

מאמר למדיסין: האם יש עוד מקום לפסיכואנליזה בישראל?

ד"ר צופי מרום/ ראש תחום טיפול התנהגותי קוגניטיבי/ מרכז בריאות הנפש גהה

פברואר 2010 גליון 14 10-12

"סבתא טוניה אהבה אורחים, אבל את הביטוי "הכנסת אורחים" לא פירשה כפשוטו. להכניס אורחים? לתוך הבית ממש? לא ולא! את המצווה היא קיימה בחוץ. האורחים ישבו במרפסת, וסבתא הוציאה להם כוס תה, ביסקוויט בריבה.... "..... והיו ספה שאיש לא השתרע עליה, ושתי כורסאות קטנות שלא ישבו עליהן, וגם מזנון.... ושכנו בו כלי אכל שלא ראו שולחן או סועד"....."לא רק המיטה, גם כל חברה לכלא-הכורסאות והספה והשולחן.... נעטפו בתכריכי סדינים.... איש לא הסב עליהם ועין לא שזפתם, פרט לעיניה של סבתא טוניה, שנכנסה לשם כדי, "להעביר סמרטוט" ולבדק שאף אחד מהם לא התלכלך או ברח...." (מאיר שלו/ הדבר היה ככה)

סבתא טוניה, סבתו של הסופר מאיר שלו סבלה ללא ספק מהפרעה כפייתית, אלא שבנהלל של אותם הימים עדיין לא היו תרופות וגם לא פסיכותרפיה וסבתא טוניה לא אובחנה ולא טופלה. מבין הטיפולים הפסיכותרפויטים שמוכרים כיום רק טיפול התנהגותי-קוגניטיבי נמצא יעיל להפרעה כפייתית. לו היתה סבתא טוניה מטופלת בפסיכותרפיה זו, אולי לא היה נכתב ספרו של שלו, לו היתה מטופלת באחת מהפסיכותרפיות הפסיכודינמית שכבר כבשו להם מקום בעולם באותה תקופה, כנראה שהיתה נותרת כפייתית.

המוני אנשים בעולמנו סובלים מבעיות נפשיות. הפרעות חרדה ודכאון למשל, מוכרות כיום כמקור מוביל של מצוקה והפרעה תפקודית בכל רחבי העולם. מחקרים אפידמיולוגים בשש עשרה מדינות מצביעים על כך שבין עשירית ועד רבע מהאוכלוסיה תסבול במהלך חייה מהפרעת חרדה (Kessler et al. 2007). בסקירה שנערכה בארץ, נמצא ששכיחות הפרעות אפקטיביות והפרעות חרדה בישראל דומה לידוע בעולם המערבי. שבעה עשר אחוזים מהמידגם של בוגרים דווחו על ארעות של הפרעה אפקטיבית או חרדתית במהלך חייהם, וכמעט 10% דווחו על הפרעה אפקטיבית או חרדתית במהלך השנה החולפת (Levinson et al. 2007). הפרעות נפשיות אלה מתחילות בגיל צעיר יחסית (Magee et al. 1996), וללא טיפול הן כרוניות (Rumsawh et al. 2008). חייהם של הסובלים מהן נפגע, מצוקתם רבה וחולייהם פוגע ביכולתם התפקודית. אנשים שסובלים מהפרעה/חולי נפשי, נגרעים לעיתים קרובות מתרומה למשק המדינה והופכים למעמסה על מערכת הבריאות עקב שימוש מוגבר בשירותי בריאות. במהלך 20 השנים האחרונות, שכיחות הפרעות נפשיות כמעט הכפילה עצמה בארה"ב וכך הדרישה לטיפול נפשי גוברת. פועל יוצא מכך הינה פרולפראציה של טיפולים שונים ומשונים ללא כל בסיס מדעי שמתיימרים לעזר למצוקה נפשית (Lilienfeld et al. 2003).

אדם שפונה לרופא כדי לטפל בלחץ דם גבוה שסובל ממנו, מניח שהרופא ישתמש לצורך הטיפול בו במידע העדכני ביותר בתחום לחץ הדם. פונה שיפנה למרפאת בריאות הנפש במצב דכאוני, אף הוא סבור שהמטפל הינו בעל ידע לטפל באפן היעיל ביותר בבעייתו הנפשית. המטופל הראשון עפ"ר צודק בהנחותיו, בעוד שהמטופל השני פעמים רבות לא יצדק.

חולי נפשי ניתן לטיפול באמצעים שונים, תרופתיים ופסיכולוגיים. במאמר זה אתייחס לטיפולים הנפשיים. בשנים האחרונות התבססו טיפולים נפשיים שהוכחו כיעילים בעבור מספר רב של הפרעות נפשיות. למשל טיפול התנהגותי-קוגניטיבי נמצא יעיל בעבור מספר רב של הפרעות נפשיות ביניהן הפרעות חרדה, דיכאון ועוד רבות. שורה של מטה אנליזות ומחקרים מבוקרים מצביעה על כך שטיפולים אלה הינם יעילים למרות משך טיפול קצר יחסית (Hofmann & Smits, 2008 ; Butler et al. 2006). תוצאות הטיפולים הללו משתוות ליעילות תרופות נוגדות חרדה (Bandelow et al. 2007). יתר על כן, מטופלים בטיפולים התנהגותיים-קוגניטיביים סובלים פחות מהישנות של ההפרעה בתקופה שלאחר הטיפול בהשוואה לאחרים שטופלו בתרופות (Hollon et al. 2005).

למרות ממצאים ברורים על מספר רב של פסיכותרפיות שהוכחו אמפירית כיעילות בעבור שורה ארוכה של הפרעות, מרבית הקלינאים בוחרים שלא להשתמש או להסתמך על אלה. חלקם, למדו בתוכניות הכשרה שכלל לא לימדו את הטיפולים הנתמכים מדעית, חלקם אף לא מודע ליעילות של טיפולים אלה. חלק גדול מהמטופלים אינם מטופלים בטיפולים שנמצאו יעילים לבעייתם הנפשית, חלקם הגדול מוסיף להיות מטופל בפסיכותרפיות שלפי ממצאים מחקריים אינן רלוונטיות לבעייתם והסיכוי שתסייענה קלוש.

התפתחות הפסיכותרפיה:

גלגולים רבים עברה הפסיכותרפיה מימיו של אביה המייסד פרויד ועד היום. מעניין שלא כבמדע הרפואה, בפסיכולוגיה הקלינית ההתבססות על מחקר אמפירי ובדיקת יעילות הגישה במבחן העובדתי, השתרכה אחרי המתרחש במדע. הפסיכולוגיה הקלינית שרשיה דווקא היו בניסויים מדעיים, אולם במהלך השנים התרחקה ממדע.

תחום הפס"פ דומה במידה רבה לרפואה לפני שנות דור. במשך לפחות 200 שנה, הרפואה היתה במוקד מאבק שבין אלה שהתייחסו אליה כאל אמנות לעומת אלה שהתייחסו אליה כאל מדע. עד למאה הקודמת, רוב העוסקים ברפואה פעלו ע"פ מסורת ואינטואיציה ולא ע"פ עקרונות מדעיים. מטפלים השתמשו לעיתים קרובות באמצעים לא יעילים ולעיתים מזיקים. המטפלים שפעלו כך פעלו מתוך אמונה שאכן הם מסייעים למטופליהם. הרפואה שינתה פניה לחלוטין ומתבססת כיום על מדע בלבד. כיום כל הפקולטות האוניברסיטאיות לרפואה מלמדות בהתאם למחקרים שמבוססים על מדע.

דברים שדומים לרפואה ה"ישנה" מתרחשים כיום בשדה הפסיכותרפיה. חלק גדול מהפסיכותרפיות מודיעות בגלוי שמחקר הינו אירלוונטי להן. קלינאים ממשיכים להשתמש בטיפולים עם מעט ראיות ליעילותם.

במקצוע הרפואה Evidence Based Practice (EBP) מכתוב את הטיפול היעיל לפתרון בעיה או מחלה. EBP הינו תהליך של קבלת החלטות קליניות שמתבססות על אינטגרציה של ראיות מחקריות ונסיון קליני. EBP הינה גישה שנועדה לשפר טיפולים, לשפר נגישות לטיפולים יעילים, זו גישה שמקדמת ומבטיחה למידה מתמדת של מטפלים. טיפולים מבוססי ראיות (Empirically Supported Treatments) הם מרכיב חשוב ב EBP אך אינם זהים. מטפלים צריכים כישורים נוספים כדי לבצע סינטיזה ואינטגרציה, לפעול לעיתים באופן יצירתי, להיות צרכנים של ראיות מחקריות ולשתף מטופליהם בתהליך קבלת ההחלטה הטיפולית. טיפול המבוסס על ראיות הינו תהליך שמערב "שימוש מצפוני, מפורש ומושכל בראיות הנוכחיות הטובות ביותר לשם קבלת החלטות הנוגעות לטיפול במטופלים יחידיים" (Sackett et al. 1996).

במהלך העשורים האחרונים חלו ברחבי העולם שינויים מרחיקי לכת בתחום בריאות הנפש. בארבעה העשורים האחרונים, מאז פרסומיו הראשונים של אהרון בק ב Archives of General Psychiatry (1971) הולך ומוכר הצורך בטיפולים מבוססי ראיות שמדע הרפואה נשען עליהם כבר שנים רבות. ניסויים מבוקרים שולטים בהדרגה בכתבי העת הפסיכיאטרים המובילים בנושאי פסת"פ. אחת השאלות למשל שניגזרות מכך הינה האם יש מקום בכתבי עת אלה לתאורי מקרה בודדים כגון של טיפול פסיכואנליטי (single case report) עקב אי התאמתם לבדיקה מדעית. באפן היסטורי פסיכואנליזה פחות מתבססת על מדע, מערכת אבחנתית פורמאלית כגון ה DSM, המטופל לא מאובחן כסובל מהפרעה מוגדרת ולפיכך אין צורך במציאת ריפוי לאותה הפרעה. ראיות עפ"ר אינן בדרגת חשיבות גבוהה בעיני פסיכואנליטיקאים מסורתיים. רוב הרעיונות האנליטיים לא נבדקו לצורך תמיכה בראיות מהימנות. שלוב של תרופות עפ"ר אינו חלק מפסיכואנליזה מסורתית, גם לא חשיבה אטיולוגית גנטית על העברת פתולוגיות. אנליסט שבחן לאחרונה השקפות של פסיכואנליסטים בארה"ב כתב ש ".....הפלורליזם העכשווי של האנליסטים הינו באפן מפתיע, ריבוי של גישות שמרניות סמכותיות, שכל אחת מהן נגזרת מחשיבת הוגה השיטה יותר מאשר מדיון מדעי" (Cooper, 2008).

גישות שונות להערכה והתערבות בבעיות בריאות נפש זכו לתמיכה מדעית בבדיקת יעילותן. בהתאם לכך, יותר ויותר מטפלים ברחבי העולם נוקטים בשיטות קליניות אשר מימצאים מחקריים תומכים ביעילותם לשיפור רווחתם של אלה הסובלים מבעיות נפשיות. התזה שלא ניתן לבנות טיפולים נפשיים ללא מחקר מתבססת, ובמקומות מרכזיים רבים בעולם המערביות דוחקת את הפסיכותרפיות שאינן נשענות על ראיות. מעניין שדווקא בעשרים השנים האחרונות המדע התקדם בכיוון שעשוי לתמוך ולעודד פסיכולוגיה כמדע (למשל ההתקדמות העצומה שחלה בחקר המח בזכות הדמיות מוחיות והתפתחות בתחום הנאורו-קוגניטיבי).

יחד עם זאת, אחוז גדול מהמטפלים סבורים שהשענות על ראיות מחקריות הינה פחות חשובה בהשוואה לנסיון האישי הקליני הסובייקטיבי. מחקר שנערך בין פסיכולוגים מצא שהם מתבססים בעת טיפוליהם בעיקר על נסיון קליני בניגוד למחקר עדכני, חלקם הגדול משתמשים בשיטות שלא אוששו מדעית בניסויים מבוקרים (Baker et al. 2008; Stewart & Chambless, 2007). למרות שטיפול התנהגותי-קוגניטיבי למשל הוכח כיעיל למיגוון רחב של הפרעות נפשיות עם בסיס אמפירי רחב, חלק גדול מהקלינאים חשים שטיפול זה אינו מתאים למטופליהם ושאינו מתאים לסביבה של החיים האמיתיים למרות הוכחות הפוכות. תופעה נוספת שמקשה על הטמעה יעילה של טיפולים מבוססי ראיות הינה למשל "זליגה" של מטפלים מ"תרפיית עשייה" ל"תרפיית דיבור", שוב לא בהתבסס על פרוטוקולים טיפוליים מבוססי ראיות (Waller, 2009).

הביקורות על טיפול התנהגותי-קוגניטיבי כמייצג טיפולים מבוססי ראיות היו רבות: דובר על טיפול "אינסטנט", טכני, שטחי, מהיר, רדוד, שאינו יורד ל"שרש הבעייה", כתוצאה ממנו תהיה "החלפת סימפטום", מתאים לבעיות ממוקדות בלבד, מתעלם מרגשות ומהעבר, ממזער את הקשר הטיפולי, אינו מעניין לטפל. אמנם בקורות אלה ש"אינן נתמכות בראיות....." הולכות ופוחתות, אולם חלק מנציגי פסיכותרפיות בעיקר היותר פרוידיאניות עדיין שותפים לבקורות אלה. עדיין נשמעות אמירות רבות כגון "אני מפנה את פלוני לטיפול התנהגותי קוגניטיבי בהפרעת החרדה שלו, כשיסיים תפנו אותו בחזרה לפסיכותרפיה....." , אולם פסיכותרפיה הינה כל גישה טיפולית שנבדקה מחקרית, מבוססת על ראיות ומוכיחה יעילות. דיכוי של גישות טיפוליות מול דגם פסיכותרפאוטי "אידיאלי" עלול להוביל למצב בו דוגמטיות מסוג זה מונעת ממטופלים התערבויות קליניות מועילות להן הם זכאים. כך, במקום אינטגרציה של גישות שונות ופלורליזם המבוסס על ידע מדעי עדכני, הגמוניה של גישה יחידה עלולה להביא לקפאון בתחום ולפגיעה במטופלים.

בשנים האחרונות גובר ברחבי העולם המערבי השימוש בהנחיות לטיפוליים נפשיים שמתבססים על מימצאים מחקריים סיסטימטיים ומתבססת השאיפה להטמיע טיפולים שמבוססים על יעילות ושעומדים בשיקולי עלות-תועלת. ההנחיות הללו ממליצות על טיפולים ע"ס מחקרים שמצאו מהם הטיפולים היעילים ביותר עבור הפרעה כלשהי. הטיפולים המומלצים הינם לעיתים התערבויות הומוגניות שמיועדות לאנשים שסובלים מאותה הבעייה הקלינית.

בארה"ב למשל, התבססה במהירות התביעה מצד מקבלי ההחלטות בתחום הרפואי, שעל סוכני בריאות להוכיח יעילות טיפוליהם במונחים כלכליים. המסר שהועבר היה שאם מטפלי בריאות נפש לא יעמדו בכך,

תפקידם יצומצם ויידחק לשוליים. בארה"ב ה Psychological Clinical Science Accreditation System מתכוונת להכיר רק בתוכניות לתארים גבוהים בפסיכולוגיה שמלמדות תוכניות מבוססות על מחקר מדעי וטיפולים שתוקפו מדעית. בהתייחס להיבט הכלכלי של טיפולים, בארה"ב ובעוד מדינות בעולם

המערבי יותר ויותר פועלים בהתייחס לשיקולי עלות-תועלת של פסיכותרפיות. טיפולים התנהגותיים-קוגניטיביים כדוגמא, הוכיחו בנוסף ליעילות גם עמידה בקריטריונים של עלות-תועלת (Mhyr & Payne, 2006).

בשנת 2007 ממשלת בריטניה הכריזה על הרחבה ניכרת בתיקצוב של טיפולים נפשיים כדי לסייע באפן יעיל יותר לסובלים ממיגוון מצבים נפשיים כגון חרדה ודכאון. לצורך מימוש הפרוייקט, הוחלט על פעולה מאסיבית להכשיר 3600 מטפלים בטיפול התנהגותי-קוגניטיבי. הגורם שהוביל מהלך זה היה ה National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) שמעריך טיפולים ע"פ ראיות ליעילותם ומאשר אלו מהם יתוקצבו ע"י מערכת הבריאות (Nature, 2009). באנגליה ה NICE מהווה דוגמא להנחיה ברמה של מדינה, בהתייחס למשל להנחיות לטיפול נפשי. הנחיות ה NICE ממליצות לאפשר לכל הנזקקים כקו ראשון טיפולים פסיכולוגים רלוונטים תוך תקצוב כח אדם מוכשר לתכלית זו. בהולנד בדומה לאנגליה משרד הבריאות מפרסם הנחיות המחייבות את כל המטפלים לטפל בשיטות המושתתות על ראיות. בעזרת מרכז טרימבוס (מכון מחקרי לאומי מולטידיסציפלינארי ובלתי תלוי) הוצאו הנחיות לטיפול פסיכולוגי המחייבות את כל המטפלים בהולנד. הנחיות מבוססות על הסכמה רחבה בין המומחים בתחומים שונים והאגודות לפסיכותרפיה ומתבססות על תשתית ראייתית לגבי הטיפולים היעילים להפרעות נפשיות העיקריות.

מאז התפתחות הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי, שנשען על בסיס אמפירי-מחקרי והווה חלוץ בהתבססות טיפול נפשי על מחקר, דרישה זו נהיית חלק מעולם הפסיכולוגיה הטפולית. טיפול נפשי צריך להישען על ראיות. בדומה לרפואה, הגישה הנוכחית בטיפולים הנפשיים הינה להתאים את הטיפול היעיל ביותר לאבחנה הקיימת, כמובן בהתחשב במאפייני המטופל הייחודיים ובהיסטוריה הטיפולית שלו. כפי שקיים טיפול מוסכם לדלקת בגרון או לתת פעילות של בלוטת התריס, כך קיימים טיפולים שמוכיחים יעילות בבעיות רבות. טיפול נפשי מקצועי צריך להציב קריטריונים לייעדיו ולבדק עצמו תדיר אם הנעשה בו משפר את השגת היעדים. יצירת קשר טיפולי עם המטופל הינה בסיס לכל לטיפול. מימד הזמן, צריך להיות חלק משיקולי בחירה בטיפול. תוצאות שמושגות בזמן הקצר ביותר ללא ספק עדיפות על פני השקעת זמן רבה יותר, אם אין עימה ערך מוסף. טיפול צריך להבחן גם באפקטיביות שלו בהשוואה להשקעה בו. מטרת טיפול טוב צריכה להיות: שיפור בהרגשת המטופל, מניעת החרפה במצב, הפחתה באובדנות, רכישת אסטרטגיות התמודדות בניגוד ל"תפקיד החולה", שמירה על תפקוד תקין במיגוון תחומי החיים וכמובן שמירה על הישיגי הטיפול.

פסיכותרפיה בפרספקטיבה עתידית:

הפסיכותרפיה כמדע אינה קופאת על שמריה. ידע מהימן בפסיכותרפיה ראוי שירכש תוך כדי הסתמכות על מדע עכשווי ותוך כדי בחינה ביקורתית מתמדת של הנחות וממצאים. גישות פסיכותרפיות כיום מאופיינת בסט של תיאוריות מנחות, שפה ועולם מושגים, כלי הערכה ואבחון ייחודיים, ואסטרטגיות טיפוליות תואמות קלינאי טוב הוא כזה המסוגל להעריך בצורה ביקורתית את "אמונתיו" הקליניות ואת הפרקטיקות בהם הוא נוקט בהתאם לממצאים מדעיים הקיימים. זוהי לאמונתי, הדרך היחידה להעניק למטופלים את הטיפול הטוב ביותר שמגיע להם. החזון הינו חיזוק האינטגרציה בין הפסיכותרפיה המדעית והיישומית בהכשרה ובמחקר וההנחה שעל כל אסכולות הטיפול להשען על הנחות יסוד אלה. טיפול נפשי ראוי שיחוייב למחקר מדעי, ויעשה זאת בהכשרה, בפרקטיקה ובהתווית מדיניות ציבורית בתחום בריאות הנפש. דוגמא בכון זה הינה התמורה שחלה בחלק מהמסד הפסיכודינאמי שמקבל את החשיבות של EBP ובהנחייה של אישים כדגמת Peter Fonagy משקיע אמצעים רבים להתחיל לחקור את היעילות של שיטות טיפול דינאמיות. לאחרונה הוקמה ע"י מספר פסיכואנליטיקאים ידועי שם, בראשתם Fonagy אגודה בין לאומית חדשה שעניינה מחקר אמפירי בתחום הפסיכואנליזה.

במקביל, הגיע הזמן שלאנשים הסובלים ממצוקה נפשית תהיה האפשרות לבחור בטיפול ממגוון של גישות שהמחקרים הוכיחו כיעילים. ידוע למשל שבפועל רק אחוז קטן מהסובלים מהפרעות חרדה ודיכאון מאובחן כראוי ומטופל בטיפול רלוונטי לבעייתם. אדם הסובל מבעיה נפשית רשאי וצריך לקבל מידע על מהם הטיפולים היעילים במצבו ומה סיכויי ההצלחה בטיפול לטווח קצר ולטווח ארוך. החזון הינו פלורליזם טיפולי שיעודד קידום של פסיכותרפיה מבוססת מדעית. העולם הפסיכו תרפויטי המודרני הינו פלורליסטי, כשהדרישה מהגישות הטיפוליות השונות הינה שתהיינה מבוססות על ראיות. במקום נוקשות והכתבה של סוג הטיפול הרצוי, יש לנוע למערכת של תוצאות, שבודקת את תגובת המטופל לטיפול ללא קשר לסוג הטיפול. בעתיד נראה יותר ויותר טיפולים גם באינטרנט, טיפולים עצמיים ועוד, כל זאת במטרה לעשות טיפולים לנגישים ויישימים יותר. במקומות רבים בעולם שוקדים על טיפולים מבוססי ראיות מסוג זה (Kaltenthaler et al. 2008).

פסיכותרפיה בישראל:

בשדה הפסיכותרפיה בארצנו עדיין קיימת הגמוניה של הטיפול הפסיכודינמי. בפועל המשמעות הינה שמרבית הנזקקים מטופלים בפסיכותרפיה הקיימת ושההכשרה למשל בפסיכולוגיה ברובה הינה פסיכודינמית. לאור המתחולל כיום בתחום בריאות הנפש בעולם המערבי, מציעה לעבור לגישה מושכלת ולחידוש הברית בין מדע ליישום בפסיכותרפיה, שבה כל טיפול ייבדק בכלים מדעיים להוכחת יעילותו. גם בישראל של המאה ה-21 ישנם כיום קלינאים אשר הוכשרו בגישות שונות לטיפול והערכה אשר נתמכות על-ידי ממצאים אמפיריים. קלינאים אלה הוכשרו בגישות כגון קוגניטיבית-התנהגותית, מערכתית/משפחתית, בין-אישית, נאורו-פסיכולוגיות ועוד. אין יסוד להניח כי טיב עבודתם נמוך מזה של מטפלים אשר עברו הכשרה

"מסורתית" יותר על פי הגישות הרווחות בישראל. בקרב הממסד הפסיכולוגי בישראל למשל, קיימת האמונה כי כדי להיות פסיכולוג קליני מומחה, הפסיכולוג חייב להיות בעל ידע ונסיון מקיפים במושגים ותיאוריות פסיכודינאמיות, בכלי אבחון והערכה המושתתים על עקרונות פסיכו דינאמיים. בעוד שבמקומות רבים בעולם המערבי רוב העוסקים בבריאות הנפש מחזיקים בעמדה שפסיכולוג צריך להיות בעל ידע ונסיון בתיאוריות ושיטות שנסמכות על ראיות כדי להיחשב בעל מקצוע מיומן, מקצועי ואתי. שיפור הנגישות לטיפולים נפשיים רלוונטים ראוי שיהיה במוקד המדיניות של מקבלי החלטות בתחום בריאות הנפש.

לסיכום:

צ'ארלס דארווין אמר בציטוט המפורסם: "אין זה המין החזק ביותר שישרוד, ולא הנבון ביותר, אלא זה שיגיב ביותר לשינויים"

בעולם הסבל הנפשי הוא רב ומספר הסובלים יעלה לעד על מספר מספקי הטיפולים. גם במציאות אוטופית, לא יהיו די מטפלים לסייע לסובלים. לאור זאת, חובה מוסרית שמוטלת על אנשי בריאות הנפש הינה להשתדל ולעשת אופטימיזציה של היכולת לסייע בהפחתת הסבל והעמס שנגרמים ממחלות/הפרעות נפשיות. אופטימיזציה כזו דורשת לבדק מהם הטיפולים היעילים ביותר והקצרים ביותר שניתן לספקם לנזקקים וליישמם. טיפולים שיעילותם לא הוכחה, אינם מועילים, הם מעכבים החלמה ומעוררים תסכול. החובה לבדק את הטיפולים שאנו מספקים למטופלינו מוטלת עלינו הקלינאים. כל טיפול נפשי שנבדק ונמצא יעיל, ניתן ליישמו. אין הגמוניה של טיפול זה או אחר זולת עמידתו למבחן מחקרי אמפירי.

REFERENCES:

מאיר שלו/ הדבר היה ככה/ הוצאת עם עובד / 2009

Nature (Editorial), 2009, 461 (7266), 847.

Baker T.B., McFall,R.M., Shoham V.. Psychol. Sci. Public Interest 9, 67-103, 2008.

Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, et al. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. World J Biol Psychiatry. 2007;8, 175-87.

Beck, AT. Cognition, Affect, and Psychopathology Arch Gen Psychiatry. 1971;24, 495-500.

Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al.. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2006 ;26, 17-31.

Cooper, AM. American Psychoanalysis Today: a pluralism of orthodoxies. *Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2008 36, 235-53.

Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry.* 2008;69, 621-32.

Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, et al. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry* 2005.;66:455-68.

Kaltenthaler E, Parry G, Beverley C, Ferriter M. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2008. 193, 181-4.

Kessler et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007;6, 168-76.

Levinson D, Zilber N, Lerner Y, Grinshpoon A, Levav I. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* Prevalence of mood and anxiety disorders in the community: results from the Israel National Health Survey. 2007;44,94-103.

Lileinfeld et al. *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*, 2003, pp 2. Guilford.

Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53, 159-68.

Myhr G & Payne K. Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: implications for public health care funding policy in Canada. *Can J Psychiatry*. 2006;51,662-70

Ramsawh HJ, Raffa SD, Edelen MO, Rende R, Keller MB. Anxiety in middle adulthood: effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Psychol Med*. 2009;39,615-24.

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, & Richardson WS, ,,. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996. 13;312:71-2.

Stewart R.E. & Chambless D.L. Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *J Clin Psychol*. 2007; 63,267-81.