



168 שעות של הפרעת קשב

ADHD אצל מבוגרים
בגישה מעשית ואופטימית

טל קפלינסקי וד"ר ירון לוינסקי

לפני הכול: איך לקרוא את הספר הזה

קריאת ספרים היא לא התחביב הנפוץ ביותר אצל רוב המבוגרים עם הפרעת קשב. אבל בכל זאת ריכזנו את הדברים בספר ולא באתר אינטרנט, מכיוון שבסופו של דבר המידע בספר מאורגן יותר, אמין יותר וקל יותר להטמיע אותו. באתר אינטרנט הקריאה אקראית, ועל פי רוב אנחנו לא זוכרים איפה קראנו את המידע, כשאנחנו רוצים לחזור אליו. מלבד זאת חלק מטיפול טוב בהפרעת הקשב שלכם הוא שיתוף הסביבה הקרובה, וחשוב לנו מאוד, שגם בני הזוג, חברים או בני משפחה יקראו את הספר, כדי שיבינו אתכם יותר. למדנו שזה עובד טוב יותר משליחת קישורים דרך המייל או מעלוני מידע.

כפי שתראו, רוח הספר היא התמודדות מעשית עם הפרעת הקשב ולא התאמה שלכם לסטנדרט חברתי כזה או אחר. מאותה סיבה בדיוק קראו את הספר פשוט איך שנוח לכם! למשל:

- רק חלקים רלוונטיים;
- ברפרוף כדי לעבור על הדברים ולהתעכב על אלה החשובים לכם;
- כמה עמודים לפני השינה (קריאה היא דרך מצוינת להרדים את המוח שלכם!);
- עם טוש זוהר כדי לסמן דברים שחשוב לכם לזכור להמשך;
- מההתחלה עד הסוף בקצב שלכם;
- כמה שורות מדי פעם בזמנים "מתים" שיש לכם...

השתדלנו לכתוב את הספר בסגנון קולח בהיר, לכתוב את הספר שאנחנו היינו רוצים לקרוא ולתת למטופלים שלנו.

פתח דבר

חלוציות היא מילת מפתח בהבנת הפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים, בארץ ובעולם. העבודה העיקרית בתחום הזה, הטיפולית והמחקרית כאחת, נעשתה רק בעשר השנים האחרונות. גם כיום לא ניתן להשוות בין היקף המחקר ומספר אנשי המקצוע העוסקים בילדים לבין היקפו ומספר אנשי המקצוע העוסקים במבוגרים.

יש דברים רבים שאנחנו כבר יודעים על הפרעת קשב, ויש דברים שאנחנו עדיין מייחלים לדעת. אנו בטוחים שהשנים הקרובות ילמדו אותנו רבות על ההפרעה, גם דרך מחקרים חדשים וגם דרך הניסיון בשטח איתכם, המטופלים. נבין יותר מהי ההפרעה וגם מה היא לא, איך בדיוק היא משפיעה על תחומי חיים נרחבים בחיי המבוגר ולמה, אילו תהליכים ביולוגיים מדויקים מתרחשים ועוד. השאלות רבות. לרבות מהן כבר יש תשובות, ותשובות חדשות נערמות מדי שבוע על השולחן.

אין ספק שאחד המקורות החשובים ביותר ללמידה בתחום צעיר זה הוא המטופלים עצמם, כאמור. בשנים האחרונות פגשנו אנשים נפלאים, אנשים שקראו איזו כתבה בנושא ופתאום "נפל להם אסימון", אנשים שתמיד חשו שיש בעיה ולא הבינו מהי בדיוק, אנשים שהגיעו עם ילדיהם לאבחון ואמרו לרופא "הי! גם אני הייתי ככה", אנשים שמישהו רמז להם שכדאי להם לבדוק אם הם סובלים מהפרעת קשב, אנשים שבגיל 20, 30, 40 ויותר הבינו שיש משהו גדול ומשמעותי שנמצא איתם למעשה מאז ומעולם, אך לא חשבו שלמשהו הזה יש שם, הסבר, מקור פיזיולוגי מולד.

אין ספק שכמו בכל תחום חדש, גם בתחום הזה יש מורכבויות ואי דיוקים. אחת הבעיות המרכזיות כיום היא בעיית האבחון, וזאת מכמה סיבות: (1) לא קל לאבחון, מכיוון שלעתים קרובות לצד הפרעת הקשב יש הפרעה אחרת שהאדם סובל ממנה, ולעתים הפרעת הקשב היא הבעיה השולית שלו. (2) אצל רבים מדי האבחון פשוט שגוי, והבעיה שהם סובלים ממנה היא אחרת לחלוטין (למשל חרדה, הפרעת אישיות). (3) בשל אינטרסים כלכליים וסיבות היסטוריות אחרות התקבעה בציבור ההבנה שאבחון להפרעת קשב הוא אבחון ממוחשב. אמנם אבחונים ממוחשבים (TOVA, BRC וכו') הם לעתים כלי עזר לאבחון, אבל בשום אופן הם לא מספקים אבחנה מקצועית. אדם בדיכאון או בחרדה יכול להגיע דרך מבחנים אלה לתוצאות דומות מאוד להפרעת קשב. (4) מכונים רבים מתמחים בהפרעת קשב בלבד, ולכן אדם שיגיע אליהם עם הפרעת קשב שולית ובעיה מרכזית אחרת יאובחן לעתים כסובל מהפרעת קשב (שולית כאמור), ולא תמיד יובהר לו שלמעשה הבעיה שלו רחבה יותר או אחרת. זה תלוי במקצועיות של המכון, ביושרה ולעתים גם בגישה.

אך כשלי האבחון נובעים גם מהמטופלים עצמם, משום שרבים מהמבוגרים תופסים את הפרעת הקשב כהפרעה "גרועה פחות" מהפרעות אחרות, ולכן "יקפצו" על עגלה זו, גם אם אין היא בדיוק העגלה שלהם. מלבד זאת, המושג נהיה כה שכיח לאחרונה, עד שלעתים קרובות אפשר לשמוע אנשים

אומרים "טוב, יש לי הפרעת קשב", גם אם מעולם לא אובחנו. זה הפך למטבע לשון שגורה כמו "אני בדיכאון" או "אני אובסיסיבי", כשבדרך כלל הדובר לא מתכוון לכך שהוא בדיכאון רפואי קליני או סובל מהפרעה אובססיבית כפייתית.

הנפגעים העיקריים מאי דיוקים אלה הם רבים: אלה שמקבלים טיפול לא נכון, מטפלים שנותנים טיפול לא נכון וחשים שהתהליך נכשל וכמובן אותם אנשים שבאמת מתמודדים עם הפרעת קשב. מעבר לקשיים האמיתיים והכואבים של המבוגר המתמודד עם הפרעת קשב – כמו מוסחות גבוהה, קושי לשבת ולהתארגן, "רעש" בראש, קפיצה מדבר לדבר, אימפולסיביות, דחיינות, איחורים, קושי ליצור מבנה וסדר, קושי מול ניירת ובירוקרטיה ולעתים קרובות גם הפרעות נלוות כמו חרדה ודיכאון – עליו להתמודד לעתים גם עם סביבה שאינה אוהדת את האבחנה, מתייחסת אליה כמשהו שכיח או כתירוץ ואינה מבינה אותה ואותו.

למרות קולות אלה חשוב לזכור: **הפרעת קשב וריכוז היא אבחנה תקפה, רשמית ומוכרת, והיא מסבירה היטב את תפקודם של מבוגרים רבים ברחבי העולם, ללא הטיה של תרבות ומיקום גיאוגרפי.** לכל תקופה בהיסטוריה האתגרים הפיזיים והנפשיים שלה, ובעידן זה של קצב מהיר וזרימה אינסופית ושופעת של מידע, הסתברות הופעתה של הפרעת קשב וריכוז אכן גדולה לאין ערוך מאשר בעולם המובנה יותר שאפיין את העבר. עם זאת, היא כנראה היתה פה תמיד, אבל כמעט כמו כל קושי בריאותי ונפשי לא אובחנה ולא טופלה.

מכל הדברים האלה עולה הצורך בהתמקצעות. אין כיום בישראל מספיק אנשי מקצוע המתמחים בהפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים, אך משנה לשנה זה משתפר. **מכיוון שהפרעת הקשב היא כמו תמנון השולח את זרועותיו ומשפיע כמעט על כל תחום בחיים, היא דורשת תמיד פתרונות ספציפיים לאנשים ספציפיים.** קשה עד בלתי אפשרי להבין אנשים עם הפרעת קשב בלי הבנה מעמיקה של ההפרעה. אפילו בני זוג של אנשים עם הפרעת קשב מתקשים לעשות זאת, כי אין מדובר כאן בהבנה אינטואיטיבית.

אבל יש לנו בשורות טובות, אפילו טובות מאוד: יש כיום ידע רב וכלים יעילים לטיפול בהפרעת קשב אצל מבוגרים: כלים התנהגותיים, כלים אימוניים, כלים רפואיים, כלים פסיכולוגיים, כלים קוגניטיביים וכלים אסטרטגיים. בהמשך נרחיב ונספר לכם על כך. כשאנו פוגשים מטפלים שעוסקים בתחום הפרעת הקשב אצל מבוגרים, הם תמיד מלאי התלהבות כמונו, כי יש לנו באמת מה לתת לאנשים ואנחנו רואים תוצאות כל הזמן. אם אתם מכירים אנשים שחושבים שריטלין הוא הפתרון היחיד להפרעת הקשב, אנא ספרו להם שיש ידע, כלים וכן תרופות נוספות שרק מחכים להם ומטפלים רציניים ברחבי הארץ שרוצים ויכולים לעזור.

הספר אמנם מחולק לחלקים, אבל כתבנו כל פרק ופרק בו יחד. התוצאה שהגענו אליה היא מעין מיזוג של נקודות המבט שלנו, הנשענות על הידע שאספנו מן הספרות המקצועית בנוגע לשאלות ולמורכבויות בתחומים האלה ובעיקר על הניסיון שצברנו בפגישותינו הטיפוליות עם מאות רבות של ישראלים עם הפרעת קשב. מטרתנו היתה להציע ספר מקיף, המותאם לחיים בישראל, שכל פרק ופרק

בו ייתן מענה לשכל, לרגש ולמעשה. משאלתנו היא שתבינו את מה שחשוב להבין בתחום, תמצאו ביטוי לתחושות המלוות את התהליך ותדעו מה לעשות בבואכם לפעול בכל אחד מההיבטים השונים של הפרעת קשב. אם הצלחנו בזאת – דיינו.

שלכם,

טל קפלינסקי וד"ר ירדן לוינסקי

חלק א: מה זה ואיך זה מרגיש?

הבסיס להבנת הפרעת קשב

- [1] עצלן, בלגניסטית, דפוק, קחי את עצמך בידיים!
העולם הרגשי של המבוגרים עם הפרעת הקשב
- [2] מהי הפרעת קשב?
הגדרות, פיזיולוגיה ומושגים בסיסיים מעניינים שחשוב להכיר
- [3] איך זה שלכולם יש הפרעת קשב פתאום?
הפרעת קשב, קשיי קשב ותהליך האבחון הנכון
- [4] ואם זו לא הפרעת קשב, אז מה זה?
הפרעת קשב וחברים: דיכאון, חרדה, לקויות למידה ועוד
- [5] אימון? טיפול? תרופות? או לחכות שיעבור?
על הדרך הנכונה לטפל בהפרעת קשב – טיפול משולב

[1] עצלן, בלגניסטית, דפוק, קחי את עצמך בידיים!

העולם הרגשי של מבוגרים עם הפרעת הקשב

בפרק זה אנחנו רוצים לגשת לעיקר כבר מהמשפט הראשון: העניין החשוב ביותר בעינינו בהפרעת קשב אצל מבוגרים הוא שינוי העמדה הרגשית כלפיה. מבוגרים עם הפרעת קשב וריכוז חשים על פי רוב שונים, פגומים, חסרי ביטחון בתחומים רבים ולא מוצלחים מספיק. עוצמת התחושות האלה עשויה לעורר תהייה ברגע הראשון, מכיוון שהפרעת קשב היא הפרעה נוירולוגית, פיזית, ולא הפרעה רגשית. ובכל זאת ההשלכות הרגשיות שמנינו לעיל נובעות בעיקר מהיחס הביקורתי, המאשים והמורכב של הסביבה ושל בעל הפרעת הקשב לתוצאות ההפרעה.

הפרעת הקשב שלכם לא התחילה בגיל 20 או 40. כל אחד מכם בילדותו ניסה להשתלב ולהצליח. כל אחד מכם בילדותו התקשה ונכשל במשימות רבות; כעסו עליו, התאכזבו ממנו, ציפו ממנו ליותר, אמרו לו שוב ושוב "אם רק תרצה, תוכל". ברוב המקרים, כשאנו מבקשים ממבוגרים לתאר את חוויית ילדותם בתקופת בית הספר, אנו שומעים על חוויות רבות ועמוקות של כישלון או קשיים ותחושת פער מתמדת שאין לה כל הסבר. לא צריך להיות איש מקצוע, כדי להבין מה המשמעות הרגשית של חוויות אלה.

אצל מבוגרים שגדלו עם הפרעת קשב הסביבה היא זו שסיפקה את ההסברים: "עצלן", "לא רצינית", "בינוני", "מרחפת", "בעייתית" ועוד כיוצא באלה. לפעמים הפערים האלה והביקורת גרמו לכם לנסות להסתיר דברים ולהיות "כמו כולם", ניסיונות שהזביקו לכם תארים חדשים, כשנחשפה ההסתרה. כמעט כל מבוגר עם הפרעת קשב זכה לתארים "שקרן" או "דפוקה", כשניסה לחפות על כישלונות.

ברוב המקרים לא היתה מודעות לאבחון ולטיפול, ולמורים ולהורים לא היו הכלים להבין ולהתמודד. גם במקרים שבהם נערך אבחון, הוא לא הביא בעקבותיו הבנה מעמיקה של הבעיה והתמודדות מעשית ולא ביקורתית. על פי רוב ניתנו הארכת זמן כלשהי או התאמה בלימודים (כגון מבחנים בעל פה), ולא יותר. עם נתוני הבסיס האלה התחיל הילד בעל הפרעת הקשב את חייו: יש לו בעיה, הוא לא מבין אותה, וגם הסביבה לא מבינה אותה. הוא מרגיש אשם ופגום, כי זה מה שכולם גורמים לו להרגיש. עם הזמן התחושה הזאת הופכת לדימוי העצמי שלו ולתשתית הרגשית שעל בסיסה הוא מתפתח.

איפה היו ההורים שלי?

כיום ההורים ובתי הספר מצוידיים במגוון רב של כלים. לא כך היה בעבר. בהעדר כלים פעל כל הורה בהתאם לסגנון ההתמודדות הכללי שלו, להבנתו ולרמת הציפיות מהילד. המוקד היה התנהגות הילד, ולא חיפוש הקושי העומד מאחורי התנהגות זו. היו הורים שלחצו, יצרו מסגרת נוקשה וגייסו לגיון מורים פרטיים. היו הורים ששלחו את הילדה לטיפול פסיכולוגי. היו כאלה, והם היו הרוב, שלא עשו דבר וקיוו שבעתיד זה ישתנה. היו כאלה שכעסו לעתים קרובות. היו כאלה שנלחמו כדי שהילד יהיה כמו כולם. היו כאלה, נדירים, שלא נלחצו מהקשיים, כיוונו את הילד לחזקתו, האמינו בילד והעבירו לו את המסר שהוא מוצלח וראוי למרות הקשיים.

אף שמבוגרים שאובחנו בגיל מאוחר כועסים לעתים על ההורים על כך שלא הבינו שמשוהו לא בסדר, חשוב לומר שרוב ההורים הבינו שמשוהו לא בסדר, אבל לא ידעו מה זה בדיוק ומה עושים עם זה. חשוב גם לומר שמבוגרים רבים עם הפרעת קשב היו ילדים מאתגרים, ילדים שעל פי רוב לא קל לגדל. להיות הורה זו משימה מורכבת כשלעצמה, אבל להיות הורה לילד עם הפרעת קשב זו משימה מורכבת אף יותר. ייתכן שחלק מכם הורים לילדים עם הפרעת קשב, ואתם יודעים כמה סבלנות צריך ועד כמה קשה להיות לא ביקורתי ולשלוט על כעסים. זה קשה במיוחד לאור הלחצים שבית הספר והסביבה מפעילים לא פעם בעקבות הקשיים במסגרות השונות. כך או כך, המצב כיום הוא מעט טוב יותר, ויש להורים ולמורים כלים רבים יותר.

זוכרים איך הרגשתם בתקופת בית הספר?

בבתי הספר לא נטו לנסות להבין את הקשיים, אלא אם כן התלוותה אליהם התנהגות אלימה או בולטת במיוחד שהפריעה לכולם. שעות התגבור שמקבלים כיום ילדים רבים בבית הספר לא היו חלק מהשגרה, והמיקוד היה בעיקר על הישגים. רוב הילדים עם הפרעת קשב פשוט "שרדו" את בית הספר עד סופו או נשרו בשלב כלשהו, ועבור כולם כמעט זו בהחלט היתה חוויה שלילית. יש כאלה שהיה להם קל מאוד עד כיתות מסוימות, ואז בכיתה ז' או י' "האדמה רעדה", והקשיים החלו לצוץ. יש גם אנשים שהיו תלמידים טובים בבית הספר, וכשהם עוברים כיום אבחון כמבוגרים, אנשים סביבם מרימים גבה. אבל חשוב לדעת שגם תלמידים טובים ואף מחוננים יכולים לסבול מהפרעת קשב.

כילדים הגבתם לדפוסי ההתמודדות של ההורים והמורים. ההורים והמורים הרימו ידיים לעתים קרובות, וכך גם אתם. למדתם להאמין שאתם כנראה גרועים או בינוניים לכל היותר. ברוב הבתים היה בין ההורים לילד מעין ריקוד, כשבאמצע ניצב "עמוד ענן" של הפרעת הקשב והריכוז, אך איש אינו רואה אותו, כי הוא לא קיים במערכת המושגים התרבותית.

מן התיאורים האלה ומחוייתכם האישית ברור שהפרעת הקשב והריכוז שיחקה תפקיד מרכזי בבניית הדימוי העצמי שלכם. היתה התנהגות, וניתנה לה פרשנות, ומכיוון שלא ידעו לקרוא לה "הפרעת קשב וריכוז" (ולצערנו גם במקרים שכן ידעו), קראו לה בהרבה שמות אחרים והתמודדו

איתה במגוון דרכים. ככל שהפרשנות היתה ביקורתית ובוטה יותר, כך ספג הדימוי העצמי של הילד פגיעה עמוקה יותר, ועליו נבנה הדימוי העצמי שלו כמבוגר.

מצבי רוח, דיכאונות, חרדות

על הרקע הזה, בין השאר, התפתחו עוד קשיים שכל כך מאפיינים אנשים עם הפרעת קשב: מצבי רוח, מוטרדות, דיכאון, עצבנות, חרדה:

- א. הפרעת הקשב שמקורה פיזי יוצרת קשיים, כמו מוסחות, הצפה, קושי להתרכז
- ב. קשיים אלה מובילים להתנהגויות כמו איבוד חפצים, אי הקשבה, איחורים, ויתור
- ג. הסביבה מפרשת את ההתנהגות הזו כזלזול, רישול או טיפשות, ומפנה ביקורת כלפי האדם
- ד. האדם סופג את הביקורת הרבה אשר יוצרת פגיעה רגשית. כך נפגעים הדימוי העצמי ותחושת המסוגלות, ומתפתחת גם ביקורת עצמית קשה
- ה. לעתים יובילו קשיים אלה למצבי רוח קשים, לדיכאון ולחרדה (ראו פרק 4)

לעתים נוצרו קשיים אלה בעקבות התמודדות לא נכונה עם הפרעת הקשב, ולעתים הם היו שם מסיבות אחרות (גנטיות או סביבתיות) במקביל להפרעת הקשב. מכיוון שבקליניקה אנו פוגשים אנשים מבוגרים ולא ילדים בני שמונה, קשה לומר אם הקשיים הרגשיים היו שם מההתחלה או הצטברו עקב הכישלונות שיצרה הפרעת הקשב. אצל מבוגרים יש "סלט" של ביולוגיה ופסיכולוגיה, ובאבחון ובטיפול אנו מפרידים לאט לאט בין המרכיבים.

מבוגרים עם הפרעת קשב מעידים לעתים קרובות על רגשות ותחושות כמו אלה:

- **אשמה** – כל מעידה הכי קטנה יוצרת אצלי תחושת אשמה גדולה. אני אשם כל הזמן.
- **הצפה** – ההצפה הפיזיולוגית של הגירויים מעוררות אצלי הצפה רגשית ושיתוק.
- **פגימות** – אני חשה שמהו לא בסדר אצלי; אני פחות טובה מאחרים.
- **תנודות חזקות במצב הרוח** – כשמצליח לי, זוהי תחושה אדירה; כשמתפשל, אני על הפנים.
- **זיוף** – יום אחד יגלו שכולי זיוף והסתרות, שיש המון דברים שאני לא יודע.
- **מותשות** – ההתמודדות הבלתי פוסקת מתישה אותי לגמרי. אין לי כוח.

- לחץ – אני צריכה להיות דרוכה כל הזמן, כדי לא לטעות.
- שעמום – אני משתעמם מהר יותר מאחרים, ואז מתחיל לחפש ריגושים או בורח.

ההתמודדות עם כל הרגשות האלה מובילה לחוויה רגשית של הישרדות. פעמים רבות אצל מבוגרים עם הפרעת קשב המטרה היא רק לסיים כבר – לסיים את השיעור, לסיים את הפגישה, לסיים את היום. ההתמודדות ביומיום מייצרת מערבולת כזאת של רגשות, שכל מה שהאדם מסוגל לו הוא לעשות את המינימום כדי לשרוד. ההתמודדות היומיומית עם התפקוד והמטלות הרבות כה מאתגרת, שתחושת המסוגלות נפגעת מאוד.

דימוי עצמי

דימוי עצמי הוא מושג שכיח אך מורכב, כמו גם מושגים רבים הקשורים לעצמי. חומרי הבניין של הדימוי וההערכה העצמיים הם רבים: הקשר עם ההורים, תחושת מסוגלות, הצלחות, כישלונות ועוד. אנחנו נוטים לחשוב שלאנשים בעלי יכולות או מסוגלות גבוהה יש דימוי עצמי חיובי, אבל לא תמיד זה כך. יש אנשים שמסוגלים להמון דברים – הם מלכי העולם – אבל לא אוהבים את עצמם. הם היו רוצים להיות מישהו אחר. הם חיים בתחושת ריקנות וכאב. הם יכולים להיות זמרים או שחקנים מהוללים, מדענים מבריקים ויוצרים מוכשרים, אבל בתוך תוכם הם שונאים את עצמם. לעומתם יש אנשים שאוהבים את עצמם, אבל בתחומים מסוימים (יכולת התארגנות למשל או ניהול זמן) תחושת המסוגלות שלהם נמוכה.

משמח לראות שרוב האנשים עם הפרעת קשב לא שונאים את עצמם, והפגיעה היא בעיקר במסוגלות: היכולת לשבת לאורך זמן, להגיע בזמן, להכין מטלות, להתרכז במבחן, לשמור על סדר, להתארגן; כל אותם דברים "פשוטים" יחסית, תפקודיים, שהם מובנים מאליהם לאנשים שאין להם הפרעת קשב וריכוז. יש פה גם עניין של פרשנות אישית – כשאנו תופסים יכולת מסוימת כחשובה (לימודים או סדר), תפגע תחושת המסוגלות. למשל: אם סדר הוא לא מאבני היסוד החשובות ביותר בעיני, יהיה לי קל יותר לקבל את היותי לא מסודרת ולא תפגע אצלי תחושת המסוגלות. אם חונכתי לחשוב שהסדר חשוב וגם הפנמתי את זה, תפגע תחושת המסוגלות.

קבלה, תירוצים והסברים

מהדברים האלה ברור, שקבלה עצמית וסביבתית היא מרכיב חשוב בהבנת ההיסטוריה של הפרעת הקשב שלכם ובהפרעת הקשב שלכם כיום. יש לכם הפרעת קשב. זה המצב. אתם יכולים לטפל בה כך שיהיה לכם קל יותר לחיות איתה, אבל היא כאן כדי להישאר. האם תוכלו לקבל אותה, לטפל

בה ולא להלקות את עצמכם?

כשאנו מפנים את השאלה הזו למטופלים, לעתים קרובות הם אומרים לנו, שהפרעת קשב לא יכולה להיות תירוץ לכל דבר. הם צודקים. הפרעת קשב היא לא תירוץ, אבל היא בהחלט הסבר. כשיעל, עורכת דין עם הפרעת קשב, חוזרת מהעבודה, ומהרגע שנכנסת בדלת בן זוגה מציף אותה בשלל משימות ושאלות, סביר להניח שהיא תיאטם, לא תקשיב או אף תריב איתו. ייתכן שבני זוג אחרים יכולים להיכנס ללא קושי למצב הקשבה לאחר יום ארוך, אבל יעל לא יכולה. כשאני מתרץ, אני לא פועל כדי לשנות, אני לא לוקח אחריות. כשאני מסביר, אני יכול לשלב זאת בפעולה מתאימה. יעל ובן זוגה יכולים ללמוד לקבל את זה וללמוד לתקשר בצורה יעילה ורגישה יותר. בהקשר זה אין ספק שחלק חשוב בתהליך הוא שהסביבה שלכם תקבל בצורה אמיתית וכנה את הפרעת הקשב (עוד על זוגיות בעמ' XXX).

חשוב כעת גם לומר מילה על התרבות שאנו חיים בה. בכל תחום יש נורמות כלשהן וציפייה שכולם ינהגו לפיהן. כל מי שאינו עושה זאת סופג ביקורת ומתויג. זה נכון לקשיים בלימודים, לשוני התנהגותי, לקשיים חברתיים, לנטייה מינית, למראה חיצוני ועוד. גם כיום, כשיש מודעות רבה יותר להבדלים בין אנשים, יש לנו עוד דרך לעשות. ייתכן ששיפוטיות יתר ודחיית האחר הן מנגנונים אנושיים שתמיד יהיו כאן, ובכל זאת אנו מקווים שבעתיד נקבל באופן טבעי יותר הבדלים בין אנשים. בנוגע להפרעת קשב, אנו מקווים ואף מאמינים, שכמו בסוגיות אחרות, שהתפתחנו בהן כחברה, נלמד להתמודד גם עמה בצורה עניינית וטובה, כך שהמרכיב הרגשי יתפוגג, והיא תהיה פשוט עובדה קיימת.

עוד על החוויה הרגשית של מבוגרים עם הפרעת קשב וריכוז ניתן לקרוא בספרו הוותיק והמוצלח של הלאוול, **מריטת עצבים** (בהוצאת אור־עם), המשלב סיפורי מקרים מעניינים. הספר חווייתי באופיו ולא מדגיש את הפן המעשי, אך הוא קריא מאוד ומומלץ ביותר.

"עד שאני בעצמי האמנתי שיש לי הפרעת קשב וריכוז הייתי בטוח שאני פשוט עצלן, או טיפש. כנראה שכשאומרים לך כל החיים שאתה עצלן, זה עובד. ואולי הם צודקים בכלל"

(מני, 25)

"הפרעת קשב זה לצאת בכל רגע נתון למסע, בלי מפה, בלי הנחיות, והאמצעי היחיד הקיים הוא היצירתיו

(אנונימי)"

"אין קץ לילדות שחלפה כך פתאום

(חגי, 40)"

[2] מהי הפרעת קשב?

הגדרות, פיזיולוגיה ומושגים בסיסיים מעניינים שחשוב להכיר

ייתכן שהפרק שאתם עומדים לקרוא כעת הוא לא הפרק המעניין ביותר בספר, אבל הוא תשתית חשובה להמשך. השתדלנו "ליישר איתכם קו" בנוגע למידע האלמנטרי על הבסיס הפיזיולוגי של הפרעת הקשב, על מקורות ההפרעה המשוערים ועל השפעות סביבתיות. כתבנו את הדברים בקצרה, אך באופן מעמיק ומעודכן. כמו ברבות מהמחלות וההפרעות, עדיין איננו יודעים מספיק, ורוב הדברים הם בגדר השערות. למעוניינים להרחיב בנושאים תיאורטיים אלה יש ספרים ומאמרים המתמקדים בהם, והפניות אליהם תמצאו בסוף הספר, ברשימת המקורות (אך ברור שגם ללא הפרעת קשב מחקרי מוח אינם החומר החביב ביותר לקריאה אצל רוב האנשים).

ההיסטוריה החדשה והקצרה של הפרעת קשב אצל מבוגרים

הפרעת קשב אצל מבוגרים היא מושג חדש יחסית; להפרעת קשב וריכוז אצל ילדים יש היסטוריה ענפה יותר. אף שסביר להניח שהפרעת קשב רווחת אצל ילדים ומבוגרים מאז הולדת המין האנושי, הדיווחים המתועדים הראשונים עליה הופיעו רק במאה השמונה-עשרה. הראשון שהציג תסמינים של קושי להתרכז היה הרופא הסקוטי אלכסנדר קריצ'טון (Alexander Crichton). בשנת 1798 הוא תיאר לראשונה ילדים שהתקשו לשמור על קשב במהלך פעילות, תופעה שהופיעה לעתים בילדות ולעתים לאחר מחלה. קריצ'טון קרא לתופעה **חוסר מנוחה מנטלי** (Mental Restlessness). הוא ציין שאם הבעיה מופיעה בילדות, יש לה השפעה משמעותית על מהלך חייו של האדם, ואף שנראה שהילדים מתאמצים מאוד, הם מתקשים לשמור על עקביות במסגרות לימודים. לפי התיאור מדובר על פי רוב בתופעה שבה התסמינים פוחתים עם הזמן. קריצ'טון המליץ על התערבות באמצעות הוראה מתקנת, והתייחד בכך שלא שפט ילדים אלה לחומרה כמו רבים מבני דורו ורבים מאנשי המקצוע שאבחנו את הבעיה בדורות שאחריו.

מאה שנים ויותר לאחר מכן, בשנת 1902, פרסם אחד ממייסדי רפואת הילדים בבריטניה, ד"ר ג'ורג' פרדריק סטיל (George Frederic Still), מאמר בעיתון הרפואי *Lancet*, ובו תיאר קבוצה של 43 ילדים שהתקשו לשמור על קשב ועל ויסות רגשות, וסבלו מבעיות התנהגות ומאי יכולת ללמוד מטעויות ולתקן את עצמם. ד"ר סטיל חשב שחלק מהבעיה של אותם ילדים הוא בעיה מוסרית ולא בעיית אינטליגנציה, ושחלק מקשייהם נובעים מכך, ולכן הוא קרא להפרעה **Morbid Defect**

.of Moral Control

הראשון שהציע להשתמש בתרופות סטימולנטיות לטיפול בילדים היפראקטיביים היה ד"ר צארלס בראדלי (Charles Bradley). אז, בשנת 1937, תועד השימוש הרשמי הראשון במתילפנידאט, החומר הפעיל בריטלין. בשנת 1956 הפך הריטלין לטיפול הבחירה בילדים עם הפרעת קשב וריכוז. בשנות השישים שימש הטיפול בריטלין בעיקר לילדים שסבלו מהיפראקטיביות, ופחות התייחסו אז לבעיית הריכוז. להפרעה קראו בתחילה נזק מוחי מזערי (Minimal Brain Dysfunction), אבל כבר לקראת שנות השבעים שינו את שמה להפרעה היפרקינטית של הילדות (Hyperkinetic Disorder of Childhood), שם המתייחס שוב בעיקר לחלק ההיפראקטיבי של ההפרעה. בהדרגה הוסיפו נוירולוגים ופסיכיאטרים להגדרה תסמינים של קושי להתמקד ולשמור על קשב, בעיות של אימפולסיביות והשפעה מגוונת על תפקודי המוח.

במהדורה השלישית של ספר האבחנות הפסיכיאטריות של האיגוד האמריקני לפסיכיאטריה (DSM-III), שיצאה ב-1980, קיבלה ההפרעה את השם הפרעת קשב וריכוז. באותה תקופה הבחינו לראשונה בין הפרעת קשב וריכוז (ADD) לבין הפרעת קשב וריכוז עם היפראקטיביות (ADHD). רק בשנת 1987 התבססה ההגדרה הנוכחית של ADHD, ונוספה התייחסות לכך שמדובר בבעיה רפואית התפתחותית, עם מרכיבים פסיכולוגיים ונפשיים, שעשויה לגרום לבעיות התנהגות שונות. המושג ADD בוטל ב-1987, ולמעשה מבחינה מקצועית אין דבר כזה ADD; כל הפרעת קשב נקראת ADHD. אבל הביטוי ADD עדיין רווח בציבור, הן משום שנוח יותר להגות אותו ולשווק באמצעותו מוצרים והן כדי להדגיש שהאדם סובל מהפרעת קשב ללא היפראקטיביות. ספר ה-DSM עדיין מסווג את ADHD לתת סוגים שונים, אך כולם תחת הסיווג ADHD (ההגדרה הרשמית והסוגים בפרק 3).

אף שלפני שנות התשעים של המאה הקודמת היו מספר עדויות ומחקרים בודדים על מבוגרים, רק בשנות התשעים החלו להכיר רשמית בכך שלא תמיד התסמינים של הפרעת הקשב חולפים עם ההתבגרות ולהתייחס להפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים. במילים אחרות: אבחון רציני של מבוגרים החל בעולם רק בשנות התשעים, ובישראל הוא תפס תאוצה רק בתחילת שנות ה-2000. עוד ועוד מחקרים הראו ומראים שההפרעה נמשכת בגיל המבוגר, ובגיל המבוגר יש לה מאפיינים ייחודיים. בעשרים השנים האחרונות אובחנו מבוגרים בכל העולם, אף שלא היתה עדיין הגדרה רשמית מעודכנת בספר האבחנות הפסיכיאטרי DSM. במהדורה החדשה, ה-DSM-V (2013), מובאת לראשונה הגדרה ספציפית למבוגרים.

ודאי נתקלתם בכך שיש אנשים שאומרים "הפרעת קשב" ויש כאלה שאומרים "הפרעות קשב". ההבדל נובע מכך שהפרעת קשב היא ההפרעה האורגנית ADHD, בעוד הפרעות קשב הן התסמין של הקושי לשמור על קשב, שיכול לנבוע מסיבות שונות, כמו חרדה, לחץ, הפרעה אחרת, ולא דווקא מהפרעת קשב אורגנית.

לאחרונה, האקדמיה ללשון העברית שינתה את המושג, ועתה יש לאמר "הפרעת קשב ופעלתנות

נתונים בסיסיים

חמישה אחוזים מהאוכלוסייה

על פי מחקרים שונים, שכיחות הפרעת קשב וריכוז באוכלוסייה נעה בין 3%-10%, אך מקובל להניח שמדובר ב-5% בקירוב. חלק מהמחקרים מראים על נטייה מולדת גבוהה יותר של בנים. בפועל מאובחנים יותר בנים מבנות, כי לבנים יש נטייה בולטת יותר להיפראקטיביות, ולכן מזהים אותם ביתר קלות, בעוד הבנות סובלות יותר מהפרעת קשב (ללא היפראקטיביות), ולכן הן עוברות "מתחת לראדאר" ומאובחנות פחות.

מקור גנטי חזק

הפרעת קשב היא הפרעה תורשתית בעיקרה, וברוב המקרים היא בעיה משפחתית: להורים הסובלים מהפרעת קשב יש סיכוי של 50% להוליד ילד הסובל ממנה, ולכ-25% מהילדים עם הפרעת קשב יש הורים שעונים לקריטריונים של הפרעת קשב. מחקרי תאומים מצאו תורשתיות בשיעור 80% בקירוב, כאשר נמצא קשר חזק בין קשיי הקשב להיפראקטיביות. המרכיב הגנטי החזק מסביר גם למה תסמינים והתנהגויות הקשורים בהפרעת קשב לא חולפים עם ההתבגרות.

מקור סביבתי: בעיקר בתקופת ההיריון והלידה

עישון או צריכת אלכוהול בתקופת ההיריון או לפניו עלולים לגרום להתפתחות הפרעת קשב אצל הילד. יש כאן מורכבות מחקרית, מכיוון שדווקא אלה שסובלים מהפרעת קשב נוטים גם כך לצרוך אלכוהול ולעשן בשיעורים גבוהים יותר. אבל הממצאים מראים שגם אם מקזזים סטטיסטית את הפרעת הקשב של האם ואת התורשה, יש סיכוי גבוה פי ארבעה שלאימהות מעשנות ייוולדו ילדים עם הפרעת קשב. גם גורמים חיצוניים, כמו פגיעה פיזית (חבלה) בילדות, באזורים קדמיים של הגולגולת (מכונים אזורים פרה-פרונטליים-סובקורטיקליים של המוח), נמצאו קשורים בהפרעת קשב.

כמה עובדות על המוח

יש במוח האנושי מיליוני תאים (נוירונים) שממוקמים באזוריו השונים. כל אזור אחראי על תפקודים שונים של המוח. חלק מהאזורים מתקשרים עם העולם החיצוני ואחראים על פענוח הראייה, השמיעה ושאר החושים שלנו, ואילו אזורים אחרים אחראים על התקשורת עם איברים אחרים. כדי שכל

התקשורת הזו תוכל לפעול ללא הפרעה, על התאים של אזור אחד להיות מחוברים לאזורים האחרים באמצעות חוטים וכבלים. החוטים והכבלים של המוח הם מסלולי נוירונים שמעבירים מידע מאזור אחד במוח לאחר.

המידע מועבר במסלולים באמצעות נוירורנסמיטורים (מוליכים עצביים; יש כמה עשרות סוגים). כל נוירון מייצר כמויות זעירות של נוירורנסמיטורים שמשחררים למרווח המיקרוסקופי בין הנוירונים (שנקרא סינפסה), נקשרים לנוירון הבא, וכך מעבירים את המידע הלאה. לכל נוירורנסמיטור יש מבנה ייחודי (נקרא לזה מפתח ייחודי) שיכול להתקשר רק לקולטן (רצפטור) ייחודי בנוירון אחר, ורק אם מפתח יתאים למנעול, תתרחש התגובה המתאימה שתפעיל את הנוירון הבא.

המחקרים מצאו שהפרעה בפעילות הנוירורנסמיטורים קשורה במגוון הפרעות מוחיות. לדוגמה: ירידה בפעילות הנוירורנסמיטור דופמין באזור מסוים יכולה להוביל להתפתחות פרקינסון, בעוד פעילות יתר של דופמין באזורים אחרים יכולה לגרום לחזיונות שווא (הלוצינציות), כפי שקורה במצבי סכיזופרניה למשל.

על פי הידוע לנו, כאמור, הפרעת קשב היא הפרעה אורגנית לכל דבר. כלומר: יש ממצאים שמראים על הבדלים במבנה המוח ותפקודו בין אנשים עם הפרעת קשב לבין כאלה שאינם סובלים מההפרעה. מחקרים מצאו אצל בעלי הפרעת קשב ירידה בנפחי הגרעינים באונה הפרונטלית הימנית, כמו גם ירידה בצריכת החמצן והסוכר בזמן ריכוז.

גם הפרעת קשב יכולה לנבוע מהפרעה בתפקוד הנוירורנסמיטורים, ובמיוחד הנוירורנסמיטורים דופאמין ונוראדרנלין (נוראפינפרין). אנו יודעים שדופמין מעורב ברגולציה של למידה, בלימוד של תגובות לסיטואציות חדשות וגם בשמירה על התנהגויות מוטיבציוניות (התמדה). לדופמין יש תפקיד חשוב גם בזיכרון עבודה, כלומר ביכולת שלנו לזכור משהו לזמן קצר, וכן הוא משפיע על היכולת שלנו לנוע בצורה מוכוונת בתגובה לגירויים חיצוניים או לנקוט פעולות כדי להשיג מטרה. הנוראדרנלין מעורב בשמירה על ערנות ועל ריכוז. נוירונים שמשחררים נוראדרנלין מופעלים בידי גירויים חיצוניים חדשים ופחות פועלים בזמן שינה.

ככלל, הדופמין הוא הנוירורנסמיטור האחראי על הלמידה, המוטיבציה, המטרות, הדחפים והרגשות, והנוראדרנלין אחראי לזהות גירויים חשובים ולשמור עלינו בדריכות מתאימה, כדי שנוכל להתמודד עם הגירויים האלה.

מושגים פיזיולוגיים חשובים

ליקוי בוויסות הקשב

למבוגרים עם הפרעת קשב אין פחות קשב מאחרים. הקושי הוא בוויסות הקשב – לנתב את

הקשב לעניין החשוב לרגע הזה. זהו תהליך שמתרחש במהירות. ויסות קשב לקוי משמעו העברת הקשב כשלא נדרש לעשות זאת, ואי העברתו כשנדרש לעשות זאת. אחת הביקורות העצמיות של מבוגרים עם הפרעת קשב מתנסחת פחות או יותר כך: "איך ייתכן שאני מסוגל לשבת שעות ולהתרכז יותר מכל אדם אחר במשהו שמעניין אותי, אבל אני לא מצליח לשבת חמש דקות כשיש לי איזו משימה משעממת?" תופעה זו נקראת "מיקוד יתר", וכעת היא אולי מובנת יותר לאור הסבר זה.

קשב מתמשך

מכיוון שקשה לשמור על קשב לעניין שנמצא על הפרק (אלא אם זה משהו שמעניין אותי, כאמור), אנשים עם הפרעת קשב מתקשים במיוחד במשימות ארוכות ומשעממות שהן חלק מהותי, לצערם של כולנו, מחיינו בעולם הזה. שיעור משעמם, ישיבת צוות מייגעת, ביצוע מטלות מסוימות בבית, תכנון שבועי ביומן, קריאה של מסמך ארוך ולעתים גם ישיבה בסרט גרוע בקולנוע עשויות להיות חוויה לא נעימה לכל אדם, אך חוויה הגורמת סבל ואי שקט לאנשים עם הפרעת קשב.

תפקודים ניהוליים

המונח תפקודים ניהוליים חשוב להבנת הפרעת קשב וריכוז. תפקודים ניהוליים (Executive Functioning) הם תהליכי השליטה הקוגניטיביים הגבוהים של האדם, שלא נמצאים אצל שאר היונקים. הם אחראים על היכולת ליזום, לעכב, להתמיד ולשנות החלטות ופעולות, והם חלק חשוב מהיכולת שלנו לתכנן ולקבל החלטות, ללמוד דברים חדשים, להתגבר על הרגלים או להתנגד לדחפים. התפקודים הניהוליים מאפשרים לנו לפתח שליטה עצמית ויכולת לדחות סיפוקים מידיים לטובת הגשמת מטרות ארוכות טווח.

דוגמה מחיי היומיום היא כשאנו עובדים או לומדים ומישהו במסדרון מדבר בקול רם. התפקודים הניהוליים הם אלה שמורים לנו להמשיך לשבת או מונעים מאיתנו לצעוק על אותו אדם שמפריע לנו, ואפילו מכריחים אותנו להמשיך ולהתרכז ולא להקשיב לתוכן השיחה במסדרון. מבחינת מוחית האונה המצחית היא האחראית על התפקודים הניהוליים (בעיקר באזור הקורטקס הקדם מצחי). אנשים שנפגעו באזור זה מפתחים בעיות בתפקודים הניהוליים (כמו למשל קושי בשליטה על דחפים).

כבר בגיל צעיר ניתן לאתר ליקויים בתפקודים הניהוליים, וליקויים אלה מתמידים על פי רוב במשך שנים. בשל חשיבותם לחיינו הם בעצם משפיעים על מהלך החיים כולו, מהישגים בלימודים, דרך קשיים חברתיים ועד הצלחה תעסוקתית. הניסיון אמנם מראה שיש תפקודים ניהוליים שניתן לשפר עם השנים, אבל המחקרים מלמדים שפגיעה בתפקודים ניהוליים היא הקושי העקבי ביותר אצל הסובלים מהפרעת קשב וריכוז, קושי שנמשך מהילדות לתוך הבגרות. כלומר: גם כשאצל אדם מסוים חל שיפור באימפולסיביות שהיתה בולטת בילדות, אם סבל מליקויים בתפקודים הניהוליים, יהיה השיפור בהם לאורך ההתבגרות קטן יותר.

דווקא אצל אנשים בעלי אינטליגנציה גבוהה קשה לזהות ליקויים בתפקודים הניהוליים, משום שהם מוצאים דרכים מגוונות לחפות עליהם. לכן נדמה שתפקודיהם תקינים, אף שאותם קשיים מפריעים להם בצורה דומה. אבל בשלב כלשהו, בעיקר כשהם מבוגרים ואמורים לתפקד במספר חזיתות ותחומים, הליקויים האלה מתחילים להשפיע על תפקודם.

תיאוריית עיכוב התגובה

אחת התיאוריות המבוססות שמנסות להסביר את התפתחות הפרעת קשב היא תיאוריית עיכוב התגובה שפיתח ראסל ברקלי (Russell Barkley). התיאוריה רואה באי היכולת לעכב תגובות את הבעיה הבסיסית שגורמת להפרעת הקשב, ומשפיעה על היכולת להחליט אם להגיב לגירוי ואיך, על היכולת להגיב לפעולה שכבר נמצאת בעיצומה ולבחון אם כדאי לשנות אותה ועל היכולת להמשיך בפעולה ולא להגיב לאורך פרק זמן נתון למרות הגירוים שמסביב.

כדי לאפשר את התפקודים הניהוליים, חייבים לעכב את התגובה. כדי שאדם יצליח במשימותיו ויוכל להשיג את המטרות הגדולות, עליו להיות מסוגל לדחות סיפוקים ולא להתרכז רק בגירוים המידיים. לדוגמה: כדי להצליח לסיים סמינריון באוניברסיטה, צריך לרכוש את היכולת לשבת ללמוד ולא להתפתות לתכנית מעניינת בטלוויזיה. עיכוב התגובה חשוב גם כשיש צורך לווסת תגובה רגשית – לא כל כישלון צריך להיות מלווה בכעס, בתסכול, בייאוש או בהתפרצות זעם, ולחילופין לא כל הצלחה חייבת להיות מלווה בשמחה ובאושר.

השליטה בדחף והיכולת להתמקד במשימה חשובות להצלחתנו בחיים, אבל פגומות במידה רבה אצל הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. מסיבה זו אנשים עם הפרעת קשב מתקשים לפעול במצבים שבהם הם נזקקים לוויסות עצמי, והם נוטים יותר לפעול בלי לחשוב.

הקשר בין תפקודים ניהוליים לעיכוב תגובה והפרעת קשב

אם אנו מבינים את הפרעת הקשב כבעיה בעיכוב התגובה, הגורמת לכשלים בתפקודים הניהוליים ובוויסות הרגשי, הרי שאנו יכולים גם להבין את המהות של הפרעת הקשב ואת השלכותיה וגם לבנות מנגנון טיפול והתמודדות בריא יותר.

טיפול מותאם לבעיות אלה יכול בין היתר מציאת פתרונות לקשיים בעיכוב תגובה, על ידי בניית מנגנונים ושיטות שידגישו השלכות עתידיות (כדי לאפשר חשיבה נוספת), והקניית הרגלים לחשיבה לטווח ארוך. הטיפול יתמקד גם בבניית כלים חיצוניים שיסייעו בוויסות התגובה ובצמצום המסיחים או בפירוק משימות למשימות משנה שאפשר לסיים במהירות.

הבנת תהליכים אלה יכולה להשפיע במידה רבה על מרכיבים שונים של הטיפול, ויש לכלול אותה בנייתו הכשלים שמשפיעים על תפקוד אדם הסובל מהפרעת קשב. על המשמעות המעשית נדבר

בחלק ב' של הספר.

תיאוריות סביבתיות פופולריות אך לא מדעיות

יש מספר תיאוריות אחרות בנוגע למקור של הפרעת קשב, שלא הוכחו בצורה משכנעת במחקרים, ואנשי המקצוע המובילים בעולם אינם תומכים בהן, אבל אנשים קוראים עליהן או מזכירים אותן בקליניקה:

- תיאוריית הציידים/התיאוריה האבולוציונית – תיאוריה זו גורסת שבעלי הפרעת קשב היו בהיסטוריה ציידים ונזקקו לתכונות המאפיינות את ההפרעה, שבזמן סיפקו יתרון הישרדותי, אך אינן נחוצות ואינן מוערכות בימינו.
- התיאוריה התזונתית – על פי תיאוריה זו סוכר או אלרגיות הם המקור להפרעת קשב. אף שהתזונה אמנם משפיעה על גופנו, אין המחקר תומך בה כמקור להפרעת קשב.
- תיאוריית התנהגות הורית גרועה – יש טענה שהורות גרועה יוצרת הפרעת קשב. אין לה כל ביסוס מחקרי, והיא עושה עוול גם עם ההורה וגם עם הילד.
- תיאוריית אורח החיים המודרני – אנו שומעים שוב ושוב שהקצב המהיר של החיים המודרניים הוא זה המחולל את הפרעת הקשב. בפועל אנו פוגשים הפרעת קשב בכל העולם, גם בתרבויות שאינן מודרניות ומהירות כשלנו. יחד עם זאת, ניכר שהקצב והמודרניות מבליטים את נוכחותה של הפרעת הקשב (אך לא גורמים לה). מיד נתייחס לכך.

סביבה ופסיכולוגיה

ובכל זאת בהפרעת קשב יש גם מרכיב סביבתי ופסיכולוגי. גם אם אנחנו מבינים שהבסיס להפרעה הוא אורגני, הרי שעם השנים מתפתחות סביב הגרעין האורגני התנהגויות ותפיסות רגשיות בעלות מרכיבים פסיכולוגיים, תרבותיים וחברתיים, והן יוצרות את התמונה המלאה של ההפרעה. מצב זה בולט במיוחד אצל אנשים בוגרים אשר לא אובחנו בילדותם, ועל כן לא קיבלו עזרה מתאימה, וניסו להסתדר בכוחות עצמם. בעקבות הקשיים העצומים וכחלק מהתגובה להיסטוריה האישית, הם פיתחו דרכי הסתגלות בעייתיות, אימצו תפיסת ערך עצמי ירודה וחוו לאורך השנים תסכול ולעתים גם חרדות, דיכאון או התמכרויות שונות. אפשר להבין למה גם כשהגרעין זהה או דומה, כל אחד מתפתח בדרך שונה, ולכן אין שני אנשים עם הפרעת קשב שתסמיניהם זהים.

סביבה ותרבות

סביבה מסוימת מבליטה נוכחות של הפרעה מסוימת, וסביבה אחרת מטשטשת אותה. חקלאי הסובל מהפרעת קשב לא יחוש אותה באותה עוצמה כמו עורך דין הסובל ממנה. המעבר של מקצועות רבים מהמרחב הפתוח ומחיים בתנועה לשיבה ממושכת במשרד קטן מבליט את נוכחותה של הפרעת הקשב. חשוב לזכור שלא רק חקלאים התנהלו בעבר באוויר הפתוח, אלא גם רופאים שטיפלו בעיקר בביקורי בית ועוד אנשי מקצוע רבים אחרים. גם שינויים בתפקודים החברתיים של גברים ונשים מבליטים יותר את הפרעת הקשב. חלוקת התפקידים בין המינים הולכת ומיטשטשת, ואנשים פעילים במישורי חיים רבים יותר מאשר בדורות הקודמים ונאלצים לבצע מעברים חדים בין משימות ולנהל חיים מאתגרים. לשינויים אלה ניתן להוסיף גם שינויים בדפוסי רכישת השכלה – בדורות קודמים מעטים המשיכו בלימודים אקדמיים, וכיום הציפייה מכל אחד היא ללמוד לתואר ראשון ולעתים גם לשני. לימודים אקדמיים, מיותר לומר, הם סביבה המבליטה את הפרעת הקשב. **מהסיבות האלה אנו רואים שוב ושוב אנשים עם הפרעת קשב שפורחים בסביבה מסוימת ונתקלים בקשיים עצומים בסביבה אחרת.**

לסיכום: גם אם אנחנו מבינים את הפרעת הקשב כבעיה שהגרעין שלה הוא קושי פיזיולוגי לווסת כראוי בין מספר גירויים, עם השנים נוצרו סביבה עוד קשיים והרגלים רבים. זו הסיבה שטיפול תרופתי בהיבט הפיזיולוגי בלבד אינו מספק ואינו פותר את מכלול הבעיות שנוצרו עקב הפרעת הקשב. באבחון ובטיפול יש לקחת בחשבון הן את הפיזיולוגיה, הן את הסביבה והן את המרכיבים הרגשיים והתפקודיים.

בשבילי לרוב הפרעת קשב היא סוג של "רעש" כזה שבא מבפנים ונשאר שם. הראש מייצר מחשבות במקום אחד בקצב כזה שהמקום שאמור לעבד אותן לא עומד בו... מעייף!

(יוסי, 38)

מרגישה כמו הקיר במשחק סקווז.. מילים סביבי נחבטות ולא חודרות.

(אנונימי)

[3] איך זה שלכולם יש הפרעת קשב פתאום?

הפרעת קשב, קשיי קשב ותהליך האבחון הנכון

כ- 5% מהמבוגרים סובלים מהפרעת קשב; לא כולם, לא רובם, אלא רק אחוז מסוים; משמעותי אמנם, אבל מסוים. אילו לכולם היתה הפרעת קשב וריכוז, מובן שזו לא היתה הפרעה. התחושה שיש רבים כל כך עם הפרעת קשב נובעת מערבוב בין הפרעת קשב אורגנית, כלומר הפרעת קשב וריכוז ממקור פיזיולוגי, שאליה אנו מתכוונים כשאנו אומרים הפרעת קשב, לבין קשיי קשב שאינם הפרעת קשב, ומקורם בסיבות אחרות. לכן חשוב לנו מאוד – וזוהי אחת הסיבות לכתיבתו של ספר זה – שכל אדם שמתעניין בהפרעת קשב וריכוז יבין את ההבדל המהותי הזה בין הפרעת קשב לקשיי קשב.

בעמודים הראשונים בפרק זה אנו עומדים לבלבל אתכם קצת, אבל התמונה תתבהר בהמשך הפרק. הקריאה תשתלם, כי ממש עוד מעט יהיו לכם תשובות טובות להרבה שאלות חשובות או מטרידות שיש לכם ולסביבתכם בנושא האבחנה והאבחון (גם אם אובחנתם כבר בעבר). בחרנו להתחיל את פרק האבחון, לאו דווקא בהסברים על מהלך האבחון, על אבחונים ממוחשבים ועל סוגי רופאים (כל אלה יופיעו בהמשך הפרק), אלא בשאלות שמטרידות את כל מי שקרוב לנושא: למה נדמה שלכולם יש הפרעת קשב? מה גורם לעלייה כה חדה במספר המאובחנים? אם לכולם יש הפרעת קשב, אז מה זה אומר על הפרעת הקשב שלי?

שנות ה-2000 מאתגרות את הקשב

אחת הסיבות לעלייה במספר האנשים שיש להם קשיים בקשב ובריכוז ולעלייה במספר הפונים לאבחון היא העידן הנוכחי שמהווה מקור לקשיי קשב רבים. זו תקופה כאוטית, מהירה, שבה המוח מותקף בגירויים מכל עבר – מיילים, מסרונים, טלפונים, פרסומות, ריאליטי. זו תקופה שבה רבים מאיתנו נדרשים לתפקד בהרבה מישורים או תפקידים במקביל. גם אנשים יעילים מאוד עם קשב מצוין מאותגרים כיום בהיבטים של ניהול זמן, נטרול הסחות והפרעות והתמקדות בדבר אחד לאורך זמן. בעולם כזה, כדי לעבוד בשקט במשך שעה, עלינו לבודד את עצמנו כמעט באופן מלאכותי: לנתק את הנייד, את המייל ואת הפייסבוק, שמבליחים כל הזמן עם הודעות, ולהתעלם מהרעשים מסביב. השקט הפך לנכס יקר.

זמינות מידע, עודף אפשרויות

גם זמינות המידע ומתוך כך עומס המידע שותפים להגיגה. חשבו לרגע על תשומת הלב שלכם ברגע זה. האם היא מוקדשת לקריאת הקטע הזה? האם המכשיר הסלולרי שלכם פתוח, ואתם מקבלים במהלך הקריאה מסרונים? האם המחשב קרוב אליכם ואתם רואים במקביל עדכונים מאתר חדשות? האם בזמן הקריאה בספר אתם ערים גם למתרחש מחוץ לחדר שאתם יושבים בו? האם אתם כל הזמן חוששים לפספס משהו? אחד הדברים שמגבירים את המצוקה ואת מספר הפונים לאבחון הוא תחושה של חוסר שליטה וקושי מהותי להתמודד עם העומס. אבל בעצם אם נחשוב על זה, הרי שאין שום בעיית עומס מידע בעולם, כיוון שגם קודם לכן היו היקפי המידע מעבר להשגתנו. מה שקרה לנו הוא שהמסננים שלנו, שהיו צריכים לאפשר לנו להחליט מה חשוב ומה פחות חשוב, פשוט לא עובדים, כי הכול זמין כל כך. חיים בלי מסננים מייצרים קשיי קשב וריכוז רבים.

גם החקלאים כבר עובדים במשרד

הכיסא והמחשב נהיו דומיננטיים בחיינו יותר ויותר. התנועה חדלה להיות חלק אורגני מהיומיום; חלק מאיתנו יוזמים אותה מתוך ההכרה בחשיבותה, ומספקים פרנסה למכונים ולמאמני כושר. העידן הנוכחי מושיב יותר ויותר אנשי מקצוע על כיסא מול מחשב. אפילו לחקלאים רבים יש פועלים, והם עצמם עוסקים בעבודות משרד וניהול. כולנו כמעט הפכנו אנשי משרד, כשהפרעת הקשב אוהבת על פי רוב להיות בתנועה, מול גירוי, באינטראקציה. היא מתפשט עשייה או דינמיות, וטובה פחות בשהייה בלי תנועה בין ארבעה קירות.

כולם רוצים להיות אקדמאים

בעבר נחשבה הפרעת הקשב לנחלתם של ילדים בלבד. היא בלטה מאוד בבית הספר ופחות בחיים הבוגרים. עד לפני מספר עשורים למדו לתואר רק אחוזים בודדים מהאוכלוסייה. יתרה מזאת, רבים לא סיימו תעודת בגרות, ולא היתה בכך חריגות גדולה. בשני העשורים האחרונים יש עלייה חדה במספר הסטודנטים לתואר ראשון, וגם פה מדובר באתגר משמעותי לקשב – ישיבה בכיתה, למידה בבית, עבודה ממושכת מול מחשב ועוד. "זליגת" בית הספר אל החיים הבוגרים העלתה כמובן משמעותית את מספר המאובחנים, וגם אנשים שהצליחו לשרוד בבית הספר למרות הפרעת הקשב התקשו באקדמיה בשל העלייה ברמה, בד בבד עם מבנה מסגרת רופף יותר.

הפסיכולוגיה קוראת לנו בשמות

הפסיכולוגיה על ענפיה הפכה דומיננטית יותר ויותר, ועמה גם האבחנות השונות של מצבים רגשיים והתנהגותיים. כיום אנחנו לא אומרים על ילד שהוא מוזר, אלא שיש לו תסמונת אספרגר, וילד ביישן מאוד אנחנו מגדירים כילד חרדתי. הפסיכולוגיה לימדה אותנו לחפש הסברים ושמות לתופעות שאנו סובלים מהן ולרצות לתקן ולשפר אותן (ופעמים רבות כמובן זה נדרש ומסייע מאוד), אבל אולי הפסיכולוגיזציה הזאת גורמת גם לאבחון יתר, לריבוי הגדרות של מצבי נפש, ומשאירה פחות מדי

מקום למבנה שעמו הגענו לעולם.

יותר מתח, פחות קשב

מעבר לסיבות התרבותיות יש קשיים פיזיים ובעיקר קשיים רגשיים שיוצרים קשיי קשב (קשיי קשב, לא הפרעת קשב! סיבות רגשיות לא מייצרות הפרעת קשב אורגנית). יש לא מעט אנשים שסובלים ממתחים, מחרדות ומדאגות יומיומיות בלתי פוסקות, מעין תחושה טורדנית שלא נותנת מנוח. אלה פוגעים ישירות בריכוז, במיקוד, ביכולת לשבת לאורך זמן ולהתמיד במטלות וכו'. במקרים רבים לא מדובר בהפרעת קשב אורגנית, אלא בקשיי קשב שהם תגובה למצב.

מושג חשוב – הפרעת קשב "נרכשת"

כל אותם גורמים שציינו יוצרים לעתים מצב שבו אנשים מרגישים כאילו יש להם הפרעת קשב אורגנית, הפרעה שלתחושתם התפתחה אצלם בשנים האחרונות. זוהי אינה ADHD, אלא הפרעת קשב "נרכשת" הקשורה ישירות גם לסגנון החיים, ועל כן טיפול בהפרעת קשב אינו הטיפול המתאים למצב זה. מעטים מאנשים אלה פונים לאבחון מסודר, ולעתים הם יעברו מבחן ממוחשב כדי "להוכיח לעצמם" שיש להם הפרעת קשב. אותם אנשים נוטלים ריטלין או קונצרטא וחושבים שכך יפתרו את בעייתם, אבל מעבר לאנרגיה ולתחושה טובה זמנית הם לא יקבלו עזרה אמיתית, וכעבור זמן יגלו שהכול חזר לקדמותו ויחוו מאוכזבים ואולי אף מיואשים.

הקשיבו הקשיבו: יש לי הפרעת קשב!

הפרעת קשב נהייתה הפרעה שנוח להתהדר בה. האם תעדיפו להסביר לעצמכם ולעולם את קשייכם כהפרעת קשב או כקשיים על רקע חרדתי, רגשי או אישיותי למשל? הפרעת קשב נהייתה ביטוי כה שכוח, עד שרבים אומרים שיש להם הפרעת קשב, גם אם מעולם לא אובחנו בצורה מקצועית. ההישענות על הפרעת הקשב אולי משפרת את ההרגשה מול החברה, אך מונעת התמודדות עם הקושי ואת פתרונו. אם כן, האבחנה העצמית הזו מסבה נזק גם לאלה שמאבחנים את עצמם וגם לבעלי הפרעת קשב, שלפעמים אינם מקבלים הכרה מספקת בקשייהם, כי "לכולם יש".

אז מה יש לי? ולמה זה חשוב?

החלק המהותי ביותר בעינינו באבחון מקצועי הוא לבחון ולהבין אם הקשיים נובעים מהפרעת הקשב, ממקור אחר או משניהם גם יחד. לעתים מורכבות זו אינה מתבררת בשלב האבחון, אלא רק תוך כדי טיפול, ואז חשוב לעדכן את הרופא המטפל ובמקרה הצורך אף לבחון חלופות תרופתיות.

כל מי שחושד שיש לו הפרעת קשב צריך לעבור אבחון מסיבה פשוטה – אם אתם חושבים שיש לכם הפרעת קשב, ברור שמהו מפריע לכם בתפקוד ובהרגשה. במקרים רבים הפניה לאבחון מקצועי של הפרעת קשב תוביל לאבחון הבעיה, בין אם זו הפרעת קשב וריכוז או בעיה אחרת. כך שגם אם אין לכם הפרעת קשב אלא משהו אחר שלא טופל במשך שנים, אבחון מדויק יכול להוביל לטיפול ממוקד ומשם לפתרון הבעיה שאתם סובלים ממנה. אם אובחנתם כבעלי הפרעת קשב ואתם חושבים שיש שם משהו נוסף או אחר, פנו לאבחון או לטיפול. הרי המטרה היא שתקבלו את המענה הטוב והיעיל ביותר.

הטיפול בקשיי קשב שונה מהטיפול בהפרעת קשב אורגנית (ADHD). הפרעת קשב אורגנית היא הפרעה מולדת, והלוקים בה סובלים על פי רוב גם מקשיים תפקודיים, רגשיים או משפחתיים, תולדה של שנים שבהן לא היו מאובחנים ומטופלים. לאלה צריך לעזור באמצעות טיפול להפרעת קשב. לכל האחרים צריך לעזור בדרכים אחרות.

סיפורו של ארז (שם בדוי) עשוי להמחיש את המורכבות הזו: ארז הגיע לאימון ADHD כאשר שנה לפני כן אובחנה אצלו הפרעת קשב וריכוז. במהלך השנה הזו הוא ניסה שלל תרופות שלא עזרו לו, פנה לשני רופאים לאישוש האבחון ומילא שלל שאלונים באינטרנט שהעידו שאכן יש לו הפרעת קשב וריכוז. הוא הגיע עם המון ניירות, אבחונים, שאלונים; הכול העיד על הפרעת קשב וריכוז. כשהתחלנו לעבוד, עלו מרכיבים אובססיביים וחרדתיים רבים. לאחר שלושה מפגשים, זה כבר היה ברור: אם יש כאן הפרעת קשב וריכוז, בוודאי אין היא המרכיב העיקרי. ארז היה עסוק מבוקר עד ערב בטקסים קטנים, במחשבות טורדניות, בהיצמדות לפרטים שוליים ועוד. הפגיעה בקשב ובריכוז הנובעת מכל אלה ברורה, ואכן המבחנים הממוחשבים והשאלונים העידו עליה. ארז גם לא נטה לספר על המחשבות הטורדניות לאנשי המקצוע האחרים, אלא רק כשנשאל ישירות באימון. מחשבות והתנהגויות אלה היו חלק כה טבעי ממנו, שהוא לא חשב שהן קשורות לעניין. ככל שהמשכנו ובררנו, היה ברור שהבעיה היא לא הפרעת קשב וריכוז. הוא שב לרופא המאבחן שאישש את הדברים ומשם למטפל המומחה בהתנהגויות אובססיביות, כדי שיקבל את המענה המדויק ביותר עבורו.

הסיפור של ארז דומה לסיפורם של רבים שקוראים את רשימת התסמינים של הפרעת קשב וריכוז וחשים שהיא מתארת אותם בצורה מדויקת. זה יכול להיות נכון כמובן, אבל לפעמים הסיבות שונות מאוד. בפנותם לרופא המאבחן הם בדרך כלל לא מספרים על חרדות, על דיכאונות או על קשיים אישיותיים, כי נדמה להם שאין הם קשורים לאבחון. גם ארז, כמוהם, לא היה מודע למשמעות של המחשבה האובססיבית והדומיננטיות שלה בחייו, ולכן לא הציג זאת כלל.

כמו כל פנייה לרופא עם בעיה כזו או אחרת, פנייה לאבחון הפרעת קשב וריכוז תוביל לעתים לאבחנה אחרת או נוספת. לאנשים רבים קל יותר לראות את עצמם כסובלים מהפרעת קשב מאשר מנטייה לחרדה, אך בפועל אין האחד קל יותר מהאחר, וכיום יש טיפולים טובים ומקצועיים לבעיות שונות. לעתים קרובות לצד הפרעת הקשב יש בעיה אחרת, וזה מקשה על האבחון. מכיוון שפעמים

רבות לא טופלה הפרעת הקשב במשך שנים, מובן למה כה רבים מהמבוגרים שסובלים ממנה סובלים במקביל גם מבעיות אחרות, שחלקן הופיעו לצד הפרעת הקשב וחלקן התפתחו עם השנים. לחלק יש לקויות למידה שונות, וגם הן יכולות להשפיע על הריכוז ועל התפקוד במסגרות של עבודה ולימודים. עוד סיבה לאחת הטעויות העיקריות באבחון היא נטייתם של רבים, פונים ומטפלים, לייחס להפרעת קשב בעיות שונות, כאשר יש גורם אחר שיכול להסביר את מגוון התסמינים. הפרעת הקשב היא "מקובלת חברתית" כיום, ועל כן נוח לכולנו לייחס לקשיי קשב וריכוז את הבעיות ביחסים, חוסר ביטחון עצמי ואפילו קושי בהתארגנות ובמיצוי עצמי, כאשר בעצם מדובר בסוגיות הנוגעות למבנה הנפשי של אדם או למשברים ולמנגנוני הסתגלות. לכן צריך להיזהר מקביעת אבחנה, בלי להתחשב בשאר הגורמים האפשריים.

ההבחנה בין הפרעת קשב לקשיי קשב הנובעים מסיבות אחרות מורכבת ודורשת ניסיון רב, מכיוון שאין בדיקה חד משמעית, פיזיולוגית או ממוחשבת, המעידה על קיומה של הפרעת קשב; ממש כשם שאין בדיקה פיזיולוגית חד משמעית המעידה על דיכאון, חרדה, בעיות אישיות וכיוצא באלה. מבולבלים? בצדק. זה אכן מבלבל. מגוון האפשרויות ומה שנקרא בשפה מקצועית "אבחנה מبدלת" ו"קומורבידיות" (אבחנה מبدלת היא הבחנה בין שני מצבים, למשל בין חרדה להפרעת קשב. קומורבידיות היא מצב שבו אדם סובל גם מהפרעת קשב וגם מהפרעת חרדה) מדגישים עד כמה חשוב לעבור אבחון מסודר ומקצועי. בשביל זה יש מומחים, ולמומחיות יש חשיבות עצומה באבחון הפרעת קשב וריכוז.

חשוב להבין שהאבחנה של הפרעת קשב וריכוז כיום היא אבחנה קלינית בעיקרה. אבחנה קלינית פירושה אבחנה באמצעות שיחה ומידע שאוסף רופא מומחה, הבוחן את כל הנתונים ומגיע למסקנה. אין כיום בדיקה פיזיולוגית, כמו בדיקת דם או בדיקת CT (סריקת מוח), שיכולה לאבחן בוודאות של מאה אחוז אם יש לכם או אין לכם הפרעת קשב וריכוז. לכן האבחון מבוסס על מגוון כלים שביחד מאפשרים לרופא מנוסה בתחום לקבוע את קיומה או את היעדרה. הרופא ישתמש במה שילמד במהלך שיחה איתכם, בשאלונים ובבחינת ההיסטוריה שלכם, לעתים גם בשיחה עם בני משפחה ובני זוג ובמידת הצורך במבחנים ממוחשבים.

פגשנו לא מעט אנשים שהתחילו אימון או טיפול בהפרעת קשב, גם כשלא אובחנו מעולם. הם טענו שהם לא זקוקים לאבחון על פי דרישת גורם רשמי כלשהו, אבל ברור להם שהם סובלים מהפרעת קשב והם פשוט רוצים לטפל בה. במקרים מסוימים זוהי טענה הגיונית, אך היא עלולה גם להוביל לטיפול מבולבל ולא מקצועי. זהו קיצור דרך, ובהתחשב בעלויות הסבירות של אבחונים (בחינם בקופות החולים ובמחיר סביר באופן פרטי), אנו חושבים שלא כדאי לעשות אותן.

אילו מבוגרים מגיעים בדרך כלל לאבחון?

1. אנשים שסובלים שנים מהפרעת קשב ברורה, ולעתים אף אובחנו בילדות, אך לא טופלו;
2. אנשים שסבלו שנים מקשיי קשב או ריכוז, אך הצליחו להתמודד עד כה בכל מיני דרכים וכעת רוצים לדעת אם יש להם הפרעת קשב;
3. אנשים שלא חשבו מעולם שקשייהם נובעים מהפרעת קשב, אבל בעקבות כתבה שקראו ושעוררה בהם הזדהות או אבחון של אחד הילדים או מישו מהסביבה חושדים שאף הם סובלים מההפרעה;
4. אנשים שסובלים מזה שנים רבות מבעיות שונות ובכלל זה בעיות ריכוז, ומעוניינים לדעת אם הגורם לרוב קשייהם הוא הפרעת קשב.

מי עורך את האבחונים?

רק רופא פסיכיאטר מומחה, רופא נויורולוג מומחה או רופא משפחה מומחה שעבר הכשרה מיוחדת של משרד הבריאות יכולים לאבחן הפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים. הפסיכיאטר נעזר בראיונות, בשאלונים ובמבחנים ממוחשבים או מבחנים פסיכולוגיים/נוירופסיכולוגיים. את הראיונות והמבחנים יכולים לערוך אנשים שונים שעוסקים בתחום הפרעות הקשב (מאבחנים, פסיכולוגים), אבל הפסיכיאטר/נוירולוג יהיה זה שיסכם את התוצאות, ובעזרת בדיקה, תוך כדי שיחה עמכם, יגיע למסקנה הקובעת אם יש לכם הפרעת קשב. למבוגרים רבים נוח יותר במקרים רבים לפנות לנוירולוג, כי התדמית שלו מאיימת עליהם פחות מזו של פסיכיאטר.

כשזה נוגע למבוגרים, אנחנו, באופן אישי, מעדיפים אבחונים שנעשים בידי פסיכיאטר או מערבים בתהליך איסוף הנתונים פסיכולוג או נויורופסיכולוג. בניגוד לילדים, אצל מבוגרים עוברות שנים רבות עד שהם מגיעים לאבחון. במשך השנים האלה הם מפתחים הרגלים ודרכי התמודדות עם קשיים, שעשויים להשפיע על האבחון. במקרים רבים ההתמודדות מביאה עמה תופעות שונות כמו דיכאון, חרדה או התמכרויות. לחילופין, תופעות כמו דיכאון וחרדה יכולות, כאמור, לגרום לבעיות ריכוז, גם אם אין הפרעת קשב אמיתית. לכן בגיל המבוגר, כשאינן סימנים נויורולוגיים בולטים, כגון רעד בגפיים, הפרעות תנועה, איבוד הכרה או הפרעות בדיבור ובראייה, כדאי לפנות דווקא לפסיכיאטר מומחה לצורך האבחון, כי הוא יוכל להבחין מה הגורם האמיתי לבעיה ואם היא משולבת עם בעיה אחרת.

מהו תהליך אבחון מקצועי?

עקרונית אפשר לעבור אבחון אצל כל פסיכיאטר או נויורולוג, אך כמו בכל תחום ברפואה, ואולי במיוחד בשל מורכבות האבחנה, חשיבות המומחיות היא עצומה. ניסיונו מלמד, שפנייה לרופאים שאינם מומחים בהפרעת קשב אצל מבוגרים מחוללת נזק לעתים. הפונה מרגיש שקיבל מענה, אך

ברוב המקרים המענה היה לא מדויק ומנע ממנו לקבל אבחון נכון או טיפול מתאים. יש בארץ היום כבר לא מעט רופאים עתירי ניסיון בתחום הפרעת קשב אצל מבוגרים, וכדאי לעשות עוד מאמץ קטן ולמצוא אותם. לא תמיד מדובר בעלות גבוהה יותר; לעתים זה כרוך בבירור באמצעות האינטרנט או הטלפון או בהמתנה של זמן מה בתור; לא מעבר לזה.

תהליך אבחון מקצועי כולל תמיד הערכה רפואית של פסיכיאטר, נוירולוג או רופא משפחה מורשה: זהו ריאיון שנערך בשיחה אחת מעמיקה או שתיים, ומטרתו לבדוק אם יש הפרעת קשב כמו גם הפרעות רפואיות או רגשיות אחרות. ככלל הרופא מנסה להבחין בין הפרעת קשב אורגנית לבין קשיי קשב שהם תולדה של גורמים אחרים.

יש מספר שאלות בסיסיות שעל הרופא לשאול את עצמו ואתכם: כמה זמן אתה סובל מבעיית קשב? מה המאפיינים שלה? האם בעיית הקשב מתעוררת בשל גורמים חיצוניים או פנימיים שניתן לזהות או שהיא עצמאית (מופיעה תמיד) ועקבית לאורך השנים? האם היא ממוקדת בתחומים מסוימים בחיים? האם יש גורמים אחרים שיכולים להסביר אותה? איך היא באה לידי ביטוי בלימודים, בעבודה, בנהיגה, ביחסים בין-אישיים ובמקומות אחרים בחיים? אבחון מקצועי יסתיים בהמלצה לתכנית טיפול מתאימה, תרופתית ולא תרופתית.

אמת המידה המקובלת לאבחון מתבססת על ספר ההפרעות הפסיכיאטרי DSM, והרופא משתמש בו ככלי עזר מרכזי. בחלק מהמקרים, לפי שיקול דעת הרופא וסגנונו, ישולבו באבחון גם מבחנים ממוחשבים (כגון TOVA, BRC), שאלונים ואבחון נוירופסיכולוגי מלא.

הגדרת ה-DSM-V (מהדורת 2013) להפרעת קשב וריכוז (תרגום חופשי)

A. הקריטריון לאבחון ADHD על פי ה-DSM-5 הוא שאחד ו/או שניים מתוך שני התנאים שלהלן מתקיים באופן קבוע אצל הנבדק ומפריע לתפקוד או להתפתחות:

1. מוסחות – שישה או יותר מתסמיני אי הקשב שלהלן הופיעו במשך ששת החודשים האחרונים או יותר בצורה שמשקפת את חוסר יכולת ההסתגלות של הנבדק ולא תואמת את רמת התפתחותו או משפיעה לרעה במישרין על הפעילות התעסוקתית או האקדמית:

הערה: התסמינים אינם נגרמים עקב הפרעה אחרת. עבור מבוגרים נדרשים לפחות חמישה מהתסמינים:

א. לעתים קרובות אינו מקדיש תשומת לב לפרטים או עושה שגיאות בלימודים, בעבודה או

- בפעילות אחרת (לדוגמה מדלג על פרטים או עובד בצורה לא מדויקת).
- ב. לעתים קרובות מתקשה לשמור על הקשב למשך זמן במטלות או במשחק (לדוגמה קושי לשמור על קשב בזמן הרצאות, שיחות או קריאה ממושכת).
- ג. לעתים קרובות נראה כמי שאינו מקשיב כשמדברים אליו (הראש במקומות אחרים).
- ד. לעתים קרובות אינו עוקב אחר הוראות ומתקשה להשלים מטלות, כגון עבודות בית ספר, מטלות בעבודה וכו' (לדוגמה מתחיל משימה אך לא מסיים).
- ה. לעתים קרובות מתקשה בארגון מטלות ופעילויות (לדוגמה קושי בביצוע מטלות מרובות שלבים, עבודה לא מאורגנת, קושי בניהול לוח זמנים).
- ו. לעתים קרובות נמנע, סולד או מעדיף שלא לעסוק בפעילויות הדורשות מאמץ מנטלי ממושך (למשל הכנת פרויקטים באוניברסיטה, קריאת מאמרים ארוכים).
- ז. לעתים קרובות מאבד חפצים הדרושים למטלות או לפעילויות (למשל ספרים, כלי עבודה, מסמכים או מפתחות לרכב).
- ח. לעתים קרובות מוסח בידי גירויים חיצוניים (אצל מבוגרים סעיף זה יכול לכלול מחשבות על עניינים אחרים).
- ט. לעתים קרובות שכחן בפעילויות יומיומיות (מטלות של הבית, תשלומי חשבונות, להחזיר שיחות ללקוחות, לשכוח פגישות חשובות).

2. היפראקטיביות ואימפולסיביות – שישה או יותר מהתסמינים להלן של היפראקטיביות ואימפולסיביות התקיימו במהלך ששת החודשים האחרונים או יותר בצורה שמשקפת את חוסר יכולת ההסתגלות של הנבדק ולא תואמת את רמת התפתחותו. אצל בני 17 ומעלה נדרשים לפחות חמישה תסמינים.

- א. לעתים קרובות ידיו ורגליו נעות בחוסר מנוחה.
- ב. לעתים קרובות קם מכיסאו במצבים שבהם מצופה ממנו להמשיך לשבת (למשל יוצא מספר פעמים באמצע ישיבה חשובה במשרד).
- ג. לעתים קרובות רץ או מטפס במצבים שבהם לא נהוג לעשות זאת (אצל מתבגרים או מבוגרים הביטוי יכול להיות רק תחושת אי־שקט עזה).
- ד. לעתים קרובות חש קושי לשחק או ליהנות מפעילויות פנאי בשקט (לדוגמה לא מסוגל לקרוא ספר או לראות סרט בלי לדבר).
- ה. לעתים קרובות נמצא בחוסר שקט, מתנהג כאילו הוא מחובר למנוע (למשל לא מסוגל לשבת בנחת במסעדה עם חברים או שאחרים מתייחסים אליו כחוסר מנוחה או שקשה

לעמוד בקצב שלו)

- ו. לעתים קרובות מדבר ללא הפסקה או בצורה מוגזמת.
- ז. לעתים קרובות פולט תשובות לפני תום השאלה או מתפרץ באמצע המשפט (למשל משלים משפטים של אחרים כי "כבר הבנתי").
- ח. לעתים קרובות מתקשה לחכות לתורו.
- ט. לעתים קרובות מפריע או מציק לאחרים (למשל משתמש בכלים של אחרים בלי לבקש רשות או מתחיל לעשות דברים במקומם בלי רשותם).

מלבד זאת כדי שלקריטריונים יהיה תוקף, נדרשים התנאים שלהלן:

B. חלק מתסמיני ההיפראקטיביות, האימפולסיביות או העדר הקשב, הגורמים לבעיה, הופיעו לפני גיל 12.

C. חלק מהתסמינים יופיעו בשתי מסגרות התייחסות לפחות (למשל בית ועבודה או בית ולימודים).

D. חייבת להיות עדות ברורה של פגיעה תפקודית בבית, בלימודים או בעבודה.

E. התסמינים אינם מופיעים במהלך ההתפתחות של הפרעה התפתחותית נרחבת (PDD), סכיופּרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת, ולא ניתן להסבירם טוב יותר על ידי הפרעות נפשיות אחרות, כגון הפרעות מצב רוח, הפרעות חרדה, הפרעות דיסוציאטיביות או הפרעות אישיות כלשהן.

אם הקריטריון לאבחון ADHD חל על הנבדק (כלומר הוא עומד בכל התנאים מ-A עד E), ניתן להגיד שאותו נבדק הוא בעל הפרעת קשב, ריכוז והיפראקטיביות וההפרעה שלו מסווגת כאחת מההפרעות להלן:

הפרעה משולבת – העדר קשב, היפראקטיביות ואימפולסיביות (Combined presentation), כשהקריטריון הראשון, מוסחות, והקריטריון השני, היפראקטיביות ואימפולסיביות, מופיעים בששת החודשים האחרונים או יותר.

הפרעת העדר קשב (Predominantly inattentive presentation), כשהקריטריון הראשון מתקיים, והשני לא.

הפרעת היפראקטיביות ואימפולסיביות (Predominantly hyperactive/impulsive presentation), כשהקריטריון השני מתקיים, והקריטריון הראשון לא.

יש לציין באבחנה גם את עוצמת ההפרעה:

קל (Mild): כאשר מופיעים מעט תסמינים שעוצמתם מעל הדרוש, והם גורמים להפרעה קלה בתפקוד החברתי או התעסוקתי.

מתון (Moderate): כאשר עוצמת התסמינים והפגיעה התפקודית נמצאות בין קל לקשה.
חמור (Severe): כאשר מופיעים תסמינים רבים שדי בהם לאשר את האבחנה, וחומרת חלקם קשה ומשמעותית או כאשר התסמינים גורמים לפגיעה משמעותית בתפקוד החברתי או התעסוקתי.

כלי עזר לאבחון – מבחנים ממוחשבים (מבחני CPT)

המבחנים הממוחשבים נחוצים לעתים כדי לחדד את האבחנה. ניתן לערוך אותם ברוב קופות החולים בעלות נמוכה. העוסקים בתחום מסכימים שמבחני ביצוע וקשב ממוחשבים חשובים לאבחנה, אך לא מספיקים כשלעצמם, ולעתים כשהאבחנה ברורה בהחלט, אין חובה לערוך אותם.

המבחנים הממוחשבים (CPT- Continuous Performance Test) הם בבסיסם אבחוני תפקוד מתמשך, המאפשרים הערכה אובייקטיבית של מרכיב הקשב שלנו על ידי ביצוע מטלה משעממת יחסית לאורך זמן. בארץ משתמשים במבחן TOVA, אבל היום עוברים יותר ויותר למבחני Moxo או BRC שהם מקיפים יותר ונותנים תשובות למספר מדדים נוספים. ובכל זאת, אף שהמבחנים המעודכנים נותנים תשובות רבות יותר, עדיין הם עלולים לספק ממצאים מטעים: יש אנשים עם הפרעת קשב שהמבחן לא יצליח לגלות אותם, ולעומתם יש אנשים ללא הפרעת קשב שדווקא יאובחנו כסובלים ממנה.

אז למה עורכים אבחוני הפרעת קשב ממוחשבים? כי התרשמות של פסיכיאטר מנוסה אמנם מספיקה על פי רוב כדי לאבחן, אבל אבחון ממוחשב יכול לחזק את האבחנה ולתת חיזוק למאובחנים ספקנים או לבני משפחתם שהאבחון מדויק.

TOVA (Test of Variables of Attention) הוא מבחן ותיק, הבודק מדדים שונים המרמזים על הפרעת קשב, כגון זמני תגובה, יכולת תיקון טעויות, עקביות התגובות שלנו, תגובות אימפולסיביות וחולמנות. יש לזכור שהמבחן לא בוחן במישרין היפראקטיביות. הנבדק מבצע מטלה חדגונית עם גירויים המופיעים מדי פעם, ונבדקת יכולת התגובה שלו. לאחר ביצוע החלק הראשון (הנמשך כ-22 דקות) מתקבלת תוצאה המאפשרת להחליט אם יש צורך לעבור את המבחן שוב. אם כן, ייטול הנבחן ריטלין, וכעבור שעה וחצי יחזור על המבחן. מבחן TOVA יכול לסייע בבדיקת יעילות הטיפול בריטלין.

Moxo הוא מבחן חדש יחסית אשר פותח בארץ. הוא בוחן מדדים שונים המרמזים על הפרעת קשב, כגון איכות הקשב, אימפולסיביות, תגובות אימפולסיביות, היפראקטיביות ותזמון. הנבדק מבצע מטלה חדגונית עם גירויים המופיעים מדי פעם, ונבדקת יכולת התגובה שלו. המבחן מכיל מסיחים מגוונים יותר מאשר מבחן Tova, והוא מציג נורמות (השוואות) מעודכנות לישראל.

BRC (Brain Resource Cognition) היא בדיקה ממוחשבת המופעלת באמצעות מסך מגע ומספקת אבחון מקיף של התפקודים הקוגניטיביים. הבדיקה אורכת עד 90 דקות, ותוצאותיה נשלחות לפענוח בחו"ל. התשובות מגיעות לאחר כשבוע-שבועיים. הדוחות שמתקבלים מתארים את הפרופיל הקוגניטיבי שלכם על ידי השוואה לנורמות על פי גיל, מגדר ומספר שנות לימוד. בדיקה זו נרחבת יותר, ולכן יכולה לתת פרופיל מקיף יותר של סוגי קשיים שונים, שייתכן שאתם סובלים מהם, וכן לרמוז על קשיים אחרים. במבחן זה נבדקים המשתנים האלה: תפקוד סנסור-מוטורי, זמן תגובה, יכולת הערכת זמן, זיכרון מילולי (זיהוי ושליפה), זיכרון מידי וזיכרון לטווח ארוך, זיכרון ויזואלי מרחבי, קשב מתמשך והסטת קשב, יכולת הבחנה בין מסיחים למטרה, תפקודים ניהוליים, יכולת ויסות עצמי ולמידה מטעויות, יכולת תכנון וארגון.

יתרונות וחסרונות של מבחני CPT

היתרונות של מבחני CPT:

- המבחנים משווים את התפקוד של הנבדק לביצועי נבדקים "רגילים" בגילו ולביצועי נבדקים עם הפרעת קשב.
- בשונה מהשאלונים ומהראיונות, המבחנים מספקים נתונים אובייקטיביים ולא שיפוטיים על הקשב של הנבדק.
- כאשר עורכים מבחן ללא תרופה ואחר כך עם תרופה, ניתן ללמוד על יעילות הטיפול התרופתי.
- בדיקה תקופתית באמצעות מבחן CPT יכולה להיות מדד ליעילות הטיפול או המינון התרופתי.

החסרונות של מבחני CPT:

- קשב הוא יכולת מורכבת, ויש סוגי קשב שונים, כגון מיקוד וסינון, קשב חזותי, קשב מתמשך, הפניית קשב וניהול קשב. ה-CPT בודק רק את אלה שנמצאו מרכזיים בהפרעת קשב, ריכוז והיפראקטיביות (יש לציין שמבחן ה-BRC מקיף יותר ובודק גם מדדים נוספים הקשורים בפגיעות מוחיות ולקויות למידה, כגון שליפת מילים).
- לעתים הגירויים במבחנים פשוטים מדי ולא משקפים את הגירויים המורכבים שבהם נתקל האדם ביומיום.
- החדר השקט שבו נערך המבחן לא משקף את המציאות.
- מצבו של האדם בזמן המבחן (מצב רוח, לחץ, עייפות וכו') ישפיע על התוצאה.

בשל רמת הטעות המובנית במבחני CPT, לא נכון יהיה להסתמך עליהם כעל קריטריון יחיד לאבחנה, אלא כעל כלי אחד בתוך מערך האבחון השלם של הפרעת קשב וריכוז. על כן רופא מנוסה לא יקבע אבחון רק לפי בדיקת CPT.

כלי עזר נוספים

שאלונים

השאלונים (סולמות הערכה) מאפשרים לרכז במהירות מידע על העבר ועל ההווה של האדם הסובל מהפרעת קשב וריכוז. אלה שאלונים בינלאומיים המקובלים במדינות רבות ומבוססים על אמות המידה של הפרעת קשב אצל מבוגרים, כמו גם על הכרת אופן התפתחותה ואיתור התופעות המאפיינות מבוגרים אלה. שאלונים נפוצים במיוחד הם Wender-Utah Rating Scale ודומיו, המשמשים לסקירת ההיסטוריה של המאובחן, או שאלון ASRS, שנותן בעיקר את תמונת המצב הנוכחי ומשמש למעקב בזמן הטיפול. אפשר למצוא אחדים מהשאלונים גם באינטרנט. חלק מהם ממלא הנבדק עצמו, וחלקם – בני משפחתו.

(NEBA (Neuropsychiatric EEG-Based Assessment Aid

זהו מבחן ממוחשב חדש שאושר רק בשנת 2013, ועד עתה נבדק רק אצל ילדים ובני נוער. המבחן אורך 15-20 דקות שבהן מחברים את הראש לחיישני EEG, ובוחרים סוגים שונים של גלי מוח (גלי בטא ותטא). במבחן מבקשים לאתר שילובי גלים שנמצאו אופייניים לסובלים מהפרעת קשב וריכוז. מבחן זה טרם נמצא בשימוש רחב, ועדיין לא הגיע לישראל.

אבחון נוירופסיכולוגי מלא

זהו אבחון שכיח פחות, ואם אין הכרח לבצעו משתדלים לדלג עליו. הוא נחוץ, כשעולות שאלות אבחנתיות מורכבות או כשיש צורך לקבל הקלות במבחנים כמו מבחני פסיכומטרי. במקרים אלה אין ברירה, אלא לעבור אבחון כזה שהוא על פי רוב יקר (כמה אלפי שקלים) ואורך מספר שעות. אבחון נוירופסיכולוגי מורכב מסדרה של מבחנים שונים שאותם עורך נוירופסיכולוג. הם מאפשרים לבדוק מגוון בעיות קוגניטיביות ולאחר את הגורם הנוירולוגי או הפסיכולוגי המקשה על המטופל. המבחנים מחדדים את התשובות לשאלות רבות שעשויות להשפיע על הטיפול; למשל: האם מדובר בבעיית שליפת מידע או בבעיית קליטה? האם הקושי העיקרי הוא במהירות התגובה או שמא מדובר בקושי בניתוח המידע או בביצוע רצף של פעולות? אבחון נוירופסיכולוגי הוא כלי מקיף, אבל גם הוא כשלעצמו אינו מהווה אבחון מלא, אלא משמש כלי בידי הפסיכיאטר כדי לחדד את האבחנה ולהמליץ

אבחונים שגויים או שטחיים

ברור לנו שרבים מהקוראים בספר זה לא עברו אבחון מקצועי מימיהם, אך ביקרו במהלך חייהם אצל רופא, ואף קיבלו טיפול תרופתי להפרעת קשב, לעתים אף אחרי שיחה של חמש דקות. במקרים רבים סביר שהיה זה רופא שאינו מומחה להפרעת קשב. אמנם כל פסיכיאטר או נוירולוג רשאי לאבחן הפרעת קשב, אבל לדעתנו הנושא רציני מדי ובעל השפעות מרחיקות לכת על חייכם מכדי להסתפק בבירור כזה. אם השיחה היתה מהירה ושטחית, סביר שלא קיבלתם את כל "חבילת" האבחון: המלצות טיפול רחבות; ליווי בתהליך הבנת מקומה של הפרעת הקשב בחייכם; הסבר על ביטויים ספציפיים של ההפרעה אצלכם. רוב המטופלים שהכרנו יצאו אחרי מפגש עם הרופא עם מרשם ביד, תרופות שלא ברור להם איך ומתי כדאי להשתמש בהן ותחושה שהטיפול מתמצה בזאת.

הסיפור על רונית עשוי להמחיש זאת. רונית (שם בדוי), סטודנטית לאדריכלות, פנתה לנוירולוג כלשהו בקופת החולים שלה שהיה זמין באותו שבוע, כדי לבדוק אם יש לה הפרעת קשב ולקבל מרשם לריטלין. היא סיפרה לו על תקופת מבחנים לחוצה העומדת בפתח ועל קשיי ריכוז רבים שיש לה. אחרי ארבע דקות שלמות נתן לה הרופא מרשם לריטלין LA וביקש שתעבור גם אבחון ממוחשב ותחזור אליו עם התוצאות כעבור שבועיים. רונית הודתה לרופא ועברה את האבחון הממוחשב שאת תוצאותיו הבינה באופן כללי בלבד. כעבור שבוע החלו הבחינות. רונית נטלה את הריטלין, אך סבלה מתופעות לוואי רבות, ואחרי יומיים הפסיקה ליטול אותו. היא הסיקה שריטלין לא יכול לעזור לה (ולכן להבנתה מיצתה את אפשרויות הטיפול), והחליטה שאין טעם לחזור לנוירולוג. רונית המשיכה בלימודיה עוד שנתיים, נכשלה בקורסים רבים וחשה מצוקה עצומה. אז פנתה שוב לרופא, אך הפעם לרופא מומחה ששמעה עליו המלצות. בעקבות האבחון היא החלה טיפול תרופתי עם מעקב מסודר והנחיות ברורות. היא הבינה שטיפול בהפרעת קשב אינו טיפול עצמי, אלא טיפול בהנחיית רופא, המכסה את ההיבט התרופתי, לצד אימון ADHD שסייע לה לעבוד על קשיים רבים: התחלת משימות, דחיינות, התארגנות, התמודדות עם הסחות ועוד. רונית בזבזה שנתיים של סבל מיותר ונאלצה לחזור על רוב הקורסים בשל תהליך לא נכון. הדמעות, הפגיעה בדימוי העצמי, הכספים ששילמה על קורסים חוזרים; כל אלה יכלו להימנע.

רונית, לצערנו, היא רק אחת מרבים שחושזים שיש להם הפרעת קשב ואז ממסמסים את התהליך: קופצים למסקנות בעצמם, פונים לרופאים לא מתאימים, מוותרים על אבחון ממוחשב שרופא המליץ עליו בשל הסרבול בקביעת התור. אם אתם רוצים לנהל בעצמכם את תהליך האבחון והטיפול, זכרו שניהול משימות כאלה הוא בדיוק הצד החלש אצל אנשים עם הפרעת קשב (התמודדות עם בירוקרטיה, קביעת תורים קדימה, התמדה בתהליך ועוד). ראינו יותר מדי אנשים שבזבזו עקב כך

שנים יקרות מחייהם. האופציה החלופית כמובן היא להיעזר באנשי מקצוע או במכונים. עוד פרקטיקה נפוצה אצל אנשים שחושדים שיש להם הפרעת קשב היא לפנות לרופא משפחה ולקבל ממנו הפניה לבדיקה ממוחשבת. כשהם מקבלים תשובה חיובית בבדיקה, הם פונים שוב לרופא המשפחה שנותן להם טיפול תרופתי. זוהי טעות כפולה: גם משום שהמבחנים הממוחשבים בודקים בעצם קשיי קשב, ולכן כל אדם שהוא מספיק לחוץ/מוטרד/מדוכא או סובל ממגוון בעיות יוצג כסובל מהפרעת קשב, וגם משום שכל אדם כמעט יכול להראות שיפור, אם הוא עושה מבחן כזה בשנית לאחר נטילת ריטלין. זאת ועוד, רופא המשפחה לא מומחה במינוני וסוגי התרופות להפרעת קשב. התוצאה יכולה להיות שילוב של אבחון וטיפול שגויים.

איפה אפשר לעבור אבחון?

יש מכונים רבים ורופאים מומחים המציעים אבחונים. כל עוד אלה מקומות או אנשים רציניים, הדומה ביניהם עולה על השונה. אפשר לעבור אבחון בחלק מבתי החולים, במכונים השייכים לקופות החולים, במכונים פרטיים או אצל רופאים פרטיים המומחים להפרעת קשב וריכוז. כפי שאמרנו, אנו ממליצים שלגורם המאבחן תהיה הבנה מעמיקה בהפרעת קשב אצל מבוגרים. הדרך לברר אם משהו מומחה בתחום היא לשאול אותו וגם לבדוק באינטרנט או אצל מטופלים אחרים. כשמחליטים איפה עוברים את האבחון (בהתאם להמלצות, לנוחות גיאוגרפית ולהתרשמות שלכם), חשוב לקבל אבחנה מנומקת ומבוססת והמלצה על תהליך מקיף, כדי שיתאימו לכם תכנית טיפול תרופתית ולא תרופתית בהתאם לצרכים שלכם. באבחון יכולים להמליץ לכם על תרופה ספציפית, על אימון ממוקד להפרעת קשב כדי לרכוש כלים ואסטרטגיות, על הוראה מתקנת, על הכנה אקדמית או על טיפול פסיכולוגי – הכול בהתאם לתכנים שעלו. כלומר: מטרת האבחון אינה לקבל "חותמת" על כך שיש לכם הפרעת קשב, אלא בעיקר לעשות את הצעד הראשון בדרך לטיפול בהפרעה, בין אם בעבודה עצמית בדרכים המתאימות לכם או עם אנשי מקצוע.

במכונים בהם יש טיפול משולב של רופא, מאמן או פסיכולוג ניתן ליישם את המלצות האבחון במקום אחד שבו יש קשר בין אנשי המקצוע ויש מטופלים שמעדיפים זאת. לחילופין, יש כאלה שנוח להם לעבור אבחון אצל רופא מסוים וטיפול אצל איש מקצוע אחר או כאלה העוברים אבחון במקום אחד ואת הליווי התרופתי הסדיר מקבלים אצל רופא אחר.

כדי להתחיל את התהליך, יש לקבוע תור לרופא מומחה או למכון. אם יש צורך במבחן ממוחשב, הרופא מפנה אליו. עלות המבחנים הממוחשבים נמוכה, ועל פי רוב היא ממומנת בחלקה בידי הקופה. אבחון אצל רופא פרטי אורך בדרך כלל שני מפגשים; כל מפגש עולה כמה מאות שקלים, כמקובל אצל רופאים פרטיים. הבחירה בין רופא פרטי לרופא קופה נובעת משיקולי הבחירה המקובלים בין רפואה פרטית למוסדית – תורים, רמת התמחות, נוחות וכדומה. אם אתם עומדים להיות סטודנטים,

כדאי לברר לפני האבחון ביחידה ללקויי למידה וקשב במוסד שבו אתם עומדים ללמוד אילו סוגי אבחון הם מאשרים. רבים שילמו על אבחון במוסדות נחשבים ולאחר מכן האוניברסיטה או המכללה לא הכירו בכך, והם נאלצו לעבור אבחון נוסף ולשלם שוב.

מה בנוגע לשאלונים ולמבחנים לאבחון עצמי שיש באינטרנט?

באינטרנט ניתן למצוא בקלות עשרות דוגמאות של שאלונים לאבחון עצמי. מלבדם יש גם תוכנות לשימוש חופשי ושירותי אינטרנט שמדמים מבחני קשב מתמשך (CPT), בדומה למבחני TOVA. אבל כבר הבנתם ודאי שלא די באבחון ממוחשב כדי לאבחן. מבחנים אלה טובים בעיקר כדי לעזור לכם להבין, שכדאי להגיע לאבחון מסודר. אם עולה בכם החשד שיש לכם או לבן משפחה הפרעת קשב, אפשר לבצע אבחון עצמי כזה מתוך הבנה שלא מדובר באבחון אמיתי, אלא בבדיקת כיוון שתעזור לכם להתקדם לאבחון אמיתי.

המפגש הרגשי עם תוצאות האבחון

חלק חשוב מאוד מהאבחון הוא ההתמודדות הרגשית עם האבחנה. רבים מהמטופלים שלנו זוכרים היטב את הרגע שבו אמר להם איש מקצוע: "יש לך הפרעת קשב וריכוז." על פי רוב היה זה רגע של בלבול ושל רגשות מעורבים – חששות לצד תחושת הקלה: "אז יש הסבר לכל הפערים והחסרונות האלה אצלי; וואלה, לא סתם פישלתי או לא התחשק לי לעשות דברים. אבל פתאום אני מרגיש שיש סיכוי לתיקון. יש מצב שמעכשיו זה רק יילך וישתפר."

כמה שעות אחרי הבשורה בדרך כלל מתעורר גם כעס: "למה זה עולה רק עכשיו? למה אנשי מקצוע שפגשתי בעבר לא חשבו על זה? ובבית הספר? ואיפה ההורים שלי היו? ולמה לא דיברו על זה לפני עשרים שנה כמו היום?" כמעט כל המבוגרים עם הפרעת קשב וריכוז מרגישים תסכול רב על כך שהם סבלו שנים רבות, כיוון שכולם, כולל הם עצמם, ייחסו את קשייהם לבעיות אישיות, להיותם "דפוקים", ולא למקור אורגני – להפרעת הקשב. לאחר האבחון הרשמי רבים מהמאובחנים פונים לחפש בפורומים באינטרנט, בספרים או בשיחות עם אנשים אחרים שגם להם יש הפרעת קשב עוד תשובות לשאלות הרבות שמתעוררות אצלם. זהו תהליך של חקירה ורצון לדעת ולהבין מה בי קשור להפרעת קשב ונובע ממנה ומה לא.

חלק מהאנשים חשים גם בושה. אנשים אלה על פי רוב לא פנו לאבחון מיוזמתם, אלא בעקבות המלצה של יועץ אקדמי או לחץ של אדם כלשהו שמכיר אותם. "אני? הפרעת קשב? אני לא מרגיש דומה לכל מיני 'דפוקים' שהיו איתי בכיתה ושאבחנו אותם אז. מה פתאום מכניסים אותי לחבורה הזאת?" אצל אלה לעתים קרובות אף יתפתח דיכאון בתקופה שלאחר האבחון בשל הקושי לקבל שהם לוקים בדברים הנתפסים אצלם כפגמים או כחסרונות (אלה אנשים שאבחנו עלולה להחמיר את

מצבם, וחשוב שיעברו את התהליך בליווי צמוד של אנשי מקצוע מתאימים). מהסיבה הזו בדיוק יש אנשים עם מבנה אישיות מסוים שחושדים שיש להם הפרעת קשב, אך לא יפנו לאבחון, כי האבחנה לא תביא עמה הקלה, אלא תחושת בושה.

יש גם המקרה ההפוך – אנשים הכמהים לאבחנה, כאלה המחפשים את הסיבה הרפואית להיותם אנשים מסוימים. בחלק מהמקרים תאובחן אצל אנשים אלה הפרעת קשב, ובחלק מהמקרים יבין הרופא המאבחן שהמוקד הוא לא הפרעת הקשב, אלא הפרעות אחרות כמו חרדה, דיכאון וכיוצא באלה. כאמור, במקרים רבים אנשים "מעדיפים" שתאובחן אצלם הפרעת קשב ולא הפרעת חרדה או דיכאון, כיוון שקל להם יותר לעכל הפרעת קשב; הם רואים בה משהו קל יותר לטיפול, משום שמקורה גופני וניתן לשלוט בה באמצעות תרופות. חרדה נתפסת אצל אנשים רבים, שלא בצדק, כבעיה גדולה יותר, פסיכולוגית ועמוקה.

אבחון הפרעת קשב הוא ללא ספק אירוע משמעותי מאוד, ויש לו היבטים רגשיים עמוקים. רבים חווים את זהותם ואת חייהם כ"לפני" ו"אחרי" האבחנה. החוויה הופכת מורכבת יותר, כשמבינים את הביטוי של הפרעת הקשב בעבר ובהווה דרך קריאה, שיחות עם אנשים או דרך הטיפול בה אחרי האבחון. כעס, תחושת אבדן זמן והזדמנויות, שיחות עם ההורים ובני הזוג, תקווה, רצון עז לרכוש כלים ולהשתנות – כל אלה באים בעקבות האבחון, והם נקודת המוצא בטיפול התרופתי והלא תרופתי.

לסיכום:

- יש הבדל משמעותי בין הפרעת קשב אורגנית-פיזיולוגית לבין קשיי קשב הנובעים משלל סיבות אחרות. לא לכל אדם עם קשיי קשב יש הפרעת קשב.
- אם מתעורר אצלכם חשד שאתם סובלים מהפרעת קשב, פנו לאבחון. זהו תהליך קצר ויעיל שיש לו ערך בכל גיל. האבחון ימקד את הבעיה ויציע תכנית טיפול מתאימה.
- בשל מורכבות האבחנה אצל מבוגרים וקשיים רגשיים רבים שגלווים על פי רוב להפרעת הקשב בשלב זה, אנו ממליצים לערוך את האבחון אצל רופא המומחה להפרעת קשב אצל מבוגרים, רצוי פסיכיאטר.
- יש רופאים טובים ומנוסים ברוב קופות החולים (קבעו תור עכשיו, כי לעתים התורים מעט ארוכים).
- אם בעבר עברתם אבחון כלשהו שלא נתן לכם מענה מעמיק מספיק, פנו לרופא המומחה בתחום.
- אל תמססו את התהליך; יש לו השלכות רבות מדי על חייכם. אם אתם יודעים שיש לכם נטייה למסמס, רצוי לפנות למקום שמציע תהליך שלם ומקיף של אבחון וטיפול ולא לנהל

את התהליך עצמאית.

"בפעם הראשונה שאבחנו אותי וסיפרו לי מה יש לי, מה אני עובר או עברתי, הרגשתי כאילו הרופא מכיר אותי מאז שנולדתי. כאילו אני פינוקיו והרופא ג'פטו"

(ערן, 34)

"האבחון הפך עבורי לסוג של "חותמת שאני בסדר". אולי זה נשמע מופרך שהפרעת קשב זה להיות בסדר, אבל מבחינתי זה היה רגע מכונן, לא פחות. מאז התחלתי סוג של תהליך של בניית ביטחון עצמי וזהות, כשהפרעת הקשב היא חלק בלתי נפרד ממני, ולמרות האתגרים ויש לא מעטים כאלה"

(שרון, 28)

"פתאום אני לוקח על עצמי תווית, ואולי אפילו מאמץ אותה. זה מפחיד, בין השאר בגלל שזה מעלה סוגיות רבות בנושא האחריות האישית שיש לאדם על חייו, והאם ADD היא לא עוד סוג של "תיק" שאנחנו מפילים"

(טל, 35)

[4] ואם זה לא הפרעת קשב, אז מה זה?

הפרעת קשב וחברים: דיכאון, חרדה, לקויות למידה ועוד

הפרעת קשב היא הפרעה נוירית-תפתחותית. היא מופיעה בילדות, אבל במהלך השנים היא יכולה למצוא לעצמה חברים. ה"חברות" הזו יכולה להיות מבלבלת: יש אנשים שיש להם רק הפרעת קשב, יש אנשים שיש להם הפרעת קשב שמתלווה אליה עוד הפרעה כמו חרדה או דיכאון (מכונה קומורבידיות, שילוב של שני דברים), ויש אנשים שיש להם משהו שנראה כמו הפרעת קשב, אבל בעצם הוא משהו שונה לחלוטין (מכונה אבחנה מבלבלת).

רבים מהסובלים מהפרעת קשב סובלים גם מהפרעות חרדה (25%-33%), מדיכאון (20%), מתסמינים אובססיביים (כ-5%) או מבעיות התנהגות (כ-5%). שיעור לא מבוטל (20%-40%) גם מתמכרים לחומרים שונים, מאלכוהול ועד סמים.

כיום הפכה האבחנה של הפרעת קשב וריכוז פופולרית, ורבים מעדיפים, כאמור, להיות מוגדרים כסובלים מהפרעת קשב, ולו רק כדי לחמוק מאבחנה אחרת. למרות זאת, כדאי להכיר אפשרויות אחרות שגם הן עשויות לגרום לקשיי קשב וריכוז (קשיי קשב שונים מהפרעת קשב; זוכרים?) כשאנו מנסים להבין מה גורם לקשיי הקשב, אנשי המקצוע חושבים על אבחנה מבלבלת, כלומר מוודאים שאין הפרעה אחרת שמסבירה טוב יותר את קשיי הקשב שהאדם מתלונן עליהם. אבחנה מבלבלת היא ההבחנה בין תסמינים דומים שיכולים להיות ביטוי של בעיות אחרות. בעצם קשיי קשב עשויים להיות ביטוי של מגוון גורמים מעבר להפרעת קשב וריכוז כמו למשל:

- **הפרעות נפשיות**, כמו דיכאון וחרדה, מחשבות טורדניות (OCD) ושימוש בחומרים ממכרים שונים, כמו אלכוהול או סמים;
- **מאפיינים אישיותיים**, כמו הערכה עצמית ירודה או העדר כישורי תקשורת בינאישית;
- **תרופות שונות**, כמו תרופות אנטי-אפילפטיות, תרופות ללחץ דם מקבוצת הבטא-אגוניסטים ואפילו תרופות אנטי-היסטמיניות נוגדות אלרגיה;
- **מצבים גופניים שונים**, כמו תת פעילות של בלוטת התריס, אנמיה קשה והרעלת נחושת וכן מחלות כרוניות ואפילו מצבים כמו ירידה בשמיעה ופגיעה בראייה;
- **מצבים נוירולוגיים**, כמו הפרעות שינה, אפילפסיה ובעיות התפתחותיות ושפתיות;
- **גורמים סביבתיים**, כמו סביבת לימודים ועבודה לא מתאימה, קשיים במשפחה וגם סביבה אלימה או בן משפחה קרוב הסובל מבעיה שמשפיעה על סביבתו.

בעמודים הבאים הרחבנו על תופעות פיזיולוגיות או פסיכולוגיות נפוצות, המופיעות לעתים לצד הפרעת הקשב או מתגלות כמקור האמיתי לקשיי הקשב והריכוז.

קשב, ריכוז ומצב רוח

יש מגוון תופעות הקשורות במצב הרוח, שגורמות לקשיים בריכוז. כשעצובים או מאוכזבים בגלל משהו שקרה או בלי סיבה בכלל, אז גם פחות מרוכזים. אבל ההפרעות במצב הרוח שנתייחס אליהן להלן הן הפרעות כבדות יותר:

דיכאון מג'ורי (Major Depression) הוא ההפרעה הנפוצה ביותר. אפיוניו הם מצב רוח ירוד, העדר עניין והנאה כמעט מוחלטים בכל הפעילויות השגרתיות, ירידה תלולה במשקל בגלל אבדן התיאבון, נדודי שינה, תחושת אי שקט, תחושת כבדות ואבדן אנרגיה, תחושות חוסר ערך או אשמה, פגיעה ביכולת החשיבה, הריכוז והקשב, הססנות וקושי לקבל החלטות, מחשבות חוזרות ונשנות על מוות (או פחד ממוות), מחשבות אבדניות (עם או בלי תכנית פעולה), ניסיונות אבדניים. מדובר במחלה שמופיעה בגלים, ובמקרים רבים גם לאחר ההחלמה יכול לבוא עוד גל (אפיזודה) או יותר. לרוע המזל, המחלה משפיעה על כל היבטי החיים ועל הדרך שבה האדם אוכל וישן, מרגיש כלפי עצמו ותופס את האחרים. כדאי לזכור שלא כל אדם שסובל מדיכאון יחווה את כל התסמינים, וחומרתם משתנה מאדם לאדם.

דיסתימיה (Dysthymia) היא סוג קל של דיכאון, המתאפיין בתסמינים כרוניים שאמנם לא מחבלים בתפקוד בצורה כה בולטת כמו במקרה של דיכאון מג'ורי, אבל פוגעים בתפקוד התקין ובהרגשה. הדיסתימיה נמשכת שנים רבות והופכת להיות המאפיין המרכזי של האדם וחלק ממהותו.

מחלה דו־קוטבית (Bipolar Disorder), מאניה דיפרסיה) היא הפרעת מצב רוח שכוללת תקופות של דיכאון (דיפרסיה) ותקופות של מצב רוח מרומם (מאניה). בתקופה הדיכאונית יהיו תסמינים של דיכאון ובתקופה המאנית תסמינים של מצב רוח מרומם, עד כדי אבדן כושר השיפוט. המאניה משפיעה על כושר החשיבה, על כושר השיפוט ועל ההתנהגות החברתית. אנשים במצב מאני חשים אושר בלי גבולות ודאגות, שעלול לסבך אותם בצרות בזמן האפיזודה המאנית ואחריה. כשהם במאניה, יש להם המון מרץ וסף גירוי נמוך, המביאים לפעילות יתר, לאבדן עכבות ולתחושת גדלות, והם עלולים לבזבז ללא בקרה עשרות ומאות אלפי שקלים שאין להם. אם מישהו ינסה לעצור אותם, הם יגיבו בכעס.

הפרעות במצב הרוח או הפרעת קשב וריכוז?

כמו שמשממע מהפרעות מצב הרוח, בכולן יש תסמינים המשפיעים על הריכוז: אדם מדוכא מרגיש רע רוב הזמן, ועסוק במחשבות חוזרות ונשנות על מצבו הירוד, על כשלי התפקוד שלו או על אשמתו בכל מיני דברים. עקב כך נפגעות יכולת הריכוז והתפקוד שלו. אצל אדם במצב כזה המחשבות רצות כל כך מהר, שהוא כמעט לא מצליח להתרכז בשום דבר לאורך זמן, והתוצאה דומה: הוא מתקשה לתפקד ובה בעת מתרכז יותר מדי בדברים חסרי משמעות.

גם מצב רוח וגם הפרעת קשב

לעתים זוהי הפרעת הקשב שמעוררת את בעיית מצב הרוח: הילד עם הפרעת הקשב מבין שהחיים שלו קשים יותר מחיי הילדים סביבו, וקשיי ההתמודדות לאורך החיים הופכים אותו לעצוב ומדוכא יותר. בהמשך החיים עשויים קשיים אלה לקבל נופך דיכאוני, ואז המבוגר צריך להתמודד עם הפרעת קשב מזה ועם דיכאון מזה. הדיכאון במקרים אלה יהיה ביטוי נוסף ומשולב שעל האדם הבוגר להתמודד עמו. מצב זה מסביר מדוע יש אנשים שמגיעים לטיפול בדיכאון ומבינים לאחר בחינה מעמיקה שהם סובלים לא רק מדיכאון, אלא גם מהפרעת קשב.

טיפול תרופתי – גם וגם

הטיפול התרופתי המשולב צריך לתת מענה לכל אחת מההפרעות בנפרד, ולנסות לשלב את הטיפול כדי לאזן את שתיהן. במקרים כאלה ננסה לטפל בדיכאון באמצעות תרופות נוגדות דיכאון, ובהפרעת הקשב בתרופות כמו ריטלין. אפשרות אחרת היא לנסות ולשלב את הטיפול התרופתי באמצעות תרופה אחת ממשפחת ה-SNRI, כגון אפקסור או אדרונקס. תרופות אלה משמשות כיום לטיפול בדיכאון, אבל עקב השפעתן על הנוירורנסמיטור נוראדרנלין יש להן גם השפעה מיטיבה על שיפור הריכוז.

טיפול CBT בדיכאון ובהפרעת קשב

על הטיפול להתייחס לכל מרכיב לחוד ובעיקר לקשר ביניהם. טיפול כזה יעסוק בהתמודדות עם התחושות הדיכאוניות ועם דפוסי החשיבה השליליים הנובעים מהחוויות השליליות שעברו על הסובל מדיכאון ומהפרעת קשב. המטופל ילמד על המקורות של דפוסי החשיבה האלה ויקבל כלים להתגברות על מכשולים הנובעים מכל אחת מההפרעות ומשתיהן גם יחד. עוד הוא ילמד לחזק את האמון בסביבה, ליצור חיים מגוונים יותר, להתמודד עם כישלונות ועם טעויות, לעבוד על הדימוי העצמי שלו. יש מטפלים בהפרעת קשב שהוכשרו גם לטיפול מורכב יותר, ויש כאלה המתמחים אך ורק בטיפול בהפרעת קשב. אם עולים תכנים דיכאוניים משמעותיים, יש לברר עם המטפל אם יש לו הכלים לטפל בשני המרכיבים או שיש לשלב איש מקצוע נוסף.

קשב, דאגנות וחרדה

אנשים רבים סובלים מדאגנות ומחרדות. חלק מהם יעידו על עצמם שהם אחראים מאוד, ולכן עליהם לחשוב על כל האפשרויות, להתכונן ולהיות מוכנים לכל מקרה. הם עסוקים בדאגה לבני הזוג ולדברים בעבודה וגם במחשבות על דברים שאמורים לקרות בבית ועל דברים שעלולים לקרות בעתיד הקרוב או הרחוק. הם דואגים ומודאגים כל הזמן. לפעמים הדאגנות הזו מוגזמת והופכת בעצם לסוג של חרדה.

אנשים שסובלים מדאגנות מוגזמת סובלים בעצם מהפרעת חרדה מוכללת (GAD – Generalized anxiety Disorder), שמאופיינת בתחושת דאגה וחרדה קבועה וממושכת, המלווה בתסמינים גופניים שונים. החרדה שלהם אינה תגובה לאירועים מדאיגים ממשיים, אלא מצב מתמיד הנוגע להיבטי חיים רבים, כמו אירועים כלכליים ובריאותיים, לימודים או עבודה, ואפילו מחשבות על אסונות אפשריים, ומלווה בתסמינים גופניים כמו כאבי ראש, תחושת מתח וכאבי שרירים, רעידות, יובש בפה והזעה מוגברת, דפיקות לב, סחרחורות ואפילו מיחושים בבטן.

במקרים הקיצוניים יש אנשים שסובלים מהתקפי חרדה המתבטאים בתסמינים גופניים של עוררות יתר, כמו קוצר נשימה, סחרחורות, יובש בפה ותחושה שעומדים להתעלף, לצד הפחד שעומדים למות או להשתגע. אנשים חרדתיים מושפעים בכל היבטי החיים; הם עסוקים במחשבות דאגניות ואין להם כמעט רגעים של שלוה ונינוחות. הקושי הזה משפיע כמובן גם על יכולתם להתרכז ולתפקד. לדאגנות יש נטייה להגיע בגלים, כך שבתקופות מסוימות הדאגה נסבלת, ובתקופות אחרת היא משתקת. אם כן, הדאגנות והחרדה עשויות להשפיע באופן רציף או התקפי, אבל בכל מקרה הן משפיעות על יכולות הריכוז.

חרדה ודאגנות או הפרעת קשב וריכוז?

רבים מתסמיני הדאגנות והחרדה מאפיינים גם הפרעת קשב וריכוז: קושי לבצע משימה בלי לחשוב כל הזמן על דברים אחרים, הימנעות מנטילת משימות שמגבירות את הדאגה, קושי להתרכז עקב המחשבות המדאיגות ואפילו ירידה בביצועים ביחס לכישורים. רבים מהאנשים שסובלים מחרדה מוכללת מגיעים דווקא לאבחון הפרעת קשב וריכוז ולא לאבחון פסיכיאטרי כללי, כי הדאגה היא לכאורה חלק טבעי מהחיים. הם גם לא ידווחו על הדאגנות כעל משהו שמפריע להם, כי הם כבר רגילים לדאגות. במקרים כאלה ריטלין דווקא יכול להחמיר את הדאגנות המוגזמת ואת החרדה.

במקרים רבים אחרים, אנשים שסובלים מהפרעת קשב מפתחים במהלך החיים נטייה לדאגנות יתר ולרמת חרדה גבוהה. ניתן לייחס זאת להיכרותם עם קשייהם בארגון ובריכוז: הם יודעים בוודאות שישכחו משהו חשוב, ולכן הם כל הזמן מוטרדים מכך ודואגים. הם יודעים שלא יצליחו לעמוד במטלות, ולכן המחשבות על כך מטרידות אותם גם ביום וגם בלילה לפני השינה. מדובר במעין מנגנון פנימי שנועד בעצם לעזור לאדם הסובל מהפרעת קשב להתמודד עם הנטייה הטבעית שלו

לפיזור הדעת.

הטיפול

הטיפול בדאגנות ובחרדה המשולבות בהפרעת קשב צריך להתייחס לשני מרכיבי הבעיה. הסיבה לכך היא שחלק מהתרופות להפרעת קשב עשויות להגביר בתחילת הטיפול את רמת החרדה אצל אנשים שסובלים מבעיית חרדה בסיסית. במקרים כאלה כדאי לפעמים לטפל קודם כול בחרדה, ורק לאחר מכן לשלב טיפול בהפרעת הקשב, מכיוון שכל עוד החרדה נוכחת ומשפיעה, לא ניתן להשיג תוצאות טובות מבחינת הפרעת הקשב. במקרים רבים אנו משלבים תרופות נוגדות חרדה יחד עם תרופות להפרעת קשב.

כדאי לשלב בטיפול התרופתי גם טיפול רגשי כמו טיפול התנהגותי-קוגניטיבי (CBT). המטופל ילמד על מנגנוני החרדה וההימנעויות הנובעות ממנה ויקבל כלים להתגברות על מחשבות חרדתיות ועל דאגנות יתר, ובכללם הלמידה איך להשתמש באנשים הנמצאים סביבו כדי להתמודד עם הדאגנות. לפעמים יש מקום לערב בטיפול אנשי מקצוע נוספים.

הפרעת קשב קשוחה: פרפקציוניזם ומרכיבים אובססיביים

אנשים רבים מגדירים את עצמם כפרפקציוניסטים. רובם מתכוונים לכך שהם שואפים למצוינות, משקיענים ורציניים. שאיפה למצוינות עשויה להיות דבר חיובי, אך השאיפה לשלמות הופכת את הפרפקציוניסט לאדם שמתקשה לתפקד ולתחושות קשות עקב כך. שאיפה לשלמות היא שאיפה משתקת בדרך כלל.

הפרפקציוניסט מפחד לטעות, להחמיץ פרט כלשהו ולהיכשל; בכל דבר. הוא יעבור על כל מייל שולי שלוש פעמים כדי לוודא שאין טעויות, הוא ישקיע בכל עבודה בבית הספר או באוניברסיטה או במסמך לעבודה מספר מוגזם של שעות, הוא יעבוד עד שעות מאוחרות – הוא יתיש את עצמו. המחשבה על כך שיהיו בתוצריו טעויות כלשהן היא בלתי נסבלת מבחינתו. הוא יעשה הכול, כדי שלא להיתפס בטעות, וישקיע במעט דברים זמן רב. לעתים קרובות יהיו חייו מצומצמים יחסית ויתמקדו רק בתחום אחד או שניים, כי אין לו זמן או כוחות לדברים אחרים.

גם בעבודת צוות או ביחסים יש לפרפקציוניסט בעיה: במצבים שבהם הוא משתף פעולה עם אחרים יהיה זה הוא שייקח על עצמו את רוב האחריות, את כל מה שנדרש לבדוק ואת המילה האחרונה, ולעתים ישקיע פי כמה מחבריו לצוות. הוא יתקשה לסמוך על אחרים. אנשים החיים או עובדים עם פרפקציוניסט ישקיעו פחות עם הזמן, כי הם יודעים שממילא הוא יבדוק ויתקן, וכך גדל היקף העבודה שלו.

בפרפקציוניזם יש מרכיב אובססיבי: עולה מחשבה (אובססיה) שאולי העבודה לא בוצעה כמו

שצריך, ואז נעשית בדיקה (קומפליסה) נוספת, ובעקבותיה שינוי ושדרוג וחוזר חלילה. לעתים יפסיק הפרפקציוניסט לבדוק את עצמו, רק משום שהגיע מועד ההגשה, ולעולם לא יחוש ביטחון שהמשימה אכן הושלמה.

אצל פרפקציוניסטים קיצוניים התפקוד יהיה לקוי, לעתים אף לקוי מאוד. פרפקציוניסטים סובלים מדחיינות, מכיוון שאם כל שלבי המשימה לא ברורים להם לגמרי, ולתחושתם אין להם די זמן להשלים אותה, אז הם לא ייגשו כלל לביצועה. כל משימה נתפסת כפרויקט ענק. הם נוטים לחשוב על פעולות כעל "הכול או לא כלום", הם איטיים ומפיקים תוצרים טובים פחות מהמצופה מהם, מתקשים להיעזר, עסוקים בפרטים הקטנים במקום בתמונה הגדולה, מתקשים להבחין בין עיקר לטפל ומנהלים את זמנם בצורה גרועה.

פרפקציוניזם או הפרעת קשב וריכוז?

הרבה מהתסמינים האלה מאפיינים גם הפרעת קשב וריכוז: יכולת נמוכה לסיים מטלות, תפוקה מועטה, דחיינות, הימנעויות, קושי בהבחנה בין עיקר לטפל ובעיות בניהול זמן. אין פלא שאנשים אלה יגיעו לעתים קרובות לאבחון הפרעת קשב. הם יקראו את תסמיני הפרעת הקשב לפי ה-DSM, ועל רבים מהם יענו "כן": נטייה לעשות טעויות, קושי בארגון מטלות ופעילויות, קושי להתרכז בפעילות לאורך זמן ונטייה להימנע ממטלות הדורשות השקעת מאמץ מנטלי. הם לא ישוחחו עם המאבחן על הגורמים הפרפקציוניסטיים, כי הם לא רואים את הקשר. ריטלין ודומיו על פי רוב לא יסייעו להם; השינוי הדרוש כאן הוא שינוי בצורת החשיבה והשתחררות מהתנהגויות ומתפיסות פרפקציוניסטיות.

ויש מקרים של גם וגם

לעתים היתה זו הפרעת הקשב שיצרה את הפרפקציוניזם: הילד עם הפרעת הקשב הבין שהוא נוטה לצאת מריכוז ו"לאבד שליטה", ואם גדל בסביבה שלא היה מקובל לאבד בה שליטה, הוא עשוי היה לפתח שליטת יתר ומנגנוני בדיקה פרפקציוניסטיים. לעתים יהיו אלה מבוגרים עם הפרעת קשב שהצטיינו במהלך חייהם בתחומים מסוימים. הפרפקציוניזם במקרה זה היה מנגנון מפצה שנועד "לתקן" את הפרעת הקשב והריכוז. בשלב כלשהו השילוב בין המרכיבים האלה פוגע בתפקוד בצורה חדה, והם מגיעים לטיפול. הטיפול המתאים במצב כזה הוא טיפול התנהגותי-קוגניטיבי (CBT) אצל מטפל המתמחה גם בהפרעת קשב. בטיפול יש להתייחס לכל מרכיב לחוד ובעיקר לקשר ביניהם. טיפול כזה יעסוק בבירור מקורות ההימנעות והדחיינות, ברכישת כלים להתגברות על מכשולים בדרך לביצוע פעולה, בצמצום בדיקות חוזרות של פעולות והחלטות, בחיזוק האמון בסביבה, ביצירת חיים מגוונים יותר, בשינוי דפוס החשיבה הרואה את העולם בשחור-לבן, בהכוונה למציאת מגוון פתרונות, בגיוס נכונות להיכשל ולטעות, בעבודה על הדימוי העצמי ועוד. אם עולים בטיפול בהפרעת הקשב תכנים משמעותיים שנוגעים לפרפקציוניזם, יש לברר עם המטפל אם יש לו הכלים לטפל בשני המרכיבים או שיש לשלב עוד איש מקצוע.

לקות למידה או הפרעת קשב?

בציבור הרחב יש בלבול גדול בין לקות למידה להפרעת קשב וריכוז, אבל כדי שתוכלו להבין את ההבדלים, נסביר בקצרה את הדומה ואת השונה. אחד הגורמים לבלבול הוא הוויכוח בין אנשי מקצוע העוסקים בתחום על ההגדרה המוסכמת של לקויות למידה.

אבחנה רפואית של לקות למידה נקבעת דרך מבחנים סטנדרטיים בקריאה, בחשבון ובהבעה בכתב. אם הישגי הנבחן נמוכים במובהק מהמצופה על פי גילו, רמת השכלתו ורמת המשכל שלו, הרי הוא לקוי למידה. בעיות למידה מפריעות לאדם בעיקר בהקשר של הישגים אקדמיים או פעולות החיים היומיומיות, המחייבות כישורי קריאה, חשבון או כתיבה.

בהגדרתה הרחבה יותר לקות למידה היא לקות התפתחותית הפוגעת בתפקודי למידה בסיסיים (כגון קריאה, כתיבה וחישוב), ומפריעה באופן ניכר לאדם לרכוש ולבטא ידע ומיומנויות. חלק מאנשי המקצוע מחשיבים כלקות למידה את הלקויות דיסלקציה (לקות בקריאה), דיסגרפיה (לקות בכתיבה) ודיסקלקוליה (לקות במתמטיקה) בלבד, ואחרים כוללים תחתיה גם קשיים כגון הפרעת קשב ולקות שפתית, הפוגעים במיומנויות ההקשבה, הדיבור וההמשגה.

מעבר לקשיים התפקודיים, לקות למידה יכולה לעורר אצל הסובל ממנה גם מצוקה רגשית ותגובות רגשיות מגוונות, ולאורך שנים להשפיע על התאמתו למסגרות ועל מיצוי יכולותיו. **אף שיש חיפיה מסוימת בין הסובלים מלקויות למידה לבין הסובלים מהפרעת קשב, רוב אנשי המקצוע בתחום הפרעת הקשב מתייחסים אליהן כשתי הפרעות שונות, ממש כמו שחרדה והפרעת קשב הן שתי הפרעות שונות.** כשיש חשד ללקות למידה, יש להתייעץ עם הרופא על אבחון מתאים, כמו אבחון פסיכודידקטי.

[5] אימון? טיפול? תרופות? או לחכות שיעבור?

על הדרך הנכונה לטפל בהפרעת קשב – טיפול משולב

במהלך כתיבת הספר שאלנו כמה מחברינו אנשי המקצוע מה לדעתם הדבר החשוב ביותר שיש להדגיש בספר, מה יותר מכול היו רוצים שאנשים יידעו. התשובה היתה חד משמעית: **הכי חשוב שאנשים יידעו שיש מה לעשות, שיש גוף משמעותי של ידע מקצועי בנוגע לטיפול בהפרעת קשב, שהכלים נמצאים ושרק צריך לפנות לעזרה ולקבל אותם. עמית למקצוע תיאר תופעה שאנו מכירים היטב: שוב ושוב מגיעים אנשים שחשבו לאורך זמן שאין מענה אמיתי למצבם, ותמיד במהלך הטיפול חוזר המשפט "למה לא פניתי קודם? למה בזבזתי כל כך הרבה זמן וסבלתי לשווא?".** בעצם אנחנו יודעים למה אנשים רבים לא מגיעים לטיפול. מעבר לדחינות ולקושי הרגשי ולעתים הכלכלי לפנות לטיפול, עולם הטיפול בהפרעת קשב נמצא בעצמו בהפרעת קשב, ואם כתבתם פעם "הפרעת קשב וריכוז" בגוגל, ודאי קיבלתם שלל פרסומות והצעות סותרות ומבלבלות לטיפול: מכונים, מטפלים פרטיים, רפואה משלימה, תוכנות לאימון קשב, תזונה ועוד ועוד. אבל הדברים אינם כה סבוכים, ובקרב אנשי מקצוע בארץ ובעולם יש הסכמה רחבה על דרך הטיפול בהפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים. המכונים המרכזיים בתחום ואנשי המקצוע הפרטיים עובדים באותה דרך מקובלת, שתפורט כעת.

שלב ראשון: טיפול משולב בהפרעת קשב

טיפול טוב בהפרעת קשב הוא תמיד טיפול משולב שכולל טיפול תרופתי וטיפול התנהגותי-קוגניטיבי להפרעת קשב (CBT או אימון ADHD). הטיפול ההתנהגותי והאימון, שהדגש בהם הוא תפקודי, נעשים בידי אנשי מקצוע עם בסיס שונה (לעתים מטפלים התנהגותיים-קוגניטיביים, לעתים מאמנים ולעתים נוירופסיכולוגים בטיפול אסטרטגי-קוגניטיבי), אך הם דומים, ממוקדים בתפקוד ומתבססים על פרוטוקולים טיפוליים המקובלים בארץ ובעולם. כולם יעבדו על אסטרטגיות, ויסות, מתן כלים והבנת ההפרעה עם דגשים מעט שונים: מטפל CBT יהיה רגיש יותר למרכיבי חשיבה, דיכאון וחרדה, מאמן ידגיש את העשייה, ההנעה והאקטיביות ונוירופסיכולוג – את הצדדים הרגשיים והפיזיולוגיים. כל אחד מאנשי המקצוע האלה, אם הוא מומחה שצבר ניסיון בהפרעת קשב אצל מבוגרים, יעניק טיפול טוב. אם יגלה מרכיבים שבהם הוא פחות מנוסה, יידע לזהות אותם ולהפנות במידת הצורך.

יש אנשים שלא מעוניינים או לא יכולים להיעזר בטיפול תרופתי, וזה לגיטימי כמובן. במצבים כאלה נחוץ במיוחד טיפול התנהגותי-קוגניטיבי או אימון, אבל תמיד הם חשובים ונחוצים מאוד. לאיכות הקשר יש חשיבות מכרעת בטיפול, ולכן חשוב שתתחברו לרופא ולמטפל שלכם. זה לא משנה אם הטיפול נעשה במכון להפרעת קשב או אצל רופא ומטפל/מאמן העובדים בנפרד שיכולים להתייעץ ביניהם בהסכמתכם. אם אתם חשים לא בנוח עם המטפל שלכם, מצאו מישהו אחר. חשוב שתרגישו בנוח לפנות למטפל לפגישות מעקב גם לאחר תום הטיפול העיקרי, ולעתים זהו קשר שילווה אתכם מספר שנים, גם אם בעצימות נמוכה. לאלה מכם המעוניינים להבין יותר את עומק הדברים מאחורי גישה זו מומלץ לקרוא את הספר למטפלים של ארי טקמן, **טיפול משולב למבוגרים עם ADHD** (הוצאת אח).

שלב שני: קבלת כלים מאנשי מקצוע אחרים במידת הצורך

לעתים, בסיום הטיפול ההתנהגותי או במהלכו, יציעו הרופא, המאמן או המטפל להסתייע בצורה נקודתית או מתמשכת באיש מקצוע אחר, כמו מורה להוראה מתקנת לסטודנטים, מטפל המומחה בהפרעות חרדה, יועץ תעסוקתי (לאנשים עם התלבטות מקצועית), פסיכולוג (לטיפול בתכנים רגשיים שלא בהכרח קשורים להפרעת הקשב). גם טיפולים בגישות אחרות. עשויים להתאים בשלב זה למי שבוחר בהם. רוב אנשי המקצוע בתחום מכירים אנשי מקצוע מתחומים אחרים בעלי רגישות להפרעת קשב ויידעו להפנות במידת הצורך.

כלומר: בשלב הראשון של הטיפול בהפרעת הקשב מניחים את התשתית, ואם יש צורך, מחדדים נקודות נוספות בעזרת אנשי מקצוע מתחומים אחרים.

איך מתחילים לטפל?

פשוט מוצאים רופא או מטפל. רופא יוכל להפנות אתכם למטפל מתאים, ומטפל יכול להפנות לרופא שהוא בוטח בו כדי לבצע את הטיפול המשולב. אם אתם כבר מטופלים אצל רופא, אתם צריכים כעת רק למצוא מטפל. כמו בכל תחום, המלצה היא הדרך הטובה ביותר. אפשר גם לעיין באתרים של מטפלים המומחים בתחום (במבוגרים!) ולנסות לחוש בתכנים וברוח האתר אם המטפל מתאים לכם, לבקש המלצות בפורום קשב וריכוז אצל מבוגרים באתר תפוז או לפנות למכון להפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים (יש כמה וכמה בארץ). אפשר להיפגש עם שני מטפלים שונים ולחוש בהבדל. אל תתביישו לשאול עד כמה האדם מנוסה בהפרעת קשב אצל מבוגרים.

מה בנוגע לקופת חולים?

יש מספר רופאים המומחים בהפרעת קשב אצל מבוגרים, שעובדים בקופת חולים או בשיתוף עמה. ניתן לחפש מידע עליהם באתר הקופה שלכם או לנסות לברר במוקד. אימון או טיפול התנהגותי-קוגניטיבי ייעודיים להפרעת קשב הם טיפולים פרטיים בלבד, נכון לכתיבת שורות אלה, ועלותם דומה לטיפול פסיכולוגי (250-400 ש"ח לפגישה). אם אין לכם אפשרות כלכלית לממן טיפול, כדאי לקבוע מספר פגישות מצומצם ומוגדר מראש שיוקדשו לזיהוי המוקדים העיקריים ולקבלת כלים לעבודה עצמית. אפשרות אחרת היא לפנות למרכזי הכשרות למאמני ADHD ולהציע את עצמכם כמטופלים בחינם אצל מאמנים בסטאז'. במקרה זה אמנם תעבדו עם מאמן בלתי מנוסה, אבל בדרך כלל הוא נלהב ומסור ונמצא תחת הדרכה. לניסיון יש כאמור חשיבות רבה בטיפול בהפרעת קשב, אבל אם אינכם יכולים לשלם עבור טיפול או אימון, דעו שהאפשרות הזאת קיימת.

איך עובד הטיפול התרופתי?

לטיפול התרופתי, לניהולו ולכלל השאלות המעסיקות אתכם בנושא הקדשנו את חלק ג' בספר.

איך עובד טיפול התנהגותי-קוגניטיבי/אימון ADHD?

טיפולים אלה נחשבים לטיפולים קצרי מועד – 10-12 מפגשים שבועיים, ולאחר מכן עוברים למפגשי מעקב בתדירות נמוכה יותר. מדובר בתהליך אינטנסיבי ומעשי שמכוון לשינויים מוחשיים בתפקוד היומיומי, במודעות ובעולם הרגשי הסובב את הפרעת הקשב. בפגישה הראשונה בודקים מה הם הדברים החשובים ביותר הנמצאים כעת על הפרק ובוחרים במה להתמקד. הטיפול בסטודנט יהיה שונה למשל מהטיפול באם עובדת עם ילדים, אך בסיס הטיפול משותף. להלן הנושאים הנפוצים שבהם עוסקים בטיפול או אימון בהפרעת קשב. על רבים מהם נרחיב בחלק ב' שבו יוצגו כלים ואסטרטגיות מעשיות להתמודדות עם:

- תפקוד בעבודה
- דחיינות וביצוע
- ניהול זמן
- סביבת הבית
- שינה
- איחורים
- לימודים ותפקוד אקדמי

- ניהול כלכלי וניירת
- התארגנות
- יחסים בינאישיים – זוגיות, הורות

הדגשים בטיפול/באימון

מודעות והסברה

דגש חשוב בטיפול הוא על היכרות אמיתית, מעמיקה ורצינית עם הפרעת הקשב, כפי שבאה לידי ביטוי בחייכם. רוב האנשים שפגשנו, גם כאלה שאובחנו לפני שנים, חשבו שהם יודעים הכול על הפרעת קשב, אבל רובם ידעו בעצם רק דברים כלליים, ובעיקר ידעו רק מעט על הפרעת הקשב שלהם עצמם. למחסור בידע יש חשיבות עצומה, כי הוא משפיע על הדימוי העצמי, על היכולת להתמודד עם הסביבה, לשנות דפוסי התנהלות, לחיות טוב יותר. קריאת ספרים כמו הספר הזה, כניסה לפורומים או קריאה באינטרנט הן חלק מהעניין, אך לא די באלה כדי להבין את הביטוי הספציפי של הפרעת הקשב בחייכם.

מעקב תרופתי

כן, לא טעינו – מעקב תרופתי. מטפל/מאמן מקצועי ינהל מעקב תרופתי ויהיה מעודכן במינונים ובקשיים שלכם בטיפול התרופתי. זה חשוב מאוד, כי בדרך כלל נפגשים ומדברים עם המטפל/מאמן בתדירות גבוהה בהרבה מאשר עם הרופא. על המטפל/מאמן מוטלת האחריות לסייע לכם להתמודד עם הקושי שלכם עם בירוקרטיה, ניירת והטמעת הרגלים חדשים, ממש כמו עם כל עניין חשוב אחר בחייכם, הקשור לתפקוד היומיומי ולהפרעת הקשב. שיקול הדעת הרפואי הוא אך ורק של הרופא כמובן, אך על המטפל/מאמן לשלוט במידע הבסיסי, ואם עולות שאלות עקרוניות – לוודא שתקבלו עליהן תשובות מהרופא.

תכניות ומטרות

העבודה המשותפת היא מעשית ומוכוונת מטרות, הן לטווח קצר והן לטווח הארוך. בטיפול מגדירים כיוון ברור ואפשרי לשנים הקרובות, ולא מסתפקים בפתרון בעיות של הרגע. מכיוון שמבוגרים עם הפרעת קשב לא נוטים בדרך כלל לחשוב קדימה, אלא עסוקים בהישרדות בהווה (ואם חושבים קדימה, עושים זאת בצורה מעורפלת או לא מציאותית), אחריות המטפל/מאמן היא לעשות זאת עמם בדרך נכונה שיש לה קשר לחזקותיהם ולחולשותיהם.

כלים, הרגלים, אסטרטגיות

כלים מבוססי ניסיון – לניהול זמן, לביצוע משימות, להתמודדות עם הסחות, ללמידה בכיתה ואסטרטגיות להתמודדות עם ישיבות משעממות בעבודה ועם "זוללי זמן", לצמצום הימנעות ודחיינות, לניהול כלכלי, להתחלת משימות ולהשלמתן, ליכולת להגיב בוויכוח – הם ליבת עבודה המשותפת. חשוב לומר שאין הכוונה לדברים פשטניים כמו "תנהל יומן". את העצה הזו אתם כבר מכירים. אבל ייתכן שלאורך התהליך המשותף תטמיעו למשל את ההרגל של ניהול יומן שמתאים לכם ותתמודדו יחד עם קשיים בהקשר זה העולים בדרך. אם רישום וניהול משימות הוא בעיה מהותית אצלכם, תבחנו יחד עם המטפל/מאמן פתרונות שונים, עד שתמצאו את הדרך המתאימה והמעשית.

מערך סביבתי והזרכת הסובבים

מכיוון שאתם נאלצים לבזבז אנרגיה רבה על תירוצים והסברים ועל התמודדות עם ביקורת, שיפור ההתמודדות עם הסביבה הוא חלק מהעניין. המודעות שתרכשו אמנם תעזור לכם בכך, אבל חשוב שתלמדו איך לענות ולהסביר לאנשים שלא מבינים במה מדובר – אבל בטוחים שהם מבינים – מה באמת עובר עליכם. זה חשוב במיוחד בכל הנוגע להורים ולבני זוג, שיכולים להפוך מגורם פוגע ומחליש לגורם מסייע. מטפלים/מאמנים רבים אף מציעים לקבוע פגישה משותפת עם בן משפחה, כדי שישמע את הדברים מאיש המקצוע ויבדוק יחד איתו כיצד הוא אף יכול לסייע לתהליך. בחו"ל יש פרוטוקולים טיפוליים שאף מציבים את ההתמודדות עם הסביבה ואת גיוסה כדבר ראשון במעלה בטיפול. חשוב לציין שבכל טיפול יש לשים דגש על אחד הדברים המרכזיים בהתמודדות יעילה עם הפרעת קשב – ללמוד לבקש עזרה מהסביבה.

מסוגלות

אחד הדגשים בתהליך הוא רכישת מסוגלות לבצע פעולות שבעבר חשמתם שאינכם מסוגלים לבצע. דוגמה קלאסית היא היכולת ללמוד או לעבוד מהבית. רכישת מסוגלות משפרת את הדימוי העצמי ואת היכולת לתפקד בצורה טובה יותר. חלק חשוב מהיבט זה הוא גם ללמוד איפה כדאי לוותר על המאבק ואיפה להתעקש (האם חשוב שתרכשו מסוגלות לצחצח את הבית? ממש לא בטוח).

זיהוי טעויות חשיבה ותיקונן

עבודה על טעויות חשיבה היא מליבות הטיפול ההתנהגותי-הקוגניטיבי (CBT). יש אנשי מקצוע שלמדו CBT ומשלבים זאת בעבודתם, והמחקרים מראים שלטווח ארוך זהו שילוב רב ערך אצל מבוגרים עם הפרעת קשב וריכוז. טעויות חשיבה הן למשל חשיבה בשחור-לבן, הכול או כלום, השוואה קיצונית לאחרים טובים יותר ועוד. המקור הוא מחשבות אוטומטיות שהשתרשו בגיל צעיר, והמטרה היא לחשוף ולשנות אותן.

בחלק הבא, העוסק כולו בפרקטיקה ובתפקוד היומיומי של מבוגר עם הפרעת קשב וריכוז, תוכלו לחוש את רוח האימון והטיפול ההתנהגותי-הקוגניטיבי ולקבל כלים מעשיים לחייכם שלכם.

"הרבה פעמים אני פשוט מרגיש דפוק. אין לי לצערי מילה אחרת"

(שי, 33)

"הפרעת קשב זה לחיות בתוך כוורת של דבורים: 24 שעות מזמזמות לך אלפי דבורים בו זמנית בראש!"

(מורין, 37)

"השפעת הסביבה ניכרת, בעיקר בפגיעה בביטחון העצמי ובתחושת המסוגלות שלי לאורך השנים".

(חני, 43).

"תמיד חשבתי שאני דיכאוני וחרדתי..."

אחרי כל מיני טיפולים נפשיים הגעתי לאבחון והבנתי שהעניין היה בעצם הפרעת קשב"

(אנונימי).

חלק ב:

הפרעת קשב היא כמו תמנון

כלים אימוניים והתנהגותיים מעשיים

[6] עבודה

[7] לימודים אקדמיים

[8] ניהול זמן

[9] דחיינות

[10] איחורים

[11] שינה

[12] ניהול כלכלי וניירת

[13] סביבת הבית

[14] זוגיות

[15] הורות

[16] מיניות

[17] סיכונים וריגושים

[18] נהיגה

[19] שירות צבאי

[6] עבודה

את אחד הדברים המשמחים ביותר בנוגע להפרעת קשב וריכוז שמענו לפני הרבה שנים בהרצאה של פסיכולוגית תעסקותית: "סביבת העבודה היא סוף סוף מסגרת ביטוי מתאימה למבוגר עם הפרעת קשב. בבית הספר ובאקדמיה החולשות של הפרעת הקשב נמצאות במרכז. את סביבת העבודה וגם את המקצוע ניתן לבחור וגם לשנות." אם קראתם ראיונות עם אנשים עם הפרעת קשב שהצליחו בחייהם, ודאי ראיתם שרק מעטים מהם הצטיינו בלימודים, אבל רבים הצטיינו והצליחו בקריירה שלהם. הסיבה היא שמרכיבים רבים של ההפרעה עשויים להוות יתרון במקום העבודה או בעבודה כעצמאי. זן מסוים של אנשים עם הפרעת קשב מביא איתו למקום העבודה אנרגיות גבוהות יוצאות דופן. זן אחר הוא אנשים עם הפרעת קשב שתמיד יצליחו להסתדר עם כל לקוח. ניסיון החיים שלכם הרי פיתח אצלכם יכולות הישרדות מרשימות. אנשים עם הפרעת קשב יכולים להיכנס לעומקם של דברים שהם אוהבים (ולא להיכנס כמעט בכלל לדברים שאינם אוהבים) ולהגיע לדקויות שעובדים אחרים לא יגיעו אליהן. הצורך להצליח וליצור חוויה מתקנת של שנות הילדות המורכבות גם הוא יכול לשחק לטובתכם, ויש אנשים עם הפרעת קשב שמגיעים להישגים מדהימים בסביבה נכונה, המאפשרת להם לפרוח.

כד בכד עם האופטימיות השורה על פרק זה, חשוב לומר שמבוגרים רבים מגיעים אלינו לטיפול סביב קשיים בעולם העבודה. לרבים יש מקצוע שהם אוהבים, אבל הם סובלים מאיחורים, מקשיים בניהול זמן, מקשיי שינה המשפיעים על התפקוד בעבודה, מדחיינות ועוד. בפרקים הבאים נרחיב על הקשיים האלה.

מעניין שאצל לא מעט אנשים יש פער תפקודי גדול בין החיים האישיים לעבודה. יש אנשים שמתפקדים בעבודה בצורה מעוררת השתאות, אך מזניחים את כל ההיבטים האחרים של חייהם. אחרים מתפקדים מצוין בחייהם האישיים, ובעבודה הם נתקלים בקושי שצובע את כל עולם העבודה באפור. העבודה היא לפעמים עולם אחר עבורנו, עם התנהלות אחרת, פלנטה שיש לה חוקים משלה.

האם אני במקצוע הנכון ובמקום הנכון?

אין ספק שיש מקצועות שמתאימים לנו יותר ויש כאלה שפחות. כל אדם הוא שונה, כישוריו שונים, מידת העניין שלו שונה וכן הלאה. **מציאת המקצוע או העיסוק הנכון חשובה מאוד לכולם, אבל חשובה במיוחד לאנשים עם הפרעת קשב.** הסיבה העיקרית לכך היא שעם הפרעת קשב קשה מאוד להתמיד במצבי שעמום; יש צורך בגירוי מתמיד ובעניין כדי להפיק את המרב. מקצוע לא מתאים יכול להוות מקור בלתי גדלה לקשיים ולאומללות אצל הסובלים מהפרעת קשב. אין רשימת מקצועות

שמתאימים לכם יותר, אבל מקצועות דינמיים, שיש בהם גם עבודת שטח, או מקצועות הכוללים עבודה עם אנשים, בדרך כלל מתאימים יותר מאשר מקצועות המחייבים ישיבה ממושכת במשרד מול מחשב. יחד עם זאת בחברות הייטק עובדים אנשים רבים עם הפרעת קשב, כך שלא מדובר פה על כלל חד משמעי. סביר להניח, למשל, שאם התחום שלכם הוא משפטים, תזדקקו לעתים קרובות לתמיכה תרופתית של ריטלין ודומיו, משום שעבודת המשפטן מצריכה שעות ארוכות של קריאה וכתובה, כמו באקדמיה. אם יש לכם ספקות כבדים בנוגע למקצוע שלכם, כדאי לפנות כמובן לאנשי מקצוע בתחום או ליעוץ תעסוקתי, רצוי אצל יועץ שמתמחה בהפרעת קשב.

סביבת העבודה

הסיוט של כל אדם עם הפרעת קשב הוא עבודה בחלל פתוח (open space): זו סביבת עבודה שיש בה הסחות רבות, המקשות מאוד על הריכוז. אוזניות עם רעש לבן, הגבהת המחיצות, בקשה מיוחדת למעבר לחדר לבד, עבודה בחדר ישיבות ריק מאנשים או בבית קפה שקט (עם הגב לקהל) עשויות להקל על המצב. זכרו כי לפעמים אתם במקצוע הנכון, אבל לא תחת המנהל הנכון. באופן כללי המנהל הטוב ביותר לאדם עם הפרעת קשב הוא מנהל שמפקח ומסייע בניהול המשימות, אך לא שיפוטי או פולשני מדי.

האם לספר בעבודה שיש לי הפרעת קשב?

זו שאלה טובה שאנשים שואלים אותנו לפעמים. אנו חושבים שהיא אישית ותלויה במספר גורמים. אם באופן כללי מרוצים מכם, אבל יש כמה נקודות בעייתיות יותר, אפשר בהחלט לספר בשיחה אישית שאובחנתם והתחלתם לטפל בעניין. אם לא מרוצים מכם, סביר להניח שלא תזכו ליחס אוהד במיוחד לאחר השיתוף; ייתכן גם שזה ייראה כתירוץ. נתקלנו גם במצבים שמקומות עבודה זיהו פוטנציאל אצל אנשים, אך ראו שיש בעיה כלשהי, והציעו בעצמם לגשת לאבחון ואף לממן טיפול/אימון כהשקעה באדם לטווח ארוך.

לא למדתי מה שרציתי

אחת החוויות הקשות של אלה שאובחנו בגיל ארבעים ומעלה היא ההבנה שאילו אובחנו בגיל צעיר יותר, יכלו אולי ללמוד את מה שחלמו ללמוד. אנשים רבים עם הפרעת קשב פנו למקצועות שאינם אוהבים, כי חשבו שלא יוכלו ללמוד או לעסוק במשהו "רציני". בגיל ארבעים הם חשים שזה לא מעשי להתחיל ללמוד משהו חדש, הן מבחינת ההיערכות בתקופת הלימודים והן אחריה כשירצו למצוא עבודה במקצוע שרכשו. זה ללא ספק תהליך של אבל על אפשרויות שהיו ואינן. אחת האפשרויות המעשיות ליצירת שינוי תעסוקתי היא פתיחת עסק עצמאי קטן או גדול, אך כדאי מאוד לעשות זאת עם ליווי, ומיד נפרט מדוע.

דגשים מעשיים:

- למבוגרים רבים עם הפרעת קשב יש יכולת לרקום יחסים אישיים טובים. שימו דגש על כך במקומות העבודה, כי יחסים טובים מפצים לעתים על הקשיים בתפקוד.
- בדקו איך אתם יכולים להביא לידי ביטוי את יתרונותיכם; אין ספק שיש לכם. עובדים תמיד נמדדים במעין מאזניים של יתרונות וחסרונות. חזקו את צד היתרונות.
- היזהרו מלפצות על קשייכם בשעות עבודה מוגזמות. זו נטייה נפוצה שגורמת לשחיקה מהירה.
- רבים מכם מעדיפים להישאר במקומות העבודה בשעות הערב והלילה, כשכולם הולכים ומשתרר סוף סוף שקט. זה פתרון טוב ליום בשבוע, אך רצוי כאמור לא להפוך את זה להרגל. נסו להגיע מוקדם (לא קל, אך יעיל), לפני שכולם מגיעים. האפקט דומה.
- ועוד בענייני שעות: נסו להפוך את שעות הבוקר, 09:30-12:30, לשעות "קדושות". אם עשיתם את שלכם בשלוש השעות האלה, תהיה ההרגשה שלכם לאורך היום מעולה. ותרו על ריכולי בוקר בפינת הקפה, שימו אוזניות או אטמי אוזניים, וכנסו לעניינים. אחרי ארוחת הצהריים, כשהיעילות יורדת וכבר הספקתם דברים חשובים היום, זה בדיוק הזמן לבהייה באינטרנט, לסידורים ולשיחות.
- בוסים שונאים איחורים מכל סוג שהוא. אם אתם מאחרים כל הזמן, סביר שתפוטרו, גם אם אתם עובדים מצוינים. אם אתם נהנים מהאדרנלין שבהגעה בדקה ה-90 או אחריה, שמרו זאת לפגישות עם חברים ומשפחה, ורכזו מאמצים סביב הגעה בזמן לעבודה.
- מצאו כלי יעיל עבורכם לניהול משימותיכם: יומן, תוכנה כלשהי, אפליקציה וכו'. רוב המבוגרים עם הפרעת קשב שוכחים, מאבדים ומתויגים מהר מאוד כ"חסרי אחריות". אל תישענו על הזיכרון של אחרים; הישענו על כלי הניהול שלכם. בהתמודדות עם קשיי זיכרון וארגון אין מנוס מלרשום הכול.
- כדאי לבחור כל יום משימה אחת קשה או מעיקה ולעשות אותה בבוקר. זכרו שעל פי רוב תהיה הנטייה שלכם להימנע ממשימות משעממות או טכניות שלעולם לא מגיע הזמן המתאים לעשותן.
- אם יש לכם קשיים נקודתיים בהתנהלות במקום העבודה, כדאי לעשות כמה פגישות ממוקדות עם מטפל/מאמן בהפרעת קשב ולאתר כלים ספציפיים. מומלץ לעשות זאת במיוחד בתחילת עבודה חדשה.

עוסקים עצמאיים ועבודה מהבית

עבודה עצמאית, בהשוואה לעבודה כשכיר, מערימה קשיים רבים על מבוגרים עם הפרעת קשב, ומבליטה את נקודות החולשה. באופן גס ניתן לומר שנכון יותר לסובלים ממנה לעבוד כשכירים או במסגרת כלשהי, לפחות באופן חלקי. יחד עם זאת, אם נבדוק זאת, אין ספק שנגלה ששיעור העצמאים הסובלים מהפרעת קשב הוא גבוה; כלומר: רבים מהאנשים עם הפרעת קשב מתפרנסים מעבודה עצמאית.

למה זה כך? מעבר לכל הקשיים התפקודיים שהוזכרו (ניהול זמן, התארגנות וכו') יש מנהלים שמתקשים לעכל אנשים עם הפרעת קשב וריכוז, במיוחד את ההיפראקטיביים שבינינו. מלבד זאת, בעבודה כעצמאי יש לכאורה ריגוש גבוה יותר, חופש רב יותר ופחות מגבלות. רבים בוחרים לפתוח עסק עצמאי מתוך מחשבה שההתמודדות תהיה קלה יותר. פעמים רבות המציאות מראה שאין זה כך. להיות עצמאי, במיוחד בשנים הראשונות, זה כלל לא פשוט כמעט לכל אדם (אך אפשרי!). עצמאי הוא גם איש המקצוע (מעצב פנים למשל), אבל גם המנהל של עצמו, המשווק, גובה הכספים, זה שמתמודד עם הלקוחות, האחראי על סביבת העבודה, על פיתוח וייעול העסק ועוד. המשמעות היא שכדי שהעסק יצליח, יש להשקיע כשליש מהזמן והאנרגיות במשימות שונות שאינן קשורות ישירות לעיסוק המקצועי. לאדם עם הפרעת קשב אורבים עוד קשיים מלבד אלה הכרוכים ממילא בהתנהלות עצמאית. להלן כמה פעולות שכדאי לנקוט:

- למצוא שותף עם יתרונות וחסרונות אחרים משלכם או מישהו לשתף איתו פעולה בדרך כלשהי, כדי שתדעו שיש בתמונה עוד מישהו שאתם מחויבים לו.
- להיעזר בתחילת הדרך בליווי של איש מקצוע: מאמן מומחה בהפרעת קשב או חונך דרך מט"י (מרכז טיפוח יזמות של הרשות לעסקים קטנים) בעלי הבנה גם במרכיבים הרגשיים של עבודה כעצמאי. הנטייה של אנשים עם הפרעת קשב היא להתמקד בהווה ולחיות בסגנון הישרדותי. הנטייה הזו מחבלת בעסק הדורש חשיבה קדימה, תכנון לחודשים הקרובים והסקת מסקנות מהעבר.
- ללמוד ולהבין את הפרעת הקשב ולפתח מודעות לדברים שיש להקפיד עליהם במיוחד, כדי שהעסק לא ייפגע.
- להגדיר שעות עבודה לכל יום. כשעובדים כעצמאים, המסגרת בדרך כלל לא מספיק ברורה.
- לגייס מזכירה מעולה ומסודרת, נערה/ או סטודנט/ית למספר שעות מצומצם בשבוע למשימות משרדיות (פתרון זול ויעיל).
- למצוא סביבת עבודה מתאימה – בתי קפה, משרד מחוץ לבית, מקומות שקטים. לכל אחד

סביבה העבודה המתאימה לו, ולעתים הבית הוא סביבה מעכבת ומלאה הסחות.

- להגדיר מטרות שבועיות. הגדרת מטרות שבועיות חיונית ככלל וחיונית לעסק עצמאי בפרט.

- לבצע בכל שבוע לפחות משימה אחת הקשורה לשיווק (תחזוקת האתר, הכנסת תוכן לפייסבוק, שליחת מיילים ללקוחות פוטנציאליים וכו'). אנשים עם הפרעת קשב סולדים בדרך כלל ממשימות שיווק, ותמיד מעדיפים לדחות אותן למחר, אבל אחד מעמודי התווך של כל עסק הוא השיווק, והכרחי להקדיש לו זמן. אם אתם לא מצליחים לעשות זאת בעצמכם, מצאו מישהו אחר שיעשה זאת. העסק לא ישרוד בלי שיווק.

"תמיד היו לי כישורים, אבל לא הייתי מסוגלת לשבת על התחת ולקרוא חוזים, ניירת ומיילים ארוכים. שלא לדבר על ללמוד. אחרי הטיפול חזרתי לתואר השני (שהפסקתי כמובן בעבר פעמיים) והתחלתי לקבל ציונים מטורפים. 95? אני?" (ליאת, 32).

"בפגישה השלישית של האימון פתאום בכיתי כל כך. למה רק עכשיו בגיל 31 עלה העניין הזה של הפרעת קשב? אני שמחה שהתחלתי לטפל אבל גם קשה לי שלא ידעתי את כל זה עד עכשיו"

(יעל, 31).

"אחד הדברים הלא קלים שהבנתי בטיפול זה שתמיד היתה לי תחושה שאני בינונית בגלל הפרעת הקשב. זה מה ששמעתי כל הזמן מסביב. אחת שלא צריכה לשאוף גבוה ולא תגיע למשהו מיוחד. היום זה אחרת לגמרי."

(רוני, 29)

[7] לימודים אקדמיים

קל לזהות סטודנטים עם הפרעת קשב:

- אין לכם מושג מתי יש מבחן, מתי צריך להגיש עבודה, איפה נרשמים ומי המרצה.
- נדיר שאתם מכינים שיעורי בית, מבריזים לא מעט, לא מגיעים לשיעורים של שמונה בבוקר.
- לא מסיימים את התואר בזמן שהוקצב, אלא גוררים אותו עוד שנתיים-שלוש או עוזבים באמצע. חוזרים על קורסים פעמיים ושלוש, ולא מגישים עבודות גדולות.
- מגישים תרגילים בלחץ רב רק בסוף הסמסטר, לאחר שמתבשרים שרק אם תגישו אותם, תוכלו לגשת למבחן.
- משלימים קורסים בסמסטר קיץ ולומדים כמה שנים רצוף ללא חופשת הקיץ החשובה.
- לא פותחים מכתבים מהמוסד האקדמי, כיוון שמה שכתוב שם הוא ארוך ולא ברור.
- מסתכלים סביב ואומרים לעצמכם: "אני לא פחות חכם מרוב האנשים פה... אז למה כל כך לא הולך לי?"

חשוב לומר שיש סטודנטים עם הפרעת קשב שהתמונה אצלם מעט שונה. דווקא הם יהיו אלה שיגיעו לכל השיעורים ויעשו מאמצים כבירים בלימודים, אך הישגיהם יהיו נמוכים בהרבה מהידע שלהם, ובמבחנים ובעבודות תמיד תהיה להם איזו תחושת החמצה, חיפזון או בלבול. המשותף להם הוא התמודדות עם פער בלתי מוסבר בין יכולת התפיסה לתוצאות וחוויה של תסכול – משהו מרגיש לגמרי לא בסדר; כישלון רודף כישלון.

לימודים סטנדרטיים בכיתה, שהם צורת הלמידה המקובלת בעולם המערבי, נחווים אצל רוב המבוגרים עם הפרעת קשב וריכוז כחוויה לא נעימה, לעתים אף טראומטית, כואבת ומאכזבת. אלה שמסתדרים בכיתה נבלמים לפעמים במבחנים ובכתיבת העבודות, מגיעים להישגים נמוכים יחסית להבנתם את החומר, "גוררים" את התואר שנים ארוכות או פורשים באמצע. ייתכן שחלקכם גיליתם רק בתקופת הלימודים שיש לכם הפרעת קשב. לעתים קרובות אנשים מספרים לנו, שבבית הספר הם הסתדרו (פחות או יותר), אבל באוניברסיטה פתאום הכול נהיה קשה כל כך. ואכן לימודים אקדמיים קשים הרבה יותר מן הלימודים בתיכון, הן מבחינת הרמה והן מבחינת מיומנויות הארגון שנדרשות מכם.

כשמתעוררים בלימודים האקדמיים קשיים בעוצמה שלא הכרתם בעבר, כדאי לחשוב מיד בקיומה של הפרעת קשב וריכוז או לקות למידה. לעתים קרובות אנשים גוררים שנה, שנתיים או יותר

באקדמיה, עוברים מחוג לחוג וחוזרים על קורסים שוב ושוב, במקום לבדוק בצורה עניינית מה בעצם הבעיה. קשיים כאלה משרים דיכאון וייאוש, מעוררים חרדות, גורמים להימנעויות ופוגעים בדימוי העצמי.

אתגר מתמשך של קשב מתמשך

קושי משמעותי בשמירה על קשב מתמשך הוא אחד הליקויים הבולטים ביותר אצל אנשים עם הפרעת קשב וריכוז, ובלמודים אקדמיים יש לו השלכות כבדות משקל. קשב מתמשך הוא היכולת לשמור על ריכוז ועקביות תחת גירוי מונוטוני ומשעמם. היזכרו במרצה משעמם שלמדתם אצלו ועד כמה היה בלתי אפשרי לשמור על קשב וריכוז בשיעורים. **קשב מתמשך נדרש כמעט לכל משימה בלימודים** – לישיבה בכיתה, להכנת שיעורי בית, לפתרון של מבחן. מבוגרים עם הפרעת קשב נמנעים כמובן, ובצדק רב, מפעולות משעממות או מייגעות הדורשות קשב מתמשך, ויעשו כמעט הכול (כביסה, כלים, ביקור במס הכנסה...), רק כדי לא לשבת וללמוד ולהיפגש חזיתית עם הקשב המתמשך.

ויש עוד קשיים

קושי אחד הוא המוסחות. כל רעש קטן, חיצוני או פנימי, מסיט מהחומר, כך שייתכן שכשתגיעו לסופה של פסקה, לא תזכרו בכלל מה קראתם. קושי אחר הוא חולשת התפקודים הניהוליים ותחושת הזמן. אלה דרושים כדי להתמודד עם הבירוקרטיה המסועפת של המוסדות האקדמיים ועם שלל התאריכים והמועדים, כדי לעמוד במטלות ולהתארגן נכון ובזמן למבחנים, להגשות ולעבודות. במהלך קריאת הספר תפגשו עוד ועוד היבטים המשפיעים גם על הלימודים – איחורים ושינה למשל.

האם אנשים עם הפרעת קשב מסוגלים בכלל לעשות תואר?

התשובה היא חד משמעית – כן. אין שום ספק שאנשים עם הפרעת קשב יכולים ללמוד. אמנם המערכת ברוב המקומות נוקשה ולא מותאמת, אבל עם הכלים הנכונים זה אפשרי. בשום אופן אל תוותרו על לימודים בגלל הפרעת קשב, וגם אם אופן הלמידה שלכם לא סטנדרטי, עם פתרונות מעשיים ויצירתיים זה יעבוד.

הצטיינות

זכרו שקשה להצטיין בלימודים עם הפרעת קשב, אבל האם זה חשוב בכלל? שמרו את השאיפה להצטיינות לעבודה שתתאים לכם. שם זה יהיה קל יותר. אם אתם שוקלים לפנות לקריירה אקדמית, ללימודי דוקטורט ומחקר, כדאי להתייעץ לפני כן עם איש מקצוע המומחה להפרעת קשב כדי לשקול

זאת. זה אפשרי, אך חשוב להבין את המשמעות.

האם לעבוד במקביל ללימודים?

על פי רוב אפשר לעבוד במקביל ללימודים, ולעתים חייבים לעבוד, אבל תלוי באיזו עבודה. כדאי שהעבודה תהיה משהו צדדי שלא פוגע בלימודים ולא מתיש אתכם לחלוטין. עבודה מוצלחת לסטודנט עם הפרעת קשב היא כזו שבה הצדדים החזקים באים לידי ביטוי, כזו שמאוררת מהלימודים ושלא יוצרת לחצים גדולים מדי או פוגעת ביכולת שלכם לעמוד במטלות ולגשת לבחינות במועדי א'.

לפני הלימודים

- **בחירת התחום – חשוב מאוד לבחור תחום לימודים מתאים,** כדי שחויית הלמידה תהיה מעשית וחיובית ושלא תבזבזו זמן וכוחות על תחום לא נכון. אפשר להיעזר בייעוץ תעסוקתי כדי לקבל חוות דעת נוספת.
- **בחינות –** לרוב האנשים עם הפרעת קשב קל יותר להתמודד עם לימודים המושתתים על מבחנים בסוף הסמסטר מאשר עם לימודים המושתתים על עבודות רבות במהלך הסמסטר. כדאי לקחת זאת בחשבון, כשבוחרים תחום או מוסד לימודים. מבחנים קלים יותר מעבודות, ומאמץ מרוכז קל יותר ממאמץ מתמשך של חודשים.
- **בחירת מוסד הלימודים –** זוהי נקודה קריטית. יש מוסדות אקדמיים, במיוחד מכללות מסוימות, שצברו ידע וניסיון רב עם הפרעת קשב, ויש אחרים שיש להם מרכז תמיכה כלשהו, אך תמיכה רבה לא מקבלים שם. אפשר לשלוח מייל לאיש מקצוע בתחום באזור שבו אתם חושבים ללמוד, ולקבל המלצה על מוסד שיכול להתאים לכם. בחירה במוסד לימודים מתאים יכולה להפוך את הלימודים מסייט לחוויה אנושית ונעימה.
- **המבחן הפסיכומטרי –** יש קורסים מיוחדים למבוגרים עם הפרעת קשב ולקויי למידה. כדאי לבדוק איתם ולהתרשם ולא לפנות אוטומטית למכונים הגדולים. חשוב לציין שהפרעת הקשב לא תמיד מפריעה משמעותית במבחן הפסיכומטרי, ופגשנו לא מעט מטופלים שקיבלו ציונים גבוהים (אם היה להם מזל והם נבחנו בחדר שקט). הבחינה עצמה מהירה ואנרגטית, יש בה שאלות קצרות שמקלות על הפרעת הקשב, והיא לא דומה כלל לבחינות הבגרות.
- **הכנה מראש –** יש מכינות המקנות כלים ללימודים אקדמיים למבוגרים עם הפרעת קשב, ובדרך כלל הן טובות מאוד, וכדאי לשקול זאת (ניצני מהות למשל, חפשו בגוגל). אפשר גם לקבוע מספר פגישות עם מטפל או מאמן כדי להתארגן מראש ולמנוע משברים

בהמשך. אם תהיה בעיה, תהיה לכם מיד כתובת שתוכלו לחזור אליה.

עקרונות חשובים להתנהלות במהלך הלימודים

- להיות בעניינים – זהו העיקרון החשוב ביותר. אתם פשוט חייבים לרשום לכם ביומן או בטלפון הנייד בתחילת הסמסטר ובאופן שוטף מועדי הגשת עבודות ומועדי מבחנים, מה בדיוק צריך לקרוא למחר וכו'. אפשר גם למצוא חבר שיהיה בעניינים ולהתעדכן דרכו על בסיס קבוע או דרך קבוצת פייסבוק.
- למידה נטו – אי אפשר לעבור את התואר בלי ללמוד בבית. העיקרון המעשי הוא לאמץ למידה יעילה, קצרה ופורה. אל תלמדו יום שלם, כשחצי ממנו הוא בזבוז זמן. למדו שלוש-ארבע שעות ביום כמעט "בלי לקום מהכיסא" וצאו להתאוורר, ליהנות, לאגור כוחות או לעבוד.
- ללמוד עם אנשים – אם קשה לכם ללמוד לבד בבית, קבעו עם חברים ללמוד יחד. יש אנשים שעשו תואר שלם בלי ללמוד ולו דקה לבד.
- חונך – זהו פתרון מעולה. מדובר על סטודנט בשנים מתקדמות יותר שעמו נפגשים פעם-פעמיים בשבוע כדי ליצור מסגרת ולקבל ליווי ועזרה בהתארגנות וכן למידה משותפת של חלק מחומר הלימוד. מוסדות אקדמיים רבים מארגנים חונכים בחינם או בעלות נמוכה דרך היחידה ללקויי למידה וקשב. ניתן למצוא חונך מתאים גם באופן עצמאי באמצעות תליית מודעה בחוג ולשלם שכר סטודנט. אם אתם זקוקים לליווי מקצועי יותר, פנו למאמן המומחה בהפרעת קשב.
- אנשים – חשוב למצוא בכל קורס סטודנט או שניים שיהיו אנשי הקשר לצורך מידע, צילומים והכנת שיעורי בית. מומלץ גם להתיידד עם מזכירות החוג.
- מועדי א' – עשו כל מאמץ לגשת למועדי א'. זו הדרך הטובה ביותר לשרוד את התואר. ההתנסות בבחינה היא חשובה, גם אם לא ממש מוכנים. אחת הטעויות הנפוצות היא לגשת למועדי ב'. אם תיגשו למועד ב' בזמן הסמסטר העוקב, תעמיקו את הפערים שלכם בלימודים כי תהיו עסוקים במבחנים במקום בלמידה השוטפת, ואם תיגשו אליו בחופשת הקיץ, לא תספיקו לנוח ולצבור כוחות לקראת השנה הבאה.
- כיבוי הסחות – האינטרנט והטלפון הם הסחת דעת משמעותית. אי אפשר ללמוד ולהתרכז עם צפצופים והסחות. כבו אותם/שימו על שקט/שימו בחדר אחר/נתקו התראות במחשב על הודעות חדשות במייל ובפייסבוק (ההתראות האלה הן לא בשבילכם). אם האינטרנט

- מחבל לכם בלימודים, נתקו את המודם בזמן הלמידה והדפיסו חומרים במקום לגלוש.
- **טיפול תרופתי** – עוזר מאוד בלמידה מתמשכת: בהכנת שיעורי בית, בלמידה למבחנים, במבחנים עצמם ובישיבה בשיעורים. למתנגדים: מומלץ לנסות כמה פעמים ואז להחליט (ראו חלק ג' בספר).
 - **למדו איך ללמוד** – יש אנשי מקצוע, סדנאות וכלים. ביחידות ללקויי למידה וקשב במוסד שאתם לומדים בו יוכלו למסור לכם פרטים. לעתים הם אף מעבירים בעצמם סדנאות.
 - **סיוע כספי מביטוח לאומי** – חובה לקרוא! (ראו חלק ד' בספר).

לסיכום: אחד הדברים המפרידים בין אנשים עם הפרעת קשב שהצליחו לאלה שהפרעת הקשב עיכבה אותם הוא היכולת להיעזר. תקופת הלימודים היא תקופה שבה חייבים להיעזר בכל מי ומה שרק יכול לעזור. זו תקופה של מספר שנים לא קלות, אבל ברוב המקרים המאמץ באמת משתלם.

"אני זוכר שתמיד נלחמתי בזה. חשבתי שאני לא מספיק ממוקד ושמשוהו לא בסדר איתי, עד שהגעתי לקהילה של יזמים וגילתי שכולם כאלה, ובעצם זה היתרון שלי. היכולת לחבר בין חשיבה יצירתית לחשיבה הגיונית היא יכולת מאוד מיוחדת, שיש לה יתרונות. למעשה מי שאין לו חשיבה כזו הוא בעל המגבלה ☺ "

(בועז, 42)

"יותר מדי פעמים אני פשוט שוכח דברים, עושה המון פאשלות מביכות שגורמות לאנשים להתייאש או לבטל הזמנות למרות שהעבודה שלי עצמה כעצמאי מעולה".

(אנונימי)

"אני זוכר שתמיד ראיתי את האחים שלי מצליחים יותר ממני בכל דבר. היום אני טוב בעבודה שלי, אבל כילד השתגעתי מקנאה".

(גיר, 46)

[8] ניהול זמן

ניהול זמן בחיים האינטנסיביים שלנו הוא אתגר לכל אחד, אבל אצל מבוגרים עם הפרעת קשב וריכוז זהו אתגר מסובך ומורכב הרבה יותר.

מבוגרים רבים עם הפרעת קשב –

- מבזבזים ומורחים זמן רב מדי יום.
- לא מחוברים לימים ולתאריכים, ולכן מגלים דברים רבים ברגע האחרון או אחריו.
- מתקשים בניהול יומן, ועל פי רוב מתנהלים ללא יומן או אמצעי רישום כלשהו.
- לא מתכננים כמעט שום דבר וחיים מהיום למחר.
- מאחרים.
- מתקשים לנהל סדר יום וללכת לישון בשעה סבירה.
- מתקשים בהערכות זמן ומנסים לדחוס ליום הרבה יותר משניתן.

הדבר הראשון שחשוב לנו לומר בהקשר של ניהול זמן הוא שאין דבר כזה "ניהול זמן". זהו מושג כללי שמכיל בתוכו המון דברים שונים, וכדי להתחיל לנהל את הזמן טוב יותר, חשוב לקרוא לדברים בשמם. האם הקושי הוא איחורים? אם כן, ממה נובעים האיחורים? האם אתם "מורחים" זמן בגלל דחיינות והימנעות? העדר כלים מתאימים לתפקוד יעיל? באילו היבטים בחיים ניהול הזמן שלכם מוצלח יותר ובאילו פחות? ככל שנכנסים יותר לפרטים, כך ניתן לחולל שינוי מקיף יותר בניהול הזמן, ויותר מכך – אם לא נכנסים לפרטים, סביר שלא יתחולל שינוי. זה לא מסובך כמו שזה נשמע, אבל נדרש להבין באמת מה האתגר או האתגרים הספציפיים שלכם ולא לקרוא להם "בעיית ניהול זמן". גם בתוך כל אחד מהנושאים שיפורטו מיד יש שוני מאדם לאדם. דחיינות אצל אדם אחד, למשל, שונה מדחיינות אצל אחר, ויש לטפל בה אחרת. לומר "יש לי קושי בניהול זמן" זה כמו לומר "יש לי בעיה רפואית", הגדרה כללית הטומנת בתוכה שלל מצבים שונים בתכלית זה מזה.

בעיות נפוצות בניהול זמן

1. דחיינות וניהול משימות – דחיינות היא תופעה אנושית רווחת שמאפיינת רבים, ולא רק מבוגרים עם הפרעת קשב וריכוז. גם אנשים הנוטים, למשל, להימנע מכל קושי יסבלו ממנה (ראו על

דחיינות בהרחבה בחלק ב').

2. **איחורים** – אי הגעה בזמן היא גורם מרכזי לריבים ולאי אמון בין אנשים (ראו על איחורים בהרחבה בחלק ב').

3. **העדר סדר עדיפויות** – סדר עדיפויות נכון משמעו להעריך את המצב באופן מתמיד ולבחור את המשימה החשובה ביותר נכון לעכשיו. אצל רוב המבוגרים עם הפרעת קשב יש תקלה במאזניים השוקלים ומשווים בין שני דברים ובחרים את ה"כבד" או החשוב ביניהם.

4. **מוסחות וקפיצה מדבר לדבר** היא אחד המאפיינים הבולטים של מבוגרים עם הפרעת קשב – פשוט זורמים למקום שהגירוי מושך אליו. לעתים קרובות יש הצפה של גירויים. זה יכול להיות טלפון, משהו מעניין באינטרנט או פרט קטן ולא חשוב בתוך פרויקט גדול. המון התחלות ומעט תוצאות.

ייתכן שהנהנתם בלבכם בנוגע לכל אחד מהדברים האלה: "כן, אני דוחה משימות, מאחר, אין לי סדר עדיפויות, ואני תמיד קופץ מדבר לדבר. אז אבוד לי. עכשיו אני גם צריך עוד לקרוא את הספר הזה?" רגע! לפני שאתם סוגרים את הספר, אנחנו חייבים לומר משהו: מכיוון שכבר ראינו כל כך הרבה אנשים ששיפרו את ניהול הזמן שלהם, אנחנו בטוחים שגם אתם יכולים. אם תוותרו על השאיפה להפוך לעילויים בניהול זמן ובמקומה תעבדו על התיקון של אחדות מהחולשות, על יצירת מעקפים סביב כמה מהן ועל הקבלה של האחרות, זה יעבוד.

חשוב לזכור שכל עניין ניהול הזמן הוא ביקורתי והשוואתי באופן מטריד. בוודאי הטיחו בכם לו פעם ש"זה חוסר אחריות" או "מתי כבר תתאפסי על עצמך". אבל אנשים שמנהלים את זמנם היטב הם לא אחראים או מאופסים יותר, אלא בדרך כלל כאלה שניחנו בכישרון הזה – יש להם תחושה טובה של היקף הדברים שניתן להספיק בזמן נתון. כשהבוס מבקש משהו, הם יידעו להודיע מראש ש"לצערי לא אוכל להספיק את זה השבוע", כי בראש או במחשב או בדף המשימות שלהם יש להם תמונה טובה של הזמן העומד לרשותם. לאנשים עם הפרעת קשב, לעומת זאת, אין תמונה כזו, ולכן לעתים קרובות יתחייבו על דברים לא מעשיים.

בניהול זמן מעורבים כל המרכיבים של הפרעת קשב ומרכיבים רגשיים רבים: תכנון, דחיינות, הצפה, מוסחות, צורך בריגוש, סדר עדיפויות ועוד ועוד. על כן נדרשת חקירה מקיפה וכניסה לפרטים, כדי להבין את הגורמים העיקריים לרוב הקשיים ולהתאים כלים אפקטיביים שעזרו לאנשים רבים ומחכים גם לכם. בשני הפרקים הבאים התמקדנו במרכיבים חשובים בניהול זמן, דחיינות ואיחורים, אבל גם בפרק על שינה ובפרקים אחרים תמצאו מרכיבים רבים של ניהול זמן וכלים להתמודדות.

"אם היא רק תרצה, היא תהיה התלמידה הכי טובה בכיתה." אני לא יכולה לספור כמה פעמים אמא שלי שמעה את זה מהמורות שלי, ואני אף פעם לא הצלחתי להבין מה זה אומר עלי; שאני נורא עצלנית? שלא למדתי את הפטנט? שאני מצליחה לעבוד על המורים כך שיחשבו שאני חכמה?"

(ד"ר רותי, 51)

"ממצב שבו בשנה הראשונה באוניברסיטה מדברים איתי את מי אחליף מהסגל כשאחזור מהדוקטורט בחו"ל הגעתי למצב שבו אני גורר את התואר הראשון כבר שנה שישית, לא מצליח לכתוב שני סמינרים, וחושב שאין עלוב ממני בעולם".

(טל, 35)

[9] דחיינות

דחיינות היא תכונה טבעית והגיונית. דמיינו לרגע שאתם עכבר במעבדה. בצד ימין מחכה לכם גבינה טעימה ובצד שמאל – שוק חשמלי. מהר מאוד תלמדו ללכת לגבינה ולהימנע מהשוק. כבני אדם אנחנו עושים בדיוק אותו דבר – בוחרים כמעט תמיד בדבר הנעים, הקל והנוח על פני הדבר הלא נעים, המשעמם או המתמשך. דחיינות היא בסופו של דבר הימנעות אינטואיטיבית מתחושה לא נעימה ובחירה בדבר הנעים יותר.

כמבוגרים עם הפרעת קשב יש לכם סיבות טובות להימנע מדברים רבים. מילדות לימדו אתכם החיים שדברים רבים מאיימים על הדימוי העצמי שלכם ומוטב להתרחק מהם. אז סביר להניח שיש אזורי חיים שלמים שאתם מעלימים מהם עין: מצב חשבון הבנק, אזורים מוזנחים בבית, משימות שדורשות קשב וריכוז ועוד ועוד.

כל אחד מכם מכיר מישהו שהוא "בולדוזר" של עשייה. לפעמים זה אפילו אחד ההורים, אח או חבר טוב. אתם מסתכלים על האנשים האלה ואומרים: "איך הם עושים את זה? איך הם לא דוחים דברים? מה צריך לקרות כדי שגם אני אהיה תקתקנית כזו?" אחד הסודות של האנשים האלה הוא שהם יודעים שלפחות שליש מהמטלות היומיות לא נעימות ולא כייפיות. הם יודעים שעשייה משמעה להכניס לפעמים את היד לתוך ה"ג'יפה" ושעל פי רוב אין דרך להתחמק מזה. הם מבינים שמה שלא נעים או כיף היום לא יהיה נעים או כיף גם מחר (ללכת למס הכנסה או להתקשר למישהו). הם לא מחכים לרגע שבו "יתחשק" להם לבצע את המשימה, רגע שלא מגיע כמובן.

אך גם אחרי שמבינים את הדבר החשוב הזה, מחכים לנו עוד קשיים. כדי שנבצע משימה, אנחנו צריכים להרגיש שיש סיכוי די טוב שנצליח בה, שנגיע לתוצאה. אם הסיכוי נמוך, סביר להניח שלא נעשה זאת. התחושה הכללית אצל תקתקנים היא תחושה של הצלחה; רוב האנשים עם הפרעת קשב לא חווים אותה. כמבוגרים עם הפרעת קשב עמדתם לפני כל מיני אתגרים, ולעתים קרובות לא צלחתם אותם. לכל אדם בעולם יש תחומי חיים שבהם קשה לו יותר להצליח – בדיאטה, במציאת בן זוג, בקשרים חברתיים או בין אישיים. לכם יש את הקשיים שלכם, וכשאתם מבצעים משימות בתחומים מסוימים סיכויי הצלחה שלכם פחות טובים. יש דברים שהולכים לכם בקלות בחיים (יש, רק שאת רובם אתם לוקחים כמובנים מאליהם) ויש כאלה שלא. דחיינות עוסקת באלה שלא.

אתם לא דוחים סתם

בניגוד לאותו עכבר, כבני אדם אנו יכולים לעכב את התגובה שלנו לדברים ולבחור במשהו לא נעים שלאחר ביצועו יקרה משהו נעים (השלמת המשימה שכל כך רציתם לסיים). תחושת הסיפוק האדירה

שאתם חשים לאחר ביצוע משימות מסוג זה נובעת מכך שאתם יודעים בתוכם שלאורך כל המשימה נדרשו מאמצים רבים להתמיד ולבצע אותה, ועמדתם בהם. זוהי התגברות על שדון שיושב שם, גם אחרי שהתחלתם במשימה, ומנסה לשכנע אתכם בכל דרך לוותר עליה ("אחר כך", "אין לי כוח לזה עכשיו", "היה לי יום קשה", למה תמיד אני?").

יש כמה הימנעויות אנושיות נפוצות: משימות מעורפלות ולא ברורות, משימות שתאריך היעד שלהן רחוק, משימות שמחייבות לבקש עזרה מאחרים, משימות שדחיתם כבר מספר פעמים, משימות שמעורבים בהן אנשים אחרים שאתם חוששים מתגובתם, משימות בתחומים שבהם אתם פחות טובים, מיילים ארוכים, עניינים שקשורים לבריאות ולספורט, בירוקרטיה ודברים שמחוץ לשליטתכם, דברים שאין בהם סיפוק מדי.

אנשים שיש להם הפרעת קשב וריכוז נוטים לדחות בעיקר שני סוגי משימות: משימות שדורשות ריכוז רב, בעיקר משימות קריאה וכתובה ומשימות משעממות וטכניות, כמו תשלום חשבונות, סדר, רישום, השגת מרשם או קניית תרופה.

במקרים רבים אנו פוגשים אנשים שמגדירים את עצמם "דחיינים כרוניים", אך בבדיקה דקדקנית של המשימות שהם דוחים אנו רואים שאלה משימות מסוג מסוים עם מאפיין משותף ובמשימות אחרות הם חרוצים למדי. מכאן שאנחנו לא "סתם" דוחים דברים, אנחנו דוחים דברים שקשה לנו לבצע. לעתים זו משימה שאנו לא יודעים איך להתחיל אותה, לעתים הקושי הוא להיעזר, ולעתים אנו לא יודעים בעצם איך לבצע אותה, לעתים זו משימה קלה, כמו שטיפת כלים, אבל היא כל כך סיוזיפית ומשעממת, שקשה לנו לגייס כוחות ולבצעה שוב גם היום. דברים שאנחנו אוהבים, דברים שקל לנו לעשות, אנחנו לא דוחים. ההבנה הזו חשובה, כי היא מפחיתה שיפוט והופכת את ההתמודדות עניינית יותר. הדחיינות לעולם לא תיפתר, אם "תרדו על עצמכם" שהמשימה קלה והבעיה היא אצלכם. אם משימה נדחית, תמיד יש שם קושי.

לעתים רחוקות יותר אנו פוגשים מטופלים שסובלים מדחיינות קשה בתחומים רבים. שבוע ועוד שבוע עובר, והם לא עושים כמעט דבר ממה שלקחו על עצמם. בדרך כלל דחיינות קשה מקוממת ומתסכלת מאוד – את הסביבה, את האדם ולעתים גם את המטפל. ניסיוננו מלמד שדחיינות קשה מסתירה מאחוריה בדרך כלל נפש שמתרחקת בעוצמה ובאופן חד משמעי מכל אי נעימות שעשויה לאיים על הדימוי העצמי שלה. פעמים רבות אנשים אלה ייראו כלפי חוץ בטוחים וחיוביים, אך התחושה בפנים היא של חוסר ביטחון עמוק וקושי להיות במצבים שיש בהם מרכיב של בושה, פחד או השוואה לאחרים. אם אתם דחיינים מאוד, אבל הולכים רוב היום עם חיוך על פניכם, מנסים "לשחק אותה שהכול בסדר" ובו בזמן עסוקים מאוד במה שחושבים עליכם, ייתכן שאתם שייכים לקבוצה זו, וכדאי לכם להתייעץ עם איש מקצוע.

דחיינות ופרפקציוניזם

במשך שנים רבות חשבו שהמקור העיקרי של הדחיינות הוא פרפקציוניזם. מחקרים עדכניים מראים שאין זה נכון לרוב הדחיינים, אבל עדיין יש באוכלוסייה קבוצת דחיינים שסממניה פרפקציוניסטיים. הסטנדרטים של הפרפקציוניסט גבוהים, ומובילים לחרדת ביצוע ולשיתוק. הפרפקציוניסט עם הפרעת הקשב על פי רוב לא יהיה פרפקציוניסט בכל תחום, אלא בתחומים מסוימים החשובים לו במיוחד, לימודים למשל. אז כל עבודה תימרח על פני זמן רב, כל דו"ח קריאה משול לעבודת סמינר סופית של התואר, וכל עבודת סמינר משולה לעבודת דוקטורט. בזמן בחינות, אם לא כיסה את כל החומר, לא ייגש הפרפקציוניסט לבחינה. העיקרון נכון כמובן גם למסגרות עבודה. מנגנון ההתמודדות המעשית של אנשים אלה הוא הדקה התשעים. כשהם מתחילים משימה בדקה התשעים הם יודעים שהיא ממילא לא תצא מושלמת, אבל אז יגידו לעצמם שזה לא בגללם, אלא משום שלא היה להם מספיק זמן. וכשהם עובדים על משהו זמן סביר, הם מופתעים לגלות שהצליחו, כי היו בטוחים בכישלונם. האומדן של אנשים אלה הוא פשוט שגוי, כי מה שלא מושלם מבחינתם הוא בעצם כישלון.

מה עושים?

- מה הם אזורי הדחיינות שלכם? אנא אל תגידו שאתם דוחים הכול. נסו לסמן את האזורים המהותיים ביותר, להיות ספציפיים.
- עבודה על דחיינות דורשת כנות עם עצמנו או, במילים אחרות, להפסיק לספר לעצמנו סיפורים. כשאנחנו דוחים דברים, אנחנו משקרים לעצמנו שנעשה אותם אחר כך או שנמצא זמן מתאים. זה נשמע אולי נוקשה וייתכן שאף גובל בקלישאה, אבל ברוב המקרים זה נכון: כשמדובר בדברים קטנים אין זמן מתאים יותר מעכשיו.
- כדי לבצע, צריך משימות ברורות וקטנות. "לקנות ריטלין" זו לא משימה, אם היא מורכבת מחמש משימות אחרות, כמו למצוא את המרשם או להתקשר לרופא לפני כן לברר מה המינון. משימה היא משהו שניתן לבצע עכשיו. משימה גדולה מורכבת תמיד ממשימות קטנות, מצעדים קטנים. התעלמו מהתמונה הגדולה והסתכלו על המשימה הקטנה שעליכם לבצע. לאחר שתסיימו אותה, תוכלו לעבור למשימה הקטנה הבאה.
- דחיינות היא לא עניין טכני, אלא משהו יסודי יותר, שיש לו זיקה הדוקה לדימוי העצמי שלכם. חשוב להבין איך עובדת אצלכם ולמה היא מקושרת, משום שהיא שונה מאדם לאדם. יש גם ספרים מקיפים בנושא וכן ספרי-שמע באנגלית למי מכם שזה רלוונטי עבורו.
- בכל שבוע נסו להקדיש שעה-שעתיים לביצוע משימות מעיקות, משימות שאתם דוחים פעם אחר פעם. אפשר אפילו לנסות לייחד לכך יום קבוע. העיקרון הוא שבכל שבוע יש

חלון זמן שמוקדש לדברים לא נעימים. קל יותר לגייס כוחות באופן מרוכז לזמן קצר מאשר להתמודד לאורך כל השבוע עם משימות שרודפות אתכם.

- אם אתם חיים עם בני זוג, אפשר לבקש מהם לאסוף/לרשום לכם משימות לאורך השבוע על המקרר או על לוח מחיק או ביומן, ואז ביום שקבעתם לעצמכם או בחלון זמן מתאים קחו את הרשימה, ובצעו אותן בזו אחר זו. לפעמים נטילת ריטלין באותו יום היא פתרון מצוין שיעזור לכם בביצוע. איסוף משימות במקום מרוכז בידי בני הזוג הוא מתכון טוב לצמצום מספר המריבות. אפשר גם לבצע את הדברים באופן מרוכז יחד; זה עוזר ומפעיל לחץ חברתי חיובי.

- רישום כלשהו הוא חיוני להתמודדות עם דחיינות, אם כי הוא לא הפתרון כמובן. רבים רושמים ולא מבצעים, אבל בלי רישום כלל, הסיכוי שדברים יתבצעו ממש אפסי. יש כלים רבים לרישום משימות: אפליקציות מצוינות (חפשו המלצות באינטרנט על אפליקציות חדשות), לוח מחיק במקום בולט, יומן ידני ייחודי (כמו יומן עוזר אישי של מחברת ספר זה), gmail ועוד. יש רבים שלא רשמו דבר בחייהם, והצליחו למצוא כלי מתאים. הסוד הוא לא להיבהל מתקופות שבהן אינכם רושמים, ולחזור לרישום, כי תמיד יהיו תקופות כאלה.

ניתן להשתחרר מדחיינות. ראינו הרבה אנשים שהצליחו, וזו בהחלט לא גזרה משמים. גם אם תצליחו לעבוד על הדחיינות בתחומי חיים אחדים ולא בכלם, זה יהיה מצוין. שוב, אנחנו מחפשים שיפור ולא שלמות.

"להיות ב-18 דברים במקביל ולא להתקדם עם אף אחד מהם, מרוב דברים יש רק חוסר אונים".

(אייל, 34)

"זה לדעת ולהצליח לעשות המון דברים מאוד טוב... אבל התחושה היא ששום דבר לא הולך ממש מצוין כמו שצריך... זה להתחיל ולהפסיק ולהתחיל משהו אחר ושוב להפסיק ואז לא לדעת מה קודם, מה יותר חשוב, מה יותר דחוף ועל מה אפשר כרגע לוותר... כמה מילים יצאו לי ובאיזה בלאגן..."

(אנונימי)

מה שהכי מפריע לי זה שאני אלופה בלתכנן תכניות מפורטות אבל הביצוע... אוי הביצוע...

(חנה, 49)

[10] איחורים

כל אחד מאחר לפעמים, אבל רבים מכם, המבוגרים עם הפרעת קשב, מאחרים באופן כרוני או מגיעים תמיד בדקה התשעים. העניין הפשוט הזה לכאורה, להגיע בזמן, עשוי להיות מסובך בשבילכם, ולעתים יש לו גם השלכות כבדות משקל על חייכם. רוב מקומות העבודה לא אוהבים איחורים בלשון המעטה, וגם אם אין הם מפטרים, הם נוטים לתייג את המאחר כ"חסר אחריות". לאיחורים יש גם השלכות חברתיות – יש חברים שחווים איחור כזלזול, וריבים רבים בין חברים או בני זוג פורצים על רקע זה. ויש גם השלכות אחרות: נקודות רתיחה של לחץ גבוה ומתח, כשלא ברור אם נגיע בזמן; שכחה של חפצים חשובים כי יוצאים ברגע האחרון; נהיגה מסוכנת; הגעה לפגישה בראש טרוד וללא התארגנות או חשיבה קודמת.

הסיבות לאיחורים משתנות מעט מאדם לאדם. ברוב המקרים זה נראה כך: רני אמור להגיע לפגישה באחת-עשרה. בבוקר הוא אומר לעצמו: "אני אצא ארבעים דקות לפני, כדי שיהיה לי קצת זמן סֶפֶר". שעה לפני היציאה הוא אומר לעצמו: "יש עוד קצת זמן, אז אולי בינתיים אני אכנס לאינטרנט." ארבעים דקות לפני הוא אומר לעצמו: "גם אם אני אצא עוד כמה דקות, אני אגיע, אז למה בכלל להקדים? ממילא סביר שכולם יאחרו ושלא יהיה לי מה לעשות שם." בסופו של דבר הוא יוצא עשרים דקות לפני, לחוץ, נוסע מהר מדי, מגיע באיחור קל או כבד, בהתאם לדברים שקרו בדרך, ופוגש מולו פרצופים חמוצים.

סיבות נפוצות לאיחורים הנובעים מהפרעת קשב

- התרחיש האופטימי – אנשים שמאחרים נוטים להאמין שיגיעו מהר. "בכביש פתוח ייקח לי חצי שעה, אז אצא חצי שעה לפני." החישוב הוא של זמני מינימום.
- העדר תכנון – קובעים דברים במרווחי זמן קצרים מדי, לא בודקים איך דברים מסתדרים זה עם זה, לפני שנותנים תשובה חיובית. כך יוצא שלאנשים עם הפרעת קשב יש פגישה בתל אביב באחת-עשרה וחצי ועוד אחת בפתח תקווה בשתיים-עשרה.
- "מריחת זמן" בלילה – הולכים לישון מאוחר מדי ולמחרת הבוקר מתחיל מאוחר מדי, ומכאן נוצרת שרשרת של איחורים וריצה ממקום למקום.
- מוסחות – לא שמים לב לזמן, כי עסוקים במשהו אחר.
- קושי לשאת שעמום – ההמתנה קשה מאוד לאנשים עם הפרעת קשב; על כן אתם מעדיפים להגיע בדיוק בזמן או לאחר מאשר לשבת בחוסר מעש ולהמתין. כשמדובר

- באירועים, בדרך כלל אתם מעדיפים להגיע כשהאקשן כבר בעיצומו.
- **הימנעות מהתמודדות** – לעתים אנו צריכים לצאת לפגישה לא נעימה, ללימודים או לכל דבר שיש בו מורכבות ולכן דורש גיוס כוחות. קל לנו לצאת מהבית בזמן לפעילויות מהנות. קשה יותר לעשות זאת כשמדובר במטלות מכבידות.
- **קושי להפסיק דברים** כיפיים או מעניינים ("אצא עוד כמה דקות, כשאסיים את המשחק במחשב").
- **קושי בהתארגנות** – יציאה מהבית דורשת לעתים ארגון חפצים, ולכן אנשים עם קושי בהתארגנות ידחו את היציאה.
- **צורך באדרנלין** – אדרנלין של הרגע האחרון משפיע על הגוף בדומה לריטלין. תחושת האדרנלין נעימה למבוגרים עם הפרעת קשב, ומירוץ האיחורים מספק זאת.
- **לא באמת חשוב** – יש גם אנשים שלא מייחסים חשיבות רבה לאיחורים או לא משלמים עליהם מחיר מספיק גבוה, כדי להימנע מהם. האיחורים מפריעים לסביבה ולא להם.

כלים

- בררו לעצמכם למה אתם מאחרים. הרי אתם מאחרים בגלל משהו ספציפי: בעיית התארגנות בבוקר, נטייה להימנע וכו'. מאחורי המושג הנמלץ "בעיית איחורים" מסתתרת בדרך כלל בעיה לא גדולה ופתירה.
- הימנעו מלעשות בסמוך ליציאה משהו מעניין או "משהו שייקח רק דקה". דברים לוקחים זמן.
- אם אתם מתכננים את מחר, רשמו לכם גם את השעה שבה נכון לצאת או הפעילו התראה בנייד לשעה זו. סביר שתבחרו את הזמן הנכון ליציאה, כשאתם רחוקים ממועדה. סמוך לה הפרעת הקשב כבר נמצאת בפעולה, והיא מחליטה ולא אתם.
- התחילו לאהוב זמן "מת". כשאתם מקדימים, זמן ההמתנה עשוי להיות הזמן היעיל ביותר שלכם במהלך היום. זמן "מת" הוא זמן מעולה להתארגנות להמשך היום, לשיחת טלפון חשובה, לעצירה לקפה או למנוחה.
- כשאתם כבר חושבים על זה שעוד חצי שעה אתם צריכים לצאת, ארגנו לכם את הדברים ליציאה וכווננו שעון מעורר או התראה בנייד; רצוי לא בחדר שאתם נמצאים, אלא במטבח למשל. כשהשעון יצלצל או ההתראה תצפף, צאו לדרך. זה ישמור עליכם מהסחות.
- אמצו את הדיוק כערך וככלי השומר על יחסה של הסביבה אליכם. אתם מכירים ודאי

אנשים שאומרים שהם שונאים לאחר ותמיד יגיעו בזמן; הגעה בזמן היא ערך מבחינתם. ויש בהחלט גם מבוגרים עם הפרעת קשב שחשוב להם לא לאחר, וייתכן שאתם אף נמנים עמם. מבחינת אלה לאחר משמעו לפגוע במישהו אחר וכן לפגוע באופן שבו האחר תופס אותם.

• אם יש לכם קושי בהתארגנות, אפשר ורצוי להיעזר באנשים שגרים איתכם. אמרנו זאת ונאמר שוב – היכולת להיעזר היא אחד העקרונות החשובים ביותר בהתמודדות יעילה עם הפרעת קשב.

[11] שינה

לילה טיפוסי אצל שירה מתחיל על פי רוב בערב, אז היא אומרת לעצמה שהיום תלך לישון מוקדם. אתמול היא הרי הלכה לישון בשלוש בבוקר, וכל היום למחרת השתבש. באחת-עשרה היא מחליטה שהיא רק תיכנס רגע למחשב לשלוח כמה מיילים וזהו. מהמייל היא עוברת "רק לשנייה" לבדוק משהו בפייסבוק, כי עוד לא ממש מאוחר, ופתאום היא רואה שיצא עוד פרק בסדרה שהיא אוהבת, והנה כבר אחת בלילה. אחרי הסדרה היא נזכרת שיש משימה למחר שהיא לא עשתה, אז אולי היא תעשה אותה בזריזות עכשיו. בשתיים וחצי היא כבר עייפה מאוד ונגררת למיטה, מתקשה קצת להירדם, כי ראשה עמוס מחשבות, ובשלוש, כרגיל בתקופה האחרונה, היא נרדמת.

הרומן של מבוגרים עם שעות הלילה המאוחרות הוא באמת רומן מרתק. מדובר פה באהבת אמת לצד קושי ברור להחליט לסיים את היום ולהינתק מהגירויים השונים, במיוחד מהמחשב. בעוד מבוגרים רבים מתלוננים על קשיי שינה מסיבות רבות, מבוגרים עם הפרעת קשב בדרך כלל לא סובלים מהפרעת שינה (כלומר יקיצות רבות בלילה או שינה לא איכותית). נהפוך הוא: מבוגרים עם הפרעת קשב בדרך כלל ישנים טוב. הבעיה היא לפני השינה – עד שהולכים לישון. רוב המטופלים שלנו מספרים, שהם פשוט לא מגיעים למיטה לפני אחת בלילה, אחרי שהם דוחים שוב ושוב "רק עוד קצת" את שעת השינה.

אז מה בעצם קורה לכם בלילה?

- הלילה, כלומר מעשר ואילך, הוא זמן חלומי מבחינתכם. זהו סוף היום; המשימות על פי רוב תמו, ומשתרר שקט נעים בד בבד עם התפוגגות הדרישות מהסביבה.
- לצד הירידה הזו בגירויים החיצוניים, חלה על פי רוב עלייה בתחושות האשם, במיוחד אם במהלך היום דחיתם משימות שוב ושוב. נגיסה בשעות השינה יוצרת שעות נוספות של עבודה, לימודים או פנאי ומשפרת לכאורה את תחושת ההספק היומי (זהו מעגל בעייתי, כי למחרת שוב יהיה ההספק נמוך גם בגלל מחסור בשעות שינה מספקות).
- הכוכב של הלילה הוא כמובן האינטרנט שלא שובת אף פעם, ובנוי כל כולו על גירויים והסחות דעת. קשה להפסיק לגלוש; תמיד יש עוד משהו מעניין. כל פרק בסדרה מוביל לבא אחריו, כל צ'ט מוביל לצ'ט חדש. האינטרנט הוא אויב השינה המרכזי כיום של אנשים רבים ובמיוחד של אנשים מוסחים.
- כניסה למצב שינה מצריכה ירידה בעוררות. הבעיה היא שאנו מוקפים במעוררים למיניהם

(טלוויזיה, מחשב) שמונעים מאיתנו לחוש את מצב העייפות האמיתי שלנו. הגירויים הם

כמו ממריצים המשאירים את האדם ערני.

• מבוגרים עם הפרעת קשב לא חושבים על מחר בבוקר; הם "אסירים של ההווה".

האימפולסיביות מנחה לחשוב על הרגע הזה; המחר כמעט אינו קיים בתודעה. יש עכשיו

משהו מעניין בפייסבוק, ומחר זה מחר...

מעגלי שינה

מכל הסיבות האלה מבוגרים עם הפרעת קשב ישנים מעט מדי שעות בלילה ולכן מתקשים לקום בבוקר. מספר השעות שאתם זקוקים לו משתנה במקצת מאדם לאדם, אבל בדרך כלל נדרשות שבע שעות שינה לכל הפחות, ולפעמים גם שמונה או תשע. יש אלפי מחקרים על חשיבות השינה בחיינו, שלא לדבר על השפעת המחסור בשינה על רמות הקשב והריכוז. זוהי התשתית לתפקוד כולו.

לשינה יש מרכיב מעגלי. כשקמים בעשר בבוקר, סביר להניח שגם מתעייפים מאוחר יותר. הסדרת מעגלי שינה סבירים (שעת שינה ויקיצה קבועות פחות או יותר עם סטייה של שעה בקירוב לכאן או לכאן) מחוללת שינוי דרמטי בחיים. ניתן להיחלץ גם ממעגלי שינה קיצוניים; זה בהחלט עניין של הרגל. לשינה טובה יש כוח מרפא – היא משפיעה על מצב הרוח, על הצלילות וגם על המראה החיצוני.

מעגל שינה סדור פחות או יותר הוא הבסיס שעליו בונים את סדר היום. אי סדירות במעגלי

השינה יוצרת כאוס, וכאוס הוא קרקע פורייה להתרפת הקשיים הנובעים מהפרעת קשב וריכוז. אחת הדרכים המעניינות לחשוב על מוח עם הפרעת קשב בלילה היא לדמות אותו לרכב בלי ברקסים. כדי להתפנות לשינה, על המוח להאט את הקצב. אם ממשיכים להעמיס עליו גירויים מעוררי אדרנלין גם בשעות מאוחרות – סרטי אקשן, שיחות מטרידות, קפיצות מחלון לחלון באינטרנט – קשה לו להבין בעצמו שהגיע סוף היום. זה ממש כמו נסיעה מהירה – אי אפשר לבלום ברגע; זה לוקח זמן.

ואולי בכל זאת יש לכם הפרעת שינה?

חשוב להוסיף שקושי להירדם ובעיות שינה עלולים לנבוע מסיבות אחרות, פסיכולוגיות או פיזיולוגיות. יש אנשים הסובלים מחרדות וממחשבות מטרידות, שמציפות אותם במיוחד לפני השינה, כך שכדי למנוע מעצמם סבל, הם עשויים להימנע מרגעי השקט האלה לפני ההירדמות. יש גם אנשים המתעוררים פעמים רבות במהלך הלילה או ששנתם לא עמוקה מסיבות פיזיולוגיות, ופנייה למעבדת שינה עשויה לספק מידע על הגורם לבעיה. אם יש אי בהירויות בעניין, כדאי להיוועץ ברופא

המשפחה, ברופא המאבחן או באיש טיפול. הפרעות שינה הן נפוצות מאוד, וחשוב וניתן לטפל בהן.

מה עושים?

- קבעו שעת יקיצה ושינה ריאליות, בעיקר לאמצע השבוע. רובנו זקוקים לשבע שעות שינה לפחות. חשבו את שעת השינה בהתאם לשעת היקיצה הממוצעת הרצויה לכם. אם תמיד חלמתם לקום בשש בבוקר, אבל זה מעולם לא קרה, לא זה הזמן להתחיל. גם שמונה בבוקר זה ממש בסדר.
- אם אתם מנהלים את הזמן שלכם ויכולים לקום בעשר בבוקר, שקלו זאת בחיוב והניחו בצד את רגשי האשם. ייתכן שהמעגל הנכון לכם הוא ללכת לישון בשלוש בלילה ולקום בעשר בבוקר. הנקודה החשובה היא שיהיו לכם מספיק שעות שינה במהלך השבוע.
- עזרו למוח "להירגע" – כחצי שעה לפני זמן השינה שקבעתם הפחיתו גירויים מעוררים ועברו לעיסוקים מונוטוניים יותר, כמו קריאת ספר או צפייה במיטה במשהו מרגיע. מומלץ לא לערוך לפני השינה שיחות טלפון מטרידות ולא להתעמק בתכנים מרתקים מדי.
- טקס שינה – הורים לילדים מכל סוג וגיל מכירים בחשיבות של טקס שינה, שכולל מעבר לפעילות רוגעת יותר, מקלחת, ארוחת ערב, עמעום אורות וכו'. הטקס נועד לסמן מעבר הדרגתי ושגרתי בין המשחק לשינה, בין היום ללילה. הוא חשוב למעשה לכל בני האדם, ואתם יכולים ליצור לעצמכם טקס שינה משלכם.
- בשבוע הראשון ניתן לרשום תזכורת בנייד, שתתריע חצי שעה לפני שעת השינה הרצויה, או לבקש מאדם קרוב לעזור לכם בכך.
- אם יש לכם בן זוג, בדקו אם מישהו מכם גורר את האחר לשעת שינה מאוחרת מדי.
- יש כדורים טבעיים המשרים רגיעה לפני השינה ומסייעים לכוונן את מעגל השינה החדש. התייעצו עם הרופא שלכם.
- התמקדו בעבודה על הדחיינות המתרחשת לאורך היום, כדי להימנע מעומס משימות שנדחו ללילה. אין ספק שאחת הדרכים לשנות את הרגלי השינה שלכם היא לשפר את היעילות במהלך היום.

[12] ניהול כלכלי וניירת

התעלמות ממצב חשבון הבנק ומהקשר בין הוצאות להכנסות מאפיינת אנשים רבים בישראל ובעולם, אך בולטת במיוחד אצל מבוגרים עם הפרעת קשב. אתם עשויים לתמוה: "מה הקשר בין הפרעת קשב להתנהלות כלכלית ולניירת?" אבל מיד תבינו עד כמה הקשר הדוק ואיך הקשיים העומדים בבסיס ההפרעה באים גם כאן לידי ביטוי ובאופן משמעותי. תמנון הפרעת הקשב השולח זרועותיו לכל תחומי החיים נכנס גם לכיסכם.

אנו כותבים על כסף וניירת ביחד, כי יש ביניהם קשר מתבקש. בלגן בניירת, הנפוץ כל כך אצל אנשים עם הפרעת קשב, הוא בין הדברים המרכזיים המובילים לבלגן כספי. אנו כותבים על כסף, כי יש לו משקל עצום בחיינו, וברורה השפעת מצבנו הכלכלי וההתנהלות הבירוקרטית שלנו על היבטים רבים בחיינו, לרבות היבטים רגשיים, כמו לחץ, מתח, חרדה ומצבי רוח.

ניתוק מהמציאות הכלכלית

הסביבה רואה אנשים עם הפרעת קשב וריכוז כמנותקים מהמציאות בכל הנוגע לניירת ולכספים. הם לא יודעים מתי צריך לשלם חשבונות, מגלים להפתעתם שיש להם מינוס גדול, מתקשים להסביר על מה הוציאו כסף. אצל רבים נראה עֲרָמוֹת של ניירת פזורות בכל מיני מקומות בבית, שולחן עבודה עמוס או מבולגן ומבט מוטרד, המחפש כבר יום שלם מסמך כלשהו בין העֲרָמוֹת. מעטפות המגיעות בדואר נזרקות לפינה כלשהי ולא נפתחות כלל, ולעתים דופקים על הדלת מההוצאה לפועל עקב התעלמות מתמשכת מתשלום חשבונות. חשוב לציין שגם אנשים שאין להם קושי כלכלי לשלם נוטים לא לשלם ולא לעקוב; לעתים קרובות זה לא קשור למצב הכלכלי, אלא להימנעות מארגון עניינים אלה ומטיפול בהם.

קשיים המובילים להימנעות

הסיבות העומדות מאחורי נתק זה הן רבות; התעסקות עם ניירת וכסף היא התעסקות משעממת, הדורשת קשב מתמשך. בדומה ללימודים, מדובר במצבים הדורשים ישיבה, בדיקה, העמקה. לעתים נדרשת התמודדות של ימים שלמים עם הרשויות המתגרות מאוד את סבלנותנו ואת זמננו. בתחום זה יש משמעות רבה גם לתפקודים הניהוליים, האחראים על ארגון ותכנון, שיטה ועקביות. כשאין שיטה כלשהי, הניירת לעתים קרובות הולכת לאיבוד במגירות, במדפים, בשקיות, והחובות מצטברים. לצד זה, האימפולסיביות, ההתמקדות בהווה והצורך באדרנלין דוחפים להוצאות בלתי מחושבות, ללא ראיית התמונה הגדולה.

רוב המבוגרים עם הפרעת קשב אינם חסכנים, וחלקם, כאמור, אף פזרנים. מחושבות דורשת ארגון

והיכרות עם המצב הכלכלי שלי. לעתים קרובות הפזרנות גם מפצה על קשיי ההתמודדות הרבים של מבוגרים עם הפרעת קשב עם חיי היומיום. חשוב להבין שסידור וארגון ניירת הם משימה קשה מנשוא לאדם עם הפרעת קשב וריכוז. וגם ההתעסקות בפרטים כדי למצוא היכן ניתן לחסוך היא משימה כמעט בלתי אפשרית, משום שהיא זורשת משאבי ריכוז כבירים. משימות אלה מאיימות גם על הדימוי העצמי ופוגעות בתחושת הערך, כי "אם כולם עושים את זה, אז מה הבעיה שלי"?

אוף, למה כל כך קשה לשלם דוחות בזמן?

בושה היא מרכיב מרכזי בשיחה על כסף וניירת עם מבוגרים עם הפרעת קשב. הסביבה תופסת את התנהלותכם כחסרת אחריות, ואתם הראשונים להשתכנע. על פי רוב תעשו מאמצים עילאיים להסתיר את המינוס, להסתיר את הערמות ולהמציא שקרים חדשים, כדי למנוע ריבים בלתי פוסקים עם הסביבה או לקבל "ציונים" גרועים ושיפוט לא נעים. ולא די בזה: כמו בכל הימנעות, אחרי שכבר מנעתם פעמים מספר מפעולה, קשה עוד יותר לבצע אותה. זה מביך.

איך עוצרים את כדור השלג?

קודם כול חשוב להבין שזוהי תופעה רחבה וגורפת, וערמות הניירת ואי השליטה בהתנהלותכם הכספית אינן מנת חלקכם בלבד. אנו יודעים שאתם חושבים שאצלכם המצב הוא הגרוע ביותר, אבל האמינו לנו שראינו דברים גרועים בהרבה (השיא היה כנראה שש שקיות זבל ענקיות מלאות במעטפות דואר שלא נפתחו במשך שמונה שנים). לאחר ההתגברות על המחסום הרגשי הראשון ועצירת ההלקאה העצמית הנלווית אליה, אפשר להתחיל לעבוד. יישום של מספר דברים טכניים ישפר מאוד את המצב.

מלבד זאת נדרשת נכונות להתמודד עם המציאות, וכשמדובר בכסף, רובנו מעדיפים שלא לעשות זאת. קשה ולא מלהיב לראות את המספרים מול העיניים, ובמיוחד להבין את השלכותיהם. יש פה בחירה בין לדעת לבין להדחיק, וזו בהחלט בחירה. ברוב המקרים ממילא ההדחקה היא קצרת טווח, כי המינוס מצטבר והבנקאי מתקשר (או כל רשות אחרת), אך לא בכל עת בחיים יש לנו כוח להתמודד גם עם זה.

לא לה ששמעדיפים לשפר את השליטה בתחום זה – חשוב לעשות זאת בצורה נעימה, נוחה ולא מוגזמת. אי אפשר לקפוץ ביום אחד מניתוק לשליטה בכל פרט. רבים ניסו לתקופה מסוימת לרשום כל שקל שהם מוציאים, והתייאשו כמובן אחרי זמן קצר. פתרונות צריכים להיות מעשיים ולא אידיאליים ומדוקדקים.

אולי מישו אחר יעשה את זה?

אם יש מישהו בסביבתם שיכול לעזור לכם לנהל את הכסף ואת הניירת, זה בסדר גמור. בני זוג של מבוגרים עם הפרעת קשב בדרך כלל טובים יותר בתחום הזה (אם אין להם הפרעת קשב בעצמם), וזו לא מיומנות הכרחית לחיים, כל עוד מישהו מבצע אותה. אם לשני בני הזוג יש קושי בתחום הזה, כדאי להיעזר באיש מקצוע שיעזור לכם להתארגן ולהתנהל טוב יותר.

פגשנו לא מעט אנשים בני עשרים, שלושים ויותר עם הפרעת קשב שהוריהם מנהלים להם את חשבון הבנק ועוקבים אחר הוצאותיהם. אם יש לכם הורים תומכים שמבינים את הקושי, זה בסדר גמור כשלב ביניים, אף שכפתרון קבע בדרך כלל אין זה פתרון מוצלח משום שהוא יוצר מתחים משפחתיים.

ניהול כלכלי בסיסי – מה מומלץ לעשות?

- אחת לשנה או בתקופה של שינוי גדול (לידת ילד, מעבר דירה) כדאי לפנות שעה ולמלא טבלה (אפשר וכדאי להיעזר בחברים או בני זוג) של כל ההוצאות החודשיות. יש באינטרנט פורמטים מוכנים (רשמו "טבלת הוצאות חודשיות"), ואפשר גם לעשות רשימה ידנית או באקסל. שימו לב שאתם כוללים גם הוצאות שנתיות (טסט לרכב) ומחלקים אותן ל-12 כמספר החודשים.
- כשאתם ממלאים טבלה כזו, עשו זאת בשלב הראשון במהירות בלי להתעמק בקטנות, כדי לקבל תמונה ראשונית. לאחר מכן עברו עליה שוב, כדי לחדד ולברר את הנתונים.
- פעמים רבות המספר שמופיע בשורה התחתונה של רשימת ההוצאות מפתיע ומבהיל. זו האמת.
- לאחר שהופתעתם, בדקו את ההכנסות שלכם: כמה אתם מרוויחים? האם אפשר לשפר את ההכנסה? איך? נסו לחשוב בצורה יצירתית איך מאזנים את המשוואה.
- בסוף התהליך סמנו שניים-שלושה תחומים שכדאי להתמקד בהם, כדי לצמצם או לשים לב. על פי רוב יש כמה סעיפים בודדים שאחראים לכל החגיגה (הנפוצים הם אוכל בחוץ וקניות בסופר, אבל יש עוד רבים; תלוי באדם).
- רשמו לכם משימות הנגזרות מהתהליך (בירור מנוי סלולארי, צמצום הטיפול מפעם בשבוע לפעם בשבועיים וכו').
- מי שרוצה להעמיק בנושא ימצא מידע רב באינטרנט וסדנאות של אנשי מקצוע רציניים שזה תחום התמחותם. יש גם ארגונים ועמותות לניהול כלכלת המשפחה שכדאי לקרוא עליהם.

ומה בנוגע לערמות הניירת?

- קובעים משבצת זמן של שלוש שעות למבצע הבסיסי. אוספים את כל (כל!) הניירת מכל הבית ומכניסים לשקיות זבל גדולות/ארגזים/מזוודות. מארגנים שלושה-ארבעה קלסרים גדולים, מחורר וחוצצים. יש גם אמצעי ארגון אחרים; זה לא באמת משנה.
- נושמים עמוק ומתחילים (כדאי להזמין מישהו קרוב שיעזור). זה מהיר ויעיל יותר, ויכול להיות אפילו מצחיק וכיף.
- לכל נייר יש גורל אחד משלושה – לפח, לתיוק או לטיפול. תגלו שהרוב הולך לפח (באינטרנט ניתן למצוא רשימות "כמה זמן לשמור כל נייר"). ניירת לטיפול שמים בסלסלה כלשהי במטבח, ביומן, בתיקייה שקופה או על לוח שעם. ניירת לתיוק מתייקים בקלסר עבה לפי נושאים כלליים (בריאות, רכב, תעודות אחריות וכו'). גם הררי הניירת הגבוהים ביותר שראינו מוינו תוך כשלוש שעות. זה אפשרי.
- אם עושים מבצע רציני, כדאי להכין בסופו רשימה של כל המשימות לטיפול שעלו מהמיון.

ניירת בשוטף

- הדבר החשוב ביותר הוא לפתוח כל מעטפה שמגיעה ולא להימנע מהקריאה. כזכור, בניהול כלכלי אפשר לבחור להתעלם או להתמודד. להתמודד = לפתוח מעטפות.
- השליכו לפח מיד את מה שמיותר. את השאר שימו בסלסלה, ומיינו אחת לחודש-חודשיים, כשהיא מלאה, על פי אותו עיקרון – לפח, לתיוק, לטיפול.
- הימנעו ככל האפשר ממתן ציונים לעצמכם על הזנחת הניירת. הזנחת ניירת היא תופעה נפוצה כל כך, עד שכל מיון שתעשו הוא מבורך.

"אולי עכשיו הבוס יבין שהבלאגן אצלי במשרד הוא תסמין של הפרעת קשב וריכוז".

(77, 33)

"בדירה הראשונה שבה גרתי חדר השינה נראה יותר כמו קן נשרים, אשר במרכזו המיטה, מרופדת מסביב בערימות כביסה"

(טל, 35)

"אתמול התחלתי ללמוד למועד ב' שיש לי ביום למחרת. היו לי 70 עמודים לדחוף למוח בפחות מ-24 שעות... חבר שלי יצא לעבודה רק בארבע אחר הצהריים, ורק אז באמת יכולתי להתחיל ללמוד... בגלל שהוא לא היה בבית הרשייתי לעצמי להתפזר... כל הבית התמלא דפים, על הספה, על הרצפה, במטבח ועל השולחן... רבע שעה לפני שהוא חזר סידרתי הכול... אם הוא רק היה יודע איך הבית היה נראה כמה דקות לפני שחזר, הוא היה מזדעזע..."

(טלי, 27)

[13] סביבת הבית

סביבת הבית אצל מבוגרים רבים עם הפרעת קשב וריכוז מאופיינת בבלגן ולעתים גם בהזנחה. בשונה מאיחורים או מציונים במבחנים, בלגן הוא עניין יחסי וסובייקטיבי – מסודר בשבילי הוא בלגן אצל אדם אחר. הבלגן בעייתי, רק אם הוא מפריע לאדם עצמו ומשבש את חייו שלו. לא מעט פעמים מתברר שהבלגן דווקא לא מפריע לאדם עצמו, אלא לסביבה הקרובה שמפעילה לחצים ושופטת לחומרה. החברה שאנו חיים בה מתאפיינת, מנקודת מבטנו, בחוסר סובלנות ובשיפוטיות כלפי בלגן, ובכלל כלפי דברים שאינם מושלמים כביכול. בית מבולגן משדר לאנשים רבים כישלון והעדר שליטה, גם אם העניין הוא בעצם שאלה של סדר עדיפויות. בית הופך מסודר, כי מישו מקדיש זמן לסידורו כמעט כל יום או כמה פעמים ביום. סידור הבית הוא פעולה מונוטונית ומשמממת על פי רוב, ולכן רוב האנשים עם הפרעת קשב פשוט נמנעים ממנה.

יחד עם זאת מבוגרים רבים עם הפרעת קשב חולמים על בית מסודר, ולחלקם הוא אף חיוני, כדי להשליט סדר בראש ולתפקד בצורה סבירה. במקרים מסוימים הבלגן בבית מעורר בושה גדולה וגורם לבעלי הפרעת קשב לא להזמין אנשים אליהם הביתה, ויש גם כאלה המתביישים להזמין עוזרת הביתה, בושה שמחריפה את המצב.

הסיפור של יואב ממחיש היטב את העניין. בסיכום האימון אמר יואב, שאחד הרגעים המשמעותיים ביותר עבורו היה דווקא כשדיברנו על עוזרת בית. באותו רגע הוא הבין שהוא לא צריך לעשות כל דבר בעצמו, וזה בסדר שיש דברים שהוא לא נולד לעשותם. כמו אצל רבים אחרים, הבית שלו מבולגן, וקשה לו לשמור על בית מסודר באופן קבוע. ליואב, אגב, כבר היתה עוזרת פעם בשבועיים לשעתיים, אבל לא היה נעים לו להטיל עליה משימות, אז היא עשתה מה שהיא מצאה לנכון, לאו דווקא מה שיואב היה צריך באמת, ולכן הוא נשאר עם עבודות רבות גם אחרי שהלכה. יואב שאל את העוזרת אם היא מוכנה להישאר באופן קבוע עוד שעה ולמלא עוד משימות שהוא שנא במיוחד, כמו קיפול כביסה, סידור הארון מדי פעם, גיהוץ החולצות לעבודה. לעוזרת לא היתה כל בעיה להקדיש שעת עבודה נוספת בכל פעם לעבודות לא מסובכות. זאת ועוד, כשבדקנו את הכדאיות הכלכלית של אחזקת עוזרת, גילינו שהיא סבירה ושווה את השקט והנועם. יואב הבין את הרעיון – אם יש דברים שהוא לא עושה, כדאי להפסיק להילחם ולשקול ברצינות פתרונות אחרים (לשכור מישו בתשלום למשימה כלשהי או לבקש מחברה שתבוא לעזור עם הניירת או מאבא שיתלה את המדף), במקום להישאר עם רגשי האשם. זה לא ויתור; זה ניהול עצמי נכון. זו השלמה במקום מושלמות.

רטיבות בקירות? אין לי כוח לזה...

טיפול בתקלות אינסטלציה ותשתיות, תחזוקת הבית או תיקון מוצרי חשמל, גם הם לקויים אצל

אנשים עם הפרעת קשב. מכיוון שמדובר במשימות העומדות בכל הקריטריונים לדחיינות, הן דורשת לעתים מספר רב של משימות משנה ושלבים, כמו גם התנהלות מעיקה מול כמה גורמים, ותמיד ניתן לדחות אותן למחר או עד שהביוב עולה על גדותיו. במקרה זה אין מדובר על עניין סובייקטיבי כמו בלגן, ואם הסוגיה מוכרת לכם, חזרו לפרק על הדחיינות.

אז מה עושים עם הבלגן?

- ללמוד לחפף – הטעות הנפוצה ביותר בהקשר של הבית היא דפוס החשיבה "הכול או לא כלום". הבית מוזנח מאוד, ואחת לזמן רב מצחצחים אותו במשך יום שלם. זה לא יעיל, כי כעבור ימים מספר הבלגן חוזר. נסו פעם אחת לנקות ולסדר את הבית בשעה. אם תשאפו למצב סביר ולא למסדר, תספיקו המון.
- לסדר פינה ולנוח – אם יש לכם שבוע של לימודים בפינת העבודה, פנו חצי שעה לסדר ולנקות אותה. הבית אולי יהיה הפוך, אבל הפינה שבה אתם הולכים להשתקע תהיה נעימה.
- לשכור עוזר/ת בית – גם אם מצבכם הכלכלי דחוק, משתלם ומומלץ להוציא 120 ש"ח אחת לשבוע או שבועיים במקום לצאת לעוד מסעדה או בילוי. יש עוזרי או עוזרות בית שגם מבשלים, מגהצים ועוד כיוצא באלה. זה לא ויתור לעצמכם; זו חשיבה מעשית. אם תסתכלו סביב, תראו שרוב האנשים משתמשים בשירותי עוזרת בית, כי זה פשוט חכם. אולי צעירים עושים זאת פחות, אבל בהפרעת קשב הגיל לא קובע. הקושי על פי רוב הוא למצוא עוזרת, אבל אחרי שמוצאים זה משתלם (היעזרו בפייסבוק, שלחו מייל לחברים). יש אנשים החוששים להשאיר את העוזרת בבית בהיעדרם, אבל לפעמים זה הפתרון המעשי, ורבים עושים זאת. אם יש דברים שרק אתם יכולים לסדר בבית, נסו לתכנן לעשות זאת כשהעוזרת נמצאת. זה ייתן לכם מרץ ומסגרת.
- לכוון שעון מעורר – מכוונים רבע שעה בשעון או בנייד ומסתערים על המטבח. הזמן הקצוב מייצר אדרנלין שיעזור לכם להיכנס לאווירה ביצועית.
- לעבוד ביחד – אם ניתן, נסו תמיד לנקות ולסדר עם מישהו, בין אם מדובר ברבע שעה או בפרויקט סידור חדר עבודה.
- להתחייב לזמן קבוע – לקבוע יום לארגון הבית, למשל חמישי בערב (יש אנשים שנוהגים כך, וזה סידור לא רע בכלל).
- לנצל זמן מת – בכל יום יש לפחות עשר דקות או רבע שעה בין דברים, לפני שיוצאים או כשמחכים למשהו. זה זמן מצוין לאסוף כמה דברים מהרצפה, לשים מכונת כביסה וכו';

קצר וקולע. כך אתם הופכים זמן מת לזמן היעיל ביותר ביום.

- **לייעל את שירותי הבייביסיטר** – בודקים אם תמורת תוספת תשלום הבייביסיטר מוכנה לעשות כמה עבודות בית פשוטות בזמן שהילדים ישנים. לעתים זה זול יותר מעוזרת ומשתלם גם לה, מה שנקרא win win.
- **לשכור שירותי מסדרות מקצועיות** – יש כיום מספר רב של נשים שפתחו עסק עצמאי בארגון הבית. תמצאו אותן תחת "סדר בבית" או "ארגון הבית" בגוגל. אפשר להזמין אותן באופן חד פעמי, כדי שילמדו אתכם שיטות נכונות לארגון הבית הספציפי שלכם, כולל שימוש באביזרי ארגון נכונים ופשוטים. כך תוכלו לעשות איתן את הסדר הבסיסי הראשוני הנכון, והפתרונות שמצאתם יחד ישמשו אתכם בהמשך. הן גובות מחירים הוגנים, ובדרך כלל הן גם נשים מקסימות שאוהבות לעזור.
- **טיפים לסידור** – אפשר למצוא באתרים של שירותי המסדרות ובאתרים רבים בחו"ל בתחום הזה טיפים מעולים לארגון הבית. קשה להאמין, אך יש אנשים שארגון הבית הוא משאת נפשם, והתמונות באתרים ממחישות את הטיפים בצורה טובה.

לסיכום: סדר וניקיון הם שני דברים שונים; יש אנשים שביתם מסודר אך מלוכלך, ויש כאלה שביתם מבולגן אך נקי. יש לתת את הדעת בנפרד לזה ולזה. טפלו קודם כול במה שמפריע לכם במיוחד. אם הבלגן שלכם לא מפריע לכם, חיו איתו והניחו את השיפוטיות בצד. **אל תאפשרו לאנשים להציק לכם עם דברים שמפריעים להם.** אם הבלגן מפריע לכם, קחו עזרה.

[14] זוגיות

זוגיות היא מרכיב מרכזי בחייו של כל אדם, ובמיוחד בחייו של אדם עם הפרעת קשב וריכוז. יש שיגידו שהיא הדבר החשוב ביותר בחיים הבוגרים של אדם, משום שגם היא, כמו הפרעת הקשב, משפיעה על תחומים כה רבים בחיים. זוגיות טובה יכולה לגרום לאדם לפרוץ, לשגשג ולהצליח, וזוגיות פחות טובה עלולה להחריף את קשייו. זה נכון אולי לכל זוגיות, אך בהקשר של הפרעת קשב יש כמה דגשים מיוחדים שחשוב להכיר.

לעתים קרובות אנו מזמינים לקליניקה את בני הזוג של המטופלים שלנו לפגישה משותפת או שתיים, כדי לתאר את הביטויים הספציפיים של הפרעת הקשב אצל בן הזוג ולחשוב יחד על כלים ופתרונות מעשיים לחיים המשותפים. בפרוטוקולים טיפוליים מסוימים ברחבי העולם, העוסקים בטיפול בהפרעת קשב אצל מבוגרים, מתן מידע לבן הזוג ופגישות משותפות הם חלק בסיסי מהטיפול. לא מדובר בטיפול זוגי, אלא בפגישות עם אופי אינפורמטיבי ותפקודי יותר. **תופעה שאנו נתקלים בה שוב ושוב היא שרוב בני הזוג חושבים שהם יודעים הכול על הפרעת קשב**, שאין מה לחדש להם, והם אף מסתייגים מעט מהעמקה בנושא. כפי שאמרנו כבר פעמים אחדות לאורך הספר, התחום נמצא בתחילת דרכו, ולכולנו – מטפלים, מטופלים ובני זוג – יש עוד הרבה מה ללמוד. גם לכם וגם לבני הזוג שלכם לא קל עם הפרעת הקשב. אתם רוצים שבן הזוג יבין אותם באמת, יתחשב ויכעס פחות. בני הזוג רוצים שיקשיבו להם יותר, שהם לא יצטרכו להתחשב כל הזמן, שדברים יתבצעו. מה עושים?

בחירת בן זוג

בחירת בן הזוג היא החלטה מכרעת בחיים, על אחת כמה וכמה כשמדובר במבוגרים עם הפרעת קשב וריכוז. את ההורים ואת בית הספר לא ניתן היה לבחור. **את בן הזוג ואת מקום העבודה ניתן לבחור ואף חשוב לעשות זאת. בני זוג שיכולים להציע תמיכה, הבנה והכלה של הקשיים ואף לדחוף קצת ולאתגר עשויים לחולל פלאים.** פגשנו מטופלים שבחרו בני זוג שהשלימו אותם – מסודרים, מאורגנים, מווסתים – ובנו זוגיות יפה. פגשנו גם מטופלים שבחרו בבני זוג שגם להם יש הפרעת קשב, והתחברו על בסיס הבנה הדדית, חום והזדהות, וגם להם היתה זוגיות קרובה ואוהבת. מול אלה פגשנו גם לא מעט מטופלים שחיים עם בני זוג ביקורתיים שפוגעים בדימוי העצמי שלהם ולא מקבלים את הפרעת הקשב, על פי רוב מתוך חוסר ידע והעדר טיפול נכון. כך או כך, אלה מכם שטרם בחרו בן זוג, כדאי לכם לבחון את יחסם של בני הזוג העתידיים להפרעת הקשב וביטוייה. הפרעת קשב וריכוז יכולה להחריב זוגיות, אבל בניגוד למצבים אחרים, שני הצדדים יכולים לעשות

משהו בעניין. צריך לזכור שתסמינים של הפרעת קשב וריכוז כשלעצמם לא בהכרח מהווים בעיה: אם אני מוסח בקלות יתרה כשאני לבד, לא בהכרח זה פוגע בי, אבל אותה מוסחות מקבלת צבע אחר, כאשר בן הזוג מגיב אליה בקוצר רוח. נוצר מצב שבו האדם עם הפרעת הקשב לא שם לב לבן הזוג קצר הרוח שמגיב בכעס, ואז מגיב בכעס בעצמו, כי הוא רגיל כל חייו שמתאכזבים ממנו ומבקרים אותו. מושג המפתח כאן הוא **תגובות שרשרת**, והבשורה הטובה היא שכדי לקטוע אותן, צריך שבשלב הראשון רק אחד מבני הזוג יתעשת וישנה את הטון ואת הסגנון.

מה מרגישים שני בני הזוג?

רגשות נפוצים	בן הזוג ללא ADHD	בן הזוג עם ADHD
תחושת דחייה	בן זוגו של אדם עם הפרעת קשב עשוי להרגיש זנוח ומשעמם, כי בעל הפרעת הקשב מוסח בקלות ונשאב לדברים המושכים את תשומת לבו.	בן הזוג עם הפרעת קשב מרגיש שאינו ראוי, שיש בו משהו פגום ודפוק.
בדידות	לבן הזוג עם הפרעת הקשב קשה לעתים להקשיב מעבר לכמה דקות ברציפות. זה מקשה על ניהול "שיחות נפש" ויוצר חוויית בדידות אצל בן הזוג ללא ההפרעה.	בן הזוג ללא ההפרעה על פי רוב לא מבין את הקשיים, ואין לגיטימציה לשוחח עליהם, ואז בעל הפרעת הקשב כולא את הרגשות ואת המחשבות בתוכו.
תסכול	אותן בעיות של חוסר ארגון, אי התחשבות או בלבול חוזרות שוב ושוב למרות השיחות הרבות. זה מתסכל לנהל דיון שלם סביב בעיה מסוימת, להגיע לפתרון אפשרי ולראות איך בעל הפרעה לא עושה עם המסקנות דבר.	אותן בעיות של ארגון ובלבול מתסכלות את זה שלוקה בהן אף יותר ויוצרות חוויית כישלון מתמשכת.
כעס	ככל שהתסכול גובר וככל שהפרעת הקשב אינה מטופלת, כך גם גובר הכעס. זה עשוי לגרום למריבות או לביתוק היחסים.	יש כעס על בן הזוג שלא מבין ומציב כל הזמן עוד ועוד דרישות. כך או כך, הדפוס הופך יותר ויותר הרסני ליחסים הזוגיים.
תשישות	ככל שהבעיות הנובעות מהפרעת הקשב והריכוז	החיים עם הפרעת קשב מתישים

ממשיכות, כך היכולת של בן הזוג להתמודד, לפצות ולהתגבר על הקשיים בכוחות עצמו הולכת ונשחקת. זה מעייף לעשות עבודה של שניים ביחסים זוגיים או גם את תפקידו של בן הזוג בהורות.	כשלעצמם. בן הזוג, במקום להקל, מעיק ומגביר את התשישות. המלחמה כעת היא בשתי חזיתות – מול עצמי ומול בן הזוג.
---	---

מה אפשר לעשות?

- **ללמוד על זה** – אם לשני בני הזוג יהיה די מידע על הדרך שבה הפרעת קשב וריכוז מתבטאת אצל מבוגרים ובאופן ספציפי אצלם בבית, כך יהיו מוכנים יותר לביטויים האלה לכשיופיעו. אם יש לכם מריבות חוזרות ונשנות, נסו לבדוק אם יש קשר בינן לבין הפרעת הקשב.
- **למצוא את הטיפול הנכון** – טיפול נכון בהפרעת קשב וריכוז כולל מספר מרכיבים המפורטים בספר, ובראשם טיפול תרופתי וטיפול התנהגותי – קוגניטיבי או אימון ADHD. גם אם בן הזוג הלוקה בהפרעת הקשב ירצה לטפל בה, סביר שהוא ינסה לדחות זאת, כי הכניסה לתהליך טיפולי מעוררת חשש. בן הזוג יכול לסייע בחיפוש מטפל, לבקש המלצות ואף לקבוע פגישה ראשונה משותפת. הכרנו גם בני זוג שהלכו בעצמם למומחה להפרעת קשב, כדי ללמוד איך לעזור בצורה נכונה לבן הזוג ולעצמם.
- **לזכור שבזוגיות יש שניים** – נכון שיש לך הפרעת קשב וריכוז, אבל אתה לא חי לבד. ההתמודדות כאן היא של שניכם. אמנם אחד הדברים החשובים הוא להטיל אחריות עליך כאדם עם הפרעת קשב, אבל אם עלה קושי, אז חשוב לחלוק באחריות למציאת פתרון.
- **לבנות הרגלים וסימנים** – במקום להתרגז, כדאי לבנות מסגרת שתעזור לבן הזוג עם הפרעת הקשב להתארגן. אחת הבעיות של הסובלים מהפרעת קשב היא קושי בהתארגנות, המוביל להתנהגות שנדמית חסרת אחריות. כדאי לבנות יחד סדרה של כלים שיעזרו לכם לדלג על קשיי ההתארגנות ועל הפיזור. אפשר ורצוי לעשות זאת יחד עם איש מקצוע, אך אפשר בהחלט לקרוא ספרים ומאמרי אינטרנט טובים וללמוד מהם.
- **לזכור את הפרעת הקשב והריכוז** – אם אתם מבינים שבמקרים רבים ההפרעה היא שגורמת להתנהגות, אז לפעמים כדאי פשוט לא לקחת דברים באופן אישי. חשוב שבני הזוג לא יגדירו אתכם כ"הפרעת קשב מהלכת", ובכל זאת יזכרו שהיא מסבה סבל ומצוקה וינסו לסייע. גם עליכם כבעלי הפרעת הקשב מוטלת האחריות לזכור את ההשפעה העצומה שיש לה גם על חיי בני הזוג שלכם ולנסות לתמוך גם בהם בדברים שאתם חזקים

בהם.

• במקום לנסות עוד פעם, נסו בדרך אחרת - אחד המאפיינים של אנשים עם הפרעת קשב וריכוז הוא עקשנות. מצד אחד התרגלתם כבר לוותר לעצמכם מראש בדברים מסוימים, ומהצד האחר אתם מנסים שוב ושוב לעשות באותה הדרך דברים שלא הצלחתם בעבר, במחשבה שרק כוח הרצון יפתור את ההפרעה. אולי במקום לחזור על אותו הדבר בדיוק תנסו לעשות זאת אחרת? אולי תחזרו ותקראו שוב את העמודים האחרונים ותחשבו ביחד איך ממשיכים מכאן? חיבור זוגי יכול להיות דבר נדיר ונהדר, וחשוב לא להרים ידיים מהר מדי.

את הדבר החשוב ביותר השארנו לסוף

סביר להניח שלהפרעת הקשב יש חלק בכך שהתאהבתם. אז אולי היא מפריעה, אבל בעצם היא גם גורם מאחד. אנשים עם הפרעת קשב פעמים רבות מלאים בכל טוב – אנרגיות, תושייה, אימפולסיביות מעוררת ועוד. לא סתם בחרתם זה בזה. נסו לקחת את הטוב מהפרעת הקשב בזוגיות ולטפל במה שפחות טוב. זה בהחלט מטבע עם שני צדדים.

"הקושי להתרכז מפריע קודם כול במערכות יחסים עם הקרובים אלי. היכולת שלי להתרכז במה שלא מעניין אותי לא עולה על עשר דקות בדרך כלל".

(ענבל, 30)

"דווקא אנשים נמשכים אלי בגלל הפרעת הקשב, אני חושב. יש בכל האנרגיות האלה משהו מגניב, כל עוד אתה לא זה שמשלם את המחיר..."

(רן, 42)

"לא משעמם אף פעם" ☺

(אנונימי)

[15] הורות

יש סוגים שונים של משפחות עם הפרעת קשב:

1. לאחד ההורים יש הפרעת קשב.
2. לשני ההורים יש הפרעת קשב.
3. לאחד או לשני ההורים יש הפרעת קשב וגם לילדים.
4. להורים אין הפרעת קשב, רק לילדים.

מכיוון שבהפרעת קשב יש מרכיב גנטי נכבד, הסוג השלישי נפוץ מאוד. זאת ועוד, מכיוון שגם זוגיות בין שני אנשים עם הפרעת קשב היא נפוצה, המרכיב הגנטי במצב כזה חזק אף יותר. בפרק זה נתייחס למצבים שבהם להורה אחד או לשניהם יש הפרעת קשב (לא נעסוק במצב שבו רק לילד יש הפרעת קשב, כי הספר עוסק במבוגרים. על הפרעת קשב אצל ילדים ניתן לקרוא בספרים הרבים בעברית העוסקים בילדים).

גם אני הייתי כזה!

מבוגרים רבים שפגשנו חשדו לראשונה שיש להם הפרעת קשב דווקא באבחון קשב של הילד שלהם. ההסברים על הפרעת הקשב שאובחנה זה עתה אצל הילד נשמעו להם כמו תיאור מדויק של עצמם בילדותם. לעתים קרובות אפשר "לשמוע" בחדרי אבחון של ילדים איך אצל הוריהם "נופלים האסימונים" בנוגע לילדותם. רבים חוזרים הביתה נסערים, פונים לאינטרנט וקוראים לראשונה על הפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים ועל האופן שבו היא ממשיכה מהילדות אל תוך הבגרות.

שוב שכחת להביא את התיק של הגן?

הורות, במיוחד בגילאים הצעירים, מורכבת מאינספור משימות קטנות של ארגון ותכנון. כל יציאה מהבית מצריכה לקבץ לפחות חמישה-עשר דברים שנמצאים במקומות שונים בבית. מלבד זאת צריך לוודא שיש אוכל, בגדים, כביסה נקייה, לזכור להביא לגן משהו שהגננת ביקשה, להתארגן לרישום לבית הספר חצי שנה מראש, לנהל סדר יום קבוע יחסית למען הילדים ועוד ועוד. אם אתם גרושים, וליד יש שני בתים, אתגרי הארגון רבים אף יותר. אפשר כבר להבין שהורות, במובניה הניהוליים והטכניים, היא כל מה שאדם עם הפרעת קשב לא טוב בו בדרך כלל.

זה חוסר אחריות!

כשרק לאחד מבני הזוג יש הפרעת קשב, נוצרים סביב הפרטים הקטנים של ההורות פערים בתפקוד, שעלולים לגרום לחיכוכים. "איך שכחת לקחת אותו מהגן?" "לא שמת לב שכיסא הבטיחות לא קשור טוב?" "למה שוב חזרתם בתשע מההורים שלך? הרי סיכמנו שבשמונה הילד במיטה!" עד ההורות הקושי בביצוע משימות יומיומיות משותפות אינו כה דומיננטי בחייו של זוג צעיר, ואין להם אחריות משותפת מקיפה כמו אחריות על ילד. מהרגע שנולדים הילדים, השותפות המעשית בתוך היומיום גדלה פי כמה, וכל עשייה או אי עשייה של אחד הצדדים משפיעה מאוד על האחר.

אמא אימפולסיבית, אבא מרחף

גם ההיבטים האחרים של הפרעת הקשב, מלבד ההיבטים הניהוליים, עשויים להקשות על ההורות. כדי להיות הורים טובים אומרים לנו שחשוב להיות לא אימפולסיביים, עקביים, לחשוב לפני שאנחנו אומרים משהו, לשלוט בתגובות הרגשיות ולהיות קשובים לילדים. שהייה עם ילדים עשויה להיות גם משעממת לפרקים, ואם כילד לא הצלחת לשבת ולהרכיב פאזל, למה שתעשה זאת כהורה?

האם הורה עם הפרעת קשב הוא יתרון לילד עם הפרעת קשב?

השאלה הזו באמת מעניינת ומעסיקה חוקרים. התשובה האוטומטית מהשרוול תהיה "לא". עדיף שלילד עם הפרעת קשב יהיה הורה מאורגן, מווסת, לא עוד מישהו עם בלגן בראש. אך המחקרים מראים תמונה מורכבת יותר: הורה עם הפרעת קשב מיטיב להבין את הילד עם הפרעת הקשב, מכיל אותו ושיפוטי פחות כלפיו. אנו רואים במחקרים שבד בבד עם הקושי בהיבט הניהולי הורות עם הפרעת קשב יכולה להיות טובה יותר מההיבט הרגשי. הדגשנו בספר כבר פעמים מספר, שהפרעת הקשב האורגנית מחמירה בדרך כלל עקב אי ההבנה של ההורים את הילד ופוגעת בביטחוננו ובתחושת המסוגלות שלו. הורה שמקבל את הקושי של הילד ויודע מה לעשות איתו הוא ללא ספק הורה טוב יותר. זאת ועוד, מבוגרים רבים עם הפרעת קשב לא זכו בילדותם להבנה רבה מצד הוריהם, ולכן רבים מהם זקוקים לחוויה מתקנת. הם זוכרים את הרגשות הקשים שחוו ורוצים לחסוך מילדיהם את החוויה הזאת. ייתכן שבמובנים אלה אנשים עם הפרעת קשב הם הורים רגישים יותר לקשיים. יחד עם זאת אנו רואים גם הורים שנוטים להזדהות מדי עם ילדיהם, לוותר להם ולא לאתגר אותם מהחשש להפעיל עליהם לחץ ודרישות. כל הורה, גם ללא קשר להפרעת קשב, צריך למצוא את שביל הזהב בין קבלת הילד והכלתו לבין אתגורו וקידומו, וזה נכון גם למשפחות עם הפרעת קשב.

הורה עם הפרעת קשב זה כיף!

אתם יודעים מה? יש בזה משהו. הורים עם הפרעת קשב הם לעתים קרובות זורמים יותר, אוהבים להיות בחוץ, כיפיים, קצת ילדים בעצמם. הם ספונטניים יותר, ואין להם בעיה להסיע מפה לשם גם

בשעות מאוחרות של הלילה.

דגשים להורים עם הפרעת קשב

- אם אתם נמצאים שעות רבות עם הילדים, קנו שעות. כהורים חשוב לדעת מה השעה, כדי לנהל את סדר היום. אם אתם מסתכלים כל כמה דקות בטלפון כדי לראות מה השעה, זה משדר לילד, שכבר ממילא מזהה את הטלפון כמשהו שמנתק אתכם ממנו, איזו אי נוכחות ותזזיתיות. נסו לענוד שעות במשך שבוע, כשאתם עם הילדים, וסביר שתראו את ההבדל.
- אם אתם חיים עם בן זוג, חלקו ביניכם את התפקידים. רצוי שכל אחד ייקח על עצמו תפקידים שמתאימים וקלים לו יותר לביצוע. ייתכן שבשביל אחד מכם הקניות בסופר הן סיוט ולאחר זה נחמד. ייתכן שאחד מכם מארגן את התיק של הילד בדקה והאחר – בשעה.
- יש משימות שאתם מתקשים בהן? שקלו לקחת עזרה. עוזרת בית או נערה שבאה לעזור כשמתחילה ההתארגנות לערב (מקלחות למשל) יכולה לשפר למדי את איכות חייכם.
- סדר יום הוא מרכיב בסיסי בגידול ילדים, לא רק בשבילם, ואולי אפילו בעיקר בשבילכם. זה פשוט הופך את החיים עם ילדים לקלים יותר ומונע משברים. מבוגרים עם הפרעת קשב נרתעים ממסגרת ברורה, אבל אחרי שהם מתגברים על הרתיעה, היא מיטיבה איתם.
- יש מטפלים העוסקים בהדרכות הורים שמבינים מהי הפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים. אם אתם פונים להדרכת הורים, חשוב שתציינו שיש לכם הפרעת קשב, ומוכן שרצוי לבחור מראש מטפל מתאים.

[16] מיניות

הפרעת קשב וריכוז משפיעה על תחומים רבים בחיים, גם על המיניות. אצל רוב המטופלים שלנו אין סביב מיניות מורכבויות מיוחדות, השונות משאר האוכלוסייה, אבל יש כמה השפעות ישירות או עקיפות שהיינו רוצים להדגיש. ייתכן שהדברים שלהלן אינם רלוונטיים לכם, וייתכן שיש בהם חומר למחשבה.

ההשפעה הישירה על התפקוד המיני מתבטאת בכך שכדי לשמור על זקפה או להגיע לאורגזמה, יש צורך ברמה מסוימת של ריכוז. צריך "להיות שם" ולהתרכז באקט המיני כדי להצליח לקיים יחסי מין מלאים. כשאדם סובל מהפרעת קשב וריכוז, הוא לעתים מוטרד יותר או מוסח בשל רעשים וקולות, חושב על דברים יומיומיים אחרים שאינם קשורים למפגש המיני ולא מצליח לממש את היחסים בצורה טובה: נשים עשויות שלא להגיע לאורגזמה, וגברים עשויים לסבול מאבדן זקפה או משפיכה מעוכבת. לפעמים אנו רואים תופעה הפוכה, גם היא תולדה של הפרעת הקשב – התגברות העניין ביחסי מין עד לרמה חריגה. אנשים הסובלים מהפרעת קשב מחפשים במקרים מסוימים ריגוש עוצמתי, משום שהוא מעלה את הדופמין במוח ומשפר את הריכוז. מכיוון שיחסי מין עם בן או בת זוג קבועים נוטים להפוך לשגרתיים (ועל כן "משעממים"), אנשים מסוימים מאבדים עניין ומחפשים לחדש את הריגוש על ידי חיפוש בני זוג חדשים או שונים, מקומות שונים למפגשים מיניים או משחקי מין. במקרים חריגים ביותר התנהגות זו כשלעצמה הופכת לבעיה בשל התנהגות מינית מסוכנת, ופוגעת ביכולת לשמור על מערכות יחסים טובות עם בני זוג.

השלכות עקיפות יכולות להתבטא, למשל, בשכחה ליטול גלולות למניעת היריון, בדחיית ביקורים אצל רופא נשים או בשכחה של אמצעי מניעה אחרים. הקשב הלקוי והאימפולסיביות יכולים גם לפגוע בהנאה של שני בני הזוג, כיוון שנפגמת היכולת להקשיב לצרכיו של האחר. אם אינכם מרוכזים ביחסי המין, שניכם תיהנו פחות.

חלק מהסובלים מהפרעת קשב מפתחים עם השנים חרדות, ביטחון עצמי ירוד וגם קשיים בתקשורת עם הזולת, המשפיעים באופן טבעי גם על יצירת קשרים זוגיים ותפקוד מיני. כאשר יש תסכול וכישלונות ביחסי המין, גם הזוגיות נפגעת, ובתורה משפיעה גם היא על יחסי המין: התדירות יורדת, ההנאה נפגמת ואפילו נמצא קשר לתפקוד עצמו (יש בעיות זקפה וחוסר חשק מיני). כאשר אדם מרגיש שבן או בת הזוג שלו לא קשובים לצרכיו, גם הוא כבר אינו מעוניין כבעבר בפעילות מינית.

הטיפול התרופתי שניתן להפרעת קשב יכול להשפיע גם הוא על התפקוד המיני. חלק מהתרופות (ובמיוחד התרופות הממריצות) יכולות להגביר את החשק המיני, ואחרות יכולות דווקא להחלישו. יש כיום כמה מרכזים בבתי החולים המתמחים במיניות וכן מטפלים מיניים שחלקם מיטיבים להכיר את הפרעת הקשב אצל מבוגרים. אם אתם חווים קשיים במיניות שמפריעים לחייכם, יש בהחלט מה

לעשות בנוגע להם, ואפשר לבקש הפניה והכוונה למקום המתאים גם מהרופא או מהמטפל שלכם.

[17] סכנות וריגושים

יש אנשים שאוהבים סכנות וריגושים, כמו צניחה חופשית, נסיעה במהירות גבוהה או הליכה על גבול האפשרי. הם רוצים לחוש שוב ושוב את האנרגיה שממלאת את הגוף, את האדרנלין המתעורר. יש סיבות רבות לכך שאנשים אוהבים את הריגושים האלה, ריגושים שחלק מכם נמשכים אליהם. **בכל סכנה יש ריגוש אך לא בכל ריגוש יש סכנה.** עבודה חדשה, מפגש מסקרן, מעבר דירה או נסיעה ספונטנית הם כולם ריגושים שאינם מסוכנים, ואנשים עם הפרעת קשב ירבו לעשותם ויחפשו אותם. לעתים הם ייראו תזזיתיים יותר בשל כך, אך זהו אורח חיים דינמי שמתאים להם, והם אינם מחפשי סכנות. במובן זה יתכן שאין זה הוגן לאחד תחת כותרת אחת את הסכנות והריגושים, אבל בחרנו לעשות זאת, כי יש ביניהם בכל זאת קשר מהותי.

למה אנשים עם הפרעת קשב מחפשים סכנות וריגושים?

רבים מהסובלים מהפרעת קשב וריכוז ממש מחפשים סיכונים. הם מוצאים את עצמם שוב ושוב הולכים על הקצה, משתתפים בפעילויות מאתגרות, ולפעמים חוצים את גבול החוקי והמותר. הסכנה מחדדת את חושיהם. סוף סוף החושים ורמת הקשב והריכוז שלהם מחודדים כמו אלה של שאר האנשים. הסיבה היא שדווקא במקרים של סכנה הם נמצאים בשליטה גבוהה יותר בגלל השחרור המוגבר של האדרנלין. האדרנלין ממקד ומפעיל אותנו וכך משרה עלינו תחושה טובה ויכולת להמשיך עוד ועוד. הוא גורם לנו לשנס מותניים ולהצליח במקומות שבהם אולי לא היינו מצליחים. וכשהסכנה חולפת, הגוף מרגיש משוחרר ורגוע, מתפרקים מתחים שהצטברו לאורך זמן, ואז פעמים רבות אנו יכולים לנוח ולהירגע.

אחת הסיבות שבגללן אנשים הסובלים מהפרעת קשב מחכים לרגע האחרון בביצוע משימות קשורה למנגנון הזה. נניח שעליכם להגיש סמינריון באוניברסיטה או לסיים פרויקט בעבודה. אתם מוצאים את עצמכם כרגיל דוחים ודוחים את העבודה, כי זו עבודה שגרתית ואתם לא מוצאים את הכוח להתמקד ולסיים אותה כראוי. אבל רגע לפני מועד ההגשה, אתם נכנסים ללחץ (סוג של סכנה), ואז רמת האדרנלין עולה, ואתם מצליחים (כרגיל) לסיים את העבודה ברגע האחרון. אלה הסובלים מהפרעת קשב מסוגלים להתרכז תחת לחץ בצורה טובה יותר מהרגיל (מבחינתם), בשל רמות הריכוז הגבוהות יותר של אדרנלין במוח.

בטיפול בנטילת סיכונים יתר נדרשות שתי התייחסויות מקבילות: ראשית יש לטפל בהפרעת הקשב והריכוז, מכיוון שברגע שהיא מטופלת, אין למטופל צורך להסתכן כדי להגיע לרמות מספיקות של אדרנלין ודופמין. מעבר לכך יש לשלב טיפול התנהגותי-קוגניטיבי לשינוי הרגלים. מכיוון שהמוח

שלנו זקוק לדופמין ולאדרנלין כדי להתרכז, הוא מתרגל לכל דבר שמספק לו את החומרים האלה וגם להתנהגויות שמספקות לו אותם. כדי להפסיק את דפוסי ההתנהגות המסוכנים, יש צורך לשנות הרגלים, פעולה שנעשית במסגרת הטיפול.

[18] נהיגה

נהיגה היא תהליך הדורש ריכוז ושימוש רציף בתפקודים קוגניטיביים שונים, ועל כן אין פלא שהסבירות שבעלי הפרעת קשב וריכוז יהיו מעורבים בתאונות דרכים גבוהה יותר. מחקרים בעולם הראו שהסובלים מהפרעת קשב מעורבים פי 4-6 בתאונות דרכים ופי 2-4 בתאונות שיש בהן נפגעי גוף. הם נוטים לקבל דוחות תנועה ולאבד את רישיון הנהיגה שלהם בסבירות הגדולה פי 2-4 מאלה שאינם סובלים מהפרעת קשב.

רוב המטופלים שעבדנו עמם אוהבים לנהוג. בנהיגה יש שינוי תדיר של הגירויים, צורך בלתי פוסק להגיב למשהו ותנועה רבה. יחד עם זאת, העדר ריכוז בכביש, בשונה מהכיתה או מהעבודה, יכול להיות מסוכן. אפשר לאבד את הריכוז, לא להבחין בתמרורי עצור או לא לעצור באור אדום. מובן שלא ניתן לומר שכל אדם שסובל מהפרעת קשב ולא נוטל תרופה הוא נהג מסוכן, אבל בהחלט ניתן לקבוע באופן גורף, שאדם הסובל מהפרעת קשב ולא מטפל בעצמו נמצא בסיכון גבוה בהרבה. חשבו על סיטואציה מוכרת כמו זו, שתוארה גם בפרק האיחורים: השעה 12:00. אלון צריך לצאת מהבית ב-12:30 כדי להגיע בזמן לפגישה חשובה. השעה 12:30 נראית רחוקה, והוא מתיישב "למרוח" קצת זמן מול המחשב. ב-12:30 הוא בדיוק קורא משהו מעניין ואומר לעצמו שאפשר לצאת גם עוד עשר דקות. בסופו של דבר הוא יוצא ב-12:50 ודוהר לפגישה. הכביש הוא המרחב שבו באות לידי ביטוי נטיות של מבוגרים עם הפרעת קשב, כמו דחיינות, החיבה לדקה התשעים ועוד. מכאן שהבעיה על הכביש אינה בהכרח רק ריכוז, אלא פזיזות עקב התנהלות לא נכונה או תנודות רגשיות במהלך היום.

גם האימפולסיביות חוגגת לעתים על הכביש. למשל: הסובלים מהפרעת קשב עלולים להגיב בצורה לא שקולה למתרחש בכביש – אם מישו יחתוך אותם, הם מסוגלים לרדוף אחריו, לצפור בפראות או להתחיל להתווכח עמו תוך כדי נסיעה, בלי להתחשב בביטחונם או בביטחון האחרים בכביש. חלקם נוטים לנהיגה פרועה, שמגבירה את הריגוש. בדרך זו הם מנסים להעלות את רמת האדרנלין בדמם, כדי לחוש ממוקדים יותר. החוק כיום לא מגביל אנשים הסובלים מהפרעת קשב בקבלת רישיון נהיגה, אבל ייתכן שבעתיד, כפי שנהוג במקרים אחרים, יידרשו בדיקות והתאמות נוספות לפני קבלת הרישיון או חידושו.

נמצא שנטילת התרופות להפרעת קשב מצמצמת את הסיכון לתאונות לשיעור המקובל באוכלוסייה. אבל אנשים רבים שוכחים שלפעמים הם נוהגים, כשפגה כבר השפעת התרופות, למשל בדרך חזרה מהעבודה או מבילוי. במקרים כאלה ניתן לנקוט עוד אמצעי זהירות: להימנע מהאזנה למוסיקה רועשת שיכולה להסיח את הדעת, ואם אתם לא נוסעים לבד, לבקש מהנוסעים ברכב לא להסיח את דעתכם. מעל הכול היו מודעים לכך שהפרעת הקשב היא עוד גורם (כמו עייפות או מצבי רוח קשים) המשפיע

ללא עוררין על נהיגתכם.

[19] שירות צבאי

במשך שנים רבות הסתירו הסובלים מהפרעת קשב את ההפרעה ואת התרופות שהם נטלו, כיוון שחששו מהשפעת המידע הזה על שיקולי הצבא בזמן המיון ועל היכולת שלהם להגיע לתפקידים מסוימים. ואכן יש מספר דברים שכדאי לדעת על הפרעת קשב במהלך השירות הצבאי.

תקופת השירות הצבאי היא במפתיע מהטובות בחייהם של אנשים רבים עם הפרעת קשב, ויש לא מעט אנשים עם הפרעת קשב שהם אף חיילים טובים מאוד. דווקא המסגרת הברורה בצבא מתאימה לכם מאוד ומקלה על ההתמודדות: הבגדים קבועים, השעות קבועות, הציפיות ברורות, יש סדר. אמנם, יש כאלה שמתקשים בחלק העיוני של הקורסים עצמם, אבל בשטח בולטים לטובה. יש כמובן גם חיילים עם הפרעת קשב שמתקשים להסתגל ואוספים עברות משמעת, מאחרים, מאבדים חפצים ופועלים באימפולסיביות רבה.

הפרעת קשב שאינה מאובחנת או מטופלת יכולה להשפיע על התפקוד בצבא, במיוחד אם התפקיד משעמם או דורש קשב מתמשך. היא משפיעה על היכולת להצליח ולהתקדם ועל רמת התסכול וההתאמה לשירות הצבאי. מי שסובל מהפרעת קשב לא מטופלת עשוי לחוש קושי להקשיב לפקודות ולהוראות ולמלא אותן, וגדולים סיכויי להיכנס למשבצת "החייל הבעייתי".

חשוב לדעת שבמשך שנים רבות היה הצבא קובע פרופיל 64 לכל חייל שנטל בקביעות ריטלין לטיפול בהפרעת הקשב. הסיבה היא שבספר הפרופילים הצבאי כל אדם שנטל תרופה בקביעות מקבל אוטומטית את הפרופיל הזה. בשנים האחרונות, בגלל ריבוי המתגייסים הנוטלים ריטלין לסוגיו, חלחלה ההבנה שזוהי אוכלוסייה טובה ובעלת כישורים, ושעצם נטילת התרופה דווקא משפרת את התפקוד, ועל כן יש כוונה לא להוריד פרופיל על נטילת ריטלין והפרעת קשב. חשוב לדעת שיש חיילים וחיילות עם הפרעת קשב בכל היחידות בצבא, כולל יחידות קרביות או יחידות עילית של מחשבים ומודיעין. כוונת הצבא היא לזהות מספר מקצועות שבהם הפרעת הקשב יכולה להיות לרועץ (כמו מוכ"מים, תצפיתניות או טייסים), ורק בהם לא ישובצו הסובלים ממנה, כי מקצועות אלה דורשים ריכוז רב או שליטה מוחלטת בדחפים, ולכן הסובלים מהפרעת קשב יתקשו בהם במיוחד.

במסגרת הצבא אפשר להמשיך ולקבל את התרופות הנפוצות לטיפול בהפרעת קשב שניתנות גם במסגרת קופות החולים. ניתן לחדש מרשמים בצורה מסודרת גם באמצעות הרופאים הצבאיים, ולקבל אותם מבית מרקחת צבאי. יש לציין שהרופאים הצבאיים אינם מומחים בהפרעת קשב וריכוז, ומומלץ להתייעץ עם רופא מומחה בתחום, כדי להתאים מינונים. הצבא גם לא מציע טיפול התנהגותי-קוגניטיבי או אימון להפרעת קשב, אך אפשר לעשות זאת באופן פרטי מחוץ למסגרת הצבאית. לעתים תקופת הצבא היא דווקא הזדמנות טובה לטפל בהפרעת הקשב בטרם היציאה לחיים העצמאיים, שהם מורכבים יותר.

חלק שלישי:
אתה בטח חושב שריטלין זה לא בשבילך

הכול על הטיפול התרופתי

[20] לבטים ודעות קדומות

[21] ניהול הטיפול התרופתי

[22] התרופות, תופעות לוואי וחומרים אחרים

[20] לבטים ודעות קדומות

גם אם אתם חושבים שאתם יודעים הכול על הטיפול התרופתי או, לחילופין, שאין הרבה מה לדעת, חשוב לנו מאוד שתקראו את הפרקים הבאים ברצינות. רוב המטופלים סבורים שמשמעות הטיפול התרופתי היא פשוט ליטול כדור ריטלין – או שיעזור או שלא. בשל הגישה הזו יש רבים כל כך שמקבלים טיפול תרופתי לא נכון או לא מטופלים כלל.

ללא קשר לריטלין עצמו צריך לזכור שאנשים ככלל, ולא רק אנשים שסובלים מהפרעת קשב וריכוז, נוטים למסמס טיפול רפואי או תרופתי. חלק מהסיבות הן רגשיות – אנשים לא אוהבים ליטול כדורים, וודאי לא אנשים שמרגישים בריאים. אצל אנשים עם הפרעת קשב וריכוז הטיפול מתמסמס לעתים קרובות בשל בעיות ארגון: המטופלים שלנו נוטים לשכוח מרשמים, לפספס פגישות עם הרופא או לשכוח ליטול את הכדור. ולפעמים מפגש לא נעים עם כמה תופעות לוואי גורם לפרידה מיידית מהתרופה ללא נכונות להתנסות בתרופה אחרת או אף להיפגש עם הרופא ולהתייעץ. לרבים גם יש איזו התנגדות פנימית לשלם עבור מעקב תרופתי או אף "לבזבז זמן" על מפגש עם רופא בקופת החולים. לאור כל אלה, כבר בתחילת הפרק אנו רוצים לבקש מכם – בדקו את עניין הטיפול התרופתי ברצינות ובעקביות הגדולות ביותר שאתם יכולים לגייס. רק כך תוכלו לדעת באמת אם טיפול תרופתי, שידוע כיעיל מאוד בהפרעת קשב וריכוז, יכול לעזור גם לכם.

הטיפול התרופתי בהפרעת קשב וריכוז, בין שהיא כוללת מרכיב של פעלתנות יתר ובין שלא, מבוסס על חומרים שמגבירים את הפעילות של נוירורנסמיטורים שונים במוח, ובעיקר הדופמין או הנוראדרנלין. בהעדר הבנה רפואית מלאה של הגורמים להפרעת קשב וריכוז, הטיפול התרופתי מתרכז בתסמיני ההפרעה, בשונה למשל מהטיפול האנטיביוטי בדלקת ריאה, שמסוגל לפגוע בגורם החיידקי לבעיה. מכיוון שאיננו מטפלים בגורמים להפרעה מצד אחד, ומכיוון שההפרעה מגיבה לשינויים בחיים מצד אחר, חשוב מפעם לפעם לבדוק מחדש את חומרת הבעיה, את יעילות הטיפול ואת נחיצותו.

הטיפול התרופתי לא מתיימר לפתור את כל הבעיות של מבוגרים עם הפרעת קשב וריכוז. הוא לא יעזור לכם להתחיל משימות, לתכנן או לטפל בקשיי תקשורת ודימוי עצמי. לקשים האלה יש טיפולים לא תרופתיים, כמו טיפול התנהגותי-קוגניטיבי ואימון ADHD. התרופות להפרעת קשב מסייעות בחלק מהתסמינים ובאופן הברור ביותר בנקודת התורפה המרכזית של מבוגרים עם הפרעת קשב – בקשב המתמשך. קשב מתמשך דרוש למשימות שמחייבות ישיבה ממושכת וריכוז רב או למשימות רוטיניות (עבודה מורכבת על מחשב, למידה, קריאה, ישיבות, שיחות ארוכות, כתיבה, משימות טכניות ועוד).

האם הטיפול התרופתי עובד?

השאלה הראשונה שכל אדם שסובל מהפרעת קשב וריכוז חושב עליה היא "האם כדאי לי לקחת תרופות על מנת להתמודד עם הפרעת הקשב שלי?". התשובה פשוטה לאין ערוך ממה שכולנו חושבים. כמעט אף אחד לא אוהב ליטול תרופות והיה מעדיף, אילו היה יכול לבחור, שלא לעשות זאת. החשש הטבעי מנטילת תרופות מתגבר בעקבות דעות קדומות רבות (שנתייחס אליהן מיד). כשמדברים על טיפול תרופתי בהפרעת קשב, בדרך כלל מתכוונים לטיפול ממשפחת המעוררים (המוכר ביותר במשפחה זו הוא הריטלין). במחקרים רבים נמצא שטיפול זה יעיל אצל 70%-80% מהנוטלים אותו. מכיוון שעד לעשורים האחרונים נטו לחשוב שהפרעת קשב וריכוז מופיעה רק אצל ילדים, והיא תופעה חולפת, היה פחות מידע על ההפרעה אצל מבוגרים ועל הטיפול בהם. בשנים האחרונות, עם ההבנה שההפרעה משמעותית גם אצל מבוגרים, נערכו מחקרים שבדקו את יעילות התרופה גם אצלם. מחקרים אלה בדקו אם התרופות יעילות בכלל ואם הן משפיעות גם לאורך זמן. נמצא שהיעילות דומה ליעילות אצל ילדים, וכאשר מוצאים תרופה מתאימה, היא יעילה גם לאורך טיפול של שנים.

לצערנו, אצל 20%-30% יעילות התרופות האלה נמוכה יותר או, לחילופין, הם סובלים מתופעות לוואי משמעותיות. הסיבות לכך לא ברורות, ואחת המחשבות היא שמדובר בקבוצת אנשים בעלי מאפיינים שונים של ההפרעה (בעלי מאפיינים גנטיים שונים למשל) או בכך שגורמים אחרים כמו חרדה ודיכאון הם אלה שמשפיעים על יעילות הטיפול.

באופן כללי ניתן לומר שהטיפול התרופתי יעיל מאוד, ובמקרים רבים אף ניתן לחוש בהבדל מידי אצל מטופל, כשהוא מקבל טיפול מתאים או כשהוא נמנע ממנו מסיבות שונות. הדרך היחידה לדעת אם הטיפול התרופתי עוזר לכם היא פשוט לקבל מהרופא המטפל מרשם מתאים ולנסות את הטיפול תחת השגחתו. אין טעם לקחת את התרופה באופן חד פעמי ולגבש מסקנות בנוגע אליה, מכיוון שצריך להתאים את סוג התרופה ואת המינון המתאים, והתאמה זו כרוכה בתהליך מסוים. מילת המפתח כאן היא לנסות ורק אז לגבש מסקנות בנוגע להמשך.

איך יודעים שהתרופה עוזרת?

- פעמים רבות אנשים פשוט חשים בהבדל. יש תרופות כמו סטרטרה שמתחילות להשפיע לאט יותר, ולכן צריך לבדוק ביתר קפדנות.
- בודקים במצבים דומים: לבדוק מדי יום בזמן ביצוע מטלות שאתם מתקשים בהן. לא לשכוח שללא קשר, לכל בני האדם יש ימים טובים יותר ופחות.
- שואלים את בני המשפחה או את בני הזוג אם הם חשים בהבדל. פעמים רבות הם יוכלו

לומר לכם בדיוק איפה יש שינוי.

- רושמים כשבוע לפני הפגישה עם הרופא באילו דברים התרופה עוזרת ובאילו לא, ומתייעצים עמו. הוא יוכל לעזור לכם להרחיב את נקודת המבט או לחשוב על פתרונות נוספים או אחרים.

דעות קדומות וקצת שקרים

אחת הסיבות המשמעותיות להימנעות מטיפול תרופתי היא מגוון הדעות הקדומות וחצאי האמיתות שמופרחות לאוויר מסיבות שונות: אי הבנה של מהות ההפרעה או השפעות התרופה, קשיים בתקשורת בין אנשי מקצוע למטופלים, אינטרסים כמו מכירת מוצרים מתחרים או קידום אמונות שונות. יש אנשים הטוענים שאפשר להתגבר על הפרעת קשב וריכוז רק באמצעות מאמץ ורצון טוב; לשיטתם לא מדובר בבעיה נוירופסיכיאטרית, אלא בהמצאה. אנשים שסובלים מהפרעת קשב וריכוז יודעים שיש להם בעיה שהם לא מצליחים לשלוט בה באמצעות מאמץ ורצון טוב, אבל בגלל דעות קדומות אלה הם נמנעים מלקבל טיפול תרופתי שיקל עליהם.

דעה קדומה: "אין דבר כזה הפרעת קשב וריכוז."

מחקרים רבים הוכיחו את עצם קיומה של ההפרעה הנוירופסיכיאטרית. אי הבנתנו את הגורמים להיווצרותה או אי הצלחתנו לרפא אותה אינן מוכיחות שהיא לא קיימת. עדיין לא מצאנו תרופה לסרטן או אפילו דרך למנוע את השפעת בחורף, ועדיין איש לא טוען שאין מחלות כאלה. אלה הטוענים שאין תופעה כמו הפרעת קשב וריכוז מסבים לאנשים רבים סבל על לא עוול בכפם.

דעה קדומה: "עדיף להסתדר בלי תרופות."

המצב האידיאלי הוא שאף אחד לא יזדקק לתרופות לעולם, לא לתרופות לסוכרת, לא לדלקות ריאה ולא לשאר המחלות. אבל המציאות היא שאנו נזקקים לאמצעים שונים כדי להתמודד עם קשיים והפרעות. לפעמים עוצמת הפרעת הקשב היא כזו, שפשוט אין דרך אחרת, אלא להשתמש בתרופות כדי לעזור לאדם להשתלט על קשייו. אם הפרעת הקשב קלה, אפשר לפעמים להסתדר בלי טיפול תרופתי, אך במקרים רבים להעדר הטיפול התרופתי יש השלכות רציניות על כל חייכם.

דעה קדומה: "הריטלין הוא סם."

באנגלית יש מונח אחד לתרופות ולסמים – Drugs. כאשר תורגם מונח זה לעברית עם קום המדינה, בחרו במונח סמים, אף שהכוונה היתה לכלל התרופות, כמו אקמול, מוקסיפן וכיוצא באלה. עם השנים הפרידה העברית המדוברת בין סמים ממכרים לבין תרופות. אבל המונחים בחוק די מבלבלים,

לדוגמה: בפקודת הרוקחות שעוסקת בנוהלי כל התרופות, כתוב סמי מרפא, כשהכוונה לכלל התרופות.

הריטלין כלול בחוק שתורגם מאנגלית עם קום המדינה, אשר כותרתו פקודת הסמים המסוכנים. החוק נועד להגביל את ההפצה של חומרים שעלולים להיות ממכרים. הסיבה שהריטלין נכלל בחוק הזה היא שכאשר גילו אותו, השתמשו בו אנשים שונים כמדכא תיאבון, ככדור מרץ ולמניעת שינה. כשאנשים ללא הפרעת קשב וריכוז נוטלים ריטלין, יש סיכוי גבוה יותר שיסבלו מתופעות לוואי, ולכן כדי למנוע שימוש לרעה בתרופה, כללו אותה רשויות הבריאות ברשימת התרופות בפיקוח. בתוך פקודת הסמים המסוכנים הריטלין לא נמצא ברשימה אחת עם הירוואין או קוקאין, אבל יש כאלה שמנצלים את הבלבול הזה כדי למנוע מאנשים טיפול טוב שיכול לסייע להם.

דוגמה טובה לכך היא שיש גם כדורי שינה שנמצאים בפקודת הסמים האסורים, וקשישים רבים שהרופא רושם להם את הכדורים האלה לשינה סובלים מכך שיש נרקומנים שהשתמשו בהם כתחליף סם. הכדורים הוכנסו לפקודת הסמים האסורים, ומאז אנשים (קשישים על פי רוב) שאינם מכורים, אבל משתמשים בכדור שמוגדר כסם מסוכן, סובלים מהנוהל הזה בדיוק כמו אנשים שנוטלים ריטלין. הנטייה לנטילת סמים קשורה לא רק בסיבות ביולוגיות, אלא גם בתסכולים רבים ובקושי להסתגל למסגרות. אבל המחקרים מראים שאנשים עם הפרעת קשב, שנטלו ריטלין באופן סדיר במהלך הילדות, ולכן הצליחו להתמודד עם החיים בצורה טובה, נוטים פחות לפתח התמכרויות לסמים ממכרים.

יתרה מזאת, אנו רואים שאנשים עם הפרעת קשב שנוטלים ריטלין בצורה מסודרת לא מפתחים התמכרות לריטלין, ואילו אנשים שאין להם הפרעת קשב והתחילו ליטול ריטלין לשם שיפור הביצועים נמצאים בסיכון גדול יותר, כיוון שאצלם הריטלין גורם לתחושת התרוממות רוח (high) ואנרגיה, שהיא זו שממכרת. המקרים החריגים הם אנשים שמשתמשים לרעה בריטלין, כלומר נוטלים עשרות כדורים ביום או אף מזריקים לעצמם ריטלין.

אף שעברו שנים רבות מאז שנמצא שבעלי הפרעת קשב וריכוז שנטלו ריטלין סובלים פחות מהתמכרויות מאשר אלה שלא טופלו בריטלין, לא טרח איש לעדכן את התקנות הנוגעות לשימוש בריטלין. רק בשנים האחרונות שונה החוק מעט, כדי להעלות את מינון הריטלין המרבי המותר לשימוש, מתוך הבנה שאצל רוב המבוגרים יש צורך במינון גבוה יותר ממינון של ילדים בשל הבדלים במשקל הגוף.

דעה קדומה: "בתי המרקחת הם ההוכחה שמדובר בתרופה מסוכנת."

נוהל קבלת ריטלין בבית המרקחת מסובך יחסית לתרופות אחרות, והריטלין נשמר בכספת. הסיבה היא שהריטלין, כמו חלק מכדורי השינה והתרופות לכאב, נכלל באותה פקודת הסמים המסוכנים. אף שהריטלין נמצא ברשימה אחרת בתוך החוק, הנהלים לחלוקת התרופות זהים. בית המרקחת חייב להקפיד על הנהלים, אך אין זה אומר שהתרופה מסוכנת. לצערנו יש גם בתי מרקחת שמערימים

קשיים על אנשים שנוטלים ריטלין, משום שמתן התרופה דורש מהם קצת יותר עבודה, והם מעדיפים מסיבות שונות (מצוקת כוח אדם ותור ארוך לרוקח למשל) לא להתאמץ ולספק את משפחת תרופות הריטלין.

דעה קדומה: "ריטלין מסוכן ללב שלכם."

ריטלין (מתילפנידאט) הוא כדור ממריץ שיכול לגרום לתופעות לוואי של עוררות יתר, כמו דפיקות לב, תחושת מתח, נדודי שינה, פעלתנות גבוהה ועוד. ברוב המקרים זה קורה בגלל מינון יתר של התרופה, ואז רצוי להוריד את המינון ולהיוועץ ברופא שעוסק בתחום.

בעבר היו דיווחים שאסור לחולי לב להשתמש בריטלין. נערך מחקר שהעלה חשד שיש אמת בטענה הזו, ורשויות הבריאות מיהרו לפרסם אזהרה בעניין. מאז נערכו מחקרים רבים, ורשויות הבריאות בעולם הסירו את האזהרה הזו. האמת היא שאם אין מחלת לב או מחלת כלי דם ידועה, אין בעצם סכנה בשימוש בריטלין. לפעמים אנשים שנוטלים ריטלין חשים עלייה בדופק או בלחץ הדם, אך אין בכך סכנה.

לעומת זאת, עקב השפעות אלה של הריטלין לסוגיו השונים, לא כדאי לבצע פעילות גופנית קבועה או ממושכת תחת השפעתו, ובשום פנים אין להשתמש בו לצורך שיפור התוצאות של פעילות גופנית או תחרויות שונות. אף שאין סיכון ממשי בביצוע פעילות גופנית מדי פעם תחת השפעת הריטלין, מומלץ להימנע ככל האפשר משימוש בו בזמן פעילות זו, כיוון שאנשים יכולים להתמכר לאפקט הממריץ של הכדור וגם בשל החשש לתופעות לוואי עקב נוכחות גבוהה של אדרנלין בפעילות הספורטיבית. כשרוצים ללכת למכון כושר או לרוץ על החוף, פשוט מומלץ לא ליטול את הכדור לפני הפעילות (הפעילות הגופנית מומלצת לכולם כמובן, ואף מומלצת מאוד לאנשים שסובלים מהפרעת קשב).

תיאום ציפיות: במה התרופה עוזרת ובמה לא?

אחת הטעויות הנפוצות בנוגע לריטלין ולשאר התרופות היא שמפתחים ציפייה שנטילת כדורים תפתור את כל הבעיות. התרופות יכולות לעזור מאוד, ואצל חלק מכם הן יעזרו כל כך שלא תשקלו להפסיקן, והן יהפכו להיות חלק מבסיס החיים. תרופות יכולות לעזור לכם לשפר את הקשב המתמשך והריכוז ולהתמודד עם הסחות דעת ועם האימפולסיביות שלכם. בנושאים האלה תוכלו לחוש שינוי משמעותי.

התרופות לא ידחפו אתכם לעשות דברים שאתם לא רוצים לעשות, אבל יעזרו לכם להתחיל ולסיים פעולות שאתם כן רוצים לעשות. הן לא יפתרו כמובן בעיות ביחסיכם עם בן הזוג ולא יעזרו לכם לארגן סדר יום טוב יותר או לבחור עבודה שמתאימה לכישוריכם וגם לא להתמודד עם ההשלכות של

הפרעת הקשב. כדי לטפל בהפרעה באופן רציני ומלא, תצטרכו לשלב אותן עם טיפול התנהגותי - קוגניטיבי או אימון שמיועדים למבוגרים עם הפרעת קשב.

האם התרופות משפרות ביצועים?

לא רק אנשים עם הפרעת קשב רוצים לשפר את תפקודם, אלא גם כאלה שסובלים מקשיי קשב מסיבות שונות. ואז הם משתמשים באופן קבוע בתרופות שונות שניתנות בדרך כלל לאנשים שסובלים מהפרעת קשב וריכוז (ADHD). אנשים אלה מתפקדים טוב למדי בחיי היומיום, אבל בגלל סיבות פסיכולוגיות ולחצים חברתיים הם חשים שתפקודם לקוי. אז הם נוטלים באופן קבוע תרופות כמו ריטלין ואדרל (Adderall), שהם בעצם סוג של ממריצים, בתקווה שאלה יסייעו להם לתפקד טוב יותר (כדי להשיג יתרון) ולא לאבד ריכוז או לרדת בתפקוד. האמת היא שהתועלת של תרופות אלה מבחינת שיפור ביצועים שולית למדי; ומעבר לשיפור מצב הרוח ותחושת האנרגיה הן לא באמת משפיעות מהותית על הריכוז שלהם.

אם אתם סובלים מהפרעת קשב, התרופות לא יעזרו לכם להשיג יתרון על האחרים, אלא להשוות את נקודת הזינוק; ההתמודדות עם האחרים תהיה על איכות הביצועים, ותהיה לכם ההזדמנות להצליח בדיוק כמו כל אחד אחר.

נטילת ריטלין לאורך שנים

מחקרים מצאו שבמהלך השנים לא מתפתחת סבילות (התרגלות) משמעותית לתרופות אלה. הסבילות מתפתחת אצל אנשים שאין להם באמת הפרעת קשב, ואז כעבור זמן האפקט המעורר או המרומם מתפוגג, והם נדרשים למינונים גדלים כדי לשוב להשיגו. לעתים אנשים שנוטלים ריטלין לאורך זמן מצפים מעצמם ליותר, כי הם שוכחים את תפקודם החלקי בלעדי התרופה, ואז נראה להם שהיא כבר לא משפיעה. לעתים יש שינויים בחיים שמשבשים את השפעת התרופה. לכן בכל החלטה על שינוי המינונים כדאי להתייעץ עם רופא שמבין בתחום זה.

האם אצטרך לקחת ריטלין כל החיים?

הפרעת קשב וריכוז היא הפרעה נוירולוגית שיש לה גם מרכיבים נפשיים. מעצם היותה נוירולוגית היא לא נעלמת לאורך השנים, אלא עוברת שינויים. כפי שדפוס אכילה יכולים להשפיע על רמות הסוכר של אדם הסובל מסוכרת, כך גם אירועי חיים ומצב נפשי יכולים להשפיע על עוצמת קשיי הריכוז.

אם מצבים שונים יכולים להשפיע על חומרת הפרעת הקשב, אז כאשר אנו נינוחים יותר וחינו מאורגנים יותר, הפרעת הקשב הופכת פחות דומיננטית. ייתכן שאז נוכל להוריד את מינון התרופות.

למעשה, מחקרים מראים ששילוב של אימון תפקודי וטיפול רגשי במהלך ההתמודדות עם הפרעת קשב וריכוז יכול להוריד את מינון התרופות ולפעמים אף להוביל לתקופות שבהן אין כל צורך בעזרה תרופתית.

מלבד זאת, במהלך החיים יש תקופות שבהן אנו זקוקים לריכוז גבוה יותר ותקופות שבהן אנחנו חופשיים; ניתן להתאים את המינון התרופתי לצרכים שלנו. למרות כל הסייגים האלה, מכיוון שמדובר בהפרעה כרונית שלא ניתן לסלקה לחלוטין, הרי שאצל חלק מהאנשים יוכל שימוש קבוע בתרופה לשפר מאוד את איכות חייהם.

[21] ניהול הטיפול התרופתי

יש שתי דרכים נפוצות לניהול הטיפול התרופתי בהפרעת קשב: הדרך הנכונה והדרך הלא נכונה. נאמר כבר כאן שרוב האנשים מנהלים אותו בדרך הלא נכונה מסיבות רבות שמיד נפרט אותן. כשאנו אומרים "ניהול הטיפול", אנו מתכוונים לתהליך רציני ועקבי שיש בו שני שלבים: (1) מציאת התרופה המתאימה בעזרת רופא המומחה בהפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים, בין אם דרך הקופה או באופן פרטי; (2) מעקב אחר השפעות התרופה בפגישות המשך והחלפתה או שינוי המינון שלה בהתאם לצורך. ניהול נכון של טיפול תרופתי תקף לנטילת כל תרופה שהיא – יש לעשות זאת באופן אקטיבי, מודע ואף עיקש, כדי להפיק מהתרופה את המרב. האחריות בטיפול תרופתי, כמו בכל טיפול, היא קודם כול על המטופל. עליכם לקבוע את הפגישות עם הרופא, להגיע, להיעזר, לשאול. אם אינכם מרוצים מהתשובות שאתם מקבלים, חפשו רופא אחר.

מכיוון שאנו נתקלים מדי יום בניהול לא נכון של הטיפול ובאנשים שסבלו שנים רבות מדי ושילמו מחירים כבדים מדי, האקטיביות של ניהול הטיפול התרופתי היא מבחינתנו אחת הנקודות המרכזיות בספר. רבים כל כך נפגשים באופן חד פעמי עם רופא כלשהו, לעתים כלל לא מומחה לתחום, ולאחר מכן עורכים על דעת עצמם ניסיונות שונים ומשונים עם התרופות. חלקם משתמשים בתרופות שהם מקבלים מחברים או מבני משפחה, חלקם נוטלים את התרופות בשעות לא מתאימות, וחלקם סובלים מתופעות לוואי קשות שבחלק מהמקרים רופא רציני ימצא להן פתרון. במילים אחרות, ניהול לא נכון של הטיפול התרופתי משמעו קושי להפנים שהפרעת קשב וריכוז היא בעיה כרונית שיש לה השפעה רחבה על כל תחומי החיים, והיא דורשת מעקב רפואי מקצועי.

המפגש הראשון עם התרופות

טיפול תרופתי מתחיל בדרך כלל לאחר האבחון, במפגש עם רופא. החלטת הרופא על התחלת טיפול תרופתי לאחר אבחון איננה אוטומטית וכך גם ההחלטה על איזו תרופה להמליץ. מעורבים בה שיקולים של מאפייני הפרעת הקשב והריכוז שלכם, של עוצמת הפרעה ושל אורח החיים שלכם. לפעמים יש שיקולים אחרים, כמו מחלות לב או מחלות אחרות או מצבים נפשיים, כמו חרדה, דיכאון ובעיות התנהגות, שעשויים לגרום לרופא להמליץ על תרופה אחרת. חלק מהתרופות יכולות להשפיע לטובה או לרעה על בעיות אחרות. במקרים אלה ישקלל הרופא את כל הנתונים ויחליט על הטיפול המתאים. מסיבה זו כדאי לספק לו את כל המידע שנדמה לכם שעשוי להיות רלוונטי.

לכל תרופה בעולם יש הנחיות שימוש, והרופא יסביר לכם איך ליטול את הכדור, למה צריך לצפות כשנוטלים אותו וגם יתייחס לתופעות לוואי אפשריות. אם אתם כבר נעזרים בטיפול תרופתי

וההנחיות לא ברורות לכם, זה הזמן לבקש מהרופא חידוד והבהרות. חשוב אמנם להקשיב להסבר על תופעות הלוואי, אבל בה בעת לזכור שגם אם לרוב החומרים והתרופות עלולות להיות תופעות לוואי, ברוב המקרים התופעות האלה לא מופיעות. אף שרשימת תופעות הלוואי המצורפת לאריזת האקמול ארוכה בדיוק כמו זו של הריטלין, רובנו לא מתייחסים אליה בכלל. את רוב תופעות הלוואי האפשריות של תרופות להפרעת קשב וריכוז לא תחוו לעולם.

חשוב גם לזכור שהמינון משתנה מאדם לאדם, ויש משתנים רבים המשפיעים על התאמתו. יש משתנים, כמו סדר היום או המשקל שלכם, שאתם יכולים לדעת מראש. אבל אף אחד לא יכול לצפות את קצב פירוק החומרים בגופכם, ולכן תמיד מומלץ להתחיל במינון נמוך של התרופה ולהעלות בהדרגה עד למינון היעיל ביותר.

בדרך כלל הטיפול התרופתי הראשון שיציע הרופא הוא טיפול בתרופה מעוררת (ריטלין לסוגיו; יפורט בהמשך). זוהי תרופה ותיקה, מוכרת מאוד ויעילה אצל רוב האנשים. בהדרגה יועלה המינון של התרופה עד למינון שיימצא מתאים ביותר, ורק אם התרופה תהיה לא יעילה או שתופעות הלוואי יפריעו מדי, יציע הרופא תרופות אחרות. גם כאן בדרך כלל אפשר לשקול סוגים אחרים של ריטלין, כיוון שיכול להיות הבדל בהשפעה בין סוג אחד לאחר. אם אלה לא יתאימו, יחשוב הרופא על תרופות מסוגים אחרים (שאף הן מפורטות בהמשך).

רוב הבלבול שנוצר בנוגע לטיפול התרופתי קורה בנקודה זו בדיוק, בפעמים הראשונות שבהן נוטלים את הכדור לאחר פגישה ראשונה עם רופא. רבים מהמטופלים חושבים שהמינון הנמוך שניתן להם בתחילה הוא המינון העתידי המומלץ, וכשהתרופה אינה משפיעה דיה, הם מתייאשים ממנה. אחרים מתחילים לערוך מיוזמתם ניסויים בלתי מבוקרים עם התרופה, ונחשפים לתופעות לוואי שמרחיקות אותם ממנה. שלב זה של ההסברים על התרופה בדרך כלל אינו מרתק במיוחד, ויש מטופלים רבים, שגם אם כבר ניתן להם הסבר, שכחו אותו או כלל לא שמעו אותו. כדי להיות יעילים, קבעו עם הרופא פגישה מעקב עוד בפגישה עצמה. אם תרצו, תוכלו לבטל אותה בהמשך.

מכיוון שהתאמת סוג התרופה ומינונה לצרכים שלכם היא תהליך, מומלץ להיות בקשר קבוע עם הרופא המטפל. תחילה יהיו המפגשים האלה תכופים, אך ככל שתמצאו את התרופה והמינון המתאימים, כך גם תפחת תדירות הביקורים. בה בעת, מכיוון שהפרעת קשב וריכוז מגיבה לשינויים בחיים, להבדלים בהרגלים, ועם הגיל מתחוללים גם שינויים בגוף, מומלץ מדי פעם להתייעץ עם רופא בנוגע להמשך נטילת התרופה והמינון הנדרש. ייתכן שלאחר מספר חודשים או שנים ירד המינון שתזדקקו לו או שכבר לא תזדקקו לטיפול התרופתי.

שותף למעקב: המטפל/המאמן

מעקב הוא כאמור מילת המפתח בטיפול תרופתי בהפרעת קשב, וכדי לסייע לכם, אנו ממליצים למנות שותפים שיעזרו לכם לבצע את המעקב הזה, כי הוא נוטה להתמסס בקלות רבה מדי. אחד השותפים המהותיים לתהליך כזה הוא המטפל/המאמן. אלה כמובן אינם נותנים מרשמים או מייעצים בנושא, אבל הם פוגשים את המטופלים לעתים קרובות ומעורבים בחייהם יותר מהרופא, ואם הם לא יהיו ערניים לעניין, המטופל עשוי להיות בתת-טיפול או לקבל טיפול לא טוב. זה דורש התמצאות סבירה של המטופלים/מאמנים בתרופות השונות, במינונים, בתופעות לוואי, בזמני השפעה וכו', אך זו דרישה בסיסית מכל מטפל או מאמן העובד עם הפרעת קשב. הבירור התרופתי אמור להיות חלק מהבירור הכולל עליכם בפגישה הראשונה עם המטפל/מאמן – מי מטפל בכם, אם אתם מרוצים, איזו תרופה אתם נוטלים ואיזה מינון, איך אתם מרגישים עם התרופה, איך אתם מרגישים עם העובדה שאתם נוטלים תרופות. אחת לכמה שבועות יש לשוב ולברר את כל השאלות האלה. חשוב שהרופא יוכל להיות בקשר עם המטפל/מאמן, כיוון ששינויים במינון או בסוג התרופה יכולים להשפיע גם על התפקוד ועל הטיפולים האחרים שהמטופל עובר. מובן ששיתוף פעולה הדוק בין המטופלים שלכם יכול להביא לתוצאות טובות יותר של הטיפול, אך אנו מודעים לכך, שלא תמיד זה מעשי ושהדבר החשוב ביותר הוא שתהיה לכם כימיה טובה עם הרופא ועם המטפל, גם אם אינם עובדים יחד.

סוגי רופאים ולאיזה רופא ללכת

במהלך הטיפול התרופתי תפגשו רופאים מסוגים שונים. חלק מהרופאים יעזרו לכם יותר, וחלק – פחות. צריך לשקול מתי ולמי לפנות בהתאם לסיטואציה.

- **רופא משפחה** – רופא משפחה לא יכול לנהל את הטיפול בהפרעת קשב וריכוז. הוא לא מנוסה בכך ולא עבר הכשרה מתאימה. מלבד זאת, במקרים רבים הוא גם לא פנוי להתמודד עם כל היבטי הטיפול בהפרעה. אבל הוא יכול לעזור בכתיבת מרשמים קבועים, כדי שלא תיאלצו ללכת לרופא מומחה רק כדי לחדש מרשם. יתרה מזאת, בחלק מקופות החולים זו הדרך היחידה לקבל השתתפות של הקופה בעלות המרשם.
- **נוירולוג מומחה או פסיכיאטר מומחה או רופא משפחה שעבר הכשרה מיוחדת של משרד הבריאות** – אלה הם הרופאים היחידים המורשים לאבחן ולטפל בהפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים. מכיוון שמדובר בבעיה נוירולוגית עם היבטים פסיכיאטריים, הפסיכיאטר והנוירולוג מסוגלים לעשות זאת באופן דומה, בעוד רופא המשפחה מתמחה במקרים הפשוטים יותר. צריך לזכור שהנוירולוג נוטה לפעמים לצמצם בעיה להיבטיה העצביים, בעוד הפסיכיאטר יתבונן פעמים רבות גם על התמונה הרחבה ויבחן אם

מתלווים להפרעה גם קשיים רגשיים, תפקודיים או בין אישיים. אצל מבוגרים זה מהותי במיוחד, משום שרבים סובלים גם מקשיים רגשיים כמו מצבי רוח, חרדה ועוד. ברוב המקרים, לטעמנו, מומלץ לפנות לפסיכיאטר בעל ניסיון בטיפול בהפרעת קשב וריכוז. רבים חווים מפגש עם פסיכיאטר כמאיים יותר מאשר מפגש עם נוירולוג, אך בפועל אין ממה לחשוש.

עוד שאלה שתשאלו את עצמכם היא אם כדאי ללכת לרופא באופן פרטי או דרך קופת החולים. צריך לזכור שחלק מהרופאים הפרטיים (אבל לא כולם) מקבלים גם במסגרת קופה זו או אחרת או דרך ביטוחים משלימים. גם הרופאים הפרטיים התחילו בדרך כלל במסגרת ציבורית, והרופאים בקופות ובמיוחד במרפאות העוסקות בהפרעת קשב וריכוז הם רופאים טובים ומנוסים. הנקודה החשובה היא לפנות לנוירולוג או לפסיכיאטר המתמחים בתחום. אם אתם כבר עושים מאמץ ונפגשים עם רופא, הקפידו שיהיה זה רופא מומחה להפרעת קשב במבוגרים.

החיסרון המרכזי של רופאי קופת חולים, גם אם הם מומחים, הוא זמינותם: בגלל המסגרת הם מוגבלים מאוד במשך הזמן ובתשומת הלב שהם יכולים להקדיש למטופלים בפגישות ובין הפגישות. על פי רוב הם גם יהיו זמינים רק בשעות העבודה המקובלות של המרפאה שהם עובדים בה. רופאים פרטיים כשם כן הם – הרופאים הפרטיים שלכם. הם זמינים גם בשעות לא מקובלות, ועל פי רוב יוכלו להקדיש לכם זמן רב יותר, אבל הזמינות והזמן עולים יותר כסף.

איזה הסבר צריך לדרוש מהרופא בפגישה הראשונה?

כאמור, הפגישה הראשונה לאחר האבחון חשובה במיוחד. בפגישה הזו אתם אמורים לתכנן ביחד את תכנית הטיפול ואת האסטרטגיה למציאת התרופה המתאימה. לאחר שתקבעו איזה טיפול מתאים, תקבלו הסבר מסודר על דרך נטילת התרופה, על תופעות הלוואי האפשריות ועל ההשפעות שאתם אמורים לצפות להן במשך נטילת התרופה. כדאי שתצאו מהפגישה עם הפרטים האלה:

- הסבר על מהותה של הפרעת קשב וריכוז ואיך היא משפיעה עלי;
- תהליך הטיפול וההתמודדות האישי שלי;
- המלצה לתרופה ספציפית, הדרכה איך ליטול אותה והסבר על תופעות הלוואי;
- מרשם;
- קביעת פגישה להמשך טיפול.

איך מוצאים את הטיפול התרופתי המתאים?

מציאת המינון של תרופה לקשב ולריכוז היא תהליך שעשוי לארוך לפעמים זמן רב ודורש סבלנות מרובה. צריך לזכור שעדיף לעבור תהליך יסודי כדי להגיע למינון המתאים ולתרופה המתאימה ולא להזדרז ולפספס תרופה שהיתה יכולה לעזור.

רופאי משפחה או רופאים חסרי ניסיון בטיפול בהפרעת קשב נוטים לתת מינון נמוך, ואנחנו פוגשים מדי שבוע מטופלים שנטלו תקופה ארוכה מינון של ילדים, שאולי היטיב מעט, אך לא היה אופטימלי (כמו קונצרטטה 18, 27). בה בעת רופאים שלא עוסקים בתחום באופן רציף עלולים לא לבצע את המעקב הדרוש לצורך התאמת הטיפול, כיוון שאין הם מודעים לצורך הזה.

כדי לגלות את המינון המתאים, יש לקבוע מטרות מדידות, ולבצע הערכה מחודשת לאחר כל שינוי, כדי לוודא את השפעתו. לצערנו לא ניתן לדעת מי יזדקק לכדור אחד, שניים או שלושה, ולכן המינון נקבע בתהליך של ניסוי וטעייה. אל תטעו לחשוב שאתם שפני ניסיון של הרופא או שמנסים עליכם טיפול לא מוכר. מדובר בכדור שהשפעתו משתנה מאדם לאדם, ולכן יש להתאים את המינון באופן אישי. אם תקבלו מינון נמוך מדי, לא תשיגו את התוצאה שאתם רוצים, ואם תקבלו מינון גבוה מדי, תסבלו מתופעות לוואי מיותרות. לכן לאחר החלטה על שינוי המינון, צריך לנסות, במשך זמן מה, את המינון החדש, לחזור לרופא ולהחליט אם להמשיך לגשש. הכי חשוב זה לא להתייאש.

כללים שחשוב לזכור בנוגע לטיפול התרופתי

- יש להתחיל את הטיפול בהדרגה ולעלות במינון עד למינון האופטימלי.
- שינויים במינון ייעשו בהנחיית הרופא המטפל ולא לפי איך שמתחשק לכם.
- אפשר לזהות את המינון האופטימלי לפי התחושה של זה שנוטל אותו או באמצעות מבחנים ממוחשבים ושאלוני מעקב.
- בניגוד לריטלין, בחלק מהתרופות האחרות יש להמתין זמן מה עד שתורגש השפעתן.
- תרופות אינן מהוות את כל הטיפול, אלא מרכיב משמעותי בו. מומלץ לשלב טיפול לא תרופתי.

שלבים טיפוסיים בהתאמת הטיפול התרופתי

אזהרה: אין לראות בשלבים שלהלן המלצה לביצוע או את אפשרות הטיפול היחידה. על כל שינוי בתרופות יש להתייעץ עם רופא.

שלב א'

לאחר האבחון ירשום על פי רוב הרופא מינון נמוך של מתילפנידאט (אחד מסוגי הריטלין). יש ליטול את הכדור מדי יום, כדי להתרשם מהשפעתו בשעות שלאחר נטילתו. העקביות חשובה על מנת לראות את השפעת הכדור לאורך זמן, כיוון שאצל כולנו יכולים להיות ימים חריגים שבהם אנו מתנהגים בצורה שונה או מושפעים בצורה חריגה עקב אירועים חיצוניים, ולא נרצה להגיע להחלטה שגויה על בסיס אותם ימים. במשך הימים שבהם אתם נוטלים את המינון צריך לבדוק אם חל שיפור בריכוז שלכם ואם יש תופעות לוואי כמו עייפות, דפיקות לב, שינויים במצב הרוח, עצבנות או הזעה. תופעה שיש לשים לב אליה היא תופעת הריבאונד (Rebound Effect), המתרחשת אצל חלק מהאנשים, כשפגה השפעת הכדור, ומתבטאת בעייפות רבה ובתחושת דיכאון.

שלב ב'

- אם יש השפעה חיובית, אך לא מספיקה, או שיש תחושת עייפות רבה בגלל הכדור, יש להעלות את המינון ולחזור לשלב א'.
- אם המינון מתאים, יש לעבור לשלב ג'.
- אם יש תופעות לוואי, כמו הפרעות קשות במצב הרוח או הפרעות בקצב הלב, שלא מאפשרות להמשיך ליטול את התרופה, יש לשקול להחליף לסוג אחר של תרופות לפי שלב ד'.

שלב ג'

- אם התרופה נותנת מענה טוב ואתם מרוצים ממנה, אפשר להמשיך באותו מינון.
- כדאי לזכור שלפעמים, לאחר מספר שבועות, יש צורך בהתאמת מינון עקב ירידה בהשפעת הכדור. תופעה זו אופיינית להתחלת טיפול, ובדרך כלל לא חוזרת בהמשך.
- אם המינון נכון, אבל יש תופעת ריבאונד או תופעות לוואי אחרות או פשוט לא נוח ליטול כדור מספר פעמים ביום, אפשר לשקול לעבור לגרסאות ארוכות טווח של ריטלין כמו קונצרטתה או ריטלין LA. יש לבצע התאמה של המינונים בין התרופה הישנה לתרופה החדשה.
- אם מתחוללים שינויים גופניים, כמו שינוי במשקל או הופעת מחלות שאינן קשורות, יש לשקול מחדש את מינון התרופה.
- אם מופיעות תופעות לוואי שאתם לא יכולים לסבול, יש לעבור לשלב ד'.

שלב ד'

- התרופות המוזכרות בשלבים שלהלן אינן רשומות עדיין במדינת ישראל, נכון ל-2013. כדי להשתמש בהן, יש להביאן ביבוא אישי, ועלותן גבוהה.
- אם הריטלין עוזר לכם אבל אתם סובלים מתופעות לוואי מטרידות, אך לא קשות, כמו הרגשה רעה או כאבי בטן וראש, אפשר לנסות סוגים אחרים של מתילפנידאט, כמו פוקלין (Focalin) או מדבקות דייטרנה (Daytarna).
- אם תרופות המבוססות על מתילפנידאט לא עזרו לכם או שתופעות הלוואי היו קשות מדי, כדאי לנסות את תרופת האדרל (Adderall). אם אדרל עוזרת, אך יש תופעות לוואי או שצריך שמשך השפעת התרופה יהיה ארוך יותר, אפשר לשקול את ויוואנס (Vyvanse).
- אם כל התרופות שפועלות על אמפטמינים לא עובדות, יש לעבור לשלב ה'.

שלב ה'

- אם כל התרופות המעוררות גרמו לתופעות לוואי קשות, לא עזרו או פשוט לא התאימו, אפשר לנסות סטרטרה (Strattera).
- אם סטרטרה לא מסייעת, ניתן לנסות אדרונקס (edronax), ונלפקסין (Venlafaxine) או ריספרדל (Risperdal) במינונים נמוכים.
- אם כל זה לא מסייע, צריך לשקול חלופות.

עלות התרופות

כיום יש שלוש קטגוריות של תרופות המשמשות לטיפול בהפרעת קשב וריכוז. הסיבה שאיננו מציינים את המחירים המדויקים בכל קטגוריה היא שיש גורמים רבים המשפיעים על עלות התרופה לצרכן.

1. תרופות להפרעת קשב שנמצאות בסל הבריאות כמו ריטלין וריטלין SR; עלותן זולה, והן נמצאות בכל קופות החולים.
2. תרופות להפרעת קשב וריכוז, כמו קונצרטה וריטלין LA, וגם אדרל, סטרטרה, ויואנס ואחרות, שלא נמצאות בסל הבריאות, אך רשומות ונמכרות בישראל; ניתן להשיגן בכל בית מרקחת, אבל הקופה משתתפת בעלותן רק באופן חלקי. אם יש לכם ביטוח משלים בקופה, על פי רוב תקבלו את התרופה בחצי מחיר. יש קופות שלא משתתפות כלל במחיר, כשמדובר במטופלים מעל גיל מסוים (18 או 21).
3. תרופות להפרעת קשב וריכוז שלא נמצאות בסל הבריאות ולא רשומות בארץ; תרופות אלה

מיובאות בידי בתי מרקחת בהזמנה אישית, ולכן עלותן גדולה בהרבה ויכולה להגיע למאות שקלים בחודש. בין התרופות האלה אפשר למנות את דייטרנה, אינטוניב, קוויליונט ועוד. צריך לזכור שגם המינון יכול להשפיע על המחיר, אדם מבוגר צורך לפעמים מינון גבוה יותר מילד, ולכן העלות עשויה לגדול. כמו בכל דבר, כדאי לשקול את המחיר כגורם אחד מתוך כמה. אם תרופה יקרה כמו סטרטרה עוזרת לכם ולא מצאתם תרופה אחרת שתעזור, ייתכן שמחירה הגבוה שווה את השיפור באיכות חייכם. בכל מקרה כזה כדאי להתייעץ גם עם הרופא שלכם.

התנהלות עם התרופות

רבים מהמטופלים שואלים אם חשוב ליטול את התרופה כל יום. כאן יש להפריד כמובן בין סוגי התרופות השונים. את הממריצים שעליהם נפרט בהמשך לא חייבים ליטול כל יום, ואת הסוגים האחרים שצוינו לעיל דווקא כן. אבל באופן עקרוני כדאי להפריד בין התקופה הראשונה של התאמת הטיפול לבין שאר החיים. הסיבה לכך היא שבהתחלה אתם לא מכירים מספיק את הטיפול הספציפי ואת היתרונות והחסרונות של התרופה שאתם נוטלים. מסיבה זו וכדי להבין אם התרופה עובדת, אם המינון מספיק או מתי בדיוק היא משפיעה טוב במיוחד, כדאי ליטול אותה מדי יום בעקביות ולבצע מעקב יעילות תרופתית. כשמתחילים ליטול תרופות, ובמיוחד תרופות ממריצות, יעזור לכם מאוד אם תנהלו טבלה שתיקחו איתכם לכל מקום, ותציינו בה את מועד נטילת התרופה, זמנים של תופעות לוואי, קשיים שהתרופה עוזרת בהם וכו'. מפעם לפעם אפשר גם לשלוח את הטבלה אל הרופא באמצעות המייל, וזה יכול לעזור לו לדייק במינון ובתרופה. הטבלה הזו גם תעזור לכם ללמוד איך להתנהל עם הטיפול התרופתי. התרופות הממריצות משפיעות במהירות רבה, לעתים כמעט מיד, אבל השפעתן פגה לאחר מספר שעות. מסיבה זו קל יחסית להתנהל איתן וללמוד את המינון הנכון, את התחששות ולהבין באילו מצבים הן עוזרות במיוחד. בהמשך, לאחר שתתייצבו על טיפול מסוים, תוכלו להחליט מתי אתם נוטלים את התרופה.

התרופות, הן אלה שניתן להשיג דרך קופת החולים והן אלה שרוכשים ביבוא אישי, מציבות גם אתגר לוגיסטי: צריך לזכור להשיג מרשמים בזמן, ללכת לקנות את התרופה, ואחרי כן צריך לזכור גם ליטול אותה. האתגר הזה מכביד במיוחד על אנשים עם הפרעת קשב וריכוז, שרובם נוטים מטבע הדברים להיות לא מאורגנים, דחיינים ושכחנים. ובעניין השכחה: יקרו מצבים שבהם תיזכרו פתאום, אחרי שכבר יצאתם מהבית, ששכחתם ליטול כדור ויש לכם יום ארוך באוניברסיטה או ישיבה חשובה בעבודה. מסיבה זו כדאי תמיד להחזיק כמה כדורים בתיק, בארנק או בצרור המפתחות. אפשר גם להיעזר בקופסת כדורים שבועית שבה תוכלו לראות אם נטלתם כבר כדור היום. עם הזמן תגלו כמה דברים על התרופה ועל השפעתה עליכם. ייתכן, למשל, שתגלו שהיא עוזרת לכם בזמן קריאה יותר מאשר בזמן האזנה להרצאות. ייתכן שתגלו שהיא עוזרת כשאתם צריכים

לכתוב מסמך יותר מאשר בזמן שאתם נדרשים להקשיב בישיבה. כדאי להתאים את הפעילויות ככל האפשר לזמן שבו התרופה פעילה, כלומר לכתוב עבודה ללימודים בשעות הצהריים ולהיפגש עם חברים בלילה.

באותה מידה ייתכן שתגלו עם הזמן שבימים מסוימים ובשעות מסוימות אתם זקוקים לתרופה ממריצה ובשאר הזמן התרופה דווקא מפריעה לכם. ויהיו ימים שתזדקקו לעשר שעות ריטלין. על רקע התובנות האלה תוכלו לבחור לא ליטול את התרופה בימים מסוימים או לשלב תרופה בעלת השפעה מושהית עם תרופה בעלת השפעה קצרת טווח. השילוב הזה יכול לעזור גם כשהתחלת ההשפעה של תרופה מושהית איטית מדי בתחילת היום או כשבסוף היום יש תחושות לא טובות בשל השפעתה.

כדי שלא יטרטרו אתכם – כללים למרשמים

יש כללים ברורים לכתיבת מרשם לריטלין ודומיו. בגלל ההנחיות החוקיות בנוגע למרשמים, מרשמים שלא ייכתבו כהלכה לא יכובדו בבית המרקחת (אין לרוקחים אפשרות להתגמש בעניין זה).

מרשמים בארץ תקפים לשבועיים לאחר התאריך שמופיע עליהם. אם תלכו לבית מרקחת עם מרשם לא תקף, לא תקבלו את התרופה. צילום של המרשם גם לא יתקבל. בזמן שתנסו למצוא ביחד עם הרופא שלכם את המינון המתאים, הוא ייתן לכם מרשמים לטווחי זמן קצרים של עשרה ימים. מרשם צריך להכיל את הפרטים האלה:

- תאריך;
- מספר תעודת הזהות שלכם;
- כתובת המגורים;
- שם התרופה והמינון שלה; לדוגמה: T. Ritalin SR 20mg;
- המינון היומי של הכדורים (כמה כדורים ביום, כמה פעמים ביום) וחשוב לציין זאת בספרות ובמילים; לדוגמה: "כדור אחד ביום, למשך עשרה ימים; סך הכול עשרה (10) כדורים." הכמות הכוללת המותרת במרשם היא לשלושים ימים;
- רישום האבחנה של הפרעת קשב וריכוז; אם המרשם הוא לתקופה העולה על עשרה ימים, יש לציין גם "לטיפול ממושך בהפרעת קשב וריכוז; המטופל נמצא בטיפול";
- פרטים מלאים על הרופא, כולל שמו, מספר רישיון, כתובת המרפאה, חתימה וחותמת שלו ומספר טלפון לבירורים.

חלק מבתי המרקחת והרופאים לא יודעים או לא רוצים להתמודד עם מרשמים לריטלין. אל תשכחו

שגם הרופאים והרוקחים הם בני אדם, והם חשופים לדעות קדומות ולשיקולים אחרים. יש בתי מרקחת ידידותיים יותר ופחות ועם הזמן תמצאו מקום שבו נוח לכם לרכוש, אבל אלה בעיות שאתם יכולים להתגבר עליהן, וזה לא מה שצריך למנוע מכם לקבל טיפול שיכול לעזור לכם.

[22] תרופות, תופעות לוואי וחומרים אחרים

ריטלין הוא התרופה המוכרת ביותר מבין התרופות להפרעת קשב וריכוז, אך מיד תראו שיש תרופות רבות אחרות שכדאי להכיר גם אותן. החומר הפעיל בתרופה זו ובכמה סוגים אחרים של תרופות נפוצות הניתנות למי שסובל מהפרעת קשב וריכוז הוא **מתילפנידאט (methylphenidate)**, ויש גם תרופות המבוססות על חומרים אחרים ועובדות בצורה שונה.

איך מצליחים לבלבל אותנו עם הריטלין

אנשים רבים הנוטלים ריטלין לסוגיו מדווחים על תחושה של בהירות, על הקלה בעומס המחשבתי או על תחושה שהמוח ממוקד יותר. הממריצים יכולים לשפר התנהלות בתחום התפקודי (כמו קשב מתמשך, יכולת תכנון, מיקוד במשימה) וגם בתחום הבין אישי (סבילות לתסכול, יכולת הקשבה, סבלנות לאחרים וכו'). השפעות אלה נמשכות שעות מספר לאחר נטילת הממריצים לסוגיהם. לצד זה, כפי שכבר הרחבנו בפרק 20, יש דעות רבות ומגוונות על ריטלין, והוא אחת התרופות שיש סביבן אין ספור רגשות ודעות.

עוד בלבול בנוגע לריטלין נובע מן הסוגים הרבים של הכדורים והמינונים השונים. אנשים שהיו אצלנו בטיפול מוטרדים לפעמים בשאלה למה יש כל כך הרבה סוגים של ריטלין, אם מדובר בעצם באותו החומר. ההסבר הוא פשוט – מטרתם של הסוגים השונים של כדורי הריטלין היא לצמצם תופעות לוואי ואת מספר הכדורים שאתם נוטלים ביום. אולי זה נראה לכם עניין שולי, אבל חשבו לרגע על עצמכם, ובדקו איפה יש סיכוי גבוה יותר שתתמידו בטיפול לאורך זמן: כדור אחד ביום שמשפיע לאורך כל יום העבודה או יום הלימודים שלכם או מספר כדורים שעוזרים לכם למספר שעות בכל פעם. לצערנו במדינת ישראל רק הריטלין הרגיל (10 מ"ג) וריטלין SR נמצאים בסל התרופות. בשאר התרופות הקופות משתתפות באופן חלקי או, לחילופין, אלה תרופות שיש להזמין במיוחד מחו"ל.

אילו סוגי מתילפנידאט אתם יכולים ליטול?

ריטלין רגיל

הריטלין הרגיל מגיע בכדורים במינון של 10 מ"ג, ומשך השפעתו קצר כאמור, כשלוש-ארבע שעות. הוא מתחיל להשפיע כחצי שעה לאחר נטילתו. השפעתו אינטנסיבית יחסית, והיא נוצרת על ידי עלייה

מהירה בריכוז התרופה בדם (כשפגה השפעתו, חלה צניחה תלולה בריכוז החומר הפעיל). יש אנשים שאינטנסיביות זו גורמת אצלם לתופעות לוואי שונות, ולכן הם עוברים לטיפול בכדורים עם שחרור מושהה (איטי) יותר. המטופלים שבחרים להשתמש בריטלין זה הם בדרך כלל אלה שמצאו שהוא היעיל ביותר עבורם בשל עוצמתו או כאלה שאינם נוטלים ריטלין כל יום או לאורך כל היום, אלא בעיקר למשימות ממוקדות כמו מבחן, פגישה חשובה או עבודה של שעות ספורות מול המחשב. לסוג זה של ריטלין יתרונות אחדים: מותר לשבור אותו, וכך קל להגיע למינונים מדויקים יותר; הוא נמצא בסל התרופות, ולכן זול מאוד; ניתן לרסקו עבור אנשים שמתקשים לבלוע כדורים; מתאים ליטול אותו גם אחר הצהריים או בשעות הערב המוקדמות, כי הוא מתפוגג מהר יחסית ולכן לא מפריע לשינה.

רוב המבוגרים הנוטלים ריטלין זה נוטלים 10-20 מ"ג באופן נקודתי או 10-20 מ"ג בכל כארבע שעות (עד שלוש פעמים ביום). לאלה הלוקחים כמה פעמים ביום מומלץ לבדוק מתי נכון לכם ליטול עוד כדור, כדי למנוע את הצניחה בריכוז התרופה.

כדורים בשחרור מושהה (איטי)

מבוגרים רבים מעדיפים את הכדורים שלהלן, כי משך השפעתם ארוך יותר, נוטלים אותם רק פעם אחת ביום, והשחרור המושהה שלהם לעתים נוח ומתאים יותר לתפקוד ממושך. אין תרופה אחת טובה מהאחרת. העניין הוא התאמה לצרכים ומציאת התרופה שתיתן את מרב התוצאות במינימום תופעות לוואי. אם התרגלתם בעבר לאחת התרופות, אין זה אומר שהאחרת לא תפתיע לטובה, גם אם מדובר למעשה באותו חומר פעיל.

ריטלין (SR (Ritalin Sustained Release הוא ריטלין שמשחרר באיטיות רבה יותר, ולכן משפיע שש-שמונה שעות מרגע נטילת הכדור ובאופן עדין יותר. החיסרון של ריטלין SR הוא מופיע רק במינון של 20 מ"ג ואסור לשבור אותו (כלומר אין דקויות במינון). היתרון הוא מחירו הזול ביחס לשאר הכדורים בשחרור מושהה, משום שהוא נמצא בסל התרופות, והוא בהחלט מתאים למבוגרים רבים לתפקוד ממושך. חלק גדול מהמבוגרים הנוטלים ריטלין SR נוטלים 40 מ"ג, פעם ביום.

קונצרטא (Concerta) הוא כדור שמכיל מתילפנידאט, הבנוי בצורת קפסולה שמורכבת משני חלקים: חלק אחד משחרר באופן מידי כחמישית מהחומר, והחלק האחר משחרר את שאר החומר בהדרגה במשך כשתיים-עשרה שעות. המבנה המיוחד הזה שומר על רמה קבועה יחסית של החומר הפעיל לאורך כל שעות השפעתו. בשל היציבות ברמת החומר בגוף, אצל חלק מהאנשים יופיעו פחות תופעות לוואי מאשר בריטלין קצר הטווח, ומשך השפעת התרופה יהיה ארוך יותר. בה בעת יהיו אנשים שיטענו שהשפעתה לא מורגשת. הקונצרטא נמכרת במינונים של 18, 27, 36 ו-52 מ"ג, ואסור לשבור או לפורר את הכדור. המינון הדרוש לרוב המבוגרים הוא 54-72 מ"ג ביום, בהתאם למשקל.

במקרים חריגים ניתן לעלות עד למינון של כ-100 מ"ג קונצרטת. חשוב לציין שמבוגרים רבים מקבלים מרשמים של 18 או 36 מ"ג, וחשים ברע או לא חשים דבר. מינונים אלה מתאימים לילדים או כמינון התחלתי, ואינם מתאימים לרוב המבוגרים.

ריטלין (Ritalin LA) גם הוא תרופה המכילה את אותו חומר, אך בקצב שחרור שונה: 50% מהחומר משתחרר מיד, והשאר לאחר כארבע שעות. גרסה זו של ריטלין אמורה לפעול במשך שבע - עשר שעות ולשמור על רמה קבועה יחסית של החומר בדם, כדי למנוע תופעות לוואי מיותרות. למתקשים בבליעת כדורים, הריטלין LA מגיע בקפסולה המכילה כדוריות קטנות, וניתן לפתוח אותה ולאכול בכפית.

איך נוטלים כדורי ריטלין

- מתחילים במינון נמוך ועולים בהדרגה עד למינון היעיל המינימלי (עלייה מעבר למינון המינימלי הדרוש יכולה לגרום לתופעות לוואי).
- יש ליטול את הכדור עם הארוחה כדי לאפשר ספיגה טובה יותר של החומר בזרם הדם.
- אם יש בחילות או ירידה בתיאבון, חשוב במיוחד ליטול את הכדור עם הארוחה.

אותו חומר, לא דרך המעיים

כאשר אנו בולעים תרופה, ברוב המקרים היא נספגת במעיים ועוברת אל הכבד, שם היא עוברת תהליך פירוק. תוצרי הפירוק והחומר הפעיל יכולים לגרום לתופעות לוואי שונות, ולכן כל דרך שמשפיעה על הספיגה או מאטה את פירוק התרופה יכולה להשפיע על ריכוזה בדם ובכך לשפר את יעילותה או להפחית את הסיכוי לתופעות לוואי. לשם כך פותחו שתי התרופות שלהלן המבוססות על אותו חומר:

דייטרנה (Daytarna) היא תרופה חדשה יחסית, ומגיעה בצורת מדבקות המכילות מתילפנידאט. מדביקים את המדבקות על הירך, והחומר נספג דרך העור לאט ובהדרגה ביחס לבליעת כדורים. התרופה נכנסת ישירות לזרם הדם, ולא עוברת דרך הכבד במהלך הספיגה הראשונית. לכן אפשר להשתמש במינונים נמוכים יותר שלה ולהגיע עד שתים-עשרה שעות פעילות, ובשל המינון הנמוך יותר אנו יכולים לצמצם תופעות לוואי ולמנוע תופעת ריבאונד. מלבד זאת, בניגוד לכדור שנכנס לגופנו ואין לנו יכולת להוציא אותו אם אנחנו רוצים, אפשר להסיר את המדבקה בכל רגע נתון ולעצור את השפעתה (לאחר זמן מה).

פוקלין (Focalin) – המתילפנידאט שנמצא בכל התרופות הקודמות שהזכרנו מורכב בעצם משני חומרים די דומים, אבל רק אחד מהם הוא חומר פעיל, ועלול לפעמים לגרום לתופעות לוואי מיותרות. הפוקלין מכיל רק את ה-Dexmethylphenidate Hydrochloride, שהוא החלק הפעיל של המתילפנידאט, ומסיבה זו המינונים של הפוקלין נמוכים משמעותית וכך גם תופעות הלוואי הפוטנציאליות. התרופה מופיעה במינון של 2.5, 5 ו-10 מ"ג, ויש ליטול אותה פעמיים ביום, כדי להגיע להשפעה מרבית. כדי להקל עליכם פותח גם פוקלין XR במינונים של 5, 10 ו-15 מ"ג, אשר בדומה לקונצרטא מאפשר שחרור מושהה, ולכן אפשר ליטול אותו פעם אחת ביום.

יש עוד ממריצים

ריטלין לסוגיו (הכוונה לכל התרופות הנ"ל המכילות מתילפנידאט) אינו התרופה היחידה שמבוססת על ממריצים ויכולה לעזור לכם. כדאי לזכור שכל אדם מגיב לתרופות בצורה מעט שונה, ולכן אם תרופה עזרה רק באופן חלקי או גרמה לתופעות לוואי מעיקות, כדאי לבחון תרופות אחרות שאולי יהיו יעילות יותר עבורכם.

אדרל (Adderall) אשר נמכר בישראל תחת השם אטנט (Attent) היא תרופה ממשפחת הממריצים שנמצאת בשימוש כבר כמה עשרות שנים. היא מורכבת בחלקים שווים מארבעה ממריצים שונים: Dextroamphetamine Saccharate, Amphetamine Aspartate, Monohydrate, Dextroamphetamine Sulfate, Amphetamine Sulfate. לשילוב זה יש השפעה ייחודית וארוכת טווח יותר משילובים אחרים. נראה גם שהוא מאפשר להפחית את המינון של כל אחד מהחומרים בנפרד, מה שמצמצם את מספר תופעות הלוואי. האדרל יעילה בטיפול כמו ריטלין לסוגיו, והיא מהווה אלטרנטיבה טובה לטיפול בריטלין, כיוון שיש אנשים שמגיבים לאדרל, גם אם לא הגיבו לטיפול בריטלין.

האדרל נמכר בשתי גרסאות: גרסה קצרת טווח שפועלת עד שש שעות וגרסה ארוכת טווח, Adderall XR, שפועלת עד עשר שעות. בעבר הועלו טענות בנוגע לתופעות לוואי לבביות אצל ילדים שהשתמשו באדרל ונפטרו. בדיקה מעמיקה שערך מינהל התרופות האמריקני גילתה שהאדרל לא היה גורם המוות, ואישר את השימוש בתרופה תוך כדי מעקב אחרי תפקוד הלב (גם אצל מבוגרים לא נצפתה בעיה בתחום זה).

דקסדרין (Dexedrin, Dexamphetamine) היא תרופה ממריצה אחרת שנמצאת בשימוש רחב בארצות הברית ואינה מבוססת על מתילפנידאט. יעילותה דומה לזו של הריטלין, וכך גם פוטנציאל תופעות הלוואי. מה שמאפיין את הדקסדרין הוא יותר תופעת לוואי של עייפות ופחות תופעות לוואי של כאבי ראש ובטן.

ויוואנס (Vyvanse) היא תרופה השייכת למשפחת הממריצים. החומר שבה, *Lisdexamfetamine Dimesylate*, נמצא בכדור במצב לא פעיל, וכאשר הוא נכנס לגוף הוא מופעל בתהליך הדרגתי שמאפשר השפעה ממושכת עד שתיים-עשרה שעות. מכיוון שהשינוי ברמת התרופה איטי, גם תופעות הלוואי פחותות, וכשהשפעת התרופה פגה, אין נפילה פתאומית בריכוז.

טבלה מסכמת – ממריצים

שם התרופה	זמן זמין בשעות	ניתן לרכוש בכדורים במ"ג	מינון נפוץ אצל מבוגרים ¹ במ"ג	הערות
ריטלין Ritalin	4	10	10-20	זול, נמצא בסל התרופות
ריטלין SR	8	20	20-40	
ריטלין LA	9	20 30 40	20-30	לא בסל התרופות, אך בהשתתפות הקופות
קונצרטה	12	18 27 36 54	41.3-55	
דייטרנה Daytrana	10	27.5 41.3 55 82.3	41.3-55	ביבוא אישי או בבתי מרקחת המתמחים בכך בארץ
פוקלין	4	5 10	5	
פוקלין XR	8	10 20	10	

	20-10	5	6	אדרל (אטנט)
		10		
		20		
		30		
	20-10	5	12	אדרל XR
		10		
		20		
		30		
	70-50	30	12	ויוואנס
		50		
		70		

השוואות מינונים בין תרופות שונות

מטופלים רבים נבהלים כשהרופא רושם להם תרופה במינון 72 מ"ג, כאשר לפני כן הם נטלו 10 מ"ג מסוג אחר. חשוב להבין שבכל תרופה יש למינון משמעות אחרת. **בלוח שלהלן מוצגת השוואה גסה בין המינונים של הכדורים השונים לריטלין 10 מ"ג, כדי שיהיה לכם אומדן עקרוני; לדוגמה: קונצרטה 36 מ"ג שוות ערך לריטלין רגיל 10 מ"ג.**

הערות	מקביל למינון במ"ג של ריטלין רגיל	מינון התרופה	
חלקי 2	10	20	ריטלין SR
חלקי 2.5	8	20	ריטלין LA
	12	30	
	16	40	
חלקי 3.5	5	18	קונצרטה
	7.5	27	
	10	36	
	15	54	

חלקי 2.7	10	27.5	דיטרנה
	15	41.3	
	20	55	
	30	82.5	
פי 2 בקירוב	10	5	פוקלין לסוגיו
דומה	10	10	אדרל לסוגיו

תופעות לוואי של ממריצים

כל אדם מושפע אחרת מתרופות. ייתכן שלא תסבלו כלל מתופעות לוואי, וייתכן שתסבלו מתופעות לוואי רבות, ובהן עצבנות, עייפות, כאבי ראש ובטן, בחילות ודפיקות לב. לצערנו הדרך היחידה לדעת היא ליטול את התרופה ולשים לב לשינויים בתחושותיכם.

כדאי לזכור שרוב תופעות הלוואי "שוות את זה" ועוברות עם הזמן. אנשים מזווחים שלאחר שהתרגלו לתרופה ולהשפעותיה, הם גם לומדים איך לעקוף את תופעות הלוואי במצבים מסוימים ומצליחים להתגבר עליהן. תופעות הלוואי האלה עשויות להיות גם תלויות מינון. בדרך כלל אם מפחיתים את המינון, הן יחלפו, אבל לפעמים גם מינון נמוך שאינו מתאים לכם עלול לעורר תופעות לוואי.

רוב תופעות הלוואי חולפות כאמור זמן קצר לאחר שמתחילים ליטול את התרופה, מכיוון שהגוף מתרגל לחומר החדש. אם התופעות לא חולפות בתוך כמה ימים או שאתם מרגישים שהן בלתי נסבלות, מומלץ לדבר עם הרופא שלכם. בדיוק בשביל זה הוא שם, והוא יכול להמליץ לכם על דרכים להתגבר על הבעיה, כמו חלוקה שונה של התרופה או שינוי במינון.

פנייה לרופא שלכם בשלב זה היא נקודה שכדאי להתעכב עליה; מטופלים רבים לא פונים לרופא, כשהם נתקלים בתופעת לוואי, ומפסיקים ליטול את התרופה, או שהם פונים לרופא, וכשהוא מזמין אותם אליו, הם לא באים. מניסיוננו, למטופלים רבים הנוטלים תרופות קשה לתפוס את המשמעות של מעקב תרופתי של רופא, ולא פעם שמענו את המשפט "מה יש לי לעשות אצל הרופא. זו שיחה של שתי דקות! בשביל זה צריך לבזבז זמן או לשלם כמה מאות שקלים?". זוהי תחושה מובנת, אבל לא נכונה. מעקב רפואי מסודר הוא הכרחי, במיוחד בזמן התאמת טיפול או אם יש תופעות לוואי. אי אפשר לטפל באנשים בשלט רחוק ובאופן לא סדיר. לעתים הפגישה תהיה קצרה מאוד, ולעתים יעלו בה דברים מהותיים שלא חשבתם עליהם או שתוחלף לכם תרופה. לכל רופא יש הגישה שלו לנושא, אבל ככלל לפגישות האלה יש ערך רב.

יש תופעות לוואי שעשויות להופיע בכל פעם שתיטלו את התרופה. ביניהן אפשר למנות את אלה:

- חוסר תיאבון או התגברות התיאבון לאחר שפגה השפעת התרופה;
- תחושת דיכאון שמופיעה לאחר שפגה השפעת התרופה;
- קושי להירדם עקב השפעת המתילפנידאט שגורם לעוררות רבה (אפשר לפתור את הבעיה אם נוטלים את התרופה בבוקר);
- תחושות של אי שקט ועצבנות שניתן לצמצמן או לשככן על ידי חלוקה שונה של התרופה במהלך היום;
- תופעת הריבאונד המופיעה כשפגה השפעת התרופה ויש ירידה חדה בריכוז התרופה בדם; סימניה הם תחושות של אי שקט, דיכאון או בלבול רב. אם זה קורה לכם, כדאי לדבר עם הרופא שלכם ולשקול להחליף את הטיפול לגרסה מושהית של ממריצים כמו קונצרטא או ריטלין LA.

תופעות אחרות, נפוצות פחות

בעלון המגיע עם התרופות יש רשימה של תופעות לוואי נפוצות פחות: חום, הזעה, בחילה, הקאה, כאבי בטן, סחרחורת, כאבי ראש, מצב רוח ירוד, חוסר מנוחה, התכווצות שרירים, פריחה בעור, יובש בפה, ראייה מטושטשת, אבדן משקל, שינוי בלחץ הדם, נשירת שיער. אם הן מופיעות, כדאי לכם להתייעץ עם הרופא שלכם.

שימו לב שאם מופיעה אחת מהתופעות שלהלן, יש לפנות לרופא ללא דיחוי: חום גבוה פתאומי, כאב ראש חמור ובלבול, דפיקות לב מהירות, כאב בחזה, עוויתות בלתי נשלטות, חבורות (סממן לתרומבוציטופניה פורפורה), עוויתות שרירים או טיקים, כאבי גרון, חום וצינון (כסממן לתופעות בדם), תנועות בלתי רצוניות של הגפיים, הגוף והפנים, הזיות, פרכוסים, עקצוץ בעור או שלפוחיות וכתמים אדומים על העור.

איך להתמודד עם תופעות הלוואי?

כאבי בטן וירידה בתיאבון הם תופעות נפוצות בתחילת טיפול, אך בדרך כלל הם חולפים לאחר מספר שבועות, כשהגוף מתרגל לכדורים שאתם נוטלים. אם אתם ממשיכים לסבול מירידה בתיאבון, אז אתם יכולים –

- ליטול את הכדורים עם האוכל; אם נוטלים את הכדור אחרי האוכל ולא לפניו, מצמצמים את הסיכוי לתופעות לוואי.
- להפוך את האוכל שלכם לזמין; תדאגו שיהיו בהישג ידכם מאכלים עתירי קלוריות וחלבונים, וקחו אותם איתכם לרגעים שבהם תהיו רעבים. חטיפי בריאות ומשקאות עתירי חלבון הם פתרונות טובים, בתנאי שהם אכן בריאים ולא עתירי סוכרים.
- לשנות את מועדי הארוחות; אכלו מאוחר יותר בערב, כשהשפעת התרופה פגה או פוחתת.

כאבי ראש, כמו כאבי בטן, קשורים בדרך כלל לנטילת הכדורים בלי ארוחה. חשבו, למשל, על שתיית חמישה ספלי קפה חזק במהלך הבוקר בלי לאכול דבר.

- אל תשכחו לאכול עם נטילת הכדור. אם אתם לא אוכלים, הכדור נספג אל זרם הדם שלכם מהר יותר, ועקב כך ריכוז החומר עולה במהירות. התוצאה יכולה להיות כאב ראש.
- שקלו להחליף לגרסת שחרור מושהה. חלק מכאבי הראש נובעים מתופעת הריבאונד, שמופיעה כשריכוז הכדור בדם יורד במהירות, בדרך כלל בגרסאות קצרות טווח של התרופה. במקרים כאלה צריך לשקול גרסה אחרת של כדור שמשתחררת בקצב שונה.

הפרעות שינה הן בעיה נפוצה, במיוחד אצל אנשים שמנהלים אורח חיים אקטיבי ואינטנסיבי. אצל מבוגרים רבים עם הפרעת קשב הקושי העיקרי הוא לסגור את היום וללכת לישון.

- קחו את התרופה המעוררת בשעה מוקדמת במהלך היום.
- אל תשתו לצד הכדור משקאות אנרגיה או קפאין. אם תשתו את החומרים האלה אחר הצהריים או בערב, במקביל לטיפול במעוררים, תתקשו להירדם.
- פתחו הרגלי שינה. אחת הטעויות הגדולות של מבוגרים היא שאתם חושבים שאפשר פשוט להיכנס למיטה ולהירדם לאחר יום של פעילות אינטנסיבית. אבל זה לא כך. המוח זקוק להכנה גם לשינה, ומומלץ לבנות הרגלים כמו סביבה שקטה, טקסים להכנה לשינה כמו מקלחת קבועה או קריאת ספר, כדי להיכנס לאווירה הנכונה.
- הימנעו משימוש קבוע בתרופות שינה נפוצות (בנזודיאזפינים כמו ואבן, נומבון או אחרות כמו סטילנוקס). תרופות שינה לא יעזרו לטווח ארוך, ובוודאי לא אם בעיית השינה שלכם נובעת מנטילת כדורים ממריצים.
- בדקו אם אתם סובלים מבעיות גופניות שיכולות לגרום להפרעת שינה. במקרים רבים

מוצאים שהסיבה להפרעת השינה היא אסתמה לא מטופלת, אלרגיות, כאבים או גורמים אחרים. הטיפול בהם יכול להקל אפילו על הפרעת הקשב שלכם.

טיקים הם התכווצויות שרירים לא רצוניות וחדות, המופיעות בתכיפות גדולה מהרגיל ויכולות להתבטא במצמוצים, בהשמעת קולות, בתנועות שפתיים או בתנועות ראש. זוהי תופעה נפוצה מאוד אצל ילדים ופחות אצל מבוגרים. על פי רוב היא היתה קיימת כבר קודם לכן, אבל התרופה מדגישה אותה. אם אתם חושדים שיש לכם טיקים, הכינו רישום מדויק של נסיבות הופעתם ואופני ביטויים ודברו עם הרופא שלכם. לפעמים שינוי התרופה או המינון יכול לפתור את הבעיה.

שינויים במצב הרוח – ברוב המקרים השיפור בהפרעת הקשב שלכם יביא עמו שיפור במצב הרוח, אבל יש מקרים שבהם נטילת התרופה יכולה להביא למצב רוח ירוד, לעצבות או לשינוי התנהגותי. במצבים כאלה מומלץ להתייעץ עם הרופא, לאחר שתתעדו במשך ימים מספר את דפוס השינויים במצב הרוח. לפעמים מדובר בתופעה של ירידה מהירה או מוקדמת מדי בריכוז התרופה בדם, ושינוי התרופה או המינון יכול לפתור את הבעיה.

סחרחורות יכולות להופיע, כשמינון התרופה גבוה מדי. אם בזמן סחרחורת לחץ הדם והדופק שלכם נשארים תקינים, ייתכן שמדובר בתופעת לוואי. שתו הרבה מים, ושקלו לעבור לכדור עם שחרור מושהה. איזון רמת התרופה בדם יפתור גם את בעיית הסחרחורות.

בחילות ועייפות הן שתי תופעות שנובעות בדרך כלל ממינון גבוה מדי של תרופה, גם כשאלה תרופות מעוררות וגם כשאלה תרופות אחרות. במצב כזה כדאי להתחיל עם מינון נמוך של התרופה, ולעלות בהדרגה למינון הרצוי. נסו גם לחלק את התרופה בצורה שונה על פני היממה.

תופעת ריבאונד – לעתים קרובות התרופה עובדת היטב במהלך היום, אבל בסופו, כשהשפעתה אמורה לפוג ממילא, קשיי הריכוז חוזרים ואפילו בחומרה גדולה יותר משהיו טרם נטילתה. לעתים בד בבד עם התפוגגות השפעתה התרופה, חלה גם ירידה במצב הרוח. זוהי לא תופעת לוואי אמיתית, אלא סימן של ירידה מהירה של השפעת התרופה. אם בשעות אחר הצהריים אתם עצבניים או עייפים במיוחד, ייתכן שזהו ריבאונד.

- עשו רישום של התופעות הלא נעימות והשעה שבה הן מופיעות.
- אם אכן מתגלה דפוס של תופעות כאלה בשעות אחר הצהריים והערב, ייתכן שבשעות אלה אתם זקוקים לכדור קצר טווח או לתרופה אחרת שלא תגרום לכם תופעות הלוואי.
- לפעמים תוספת של תרופה מסוג אחר יכולה להקל על הבעיה; לדוגמה: שילוב של ריטלין ארוך טווח ותוספת ריטלין קצר טווח בסוף היום.

איך להתייחס לתופעות הלוואי?

תופעות לוואי בתחילת טיפול הן דבר נפוץ. ראשית אתם חייבים להבין שהגוף שלכם מתמודד עכשיו עם חומר חדש והוא צריך להתרגל אליו. כמו שכל שינוי בחייכם דרש תקופת התמודדות והסתגלות, כך גם כשמדובר בתרופה חדשה. אם מופיעות תופעות לוואי, כדאי לדבר עליהן עם הרופא ועם האנשים שעוזרים לכם להתמודד. השיחה יכולה להעלות רעיונות איך להתגבר על תופעות הלוואי או פשוט לסייע לכם לראות את התמונה הרחבה.

כאשר כבר הגעתם למינון קבוע של תרופה, ייתכן שרוב תופעות הלוואי יחלפו. אבל אם נשארו אחדות, עליכם לשקול את היתרונות ואת החסרונות, אם הן נסבלות או לא, לפני שאתם מחליטים על החלפת טיפול או על הפסקתו. לפעמים יש תופעת לוואי כמו הפרעה בתיאבון למשל, אבל השיפור שמושג על ידי התרופה הוא כל כך משמעותי, שהפרעת התיאבון הופכת זניחה בתוך מכלול השיקולים. לפעמים החסרונות גוברים על היתרונות, ואז כדאי לשקול את החלפת התרופה. בכל מקרה, לפני שמחליטים, כדאי להתייעץ. הרי גם האימפולסיביות היא תסמין של הפרעת הקשב שלכם.

מתי אסור להשתמש בתרופות המבוססות על אמפטמינים?

- יחד עם תרופות מסוג MAO Inhibitors או ארבעה-עשר יום אחרי הפסקת השימוש בהן;
- כשיש גלאוקומה (יתר לחץ תוך עיני);
- כשיש רגישות יתר למתילפנידאט;
- כשיש תסמונת טורט;
- כשיש קצב לב לא סדיר או תעוקת חזה (כאבים בחזה) או פעילות יתר של בלוטת התריס.

על ריטלין, היריון והנקה

צעירות רבות סובלות מהפרעת קשב וריכוז, והלבטים בנוגע לטיפול תרופתי מתעצמים בדרך כלל בתקופות שבהן נשים מנסות להיכנס להיריון. ההיריון והניסיונות להרות אורכים במקרה המהיר ביותר תשעה חודשים, ולעתים קרובות כמובן אף יותר. תקופת הפריזי היא בדרך כלל תקופה של פריזי מקצועי ואישי, ואז חשובים מאוד התפקוד והמיקוד. נשים רבות מוטרדות מהשאלה אם בתקופת ההיריון וההנקה מותר לקבל טיפול תרופתי כמו ריטלין להפרעת קשב וריכוז. המחקרים על נטילת תרופות בזמן היריון והנקה הם מעטים, כי נשים לא מוכנות להשתתף בהם

(ובצדק). המידע מגיע מנשים שנטלו ריטלין ודיווחו על הצלחה או על תופעות לוואי בתקופה זו. היחס להנקה משתנה מאישה לאישה – חלקן מעוניינות בהמשך הטיפול במהלך ההנקה וחלקן מעדיפות שלא.

לכל תרופה יש זמן שנקרא $T_{1/2}$ – זמן מחצית החיים של התרופה. מדובר בזמן שנדרש למחצית מהחומר הפעיל להתפנות מהגוף (במקרה הזה מגופה של האם), ובמצב זה החומר הופך לא אפקטיבי. בהקשר של הנקה, אם האם בוחרת להיניק לאחר חמש פעמים $T_{1/2}$, החלב נחשב נקי. כלומר: אם אישה נוטלת ריטלין רגיל (שאמור להשפיע במשך ארבע שעות) ומיניקה 20 שעות לאחר הפסקת השפעת התרופה, החלב נחשב נקי מתרופה. אם מדובר בתרופות כמו ריטלין רגיל, שתוחלת החיים שלהן קצרה, הנושא הזה יכול להיות רלוונטי מאוד מבחינת הנקה או שאיבת חלב.

יש כל מיני דירוגי מסוכנות של תרופות בתקופת ההנקה. הריטלין מדורג בדירוג L3 האומר שאין מספיק מחקרים על נשים מיניקות, ויש חשש לא מוכח שיש פוטנציאל כלשהו של השפעה על התינוק. יש גם מעט מחקרים שמראים השפעה מינימלית וחולפת. ככל הנראה, כמויות הריטלין שעוברות בחלב קטנות מכדי להיות בעלות משמעות קלינית. יחד עם זאת, יש לעקוב אחר אי שקט או עלייה נמוכה במשקל, אף שריכוזי התרופה לא אמורים לגרום לכך.

בכל מקרה ניתן להתייעץ עם הרופא ועם השירות הטריטולוגי, שנמצא בבתי חולים ברחבי הארץ. השירות מספק את כל המידע הנדרש בדבר הסיכונים הכרוכים בנטילת כל תרופה שהיא בזמן היריון או הנקה.

צריך לזכור שהשימוש בריטלין הוא אישי – יש נשים שלא מתפקדות בלי ריטלין, ויש כאלה שמסתדרות בלעדיו באופן סביר (אבל עם השלכות אחרות). בסופו של דבר זו החלטה של האם ולא של אף אחד אחר, גם לא של הרופא. אם אין ברירה אלא ליטול ריטלין, אבל הייתן מעדיפות להימנע, פתרון אפשרי הוא לשאוב חלב בשעות הערב והלילה, כדי שיישאר לשעות הבוקר, שבהן נטלתן את התרופה, כמובן בהתחשב במשך השפעתה של התרופה.

קצת על ריטלין ותפקוד מיני

חשק מיני יכול להיות מושפע מנטילת ממריצים כגון ריטלין או קונצרטת. ככלל, אדם שסובל מהפרעת קשב וריכוז רגיל לחוות מגוון רב של גירויים, והוא לא רואה בכך משהו לא נורמלי. כל גירוי, וגירוי מיני במיוחד, מושפע מקליטת גירויים מהסביבה ומבן הזוג. אדם שסובל מהפרעת קשב, ונוטל ריטלין, הרי יחווה ירידה באיכות קליטת הגירויים החיצוניים, ולכן יכול להיות פחות מגורה. אותם גירויים בעצם לא חודרים לתודעתו ולא מגבירים את החשק המיני שלו.

על פי רוב יש התרגלות הדרגתית לתופעה, כך שהחשק המיני יתעורר מגירויים שאינם מנוטרלים בשל הריטלין או הקונצרטת. לפעמים יש תחושה של חשק מיני מוגבר. בדרך כלל היא חלק

מתחושת high של מינוני יתר של ריטלין או אצל אנשים שנוטלים ריטלין כשהם לא אמורים לעשות זאת. במצבים שבהם יש השפעה על החשק המיני לא מומלץ ליטול ריטלין באופן קבוע, אלא להתייעץ עם הרופא שלכם.

תרופות שאינן ממריצות

סטרטרה (Strattera), משווקת בישראל תחת השם אטומיק (Atomic) היא תרופה המכילה אטומוקסטין (Atomoxetine), והיא התרופה הראשונה שאינה ממשפחת המעוררים, שאושרה ספציפית לשימוש בהפרעת קשב וריכוז. סטרטרה פועלת באמצעות עיכוב הספיגה מחדש של נוראפינפרין (Norepinephrine Reuptake Inhibitor) במרווח הסינפטי במוח, וכך היא מעלה את הריכוז של החומר ומקלה על הפרעת הקשב.

הסטרטרה שונה לחלוטין מהמעוררים ולא משפיעה באופן מידי כמו הריטלין. ההשפעה מתחילה רק לאחר כשבועיים, ומגיעה לשיאה לאחר כחודש של נטילה קבועה של הכדור. יש ליטול את התרופה כל יום, גם בימים שבהם אין לכם משימות חשובות שבגללן אתם חושבים שאתם זקוקים לעזרה. אם מפסיקים את התרופה לתקופה, אז היא תחזור להשפיע שוב לאחר עוד חודש של המתנה.

ניתן להשיג את התרופה במינונים מוכנים של 10, 18, 25, 40, 60, 80, ו-100 מ"ג (מינון מרבי). כמו ברוב התרופות האלה, מתחילים במינון נמוך, ועולים בהדרגה עד למינון של כ-1.2 מ"ג לק"ג. מבוגר ממוצע יזדקק למינונים שנעים סביב 70-90 מ"ג ליום.

היתרון של סטרטרה הוא שהיא משפיעה במשך כל שעות היממה ואינה מפריעה בדרך כלל לשינה או לתיאבון. יתרה מזאת, בגלל מנגנון הפעולה שלה היא גם יכולה להפחית חרדות שנפוצות אצל אנשים שסובלים מהפרעת קשב וריכוז. תופעות הלוואי השכיחות של התרופה הן בחילות ועייפות. על הבחילות מתגברים, אם נוטלים אותה אחרי האוכל, ואם היא גורמת לעייפות, יש ליטול אותה בערב. יש דיווחים על תופעות לוואי, כמו קושי בזקפה ואבדן תיאבון, אשר חולפות לאחר הפסקת התרופה.

אדרונקס (Edronax-Reboxetine) היא תרופה שעובדת בצורה דומה לסטרטרה. היא מעלה את ריכוז הנוראפינפרין במוח על ידי עיכוב הספיגה מחדש שלו (Norepinephrine Reuptake Inhibitor) במרווח הבין-סינפטי, וכך מקלה על הפרעת הקשב. האדרונקס משמשת בדרך כלל לטיפול בדיכאון בעוצמה בינונית עד קשה.

תופעות הלוואי של אדרונקס קלות יחסית: עצירות, כאבי ראש, הזעת יתר, הפרעה בשינה, בחילה, סחרחורות ויובש בפה. בדרך כלל התופעות האלה חולפות עם הזמן. במקרים נדירים יותר יכולה להופיע פגיעה בתפקוד המיני, עליית לחץ דם והגברת קצב הלב.

צריך לזכור שהתרופה אינה רשומה לטיפול בהפרעת קשב וריכוז, אבל מכיוון שמנגנון הפעילות

שלה דומה לסטרטרה, משתמשים בה לפעמים כתחליף. שיקול אחר הוא שהאדרונקס, גם אם לא נועדה להפרעת קשב וריכוז, זולה בהרבה מהסטרטרה.

אינטוניב (Guantacine-Intuniv) היא תרופה חדשה שנמצאה יעילה בדומה למעוררים, ואושרה רק לאחרונה לשימוש בהפרעת קשב. ככל הנראה היא משפיעה באמצעות גירוי של קולטנים מסוג אלפא-2A, ומובילה לשיפור הריכוז, לירידה במוסחות ולהתמתנות ההתנהגות והאימפולסיביות. התרופה יכולה לגרום לכאבי ראש ובטן, לעייפות ולישנוניות. לא ניתן עדיין לרכוש אותה בארץ בצורה מסודרת.

תרופות אחרות

במרוצת השנים נבדקו תרופות רבות כדי למצוא אלטרנטיבות טובות לטיפול בהפרעת קשב וריכוז. יש מספר סיבות לשימוש בתרופות אלה: כשהתרופות המקובלות אינן מסייעות כלל; כשיש הפרעות נלוות חמורות, כמו למשל הפרעת קשב שמתבטאת בהיפראקטיביות קיצונית או בהפרעות התנהגות; כשתופעות הלוואי לא מאפשרות המשך שימוש בתרופות. בשונה מתרופות הנפוצות, יש מעט מחקרים המראים את יעילות התרופות הבאות, ויש לשקול את השימוש בהן כאפשרות אחרונה.

תרופות חוסמות דופמין מהדור החדש (נוירולפטיקה אטיפית), כגון ריספרדל, הראו יעילות מסוימת בטיפול במצבים היפראקטיביים או בתגובות אימפולסיביות אצל צעירים ומבוגרים כאחד. במינונים נמוכים אף הראו תרופות אלה אצל אלה שנוטלים אותן שיפור בריכוז ויכולות קוגניטיביות. ואולם עשויות להיות להן תופעות לוואי כגון פרקינסוניזם או תנועות לא רצוניות, ולכן הן משמשות בעיקר כתוספת לטיפול בממריצים, כאשר יש בעיית התנהגות או אימפולסיביות, או במקרים חריגים כטיפול בודד, כאשר כל טיפול אחר לא נמצא יעיל.

תרופות ממשפחת SNRI, ובמיוחד אפקסור (ונלפקסין), המעכבות את הספיגה מחדש של סרוטונין ושל נוראפינפרין במשולב, נחקרו בשנים האחרונות והראו יעילות מסוימת בטיפול בהפרעת קשב וריכוז. עדיין אין מספיק מידע ומחקרים גדולים, כדי שנוכל לקבוע בוודאות את יעילותו של טיפול זה.

נוגדי דיכאון טריציקליים (נורטילין, דפרקסן ופרימוניל) הם תרופות ותיקות לטיפול בדיכאון, היעילות פחות מריטלין לצורך טיפול בהפרעת קשב וריכוז. למרות זאת הם יכולים להיות אפקטיביים, כאשר הפרעת הקשב והריכוז מלווה בתסמינים של דיכאון, חרדה או הפרעות התנהגות. מכיוון שלתרופות אלה יכולות להיות תופעות לוואי חמורות יותר, יש צורך במעקב רפואי הדוק יותר.

קלונדין היא תרופה המשפיעה על הנוראדרנלין באמצעות השפעה על קולטן אחר לגמרי מסוג

אלפא-2. תרופה זו משמשת בדרך כלל להורדת לחץ הדם, ובארץ היא מוכרת גם כטיפול בתסמונות טיקים שונות. מכיוון שלפעמים הפרעת קשב וריכוז מופיעה בלוויית טיקים, ניתן לשקול במצבים אלה טיפול בקלונדין. למרות זאת צריך להיזהר, כי היא משפיעה על מערכת הלב וכלי הדם.

וולבוטרין (Wellbutrin) היא תרופה שהשפעתה על הפרעת קשב וריכוז נמצאה יעילה פחות מאשר הממריצים. התרופה מסייעת באמצעות גירוי, והיא יכולה להיות יעילה במיוחד, כשמשמשים בחומרים ממכרים כמו קנאביס או אפילו התמכרות לריטלין, ובמקרים שבהם מופיעים תסמיני חרדה או דיכאון אצל אנשים שסובלים מהפרעת קשב.

תוספי מזון וויטמינים

בעשורים האחרונים התפתח שוק הטיפול האלטרנטיבי והמשלים, והוא מציע מגוון חומרים שאינם תרופות, המשמשים לעתים תחליף ולעתים תוספת לטיפול תרופתי. חלק מהתוספים האלה בטוחים לשימוש, זולים וזמינים לרכישה וחלק לא, ולכן כדאי לבדוק כל תוסף לגופו. גם כשחומר מסוים מוגדר כטבעי, לא בהכרח הוא בטוח לשימוש, ולכן כדאי להתייעץ לפני שנוטלים אותו, בדיוק כמו שמתיעצים לפני שנוטלים תרופות.

אומגה 3 – ראו בהרחבה בפרק 23.

אבץ – יש מספר מחקרים הטוענים שירידה בכמות האבץ משפיעה על היכולת של ילדים להתרכז. יש מחקר ספציפי שמראה שאצל ילדים מסוימים עם הפרעת קשב וריכוז הובילה תוספת של אבץ לשיפור יכולתם להקשיב להוריהם ולמוריהם.

טיפול עצמי באמצעות חומרים (גם באמצעות סמים)

כולנו בני אדם; רובנו צורכים קפאין ואלכוהול בכמויות כאלה ואחרות, חלקנו גם קנאביס וחומרים אחרים. לכל החומרים האלה יש השפעה על הפרעת הקשב, וחשוב להכיר אותה. לכל החומרים האלה יש השפעה גם על התרופות להפרעת קשב, וגם אותה כדאי מאוד לקחת בחשבון.

שילוב בין התרופות לבין קפאין

אנשים רבים צורכים קפאין באופן יומיומי: בגרסאות חלשות כמו בתה רגיל, בגרסאות שבתוך הקפה או במשקאות אנרגיה כמו רד בול ודומיו. קפאין הוא ממריץ שמנגנון הפעולה שלו שונה מזה של הריטלין, אבל הוא עדיין ממריץ, ולכן שילוב של שניהם יכול לגרום לתופעות לוואי הנובעות

מ"המרצת יתר". זו הסיבה העיקרית שצריך להיזהר או אפילו להימנע משילוב בין ריטלין לבין קפאין. השילוב הזה יכול לגרום לתופעות כמו עצבנות, דפיקות לב, תחושת אי שקט וקושי להישאר במקום אחד (השונה מאי השקט של הפרעת הקשב עצמה, בכך שלא ניתן להפסיקו על ידי מאמץ מכוון). גם אלה מכם הטוענים להשפעה חיובית, היזהרו לא להגזים במינון הקפאין ושתו משהו אחר...

שילוב בין התרופות לבין אלכוהול

שימוש מתון באלכוהול לא משפיע על רוב התרופות ולא יגרום להשפעה על ריכוזיהן. בשימוש מתון הכוונה היא שתיית כוס יין או בקבוק בירה, כאשר יוצאים לבלות או בארוחה משפחתית. שתייה יומיומית או שתייה של מספר בקבוקים בערב אינה שתייה מתונה.

השילוב בין ריטלין לאלכוהול אינו מומלץ על בסיס יומיומי, אך אינו מסוכן. הוא אינו מומלץ, כי הוא פוגע ביעילות הריטלין לסוגיו, והוא משפיע גם על האלכוהול, כך שתתקשו לצפות את התגובות שלכם (כוסית או שתיים יכולות לגרום לשכרות). מותר לשתות מדי פעם כמות סבירה.

יתרה מזאת, יש מחקרים המראים ששילוב זה מעודד דווקא שימוש לרעה בריטלין כסם מרץ או כחומר מרומם מצב רוח. רבים לא יודעים ששימוש ממושך באלכוהול גורם לתסמינים דיכאוניים. אגב, חשוב להימנע משתייה, אם נוטלים תרופות הרגעה ממשפחת הנבנזודיאזפינים (כמו קלונקס, ואבן, לוריוון, אלפרליד וכו').

שילוב בין התרופות לבין קנאביס

הסיכוי שאנשים שסובלים מהפרעת קשב יתמכרו לחומרים פסיכואקטיביים (סמים) עומד על פי שניים מאשר באוכלוסייה הכללית. זהו שיעור משמעותי שנובע בין היתר מכך שאנשים עם הפרעת קשב מחפשים דרכים "להרגיע" את מוחם ולהתמודד עם עומס יתר של גירויים. הבעיה כמובן היא ששימוש בחומרים כאלה גורם לתלות ולמגוון בעיות נוספות.

מחקרי אורך שעקבו במשך שנים ארוכות אחר ילדים עם הפרעת קשב מצאו שילדים שנטלו ריטלין השתמשו בבגרותם בסמים הרבה פחות מאלה שלא נטלו; ככל הנראה משום שחוו פחות כישלונות והיה להם פחות על מה לפצות. בה בעת, השימוש בסמים קלים נפוץ מאוד מסיבות חברתיות, ולכן יש סיכוי גדול שגם אתם התנסיתם או משתמשים בסמים קלים כמו קנאביס.

אחת ההשפעות של קנאביס היא ירידה בקלט החושי, שמפריעה מאוד לאנשים שסובלים מהפרעת קשב. דרך השימוש בקנאביס אנשים מצליחים לצמצם את הגירויים ולהתמודד ביתר קלות עם עומס המחשבות שהגירויים גורמים. אבל בניגוד לדעה הרווחת, לקנאביס יש גם תופעות לוואי. כדי להשיג את הירידה המשמעותית בגירויים, יש צורך בשימוש יומיומי כבד. במינונים כאלה אנשים דווקא כן

נוטים לפתח התמכרות לקנאביס. הוא יכול לגרום להם לירידה בתפקוד ובמוטיבציה; הוכיחו שכאשר משתמשים בו בקביעות ולאורך זמן, הוא גם גורם לירידה בזיכרון ובריכוז (מפתיע, אבל זה סותר את היתרון המידי של העישון) וגם מעורר דיכאון וחרדה. גם זו יכולה להיות בעיה אצל אנשים שאובחנה אצלם הפרעת קשב, כיוון שהם כבר נמצאים בסיכון לפתח דיכאון וחרדה. לכן אף שיכול להיות שהקנאביס עוזר לכם בטווח הקצר, בטווח הארוך הוא פוגע ביכולתכם להתמודד באמת עם הפרעת הקשב שלכם.

קוקטייל זה לא רק משקה (שילובי תרופות)

בעולם הרפואה מקובל שבמצבים מסוימים אנו משלבים תרופות, כדי להשיג השפעה ייחודית שלא ניתן להשיג באמצעות תרופה אחת. יש כמה שילובים:

1. משלבים שתי תרופות במקביל כדי לשפר את התגובה לתרופה בודדת. כך מגבירים את ההשפעה הרצויה מעבר למה שמקבלים באמצעות תרופה אחת. לדוגמה: נוטלים ריטלין יחד עם ריספרדל, כדי לשפר ריכוז ולהפחית אימפולסיביות.

2. משלבים שתי תרופות בהפרשי זמן, כאשר מינון מוגבר של תרופה אחת יכול להגביר את תופעות הלוואי מעבר לרצוי. לדוגמה: איציק שעובד עשר שעות ביום נוטל קונצרטא, אבל השפעתה פגה אצלו לאחר שמונה שעות. יוצא שלקראת סוף יום העבודה הוא סובל מירידה משמעותית בריכוז. לכן כשעתיים-שלוש לפני סוף יום העבודה הוא נוטל ריטלין רגיל, כדי למשוך את השפעת התרופה.

3. כשהמטופל סובל במקביל ממספר בעיות, שעלולות להשפיע על הקשב והריכוז שלו, למשל הפרעת קשב וקשיי ריכוז עקב חרדה, ישקול הרופא שילוב של תרופות ממריצות יחד עם תרופות נוגדות חרדה.

השילוב של שתי תרופות יכול, כמובן, להגביר את הסיכוי לתופעות לוואי, בין אם משום שנוטלים שתי תרופות ובין אם משום שהן עלולות להשפיע גם זו על זו, ולא רק על האדם שנוטל אותן. יחד עם זאת, שילוב תרופות יכול להרחיב את אפשרויות הטיפול מעבר לטיפול הסטנדרטי. לפעמים רק שילוב של שתי תרופות שונות יכול לאפשר טיפול תרופתי שיעילותו מרבית.

אין לשלב תרופות ללא הנחיית רופא, במיוחד משום שיש תרופות שאינן מתאימות זו לזו או שהשילוב ביניהן מסוכן.

לסיכום החלק התרופתי:

- טיפול תרופתי בהפרעת קשב וריכוז הוא יעיל מאוד – מחקרים רבים ומטופלים רבים מעידים על כך.
- טיפול תרופתי בהפרעת קשב הוא תהליך תלת שלבי – מציאת הכדור היעיל ביותר, מציאת המינון הנכון, מזעור תופעות הלוואי – ועל כן דורש מעט סבלנות והתמדה.
- אל תמססו את הטיפול התרופתי. תנו לו הזדמנות אמיתית בליווי רופא שנוח לכם איתו.
- כדאי להחליט אם להיעזר בטיפול תרופתי או לא, רק אחרי שתנסו אותו. אל תפסלו אותו מראש.
- רוב הרעש התקשורתי והשמועות בנושא נוגעים לילדים. אתם מבוגרים ויש להפריד בין דרכי הטיפול בהם לדרכי הטיפול בכם.
- אם אתם נמצאים במקביל בטיפול תרופתי ולא תרופתי בהפרעת הקשב, שתפו גם את המטפל במהלך התרופתי ובשאלות שעולות בדרך. איש מקצוע רציני בתחום יידע לסייע.
- בהחלט לא חייבים ליטול את הכדור כל יום או כל החיים. זה עוד כלי בארגז הכלים שלכם, ועם הזמן תדעו מתי נכון לכם להשתמש בו.

"מאז האבחון והריטליין אני מספרת לכל מי שמוכן לשמוע על המהפך המדהים שחל בחיי. על השינוי הגדול במוטיבציה, באנרגיה, ביכולת, בהצלחה... במקום שאליו הצלחתי להגיע מבחינה אישית ומקצועית. ההנאה והצימאון ללימודים ולידע, תחושת המסוגלות העצמית, הדימוי העצמי"...

(ד"ר רותי, 51)

"בחיי שחשבתי שהריטליין יהיה קסם! התבאסתי ממנו והתאכזבתי. תכלס זה עוזר, נכון, אבל זה לא פותר הכול. עדין צריך לא לדחות, להתארגן, דברים כאלה של החיים".

(אנונימי)

"הקטע הכי מטורף שהיה לי עם התרופות זה שאיזה חמש שנים לקחתי כדורים במינון ממש נמוך וחשבתי ש"זה מה יש"..."

(תמיר, 33)

"אני רוצה את הריטליין אבל גם לא רוצה אותו. שתדעו שבגלל זה לפעמים אני "שוכח" פגישות איתכם או מבטל..."

(יוסי, 39)

"לא היה לי קל בכלל עם התרופות בהתחלה. האמת שאפילו התביישתי בזה"

(רעות, 25)

"עד היום כל עניין הריטליין מבלבל אותי לגמרי, אבל זה עוזר לי אז בינתיים אני לוקח"

(ערן, 42)

חלק ד: עוד דברים שכדאי לדעת

גישות נוספות, טיפולי המשך והקלות

[23] גישות נוספות להפרעת קשב

ביופידבק, יוגה, תזונה ועוד

[24] טיפולים שאינם ייחודיים להפרעת הקשב, אבל חשוב שתכירו אותם

טיפול זוגי, תעסוקתי, הדרכת הורים ועוד

[25] אקדמיה בהפרעת קשב

מידע לסטודנט ולסטודנט שבדרך

[23] גישות נוספות להפרעת קשב

ביופיזיק, יוגה, תזונה ועוד

מכיוון שאין טיפול שנותן מענה למאה אחוזים מהקשיים של הסובלים מהפרעת קשב, אנשים רבים ממשיכים לחפש פתרונות. חלק מהפתרונות הם בתחום המזון, חלק בתחום הרפואה המשלימה או דרך תוכנות מחשב ייעודיות. אנשים ומכונים רבים מציעים פתרונות, ובהחלט לא קל לאדם שרק אובחן להחליט במה לבחור, אם אין לו הכוונה מקצועית.

דרך הטיפול המקובלת אצל מומחים בהפרעת קשב בכל העולם, המסלול המרכזי, היא שילוב של טיפול תרופתי וטיפול בדגש תפקודי: אימון ADHD או טיפול התנהגותי-קוגניטיבי ל-ADHD (הדומים מאוד זה לזה). טיפולים אלה נחקרו במחקרים רציניים רבים, ומומלצים באבחונים הנעשים בבתי החולים בעולם ובישראל, גם בקרב אלה שאינם נותנים שירותים אלה ואין להם אינטרס בנושא. חשוב לזכור שכל טיפול, ולעתים גם טיפול תרופתי, יכול להשרות תחושה טובה, גם אם אין לו השפעה אמיתית על הפרעת הקשב. אפקט זה נקרא אפקט פלצבו ועליכם להפעיל את שיקול דעתכם ואת תפיסת עולמכם כדי לקבוע מה נכון לכם. מחקרים ואנשי מקצוע שאתם סומכים עליהם עוזרים לעתים קרובות לעשות סדר.

הדיון על טיפולים משלימים או אלטרנטיביים שאמורים לכאורה לסייע לסובלים מהפרעת קשב וריכוז מסובך, משום שיש עשרות סוגי טיפולים שאנשים מדווחים שסייעו להם, אבל מעט מהטיפולים נחקרו בצורה טובה. עקרונית, כדי לבחון אם טיפול מסייע באמת, יש לערוך מחקר שבו גם החוקרים וגם הנחקרים לא יודעים מי מקבל טיפול אמיתי או טיפול דמה. הבעיה היא שבשיטות טיפול רבות יש קושי לבצע טיפול דמה, ולכן קשה להוכיח שהטיפול אכן מסייע, כי המשתתפים יודעים שהם מקבלים טיפול דמה.

מטופלים רבים חושבים שטיפול תרופתי ייתן מענה לכל הקשיים שמזמנת הפרעת הקשב. אף שטיפול תרופתי הוא מרכיב משמעותי בטיפול באנשים שסובלים מהפרעת קשב, בהחלט אין הוא פתרון לכל הקשיים, אלא רק לחלקם. יתרה מזאת, כשליש מהנוטלים אינם מגיבים בצורה טובה לטיפול זה, וסובלים מתופעות לוואי משמעותיות או שאינם חשים ביעילות של התרופה. מלבד זאת, גורמים רבים, כמו חששות בדבר השפעות ארוכות טווח או חששות אחרים שעסקנו בהם בפרק התרופתי, משפיעים על ההחלטה ליטול טיפול תרופתי. גם מבוגרים שאצלם הטיפול יעיל מאוד וללא תופעות לוואי שואלים לפעמים את עצמם ואת הרופא: "האם אצטרך לקחת ריטלין כל החיים?" מסיבות אלה נותני שירות שונים ממשיכים לחפש פתרונות טיפוליים שונים שיקלו על ההתמודדות עם הפרעת הקשב.

למה הכוונה בגישות נוספות?

בפרק זה ביקשנו להגדיר סוגים שונים של התערבויות שמשמשים אנשים בהתמודדות עם הפרעת הקשב והריכוז שלהם. יש שתי סיבות לכך שהם מאוגדים כאן: (א) הם לא נמצאים במסלול המרכזי של הטיפול ואינם מוצעים בדרך כלל במרכזי טיפול להפרעת קשב. (ב) רבים מהמתמודדים עם ההפרעה יגיעו לאפשרויות טיפול אלה בשל הרצון להימנע מהמסלול המרכזי או מתוך אמונה בדרכי טיפול אחרות.

חשוב להבין ששיטות הטיפול הקונבנציונליות נמצאות תחת מנגנון בדיקה ארוך ומפותח שמקובל על המטפלים המקצועיים בתחום ועל רשויות הפיקוח. אין מנגנון כזה לשיטות שנזכיר כאן, והמידע המחקרי שמאשש את יעילותן מצומצם יותר או לא קיים בכלל.

למרות זאת אפשר להניח שאם ייערכו מחקרים רציניים ומרובים על כל אחת משיטות הטיפול, ייתכן שנגלה שאחת מהן או יותר באמת טובה ויעילה, והיא תהפוך לחלק משיטות הטיפול הקונבנציונליות. הסיכוי שייערכו מחקרים כאלה נמוך, מכיוון שכדי לקבל אישור לטיפול אין צורך במחקרים, והאינטרס של המטפלים בשיטות אלה לערוך את המחקר קטן – הרי כיום הם עובדים ממילא ומקבלים תשלום על שירותיהם, אך אם ישקיעו ממון רב במחקר שיוכיח שהטיפול אינו עובד, הם רק יפסידו.

התוצאה היא שאם אתם רוצים לעשות בחירה חכמה ומושכלת ולהשוות בין טיפולים, אתם נתקלים בקושי. איך אפשר להשוות בין ריטלין שנחקר באלפי מחקרים לבין דיקור שהשפעתו על קשיי קשב נחקרה בצורה מסודרת במעט מחקרים? אם קיבלתם המלצה מבן דודכם שנעזר במדיטציה, מה הסיכוי שלאחר שישים ישיבות מדיטציה גם אתם תפיקו תועלת?

יחד עם זאת לא ניתן להתעלם מהמציאות שבה אנשים רבים קוראים, שומעים או פונים לדרכי טיפול שונות ומגוונות. לכן בחרנו להציג לפניכם חלק מהשיטות המוצעות בארץ, ולספר לכם מה כן ידוע על שיטות טיפול אלה בתקווה שתוכלו לקבל החלטה שמתאימה לכם.

נורופידבק

נורופידבק היא שיטת טיפול הפועלת על עיקרון של למידה דרך משוב, ומבוססת על שיטה ותיקה יותר בשם ביופידבק. הביופידבק מאפשר למטופל שליטה טובה יותר על הגוף ובעיקר על תגובות פיזיולוגיות כמו דופק וכיווץ שרירים. הנורופידבק נותן משוב (פידבק) על הפעילות החשמלית של המוח, ובאופן עקרוני מאפשר לשלוט בחלק מהפעילות המוחית.

הטיפול נחלק למספר שלבים: תחילה מודדים את הפעילות החשמלית במוחו של המטופל ונוצרת "מפה" של פעילות זו. בהתאם לתלונות המטופל והמפה החשמלית האישית שלו, נבנית תכנית טיפול

שמטרתה לשנות את היחסים הכמותיים של גלי המוח השונים. כדי לחולל שינוי, ממחישים את יחסי התדרים השונים במוח באמצעים ויזואליים שונים (כמו במשחקי מחשב), כאשר המטופל מחובר למכשיר EEG שבוחן את פעילותו המוחית. בתהליך הטיפול בנוירופידבק אין כל אמצעי חודרני: לא מזרימים שום זרם חשמלי, לא מפעילים כוח מגנטי ולא מכניסים לגוף חומרים.

השיטה מבוססת על עקרון ההתניה – אם יצליח המטופל לשנות את יחס גלי המוח בכיוון הרצוי, הוא יקבל על כך משוב (פידבק) חיובי מהמכשיר (כמו במשחק מחשב). כלומר: התהליך מאפשר דילוג על על מודעותו של המטופל, כדי לשנות את הפעילות המוחית שלו.

בטיפול נוירופידבק להפרעת קשב משתמשים בשתי טכניקות מרכזיות שנמצאו קשורות להפרעת קשב: אימון תטא/בטא שבו מנסים לצמצם את הפעילות ברצועת תטא ולהרחיב את הפעילות ברצועת בטא; אימון הפוטנציאלים האיטיים של קליפת המוח (SCPs), שהם שינויים בפעילות החשמלית של קליפת המוח. משערים ששינויים אלה מייצגים יכולת לגייס משאבי עיבוד בקליפת המוח למשימות לטווח קצר, ויכולים להשפיע על יכולת הריכוז.

היתרון האפשרי של נוירופידבק הוא שברגע שהטיפול מצליח והמוח "לומד" את דפוסי הפעילות החדשים, הוא לא שוכח אותם. החיסרון הוא שכדי לטפל בהפרעת קשב וריכוז נדרשים כארבעים טיפולים, הדורשים מחויבות והתמדה. לצערנו לא רבים מצליחים לעמוד בכך.

בשנים האחרונות נערכו מחקרים באיכות טובה שהראו יעילות מסוימת של הטיפול בנוירופידבק להפרעת קשב וריכוז. רובם נעשו על ילדים, וקשה להסיק מהם ישירות על מבוגרים. המחקרים האלה גם קטני היקף מבחינת גודלן של הקבוצות שנחקרו ואינם מצביעים על תוצאות חד משמעיות. כדי להסיק מסקנות מובהקות על אוכלוסיית הסובלים מהפרעת קשב, יש צורך במחקרים נוספים עם מספר משתתפים גדול יותר ועם קבוצת ביקורת שמשמשת בפלצבו – נוירופידבק מדומה. יש להשוות גם בין אלה שהוסיפו נוירופידבק לטיפול התרופתי המקובל לאלה שקיבלו רק טיפול תרופתי.

מדיטציה וקשיבות (mindfulness)

מדיטציה היא שיטה שבה מאמנים את התודעה להיכנס למצב תודעתי מסוים. המדיטציה משמשת גם להרפיה ולהרגעה, ובכך מסייעת להפחתת מתחים ולשיפור התחושה הכללית. יש מגוון שיטות מדיטציה, אך הרלוונטית ביותר להפרעת קשב וריכוז היא אולי הקשיבות, ששמה דגש על עמדה לא שיפוטית ולא תגובתית ומאפשרת למתרגל לצפות במחשבות וברגשות שלו.

המחקרים הראשונים על קשיבות שנערכו משנת 2007 העבירו את הנבדקים תכנית אימון של מספר שבועות בקשיבות. הנבדקים דיווחו על שיפור בתסמיני קשב וריכוז ואף על שיפור בתסמיני דיכאון וחרדה. למרות זאת מדובר במחקרים קטני היקף ובעייתיים מבחינת שיטת המחקר.

בשנת 2010 פורסמה עבודה השוואתית על שיטות מדיטציה שונות (יוגה, מנטרה) כטיפול בהפרעת

קשב, אולם עקב מיעוט נבדקים ומחקרים לא ניתן היה להסיק אם המדיטציה מסייעת או לא. כלומר: בסיס הראיות בנקודת זמן זו מצומצם ביותר, ואינו מאפשר לתמוך במדיטציה כטיפול בהפרעת קשב שיעילותו מוכחת.

למרות זאת, אנשים רבים שמתרגלים מדיטציה בקביעות מדווחים על יכולת להירגע ועל שיפור באיכות החיים, כך שיייתכן שמבחינתכם יהיה לכך ערך בפני עצמו, עם או בלי קשר להפרעת הקשב והריכוז.

אקופונקטורה (דיקור)

אקופונקטורה היא שיטת טיפול עתיקה ברפואה הסינית המסורתית, המתבססת על דקירת המטופל במחטים דקות לאורך ערוצי אנרגיה (מרידיאנים) בגוף. היא משמשת לטיפול במגוון רחב של בעיות. יעילות הדיקור אינה אחידה, והראיות המדעיות בנוגע לרוב המצבים מעטות ושנויות במחלוקת. על פי הרפואה הסינית הפרעת קשב וריכוז קשורה לכליות, לחוסר בצ"י בלב ובטחול, והיפראקטיביות או אימפולסיביות נובעות מחוסר במרכיבי יין (Yin) בכליות. ההפרעה נגרמת בשל חוסרים מולדים, חוסר במרכיבי מזון וקשיים נפשיים. בהתבסס על תובנות אלה, נקודות הדיקור הרלוונטיות להפרעת קשב נמצאות לאורך ערוץ שן-טינג (Shen-Ting) ונקודות טאי-ינג (Tai-Yang), הממוקמת באזור הרקות.

שני מאמרי סקירה מקיפים בדקו לאחרונה את כל המחקרים הקודמים שנערכו בתחום הדיקור והפרעות הקשב, ולצערנו לא מצאו כמעט מחקרים איכותיים שנעשו בתחום, כך שבפועל המסקנה היא שאין כל עדות מדעית לכך שדיקור מסייע בדרך כלשהי להתמודדות עם הפרעת קשב וריכוז.

תוכנות מחשב לשיפור הקשב

יש מגוון חברות שמציעות תוכנות מחשב שנועדו לאימון מוחי ולשיפור הקשב והריכוז. בחלק מהמקרים השירות ניתן באמצעות האינטרנט, ובחלק אחר נדרשים לשבת מול עמדת מחשב ייעודית. רוב התוכנות אמורות לשפר באמצעות תרגול חוזר קשב, ריכוז, יכולת ארגון וסבלנות ולצמצם משמעותית אימפולסיביות, היפראקטיביות ומוסחות.

הרעיון המרכזי של התרגול נובע מהתפיסה שניתן לתרגל פעולות שוב ושוב, ובכך ללמד את המוח לבצע את הפעולה באופן שונה. כדי להצליח בתהליך, יש לתרגל מספר פעמים בשבוע, לפחות שלושים דקות בכל פעם, במשך מספר שבועות עד להשגת השיפור המתבקש.

אף שתוכנות שונות מבטיחות שיפור בתפקודים הקוגניטיביים, רוב החברות מתקשות להציג מחקרים איכותיים שמגבים את ההבטחות שהן מבטיחות למטופלים. רוב המחקרים שהחברות

מצטטות, המוכיחים יעילות של התוכנות השונות, נערכו על אוכלוסיות קטנות מאוד או בתנאים לא אופטימליים, דבר שמעורר אי נוחות.

לעומת זאת, מאמר מקיף מאוד שפורסם בכתב העת הנחשב *Nature* מקעקע את הרעיון של תרגילי המוח המסחריים. החוקרים לקחו יותר מ-11,000 אנשים וחילקו אותם לשלוש קבוצות, לאחר שערכו להם מבחני בסיס קוגניטיביים אחידים. הקבוצה הראשונה ביצעה תרגולים ממוחשבים בתחום של הסקת מסקנות ופתרון בעיות לפחות שלוש פעמים בשבוע, מינימום עשר דקות במשך שישה שבועות. הקבוצה השנייה ביצעה את אותו מספר תרגילים, אך סוג תרגילים שונה בתחום של שיפור זיכרון לטווח קצר, ריכוז, מתמטיקה ועיבוד קלט חושי, ואילו הקבוצה השלישית נשלחה לחפש בגוגל פתרונות לכל מיני שאלות מורכבות. לאחר שישה שבועות של תרגול שוב עברו המשתתפים אותם מבחני בסיס קוגניטיביים.

מה היו הממצאים? האנשים שתרגלו במשך שישה שבועות השתפרו בביצוע התרגילים, אבל השיפור לא התרחב אל מעבר לתרגילים עצמם. יתרה מזאת, גם כשחלק מהמבחנים בדקו תחומים שקשורים לתרגול, לא נצפה שינוי מהותי בתוצאות אותם מבחנים. אלה שגלשו בגוגל השיגו תוצאות דומות. חשוב לדעת שהחוקרים לא מצאו קשר בין משך האימון השונה של הנבדקים השונים לבין שיפור בתוצאות. למרות זאת, תיאורטית, אם תתאמנו כל יום זמן ארוך יותר, ייתכן שבכל זאת יימצא שיפור מדיד.

המסקנה שאפשר להסיק מכך היא שטרם נמצאו עדויות טובות ליעילות הטיפולים הממוחשבים בהפרעת קשב וריכוז.

אומגה 3

אומגה 3 היא חומצת שומן בלתי רוויה המהווה חלק חיוני בדופן תאים שונים, ובכלל זה תאי עצב במוח. לאומגה 3 יש יכולות נוגדות דלקת, שעשויות להשפיע על מידת החדירות של קרומים וממברנות של תאים במערכת העצבים המרכזית. המספור של חומצת השומן (3 או 6) מתייחס למיקום הקשר הכפול בשרשרת אטומי הפחמן. בקבוצת אומגה 3 יש מספר חומצות שומן; העיקריות שבהן הן חומצה אלפא-לינולנית (ALA), חומצה איקוסאפנטאנואית (EPA) וחומצה דוקוסאהקסאנואית (DHA). ניתן לצרוך אותן דרך דגי מים קרים, צמחים כמו פשתן ומרווה, צמחי מים קרים כגון אצות, אגוזי מלך ועוד.

משערים שלאומגה 3 יש קשר להפרעת קשב, מכיוון שבאחד המחקרים נמצא שרמות האומגה 3 בכדוריות הדם האדומות של מטופלים עם הפרעת קשב נמוכות בהרבה מאשר אצל אנשים ללא הפרעת קשב; זאת אף שהם צרכו אומגה 3 ב-30% יותר מאשר בקבוצה ללא הפרעת קשב. מחקר אחר מצא שקצב הפירוק של אומגה 3 גבוה יותר אצל ילדים עם הפרעת קשב. מחקרים על בעלי חיים

קשרו בין היפראקטיביות לרמות נמוכות של אומגה 3 בקורטקס הפרונטלי במוח. לאור אלה עלו השערות שנטיילת אומגה 3 יכולה לסייע לאלה שסובלים מהפרעת קשב. לצערנו, עד היום הראו רוב המחקרים שהקפידו על שיטות מחקר טובות, שאומגה 3 לא משפיעה מעבר להשפעת הפלצבו. חלק מהמחקרים אף הראו שאומגה 3 השפיעה על הנבדקים פחות מפלצבו. אחד המחקרים הממושכים ביותר שנערכו עד כה נמשך שישה חודשים. 75 ילדים ומתבגרים בגילאי 8-18 נטלו במשך שלושה חודשים אומגה 3 או פלצבו, ואז במשך עוד שלושה חודשים אומגה 6 או פלצבו. עד תום שלושת החודשים הראשונים נשרו 22% מהמשתתפים, אבל אצל הנותרים נרשם שיפור במדד התרשמות קלינית כללית, אך לא נרשם שינוי במדדים או בתסמינים של הפרעת הקשב. מסקנת החוקרים היתה שחומצות שומן רב בלתי רוויות אינן יעילות יותר מהפלצבו. סקירה אחרת שבדקה את המחקרים שנעשו בתחום לא הצליחה להצדיק באופן ברור מתן אומגה 3 למטופלים. חברת טבע הישראלית מייצרת תוסף הנקרא Zoom, שמבוסס על אומגה 3 ועל פוספטידיל כולין. תוסף זה נבדק במחקר על אוכלוסיית ילדים, ונמצא שהוא יכול לשפר תסמיני אימפולסיביות של הפרעת קשב. תוסף זה ניתן במקביל לטיפול התרופתי.

מחקר-על (מטא אנליזה) אחד מצא שתוסף אומגה 3 עשוי להפחית תסמינים של ADHD אצל ילדים. על פי מחקר זה ניכר אצל ילדים שקיבלו אומגה 3 שיפור קטן, "אבל מובהק סטטיסטית", בחומרת התסמינים בהשוואה לאלה שקיבלו פלצבו. מלבד זאת נמצא שיעילות אומגה 3 היתה פחותה בהשוואה לשיעורי היעילות של טיפול תרופתי להפרעת קשב. נראה שההתפלגות של חומצות השומן השונות שנמצאות בתוך תכשיר האומגה 3 משפיעה על היעילות, ונראה שאומגה 3 המכילה מינון גבוה יותר של EPA יעילה יותר בשיפור תסמיני הפרעת קשב. בשלב זה נראה שיש עדויות לכאן ולכאן, אבל ברור שאומגה 3 אינה יעילה כמו טיפול תרופתי, ויכולה להינתן אך כתוספת לתרופה.

תזונה

דווקא משום שתזונה היא המרכיב היחיד שלא ניתן להימנע ממנו לחלוטין, יש אין ספור מחקרים על ההשפעה של סוגי מזון שונים על הפרעת קשב וריכוז. מדי כמה שנים יש גל חדש של מחקרים שבודק נושא תזונתי מסוים (כמו צבעי מאכל) ואת השפעתו על הפרעת קשב וריכוז. ברוב המחקרים התוצאות הן לא חד משמעיות; כלומר: יש עדויות לכאן ולכאן במידה כזו שלא ניתן לקבל החלטה על בסיס המידע הקיים.

יש עדויות שונות בנוגע להשפעה של סוכרים, שומנים ומשקאות שונים על רמת הקשב והריכוז. כמו כן יש דיווחים בנוגע לסוגים שונים של אלרגיות למזון ושיעור הפרעת הקשב. אבל שוב – המחקרים הרציניים שנערכו לא הוכיחו את כל הטענות האלה. נראה שהשפעות המזון על הפרעת קשב וריכוז הן אינדיבידואליות; כלומר: יש אנשים שיושפעו מסוג מזון כזה או אחר, אך אין שום דרך

לדעת זאת מתוך קריאה באינטרנט או בספרים. יתרה מזאת, ברור שאותם חומרים שגורמים לכל האנשים אי שקט ועצבנות ישפיעו חזק יותר על הסובלים מהפרעת קשב.

[24] טיפולים שאינם ייחודיים להפרעת הקשב, אבל חשוב שתכירו אותם

טיפול זוגי, תעסוקתי, הדרכת הורים ועוד

אדם עם הפרעת קשב וריכוז עשוי בהחלט להידרש לעוד התמודדויות בחיים מלבד הפרעת הקשב שלו. לפני או אחרי שירכוש את הכלים להתמודד עם הפרעת הקשב, אפשר שיזדקק גם לכלים אחרים לצורך התמודדות עם בעיות אחרות שאין להן קשר ישיר להפרעת קשב או שיש להן קשר מתון אליה. יש בעיות שהטיפול בהן יהיה דחוף יותר מהטיפול בהפרעת הקשב, ויש מקרים שבהם יהיה הכרח לטפל בהפרעת הקשב, כדי שהטיפול בבעיה האחרת יהיה יעיל.

ההיצע הטיפולי כיום רחב מאוד; העולם הטיפולי הולך ומתמקצע, ויש טיפולים ייעודיים לצרכים ייעודיים: טיפול זוגי, ייעוץ תעסוקתי, טיפול נפשי דינמי, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, הדרכת הורים, תרפיה באמנות ועוד. יש גם אנשי מקצוע רבים המתמחים בבעיות מסוימות כמו חרדה חברתית, דיכאון, OCD וכו'.

אחת המטרות שלנו בפרק זה היא להדגיש שמכיוון שהפרעת הקשב היא כמו תמנון – נוכחת כל הזמן ובכל מקום – היא תהיה נוכחת בכל סוגי הטיפול האלה. שכן בכל אחד מהם יש דגשים רלוונטיים לאנשים עם הפרעת קשב, וחשוב שהן המטפלים והן המטופלים יהיו מודעים להם. רצוי שאתם כמטופלים בעלי הפרעת קשב או חושדים שיש לכם הפרעת קשב תדעו איך היא באה לידי ביטוי כיום ותספרו על כך בטיפול, גם אם לכאורה אין לה קשר ישיר לעניין. ככל שהמטפל יידע יותר, כך יוכל לעזור יותר. בחלק מהתחומים האלה ניתן למצוא מטפלים בעלי הבנה מעמיקה גם בהפרעת קשב (למשל ייעוץ תעסוקתי ייעודי לאנשים עם הפרעת קשב). אפשר בהחלט לשאול בבירור הטלפוני עד כמה המטפל מכיר את הנושא ואם הוא חושב שיוכל לסייע.

מטפלים המעוניינים להרחיב את הידע הטיפולי שלהם על הפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים יוכלו לקרוא גם את הספר המצוין **טיפול משולב למבוגרים עם ADHD** – מדריך מעשי וקל לשימוש למטפלים מאת ארי טקמן (הוצאת אח), המרכז במקום אחד ובצורה ברורה, מעמיקה ומקצועית ידע חשוב בנושא.

ייעוץ תעסוקתי

בעבר היתה התעסוקה במקרים רבים רק עבודה, מקור פרנסה. אנשים נטו להישאר במקום עבודתם

ובתחומם שנים רבות, לעתים אף ארבעים שנה ויותר. יציבות, קביעות וביטחון היו הערכים המובילים. היום הערכים הדומיננטיים שונים בתכלית: הגשמה עצמית ומיצוי הפוטנציאל. בין אם זו המציאות או משאלת לב, יש כיום תחושה של ריבוי אפשרויות מקצועיות וכלכליות – כל אחד יכול כביכול "לעשות את זה" בכל גיל ולהגשים את עצמו. שנים רבות באותו תחום או באותו מקום עבודה נתפסות אצל רבים כ"תקיעות" וכדריכה במקום. למגמה התרבותית הזו יש יתרונות וחסרונות, והיא בוודאי תורמת לאי השקט שממנו סובלים ממילא מבוגרים עם הפרעת קשב.

ייעוץ תעסוקתי הוא תהליך הממוקד בקבלת החלטה – החלטה ובחירה באפיק לימודים בתחילת החיים הבוגרים או בחירת מקצוע חדש ויצירת שינוי תעסוקתי בשלב מתקדם יותר. בדרך כלל אנשים מגיעים לייעוץ תעסוקתי עקב קושי להחליט לבדם בנוגע להמשך הדרך או עקב רצון בשינוי בשל תחושת מיצוי, תסכול או אי התאמה לתחום הנוכחי. ייעוץ תעסוקתי ניתן בידי פסיכולוג תעסוקתי הנעזר במגוון כלים: שיחות, שאלות, שאלונים, מבחנים לאיתור יכולות ועוד. יש תהליכי ייעוץ והכוון נקודתיים וקצרים ויש תהליכים ארוכים יותר, המבוססים על שיחות ועל היכרות מעמיקה עם הנועץ. ייעוץ תעסוקתי למבוגרים עם הפרעת קשב וריכוז אינו שונה מהותית מייעוץ אחר, אך מובן מאליו שהיכרות מעמיקה של היועץ עם הפרעת קשב חיונית כדי לתת מענה מדויק ומקצועי. בעת הייעוץ יש לקחת בחשבון קושי גדול לבצע מטלות משעממות הדורשות ריכוז, קשיים בארגון ובניהול זמן, צורך בגירויים או בתנועה, נטייה לאיחורים, אימפולסיביות ומוסחות גבוהה, כמו גם היתרונות של הפרעת קשב וריכוז – אנרגיה מרובה אצל חלק מהאנשים, העמקה בדברים מעניינים במיוחד, יחסי אנוש טובים, רגישות, יצירתיות ועוד.

הייעוץ התעסוקתי אורך בדרך כלל מספר מצומצם של מפגשים ומתמקד ברכישת מידע על מקצועות (כמה מרוויחים במקצוע, איך נראה יום טיפוסי במקצוע הזה, מה יתרונותיו וחסרונותיו) וברכישת מידע על עצמי – מה הם הכישרונות, הרצונות, הציפיות, הדרישות, היתרונות והמגבלות שלי; מה מתאים לי ולמה אני מתאים (זה לא אותו דבר); מה הם הערכים שמנחים אותי שאם יבוא לידי ביטוי אחוש שביעות רצון במקצוע; מה הציפיות של הסביבה הקרובה שלי; מה מניע אותי בקבלת ההחלטה.

הייעוצים הקצרים בדרך כלל מתאימים לצעירים המעוניינים לבחור תחום לימודים מתאים. פעמים רבות המידע העולה מאבחונים אלה הוא משמעותי ומסייע רבות בקבלת ההחלטה. אצל אלה המעוניינים לעשות שינוי תעסוקתי התהליך מעט מורכב וארוך יותר (כשלושה חודשים בקירוב), וכדי להגיע להחלטה, יש לקחת בחשבון משתנים רבים. על הנועץ להיות מעורב ואקטיבי בתהליך ואף להכין בבית מטלות שמקדמות אותו.

השלב הבא לאחר קבלת ההחלטה הוא יישומה, אשר כשלעצמו אינו פשוט לעתים קרובות. פסיכולוגים תעסוקתיים מפנים על פי רוב למאמני ADHD שילוו את שלב יישום ההחלטה, בין אם מדובר בליווי להקמת עסק, בירור מעשי של מסלולי לימודים או יצירת שינויים בתוך מקום העבודה.

טיפול זוגי

בעקבות שינויים תרבותיים, שינויים במעמד האישה, תחושה של שפע אפשרויות, העמדת ההגשמה העצמית במרכז וסיבות אחרות, הפך מוסד הזוגיות והנישואין עם השנים מאתגר יותר ויותר. זוגות רבים חשים בשבריריות של הקשר הזוגי ופונים כיום לטיפול, לא רק במצבי משבר, אלא גם כדי לתחזק את הקשר ולשפר את ההבנה.

טיפול זוגי דורש מומחיות והוא שונה מטיפול פרטני. מעבר למומחיות כמטפל זוגי כדאי לבדוק עד כמה יש למטפל ניסיון בטיפול זוגי שמעורבת בו גם הפרעת קשב. הפרעת הקשב של אחד מבני הזוג או של שניהם משפיעה מאוד על תוכני הטיפול, ולכן הכרחי שהמטפל יכיר בכך ויבין את ההשלכות על חייהם של בני הזוג ועל הטיפול עצמו.

אחת הבעיות המרכזיות אצל זוגות שבהם לאחד מבני הזוג יש הפרעת קשב היא שבן הזוג האחר לא מבין לעומק את ההפרעה ולעתים גם לא מכיר בה. מפתיע לגלות שרבים יודעים שלבני זוגם יש הפרעת קשב, אך מעולם לא קראו על הנושא או שוחחו על כך בצורה רצינית עם בן הזוג. לעתים בני הזוג חוששים שאם יכירו בהפרעה, הם יכירו למעשה בתירוץ של בן הזוג לתפקד בצורה טובה פחות. ואכן הפרעת הקשב יכולה ליצור אי שוויון בתפקוד, קושי בחלוקת תפקידים ובהקשבה, ביקורת של בני הזוג זה על זה ותחושה של כל אחד שהאחר אינו מבין אותו (ראו פרק בנושא זוגיות).

לחיות עם בן זוג עם הפרעת קשב משמעו לחיות עם אדם המתקשה להתארגן. הוא מתקשה לארגן את הילדים, מפוזר, מאחר, לא מסיים משימות, דוחה משימות, לא משלם חשבונות בזמן, לעתים קרובות נראה לא קשוב או מתפרץ לדברי אחרים לפני שסיימו לדבר. בני הזוג של בעלי ההפרעה נהיים לעתים קרובות שתלטנים ומותשים או ממורמרים ומלאי כעסים.

המפגש הטיפולי עצמו יכול להיות חוויה מורכבת לאדם עם הפרעת קשב, כיוון שלעתים הוא יתקשה להקשיב בזמן שבן הזוג והמטפל מעלים נושא כלשהו ועשוי להיראות חסר עניין בסיטואציה. גם הקושי של אנשים רבים עם הפרעת קשב בהתנסחות תוך כדי ויכוח יבוא לידי ביטוי גם בטיפול הזוגי, וחשוב למצוא יחד עם המטפל כלים להתמודדות עם מצבים אלה.

הזרכת הורים וטיפול משפחתי

הזרכת הורים היא תחום הולך ומתפתח, היכול לסייע מאוד למבוגרים עם הפרעת קשב ביחסיהם עם ילדיהם. יש אנשי מקצוע מצוינים שהזרכת הורים היא תחום התמחות שלהם – החל במתן כלים מעשיים לשיפור האסרטיביות מול הילדים, דרך העמקת הקשר הרגשי וכלה בדרכים להתמודדות עם קשיים ספציפיים שיש לילדים, חברתיים, רגשיים או לימודיים. האופי של הזרכת הורים הוא מעשי בדרך כלל ופעיל יחסית, מה שמקל על מבוגרים עם הפרעת קשב להקשיב ולהתחבר לתכנים.

הורים רבים יגיעו להזדרכת הורים לאחר שילדם אובחן כסובל מהפרעת קשב ויגלו בתהליך, שלמעשה יש כאן קשר גנטי – גם אחד מהם לוקה בהפרעה. לעתים מתוך הזדרכת ההורים ייצא המבוגר לתהליך אבחוני וטיפולי אישי במקביל לתהליך המשפחתי. להורה עם הפרעת קשב שגם ילדו לוקה בה יש יתרון – ברוב המקרים הוא יהיה פחות שיפוטי כלפי הילד ויותר אמפתי. אך יש גם חסרונות, כיוון שהוא ירבה להשליך על הילד מעולמו וכן יתקשה לפצות על קשייו ולעזור לו בהתארגנות, בביצוע משימות ועוד. כך או כך, אין ספק שכאשר ילד סובל מהפרעת קשב (או כל קושי אחר), הדמות שיש לעבוד עמה קודם כול היא ההורה.

עקביות היא נושא מרכזי בהזדרכת הורים, כיוון שהיא חשובה מאוד לילדים, אך זוהי גם אחת מנקודת התורפה המרכזיות בהפרעת קשב וריכוז. עקב הקושי להיות עקבי יתפוס לעתים ההורה עם הפרעת הקשב את המקום של ההורה ה"כייפי", בעוד ההורה השני יאלץ לשמור על חוקי הבית ולהיות ההורה המעניש והמקפיד. חלוקה זו אינה הוגנת כמובן, וחשוב לעבוד עליה ביחד עם המטפל בהזדרכת ההורים כדי למצוא לה פתרונות.

לעתים נדרשת גם הזדרכת של הילדים. מגיל מסוים נכון לשתף את הילד בכך שלהורה יש הפרעת קשב וריכוז ולתאם ציפיות סביב נושא זה, כדי למנוע פרשנויות לא נכונות של הילד בדבר התנהגות ההורה ותגובות שרשרת פוגעניות. אם הקשיים קשורים בעיקר להתנהלות ההורים עצמם (ופחות ליחסיהם עם הילדים), ונעים סביב התארגנות, סדר בבית וביצוע מטלות, רצוי שהמבוגר עצמו יילך לאימון להפרעת קשב כדי לטפל בקשיים אלה. (ראו פרק בנושא הורות).

טיפול פסיכולוגי דינמי

טיפול דינמי הוא טיפול פסיכולוגי המעמיד במרכז קונפליקטים פנים-נפשיים עמוקים של האדם ועוסק באופן חקרני בעולם הרגש, בעברו של האדם, ביחסיו עם דמויות מרכזיות ועוד. זהו טיפול פסיכולוגי, כפי שמוכר לרובנו מהטלוויזיה ומדימויים נפוצים של טיפול, שבהם המטופל הוא זה המדבר רוב הפגישה מתוך עולמו האסוציאטיבי. הטיפול הוא מונחה תובנה, עוסק בחקירה ובשאלות ואינו מכוון ישירות לפתרון בעיות או לתפקוד יומיומי. טיפול דינמי מתאים לאנשים המעוניינים לחקור את עולמם הפנימי או לקבל תמיכה ממושכת בסוגיות של טראומה, משברים, פרידות, דימוי גוף, זהות, זהות מינית, דיכאון, יחסים עם הורים בהווה ובעבר וכו'.

יש אנשים עם הפרעת קשב אשר יגיעו לטיפול בהפרעת הקשב, אבל יהיו מוצפים בתכנים דינמיים, ויהיה נכון יותר להפנות אותם למטפל דינמי ולדחות את הטיפול בהפרעת הקשב עצמה לשלב מאוחר יותר. באותו אופן יש אנשים שיעסקו שוב ושוב בטיפול הדינמי בתכנים תפקודיים, ונכון יהיה לעבוד במקביל עם מטפל תפקודי או לטפל קודם בתכנים התפקודיים ואז לחזור לטיפול הדינמי.

בטיפול דינמי, שהפרעת הקשב אינה במרכזו אלא בעיה אחרת, חשוב לשים לב להשפעת הפרעת

הקשב על הבעיה הנחקרת ועל עולמו הפנימי של האדם. חשוב לזכור שאנשים עם הפרעת קשב הם ממילא אסוציאטיביים מאוד וקופצים מדבר לדבר, ומקור קפיצות אלה הוא לאו דווקא רגשי כמו אצל אנשים אחרים, אלא נוירולוגי בבסיסו.

גם בתחום זה יש מטפלים בארץ המכירים את הפרעת הקשב מקרוב, אם דרך בני משפחתם או דרך הכשרות או מטופלים אחרים, ולעתים זה עשוי להיות מהותי לטיפול ולחזק את הקשר והאמפטיה.

טיפול התנהגותי-קוגניטיבי (CBT)

גישה טיפולית זו (CBT – Cognitive Behavioral Therapy) הוזכרה כבר רבות בספר, ולצד הגישה האימונית היא גישה מובילה בטיפול בהפרעת קשב אצל מבוגרים. היא מתאימה לאנשים המעוניינים בסגנון טיפולי מעורב, הממוקד בפתרון בעיות יותר מאשר בחקירה רגשית מתמשכת. לעתים בטיפול בהפרעת הקשב יעלו עוד בעיות המתאימות גם הן לטיפול CBT, אבל ייתכן שהמטפל שלכם אינו מומחה להן. יש מטפלי CBT המתמחים בהפרעת קשב, ואחרים המתמחים בחרדה, בדיכאון ועוד. מומלץ כמובן לעבור את הטיפול אצל מומחה. בטיפול שמים דגש על שינוי צורת החשיבה ותפיסת המציאות של המטופל וכן על שינוי בהתנהגות, תוך למידה ותרגול של מיומנויות חדשות בהקשר של הקושי הרלוונטי. בדרך כלל אלה תהליכים קצרי מועד (מספר חודשים), מוכוונים מטרה, הממוקדים בהפרעה מסוימת: חרדה חברתית וכישורים חברתיים, אובססיות, נוקשות ופרפקציוניזם, סגנון חשיבה דיכאוני, פוסט-טראומה ועוד. טיפולים אלה נחקרו רבות, הם מקובלים מאוד בארצות הברית, והם מה שמכונה "טיפול המושתת על הוכחות". להפרעות רבות יש פרוטוקול CBT, כלומר דרך מקובלת לטיפול שנחקרה ונבדקה בידי מומחים מובילים בעולם. טיפול זה מושתת בין השאר על תרגול ומטלות בבית, שאת חלקן יתקשו אנשים עם הפרעת קשב לבצע. חשוב להיות מודעים לכך בתחילת הטיפול, לתאם ציפיות ולבצע בפגישות את המטלות הטכניות יותר ובבית תרגולים התנהגותיים מגוונים ומעניינים. ניתן להכנס לאתר של איט"ה (האגודה לטיפול התנהגותי-קוגניטיבי) כדי לחפש מטפל או לקרוא יותר על צורת טיפול זו.

"אני בוחרת לראות את הפרעת הקשב שלי כחלק ממני, המאפיין אותי, אבל לא מגדיר אותי".

(שמרית, 26)

"תמיד חיפשתי עבודה אחרת, מסגרת שונה, מקום אחר... בכל מקום שהייתי חלמתי שאני נמצאת במקומות אחרים..."

(נעמה, 29)

[25] אקדמיה בהפרעת קשב

מידע טכני וכספי לסטודנט ולסטודנט שבדרך

ידוע שאין קשר ישיר בין הפרעת קשב וריכוז לבין אינטליגנציה. גם אנשים מוכשרים, חכמים ובעלי מוטיבציה יכולים לסבול מהפרעת קשב וריכוז, ובבואם ללמוד, תבוא ההפרעה לידי ביטוי בלימודים אקדמיים ובפסיכומטרי. לאור זאת, וכדי ליצור שוויון הזדמנויות, ניתנות הקלות לחלק מהסובלים מהפרעת קשב.

הקלות במבחן הפסיכומטרי

הגוף המפקד על הבחינה הפסיכומטרית הוא המרכז הארצי לבחינות והערכה. גוף זה נחשב לקפדן ביותר בנוגע למתן הקלות בבחינות. מדיניותו נוקשה וקובעת שעל מנת לקבל הקלות בפסיכומטרי, יש להציג עדויות רבות ובלתי ניתנות לערעור לכך שבילדות היו תופעות של היפראקטיביות, אימפולסיביות, חוסר ריכוז או קשיים אחרים, כפי שמוגדרים בהגדרת הפרעת הקשב ב-DSM, ושהם פגעו בתפקוד האקדמי בבית הספר היסודי ובתיכון. אם לא תוכלו להוכיח תופעות שאתם "סוחבים" איתכם מאז הילדות, לא תקבלו הקלות בבחינה הפסיכומטרית. אם יש לכם תעודות, מסמכים, דיווחים מבית הספר, זה יעזור לכם, כשאתם באים לבקש הקלות.

יש שני אבחונים הנחשבים רלוונטיים לקבלת הקלות: (1) אבחון דידקטי שמאתר ליקויי למידה (הוא רלוונטי, מכיוון שחלק מהסובלים מהפרעת קשב סובלים גם מליקויי למידה); (2) אבחון שמטרתו לאתר הפרעת קשב. אם אכן אובחנה הפרעת קשב, המאבחן יכול להמליץ על מספר סוגים של הקלות, ורק אותן ניתן לקבל; דוגמאות להקלות: הארכת זמן, הפסקות, אטמי אוזניים, אותיות מוגדלות במבחן.

כדי שיהיה סיכוי לקבל את ההקלות בבחינה, יש להציג אבחון מפורט שנערך בידי פסיכיאטר/נוירולוג, ובו הוא מנמק למה לדעתו אתם סובלים מהפרעת קשב וריכוז, וכן את המסמכים האלה:

1. מסמכים המעידים על פגיעה מגיל צעיר;
2. מסמכים המעידים על פגיעה כיום;
3. שלילת אבחנות אחרות;
4. בדיקה נוירופסיכולוגית מלאה;
5. המלצות לטיפול;

את מסמכי המרכז הארצי להערכה ניתן למצוא בקישור זה:

http://www.nite.org.il/files/accommodations/add_diagnose_instruct.pdf

הקלות באוניברסיטאות ובמכללות

אם אובחנתם כסובלים מהפרעת קשב וריכוז, גם באוניברסיטאות ניתן לקבל הקלות רלוונטיות. המבנה העקרוני של כללי האבחון וההקלות דומה לזה של הפסיכומטרי (מעט פחות נוקשה), אולם האוניברסיטאות משיקולים שלהן לא מקבלות אבחונים שנעשו ברוב המכונים, הן של קופות החולים והן הפרטיים. האוניברסיטאות בחלק מהמקרים מעדיפות להפנות למרכזי אבחון שיש להן הסכמים איתם, המבצעים אבחונים על בסיס מבחני מת"ל, שהם סדרת מבחנים שפיתח המרכז הארצי להערכה. לכן כשרוצים לקבל הקלות, יש לפנות לאוניברסיטה או למכללה שבה אתם לומדים או עומדים ללמוד ולהתעניין בקריטריונים הספציפיים שהיא דורשת. רבים מבצעים אבחון מקיף במקום פרטי, ואז מגלים שהמוסד האקדמי כלל לא מכיר באבחון הזה ועליהם לשלם שוב על אבחון נוסף. בה בעת חשוב לדעת שהאבחון מטעם המוסדות האקדמיים בודק רק הפרעת קשב ולקויות למידה ומתעלם מהאפשרות שיש בעיות אחרות כמו חרדה או דיכאון או מורכבות אחרת, החשובה גם היא להתאמת טיפול מוצלח. אחד הפתרונות הוא לעבור אבחון מטעם האקדמיה ובמקביל לפנות לפסיכיאטר מומחה, בקופה או באופן פרטי, כדי לקבל חוות דעת מעמיקה ורחבה יותר.

סיוע כספי משמעותי לסטודנטים מביטוח לאומי

גם לנו זה נשמע מוזר בהתחלה, אבל מתברר שיש נקודות אור גם בבירוקרטיה הישראלית. רוב הסטודנטים עם הפרעת קשב אינם מודעים לכך, אך סטודנט עם הפרעת קשב וריכוז, הלומד בהיקף של עשרים שעות ויותר בסמסטר, זכאי לפנות לביטוח לאומי ולקבל סיוע כלכלי משמעותי בזמן הלימודים לתואר הראשון. מדובר בהליך פשוט יחסית ולא ארוך שכדאי לכל סטודנט עם הפרעת קשב לשקול ברצינות לבצעו.

שימו לב מה תוכלו לקבל (וזה בהחלט אמיתי):

- שכר לימוד מלא לכל התואר;
- מלגת קיום;
- שכר דירה;

- השתתפות בציוד ללימודים, מחשב, מדפסת;
- החזרי נסיעות;
- החזרים עבור שיעורים פרטיים.

מדובר על עשרות אלפי שקלים, ומטרתם לאפשר לכם ללמוד בשקט ולרכוש השכלה או מקצוע לחיים. סטודנט המקבל סיוע כלכלי יוכל להקדיש את מלוא תשומת הלב ללימודים, לעבוד פחות (יותר לעבוד גם עם הסיוע) ולהיעזר יותר במהלך התואר במטפלים או במורים פרטיים. מבחינת המדינה זהו אזרח שרוכש תואר או מקצוע שיסייעו לו להפוך לאזרח מועיל יותר בעתיד. מכיוון שהפרעת קשב וריכוז היא הפרעה נוירולוגית, היא מזכה באחוזי נכות (בניגוד ללקויי למידה שאינם מקבלים זאת נכון ל-2013). אם יש לכם עוד ליקויים גופניים מלבד הפרעת הקשב (כמו בעיות גב, בעיות רפואיות אחרות וגם קשים רגשיים משמעותיים), עולים סיכוייכם לקבל אחוזי נכות, משום שבביטוח לאומי מצרפים נכויות לצורך חישוב אחוזי הנכות. סטודנטים העוברים תהליך זה לא מקבלים קצבת נכות לכל החיים, אלא רק סיוע בתקופת הלימודים. סטודנט שנקבעה לו נכות של 20% ומעלה יכול להגיש תביעה לשיקום, שבה ייקבע איזה סיוע יינתן לו (שכר לימוד, שכר דירה, מלגת קיום וכו'). במקרים רבים סטודנטים מקבלים את כל סל הסיוע. להליך קוראים "תביעה", אך אין מדובר בתהליך בבית המשפט, אלא במילוי טפסים ובזימון לוועדה בביטוח הלאומי.

האם מגישים את התביעה לבד?

בהחלט אפשר להגיש לבד ובחינם. אפשר להתייעץ עם היחידות ללקויי למידה וקשב במוסד הלימודים, ואפשר, ולדעתנו אף רצוי, לעשות את ההליך עם עורך דין המתמחה בכך, מכיוון שהתשלום נמוך, מאות שקלים בודדות, וזה מעלה את הסיכוי לקבל את הסל. כך או כך, עורכי דין המתמחים בכך מכירים את הדקויות, וכבר בשיחת הטלפון עמם, לפני שיגבו מכם שקל, יוכלו לומר לכם אם בכלל יש טעם להגיש בקשה במקרה שלכם, כך שכדאי לבדוק. בחיפוש קצר בגוגל תוכלו למצוא עורכי דין שמציעים שירות זה.

מה התביעה כוללת?

התביעה היא למעשה טופס שאתם ממלאים, הכולל גם נספח למילוי רופא המשפחה והמעביד, אם אתם עובדים. לתביעה יש לצרף כמובן את כל המסמכים הרלוונטיים, כולל אבחונים, מסמכים רפואיים ומסמכים על טיפול רגשי, אם ניתן טיפול כזה. אתם יכולים גם לפנות למומחה רפואי מתאים בקופת החולים שלכם לצורך הגשת הערכת נכות/חוות דעת רפואית באשר לגובה הנכות שלכם (למשל לאחוזי נכות בגלל בעיות גב או ראייה).

איך ההליך עובד?

לאחר הגשת התביעה לסניף ביטוח לאומי שאתם משויכים אליו לפי מקום מגוריכם, תוזמנו לוועדה רפואית המורכבת מפסיכיאטר או נוירולוג ומומחה נוסף בהתאם לתחומי הליקוי שנטענו (אורתופד למשל). תיבדקו בידי רופאי הוועדה, והודעה על ההחלטה תישלח אליכם כעבור כחודש. אם קיבלתם פחות מ-20% נכות, אפשר לערער על כך ולנמק, ופעמים רבות הערעור מתקבל. אם נמצא שהנכות הרפואית עומדת מעל 20%, אתם זכאים להגיש תביעה לשיקום מקצועי. אז תוזמנו לפגישה עם עובדת סוציאלית, אשר תקבע את הזכויות הכספיות ואת סל ההטבות שאתם זכאים לו.

מה קורה אם אני כבר באמצע התואר?

במצב זה התשלום מאושר עד שנה אחורנית, כך שתקבלו גם כסף רטרואקטיבית!

אז למה לא כולם מגישים?

זו שאלה טובה! אנחנו חושבים שעל כל סטודנט עם הפרעת קשב לבדוק ברצינות את העניין, מכיוון שסיוע כזה יכול באמת להכריע אם תצליחו בלימודים או תנשרו במהלכם. הסיבה העיקרית שאנשים לא מגישים היא שרק מעטים יודעים על כך. מעבר לזה יש אנשים המסתייגים מרישומם כבעלי אחוזי נכות, אך לדעתנו אין לכך משמעות ביחס לתועלת האדירה. זאת ועוד, ביטוח לאומי אינו מחלק כספים על סמך הצהרותיכם אלא על סמך אבחונים מסודרים ומסמכים מקצועיים. לעתים עורך הדין ממליץ לערוך אבחון נוסף משכנע יותר, ויש כאלה שחוששים להשקיע כסף באבחון אם אין הבטחה שיקבלו סיוע. מלבד זאת ההליך אינו מסובך, אך הוא בכל זאת בירוקרטי ודורש ביצוע של כמה משימות מעיקות והתמדה מסוימת (ללכת להחתים רופא משפחה, רופא נוסף, להשיג טפסים ושלל פעולות שאינן קלות למבוגר עם הפרעת קשב).

אפשר לקבל עוד מידע גם בעמותת קווים ומחשבות, העמותה לקידום המודעות להפרעת קשב וריכוז ולעיצוב חברה מבינה ונגישה יותר עבור אנשים עם הפרעת קשב וריכוז (www.keshev.org).

לסיכום: נראה שאם יש לכם הפרעת קשב משמעותית הפוגעת ביכולתכם ללמוד ואולי גם יכולת להוכיח שיש לכם בעיות נוספות (רפואיות או רגשיות), סיכוייכם לקבל את סל השיקום גבוהים. בהצלחה!

מילון מונחים

אבחון הפרעת קשב

האבחון של הפרעת קשב הוא אבחון קליני (בירור מפורט דרך שיחה), שצריך להיעשות בידי פסיכיאטר או נוירולוג המומחים בתחום. לעתים הרופא מבקש לצרף לאבחון הקליני עוד אמצעי אבחון, כמו מילוי שאלונים, בדיקה ממוחשבת כלשהי, בדיקות רפואיות או בדיקה נוירולוגית. בדרך כלל ניתן לערוך אבחון רק מגיל חמש ואילך.

אבחון פסיכודידקטי

האבחון מיועד לאתר קשיי למידה וקשיים פסיכולוגיים, כאשר בחלקו הדידקטי נבדקים קשיים וכשרים בתחומי הלמידה – קריאה, כתיבה וחשבון – ואילו בחלקו הפסיכולוגי מעריכים את היכולת השכלית ואת כוחותיו הרגשיים של הנבדק. בסוף האבחון מתקבלות המלצות שמטרתן להתאים את דרכי ההוראה ואת התמיכה הפסיכולוגית, כדי לאפשר לנבדק למצות את יכולותיו. על פי רוב אבחון כזה נעשה בהקשר של מסגרות לימודים (כמו בית ספר או אוניברסיטה).

אבחנה מבדלת

היא ההבחנה בין תסמינים דומים שיכולים להיות ביטוי של בעיות אחרות. למשל: ההבחנה בין חרדה להפרעת קשב.

אורגני

בהקשר שלנו הכוונה היא להיבט הביולוגי של הפרעת קשב וריכוז.

אימון להפרעת קשב (ADHD coaching)

שיטת התערבות בדגש תפקודי שמטרתה לסייע לאדם להגיע ליעדים ולשפר את ההתנהלות על ידי ניתוח מחשבות והתנהגויות והקניית דרכי התמודדות תוך התייחסות מתמדת להפרעת הקשב.

אימפולסיביות

מונח שמייצג דחף להתנהגות כלשהי ללא תכנון מוקדם, ללא בקרה, תוך כדי ההתנהגות או בלי להתחשב בתוצאותיה. מהווה מרכיב נפוץ בהפרעת קשב.

אמפטמינים

קבוצת חומרים ממריצים שפעילותם מעוררת את המוח. זהו המינוח המקצועי לתרופות ממריצות כגון ריטלין, קונצרטה או אדרל.

בדיקה נוירולוגית

בדיקה רפואית של תפקודים נוירולוגיים של מערכת העצבים שנערכת בידי רופא נוירולוג.

בדיקה פסיכיאטרית

בדיקת רפואית של מצבו הנפשי של האדם שנערכת בידי רופא פסיכיאטר.

בדיקת קשב ממוחשבת

מבחני הקשב הממוחשבים למיניהם משמשים ככלי עזר באבחון הפרעת קשב וריכוז ובודקים ישירות את האדם, ובעיקר את יכולתו להתמודד לאורך זמן עם מטלה משעממת יחסית. המבחנים בודקים גם את היכולת להגיב לגירוי ואת המהירות והדיוק של עיבוד המידע. כיום יש מספר בדיקות ממוחשבות, והידועות ביניהן בארץ הן TOVA, BRC, MOXO. חשוב לזכור שהבדיקה הממוחשבת היא כלי עזר, ואין להסתמך עליה באופן בלבדי כדי לקבוע הפרעת קשב.

בדיקת BRC: Brain Resource Company

זוהי בדיקה ממוחשבת המשמשת ככלי נרחב יותר מ-TOVA לאבחון התפקודים הקוגניטיביים של הנבדק, ובהשוואה לנורמות על פי גיל, מין ומשתנים אחרים. הבדיקה בוחנת שנים-עשר משתנים, וביניהם יכולות קשב וריכוז, אך גם משתנים הקשורים ללקויות למידה, לבעיות זיכרון לסוגיו, ליכולת ארגון ועוד.

בדיקת TOVA : Tests of variables of attention

זוהי בדיקה ממוחשבת המקובלת כאחת מכלי העזר לרופא לצורך אבחון הפרעת קשב. בבדיקה נבחנים מרכיבים של דיוק, השמטות, תוספות, מהירות התגובה והשתנות מהירות התגובה. הבדיקה נערכת תחילה ללא ריטלין, ואם התוצאות חורגות מהנורמה, ניתן לערוך אותה עם ריטלין. לאחר הבדיקה משווים את ביצועי הנבדק לביצועי נבדקים בני גילו באוכלוסייה הכללית ובאוכלוסייה עם הפרעת קשב.

דופמין

נוירוטרנסמיטור (ראו הגדרה) האחראי על הוויסותים בגוף ובעל תפקיד חשוב בתהליכים קוגניטיביים שונים. נמצא קשור להפרעת קשב וריכוז.

DSM

ספר האבחנות של האיגוד האמריקני לפסיכיאטריה. בספר זה מפורסמים הקריטריונים להפרעות שונות, ובכללן הפרעת קשב וריכוז. הגדרות אלה הן ההגדרות המקובלות והקובעות בעולם. כל עדכון גרסה של הספר מקבל מספר, למשל DSM-5.

דחף

ביטוי פסיכולוגי ליצרים אינסטינקטיביים, המעובדים באמצעות תהליכים מנטליים וחברתיים.

היפראקטיביות

התנהגות המתבטאת בפעילות יתר. יכולה להיות אחד התסמינים של הפרעת קשב וריכוז.

הפרעת קשב וריכוז (ADHD – Attention Deficit Hyperactive Disorder)

הפרעה אורגנית המייצגת פגיעה בתפקודי הקשב במוח. ההפרעה מתבטאת בקשיי ריכוז, רצף והתמדה. אצל ילדים פעמים רבות מתלוות לה היפראקטיביות או אימפולסיביות. אצל מבוגרים האימפולסיביות בדרך כלל בולטת פחות. המונח באנגלית הגדיר בעבר בעלי הפרעת קשב עם מרכיב של פעלתנות יתר, אבל כיום זהו למעשה השם הכולל המקצועי לכל תת הסוגים של הפרעת קשב.

ADD: הפרעת קשב וריכוז ללא פעלתנות יתר. אנשים אלו יסבלו בעיקר מליקוי במרכיב הקשבי של ההפרעה, ללא תסמינים של היפראקטיביות. מונח זה עדיין רווח בציבור, אך כבר לא תקף מבחינה אבחונית רשמית.

ויסות

היכולת לשלוט על התגובות והדחפים של אדם; לדוגמה: היכולת לקלוט גירוי מסוים ולהתעלם ממנו או היכולת להימנע מלפעול.

זיכרון

עובדות או מיומנויות שעולות בהקשר נדון. יש סוגים שונים של זיכרון, כגון זיכרון של אירוע, זיכרון ארוך טווח (שנדרש מאמץ מחשבתי כדי להגיע אליו) או זיכרון של תחושות וחושים. יש סוגי זיכרון, כמו זיכרון עבודה וזיכרון קצר טווח, החשובים במיוחד בהקשר של הפרעת קשב.

זיכרון עבודה

מכונה גם הזיכרון המודע. הוא מכיל את כל המידע שנעשה בו שימוש פעיל במהלך ביצוע טווח רחב

של משימות, ונפגע כאשר אנו מוסחים ולא מרוכזים. לדוגמה: כשמכינים אוכל ופתאום מגיעה הודעה בסלולרי, זיכרון העבודה משמש כדי לזכור מה עשינו לפני ההודעה.

זיכרון קצר טווח

מידע הנצבר במוח וזמין לטווח מוגבל של כחצי דקה; למשל היכולת לזכור בזמן שיעור תרגיל קודם ואיפה הוא מתחבר לתרגיל הנוכחי. בהפרעת קשב יש קושי גדול יותר להפעיל זיכרון זה.

חרדה

תחושת מצוקה המציפה עקב חשש אמיתי או מדומיין. חרדה יכולה להתבטא במגוון תסמינים גופניים ורגשיים הנגרמים בשל עלייה ברמת העוררות העצבית. יש תסמינים גופניים שונים של חרדה המבטאים את עוררות הגוף, כגון דפיקות לב, נשימה מואצת, הזעה ועוד.

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT)

שיטה המבוססת על הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית, אשר מתייחסת לתהליכי קבלת החלטות שגויים שנרכשו מתוך דפוסי חשיבה שגויים, ועל כן מלמדת את האדם מיומנויות התנהגות וחשיבה אחרות. מרכיבים בגישה זו משמשים בטיפול בהפרעת קשב וריכוז, במיוחד במצבים שבהם להפרעת הקשב מתלווה עוד קושי כמו חרדה או דיכאון.

טסטים נוירופסיכולוגיים

מבחני עזר שממפים תפקודים קוגניטיביים שונים. הערכה זו נעשית בידי נוירופסיכולוג, והיא מסייעת במיפוי תפקודי המוח, כאשר עולה שאלה של ריבוי לקויות (כמו לדוגמה שילוב של הפרעת קשב, לקויות למידה ועוד)

לקויות למידה

שם כולל לקבוצת קשיים נרכשים או מולדים שטיבם פגיעה בתפקודי הלמידה הבסיסים: כתיבה, קריאה, חשבון ולקות לא-מילולית (חברתי). מאובחנות באמצעות אבחון דיסקטי.

מוסחות

מונח המתייחס לרגישות של אדם לגירויים שונים. לדוגמה: אם מופיע גירוי חדש, עד כמה אותו אדם יפנה את תשומת לבו לגירוי החדש ויוסח מהפעילות שעסק בה. אם למשל הוא יושב ולומד, עד כמה יושפעו תשומת הלב שלו ויכולת הריכוז מקולות של אנשים משוחחים בחדר ליד.

מרפאת קשב

מרפאה מקצועית הכוללת צוות אבחון וטיפול שתפקידו לאבחן הפרעת קשב ולטפל בה. במרפאות מסוימות יש מומחה בודד שעובד בשיתוף פעולה עם מומחים במרפאות אחרות, ובאחרות יש צוות של כמה אנשי מקצוע.

מתילפנידאט

שם החומר הפעיל בריטלין. קיים בארץ במספר תרופות שונות.

נוראדרנלין (נוראפינרין)

נורטרנסמיטור עצבי האחראי על עוררות ומצב רוח, ונמצא קשור להפרעת קשב וריכוז.

נורטרנסמיטור

חומר כימי הפועל במערכת העצבים ואחראי להעביר פקודות חשמליות מתא אחד לאחר. בתא הסמוך ממתין קולטן עצב (נורורצפטור) כדי לקלוט את הפקודה העצבית. הנורטרנסמיטורים העיקריים הקשורים לריכוז הם דופמין ונוראדרנלין.

סטרטה

סוג טיפול תרופתי להפרעת קשב, המהווה קו טיפולי שני בארץ בשל עלותו הגבוהה.

סרוטונין

מעביר עצבי במוח, האחראי על ויסות מצב הרוח ותסמיני עוררות (במצבי חרדה).

פיצול קשב

היכולת של מנגנון הקשב לפצל את תשומת הלב למספר גירויים.

קומורבידיות

מונח רפואי המצין שילוב של מספר הפרעות, למשל שילוב של הפרעת חרדה עם הפרעת קשב וריכוז. שכיח מאוד בהפרעת קשב וריכוז.

קונצרטה

שם מסחרי לחומר מתילפנידאט, המשמש לטיפול תרופתי להפרעת קשב. משך השפעתו שתיים-עשרה שעות.

קשב

פעילות קוגניטיבית של זיהוי גירויים והקצאת משאבים להגיב אליהם. מנגנון תשומת הלב זה מאפשר להבחין בין גירויים, ולקבוע גירוי כמרכז או כרקע.

קשב מתמשך

תכונת קשב שאמורה לדאוג לשמירה על רמת העיבוד של גירוי קיים. היכולת לשמר את הקשב לפעילות מונוטונית (משעממת) מסוימת, לאורך זמן. דרושה לביצוע פעולות ממושכות כמו למידה, קריאה, סידור ועוד.

ריטלין

שם מסחרי של החומר מתילפנידאט. טיפול תרופתי להפרעת קשב המעורר בפעילותו את המוח.

ריכוז

היכולת להתמיד בהקצאת משאבים לגירוי אחד ויחיד. מנגנון זה מאפשר להמשיך ולבצע פעולה מסוימת על אף גירויים חיצוניים.

תפקודים ניהוליים

תחום קוגניטיבי העוסק ביכולת התכנון והבקרה של הפרט. לדוגמה: היכולת לקבל החלטות או היכולת להחליט באיזה גירוי להתרכז ומאיזה להתעלם.

(פרק 20) לא היה לי קל בכלל עם התרופות בהתחלה. האמת שאפילו התביישתי בזה. (רעות, 25)

(פרק 20) עד היום כל עניין הריטלין מבלבל אותי לגמרי, אבל זה עוזר לי אז בינתיים אני לוקח (אורון, 42)

24 פרק דינמי) אני בוחרת לראות את הפרעת הקשב שלי כחלק ממני, המאפיין אותי, אבל לא מגדיר אותי. (שמרית, 26)

(פרק 24 – תעסוקתי) תמיד חיפשתי עבודה אחרת, מסגרת שונה, מקום אחר... בכל מקום שהייתי חלמתי שאני נמצאת במקומות אחרים... (נעמה, 29)