

הפרעת קשב היא לא מחלה וריטלין הוא לא תרופה

המאמר שלפניכם הוא סוג של התאבדות מקצועית, אבל הגיע הזמן לומר בקול את מה שרבים חושבים בשקט: הפרעת קשב היא הפרעה מומצאת, שנוצרת מהמפגש בין תכונות נורמטיביות של ילדים לבין דרישות מערכת החינוך הקונבנציונאלית

יעקב אופיר פורסם לראשונה: 21.08.2019 14:12 עודכן ב: 25.08.2019 08:00

המאמר שלפניכם הוא סוג של התאבדות מקצועית. אבל אין ברירה, שנת הלימודים בפתח ומישהו צריך לצעוק את זה בקול רם, שכל הכיתה תשמע: הפרעת קשב היא לא מחלה וריטלין הוא לא תרופה! לכאורה, הפרעת הקשב כתובה בתנ"ך, כלומר במדריך האבחנות הפסיכיאטרי (DSM), ובכל זאת רבים מאיתנו, הורים לילדי הפרעת הקשב, מתחילים להרהר הרהורי כפירה ולתהות האם הפרעת קשב היא הפרעה נירו-פסיכיאטרית אמיתית, שמצדיקה לתת לילדנו טיפול תרופתי.

חלק ראשון: הפרעת קשב היא לא מחלה, היא תכונה ככל התכונות האנושיות, עם יתרונות

חסרונות

"הריטלין יעזור לבן שלך להפסיק להרגיש טיפש", ניסיתי לשכנע בפעם המאה, אבל היא באינטואיציה השמורה כנראה רק לאימהות כמוה לא השתכנעה. זאת למרות שלפני עשר שנים, הייתי בצד של הצודקים ולמרות שכולם הצטרפו אלי לתחושת השליחות המקודשת שהרגשתי: המחנכת, המנהלת, וכל הפרופסורים באוניברסיטה. היא, לעומת זאת, עמדה מולנו לבד, בלי כסף ובלי השכלה. "הילד שלי הוא מושלם בדיוק כפי שהוא", אמרה. הוא לא חולה ואין לו שום אייץ-די-אייץ-די או איך שאתם קוראים לזה. בסוף הסיפור, הילד נרפא. אמא שלו הלבאה העבירה אותו לבית ספר אחר, כי בשבילה הילד "יכול להיות מה שבא לו לראש". לא ביקשתי סליחה, כי הרי ההפרעה כתובה בתנ"ך.

רק היום, עשר שנים אחרי, רגע לפני שמתחילה שנת הלימודים החדשה, אני מעז לבדוק מחדש: אולי בכל זאת הפרופסורים ואני טעינו? האם קשיי קשב הם אכן הפרעה פסיכיאטרית אמיתית? אומנם ה-DSM הידוע ממקם את ההפרעה באשכול ההפרעות הניירו-התפתחותיות, מיד אחרי

ההפרעות-הבנות-דודות שלה, מוגבלות שכלית והספקטרום האוטיסטי, אבל בואו נעצור רגע ונשאל שאלה עקרונית: באילו תנאים מחשבות והתנהגויות אנושיות הופכות להיות הפרעה פסיכיאטרית? **ארבע קושיות** – לאור העובדה שאין לנו דרך לאבחן הפרעות נפשיות באמצעות בדיקות פיזיולוגיות כמו בדיקות דם, אנו שואלים ארבע שאלות פשוטות שעוזרות לנו לקבוע האם התנהגות מסוימת היא הפרעה נפשית: (1) האם ההתנהגות המדוברת חריגה, כלומר שונה מהנורמה? (2) האם היא פוגעת באופן משמעותי בתפקוד ובביצוע פעולות פשוטות ביום יום? (3) האם היא מסוכנת לאדם עצמו או לסובבים אותו? ושאלה אחרונה, לא כל כך חביבה (4) האם היא גורמת למצוקה ולסבל? כעת, ברשותכם, הבה נבחן את הפרעת הקשב דרך הפריזמה הזו:

חריגות. שכיחות הפרעת הקשב על פי הגרסה הקודמת של ה-DSM נעה בין 3-5%. בגרסה הנוכחית, המספר הרשמי עומד על 5%. ואילו בישראל, השכיחות מזנקת ל-14.4%, (1 מתוך 7 ילדים). בארה"ב הדיווחים נעים בין 11% בגילאי בית ספר יסודי ל-20% בגילאי תיכון (בקרב בנים). מדובר באינפלציה של כ-40% תוך 10 שנים, מה שהופך את ההפרעה לדי שכיחה. ואם הנתונים הללו לא משכנעים אתכם שכבר לא מדובר בתופעה חריגה, עדיין עולות שאלות עקרוניות לגבי האפידמיולוגיה של ההפרעה: כיצד אפשר להסביר את ההבדלים האפידמיולוגיים המוזרים בשכיחות ההפרעה בין מקומות שונים בעולם? מה הסיבה ששכיחות האבחנה בקרב בנים היא פי 2 עד 3 יותר

משכיחות האבחנה בקרב בנות? וכיצד מוסברת התופעה של "היעלמות" ההפרעה בקרב מחצית מהמאובחנים כאשר הם מגיעים לבגרות? רגע, אל תענו עדיין. חכו לסוף המאמר.

פגיעה בתפקוד. הקושיה השנייה שכדאי לשאול היא האם יש פגיעה חמורה בתפקוד היומיומי, כמו במוגבלות שכלית קשה או באוטיזם בתפקוד נמוך בהם יש פגיעה ביכולות בסיסיות כמו להתלבש, להתקלח או לשלוט בצרכים. הגרסה הקודמת של ה-DSM הגדירה תנאי הכרחי למתן אבחנה שתהיה: "עדות מוכחת לליקוי משמעותי בתפקוד חברתי, אקדמי או תעסוקתי". ואז, באופן פלאי ומעט סמוי מן העין, בגרסה הנוכחית של ה-DSM, כותבי המדריך הפסיכיאטרי ריכזו את התנאי הזה. כעת דרושה עדות מוכחת שהסימפטומים מפריעים או מפחיתים את איכות התפקוד (החברתי, האקדמי או התעסוקתי). אולי הם גילו שאנשים עם הפרעת קשב מצליחים להתלבש לבד אבל איך אומרים, אבחנה כל כך נחמדה, לא חבל לזרוק אותה לפח? בכל זאת, אנחנו מתפרנסים ממנה כבר עשרות שנים. עמיתיי הפסיכיאטרים, קריטריון מרוכך של "הפחתה בתפקוד" זה כמו מקל קסמים באבן נייר ומספרים. הוא מנצח את כולם. אין תכונה אנושית שלא מפחיתה תפקוד: מופנמות מפחיתה תפקוד במסיבת כיתה ונטייה לזיופים מפחיתה תפקוד במקהלת בית הספר, אבל האם הפרעת קשב פוגעת באופן משמעותי בתפקוד היומיומי? וחשוב מכך, האם היא פוגעת ביכולת של הילד לתפקד באופן סביר מחוץ לבית הספר?

סכנה. הקושיה השלישית קשורה לסכנת חיים. חלק מההפרעות הפסיכיאטריות הן בהחלט מסוכנות. משאלות מוות בדיכאון מאז'ורי ואובדן בוחן מציאות בסכיזופרניה עלולות לגרום לאובדן חיים. בהפרעת קשב, הנטייה לאימפולסיביות וללקיחת סיכונים אכן דורשת מאיתנו ההורים, להשקיע יותר בחינוך לזהירות בדרכים בגיל הילדות ובמניעת שימוש בחומרים ממכרים בגיל ההתבגרות אבל בינינו ברוב המקרים, הסכנות היום-יומיות מסתכמות בשפשופים בברכיים ובחולצה מוכתמת בשאריות של פיצה והשאלה נותרת: האם ילדים עם הפרעת קשב נמצאים באמת בסכנת חיים?

מצוקה. הקושיה הרביעית היא החשובה והמסובכת מכולן. לכאורה, מאות מחקרים מצאו קשר בין הפרעת קשב לבין כל מיני מצוקות, בלימודים, בעבודה, וביחסים בין אישיים. התפיסה הניו-רופסיכיאטרית הרווחת היא שבלב הבצל האישיות ישנו ליקוי אורגני הקשור בהפרעת הקשב ומסביב לליקוי הזה, הולכות ונבנות קליפות בצל של הפרעות נפשיות נוספות. כך טענתי גם אני בעליונות פסיכו-מוסרית באוזניה של אותה אמא לילד שנרפא: "הפרעת הקשב הניורולוגית שיש לילד שלך, מקשה עליו לשבת בכיתה. לאט לאט הוא צובר כישלונות ומתרגל לקבל פידבקים שליליים מהסביבה ואלו פוגעים בדימוי העצמי שלו וגורמים לו לתסכול, לזעם ואפילו לדיכאון".

תיאוריית הבצל נשמעת מתוקה, קצת כמו אחרי טיגון ארוך, אבל כאן אנו חייבים לשאול: האם הפרעת הקשב גורמת למצוקה מצד עצמה או שהמצוקה נוצרת רק כאשר מחברים את ההפרעה עם דרישות מערכת החינוך הקונבנציונאלית? השאלה הזאת היא כמעט בלתי אפשרית למחקר מדעי מפני שהמצוקה מתחילה מגיל צעיר מאוד. כאשר ילד צעיר בגן חובה מתקשה לשבת בשקט ב"מפגש" הוא מקבל עונש לשבת על כיסא בצד, בשקט ובלי לזוז. מעבר להשפלה, אתם יודעים איזה עינוי זה עבור ילד שמתקשה לשבת בלי לזוז? בעצם נוצר לנו מצב בו אין לנו דרך מדעית לבחון את המצוקה הקשורה ישירות בהפרעה במנותק מהמסרים שהילד מקבל לאורך כל השנים במערכת החינוך. הרי כשאנחנו, המדענים היישומיים מבקשים לחקור ילדים עם הפרעת קשב, אנחנו חוקרים ילדים אנרגטיים או חולמניים שקשה להם לשבת ולהתרכז – שגדלים במערכת שדורשת מהם: לשבת ולהתרכז, שיעור אחרי שיעור, שישה ימים בשבוע, 12 שנה.

תפיסה חדשה על הפרעת קשב

אם ממש מתעקשים, אפשר לנסות להשיב בנפרד על כל אחת מארבע הקושיות הללו, אבל ישנה תשובה פרסימונית (חסכנית מבחינה מדעית), שמיישבת את כל הקושיות הללו והגיע הזמן לדפוק על שולחן הסדר החברתי הקיים ולזעוק: רבותי, הפרעת קשב היא תוצר של המפגש שבין אישיותו של הילד לבין הסביבה החינוכית בה הוא גדל. ככל שבית הספר ידרוש מילדים חולמניים או אנרגטיים

"להתנהג יפה" ולהתרכז בשיעורים פרונטליים משמימים, כך תגדלנה השכיחות, הפגיעה בתפקוד והמצוקה של ההפרעה. וודאי שילד עם "קוצים בישבן" יסבול בשיעורים פרונטליים בכיתה עם 35 תלמידים, בדיוק כפי שנער הומוסקסואל יסבול בחברה שדורשת ממנו: היה סטרייט! תהיה גבר, תתחיל עם בנות. אל תהיה אתה. תהיה כמו כולם.

כמובן שיש קבוצה של תסמינים של הפרעת קשב ש"הולכים ביחד" ויתכן אפילו שנמצא להם ביטוי צורני במוח (כמו שמוח גברי שונה ממוח נשי) אבל התסמינים האלו הם חלק מחבילה אישיותית גדולה יותר שיש בה, כמו כל תכונה אנושית אחרת, גם יתרונות וגם חסרונות. יש בה מצד אחד תנועתיות יתר, מוסחות ואימפולסיביות ויש בה מצד שני גם פתיחות, סקרנות, חשיבה מסתעפת ויצירתיות. כעת יש שתי אפשרויות, לחבק את חבילת האישיות הנהדרת הזאת ולראות איך הילד הופך להיות "מלך החיות או מלך ההרים". לחילופין, אפשר לנסות למשטר ולהנדס את הילד באמצעים שונים ומשונים כשיתאים למערכת הקיימת. אתם יודעים מה קורה כשמוזגים חבילת אישיות כזאת ביחד עם שני ליטר שמן היסטוריה או טריגונומטריה אל תוך תבנית זכוכית בתנור חינוכי שמופעל מ-8.00 בבוקר עד 16.00 אחה"צ? זה מתפוצץ!

חלק שני: ריטלין הוא לא תרופה, הוא סם ככל הסמים הממריצים, שמשפר ביצועים, אבל גם מסוכן

בדבר אחד אני מסכים עם עמיתיי הפסיכיאטרים. האנרגטיות ו/או החולמנות הן "אורגניות". הן חקוקות במוחו של הילד וניתן לזהותן מגיל מאוד צעיר. לא בכדי, ה-DSM קובע תנאי הכרחי למתן האבחנה – שהסימפטומים יחלו בתקופת הילדות ולא יצוצו פתאום באמצע החיים. כיצד אם כן יש "לטפל" בהפרעה אורגנית שכזו שעתידיה ללוות את האדם במשך כל חייו? אם לשאול את משרד הבריאות, אז תרופות מעוררות (ריטלין ודומיו) הן הבחירה הראשונה לטיפול בהפרעת קשב. כמה נוח לזרום עם המוח – טיפול תרופתי יעיל ובטוח. אז זהו, שלא בדיוק. איך נוהג לומר שחקן העבר והוגה הדעות בהווה בתוכנית אופירה וברקו? חברים, "אין פתרונות קסם", "אין מתנות חינם" ו"כדורגל משחקים 90 דקות".

אין פתרונות קסם. "ריטלין זה הדבר היחיד שעוזר לילד שלי, זה כמו קסם", אומרות לי מידי פעם אימהות יקרות והן צודקות. בהינתן ההסדר החברתי-חינוכי הקיים, היעילות של תרופות כמו ריטלין או קונצרטא היא מופלאה. על פי משרד הבריאות, התסמינים של 70% מהמאובחנים עם ההפרעה משתפרים באמצעות טיפול תרופתי. אבל כשמתבוננים בחומר ממנו עשויה התרופה, הקסם פג. המהירות והעוצמה של התרופה נובעות מהחומר ממנו היא עשויה, חומר פסיכואקטיבי ממריץ בשם מתילפנידאט שחודר את מחסום הדם-מוח, קרוב משפחה כימי של קוקאין ואמפטמין. כמו כל סם ממריץ, גם הריטלין משפר ביצועים באופן זמני אבל הוא אינו מסוגל "לרפא" הפרעה נירו-פסיכיאטרית אורגנית. אפשר כמובן לסחוט מהמכונה האנושית עוד קצת יכולות בעזרת הסם כמו שעושים לעיתים סטודנטים בתקופת מבחנים, אבל מעבר לשיפור זמני ביכולת להתרכז במטלות משעממות, יש ספק רב האם הריטלין מייצר הישגים ארוכי טווח, בייחוד בתחומי החיים החשובים לנו כהורים, מחוץ לבית הספר, כלומר ביכולת של הילד לווסת רגשות זעם ותסכול וביכולת שלו להפסיד בכבוד בכדורגל בהפסקות. ואם כבר בכדורגל עסקינן, בל נשכח שגם אם קוקאין משפר ביצועים במשחק אחד, הוא לא הופך את השחקן לטוב יותר במשחקים העתידיים לבוא, בטח שלא בלעדי הסם. השימוש בסם הממריץ נותן אולי אשליה של שיפור לרגע אבל כמאמר המשורר: "אין פתרונות קסם".

אין מתנות חינם. לא זו בלבד שהקסם מזויף, ההבטחה לבטיחות רחוקה מהמציאות. על כל ילד ש"ניצל" על ידי ריטלין, פגשתי שניים שנפגעו מהטיפול התרופתי. חשבו על כך, האם אתם מכירים איזשהו חומר פלאי שכזה בהקשרים אחרים בחיים – חומר שמצליח לגרום לשיפור כל כך דרמטי ושאפשר לצרוך אותו לאורך זמן, בלי שיהיה לכך שום מחיר גופני, קוגניטיבי או רגשי? רשימת הסיכונים של ה"מתנה" התרופתית ארוכה כמו החופש הגדול. כמו סמים ממריצים אחרים, גם הריטלין מדכא את התיאבון ופוגע בגדילה לגובה. ישנן גם עדויות שלקחת ריטלין לאורך זמן מגבירה את

הפגיעות של הילד לתופעות פסיכיאטריות חמורות כמו פסיכוזה. זאת מלבד תופעות לוואי שכיחות ובראשן שראיתי במו עיני בקליניקה כמו: תנודות במצב הרוח, פאסיביות, נסיגה חברתית וירידה בסקרנות ובתגובתיות. אבל גם אם אתם מבני המזל שאיכשהו לא סובלים מתופעות הלוואי וגם אם אתם מוכנים להסתכן בנזקים לטווח ארוך, יש פרט טריוויה שחשוב שתדעו. כמו כל סם משנה תודעה, גם הריטלין אינו חסין בפני תהליך האדפטציה שמתרחש במוח כאשר נוטלים את הסם לאורך זמן. התאים במוח האמונים על קליטת החומר הכימי כאילו אומרים לעצמם: "הי, אנחנו מכירים את החומר הזה, לא כדאי לנו לפעול באותה התלהבות כמו שפעלנו עד עכשיו". בתהליך שנקרא "דה-סנסיטיזציה", החשיפה החוזרת לסם גורמת לקולטנים הללו להתאים את עצמם למצב החדש ולהחליש את התגובה שלהם. כעת, כדי להשיג את אותו אפקט שהורגש בהתחלה, אין ברירה אלא להעלות את המינון של הסם החיצוני. לתופעה הזאת קוראים סבילות או התמכרות פיזיולוגית והיא וודאי חמורה יותר מהסכנה שמיוחסת להפרעת הקשב.

כדורגל משחקים 90 דקות. אני יכול להבין מורים שרואים בריטלין בחירה ראשונה. מורה שנדרש להביא 35 תלמידים להישגים עיוניים מלאכותיים בהוראה פרונטלית זקוק לסדר ולשקט. טובת הילד לעומת זאת שונה לגמרי. לאור העובדה שריטלין לא "מרפא" את הקושי האורגני החקוק במוח ולאור העובדה שהוא לא נותן מענה לשורש הבעיה שטמונה בחוסר ההתאמה שבין הסביבה הבית-ספרית המיושנת לבין האנרגטיות/החולמנות של הילד, וודאי שהוא לא צריך להיות "הבחירה הראשונה" עבור הילד. אפילו במקרה המשונה בו הילד הוא זה שנורא רוצה לשפר את יכולות הריכוז שלו בשיעורים משעממים, גם אז יהיה עליו להתאמן לאורך זמן, בסבלנות ובהתמדה, ללא שימוש בחומרים מלאכותיים חיצוניים, בדיוק כמו שחקן כדורגל.

כל שהריטלין עושה זה לשים פלסטר על שבר בלתי אפשרי, בדיוק במפרק שבין האופי של הילד לבין אופייה השמרני של מערכת החינוך. מתן ריטלין לריפוי השבר הזה שקול למתן תרופה לדיכוי החשק המיני של נער הומוסקסואל על מנת להתאימו לדרישות הסביבה, כפי שעושים בקהילות מסוימות, רק שלא יהיה הומו! זה אולי יעבוד לרגע, אבל ברגע שנוריד את הפלסטר הזה, נחזור בדיוק למצב המקורי, אם לא למצב גרוע מכך.

חבריי הנוירולוגים והפסיכיאטרים, כדורגל משחקים 90 דקות ואת החיים עצמם קצת יותר. כדי לאפשר חיים בריאים ושמחים לילד עם התכונה לה אנחנו קוראים "הפרעת קשב", לא מומלץ לכבות את הסקרנות והיצירתיות הטבעית שלו ולנסות לגרום לו להיות כמו כולם בכיתה. נכון, גם אני רוצה שהילד שלי יפתח יכולות התמדה ונחישות (grit) שיעזרו לו לצלוח את אתגרי החיים אך האם הטיפול התרופתי מפתח את אותה נחישות נכספת? אני אגלה לכם סוד שאתם יודעים: ילדים רבים מרגישים היטב את תופעות הלוואי של התרופה ומתנגדים לקחת אותה וכשהמבוגרים בחיינו לוחצים עליו ליטול את התרופה (כי הרופא יודע, כי המנהלת יודעת, כי כולם יודעים מה טובת הילד חוץ ממנו ומהוריו), המסר שהוא מפנים הוא שהדרך היחידה בה הוא יוכל להתמודד עם אתגרי החיים היא על ידי עזרה חיצונית מלאכותית.

בשונה ממבוגרים שבחרים לצרוך ריטלין, הלחץ המופעל על ילדים ליטול תרופות כדי לעמוד "בקצב החיים הזה" משקף מצב חברתי משוגע שאת השלכותיו רק שלמה ארצי ידע. מדובר במצב רפואי-חברתי מקולקל ובהפרה של האתיקה הרפואית הבסיסית: Primum Non Nocere, רופאים יקרים, קודם כל, אל תזיקו. המוח של הילד הולך ומשתכלל בצעדי ענק בתקופת הילדות ואין לנו דרך לדעת אם ההתערבות המלאכותית הבוטה באיזון הכימי של המוח בגילאים צעירים מפריעה למוח לרכוש מיומנויות חדשות שיעזרו לילד להתגבר על האתגרים שהמציאות תזמן לו בעתיד.

חלק שלישי: אם הפרעת קשב היא לא מחלה וריטלין הוא לא תרופה, אז מה עושים?

משנים את השפה. לכאורה המאמר עוסק בהבדלים סמנטיים: "תכונה" במקום "הפרעה", "סם" במקום "תרופה", אבל ברגע שנדייק את הסמנטיקה נחייב גם את מערכת החינוך וגם את מערכת הבריאות לחשב מסלול מחדש. למזלנו, יש לכך תקדים. בשנות השבעים של המאה הקודמת,

הומוסקסואליות הוצאה באופן רשמי מספר האבחנות הפסיכיאטרי והיום אין אף אחד במסד הפסיכו-רפואי שרואה בהומוסקסואליות הפרעה פסיכיאטרית ואין אף רופא שמעז (בגלוי) לרשום טיפול תרופתי במסגרת של טיפולי המרה. גם מי שמוצא הבדלים בין ה"מוח ההומוסקסואלי" ל"מוח ההטרוסקסואלי", מכיר בכך שהומוסקסואליות לא עומדת במבחן ארבע הקושיות למתן אבחנה פסיכיאטרית.

קוראים יקרים, כעת הגיע תורה של הפרעת הקשב. כמו המקרה של הומוסקסואליות, גם המקרה של הפרעת הקשב לא עומד במבחן ארבע הקושיות, בטח כשמפרידים בינו לבין דרישות מערכת החינוך והגיע הזמן להוציא את הפרעת הקשב ממדריך האבחנות הפסיכיאטרי. מעט מאוד הורים נותנים לילד ריטלין בחופש הגדול. נכון, בחופש הגדול, הילד הוא "שובב שחייב תעסוקה". הוא אפילו "די מעצבן, קולני, ומציק לאחותו" אבל איכשהו, בחופש הגדול, הילד לא חולה. הוא לא זקוק לתרופה. כלומר, עד שתתחיל שנת הלימודים החדשה, אז המחלה חוזרת. זאת מחלה עונתית.

המסרים המרכזיים שעלינו להשמיע שוב ושוב בקול רם הם שאם הפרעת הקשב לא עומדת בקריטריונים של הפרעה נירו-פסיכיאטרית, אז וודאי שאין לנו זכות מוסרית להתערב בהתפתחות המוחית של הילד ולקחת את הסיכון הכרוך במתן טיפול תרופתי. ואם הפרעת הקשב היא תוצר של המפגש שבין האופי של הילד עם דרישות מערכת החינוך, אז זהו הזמן להגדיר מחדש את היעדים החינוכיים שאנו רוצים להציב לילדנו.

משנים את התפיסה החינוכית. במקום לקרוא לתכונות אנושיות נורמאליות בשמות פסיכיאטריים, הגיע הזמן לשנות את מערכת החינוך, להפסיק לחשוב על הישגים לימודיים כפי שחשבו עליהם לפני מאה שנה, עם המצאת מבחן האינטליגנציה הראשון ולהפסיק לנסות ליישר את כל הילדים אל תוך מודל פיקטיבי של הצלחה. המודל החינוכי הקיים מבוסס בעיקר על אינטליגנציה מילולית ואינטליגנציה לוגית-מתמטית בעוד שלילדים רבים שמאובחנים עם הפרעת קשב יש אינטליגנציות נוספות כמו אינטליגנציה נטורליסטית (בתחומי הטבע) או אינטליגנציה גופנית-תנועתית. חלק מהמאובחנים, ובייחוד אלו שזכו באות-H, אות הכבוד של ההיפר-אקטיביות, מאופיינים גם בכריזמה אישיותית, נטייה ליזמות ויצירתיות ואפילו יכולות מנהיגות. לאור זאת, הגיע הזמן להתחיל להפנים את עיקרון ריבוי האינטליגנציות ולהפסיק לנסות לדרג אותן היררכית. פרופסור באקדמיה הוא לא יותר נעלה ממנהל מוסך, מיזם סטארט-אפ, או ממדריך נוער בחוות סוסים.

מלבד מקרים של אוכלוסיות קצה מובהקות כמו עיכוב התפתחותי חמור או אוטיזם בתפקוד נמוך, הנחת המוצא החינוכית צריכה להיות שלילדים יש יכולות וסגנונות אישיות מגוונים. האחד ביישן ומוכשר במתמטיקה והאחר מתקשה באנגלית אך נמרץ ומוביל חברתי. הצלחה חינוכית אם כן, אינה יכולה להימדד עוד באמצעות אחוז התלמידים שממשיכים ללימודים במוסדות להשכלה גבוהה. זאת מפני שאין מודל אחד של "תוצר חינוכי ראוי" שמתאים לכל הילדים. לצד הצורך בהקטנה של מספר הילדים בכיתות, עלינו למצוא דרכים חדשות להפוך את תכניות הלימוד לפעילויות חווייתיות ובעיקר להתאים אותן לסוגי האינטליגנציה השונים ולהבדלים האישיותיים של ילדים. וזה, בלי שאמרנו מילה על הצורך הדחוף להתאים את מערכת החינוך לתרבות צריכת הידע שהשתנתה לחלוטין עם הופעת האינטרנט והסמארטפונים.

מפסיקים לפחד. מדובר בשינוי תפיסתי עצום ולכך יקומו וודאי מתנגדים חזקים ממני, בכוח ובמשאבים. באופן כללי, אני לא נוטה לחשיבה קונספירטיבית ומעדיף לייחס כוונות טהורות לרופאים, למורים ואפילו לחברות התרופות, אבל במקרה הזה אני חושב יאיר-לפידית: איפה הכסף? מי מרוויח משימור המצב הקיים וכמה יעלו השינויים החברתיים שנדרשים. אין לי מושג אם אצליח לעמוד מול האינטרסים ותקציבי העתק של המתנגדים לתפיסה שהצגתי כאן ואני מבין שיכול להיות שמדובר בסוג של התאבדות מקצועית אבל אני בוחר להפסיק לפחד.

לא אתפלא אם אותם כלי שכנוע פסיכולוגיים ופסיכיאטריים בהם השתמשתי בעצמי לפני עשר שנים, יופנו כעת כלפי. ברור לי שאזאשם בהטעיה של הציבור בתואנה שאני לא מבין את חומרת הפרעת

הקשב ושריטלין "מציל" אלפי ילדים. מהכרות קרובה עם השיח הפסיכולוגי-פסיכיאטרי, אני גם מתכונן נפשית לניסיונות להדביק לי תיוג פסיכיאטרי שיאפשר להשאיר את התפיסה הערכית שלי מחוץ לשיח הנורמטיבי, משהו בסגנון הפרעת אישיות נרקסיסטית מהולה בפנטזיות הצלה בניחוח סכיזו-פרנואידי (תיוג פסיכיאטרי שנשמע כמו מנה של איל שני). אבל זה בסדר, זה המקצוע שלנו. לתת שם מפוצץ להתנהגויות ומחשבות אנושיות של אחרים, בדיוק כפי שנותנים היום לילדים אנרגטיים או חולמניים בבתי הספר. שמעתי שקוראים להם ילדים שסובלים מהפרעת קשב. אז אני מפסיק לפחד ומבקש ממך סליחה, אמא, לביאה חכמה. תודה שלימדת אותי שהילדים האנרגטיים, הסקרנים והשובבים שלנו הם מושלמים בדיוק כפי שהם. ולך בני היקר אומר: קום תהיה כל מה שבא לך, מלך החיות או מלך ההרים, כי בשבילי אתה תמיד מלך העולם.

ד"ר יעקב אופיר הוא פסיכולוג קליני ועמית מחקר בטכניון ובאוניברסיטה העברית