

מנטליזציה של מטפלים בילדים ממקצועות הבריאות

כלפי הילדים המטופלים והוריהם

אורנה זוהר

חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"

מונוגרפיה

אוניברסיטת חיפה

הפקולטה למדעי החברה

התוכנית הבינתחומית בהתפתחות הילד

בית הספר למדעי הפסיכולוגיה

אוגוסט, 2024

מנטליזציה של מטפלים בילדים ממקצועות הבריאות

כלפי הילדים המטופלים והוריהם

מאת: אורנה זוהר

בהנחיית: פרופסור אפרת שר-צנזור

חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"

מונוגרפיה

אוניברסיטת חיפה

הפקולטה למדעי החברה

בית הספר למדעי הפסיכולוגיה

התוכנית הבינתחומית בהתפתחות הילד

אוגוסט, 2024

מאושר על ידי אפרת שר-צנזור _____
תאריך 20/3/24 _____

(מנחת העבודה)

מאושר על ידי אפרת שר-צנזור _____
תאריך 20/3/24 _____

(יו"ר הועדה ללימודי תואר שלישי)

דף הכרת תודה

"נפלא האדם. שחצב ממבוכך רגשות סלמות של קולות, ומהרהורי לב סתומים חרז צלילים.
שהקניע את המיית הלב ושקלו, קבש את נעגועיו ורתקם לקצב, ומן הסתום שבו, מדכיי מעמקיו
בנה היכל מזמר" (זלדה).

עם הציטוט המופלא הזה של זלדה אני מסתובבת כבר הרבה זמן. נכון, זלדה מדברת על
מוזיקה ואילו אצלי זו עבודת דוקטורט, ובכל זאת הרגשתי שגם בעבודה זו חצבנו במבוכ של
רגשות, ובעזרת סולמות (קידוד) ניסינו להתחקות אחר הסתום, אחר הרהורי הלב והמעמקים.
את כתיבת הכרת התודה דחיתי לרגע האחרון, מתוך תקווה שאכתוב אותה בשלווה,
כשערת המלחמה מאחורי, והחטופים כבר כאן. אך לצערי לא כך הדברים. לאחר ה 7.10
התקשיתי להבין איך אוכל להתרכז בכתיבת הדוקטורט בשנה כל כך קשה ובמציאות בלתי
נתפסת. היה נראה לי שהכל תפל למתרחש סביבי, ויחד עם זאת הכתיבה ואפילו הסטטיסטיקה
סייעו לי קצת להתנתק, לרכז מחשבות במשהו אחר, והיוו עבורי בסופו של דבר עוגן חשוב להיאחז
בו.

למחקר זה היו שותפים רבים שכל אחד תרם לו צלילים ותווים: ראשית, תודה ענקית למנחה שלי
פרופסור אפרת שר-צנזור על היכרות כבר למעלה מעשור ועל תמיכה, ליווי ופירגון לקורס, למחקר
ולמעשה לכל הפרויקטים שלי. תודה על הנחיה מדויקת ומארגנת, על העידודים, התיקונים,
ההקשבה והאמון. תודה על שעזרת לי לחצוב מבוכים ולחרוז צלילים.

תודה לכל האנשים מהסגל האקדמי שהשקיעו מזמנם היקר ובלעדיהם לא היה מתרחש
כל זה. תודה לפרופ' נינה קורן-קריא ולד"ר סמדר דולב מן הועדה המלווה שקראו את הצעת
הדוקטורט ועזרו לי לדייק ולחדד. תודה לוועדת שיפוט הדוקטורט לד"ר נורית גור-יעיש ולד"ר
שני אופנהיים-ולר שקראו את העבודה בתשומת לב והעירו הערות מאירות. תודה לפרופסור דויד
אופנהיים על התמיכה במחקר וארגון החברותא בפורום דוקטורנטים. לפרופסור תרצה יואלס על
החזון שהיא מביאה יחד עימה. תודה לקרן לסקי על תמיכתם במחקר – תודה לכולכם על
שעזרתם לי להכניע את המיות הלב והמחשבות המפוזרות שלי ולהפכם ליצירה מאורגנת ושקולה.
תודה ענקית ליהודית אילתה חברתי ושותפתי להקמת "מתבוננים בקשר" ובניית הקורס,
על עשייה משותפת של שנים ועל כך שנושא המחקר הוא למעשה רעיון שלה. לגיטתי / חברתי יונה
רוט-זוהר שהצטרפה אלינו לקורס וכבר שנים חולקת עמנו את הידע והניסיון שלה. תודה לעידית
מנטין שהצטרפה אלי למחקר באיסוף וניתוח נתונים, על השותפות המדהימה, על שעות של

שיחות, ברגעי ייאוש וצחוק. תודה על ה"ביחד" הנהדר שיצרנו ושהציל אותי מבדידות הדוקטורט. תודה גם לשי בן צבי-זלץ, ולעוזרות המחקר (מיכל באלוגלה, טל בכר, נוי פרונט) שעזרו באיסוף הראיונות. כולכם יחד עזרתם לי ב"ריתוק" הנתונים האינסופיים ועמידה בקצב.

בכל המסע הזה קבלתי תמיכה כל כך גדולה מבני משפחתי האהובים: מאבי מורי ואמי מורתי, על כך שהורישו לי את אהבת הלימוד ואת השקידה. מחמותי שהעניקה לי הקשבה והכרת הטוב. מילדיי גל, עידו, נעמה וטל, נכון שאתם כבר בוגרים, אך עדיין תודה על האהבה וההבנה לראות את אמא "תקועה" במחשב על חשבון תשומת לב וארוחות. מעלמא נכדתי המתוקה על כך שאימצתי את תאריך הלידה המשוער שלה וקבעתי לי את אותו כדד-ליין להגשת העבודה על מנת להתפנות גם לסבתאות. ולך מוקי האיש שלי, תודה ואהבה אין קץ על אהבתך, תמיכתך והאמון המלא שלך בי שהעניקו לי פניות פיזית ורגשית לכתיבת עבודה זו.

ואחרונים חביבים המשתתפים במחקר – תודה לקולגות שלי ממקצועות הבריאות: לבוגרי הקורס שרובם לקחו חלק במחקר זה, ולמתנדבים שהשתתפו בקבוצת הבקורת, על שאפשרתם לנו לגעת ברגשות ובהרהורים שלכם. תודה שפתחתם צוהר לעולמכם הפנימי. אני מקווה כי מחקר זה יוסיף להבנה של חשיבות התמיכה במקצועות הבריאות בתחום התפתחות הילד, ויאיר את עבודתכם החשובה והייחודית. באחת מהרצאותיו לסטודנטים לפסיכולוגיה ועבודה סוציאלית אמר ויניקוט: "כל אימת שהדבר אפשרי, התקדמו מההתנסויות שהיו לכם ומהדברים שעשיתם בעבר, לעבר התובנות שלימודי הפסיכולוגיה עשויים להקנות לכם; הכיוון ההפוך מהפסיכולוגיה אל הנסיון, חסר ערך לחלוטין". בוגרי התכנית להתפתחות הילד שאני חלק ממנה ובוגרי הקורסים שלנו - אתם מביאים איתכם לעבודה ניסיון רב ערך. הוסיפו לו גם ידע ותובנות מהעולם הפסיכולוגי ותהיו – "היכל מזמר".

מי ייתן ובקרוב יגיעו זמנים טובים ושקטים.

תוכן העניינים

<u>עמוד</u>	
VII	תקציר.....
XII	רשימת טבלאות.....
XIII	רשימת איורים.....
1	מבוא.....
2	הגדרה והתפתחות המושג מנטליזציה.....
3	מרכיבי המנטליזציה.....
3	במה מנטליזציה מוסיפה על מושגים דומים?.....
4	מנטליזציה הורית.....
6	הרחבת השימוש במושג המנטליזציה לתחום הפסיכותרפיה ומקצועות נוספים.....
7	חשיבות המנטליזציה בקרב מטפלים ממקצועות הבריאות המטפלים בילדים.....
10	דרכי הערכה של מנטליזציה הורית.....
14	מנטליזציה כתכונה או תלוית מערכת יחסים.....
15	מנטליזציה כלפי ילדים לעומת מבוגרים.....
16	מנטליזציה של ההורה כלפי כל אחד מילדיו.....
18	תוכניות הדרכה לשיפור מנטליזציה.....
23	הקשר בין מנטליזציה ושחיקה.....
24	המחקר הנוכחי והשערותיו.....
26	שיטה.....
26	משתתפים.....
27	הליך.....
27	כלים.....
27	קורס היבטים רגשיים בטיפולים התפתחותיים למקצועות הבריאות.....
29	שאלון להערכת הפונקציה הרפלקטיבית של המטפלים.....
30	דוגמית דיבור בת חמש דקות להערכת המנטליזציה של המטפלים.....
32	שאלון פרטים התפתחותיים אודות הילדים שנבחרו לדוגמיות הדיבור.....
33	שאלון שחיקה.....
33	שאלון דמוגרפי.....

34	.....תוצאות
34	..... ניתוחים סטטיסטיים במבט על
34	..... סטטיסטיקה תיאורית וניתוחים מקדמיים
34	..... סטטיסטיקה תיאורית של משתני הרקע במדגם הכללי
35	..... סטטיסטיקה תיאורית של משתני הרקע בתת המדגם שרואיין
37	..... השוואה של משתני הרקע בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת
37	..... נתונים דמוגרפיים של הילדים וההורים שעמדו במוקד הראיונות עם המטפלים
39	..... נתונים אודות הקשיים ההתפתחותיים של הילדים שנבחרו לראיונות
	..... השוואת משתני המחקר בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת בנקודת הזמן
41	..... הראשונה
42	..... קשר בין משתני הרקע למשתני המחקר בנקודת הזמן הראשונה
42	..... קשרים בין מדדי המנטליזציה השונים
44	..... בחינת השערות המחקר
	..... השערה מספר 1 - רמת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות כלפי
	..... הילדים שבטיפולם תהיה גבוהה יותר מאשר זו שהם יבטאו כלפי הורי הילדים, היות
44	..... ובעבודתם הם ממוקדים יותר בילדים ומכירים אותם טוב יותר
	..... השערה מספר 2 - רמת המנטליזציה של מטפלים כלפי ילדים (והוריהם) שנתפסים
	..... על ידם כ"קלים" לטיפול, תהיה שונה מרמת המנטליזציה שלהם כלפי ילדים
45	..... (והוריהם) הנתפסים על ידם כ"קשים" לטיפול
	..... השערה מספר 3 - רמת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות תשתפר
	..... בעקבות השתלמות בת 40 שעות בתחום ההיבטים הרגשיים, הכוללת תרגול של
45	..... מנטליזציה בהשוואה לרמת המנטליזציה שלהם לפני ההשתלמות
	..... השערה מספר 4 - ככל שרמת המנטליזציה של המטפלים תהיה גבוהה יותר, הם
48	..... ידווחו על רמות שחיקה נמוכות יחסית
51	..... דיון
	..... המנטליזציה של מטפלים כלפי הילדים שבטיפולם תהיה גבוהה יותר מאשר זו שהם
51	..... יבטאו כלפי הוריהם
	..... רמת המנטליזציה כלפי ילדים והוריהם שנתפסים על ידי המטפלים כ"קלים", תהיה
52	..... שונה מרמת המנטליזציה שלהם כלפי ילדים והוריהם הנתפסים על ידם כ"קשים".....

55	האם ניתן לשפר את רמת המנטליזציה של מטפלים בעזרת השתלמות הכוללת תרגול של מנטליזציה.....
57	ככל שרמת המנטליזציה של המטפלים תהיה גבוהה יותר, הם ידווחו על רמות שחיקה נמוכות.....
58	כלי המחקר והתאמתם למקצועות הבריאות.....
63	חוזקות ומגבלות המחקר ותרומתו המדעית והיישומית.....
66	רשימה ביבליוגרפית
81	נספחים
81	נספח מספר 1 אישור ועדת האתיקה.....
82	נספח מספר 2 סילבוס קורס היבטים רגשיים בטיפול התפתחותיים.....
83	נספח מספר 3 שאלון להערכת הפונקציה הרפלקטיבית של המטפלים כלפי הילדים המטופלים.....
84	נספח מספר 4 שאלון להערכת הפונקציה הרפלקטיבית של המטפלים כלפי ההורים.....
85	נספח מספר 5 שאלון שחיקה.....
86	נספח מספר 6 שאלון פרטים התפתחותיים אודות הילדים שנבחרו לדוגמיות הדיבור....

VII

מנטליזציה של מטפלים בילדים ממקצועות הבריאות

כלפי הילדים המטופלים והוריהם

אורנה זוהר

תקציר

מנטליזציה מוגדרת כניסיון להבין ולפרש התנהגות הן של עצמי והן של האחר במונחים של עולם פנימי ומצבים תודעתיים כגון: רגשות, כוונות ומוטיבציה, ובכך להעניק להתנהגות משמעות ומוכּוּנוּת (Fonagy et al., 1991). גוף ידע רחב תומך בקיומם של קשרים בין מנטליזציה הורית לבין התקשרות בטוחה ויכולות ויסות רגשי טובות יותר של הילד, אולם הידע על מנטליזציה של אנשי מקצוע הוא מועט. בשנים האחרונות גוברת המגמה לעודד את עובדי מקצועות הבריאות שמטפלים בילדים לטיפולים מבוססי קשר. הם מכוונים ליצירת קשר טיפולי חיובי ואוהד עם הילדים המטופלים ועם הוריהם, לגיוס ההורים והילדים לשיתוף פעולה ולתמיכה בקשר הורה-ילד. הוצע כי משימה זו דורשת מהמטפלים לבטא מנטליזציה ביחס לשלושת המשתתפים במפגש הטיפולי: הילד, ההורה והמטפל עצמו. מספר מאמרי עמדה תומכים ברעיון זה, אך המחקר האמפירי בנושא מצומצם מאד. לפיכך, מחקר זה התמקד במנטליזציה של מטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות, שלא קבלו הכשרה פסיכוסוציאלית במסגרת לימודי הבסיס שלהם (קרי: מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים וקלינאי תקשורת), ובחן את המנטליזציה של המטפלים כלפי ילדים מטופלים והוריהם.

המחקר נועד לסייע לשפוך אור על שלוש סוגיות בהקשר של מטפלים ממקצועות הבריאות: ראשית, האם מנטליזציה הינה תכונה קבועה או בעלת מנעד בהתאם למערכת היחסים והסיטואציה, ובהקשר של מטפלים ממקצועות הבריאות, האם היא שונה ביחס למטופלים שונים וביחס לילדים מטופלים לעומת הוריהם. מחקרים ספורים שאינם בהקשר של מטפלים ומטופלים הראו כי ככל שמערכת היחסים קרובה יותר, כך האדם מבטא יכולת מנטליזציה גבוהה יותר כלפי השותף למערכת היחסים. כמו כן, מחקרים בודדים שהשוו את רמת המנטליזציה של הורה כלפי שניים מילדיו, הראו ממצאים לא עקביים. חלקם לא מצאו הבדלים ברמת המנטליזציה כלפי הילדים, בחלקם נמצאו הבדלים כאשר אחד מהילדים נמצא על הרצף האוטיסטי, אך כיוון ההבדל היה לא עקבי. במחקר אחד נמצא כי ההורה ביטא מנטליזציה גבוהה יותר כלפי הילד על הרצף האוטיסטי מאשר כלפי אחיו בעל ההתפתחות הטיפוסית, ובמחקר השני הממצא היה הפוך.

לפיכך, יש צורך להמשיך ולחקור את הנושא. שאלת המחקר השנייה הייתה האם מנטליזציה היא דינמית, והאם ניתן לשפרה בעזרת טיפול, למידה והדרכה. מחקרים רבים הראו כי תוכניות התערבות להורים שיפרו את יכולת המנטליזציה שלהם, אך שאלה זו זכתה לתמיכה מחקרית מצומצמת בהקשר של הדרכה לאנשי טיפול. לפיכך, המחקר בחן האם השתלמות קצרה יכולה לשפר את המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות. הסוגייה השלישית הייתה האם וכיצד רמת המנטליזציה של מטפלים קשורה לשחיקה בעבודה. זאת לנוכח דיווחים ראשוניים שהראו כי הכשרה בתחום המנטליזציה למקצועות הבריאות קשורה להפחתת שחיקה. לבסוף, למיטב ידיעתנו, אין כלי הערכה המיועדים לבדיקת מנטליזציה של מטפלים. לפיכך, במסגרת המחקר נבחנו המאפיינים הפסיכומטריים של שני כלים להערכת מנטליזציה, שאלון ודוגמית דיבור, אשר הותאמו מההקשר של מנטליזציה של ההורה לגבי ילדו להקשר של מטפלים ממקצועות הבריאות. בהתאם למטרות אלו, ארבע השערות נבחנו במסגרת המחקר הנוכחי: (1) המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות תימצא גבוהה יותר כלפי הילדים המטופלים מאשר כלפי הורי הילדים, היות והמטפלים ממוקדים יותר בילד, ומכירים אותו טוב יותר. (2) ימצא הבדל בין רמת המנטליזציה של המטפלים כלפי ילדים שנתפסים על ידם כ"קלים" לטיפול לבין רמת המנטליזציה שלהם כלפי ילדים הנתפסים על ידם כ"קשים" לטיפול. לאור ממצאים מנוגדים בספרות, לא שיערנו את כיוון ההבדל. כלומר לא שיערנו מראש האם המנטליזציה תהיה גבוהה יותר כלפי ילדים "קלים" או דווקא כלפי ילדים "קשים", והאם הממצא יהיה דומה לגבי הורי הילדים. (3) המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות תשתפר בעקבות קורס של 40 שעות, המתמקד בהיבטים רגשיים ותהליכי מנטליזציה. לבסוף, (4) ככל שרמת המנטליזציה של המטפלים תהיה גבוהה יותר, כך הם ידווחו על פחות שחיקה.

המחקר היה בעל מערך אורכי קצר מועד, וכלל קבוצת מחקר וקבוצת ביקורת. קבוצת המחקר מנתה 136 מטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות, אשר השתתפו בקורסי היבטים רגשיים, בין יולי 2018 ועד פברואר 2022. קבוצת הביקורת מנתה 80 מטפלים ממקצועות הבריאות שלא השתתפו בקורס ולא קיבלו הכשרה רגשית אחרת. המידע מקבוצת הביקורת נאסף בין נובמבר 2022 לפברואר 2023. המחקר עירב שתי נקודות זמן: בתחילת הקורס ובסיומו. עבור קבוצת הביקורת נקודות הזמן היו בהפרש זמן דומה של כחודשיים. כל המשתתפים מילאו שאלוני Parental Reflective Functioning Questionnaire (Luyten et al., 2017) שהותאמו למטפלים. המשתתפים מילאו שאלונים אלו פעמיים: כלפי הילדים המטופלים וכלפי ההורים שלהם, והם מילאו בשתי נקודות הזמן. שאלונים אלו לבדיקת הרפלקטיביות של המטפל קודדו

בעזרת שלושת סולמות הרפלקטיביות המקובלים : סולם הוודאות במצבים מנטליים, סולם העניין והסקרנות במצבים מנטליים, וסולם המצבים הפרה-מנטליים.

המחקר כלל גם תת מדגם מקבוצת המחקר ומקבוצת הביקורת, אשר התנדב להשתתף בראיונות בנוסף לשאלונים. בתת מדגם זה לקחו חלק 54 מטפלים מקבוצת המחקר ו- 24 מטפלים מקבוצת הביקורת. המשתתפים בתת המדגם רואיינו בשתי נקודות הזמן בעזרת פרוצדורת The Reflective Functioning Five-Minute Speech Sample (RF-FMSS; Adkins & Fonagy, 2015). מכל משתתף נאספו בכל נקודת זמן ארבע דוגמיות דיבור של RF-FMSS: האחת לגבי ילד שהמטפל הגדיר אותו "קל", השנייה לגבי ההורה של ילד זה, השלישית לגבי ילד שהמטפל הגדיר אותו כ"קשה", והרביעית לגבי ההורה של אותו ילד. סך הכל במחקר נותחו 584 תעתיקים (287 תעתיקי ילדים ו-297 תעתיקי הורים). דוגמיות הדיבור תומללו, ולאחר מכן קודדו בעזרת סולם המודעות לעולם הפנימי (Sher-Censor & Yates, 2012), שהתבסס על סולם התובנה מתוך המניואל של הפרוצדורה להערכת תובנה הורית (Insightfulness Assessment; Koren-Karie & Oppenheim, 2004). המקודדות היו עיוורות לכל מידע אחר של המשתתפים. בנוסף, המשתתפים מילאו שאלון פרטים התפתחותיים אודות הילדים שנבחרו לדוגמיות הדיבור. שאלון זה נועד לשמש בקרה על הגורמים אשר השפיעו על הגדרת המטפלים את הילדים כ"קלים" או כ"קשים", ובפרט לבחון האם בחירה זו הייתה קשורה למאפיינים של הילדים, כגון סוג האבחנה וחומרתה. כמו כן, כל המשתתפים במחקר מילאו בנקודת הזמן הראשונה שאלון שחיקה מקצועית ושאלון דמוגרפי.

תוצאות המחקר אוששו באופן חלקי: (1) מבחן MANOVA עם מדידות חוזרות הראה כי המטפלים דיווחו בשאלונים כי הם מגלים סקרנות ועניין במצבים מנטליים גבוהים יותר כלפי הילדים מאשר כלפי ההורים. יחד עם זאת, מבחן MANOVA עם מדידות חוזרות לא הצביע על הבדלים בציוני המודעות לעולם הפנימי שהמטפלים קיבלו בראיונות לגבי ילדים בהשוואה לציוניהם בראיונות לגבי הורי הילדים. (2) מבחן MANOVA עם מדידות חוזרות הראה כי המטפלים ביטאו בראיונות רמות נמוכות יחסית של מודעות לעולם הפנימי כלפי ילדים "קשים" והוריהם לעומת רמות המודעות לעולם הפנימי כלפי ילדים "קלים" והוריהם. ניתוח המשך הציע כי הבדל זה לא נבע מקושי של המטפלים לגלות מודעות לעולם הפנימי ביחס להתנהגות שלהם עצמם אלא בקושי לגלות מודעות לעולמם הפנימי של הילדים ה"קשים". (3) מבחן MANOVA מדידות חוזרות שבדק את רמות המודעות לעולם הפנימי של המשתתפים בשתי נקודות זמן (לפני ואחרי הקורס) מצא אפקט אינטראקציה מובהק. רק בקבוצת המחקר, אשר השתתפה בקורס, ולא בקבוצת הביקורת, היה שינוי לטובה לאורך זמן במודעות לעולם הפנימי כלפי ההורים

לילדים ה"קשים". עם זאת, לא נמצאו הבדלים בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת ברמת המודעות לעולם הפנימי לפני ואחרי הקורס ביחס לילדים ה"קשים" וכן ביחס לילדים ה"קלים" והוריהם. (4) לא נמצא מתאם מובהק בין ציוני המטפלים בסולם המודעות לעולם הפנימי בראיונות לבין דיווח המטפלים על שחיקה. עם זאת, נמצאו מתאמים מובהקים בין דיווחי המטפלים בשאלוני הרפלקטיביות אודות עניין וסקרנות במצבים מנטליים לבין דיווחיהם אודות שחיקה. ככל שהמטפלים דיווחו בשאלונים על רמה נמוכה של עניין וסקרנות במצבים מנטליים כלפי הילדים וכלפי ההורים, כך הם דיווחו על יותר שחיקה. ניתוחים מקדמיים הציעו כי הוותק של המטפלים היה קשור לרמת הרפלקטיביות וכן למידת השחיקה. על כן ערכנו ניתוח גרסיה היררכית לבדיקת הקשר בין רמת רפלקטיביות בשאלונים לבין שחיקה תוך שליטה בותק. ניתוח הרגרסיה הראה כי דיווח המטפלים על פחות עניין וסקרנות במצבים מנטליים כלפי ילדים והורים היה קשור לשחיקה גבוהה מעל ומעבר לוותק.

מחקר זה תרם להבנתנו התאורטית והאמפירית את מושג המנטליזציה. ראשית, המחקר חיזק את ההמשגה התאורטית כי מנטליזציה היא תכונה יציבה אך גם תלויה הקשר. ממצאי המחקר הראו כי מטפלים הפגינו אמנם רמות דומות של מנטליזציה כלפי ילדים וכלפי הורים, אולם הם התקשו לשמור על רמות מנטליזציה גבוהות ביחס לילדים שנתפסים בעיניהם כ"קשים", וביחס להורים של ילדים אלו בהשוואה לרמות המנטליזציה שהראו כאשר רואיינו לגבי ילדים שנתפסו על ידם כ"קלים" והוריהם. בנוסף, המחקר הראה כי ניתן לקדם את יכולת המנטליזציה בעזרת השתלמות מקצועית הממוקדת בהיבטים רגשיים. לבסוף, מחקר זה היה בין הראשונים שהתמקדו במנטליזציה של מטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות. לפיכך, הותאמו במסגרתו שני כלי מדידה, שאלון וראיון, להערכת רמת המנטליזציה, אשר פותחו במקור על מנת להעריך מנטליזציה של הורים. המחקר נתן תוקף ראשוני לשימוש בכלים אלה לצורך בחינת רמת המנטליזציה של מטפלים התפתחותיים.

למחקר תרומה גם לעבודה הקלינית. ממצאיו תומכים בחשיבות של הדרכות הניתנות לאנשי מקצועות הבריאות המטפלים בילדים, שאינם בעלי הכשרה פסיכוסוציאלית בסיסית. המחקר מציע כי חשוב לעודד במסגרת ההדרכות את היכולת למנטליזציה כלפי כל המשתתפים במפגש הטיפולי, כלומר הן כלפי הילדים המטופלים, הן כלפי הוריהם של הילדים והן כלפי המטפלים עצמם. המחקר מציע בנוסף כי חשוב שהדרכות אלו יתמקדו בילדים והורים אשר נתפסים על ידי המטפלים כמאתגרים, שכן נראה שהמטפלים מתקשים לשמור על רמות גבוהות של מנטליזציה אל מול ילדים והורים אלו. לבסוף, המחקר מציע כי יש להפנות משאבים במיוחד כלפי מטפלים צעירים המראים עניין מופחת במצבים מנטליים וסימני שחיקה. לסיכום, המחקר

מפנה זרקור להיבט הרגשי הקיים בטיפול בילדים והוריהם על ידי מקצועות הבריאות, על אף שאינם מהתחום הפסיכוסוציאלי, ומדגים כי מנטליזציה ועיסוק בתחומים רגשיים הם חלק בלתי נפרד מעבודת המטפלים.

רשימת טבלאות

עמוד

21	טבלה מספר 1 - מחקרי התערבות לשיפור מנטליזציה של מטפלים.....
30	טבלה מספר 2 - ערכי אלפא קרונבך של שאלוני הרפלקטיביות.....
34	טבלה מספר 3 - נתונים דמוגרפיים רציפים של המשתתפים.....
35	טבלה מספר 4 - נתונים דמוגרפיים קטגוריאליים של המשתתפים.....
36	טבלה מספר 5 - נתונים דמוגרפיים רציפים של המשתתפים שרואיינו.....
36	טבלה מספר 6 - נתונים דמוגרפיים קטגוריאליים של המשתתפים שרואיינו.....
37	טבלה מספר 7 - נתונים אודות מגדר הילדים וההורים שנבחרו לראיונות.....
38	טבלה מספר 8 - התפלגות האבחנות של הילדים שנבחרו לראיונות.....
40	טבלה מספר 9 - משתני המחקר בנקודת הזמן הראשונה.....
41	טבלה מספר 10 - מובהקות מבחני t לבדיקת ההבדל בין קבוצת המחקר וקבוצת הביקורת במשתני המחקר.....
43	טבלה מספר 11 - מתאמים בין גיל, ותק ומשתני המחקר (רפלקטיביות, מודעות לעולם הפנימי ושחיקה).....
47	טבלה מספר 12 - משתני המחקר בנקודת הזמן השנייה.....
49	טבלה מספר 13 - ניתוח רגרסיה היררכית של שחיקת המטפלים 1.....
50	טבלה מספר 14 - ניתוח רגרסיה היררכית של שחיקת המטפלים 2.....

רשימת איורים

עמוד

48

איור מספר 1 - שינוי במודעות לעולם הפנימי כלפי ההורים לילדים ה"קשים" בין שתי
נקודות הזמן.....

מבוא

בשנים האחרונות גוברת המגמה לעודד את מקצועות הבריאות לטיפולים מבוססי קשר, בהם ניתן דגש על מערכות היחסים ויצירת אוירה תומכת בקשר מטפל - הורה- ילד, על מנת לקדם את התפתחות הילדים שבטיפולם. הוצע כי בבסיס של קשר רגשי מיטבי עומדת היכולת למנטליזציה, כלומר, היכולת להבין ולפרש התנהגות הן של העצמי והן של האחר במונחים של עולם פנימי ומצבים תודעתיים, כגון: רגשות, כוונות ומוטיבציה, ובכך להעניק להתנהגות משמעות ומובנות (Fonagy et al., 1991; Slead et al., 2020). על מנת להשיג טיפול מבוסס קשר נדרשים המטפלים למשימה מורכבת בה עליהם לבטא מנטליזציה ביחס לשלושת המשתתפים במפגש הטיפולי: הילד, ההורה והמטפל עצמו (Shea et al., 2020). מושג המנטליזציה נחקר בהרחבה בהקשר של קשר הורה-ילד (למשל: Fonagy & Target, 2005), וישנה התייחסות מצומצמת למנטליזציה בהקשר של מטפלים רגשיים (Cologon et al., 2017; Reading et al., 2019). אך למיטב ידיעתי, אין כמעט מחקר שבדק את יכולת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות, שאינם בעלי הכשרה פסיכוסוציאלית.

מחקר זה התמקד לפיכך בבחינת יכולת המנטליזציה של מטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות, שאינם מהתחום הרגשי (קרי: פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת). ובדק את המנטליזציה של המטפלים כלפי הילדים וההורים שבטיפולם. במחקר בחנו האם יכולת המנטליזציה היא תכונה כללית של המטפלים, או שישנם הבדלים במנטליזציה שלהם בהקשרים שונים, קרי כלפי ילדים שונים וכלפי הורים שונים בטיפולם. כמו כן, בדקנו האם השתלמות קצרה למטפלים אלו סייעה בשיפור רמת המנטליזציה. לבסוף, בחנו האם רמת המנטליזציה קשורה לרמת השחיקה של המטפלים. לממצאי המחקר פוטנציאל לתרום להמשגה התאורטית ביחס לשאלה האם מנטליזציה הינה תכונה או תלויה מערכת יחסים דיאדית ספציפית. תרומה נוספת היא הוספת ידע אודות מנטליזציה של מטפלים בילדים, והמידה בה ניתן במסגרת של השתלמות מקצועית לשפר את רמתה. לבסוף, המחקר סייע בתיקוף כלי מדידה שונים להערכת מנטליזציה אצל מטפלים. ידע והבנה אלו יוכלו לעזור בהכנת תוכניות הכשרה והתערבות מתאימות עבור מטפלים והערכתן במחקרים עתידיים.

סקירת הספרות שלהלן כוללת שני פרקים. הפרק הראשון יעסוק בתחילתו בהסבר כללי אודות המונח מנטליזציה. הסבר זה יכלול המשגה תאורטית, הסבר על מרכיבי מושג המנטליזציה ובמה היא שונה ממונחים ומושגים קודמים. כמו כן, יסקרו מחקרים קודמים על מנטליזציה. היות והמחקר עסק במטפלים העובדים עם ילדים, המשך הסקירה יתמקד במנטליזציה הורית

והשפעתה על התפתחותם של ילדים. במחקר זה הותאמו כלי המחקר מתוך חלק מן הכלים המקובלים לבחינת מנטליזציה בהקשר של הורה-ילד. לאור זאת, יסקרו דרכי מדידה שונות להערכת מנטליזציה הורית, תוך הסבר באילו מהדרכים נעזרנו במחקרנו. בפרק השני אתייחס לגוף הידע העוסק במנטליזציה של אנשי מקצוע. לבסוף יתואר המחקר עצמו.

הגדרה והתפתחות המושג מנטליזציה

מנטליזציה מוגדרת כניסיון להבין ולפרש התנהגות הן של העצמי והן של האחר במונחים של עולם פנימי ומצבים תודעתיים, כגון: רגשות, כוונות ומוטיבציה, ובכך להעניק להתנהגות משמעות ומובנות (Sleed et al., 2020). מנטליזציה הומשה לראשונה על יד פונגי ושותפיו (Fonagy et al., 1991) במסגרת מחקרי התקשרות, אשר עסקו בקשר בין התקשרות ההורה לבין דפוס ההתקשרות של ילדו. המחקרים הללו הראו כי ישנו קשר בין מצב התודעה ביחס לחוויות התקשרות של ההורה, אשר נבדק באמצעות ראיון התקשרות למבוגרים Adult Attachment Interview AAI אותו פיתחה מארי מיי (George et al., 1996), לבין דפוס ההתקשרות של ילדו בגיל שנה. פונגי וצוותו ניסו להתחקות אחר הסיבות להעברה הבין דורית של התקשרות, ופיתחו סולם נוסף לסולמות של מיי לניתוח ראיונות ההתקשרות למבוגרים. בעוד שהסולמות שמיי פיתחה עסקו בעיקר בקוהרנטיות של הראיונות, הרי שהסולם החדש התמקד במנטליזציה של ההורה והיה סולם מטא-קוגניטיבי אשר בדק את יכולת המרואיין לבטא את מחשבותיו על מחשבות ורגשות. הסולם בדק את יכולתו של ההורה לחשוב על חוויות הילדות שלו, לנסות להבין מערכות יחסים מוקדמות עם הוריו תוך התייחסות לעולמם הפנימי של ההורים ולהעניק משמעות להתנהגות הוריו כמו גם לעולמו הפנימי שלו עצמו (Fonagy et al., 1991). הורים שלהם מנטליזציה גבוהה יותר, היו מודעים למצבי התודעה שלהם עצמם, יכלו לבחון ולפרש את התנהגות הוריהם באמצעות מצבים תודעתיים, והראו הבנה לכך שמחשבות ורגשות הם דבר דינמי אשר משתנה ומתפתח עם הזמן. כמו כן, הורים בעלי מנטליזציה גבוהה הפגינו עניין ומודעות לדרך בה המראיין תופס את הנרטיב שלהם, יכולת המעידה על התייחסותם למצבי תודעה של אנשים נוספים בקשרים שונים (Fonagy et al., 1998). פונגי ושותפיו מצאו כי רמת המנטליזציה של ההורים ניבאה את דפוס ההתקשרות של ילדיהם מעל ומעבר למצב התודעה ביחס להתקשרות של ההורה, כפי שקודד בעזרת מערכת הקידוד של מארי מיי וכי ילדים להורים עם מנטליזציה גבוהה יותר הראו דפוס התקשרות בטוח (Fonagy et al., 1991).

מרכיבי המנטליזציה

למנטליזציה כמה מרכיבים, ביניהם עניין וסקרנות לגבי מצבים תודעתיים אצל האדם עצמו ואצל אחרים (כל הדוגמאות שלהלן מתוך [Fonagy et al., 1998]; "אני לא חושב שהרגשות שלי השתנו מאז, אבל עכשיו כשאני חושב על זה אני מניח... שלמעשה אף פעם לא חשבתי עליו בתקופה ההיא"), מודעות לכך שרגש ותחושות משפיעות על ההתנהגות של האדם עצמו ושל האחר (לדוגמא: "אני חושב שאמא שלי חשה קנאה בגלל יחסיי הקרובים עם אבי"), הבנה כי מצבים מנטליים הם עמומים ואין ודאות ביכולת שלנו לפרש את התנהגות האחר (לדוגמא: "אמא שלי נראתה תמיד בשליטה, אבל אני חושב שמתחת לזה היא חשה פעמים רבות כעס"), יכולת לבצע הפרדה בין המציאות הפנימית, דהיינו הרגשות אודות המציאות, לבין המציאות החיצונית עצמה (לדוגמא: "חשבתי כי אמא שלי חשה תרעומת רבה כלפינו, אבל אני לא בטוח שזה מה שהיא אכן הרגישה") והיכולת לראות דברים מנקודות מבט שונות (לדוגמא: "אנשים תמיד תפסו אותי כבטוח בעצמי, בעוד שאני הרגשתי מאד לא בטוח") (Fonagy et al., 2016, 1998). אם כן, רמת מנטליזציה גבוהה אינה היכולת לציין תחושות, רגשות ומחשבות אלא היכולת לחשוב על אותם רגשות ומחשבות. אחת ההגדרות שמיטיבה להסביר מרכיבים אלו היא "לראות את עצמי מבחוץ ואת האחר מבפנים" (Allen et al., 2008).

במה מנטליזציה מוסיפה על מושגים דומים?

מושג המנטליזציה נשען על מונחים ותיאוריות מתחום הפסיכואנליזה והפסיכותרפיה, כמו גם על מונחים מתחום הפסיכולוגיה הקוגניטיבית וההתפתחותית, כגון: אמפתיה, מיינדפולנס ותאוריית התודעה (Theory of Mind [ToM]; Baron-Cohen, 2000). יחד עם זאת, מנטליזציה נבדלת ממושגים אלו בכך שהיא מחד בת מדידה ומוגדרת יותר ממונחים מופשטים מתחום הפסיכואנליזה (Holmes, 2005), ומאידך היא מקיפה ורחבה יותר ממושגים שקדמו לה מתחום הפסיכולוגיה (Fonagy & Bateman, 2015). פונגי הגדיר מנטליזציה כ-"מושג מטרייה" הכולל ארבעה מישורים שונים (Luyten et al., 2020). רמה גבוהה של מנטליזציה תכלול את ארבעת המישורים השונים, ותנוע בתוך כל מישור בצורה מאוזנת.

המישור הראשון מתייחס הן לפעולה אוטומטית והן לפעולה בשליטה. מנטליזציה אוטומטית מערבת תהליך מהיר וקצר, לרוב גופני, הדורש מאמץ מועט יחסית. מנטליזציה מסוג זה מתלווה לרוב למצבים של מצוקה והיא מובילה לתגובה של עוררות (כגון במצבים בהם האדם מפרש כי אדם אחר עומד לתקוף אותו). לעומת זאת, מנטליזציה נשלטת היא תהליך מורכב, הדורש מאמץ ואשר כולל לרוב חשיבה, הקשבה, יכולת מילולית ויכולת התבוננות פנימית.

מנטליזציה נשלטת זו מאפשרת שיתוף פעולה והדדיות בין אנשים, ולרוב היא מובילה לרגיעה וויסות. המישור השני מתייחס למנטליזציה לגבי העצמי לעומת לגבי האחר. המישור השלישי מתייחס לרמזים חיצוניים ופנימיים. כאשר אדם מבצע מנטליזציה, הוא מתייחס הן לרמזים חיצוניים הנאמרים באופן מילולי (explicit) והן לרמזים פנימיים של תגובות לא מילוליות (implicit) שלו ושל האחר (כגון: שפת גוף, תחושות גופניות והבעות פנים). המישור הרביעי מתייחס למנטליזציה קוגניטיבית, כגון ליכולת להסביר התנהגות של האחר על בסיס האמונות שלו, לעומת מנטליזציה רגשית, כגון לחוש אמפתיה כלפי האחר. מושגים קודמים, כגון אמפתיה, תיאוריית התודעה ומיינדפולנס, נבדלים מהמושג מנטליזציה בכך שהם אינם מתייחסים לכל המישורים שצוינו. כך למשל, אמפתיה ותיאוריית התודעה (Baron-Cohen, 2000; Greenberg et al., 2001) עוסקות ביכולת של האדם להתייחס לעולם הפנימי של האחר בלבד, ואילו מיינדפולנס (Bishop et al., 2004) עוסק בהתייחסות של האדם לעולם הפנימי ולתודעה שלו עצמו. אמפתיה היא יכולת אוטומטית בעיקרה. הן אמפתיה והן מיינדפולנס הן יכולות רגשיות, בעוד שתיאוריית התודעה היא יכולת קוגניטיבית (Luyten et al., 2020).

מושג קרוב נוסף הוא הפונקציה הרפלקטיבית (Reflective Functioning) המוגדרת כמנגנון שדרכו האדם עושה מנטליזציה (Fonagy et al., 1991). מקובל כיום לראות במנטליזציה ובפונקציה הרפלקטיבית מושגים חופפים (Fonagy, 2000; Fonagy et al., 2016). למרות החפיפה בין שני מושגים אלו בעבודה זו התמקדנו במושג מנטליזציה, על מנת להקל על ההבחנה בין המנגנון של הפונקציה הרפלקטיבית לבין גישות הערכה שונות, אשר שמן כולל מונח זה.

מנטליזציה הורית

מקובל לראות במנטליזציה יכולת מולדת, בסיסית, ייחודית למין האנושי ובעלת חשיבות הישרדותית, המאפשרת לאדם להשתלב בחברה תוך שיתוף פעולה והדדיות (Luyten et al., 2020). יחד עם זאת, הוצע כי המנטליזציה מתפתחת בילדות מתוך מערכות היחסים של ילדים עם הוריהם, והיא מושפעת מרמת המנטליזציה ההורית (Fonagy & Allison, 2013). מנטליזציה הורית מוגדרת כיכולת והנכונות של ההורה להתייחס לילדיו כבעלי תודעה ועולם פנימי משלהם, אשר נפרדים מאלו של ההורה (Luyten et al., 2017; Slade, 2005). פונגי מנסח בהקשר זה פרפרזה על ביטוי הנודע של דקארט וכותב "ההורה שלי חושב עלי כחושב, ולכן אני קיים כאדם חושב". זהו אם כן תהליך שמתפתח בין שני סובייקטים, ההורה והילד, שבו ההורה מזהה מצבים תודעתיים של הילד (רגשות, רצונות) ומייצג אותם באמצעות מעשים, הבעות ומילים.

הורים עם מנטליזציה הורית גבוהה מתייחסים לילדיהם כנפרדים, משתדלים להבין ולהכיל את מצבם הנפשי של הילדים, ומודעים לעולמם הפנימי של הילדים, כאשר הם מהרהרים במשמעות שמאחורי התנהגותם. כך ההורים מסייעים לילדים מינקות לגלות את הקשר בין עולמם הפנימי, רגשותיהם ותחושותיהם לבין התנהגותם. התייחסות ההורים לעולמם הפנימי של הילדים מדגימה לילדים כי להתנהגות ישנה משמעות, מאפשרת להם לחקור את התודעה של הוריהם ובכך מסייעת לילדים ללמוד לחקור את התודעה שלהם עצמם, וכתוצאה מכך מקדמת התפתחות מנטליזציה אצל הילדים (Fonagy, 2000). הוצע כי יכולות מנטליזציה גבוהות של ילדים יוכלו לעזור להם בהמשך חייהם להתמודד עם מצבי דחק ומצוקה ובכך לתמוך בחוסן שלהם (Luyten et al., 2020).

לעומת זאת, רמה נמוכה של מנטליזציה הורית תבוא לידי ביטוי באחד משני אופנים:

חוסר במודעות, עניין והתייחסות לעולמם הפנימי של הילדים, או חוסר דיוק בפרשנות של המצבים התודעתיים של הילדים (Meins et al., 2012; Slade, 2005). הורים בעלי מנטליזציה הורית נמוכה יתייחסו בעיקר להתנהגות הנצפית ולמניעים פיזיולוגיים כגון עייפות, רעב וכאב להסבר של מצבי מצוקה אצל ילדיהם. כמו כן, הם יתקשו בהבנת הקשר בין ההתנהגות שלהם כהורים לבין התנהגות ילדיהם. כתוצאה מכך, התנהגותם של ההורים תהיה פחות רגישה כלפי הילדים והיא עלולה להוביל להתקשרות בלתי בטוחה, לקשיים בוויסות הרגשי (Zeegers et al., 2017) ולרמת מנטליזציה נמוכה אצל הילדים (Luyten et al., 2020).

מחקרים קודמים תומכים ברעיונות אלו, ומראים כי ככל שההורים בעלי מנטליזציה הורית גבוהה יותר, הם רגישים יותר כלפי ילדיהם (Kelly et al., 2005), ילדיהם יטו יותר לפתח כלפיהם התקשרות בטוחה (Oppenheim & Koren-Karie, 2002; Slade et al., 2020), יראו יכולות ויסות רגשי טובות יותר (Fonagy & Target, 2005; Marcu et al., 2016) ויכולות מנטליזציה גבוהות יותר (Camoirano, 2017). בנוסף, תוכניות התערבות שונות שמטרתן לשפר את המנטליזציה ההורית הראו השפעה חיובית על דפוס ההתקשרות של הילדים (Hoffman et al., 2020; Sealy & Glovinsky, 2016; Slade et al., 2015; Huber et al., 2006).

לצד החשיבות הרבה שיש למנטליזציה של ההורים על התפתחותם הרגשית של הילדים והתפתחות יכולות המנטליזציה שלהם, הוצע לאחרונה מודל מקיף יותר, אשר מכליל גם משפחה, חברים וסביבה קרובה כמשפיעים על התפתחותם הרגשית של הילדים, ובכלל זאת יכולת המנטליזציה שלהם (Luyten et al., 2020). מודל זה מחזק את הרציונל למחקר הנוכחי אשר התמקד במנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות המטפלים בילדים, ושאינם בעלי הכשרה פסיכוסוציאלית. רבים ממטפלים אלו, ובמיוחד אלו העובדים עם ילדים עם צרכים מיוחדים,

מהווים חלק מהסביבה הקרובה של הילדים לאורך זמן, ולפיכך יכולים לתרום להתפתחות מנטליזציה של הילדים, להסתגלותם הרגשית ולחוסן שלהם.

הרחבת השימוש במושג המנטליזציה לתחום הפסיכותרפיה ומקצועות נוספים

השימוש במושג מנטליזציה והמחקר אודותיו הורחב בשנים האחרונות למערכות יחסים שונות, ובכללן לקשר בין פסיכותרפיסטים לבין מטופלים. ניתן למצוא תהליכים מקבילים בין פסיכותרפיה לבין הורות (Farber & Metzger, 2009). פונגי עצמו כתב כי ניתן לעשות אנלוגיה ממנטליזציה של הורה כלפי ילדיו, ליכולת המנטליזציה של פסיכותרפיסט כלפי מטופליו. הוא מתאר זאת כיכולת של המטפלים להחזיק בתודעתם את התודעה של המטופלים (Fonagy & Target, 2005). פסיכותרפיסט נדרש למנטליזציה גבוהה הכוללת הבנה של מורכבות הגורמים המשפיעים על המוטיבציה וההתנהגות של המטופלים. ככזה, הוא יוכל ליצר מרחב בין-אישי בטוח ורפלקטיבי בינו לבין המטופלים, לאפשר שינוי וצמיחה ותוצאות טיפוליות טובות יותר. מספר מחקרים שנערכו לאחרונה אכן מצאו קשר בין רמת המנטליזציה של המטפלים לבין התוצאות הטיפוליות (Cologon et al., 2017; Reading et al., 2019). כמו כן, ככל שהמנטליזציה של הפסיכותרפיסטים הייתה גבוהה יותר, כך רווחתם הנפשית הייתה יותר גבוהה, וזו נמצאה כקשורה לתוצאות טיפוליות טובות יותר (Brugnera et al., 2021).

פסיכותרפיסטים המטפלים בילדים ומשפחותיהם נדרשים למשימה מורכבת יותר מזו של המטפלים במבוגרים, שכן עליהם להחזיק בתודעה שלהם, בו זמנית, מנטליזציה טריאדית עבור המשתתפים במפגש הטיפולי: הילד/ה, ההורה, והמטפל עצמו, כמו גם את הקשר בין ההורה והילד/ה (Weatherston & Browne, 2016). בנוסף, המפגש עם משפחות וילדים שנמצאים במצוקה, עלול לגרום לתחושות של לחץ ושחיקה בקרב המטפלים. שחיקה ולחץ מוגברים נמצאו כגורמים המפחיתים את היכולת למנטליזציה של פסיכותרפיסטים כלפי מטופלים (Maslach et al., 2001; Shahmoon-Shanok & Geller, 2009; Tomlin et al., 2016). פעמים רבות נתמכים מטפלים אלו בהדרכה רפלקטיבית אישית או קבוצתית, כחלק מובנה בתוך ההכשרה שלהם ובעבודתם. מטרת ההדרכות הללו הינה לחזק את הכישורים הרפלקטיביים של המטפלים, ולאפשר להם להחזיק עמדה רפלקטיבית כלפי כל הגורמים המעורבים בטיפול. מחקרים שבדקו את יעילותה של הדרכה רפלקטיבית שניתנה למטפלים בילדים ומשפחותיהם מהמקצועות הפסיכוסוציאליים מצאו כי בעקבות ההדרכה, המטפלים דיווחו על עליה בשליטה העצמית שלהם בתגובותיהם כלפי הילדים והמשפחה, בשיפור עבודת הצוות, בירידה בשחיקה ובעליה בשביעות הרצון מהעבודה (Frosch et al., 2018; Shea et al., 2020).

הבנת החשיבות והתרומה של מנטליזציה להצלחת הטיפול מורחבת בשנים האחרונות לא רק להקשר של פסיכותרפיסטים, אלא גם למקצועות שונים נוספים. כך למשל, מחקר מתחום הגריאטריה בדק מנטליזציה בקרב מטפלים סיעודיים כלפי הקשישים שהם מטפלים בהם (Cohen et al., 2022). המחקר מצא כי רמת המנטליזציה הייתה קשורה להתייחסות חיובית ואמפתיה כלפי הקשישים ולמידת החיבור של המטפלים הסיעודיים עם הקשישים. במחקר אחר מתחום החינוך מציינים סוון ועמיתיו במאמר עמדה את ההשפעה האפשרית שיש למנטליזציה של מורים, על חיזוק הקשר בין המורים לתלמידים, ומתוך כך יצירת אוירה חיובית יותר בכיתה שמאפשרת חקירה ולמידה. הכותבים מציינים כי יש עדיין מעט מחקרים בתחום המנטליזציה בקרב אנשי חינוך, וכי חשוב לחקור ולבדוק כיצד ניתן לפתח מנטליזציה אצל מורים (Swan & Riley, 2015). תמיכה ראשונית לכך מגיעה ממחקר אורך שנערך לאחרונה ועקב במשך 3 שנים אחרי קבוצה של גננות, עוזרות גננות ונשות מקצוע שערכו ביקורי בית במסגרת תוכניות לגיל הרך. המחקר הראה כי בקרב קבוצה של נשות מקצוע שהשתתפה בתוכנית התערבות בת 21 חודש, בנושאים הקשורים להתפתחות רגשית-חברתית, חלה עליה רבה יותר ביכולת הרפלקטיבית בהשוואה לקבוצת ביקורת (Spileberger et al., 2022). בדומה, גם בתחום של הדרכת סטודנטים לרפואה הוצע כי יש להיעזר בהדרכת מתמחים ברפואה בעקרונות של תיאוריית ההתקשרות. באופן ספציפי יותר יש לקדם בהדרכה את יכולות המנטליזציה של המתמחים, שכן אלו יסייעו להם להיות מודעים יותר הן לעצמם והן למטופלים שלהם, ויתרמו ליכולתם להוות בסיס בטוח עבור המטופלים שלהם (Hunter et al., 2016). לבסוף, גם בתחום הייעוץ הארגוני הוצע כי קידום מנטליזציה בתוך הארגון עשוי לשפר את הרווחה הנפשית של העובדים ואת הצלחת הארגון כולו (Di Stefano et al., 2017). ואכן, מחקר שנעשה לאחרונה בדנמרק הראה כי סדנא קצרה לקידום מנטליזציה, שניתנה בארגונים הנתמכים על ידי הממשלה, נמצאה קשורה לתחושת העצמה מוגברת ותחושת דכאון פחותה בקרב העובדים (Lind et al., 2020).

חשיבות המנטליזציה בקרב מטפלים ממקצועות הבריאות המטפלים בילדים

גוף הידע המתרחב אודות הקשר בין מנטליזציה והתפתחותם הרגשית של ילדים מדגיש את הצורך לבחון את המנטליזציה של אנשים ממקצועות נוספים המטפלים ומדריכים ילדים ומשפחותיהם, כגון מטפלים ממקצועות הבריאות, שאינם ממקצועות הטיפול הרגשי. בשנים האחרונות גוברת המגמה לעודד את מקצועות הבריאות לטיפולים מבוססי קשר, בהם ניתן דגש על מערכות היחסים ויצירת אוירה תומכת בקשר מטפל- הורה- ילד. זאת, על מנת להשיג תוצאות טיפוליות טובות יותר (Barfoot et al., 2017; D'Arrigo et al., 2017). מונחים מעולם הטיפול

הפסיכותרפויטי משולבים בהמשגה של עבודת המטפלים ההתפתחותיים ממקצועות הבריאות, מתוך הבנה כי אלו תהליכים אינהרנטיים לכל טיפול, וכי הם יעזרו בקידום הטיפול ובהשגת תוצאות טיפוליות טובות יותר (Crom et al., 2020; Gilkerson, 2004). מושגים אלו כוללים למשל יצירת ברית טיפולית, קרי יצירת חוזה לא כתוב של קשר חיובי ואוהד בין המטפלים למטופלים תוך הסכמה על מטרות ומשימות הטיפול (Bordin, 1979), יצירת קשר רגשי משמעותי עם הילדים המטופלים, ושימת דגש על טיפוח הוויסות הרגשי של הילדים במהלך הטיפול. בנוסף, כחלק מהתפיסה של טיפול מבוסס קשר, המטפלים מתבקשים להדריך את ההורים ולתמוך בהם לא רק בתחום ההתמחות הייחודי שלהם, אלא גם בחיזוק הקשר הרגשי שבין ההורים והילדים (Atkins-Burnett & Allen-Meares, 2000; Howe, 2006; Zohar et al., 2020).

מספר מאמרי עמדה תאורטיים המתייחסים למקצועות הבריאות מציעים כי על מנת להשיג טיפול מבוסס קשר, נדרשת מן המטפלים רמה גבוהה של מנטליזציה ויכולת להישאר מכווננים גם לתחושות ולרגשות של ההורים והילדים וגם לרגשות שמתעוררים אצלם (Shea et al., 2020). כותבי מאמרים אלו מציעים כי רמת מנטליזציה גבוהה של המטפלים תאפשר להם לשים לב לחשיבות הקשרים הבינאישיים ומערכות היחסים בכל תחומי הפרקטיקה הטיפולית, וכן להתאים את הטיפול לכל מטופל (Shahmoon-Shanok & Geller, 2009). המטפלים יוכלו לרתום את כשורי המנטליזציה שלהם ליצירת ברית טיפולית טובה יותר עם ההורים ועם הילדים שבטיפולם, ובכך לתרום לשיתוף פעולה טוב יותר עם הילדים וההורים, והשגת המטרות הטיפוליות ביתר קלות (Morrison & Smith, 2013; Taylor, 2008). הכותבים מציעים כי ככל שלמטפלים תהיה רמת מנטליזציה גבוהה יותר, כך הם יהיו סקרנים יותר לגבי המניעים והרגשות של הילדים וההורים ויכלו להתייחס לא רק להתנהגות הנצפית בחדר הטיפול ולדברים הנאמרים בקול, אלא גם לעולמם הפנימי של הילדים וההורים. התייחסות למניעים הפנימיים של ההורים והילדים עשויה לעזור למטפלים להגיב באופן מותאם יותר הן למצוקות ההורים ולתחושות הקשות המתעוררות בהם אל מול קשיי הילדים, והן לקשיים הרגשיים של הילדים המתעוררים בחדר הטיפול (כגון קשיים בשיתוף פעולה מצד הילדים, התנגדויות הורים לטיפול). ככל שמטפלים ממקצועות הבריאות ידגימו מנטליזציה גבוהה יותר כלפי הילדים המטופלים ואף כלפי הוריהם, כך הם יוכלו להוות מודל חיקוי טוב יותר עבור ההורים ובכך לעזור להורים להתבונן על עולמם הפנימי של הילדים, להבין את צרכיהם הרגשיים של הילדים ואת הסיבות להתנהגותם, ולנהוג בצורה רגישה ומותאמת יותר כלפי ילדיהם (Hoffman et al., 2006; Tronick, 1989). כתוצאה מכך, ההורים יוכלו לעקוב טוב יותר אחר המסרים של ילדיהם, לתמוך

בהם ולעזור להם בהרגעה, עידוד, וויסות רגשותיהם לנוכח הקשיים התפקודיים שלהם ולתרום בכך לשיתוף הפעולה של הילדים בטיפול עצמו ובתרגול הנדרש בבית (Tomlin et al., 2016).

בנוסף, הכותבים מציעים כי ככל שלמטפלים תהיה מנטליזציה גבוהה יותר, כך הם יוכלו להתייחס יותר לעולמם הפנימי שלהם עצמם, לחוויותיהם האישיות ולרגשות המתעוררים בהם במהלך הטיפול. המטפלים עשויים לגייס תובנות אלו לצורך יצירת אווירה בטוחה ותומכת בחדר הטיפולים תוך תמיכה בקשר הורה-ילד, השגת שיתוף פעולה במהלך הפגישות הטיפוליות ותמיכה בתרגול בבית (Shahmoon-Shanok & Geller, 2009). משתמע מכך כי ייתכן שמנטליזציה גבוהה של מטפלים ממקצועות הבריאות תקדם מרכיבים שונים של הטיפול, כגון ברית טיפולית, שיתוף פעולה, קשר הורה-ילד, ובכך תתמוך בהשגת תוצאות טיפוליות מיטביות. עם זאת, יש לציין כי על אף החשיבות שמיוחסת לפיתוח יכולות מנטליזציה בקרב מטפלים ממקצועות הבריאות, לימודי תואר ראשון ולרוב גם תואר השני במקצועות אלו אינם כוללים הכשרה ופיתוח של מנטליזציה. חשוב לציין כי לכתיבה זו יש מעט מאוד תמיכה מחקרית. מטרתו המרכזית של המחקר הנוכחי הייתה לפיכך להתחיל ולסגור פער זה. שני מחקרים ראשוניים לגבי יכולת המנטליזציה של אנשי מקצועות שונים העובדים בתוכניות התערבות לגיל הרך נערכו על ידי טומלין ושות' (Tomlin et al., 2016, 2009). החוקרים בדקו את הקשר בין מידת החשיבות שהעובדים מייחסים למנטליזציה, לבין היכולת שלהם להגיב ולנהל תרחיש היפותטי בדרך רפלקטיבית. הם ערכו מחקר (Tomlin et al., 2016) על מדגם קטן של תשעה מטפלים ממקצועות הבריאות המבצעים ביקורי בית במסגרת תוכניות התערבות לגיל הרך. המטפלים נתבקשו למלא שאלונים לגבי מידת החשיבות שהם מייחסים לארבעה תחומים של מנטליזציה: צפייה, הקשבה, תהייה ותגובה (Observe, Listen, Wonder, and Respond). בנוסף, נערך ראיון מובנה לגבי תגובת המשתתפים לתרחיש קצר המתאר סיטואציה של ביקור בית, בו המטפל צופה בהורה המאכיל תינוק, תוך שהוא מפגין דחיה מהתינוק שלו. החוקרים מצאו כי למרות שאנשי המקצוע הצהירו כי הם מייחסים חשיבות לתהליכי מנטליזציה בעבודתם, בתגובותיהם לתרחיש הם נטו לתת להורים פתרון מהיר והדרכה ישירה, ופחות עודדו שיח רגשי ורפלקטיבי. במאמרם מציינים החוקרים, כי ידע ועמדות של המטפלים לא בהכרח מבטיחים שבפועל תתקיים הדרכה ותגובה שמעודדת מנטליזציה אצל ההורים. יחד עם זאת, הם מדגישים כי יכולות מנטליזציה של המטפלים, ובעקבות כך קשר וברית טיפולית טובה עם ההורים, יכולות להוות מרכיב מפתח בסיסי ביצירת שינוי בקשר בין ההורה והילד. החוקרים סבורים כי ניתן לראות בקשר בין איש המקצוע וההורה תהליך מקביל לקשר בין ההורה והילד שניתן לסכמו, כי "כאשר ההורה מקבל תמיכה על ידי איש המקצוע הוא מתודלק להיות הורה טוב יותר" (Tomlin et al., 2016 עמוד 619). כמו כן, מחקרים

אלו מדגימים את המגבלה של שאלוני דיווח עצמי ואת החשיבות לבדוק יכולת מנטליזציה של מטפלים גם בכלים נוספים.

לפני שאעבור לסקור סוגיות הקשורות למנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות, אשר נבחנו במחקר, אציג את דרכי המדידה בהם השתמשו החוקרים על מנת לבחון מושגים קרובים הנופלים תחת מושג המטרייה של מנטליזציה הורית. שכן, דרכי מדידה אלו שימשו את החוקרים במחקרים השונים שמוצגים בהמשך סקירה זו, ושימשו אותנו ביצירת כלי מחקר מותאמים למטפלים.

דרכי הערכה של מנטליזציה הורית

מרבית ההערכות של מנטליזציה הורית המקובלות כיום מתבססות על ניתוח של שיח ההורה לגבי ילדו. בהתאם לכך, גם מחקר זה התמקד בבדיקת המנטליזציה המילולית המפורשת אצל מטפלים ממקצועות הבריאות העובדים עם ילדים. היות וככל הידוע לנו אין בנמצא כלי הערכה המיועד להקשר של מטפלים ממקצועות הבריאות, המחקר התבסס על כלי הערכה שונים לבחינת מנטליזציה הורית, תוך אינטגרציה בין חלק מהגישות על מנת להתאימם להקשר של המטפלים. להלן יסקרו שלוש הגישות המקובלות בעזרתן ניתן להעריך מנטליזציה הורית (Zeegers et al., 2017).

הגישה הראשונה, *התובנה ההורית (Parental Insightfulness)* הינה המשגה וכלי הערכה אשר פותחו על ידי אופנהיים וקורן קריא (2002). המשגה זו מנסה להתחקות אחר התהליכים הפנימיים המובילים את ההורים להתנהגות רגישה כלפי ילדיהם. התובנה ההורית מוגדרת כיכולת של ההורים לראות דברים מנקודת מבטם של הילדים ולתהות אחר המניעים להתנהגותם, תוך קבלה של הילדים על ידי ההורים ובנית תמונה מורכבת וקוהרנטית לגבי התנהגותם והמניעים מאחוריה. מושג זה כולל הן התייחסות לילדים עצמם והן התייחסות לקשר בין ההורים והילדים. תובנה הורית נמצאה קשורה להתקשרות בטוחה של ילדים עם התפתחות תקינה (Marcu et al., 2016; Oppenheim & Koren-Karie, 2002) וכן של ילדים עם צרכים מיוחדים (Koren-Karie & Oppenheim, 2018; Oppenheim et al., 2009). כלי ההערכה של התובנה ההורית מערב הצגה בפני ההורה של קטעי וידיאו בה מצולמים אינטראקציות הורה-ילד ואינטראקציה בין הילד/ה והנסיין. ההורים נשאלים על המניעים שמסבירים את התנהגותם והתנהגות ילדיהם בקטעי הוידאו ובחיי היומיום. הראיונות מקודדים לפי עשרה סולמות, ביניהם סולם תובנה למניעי התנהגות ההורה והילד. לאחר מכן ההורים מסווגים לארבעה דפוסים, דפוס תובנה הורית חיובית, ושלושה דפוסים המשקפים העדר תובנה-דפוס חד צדדי, דפוס מנותק ודפוס

מעורב. במחקר הנוכחי בחנו את רמות המנטליזציה של המטפלים כלפי הילדים בהם הם מטפלים וכלפי הורי הילדים תוך התבססות על ההמשגה של ה- Insightfulness Assessment (IA; Koren-Karie & Oppenheim, 2004). לצורך כך, השתמשנו בסולם המודעות לעולם הפנימי (Sher-Censor & Yates, 2012) אשר התבסס על סולם התובנה מתוך מערכת הקידוד של ה- IA והותאם לפרוצדורת ראיון קצרה, של דוגמיות דיבור בנות חמש דקות של המטפלים (The Reflective Functioning Five - Minute Speech Sample [RF-FMSS]; Adkins & Fonagy, 2015). דרך קידוד זו תוקפה במחקר קודם על מנטליזציה של מטפלים סיעודיים כלפי קשישים עם דמנציה שהם מטפלים בהם. במחקר נמצא קשר בין מנטליזציה המטפלים לבין התנהגות רגישה יותר של המטפלים כלפי הקשישים (Cohen et al., 2022).

הגישה השנייה, הפונקציה הרפלקטיבית ההורית (*Parental Reflective Functioning*), מוגדרת כאמור כמנגנון שדרכו עושה ההורה מנטליזציה (Fonagy et al., 1991). קיימים שלושה כלי הערכה לבחינת הפונקציה הרפלקטיבית ההורית. הראשון הוא ראיון חצי מובנה, *Parental Development Interview* (PDI; Slade, 2005), בו ההורים נשאלים לגבי ילדיהם ומערכת היחסים ביניהם (Slade, 2005; Sled et al., 2020). הריאיון ניבנה בהשראת ה-AAI, והשאלות בו מיועדות לעודד שיח רפלקטיבי (כגון: "יתאר זמן בשבוע בו אתה וילדך ממש לא התחברתם ולא היה "קליק" בינכם"). הראיונות מקודדים על פי סולם רפלקטיביות, שהותאם מתוך מערכת הקידוד של ה-AAI (George et al., 1996). הסולם מודד את מחשבותיהם של ההורים לגבי מחשבות, רגשות ומצבים מנטליים שלהם ושל ילדיהם, והבנת ההשפעה שיש להתנהגותם ומחשבותיהם על הילדים ולהיפך. הציונים בסולם נעים בין רפלקטיביות שלילית וחוסר יכולת להבין מצבים תודעתיים של הילדים או את החוויות הפנימיות של ההורים ועד ציון מקסימלי המצביע על רפלקטיביות מלאה, דהיינו היכולת לפרש בצורה דינמית התנסויות סובייקטיביות של ההורים עצמם, לראות את עולמם הפנימי של הילדים, ולקשר בין מצבי התודעה של ההורים לאלו של הילדים. ב-PDI נעשה שימוש בשורה של מחקרים (Sled et al., 2020), ונמצא כי רפלקטיביות גבוהה יותר כפי שהיא נמדדת בו קשורה לרגישות הורית (Grienberger et al., 2010; Suchman et al., 2005) ולהתקשרות בטוחה של ילדים (Borelli et al., 2020; Stacks et al., 2014).

אחד הפיתוחים של מדידת הפונקציה הרפלקטיביות ב-PDI, הינו הבחנה בין רפלקטיביות של ההורה כלפי עצמו לבין הרפלקטיביות שלו לגבי ילדו/ילדתו. במחקר שבדק את ההשפעה של תוכנית התערבות לעידוד רפלקטיביות בקרב 47 אימהות מכורות לסמים, החוקרים נעזרו בראיון ה-PDI ומדדו שני סולמות של יכולת רפלקטיבית של האימהות: רפלקטיביות כלפי העצמי

(כלומר רפלקטיביות של האימהות כלפי המניעים מאחורי התנהגותן) ורפלקטיביות כלפי הילדים (רפלקטיביות כלפי המניעים והרצונות של הילד/ה). החוקרים מצאו, בניגוד להשערותם, כי בעקבות ההתערבות השתפרה הרפלקטיביות העצמית, אך לא הרפלקטיביות כלפי הילד/ה. זאת ועוד, השיפור ברפלקטיביות העצמית היה קשור להתנהגות מותאמת יותר של האימהות כלפי הילדים (Suchman et al., 2010). לאור זאת, במחקר הנוכחי, מעבר למדידה כללית של סולם המודעות לעולם הפנימי, מדדנו בנפרד את מודעות המטפלים לעולם הפנימי שלהם עצמם ואת המודעות לעולמם הפנימי של הילדים או ההורים.

הכלי השני למדידת הפונקציה הרפלקטיבית הינו שאלון דיווח עצמי *Parental Reflective Functioning Questionnaire* (PRFQ; Luyten et al., 2017), שנועד לבדוק בצורה מהירה יותר המתאימה למדגמים גדולים האם ההורים רפלקטיביים לילדיהם, ומצליחים לראות את הקשר בין ההתנהגות של הילדים לבין מצבים תודעתיים של הילדים כגון: מניעים, רגשות וכוונות (Anis et al., 2020). השאלון כולל 18 פריטים המתחלקים לשלושה סולמות, שמטרתם לאמוד שלושה מרכיבים של הפונקציה הרפלקטיבית ההורית. הראשון הוא *מרכיב הסקרנות והעניין* כלפי מצבים תודעתיים של הילדים, השני הוא *מרכיב הוודאות* והיכולת לזהות כי מצבי התודעה הם עמומים ואינם ברורים לנו לגמרי, והשלישי מטרתו לבדוק *פריה-מנטליזציה*, דהיינו זיהוי של מצבים המאופיינים בהעדר מנטליזציה, למשל, הורים המייחסים לילדיהם כוונות מרושעות או הורים שאינם יכולים לתפוס כי לילדיהם עולם סובייקטיבי משלהם. היות ופונקציה רפלקטיבית מתאפיינת בעמימות לגבי מצבי תודעה הרי שמפתחי השאלון הציעו כי שניים מהסולמות, סולם העניין והסקרנות וסולם הוודאות, מנותחים כך שציוני האמצע משקפים פונקציה רפלקטיבית אופטימלית ואילו ציוני הקצה משקפים פונקציה רפלקטיבית נמוכה במחקרם של מפתחי השאלון נמצא כי ציון גבוה בסולם הפריה-מנטלי היה קשור לחודרנות אצל ההורים, ציון נמוך בסולם הסקרנות היה קשור להתקשרות חרדה וציון גבוה בסולם הוודאות היה קשור להתקשרות לא בטוחה (נמנעת וחרדה). יחד עם זאת במחקר שהתבסס על מדגמים לא קליניים (Anis et al., 2020), ואשר השווה את ציוני ה-PRFQ עם ציוני ה-PDI, נמצא כי ציון גבוה בסולם הסקרנות וציון ממוצע בסולם הוודאות היו קשורים לציון גבוה יותר ב-PDI. בשנים האחרונות תורגם השאלון תוך בדיקת התקפות שלו במדינות שונות ובאוכלוסיות מגוונות ונמצא כי ברוב המחקרים חושב סולם העניין וסולם הוודאות בצורה לינארית (Carlone et al., 2023) לאור זאת, במחקר זה נעשה שימוש בשאלון ה-PRFQ באופן שהותאם למטפלים, והסולמות חושבו בצורה לינארית.

הכלי השלישי מתבסס על דוגמית דיבור בת חמש דקות (*The Reflective Functioning*)

כראיון, מוצגות להורה בתחילת הריאיון ארבע שאלות על מנת להזמין אותו לבטא מנטליזציה ביחס לילדו, כגון: מה הוא מרגיש לגבי ילדו ומה ילדו מרגיש לגביו. ההורה מתבקש להשיב על ארבע שאלות אלו במשך חמש דקות מבלי התערבות נוספת מצד המראיין. דוגמיות הדיבור מנותחות בעזרת סולם הפונקציה הרפלקטיבית, שבו נעשה שימוש ב PDI כפי שתואר לעיל. מחקר קודם מצא כי בקרב קבוצת הורים לילדי אומנה שקיבלו תוכנית התערבות מבוססת מנטליזציה למשפחות, הייתה עליה בציון ה-RF-FMSS, בניגוד לקבוצת הביקורת, שם לא נצפה שינוי בציון הרפלקטיביות (Adkins et al., 2021). במחקר השתמשנו כאמור בפרוצדורה זו, תוך התאמתה להקשר של אנשי מקצועות הבריאות.

הגישה השלישית היא *Mind-Mindedness* (Meins & Fernyhough, 2006), אשר פותחה

והומשגה על ידי מרי מייין ב-1997. גישה זו מתייחסת לנטייתם של ההורים להתייחס לילדיהם כבעלי תודעה ולא רק כישויות שדורשות סיפוק צרכים. כלי ההערכה של ה-Mind-Mindedness מחולק לשתי קבוצות גילאים. לגבי תינוקות בשלב הפרה-ורבלי מצולמת אינטראקציית הורה-תינוק והקידוד מתבצע על יד בדיקת התנהגות ההורים וציון שכיחות הערותיהם המילוליות של ההורים לגבי התינוקות בשתי קטגוריות: הערות המותאמות לעולמם הפנימי של התינוקות לעומת הערות שאינן מכוונות לתודעה שלו. ההערכה לגבי פעוטות בגילאי טרום בית ספר נעשית על ידי ניתוח של שיח חופשי בן חמש דקות של ההורים לגבי ילדם ומידת השכיחות בה ההורים משתמשים בדבריהם על ילדיהם במונחים המתארים מצבי תודעה ורגשות (Meins & Fernyhough, 2006; Zeegers et al., 2017). היות וכלי הערכה זה הוא הוותיק מבין כלי ההערכה ישנם מחקרים רבים להערכת המנטליזציה ההורית הנעזרים בו, וחלקם יופיעו בסקירה זו, על אף שבמחקר הנוכחי לא נעשה שימוש בכלי הערכה זה.

ניתן לסכם את ההבדלים בין שלוש הגישות שתוארו כך: התובנה מתייחסת ליכולת ההורים להתייחס ולנסות להבין את המניעים מאחורי התנהגותם שלהם והתנהגות ילדיהם. הפונקציה הרפלקטיבית ההורית מתייחסת ליכולת של ההורים ל"החזיק בראש" את מצבי התודעה של ילדיהם ואת העמימות שלהם, בעוד ה-Mind-Mindedness מתייחס לשכיחות בה ההורים מתייחסים לילדיהם כבעלי תודעה. למרות הבדלים אלו, יש הרבה מן המשותף לשלושת המושגים שלעיל, וניתן לומר כי הם משקפים אספקטים שונים והכרחיים של מנטליזציה הורית כלפי ילדים (Zeegers et al., 2017).

לסיכום, המחקר הנוכחי התמקד בהערכת רמת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות כלפי עצמם וכלפי ילדים בהם הם מטפלים והורי הילדים. ההערכה התבססה על שתיים מהגישות שהוצגו לעיל להערכת רמת המנטליזציה ההורית. המחקר כלל דיווח עצמי של המטפלים על הפונקציה הרפלקטיבית שלהם כלפי הילדים וכלפי ההורים, בעזרת שאלונים שהותאמו למחקר על בסיס ה PRFQ (Luyten et al., 2017). כמו כן, המחקר כלל איסוף של דוגמיות דיבור מהמטפלים לגבי ילדים בהם הם מטפלים והוריהם בעזרת פרוצדורת ה FMSS- RF (Adkins & Fonagy, 2015). דוגמיות הדיבור נותחו בעזרת סולם המודעות לעולם הפנימי (Sher-Censor & Yates, 2012) שהתבסס על סולם התובנה מתוך ראיון ה- IA (Oppenheim & Koren-Karie, 2002). בדומה למחקרו של שומן (Suchman et al., 2010), קודדנו בנוסף לסולם המודעות לעולם הפנימי באופן כללי גם קידוד נפרד של סולם מודעות לעולם הפנימי של המטפלים עצמם וסולם מודעות לעולם הפנימי של הילדים וההורים. השילוב של שיטות הערכה שונות אפשר קבלה של תמונה מקיפה ומעמיקה על מרכיבים שונים ביכולת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות.

בפרק הבא אתמקד בסקירת הספרות שמהווה בסיס לשאלות המרכזיות של המחקר. תחילה, אדון בשאלה האם מנטליזציה היא תכונה של האדם או נוטה להיות תלויה קשר והקשר. לשם כך אסקור מחקרים המשווים רמת מנטליזציה כלפי מבוגרים לעומת ילדים וכן מחקרים המשווים רמת מנטליזציה של הורים כלפי ילדים שונים. לאחר מכן, אבחן את השאלה האם מנטליזציה יכולה להשתפר בעקבות הדרכה או הכשרה. לצורך כך, אסקור מחקרים קודמים אשר בחנו את ההשפעה של הכשרות שונות על רמת המנטליזציה של המשתתפים. לסיום, אסקור מחקרים המהווים בסיס לשאלה האם מנטליזציה קשורה לשחיקה של המטפלים.

מנטליזציה כתכונה או תלויה מערכת יחסים

מנטליזציה היא אם כן יכולת אנושית בסיסית המאפשרת לאדם להבין התנהגות של אנשים לפי מצבים פנימיים ולנסות לדמיין את מחשבותיו ורגשותיו של האדם האחר. יחד עם זאת, כאמור קיימים הבדלים בינאישיים במנטליזציה (Fonagy & Allison, 2012; Fonagy et al., 1998). חלק מן האנשים יבינו באופן ספונטני התנהגות אנושית דרך ייצוג של מצבים פנימיים, מחשבות ורגשות, ואילו אחרים יטו להתמקד בהתנהגות הנצפית עצמה ובהסברים חיצוניים ללא התייחסות למצבים תודעתיים (Zeegers et al., 2017). מעבר לכך, פונגי ושותפיו הציעו כי גם עבור אותו אדם, רמת המנטליזציה שהוא יחוה ויבטא תלויה במערכת יחסים ובסיטואציה. פונגי הדגים זאת בכך, כי יכול להיות פסיכואנליטיקאי בעל מנטליזציה גבוהה ביותר מול מטופליו, אבל

פחותה משמעותית כאשר הוא עוסק ביחסיו עם בני משפחתו (Borelli et al., 2020; McMahon & Bernier, 2017; Steele et al., 2008). כמו כן, יכולה להיות "קריסה" ביכולת למנטליזציה בהקשרים מסוימים, כגון סביב אירועים מעוררי מתח, מעורבות רגשית עמוקה או בזמנים של הצפה רגשית (Fonagy et al., 1998).

מנטליזציה כלפי ילדים לעומת מבוגרים

הסוגייה הראשונה בה מחקר זה התמקד היא האם רמת המנטליזציה של המטפלים כלפי הילדים המטופלים שונה מרמת המנטליזציה כלפי ההורים. בהתאם לרעיונות של פונגי ושותפיו, כי מנטליזציה הינה תכונה קבועה אך תלוית קשר, מספר מחקרים בדקו את רמת המנטליזציה של אדם מסוים כלפי אנשים שונים. שני מחקרים בחנו שאלה זו על ידי השוואה של רמת המנטליזציה כלפי ילדים וכלפי מבוגרים. המחקר הראשון השווה את רמת המנטליזציה של הורים כלפי אחד מילדיהם לעומת כלפי בן/ת זוג או חבר קרוב וכן כלפי אישיות מפורסמת ללא קירבה אישית, כפי שהיא השתקפה ב Mind-Mindedness. המחקר לא מצא הבדלים בין Mind-Mindedness כלפי ילדים לעומת מבוגרים קרובים, אך מצא כי ההורים ביטאו רמה נמוכה יחסית של Mind-Mindedness כלפי האישיות המפורסמת (Hill & McMahon, 2016). אם כן, ההבדלים ברמת המנטליזציה נבעו ממידת ההיכרות והקירבה במערכת היחסים. במחקר נוסף (Borelli et al., 2020), נבדקה הפונקציה הרפלקטיבית של הורים כלפי בן או בת זוגם וכן הפונקציה הרפלקטיבית של ההורים כלפי ילדם, באמצעות ראיון ה-PDI שהותאם לצורך מחקר זה גם לבני הזוג (Borelli et al., 2020). החוקרים ציינו כי באופן אינטואיטיבי ניתן לצפות כי היכולת הרפלקטיבית כלפי הילדים תהיה נמוכה יותר מאשר כלפי בני הזוג, היות ויש צורך להשקיע מאמץ בהבנת עולמם הפנימי של ילדים, במיוחד כאשר הם בשלב הפרה-ורבלי ובעלי יכולת שפתית נמוכה. עם זאת, החוקרים מצאו כי ההורים ביטאו רמה דומה של פונקציה רפלקטיבית בשתי מערכות היחסים. אם כך, ייתכן כי הבדלים ברמת המנטליזציה קשורים למידת ההיכרות עם האדם ולא לגילו.

המחקר הנוכחי הצטרף לשתי עבודות קודמות אלו. המחקר בחן האם מטפלים ממקצועות הבריאות מבטאים רמה דומה או שונה של מנטליזציה כלפי הילדים בהם הם מטפלים בהשוואה להורים של הילדים המטופלים. מספר גורמים עלולים להקשות על יכולת המנטליזציה של המטפלים כלפי ההורים בהשוואה לזו שהמטפלים מבטאים כלפי הילדים, גם אם באופן בסיסי יכולת המנטליזציה של המטפלים הינה גבוהה. ראשית, בעיני רבים מהמטפלים הילדים עדיין נתפסים כ"לקוח" העיקרי (Ritchey, 2011), ההיכרות איתם רבה יותר ומרבית תשומת הלב

של המטפלים נתונה להם. יתר על כן, מצבים בהם מתעוררים קשיים וקונפליקטים בקשר הורה-ילד, חוסר שיתוף פעולה של ההורים עם המטפלים, ותחושות קשות של ההורים כלפי מגבלות ילדם עלולים להוסיף לקושי לבטא יכולת מנטליזציה כלפי ההורים (Hinojosa et al., 2002). לפיכך, שיערנו כי רמת המנטליזציה של המטפלים גבוהה יותר כלפי הילדים המטופלים לעומת כלפי הוריהם של הילדים.

מנטליזציה של ההורה כלפי כל אחד מילדיו

הסוגייה השנייה בה התמקד המחקר היא האם מטפלים מבטאים רמות מנטליזציה שונות כלפי מטופלים שונים. מספר קטן של מחקרים בחן את השאלה האם מנטליזציה הינה תכונה או תלויה מערכת יחסים על ידי הערכת המנטליזציה הורית כלפי ילדים שונים מאותה משפחה. ממצאי מחקרים אלו אינם עקביים. כך למשל, מחקר אשר השווה Mind-Mindedness של אימהות כלפי שני ילדיהן, מצא כי רמת ה-Mind-Mindedness כלפי שני האחים בשתי נקודות זמן בהפרש של 9 חודשים הייתה דומה (Illingworth et al., 2016). שני מחקרים נוספים השוו את רמת ה-Mind-Mindedness של ההורה לגבי שני ילדיו, אשר אחד מהם נמצא על הרצף האוטיסטי. בעוד שבמחקר אחד לא נמצאו הבדלים (Kirk & Sharma, 2017), במחקר השני, ההורים תארו את ילדם עם ההתפתחות הטיפוסית תוך שימוש בריבוי מונחים המעידים על התייחסותם אליו כבעל תודעה נפרדת (mind-related) בהשוואה לאופן בו הם תיארו את ילדם שעל הרצף האוטיסטי. יחד עם זאת, כאשר החוקרים השוו את מספר התיאורים של mind-related למספר שתועדו במחקרים אחרים על הורים לילדים עם התפתחות טיפוסית בגילאים זהים, הם מצאו כי מספר התיאורים שההורים ביטאו ביחס לילדים על הרצף האוטיסטי היה דומה לזה שנמצא במחקרים אחרים, ואילו מספר התיאורים ביחס לאחיהם עם ההתפתחות הטיפוסית היה גדול יותר בהשוואה למחקרים האחרים. החוקרים שיערו כי הסיבה לכך היא שאחים של ילדים עם צרכים מיוחדים מגלים בגיל צעיר התנהגות בוגרת ולוקחים על עצמם תפקיד טיפולי. התנהגות זו מחזקת את הקשר בינם לבין ההורים ומובילה למנטליזציה גבוהה יותר כלפיהם, כך ששכיחות התיאורים נמצאה מתאימה לתיאור הורים של ילדים בוגרים יותר (Ansari et al., 2020).

מחקר שלישי בחן את הפונקציה הרפלקטיבית ההורית במדגם קטן של 32 הורים לילדים על הרצף האוטיסטי (Enav et al., 2020). החוקרים ראינו את ההורים בעזרת ראיון ה-PDI הן ביחס לילדם על הרצף האוטיסטי והן ביחס לאחיו עם התפתחות טיפוסית. היות וסביר כי התמלילים של הרעיונות "יסגירו" האם הילדים על הרצף האוטיסטי או לא, הרי שהמקודדים היו

עיוורים למטרות המחקר. החוקרים מצאו כי הפונקציה הרפלקטיבית של ההורים כלפי הילדים עם ההתפתחות הטיפוסית הייתה נמוכה בהשוואה לזו שבוטאה כלפי הילדים על הרצף האוטיסטי. החוקרים שיערו כי הסיבה לכך היא שהורים לילדים עם צרכים מיוחדים מפנים מאמץ ומשאבים רבים על מנת לנסות להבין את עולמם של הילדים על הרצף האוטיסטי דבר המותיר פחות זמן, משאבים ותשומת לב לילדיהם האחרים.

לבסוף, במחקר מתחום הגריאטריה (Cohen et al., 2022) אשר בדק יכולות מנטליזציה של מטפלים סיעודיים כלפי קשישים שהוגדרו על ידי האחות הראשית כ"קשים לטיפול" לעומת קשישים שהוגדרו כ"קלים לטיפול", לא נמצא קשר בין רמת המנטליזציה להגדרת המטופלים כ"קלים" או "קשים", אך נמצא כי המטפלים הסיעודיים ביטאו רמת מנטליזציה גבוהה יותר עבור הקשישים אשר בתצפית על אינטראקציה משותפת היו תגובתיים יותר וערבו יותר את המטפלים. מחקר זה תומך גם הוא ברעיון שמנטליזציה היא תלוית קשר ומערכת יחסים.

אם כן, ארבעת המחקרים הללו, מגלים תמונת ממצאים לא עקבית. המחקרים התבססו על דרכי מדידה שונות, וייתכן כי זו הסיבה להבדלים בניהם. יחד עם זאת, הם מתדדים את הצורך לבחון שוב האם מנטליזציה של מטפלים כלפי שני מטופלים הינה דומה או שונה.

המחקר הנוכחי בחן שאלה זו בהקשר של מטפלים בילדים ממקצועות הבריאות. במידה ומנטליזציה היא תכונה, יש לשער כי המטפלים יראו רמות דומות של מנטליזציה כלפי כל הילדים (והוריהם) שבטיפולם. בעוד שבמידה ומנטליזציה נוטה להיות תלוית קשר, יש לשער כי המטפלים יראו רמות מגוונות של מנטליזציה כלפי ילדים (והורים) מטופלים שונים.

מספר גורמים עלולים להקשות על המטפלים לבטא רמת מנטליזציה דומה כלפי המטופלים שלהם. ראשית, המטפלים עלולים להיות מוצפים רגשית במפגשים עם מטופלים מסוימים כתוצאה מחוויות רגשיות אותן הם חווים כגון הזדהות יתר עם הילדים או ההורים, תחושת כשלון ואשמה עקב תוצאות לא מספקות, או כאשר מטופלים מזכירים להם את אחד מבני משפחתם (Gilkinson, 2004; Shahmoon-Shanok & Geller, 2009). מוצפות רגשית תקשה על הפעלת מנטליזציה נשלטת אשר יוצרת ויסות והרגעה. לפיכך, במצבים אלו המטפלים עלולים להתקשות לחוות ולבטא רמה גבוהה של מנטליזציה כלפי אותם ילדים מטופלים, ההורים שלהם, וכלפי עצמם. בנוסף, Fonagy ו-Allison (2013) הציעו כי הצטרפות של אדם שלישי למערכת יחסים דיאדית שבה אחד מן הנוכחים מתקשה במנטליזציה, תקשה על אותו אדם שלישי לשמור על מנטליזציה גבוהה כלפי הטריאדה, גם אם הוא בעל הכשרה פסיכוסוציאלית (Fonagy & Allison, 2013). הורים נבדלים זה מזה ברמת המנטליזציה שלהם. לפיכך, רמת המנטליזציה של המטפלים עלולה להיות מושפעת מרמת המנטליזציה של ההורים של הילדים המטופלים.

על מנת להתחיל ולבחון רעיונות אלו, המחקר הנוכחי בחן את המנטליזציה של המטפלים ביחס לילדים המטופלים והוריהם הנחווים על ידי המטפלים כ"מטופלים קלים" וכן ביחס לילדים מטופלים והוריהם הנחווים על ידי המטפלים כ"מטופלים קשים". מספר מחקרים העוסקים בהגדרת "המטופל הקשה" מציינים כי מטפלים במבוגרים מתחומים שונים (למשל פסיכיאטריה ורפוי בעיסוק) מגדירים את המטופל כ"קל" או כ"קשה" לפי אמות מידה שונות, אשר חלקן קשורות למאפייני המטופל (למשל חומרת הלקות), חלקן למאפייני המטפל (למשל יכולות תקשורתיות או ותק) וחלקן למערכת היחסים ולקשר הטיפולי (Finlay, 1997; Koekkoek et al., 2003; Potter, 2006). בהתבסס על מחקרים אלו, במחקר זה לא הוכתב למטפלים מהי הגדרת "ילד קל" או "ילד קשה" על מנת להתרשם ממגוון הגורמים המשפיעים על בחירה זו. לצורך כך, צורף שאלון (ראה נספח מספר 6) שבו המטפלים נתבקשו לציין את הסיבות לבחירה שלהם. לאור תמונת הממצאים הלא עקבית שעולה מהמחקרים הקודמים על דמיון מול שוני במנטליזציה כלפי שני ילדים, השונו את רמת המנטליזציה ללא השערה ביחס לכיוון ההבדל. ייתכן שבדומה למחקרם של אנסארי ושות' (Ansari et al., 2020), תימצא רמת מנטליזציה גבוהה יותר עבור הילדים המטופלים וההורים שלהם הנתפסים על ידי המטפלים כ"קלים" לטיפול, מאשר כלפי הילדים המטופלים וההורים שלהם הנתפסים על ידי המטפלים כ"קשים" לטיפול. מאידך, ייתכן שבדומה לממצאים של עינב ושות' (Enav et al., 2020), המטפלים יבטאו מנטליזציה גבוהה יותר כלפי הילדים והוריהם הנתפסים על ידם כ"קשים" יותר, היות והם משקיעים מאמץ רב יותר להבין את עולמם הפנימי.

תוכניות הדרכה לשיפור מנטליזציה

הסוגייה השלישית בה המחקר הנוכחי התמקד הינה המידה בה מנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות ניתנת לשינוי. מנטליזציה דורשת מאמץ ואינה בהכרח אוטומטית (Lin et al., 2017; Zeegers et al., 2010). כמו כן, היא מתוארת כיכולת שמתפתחת עם הזמן וכי ניתן לשפרה על ידי לימוד, הדרכה, טיפול וקשרים בין אישיים (Luyten & Fonagy, 2015). לפי פונגי העצמת מנטליזציה בקרב הורים לתינוקות צעירים, היא הבסיס למניעה של מצבי פסיכופתולוגיה בילדות המוקדמת ומכאן ברורה החשיבות של תמיכה בקשר הורה ילד ובעידוד מנטליזציה בקרב הורים (Fonagy, 1998). תוכניות התערבות שונות, המתרכזות בעידוד הורים להורות רפלקטיבית, נמצאו יעילות ומשפרות את הפונקציה הרפלקטיבית והמנטליזציה ההורית של המשתתפים (Camoirano, 2017; Huber et al., 2015; Slade et al., 2020). בדומה לכך, מחקר מתחום החינוך, בדק את ההשפעה של הכשרה והדרכה רפלקטיבית קצרה, שניתנה ל-21 מטפלות חדשות

של הגיל הרך במעון יום, ומצא כי חל שיפור ביכולת הרפלקטיבית שלהן (Amini Virmani & Ontai, 2010). תחום נוסף שנמצא במוקד המחקר של מנטליזציה עוסק בליקויים במנטליזציה ובקשר שלהם להפרעות פסיכולוגיות שונות ובמיוחד להפרעת אישיות גבולית. לאור הבנת קשר זה, פותחו בשנים האחרונות שיטות טיפול שונות המכשירות פסיכותרפיסטים לטיפול מבוסס מנטליזציה במטרה לשפר את יכולות המנטליזציה אצל המטופלים (Bateman & Fonagy, 2013). מספר קטן של מחקרים התמקד בשאלה האם מטפלים מהמקצועות הפסיכוסוציאליים יכולים לשפר את יכולת המנטליזציה שלהם כלפי מטופלים בעקבות הדרכה מותאמת. מאמר סקירה העוסק באופן כללי בבחינת יעילותן של השתלמויות עבור מטפלים בתחום בריאות הנפש, מציין כי חלק מן הגורמים התורמים להצלחת למידה ויישום היכולות שנלמדו הם: ידע קודם בנושא, רמת מוטיבציה של המשתתפים ולמידת כישורים המחדשים את דרך עבודתם הקודמת של המטפלים (Lyon et al., 2011). מחקר שבחן פסיכותרפיסטים חדשים (novice) המטפלים במטופלים עם הפרעת אישיות גבולית מצא כי פסיכותרפיסטים שקיבלו הדרכה של 30 שעות הממוקדת במנטליזציה שיפרו את הפונקציה הרפלקטיבית שלהם לעומת כאלו שהשתתפו בהדרכה דידיקטית באורך זהה, שעסקה בהבנת הגורמים והסימפטומים למחלה (Ensink et al., 2013). מחקר נוסף הראה שיועצים שעסקו בהדרכת אימהות מכורות שיפרו את יכולת המנטליזציה שלהם בעקבות קורס בן 16 שעות (Suchman et al., 2020). לעומת זאת, מחקר שבדק את רמת המנטליזציה בקרב ארבע קבוצות של פסיכותרפיסטים בעלי ותק שונה משתי מרפאות הראה ממצאים מנוגדים (Steinmair et al., 2020). המחקר השווה בין שתי קבוצות, האחת שסיימה הכשרה בקורס העוסק במנטליזציה והשנייה שהייתה בתחילת הקורס. החוקרים מצאו אמנם הבדלים ברמות המנטליזציה בין הקבוצות, אך אלו היו קשורים למורכבות המטופלים במקום העבודה ולמידת הלחץ והעומס, ולא נמצאו קשורים להשתתפות בקורס. ממצא מעניין נוסף במחקר זה היה כי רמות המנטליזציה של הפסיכותרפיסטים היו נמוכות מעט מהממוצע באוכלוסייה, למרות שמדובר במטפלים. החוקרים הציעו כי ייתכן ורמות המנטליזציה הנמוכות יחסית הן תוצאה של שחיקה ועייפות החמלה הנפוצה בקרב מטפלים העובדים עם אוכלוסיות מורכבות. המשתתפים במחקר הנוכחי הגיעו עם רמות מנטליזציה שונות וממקומות עבודה מגוונים מאד. לכן התאפשר לבחון במסגרתו האם יש קשר בין גורמי הרקע של המשתתפים כגון מקום עבודה, מקצוע, ותק לבין רמות המנטליזציה שלהם וליכולת לשפרה בעקבות השתלמות.

בעוד שאצל בעלי מקצוע מהתחומים הפסיכוסוציאליים, מתן הדרכה רפלקטיבית הוא חלק אינטגרלי מעבודתם והכשרתם, הרי שאצל עובדי מקצועות הבריאות (קרי: פיזיותרפיסטים,

מרפאות בעיסוק וקלינאיות תקשורת), הדרכה זו איננה חלק מתהליך ההכשרה, וישנם רק מקומות ספורים בהם ניתנת הדרכה כזו מטעם מקום העבודה. מספר מאמרי עמדה מדגישים את החשיבות של מתן הכשרה והדרכה רפלקטיבית למקצועות הבריאות המטפלים בילדים על מנת לעודד טיפול מבוסס קשר, להפחית תופעות שחיקה בקרב המטפלים, ולהעלות מודעות לתחושות המתעוררות בהם נוכח חוויותיהם כמטפלים. כמו כן, מאמרים אלו מציעים כי הדרכה כזו תאפשר למטפלים להחזיק בתודעה שלהם בעת ובעונה אחת הן את התודעה של ההורים והן של הילדים בטיפולם (Gilkerson, 2004; Shahmoon-Shanok & Geller, 2009; Shea et al., 2020). עם זאת, המחקר בנושא מצומצם מאד.

מחקר איכותני שנערך על עשר אחיות בריאות הציבור באוסטרליה המדריכות אימהות ותינוקות מצא כי תצפית מבוססת מנטליזציה קידמה כישורי מנטליזציה של האחיות הן כלפי התינוקות והן כלפי האימהות ואפשרה הדרכה מכוונת לקשר אם-תינוק (Simkin-Tran et al., 2020). שני מחקרים איכותניים נוספים בחנו את ההשפעה של השתלמות בגישת ה-Facilitating Attuned Interaction (FAN; Gilkerson & Imberger, 2016) שניתנה למטפלים ממקצועות הבריאות העובדים בתוכניות התערבות מוקדמות למשפחות במצוקה. ההשתלמות נועדה לחזק את הקשר של המטפלים עם ההורים. הגישה מציגה מודל שעוזר למטפלים להיות "רפלקטיביים תוך כדי פעולה" ולהחזיק עמדה רפלקטיבית, אשר כוללת מעקב אחר הסיגנלים של ההורה המרמזים לאיזה סוג אינטראקציה הוא זקוק, צפייה בתגובות ההורה ושינוי גישה של המטפל בעת הצורך. במחקר פיילוט נערכו ראיונות לחמישה מטפלים ממקצועות הבריאות שהשתתפו בהשתלמות זו. בראיונות נמצאו שלוש תמות עיקריות של שינוי אצל המטפלים בעקבות ההשתלמות: עליה באמפתיה של המטפלים, עליה בשיתוף הפעולה שלהם עם ההורים ועליה בתחושה של אפקטיביות ושביעות רצון מהעבודה (Cosgrove et al., 2019). בנוסף, דיווחו המנחים של ההשתלמות כי הם הרגישו שבעקבות ההשתלמות, התאפשרה הדרכה רפלקטיבית יותר קבועה ויעילה עם המטפלים ממקצועות הבריאות (Gilkerson & Imberger, 2016). את סיכום הממצאים של המחקרים הבודקים תוכניות התערבות לשיפור מנטליזציה של מטפלים ראה בטבלה מספר 1.

מחקר מקדים שערכנו (Zohar et al., 2021) בדק את ההשפעות של השתתפות בקורס שעומד במוקד המחקר הנוכחי. קורס זה הינו בן 40 שעות ועוסק בהיבטים רגשיים הקשורים לטיפול. במסגרת הקורס קיבלו המשתתפים ידע והכשרה בנושא התפתחות רגשית חברתית של ילדים תוך מתן דגש על חשיבות יכולת המנטליזציה של המטפל כלפי כל הנוכחים במפגש הטיפולי וקידום טיפול מבוסס קשר. במחקר המקדים השתתפו 153 מטפלים ממקצועות הבריאות.

טבלה מספר 1

מחקרי התערבות לשיפור מנטליזציה של מטפלים

סימוכין	שיטה	המדגם	סוג ההתערבות	ממצאים
Ensink et al., 2013	ניסוי כמותני עם בקרת אקראיות, מדידה בשלוש נקודות זמן (אורכי קצר מועד)	48 פסיכותרפיסטים חדשים המטפלים במטופלים עם הפרעת אישיות גבולית (30 בקבוצת המחקר ו-18 בקבוצת הביקורת)	קבוצת המחקר: 30 שעות הדרכה ממוקדת מנטליזציה. קבוצת הביקורת: 30 שעות הדרכה דיסקטית	שיפור בפונקציה הרפלקטיבית אצל קבוצת המחקר
Suchman et al., 2020	ניסוי כמותני עם בקרת אקראיות	15 יועצים המדריכים אימהות מכורות (8 בקבוצת המחקר ו-7 בקבוצת הביקורת)	קבוצת המחקר: שמונה מפגשי הכשרה ממוקדת מנטליזציה ו-12 מפגשי הדרכה אישית. קבוצת הביקורת: הכשרה והדרכה בעלת אורך זהה בנושא התפתחות ילדים	שיפור ביכולת הרפלקטיבית רק אצל קבוצת המחקר
Steinmair et al., 2020	מחקר רוחבי, קבוצת מחקר והשוואה שדומות זו לזו במאפייני רקע	50 פסיכותרפיסטים מארבע מרפאות שונות בעלי ותק וניסיון שונים (25 בקבוצת המחקר ו-25 בקבוצת הביקורת)	קבוצת המחקר: קורס בן 12 שעות בנושא טיפול מבוסס מנטליזציה. קבוצת הביקורת: בהמתנה לקורס	ההבדלים ברמות המנטליזציה לא היו קשורים לקורס אלא למקום העבודה ולמידת הלחץ והעומס

עליה ביכולות המנטליזציה של האחיות	שימוש בכלי תצפיתי המעודד מנטליזציה במשך 12 חודש	10 אחיות בריאות הציבור המדריכות אימהות	איכותני	Simkin-Tran et al., 2020
עליה באמפתיה ובשביעות הרצון מהעבודה, עליה בשיתוף הפעולה של ההורים	מפגשי הדרכה אישיים אחת לשבועיים ומפגשי תמיכה קבוצתיים אחת לחודש להעלאת יכולת הכישרים הרפלקטיביים של המטפלים, במשך תשעה חודשים	5 אנשי טיפול (2 קלינאיות תקשורת, 2 פיזיותרפיסטיות, מרפאה בעיסוק אחת)	איכותני	Cosgrove et al., 2019

המחקר הראה כי בעקבות הקורס עלתה מידת החיוביות של עמדות המשתתפים כלפי העיסוק בתחומים הרגשיים. כחלק משינוי זה, המשתתפים דיווחו על תחושת מסוגלות גבוהה יותר. יתר על כן, נמצא כי משתתפים אשר דיווחו על תחושת מסוגלות גבוהה יותר דיווחו גם על רמת שחיקה נמוכה יותר. לבסוף, המטפלים דיווחו כי בעקבות הקורס הם עשו שינויים בתחומים שונים במרחב הטיפולי הן מול הילדים המטופלים, הן מול ההורים והן בתמיכה בקשר הורה-ילד לכיוון של טיפול מבוסס קשר. עם זאת, המחקר לא בחן ישירות את השאלה האם בעקבות הקורס היכולת למנטליזציה של המטפלים השתפרה, והאם השינויים במרחב הטיפולי עליהם דיווחו המשתתפים מעידים על שיפור בכישורי המנטליזציה שלהם בטיפול. לאור זאת, המחקר הנוכחי בחן האם קורס למטפלים ממקצועות הבריאות הממוקד בתהליכים רגשיים במפגש הטיפולי שבין המטפל הילד וההורה ובתרגול מיומנויות הקשורות למנטליזציה כלפי הילדים המטופלים וכלפי ההורים שלהם קידם את יכולת המנטליזציה של המטפלים כלפי הילדים המטופלים והוריהם. לצורך כך, המחקר היה בעל מערך אורכי עם קבוצת ניסוי של מטפלים שהשתתפו בקורס וקבוצת ביקורת של מטפלים שלא השתתפו בקורס זה, ואשר לא עברו הכשרה רגשית. רמת המנטליזציה של המטפלים נמדדה לפני הקורס ולאחריו. עבור קבוצת הביקורת המדידה החוזרת הייתה לאחר פרק זמן דומה לזה של משך הקורס.

הקשר בין מנטליזציה ושחיקה

סוגיה אחרונה בה עסק המחקר הנוכחי הייתה האם יש קשר בין מנטליזציה לשחיקה בעבודה. בספרם של רבין ושות' (2010) "משיב הרוח" העוסק בשחיקה של רופאים ומטפלים ממקצועות הבריאות, מתארים המחברים בין יתר הגורמים לשחיקה את העומס המנהלתי הרב על מקצועות הבריאות (תורים, מפגשים קצרים, תיעוד נרחב ברשומות) וכן את תופעת ה"תשישות עקב חמלה יתרה", המתאר מערך של תסמינים הנחווה על ידי אנשי מקצועות הבריאות כאשר הם מעורבים יתר על המידה ברגשותיהם של מטופליהם. מטפלים ממקצועות הבריאות עלולים להיתקל באתגר של התמודדות עם הרגשות העולים בהם לנוכח מצוקת הילדים, והצער של ההורים כמו גם תחושת חוסר האונים וחוסר המסוגלות לתת תמיכה מספקת להתרחשויות הרגשיות שבחדר הטיפולים (Shahmoon-Shanok & Geller, 2009; Shea et al., 2020). כל אלו עלולים להגביר את תחושת השחיקה, המתח, חוסר שביעות הרצון מהעבודה עד כדי תשישות עקב חמלה יתרה (Brown & Pashniak, 2018; Maytum et al., 2004). נמצא כי הדרכה רפלקטיבית קבועה למטפלים ממקצועות הבריאות העובדים עם ילדים הייתה קשורה לתחושת שחיקה מופחתת (Frosch et al., 2018; Shea et al., 2020). בדומה, מחקר שפורסם לאחרונה בדק 63

מטפלים ממקצועות שונים, כולל מקצועות הבריאות, אשר עובדים בתוכנית התערבות מוקדמת המבוססת על ביקורי בית אצל משפחות במצוקה, ואשר עברו הכשרה והדרכה רפלקטיבית קבועה בגישת ה FAN שתוארה לעיל. במחקר נמצא כי ההכשרה וההדרכה שעברו המטפלים תרמה להפחתת השחיקה בעבודתם (Hazen et al., 2020). לאור זאת, במחקר הנוכחי שיערנו כי ככל שמטפלים ממקצועות הבריאות יבטאו רמת מנטליזציה גבוהה יותר, כך הם ידווחו על רמת שחיקה נמוכה יחסית.

המחקר הנוכחי והשערותיו

לסיכום, חשיבות היכולת למנטליזציה הודגמה בשנים האחרונות בהקשרים טיפוליים שונים, ובתוך כך, גם בהקשר של אנשי מקצועות הבריאות המטפלים בילדים. מטפלים ממקצועות הבריאות נדרשים להכיל במהלך הטיפול טריאדה מטפל-הורה-ילד על מנת ליצור מרחב טיפולי תומך לילדים ולהוריהם. המטפלים נפגשים בתדירות גבוהה עם ילדים ממגוון רחב של אבחנות וקשיים ועם הורים מרקעים שונים, כל זאת ללא הכשרה מתחום הפסיכולוגיה וללא הדרכה רפלקטיבית, שיכולה לסייע להם להתמודד עם מקרים מורכבים בעבודתם. על אף שישנה המשגה תיאורטית ומאמרי דעה בנושא, גוף ידע זה ראשוני, ובחינתו האמפירית מצומצמת. לפיכך, המחקר הנוכחי בחן את רמת המנטליזציה של אנשי מקצועות הבריאות המטפלים בילדים שאינם מן המקצועות הפסיכוסוציאליים, וניסה לבחון האם המטפלים מצליחים במשימה המורכבת בה עליהם לשמור על רמה גבוהה של מנטליזציה כלפי הילדים, כלפי הוריהם וכלפי עצמם, והאם המודעות של המטפלים לעולמם הפנימי של כל משתתפי הטריאדה משתנה בהתאם למערכות יחסים שונות. המחקר התמקד במספר שאלות שהינן בעלות פוטנציאל לתרומה מדעית, לא רק בהקשר של עובדי מקצועות הבריאות, אלא בהבנתנו את המושג מנטליזציה באופן כללי: האם מנטליזציה היא תכונה? עד כמה היא תלויה קשר ובעלת מנעד במערכות יחסים שונות של מטפלים עם מטופליהם? האם ניתן לשנות את רמת המנטליזציה בעזרת השתלמות קצרה? והאם מנטליזציה קשורה לרמת השחיקה של המטפלים?

על מנת לבחון שאלות אלו, נבדקה רמת המנטליזציה של המטפלים ממקצועות הבריאות הן ביחס לילדים הנתפסים על ידם כ"קלים" והוריהם והן ביחס לילדים הנתפסים על ידם כ"מאתגרים" והוריהם. מערך המחקר היה ניסויי. חלק מהמשתתפים היוו קבוצת מחקר, במסגרתה הם עברו השתלמות בת 40 שעות בתחום ההיבטים הרגשיים, אשר כוללת תרגול של מנטליזציה. חלק אחר של המשתתפים היוו קבוצת ביקורת, ולא עברו השתלמות דומה. מערך זה אפשר לערוך השוואה של רמת המנטליזציה בין שתי הקבוצות לפני ואחרי הקורס.

למיטב ידיעתי, אין כלי הערכה מתוקף לבדיקת מנטליזציה של מטפלים. לפיכך, במסגרת המחקר נעשה שימוש במספר כלים המבוססים על כלים קיימים להערכת מנטליזציה של הורים: שאלונים ודוגמיות דיבור. ישנה חשיבות לפיתוח ולבחירת כלים אלו, על מנת לקדם מחקרים על יעילותם של תוכניות הכשרה והתערבויות שונות.

השערות המחקר היו: 1. רמת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות כלפי הילדים שבטיפולם תהיה גבוהה יותר מאשר זו שהם יבטאו כלפי הורי הילדים, היות ובעבודתם הם ממוקדים יותר בילדים ומכירים אותם טוב יותר. 2. רמת המנטליזציה של מטפלים כלפי ילדים (והוריהם) שנתפסים על ידם כ"קלים" לטיפול, תהיה שונה מרמת המנטליזציה שלהם כלפי ילדים (והוריהם) הנתפסים על ידם כ"קשים" לטיפול. כאמור, לאור תמונת ממצאים לא עקבית של מעט המחקרים בנושא, לא שערנו מראש את כיוון ההבדל. 3. רמת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות תשתפר בעקבות השתלמות בת 40 שעות בתחום ההיבטים הרגשיים הכוללת תרגול של מנטליזציה. כלומר, רק מטפלים ממקצועות הבריאות בקבוצת המחקר, אשר עברו את ההשתלמות, אך לא מטפלים בקבוצת הביקורת, שלא עברו את ההשתלמות, יראו שיפור ברמת המנטליזציה לאורך זמן. 4. ככל שרמת המנטליזציה של המטפלים תהיה גבוהה יותר, הם ידווחו על רמות שחיקה נמוכות יחסית.

שיטה

משתתפים

במחקר לקחו חלק 136 מטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות (קרי: מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים וקלינאי תקשורת), אשר השתתפו בקורסי היבטים רגשיים בין יולי 2018 ועד פברואר 2022. כמו כן, גויסה קבוצת ביקורת שמנתה 80 מטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות עם רקע מקצועי דומה, אך שלא עברו הכשרה בתחום הרגשי. כלל המשתתפים מקבוצת המחקר והביקורת התבקשו למלא שאלונים. בנוסף, תת מדגם מקבוצת המחקר ומקבוצת הביקורת התנדב להשתתף בראיונות. בתת מדגם זה לקחו חלק 54 מטפלים מקבוצת המחקר ו-24 מטפלים מקבוצת הביקורת. המידע מקבוצת הביקורת נאסף בין נובמבר 2022 לפברואר 2023. שבעה מטפלים שהשתתפו ב"קורסי היבטים רגשיים" רואינו אך לא מילאו את השאלונים בנקודת הזמן הראשונה עקב היעדרות מהמפגש הראשון, איחור למפגש זה או תקלה טכנית. עשרה משתתפים מתוך 129 המטפלים מילאו שאלונים בנקודת הזמן הראשונה בתחילת הקורס, אולם לא מילאו את השאלונים בנקודת הזמן השנייה בסיום הקורס, שכן הם פָּרְשוּ מהקורס עקב מחלת הקורונה או מסיבות משפחתיות אחרות. שמונה משתתפים מתוך 80 המשתתפים בקבוצת הביקורת לא נענו לפניית צוות המחקר למלא את השאלונים בנקודת הזמן השנייה. בנוסף, שישה משתתפים לא מילאו את שאלון הפרטים הדמוגרפיים עקב תקלות טכניות (כגון לינק שלא כלל את השאלון הדמוגרפי או שאלון ידני אשר לא מולא בטעות באופן מלא). גם בתת המדגם שרואיין הייתה נשירה מועטה בין נקודות הזמן. ארבעה מטפלים מקבוצת המחקר פרשו מהקורס עקב מחלת הקורונה ואחת סרבה להשתתף מסיבות אישיות. כמו כן, אחת מהמטפלות בקבוצת הביקורת סירבה להשתתף בראיונות של נקודת הזמן השנייה מסיבות אישיות.

גיל המטפלים נע בין 25-67 שנים ($M = 37.67$; $SD = 8.60$), והם דיווחו על ותק מקצועי של 1-44 שנים. 95.71% מהמשתתפים היו נשים, 80.0% מתוכם היו נשואים, 15.24% רווקים והשאר גרושים או אלמנים. 33.97% היו פיזיותרפיסטים, 31.58% קלינאי תקשורת, 24.88% רפוי בעיסוק, 6.22% מקצועות התזונה ו-3.35% צוותי חינוך בחינוך המיוחד. 73.61% מהמטפלים עבדו במסגרות אליהם מגיעים גם ההורים (כגון מכון להתפתחות הילד, קליניקה פרטית) ואילו 22.69% מהמטפלים עבדו במסגרות חינוכיות שבהם ההורים נוכחים רק באופן חלקי במפגשים תקופתיים ובפגישות הורים. את הנתונים הדמוגרפיים המלאים וההתפלגות בין המדגמים ובין הקבוצות ראה בטבלאות מספר 3-6.

הליך

גיוס המשתתפים למחקר נעשה באופן הבא: למשתתפי הקורסים של היבטים רגשיים הוצע באמצעות המייל להשתתף במחקר לפני תחילת הקורס. קבוצת הביקורת גויסה בתפוצות מייל או בקבוצות ווטסאפ של עובדי מקצועות הבריאות הרלוונטיים. המחקר עירב שתי נקודות זמן - בתחילת הקורס ובסיומו. עבור קבוצת הביקורת נאספו נתונים פעמיים, בהפרש של כחודשיים, פרק זמן דומה למשך הקורס. כל המשתתפים מילאו בשתי נקודות הזמן שאלוני דיווח עצמי, חלקם מילאו את השאלונים בנייר וחלקם מילאו טפסים מקוונים. הראיונות נערכו בעזרת אפליקציית זום. היות ועורכת המחקר היא גם זו שפיתחה את הקורס והנחתה אותו, ועל מנת למנוע הטיות, הראיונות של משתתפי הקורס נאספו על ידי עוזרות מחקר, שאינן חלק מצוות הקורס.

ההשתתפות במילוי השאלונים הייתה בהתנדבות. למשתתפים אשר לקחו חלק בראיונות ניתן שובר שי לקפה ומאפה. המשתתפים התבקשו לחתום לפני מילוי השאלונים על אישור השתתפות במחקר. הוסבר להם כי בכל שלב של המחקר הם יוכלו לפרוש ממנו מבלי שיפגעו מכך. השאלונים נמסרו בעילום שם ועם מספר אישי לכל משתתף, שנשמר במאגר נתונים נפרד אצל החוקרת. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה (אישור מספר 229/20).

כלים

קורס היבטים רגשיים בטיפולים התפתחותיים למקצועות הבריאות. קורס בן 40 שעות, המיועד למטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות. מטרתו הן הרחבת הידע של המטפלים אודות התפתחות רגשית חברתית של ילדים, הגדלת המודעות לתהליכים רגשיים הקשורים לטיפול ההתפתחותי, עידוד טיפול מבוסס קשר ותמיכה בקשר מיטיב בין המטפל ההורה והילד, וכן חיזוק מסוגלות המטפלים בהתמודדות עם נושאים רגשיים המתעוררים בעבודתם. דגש מיוחד מושם בקורס על הקשרים הנוצרים בין המטפל הילד וההורה ועל תהליכי המנטליזציה הנלווים לכך. הקורס מועבר על ידי שלוש מטפלות ממקצועות הבריאות המתמחות בהתפתחות הילד, בשיתוף מרצים מתחום הפסיכולוגיה (Zohar et al., 2021).

הקורס מחולק לחמישה מפגשים בני שמונה שעות ומיועד לעד 30 משתתפים. הקורס מועבר במבנה קבוע על ידי צוות קבוע, ברובו לפי פרוטוקול אחיד. הקורס כולל מפגשי סימולציה ותאורי מקרה הנערכים לפי תבנית זהה, אך הם מבטאים תכנים שונים אשר מועלים על ידי המשתתפים. שני המפגשים הראשונים עוסקים בתקופת הינקות ובקשר הראשוני של הורה-תינוק בדגש על התפתחות טיפוסית. החל מהמפגש השלישי ואילך ההתמקדות הינה בילדים עם צרכים

מיוחדים. המפגש החמישי עוסק במטפלים עצמם ובתהליכים הרגשיים אותם הם עוברים במהלך עבודתם.

הקורס מבוסס ברובו על נושאים מתוך תיאוריית ההתקשרות (Ainsworth et al., 1974; Bowlby, 2012), ומושם בו דגש רב על תהליכי מנטליזציה הנמצאים בבסיס הורות מיטבית ובבסיס הקשר הטיפולי. בין הנושאים הנלמדים בקורס: תובנה הורית (Oppenheim & Koren, 2002), זמינות רגשית (Biringen et al., 2014), מנטליזציה הורית (Fonagy & Allison, 2005; Slade, 2005), מעגל הבטחון ותפקיד ההורה לשמש כבסיס בטוח לילדו לחקירה וכחון מבטחים לנחמה והרגעה (Hoffman et al., 2006), דיאלוג הורה-ילד וסנכרון (Beebe, 2003; Feldman, 2007), וההשלמה עם האבחנה (Dolev et al., 2015; Pianta et al., 1996). בנוסף, הקורס כולל הרצאות מתחומים התפתחותיים נוספים, כגון סגנונות הורות (Baumrind, 1991), נפרדות (Mahler, 1972), וקונסטלציה אימהית (Stern, 2018). כמו כן, נלמדים נושאים הקשורים לתהליכים רגשיים הנלווים לטיפול תוך מתן דגש על תהליכי מנטליזציה של המטפל, ברית טיפולית (Bordin, 1979; Shahmoon-Shanok & Geller, 2009) העברה והעברה נגדית (Cohen, 1988) וכן עקרונות לקידום טיפול מבוסס קשר ולתמיכה ביכולת המנטליזציה של ההורה. לאורך הקורס מקבלים המשתתפים "גשרים" לחדר הטיפולים. יחודו של הקורס הוא בכך שעורכות הקורס, שהינן נשות מקצוע עם ותק רב בעבודה על ילדים (שתי פיזיותרפיסטיות ומרפאה בעיסוק), מחברות בין התאוריה והמחקר שנלמדים בקורס לבין הנעשה בחדר הטיפולים של מקצועות הבריאות. זאת, על ידי הרחבה של כל מושג הלקוח ממערכת היחסים הורה-ילד למערכת היחסים של מטפל-ילד-הורה וכן על ידי הבאת דוגמאות מחיי העבודה היומיומית והתבוננות בסיטואציות טיפוליות דרך חשיבה על עולמם הפנימי של ילדים, הורים ומטפלים. כך למשל, התקשרות ומעגל הבטחון מורחבים אל תוך חדר הטיפולים במטרה לעודד את המטפלים להיות בסיס בטוח וחוף מבטחים כלפי הילדים המטופלים וגם כלפי ההורים. בדומה, תובנה הורית נלמדת תחילה בהקשר בו פותחה, של מערכת היחסים הורה-ילד, ומורחבת לאחר מכן לחדר הטיפולים תוך שימת דגש על מנטליזציה של המטפלים כלפי הילדים וכלפי ההורים. הקורס משלב דרכי למידה שונות: ניתוח רפלקטיבי של סרטונים המתארים דיאלוג של הורה-ילד ושל מטפל-ילד, סימולציות, משחקי תפקידים, מאמרים ולמידת עמיתים. כך למשל, נערכות במסגרת הקורס שתי התנסויות בהדרכות רפלקטיביות שמונחות על ידי פסיכולוגית מומחית, על פי תיאור מקרה אותו מביא אחד המשתתפים. כמו כן, הקורס משלב תרגול סימולציה לשיחה של מטפל עם הורים, כאשר יש צורך לקבל החלטה לגבי המשך הטיפול. מתקיימים גם משחקי תפקידים

העוסקים בקשר הורה-ילד בזמן משחק ודיוני עמיתים לגבי תכני הקורס השונים (סילבוס לדוגמא של הקורס ראה נספח מספר 2).

שאלון להערכת הפונקציה הרפלקטיבית של המטפלים. השאלון מתבסס על - Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ; Luyten et al., 2017). השאלון הותאם להקשר של מטפלים לצורך המחקר הנוכחי. מטרת השאלון המקורי לבדוק האם ההורה תופס את ילדו כ"סוכן" פסיכולוגי, כלומר כבעל תודעה אשר משפיעה ומושפעת מהסביבה. השאלון מיועד להורים לילדים בגילאי 0-5, וההורה ממלא אותו כלפי אחד מילדיו. השאלון כולל 18 היגדים המחולקים לשלושה סולמות: עניין וסקרנות כלפי מצבים תודעתיים של הילד (Interest and Certainty ; IC), יכולת לזהות כי מצבי התודעה הם עמומים ואינם לגמרי ברורים (Curiosity ; IC), ומצבים פרה-מנטליים (about Mental States ; CMS), ומצבים פרה-מנטליים (Pre-Mentalization Modes ; PM).

במחקר זה השאלון הותאם לשני הקשרים, האחד בודק את הפונקציה הרפלקטיבית של המטפלים כלפי הילדים המטופלים, והשני בודק את הפונקציה הרפלקטיבית של המטפלים כלפי ההורים. פיצול זה נעשה מתוך התפיסה כי המטפל צריך להיות בעל פונקציה רפלקטיבית כלפי ההורים וכלפי הילדים ולמעשה מעצם היותו איש מקצוע טיפולי, הוא מחזיק במעין "עמדה הורית" כלפי שניהם. בשונה מהשאלון המקורי, בו ההורה אשר ממלא את השאלון מכוון את תשובותיו כלפי אחד מילדיו, השאלונים למטפלים מנוסחים אמנם בלשון יחיד, אך המטפל אינו מתבקש לבחור אחד ממטופליו לצורך מילוי השאלון. כך למעשה השאלונים מנסים להתחקות אחר הפונקציה הרפלקטיבית של המטפל כלפי כלל הילדים המטופלים וכלפי כלל ההורים.

השאלון המתאיחס לילד המטופל כולל 17 היגדים (לדוגמא: "אני מנסה להבין מצבים מנקודת המבט של התינוק/הילד שבטיפולי", "אני תמיד יכולה/לנבא מה התינוק/הילד שבטיפולי יעשה"). השאלון המתאיחס להורים כולל 16 היגדים (לדוגמא: "לעיתים ההורה מבטל טיפול כדי למנוע ממני לעשות מה שאני רוצה לעשות עם ילדו", "אני מנסה להבין את הסיבות מדוע ההורה אינו משתף פעולה"). מספר שאלות בסולם המצבים הפרה-מנטליים לא התאימו להקשר של מטפלים מקצועיים, והורדו מהשאלון. בשאלון המתאיחס לילד המטופל הורדה שאלה אחת שהיה קושי להסב אותה להקשר של ילד מטופל ("לעיתים ילדי נעשה חולה כדי למנוע ממני לעשות מה שאני רוצה"). בשאלון המתאיחס להורים הורדו שתי שאלות נוספות, שהיה קושי להסב אותם להקשר של הורים לילדים המגיעים לטיפול ("אני מתקשה להשתף באופן פעיל במשחקי דמיון עם ילדי" וכן "ילדי בוכה בנוכחות זרים בכדי להביך אותי").

המשתתפים התבקשו לדרג את ההיגדים בעזרת סולם ליקרט בין 1 ("מאד לא מסכים")

ל-7 ("מאד מסכים"). המהימנות הפנימית של סולמות השאלון המקורי במחקרים קודמים

הייתה $\alpha = .70$ ומעלה (Anis et al., 2020). על מנת לבחון את המאפיינים הפסיכומטריים של השאלונים המותאמים, שאלונים אלו הועברו ל-119 עובדי מקצועות הבריאות המטפלים בילדים ואשר השתתפו במחקר אחר (Zohar et al., 2021). לאחר הפיכת הפריטים השליליים נמצאה מהימנות פנימית טובה לסולמות הוודאות (CMS) והעניין והסקרנות (IC), אך לא לסולם המצבים הפרה מנטליים (PM) (ראה טבלה מספר 2). כפי שניתן לראות בטבלה זו, ממצאים דומים התקבלו גם במחקר הנוכחי, משום כך הוחלט לא לכלול את סולם המצבים הפרה מנטליים בנייתוחים הסטטיסטיים לבדיקת השערות המחקר. את הנוסח המלא של השאלונים המותאמים ראה בנספחים מספר 3 ו-4.

טבלה מספר 2

ערכי אלפא קרוונבך של שאלוני הרפלקטיביות

שאלון רפלקטיביות כלפי הורים			שאלון רפלקטיביות כלפי ילדים			
IC	CMS	PM	IC	CMS	PM	
.76	.80	.44	.72	.75	.45	המדגם של Zohar et al., 2021
.69	.77	.49	.72	.78	.23	נקודת הזמן הראשונה במחקר הנוכחי
.75	.82	.61	.80	.81	.27	נקודת הזמן השנייה במחקר הנוכחי

דוגמת דיבור בת חמש דקות להערכת המנטליזציה של המטפלים. בכלי זה נעשה שימוש בשתי נקודות הזמן של המחקר. כאמור, תת מדגם ממשותפי קבוצת המחקר והביקורת התנדבו בנוסף למילוי שאלונים לעבור ראיונות. הראיונות נערכו בעזרת ה- The Reflective Functioning Five- Minute Speech Sample (RF-FMSS; Adkins & Fonagy, 2015), אשר מבוסס על פרוצדורת דוגמת דיבור של חמש דקות (FMSS; Gottschalk & Gleser, 1969; Magaña et al., 1986) בה המרואיין מוזמן לספר בצורה חופשית וללא הפרעה במשך חמש דקות על מערכת יחסים קרובה ועל השותף במערכת היחסים הזו. בפרוצדורה זו יש שימוש מחקרי נרחב, כולל בהקשר של קשר הורה-ילד (Sher-Censor, 2015).

ה- RF-FMSS פותח לאחרונה לצורך בדיקת הפונקציה הרפלקטיבית ההורית. המרואיין

מתבקש לספר על ילדו במהלך חמש הדקות של הריאיון תוך שהוא משיב על ארבע שאלות המבוססות על שאלות המוצגות לו בתחילת הריאיון, ואשר לקוחות מתוך ריאיון ה- Parental Development Interview (PDI; Slade et al., 2004) מטרת שאלות אלו לעודד שיח רפלקטיבי מצד ההורה. במחקר הותאמו השאלות למקצועות הבריאות המטפלים בילדים. המשתתפים נתבקשו להשלים את הריאיון ארבע פעמים, ולספר על: א. ילד/ה מטופל/ת שקל להם איתו, ב. ההורה של הילד/ה, ג. ילד/ה מטופל/ת שקשה להם איתו, ד. ההורה של הילד/ה. סדר הראיונות היה רנדומלי. בכל ריאיון המרואיינים נתבקשו להתייחס לארבע השאלות הבאות: 1. "ספרי על הילד/ה או ההורה וכיצד אתם מסתדרים יחד". 2. "איך את/ה מרגיש כלפי הילד/ה או ההורה". 3. "כיצד לדעתך הילד/ה או הורה מרגיש כלפיך". 4. "ספרי על בעיה שהתעוררה לאחרונה עם הילד/ה או ההורה וכיצד התמודדת איתה". בהתאם להנחיות מפתחי הכלי, השאלות היו מוצגות על המסך לנגד עיני המרואיין לאורך חמש הדקות. הראיונות בוצעו בעזרת אפליקציית זום ונשמרו רק קבצי האודיו, אשר תומללו תוך הסרת שמות ופרטים מזהים. בנקודת הזמן השנייה המרואיינים נתבקשו להתייחס לאותם ילדים והורים לגביהם הם רואיינו בנקודת הזמן הראשונה.

על מנת להעריך את יכולת המטפלים לבטא מנטליזציה ביחס לילדים ולהורים שבטיפולם, דוגמיות הדיבור קודדו בעזרת סולם המודעות לעולם הפנימי (Sher-Censor & Yates, 2012) שהתבסס על סולם התובנה מתוך המניואל של הפרוצדורה להערכת תובנה הורית (Insightfulness Assessment; Koren-Karie & Oppenheim, 2004). הציונים בסולם זה נעים בין "1" (היעדר מודעות לעולם הפנימי, המטפל מתאר התנהגויות ואירועים ללא התייחסות למניעים פנימיים כגון רגשות, מחשבות וערכים), דרך ציון "3" (מודעות שטחית, המטפל מציין הסבר כללי ולא ספציפי המסביר את התנהגות הילדים או ההורים כגון "קשה לה כי היא על הרצף"), ועד לציון "7" (מודעות גבוהה לעולם הפנימי, המטפל מתייחס לעולם הפנימי של הילד/ה וההורה ושל עצמו כמטפל, דן במניעים אפשריים העומדים מאחורי ההתנהגות, מעלה השערות לגבי ההשפעה שיש למערכת היחסים על ההתנהגות וכן מבטא מחשבות אודות תהליכי החשיבה על הילד/ה וההורה ועל עצמו שעלו בראיון).

במחקר הוספנו לסולם המודעות לעולם הפנימי שבחן מודעות באופן כללי, שני תתי סולמות, בעלי אותו מבנה של 7 נקודות: מודעות המטפל לעולם הפנימי שלו עצמו ומודעות לעולם הפנימי של הילד/ה וההורה. זאת על מנת להתחקות האם קיים דמיון ברמת המנטליזציה שהמטפל מבטא כלפי עצמו וזו שהוא מבטא כלפי המטופל (הילד או ההורה) או שמא קיים שוני,

והמטפלים עוסקים בעיקר במנטליזציה כלפי עצמם או לחילופין מרוכזים רק במנטליזציה כלפי הילדים המטופלים והוריהם.

במחקר נאספו 584 תעתיקים (287 תעתיקי ילדים ו-297 תעתיקי הורים). הפער בין מספר תעתיקי ההורים לילדים נבע מכך שחלק קטן מהמטפלים עסק בהדרכת הורים, ללא היכרות מספקת עם הילדים, ועל כן לא רואיין לגבי הילדים. לצורך ניתוח הראיונות ובדיקת מהימנות בין שופטים הוכשרו 4 מקודדות, ובכללם עורכת מחקר זה, על ידי מנחת העבודה שהתאימה את סולם המודעות לעולם הפנימי עבור קידוד ראיונות ה-FMSS (*FMSS Coherence Scales*;) (Sher-Censor & Yates, 2012), על בסיס סולם התובנה ההורית. המקודדות היו עיוורות לכל מידע אחר לגבי המשתתפים. את תעתיקי הילדים קודדו ארבע מקודדות ואת תעתיקי ההורים קודדו שתי מקודדות. המהימנות נבדקה בעזרת Interclass Coefficient Correlation (ICC) עבור 23.34% מתעתיקי הילדים ו-23.66% מתעתיקי ההורים מול עורכת מחקר זה. בתעתיקי הילדים המהימנות נמצאה טובה: עבור סולם המודעות לעולם הפנימי $ICC=.79$, עבור תתי הסולמות: סולם המודעות לעולם הפנימי של המטפל עצמו $ICC=.78$, ועבור סולם המודעות לעולם הפנימי של הילדים $ICC=.77$. בתעתיקי ההורים המהימנות נמצאה מצוינת: עבור סולם המודעות לעולם הפנימי $ICC=.87$, עבור תתי הסולמות: סולם המודעות לעולם הפנימי של המטפל עצמו $ICC=.87$ ועבור סולם המודעות לעולם הפנימי שלי ההורים $ICC=.85$.

שאלון פרטים התפתחותיים אודות הילדים שנבחרו לדוגמיות הדיבור. שאלון זה חובר כבקרה על הראיונות, במטרה להתרשם מהגורמים אשר השפיעו על הגדרת המטפלים את הילדים כ"קלים" או כ"קשים", והאם בחירה זו קשורה למאפיינים של הילדים, כגון סוג האבחנה וחומרתה. השאלון כולל שבע שאלות סגורות ושאלה פתוחה. בשש השאלות הראשונות התבקשו המשתתפים לדרג את רמת הקושי של הילדים בתחומים שונים (מוטוריקה גסה, תקשורת, שפה, קוגניציה, התנהגות וקשב וריכוז). הדרוג נע על סולם בין 1 ("ללא קשיים") ל-4 ("קשיים משמעותיים"). בפריט השביעי התבקשו המשתתפים לבחור את תחום הקושי שבגללו הגדירו את הילד/ה כקל או קשה, מבין ששת התחומים שהוזכרו בשאלות הקודמות (לדוגמא: "בחרתי את הילד כילד שקל לי מהסיבות הבאות: 1. קל מבחינה תפקודית 2. קל מבחינה התנהגותית 3. קל מבחינה תקשורתית 4. קל מבחינה קוגניטיבית 5. קל מבחינה שפתית 6. קל מבחינת קשב וריכוז"). בשאלה הפתוחה המשתתפים נתבקשו לציין את אבחנת הילדים. המשתתפים מילאו שאלון זה פעמיים, פעם ביחס לילדים אותם הגדירו כ"קלים" ופעם ביחס לילדים אותם הגדירו כ"קשים". את נוסח השאלון המלא ראה נספח 6.

שאלון שחיקה. השאלון מבוסס על שאלון שחיקה למורים (פרידמן 1999), והוא הותאם להקשר של עובדי מקצועות הבריאות במחקר קודם (Zohar et al., 2021). המשתתפים נתבקשו לקרוא 14 היגדים העוסקים בתחושות שונות לגבי עבודתם ומקצועם (כגון: "במקצוע אחר הייתי מנצל/ת טוב יותר את יכולתי"), ולסמן באיזו מידה הם חשו תחושות אלו בשלושת החודשים האחרונים. הדירוג הוא בסולם שנע בין 1 ("אף פעם") ל-6 ("תמיד"). ציון השחיקה הכללי נבדק על ידי חישוב ממוצע בין הפריטים. המהימנות הפנימית של השאלון במחקרו של פרידמן (1999) הייתה $\alpha = .90$. המהימנות הפנימית במחקר הנוכחי הייתה $\alpha = .77$. את נוסח השאלון המלא ראה נספח מספר 5.

שאלון דמוגרפי. המטפלים התבקשו למלא שאלון פרטים אישיים. השאלון כולל מידע אודות גיל, מגדר, מצב משפחתי, מספר ילדים והגילאים שלהם, מקצוע ומקום עבודה, ותק מקצועי כללי וותק בעבודה עם ילדים.

תוצאות

ניתוחים סטטיסטיים במבט על

ממצאי המחקר מוצגים בשני חלקים: בחלק הראשון תוצג סטטיסטיקה תיאורית של משתני הרקע (למשל גיל, ותק, מקצוע) ומשתני המחקר (סולמות השאלון לבדיקת הרפלקטיביות של המטפל, תחושת השחיקה של המשתתפים וסולמות המודעות לעולם הפנימי מתוך תעתיקי הראיונות). לאחריה יוצגו ניתוחים מקדמיים לבחינת הבדלים בין קבוצת המחקר והביקורת במשתני הרקע ובמשתני המחקר בנקודת הזמן הראשונה. לאחר מכן, יוצגו ניתוחים מקדמיים לבחינת הקשרים בין משתני הרקע (כגון ותק) לבין משתני המחקר. זאת על מנת לבחון את הצורך לשלוט במשתני רקע ובקרה בעת בדיקת ההשערות. בדיקת הקשרים הללו נערכה בעזרת מתאמי פירסון, מבחני t, מבחני חי בריבוע ומבחני שונות חד כיוונים למשתנים קטגוריאליים בהתאם לסוג המשתנים.

בחלק השני של פרק הממצאים תוצג בדיקת השערות המחקר. בדיקה זו נעשתה בעזרת ניתוחי שונות רב משתניים עם מערך תוך נבדקי.

סטטיסטיקה תיאורית וניתוחים מקדמיים

סטטיסטיקה תיאורית של משתני הרקע במדגם הכללי

ראה את מאפייניהם הדמוגרפיים הרציפים והקטגוריאליים של המשתתפים בטבלאות 3 ו-4.

טבלה מספר 3

נתונים דמוגרפיים רציפים של המשתתפים

<u>סך הכל (n = 209)</u>		<u>קבוצת הביקורת (n = 80)</u>			<u>קבוצת המחקר (n = 129)</u>				
סטיות תקן	ממוצע	טווח	סטיות תקן	ממוצע	טווח	סטיות תקן	ממוצע	טווח	
8.60	37.67	25-67	9.76	38.55	25-60	7.78	37.12	27-67	גיל
									(שנים)
8.58	10.71	1-44	9.92	12.34	1-37	7.48	9.69	1-44	ותק

טבלה מספר 4

נתונים דמוגרפיים קטגוריאליים של המשתתפים

<u>סך הכול</u>		<u>קבוצת הביקורת</u>		<u>קבוצת המחקר</u>			
$n = 210$		$n = 80$		$n = 129$			
אחוזים	n	אחוזים	n	אחוזים	n		
95.71	201	93.75	75	96.92	125	נשים	מגדר
4.29	9	6.25	5	3.08	4	גברים	
80.00	168	80.00	64	80.00	104	נשוי	מצב משפחתי
3.33	7	5.00	4	2.31	3	גרוש	
15.24	32	12.50	10	16.92	22	רווק	
1.43	3	2.50	2	0.77	1	אלמן	
33.97	71	27.50	22	37.98	49	פיזיותרפיה	מקצוע
31.58	66	42.50	34	24.81	32	קלינאות	
						תקשורת	
24.88	52	23.75	19	25.58	33	רפוי בעיסוק	
6.22	13	5.00	4	6.98	9	תזונה	
3.35	7	1.25	1	4.65	6	חינוך	
73.61	159	80.00	64	74.22	95	עם הורים	מסגרת
22.69	49	20.00	16	25.78	33	בלי הורים	העבודה

סטטיסטיקה תיאורית של משתני הרקע בתת המדגם שרואיין

ראה את מאפייניהם הדמוגרפיים הרציפים והקטגוריאליים של המשתתפים בתת המדגם

שהשתתף בראיונות בטבלאות 5 ו-6.

טבלה מספר 5

נתונים דמוגרפיים רציפים של המשתתפים שרואיינו

<u>קבוצת המחקר (n = 48)</u>			<u>קבוצת הביקורת (n = 24)</u>			<u>סך הכל (n = 72)</u>		
טווח	ממוצע	סטיית תקן	טווח	ממוצע	סטיית תקן	טווח	ממוצע	סטיית תקן
27-51	36.60	6.54	25-60	36.12	7.40	25-60	33.64	6.79
1-26	9.08	6.57	2-30	9.41	6.65	1-30	9.19	6.55

גיל (שנים)
ותק

טבלה מספר 6

נתונים דמוגרפיים קטגוריאליים של המשתתפים שרואיינו

<u>קבוצת המחקר</u>		<u>קבוצת הביקורת</u>		<u>סך הכל</u>	
n = 49/54		n = 24		n = 73	
אחוזים	n	אחוזים	n	אחוזים	n
נשים	47	100	24	97.26	71
גברים	2	0	0	2.74	2
מצב משפחתי					
נשוי	35	83.33	20	75.34	55
גרש	3	4.17	1	5.48	4
רווק	10	12.50	3	17.81	13
אלמן	1	0	0	1.37	1
פיזיותרפיה	17	33.33	8	34.25	25
קלינאות	14	25.00	6	27.40	20
תקשורת					
רפוי בעיסוק	11	29.17	7	24.66	18
תזונה	5	8.33	2	9.59	7
חינוך	2	4.17	1	4.11	3
עם הורים	36	79.17	19	76.39	55
מסגרת העבודה					

23.61 17 20.83 5 25.00 12 בלי הורים

השוואה של משתני הרקע בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת

על מנת לבחון האם היו הבדלים במשתני הרקע בין קבוצת המחקר והביקורת בנקודת הזמן הראשונה, נערך מבחן t למשתנים בלתי תלויים לבדיקת משתני הרקע הרציפים ומבחן חי בריבוע לבדיקת משתני הרקע הקטגוריאליים, כאשר המשתנה התלוי היה סוג הקבוצה (קבוצת המחקר מול קבוצת הביקורת).

במדגם הכללי נמצא הבדל מובהק בותק בין קבוצת המחקר וקבוצת הביקורת. נמצא כי הוותק הממוצע בקבוצת הביקורת היה גבוה מהוותק הממוצע בקבוצת המחקר והבדל זה נמצא מובהק $t(206) = -2.18, p = .030$. לא נמצאו הבדלים בין קבוצת המחקר והביקורת בשאר משתני הרקע (מגדר, מקצוע, מצב משפחתי ומקום עבודה).

בתת המדגם שרואיין לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת במשתני הרקע של המטפלים כמו גיל, ותק, מצב משפחתי, מקצוע, ומקום העבודה. כמו כן, לא נמצאו הבדלים בין שתי הקבוצות במשתני המגדר של הילדים או ההורים (המוצגים בטבלה מספר 7).

נתונים דמוגרפיים של הילדים וההורים שעמדו במוקד הראיונות עם המטפלים

מתוך הילדים שהמטפלים בחרו להתראיין לגביהם ולגבי הוריהם, 63.75% היו בנים ו-36.24% בנות. יחד עם זאת, ההתפלגות המגדרית הייתה דומה בין הילדים ה"קלים" (48 בנים ו-27 בנות) והילדים ה"קשים" (47 בנים ו-27 בנות). מתוך ההורים שהמטפלים התמקדו בהם בראיונות, 78.70% היו אימהות 14.83% אבות ו-6.45% בחרו לדבר על שני ההורים עקב הנחיה לא מדויקת של המראיינת. ההתפלגות המגדרית של ההורים בין ההורים לילדים ה"קלים" וההורים לילדים ה"קשים" הייתה דומה.

את ההתפלגויות המלאות של מגדר הילדים ומגדר ההורים ראה בטבלה מספר 7.

טבלה מספר 7

נתונים אודות מגדר הילדים וההורים שנבחרו לראיונות

סך הכל	ילדים "קשים"	ילדים "קלים"	
(אחוזים) n	(אחוזים) n	(אחוזים) n	
n = 149	n = 74	n = 75	ילדים

95 (63.75)	47 (63.51)	48 (64.00)	בנים
54 (36.24)	27 (36.48)	27 (36.00)	בנות
$n = 155$	$n = 77$	$n = 78$	הורים
26 (14.83)	10(12.98)	13 (16.66)	אב
122 (78.80)	63(81.81)	59 (75.64)	אם
10 (6.45)	4 (5.19)	6 (7.69)	שני ההורים

המטפלים ציינו בנוסף מגוון אבחנות של הילדים שאוחדו לקטגוריות. את התפלגות

האבחנות במדגם ראה בטבלה מספר 8.

טבלה מספר 8

התפלגות האבחנות של הילדים שנבחרו לראיונות

<u>סך הכל</u>	<u>ילדים "קשים"</u>	<u>ילדים "קלים"</u>	
$n = 142$	$n = 71$	$n = 71$	
n (אחוזים)	n (אחוזים)	n (אחוזים)	
7 (4.92)	5 (7.04)	2 (2.81)	ADHD/ADD
36 (25.35)	19 (26.76)	17 (23.94)	ASD
15 (10.56)	8 (11.26)	7 (9.85)	CP
18 (12.67)	12 (16.90)	6 (8.45)	עיכוב התפתחותי
12 (8.45)	6 (8.45)	6 (8.45)	הפרעת אכילה
1 (0.70)	1 (1.40)	--	קשיים רגשיים
16 (11.26)	7 (9.85)	9 (12.67)	איחור שפתי
7 (4.92)	--	7 (9.85)	איחור התפתחותי
			קל
7 (4.92)	2 (2.81)	5 (7.04)	בעיה אורטופדית
4 (2.81)	1 (1.40)	3 (4.22)	פגות
17 (11.97)	9 (12.67)	8 (11.26)	תסמונת גנטית
2 (1.40)	1 (1.40)	1 (1.40)	לא ידוע

נתונים אודות הקשיים ההתפתחותיים של הילדים שנבחרו לראיונות

המטפלים דרגו את חומרת הקושי של הילדים, שנבחרו לראיונות, בתחומים ההתפתחותיים השונים החל מ"ללא קשיים" (1) ועד "קשיים משמעותיים" (4). על מנת לבחון האם היה הבדל בחומרת הקשיים בתחומי ההתפתחות השונים בין הילדים שהמטפלים הגדירו אותם כ"קלים" לבין הילדים שהמטפלים הגדירו כ"קשים" נערכה בדיקת התפלגות. לשם כך, נבחנו תחומי ההתפתחות בהן דורגו קשיי הילדים בדרגת חומרה בינונית עד משמעותית כלומר, ציונים 3 ו-4. עבור הילדים ה"קלים" דווחו המטפלים על קיומם של קשיים בינוניים ומשמעותיים בתחומי התפקוד הבאים: ל- 36.62% מן הילדים היו קשיים מוטוריים, 28.68% היו עם קשיים תקשורתיים, 40.85% עם קשיים שפתיים, 18.31% עם קשיים קוגניטיביים, 18.31% עם קשיים התנהגותיים ו- 26.76% מהילדים היו עם קשיי קשב וריכוז.

עבור הילדים ה"קשים" דווחו המטפלים על קיומם של קשיים בינוניים או משמעותיים בתחומים הבאים: 57.74% היו עם קשיים מוטוריים, 63.4% עם קשיים תקשורתיים, 67.61% עם קשיים שפתיים, 69.01% עם קשיים התנהגותיים, 49.3% עם קשיים קוגניטיביים ו- 52.12% עם קשיי קשב וריכוז. על מנת לבחון האם היו הבדלים מובהקים בתחומי הקושי בין הילדים ה"קלים" לילדים ה"קשים" נערך מבחן חי בריבוע. נמצא כי רק בתחום התפקוד המוטורי ($\chi^2 [9] = 17.85$) ($p = .037$) והתחום ההתנהגותי ($\chi^2 [6] = 14.08$, $p = .029$) היה הבדל מובהק בין ה"קלים" ל"קשים" כך שבקרב הילדים ה"קשים" היו יותר ילדים עם קשיים מוטוריים והתנהגותיים משמעותיים. בשאר התחומים (תקשורת, שפה, קוגניציה, קשב וריכוז) לא נמצא הבדל מובהק בין הילדים ה"קלים" לילדים ה"קשים".

בנוסף, נתבקשו המטפלים לסמן מה היו הסיבות שבעטיין הם סווגו את הילדים כ"קלים" או "קשים". המטפלים ציינו מגוון רחב של סיבות, ורובם ציינו מספר סיבות (למשל קושי תקשורתי, קושי התנהגותי וגם קושי קוגניטיבי). מטפלים רבים ציינו בנוסף, כי הסיבה לבחירה אינה קשורה בהכרח לרמת התפקוד של הילדים אלא לקשר ולחיבור של המטפלים עם הילדים או עם הוריהם (כגון ל"קלים": "שיתוף פעולה מצוין", "קשר חזק שנוצר ביננו" ול"קשים": "קושי ביצירת קשר", "קושי בקשר מול האמא"), כמו גם למידת המגויסות של הילדים והוריהם לטיפול (ל"קלים": "תקשורת טובה עם האם" ול"קשים": "חוסר היענות של המשפחה").

טבלה מספר 9

משתני המחקר בנקודת הזמן הראשונה

שם המשתנה (טווח)	קבוצת המחקר			קבוצת הביקורת			סך הכל	
	n	ממוצע	סטיית תקן	n	ממוצע	סטיית תקן	n	ממוצע
וודאות כלפי ילדים (1-7)	129	3.09	.90	80	3.25	1.03	209	3.15
וודאות כלפי הורים (1-7)	129	2.94	.88	80	3.12	.89	209	3.02
עניין כלפי ילדים (1-7)	129	6.17	.65	80	6.36	.67	209	6.24
עניין כלפי הורים (1-7)	129	6.08	.71	80	6.05	.70	209	6.07
שחיקה (1-6)	131	2.47	.52	80	2.39	.53	211	2.44
מודעות* - ילדים "קלים" (1-7)	51	5.23	1.20	24	5.77	.85	75	5.41
מודעות כלפי המטפל - ילדים "קלים" (1-7)	51	4.40	1.32	24	4.75	1.45	75	4.51
מודעות כלפי הילד - ילדים "קלים" (1-7)	51	4.81	1.33	24	5.52	.91	75	5.04
מודעות - ילדים "קשים" (1-7)	51	4.85	1.04	23	5.23	1.32	74	4.97
מודעות כלפי המטפל - ילדים "קשים" (1-7)	50	4.35	1.06	23	4.65	1.40	73	4.44
מודעות כלפי הילד - ילדים "קשים" (1-7)	51	4.34	1.23	23	4.72	1.48	74	4.46
מודעות - הורים לילדים "קלים" (1-7)	54	5.35	.78	24	5.54	.77	78	5.41
מודעות כלפי המטפל - הורים לילדים "קלים" (1-7)	54	4.91	.99	24	4.87	.90	78	4.90
מודעות כלפי ההורה - הורים לילדים "קלים" (1-7)	54	5.17	.79	24	5.16	1.08	78	5.17
מודעות - הורים לילדים "קשים" (1-7)	53	4.98	.91	24	5.35	.90	77	5.10
מודעות כלפי המטפל - הורים לילדים "קשים" (1-7)	53	4.63	1.11	24	4.85	1.38	77	4.70
מודעות כלפי ההורה - הורים לילדים "קשים" (1-7)	53	4.75	.99	24	5.17	.82	77	4.88

* מודעות = מודעות לעולם הפנימי

השוואת משתני המחקר בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת בנקודת הזמן הראשונה

סטטיסטיקה תיאורית של משתני המחקר בנקודת הזמן הראשונה מוצגת בטבלה מספר 9. על מנת לבחון האם היה הבדל במשתני המחקר בין קבוצת המחקר והביקורת בנקודת הזמן הראשונה, נערך מבחן t למשתנים בלתי תלויים. בבדיקת המשתנים של סולמות הרפלקטיביות (במדגם הכללי) נמצאה שונות מובהקת רק בסולם העניין כלפי ילדים $t(206) = -2.076, p = .039$. נמצא כי העניין והסקרנות במצבים מנטליים כלפי ילדים היו נמוכים בקבוצת המחקר ($M = 6.16, SD = .65$) באופן מובהק יחסית לקבוצת הביקורת ($M = 6.36, SD = .67$). לעומת זאת, בסולם העניין והסקרנות כלפי הורים בסולמות הוודאות לא נמצא הבדל בין קבוצת המחקר וקבוצת הביקורת ($p > .05$). כמו כן, בתת המדגם שרואיין לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בסולם המודעות לעולם הפנימי, לא כלפי הילדים ולא כלפי הוריהם. את ערכי המובהקות במשתני המחקר השונים בהשוואה בין קבוצת המחקר והביקורת ראה בטבלה 10.

טבלה מספר 10

מובהקות מבחני t לבדיקת ההבדל בין קבוצת המחקר וקבוצת הביקורת במשתני המחקר

שם הסולם	t	p
וודאות כלפי ילדים	-1.14	.256
עניין כלפי ילדים	-2.17*	.039
וודאות כלפי הורים	-1.38	.170
עניין כלפי הורים	2.65	.791
מודעות לעולם הפנימי כלפי ילדים קלים	-1.95	.055
מודעות לעולם הפנימי כלפי ילדים קשים	-1.35	.181
מודעות לעולם הפנימי כלפי הורים לילדים "קלים"	-.99	.327
מודעות לעולם הפנימי כלפי הורים לילדים "קשים"	-1.64	.102

* $p < .05$

קשר בין משתני הרקע למשתני המחקר בנקודת הזמן הראשונה

לבדיקת הקשר בין משתני הרקע למשתני המחקר נערך מבחן פירסון למשתנים רציפים ומבחן אנובה חד כווני למשתנים קטגוריאליים. כפי שניתן לראות בטבלה מספר 11, נמצא כי הגיל והותק היו קשורים לשחיקה ולכל סולמות הרפלקטיביות ($r_{range} = -.24 - .23$, all $p's < .005$), אך לא לסולמות המודעות לעולם הפנימי. היות והותק נמצא קשור לגיל המשתתף ($r = .91$, $p < .001$), על מנת למנוע בעיה של מולטיקולינאריות, נכלל רק משתנה הותק בעת בדיקת ההשערות. במבחן אנובה חד כיווני לבחינת הקשר בין משתני הרקע הקטגוריאליים נמצא כי מקום העבודה של המטפלים היה קשור באופן מובהק לסולם המודעות לעולם הפנימי כלפי ההורים של הילדים ה"קלים", $F(1,70) = 4.24$, $p = .043$. כך שמטפלים אשר עובדים עם הורים הראו מודעות נמוכה יותר לעולמם הפנימי של ההורים לילדים ה"קלים" ($M = 5.29$, $SD = .73$) לעומת מטפלים אשר אינם עובדים עם הורים ($M = 5.70$, $SD = .68$). למעט הבדל זה לא נמצא קשר בין משתני הרקע (הגיל, הותק, המצב המשפחתי, המקצוע של המשתתפים, מגדר הילדים או ההורים וסדר הראיונות) לבין סולמות הרפלקטיביות וסולמות המודעות לעולם הפנימי.

קשרים בין מדדי המנטליזציה השונים

כפי שניתן לראות בטבלה מספר 11, נמצאו מספר מתאמים מובהקים בין מדדי המנטליזציה השונים. דיווח המטפלים על ודאות רבה יותר כלפי ילדים הייתה קשורה לדיווח על ודאות רבה יותר כלפי הורים, וכן לרמה גבוהה יותר של מודעות לעולם הפנימי בראיונות לגבי הילדים הקשים. דיווח על עניין רב יותר בילדים היה קשור לדיווח על עניין רב יותר בהורים וכן לרמה גבוהה יותר של מודעות לעולם הפנימי בראיונות לגבי ההורים של הילדים הקשים. דיווח על וודאות רבה יותר לגבי הורים הייתה קשורה לרמה גבוהה יותר של מודעות לעולם הפנימי בראיונות לגבי הילדים הקשים. בנוסף, מודעות גבוהה לעולם הפנימי כלפי ילדים הייתה קשורה למודעות גבוהה לעולם הפנימי כלפי ילדים קשים וכן מודעות גבוהה לעולם הפנימי כלפי הורים לילדים קשים הייתה קשורה לרמה גבוהה בכל סולמות המודעות האחרים דהיינו למודעות לעולם הפנימי של ילדים קלים והוריהם ושל ילדים קשים.

טבלה מספר 11

מתאמים בין גיל, ותק ומשתני המחקר (רפלקטיביות, מודעות לעולם הפנימי ושחיקה)

	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
.1 גיל												
.2 ותק	-.24**											
.3 וודאות כלפי ילדים	.06											
.4 עניין כלפי ילדים	.03	-.13										
.5 וודאות כלפי הורים	-.11	-.06	-.02									
.6 עניין כלפי הורים	-.18**	.34**	.15									
.7 מודעות*** ילדים "קלים"	-.09	.06	-.05	.24*								
.8 מודעות ילדים "קשים"	-.21**	.16	.06	.09	-.01							
.9 מודעות הורים לילדים "קלים"	-.08	.33**	.23	.26**	1							
.10 מודעות הורים לילדים "קשים"	-.15	.32**	.07	1								
.11 שחיקה	.03	.34**	1									
	.04	1										
	1											

** $p < .01$, * $p < .05$

*** מודעות = מודעות לעולם הפנימי

בחינת השערות המחקר

השערה מספר 1 - רמת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות כלפי הילדים שבטיפולם תהיה גבוהה יותר מאשר זו שהם יבטאו כלפי הורי הילדים, היות ובעבודתם הם ממוקדים יותר בילדים ומכירים אותם טוב יותר.

על מנת לבחון השערה זו, נערך מבחן MANCOVA עם מדידות חוזרות ובו נערכה השוואה של סולמות הרפלקטיביות (סולם הודאות וסולם העניין והסקרנות) בין שאלוני הילדים לשאלוני ההורים בנקודת הזמן הראשונה. המשתנה הבלתי תלוי היה הקבוצה (מחקר או בקורת) ומשתנה הבקרה היה הותק. נמצא הבדל מובהק ברפלקטיביות של המטפלים, כך שהמטפלים הראו רפלקטיביות גבוהה יותר כלפי ילדים מאשר כלפי הורים $F(2,198) = .92$, Wilk's lambda = .07, $partial \eta^2 = .001$, $p < .001$. $7.92 = F$, $partial \eta^2 = .07$. הבדל זה נבע מהבדל מובהק שנמצא בסולם העניין והסקרנות במצבים מנטליים $F(1,200) = 15.78$, $partial \eta^2 = .001$, $p < .001$. לעומת זאת, לא נמצא הבדל מובהק בסולם הודאות $F(1,200) = .36$, $partial \eta^2 = .002$, $p = .547$.

כפי שצוין בניתוחים המקדמיים, נמצאה אינטראקציה מובהקת של סולמות הרפלקטיביות עם משתנה הקבוצה $F(2,198) = 4.56$, $partial \eta^2 = .012$, Wilk's lambda = .004. אפקט האינטראקציה המובהק היה כאמור רק בסולם העניין, כך שבנקודת הזמן הראשונה העניין והסקרנות במצבים מנטליים היו גבוהים יותר בקבוצת הביקורת ביחס לקבוצת המחקר $F(1,200) = 8.92$, $partial \eta^2 = .003$, $p = .003$.

במדגם הראיונות נערך מבחן MANOVA עם מדידות חוזרות, שכלל השוואה בין סולמות המודעות לעולם הפנימי של הילדים לעומת סולמות המודעות לעולם הפנימי של ההורים בנקודת הזמן הראשונה. לא נמצא הבדל מובהק במודעות לעולם הפנימי של המטפל כלפי ילדים לעומת המודעות לעולם הפנימי של המטפל כלפי הורים, הן בראיונות כלפי הילדים ה"קלים" והוריהם והן בראיונות כלפי הילדים ה"קשים" והוריהם, $F(2,70) = 71$, Wilk's lambda = .02, $partial \eta^2 = .497$, $p = .02$. אם כן, השערת המחקר אוששה חלקית. נמצא הבדל בין מנטליזציה כלפי ילדים והורים רק בשאלון הדיווח העצמי. באופן ספציפי, המטפלים גילו עניין וסקרנות גבוהים יותר במצבים מנטליים כלפי הילדים שבטיפולם לעומת הוריהם.

השערה מספר 2 - רמת המנטליזציה של מטפלים כלפי ילדים (והוריהם) שנתפסים על ידם כ"קלים" לטיפול, תהיה שונה מרמת המנטליזציה שלהם כלפי ילדים (והוריהם) הנתפסים על ידם כ"קשים" לטיפול.

על מנת לבחון השערה זו, נערך בתת המדגם שרואיין מבחן MANOVA עם מדידות חוזרות, שכלל את ציוני המטפלים בנקודת הזמן הראשונה בסולם המודעות לעולם הפנימי, ובתתי הסולמות של המודעות לעולם הפנימי של המטפל עצמו והמודעות לעולם הפנימי של ילדים / הורים. נערכה השוואה בין סולמות המודעות לעולם הפנימי כלפי ילדים "קלים" לעומת ילדים "קשים" וכן בין סולמות המודעות לעולם הפנימי כלפי הורים לילדים "קלים" לעומת הורים לילדים "קשים". ההשערה אוששה. נמצא הבדל מובהק בסולם המודעות לעולם הפנימי כלפי ילדים "קלים" והוריהם לעומת ילדים "קשים" והוריהם, $F(6,65) = 6.63$, Wilk's lambda = .80, $p = .024$ partial $\eta^2 = .19$. נמצא כי המודעות לעולם הפנימי של המטפלים הייתה נמוכה יותר עבור הילדים שנתפסו על ידם כ"קשים" $F(1,70) = 8.20$, $p = .006$, partial $\eta^2 = .10$ ועבור ההורים של ילדים אלו $F(1,70) = 5.06$, $p = .028$, partial $\eta^2 = .07$.

בבדיקת שני תתי הסולמות של המודעות לעולם הפנימי לא נמצא הבדל מובהק בסולם המודעות של המטפלים לגבי עצמם, לא בראיונות לגבי הילדים $F(1,70) = .37$, $p = .542$ ולא בראיונות לגבי ההורים $F(1,70) = .83$, $p = .366$. עם זאת, נמצא הבדל מובהק במודעות לעולם הפנימי שהמטפלים בטאו בראיונות לגבי הילדים $F(1,70) = 9.80$, $p = .003$. ממצא זה מציע כי רוב האפקט בסולם המודעות לעולם הפנימי הכללי בין הילדים ה"קלים" ל"קשים" לא נבע מהבדל ברמת המודעות שהמטפלים בטאו כלפי עצמם, אלא מההבדל ברמת המודעות שהם ביטאו לגבי הילדים. לעומת זאת, בראיונות המטפלים כלפי ההורים, ההבדל בציונים בתתי הסולמות של המודעות לגבי העצמי והמודעות לגבי ההורים לא היה מובהק $F(1,70) = 2.29$, $p = .135$.

השערה מספר 3 - רמת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות תשתפר בעקבות השתלמות בת 40 שעות בתחום ההיבטים הרגשיים, הכוללת תרגול של מנטליזציה בהשוואה לרמת המנטליזציה שלהם לפני ההשתלמות.

כפי שיוצג להלן, השערה זו אוששה חלקית לגבי סולמות המודעות לעולם הפנימי בראיונות, אך לא לגבי סולמות הרפלקטיביות בדיווח העצמי בשאלונים. על מנת לבחון את ההשערה, נערך מבחן MANCOVA עם מדידות חוזרות (נקודת הזמן הראשונה בתחילת הקורס מול נקודת הזמן השנייה בסיום הקורס), ונערכה בו השוואה של סולמות הרפלקטיביות (ראה

טבלאות מספר 9 ו-12). המשתנה הבלתי תלוי היה הקבוצה (מחקר או בקורת) ומשתנה הבקרה היה הותק. לא נמצא הבדל מובהק בסולמות הרפלקטיביות של המטפלים מקבוצת המחקר בעקבות הקורס בהשוואה לקבוצת הביקורת $Wilk's\ lambda = .98, F(4,181) = .95, p = .436$ partial $\eta^2 = .02$.

על מנת לבדוק השערה זו בהקשר של סולם המודעות לעולם הפנימי שנמדד בראיונות (ראה טבלאות מספר 9,12), נערכו מבחני MANOVA עם מדידות חוזרות (נקודת הזמן הראשונה בתחילת הקורס ונקודת הזמן השנייה בסיום הקורס), תוך השוואה בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת. נמצא אפקט אינטראקציה מובהק של נקודת הזמן והקבוצה $Wilk's\ lambda = .84, F(4,62) = 2.92, p = .028$ partial $\eta^2 = .16$. ניתוחי שונות חד משתניים הראו כי היה שינוי מובהק בקבוצת המחקר בלבד בציוני המטפלים בסולם המודעות לעולם הפנימי כלפי הילדים ה"קלים" ובציוני המודעות לעולם הפנימי כלפי ההורים לילדים ה"קשים" $F(1,65) = 5.29, p = .008$, partial $\eta^2 = .10$, $F(1,65) = 2.06, p = .039$ בהתאמה.

ניתוח המשך לחקירת האינטראקציה של רמת המודעות לעולם הפנימי כלפי ההורים של הילדים ה"קשים" הראה כי רק בקבוצת המחקר הייתה עליה מובהקת ברמת המודעות - $t(47) = 2.54, p = .015$, ואילו בקבוצת הביקורת לא היה הבדל מובהק בין שתי נקודות הזמן $t(21) = 1.08, p = .294$ (ראה איור מספר 1). בניתוח המשך של רמת המודעות לעולם הפנימי כלפי הילדים ה"קלים" לא נמצא הבדל מובהק באף אחת מן הקבוצות, לא בקבוצת המחקר $t(45) = -1.57, p = .124$ ולא בקבוצת הביקורת $t(22) = 1.61, p = .121$.

לבסוף, בשונה מהמשוער, לא נמצא הבדל מובהק בין נקודת הזמן הראשונה לנקודת הזמן השנייה במודעות לעולם הפנימי כלפי הילדים ה"קשים" או ההורים לילדים ה"קלים" $F(1,65) = 2.85, p = .001$ partial $\eta^2 = .096$, $F(1,65) = .07, p = .798$ בהתאמה.

טבלה מספר 12

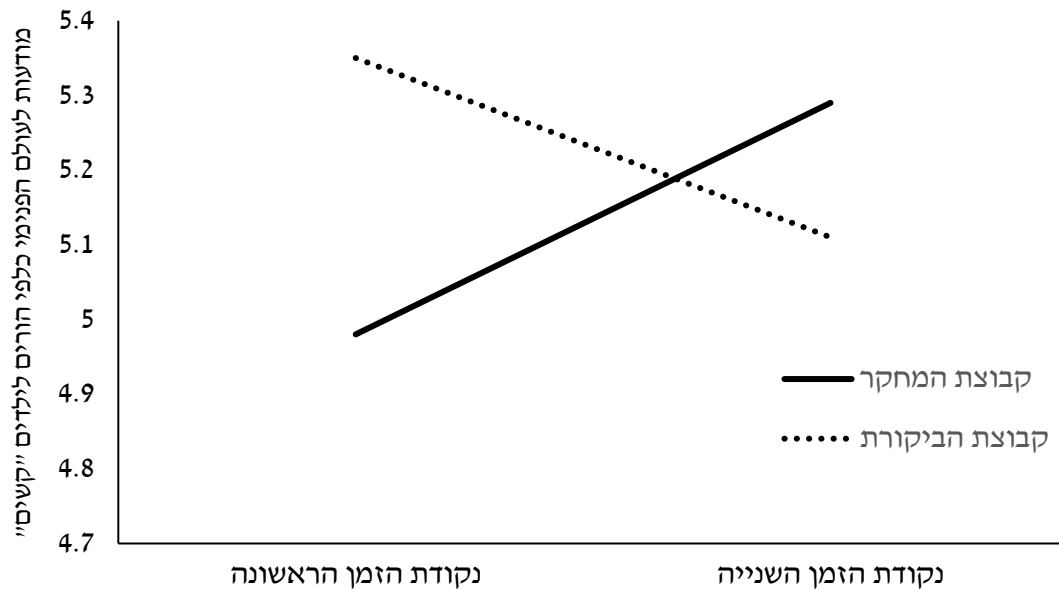
משתני המחקר בנקודת הזמן השנייה

סך הכל			קבוצת הביקורת			קבוצת המחקר			שם המשתנה (טווח)
סטיית תקן	ממוצע	n	סטיית תקן	ממוצע	n	סטיית תקן	ממוצע	n	
1.03	3.27	196	1.06	3.31	72	1.02	3.24	124	וודאות כלפי ילדים(1-7)
.98	3.04	195	1.04	3.08	72	.95	3.01	123	וודאות כלפי הורים (1-7)
.65	6.31	196	.69	6.30	72	.62	6.31	124	עניין כלפי ילדים (1-7)
.67	6.11	195	.69	6.09	72	.67	6.12	123	עניין כלפי הורים (1-7)
1.00	5.39	69	1.02	5.32	23	1.00	5.42	46	מודעות* - ילדים "קלים" (1-7)
1.10	5.28	69	1.23	5.43	22	1.04	5.21	47	מודעות - ילדים "קשים" (1-7)
.80	5.38	72	.66	5.32	23	.86	5.40	49	מודעות - הורים לילדים "קלים" (1-7)
.87	5.24	70	.96	5.11	22	.83	5.29	48	מודעות - הורים לילדים "קשים" (1-7)

* מודעות = מודעות לעולם הפנימי

איור מספר 1

שינוי במודעות לעולם הפנימי כלפי ההורים לילדים "קשים" בין שתי נקודות הזמן



הערה: הקו הרציף מייצג אפקט פשוט מובהק ($p < .05$). הקו המקווקו מייצג אפקט פשוט לא

מובהק ($p > .05$)

השערה מספר 4 - ככל שרמת המנטליזציה של המטפלים תהיה גבוהה יותר, הם ידווחו על

דמות שחיקה נמוכות יחסית.

על מנת לבחון השערה זו, נבדקו מתאמי פירסון בין סולמות הרפלקטיביות וסולמות

המודעות לעולם הפנימי לשחיקה. לא נמצא קשר מובהק בין סולמות המודעות לעולם הפנימי

לשחיקה אך נמצאו קשרים מובהקים ושליליים בין סולם העניין במצבים מנטליים כלפי ילדים (r

$= -.18, p = .008$) וכלפי ההורים ($r = -.21, p = .003$) לבין משתנה השחיקה. כפי שצוין קודם לכן,

נמצא גם קשר מובהק בין ותק לשחיקה ($r = -.22, p = .002$), ובין ותק לעניין במצבים מנטליים

כלפי ילדים ($r = .17, p = .016$) וכלפי הורים ($r = .21, p = .003$). כלומר, ככל שהמטפל היה ותיק

יותר כך הוא גילה יותר עניין וסקרנות במצבים המנטליים של ילדים והורים ודיווח על פחות

שחיקה.

לאור ממצאים אלו, נערך ניתוח רגרסיה שבדק את תרומתם הייחודית של ותק ועניין

במצבים מנטליים כלפי ילדים לשונות המוסברת של שחיקה. המשתנה התלוי היה השחיקה.

בבלוק הראשון הוכנס משתנה הותק ובבלוק השני העניין במצבים מנטליים כלפי ילדים. כפי

שניתן לראות בטבלה מספר 13, סולם העניין במצבים מנטליים כלפי ילדים ניבא באופן מובהק

רמה נמוכה יחסית של שחיקה לאחר ששלטנו בותק. אם כי עדיין היה אפקט מובהק לותק, כך

שמטפלים ותיקים דיווחו על פחות שחיקה. הממצאים הללו מצביעים על כך שהן הותק והן מידת העניין במצבים מנטליים כלפי הילדים מסבירים כל אחד באופן ייחודי את מידת השחיקה של המטפלים.

טבלה מספר 13

ניתוח רגרסיה היררכית של שחיקת המטפלים 1

שחיקה של המטפלים			המשתנה ברגרסיה
ΔR^2	β (סופי)	β (כניסה)	
.05			בלוק 1
			ותק
			בלוק 2
.02			ענין וסקרנות במצבים מנטליים של ילדים
			סך R^2
			מודל סופי
			$F(2,197) = 7.45^{***}$

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

על מנת לבדוק את תרומתו של סולם העניין במצבים מנטליים כלפי ההורים למידת השחיקה של המטפלים, נערכו מבחני רגרסיה היררכית מרובה, שבהם המשתנה התלוי היה משתנה השחיקה. כפי שניתן לראות בטבלה מספר 14 המודל נמצא מובהק. סולם העניין במצבים מנטליים כלפי הורים ניבא באופן מובהק רמה נמוכה יחסית של שחיקה לצד משתנה הותק, שאף הוא ניבא באופן מובהק פחות שחיקה. הממצאים הללו מצביעים על כך שהן הותק והן מידת העניין במצבים מנטליים כלפי ההורים מסבירים כל אחד באופן ייחודי את מידת השחיקה של המטפלים.

טבלה מספר 14

ניתוח רגרסיה היררכית של שחיקת המטפלים 2

שחיקה של המטפלים			המשתנה ברגרסיה
ΔR^2	β (סופי)	β (כניסה)	
.05			בלוק 1
			ותק
			בלוק 2
.02			ענין וסקרנות במצבים מנטליים של הורים
			סך R^2
			מודל סופי
			$F(2,197) = 7.82^{***}$

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

דיון

מטרתו של מחקר זה הייתה לבחון את יכולת המנטליזציה של מטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות כלפי הילדים וההורים שבטיפולם. המחקר בחן האם יכולת המנטליזציה של המטפלים היא תכונה כללית או שהיא תלויה מערכת יחסים דיאדית ספציפית, וימצאו הבדלים במנטליזציה של מטפלים כלפי ילדים שונים וכלפי הורים שונים בטיפולם. כמו כן, נבדק האם השתלמות בת 40 שעות יכולה לסייע בשיפור רמת המנטליזציה של המשתתפים והאם רמת המנטליזציה קשורה לשחיקה של המטפלים. לבסוף, במסגרת המחקר תוקפו שני כלי מדידה להערכת מנטליזציה של מטפלים, שהותאמו על בסיס כלים להערכת מנטליזציה בקשר הורה-ילד: שאלון להערכת הפונקציה הרפלקטיבית של המטפל, שהתבסס על ה-PRFQ (Luyten et al., 2017) ודוגמיות דיבור בנות חמש דקות (Adkins & Fonagy, 2015), אשר קודדו בעזרת סולם המודעות לעולם הפנימי (Sher-Censor & Yates, 2012), שהותאם מתוך הפרוצדורה להערכת תובנה הורית (Koren-Karie & Oppenheim, 2004). השערות המחקר אוששו באופן חלקי. נמצא כי רמת המנטליזציה של המטפלים אמנם לא נבדלה בין ילדים להוריהם, אך הייתה נמוכה יותר עבור ילדים שנחשבים "קשים" והוריהם ביחס לילדים שנחשבים "קלים" והוריהם. כמו כן, נמצא כי בעקבות קורס של 40 שעות רמת המנטליזציה של המשתתפים עלתה עבור ההורים לילדים ה"קשים". בנוסף, נמצא כי ככל שהמטפלים ביטאו רמות מנטליזציה גבוהות יותר כך הם דיווחו על רמות נמוכות יחסית של שחיקה.

המנטליזציה של מטפלים כלפי הילדים שבטיפולם תהיה גבוהה יותר מאשר זו שהם יבטאו

כלפי הוריהם

שיערנו כי המנטליזציה של מטפלים כלפי הילדים שבטיפולם תהיה גבוהה יותר מאשר זו שהם יבטאו כלפי הוריהם, היות ובעבודתם הם ממוקדים יותר בילד ומכירים אותו טוב יותר. השערה זו אוששה באופן חלקי. המטפלים דיווחו בשאלוני הפונקציה הרפלקטיבית על רמה גבוהה יותר של עניין וסקרנות לגבי המצבים המנטליים של הילדים בהשוואה לעניין ולסקרנות לגבי המצבים המנטליים של הורי הילדים. עם זאת, מדיווחי המטפלים עלה כי לא היה הבדל מובהק במידת הוודאות שלהם במצבים מנטליים של הילדים לעומת הוודאות במצבים המנטליים של ההורים. בנוסף, לא נמצא הבדל מובהק במודעות לעולם הפנימי שביטאו המטפלים בתת המדגם בדוגמיות הדיבור כלפי הילדים לעומת כלפי ההורים. ממצאים אלו מצטרפים למחקר שמצא יציבות במנטליזציה של אימהות כלפי אחד מילדיהם לעומת בני זוגם או מבוגר אחר הקרוב

אליהם (Hill & McMahon, 2016), ולמחקר נוסף בו נמצא כי הורים בטאו רמות מנטליזציה דומות כלפי ילדם/ילדתם וכלפי בני/בנות זוגם (Borelli, 2020).

ייתכן, כי מטפלים מגלים באופן כללי פחות עניין וסקרנות כלפי עולמם הפנימי של ההורים, היות והם רואים את ההורים המגיעים לטיפולם בעיקר בתפקיד ההורות שלהם ופחות מתעניינים בהם כסובייקטים נפרדים. בנוסף, ייתכן כי הם תופסים את הניסיון להבין את העולם הפנימי של ההורים כחודרני (Ritchey, 2021). לצד זאת, ייתכן והרמות הדומות של מנטליזציה כלפי ילדים והוריהם שנמצאו בראיונות, נובעות מכך שלמטפלים יש היכרות טובה עם ההורים, וקשורות לגישה הרווחת כיום במקצועות הבריאות ההתפתחותיים של טיפול ממוקד משפחה, ותפיסת ההורה כחלק בלתי נפרד מהטיפול. כלומר, ייתכן כי המטפלים רואים הן את הילדים והן את הוריהם כשותפים מלאים בטיפול, ולפיכך מנסים להכיר את עולמם הפנימי, את המניעים להתנהגותם, ומתייחסים לכך בתכנון הטיפול. הסבר נוסף נעוץ בכך שהשאלונים לבדיקת הפונקציה הרפלקטיבית התייחסו להורים ולילדים באופן כללי, ולא לילד מסוים ולהורה מסוים, בעוד שבראיונות ההתייחסות הייתה לילדים מסוימים ולהורים מסוימים. יש מקום לבצע מחקרים נוספים בקרב מטפלים ולבחון האם השאלון רגיש לשינויים בין מערכות יחסים שונות כאשר השאלונים מופנים כלפי ילד מסוים וההורה שלו.

רמת המנטליזציה כלפי ילדים והוריהם שנתפסים על ידי המטפלים כ"קלים", תהיה שונה מרמת המנטליזציה שלהם כלפי ילדים והוריהם הנתפסים על ידם כ"קשים".

ההשערה בדבר הבדל בין רמת המנטליזציה לגבי ילדים הנתפסים כ"קלים" והוריהם לבין רמת המנטליזציה לגבי ילדים הנתפסים כ"קשים" והוריהם אוששה במלואה. השערה זו נבדקה על תת המדגם שרואיין. נמצא כי רמת המנטליזציה בראיונות של המטפלים הייתה נמוכה יותר הן כלפי הילדים שנתפסו על ידם כ"קשים" והן כלפי הוריהם, בהשוואה לילדים שנתפסו על ידם כ"קלים" והוריהם. ממצא זה מוסיף ותומך בהמשגה התאורטית שעל אף שמנטליזציה הינה תכונה, היא תלויה הקשר ומערכת יחסים (Borelli et al., 2020; McMahon & Bernier, 2017; Steele et al., 2008). ממצא זה דומה למחקרם של אנסארי ושות' (Ansari et al., 2020), אשר מצאו כי הורים ביטאו מנטליזציה גבוהה יותר, שהוערכה בעזרת Mind-Mindedness, ביחס לילדיהם עם ההתפתחות הטיפוסית בהשוואה למנטליזציה שביטאו ביחס לאחיהם של הילדים, המאובחנים על הרצף האוטיסטי. כמו כן, ממצא זה הינו בהלימה עם הכתיבה הקלינית לגבי מטפלים, שמציעה כי במקרים של מטופלים שנחווים כקשים לטיפול, עלולה להתעורר הצפה רגשית אצל המטפל מתוך תחושת כשלון או חוסר אונים. כאשר מטפל נמצא בסערה רגשית הוא

יתקשה לעסוק במצבים מנטליים והדבר יתבטא בירידה ביכולת למנטליזציה (Gilkerson, 2004; Shahmoon-Shanok & Geller, 2009).

במחקר הנוכחי ניסינו להתחקות אחר הסיבות לסיווג הילדים שנבחרו לראיונות כ"קלים" או "קשים" לטיפול. לשם כך, נתבקשו המטפלים לבחור לפני הריאיון ילד/ה ש"קל" להם איתו/ה וילד/ה ש"קשה" להם איתו/ה. המטפלים לא קיבלו קריטריונים לחלוקה זו, אלא התבקשו לקבוע אותה לפי החוויה הסובייקטיבית שלהם. יחד עם זאת, המטפלים נתבקשו למלא שאלון שבו הם ממלאים פרטים על חומרת הקשיים ההתפתחותיים ועל האבחנות של הילדים שנבחרו. זאת על מנת לבחון האם יש קשר בין המגדר או אבחנת הילדים לבחירה שלהם כ"קלים" או כ"קשים", והאם יש קשר בין בחירה זו לרמת המנטליזציה. אמנם, יש להיזהר בעת מתן פרשנות לממצא לא מובהק, אך נראה כי מגדר הילדים, האבחנה שלהם והקשיים התפקודיים לא היו הגורם שהביא את המטפלים לסווגם כ"קלים" או "קשים". אמנם הרוב המכריע של הילדים שנבחרו לראיונות היה בנים (כ-64%), אך תופעה זו עולה בקנה אחד עם ממצאיהם של המחקר הארצי לילדים עם מוגבלות בישראל בהם ניכרת שכיחות גבוהה יותר בקרב בנים מאשר בנות (ברלב ושות', 2021). יתר על כן, ההתפלגות המגדרית בין הילדים ה"קלים" ל"קשים" הייתה דומה ביותר. כלומר, לא היה קשר בין המגדר של הילדים לסיווגם כ"קלים" או "קשים" (ראה טבלה מספר 7). ממצא חשוב נוסף בהקשר המגדרי הוא שלא נמצא קשר בין מנטליזציות המטפלים למגדר הילדים.

כמו כן, מדיווחי המטפלים עולה כי הן הילדים ה"קלים" והן הילדים ה"קשים" הפגינו קשיים בתחומים ההתפתחותיים ותפקודיים מגוונים, ומרבית המטפלים ציינו שהילדים בטאו קשיים ביותר מתחום תפקודי אחד. בנוסף, המטפלים ציינו בטופס את אבחנות הילדים (ראה טבלה מספר 8). לכרבע מן הילדים שנבחרו לראיונות צוינה אבחנה של ASD, וממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאים שפורסמו לאחרונה בסקר של מכון ברוקדייל שעסק ברפורמה בהתפתחות הילד (גולדווג וולרון, 2023) ואשר ציין עלייה של 45% באבחונים של ילדים על הרצף האוטיסטי בישראל. ניתן לומר אם כן, כי במחקר זה לא נמצא גורם "אובייקטיבי" מסוים הקשור לילדים, כמו מגדר, אבחנה או קושי תפקודי ספציפי שהביא לסיווג הילדים כ"קלים" או "קשים", אלא גורמים שונים השפיעו על בחירת המטפלים ובתוכם גורמים סובייקטיביים הקשורים לקשר בין המטפלים לילדים ובין המטפלים להורי הילדים.

רמת המנטליזציה שהמטפלים ביטאו בראיונות הוערכה בעזרת שלושה סולמות, מתוך רצון לנסות להעמיק את ההבנה שלנו לגבי מנטליזציה. מנטליזציה עוסקת גם ביכולת של המטפל לראות את המטופל מבפנים וגם את יכולתו לראות את עצמו מבחוץ (Allen et al., 2008), היות

וכך ניסינו במחקר זה, בנוסף לסולם המודעות לעולם הפנימי שבחן את המנטליזציה בדוגמית הדיבור באופן כללי, ליצור שני סולמות שיבחנו מישורים נוספים של מנטליזציה. סולם אחד בחן את המודעות של המטפלים כלפי עולמם הפנימי שלהם, והשני בחן את המידה בה המטפלים מנסים לפרש את התנהגות המטופלים (ילדים/ הורים) על ידי מודעות לעולמם הפנימי ולמצבים מנטליים.

מהממצאים עולה כי רמת המודעות לעולם הפנימי הכללית של המטפלים הייתה נמוכה יותר עבור ילדים "קשים" והוריהם. בבחינת תתי הסולמות הנוספים לא נמצא הבדל בסולם המודעות העצמית של המטפלים בין מטופלים "קלים" למטופלים "קשים", וכן לא נמצא הבדל בסולם המודעות כלפי ההורים. יחד עם זאת, בסולם המודעות לעולם הפנימי כלפי הילדים נמצא כי רמת המודעות כלפי הילדים ה"קשים" הייתה נמוכה באופן מובהק לעומת הילדים ה"קלים". כלומר, המטפלים שמרו על רמה דומה של מנטליזציה ביחס לעצמם, בין אם הם דיברו על ילדים "קלים" והוריהם ובין אם הם דיברו על ילדים "קשים" והוריהם. לעומת זאת, המטפלים ביטאו רמות מנטליזציה נמוכות יחסית והתקשו לחשוב במונחים מנטליים על הילדים ה"קשים".

ממצאים אלו מצטרפים למחקר פיילוט שבדק צוותי חינוך בגיל הרך שהשתתפו בתוכנית התערבות להעלאת המנטליזציה (Marttila et al., 2023). המחקר ניסה להתחקות אחר ההבדל בין מנטליזציה עצמית למנטליזציה כלפי הילדים. החוקרים בדקו תמלילי ראיונות שנערכו עם צוותי החינוך ואשר כללו צפייה בסרטוני וידאו קצרים שאיש הצוות והילדים צולמו בהם במסגרת הגן באפיזודות יומיומיות. המשתתפים נתבקשו לתאר מה חשב והרגיש כל אחד מהמשתתפים בסרטון ומה היו המניעים להתנהגותו. הממצאים במחקר אמנם לא הראו הבדל במספר הפעמים בהם המשתתפים התייחסו למנטליזציה עצמית לעומת מנטליזציה כלפי הילד, אך הם מצאו כי המנטליזציה העצמית הייתה יותר עשירה בהשוואה למנטליזציה כלפי הילדים. כמו כן, צוותי החינוך נטו להתייחס למחשבות של עצמם ואילו כאשר הם ביטאו מנטליזציה כלפי הילדים, הם נטו יותר להתייחס למניעים, רצונות ומשאלות של הילדים. ממצא זה מדגיש כי בהשתלמויות ובהדרכות רפלקטיביות למטפלים חשוב להקדיש זמן ולהתייחס לשני המישורים של המנטליזציה. חשוב לעודד את הצוותים הן למנטליזציה כלפי עצמם, רגשותיהם ומחשבותיהם והן כלפי העולם הפנימי של המטופלים.

האם ניתן לשפר את רמת המנטליזציה של מטפלים בעזרת השתלמות הכוללת תרגול של

מנטליזציה

ההשערה כי רמת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות תשתפר בעקבות השתתפות בקורס "היבטים רגשיים" אוששה באופן חלקי. נמצא כי בסולם המודעות לעולם הפנימי בתת המדגם של הראיונות, חל שיפור מובהק ברמת המנטליזציה רק אצל המטפלים שהשתתפו בהשתלמות, ולא אצל המטפלים מקבוצת הביקורת. ניתוחי המשך הציעו כי אפקט זה היה רק ביחס להורים של הילדים ה"קשים". עם זאת לא נמצא שיפור מובהק ברמת המודעות לעולם הפנימי ביחס לילדים ה"קשים" וכן הילדים ה"קלים" והוריהם. כמו כן, לא נמצא שינוי מובהק בסולמות הרפלקטיביות בשאלונים.

ניתן להדגים את השיפור ברמת המנטליזציה כלפי ההורים לילדים ה"קשים" מהשוואה בין תעתיק לפני הקורס ותעתיק בסיום הקורס של אחת המשתתפות. בתעתיק לפני הקורס המטפלת קיבלה ציון "4.5" בסולם המודעות לעולם הפנימי. המטפלת מתייחסת אמנם לתחושות ההורים ולציפיותיהם, אך לא מנסה להתחקות אחר המניעים: *"הם בחלקם מאוד מאוד מרוצים ממני (צחקוק) אבל מצד שני אני מרגישה שאולי גם הם מצפים ממני שאני אתקן אותה והם מבינים שאני לא מתקנת אותה. אה.. אז יכול להיות שאולי גם מבחינתם יש שם... אולי איזו שהיא... אני לא יודעת אם אכזבה זאת המילה הנכונה אבל משהו בסגנון הזה."* לאחר הקורס המטפלת קיבלה ציון "6.5". המטפלת מדברת גם בראיון זה על רצון ההורים שהיא "תתקן" את הילדה, אך הפעם נראה כי היא מצליחה להתייחס בצורה יותר עמוקה לעולמם הפנימי של ההורים, לתחושות הכאב ומקורות הקושי שלהם אשר עומדים מאחורי ההתנהגות שלהם. בנוסף, המטפלת מתייחסת לעולם הפנימי שלה עצמה ומתארת את ההשפעה של רגשותיה על מערכת היחסים בינה לבין ההורים: *"אני מרגישה לגביהם... זה מעניין... כי פעם הייתי מאוד מאוד טעונה עליהם, על זה שהם כאילו לא מקדישים את התשומת לב ולאט לאט אני רואה כמה הם מתאמצים וכמה החיים שלהם עמוסים וכמה הם כאילו... הם גם בהרבה קושי וכאב ואני מרגישה פתאום גם כלפיהם המון, המון, המון, המון אמפטיה והרבה מאוד עצבות ומין רצון כזה של הלוואי והיה לי מטה קסמים והכל היה בסדר עבורם אז כאילו יש לי... אני כאילו... אני גם אצלם מרגישה מאוד מאוד את הכאב, כאילו אני מרגישה שאני יכולה פחות ופחות לבוא אליהם בבקשות או בציפיות ככל שאני מכירה אותם יותר"* ניתן להבחין כי השיפור ברמת המנטליזציה אפשר למטפלת לגלות אמפטיה, להתאים את הטיפול ליכולות ההורים ולספק חווית טיפול פחות מתסכלת הן להורים והן לעצמה.

כאמור, לא נמצא שיפור מובהק כלפי כלל הילדים וכלפי ההורים לילדים ה"קשים" בעקבות ההשתלמות, אך נמצא שיפור כלפי ההורים לילדים ה"קשים". לשיפור זה ברמת המודעות לעולם הפנימי ישנה חשיבות קלינית רבה. המפגש עם ההורים של הילדים ה"קשים" מאתגר את רמת המנטליזציה של המטפל בכמה אופנים: ראשית, לחלק מילדים אלו קשיים התפתחותיים מורכבים, ועקב כך קושי לשרד סיגנלים אודות תחושותיהם. חוסר בהירות של הסיגנלים יקשה על הוריהם ועל המטפלים בהבנת עולמם הפנימי של הילדים (Feniger-Schaal et al., 2019; Koern-Karie & oppenheim, 2023). שנית, כפי שהעידו המטפלים חלק מהילדים סווגו כ"קשים" לא רק בגלל הקושי הסובייקטיבי בקשר עם הילד אלא גם בקשר האישי עם ההורים, כמו גם קושי בהשגת שיתוף פעולה ובהשגת מחויבות של ההורים לטיפול. שיפור במנטליזציה של המטפלים כלפי ההורים לילדים ה"קשים" יוכל לסייע להם להבין את המניעים מאחורי התנהגות ההורים, לשים לב לרגשות ולאמונות שההורים מחזיקים, ולתמוך בטיפול בשני אופנים: ראשית, מנטליזציה טובה יותר תוכל לסייע להם בחיזוק קשר מטפל-הורה ויצירת ברית טיפולית טובה יותר עם ההורים. קרי, יצירת קשר חיובי והדדי תוך קביעת מטרות טיפול והגדרת משימות משותפות, (Bordin, 1979). הקשר בין הברית הטיפולית לתוצאות הטיפול קיבל ביסוס רב במחקרים רבים בתחום הפסיכותרפיה (Baier et al., 2020) ונמצא קשור גם לשיתוף הפעולה של ההורים במחקרים על מטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות (Barfoot et al., 2017; D'Arrigo et al., 2017; Gagné-Trudel et al., 2023). שנית, יש לשער כי מטפלים שיוכלו להבין את העולם הפנימי של ההורים יוכלו ביתר קלות לסייע להורים אלו לחשוב את העולם הפנימי של ילדיהם, לקבל את הקשיים של הילדים ולשפר את הקשר עם ילדם (Di Renzo et al., 2020). השיפור בברית הטיפולית ובקשר הורה-ילד יוכלו לסייע בקבלת תוצאות טיפוליות טובות יותר. כאמור, מחקר זה הוא ראשוני ולא בדק את הקשר בין מנטליזציה לברית טיפולית, לשיתוף פעולה של ההורים ולקשר הורה ילד. מומלץ לערוך מחקרים נוספים לבדיקת קשרים אלו. כמו כן, על אף הרמה הנמוכה יחסית של מנטליזציה שהמטפלים ביטאו כלפי הילדים ה"קשים" בנקודת הזמן הראשונה ועל אף הצורך הנדרש ברמות מנטליזציה גבוהות כלפי ילדים מאתגרים, לא נמצא שיפור בעקבות הקורס כלפי קבוצה זו. יש מקום לחקור ולדייק אילו תכנים והדרכות נוספים יכולים לסייע למטפלים לשפר את המנטליזציה שלהם כלפי אותם ילדים. השיפור שנמצא ברמות המנטליזציה בקרב משתתפי הקורס כלפי ההורים לילדים ה"קשים" מצטרף למחקרים הנותנים דגש בטיפולים לקשר הורה-ילד ולתפיסה כי ההורים הם מרכיב חשוב ובלתי נפרד בקידום של הילדים (Barefoot et al., 2017; Howe, 2016; Shahmoon-Shanok & Geller, 2009). בנוסף, המחקר מדגיש את החשיבות שיש בתמיכה

במטפלים ממקצועות הבריאות בטיפולים מאתגרים, ובחשיבות הסיוע שניתן למטפלים בזיהוי קשיים במנטליזציה הן של ההורים כלפי ילדיהם והן של המטפלים כלפי ההורים. כל זאת על מנת לחזק את שיתוף הפעולה והקשר ביניהם לבין ההורים. מחקרנו מצטרף ומחזק אם כן את הידע התאורטי שהוצג אודות החשיבות בקיום השתלמויות והדרכות למקצועות הבריאות העוסקות בתהליכים הרגשיים הנלווים למפגש הטיפולי. יש חשיבות בהשמת דגש על שיפור יכולת מנטליזציה כחלק מהתפיסה של טיפול ממוקד קשר (Gilkerson, 2004; Shahmoon-Shanok & Geller, 2009; Shea et al., 2020).

ככל שרמת המנטליזציה של המטפלים תהיה גבוהה יותר, הם ידווחו על רמות שחיקה נמוכות

השערה זו אוששה באופן חלקי. לא נמצא מתאם מובהק בין סולם המודעות לעולם הפנימי בראיונות לבין שחיקה, אך נמצא מתאם בין מידת העניין והסקרנות לגבי מצבים מנטליים של הילדים ושל ההורים בשאלוני הפונקציה הרפלקטיבית לבין שחיקה. הניתוחים המקדמיים שערכנו הציעו כי המטפלים בקבוצת הביקורת היו ותיקים יותר מאשר המטפלים מקבוצת המחקר. בנוסף, הותק של המטפלים היה קשור לסולמות העניין והוודאות וכן לשחיקה. ככל שהמטפלים היו יותר ותיקים, הם גילו עניין רב יותר במצבים מנטליים של הילדים ושל ההורים ודיווחו על פחות שחיקה. לאור זאת, משתנה הותק הוכנס כמשתנה בקרה בעת בדיקת הקשר עניין וסקרנות המטפלים לבין שחיקה. ניתוח זה הראה כי העניין והסקרנות במצבים מנטליים של ילדים ושל הורים היה קשור לדיווח על פחות שחיקה מעל ומעבר לותק.

ממצאי מחקר אלו מצטרפים למחקר שפורסם לאחרונה ובדק אחיות בתקופת מגיפת הקורונה (Safiye et al., 2022). המחקר מצא קשר בין היפו-מנטליזציה (עיסוק נמוך במצבים מנטליים) לתחושת שחיקה גבוהה. כותבי המאמר סברו כי העיסוק הנמוך במצבים מנטליים לא איפשר לאחיות להבין את הגורמים להתנהגות של המטופלים ושל עמיתיהם לעבודה, ויצר חיכוכים רבים וחוסר שביעות רצון. באופן דומה, ניתן לנסות ולהסביר את ממצאי המחקר הנוכחי כך שמטפלים שהעניין והסקרנות שלהם כלפי מצבים מנטליים היו נמוכים התקשו להבין את המניעים והרגשות העומדים מאחורי התנהגות הילדים המטופלים, הוריהם וגם חברי הצוות. חוסר הבנת המניעים עלול היה לגרום לתחושות חוסר אונים, חיכוכים וחוסר שביעות רצון, וכתוצאה מכך תחושות שחיקה גבוהות יחסית. ייתכן אם כן, כי הקשר בין מנטליזציה לשחיקה הינו מעגלי. ככל שיש פחות עניין וסקרנות במצבים מנטליים כך יש יותר שחיקה, וזו בתורה גורמת לירידה בעניין ובסקרנות במצבים המנטליים (Maslach et al., 2001; Shahmoon-

(Shanok & Geller, 2009; Tomlin et al., 2016). יש צורך במחקר אורכי אשר ימדוד לאורך זמן מנטליזציה ושחיקה, על מנת לשפוך אור על קשר מעגלי אפשרי זה.

כפי שצוין לעיל, ממצא פוסט הוקי במחקר זה היה כי מטפלים עם ותק גבוה דווחו על שחיקה נמוכה. ממצא זה הוא לכאורה מפתיע, אך הוא בהלימה עם ממצאי מחקרים קודמים. במחקר קודם של עורכת מחקר זה נמצא כי מטפלים וותיקים מקרב מקצועות הבריאות דווחו על רמות שחיקה נמוכות יותר (Zohar et al., 2020). בדומה, במחקר על סטודנטים לסיעוד ואחים מוסמכים שבדק מנטליזציה של הסטודנטים לגבי עצמם ולגבי מערכות יחסים עם אנשים באופן כללי (כלומר לא לגבי מטופלים), נמצא כי הסטודנטים לסיעוד דווחו על שחיקה גבוהה יותר בהשוואה לאחים הוותיקים. עם זאת, בניגוד למחקרנו, גם בקרב הסטודנטים וגם בקרב האחים הותיקים נמצאו רמות מנטליזציה דומות (Bordoagni et al., 2021).

ממצא לא צפוי נוסף במחקרנו היה כי קבוצת הביקורת הייתה ותיקה יותר בהשוואה לקבוצת המחקר שהשתתפה בהשתלמות. ייתכן והבדל זה נובע מכך שמצד אחד מטפלים בעלי ותק רב משתתפים פחות בהשתלמויות ומצד שני מטפלים בעלי ותק רב רואים חשיבות רבה יותר בהשתתפות במחקרים ופנויים לכך יותר. יחד עם זאת, ייתכן שהבדל זה נובע מאופן גיוס המטפלים לקבוצת הביקורת דרך פרסום ברשתות חברתיות. מחקר שעקב אחר הענות להשתתפות במחקר שאלונים בקרב רופאי שיניים בברזיל מצא כי לגיוס דרך רשתות חברתיות נענו רופאי שיניים מעט יותר מבוגרים ועם ניסיון עשיר יותר ביחס לגיוס דרך מייל (Morales et al., 2021). מומלץ במחקרים עתידיים לשלוט במשתנה הותק בזמן גיוס של נבדקים. כמו כן, מומלץ להוסיף ולחקור האם למקד השתלמויות שמטרתם לעודד מנטליזציה למטפלים חדשים בתחילת דרכם המקצועית או לפתוח אותן הן למטפלים צעירים והן למטפלים ותיקים.

המחקר הנוכחי מצטרף אם כן למחקרים קודמים שהראו קשר בין מנטליזציה ושחיקה בקרב אנשי מקצוע שונים (Bordoagni et al., 2021; Brugnera et al., 2023; Dexter & Wall., 2021). ממצאים אלו מדגישים את החשיבות שיש במתן השתלמויות והדרכות שתומכות במנטליזציה של מטפלים, בדומה למחקרים שמצאו כי הדרכה רפלקטיבית קבועה למטפלים ממקצועות הבריאות העובדים עם ילדים הייתה קשורה לתחושת שחיקה מופחתת (Frosch et al., 2018; Shea et al., 2020).

כלי המחקר והתאמתם למקצועות הבריאות

מטרה אחרונה של המחקר הייתה להתאים שני כלים שפותחו בהקשר של קשר הורה-ילד להקשר של מטפלים ממקצועות הבריאות. התאמה זו נעשתה מתוך התפיסה (Fonagy &

(Target, 2005) שישנם תהליכים מקבילים בין הורות לטיפול וכי בדומה למנטליזציה הורית אף המטפלים נדרשים להחזיק בתודעתם את תודעת המטופל .

הכלי הראשון שהותאם היה שאלוני PRFQ (Luyten et al., 2017). השאלון הותאם למטפלים בשני הקשרים האחד בודק את הפונקציה הרפלקטיבית כלפי הילדים והשני בודק את הפונקציה הרפלקטיבית כלפי ההורים. שאלוני ה- PFRQ כוללים שלושה סולמות: ודאות במצבים מנטליים, עניין וסקרנות במצבים מנטליים ופרה-מנטליזציה. בדומה למחקרים שעסקו בקשר הורה-ילד (Carlson et al., 2023; Luyten et al., 2017), המחקר הנוכחי מציע כי הסולמות מובחנים, וכי כל סולם מייצג יכולת מעט שונה. יחד עם זאת, במדגם זה לא נמצאה מהימנות פנימית טובה דיה של סולם הפרה-מנטליזציה, זאת בדומה למספר מחקרים קודמים מתחום קשר הורה-ילד (Lee et al., 2021, Cooke et al., 2022).

יתכנו לכך מספר סיבות. האחת היא שככל שמספר הפריטים בסולם קטן, כך המהימנות הפנימית עלולה להיות נמוכה (Wendelboe et al., 2021). במחקר זה בשלב פיתוח השאלון המותאם הורדנו מסולם הפרה-מנטליזציה פריט אחד בשאלון הילדים ("לעיתים ילדי נעשה חולה כדי למנוע ממני לעשות מה שאני רוצה"), וכן הורדו שני פריטים בשאלון ההורים ("אני מתקשה להשתתף באופן פעיל במשחקי דמיון עם ילדי" וכן "ילדי בוכה בנוכחות זרים בכדי להביך אותי"). פריטים אלו הורדו משום שלא ניתן היה להתאימם להקשר מטפל-ילד כמו גם לשאלונים כלפי מבוגרים ולקשר מטפל-הורה.

בנוסף, סולם הפרה-מנטליזציה כולל הפרעות במנטליזציה מסוגים שונים. כך למשל הפריט "לעיתים קרובות ההתנהגות של הילד היא כה מבלבלת שאין טעם לנסות ולהבינה" מצביע על קושי להכיל את המצבים המנטליים של הילד בתודעת המטפל (מצב של היפו-מנטליזציה). לעומת זאת, הפריט "כשהילד שבטיפולי חסר שקט, הוא עושה זאת כדי לעצבן אותי" מצביע על מנטליזציה מעוותת. ייתכן שעקב סוגי המנטליזציה השונים שהסולם כולל בתוכו המהימנות הפנימית שלו נמוכה (Szabó et al., 2023).

כמו כן, ייתכן כי הסיבה לחוסר המהימנות במדגם במחקר הנוכחי היא כי מצופה למצוא שכיוות נמוכה יחסית של פרה-מנטליזציה בקרב אנשי טיפול ובכלל זה מטפלים ממקצועות הבריאות. סולם הפרה מנטליזציה מכיל היגדים המצביעים על קושי לפרש את החוויה הסובייקטיבית הפנימית של ההורה ולהפרידה מהמציאות החיצונית (למשל הפריט: "הזמן היחיד בו אני משוכנעת כי ההורה מחבב אותי הוא כשהוא מחייך אלי") כמו גם ייחוס תכונות שליליות לא מותאמות ומעוותות להתנהגות הילדים (למשל: התינוק שבטיפולי בוכה בנוכחות הוריו כדי להביך אותי). היות וסולם זה מייצג לרוב מצבים פתולוגיים וכשלים במנטליזציה סביר שבקרב

אוכלוסיית מטפלים הוא יהיה פחות שכוח, ועקב כך המהימנות הפנימית שלו עלולה להיפגע, זאת בדומה למחקרים על אוכלוסיות בסיכון נמוך שגם בהם נמצאה שכוחות נמוכה של מצבים פרה-מנטליים ומהימנות פנימית לא מספקת בסולם זה (Lee et al., 2021, Cooke et al., 2022).

לבסוף, המטפלים נתבקשו למלא את השאלונים ביחס לילדים ולהורים באופן כללי, ולא ביחס לילד מסוים או הורה מסוים. במצב כזה ייתכן שהשאלות בסולם הפרה-מנטליזציה שיכולות להצביע על כשל במנטליזציה בקשר עם ילד/ה מסוימים (או הורה מסוים) הן פחות מתאימות כאשר יש התייחסות לכלל המטופלים (כפי שניתן לראות בפריטים שצוינו). ניתן לסכם כי המהימנות הנמוכה בסולם זה ייתכן והייתה קשורה למספר גורמים, ובכללם מיעוט פריטים, התייחסות בשאלונים לכלל הילדים/ הורים ולא כלפי ילד או הורה מסוים, שאלות שתופסות היבטים נפרדים ושונים של כשל במנטליזציה וסולם שפותח במקור להורים בסיכון גבוה וייתכן שהינו פחות רלוונטי למטפלים מקצועיים.

סולם הוודאות במצבים מנטליים נמצא עם מהימנות טובה, אך לא נמצאו ממצאים מובהקים ביחס לסולם זה בהקשר של אף אחת מהשערות המחקר. ייתכן והדבר מרמז כי מטפלים ממקצועות הבריאות מפגינים יציבות בהבנה שלהם כי מצבים מנטליים הם עמומים. לעומת זאת, סולם העניין והסקרנות במצבים מנטליים נמצא עם מהימנות פנימית טובה, ונמצא רגיש דיו כדי להבחין בין מנטליזציה של המטפלים כלפי ילדים לבין מנטליזציה כלפי הוריהם. כמו כן, הוא נמצא קשור לשחיקה כך שעניין וסקרנות נמוכים נמצאו קשורים לשחיקה גבוהה. ייתכן, כי סולם העניין והסקרנות מייצג מוכנות למאמץ ומוטיבציה של המטפלים לעסוק בעולם הפנימי של המטופלים, ויש מקום לשער שכוח הוא רגיש יותר מאשר סולם הוודאות להבדלים בין מטופלים ומשפיע יותר על שחיקה. מומלץ להמשיך ולבדוק את השימוש ב- PRFQ בקרב מטפלים כאשר הוא מופנה כלפי ילד מסוים או לחילופין הורה מסוים, כמו גם להשוות את הסולמות בשאלון כלפי ילד "קל" לעומת ילד "קשה" או ילדים עם אבחנות שונות. כמו כן, מומלץ להמשיך ולבדוק את רגישות הסולמות השונים לשינויים בעקבות הדרכות והשתלמויות כאשר הם ייבדקו על ילד או הורה ספציפיים.

הכלי השני שהותאם למחקר זה היה דוגמיות דיבור (RF-FMSS; Adkins & Fonagy, 2015), שקודדו בעזרת סולם המודעות לעולם הפנימי, שהתבסס על סולם התובנה מתוך ראיון התובנה ההורית הורית (Insightfulness Assessment; Koren-Karie & Oppenheim, 2004), והותאם לדוגמיות דיבור (Sher-Censor, 2015). הושגה מהימנות בין שופטים טובה בסולם, מבלי שהיה צורך בהתאמות מיוחדות להקשר של מטפלים. כמו כן, הכלי נמצא רגיש לשינוי ברמת המודעות לעולם הפנימי בין מטופלים שונים: ילדים "קלים" והוריהם לילדים "קשים" והוריהם.

בנוסף, הכלי היה רגיש לשינוי ברמת המודעות לעולם הפנימי לאורך זמן כך שבקבוצה שהשתתפה בקורס נמצא שיפור ברמת המנטליזציה כלפי הורים לילדים "קשים" בעקבות ההשתתפות בקורס.

כלי דומה נחקר בעבר על מדגם קטן של כעשרים מטפלים סיעודיים על ידי כהן ושותפיה (Cohen et al., 2022). במחקרם נעשה שימוש בדוגמיות דיבור של 3 דקות, שקודדו באותו סולם בו השתמשנו במחקר זה. החוקרים לא מצאו הבדל מובהק ברמת המנטליזציה בין מטופלים שהוגדרו על ידי האחות הראשית כ"קלים" לכאלה שהוגדרו "קשים", אך הדגימו קשר בין רמת המנטליזציה להתנהגות הקשישים באינטראקציה משותפת עם המטפלים. המטפלים הראו רמה גבוהה יותר של מנטליזציה כלפי קשישים שהיו תגובתיים אליהם יותר וערכו אותם יותר. במחקר נוסף שפורסם לאחרונה נעשה גם כן שימוש בדוגמיות דיבור של חמש דקות להערכת רפלקטיביות של 26 אנשי חינוך בתוכניות של ביקורי בית לגיל הרך. הראיונות נערכו לפני ואחרי תוכנית התערבות בת 21 חודש (Spielberger, 2022), שכללה מתן ידע, פיתוח כישורי רפלקטיביות וייעוץ רפלקטיבי לצוותי החינוך אודות מקרים מעבודתם על ידי יועצים שהוכשרו לכך. המרואיינים נתבקשו להתייחס בראיון לילדים שמאתגרים אותם בעבודתם ולענות על שאלות לגבי עבודתם עם הילד והמשפחה, מה היה האתגר שהם נתקלו בו, כיצד הם התמודדו עם האתגר ומה הם למדו על עצמם. שאלות אלו שונות ממחקרנו אך הם בעלות אופי דומה ומטרתם לעודד התייחסות רפלקטיבית. כמו כן, החוקרים השתמשו בשיטת קידוד שונה ממחקרנו בה דוגמיות הדיבור קודדו בעזרת שישה סולמות (כגון מודעות עצמית, יכולת לוויסות עצמי, זוויות ראייה שונות, יכולת ראיית המטופל בצורה מורכבת וכו') שמודדים היבטים שונים של מרכיבי רפלקטיביות (Provider Reflective Process Assessment Scales; [PARAS] Heller, 2017). על אף כלי ההערכה השונים מצאו החוקרים, בדומה למחקרנו, שינוי לטובה ברמת הרפלקטיביות אצל קבוצת המחקר בלבד.

המחקר הנוכחי מחזק שתי עבודות קודמות אלו. המחקר מצביע על שינוי ברמת המנטליזציה של מטפלים מקצועיים במדגם גדול יותר מהמדגמים של המחקרים הקודמים, אשר כלל 78 מטפלים אשר סיפקו 584 דוגמיות דיבור כלפי מטופלים שונים ובנקודות זמן שונות. כמו כן, המחקר מרחיב את התוקף של השימוש בדוגמיות דיבור להערכת מנטליזציה בהקשר של מטפלים ממקצועות הבריאות. מומלץ לבדוק במחקרי המשך את רמת המנטליזציה גם בנקודת מעקב בחלוף זמן מסיום הקורס, על מנת לראות אם השינוי ברמת המנטליזציה נמשך לאורך זמן. יש לציין, כי לא נמצא קשר בין מרבית ההיבטים של ציוני המטפלים בדיווח העצמי שלהם בשאלון לבין ציוני המודעות לעולם הפנימי בדוגמיות הדיבור שלהם, למעט קשר בין סולם הודאות כלפי

ילדים והמודעות לעולם הפנימי כלפי ילדים "קשים" ייתכן, כי הדבר מצביע על ההבדל בין התחושה העצמית של המטפלים עליה הם דיווחו בשאלונים לבין רמת המנטליזציה כפי שהיא נמדדה על ידי מקודדי הראיונות. הבדל זה דומה למחקריו של טומלין (Tomlin et al., 2016,) (2009) שמצא כי מטפלים ממקצועות הבריאות דיווחו בשאלונים על כך שהם רואים חשיבות בשימוש בכישורים רפלקטיביים, אך כאשר הם נתבקשו לתאר כיצד היו מגיבים אל מטופלים בתסריטים שונים שהוצגו להם, הם הפגינו שימוש מועט בכישורים רפלקטיביים ונטו יותר להתערב בנעשה. הסבר נוסף אפשרי הוא כי כאמור, המטפלים נתבקשו להתייחס בשאלונים לכלל הילדים בטיפולם ולכלל ההורים שבטיפולם. בעוד שבראיונות הם התייחסו לילדים ולהורים מסוימים. הקשר היחיד שנמצא הוא כאמור בין סולם הוודאות כלפי ילדים למודעות לעולם הפנימי כלפי ילדים "קשים". קשר זה מצביע על כך שהיכולת להבין כי מצבים מנטליים הם עמומים סייעה למטפלים להתבונן על המניעים של הילדים ה"קשים" בצורה לא ודאית שייתכן והתבטאה גם ברמת מנטליזציה גבוהה יותר בראיונות. יש מקום לבדוק במחקר עתידי קשר בין משתני המנטליזציה כאשר מבקשים מהמטפלים למלא את שאלוני הפונקציה הרפלקטיבית על אותם ילדים והורים עליהם הם מדברים בראיונות.

יש לציין, כי היעדר הקשר בין מרבית ההיבטים של ציוני השאלונים לבין ציוני הראיונות נמצא בהלימה עם מחקר קודם, שבו לא נמצא קשר בין ציוני פונקציה רפלקטיבית בדיווח עצמי של הורים ב-PRFQ לבין ציוני הפונקציה הרפלקטיבית שלהם בראיונות ה-PDI. וזאת בקרב שלושה מדגמים בעלי סיכון שונה (Carlson et al., 2023). החוקרים סברו כי ייתכן והדבר נובע מכלים שונים לבדיקת מנטליזציה האחד של דיווח עצמי והשני של נרטיבים. יחד עם זאת, הם הסיקו כי היות ואין קשר, ייתכן שכל כלי מייצג היבט אחר של מנטליזציה ועל כן שני הכלים אמנם שונים אך הם הכרחיים. גם במחקר זה נראה כי כל כלי מייצג היבט אחר. ציוני ה-PRFQ היו שונים בין ילדים והורים, והיו קשורים לשחיקה. לעומת זאת, רמת המנטליזציה בראיונות הייתה קשורה להבדלים בין ילדים "קלים" והוריהם לילדים "קשים" והוריהם והראתה שינוי לאורך זמן בקבוצה שהשתתפה בקורס, אך לא הייתה קשורה לשחיקה. כאמור, פונגי הגדיר מנטליזציה כמושג "מטריה" הכולל מישורים שונים ומונחים שונים (Luyten et al., 2020). ממצאי מחקר זה תומכים בחשיבות של שימוש בכלי מחקר שונים להערכת מנטליזציה על מנת להעריך היבטים מגוונים של מושג זה. כמו כן, הם נותנים תמיכה ראשונית לתוקף של כלים אלו לבחינת רמות המנטליזציה של מטפלים כלפי ילדים והוריהם.

חוזקות ומגבלות המחקר ותרומתו המדעית והיישומית

למחקר זה מספר חוזקות. ראשית, הוא בין הראשונים המתמקדים בבדיקת מנטליזציה של מקצועות הבריאות המטפלים בילדים. בהשוואה למחקר קודם (Tomlin et al., 2016), הוא כלל מדגם גדול יחסית והתחקה אחר מנטליזציה עבור כל השותפים בטריאדה הטיפולית – המטפל, הילד וההורה. שנית, המחקר כלל קבוצת בקורת והתבסס על מערך אורכי עם שתי נקודות זמן. מערך זה איפשר להראות כי השינוי במנטליזציה בקבוצת המחקר היה עקב ההשתתפות בקורס ולא כתוצאה משיפור הקשור לזמן שעבר בין נקודות הזמן. בנוסף, במחקר לא הסתפקו בשאלונים למדידת רפלקטיביות, אלא קיימו ראיונות לבחינת המנטליזציה. הראיונות מתגברים על המגבלה של רצייה חברתית הכרוכה בדיווח עצמי בשאלון, שכן המרואיינים לא ידעו מה יקודד מתוך הראיונות.

יחד עם זאת, למחקר יש מספר מגבלות. הראשונה שבהן היא שהחלוקה לקבוצת המחקר והביקורת לא הייתה רנדומלית. ייתכן שקיימת שונות ביכולת המנטליזציה הבסיסית ובמוטיבציה לשינוי בין אנשים שמעוניינים להרחיב ידע בתחום ההיבטים הרגשיים ומשקיעים זמן וכסף בהרשמה לקורס לבין קבוצת הביקורת שהתנדבה למחקר. כמו כן, קבוצת הביקורת לא קיבלה כל התערבות. מומלץ כי קבוצת הביקורת תשתתף אף היא בקורס מקצועי (לא רגשי) באורך דומה לזה של הקורס שניתן לקבוצת המחקר. זאת על מנת שניתן יהיה לבחון האם השינוי ברמת המנטליזציה נבע מתכני הקורס ולא מעצם ההשתתפות בקורס כלשהוא. מגבלה נוספת הינה שלא בדקנו את רמת המנטליזציה בנקודת זמן שלישית בחלוף זמן מסיום הקורס. כך שהמחקר לא יכול היה לבחון האם ההשפעה של הקורס על רמת המנטליזציה של המשתתפים נשמרת לאורך זמן. כמו כן, המחקר עסק במנטליזציה כלפי ילדים בעלי אבחנות שונות. ריבוי האבחנות לא אפשר בדיקה של הקשר בין סוג האבחנה למנטליזציה. מומלץ כי מחקרים עתידיים יתמקדו בילדים עם אבחנה מסוימת. בנוסף, המחקר כלל איסוף מידע רק מהמטפלים. אמנם כאמור השימוש בשתי שיטות, שאלון וראיון, מהווים חוזק, אולם רצוי שמחקר עתידי יכלול מדדים ממדווחים שונים, ובפרט מדידות שיעריכו את הקשר בין רמת המנטליזציה של המטפלים לבין התנהלותם בפועל במרחב הטיפולי. מומלץ כי מחקרים עתידיים יישלבו תצפיות וימדדו את הקשר בין מנטליזציה של המטפלים כפי שהיא מתבטאת בשאלונים ובראיונות לבין המנטליזציה שלהם כפי שהיא מתבטאת באינטראקציה של המטפלים עם הילדים המטופלים והוריהם, כך למשל, ניתן לבחון את רמת המנטליזציה הבאה לידי ביטוי בשיח של המטפל עם הילד בזמן הטיפול באמצעות כלי ההערכה של ה-Mind mindedness (Meins & Fernyhough, 2006).

מחקרים אלו יוכלו לבחון בנוסף את המידה בה מנטליזציה מתרגמת להתנהגות רגישה ואמפתית כלפי הילדים בטיפולים, לברית הטיפולית, לתחושת שביעות רצון של ההורים, וליעילות הטיפול. על אף מגבלות אלו, למחקר תרומה תאורטית ויישומית לעבודתם של מטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות ממספר בחינות. ראשית, המחקר בחן רמות מנטליזציה של מטפלים במקצועות הבריאות כפונקציה של מערכות יחסים שונות ובנקודות זמן שונות. בכך, המחקר תרם להבנתנו התאורטית והאמפירית את מושג המנטליזציה וחיצק את ההמשגה התאורטית כי מנטליזציה היא תכונה בעלת יציבות אך היא גם תלויה הקשר. המחקר מצא רמות מנטליזציה דומות של המטפלים עבור ילדים והורים אך מצא כי כלפי ילדים "קשים" והוריהם המטפלים ביטאו מנטליזציה נמוכה. בנוסף, נמצא כי עניין פחות במנטליזציה היה קשור לשחיקה של המטפלים. המחקר תרם גם להבנה כי מנטליזציה ניתנת לשינוי בעזרת קורס מקצועי, והראה כי השתלמות בת 40 שעות בקורס "היבטים רגשיים" אשר מדגיש את חשיבות הקשרים הנוצרים בין המטפל הילד וההורה ותהליכי המנטליזציה הנלווים לטיפול, שיפרה את רמת המנטליזציה של המשתתפים כלפי ההורים של הילדים שנתפסו על ידם כ"קשים" לטיפול.

תרומה נוספת של המחקר קשורה לכלים שעמדו במרכזו. במסגרת המחקר הותאמו כלי מדידה להערכת רמת המנטליזציה אשר פותחו במקור להקשר של הורים, ונבחנו לראשונה במחקר זה בהקשר של מטפלים התפתחותיים ממקצועות הבריאות. המחקר נתן תוקף ראשוני לשימוש בכלים אלה בבחינת רמת המנטליזציה של מטפלים התפתחותיים, והצביע על החשיבות בהערכת המנטליזציה של מטפלים ממקצועות הבריאות. בפרט, המחקר מצביע על הפוטנציאל בשימוש בפרוצדורת ראיונות ה- (Adkins & Fonagy, 2015) RF-FMSS וקידודם בעזרת סולם המודעות לעולם הפנימי (Sher-Censor & Yates, 2012) במחקרים עתידיים על מטפלים ממקצועות הבריאות. המחקר הראה כי ניתן להגיע למהימנות גבוהה בין מקודדים במחקרים בהקשרים אחרים מלבד הורה – ילד וכי המניואל לסולם המודעות לעולם הפנימי נמצא מתאים גם בקרב מטפלים. שימוש בדוגמית דיבור קצרה ובראיון שיכול להיערך דרך טלפון או אפליקציית זום, כמו גם משך הקידוד הקצר יחסית יוכלו להוות יתרון במחקרים עתידיים עם מדגמים גדולים. דוגמיות דיבור של מטפלים יכולות גם לסייע למדריכים קליניים בהדרכות אישיות ולשמש נקודות מוצא לתרגול מנטליזציה וחשיבה על העולם הפנימי הן של המטפלים והן של המטופלים.

ממצאי מחקר זה מצטרפים ותומכים במחקרים תאורטיים (Morrison & Smith, 2013;)

הבריאות בטיפול מבוסס קשר וביצירת מרחב טיפולי תומך לילדים, להורים ולמטפלים עצמם. (Shea et al., 2020; Shahmoon-Shanok & Geller, 2009) אודות החשיבות שיש למקצועות

תפקידם של המטפלים הוא מורכב וכולל קידום של ילדים עם קשיים התפתחותיים ניכרים, תמיכה במשפחות והדרכות הורים. לאור זאת, ישנה חשיבות רבה כי המטפלים יהיו בעלי כישורי מנטליזציה ויצליחו להחזיק בתודעתם הן את תודעת הילדים והן את תודעת ההורים. על אף התדירות הגבוהה של המפגשים בין מקצועות הבריאות לילדים והוריהם והתפקיד המשמעותי שהם ממלאים בקידום התפתחותם של ילדים ועל אף המורכבויות הרגשיות הנלוות לעבודתם, הם מקבלים הדרכה רגשית מוגבלת. ממצאי המחקר מדגישים את הצורך במתן הדרכות רפלקטיביות והשתלמויות העוסקות בתחומים רגשיים. מומלץ להפנות את הזרקור בהדרכות שניתנות למטפלים לא רק לתחום המקצועי שלהם אלא גם לתמיכה בהיבטים הרגשיים השונים הנלווים לטיפול ובכללם ליכולת המנטליזציה שלהם כלפי ילדים והורים. חשוב לעודד את המטפלים למודעות כלפי המקומות בהם מתעורר קושי במנטליזציה ולחשיבות בקבלת הדרכה ותמיכה. יש להפנות משאבים במיוחד כלפי מטפלים צעירים המראים עניין מופחת במצבים מנטליים וסימני שחיקה. תמיכה במטפלים ושיפור רמת המנטליזציה שלהם יוכלו לעודד תמיכה בילד ובצרכיו, שיפור הקשר ושיתוף הפעולה עם ההורים ומתוך כך ייתכן שתמיכה זו תוביל לתוצאות טיפוליות טובות יותר.

רשימה ביבליוגרפית

- ברלב, ל', נמר-פורסטנברג ר' וגדג נ' (2021) *ילדים עם מוגבלות בישראל: מחקר ארצי, מכון מאיירס גוינט ברוקדייל (גרסה אלקטרונית) אוחר מתוך*
<https://brookdale.jdc.org.il/publication/children-with-disabilities-in-israel-a-national-study>.
- גולדווג, ר' ולרון, מ' (2023). *הרפורמה בשירותי מערך התפתחות הילד: תמונת מצב ערב הרפורמה וסקר עמדות נשות המקצוע. דמ-23-881. מכון מאיירס-גוינט-ברוקדייל.*
- פרידמן י' (1999) *השחיקה בהוראה: המושג ומדידתו. מכון סאלד.*
- רבין, ס', מעוז, ב', שורר, י' ומטלון, א' (2010). *משיב הרוח - יצירתיות התלהבות ומניעת שחיקה במקצועות הרפואה. רמות- אוניברסיטת תל אביב.*
- Adkins, T., & Fonagy, P. (2015). *The reflective functioning five-minute speech sample A procedure / Interview for assessing RF in parents. 1–38.*
- Adkins, T., Reisz, S., Hasdemir, D., & Fonagy, P. (2021). Family Minds: A randomized controlled trial of a group intervention to improve foster parents' reflective functioning. *Development and Psychopathology, 1-15.*
<https://doi.org/10.1017/S095457942000214X>
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In *M. P. M. Richards (Ed.), The integration of a child into a social world* (p. 99–135). Cambridge University Press.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice.* American Psychiatric Pub.
- Amini Virmani, E., & Ontai, L. L. (2010). Supervision and training in child care: Does reflective supervision foster caregiver insightfulness? *Infant Mental Health Journal, 31*(1), 16–32. <https://doi.org/10.1002/imhj.20240>
- Anis, L., Perez, G., Benzies, K. M., Ewashen, C., Hart, M., & Letourneau, N. (2020). Convergent validity of three measures of reflective function: Parent development interview, parental reflective function questionnaire, and reflective function questionnaire. *Frontiers in Psychology, 11*, 3385.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.574719>

- Ansari, S., McMahon, C., & Bernier, A. (2020). Parental mind-mindedness: Comparing parents' representations of their children with Autism Spectrum Disorder and siblings. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 71, 101491. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.101491>
- Atkins-Burnett, S., & Allen-Meares, P. (2000). Infants and toddlers with disabilities: Relationship-based approaches. *Social Work*, 45(4), 371-379. <https://doi.org/10.1093/sw/45.4.371>
- Barfoot, J., Meredith, P., Ziviani, J., & Whittingham, K. (2017). Relationship-based approaches in early childhood intervention: Are these applicable to paediatric occupational therapy under the NDIS? *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(3), 273–276. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12343>
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A review. *International Review of Research in Mental Retardation*, 23, 169-184. [https://doi.org/10.1016/s0074-7750\(00\)80010-5](https://doi.org/10.1016/s0074-7750(00)80010-5)
- Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical psychology review*, 82, 101921.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595–613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95. <https://doi.org/10.1177/02724316911111004>
- Beebe, B. (2003). Brief mother-infant treatment: Psychoanalytically informed video feedback. *Infant Mental Health Journal*, 24(1), 24–52. <https://doi.org/10.1002/imhj.10042>
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34(2), 114–167. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.002>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal,

- Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bordoagni, G., Fino, E., & Agostini, A. (2021, November). Burnout, attachment and mentalization in nursing students and nurse professionals. *In Healthcare* (Vol. 9, No. 11, p. 1576).
- Borelli, J. L., Slade, A., Pettit, C., & Shai, D. (2020). I “get” you, babe: Reflective functioning in partners transitioning to parenthood. *Journal of Social and Personal Relationships, 37*(6), 1785–1805. <https://doi.org/10.1177/0265407520905641>
- Bowlby, J. (2012). *A Secure Base*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/978020344084>
- Brown, C. A., & Pashniak, L. M. (2018). Psychological health and occupational therapists: Burnout, engagement and work addiction. *Work, 60*(4), 513–525. <https://doi.org/10.3233/WOR-182759>
- Brugnera, A., Zarbo, C., Compare, A., Talia, A., Tasca, G. A., de Jong, K., Greco, A., Greco, F., Pievani, L., Auteri, A., & Lo Coco, G. (2021). Self-reported reflective functioning mediates the association between attachment insecurity and well-being among psychotherapists. *Psychotherapy Research, 31*(2), 247–257. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1762946>
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in psychology, 8*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014>
- Carlone, C., Milan, S., Decoste, C., Borelli, J. L., McMahon, T. J., & Suchman, N. E. (2023). Self-report measure of parental reflective functioning: A study of reliability and validity across three samples of varying clinical risk. *Infant Mental Health Journal, 44*(2), 240-254.
- Cohen, L., Sher-Censor, E., Oppenheim, D., Dassa, A., Ayalon, L., & Palgi, Y. (2022). Nursing aides’ mentalization, expressed emotion, and observed interaction with residents with dementia: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing, 45*, 100-107.

- Cohen, Y. (1988). The “Golden Fantasy” and countertransference: residential treatment of the abused child. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *43*(1), 337-350.
<https://doi.org/10.1080/00797308.1988.11822750>
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *44*(5), 614-625.
<https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>
- Cooke, S., Cooke, D. C., & Hauck, Y. (2023). Relationship focused mother–infant groups: Preliminary evaluation of improvements in maternal mental health, parenting confidence, and parental reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, *44*(5), 705-719.
- Cosgrove, K., Gilkerson, L., Leviton, A., Mueller, M., Norris-Shortle, C., & Gouvêa, M. (2019). Building professional capacity to strengthen parent/professional relationships in early intervention: The FAN approach. *Infants & Young Children*, *32*(4), 245-254. <https://doi.org/10.1097/IYC.000000000000148>
- Crom, A., Paap, D., Wijma, A., Dijkstra, P. U., & Pool, G. (2020). Between the lines: A qualitative phenomenological analysis of the therapeutic alliance in pediatric physical therapy. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, *40*(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1080/01942638.2019.1610138>
- D’Arrigo, R., Ziviani, J., Poulsen, A. A., Copley, J., & King, G. (2017). Child and parent engagement in therapy: What is the key? *Australian Occupational Therapy Journal*, *64*(4), 340–343. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12279>
- Dexter, CA., & Wall, M. (2021). Reflective functioning and teacher burnout: the mediating role of self-efficacy. *Reflective Practice*, *22*(6), 753-765.
- Di Renzo, M., Guerriero, V., Zavattini, G. C., Petrillo, M., Racinaro, L., & Bianchi di Castelbianco, F. (2020). Parental attunement, insightfulness, and acceptance of child diagnosis in parents of children with autism: Clinical implications. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1849.
- Di Stefano, G., Piacentino, B., & Ruvolo, G. (2017). Mentalizing in organizations: A psychodynamic model for an understanding of well-being and suffering in the

- work contexts. *World Futures*, 73(4–5), 216–223.
<https://doi.org/10.1080/02604027.2017.1333851>
- Dolev, S., Sher-Censor, E., Baransi, N., Amara, K., & Said, M. (2016). Resolution of the child's ASD diagnosis among Arab–Israeli mothers: associations with maternal sensitivity and wellbeing. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 21, 73–83.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.09.004>
- Enav, Y., Erhard-Weiss, D., Goldenberg, A., Knudston, M., Hardan, A. Y., & Gross, J. J. (2020). Contextual determinants of parental reflective functioning: Children with autism versus their typically developing siblings. *Autism*, 24(6), 1578–1582.
<https://doi.org/10.1177/1362361320908096>
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N., & Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23(5), 526–538. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.800950>
- Farber, B. A., & Metzger, J. A. (2009). The therapist as secure base. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp. 46–70). The Guilford Press.
- Feldman, R. (2007). Parent – Infant synchrony biological foundations and developmental outcomes. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 340–345.
- Feniger-Schaal, R., Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2019). Parenting children with intellectual disability: linking maternal insightfulness to sensitivity. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(10), 1285–1289
- Finlay, L. (1997). Good patients and bad patients: How occupational therapists view their patients/clients. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(10), 440–446.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 124–150. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199822\)19:2<124::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199822)19:2<124::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-O)
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the*

- American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129–1146.
<https://doi.org/10.1177/00030651000480040701>
- Fonagy, P., & Allison, E. (2013). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In *Minding the child* (pp. 25-48). Routledge.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2015). Adversity, attachment, and mentalization. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 59-66.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *Plos One*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7(3), 333–343. <https://doi.org/10.1080/14616730500269278>
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. *London: University College London*, 10.
- Frosch, C. A., Varwani, Z., Mitchell, J., Caraccioli, C., & Willoughby, M. (2018). Impact of reflective supervision on early childhood interventionists' perceptions of self-efficacy, job satisfaction, and job stress. *Infant Mental Health Journal*, 39(4), 385–395. <https://doi.org/10.1002/imhj.21718>
- Gagné-Trudel, S., Therriault, P. Y., & Cantin, N. (2023). Exploring Therapeutic Relationships in Pediatric Occupational Therapy: A Meta-Ethnography. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 00084174231186078.

- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview* (Unpublished manuscript) (pp. 1–74).
- Gilkerson, L. (2004). Reflective supervision in infant-family programs: Adding clinical process to nonclinical settings. *Infant Mental Health Journal, 25*(5), 424–439.
<https://doi.org/10.1002/imhj.20017>
- Gilkerson, L., & Imberger, J. (2016). Strengthening reflective capacity in skilled home visitors. *Zero to Three, 37*(2), 46-53.
- Gottschalk, L., & Gleser, G. (1969). *The measurement of psychological states through analysis of verbal behavior*. University of California Press.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., Watson, J. C., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 380–384.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.380>
- Grienenberger J. F., Kelly K., Slade A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development, 7*, 299–311. <https://doi-org.ezproxy.haifa.ac.il/10.1080/14616730500245963>
- Hazen, K. P., Carlson, M. W., Hatton-Bowers, H., Fessinger, M. B., Cole-Mossman, J., Bahm, J., Hauptman, K., Brank, E. M., & Gilkerson, L. (2020). Evaluating the facilitating attuned interactions (FAN) approach: Vicarious trauma, professional burnout, and reflective practice. *Children and Youth Services Review, 112*, 104925. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104925>
- Heller, S. S., & Ash, J. (2016). The Provider Reflective Process Assessment Scales (PRPAS): Taking a deep look into growing reflective capacity in early childhood providers. *Zero to Three, 37*(2), 22–28.
- Hill, S., & McMahon, C. (2016). Maternal mind-mindedness: Stability across relationships and associations with attachment style and psychological mindedness. *Infant and Child Development, 25*(5), 391-405.
<https://doi.org/10.1002/icd.1947>

- Hinojosa, J., Sproat, C. T., Mankhetwit, S., & Anderson, J. (2002). Shifts in parent–therapist partnerships: Twelve years of change. *American Journal of Occupational Therapy, 56*(5), 556–563. <https://doi.org/10.5014/ajot.56.5.556>
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1017. <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-006X.74.6.1017>
- Holmes, J. (2005). Notes on mentalizing - Old hat, or new wine? *British Journal of Psychotherapy, 22*(2), 179–198. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2005.tb00275.x>
- Howe, D. (2006). Disabled children, parent–child interaction and attachment. *Child & Family Social Work, 11*(2), 95–106.
- Huber, A., McMahon, C. A., & Sweller, N. (2015). Efficacy of the 20-week circle of security intervention: Changes in caregiver reflective functioning, representations, and child attachment in an Australian clinical sample. *Infant Mental Health Journal, 36*(6), 556–574. <https://doi.org/10.1002/imhj.21540>
- Hunter, J., & Maunder, R. (2016). Advanced concepts in attachment theory and their application to health care. In *Improving Patient Treatment with Attachment Theory* (pp. 27–37). Springer, Cham.
- Illingworth, G., MacLean, M., & Wiggs, L. (2016). Maternal mind-mindedness: stability over time and consistency across relationships. *European Journal of Developmental Psychology, 13*(4), 488–503. <https://doi.org/10.1080/17405629.2015.1115342>
- Kelly, K., Slade, A., & Grienenberger, J. F. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development, 7*(3), 299–311. <https://doi.org/10.1080/14616730500245963>
- Kirk, E., & Sharma, S. (2017). Mind-mindedness in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 43*, 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.08.005>

- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric Services, 57*(6), 795-802.
- Koren-Karie, N., & Oppenheim, D. (2004). The insightfulness assessment coding manual (1.1). *Unpublished manuscript: Center for Research in Child Development, University of Haifa, Israel.*
- Koren-Karie, N., & Oppenheim, D. (2018). Parental insightfulness: retrospect and prospect. *Attachment & Human Development, 20*(3), 223–236.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1446741>
- Lee, Y., Meins, E., & Larkin, F. (2021). Translation and preliminary validation of a Korean version of the parental reflective functioning questionnaire. *Infant Mental Health Journal, 42*(1), 47-59.
- Lin, S., Keysar, B., & Epley, N. (2010). Reflexively mindblind: Using theory of mind to interpret behavior requires effortful attention. *Journal of Experimental Social Psychology, 46*(3), 551–556. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.12.019>
- Lind, M., Hagelquist, J. Ø., & Rasmussen, H. (2020). Mentalization-based principles within the organization: Elevated empowerment and lower depressive symptoms. *Current Psychology, 1*–8. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00749-6>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 16*, 297-325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *Plos One, 12*(5), 1–28. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
- Lyon, A. R., Stirman, S. W., Kerns, S. E., & Bruns, E. J. (2011). Developing the mental health workforce: Review and application of training approaches from multiple disciplines. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(4), 238-253.
- Marttila, J., Fukkink, R., & Silvén, M. (2023). Early childhood education professionals' mentalization: a pilot study. *Early Years, 1*-18.

- Magaña, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J., & Falloon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry research*, *17*(3), 203-212.
- Mahler, M. S. (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International Journal of Psycho-Analysis*, *53*, 333–338.
<https://europepmc-org.ezproxy.haifa.ac.il/article/med/4499978>
- Marcu, I., Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2016). Parental insightfulness is associated with cooperative interactions in families with toddlers. *Journal of Family Psychology*, *30*(8), 927–934. <https://doi.org/10.1037/fam0000240>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). *Job Burnout*. 397–422.
- Maytum, J. C., Heiman, M. B., & Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, *18*(4), 171–179.
<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2003.12.005>
- McMahon, C. A., & Bernier, A. (2017). Twenty years of research on parental mind-mindedness: Empirical findings, theoretical and methodological challenges, and new directions. *Developmental Review*, *46*, 54-80.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.07.001>
- Meins, E., & Fernyhough, C. (2006). Mind-mindedness coding manual. *Unpublished manuscript*. Durham University, Durham, UK, 82.
- Meins, E., Fernyhough, C., de Rosnay, M., Arnott, B., Leekam, S. R., & Turner, M. (2012). Mind-mindedness as a multidimensional construct: Appropriate and nonattuned mind-related comments independently predict infant–mother attachment in a socially diverse sample. *Infancy*, *17*(4), 393-415.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-7078.2011.00087.x>
- Moraes, R. R., Correa, M. B., Daneris, Â., Queiroz, A. B., Lopes, J. P., Lima, G. S., & Demarco, F. F. (2021). Email vs. Instagram recruitment strategies for online survey research. *Brazilian Dental Journal*, *32*, 67-77.
- Morrison, T. L., & Smith, J. D. (2013). Working alliance development in occupational

- therapy: A cross-case analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(5), n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12053>
- Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2002). Mothers' insightfulness regarding their children's internal worlds: The capacity underlying secure child-mother relationships. *Infant Mental Health Journal*, 23(6), 593–605. <https://doi.org/10.1002/imhj.10035>
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Maternal insightfulness and resolution of the diagnosis are associated with secure attachment in preschoolers with autism spectrum disorders. *Child Development*, 80(2), 519–527. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01276.x>
- Pianta, R. C., Marvin, R. S., Britner, P. A., & Borowitz, K. C. (1996). Mothers' resolution of their children's diagnosis: Organized patterns of caregiving representations. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 239–256. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199623\)17:3<239::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<239::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-J)
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003). The difficult patient in private practice physiotherapy: A qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49(1), 53–61.
- Reading, R. A., Safran, J. D., Rougier, A., & Muran, J. C. (2019). Investigating therapist reflective functioning, therapeutic process, and outcome. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), 115–121. <https://doi.org/10.1037/pap0000213>
- Ritchev, M. (2011). Opening Doors for Marina and Carina. *Zero to Three*, 31(6), 20-25.
- Safiye, T., Vukčević, B., Gutic, M., Milidrag, A., Dubljanin, D., Dubljanin, J., & Radmanović, B. (2022). Resilience, Mentalizing and Burnout syndrome among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Serbia. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 6577.
- Sealy, J., & Glovinsky, I. P. (2016). Strengthening the reflective functioning capacities of parents who have a child with a neurodevelopmental disability through a brief, relationship-focused intervention. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 115–124.

- <https://doi.org/10.1002/imhj.21557>
- Shahmoon-Shanok, R., & Geller, E. (2009). Embracing complexity across disciplines: Reflective supervision and postdegree training integrate mental health concepts with speech-language therapy and graduate education. *Infant Mental Health Journal, 30*(6), 591–620. <https://doi.org/10.1002/imhj.20231>
- Shea, S. E., Jester, J. M., Huth-Bocks, A. C., Weatherston, D. J., Muzik, M., & Rosenblum, K. L. (2020). Infant mental health home visiting therapists' reflective supervision self-efficacy in community practice settings. *Infant Mental Health Journal, 41*(2), 191–205. <https://doi.org/10.1002/imhj.21834>
- Sher-Censor, E. (2015). Five minute speech sample in developmental research: A review. *Developmental Review, 36*, 127–155. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.005>
- Sher-Censor, E., Shulman, C., & Cohen, E. (2018). Associations among mothers' representations of their relationship with their toddlers, maternal parenting stress, and toddlers' internalizing and externalizing behaviors. *Infant Behavior and Development, 50*, 132–139. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.12.005>
- Sher-Censor, E., & Yates, T. M. (2012). Five minute speech sample narrative coherence coding manual. *Riverside, CA: University of California.*
- Simkin-Tran, K., Harman, B., & Nicolson, S. (2020). Mentalization amongst maternal and child health nurses using the Newborn Behavioral Observations with infant-mother dyads: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing, 53*, e21-e27. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.01.018>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development, 7*(3), 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan, M. T. (2004). The parent development interview—revised. *Unpublished protocol.*
- Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2020). Minding the Baby ®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology, 32*(1), 123–137.

- <https://doi.org/10.1017/S0954579418001463>
- Sleed, M., Slade, A., & Fonagy, P. (2020). Reflective Functioning on the Parent Development Interview: validity and reliability in relation to socio-demographic factors. *Attachment and Human Development*, 22(3), 310–331.
- <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1555603>
- Spielberger, J., Burkhardt, T., Herriott, A. L., & Winje, C. J. (2022). Building reflective capacity and improving well-being of early childhood professionals through an embedded cross-system model of infant early childhood mental health consultation. *Infant Mental Health Journal*, 43(6), 878-898.
- Stacks A. M., Muzik M., Wong K., Beeghly M., Huth-Bocks A., Irwin J. L., Rosenblum K. L. (2014). Maternal reflective functioning among mothers with childhood maltreatment histories: Links to sensitive parenting and infant attachment security. *Attachment & Human Development*, 16, 515–533. <https://doi-org.ezproxy.haifa.ac.il/10.1080/14616734.2014.935452>
- Steele, M., Kaniuk, J., Hodges, J., Asquith, K., Hillman, S., & Steele, H. (2008). Measuring mentalization across contexts: links between representations of childhood and representations of parenting in an adoption sample. *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis*, 115-136.
- Steinmair, D., Richter, F., & Löffler-Stastka, H. (2020). Relationship between mentalizing and working conditions in health care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2420.
- Stern, D. N. (2018). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780429482489>
- Suchman, N. E., Borelli, J. L., & DeCoste, C. L. (2020). Can addiction counselors be trained to deliver Mothering from the Inside Out, a mentalization-based parenting therapy, with fidelity? Results from a community-based randomized efficacy trial. *Attachment & Human Development*, 22(3), 332-351.
- <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1559210>
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J. (2010). Reflective functioning in

- mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & human development*, *12*(6), 567-585.
- Swan, P., & Riley, P. (2015). Social connection: empathy and mentalization for teachers. *Pastoral Care in Education*, *33*(4), 220–233.
<https://doi.org/10.1080/02643944.2015.1094120>
- Szabó, B., Futó, J., Luyten, P., Boda, M., & Miklósi, M. (2023). The psychometric properties of the Hungarian Parental Reflective Functioning Questionnaire. *European Journal of Developmental Psychology*, 1-18.
- Taylor, R. R. (2008). *The intentional relationship : Occupational therapy and use of self*. F.A. Davis Co.
- Tomlin, A. M., Hines, E., & Sturm, L. (2016). Reflection in home visiting: The what, why, and a beginning step toward how. *Infant Mental Health Journal*, *37*(6), 617-627. <https://doi.org/10.1002/imhj.21610>
- Tomlin, A. M., Sturm, L., & Koch, S. M. (2009). Observe, listen, wonder, and respond: A preliminary exploration of reflective function Skills in early care providers. *Infant Mental Health Journal*, *30*(6), 634–647. <https://doi.org/10.1002/imhj.20233>
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, *44*(2), 112–119. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112>
- Weatherston, D. J., & Browne, J. V. (2016). What is infant mental health and why is it important for high-risk infants and their families. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, *14*(4), 259-263.
- Wendelboe, K. I., Smith-Nielsen, J., Stuart, A. C., Luyten, P., & Skovgaard Væver, M. (2021). Factor structure of the parental reflective functioning questionnaire and association with maternal postpartum depression and comorbid symptoms of psychopathology. *Plos one*, *16*(8), e0254792.
- Zeegers, M. A., Colonesi, C., Stams, G. J. J., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant–parent attachment. *Psychological Bulletin*, *143*(12), 1245–1272.
<https://doi.org/10.1037/bul0000114.supp>

Zohar, O., Sher-Censor, E. & Elata, J. (2021). A mental health course for developmental allied healthcare professionals: An exploration of potential effectiveness. *Infant Mental Health Journal*, 42(2), 233-245. <https://doi.org/10.1002/imhj.21899>

נספחים

נספח מספר 1 אישור ועדת האתיקה



ועדת האתיקה של החוג לפסיכולוגיה

 החוג לפסיכולוגיה
 Psychology Department

03/06/2020

לכבוד,

ד"ר אפרת שר צמור, אורנה זוהר, יהודית אילתה

שלום רב,

הנדון: בקשת אישור ועדת אתיקה למחקר

קורס היבטים רגשיים-התפתחותיים למקצועות הבריאות: השפעתו על העמדות, היכולת הרפלקטיבית ואיכות התקשורת מטפל-מטופל של אנשי מקצוע התפתחותיים

מספר אישור: 229/20

ועדת האתיקה של החוג לפסיכולוגיה לבדיקת מחקרים בבני אדם עברה על הצעת המחקר והמסמכים הנלווים שהגשמתם. הנני שמח להודיעכם כי הוועדה התרשמה שמדובר במחקר שעונה על הקריטריונים של מחקר אתי, ומאשרת אותו ככזה. תוקפו של האישור הינו ארבע שנים. אנו שולחים עותק של מכתב זה לגברת שנטל אשר ברשות המחקר של האוניברסיטה כדי שהמחקר ישמר ויתווק יחד עם המחקרים אשר קיבלו את אישור ועדת האתיקה באוניברסיטה. מיותר לציין שהאחריות על ביצוע המחקר לפי הכללים של אתיקה מחקרית ומדעית, ועל פי הפירוט שנמסר לוועדה, נשארת אצל החוקרים. במידה וחל שינוי כלשהו בשיטת המחקר, יש להגיש את הצעת המחקר המעודכנת לוועדה לשם חידוש האישור. אנו מבקשים שתציינו את מס' הבקשה על כל הצעת מחקר, דו"ח, פרסום וכדומה, לדוגמא: "מספר אישור ועדת אתיקה לניסויים בבני אדם, אוניברסיטת חיפה: (מס' אישור)".

אנו מאחלים לכם הצלחה בהמשך העבודה.

בברכה,

ד"ר רואי אדמון

יו"ר ועדת האתיקה החוגית

החוג לפסיכולוגיה, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת חיפה הר הכרמל, חיפה 31905
 Department of Psychology, The Faculty of Social Sciences University of Haifa Mount
 Carmel, Haifa 31905

נספח מספר 2 סילבוס קורס היבטים רגשיים בטיפולים התפתחותיים

שעות הלימוד	פירוט נושאי הלימוד	תאריך
08: 30-10: 00	קשר-למה זה חשוב?!	מפגש ראשון מה לנו ולתחום הרגשי
10: 30-12: 00	דיאלוג הורה ותינוק	
12: 30-14: 00	איפה כל זה פוגש אותנו : גשרים לחדר הטיפולים	
14: 30-16: 15	דניאל סטרן והקונסטלציה האימהית	
08: 30-10: 00	נפרדות	מפגש שני הורה תינוק ומה שביניהם
10: 30-12: 00	הדרכה רפלקטיבית	
12: 30-14: 00	תיאוריית ההתקשרות	
14: 30-16: 15	תובנה הורית	
08: 30-10: 00	זמינות רגשית + סימולצית משחק	מפגש שלישי התבוננות על הקשר
10: 30-12: 00	מנטליזציה	
12: 30-14: 00	איפה כל זה פוגש אותנו : גשרים לחדר הטיפולים	
14: 30-16: 15	תכנית התערבות לקידום רגישות הורית	
08: 30-10: 00	עבודה עם הורים לילדים עם צרכים מיוחדים	מפגש רביעי ילדים עם צרכים מיוחדים
10: 30-12: 00	ניהול שיחה עם הורים	
12: 30-14: 00	השלמה עם האבחנה	
14: 30-16: 15	מפגש עם הורה לילד עם צרכים מיוחדים	
08: 30-10: 00	העברה והעברה נגדית	מפגש חמישי מי יטפל במטפל
10: 30-12: 00	הדרכה רפלקטיבית בנושא מטפל מטופל	
12: 30-14: 00	סגנונות הורות	
14: 30-16: 15	משובים וסיכום קורס	

נספח מספר 3 שאלון להערכת הפונקציה הרפלקטיבית של המטפלים כלפי הילדים המטופלים

4 ספרות קוד אישי: _____ תאריך: _____

TRFtc

להלן רשימת משפטים המתייחסים אליך ואל התינוקות והילדים שבטיפולך. קרא/י כל משפט והחלטי האם ועד כמה את/ה מסכימ/ה איתו. אנא דרג/י את הסכמתך בעזרת הסולם המצורף, כאשר 7' מייצג הסכמה מלאה ו-1' מייצג חוסר הסכמה; השתמש/י ב-4', נקודת האמצע, אם הנך ניטרלית או לא בטוח/ה.

מאוד לא מסכימ/ה	מאוד מסכימ/ה						
1	2	3	4	5	6	7	
1	2	3	4	5	6	7	1. לעיתים קרובות אני סקרנית לדעת איך התינוק/הילד שבטיפולי מרגיש
1	2	3	4	5	6	7	2. אני אוהבת לחשוב על הסיבות העומדות מאחורי הדרך בה התינוק/הילד שבטיפולי מתנהג ומרגיש
1	2	3	4	5	6	7	3. אני מנסה להבין מצבים מנקודת המבט של התינוק/הילד שבטיפולי
1	2	3	4	5	6	7	4. אני תמיד יודעת מדוע התינוק/ הילד שבטיפולי מתנהג כפי שהוא מתנהג
1	2	3	4	5	6	7	5. אני מתקשה להשתתף באופן פעיל במשחקי דמיון עם הילד שבטיפולי
1	2	3	4	5	6	7	6. כשהתינוק/ הילד שבטיפולי חסר שקט, הוא עושה זאת רק כדי לעצבן אותי
1	2	3	4	5	6	7	7. אני תמיד יכולה לנבא מה התינוק/הילד שבטיפולי יעשה
1	2	3	4	5	6	7	8. אני תוהה רבות על מה התינוק/הילד שבטיפולי חושב ומרגיש
1	2	3	4	5	6	7	9. לעיתים קרובות ההתנהגות של התינוק/הילד שבטיפולי היא כה מבלבלת שאין טעם לנסות להבין אותה
1	2	3	4	5	6	7	10. לעיתים אני לא מבינה בצורה טובה את תגובותיו של התינוק/הילד שבטיפולי
1	2	3	4	5	6	7	11. התינוק/הילד שבטיפולי בוכה בנוכחות הוריו בכדי להביך אותי
1	2	3	4	5	6	7	12. אני תמיד יכולה לקרוא את המחשבות של התינוק/הילד שבטיפולי
1	2	3	4	5	6	7	13. אני מאמינה שאין טעם לנסות לנחש מה התינוק/הילד שבטיפולי
1	2	3	4	5	6	7	14. אני מנסה להבין את הסיבות מדוע התינוק/הילד שבטיפולי מתנהג לא יפה
1	2	3	4	5	6	7	15. אני תמיד יודעת מה התינוק/הילד שבטיפולי רוצה
1	2	3	4	5	6	7	16. הזמן היחיד בו אני משוכנעת שהתינוק/הילד שבטיפולי מחבב אותי הוא כשהוא מחייך אלי
1	2	3	4	5	6	7	17. אני תמיד יודעת למה אני עושה את מה שאני עושה לילד שבטיפולי

נספח מספר 4 שאלון להערכת הפונקציה הרפלקטיבית של המטפלים כלפי ההורים

תאריך: _____

קוד אישי _____

2 TRFtp

להלן רשימת משפטים המתייחסים אליך ואל ההורים של הילדים שבטיפולך. קרא/י כל משפט והחליטי/י האם ועד כמה את/ה מסכימ/ה איתו. אנא דרג/י את הסכמתך בעזרת הסולם המצורף, כאשר '7' מייצג הסכמה מלאה ו-'1' מייצג חוסר הסכמה; השתמש/י ב-'4', נקודת האמצע, אם הנך ניטרלי/ת או לא בטוח/ה.

מאוד לא מסכים		מאוד מסכים					
1	2	3	4	5	6	7	
1	2	3	4	5	6	7	1. לעיתים קרובות אני סקרנית לדעת איך ההורה מרגיש
1	2	3	4	5	6	7	2. אני אוהבת/לחשוב על הסיבות העומדות מאחורי הדרך בה ההורה מתנהג ומרגיש
1	2	3	4	5	6	7	3. אני מנסה להבין מצבים מנקודת המבט של ההורה
1	2	3	4	5	6	7	4. אני תמיד יודעת/מדוע ההורה מתנהג כפי שהוא מתנהג
1	2	3	4	5	6	7	5. לעיתים ההורה מבטל טיפול כדי למנוע ממני לעשות מה שאני רוצה לעשות עם ילדו
1	2	3	4	5	6	7	7. כשההורה חסר שקט הוא עושה זאת רק כדי לעצבן אותי
1	2	3	4	5	6	7	8. אני תמיד יכולה/לנבא מה ההורה יעשה
1	2	3	4	5	6	7	9. אני תוהה רבות על מה ההורה חושב ומרגיש
1	2	3	4	5	6	7	10. לעיתים קרובות ההתנהגות של ההורה היא כה מבלבלת שאין טעם לנסות להבין אותה
1	2	3	4	5	6	7	11. לעיתים אני לא מבינה בצורה טובה את תגובותיו של ההורה
1	2	3	4	5	6	7	13. אני תמיד יכולה/לקרוא את המחשבות של ההורה שמגיע לטיפול
1	2	3	4	5	6	7	14. אני מאמינה שאין טעם לנסות לנחש מה ההורה מרגיש
1	2	3	4	5	6	7	15. אני מנסה להבין את הסיבות מדוע ההורה אינו משתף פעולה
1	2	3	4	5	6	7	16. אני תמיד יודעת/מה ההורה רוצה
1	2	3	4	5	6	7	17. הזמן היחיד בו אני משוכנעת שההורה מחבב אותי הוא כשהוא מחייך אלי
1	2	3	4	5	6	7	18. אני תמיד יודעת/למה אני נוהגת/באופן שאני נוהגת כלפי ההורה

נספח מספר 5 שאלון שחיקה

להלן רשימה של תחושות שיש לפעמים למטפלים ממקצועות הבריאות ואנשי חינוך. קרא/י כל פריט בעיון והקף/הקיפי בעיגול את המספר המתאים כדי לתאר **באיזו תדירות חשת כך בשלושת החודשים האחרונים**.

6	5	4	3	2	1
תמיד	כמעט תמיד	לעיתים קרובות	לעיתים	לעיתים רחוקות	אף פעם

6 5 4 3 2 1	1. העבודה קשה לי מבחינה פיזית
6 5 4 3 2 1	2. אני "סחוט/ה" מהעבודה הטיפולית
6 5 4 3 2 1	3. הילדים שבטיפול אינם משתפים פעולה במהלך הטיפולים
6 5 4 3 2 1	4. אני לא מגשימ/ה את עצמי בעבודתי
6 5 4 3 2 1	5. הילדים שבטיפול אינם מתאמצים להצליח במטלות ובתרגול בזמן הטיפול
6 5 4 3 2 1	6. אני "גמור/ה" בסוף יום העבודה
6 5 4 3 2 1	7. במקצוע אחר הייתי מנצל/ת טוב יותר את יכולתי
6 5 4 3 2 1	8. העבודה מעייפת אותי מדי
6 5 4 3 2 1	9. הייתי חוזר/ת ובוחר/ת במקצוע שלי
6 5 4 3 2 1	10. במקצוע שלי, אני לא מספיק מתקדמ/ת בחיים
6 5 4 3 2 1	11. הילדים בהם אני מטפל/ת לא כל כך רוצים לתרגל
6 5 4 3 2 1	12. העבודה הטיפולית שוחקת אותי
6 5 4 3 2 1	13. הייתי רוצה שהמטופלים שלי יהיו ילדים עם יכולות טובות יותר
6 5 4 3 2 1	14. הציפיות שלי מהמקצוע אינן מתממשות

נספח מספר 6 שאלון פרטים התפתחותיים אודות הילדים שנבחרו לדוגמיות הדיבור.

קוד אישי _____

מידע לגבי הילד/ה שנבחר/ה לראיון – כילד/ה הקל/ה

כיצד היית מדרג את תפקודו של הילד בתחומים הבאים :

מוטוריקה גסה /עדינה

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

תקשורת

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

שפה

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

התנהגות

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

קוגניציה

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

קשב וריכוז

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

בחרתי את הילד – כילד ש"קל לי איתו" מהסיבות הבאות

1. קל מבחינה תפקודית
2. קל מבחינה התנהגותית
3. קל מבחינה תקשורתית
4. קל מבחינה קוגניטיבית
5. קל מבחינה שפתית
6. קל מבחינת קשב וריכוז

באם ידוע לך מהי סיבת ההפניה או האבחון של הילד : _____

מידע לגבי הילד שנבחר לראיון – כילד שקשה לך איתו
 כיצד היית מדרג את תפקודו של הילד בתחומים הבאים :

מוטוריקה גסה /עדינה

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

תקשורת

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

שפה

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

התנהגות

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

קוגניציה

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

קשב וריכוז

1. ללא קשיים
2. קשיים קלים
3. קשיים בינוניים
4. קשיים משמעותיים

בחרתי ילד זה – כילד ש"קשה לי איתו" מהסיבות הבאות

1. קשה מבחינה תפקודית
2. קשה מבחינה התנהגותית
3. קשה מבחינה תקשורתית
4. קשה מבחינה קוגניטיבית
5. קל מבחינה שפתית
6. קל מבחינת קשב וריכוז
7. אחר - תאר בקצרה בסעיף הבא את הסיבה

באם בחרת את הילד מסיבה אחרת שלא נזכרה בשאלה קודמת ציין את

הסיבה. _____

באם ידוע לך מהי סיבת ההפניה או האבחון של הילד : _____

Mentalization of developmental healthcare professionals
towards the treated children and their parents

Orna Zohar

Abstract

Mentalization is defined as the capacity to interpret own and others' behaviors in terms of inner world and mental states, such as emotions, intentions, and motivations, thereby giving meaning to behavior (Fonagy et al., 1991). A numerous studies suggest that parental mentalization is associated with children's secure attachment and better emotional regulation skills. However, research of the mentalization of professionals is limited. In the recent years, developmental healthcare professionals (e.g., physiotherapists, language pathologies and occupational therapists) are growingly being encouraged to form relationship-based treatments, establish positive therapeutic relationships with both the children and their parents, and support the parent-child relationship. It has been proposed that this task requires that therapists would mentalize about all three participants in the therapeutic encounter: the child, the parent, and the therapists themselves. Several theoretical articles support this notion, but empirical research on the subject is scarce. To address this gap, the current research focused on the mentalization of developmental allied healthcare professionals (DAHPs) toward the treated child and the child's parent.

The study aimed to shed light on three issues in the context of mentalization of DAHPs: First, whether mentalization is a fixed trait or whether it varies depending on the relationship and context. That is, whether it differs with respect to different patients and in relation to treated children versus their parents. Few studies on adults have shown that the closer the relationship, the more the individual mentalize towards the partner. Also, a few studies comparing the level of parental mentalization towards two of their children have shown inconsistent findings. Some found no differences in the level of mentalization towards the children, while in others, differences were found

when one of the children was on the autistic spectrum, but the direction of the difference was inconsistent. In one study, it was found that parents expressed higher mentalization towards children on the autistic spectrum than towards their typically developing siblings. In the second study, the finding was reversed. Therefore, further investigation is needed.

The second research question was whether mentalization is dynamic and can be improved through therapy, learning, and training. Many studies have shown that intervention programs can improve parents' mentalization abilities, but this effect received limited research attention in the context of therapists' training. Therefore, the current research examined whether a short-term training could improve the mentalization of DAHPs.

The third issue was whether the level of mentalization of therapists is related to their job burnout. Preliminary reports indicated that training in mentalization was associated with reduced burnout of DAHPs. Finally, to the best of our knowledge, there are no assessment tools designed to evaluate therapists' mentalization. Hence, the research examined the psychometric characteristics of two tools for assessing mentalization: a questionnaire and a brief speech sample, adapted from the context of parental mentalization about their child to the context of healthcare professionals.

In line with to these goals, four hypotheses were examined: 1) Mentalization of DAHPs would be higher towards the children they treat than towards the children's parents, as professionals are more focused on the child and know them better. 2) A difference will be found in the level of mentalization of DAHPs towards children perceived as "easy" to treat compared to their level of mentalization towards children perceived as "difficult" to treat. Due to conflicting findings in the literature, the direction of this difference was not determined a-priori. In other words, we examined whether mentalization would be higher or lower towards "easy" children than towards "difficult" children, and whether the finding would be similar for the parents. 3) The mentalization of DAHPs would improve following a 40-hour course focusing on emotional aspects and mentalization processes. Finally, 4) Higher level of mentalization of DAHPs would be associated with their report of less burnout.

The study involved a short-term longitudinal design and included a research group and a control group. The research group consisted of 136 DAHPs who participated in emotional aspects courses between July 2018 and February 2022. The control group comprised 80 DAHPs who did not participate in the course or received any other emotional training. Data from the control group were collected between November 2022 and February 2023. The study involved two time points, at the beginning and end of the course. For the control group, the time points had a similar time span of about two months. All participants completed the Parental Reflective Functioning Questionnaire (Luyten et al., 2017) adapted for professionals. The questionnaires were coded with three subscales: certainty in mental states, interest and curiosity, and Prementalizing modes. At both time points, participants completed this self-report twice: regarding the children they treat and their regarding the children's parents.

The study also included a sub-sample from the research and control groups who volunteered to be interviewed. This sub-sample comprised 54 participants from the research group and 24 from the control group. Participants in the sub-sample were interviewed at both time points using The Reflective Functioning Five-Minute Speech Sample (RF-FMSS; Adkins & Fonagy, 2015). Four speech samples were collected from each participant at each time point: regarding a child defined as "easy" by the therapist, regarding the parent of that child, regarding a child defined as "difficult" by the therapist, and regarding the parent of that child. In total, 584 speech samples were analyzed (287 child RF-FMSS and 297 parent RF-FMSS). The speech samples were transcribed and coded using the awareness toward the inner world scale (Sher-Censor & Yates, 2012), which was adapted from the insightfulness scale of the Insightfulness Assessment (Koren-Karie & Oppenheim, 2004). Coders were blind to any other information about the participants. In addition, the participants filled out a developmental questionnaire about the children selected for the FMSS. This questionnaire was intended to be used as a control over the factors that influenced the therapists' definition of the children as "easy" or "difficult", and in particular to examine whether their definition was related to the characteristics of the children, such

as the type of children's diagnosis and its severity. Also, all participants filled out a professional burnout questionnaire and a demographic questionnaire at the first time point.

The results of the study were as follows: (1) A MANOVA with repeated measures showed that DAHPs reported higher levels of curiosity and interest in mental states regarding children than regarding parents. However, a MANOVA with repeated measures did not indicate differences in awareness toward the inner world of the DAHPs in their RF-FMSS about children compared to their awareness toward the inner world scores in RF-FMSS about parents. (2) A MANOVA with repeated measures revealed that DAHPs expressed relatively lower levels of awareness toward the inner world in interviews about "difficult" children and their parents compared to their awareness toward the inner world in interviews about "easy" children and their parents. Further analysis suggested that this difference was not due to DAHPs' difficulty in showing awareness toward their own inner world but rather to difficulty in showing awareness toward the "difficult" children's inner world. (3) A MANOVA with repeated measures examining participants' awareness toward the inner world levels at two time points (before and after the course) indicated a significant interaction effect. Only in the research group, which participated in the course, but not in the control group, was there a positive change over time in showing awareness toward the inner world of parents of "difficult" children. However, no differences were found between the research and control groups in the level of awareness toward the inner world before and after the course regarding "difficult" children and "easy" children and their parents. (4) No correlation was found between therapists' scores on the awareness toward the inner world in interviews and their reports of burnout. However, significant correlations were found between therapists' reports on the PRFQ (the reflective functioning questionnaires) regarding interest and curiosity in mental states and their reports of less burnout. Preliminary analyses suggested that therapist seniority was associated with levels of reflectiveness and, additionally, with the degree of burnout. Thus, a hierarchical regression analysis was conducted to examine the relationship between levels of reflectiveness measured via questionnaires and burnout, while

controlling for seniority. The regression analysis showed that therapists' reports of less interest and curiosity in mental states regarding children and parents were associated with higher burnout above and beyond seniority.

This study contributed to our theoretical and empirical understanding of the concept of mentalization. First, the study supports the theoretical notion that mentalization is context-dependent characteristic. The findings showed that while therapists exhibited similar levels of mentalization towards children and parents, they struggled to maintain high levels of mentalization towards children perceived as "difficult" and their parents compared to the levels of mentalization shown when interviewed about children perceived as "easy" and their parents. Additionally, the study demonstrated that it is possible to enhance mentalization abilities through professional training that focuses on emotional aspects. Finally, this study was among the first to focus on the mentalization of DAHPs. Therefore, two measurement tools, a questionnaire, and an interview, were adapted within its framework to assess the level of mentalization of developmental therapists.

The research also contributes to clinical practice. Its findings support the importance of training provided to DAHPs and suggest that it is important to encourage the ability to mentalize towards all participants in the therapeutic encounter. That is, towards both the treated children and their parents, as well as towards the therapists themselves. Additionally, the research suggests that such training should focus on children and parents perceived as challenging by the therapists, as our research showed that therapists seemed to struggle to maintain high levels of mentalization towards these children and parents. Finally, the research suggests that professional training is particularly important for young DAHPs. These professionals are at higher risk of experiencing burnout and lower levels of mentalization. In summary, the research turns the spotlight on the emotional aspects of DAHPs' treatment of children and their parents and demonstrates that mentalization and engagement in emotional aspects are integral parts of DAHPs' work.

**Mentalization of developmental healthcare professionals
towards the treated children and their parents**

By: Orna Zohar

Supervised by: Efrat Sher-Censor

A THESIS SUBMITTED FOR THE DEGREE

"DOCTOR OF PHILOSOPHY"

Monograph

University of Haifa

Faculty of Social Sciences

Interdisciplinary PhD Program in Child Development

School of Psychological Sciences

August 2024

**Mentalization of developmental healthcare professionals
towards the treated children and their parents**

By: Orna Zohar

A THESIS SUBMITTED FOR THE DEGREE

"DOCTOR OF PHILOSOPHY"

Monograph

University of Haifa

Faculty of Social Sciences

Interdisciplinary PhD Program in Child Development

School of Psychological Sciences

August 2024