

הפרעת קשב והיפראקטיביות

– (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD)

חידושים בתחום המחקר

ד"ר לילך של-מבורך

ראש המגמה ללקויות למידה, ב"ס לחינוך, האוניברסיטה העברית

הפרעת קשב עם או בלי המרכיב ההיפראקטיבי (Attention deficit/hyperactivity disorder- ADHD/ADD) הנה אחת מהפרעות הילדות הנפוצות ביותר. שכיחות הופעתה באוכלוסיית הילדים נעה בין 4%-12% המאובחנים עם ADHD לפי הקריטריונים של ה- DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). נמצא כי בנים לוקים יותר בהפרעה זו מאשר בנות ביחס של 3:1 (Barkley, 1997). על פי ההגדרה ב- DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), קיימת הפרדה בין בעיית התנועתיות והאימפולסיביות לבין בעיית הקשב, וההערכה מתבצעת תוך התייחסות לכל אחד מהגורמים בנפרד.

ההגדרה של ה- DSM-IV מחלקת את הפרעת הקשב וההיפראקטיביות לשלושה טיפוסים:

הטיפוס הראשון- Inattentive type (נקרא גם ADHD/IA ובעבר גם ADD) מאופיין בכך שההפרעה מתבטאת בעיקר בחוסר קשב.

הטיפוס השני- ADHD/HI type - מאופיין בכך שההתנהגויות ההיפראקטיביות (תנועתיות יתר) והאימפולסיביות הן הדומיננטיות. טיפוס זה מאובחן בדרך כלל אצל ילדים צעירים מאוד.

הטיפוס השלישי- Combined type (ADHD/C או ADHD/COM) - הפרעה המתבטאת הן בחוסר קשב והן בהיפראקטיביות ואימפולסיביות.

האבחנה של כל טיפוס ניתנת, כאמור, כאשר מופיעים לפחות שישה מתוך תשעה מאפיינים בגורם חוסר-הקשב, בגורם ההיפראקטיביות והאימפולסיביות או בשניהם, במשך לפחות 6 חודשים רצופים ולפני גיל 7. כמו-כן, האבחנה תינתן רק במקרים בהם הסימפטומים גורמים לפגיעה תפקודית לפחות בשתי סביבות (כגון, בית-ספר ובית).

מחקרים קליניים (מחקרים שנערכו על ילדים שהופנו לטיפול), הצביעו על כך שבתוך אוכלוסיית ה-ADHD הייתה דומיננטיות של ילדים עם לקות מהסוג המשולב (ADHD/C) (למעלה מ-50%), בעוד שילדים עם לקות מהסוג הלא קשוב (ADHD/IA) מהווים כרבע עד שליש מהאוכלוסייה, והשאר הם ילדים עם היפראקטיביות ואימפולסיביות (ADHD/HI). לעומת זאת, במחקרים אפידמיולוגיים (מחקרים שנערכו בקהילה) נמצא אחוז גבוה בהרבה של ADHD/IA, על חשבון קבוצת ה-ADHD/C (Weiss, worling & wasdell, 2003; Baeyens, Roeyers & Walle, 2006). נראה כי קיימת הטיה באוכלוסייה המופנה לטיפול. ילדים עם ADHD/C מתאפיינים בבעיות

התנהגות רבות יותר, וקשייהם בולטים יותר לסביבה בגיל צעיר יותר, מאשר קשייהם של ילדים עם ADHD/IA. כתוצאה מכך, במקרים רבים ילדים (ולעיתים ילדות) עם ADHD מהטיפוס הלא-קשוב מאובחנים בגיל מאוחר יחסית ולפעמים הם אינם מאובחנים כלל.

מחקרים רבים מצאו כי למאפייני הפרעת הקשב ישנה השפעה שלילית על התפקוד בתחומים רבים כגון תפקוד קוגניטיבי, אקדמי, רגשי וחברתי (Barkley, 1997). ממחקרם של Wolraich et al. (2005), עולה כי להפרעה זו מתלוות לעיתים הפרעות שינה, הפרעת התנהגות מתנגדת (ODD), שימוש לרעה בחומרים, קשיי למידה וליקויי קריאה. כמו כן, עשויות להתלוות להפרעת הקשב, בין היתר, הפרעות דיכאון וחרדה (Faraone et al., 2000).

בשנים האחרונות חוקרים מרכזיים שבים ומדגישים כי ADHD הנה הפרעה מורכבת והטרוגנית (Castellanos et al., 2006; Nigg, 2005; Willcutt et al., 2005). במקרים מעטים בלבד ילדים (או מבוגרים) עם ADHD מראים ליקויים נרחבים במגוון המנגנונים הקוגניטיביים שנמצאו ליקויים אצל נבדקים עם ADHD. לפיכך, ילדים ומבוגרים שונים עם ADHD מפגינים קשיים קוגניטיביים שונים (Nigg, 2005; Tsal, Shalev & Mevorach, 2005). בנוסף, נאספו מספיק ראיות המצביעות על כך שליקויים בפונקציות הניהוליות (Executive Functions) אינם מהווים גורם הכרחי ו/או מספק ל-ADHD. כתוצאה מהממצאים החדשים הללו התרחש שינוי משמעותי בתפיסת הפרעת הקשב – מהתייחסות להפרעה שמאופיינת על-ידי ליקוי קוגניטיבי יחיד (ליקוי בפונקציות ניהוליות) להפרעה שמאופיינת על-ידי ריבוי ליקויים קוגניטיביים (Swanson, et al, 2011).

שינוי משמעותי נוסף שהתרחש בעשורים האחרונים נוגע למהלך ההתפתחותי של הפרעת הקשב. למרות שבעבר נהגו לחשוב שהפרעת הקשב חולפת עם סיום גיל ההתבגרות, מחקרים מוכיחים כי ברוב המקרים לקות הקשב איננה חולפת עם הגיל והזמן, וכ-65% מהילדים המאובחנים עם ADHD יסבלו מלקות זו גם כמבוגרים (Biederman et al., 1996; Ingram, Hechtman & Morgenstern, 1999; Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Connors et al., 2006).

שיטות טיפול בהפרעת קשב

להפרעת קשב (ADHD) ישנן תוצאות רבות אשר פוגעות בטווח הארוך, וכוללות בין השאר עלייה בסיכון לכישלון אקדמי, לשימוש בסמים ולמעורבות בתאונות דרכים (Barkley, 1998; Weiss & Hechtman, 1993). השכיחות הגבוהה וההשלכות של הפרעת הקשב הובילו חוקרים לבחון טווח רחב של אפשרויות טיפול עבור ילדים ומבוגרים עם ADHD כגון טיפול תרופתי, טיפול התנהגותי, טיפול קוגניטיבי, פסיכותרפיה וביופידבק.

כיום, הטיפול השכיח ביותר בהפרעות קשב הנו הטיפול התרופתי, שבמקרים רבים (ולאחר התאמה אישית של סוג התכשיר ומינון) מצמצם את הופעתם של סימפטומים מרכזיים רבים כגון מוסחות, פעילות יתר ואימפולסיביות. הטיפול התרופתי המקובל כולל תרופות מעוררות, כשהתרופה הנפוצה ביותר כיום הנה Methylphenidate. אולם, חשוב להבין שהטיפול התרופתי לא מספק

למטופל אסטרטגיות ממשיות ומיומנויות להתמודדות עם ליקויים תפקודיים שנגזרים מהפרעת הקשב וההיפראקטיביות. לפיכך, רוב הילדים המטופלים בטיפול תרופתי ממשיכים להפגין לכל הפחות חלק מהסימפטומים ואצל חלק משמעותי מהם נותרים ליקויים תפקודיים. יתרה מכך, שיעור לא מבוטל של ילדים עם ADHD אינו מגיב כלל לטיפול התרופתי (כ- 30% Biederman, Wilens, Spencer, Harding, O'Donnell, & Griffin, 1996). לאור זאת, המלצות לטיפול ב- ADHD בקרב ילדים ומבוגרים מעלות את הצורך בהתערבות פסיכולוגית ו/או חינוכית במקביל לטיפול התרופתי (Safren, 2006). למרות ההשפעות החיוביות של הטיפול התרופתי, מחקרים קיימים לא הצליחו לספק עדויות לכך שתרופות מעוררות כריטלין משפרות פרוגנוזה לטווח ארוך (Charles & Schain, 1981; Satterfield, Satterfield, Hoppe & Schell., 1982; Weiss & Hechtman, 1993). כמו כן, לא נמצאו עדויות להשפעות לטווח רחוק של נטילת התרופה בילדות כמו-גם בבגרות (Pelham & Gnagy, 1999).

שני ממצאים חשובים בתחום הטיפול התרופתי שראוי שנתייחס אליהם כאשר אנו שוקלים ומגבשים את התוכנית הטיפולית לילד/ה עם ADHD הם: א. הטיפול התרופתי מסייע בעיקר במטלות קוגניטיביות פשוטות, כאלה שאינן דורשות מעורבות משמעותית של פונקציות ניהוליות (לדוגמא: מטלות זמן-תגובה, מהירות תגובה של זיהוי מרחבי). לעומת זאת, הביצוע במטלות שדורשות מעורבות מרכזית של פונקציות ניהוליות (כגון עיכוב של עיבוד מידע לא רלבנטי, זיכרון עבודה, גיבוש אסטרטגיה ותכנון) אינו משתפר כתוצאה מטיפול תרופתי (Rhodes, et al., 2006). ב. רוב השיפורים המתקבלים כתוצאה מטיפול תרופתי אינם רגישים למינון התרופתי. כלומר, במחקרים בהם השוו בין מינון תרופתי נמוך לבין מינון תרופתי גבוה לא התקבלו הבדלים משמעותיים ביחס לשיפורים שהתקבלו (Coghill, et al., 2007; Scheres et al., 2003).

במאמר הסוקר את המחקר בתחום הטיפול התרופתי ב-ADHD בעשור האחרון, מסכמים Swanson ועמיתיו (2011) שלמרות ההתקדמות העצומה בהבנה שלנו את תפקודי המוח האנושי ובהבנתנו את המנגנונים הניורוביולוגיים של ADHD כמעט דבר לא השתנה בכל הקשור לגישה בה אנו מטפלים בליקויים הקוגניטיביים של אנשים עם ADHD. החוקרים מעריכים שבעשור הקרוב יחולו שינויים בתחום זה מאחר שלאחרונה חלה התקדמות במחקר הגנטי ופיתחו טכנולוגיות חדשות לחיזוק המנגנונים העצביים הלקויים ב-ADHD (למשל Klingberg et al., 2005; Shalev, Tsal, & Mevorach, 2007). לטענת החוקרים, התקדמות המחקר תאפשר בעתיד פיתוח של התערבויות שיותאמו באופן אישי לפרופיל הייחודי של הליקויים בכל מקרה ומקרה.