעת אישיות.

בסקירה ע"י ליכסנרינג (70) נסקרו 11 טיפולים פ"ד שנעשו במתודולוגיה של RCT, שבהם הושוו טיפול דינמי לטיפול CBT. טיפולים דינמיים נמצאו מוצלחים יותר.

### טיפולים ארוכים:

בסקר שעשתה החברה הפסיכואנליטית הגרמנית (71-72) נסקרו 401 מטופלים שעברו פ"א. בין 70 ל-80% מהם דיווחו על שינויים נפשיים חיוביים ומתמידים במעקב ממוצע של שש וחצי שנים לאחר סיום הטיפול.

סקירה שנערכה ע"י גאבארד, גונדרסון ופונאגי (73) הגיעה למסקנות שטיפול פ"א עשוי להיות מועיל באופן ברור בהפרעות נפשיות קלות, ומועיל במידה מסוימת בטיפול בהפרעות חמורות יותר.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

מטא-אנאליזה שערך ליכסרינג הבלתי נלאה (74) בדקה את היעילות של טיפולים פ"ד ארוכי טווח במגוון של הפרעות פסיכיאטריות. הסקירה כללה טיפולים דינמיים פרטניים שארכו לפחות שנה (או חמישים פגישות טיפוליות), שהשתמשו במערך פרוספקטיבי (כלומר, שבדיקת היעילות תוכננה מלכתחילה ולא נעשתה בדיעבד), ושהשתמשו במדדי תוצאה מקובלים וברי השוואה. הסקירה מצאה עשרים ושלושה מחקרים כאלה, מתוכם 11 שנעשו בגישת ה-RCT, ואשר בסך הכל טופלו בהם 1053 מטופלים. ניתוח התוצאות הראה שלטיפולים דינמיים ארוכים יש תוצאות עדיפות ביעילות הכללית, בשיפור הסימפטומים, ובתפקוד אישיותי, בהשוואה לטיפולים קצרים. 96% מהמטופלים בטיפולים אלה השתפרו בצורה משמעותית.

בסקירה שפורסמה לאחרונה (75) נמצאו 27 מחקרים על טיפול פ"א ארוך טווח למבוגרים, שבהם טופלו בסך הכל 5063 מטופלים. שיעור ההצלחה היה כשני שלישי (64%) עם גודל אפקט גדול למדי בשעור של 0.78, אשר גדל במעקב עד ל-0.94. מעניין שהיעילות היתה גדולה בהפחתת סימפטומים יותר מאשר בשינוי אישיותי (ממצא זה נראה מנוגד לחוכמה המקובלת שלפיה טיפול פ"א עוסק באישיות יותר מאשר בסימפטומים; אך נראה ששינוי בסימפטומים הינו פחות קשה מאשר שינוי באישיות). הממצאים היו תקפים בפתולוגיות שונות ובדרגות חומרה שונות.

### דיון: עיקרון העורב הלבן

הסקירה לעיל רחוקה מלהיות ממצה, וקוראים המומחים בתחום בודאי ישימו לב למחקרים שאינם כלולים בה. מצד שני, חלק מהסקירות המוזכרות כוללות מחקרים אשר גם נמנים בנפרד. מכל מקום נראה, על פניו, שהיא מספקת ראיות לכך שמחקר בעל ערך נעשה בתחום הטיפול הפ"ד, ושהוא אינו רק 'טיפול מבוסס מסורת', ושטיפול פ"ד עשוי להיות יעיל במגוון של מצבים נפשיים ובעיות פסיכיאטריות. איך נוצר, איפה, המיתוס ש'טיפול דינמי נובע ממסורת ומדעת מומחים ואינו נתמך במחקר'? יש כמה הסברים אפשריים למיתוס זה.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

ראשית, הסקירה לעיל היא מגמתית. היא הביאה רק מחקרים שתמכו באופן פוזיטיבי ביעילות טיפולים פ"ד. יש גם מחקרים המצביעים על יעילות נמוכה או על חוסר יעילות. למשל, סקירה שערך פונגי (76), בעצמו פסיכואנליטיקאי, נאלצה להגיע למסקנה ש " המחקרים הקיימים לא הצליחו להדגים בצורה חד משמעית שפסיכואנליזה הינה יעילה ביחס לטיפולים אחרים או לפלצבו". זה טיעון חזק, אך הרלבנטיות של טיעון זה לנושא של הסקירה הנוכחית ('טיפול פ"ד אינו נתמך ראיות') היא מוגבלת. הסקירה מראה שיש מחקר התומך ביעילות, ואין זה שולל אפשרויות למחקרים אחרים שיגיעו למסקנות אחרות. זהו העיקרון של העורב הלבן: אם עולה הטענה ש'אין עורבים לבנים', סתירתה היא על ידי הצבעה על עורב לבן. אין צורך לספור עורבים לבנים, ואין זה רלבנטי לטעון ש'יש יותר עורבים שחורים' או לחשב את ממוצע הצבעים של עורבים. קיומו של עורב לבן מפריך את הטענה שאומרת שעורבים הם (תמיד) שחורים.

עיקרון זה משמש גם לטיעון הבא והוא, שאמנם יש מחקרים המצביעים על יעילות של טיפולים פ"ד, אך יש הרבה יותר מחקרים שמצביעים על יעילותם של טיפולי CBT. כמה הסברים לכך כבר הובאו במבוא, ובאופן כללי נטען שמערך המחקר האקדמי המקובל מתאים יותר לטיפול CBT – טיפול קצר, הממוקד במטרות מוגבלות, הנעשה לפי מדריך, ועם תוצאות ברורות כימות (77); אך אין זה אומר שזו הדרך היחידה או הנכונה לבצע טיפול. מכל מקום, גם כאשר המחקר המצטבר מצביע על יעילות של טיפולי CBT, הרי אין הוא שולל יעילותם של טיפולים פ"ד. יעילות של טיפול מסוג אחד אינה שוללת יעילותו של טיפול מסוג אחר, ושוב מופיע העורב הלבן: אם עולה הטענה שמחקר פ"ד אינו נתמך בראיות (לעומת טיפול CBT), הרי הסקירה לעיל נראית כמפריכה טענה זו.

בנוסף יש מקום להתייחס לאיכותם של המחקרים, וזאת קשה מאד לכמת. אם בתחום מסוים יש 50 מחקרי CBT לעומת 20 מחקרי פ"ד, האם נכון יהיה להסיק שיעילות של טיפול CBT הוכחה יותר? לא בהכרח. עולות שאלות של מערך המחקר, מספר המטופלים, מהימנותם של כלי המדידה, וכדומה. מחקרים מטיפוס RCT מספקים, לכאורה, תשובות יותר מהימנות, אך מידת הכללתם (generalizability) למסגרות שקרובות יותר למערכים 'טבעיים' של טיפול היא שנויה במחלוקת. לעומתם, מחקרים נטורליסטים דומים יותר לדרך בה טיפול נעשה, אך המהימנות של ממצאיהם חזקה פחות. חלק מהסקירות שהובאו הן מטא-אנאליזות. סקירות מטיפוס כזה מנסות לכמת הבדלים אלה ולהגיע להבדל

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

כמותי משמעותי (size effect) שיציע תשובה לשאלה של 'מה יותר יעיל' בהתחשב באיכות הנמדדת של המחקרים המדווחים. הסקירה לעיל אינה מטא-אנליזה, ואינה מתימרת להציע מדד כזה. יחד עם זאת ברור, לאור זאת, כי הצבעה על כמות בלבד של מחקרים אינה מספקת תשובה מהימנה לגבי שאלת היעילות.

### פרדוקס השוויון (The equivalence paradox) (78)

באופן כללי, ישנה הסכמה רחבה למדי כי טיפול פסיכולוגי – מכל סוג שהוא – עוזר יותר מאשר העדר טיפול. אחד המחקרים החשובים בתחום הוא של Smith, Glass, and Miller (79) אשר סקרו 475 מחקרים בפסיכותרפיה, ומצאו שפסיכותרפיה משפרת מצבם של אנשים בהשוואה למצבם של אנשים שלא טופלו. בסקירה חשובה אחרת (של כ- 500 מקורות) קבע למברט (80) כי "פסיכותרפיה הוכחה כיותר יעילה מאשר העדר טיפול בהשוואות מבוקרות ועם מגוון של משתנים" (עמ. 2).

ממצא שעולה גם מהסקירה לעיל וגם מספרות רחבה יותר בתחום הוא שרוב הטיפולים דומים למדי ביעילותם. Lambert (81) טוען כי, בהתבסס על רוב הסקירות שנעשו עד זמנו, "נעשה יותר ויותר ברור שרוב הפסיכותרפיות (אלה שנחקרו) הן בעלות השפעה קלינית דומה על המטופלים" (עמ. 2), כי "רוב המחקרים ההשוואתיים אינם מראים הבדלים בתוצאותיהם כפי שהמטופלים חווים אותם", ולכן "אין סוג אחד של טיפול שהוא עליון על האחרים" (שם, עמ. 5). ברגין וגרפילד חזרו על מסקנה זו בשנת 1994 (82). ממצא חוזר ונשנה זה זכה גם לכינוי 'אפקט ציפור הדודו' (83) הקרוי על שם ספרו של קרול לואיס, שם מכריזה המלכה בסיומה של תחרות סוריאליסטית "כל אחד זכה ולכולם מגיע פרס". לבורסקי וחב' (84) סבורים כי הממצא המרשים ביותר בכל המחקרים ההשוואתיים שהם סקרו (טיפול קבוצתי מול פרטני, טיפול קצר מול ארוך, טיפול התנהגותי וטיפול דינמי מול כל הטיפולים האחרים) הוא העדרו של הבדל מובהק. מסקנה זו חוזרת ונשנית בסקירה עדכנית יותר של מחקרים מטא-אנליטיים (85). לאור זאת נראה כי אין עוד טעם רב בעיסוק בשאלה "איזה טיפול עובד" אלא השאלה היא "איך הטיפולים האלה עובדים" (86). לכן הטענה ש'טיפול CBT הוא יותר יעיל מטיפול פ"ד' נראית כבעלת תוקף מועט מאד. יחד עם זאת, מסקנות אלה אינן מובנות מאליהן ויש עליהן

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

ביקורת רבה. למשל, פרופ. אלי זומר טוען ש"המחקרים הטובים, אלה המתפרסמים בכתבי העת המחמירים בדרישות המתודולוגיה, מבוססים על ראיות שהופקו תוך שמירה על אמות מידה מחקריות קפדניות ביותר ומספקים ראיות מוצקות לא רק שטיפולים מסוימים עבור בעיות ספציפיות עובדים היטב, אלא שהם עובדים טוב יותר מסוגי טיפול אחרים שאליהם הושוו." (2).

איך אנחנו מסבירים את הממצאים החוזרים ונשנים שלפיהם טיפולים שונים מניבים שעורי הצלחה דומים? ההסבר השכיח ביותר טוען שמה שעובד בטיפול אינם הרכיבים היחודיים שלו – למשל, פירושי העברה בטיפול פ"ד, תיקון עיוותי מחשבה בטיפול קוגניטיבי, או בניית מערכת חיזוקים בטיפול התנהגותי – אלא דוקא רכיבים לא יחודיים, אשר משותפים לכל הטיפולים. למשל Lambert & Bergin (87) טוענים כי "בהתבסס על סקירתנו את הראיות, נראה שמה שניתן להצהיר בצורה מוצקה הוא שגורמים משותפים בין הטיפולים הם שאחראים לכמות מהותית מהשיפורים שנמצאים במטופלים... הגורמים המשותפים הללו עשויים להיות אחראים לרוב הרווחים שנובעים מהתערבויות פסיכולוגיות" (עמ. 163). בכל הטיפולים יושבים שני אנשים (או יותר, במקרים של טיפול זוגי, משפחתי, או קבוצתי), ומדברים. כמעט בכלם יש למטופל אפשרות לדבר על עצמו ועל בעיותיו. כמעט בכלם המטופל זוכה להקשבה במידה זו או אחרת לדיבוריו. כמו כן הוא חווה את המטפל כאדם שבאמת מתעניין בו ושבאמת רוצה לעזור לו. סימפטיה ואמפתיה יכולות לעבור בין המטפל והמטופל גם בלא מאמצים מכוונים, אלא מעצם קיומה של הסיטואציה הטיפולית כזו. רוב האסכולות הטיפוליות מסכימות – בהתאמה למה שעולה מהמחקר – כי אמפתיה מדויקת, יחס חיובי, חמימות לא מלחיצה, התאמה או אותנטיות, הבנה, תמיכה, עידוד, תובנה, רגישות, כבוד, אכפתיות, עניין וכיו"ב הינם תנאים חשובים לקיומו של טיפול מוצלח (81). רכיבים טיפוליים מסוימים קיימים ברוב הטיפולים, ואלה כוללים שילוב של חווייה רגשית, השגה של שליטה קוגניטיבית, ומידה של ויסות התנהגותי (82), או שילוב של שליטה והתמודדות, השגת משמעות ומניעים, התמודדות עם בעיות, ויחסים בין-אישיים (88). כל אלה מרכיבים מעין 'מודל גנרי' של מהו טיפול, מעבר לאסכולות התיאורטיות השונות (82). ראיות רבות מצביעות על כך כי ההבדל בסוג הטיפול (לדוגמא, CBT מול פ"ד) מסביר אולי לא יותר מ-10% מהשונות בתוצאות הטיפול (79) (למברט (89) נוקב בשעור של 15%). לעומת זאת יש מקום להתרשם שהיחסים הטיפוליים

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

מרכיבים חלק גדול מאיכותו של הטיפול (81). כמאה מחקרים לפחות תומכים בטענה שאיכותה של הברית הטיפולית היא במתאם חיובי גבוה לתוצאת הטיפול (90-92). כמו כן נראה שמשתני המטופל – אבחנתו, אישיותו, נסיבות חייו, המוטיבציה שלו, שיתוף הפעולה שלו והתנהגותו בטיפול, וכן הלאה – מהווים את התרומה הגדולה ביותר לתוצאה הסופית של הטיפול (81).

מחקרי תהליך שנערכו נוטים להצביע על כך שמשתני המטפל (אישיותו, נסיונו, כישוריו וכיו"ב) עשויים לתרום לתוצאות הטיפול יותר מאשר התיאוריה בה המטפל מחזיק או המודל הטיפולי בו הוא משתמש. יש מקום לשער כי מטפלים טובים, גם כאשר משייכים עצמם לאסכולות טיפוליות שונות, עושים דברים דומים, ודברים אלה תורמים להצלחת הטיפול, יותר, אולי, מהדברים השונים אותם הם עושים. יתר על כן, יש מקום לשער כי מוצלחות הטיפול נקבעת על-ידי מה שמטופלים רבים קוראים 'הכימיה עם המטפל', ובלשון המחקר – משתני אינטראקציה בין המטפל, המטופל, הפתולוגיה (או הבעיות), והתיאוריה הטיפולית. עם מטריצה מורכבת כזו, אפשר להבין מדוע מדידה של רכיב אחד בלבד – התיאוריה הטיפולית – מניבה תוצאות לא מהימנות. במלים אחרות, התיאוריה הטיפולית מרכיבה רק חלק קטן יחסית מהשונות במדידה של התוצאות הטיפוליות, ולכן ההבדלים ביניהן אינם משמעותיים.

בנוסף לאלה, יש מקום להצביע על חולשות במתודולוגיה של מחקרי תוצאה, חולשות אשר עשויות לתרום לאפקט הנצפה של שוויון בין הטיפולים. טענה אחת היא כי השמות הניתנים למודלים הטיפוליים אינם זהים למה שמטפלים עושים בהם בפועל (93). יתכן שתיאורטיקנים שונים משתמשים במערכות שונות של מונחים ומושגים כדי לתאר דברים שהם, בסופו של דבר, דומים (11). כאשר חוקרים מנסים להתמודד עם חולשה זו על ידי דבקות רבה יותר במודל הטיפולי הנמדד והפעלת בקרה הדוקה על המטפלים, נפגעים רכיבים אחרים של הטיפול, כמו גמישות, חום, יחס אישי, היכולת להענות לצרכי המטופל, וכיוצא באלה (94).

טענה אחרת היא שלחוקרים יש מחויבות למודל הטיפולי אותו הם חוקרים, ומחויבות זו משפיעה על ממצאי המחקר. כמעט תמיד החוקר משתייך לאסכולה טיפולית מסוימת, ויש לו עניין להדגים את הצלחתה. הטיפול הנחקר ניתן על-ידי מטפלים שהוכשרו על-ידי החוקר וזוכים לפיקוח ולהדרכה. לעומת זאת, מודלים אחרים הנבדקים כביקורת או

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

## ראיות ליעילות של טיפולים פסיכו דינמיים / צבי גיל

כהשוואה ניתנים על ידי מטפלים שאין להם עידוד מיוחד להצליח, ואינם זוכים לבקרה ולהזכרה כמו המטפלים בקבוצת הטיפול הנחקר. כתוצאה מכך, כמעט תמיד יש יתרון התחלתי לטיפול הנחקר ביחס לטיפולים אחרים אליהם הוא מושווה (95-96).

הסברים נוספים הם כי הכלים בהם משתמשים כדי למדוד תוצאות אינם רגישים או מדויקים דיים, כי מה שמודדים אינו משקף את התוצאות האמיתיות של טיפול פסיכולוגי, או כי מספר הנבדקים קטן מכדי שאפשר יהיה להצביע על הבדלים (96, 90, 84).

טענה שכיחה היא כי רוב המחקרים בודקים טיפולים קצרים. בטיפולים כאלה ניתן להגדיר מטרות ולבדוק את השגתן (למשל, הורדת דיכאון אצל מטופלים דכאוניים). משך הטיפול עושה אותו אפשרי יותר עבור החוקרים, אשר משאביהם מוגבלים, ואשר מעוניינים להשקיעם במחקרים שניתן לסיימם ולפרסמן בטווח זמן סביר. כתוצאה מכך יש בספרות המחקרית יצוג יתר לטיפולים שמאופיינים במשך זמן קצר או מוגבל, ובמטרות שקלות יותר לאופרציונליזציה ולמדידה, על פני טיפולים שהם ארוכים, לא מוגבלים, או מעורפלים בהגדרת מטרותיהם. אך אין זה אומר בהכרח שטיפולים מהסוג הראשון הם יעילים יותר – הם פשוט נחקרים יותר. מתודולוגיה זו יצרה את התוצאה הפרדוקסלית שטיפולים קצרים, אשר נחקרו בהרחבה בעיקר בגלל שיותר קל לחקור אותם, הוצגו כטיפולים ה'נכונים', בעוד טיפולים ארוכים הוצגו כמיותרים ובזבזניים. יתכן אמנם שטיפול ארוך אינו בהכרח טוב יותר מטיפול קצר, אך יתכן גם שתוצאות טיפוליות משמעותיות עשויות להיות מושגות רק לאחר זמן ממושך יחסית, ויתכן שהאפקט של טיפול לטווח ארוך (לאחר סיום הטיפול) עשוי להיות תלוי גם במשכו.

בנוסף להללו נטען שהערכת המוצלחות של הטיפול צריכה להיות קשורה לפרדיגמה התיאורטית של הטיפול עצמו (94), ומחקרים המשווים טיפולים שונים על אותם מדדי תוצאה הם בבחינת 'מיטת סדום'. גם כאשר התלונות (או האבחנות הנגזרות מהן) הן דומות, הרי יתכן שטיפולי CBT פועלים אחרת ומודדים דברים אחרים מטיפולים פ"ד. שביעות רצונו של המטופל אינה בהכרח זהה להפחתה נמדדת בסימפטומים, אלא עשויה להיות תלויה במספר תהליכים אחרים שקורים בטיפול.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית



### אם כן, מה לעשות?

נראה שבמקום לבדוק 'איזה טיפול יותר יעיל' – שאלה אשר טעמה מוטל בספק – יש מקום להציג ולחקור שאלות אחרות, כמו: איזה התערבויות טיפוליות הן בעלות סיכוי גדול יותר להיות רלבנטיות, במצבים מסוימים, עבור מטופלים מסוימים, עם אבחנות או תלונות מסוימות (5, 97), וכיצד ניתן לחזות התאמה בין מטופל, מטפל, אבחנה, וגישה טיפולית (98-99). למשל, מחקרים שנעשו עד כה מצביעים על האפשרות שגישות לא-דירקטיבות עשויות להיות יעילות יותר מאשר גישות דירקטיבות עם מטופלים שלהם מוקד שליטה פנימי, ולהיפך. מחקרים אחרים מציעים כי ככל שהמטופל הוא בעל מוטיבציה גבוהה יותר ובעל יכולות בין-אישיות טובות יותר, כך הוא עשוי להפיק יותר תועלת מטיפול פ"ד, בעוד מטופלים שהם תלותיים יפיקו יותר תועלת מטיפול תמיכתי. מטופלים עם איכות גבוהה של יחסים בין-אישיים יפיקו יותר תועלת מטיפול דינמי קצר מועד. מטופלים פרפקציוניסטים ידרשו טיפול ממושך יותר כדי להשיג תוצאות. מטופלים דכאוניים עם סגנון בין-אישי המנעותי ירויחו יותר מטיפול שהוא בגישתו קוגניטיבי, בעוד מטופלים דכאוניים שהם אובססיביים יפיקו יותר תועלת מטיפול שהוא בגישתו בין-אישי (מסוכם ב-90).

### מקורות:

- \*א (<http://www.cognetica.co.il/?CategoryID=281&ArticleID=126>).
1. מרום צ., פסיכותרפיה התנהגותית-קוגניטיבית (CBT) להפרעות חרדה ודיכאון. פסיכו אקטואליה ינואר 2008, עמ' 14-18.
  2. זומר א., תאונות דרכים, אלימות, אונס, טרור והציפיה לטיפול יעיל. הרצאה שנישאה בכנס 'פסיכותרפיה 2005, האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה, הרצליה, 2005.
  3. Chambless D. L., Baker M. J., Baucom D. H., et al, Update on empirically validated therapies II. The Clinical Psychologist 51: 3-16, 1998.
  4. Cooper B., Evidence-based mental health policy: a critical appraisal. Br. J. Psychiat., 185: 105-113, 2003.

מרחבים – כתב עת של האגודה הישראלית לפסיכותרפיה פסיכואנליטית

5. Westen D., Novotny C. M., Thompson-Brenner H., The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol. Bull.*, 130: 631-663, 2004.
6. Gil Ts. E., Manualized or Flexible Treatment? A review, case example, and commentary. Unpublished manuscript.
7. Elliott R., A guide to the empirically supported treatments controversy. Editor's guide. *Psychother. Res.*, 8: 115-125, 1998.
8. Vanheule S., Psychotherapy and research: a relation that needs to be reinvented. *Br. J. Psychotherapy*, 25(1): 91-109, 2009.
9. Person J., Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: a proposed remedy. *Am. Psychologist*, 46: 99-106, 1991.
10. Fensterheim H., Raw S. D, Psychotherapy research is not psychotherapy practice. *Clin. Psychol. Science & Practice*, 3: 168-171, 1996.
11. Goldfried M. R., Consensus in psychotherapy research and practice: where have all the findings gone? *Psychother. Res.*, 10: 1-16, 2000.
12. Goldbloom D.S., Evidence-based psychiatry (editorial), *Can. Psychiatr. Assoc. Bull.*, December 2003.
- 13 Higgitt A., Fonagy P., Reading about clinical effectiveness. *Brit. J. Psychiat.*, 181: 170–174, 2002.
14. Potzl O., (1917) The relationship between experimentally induced dream images and indirect vision. *Psychol. Issues*, 2: 41-120, 1960.
15. Wallerstein R.S., Psychoanalytic therapy research: its history, its present status, and its projected future. PDM Task Force, *Psychodynamic Diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations, pp.511-535, 2006.

16. Dossman R., Kutter P., Heinzl R., et al, The long-term benefits of intensive psychotherapy: a view from Germany. *Psychoanal. Inq.* (suppl.), pp. 74-86, 1997.
17. Consumer Report, Mental health – does therapy help? November 1995, pp. 734-739.
18. Stiles W. B., Barkham M., Mellor-Clark J, Connell J., Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centered, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychol. Med.*, 38: 677-689, 2008.
19. Ablon J. S., Jones E. E., How expert clinician's prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioural therapy. *Psychother. Res.*, 8: 71-83, 1998.
20. Blomberg, J., Lazar, A., & Sandell, R. Outcome of patients in long-term psychoanalytical treatments. First findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis (STOPP) study. *Psychother. Res.*, 11, 361-382, 2001.
21. Svartberg M., Stiles T. C., Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 59: 704-714, 1991.
22. Crits-Christoph P., The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am. J. Psychiat.*, 149: 151-158, 1992.
23. Anderson E. M., Lambert M. J., Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin. Psychology Rev.*, 15: 503-514, 1995.
24. Fonagy P., Evidence based psychodynamic psychotherapies. PDM Task Force, *Psychodynamic Diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006, pp. 765- 818

25. Galatzer-Levy R. M., Bachrach H., Skolnikoff A., Waldron Sh., Does Psychoanalysis Work. New-Haven & London, Yale Univ. Press, 2000.
26. Luborsky L., Rosenthal R., Diguier L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A, Krause E.D., The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. Clin. Psychol. Sc. Prac., 9: 2-12, 2002.
27. Leichsenring F., Rabung S., Leibing E., The efficacy of short-term psychodynamic therapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Arch. Gen. Psychiatry., 61: 1208-1216, 2004.
28. Lewis A. G. Dennerstein M., Gibbs Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. Aust. N. Z. J. Psychiat., 42: 445-455 , 2008.
29. Shapiro D. A., Barkham M, Rees A., Hardy G. E., Reynolds S., Startup M., Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. J. Consult. Clin. Psychol., 62: 522-534, 1994.
30. Knekt P., Lindfors O. (eds.), A randomized trial of the effects of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution focused therapy during a 1 year follow-up. Helsinki, Social Insurance Institution, (vol. 77), 2004.
31. Knekt P., Lindfors O., Harkanen et al, Randomized trial on the effectiveness of long and short term psychodynamic psychotherapy and solution focused therapy on psychiatric symptoms during a 3 year follow up. Psychol. Med., 38: 689-703, 2008.
32. Salminen J. K., Karlsson H., Hietala J., Kajander J., Aalto S., Markkula J., Rasi-Hakala H., Toikka T., Short-term psychodynamic

psychotherapy and Fluoxetine in major depressive disorder: a randomized controlled study. *Psychother. Psychosom.*, 77: 351-357, 2008.

33. Leichsenring F., Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin. Psychol. Rev.*, 21: 401-419, 2001.

34. Fonagy P., Roth A., Higgitt A., Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bull. Men. Cl.*, 69: 1-59, 2005.

35. Crits-Christoph P., Connolly M. B., Azarian K. et al., An open trial of brief supportive expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, 33: 418-430, 1996.

36. Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, Kachele H, Kreische R, Leweke F, Rüger U, Winkelbach C, Leibing E., Short term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am. J. Psychiat.*, 166:875-881, 2009.

37. Milrod B., Busch F., Leon A. C. et al, Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study. *Am. J. psychiat.*, 157: 1878-1880, 2000.

38. Milrod B., Cooper A., Shear M., Psychodynamic concepts of anxiety. In D. Stein and E. Hollander (Eds., *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington, DC., American Psychiatric Pres, 2001, pp. 89-103.

39. Milrod B, Leon A. C., Busch F, Rudden M, et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am. J. Psychiat.*, 164:265-273, 2007.

40. Busch F. N., Milrod B. L., Sandberg L. S., A study demonstrating efficacy of a psychoanalytic psychotherapy for panic disorder:

- Implications for psychoanalytic research, theory, and practice. J. Am. Psychoanal. Assoc., 57:131-148, 2009.
41. Wilborg I. M., Dahl A. A., Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? Arch. Gen. Psychiat., 53: 689-694, 1996.
42. Leichsenring F., Hoyer J, Beutel M, Herpertz S., et al. The Social Phobia Psychotherapy Research Network. Psychother. Psychosom., 78: 35-42, 2008.
43. Brom D., Kleber R., Defares P., Brief psychotherapy for PTSD. J. Consult. Clin. Psychol., 57: 607-612, 1989.
44. Schottenbauer M. A., Glass C. R., Arnkoff D. B., Hafter Gray Sh., Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: a review of the empirical treatment and psychopathology literature. Psychiatry, 71:13 – 35, 2008.
45. Moran G., Fonagy P., Kurt A., et al, A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. J. Am. Acad. Child Adol. Psychiat., 30: 926-935, 1991.
46. Kumkert-Tress B., Schnieda U., Hartkamp N., Schmitz N., Tress W., Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform, and personality disorders: a prospective 1 year follow up study. Psychother. Res., 11: 187-200, 2001
47. Abbas A., Kisley S. Kroerke K., Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Psychother. Psychosom., 78(5): 265 – 275, 2009.
48. Abbass A., Short-term psychodynamic psychotherapies for chronic pain. Can. J. Psychait., 53: 710, 2008.
49. Bachar, E., Latzer, Y., Kreitler, S., Berry, E. M.. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and

cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. J. Psychother. Prac. Res., 8, 115-128, 1999.

50. Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., Dodge, L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomized controlled trial of out-patient treatments. Br. J. Psychiat., 178, 216-221, 2001.

51. Kachele H., Kordy H., Richard M, .Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: data from a multicenter study. Psychother. Res., 11: 239-257, 2001.

52. Beutel M. E., Dippel A., Szczepanski M., Thiede R., Wiltink J., Mid-term effectiveness of behavioral and psychodynamic inpatient treatments of severe obesity based on a randomized study. Psychother. Psychosom., 75: 337-345, 2006.

53. Stevenson, J., Meares, R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. Am. J. Psychiat., 149: 358-362, 1992.

54. Meares, R., Stevenson, J., Comerford, A., Psychotherapy with borderline patients, I: A comparison between treated and untreated cohorts. Aust. N. Z. J. Psychiat., 33: 467-472, 1999.

55. Stevenson, J., Meares, R., Borderline patients at 5-year follow-up. Paper presented at the annual Congress of the Royal Australian-New Zealand College of Psychiatrists, Cairns Australia, 1995.

56. A., Gerull F., Meares R., Stevenson J., The nothing that is something: Core dysphoria as the central feature of borderline personality disorder. Implications for treatment. Am. J. Psychother., 62: 377- 395, 2008.

57. Winston A., Laikin M., Pollack J. et al, Short-term psychotherapy of personality disorders. Am. J. Psychiat., 151: 190-194, 1994.

58. Monsen J., Odland T., Fauglia A., Daae E., Eilertsen D. E., Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scan. J. Psychol.*, 36: 256-268, 1995.
59. Svartberg M., Stiles T. C., Seltzer M. H., Randomized controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am. J. Psychiat.*, 161: 810-817, 2004.
60. Vinnars B. O., Barber J. P., Noren K., Gallop R., Weinryb R. M., Manualized supportive-expressive psychotherapy versus community delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am. J. Psychiat.*, 162:1933-1940, 2005.
61. Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven Ph., van Tilburg W Dirksen C., van Asselt Th., Kremers I., Nadort M., Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy . *Arch. Gen. Psychiat.*, 63: 649-658, 2006.
62. Bateman A., Fonagy P., *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-Month follow-up. Am. J. Psychiat.*, 158: 36-42, 2001.
63. Bateman A., Fonagy P., 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment Versus treatment as usual. *Am. J. Psychiat.*, 165: 631-638, 2008.
64. Bateman A., Fonagy P., Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am. J. Psychiat.*, 166: 1355-1364, 2009.



65. Gregory R. J., Chlebowski S., Kang D., Remen A. L., Soderberg M G., Stepkovitch J., Virk S., A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychother. Theory Res. Practice Training*, 45: 28-41, 2008.

66. [Gregory R. J.](#), [Remen A. L.](#), [Soderberg M.](#), [Ploutz-Snyder R. J.](#), [A Controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: Six-month outcome.](#) *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 57: 199-205, 2009.

67. Clarkin J. F., Levy K. N., Lenzenweger M. F., Kernberg O., The personality disorders institute/borderline personality disorder research foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics, *J. Personal. Dis.*, 18: 52-72, 2004.

68. Clarkin J. F., Levy K. N., Lenzenweger M. F., Kernberg O. F., *Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study.* *Am. J. Psychiat.*, 164: 922-928, 2007.

69. Perry J. C., Banon E., Ianni F., Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am. J. Psychiat.*, 156:1312-1322, 1999

70. Leichsenring F, Leibing E., The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am. J. Psychiat.*, 160: 1223-1232, 2003.

71. Leuzinger-Bohleber M., Stuhr U., Ruger B., Beutel M., How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients well being: a representative, multi-perspective follow-up study. *Int. J. Psychoanal.*, 84: 263-290, 2003.

72. Beutel, M.E., Rasting, M., Stuhr, U., Rüger, B., Leuzinger-Bohleber, M, Assessing the impact of psychoanalyses and long-term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. *Psychother. Res.*, 14: 146–60, 2004..
73. Gabbard G. O., Gunderson J. G., Fonagy P., The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch. Gen. Psychiat.*, 59: 505-510, 2002.
74. Leichsenring F., Rabung S., Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J. Am. Med. Assoc.*, 300: 1551-1565, 2008.
75. Saskia de Maat, Frans de Jonghe, Schoevers R. Dekker J., The Effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry* 17: 1-23, 2009.
76. Fonagy P. Kachele H. Krause R, et al. An open door review of outcome studies in psychoanalysis, *2nd ed.* London: International Psychoanalytical Association; 2002.
77. Malik M. L., Beutler L. E., Alimohamed Sh., Thompson D. G., Thompson L., Are all cognitive therapies alike? A comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *J.Consult. Clin. Psychol.*, 71: 150-158, 2003.
78. Stiles, W.B., Shapiro, D.A., Elliott, R. Are all psychotherapies equivalent? *Am. Psychologist*, 41: 165-180, 1986.
79. Smith M.L., Glass G.V., Miller T.I., *The Benefits of Psychotherapy.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1980.
80. Lambert M. J., *The Effects of Psychotherapy.* Montreal, Canada, Eden Press, 1979.

81. Lambert M. J., Introduction to psychotherapy research. Chap. 1 in L. E. Beutler & M. Crago (eds.) – Psychotherapy Research. Washington, DC, American Psychological Association, 1991.
82. Bergin A. L., Garfield S. G., Overview, trends, and future issues. Chap. 20 in Bergin A. E. & Garfield S. L. (eds.), Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. John Wiley & Sons, 1994.
83. Luborsky L, Singer B., Luborsky L, Comparative studies of psychotherapy. Arch. Gen. Psychiat., 32: 995-1008, 1975.
84. Luborsky L., Diguer L., Luborsky E., Singer B., Dickter D., Schmidt K. , The efficacy of dynamic psychotherapies: is it true that “everyone has won and all must have prizes”? chap. 24 in Miller N. E., Luborsky L., Barber J. P. & Docherty J. P. (eds.) – Psychodynamic Treatment Research. New-York, Basic Books, 1993.
85. Lambert M. J., Ogles B. M., The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Pp. 139-193 In M. J. Lambert (ed.), Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change, New-York, Wiley & Sons, 5<sup>th</sup>. Ed., 2004.
86. Shapiro D. A., Finding out how psychotherapies help people change. Psychother. Res., 5: 1-21, 1995.
87. Lambert M. J., Bergin A. E., The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin and S. I. Garfield (eds.), Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. New-York, Wiley & Sons, 4<sup>th</sup>. Ed., 1994.
88. Grawe K., Research informed psychotherapy. Psychother. Res., 7: 1-19, 1997.
89. Lambert M. J., Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic theories. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (eds.), Handbook of Psychotherapy Integration. New-York, Basic Books, 1992.

90. Hoglend P., Psychotherapy research: new findings and implications for training and practice. *J. Psychother. Prac. Res.*, 8: 257-263, 1999.
91. Norcross J. C., Hill C. E., Empirically supported therapy relationships. *Clin. Psychol.*, 57: 19-24, 2004.
92. Watson J. C., Geller S. M., The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioural psychotherapy. *Psychother. Res.*, 15: 25-33, 2005.
93. Ablon J.S., Jones E.E., Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am. J. Psychiat.*, 159: 775-783, 2002.,
94. Strupp H.H., Anderson T., On the limitations of therapy manuals. *Clin. Psychol. Sc. Prac.*, 4: 76-82, 1997.
95. Robinson L.A., Berman J.S., Neimeyer R.A., Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome resources. *Psychol. Bull.* , 108: 30-49 , 1990.
96. Wampold B. E., Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychother. Res.*, 7: 21-43, 1997.
97. Davison G. C., Being bolder with the Boulder model: the challenge to education and training in empirically supported treatments. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 66: 163-167, 1998.
98. Goldfried M. R., Wolfe B. E., Toward a more clinically valid approach to therapy research. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 66: 143-150, 1998.
99. Gabbard G. O., Freedman R., Psychotherapy in the Journal: what's missing? (editorial). *Am. J. Psychiat.*, 163: 182-184, 2006.

**Evidence for the effectiveness of  
psychodynamic psychotherapies - a review**

**Tsvi E. Gil, B.Sc., M.A.**

Western Galilee community mental health clinics, Fligelman psychiatric hospital ('Mazra'), Acre; Latiff Community Child Mental Health Clinic, Um-Al-Fahm; Annafa Institute of Psychotherapy, Haifa.

POB 3626 Haifa 31036

[tsvigil@bezeqint.net](mailto:tsvigil@bezeqint.net)

The article reviews empirical evidence for the effectiveness of psychoanalytical (pa) and psychodynamic (pd) psychotherapies. The findings are categorized according to topics such as diagnoses, reviews and meta-analyses, recent research and studies. The findings give support to the effectiveness of pd treatments, which challenges the common belief that pd treatments are 'traditionally orientated' and not empirically supported. The discussion critically examines the reasons for the existence of that myth, with a special emphasis on the 'equity effect'. We conclude that most treatments that are theoretically diverse are equally comparable in their benefits, therefore it seems superfluous to debate 'which treatment is better', but rather it is recommended to investigate which components of psychological interventions contribute most to the treatments` favoured outcome.