

הפרעת קשב וריכוז בגיל הרך: איפיוניה הייחודיים ומהלכה מינקות ועד גיל הגן

מירי קרן, איריס מנור, שמואל טיאנו,

היח' לגיל הינקות ומירפאת קשב וריכוז, המרכז לבריאות הנפש, "גהה", הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת ת"א

ת ק צ י ר

התסמינים האופייניים להפרעת קשב וריכוז בקרב ילדים בגיל בית-הספר, כגון חוסר תשומת-לב, אימפולסיביות ופעילות יתר, מופיעים גם בילדים מתחת לגיל שלוש שנים ומצריכים התייחסות טיפולית – לפחות מצד הורי הילד. עם זאת, קביעת האבחנה כרוכה בקשיים משמעותיים של מהימנות, הנסקרים במאמר זה. כפי שנראה, נקודת החיתוך בין פעילות יתר ומיעוט קשב כשלב התפתחותי חולף, לבין ביטוי מוקדם להפרעת קשב, אינה ברורה דיה. בנוסף, מצבו של הילד הצעיר מאוד משקף במידה רבה את איכות הקשר בינו לבין הוריו, עם השפעות הודיות דינאמיות ולעיתים מורכבות, עקב מטענים פסיכולוגיים וביולוגיים בכל אחד מהם. מובאת במאמר זה הגדרת ממדים לאיבחון של הפרעת קשב בגיל הרך, וכן האבחנה המבדלת לגילי 2-5 שנים. פרשת חולה של ילד שהופנה אלינו בגיל שנה וחצי עקב תלונת ההורים על אי-שקט, בעיית שינה, פעילות-יתר וקושי במשחק מרוכז, מדגימה את מהלכם של תסמינים אלה מגיל ינקות עד גיל גן חובה ואת ההשפעה החלקית – אם כי משמעותית – של ליווי טיפולי ממושך. בלט הקושי בהפרדה בין קשיי ההורים לקשייו של הילד, כמו גם הקושי להעריך את מקום ההפרעה האורגנית מול תפקיד הסביבה בהתהוות ההסתמנות הקלינית. הילד והוריו טופלו תחילה טיפול דינאמי והתנהגותי משולב, תוך הטבה ניכרת במצבו של הילד. עם זאת, הפרעת הקשב המשיכה לגרום לבעיות משפחתיות, עם קשרגומלין בין המצב המשפחתי למצבו של הילד. ההסתמנות הקלינית היא דינאמית: היא מושפעת מתהליכים התפתחותיים ועשויה להשתנות בכל שנה.

ה ק ד מ ה

ביעת אבחנות פסיכיאטריות בגיל הרך מעלה מספר סוגיות עקרוניות, המבוססות על הקושי בקביעת אבחנה פסיכיאטרית בגיל הרך – במקרים רבים היא אינה חד-משמעית. קיימים שיקולים בעד ונגד קביעת אבחנות פסיכיאטריות בכלל, ואבחנת ADHD בפרט, הן מבחינת הילד הצעיר והן מבחינת הוריו. במאמר זה מובאים האיפיונים הייחודיים של אבחנת הפרעת קשב בגיל הרך, ומומחשת מורכבות האיבחון האבחנה והטיפול, כפי שזו משתקפת בפרשת חולה.

ההסתמנות הקלינית והאיבחון של הפרעת קשב וריכוז בגיל הרך

הממדים לאיבחון הפרעת קשב על-פי ה-DSM-IV הם בעלי משמעות קלינית גם בגיל הרך. כפי שנמצא במחקר שנעשה ע"י

Lahey וחב' [1], הם כוללים את שלושת התסמינים העיקריים: חוסר תשומת-לב, אימפולסיביות ופעילות-יתר. עם זאת ברור, שרמת פעילות וקשב בגיל הינקות שונה לחלוטין מזו שבגיל גן חובה וגיל בית-הספר. לרוב, החשד להפרעת קשב אינו עולה לפני גיל שנתיים. כאשר תינוק בן שנה פעיל מאוד, אינו ישן הרבה במשך היום, מרבה להתעורר בלילות, אינו בעל מיקצבים ביולוגיים סדירים ואינו משחק לבדו, הנטייה היא לאבחן מזג קשה (temperament), דהיינו משתנה (variation) שהוא בטווח התקין, ולא הפרעת קשב – שהיא סטייה מהטווח התקין. כאשר מתווספים ליקויים בוויסות הסנסוריי-מוטורי, תיתכן אבחנה של הפרעת ויסות [2]. הממד העיקרי בגיל הינקות הוא מזג התינוק, ואין מיתאם מספק בין מדד זה להפרעת קשב. נהוג לאבחן את הילדים כבעלי מזג קל, קשה ואיטי, ובהפרעת קשב יכולים ללקות גם ילדים שאינם בעלי מזג קשה.

במחקר אורך משעת הלידה ועד גיל 7 שנים נמצא, שרק 3% מההורים לתינוקות צעירים מגיל 14 חודש ביטאו חשש לבעיית קשב או לפעילות-יתר אצל תינוקם, לעומת 13% בין הגילים 14 ו-29 חודשים [3]. הסבר אפשרי לעלייה מרשימה זו הוא שתינוק בשנה הראשונה לחייו אינו חשוף לאותם מצבים ומשימות המעוררים את תסמיני הפרעת הקשב. הסבר אפשרי אחר הוא הימנעות ההורים מתפיסת הילד בעיקר בגיל הינקות, כמי שנמצא מחוץ לטווח התקן.

בגיל 2-3 שנים ניתן לאתר את הילד המתקשה יותר מחבריו לשמור על רמת קשב במצבים שונים, כגון צפייה משותפת עם מבוגר בספר תמונות. פעילות-יתר, ולא חוסר קשב, היא התסמין הבולט ביותר בגיל זה. עם זאת, ניתן לאבחן חוסר קשב ואימפולסיביות דרך חוסר הזהירות, אי-היכולת להשלים משימות פשוטות והקושי למלא הוראות – האופייניים לילדים צעירים אלה.

במעונות וגני ילדים ניתן להבחין בין שתי קבוצות של פעוטים עם הפרעת קשב וריכוז, עם רמה שונה מאוד של תפקוד במערכת: קבוצת הילדים הפעילים, התוקפניים והמרדנים יותר, הנפלטים לעתים מהמסגרות הרגילות, וזו של הילדים הצייתנים יותר, הפחות תוקפניים והאינטליגנטיים יותר, המשתלבים באופן סביר, במיוחד אם שעות הפעילות של הגן הן עד 13:00 בלבד. במחקרים [4] שנעשו סביב השמעת סיפור טלוויזיוני לילדים בני 4-6 שנים, כשבמקביל מבוצעת פעילות מתחרה, נמצא כי ילדים הלוקים ב-ADHD מתקשים יותר בזכירת הסיפור. בהיעדר פעילות מתחרה (צעצועים), לא נמצא הבדל בזכירה בין ADHD לקבוצת הבקרה.

Key words: attention deficit disorder; preschool diagnosis; therapeutic approaches; infancy; hyperactivity.

עבור כל מבוגר, בייחוד להורים המצויים במצוקה רגשית או כלכלית. ילדים צעירים עם סימנים של הפרעת קשב ועם מזג קשה, כגון מצב רוח שלילי, כעס, יכולת הסתגלות נמוכה ואי-סדירות פיזיולוגית, מהווים קבוצה קשה במיוחד. חוסר הצייתנות – האופיינית ממילא לגילי 2-3 שנים – מוכפל בתדירותו ובעוצמתו. אימהות לילדים אלה הופכות ביקורתיות, והן מתערבות בפעולות ילדיהם ומענישות אותן בשכיחות גבוהה יותר לעומת אימהות לפעוטות שאינם לוקים בהפרעת קשב. בשיעור קטן מילדים אלה ניצפות בעיות נילוות, כגון בעיות שינה, קשיים לשמור על גיהות (hygiene) או איחורים מוטוריים ומילוליים, המקשים עוד יותר על ההורים. לכן לא מפתיעה העובדה, שהורים לפעוטות עם הפרעת קשב מדווחים על מצוקה גבוהה יותר, הן בהשוואה להורים של ילדים בריאים והן בהשוואה להורים של ילדים מבוגרים יותר הלוקים בהפרעת קשב [16,15].

נקודה נוספת וחשובה בקשר הראשוני בין הורה לילדו היא המשמעות הפסיכולוגית של עצם קיום ההפרעה אצל האם או האב; הורים אלה חווים שוב את הבעיה דרך ילדם.

אבחנה מובדלת של הפרעת קשב וריכוז בגיל הרך

מעבר לעובדה המקובלת כיום, שהפרעת קשב בגיל הרך קיימת כהפרעה ייחודית, גנטית בעיקרה, ייתכנו מצבים "דמויי-הפרעת קשב". מצב זה נכון ככל גיל, אך במיוחד בגיל הרך, כשמיגוון התסמינים הוא מצומצם ובלתי-סגולי. קשת המצבים המחקים הפרעות קשב או נלווים אליהן, גדולה במיוחד. בין האבחנות:

- (1) משתנה (variant) של טווח התקן – מזג קשה – אחד מסוגי המזג הוא מזג קשה, שמשמעותו קושי בוויסות, בכי מרובה, קושי להירגע ופעלתנות-יתר;
- (2) כשל הורי בהצבת גבולות לילד;
- (3) הפרעת התנהגות או הפרעה מרדנית מתנגדת – אלה נדירים יותר בגילים אלה, אך קיימים;
- (4) חריגות במנת-המישכל (מחוננות/פיגור);
- (5) מחלת פירכוסים מסוג petit mal;
- (6) דלקת כרונית של האוזן התיכונה – המחלה גורמת לירידה בשמיעה ולמופנמות, וכן התרופות האנטי-היסטמיניות, בהיותן גורם לפגיעה בקשב (גורמות לטישטוש ולנימום);
- (7) בעיות ראייה ושמיעה לא מאובחנות;
- (8) מחלה גופנית קשה או כרונית אחרת;
- (9) תיסמונות גנטיות – Fragile X, Williams, פגיעה נירר-התפתחותית ממושטת;
- (10) Pervasive Developmental Disorders (PDD);
- (11) פסיכוזה;
- (12) הפרעות אפקטיביות של גיל הינקות, הכוללות הפרעת חרדה, דיכאון של גיל הינקות והפרעה בוויסות ובהבעת רגשות (mixed disorders of emotional expressiveness). בקרב ילדים אלה, האיכות הלא תואמת של האפקט בולטת יותר מאשר קשיי הקשב, אם כי אלה קיימים;
- (13) הפרעת התקשרות עם הסתכנות עצמית (attachment disorder with self-endangerment) [17] – ילד כזה

בנוסף להערכה המתבססת על המדדים הקליניים, ניתן להסתייע בבדיקות עזר, אם כי יעילותן פחותה בהשוואה ליישומן בגילים מאוחרים יותר. בגילי גן החובה מקובל להסתייע בשאלון Conners להורה ולמורה, הקיים בצורה קצרה וארוכה. השאלון המוכר והמקובל הוא זה המקוצר, והוא כולל עשר שאלות [5]. בדיקה נוספת, הנחשבת בעלת משמעות מגיל 4 שנים ואילך, היא בדיקת T.O.V.A. [6]. בגילי 4-6 שנים אורכת הבדיקה 10 ד' במקום 20 ד', אך פרט לכך מדובר בבדיקה ובניתוח תוצאות זהים.

המהלך הטבעי של ADHD בגיל הרך

במעקב מתמשך נמצא, שרק מחצית ההורים של ילדים בגיל הרך שאובחנו בשל בעיות התנהגות, בעיות קשב ופעילות-יתר, המשיכו לדווח על בעיות כעבור שנה ושנתיים. שיעור גבוה יותר של מורים דיווחו על המשך הקשיים. ילדים עם קשיים ממושכים התאפיינו בתכונות של מזג קשה, כגון עוצמה רגשית גבוהה, קושי להתמודד עם שינויים בשיגרת היומיום, סף תחושת נמוך ואי-סדירות פיזיולוגית [7]. במעקב שנכללו בו 88 ילדים בגיל הרך במשך 11.5 שנים בממוצע נמצא, שרמות גבוהות של בעיות התנהגות, כגון תוקפנות מילולית וגופנית, הסחת דעת, פעילות-יתר ובדידות חברתית, מכפילות את הסיכון להפרעה פסיכיאטרית בשלב מאוחר יותר. כל הילדים שנכללו במידגם היו בעלי מנת-מישכל מעל לממוצע ובאו מרקע חברתי-כלכלי בינוני-גבוה [8]. במחקר אורך שנכללו בו ילדים מגיל לידה עד גיל 7 שנים [3] נמצא, שמלידה עד גיל גן אחרו ב-40% מהילדים דרגות שונות של בעיות קשב, אך 5% המשיכו ללקות בבעיות אלה ואובחנו כלוקים בבעיות ריגשיות וחברתיות בשכיחות הגבוהה ביותר (קשיים בין-אישיים עם בני גילם, התנהגויות מוחצנות וכיטויי חרדה), מלווים באיחורים מוטוריים. הגורמים המגנים כללו רמת השכלה גבוהה של האם, יציבות המשפחה, היעדר בעיות בריאות ויכולת קוגניטיבית ומילולית. כן נמצא ששיפור בתיפקוד הילדים בביה"ס בהשוואה למצבם בגן, קשור לירידה במתח בבית, לאיכות גבוהה יותר של סביבת הבית ולרמות נמוכות יותר של דיכאון באם [9].

במעקב אורך של 12 שנים שנכללו בו ילדים בגיל הגן נמצא, שככל שתסמיני הפרעת הקשב מוקדמים יותר, כך הסיכון להמשך הפרעה התנהגותית והתפתחותית גבוה יותר [10].

במחקרים נישנים [11-13], שנכללו בהם ילדים בגיל הגן המפגינים בעיות משמעותיות של ליקוי בתשומת-לב, פעילות-יתר ובעיות משמעת, העלו את המימצא החשוב לפיו רק מחציתם של ילדים אלה (48%) אכן מילאו את המדדים להפרעת קשב או התנהגות בגיל ביה"ס (לעומת 16% בקבוצת הבקרה).

יחסי-הגומלין בין הקשר הורה-ילד והפרעת קשב בגיל הרך

[14] Barkley (childproofing) "בית עמיד לילד" (home childproofing), עקב נטייתם של ילדים אלה לשחק באופן הרסני ולסכן את עצמם. עקשנותם, דרישתם לתשומת-לב בלתי-פוסקת וסקרנותם הטבעית של ילדים אלה, הופכים את ההורות לאתגר

האיבחון – ק', בן שנה וחצי, אובחן על פי הסיווג הרב-צירי של הפרעות הרגשיות בגיל הרך (DC 0-3) [20] כלוקה ב-

- Axis I: Sleep Behavior Disorder
- Axis II: Parent-Child Relationship Disorder (Type: Anxious/Tense)
- Axis III: Fine Motor clumsiness. No Medical Diagnosis
- Axis IV: No specific psychogenic stressors

התסמינים של פעילות-יתר, סף תיסכול נמוך וקושי להתמיד עם משחק אחד, העלו חשד להפרעת קשב. עם זאת, אלה תסמינים בלתי-סגוליים, היכולים יכולים באותה מידה, בגיל כה צעיר, לשקף את קשיי ההורים במציאת איזון בין תיסכול לסיפוקייתר של צורכי ילדם.

טיפול

נקבע טיפול פסיכותרפי דיאדי (הורה-ילד) וטריאדי (הורים וילד) בגישה דינאמית, עם מרכיבים של הדרכה התנהגותית. הפרעת השינה של ק' השתפרה תוך שלושה חודשים של מיפגשים שבועיים, עם שיפור ברמת הרגיעה הכללית שלו. הטיפול נמשך כשנתיים. במהלכו, נכנסה האם להריון מסובך של תאומים. באותה תקופה התאפיין מצבו של ק' באי-שקט, גריות (irritability), סף תיסכול נמוך מאוד וקושי בריכוז. במהלך הליויי הריגשי שוב חל שיפור במצבו של ק' (ללא טיפול תרופתי) והטיפול הסתיים.

הפנייה החוזרת – ההורים פנו שוב כשק' היה בן 4 וחצי שנים, עקב דיווח הגנת על קשיי ריכוז עם פעילות-יתר, בכי, עצבנות ונטייה להיכנס לתיגרות עם ילדי הגן. ההורים דיווחו על מתח רב ביניהם סביב ההתמודדות היומיומית עם גידול התאומים. לראשונה הועלתה אפשרות של פרידה ביניהם.

בבדיקה החוזרת – נמצא ילד חסר שקט, משתף פעולה, בעל אפקט מגוון ותואם. לא ניצפו הפרעות התנהגות או הפרעות באפקט. קונרס הורה – 17, קונרס גנת – 23. בבדיקת TOVA היה הציון הראשון (ללא התערבות תרופתית) 2.1 ולאחר מתן ריטלין – 0.5 (כשציון TOVA שהוא בטווח התקין צריך להיות גבוה מ-1.8). בבדיקת המרכיבים השונים נמצא שיפור ניכר (עלייה מעל 8 נקודות) במדדי לחיצת היתר (commission), זמן התגובה והשונוות של זמן התגובה. כלומר, נמצאה עדות להפרעת קשב, המגיבה היטב לריטלין.

האבחנה הסופית הייתה הפרעת קשב וריכוז מהסוג המשולב (ADHD), אך עלתה שוב שאלת מורכבות האבחנה: עד כמה תסמיני הילד באים בתגובה למתרחש סביבו, ועד כמה מדובר בהפרעת קשב וריכוז, שעם הגיל וציפיות גוברות של הסביבה מן הילד, הפכה בולטת יותר. בהתאם, הומלץ להורים על טיפול משולב של מרכיבים תרופתיים (ריטלין) והתנהגותיים במקביל לטיפול בזוגיות שלהם ומתן הדרכה לגנת של ק'.

דיון

לפנינו מקרה קליני המדגים את מהלך התסמין של קשיי ריכוז ופעילות-יתר מגיל ינקות עד גיל גן חובה. הקושי להבדיל בילד צעיר מאוד בין התיסמונת הטהורה של הפרעת קשב לבין תגובות הילד להוריו, גדול במיוחד בשלוש השנים הראשונות לחיים, ומיגוון התסמינים הוא מצומצם ובלתי-סגולי. קיימת סתירה בתוצאות המחקרים על יעילות והשפעות-הלוואי של ריטלין בגיל הרך. נמצאה יעילות פחותה בקרב ילדים בגיל הרך בהשוואה לילדים בגיל ביה"ס [21]. לעומתם, דווח על תגובה טובה יותר בגיל הרך, ללא עלייה בשכיחות השפעות-הלוואי [22]. כן דווח על רעילות נמוכה של ריטלין בגיל הרך, אך נמצאה שכיחות גבוהה יותר של השפעות-הלוואי קצרות-הטווח שלה [23]. ניצפה שיפור במדדים של קשב ואימפולסיביות ובדיווחים של הורים

נוטה להסתכן, והתוקפנות והאימפולסיביות שהוא מפגין מטרטן למשוך את תשומת-ליבם של הורים בלתי-זמינים או בלתי-מסוגלים. לכן הפרעות אלה מתרחשות בעיקר במהלך פעילות-גומלין עם הילד;

14) הפרעות בוויסות (regulatory disorders) [2] בעלות אופי בלתי-מאורגן ואימפולסיבי (motorically disorganized) – המושג של הפרעות בוויסות אפקט וקשב ובעיבוד מידע סנסורי, מוכר היטב לקלינאים. אולם דרושה עבודה רבה בקביעת התקיפות של אבחנות אלה [18];

15) תיסמונת דחק בתר-טראומטית של הינקות (stress disorder of infancy post traumatic) – אי-שקט וקשיי ריכוז הם נפוצים מאוד בילדים צעירים שחוו טראומה. אולם תולדות המחלה שונים לחלוטין, כך שלרוב ניתן לקבוע אבחנה מובדלת ללא קושי. עם זאת, במקרים מורכבים בהם הילד הצעיר חשופ באופן כרוני לחוויות קשות, קביעת האבחנה קשה יותר [19].

מפרשת החולה

ק' הופנה אלינו בגיל שנה וחצי ע"י אחות טיפת-חלב בשל בעיות שינה וקשיי התמודדות של ההורים עימו. הוא תואר כתינוק סקרן ופעיל מאוד, עם נטייה בולטת לבדוק את גבולות הסביבה. הוריו הגיעו אלינו במצב של תשישות, תיסכול, כעס וחרדה.

אנאמנזה – ק', ילד ראשון ויחיד, נולד לאחר הריון קשה בשל יתר-לחץ-דם אימהי, שהצריך אישפוזים נישנים. ההריון לוהה בחרדה ובמתח רב. מישקל הילוד היה 3.300 ק"ג, ללא בעיות מיוחדות, למעט צהבת פיזיולוגית. שילוב היותו תינוק "בכיי"ן ורמת חרדה גבוהה מלכתחילה של שני ההורים סביב נושא אוכל בכלל, הביא למצב בו ק' אכל ביום ובלילה ולעתים תכופות מאוד. בסביבות גיל חצי שנה, התפתחו בינו לבין הוריו מאבקי כוח קשים סביב אוכל, ואלה נמשכו עד להפניה אלינו. בעיני הוריו נתפס ק' כתינוק קשה ומתיש, שקשה להרגיעו והוא בלתי-צפוי למעברים. עם זאת, הוריו התרשמו מאוד מיכולתו הקוגניטיבית, והתקשו לשים גבולות ל"תעלוליו". התפתחותו המוטורית תוארה כתקינה, אם כי צוין הקושי של ק' לשחק לבדו והצורך שלו בגירויים חדשים.

רקע משפחתי – האב, בן יחיד להורים ניצולי שואה, גדל בבית קודר, שבו הייתה התייחסות יתירה לצרכים הגופניים על חשבון הצרכים הרגשיים של בני-המשפחה, עם דאגה חריגה לאוכל. האם, השנייה משני ילדים, התייממה מאימה בגיל 10 שנים וגודלה ע"י הסבתא מצד אימה. נושא אובדן האם לא הועלה במהלך השנים, מאחר שנתפס כאירוע טראומטי שיש להתגבר עליו ללא עזרה ומבלי לדבר על כך. שני ההורים תיארו את עצמם כהורים מתוחים וחרדים מאוד לשלומו של ק' "מאז ומתמיד", אך לא יכלו לזהות את מקור הקושי שלהם להציב בפני ילדם גבולות עקביים במשך היום ולעמוד בכיוו בלילות. ההורים נעו בין מתירנות-יתר לציפייה לא מציאותית שהילד יתחשב בצורכיהם האישיים. הקשר בין בני-הזוג תואר כתקין, אם כי צרכיה של האם קבעו במידה רבה את סדר יומם.

בבדיקה הקלינית הראשונה נראה ק', בן שנה וחצי, יוצר קשר, ערני וסקרן. בלטה רמה פעילות פסיכומטורית מוגברת ומעבר מהיר ממשחק אחד לשני. שפתו הייתה מפותחת לגילו. ניצפו תנודות במצב רוחו וסף תיסכול נמוך. מתח, חרדת פרידה ומאבקי שליטה איפיינו את יחסי הגומלין שלו עם הוריו, במיוחד עם אימו – כלפיה נעה התנהגותו מרדנות להיצמדות אליה. האופי הסותר של קשר זה התבטא גם בתגובת כעס של הילד כלפי אימו כשזו באה לאוספו מהמעון בסוף היום.

הבדיקה הגופנית ונירולוגית של הילד פורשה כתקינה, פרט לסירובל מוסים במוטוריקה העדינה.

- Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996; 34: 1314-1321.
6. *Greenberg LM & Waldman ID*, Developmental normative data on the test of variables of Attention (T.O.V.A). *J Child Adolesc Psychiatry*, 1987; 34: 1019-1030.
 7. *Barkley RA*, The effects of methylphenidate on the interactions of preschool ADHD children with their mothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988, 27: 336.
 8. *Lerner JA, Inui TS, Trupin EW & al*, Preschool behavior can predict future psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1985; 24: 42.
 9. *Egeland B, Kalkoske M, Gottesman N & al*, Preschool behavior problems: stability and factors accounting for change. *J Child Psychol Psychiatry*, 1990, 31: 891.
 10. *McGee R, Partridge F, Williams S & al*, A twelve-year follow-up of preschool hyperactive children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1991; 30: 224.
 11. *Campbell SB, Ewing LJ*, Hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age nine and predictors of continuing symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*, 1990, 31: 871.
 12. *Campbell SB, Pierce EW, March CL & al*, Hard-to-manage preschool boys: Symptomatic behavior across contexts and time. *Child Dev*, 1994; 65: 836.
 13. *Campbell SB, Ewing LJ, Breaux AM & al*, Parent-identified behavior problem toddlers: Follow-up at school entry. *J Child Psychol Psychiatry*, 1996, 37: 473.
 14. *Barkley RA*. Attention Deficit Hyperactivity disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. The Guilford Press, New York, 1990, pp 109-111.
 15. *Mash EJ & Johnston C*, A comparison of the mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. *Child Dev*, 1982; 53: 1371-1381.
 16. *Mash EJ & Johnston C*, Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol*, 1983; 51: 68-99.
 17. *Zeanah CH & Boris NW*, Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In: *Handbook of Infant Mental Health*. *CH Zeanah Jr*, (Ed). Guilford Press, New York, 2000, pp 353-368.
 18. *Barton ML & Robins D*, Regulatory Disorders. In: *Handbook of Infant Mental Health*, *CH Zeanah Jr*, (Ed). Guilford Press, New York, 2000, pp 311-325.
 19. *Thomas JM*, Traumatic stress disorder presents as hyperactivity and disruptive behavior: case presentation, diagnoses and treatment. *Inf Ment Health J*, 1995; 16: 306-317.
 20. *Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs*, Diagnostic classification: 0-3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington, DC: Author, 1994.
 21. *Cohen NJ, Sullivan J, Minde K & al*, Evaluation of the relative effectiveness of methylphenidate and cognitive behavior modification in the treatment of kindergarten-aged hyperactive

לילדים בגילי 4-6 שנים שטופלו בריטלין במינונים של 0.3 או 0.5 מ"ג/ק"ג, פעמיים ביום [24]. שכיחות השפעות-הלוואי עלתה במינון הגבוה יותר. לא נמצאה השפעה חיובית על רמת הצטיינות של ילדים אלה להוריהם, בשונה ממחקר אחר שבו הודגמה השפעה חיובית משמעותית [11]. קלונדיין ניתן גם הוא לילדים בני שלוש שנים, והשפעות על התנהגותם התוקפנית היא טובה, אולם השפעתו על רמת הקשב שלהם פחותה בטווח מינונים של 0.025-0.16 מ"ג.

לסיכום, המידע הקיים היום מאפשר טיפול יעיל ובטוח למדי בתרופות בילדים שגילם פחות מ-3 שנים.

מלבד הטיפול התרופתי, נדרשת עבודה רבה עם המשפחה. במחקר שנכללו בו ילדים צעירים עם ADHD [25] נמצא מיתאם חיובי בין חומרת התסמינים לבין מתח במשפחה, ביקורתיות וענישה על-ידי האם. בילדים עם פרופיל התנהגותי התחלתי דומה, אך עם משפחות סובלניות ויציבות יותר, הייתה הפרוגנוזה טובה יותר באופן ניכר. למימצאים אלה השלכות ברורות על תוכניות ההתערבות שיש לספק לילדים הלוקים בתסמיני ADHD ולבני-משפחתם. בילדים שמצבם מסובך יותר, עם הפרעה משמעותית בקשר הורה-ילד בתחום הפרעת קשב, מומלץ על פסיכותרפיה הורה-ילד.

ק' ובני-משפחתו מייצגים הן את הקושי בגישור בין התייחסות בגיל הרך לבין הערכה של הפרעת קשב – בעיקר בגילים צעירים – והן את המורכבות המשפחתית והפרטנית הגדולה, המאובחנת לא פעם במקרים אלה. כבר בהיות ק' פעוט, הוא ובני-משפחתו קיבלו טיפול פסיכודינאמי והתנהגותי משולב, שבעקבותיו חלה הטבה ניכרת. עם זאת, המצב המשפחתי הבעייתי ובעיית הקשב, לא נפתרו, ויש מקום להניח כי קיים קשר-גומלין בין השניים. ביטויי הפרעת הקשב עוררו ביתר שאת את קשיי המשפחה בהתמודדות עימם, וקשיי המשפחה החמירו את בעיות הריכוז והתנהגות של ק', ובכך העצימו את הפרעת הקשב שלו. כיום הגיע ק' לגיל גן חובה, ונראה שיש מקום ליישם את מיכלול הטיפול, דהיינו טיפול תרופתי, התנהגותי, דינאמי ומסגרותי.

ב י ב ל י ו ג ר פ י א

1. *Lahey BB, Pelham WE, Stein MA & al*, Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998 Jul; 37: 695-702.
2. *Greenspan S & Weider S*, Regulatory Disorders. In: *CH Zeanah Jr*, (ed). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford Press, 2000, pp 311-325.
3. *Palfrey JS, Levine MD, Walker DK & al*, The emergence of attention deficits in early childhood: a prospective study. *Developmental Behav Pediatr*, 1985; 6: 339.
4. *Lorch EP, Sanchez RP, van den Broek P & al*, The relation of story structure properties to recall of television stories in young children with attention-deficit hyperactivity disorder and non-referred peers. *J Abnorm Child Psychol*, 1999; 27: 293-309.
5. *Conners CK, Casat CD, Gualtieri T & al*, Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. *J Am*

- children. *J Abnormal Child Psychol*, 1981; 9: 43.
22. *Mayes SD, Crites DL, Bixler EO & al*, Methylphenidate and ADHD: influence of age, IQ and neurodevelopmental status. *Dev Med Child Neurol*, 1994; 36: 1099-1107.
23. *Firestone P, Musten LM, Pisterman S & al*, Short-term side effects of stimulant medication are increased in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. A double-blind placebo-controlled study. *J Child Adol Psychopharm*, 1998; 8: 13.
24. *Musten LM, Firestone P, Pisterman S & al*, Effects of methylphenidate on preschool children with ADHD. Cognitive and behavioral functions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36: 1407.
25. *Campbell SB*, Behavior problems in psrechool children. A review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry*, 1995; 36: 113.

כ ר ו נ י ק ה

ט י פ ו ל י ע י ל ו ב ט ו ח ב־infiximab כ נ ג ד ס פ ח ת

מגופם, במצב טוב, עם עבר מיקטי של 60 חודשים ממועד איבחון המחלה.

הנכללים במחקר סווגו אקראית לקבוצות, על-פי סוג הטיפול: אינבו, infiximab במינון 5 מ"ג/ק"ג, ו-infiximab במינון 10 מ"ג/ק"ג ב-0, 2, 6 שבועות.

בשבוע העשירי למחקר סווגו החולים לקבוצת המגיבים לטיפול ושאינם מגיבים לטיפול. בנכללים במחקר שלא הגיבו לאינבו הוחל טיפול ב-infiximab במינון 5 מ"ג/ק"ג או 10 מ"ג/ק"ג, ל-10, 12, 16 שבועות. המטופלים שהגיבו לאינבו עברו להשגחה ולאחר-מכן טופלו ב-infiximab. מטופלים שלא הגיבו ל-infiximab במינון 5 מ"ג/ק"ג קיבלו טיפול חד-פעמי דרך הווריד של אותה תכשיר במינון 10 מ"ג/ק"ג והועברו להשגחה. מטופלים שלא הגיבו לטיפול ב-infiximab במינון 10 מ"ג/ק"ג הוצאו מהמחקר.

בתישעה מתוך 11 (82%) מהחולים שטופלו ב-infiximab במינון 5 מ"ג/ק"ג, וב-10 מתוך 11 (91%) מהחולים שטופלו ב-infiximab במינון 10 מ"ג/ק"ג, הושגו תוצאות טובות או מצוינות, או שהשפעות הספחת נעלמו לחלוטין לאחר 10 שבועות של טיפול. בקבוצת האינבו הושגו תוצאות טובות רק בשניים מתוך 11 (18%) המטופלים. בחולים שטופלו ב-infiximab במינון 10 מ"ג/ק"ג היה כאב ראש השפעת-הלוואי השכיחה ביותר. בשני מטופלים ב-infiximab במינון 5 מ"ג/ק"ג ניצפה ANA בסוף המחקר (בשבוע ה-10), שלא ניצפה בתחילת המחקר. שני החולים הגיבו היטב לטיפול.

לסיכום, מטופלים שהגיבו לטיפול ב-infiximab החלימו מהשפעות הספחת מהר יותר ועם תוצאות טובות יותר בהשוואה למטופלים באינבו. התגובה דומה לטיפול בציקלוספורין, אך מהירה יותר. אין יתרון קליני לטיפול ב-infiximab במינון 5 מ"ג/ק"ג או ב-infiximab במינון 10 מ"ג/ק"ג. תוצאות מחקר זה הוכיחו, ש-ה-TNF הוא בבסיס הפאטוגנזה של ספחת.

ספחת היא מחלה כרונית נישנית. בארה"ב ובאירופה לוקים במחלה כ-1%-3% מהאוכלוסייה. כעשרים וחמישה אחוזים מהחולים לוקים במהלך קשה עד בינוני. הטיפול בחולים אלה כולל מתן ציפרופלוקסצין, מתותרקסאט, אציטטרין, אולטר-וילט A ואולטר-וילט A במישלב עם פסוראלן (PUVA).

ציקלוספורין הוא תכשיר יעיל, אך נטילתו מלווה בהשפעות-לוואי, כגון יתר-לחץ-דם ואי-ספיקת כליות בלתי-הפיכה. הטיפול במתותרקסאט מצריך כ-4-8 שבועות עד שחל שיפור. בנוסף קיים סיכון לרעילות בכבד ובלשד העצם. אציטטרין כטיפול חד-תרופתי יעיל באופן חלקי, ולעתים רחוקות בלבד הוא ממגר את המחלה. בנוסף, תכשיר זה הוא חומר יאטרוגני, הכרוך ברעילות של העור והריריות. UVB ו-PUVA מחייבים טיפול ניכר כ-3 פעמים בשבוע לאורך חודשים רבים. בנוסף עלול PUVA לגרום לסרטן העור, כולל מלאנומה. כל הטיפולים המצויים לספחת מסייעים באופן חלקי בלבד ומלווים בהשפעות-לוואי ניכרות.

ספחת מתבטאת בשתי פגיעות עיקריות: (1) שיגשוג של האפידרמיס עם התמיינות בלתי תקינה. (2) הסננה דלקתית לדרמיס ולאפידרמיס.

תהליכים אלה נובעים מהסננת תאי T או תאים מציגי אנטיגן APC; אלה משחררים כימוקינים וציטוקינים, המעוררים את הקרצינוציטים לשיגשוג וגורמים להתמיינות בלתי-תקינה. מתווכים אלה כוללים גורם נמק שאתי-אלפא (TNF- α), אינטרליקין 6, אינטרליקין 8, stimulating factor ואינטרפרון-גאמא.

ה-TNF- α ממלא תפקיד מרכזי בתהליך זה. עליית ריכוזי גורמת לפגיעות הספחתיות בעור. לפיכך, חסימת הפעילות של ה-TNF- α אמורה להפחית את הדלקת, השיגשוג של הקרצינוציטים וההתמיינות.

Infiximab הוא נוגדן חד-שיבטי סגולי ביותר ל-ה-TNF- α בארה"ב הוא נוצל לטיפול בלוקים בדלקת מיפרקית שיגרונית ובמחלת קרוהן. הנוגדן חוסם TNF- α בספחת (Lancet, 2001; 357: 1842-1847). נבדקו חולים מבוגרים הלוקים בספחת בינונית עד קשה, שהיו פגועים ב-5% לפחות

ש"ק