

התנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם פיגור שכלי*

ד"ר בנימין הוזמי, מנהל אקדמי, בית איזי שפירא

הוזמי, ב. (2011). התנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם פיגור שכלי, בתוך: ב. הובב וב. הוזמי (עורכים). משילוב להשתלבות : אתגרים וצמיחה במעגל החיים (עמ' 187-210). רעננה: בית איזי שפירא/הוצאת רותם

1. מבוא

ילדים ובוגרים רבים עם פיגור שכלי מתמודדים עם התנהגות מאתגרת לצד קשיים בתחום האינטלקטואלי. שכיחותן של בעיות רגשיות, התנהגותיות ונפשיות בקרב אוכלוסיה זו כפולה ואף משולשת, בהשוואה לכלל האוכלוסייה. במחקר מקיף שבוצע באוסטרליה נמצא כי כ-40% מכלל אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי מתמודדים עם בעיה רגשית או נפשית (Einfeld & Tonge, 1996). מחקרים אחרים מדווחים על אחוזים נמוכים יותר. הנתונים בישראל מצביעים על שכיחותה של התנהגות מאתגרת בקרב כשליש מאוכלוסיית הצעירים ובוגרים עם פיגור שכלי בארץ.

עד לפני כשני עשורים, הקהילה המקצועית נטתה לתאר התנהגויות מאתגרות כ"בעיות התנהגות". בישראל כונתה קבוצת אוכלוסיה זו "אי שקטים" ובמסגרות חוץ-ביתיות עד לפני כעשור ומחצה הוקצה להם תקן של מטפל צמוד. תחום הטיפול באנשים עם נכויות התפתחותיות משופע במונחים מקצועיים המכוונים לאפיין קשיים ואף יכולות בקרב אוכלוסייה זו. נדמה שמושגים אלה נבחנים בקפידה מתוך כוונה לשקף תפיסות ערכיות אותן מנסה הקהילה המקצועית לטבוע בהם. בעשור האחרון נפוץ השימוש במונח "התנהגות מאתגרת" המתאר קשת רחבה של התנהגויות אינטנסיביות לא רצויות, העלולות לפגוע בשלומן של האדם עם פיגור שכלי ו/או בזה של סביבתו הפיזית והבינאישית. מונח זה, בניגוד לקודמיו (בעיות התנהגות, התנהגות לא תקינה, לא נורמאלית, הפרעה התנהגותית או התנהגות לא מסתגלת), מתייחס לביטוי התנהגות לא רצויים יותר כ"אתגר" להתמודדות, מתוך כוונה לשפר את איכות חייו של המתמודד עמה ושל סביבתו, ופחות כ"בעיה" – מונח המעודד התמקדות בסימפטום ומייחס האשמה למתמודד. על אף האתגר שבכך, הקהילה המקצועית מתקשה להציע כיווני התמודדות מקצועיים מספקים, מסיבות שונות – החל בחוסר מחקר והדרכה בתחום וכלה בחשש מלגעת בנושא מורכב זה.

* גרסה קודמת של מאמר זה פורסמה בקהילת הידע של האגף לשירותי טיפול באדם עם פיגור שכלי

עד לאמצע שנות ה-80 (ולמרבח הצער בחוגים מקצועיים מסוימים גם כיום) אנשי מקצוע נטו לייחס את הפרעות ההתנהגות לפיגור השכלי ולגורמיו ולא נעשה די על מנת לסייע לילדים ובוגרים עם פיגור שכלי והתנהגות מאתגרת להתמודד עם ביטויי ההתנהגות הלא רצויים והמגבילים. מיותר לציין שלכך השלכה שלילית משמעותית על איכות החיים של האנשים עצמם, משפחותיהם והצוותים החינוכיים, הטיפוליים והשיקומיים הבאים עמם במגע תכוף.

מאמר זה יציג קשת רחבה של התנהגויות המתוארות כמאתגרות, בקרב אנשים עם פיגור שכלי, בהתבסס על הסברים רב-תחומיים והיכרות עם שיטות טיפול, המייצגות תפיסות מקצועיות שונות. מאמר זה, המתמקד ב"התנהגות מאתגרת", אינו מתייחס למצבים המכונים: "תחלואה כפולה" או "אבחנה כפולה" המתייחסים לקיומה של הפרעה נפשית לצד פיגור שכלי, אלא לביטויי התנהגות, פאסיביים ואקטיביים לא רצויים בקרב אנשים עם פיגור שכלי. כוונתו המרכזית של המאמר לפתח בקרב הקהילה המקצועית, המלווה אנשים עם פיגור שכלי בהקשרים שונים, פרספקטיבה, לפיה התנהגות לא מתאימה הינה "שפה" המאתגרת אותנו בפענוחה. השאלה המרכזית אשר צריכה להנחותנו בראש ובראשונה הינה "מה האדם מנסה לומר לי?" עוד לפני שננסה להעסיק את עצמנו בסוגיה "איך אוכל לגרום לו להפסיק את ההתנהגות שמפריעה לי ואולי גם לו?"

2. התנהגות מאתגרת – מהי?

אמרסון (Emerson, 1995) תאר התנהגות מאתגרת כהתנהגות חריגה תלוית-תרבות, שהינה תכופה וממושכת ואשר בעטיה עלול להיפגע שלומו הגופני של האדם או של סביבתו. עקב התנהגויות אלה מוגבל מרחב המחיה של הפרט ונגישותו למסגרות בקהילה. התנהגות מאתגרת מתוארת ככזו אשר בכוחו של הצוות המקצועי להתמודד עמה. לפיכך, ישנם ביטויי התנהגות לא נאותים אשר לא יוגדרו כמאתגרים.

זרקובסקה וקלמנטס (Zarkowska & Clements, 1994) ציינו כי התנהגות מאתגרת מתקיימת במקום בו: ההתנהגות-עצמה או חומרתה לא תואמות לגילו הכרונולוגי של האדם ולרמת התפתחותו, היא מסכנת את האדם ו/או את סביבתו, ההתנהגות נוגדת נורמות חברתיות, ההתנהגות מקשה על האדם לחוות למידה ומדירה אותו מהקשרים לימודיים וכן ההתנהגות מעוררת דחק מתמשך ולא סביר בקרב המטפלים.

חשיבות רבה מיוחסת לדרך בה אנשי צוות ומטפלים ישירים מאפיינים התנהגות מאתגרת. למעשה, סולמות שונים לאפיון התנהגויות לא נאותות נשענים על דיווחיהם. לדוגמה: "רשימת ההתנהגויות ההתפתחותיות" (DBC – Developmental Behavior Checklist) אשר לוקטה וגובשה על-ידי איינפלד וטונגי (Einfeld & Tonge, 1966). רשימת התנהגויות זו כוללת 96 פריטים אשר לוקטו מדיווחיהם של הורים, מורים ואנשי טיפול העובדים עם ילדים ובוגרים עם לקויות שכליות. המשיבים לשאלון מתבקשים לציין את רלוונטיות ההתנהגות בשלוש רמות: 0 – מתייחס לאי קיומה של הבעיה ההתנהגותית המתוארת אצל המטופל, 1 – מתאר שכיחות חלקית

ו-2 מצביע על קיומה של הבעיה. רשימה אחרת המתארת בעיות התנהגות – ה-BPI Behavior) (Problems Inventory) חוברה על-ידי רוג'אן וחבריו (Rojan et al., 1989). אלג'י והסטינג (Elgie & Hastings, 2002) בנו שאלון המשלב שאלונים קודמים ובו 48 פריטים: הם מבחינים בין שתי קטגוריות של ביטויי התנהגות מאתגרת: האחת – ביטויי התנהגות העלולים לפגוע באדם עצמו והאחרת – כאלה העלולים לפגוע בסביבתו.

<p>הכאת אחרים, בעיטה באחרים, משיכה בשיער של אחרים, שריטת אחרים, נשיכת אחרים, השלכת כיסאות, משיכת וילונות, ריסוק כלים, התפשטות, אוננות, מריחת צואה, השתנה מחוץ לשירותים, יריקה, קללות, הקאה מכוונת, סירוב לבקשות, התעלמות מכללים, התקפי זעם, שקרנות, גניבה, בריונות, הצתה, פעילות יתר, אי-קשב, אימפולסיביות, צעקות וזרחות, יללות נהמות וריטונים, דיבור מופרז או חזרתי, בריחה</p>	<p>התנהגות הפוגעת בסביבה</p>
<p>חבטת הראש, הכאה עצמית על הראש, נשיכה עצמית של העור, משיכה עצמית בשיער, חריקת שיניים, התנדנדות קדימה ואחורה, נעיצת חפצים בעיני עצמו, נפנוף ידיים, סחרור חפצים, סחרור עצמי של הגוף, תנוחות גוף יוצאות דופן, שימוש לא מתאים בחפצים, PICA (אכילת חפצים שלא מקובל לאוכלם), חוסר פעילות, התבודדות, שתקנות, הבעת פנים מקובעת</p>	<p>התנהגות הפוגעת באדם עצמו</p>

במחקרם, בדקו כיצד אנשי צוות מסווגים התנהגויות מאתגרות (N=101). ממצאי מחקרם תומכים בממצאי מחקרים קודמים לפיהם אנשי צוות נוטים לראות בהתנהגויות אשר להן השפעה שלילית על האדם עצמו כפחות מאתגרות, בעוד אלה עם השפעה על סביבתו נתפסות כמאתגרות ביותר ומחייבות התערבות מומחה. למכלול ההתנהגויות אשר תארו אלג'י והסטינג ניתן להוסיף גם חוסר מודעות לסכנות ושיפוט לקוי אשר יכולים לגרום נזק הן לאדם-עצמו והן לסביבתו.

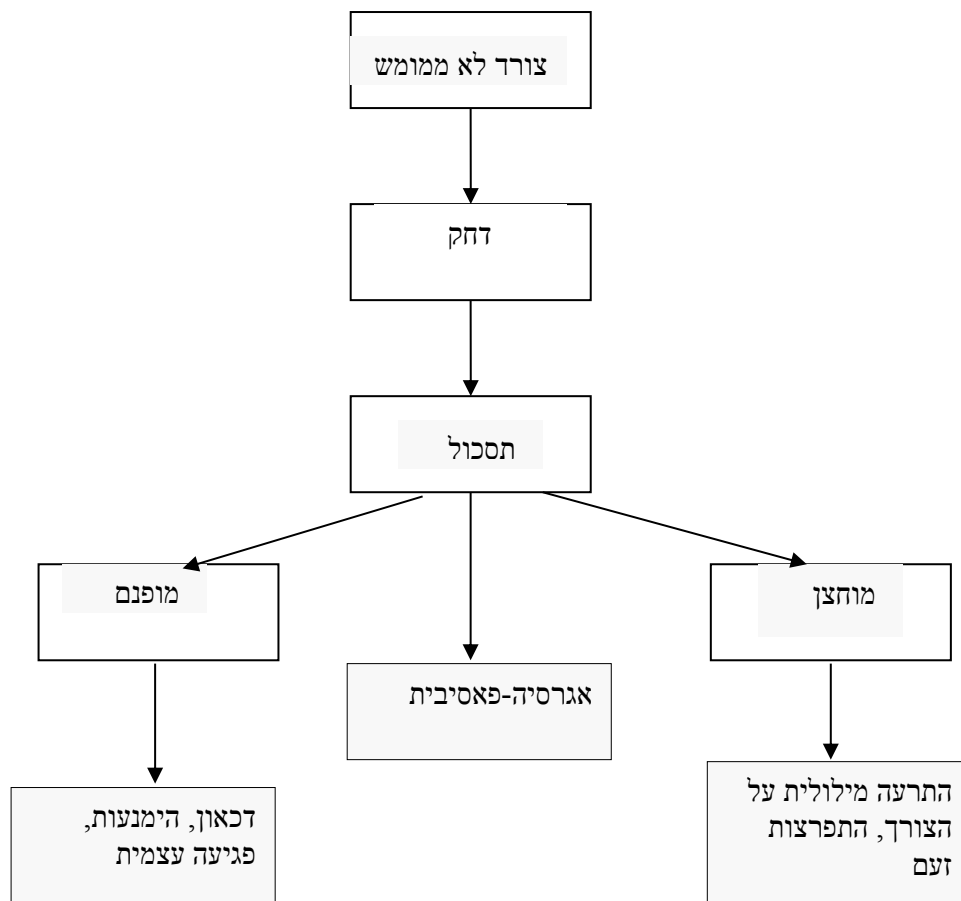
יש לזכור כי גם התנהגות אשר איננה מפריעה לסביבה עלולה לפגוע משמעותית באיכות חייו של האדם המתמודד עמה. ההתנהגות המאתגרת גוררת חשש לשלמו הפיזי של המתמודד עמה, תיוג ודחייה חברתית הנובעים מקשיי קבוצת השווים, ולעתים גם הצוות, להכיל ולגלות אמפתיה לאדם ולהתנהגויותיו יוצאות הדופן.

3. מאפיינים של התנהגות מאתגרת

בהמשך פרק זה יפורטו מספר ביטויים של התנהגות מאתגרת: פגיעה עצמית והתנהגות אימפולסיבית ותוקפנית עד כדי התפרצויות זעם. ההתמקדות בשתי קטגוריות אלה נעוצה בתפיסה לפיה התפרצות זעם או פגיעה עצמית עשויים להיות ביטויים שונים של אדם לחוויה של תסכול. התפרצות זעם יכולה לבטא החצנה של תסכול בעוד פגיעה עצמית מבטאת ככל הנראה הפנמה של תסכול והטייתו כלפי "העצמי".

מודל התהוותה של התנהגות מאתגרת

התפיסה אשר פרק זה מכוון אליה, לפיה התנהגות מאתגרת הינה תוצר של תסכול מוחצן או מופנם, תומחש בתרשים הבא.



3א. פגיעה עצמית - (SIB –Self Injurious Behavior)

אחד מביטויי ההתנהגות המאתגרת השכיחים ביותר הינו "פגיעה עצמית". טייט ובארוף (Tate & Baroff, 1966) הגדירו פגיעה עצמית כפעולות של אדם המכוונות נגד עצמו ומביאות נזק לרקמות. השכיחות שבהן הינן: הטחת הראש בקיר או במשטחים קשיחים אחרים, נשיכה עצמית, שריטה עצמית, הכאה עצמית באמצעות חפצים וכן תלישת עור או שיער. התנהגות זו עשויה לבוא לידי ביטוי ברמות חומרה קלות ועד לכאלה המסכנות חיים. הספרות נוטה לחלק את הגורמים למכלול ההתנהגויות המאפיינות תופעה זו לשתי קטגוריות מרכזיות: האחת – גורמים פיזיולוגיים והשנייה – גורמים פסיכולוגיים. גורמים פסיכולוגיים עשויים לנבוע ממקור אידיוסיןקראטי או כתוצר של אינטראקציה עם הסביבה.

גורמים פיזיולוגיים

- מרכיב גנטי - נמצא כי לחלק מהתנהגויות אלה מרכיב גנטי. כך למשל, תסמונות כמו ה-X השביר, פראדר-ווילי ואחרות מתאפיינות בביטוי התנהגות חריגים הכוללים פגיעה עצמית. אנשים הלוקים בתסמונת לש-ניהן (Lesch-Nyhan) ובנות עם תסמונת רט (Rett) מתאפיינים בנשיכה עצמית. שטיין ועמיתיו (Stein et al., 1993) מצאו כי 20% מילדים ובוגרים עם תסמונת פראדר ווילי מועדים לתלישת עור ותופעות כמו כסיסת ציפורניים, נשיכת שפתיים ותלישת שיער נפוצות אף הן בקרב אוכלוסייה זו, אם כי ברמת שכיחות נמוכה יותר.
- התנהגות של פגיעה עצמית משחררת אצל האדם אנדורפינים המעניקים לו תחושת עונג ואופוריה זמנית.
- ביטויים פתאומיים של פגיעה עצמית עשויים להיות קשורים להפרעה בפעילות החשמלית-מוחית. אין מדובר בהתקפים פרכוסיים במתכונת המקובלת אלא בעדות להפרעה ברישומי ה-EEG במהלך ההתנהגות. גורם אפשרי זה מוגדר בספרות הרפואית כ-sub-clinical seizures.
- מחזור הווסת – נמצא קשור לביטויים של פגיעה עצמית בקרב נשים עם פיגור שכלי. התדירות הגבוהה ביותר באוכלוסייה זו נמצאה בשלב של גדילת הזקיק (השלב הפוליקולרי) ונמצאה קשורה לסף המשתנה של האנדורפין והכאב במהלך מחזור הווסת.
- תגובה לכאב -דלקת האוזן התיכונה נמצאה קשורה לחבטות על האוזניים. כמו כן, אנשים עם פיגור שכלי עם יכולת אקספרסיבית דלה עלולים להגיב לכאב שיניים או אחר בצרחות והטחת הראש או אזורי גוף אחרים בקיר.
- ליקויים חושיים – תת-תחושה (היפוסנסטיביות) או רגישות-יתר (היפרסנסטיביות). במקרים אלה, לעתים פגיעה עצמית הינה אמצעי לגרייה עצמית או לביטויי תסכול ואי-נוחות עקב עודף גרייה – הן בהתייחס לכמות הגירויים, לסוג הגירוי ועוצמתו. לעתים הפגיעה העצמית הינה סוג של גרייה עצמית עקב סבילות גבוהה לכאב.

גורמים סביבתיים

- ליקויים בהבעה ובתקשורת בינאישית המסבים תסכול לאדם.
- אמצעי לקבלת התייחסות ותשומת לב מהסביבה. לאחר שפגע האדם בעצמו, הוא לרוב זוכה בטפול וחבישה מצד דמויות תומכות בסביבתו. פעולות אלה מהוות חיזוק לחזרה על הפעולה.
- אמצעי לבריחה מהתמודדות עם מטלות ומשימות.
- הצורך בשליטה בסביבה ובגוף.
- לעתים פגיעה עצמית קשורה במנגנון של "ניתוק שיוכי" (דיסואציה) מהגוף בעקבות פגיעה או ניצול מיני. הפוגע העצמי מבצע פעולה זו כהענשה לגוף. יצוין כי שחרור האנדורפינים המתרחש בעקבות ביצוע הפעולה, משרה על הפוגע העצמי תחושת הקלה ושחרור.

גורמים אידיוסינקראטיים

- הפגיעה העצמית מקלה זמנית על רגשות אינטנסיביים, לחצים וחרדה.
- הפגיעה העצמית מספקת תחושת חיות, תחושת קיום, או תחושה בכלל.
- הפגיעה העצמית היא צורה להחצנת הכאב הרגשי הפנימי, הרגשת כאב חיצונית במקום פנימית.
- הפגיעה העצמית גורמת לפוגע בעצמו להתמקד בכאב הפיזי ולא בכאב הנפש. העיסוק בפגיעה ובכאב מהווים מנגנון קונברסיבי (המרת) לעיסוק במקור הדחק והחרדה.

בורתוויק-דאפי (Borthwick-Duffy, 1994) מצאה כי התנהגות של פגיעה עצמית מדווחת לראשונה בגיל שנתיים, היא גוברת בגיל ההתבגרות ונוטה לדעוך לקראת שנות ה- 50-60 לחייו של האדם. יתכן והתעצמותה של ההתנהגות התנהגות זו סביב גיל ההתבגרות קשורה גם להתפתחות המינית והקושי והתסכול הנובעים מקשייו של המתבגר עם פיגור שכלי לתעל את דחפיו המיניים.

הטיפול בביטויים של פגיעה עצמית

ביטויים של פגיעה עצמית, כאמור, מסכנים את האדם המפגין התנהגות זו אך גם מסבים תסכול ומעוררים חרדה בקרב המטפלים בו. בין השיטות המקובלות כיום להתמודדות עם הבעיה הינן חיפוי הידיים או אברי הגוף המועדים לפגיעה בגרביים, כפפות או בחבישה. כמו כן, חבישת קסדות לילדים ובוגרים המועדים להטחת ראש בקיר או במשטחים קשיחים אחרים וכן ריפוד קירות או משטחים אחרים. אנשים עם פיגור שכלי המועדים לפגיעה עצמית מצויים בהשגחה אינטנסיבית יותר. שיטות נוספות, שתסקרנה בהרחבה בהמשך, היעילות במיתון דפוסים של פגיעה עצמית, הינן התערבות התנהגותית המחזקת הימנעות מפגיעה עצמית, שיפור מיומנויות תקשורתיות ובינאישיות של המתמודד ולעתים אף בניית כלים אישיים לתקשורת תומכת וחלופית עמו (דוגמת לוחות תקשורת, שפת סימנים, פלטים קוליים

ועזרים אחרים). פסיכותרפיה מותאמת לרמת התפקוד הקוגניטיבי של המתמודד עשויה לסייע, אף-היא, במקרים מסוימים, לרוב של ילדים ובוגרים עם פיגור שכלי ברמות קלות ועם יכולת הבעה נאותה. ישנם מקרים בהם נעשה שימוש גם באחיזה מכילה (holding) והתייחסות לגישה טיפולית זו תפורט בהמשך הפרק.

שרודר ועמיתיו (Schroder et al., 1999) סקרו גורמים רפואיים אפשריים לתופעה של פגיעה עצמית וכן טיפולים תרופתיים אשר נעשה ניסיון להתאימם להתנהגות זו בעשורים האחרונים. על אף שקיים היצע מסוים של תרופות להתמודדות עם התופעה, ציינו החוקרים כי עדיין ארוכה הדרך על מנת לטפל בכל ההיבטים של תופעה קשה זו.

3.3. התנהגות אימפולסיבית ותוקפנית

ביטויי התנהגות המאופיינת בפרצי זעם, השלכת חפצים או הכאה שכיחים בקרב אנשים עם פיגור שכלי. הגורמים להתנהגות זו עשויים להיות, תסכול, חיקוי ולמידה ולעתים אף גורמים ביולוגיים. ילדים ובוגרים עם פיגור שכלי על רקע תסמונת ה-X השביר מתאפיינים בביטויי התנהגות מעין זו בשכיחות גבוהה יחסית (כ-30%). הגרמן (Hagerman, 1999) שיער כי המקור להתנהגות זו הינו הקושי של אנשים עם FXS בתחומים: שליטה על דחפים, תגובתיות-יתר לגירויים ואי-יציבות במצב הרוח, שהינם ביטויים אופייניים לתסמונת. בגיל ההתבגרות ביטויים התנהגותיים אלה מחריפים, קרוב לודאי על רקע פעילות הורמונאלית ותסכול העשוי לנבוע מדחפים מיניים לא מתועלים. אנשים עם פיגור שכלי נוטים להתפרץ במצבים בהם מעברים או שינויים נעשים בסביבתם במהירות, במצבי דחק וכן כביטוי לתסכול ולחוסר אונים. מיותר לציין כי ככל שגילו של האדם עולה, יכולת הסביבה לרסן התנהגויות מעין אלה פוחתת.

גורמים להתפרצויות זעם

באופן פרדוקסאלי התפרצויות זעם או גילוי תוקפנות עשויים לנבוע מסיבות דומות לאלה אשר צוינו כגורמים לפגיעה עצמית. בעוד שבפגיעה עצמית האדם מפנה את התסכול כלפי עצמו, התפרצויות זעם הינה ביטוי מוחצן לתסכול. להלן יפורטו דוגמאות לגורמים נוספים להתנהגות אימפולסיבית ותוקפנית.

גורמים פיזיולוגיים ונוירולוגיים

כאב מתמשך

קשיים בהבעה או העדר יכולת שפתית

מחלות של המוח או מצבים אורגניים אחרים

חוסר איזון הורמונאלי דוגמת פעילות יתר של בלוטת התריס

גורמים סביבתיים

הצורך בשליטה בחיי הפרט ובסביבתו

מערך גירויים מעיק

צורך מוגבר לתשומת לב

קושי בהתמודדות עם שינויים ומעברים
התנגשות בין רצונות וצרכים

גורמים אידיוסינקראטיים

תחושת קיפוח והפלייה

קנאה

דחק וחוסר אונים

קושי להכיל בקורת

הטיפול בגילויי תוקפנות

ווקר (1979) פתחה את "תיאוריית מעגל האלימות" לפיה אלימות מתחילה בעליית מתח, עקב צבירת כעס, אשר מוביל להסלמה ולהתפרצות ובשלב השלישי מופיעה רגיעה הדרגתית שמובילה לחרטה ופיוס. זיהוי סימנים מקדימים, במקרים בהם האדם מועד להתפרצויות זעם, עשוי לסייע במניעת הסלמה והתפרצות.

ההתערבות המקובלת במצבים של התנהגות אימפולסיבית ותוקפנית כוללת טיפול התנהגותי, הכנה של האדם למעברים צפויים, חינוך חברתי-מיני ועבודה על שיפור מיומנויות תקשורתיות והבעתיות. גישות התערבות נוספות תסקרנה בהרחבה בהמשך מאמר זה.

גישה טיפולית שנויה במחלוקת הינה "החזקה הטיפולית" (holding). אחיזה טיפולית הינה גישת התערבות בה המטפל (הורה או איש מקצוע) מחזיק את הילד באופן תקיף אך לא תוקפני המרסן אותו ומונע ממנו לנהוג באלימות כלפי אחרים, לפגוע בעצמו או להרוס רכוש. זוהי שיטה המציעה כלי להגנה ולהתמודדות המכוונים למניעת משבר והחרפתו (דבדבני וארבל, 1998). המצדדים בגישה זו טוענים כי היא משודרת למטופל בטחון קיומי, מאפשרת חזרה לשליטה עצמית, מציעה קרבה והכרה בעוצמתו של גורם מנהיג ומארגן, גבולות, מגע והכלה, תוך הקפדה על שמירת כבוד האדם. על מנת לבסס תחושות אלה אצל המטופל, האחיזה מלווה במלל מרגיע ומכיל מצד המטפל. המתנגדים לגישה זו טוענים כי היא מתרחשת במצבים מעוררי דחק למטפל אשר עלולים לגלוש לאחיזה המטופל מתוך זעם, עד כדי הכאבה.

החזקה טיפולית יכולה לסייע כאשר היא מבוצעת על-ידי ההורה עם ילדו בגיל הרך עד הילדות המוקדמת. אנשי מקצוע זקוקים לאישור ההורים על מנת להשתמש בטכניקה זו וכאמור רק בגילאים צעירים של הילד. בכל מקרה אחיזה מכילה, במידה ותתרחש, תעשה רק במקום בו נמצא עם הדמות המטפלת גורם נוסף. האחיזה מסתיימת רק כאשר האדם שהתפרץ רגוע לחלוטין.

הדיאלוג עם ההורה צריך להגדיר מהם המצבים הקיצוניים בהם יעשה שימוש בהחזקה טיפולית. פעולה זו מכוונת לריסון אך גם לשדר לילד הכלה, שקט, שלווה וביטחון. המסר לילד צריך להיות: "אינני פוחד ממך אך אני פה אתך ובשבילך". כאמור, טכניקה זו מעוררת תחושות

אשמה רבות בקרב הורים ומשום כך רבים מתנגדים לה (חגי, 2004). כמו כן, היא מעוררת דילמות אתיות רבות שבמרכזן מידת הלגיטימציה של הסביבה הטיפולית להגביל פיזית את תנועותיו של האדם לפרקי זמן ממושכים.

במקרים בהם גישות אלה לא נושאות פרי אנשי טיפול פונים לקבלת אבחנה רפואית והתאמת טיפול תרופתי למיתון הדפוסים ההתנהגותיים הלא-רצויים.

4. התנהגות מאתגרת בראייה רב-תחומית

קיימות גישות שונות באמצעותן ניתן להבין את הגורמים השונים להתנהגות מאתגרת. על בסיס הבנת מקורה של ההתנהגות, מציעות הגישות השונות מגוון דרכי התערבות. בעבר, הגישה של עיצוב התנהגות תפסה מקום מרכזי בהתמודדות עם ביטויים שונים של התנהגות מאתגרת. בעידן בו אנשים עם צרכים מיוחדים תובעים שוויון הזדמנויות והתאמות במתן שירותים שונים, נראה כי גם בתחום הטיפול בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת יש להפוך את היצע שירותי הטיפול הרגשי האוניברסאלי למתאים ונגיש גם לאנשים עם פיגור שכלי. אדם ללא פיגור שכלי המתמודד עם ביטויים של התנהגות לא רצויה יכול להיעזר בפסיכולוג התנהגותי, קוגניטיבי, פסיכו דינמי או הומניסטי, מתוך כוונה להבין את שורשי התנהגותו ולאמץ חלופות שתסייענה לו להתנהל באופן מסתגל בחברה. גם לאדם עם פיגור שכלי הזכות להתערבות מקצועית במגוון גישות, שתנסה לתת לאדם הזדמנות להסביר את מניעיו או, במקרים בהם אינו מביע עצמו באופן נהיר, תגלה גישה אמפאטית למניעיו, תנסה להתחקות אחר מקור התסכול האישי, תתווך מתן מענים לצרכים הקיומיים. הדבר כרוך בעיקר באימוץ גישה אמפאטית ומכילה השוורת יצירתיות בעיצוב דפוסים ההתערבות. הגישות שתסקרנה להלן מציעות הסברים אפשריים להתנהגות מאתגרת לצד דרכי התערבות.

4.4. הגישה הרפואית

הגישה הרפואית מנסה להסביר ביטויים של התנהגות מאתגרת כחוסר איזון ביו-כימי, כבעיה נוירולוגית או התנהגות המאפיינת תסמונות מסוימות (ה-X השביר, ויליאמס, אספרגר, אוטיזם, דאון ואחרות) וכן מחלות ניווניות של המוח כמו דמנציה ואלצהיימר, השכיחות פי חמשה בקרב אנשים עם תסמונת דאון. כיום סבורים שהפרעות גנטיות מסוימות כגון X-שביר או תסמונת ויליאמס מובילות לדפוסים התנהגות בעלי ביסוס נוירולוגי הקשורים לאבחנה גנטית ספציפית, מה שמכונה פְּנוטיפ גנטי. כמה דוגמאות לתסמונות או למצבים רשומות בטבלה שלהלן אשר ערך מהוני (Mahoney, 2002), בציון הבעיות ההתנהגותיות הנפוצות שלהן ומספר השלכות לגבי פיתוח אסטרטגיות מתקנות. ידוע גם שפגיעה בחלקים מסוימים של מערכת העצבים עשויה להתקשר לביטויים התנהגותיים ספציפיים. לדוגמה, נזק לצד הימני של המוח עשוי להוביל לבעיות ספציפיות בניחוח שפת גוף ובתגובה לה. פגיעה בחלק הקדמי של המוח עשויה להתקשר להתנהגות אימפולסיבית מאוד.

מידע רקע זה חשוב כשאיש המקצוע או המטפל שוקל אילו בעיות מובילות אולי לסוגיות התנהגות ספציפיות, ובוחר באסטרטגיות שעשויות לעזור בשינוי ההתנהגות. בטבלה שלהלן יוצגו מספר פנוטיפים גנטיים.

בעיה	מאפייני התנהגות נפוצים	בעיות התפתחותיות	השלכות להתערבות
תסמונת דאון	החצנת התנהגות כולל ADHD (25%) יתר שכיחות לאוטיזם (7%) הימנעות ממטלות	קושי ספציפי בהגייה	צורך בתמיכה התנהגותית להורים בשלב מוקדם . ייתכן צורך בהערכה לגבי הפרעה פסיכיאטרית
תסמונת X-שביר	עד 80% ADHD גריות-יתר עשויה להביא לתוקפנות הסטת המבט והתנהגויות נשנות ביישנות וחרדה בסיטואציות חברתיות. נשיכת כף היד בנות - חרדה והימנעות חברתית	עיכובים בכישורי שפה ובכישורים מוטוריים בעיות הגייה ושיחה	התערבות חייבת לכלול התייחסות לחרדה טיפול ב-ADHD
תסמונת פראדר-וילי	ארגון ותפיסה חזותיים טובים 50% התפרצויות התנהגות חרדה תלישת עור	בעיות מוטוריקה וקואורדינציה בעיות הגייה עיבוד שמיעתי ירוד	אסטרטגיות להפחתת חרדה ולמניעת התנהגות לא רצויה
תסמונת קליינפלטר	נסיגה חברתית בתקופת טרום הבגרות שליטה בדחפים ואסרטיביות יתר בגיל ההתבגרות	עיכוב בדיבור ובשפה בעיות בעיבוד שמיעתי, בעיות בקריאה ובאיות	התערבות ישירה בבעיות למידה ייתכן צורך בטיפול הורמונלי בגיל ההתבגרות
תסמונת ויליאמס	בעיות קשב, חרדה, אכילה ושינה מודעות רבה לרגשות הזולת	היכולות המוטוריות חלשות בהרבה מהשפתיות	התערבות המתייחסת לחרדה
טרשת קרשית	היפראקטיביות אוטיזם עד 50% הפרעות שינה	אפילפסיה קשה לשליטה	תרופות לאפילפסיה עשויות להשפיע על ההתנהגות
תסמונת אנגלמן	קשב ירוד אפיזודות של צחוק	שפה אקספרסיבית מוגבלת	אסטרטגיות התנהגותיות לשיפור הקשב, טכניקות לתקשורת תומכת וחלופית

התנהגות מאתגרת עשויה לפרוץ גם במצבי אי-נוחות שמקורם בכאב (אוזניים, שיניים, עצירויות מתמשכות) ובמקרים פסיכיאטרים המתמחים בטיפול באנשים עם פיגור שכלי והתנהגות מאתגרת יבקשו לקבל מידע אודות כלל התרופות אותן נוטל האדם. פעמים רבות שינויים פתאומיים בהתנהגות באמצע החיים, ללא גורם חברתי או רגשי אובייקטיבי, מעוררים החשד לקיומו של גורם פיזי להתנהגות הלא רצויה.

הטיפול התרופתי בהתנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם פיגור שכלי

הטיפול הטוב ביותר לתסמינים התנהגותיים משמעותיים אצל אנשים עם פיגור שכלי עמוק וקשה הוא טיפול תרופתי בשילוב עם התערבויות חברתיות סביבתיות. הפרעות התנהגותיות רבות מגיבות היטב לתרופות. יחד עם זאת, התאמת הטיפול התרופתי הינה מלאכה מורכבת, לעתים קרובות, שכן לצד ההתנהגות המאתגרת, אנשים רבים עם פיגור שכלי סובלים גם מאבחנות רפואיות רבות. כמו כן, התגובה לתרופות נוטה להיות פחות צפויה באוכלוסייה זו לעומת האוכלוסייה הכללית (Arnold, 1993). רצוי כי טיפול תרופתי יותאם על ידי פסיכיאטר המתמחה בטיפול באנשים עם אבחנה כפולה (ולפי שעה, ההיצע של אנשי מקצוע עם התמחות מתאימה דל) שכן, כאמור, לעתים אנשים עם פיגור שכלי מגיבים לטיפול תרופתי באופן שונה בהשוואה לאוכלוסייה הרחבה. אנשים עם פיגור שכלי קשה ועמוק רגישים במיוחד, לעתים קרובות, לתופעות הלוואי של טיפול תרופתי. כמו כן, המינון המקובל בטיפול באוכלוסייה ללא פיגור שכלי אינו מתאים בהכרח לטיפול באנשים עם פיגור שכלי. כך למשל, רעילות עלולה להתרחש גם כאשר מדובר במינון המקובל באוכלוסייה הרחבה. בנוסף לכך, אנשים עם פיגור שכלי עשויים להגיב לתרופה במינונים נמוכים מהרגיל (Kern, 1999).

4.ב. הגישה התחושתית

מסבירה התנהגות מאתגרת כתוצר של קושי בויסות ועיבוד חושי. כשמערכת התחושה אינה מתפקדת כראוי והילד מפגין קשיים באינטגרציה חושית הוא יכול להגיב בצורה המנעותית או תוקפנית לגירויים המפורשות על ידי הסביבה כ"בעיות התנהגות". למשל: אדם עם בעיות במערכת הטקטילית (מערכת המגע) עלול להימנע ממפגשים חברתיים או מהשתלבות בפעילות קבוצתית מחשש למגע. מגע בקרב אנשים עם רגישות כזו עלול להיתפס ככואב וכמאיים. התנהגות זו מתוארת לעתים כהיפר-סנסיטיביות למגע. מדריך הנאלץ להשיג ולפעיל קבוצת אנשים עלול לפרש התנהגות זו כבעייתית. לעתים הוא יפעיל עליו לחץ להשתלב בפעילות החברתית. ביטויי התנגדות אלה מצד החניך יתפרשו אצל המדריך כהתנהגות שלילית (נגטיביזם). לעתים הבעיה הפוכה – אדם הלוקה בתת-תחושה למגע (היפר-סנסיטיביות) עשוי להתעלל בעצמו באמצעות צביטות, נשיכות או הטחות ראשו וגופו ולעתים עלול להכאיב באופן תכוף לזולתו או לבעלי חיים בזמן משחק או פעילות חברתית אחרת. כמו כן, הוא ינסה לחפש הזדמנויות להתגושש ולהתקוטט עם הזולת.

כאמור, ביטויים מסוימים של התנהגות מאתגרת, ובעיקר פגיעה עצמית, עשויים להיות קשורים גם לתחושת כאב. גם מערכות חושיות אחרות עשויות להיות קשורות לביטויים שונים של התנהגות מאתגרת. למשל, המערכת הוסיטבולרית האחראית על שמירה על שיווי המשקל, היציבה וההתמצאות במרחב. אי תקינות במערכת יכולה לבוא לידי ביטוי בהימנעות מפעולות

כמו סחרור, נדנד וקפיצה, במצבים של רגישות יתר לגירויים וסטיבולריים או לחילופין בעיסוק יתר דוגמת טלטול תדיר של הגוף (הנובע מתת-רגישות). רגישות יתר למראות, קולות וריחות עשויה גם היא להביא לביטויים של התנהגות מאתגרת והדבר נכון במיוחד בקרב אנשים עם פיגור שכלי שאינם ורבליים ואין ביכולתם לדווח על אי הנוחות וגורמיה.

הטיפול בבעיות התנהגות על רקע תחושת

חשיבות רבה קיימת להתאמת הסביבה החושית שבה נמצא האדם עם קשיים על רקע זה. למשל: אנשים עם תסמונת ה-X השביר רגישים יותר לרעשים ולשהייה במקומות הומים. הימצאותם במקומות שכאלה עלולה לגרום תחושת דחק שתוצאותיה, לעתים, ביטויים של התפרצויות זעם. טיפול באמצעות דיאטה סנסורית. דיאטה סנסורית – פירושה וויסות הגירויים התחושתיים בהתאמה אישית לאדם המאוגר ההתנהגותית. משמעות הדבר, הימנעות מגירויים מפריעים לצד אספקה וחשיפה של האדם לגירויים להם הוא זקוק לתפקוד מיטבי. תחום זה מזוהה באופן בולט עם מקצוע הריפוי בעיסוק.

הטיפול באמצעות ה"סנוזלן" – חדר הטיפול לגרייה רב-חושית, הוכח כיעיל למיתון דפוסים של התנהגות מאתגרת (Shapiro, Parush, Green & Roth, 1997).

4.ג. הגישה ההתנהגותית

הגישה ההתנהגותית, על נגזרותיה השונות, הינה מהנפוצות בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת בקרב ילדים ובוגרים עם צרכים מיוחדים. גישה זו רואה בהתנהגות מאתגרת נלמדת ותוצר של חיזוקים אישיים (תחושתיים למשל) וסביבתיים (תשומת לב, לדוגמה). העיקרון המנחה גישה זו הינו כי התנהגות מחוזקת על-ידי תוצאותיה.

הגישה ההתנהגותית (Behaviorism) התבססה בעבר על התמקדות במנגנון של גירוי – תגובה. מודל רחב יותר הנשען על הפילוסופיה הביהביוריסטית ומתייחס גם להקשרים השונים בהם מתרחשת התנהגות, הינו המודל לניתוח יישומי של התנהגות (Applied Behavior Analysis). תחום זה במודל ההתנהגותי עוסק ביישום עקרונות התנהגותיים לשיפור התנהגויות בעלות חשיבות חברתית (אלדר, 2002). הגישות השונות במודל ההתנהגותי מנסות לבחון באופן מדעי את הגורמים להתנהגויות. הן רואות בחיזוקים חיוביים ושליילים אמצעים לביסוס התנהגות או להכחדתה. על בסיס עקרונות גישה זו, ניתן להסביר התנהגות של פגיעה עצמית, המלווה בהתייחסות מכילה מצד הסביבה, תוצר של חיזוק חיובי. התפרצות זעם שתביא ל"פטור" לחניך מביצוע משימה תוגדר כחיזוק שלילי שכן הפעולה שבצע שחררה אותו מביצוע המטלה וקרוב לודאי שדפוס מחוזק זה יישנה. גם אדם שזוכה לתשומת לב דלה מצד סביבתו וביצע אפיזודה של התפרצות זעם, עלול לשמר דפוס זה אם תגובת הסביבה תהיה כזו המתאפיינת בהתייחסות אליו לאור מעשהו, שכן ההתייחסות מהווה חיזוק חיובי עבורו.

גישה זו מדגישה כי חיזוקים חיוביים חייבים להינתן מייד לאחר המעשה ולהיות משמעותיים עבור מבצע הפעולה החיובית. מטרת פעולות אלה הינן לעודד מוטיבציה של האדם לעשייה חיובית. בראשית ההתערבות השאיפה היא כי אדם יגיב לחיזוקים סביבתיים אך בהמשך יאמץ ניהול עצמי ויבין כי "שכר מצווה – מצווה", כלומר; עצם העשייה החיובית תורמת לאיכות חייו.

הגישה ההתנהגותית מסבירה כי תסכול אינו גורם ישיר להתנהגות מאתגרת, אלא תוצר רגשי של התנהגות לא מחוזקת (אלדר, 2002). כך למשל, ילד המבצע פעולות על מנת למקד את תשומת לב הוריו מצפה לייחס מתאים מצדם (חיזוק חיובי). כאשר מטרתו לא הושגה הוא חש תסכול וכפועל יוצא עלול להפגין ביטויי מחאה, אלימות או זעם כלפי עצמו או כלפי הסביבה. גישה זו, בראשית דרכה, ראתה בהתעלמות או ענישה אלמנטים חשובים להכחדת מעשים לא רצויים. הגישה הרווחת היום הינה כי עדיפה מערכת של תגמולים על עשייה חיובית על פני ענישה על עשייה שלילית. על כל פנים האתיקה המקצועית מחייבת להמעיט בשימוש באלמנטים של ענישה והתעלמות.

התערבות התנהגותית בהתנהגות מאתגרת

הגישה ההתנהגותית מבססת את התפיסה לפיה "התנהגות מחוזקת על ידי תוצאותיה". לפיכך גישות ההתערבות בניתוח התנהגות מכוונים להתחקות אחר גורמים מחזקים ומכחידיים. יש לשחזר את ההקשר שבו הופיעה ההתנהגות המאתגרת. מי האנשים ומה קדם לביצוע הפעולה (מה היה הגירוי).

כל התנהגות מאתגרת מזמנת רווחים משניים לאדם. יש להבין מה הרווחים המשניים שבאו לאדם בעקבות הפעולה (חיזוקים חיוביים ושלייליים). למשל: אם חניך מתפרץ על מנת לחוש "גיבור", ניתן לכנות אותו בהקשרים חיוביים שונים, למשל עזרה בנשיאה של תיק או ארגז כבד, כ"גיבור". באופן זה תחזוק התנהגותו על עשייה חיובית, תחת זו השלילית.

נכון לבחון האם ההתנהגות השלילית מופיעה באופן שיטתי בכל מצב או שמא איננה שכיחה בהקשרים מסוימים. אם אכן היא מופיעה רק בהקשרים ייחודיים – יש לעמוד על הדומה והשונה בהקשרים השונים.

בניית מערך חיזוקים המשמעותי עבור האדם, תוך היוועצות עם בני המשפחה, תאפשר למטפל או המדריך להצטייד ב"תרמיל כלים" חשוב.

ראוי לחזק התנהגות חיובית באופן עקבי ולנסות להתעלם, במידת הצורך והאפשר, מהתנהגות שלילית.

בעבודה התנהגותית יש צורך בעקביות, התמדה ואורך רוח. לפיכך חשובה עבודת צוות מתואמת לראיית השלם, לקביעת מטרות ואסטרטגיות טיפוליות, להעברת מידע חשוב וללמידה הדדית.

44. המודל הקוגניטיבי

שיטת התערבות זו מהווה הרחבה של עקרונות הגישה ההתנהגותית. הערך המוסף בבסיס גישה טיפולית זו הינו הטענה כי בין הגירוי לתגובה מצוי אדם חושב, בעל אמונות וניסיון קודם. אמונותיו של האדם וחוויות קודמות גורמות לו לפרש גירויים שונים באופנים שונים. כך למשל: עבור חניך מסוים עוגת שוקולד יכולה להיתפס כ"חגיגה" בעוד שלאחר היא עשויה להיות "אויב לשיניים". גישה זו נשענת על אמירתו של הפילוסוף היווני אפיקטטוס אשר טען כי הפירוש החיובי או השלילי שאנו מייחסים לנסיבות חיינו, שאינן בשליטתנו, הוא למעשה, פעולה של רצוננו החופשי. כלומר: האופן שבו אנו בוחרים לפרש את המציאות הוא זה המעצב חוויות שונות כעונג או ייסורים. אליס (1957) אשר ייסד את התיאוריה הרציונאלית-אמוטיבית (REBT) טען כי אירוע מפעיל (A = activating event) מעורר אצל האדם אמונות (B = beliefs) המכתיבות את

אופן תגובתו הרגשית של האדם (C= consequences). בעקבותיו, בתחילת שנות השישים גיבש בק את היסודות לתרפיה הקוגניטיבית התנהגותית (CBT) אשר מייחסת משקל רב לאופן בו האדם מפרש את חוויותיו היומיומיות ומנסה לשחררו מתבניות חשיבה מעכבות. על בסיס תפיסה זו, נוכל להסביר התנהגויות מאתגרות מסוימות כתגובה של האדם לגירוי שנתפס על ידו כשלילי. למשל: חניך שמדריכו אומר לו: "תרד מהכסא" יכול לפרש אמירה זו כדאגה של המדריך לשלומו ועשוי להגיב בחיוב. במידה ופרשנות החניך לאמירת המדריך הינה הגבלה, הפלייה ונקמנות הוא עשוי להגיב באופן שלילי ואף אלים. אילו המדריך היה אומר: "אני דואג לך. רד מהכסא", לא היה מקום רב לספק באשר למשמעות דבריו. אנשים רבים עם פיגור שכלי נושאים בתודעתם תבניות שליליות רבות ובתוכן חוויה של דחיה ותיוג. באפשרותו של איש הטיפול/המדריך לאפשר להם חוויות חדשות ופרשנויות חדשות חיוביות ואמיתיות. חוויה של מציאות עם פרשנות חיובית המחליפה חוויה דומה עם פרשנות שלילית מכונה בשם "חוויה מתקנת".

התערבות קוגניטיבית בהתנהגות מאתגרת

עקרונות ההתערבות המנחים בגישה הקוגניטיבית מנסים להתחקות אחר תבניות חשיבה שליליות אצל אדם עם פיגור שכלי המגלה ביטויים של התנהגות מאתגרת ולהציע לו תבניות חשיבה מקדמות. בעבודה הטיפולית עם אנשים עם פיגור שכלי יש לקחת בחשבון גם את יכולת ההכלה הקוגניטיבית של כל אדם, בהתאם לרמתו ההתפתחותית. התערבות הצוות המטפל תכוון להמרת תבניות חשיבה, יעילה בעבודה עם חניכים, דיירים, תלמידים ומטופלים בעלי יכולת הבעה. במצב משברי, לאחר שהאדם המאוגר הגיע לרגיעה יחסית, יש ליזום שיחת הבהרה המתמקדת בדרך שבה הוא פרש את המצב או האמירה. מצבים משבריים, לאור הגישה הקוגניטיבית, עשויים לנבוע בין היתר מחשיבה מכלילה, "כולם לא אוהבים אותי". תיווך איש המקצוע יכול לקבע את התחושה בעוצמה הראויה, למשל: "נכון שדני כועס עליך אך אין זה אומר שכולם לא אוהבים אותך". נכון להתחקות אחר מקור התסכול. היכן חש האדם מאוים? ראוי להציע לו תבנית חשיבה חלופית חיובית. יש לזכור כי על הצוות המנחה והמטפל חלה האחריות לוודא כי התבטאויות מצד אנשי הצוות הובנו ללא כחל וסרק. משום כך, ראוי להעביר מסרים ברורים, ברמת הבנתו ובמידת האפשר כאלה השוזרים סיבתיות, לדוגמא: דני גש לשולחן. זה לא נעים לאכול שאריות". משפטים מעין אלה מגייסים את הדייר/חניך הרבה יותר מאשר החלופה של: "כמה פעמים צריך להזכיר לך שעכשיו אוכלים!".

4ה. פסיכותרפיה והגישה הפסיכודינמית

גישה זו מסבירה התנהגות מאתגרת ובעיקר ביטויי אלימות כתוצר של אינטראקציות בין דחפים פנימיים וצרכים בסיסיים לבין מגבלות האדם בסביבה ובחברה. מקור הבעיות הינו בקונפליקטים בין מרכיבי האישיות של האדם.

על-פי פרויד, קיימים אצל כל אדם שני אינסטינקטים מולדים מרכזיים: האחד – הדחף לחיים (הארוס), המכוון את האדם לעשייה, הגשמה ויצירה והשני – הדחף למוות (הטנטוס), המניע את הפרט לפעולות של הרס, אלימות ותוקפנות הן כלפי עצמו והן כלפי אחרים. נוימאיר (1992) סבור כי ביטויי התוקפנות של הפרט הינם מנגנון הגנה המסייע לו לשרוד בעתות של דחק מצטבר בעוצמות גבוהות. הנחת היסוד של הטיפול הפסיכואנליטי הינה כי טבע היחסים הבין אישיים של האדם עם סביבתו מושפע ממערכות היחסים המוקדמות שלו, עם הוריו או זולת משמעותי אחר. שיטת טיפול זו אינה נפוצה בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם פיגור שכלי. הסיבות המרכזיות לכך הינן משכו הרב, יחסית, של טיפול זה והצורך ביכולת הבעה טובה מצד המטופל.

יחד עם זאת, קיימות גישות פסיכותרפיות מגוונות ויעילות בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם פיגור שכלי. גישות אלה מאפשרות ערוצי הבעה לאדם באמצעים מגוונים.

פסיכותרפיה והתנהגות מאתגרת

אנשים עם פיגור שכלי בינוני-קל, בעלי יכולת הבעה סבירה עשויים להיות שותפים מתאימים לפסיכותרפיה המבוססת על שיחות.

במקרים בהם האדם עם מיומנויות תקשורתיות אך קשיים בתחום המילולי, תיווכו של מלווה תקשורתי יכול לסייע בכך.

אנשים עם פיגור שכלי עשויים להפיק תועלת רבה ממגוון שיטות התערבות דוגמת תרפיה באומנות, תרפיה במשחק, טיפול בסיוע בעלי חיים, פסיכודרמה, תרפיה בתנועה ותרפיות אחרות, דוגמת תרפיה קוגניטיבית-התנהגותית, שתסקרנה בהמשך פרק זה.

14. המודל הפסיכו-חברתי

חוקרים רבים סבורים כי חסר במיומנויות חברתיות גורם לביטויי התנהגות אלימים. פוקס ובנסון (Fuchs & Benson, 1995) בדקו את הקשר בין חסר במיומנויות חברתיות להתנהגות אלימה בקרב גברים עם פיגור שכלי. ממצאי מחקרם מלמדים כי אלה אשר חסרו מיומנויות לאינטראקציה חברתית גילו ביטויי התנהגות אלימה. מיומנויות חברתיות כוללות הבנה חברתית ושיפוט חברתי ובכללו היכולת לקלוט את רגשות הזולת ולגלות אמפתיה, היכולת לתת ולקבל, להתחרות, לנצח ולהפסיד, לנהל משא ומתן, למלא אחר נורמות וציפיות חברתיות, היכולת להשתלב בקבוצה, היכולת לתקשר עם הזולת, יזימה חברתית וכן ביסוסם של קשרים אישיים קרובים ויציבים.

ילדים ובוגרים רבים עם פיגור שכלי חסרים כישורים וקשרים חברתיים, לעתים בשל הימצאותם בסביבה מתווכת לאורך שנים ולעתים בשל קיבעון בגיל התפתחותי נמוך מגילם הכרונולוגי.

ילדים ובוגרים עם פיגור שכלי החווים דחייה חברתית הן על ידי החברה הרחבה והן על-ידי קבוצת שווים, עלולים להגיב לכך בהסתגרות או באופן מוחצן יותר כמו התפרצויות זעם, "הלשנה" לממונים או באופן אחר. מיותר לציין כי התנהגויות אלה מעצימות את הדחייה החברתית.

עקרונות התערבות חברתיים בגילויי התנהגות מאתגרת

נכון לנתח את טיב היחסים שבין האדם לסביבתו מתוך כוונה למצוא הסברים לביטויים של התנהגות מאתגרת ולקביעת דרכי התערבות מתאימים. למשל, חניך החשוף למצבים מעוררי דחק כמו התעללות פיזית, רגשית, או מינית מצד סביבתו עשוי להגיב בהתנהגות מאתגרת מסוגים שונים, פאסיביים ואקטיביים – הן כאלה המכוונים כלפי עצמו והן כלפי הסביבה. מחקרים רבים מצביעים על כך שאנשים רבים עם פיגור שכלי חשופים לכינויי גנאי ולעג מצד הסביבה כמעט על בסיס יומיומי.

אנשים עם פיגור שכלי חשופים פחות לשיחות תמיכה וייעוץ מקצועי, בשל ההנחה הקמאית כי אינם בני ברית לתהליך טיפולי המבוסס על דיאלוג. יחד עם זאת, ראוי להתאים שיח-טיפולי תומך ומכוון באופן המותאם ליכולת הקוגניטיבית האישית של האדם המפגר.

פיתוח מיומנויות חברתיות וחוויות מתקנות באינטראקציה בינאישית הינם כלים חשובים במיתון ביטויי התנהגות מאתגרת. פיתוח כישורים אלה יכול להיעשות באופן פרטני אך יחד עם זאת יש יתרון רב להתערבות קבוצתית המאפשרת התנסות מדומה וניתוחי מקרים בקרב קבוצת שווים תוך הצעת חלופות מסתגלות לביטויים של התנהגות מאתגרת.

4. גישת הפסיכולוגיה ההומניסטית

מסלו, רוג'רס, פרום ופרנקל, המזוהים עם הגישה ההומניסטית בפסיכולוגיה, הדגישו את חשיבות הספקת צרכיו של האדם, החל מצרכים בסיסיים-קיומיים וכלה בצרכים גבוהים יותר כמו הגשמה עצמית (Maslow, 1954). זרם זה בפסיכולוגיה מדגיש את הצורך של האדם באהבה, שייכות, בחירה, זיהוי הכוחות הקיימים בו ומימוש ומעל לכל – מציאת משמעות קיומית (פרנקל, 1981). גישה זו מעודדת את האדם לראות את עצמו כיצור בוחר הנוטל אחריות על הצלחותיו ולומד מכישלונותיו. פרום (1956) ציין כי האדם חווה בדידות רבה בחייו והוא מחפש להפיגה באמצעות יצירת הזדמנויות לחוויית השתייכות. יחד עם זאת הוא רואה באהבת העצמי ובהכרה בערך העצמי כתנאי חשוב למסוגלות לקיים קשר בינאישי קרוב. במקרים בהם האדם עם פיגור שכלי הינו בעל דימוי עצמי נמוך – תפיסה שלילית זו עלולה לעורר תסכול עקב תחושת חוסר מסוגלות, חוויית פגומות, העדר הזדמנויות למימוש עצמי וקנאה.

אנשים רבים עם פיגור שכלי חיים בסביבות מגוננות ונוטים לפתח מיקוד שליטה חיצוני, כלומר; חווייה קיומית לפיה האדם חש כי הוא מובל בחייו על-ידי גורמים חיצוניים. מאידך גיסא, קיימים מקרים לא מעטים בהם אנשים עם פיגור שכלי מפגינים מיקוד שליטה פנימי וחווים שליטה והובלה על חייהם. מפגש זה בין רצונו של האדם לבחור ולשלוט בחייו לצד הגבלה ותכתיבים של גורמי סמכות בסביבתו עלול להזמין מצבי קונפליקט והבעת מחאה אקטיבית או פאסיבית-אגרסיבית מצדו.

על בסיס גישה זו, ביטויים של התנהגות מאתגרת כמו פגיעה עצמית עשויים להתפרש כזעקה של האדם לעזרה באספקתם של צרכים אותם הוא חסר, כמו תשומת לב, אהבה, הכלה ושייכות. ביטויים של הסתגרות והימנעות עשויים להתפרש כפחד של האדם לבחור עקב חשש מכישלון, הערכה עצמית ירודה וקשיים במימוש עצמי. גם נוקשות והתבצרות עשויות לנבוע מחרדה או מחווייה של איום על אספקת הצרכים הקיומיים של האדם. למשל: דייר סרב לצאת עם יתר חבריו למסגרת לביקור בקניון. חוויית המדריך הייתה כי הוא מפריע להתנהלות הפעילות כסדרה וכפועל

יוצא, התגובה הראשונית הייתה כעס. בירור קצר עם החניך העלה כי הוא חושש להצטרף לסיור שכן בשעה 19:00 הוא חייב להיות בארוחת ערב ולדאוג כי הוא מצליח "לדוג" את מעדן החלב בטעם תות שהוא אוהב. לרוב, הייתה תחרות רבה על מעדן חלב בטעם זה. כאשר המדריך הציע לו לקחת את המעדן אתו ולהגיש לו אותו בקניון בשעה 19:00 בדיוק – התרצה החניך, ב"אורח פלא" להצטרף לחבריו.

מדריכים רבים ואנשי טיפול עשויים במקרים רבים להיות עסוקים במצבים כאלה בשאלה: "למה הוא עושה לי את זה?!". בעוד שהמרת כיוון חשיבה זה בשאלה: "היכן מוקד האיום הקיומי על החניך שלי?" ובירור הגורם הקיומי להתנהגות לא רצויה, עשוי לסייע לו למצוא מוצא חיובי ובונה ממצבים מעין אלה.

הטיפול בבעיות התנהגות לאור הגישה ההומניסטית

ראוי לנסות להבין על אלו צרכים עונה ההתנהגות המאתגרת לאדם. מהם הרווחים המשניים שלו מכך. למשל ייתכן ואדם עם פיגור שכלי המשתדל להרשים את מדריכו באמצעות שקרים "שקופים", מנסה, למעשה, לזכות בכבוד והערכה מצדו. במקרה שכזה המדריך יוכל להביע הערכה תכופה לחניך על עשייה מרשימה, חיובית ומשמעותית. בדרך זו, יקבל החניך מענה לצרכיו הקיומיים אך בדרך חיובית.

יש לסייע לאדם לקבל מענה לצרכים קיומיים בדרכים נורמטיביות. למשל: חניך המנסה להתחבב על מדריכו באמצעות שיחות תכופות, מאולצות ולעתים מעיקות יתכן ומבקש לחוש קרבה ושייכות. מומלץ כי המדריך ינסה לאתר דרכים וכיווני התערבות שישדרו לאותו חניך כי הוא רצוי, מקובל ואהוד, באמצעות התעניינות יזומה בשלומו. במידה והחניך מכביר במלל – שאלות אלה יכולות להיות "סגורות" – כאלה שההתייחסות אליהן הינה בתשובות לקוניות כ"כן" ו"לא". התערבויות ככונן, יתנו לאותו חניך את תחושת השייכות וההכללה לה הוא זקוק באופן נורמטיבי.

יש לאתר את הכוחות והיכולות של האדם המפגר בשכלו המתמודד עם התנהגות מאתגרת ולסייע לו להביא אותן לידי מימוש. החוויה כי יש לו "מקום" ו"תפקיד" ייחודיים, עשויה למתן את ניסיונותיו לזכות בכבוד, הערכה ותשומת לב, בדרכים לא רצויות.

יש לזכור כי נוקשות והתבצרות הינם מעין מנגנון של שמירה על הקיים של האנשים עמם אנו עובדים. ביטויי התנהגות מעין אלה הינן תוצר של קשיים בניהול עצמי ובחשיבה אלטרנטיבית. ראוי להציע לחניכים מספר חלופות וללמדם לבחור. חוויית הבחירה עשויה לסייע להם לחוות שליטה, החשובה להתפתחותם האישית ולאיכות חייהם.

ראוי להביע הערכה "משקפת" לאדם על עשייה חיובית, גילויי אחריות, בחירה מוצלחת ודומיהם. חיזוקים מעין אלה יסייעו לו לחוש רצוי, מוערך ויבססו אצלו דימוי עצמי חיובי.

אנשים רבים בכלל ועם פיגור שכלי בפרט, מגיבים באורח חיובי כאשר מוקצים להם תפקידים בעלי משמעות עבורם, על-ידי הסביבה. האצלת אחריות, מתן תפקידים, והבעת הערכה על ביצוע התפקיד יענו על הצורך של האדם לחוש כי הוא מגשים, יאפשרו לו הזדמנות לחוות שייכות, כבוד והערכה וכפועל יוצא ימתנו אצלו תחושות תסכול. למשל: חניך או דייר המתבקש לסייע לחברו במהלך טיול זוכה בסטטוס של "עוזר" במקום "נעזר" ואינו זקוק "להלחם" על מעמדו בחברת השווים בדרכים לא מסתגלות.

חשוב לסייע לאנשים עם פיגור שכלי להגשים את עצמם ולממש את הפוטנציאל האישי והיחודי הגלום בהם, איש-איש בתחומו ועל-פי נטיות לבו, במסגרת האפשרויות הקיימות. למשל: חניך עם אינטליגנציה קינטית יעודד להשתלב בפעילות ספורטיבית. חניך המצייר בצורה מרשימה יזכה לתואר "הצייר" של ההוסטל, למשל, ואולי אפילו ניתן יהיה לארגן עבורו תערוכה באחד מערבי ההורים במסגרת או באירועים זמינים ומתאימים אחרים.

ח4. המודל התקשורתי

לילדים ובוגרים רבים עם פיגור שכלי קשיים בתחום התקשורת הבינאישית. קשיים אלה כוללים הבנה לקויה או חוסר הבנה של מסרים המשודרים על-ידי דמויות שונות בסביבה וכן קשיים בהבעה. אלה האחרונים עלולים להסב לאדם תסכול רב שכן הוא אינו מובן על-ידי סביבתו וכפועל יוצא צרכיו הקיומיים אינם מסופקים כפי שהיה רוצה. ככל שרמת הפיגור השכלי חמורה יותר עולה הסבירות לשכיחותם של קשיים בתקשורת ואלה המאותגרים על ידי קשיים בתחום זה מפגינים ביטויים רבים יותר של התנהגות מאתגרת (Ceci, 1986; Chamberlain, 1993). ראוי

לציין כי במצבים בהם אדם לא מגיב למסרים מילוליים – ראשית יש לשלול בעיות שמיעה. הבנה חלקית של מסרים עלולה לגרור תגובה המתפרשת על ידי הסביבה הטיפולית כלא רצויה. למשל: אם מדריך אומר לדייר: "אני אוסר עליך לאכול שוקולד" והחניך לא הבין את משמעות המילה "אוסר" – הוא יבין כי תמצית המשפט היא "לאכול שוקולד" וכך יעשה. ברור כי המדריך עלול לפרש תגובה זו כהתרסה או כחוסר משמעת.

קשיים בהבעה של רצונות, צרכים ותחושות של האדם הלוקה בתחום התקשורתי גוררים חוסר הבנה אותו על ידי הסביבה ומכאן הדרך לתסכול ולעתים גם לביטויי זעם קצרה. לדוגמה: אדם עם פיגור שכלי חוזר הביתה ממקום עבודתו המוגן עייף ורעב. אמו מחליטה להפתיע אותו ולקחת אותו לקניון. הוא עייף מדי, רעב ומותש ומעוניין לנוח. כשאמו תגיש לו את המעיל הוא עשוי שלא לשתף עמה פעולה. האם עשויה להתעקש ומתקשה להבין מדוע בנה מסרב להתלהב מהמחווה שלה כלפיו. הוא בשלו והיא בשלה. מצב זה עלול להתפתח לביטויי מחאה קולניים מצדו כצעקות ולעתים גם השלכת חפצים.

הטיפול בבעיות התנהגות על רקע תקשורתי

חשוב להבין את הדרך האישית של האדם המאותגר על-ידי ליקויים בתקשורת לצד פיגור שכלי להביע את עצמו, תחושותיו וצרכיו.

יש לתקשר עם האדם באופן שיהיה נהיר לו ולוודא כי הבין את המסר לאשורו.

התאמת עזרים תקשורתיים (לוחות תקשורת, פלטים קוליים, שימוש בגיסטות, שפת סימנים ודומיהם) עשויה לסייע לאדם לתקשר באופן חלופי.

ראוי להיות ערים יותר לשלומו הפיזי של האדם המאותגר (לוודא כי אינו סובל מכאבים ממקור גופני נראה לעיין כמו פצעי לחץ, פטרת, כאבי שיניים, דלקות אוזניים, במידה והינו סיעודי-לבדוק אם אי השקט קשור לצורך בהחתלה או בהתפנות).

5. אבני יסוד בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת

- פעמים רבות אלימות הינה תוצר של "אילמות" – קושי להמשיג ו/או להביע תחושות, רצונות ודעות. בחלק ניכר של המקרים, ראוי לפרש ביטויים של התנהגות מאתגרת כהתרעה של האדם על צרכים בלתי מסופקים (פיזיולוגיים, בטחון אישי, אהבה ושייכות, כבוד והערכה ואף מימוש עצמי) או כהבעת מחאה. תפיסה שכזו הכרחית להתמודדות חיובית ויעילה עם ביטויי התנהגות לא-רצויים. יש לאבחן באלו רווחים משניים זכה האדם בעקבות התנהגותו המאתגרת ולבחון חלופות נורמטיביות יותר לקבלת רווחים אלה בדרך רצויה. למשל: דייר מסוים הרבה להכות את שותפו לחדר, בעיקר לאחר שהוריו של אותו שותף באו לבקרו. המדריך בהוסטל שיער כי קיים קשר בין הדברים ובפרט לאור העובדה שאותו דייר יתום מאב, אליו היה קשור, ואמו אינה שומרת עמו על קשר רציף. ביוזמת הנהלת ההוסטל, חודש הקשר של אותו דייר עם אחותו היחידה והיא הגיעה לבקרו באופן סדיר ועקבי ואף ארחה אותו אצלה בסופי שבוע. בעקבות התערבות זו התמתנו ביטויי העוינות מצד הדייר כלפי שותפו לחדר.
- ניתוח התנהגות מאתגרת חייב לקחת בחשבון את גילו ההתפתחותי של האדם.
- התנהגות מאתגרת תבחן תמיד על רקע תרבות המוצא של האדם, ערכיה ונורמות ההתנהגות המקובלות בה.
- חשוב לנתח (רצוי בצוות) גילויי התנהגות לא-ראויה. פעולה שכזו תתחקה אחר:
 - א. מה קדם לאירוע? (גירוי סביבתי מעורר דחק, מחלה או כאב, שינוי או מעבר משמעותי כיו"ב).
 - ב. מה הייתה תגובתו של האדם אשר גילה ביטויים של התנהגות מאתגרת?
 - ג. מה קרה לאחר האירוע? מה היו הרווחים המשניים עבור האדם מהמעשה שבצע?
- חשוב לציין כי התנהגות הינה תגובה לגירוי פנימי או חיצוני של האדם ופעמים רבות מקור הגירוי הינו בגורם המטפל (גירוי תחושתני כמו ריחות גוף או בשמים, דפוס תקשורת, שפת גוף, מגע פיזי). ביטוי לכך נוכל למצוא בחוסר עקביות של ההתנהגות באופן בו התנהגות האדם עם אנשי צוות אחרים הינה שונה.
- ישנם מקרים בהם מקור התסכול הינו ב"העברה" – תופעה בפסיכולוגיה המאופיינת בהפניה בלתי-מודעת של רגשות וציפיות כלפי למטפל, למשל: חניך שאבד את אמו ומצפה שאם הבית במע"ש תיקח את מקומה, בעוד היא לא מבינה מדוע הוא חג סביבה ומפריע לה בעבודתה. כאשר המטפל או המדריך אינם עונים על הציפיות הלא מודעות הדבר מגביר תסכול ודחק שעלולים להתפתח לביטויים של התנהגות מאתגרת.
- חשוב מאוד לאפיין את התנאים הסביבתיים בהם שהה האדם בעת גילוי ההתנהגות המאתגרת – הן בהתייחס לסביבה הפיזית (רעש, המולה, עודף גירויים, גירויים לא נעימים לאדם) והן בסביבה הבינאישית (אנשים הלועגים לו, אנשים המאיימים על שלומם, אנשים עמם "אינו מסתדר"). במידה וקיימת הערכה על קשר אפשרי בין גירויים סביבתיים לבין ההתנהגות הלא-רצויה, יש לשאוף לארגון מחודש של הסביבה או, לחילופין, לאפשר לאדם לשהות במקום מתאים יותר. הדבר חשוב ביותר במצבים בהם האדם חסר מיומנויות תקשורתיות.

- יש לזכור כי נוקשות, התבצרות והתנהגות כפייתית עשויות להיות ביטויים לחרדה. לפיכך, ראוי לעמוד על מקורה.
- ככלל, מניעה עדיפה על התמודדות. בניית יחסי אימון יציבים האדם, ידיעתו והיכרות מעמיקה עמו, היענות לצרכיו והתאמת הסביבה עבורו (פיזית, ארגונית ותחושתית) עשויים לסייע בכך.
- יש להימנע מענישה או הגבלה פיזית של האדם (קשירה, בידוד, אחיזה חזקה). ככלל עדיף לחזק התנהגות רצויה על פני הענשה בגין התנהגות לא רצויה.
- גם במצבים בהם מומלץ להתעלם מהתנהגות לא ראויה – יש להקפיד כי אין מתעלמים מהאדם!
- ראוי לעודד בחירה, ככל שניתן, לאדם המאותגר שכן לעתים התנהגות מאתגרת הינה פעולת מחאה כהתרעה על הצורך והרצון של האדם בשליטה על דברים הנוגעים לחייו.
- קיימת חשיבות רבה לפתיחת ערוצי תקשורת והבעה לאדם המאותגר בכל דרך אפשרית (רפוי בדיבור, תקשורת תומכת וחלופית, שפת סימנים ואמצעים אחרים).
- חשובה עקביות בעבודה על התנהגות מאתגרת ובעבודה בצוות - חשובים קביעת אסטרטגיה להתערבות, תיאום והעברת מידע בין חברי הצוות. בדיוני צוות רבים מתגלה תמונה לא אחידה לגבי מהותה של ההתנהגות המאתגרת, עוצמתה ותדירותה. דווקא מתוך הפערים בתפיסות צומחות תובנות רבות.
- יש לשמור על כבודו של האדם המאותגר, ככל שניתן. לפיכך, הערות או גערות תאמרנה באופן אישי ובפרטיות, ככל שניתן.
- טיפול תרופתי, עשוי לסייע, במקרים מסוימים, במיתון ביטויי התנהגות מאתגרת. יחד עם זאת, יש לראות בו מוצא אחרון.
- יש למעט מלדבר אודות ההתנהגות הלא-רצויה של חניך זה או אחר בפני חבריו למסגרת. פעולות בכיוון זה מעצימות דחייה חברתית.
- ההתמודדות עם גילויי התנהגות לא-נאותה הינה אחד מהאתגרים הגדולים עמם מתמודדים אנשי צוות במסגרות השונות. לעתים הם חשופים לאיום על שלום הפיזי. ראוי לוודא כי צוותים מקצועיים יזכו להדרכה, ליווי ותמיכה במסגרות בהן חניכים מועדים להתנהגות מעין זו.
- יש לוודא כי בכל מסגרת קיימים נהלים ברורים כתובים ומוטמעים בהתייחס ל"עשה" ו"אל תעשה" באפיזודות ובמצבים מתמשכים של התנהגות מאתגרת מצד הדיירים/חניכים/תלמידים עם פיגור שכלי. "תורה" כתובה תסייע במיתון תחושת חוסר האונים של אנשי הצוות בהתמודדותם עם מצבים מעין אלה שתוארו במאמר זה.
- שכיחותה של התנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם פיגור קל פוחתת ככל שגילו של האדם עולה. לפיכך, התפתחותן של בעיות התנהגות, לראשונה, בגיל מבוגר מעוררת את הצורך בהערכה נוירולוגית לשלול התפתחות שיטיון או הפרעות אחרות.

6. סיכום

התנהגות תוגדר כמאתגרת כאשר היא תכופה וממושכת ואשר בעטיה עלול להיפגע שלומו הגופני של האדם או של סביבתו. מטרתו של פרק זה הייתה להעמיק את ההבנה באשר לגורמים אפשריים להתנהגות מאתגרת ולאמץ גישה רב-תחומית רחבה ויצירתית להתמודדות עמה. סקירה זו מלמדת כי התנהגות מאתגרת מתאפיינת בביטויים רבים פאסיביים ואקטיביים, כאלה המכוונים כלפי האדם עצמו וכאלה המופגנים מצד האדם כלפי סביבתו. ההתמודדות היעילה עם תופעה זו מחייבת רצון, גמישות והכרה בעובדה שחוסר התערבות עלול לפגום משמעותית באיכות חייו של האדם המאוגר ובזו של סביבתו. שיטות ההתערבות אשר נסקרו במאמר זה מציגות תפישות ופילוסופיות טיפוליות שונות. כל אלה מכוונות לסייע לאדם לשפר את התנהגותו המסתגלת ולרכוש כלים ומיומנויות שיאפשרו לו להביע את צרכיו, רצונותיו ושאיפותיו בדרכים נורמטיביות יותר או, לכל הפחות, בכאלה המובנות יותר לסביבתו. אין מתכונים להצלחה בטוחה. יחד עם זאת החומר המוצג במאמר זה מציע בזאר של כלים, אשר בדרך של ניסוי וטעייה, ניתן להתאימו לילדים ובוגרים עם פיגור שכלי והתנהגות מאתגרת. יודגש כי לכל ארגון ומשרד ממשלתי מדיניות ונהלים ברורים בהתייחס לשיטות ההתערבות השונות ויש לקחת זאת בחשבון בהתוויית תוכנית ההתערבות. אין ספק כי גישה חיובית של המטפל ואמונה בשינוי אפשרי הינן אבני דרך משמעותיות בהתמודדות עם "התנהגות מאתגרת".

מקורות

- אלדר, א. (2002). ניתוח יישומי של התנהגות- עקרונות והליכים. הוצאת ניתוח התנהגות, 21-42.
- דבדבני, א. וארבל, מ. (1998). התמודדות עם אלימות של אנשים מפגרים. אצל דבדבני, א., חובב, מ., רימרמן, א. ורמות, א. (עורכים) הורות ונכות התפתחותית בישראל, הוצאת מאגנס, 164-178.
- חגי, ע. (2004). ילד שלי מיוחד, הוצאת מודן, 258-273.
- נוימאיר, מ. (1992). מפגשים עם הפסיכולוגיה. מפגש שלישי: פסיכולוגיה חברתית. תל-אביב, הוצאת רכס.
- פרוס, א. (1956). אמנות האהבה, הוצאת הדר.
- פרנקל, ו. (1981). האדם מחפש משמעות: ממחנה הריכוז לאקזיסטנציאליזם, הוצאת דביר.

Arnold, L. E. (1993). Clinical pharmacological issues in treating psychiatric disorders in patients with mental retardation. *Ann. Clinical Psychiatry* 5:189-197.

Borthwick-Duffy, S.A. (1994). Prevalence of destructive behaviors. In *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment*, 3-23 (ed. T. Thompson & D.B. Gray). Sage: Thousand Oaks.

Ceci, S.J. (1986). *Handbook of Cognitive, Social, Neuropsychological Aspects of Learning Disabilities*. Hillsdale N.J.: Elbaum.

Chamberlain, L., Chung M.C., & Jenner, L. (1993). Preliminary findings on communication and challenging behaviour in learning difficulty. *The British Journal of Developmental Disabilities*, Vol. XXXIX, July, 77, 118-125

Cunningham, C. E., Bemner, R. & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programmes for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (7), 1141-1159.

Einfeld, S.L., Tonge, B.J. (1996) Population Prevalence of Behavioural and Emotional Disturbance in Children and Adolescents with mental retardation. 2. Epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol 40, part 2, 99-109.

Elgie, S. & Hastings R. P. (2002). *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 37(2), 202-208

Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13, 38-44.

Emerson, E. (1995) *Challenging Behaviour. Analysis and Intervention in People with Learning Difficulties*. Cambridge: Cambridge University Press.

Fuchs, C. & Benson B. A. (1995.) Social information processing by aggressive and non-aggressive men with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 100 (3), 244-252.

Hagerman, R. (1999). Fragile X Syndrome. "Neurodevelopmental disorders: Diagnosis and Treatment." New York: Oxford University Press, 61-132.

Kern, C. A. (1999). Psychopharmacotherapy for People With Profound and Severe Mental Retardation and Mental Disorders, in Wieseler, N. A. & Hanson (Eds.) *Challenging Behavior of Persons With Mental Health Disorders and Severe Developmental Disabilities*. Gary Siperstein Editor, AAMR, pp.103-112.

Mahoney, W. (2002). Dual Diagnosis in Children, In Griffiths, D. M. , Stavrakaki, C. & Summers, J.(Ed.) *Dual Diagnosis: an Introduction to the Mental Health Needs of Persons with Developmental Disabilities*. Habilitative Mental Health Resource Network, Ontario, pp. 483-508.

Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.

Rojahn, J., Aman, M.G., Matson, J. L., Mayville, E.(2003). The Aberrant Behavior Checklist and the Behavior Problems Inventory: convergent and divergent validity *Research in Developmental Disabilities, Volume 24, (5), , pp. 391-404*.

Shapiro, M., Parush, s., Green, M., & Roth, D. (1997) The efficacy of the "Snoezelen" in the reduction of maladaptive behavior and facilitation of adaptive behavior in children with mental retardation. *The British Journal of Developmental disabilities, 43 (2), 142-153*.

Schroeder S. R., Reese, R. M., Hellings, J. , Loupe, P. and R. E. Tessel, (1999). The Causes of Self-Injurious Behavior and Their Clinical Implications , In Wieseler, N. A. , Hanson R. H. and Siperstein, G. (Eds.). *Challenging Behavior of Persons With Mental Health Disorders and Severe Developmental Disabilities*. American Association on Mental Retardation. Washington. 65-88.

Stein D. J., Keating J., & Zar, H. (1993). Compulsive and impulsive symptoms in Prader-willi syndrome. *Abstract in New Research (NR 33)*. Annual Meeting of the American Pschiatric Association, San Francisco, CA.

Tate B.G., Baroff G.S. (1966). Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy. *Behav Res Ther*, **4**, 281-287.

Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.

Zarakowska , E. and Clements, J. (1994). *Problem Behaviour and People with Severe Learning Disabilities: The S.T.A.R. Approach*. London: Chapman and Hall.

רשימת אתרים מומלצים

אריה סעדה - הטיפול התרופתי בתוקפנות בקרב פרטים עם תסמונת ה-X השביר
<http://www.abiliko.co.il/index2.php?id=1899&lang=HEB>

Scope - Challenging behaviour
<http://www.scope.org.uk/Support/Parents/Behaviour/What-is-challenging-behaviour>

The Challenging Behavior Foundation
<http://www.thecbf.org.uk>