

טיפול בהפרעות שינה בגיל הרך: סקירה והצגת מודל טיפולי רב-מימדי

ליאת טיקוצקי, מ.א.¹, פרופ’ אבי שדה¹

המאמר סוקר את הספרות בתחום הטיפול בהפרעות השינה בגיל הרך. בתחילה, מוצגים נושאים כגון שכיחות הפרעות השינה בגיל הרך, פנומנולוגיה ואטיולוגיה, כאשר התפתחותן של הפרעות השינה מובנת ומתוארת במסגרת של מודל מערכתי – רב מימדי (transactional model). חלקו השני של המאמר סוקר את המודלים הטיפוליים הקיימים בתחום; בתחילה מתוארות הגישות ההתנהגותיות והדינמיות ובהמשך, מתמקד המאמר בתיאור של המודל הרב מימדי לטיפול בהפרעות שינה, שפותח במרכז לטיפול בהפרעות שינה בילדים באוניברסיטת תל-אביב. התיאור כולל התייחסות לרציונל התיאורטי ולתהליך הטיפול.

ומאפיינת כעשרים עד שלושים אחוז מכלל התינוקות והפעוטות בין גיל חצי שנה לגיל שלוש (4, 5). חשוב לציין, כי במהלך החודשים הראשונים לחיים, כאשר השינה היא רב מחזורית (כשיש מספר מחזורי שינה על פני היממה), היקיצות במהלך הלילה הן חלק מהדפוס הטבעי של השינה. לקראת גיל חצי שנה, מרבית התינוקות מסוגלים לרכז את שנתם בלילה, ולישון ברציפות כשש שעות ויותר. לכן, מגיל חצי שנה, יקיצות מרובות נתפסות כהפרעה ראויה לטיפול. אף כי בקרב הציבור, וגם בקרב אנשי טיפול רבים, רווחת העמדה לפיה מדובר בתופעה התפתחותית חולפת, המחקר בתחום מראה כי ההפרעות הללו יכולות להיות עיקשות מאוד בכחמישים אחוז מהמקרים, ולהתפתח לכדי הפרעה כרונית במהלך הילדות (6, 7). מעבר לכך, הפרעות שינה בגילאים מאוחרים יותר נמצאו קשורות לבעיות התנהגות, לקושי בוויסות רגשי (6, 8), ולתפקוד נוירופסיכולוגי ירוד (9).

שכיחותן הגבוהה של הפרעות השינה בילדות המוקדמת, עיקשותן, והקשר שלהן לפסיכופתולוגיה ולתפקוד הקוגניטיבי של הילד מסבירים מדוע כה חשוב לאבחן הפרעות אלו, ולטפל בהן במהלך השנים הראשונות לחיים. מעבר לכך, התערבות מוקדמת היא משמעותית ביותר גם משום שבעיות השינה מעוררות במקרים רבים מצוקה רבה בתוך המשפחה, ועלולות ליצור מתחים ולחצים משמעותיים בתוך המערכת הזוגית או בין הילד להוריו. גם אם בחלק מהמקרים הפרעות השינה עשויות לחלוף מעצמן, הרי למצוקה, שבני המשפחה עלולים לחוות במהלך התקופה הקשה, יכולות להיות השלכות ארוכות טווח. כמו כן, לא ניתן לנבא אצל מי בעיות השינה יחלפו מעצמן ומתי.

יתרון בולט של הטיפול בהפרעות שינה של תינוקות הוא שניתן באמצעות התערבויות קצרות יחסית להביא לשיפור דרמטי בדפוסי שנתו של הילד, ובעקבות כך להקל במידה ניכרת גם על המצוקה המשפחתית הנלווית לבעיות השינה. יעילותן של ההתערבויות ההתנהגותיות בתחום נבדקה במחקרים רבים, שמצביעים באופן כללי על שיעורי הצלחה

מאמר הנוכחי מתייחס לתחום הפרעות השינה בגיל הרך והטיפול בהן מנקודת מבט של מודל מערכתי-טרנסאקציונלי (1), המניח כי דפוסי השינה-ערות של הילד מושפעים מהאינטראקציות שנוצרות בין גורמים הקשורים בילד לבין גורמים הקשורים בהורים ובסביבה החברתית-תרבותית. בנוסף, לדפוסי השינה של הילד השפעה משמעותית על ההקשר המשפחתי. המודל הטיפולי הרב-מימדי שיוצג בהמשך, מתייחס לכל הגורמים הללו, ומגשר על הפערים הקיימים בתחום, בין המודל ההתנהגותי הקלאסי, המתמקד במתן עזרה להורים ביישום טכניקות התערבות התנהגותיות, לבין הטיפול הדינמי קצר המועד, המתמקד בבירור ובהבנת הדינמיקה שהביאה להתפתחות של הפרעת השינה, תוך הימנעות מכוונת ממתן ייעוץ והכוונה להורים. נפנה ראשית לסקירת הספרות על הפרעות שינה בקרב תינוקות, ואחר להצגת המודל הטיפולי הרב-מימדי.

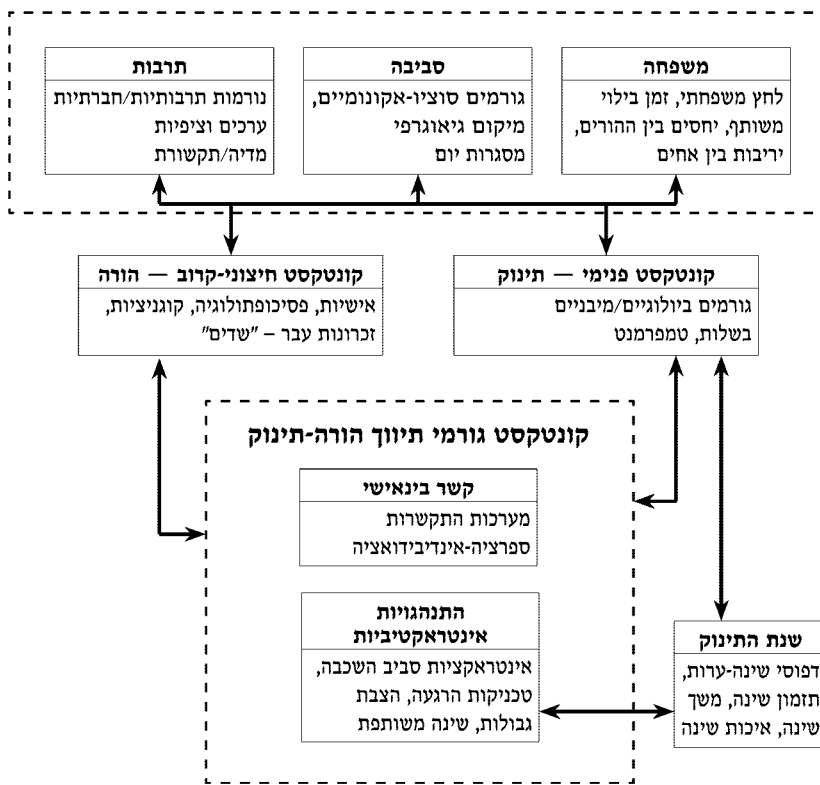
פנומנולוגיה ושכיחות של הפרעות שינה בקרב תינוקות

הפרעות השינה השכיחות ביותר בינקות ובילדות המוקדמת, שבעטין הורים פונים לרוב לקבלת עזרה, הן הפרעות בהירדמות ובשמירה על רצף השינה (2, 3). תינוקות הסובלים מהפרעות אלו מתאפיינים בכך שהם מתקשים להירדם בתחילת הלילה בכוחות עצמם, ומתעוררים במהלך הלילה מספר רב של פעמים, או פעמים מעטות אך לפרקי זמן ארוכים, ונוזקים לעזרת ההורים כדי להירדם מחדש. אין, אומנם, קריטריון מוסכם לאבחנה, אך הספרות בנושא מתייחסת בדרך כלל לתינוק המתעורר לפחות 3 פעמים בלילה בדיעת ההורה, מספר פעמים בשבוע. שכיחותה של הפרעה זו גבוהה מאוד,

¹ החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל-אביב.

לתכתובת: פרופ’ אבי שדה, החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת ת”א, ת”א 69978, אימייל: sadeh@post.tau.ac.il פקס: 6409547-03.

ליאת טיקוצקי, פרופ’ אבי שדה



תרשים 1: מודל רב מימדי של הפרעות שינה בילדות המוקדמת

מגבירה אותן. מחלוקת זו התעוררה במידה רבה בעקבות מחקריו משנות התשעים של האנתרופולוג וחוקר השינה מ'ק'ינה, שהראה כי כאשר תינוקות ישנים עם אמהותיהם, שנתם מקוטעת יותר, ומתאפיינת בליקצות מרובות יותר. מ'ק'ינה טען כי שינה מקוטעת זו מגינה על התינוק מפני תופעת המוות בעריסה, ולכן היא עדיפה על-פני שינה בנפרד (14). מחקרים מהשנים האחרונות מראים לעומת זאת, כי השינה המשותפת בחודשים הראשונים לחיי התינוק מגבירה את הסיכון למות התינוק, למשל בגלל מצבים של חנק לא מכוון מצד ההורים (16, 17).

גורמים הקשורים בלחצים סביבתיים: שנתם של התינוקות רגישה מאוד ללחץ רגשי ופסיכולוגי. לחץ מוגבר וחרדה מביאים להפעלה של המערכת האדרנל-קורטיקלית*, ובעקבות כך ליצירת מצב של דריכות יתר אשר מנוגדת ליכולת להירגע ולהירדם (18). במחקרים שונים נמצא כי שנתם של תינוקות משתנה בתגובה לאירועי לחץ כמו פרידה ארוכה מהאם, ברית מילה, ועוד (18). לאחרונה נמצאו קשרים מובהקים גם בין אירועי לחץ בחיים לבין שינה לא טובה בקרב ילדים גדולים יותר (19). בנוסף, בעיות שינה יכולות להיות קשורות ללחצי יום-יום של ההורים, כמו בעיות כלכליות, מוות במשפחה,

* מערכת מוחית האחראית על שחרור הורמונים שתפקידם להכין את הגוף לתפקוד במצבי לחץ.

גבוהים מאוד של למעלה משמונים אחוז (ראו סקירות 10, 11). מכל הבחינות הללו נראה, כי נכון יותר להתערב ולטפל בבעיות השינה בילדות המוקדמת, מאשר לצפות שהזמן יעשה את שלו.

אטיולוגיה וגורמים הקשורים להפרעות שינה בילדות המוקדמת

שנתם של תינוקות מושפעת מגורמים פסיכולוגיים ופסיכו-סוציאליים רבים (3, 12). בהקשר תיאורטי רחב ניתן להסתכל על מנגנון וויסות השינה-עירות כתופעה המתקיימת בתוך מודל מערכתי טרנסאקציונלי (1) (transactional model). במסגרת המודל (ראה איור מס' 1) ניתן להניח כי דפוסי השינה-עירות של הילד מושפעים מהאינטראקציות שנוצרות בין ההורה לילד סביב השינה, כאשר אינטראקציות אלו מושפעות בעצמן מיחסי הגומלין שבין גורמים פנימיים של התינוק (מזג (טמפרמנט) וגורמים ביו-רפואיים) לבין גורמים חיצוניים קרובים של ההורים (אישיות, ייצוגים פנימיים, קוגניציות). בנוסף לכך, גם לגורמים סביבתיים, תרבותיים, ומשפחתיים רחוקים יש השפעה על שנתו של הילד, אך מדובר לרוב בהשפעה עקיפה ומשנית יותר. המודל מניח בנוסף, כי כאשר קיימת בעית שינה, תהיה לה עצמה השפעה על דפוסי האינטראקציה הורה-ילד, על ההורים (תפיסותיהם, הרגשתם), ולעתים גם על מזגו של הילד (13).

גורמים תרבותיים, סביבתיים ומשפחתיים עקיפים

גורמים תרבותיים: ההקשר התרבותי משפיע במידה רבה על האופן שבו נתפסת השינה על-ידי המשפחה (13). הדוגמה המובהקת ביותר לכך הן הנורמות התרבותיות סביב סוגיית השינה המשותפת עם התינוק (co-sleeping). בניגוד למרבית התרבויות הלא מערביות, שבהן תינוקות ישנים עם אמהותיהם או עם כלל המשפחה, בחלקים רבים של התרבות המערבית שינה משותפת עם התינוק במיטת ההורים אינה מקובלת, ומצופה כי התינוק יישן במיטתו בנפרד (14). עם זאת, ניתן לראות כי הפופולריות ההולכת וגדלה של תפיסות כמו 'עקרון הרצף' (15) נתנה להורים רבים (לפחות בישראל) לגיטימציה להביא את ילדיהם למיטתם. בעשור האחרון התעוררה מחלוקת מחקרית סביב השאלה האם השינה המשותפת היא טובה לתינוק ומגינה עליו מפני סכנות כמו תופעת המוות בעריסה, או שהיא

טיפול בהפרעות שינה בגיל הרך: סקירה והצגת מודל טיפולי רב-מימדי

משמעותי ביצירת הפרעת השינה באה גם ממחקרי מניעה, שהראו כי שינוי הקוגניציות ההוריות טרם לידת התינוק יכול למנוע התפתחות של הפרעות שינה (26, 27).

גורמים הקשורים בתינוק

גורמים פיסיולוגיים ורפואיים יכולים להשפיע על שנתו של הילד, ולהוביל במקרים מסוימים להתפתחות של הפרעות שינה. מחלות, כמו שפעת, הגורמות לגודש נזולים ולחסימות בדרכי הנשימה, או דלקות אוזניים הגורמות לכאבים, יכולות להוביל לקשיי הירדמות ולהתעוררויות תכופות בלילה. בעיה נוספת שעלולה לגרום להפרעות שינה היא הפרעה בסוגר הוושט (gastroesophageal reflux) תופעה הגורמת למצוקה פיסית ולהקאות ופליטות תכופות. תופעה זו מחמירה לעתים קרובות בתנוחת שכיבה, וכתוצאה יכולה לפגוע באופן משמעותי בשינה. כמו כן, בעיות כמו קוליק (כאבי הבטן העזים מהם סובלים חלק מהתינוקות בתחילת חייהם) או אלרגיה למוצרי חלב של פרה, היוצרת מצוקה גופנית, יכולים להוביל לקשיי שינה (23). הפרעה פיסיולוגית נוספת, הפוגעת במידה רבה באיכות השינה, היא תופעת דום נשימה בשינה (obstructive sleep apnea) המתאפיינת בהתעוררויות תכופות בלילה כתוצאה מהפסקות נשימה בשינה, המופיעות על רקע חסימות בדרכי הנשימה (לרוב עקב שקדים מוגדלים או פגמים אחרים בלוע ובדרכי הנשימה) (28).

לבסוף, גורם מבני-ביולוגי נוסף שיכול להשפיע על שנתו של הילד הוא המזג שלו. באופן כללי, תינוקות בעלי מזג סוער (תינוקות המתאפיינים למשל בבכי רב, סף רגישות חושית נמוך, אי שקט, סף חרדה נמוך ותוקפנות מוגברת) הם בעלי הפרעות שינה רבות יותר מאשר תינוקות בעלי מזג נוח (29, 30).

גורמים הקשורים באינטראקציות הורה-ילד

דפוסי התקשרות וחרדות פרידה: אחד התהליכים ההתפתחותיים המשמעותיים ביותר שעל הילד לעבור בשנות חייו הראשונות הוא תהליך של היפרדות-אינדיבידואציה שבמהלכו הוא רוכש תחושת נפרדות ועצמאות פסיכולוגית (31). התרחשות תהליך זה תלויה במידה רבה ביכולת ההורה לספק לתינוק בתחילת חייו סביבה מחזיקה ומכילה, הרגישה ומותאמת לצרכיו הפיסיים והרגשיים. סביבה כזו מעודדת התפתחות של דפוסי התקשרות בטוחים, ומאפשרת את התפתחותה של תחושת העצמי של הילד. לעומת זאת, דפוסי התקשרות לא בטוחים יכולים להפריע לילד בתהליך הפרידה ההדרגתי מהוריו ולעורר חרדות פרידה, כאשר חרדות אלו עלולות להתגבר סביב תהליך ההשכבה ובמהלך הלילה, עקב המשמעות הייחודית שיש ללילה כזמן של פרידה. מחקרים, שבדקו את הקשר בין שינה של ילדים להתקשרות, מצאו כי קיימים

מעבר דירה, וכד’ (13). עם זאת, הספרות המדעית מצביעה גם על כך ששינה יכולה להוות דרך להתנתקות מלחצים, ושמצבי לחץ מסוימים התינוק דווקא מגביר או מעמיק את שנתו (18).

גורמים משפחתיים: גורמים הקשורים ליחסים ולקשרים בין בני המשפחה יכולים להשפיע על שנתו של הילד. יש משפחות שבהן בעית השינה של הילד משמשת כסימפטום סביבו המשפחה מתארגנת, והמאפשר לבני המשפחה להתעלם מקונפליקטים אחרים הקיימים בתוכה. אחת הדוגמאות השכיחות לכך היא כאשר הורים מכניסים את הילד למיטתם כדי להימנע (לעתים באופן לא-מודע) מקשר אינטימי ביניהם, אך פונים לטיפול עקב כך ש”הילד אינו מצליח לישון במיטתו” (13).

גורמים הקשורים בהורים

אישיות ופסיכופתולוגיה: בעיות שינה של תינוקות נמצאו קשורות לגורמים כמו אישיות ההורים, קונפליקטים ביניהם, ופסיכופתולוגיה. בייחוד, נמצא כי דיכאון אמהי קשור לבעיות השינה של הילד (12, 20, 21).

אמונת הוריות והמרכיב הקוגניטיבי-רגשי: הניסיון הקליני מצביע על כך שעבור הורים רבים, אימוץ טכניקות, שבהן הם מתבקשים להפחית את מעורבותם ואת תגובתם לדרישות הילד בלילה, כרוך במצוקה רגשית רבה. הורים רבים רואים בבקשה זו הזנחה, נטישה ואפילו התעללות בילד, והם מפרשים את בכיו של התינוק כאות לכך שהוא נמצא במצוקה ושצריך לעזור לו. הקושי של ההורים להקטין את מעורבותם במהלך הלילה מתוך חשש לשלומם של התינוק ולהיותו במצוקה, היא אולי הסוגייה המרכזית ביותר העולה במסגרת הטיפול בבעיות שינה, ונעסוק בה בהרחבה בהמשך. קושי זה קשור במקרים רבים לחרדות שיש להורים ביחס לפרידה מתינוקם (22, 23), ומרמז על כך שלאמונת בהם מחזיקים ההורים השפעה משמעותית על דפוס ההתנהגות אותו הם יאמצו ביחס לשינה של ילדיהם.

המחקר הכללי בתחום הקוגניציות ההוריות מצביע על כך שהתפיסות ההוריות או ייצוגי העבודה הפנימיים (Internal Working Models – הסכמות הפנימיות של אחרים משמעותיים והקשרים עמם, בהם מחזיקים הורים) (24), מכוונים את התנהגותם ותגובותיהם לתינוק, ועל-ידי כך משפיעים על התנהגותו של התינוק (25). מורל (12) עשה את הניסיון המשמעותי הראשון לבדוק ישירות את הקשר בין קוגניציות הוריות לשנתם של תינוקות. הוא, אכן, מצא קשרים מובהקים בין בעיות שינה של התינוק לבין קוגניציות אמהיות שהתייחסו לקשיים בהצבת גבולות, לספקות מוגברות באשר ליכולת הורית, ולכעס מוגבר כלפי התינוק. חיזוק לטענה לפיה לקוגניציות ההוריות תפקיד

ליאת טיקוצקי, פרופ’ אבי שדה

‘עידוד אוטונומיה’ (לאפשר לתינוק לבכות, לשים לו מוזיקה או צעצוע מרגיע), היו קשורים לקיומן של הפרעות שינה. החוקרים הדגישו, עם זאת, כי גם הורים לתינוקות ללא הפרעות שינה השתמשו בטכניקות של הרגעה פיסית, אך השימוש בטכניקות אלו התקיים לצד שימוש בטכניקות של עידוד אוטונומיה, ולא על חשבונן.

מחקרים אלה ואחרים מלמדים כי מעורבות אינטנסיבית של ההורים בתהליך ההשכבה וההירגעות אינה מאפשרת לתינוק לפתח כישורי הרגעה משל עצמו. ייתכן בנוסף, שהמעורבות של ההורים מתגמלת את הילד במידה כזו שהוא אינו רוצה להיפרד ולהירדם. תמיכה לטענות אלו באה, כאמור, ממחקרי התערבות אשר מראים כי ניתן להביא לשיפור משמעותי בשנתו של התינוק כאשר מעודדים את ההורים לסגת ממעורבותם האקטיבית בתהליך ההשכבה ובזמן ההתעוררויות (11, 23, 39, 40, 41).

עם זאת, מאחר שרוב המחקרים שנעשו בתחום הם קורלטיביים, יש לקחת בחשבון את האפשרות שתינוקות שהם מראש קשים יותר להרגעה, דורשים יותר את מעורבות ההורים, בהשוואה לתינוקות ש’מלמדים’ את ההורים שהנוכחות שלהם מיותרת (13).

לסיכום, ניתן להתייחס למנגנון וויסות השינה-ערות כתופעה המתקיימת בתוך מערכת טרנסאקציונלית (1, 13). במסגרת מערכת זו ניתן לראות כי בעיות שינה קשורות לדפוסי האינטראקציה הנוצרים בין התינוק להוריו סביב השינה, כאשר דפוסי אינטראקציה אלה מושפעים מיחסי הגומלין בין גורמים פנימיים של התינוק (מזג וגורמים ביו-רפואיים) לבין גורמים הקשורים בהורים (אישיות, אמונות, קוגניציות).

הממצא המחקרי העקבי ביותר ביחס לגורמים המסבירים את קיומן של הפרעות השינה הוא זה הקושר אותן עם דפוסי האינטראקציה הנוצרים בין ההורה לתינוק מסביב לשינה. בהתאם לכך, המודל הטיפולי המקובל ביותר הוא המודל ההתנהגותי, שמטרתו לשנות דפוסי אינטראקציה אלה.

המודל ההתנהגותי לטיפול בהפרעות שינה

הטיפול ההתנהגותי בבעיות שינה של תינוקות מתבסס, כאמו, על אותם ממצאים ממחקרים קליניים והתפתחותיים, שהראו כי בעיות שינה מהסוג של קשיי הירדמות והתעוררויות ליליות, קשורות באופן הדוק לאינטראקציות הנוצרות בין התינוק להוריו מסביב להשכבה ולהירדמות. המודל ההתנהגותי אינו דן בסיבות להתפתחות דפוסי האינטראקציה, אלא מתמקד בשיטות ההתערבות, שמטרתן לעזור להורים לשנות את טכניקות ההרגעה ולהקטין את המעורבות האקטיבית שלהם, כדי שהתינוק ילמד להירדם לבד, וילמד כיצד להרגיע את עצמו.

קשרים בין התקשרות לא בטוחה של הילד לבין הפרעות שינה, או בין חרדת פרידה אמהית לבין הפרעות שינה אצל ילדיהן (21, 32).

חרדת פרידה יכולה להסביר במקרים מסוימים את הופעתן של בעיות שינה גם בקרב ילדים עם דפוסי התקשרות בטוחים, בייחוד לקראת סוף השנה הראשונה לחיים, כאשר חרדות הפרידה מופיעות כחלק מתהליך ההתפתחות הנורמטיבי (21, 33, 34). במקרים אלה ניתן לראות בקשיי השינה קושי נורמטיבי התואם לשלב ההתפתחותי, ולרוב, בעיות השינה נרגעות מעצמן כאשר חרדות הפרידה פוחתות. יש מקרים בהם החרדות ממשיכות לשחק תפקיד משמעותי בדרמה הלילית, בעיקר כאשר גם ההורה חש חרדה או אשמה סביב הפרידה (13), ומתקשה להגיב בשל כך באופן מותאם לחרדותיו של הילד. במקרים הללו, למשל, בעיות השינה עלולות לחרוג בחומרתן ובמשכן מעבר לשלב הנורמטיבי ולהתפתח לכדי בעית שינה כרונית.

מעורבות ההורים ואינטראקציות הורה-ילד: מנקודת מבט התפתחותית ניתן לראות, כי במהלך החודשים הראשונים לחיים מרבית התינוקות נרדמים בעזרת הוריהם. בחודשים אלה בהם התינוק והאם מהווים במידה רבה יחידה אחת, ושבהם מבחינה פסיכולוגית מערכת השינה-ערות עדיין לא בשלה, יש חשיבות רבה ליכולת של הדמות ההורית לכוון עצמה לצורכי השינה של התינוק (למשל לקבל בהבנה את זמני הערות של התינוק בלילה), ולשמש לו כדמות מווסתת ומרגיעה. כמו כן, יש חוקרים ומטפלים הטוענים כי שינה משותפת עם התינוק עונה בצורה טובה יותר על צרכיו הבסיסיים מאשר שינה בנפרד (14).

מעט מאוחר יותר, בשלהי השנה הראשונה לחיים – עקב תהליכי הבשילה המוחיים ונפרדותו הגדלה של התינוק מבחינה פסיכולוגית – עוברת, להערכתנו, פונקציה ההרגעה וההירדמות באופן הדרגתי מההורה לתינוק. במהלך תקופה זו לומדים מרבית התינוקות להרדים את עצמם, והם אינם זקוקים עוד לנוכחות של ההורים ולעזרתם בתהליך זה. עם זאת, תינוקות רבים אינם רוכשים כאמור יכולת זאת, כאשר נראה כי במקרים מסוימים, מעורבותם האינטנסיבית של ההורים בתהליך ההירדמות אינה מאפשרת לתינוקות לפתח את היכולת להרגעה עצמית (35, 36). מחקרים שונים מצאו כי קיימים קשרים הדוקים בין המעורבות של ההורים בתהליכים הקשורים לשינה לבין קושי של התינוק להירדם ונטייתו להתעורר בלילה (3, 37, 38). למשל, במחקר שנערך לאחרונה (36), נעשה ניסיון לבדוק מה הן ההתנהגויות ההוריות הספציפיות שקשורות לקיומן של הפרעות שינה. החוקרים מצאו כי התנהגות מוגברת של ‘הרגעה פיסית אקטיבית’ (כמו לקחת את התינוק על הידיים), לצד שימוש מופחת בהתנהגויות של

טיפול בהפרעות שינה בגיל הרך: סקירה והצגת מודל טיפולי רב-מימדי

משמעותית, ואז יש צורך בהתערבויות מעמיקות יותר, שבהם המטפל ינסה לברר את מקורות ההתנגדות ההורית, ויהיה קשוב לחרדות ההוריות, לדינמיקות המשפחתיות, ולרבידים רגשיים מודעים או לא-מודעים אחרים, העומדים בבסיס בעית השינה.

הטיפול הדינמי לטיפול בבעיות שינה של התינוק

הנציגה הבולטת ביותר של הטיפול הדינמי בהפרעות שינה של תינוקות היא דאוס (22), שפיתחה במהלך עבודתה ב'טאוויסטוק קליניק' בלונדון מודל טיפולי פסיכואנליטי קצר מועד, הנמנע עקרונית ממתן עצות ופתרונות להורים או ממתן חיזוקים, מתוך מחשבה כי ההימנעות ממתן פתרונות דווקא מאפשרת להורים להגיב באופן פחות הגנתי, ובשל כך מתאפשרת נגישות רבה יותר לתכנים לא-מודעים. הנושאים העיקריים שעולים במהלך השיחה עם ההורים כוללים לרוב בעיות הקשורות להיפרדות-אינדיבידואליזציה בין האם לתינוק, כאשר לרוב, נושאים של האכלה וקושי בגמילה נקשרים לכך. הנחה מרכזית של גישה זו היא שחוויותיהם המוקדמות של ההורים וזיכרונותיהם ביחס לטיפול לו הם זכו בלילה מההורים שלהם, מעצבים במידה רבה את האופן שבו הם יבחרו להגיב לתינוקם בלילה. למשל, ייתכן שכשהורה פונה בשאלה "האם עלי לתת לתינוק לבכות?" הוא למעשה שואל גם "האם שאירו אותי לבכות?" ייתכן, למשל, שבכיוו של התינוק מעורר זיכרונות ילדות של ייאוש ונטישה בקרב ההורה (או בלשונה של סלמה פרייברג: "רוחות מחדר הילדים"), אשר מתוך הזדהות עם התינוק ועם בכיו, מתקשה ברגעים כאלה להפריד בין צרכיו שלו לבין צורכי התינוק. זיכרונות קשים או טראומתיים יכולים, לכן, להוביל את ההורים לרצון לפצות, לתקן ולגונן, אך גם יכולים להעלות תחושות של כעס וזעם המושלכים על התינוק. הטיפול הדינמי מאפשר להורים לבטא את כל הרגשות הללו, ולהבין כיצד הם קשורים לבעית השינה של התינוק. דאוס (22) טוענת כי עצם העלאת סוגיות אלו, גם מבלי להיכנס לבירור מעמיק שלהם, מקילה על ההורים, ומאפשרת להם לבחור כיוון התערבות בעצמם. מחקרים, אשר בדקו את יעילות הטיפול הדינמי קצר המועד עבור דיאדות אם-תינוק שפנו לטיפול עקב סימפטומים תפקודיים והתנהגותיים, מצאו כי הטיפול הדינמי עזר בעיקר בהפחתת סימפטומים תפקודיים של התינוק, כמו בעיות שינה (42, 43).

המודל הרב-מימדי

המודל הרב-מימדי, הוא מודל אינטגרטיבי המתייחס לפי הצורך לגורמים השונים שהוצגו במודל הטרנסאקציונלי, והבא לגשר על הפערים הקיימים בין המודל ההתנהגותי הקלאסי לטיפול בבעיות שינה של תינוקות לבין המודל הדינמי קצר המועד. אחת ההנחות העומדת בבסיס המודל

הרציונל המשותף העומד מאחורי הטכניקות ההתנהגותיות הוא שכדי שהתינוק ילמד להרדים את עצמו, הוא זקוק, מחד, לפרק זמן עם עצמו שבו תהיה לו הזדמנות להרגיע את עצמו, ומאידך, ההורה ממשך להיות זמין עבורו ברמה כזו או אחרת (תלוי בטכניקה הספציפית), כדי שלא יתעוררו חרדות פרידה אצל הילד ו/או ההורה. המסר שאמור לעבור מההורים לתינוק בשיטות אלו הוא "אנחנו כאן בבית איתך, שומרים עליך, אך מצפים עתה שתירדם בכוחות עצמך".

מתוך הטכניקות ההתנהגותיות הקיימות לטיפול בבעיות השינה, ידועה במיוחד השיטה שזכתה בארץ לכינוי 'שיטת חמש הדקות', המבוססת על הרעיון של ביקור מתוזמן (או הכחדה מודרגת) בחדרו של התינוק (10, 11, 23): לפי שיטה זו ההורה שם את הילד במיטתו בתנחות שכיבה כשהוא עדיין ער אך מוכן לשינה, כדי שהתינוק ילמד לקשר בין מיטתו לבין הירדמות. לאחר מכן ההורה יוצא מהחדר, ואם התינוק בוכה, ההורה יכול לבקרו כל 5 דקות להגיע קצר. כניסת ההורה לחדר נעשית כדי להעניק לילד את תחושת הביטחון שההורה נמצא בבית ולא נטש, אך מעבר לכך על ההורה להימנע מביקור ממושך ומתגמל. ההורה אמור לנהוג כך גם לגבי ההתעוררויות הליליות. הורים, המצליחים לעמוד בעקרונית הגישה, יכולים להגיע לשיפור משמעותי ביותר בשנתו של התינוק תוך פרק זמן קצר של יומיים או שלושה (40). עם זאת, יש הורים רבים שעבורם הפרידה מהילד בזמן שהוא בוכה היא קשה מדי. במקרים אלה עומדת בפני ההורים אפשרות לבחור בשיטות הדרגתיות יותר, למשל כאלו המרגילות בשלב ראשון את התינוק להירדם במיטתו, אך בנוכחות ההורים, ללא יציאה מהחדר. חשוב לציין כי בכל השיטות ההתנהגותיות מושם דגש גם על השלבים המקדימים לשינה, כמו קביעת טקסי שינה. כמו כן, מושם דגש על סימון ברור של המעבר מטקסי השינה לשלב ההירדמות וכיבוי האורות. טקסי השינה, האמורים לכלול פעילות נעימה ורגועה עם ההורים, מפחיתים את הלחץ הכרוך בפרידה מההורים ומפעילויות היום, ומכינות את הילד לשינה באופן הדרגתי. עבור ילדים מסוימים, שקשיי ההשכבה שלהם נובעים ממאבק על תשומת לבו של ההורה, טקסים אלה יכולים לספק במידה מסוימת את הצורך של הילד בזמן איכות עם ההורים.

כפי שצוין קודם לכן, השיטות ההתנהגותיות הוכחו במחקרים רבים כיעילות מאוד (10, 11), והורים רבים נעזרים בהן באופן עצמאי מתוך קריאה בספרות או המלצה מחבר (38). עם זאת, הורים הפונים לקבלת עזרה מקצועית, פונים בדרך כלל לאחר ששמעו על השיטות ההתנהגותיות, וחשו כי הן אינן מתאימות להם, או ניסו ליישמן ולא הצליחו. עבור הורים אלה, הגישה ההתנהגותית ה'טהורה' (שאינה מתמודדת בצורה מעמיקה עם השאלה מדוע ההורים והתינוק מגיעים למצב שבו הם נמצאים) אינה מספיקה לרוב. במקרים הללו שאלת ה'למה' הופכת להיות

ליאת טיקוצקי, פרופ' אבי שדה

האינטראקציה בינו לבין הוריו. תצפית זו מאפשרת לקבל הערכה כללית ביחס למזגו של הילד, וביחס לרפואי ההתקשרות בינו לבין הוריו, כאשר להערכה זו יכולה להיות משמעות מבחינת בחירת כיוון ההתערבות (למשל, כאשר המטפל מתרשם כי קיים מרכיב חרדתי משמעותי בקשר).

במרבית המקרים ההערכה של השינה תבצע גם באמצעות מעקב אובייקטיבי אחר השינה בביתו של התינוק (במשך שבוע ימים) באמצעות מכשיר האקטיגרף. האקטיגרף הוא מכשיר קומפקטי, בגודל שעון יד, הנענד לרוב על רגלו של התינוק, ורושם את תנועות גופו. את הנתונים הנאגרים בו ניתן לתרגם לאחר מכן, באמצעות תוכנת מחשב, למדדי שינה וערות. כלומר, המכשיר יכול לספק תמונה ברורה ואובייקטיבית של הזמנים בהם הילד ישן, מתעורר, ושל רמת הפעילות שלו בשינה. בנוסף, המכשיר יכול לאתר דפוסי פעילות שמעלים חשד לקיומה של בעיה רפואית. ההחלטה אם להשתמש באקטיגרף תלויה במספר גורמים, כמו חומרת הבעיה המוצגת, חוסר וודאות לגבי מספר ההתעוררויות הליליות, קיומם של חילוקי דעות בין ההורים באשר להתרחשויות כלילה, האפשרות לשלול (או לאשר) באמצעות המעקב קיומן של הפרעות פיסיולוגיות בשינה, ועוד (18, 41, 45).

מעבר למטרה העיקרית של המעקב, שהיא כאמור קבלת מידע מפורט ועדכני אודות בעית השינה, יש מקרים שבהם לעצם ביצוע המעקב יש כבר השלכות חיוביות על הבעיה. את השינויים שחלים לעתים בדפוסי שנתו של הילד, במהלך שבוע המעקב, ניתן כנראה ליחס לכך שעצם המעקב הנייטרלי ונטול המאבקים, מאפשר להורים לקבל תמונה ברורה יותר של המצב, לשנות את תפיסותיהם ביחס להתרחשויות הליליות, ולחשוב על כיווני שינוי ופתרון.

פגישות טיפול והתערבות

אופי הטיפול וההתערבות תלויים בהערכה הקלינית של סוג וחומרת בעית השינה, ובהערכה של מקורות הבעיה. באותם מקרים בהם המטפל מתרשם כי ניתן למקד את הבעיה ברמה ההתנהגותית, וכי אין צורך להיכנס לבידור מעמיק של הרגשות ההוריים, תקבל הפגישה אופי של פגישת ייעוץ והכוונה, ועל המטפל יהיה להתאים את תוכנית ההתערבות לתמונה הקלינית הייחודית העולה מתוך המידע שנאסף. למשל, במקרה בו התינוק נרדם רק עם בקבוק בזמן ההשכבה, ודורש מספר רב של פעמים את הבקבוק במהלך הלילה, יוכל המטפל להתמקד בעיקר בהסבר על הקשר שנוצר בין דפוס ההירדמות בהשכבה, לבין הצורך החוזר בבקבוק במהלך ההתעוררויות הליליות, ובהשפעה המעוררת שיכולה להיות להאכלה באופן כללי. לאחר מכן תתמקד הפגישה בהדרכת ההורים באשר לטכניקות גמילה. כמוכן שבמהלך ההדרכה על המטפל לגלות רגישות גבוהה

הרב-מימדי היא, כי מרבית ההורים הפונים לקבלת עזרה בבעית השינה של ילדם, יכולים ומעוניינים להיעזר בהכוונה התנהגותית, אך קודם לכן חשוב ביותר לעבור דרך תהליך של בירור הקוגניציות ההוריות והרגשות הנלווים אליהן ביחס לשינה של ילדם. זאת מתוך הבנה שאם לא יחול שינוי בתפיסות ההוריות וברגשותיהם, הם יתקשו לעשות שינוי בהרגלים ובדפוסי ההתנהגות. במילים אחרות, 'הכתבת' טכניקות התנהגותיות ללא בירור של התפיסות, האמונות, והרגשות ההוריים, צפויה במקרים רבים לעורר התנגדות ולהוביל לקושי ביישום ההתערבות.

ההתייחסות לרבדים הדינמיים והרגשיים משמעותית בעיקר באותם מקרים בהם המטפל מרגיש כי חוסר התייחסות לזרמים הלא-מדוברים יביא לכך שההורים לא יצליחו לשנות את דפוסי התנהגותם. יש מקרים שבהם קיימת אצל ההורים מוטיבציה בלתי-מודעת לשמר את הבעיה, כאשר אז ייתכן כי כלפי חוץ ההורים יפגינו רצון אמיתי לעשות שינוי, אך בסופו של דבר, יחבלו בניסיונות אלה. למשל, אצל הורים מסוימים פתרון מהיר של הבעיה, באמצעות טכניקה התנהגותית, עלול להוביל להתגברות תחושות אשמה וכישלון על כך שלא הצליחו לפתור את הבעיה בכוחות עצמם, תחושות שיהיו עבורם קשות מנשוא.

התהליך הטיפולי

התהליך הטיפולי כולל לרוב שלב של ראיון ואבחון ושלב של התערבות, שניתן להשלים במרבית המקרים באמצעות תהליך קצר של כ-3-5 פגישות.

אבחון

במהלך פגישת הקבלה (אינטייק), המתקיימת בנוכחות ההורים והילד, אוסף המטפל מההורים, באמצעות ראיון חצי מובנה, מידע התפתחותי כללי. כמו כן, נבדקת תגובת הילד לפרידות, הסתגלותו למסגרות יום, וחשיפה לאירועי לחץ. לאחר בירור סוגיות אלו מתמקד הראיון בהתפתחות דפוסי השינה של הילד ובבעית השינה. בנוסף למאפיינים הפנומנולוגיים, נשאלים ההורים בשלב זה על אופן התמודדותם עם הבעיה ברמה התנהגותית, עמדותיהם כלפי הבעיה, ההסבר שהם נותנים לה, והרגשות שעולים בהם סביב בעית השינה. המידע אודות דפוסי שנתו של הילד נאסף גם באמצעות שאלון מובנה (Brief infant sleep questionnaire) אותו ממלאים ההורים בעצמם, ושתוקף לאחרונה במחקר, שהראה כי השאלון מבחין היטב בין תינוקות בעלי הפרעות שינה לבין קבוצת ביקורת (44)*.

מעבר למידע שנאסף, הפגישה בנוכחות הילד מהווה הזדמנות עבור המטפל לערוך תצפית על הילד ועל

* המעוניינים בעותק של השאלון יכולים לפנות ל: sadeh@post.tau.ac.il

טיפול בהפרעות שינה בגיל הרך: סקירה והצגת מודל טיפולי רב-מימדי

מעבירים באופן הדרגתי את פונקציית ההרגעה מעצמם לתינוק, התינוק לומד להפנים את דמות ההורה כדמות מרגיעה הממשיכה להיות קיימת עבורו, גם אם היא איננה נוכחת פיזית בחדר. כמובן שהיכולת לשמר את דמותו של ההורה ללא נוכחותו הפיזית קשורה גם להופעת היכולת ל'קביעות האובייקט', אשר מופיעה בסביבות גיל תשעה חודשים (49).

יש מקרים בהם הורים אינם מסתפקים בהבניה מחודשת זו של המשמעויות שיכולות להיות למעורבות שלהם, ואז יש צורך בכירור עמוק יותר של מקורות החרדה ההורית. לעתים מסתבר, כי חרדה זו נעוצה בחוויות ילדות מוקדמות של ההורים עצמם, בזיכרונות שלהם הנקשרים לנטישה, או שהחרדה קשורה לאירועים קשים אחרים שחוו.

לדוגמה, בפגישה עם משפחה שפנתה אלינו לאחרונה, סיפרה האם כי היא יוצאת קיבוץ שננטשה על-ידי אמה בגיל צעיר, וקשרה זאת להרגשה כי עליה להעניק לבנה את אותה הורות טוטלית אשר לה לא היתה. צורך זה התבטא בשיא עוצמתו בלילות עם הקושי של האם להיפרד מבנה, והתחושה כי עליה להיות לידו בכל התערורות כדי שלא יחוש נטוש. עם זאת, יקיצותיו המרובות של הילד ותובענותו בלילות, השאירו את האם בהרגשה שהיא נכשלת למרות טיפולה המסור. בעקבות כך חשה תסכול רב, אשר בשילוב עם עייפותה הרבה, הביאו להצטברות זעם רב שהתבטא בהתפרצויות קשות כלפי הילד. אף כי רצתה להעניק לו את ההורות ה'מושלמת', הרגישה בסופו של דבר כי היא 'אמא לא פחות גרועה מאמא שלה'. במקרה זה נראה היה כי בירור הסוגיות הרגשיות והבנת המקורות הדינמיים של התנהגות האם, היו הכרחיים כדי לאפשר שינוי ברגשותיה, תפישותיה ובתגובותיה.

במקרים מסוימים, החסך הכרוני של ההורים בשינה גובה מחזיר כבד מבני המשפחה במשך היום. תחושת העייפות הבלתי נסבלת מלווה לא פעם בכעסים, חוסר סבלנות והתפרצויות זעם, ולאי פניות רגשית של ההורים עבור התינוק במשך היום. כתוצאה, המשפחה עלולה להיכנס למעגל קסמים שבו הילד מנסה לפצות על חוסר פניות זו ועל הצורך שלו בנוכחות הורית דרך הגברת יקיצותיו בלילה, וקריאותיו להורים. ההורה הופך להיות זמין פיזית עבור הילד בלילה, לא רק מתוך החרדה שהתינוק יחוש נטוש, אלא גם מתוך תחושת אשמה על אי זמינותו או התפרצויותיו ביום. חשוב, כמובן, שהמטפל יפנה את תשומת לבם של ההורים לתהליך זה, ולאפשרות שנוכחותם הפיזית בלילה נדרשת כפיצוי על קשיי הזמינות ביום.

בהקשר לכך, חשוב להתייחס גם לאותם מקרים בהם המאבק של הילד להישאר ער בתחילת הלילה או במהלכו קשור מלכתחילה לצרכיו הרגשיים הלא מסופקים, למשל, כאשר האם סובלת מדיכאון שאינו מאפשר לה להיות פנויה רגשית לילד, או כאשר ההורים עובדים שעות ארוכות, והילד כמעט שאינו זוכה לראותם. באותם מקרים, בהם מתרשם המטפל כי ניסיונותיו של הילד להישאר ער קשורים לצורך שלו לפצות על חסך בקשר עם הוריו, תפקידו של

לתגובות ההורים להמלצותיו, ולפתוח מרחב להעלאת שאלות, התלבטויות, מעצורים, וקשיים.

ההתערבויות ההתנהגותיות קצרות, בדרך כלל, ויכולות להסתיים תוך פגישה אחת או שתיים, אך יש מקרים בהם המטפל יתרשם כי ההורים זקוקים לליווי הדרגתי וממושך, גם אם העבודה ממוקדת בעיקר ברמה ההתנהגותית.

כאשר המטפל מתרשם כי התנהגותם של ההורים מנעת מאמונות ורגשות אשר אינם מאפשרים להם להגיע לפתרון הבעיה, יתחיל הטיפול מהתמודדות עם אותן אמונות, חרדות ודאגות, תוך התייחסות לקשיים ולבעיות שעלולים להתעורר ברמה הרגשית בזמן ההתערבות. אנו רואים בהתייחסות לנושאים אלה מרכיב מרכזי ומקדים להתערבות ההתנהגותית הממוקדת.

סוגייה מרכזית, העולה פעמים רבות בהקשר זה, היא החרדה ההורית מגרימת נזק או אפילו טראומה בלתי הפיכה לתינוק, אם ייסוגו ממעורבותם בתהליך ההרדמה וההתעוררויות הליליות. הורים רבים מדווחים כי אינם מסוגלים לעמוד בפני בכיו של הילד, וחוששים כי אם לא יענו לכל דרישותיו וקריאותיו של הילד, הם יאבדו את אמונו ואהבתו כלפיהם. במקרים אלה, יעלה ההורה לרוב את הטענה כי הוא חייב להיות ליד הילד, אחרת יחוש ננטש, חרד, חסר אונים וחסר הגנה. השארת הילד לבדו במיטה, (גם כשהוא רגוע), עלולה ליצור בקרב ההורים רגשי אשם, או תחושה שהם 'הורים רעים ואכזריים'. תחושות אלו הן שמוכילות, לרוב, למעורבות יתר של ההורה בתהליך ההירדמות, שאינה משאירה בידי הילד את החופש להירדם לבד, ואינה מאפשרת לו לפתח את היכולת להרגעה עצמית. כשהורים מעלים אמונות וחששות אלה חשוב, כמובן, שהמטפל יהיה קשוב להם וייתן להם אפשרות לבטא ולעבד אותם. עם זאת, המטפל יכול לבחון יחד עם ההורים האם יש דרכים נוספות בהן ניתן לפרש את קריאותיו או בכיו של התינוק. למשל, המשגה מחודשת (reframing) של בכי מסוג זה כ'מחאה' יכול להקל רגשית על ההורה שמפרש את הבכי כסימן של 'מצוקה'.

במקרים הפשוטים יותר, החרדה של ההורים פוחתת מכך שהם שומעים מאיש מקצוע כי המחקר הקליני והניסיון הרב שנצבר בטיפול בבעיות שינה, מלמדים כי לא נגרם שום נזק לתינוק כתוצאה מהקטנת המעורבות ההורית, אלא להיפך, רוב התינוקות מראים, בנוסף לשיפור דפוסי שנתם בלילה, גם רגיעה במהלך היום. רגיעה זו יכולה להיות קשורה לכך שהילד ישן טוב יותר, או שההורים מתחילים לישון טוב יותר, ובעקבות כך פנויים יותר לילד במשך היום. כמו כן, ייתכן שהילד רכש דרך ההתערבות ודרך המסרים החדשים שקיבל מהוריו, את היכולת לרגיעה עצמית, בה הוא עושה שימוש גם במשך היום. למעשה, ניתן לראות ביכולת זו של התינוק להיות לבד (בנוכחות אובייקט מעבר המייצג את הדמות ההורית), יכולת חשובה ביותר ההכרחית לבשלותו הרגשית של התינוק (48). בתהליך שבו ההורים

ליאת טיקוצקי, פרופ' אבי שדה

להיות השלכות על התפקוד של הילד בתחומים הרגשיים, ההתנהגותיים והנוירו-קוגניטיביים, ולגרום למצוקה משמעותית בתוך המערכת המשפחתית. לאור כל הסיבות הללו, אנו מאמינים כי חשוב ביותר לאבחן את בעיות השינה בגיל צעיר, ולטפל בהן.

יש גורמים רבים היכולים להשפיע על דפוסי שנתו של התינוק. למעשה, ניתן להסתכל על מנגנון וויסות השינה-ערות כתופעה המתקיימת בתוך מודל מערכת טרנסאקציונלי (transactional model). במסגרת המודל, ניתן להניח כי דפוסי השינה-ערות של הילד מושפעים מהאינטראקציות שנוצרות בין ההורה לילד סביב השינה, כאשר אינטראקציות אלו מושפעות בעצמן מיחסי הגומלין שבין גורמים פנימיים של התינוק (מזג וגורמים ביו-רפואיים) לבין גורמים הקשורים בהורים (אישיות, ייצוגים פנימיים, קוגניציות). בנוסף לכך, גם לגורמים סביבתיים, תרבותיים, ומשפחתיים עקפים יש השפעה על שנתו של הילד.

המודל הרב-מימדי לטיפול בבעיות שינה של תינוקות, שתואר במאמר, מתייחס לכל הגורמים הללו בשלב האבחון, ועל פי מידת הצורך – בשלב ההתערבות. הנחה מרכזית של המודל היא שכדי שהורים יצליחו לשנות את דפוסי התנהגותם כלפי התינוק במהלך הלילה, יש לעבור קודם דרך תהליך של בירור ושינוי הקוגניציות ההוריות והרגשות הנלווים אליהן. רק לאחר שהושלם תהליך זה יש משמעות למתן הכוונה התנהגותית להורים. אנו מאמינים שמודל זה ניתן להתאמה גם לבעיות ממוקדות אחרות בהתפתחות הילד.

לסיום, תחום הטיפול בבעיות שינה מאפשר להגיע לשיפור משמעותי בדפוסי השינה של תינוקות באמצעות התערבויות קצרות יחסית, או במילים אחרות: ניתן, באמצעות תהליך טיפולי קצר וממוקד, להעלות חיוך רענן על פניהן של משפחות מותשות ומתוסכלות.

ס פ ר ו ת :

1. Sameroff A., General systems and the regulation of development. In: M Gunnar, E. Thelan (Eds.), Systems and development. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
2. Mindell J.A., Owens J.A., A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems. New York, Lippincott Williams Wilkins, 2003.
3. Sadeh A., Anders T.F., Sleep disorders. In: C.H. Zeanah (Ed.), Handbook of infant mental health. New-York, Guilford Press, 1993.
4. Jenkins S., Bax M., Hart H., Behavior problems in preschool children. J. Child Psychol. Psychiat., 21: 5-17, 1980.
5. Mindell J.A., Sleep disorders in children. Health Psychol., 12: 151-162, 1993.

המטפל יהיה לשקף זאת להורים, ולנסות ולהבין עמם את הסיבות לכך. במקרים אלה התערבות קצרה יכולה אולי להקל, אך אינה מהווה תהליך לטיפול שיתמקד בסוגיות של זמינות ההורים או של הקשר הורה-ילד.

נושא מהותי נוסף שיש לתת לו משקל ומקום במהלך ההתערבות הוא בירור ההבדלים בעמדות ובהתנהגות בין האב לאם, ושיתוף ההורה הפחות דומיננטי (האב, לרוב) בכל תהליך הטיפול וההתערבות. חילוקי דעות בין ההורים, כאשר לאופן שבו יש להגיב לילד בלילה, יוצרים מתחים ולחצים בתוך המשפחה, ויכולים לגרום להעברת מסרים מבלבלים לילד. כתוצאה, הילד עלול שלא להבין כיצד עליו להתנהג בלילה, או עשוי לתמרן בין ההורים ולזכות בסופו של דבר בהתייחסות הרצויה מבחינתו. מעבר לכך, שילובו של ההורה הפחות דומיננטי הוא משמעותי, מאחר שבמקרים רבים לתינוק קל יותר לוותר על הטיפול אליו התרגל ולרכוש את היכולת לרגיעה עצמית, כאשר זה שמבצע את ההתערבות הוא ההורה הפחות מעורב, שאותו התינוק קושר פחות להרגלים הקודמים. בכדי להדגיש נקודה זו אנו מקפידים על כך שגם האב וגם האם (אם הם אלה שמגדלים את הילד) יהיו נוכחים בפגישות ויהיו שותפים לתהליך הטיפול.

ההתייחסות לאמונת ההוריות ולסוגיות הרגשיות, שעולות ביחס לבעית השינה והעבודה עליהן, מאפשרת למרבית ההורים להגיע ביחד עם המטפל לקראת סוף הפגישה השנייה או השלישית, לבחירת ההתערבות ההתנהגותית המתאימה להם. במקרים מסוימים, ייתכן שהמטפל ו/או ההורים יחוו כי אין זה הזמן המתאים עבורם לערוך שינויים, וכי יהיה נכון יותר לחכות. עם זאת, במרבית המקרים תסתיים הפגישה בהדרכת ההורים כאשר לאופן יישום ההתערבות, ובקביעת פגישות מעקב. לפגישות המעקב חשיבות גדולה לשמירת המחויבות של ההורים לתהליך הטיפול, לבירור קשיים ותגובות לא צפויות, ותמיכה בהורים להמשך התהליך. במקרים רבים, הורים מגיעים לפגישות לאחר שהשיגו שיפור, ומרגישים תחושת הצלחה וכשירות, ואז מוקדשות פגישות מעקב לבירור נושאים התפתחותיים נוספים.

ס י כ ו ם

הפרעות שינה בינקות ובילדות המוקדמת הן בין ההפרעות השכיחות ביותר, ומאפיינות כעשרים עד שלושים אחוז מכלל הילדים בין גיל חצי שנה לשלוש שנים. למרות שבקרב הציבור רווחת העמדה לפיה בעיות שינה מהסוג של קשיי השכבה והתעוררויות מרובות הן תופעות התפתחותיות נורמטיביות, ולכן יש לתת להן לעבור מעצמן, הידע המחקרי והניסיון הקליני שנצבר בתחום מוכיחים כי הפרעות אלו יכולות להיות עיקשות מאוד, ולהתפתח לכדי הפרעה כרונית. בנוסף, לבעיות שינה יכולות

טיפול בהפרעות שינה בגיל הרך: סקירה והצגת מודל טיפולי רב-מימדי

6. Kataria S., Swanson M.S., Trevathan G.E., Persistence of sleep disturbances in preschool children. *J. Pediat.*, 110: 642-646, 1987.
7. Zuckerman B., Stevenson J., Bailey V., Sleep problems in early childhood: Continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics*, 80: 664-670, 1987.
8. Dahl R.E., The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Develop. Psychopathol.*, 8: 3-27. 1996.
9. Sadeh A., Gruber R., Raviv A., Sleep, neurobehavioral functioning and behavior problems in school age children. *Child Dev.*, 73: 405-417, 2002.
10. Kuhn B.R., Elliot A.J., Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *J. Psychosom. Res.*, 54: 587-597, 2003.
11. Mindell J.A., Empirically supported treatments in pediatric psychology: Bedtime refusal and night wakings in young children. *J. Pediatric Psychol.*, 24: 465-481, 1999.
12. Morrell J.M., The role of maternal cognitions in infant sleep problems as assessed by a new instrument, the maternal cognitions about infant sleep questionnaire. *J. Child Psychol. Psychiat. Allied Discip.*, 40: 247-258. 1999.
13. Sadeh A., Anders T.F., Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health J.*, 14: 17-34, 1993.
14. McKenna J.J., Mosko S., Dungy C. et al., Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mother-infant pairs: A preliminary physiological study with implication for the study of sudden infant death syndrome (SIDS). *Am. J. Phys. Anthropol.*, 83: 331-347, 1990.
15. Liedloff J., The continuum concept. Boston, Addison Wesley Pub. Co., 1975.
16. McGarvey C., McDonnell M., Chong A. et al., Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the republic of Ireland. *Arch. Dis. Child.*, 88: 1058-1064, 2003.
17. Person T.L.A., Lavezzi W.A., Wolf B.C., Cosleeping and sudden unexpected death in infancy. *Arch. Pathol. and Lab. Med.*, 126: 343-345, 2002.
18. Sadeh A., Evaluating night wakings in sleep-disturbed infants: A methodological study of parental reports and actigraphy. *Sleep*, 19: 757-762, 1996.
19. Sadeh A., Raviv A., Gruber R., Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Dev. Psychol.*, 36: 291-301, 2000.
20. Keener M.A., Zeanah C. H., Anders T.F., Infant temperament, sleep organization, and nighttime parental interventions. *Pediatrics*, 81: 762-771, 1998.
21. Scher A., Blumberg O., Night waking among 1 year olds: A study of maternal separation anxiety. *Child Care Health Dev.*, 25: 323-334, 1999.
22. Daws D., *Through the night: Helping parents and sleepless infants.* London, Free Association Books, 1989.
23. Sadeh A., *Sleeping like a baby: A sensitive and sensible approach to solving your child's sleep problem.* New York, Yale Univ. Press, 2001.
24. Bowlby J., *Attachment and loss. Vol. 3, Loss.* New York, Basic Books, 1980.
25. Bugental D.B., Johnston C., Parental and child cognitions in the context of the family. *Ann. Rev. Psychol.*, 51: 315-344, 2000.
26. Kerr S.M., Jowett S.A., Smith L.N., Preventing sleep problems in infants: A randomized controlled trial. *J. Adv. Nursing*, 24: 938-942, 1996.
27. Wolfson A., Lacks P., Futterman A., Effects of parent training on infant sleep patterns, parents' stress, and perceived parental competence. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 60, 41-48. 1992
28. Carrol J.L., Louglin G.M., Obstructive sleep apnea syndrome in infants and children: Diagnosis and management. In: Ferber R, Kryger M, (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine in the child.* pp. 163-191, Philadelphia, W.B. Saunders, 1995.
29. Carey W., Night waking and temperament in infancy. *J. Pediatrics*, 84: 756-758, 1974.
30. Sadeh A., Lavie P., Scher A., Maternal perceptions of temperament of sleep-disturbed toddlers. *Early Educ. Dev.*, 5: 311-322, 1992.
31. Mahler M.S., Pine F., Bergman A., *The psychological birth of the human infant.* New-York, Basic Books, 1975.
32. Moore M., Disturbed attachment in children: A factor in sleep disturbance, altered dream production and immune dysfunction. *J. Child Psychother.*, 15: 99-111. 1989.
33. Bowlby J., *Attachment and loss. Vol. 1, Attachment.* London, Hogarth Press, 1969.
34. Scher A., Mother-child interaction and sleep regulation in one-year-olds. *Infant Mental Health J.*, 22: 515-528, 2001.
35. Ferber R., *The sleepless child.* In: C. Guilleminault (Ed.), *Sleep and its disorders in children.* New-York, Raven Press, 1987.
36. Morrell J., Cortina-Borja M., The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: The parental interactive bedtime behavior scale. *Infant and Child Dev.*, 11: 17-41, 2002.
37. Burnham M.M., Goodlin-Jones B.L., Gaylor E.E. et al., Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: A longitudinal intervention study. *J. Child Psychol. and Psychiat.*, 43: 713-725, 2002.
38. Johnson C.M., Infant and toddler sleep: A telephone survey of parents in one community. *J. Dev. Behav. Pediatrics*, 12: 108-114, 1991.
39. France K.G., Blampied N.M., Infant sleep disturbance: Description of a problem behavior process. *Sleep Med. Rev.*, 3: 265-280, 1999.
40. Owens J.L., France K.G., Wiggs L., Behavioral and cognitive-behavioral interventions for sleep disorders in infants and children: A review. *Sleep Med. Rev.*, 3: 281-302, 1999.
41. Sadeh A., Assessment of intervention for infant night waking: Parental reports and activity based home monitoring. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 62: 63-68, 1994.
42. Cramer B., Short-term dynamic psychotherapy for infants and their parents. *Child and Adol. Psychiat. Clin. North Am.*, 4: 649-660, 1995.

ליאת טיקוצקי, פרופ' אבי שדה

43. Rober-Tissot C., Cramer B., Stern D.N. et al., Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Reports on 75 cases. *Infant Mental Health J.*, 17: 97-114, 1996.
44. Sadeh A., A brief screening questionnaire for infant sleep problems: Validation and findings from an internet sample. *Pediatrics*, 113: E570-E577, 2004.
45. Tikotsky L., Sadeh A., Sleep patterns and sleep disruptions in kindergarten children. *J. Clin. Child Psychol.*, 30: 579-589, 2001.
46. Minde K., Popiel K., Leos N. et al., The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 34: 521-533, 1993.
47. Minde K., Faucon A., Falkner S., Sleep problems in toddlers: Effects of treatment on their daytime behavior. *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiat.*, 33: 1114-1121, 1994.
48. Winnicott D.W., The capacity to be alone. In: *The maturational processes and the facilitating environment*. New-York, Int. Univ. Press, 1965.
49. Piaget J., *The construction of reality in the child*. New-York, Basic Books, 1954.