

מפגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

גיליון מיוחד בנושא
ילדים ובני נוער בהשמה חוץ-ביתית בישראל

עורכים-אורחים:
פרופ' ענת זעירא, ד"ר שלהבת עטר-שוורץ ופרופ' רמי בנבנישתי

כרך כ' • גיליון 36
טבת תשע"ג – דצמבר 2012

יוצא לאור על ידי:

אפשר

"אפשר" – עמותה לפיתוח שירותי רווחה וחינוך

בשיתוף עם:

המכללה האקדמית בית ברל
בית הספר לחינוך
החוג לקידום נוער



משרד הרווחה
והשירותים החברתיים
האגף לנוער צעירים ושירותי תקון



גורמי רקע הקשורים ל-ADHD בקרוב ילדי פנימיות והקשר בין ההפרעה לבין תפקודם ההתנהגותי, החברתי והרגשי

טלי שפלר-בסרמן ורמי בנבישתי

תקציר

מחקר זה התמקד ב-ADHD (הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות) בקרב ילדים ובני נוער ששהו בפנימיות בפיקוח משרד הרווחה. המחקר בחן, מה הם גורמי הרקע הקשורים ל-ADHD, וכיצד הפרעה זו קשורה למצבם הרגשי ולהתנהגותם של הילדים בפנימייה.

המחקר התבסס על ניתוח משני של נתונים, שנאספו באמצעות שאלונים מובנים בשיטת הרף. המדגם כלל 5,563 ילדים בפנימיות שיקומיות, טיפוליות ופוסט-אשפוזיות. ממצאי המחקר הצביעו בעיקר על כך שלמעל לשליש מכלל אוכלוסיית חניכי הפנימיות הייתה אבחנה של ADHD. מצאנו כי בקרב הבנים בפנימיות שיעור ה-ADHD היה כפול מזה שאצל הבנות. כמו כן נמצא שלילדים עם אבחנה של ADHD היו בעיות רבות יותר בתחום הרגשי, בתחום החברתי ובתחום ההתנהגותי, בהשוואה לחניכים ללא ADHD. הדיון מדגיש את החשיבות של התייחסות חינוכית-טיפולית לילדים המאובחנים ב-ADHD ומציע דרכים שונות להרחבת הטיפול בהם.

מילות מפתח: ילדים בסיכון, פנימייה, הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות (ADHD)

הקדמה

המחקר הנוכחי התמקד בבחינת ADHD בקרב ילדים ובני נוער ששהו בפנימיות משרד הרווחה. במחקר בדקנו, מה הם גורמי הרקע האישיים והמשפחתיים הקשורים להפרעה, ואת הקשר שבינה ובין מצבם הרגשי והתנהגותם של הילדים.

הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות מתבטאת באופן בולט בהתנהגות הילד, בקשר המידי והיום יומי שלו עם הסביבה שבה הוא גדל ומתפתח, והיא משפיעה על הסובבים אותו ומושפעת מתגובותיהם. היא נחשבת כיום לאחת ההפרעות השכיחות בתחום הנורולוגיה והפסיכיאטרייה של הילד, ויש לה השלכות על התפתחותם הרגשית וההתנהגותית של הילדים הלוקים בה ועל עתידם המשפחתי, החברתי והאקדמי. חוקרים רבים (אפטר, הטב, ויצמן וטיאנו, 2006; Mrug, Hoza & Gerdes, 2001)

* המחברים מבקשים להודות למר בנצי בראנץ ולמר יקותיאל צבע ממשרד הרווחה והשירותים החברתיים ולד"ר תמר צמח-מרומ ממכון ברוקדייל על הסיוע הרב בהגשת נתוני הרף.

מצאו קשר בין נוכחות ADHD לבין תפקוד חברתי לקוי, התנהגות תוקפנית, דיכאון וחרדה. מחקרים אלו בדקו בעיקר ילדים ובני נוער שהתגוררו במסגרת משפחתית.

לא מצאנו מחקרים על ADHD בקרב ילדי פנימיות, ושאלנו את עצמנו, האם הממצאים שהתקבלו בקרב ילדים שחיו בחיק משפחתם בקהילה יהיו זהים לאלו שיתקבלו עבור ילדים בפנימיות. העניין שלנו במחקר בהקשר הפנימייתי נבע מכך שלמספר משמעותי של ילדים המתחנכים בפנימיות יש ADHD. מצב זה מצדיק התייחסות לצרכים המיוחדים הנובעים ממצבם של ילדים אלו ומההשפעות שייתכנו ליחסי הגומלין שלהם עם סביבתם. במחקרנו ביקשנו להוסיף נדבך לידיע העומד לרשותם של מי שאחראים ליצירת סביבה טיפולית מקדמת בפנימיות, ובכך להשפיע על בניית תכניות התערבות טיפוליות-חינוכיות שתתאמנה לאוכלוסיית הלוקים ב-ADHD במסגרת זו.

לסיכום, מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את היקף התופעה בפנימיות, את גורמי הרקע הקשורים אליה ואת הקשר בינה לבין התנהגות הילדים בפנימייה. בחנו בו, האם מאפייני הרקע של הילדים שיש להם ADHD השווים בפנימיות שונים משל עמיתיהם, וכיצד אבחנה זו קשורה לתפקוד החברתי, הרגשי וההתנהגותי שלהם.

פנימיות רווחה בישראל ואפיוני הילדים והנוער החוסים בהן

פנימייה היא הסיודור החוץ-ביתי הנפוץ ביותר בישראל. מבחינה אידאולוגית ובמציאות של מדינה בתחילת דרכה, היה הכרח למצוא פתרונות מידיים לילדים עולים, והוקמה מערכת ענפה של מוסדות פנימייתיים לילדים בריאים ממשפחות מצוקה (וינר, 1984). בשנים שחלפו ובהשפעת ההתפתחויות החברתיות בארץ, השתנו אפיוני הילדים בפנימיות, והם ברובם המכריע ילדים במצבי סיכון (קשתי ומנור, 1988). רוב הילדים השווים במסגרת חוץ-ביתית פנימייתית מתחנכים בישיבות ובמסגרות חינוכיות של המנהל לחינוך התיישבותי, מסגרות שנועדו לילדים שהם והוריהם החליטו על הכניסה אליהן מרצונם החופשי (שמעוני ובנבנישתי, 2011). חלק קטן יותר מתחנך במסגרות של פנימיות רווחה. ילדים אלו מגיעים לפנימיות כחלק מתכנון טיפול שנועד לסייע לילד ולמשפחתו. רוב ההשמות האלה נעשה בהסכמת ההורים, וחלקן נעשה בכפייה על ידי צו בית משפט.

מתוך נתוני המועצה הלאומית לשלום הילד (2009) עולה כי בשנת 2009 הושמו על ידי משרד הרווחה 8,171 ילדים מחוץ לביתם – מרביתם הושמו בפנימיות לילדים בסיכון בפיקוח של משרד הרווחה, ומיעוטם במשפחות אומנה. הילדים הוצאו מבתיים על רקע עזובה, הזנחה ואלימות בבתיהם כמו גם על רקע הפרופיל המורכב שלהם עצמם, שכלל קשיים התנהגותיים ורגשיים. מתוך נתוני הדו"ח של השירות לילד ולנוער משנת 2008 (הלבן-אילת, ולק, צמח-מרום, בראנץ' ודורי, 2008) עולה כי הקשיים האישיים והמשפחתיים המאפיינים ילדים שהושמו בפנימיות לילדים בסיכון

היו בעיות בקשר משפחתי (57%), דיכאון וחרדה (43%) והפרעות קשב וריכוז (37%). פלח אוכלוסייה זה נתון לטיפול של מערכת הרווחה ונחשב לאחת הקבוצות הפגיעות ביותר במונחים של הפרעות פסיכולוגיות, התנהגותיות, חברתיות וחינוכיות (דולב וברנע, 1996; עויזרמן, בנבנישתי ובן-רבי, 1991; עטר, 2006; Hukkanen, Sourander, 2006; Bergroth & Piha, 1999; Hussey & Guo, 2005; Schiff & Benbenishty, 2006; (Vorría, Wolkind, Rutter, Pickles & Hobsbaum, 1998).

הפנימיות כיום מדורגות לפנימיות חינוכיות, שיקומיות, טיפוליות ופוסט-אשפוזיות, בהתאם לפגיעות אוכלוסיית הילדים, לסוג ההתערבות הנדרשת, לאינטנסיביות של עבודת הצוות ולהיקף הליווי המקצועי הנדרש (דביר, וינר וקופרמינץ, 2010). מחקרנו התמקד בחניכי הפנימיות השיקומיות, הטיפוליות והפוסט-אשפוזיות, שקשייהם רבים יותר משל ילדי הפנימיות החינוכיות.

הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות (ADHD)

בשיטת האבחון של ה-DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) מוגדרת כהפרעה המאופיינת בחוסר קשב או היפראקטיביות או אימפולסיביות (אשר יכולים להופיע בנפרד וגם באופן משולב). תסמינים אלו מופיעים אצל ילדים עם ADHD ברמה גבוהה יותר באופן מובהק, בהשוואה לבני גילם הנמצאים באותו שלב התפתחותי.

ADHD היא הפרעה שנפוצה באוכלוסייה על כל שכבותיה ושכיחה יותר אצל בנים לעומת בנות. היא מופיעה בקרב 3%–7% מאוכלוסיית הילדים הלומדים בבתי ספר (Auerbach, Landau, Berger, Arbelle & Karplus, 2005; Barkley & Murphy, 2006).

ADHD היא אחת ההפרעות הקשות יותר להגדרה בתחום הפסיכיאטריה של הילד. הקושי נובע מהמספר הרב של הגורמים היוצרים אותה ומהשילוב בין המרכיבים האורגניים והמרכיבים הנפשיים (מנור וטיאנו, 2005). להפרעה יש בסיס גנטי, כפי שהוכח במחקרים שנערכו בקרב משפחות, ילדים מאומצים ותאומים (Qian et al., 2003). נמצאו גם גורמים ביולוגיים שאינם גנטיים, כמו: משקל לידה נמוך, צריכת סמים, סיגריות ואלכוהול במהלך ההיריון וסיבוכים בלידה (Banerjee, Middleton & Faraone, 2007; Mick, Biederman, Prince, Fischer & Faraone, 2002; Sonuga-Faraone, 2007; Barke, Auerbach, Campbell, Daley & Thompson, 2005).

אצל הורים לילדים עם ADHD נמצאו גם שכיחות גבוהה של הפרעה בהתנהגות החברתית, שימוש באלכוהול והפרעה קונברסיבית (אפטר ועמיתים, 2006). כמו כן הוכח כי גם לגורמים, כמו: קונפליקט הורי חמור, רמה סוציו-אקונומית נמוכה, משפחה גדולה, פשיעה של האב והפרעה נפשית של האם, יש תפקיד מרכזי בהתפתחות פסיכופתולוגיה בכלל ו-ADHD בפרט. נמצא כי גורמים משפחתיים וסביבתיים אלו עולים בהשפעתם על גורמים ביולוגיים וגנטיים (מנור וטיאנו, 2005). כמו בהפרעות

נפשיות והתנהגותיות רבות, הגישות לטיפול מגוונות ומבוססות על טיפול משולב – תרופתי, התנהגותי ופסיכותרפיה.

שאלות והשערות המחקר

בלב המחקר הנוכחי עמדו שתי שאלות מרכזיות: הראשונה, מה הקשר שבין מאפייני הרקע של החניך ומשפחתו לבין האבחנה של ADHD. מטרתנו כאן הייתה לאתר את האוכלוסיות הפגיעות להפרעה זו, הן כדי לקדם זיהוי מוקדם שלהם והן כדי לראות, האם וכיצד מאפיינים הייחודיים לקבוצה זו עשויים להשפיע על החלטות בנוגע לעיצוב מדיניות וטיפול המתאימים להם. שאלת המחקר השנייה הייתה, מה הקשר בין האבחנה לבין ביטויים התנהגותיים ורגשיים שונים אצל הילד. כאן ניסינו למצוא, מה ההתנהגויות והמצבים הרגשיים האופייניים יותר לילדים עם ADHD, בהשוואה לעמיתיהם בפנימייה. להלן סקירה קצרה של הספרות הנוגעת למשתני המחקר, אשר היוותה בסיס להשערות שנבחנו במחקר.

הקשר בין מאפייני הרקע של החניך ומשפחתו ובין ADHD

מגדר

ADHD נפוצה הרבה יותר בקרב בנים (יחס של 1:4) מאשר בקרב בנות (יחס של 1:9) (אפטר ועמיתים, 2006). אצל בנות עם ADHD רואים תסמינים קלים יותר של היפראקטיביות וקשיי למידה מאשר אצל בנים עם ADHD, אך עם זאת הן סובלות מקשיים חברתיים ומדחייה חברתית חמורים יותר מאשר בנים (Diamantopoulou, Henricsson & Rydel, 2005). נמצא גם כי ההבדלים בין בנים לבנות נובעים מהבדלים ביולוגיים, מבניים, גנטיים וסביבתיים (Derks, Dolan, Hudziak, Neale & Boomsma, 2007). מחקרים שונים בחנו, האם הטיות חברתיות ותרבותיות יכולות להסביר חלק מההבדלים בין בנים ובנות בכל האמור לשכיחות התופעה של ADHD ועצמתה (Diamantopoulou et al., 2005). הממצאים הראו כי קיים תת-אבחון של ADHD בקרב בנות, בהשוואה לבנים. ממצאים אלו משפיעים על תחום המחקר של ADHD ועל אבחונה, כיוון שהם יוצרים הטיה באוכלוסייה הנחקרת. תמהנו, האם שונות מגדרית זו שפורטה לעיל מתקיימת גם בקרב ילדים השוהים בפנימייה, וסברנו כי ייתכן שהפערים בין בנים לבנות בקרב ילדים שהוצאו מהבית משום שהיו להם קשיים, הם קטנים יותר מאשר בקרב כלל הילדים בקהילה.

השערת המחקר: בנים רבים יותר יאובחנו כבעלי ADHD מאשר בנות.

משך שהות החניך בפנימייה

בקרב ילדים הלוקים בחסך רגשי ניכרים לעתים קרובות ליקויי קשב ופעלתנות יתר, ואולם אם הם נקלטים במשפחה מאמצת וחל שיפור בעזובה הנפשית שאפיינה אותם, חל שיפור גם בקשב וניכרת ירידה בפעלתנות היתר (אפטר ועמיתים, 2006).

לפני מחקרנו, לא נערכו מחקרים דומים על ילדים עם ADHD המתחנכים בפנימיות, אך ניתן היה לשער על בסיס ממצא זה, שאצל ילדים עם אבחנה של ADHD אשר נקלטו בפנימיות וקיבלו טיפול רגשי ותרופתי לאורך זמן, יחולו שיפור בקשב וריכוז וירידה בפעלתנות היתר. המחקר הנוכחי התמקד בתופעת ה-ADHD בקרב ילדי פנימיות, והנחנו שלחשיפה מתמשכת לסביבה הטיפולית של הפנימייה תהיה עם הזמן השפעה מיטיבה על החניכים.

השערת המחקר: ככל שמשך שהות החניך בפנימייה יהיה ארוך יותר, כך הסיכוי ל-ADHD יפחת.

בעיות בתפקוד ההורים

נמצא כי ADHD נפוצה יותר בקרובים מדרגה ראשונה של הלוקים בה, לעומת האוכלוסייה הכללית. כן נמצאו בקרב הורים לילדים הלוקים ב-ADHD בשכיחות גבוהה הפרעה בהתנהגות החברתית, שימוש באלכוהול והפרעה קונברסיבית (אפטר ועמיתים, 2006). כיוון שלהפרעה זו ישנו מרכיב תורשתי, אמהות ואבות רבים מתמודדים עם ילד שיש לו הפרעה זו, בעוד להם עצמם יש מאפיינים דומים, כמו: אימפולסיביות, פעלתנות יתר, קושי לשמור על מיקוד לאורך זמן וכן הלאה. למעשה, המאפיינים המוכרים לחלק מההורים מילדותם משתקפים עכשיו באמצעות ילדם כמו דרך מראה. חוויות אלו מעוררות תחושות שונות, המשפיעות על הקשר עם הילד, על אבחון ההפרעה ועל אופן הטיפול (מנור וטיאנו, 2001).

השערת המחקר: חניכים שלהוריהם יש בעיות תפקודיות יאובחנו כבעלי ADHD יותר מאשר חניכים שלהוריהם אין בעיות תפקודיות.

אופי הקשר של החניך עם משפחתו

אירועים טראומטיים ומצבי לחץ, כמו גם חיים במשפחה כאוטית, מחריפים את התסמינים של ADHD הקיימים אצל הילד. המפגש בין בעיות התנהגות ותפקוד רגשי מורכב של ילד עם תגובה סביבתית משפחתית לא עקבית ולעתים תוקפנית, מעורר ומעצים את נוכחות ה-ADHD ומשפיע על אופן ביטויו (מנור וטיאנו, 2005).

ילדים אשר מושמים בפנימיות מתאפיינים בכך שלרוב לא ביססו את דפוס ההתקשרות הבטוחה (מוסק, טאוס ושומודי, 1997). כמו כן, רבים מהילדים החוסים במוסדות טיפוליים נתונים להשפעתם המשולבת של התקשרות לא בטוחה ושל גורמי סיכון אחרים, כגון: עוני, התעללות והזנחה. שילוב זה קשור במקרים רבים להופעתן של הבעיות ההתנהגותיות והרגשיות שגרמו להוצאתם מהבית ולהשמתם בפנימייה (גור, 2005). הנחנו שבקרב ילדים שקשייהם ההתנהגותיים מועצמים על ידי קשר בעייתי עם ההורים יהיה מספר גדול יותר של ילדים עם אבחנה של ADHD.

השערת המחקר: ככל שאופי הקשר עם המשפחה שלילי יותר, כך גדל הסיכוי ל-ADHD אצל הילד.

הקשר בין ADHD לבין תפקוד רגשי והתנהגותי

הקשר בין ADHD לבין התנהגות תוקפנית

האפיונים העיקריים של הפרעות ההתנהגות הם התנהגויות מציקות, תוקפניות, מרדניות, הרסניות, מסכנות ולעתים אף עברייניות (אפטר ועמיתים, 2006). בשנים האחרונות נמצא במחקרים רבים שיש קשר בין הפרעות קשב וריכוז והיפראקטיביות לבין הפרעת התנהגות (CD-Conduct Disorder) והפרעת התנהגות מתמרדת-מתנגדת (ODD-Oppositional Defiant Disorder). נמצא כי אם אדם לוקה באחת מהתסמונות הבאות: CD, ODD או ADHD, הסיכוי הוא שב 29%–71% מן המקרים תהיה לו הפרעה נוספת מאותן הפרעות (Beauchaine, Katkin, Strassberg & Snarr, 2001; Becker & McCloskey, 2002; Burt, Krueger, McGue & Iacono, 2006; Simonoff et al., 1997; Staller, 2006; Crowell et al., 2006). מחקרים הצביעו על כך שבהגיעם של ילדים הסובלים מריבוי תסמונות לגיל ההתבגרות, הם נוטים להפגין קשת של התנהגויות מסכנות, הכוללות: חיפוש אחר גורמי ריגוש, עבריינות, תוקפנות ורמות נמוכות של הימנעות מפגיעה או מיצירת נזק (Burt et al., 2001; Dolan & Rennie, 2008).

השערת המחקר: ילדים עם ADHD יפגינו התנהגות תוקפנית יותר מאשר ילדים ללא ADHD.

הקשר בין ADHD לבין תפקוד חברתי לקוי

במחקרים שנערכו על ילדים בקהילה, נמצא שילדים עם ADHD יש קושי ביצירת מערכות יחסים עם בני קבוצת הגיל ובשמירה עליהן (Mrug et al., 2001). נמצא כי הם נוטים להיות וכחנים, שתלטנים, תוקפנים ומפריעים, מה שעשוי לתרום לדחייה ולבידוד חברתיים. האימפולסיביות של ילדים עם ADHD עשויה להשפיע על יכולתם לעבד במדויק רמזים ומידע רלוונטיים מבחינה חברתית ולגרום לנטייה לראות אינטראקציות חברתיות ניטרליות או בלתי מובנות באור שלילי או עויין (וורנר-רוג'רס, 2005).

ההסבר לתופעות הדחייה וההתעלמות קשור כנראה לממצאים המצביעים על כך שהפרעת הקשב והריכוז וההיפראקטיביות מובילה לחוסר הבנה של הרמזים החברתיים והסיטואציה החברתית, וגורמת לכך שילדים עם ADHD אינם שמים לב להשפעת התנהגותם השלילית על אחרים, וכתוצאה מכך יכולתם ללמידת כישורים חברתיים על ידי צפייה בחבריהם נפגעת (Gentschel & McLaughlin, 2000; Hoza, 2007). לפני מחקרנו, לא נערך מחקר על ילדי פנימיות שבחן, האם ילדים עם ADHD סובלים יותר בתחום החברתי מאשר ילדים אחרים בפנימייה.

השערת המחקר: ילדים עם ADHD יהיו בעלי קשיים רבים יותר בתפקודם החברתי מאשר ילדים ללא ADHD.

הקשר בין ADHD לבין דיכאון וחרדה

נמצא כי יש קשר בין דיכאון ובין מצבים פסיכיאטריים נוספים, כמו: ADHD, הפרעות התנהגות, מצבי חרדה, בעיות למידה והפרעת התנהגות מתמדת-מתנגדת. שיעור הפרעת הדיכאון בקרב ילדים מוערך בכ-0.3% באוכלוסייה הרגילה, בהשוואה ל-0.9% באוכלוסיית הילדים שאובחנו כסובלים מהפרעות נפשיות שונות (אפטר ועמיתים, 2006).

כמה מחקרים הצביעו על שיעור גבוה של תחלואה כפולה, ב-ADHD ודיכאון. כמו כן נמצא כי ADHD מקדים בהופעתו את הדיכאון ומרמז על התפתחות הדיאגנוזה המשותפת (Angold, Costello & Erkanli, 1999; Jensen et al, 2001). לפני מחקרנו, סוגיה זו לא נבדקה בקרב ילדים בפנימיות.

השערות המחקר: אצל ילדים עם ADHD יתגלו סימני דיכאון וחרדה רבים יותר מאשר אצל ילדים ללא ADHD.

שיטה

מחקרנו התבסס על ניתוח משני של נתוני שיטת הרף (RAF-Regulation Assessment Follow-up and continuous improvement of quality), שנאספים אחת לשנה במסגרת מערכת הפיקוח על הפנימיות. שיטת הרף פותחה במאיר-סג'וינט-מכון ברוקדייל, ומטרתה לסייע בפיקוח על הפנימיות. שיטה זו מאפשרת בין היתר לאפיין כל פנימייה באמצעות שורה של פרמטרים ("מסמנים") המתארים את חניכי הפנימייה. הצביון הייחודי לכל פנימייה והשינויים החלים בו עם השנים מהווים כלי פיקוח והדרכה של משרד הרווחה. השיטה מופעלת במגוון של שירותים במשרד הרווחה ומיושמת הן במסגרות החוץ-ביתיות והן במסגרות בקהילה (Zemmach-Marom, Fleishman & Hauslich, 2002). מאגר הנתונים של מערכת הרף לשנת 2007–2008 הועמד לרשותנו לשם בחינת שאלות המחקר.

אוכלוסייה ומדגם

אוכלוסיית המחקר כללה ילדים ובני נוער ששהו בפנימיות שיקומיות, טיפוליות ופוסט-אשפוזיות בפיקוחו של משרד הרווחה בארץ. במדגם לא השתתפו חניכים בפנימיות חינוכיות, שכן רובם מתחנכים במסגרות של משרד החינוך, מסגרות אשר אינן נכללות במסגרת שיטת הרף, שהייתה הבסיס לנתוני המחקר. המדגם כלל 5,563 חניכי פנימיות שעליהם התקבלו נתונים באמצעות מערכת הרף (שתואר להלן) של שנת 2007–2008.

כלי המחקר

טופס נתוני חניך

כל נתוני המחקר הגיעו מכלי זה. הטופס, המיועד לפנימיות, פותח בשיתוף עם המטה והמפקחים של שירות ילד ונוער. זהו שאלון מובנה על כל ילד במסגרת החוץ-ביתית,

הממולא אחת לשנה על ידי העובד הסוציאלי ואנשי הצוות החינוכי-טיפול, והוא מספק פרופיל של הילד (גיל, מגדר, משך שהות החניך במסגרת, האם אובחן על ידי איש מקצוע כילד עם ADHD וכו') ושל משפחתו. כמו כן מתקבל מידע גם על בעיותיו של החניך. בשאלון מוצגות כמה שאלות ספציפיות לכל בעיה, ולאחר מכן מופיע המסמן – המדד המסכם של כל בעיה. המסמן עונה על שאלה דיכוטומית – האם הבעיה קיימת אצל החניך או אינה קיימת (עטר, 2006).

מהימנותו של הכלי נבדקה על ידי חוקרים ממאיי-רס-ג'וינט-מכון ברוקדייל וממשרד הרווחה בתשע פנימיות של השירות לילד ולנוער (ולק, צמח-מרומ, עמיחי, הויזליך ובראנץ, 2004). המבחנים שנערכו הראו כי מהימנותם של המסמנים הייתה בינונית עד גבוהה מאוד; בבדיקה של מבחן חוזר (retest-test), טווח אחוזי ההסכמה של המסמנים היה 77.9% עד 94.5%. טווח ערכי הקפא נע בין 0.54 ל-0.79.

להלן פירוט משתני המחקר הנוכחי, כפי שהתקבלו מטופס נתוני החניך:

ADHD – משתנה דיכוטומי הנמדד בשני ערכים: "כן" ו/או "לא", ומבוסס על אבחנה של פסיכיאטר, נויורולוג או פסיכולוג קליני. הדיווח על אבחנה זו הוא על ידי העובדת הסוציאלית המטפלת בחניך.

מגדר – מבוסס על דיווח העובדת הסוציאלית המטפלת בחניך.

משך שהייה בפנימייה – משתנה רציף, המציין את מספר שנות שהות החניך בפנימייה. הוא נלקח מרשומות הפנימייה ומופיע בטופס נתוני החניך.

בעיות בתפקוד ההורים – במסגרת טופס נתוני החניך מופיעה רשימה של שש בעיות תפקוד, והעובד מסמן עבור כל אחת מהן, אם היא קיימת אצל כל אחד מן ההורים: אבטלה, מאסר, התמכרות לסמים או לאלכוהול, נכות פיזית ומוגבלות בניידות, מחלה נפשית מאובחנת, מוגבלות שכלית או התפתחותית. לצורך המחקר הנוכחי יצרנו משתנה הכולל את סך כל בעיות התפקוד אצל שני ההורים יחד.

קשר עם המשפחה – מדד זה מתייחס לבעיות בקשר שבין החניך למשפחתו. לשאלה זו חמישה פרמטרים, ולכל פרמטר יש קטגוריות שונות. הפרמטרים הם: האם ההורים מגיעים לרוב האירועים היזומים של הפנימייה ובית הספר או של אחד מהם; האם בעקבות שהותו בביתו החניך סובל מבעיות רגשיות או התנהגותיות או משני סוגי הבעיות גם יחד; האם החניך סובל מהתעללות בזמן היותו בביתו; האם החניך יוצא לבית ההורים; האם החניך סובל מהזנחה משמעותית בזמן החופשה. ישנו קריטריון לקביעה, האם יש או אין בעיה בקשר המשפחתי, והמסמן "קשר משפחתי" נקבע בהתאם.

מצב רגשי והתנהגותי של החניך – במחקר הנוכחי אנו עושים שימוש במדדים המתייחסים לסוגיות הבאות: תפקוד חברתי, התנהגות תוקפנית וחרדה ודיכאון. במקור, העובדים הסוציאליים מתייחסים לשורה של פריטים שנלקחו משאלון TRF – Teachers Report Form, שפותח על ידי אכנבך (דירוג הסולם: 0=לא נכון,

1=נכון לפעמים או במידת מה, 2=נכון מאוד או נכון לעתים קרובות), ואשר יוצרים מדד עבור כל אחד משלושת התחומים. רמת המהימנות הפנימית של כל אחד מהסולמות האלו, על פי השימוש שנעשה בהם במסגרת שיטת הרף בארץ, היא סבירה: התנהגות תוקפנית – $\alpha=.93$, תפקוד חברתי – $\alpha=.72$ ודיכאון וחרדה – $\alpha=.8$ (דיגמל, 2006).

לפי שיטת הרף, לאחר מתן הערכה על כל אחד מהפריטים בסולמות המתאימים וחישוב מדד מסכם לכל תחום, הציון הגולמי מתורגם לשני משתנים דיכוטומיים – "יש סמך" (כלומר יש בעיה) בתחום זה או "אין סמך" (כלומר אין בעיה). משתנים אלו מקודדים למאגר הנתונים, ובהם השתמשנו במחקרנו. שלושת המדדים למצב הרגשי והתנהגותי נבדקו על פי השאלון של אכנבך (Achenbach, 1991):

א. **התנהגות תוקפנית** – מדד זה התבסס על תשובות לשאלות של תת-סולם מהשאלון של אכנבך העוסק בהתנהגות אלימה, אנטי-חברתית, חסרת עכבות ומוחצנת של החניך. תת-הסולם המקורי מכיל 25 פריטים.

ב. **תפקוד חברתי** – מדד זה התבסס על תשובות לשאלות העוסקות בבעיות בקשריו החברתיים של החניך עם ילדים בני גילו ועם מבוגרים, על פי תת-הסולם של בעיות חברתיות של אכנבך. תת-הסולם המקורי כולל 13 פריטים.

ג. **דיכאון וחרדה** – מדד זה התבסס על תת-סולם בשאלון של אכנבך העוסק בחרדה ודיכאון ומציג שאלות העוסקות בהתנהגויות עצורות ובהתנהגויות המעידות על פחד, עצב ושליטת יתר. תת-הסולם המקורי כולל 18 פריטים.

במסגרת המחקר ערכנו מבחנים סטטיסטיים לבחינת השערות המחקר. נציין שעקב המדגם הגדול, גם קשרים חלשים ופערים קטנים בין קבוצות נטו להיות מובהקים. משום כך, רמת המובהקות שנקבעה למחקר הנוכחי הייתה מחמירה יותר ($p<.001$).

שמרנו במחקר שמירה מלאה על סודיות הנחקרים, והקפדנו על כללי האתיקה. מאגר הנתונים לא הכיל פרטים מזהים על הנבדקים, ובכל הניתוחים שנעשו לא הייתה כל אפשרות לזיהוי של ילדים או פנימיות. המחקר אושר לביצוע על ידי ועדת האתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר-אילן.

ממצאים

תיאור המאפיינים של הנבדקים במדגם ושל הוריהם

במחקר השתתפו 5,563 חניכי פנימיות, מתוכם 3,467 בנים (62.3%) ו-2,096 בנות (37.7%). 4,527 חניכים (81%) מחניכי המדגם נולדו בישראל, והשאר נולדו במדינות שהשתייכו בעבר לברית המועצות, באתיופיה ובמדינות אחרות באירופה ובאפריקה וכן במדינות שונות באמריקה ובאסיה. הגיל הממוצע היה 13 (ס"ת=3.09), וטווח הגילים היה בין שנתיים ל-20 שנה. ממוצע משך שהות החניכים בפנימייה היה 2.58 שנים (ס"ת=2.52), והחציון של משך שהות היה שנתיים.

מבחינת מצבם המשפחתי של הורי החניכים – 36.2% היו נשואים או חיו יחד, 13.2% היו פרודים (כולל הורים שלא נישאו), 39.4% – גרושים, 8.8% – אלמנים, וב-1.1% מן המקרים שני ההורים נפטרו. מנתונים אלה בולט שלמעלה מ-60% מהחניכים היו ילדים להורים שלא היו נשואים או לא חיו ביחד. לוח 1 מציג את התפלגות בעיות התפקוד של ההורים.

לוח 1 : התפלגות בעיות התפקוד של ההורים

	אב		אם	
	N	%	N	%
אבטלה	1,450	26.1	2,390	43
מאסר	379	6.8	34	0.6
התמכרות לסמים או לאלכוהול	622	11.2	245	4.4
נכות פיזית המוגבלת בניידות	323	5.8	268	4.8
מחלת נפש מאובחנת	289	5.2	691	12.4
מוגבלות שכלית או התפתחותית	173	3.1	375	6.7

מהלוח ניתן ללמוד שבעיית התפקוד השכיחה ביותר בקרב ההורים הייתה אבטלה: כרבע מהאבות ויותר מ-40% מהאמהות היו מובטלים. כמו כן נמצא כי בעיות התפקוד השכיחות בקרב האבות היו התמכרות לסמים ואלכוהול ומאסר. בקרב האמהות, הבעיות השכיחות היו מחלות נפש ומוגבלויות שכליות והתפתחותיות. נתון מעניין ומשמעותי שעלה מהממצאים הוא ש-691 מהאמהות (12.4%) אובחנו כלוקות במחלת נפש.

המחקר הנוכחי התמקד בהפרעות קשב וריכוז והיפראקטיביות של החניכים. מתוך 5,563 חניכים שהשתתפו במחקר נמצא כי 2,037 מהם (36.9%) לקו ב-ADHD. נמצא כי 95% מקרב החניכים שאובחנו כסובלים מהפרעות אלו נטלו ריטלין וקונצרטא, ורק 1.9% מקרב החניכים שלא אובחנו כסובלים מ-ADHD נטלו את התרופות. פערים אלו היו מובהקים ($\chi^2(1)=2452.35, p<.001$) ועצמת הקשר חזקה ($\phi=0.674$).

להלן נבחן את הממצאים בהתאם לכל אחת מהשערות המחקר:

- ההשערה ש-ADHD שכיח יותר בקרב בנים – ל-46% מהבנים הייתה אבחנה של ADHD, ואילו השיעור בקרב הבנות היה פחות מחצי – 22.3%. מבחן חי בריבוע העלה שהבדל זה הוא מובהק ($\chi^2(1)=325.93, p<.001$) ועצמתו חלשה ($\phi = 0.245$). השערה זו אוששה.

- ההשערה שלפיה ככל שמשך שהות החניך בפנימייה ארוך יותר כך הסיכוי ל-ADHD יפחת – 46% מהבנים שהייתה להם אבחנה של ADHD נמצאו בפנימייה זמן קצר יותר (ממוצע 2.44 וס"ת 2.25) מאשר החניכים האחרים

(ממוצע 2.67 וס"ת 2.66). נעשה מבחן t למדגמים בלתי תלויים שהשווה בין משך השעות של מי שהייתה לו אבחנה של ADHD לאחרים (t(5359)=3.168, p<.002). ההשערה אוששה, אם כי ברמת מובהקות גבולית.

ההשערה שלפיה חניכים שלהוריהם יש בעיות תפקודיות יהיו בעלי אבחנה של ADHD יותר מאשר חניכים שלהוריהם אין בעיות תפקודיות – על מנת לבחון את ההשערה נערך מבחן t למדגמים בלתי תלויים. המבחן העלה תוצאה מובהקת (t(5416)=4.10 p<.001). אולם בניגוד לכיוון ההשערה, ממוצע הבעיות בתפקוד ההורים בקרב ילדים עם ADHD היה נמוך (M=1.18, SD=1.25) מאשר ממוצע הבעיות בקרב הורים לילדים אחרים (M=1.38, SD=1.36). השערה זו לא אוששה.

ההשערה שלפיה ילדים שהקשר עם משפחתם שלילי יהיו בעלי סיכוי גבוה יותר להיות בעלי הפרעת ADHD בהשוואה לעמיתיהם שאין להם בעיה בקשר המשפחתי – לבחינת הקשר בין ADHD לבין קיומו של המסמן "קשר משפחתי" נערך מבחן חי בריבוע, ונמצא כי אין קשר בין המשתנים ($\chi^2(1)=0.17, p>.05$). שיעור החניכים שיש להם ADHD בקרב מי שבקשר המשפחתי שלהם אותרה בעיה, דמה לשיעורם בקרב מי שלא הייתה להם בעיה בתחום זה.

נוסף על ההשערות על הקשרים שבין גורמי רקע לבין קיום ההפרעה, בחנו שורה של השערות על הקשר שבין קיום ההפרעה לבין מסמנים המצביעים על התנהגות תוקפנית, קשיים בתפקוד חברתי ודיכאון וחרדה.

ההשערה שלפיה אצל ילדים שיש להם ADHD יימצאו הפרעות התנהגות רבות יותר והתנהגות תוקפנית יותר מאשר בקרב עמיתיהם ללא ADHD – בדקנו את שכיחות הופעתו של מסמן תוקפנות בקרב ילדים עם אבחנה של ADHD בהשוואה לשכיחותו בקרב אלה שלא אובחנו באבחנה כזו. התוצאות מוצגות בלוח 2.

לוח 2: התפלגות המסמן "התנהגות תוקפנית" של החניכים על פי אבחנה של ADHD

	יש מסמן תוקפנות		אין מסמן תוקפנות		
	N	%	N	%	
אין אבחנה של ADHD	776	23.2	2570	76.8	
יש אבחנה של ADHD	913	45.3	1104	54.7	
סך הכול	1689	31.5	3674	68.5	

בבדיקת ההבדלים בין השכיחויות נמצא כי שיעור החניכים בעלי התנהגות תוקפנית בקרב מי שהייתה לו אבחנה של ADHD היה 45.3%, בעוד שיעור החניכים בעלי התנהגות כזו בקרב מי שלא אובחן כבעל הפרעה זו עמד על 23.2%. כלומר אחוז

החניכים בעלי ההתנהגות התוקפנית בקרב אלו שהייתה להם אבחנה של ADHD היה כמעט פי שנים מאשר בקרב החניכים שלא הייתה להם אבחנה כזו. פערים אלו נמצאו מובהקים ($\chi^2(1)=284.19, p<.001$), ועצמת הקשר נמצאה חלשה ($\phi=0.23$).

· ההשערה שלפיה אצל ילדים עם ADHD יימצאו קשיים רבים יותר בתפקודם החברתי מאשר אצל עמיתיהם ללא ADHD – בדקנו את שכיחות הופעתו של מסמן תפקוד חברתי לקוי בקרב ילדים עם אבחנה של ADHD בהשוואה לשכיחותו בקרב אלה שלא אובחנו באבחנה כזו. התוצאות מוצגות בלוח 3.

לוח 3: התפלגות המסמן "תפקוד חברתי לקוי" של החניכים על פי אבחנה של ADHD

יש מסמן תפקוד חברתי לקוי		אין מסמן תפקוד חברתי לקוי		
%	N	%	N	
30.3	1013	69.7	2325	אין אבחנה של ADHD
49.9	1004	50.1	1009	יש אבחנה של ADHD
37.7	2017	62.3	3334	סך הכול

בבדיקת ההבדלים בין השכיחויות נמצא כי שיעור החניכים בעלי התפקוד החברתי הלקוי בקרב מי שהייתה לו אבחנה של ADHD היה 49.9%, ואילו שיעור החניכים בעלי התפקוד החברתי הלקוי בקרב מי שלא הייתה לו אבחנה כזו עמד על 30.3%. לבדיקת ההבדלים בין השכיחויות, ביצענו מבחן חי ברבוע, שהראה כי פערים אלו היו מובהקים ($\chi^2(1)=203.9, p<.001$), ועצמת הקשר הייתה חלשה ($\phi=0.195$).

· ההשערה שלפיה אצל ילדים עם ADHD יימצאו דיכאון וחרדה רבים יותר מאשר אצל עמיתיהם ללא ADHD – בדקנו את שכיחות הופעתו של מסמן דיכאון וחרדה בקרב ילדים עם אבחנה של ADHD בהשוואה לשכיחותו בקרב אלה שלא אובחנו באבחנה כזו. התוצאות מוצגות בלוח 4.

לוח 4: התפלגות המסמן "דיכאון וחרדה" של החניכים על פי אבחנה של ADHD

יש מסמן דיכאון וחרדה		אין מסמן דיכאון וחרדה		
%	N	%	N	
37.4	1249	62.6	2093	אין אבחנה של ADHD
53	1063	47	944	יש אבחנה של ADHD
43.2	2312	56.8	3037	סך הכול

בבדיקת ההבדלים בין השכיחויות נמצא כי שיעור החניכים בעלי מסמן דיכאון וחרדה בקרב מי שהייתה לו אבחנה של ADHD היה 53%, בעוד שיעור החניכים בעלי מסמן

דיכאון וחרדה בקרב מי שלא הייתה לו אבחנה כזו עמד על 37.4%. נמצא שפערים אלו היו מובהקים ($\chi^2(1)=124.21, p<.001$), ועצמת הקשר – חלשה ($\phi=0.152$).

דין והמלצות

במחקר זה מצאנו כי למעלה משליש מהחניכים בפנימיות היו בעלי אבחנה של ADHD. סקרים ומחקרים שונים מעריכים כי 3%–7% מכלל הילדים בגיל בית הספר לוקים בהפרעה זו (Angold, Erkanli, Egger & Costello, 2000; Barkley & Murphy, 2006); כלומר ממצאינו הצביעו על שכיחות גבוהה מאוד של ADHD בקרב ילדי הפנימיות – פי 8–12 מאשר בכלל האוכלוסייה. ממצא קיצוני זה מלמד כי הפנימיות מנקזות אליהן חניכים ש-ADHD הוא אחד ממאפייניהם העיקריים. מצב זה מאפשר ואף מחייב מחקר עתידי על ההשפעות הספציפיות של ההפרעה ועל יחסי הגומלין שבינה לבין המצב הרגשי, החברתי וההתנהגותי של החניכים, ובעקבות כך גם על הטיפול בהם, וכן על קשרים אפשריים בין נוכחות ADHD והפרעות נלוות.

מצאנו כי למחצית מהבנים ולכרבע מהבנות במדגם הייתה אבחנה של ADHD. ממצא זה מסייע להבנת השפעתם של מאפיינים מגדריים על האווירה וההתנהלות של קבוצות בנים ובנות בנפרד ושל קבוצות מעורבות, ומן ראוי שתהיה לו השפעה ברורה על תכנון והקצאת משאבי כוח אדם טיפולי-חינוכי בפנימיות. כמו כן ייתכן שבנות מבטאות את הקשיים באופן שונה מבנים, והתנהגותן כוללת מרכיבים רבים יותר של התנהגות מופנמת וביטויים של חרדה ודיכאון. אפשר גם להניח שתוקפנות הבנות היא תוקפנות המופנית כלפי עצמן יותר מאשר כלפי האחר, ומשום כך בנות שיש להן אבחנה של ADHD אינן מפגינות תסמינים רבים של התנהגות מוחצנת. בבניית תכניות ההתערבות בפנימיות יש לתת על כך את הדעת ולבנות תכניות שונות לבנים ולבנות.

מצאנו כי חניכים שאובחנו כבעלי ADHD הם אלו שנמצאו בפנימייה זמן קצר יותר. אנו מסבירים ממצא זה בשתי דרכים: ההסבר הראשון מבוסס על כך שידוע שחניכים בעלי ADHD הם חניכים שמאופייניים גם בבעיות התנהגות קשות, באימפולסיביות ובסף תסכול נמוך. ייתכן שמאפיינים אלו מביאים לכך שהם אינם מצליחים לשהות לאורך זמן במסגרת אחת; כלומר העובדה שיש יחסית מעט חניכים עם ADHD בקרב הילדים הוותיקים בפנימייה מקורה בכך שלפנימיות קשה להתמודד עם חניכים אלו לאורך זמן, והן נוטות לפלוט אותם יותר מאשר הן פולטות את החניכים ללא ADHD. פירוש כזה מחייב היערכות טובה יותר של הפנימיות להתמודדות עם חניכים אלו, כדי למנוע את עזיבתם או העברתם ממסגרת למסגרת, ובניית תכניות חינוכיות-טיפוליות מותאמות לאוכלוסייה זו.

ההסבר השני הוא שהממצאים מצביעים על תהליכים חיוביים המתרחשים לאורך זמן בפנימייה. ייתכן שבקרב החניכים אשר הוצאו מהבית לפנימייה עקב בעיות תפקודיות שלהם, ובכלל זה ADHD, חל שיפור כתוצאה מהטיפול בפנימייה, והם מוחזרים לבתייהם מהר יותר מחניכים שהוצאו מהבית לפנימייה עקב בעיות תפקוד

של ההורים, ואינם יכולים לחזור לביתם. משום כך, בבחינת החניכים השוהים בפנימיות זמן רב, מוצאים מספר נמוך יותר של חניכים עם ADHD. ייתכן גם כי הקשר בין משך שהות ארוך יותר בפנימייה למצב תפקודי טוב יותר נובע מכך שעל מנת להגיע למצב של שיפור במצבו של הילד, נחוץ קשר עקבי ורציף עם המטפל, קשר התלוי במשך הזמן שהילד שוהה במסגרת החוץ-ביתית (Howes, 1999); כלומר ייתכן שהילדים במסגרת החוץ-ביתית מצליחים לתפקד טוב יותר לאחר פרק הזמן ההתחלתי של ההסתגלות למסגרת החדשה ולהיתרם מן המסגרת, בשל יחס הולם לבעיותיהם מצד צוות הפנימייה (Zemmach-Marom et al., 2002).

אם נקבל את ההסבר השני, לממצאים אלו השלכות חשובות למדיניות ולפרקטיקה של האחראים על שלומם ורווחתם של הילדים ובני הנוער בפנימיות הרווחה, במיוחד בהתחשב במדיניות המתגבשת לצמצום משך שהות של חניכים בפנימיות, מתוך מגמה של חזרה לקהילה. עצם היציאה של החניך מביתו מהווה טראומה מורכבת עבורו ועבור הוריו, ויש להבטיח כי יש לכך מטרה ברורה, ושהילד ומשפחתו לא יחוו טראומה זו לחינם. משום כך, יש מקום לשקול המשך שהותם בפנימייה של ילדים עם ADHD שבמצבם חל שיפור עם הזמן בזכות הקשרים שיצרו עם צוות הפנימייה והטיפול המסור שקיבלו.

לא הייתה בידינו אפשרות לבדוק במסגרת המחקר הנוכחי את ההסברים החלופיים, ולשם כך נחוץ מחקר ארוך. עם זאת, יש לתת את הדעת על המשמעויות וההשלכות של ההסברים השונים האפשריים.

בדיקת ההשערה כי ילדים שלהוריהם יש בעיות תפקודיות יאובחנו כבעלי ADHD יותר מאשר ילדים שלהוריהם אין בעיות תפקודיות, הניבה תוצאה מובהקת, אולם בניגוד לכיוון ההשערה, ממוצע הבעיות בתפקוד ההורים בקרב ילדים עם ADHD היה נמוך מממוצע זה בקרב הורים לילדים ללא ADHD. הממצא מעלה תהייה, לנוכח הספרות המחקרית המצביעה בבירור על קשר בין תפקוד ההורים ושכיחות הופעת ADHD בקרב ילדיהם. יש להמשיך ולבחון היבט זה, תוך הבחנה בין בעיות התפקוד השונות ושלילוב מידע שיטתי בדבר הדרכים שבהן ההורים הסובלים מבעיות תפקוד אלו גידלו את הילד בשלבים המוקדמים של חייו. כמו כן, חשוב לבחון את הקשרים שבין ADHD אצל ההורים, בעיות התפקוד שלהם ודרכי גידול הילד ובין הופעת ADHD ותופעות נלוות אצל הילד.

נראה שממצא זה משקף את קיומן של שתי תת-קבוצות מרכזיות (שיש ביניהן לעתים חפיפה) של מאפייני השמת חניכים בפנימיות: תת-הקבוצה הראשונה היא של חניכים שמוצאים מהבית למסגרת חוץ-ביתית בעיקר בעקבות אי-תפקוד הורי של אחד ההורים או של שניהם; תת-הקבוצה השנייה היא של חניכים הסובלים מבעיות התנהגות או בעיות רגשיות קשות, אשר בעטיין הם מוצאים מהבית ומושמים בפנימייה. ייתכן שאחת הסיבות המרכזיות להוצאת ילדים מביתם עקב בעיות שלהם היא ADHD וההתנהגויות הבעייתיות הנלוות אליה. העובדה שישנן שתי סיבות שונות להשמת הילד דורשת תכנון ובניית תכניות התערבות וטיפול שונות באופן

מהותי לכל תת-קבוצה. תת-הקבוצה הראשונה זקוקה לתכנית שתתמקד בהתמודדות עם מערכות משפחתיות וחברתיות (ולאו דווקא בהתמודדות ישירה עם התוצאות ההתנהגותיות והנפשיות של מערכות היחסים עם ההורים), ואילו לתת-הקבוצה השנייה נדרשות תכניות טיפוליות ישירות בהפרעה ובנגזרותיה.

במחקר בדקנו את הקשר בין ADHD לבין קיומו של המסמן "קשר משפחתי בעייתי". השערת המחקר נתמכה על ידי הרציונל כי אירועים טראומטיים ומצבי לחץ, כמו גם חיים במשפחה כאוטית, מחריפים את הביטויים הסימפטומטיים של ADHD אצל הילד. המפגש בין סימנים בעייתיים של התנהגות ותפקוד רגשי אצל ילד ובין תגובה סביבתית משפחתית לא עקבית ולעתים תוקפנית, מעורר ומעצים את נוכחות ה-ADHD ומשפיע על אופן ביטוי (מנור וטיאנו, 2005). על אף זאת, לא נמצא קשר בין המשתנים, והשערת המחקר לא אוששה. ייתכן שממצא זה מרמז כי למרכיב האורגני בהתפתחות ההפרעה ישנו משקל רב יותר מאשר למרכיב הסביבתי הנוגע לקשר עם ההורים. פירוש זה תואם ממצאי מחקר שנערך באוסטרליה, שבו נמצא כי במשפחות של ילדים שהייתה להם אבחנה של ADHD, המסוגלות לאינטראקציה משפחתית חיובית בין הילד להוריו לא הייתה שונה מזו של משפחות ילדים שלא אובחנו כבעלי ADHD (Tripp, Schaughency, Langlands & Mouat, 2007).

ליבת מחקרנו עוסקת בקו-מורבידיות הקיימת בין ADHD לבין הפרעות רגשיות והתנהגותיות אחרות. הנחת המוצא הנתמכת בספרות המחקרית היא כי לילדים המאובחנים כבעלי ADHD יהיו בעיות רבות יותר בתחומים ההתנהגותי, החברתי והרגשי, בהשוואה לילדים ללא ADHD.

מצאנו הבדל מובהק בין שיעור החניכים שהוגדרו כתוקפנים על פי המדד של אכנבך בקרב אלה שיש להם אבחנה של ADHD (כמחצית מהחניכים), בהשוואה לשיעור החניכים התוקפנים בקרב אלה שאין להם אבחנה כזו (כרבע מהחניכים). משמעותו של ממצא זה היא שאחוז החניכים התוקפנים בקרב בעלי האבחנה של ADHD הוא כמעט פי שניים מאשר בקרב החניכים האחרים. ממצא זה תואם את ממצאי המחקרים שמצאו שיש קשר בין ADHD לבין הפרעת התנהגות והפרעת התנהגות מתמדת-מתנגדת. הנוכחות המשותפת של ADHD ושל הפרעות התנהגות שכיחה ומוכרת לאנשי המקצוע, ועל כן יש צורך בשילוב של דרכי טיפול שונות. כדאי לשלב טיפול התנהגותי תוך בניית תכניות אישיות של עיצוב התנהגות, ובמקרים קיצוניים, ניתן למתן את ההתנהגות ולהפחית את האימפולסיביות וגריית היתר באמצעות טיפול תרופתי (נוסף על ריטלין). לצד זה, נכון לשלב את החניכים בטיפול קבוצתי שבו יעסקו בתכנים התנהגותיים והתמודדות עמם. כמו כן, בשל המצוקה שבה הם שרויים, יש לשלבם בטיפול רגשי פרטני (מנור וטיאנו, 2005).

עוד מצאנו כי שיעור החניכים בעלי התפקוד החברתי הלקוי בקרב מי שהייתה לו אבחנה של ADHD הוא גבוה יותר במובהק משיעור בעלי התפקוד החברתי הלקוי בקרב שאר החניכים. ממצא זה מדגיש את החשיבות הרבה שיש לסיוע לחניכים חדשים בפנימיות שיש להם ADHD, בהשתלבותם בקבוצה כבר בשלב ראשוני של

קליטתם. ייתכן שיש צורך לפתח עבור החניכים בשנתם הראשונה בפנימייה קבוצות קליטה אינטנסיביות, שתעבודנה על כישוריהם החברתיים ותסייענה להם למצוא את מקומם בקרב בני קבוצתם. כמו כן צוות הפנימייה נדרש לסייע לחניכים ולשמש להם כמתווך בסיטואציות חברתיות שהם עלולים לפרשן באופן שגוי כתוצאה מאי-הבנה של מצבים חברתיים. להבנת הקשר שבין ADHD לבין תפקוד חברתי לקוי והתנהגות תוקפנית, חשוב לשים דגש על טיפול בתחום ההתנהגותי-חברתי (Barrett & Ollendick, 2004). חשוב לבנות בפנימיות תכניות התערבות שתסייענה לחניכים ליצור קשרים חברתיים וללמוד כישורי הסתגלות וטכניקות ליצירת קשר, כמו גם תכניות שתסייענה בוויסות דחפים והפחתת אימפולסיביות ורמות תוקפנות.

מצאנו הבדל מובהק בין שיעור החניכים שאובחנו כלוקים בדיכאון וחרדה בקרב מי שהייתה לו אבחנה של ADHD (מעל למחצית מהחניכים), ובין שיעור החניכים בעלי מסמן דיכאון וחרדה בקרב החניכים האחרים (כשליש מהחניכים). ניתן לראות את הדיכאון והחרדה כתגובות רגשיות, לעתים אף מותאמות, לליקויים התפקודיים החמורים הנובעים מ-ADHD. לפיכך, כאשר מאבחנים ילד עם דיכאון או חרדה, ייתכן ויש לבדוק, האם יש לו גם ADHD, על מנת להגיע לאבחנה המקיפה והיסודית ביותר. נראה גם כי בשל האפשרות לאבחן את ההפרעה בקלות יחסית, היא יכולה לשמש כאינדיקציה לנוכחותן של פתולוגיות התנהגותיות רגשיות קשות יותר, שמחייבות תוספות טיפוליות ספציפיות, כמו פסיכותרפיה התנהגותית או דינמית וטיפול תרופתי.

מצאנו כי כ-95% מקרב החניכים שאובחנו כבעלי ADHD נטלו תרופות (ריטלין וקונצרטרה). יש לתת את הדעת על ההשפעות שיש לעובדה ששיעור כה גבוה של חניכים (כשליש) נטל טיפול תרופתי. במחקרים נמצא כי התכשירים המעוררים (שהריטלין נמנה ביניהם) יעילים ב-70%–80% מהמקרים, וישנה קבוצה באוכלוסייה שתכשירים אלו אינם מסייעים לה (מנור וטיאנו, 2005). קיים ויכוח בנוגע לריטלין, וישנן דעות שונות לגבי השימוש בתרופה זו. יש לבחון, מדוע כמעט כל החניכים בפנימיות שיש להם ADHD, נוטלים ריטלין. עולה השאלה, האם הסיבה לכך היא הקושי של הפנימיות להתמודד עם מאפייני ההתנהגות של החניכים, כך שהפתרון כמעט המידי הוא מתן טיפול תרופתי. עלינו גם לשאול את עצמנו, האם ייתכן שמשום שהורי החניכים מעורבים פחות בחיי היום יום של החניך ויש להם על פי רוב מידע מועט על היתרונות והחסרונות של הריטלין, התרופה ניתנת לחניכים ביתר קלות מאשר לילדים שאינם בפנימיות. כמו כן יש לבחון את מידת השימוש של הפנימיות בטיפולים חלופיים. בכל מקרה, מן הראוי לקיים דיון, כדי לוודא שהטיפול הניתן היום משקף את מיטב הידע העדכני בתחום זה.

כיוון שרובם הגדול של החניכים בפנימיות שיש להם ADHD מקבלים ריטלין, מומלץ לבנות תכנית טיפול שתחייב מעקב אינטנסיבי אחר חניכים אלו. על מעקב זה לכלול מערך אבחון מקיף, מעקב פסיכיאטרי וכן בדיקות דם, אקו לב ותפקודי כבד אחת לכמה חודשים, כדי לבדוק שהשימוש בריטלין אינו פוגע בתפקוד הגופני. כמו כן, יש לתת את

הדעת לעובדה שהצורך ליטול תרופה שתסייע לו לשלוט בהתנהגותו משפיע על הילד מבחינה רגשית, למשל על דימויו העצמי ועל תחושת המסוגלות שלו. יש לסייע לחניכים להתמודד עם קושי זה על ידי מתן כלים ומסר חיובי ומקדם, תוך חשיבה על אופן מתן התרופה מדי יום. לפיכך, מומלץ לקיים צוות חשיבה שיבחן, האם ישנו צורך לסייע לפנימיות בהנגשת שירותים וכלים נוספים להתמודדות עם ADHD.

המחקר הנוכחי הוא ייחודי בכך שבחן והרחיב את תמונת המצב על מאפייניהם ומצבם הרגשי, ההתנהגותי והחברתי של חניכי פנימיות, תוך שימת דגש מיוחד על החניכים שיש להם ADHD. עם זאת, יש לדון במגבלות המחקר אל מול יתרונותיו.

מחקרנו התבסס על בסיס נתונים קיים וגדול מאוד, שאפשר בחינת מספר רב של שאלות, תוך הישענות על מדגם גדול, אשר הקיף את רוב הילדים בפנימיות הרווחה. עם זאת, ההישענות על מסד נתונים קיים לא אפשרה לנו לבחון השערות נוספות העולות מהספרות, אך שלא נמצא מידע עליהן בבסיס הנתונים. מגבלה נוספת היא דרך איסוף הנתונים שנאגרו במאגר זה. אלו נאספו באמצעות שאלון הרף, הממולא על ידי העובדים בראשית השנה, על מנת להעריך את התנהגות הילדים ותפקודם במהלך השנה הקודמת. לעתים, חברי הסגל שממלאים את השאלון בראשית השנה הם עובדים חדשים, שלא עבדו בשנה החולפת, ויש בכך פגיעה בתקפות הדיווח ובמהימנותו. כתוצאה מכך, לא תמיד מצויות אמות מידה אחידות להערכה של מידת חומרה או דרגות ועצמות של צינור תופעות נצפות, ויש חשש לאי-אחידות במדידה לאורך זמן.

למרות מגבלות המחקר, לממצאיו עשויות להיות השלכות חשובות. הנתון כי למעלה משליש מחניכי הפנימיות מאובחנים כבעלי ADHD, מחייב את צוותי הפנימיות להעמיק וללמוד מאפיינים והיבטים שונים, אבחוניים וטיפוליים, הקשורים להפרעה זו. יתרה מזו, אין המדובר רק בטיפול בילד שיש לו ADHD. העובדה שלאחוז ניכר מחניכי הפנימיות יש ADHD משפיעה מבחינת האקלים החברתי והאווירה בפנימיות גם על ילדים ללא ADHD. למעשה, הפנימיות הן מקרה נדיר שבו ילדים רבים כל כך שיש להם הפרעה זו מרוכזים יחד ונמצאים באינטראקציה זה עם זה. יש הבדל ניכר באקלים מסגרת חברתית שבה 3%–7% מהילדים לוקים בהפרעה, והם מוכלים על ידי שאר חברי הקבוצה, לבין מצב שבו ילדים אלו נמצאים באינטראקציה בעיקר עם ילדים בעלי מאפיינים דומים. מחד גיסא, ישנו יתרון בכך שחניכים המאובחנים כבעלי ADHD יושמו בפנימייה ייחודית להם או במשפחתונים או קבוצות ייחודיות לילדים עם מאפיינים דומים. כך אנשי הצוות העובדים עמם יוכלו להיות מוכשרים במיוחד לטיפול בילדים אלו; מאידך גיסא, חניכים אלו הם חניכים מורכבים במיוחד ומאופיינים בקשת רחבה של קשיים נלווים, וייתכן שהשמתם בקבוצה אחת תיצור מצב בלתי אפשרי, שיגרום להחרפת מצבם ההתנהגותי והרגשי ולא יאפשר עבודה מקדמת. הנתון המשמעותי בנוגע לאחוז כה גבוה של חניכים עם ADHD בפנימיות מצריך קיום חשיבה ברמת המדיניות על הבניית הרכבי הפנימיות, הקבוצות והמשפחתונים בהתאם.

מומלץ לקיים הכשרות ייעודיות לצוותי הפנימיות בנושאים של אבחון ADHD וטיפול בו. מדובר בהפרעה מוכרת, וישנו מגוון רב של דרכי אבחון וטיפול שנמצאו מתאימות לעבודה עם המאובחנים בה. יש לערוך התאמות של אמצעים אלו לעבודה עם ילדים בפנימיות ולקיים הכשרות לאנשי הצוות לצורך למידת הכלים והטכניקות לעבודה חינוכית-טיפולית מקדמת. ישנה ספרות תאורטית ומחקרית ענפה על ADHD, וישנן התערבויות התנהגותיות רבות שנמצאו מסייעות לעבודה עם ילדים שיש להם הפרעה זו. אנו מציעים שמידת התאמתן של התערבויות אלו לאוכלוסיית הפנימיות תיבחן, תוך כדי הכשרה של הצוותים ויצירת תנאים מתאימים לביצוען.

כדי לוודא התאמה של ההתערבויות השונות עם האפשרויות והצרכים בפנימייה, יש מקום למנות צוות חשיבה והיגוי לשם אינטגרציה בין הידע האקדמי על ההפרעה לבין הניסיון המצטבר של הצוותים בפנימיות. צוות שכזה יוכל לבנות תכניות התערבות שתואמת לצורכי החניכים וליכולות המסגרת. כדאי לחשוב על שיתוף פעולה בתחום זה בין משרד החינוך למשרד הרווחה, על מנת להשיג את המיטב מהתכניות שתיבניה.

המחקר הנוכחי אפשר לאתר בתוך הפנימיות קבוצות של ילדים בסיכון לתפקוד בעייתי. במחקר מצאנו כי לילדים שאובחנו כבעלי ADHD הייתה קשת רחבה של תופעות נלוות, שפגעו בתפקודם ההתנהגותי, החברתי והרגשי. צוותי הפנימיות צריכים להיות ערים לכך, לסמן מראש את החניכים שידוע כי אובחנו כבעלי ADHD ולאפשר להם טיפול הולם, שיסייע להפחית את עצמות הקושי.

התמודדות צוות הפנימייה עם ילדים שיש להם ADHD היא התמודדות מורכבת. לפיכך יש לבנות עבור אנשי הצוות קבוצת תמיכה, שתכלול הדרכה וליווי ותהווה רשת תמיכה ומקור כוח.

נוכח השיעור הניכר של ילדי הפנימיות המאובחנים כבעלי ADHD, יש להעריך מחדש גם את אופן האבחון. על פי רוב, האבחנה של ADHD בפנימיות ניתנת על ידי פסיכיאטרים בלבד, ללא שימוש במבחנים נוספים. ייתכן שיש לכך השפעה על השיעור הגבוה של האבחונים המתקבלים בקרב אוכלוסיית חניכי הפנימיות. כפי שמתואר בספרות, האבחון הקליני חייב להיות מלא ואינטגרטיבי ועליו לכלול מרכיבים רבים – הערכה קלינית, אבחון והערכה פסיכולוגיים ומבחן לבדיקת התפקוד המתמשך – TOVA (Test of Variables of Attention) (מנור וטיאנו, 2005). מכאן, שיש לבחון מחדש את אופן האבחון בפנימיות ואת המשמעות הנגזרת מכך, בייחוד בנוגע למתן הטיפול התרופתי. כמו כן ייתכן שיש לדרוש כי כל חניך המאובחן כבעל ADHD יעבור אבחון דידקטי, שיסייע לצוות בית הספר לבנות עבורו תכנית לימודים אישית שתותאם לצרכיו, במטרה לקדם אותו במסגרת בית הספר.

במקביל לצורך המשמעותי בסיוע לחניך ותמיכה בו במסגרת בית הספר, יש מקום לקדם אותו גם בתחומים נוספים, המפתחים אינטליגנציות אחרות (יכולת אתלטית, מוזיקה, מחשבים, אמנות וכן הלאה); ראשית, על מנת לאפשר לו לחזק את כישוריו

ואת החלקים החזקים שלו ולמצות את הפוטנציאל הטמון בו, ושנית, על מנת לעודד בקרבו תחושת הצלחה ולסייע לו לבנות דימוי עצמי חיובי יותר.

לסיכום, פנימיות לילדים בסיכון מיועדות לקידום טובת הילד ורווחתו. לעתים קרובות החניך שוהה בפנימייה במשך שנים אחדות, והפנימייה מהווה עבורו "בית שני". במחקר זה נחקרו המאפיינים של תת-קבוצה ייחודית בקרב חניכי הפנימיות – חניכים שיש להם ADHD. ממצאי המחקר שפכו אור על שכיחות קבוצה זו ומאפייני החניכים השייכים לה, ובחנו את אופן תפקודם ההתנהגותי, החברתי והרגשי. הוצגו גם המלצות למדיניות, לפרקטיקה ולמחקר של העבודה הסוציאלית, שנועדו לקידום רווחתם של חניכים בעלי ADHD השוהים בפנימיות.

מקורות

- אפטר, א', הטב, י', ויצמן, א' וטיאנו, ש' (2006). **פסיכיאטריה של הילד והמתבגר**. תל אביב: דיונון.
- גור, א' (2005). הגישה ההתקשרותית בטיפול המוסדי בבני נוער במצוקה. **מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 21, 11–37.
- דביר, א', וינר, א' וקופרמניץ, ח' (2010). התמודדות עם חוויית בדידות קיומית בקרב ילדי פנימיות חסרי עורף משפחתי. **מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 32, 87–110.
- דולב, ט' וברנע, נ' (1996). **הערכת צורכי הילדים ודרכי ההתערבות בתשע פנימיות לילדים עד גיל 14**. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- דיגמל, ש' (2006). **השפעת גורמים אישיים וסביבתיים על הסתגלות החניך/ה לפנימייה**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת חיפה.
- הלבן-אילת, ח', ולק, ד', צמח-מרום, ת', בראנץ, ב' ודורי, י' (2008). **השירות לילד ולנוער: נתונים על ילדים בפנימיות בשנת תשס"ח (2007–2008)**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- המועצה הלאומית לשלום הילד (2009). **ילדים בישראל: שנתון סטטיסטי**. ירושלים: המועצה הלאומית לשלום הילד.
- וורנר-רוג'רס, ג' (2005). ADHD. בתוך פ' הולין (עורכת), **גישות התנהגותיות לבעיות בילדות** (עמ' 51–89). קריית ביאליק: אח.
- וינר, א' (1984). **מחוז למשפחה: השמת ילדים בארץ ישראל בתקופת המנדט**. חיפה: אורנים.
- ולק, ד', צמח-מרום, ת', הויזליך, צ' ובראנץ, ב' (2004). **מהימנות טופס נתוני חניך בפנימיות השירות לילד ולנוער: הפרויקט לשיפור מערכת הפיקוח לפי שיטת הרף**. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הרווחה.
- מוסק, ע', טאוס, ר' ושומודי, י' (1997). משמעותו של שינוי ארגוני בפנימייה לילדים: ממעבר ממסגרת קבוצתית למשפחתונים. **חברה ורווחה**, יח(2), 303–325.
- מנור, א' וטיאנו, ש' (עורכים) (2001). **לחיות עם הפרעות קשב וריכוז: ADHD**. תל אביב: דיונון.
- מנור, א' וטיאנו, ש' (עורכים) (2005). **לחיות עם הפרעות קשב וריכוז: ADHD**. תל אביב: דיונון.
- עויזרמן, ד', בבנישתי ר' ובן-רבי, ד' (1991). ילדים באומנה-רקע משפחתי ומצב בעת ההשמה. **חברה ורווחה**, יא(3), 227–247.

- עטר, ש' (2006). **מאפיינים של הילד המשפחה והפנימייה כמנבאים תפקוד פסיכו-חברתי וחינוכי של ילדים ובני נוער בפנימיות שיקומיות, טיפוליות ופוסט-אשפוזיות**. עבודת דוקטור. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- קשתי, א' ומנור, א' (1988). נייר עמדה "פנימיות בישראל המשכיות ושינוי". **ידיעות**, 11, 4-8.
- שמעוני, ע' ובנבנישתי, ר' (2011). **ילדים נפגעי התעללות והזנחה השוהים במסגרות חוץ-ביתיות והמטופלים בקהילה – רקע ותוצאות: דו"ח שנתי מסכם**. ירושלים: מכון חרוב.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for teacher's report form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H. L., & Costello, E. J. (2000). Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 975-994.
- Angold, A. E., Costello, J., & Erkanli, A. (1999). Co-morbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Auerbach, J. G., Landau, R., Berger, A., Arbelle, S., & Karplus, M. (2005). Neonatal behavior of infants at familial risk for ADHD. *Infant Behavior and Development*, 28, 220-224.
- Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007) Environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96, 1269-1274.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barrett, P. M., & Ollendick, T. H. (Eds.) (2004). *Handbook of interventions that work with children and adolescents- prevention and treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Beauchaine, T. P., Katkin, E. S., Strassberg, Z., & Snarr, J. (2001). Disinhibitory psychopathology in male adolescents: Discriminating conduct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder through concurrent assessment of multiple autonomic states. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 610-624.
- Becker, K. B., & McCloskey, L. A. (2002). Attention and conduct problems in children exposed to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 83-91.
- Burt, A. S., Krueger, F. R., McGue, M., & Iacono, G. W. (2001). Sources of co variation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 516-525.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., Sylvers, P., Mead, H., & Chipman-Chacon, J. (2006). Autonomic correlates of attention-deficit/ hyperactivity disorder and oppositional deficit disorder in preschool children. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 174-178.
- Derks, E. M., Dolan, C. V., Hudziak, J. J., Neale, M. C., & Boomsma, D. I. (2007). Assessment and etiology of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in boys and girls. *Behavior Genetics*, 37, 559-566.

- Diamantopoulou, S., Henricsson, L., & Rydell, A. (2005). ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: Examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. *International Journal of Behavioral Development, 29*(5), 388–398.
- Dolan M, & Rennie, C. (2008). The Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) as a predictor of recidivism in a UK cohort of adolescent offenders with conduct disorder. *Psychological Assessment, 20*, 35–46.
- Gentschel, D. A., & McLaughlin, T. F. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: Characteristics and suggested methods of treatment. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 12*(4), 333–347.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 671–678). New York: Guilford Press.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(6), 655–663.
- Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L., & Piha, J. (1999). Psycho-social factors and adequacy of services for children in children's homes. *European Child & Adolescent Psychiatry, 8*(4), 268–275.
- Hussey, D. L., & Guo, S. (2005). Forecasting length of stay in child residential treatment. *Child Psychiatry and Human Development, 36*(1), 95–111.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 147–158.
- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., & Faraone, S. V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 24*, 137–141.
- Mrug, S., Hoza, B., & Gerdes, A. C. (2001). Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Peer relationships and peer-oriented interventions. *New Directions for Child and Adolescent Development, 91*, 51–77.
- Qian, Q., Wang, Y., Zhou, R., Li, J., Wang, B., Glatt, S., et al. (2003). Family-based and case-control association studies of catechol-O-methyltransferase in attention deficit hyperactivity disorder suggest genetic sexual dimorphism. *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics, 118*(6), 103–109.
- Schiff, M., & Benbenishty, R. (2006). Functioning of Israeli group-homes alumni: Exploring the differences and in-care correlates. *Children and youth services review, 28*, 133–157.
- Sciutto, M. J., Nolfi, C. J., & Bluhm, C. (2004). Effects of child gender and symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12*(4), 247–253.

- Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J., Silberg, J., Maes, H., Loeber, R., et al. (1997). The Virginia twin study of adolescent behavioral development. *Archives of General Psychiatry*, 54, 800–808.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Auerbach, J., Campbell, S. B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways between risk and disorder. *Developmental Science*, 8, 141–150.
- Staller, J. A. (2006). Diagnostic profiles in outpatient child psychiatry. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 98–102.
- Tripp, G., Schaughency, E. A., Langlands, R., & Mouat, K. (2007). Family interactions in children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 385–400.
- Vorria, P., Wolkind, S., Rutter, M., Pickles, A., & Hobsbaum, A. (1998). A comparative study of Greek children in long-term residential group care in two-parent families: 1. social, emotional and behavioral differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(2), 237–245.
- Zemmach-Marom, T., Fleishman, R., & Hauslich, Z. (2002). Improving quality of care in residential settings in Israel through the RAF method. In P. M. Bergh, E. J. Knorth, F. Verheij & D. C. Lane (Eds.), *Changing care: Enhancing professional quality and client involvement in child and youth care services* (pp 30–41). Amsterdam: SWP Publishers.