

סוגי המוגבלויות הנפוצות

1. פיגור שכלי

בישראל, אנו פועלים על-פי ההגדרה בחוק (חוק הסעד טיפול במפגרים, תשכ"ט-1969) ובהתאמה להגדרות המקצועיות של האגודה האמריקנית לפיגור שכלי.

חוק הסעד (טיפול במפגרים) מגדיר אדם עם פיגור שכלי כ"אדם שמחמת חוסר התפתחות או התפתחות לקויה של כשרו השכלי מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת והוא זקוק לטיפול. חולה נפש כמשמעותו בחוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו 1955, אינו בבחינת מפגר לעניין חוק זה."

החוק בא לתת ביטוי להכרת החברה בזכותו של האדם עם הפיגור השכלי לקבל טיפול בזכות, ולא בחסד. הוא משמש מסגרת לקיום שירותים בעבורו וסמכויות התערבות ופיקוח לשם הגנתו.

ההגדרה של האגודה האמריקנית AAIDD מ-2002 מתייחסת לפיגור שכלי כנכות המאופיינת במגבלות משמעותיות בתפקוד האינטלקטואלי (שתי סטיות תקן מתחת לממוצע לפחות) ובהתנהגות מסתגלת המתבטאת במיומנויות הסתגלויות, תפיסתיות, חברתיות ומעשיות (הנבדקות לפי ממדים של יכולות אינטלקטואליות, השתתפות, יחסי גומלין ותפקידים חברתיים, בריאות והקשר) והמופיעה לפני גיל 18 שנים.

ההגדרה מבוססת על חמש הנחות:

1. את המגבלות בתפקוד יש לבחון בהקשר לסביבות הקהילתיות ולתרבות של האדם.
2. יש להתייחס לשונות התרבותית והלשונית, להבדיל התקשורת, למיומנויות הסנסומוטוריות ולגורמי ההתנהגות.
3. מתקיימות מגבלות לצד צדדים חזקים בתפקוד הפרט.
4. תיאור המגבלות חשוב לצורך יצירת פרופיל תמיכות.
5. בסיוע תמיכות לאורך זמן יחול שיפור כללי בתפקוד היום-יומי של הפרט. הרמות הן בהתאם למטרה של אבחון, סיווג או תכנון תמיכות.

על בסיס ההגדרה בחוק הישראלי וההגדרות האמריקניות לפיגור שכלי 1992, 2002, עדכן האגף לטיפול באדם המפגר את הגדרת רמות הפיגור השכלי:

- **פיגור קל** - קיימת התפתחות לקויה או חוסר התפתחות, קיימת הנמכה משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי (שתי סטיות תקן פחות מהממוצע), קיימת הנמכה משמעותית במיומנויות תחומי ההסתגלות (לפחות בשתיים מתוך עשרת התחומים); כמות התמיכה הנדרשת: מוגברת או תמידיה לפחות בשני תחומים, ולסירוגין, בשאר התחומים (תזכורת, הכוונה).
- **פיגור קל-בינוני** - קיימת התפתחות לקויה או חוסר התפתחות, קיימת הנמכה משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי (יותר משתי סטיות תקן פחות מהממוצע), קיימת הנמכה משמעותית במיומנויות תחומי ההסתגלות (לפחות

בשלושה או יותר מתוך עשרת התחומים); כמות התמיכה הנדרשת: מוגברת או תמידית לפחות בשלושה תחומים, ולתמיכה מוגבלת בשאר התחומים (הכוונה והדרכה קבועה).

- **פיגור בינוני** - קיימת התפתחות לקויה או חוסר התפתחות, קיימת הנמכה משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי (שלוש סטיות תקן ומעלה פחות, מהממוצע), קיימת הנמכה משמעותית במיומנויות תחומי ההסתגלות (לפחות במחציתם של עשרת התחומים); כמות התמיכה הנדרשת: מוגברת או תמידית לפחות במחצית התחומים ולתמיכה מוגבלת בשאר התחומים (הכוונה והדרכה קבועה).
- **פיגור בינוני-נמוך** - קיימת התפתחות לקויה או חוסר התפתחות, קיימת הנמכה משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי (ארבע סטיות תקן ומעלה פחות מהממוצע), קיימת הנמכה משמעותית במרבית מיומנויות תחומי ההסתגלות; כמות התמיכה הנדרשת: מוגברת או תמידית במרבית תחומי ההסתגלות (סיוע ישיר).
- **פיגור קשה** - קיימת התפתחות לקויה או חוסר התפתחות, קיימת הנמכה משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי (ארבע סטיות תקן ומעלה פחות מהממוצע), קיימת הנמכה משמעותית במרבית מיומנויות תחומי ההסתגלות; כמות התמיכה הנדרשת: תמידית לפחות בשלושה מתחומי ההסתגלות (מבצעים עבורו) ומוגברת בשאר התחומים (סיוע ישיר).
- **פיגור עמוק** - קיימת התפתחות לקויה או חוסר התפתחות, קיימת הנמכה משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי (ארבע סטיות תקן ומעלה פחות מהממוצע), קיימת הנמכה משמעותית בכל מיומנויות תחומי ההסתגלות; כמות התמיכה הנדרשת: תמידית בכל תחומי ההסתגלות (מבצעים עבורו).

האטיולוגיה של הפיגור השכלי

הגורמים לפיגור מתחלקים לשלוש קבוצות:

- גורמים ביולוגים:
- הפרעות כרומוזומליות
- גורמים גנטיים/תורשתיים
- גורמים פיזיים:
- פגיעות לפני לידה
- פגיעות בזמן הלידה
- פגיעות אחרי לידה
- גורמים סביבתיים

לכ-50% מהאנשים המוגדרים עם פיגור שכלי יש יותר מגורם סיבתי בודד והפיגור השכלי משקף בדרך כלל תוצר של יחסי גומלין והשפעות מצטברות של מספר גורמי סיכון. שילובים אפשריים שונים של רכיבי הסיכון מאפשר הסבר

מדויק יותר לרמת התפקוד ולהבדלים בין אנשים המוגדרים למשל כבעלי אותה תסמונת. במצבים מסוימים אין אפשרות לקבוע את האטיולוגיה בהווה. העדר היכולת לקביעת האטיולוגיה אינו שולל את קיומה; בדומה לכך, העדר היכולת לקביעת אטיולוגיה אינו שולל את דבר קיומו של הפיגור השכלי.

מערכת האבחון של משרד הרווחה

בישראל נקבעת הגדרת פיגור שכלי בידי ועדת מומחים מיוחדת, ששמה הוא "ועדת אבחון", מטעם האגף לטיפול באדם עם הפיגור השכלי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. ועדת האבחון היא הסמכות המקצועית לקביעת הגדרת הפיגור השכלי. אמנם, הגדרות רפואיות של פיגור, הניתנות בידי רופאים שונים, יכולות כמובן לשמש כאבחנות ולצרכים רפואיים, אך אין מזכות את האדם ומשפחתו בשירותים שהמדינה מעניקה לאדם עם פיגור שכלי. ביצוע אבחון מקיף מטעם "האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי" במשרד הרווחה הוא זכות הניתנת ללא תשלום לאנשים שיש חשש כי הם בעלי פיגור. האבחון עצמו מתקיים במרכזי אבחון בערים השונות, שזכו במכרזים של משרד הרווחה מעת לעת. האבחון מורכב ממספר חלקים, האמורים להקיף את מכלול המאפיינים של הגדרת הפיגור:

- **בדיקה רפואית** - מבוצעת בידי רופא, לבדיקת מצבו הגופני של האדם. לרופא האמור יש ידע לגבי התסמונות השונות, שחלק ממאפייניהן הוא פיגור, ויש יכולת לאבחן את מצבו הגופני והרפואי של האדם.
- **בדיקה פסיכולוגית** - מבוצעת בפגישה עם פסיכולוג, בעזרת מבחני IQ ומבחנים נוספים, ונועדה לאבחן את מצבו השכלי והאישיותי של האדם.
- **בדיקה סוציאלית התפתחותית** - מבוצעת בפגישה עם עובד סוציאלי, ובה נבדקים שלבי ההתפתחות והיכולות התפקודיות וההסתגלותיות של האדם בתחומי חייו השונים.
- **בדיקה פסיכיאטרית** - מבוצעת בפגישה עם פסיכיאטר, רק לפי הצורך ובמקרים מיוחדים, כאשר עלה בכך הצורך לאור התרשמות הבודקים.

2. נכות פיזית

שיתוק מוחין מהווה קבוצת ליקויים בהתפתחות התנועה והיציבה, שאינה מתקדמת (פרוגרסיבית). ההפרעה מופיעה במוח המתפתח של העובר והתינוק וגורמת למגבלות בפעילות. לליקויים המוטוריים בשיתוק מוחין מתלוות בדרך כלל גם הפרעות חושיות, קוגניטיביות, תקשורתיות, תפיסתיות ו/או התנהגותיות ו/או הפרעות אפילפטיות. נכות פיזית היא הפרעה הפוגעת ביכולות מוטוריות, בטונוס השרירים ובתנועתיות. זהו מצב, ולא מחלה, הנוצר כתוצאה מנזק במוח לפני, בזמן או אחרי הלידה ועד לחמש השנים הראשונות של החיים. למעשה, מדובר בקשת רחבה של הפרעות נירולוגיות בדרגות חומרה שונות. כ-70% מהאנשים עם שיתוק מוחין ייפגעו גם קוגניטיבית.

שכיחות התופעה ואטיולוגיה

שיתוק מוחין היא ההפרעה השכיחה ביותר מבין ההפרעות בגיל הילדות הגורמות לנכות: אחד מכל 500 תינוקות. השכיחות גדולה יותר בקרב פגים ותינוקות שנולדו במשקל נמוך מ-2.5 ק"ג - כ-5% מסך הפגים ילקו בהפרעה. הפגיעה המוחית תיתכן לפני לידה, בזמן לידה או בחודשים הראשונים אחרי הלידה. הסיכון העיקרי לפתח שיתוק מוחין נובע מגורמים טרום-לידהיים, מפגות וממשקל לידה נמוך.

אופי הנכות

מיון הפגיעה מתייחס לאופי ההפרעה המוטורית ולמספר הגפיים. בספרות מתוארות מספר שיטות לסיווג הלכות בשיתוק מוחין:

1. חלוקה על-פי הגפיים המעורבות בפגיעה
 - א. מונופלגיה - מעורבות של גפה אחת (נדיר).
 - ב. דאבל המיפלגיה - מעורבות של שני צידי הגוף, אך מידת הפגיעה בכל צד שונה (נדיר).
 - ג. המיפלגיה - מעורבות של יד ורגל באותו צד.
 - ד. טריפלגיה - מעורבות של שלוש גפיים.
 - ה. דיפלגיה - מעורבות גדולה יותר של גפיים תחתונות (עם מעורבות מסוימת וקלה יותר של גפיים עליונות).
 - ו. טטרפלגיה - מעורבות של ארבע גפיים.
2. חלוקה על-פי טונוס (מתח) השרירים:
 - א. ספסטיות - טונוס גבוה מעל הנורמה.
 - ב. אטטוזיס - טונוס משתנה.
 - ג. אטקסיה - טונוס נמוך עם הפרעת שיווי משקל.
3. חלוקה על-פי תפקוד קיים סיווג בן חמש דרגות לתפקוד המוטורי של ילדים עם שיתוק מוחין, גילאי 10-12. הסיווג מתבסס על יכולתיהם התפקודיות ומידת הנחיצות של טכנולוגיה מסייעת ואמצעי ניידות. לכל רמה ביטויים שונים בהתאם לגיל:
 - רמה 1 - הליכה ללא מגבלות. מגבלות עלולות להופיע כאשר נדרשות מיומנויות מוטוריות מתקדמות ומורכבות.
 - רמה 2 - הליכה ללא מגבלות וללא עזרים, אך קיימות מגבלות בהליכה בחוץ ובקהילה.
 - רמה 3 - הליכה עם עזרי הליכה ומגבלות בהליכה בחוץ ובקהילה.
 - רמה 4 - התניידות עצמית מוגבלת לכיסא גלגלים. בחוץ ובקהילה הילדים מובלים או משתמשים בכיסא גלגלים ממונע.
 - רמה 5 - התניידות עצמית עם כיסא גלגלים מוגבלת מאוד, גם תוך שימוש בטכנולוגיה מסייעת.

(לקוח מתוך אתר משרד החינוך, אגף חינוך מיוחד - קשר מיוחד: <http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Special/Uchlusiyot/arciv/ShitoukMochin.htm>)

תופעות נוספות אפשריות לאדם עם שיתוק מוחין

- עלולה להתקיים הפרעה בתפקודי היום-יום, בדרגות שונות (בהליכה, בהתלבשות, באכילה וכדומה).
- עלולה להתקיים הזנחה של איברים פגועים, וכתוצאה מכך, הגברת חוסר התנועה באיבר.
- איבוד גמישות וטווחי תנועה במפרקים, עקב חוסר תנועה וקיצור של רקמות רכות סביבם.
- ליקוי יציבה, עקב חוסר סימטריה והעמסת-יתר על מפרקים מסוימים בתנועות פיזיות.
- בעיקר בפגיעות מדרגה קשה (מעורבות של מספר גפיים), צפויה ירידה בתפקודי נשימה, כוח ובסבולת לב-ריאה, יחסית לאוכלוסייה רגילה תואמת גיל ומין.
- מחלת הנפילה (אפילפסיה) בדרגות שונות נפוצה בקרב נפגעי שיתוק מוחין.

3. תסמונות הקשת האוטיסטית

תסמונות אלה מוכרות גם בשמות הספקטרום האוטיסטי, ספקטרום האוטיזם וקשת האוטיזם. ללוקים בכלל תסמונות הקשת האוטיסטית יש בעיות ויסות חושי, כגון עודף רגישות למגע וחוסר רגישות יחסי לכאב. מעבר לזאת, לאוטיזם קלאסי יש תסמינים משלוש קבוצות: ליקוי שפתי, ליקויים בתקשורת לא מילולית ובאינטראקציה חברתית, וליקוי התנהגותי-מוטורי המתבטא, בין השאר, בנטייה לחזרתיות (נטייה לביצוע של פעולות מוגבלות החוזרות על עצמן). תסמונות אחרות בקשת מתאפיינות בהקלה משמעותית באחת או שתיים מקבוצות תסמינים אלה או בתוספת תסמינים, כגון: אפילפסיה, מנת משכל נמוכה ושיתוק בידים.

מכנה משותף נוסף של מרבית תסמונות הקשת האוטיסטית הוא קיומה של נסיגה אוטיסטית. התנהגות אופיינית לרבות מתסמונות הקשת הופכת לברורה בדרך כלל במהלך שלוש שנות החיים הראשונות, לרוב, לאחר נסיגה תפקודית ברורה. על-פי רוב, התדרדרות תפקודית זו מגיעה בין גיל שנה וחצי לבין גיל שנתיים וחצי.

התסמונות המכונות "תסמונות הקשת האוטיסטית" הן תסמונות נירולוגיות שהמנגנון הפגוע שלהן אינו מובן והאבחון של רובן נעשה כמעט אך ורק על-פי תסמינים (למעט שתיים מהן שניתן לאבחן בעזרת בדיקה גנטית). לתסמינים של התסמונות האלו יש מאפיינים משותפים רבים, ותפקודית ניתן לראות את האנשים הלוקים בהן כיוצרים רצף. בגלל דמיון התסמינים בין תסמונות אלו ובגלל אי-הבנת המנגנון הפתולוגי שלהן, קל יחסית לאבחן אדם כשייך לקשת האוטיסטית, אך קשה יחסית לדעת איזו מהתסמונות יש לו. מעבר לזאת, לא ברור עד כמה מדויקת החלוקה הנהוגה של הקשת לתסמונות שונות.

אבחונים בולטים בקשת האוטיסטית הם: אוטיזם קלאסי, אוטיזם בתפקוד גבוה (לרוב מגיע עם אבחון לאוטיזם קלאסי, תסמונת אספרגר או PDD-NOS), תסמונת אספרגר, PDD-NOS, תסמונת רט, תסמונת ווסט, תסמונת X

שביר (רק 75% מהלוקים בה הם בקשת), פנילקטונוריה, וטוברוס סקלרוזיס. תסמונות הקשת האוטיסטית הן תסמונות התפתחותיות. כאשר מביטים בהן מבחינה תפקודית, ניתן לומר שתכונות שלהן עשויות להימצא באופן קל גם אצל אנשים חסרי לקויות ואילו לאנשים הלוקים בתסמונות אלה יש יותר מתכונות אלה.

במדריך האבחון והסטטיסטיקה של הפרעות הנפשיות (DSM-IV) ובקטלוג הסטטיסטי הבינלאומי של המחלות ובעיות הבריאות (ICD-10), תופעות הקשת האוטיסטית מקוטלגות כ"הפרעות התפתחותיות נרחבות". נכון לעשור הראשון של שנות האלפיים, רב הנסתר מהגלוי בנוגע למיין הנכון של האוטיזם לתסמונות השונות וקיימות ואין הסכמה גורפת לגבי השימוש במונחי יסוד בתחום.

המונח "תופעת קשת אוטיסטית" והמונח "הפרעה התפתחותית נרחבת" אינם מוגדרים היטב, ורבים מהמשתמשים בהם רואים אתם כזהים, אבל חשוב להפריד ביניהם. הפרעות התפתחותיות נרחבות הן הפרעות התפתחותיות פסיכולוגיות והתנהגותיות הכוללות תחומי תפקוד רבים: שפה ותקשורת, היכולת לדאוג לעצמך, קואורדינציה מוטורית ויכולות אקדמיות. קטגורית הפרעות ההתפתחות הנרחבות כוללת תסמונות שייתכן ומקורן אינו קשור לאוטיזם, כאשר התנהגויות הדומות לאוטיסטיות הן רק חלק אחד מהן: תסמונת רט והפרעת התפרקות ילדות. יש אנשים שאינם מכלילים את תסמונת אספרגר במושג "הפרעות התפתחותיות נרחבות".

שכיחות מקרי האוטיזם

מן הסקירות האחרונות של מחקרי האפידמיולוגיה ניתן להעריך את השכיחות כמקרה עד שניים של אוטיזם וכשישה מקרי הקשת האוטיסטית לכל 1,000 איש באוכלוסייה. שכיחות התסמונת בקרב בנים גדולה פי ארבעה משכיחותה אצל בנות. שכיחות התסמונת בקרב אחים לאוטיסטים גבוהה מן השכיחות באוכלוסייה הכללית. ישנה עלייה במספר המאובחנים כילדים עם אוטיזם. יכולות להיות כמה סיבות אפשריות לעלייה בשכיחות אוטיזם ותסמונות הקשת האוטיסטית:

- גורמים סביבתיים כלשהם שגרמו לעלייה אמיתית בשכיחות.
- ערנות ומודעות גבוהה יותר שהובילה לאבחונים שבעבר לא התקיימו.
- הגדרה רחבה יותר של מושג האוטיזם ותסמונות הקשת האוטיסטית אפשרה לאבחן מקרים שבעבר לא היו עומדים בקריטריונים (בעיקר השינויים בין MSD מהדורה III ל-VI).
- אפשרות האבחון בגילים מוקדמים יותר העלה את השכיחות בדור הנוכחי לעומת הדור הקודם.

מאפייני האוטיזם

עד היום לא נמצאה בדיקה רפואית-פיזית לגילוי אוטיזם. אוטיזם היא תסמונת, כלומר, האבחנה נעשית באמצעות קיומן או העדרן של התנהגויות מסוימות. צירוף התסמינים, צורת הביטוי שלהם ומידת החומרה שונים מאדם לאדם.

שתי המערכות המקובלות של קריטריונים לאבחון - המדריך הסטטיסטי לאבחון (DSM) של האגודה האמריקנית לפסיכיאטריה, וסיווג המחלות הבינלאומי (ICD) של ארגון הבריאות העולמי - מפרטות את התסמינים בשלושת התחומים הבאים:

• **תפקוד חברתי**

- ♦ העדר קשר עם בני הגיל בהתאם לרמת ההתפתחות.
- ♦ העדר יוזמה לבקשת חיבה או נחמה בשעות מצוקה, העדר יוזמה לשיתוף הזולת בהנאה, בעניין או בהישגים: לא מראה ולא מביא חפצים שמעניינים אותו ולא מצביע עליהם.
- ♦ קושי בהדדיות רגשית וחברתית: אינו משתתף במשחק חברתי פשוט, מעדיף להעסיק את עצמו לבד או משתף אחרים רק כעזרים מכניים. חוסר במיומנויות חברתיות, יכול להתפרש כמוזר, ללא כישורים לפתח חברויות, התנהגויות חברתיות לא מקובלות.
- ♦ העדר מודעות לזולת: ילדים עשויים להתעלם מנוכחותם של ילדים אחרים (כולל אחים), או שלא יראו מודעות לצורכי הזולת או שלא יבחינו במצוקתו.
- ♦ **לקות בשימוש בהתנהגויות לא-מילוליות** (כגון: חוסר קשר עין, קשר עין חלקי, או קושי בשמירת קשר עין לאורך זמן חוסר הבעות פנים, אצבוע ומחוות) לצורך קשרים חברתיים.

• **תקשורת מילולית ולא-מילולית**

- ♦ איחור בהתחלת דיבור או חוסר דיבור מוחלט.
- ♦ אם יש יכולת דיבור, לקות בשימוש בכישורים לשוניים לצרכים חברתיים: פגיעה ביכולת ליזום או לקיים שיחה עם אחרים.
- ♦ חוסר גמישות בשימוש בשפה: דיבור חזרתי (אקולליה) או תבניתי, או שימוש בשפה אישית ייחודית המובנת רק לדובר ולמי שמכירים אותו היטב.
- ♦ כאשר מתפתח דיבור - גובה הקול, האינטונציה, הקצב וההדגשים יהיו חריגים, דיבורו מוזר, שפה רשמית ופדנטית, שימוש בחלקי שפה שנלמדו בעל-פה.
- ♦ העדר משחק דמיוני, מגוון וספונטני, העדר משחק תפקידים או משחק חיקוי חברתי.

• **התנהגות ותחומי עניין**

- ♦ התעסקות מוגברת בתחומי עניין מצומצמים ובאופן חריג מבחינת מידת העניין או הנושא, לדוגמה, סידור בשורה, בסדר קבוע ומדויק, של חלקי משחק.
- ♦ היצמדות נוקשה לשגרות פעילות וטקסים לא-שימושיים, למשל, צורך להדליק ולכבות את האור כמה פעמים בכל פעם שנכנסים לחדר.

- ♦ התנגדות לשינוי, למשל, תגובה קשה במיוחד לשינוי מקום תמונה על הקיר, צורך להגיע לבית הספר תמיד באותו מסלול.
 - ♦ תנועות חוזרות של חלקי גוף (נפנוף כפות הידיים) או של כל הגוף (נדנוד קדימה ואחורה), או תנוחת גוף חריגה (הליכה על קצות האצבעות).
 - ♦ התעסקות מוגברת בחלקים של חפצים: כפתורי בגדים, שרוכי נעליים.
 - ♦ משיכה לתנועה: סיבוב גלגלים של צעצועים, פתיחה וסגירה של דלת. התקשרות חזקה לחפץ כלשהו, כמו חתיכת חוט או מסרק.
- לפי ההגדרה, לפני גיל שלוש חייב להיות עיכוב כלשהו בהתפתחות או תפקוד לא תקין בלפחות אחד מן התחומים האלה: אינטראקציה חברתית, שימוש בשפה לצורך חברתי, או משחק סמלי או דמיוני.

מאפיינים נוספים

נוסף על המאפיינים השותפים במתן האבחנה, קיימות מיני תופעות המזוהות עם אוטיזם:

- רבגוניות בגילויי האוטיזם
- ♦ תגובות חריפות (עודף או חוסר רגישות) לגירויים של החושים: קול, אור, מגע, ריח וטעם. לדוגמה, ילד שלא סובל שנוגעים בו, לעומת אחר הזקוק לחיבוק ולמגע תכופים. לעתים התגובות הקוטביות מצויות אצל אותו ילד עצמו, כמו אותו ילד שאינו סובל שנוגעים בו, אבל סף הכאב שלו גבוה במיוחד, וכמעט שאינו מגיב לכאב חד. תגובה חריגה אחרת: משיכה לגירויים מסוג מסוים (למשל, הסתחררות). העדפות מזון עם מרקמים וטעמים שאינם מגרים את חלל הפה, העדפת לבוש שאינו מגרה את העור, רתיעה מצלילים שאנשים אחרים אינם תופסים כרעשים מאיימים.
- ♦ חוסר מודעות לסכנות, או להפך, פחדים קשים בתגובה לעצמים בלתי-מזיקים.

יכולת התפקוד

בוגרים רבים תלויים בעזרת הזולת בכל הפעילויות היום-יומיות או זקוקים להשגחה מתמדת. לעומתם, יש ילדים ובוגרים ברמת תפקוד גבוה המדברים בשטף ומסוגלים לנסוע לבדם בתחבורה הציבורית ולבצע מלאכות שונות באופן עצמאי. כמו כן, בולטת השונות הרבה ברמת התפקוד אצל אותו אדם. למשל, נער שאינו מדבר, אבל מצויר ציורים מדהימים ביופיים וברגישותם; בוגר שסיים תיכון רגיל, אבל אינו מסוגל לחצות כביש ללא עזרה, כי יתקשה באיתור מכוניות מתקרבות בתוך שפע הגירויים שמסביב. כישורים יוצאי דופן לעומת רמה כללית של תפקוד (הנקראים גם "איים של יכולת") אופייניים בתחום הציור, המוזיקה (כולל שמיעה אבסולוטית), החשבון וחישובים שונים (למשל חישובי תאריכים), או זיכרון מדויק וארוך-טווח לפרטים.

כמות המאפיינים הקיימים קובעים את חומרת/דרגת האוטיזם של האדם.

תסמונת אספרגר

תסמונת אספרגר ידועה גם כתסמונת הרנוי, והיא אחת הלקויות ההתפתחותיות בתסמונות הכלולות בקשת האוטיסטית. בהשוואה לתסמונות אחרות מהקשת האוטיסטית, אספרגר מפגינה פחות כפייתיות/חזרתיות (compulsive), פחות הפרעות במשחק דמיוני ופחות הפרעות בשפה מדוברת. עיקר הלקות הוא בתקשורת לא-מילולית כגון הבנת מצבים חברתיים והבנת הבעות פנים.

בשנת 1943 חקר ד"ר לאו קנר מאוניברסיטת ג'ונס הופקינס קבוצה של 11 ילדים בעלי מאפיינים מיוחדים וטבע לגביהם את המונח "אוטיזם בילדות מוקדמת" (Early Infantile Autism).

בשנת 1944 תיאר הנס אספרגר, רופא ילדים אוסטרי בעל עניין בחינוך מיוחד, ארבעה ילדים בעלי קשיים בהשתלבות חברתית. בלי לדעת על הפרסום של קנר שפורסם רק שנה אחת קודם לכן, קרא אספרגר לסוג האישיות שתיאר "פסיכופתיה אוטיסטית", הפרעת אישיות יציבה המאופיינת בבידוד חברתי.

הילדים, שהיו בעלי יכולות אינטלקטואליות כמעט נורמליות, הפגינו קושי ניכר בתקשורת בלתי-מילולית, ובכלל זה, בשימוש הולם במחוות גופניות ובנימת קול בשיחה, יכולת דלה לאמפתיה קוגניטיבית או אפקטיבית, נטייה לאינטלקטואליזציה של רגשות ונטייה להשתמש בסגנון דיבור ארכאי, לא קשוב ופורמלי מדי (צורת דיבור של "פרופסורים קטנים"). הילדים התאפיינו גם בתחומי עניין משונים שאחריהם היו כרוכים במידה אובססיבית. ייתכן שאובססיות זו, הגורמת להם להשקיע את כלל משאביהם האינטלקטואליים בנושא צר בלבד, גורמת לאמונה השגויה כי רמת המשכל של ילדים אלה גבוהה מהממוצע. זאת, בנוסף לנטייה הרוחצת להדגיש בעיקר מקרים המלווים באינטליגנציה מעל הנורמלי, בהם במיוחד מורגש הפער בין יכולות אינטלקטואליות גבוהות למדי לבין "כישורי חיים" ברמה נמוכה.

ההבדלים בין תסמונת אספרגר לאוטיזם

תסמונת אספרגר שונה מהאוטיזם: אין עיכוב ברכישת השפה, ואבני היסוד של השפה והיכולת לדבר תקינים; אין עיכוב בהתפתחות הקוגניטיבית והמודעות הכללית לסביבה; קיימת יכולת לפעול באופן עצמאי לשם סיפוק צרכים בסיסיים-להתרחץ, להתלבש וכיוצא בזה. יש לציין כי בעלי תסמונת אספרגר, בניגוד לאוטיסטים, מנסים (לפחות לסירוגין או בשלבים מסוימים בחייהם) ליצור קשרים חברתיים, הגם שבדרכים העלולות להכשיל מטרה זו. יש לציין כי בניגוד לאוטיזם, שאותו ניתן לאבחון בגיל שנתיים-שלוש, יש קושי כמעט תמיד לאבחן תסמונת אספרגר לפני גיל 6-7.

מאפייני התסמונת

תסמונת אספרגר היא מגבלה נירולוגית התפתחותית המתבטאת בעיקר בקשיים באינטראקציה חברתית ורגשית. שכיחות תסמונת אספרגר עומדת על 2-2.5 לידות לכל 1,000 (יותר מאוטיזם).

לבעלי התסמונת אינטליגנציה תקינה, ולעתים קרובות אף גבוהה מן הממוצע, יכולות מילוליות טובות וזיכרון מעולה לפרטים. קיים פער משמעותי בין היכולת הקוגניטיבית והפוטנציאל המילולי של הלוקים בה לבין תפקודם בחיי היום-יום.

את הסימפטומים של התסמונת ניתן לחלק לשלוש קטגוריות עיקריות:

קשרים ותפקוד חברתיים:

אנשי תסמונת אספרגר המנסים ליצור קשר עם הזולת נתקלים בקשיים עקב חוסר יכולתם להבין מסרים לא-מילוליים כגון הבעות פנים ואינטונציה. התקשורת שהם יוצרים היא בדרך לא שגרתית או יוצאת דופן. הצורך בחיפוש ספונטאני של חלוקת החוויות עם האחר כמעט שלא קיים אצל אנשי התסמונת. התנהגותם המוזרה וחוסר רגישותם לתחושות הזולת עלולים להכשיל חברויות ולגרור לתסכול רב. אנשי התסמונת עלולים גם להגיב שלא בהתאם לנסיבות חברתיות מסוימות, מה שיגרור לאחרים לסבור שהם חסרי רגישות, חסרי אכפתיות או מנוכרים. להם תגרום חוויה זו למידת-מה של הימנעות מסיטואציות חברתיות ופוביה חברתית. בזמן יצירת קשר, הם עלולים לבחור בן שיח וללכוד אותו במונולוג שעיקרו דיבור קדחתני על נושא חביב עליהם, בדרך כלל צר ובלתי רגיל. האינטואיציה החברתית הדלה שלהם והקושי לתפקד בחברה באופן ספונטאני מביאים אותם להזדקקות ניכרת לחוקי התנהגות פורמליים ונוקשים.

תקשורת חברתית ובין-אישית:

אנשי תסמונת אספרגר אינם סובלים בדרך כלל מליקויים משמעותיים בדיבור, אך לעתים נימת הדיבור שלהם היא חד-גונית וקצב הדיבור עלול להיות בלתי-רגיל (למשל מהיר מדי). לעתים קרובות הם מגלים שליטה דלה בלבד בעוצמת הקול (למשל הקול הוא חזק מדי למרות קירבה פיזית לבן השיח). מאפיין זה עשוי להיות ניכר במיוחד במצב שבו הוא משקף היעדר התאמה לסביבה חברתית נתונה (למשל: בספרייה). רק במספר קטן מאוד של מקרים סימפטום זה מלמד על הפרעת חשיבה. בדרך כלל הוא נובע מסגנון השיח החד-צדדי והאגוצנטרי. איש התסמונת אינו מבין שכדי להביע רעיונות שלו באוזני השומעים, עליו לספק להם רקע מקדים שיבהירם. מצד שני, אין הוא מסוגל למנוע ממחשבות פנימיות וצדדיות שלו לצאת מפיו בקול. התוצאה היא שדבריו נשמעים מבולבלים, אף שהלך חשיבתו הוא תקין. אנשי תסמונת אספרגר מאופיינים בנטייה להרבות בלהג. הילד או המבוגר מסוגלים לדבר ללא הפסק על נושא מועדף, לעתים קרובות מבלי לשים לב כלל האם המאזין מתעניין בנושא, קשוב לשיחה, מנסה להעיר לגביה או חפץ לשנות את הנושא.

4. לקויות שמיעה

לקות שמיעה מתבטאת באבדן חלקי או מלא של יכולת השמיעה. חירשות תיתכן מלידה או בשלבים מאוחרים יותר בחיי האדם, כתוצאה ממחלה או מתאונה לדוגמה. לליקוי שמיעה דרגות רבות: ליקוי שמיעה מזערי (ירידה של 16-25 דציבל מסף השמיעה), קל (26-40), בינוני (41-55 דציבל), בינוני חמור (56-70 דציבל), חמור (71-90 דציבל) ועמוק מעל 90 דציבל מסף השמיעה. לרוב מתייחסים במושג חירש לאנשים הסובלים מליקוי חמור או עמוק.

הסיבות ללקות בשמיעה

הגורמים ללקות שמיעה יכולים להיות פשוטים כמו פקק שעווה החוסם את תעלת השמע, דלקות הגורמות להיצרות התעלה או מחלות אוזן תיכונה, כמו: דלקות, נוזלים באוזן התיכונה (תופעה שכיחה אצל ילדים), נקבים בעור התוף, מומים מולדים ואף גוף זר. ליקוי שמיעה עצבי נגרם מפגיעה באוזן הפנימית או בעצב השמיעה ומסלולו במוח. הסיבות ללקות רבות ומגוונות: החל מחירשות מולדת, חירשות מחמת הגיל, סרטן (אקוסטיק נורינומה) ועד לפגיעות רעש כגון פיצוצים, עבודה בתנאי רעש יתר ושמיעת מוזיקה בעוצמות גבוהות מדי באופן קבוע. חשוב לדעת שעם הגיל חלה ירידת שמיעה, ומעל גיל 60 ליקוי שמיעה קיים אצל שליש מהאנשים, ואף יותר.

חבלת רעש, מומים מולדים, חומרים מזיקים אנטיביוטיים ותרופות אחרות ועוד יכולים לגרום לפגיעה בתאי השערה של האוזן הפנימית. אם תאי השערה נפגעים, למערכת השמיעה אין אפשרות להפוך גלי לחץ אקוסטי (צליל) לאימפולס עצבי, וכך נגרם פגם בשמיעה. למעשה, הצליל לעולם אינו מגיע מהאוזן החיצונית למוח בשל "חוליה חסרה" – תא שערה פגום. תאי שערה פגומים יכולים, לאחר מכן, להוביל להידרדרות עצבי השמיעה הסמוכים להם, וכאשר מספר גדול של תאי שיער או עצבי שמיעה על פני השבלול נפגעים, מאובחן האדם כסובל מחירשות.

שיקום השמיעה

כיום קיימים עזרים שונים המאפשרים לשקם את השמיעה כגון מגברים (מכשירי שמיעה) המורכבים על האוזן. מכשירי שמיעה יכולים להתאים לכל דרגות ליקוי השמיעה, מליקוי קל ועד חירשות עמוקה. למקרים קשים של ליקוי שמיעה עמוק מולד או נרכש, קיים פתרון שיקומי-כירורגי מזה ארבעים שנה, בשם שתל שבלולי, או שתל קוקליארי. כאשר שתל זה מושלל לילד עם לקות שמיעה עמוקה בגיל צעיר (כיום משתילים בישראל כבר לילדים בני שנתיים), ובליווי שיקום שפתי-שמיעתי אינטנסיבי וממושך, הוא יכול לאפשר התפתחות שפה תקינה.

הנגשת התקשורת עם בעלי לקות שמיעה

ישנן מספר דרכים עיקריות להנגיש את התקשורת עם אנשים בעלי לקות שמיעה:

- שימוש בשפות סימנים - העברת מסרים בידיים ובאמצעות חלקי גוף שונים.
- לימוד הגייה נכונה של שפה קולית וקריאת שפתיים.
- טכנולוגיה מסייעת - מכשירי שמיעה (מכשירים הקול המצויים באוזן או בסמוך לה); תקשורת תומכת

וחליפית מתוחכמת (כגון מחשב הממיר תמליל כתוב לדיבור מושמע ודיבור מושמע לתמליל כתוב); תקשורת תומכת וחליפית פשוטה (פנקס ועט, פתקים עם מסרים המוכנים מראש וכדומה).

- שיפור המודעות בקרב השומעים לכללים פשוטים לתקשורת יעילה עם בעלי לקות שמיעה. דוגמאות לכללים פשוטים: אין לצאת מתוך הנחה כי מכשירי שמיעה וקריאת שפתיים נותנים פתרון שלם לבעיית השמיעה; יש לאפשר תנאים נוחים לקריאת שפתיים (למשל לא להסתיר את הפה); הארכת המתנה בין הגיית כל מילה ומילה הופכות את הדיבור לקליט יותר עבור אנשים עם לקות שמיעה.

5. לקות ראייה

לקות ראייה או ראייה ירודה היא מגבלה משמעותית בראייה הקיימת גם בעת הרכבת משקפיים מותאמים באופן המיטבי, והיא קיימת בשתי העיניים. במקרה שהמגבלה קיימת רק בעין אחת היא אינה נחשבת ללקות, אלא למגבלה קלה. לקות ראייה יכולה להתבטא בקושי באחד או יותר מהתפקודים האלה:

- חדות הראייה;
- שדה ראייה מצומצם;
- קושי משמעותי בראיית לילה או בראייה כאשר יש אור חזק;
- בעיות בשרירי העיניים כגון רטט מוגזם המקשה למקד את המבט בנקודה הרצויה;
- קושי משמעותי בתפיסה ופענוח של התמונה הנראית, כמו קושי בהבדל בין הדמות לבין הרקע. יש להבדיל בין בעיות תפיסה לבין בעיות קוגניטיביות (כמו דיסלקציה) - האחרונות אינן מוגדרות כלקות ראייה.

סימפטומים נלווים ללקות ראייה

- גירוי או כאב כרוני בעיניים ובאזורן;
- קושי בראיית צבעים; אולם, לקות המתבטאת רק בקושי בהבדלה בין צבעים (עיוורון צבעים) אינה נחשבת ל"לקות ראייה", אלא למגבלה קלה בראייה.

סיבות ללקות ראייה

מערכת ראייתו של האדם משוכללת ביחס למרבית היונקים והיא מן המורכבות שבמערכות הגוף האנושי. בשל מורכבותה זו של המערכת מספר הקלקולים האפשריים בה קשה למנייה, ועל כן, יש לדבר עליהם בהכללות. ההכללה הראשונה היא על-פי הנזק התפקודי (למשל נזק לחדות הראייה או צמצום תחום הראייה). החלוקה השנייה היא על-פי חלק המערכת שהתקלקל:

- שרירים המניעים חלקים מהעין - רטט מוגזם, קושי בהפעלת כוח על העדשה להגעה למיקוד, פזילה וכדומה;
- עצבים, כמו עצבי הרשתית ועצב הראייה - דלטוניזם, הסיבה השכיחה ביותר לעיוורון צבעים, נזקי סוכרת לעצב הראייה ועוד;

- אחרים, כגון הקשתית או עדשת העין, לדוגמה, רטינה פיגמנטוזיס, קטרקט.
- ניתן לחלק את לקויות הראייה גם לפי נסיבות רכישתן:
- לקויות ראייה מולדות בשל פגם תורשתי, למשל חוסר פיגמנט בקשתית בשל לבקנות;
- לקויות ראייה המתפרצות בגיל מאוחר ונגרמות ישירות מפגם תורשתי, למשל ניוון מאלקולרי;
- ניוון רשתית - הסיבה השכיחה ביותר ללקויות ראייה או רטינה פיגמנטוזיס;
- לקויות ראייה המתפרצות בגיל מאוחר ונגרמות כנזק שניוני למחלה שיש בה גורם תורשתי, למשל נזקי סוכרת ומחלות כלי דם;
- לקויות ראייה כתוצאה ממחלות זיהומיות;
- נזקי גידולים בעיניים בעידוד קרינה או גידולים בראש המעיקים על עצב הראייה;
- הרעלות, כגון הרעלת מתאנול;
- לקויות ראייה כתוצאה מחבלה (טראומה) גופנית: פגיעה בעיניים או בעצב הראייה מחפץ קשיח (כולל רסיסי פיצוץ),
- נזקי קרינה - קטרקט שאינו מולד, כוויות קרינה אולטרה סגולה ברשתית, נזקי עקת חמצון באינקובאטור שבפגייה;
- מצוקה נפשית - תחום ראייה צר עשוי להיות תסמין של מחלה מתחום הפרעות החרדה.

6. לקויות למידה

לקויות למידה הוא שם כולל לקבוצת לקויות המשפיעות על טווח רחב של מיומנויות לימודיות או תפקודיות, ובעטיין אדם מתקשה ללמוד מידע או מיומנויות חדשים או להפגין את ידיעותיו באופן הצפוי מאדם בגילו ובמנת המשכל שלו. אולם, פעמים רבות המושג "לקויות למידה" מופיע כקיצורו של המושג "לקויות למידה ספציפיות" המתאר רק את הלקויות דיסלקציה, דיסגרפיה ודיסקלקוליה.

על-פי המדריך האבחוני DSM-IV, ההגדרה המקובלת לצורך קביעת אבחנה של לקות למידה היא שמדובר במצב שבו הישגי היחיד במבחנים סטנדרטיים בקריאה, חשבון או בהבעה בכתב, המועברים באופן אישי, נמוכים במידה משמעותית מהמצופה על-פי גילו, רמת השכלתו ורמת המשכל שלו. בעיות למידה אלה מפריעות לאדם במידה מובהקת בהישגים האקדמיים או בפעולות היום-יומיות, המחייבות כישורי קריאה, חשבון או כתיבה.

על-פי חוק זכויות תלמידים עם לקות למידה במוסדות על-תיכוניים, התשס"ח [1] 2008, לקות למידה משליכה על תהליכים קוגניטיביים. היא באה לידי ביטוי בקשיים משמעותיים שאינם תואמים את הצפוי בגילו של בעל הלקות ברכישת מיומנויות או בשימוש בכישורים של קשב וריכוז, שפה, קריאה, כתיבה, המשגה, תפקוד ניהולי או יכולות חישוביות, חברתיות או רגשיות, ולמעט קשיי למידה הנובעים מאחד או יותר מאלה בלבד: פגיעה חושית, לקויות מוטוריות, פיגור שכלי, מוגבלות נפשית או תנאים חיצוניים, כגון חסך סביבתי, תרבותי או חברתי-כלכלי.

שכיחות הלקות

להערכת המומחים, כ-10% מכלל האוכלוסייה מתמודדים עם לקות למידה כלשהי. ילדים ובוגרים אלה יכולים ללמוד ולהשתלב במסגרת החינוך הרגיל, תוך קבלת סיוע מתאים. כ-2% מהם זקוקים למסגרת החינוך המיוחד. יש הטוענים כי התסמונת שכיחה פי שלושה בקרב בנים מאשר בקרב הבנות.

אטיולוגיה

ליקויי למידה עשויים להתגלות כבר בראשית הלימודים, ואולם סימנים המעידים על לקות למידה עשויים להופיע אף בגיל הרך. ראוי להדגיש כי קשייהם של מקצת התלמידים לקויי הלמידה אינם מתגלים, אלא בהגיעם לבית הספר התיכון או לאוניברסיטה. תלמידים לקויי למידה שהצליחו להתמודד עם הלמידה בבית הספר על אף ליקויי הלמידה עלולים להיתקל בקשיים עם עליית המורכבות של הדרישות הלימודיות, העלייה ברמת הקושי, הצורך בהתבססות על ידע קודם וכדומה. לכן, ליקויי הלמידה יכולים להיחשף בשלבים משלבים שונים.

הבסיס המשוער ללקות למידה הוא נירולוגי. במרבית המקרים הסיבה אינה ידועה, אולם מקובל לייחס את התופעה לגורמים תורשתיים, למצוקה טרום-לידתית או למצוקה שלאחר הלידה או בילדות הרכה. אצל מרבית לקויי הלמידה אין ידועה הסיבה ללקות. מכל מקום, אין ליקויי למידה נגרמים בשל תנאי סביבה (כגון מצב כלכלי קשה, תנאי הוראה לא הולמים ובעיות רגשיות), אם כי תנאי הסביבה עלולים להחריף את השפעות הליקוי.

מאפייני הלקות

ילדים עם לקויות למידה הנם לרוב בעלי פוטנציאל שכלי ממוצע ומעלה, המתקשים באחד או יותר מן המיומנויות האקדמיות: קריאה, כתיבה, כתיב או חשבון. קשיים אלה עלולים, מן הסתם, לגרום להנמכה בתפקוד בכל מקצועות הלימוד.

תלמידים לקויי למידה שונים זה מזה בתחומי הלקות, בחומרת הלקות ובהשפעתה על תפקודם הלימודי, החברתי והרגשי. קשה לאמוד את השפעתם של ליקויי הלמידה על ילד מסוים: ילד יכול להיות בעל ליקוי אחד או בעל ליקויים בכמה תחומים. חומרת הליקויים היא בטווח הרחב שבין ליקוי קל ובין ליקוי חמור. מועד הזיהוי של הליקויים, הטיפול המסייע המלווה הניתן לילד וגם נתוני האישיים, אופיו, הסביבה התרבותית והחברתית שבה הוא חי - כל אלה קובעים את ההשפעות שיהיו לליקויי הלמידה על הילד לאורך חייו. על כן, הילדים לקויי הלמידה אינם קבוצה אחידה: יש בהם המתקשים להשלים את לימודיהם היסודיים וליקויי הלמידה שלהם יהיו גורם דומיננטי לאורך חייהם, ויש המשלימים את לימודיהם לתארים אקדמיים גבוהים, במקצועות יוקרתיים, וליקויי הלמידה אינם אלא אפיון שולי שלהם. ליקויי הלמידה משנים את פניהם במהלך השנים ומקבלים משקל שונה בשלבים שונים של ההתפתחות ושל הלמידה. לדוגמה, קושי ברכישת הקריאה מתגלה לעתים, במהלך השנים, כבעיה בהבנת הנקרא. אצל תלמיד אחר יכול קושי דומה ברכישת הקריאה להיות שולי ולהכביד מעט - רק כאשר עליו להתמודד עם טקסטים ארוכים.

ביטויים ללקויות למידה

התחום הקוגניטיבי:

- ♦ ליקויים בקשב וריכוז;
- ♦ ליקויים בתחום השפה, קשיים בשיום או בקליטת חלקי דיבור מופשטים;
- ♦ ליקויים בתפיסה החזותית ובתפיסה השמיעתית;
- ♦ ליקויים בתכלול הבין-חוש, בעיקר בערוץ החזותי והשמיעתי;
- ♦ ליקויים בהתמצאות במרחב והתמצאות בזמן;
- ♦ ליקויים בזיכרון, לטווח קצר ולטווח ארוך, ובזיכרון עבודה;
- ♦ ליקויים שונים בחשיבה, הכוללים: העדר אסטרטגיות למידה יעילות, קשיים בארגון זמן, ארגון קשב, נוקשות בחשיבה ועוד.

התחום התנהגותי: הקשיים יבואו לידי ביטוי באימפולסיביות, באי-שקט, בקשיי ארגון ותכנון, בביצוע איטי ועוד. התחום הרגשי-חברתי: בעיות רגשיות עלולות להתפתח עקב כשלונות חוזרים ותחושת חוסר אונים, המובילים להתפתחות דימוי עצמי נמוך וחרדות. לחלק מהתלמידים לקויי הלמידה יש קושי במיומנויות חברתיות והסתגלות חברתית נמוכה והם חווים דחייה חברתית. הם מדווחים על תחושות שליליות, כגון תחושת בידוד גבוהה ותחושת קוהרנטיות נמוכה יותר מעמיתיהם ללא ליקויי הלמידה.

סוגים של ליקויי למידה

דיסלקציה - קשיי קריאה

דיסגרפיה - קשיים בכתיבה

דיסקלקוליה - קשיים בחישובים

הפרעת קשב, ריכוז והיפראקטיביות (ADD and ADHD) - הקלסיפיקציה של הפרעת הקשב - ADHD מוגדרת בספר האבחנות של החברה האמריקנית לפסיכיאטריה (DSM-IV) כהפרעה הכוללת שני תחומים: ליקוי בקשב והתנהגות ואימפולסיביות והיפראקטיביות, כאשר התסמינים השונים מקובצים סביב שני תחומים אלו. ההגדרה כוללת חמישה תנאים:

1. קיום שישה או יותר מהסימפטומים הבאים (בתחום 1 או 2) שהתקיימו במהלך ששת החודשים האחרונים בצורה שאינה הסתגלותית ואינה תואמת את רמת ההתפתחות:

- ♦ **תחום 1 - חוסר קשב:** (א) לעתים קרובות אינו מקדיש תשומת לב לפרטים או עושה שגיאות טפשיות בלימודים, בעבודה או בפעילות אחרת. (ב) לעתים קרובות, מתקשה לשמור על הקשב למשך זמן במטלות או במשחק. (ג) לעתים קרובות, נראה כמי שאינו מקשיב כשמדברים אליו. (ד) לעתים קרובות, אינו עוקב אחרי הוראות ומתקשה להשלים מטלות, כגון עבודות בבית הספר ומטלות בעבודה, ולא כתוצאה מהפרעה

מרדנית-מתנגדת או מקושי בהבנת המטלות. (ה) לעתים קרובות, מתקשה בארגון מטלות ופעילויות. (ו) לעתים קרובות, נמנע, סולד או אינו מעוניין לעסוק בפעילויות הדורשות מאמץ מנטלי ממושך, כגון לימודים בבית הספר או שיעורי בית. (ז) לעתים קרובות, מאבד דברים הדרושים למטלות או לפעילויות, למשל, עטים, עפרונות ומחברות. (ח) לעתים קרובות, מוסח על-ידי גירויים חיצוניים. (ט) לעתים קרובות, שכחן בפעילויות יום-יומיות.

♦ **תחום 2- היפראקטיביות-אימפולסיביות:** היפראקטיביות - (א) לעתים קרובות, ממולל בידים וברגליים או מקפץ בכיסא. (ב) לעתים קרובות, עוזב את כיסאו בכיתה או במצבים אחרים שמצפים ממנו להישאר ישוב. (ג) לעתים קרובות, רץ או מטפס באופן מוגזם במצבים לא תואמים (במתבגרים או במבוגרים מספיקה תחושת אי-שקט). (ד) לעתים קרובות, חש קושי בעיסוק בפעילויות פנאי או במשחק שקט. (ה) לעתים קרובות, נמצא בתנועה מתמדת, כאילו יש לו "מנוע בישבן". (ו) לעתים קרובות, מדבר ללא הפסקה. אימפולסיביות - (ז) לעתים קרובות, פולט תשובות לפני תום השאלה או מתפרץ לאמצע המשפט. (ח) לעתים קרובות, מתקשה לחכות לתורו. (ט) לעתים קרובות, מפריע או מציק לאחרים (למשל, מתפרץ למשחקים או נוגע).

2. חלק מהתסמינים ההיפראקטיביים אימפולסיביים או של חוסר הקשב, הגורמים לבעיה, מתקיימים לפני גיל שבע.
3. חלק מהתסמינים יתקיימו בשתי מסגרות התייחסות לפחות (למשל בית ובית ספר).
4. חייבת להיות עדות ברורה של פגיעה תפקודית בבית, בבית הספר או בעבודה.
5. התסמינים אינם מופיעים במהלך ההתפתחות של PDD, סכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת, ואינם ניתנים להסבר טוב יותר כהפרעה נפשית אחרת כגון הפרעה במצב הרוח, הפרעת חרדה, הפרעה דיסוציאטיבית או הפרעת אישיות.

חשוב לציין כי התסמינים יכולים להופיע בחומרה ובעוצמה שונות מאוד אצל ילדים שונים, ואף באותו ילד עצמו במצבים שונים. התסמינים אף משתנים באופיים עם הגיל. מהלך הפרעת הקשב נובע מהיותה תכונה מוקצנת, דהיינו, מלווה משך כל החיים, מתחילתם ועד סופם. יש לה ביטויים שונים בגילים שונים, שוב, בהתאם למכלול תכונותיו של הנושא אותה, כמו גם בהתאם לסביבה המקיפה אותו. שכיחות ADHD באוכלוסייה נעה בין 3%-10%. ההערכה המקובלת בארצות הברית היא סביב 5%. על-פי מדגמים אפידמיולוגיים, קיימת נטייה מולדת גדולה יותר של הלקות בבנים. מקובל היום לחשוב כי התפתחות הפרעת הקשב אינה מבוססת על גורם בודד, אלא על מכלול גורמים ביולוגיים ופסיכו-סוציאליים, המעצבים במסלול סופי משותף את הסינדרום המלא. ההפרעה הבסיסית היא כאמור לעיל אורגנית, ומבוססת על שינוי קטן במבנה המוח ובתפקודו.