

הצעת מחקר לאיגוד הפסיכיאטריה של הילד והמתבגר

**הנושא:** יעילות התערבות במשבר במקרים אמבולטורים דחופים בפסיכיאטריה של הילד

**חוקרות ראשיות:** דר' עידית דקל, המרפאה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, בית החולים אדמונד ולילי ספרא לילדים, המרכז הרפואי שיבא

דר' שרית פלישתי, המרפאה לבריאות הנפש ילדים ונוער, מכבי שרותי בריאות נתניה מחוז השרון

**חוקרים נוספים:** דר' שיראל דורמן, המרפאה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, בית החולים אדמונד ולילי ספרא לילדים, המרכז הרפואי שיבא

דר' גליה אנקורי, המרפאה לבריאות הנפש ילדים ונוער, מכבי שרותי בריאות נתניה מחוז השרון

גיא צימרמן, המרפאה לבריאות הנפש ילדים ונוער מכבי שרותי בריאות נתניה מחוז השרון

## רקע

אחד האתגרים הגדולים העומדים בפני מרפאות ציבוריות לבריאות הנפש הוא מתן מענה טיפולי לפונים בתוך פרק זמן סביר ממועד הפנייה. עומס הפונים הגדול מוביל במרבית המקרים לרשימת המתנה ארוכה לטיפול. כאשר סיבת הפנייה היא הפרעה חריפה או במצבי סיכון, גובר הצורך בקבלה מהירה לטיפול. לפני 3 שנים הקמנו במרפאה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר יחידה להתערבות במשבר. היחידה נועדה לתת מענה טיפולי מיידי, ממוקד וקצר מועד (עד 10 פגישות) למטופלים ובני משפחותיהם המתמודדים עם בעיה או הפרעה חריפה, הדורשת התערבות דחופה. היחידה קולטת מטופלים עם מגוון ההפרעות הפסיכיאטריות האופייני למרפאה פסיכיאטרית של ילדים ונוער, כולל הפרעות חרדה קשות, מצבי אובדנות, סרבנות בית ספר או משברי חיים. במהלך התקופה בה פועלת היחידה, פיתחנו 4 פרוטוקולים טיפוליים, אשר מבוססים על פרוטוקולים ידועים של טפול קוגניטיבי-התנהגותי להפרעות חרדה [1] ולאובדנות [2], הדרכת הורים המתבססת על עקרונות גישת הסמכות החדשה [3] בשילוב עם עקרונות גישת "אייכה" [4] לסרבנות, ובעיות התנהגות כולל סרבנות בית ספר, וטיפול דינמי קצר מועד לפי מאן למשברי חיים [5]. בהצעת מחקר זו, אנו מציעים ליישם ולמדוד את יעילות המודל שתואר במרפאות לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר במרכז הרפואי שיבא ובמכבי שרותי בריאות, בנתניה. שיתוף פעולה זה בין שני המרכזים יאפשר להעריך את התאמת המודל ואפשרויות יישומו במרפאות נוספות, וכן יאפשר להגדיל את המדגם למחקר שנועד להעריך את יעילות ההתערבות ביחידה להתערבות במשבר.

## שאלות המחקר

מטרת המחקר המוצע היא להעריך את יעילות פרוטוקול הטיפול להתערבות במשבר:

1. האם מוביל לקיצור זמני ההמתנה לטיפול במרפאה לפונים עם בעיות חריפות ודחופות
2. האם יעיל בהפחתה משמעותית של הסימפטומים של ההפרעות שהובילו לפנייה למרפאה להתערבות

במשבר

## שיטת המחקר

### אוכלוסיית המחקר:

להתערבות במשבר יופנו ילדים בגיל 6 עד 18 עם בעיות דחופות כמפורט למטה. הם יעברו הערכה ראשונית במרפאה בתוך שבועיים מהפנייה ויופנו לטיפול בהתערבות במשבר אם יענו על הקריטריונים הבאים: א. הפרעה פסיכיאטרית חריפה אשר כוללת פגיעה תפקודית ( $CGAS \leq 60$ ), ומתבטאת בבדיקה הקלינית בחומרה

של  $CGI-S \geq 5$  ובנוסף אחד מהבאים: 1. סכנה אובדנית (ציון  $\leq 3$  ב- Columbia Suicide severity RS- ideation subscale או נסיון אובדני בחודש האחרון); 2. הפרעה מתריסה/התנהגות קשים- ילד אלים מאד בבית או בבית ספר; 3. הפרעות חרדה וכפייתיות אקוטיים כגון התקפי פאניקה קשים או הפרעה כפייתית שפוגעת בצורה חמורה בתפקוד ( $CGAS \leq 60$ ); 4. סרבנות בית ספר- ילד שלא הולך לבית ספר מעל 8 ימים בחודש; 5. משברי חיים המובילים להפרעת הסתגלות חמורה כגון אבל על מוות/אסון של קרוב משפחה. לא יופנו לטיפול בעלי הפרעות אכילה, והפרעה פוסט טראומטית. כמו כן לא יופנו מטופלים אשר אינם מעוניינים בהתערבות טיפולית מיידיית שבועית או אשר נמצאים בטיפול פסיכולוגי מחוץ למרפאה. כמו כן לא הכללנו במחקר ילדים עם פסיכוזה שכן מניסיוננו בשתי המרפאות הנכללות במחקר, יש מספר מועט מאד של ילדים כאלו.

בבדיקה הפסיכיאטרית הראשונית יעריך הפסיכיאטר שהמטופל עונה על הקריטריונים להכללה להתערבות במשבר. מבין העונים על הקריטריונים שני שליש יופנו להתערבות במשבר ושליש ישמשו כקבוצת בקורת- לא יקבלו טפול בהתערבות במשבר ויופנו להמשך מעקב פסיכיאטרי ולהמתנה לטיפול פסיכותרפויטי כמקובל במרפאה (ראה גם תרשים 1).

**כלי מדידה:** כלים ושאלונים ימולאו ב-3 נקודות זמן: 1. בבדיקה הפסיכיאטרית הראשונית; 2. לאחר 8 שבועות (בתום הטפול); 3. לאחר 20 שבועות (3 חודשים מתום הטפול). הכלים והשאלונים שנבחרו נמצאים בשימוש נרחב בהערכת יעילות טפולים פסיכיאטריים וכוללים:

הערכת פסיכיאטר	שאלונים למילוי ההורים	שאלונים למילוי הילד
CGI =Clinical Global Impression Severity and Improvement [6]	CDI=Children's Depression Inventory [7]	CDI=Children's Depression Inventory[7]
CGAS=Children's global assessment scale[8]	STAI-S/T= State Trait Anxiety Inventory for Children[9]	STAI-S/T= State Trait Anxiety Inventory for Children[9]
CSSRS=Columbia Suicide Severity Rating Scale.[10]	Parental sense of helplessness questionnaire[11]	שאלון המכמת את ימי ההעדרות מבית ספר

**הליך:** לאחר הבדיקה הפסיכיאטרית הראשונית של מטפל בכיר מצוות התערבות במשבר, יופנו פונים שיענו על קריטריוני ההכללה לטיפול באחד מ-4 הפרוטוקולים שתוכננו. ראה תרשים מס' 1.

### **גודל מדגם ולוחות זמנים**

בכל מרפאה (תל השומר ומכבי) מתקבלות לפחות 500 הפניות חדשות בשנה, כ-80 ילדים יהיו מקרים דחופים, ומתוכם כ-50 יענו על קריטריוני ההכללה לאחר הבדיקה הפסיכיאטרית ויתחילו טיפול. גיוס המטופלים ימשך כשנה.

### **תוצאות ראשוניות**

בפילוט שעשינו במרפאה בתל השומר 16 השלימו טיפול והממצאים היו שלפי תוצאות CGI-S היה שפור משמעותי בהערכה בתום הטפול לעומת הערכת בסיס ( $3.7 \pm 1.0$  vs.  $4.7 \pm 1.2$ ,  $p < 0.01$ ), ו-81% מהמטופלים השתפרו משמעותית- ציון CGI-I  $\geq 2$  בהערכה של תום הטפול. כמו כן נצפה שיפור משמעותי בתפקוד לפי מדד ה-CGAS ( $52.1 \pm 13.3$  vs.  $42.8 \pm 12.6$ ,  $p < 0.01$ ).

### **ערך צפוי מהמחקר**

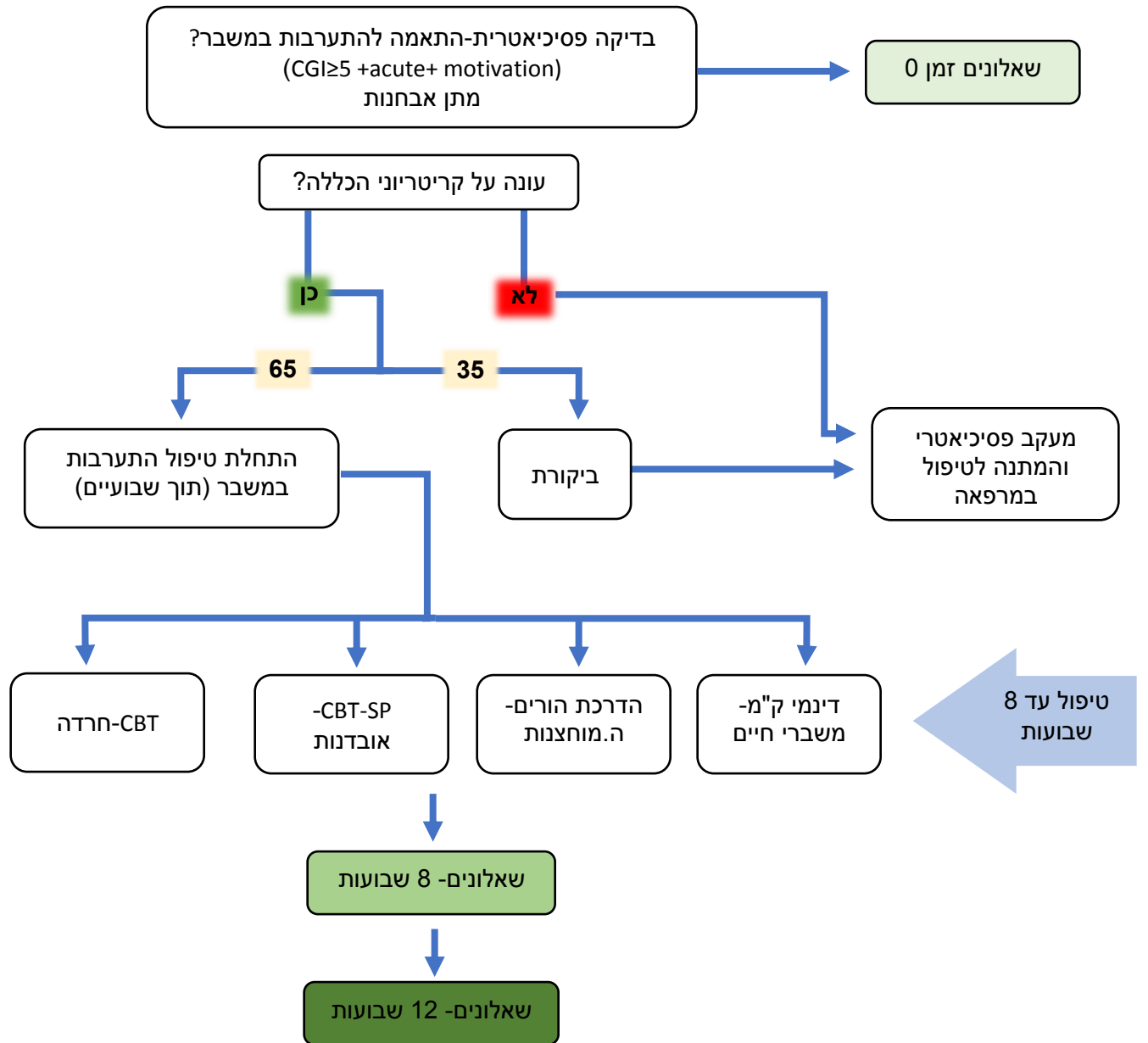
המחקר אשר יתנהל בשתי מרפאות השונות באופיין, יעריך האם המודל החדשני שמוצע יעיל בקיצור ההמתנה לטיפול לסובלים מבעיות חריפות ודחופות, ויעיל בשיפור התסמינים ותחושות המסוגלות ההורית של הפונים לאור משך ההתערבות הקצרה. כמו כן שיתוף הפעולה בין שני המרכזים יאפשר הערכה של מידת ההיתכנות של הטמעת מודל זה במרכזים נוספים.

העבודה המוצעת חדשנית שכן למיטב ידיעתנו בספרות המקצועית אין פרסומים על התערבות במשבר במרפאות פסיכיאטריות לילדים ונוער. ההתערבויות הממוקדות בספרות הן ממוקדות להפרעות ספציפיות כגון אובדנות, דיכאון והפרעות חרדה.

### **הצורך בתקציב**

יש צורך בתקציב של 25,000 ₪ לעוזר מחקר שיעזור בביצוע המחקר בשני המרכזים.

תרשים מס' 1: מהלך המחקר



## Reference

- .1 Kendall PC, H.K., *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual*. 3rd ed. 2006: Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- .2 Brent DA, P.K., Goldstein TR, *Treating Depressed and Suicidal Adolescents: A Clinician's Guide*. 1st ed. ed. 2011 :The Guilford Press. 276.
- .3 Weinblatt, U. and H. Omer, *Nonviolent resistance: a treatment for parents of children with acute behavior problems*. J Marital Fam Ther, 2008. **34**(1): p. 75-92.
- .4 לבוב, א., ההורה כמגדלור-שיטת איכה להורות מיטיבה. 2017: מודן הוצאה לאור.
- .5 Mann, J., *Time-Limited Psychotherapy*. 1973: Harvard University Press.
- .6 Guy, W., *Clinical Global Impression*. 1976, National Institute of Mental Health: Rockville, MD.
- .7 Kovacs, M., *The Children's Depression, Inventory (CDI)*. Psychopharmacol Bull, 1985. **21**(4): p. 995-8.
- .8 Green, B., et al., *The Children's Global Assessment Scale in clinical practice: an empirical evaluation*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994. **33**(8): p. 1158-64.
- .9 Spielberger, C., *Manual for the state-trait anxiety inventory for children*. 1973: Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- .10 Posner, K., et al., *The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults*. Am J Psychiatry, 2011. **168**(12): p. 1266-77.
- .11 Cohen-Yeshurun, H., *The relationship between parental helplessness, parental blanking and discipline styles*. 2001, Tel-Aviv.