אוניברסיטת בר-אילן

המחלקה לפסיכולוגיה

מן השפה ולפנים: **הקשר בין מילות רגש לבין החוויה הרגשית בטיפול פסיכולוגי**



מגישים:

מתן קניגסבוך 308043215

מוריה רובין 208386029

בהנחיית:

ד"ר דנה אציל סלונים

גב' נטלי שפירא

אב תש"ף                                                                        יולי 2020

# תוכן עניינים

[תקציר 3](#_Toc46499271)

[מבוא 3](#_Toc46499272)

[רקע תיאורטי 3](#_Toc46499273)

[מטרת המחקר והשערות 5](#_Toc46499274)

[שיטה וניתוח נתונים 6](#_Toc46499275)

[נבדקים 6](#_Toc46499276)

[מטפלים 6](#_Toc46499277)

[כלים ומשתני המחקר 6](#_Toc46499278)

[הליך וסידור הנתונים 7](#_Toc46499279)

[תוצאות 8](#_Toc46499280)

[מילים חיוביות 8](#_Toc46499281)

[מילים שליליות 9](#_Toc46499282)

[רגשות שליליים 9](#_Toc46499283)

[רגשות חיוביים 10](#_Toc46499284)

[מסקנות ודיון 10](#_Toc46499285)

[מגבלות המחקר והצעות למחקרי המשך 11](#_Toc46499286)

[ביבליוגרפיה 13](#_Toc46499287)

# תקציר

המחקר המוצג להלן עוסק בקשר שבין שפה לתחושות פנימיות במסגרת טיפולים פסיכולוגיים. על-פי נתונים הקיימים בספרות, מחד קיימת נטייה אנושית להשתמש במילים חיוביות ומאידך בקרב חולי דיכאון וחרדה קיימת נטייה לשימוש בפחות מילים חיוביות משאר האוכלוסייה, וביותר מילים שליליות. המחקר בחן האם במסגרת טיפולים פסיכולוגיים תתקיים התאמה בין מצב רוחו החיובי או השלילי של המטופל לבין מילות הרגש בהם ישתמש, ואת הקשר (אם קיים) לדיאדה הטיפולית. במסגרת המחקר נמדד השימוש במילות רגש שליליות וחיוביות של מטופלים ומטפלים בטיפול. המדידה נערכה על סדרה של 15 טיפולים פסיכולוגיים מתומללים ל-70 נבדקים אשר נערכו בקליניקה טיפולית באוניברסיטת בר אילן. נוסף על כך, נמדדו רגשותיהם בפועל של אותם המטופלים באמצעות פריטים בשאלון מצב רוח (POMS) שניתן לאחר המפגשים הטיפוליים. לאחר איסוף הנתונים נערכה השוואה וניתוח של הקשר בין שלושת המרכבים הללו. תוצאות המחקר מראות על עלייה בשימוש במילים החיוביות וירידה בשליליות לאורך הטיפולים; קשר שלילי בין מילים חיוביות של המטופל והמטפל לרגשות השליליים של המטופל; וקשר חיובי בין המילים השליליות של המטופל בלבד לרגשות השליליים שלו; קשר חיובי בין המילים החיוביות בטיפול של המטפל והמטופל לרגשות החיוביים; קשרים שליליים בין הרגשות החיוביים של המטופל למילים השליליות בטיפול. ניתן להסיק מהתוצאות של המחקר ומהמובהקות שלהן בעיקר על קיומה של התאמה בין מילות הרגש שעולות בטיפול לבין הרגשות שהמטופלים חווים. המסקנות הללו עשויות להוות את הבסיס למחקרי המשך.

# מבוא

## רקע תיאורטי

במשך כמעט חמישים שנה מדענים שונים ממדעי החברה הבחינו בכך שבכל התרבויות והשפות אנשים משתמשים במילים חיוביות יותר מאשר שליליות. תופעה זו מכונה LPB"" - הטיית חיוביות לשונית (Iliev, Hoover, Dehghani, & Axelrod, 2016). חוקרים העריכו כי נטייה זו משקפת את העובדה שהחיים מספקים לאנשים יותר אירועים חיוביים מאשר שליליים לדבר עליהם.

עם זאת, המחקר על אודות הבסיס לדיכאון מראה שלאנשים הסובלים מדיכאון יש הסתכלות שלילית מובחנת על עצמם ועל העולם סביבם. הסתכלות שלילית זו נוטה להתרכז בשלושה נושאים אותם אהרון בק (1967) כינה "המשולש הקוגניטיבי השלילי": (1) מחשבות שליליות לגבי העצמי ("אני מכוער"; "אני חסר ערך"; "אני כישלון"); (2) מחשבות שליליות על חוויותיו והעולם שמסביב ("אף אחד לא אוהב אותי"; "אנשים מתייחסים אליי בצורה לא טובה"); ו-(3) מחשבות שליליות לגבי העתיד של האדם (Beck, 1967; Clark, Beck, & Alford, 1999). נוסף על כך, האמיגדלה, המעורבת בתפיסה של איום ובהפניית תשומת לב, נוטה להראות פעילות מוגברת בקרב אנשים עם דיכאון. פעילות זו עשויה להיות קשורה לתשומת לבם המוטה לרגש ולמידע שלילי (Disner, Beevers, Haigh, & Beck, (2011). בכך, אנשים עם דיכאון נוטים לחוות ולזכור יותר אירועים שליליים מאשר חיוביים (Scepkowski et al., 2004). בדומה להפרעות מצב רוח, גם הפרעות חרדה עלולות להישען על אותם מרכיבים ביולוגיים ואישיותיים הגורמים לחוויית רגש שלילי מתמשכת (Klein, Durbin, & Shankman, 2009). מבחינה קוגניטיבית, הנטייה לפרש את העולם בצורה שלילית והנטייה לזכור ולשים לב בעיקר למידע שלילי, מהוות מרכיבים בולטים בפוביה חברתית ובהפרעות חרדה נוספות (Hertel, Brozovich, Joormann, & Gotlib, 2008).

בהמשך לדברים אלו, אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות כגון הפרעות מצב רוח וחרדה, נוטים לדבר באופן יותר שלילי מאשר שאר האוכלוסייה. מחקרים מראים כי נבדקים עם דיכאון נוטים לדבר יותר על עצמם ולהשתמש ביותר מילים שליליות מאשר נבדקים בריאים (Ingram & Smith, 1984; Rude, Gortner, & Pennebaker, 2004). במחקר שנעשה על התבטאויות ברשת החברתית twitter נמצאו הבדלים בין משתמשים עם דיכאון לכאלו שאינם, במאפייני השפה הבאים: יותר רגש שלילי, פחות אינטראקציה חברתית, יותר מיקוד עצמי והזכרת מונחים הקשורים לדיכאון במהלך השנה שקדמה להופעת הדיכאון (2013 ,De Choudhury, Munmun, et al). מוג ועמיתיו (1993; 1995) מצאו שנבדקים עם דכאון ונבדקים עם חרדה נוטים להפנות קשב למילים שליליות יותר מאשר מילים ניטרליות או חיוביות. לאור זאת, הנטייה של הסובלים מהפרעות מצב רוח לזכור ולחוות יותר אירועים שליליים מאשר חיוביים, להתמקד ברגש שלילי, ולהשתמש ביותר מילים שליליות הינה שונה מהנטייה החיובית הרווחת בשאר האוכלוסייה. במחקר זה אנו נבדוק האם התקדמות בטיפול הפסיכולוגי בקרב נבדקים שונים מביא לשיפור במגמת השימוש במילות רגש, חיוביות ושליליות, ככל שמתקדם הטיפול.

ככלל, ניתן ללמוד כי מצב נפשי פנימי ומיקוד תשומת הלב, משתקף בסגנון הלשוני של האדם, וכן כי אופי השימוש במילים מסוימות עשוי לשקף את הקשיים מהם סובלים אנשים מסוימים (Bucci & Freedman, 1981). השפה היא אחת הדרכים האמינות והנפוצות ביותר שבה אנשים מתרגמים את המחשבות והרגשות שלהם באופן שאחרים יוכלו להבין, וניתן לראות זאת בייחוד במילות רגש שלילי או חיובי. מחקרים מראים כי מילון ה-LIWC (Linguistic Inquiry and Word Count) מזהה במדויק את הרגש בשימוש בשפה (Tausczik & Pennebaker, 2010). לדוגמה, מילות רגש חיוביות (למשל, אהבה, נחמד, מתוק) משמשות בכתיבה על חווית אירוע חיובי, ומילות רגש שליליות יותר (למשל פגועים, מכוערים, מגעילים) נכתבות על אירוע שלילי. כפי שראינו קודם, אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות נוטים לזכור יותר אירועים שליליים, וזוהי הוכחה נוספת לכך שנראה אצלם שימוש מופחת במילים חיוביות. אנו מעוניינים לבדוק האם עלייה בשימוש במילים חיוביות והפחתה במילים שליליות תעיד על השיפור בחוויה הרגשית של הנבדקים.נוסף על כך, החידושים הטכנולוגיים של השנים האחרונות מסייעים בבחינת הקשר בין שפה לבין מצבים פנימיים אנושיים. בעזרת מערכות ממוחשבות, ניתן להצביע על מאפיינים מסוימים בשפה וכן על אחוז השכיחות של מילים מסוימות, אורכי משפטים ודפוסים דקדוקיים של אנשים (Tausczik & Pennebaker, 2010). אנו נשתמש בתרגום השפה לאמצעים טכנולוגיים ובניתוחם הכמותי של מאפיינים שפתיים כדי לבחון את הקשר ביניהם לבין רגשותיהם של המטופלים בקליניקה.

מחקר זה יתמקד גם בהקשר שבו עולות מילות הרגש ונחווים רגשות המטופלים, במהלך טיפול פסיכולוגי ולאחריו. כלומר, אנו נבחן את יכולתו של הטיפול הפסיכולוגי לשפר את החוויה השלילית של המטופל וננסה לעמוד על המאפיינים המביאים לכך. מחקרים מראים כי מרבית הרגשות מתפתחים ומתרחשים בתוך אינטראקציות חברתיות או מערכות יחסים, בהם התגובות הרגשיות של הפרטים קשורים בצורה בלתי ניתנת להפרדה (Butler, 2011). עדויות אחרות מצביעות על כך שמערכת היחסים הנוצרת בטיפול ומגע המטופלים עם רגשותיהם במהלך מפגשי הטיפול יכולים להיות יעילים להפחתת הסבל שלהם מחוץ למפגשים. הממצאים מצביעים גם שהחוויה הרגשית של המטופל ושל המטפל והברית הטיפולית ביניהם, הינם גורמים בעלי חשיבות לתהליך הטיפולי, התורמים לחיזוי השיפור בתפקוד של המטופלים (Fisher, Atzil-Slonim, Bar-Kalif, Rafaeli, & Peri, 2016). ניתן להסביר זאת על ידי כך שהסנכרון עם המטופל מאפשר למטפל לשאת את הרגשות הקשים בשביל המטופל, להיות שם בשבילו, ובכך לעזור לו לחוות את הרגשות שלו בצורה אדפטיבית.

נוסף על כך, גרינברג (2012) מצא שטיפולים פסיכודינמיים מוצלחים הראו מילוליות (verbalization) רגשית גבוהה יותר בקרב המטפל והמטופל והוכיחו ששימוש במילים ממוקדות רגש על ידי המטפל הביאו להפעלה ולהשתקפות רגשית רבה יותר על ידי המטופל. יתר על כן, גרינברג מצא כי בטיפול, כאשר עולים רגשות שליליים, או לא אדפטיביים, הם ניתנים לריכוך ואף להחלפה ע"י הפעלת רגשות חיוביים או מרוככים יותר. ברגע שהרגש החלופי הושג, הוא משנה או מבטל את המצב הרגשי המקורי, ומצב חדש נוצר. מחקר עדכני יותר שנעשה במעבדה בבר אילן (2020) הראה ששיפור במילות הרגש קשור לרמות נמוכות יותר של מצוקה באותו טיפול וכי ירידה במילים שליליות גם ניבאה פחות מצוקה בטיפול הבא.

אנו רואים כי לטיפול פסיכולוגי יש השפעה על שיפור במצבו הרגשי של המטופל, וכן שלקשר בין המטופל והמטפל יש חלק גדול בכך. יש לציין כי במחקרים אלו ואחרים, לא הייתה התייחסות ספציפית לשימוש במילים חיוביות ושליליות ולקשר שלהן עם מצבו הרגשי של המטופל. מחקר זה יבדוק, לצד השיפור במגמת מילות הרגש של המטופל, האם תאימות בשימוש במילים חיוביות ושליליות בין המטפל והמטופל הינו גורם מנבא משמעותי לשיפור ברגשות המטופל לאורך הטיפולים.

## מטרת המחקר והשערות

מטרת המחקר הינה לנסות לעמוד על אחד או שניים מן המאפיינים באמצעותם הטיפול הפסיכולוגי מביא לידי שיפור במצב רוחו של המטופל - השימוש במילות רגש והקשר הדיאדי בין המטפל למטופל - ובכך להבין טוב יותר את יכולת הטיפול לשפר את החוויה הרגשית של המטופלים. תוצאות מחקר זה עשויות להוות בסיס למחקרים סיבתיים באשר להשפעת השפה בטיפול על רגשות המטופל ובכך יוכלו להוסיף נדבכים חדשים למהלך הטיפול הפסיכולוגי.

מחקר זה יבחן את השימוש במילים חיוביות ושליליות אצל המטפל והמטופל, ויבדוק האם יש קשר בין אלו לבין שיפור במצב רוחו של הנבדק. נבחן האם ישנה עלייה בשימוש במילים חיוביות וירידה בשימוש במילים שליליות במהלך טיפול פסיכולוגי (בין טיפול לטיפול) בקרב נבדקים הסובלים מהפרעות אפקטיביות והפרעת חרדה. כמו כן נבדוק האם יש התאמה לשימוש של המטפל במילות רגש. לאחר מכן נבדוק האם השיפור בשימוש במילות הרגש מעיד על שיפור בחוויה הרגשית של הנבדקים באמצעות שאלון למדידת מצב רוח.

לאור הממצאים שסקרנו לעיל, אנו מצפים לראות: (1) עלייה בשימוש במילים חיוביות בקרב המטופלים והמטפלים לאורך הטיפולים; (2) ירידה בשימוש במילים שליליות בקרב המטופלים והמטפלים לאורך הטיפולים; (3) קשר גבוה בין מילות הרגש של המטפל והמטופל; (4) אנו משערים שמגמות אלו עשויות להיות קשורות לשיפור בחוויה הרגשית של המטופלים, קרי: (א) קשר חיובי בין רגשות חיוביים ומילים חיוביות ובין רגשות שליליים ומילים שליליות; (ב) קשר שלילי בין רגשות שליליים ומילים חיוביות ובין רגשות חיוביים ומילים שליליות.

יש לציין כי השערותינו מתייחסות לשינוי במילות הרגש ולשיפור ברגשות השונים באופן ממוצע, ולא בקרב כלל הנבדקים, משום שהטיפול הפסיכולוגי לא מצליח להשפיע לטובה באופן משמעותי על כל מטופל ומטופל. כמו כן, אנו לא מצפים לראות עלייה במילים החיוביות כבר בטיפולים הראשונים, משום שחלק נרחב מהטיפול מוקדש להעמקה בחלקים המכאיבים בחוויה של המטופל, בכדי לשחרר אותו מהכבלים המעיקים עליו Shedler, 2010)), ולפיכך נצפה לראות עלייה בשימוש במילים שליליות לפחות עד אמצע התהליך הטיפולי. לכן יש לדייק את השערותינו, בכך שאנו מצפים לראות תאימות גבוהה בין השימוש במילים חיוביות ושליליות, בקרב המטפל והמטופל, לבין הפחתה ברגש שלילי ועלייה ברגש החיובי באופן ממוצע.

# שיטה וניתוח נתונים

## נבדקים

נתוני המחקר מכילים 70 נבדקים שעברו טיפול פסיכולוגי בקליניקה חוץ-אוניברסיטאית באוניברסיטת בר-אילן בשנים 2016-2014. חלק מהטיפולים של הנבדקים תומללו (15-3 טיפולים מתומללים לכל מטופל; סה"כ 834 טיפולים מתומללים), מהם חולצו נתוני המילים וה-POMS ועליהם ערכנו את הניתוחים.

כל הנבדקים במחקר הינם מעל גיל 18. רוב נבדקי המחקר הם נשים. כחצי מהמטופלים הם רווקים ולכחצי יש תואר ראשון. אבחון הנבדקים נקבע על בסיס המיני-ריאיון הנוירופסיכיאטרי הבינלאומי לאבחוני ציר I ב-DSM-IV (הפרעות נפשיות מרכזיות) (MINI 5.0). האבחנות הנפוצות ביותר בקרב המדגם הינן: הפרעה קומורבידית של חרדה ומצב רוח, קומורבידיות עם הפרעות נוספות, הפרעת חרדה בלבד ומצב רוח בלבד.

## מטפלים

במחקר השתתפו 52 מטפלים אשר נמצאים בשלבים שונים של הכשרתם המקצועית. הנבדקים הוקצו למטפלים על פי תוקף אקולוגי של זמינות מטפל ועומס המקרים שכבר הוקצו לו. מתוך כל המטפלים, 42 הוקצו לטפל כל אחד במטופל אחד בלבד וכל שאר המטפלים הוקצו לשני מטופלים. חשוב לציין כי חלק קטן מהמטופלים החליף מטפל לאחר כשנה, כאמור, מסיבות של זמינות ולא מפאת יחסים עם מטפל. כל מטפל קיבל הכשרה אישית למשך כשעה אחת לשבועיים והכשרה קבוצתית למשך ארבע שעות על בסיס שבועי.

מודל הטיפול הינו הפסיכותרפיה הפסיכודינמית (למשל: Shedler, 2010). תכונות המודל כוללות: (א) התמקדות ברגש ובהתנסות וביטוי רגשות; (ב) בדיקת ניסיונות להימנע ממחשבות ורגשות טורדניות; (ג) זיהוי מאפיינים ודפוסים חוזרים; (ד) דגש על חווית העבר; (ה) דגש על חוויות בינאישיות; (ו) דגש על מערכת היחסים הטיפולית; (ז) חקר משאלות, חלומות או פנטזיות. בממוצע, אורך הטיפול היה 37 מפגשים. בהתחשב בכך שהטיפול ניתן על ידי חניכים קליניים באוניברסיטה, משך הטיפול הוגבל לרוב ל-9 חודשים.

## כלים ומשתני המחקר

**תמלול הטיפולים -** בכדי לתפוס את כלל התהליך הטיפולי, הטיפולים תומללו באופן מסודר שבו כל תמלול שני מתומלל (2, 4, 6, 8). מסיבות טכניות שונות, חלק מהטיפולים לא הוקלטו היטב ובמקרים כאלו תומלל הטיפול העוקב. הצוות המתמלל הורכב משבעה מתמללים, כולם סטודנטים לתארים מתקדמים במחלקה לפסיכולוגיה של האוניברסיטה. המתמללים עברו סדנת אימונים ליום אחד ונערכו מפגשים חודשיים לאורך כל השנה בכדי לפקח על איכות עבודתם. האימונים כללו הנחיות ספציפיות כיצד להתמודד עם מידע סודי ורגיש והמתמללים הונחו להחליף שמות בשמות בדויים ולהחליף כל מידע מזהה אחר.

**מילות רגש -** בכל תמלול סיווגו המתמללים את האמירות השונות של המטפל והמטופל בטיפול, ובתוך כך את מילות הרגש החיוביות והשליליות. קידוד מילות הרגש נעשה כפי שמוסבר במאמר קודם שפרסמה נטלי שפירא, אחת החוקרות במעבדה, ועמיתיה (2020). ספציפית, קבוצות של שלושה שופטים דירגו באופן עצמאי כל מילה מועמדת מתוך 2000 סוגי המילים השכיחות ביותר שנבחרו מכל מערך הנתונים. לאחר מכן, הרשימות עודכנו על ידי מערך הכללים הבא: (א) מילה נותרה ברשימת הקטגוריות אם שניים מתוך שלושה שופטים הסכימו שיש לכלול אותה; (ב) מילה נמחקה מרשימת הקטגוריות אם לפחות שניים מבין שלושת השופטים הסכימו שיש לדחות זאת. נוסף על כך, בחישוב הנתונים השתמשנו בגרסת v1 של מילות הרגש. בטיפולים נאמרו 4,524 מילים בממוצע על ידי המטופלים ו-1,317 מילים בממוצע על ידי המטפלים. נאמרו 186 מילים חיוביות בממוצע על ידי המטופלים ו-58 מילים חיוביות בממוצע על ידי המטפלים. נאמרו 324 מילים שליליות בממוצע על ידי המטופלים ו-76 מילים שליליות בממוצע על ידי המטפלים.

**Curran, Andrykowski, & Studts, 1995) Profile of Mood States Questionnaire) -** מצב הרוח הרגשי של הנבדקים נמדד באמצעות שאלון POMS (פרופיל מצבי רוח). שאלון זה התקבל באופן נרחב כאמצעי למדידת רגשות במגוון אוכלוסיות: בריאות, בעלות חולי גופני ופסיכיאטריות. השאלון המקורי (1981) הורכב מרשימה של 65 תארים, כאשר המשיבים מדרגים את המידה בה כל תואר מתאר את עצמם במהלך השבוע האחרון באמצעות סולם ליקרט בן 5 דרגות. ניקוד סטנדרטי של ה-POMS מניב ציון כללי המכונה "הפרעה מוחלטת במצב הרוח" וכן ציונים לששה תתי-תאים: עייפות–אינרציה, נמרצות–פעילות, מתח–חרדה, דיכאון-דחיה, כעס–עוינות, ובלבול–מבוכה. השלמת ה-POMS אורכת בין 3 ל-7 דקות באוכלוסיות בריאות וכ-20 דקות באוכלוסיות בעלות חולי גופני או נפשי. זמן ארוך שכזה עשוי להיות לנטל ולהקשות על הנבדקים, במיוחד כאשר ה-POMS משמש ביחד עם מספר שאלונים נוספים. לכן, במחקר זה נעשה שימוש בגרסה קצרה יותר של השאלון המכילה כ-18 פריטים בלבד המנוסחים בשפה העברית. גם המטופל וגם המטפל ממלאים את השאלון בסוף כל פגישה, יחד עם שאלונים נוספים. 18 הרגשות המצויים בשאלון מתחלקים באופן שווה בין שליליים וחיוביים: כועס, עצוב, חרד, מרוגז, חסר תקווה, חסר מנוחה, מדוכדך, עוין, מתוח; שמח, רגוע, שבע רצון, נמרץ, נינוח, מלא חיים, מרוצה, שליו, אנרגטי.

## הליך וסידור הנתונים

ארבעה מטופלים היו ללא נתוני POMS והוצאו מניתוח הנתונים (הקובץ המקורי הכיל 74 נבדקים). טיפול אחד הראה אפס מילים בטיפול והוצא מניתוח הנתונים.

משום שלכל מטופל תומללו טיפולים שונים, המחקר מתייחס למספר הטיפול כאל מספר סידורי מתוקנן לפי סדר הטיפולים המתומללים. למשל, אם הטיפול המתומלל הראשון של מטופל x הינו הטיפול החמישי שלו והטיפול המתומלל הראשון של מטופל y הוא הטיפול השלישי שלו, שניהם ייחשבו כטיפולים הראשונים שלהם לצורך החישוב. בהתאם לכך, המילים החיוביות והשליליות ותוצאות ה-POMS חושבו ביחס למספר הסידורי המתוקנן של כל טיפול. כמו כן, הניתוח מתייחס לבין 15-1 טיפולים מתומללים - בהם השתתפו בין 70 ל-13 מטופלים. בחרנו לא להתייחס למעבר ל-15 טיפולים מתומללים משום שרק 3 מטופלים המשיכו מעבר לכך, ולטעמנו קשה לומר שהנתונים שלהם מעידים על הכלל. בהתאם לכך, המילים החיוביות והשליליות ותוצאות ה-POMS חושבו בהתאם לכמות המטופלים שהשתתפו בכל מספר טיפול מתומלל.

לאחר מכן, המילים החיוביות והשליליות של המטופל והמטפל חושבו בשני אופנים: (1) אחוז מילות הרגש (חיוביות/שליליות) מתוך סך המילים בטיפול; (2) ממוצע מילות הרגש (חיוביות/שליליות) בכל טיפול.

כמו כן, ערכנו סדרת מתאמי r של פירסון בין תוצאות המילים החיוביות והשליליות של המטופל והמטפל (אחוז וממוצע) וביניהם לבין תוצאות שאלון ה-POMS בקרב המטופלים בכל אחת מקטגוריות הרגש. כמו כן, בדקנו את המובהקות של כלל הקשרים ברמת ביטחון של 95% (p=0.05).

# תוצאות

## מילים חיוביות

אחוז המילים החיוביות של המטופל מסך המילים עולה מהטיפול הראשון לאחרון (4.0%-4.4%, שהם כ-14 מילים חיוביות בממוצע לטיפול) (גרף 1). אולם, הנתונים לא נמצאים במגמת עלייה מתמדת, אלא חווים תנודתיות עם חזרה לשיעור הבסיס (4.0%) במהלך הטיפולים הראשונים ורק לאחר 10-9 טיפולים מתומללים ניתן לראות את העלייה הקלה. מגמה דומה ניתן לראות גם באחוז המילים החיוביות של המטפל מתוך סך המילים שלו בטיפול (4.5%-5.0% כאשר במהלך הטיפולים נראית ירידה עד 4.0%). מתאם פירסון בין שני המשתנים הינו חיובי אך לא מובהק (0.27=p>.05, r).

ממוצע המילים החיוביות של המטופל הינו תנודתי לאורך הטיפולים (מ-191 ל-193 כאשר בדרך נראית ירידה ל-179 ועלייה ל-202). עם זאת, ממוצע המילים החיוביות של המטפל מראה מגמת עלייה משמעותית לאורך הטיפולים (70-51), גם הוא עם ירידה לקראת הסוף (חזרה ל-51). מתאם פירסון בין שני המשתנים הינו חיובי אך לא מובהק (0.45=p>.05, r).

## מילים שליליות

ככלל, המטופלים משתמשים ביותר מילים שליליות מאשר מילים חיוביות בממוצע לטיפול (הפרש הממוצעים=134). גם המטפל משתמש ביותר מילים שליליות בממוצע מאשר במילים חיוביות (הפרש הממוצעים=16.9).

אחוז המילים השליליות של המטופלים מראה מגמת עלייה לאורך הטיפולים (מ-7.0% ל-7.3%) אך חווה ירידה בטיפולים האחרונים (6.8%). גם אצל המטפל ניתן לראות מגמה דומה באחוז המילים השליליות (5.0%-6.2%, כאשר בסוף ישנה ירידה ל-5.4%). דמיון זה מתבטא בקשר החיובי (אך שוב, לא מובהק) ביניהם (0.41=p>.05, r).

לעומת זאת, ממוצע המילים השליליות של המטופלים נמצא במגמת ירידה לאורך הטיפולים (296-332), עם עלייה חריגה באמצע הדרך (337). נתון מעניין מראה שאצל המטפל ישנה דווקא מגמת עלייה ברורה בשימוש במילים שליליות בממוצע לאורך הטיפולים (86-58, כאשר בסוף ישנה ירידה ל-77). מגמות הפוכות אלו באות לידי ביטוי בקשר שלילי (ולא מובהק) בין שני המשתנים (0.28-=p>.05, r).

## רגשות שליליים

ארבעה רגשות שליליים, כפי שנראה בתוצאות שאלון ה-POMS, הראו שיפור קל לאורך הטיפולים: עצוב (מ-2.5 ל-2.2); מדוכדך (מ-2.2 ל-1.8); עוין (מ-1.3 ל-1.1); מתוח (מ-2.2 ל-1.8).

כאשר בודקים את הקשרים (מתאמים) בין הרגשות השליליים לבין השימוש במילים חיוביות ושליליות בקרב המטופלים, ניתן לראות קשר שלילי ומובהק בין שלושה רגשות שליליים לבין אחוז המילים החיוביות של המטופל בטיפול: מתוח (0.6-=r) ; עוין (0.5-=r); חסר תקווה (0.5-=r). יתר על כן, שמונה רגשות שליליים מראים קשרים שליליים ומובהקים עם המילים החיוביות (אחוז או ממוצע) של המטפל: חסר תקווה, מתוח (0.7-=r), עצוב, מדוכדך (0.6-=r); כועס, חרד, עוין, חסר מנוחה (0.5-=r).

שלושה מהרגשות הללו (חסר תקווה; מתוח ועוין) הראו גם קשרים חיוביים (0.5, 0.6, 0.6; בהתאמה) עם המילים השליליות של המטופל בטיפול. עם זאת, נתון מעניין מראה כי אף אחד מהרגשות השליליים הראה קשר חיובי עם המילים השליליות של המטפל.

## רגשות חיוביים

רוב דירוגי הרגשות החיוביים של המטופל בשאלון ה-POMS אינם מעידים על שיפור משמעותי במצב רוחו. למשל, כמעט ואין שיפור ברגשות החיוביים של המטופל לאורך הטיפול, ובחלקם אף נצפית ירידה קלה: רגוע (מ-3.7 ל-3.5); שבע רצון (מ-3.5 ל-3.3); נינוח (מ-3.6 ל-3.4). עם זאת, נראתה עלייה בשני רגשות חיוביים: מלא חיים (מ-2.9 ל-3.2); שמח (מ-3.0 ל-3.3).

לצד זאת, שלושה רגשות חיוביים הראו קשר חיובי ומובהק עם המילים החיוביות של המטופל: שליו (r=0.6); מרוצה, שמח (0.5=r). חמישה מהרגשות החיוביים (רגוע, נינוח, מלא חיים, שליו, אנרגטי) הראו קשרים חיוביים (0.5=r) ומובהקים עם המילים החיוביות של המטפל.

כמו כן, שישה רגשות חיוביים הראו קשר שלילי ומובהק עם המילים השליליות של המטופל: שליו (r=-0.8); רגוע, שמח (0.7-=r), שבע רצון, אנרגטי, מרוצה (0.6-=r). ארבעה (רגוע, נמרץ, נינוח, שמח) הראו קשרים שליליים (0.5-, 0.5-, 0.6-, 0.6-; בהתאמה) ומובהקים עם המילים השליליות של המטפל.

# מסקנות ודיון

השערת המחקר המרכזית הייתה שעלייה בשימוש במילות רגש חיוביות וירידה בשליליות בקרב המטפל והמטופל תעיד על שיפור הדרגתי ברגשות המטופל. תוצאות הניתוחים הסטטיסטיים על פי הכלים בהם השתמשנו מאששות באופן חלקי את השערתנו, ובפרק זה נפרט מדוע.

ראשית, מגמת השימוש במילים חיוביות בקרב המטופל והמטפל מאששת את השערתנו הראשונה בנוגע לעלייה בשימוש במילים חיוביות לקראת סוף התהליך הטיפולי. זאת לצד השימוש ביותר מילים שליליות מאשר חיוביות במהלך הטיפול אשר מהווה תמיכה לרקע הספרותי שהובא. שנית, מגמת השימוש במילים שליליות בקרב המטופל תואמת להשערה השנייה והראתה ירידה בקרב המטופלים לקראת סוף הטיפול. אולם, העלייה בשימוש במילים שליליות בקרב המטפלים לא תאמה את השערתנו המקורית ונדרש להבין מה עומד בבסיסה. ניתן לומר כי מגמות השימוש במילות רגש לאורך הטיפולים, משקפות לנו בצורה יפה את אבני הדרך של התהליך הטיפולי, שבתחילת דרכו המטפל מזמין את המטופל לדבר על החוויה הרגשית הקשה שהוא עובר (מילות רגש שליליות רבות ומעט מילים חיוביות) מתוך הנחה שזהו הבסיס לשיפור בהמשך הדרך ורק לאחר מכן המטפל מרשה לעצמו להתערב יותר (עלייה בממוצע מילות הרגש של המטפל), והמטופל מראה סימני שינוי חיוביים (עלייה במילות רגש חיוביות).

לעומת זאת, ההשערה השלישית לגבי הקשר הדיאדי בין המטפל והמטופל במהלך טיפול אינה מאוששת די הצורך. הקשרים שנראו בין המטפל למטופל בניתוח שהוצג (וכן בבדיקות נוספות שערכנו במהלך ניתוח הנתונים) לא היו משמעותיים במקרה הטוב ואף שליליים במקרה הגרוע. להערכתנו, אין בכך כדי להסיק שהסנכרון בטיפול אינו מהווה מרכיב משמעותי בתהליך השינוי של המטופל, משום שמחקר זה עסק ברמה די גלובלית במבט על כלל המטופלים בקליניקה ולא בחן קשרים בין מטופלים למטפלים ספציפיים לעומקם. למרות האמור לעיל, הצלחנו למצוא רגשות אשר הראו קשרים טובים גם עם מילות המטפל וגם עם המטופל, כפי שנפרט בפסקה הבאה. ניתן לומר שהקשר השלילי במילים השליליות בטיפול עלול להצביע על כך שהמטפל אומנם בתחילת הדרך מעוניין בעיקר לתקף את החוויה השלילית של המטופל (משתקף בעלייה במילים השליליות דווקא של המטפל), אך לקראת סוף הטיפול הוא מנסה להניע אותו בעזרת מילים חיוביות ולקדם את הטיפול באמצעותן (ירידה במילים השליליות של המטפל ועלייה בחיוביות).

ההשערה האחרונה שהעלנו, הנוגעת לקשר בין מילות הרגש העולות בטיפול לבין רגשות המטופל, מאוששת במחקר באופן חלקי. הממצאים הראו כי קיימים מספר קשרים בין רגשות המטופל בטיפול לבין השימוש שלו ושל המטפל במילות רגש חיוביות ושליליות. כלומר, הצלחנו להוכיח את הקשר בין השפה שבה משתמשים בטיפול לבין החוויה הרגשית הפנימית שחווה המטופל. בתוך כך, נציין מספר רגשות אשר בלטו במיוחד בכך שהראו קשרים גבוהים ומובהקים עם נתוני המילים החיוביות והשליליות של המטפל והמטופל: עצוב, חסר תקווה, מתוח; רגוע, מלא חיים, שליו, אנרגטי, שמח. יש להוסיף כי חלק מהרגשות הללו אף הראו מגמת שיפור לאורך הטיפולים. בכך, המסקנה העולה מהמחקר היא שהרגשות הללו יכולים להיות מושפעים (או להשפיע) באופן מיוחד מהתנהגות מילולית בכלל, ומהשפה העולה במהלך טיפול פסיכולוגי בפרט.

היכולת של המחקר להבחין בין הרגשות השונים ולמצוא את הקשרים הללו עם השפה הרגשית של המטפל והמטופל מעידה אף היא על התהליך הטיפולי ועל אחת מאבני הבניין המרכיבות אותו. חלק מרכזי בטיפול הינו הניסיון של המטפל להתמקד בביטויי הרגש של המטופל ולהפגיש אותו עם מגוון נוסף של רגשות אשר בסופו של דבר ייטיבו את החוויה הרגשית הנוכחית שלו, כמו למשל בטכניקת הטיפול הממוקד רגש (Greenberg, 2011; Johnson, 2008). בכך, המטופל לומד להכיר תחושות חדשות ומורכבות ואף מסוגל לתת שם, או ביטוי, לחוויות השונות איתן הוא מתמודד. ממצאי המחקר מראים כי אין מגמה אחידה לרגשות חיוביים או שליליים וכי לא כולם מראים קשר למילים בטיפול. ייתכן שהתהליך הטיפולי אכן מרחיב את הטווח הרגשי של המטופלים ומצליח לגעת ברגשות מסוימים אשר מראים לבסוף שיפור משמעותי.

# מגבלות המחקר והצעות למחקרי המשך

בהמשך לממצאי המחקר השונים חשוב להדגיש כי מחקר זה הינו קורלטיבי בלבד. בכך, אנו לא יודעים להגדיר מבחינה סטטיסטית באיזה כיוון פועל הקשר בין שפת הטיפול לבין מצבם הרגשי של המטופלים והאם המאפיינים השפתיים בהם משתמשים במהלך טיפול אכן מצליחים להעלות את המטופל ולעזור לו להשתפר. לכן, אנו מציעים לערוך מחקר המשך אשר יערוך ניתוח שונות תלת גורמי המחולק לארבעה משתנים בלתי תלויים: עלייה/ירידה במילים חיוביות, עלייה/ירידה במילים שליליות וקשר חזק/חלש עם המטפל. המשתנה התלוי יהיה ציוּנֵי הרגשות שעלו במחקר הנוכחי כקשורים לשימוש בשפה. להוכחת הקשר הסיבתי בין הרגשות השונים לבין השימוש במילות רגש, יכולה להיות השפעה רבה על מרכיבי הטיפול הפסיכולוגי, בכך שהיא יכולה להוסיף לו נדבכים מסוימים של הכוונת השיח לכיוון חיובי יותר בכדי לנסות ולהיטיב עם החוויה הרגשית הקשה של המטופל.

יתר על כן, אנו מציעים לחקור לעומק את הקשר הדיאדי בין המטפל והמטופל בכל הנוגע לשימוש במילות רגש. למשל, ניתן לבדוק קשר זה בתוך טיפולים מסוימים ולראות האם אמירה חיובית או שלילית של אחד מן הצדדים גוררת ממול אמירה דומה. כמו כן, ניתן לבדוק את הדיאדה הטיפולית בקרב טיפולים שנמשכו זמן רב יותר מאלו שנבדקו במחקר הנוכחי ובהם ייתכן שנרקם קשר יותר בטוח ואינטימי בין המטפל והמטופל (בדיקה ראשונית העלתה תוצאות טובות יותר כשלוקחים בחשבון את הטיפולים הנוספים (24-16) שהיו במדגם).

נוסף על כך, הרקע התיאורטי שנאסף לצורך מחקר זה לא הוביל אותנו להשערות הנוגעות לרגשות ספציפיים בתוך שאלון ה-POMS ולקשר שלהם עם מילות הרגש. לאור זאת, אנו מציעים לבחון האם קיימים מרכיבים הקושרים את הרגשות הללו עם מרכיבים שפתיים כאלו ואחרים ובכך להעמיק את הידע על הקשר בין רגש לבין שפה. אנו מאמינים כי מחקרים כגון אלו עשויים להשפיע על מאפיינים רבים בעולם הטיפול, ולטייב את היכולת הקלינית לסייע לכל מטופל לגופו ולכל מצוקה נפשית לגופה.

# 

# ביבליוגרפיה

Augustine, A. A., Mehl, M. R., & Larsen, R. J. (2011). A positivity bias in written and spoken English and its moderation by personality and gender. *Social Psychological and Personality Science*, 2(5), 508-515.‏

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Bucci, W., & Freedman, N. (1981). The language of depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45(4), 334.

Butler, E. A. (2011). Temporal interpersonal emotion systems: The “TIES” that form relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 367–393.

Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression.* New York: Wiley.

Curran, S. L., Andrykowski, M. A., & Studts, J. L. (1995). Short form of the profile of mood states (POMS-SF): psychometric information. *Psychological assessment,* 7(1), 80.

De Choudhury, M., Gamon, M., Counts, S., & Horvitz, E. (2013, June). Predicting depression via social media. In *Seventh international AAAI conference on weblogs and social media*.‏

Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-477.

Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. *Psychotherapy*, 53(1), 105.

Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.

Greenberg, L. S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American Psychologist*, 67(8), 697.‏

Hertel, P. T., Brozovich, F., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2008). Biases in interpretation and memory in generalized social phobia. *J. Abn. Psychol.*, 117(2), 278–88.

Iliev, R., Hoover, J., Dehghani, M., & Axelrod, R. (2016). Linguistic positivity in historical texts reflects dynamic environmental and psychological factors. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(49), E7871-E7879.

Ingram, R., & Smith, T. (1984). Depression and internal versus external focus of attention. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 139–152.

Johnson, S. (2008). Emotionally Focused Couple Therapy, Chapter 4. In A. S. Gurman (Ed.) *Clinical handbook of couple therapy* (4th ed., pp. 107-137). Guilford Press.

Klein, D. N., Durbin, C. E., & Shankman, S. A. (2009). Personality and mood disorders. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 93–112). New York: Guilford Press.

Mogg, K., Bradley, B. P., & Williams, R. (1995). Attentional bias in anxiety and depression: The role of awareness. *British journal of clinical psychology*, 34(1), 17-36.‏

Mogg, K., Bradley, B. P., Williams, R., & Mathews, A. (1993). Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression. Journal of abnormal psychology, 102(2), 304.‏

Rude, S., Gortner, E. M., & Pennebaker, J. (2004). Language use of depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition & Emotion*, 18(8), 1121-1133.‏

Scepkowski, L. A., Wiegel, M., Bach, A. K., Weisberg, R. B., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2004). Attributions for sexual situations in men with and without erectile disorder: Evidence from a sex-specific attributional style measure. *Arch. Sex. Behav.*, 33, 559–69.

Shapira, N., Lazarus, G., Goldberg, Y., Gilboa-Schechtman, E., Tuval-Mashiach, R., Juravski, D., & Atzil-Slonim, D. (2020). Using Computerized Text Analysis to Examine Associations Between Linguistic Features and Clients’ Distress during Psychotherapy.‏ *Journal of Counseling Psychology*.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109.

Tausczik, Y. R., & Pennebaker, J. W. (2010). The psychological meaning of words: LIWC and computerized text analysis methods. *Journal of language and social psychology*, 29(1), 24-54.