



יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)
ISPRRA Israel Psychiatric Rehabilitation Association (R.A) ispraisrael.org.il

סיכום מאמר: תוצאות תכניות המשרתות אימהות עם מגבלות פסיכיאטריות

וילדיהן

ג'ודית קוק, פמלה סטיגמן וג'וניה ג'וניקאס

ארה"ב, 2014

Cook, J. A., Steigman, P. J., and Jonikas, J. A. (2014). Outcomes of programs serving mothers with psychiatric disabilities and their young children: A multisite case files abstraction study. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37(3), 232-241.

נכתב במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספר"א - ispraisrael.org.il

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ בהמלצת דר' מקס לכמן

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא!

מבוא

מחקרים מראים כי סיכוייהן של נשים המתמודדות עם הפרעות נפשיות להפוך לאימהות דומים לסיכוייהן של נשים ללא הפרעות נפשיות. ניתוח נתוני השכיחות בסקר משקי בית ייצוגי בארה"ב הראה כי מקרב המשיבים שהן אימהות כמעט מחצית (47%) חוו הפרעה נפשית אחת או יותר במהלך חייהן. זאת ועוד, מתוך 31% הנשים שהתאימו לקריטריונים של הפרעה פסיכיאטרית בשנה האחרונה, 65% היו אימהות. מחקרים הצביעו על ההשפעה המזיקה של דיכאון וחרדה של הורים על ילדיהם, כולל הפרעות רגשיות בילדות, הישגים לימודיים ירודים, יחסים חברתיים ירודים ושימוש מוקדם בסיגריות ואלכוהול. בו זמנית, מחקרים מראים כי ישנם גורמי חוסן הנקשרים לתוצאות חיוביות יותר עבור ילדים להורים מתמודדים, בהם טיפול מיטבי בבריאות הגופנית והנפשית של ההורה, זוגיות תומכת, תמיכה חברתית-רגשית, היעדר מצוקה כלכלית וזמינות של טיפול ושיקום. אף-על-פי-כן, הורים עם הפרעות פסיכיאטריות לעתים קרובות נמצאים בסיכון גבוה למתח בתפקיד ההורה, הפרעה להורות ומעורבות של שירותי הרווחה. הספרות מדגימה כי ככל שההפרעה הנפשית של האם חמורה יותר, כך הסיכויים גבוהים יותר שתהיינה הפרעות בחיי המשפחה, עם סיכויים שנעים בין 60% לבין 80% לאובדן משמורת על הילדים בקרב הורים מתמודדים על פני כמה מחקרים. במחקר שבו השתתפו 4837 נשים במערכת הרווחה של פילדלפיה, לנשים מתמודדות היו סיכויים גבוהים פי שלושה לחוות אובדן משמורת, תוך בקרה על משתני רקע, בהשוואה לנשים ללא מחלות נפש. במחקר אחר בו השתתפו 322 אימהות מתמודדות, הסבירות לאובדן משמורת עלה משמעותית בקרב נשים עם מספר גדול יותר של ילדים, בקרב אלה שלא היו נשואות, שחיו בעוני, התמודדו עם מחסור בתמיכה חברתית והיו להם יותר אשפוזים פסיכיאטרים. אימהות מתמודדות רבות נתקלות באתגרים נוספים היכולים

להפריע להתמודדות ולתפקוד המשפחתי, כולל שימוש בסמים, אלימות במשפחה, ניצול גופני ומיני, עוני, אבטלה, אי-יציבות בדיוור וחוסר בגישה לשירותים מותאמים תרבותית. אשפוזים פסיכיאטרים נמצאו כגורם כמוביל להפרעה בהורות. דווח כי בקרב אימהות מתמודדות שחוו אשפוזים, רק כ-20% החזיקו במשמורת מלאה על ילדיהן. מחקר אחר מצא עלייה של 8% בסבירות לאובדן משמורת בכל אשפוז נוסף שעברה האם. אובדן משמורת עלול להוביל להשלכות נפשיות שליליות הן על האם והן על הילד. אימהות עלולות לחוות החמרה בסימפטומים הפסיכיאטריים לצד רגשות חזקים של אשמה, צער ותחושת פגמים, כאשר ההיקשרות של הילדים, התפתחותם הרגשית והחברתית עשויות להיפגע.

למרות האתגרים הייחודיים בהורות בקרב אימהות עם מחלות נפש, נשים אלה יכולות לשאוב גאווה מההורות ולהשיג סיפוק מגידול הילדים ככל האימהות. יתירה מזאת, תפקיד ההורה דווח כבעל השפעה חיובית על הבריאות הנפש של אימהות אלה. נמצא כי אימהות מתמודדות דיווחו על הגברת הביטחון העצמי, הפסקת שימוש בסמים, מוטיבציה משופרת לטפל בעצמן ומודעות מוגברת לעניינים הנוגעים למחלה. במחקר איכותני דיווחו אימהות מתמודדות כי חוו סיפוק ועלייה בדימוי העצמי כתוצאה ממעורבותן בתפקיד חברתי מוערך. בדומה למירב ההורים, אימהות עם הפרעות נפשיות רוצות את הטוב ביותר עבור ילדיהן ודואגות באותה מידה לגבי ביטחון הילדים ורווחתם.

מתן שירותים מקיפים ואינטגרטיביים יכול לעזור לאימהות מתמודדות לממש הורות מוצלחת, באמצעות שיפור הידע שלהן על התפתחות הילדים ועל מיומנויות בגידול ילדים. ניתן למנוע אובדן משמורת באמצעות שירותים המטפלים בשימוש בסמים וחוסכים צורך באשפוזים פסיכיאטרים. באמצעות שירותים אלה גם ניתן לסייע לאימהות להשיג מטרות שיקומיות חשובות, כגון תעסוקה ודיוור עצמאי. שירותים מקיפים לאימהות כוללים ייעוץ פסיכולוגי, למידה על תרופות, עזרה אינסטרומנטאלית, שיקום תעסוקתי ודיוור, תמיכת עמיתים, תמיכה חברתית והתערבויות הוריות. במסגרת תכניות אינטגרטיביות כאלה ניתנים גם שירותים לילדים בגיל הרך הכוללים הערכה התפתחותית, גישות טיפוליות המבוססות על אינטראקציה בין האם לילד, תמיכה בהשגת משימות התפתחותיות חשובות, העשרת הידע ההורי וטיפול במשחק. למרות שכמה תכניות כוללניות כאלה פועלות זה כמה עשורים, עד כה מחקרים מעטים דיווחו על תוצאות של מתן שירותים משולב לאימהות עם הפרעות נפשיות ולילדיהן הצעירים.

המחקר הנוכחי

מטרת המחקר לבחון תוצאות בקרב אימהות עם מחלות נפש המקבלות שירותים קליניים, שיקומיים ושירותים בתחום ההורות עם ילדיהן בגיל הרך. המחקר בוצע בארבע תוכניות כוללניות בארה"ב לאורך השנה הראשונה להשתתפות. חמש התוצאות שנבחנו היו: תעסוקה, דיוור עצמאי, אובדן משמורת על הילדים, שימוש בסמים ואשפוזים פסיכיאטריים. ניתוח איכותני בחן מקרים של אובדן משמורת ואיחוד משפחתי מחדש.

המחקר בוצע במערך של מחקר פעולה, שבו תכנון פעילויות המחקר הונחה על-ידי ועדת היגוי מייעצת ארצית המורכבת מבעלי עניין שונים (פסיכיאטר, פסיכולוג ילדים, שתי אימהות עם היסטוריה של מחלת נפש, שני חוקרים העוסקים בתחום אימהות עם מחלות נפש ועובד מערכת בריאות הנפש בתכניות לאימהות מתמודדות). הועדה המייעצת עסקה בזיהוי תכניות מתאימות למחקר, השוואת מאפייני תכניות, סקירת מחקרים ופרוטוקולים ועוד. לאחר איסוף הנתונים

והניתוח, חברי הוועדה עסקו בסקירת הממצאים והצעת פרשנויות. אותרו 12 תכניות בארה"ב המשרתות אימהות עם מחלת נפש יחד עם ילדיהן בגיל הרך, המשלבות שירותים קליניים ושיקומיים.

במחקר נכללו לבסוף ארבע תכניות אשר פעלו בין 4 לבין 23 שנים והציעו מערך מקיף של 15 שירותים לאימהות וילדיהן, בין אם ישירות או באמצעות הפניות וקישור לשירותים. שירותים ישירים שניתנו בארבעת המקומות כללו: תיאום טיפול, הכשרה במיומנויות הוריות, שיקום תעסוקתי, למידה מתקנת, הערכה ומבחנים, התערבות במשבר, ביקורי בית ואימון באינטראקציה הורה-ילד. שירותים נוספים שניתנו ישירות או באמצעות הפניה כללו: קבוצות תמיכה, טיפול פרטני, טיפול משפחתי, ניהול תרופות, טיפול יום, סיוע בדיור וטיפול בהתמכרויות. אוכלוסיית המחקר כללה את כל האמהות לילדים בגיל הרך שקיבלו שירותים לאורך שנה רצופה באחת מארבע התכניות בשנים 1995-1999. 11 נשים (10%) לא החזיקו במשמורת פורמאלית על הילד/ים בכניסתן לתכנית.

איסוף הנתונים בוצע בשנים 2001-2000 ובסך הכל נאספו פרוטוקולים של 104 אימהות. הנתונים נאספו באמצעות עיון רטרוספקטיבי בתיקי הלקוחות ויצירת פרוטוקולים מפורטים על-פי המתועד בתיקים והשלמת מידע מהצוותים. יצירת הפרוטוקולים התבססה על קריאת התיק המלא ולאחר מכן קידוד המידע לפי תחומים ספציפיים: מאפיינים דמוגרפיים של האם והילד/ים, מאפיינים קליניים של האם והילד/ים, השירותים שקיבלה המשפחה, אשפוזים פסיכיאטריים של האם, סטאטוס תעסוקתי, מצב דיור, סטאטוס המשמורת, איחוד מחדש עם הילד/ים ומטרות שהופיעו בתכנית הטיפול. המידע קודד בהתייחס לשש תקופות: טרם כניסה לתכנית; שלב האינטייק; מחצית שנה ראשונה בתכנית; בתום שישה חודשים; מחצית שנייה של השנה; ובתום 12 חודשים. ניתוח איכותני התמקד בתיאורי מקרה של אובדן משמורת ושל איחוד משפחתי מחדש לזיהוי סיבות להפרדה והצדדים שקיבלו משמורת על הילד/ים בתקופות של הפרדה.

ממצאים

מאפייני הרקע מלמדים כי מירב הנשים (60%) היו ממוצא אפרו-אמריקאי, כרבע היו לבנות וכ-15% ממוצא ליטני, כל קבוצה מאלה היוותה רוב באחת או שתיים מהתכניות. רוב האימהות היו ללא בני-זוג בכניסתן לתכנית (74%) ואימהות יחידניות היוו רוב בכל ארבע התכניות. גיל האימהות בזמן האינטייק נע בין 16 לבין 43 והן השלימו בממוצע 11 שנות לימוד. בממוצע היו לכל אחת 2.8 ילדים, אך לרובן (67%) היה רק ילד אחד שהשתתף בתכנית. כמחצית מהנשים (48%) גרו בדיור עצמאי משלהן בזמן האינטייק. האבחנות הראשיות כללו דיכאון מגיורי (23%), דיסטימיה או דיכאון מינורי (33%), הפרעת הסתגלות עם מצב רוח דכאוני ו/או חרדה (16%), סכיזופרניה או הפרעה סכיזו-אפקטיבית (12%), הפרעה בי-פולארית (8%) והפרעת חרדה (4%). שיעור ניכר מהמשתתפות חוו טראומה בילדות, כולל פגיעה גופנית (38%), ניצול מיני (44%) וניצול רגשי (37%). 62% חוו את שלושת סוגי הטראומה ו-59% חוו הן פגיעה גופנית והן ניצול מיני. כרבע מהמשתתפות היו מעורבות בשימוש בסמים או אלכוהול במועד האינטייק, רק 7% היו מועסקות במשרה חלקית או מלאה.

ניתוח כמותי: תוצאות שיקומיות ומשמורת לאורך זמן

שיעור הנשים שהתגוררו בדיור משלהן (לעומת מגורים נתמכים, דיור שניתן מקרובים או חברים, או מקלט) עלה מ-48% באינטייק ל-50% לאחר 6 חודשים ו-55% במעקב לאחר שנה. שיעור הנשים המועסקות עלה מ-7% ל-15% כעבור 6 חודשים ו-18% לאחר שנה. 11% מהנשים אושפזו במהלך המחצית הראשונה של השנה ואילו רק 6% אושפזו במהלך המחצית השנייה. שיעור המעורבות בשימוש בסמים ירד משמעותית מ-44% במחצית הראשונה של השנה ל-16% במחצית השנייה.

תוצאות המשמורת הראו כי חמש אימהות איבדו משמורת פורמאלית על ילד אחד או יותר במחצית השנה הראשונה ו-5 נוספות איבדו משמורת פורמאלית במחצית השנייה של השנה. מתוך אלה שאיבדו משמורת פורמאלית בין האינטייק לבין תום שישה חודשים אחת השיגה מחדש משמורת בשישה החודשים הראשונים ושתיים נוספות השיבו לעצמן את המשמורת בששת החודשים האחרונים. מתוך חמש נשים שאיבדו משמורת פורמאלית על ילדיהן במחצית השנייה של השנה, אחת השיבה משמורת בתום שנה להשתתפותה בתכנית. בסך הכל, 22 נשים איבדו משמורת פורמאלית או בלתי פורמאלית (כגון גידול הילד אצל קרובים) טרם האינטייק או במהלך השנה הראשונה. 11 מתוכן השיגו מחדש את המשמורת על הילדים במהלך חצי השנה הראשונה ו-11 השיבו את המשמורת במחצית השנייה של השנה הראשונה להשתתפותן בתכנית. יש לציין כי כמה מהנשים איבדו והשיגו מחדש משמורת על יותר מילד אחד, וכמה מהן איבדו את המשמורת על אותו הילד יותר מפעם אחת.

מבחנים סטטיסטיים שבוצעו בנתונים לא מצאו קשר מובהק בין מירב המשתנים שנבדקו לבין תוצאות של תעסוקה או מגורים עצמאיים, מלבד קשר שלילי מובהק שנמצא בין שימוש בסמים לבין דיור עצמאי. נשים שנוצלו מינית בילדותן ופנו תחילה לשימוש בסמים היו בעלות סיכויים גדולים פי 10 להשתמש בסמים במהלך השנה הראשונה להשתתפותן בתכנית. נשים שאושפזו מסיבות פסיכיאטריות בשנה הראשונה בתכנית היו בסבירות גבוהה פי 15 להשתמש בסמים בתקופה זו לעומת אלה שלא אושפזו. נשים שאיבדו משמורת על ילד אחד או יותר בשנה הראשונה להשתתפותן בתכנית היו בסבירות גבוהה פי 8 להתאשפז בתקופה זו, לעומת אלה שלא איבדו משמורת. נשים שהשתמשו בסמים בשנה הראשונה היו בעלות סיכויים גבוהים פי 16 להתאשפז במהלך אותה שנה, לעומת אלה שלא השתמשו בסמים. נשים בעלות אבחנות פסיכיאטריות חמורות (סכיזופרניה, הפרעה בי-פולארית, דיכאון מגורי) היו בסבירות גבוהה יותר באופן מובהק לחוות אשפוז פסיכיאטרי לעומת נשים עם אבחנות אחרות. בנוגע לאובדן משמורת פורמאלית בצו בית משפט, נשים שאושפזו בשנה הראשונה בתכנית היו בעלות סיכויים גבוהים פי 7 לחוות אובדן משמורת בתקופה זו, לעומת נשים שלא אושפזו. נשים שהתגוררו עם שלושה ילדים או יותר בשלב האינטייק, היו בעלות סיכויים נמוכים באופן מובהק לחוות אובדן משמורת פורמאלית ב-12 החודשים הראשונים להשתתפותן, לעומת נשים שחיו עם פחות משלושה ילדים.

ניתוח איכותני: הקשרים של אובדן משמורת ואיחוד מחדש

ניתוח איכותני בוצע ב-10 תיאורי מקרה שבהם נשים איבדו משמורת פורמאלית בשנה הראשונה להשתתפותן בתכנית, באירועים שבהם ילדים הוצאו מביתה של האם בהוראת בית משפט. חמישה ממקרים אלה אירעו בין שלב האינטייק לבין המעקב בתום שישה חודשים. בשלושה מתוך חמישה מקרים אלה הילד עבר להתגורר עם הורי אומנה שאינם קרובי משפחה. בשני מקרים נוספים הילד עבר לחיות עם קרובי משפחה – סבתא או דודה. סיבות לאובדן משמורת

כללו אלימות גופנית בשני מקרים, הזנחת הילד בשני מקרים ובעיות בבריאות הנפשית של האם במקרה אחד. בשניים מתוך חמישה מקרים אלה משמורת פיזית לא הושגה מחדש בשנה הראשונה ובשלושה האחרים המשמורת הושבה לאם במהלך השנה. חמישה המקרים שבהם אובדן המשמורת התרחש במחצית השנייה של השנה, בארבעה מהם הילדים עברו למסגרת אומנה שלא אצל קרובי משפחה ומיקומו של הילד הנוסף היה לא ברור. במקרה אחד הסיבה לאובדן המשמורת הייתה בן-זוג מתעלל של האם וגישתו לילד. במקרה אחד תוארו תנאים לא בטוחים, כולל נשק טעון בבית. במקרה שלישי אובדן המשמורת חל בשל בעיות בבריאות הנפשית של האם ובמקרה רביעי הסיבה הייתה הזנחה של הילד וחוסר מסוגלות של האם להתמודד עם צרכי הילד. במקרה חמישי הסיבות לא היו ידועות. בארבעה מתוך חמישה מקרים אלה הנשים לא השיגו מחדש משמורת פיזית במהלך 12 חודשים לאחר כניסתן לתכנית. במקרה חמישי הושבה המשמורת הפיזית לאם בתום השנה הראשונה.

בנוסף נבדקו 22 מקרים שבהם נשים התאחדו מחדש עם ילדיהן לאחר השבת משמורת על הילד/ים. מקרים אלה מתייחסים להשבת משמורת שאבדה לפני הכניסה לתכנית ובמהלך ההשתתפות בתכנית (כולל ארבעה המקרים שהוזכרו לעיל). נמצא כי מירב המקרים של איחוד מחדש עם הילד/ים (72%) התרחשו לאחר ויתור וולונטרי בלתי פורמאלי על המשמורת לטובת מגורי הילד אצל קרובי משפחה או אחרים ולא לאחר הוצאה פורמאלית מהבית בהוראת בית משפט. סיבות לאובדן משמורת וולונטרי כללו אשפוז של האם, תקופת מאסר של 30 ימים, מחסור בכסף לאוכל וצרכים חיוניים, שימוש פעיל בסמים, הפיכה למחוסרת בית, אלימות במשפחה מצד בן-זוג ומוות במשפחה. במירב הויתורים הוולונטריים קרובי משפחה – לרוב סבתות או דודות, נטלו על עצמן את המשמורת באופן בלתי פורמאלי: באחד מהם הייתה זו שמרטפית של הילד ובמקרה הנוסף הורה-אומנה לשעבר נטל את המשמורת. מתוך שישה מקרים של איחוד מחדש בעקבות אובדן פורמאלי בלתי וולונטרי של המשמורת, אותו יזמו שירותי ההגנה על הילד, שלושה מהילדים טופלו במסגרות אומנה ושלושה נוספים טופלו בידי דודה או סבתא. באופן מעניין, בשניים משישה מקרים אלה של אובדן משמורת לא-וולונטרי, המשמורת של האם נשללה באופן רשמי ולצמיתות בהוראת בית המשפט ועם זאת הילד חזר לחיות עם אימו, ככל הנראה בשל תמיכת השירותים וצוות התכנית. בארבעה מקרים אחרים הילד הוצא מהבית באופן רשמי אך זמני ולבסוף חזר לגור עם האם כאשר התנאים השתפרו.

דין

הממצאים מצביעים על עליה מובהקת בתעסוקה ובדיוור עצמאי וירידה מובהקת בשימוש בסמים בקרב אימהות מתמודדות וילדיהן בגיל הרך בתכניות כוללניות. בעוד ש-10% מהנשים איבדו משמורת פורמאלית במהלך 12 חודשי השתתפות ראשוניים בתכנית, 22% התאחדו מחדש עם ילדיהן שמהם הופרדו לפני או במהלך ההשתתפות בתכנית, באופן וולונטרי או בלתי וולונטרי. בהיעדר מערך ניסויי במחקר לא ניתן לייחס תוצאות אלה לשירותים שניתנו באמצעות התכניות, אך הם מלמדים כי שירותים פסיכיאטריים אינטגרטיביים לאימהות וילדים יכולים להיות מועילים ומצדיקים חקירה נוספת.

קשרים חזקים שנמצאו בין אשפוז לבין אובדן משמורת, כמו גם בין אשפוז לבין שימוש בסמים או אלכוהול, מציעים כי טיפול ותמיכה קלינית למניעת אשפוזים מהווה מטרה ראויה בתכניות

אלה, לצד טיפול יעיל להחלמה מהתמכרויות. בנוסף, התערבויות המסייעות לאמהות לפתח תכניות הנחיה מקדימות לטיפול בילד בתקופות של אשפוז או בכניסה לטיפול בהתמכרות הכרוך במגורים, יכולות להיות מועילות במיוחד. תכניות כאלה יכולות לכלול מינוי ממלא מקום לטיפול בילד וכן גורמי גיבוי לממלא המקום, עם תיעוד מלא של טווח הצרכים וההעדפות של הילד/ים. הקשר החזק שנמצא בין טראומה של נשים בילדות לבין תוצאותיהן, כמו גם התוצאות של ילדיהן, הוא היבט קריטי בתכנון שירותים פסיכיאטרים משולבים לאימהות וילדים. הגברת מודעות לטראומה בטיפול חיונית לשיפור תוצאותיהם של אימהות וילדים. טיפול מתוך מודעות לטראומה דורש הכרות עם מגוון התנהגויות וסימפטומים המייצגים אדפטציות להתנסויות טראומטיות בעבר; התייחסות ישירה לטראומה כחלק מטיפול משותף ותכנון ממוקד-אדם; זיהוי ומזעור מקורות לטראומטיזציה חוזרת; והתבססות על חוזקות ובחירה אישית כיסוד להחלמה בבריאות הנפש ובהתמכרויות.

הניתוח האיכותני מלמד כי נשים וילדיהן הצעירים מפיקים תועלת משיקום פסיכיאטרי משולב, יחד עם ההרגעה כי פניה לשירותים כאלה אינו מוביל באופן אוטומטי לאובדן משמורת. הניתוח האיכותני חשף כי סימפטומים נפשיים בלתי מטופלים, אבטלה ועוני לעתים קרובות הובילו לאובדן משמורת. במצבים אלה אימהות נעשו בלתי מסוגלות לפרנס את ילדיהן, נוצרה אי-יציבות בדיור, התפתחה מצוקה נפשית וחוסר יכולת לנהל סוגיות בהתפתחות הילד.

הגישה הביו-פסיכו-סוציאלית בשיקום פסיכיאטרי מכוון-החלמה מתייחסת לצרכים מרובים אלה ומספקת תשתית חזקה לבניית שירותים כוללניים ואינטגרטיביים להורים וילדים. שירותים אלה כוללים: הערכת כוחות וצרכים בהורות; תיאום טיפול; תמיכת עמיתים, עזרה עצמית ומנטורינג של הורה; ניהול תרופות, במיוחד בהריון והנקה; (דיור ידידותי לילדים ותמיכה בדיור עצמאי; הכשרה בטיפול בילדים ומיומנויות הוריות; שיקום תעסוקתי והשכלה נתמכת; ייעוץ ותמיכה לגבי וויתור על משמורת; ייעוץ לגבי מניעת הריון ותמיכה בקבלת החלטות בהריון; טיפול במשבר וטיפול במסגרת הפוגה (Respite); טיפול בטרואומה; טיפול בהתמכרויות והתערבות להפחתת נזקים; ייעוץ זוגי ומשפחתי; עזרה בנושאי בית הספר; תמיכה בתכנון הנחיות מקדימות; תכנון להשגת הטבות והשכלה פיננסית. למרות שמימון מגוון כה רחב של שירותים מציב אינספור אתגרים ארגוניים ותקציביים, קיימות אפשרויות פוטנציאליות לממש זאת. הממצאים מציעים כי שירותים מקיפים כאלה עשויים לשפר את התוצאות הקליניות והשיקומיות עבור אימהות, להגביל אובדן משמורת ולתמוך באיחוד מחדש של משפחות במקרים שבהם הוא יכול להתרחש בבטחה, לטובת תוצאות חיוביות עבור האישה ועבור הילדים. באמצעות מתן שירותים ותמיכות הנחוצים לאימהות וילדים, תכניות אלה יכולות לעודד החלמה בקונטקסט של הורות מוצלחת ומתגמלת.