

מטיפול דיפרנציאלי להתייחסות אינטגרלית

הפרעת קשב וריכוז במערכת החינוך

הכותבת: מיכל כ"ץ פסיכולוגית חינוכית, מדריכה ופסיכותרפיסטית; מנהלת מכון יונתן בכפר-סבא; בעלת ידע וניסיון רבים בנושא ה-ADHD; עוסקת באבחון וטיפול ב-ADHD; מרצה בבית הספר הגבוה לפסיכולוגיה חינוכית בת"א, ומעבירה השתלמויות לצוותים חינוכיים ולפסיכולוגים.

ההתייחסות לילדים עם ADHD במערך הכשרת המורים וכמובן שיגרת ביה"ס, צריך להיות אינטגרלי, בניגוד לגישה דיפרנציאלית כהפרעה שצריכה לקבל התייחסות מיוחדת.

כאשר אין גישה חינוכית נכונה לילדים עם ADHD השיבושים הנגרמים למהלך התקין של השיעור בעקבות נוכחותם בכיתות משמעותי. כל תלמיד ותלמיד יכול ליהנות ולהרוויח משיטות הוראה וחינוך משופרות הנדרשות לילדים הסובלים מ-ADHD. גישה לימודית וחינוכית החיונית לילדים עם ADHD יוצרת יתרון עבור גם כל שאר התלמידים. הילדים עם הפרעת הקשב והריכוז, במובן זה, הם מאין "סמן ימני", המחייב את המערכת לתפקד במיטבה.

הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות (ADHD), משקפת מצב כרוני פוגעני הגובה מחיר משמעותי מהסובלים ממנה, ומסביבתם הקרובה. (Taylor&Sonuga-Barke 2008). למרות שטיפולים עכשוויים יכולים להיות מיושמים באופן יעיל, עדיין ישנם צרכים טיפוליים שאינם מקבלים מענה. היתרונות של התערבויות טיפוליות תרופתיות מתפוגגים לאורך זמן (Jensen et al 1999) ותוצאות ארוכות טווח של הטיפול התרופתי נותרים עדיין בתחום הלא ברור. ההתמדה בנטילת התרופות הסטימוולנטיות אף היא ירודה למדי. פחות מ-10% מהילדים עם ADHD מתמידים בטיפול תרופתי לטווח הארוך (Weiss, Gadown, &Wasdell, 2006). וישנן גם תופעות הלוואי, שבמיוחד משפיעות על השינה, התיאבון והגדילה (Swanson et al. 2007a). וכדי לסבך את העניין, הורים ומחנכים, אינם שלמים עם מתן טיפול תרופתי לטיפול בשליטה על התנהגות, בפרט כאשר מדובר בילדים קטנים. אסטרטגיות טיפוליות המבוססות על התנהגות, הינן מורכבות יותר ודורשות זמן להפעלה ופחות יעילות בתסמיני הליבה של ה-ADHD (Anshel & Barkley, 2008), למרות שהן בעלות ערך כאשר הן מכוונות לטיפול בסיבוכים של ה-ADHD כמו הפרעת התנהגות אגרסיבית-אופוזיציונית, סימפטומים מופנמים (כגון חרדה ודכדוך) ומיומנויות חברתיות. (MTA) 1999, NIMH). הכללות והתמדה בהישגים הטיפוליים לאורך זמן, מוצגות רק לעיתים רחוקות (Barkley et al 2000). כמו בטיפול תרופתי, ההטבה נשמרת רק לעיתים נדירות, הרבה אחרי שהטיפול הפעיל הסתיים.

מכאן משתמע, כפי שאומרים סונוגה והלפרין (2009), ישנו צורך לפתח גישה טיפולית חדשה ל-ADHD, שנותנת מענה ארוך טווח או אפילו תמידי.

הפרעת קשב וריכוז (ADHD) היא מההפרעות השכיחות בעולם המערבי. על פי הערכות איגוד רופאי הילדים בישראל, 9% מהילדים והנוער עד גיל 18 סובלים מההפרעה. כלומר, כ-220,000 במספר. עבור ילד עם ADHD, ביה"ס כפי שהוא היום, מהווה מסלול מכשולים. וכפי שמציין לאבוי (2007), הכישורים

הלקויים הם בדיוק כישורים הנחוצים להתקדמותו. הוא מהווה מטרה קבועה לנזיפות על התנהגות שהינה מעבר לשליטתו. מסתבר שקיימת אי התאמה בסיסית בין הילד ה-ADHD לכיתת הלימוד המסורתית וקיים חוסר תאום בין קשיו של ילד עם ADHD לבין הכישורים והיכולות הנדרשים להצלחה בביה"ס.

המפתח הוא כנראה, לווסת ולהתאים בעבור קבוצה גדולה זו את סביבת הלמידה, ובכך להפחית באופן משמעותי את עוצמת ההפרעה להקטין סיכון להתפתחות קשיים תגובתיים כרוניים. ובאופן עקרוני, עלינו למצוא דרך ללמד ילדים בדרך בה הם לומדים.

בעשר השנים האחרונות הצורך בעשייה טיפולית חינוכית למען ילדים אלה מקבל הבלטה והשקעה. אולם, מסתבר שאנחנו נדרשים לשינוי בסיסי בתפיסה. המסגרות החינוכיות מהגיל הרך עד סוף המסלול הלימודי, ואולי אף מוקדם יותר, לא צריכות "לטפל" בילדים אלה, אלא להתאים את עצמן לצורכיהם. כלומר, הן אמורות לשלב באופן אורגני בגישתן החינוכית את העקרונות הקשורים לחינוך וטיפול ב-ADHD שינוי אשר יהווה רווח לכל קבוצות התלמידים. שינוי כזה דורש טרנספורמציה בתפיסה הבסיסית של התפקיד החינוכי. המסגרות החינוכיות וההדגשים הקשורים לתוכן, חייבים להוות מענה מותאם לצורכיהם של קבוצות ילדים עם צרכים שונים. לצורך שינוי כזה, יש לזהות את סוכני השינוי המרכזיים שעשויים להתחיל ולסלול ולהבנות את הדרך. שתי הפרופסיות המתאימות לכך הינן הפסיכולוגיה החינוכית ויועצות בית ספר. לשתי הפרופסיות כישורים דומים וכישורים נבדלים. לשתיהן סוציאליזציה מקצועית המדגישה כישורי אמפטיה והכלה וכן שילוב של הבנה מערכתית ותוך אישית. לשתיהן שליטה על מיומנויות לטיפול והעצמה של מיומנויות תקשורת בין אישיות וחברתיות, והתייחסות טיפולית לתכנים שהינם ברמה המודעת. הפסיכולוגים מיומנים בנוסף, גם בהבנה וטיפול בתהליכים רגשיים עמוקים ובלתי מודעים ובדיאגנוסטיקה. כל אלו כישורים הנדרשים למשימה.

המאפיינים הייחודיים של היועצות, כוללים קשר בלתי אמצעי ורצוף עם הרקמה החיה של בית הספר. קשר זה כולל מפגש יום יומי עם ילדים במגוון גילאים, עם המורים וההורים, ומאפשר איתור מוקדם של ילדים עם ADHD והתערבות ישירה ובלתי אמצעית. בנוסף, ליועצות, ישנם התנאים לקיים הכרות רציפה עם ילדים לאורך שנות ילדותם התיכונה או בהתבגרות. תנאים המאפשרים הפעלה של תהליכים ארוכי טווח.

מעצם היותן חלק מצוות ביה"ס, מתאפשרת הבנה עמוקה יותר של צרכי הילדים והמערכת החינוכית. שייכות זו כוללת הזדהות רבה יותר עם המורות ובכך גם סיכוי גבוה יותר להשגת שיתוף פעולה נמשך. גם ההורים רואים ביועצת כתובת זמינה ובלתי מאיימת המהווה חלק מהצוות החינוכי בסביבה הטבעית של ילדם ולשיתוף והתייעצות הנדרשים לקידומו.

היועצות מהוות גורם זמין להנחיית המורות לצורך הטמעה תהליכית של השינוי המתבקש. ליועצות יכולות יישומיות נדרשות, הכוללות מיומנות בהפעלה של תוכניות חינוכיות לניהול כתה והנחיית צוותים חינוכיים, כך שניתן יהיה ליישם בעזרתן את ההדגשים הנדרשים בהתייחסות החינוכית לילדים עם ADHD.

הפסיכולוגים מצדם, מהווים גורם חיצוני היכול לתת את זווית הראיה האובייקטיבית. בנוסף, הם מחזיקים בידע מקצועי בנפש האדם ובדינמיקה הרגשית והשפעותיה. הם מונחים ללמידה המשכית, התעדכנות מקצועית וחדשנות בתחום הידע והכלים הטיפולים. הם בעלי כישורים בתחום התערבויות מערכתיות, הדיאגנוסטיקה והפסיכותרפיה, ומסוגלים להגיע לאבחנות ולהמליץ על דרכי טיפול הולמות ליחיד ולמערכת. מסתבר כי שתי הפרופסיות משלימות האחת את השנייה.

הפסיכולוג יכול להיות אמון על הרחבת הידע המקצועי ובנייה של עקרונות לשינוי המערכתי תוך התייחסות לפרטים בתוך המערכת, כאשר בדיאלוג מקצועי עם היועצת יתאפשרו ההתאמות וההדגשים ברמה המעשית תפעולית.

חשוב לסיים באמירה כי הבסיס לתקשורת ושיתוף פעולה בין שתי הפרופסיות כבר קיים מזה שנים. ומה שנדרש כאן הוא התוכן החדש שיש לצקת לתוך מפגש בין מקצועי זה. שינוי כזה משמעותו, שילוב עקרונות הוראה וחינוך התואם את הצרכים הבסיסיים של ילדי ה-ADHD במערך האורגני של בית הספר. שינוי כזה ייתן סיכוי הולם למורות למלא את תפקידן ויעודן בצורה מיטבית ולקבוצה גדולה של ילדים לקבל תנאים הוגנים להתפתחות והסתגלות מיטבית למרות הקשיים הכרוכים ב-ADHD.

ביבליוגרפיה

1. Barkley, R.A, Shelton, T.L, Crosswait, C., Moothouse, M., Fletche, K., Barret, S., et al. (2000) Multi-Metod psycho-educational interveticionfor pre-school children with disruptive behavior: preliminaryresultsat post treatment. : J of Child Psychology and Psychiatry, 41,319-332.
2. Jensen, P. S., Hinshow, S.P. Ph.D., Swanson, J M., Greenhill, L. Conners, C. K., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Elliott, G., Hechtman, L., Hoza, B. March, J, Newcorn, J., Severe, J., Vitiello, B., Wells, K., Wigal, T., Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics: February 2001 - Volume 22 - Issue 1 - pp 60-73., Special Article
3. Lavoie, R. The Motivation Breakthrough 6 Secrets To Turning On theTuned-Out Child., Simon & Schster, Inc., N.Y 2007.
4. Saranuga-barke, E.J.S, & Halperin, J.M., Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder, potential target for early intervention: J of Child Psychology and Psychiatry 51:4 (2010), pp 368-389

5. Swanson, J.M., Elliot, G.R., Greenhill, L.L., Wigal, T., Arnold, L.E., Vitiello, B, et al.(2007a). Effects of stimulant medication on growth rates 3 years in the MTA follow-up. *J of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1015-1027.
6. Talor, E.A., & Sonuga-Barke, E.J.S. (2008). Disorders of attention and activity. In M Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J.S. Stevenson, E.A. Taylor, & A.Thapar, (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (pp. 521-542). Oxford: Wiley-Blackwell.
7. Weiss, M.D., Gadow, K., & Wasdell, M.B. (2006). Effectiveness outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J of Clinical Psychiatry*, 67, 38-45.