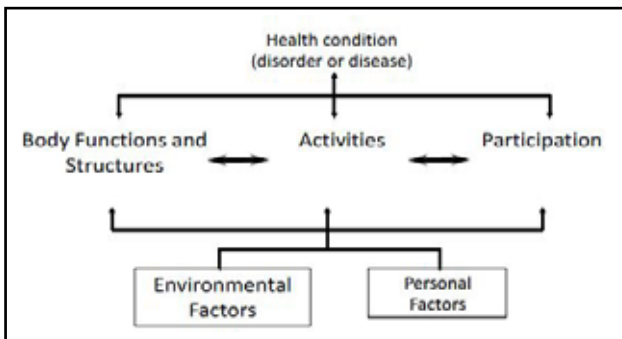


אבחון ילדים מיוחדים במיוחד: מודל שיקומי רב ממדי לאבחון נירופסיכולוגי בילדים עם לקות נירולוגית-תפקודית מורכבת

תמר זילברג, יאנה אהוניסקה-אסא ומרים לבב

בתהליך האבחון ובממצאיו על מנת לקדם את הילד ומשפחתו באופן מקסימלי במהלך השנים הקרובות. הערכה נירופסיכולוגית בילדים התפתחה במהלך שני העשורים האחרונים, כתוצאה מהצורך לאתר ילדים הזקוקים לעזרה בתהליכי הלמידה ובהתנהלות הבין אישית בעקבות פגיעה מוחית מולדת או נרכשת. הציר הראשון, כאמור, מתייחס למודל ה-ICF המסייע לנו לחשוב על מצבים תפקודיים כתלויים במכלול רחב של נסיבות (איור 1). על פי תפיסת מודל ה-ICF, חשוב להכיר בכך שבפנייה לאבחון נירופסיכולוגי עומדת פעמים רבות ההנחה שהבעיה נובעת מהילד עצמו, או יתרה מכך, מהלקות¹ שלו. חשוב שניורופסיכולוג המבצע את ההערכה יוכל להבחין בין מצבים שבהם התפקוד מושפע מגורם רפואי נירולוגי, לבין מצבים שבהם הוא מושפע מגורם נפשי או סביבתי. הבחנה זו חשובה לצורך בניית תוכניות התערבות ומיקוד הסיוע לפי מקור הקושי.

איור 1: מודל יחסי הגומלין בין המרכיבים השונים של מודל ה-ICF (WHO, 2001)



מודל ה-ICF מציג שלוש רמות תפקוד: רמת המבנים והתפקודים הגופניים (Body functions / structures) - השינויים במבנה ורקמות הגוף; רמת הפעילות (Activity) - מה שהפרט עושה בעצמו בתפקודי היומיום; רמת ההשתתפות (Participation) - מידת המעורבות של הפרט במארג החיים. לפיכך, לפי תבנית זו, מידת ההשתתפות של ילד בפעילויות שונות אמורה להימדד ביחס למאפיינים הפיזיולוגיים

דנה (שם בדוי), ילדה חביבה וחייכנית בת שש שנים, הגיעה לאבחון נירופסיכולוגי בליווי אמה, לצורך השמה חינוכית. דנה מאובחנת כלוקה בשיתוק מוחי בדרגה IV על פי סיווג ה-GMFC (Gross Motor Function Classification Scale), מתניידת בכיסא גלגלים ממונע ומתבטאת באמצעות מילים בודדות. דנה זקוקה לעזרה במיומנויות בסיסיות בחיי היומיום (ADL - Activities of Daily Living skills). אמה של דנה חד הורית, מתגוררת בבנין בן ארבע קומות ללא מעלית. לדנה אחות תאומה ללא מוגבלות. מה עושים? איך מאבחנים ילדה מיוחדת ומורכבת שמתקשה לתקשר באופן מילולי ואינה יכולה לבצע מטלות מוטוריות? כיצד מגדירים מהם יעדי האבחון, מהו הבסיס למסקנות האבחון ומהם סדרי העדיפויות? במאמר זה ננסה להתייחס לשאלות אלה ולהציע מודל שיקומי רב ממדי בן ארבעה צירים. מודל זה עומד בבסיס הגישה לאבחון נירופסיכולוגי בכלל ולאבחון נירופסיכולוגי בילדים מיוחדים בפרט.

1. הציר ראשון מתייחס לאבחון נירופסיכולוגי בילדים מיוחדים על פי תבנית ה-ICF (International Classification of Functioning) של ארגון הבריאות העולמי (WHO) משנת 2001. מסגרת זו עומדת בבסיס השקפת העולם השיקומית ורלוונטית לקביעת מטרות האבחון, לצד ההכרה במגבלותיו.
2. הציר השני במודל כולל הסתכלות על ילד שנמצא בתהליך השתנות. השתנות ופלטיות (plasticity) הן הליבה של תהליכי ההתפתחות של המוח. לפיכך, כל פגיעה, בין שהיא מלידה ובין שהיא מאוחרת, תשפיע על תהליכי הגדילה הללו ותאלץ את המנגנונים המוחיים לסגל או להתאים את הקצב ואת שלבי ההתפתחות לדרישות המצב החדש.
3. הציר השלישי מתייחס להגדרה של אבחון נירופסיכולוגי כתהליך של חיפוש שיטתי אחר החוזקות והחולשות, על מנת לתת תיאור מפורט ומסודר של הפרופיל התפקודי של הילד. ההבנה כי המוח מודולרי, ולפיכך הפגיעה המוחית אינה בעלת השפעה אחידה, הופכת את האבחון למשימה מורכבת ומאתגרת במיוחד.
4. הציר הרביעי עוסק בהכרה בכך שהאבחון הוא למעשה התערבות, ולפיכך ביכולתו של הניורופסיכולוג להשתמש

ד"ר תמר זילברג היא פסיכולוגית שיקומית מומחית, מחלקת שיקום ילדים, בית החולים לילדים על שם אדמונד וילי ספרא, תל השומר, וחברת סגל המגמה השיקומית, המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן.

ד"ר יאנה אהוניסקה-אסא היא פסיכולוגית שיקומית מומחית ומדריכה, נירופסיכולוגית, מנהלת היחידה לאבחון נירופסיכולוגי לילדים, בית החולים לילדים על שם אדמונד וילי ספרא, תל השומר.

ד"ר מרים לבב היא פסיכולוגית התפתחותית מומחית ומדריכה, נירופסיכולוגית, היחידה לאבחון נירופסיכולוגי לילדים, בית החולים לילדים על שם אדמונד וילי ספרא, תל השומר, ופסיכולוגית התפתחותית בכירה במרכז להתפתחות הילד, קופת חולים לאומית, ירושלים.

¹ לקות (Impairment) - נזק קבוע שנוצר בעקבות מחלה או פגיעה על פי הגדרות ארגון הבריאות העולמי (WHO, 1980). הומשג כ-body functions בגרסה העדכנית יותר של המודל ב-2001.



למשל, השאלה אם ביצועיה של דנה באבחון בגיל שש, טרם כניסתה לכיתה א', ישקפו את יכולותיה האקדמיות גם בהמשך התפתחותה, היא שאלה רלוונטית ואינהרנטית לתחום האבחון הניורופסיכולוגי בילדים.

מאחורי שאלה זו מתנהל בספרות הדיון בדבר פלסטיות מוחית. פלסטיות מוחית מוגדרת כיכולת של המוח להתארגן מחדש ולהשתקם לאחר פגיעה (Dennis et al., 2014). במאה האחרונה התנהלו יסודות סביב מושג הפלסטיות של המוח בקרב ילדים הלוקים בפגיעה מוחית. בשנות ה-30 של המאה הקודמת, חקרה Kennard את ההשפעה של פגיעות קורטיקליות על ביצועים מוטוריים בקופים. היא דיווחה שפגיעות שאירעו בקופים צעירים היו חמורות פחות מאשר פגיעות דומות שאירעו בקופים בוגרים (Kennard, 1936). טענה זו הובילה לתפיסה כי ככל שהנזק המוחי מוקדם יותר כך ההפסד התפקודי יהיה חמור פחות (עיקרון שנוסח כ"early is better") מתוך הנחה כי הפלסטיות שבתהליכי הגדילה תעזור לאזן את החסר.

טענה זו חוזקה מאוחר יותר על ידי Lenneberg שבדק השפעות של



פגיעות מוחיות על תפקודי שפה בילדים. הוא הסיק שזק באזורי השפה בהמיספרה השמאלית של המוח מאפשר שיקום נרחב של תפקודי שפה, כנראה בגלל רה-אורגניזציה קורטיקלית המתרחשת בחלון הזמן הצעיר. באמצע שנות ה-70 של המאה הקודמת החלו להתפרסם ממצאים הסותרים את מסקנותיהם של קנארד ולנברג. אף שדווחו ממצאים בעניין שיקום של תפקודי שפה אחרי פגיעות מוקדמות באזורי שפה בהמיספרה השמאלית של המוח (בעיקר אם הנזק התרחש בשנתיים הראשונות לחיים), על פי רוב, ילדים עם פגיעות מוקדמות סובלים מהפרעות קוגניטיביות מורכבות ולמעשה הם "גדלים לתוך הלקות..." ("...grow into the deficit...") (Garcia, Hungerford & Bagner, 2014).

הציר השלישי מתייחס ליכולתו של הניורופסיכולוג לבנות פרופיל מלא, עד כמה שניתן, בדבר התפקוד הקוגניטיבי-רגשי של ילד עם לקות מורכבת. המילה פרופיל מבוססת על כך שההערכה הניורופסיכולוגית כוללת התייחסות למגוון ממדים קוגניטיביים שונים (כגון מוטוריקה, תפיסה חזותית, זיכרון, קשב, תפקודי ניהול וכדומה), לצד כישורים אקדמיים ותפקודים בין אישיים. בתהליך

של הליקוי, לפעילויות שלו סביב עצמו, ובהקשר מסוים: אישי (מאפייני הרקע הייחודיים של הפרט) וסביבתי (כל הגורמים מחוץ לפרט בסביבתו האישית והפיזית).

על מנת להדגיש כי מושג ההשתתפות מתייחס לתפקוד, מודל ה-ICF מבחין בין שני מופעים של ביצוע: התפקוד במצבים "אידיאליים" (capacity) לעומת הביצוע בפועל (performance). בעוד הראשון מתייחס לתפקודו של הפרט במבחנים פורמאליים, השני מתייחס למה שעושה הפרט בחיי היומיום בסביבתו הטבעית (Lollar & Simeonsson, 2005). על פי מודל זה ניתן להבין את אחד הקשיים האינהרנטיים באבחון ניורופסיכולוגי: באבחון הנערך בין בוחן לנבחן, בחדר מותאם, ללא הסחות דעת ועם יחס אישי ואמפתי, אנו למעשה מעריכים את הביצוע האידיאלי של הילד ומנסים לגזור מתוך ביצוע זה לגבי הביצוע שלו בפועל, בהקשרים שונים בעולם. במקרה של דנה, למשל, יצופה מאיתנו להעריך כיצד הפגיעה המוחית שלה, כפי שהיא באה לידי ביטוי בחדר האבחון, תבוא לידי ביטוי בסביבה הטבעית ובבית הספר שלה. או לחילופין, יהיה עלינו להעריך, למשל, באיזו מידה העובדה שדנה, המתניידת בכיסא גלגלים ממונע, מתגוררת בקומה רביעית ללא מעלית, עשויה להשפיע על היכולת שלה לרכוש ניסיון במצבים חברתיים שונים.

בנוסף, בהתאם לתפיסת מודל ה-ICF, על מנת לקבל תמונה מלאה ומפורטת של רמת התפקוד, הניורופסיכולוג מחויב לאסוף מידע לגבי תפקודו וביצועיו של הילד בהקשרים שונים ומגורמים שונים, מה שמכונה בספרות המקצועית Proxy-report.

מדיווחים שונים בספרות עולה כי פעמים רבות קיימים פערים בין דירוגי המעריכים השונים (הורה, מורה, הילד עצמו וכדומה) (De Los Reyes et al., 2013). לפעמים אלו ישנה השפעה רבה על תהליך ההערכה, הסיווג והטיפול בילדים. סתירות בין המעריכים השונים אף עלולות להביא לעיכוב במתן טיפול לבעיה. לעתים פערים בין מעריכים מהווים לכשעצמם מידע משמעותי על מצבו של הילד, ולכן לא יהיה נכון להתייחס אליהם כאל טעות מדידה או הבדלים אינדיבידואליים באופן גורף. בנוסף, הפער בין המעריכים תלוי בגורמים הקשורים בילד אך גם ממצבו הרגשי של המערך. במיוחד במצבים רפואיים מורכבים, המהווים לעתים קרובות גורם דחק משמעותי עבור הילד והוריו, עלולה להיווצר הטיה בדיווח ההורה על אודות מצבו של ילדו (Silberg et al., 2014). במקרה של דנה, למשל, נצטרך להעריך את מידת הדחק שחווה אמה כאם חד הורית לתאומות שאחת מהן בעלת צרכים מיוחדים, ולבחון האם דיווחה של האם משקף את המציאות של דנה או שמא מתאר הוא את החוויה של האם עצמה.

De Los Reyes & Kazdin (2005) גיבשו מודל שמזהה גורמים שונים המשפיעים על הפער בין דירוג מצבו של הילד על ידי ההורה לבין דירוגם של גורמים אחרים (מורה, למשל). בין הגורמים שנמצאו קשורים ליצירת הפער בדיווח ההורה: מידת הדיכאון של ההורה, מידת החרדה ומידת הדחק. על פי Smith (2010), משמעות הפער היא שכל אחד מהמעריכים מציע, למעשה, נקודת מבט ייחודית על התנהגות הילד. לפיכך, וברוח ה-ICF, יש להתייחס לשונות בין מעריכים כמידע קליני בעל ערך לגבי מאפיינים קונטקסטואליים, במקום להתייחס לליקוי כמכלול של אפיונים שבאים לידי ביטוי באופן אחיד בסביבות שונות. האבחון הוא ספציפי, אך צריך לראות את התפקוד בהקשרים שונים.

הציר השני עוסק בהבנה כי פגיעה מוחית שהתרחשה בשלבים שבהם המוח עדיין מתפתח, תחייב את איש המקצוע לחזור ולהעריך את הביצועים של הילד גם בהמשך ההתבגרות. כך,



אחת או נתקלים במאבחים החשים כי המוגבלות האמיתית היא של כלי האבחון העומדים לרשותם לא פחות מאשר הליקויים של הילד או הילדה.

האפשרות שהאבחון יספק פרופיל קוגניטיבי-רגשי מהימן תלויה אם כך במידה רבה בתהליך האבחון עצמו. אמנם סוגיה זו רלוונטית לכל אבחון באשר הוא, אולם כאשר קיימים משתנים מתערבים משמעותיים הקשורים למאפייני הפגיעה, כמו אלה הקיימים בקרב ילדים עם נכויות מורכבות, שאלה זו הופכת להיות מאתגרת ומורכבת עד מאוד.

הציר האחרון במודל הרב ממדי לאבחון נירופסיכולוגי בילדים הוא היכולת להשתמש באבחון ובממצאיו כהתערבות, כאשר לנגד עינינו הבנה כי תוך כדי התהליך ההורה לומד על מוקדי הקושי והחוזק של ילדו.

פעמים רבות מתרחש האבחון בנקודות מעבר, כמו למשל במקרה של דנה העולה לכיתה א', במצבים שבהם נדרשים ההורים והילד לקבל החלטות או לערוך שינויים בחייהם. כמטפלים, אנו פוגשים את החששות והדאגות של הורים, ולעתים קרובות גם של הנערים או הנערות, הפונים או מופנים לאבחון נירופסיכולוגי. השלכות של הפרעה התפתחותית או של פגיעה טראומטית בגיל צעיר נוטות להמשיך לאורך שנים, וזאת למרות ריבוי הטיפולים וההשקעה האינטנסיבית מצד הילד, ההורים והמטפלים. הסכמות² והנרטיבים³ שיש להורים על הילד ועל המשפחה מתפתחים לאורך זמן ועוזרים להורים לארגן את עולמם באופן יעיל ונהיר, תוך הקניית ביטחון רגשי (לדוגמה: "אם הילד שלי רק יתאמץ הוא יצליח בלימודים כמו כולם"). תהליך קבלת המידע בדבר מצבו הקוגניטיבי, הלימודי והרגשי של הילד מהווה נקודת מפגש עם סכמות ונרטיבים מוקדמים אלו, ועשוי ליצור תמורה בנרטיב הקיים ואף להוביל לשינויים ברמה הרגשית, ובהם חוסר שביעות רצון, אכזבה ואפילו כעס בקרב ההורים.

• אחד המרכיבים החשובים להצלחת האבחון הוא יצירת אמון וקשר חיובי בין הנירופסיכולוג לבין ההורים והילד (rapport). תהליך זה הוא שלב בסיסי בכל אבחון או התערבות טיפולית, ועם זאת לעתים הוא נזנח לאורך התהליך. לא אחת גם האמביוולנטיות של ההורה לגבי האבחון ומשמעות ממצאיו מובילה לשיתוף פעולה מועט מצד הילד. שימוש יצירתי בשיטות כגון משימות לפרקי זמן קצרים, הפסקות תכופות, עידוד אינטנסיבי על מאמץ (לא על נכונות הביצוע), שימוש במשחקים משותפים בין המטלות ולעתים אף הענקת משוב מוחשי (כמו מדבקות או פרסים קטנים) עשויים לעזור. יתרה מזאת, כשההורה עד לשיתוף הפעולה של הילד גם הוא עשוי לחוש כי הילד ביטא את יכולותיו.

כאשר הילד ובני משפחתו חשים שהם "שותפים פעילים" בתהליך האבחון, עולים הסיכויים שהם יבינו ויפנימו את ממצאי האבחון ויוכלו לבנות מחדש את "הסיפור שלהם" על אודות קשייו ויכולותיו של הילד. כך למשל, ישנה חשיבות רבה לברר עם אמה של דנה מה הציפיות שלה מהאבחון, ולהבין כיצד היא רואה את בתה משתלבת ומשתתפת בפעילויות פנאי שונות.

בתום העברת מטלות האבחון מגבש הנירופסיכולוג תמונה על מצבו הקוגניטיבי, הלימודי, ההתנהגותי והרגשי של הילד. כדי לתת המלצות להמשך דרכו של הילד ועל מנת להתכונן לשלב המשוב, על הנירופסיכולוג לבנות פרופיל של הילד ביחס לעצמו, באילו

האבחון, ההסתכלות היא על יכולתו של הילד לעבוד לבד ללא כל עזרה או תמיכה, ועל האופן שבו הוא פותר את המטלות בכוחות עצמו. מתוך כך משתקפות החוזקות והחולשות שלו בכל ממד. לפיכך, לא נחפש ציון מסכם סופי או ציון בודד שיעיד על ליקויי אחד, אלא נתייחס ליוסי הגומלין בין הביצועים במדדים השונים לבין ההקשרים השונים של האבחון. פעמים רבות ילדים עם לקויות נירולוגיות מורכבות מציגים פרופיל נמוך ביחס למצופה מבני גילם במגוון רחב של מטלות, אולם במידה שהתהליך נעשה באופן מהימן ותקף, נצפה לפרופיל הטרונגי, המדגיש את היכולות השמורות של הילד לצד קשייו.

נחזור עתה למקרה של דנה, כל עוד היא אינה מצליחה לענות על השאלות ברמת המורכבות הנדרשת על פי עקרונות הציון, למשל בתת מבחן הבנה הבודק ידע בנוגע למצבים חברתיים או מושגים נפוצים (מתוך ה-Wechsler Intelligence Scale for Children), הערכתנו את הביצוע שלה תהיה באופן יחסי נמוכה יותר. תשובה מילולית מצומצמת תזכה את דנה באופן אוטומטי בניקוד חלקי ברוב השאלות. אך האם זה המידע המרבי שניתן להשיג מהביצוע של דנה? אפשרות אחת שעומדת בפני הנירופסיכולוג היא להקפיד על כללי הציון על מנת לא לפגוע במהימנות האבחון, אך האם זה משקף את הכישורים של דנה בצורה מלאה או שמא בעשותנו כך אנו למעשה פוגעים בתוקף ממצאיו? ייתכן, כפי שאכן קורה פעמים רבות, שהמאבחן נדרש ללא מעט יצירתיות, או כפי שמכונה בספרות המקצועית "בדיקת גבולות", "Testing of limits", לצורך הערכת היכולת הגלומה מאחורי הביצוע הלקוי. מתן אפשרויות "רבות ברירה" כתשובות, למשל, תאפשר להסיק האם דנה יכולה להביא בחשבון רבדים אחדים בתשובה או שהיא עונה ברמה קונקרטיה ומתקשה להתייחס לכמה אפשרויות פתרון במקביל.

כיצד אפוא נדע מה השפעת ההבדלים באופן ביצוע מטלות האבחון על הממצאים? שאלה זו נדונה לאחרונה בספרות המחקרית במסגרת הניסיון לקבוע קווים מנחים להתאמות השונות של המבחנים הנירופסיכולוגיים לאפשרויות של הילד (Hill-Briggs et al., 2007). כך, הוצג ניסיון לקבוע כללים לבחירת סוג המטלה או המבחן הרצוי לצורך בדיקת תפקוד מסוים; באילו מדדי ביצוע להשתמש (מהירות תגובה, תנועות עיניים, תקשורת תומכת חלופית וכדומה); וכן מה משמעות הפער בין יצירת התאמות לבין הביצוע (כך, למשל, מוצגים הפערים הצפויים באוכלוסייה ללא המגבלה בין ביצוע עם וללא התאמות) (Warschausky et al., 2012).

מתוך כך נובע כי על הנירופסיכולוג להיות בקיא במגוון רחב של מטלות אבחון שמשמשות להערכת ביצועים שונים, ולא אחת להשתמש במגוון מטלות המשמשות להערכת אותו תפקוד על מנת לבדוד את הגורמים השונים המשפיעים על הביצוע. כך, אם ברצוננו להעריך את מהירות עיבוד המידע של הילד, עלינו לבדוד משתנה זה ממהירות ביצוע באופן כללי (base-line) ורק לאחר מכן לבדוק מהי התוספת היחסית של מטלת עיבוד מידע פשוטה על משך זמן הביצוע.

בילדים עם ליקוי מוטורי משמעותי, כמו במקרה של דנה, הנירופסיכולוג נדרש להצטייד במטלות שאינן תלויות בביצוע המוטורי של המאבחן ולהסתייע באמצעים טכנולוגיים חלופיים (כגון תקשורת תומכת, מכשיר תנועות עיניים וכדומה) על מנת לקבל מידע מהימן יותר של רמת התפקוד לנוכח המוגבלות. לא

² סכמה (Schema) - מבנה מנטלי הכולל מערך של ציפיות וארגון של ידע בתחום מסוים.

³ נרטיב (Narrative) - סיפור חיים שהאדם מחבר.



אם נחזור שוב למקרה של דנה, האבחון בא לתת מענה לשאלה ספציפית בגינה הגיעה דנה לאבחון, קרי לצורך המלצות השמה חינוכיות בשל המעבר הצפוי לכיתה א'. אולם למעשה, עלינו לנסות לשאוף כי תהליך האבחון של דנה ושל ילדים אחרים יהיה אמון וישקף את כל הפרמטרים שהוצגו בסקירה לעיל. לסיכום, כפי שניתן ללמוד מהמקרה של דנה, שהוא אחד מני רבים שאנו פוגשים בקליניקה העוסקת בהערכת ילדים עם נכויות מורכבות, באבחון נירופסיכולוגי בילדים נדרש השילוב העדין בין כל מדדי המודל שהוצג לעיל. ארבעת הצירים שצוינו בסקירה זו מהווים את עמודי התווך למודל כוללני לאבחון נירופסיכולוגי של ילדים. התייחסות לאבחון כתהליך של הסתכלות והערכה של מצב משתנה, המביא בחשבון את הסביבה האישית והפיזית והמחזק את יכולת ההתערות של הילד בחברה, ושיש לו תפקיד גם בהתערבות בתהליכי שינוי וגדילה.

נסיבות הילד מצליח במטלה ובאילו נסיבות עלול להיכשל בה, ואילו שיטות התערבות והוראה הן היעילות ביותר עבורו. מתן משוב בתום האבחון, שבעבר נחשב כ"מזיק" למאובחן ולמשפחתו, מהווה כיום חלק בלתי נפרד מתהליך האבחון והופך לנקודת מוצא של תהליכי הבנה מחודשת אצל בני המשפחה ואצל הסביבה הלימודית והטיפולית של ילד בעל צרכים מיוחדים. שיחת המשוב כוללת בראש ובראשונה דיאלוג בין המשתתפים על הממצאים והשלכותיהם. דיאלוג זה עשוי, במצב אופטימלי, לעזור למשפחה לבנות לעצמם נרטיב חדש על אודות הילד. תהליך זה עשוי לתמוך בשינויים ברמה הרגשית ודורש עיבוד ממושך יותר. אי לכך, שיחת המשוב עשויה להשתרע על פני כמה פגישות ומעקב תוך שמירה מתמדת על תחושת אמון והענקת תמיכה. כפי שנאמר בסקירה שלעיל, אבחון נירופסיכולוגי נערך תמיד למען מטרה מסוימת שדורשת הערכה של תחומי החוזק ותחומי החולשה הקוגניטיביים-רגשיים-התנהגותיים של הילד, כאשר ההמלצות נגזרות מהיכולות הנורמטיביות לגיל ולליקוי (ולא מהיכולות של ילדים בריאים באותו גיל), על מנת לקדם את הילד באופן מרבי בשנים הקרובות. אחד הקשיים המרכזיים העומדים בפני אנשי המקצוע העוסקים באבחון ילדים עם מצבים מורכבים הוא היעדר נורמות במגוון תחומים שמשקפות את הביצוע המצופה לאור המגבלה. קושי זה הנו אוניברסלי, ועל אף הניסיון בשנים האחרונות לתת מענה בדמות מאגרי נתונים רב תרבותיים, עדיין דרושה עבודה רבה בתחום.

מחשבות

ברצוננו להודות לד"ר עמיחי ברזנר, מנהל מחלקת שיקום ילדים בבית החולים תל השומר, על הדגשים וההכוונה הן במהלך הכתיבה של מאמר זה והן במהלך העבודה השוטפת במחלקה. בנוסף, אנו רוצות להודות לגב' סיון ג'ורג' ולגב' איילת בורד על העזרה בעריכה ובהגהה של המאמר, שבלעדיהן היה קשה יותר לתרגם רעיונות למציאות.

מקורות

- De Los Reyes, A., Thomas, S.A., Goodman, K.L., Kundey, S.M.A. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 123-149.
- De Los Reyes, A. & Kazdin, A.E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 483-509.
- Dennis, M., Spiegler, B.J., Simic, N., Sinopoli, K.J., Wilkinson, A., Yeates, K.O., Taylor, H.G., Bigler, E.D. & Fletcher, J.M. (2014). Functional Plasticity in Childhood Brain Disorders: When, What, How, and Whom to Assess. *Neuropsychology Review*, 24, 389-408.
- Garcia, D., Hungerford, G.M. & Bagner, D.M. (2014). Topical review: a review of negative behavioral and cognitive outcomes following traumatic brain injury in early childhood. *Journal of Pediatric Psychology*, Ahead of Print.
- Hill-Briggs, F., Dial, J.G., Morere, D.A. & Joyce, A. (2007). Neuropsychological assessment of persons with physical disability, visual impairment or blindness, and hearing impairment or deafness. *Archives in Clinical Neuropsychology* 22, 389-404
- Kennard, M. A. (1936). Age and other factors in motor recovery from precentral lesions in monkeys. *American Journal of Physiology*, 115, 138-146.
- Lollar, D.J & Simeonsson, R.J (2005). Diagnosis to Function: Classification for Children and Youths. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26, 323-330.
- Silberg, T., Tal-Jacoby D., Levav, M., Brezner, A. & Rasovsky, Y. (2014). Parents and teachers reporting on child's emotional and behavioral problems following severe TBI: the moderating effect of time, *Brain Injury*, Ahead of Print, 1-9
- Smith, J.D. (2010). Therapeutic assessment with children and families: current evidences and future directions. *Emotional and behavioral disorders in youth*, 39-43.
- Warschawsky, S., Van Tubbergen, M., Asbell, S., Kaufman, J., Donders, J. & Ayyangar, A. (2012). Modified test administration using assistive technology: Preliminary psychometric findings. *Assessment* 19, 472-479
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.

