



מؤسسة 'شاليم'
تطوير خدمات للشخص ذو
التخلف العقلي في السلطات المحلية
The Shalem Fund
for Development of Services for People with
Intellectual Disabilities in the Local Councils
פיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית
התפתחותית ברשויות המקומיות



מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל
مركز شتاينر لطب الأطفال في إسرائيل
Schneider Children's Medical Center of Israel

אבחון מובנה של הפרעות פסיכיאטריות והתנהגויות

אבנורמליות בקרב מתבגרים הלוקים

בפיגור שכלי קל ובינוני

דר' דורון גוטהלף,
מנהל המרפאה הפסיכיאטרית,
מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל

פרופ' אלן אפטר,
מנהל המחלקה הפסיכיאטרית
מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם
הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות

2008

קרן שלם 009/2008

תוכן עניינים

עמודים	
3	1. תקציר בעברית
4-5	2. רשימת תרשימים, גרפים וטבלאות
6	3. מבוא וסקירת ספרות
7-9	4. שיטת המחקר
10-11	5. ממצאים
12-14	6. דיון וניתוח
15	7. סיכום, המלצות ומסקנות
16	8. ההשלכות היישומיות של המחקר
17-20	9. ביבליוגרפיה
22	10. אבסטרקט באנגלית

תקציר

המחקר העריך באופן מובנה את השכיחות של הפרעות פסיכיאטריות במתבגרים בעלי פיגור שכלי קל-בינוני בישראל. דגש מיוחד הושם לאבחון הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית, הפרעה פסיכיאטרית הלוקה בתת-איבחון בבעלי פיגור שכלי.

87 מתבגרים עם פיגור שכלי קל עד בינוני, הלומדים בחינוך מיוחד במערכת החינוך הישראלית, עברו הערכה פסיכיאטרית בה נבדקו הפרעות פסיכיאטריות בכלל וסימפטומים של ההפרעה האובססיבית-קומפולסיבית בפרט. 61% מהם נמצאו כבעלי הפרעה פסיכיאטרית אחת לפחות. מתוך 13 משתתפים, הנוטלים תרופות אנטי-פסיכוטיות, לא נמצא אף לא אחד בעל הפרעה פסיכוטית ורובם לקו בהפרעות חרדה או דיכאון. הפרעה אובססיבית קומפולסיבית אובחנה ב-11% מהמשתתפים והייתה מאופיינת באחוזים גבוהים של תחלואה פסיכיאטרית נלוות. החומרה של סימפטומים אוטיסטים הסבירה 39% מהשונות בחומרה של תסמיני ההפרעה האובססיבית קומפולסיבית.

מתבגרים עם פיגור שכלי קל עד בינוני הם בעלי אחוזים גבוהים של תחלואה פסיכיאטרית, אשר לעיתים קרובות מקבלת טיפול שאינו מתאים. הפרעה אובססיבית קומפולסיבית שכיחה בקרב אוכלוסייה זו ונמצאת בזיקה גבוהה לסימפטומים אוטיסטיים.

קיים צורך במחקרים נוספים בילדים ומתבגרים בעלי פיגור שכלי, על מנת להיטיב לתאר את התחלואה הפסיכיאטרית והטיפול המתאים עבור קבוצת סיכון זאת.

טבלאות

טבלה 1. שכיחות (%) הפרעות פסיכיאטריות לאורך החיים ובהווה במתבגרים בעלי פיגור שכלי

אבחנה	לאורך החיים (מספר משתתפים = 87)	בהווה (מספר משתתפים = 87)
הפרעה פסיכיאטרית כלשהי	59 (67.8)	53 (60.9)
כל הפרעת חרדה	39 (44.8)	30 (34.5)
חרדת פרידה	8 (9.1)	5 (5.7)
חרדה כללית	14 (16.1)	13 (14.9)
הפרעה אובססיבית קומפולסיבית	10 (11.4)	10 (11.4)
הפרעת דחק פוסט-טראומטי	4 (4.6)	3 (3.4)
הפרעת פאניקה	1 (1.1)	-
פוביה ספציפית	15 (17.2)	14 (16.1)
פוביה חברתית	7 (8.0)	7 (8.0)
כל הפרעת מצב רוח	12 (14)	9 (10.3)
דיכאון מגורי	6 (6.9)	5 (5.7)
דיסתמיה	9 (10.3)	6 (6.9)
הפרעה אפקטיבית ביפולרית	2 (2.2)	2 (2.2)
מחשבות התאבדות	8 (9.1)	
ניסיונות התאבדות	3 (3.4)	
כל הפרעה פסיכוטית	2 (2.2)	2 (2.2)
סכיזופרניה	1 (1.1)	1 (1.1)
כל הפרעה הרסנית	33 (37.9)	29 (33.3)
כל הפרעת קשב והיפראקטיביות	31 (35.5)	26 (29.9)
משולב	17 (19.4)	16 (18.3)
חוסר קשב	12 (14)	10 (11.4)
היפראקטיבי-אימפולסיבי	2 (2.2)	1 (1.1)
הפרעת התנגדות מתריסה	12 (13.8)	12 (13.8)
הפרעת התנהגות	4 (4.6)	3 (3.4)
הפרעת טיקים	5 (5.7)	4 (4.6)
הפרכת אכילה	3 (3.4)	3 (3.4)
הרטבת לילה	10 (11.4)	5 (5.7)
אנקופרזיס	5 (5.7)	5 (5.7)
הפרעת שליטה בדחפים	7 (8.0)	7 (8.0)
הפרעה סומטופורמית	4 (4.6)	4 (4.6)
הפרעה מספקטרום האוטיזם		14 (16.1)

טבלה 2. סימפטומים אובססיביים קומפולסיביים, סימפטומים אוטיסטיים והתנהגות סטריאוטיפית במתבגרים בעלי פיגור שכלי

פריט משאלון מדד האובססיביות קומפולסיביות לילדים של ייל-בראון	תת קבוצה של בעלי הפרעה אובססיבית קומפולסיבית (מספר משתתפים=10) (%)	הקבוצה הכללית (מספר משתתפים=87) (%)
אובססיות		
זיהום	20.0	18.3
תוקפנות	50.0	13.7
מיניות	10.0	5.8
סומטיות	30.0	7.0
אגירה	50.0	11.6
אמונות טפלות	10.0	2.2
דת	-	3.4
קומפולסיות		
חזרות במעשים	40.0	9.1
חזרות בשאלות	20.0	10.3
ניקיון	70.0	17.2
בדיקה	70.0	13.7
אגירה	50.0	16.1
סידור/סימטריה	50.0	12.6
ספירה	-	2.2
אמונות טפלות	20.0	3.4
ממוצע (ס"ת)		
חומרת האובססיות	(4.5) 9.7	(4.5) 2.6
חומרת הקומפולסיות	(2.5) 12.5	(5.0) 3.3
חומרה כללית	(5.6) 22.2	(8.7) 5.9
שאלון התנהגות אוטיסטית	(7.2) 15.7	(7.0) 10.0
סולם ההתנהגות הסטריאוטיפית	(8.6) 10.4	(4.9) 3.1

מבוא וסקירת ספרות

לפי ההערכה, השכיחות של פיגור שכלי בארה"ב היא כ-1.5%. גיל ההתבגרות היא תקופה פגיעה במיוחד עבור מתבגרים בעלי פיגור שכלי. זאת מכיוון שהם מתקשים להתמודד עם אתגרי העצמאות שטומן בחובו גיל ההתבגרות.

בנוסף, ישנם גורמים פסיכולוגיים ותרבותיים רבים אשר מהווים גורמי סיכון לתחלואה נפשית במתבגרים בעלי פיגור שכלי. גורמים אלו כוללים הערכה עצמית ירודה, לקות ביכולת לפתור בעיות חברתיות ולהתנהג באופן סתגלני, תלות, וסטיגמה חברתית שלילית של החברה בנוגע לבעלי פיגור שכלי.

בקרב חלק מהמתבגרים בעלי הפיגור השכלי, קיימים גם גורמי סיכון ביולוגיים, אשר מתווכים סיכון מוגבר לפיתוח פסיכופתולוגיה, כגון אפילפסיה, ליקויים תחושתיים ותסמונות נירוגנטיות. כתוצאה מכך מתבגרים בעלי פיגור שכלי מועדים ביתר לפתח הפרעות פסיכיאטריות. פסיכיאטרים ופסיכולוגים נוטים לעשות תת-איבחון של הפרעות פסיכיאטריות במתבגרים בעלי פיגור שכלי בהתייחסותם לסימפטומים הרגשיים וההתנהגותיים כחלק אינטגרלי מפיגור שכלי, תופעה הידועה כ"הצללת יתר דיאגנוסטית". בנוסף לאבחון המופחת של הפרעות פסיכיאטריות במתבגרים בעלי פיגור שכלי, יש גם אבחנה מוטעית של הפרעות. האבחנה המוטעית מקושרת לעובדה שילדים בעלי פיגור שכלי מבטאים את הסימפטומים שלהם פחות בבירור (לדוגמא, רגשות חרדה או דיכאון) ומציגים סימפטומים שהינם פחות מוכרים לפסיכיאטרים של ילדים (לדוגמא, התנהגות סטריאוטיפית ופגיעה עצמית).

אף על פי שהסוג והשיעור של הפרעות פסיכיאטריות נראה כמשתנה עם הגיל הן בנוער בעל אינטליגנציה ממוצעת והן בנוער בעל פיגור שכלי, נכון לעתה, רוב המחקרים על הפרעות פסיכיאטריות, בקרב נוער בעל פיגור שכלי, קיבצו ילדים ומתבגרים יחד. חיסרון נוסף במחקרים קודמים הוא שרובם הסתמכו על שאלונים התנהגותיים אשר הניבו ציונים מספריים עבור קבוצה נרחבת של סימפטומים פסיכיאטריים (לדוג', התנהגות אגרסיבית) ורק מחקרים מועטים ביותר הסתמכו על ראיונות פסיכיאטריים מובנים המניבים אבחנה פסיכיאטרית ברורה. מחקרים קודמים אף התעלמו מחרגיגות התנהגותיות שכיחות בקרב מתבגרים בעלי פיגור שכלי כגון סימפטומים אובססיביים-קומפולסיביים. האבחנה של סימפטומים של הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית בקרב ילדים בעלי פיגור שכלי היא בעייתית. לפיכך, סימפטומים קלאסיים של ההפרעה לעיתים קרובות מבולבלים עם התנהגויות סטריאוטיפיות או פרסברציות. כמו כן, על מנת לאבחן בצורה מהימנה הפרעה אובססיבית קומפולסיבית באוכלוסייה זו, חשוב לנסות ולהבין את המוטיבציות הבסיסיות לפעולה, זאת על ידי עבודה שיטתית וראיון הן של הילד והן של ההורים.

ידיעת השיעור והסוג של הפרעות פסיכיאטריות עימן מתמודדים מתבגרים בעלי פיגור שכלי היא צעד חיוני בהמלצה על טיפול פסיכיאטרי הולם עבור אוכלוסייה פגיעה זו. המטרות של המחקר הנוכחי היו: (1) למצוא את השכיחות של הפרעות פסיכיאטריות במתבגרים בעלי פיגור שכלי קל עד בינוני במדינת ישראל; (2) להעריך את ההולמות של הטיפול הפסיכיאטרי שהם מקבלים; (3) להעריך ביסודיות את המאפיינים הקליניים של הפרעה אובססיבית קומפולסיבית בקרב אוכלוסייה זו ואת הקשר בינה לבין התנהגות סטריאוטיפית וסימפטומים של אוטיזם.

שיטות המחקר

משתתפים

קבוצת המחקר הייתה מורכבת ממתבגרים בעלי פיגור שכלי קל עד בינוני אשר גויסו מבתי ספר לחינוך מיוחד במרכז ישראל. המשתתפים במחקר זה אובחנו רשמית כבעלי פיגור שכלי קל או בינוני על ידי משרד החינוך. האבחנה של פיגור שכלי מבוססת על מבחני ווקסלר סטנדרטיים לאינטליגנציה, אשר חוזרים עליהם כל 3 שנים. משרד החינוך מקודד את הנתונים כשייכים לטווח הנורמאלי של אינטליגנציה, כאינטליגנציה גבולית, כפיגור שכלי קל, כפיגור שכלי בינוני וכו'. כל המשתתפים שנכללו במחקר שלנו היו בעלי פיגור שכלי קל עד בינוני.

מטרת המחקר הוסברה להורים במהלך פגישה רגילה עם המורה, ועם אלו שהסכימו להשתתף נוצר קשר בידי החוקרים על מנת לבצע את ראיונות המחקר. הדגימה הסופית כללה 87 תלמידים (87% מאוכלוסיית היעד). ממוצע (ס"ת) הגילאים היה 16.3 (2.6) שנים (בטווח של 12-21 שנים); היחס בין זכרים לנקבות היה 46 מול 41. הפיזור של הסטאטוס הסוציו-אקונומי לפי הולנגשד (1975) (טווח ניקוד: 66-8) היה כדלקמן: מעמד 1 או 2 (ניקוד 40-66), 40%; מעמד 3 (ניקוד 30-39), 23%; ומעמד 4 או 5 (ניקוד 8-29), 37% (בבתיים בהם שתי הדמויות ההוריות מועסקות, הניקוד מוצע על מנת להגיע לציון אחד למשפחה). כל הנבדקים היו יהודים: 35% אשכנזים, 40% ספרדים, ו-25% מעורבים. מתוך 87 המתבגרים, 11 (12.6%) היו בעלי תסמונת גנטית ידועה: דאון, איקס שביר, חיך לב פנים, וויליאמס, וניורופיברומאטוזיס. העדפנו שלא להוציא את אותם המתבגרים בעלי התסמונות הגנטיות הידועות משום שחפצנו בתמונה כללית של התחלואה הפסיכיאטרית בקרב דגימה מייצגת של מתבגרים בעלי פיגור שכלי. שיעור התסמונות הגנטיות בדגימה שלנו הוא דומה לשיעורן המדווח עבור אינדיבידואלים בעלי פיגור שכלי קל עד בינוני במחקרים אחרים.

פרוטוקול המחקר אושר על ידי ועדת הביקורת המוסדית של מרכז רפואי, רבין, והסכמה מיוחדת בכתב הושגה מכל ההורים או האפוטרופוסים וממשתתפי המחקר עצמם. כל הראיונות נערכו עם ההורים בלבד, משום שועדת הביקורת המוסדית של משרד החינוך הישראלי לא התירה לנו לראיין את המתבגרים עצמם. יש לציין, עם זאת, שהמהימנות והתוקף של הראיונות הפסיכיאטריים עבור ילדים ומתבגרים בעלי פיגור שכלי טרם בוססו. כתוצאה מכך, מרבית המחקרים הקודמים בקרב אוכלוסייה זו הסתמכו על דיווחים של הורים או של נותני טיפול אחרים.

כלים

כל ההורים רואיינו על ידי קלינאי מוסמך בעזרת הגרסה העברית של האבחון הפסיכיאטרי החצי-מובנה של הפרעות אפקטיביות וסכיזופרניה עבור ילדים בגיל בית הספר, בהווה ולאורך החיים (K-SADS-PL). במידה וקטגוריית סימפטומים מסוימת מתוך ראיון הסריקה מצאו חשד לאבחנה, הגרסה המלאה של הראיון הרלוונטית לאותה אבחנה אפשרית הועברה. נוכחותן של הפרעות פסיכיאטריות, שלא נכללו בגרסת הראיון, הוערכה בעזרת שאלות סריקה המבוססות על ספר ההדרכה הדיאגנוסטי והסטטיסטי של הפרעות הנפש, מהדורה רביעית, שעברה רביזיה (DSM-IV-TR). אלו כללו הפרעות של שליטה בדחפים (הפרעת מזג מתפרצת, קלפטומניה,

פירומניה, הימור פתולוגי, וטריכוטילומניה), הפרעות סומטופורמיות (הפרעת סומטיזציה, קונברסיה, היפוכונדריה, והפרעת פגימות גופנית), והפרעות מספקטרום האוטיזם. המידע שנאסף מהתהליך הדיאגנוסטי עבר ביקורת על ידי שני פסיכיאטרים של הילד, ואבחנה, לפי ה-DSM-IV-R-TR, הושגה בקונצנזוס.

לשם חיפוש אחר סימפטומים אובססיביים קומפולסיביים, שאלון מדד האובססיביות קומפולסיביות לילדים של ייל-בראון (35) הועבר להורים בצורה של ראיון חצי מובנה. השאלון מתחיל עם רשימת סימפטומים מפורטת אותה בודקים, הכוללת אובססיות וקומפולסיות אפשריות. המידע מקבל ציון על סולם של 0-4 לאורך 5 פריטי חומרה, זמן שמוקדש, הפרעה, מתח, התנגדות, ודרגת שליטה, ושלושה ציוני סיכום חושבו: אובססיות (0-20), קומפולסיות (0-20), וציון כללי (0-40). שאלון זה הוא בעל מהימנות ותוקף טובים ושימש בהצלחה במחקרים קודמים של ילדים (37) ובמספר מחקרים של אינדיבידואלים עם תסמונות גנטיות המתבטאות בפיגור שכלי.

סימפטומים של אוטיזם הוערכו על ידי "שאלון סקר של סימפטומים אוטיסטים". שאלון זה נבנה כך שיושלם על ידי אחד ההורים. הוא מכיל 40 שאלות, המבוססות על הגרסה שעברה רביזיה של הראיון הדיאגנוסטי לאוטיזם (ADI-R), אשר שונו לשם הבנה על ידי ההורים ללא הצרכת הסבר נוסף. כל פריט מקבל ציון של 1 (קיום ההתנהגות החריגה) או של 0 (היעדר ההתנהגות החריגה), ובסה"כ טווח הניקוד הוא 0-40. הניקוד של שאלון זה נמצא בקורלציה גבוהה עם שאלון ה-ADI-R. שאלון זה הראה תוקף דומה ל-ADI-R לאוטיזם בהבדלת אינדיבידואלים עם הפרעות מספקטרום האוטיזם מאינדיבידואלים עם הפרעות פסיכיאטריות והתפתחותיות אחרות ומאינדיבידואלים בעלי פיגור שכלי ללא הפרעות מספקטרום האוטיזם. ציונים של 15 או יותר במבחן זה מבדיל בין אינדיבידואלים עם הפרעות מספקטרום האוטיזם לבין אינדיבידואלים ללא אותן הפרעות ברגישות של 0.85, ספציפיות של 0.75, וערך ניבויי חיובי של 0.93. התנהגויות סטריאוטיפיות נסרקו בעזרת סולם החומרה של סולם ההתנהגות הסטריאוטיפית. הסולם מורכב מ-24 פריטים, אשר כל אחד מתאר סוג נפרד של התנהגות סטריאוטיפית, למשל "מתנדנד אחורה וקדימה" או "בעל תנועות יד חוזרות", אשר מוערכת על ידי המראיין בסולם של 0 (אין) עד 3 (חמור) על בסיס הראיון עם ההורים. סולם ההתנהגות הסטריאוטיפית הוא בעל עקיבות פנימית טובה ומהימנות. קורלציות גבוהות ביותר נמצאו בין שאלון זה עם סולמות אחרים של סטריאוטיפיות, כגון סולם הסטריאוטיפיות של רשימת ההתנהגות החריגה. בעוד שמרבית הפריטים, בסולם ההתנהגות הסטריאוטיפית ובסולם האובססיביות קומפולסיביות לילדים של ייל-בראון, אינם חופפים, כמה מהם כן חופפים. עבור סימפטומים חופפים, אנליזה פונקציונאלית קפדנית נערכה עם ההורים במהלך הראיון, שהתמקדה במטרה מאחורי הסימפטום של הילד על מנת להבחין בין סימפטומים אובססיביים-קומפולסיביים, לבין התנהגות סטריאוטיפית, וטיקים. כך לדוגמה, תנועות יד אובחנו כסטריאוטיפיות כאשר הן לא שמשו אף מטרה מובחנת; הן אובחנו כטיקים אם הילד מבצע אותם עד "שזה מרגיש בדיוק בסדר" וכקומפולסיות כאשר הילד עסק בהתנהגות החוזרת על מנת להפחית במחשבות, רעיונות או דימויים מעוררי חרדה. התוצאה הסופית של פרוצדורה זו הייתה שכל סימפטום או התנהגות הוגדר כקומפולסיה או התנהגות סטריאוטיפית ולא שניהם.

ניתוח סטטיסטי

כל הניתוחים בוצעו בעזרת SPSS 15.0 עבור Windows . הבדלים בשיעורי השכיחות של הפרעות נירופסיכיאטריות בין זכרים לנקבות נותחו על ידי Chi-square או מבחן פישר המדויק, בתלות במספר התצפיות הצפויות לתא. סולם האובססיביות קומפולסיביות לילדים של ייל-בראון, שאלון הסריקה לאוטיזם, וציוני סולם ההתנהגות הסטריאוטיפית וחלק מהאבחנות הפסיכיאטריות השווו בין נבדקים עם או בלי הפרעה אובססיבית קומפולסיבית בעזרת מבחן U של מאן-ויטני. קורלציות בין משתנים חושבו בעזרת מבחן ספרמן. רגרסיה ליניארית שימשה על מנת לחקור לעומק את האסוציאציה בין התוצאה הכללית של סולם האובססיביות קומפולסיביות לילדים של ייל-בראון וציוני שאלון הסריקה לאוטיזם וסולם ההתנהגות הסטריאוטיפית. נתונים שלא התפלגו נורמאלית נורמלו על ידי הפעלת טרנספורמציות לוגריתמיות ושל שורש ריבועי, לפני שהוכנסו לתוך הרגרסיה הליניארית. רמת המובהקות (P) עבור כל המבחנים הסטטיסטיים הוצבה כ 0.05 ומטה, וכל המבחנים היו דו צדדיים.

ממצאים

אבחנות פסיכיאטריות

האבחנות הפסיכיאטריות בזמן הווה ולאורך החיים של קבוצת המשתתפים במחקר מוצגות בטבלה מספר 1. מתוך כל המדגם, 60.9% לקו בהפרעה פסיכיאטרית אחת לפחות בזמן ההערכה. ממוצע (ס"ת) של מספר ההפרעות הפסיכיאטריות לנבדק היה 2.1 (1.4). משתתפים זכרים לקו במובהק ביותר הפרעות של שליטה בדחפים מאשר משתתפות נקבות (7 זכרים, 15.2% מול 0 נקבות, $P=0.01$). לא נמצאו הבדלי מגדר מובהקים נוספים בשיעור ההפרעות הפסיכיאטריות לאורך החיים או בהווה.

האבחנות הפסיכיאטריות בזמן הווה, הנפוצות ביותר, היו הפרעות חרדה (34.5%) והפרעות הרסניות (33.3%). הפרעות מצב רוח היו קיימות ב-10.3% מהמשתתפים; 8.0% מילאו את הקריטריונים של הפרעת שליטה בדחפים (טריכוטילומניה, 3; הפרעת מזג לסירוגין, 3; פירומניה, 1); ורק 2 משתתפים (2.2%) לקו בהפרעה פסיכוטית: הפרעה סכיזופרניפורמית באחד ודיכאון פסיכוטי בשני. לפחות סוג אחד של פחד דווח על ידי 33.7% מהמשתתפים, אך רק אצל 16.1% מהמשתתפים הפחד כלל ליקויי הסתגלות ומילא את הקריטריון של ה-DSM-IV-TR לפוביה ספציפית. הפחדים נפוצים ביותר היו מבעלי חיים (16.3%), מפגיעה מזריקה (12.8%), מהחושך (11.6%), מגורמים בסביבה הטבעית (5.8%), ומרעשים חזקים (4.7%).

היסטוריה של טיפול פסיכיאטרי

18 משתתפים (20.7%) עברו טיפול פסיכותרפויטי, ו-22 (25.3%) קיבלו תרופות פסיכיאטריות, הכוללות תרופות אנטיפסיכוטיות (ריספרידון ב-12 מהמשתתפים ולוומפרומאזין באחד), מתילפנידאט (ריטאלין ב-10 וקונצרטא באחד), מעכבי אחזור סרוטונין ספציפיים (ציטאלופראם ב-3 ופלוואוקסטין באחד), ומייצבי מצב רוח (חומצה ואלפרואית ב-2, וקרמזפין באחד). 13 המתבגרים שקיבלו תרופות אנטי פסיכוטיות אובחנו כלוקים בהפרעת חרדה (4 משתתפים), הפרעת דיכאון (משתתף אחד), הפרעות חרדה ודיכאון גם יחד (4 נבדקים), הפרעות חרדה והרסניות משולבות (2 משתתפים), הפרעה ביפולארית אפקטיבית (משתתף אחד), או הרטבת לילה (משתתף אחד); ואחד מהם לא לקה בהפרעה פסיכיאטרית. אף אחד מ-13 המתבגרים שקיבלו אנטי-פסיכוטיים לא לקה בהפרעה פסיכוטית.

סימפטומים אובססיביים קומפולסיביים, אוטיסטיים וסטריאוטיפיים

עשרה משתתפים (11.4%) ענו לקריטריונים האבחנתיים של הפרעה אובססיבית קומפולסיבית. ההתפלגויות של סימפטומים אובססיביים-קומפולסיביים בתת קבוצה זו ובקבוצת המשתתפים כולה מוצגות בטבלה 2.

הסימפטומים האובססיביים-קומפולסיביים השכיחים ביותר, שהיו קיימים בקרב יותר מ-10% מקבוצת הניסוי ובקרב 20% מתת הקבוצה שלקתה בהפרעה אובססיבית קומפולסיבית, היו אובססיות של זיהום, תוקפנות, ואגירה וקומפולסיות של שאלות חוזרות, ניקיון, בדיקה, אגירה, וסידור/סימטריה. אובססיות סומטיות, מעשים חוזרים ואמונות תפלות היו גם כן רווחים בקרב תת הקבוצה שלקתה בהפרעה אובססיבית קומפולסיבית. הממוצע (ס"ת) של מספר האובססיות למשתתף בתת הקבוצה שלקתה בהפרעה היה 2.6 (1.2), והחומרה הממוצעת (ס"ת) שלהן לפי

שאלון מדד האובססיביות קומפולסיביות לילדים של ייל-בראון הייתה 9.7 (4.5); מספר הקומפולסיות הממוצע (ס"ת) היה 3.2 (2.0), והחומרה הממוצעת שלהן הייתה 12.5 (2.5). עשרה משתתפים עם הפרעה אובססיבית קומפולסיבית לקו בהפרעה פסיכיאטרית נוספת: הפרעות מספקטרום האוטיזם (50.0%), הפרעת התנגדות מתריסה (50%), הפרעת חרדה כללית (40.0%), הפרעת טיקים (30.0%), הפרעת חרדת פרידה (30.0%), פוביה ספציפית, הפרעת דיכאון, הפרעת דיסתימיה, והפרעת קשב והיפראקטיביות (20% כל אחת), וסכיזופרניה והפרעת שליטה בדחפים (10.0% כל אחת). המספר של אבחנות פסיכיאטריות, חוץ מהפרעה אובססיבית קומפולסיבית היה גבוה בצורה מובהקת באינדיבידואלים שלקו בהפרעה אובססיבית קומפולסיבית (ממוצע = 2.9, ס"ת = 2.3) מאשר באלו ללא ההפרעה (ממוצע = 0.9, ס"ת = 1.2) ($P < 0.001$). ממוצע הגילאים של המשתתפים שלקו בהפרעה אובססיבית קומפולסיבית היה דומה לזה של המשתתפים ללא ההפרעה (ממוצע = 16.4, ס"ת = 3.4, וממוצע = 16.2, ס"ת = 2.5, בהתאמה).

חומרת הסימפטומים סטריאוטיפים היתה גבוהה בצורה מובהקת בקרב אינדיבידואלים בעלי ההפרעה מאשר באלו ללא ההפרעה (ממוצע = 10.4, ס"ת = 8.6 מול ממוצע = 3.1, ס"ת = 4.9, $z = 3.1$, $P < 0.005$). הסימפטומים הסטריאוטיפים הנפוצים ביותר היו צעקות וצרחות (24.1%), תפעול חפצים, בהייה בידיים או בחפצים, ופרצי ריצה (19.5% כל אחד), והתנדנדות אחורה וקדימה ורחרוח חפצים (17.1% כל אחד).

ארבעה עשר משתתפים (16.1%) ענו לקריטריוני ה-DSM-IV-TR להפרעות מספקטרום האוטיזם, ו-18 משתתפים (20.7%) הגיעו לניקוד של 15 או יותר בשאלון הסריקה לאוטיזם, שהוא הרף לקיומה של הפרעה מספקטרום האוטיזם. ניקודי אוטיזם היו גבוהים בצורה מובהקת באינדיבידואלים עם הפרעה אובססיבית קומפולסיבית מאשר באלו ללא ההפרעה (ממוצע = 15.7, ס"ת = 7.2 מול ממוצע = 10.0, ס"ת = 7.0, $z = 2.8$, $P < 0.01$).

לפי המצופה, התקיימה קורלציה חיובית בין ציונים כלליים של שאלון מדד האובססיביות קומפולסיביות לילדים של ייל-בראון לבין שאלון הסריקה לאוטיזם ($r = 0.53$, $P < 0.0001$) ובין ציונים כלליים של שאלון מדד האובססיביות קומפולסיביות לילדים של ייל-בראון לבין סולם ההתנהגות הסטריאוטיפית ($r = 0.30$, $P < 0.01$). כמו כן התקבלה קורלציה חיובית מובהקת בין ציונים בשאלון הסריקה לאוטיזם וסולם ההתנהגות הסטריאוטיפית ($r = 0.33$, $P < 0.01$).

לשם זיהוי מנבאים אפשריים של חומרת הסימפטומים האובססיביים קומפולסיביים, השתמשנו במודל של רגרסיה ליניארית עם ציונים כלליים של שאלון מדד האובססיביות קומפולסיביות לילדים של ייל-בראון כמשתנה תלוי וציוני שאלון הסריקה לאוטיזם וסולם ההתנהגות הסטריאוטיפית, גיל, ומגדר כמשתנים בלתי תלויים. רק ציוני שאלון הסריקה לאוטיזם ניבאו במובהק את הציונים הכלליים של שאלון מדד האובססיביות קומפולסיביות לילדים של ייל-בראון (בטא = 0.19, $r^2 = 0.39$, $P < 0.0001$). ציוני סולם ההתנהגות הסטריאוטיפית לא ניבאו במובהק את ציוני שאלון הסריקה לאוטיזם ומגדר (בטא = 0.24, $P = 0.71$) וגם לא גיל ומגדר.

דיון וניתוח

למיטב ידיעתנו, זהו הדיווח הראשון המתמקד בשכיחות ובמאפיינים של הפרעות פסיכיאטריות בקרב מתבגרים עם פיגור שכלי בעזרת הערכות פסיכיאטריות מובנות. מצאנו שיעור של 61% של הפרעות פסיכיאטריות במתבגרים ישראלים בעלי פיגור שכלי קל-בינוני, שיעור שהוא גבוה במידה משמעותית מהשיעור של 37-40% שדווח בעבר בקבוצות שכללו ילדים צעירים יותר או קבוצות שכללו הן ילדים והן מתבגרים. השיעור הגבוה יותר שעלה ממחקרנו, אשר כלל מתבגרים בלבד, יכול להיות משויך לעובדה שמחקרים קודמים בנוער ממוצע מבחינה אינטלקטואלית הראו שהשיעור של הפרעות פסיכיאטריות, במיוחד הפרעות מופנמות, נוטה לעלות מהילדות לגיל ההתבגרות. הסבר אפשרי נוסף לשיעור הגבוה של הפרעות פסיכיאטריות בקבוצה שלנו הוא ההערכה המקיפה שערכנו, אשר כיסתה מספר קבוצות של הפרעות פסיכיאטריות שלא נבדקו במחקרים קודמים, הכוללות הפרעות שליטה בדחפים, הפרעות סומטופורמיות, הרטבת לילה, וחוסר שליטה בהפרשת צואה. השיעור הגבוה יחסית של הפרעות שליטה בדחפים במשתתפים הזכרים ושל מחשבות התאבדות וניסיונות הוא ראוי לציון, בהיותם גורמים שנכללו לעיתים רחוקות במחקרים קודמים של ילדים ומתבגרים בעלי פיגור שכלי. שני מחקרים דיווחו על התנהגות אובדנית בכ-20% מהילדים ומהמתבגרים בעלי פיגור שכלי הבאים מרקע פסיכיאטרי. התנהגות אובדנית והפרעות של שליטה בדחפים נראות כהתנהגויות אימפולסיביות שכיחות במתבגרים בעלי פיגור שכלי ולכן אסור שיתעלמו מהן.

רבע מקבוצת הניסוי שלנו נטל תרופות פסיכיאטריות. שיעור זה הוא גבוה, ודומה לשיעורים של 19-29% שדווחו במבוגרים בעלי פיגור שכלי הגרים בקהילה. משמעות ממצא זה שמתבגרים בעלי פיגור שכלי מקבלים תרופות אנטי פסיכוטיות, מסיבות שונות מההנחות הפסיכיאטריות הרגילות, היא מדאיגה. 9 מתוך 13 המשתתפים (69%) שקיבלו תרופות אנטי פסיכוטיות סבלו מהפרעות חרדה ו/ או דיכאון, אשר בשבילן מעכבי אחזור סרוטונין ספציפיים הם התרופה המומלצת. יתר על כן, לאף אחד מהם לא הייתה הפרעה פסיכוטית ושני המשתתפים בקבוצת הניסוי שלקו בהפרעה פסיכוטית לא נטלו תרופות אנטי פסיכוטיות. שימוש לא הולם בתרופות אנטי פסיכוטיות על ידי מתבגרים שלוקים בחרדה ודיכאון יכול להחריף את המצב הקליני על ידי גרימת תופעות לוואי שלא לצורך, למשל השמנה, היפרפרולקטינימיה, רדימות, וסימפטומים אקסטר-פירמידאליים. יש לצייין, שמתבגרים בעלי פיגור שכלי מועדים במיוחד לפתח תופעות לוואי אלו. תוצאות מחקרנו מדגישות את החשיבות של המלצה על טיפולים פסיכיאטריים למתבגרים בעלי פיגור שכלי אך ורק לאחר ביצוע של הערכה פסיכיאטרית מדוקדקת.

כפי ששיעורנו, מצאנו שיעור גבוה יחסית של הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית (11.4%) בקבוצת המתבגרים בעלי הפיגור השכלי שבדקנו. שיעור זה גבוה בצורה מובהקת מהשיעור של 2.7%-0.4% שדווח בילדים ובמתבגרים בעלי פיגור שכלי במחקרים קודמים. חוסר ההתאמה בין המחקרים יכול להיות מוסבר על ידי אבחון יתר של התנהגות סטריאוטיפית ואבחון בחסר של הפרעה אובססיבית קומפולסיבית באינדיבידואלים בעלי פיגור שכלי. התנהגויות סטריאוטיפיות מוגדרות ב-DSM-TR כ"התנהגויות מוטוריות חוזרות שנראות כנובעות מתוך דחף ואינן פונקציונאליות (למשל, לחיצת ידיים או נפנוף, נדנדוד הגוף...)" . התנהגויות סטריאוטיפיות שכיחות באינדיבידואלים בעלי פיגור שכלי, וקלינאים טוענים לעיתים קרובות שהתנהגויות החוזרות

באנשים עם פיגור שכלי הן בעיקר התנהגות סטריאוטיפית. אכן, בקבוצה שלנו, התקיימה קורלציה חיובית מובהקת חלשה בין החומרה של הסימפטומים האובססיביים-קומפולסיביים והחומרה של הסימפטומים הסטריאוטיפיים. בנוסף לכך, תת הקבוצה הלוקה בהפרעה אובססיבית-קומפולסיבית הייתה בעלת ציונים גבוהים יותר של סטריאוטיפיות מאשר תת הקבוצה ללא הפרעה. אולם מעבר לכך, מצאנו שבנוסף להתנהגות סטריאוטיפית, המשתתפים שלקו בהפרעה אובססיבית-קומפולסיבית הציגו סימפטומים אובססיביים-קומפולסיביים קלאסיים, בעיקר אובססיות של זיהום, אובססיות תוקפניות וסומאטיות, ואגירה, וקומפולסיות של ניקיון, בדיקה, אגירה, וסידור וסימטריה. סימפטומים אובססיביים-קומפולסיביים אלו היו דומים לאלה שדווחו בפציינטים ממוצעים אינטלקטואלית הלוקים בהפרעה אובססיבית-קומפולסיבית. האינדיבידואלים בעלי פיגור השכלי במחקר שלנו גם היו בעלי שיעור גבוה של התחלואות הנלוות, הטיפוסיות למתבגרים ממוצעים אינטלקטואלית הלוקים בהפרעה אובססיבית קומפולסיבית, וכללו הפרעות חרדה אחרות, הפרעות התנגדות מתריסה, והפרעת טיקים. 50% מהמתבגרים בעלי הפרעה כפייתית סבלו גם מהפרעה התפתחותית כוללת, אחוז שהוא גבוה יותר משיעור של כ-20% של תכונות אוטיסטיות המדווח באשר לפציינטים ממוצעים אינטלקטואלית הלוקים בהפרעה אובססיבית קומפולסיבית.

להערכתנו מחקרים קודמים דיווחו על שיעורים נמוכים מאוד של הפרעה אובססיבית קומפולסיבית במתבגרים בעלי פיגור שכלי בשל כך שהם צייתו לקריטריונים נוקשים, אשר לא לקחו בחשבון אספקטים התפתחותיים. כך לדוגמה, חלק מהמתבגרים שלנו עם פיגור שכלי והפרעה אובססיבית קומפולסיבית הציגו התנהגויות קומפולסיביות אך לא דיווחו על מחשבות אובססיביות או דימויים. בנוסף, הם לא חוו את הסימפטומים האובססיביים-קומפולסיביים כאגו-דיסטוניים או כעודפים. יש לקחת בחשבון שלעיתים קרובות אנשים עם פיגור שכלי מתקשים קוגניטיבית לתאר אובססיות כאגו דיסטוניות. אולם, בעוד שאובססיות בקבוצה שלנו היו בממוצע פחות חמורות מהקומפולסיות, הן היו קיימות ברוב המתבגרים בעלי הפרעה. החומרה של הסימפטומים האובססיביים קומפולסיביים הייתה בקורלציה מובהקת עם החומרה של הסימפטומים הסטריאוטיפיים והאוטיסטיים. מעניין לציין שהחומרה של הסימפטומים האוטיסטיים הסבירה 39% מהשונות בסימפטומים האובססיביים-קומפולסיביים. כבר ב-1957, קנר ואייזנברג (1957) ציינו שלילדים אוטיסטים יש רצון אובססיבי חרד לשמר את הדומה, דבר המתבטא כעיסוק בטקסים. מקדוגל ושות' (1995) מצאו ש-96% מהמבוגרים האוטיסטיים, שלרובם היה פיגור שכלי, הציגו סימפטומים אובססיביים-קומפולסיביים. כמו במחקרנו, אגירה וסידור היו נפוצים. ראוי לציין כי ילדים בעלי תסמונות נירוגנטיות המקושרות עם פיגור שכלי, כגון תסמונת פראדר-וילי ותסמונת חיד לב פנים, הם בעלי שיעורים גבוהים של הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית ושל הפרעות מספקטרום האוטיזם. אי לכך, יש חשיבות בחיפוש אחר תסמונות גנטיות באינדיבידואלים בעלי פיגור שכלי, הפרעה אובססיבית קומפולסיבית והפרעות מספקטרום האוטיזם גם יחד.

התחלואה המשותפת הגבוהה של הפרעה אובססיבית קומפולסיבית והפרעות מספקטרום האוטיזם אשר נמצאה במחקרנו היא תואמת למסלולים האטיולוגיים והפטופיזיולוגיים המוחיים השכיחים, ככל הנראה, בהפרעה אובססיבית קומפולסיבית ובהפרעות מספקטרום האוטיזם, כפי שדווח בסקירות של בג'רוט (2006,2007) וגרוס-איזרהוף ושות' (2001). הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית נמצאה בשיעורים מוגברים בקרובים מדרגה ראשונה של אינדיבידואלים עם

הפרעות מספקטרום האוטיזם או אוטיזם (4). בנוסף, יש עדות גנטית בנוגע לכך שאללים של הגן לטרנספורטר לסרוטונין נמצאים בזיקה לאוטיזם ולכפייתיות. מחקרי הדמיה מוחית מצאו אינדיקציות למסלולים פרונטו-סטריאטאליים חריגים בשתי התחלואות, ושתייהן מגיבות קלינית למעכבי אחזור סרוטונין ספציפיים ולתרופות אנטי-דופמינרגיות. ממצאים אלו, בשילוב עם התחלואה המשותפת הגבוהה של הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית והפרעות מספקטרום האוטיזם, הובילו להצעה שקיים תת סוג אוטיסטי של הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית או של תסמונת אוטיסטית-אובססיבית-קומפולסיבית. מחקרנו מראה כי תת סוג זה של הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית הוא נפוץ באינדיבידואלים בעלי פיגור שכלי.

המחקר הנוכחי הוא בעל מספר מגבלות. ההערכות הפסיכיאטריות נערכו על ידי ראיונות עם ההורים. לא כללנו הערכה קלינית של המתבגרים, ואף לא אספנו אינפורמציה ממוריהם. הערכה של המתבגרים הייתה מוסיפה מידע חשוב באשר למטרות ההתנהגויות, בייחוד בעבור התנהגויות חוזרות. בעוד שהסתמכנו על הידע האינטימי של ההורים לגבי הסימפטומים של הילד, ראיון ישיר עם המתבגרים, היה מעלה את הביטחון באבחנה שלנו. מגבלה נוספת היא העובדה שלא הייתה קבוצת ביקורת של מתבגרים בריאים וממוצעים אינטלקטואלית או של מתבגרים ממוצעים אינטלקטואלית עם הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית. השוואה לקבוצת ביקורת הייתה מאפשרת לנו להעריך עד כמה שכיחות ביתר אבחנות פסיכיאטריות שונות במתבגרים עם פיגור שכלי בהשוואה למתבגרים עם אינטליגנציה תקינה.

סיכום, המלצות ומסקנות

מדובר במחקר ראשון בישראל שהעריך באופן שיטתי את שכיחות ההפרעות הפסיכיאטריות בקרב אנשים בעלי פיגור שכלי קל עד בינוני. בחרנו להתמקד במתבגרים מכיוון שגיל ההתבגרות, בשל אתגריו ההתפתחותיים המסובכים, מהווה תקופת משבר למתבגרים רבים עם פיגור שכלי. מצאנו שיעור גבוה מאד של תחלואה פסיכיאטרית בקרב מתבגרים עם פיגור. 60% מהמתבגרים סבלו מהפרעות פסיכיאטריות. מרבית ההפרעות הפסיכיאטריות השכיחות שמצאנו במדגם כגון הפרעת קשב-היפראקטיביות, הפרעות חרדה, והפרעות במצב הרוח דווחו גם במחקרים קודמים בינלאומיים שנערכו באוכלוסיות ילדים ומתבגרים עם פיגור שכלי.

הרושם הקליני שהיה לנו לפני המחקר שמתבגרים רבים בעלי פיגור שכלי סובלים מהפרעות פסיכיאטריות. כמו כן ראינו שקלינאים וחוקרים בארץ ובעולם מפרשים התנהגויות כפייתיות כהתנהגויות סטריאוטיפיות או כהתנהגויות שהן חלק בלתי נמנע של הפיגור. במחקרנו מצאנו שסימפטומים כפייתיים שכיחים מאד בקרב מתבגרים עם פיגור שכלי ושב-11% מהם הסימפטומים בדרגת חומרה כזו שעונה על הקריטריונים של הפרעה כפייתית. לפיכך ההנחה שלנו שקיים תת-אבחון של הפרעה כפייתית בקרב מתבגרים עם פיגור שכלי אוששה. ממצא זה הינו חלוצי שכן למיטב לידיעתנו כפייתיות בקרב מפגרים לא נחקרה באופן סיסטמתי קודם לכן. תוצאות המחקר שלנו מעידות שבנוסף לתת-אבחון של הפרעות פסיכיאטריות במתבגרים בעלי פיגור שכלי בישראל אף אין הם מקבלים את הטיפול הפסיכיאטריים שמתאימים להפרעות הפסיכיאטריות הקיימות אצלם. הדוגמא המובהקת לכך היא ש-13 מתבגרים מהמדגם שלנו (15%) טופלו בתרופות אנטי פסיכוטיות למרות שההפרעות הפסיכיאטריות מהן סבלו לא היו פסיכוטיות אלא הם סבלו מהפרעות חרדה ודיכאון. יש מקום לשער שאם היו מאובחנים נכונה את הפרעותיהם הפסיכיאטריות הם היו מקבלים טפול בתרופות נוגדות דיכאון-חרדה (דוגמת פרוזק ותרופות סרוטונורגיות אחרות) ולא תרופות אנטיפסיכוטיות. לטפול לא מתאים זה עלול להיות מחיר כבד שכן התרופות האנטי פסיכוטיות עלולות לגרום לתופעות לוואי קשות כולל השמנה ניכרת, סכרת, עליה בשומני הדם, וברמות הפרולקטין בדם ותופעות לוואי של מערכת התנועה.

ההשלכות היישומיות של המחקר.

מחקר זה מדגיש את הצורך האקוטי לפתח שירותים פסיכיאטריים לילדים ומתבגרים בעלי פיגור שכלי וזאת בשל הסיבות הבאות: (1) מחקרנו הראה שמרבית המתבגרים בעלי פיגור שכלי סובלים מהפרעות פסיכיאטריות. מרביתם לא אובחנו טרם המחקר על ידי פסיכיאטרי או איש מקצוע אחר ורק בעקבות תוצאות המחקר הם הופנו לטיפול.

(2) אבחון הפרעות פסיכיאטריות בבעלי פיגור שכלי הוא משימה מורכבת שכן בעלי פיגור שכלי לעתים קרובות לא מצליחים להעביר בצורה ברורה את מצוקתם. הדבר גורם לכך שאנשי מקצוע מפרשים לעתים לא נכונה מצוקות והתנהגויות שהם מבטאים. לדוגמא, במקרנו מצאנו שכוחות גבוהה של הפרעה כפייתית באוכלוסייה זו אשר לעתים קרובות לא מאובחנת או מאובחנת כהתנהגות סטריאוטיפית או "כחלק אינטגרלי" של הפיגור.

(3) תת האבחון והאבחון המוטעה מובילים לכך שמתבגרים עם פיגור שכלי אינם מקבלים את הטפולים הפסיכיאטריים המתאים לבעייתם או שמקבלים תרופות אנטי פסיכוטיות קשות שאינן מתאימות לאבחנותיהם הפסיכיאטריות.

לאור זאת אנו סבורים שיש צורך להכשיר פסיכיאטרים של ילדים ונוער, עובדים סוציאליים, ופסיכולוגים להתנסות בעבודה ובאבחון מובנה של הפרעות פסיכיאטריות באנשים עם פיגור. כפי שהראנו במחקרנו שימוש בסקר פסיכיאטרי מובנה ופשוט יחסית להעברה מאפשר אבחון נכון וכוללני של הפרעות הפסיכיאטריות של מתבגרים עם פיגור שכלי קל ובינוני. אנו ממליצים להטמיע בקרב צבור המטפלים את מאפייני ההפרעות השכיחות שמצאנו ואת השאלות שיש לשאול על מנת לאבחן. הקורס שהחל השנה בהנהגת דר' מייק סטבסקי בשיתוף פעולה ותמיכה של קרן שלם ובו לומדים על היבטים פסיכיאטרים של פיגור מהווה על כן צעד ראשון ומבורך להכשרת מטפלים לאבחן הפרעות פסיכיאטריות באוכלוסיית בעלי פיגור שכלי.

ביבליוגרפיה

- AACAP (1998), Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(Suppl): 27S-45S
- American Psychiatric Association A (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bailey NM, Andrews TM (2003), Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) and the diagnosis of anxiety disorders: a review. *J Intellect Disabil Res* 47 Suppl 1: 50-61
- Barry RJ, Leitner RP, Clarke AR, Einfeld SL (2005), Behavioral aspects of Angelman syndrome: a case control study. *Am J Med Genet A* 1328-12 :
- Bejerot S (2006), Autism spectrum disorders, autistic traits and personality disorders in obsessive-compulsive disorder. In: *Obsessive-Compulsive Disorder And Comorbidity* Gross-Isseroff R, Weizman A, eds. Hauppauge, NY: Nova Science Pub Inc, pp 59-102
- Bejerot S (2007), An autistic dimension: A proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. *Autism* 11: 101-10
- Berument SK, Rutter M, Lord C, Pickles A, Bailey A (1999), Autism screening questionnaire: diagnostic validity. *Br J Psychiatry* 175: 444-51
- Bodfish JW, Crawford TW, Powell SB, Parker DE, Golden RN, Lewis MH (1995), Compulsions in adults with mental retardation: prevalence, phenomenology, and comorbidity with stereotypy and self-injury. *Am J Ment Retard* 100: 183-92
- Borthwick-Duffy SA (1994), Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *J Child Psychol Psychiatry* 62: 17-27
- Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, Rojas M, Brook J, Streuning EL (1993), An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 34: 851-67
- Cormack KF, Brown AC, Hastings RP (2000), Behavioural and emotional difficulties in students attending schools for children and adolescents with severe intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 44 (Pt 2): 124-9

Curry CJ, Stevenson RE, Aughton D, Byrne J, Carey JC, Cassidy S, Cunniff C, Graham JM, Jr., Jones MC, Kaback MM, Moeschler J, Schaefer GB, Schwartz S, Tarleton J, Opitz J (1997), Evaluation of mental retardation: recommendations of a Consensus Conference: American College of Medical Genetics. *Am J Med Genet* 72: 468-77

de Ruiter KP, Dekker MC, Verhulst FC, Koot HM (2007, in press), Developmental course of psychopathology in youths with and without intellectual disabilities. *J Child Psychol Psychiatry*

Dekker MC, Koot HM (2003), DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: prevalence and impact. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42: 915-22

Duggan L, Brylewski J (1999), Effectiveness of antipsychotic medication in people with intellectual disability and schizophrenia: a systematic review. *J Intellect Disabil Res* 43 (Pt 2): 94-104

Dykens EM (2000), Psychopathology in children with intellectual disability. *J Child Psychol Psychiatry* 41: 407-17

Dykens EM (2004), Maladaptive and compulsive behavior in Prader-Willi syndrome: new insights from older adults. *Am J Ment Retard* 109: 142-53

Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A, Hofer SM, Taffe J, Gray KM, Bontempo DE, Hoffman LR, Parmenter T, Tonge BJ (2006), Psychopathology in young people with intellectual disability. *Jama* 296: 1981-9

Emerson E (2003), Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 47: 51-8

Emslie GJ, Weinberg WA, Mayes TL (1998), Treatment of children with antidepressants: focus on selective serotonin reuptake inhibitors. *Depress Anxiety* 8 Suppl 1: 13-7

Gothelf D, Presburger G, Zohar AH, Burg M, Nahmani A, Frydman M, Shohat M, Inbar D, Aviram-Goldring A, Yeshaya J, Steinberg T, Finkelstein Y, Frisch A, Weizman A, Apter A (2004), Obsessive-compulsive disorder in patients with velocardiofacial (22q11 deletion) syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 126: 99-105

Gross-Isseroff R, Hermesh H, Weizman A (2001), Obsessive compulsive behaviour in autism--towards an autistic-obsessive compulsive syndrome? *World J Biol Psychiatry* 2: 193-7

Handen BL, Gilchrist R (2006), Practitioner review: Psychopharmacology in children and adolescents with mental retardation. *J Child Psychol Psychiatry* 47: 871-82

Hardan A, Sahl R (1999), Suicidal behavior in children and adolescents with developmental disorders. *Res Dev Disabil* 20: 287-96

Hollingshead AB (1975), *Four Factor Index of Social Status* New Haven, CT Yale University Department of Sociology

Kanner L, Eisenberg L (1957), Early infantile autism, 1943-1955. *Psychiatr Res Rep Am Psychiatr Assoc*: 55-65

Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N (1997), Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 980-8

Larson SA, Lakin KC, Anderson L, Kwak N, Lee JH, Anderson D (2001), Prevalence of mental retardation and developmental disabilities: estimates from the 1994/1995 National Health Interview Survey Disability Supplements. *Am J Ment Retard* 106: 231-52

Matson JL, Bamburg JW, Mayville EA, Pinkston J, Bielecki J, Kuhn D, Smalls Y, Logan JR (2000), Psychopharmacology and mental retardation: a 10 year review (1990-1999). *Res Dev Disabil* 21: 263-96

Matson JL, Sevin JA (1994), Theories of dual diagnosis in mental retardation. *J Consult Clin Psychol* 62: 6-16

McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Suckling J, Lam GY, Tai KS, Yip L, Murphy DG, Chua SE (2005), Mapping the brain in autism. A voxel-based MRI study of volumetric differences and intercorrelations in autism. *Brain* 128: 268-76

McDougle CJ, Kresch LE, Goodman WK, Naylor ST, Volkmar FR, Cohen DJ, Price LH (1995), A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 152: 772-7

Molteno G, Molteno CD, Finchilescu G, Dawes AR (2001), Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa. *J Intellect Disabil Res* 45: 515-20

Rauch SL, Whalen PJ, Curran T, Shin LM, Coffey BJ, Savage CR, McInerney SC, Baer L, Jenike MA (2001), Probing striato-thalamic function in obsessive-

compulsive disorder and Tourette syndrome using neuroimaging methods. *Adv Neurol* 85: 207-24

Rojahn J (1986), Self-injurious and stereotypic behavior of noninstitutionalized mentally retarded people: prevalence and classification. *Am J Ment Defic* 91: 268-76

Rojahn J, Matlock ST, Tasse MJ (2000), The stereotyped behavior scale: psychometric properties and norms. *Res Dev Disabil* 21: 437-54

Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, Cicchetti D, Leckman JF (1997), Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 844-52

Shanee N, Apter A, Weizman A (1997), Psychometric properties of the K-SADS-PL in an Israeli adolescent clinical population. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 34: 179-86

Storch EA, Murphy TK, Adkins JW, Lewin AB, Geffken GR, Johns NB, Jann KE, Goodman WK (2006), The children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale: psychometric properties of child- and parent-report formats. *J Anxiety Disord* 20: 1055-70

Stromme P, Diseth TH (2000), Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: data from a population-based study. *Dev Med Child Neurol* 42: 266-70

Walters AS, Barrett RP, Knapp LG, Borden MC (1995), Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation. *Res Dev Disabil* 16: 85-96

Abstract

The study evaluated the prevalence of DSM-IV-TR-defined psychiatric disorders in adolescents with mental retardation, with a focus on obsessive-compulsive disorder (OCD), for which data at present are sparse. Eighty-seven adolescents with mild to moderate mental retardation attending the Israeli special-education system were screened for psychiatric disorders in general and obsessive-compulsive symptoms in particular. Sixty-one percent had at least one psychiatric disorder. Of the 13 participants receiving antipsychotic medication, none had an underlying psychotic disorder and most had anxiety or depressive disorders. OCD was detected in 11% of participants and was characterized by high rates of psychiatric comorbidities. The severity of autistic symptoms predicted 39% of the variance in the severity of OCD symptoms. Adolescents with mild to moderate mental retardation have high rates of psychiatric morbidities which are often inappropriately treated. OCD is prevalent in this population and is strongly associated with autistic symptoms. Further studies are required in adolescents with mental retardation to better delineate psychiatric morbidities and their appropriate treatment in this at risk population.

Key words: adolescence; mental retardation; intellectual disability; psychiatric disorders; obsessive-compulsive disorder; autism; antipsychotics.



מؤسسة 'شاليم'
تطوير خدمات للشخص ذو
التخلف العقلي في السلطات المحلية
The Shalem Fund
for Development of Services for People with
Intellectual Disabilities in the Local Councils
פיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית
תפתחותית ברשויות המקומיות



מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל
مركز شتاينجر لطب الأطفال في إسرائيل
Schneider Children's Medical Center of Israel

Structured Psychiatric Diagnoses of Psychiatric Disorders and Abnormal Behaviors in Adolescents with Mild to Moderate Mental Retardation

Doron Gothelf, M.D.

Schneider Children's Medical Center of Israel

Alan Apter, M.D.

Schneider Children's Medical Center of Israel

This work was supported by a grant from Shalem Fund for
Development of Services for People with Mental Retardation in the Local
Councils in Israel



2008

קרן שלם/2008/009