

19.01.17

סיכום מאמר- התנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם

מוגבלות שכלית התפתחותית¹

**מאמרו של דר' בני הוזמי, מתוך אסופת המאמרים "משילוב להשתלבות" (2011),
בעריכת דר' מאיר חובב ודר' בני הוזמי בהוצאת בית איזי שפירא.**

המאמר סוכם על ידי מכלול – יחידת המחקר והערכה של קרן שלם באישורו של המחבר.

תקציר

התנהגות מאתגרת הינה נפוצה בקרב ילדים ומבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, ולכן חשוב להבין את מקורה ואת דרכי הטיפול האפשריים. המאמר מתאר מהי התנהגות מאתגרת וסיבות אפשריות להתרחשותה וגישות טיפוליות שונות. התנהגות מאתגרת הינה התנהגות חריגה, תכופה וממושכת אשר יכולה לגרום לפגיעה באדם עם מוגבלות שכלית או סביבתו, שהצוות המטפל יכול להתמודד עמה. התנהגות מאתגרת מקורה בצורך לא ממומש, אשר מוביל לדחק ותסכול המובילים לביטויים שונים של התנהגות מאתגרת.

ביטויים של התנהגות מאתגרת

פגיעה עצמית- יכולה להיות בעלת מרכיב פיזיולוגי (גנטי- נפוץ יותר בתסמונות מסוימות; גרימת תחושת עוגג זמנית בעקבות שחרור אנדורפינים; הפרעה בפעילות המוחית; מחזור הווסת; תחושת כאב של האדם עם מוגבלות שאינו מסוגל להביעה באופן אחר), מרכיב סביבתי (קבלת תשומת לב; צורך בשליטה; דיסוציאציה בעקבות פגיעה מינית) או מרכיב אידיאליסטי (הקלה זמנית על לחץ וחרדה בעקבות עיסוק בכאב הפיזי). **טיפול בפגיעה עצמית-** מניעה על-ידי חיפוי ידיים/ראש או השמה בחדר עם משטחים ממוגנים, השגחה מוגברת, סיוע בשיפור יכולת תקשורתית, פסיכותרפיה במקרים קלים והחזקה טיפולית. ניתן גם לטפל תרופתית במקרים חריגים בהתאמת טיפול על-ידי גורם מוסמך לכך.

¹ במאמר המקורי המחבר משתמש במונח "פיגור שכלי", זאת משום שהמאמר נכתב טרם שינוי המינוח המקובל בישראל ל"מוגבלות שכלית התפתחותית" בשנת 2012.

התנהגות אימפולסיבית תוקפנית- מאופיינת בהתקפי זעם ונפוצה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, ושכיחה יותר בתסמונות מסוימות (למשל תסמונת X שביר) ויכולה לנבוע מגורמים פיזיולוגיים ונורולוגיים (כאב מתמשך, קושי בתקשורת, פגיעות נורולוגיות או חוסר איזון הורמונלי), גורמים סביבתיים (צורך בשליטה, גירוי סביבתי מפריע, צורך בתשומת לב, קושי בהתמודדות עם שינויים והתנגשות בין רצונות וצרכים) או גורמים אידיוסינקראטיים (תחושת קיפוח, דחק, קנאה וחוסר אונים).

טיפול בגילויי אלימות- מקובלים טיפול התנהגותי, חינוך חברתי מיני, ושיפור מיומנויות תקשורת. ניתן לטפל גם באמצעות החזקה טיפולית אך שיטה זו יותר שנויה במחלוקת וצריכה להיעשות רק בהסכמת האפוסטרופוס של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ובנוכחות גורם מטפל נוסף.

הגישות הטיפוליות המוצגות במאמר

הגישה הרפואית- טוענת כי התנהגות מאתגרת מקורה בחוסר איזון כימי או כתוצאה מכאב פיזי (כאשר היא מופיעה באופן פתאומי וללא שינוי סביבתי או חברתי). הטיפול בגישה זו הינו יעיל במיוחד בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה או עמוקה, ותיעשה בשילוב עם התערבות חברתית-סביבתית. בשל תחלואה כפולה ורגישות מוגברת לתופעות לוואי של תרופות ולפעולתן הרצויה ביחס לאוכלוסייה הכללית יש להתאים את הטיפול על-ידי פסיכיאטר המוסמך לטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

הגישה התחושתית- טוענת שהמקור להתנהגות מאתגרת הוא קושי בויסות חושי (תת-תחושתיות תוביל לרוב לפגיעה עצמית או תוקפנות כלי הזולת ואילו תחושתיות יתר לרוב תוביל להימנעות). הטיפול בגישה זו דוגל בהתאמת "דיאטה סנסורית" כלומר הפחתת הגירויים המפריעים והגברת גירויים המסייעים לתפקוד מיטבי. דוגמה לטיפול לפי גישה זו היא שימוש בחדר "סנוזלן".

הגישה ההתנהגותית- רואה בהתנהגות מאתגרת תוצר של למידה מתוך חיזוקים אישיים וסביבתיים. בגישה זו מבצעים "ניתוח יישומי של התנהגות" וחיזוק התנהגויות רצויות. חיזוק חיובי מחזק התנהגות רצויה וחיזוק שלילי מחזק התנהגות לא רצויה. החיזוק החיובי חייב להניתן באופן מיידי על מנת לחזק את ההתנהגות הרצויה. לפי גישה זו צורך שלא נענה גורם לתסכול אשר מוביל להתנהגות מאתגרת לצורך מימוש צורך זה. הטיפול בגישה זו מבוסס על ניתוח הסיטואציה בו ההתנהגות המאתגרת הופיעה והבנת הרווח המשני שלה (למשל קבלת תשומת לב בעקבות התפרצות זעם, המהווה חיזוק שלילי) ויצירת מערך חיזוקים חיוביים חלופיים להתנהגויות רצויות, תוך מתן חיזוקים אלו באופן מיידי ועקבי.

הגישה הקוגניטיבית- טוענת שהפירוש שלנו למצבים שונים מושפע מניסיון קודם ואמונות, כך שכאשר ישנה התרחשות מופעלות אמונות ואנחנו פועלים בהתאם. זהו הבסיס לטיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT). לפי גישה זו יש לצמצם את היכולת של האדם לפרש גירויים באופן שלילי ולספק חוויות חיוביות. הטיפול בגישה זו מבוסס על התחקות אחר תבניות חשיבה שליליות וסיפוק תבניות חשיבה חיוביות חלופיות בהתאם לרמתו

הקוגניטיבית של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית. כמו כן, יש חשיבות בהעברת מסרים ברורים ובעלי הסבר ס'בתי.

פסיכותרפיה והגישה הפסיכודימנית - גישה זו מתייחסת להתנהגות מאתגרת כתוצר של אינטראקציה בין רצונות ודחפים של האדם לבין מגבלות הסביבה והחברה, כאשר יחסי הפרט עם החברה מבוססים על יחסיו עם הוריו. טיפול לפי גישה זו אינו נפוץ בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית משום שהיא מצריכה יכולת הבעה גבוהה. ניתוח להתאים טיפול לפי גישה זו לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה עד בינונית תוך מתן עזרים לשיפור יכולת ההבעה (תקשורת חלופית תומכת, מלווה תקשורת ועוד), וכן שימוש בתרפיות אלטרנטיביות כגון תרפיה באומנות או במשחק, טיפול בבעלי חיים, פסיכודרמה ועוד.

המודל הפסיכו-חברתי - לפי גישה זו התנהגות מאתגרת מקורה בקושי בפרשנות חברתית של האדם עם מוגבלות שכלית, הן בהבנת המצב החברתי והן בהבעה עצמית. כמו כן, ישנו מעגל בו אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית החווים דחייה חברתית יגיבו תוך התפרצויות זעם או "הלשנה" לממונים אשר יגבירו את הדחייה החברתית כלפיהם. הטיפול לפי גישה זו מבוסס על דיאלוג המותאם לרמתו הקוגניטיבית של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, תוך פיתוח מיומנויות חברתיות ותקשורתיות, וסיפוק אינטראקציות חיוביות המעודדות למידה.

גישת הפסיכולוגיה ההומניסטית - טוענת שהתנהגות מאתגרת מקורה בצרכים בסיסיים לא ממומשים, כאשר בין צרכים אלו נמנים הצורך באהבה ושייכות, בחירה, מימוש עצמי והערכה עצמית. כאשר צרכים אלו לא נענים האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית יפגין התנהגות מאתגרת כקריאה לעזרה, כאשר הרווח המשני של ההתנהגות אמור למלא את הצורך הלא ממומש. לפי גישה זו על המטפל להתמקד בסיבה הפנימית בגינה ההתנהגות המאתגרת מופגנת ולא מדוע היא מופגנת כלפיו. הטיפול לפי גישה זו מתמקד במתן פתרון חלופי למימוש הצורך שלא נענה, כך שלא יהיה צורך בהפגנתה. כמו כן, הקצאת תפקיד בעל משמעות לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, בהתאם ליכולותיו, על מנת לממש צרכים של מימוש עצמי, הערכה עצמית ושייכות.

הגישה התקשורתית - טוענת שהתנהגות מאתגרת מקורה בקושי תקשורתי של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, בהבנת מסרים מהחברה והבעה עצמית, כאשר קשיי הבעה גורמים לתסכול משום שהאדם אינו מובן על-ידי החברה וחוסר הבנה של מסרים יכולה להוביל להתנהגות שאינה רצויה על-ידי החברה. טיפול לפי גישה זו דוגל בהעברת מסרים חד משמעיים ושיפור יכולות התקשורת של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית באמצעות עזרי תקשורת כגון לוחות תקשורת תומכת חלופית.

אבני יסוד בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת

- אלימות יכולה להיות תוצר של "אילמות" - קושי הבעתי. לכן יש להתייחס להתנהגות מאתגרת כהתרעה על צרכים בלתי מסופקים או מחאה. נוכל לדעת מהו הצורך הלא ממומש על ידי בחינה מהו הרווח המשני של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית מהתנהגותו המאתגרת ולספק לו דרכים חלופיות לקבל רווחים אלו.
- כאשר מנתחים אירוע של התנהגות מאתגרת יש לשים לב מה קדם לאירוע (גירוי סביבתי מעורר דחק/מחלה או כאב וכו'), מה הייתה התגובה של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ומה קרה לאחר האירוע, כלומר מה היו רווחיו המשניים. כמו כן, חשוב לנסות להפחית את הגירויים המובילים להתנהגות מאתגרת מתוך תפיסה שמניעה עדיפה על התמודדות.
- התנהגות היא תגובה לגירוי חיצוני או פנימי של האדם, ועלולה להיות תגובה לגורם המטפל (תחושת, תקשורת או פיזי), אז נראה דפוס התנהגות שונה עם מטפלים שונים.
- לעיתים מקור התסכול הוא "העברה", הפניית צורך רגשי באופן בלתי מודע לגורם מטפל. חוסר מודעות והבנה של הגורם המטפל עלולה לגרום לתסכול.
- נוקשות, התבצרות והתנהגות כפייתית הן ביטוי לחרדה, ויש לבחון מה מקורה.
- יש להימנע מענישה או הגבלה פיזית, ולהעדיף חיזוק של התנהגות רצויה על פני ענישה בעקבות התנהגות לא רצויה.
- יש לעודד בחירה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.
- חשוב לפתח לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית יכולת תקשורתית מספקת להבעת צרכיו (באמצעות ריפוי בדיבור, תת"ח ועוד).
- חשובה עקביות ועבודת צוות בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת.
- חשוב לשמור על כבודו של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית.
- טיפול תרופתי הינו מוצא אחרון לטיפול ומיתון התנהגות מאתגרת.
- יש להימנע מהזכרת התנהגות מאתגרת של אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בפני חבריו למסגרת, על מנת לא לעודד דחייה חברתית.
- יש לוודא כי ישנם נהלים ברורים להתמודדות עם התנהגות מאתגרת במסגרת, על מנת להפחית את חוסר העונים של הצוות במצבים אלו.
- שכיחות התנהגות מאתגרת פוחתת עם הגיל אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמה קלה. הופעת התנהגות מאתגרת בגיל מבוגר מצריכה הערכה נוירולוגית לשלילת התפתחות שיטיון או הפרעה נוירולוגית אחרת.

סיכום

1. מבוא

התנהגות מאתגרת בקרב ילדים ובוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הינה נפוצה מאוד, ונמצא בעבר כי היא קיימת אצל כשליש מאוכלוסיית הצעירים והבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בארץ. עד לפני כשני עשורים התנהגות מאתגרת תוארה כ"בעיית התנהגות" ואף היו מקצים מטפל צמוד למי שהוגדר כבעל בעיות התנהגות. עם זאת, בעשור האחרון ישנה מגמה של מעבר לשימוש במונח "התנהגות מאתגרת", הכוללת בתוכה מגוון של התנהגויות אינטנסיביות בלתי רצויות שעלולות לפגוע באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית או בסביבתו, עמן צריך המטפל להתמודד על מנת לשפר את איכות חייו של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

המאמר מתאר מגוון התנהגויות מאתגרות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית לפי שיטות טיפול ותפיסות מקצועיות שונות. מטרתו היא לפתח לצוות המטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית התייחסות להתנהגות זו כ"שפה" באמצעותה האדם מביע קושי או צורך, במקום לנסות רק להפסיק את ההתנהגות המאתגרת.

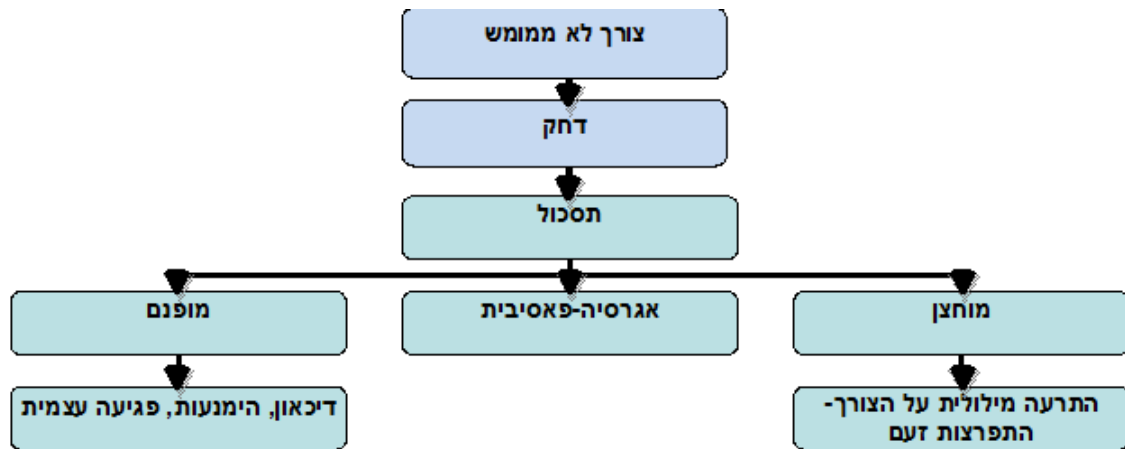
2. התנהגות מאתגרת- מהי?

אמרסון (Emerson, 1995) תיאר התנהגות מאתגרת כהתנהגות חריגה תלוית-תרבות, תכופה וממושכת ושיכולה להוביל לפגיעה באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית או סביבתו, ואשר הצוות המטפל יכול להתמודד עמה. זרקובסקה וקלמנטס (Zarkowska & Clements, 1994) מציינים כי ההתנהגות עצמה או חומרתה אינם תואמים את הגיל הכרונולוגי או ההתפתחותי של האדם ומסכנת אותו ו/או את סביבתו, פוגעת ביכולת הלמידה שלו וגורמת לדחק ממשך בקרב המטפלים.

בעבר חוברו מספר שאלונים שונים להערכת התנהגות מאתגרת, אחד העדכניים שבהם הוא השאלון של אלג'י והסטינג (Elgie & Hastings, 2002) שמבחין בין התנהגות מאתגרת שעלולה לפגוע באדם עצמו לעומת אלו שעלולות לפגוע בסביבתו (רשימה מלאה מופיעה במאמר המלא המצורף באתר). במחקרם הם מצאו כי המטפלים מתייחסים להתנהגויות שעלולות לפגוע באדם עצמו כפחות מאתגרות לעומת התנהגויות שעלולות לפגוע בסביבתו והמצריכות התערבות מומחה. יחד עם זאת, חשוב לזכור שגם התנהגות שאינה פוגעת בסביבה יכלה לפגוע באיכות חייו של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, מחשש לפגיעה פיזית, דחייה חברתית וקושי של הצוות המטפל לגלות כלפיו אמפתיה.

3. מאפיינים של התנהגות מאתגרת

פרק זה מתמקד בפגיעה עצמית ובהתנהגות אימפולסיבית ותוקפנית בכוללת התפרצויות זעם, אשר מהווים ביטויים שונים של תסכול- הפניית התסכול כלפי חוץ בהתפרצות זעם לעומת כלפי פנים בפגיעה עצמית. לפיכך, מוצג מודל להתהוות התנהגות מאתגרת:



3.א. פגיעה עצמית

זהו ביטוי נפוץ להתנהגות מאתגרת, והוגדר כפעולות שהאדם מכוון נגד עצמו וגורמות לנזק ברקמות (Tate & Baroff, 1966). המניע להתנהגויות אלו יכול להיות פסיכולוגי או פסיכולוגי.

גורמים פיזיולוגיים

- קיים מרכיב גנטי בחלק מהתסמונות (תסמונת X שביר, פראדר-וילי, לש-ניהן, תסמונת רט ועוד) המתבטאים בהתנהגויות חריגות הכוללות פגיעה עצמית.
- התנהגות של פגיעה עצמית משחררת אצל האדם אנדורפינים הגורמים לתחושת עונג ואופוריה זמנית.
- פגיעה עצמית יכולה לבטא הפרעה בפעילות המוחית במוח, כפי שנמצא ברישום EEG בזמן התנהגויות אלו. הפרעה זו נקראת sub-clinical seizures (התקפים תת-קליניים).
- מחזור הווסת נמצא קשור לביטויי פגיעה עצמית בקרב נשים עם מוגבלות שכלית, בעיקר בשלב גדילת הזקיק.
- תגובה לכאב, למשל חבטות באוזן יכולות לנבוע מכאב של דלקת אוזניים תיכונה, כאבי שיניים הגורמים להטחת הראש או אזורי גוף בקיר או צרחות.
- גרייה עצמית או ביטוי לתסכול עקב עודף גרייה במקרים של ליקויים חושיים (תת-תחושה או רגישות-יתר).

גורמים סביבתיים

קשיים בהבעה ותקשורת הגורמים לתסכול, אמצעי לקבלת תשומת לב מהסביבה, בריחה מהתמודדות עם מטלות, צורך לשליטה בגוף ובסביבה, ניתוק שיזכי (דיסוציאציה) מהגוף בעקבות פגיעה או ניצול מיני (מקושר לשחרור האנדורפינים בגוף הגורמים לתחושת הקלה ושחרור).

גורמים אידיאליסטיים

פגיעה עצמית יכולה לגרום להקלה זמנית על לחצים וחרדה, לגרום לתחושת חיות או קיום או תחושה בכלל, החצנת תחושת כאב פנימית ולאפשר עיסוק בכאב החיצוני הפיזי במקום בכאב הרגשי-פנימי. בעבר נמצא כי התנהגות זו יכולה להופיע כבר בגיל שנתיים, מתגברת בגיל ההתבגרות ודועכת בזקנה (Borthwick-Duff, 1994).

טיפול בביטויים של פגיעה עצמית

פגיעה עצמית כאמור מסכנת את האדם המפגין התנהגות זו, אך גם מסיבה תסכול וחרדה לצוות המטפל. כיום נהוג למנוע התנהגות זו על ידי חיפוי איברים מועדים לפגיעה באמצעות גרביים, כפפות, חבישה קסדות וכן ריפוד קירות ומשטחים אחרים. כמו כן, נהוגה השגחה אינטנסיבית יותר עם מטופלים אלו. שיטות נוספות למניעת פגיעה עצמית הן התערבות התנהגותית המחזקת הימנעות מפגיעה עצמית ושיפור מיומנויות תקשורתיות, למשל באמצעות תקשורת תומכת חלופית (תת"ח). גם פסיכותרפיה מותאמת לרמה התפקודית יכולה לסייע במקרים מסוימים. ישנם מקרים גבם בהם נעשה שימוש בהחזקה מכילה (holding). קיים גם היצע של תרופות אשר יכולות לסייע בתופעה, אך חוקרים מציינים כי עדיין רחוקים ממצאת פתרון טיפולי תרופתי לבעיה זו על כל פניה (Schroder et al., 1999).

3.ב. התנהגות אימפולסיבית תוקפנית

התנהגות המאופיינת בפרצי זעם, השלכת חפצים או הכאה, נפוצה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. התנהגות זו שכיחה בילדים ומבוגרים עם תסמונת X שביר (30%), ככל הנראה על בסיס קושי בשליטה בדחפים, תגובתיות יתר לגירויים ואי יציבות במצבי רוח המאפיינים את התסמונת, ואלו אף מחריפים בגיל ההתבגרות ככל הנראה על בסיס שינויים הורמונליים (Hagerman, 1999). אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית נוטים להתפרץ כאשר שינויים ומעברים נעשים סביבם במהירות, במצבי דחק ובמצבים בהם הם שים חסרי אונים. ככל שגיל האדם עולה כך יכולת הסביבה למנוע את ההתנהגות ולרסן אותה יורדת. הגורמים להתפרצויות זעם דומה לסיבות לפגיעה עצמית, כאשר כאן התסכול מופנה כלפי חוץ ולא כלפי העצמי.

גורמים פיזיולוגיים ונוירולוגיים

כאב מתמשך, קושי תקשורתי, פגיעות נוירולוגיות או מצבים אורגניים אחרים כגון פעילות יתר של בלוטת התריס.

גורמים סביבתיים

צורך בשליטה, גירוי סביבתי מפריע, צורך בתשומת לב, קושי בהתמודדות עם שינויים והתנגשות בין רצונות וצרכים.

גורמים אידיאליסטיים

תחושת קיפוח, קנאה, דחק וחוסר אונים, קושי להכין ביקורת.

הטיפול בגילוי תוקפנות

לפי "מעגל האלימות" של ווקר (1979) אלימות מתחילה מעליית מתח בשל צבירת כעסים, המובילה להתפרצות ולאחר מכן רגיעה חרטה ופיוס. זיהוי סימנים מוקדמים יכול לסייע במניעת ההתפרצות. כיום מקובל לטפל באמצעות טיפול התנהגותי, חינוך חברתי-מיני ושיפור מיומנויות תקשורת.

"החזקה טיפולית" (holding) הינה שיטה שנויה במחלוקת בה מחזיקים את המטופל באופן תקיף אך לא תוקפני, תוך ליווי במלל מרגיע ומכיל מצד המטפל, על מנת לרסן אותו ולמנוע ממנו לנהוג באלימות כלפי האחר, בכדי למנוע את המשבר או החרפתו (דובדבני וארבל, 1998). מתנגדים לגישה זו טוענים כי במצבי דחק המטפל עלול לאחוז במטופל מתוך זעם עד כדי הכאבה, וכן כי מתעוררת דילמה אתית בנוגע ללגיטימציה להגביל את תנועתו של המטופל (חגי, 2004).

החזקה טיפולית יכולה לסייע להורים עם ילדיהם בגיל הרך, או למטפלים באישור ההורים לילדים בגילאים צעירים, ויכולה להתרחש אך ורק בנוכחות גורם מטפל נוסף. האחיזה תסתיים כאשר המטופל רגוע לגמרי. יש להגדיר מראש עם ההורים באילו מצבים נשתמש באחיזה טיפולית.

במקרים בהם החזקה טיפולית אינה מסייעת יש לפנות לאבחנה רפואית והתאמת טיפול תרופתי למיתון ההתנהגות הלא רצויה.

4. התנהגות מאתגרת בראייה רב תחומית

בעבר הייתה נהוגה גישה של עיצוב התנהגות, אך בעקבות תביעת שוויון הזדמנויות מצד אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, יש צורך במעבר לדרכי טיפול רגשי מונגש גם בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת, כך שהאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית יוכל להבין את המקור להתנהגות המאתגרת ולאמץ דרכי התנהגות מסתגלות יותר. שינוי זה מצריך אמפתיה והכלה כלפי האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית כמו גם חשיבה יצירתית להתמודדות עם ההתנהגות המאתגרת.

4.א. הגישה הרפואית

מתייחסת להתנהגות מאתגרת כביטוי של חוסר איזון כימי, בעיה נוירולוגית או מחלה ניוונית של המוח, או התנהגות אופיינית של תסמונת הקשורה לאבחנה גנטית ספציפית, כלומר פנוטיפ גנטי². כך למשל התנהגות מאתגרת שכיחה פי 5 בקרב אנשים עם תסמונת דאון. מידע אודות התנהגויות אופייניות לתסמונות השונות חשוב בהבנת אילו בעיות מובילות לאילו התנהגויות מאתגרות ובחירת אסטרטגיות טיפול.

התנהגות מאתגרת יכולה גם להיות תופעה של כאב פיזי (כאב אוזניים, שיניים, עצירות ועוד). כאשר מופיע שינוי פתאומי בהתנהגות ללא שינוי בגורמים חברתיים או רגשיים אובייקטיביים יתעורר חדש לבסיס פיזי לשינוי.

² במאמר המלא מופיעה טבלה המפרטת מספר פנוטיפים גנטיים, בעמודים 9-10.

טיפול תרופתי בהתנהגות מאתגרת באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

הטיפול היעיל ביותר באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמת מוגבלות קשה עד עמוקה היא טיפול תרופתי בשילוב עם התערבות חברתית סביבתית. התאמת הטיפול התרופתי מורכבת בשל תחלואה כפולה של מוגבלות שכלית התפתחותית עם אבחנות רפואיות נוספות וכן משום שהטיפול פחות צפוי באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית לעומת האוכלוסייה הכללית (Arnold, 1993). ישנה רגישות גבוהה יותר לתופעות לוואי של התרופות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (Kern).

4.ב. הגישה התחושתית

מתייחסת להתנהגות מאתגרת כתוצר של קושי בויסות חושי, אשר יכולה לבוא לידי ביטוי בהימנעות או בתוקפניות כלפי הגירויים. רגישות יתר למגע לרוב תתבטא כהימנעות מהשתתפות בפעילות חברתית מחשש למגע, ואילו תת-תחושתיות למגע לרוב תתבטא כפגיעה עצמית או בזולת. כאמור, פגיעה עצמית לרוב קשורה בתחושת כאב. גם רגישות במערכות תחושתיות אחרות יכולות לבוא לידי ביטוי בהתנהגויות מאתגרות כמו רגישות יתר למראות, קולות וריחות ביחוד באנשים שאינם ורבליים ואינם יכולים לומר מה גורם להם לאי נוחות.

טיפול בבעיות התנהגות על רקע תחושתית

ישנה חשיבות להתאמת הסביבה החושית של האדם בהתאם לקושי התחושתית שלו, מעיין "דיאטה סנסורית" בה נמנעים מהגירויים המפריעים ומספקים גירויים שעוזרים לתפקוד מיטבי. תחום זה תזוהה עם ריפוי בעיסוק. גם טיפול באמצעות "סנוזלן" נמצא יעיל (Shapiro, Parush, Green & Roth, 1997).

4.ג. הגישה ההתנהגותית

הגישה ההתנהגותית (Behaviorism) רואה בהתנהגות מאתגרת תוצר של למידה מתוך חיזוקים אישיים (תחושתיים לדוגמה) וסביבתיים (תשומת לב לדוגמה), כלומר ההתנהגות מחוזקת על-ידי תוצאותיה. מודל הנשען על גישה זו הוא ניתוח יישומי של התנהגות (Applied Behavior Analysis- ABA). מודל זה דוגל בשיפור התנהגות בעלת חשיבות חברתית (אדלר, 2002). חיזוקים חיוביים מבססים התנהגות ואילו חיזוקים שליליים עוזרים לחניך בהימנעות מפעילות לא רצויה (למשל שחרור משימה בעקבות התקף זעם). חיזוק חיובי חייב להינתן מיד לאחר ההתנהגות הרצויה ולהיות משמעותי עבור מבצע הפעולה. בהתחלה האדם המחוזק מונע ממוטיבציה חיצונית בעקבות החיזוק ועם הזמן מפנים את ההתנהגות ומבין שהיא תורמת לו יותר מההתנהגות הלא רצויה.

לפי גישה זו תסכול אינו גורם ישיר להתנהגות מאתגרת, אלא תוצר רגשי של התנהגות לא מחוזקת (אדלר, 2002). למשל אם ניסיתי לקבל תשומת לב ולא קיבלתי אחווה תסכול ואז הפגין במחאה, אלימות או זעם. בעבר חשבו שהתעלמות וענישה יעילים בהכחדת התנהגות לא רצויה, אך היום נותנים העדפה לחיזוק חיובי להתנהגויות רצויות.

התערבות התנהגותית בהתנהגות מאתגרת

הגישה דוגלת ש"התנהגות מחוזקת על-ידי תוצאותיה", לכן יש למצוא גורמים מחזקים ומכחידיים, באיזה הקשרים התנהגויות לא רצויה מופיעה (אנשים/אירועים/גירויים שונים). כמו כן צריך להבין מה הרווח המשני

של האדם בעקבות ההתנהגות המאתגרת, מהם החיזוקים השליליים שהוא מקבל (למשל חניך שמתפרץ כדי לחוש "גיבור" ניתן לו לעזור בדברים שיגרמו לו להרגשה זו במקום). חשוב לבנות מערך חיזוקים משמעותי לאדם, תוך התייעצות עם כלל הגורמים המטפלים בו, ולתת את החיזוקים החיוביים באופן עקבי ומיידי ולהתעלם מההתנהגות שלילית. יש חשיבות רבה להתמדה, עקביות ואורך רוח.

4.ד. המודל הקוגניטיבי

זוהי הרחבה לגישה ההתנהגותית, הטוענת שבין הגירוי לתגובה נמצא אדם חושב, בעל אמונות וניסיון. אמונות וניסיון קודם משפיעים על פירוש הגירויים בו הוא נתקל. באופן בו אנחנו מפרשים את הגירוי מעצב את החוויה בחיובית או שלילית. לפי אליס (1957) אירוע מפעיל (A=activating event) מעורר אמונות (B=beliefs) המכתיבות תגובות רגשיות של האדם (C=consequences). התיאוריה שלו היא הבסיס לטיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT).

לפי גישה זו התנהגות מאתגרת היא תוצר של פרשנות האדם לגירוי שנתפס כשלילי. כך למשל אמירה כמו "רד מהכיסא" יכולה להיתפס כחיובית (דאגה) או שלילית (הגבלה), ולכן צריך להוריד את המקום לספק באשר לכוונה והפרשנות (למשל "אני דואג לך, תרד מהכיסא"). לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הרבה תבניות שליליות בעקבות דחייה ותיוג, ולכן על המדריך לספק חוויות שיתפרשו באופן חיובי ובלתי משתמע לשני פני, כלומר בניית חוויה מתקנת.

התערבות קוגניטיבית בהתנהגות מאתגרת

המטרה בטיפול זה היא להתחקות אחר תבניות חשיבה שליליות של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ולהציע לו תבניות חשיבה חלופיות, תוך התייחסות לרמתו הקוגניטיבית. לאחר שהאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית הגיע למצב של רגיעה בתום משבר יש ליזום מולו שיחה המתמקדת באופן בו הוא פירש את הגירוי (אמירה או סיטואציה) שהובילו להתנהגות המאתגרת, כאשר הגישה טוענת שמצבי משבר נוצרים מחשיבה מכלילה (למשל "כולם לא אוהבים אותי"). בנוסף, חשוב שהצוות המטפל יעביר מסרים ברורים שאינם ניתנים לפרשנות כפולה ושמתיאמים לרמתו של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית וככל הניתן אשר מבהירים סיבתיות (למשל, "גש לשולחן לאכול, זה לא נעים לאכול שאריות", בניגוד ל"כמה פעמים צריך להזכיר לך שעכשיו אוכלים!")

4.ה. פסיכותרפיה והגישה הפסיכודינמית

גישה זו מתייחסת להתנהגות מאתגרת כתוצר של אינטראקציה בין רצונות ודחפים של האדם לבין מגבלות הסביבה והחברה. לפי פרויד לאדם ישנם שני דחפים מולדים- הארוס הוא הדחף לחיים המכוון לעשייה הגשמה ויצירה ואילו הטנטוס הוא הדחף למוות המניע להרס, אלימות ותוקפנות כלפי העצמי והסביבה. לפי נוימאיר (1992) תוקפנות הינה מנגנון הגנה ברגעי דחק. לפי גישה זו יחסי הפרט עם זולתו מבוססים על יחסיו עם הוריו.

שיטת טיפול זו אינה נפוצה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, משום שהיא מצריכה יכולת הבעה גבוהה יחסית. עם זאת, יש גישות פסיכותרפיות יעילות בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית המאפשרות ערוצי הבעה מגוונים.

פסיכותרפיה והתנהגות מאתגרת

הטיפול אפשרי באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמה קלה עד בינונית, שהינם בעלי יכולת הבעה טובה, או כאשר ישנם קשיי תקשורת בתיווך מלווה תקשורתי. אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית יכולים להעזר בתרפיה באומנות, תרפיה במשחק, טיפול בבעלי חיים, פסיכודרמיה, תרפיה בתנועה ועוד.

4.1. המודל הפסיכו-חברתי

חוקרים רבים חושבים שקיים קשר בין חסר במיומנויות חברתיות והתנהגות אלימה, גם בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (Fuchs & Bensin, 1995). מיומנויות חברתיות כוללות הבנה חברתית ושיפוט חברתי. אנשים רבים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חסרים ביכולות חברתיות, לעיתים בגלל הימצאות בסביבה מתוכננת ולעיתים בשל עיכוב התפתחותי.

אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית החווים דחייה חברתית עלולים להגיב בהתפרצויות זעם או ב"הלשנה" לממונים, התנהגויות אשר עלולות להגביר את הדחייה החברתית.

התערבות חברתית בגילויי התנהגות מאתגרת

כיוון שאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חשופים למצבים מעוררי דחק- לעג, כינויי גנאי, אפליה, על בסיס יומי. כיום רווחת הדעה שאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית אינם יכולים לקחת חלק בטיפול המבוסס על דיאלוג, אך יש מקום להתאים עבורם שיח טיפולי תומך ולהתאים את הטיפול לרמתם הקוגניטיבית.

חשוב גם לפתח מיומנויות חברתיות, ואינטראקציות בינאישיות חיוביות כדי למתן את ההתנהגות המאתגרת. ניתן לטפל בטיפול פרטני או קבוצתי תוך הצעת חלופות להתנהגות המאתגרת.

4.2. גישת הפסיכולוגיה ההומניסטית

לפי גישה זו יש חשיבות לסיפוק צרכיו של האדם, החל בצרכים בסיסיים-קיומיים וכלה בצרכים גבוהים יותר כמו הגשמה עצמית (Maslow, 1954). בין צרכים אלו נכללים הצורך באהבה, שייכות, בחירה, מימוש פוטנציאל ומציאת משמעות קיומית (פרנקל, 1981). כמו כן, האדם זקוק לאהבה עצמית והכרה בערך עצמי על מנת להצליח לקיים יחסים בינאישיים קרובים על מנת להצליח לחוות השתייכות (פרום, 1956). תפיסה עצמית שלילית שעלולה להיות לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית יכולה לעורר תסכול והעשר הזדמנות למימוש עצמי.

כמו כן, אנשים רבים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חיים בסביבה מוגנת בה יכולת השליטה הינה חיצונית, הם חסרי יכולת בחירה. הקונפליקט בין הרצון הפנימי של האדם לשלוט בחייו לבין הגבלות בידי גורמים חיצוניים עלולים לגרום למחאה אקטיבית או פסיבית-אגרסיבית.

לפי גישה זו התנהגות מאתגרת הינה קריאה לעזרה למימוש הצרכים הלא ממומשים- פגיעה עצמית מתוך צורך בתשומת לב, אהבה, הכלה ושייכות; הסתגרות והימנעות מתוך הערכה עצמית ירודה וצורך במימוש עצמי; נוקשות והתבצרות מתוך חוויה של איום על סיפוק צרכים קיומיים או חרדה. מטפלים צריכים אפוא לא לדון בשאלה מדוע החניך "עושה להם" דווקא, אלא לבחון "מה מאיים" עם המצב הקיומי של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית. כאשר מסיתים את המוקד לסיבה בגינה האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית מפגין התנהגות מאתגרת קל יותר למצוא מוצא חיובי.

הטיפול בבעיות התנהגות לאור הגישה ההומניסטית

חשוב להבין על איזה צורך ההתנהגות המאתגרת עונה, ולמצוא דרכים לענות על הצורך בצורה חלופית וחיונית, למשל אם האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית רוצה תשומת לב והערכה אז נשאף לשבח על התנהגות חיובית וכך לענות על הצורך הקיומי שלו. כמו כן, חשוב למצוא את הכוחות והיכולות של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ולעזור לו לממש אותן, כך מתוך חוויה של הגשמה תפחת הדרישה לקבלת תשומת לב, כבוד והערכה בדרכים לא רצויות. בתוך כך, יש להקפיד על גילויי "הערכה משקפת" על עשייה חיובית או גילוי אחריות.

כאשר אנו פוגשים בהתנהגות של התבצרות יש להבין שמדובר בניסיון לשמור על הקיים מתוך קושי בחשיבה אלטרנטיבית, ועל כן עלינו לספק לאדם פתרון חלופי ואפשרויות בחירה. אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, כמו אנשים אחרים, מגיבים טוב להקצאת תפקיד שהינו משמעותי עבורם. הקצאת תפקיד ואחריות מאפשרים לאדם להגשים את עצמו, לחוות שייכות, כבוד והערכה אשר מממנים את תחושת התסכול. חשוב לעזור לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית לממש את הפוטנציאל האישי שלו.

4.n. המודל התקשורתי

ליקויים בתחום התקשורת המאפיינים אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית כוללים הבנה לקויה וחוסר הבנה של מסרים חברתיים וכן קשיים בהבעה. קשיי הבעה עלולים לעורר תסכול רב כיוון שהאדם אינו מובן ולכן צרכיו אינם מסופקים. בנוסף, הבנה לקויה של מסרים עלולה להוביל לתגובה שאינה רצויה על ידי החברה, למשל חוסר הבנה של איסור תתפרש כהוראה לביצוע פעולה במקום חוסר ביצוע.

טיפול בבעיות התנהגות על רקע תקשורתי

חשוב לתקשר עם האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית באופן שיהיה לו ברור ולוודא כי הבין את המסר. כמו כן, ניתן להעזר בהתאמת עזרים תקשורתיים (לוחות תקשורת, פלטים קוליים, שימוש בג'סטות או שפת הסימנים ועוד). כמו כן, חשוב להיות ערים לשלומי הפיזי של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ולוודא שאינו סובל מבעיה רפואית שאינה מצליח להסבירה באופן ברור.

5. אבני יסוד בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת

- אלימות יכולה להיות תוצר של "אילמות"- קושי הבעתי. לכן יש להתייחס להתנהגות מאתגרת כהתרעה על צרכים בלתי מסופקים או מחאה. יש לבחון מהו הרווח המשני של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית מהתנהגותו המאתגרת על מנת לספק לו דרכים חלופיות לקבל רווחים אלו.

- ניתוח התנהגותי של התנהגות מאתגרת צריך להיות ביחס לגילו ההתפתחותי של האדם, ועל רקע תרבותי.
- כאשר מנתחים אירוע של התנהגות מאתגרת יש לשים לב מה קדם לאירוע (גירוי סביבתי מעורר דחק/מחלה או כאב וכו'), מה הייתה התגובה של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ומה קרה לאחר האירוע, כלומר מה היו רווחיו המשניים.
- התנהגות היא תגובה לגירוי חיצוני או פנימי של האדם, ועלולה להיות תגובה לגורם המטפל (תחושת, תקשורת או פיזי), אז נראה דפוס התנהגות שונה עם מטפלים שונים.
- לעיתים מקור התסכול הוא "העברה", הפניית צורך רגשי באופן בלתי מודע לגורם מטפל. חוסר מודעות והבנה של הגורם המטפל עלולה לגרום לתסכול.
- חשוב לבחון את המאפיינים הסביבתיים (פיזיים וחברתיים) שקדמו להתנהגות המאתגרת. אם נמצא קשר ביניהם יש לשאוף להפחית גירויים המעוררים התנהגות מאתגרת אצל האדם, למשל שינוי הסביבה או העברת האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית לסביבה אחרת במידת האפשר, מתוך הבנה שמניעה עדיפה על התמודדות.
- נוקשות, התבצרות והתנהגות כפייתית הן ביטוי לחרדה, ויש לבחון מה מקורה.
- יש להימנע מענישה או הגבלה פיזית, ולהעדיף חיזוק של התנהגות רצויה על פני ענישה בעקבות התנהגות לא רצויה.
- יש לעודד בחירה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.
- חשוב לפתח לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית יכולת תקשורתית מספקת להבעת צרכיו (באמצעות ריפוי בדיבור, תת"ח ועוד).
- חשובה עקביות ועבודת צוות בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת.
- חשוב לשמור על כבודו של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית.
- טיפול תרופתי הינו מוצא אחרון לטיפול ומיתון התנהגות מאתגרת.
- יש להימנע מהזכרת התנהגות מאתגרת של אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בפני חבריו למסגרת, על מנת לא לעודד דחייה חברתית.
- יש לדאוג לצוותים להדרכה ראויה בהתמודדות עם התנהגות מאתגרת, שהיא אתגר גדול בעבודה.
- יש לוודא כי ישנם נהלים ברורים להתמודדות עם התנהגות מאתגרת במסגרת, על מנת להפחית את חוסר העונים של הצוות במצבים אלו.
- שכיחות התנהגות מאתגרת פוחתת עם הגיל אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמה קלה. הופעת התנהגות מאתגרת בגיל מבוגר מצריכה הערכה נוירולוגית לשלילת התפתחות שיטיון או הפרעה נוירולוגית אחרת.

6. סיכום

התנהגות מאתגרת הינה תכופה וממושכת, במסגרתה יכול להיפגע שלומו הגופני של האדם או הסביבה. מטרת הפרק להעמיק את ההבנה בגורמים להתנהגות מאתגרת ודרכי התמודדות עמה.

להתנהגות מאתגרת ביטוי רבים- אקטיביים ופסיביים, המופנים כלפי האדם עצמו או סביבתו. התמודדות יעילה מצריכה רצון, גמישות והבנה שההתנהגות המאתגרת פוגעת באיכות חייו של הפרט. שיטות ההתערבות שהוצגו מייצגות תפיסות פילוסופיות וטיפוליות שונות, אך כולן מכוונות לעזור לאדם לשפר את התנהגותו ולרכוש מיומנויות להבעת צרכיו. לא כל טיפול יתאים לכל אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית וכל מטפל- יש למצוא את מה שמתאים בדרך של ניסוי וטעייה. גישה חיובית של המטפל ואמונה בשינוי הינן אבני דרך משמעותיות בהתמודדות עם "התנהגות מאתגרת".

- רשימת המקורות המלאה מופיעה במאמר המלא המצורף באתר.