

הפרעות חרדה בילדים ומתבגרים מהלך, התפתחות, טיפול ומניעה

Ronald M Rapee

מהדורה בעברית

תרגום: גיא רמות וריבה ספורטא

עריכה: פרופ' פז תורן



Monsters, Inc.® Pixar

Ronald M Rapee PhD

Professor, Centre for Emotional Health, Department of Psychology, Macquarie University, Sydney, Australia

Conflict of interest: receiving royalties from the book, *Helping your Anxious Child: A Step by Step Guide for Parents*. Proceeds from sales of the *Cool Kids* program go to the Centre for Emotional Health at Macquarie University to assist research and treatment for anxious children – no individual receives any income from these materials.

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or [IACAPAP](#) endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

© [IACAPAP](#) 2016. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Rapee RM. Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Nature, Development, Treatment and Prevention. In: Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. [Edition in Hebrew: Toren P (Ed). Translation: Ramot G, Saporta R]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

עד לא מזמן, הפרעת חרדה בקרב ילדים נחשבה נדירה יחסית ובעלת השפעה לטווח ארוך נמוכה. כתוצאה מכך, הידע האמפירי אודות חרדה בקרב ילדים הינו דל יחסית בהשוואה לחרדה בקרב מבוגרים. אף על פי כן, ב-20 השנים האחרונות נראתה עלייה דרמטית במספר המחקרים אשר בחנו חרדה אצל ילדים, וכעת נבנית הבנה טובה לגבי הטבע, ההתפתחות והטיפול של הפרעות חרדה גם בקרב ילדים. בנוסף, לאחרונה נעשה פוקוס על מחקר של מניעה אפשרית של חרדה בגילאים צעירים. בהינתן החפיפה בין חרדה ודיכאון, וכן ההמשכיות של הפרעה זו מהילדות לבגרות, לעבודה זו יש השלכות מרחיקות לכת אודות מניעת קשיים מופנמים לאורך החיים.

בהשוואה למחקר בקרב מבוגרים, אשר נוטה לחלק את ההפרעות באופן ספיציפי ביותר, בשדה הילדים ונוער יש נטייה לבחון את ההפרעה באופן רחב יותר ובמקרים רבים לבחון את ההפרעות הנפשיות כמכלול. לשם כך, בפרק הנוכחי אדבר על הפרעת חרדה ברוב המקרים באופן נרחב, ואתייחס לגורמים הרלוונטים לכל הפרעות החרדה כמכלול. הדבר נכון בעיקר עבור טיפול, בו לרוב הפרוטוקולים הנתמכים אמפירית יש נטייה לאבחן ילדים על גבי רצף הפרעות החרדה. עם זאת, היות ופרקים אחרים בספר מתמקדים בהפרעות אובססיביות קומפולסיביות (OCD), הפרעת דחק בתר-חבלתית (PTSD) וכן חרדת ספרציה, אתמקד באופן ישיר בשאר הפרעות החרדה: הפרעת חרדה מוכללת (GAD), חרדה חברתית ופוביה ספיציפית. על מנת להוריד חזרתיות, אשתמש באופן כללי במונחים חרדת ילדות או חרדת ילדים, בהתכוון על חרדה הן בקרב ילדים והן בקרב נוער, זולת במקרים בה הבחנה גילאית נדרשת.

הפרעות מופנמות

בניגוד להפרעות מוחצנות, או הפרעות נשלטות (לדוגמה conduct disorder), בהם ילדים נוטים להחצין או לעשות "אקטינג אאוט" לקונפליקטים פנימיים או רגשות (למשל, דרך תוקפנות)- הפרעות מופנמות משקפות בעיות בתוך העצמי, כגון פחדים, דאגה ואנהדוניה, אשר באופן מסורתי סווגו תחת כותרת של הפרעות "ניורזה", "שליטת יתר" או "אינהיביצית יתר". ילדים עם הפרעות מופנמות נוטים להתמודד עם בעיות ועם קונפליקטים רגשיים באופן מופנם, במקום להציג אותם כלפי חוץ. בניגוד להפרעות מוחצנות, הפרעות מופנמות בדרך גורמות ליותר מצוקה לילד מאשר לזולת,

תיאור ואבחנה

ליבת המאפיינים של הפרעת חרדה הינה *הימנעות*. ברוב המקרים, ישנה הימנעות גלויה מסיטואציות מסוימות, מקומות או גירויים, אולם פעמים רבות ישנן צורות עדינות או סמויות יותר של הימנעויות כגון: הססנות, ספק, נסיגה או פעולות טקסיות. התנהגויות אלו הינן עקביות באופן יחסי לאורך הפרעות החרדה השונות, והמפתח בהבחנה בין הפרעות הוא *הטריגר לאותה הימנעות*.

טבלה F.1.1 מאפייני ליבה ומאפיינים מקושרים של הפרעות החרדה השונות		
הפרעה	מאפייני ליבה	מאפיינים מקושרים
חרדת ספרציה	פחד או דאגה שמשהו רע יקרה לילד או לדמות המטפלת (לרוב ההורה) כאשר הם נפרדים. כתוצאה מאמונה זו, הילד נמנע מהיפרדות מדמות זו.	<ul style="list-style-type: none"> • חלומות או סיוטים אודות ההיפרדות • סירוב להתמודד עם מצב הכולל היפרדות, כולל שינה מחוץ לבית, הליכה לבית הספר, ביקור חברים, וכן הישארות בבית לבד או עם שמרטף. • דאגה להשלכות ההיפרדות, כגון פחד מחטיפה, פציעה או מוות של הילד או של הדמות המטפלת. • סימפטומים פיזיולוגיים כשצפויה היפרדות מהדמות המטפלת, כגון הקאות, שלשולים וכאבי בטן.
הפרעת חרדה מוכללת	נטייה לדאגה לטווח רחב של תרחישים שליליים אפשריים, ציפיה שמשהו רע יתרחש.	<ul style="list-style-type: none"> • דאגה חוזרת ונרחבת בנוגע למספר נושאים, כגון כלכלה משפחתית, חברויות, מטלות בית-ספר, ביצועים בספורט, בריאות של עצמי ומשפחתי וכן אירועים שוליים ויומיומיים. • נטייה לחפש הרגעה לפחדים מן ההורים או הסביבה • הימנעות מחידושים ושינויים, מחדשות שליליות, אירועים לא וודאים או מוכרים, וכן מעשיית טעויות. • סימפטומים פיזיולוגיים, חוסר שינה ונרגנות בזמן הדאגה.
חרדה חברתית	פחד והימנעות מאינטראקציות חברתיות או הופעה חברתית בעקבות אמונה כי אחרים יעריכו את הילד באופן שלילי.	<ul style="list-style-type: none"> • הימנעות מפעילויות וסיטואציות חברתיות, כולל דיבור או הופעה בפני אחרים, הכרות של ילדים חדשים, דיבור עם דמויות סמכויות, כמו מורים, להיות במרכז תשומת הלב בכל דרך שהיא, ולמתבגרים פחד מדייטים.

<ul style="list-style-type: none"> • חשש בפני הערכה שלילית מאחרים, כגון מחשבה שהילד מוזר, בעל ביטחון עצמי מופרז, לא נעים, טיפש או לא נראה טוב. • ישנו מספר מצומצם של חברים וישנו קושי במציאת חברים חדשים. 		
<ul style="list-style-type: none"> • פחד מחיות כגון כלבים או ציפורים • פחד מחרקים ועכבישים • פחד מהחושך • פחד מרעשים חזקים וסופות • פחד ליצנים, מסיכות, או אנשים בעל חזות חריגה או מוזרה • פחד מדם, זריקות, מחלות 	<p>פחד והימנעות בתגובה לרמזים סביבתיים, מצבים או הפצים מסויימים. ישנה אמונה כי אותה הפץ או מצב יוביל לפגיעה אישית.</p>	<p>פוביה ספיציפית</p>
<p>הפרעות פאניקה ואגורפוביה*</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • מספר סימפטומים סומטיים אשר בדרך כלל מגיעים לשיא באופן חד ומהיר, ונמשכים לתקופת זמן מסוימת. • הסימפטומים לרוב כוללים תחושת מחנק, סחרחורת, מעידה, כאבי חזה ורעד. • מספר התקפי פאניקה לא צפויים או פתאומיים התרחשו בעבר. 	<p>חוויה ופחד מהתקפי פאניקה לא צפויים, אשר לרוב כוללים מספר סימפטומים סומטיים ופחד מלמות או להשתגע.</p>	<p>הפרעת פאניקה</p>
<ul style="list-style-type: none"> • הימנעות ממצבים כתוצאה מפחד מהסימפטומים או מההשלכותיהם. • לרוב המצבים מהם נמנעים הינם מקומות בהם אין אפשרות או קיים קושי לבריחה מהירה, למשל תחבורה ציבורית, חללים סגורים, בתי קולנוע, מספרות או גודש תנועה. • ישנה תלות והסתמכות על רמזי ביטחון, ולרוב על דמות ההיקשרות הבטוחה. 	<p>פחד והימנעות ממקומות מסוימים, סיטואציות, לרוב כתוצאה מפחד לחוות התקף פאניקה במצבים אלו.</p>	<p>אגורפוביה</p>
<p>הגיל הממוצע הן בהפרעת פאניקה והן באגורפוביה הינו בבגרות המוקדמת, כך שהם יחסית נדירים בקרב ילדים. מקרים נדירים ביותר מתרחשים לפני גיל 15 וכן אחוז קטן ביותר מן המקרים מתחילים בגילאים 15-18.</p>		

הימנעות זו מלווה על ידי מרכיבים רגשיים של פחד, לחץ או ביישנות. עם זאת, ישנם ילדים, בעיקר צעירים יותר, שעלולים להתקשות בביטוי הרגשות הללו. תחושת חרדה מתרחשת כתוצאה מציפייה שסכנה או אירוע שלילי עומדים להתרחש, או במילים אחרות- *ציפיה לאיום*. על כן, כאשר מזהים ילד חרד, קריטי לקבוע כי ההימנעות מתרחשת כתוצאה מציפייה לאיום כלשהו. לדוגמה, שני ילדים עשויים להגייד כי הם לא רוצים ללכת לבית הספר. במקרה אחד, נראה כי הסיבה להימנעות היא כי הם נהנים יותר ללכת לקניות עם חברים, בעוד במקרה השני נראה כי לילד ישנה אמונה כי ילדים אחרים מבית ספר לועגים לו. אף על פי ששני המקרים מציינים הימנעות מבית הספר, המקרה הראשון לא יאובחן כהפרעת חרדה, שכן ההתנהגות לא מונעת כתוצאה מאיום נתפס. כל מקרי החרדה יכללו ציפיה לאיום, מה שעשוי לקבל ביטוי כדאגה, רומינציות (מחשבות חוזרות), ציפייה חרדתית או מחשבות שליליות. ההבדל המהותי בין ההפרעות נמצא בתוכן של אותן אמונות כפי שאתאר בהמשך. בנוסף לאמונות, התנהגויות ורגשות, חרדת ילדות עשויה לכלול מגוון *תלונות פיזיות המשקפות עוררות גבוהה*. עם זאת, כמעט ולא קיימת תלונה ספיציפית להפרעת מסויימת, ולכן אין אבחנה ספיציפית לכך. סימפטומים פיזיולוגיים נפוצים בקרב ילדים הסובלים מחרדה כוללים: כאבי ראש, כאבי בטן, סחרחורת, בחילה, הקאות, שלשולים ומתח שרירים. כמו-כן, הפרעות בשינה הינן נפוצות ביותר.

כמצוין לעיל, ההבדל העיקרי להבחנה בין סוגי הפרעות החרדה כולל את הטריגרים הספיציפיים לאותה תחושת חרדה, את האירועים מהם קיימת הימנעות ואת תוכן האמונות, כפי שניתן לראות בטבלה F.1.1. חרדת ספרציה וסירוב ללכת לבית-הספר, מתוארים בפירוט בפרק F.2.

הפרעות חרדה אחרות

כאמור דלעיל, הפרעות חרדה אחרות מתוארות בפרקים אחרים, ועל כן יתוארו באופן מתומצת בלבד בפרק הנוכחי. ילדים הסובלים *מהפרעה אובססיבית קומפולסיבית (OCD)* מדווחים על מחשבות, דימויים או דחפים חוזרים וחודרניים, אשר לעיתים תכופות מלוות בהתנהגויות או טקסים המיועדים להפחית את תחושת החרדה. המרכיב המנטלי לרוב מתמקד באיום או סכנה צפויה (ועל כן זו הפרעת חרדה), למרות שאופנים מסוימים של OCD עשויים לא לכלול ציפיות לאיום, ולהתמקד יותר בגועל או באמונה שהתנהגויות מסוימות הם פשוט "הדבר הנכון לעשות". כאשר ציפיה לאיום אכן קיימת, ההתנהגות הטקסית מכוונת למנוע או לבטל את הסכנה הצפויה. ילדים רבים, ובעיקר צעירים יותר, לא יכולים לדווח באופן נהיר אודות האמונות והמניעים שלהם. בקרב ילדים, הטקסים הנפוצים ביותר כולל שטיפה ופחד מזיהום, וכן בדיקה או סדר ופחד מקטסטרופה שעלולה להתרחש במידה ואותה פעולה לא תתבצע כראוי.

הפרעת דחק בתר חבלתית (PTSD) מערבת מגוון סימפטומים של עוררות גבוהה (למשל קופצנות), חודרנות (למשל מצוקה לאור תזכורות של הטראומה), ניתוק (למשל בעיה בזיכרון הטראומה או של מרכיבים מסויימים בה, קהות חושים או השטחה) וכן הימנעות המתרחשת לאחר אירוע שקיימת בו סכנת חיים חמורה. על אף העובדה כי ילדים רבים בעולמינו חווים אירועים מסכני חיים, הפרעת דחק בתר חבלתית הינה נדירה יחסית בילדות (Rapee et al, 2009). כותבים רבים מתווכחים על טיעון זה, בטענה שהקריטריונים אינם רגישים דיים להצגת ההפרעה בקרב ילדים, בעוד אחרים מציעים כי הדבר משקף את חוויית העבר והעתיד הנמוכה בהתפתחות הקוגניטיבית במהלך הילדות. הפרעת פוסט-טראומה מתוארת בהרחבה בפרק F.4.

חרדה חברתית

יש לציין כי ילדים הסובלים מחרדה חברתית אינם בהכרח בעלי כישורים חברתיים דלים. לרוב, הסביבה יותר מתעלמת או מזניחה אותם, מאשר דוחה אותם. עם זאת, כתוצאה מהחרדה, הם עשויים להתנהג באופן מוזר מבחינה חברתית, וכן לתפקד באופן חריג בסיטואציות חברתיות. לדוגמה, הם עשויים לדבר מעט מאוד, או בקול חלש ביותר, לא להציג קשר עין, או לדבר באופן מהוסס ולא בטוח.

סירוב ללכת לבית-הספר

אמנם סירוב ללכת לבית הספר איננה אבחנה רשמית הן ב-DSM והן ב-ICD, ישנו דיון רב במעגלים רבים אודות נושא זה, ועל כן נציין זאת בקצרה. אין כמעט ספק כי ילדים רבים אינם רוצים ללכת לבית הספר, ובחלק קטן מהמקרים הם אף אינם מסוגלים להגיע לבית ספר למשך תקופות ארוכות. לכך מתייחסים באופן רווח כאשר מתכוונים סירוב ללכת לבית הספר. סירוב זה איננו הפרעת חרדה והסירוב עשוי לנבוע מסיבות רבות מעבר לחרדה, אולם כאשר הוא מתרחש, חרדה הינה מאפיין בסיסי נפוץ. אף על פי כן, חרדה לבדה אינה סיבה מספיקה דיה. הסרוב ללכת לבית הספר כולל הן מניע של הילד לא להגיע לבית הספר (לעיתים כתוצאה מחרדה), והן הסכמה חברתית או הורית לדרישה זו. באופן טבעי, יהיו הבדלים במרכיב השני בין חברות שונות, כתלות בחוקי הנוכחות בבית הספר, נורמות חברתיות וצרכים הוריים (למשל עוני חמור). עם זאת, כאשר החוקים והנורמות דורשים נוכחות בבית הספר (כמו ברוב המדינות המערביות), סרוב ללכת לבית הספר לרוב מתרחש בעקבות קשיים משפחתיים כלשהם. לדוגמה, בחלק ממקרי ההעדרויות מבית הספר, יש חיזוק לכך מאחד ההורים שמעוניין שהילד יעזור לו בצרכים האישיים שלו (למשל, לקות פיזית או מנטלית), או בעקבות יחסי ההורה-ילד

פתולוגים בעקבות קשיים משפחתיים. במילים אחרות, סרוב כרוני ללכת לבית הספר עשוי לשקף מגוון רחב של חרדות (למשל פחד ממטלות בית הספר, חרדת ספרציה, פחדים חברתיים, בריונות וכן הלאה), או קשיים אחרים שהילד נושא עמו, המשולבים בקשיים משפחתיים ובחלק מהמקרים הם זוכים לתמיכה חברתית להעדרות. להרחבת הדיון בנושא זה, ראה פרק F.2.

תחלואה נלווית

כמצוין לעיל, לרוב בדיון אודות חרדת ילדים, ישנה הסתכלות רחבה על חרדה (והפרעות קשורות), ופחות מיקוד על הפרעה ספציפית. אחת הסיבות לכך, הינה החפיפה הגבוהה בין הפרעות החרדה השונות, וכן בין חרדה ודיכאון. ילדים חרדים באופן קליני כמעט ואינם עונים על קריטריון של הפרעה אחת בלבד. בקרב האוכלוסיה המבקשת טיפול, בין 80%-90% עונים על קריטריונים של יותר מהפרעה אחת: כ-75% עונים על יותר מהפרעת חרדה אחת. 10% עד 30% נוספים, יענו על קריטריון של הפרעת מצב רוח נוספת. להבדל הגילאים יש משמעות- בסביבות ה-30% בקרב מבקשי הטיפול המתבגרים יהיו בעלי הפרעת מצב רוח נוספת, לעומת 10% עד 15% בלבד בקרב ילדים. כ-25% מהילדים המבקשים טיפול עבור חרדה, יעמדו גם בקריטריונים של הפרעת התנהגות. אמנם במדגמים הסתברותיים, פרופורציית הילדים בעלי הפרעת חרדה הינה מעט גבוהה יותר, אולם ילדים בעלי הפרעת חרדה הינם בסיכון גבוה יותר להיות בעלי תחלואה נלווית של הפרעת מצב רוח, התנהגות או הפרעת חרדה נוספת. אף על פי כן, ילדים חרדתיים אינם בסיכון גבוה לנטילת חומרים מסוכנים והתמכרויות, כנראה בשל העובדה כי ילדים אלו לרוב מצייתים לחוקים ונמנעים מלקיחת סיכונים. החפיפה בין הפרעות חרדה ושימוש באלכוהול לא מופיעה עד גיל ההתבגרות המאוחר (Costello et al, 2003).

אפידימיולוגיה

שכיחות

השכיחות המשוערת של חרדה בקרב ילדים, משתנה מאוד בין מדינות ומחקרים, כתוצאה מגורמים רבים כגון שוני בקריטריונים, בכלי הארכה ובשיטות הדגימה. באופן כללי, בתקופת זמן נתונה בעולם המערבי, כ-5% מן הילדים והנוער עומדים בקריטריון להפרעת חרדה, (Rapee et al, 2009). על מידע מועט אודות תרבויות אחרות, מחקר שהתבצע בפורטו ריקו מראה נתונים דומים (Canino et al, 2004). ברוב המחקרים, השכיחות הינה גבוהה יותר עבור פוביות ספציפיות, ומתונות יותר עבור חרדת ספרציה, חרדה מוכללת וחרדה חברתית. בשעורים נמוכים יותר נמצאת הפרעה אובססיבית קומפולסיבית (OCD), ולאחר מכן PTSD.

מגדר

הפרעות חרדה הינן שכיחות יותר בקרב נשים מאשר גברים באוכלוסיה הכללית, כאשר מחקרים מראים הבדל של פי 2-1.5. ישנן הוכחות המעידות על הבדלים מוקדמים בין המינים-כבר בסביבות גיל 5. לעומת זאת, בקרב אנשים המעוניינים בטיפול בחברות מערביות, אין הבדל בין המינים ואף נטייה קלה לגברים המעוניינים בטיפול.

גיל

הפרעת חרדה הינה אחת מן הפרעות המוקדמות ביותר, ובאופן שכיח מופיעה בין אמצע הילדות לאמצע גיל ההתבגרות. כפי שנדון בהמשך, הפרעת חרדה מופיעה בתוך מסגרת של עיכוב טמפרמנטי ובעתה. לפיכך, פעמים רבות קשה להכריע במדויק מתי הפרעת החרדה התחילה, ובמידה מסוימת ניתן לאמר כי ילדים הינם חרדתיים החל מרגע לידתם. עם זאת, הגילאים הממוצעים לתחילת הופעת הפרעות החרדה הינם כלהלן:

- פוביה מחיות: ילדות מוקדמת (סביבות גילאי 6-7).
- הפרעת ספרציה- ילדות מוקדמת עד אמצע הילדות (7-8).
- הפרעת חרדה מוכללת – ילדות מאוחרת (10-12).
- הפרעת חרדה חברתית- גיל ההתבגרות המוקדם (11-13).
- OCD- אמצע גיל ההתבגרות (13-15).
- הפרעת פניקה- בגרות מוקדמת (22-24).

מהלך

הפרעת חרדה הינה בין הצורות היציבות ביותר של פסיכופתולגיה, ומראות מעט מאוד החלמה ספונטנית. ילדים חרדתיים נמצאים בסיכון גבוה להתפתחות הפרעה נוספת במהלך גיל ההתבגרות או הבגרות. מחקרי אורך מראים כי ילדים חרדתיים הינם בסיכון גבוה יותר באופן מובהק להפרעות חרדה ומצב רוח בגיל ההתבגרות וכן להפרעות חרדה, מצב רוח, שימוש בחומרים ואף לאובדנות בבגרות (Last et al, 1997; Pine et al, 1998).

תכונות דמוגרפיות נוספות

באופן מעניין, חרדה בילדות מאופיינת במעט מאוד גורמי סיכון דמוגרפיים. ישנן עדויות מועטות בלבד כי מצב סוציאקונומי עלול לתרום לסיכון עבור חרדה, אולם המידע אינו חד משמעי, וכן התרומה הינה זעומה. באופן דומה, ישנו מחקר אשר מציע כי ילדים אשר נולדים ראשונים הינם בסיכון גבוה יותר לחרדה, אולם מחקר אחר לא תמך בממצאים אלו. רוב התכונות הדמוגרפיות האחרות לא הצליחו לנבא חרדה. לפיכך, ילדים חרדתיים לא מאופיינים

על ידי גודל המשפחה, מצב הנישואין של ההורים, נוכחות בבית הספר או אינטליגנציה (Rapee et al, 2009).

הערכה

הערכה קלינית לרוב כוללת שילוב של שאלונים, אבחון, ראיון ותצפית התנהגותית. ברם, ברוב המסגרות הקליניות, הערכה כוללת ראיון קליני ומספר מועט של שאלונים בלבד.

ראיון קליני

קיימים מספר ראיונות אבחון מובנים אשר נועדו להכריע האם הילד עומד בקריטריונים של הפרעת חרדה, אשר מתבססים על ה-ICD או על ה-DSM. מירב הראיונות כוללים מספר שאלות רב המכוונות לגעת בכל אחת מסעיפי האבחון, והם מובחנים זה מזה ברמת ההבנייה. חלק מן הראיונות כוללים כלים כגון:

- [Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia \(K-SADS\).](#)
- [Development and Wellbeing Assessment \(DAWBA\).](#)
- Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC).

אם הכיוון הינו יותר ספיציפי, *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children* (ADIS-C) (Silverman & Albano, 1996) הינו ממוקד יותר. לילדים בילדות המוקדמת, Egger et al,) *Preschool Age Psychiatric Assessment* (PAPA) הינו כלי שימושי (, 2006). רוב הראיונות המובנים כוללים ראיונות נפרדים עם ההורים ועם הילד, כאשר על הקלינאי לשלב את כל המידע שהצטבר. כמו רוב ההפרעות בילדות, מידע מן ההורים והילדים אודות חרדה לרוב כולל אספקטים לא תואמים. על הקלינאי לעשות שימוש בהבנה קלינית וניסיון, על מנת להכריע איזה מידע הינו בעל משקל וערך גדולים יותר, וכיצד לשלב את המידע (ר' פרק 3 להרחבת הדיון בנושא). ילדים חרדתיים נוטים "לזייף בצורה טובה" (Kendall & Chansky, 1991), כלומר להכחיש את החרדה או לספק תשובות אשר נחשבות כמקובלות חברתית. לעומתם, הורים רבים הינם חרדתיים בעצמם, ובמקרים מסויימים יגזימו עם הקשיים והמצוקות של הילד כתוצאה מן הלחץ של עצמם. על כן, על המראיין לאסוף מידע מפורט שיאפשר שיפוט בנוגע לאיזה מידע הינו המדויק ביותר, ואילו היבטים הינם מדויקים פחות ומאיזו סיבה.

באופן קליני, הבחנה בין הפרעות ספיציפיות עשויה להיות קשה. כפי שמתואר לעיל, חשוב להבין מה המניע של התנהגויות מסוימות, על מנת להבין מהי האבחנה המתאימה. לדוגמה, ילדים קטנים עם טנטורם (התקפי זעם), המתרחש כאשר הוריהם מתכננים לצאת, עשויים לעשות כן בעקבות תשומת הלב והתגמול אותו הם יקבלו, או כתוצאה מפחד מן ההיפרדות. ברגע שכל ההתנהגויות, מניעים וסעיפי האבחנה נבחנו, והוחלט כי הילד עומד בקריטריונים של שתי הפרעות מובחנות או יותר, יש להכריע מי מבין ההפרעות הינה העיקרית או יותר מהותית. ההפרעה העיקרית תהיה זו הגורמת להשפעה הרבה ביותר על הילד, ומשבשת את חיי הילד באופן הרב ביותר. על כן, הפרעה זו היא לרוב ההפרעה לה ניתן את הפוקוס בטיפול. רוב ההערכות האמפיריות אודות הטיפול בילדים הסובלים מחרדה, מבוססות על ילדים אשר הפרעת החרדה הינה העיקרית. עם זאת, לעיתים יהיה חשוב להבין איזו הפרעה יושבת בבסיס. לדוגמה, כאשר ילד אשר סובל מדיכאון, בדידות וקורבנות, הנגרמת בשל חרדה חברתית, נעדיף לטפל ראשית בחרדה החברתית, שכן היא הגורם לשאר ההפרעות, גם אם היא לא מוגדרת כהפרעה העיקרית. ישנם מקרים, בהם בעיה ספציפית צפויה להפריע בטיפול, ועל כן דרושה תשומת לב ראשונית, על אף שלא מדובר בהפרעה העיקרית. לדוגמה, כאשר החרדה היא ההפרעה העיקרית, אולם הדיכאון הנלווה לה גורם למוטיבציה נמוכה, הטיפול הראשוני צריך להיות מכוון לדיכאון ולהגברת המוטיבציה, בטרם נתחיל את הטיפול בחרדה.

שאלוני הערכה לחרדה בקרב ילדים

חומרת החרדה או היקף הסימפטומים יכול להימדד באמצעות שאלונים תקפים הקיימים בתחום, אשר מתאימים לילדים החל מגיל 8 ועד אמצע או סוף גיל ההתבגרות. החל מאמצע גיל ההתבגרות, יש לשקול העברת שאלונים למבוגרים, אשר על פי רוב מתאימים יותר לילדים בשלב זה. ישנם מעט מאוד כלים שפותחו עבור ילדים צעירים יותר.

השאלונים כוללים מספר תתי סולמות, אשר מתמקד באבחנה מסוימת, כמו למשל חרדת ספרציה, חרדה חברתית או חרדה מוכללת. רוב השאלונים כוללים גירסאות מקבילות של ילד והוריו. אלו כוללים:

- [Spence Children's Anxiety Scale](#) (SCAS) (חינם)
- [Screen for Anxiety and Related Disorders](#) (SCARED)
- [Multidimensional Anxiety Scale for Children](#) (MASC)

לאחרונה, פותח כלי דומה עבור ילדים בגיל הרך, אשר ממולא על ידי ההורים בלבד:

- [Preschool Anxiety Scale, Revised](#) (PAS-R) (חינם וזמין במספר שפות)

קיימים גם מספר שאלונים ישנים יותר, שמטרתם לאמוד את רמת החרדה הכללית, באופן נרחב יותר:

- [Revised Children's Manifest Anxiety Scale](#) (RCMAS)
- [State Trait Anxiety Inventory for Children](#) (STAIC)
- [Beck Anxiety Inventory for Youth](#)

כלים דומים לאומדן הסימנים הפנימיים, אשר ממולאים על ידי ההורים, פותחו גם כן עבור ילדים בגיל הרך- *Children's Moods, Fears and Worries* (Bayer, 2006).

תחת נסיבות מסוימות, דרושה הערכה יותר ספיציפית ומפורטת עבור אופן מסוים של חרדה. בנסיבות אלו, מספר כלי המדידה הללו עשויים להתאים:

- [Fear Survey Schedule for Children Revised](#) (FSSCR)
- [Social Phobia and Anxiety Inventory for Children](#) (SPAIC)
- [Social Anxiety Scale for Children - Revised](#) (SASC-R)
- [Children's Anxiety Sensitivity Index](#) (CASI) (Silverman et al, 1991)

זאת ועוד, מספר שאלונים מהמרכז שלנו, עשויים להיות בעלי ערך, שכן הם מתאימים לאספקטים רלוונטים הקיימים גם בהפרעות חרדה. *Children Automatic Thoughts Scale* (CATS) עוצב להעריך אמונות ספיציפיות אשר נחו על ידי ילדים ומתבגרים עם מגוון הפרעות. שני תתי סולמות מתאימים במיוחד לחרדה: אמונות הקשורות לאיום חברתי או לאיום פיזי. שאר תתי הסולמות בוחנים אמונות הקשורות בכישלון אישי ובעוינות.

שאלון ה- *School Anxiety Scale-Teacher Report* (SAS-TR) מיועד להערכת החרדה של הילד על ידי המורה. על כן, שאלון זה מספק מקור מידע נוסף שעשוי להאיר על תמונה קלינית רחבה יותר. לסיום, *Children's Anxiety Life Interference Scale* (CALIS) מעניק שתי מדידות במקביל, על ידי הילד וההורה, המעריכות את היקף ההשפעה של החרדה של הילד, על חיי הילד ומשפחתו.

גורמי סיכון ושימור

העברה בין-דורית

חרדה עוברת במשפחה. קרובים מדרגה ראשונה של אנשים עם הפרעת חרדה נמצאים בסיכון מוגבר באופן מובהק להיות עם חרדה כמו גם עם הפרעת מצב רוח. הדבר נכון גם עבור ילדים

ונוער. סביר כי לילד עם חרדה יש הורים חרדתיים ולהפך (Rapee et al, 2009). יחסים דומים מתרחשים באופן נרחב יותר עבור טמפרמנט הקשור בחרדה, כפי שיפורט בהמשך. ממצא חשוב מעלה כי העברה בין-דורית של חרדה הינה ספיציפית. במילים אחרות, מספר מחקרים מראים כי ישנה סבירות גבוהה יותר כי לאנשים עם הפרעות חרדה מסוימות (למשל, חרדה חברתית) יהיה קרוב משפחה מדרגה ראשונה הסובל מחרדה חברתית, מאשר כל הפרעת חרדה אחרת. ממצאים ממחקרי תורשה שונים ממצאים אלו, ואינם מראים ספיציפיות בגנים (ראה מטה). העברה בין-דורית עשויה לשקף הן גורמים תורשתיים והן השפעות סביבתיות, כך שמפתה להניח שהעברה תורשתית מקנה סיכון רחב וכללי יותר, בעוד הסביבה המשפחתית מעצבת את הסיכון לביטוי ספיציפי.

גורמים תורשתיים

אין כמעט כל ספק באשר לתורשה של הפרעות חרדה. ההערכה הינה כי בסביבות 40% משונות הסימפטומים באבחנת הפרעות חרדות מתווכות על ידי גורמים תורשתיים. הערכה הזו אף גבוהה יותר במבט על יציבות החרדה לאורך זמן. פחות מחקרים, אמנם עם תוצאות דומות, בדקו ספיציפיות של חרדה בקרב ילדים בגיל הרך. מחקרי תאומים מצאו כ-30% עד 40% משונות הסימפטומים וסוג ההפרעה מוסברים על ידי גורמים תורשתיים (Gregory & Eley, 2007). ישנן מספר עדויות מחקריות לסיכון לחרדה כתוצאה מטמפרנט (למשל עיכוב) (Rapee & Coplan, 2010). גורמי סיכון תורשתיים עבור הפרעות חרדה הינם רחבים, ומורכבים בעיקר מגורמים נרחבים, כגון נוירוטיות (Gregory & Eley, 2007). נכון להיום, אין עדויות לקיומו של קשר בין גן ספיציפי לבין חרדה. מועמדים רבים נחקרו: המחקר המקיף ביותר מתמקד בנשא הסרוטונין (5HTTLPR). עם זאת, פולימורפיזם של גן זה קושר עם הפרעות רבות, ולא סביר כי גן זה מגלם תפקיד ספיציפי בחרדה. למעשה, ישנה תאוריה הגורסת כי קיום של שני אללים קצרים של 5HTT עשויים להגביר את התגובתיות הכללית של הפרט לאירועים סביבתיים, בין אם באופן חיובי ובין אם באופן שלילי (Belsky et al, 2009).

גורמים טמפרמנטליים

גורמים טמפרמנטליים הם כנראה גורם הסיכון לחרדה הנחקר והמבוסס ביותר (Fox et al, 2009; Rapee et al, 2005). מגוון סוגי טמפרמנט דומים קושרו לחרדת ילדות, הכוללים: עיכוב התנהגותי, נסיגה, ביישנות ובעתה. אתיחס למגוון הטמפרמנטים הללו תחת המושג אינהיביציה (inhibition). מחקר נרחב הראה כי בקרב ילדים צעירים, אשר מוגדרים כגבוהים בעיכוב זה, הינם בסיכון גבוה לפתח הפרעות חרדה בשלב מאוחר יותר. כמו-כן, מחקרים קישרו בין אינהיביציה והפרעת חרדה בקרב קרוב מדרגה ראשונה. ההערכה השכיחה ביותר

של אינהיביציה מתרחשת בטווח הגילאים 2-5. ההערכה יכולה להתבצע באמצעות שאלונים או תצפית ישירה. מאפיינים שכיחים של אינהיביציה כוללים:

- נסיגה בחשיפה למצב חדש.
- פתיחות איטית בפני זרים או עמיתים.
- העדר חיוך.
- קירבה לדמות היקשרות.
- דיבור מועט.
- קשר עין מוגבל או מבט מבוש.
- חוסר רצון בחקירה של סביבה או מצב חדש.

ילדים המראים את התכונות הללו בתקופת הגיל הרך, נמצאים בסבירות של פי 2-4 לעמוד בקריטריונים של הפרעת חרדה כלשהי עד אמצע הילדות, והסיכון מוגבר ממשיך גם לגיל ההתבגרות ולבגרות (Fox et al, 2005). ישנן עדויות מחקריות המציינות כי פעוטות (גילאי 3-6 חודשים) המראים רמות גבוהות של עוררות ושל רגש, הינם בסיכון מוגבר גם כן להראות אינהיביציה בגילאים 2-5. על-כן, ישנה אפשרות לזהות סיכון מוגבר לחרדה החל מפעוטות בני מספר חודשים בלבד (Kagan & Snidman, 1991).

מבחינה תיאורטית, החפיפה הנרחבת בין מבנים של אינהיביציה לבין הפרעות חרדה, הינה הדבר המורכב ביותר במחקר זה. כך, ניתן לטעון כי אינהיביציה היא לא אלא ביטוי מוקדם הפרעת חרדה המוצגת בגיל צעיר. ישנם עדויות לכך שלאינהיביציה ולהפרעה יש מאפיינים ייחודיים ולפיכך הם מציגים מבנים מובחנים, אולם הדיון אודות נושא זה רחוק מלהיות מיושב (Rapee & Coplan, 2010).

הורים וגורמים משפחתיים

בהינתן העדויות להעברה בין-דורית של חרדה המתוארות לעיל, נהוג להניח כי ההורים והסביבה המשפחתית בהכרח תורמים בהתפחותן של הפרעות חרדה. אף על פי כן, יש קושי רב בצבירת עדויות אלו, והמידע המצטבר אינו עקבי. מירב המחקרים הנרחבים התמקדו בהורות ובאינטראקציה הורה-ילד. אין כמעט ספק כי ההורים של ילדים חרדתיים מאופיינים בגוננות יתר, חודרנות, וכן, באופן פחות נרחב, בשליליות (McLeod et al, 2007). קשה מאוד להכריע בשאלה האם יחסי ההורה-ילד הינם סיבתיים, ונכון לעכשיו, ישנם דוגמאות מועטות בלבד לכך. תיאוריות טוענות כי יחסי ההורה-ילד משקפים אינטראקציות מחזוריות. קרי, ילדים בעלי אינהיביציה נוטים לעורר בהוריהם גוננות יתר, ובתורם, הורים המגוננים יתר על המידה, מובילים לחרדה נוספת אצל ילדם (Hudson & Rapee, 2004; Rubin et al,).

2009). אמנם מעט מחקרי אורך בדקו את היחסים הללו, אולם ישנם ממצאים עקביים עם תיאוריה זו (Edwards et al, 2010). כמו-כן, ישנן עדויות לאינטראקציה של האלל של נשא הסרוטונין ושל מאפייני הורות, כמנבאים חרדה בקרב ילדים צעירים (Fox et al, 2005). ישנה לעיתים סברה, כי ההורים החרדתיים מגבירים את הסיכון לחרדה של ילדם, על ידי מודלינג של פחד ואסטרטגיות התמודדות עמו. עם זאת, סברה זו כמעט ולא נבחנה. המחקר העיקרי הגיח ממחקרי מעבדות עם ילדים בגילאי 6-18 חודשים. המחקר הראה כי ילדים בגילאים אלו מסוגלים ללמוד פחד ולהימנע מגירוי חדש, על ידי התבוננות בהתנהגות מפוחדת של אמותיהם. מעבר לכך, נראה כי אימהות הסובלות מחרדה חברתית נוטות להעביר לפעוטות שלהן את הפחד מזרים. היקף הפחד אותו הפעוט מפתח, תלוי ברמת האינהיביציה של הטמפרמנט אותה מציג הפעוט בשלבים מוקדמים (de Rosnay et al, 2006). אם כך, נראה כי הפחד מזרים עשוי להיות מוגבר דרך האינטראקציה בין הטמפרמנט של הפעוט לבין התגובות הגלויות של האם למראה פחד. בקרב ילדים גדולים יותר, נראה כי מידע המועבר לילד אודות סכנה, עשוי להגביר פחד לסימנים מסוימים. לדוגמה, כאשר מציגים לילדים מידע אודות סימן חדש, המציע כי אותו סימן עשוי להיות מסוכן, הילדים מציגים תחושת פחד מוגבר, עוררות פיזיולוגיות, אמונות איום וכן הימנעות מאותו סימן אשר עשוי להימשך מספר חודשים (Field, 2006).

לסיום, שאלת המפתח הינה האם סביבה משפחתית בעייתית משחקת תפקיד בהתפתחות חרדה בקרב ילדים. ישנו שפע של מחקרי אורך, אשר בודקים את ההשפעות ארוכות הטווח של משפחות השרויות במצוקה, אלימות, גירושין, פרידה, וכן התעללות מינית ופיזית, אולם רק מעט מן העבודה הזו התמקדה בהפרעות חרדה. באופן כללי, נראה כי התעללות מינית, ובאופן נרחב פחות התעללות פיזית ואלימות במשפחה, עשויים להגביר חרדתיות בקרב ילדים. עם זאת, סביר כי הגברה זו תהיה זמנית, ולא ברור האם גורמים אלו תורמים באופן משמעותי להתפתחות של הפרעות חרדה לטווח ארוך. יתר על כן, ברור כי גורמים אלו אינם ספציפיים, ומגבירים סיכון למגוון רחב של פסיכופתולוגיות, ובאופן שולי גם להפרעות חרדה (Rapee, in press).



לחצו על התמונה על מנת
להאזין לד"ר אלי לייבוביץ'
מדבר על טיפול CBT
בהפרעות חרדה בילדות
(13:14 דק')

ארועי חיים

למרות שקיים גוף מחקר גדול אשר בוחן את משמעות אירועי חיים שליליים בהתפתחות הפרעות חרדה בקרב מבוגרים (בעיקר אגורפוניה), נעשתה מעט מאוד עבודה בתצפית על חרדה בקרב ילדים במקרים אלו. הדבר נובע כנראה משום שחרדת ילדים מתפתחת על פי רוב עם רקע של טמפרמנט אינהיבטורי, ופריצה מהירה ופתאומית של ההפרעה הינה יחסית נדירה. עם זאת, מחקרים מציעים כי ילדים חרדתיים מדווחים על כמות והשפעה גדולים יותר של אירועי חיים שליליים, מאשר ילדים ללא הפרעת חרדה. בעוד שייטכן והבדל זה משקף הטיות קוגניטיביות וכן הטיות בדיווח, ישנם מחקרים שתיקפו את ההבדלים הללו על ידי שימוש בראיונות ההורים וזיהוי מידע ועובדות נוספות שיאשרו את דיווחי הילדים (Allen, 2008). על כל פנים, גם אם הממצאים אכן נכונים, ואכן קיים הבדל בכמות האירועים השליליים, אין הדבר מעיד כי אירועים אלו הם שגרמו או היה הטריגר לקיומה של הפרעת החרדה. אכן, המידע הקיים מעלה, כי ההבדל עשוי להיות מה שקרוי ארועי חיים "תלויים". ארועי חיים תלויים הם ארועים אשר עשויים להיות התוצאה של התנהגות הילד (קרי, להיכשל במבחן יכול להיות תוצאה של העובדה שהילד לא למד). לפיכך, ייתכן והחרדה היא שמובילה לארועי חיים שליליים, אולי בשל הדאגה וההימנעות הנלווים לחרדה. כמובן שייטכן כי הלחץ הגובר, בתורו, תורם לשימור ואף להחרפת החרדה. צורה ייחודית של ארועי חיים, אשר קיבלה התייחסות מיוחדת, הינה *בריונות והקנטות*. קיים מידע רב המראה כי ילדים חרדתיים נוטים להיות קורבנות לבריונות ולהקנטות, יחסית לילדים שאינם חרדתיים, ושהם לעיתים נזנחים או נדחים על ידי חבריהם (Grills & Ollendick, 2002). גם הפעם, כיוון הנסיבתיות אינו ידוע, אולם סביר כי ילדים חרדתיים מעוררים הקנטות על ידי אחרים, בשל התנהגותם. בתורן, גם סביר כי הצקות יגבירו את רמת החרדה.

הטיות קוגניטיביות

ילדים חרדתיים מדווחים על אמונות וציפיות לאיום מוגבר. בהיקף מסוים, אמונות אלו למעשה משקפות את האבחנה, אולם הן גם מהוות מאפיין שימור שורשי. הציפיות לאיום לרוב קשורות להפרעה המסוימת ממנה הילד סובל. לדוגמה, ילדים עם חרדה חברתית, נוטים יותר לצפות לאיום חברתי (למשל, "ילדים אחרים לא יאהבו אותי"), ילדים עם חרדת ספרציה יטו יותר לציפיות לפגיעה פיזית (למשל, "ההורים שלו ייפגעו"), וכן הלאה. ממצאים מראים כי אמונות האיום הללו הינן גבוהות יותר בקרב ילדים עם חרדה, מאשר עם כל פסיכופתולוגיה אחרת, וכי אמונות אלו פוחתות עם טיפול מוצלח (Schniering & Lyneham, 2007). השאלה האם אמונות אלו הן אלו שגורמות להתפתחות החרדה, או שהן פשוט משקפות את החרדה הקיימת, עודנה ללא מענה. מחקרים רבים החלו להתמקד בדרכים בהן ילדים חרדתיים

מעבדים מידע מאיים (Hadwin et al, 2006). כפי שנראה בקרב מבוגרים, לילדים חרדתיים ישנה נטייה כלפי איום כמו גם נטייה לפרש מידע עמום באופן מאיים. מספר מחקרים הראו כי נטיות פוחתות גם הן בעזרת טיפול מוצלח.

תוצאות מראות כי 50%-60% מהילדים נמצאים ללא אבחנה בסיום הטיפול (תכניות מבוססות מיומנות או CBT) וכי נתונים אלו לרוב עולים ל-70%-80% לאחר 12 חודשים מסיום הטיפול.

טיפול

פסיכופרמקולוגיה

התרופות נוגדות החרדה התמקדו בעיקר בפעילות מעכבי הספיגה חוזרת של סרוטונין (SSRI). ישנו מחקר מוקדם על טריציקלים אנטי דיכאוניים המתמקדים ב-OCD, המופיע בהרחבה בפרק F3. מספר מחקרים הציגו יעילות מובהקת של תרופות SSRI, כגון פלאוקסטין, סרטלין ופארוקסטין בהתמודדות עם הפרעות חרדה רחבות (Ipser et al, 2009). מעט מאוד הבדל קיים בין התרופות השונות, למרות שפארוקסטין אינה מומלצת לילדים ומתבגרים. טיפול תרופתי לרוב נמשך בין 10-15 שבועות. התוצאות מראות כי 50% עד 60% מהילדים מגיבים לטיפול, לעומת כ-30% מקבוצת ביקורת פלצבו. תרופות ארוכות טווח לא נחקרו מספיק, אולם המידע הקיים מצביע כי לאחר 8 שבועות הטיפול יורדות בהשפעתן (Ipser, 2009). תופעות לוואי הינן יחסית מעטות, אולם כ-7% מהילדים החרדתיים מפסיקים לנטול תרופות בעקבותיהן. יש להיות במעקב אחר אובדנות בקרב ילדים אשר נוטלים SSRI (להרחבה בנושא הפרמקולוגיה- ראה פרק A8 ואת טבלה A.8.1).



לחצו על התמונה על מנת לשמוע את פרופ' Rapee מדבר על הפרעות חרדה

תוכנית מבוססת מיומנות

רוב הטיפולים הפסיכולוגיים מבוססי מחקר עבור ילדים עם חרדה, נשענים על קטגוריה רחבה של טיפול קוגניטיבי- התנהגותי או של תוכנית מבוססת מיומנויות. הבסיס היסודי הינו ללמד את הילד, ולעיתים את ההורה, טכניקות ספציפיות להתמודדות עם החרדה. לרוב, הטיפול מציע חבילה מקיפה או שילוב של טכניקות, הכוללות:

- פסיכואדיקציה
- הרגעה
- חשיפה in-vivo או מדומיינת
- התמודדות ממוקדת מקרה
- אימון הורים
- הבניה קוגניטיבית
- מיומנויות חברתיות ואימון באסרטיביות

תוכנית טיפול טיפוסית נמשכת בין 8-15 שבועות של בין שעה לשעתיים שבועיות, ומועבר באופן קבוצתי או אישי. תוצאות מראות כי 50%-60% מהילדים הינם ללא אבחנה בסיום הטיפול, וכן בין 70%-80% לאחר 12 חודשים לאחר הטיפול (James, 2006). מספר מחקרים מציגים כי הטיפול נשמר כ-6-8 שנים לאחר סיום הטיפול (Kendall et al, 2004).

מספר מחקרים ניסו לאתר אילו גורמים עשויים להשפיע על יעילות הטיפול. אין עדות להבדל בתוצאות הטיפול, בין אם הוא הועבר באופן אינדיבידואלי או קבוצתי. סוגיה חשובה נוספת עוסקת בשאלת חשיבות עירוב ההורים וללמד אותם מיומנויות מסוימות במהלך הטיפול. ממצאים מחקריים אינם חד משמעיים, אולם מראים יתרון, קטן אמנם, לכלול את ההורים כמשתתפים פעילים במהלך הטיפול בילד (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007). עם זאת, מחקרים בנושא זה, כמעט ולא בחנו את גיל הילד כמשתנה מתערב. סקירה ספרותית מעלה, כצפוי, כי שילוב הורים בטיפול, הינו משמעותי ביותר בקרב ילדים צעירים יותר, ואילו בטיפול במתבגרים היתרונות הללו מזעריים בלבד (Barrett et al, 1996).

שאלה חשובה נוספת נוגעת בהשפעה של תחלואה נלווית על תוצאות הטיפול. באופן מפתיע, רוב הספרות מראה כי אין ירידה בתוצאות הטיפול עבור ילדים עם חרדה, הסובלים מהפרעה נוספת (Ollendick et al, 2008). עם זאת, התוצאות אינן חד משמעיות כאשר הפרעה הנלווית הינה דיכאון, כאשר מספר מחקרים מראים כי תחלואה נלווית של דיכאון עלולה להוריד את התגובתיות לטיפול במידת מה (Rapee et al, 2009). מחקר עדכני מהקליניקה שלנו, האיר מעט על נושא זה. בהתבסס על הממצאים, נראה כי עצם קיומה של תחלואה נלווית לא משפיע על רמת השינוי לאורך הטיפול, אולם יש הבדל בתוצאות בסיום הטיפול. הווה אומר,

מכיוון שלילדים הסובלים מהפרעה נוספת, בעיקר הפרעות מוחצנות ודיכאון, החרדה עצמה הינה חמורה יותר באופן כללי, הנקודה אליה הם מגיעים עם סיום הטיפול, לרוב אינה טובה כמו זו של ילדים ללא תחלואה נלווית. למרות שרמת השינוי לאורך הטיפול הינה זהה. מחקרים עדכניים מתחילים להראות כי ילדים בעלי אוטיזם עם תפקוד גבוה, הסובלים מחרדה כתחלואה נלווית, מגיבים בצורה טובה ביותר לטיפול בחרדה (Moree & Davis, 2010).

נמצאו מנבאים נוספים לתגובתיות לטיפול. ישנן עדויות כי פסיכופתולוגיה של ההורים, בפרט של חרדה ודיכאון, מנבאת תוצאות טיפול פחות טובות. משתנים נוספים, כגון מצב הנישואין של ההורים, השכלת ההורים וכן גודל המשפחה, נראים בעלי אפקט קטן. מחקר עדכני הראה כי המצב הגנטי עשוי לנבא תגובתיות לטיפול. ילדים בעלי אללים קצרים של 5HTTLPR, מראים תגובתיות טובה יותר לטיפול, לעומת ילדים בעלי שני אללים ארוכים (Eley et al, in press).

תוכנית טיפולית לדוגמא: "Cool Kids"

ישנן מספר חבילות טיפול מבוססי מיומנות להפרעות חרדה בקרב ילדים, ורובן מכילות את אותם המרכיבים. על מנת לספק דוגמה, אתאר את התוכנית שאנו מעבירים - "Cool Kids". תוכנית זו הינה טיפול המנהל על ידי פרוטוקול לחרדה לילדים בגילאי 7-17. ישנו מדריך מפורט למטפל, אשר מתאר את תוכנית הטיפול לילד ולהורה. פרוטוקולים עם מעט הבדלים נכתבו לילדים צעירים (7-12) ומתבגרים (13-17). כמו-כן, ישנן גרסאות מותאמות לילדים עם אוטיזם, למתבגרים עם דיכאון הנלווה לחרדה, וכן עבור משפחות אשר אינן מסוגלות להתייצב בקליניקה לטיפול פנים מול פנים. התוכנית מורכבת מעשרה מפגשים טיפוליים למשך 12 שבועות. ההורים הינם מרכיב אקטיבי במהלך הטיפול, והם משתתפים באופן כזה או אחר בכל המפגשים, אולם מעורבותם פחותה בטיפול במתבגרים. הטיפול יכול להתבצע הן בקבוצות והן באופן פרטני. משך הטיפול הפרטני הינו 60 דקות, בעוד הטיפול הקבוצתי אורך 120 דקות.

ישנם מרכיבים נפרדים לילדים ולהורים. המפגשים ומרכיביהם מוצגים בטבלה F.1.2. היעילות הכללית של תוכנית "Cool Kids" הינה טובה, וכפי שמתואר לעיל, ישנם מספר מנבאים שליליים להצלחתה. באופן כללי, אנו מגדירים את החרדה כהפרעה העיקרית, כולל בקרב ילדים עם OCD, ובאופן נדיר לא נכלול ילד בתכנית, בעקבות תחלואה נלווית. למעשה, הקבוצה היחידה אשר נראה כי עשויה להגיב באופן פחות טוב לטיפול, הינה ילדים צעירים עם חרדה חברתית. מטפלים בעלי הכשרה של פסיכולוגיה קלינית, וניסיון בעבודה עם ילדים, ובעלי מיומנות בטיפול קוגניטיבי התנהגותי, מוסמכים להעביר את תוכנית ה-"Cool Kids". סדנאות הכשרה למטפלים מועברות באופן תדיר במרכז שלנו. נכון להיום, המדריכים מתורגמים לשפות שונות: ספרדית, קוריאנית, סינית, טורקית ומספר שפות סקנדינביות.

טבלה F.1.2 מפגשים ומרכיבי תכנית Cool Kids		
סקירה- הורה	סקירה- ילד	מפגש
פסיכואדיוקציה ורציונל טיפולי	פסיכואדיוקציה	1
הבניה קוגניטיבית משולבת להורה וילד	הבניה קוגניטיבית	2
תרגול הבניה קוגניטיבית אסטרטגיות התמודדות לילד	תרגול הבניה קוגניטיבית	3
חשיפה in-vivo ופיתוח היררכיות	חשיפה in-vivo ופיתוח היררכיות	4
התמודדות עם הקשיים בחשיפה	התמודדות עם הקשיים בחשיפה	5
תרגול חשיפה, הבניה קוגניטיבית והתמודדות עם הילד	תרגול חשיפה והבניה קוגניטיבית	6
דרכים להגברת האסרטיביות והכישורים החברתיים	הצגת אסרטיביות וכישורים חברתיים	7
הצקות ובריונות	הצקות ובריונות	8
תרגול ותחקור	תרגול ותחקור	9
תרגול, תחקור ומניעת הישנות	תרגול, תחקור ומניעת הישנות	10

טבלה F.1.3 טיפול בהפרעת חרדה בקרב ילדים בפועל

- טיפול קו ראשון: טיפול בעצימות נמוכה- כולל שימוש בספרים (בבליותרפיה), דיסקים או תכניות מקוונות (e-therapy). טיפול זה לא מומלץ במקרים של נחיצות דחופה (לדוגמה, סירוב כרוני ללכת לבית-הספר) או של סיכון גבוה (למשל, מחשבות אובדניות), או במקרים של יחסי הורים- ילד חלשים.
- במקרים של חוסר רצון לשתף פעולה בטיפול בעצימות נמוכה, או במידה והמטופל לא משתפר בטיפול קו ראשון, מומלץ טיפול CBT מסורתי או טיפול מבוסס מיומנויות עם מטפל מוסמך בכל המקרים, אלא במקרים בו המטופל מסרב להשתתף בטיפול מסוג זה, או שלא קיים מטפל המוסמך לטפל בשיטות אלו.
- במידה והמטופל לא הראה שיפור אחרי תכנית טיפולית, אשר הועברה על ידי קלינאי מוסמך, למשך זמן מספק (12-20 שבועות), או במידה והמטופל מסרב לקחת חלק בטיפולים אלו, יש לשקול טיפול תרופתי.
- כאשר מתבצע טיפול תרופתי- עם או בלי שילוב של טיפול CBT- יש לזכור כי:
 - אין אישור של ה-FDA לתרופות נוגדות חרדה לילדים מתחת לגיל 6 (ראה טבלה A.8.1). באופן כללי, יש להימנע משימוש בטיפול תרופתי לילדים מתחת לגיל 10.
 - בעוד שישנן עדויות מחקריות ליעילות חלק מן ה-SSRI לחלק מן הפרעות החרדה (לדוגמה, OCD, חרדה חברתית, הפרעת חרדה מוכללת) (ר' טבלה A.8.1) הן אושרו באופן רשמי רק עבור טיפול ב-OCD (דהינו, נעשה בהן שימוש "off label" עבור הפרעות שהן לא OCD). עם זאת, זהו לא המקרה בשאר המדינות זולת ארה"ב.
 - יש להימנע משימוש בבנזודיאזפינים. בעוד בבנזודיאזפינים מורידים חרדה בטווח הקצר, אין עדויות כי הן אפקטיביות לטיפול בהפרעה. ישנן תופעות לוואי רבות כתוצאה מכך, ופוטנציאל גבוה להתמכרות.
 - יש לעקוב אחר תופעות לוואי, בדגש על אובדנות.
 - המעקב צריך להיות קבוע- בתחילה כל שבוע, ומאוחר יותר באופן חודשי.
 - יש לעקוב אחר התגובות לטיפול התרופתי באמצעות סולמות מדידה הולמים ולהחליף לסוג SSRI אחר, ובמידה וטרם נוסה, יש לשלב CBT.

מניעה והתערבות מוקדמת

בהתחשב בידע המצטבר בנוגע לגורמי הסיכון להתפתחות חרדה, עולה עניין אודות האפשרות להתערבות בגיל מוקדם ביותר. זאת ועוד, ישנה הכרה נרחבת כי ישנם ילדים רבים הסובלים מחרדה, אולם אינם מאובחנים בכך, שכן אמנם הסימפטומים אינם עומדים במלואם בקריטריונים לאבחון קליני, אך החרדה גורמת מצוקה לאותם ילדים. כתוצאה מכך, עבודה עדכנית החלה לבחון תוכניות למניעה ולהתערבות מוקדמת בחרדה (Lyneham & Rapee, in press). תוכניות אלו מכסות את כל רמות ההתערבות: אוניברסלית, סלקטיבית (Universal, Selective, Indicated). מספר נסיונות הציגו את היעילות בתוכניות להתמודדות

עם החרדה, המועברות באופן אוניברסלי דרך בית הספר. תכניות אלו לרוב מכסות מיומנויות הדומות לאלו המועברות כחלק מחבילות הטיפול הקליניות, הכוללות פסיכודוקציה, הרגעה, עבודה קוגניטיבית וכן חשיפות in-vivo. כמו כן, לרוב הן כוללות מיומנויות נוספות כמו תקשורת או טכניקות לפיתרון בעיות. לפיכך, ניתן להסתכל עליהן כעל תכניות לבריאות רגשית נרחבת, המכוונת ללמד את ילדים דרכים להתמודדות עם רגשות הגורמים למצוקה. הממצאים נראים מעט לא עקביים, אולם מראים באופן עקרוני הפחתה בחרדה, לרוב עם גודל אפקט קטן (Bayer et al, 2009). בהינתן כי אלו תכניות אוניברסליות ולא מכוונות לקבוצות בסיכון גבוה, אפקטים גדולים לא צפויים להתרחש, ועל כן אפילו אפקט קטנים הינם משמעותיים ביותר.

תכניות סלקטיביות לחרדה מתייחסות ומכוונות לילדים המדווחים עם סימפטומים מתונים עד גבוהים של חרדה, אולם אשר לא עונים לקריטריונים של אבחון ההפרעה באופן קליני. הנחת היסוד הינה שילדים אלו הינם בסיכון לפתח הפרעות בעתיד, ועל כן לימוד של מיומנויות להתמודדות עם חרדה מספק שיטת מניעה יעילה. זאת ועוד, גם אם אותם ילדים לא עתידים לפתח הפרעת חרדה, הלחץ המתון ואף הקל אותו הם חווים הינו סיבה טובה דיה לתרגול מיומנויות אלו, במיוחד כאשר מרבית הילדים הללו לא יפנו לטיפול מקצועי. בדומה לתוכנית האוניברסלית, רוב ההתערבויות נעשות דרך בית הספר. ישנן שיטות רבות לבחירת ילדים עם רמה גבוהה של חרדה, כאשר רובן עושות שימוש בשילוב של דיווח עצמי ודיווח המורה. תוכן התוכניות הינן דומה ביותר, ואף זהה לתוכניות טיפול קליניות. התוצאות מראות הפחתה משמעותית באופן מובהק בחרדה לאחר ההתערבויות, לרוב עם גודל אפקט מתון (Mifsud & Rapee, 2005). מספר מחקרים הראו כי ההטבות הנגרמות כתוצאה מן ההתערבות, נשמרות גם כשנתיים לאחר ההתערבות (Dadds et al, 1999).

מספר מחקרים החלו לחקור את התוכניות המוגדרות להתערבות של חרדה, כלומר תוכניות המכוונות לילדים עם ציונים גבוהים של גורמי סיכון לחרדה. ילדים אלו נבחרים בעיקר בעקבות עכבת טמפרמנט גבוהה, וכן הורים בעלי רמות חרדה גבוהות. במחקר אורך שאנו מקיימים, פיתחנו גירסה מותאמת של תוכנית *Cool Kids*, לילדים קטנים יותר, הנקראת *Cool Little Kids*. התוכנית מכוונת להורי הילדים הנמצאים בגיל הרך ובסיכון גבוה כאמור לחרדה, והיא כוללת 6 מפגשים קבוצתיים. המרכיבים מוכוונים בעיקר לסייע להורים להוריד את גוננות היתר שלהם, ועידוד ההורים לבצע חשיפות in-vivo לילדיהם. בגיל 7, ילדים אשר הוריהם השתתפו בתכנית זו, מראים רמות חרדה וכן סימפטומים של חרדה אשר נמוכים באופן משמעותי, בהשוואה לילדים שהוריהם לא קיבלו טיפול (Rapee et al, 2010).

בשני העשורים האחרונים, הידע אודות התפתחות והתמודדות עם חרדה בקרב ילדים התרחב באופן משמעותי. אמנם נושאי מפתח רבים דרושים מחקר נוסף, אולם אנחנו בעידן בו ישנה הבנה נרחבת והכרה בילדים הסובלים מחרדה, כמו גם טיפול וסיוע יעילים. קיימים טיפולים אשר מסייעים לרוב הילדים וההורים, ותכנית מניעה מיושמת ותורמות להקלה משמעותית ואף למניעת התפתחות חרדה. מספר נושאי מחקר חשובים מתחילים להיחקר, ובתקווה יספקו התקדמויות נוספות בשנים הקרובות:

- הבנה טובה יותר של גורמי הסיכון לחרדה באמצעות מחקרי אורך.
- חקירה והערכה טובה יותר של אינטראקציה הסביבה-תורשה בהתפתחות החרדה.
- שיטות טובות יותר של הפצת הטיפולים לחרדה, לדוגמה דרך האינטרנט בצורה מקוונת או טלפונית (tele-health).
- הערכה של שיפורים חדשים בטיפול, כגון השימוש במתווכים של גיבוש הזיכרון או התאמה ושינוי הטיית הקשב.

מקורות

- Allen JL, Rapee RM, Sandberg S (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: A matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36:1047-1056.
- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64:333-342.
- Bayer JK, Hiscock H, Scalzo K et al (2009). Systematic review of preventive interventions for children's mental health: what would work in Australian contexts? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43: 695-710.
- Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA (2006). Children's moods, fears, and worries: Development of an early childhood parent questionnaire. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14:41-49.
- Belsky J, Jonassaint C, Pluess M, Stanton M et al (2009). Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry*, 14:746-754.
- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M et al (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61:85-93.
- Costello E, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844.
- Creswell C, Cartwright-Hatton S (2007). Family treatment of child anxiety: outcomes, limitations and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10:232-252.
- Dadds MR, Holland DE, Laurens KR et al (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67:145-150.
- de Rosnay M, Cooper PJ, Tsigaras N et al (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 44:1165-1175.

- Edwards SL, Rapee RM, Kennedy S (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51:313-321.
- Egger HL, Erkanli A, Keeler G et al (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:538-549.
- Eley TC, Hudson JL, Creswell C et al (in press). The serotonin transporter promoter polymorphism (5HTTLPR) predicts response to cognitive behavioral therapy in children with anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*.
- Field AP (2006). Is conditioning a useful framework for understanding the development and treatment of phobias? *Clinical Psychology Review*, 26:857-875.
- Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ et al (2005). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*, 56:235-262.
- Fox NA, Nichols KE, Henderson HA et al (2005). Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychological Science*, 16:921-926.
- Gregory AM, Eley TC (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10:199-212.
- Grills AE, Ollendick TH (2002). Peer victimization, global self-worth, and anxiety in middle school children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31:59-68.
- Hadwin JA, Garner M, Perez-Olivas G (2006). The development of information processing biases in childhood anxiety: A review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review*, 26:876-894.
- Hudson JL, Rapee RM (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of generalized anxiety disorder. In RG Heimberg, CL Turk & DS Mennin (Eds), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. New York: Guilford Publications Inc; pp51-76.
- Ipsier JC, Stein DJ, Hawkrigde S et al (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 3): CD005170.
- James A, Soler A, Weatherall R (2006). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Library*, 1:1-25.
- Kagan J, Snidman N (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science*, 2:40-44.
- Kendall PC, Chansky TE (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5:167-185.
- Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E et al (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:276-287.
- Last CG, Hansen C, Franco N (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:645-652.
- Lyneham HJ, Rapee RM (in press). Prevention of child and adolescent anxiety disorders. In WK Silverman & AP Field (Eds), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention*, 2nd ed. Melbourne: Cambridge University Press.
- McLeod BD, Wood JJ, Weisz, JR (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27:155-172.
- Mifsud C, Rapee RM (2005). Early intervention for childhood anxiety in a school setting: Outcomes for an economically disadvantaged population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:996-1004.
- Moree BN, Davis TE III (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4:346-354.
- Ollendick TH, Jarrett MA, Grills-Taquechel AE et al (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28:1447-1471.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D et al (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55:56-64.
- Rapee RM (in press). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*.
- Rapee RM, Coplan RJ (2010). Conceptual relations between anxiety disorder and fearful temperament. In H Gazelle & KH Rubin (Eds), *Social Anxiety in Childhood: Bridging Developmental and Clinical Perspectives. New Directions for Child and Adolescent Development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Vol 127:17-31.
- Rapee RM, Kennedy S, Ingram M et al (2010). Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *American Journal of Psychiatry*, 167:1518-1525.

- Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5:311-341.
- Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy BA et al (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 1:2-16.
- Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60:141-171.
- Schniering CA, Lyneham HJ (2007). The Children's Automatic Thoughts Scale in a clinical sample: Psychometric properties and clinical utility. *Behaviour Research and Therapy*, 45:1931-1940.
- Silverman WK, Albano AM (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-IV* (child and parent versions). San Antonio: Texas: Psychological Corporation.
- Silverman WK, Fleisig W, Rabian B et al (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20:162-168.