



מחקר שבוצע על השלב הממושך של ההתערבות 12-14 פגישות (ינואר-יוני 2024) בהובלת ד"ר טלי פרנקל מבית הספר לפסיכולוגיה ע"ש ברוך איבצ'ר באוניברסיטת רייכמן

בראש ובראשונה, מטרתנו הייתה לבחון את היתכנות השלמת פרוטוקול הטיפול של "השלב המורחב", שכלל 14-12 פגישות טיפוליות (6-7 פגישות הדרכת הורים ו-6-7 פגישות משותפות להורה ולילד). השלמת פרוטוקול מסוג זה אינה מובנת מאליה, בעיצומה של מלחמה ובעבודה עם משפחות מפונות. ממצאי המחקר מצביעים על היתכנות גבוהה (high feasibility) של התערבות זו בעת חירום, כפי שניתן לראות מהשיעורים הגבוהים של השלמת המפגשים: מספר הפגישות הדיאדיות הממוצע עמד על 5.71, כאשר 71% מהמשפחות השלימו לפחות 5 פגישות מסוג זה; מספר פגישות ההדרכה לאימהות עמד על ממוצע של 6.57, כאשר 76% מהאימהות השתתפו בלפחות 5 פגישות; ומספר פגישות ההדרכה לאבות עמד על 3.49 בממוצע, עם 36% מהאבות שהשתתפו בלפחות 5 פגישות.

בחינת יעילות הטיפול התבססה על מדגם של כ-150 משפחות שמילאו שאלונים בתחילת הטיפול ובסיומו. גיל הילדים נע בין שנה ל-9 שנים ($M = 5.64$), כאשר כ-20% מהמדגם היו בגיל הרך (1-3 שנים). ההורים מילאו שאלונים שבחנו את תסמיני הדחק והמצוקה של הילד, תסמיני הדחק והשחיקה שלהם עצמם, ותפיסותיהם ההוריות בתחילת ובסיום ההתערבות.

תסמיני הילד:

משתנה התוצאה המרכזי היה תסמיני הדחק והמצוקה הרגשית של הילד (כולל חרדות, ובעיות התנהגות), כפי שנמדדו באמצעות ה-Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS). בתחילת ההתערבות, הילדים הציגו רמות גבוהות מאוד של תסמינים, כאשר הרוב המוחלט חצה את הסף הקליני הן במדדי החרדה (99%) והן במדדי בעיות ההתנהגות (83%). נמצא קשר בין גיל צעיר יותר לרמות תסמינים גבוהות יותר. השוואה בין נקודת ההתחלה לסיום ההתערבות הצביעה על ירידה מובהקת ומשמעותית בתסמינים אלה: חרדה, $t(131)=10.286, p<0.001$; בעיות התנהגות, $t(131)=7.938, p<0.001$. סך תסמיני המצוקה. $t(129)=10.146, p<0.001$; ההפחתה בסימפטומים היתה בעלת עוצמה מרשימה $Cohen's d=0.933$, ואף נשאה משמעות קלינית ברורה עם הפחתה משמעותית באחוז הילדים שירדו מרמות קליניות של תסמינים בתחילת הטיפול אל מיתחת לסף הקליני בסיום הטיפול הן בתסמיני חרדה ($\chi^2(1) = 20.34, p < .001$) והן בתסמיני בעיות ההתנהגות ($\chi^2(1) = 36.88, p < .001$).

תסמיני ההורה:

לצד תסמיני הילד, נמדדו גם תסמיני דחק פוסט-טראומטיים של ההורים (Post-Traumatic Stress Checklist - PCL-5) וכן רמות שחיקה הורית (Parental Burnout Scale). גם במדדים אלו חלה ירידה מובהקת: תסמיני דחק של ההורה, $t(129)=2.133, p<0.05$; שחיקה הורית, $t(124)=2.271, p<0.05$.

מנגנוני שינוי:

מעבר למדידת השינוי בתסמיני ההורה והילד, המחקר ביקש להבין את המנגנונים האפשריים שדרכם

מתרחש השיפור. לשם כך נמדדו מספר מנגנוני שינוי משוערים בתחילת ובסיום ההתערבות, וזאת בהתאם לתיאוריה שמנחה את ההתערבות. להלן מספר ממצאים המדגימים שיפור במנגנוני השינוי.

נמצא שיפור מובהק בתחושת המסוגלות ההורית, כלומר בתחושה של ההורה שהוא בטוח בעצמו כהורה ושיש לו את המיומנויות הדרושות כדי להגיב ולסייע לילד שלו במצבי קושי ($t(130) = -3.925, p < 0.001$). שיפור זה נמצא בקשר מובהק עם ירידה בתסמיני הדחק של הילד ($r = -0.272, p < 0.005$), וכן עם ירידה בתסמיני הדחק של ההורה עצמו ($r = -0.247, p = 0.005$). ניתוחי תיווך הצביעו על כך שתחושת חוסר מסוגלות הורית מהווה גורם סיכון משמעותי לדחק פוסט-טראומטי אצל הורים, וכי שיפור בתחושת המסוגלות קשור לשיפור בדחק ההורי, אשר בתורו נקשר לשיפור בסימפטומים של הילד (significant indirect effect, BootSE = 0.0425; Boot 95% CI [-.183, -.007]).

בנוסף, נמצא שיפור באסטרטגיות שההורה מאמץ על מנת לסייע לילדו להתמודד עם האירועים הטראומטיים, כפי שנמדדו בסקאלת Parent Support for Child Coping, בשאלון Parent Trauma Response Questionnaire. בראשית ההתערבות הורים רבים דיווחו על נטייה לאימוץ אסטרטגיות של הימנעות - הימנעות מדיבור על האירועים וניסיון לעודד את הילד "לא לחשוב על זה". בתום ההתערבות נמצא כי הורים הפחיתו משמעותית את השימוש באסטרטגיות הימנעותיות ($t(128) = 5.04, p < 0.001$), והפחתה זו נקשרה באופן מובהק להפחתה בתסמיני הדחק של הילד ($r = 0.27, p < 0.005$).

עוד, נבחנו האמונות של ההורים ביחס לרגשות של ילדים, באמצעות גרסה מותאמת של שאלון Parent Beliefs about Child Emotions. טרם תחילת ההתערבות, שיעור ניכר מההורים הביעו חששות ממגע רגשי של הילד עם תכנים כואבים, והחזיקו באמונה שלפיה שיח רגשי עשוי להזיק לילד. אמונות אלו כללו, בין היתר, רעיונות כגון "אם אדבר על נושאים הקשורים למלחמה, אני עשוי להכניס לילד רעיונות שלא היה חושב עליהם בעצמו"; "אם קורה דבר מה חמור, עדיף להסתיר זאת ולהעמיד פנים שלא קרה דבר - כך הילד לא ייחשף לרגש שלילי"; "אם הילד יתחבר לרגשות הכואבים שלו - זה עלול להזיק לו". בסיום ההתערבות, נרשם שינוי מובהק ומשמעותי באמונות אלו. למשל, חלה ירידה משמעותית באמונה כי שיח עם הילד על אירועי המלחמה הוא מסוכן ($t(137) = 4.25, p < 0.001$), וכן באמונה שמגע עם רגשות שליליים עלול לסכן את בריאותו הנפשית של הילד ($t(125) = 2.31, p < 0.05$). במקביל, נמצאה עלייה מובהקת באמונה בחשיבותו של ביטוי רגשות כמו עצב, ובתפיסה כי ביטוי רגשי הוא חלק חיוני ובלתי נפרד מהתפתחותו הבריאה של הילד: "כשילד עצוב - בכי עשוי להקל עליו" ($t(122) = -2.23, p < 0.05$).

מעניין היה לראות שהשינוי באמונות ובחששות של ההורים מהשיח הרגשי ומהמגע של ילדיהם עם רגשות כואבים, נקשר לירידה בשימוש באסטרטגיות של הימנעות. בתורן, אסטרטגיות הימנעותיות פחותות נמצאו קשורות להפחתה בתסמיני הדחק של הילד. ניתוחים סטטיסטיים הצביעו על אפקט עקיף מובהק של השינוי באמונות על תסמיני הילד, דרך הפחתת הימנעות (significant indirect effect, BootSE = 0.034; 95% Boot CI [.0138, .144]).

לבסוף, נצפה גם שינוי משמעותי באמונות של ההורים בנוגע לביטוי רגשות שליליים או קונפליקטואליים של הילד, כגון כעס, תסכול ועלבון. בעוד שבהתחלה הורים רבים הביעו חשש כי ביטוי רגשות אלה מצד הילד עשוי לערער את הקשר עם הילד או לסכן את תפקוד ההורות, בסיום ההתערבות נרשמה ירידה מובהקת באמונה זו ($t(123) = 2.99, p < 0.005$).

שביעות רצון מהטיפול:

ההורים נתבקשו גם להעריך את שביעות רצונם מההתערבות, ודיווחו על רמות גבוהות מאוד של שביעות רצון. רובם (מעל 70%) ציינו כי הטיפול סייע לילדיהם להבין, לבטא ולעבד רגשות; סייע להם עצמם להבין את התנהגות הילד ולגבש דרכי תגובה מותאמות; ותרם להם כלים פרקטיים להתמודדות עם תסמיני הילד.

גורמים שאינם חוסמים שינוי:

חשוב לציין שעל אף שנמצא קשר משמעותי ומובהק בין תסמיני הדחק של הילד וההורה בתחילת הטיפול ($r=0.473$, $p<0.001$), לא נמצא קשר בין מידת השינוי בתסמיני הילד לבין רמות פוסט-טראומה של ההורה בתחילת ההתערבות. כך גם לא נמצא קשר בין השינוי בתסמיני הילד לבין מדד סוציו-אקונומי. במילים אחרות, משתנים אלו אינם מהווים חסם ליכולת של המשפחה להיעזר בטיפול.