

אבחון פסיכומטורי מקיף לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים

כיצד לאבחן את תפקודו של ילד בעל צרכים מיוחדים? האם ניתן להעריך את יכולתו מול סטנדרטים התואמים את תפקודו של ילד רגיל? סדרת המאמרים מציעה כמה דרכים לאבחון פסיכומטורי של ילדים אלו. הראשון שבהם מתמקד בגישה ההוליסטית לאבחון ומציג דוגמאות להערכת הקואורדינציה והתזמון התנועתית, לצד התייחסות להיבט ההתנהגותי-רגשי.

גיל זולברג

מבוא

אחת הבעיות השכיחות שבהן נתקל המטפל בעבודתו עם ילדים בעלי צרכים מיוחדים טמונה בקושי להשתמש במגוון בדיקות ומדידות, שיאפשרו מעקב מהימן אחר התקדמות הטיפול ותוצאותיו. ללא בדיקות תקופתיות כאלה יתקשה המטפל לקבוע, באיזו מידה השפיע הטיפול על מצב הילד, ולפיכך הוא יסתמך בעבודתו יותר על האינטואיציה ופחות על נתונים אובייקטיביים מהימנים. עם זאת, קיימות מחלוקות רבות המתייחסות לדרכי הביצוע של בדיקות אלו.

בספרו "לחיות, לאהוב וללמוד" (1982) מתאר ליאו בוסקאליה את הגישה הרווחת באבחון הילד החרוג:

"מעניין הוא אופן ההתבוננות שלנו בילדים: המומחה להפרעות בדיבור רואה את הילד כמקרה של גמגום או בעיה בדיבור; המרפא בעיסוק רואה בו בעיה מוטורית; הפסיכולוג של בית-הספר רואה אותו כבעיה לימודית או רגשית; הפיזיותרפיסט רואה אותו כילד בעל בעיות בטווחי תנועה; הנורולוג רואה אותו כסובל מליקוי במערכת העצבים המרכזית; המומחה להתנהגות מגלה אצלו תגובות התנהגותיות. וישנם אבא ואמא המנסים לראות אותו כדבר שלם אולם עד מהרה אנו מצליחים לשכנע אותם שאין הדבר כך, ואז הם מאבדים את הראייה הכללית של היכולת הגלומה בו, וגם בעיניהם הוא נהפך לילד בעייתי".

* חלק מהרעיונות המוזכרים במאמר זה מבוססים על מודל אבחוני ייחודי, שנמצא בתהליכי פיתוח במסגרת המרכז לספורט טיפולי חולון. תודתי לצוות המרכז על עבודתו החשובה בקידומו של הפרויקט.

** גישה זו בעבודה טיפולית עם ילדים הוצגה על-ידי המחבר בקונגרס הבין-לאומי האחרון של ארגון IFAPA (International Federation of Adapted Physical Activity) שהתקיים בקנדה.

כל אחד מאותם מומחים משתמש בעיניו בלבד כדי להבחין בעיקר, ואכן קיימים בילד אותם דברים שכל אחד מהם רואה, אולם הילד גם הרבה יותר מזה, וייתכן כי העיקר בו נסתר מן העין...

האבחון וההערכה הן אבני דרך ראשונות של כל תכנית טיפול. הגישה המוצעת במאמר זה מדגישה את ההתייחסות ההוליסטית לכלל המרכיבים והמאפיינים באישיותו וביכולותיו של המטופל, הן בתחום הגופני והן בתחום הנפשי. גישה זו פותחה במטרה לשמש את המטפל כאמצעי לשיפור יכולתו בצפייה, באבחון, בעיבוד הנתונים ובבניית תכנית טיפול המתאימה ביותר.

מהי הפרעה פסיכומטורית?

המושג פסיכומטוריקה מתייחס ליחסי הגומלין בין תהליכי בקרה מוטורית ונפשית, הכוללים רכיבים תחושיים, קוגניטיביים וריגושיים. הגישה הפסיכומטורית רואה בתנועה תופעה מורכבת המכלילה במסגרתה, בנוסף למערכות הפיזיולוגיות של הגוף, גם תחושות ומחשבות (הוצלר, 1990). באופן כזה מודגש הקשר בין תהליכים הכרטיים וריגושיים והביצועים המוטוריים של הילד.



קובץ הבדיקות בכל תחום מוצג באופן הבא:

א. הצגת הבדיקה

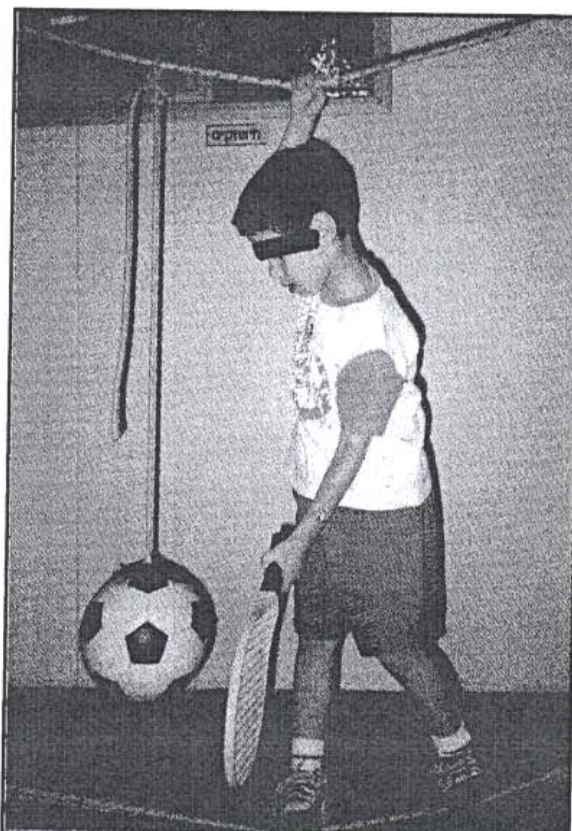
ב. אופן הביצוע

ג. דגשים לצפייה: כאן צוינו נקודות שכדאי לשים לב אליהן בזמן שהילד מבצע את המשימה. במקרים מסוימים מוזכרים תחומים נוספים להתייחסות, שאינם קשורים ישירות לנושא הנבדק ומרמזים על תפקוד הילד גם בהיבטים אחרים. עם זאת, כפי שכבר הוזכר, מטרת האבחון היא לאסוף מידע רב ככל האפשר על הילד, והקו המנחה הוא **שמכל משימה תנועתית יש לנסות ולהפיק את מרב המידע בכל תחום שהוא.**

גישה זו באבחון מתבססת על ההנחה שבביצוע של מיומנות מסוימת עשויות לבוא לידי ביטוי כמה יכולות מוטוריות (לידור, 1994). מאבחן מנוסה הצופה בילד המבצע כדרור בכדור סל למשל, עשוי לקבל מידע רב לגבי יכולת הקואורדינציה, ויסות הכוח, התזמון, הקינסתזיה והדיוק התנועתי של ילד זה.

מבדקים להערכת הקואורדינציה והתזמון התנועתי

ביצועים תנועתיים שונים בחיי היום-יום דורשים תיאום בין איברי גוף שונים, כגון תיאום בין הידיים והרגליים בהליכה, או בין העיניים לגפיים במיומנויות כדור שונות וכד'. שתי אונות המוח, הימנית והשמאלית, פועלות יחד ובשיתוף פעולה ביניהן. איכות תפקודי המוח תלויה ביכולתו התפקודית של כל צד בנפרד, ובעיקר בשילוב ביניהם, באמצעות המסילות הקושרות בין שני הצדדים. התפתחות תקינה מאפשרת לילד להגיע לעצמאות תפקודית במצב של יציבה טובה, תוך יכולת שליטה כנגד כוח הכובד בישיבה, בהליכה, בריצה, בטיפוס וכד'. הוא לומד לשנות את התבנית המוטורית-תחושתית ולהתאימה לדרישות השונות והמשתנות של פעולות היום-יום. הוא בעל יכולת לבחור את התנועה מבין האפשרויות העומדות לרשותו, ויכולת בחירה זו היא המהווה את ההבדל המשמעותי ביותר בין תפקוד תקין לחריג (רצון, 1993).



לעומת זאת, תיאום לקוי בין מערכות הגוף (הפנימיות או החיצוניות) מהווה איתות שמשהו בתפקוד ההוליסטי אינו פועל כהלכה. תפקוד לקוי זה יוצר תסכול עצום אצל ילד בעל קשיים קואורדינטיביים, היות שגופו אינו מתפקד כרצונו, והוא חש כי שליטתו בגופו מעורערת. דברים "לא מצליחים לו", ומובן שלקושי זה יש השלכות שליליות גם על הדימוי העצמי והביטחון העצמי. הוא נוטה לאבד את שיווי המשקל עקב חוסר איזון תנועתי, הוא מאבד את הכדור הנמסר לו בזמן המישחק, והוא חש קושי רב

הפרעה פסיכומוטורית כוללת דפוסי יציבה חריגים, סרבול מוטורי, טונוס שרירי לקוי, הפרעות תנועתיות כמו היפו/היפרקינזיה ועוד. כל אלה ישפיעו בהכרח גם על תפקודים כמו שיווי משקל, קואורדינציה, דיוק תנועתי, ויסות כוח וכד'. קושי ביכולות מוטוריות אלה עלול לגרום לסרבול מוטורי כללי ולקשיים נוספים במיומנויות יסוד שונות כמו הליכה מאוזנת, ריצה, קפיצה, טיפוס ומיומנויות כדור. אחת המטרות העיקריות בבדיקות המוצעות במאמר זה היא לבחון את יכולתו הכללית של הילד, בהנחה שיכולת מגוונת זו תאפשר לו (או תמנע ממנו) לבצע קשת רחבה של משימות מוטוריות.

גישת המטפל באבחון הפסיכומוטורי

במאמר זה בחרתי להציג כמה וכמה אפשרויות לבדיקה בכל תחום, וזאת כדי לאפשר למאבחן מרחב תמרון בהחלטתו המקצועית לגבי סוג הבדיקה והרמה הנדרשת. הבדיקות המבוצעות מתבססות על הערכה סובייקטיבית לכל נבדק בהתאם לרמת תפקודו ואינן נבחנות מול מדדים אוניברסליים. גישה יישומית זו מתאימה לעבודת המטפל בקליניקה, אך אינה מתאימה לצורכי מחקר המחייב ביצוע מבחנים מדויקים יותר בתנאי מעבדה.

התאמת טכניקת הבדיקה לאופי הילד היא האומנות האמיתית שהמאבחן נדרש לה. לפיכך, יש לשמור על מידה רבה של גמישות מחשבה באבחון ולהשתדל לא לפעול באופן מכני על-פי סכימות קבועות מראש. בהקשר זה נזכרת אמרתו של מאסלוב שטען כי אם המכשיר היחיד שבידך הוא פטיש, אתה נוטה לנהוג בכל הדברים כאילו הם מסמר. בבואנו להתבונן בילד עלינו לראותו כפי שהוא, כדברים רבים - אחדים נראים ואחדים נסתרים, ואנו זקוקים ל"מכשירים" שונים כדי לפעול עמו. גישה זו באה לידי ביטוי בדרכי האבחון המוצעות במאמר זה.

סולם ההערכה המוצג בריכוז הנתונים מתבסס כאמור על הערכה סובייקטיבית, והדרגות להערכת היכולת בכל תחום נקבעו בסולם של 1-4 באופן הבא: 1-חלש; 2-בינוני; 3-טוב; 4-טוב מאוד. ריכוז הנתונים באופן כזה יאפשר למטפל לבצע מעקב שוטף אחר התקדמותו של הילד בכל תחום, ובהתאם למצבו לנתב

את כיוון הפעילות. טבלה מסכמת הכוללת ריכוז הנתונים מכלל הבדיקות באבחון תוצג במאמר האחרון בסדרת מאמרים זו.

המבדקים המוצעים חולקו לתחומים ספציפיים המלמדים על תפקודו של הילד בהיבטים שונים. לאחר הגדרת נושא הבדיקה מובאות כמה דוגמאות המאפשרות קבלת מידע באותו תחום. יש לזכור כי **קיימות אפשרויות רבות מאוד בצורות הבדיקה**, ועל הבסיס המובא כאן יכול המאבחן להמשיך ולפתח דרכים נוספות.

1. ניתורי פסיעה

אופן הביצוע: עמידת פסיעה, רגל ימין ויד שמאל לפניו ויד ימין לאחור. החלפת ידיים ורגליים בו-זמנית בתנועות רציפות.
דגשים לצפייה: א. תיאום בין הידיים והרגליים בתנועה נגדית; ב. שטף תנועתי - האם הניתורים רציפים או מקוטעים.

2. ניתורי פישוק

אופן הביצוע: ניתורי פישוק רצופים, בהרמת הידיים לצדדים.
דגשים לצפייה: א. תיאום בין תנועות הידיים והרגליים; ב. שטף תנועתי.

3. בעיטה בבלון ותפיסתו

אופן הביצוע: זריקת הבלון לגובה בשתי ידיים. בנפילתו יש לבעוט בו ולתופסו שנית בשתי ידיים.
דגשים לצפייה: א. קואורדינציה עין-רגל; ב. תזמון נכון בבעיטת הבלון מעלה; ג. יכולת של איזון הגוף על רגל אחת בזמן הבעיטה; ד. ויסות כוח בבעיטת הבלון מעלה.

4. העברת כדור סביב הגוף בהליכה

אופן הביצוע: הליכה לפניו בקו ישר, תוך העברת הכדור סביב הגוף (יש להתאים את גודל הכדור לגיל הילד).
דגשים לצפייה: א. תיאום בין תנועות הידיים והרגליים; ב. יכולת לחצות את קו האמצע; ג. שטף תנועתי. האם העברת הכדור גורמת לילד לעצור.

5. הקפצת כדור

אופן הביצוע: כדורים רצופים בכדור סל, במקום.
דגשים לצפייה: א. שטף תנועתי; ב. קואורדינציה עין-יד; ג. תזמון נכון בדחיפת הכדור מטה; ד. ויסות כוח; ה. יכולת הפרדת תנועה.

6. שכיבת אפיים: הרמת יד ורגל נגדית

אופן הביצוע: הרמת יד ורגל נגדית, לפי הנחיית המאבחן.
דגשים לצפייה: א. תיאום בין תנועות הידיים והרגליים; ב. בדיקת הטונוס השרירי בחלקי גוף הנשארים על הקרקע (טונוס מוגבר עלול להצביע על קושי בהפרדת תנועות ובוויסות הכוח).

7. זחילה בקו ישר

אופן הביצוע: התקדמות בזחילה בקו ישר מתחת לגומי המתוח בגובה 30-40 ס"מ.
דגשים לצפייה: תיאום בין תנועות הידיים והרגליים.

ההיבט ההתנהגותי-רגשי באבחון הפסיכומוטורי

הגישה ההוליסטית באבחון מאפשרת לקבל מידע חשוב גם אודות היבטים שאינם קשורים ישירות בתפקודו הגופני של הילד. במהלך האבחון ובאמצעות הפעילות נוצרים התנאים להכיר את הילד ולבחון את תגובותיו בתנאי הצלחה ובתנאי כישלון. הגירויים השונים שהילד נחשף אליהם במהלך האבחון מאפשרים לו לבטא את הצלחותיו, את קשייו, תסכוליו, אהבותיו וכד', ואלה חושפים

במקום שבו ילדים אחרים פועלים בשמחה ובטבעיות. מטרת האבחון, והטיפול בעקבותיו, היא ללמוד לזהות את מקור הקושי ולשנות את המצב בהתאם. על המטפל להיות רגיש לתפקודו הקואורדינטיבי של הילד באופן שבו הוא יחוש מתי משימה מסוימת הופכת למוקד של תסכול ומתח, ומתי היא גורמת לתחושת ביטחון. לפיכך, קיימת גם חשיבות רבה למיומנות המטפל לבנות את "תהליך התיקון" בהדרגתיות כך שהילד לא יחוש תסכול אלא ההיפך: תחושת ביטחון תוך קבלת הזדמנויות רבות להצלחה.

האיזון שנוצר בתפקוד הגוף התקין הוא תוצאה של שילוב של כמה מערכות, ובכלל זה מערכת השלד והשרירים, מערכת העצבים ומערכות החושים כגון ראייה, שמיעה, קינסתזיה. כדי שיווצרו תנאים לביצוע תנועה קואורדינטיבית, מתקיימים כמה מרכיבים הפועלים במשולב:

א. ויסות כוח. הוא בא לידי ביטוי ביכולת לבצע את התנועה בהתאם לעוצמת הכוח הנדרשת. מוקדי המאמצים ועוצמתם משתנים בכל תהליך תנועתי על-פי המשימה התנועתית המתבצעת. ויסות-כוח תקין יאפשר להשקיע את כמות האנרגיה (הכוח) המדויקת במוקד המדויק, מבלי להפעיל מוקדי כוח שאינם שייכים למשימה.

ב. הפרדת תנועה. זו משפיעה על היכולת להפעיל כל איבר בגוף בנפרד, וביעילות.

ג. תזמון תנועה. הוא מאפשר לבצע את התנועה בנקודת הזמן המדויקת בהתאם לצורכי המשימה.

ד. שיווי משקל. שיווי משקל משפיע על היכולת לשנות את בסיס התמיכה בחופשיות, כך שיתאפשר מעבר שוטף וחלק מתנוחה אחת לאחרת, תוך שמירה על מצב של איזון.

לאור האמור לעיל, בטיפול פסיכומוטורי יש לקשור יחד את המרכיבים האלה ולהתייחס בתרגול לכל אחד מהם.

איור 1: מרכיבים חשובים בתפקודו הפסיכומוטורי של הילד



דוגמאות לבדיקת היכולת הקואורדינטיבית והתזמון התנועתי

המבדקים המובאים להלן מהווים דוגמאות בלבד. הם נועדו לקבל מידע על יכולתו של הילד בכל אחד מההיבטים שהוזכרו.

אין די בביצוע של בדיקות מוטוריות בלבד, ויש צורך לחשוף את הילד למגוון משימות אשר מלבד ההיבט הגופני יחשפו גם צדדים נוספים באישיותו. צדדים אלה, הקשורים למצבו החברתי, הנפשי, או הרגשי, עשויים אף לרמוז על מקור הבעיה שנוצרה ולעזור בבחירת הדגשים הנכונים בטיפול.

והחשוב מכול - המידע הכללי המתקבל מאפשר להכיר את הילד, להתקרב אליו, ליצור יחסי אמון וכמובן להשתמש בתכנים השונים שנחשפו באישיותו לשם בניית תכנית תרגול שתהיה קרובה לעולמו הפנימי.

חלק ב' של המאמר, שיפורסם בגיליון הבא, ידון בדרכי הבדיקה של פרמטרים נוספים כגון שיווי משקל, ויסות כוח ודיוק.

מקורות

1. בוסקאליה, ל. (1982). לחיות ולאהוב. זמורה בע"מ, תל-אביב.
2. גרינברג, א. (1990). רפלקסולוגיה הוליסטית. אור עם, תל-אביב.
3. דור, נ. (1997). עקרונות להערכת תפקודו של הפרט בהיבט התנהגותי-רגשי. (מתוך: מודל אבחוני: תרגילים להערכת היכולת התפקודית של הילד בתחום הספורט הטיפולי).
4. הוצר, ש. (1990). פסיכומוטוריקה בחינוך ובשיקום. החינוך הגופני והספורט (2), דצמבר.
5. המרכז לספורט טיפולי - חולון (1997). מודל אבחוני: תרגילים להערכת היכולת התפקודית של הילד בתחום הספורט הטיפולי. הוצאה עצמית.
6. זולברג, ג. (1994). אבחון עקמת. החינוך הגופני והספורט. (1), אוקטובר, עמ' 5-7.
7. זולברג, ג. (1991). טיפוח יציבה והתעמלות מתקנת במרכז לספורט טיפולי - חולון. החינוך הגופני והספורט. (1), אוקטובר, עמ' 17-19.
8. זולברג, ג. (1997). עקרונות לאבחון פסיכומוטורי. חומר עזר לקורס אבחון וטיפול פסיכומוטורי - במסגרת לימודי ההתמחות במגמה לחינוך גופני לאוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים, סמינר הקיבוצים.
9. יזדי - עוגב, א. (1995). התפתחות ולמידה מוטורית תקינה מול לקויה: היבטים תיאורטיים ויישומיים. מכון וינגייט, נתניה.
10. לידור, ר. (1994). התפתחות מוטורית בגיל הצעיר. מכון וינגייט, נתניה.
11. רצון, מ. (1993). התפתחות מוטורית תחושתית ותהליכי למידה. סמינר הקיבוצים תל-אביב.
12. שרמן, ע. (1995). חינוך גופני וספורט לאוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים. מכון וינגייט, נתניה.

בדרך כלל קשת רחבה של רגשות ותחושות.

להלן כמה היבטים מומלצים להתייחסות בתחום זה (דור, 1997):

1. **תקשורת** - האם הילד יוצר קשר בקלות? האם הוא פתוח, סגור, מרגיש נוח, נפחד, מתקשה להיפרד מהוריו? וכד'.
2. **ביטחון עצמי** - האם הוא זקוק לאישורים ולחיזוקים על פעולותיו בתדירות רבה? האם הוא מבטא פחד בביצוע משימות הדורשות מעט אומץ לב? האם הוא מדבר בביטחון ומבטא עצמו בחופשיות? האם הוא יוצר קשר עין עם המאבחן? ועוד.
3. **סף תסכול** - כיצד הילד מתמודד עם קושי? האם הוא נוטה לוותר, או לחילופין מתאמץ ומתעקש להצליח?
4. **ביטויים של רגש** - האם הוא מרבה לבכות, לצחוק, לגלות עצבנות או שמחת חיים? האם הוא מדגים שינויים קיצוניים במצב הרוח? האם הוא דורש/דוחה מגע מצד המאבחן?
5. **שיתוף פעולה ומוטיבציה** - האם הוא אדיש וחסר מוטיבציה, או לחילופין משתף פעולה ומגלה מוטיבציה והתלהבות גם במשימות פחות מעניינות?
6. **קוגניציה** - האם הוא מבין מושגי תנועה, כיווני תנועה, צורות, צבעים? וכד'.
7. **ריכוז וקשב** - האם הוא מדגים אי-שקט בתנועותיו? האם הוא מוסח בקלות ומגלה נטייה "לקפוץ" ממכשיר למכשיר? האם הוא בעל טווח ריכוז נמוך? האם ממתין בסבלנות לגמר ההסבר בטרם ניגש לביצוע המשימה?

מטבע הדברים, היבטים אלה בתחום ההתנהגותי-רגשי הוצגו באופן כללי, לצורך היכרות עם הילד. עם זאת יש לזכור כי הדגש המושם באבחון תלוי בסוג הבעיה ובמידע המתקבל משיחה מקדימה עם ההורים. ההיבטים להתייחסות במישור ההתנהגותי-רגשי שהובאו כאן ניתנים לפיתוח, להרחבה וליתר הדגשה בהתאם לצורך.

סיכום

הניסיון להבין את הגורמים להיווצרותם של ליקויים גופניים ופתולוגיות שונות גרם לפיתוח תיאוריות שונות המספקות "הסברים" רבים ומגוונים. מאחורי בעייתו של כל אדם מסתתר "תרחיש" אמיתי אחד באשר לסיבות שהביאו להתפתחות הליקוי. "תרחיש" זה אינו ברור תמיד, וברוב המקרים מקורותיו מורכבים למדי. לפיכך, תפקידו של המאבחן הוא מורכב ועליו להיזהר מאבחנה פזיזה, שעלולה להובילו להסקת מסקנות מוטעות. המשמעות האמיתית של להיות מאבחן היא לפתח את היכולת להכיר את הילד ולהגיב למצבו; להבין את התבניות, המערכות והתהליכים שהביאו אותו למצבו הנוכחי (גרינברג, 1990). שלב זה באבחון, העוסק ביכולת הפסיכומוטורית, יאפשר למאבחן להכיר טוב יותר את הילד שבו הוא עומד לטפל ולהתאים לאישיותו ולצרכיו המיוחדים הן את התוכן והן את הגישה הטיפולית.

דרך האבחון כפי שהוצגה במאמר זה מלמדת על הגישה המומלצת גם בשלב הטיפול עצמו, ולפיה אין לראות את הילד כמעין מסה של מיפרקים, שרירים ועצמות. הגורם המשמעותי והחשוב ביותר הוא אישיות הילד "המחוברת" לאותם מיפרקים. מסיבה זו

13. Block, M.E. (1992). What is appropriate physical education for students with profound disabilities? *Adapted Physical Activity Quarterly*, 9, 197-213.

14. Gudrich, H. (1997). Understanding rubrics. *Educational Leadership*, Vol. 54 (4), 14-17.

15. Solberg, G. (1996). Plastic changes in spinal function of pre-pubescent scoliotic children engaged in an exercise therapy program. *The South African Journal of Physiotherapy*, Vol. 52 (1), 19-22.