

הילד "השונה" במסגרת החינוכית

רודה סרסור

מבוא:

בכניסתו של הילד הרך למסגרת חינוכית, מתרחש מפגש בין שני עולמות. עולמו של הילד כפרט, מאפייניו האישיים, מטעניו הרגשי והנפשי, וההקשר המשמעותי והתרבותי אליו הוא שייך, מול עולמו של סוכן סוציאליזציה, שמאפשר לילד התנסות בעולם מתרחב והולך במידה עצומה. עולם זה מנסה להסתכל על הילד, כפרט, כבעל צרכים יחודיים, ובו זמנית למלא את תפקידו העיקרי כסוכן סוציאליזציה ובכך לתרבת את הילד ולהעניק לו ערכים ונורמות של החברה אליה הוא שייך.

מפגש זה והתהליך הכרוך בו, מחייבים התייחסות זהירה ורגישה, כשאנו מדברים על הילד "הנורמלי" בכלל, ועל הילד "השונה" בפרט. כוונתי בילד "השונה" היא לאותו ילד, שעקב בעיה או הפרעה מסויימת, בעיקר התנהגותית או רגשית, תובע התייחסות מיוחדת של המבוגר בסביבתו.

רצוני במאמר זה להתייחס לאותם מקרים שניתן לטפל בהם בתוך המסגרת, ושאינם בגדר מחלות. המטרה היא לא להתייחס לסוג ספציפי של הפרעה. מאמר זה יתייחס להגדרה, הערכה של השונות, גורמי סיכון והגנה, והסקת מסקנות לגבי ההתמודדות עם הילד "השונה".

הילד השונה: הגדרה ומהות

לא מעטים הם הפירושים המתקשרים למושג "הילד השונה". שמות תואר כגון: חריג, קשה, יוצא דופן, בעייתי, מיוחד, מופרע וכד', עשויים לבטא בכיוון ובעוצמה שונים התנהגות או הפרעה מסויימת, אשר מקשה על הסתגלותו של הילד לחברה.

המושג הפרעה מוגדר כסטיה ניכרת מן המצב הבריא והנורמלי (סרוף, קופר ונודרטרט, 1998). מוניץ (1995) משתמש במושג סטיה והוא מגדיר אותו: כל תופעה או קבוצת תופעות אשר אינן מתאימות לנורמה, אך אינן בגדר מחלה. המושג "נורמה" מוגדר: חוסר מחלה וחוסר אי נורמה. בדרך כלל הפרעה מתבטאת בבעיות התנהגות ו/או בבעיות רגשיות. רונן (1994) מגדירה בעיות התנהגות (על פי מילון האבחון DSM-III-R): דפוס מתמשך של בעיות התנהגות המכוונות כלפי הפרת זכויות בסיסיות של האחרים, תוך כדי פגיעה באחר או ברכושו או בנורמות חברתיות. ההתנהגות קיימת בבית, בבית הספר, עם החברים ובקהילה.

הפרעה רגשית מוגדרת על פי מוסן ואחרים (1998) כסטייה מהתנהגות רגילה לגיל הילד, והם מסווגים בעיות רגשיות לשתי קטגוריות:

- תסמונות מפנימות: הכרוכות במצוקה פנימית, חרדה, דכאון, הסתגרות חברתית וירידת הערך העצמי.
- תסמונות מחצינות: הכרוכות בהתנהגות המאופיינת בפעילויות יתר, בקרת התנהגות לקויה, תוקפנות או עבריינות.

וארמה (1994) משתמש במונח "פגיעים" לתאר קבוצת ילדים עם בעיות רגשיות, והוא מונה מספר מאפיינים המתארים ילדים פגיעים: הם נפצעים בנקל, חסרי בטחון עצמי, בעלי בריאות ועמידות נפשית מועטה או חסרה לחלוטין, לעתים קרובות יש בהם איכות מוזרה של שבירות, והם סודיים יותר מהרגיל, מפני עצמם ומפני אחרים. "ילדים קשים לגידול" הינו המונח שאלכסנדרוביץ ואלכסנדרוביץ (1989) משתמשים בו, לתאר קבוצת ילדים שהתפתחותם חריגה. ילדים קשים לגידול לדעתם, הם אלה שקשה להבין את רצונותיהם, שאי אפשר לצפות מראש את התנהגותם, קשה להם להסתגל למצבים ולגירויים חדשים, ילדים בלתי "גמישים", ילדים שמעסיקים את המבוגרים סביבם בקביעות, ואינם יודעים להעסיק את עצמם.

לסיכום: הילד "השונה" והפירושים שמתקשרים אליו אינם מושגים המוגדרים באופן חד-משמעי. בכל אחד מסוגי ההתנהגות שגורמת לילד להיות "שונה", כרוכות מספר תופעות אופייניות-טיפוסיות להתנהגות זאת. יהיה הכינוי אשר יהיה, סיווג ילדים הסוטים בהתנהגותם יהיה שונה בסיטואציות שונות, ואף באותה סיטואציה, כשהסיווג נעשה על ידי אנשים שונים.

הערכת הנורמלי והחריג

לקבוע אם התנהגות מסויימת של הילד "חריגה" או "נורמלית", הינו דבר שכרוך בביצוע הערכה מקיפה לילד. הערכה (assessment) זו מוגדרת כתהליך של קבלת אינפורמציה במטרה לקבל החלטות, תהליך משותף של הסתכלויות שיטתיות ושל ניתוחים. זה כולל ניסוח שאלות, איסוף אינפורמציה, תצפיות ופרשנות לצורך קבלת החלטות ולצורך ניסוח שאלות חדשות. בין המטרות של ההערכה - זיהוי ילדים עם סבירות להיות בקבוצת סיכון לבעיות בריאותיות והתפתחותיות וקביעת תוכנית התערבות מתאימה להם (Greenspan & Meisels, 1994). קריטריונים וקני מידה שונים נלקחים בחשבון בתהליך ההערכה, לצורך ההחלטה אם ההתנהגות היא חריגה או לא.

לטענתם של סרוף ואחרים (1998), לא תמיד קל לדעת מתי התפתחותו של ילד מסוים סוטה מן הדפוסים הצפויים סטיה גדולה דיה להיחשב לחריגה. לטענתם, דרך אחת בה קובעים פסיכולוגים התפתחותיים מהו חריג היא להעריך את מידת השכיחות לפי מין וגיל של הרגשה מסויימת או התנהגות מסויימת. דרייקוס (1981) טוען, שיש להיזהר כאשר שוקלים מה פתולוגי או בלתי נורמלי בילד. לדבריו, בדרך כלל אין תגובותיו של הילד בלתי-נורמליות, גם אם הן קיצוניות ונראות יוצאות דופן, כי כללית הן תגובות הגיוניות התואמות את המצב כפי שהילד רואה אותו. אולם, מה ש"נורמלי" לגבי הילד עלול להיעשות "פתולוגי" אם ממשיכים בו בחיים הבוגרים, שם התגובה הזו שוב אינה תואמת את המצב הממשי. לטענתו של דרייקוס, אף אם הילד שונה מאד מן הרגיל, אין לקרוא לו פתולוגי, כי הגדרה כזאת מבוססת בדרך כלל על חוסר תובנה באשר ליחסיו עם הוריו, מוריו והחברה בכללה.

לטענתו של Rutter (1975), מחקרים רבים מציינים כי רוב הילדים חווים מצוקות רגשיות, בעיות התנהגות וקשיים פסיכולוגיים מתישהו בילדותם, אך לא כולם מופנים לטיפול, ולא כולם זקוקים לטיפול. חלק מהקשיים הם מרכיב טבעי ואף נורמלי בתהליך ההתפתחות, ואינם סיבה לדאגה. לכן Rutter סבור שבתהליך ההערכה יש לקחת בחשבון הרבה גורמים. יש להבין נורמות התפתחותיות וההסטוריה האישית של כל ילד, ולא להסתמך על נקודות זמן בודדות. יש לדעת כיצד מתפלגת האוכלוסייה הכללית ביחס לבעיה (שיקולים אפידמיולוגיים), ויש לעמוד על חומרת הבעיה שכוללת שני היבטים: סטייה מהנורמה, ופגיעה בתפקודים, כאשר הוא מציע מספר קטגוריות שצריך להתייחס אליהן על מנת לקבוע אם התנהגות מסוימת לא נורמלית. קטגוריות כגון מין וגיל (אם ההתנהגות מתאימה לגילו ומינו של הילד), התמדת הבעיה, סיבות סיבתיות, היקף ההפרעה, עוצמה ותדירות, מגרת סוציו-תרבותית וכד'.

רוב התופעות הבעייתיות של הילדים הן התנהגויות שהופיעו באופן טבעי כחלק בלתי נפרד מתהליך ההתפתחות הנורמלית. לטענתה של רונן (1994), תופעות אלו נעשות חריגות בגלל שינוי בעוצמה, בשכיחות או במשך, ולכן גם היא מציעה מספר קני מידה לצורך קבלת החלטה לגבי התנהגות לא נורמלית, כגון השוואת נורמות התנהגות למקורות דיאגנוסטיים מוכרים, נורמות התנהגות בסביבה וכד'. קני מידה אלה חופפים במידת-מה את מה ש-Rutter מציע.

לסיכום: יש להניח כי אצל כל ילד קיימות בעיות הקשורות בהסתגלות לעולם הסובב אותו, בעיות שהן חלק נורמלי בתהליך ההתפתחות שלו. לכן קשה להתייחס ל"בריאות הנפש" כאל מושג נורמטיבי מוחלט. יש לראות את הבעיה על רצף הדרגתי, שבקצהו הראשון נמצא הילד הבריא ובקצהו הילד הלא בריא (חולה), והחל ממקום מסוים ברצף זה יהיה אחוז מסוים של ילדים הזקוקים לטיפול מקצועי, כאשר מקום זה נקבע לפי קריטריונים ברורים. בעייתם של הזקוקים לטיפול מקצועי היא בעיה של כמות, עוצמה, תדירות של התופעות המעידות על קשיים בתפקוד ריגושי-חברתי, וכן של קונפיגורציה של הגורמים שהביאו לכך.

גורמי סיכון וגורמי הגנה

התפתחותו של הילד תלויה בקשרים התפתחותיים. הקשרים אלה כוללים המערך הביולוגי של הילד, סביבתו הקרובה (המשפחה, סביבת טיפול היום, קבוצת השווים, שכונה וכד'), ההקשר החברתי-כלכלי, ההקשר התרבותי וההקשר ההתפתחותי. כשם שהקשרים אלה משפיעים על התפתחותו הנורמלית של הילד, הם גם משפיעים יחד על התפתחותם של בעיות רגשיות והתנהגותיות. להקשרים אלה שייכים גורמים העושים בני אדם לפגיעים לבעיות אלו או לעמידים בפניהן. אלו הם גורמי סיכון וגורמי הגנה.

- **גורם סיכון:** כל מאפיין, תנאי או נסיבה המגדילים את ההסתברות להפרעה כלשהי (סרוף ואחרים, 1998).
- **גורם הגנה:** מאפיינים, תנאים או נסיבות המקדמים התפתחות בריאה או שומרים על קיומה (Glick & Zigler, 1990).

- פגיעות: רגישות הפרט להפרעה.
- חסינות: הסתגלות מוצלחת בעקבות חשיפה למאורעות גורמי לחץ (Werner & Smith, 1992).

בכל שלב התפתחותי משתנה שיווי המשקל בין מאורעות גורמי לחץ, שמגבירים את הפגיעות של הפרט, לבין גורמים מגינים שמגבירים את חסינותו. שיווי משקל זה משתנה לא רק בהתאם לשלבים במחזור החיים, אלא גם על פי מינו של האדם והקונטקסט התרבותי אליו הוא שייך. אדם מסוגל להתמודד כל עוד יש שיווי משקל סביר בין גורמי סיכון ומאורעות גורמי לחץ לבין גורמים מגינים, אבל כאשר משקלם של גורמי סיכון גדול מזה של גורמים מגינים, יכול גם אדם חסין באופן בלתי רגיל לפתח בעיות (Werner, 1989).

לקיומם של כמה גורמי סיכון יש בדרך כלל כוח ניבוי גדול בהרבה מאשר גורם המופיע לבדו. זה מה שסרוף ואחרים (1995) מכנים "אפקט ההכפלה". לטענתם, עצם מספרם של גורמי הסיכון-ולא הגורמים עצמם- הוא שמנבא תוצאה שלילית. הם גם טוענים כי רוב ההפרעות אינן מתעוררות בדרך אחת ויחידה, אלא אותה הפרעה יכולה לנבוע מצירופים שונים של סיכונים. גורם סיכון יכול להיות לטענתם גנטי, משפחתי, חברתי-כלכלי תרבותי, או התפתחותי.

Werner (1990) מונה 3 סוגים של גורמי הגנה:

1. תכונות האופי של הפרט שמביאים לתגובה חיובית של הסביבה, כמו רמת פעילות וחברתיות, כוח פיזי, טמפרמנט קל, אינטליגנציה, מיומנויות בתחום התקשורת, יכולת שליטה וכד';
 2. קשרים רגשיים וחברתיים בתוך המשפחה שמעודדים אימון, עצמאות ויוזמה, ואשר מספקים תמיכה רגשית בעת בעיות ולחץ;
 3. מערכות תמיכה חיצוניות, שמחזקות קומפוטנטיות (כשרון) ושמעניקות לילד מערכת ערכים חיובית.
- לגורמים מגינים אלה יש השפעה כוללת יותר על הסתגלות של ילדים מזו שיש לגורמי סיכון או גורמי לחץ ספציפיים כמו עוני, הורים אלכוהוליסטים וכד'.

לטענתו של Rutter (1985), היכולת להסתגל כוללת כמה גורמים הקשורים זה בזה:

1. הערכה עצמית וביטחון עצמי;
 2. אמונה של הפרט ביכולתו להשפיע ולהתמודד עם שינויים ולהסתגל;
 3. מגוון רחב של גישות לפתרון בעיות.
- מחקרים רבים בדקו את ההשפעה של גורמים ומשתנים שונים, השייכים להיקשים התפתחותיים ושנים, על התפתחות או חוסר התפתחות של סוגים שונים של בעיות. תוצאות מחקרים שבדקו מאפיינים אישיותיים של הילד מצאו, שקיים קשר בין סגנונות התנהגות של ילדים בילדות המוקדמת לבין התפתחות בעיות התנהגות בגיל מאוחר יותר. ילדים בעלי דגם לא סדיר של תפקודים (מתעוררים והולכים לישון בזמנים בלתי צפויים), שתגובתם הרגשית תמיד בעלת עוצמה גבוהה, שמצב הרוח שלהם שלילי, ומסתגלים לאט למצבים חדשים, הם ילדים שצפויים

לפתח קשיי התנהגות מאוחר יותר (Rutter, 1975). ילד בעל טמפרמנט מסתגל, יכול להראות הסתגלות יותר קלה לסביבה חדשה או במצבי לחץ, כאשר יכולת הסתגלות נמוכה עלולה להעלות את הרגישות למצבים חדשים (Ackerman et al., 1999).

ככל שהטמפרמנט "נוח" יותר, עולה הסיכוי להסתגלות בשלב מאוחר יותר. הסתגלות טובה או הפרעות התנהגות, הן תוצאה של פעילות גומלין בין תכונות נתונות של טמפרמנט לבין תכונות משמעותיות של סביבתו של הילד. אי התאמה בין דרישות וציפיות הסביבה לבין אפיוניו של הילד, עשויים לגרום ללחץ ולהפרעות פסיכולוגיות (Thomas & Chess, 1984).

תוצאות מחקרים שבדקו את הקשר בין היקשרות (attachment) לבין בעיות התנהגות ובעיות רגשיות מראות שתינוקות "לא בטוחים" נמצאים בסיכון גבוה יותר לגבי מופרעות בהתנהגות בגיל מאוחר יותר (Greenberg & Speitz, 1988), הם בעלי בטחון ודימוי עצמי נמוך, עם קשיים ביצירת קשרים חברתיים עם בני גילם (Zeanah, Mammen, & Lieberman, 1993), מראים יותר רגשות שליליים ופחות רגשות חיוביים בגיל הגן, ויותר צייתנות מאשר ילדים בטוחים (Srouf, 1983) מתוך: (Greenberg & Speitz, 1988).

ילדים בעלי היקשרות "חרדה מתנגדת", אינם מסוגלים לקיים יחסי תן-וקח בפעילות הגומלין עם בני גילם, וסופם שהם נזנחים בידי קבוצת השווים. לילדים אלה יש הערכה עצמית נמוכה ויכולת קטנה מאד לניהול עצמי גמיש, יש להם צורך עז בתמיכה במגע עם הגננת, והם מרבים לשהות בקרבתה.

לעומתם ילדים "חרדים-נמנעים" פעמים רבות עוינים ותוקפניים כלפי ילדים אחרים, או מבודדים מבחינה רגשית (סרוף ואחרים, 1998). הם מגלים מידה רבה יותר של נסיגה, יכולת נמוכה להתמיד, יותר אימפולסיביות ועוינות, ויותר בעיות התנהגות (Erickson, Srouf & Egeland, 1985).

היקשרות "נמנעת" נוטה להיות קשורה למטפל אדיש ולא זמין רגשית, או ממש דוחה, כלפי התינוק כשהוא מחפש קירבה פיסית (Isabella, 1993). Zeanah ואחרים (1993) סוברים כי, כאשר האם או המטפל אינו רגיש, עקבי, תומך, או מבין לאיתות הילד, וכשיש חוסר הבנה ורגישות בתהליך ההתקשרות, נוצרים ליקויים בריאותיים והפרעות פסיכולוגיות-נוירולוגיות. במקרים אלה, מתפתחים סינדרומים שניתן לאבחן אותם כמצבים הקשורים למחלות, ובאופן כללי כהתנהגות אבנורמלית.

Erickson ואחרים (1965) מציינים שילדים "בטוחים" שהראו בעיות התנהגות בשלב מאוחר יותר, היו אמהות שתמכו בהם פחות בגילאים 24 ו-42 חודשים, וגננות שלא סיפקו די תמיכה ושציפיותיהן היו מעורפלות והגבולות שהציבו לא היו עקביים. בבתיהם של תינוקות אלה, היו

פחות חומרי משחק ופחות מעורבות אמהית מאשר אמהות לאותם תינוקות "בטוחים" שלא הראו בעיות התנהגות.

לטענתם של (Rubin & Lollis, 1988), לילדים "לא בטוחים" שלא הראו סימנים לקשיים בגיל טרום חובה, היו אמהות שכיבדו את הצורך של ילדיהן באוטונומיה, שהיו פחות עוינות, ושהציבו גבולות יציבים. לטענתם, אין ספק שישנם אירועים בחייו של כל אחד שיכולים לשנות את הפרוגנוזה של הנורמליות לכיוון הסיכון, ומאורע חיים קריטי כגון מות הורה, מערכת זוגית בלתי יציבה או גירושין, אבטלה בלתי צפויה, לידת ילד חדש וכד', יכולים להכניס את התינוק "הבטוח" או הילד החברותי למסלול התפתחות שלילי.

לטענתם של Ackerman ואחרים (1999), חוסר יציבות משפחתית (כגון שינויים במערכת טיפול בילד, אירועי חיים שליליים) במשפחות עם מצוקה כלכלית, יכול להוות המשתנה החשוב להבנת קשיי הסתגלות של ילדים בבית ובמסגרת החינוכית. השפעה של חוסר יציבות יכולה להיות שונה בגילאים שונים (החצנה בגיל טרום חובה, והפנמה בכיתה א'). Ackerman ועמיתיו מציינים, שתוצאות מחקרים שונים מראות שילדים הגדלים במשפחות עם מצוקה כלכלית נמצאים בסיכון לפיתוח מגוון בעיות לימוד ובעיות חברתיות, וזה כולל בעיות במערכת יחסים עם קבוצת השווים, קבלה בילדות, והפרעות התנהגות. מצוקה כלכלית בנוסף למשתנים משפחתיים נוספים כגון קונפליקט במערכת הזוגית וטיפול לא רגיש, קשורים מאד לבעיות הסתגלות.

במחקרם של Lavigne ואחרים (1998) שבדק גורמים משפחתיים המנבאים יציבות או שינוי בהפרעות פסיכולוגיות שמתרחשות בגיל טרום חובה, נמצא שילדים שפיתחו הפרעה הראו חוסר שיפור או ירידה בלכידות המשפחתית, עליה במספר אירועי חיים שליליים ועליה ברגש אמהי-שלילי. לעומתם אלה שלא פיתחו הפרעה, הראו עליה בלכידות המשפחתית, ירידה במאורעות חיים שליליים ורגש אמהי שלילי, כאשר בספרות ישנה עדות לכך שאמהות בעלות מבנה אישיות מופרע, בעייתית, הן קרות, עוינות, חרדות, נתונות לסיפוק יתר של התינוק, אינן עקביות, אינן מסוגלות להיענות לצרכים ההתפתחותיים של הילד בצורה מתאימה, התנהגותם עלולה להביא לפתולוגיה של הילד (ירושלמי, 1992).

גם התעללות פיסית לעתים קרובות מטפחת בעיות התנהגות ובעיות רגשיות, לרבות התקשרות נמנעים ולא מאורגנים, היעדר רגישות חברתית ותוקפנות כלפי קבוצת השווים (Pianly, Egeland & Erickson, 1989 בתוך: סרוף ואחרים, 1998). ילדים שסובלים מהתעללות, שהיו בעלי התקשרות בטוחה בגיל 24 חודשים, נוטים להיות פחות פגיעים להשפעה השלילית של ההתעללות בגיל 42 חודשים מאשר ילדים לא בטוחים (Farber & Egeland, 1987, בתוך: Werner, 1990). ילדים עדים לאלימות גם הם, על פי תוצאות מחקרם של (Smith, Berthelsen & Connor, 1997) נמצאים בסיכון לפיתוח בעיות רגשיות וחברתיות. הסתגלות הילד מושפעת מרמת עדותיו לאלימות והמידה בה הוא מחקה התנהגות אלימה. לטענתם של Smith ועמיתיו, תוצאות מחקרים שונים מצביעות על

כך, שקיום מערכת יחסים טובה של הורה-ילד יכולה לספק איזשהי הגנה נגד השפעת חוסר ההרמוניה בתוך המשפחה.

גם גורמים הקשורים בסביבה החינוכית יכולים להוות גורמי סיכון או הגנה. דיין (1997) מציינת, שסיכום ממצאי מחקרים שבדקו התנהגות ילדים בגני ילדים בהם עובדים על-פי גישות DAP (פעילות מותאמת לשלב התפתחותו של הילד), לעומת גני ילדים בהם גישת DIP (פעילות לא מותאמת לשלב התפתחותו של הילד) דומיננטית יותר, מצביעים על כך שאלה הראשונים הנמצאים בסביבה המעודדת יותר יוזמות של ילדים, מביעים פחות מתח וחרדה בהתנהגותם מאשר הילדים בגנים השהים בסביבה דידיקטית יותר. אלה האחרונים הראו התנהגויות של לחץ במהלך היום, ובעיקר בזמן העבודה בקבוצות. הילדים משלמים מחיר רגשי במוכניות דידיקטיות ובעיקר פגיעים ילדים מקבוצות מיעוט ומהמעמד הנמוך, כאשר מצבם הרגשי של הילדים המתחנכים בשיטת ה-DAP הוא יותר טוב.

לטענתה של (Honig 1993), מטפלים יכולים לעשות שינוי בסביבה על מנת להפחית גורמי סיכון שמשפיעים לרעה על התפתחות אופטימלית של תינוקות. מחקרים מראים, שמשנתנים כמו מספר מטפלים ביחס לתינוקות, קבוצות קטנות, יציבות המטפלים וההכשרה של הסגל, מייעלים את תוצאות התפתחותם של ילדים.

לסיכום: גורמי סיכון וגורמי הגנה הם רבים ושונים, אבל ככל שפוחתת החשיפה לסיכונים ולמאורעות גורמי לחץ, וככל שגדל מספר הגורמים המגינים, כגון הגדלת המקורות לתמיכה נפשית, ומיומנויות תקשורת, כך גדל הסיכוי שהילד יעבור מדפוס של פגיעות לדפוס של חסינות, דבר המביא להתמודדות יותר יעילה במצבים שונים.

התמודדות המסגרת החינוכית עם הילד השונה:

התמודדות המסגרת החינוכית עם הילד ה"שונה", היא משימה לא קלה ובלתי שגרתית. זו משימה שדורשת ידע התפתחותי, שימוש במיומנויות וטכניקות שונות, סבלנות, ומידה רבה של אובייקטיביות. והתמודדות זו כוללת לפחות שני מימדים חשובים: הבנת השונות, והתערבות ואינטראקציה עם הילד.

• הבנת ה"שונות"

הבנה זו מתאפשרת על ידי הערכת מצבו של הילד ועל-ידי ראיית הדברים בהקשרים התפתחותיים שונים, כאשר אחד הצעדים החשובים במגעה של המחנכת עם ילד "שונה" או "בעייתי", הוא איתור ההתנהגות "הסוטה". לא ייתכן כי איתור זה ייעשה על סמך התרשמות מקרית; עליו להיעשות על יסוד הסתכלות עקיבה ושיטתית בתחומי הפעילות השונים במסגרת החינוכית. לדעתם של (Greenspan & Meisels, 1994), אבן היסוד של ההערכה צריכה להיות הסתכלות בילד תוך כדי אינטראקציה עם מטפל "בטוח", והערכת יכולותיו הפונקציונאליות של הילד.

הגדרת הילד כ"בעייתי" או כ"שונה" אין עימה אינפורמציה מספקת וממצה ביחס להתנהגות של הילד. יש צורך בפירוט מדוייק: מתי, היכן וכיצד מתגלה ההתנהגות הסוטה? באיזה חלק מהיום? באיזה תחום? מהי תדירות התופעה? כיצד היא מתבטאת? וכד'. לעניין זה נודעת חשיבות מרובה, שכן בעצם האיתור וטיבו תלויות במידה לא מעוטה הדרכים לתיקון הסטיות. עצם ההתייחסות של המחנכת פותחת אפשרויות של הבהרה והבנה, אולם בשלב זה של איתור ההתנהגות אין לדלג על הכרת הרקע המשפחתי והחברתי, וקבלת פרטים על התפתחותו, בעיותיו בבית ונסיונו הקודם. בלעדיהם לא נוכל לקבל תמונה מקיפה שעל פיה נבין את התנהגותו. כי הבנת ה"שונות" מחייבת ראיית הילד כאינדיבידואל בפני עצמו על מטעניו הנפשיים ואישיותו הייחודית, ומכאן שנמצא הבדלים אינדיבידואליים בתגובות היחידים לאותו מצב מחד גיסא, ותגובות דומות למצבים שונים מאידך גיסא.

Srouf ואחרים (1998) מציינים, שילדים בעלי מאפייני מזג שונים מגיבים אחרת לאותו מצב, תופעה הקרויה "ייחודיות אורגניזמית" (Organismic Specificity). מקור ההתנהגות הסוטה איננו אחד או אחד, אלא ההתנהגות נובעת מקונפיגורציה של גורמים אישיותיים וסיטואציוניים ומשקלם היחסי של גורמים אלה והשפעתם על הילד. גורמים אלה הם חלק בלתי נפרד מהקשרים התפתחותיים שונים כגון ההקשר המשפחתי, ההתפתחותי, והחברתי וכד', שהם בעלי חשיבות מכרעת בהתפתחות הילד. ראייה כזאת מאפשרת תפיסת בעייתו של הילד כתלויה הקשרים שונים, ופחות כ"תוצר" של הילד עצמו.

כוחן (1991) מציינת, שהגדרה מחודשת של קשוי הסתגלות ובעיות ההתנהגות של הילד הצעיר במונחים שאינם מעוררים אשמה במטפלים בילד, כמו גם תאור קשוי הילד כנובעים מאפיונים מולדים ולא מכוונות ומוטיבציות שליליות, מאפשרים גיוס שיתוף פעולה ומוטיבציה חיובית לעזור לילד. שימוש במושגים של מימדי הטמפרמנט עוזר למטפלים בתינוקות ובילדים צעירים להכיר היכרות אינטימית כל ילד, לאתר את הילדים הנוקקים להתייחסות מיוחדת ולתכנן דרכי טיפול, יצירת קשר והעשרה המתאימים לצרכיהם. לדעתי שימוש במושגים של איכות היקשרות ושימוש במאפייניו המשפחתיים והחברתיים של הילד, גם הם מאפשרים להכיר את הילד בצורה יותר טובה ולראות אותו מעבר להתנהגות הספציפית שגורמת לו להיות שונה.

כחלק מהבנת ה"שונות" נדרשת הבנה למימד ה"ריגושי". הכוונה היא לעמדתה של המחנכת, לתגובתה הרגשית לגילויי ההתנהגות "הסוטה" או "השונה" אצל הילד. המודעות למצבים הריגושיים אצל המחנכת חשובה כל כך, מפני שהיא משפיעה על אופן ראיית הדברים ותפישתם, היא מאפשרת ראיית התופעה והבעיה בהקשרים סיבתיים חדשים ומנקודות ראות אובייקטיביות, ע"י התייחסות למקורות והשערות על פי תאוריות שונות להתנהגות של הילד, במיוחד שהבנת ההתנהגות דורשת נקיטת עמדה יותר אובייקטיבית במקום ראייה סובייקטיבית מצומצמת בראיית הילד "השונה", כבעייתי או מופרע, כאשר הרבה פעמים פירוש ההתנהגות תלוי במה שמרגישים ויודעים.

סרוף ועמיתיו (1998) מכנים השערת ההתאמה או אי ההתאמה בה קיימת סתירה בין העדפות או הכשרים של המטפל לבין הנטיות של התינוק, כאשר מקרים מסויימים, מצבי הרוח והסגנונות היחודיים לילד אינם מתיישבים עם רצונותיו של מטפל מסוים ונטיותיו, מה שמשפיע בסוף על עמדתו והפירוש שהוא נותן להתנהגות. ראייה כזאת מאפשרת הערכה של חומרת בעייתו של הילד וקבלת החלטות לגבי האפשרות של התערבות וטיפול בילד בתוך המסגרת או פניה לגורם מקצועי. רונן (1994) טוענת, שהחלטה בדבר דרך הטיפול בילד הינה שיקול חשוב, שיש להיעזר בו לאחר ההערכה והאבחון, המאפשרים קבלת החלטה ראשונית על השאלה: האם יש צורך לטפל בילד? כאשר הבחירה בטכניקות של התערבות דורשת לטענתה לקחת בחשבון שיקולים הקשורים באיסוף מידע לצורך הבנת האופי של הבעיה, המוטיבציה של הילד ומה שמעניין אותו, ותכונות הקשורות לבעיה.

• התערבות ואינטראקציה עם הילד השונה

כשאנו מדברים על הילד "השונה" אנחנו מדברים על ילד פגיע שזקוק לאינטראקציה מבוססת על הבנה וקבלה ונכונות של אחרים בסביבתו לעזור לו. העיקרון המנחה במגע עם הילד "השונה" הינו קומוניקציה רגישה ואפקטיבית לילד. כוהן (1982) טוענת, שהגישה מציעה להורה או למבוגר משמעותי, דרך לבנות לאורך זמן מערכת יחסים עם הילד שתעזור לילד להתמודד בצורה קומפלטנטית עם דחפיו הפנימיים ודרישת הסביבה, ולהרגיש טוב עם עצמו. הילד "השונה" זקוק למערכת יחסים שבנויה על גישה סובלנית, יחס אוהד, והתייחסות לצרכיו כאינדיבידואל.

גרוסמן (1986) מציינת מספר מימדים שעל פיהן מוגדר "אקלים" הכיתה או המסגרת החינוכית, שהוא תוצאה של יחסי גומלין בין המבוגר לילד, כאשר למבוגר כבעל תפקיד מנהיגות (מורה, גננת, מטפלת), ישנה השפעה גדולה על האקלים. מימדים אלה כוללים: 1. החמימות: מידת הקירבה וההבנה ביחסים. המימד כולל קבלה, חיבה והערכה. בהתמודדות המסגרת החינוכית עם הילד השונה, יש צורך במערכת יחסים חמה ותומכת ומידה רבה של קבלה; 2. עזרה ותשומת לב: המאמצים הישירים לשמוע, לעזור ולדבר עם כל ילד. המימד כולל תשומת לב, עזרה וקיום תקשורת.

לדעתה של וארמה (1994), מאפייניו של הילד הפגיע גורמים למי שבא איתו במגע להיות זהיר במיוחד בתקשורת איתו. לטענתה, "ליצור קשר" עם ילד פגיע, דורש מידה מסויימת של מיומנויות (ידע על טכניקות שונות ועל דרכי יישומן), הרבה סבלנות וסובלנות (ייתכן שתעמוד מול הרבה התנגדות מצד הילד) ויכולת להשתתף ברגשות (ממש להכניס את עצמך לעור של האחר). לדבריה של וארמה, יש כאן הרבה יותר מסתם לדבר עם הילד. יש חשיבות לאיך אנו יוצרים קשרים אנושיים ואיך אנו לומדים "ליצור קשר" עם הילד שאינו מדבר, הילד המתנגד, הילד "התוקפני", הנסוג וכד'.

מכל זה עולה שרמות שונות של הבנה נדרשות לתקשורת עם ילדים בגילים שונים, ברמות התפתחות שונות, בעלי צרכים שונים ונסיונות חיים שונים. מטפלים חייבים להיות מתאימים ורגישים לתינוק כאינדיבידואל. רגישות זאת שמתבטאת בהיענות מהירה, היא הגורם הכי חשוב

בקביעת איכות הטיפול בתינוק. ואילו העדר טיפול אינדיבידואלי יכול לגרום לנזק רציני ברווחה הפסיכו-סוציאלית של הילד (Kovach & Daros, 1998).

מאחר וראינו את ההשפעה הגדולה שיש למאפייני האישיותיים של הילד על סגנונות התנהגות, מראש צריך המטפל לארגן בעצמו את הדיאלוגים החברתיים, לקבוע את קצב הגרייה ולשנותה בהתאם לאיתותים של הילד. תהליך כיוונון זה הוא חלק מסגנון התנהגות כללי יותר המכונה "טיפול רגיש". מתן גרייה תכופה לתינוק בעל מזג שלו עשוי להיות טיפול רגיש ואילו מתן גרייה חזקה ותכופה לתינוק הנוטה בקלות להתרגשות יתר, עשוי להיות חוסר רגישות. במקרה הזה המזג מסייע להגדיר את טיבו של הטיפול הרגיש, המטפח התקשרות בטוחה (סרוף ואחרים, 1995) ואשר מהווה גורם הגנה בפני עצמו.

עצם עמידתו של המחנך בגיל הרך על גורמי סיכון והגנה, מאפשרת לו להיות זהיר במגע עם הילדים שנמצאים בסיכון לפיתוח בעיות ולנקוט בצעדים מסויימים שיאפשרו עידוד גורמי הגנה שונים וזה מה שרוון (1999) מכנה טיפול לצורך "מניעה ראשונית" - טיפול שמטרתו למנוע התפתחות של בעיות בקרב אוכלוסיות בסיכון, בשל סביבתם המשפחתית או החברתית, ובכך התערבות המחנך היא לא רק לצורך טיפול והתמודדות עם בעיה שכבר נוצרה, אלא לצורך מניעה וזה יתאפשר על ידי למידת מצבו של הילד והבנתו. המסגרת החינוכית תהווה עבור הילד מערכת תמיכה חיצונית שתאפשר הענקת חוויה מתקנת במקרה שהילד חווה נסיונות קשות ולא תומכות, ותאפשר בניית אמון עם המטפלים והמחנכים, והרגשת בטחון וערך עצמי.

סיכום ומסקנות:

1. המושג "בריאות הנפש" איננו מושג נורמטיבי מוחלט.
2. הערכת הילד החריג הינה הערכה יחסית. ילד המוגדר כמופרע בכיתה או במערכת אחת יכול להיות תקין במערכת אחרת (הקושי בהגדרת המושג נובע מאופייה הדינמי של התופעה ביחס לסביבה וביחס לילד עצמו וממידת הסובייקטיביות הכרוכה בהערכת התנהגות), דבר האומר דרשני ותובע משנה זהירות מפני הדבקת תווית על הילד.
3. יש להימנע מהגדרה כוללת מדי של סוג ההפרעה בהתנהגות. יש צורך באיתור הסטיות על יסוד הסתכלות עקיבה שיטתית, כי באיתור עצמו ובטיבו תלויה במידה רבה הדרך לתיקון הסטיות.
4. בגישתנו לילד יש לזכור, כי קשה לו מאד להיות (ולו רק להרגיש) נדחה. הוא זקוק לקבלה, לגילוי רגישות לבעיותיו מצד המבוגר, להתייחסות אישית, לאמפתיה ולתמיכה במצבי משבר.

5. כדי להבין התנהגות במסגרת החינוכית, חיוני לאסוף נתונים על מצבו של הילד בחיק המשפחה, ובסביבתו החברתית.
6. פירוש ההתנהגות מושפע במידה רבה מתגובתה הריגושית של המחנכת, דבר הרומז כי יש צורך במודעות עצמית ושיקול דעת מצד המחנכת.
7. בפנייה לעזרת מומחה יש לזכור, כי הפרעות התנהגות רציניות בולטות בתכיפותן ועצמתן. עזרה מקצועית אינה הפתרון היחיד מפני שהיא מוגשת ברווחים של זמן, לכן על המחנכת למצוא את הדרך על פי גישות שונות איך להתמודד עם מצבים של הפרעות בהתנהגות.
8. להתמודדות היומיומית של הורים ומחנכים עם בעיות הילד יש ערך מכריע בעיצוב תגובות שונות.
9. בגישה לכל ילד יש לראות את הקבלה כצורך בסיסי ויש לראות את הילד המפריע כילד סובל, הזקוק לעזרתנו. משום כך, בהתעלמות ממנו או בהוצאתו לשולי החברה יש משום הרעת מצבו.

ביבליוגרפיה:

אלכסנדרוביץ, מ.ק. ואלכסנדרוביץ, ד.ר. (1989). גיבוש האישיות בגיל הרך. תל-אביב: הוצאת פירוס, מהדורה שנייה.

גרוסמן, ג. (1986). ילדים בעייתיים בכיתות רגילות. תל-אביב: הוצאת צ'ריקובר.

דיין, י. (1997). עבודה איכותית עם ילדים בגיל הרך. הד-הגן, ס"ב, 166-168.

דרייקוס, ר. (1981). התמודדות עם התנהגות בלתי-נאותה של ילדים. תל-אביב: הוצאת ספרית-פועלים.

וארמה, ו. פ. (עורך) (1994). עולמו הפנימי של הילד הפגוע. קרית ביאליק: הוצאת "אח".

ירושלמי, ח. (1994). גורמים מבניים המשפיעים על מסירות מדריך. בתוך ת. קרון וח. ירושלמי (עורכים), הדרכה בפסיכותרפיה (עמ' 197-205), ירושלים: מאגנס.

כוהן, א. (1982). אימון בקומוניקציה רגישה ואפקטיבית עם ילדים. ירושלים: הוצאת אקדמון.

כוהן, א. (1991). פרספקטיבות להבנת בעיות בהסתגלות של ילדים בגיל הרך. בתוך א. כוהן (עורך), הילד כפרט - בעיות התנהגות ובעיות רגשיות, (עמ' 6-1), ירושלים.

מוניץ, ח. (1995). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה. תל-אביב: הוצאת פירוס.

מוסן, פ.ה., קונג'ר, ג'י., קאגאן, ג'י., הסטון, א.ק. (1998). התפתחות הילד ואישיותו (מהדורה מחודשת). ישראל: הוצאת לדורי.

סרוף, א. קופר, ר. נודרט, ג. (1998). התפתחות הילד טבעה ומהלכה, מהדורה שלישית. תל-אביב: האוניברסיטה הפתוחה.

רונו, ת. (1994). ויותר מכל - אהבה: האמנות והמיומנות בטיפול בילדים, תל-אביב: הוצאת רמות.

Ackerman, B.P., Kogos, J., Youngstrom, E., Schoff, S., & Izard, C. (1999). Family instability and the problem behaviors of children from economically disadvantaged families. Developmental Psychology, 35, 258-268.

Erikson, M.F., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behaviour problems in preschool in a high-risk sample. In I.

Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing points of attachment theory and research (pp. 147-186). New York: Norton.

Glick, M. & Zigler, E. (1990). Premorbid competence and the course and outcome of psychiatric disorders. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Neuchterlein, & S. Weintraub (Eds.), Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press.

Greenberg, M.T. & Speitz, M. (1988). Attachment and the ontogeny of conduct problems. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), Clinical implications of attachment (pp. 177-210). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Greenspan, S.I. & Meisels, S. (1994). Toward a new vision for the developmental assessment of infants and young children. Zero to Three, 14, 1-8.

Honig, A. (1993). Mental health for babies: What do theory and research teach us? Young Children, 48(3), 69-76.

Isabella, R.A. (1993). Origins of attachment: Maternal interactive behaviour across the first year. Developmental Psychology, 64, 605-621.

Kovach, B.A., & Daros, D.A. (1998). Respectful, individual, and responsive caregiving for infants. Young Children, 53, 61-64.

Lavigne, J.V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H.J., Christoffel, K.K., & Gibbons, R.D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: Correlates and predictors of stable case status. Psychiatry, 37(12), 1255-1261.

Rubin, K.H. & Lollis, S.P. (1998). Origins and consequences of social withdrawal. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), Clinical implications of attachment (pp. 219-246). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Rutter, M. (1975). Helping troubled children. Plenum Press.

- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 147, 598-611.
- Smith, J., Berthelsen, D. & Connor, I.O. (1997). Child adjustment in high conflict families Child Care, Health and Development, 23, 113-133.
- Thomas, A. & Chess, S. (1984). Genesis and evolution of behavioral disorders from infancy to early adult life. The American Journal of Psychiatry, 141(1), 1-9.
- Werner, E.E. (1989). High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 3 years. American Journal of Orthopsychiatry, 59(1), 72-81.
- Werner, E.E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S. Meisel & J. Shonkoff (Eds.), Handbook of Early Intervention (pp. 97-116). Cambridge: Cambridge University Press.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1992). Overcoming the odds: High risk from birth to adulthood, London: Cornell University Press.
- Zeanah, C.H., Mammen, O.K., & Lieberman, A.F. (1993). Disorders of attachment. In C.H. Zeanah (Ed.), Handbook of infant mental health (pp. 332-349), Guilford Press.