מיפוי הכשרה מקצועית בפסיכותרפיה לפסיכוזה בשוויץ: ניתוח רשתות חברתי

שם המאמר: Mapping specialized psychotherapy training for psychosis among mental health professionals in Switzerland: A social network analysis

כתב עת: Schizophrenia (Nature Partner Journal) | **פורסם:** "Article in Press" מקוון, התקבל 7 באוגוסט 2026 | **Impact Factor:** כ-5.2 (לפי הודעת העורך הרשמית מטעם Schizophrenia International Research Society; מומלץ לאמת מול JCR עדכני)

מחברים: Mariela E. Jaffé (ראשונה) ... Julian Moeller (אחרון)

הערה: זהו מחקר אמפירי מקורי — סקר חתך (cross-sectional) רחב-היקף בשוויץ, בשילוב ניתוח רשתות חברתיות (social network analysis). מתפרסם כ-"Article in Press" (גרסה מוקדמת בעלת DOI קבוע). **יש לשים לב לניגוד עניינים מהותי**: שניים מהמחברים (J.M. ו-C.G.H.) הם מייסדים-שותפים וראשי תוכנית הכשרה מתקדמת חדשה בפסיכותרפיה לפסיכוזה בשוויץ, ושניים (J.M. ו-M.E.J.) מעבירים בעצמם סדנאות בתחום הנחקר — ראו הרחבה בסעיף המגבלות.

רקע ומטרת המחקר

הנחיות טיפול עדכניות (NICE, APA, S3 הגרמנית) ממליצות על פסיכותרפיה מבוססת-ראיות כמרכיב מרכזי בטיפול בפסיכוזה, אך רבים מהסובלים מפסיכוזה אינם מקבלים אותה בפועל, בעיקר באשפוז יום. פער ידע-יישום זה תועד בשוויץ, בריטניה, איטליה וארה"ב. ראיות מניסויים מבוקרים-אקראיים מצביעות על כך שפסיכותרפיה לפסיכוזה (כגון CBTp) יעילה כאשר ניתנת על ידי מטפלים בעלי הכשרה והדרכה ספציפית לפסיכוזה — מעבר להכשרה הפסיכותרפויטית המחייבת הכללית. בשוויץ, בניגוד למדינות כמו בריטניה (בעלת מסלול "psychosis and bipolar pathway" מובנה), לא קיימת תוכנית הכשרה מתקדמת מובנית בפסיכותרפיה ייעודית לפסיכוזה (בזמן עריכת המחקר), ומטפלים נדרשים לבחור בעצמם מתוך סדנאות שונות ובלתי-מתואמות. מטרת המחקר: (1) לתאר שיעורי השתתפות בסדנאות פסיכותרפיה ייעודיות לפסיכוזה בשוויץ; (2) לבחון דפוסי השתתפות-משותפת (co-attendance) בין סדנאות שונות; (3) לבחון הבדלים לפי מקצוע (פסיכיאטרים מול פסיכולוגים קליניים) ואוריינטציה טיפולית.

שיטות

עיצוב: סקר חתך מקוון, רחב-היקף, בקרב פסיכולוגים קליניים ופסיכיאטרים בחלק השוויצרי דובר-הגרמנית, בין אוגוסט 2022 ליוני 2023. קיבל פטור אתי מוועדת האתיקה הצפון-מערבית והמרכזית של שוויץ (EKNZ BASEC 2022-00279). גיוס: בשלב הראשון נשלחה הזמנה ל-3,238 כתובות דוא"ל (רשימת תפוצה של התאחדות הפסיכותרפיסטים FSP ומטפלים בפרקטיקה פרטית), עם שיעור תגובה של 18% להשתתפות ראשונית ו-15% להשלמה מלאה; בשלבים נוספים הופצה ההזמנה דרך גופים מקצועיים נוספים ורשימות ציבוריות ללא שיעור תגובה ניתן-לחישוב. לא ניתן תגמול כספי להשתתפות (למעט הגרלת שוברים). נמדדו: מאפיינים דמוגרפיים, השתתפות רטרוספקטיבית-מדווחת-עצמית ברשימה מוגדרת-מראש של 15 סוגי סדנאות ייעודיות לפסיכוזה (CBTp, פסיכותרפיה כללית לפסיכוזה, פסיכודינמית, סיסטמית, התערבות מוקדמת, פסיכו-חינוך למשפחה, פסיכו-חינוך, תמיכת מטפלים, שיקום/אימון קוגניטיבי, תוכנית טיפול פסיכולוגי משולב (IPT), טיפול נוירוקוגניטיבי משולב (INT), אימון מטה-קוגניטיבי (MCTp), טיפול בתסמינים שליליים, הפרעה כפולה פסיכוזה+התמכרות, הפרעה כפולה פסיכוזה+PTSD, ו"אחר"), אוריינטציה טיפולית, עומס מטופלים חודשי, ומסגרת תעסוקתית/ביטוחית. ניתוח: סטטיסטיקה תיאורית ושיטות ניתוח-רשתות חברתי (social network analysis) להמחשת "נוף ההכשרה" — כולל רשתות דו-מצביות (מטפלים+סדנאות) וחד-מצביות (סדנאות בלבד, עם עובי-קשת כמשקל להשתתפות-משותפת), וזיהוי אשכולות (community detection) באמצעות אלגוריתמי Greedy, Louvain, ו-InfoMap (מדד מודולריות).

תוצאות: מאפייני המדגם

מתוך 1,534 אנשי מקצוע שהתחילו את הסקר, 1,382 (90%) השלימו את הקטע הרלוונטי להשתתפות בסדנאות ונכללו בניתוח: 998 נשים, 372 גברים, 5 "מגוון/אחר", 7 ללא דיווח; 1,025 (74%) פסיכולוגים ו-335 (24%) פסיכיאטרים. 78% עבדו בטיפול ציבורי, 11% בפרטי, 7% בשניהם. עומס מטופלים חודשי חציוני: 27 (טווח מלא: 0–400); עומס מטופלים עם אבחנת F2 (סכיזופרניה/ספקטרום) עם פוקוס פסיכותרפויטי: חציון 0 (ממוצע 1.76), עולה לחציון 1 (ממוצע 2.34) בקרב מי שדיווח על השתתפות בלפחות סדנה אחת. 48% מהמשתתפים דיווחו שהם מעניקים פסיכותרפיה לפחות למטופל אחד עם פסיכוזה בחודש.

תוצאות: שיעורי השתתפות בסדנאות

46.74% (n=646) מהמשתתפים דיווחו על השתתפות בלפחות סדנה ייעודית אחת לפסיכוזה; 31.48% כחלק מההכשרה המחייבת, 24.46% מחוצה לה, עם חפיפה של 9.19% ששניהם. 49.55% מהפסיכיאטרים ו-45.46% מהפסיכולוגים דיווחו על השתתפות בלפחות סדנה אחת. לפי אוריינטציה טיפולית: 54.62% — CBT, פסיכודינמית — 51.87%, גוף-ממוקד — 28.57% (הנמוך ביותר), הומניסטית — 39.13%, סיסטמית — 36.61%. ממוצע הסדנאות שהשתתפו בהן (כולל כל המדגם): 1.31 (SD=1.94) — פסיכיאטרים ממוצע 1.51 מול פסיכולוגים 1.23. שלוש הסדנאות עם ההשתתפות הגבוהה ביותר: CBTp (20.04%), "פסיכותרפיה לפסיכוזה" הכללית (16.93%), ופסיכו-חינוך (16.43%). שלוש הנמוכות ביותר: טיפול נוירוקוגניטיבי משולב — (1.30%) INT, שיקום קוגניטיבי (2.53%), וטיפול בתסמינים שליליים (3.98%).

תוצאות: דפוסי השתתפות-משותפת ומבנה הרשת

אף צירוף סדנאות לא עלה על שיעור השתתפות-משותפת של 10% מכלל המשתתפים (n=1,382). שלושת הצירופים הנפוצים ביותר: CBTp+פסיכו-חינוך (8.9%), התערבות-מוקדמת+פסיכו-חינוך (7.2%), ו"פסיכותרפיה לפסיכוזה"+פסיכו-חינוך (6.7%) — כל השלושה כללו את סדנת הפסיכו-חינוך, שהתגלתה כ"צומת מרכזי" (centrality גבוהה) ברשת, יחד עם CBTp ו"פסיכותרפיה לפסיכוזה" הכללית. ניתוח זיהוי-אשכולות (Greedy, Louvain, InfoMap) הניב ציוני מודולריות נמוכים ביותר (0.02, 0.02, 0.00 בהתאמה) — **אינדיקציה לכך שלא קיימים אשכולות/מסלולי-הכשרה מובחנים**; חלוקת הקשרים ברשת אינה שונה מבחינה משמעותית מחלוקה אקראית. בהשוואת פסיכיאטרים מול פסיכולוגים: ההבדלים הבולטים ביותר (יותר פסיכיאטרים) היו בסדנאות פסיכודינמיות, תמיכת-מטפלים, והתערבות-מוקדמת; (יותר פסיכולוגים) — CBTp, הפרעה כפולה-PTSD, ו-INT. בהשוואת אוריינטציות טיפוליות (CBT כקבוצת ייחוס, הקבוצה הגדולה ביותר במדגם): הבדלים מובהקים נמצאו בין CBT לפסיכודינמית (32 קשתות מובהקות), CBT לסיסטמית (23 קשתות), ו-CBT להומניסטית (22 קשתות) — תוצאה הגיונית, המשקפת נטייה של מטפלים להשתתף בסדנאות בעלות התאמה לאוריינטציה הטיפולית שלהם.

דיון ופרשנות

הממצא המרכזי: 47% מהמשתתפים דיווחו על השתתפות בלפחות סדנה אחת, כלומר **רוב המשתתפים לא השתתפו בכלל** בהכשרה ייעודית לפסיכוזה — עקבי עם ממצאים קודמים לפיהם פסיכותרפיה לפסיכוזה נתפסת כהכשרה אופציונלית ולא כחלק סטנדרטי מההכשרה המחייבת. היעדר אשכולות מובחנים ברשת מצביע על "נוף הכשרה מפוצל" ללא מסלולי הכשרה ברורים — דפוס שחזר על עצמו גם בהשוואות בין מקצועות ואוריינטציות. באופן מדאיג, סדנאות המיישמות שיטות מומלצות בהנחיות (IPT, MCTp, הפרעה כפולה-התמכרות, הפרעה כפולה-PTSD, שיקום קוגניטיבי) נמצאו בפריפריה של הרשת, עם שיעורי השתתפות נמוכים — למרות שההנחיות ממליצות עליהן כ"best practice". זה מצביע על "פער הפצה" (dissemination gap) פוטנציאלי בין המלצות קליניות לבין הכשרת-בפועל של המטפלים. המחברים משערים שהדומיננטיות ההיסטורית של פסיכיאטרים בטיפול בפסיכוזה (לעומת פסיכולוגים) עשויה להסביר חלק מההבדלים התעסוקתיים שנמצאו.

מגבלות (כפי שהוגדרו במפורש על ידי המחברים) וניגוד עניינים

המחברים מציינים במפורש: (1) נתונים רטרוספקטיביים מדווחים-עצמית, עם הטיית-בחירה אפשרית (שיעור תגובה ראשוני מוערך של 15% בלבד); (2) מטפלים בעלי אוריינטציה CBT ופסיכולוגים (לעומת פסיכיאטרים) היו ייצוגיים-יתר במדגם ביחס להתפלגותם הארצית בשוויץ, כנראה משום שנושא המחקר נחשף בהזמנה לסקר, מה שעודד השתתפות מוגברת של מטפלים המתעניינים במיוחד בטיפול בפסיכוזה — כלומר שיעורי ההשתתפות בפועל עשויים להיות אף **מוערכים-יתר** (overestimated) ביחס לאוכלוסיית המטפלים הכללית; (3) לא נבדקו גורמים נוספים התורמים להכשרת מטפל (ניסיון קליני, הדרכה ייעודית-לפסיכוזה, מנטורינג) — רק השתתפות-בסדנה דווחה; (4) לא נבדק אם המשתתפים עובדים או עבדו בעבר בשירות ייעודי-לפסיכוזה; (5) רשימת הסדנאות (15 סוגים) עשויה שלא להיות ממצה לחלוטין (למשל, אימון כישורים חברתיים או ACT לפסיכוזה, המוזכרים בהנחיית S3, לא נכללו ברשימה) — אם כי המחברים מעריכים שהרשימה הייתה מקיפה יחסית; (6) ניתוח הרשת כלל רק את תת-המדגם שהשתתף בלפחות סדנה אחת. **ניגוד עניינים מוצהר**: שניים מהמחברים (J.M ו-C.G.H.) הם מייסדים-שותפים וראשי תוכנית הכשרה מתקדמת חדשה בפסיכותרפיה לפסיכוזה בשוויץ ("CAS-PSP Psychotherapie bei Psychosen"), ושניים מהמחברים (J.M ו-M.E.J.) מעבירים בעצמם סדנאות בתחום הנחקר במכוני פסיכותרפיה שונים — יש להביא בחשבון ניגוד עניינים זה בפרשנות ההמלצות המדיניותיות שבמאמר (הקוראות ליצירת מסלולי הכשרה מובנים יותר). המימון התקבל ממענק הקרן הלאומית השוויצרית למדע (SNSF) ומקרן מחקר של בית חולים אוניברסיטאי בזל (UPK Basel) — ללא מעורבות המממנים בעיצוב/ניתוח/פרסום המחקר, לפי הצהרת המחברים.

שורה תחתונה ומשמעויות קליניות

המסר המרכזי: נוף ההכשרה בפסיכותרפיה ייעודית-לפסיכוזה בשוויץ מפוצל וחסר מסלולים מובחנים, עם פחות ממחצית המטפלים (47%) שהשתתפו בכלל בסדנה כלשהי, ושיטות מבוססות-ראיות מסוימות (כגון MCTp, IPT, שיקום קוגניטיבי) הממוקמות בפריפריית ההכשרה למרות המלצת הנחיות קליניות. ממצאים אלו מספקים בסיס לפיתוח מסלולי התמחות ברורים ומתואמי-הנחיות ("trained generalist" לעומת "trained specialist").

משמעויות קליניות / למחקר המשך: ברמת המדיניות — המחברים ממליצים לשלב פסיכותרפיה ייעודית-לפסיכוזה כחלק מההכשרה הפסיכותרפויטית המחייבת (ולא כאופציה), לפתח תוכניות הכשרה מדורגות ומתואמות-הנחיות (כפי שקיים כבר בבריטניה), ולהשתמש בסדנת הפסיכו-חינוך (שזוהתה כ"צומת מרכזי" ברשת) כנקודת-כניסה להפצת מידע על אפשרויות הכשרה נוספות; וכן לשקול תמריצים כלכליים/תעריפיים למטפלים המעמיקים הכשרתם בתחום. ברמת המחקר — נדרש מחקר נוסף להבנת הגורמים (עמדות אישיות, מסוגלות-עצמית, זמינות וסטרוקטורה מוסדית) המניעים השתתפות-או-אי-השתתפות בהכשרה, וכן מחקר הבוחן אם מסלולי הכשרה מובנים אכן משפרים נגישות וטיב טיפול בפועל למטופלים עם פסיכוזה.

דיסקליימר

סיכום זה הופק באמצעות כלי בינה מלאכותית (Claude, Anthropic) על בסיס טקסט המאמר שהועלה, ומיועד לשימוש פנימי-חינוכי (הכשרת מתמחים) בלבד. הסיכום עשוי להכיל אי-דיוקים, השמטות או פרשנות שגויה של הממצאים המקוריים — בפרט לאור מורכבות הניתוח (רשתות חברתיות, מדדי centrality ומודולריות) והאיורים הגרפיים (איורים 1–4) שלא ניתן לשחזר כאן — ואינו תחליף לקריאת המאמר המלא. **שימו לב לניגוד העניינים המהותי** של שניים מהמחברים כמייסדי תוכנית הכשרה מתחרה/משלימה בתחום הנחקר, הרלוונטי במיוחד לפרשנות ההמלצות המדיניותיות במאמר. נתון ה-Impact Factor אותר באמצעות חיפוש רשת חיצוני ולא מתוך המאמר עצמו — מומלץ לאמת נתון זה בעצמכם טרם הצגתו הלאה. אין להסתמך על מסמך זה כמקור בלעדי להחלטות קליניות, אקדמיות או פרסומיות.