

---

# תכנית התערבות מוקדמת לילדים עם ADHD

אביבה דן

## תקציר

המאמר מציג ממצאי מחקר שבדק את השפעת תכנית ההתערבות לילדים בגיל הרך, בגיל 3-5 שנים, בעלי תסמינים של ADHD (הפרעות קשב וריכוז עם היפראקטיביות). אחד התסמינים העיקריים של ADHD הוא קושי בביצוע התנהגות של ויסות עצמי. תכנית ההתערבות, שניתנה באמצעות שיטות ייעוץ, נועדה לשפר את יכולת הילדים בגיל הרך לבצע התנהגות ויסות עצמי באמצעות אסטרטגיות פסיכו-פדגוגיות: למידה מתווכת (Feurstein, 1980) ו"פיגומים" (Vygotsky, 1962). המחקר השתמש בשיטות מעורבות המשלבות שיטות איכותניות וכמותניות ומחקר פעולה. הממצאים מראים שתכנית התערבות המותאמת לגיל הרך יכולה לסייע לילדים לשפר את ההתנהגות ואת הוויסות העצמי, ובכך לשפר את איכות הקשרים הבין-אישיים בין הילדים למטפליהם, כלומר, הגנות וההורים. שיפור זה יכול, בסופו של דבר, למנוע התפתחות של התנהגויות פסיכופתולוגיות בקרב ילדים בסיכון, להעצים את הגנות ואת ההורים ולשפר את יכולתם לתקשר ביעילות עם ילדים המראים התנהגויות של ADHD.

**מילות מפתח:** ADHD; התנהגויות מווסתות; קשרים בין-אישיים; למידה מתווכת; פיגומים; ייעוץ; תכנית התערבות; הגיל הרך.

## מבוא

הפרעות קשב וריכוז עם היפראקטיביות, ADHD, ידועה גם כתסמונת היפר קינטית (World Health Organization, 1992). הפרעת קשב וריכוז עברה גלגולים רבים מנוק מוחי ופיגור קל עד ילד היפראקטיבי, אולם בשלושים השנים האחרונות היא מוכרת ומזוהה רק כ-ADHD ונחשבת כתסמונת ההתנהגותית הנפוצה ביותר בילדות. לוקים בה 3-10 אחוזים מילדי בית הספר היסודי באירופה וארה"ב (American Psychiatric Association, 2000). מספר הילדים שהובחנו עם ADHD ממשיך לעלות מ-7.8 אחוזים ב-2003 ל-9.5 אחוזים ב-2007 ול-11 אחוזים ב-2011 (DSMV, 2013). ההגדרה האבחונית המקובלת ביותר ל-ADHD היא זו של (DSMV-TR, Diagnostic and Statistical Manual, 2013). התסמינים של ההפרעה המופיעים ב-DSMV כוללים טווח קשב מוגבל, התנהגות אימפולסיבית, הימנעות ממטלות שכליות הדורשות מאמץ ממושך, חוסר יכולת להקשיב למה שנאמר, קושי בארגון חפצים אישיים, דיבור בלתי פוסק, התפרצות בקול לפני התור, התפרצות, קושי באינטראקציות חברתיות. התסמינים צריכים להופיע לאורך תקופה ממושכת, וביותר מסביבה אחת. ילדים הפעילים באופן חריג אינם מסוגלים לשמר את טווח הקשב שלהם ואימפולסיביים במידה שאינה מתאימה לרמה ההתפתחותית מוגדרים כבעלי ADHD (Psychiatric Association, 2013).

הטיפול הנפוץ ביותר ל-ADHD הוא תרופות פסיכו-ממריצות. טיפול זה שנוי במחלוקת. התרופות הפסיכו-ממריצות לטיפול ב-ADHD כוללות מתילפנידט, דקסטרואמפטמין ותערובת מלחי אמפטמין. ממריצים אלה הם מעבירים בין-עצביים, וכולם מעודדים את העברת הדופמין. הטיפול התרופתי ניתן במקרים שיש פגיעה בתחום הרגשי, החברתי והתנהגותי, וכאשר הטיפול הפסיכולוגי-התנהגותי לא שיפר את יכולת התפקוד של הילד.

מאמר זה מדווח על תוצאות מחקר שהתמקד בזיהוי ADHD בילדות המוקדמת ובדק את ההשפעה של התנהגויות ADHD על איכות הקשרים הבין-אישיים של ילדים קטנים, הוריהם, והגננות שלהם. המחקר התבסס על הפילוסופיה המניעתית, ולפיה, באמצעות זיהוי והתערבות ממוקדת ניתן לשנות את ההתנהגויות הבעייתיות של ילדים עם ADHD, ובכך לשפר את היחסים הבין-אישיים של ילדים קטנים עם המבוגרים המשמעותיים בחייהם. איכות הקשרים הבין-אישיים חיונית להתפתחות נפשית בריאה.

אחד המאפיינים המרכזיים של ADHD הוא מחסור בוויסות עצמי. תכנית ההתערבות התמקדה ביישום אסטרטגיות למידה המתאימות לגיל הרך. למידה מתווכת ו"פיגומים" שימשו בסיס לתכנית ההתערבות, שהתמקדה בהגברת התנהגויות הוויסות העצמי בילדים הקטנים שהשתתפו בתכנית. ההנחה היא שהגברת התנהגויות הוויסות העצמי אצל ילדים קטנים תוביל לשיפור היחסים הבין-אישיים של הילדים עם המבוגרים המשמעותיים, כלומר הורים וגננות, וכן תשפר את הרווחה הנפשית של ילדים אלה. המאפיינים של ADHD נחשבים כארוכי-טווח, ומשפיעים על מתבגרים ומבוגרים. הילדות המוקדמת היא זמן חיוני למסלולי ההתפתחות, ולכן ההתערבות המוקדמת ואימוץ מוגבר של התנהגויות ויסות עצמי יסייעו לילדים בעלי מאפייני ADHD לפתח רמת גמישות גבוהה יותר ולהצליח יותר בהתנהגותם הסתגלנית.

המחקר הנוכחי בדק תוצאות של תכנית התערבות לילדי הגיל הרך בין הגילים 2-5 שנים, שהם בעלי תסמינים של ADHD (הפרעות קשב וריכוז עם היפראקטיביות).

## סקירת ספרות

לפי התאוריה האקולוגית שפותחה על ידי ברונפנברנר (Bronfenbrenner, 1986), ילדים קטנים מתפתחים בתוך מעגלים: בית ומשפחה, סביבות חינוכיות, קהילה מקומית, תרבות ומדינה. היחסים הברזומניים בין מערכות אלה יכולים להשפיע על התפתחות הילד. לכן, כאשר שוקלים ליישם תכנית התערבות, חיוני שהתכנית תיושם ברזומנית, הן בסביבת הבית והן בגן הילדים, כדי למקסם את אפשרויות ההשפעה.

כיוון שהם מתקשים להסתגל לפעולות יומיומיות, ילדים בעלי תסמיני ADHD עלולים לקבל תגובות שליליות מסביבתם (Taylor, 2004). משמעות הדבר היא שהילדים בגיל הרך בעלי ADHD יכולים לחוות לפחות חמש עד שש שנים של תגובות שליליות מסביבתם הקרובה, לפני קבלת התערבות מתאימה. לדבר יכולה להיות השפעה מזיקה מאוד על הדימוי העצמי ועל ביטחונם העצמי. הכניסה למערכת החינוך הפורמלית בגיל שש מהווה בדרך כלל מעבר קשה מאוד, בגלל הדרישות של החינוך הפורמלי, המוסיף דרישות שהן קשות לילדים בעלי ADHD, למשל לשבת בשקט ולהתרכז לאורך זמן.

הרצון למנוע תהליכים שליליים כאלה הניע את המחקר הנוכחי. בנוסף לקשיים האתיים הקשורים בחקר ADHD בגיל צעיר כל כך, ישנם גם קשיים מעשיים. ההתנהגויות של טווח ריכוז

קצר, אימפולסיביות ופעילות מוטורית נרחבת נחשבות לדפוסי התנהגות רגילים לילדים בגיל הרך. לכן, מתי יכול דפוס התנהגות זה להיחשב בעייתי? לפי ברקלי (Barkley, 1997), ההתנהגות הופכת בעייתית כאשר היא משפיעה על היכולת של הילד להסתגל לדרישות חיי-היום-יום. היכולת להסתגל לדרישות חיי-היום-יום מחייבת רמה גבוהה של ויסות עצמי. מחקר זה התמקד במרכיב של כישורי ויסות עצמי כדרישה מרכזית להסתגלות לשגרת יום-יום וכיכולת שאינה מפותחת מספיק בקרב ילדים בעלי ADHD (Barkley, 2007).

המחקר התבסס על ההנחה שזיהוי מוקדם של ילדים בעלי ADHD ויישום תכנית התערבות המיועדת לשפר את כישורי הוויסות העצמיים של הילד באמצעות אסטרטגיות למידה יעילות יוכל לעזור לילדים, מטפלים והורים על ידי שיפור האינטראקציות הבין-אישיות, ובכך להוות פעולת מנע מפני הסלמה בהתנהגויות בעייתיות. היתרון בתכנית הוא בכך שהיא ניתנת ליישום בקלות בשגרת היום-יום, ואינה מערבת גורמים מקצועיים, מלבד הגננת.

### מתודולוגיה

מחקר פעולה: שיטה לשיפור הפרקטיקה, הכוללת פעולה. לאחר מכן מיישמים שינויים בפרקטיקה, בהתאם להערכה ולמחשבה קריטית המבוססת על הנתונים שנאספו. זהו תהליך השתתפותי ושיתופי, והוא מיושם על ידי אנשים בעלי מטרה משותפת. פרדיגמת מחקר: צורת המחקר המתאימה ביותר למחקר הנוכחי היא דגם השיטות המעורבות, הכולל אינטגרציה של תוצאות כמותניות ואיכותניות.

### מטרות המחקר

המטרה ארוכת הטווח של המחקר הייתה לפתח את הבנת התופעה של ילדים קטנים המציגים התנהגויות של ADHD ואת האינטראקציות הבין-אישיות העדינות בין ילדים אלה למבוגרים המשמעותיים בחייהם, כלומר הגננות וההורים.

היעדים הבאים נבעו ממטרה זו:

- לבנות פרופיל של ילדים בגיל הרך שהציגו מאפיינים של ADHD.
- לבנות מודל התערבות של שיתוף פעולה בין-מערכתי כדי לשפר את התנהגות הוויסות העצמי של ילדים בגיל הרך.
- לספק להורים ולגננות כישורי אינטראקציה יעילים המתאימים לילדים המציגים התנהגויות של ADHD כדי לשפר את האינטראקציות הבין-אישיות של הורים וגננות עם ילדים בגיל הרך.

### שאלות המחקר:

- כיצד משפיעה הבעת מאפיינים של ADHD על הקשרים הבין-אישיים של ילדים בגיל הרך, הוריהם והגננות שלהם?
- האם ניתן, באמצעות שיטות חינוכיות וייעוציות, למתן את הבעת המאפיינים של ADHD עם מיקוד על התנהגות הוויסות עצמי.

## השערות המחקר:

ההשערה הבאה נבחנה במחקר: תכנית התערבות המבוססת על למידה מתווכת ועל פיגומים, כזו המיושמת באמצעות שיטות יעוץ, ובה הגננות וההורים עובדים יחד במאמץ משותף, יכולה לשפר את התנהגות הוויסות העצמי של ילדים המציגים מאפיינים של ADHD ובכך לשפר את הקשרים הבין-אישיים של הילדים, ההורים והגננות. המשתנה הבלתי תלוי: תכנית ההתערבות. המשתנים התלויים: התנהגות ויסות עצמי; קשרים בין-אישיים.

## כלי המחקר

בשלב ראשון נעשה שימוש בכלי מחקר הבאים כדי לאסוף נתונים כמותניים: שאלון התנהגות ילדים לגננות של אכנבך (C-TRF). השאלון לילדים בגילאי 1.5 עד 5 שנים המתיחס להתנהגות ילדים הקשורה בהתנהגויות המתאימות ל-ADHD, דפוסי התנהגות כגון חוסר קשב, אימפולסיביות, היפראקטיביות, ויסות עצמי. השאלון מכיל 100 פריטים לגבי ההתנהגות של ילדים בגיל הרך ותורגם לעברית. בשלב הראשון התבקשו רק הגננות למלא את השאלונים. לאחר שהחוקרת זיהתה שלושה מועמדים לשלב הבא של המחקר, התבקשו הוריהם למלא שאלון דומה המותאם להורים, שתורגם לעברית. שאלון התנהגות הילד (The Child Behavior Checklist – CBCL) הוא שאלון דיווח על ידי הורים, ובו מעריכים בעיות התנהגויות ורגשיות אצל הילד. השאלון פותח לראשונה על ידי אכנבך (Achenbach, 2000), הוא כולל 100 פריטים המתיחסים להתנהגות של ילדים קטנים. שני כלים עיקריים שימשו לאיסוף נתונים איכותניים בשלב השני של המחקר: תצפיות בלתי-מובנות וראיונות פתוחים, לפני ואחרי ההתערבות, הן עם הגננות והן עם ההורים שהשתתפו במחקר. התכניות הוערכו באמצעות דו"ח הערכה סגור שמולא, הן על ידי הגננות והן על ידי ההורים המשתתפים בתכנית, ובאמצעות ניתוח תוכן הראיונות הפתוחים, לפני ואחרי ההתערבות. מודל ההתערבות כלל חמישה שלבים:

1. זיהוי הבעיה והגדרתה.
2. יצירת מטרות משותפות לגננות ולהורים שהשתתפו במחקר.
3. יצירה משותפת של תכנית פדגוגית, על ידי ההורים והגננות, בהתבסס על פיגומים ועל למידה מתווכת, הניתנת ליישום בבית ובגן הילדים.
4. יישום התכנית בשני הקשרים: בבית ובגן הילדים.
5. איסוף נתונים, במטרה למדוד אם היעדים הושגו.

## אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר בשלב האיכותני של המחקר נבחרה מגני ילדים בקיבוצים בצפון ישראל וכללה 30 ילדים המציגים התנהגויות ויסות עצמי ברמה נמוכה, 30 גננות ושישה הורים. הקיבוצים והגננות נבחרו בהתאם לרמת נכונותם להשתתף בתכנית המחקר ובכפוף להסכמת מנהלי מערכות החינוך ומרכזיהן. לאחר ניתוח הנתונים הכמותיים בחרה החוקרת שלושה ילדים שהיוו את אוכלוסיית המדגם בשלב השני של המחקר, איסוף הנתונים האיכותניים. בחירת המועמדים לשלב השני של המחקר התבססה על המידה שבה המשתתפים היו דומים או

שונים בהשוואה לאוכלוסיית המחקר, כלומר באיזו מידה הם יכלו לייצג את הקבוצה הנחקרת. לפי קריטריון בחירה זה בחרה החוקרת משתתפים שהיו אופייניים לקבוצת העניין, במקרה הזה – ילדים שהציגו רמות גבוהות של התנהגות אימפולסיבית, היפראקטיביות וחוסר קשב.

### אסטרטגיות למידה

אסטרטגיות הלמידה שנבחרו הן: למידה מתווכת, פיגומים, אסטרטגיות למידה דיפרנציאליות בהתאם לצרכים אינדיבידואליים, קבוצות קטנות, גישה הוליסטית של הוראה המבוססת על התאוריה הקונסטרוקטיביסטית, דרישות המתאימות לשלב ההתפתחותי בהתאם להערכה ולהתאמה אישית, הכנה לפני ביצוע שינויים או מעברים.

### ממצאים ודין

ממצאי המחקר תואמים את המחקרים הקודמים (Egger et al., 2006), ולפיהם ניתן לזהות ADHD בילדות המוקדמת, ומאפייניו דומים לאלה המופיעים ב־DSM 2013: היפראקטיביות, אימפולסיביות ובעיות קשב. ממצאי המפתח מהשאלון של אכנבך הראו שניתן לזהות ADHD בילדות המוקדמת. הילדים שהשתתפו במחקר היו בגיל 2-5 שנים.

הממצאים הראו ש־15 ילדים, 50 אחוזים מאוכלוסיית המדגם, הראה התנהגויות של ADHD הדומות לאלו שבסולמות ה־DSMIV. באמצעות ניתוח תוכן היה ניתן לזהות שילדים אלה הציגו דפוסי התנהגות של היפראקטיביות, אימפולסיביות ובעיות קשב, בדומה לקטגוריות לזיהוי ADHD שב־DSM 2013. התנהגויות אלה נצפו גם במהלך התצפיות הטבעיות. הממצאים שעלו מניתוח התוכן גילו שדפוסי התנהגות אלה השפיעו על איכות הקשרים הבין־אישיים בין הילדים להוריהם ולצוות גן הילדים. תכנית ההתערבות, שהתבססה על אסטרטגיות ההוראה למידה מתווכת ועל פיגומים, שהיו מרכיב מרכזי בתהליך הייעוץ, סייעו לילדים לשפר את כישורי הוויסות העצמי, דבר שהשפיע לחיוב על איכות הקשרים הבין־אישיים. ממצאים אלה התגלו בדו"ח ההערכה ובאמצעות ניתוח תוכן שבוצע בראיונות הפתוחים בסוף התכנית.

ההתפלגות בקרב אוכלוסיית המדגם, של 50 אחוזים מעל הרמה הנורמטיבית ו־50 אחוזים מתחת לרמה זו, יכולה להסביר את סך ציוני ה־T הממוצעים, שלא הראו ציוני T ממוצעים ומשמעותיים מעל נקודת החיתוך, בשני הסולמות. 50 אחוזים מהאוכלוסייה לא הציגו מאפייני ADHD, אך לפי הגנות, הם הציגו קשיים בוויסות עצמי. הדבר מראה שיש צורך לבחון את התנהגות הילד באופן ספציפי יותר לפני שמניחים שהיעדר התנהגויות ויסות עצמי מקביל בהכרח ל־ADHD. מתוך אוכלוסיית המדגם של 30 ילדים, 15 בנים ושש בנות היו בטווח הקליני לסך הבעיות המוחצנות, שלושה בנים היו בטווח השולי, ובסך הכול 24 ילדים, שלפי הספרות היה להם מתאם ל־ADHD (Hudziak et al., 2004).

הממצאים הכמותיים הורחבו באמצעות הממצאים האיכותניים. שלושת היבטים של ADHD שהוגדרו ב־DSM 2013 כמרכזיים לזיהוי ADHD הם אימפולסיביות, היפראקטיביות ובעיות קשב. בשאלון אכנבך זהו רמות הנעות מנורמלי עד קליני במאפייני התנהגות של ADHD. אחוז הילדים שנמצא בטווח השולי עד הקליני לבעיות קשב היה 39.1 אחוזים בקרב בנים ו־42.9 אחוזים בקרב בנות. בעיות ADHD נמצאו בקרב 56.5 אחוזים מהבנים ו־28.6 אחוזים מהבנות, יחס של 1:2, השונה מהסטטיסטיקה, בנים – 13.2 אחוזים, בנות – 5.6 אחוזים (ראה אתר: CDC).

## ממצאים

## טבלה 1: מטוווח ההתנהגויות על פי הסכלות

	בנים (n=23)			בנות (n=7)		
	נורמטיבי	גבולי	קליני	נורמטיבי	גבולי	קליני
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
סולם סינדרומים						
תגובתיות רגשית	11 (47.8)	4 (17.4)	8 (34.8)	5 (71.4)	1 (14.3)	1 (14.3)
חרדתיות דכאון	12 (52.2)	4 (17.4)	7 (30.4)	7 (100.0)	0	0
תלונות סומטיות	16 (69.6)	3 (13.0)	4 (17.4)	6 (85.7)	0	1 (14.3)
מופנם	16 (69.6)	5 (21.7)	2 (8.7)	6 (85.7)	0	1 (14.3)
בעיות קשב	14 (60.9)	3 (13.0)	6 (26.1)	4 (57.1)	0	3 (42.9)
התנהגות תוקפנית	8 (34.8)	10 (43.5)	5 (21.7)	3 (42.9)	4 (57.1)	0
סיכום התנהגות מופנמת	8 (34.8)	5 (21.7)	10 (43.5)	4 (57.1)	2 (28.6)	1 (14.3)
סיכום התנהגות מוחצנת	5 (21.7)	3 (13.0)	15 (65.2)	1 (14.3)	0	6 (85.7)
סיכום בעיות התנהגות	1 (4.3)	6 (26.1)	16 (69.6)	1 (14.3)	2 (28.6)	4 (57.1)
DSM						
קשיים רגשיים	17 (73.9)	4 (17.4)	2 (8.7)	6 (85.7)	0	1 (14.3)
חרדתיות	18 (78.3)	0	5 (21.7)	7 (100.0)	0	0
PDD	14 (60.9)	2 (8.7)	7 (30.4)	5 (71.4)	1 (14.3)	1 (14.3)
קשב וריכוז עם היפראקטיביות	10 (43.5)	9 (39.1)	4 (17.4)	5 (71.4)	1 (14.3)	1 (14.3)
התנהגות סרבנית מתנגדת	16 (69.6)	6 (26.1)	1 (4.3)	6 (85.7)	0	1 (14.3)

על פי טבלה מס' 1 ניתן לראות שישנם ילדים עם התנהגות גבולית וגם קלינית: 9 בנים בסעיף בעיות קשב וריכוז עם התנהגות גבולית ו-4 עם התנהגות קלינית. בת אחת עם התנהגות גבולית ואחת עם התנהגות קלינית.

**טבלה 2: סיכום ממצאים מראיונות עם הגנות**

<p>קושי בוויסות עצמית חוסר שליטה עצמית לא מסוגל לעצור כשמתבקש קשיים בדחיית סיפוקים חוסר שקט פנימי צריך עזרה של הגנת באינטראקציות חברתיות התנהגות תוקפנית בורח אוכל לא מסודר ומלוכלך מדבר ללא הפסקה מטפס על הכול מתקשה להירדם לבד זורק כיסאות בוכה בלי סוף מתקשה בשינויים</p>	<p>קושי בוויסות עצמי</p>
<p>תנועתי מאוד מתקשה לשבת בשקט רץ כל הזמן ללא מנוחה עובר ממשימה למשימה בלי להעמיק באף אחת זו כל הזמן באי שקט, גם כשיושב</p>	<p>היפראקטיביות</p>
<p>חוסר קשב מוסח בקלות מתקשה לסיים משימות חשיבה אסוציאטיבית בשעת מפגש ובשעת חצר מתקשה להתרכז</p>	<p>בעיות קשב</p>
<p>אימפולסיבי מסכן את עצמו בלתי צפוי</p>	<p>אימפולסיביות</p>

## טבלה 3: ממצאים מראיונות עם הורים

<p>בורח התנהגות תוקפנית בוכה כל הזמן מדבר בקול רם כל הזמן מתקשה בשינויים מתקשה להירדם לבד קשיים בפרידה</p>	<p>ויסות עצמי</p>
<p>לא יכול לשבת בשקט לאורך זמן תזוזתי כל הזמן</p>	<p>היפראקטיביות</p>
<p>קושי במיקוד וקשב מוסח בקלות</p>	<p>בעיות קשב</p>
<p>התנהגות בלתי צפויה</p>	<p>אימפולסיביות</p>

מניתוח תוכן הממצאים האיכותניים של הראיונות עם ההורים והגננות ובמהלך התצפיות הטבעיות זוהו התנהגויות אלה, דבר המחזק את הממצאים הכמותיים. בעקבות תכנית ההתערבות, נמצא כי שלושת הילדים שהשתתפו בתכנית השתפרו בהתנהגות הוויסות העצמי.

על פי דיווחים של גננותיהם והוריהם :

ילד 1: היה שיפור ביכולתו להתחשב באחרים, ביכולת לשבת בשקט, לווסת מצבי רוח כועסים, הכישורים החברתיים השתפרו, ידידותי יותר, וכחני פחות, דעתו מוסחת פחות, השתפרה יכולתו לעצור ולחשוב לפני פעולה, רמות הריכוז השתפרו.

ילד 2: היה שיפור ביכולתו לשבת בשקט, ביכולת לווסת מצבי רוח כועסים, הכישורים החברתיים השתפרו, דעתו מוסחת פחות, וכחני פחות, השתפרה יכולתו לעצור ולחשוב לפני פעולה, פחות פחדים, רמות הריכוז השתפרו.

ילד 3: היה שיפור ביכולתו להתחשב באחרים, ביכולת לשבת בשקט, לווסת מצבי רוח כועסים, הכישורים החברתיים השתפרו, דעתו מוסחת פחות, השתפרה יכולתו לעצור ולחשוב לפני פעולה, רמות הריכוז השתפרו.

### מסקנות

מטרת המחקר הייתה לזהות ADHD בילדות המוקדמת, בגיל 2-5 שנים, באמצעות כלים המותאמים לשלב ההתפתחותי ובאמצעות ראיונות פתוחים. הממצאים העלו ש-ADHD נוכח בילדות המוקדמת. ל-ADHD בילדות המוקדמת שלושה מאפיינים עיקריים: רמה נמוכה של קשב מתמשך, אימפולסיביות והיפראקטיביות, בדומה ל-ADHD בקרב ילדים בוגרים יותר (American Psychiatric Association, 2013). בשלושת המקרים שנבחנו במחקר זה נראה שיפור ביכולות הקשב וירידה בהיפראקטיביות ובאימפולסיביות. לילדים המציגים מאפיינים של ADHD יש קשיים בקשרים הבין-אישיים, והם נתפסים באור שלילי על ידי מטפליהם. מחקר זה יישם תכנית



התערבות שנועדה להגביר את התנהגויות הוויסות העצמי של הילדים, בעזרת אמצעים פדגוגיים, וכתוצאה מכך לשפר את איכות הקשרים הבין-אישיים. לפי הממצאים הצליחה תכנית ההתערבות לשפר היבטים מסוימים של התנהגויות הוויסות העצמי של הילדים בסביבות הבית וגן הילדים. תכנית ההתערבות התבססה על שיתוף פעולה בין הבית והגן, דבר שהגביר את רמת התקשורת בין ההורים והגננות.

לפיכך, ניתן לציין שכאשר ישנה תכנית התערבות מאורגנת ושיטתית המבוססת על אסטרטגיות פדגוגיות המיושמות, הן בסביבת הבית והן בגן הילדים, ניתן להפחית את ההתנהגויות הבעייתיות של ADHD, ובכך לשפר את היחסים הבין-אישיים בין הגננות והילדים. במחקר זה, ההשפעה על ההורים הייתה ברורה פחות, אולי בגלל שהתהליכים הרגשיים בין הורים וילדים המורכבים יותר. תחום זה חשוב למחקר עתידי. בנוסף, במחקר עתידי, מחקר אורך, ניתן להתחקות אחר השינויים לאורך זמן.

המחקר הראה שבגנים רגילים ישנו מספר גדול של ילדים עם התנהגויות מאתגרות, מעל לרמה הנורמטיבית. הגננות הביעו קושי להכיל התנהגויות אלה. בישראל מיושם חוק האינטגרציה של ילדים בעלי צרכים מיוחדים לתוך מערכת החינוך הרגילה (1980). יש לכך השלכות לגבי הכשרת הגננות. חיוני שהגננות יקבלו הכשרה מתאימה לעבודה עם משפחות ועם ילדים המציגים התנהגויות בעייתיות.

בנוסף, המחקר מראה שתכנית התערבות המבוססת על פילוסופיה פסיכו-פדגוגית ואקולוגית יכולה לסייע להורים ולגננות באינטראקציות היום-יומיות שלהם עם ילדים בעלי התנהגויות מאתגרות. לכן יש צורך בזמינות מתמדת של שירותי ייעוץ מקצועיים, וזאת כדי לאפשר להורים ולגננות לבחון ולהתאים את הפרקטיקה באינטראקציות היום-יומיות עם ילדים אלה.

## ביבליוגרפיה

- Achenbach, T. (2000). *Manual for the Child Behavior Checklist 2-3 and Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed.* Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association of Child Psychiatry and Adolescent Psychiatry and American Academy of Pediatrics.
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2007). What may be in store for DSM-V? *ADHD Report*, 15, 1-7.
- Bronfenbrenner, U. (1986), Ecology of the family as a context for human Development. Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- CDC: <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.htm> (retrieved 12.3.2015).
- Egger, H.L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/ hyperactivity disorder - A review. *Infants and Young Children*, 19, 109-122.
- Feuerstein, R. (1980). *Instrumental enrichment: An intervention program for cognitive modifiability*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Hudziak, J.J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: A receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 45, 1299-1307.
- Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural context. *British Journal of Psychiatry*, 18, 8-9.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*, Cambridge MA: MIT Press.
- WHO, World Health Organization (1992). *ICD-10: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.