

הפרעות חרדה בילדים ומתבגרים

בנימין חטברג, גילה שן, גיל זלצמן

המרכז לבריאות הנפש גרה, פתח-תקווה, הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב

תקציר

הפרעות חרדה של גיל הילדות וההתבגרות הן בעיות שכיחות, המלוות בפגיעה משמעותית בתיפקוד. רוב הילדים אינם מאובחנים ואינם זוכים לטיפול. מהלך המחלה הוא לעיתים קרובות ממושך ומעלה את הסיכון ללקות בתחלואה נוספת כמו דיכאון, צריכת חומרים ממכרים ואף אובדנות. גורמי הסיכון להפרעות חרדה כוללים גורמים סביבתיים וגנטיים. הטיפולים שנמצאו יעילים במחקרים מבוקרים הם טיפול קוגניטיבי-התנהגותי וטיפול בתרופות מעכבות קליטה מחדש של סרוטונין. דרוש מחקר נוסף בתחום האיבחון המוקדם של הפרעות אלה ברפואה הראשונית.

הקדמה

הפרעות חרדה הן ההפרעות הנפשיות השכיחות ביותר בקרב אוכלוסיית הילדים והנוער. ההפרעות עלולות לגרום למצוקה רבה ולפגיעה נרחבת בתיפקוד. מהלך המחלה הוא לעיתים קרובות ממושך ומעלה את הסיכון ללקות בתחלואה נלווית, בעיקר דיכאון. בחלק מהילדים מתלווה למחלה גם סיכון אובדני בשל המצוקה הקשה. לא פעם פונים הילד ומשפחתו לרופא הילדים או לרופא המשפחה בשל תסמינים גופניים שונים המלווים את החרדה. מודעות הרופא הראשוני להסתמנות של הפרעות חרדה בילדים עשויה להוביל לטיפול יעיל ומוקדם, ולמנוע סיבוכים [1-3]. חרדה יכולה להיות מימצא תקין בגילאים צעירים, ויש להעריך אם החרדה תואמת לשלב ההתפתחותי של הילד. כך, לדוגמה, חרדה מפני פרידה מההורים היא שלב התפתחותי תקין מגיל עשרה חודשים לערך עד גיל שלוש שנים בממוצע. אך חרדה כזו בילד בן 6 שנים מרמזת על בעיה. חשש של פעוט בן שנתיים משנת הלילה, כי אינו מבין שלאחר כל לילה מופיע יום, הוא מימצא נורמטיבי. אך חשש כזה אצל ילד בן 5 שנים עלול להצביע על הפרעת חרדה. ילדים עלולים לדווח פחות ממבוגרים על דאגות או פחדים, והחרדה מתבטאת אצלם בעיקר בתסמינים גופניים [1-4].

אפידמיולוגיה

הפרעות חרדה הן ההפרעות הפסיכיאטריות השכיחות ביותר בקרב ילדים ומתבגרים [1, 4-6]. בהערכות מקובלות לגבי השכיחות מצוין, כי כ-10% מהאוכלוסייה בגיל הצעיר לוקים בהפרעות חרדה המלווה בפגיעה משמעותית בתיפקוד [7]. תוצאות מחקרים

מילות מפתח: הפרעות חרדה; ילדים; מתבגרים; טיפול קוגניטיבי-התנהגותי; SSRI.

Key words: Anxiety disorders; Child; Adolescent; CBT; SSRI.

אורכיים מצביעות על גילאי פריצה שונים להפרעות החרדה השונות [1, 7, 8]: גיל ההופעה של בעת מוגדרת (Specific Phobia) וחרדת פרידה הוא המוקדם ביותר בממוצע (7 שנים); חרדה חברתית מופיעה פעמים רבות בגיל בית-הספר היסודי (סכיב החשש לדבר בכיתה); ואילו הפרעת תבהלה (Panic disorder) מופיעה לעיתים נדירות לפני אמצע גיל ההתבגרות. אלה נובעים, לפחות בחלקם, מדרגת ההתפתחות של הילד. הפרעות חרדה שכיחות מעט יותר בממוצע בקרב בנות לעומת בנים [1, 7], בעיקר בעת מוגדרת, הפרעת תבהלה, חרדת פרידה וחרדה חברתית [2, 9].

דגמים פסיכולוגיים לחרדה

הדגם הדינמי (Dynamic model) – פרויד תאר שני סוגים של חרדה [10]. הראשונה והפרימיטיבית יותר היא חרדה טראומטית. במצב זה האדם מוצף בגירויים שאינו יכול להכיל וחווה התקף של אימה (התקף תבהלה – Panic disorder). בהמשך מופיע סוג אחר של חרדה (Signal anxiety), המהווה כעין מנגנון אזעקה ומתריע כשדחפים לא מודעים הנחשבים מסוכנים עומדים לפרוץ למודעות. כדי להימנע מחרדה טראומטית נוספת, מופעלים מנגנוני הגנה נפשיים אשר מנסים לבלום את הדחפים האסורים, להסוותם ולנווטם לאפיקים פחות מאיימים. פשרה זו שבין הדחף האסור למנגנון ההגנה שקם מולו יוצרת את התסמין הפסיכיאטרי, אשר מייצג באופן סמלי את התוכן הלא מודע. האירוע הראשון של בעת מוגדרת (Specific phobia) שתואר היה של הנס הקטן – ילד בן 5 שנים שחשש מסוסים. פרויד פיענח את התסמין כמצוין באופן סמלי ומוסווה את הדחף התוקפני של הנס כלפי אביו, ובנה על-פי מקרה זה את דגם הקונפליקט האדיפאלי.

הדגם הקוגניטיבי-התנהגותי – מדגיש התניה קלאסית, כלומר צימוד של גירוי נייטרלי לתוצאה לא נעימה, כעומדת בבסיס הפרעות החרדה [11]. מגבלה של דגם זה הייתה אי יכולתו להסביר את הישארות הפחד למרות הימנעות מהגורם מעורר החרדה, והוא הורחב לדגם הנקרא Two-factor theory. על-פי דגם זה, התניה קלאסית אחראית לרכישת הפחד, בעוד ששימור ההפרעה נובע מהחוויה של ירידת המתח בכל פעם שיש הימנעות כתגובה לחרדת ציפיה (Anticipatory anxiety).

גורמי-סיכון וגורמים מגינים – ההנחה המקובלת היום היא, כי האטיולוגיה מערבת מיכלול גורמים גנטיים וסביבתיים השזורים זה בזה, ולעומתם גורמים שמגינים מהתפרצות הפסיכופתולוגיה.

מזג (טמפרמנט) – מחקרי אורך מצביעים על כך שלעיתים קרובות הפרעות חרדה אינן מופיעות *De novo*, ושניתן לזהות מזג מסוים בשנים המוקדמות בקרב הלוקים בהפרעות החרדה. מזג מתאפיין בפרופיל פסיכולוגי ודפוס התנהגות אשר מופיעים

בסביבה ונטייה לפירוש מוגזם באופן שלילי של סימנים אלה. חותמת ההתנהגות האופיינית להפרעות החרדה היא הימנעות מהגורם מעורר החרדה. במאמר זה נסקור מספר תסמינים קליניים נפרדים של הפרעות חרדה. הפרעת עקה בתר-חבלתית והפרעה טורדנית-כפייתית נבדלות במספר היבטים חשובים משאר הפרעות החרדה, ולכן לא ידונו כאן.

חרדת פרידה — שכיחותה של הפרעה זו היא 3%-5% [16], והסממן העיקרי שלה הוא חרדה עזה בנוגע לפרידה מההורים או מדמויות חשובות אחרות. התגובה לחרדה זו קיצונית וחורגת מהמצופה עבור השלב ההתפתחותי של הילד. כשהילד נאלץ להיפרד מהוריו, או בציפייה לפרידה כזו, הוא חרד שמשוהו נורא עלול לקרות להם או לו. תסמינים גופניים, כגון כאבי-ראש או בטן, שכיחים במצבים אלה, בעיקר במוצאי שבת או ביום ראשון בבוקר (כי אז על הילד ללכת לביה"ס ולהיפרד מהוריו). לעיתים קרובות ילדים אלה מתקשים לישון לבדם ומדווחים על סיוטים של פרידה [6, 16]. התנהגות אופיינית היא 'להידבק' להורים, בקשה שלא ילכו לעבודה ואפילו הימנעות מהליכה לבית-הספר. לעיתים קרובות ההופעה הראשונה של חרדת פרידה היא דווקא בתחילת גיל ההתבגרות, ולא בכיתה א', סביב התהליכים ההתפתחותיים הנורמטיביים של פרידה מההורים לקראת עצמאות ואינדיבידואל-ציה.

בעת מוגדרת (Specific phobia) — הפרעה זו נמנית על הפרעות החרדה השכיחות ביותר בשכיחות של 7%-9% באוכלוסייה [22]. הפרעה זו היא הראשונה בממוצע שמופיעה בין הפרעות החרדה, ומתאפיינת בפחד מוגזם ומתמשך בנוגע לאובייקטים או מצבים מסוימים, המלווה בהימנעות ובפגיעה בתיפקוד. דוגמאות שכיחות הן פחד מחושך, מחיות או מפציעה.

חרדה חברתית — שכיחות ההפרעה בילדים היא כ-0.5% ובמתבגרים בין 2%-4%. ניתן להתייחס להפרעה זו כביישנות קיצונית. ילדים ומתבגרים הלוקים בהפרעה זו חווים חרדה בהקשר למצבים חברתיים ובהקשר לביצועים בפני אחרים. אצל חלק מהילדים החרדה ממוקדת בסיטואציה חברתית ספציפית (כגון לדבר בכיתה), ואצל אחרים היא מפורשתת וכוללת מספר רב של מצבים. נושא משותף בחרדה חברתית הוא החשש להיות מוכך בפני אחרים. דוגמאות שכיחות הן החשש לקרוא בקול בכיתה או לכתוב על הלוח [9]. התגובות הפיזיולוגיות השכיחות הן רעד והסמקה. משתנה (וריאנט) קיצוני של חרדה חברתית הוא אילמות סלקטיבית (Selective mutism), שבו הילד אינו מדבר כלל במצבים מסוימים (כמו בבית-הספר), אך מצליח לדבר במצבים שבהם הוא מרגיש יותר בטוח (כמו עם בני-ביתו).

חרדה מוכללת — מתאפיינת בחרדה ודאגנות יתר ביחס למספר רב של מצבים או פעילויות. שכיחות ההפרעה מוערכת בין 2%-5% באוכלוסייה [7]. רוב הילדים הלוקים בהפרעה מודאגים בנושאים של יכולת, וביצועים אקדמיים וחברתיים [23]. הילד מתקשה לשלוט בדאגות והן מלוות בתסמינים גופניים. החרדות ממושכות, מקיפות וגורמות לפגיעה בתיפקוד.

הפרעת תבהלה או אימה (Panic disorder) — עד לאחרונה הייתה מחלוקת בנוגע לשאלה אם הפרעת תבהלה, או אימה, מופיעה

מוקדם ובאופן יציב במצבים שונים. מזג שנחקר רבות ונמצא כקשור להפרעות חרדה הוא מזג מעוכב (Behavioral inhibition) [7, 12]. מזג זה מתאפיין בנטייה לדאגנות ובביטוי של סימני פחד בתגובה לגירויים לא מוכרים. שוורץ וחב' [13] הדגימו עוררות-יתר של האמיגדלה כתגובה לתמונות של פרצופים חדשים במבוגרים שסווגו בילדותם כבעלי מזג מעוכב, לעומת קבוצת בקרה. לא כל מי שהוא בעל מזג מעוכב בילדות המוקדמת יפתח הפרעת חרדה בהמשך חייו. קיימת חשיבות לסוג ההתאמה בין הסביבה למזיגו של הילד, "Goodness-of-fit", הן בצורה בלתי תלויה והן בתגובה לדפוסי ההתנהגות שלו. הקשר המוקדם בין הילד להורה נקרא Attachment, ומטביע את חותמו על תפישת הילד את עצמו והעולם סביבו. קשר המתאפיין כבלתי בטוח מוביל לתפיסה של הילד את הסביבה כבלתי צפויה ומפחידה, ואת עצמו כחסר כוחות, ועלול להוות גורם-סיכון להתפתחות הפרעת חרדה. לעומת זאת, קשר בטוח עשוי לפעול כגורם מגונן [14].

סביבה ותורשה — הסביבה ההורית נחקרה רבות בהקשר להתפתחות ולשימור של הפרעות חרדה. בחלק מהמחקרים מצוין, כי הורים לילדים חרדים נוטים להיות יותר חודרניים, מגוננים בעודף, ופחות מעודדים אוטונומיה ועצמאות אצל ילדיהם לעומת הורים לילדים שאינם חרדים [15, 16]. אין להקיש מכאן כי דפוס הורות מגונן גורם לחרדה. הניסיון הקליני מלמד שלעיתים קרובות התנהגות מגוננת היא תגובה נפוצה בקרב הורים שילדם לוקה בחרדה. ההנחה היא, שהורות שהיא גם רגישה לחרדה של הילד, אך גם מאפשרת ומעודדת שליטה של הילד וויסות של התנהגותו, עשויה להוות גורם מגונן [12].

מחקרי משפחות ותאומים סוכמו לאחרונה ונתחו בצורה שיטתית [17]. נמצא, כי הסיכון היחסי לחלות בהפרעת חרדה גבוה פי 4-6 יותר בקרב פרטים שיש להם קרוב משפחה עם הפרעת חרדה לעומת קבוצת בקרה. הערכות לגבי התרומה הגנטית מצביעות על תרומה בתחום הבינוני, בין 30%-40%. מכאן עולה, שחלק ניכר מהשונויות בין הפרטים בנוגע לרגישות לפתח הפרעת חרדה מוסבר בגורמים סביבתיים.

במחקרי תאומים הודגמה חשיבות ניכרת לגורמים סביבתיים לא משותפים (Non-shared) בהסבר השונות בביטוי של הפרעות חרדה [18, 19]. ייתכן שגורמים אלה (כגון אירועי חיים סטרוגניים) מעוררים הסתמנות של הפרעת חרדה בילדים עם גורמי-סיכון סביבתיים משפחתיים וגורמי-סיכון גנטיים. הפרעת ריכאון בהורים מהווה גורם-סיכון משמעותי לפיתוח הפרעת חרדה בילד [7, 20]. נראה כי קיימת מערכת יחסי-גומלין (אינטראקציה) מורכבת בין הגנטיקה לסביבה בהתפתחות הפסיכופתולוגיה [21].

הסתמנות קלינית

חרדה מתבטאת בשלושה מישורים המצויים בקשר הדוק זה עם זה: פיזיולוגי, קוגניטיבי והתנהגותי [7, 12, 14]. מכאן נובעת ההסתמנות המשותפת להפרעות החרדה השונות, ומכאן נגזרו גם דגמים טיפוליים יעילים כמו טיפול קוגניטיבי התנהגותי. השינוי הפיזיולוגי העיקרי הוא עירור המערכת הסימפתטית. המרכיב הקוגניטיבי מתבטא בהטיית תשומת הלב לרמזים מדאיגים

על-ידינו. קיימת גירסה קצרה של הכלי הכוללת חמש שאלות בלבד, שנבדקה באוכלוסייה קלינית ונמצאה בהתאמה טובה לכלי השלם [29]. גירסה קצרה זו לא נבדקה עדיין במיסגרת רפואה ראשונית, אך לדעתנו היא עשויה לעזור בזיהוי ילדים הלוקים בחרדה: (1) האם אתה פוחד ללכת לבית הספר? (2) האם אתה מפחד להיות לבד בבית? (3) האם אנשים אומרים לך שאתה דואג יותר מידי? (4) האם אתה ביישן? (5) האם אתה נבהל מאוד בלי סיבה ברורה? אנו ממליצים לכלול שאלה נוספת שמניסיונו מהווה כלי סקירה טוב: (6) האם יש דברים שמאוד מפחידים אותך, כמו חיות, חושך, מעליות?

הפרעות חרדה ברפואה הראשונית

Chavira וחב' [3] בדקו את השכיחות של הפרעות חרדה בקרב ילדים ומתבגרים שפנו למירפאה ראשונית. נמצא כי שליש מהפונים לוקים בהפרעת חרדה עם פגיעה קלה-בינונית בתיפקוד, וכי 17% מהפונים עונים לאבחנה של הפרעת חרדה המלווה בפגיעה קשה בתיפקוד. למרות שהפרעות חרדה היו השכיחות ביותר באוכלוסיה זו, הן היו גם אלה שזכו הכי פחות לטיפול. פחות משליש מילדים אלה זכו ליעוץ כלשהו להפרעת החרדה לעומת 80% מהילדים עם הפרעת קשב וריכוז. התסמינים הסומטיים השכיחים בקרב ילדים ומתבגרים הלוקים בהפרעת חרדה הם כאבי-בטן, כאבי-ראש ותחושת עצבנות [2,30]. אחת הסיבות השכיחות לפנייה למירפאה ראשונית היא כאבי-בטן נשנים ובלתי מוסברים (Recurrent Abdominal Pain [RAP]). התיסמונת מוגדרת כאשר הכאבים מופיעים לפחות 3 פעמים במהלך 3 חודשים וגורמים לפגיעה בתיפקוד, כגון היעדרות מבית-הספר. נמצא כי כ-80% מהילדים והמתבגרים עם RAP לוקים בהפרעת חרדה [31]. לנוכח השכיחות הגבוהה של הפרעות חרדה ברפואה הראשונית וההשלכות של תת-טיפול על מהלך חייו של הילד או המתבגר, רצוי לשקול קיום של הפרעת חרדה בשלב מוקדם של ההערכה. עם זאת, הסתמנות הדומה להפרעת חרדה יכולה להופיע במיגוון של מחלות כגון יתר-תריסית (Hyperthyroidism), גנחת (Asthma), צילחה (Migraine), כיפיון (Epilepsy) ועוד. צריכת קפאין ונטילת תרופות שונות כמו סטרואידים, תרופות תסמיניות ונוגדות-היסטמינים, יכולה אף היא לגרום להסתמנות של חרדה [2].

טיפולים

הטיפול הפסיכודינמי הוא ככל הנראה עדיין הטיפול הנפוץ בישראל לילדים עם הפרעות חרדה במיסגרות ציבוריות ואחרות. במהלך הטיפול מנסים לזהות את הדחפים והקונפליקטים הלא מודעים אשר עומדים בבסיס הפרעת החרדה ולהביאם למודעות. כשתכנים אלה הופכים גלויים במיסגרת הטיפולית, הם הופכים מאיימים פחות, ותסמין החרדה עשוי להיעלם. גישה טיפולית זו לא הוכחה במחקרים מבוקרים לגבי ילדים ומתבגרים עם הפרעות חרדה. שני הטיפולים שנחקרו בצורה המקיפה ביותר, ונמצאו יעילים לטיפול בילדים ומתבגרים הלוקים בהפרעות חרדה, הם טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (cognitive behavioral therapy) וטיפול בתרופות. [CBT]

בילדים ומתבגרים. בשנים האחרונות נמצא כי ההפרעה מתרחשת בקרב צעירים (בשכיחות נמוכה מ-1%), והעניין הופנה לחקר ההתבטאות השונה של המחלה בקבוצת הגיל הצעירה לעומת בוגרים [16]. המאפיין העיקרי של הפרעה תבהלה הוא התקפי אימה (Panic attacks) נשנים ובלתי צפויים. נמצא, כי ילדים ומתבגרים נוטים יותר לבטא תסמינים גופניים מאשר פסיכולוגיים במהלך התקף תבהלה. הסתמנות שמלווה הפרעת תבהלה בחלק ניכר מהחולים היא אגורפוביה. זוהי הימנעות ממקומות ציבוריים או הומים שמהם יהיה קשה לברוח אם יופיע שם התקף תבהלה. הפרעת תבהלה מופיעה במהלך גיל ההתבגרות. הופעה שלה בקרב ילדים היא נדירה ביותר ומכוונת את הרופא הראשוני לבירור גופני מעמיק.

תחלואה נלווית

תחלואה נלווית פסיכיאטרית בקרב ילדים ומתבגרים עם הפרעת חרדה היא תופעה שכיחה. לפחות שליש מהילדים הלוקים בהפרעת חרדה אחת לוקים בשניים או יותר הפרעות חרדה [6]. הקשר החזק ביותר בין הפרעת חרדה ופסיכופתולוגיה אחרת הוא הקשר לדיכאון [6, 20]. ילד הלוקה בהפרעת חרדה נמצא בסיכון גבוה פי 8 ויותר ללקות בדיכאון לעומת בן גילו שאינו לוקה בהפרעת חרדה.

מהלך המחלה

ברוב הפרסומים בסיפורות המקצועית מדווח על מהלך כרוני הנמשך לאורך שנים, ואשר גורם למצוקה מתמשכת ולפגיעה משמעותית בתחומי חיים חשובים כגון לימודים, תעסוקה וקשרים חברתיים [5, 6, 9, 16, 24]. התפרצות הפרעת חרדה בגיל הצעיר מעלה גם את הסיכון לתחלואה נלווית של דיכאון, לצריכת חומרים ממכרים [20, 25] ואף לאובדנות [5, 26].

כלים לאיבחון והערכה

בהערכה מספקת של הפרעות חרדה בקבוצת הגיל הצעירה יש להתחשב בשלב ההתפתחותי של הילד ובעולם המושגים שלו, לזהות תחלואה נלווית ולכלול הערכה של הפגיעה בתיפקוד. קיימים דיווחים בסיפורות על כך שהורים אינם יודעים לדווח באופן מהימן על עולמם הפנימי של ילדיהם [24, 27]. נדגיש שיש תמיד לראיין את הילד, את ההורים וגורמים נוספים במידת האפשר, כמו אחים ומורים. בשנים האחרונות התפתחו מספר כלים מובנים לאיבחון הפרעות חרדה בקרב ילדים ומתבגרים אשר תוקפו באופן מהימן, כגון ה-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) [28]. אחד הכלים היחידים אשר נבדק גם במיסגרת של רפואה ראשונית הוא ה-The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) [29]. הכלי מורכב משאלון עצמי למילוי על-ידי הילד ומשאלון למילוי על-ידי ההורים. העברת הכלי נמשכת כ-15 דקות, והוא נחשב כבעל מהימנות, רגישות וסגוליות טובות יחסית להבחנה בין הפרעת חרדה להיעדרה, וכן להבחנה בין הפרעת חרדה להפרעות פסיכיאטריות אחרות. שאלון ה-SCARED תורגם ותוקף לעברית

ילדים ומתבגרים הלוקים בהפרעות חרדה שקיבלו CBT לעומת 311 ילדים ומתבגרים שהיוו את קבוצת הבקרה. נמצא, כי 56% מהילדים בקבוצת הטיפול השיגו הפוגה (Remission) לעומת 28% בלבד מקבוצת הבקרה. נראה כי תוצאות הטיפול מאריכות ימים. עשרה מבין המחקרים דיווחו על מעקב ארוך-טווח (ממוצע 13 חודשים) עבור 82% מהמסיימים מחקרים תחיליים. נמצא כי 69% מקרבם נותרו בהפוגה בסוף תקופת המעקב.

טיפול בתרופות – בשנים האחרונות מצטברות עדויות ממחקרים מבוקרים על יעילות תרופות מעכבות קליטה מחדש של סרוטונין (Serotonin specific reuptake inhibitors – [SSRIs]) [33]. במחקר המקיף ביותר שבוצע עד כה להפרעות חרדה הוערך הטיפול ב-Fluvoxamine [FLV] עבור ילדים הלוקים בחרדת פרידה, חרדה חברתית או חרדה מוכללת [5]. נכללו בו 128 ילדים ומתבגרים בגילאי 6-17 שנים אשר לא הגיבו לטיפול פסיכולוגי תומך במשך שלושה שבועות. הילדים

המשתתפים במחקר קיבלו באופן כפול-סמיות FLV או אינבו. בסיום המחקר נמצא, כי 76% מקבוצת ה-FLV הגיבו לתרופה לעומת 29% בלבד מקבוצת האינבו. השפעות הלוואי היו קלות יחסית. השכיחה בהן הייתה תחושת אי-נוחות בבטן. בהארכה של המחקר המצוין לעוד שישה חודשים של טיפול ללא סמיות, 94% מהמגיבים ל-FLV המשיכו בהפוגה [34]. מימצא נוסף היה, כי 71% מבין אלה שלא הגיבו ל-FLV הגיבו לטיפול ב-Fluoxetine. לכך יכולה להיות השלכה על ההחלטה במקרה של חוסר תגובה לניסיון ראשון בתרופות, דהיינו החלפה לתרופה אחרת מקבוצת ה-SSRIs. נושא

הבטיחות של תרופות מקבוצת ה-SSRIs עורר סערה ציבורית בשנים האחרונות. באוקטובר 2004 פירסם מניהל המזון והתרופות האמריקאי (FDA) אזהרה בנוגע לילדים ומתבגרים המטופלים בתרופות אלה. נמצא, כי בקבוצה קטנה מאוד של מטופלים, בייחוד כאלה שמפתחים אי שקט ניכר (אקטיזיה) עלול להיות סיכון מוגבר של פגיעה עצמית ושל ניסיונות אובדניים, אך לא של התאבדות. מאז מצטברות עדויות כי ההפך יכול להיות נכון, וכי ירידה ברישום תרופות אלה למתבגרים העלתה את שיעור האובדנות בקבוצת גיל זו מאז 2004 (Mann & al, Unpublished). תרופות מקבוצת הבנוזידיאפינים אינן מומלצות כטיפול קו ראשון להפרעות חרדה בילדים ונוער [33]. ניתן לטפל בהן רק כעזרה ראשונה במישלב עם SSRIs, עד לתחילת ההשפעה של התרופות מעכבות קליטה הסרוטונין. הפסקה מהירה של בנוזידיאפינים עלולה להוביל לתסמיני גמילה. יש לזכור גם את הסיכון להתמכרות לתרופות אלה, בעיקר בקבוצת הגיל הצעירה. למרות ההתקדמות במחקר בתחום זה, קיימות עדיין שאלות

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי – עקרונות הטיפול בילדים דומים לעקרונות הטיפול במבוגרים עם התאמה לקבוצת הגיל הצעירה [32]. הטיפול כולל בדרך-כלל 10-20 מפגשים שבועיים. בתחילה ניתן הסבר על המחלה ובפרט על קשרי-הגומלין שבין מחשבות, שינויים פיזיולוגיים בגוף, והתנהגות ביצירת הפרעת החרדה ושימורה. בהמשך נערך מיפוי של התסמינים על-פי חומרתם ותכיפותם. צעד מרכזי בטיפול כולל חשיפה לגורם מעורר החרדה. החשיפה יכולה להיות בדמיון או במציאות. שיטה נפוצה של חשיפה בדמיון נקראת Systematic desensitization. השיטה כוללת שלושה מרכיבים: בראשון עורך המטופל רשימה של 20-15 מצבים מעוררי החרדה ומידרגם על-פי עוצמתם. אחר-כך או במקביל לכך לומד המטופל כיצד להגיע להרפיית שרירים עמוקה. המרכיב השלישי כולל חשיפה הדרגתית בדמיון לגורם מעורר החרדה בזמן שהמטופל נמצא בהרפיה. כך, לדוגמה, ילד החושש מכלבים ידמיין בתחילה כלב צעצוע, אחר-כך גור קטנטן

מעבר לרחוב וכולי. אם הוא חש חרדה הוא יתרכז בהעמקת ההרפיה, ורק כשיצליח לדמיין את הכלב ללא עליית החרדה, יעבור לשלב הבא במידרג שהכין, עד שיגיע גם לדמיין את השלב האחרון במידרג. ההנחה בבסיס השיטה היא כי חרדה והרפיה אינן עולות בקנה אחד. המטרה היא להפחית את ההתניה בין הגורם המפחיד לתגובת החרדה וליצור במקומה התניה למצב של הרפיה (Counter conditioning). חשיפה בדמיון עשויה להיות יעילה כשלעצמה, אך בדרך-כלל מקובל גם לחשוף את המטופל במציאות לגורם מעורר החרדה. במקרה של חשיפה כזו צפוי שתהיה בתחילה עלייה ברמת החרדה, אך אם המטופל לא יימנע מהמצב, הוא ילמד כי לא קיימת סכנה ממשית ושהחרדה פוחתת לאחר זמן קצר. חשיפות נשנות יגרמו לכך שגם חרדת הציפייה תפחת והילד ילמד שהוא מסוגל להתמודד. החשיפות נערכות באופן הדרגתי, בהתאם ליכולתו של המטופל. ההיבט הקוגניטיבי בטיפול מבוסס על ההנחה כי התנהגות ורגש נובעים מהדרך שבה אנו חושבים. מחשבות דיספונקציונליות תורמות להתפתחות ולשימור של הפרעות חרדה. דוגמאות שכוחות הן הערכת-יתר של הסבירות לאירוע שלילי, "בטוח המעלית תיתקע", חשיבה קטסטרופלית, "אני לא אחזיק מעמד", חיזוי העתיד באופן שלילי, "אף פעם לא אצא מזה", מתן תוויות, "זו לא חרדה, אני סתם ילד פחדן", ועוד. בטיפול מקבל הילד כלים לזהות מחשבות אלה, להעריך אותן באופן ביקורתי ולאמץ מחשבות רציונאליות יותר. נודעת חשיבות רבה לעבודה בבית בין הטיפולים, והשיפור עשוי להימשך גם לאחר שהטיפול מסתיים. במהלך הטיפול קיים שלב עבודה על מניעת הישנות של התסמינים. בעשור האחרון התפרסמו מספר מחקרים מבוקרים על CBT בקרב ילדים ומתבגרים. בשנת 2005 נערכה סקירה שיטתית של מחקרים אלה [4]. בסקירה זו נכללו 13 מחקרים מבוקרים שנמצאו כבעלי איכות טובה מבחינה מתודולוגית. נכללו בהם 498

◀ הפרעות חרדה הן הפרעות הנפ' שיות השכיחות ביותר בקרב אוכלו' סייט הילדים והנוער, אך רוב הילדים והמתבגרים אינם מאובחנים ואינם זוכים לטיפול הולם.

◀ כאבי בטן נשנים (Recurrent abdominal pain) ובלתי מוסברים יכולים להצביע בחלק גדול מהילדים על קיום הפרעת חרדה.

◀ דרך הטיפול המועדפת בקבוצת הגיל הצעירה היא טיפול קוגניטיבי-התנהגותי או שילוב של טיפול כזה עם SSRIs. תרופות מקבוצת הבנ' זוזידיאפינים אינן מומלצות כטיפול קו ראשון להפרעות חרדה בילדים ונוער.

- macology Anxiety Study Group. *N Engl J Med*, 2001; 344: 1279-1285.
6. *Bernstein GA & Shaw K*, Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36 (Suppl): 69S-84S.
 7. *Merikangas KR*, Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005; 14: 649-679.
 8. *Kessler RC, Berglund P, Demler O & al*, Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005; 62: 593-602.
 9. *Chavira DA & Stein MB*, Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005; 14: 797-818, ix.
 10. *Freud S*, Anxiety and Instinctual Life. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 1933: 81-111.
 11. *Leahy RL, McGinn LK, Busch FN & Milrod BL*, Anxiety disorders. In: *Gabbarid GO, Beck JS & Holmes J* (Eds). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford, UK, Oxford University Press, 2005, pp 137-161.
 12. *Perez-Edgar K & Fox NA*, Temperament and anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005; 14: 681-706.
 13. *Schwartz CE, Wright CI, Shin LM & al*, Inhibited and uninhibited infants "grown up": adult amygdalar response to novelty. *Science*, 2003; 300: 1952-1953.
 14. *Bogels SM & Zigterman D*, Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *J Abnorm Child Psychol*, 2000; 28: 205-211.
 15. *Lieb R, Wittchen HU, Hofler M & al*, Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57: 859-866.
 16. *Suveg C, Aschenbrand SG & Kendall PC*, Separation anxiety disorder, panic disorder, and school refusal. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005; 14: 773-795.
 17. *Hettema JM, Neale MC & Kendler KS*, A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 2001; 158: 1568-1578.
 18. *Lau JY, Eley TC & Stevenson J*, Examining the state-trait anxiety relationship: a behavioural genetic approach. *J Abnorm Child Psychol*, 2006; 34: 19-27.
 19. *Bolton D, Eley TC, O'Connor TG & al*, Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychol Med*, 2006; 36: 335-344.
 20. *Williamson DE, Forbes EE, Dahl RE & al*, A genetic epidemiologic perspective on comorbidity of depression and anxiety. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005; 14: 707-726.
 21. *Silberg J, Rutter M, Neale M & al*, Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *Br J Psychiatry*, 2001; 179: 116-121.

פתוחות חשובות, כגון למי מתאים טיפול בתרופות ולמי מתאים CBT, מהי יעילות טיפול משולב ולכמה זמן יש להמשיך בטיפול בתרופות. המלצתנו היא להתחיל ב-CBT בקבוצת הגיל הצעירה. במטופלים שבהם לא ניתן לטפל באפן קוגניטיבי התנהגותי (בשל היעדר מטפל המנוסה בשיטה זו או בשל רמת חרדה גבוהה במיוחד שאינה מאפשרת שיתוף-פעולה), יש לסייע בעזרת תרופות מקבוצת ה-SSRIs. ניתן גם לשלב טיפול בתרופות עם CBT אם התגובה לאחד מהם בלבד אינה מספקת. אין כיום מידע מבוסס על משך הזמן הרצוי לטיפול בתרופות.

המלצתנו היא להמשיך בטיפול לפחות חצי שנה עד שנה ולהתאים את ההחלטה לחומרת ההפרעה. רצוי גם להפסיק את הטיפול בתרופות באופן הדרגתי, בזמן שבו צפוי מיעוט יחסי של גורמי דחק לילד, ובמועד שבו הסיכון לפגיעה בתיפקוד אם נשנים התסמינים הוא נמוך יחסית (לדוגמה בחופשת הקיץ). בימים אלה נערך גיוס למחקר המקיף ביותר שנערך עד כה עבור הפרעות חרדה בילדים ונוער. המחקר, שנקרא Child/Adolescent Anxiety Multimodal Treatment Study, יכלול כ-470 ילדים ומתבגרים עם הפרעות חרדה. במחקר ישווה באופן מבוקר הטיפול ב-SSRI עם הפרעות חרדה. במחקר ישווה באופן מבוקר הטיפול ב-CBT, במישלב של השניים או באינבו. תוצאות מחקר זה יסיפו מידע חשוב על דרך הטיפול המומלצת בהפרעות חרדה בקרב ילדים ומתבגרים.

לסיכום, הפרעות חרדה הן הפרעות הפסיכיאטריות השכיחות ביותר בקבוצת הגיל הצעירה. בשנים האחרונות חלה התקדמות משמעותית בטיפול להפרעות אלה. קיים פער ניכר בהבנתנו את מכלול גורמי-הסיכון והגורמים המגינים בהתפתחות הפרעות, וקיים צורך דוחק בפיתוח כלי סקירה פשוטים ומהימנים, אשר יאפשרו לזהות את הילדים והמתבגרים החשודים כלוקים בהפרעות חרדה במיסגרת הרפואה הראשונית.

תודות: המחברים מודים לפרופסור אבי ויצמן ופרופסור אלן אפטר מאוניברסיטת תל אביב ולפרופסור בוריס בירמהר מאוניברסיטת פיטסבורג על ייעוץ בעת הכנת הסקירה.

ב י ב ל י ו ג ר פ י ה

1. *Costello EJ, Egger HL & Angold A*, The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005; 14: 631-648.
2. *Connolly SD & Bernstein GA*, Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007; 46: 267-283.
3. *Chavira DA, Stein MB, Bailey K & Stein MT*, Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depress Anxiety*, 2004; 20: 151-156.
4. *James A, Soler A & Weatherall R*, Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005; CD004690.
5. *Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents*. The Research Unit on Pediatric Psychophar-

22. *Silverman WK & Moreno J*, Specific phobia. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005; 14: 819-843.
23. *Wagner KD*, Generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*, 2001; 24: 139-153.
24. *Lyneham HJ & Rapee RM*, Evaluation and treatment of anxiety disorders in the general pediatric population: a clinician's guide. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005; 14: 845-861.
25. *Weissman MM, Wolk S, Wickramaratne P & al*, Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Arch Gen Psychiatry*, 1999; 56: 794-801.
26. *Rudd MD, Joiner TE, Jr & Rumzek H*, Childhood diagnoses and later risk for multiple suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*, 2004; 34: 113-125.
27. *Wren FJ, Bridge JA & Birmaher B*, Screening for childhood anxiety symptoms in primary care: integrating child and parent reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004; 43: 1364-1371.
28. *Kaufman J, Birmaher B, Brent D & al*, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36: 980-988.
29. *Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L & al*, Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38: 1230-1236.
30. *Ginsburg GS, Riddle MA & Davies M*, Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006; 45: 1179-1187.
31. *Campo JV, Bridge J, Ehmann M & al*, Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics*, 2004; 113: 817-824.
32. *Roblek T & Piacentini J*, Cognitive-behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005; 14: 863-876.
33. *Reinblatt SP & Walkup JT*, Psychopharmacologic treatment of pediatric anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005; 14: 877-908.
34. *Walkup J, Labellarte M, Riddle MA & al*, Treatment of pediatric anxiety disorders: an open-label extension of the research units on pediatric psychopharmacology anxiety study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2002; 12: 175-188.

מחבר מכותב: בנימין רוטברג, המרכז לבריאות הנפש 'גהה',

רח' הלסינקי 1, ת.ד. 102, פתח-תקווה 49100

טלפון: 03-9258258, פקס: 03-9241041

דוא"ל: brotberg@clalit.org.il