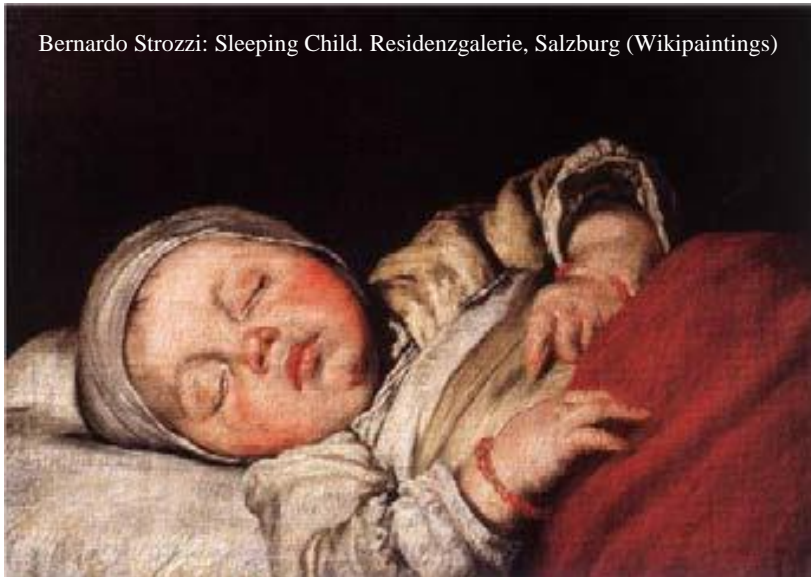


הפרעות שינה בילדים ומתבגרים

Samuele Cortese, Anna Ivanenko, Ujjwal Ramtekkar
& Marco Angriman

מהדורה בעברית
תרגום: רועי גלעד
עריכה: פז תורן



Bernardo Strozzi: Sleeping Child. Residenzgalerie, Salzburg (Wikipaintings)

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

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

Suggested citation: Cortese et al. Sleep disorders in children and adolescents: A practical guide. Editor: Paz Toren; Translation: Royi Gilad. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

Samuele Cortese MD, PhD

Cambridge University
Hospitals NHS Foundation
Trust, Cambridge &
Division of Psychiatry,
Institute of Mental Health,
University of Nottingham,
Nottingham, UK

Conflict of interest: none
declared

Anna Ivanenko MD, PhD

Department of Psychiatry
and Behavioral Sciences,
Northwestern University,
Chicago, Illinois, USA

Conflict of interest: none
declared

Ujjwal Ramtekkar MD

Department of Psychiatry,
Mercy Children's Hospital,
Saint Louis, Missouri, USA
& Government Medical
College and
Superspecialty Hospital,
Nagpur, India

Conflict of interest: none
declared

Marco Angriman MD

Child Neurology and
Neurorehabilitation Unit,
Central Hospital of
Bolzano, Italy

Conflict of interest: none
declared

- [האם יש לכם שאלות?](#)
- [הערות?](#)
- [הקישו כאן כדי להיכנס לדף הספר בפייסבוק כדי לשתף את רעיונותיכם לגבי הפרק עם קוראים אחרים, לשאול שאלות את עורך הספר או הכותבים או להעיר הערות.](#)

לפני למעלה מאלפיים שנה, שינה הוגדרה על ידי המשורר הרומי והפילוסוף Lucretius כ"העדר ערנות" (Chokroverty, 2009). הרעיון של שינה כמצב המאופיין בהשגחה של תפקודים רצוניים המשיך להיות השולט עד המאה ה-19. רפואת השינה העדכנית מאפיינת את השינה, לא כהעדר פשטני של ערנות ותפיסה, או השהייה של עיבוד חושי, אלא כתוצאה של שילוב בין נסיגה סבילה של גירוי אפרנטי למוח והפעלה תפקודית של תאי עצב מסוימים באזורי מוח ספציפיים. לכן, השינה נחשבת כתהליך אקטיבי ולא פאסיבי. למרות התקדמות ראויה לציון בתחום של רפואת השינה במאה האחרונה, התשובה לשאלה: מדוע אנו ישנים? עדיין חמקמקה. למרות זאת, כמות נכבדה של עדויות אמפיריות מראות כי שינויים בכמות ואיכות השינה משפיעות על תפקודים קוגניטיביים, אפקטיביים (רגשיים), ובאופן כוללני יותר על תפקודים פסיכופיסיולוגיים. לכן, ההבנה של בריאות המטופל כוללת התחשבות במצבו של המטופל בשינה כמו בעירות.

הפרק הנוכחי אינו מיועד להוות רק סקירה של המדע הקיים בתחום של רפואת שינה בילדים אלא בעיקר להוות מדריך מעשי לקלינאים בכדי לסייע להם לזהות, לאבחן ולנהל את הטיפול בהפרעות שינה הנפוצות בילדים ומתבגרים בהתאם לעדויות האמפיריות והניסיון הקליני הקיים כיום. למרות זאת, לפני שנדון בהתייגות של הפרעות השינה השונות בילדים והטיפול בהן, נציג מבוא לעקרונות הבסיסיים לשינה ורפואת שינה כדי להבין טוב יותר את ההפרעות בשינה. לבסוף, לאור התפוצה הבינלאומית של קוראים אליה מיועד הפרק, נדון בכמה נושאים הנוגעים ברפואת שינה בילדים במדינות בעלות הכנסה נמוכה או בינונית.



שינה תקינה בילדים ומתבגרים

הגדרת שינה

המצב של שינה (וערנות) יכול להיות מאופיין על ידי קריטריונים התנהגותיים כמו גם פיסיוולוגיים. קריטריונים התנהגותיים כוללים יציבה, תנועתיות, תגובה לגירוי, רמת ערנות, עפעפיים ותנועות עיניים (טבלה 1.4.1). קריטריונים פיסיוולוגיים מבוססים על המדדים של אלקטרואנצפלוגרפיה (EEG), אלקטרומיוגרפיה (EMG) להערכת טונוס השריר, ואלקטרואוקולוגרפיה (EOG) לרישום תנועות עיניים (טבלה 1.4.2).

טבלה 1.4.1 קריטריונים התנהגותיים לשינה וערות

קריטריון	שינה ללא תנועות עיניים מהירות NREM	שינה עם תנועות עיניים מהירות REM
מנח	• שכוב	• שכוב
תנועות	• מופחתת במעט או ללא תנועה	• מופחתת במעט או ללא תנועה • ניתן להבחין בתנועות חדות מיוקלוניות Myoclonic Jerks
תגובתיות לגירוי	• מופחתת במידה מועטה עד בינונית	• מופחתת במידה בינונית עד העדר תגובה
מידת ההכרה	• חסר הכרה (הפיר)	• חסר הכרה (הפיר)
עפעפיים	• סגורים	• סגורים

* נכתב מתוך (Chokroverty 2009)

ב1913, המדען הצרפתי הנרי פיראון (בתמונה) חיבר את הספר הנקרא Le Probleme Physiologique du Sommeil, אשר היה כתב היד הראשון אשר בחן את השינה בממדים פיסיוולוגיים. עבודה זו נחשבת לרב כתחילתה של הגישה המודרנית לחקר השינה. ד"ר נתנאל קלייטמן, אשר מוכר כיום כ"אבי חקר השינה האמריקאי" החל לעבוד בשנות ה-20 של המאה העשרים, בשיקגו, על חקר מנגנוני השינה והערות ועל המקצבים הצירקדיאליים. עבודתו בעלת החשיבות העליונה של קלייטמן כללה מחקרים על מאפייני השינה באוכלוסיות שונות ועל השפעתה של מניעת שינה. שינה, 1953, קלייטמן ואחד הסטודנטים שעבדו עמו, בשם ד"ר יוג'ין אסרינסקי, הביאו לגילוי פורץ דרך של תנועות העיניים המהירות (REM) בשינה.

טבלה 1.4.2 קריטריונים פיסיוולוגיים לשינה וערות

קריטריון	שינה ללא תנועות עיניים מהירות NREM	שינה עם תנועות עיניים מהירות REM
אלקטרואנצפולוגרפיה	• מסונכרן	• גלי תטא או גלי שיני מסור • לא מסונכרן
אלקטרומיוגרפיה (טונוס שרירים)	• מעט מופחת	• מופחת במידה בינונית - ניכרת עד העדר מוחלט
אלקטרואוקולוגרפיה	• תנועות עיניים מתגלגלות איטיות	• תנועות עיניים מהירות

* נכתב מתוך (Chokroverty 2009)

הבטים נירופיסיוולוגיים בסיסיים

בהתבסס על EEG, EMG, ומדדים אלקטרואוקולוגרפיים, יכולים להיות מזוהים ארבעה סוגים (או שלבים) של שינה (טבלה 1.4.3 ותמונה 1.4.1). באדם עם שלבי שינה תקינים, שלבי שינה ללא תנועות עיניים מהירות (NREM) ועם תנועות עיניים מהירות (REM) מתחלפים לסירוגין באופן מחזורי, כאשר כל מחזור אורך במוצע בין 90 ל-110 דקות. בפרק שינה תקין במבוגרים, נראים 4-6 מחזורים כאלו (תמונה 1.4.2). חשוב להיות מודעים לשינויים הללו בין השלבים, היות וחלק מהפעילות התנועתית הלא תקינת מקושרת באופן ישיר לשלבים מסוג NREM או REM.

המונח "מקרוארכיטקטורה של השינה" מתייחס לתיאור של השינה במושגים של מצב הערנות (ערנות מול שינה) ושלבי השינה, מחזורי השינה (NREM/REM), חביון השינה (המוגדר כזמן אשר חולף עד תחילת השלב הראשון בשינה) ויעילות השינה (המוגדרת כזמן השינה חלקי הזמן הכולל בו היה האדם במיטה).

המונח "מיקרוארכיטקטורה של השינה" מכיל סימנים יותר "עדינים" כגון:

- יקיצות (אירועים חולפים הגורמים לקיטוע של השינה ללא התעוררות התנהגותית).
- דפוס של שינויים מחזוריים (מקצב פנימי הקיים בשנת NREM המתאפיין במחזורים של פעילות ב EEG עם רצפים של הפעלות אלקטרוקורטיקליות [שלב A של המחזור] אשר שונים מהפעילות ברקע ב EEG [שלב B של המחזור] המאפשרים כימות של התנדודתיות בערנות).
- כישורי שינה (Sleep Spindles) (התפרצויות של גלים בתדירות של 12-14 Hz, במהלך שלב 2 של שנת NREM).
- קומפלקס K (K Complexes) (גל מתח שלילי מהיר שלאחריו מגיע מבנה של גל מתח חיובי ולבסוף שוב גל מתח שלילי) (תמונה 1.4.3).

היבטים התפתחותיים של השינה

מספר שינויים תקינים מתפתחים במאקרו ומיקרו ארכיטקטורה של השינה במהלך ההתפתחות. בכלליות, משך השינה הנדרש פוחת מהילוד (כ-16 שעות שינה ביממה), לפעוט בגילאי 3-5 (11 שעות שינה ביממה), לילד בגילאי 10-11 (10 שעות שינה

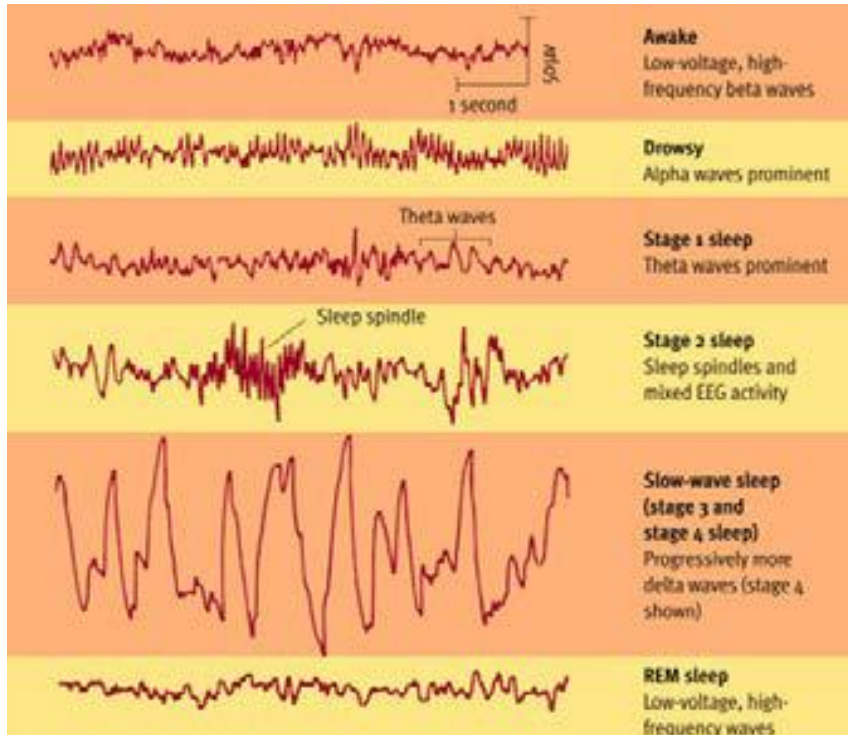
תלמיד אחר של ד"ר קלייטמן, ד"ר ויליאם. ס. דמנט, הרחיב את תחום המחקר של ד"ר קלייטמן. דמנט תאר את הטבע ה"מחזורי" של שנת הלילה, 1955, וב-1957-1958 הוכיח את הקשר בין שנת REM וחלימה. בשנת 1958 פרסם מאמר על קיומו של ארגון מחזורי של שינה בחתולים. ממצא זה (קיומם של מחזורי שינה במינים אחרים של בעלי חיים מלבד האדם) יצר התפוצצות של מחקר בסיסי אשר חיבר יחדיו חוקרים מתחומים רבים ושונים (אלקטרו-פיסיוולוגיה, פרמקולוגיה, ביוכימיה) למשך 20 השנים שלאחר מכן.

מקור:

<http://www.stanford.edu/~dement/history.html>

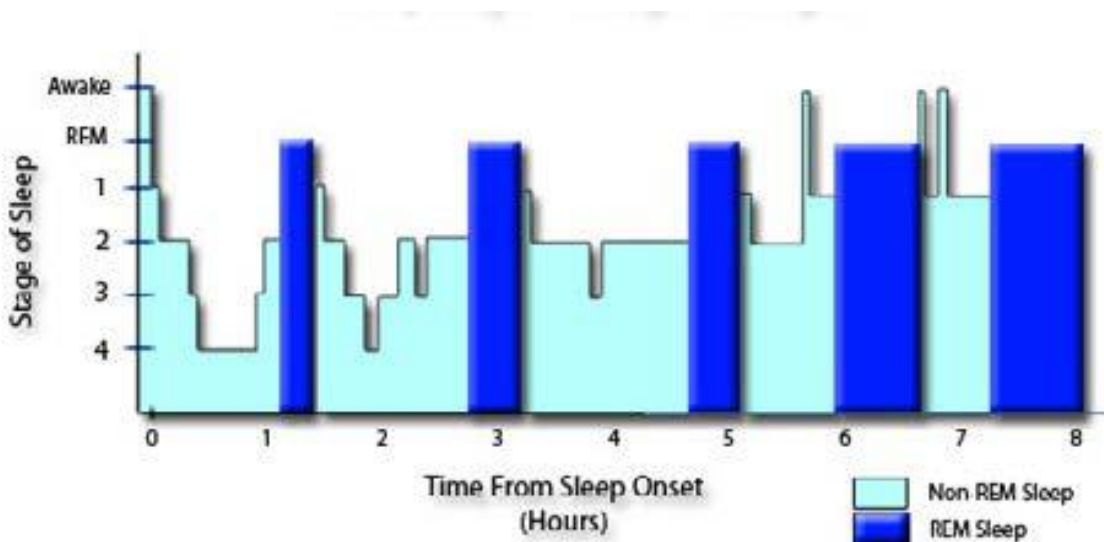
ביממה), למבוגר (7.5-8 שעות שינה ביממה). מחזורי שינה נמשכים כ-45 דקות בילדים צעירים, כ-60 דקות בילד בן 9, וכ-90-110 דקות אחרי גיל 10 (כמבוגר). משך הזמן של שנת REM אל מול שנת NREM הינו כמעט זהה בילוד, וכשאנו מתבגרים קיימת ירידה הדרגתית במשך זמן שנת REM מתוך כלל משך השינה. כישורי שינה וקומפלקס K כבר נראים בבירור כבר בגילאי 3 חודשים ו6 חודשים, בהתאמה. לדוגמה של שנת REM בבדיקת פוליסומנוגרפיה, ראה תמונה 1.4.4.

תמונה 1.4.1: שלבי השינה באלקטרואנצפלוגרם.



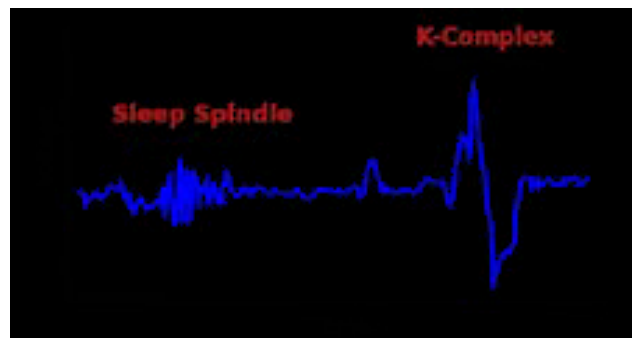
*נלקח מתוך: <http://siobhancallaghan.files.wordpress.com/2012/01/101-sleep-stages.jpg>

תמונה 1.4.2: שלבי השינה כפי שהם מבוססים על פי מדדים ניורופיסיולוגיים*.

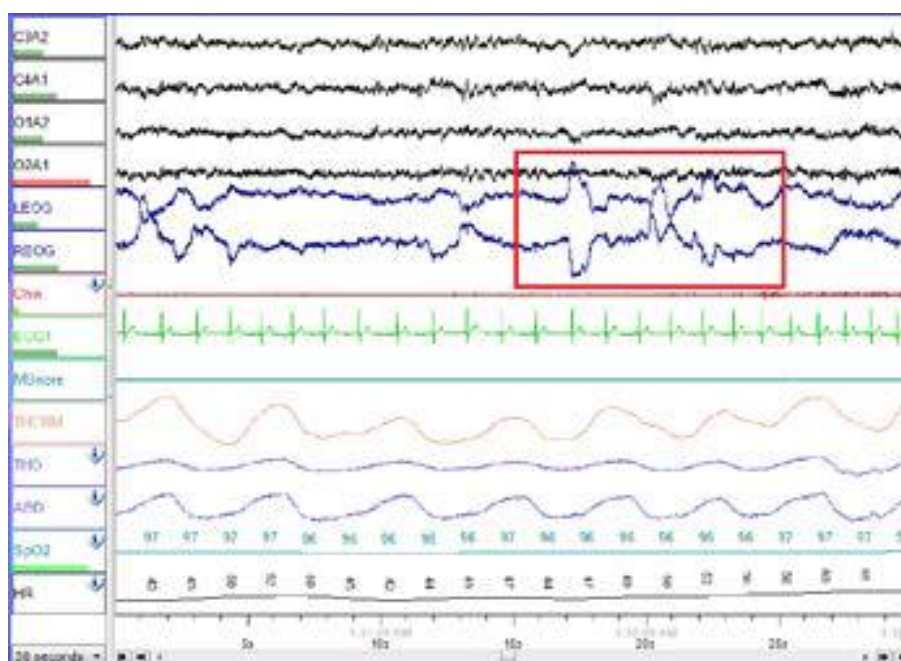


*<http://www.end-your-sleep-deprivation.com/stages-of-sleep.html>

תמונה 1.4.3: כישור שינה Sleep Spindle וקומפלקס K Complex



תמונה 1.4.4: פוליסומנוגרם של אדם בשנת REM. תנועות העיניים מודגשות על ידי הסימון באדום.*



*<http://en.wikipedia.org/wiki/Sleep>

הדחף לשינה, הומאוסטזיס והבקרה על השינה

הדחף לשינה מתייחס לצורך לישון, אשר גובר בהדרגה במהלך הערות וקשור להומאוסטזיס של השינה (שהיא הנטייה של מערכת להשאיר את הסביבה הפנימית שלה יציבה). בקרה הומאוסטטית של שינה/ערות מתייחסת ליכולתו של המוח לפצות על חסר שינה חולף על ידי עליה במשך השינה ובעוצמתה.

מודל שני התהליכים של בקרת שינה/ערות מניח כי שני תהליכים עצמאיים אך קשורים ביניהם, תהליך צירקדיאני (תהליך C) ותהליך הומאוסטטי (תהליך S), אשר משתתפים באופן שווה בבקרה על השינה. תהליך C קובע את השונות הצירקדיאנית של מועד היקיצה באופן בלתי תלוי במועד היקיצה הקודם. תהליך S בעל פעילות נמוכה בבוקר לאחר ההתעוררות מהשינה, ומתגבר בהדרגה ככל שמשך הזמן בערות מתמשך. לאחר שעבר משך זמן ללא שינה ונצברו "חובות שינה" (הצטברות של צורך פיסיולוגי לשינה), השינה תוכל להתרחש רק אם הנטייה בתהליך (מחזור) הצירקדיאני היא גם באותו הזמן מתאימה לשינה, לאמור, אם התהליך הצירקדיאני פותח "חלון אפשרות לשינה", כשבזמן "חלון" כזה הסיכוי להירדמות עולה.

טבלה I.4.3 | שלבי השינה

האחוז מכלל משך השינה (במבוגרים)	EOG	EMG	EEG	שלב
3-8	תנועות עיניים איטיות	הפחתה קלה בפעילות שרירים טונית	אמפליטודה נמוכה, תדירות מעורבת (4-7 Hz), עם גלים בעלי זווית חדה (גלים ביפאזיים $0.5 \geq$ שניות)	שלב N1 NREM
45-55	ללא תנועות עיניים	ירידה נוספת בפעילות שרירים	פעילות במתח נמוך עם כישורי שינה (11-16 Hz) וקומפלקס K (גלים ביפאזיים $0.5 \leq$ שניות)	שלב N2 NREM
15-20	ללא תנועות עיניים	פעילות טונית נמוכה	אמפליטודה גבוהה ($75 \mu V \leq$) גלים איטיים ($2 Hz \geq$) נמשכים $\leq 20\%$ של המדידה	שלב N3 NREM (או גלים איטיים)
20-25	תנועות עיניים מהירות	אטוניה שרירית (יכולות להיות התכווצויות פאזיות)	גלים במתח נמוך, גלי שיני מסור (2-6 Hz)	שלב REM

הרגלים לשינה בריאה או "היגינת שינה"

נהלים לשינה בריאה, אשר לרוב מכונים "היגינת שינה טובה", כוללים התאמות של פעילויות בזמן יום, בזמן כניסה למיטה, ובזמן לילה, אשר משפיעים באופן חיובי על הכניסה לשינה, השמירה על השינה, האיכות, הכמות, וסביבת השינה (טבלאות I.4.4 ו-I.4.5). המלצות לשינה בריאה לרב כוללות הדרכה בתחומים רבים כגון אימוץ של סדר פעולות קבוע כהכנה לשינה, כניסה למיטה בזמן קבוע והתעוררות בזמן קבוע, חדר שינה שקט, חשוך וקריר, הימנעות ממוצרים המכילים קפאין, ופעילות גופנית סדירה. מנהגים של שינה בריאה הינם מרכיב חשוב בחינוך לשינה אשר מטרתם למנוע את היווצרותן של הפרעות שינה (מניעה ראשונית), לטפל באיכות שינה ירודה (מניעה שניונית), וגם במסגרת טיפול רחב יותר בהפרעת שינה אשר כבר קיימת. חינוך להיגינת שינה הינו מרכיב סטנדרטי בטיפול בהפרעות בשינה בילדים, וכמו כן, בסובלים מקשיי שינה עקב הפרעות גופניות ופסיכיאטריות כרוניות. מנהגים של שינה בריאה הינם גורמים מתווכים פוטנציאליים בין צרכי שינה ביולוגיים ונסיבות סביבתיות אשר מקדמים או פוגמים בשינה. לדוגמה, אחד המרכיבים החשובים לשינה בריאה הינה שגרת שינה וערות קבועה. מועד קבוע של כניסה למיטה ויציאה מהמיטה מסייע לתגבר את המחזור הצירקדיאני ולהביא את דחף השינה למידה המיטבית, תהליכים אשר הינם אבני דרך בהסדרה של מקצבי שינה-ערות בריאים. היות והילד צריך להיות ערני מספיק זמן במהלך היום, וכך ליצור מספיק דחף לשינה בכדי להרגיש ישנוני בכניסה למיטה. שינה לאורך יותר שעות במהלך סופי השבוע, לעיתים גורמת למצב בו יהיה לו קשה יותר להירדם בלילה לאחר מכן.

היבט חשוב נוסף של הרגלי שינה בריאים קשור לכך שלילד מתאפשר זמן שינה יומי מספק. על אף שקיימת שונות מסוימת בצרכי השינה בין אנשים שונים, קיימים קווים מנחים כמות השינה המומלצת בילדים בגילאים שונים (טבלה I.4.5). כאשר באים לבצע הערכה של צרכי השינה הפרטניים, חשוב לחנך את ההורים לגבי רמזים אשר יצביעו על כך שהילד אינו ישן שינה מספקת (לדוגמה: הילד ישן יותר זמן בסופי השבוע ובחופשות מהלימודים, או קשה להעירו בבוקר, או מנמנם במהלך שעות היום).

טבלה 1.4.4 – הרגלי שינה בריאים

לא מומלץ	מומלץ
<ul style="list-style-type: none"> • לשתות הרבה לפני הכניסה למיטה • לעסוק בדברים שיש בהם הרבה גירויים לפני הכניסה למיטה • להשתמש במיטה לפעילויות אחרות משינה • להכניס את הילד למיטה לאחר שהוא נרדם במקום אחר • להישאר ער לאחר הזמן הקבוע לכניסה למיטה 	<ul style="list-style-type: none"> • להיכנס למיטה בשעה קבועה בכל לילה • ללכת לישון באותו המקום • לישון לבד • ללא קפאין או תנומות 4 שעות לפני הכניסה למיטה • שגרה רגועה של כניסה למיטה • פעילויות מרגיעות לפני הכניסה למיטה • לצאת מהמיטה בזמן קבוע בכל בוקר

* פריטים נבחרים מתוך המדרג להיגיינת שינה בילדים (CSHQ) Children's Sleep Hygiene Scale, לאחר שבוצעו התאמות מ (Harsh et al (2002).

טבלה 1.4.5 משך שינה מומלץ בילדים ומתבגרים

שעות	גיל
12-18	ילודים (0-2 חודשים)
14-15	תינוקות (3-11 חודשים)
12-14	פעוטות (1-3 שנים)
11-13	גילאי הגן (3-5 שנים)
10-11	גילאי בית הספר היסודי (6-10 שנים)
8.5-9.25	נוער (10-17 שנים)

<http://www.sleepfoundation.org>

* מתוך האיגוד הלאומי לשינה National Sleep Foundation

הערכת השינה בילדים ומתבגרים

הערכת השינה וההפרעות בשינה בילדים (כמו גם במבוגרים) מבוצעת באמצעים סובייקטיביים (מבוססי מידע המדווח על ידי הילד ו/או ההורים), או במידת הצורך, אמצעים אובייקטיביים (ניורופיסיולוגיים). הערכה סובייקטיבית מסתמכת על שאלות פתוחות, אשר בוחנות את רב ההתנהגויות הרלוונטיות לשינה (טבלה 1.4.6), או שאלונים מובנים כגון שאלון "מדרג הפרעות השינה בילדים" [Sleep Disturbance Scale for Children](#), "שאלון השינה לילד" [Child Sleep Questionnaire](#), ו"שאלון הרגלי השינה בילדים" [Children's Sleep Habits Questionnaire](#). בכדי לסייע בזכירת השאלות המרכזיות להערכת השינה הומצאו ראשי התיבות BEARS, אשר מספקות כלי סקירה מקיף להפרעות שינה בילדים (טבלה 1.4.7).

בכדי להעריך את דפוסי השינה, במיוחד עם תלונות בהקשר לשינה מתגלות במהלך הראיון, המטפל יכול לבקש מהילד או הוריו (כתלות בגיל הילד ויכולותיו) למלא יומן שינה. ההורים (או הילדים, אם מתאפשר), מתבקשים לפרט בכתב את הזמן בו הילד נכנס למיטה, כמה זמן לוקח לו להירדם, תדירותן ומשכן של יקיצות במהלך הלילה, מועדן ומשכן של תנומות במהלך היום, זמן ההתעוררות בבוקר, ומשך השינה הכולל. יומן גרפי עדיף על דיווח מילולי. יומני שינה גרפיים זמינים ללא תשלום ב"קרן הלאומי לשינה של ארצות הברית" US National Sleep Foundation (תמונה 1.4.5).

כלים אובייקטיביים, המתוארים בטבלה 1.4.8, נדרשים בכדי לאבחן חלק מההפרעות בשינה. הם כוללים:

- פוליסומנוגרפיה Polysomnography
- אקטיגרפיה Actigraphy
- מבחן חביון השינה החזרתי Multiple Sleep Latency Test
- צילום וידאו אינפראאדום Infrared Video Camera

רב אנשי המקצוע בבריאות הנפש לא ישתמשו בכלים אלה בעבודתם השוטפת אך צריכים להיות מודעים לקיומם ולדעת מתי להפנות מטופל למומחה בכדי לבצע הערכת שינה אובייקטיבית. טבלה 1.4.8 מסכמת את המדדים האובייקטיביים העיקריים.

תמונה 1.4.5: יומן שינה של הרשות הלאומית לשינה.

טבלה I.4.6 מדדי שינה סובייקטיביים

ממד	תיאור
התנגדות לכניסה למיטה	התנהגויות הכוללות את סירובו של הילד להתארגן לשינה, סירוב להישאר במיטה, או הזדקקות לנוכחותו של ההורה בזמן ההירדמות. לרב, אלה מכונות "הפרעות שינה הקשורות בהצבת גבולות", אשר לעיתים קרובות הינן תוצאה של קושי הורי להציב גבולות לילד ולשלוט בהתנהגויותיו.
קשיים בהירדמות	קושי להירדם (ערנות לאחר 20 דקות מהכניסה למיטה, לפי דעת חלק מהכותבים). גורמים אשר תורמים לקשיים בהירדמות כוללים מצבים פסיכיאטריים (כגון הפרעות במצב הרוח), היגינית שינה ירודה, או הפרעות שינה אחרות (כגון תסמונת הרגליים חסרות המנוחה).
יקיצות במהלך הלילה	יקיצות במהלך הלילה אשר דורשות את מעורבותו של ההורה בכדי שהילד ישוב בחזרה לישון לרב קשורות להתנהגויות לא תקינות של השכבה לשינה (מצבים בהם לומד הילד שהוא זקוק לנוכחותו של ההורה בכדי לחזור ולהירדם).
משך השינה	משך השינה הכולל, כפי שנחווה על ידי ההורה או הילד. קיימת שונות בהגדרת משך השינה בין משך הזמן בו הילד ישן בלילה, משך הזמן בו הילד ישן או ער בזמן שהוא במיטה, או כמות השינה הכוללת ב-24 שעות.
קשיים בהתעוררות בבוקר	התנהגויות הכוללות את סירובו של הילד להתעורר בעצמו או קשיים ביציאתו של הילד ממיטתו בבוקר. הן עשויות לנבוע ממשך שינה לא מספק או כתוצאה מקושי של ההורים בהשמת גבולות להתנהגויותיו של ילדם.
ישנוניות יומית	מאופיינת בעייפות וחוסר אנרגיה מתמשכים עם נטייה להירדם במהלך היום. גורמים לישנוניות יומית כוללים: <ul style="list-style-type: none"> • חסך שינה • מצבים אשר גורמים לשינה לא תקינה (כגון: דום נשימה חסימתי בשינה, תסמונת הרגליים חסרות המנוחה, ותנועות גפיים מחזוריות בשינה) • הפרעות פסיכיאטריות (כגון הפרעות במצב הרוח) • גורמים ניורולוגיים (כגון היפרסומניה לאחר חבלת ראש) • ישנוניות יומית מוגזמת עם דחף בלתי נשלט להירדם במהלך היום, הינה סמן מובהק לנרקולפסיה
הפרעות נשימה בשינה	ספקטרום קליני הכולל: <ul style="list-style-type: none"> • נחירות ראשוניות • תסמונת תנגודת בדרכי אוויר עליונות (המאופיינת במאמץ נשימתי מוגבר ונחירות) • חסימה חלקית הגורמת להיפונטילציה והיפופאניות (המאופיינת במאמץ נשימתי מוגבר, נחירות ויקיצות) • דום נשימה חסימתי בשינה (המאופיינת בנחירות, הפסקות נשימה ויקיצות) • האבחון של הפרעות נשימה בשינה דורש בדיקת פוליסומנוגרפיה. ההורים גם כן עשויים לדווח על תסמינים (כגון נחירות, הפסקות נשימה)
שינה לא רגועה	מאופיינת בתנועות מוגברות בחלקי גוף מסויימים או בכל הגוף.
פרהסומניות	פרהסומניות הינן אירועים או חוויות לא רצויות אשר מתרחשות בכניסה לשינה, במהלכה, ובהתעוררות משינה. הן כוללות: <ul style="list-style-type: none"> • הליכה בזמן שינה • ביעותי לילה • הפרעת סיוטי לילה • השתנה בזמן שינה • גניחות/אנחות בזמן שינה וכו'

טבלה **BEARS I.4.7**: ראשי תיבות אשר מסייעים בזכירת הנושאים להערכת השינה

מתבגר (שאלות למתבגר)	גיל בית הספר היסודי (שאלות להורה)	פעוטות/ גיל הגן (שאלות להורה)	
בעיות בהירדמות?	בעיות בכניסה לשינה?	בעיות בהליכה למיטה ובהירדמות?	בעיות בכניסה לשינה Bedtime problems
ישנוני מאד במהלך היום? בבית הספר? בזמן נהיגה?	בעיות בהתעוררות בבוקר, מרגיש ישנוני במהלך היום או מנמנם?	מנמנם או נראה עייף מאד או ישנוני הרבה במהלך היום?	ישנוניות יומית Excessive daytime sleepiness
האם אתה מתעורר הרבה במהלך הלילה או קיים קושי בהירדמות לאחר יקיצה במהלך הלילה?	מתעורר הרבה במהלך הלילה או קיים קושי להירדם שוב לאחר התעוררות? הליכה בשינה או סיוטי לילה?	מתעורר הרבה במהלך הלילה?	יקיצות Awakenings
מתי בדרך כלל אתה הולך לישון בימי לימודים? בסופי שבוע? כמה זמן את בדרך כלל ישן?	מתי ילדכם הולך לישון ומתי מתעורר בימי לימודים? מתי בסופי שבוע? האם משך השינה מספק?	האם קיימים זמנים קבועים לשינה ולהתעוררות? מה הם?	סדירותה ומשכה של השינה Regularity and duration of sleep
האם קיימות נחירות מרעישות? (שאלה להורה)	האם קיימות נחירות מרעישות או קשיי נשימה במהלך הלילה?	האם קיימות נחירות רבות או קיים קושי בנשימה בלילה?	נחירות Snoring

* מתוך Mindell & Owens (2010)

ילדה ישנה עם מוניטור קרדיורספירטורי אמבולטורי



טבלה I.4.8 כלים אובייקטיביים בהם משתמשים בבדיקות שינה

<p>פוליסומנוגרפיה Polysomnography</p> <p>רישום של מדדים פיסיולוגיים במהלך השינה:</p> <ul style="list-style-type: none"> • פעילות חשמלית במוח (EEG) • תנועתיות של שרירי העין והלסתות • תנועות שרירי הרגליים • זרימת אוויר • תנועתיות בית החזה והבטן • ריווי חמצן • אלקטרוקרדיוגרם 	
<p>אקטיגרפיה Actigraphy</p> <p>מנטר מחזורים של פעילות פיזית ומנוחה על ידי חיישן תנועה (מכשיר בצורת שעון יד הנלבש על פרק כף היד או הקרסול אשר מודד תנועתיות באופן רציף). את מדדי השינה (תקופות של שינה/ערות, משך הזמן הכולל של השינה, מספר היקיצות, ומשך זמן ההירדמות) ניתן להסיק מתוך מצבים של תנועה או מנוחה אותם חש חיישן התנועה</p>	
<p>מבחן חביון השינה החזרתי Multiple Sleep Latency Test</p> <p>מורכב מארבע או חמש הזדמנויות לנמנם, בנות 20-30 דקות כל אחת אשר ניתנות במהלך היממה בהפרש של שעותיים זו מזו. המדדים העיקריים הנמדדים הם משך חביון השינה (משך ההירדמות), ומשך חביון שנת REM בבדיקת פוליסומנוגרפיה. מבחן זה בוחן את מידת הישנוניות היומית של הנבדק</p>	
<p>צילום וידאו אינפראאדום Infrared Video Camera</p> <p>צילום אשר נעשה בכדי לנטר את תנועתיות הגוף בזמן שינה בחושך</p>	

טבלה I.4.9 מדדי שינה אובייקטיביים

<p>הזמן בדקות מכיבוי אורות ועד הופעה ראשונה של השלב השני בשינה לפי EEG</p>	<p>משך חביון השינה כפי שמוערך בבדיקת פוליסומנוגרפיה</p>
<p>מספר המעברים בין שלב שינה אחד לאחר במהלך כלל השינה</p>	<p>מספר המעברים בין שלב אחד לאחר במהלך כלל השינה</p>
<p>האחוז של משך הופעת שלב 1 בשינה מכלל משך השינה</p>	<p>אחוז שלב 1</p>
<p>האחוז של משך הופעת שלב 2 בשינה מכלל משך השינה</p>	<p>אחוז שלב 2</p>
<p>האחוז של משך הופעת שלב 3 בשינה מכלל משך השינה</p>	<p>אחוז שלבי השינה בגלים איטיים (Slow wave sleep)</p>
<p>משך הזמן בין תחילת השינה לבין הופעת שלב REM הראשון אשר נמשך מעל 2 דקות</p>	<p>משך חביון שנת REM</p>
<p>האחוז של משך הופעת שלב REM בשינה מכלל משך השינה</p>	<p>אחוז שנת REM</p>
<p>היחס בין משך השינה כפי שנמדד בפוליסומנוגרפיה לבין משך הזמן הכולל במיטה במהלך הלילה</p>	<p>יעילות השינה כפי שנמדדת בבדיקת פוליסומנוגרפיה</p>
<p>הממוצע של כל פרקי הזמן עד הכניסה לשינה בכל ההזדמנויות להירדם אשר ניתנו לנבדק. ככל שמשך הזמן הממוצע עד כניסה לשינה נמוך יותר, הישנוניות היומית ניכרת יותר</p>	<p>משך זמן ההירדמות הממוצע לפי בדיקת מבחן חביון השינה החזרתי Multiple Sleep Latency Test</p>
<p>מספר האפניות וההיפופניות בשעה (אפניה מוגדרת כהפסקה של זרימת אוויר אשר נמשכת לפחות 10 שניות, היפופניה מוגדרת כהפחתה של 50% בזרימת האוויר או הפחתה בזרימת האוויר הקשורה לצניחה של 3% בריווי החמצן בעורקים או יקיצה)</p>	<p>יחס אפניה-היפופניה Apnea-hypopnea index</p>

טבלה I.4.10 הפרעות העיקריות בשינה-ערות, לפי DSM-5*

אבחנה	תיאור קצר
הפרעת אינסומניה	כמות או איכות שינה לא מספקת
הפרעה היפרסומניה	ישנוניות יומית מוגזמת
נרקולפסיה	פרקים של ישנוניות יומית קיצונית, לעיתים מלווה באובדן של טונוס השרירים
דום נשימה חסימתי בשינה	ירידה בריווי החמצן בדם בעקבות חסימה נשימתית במשך השינה
הפרעות במחזור הצירקדיאני	הפרעה בהתאמה בין מחזורי השינה והערות הפנימיים והחיצוניים
פרהסומניות	אירועים התקפיים לא פרכוסיים בעת השינה
הפרעות יקיצה מהשינה שאינן נגרמות מהתעוררות משנת תע"מ (REM)	הליכה בשינה וביעותי לילה
הפרעת סיוטי לילה	סיוטי לילה
הפרעות התנהגות בשינה מתוך שלב תע"מ (REM) בשינה	אירועים חוזרים של יקיצות כתוצאה מדיבור או תנועתיות כגון קפיצה או בעיטה מתוך שינה (התנהגויות של המחזת החלימה), נדירות בילדים.
תסמונת הרגליים חסרות המנוחה	דחף להזיז את הרגליים או אברי גוף אחרים מלווה בתחושות לא נעימות

*האיגוד הפסיכיאטרי האמריקאי (2013)

סיווג הפרעות שינה בילדים ומתבגרים

הסיווג הבינלאומי של מחלות מהדורה 10, [International Classification of Diseases \(ICD\), 10th Edition](#), והמדריך הסטטיסטי והדיאגנוסטי של הפרעות נפשיות, [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5](#), American Psychiatric Association, 2013 לא מסווגים באופן ספציפי הפרעות שינה בילדות.

במקום זאת, הם מקבצים ילדים ומבוגרים יחדיו, למרות, שבמקרים מסוימים מאפיינים התפתחותיים של הפרעת שינה מסוימת מצוינים. הפרעות שינה הנכללות ב-DSM-5 מובאות בטבלה I.4.10.

DSM-5 מדגיש במפורש את הצורך לטפל בהפרעות שינה ללא קשר לקיומה של הפרעה מנטלית או גופנית נוספת המתקיימת במקביל.

היות ולא קיימת אפשרות מעשית לפרט את ההערכה האבחנתית והטיפול בכל הפרעה, נתמקד בהפרעות השכיחות והרלוונטיות לטיפול בילדים ומתבגרים.

הפרעות שינה ספציפיות

אינסומניה

אינסומניה היא "קושי מתמשך בהירדמות, או פגיעה במשך השינה, בביסוס השינה, או איכותה, למרות הזדמנויות מספקות לשינה, וקיומם של תנאי שינה נוחים, אשר מביאה לפגיעה בפעילות בזמן ערות" (האקדמיה האמריקאית לרפואת שינה, 2014).

DSM-5 משלב קריטריונים פדיאטריים והתפתחותיים ומחליף את האבחנה של אינסומניה ראשונית (Primary Insomnia) באבחנה של הפרעה אינסומניה (Insomnia Disorder), בכדי למנוע אבחנה בין הפרעה ראשונית או משנית כאשר הפרעת האינסומניה מתקיימת במקביל למצבים נוספים. DSM-5 מציג את קריטריון משך ההפרעה (יותר משלושה לילות "לא טובים" במשך שבוע במשך לפחות שלושה חודשים ברציפות).

שכיחות של אינסומניה בילדות מוערכת ב-1% עד 6% באוכלוסיית הילדים הכללית, עם שכיחות גבוהה בהרבה בילדים עם הפרעות נירו-התפתחותיות ובעיות גופניות או פסיכיאטריות כרוניות (Owens & Mindell, 2011). כאשר התנגדות לכניסה למיטה ויקיצות במהלך הלילה נכללות בחישוב, שכיחות הבעיות ההתנהגותיות הקשורות בשינה מגיע ל-25% עד 50% מכלל הילדים בגיל טרום בית הספר (Owens & Mindell, 2011). מנגד, תסמינים פסיכיאטריים דווחו בכמעט 50% מהילדים הסובלים מאינסומניה כרונית. הועלה הרעיון כי אינסומניה כרונית יכולה גם להוות סימן מוקדם למצוקה רגשית בילדים עם פגיעות גבוהה יותר יחד עם ויסות ירוד יותר של השינה (Ivanenko et al, 2004).

המונח "אינסומניה התנהגותית של הילדות" (ראה טבלה 1.4.11), מתייחס לקשיי שינה הנובעים משינה לא סדירה הקשורה לקושי בהשמת גבולות על ידי ההורים. האבחנה של אינסומניה התנהגותית של הפרעה בכניסה לשינה, נסמכת על הרגלי כניסה לשינה לא תקינים כגון נענוע, צפייה בטלוויזיה, והירדמות במיטת ההורים. הילד לרב לא מסוגל להירדם בהעדרם של הרגלים אלה, גם בזמן ההשכבה לשינה וגם בעת יקיצות במהלך הלילה. הצבת גבולות לקויה מצד ההורים עשויה לגרום גם לאינסומניה התנהגותית המאופיינת בעיכוב הכניסה לשינה משנית לסירובו של הילד להיכנס למיטה או מכך שמביא להשהיה של מועד הכניסה למיטה.

הרגלי שינה תקינים (ראו מעלה פירוט על היגיינת שינה) והתערבויות התנהגותיות כגון הכחדה (Extinction) או דחיית הכניסה לשינה (Bedtime Fading) (ראה טבלה 1.4.12) הם הטיפולים הראשונים המומלצים לאינסומניה בילדים (Meltzer, 2010). המטפלים בילד ממלאים תפקיד מרכזי בביסוס ותחזוקה של הרגלי שינה תקינים בילדים. לכן, חשוב לשוחח עם ההורים על הידע והאמונות שלהם בנושא, וכמו כן, באילו פעולות נהגו עד כה להתמודדות עם בעיות השינה של ילדם. מתן מידע מהימן להורים על שינה בילדים הינו מרכיב הכרחי בטיפול בבעיות התנהגותיות בשינה של ילדים.

גישות טיפוליות התנהגותיות נדרשות להיות מותאמות לגיל הילד ולהתנהלות המשפחתית (לינה במיטה משותפת, לינה בחדר משותף וכדומה). טכניקות של הכחדה הדרגתית (Gradual Extinction) ושל בכי מבוקר (Controlled Crying) מתאימות יותר לילדים צעירים יותר, בעוד גישות קוגניטיביות והדרכה דרכי התמודדות מתאימות יותר לילדים בגיל בית הספר. ראו טבלה 1.4.12 לטכניקות ניחום / בכי מבוקר.

טבלה 1.4.11 אינסומניה התנהגותית בילדות*

הפרעה	גיל התחלתי טיפוס	מאפיינים
מסוג התקשרות (להורה)	6 חודשים ואילך	הילד נזקק לגירוי מסויים (לדוגמה, נוכחות ההורה או האכלה) בכדי להירדם או לאחר יקיצות במהלך הלילה
מסוג בעיה בהצבת גבולות	18 חודשים ואילך	קיימת בעיה ליצור גבולות לילד, כולל בשגרת כניסה למיטה והירדמות
מסוג מעורב		

טבלה 1.4.12 | טכניקות התנהגותיות בטיפול באינסומניה*

הכחדה ללא מודיפיקציה	הילד מונח במיטתו בהיותו ער, מושאר לבדו עד אשר הוא נרדם ויקיצות לילה זוכות להתעלמות מוחלטת. הילד לומד לבד להרגיע את עצמו כאשר מבין שבכי במהלך הלילה לא יזכה אותו בתשומת ליבם של הוריו
הכחדה עם נוכחות ההורה	ההורה נשאר בחדרו של הילד במהלך ההכחדה, נוכחותו מקנה תחושת בטחון לילד אך הוא אינו מקיים כמעט כל אינטראקציה עם הילד
הכחדה הדרגתית	טכניקה המערבת התעלמות מהתנהגויות שליליות (כגון בכי) למשך פרק זמן מסוים, בטרם ניגש שוב ההורה לחדרו של התינוק. ההורה בהדרגה מעלה את משך הזמן בין כניסה אחת לשנייה לחדרו של הילד. ההורה מספק לילד תחושת בטחון בנוכחותו הקצרה, תוך שמירה על אינטראקציה מינימאלית
דחייה בכניסה לשינה Bedtime Fading	טכניקה בה נדחה מועד הכניסה למיטה קרוב יותר למועד השינה המתוכנן עבור הילד. המטרה היא לגרום לילד ליצור קישור אסוציאטיבי חיובי בין המיטה והירדמות מהירה. הכניסה למיטה לאחר מכן יכולה בהדרגה להיות מקודמת למועד מוקדם יותר
ניהול שגרת שינה	קבעו זמני כניסה למיטה ויקיצה קבועים אשר יאפשרו משך זמן מספק בכדי לישון
טכניקות קוגניטיביות	משתמשים בהן בכדי להתמודד עם אמונות אשר אינן תורמות לילד לשינה, כולל התמודדות עם האמונה שילדים לא מסוגלים להתמודד עם בעיות השינה שלהם
טכניקות התמודדות (לילדים)	כגון מימוניות הרגעה כמו לימוד נשימה סרעפתית

*נלקח מתוך www.insomniarounds.ca

בכי מבוקר

ניסויים רנדומאליים הדגימו את היעילות לטווח קצר עד בינוני של התערבויות התנהגותיות בשינה בתינוקות (הידועים גם בשם "בכי מבוקר" או "ניחום מבוקר"). ניחום מבוקר הינה אסטרטגיה התנהגותית אשר נועדה להתמודד עם בעיות חוזרות של הירדמות או קימה בילדים צעירים. המטרה היא לסייע לילדים ללמוד כיצד להכניס את עצמם למצב של הירדמות ללא צורך בהאכלה על ידי ההורים, או ליטוף, או החזקתם על הידיים. בשיטה זו, ההורה מבצע בדיקות חפוזות של הילד תוך כדי הרגעה בעת שהילד לומד כיצד להגיע למצב של הירדמות.

היו חששות ששיטות אלה עשויות לגרום לילדים לנזק בהתפתחות הרגשית ובהמשך גם בבריאות המנטלית. במחקר בו התבצע מעקב של חמש שנים אחר ילדים עם בעיות שינה בגיל 7 חודשים, לא נתגלתה כל השפעה של שימוש בטכניקות התנהגותיות (שלילית או חיובית) על הילדים בהגיעם לגיל 6. המחברים הסיקו כי הורים ואנשי מקצוע בתחום הבריאות יכולים להשתמש בטכניקות אלה בביטחון להפחתה של בעיות שינה קצרות עד בינוניות טווח בתינוקות, דבר אשר עשוי להפחית גם בשכיחות של דיכאון אימהי (Price et al, 2012).

כיצד ליישם ניחום/בכי מבוקר*

- צרו שגרה קבועה של כניסה לשינה
- כאשר מגיע הזמן לומר "לילה טוב", שימו את התינוק במיטתו וכסו אותו. דברו ו/או לטפו אותו עד אשר הוא משתתק, או במשך דקה אחת.
- ברגע שתינוקכם השתתק, או לאחר דקה אחת, אמרו לו "לילה טוב" ועזבו את החדר. עזבו בטרם התינוק נרדם.
- הישארו מחוץ לחדר השינה שלו ותנו לתינוקכם הזדמנות להירדם בעצמו. התעלמו מיללותיו.
- אם תינוקכם מתחיל ממש לבכות, המתינו שפרק הזמן עליו החלטתם מראש (לדוגמה, 2 דקות) יחלוף, בטרם תכנסו שוב לחדרו.
- השאירו את תינוקכם בחדרו למשך פרקי זמן מתארכים (לדוגמה, 2, 4, 6, 8 ו-10 דקות, או 5, 10 ו-15 דקות). קבעו את פרקי הזמן בין כניסה אחת למשנה בהתאם להערכתם לכמה זמן תוכלו להחזיק מעמד (במידה והוא בוכה).
- לאחר שחלף פרק הזמן אשר הקצבתם לעצמכם, שובו בקצרה לחדרו של תינוקכם במידה והוא עדיין בוכה. דברו או לטפו אותו במשך דקה אחת, או המשיכו לדבר עמו או ללטפו עד אשר הוא שקט (כתלות בהעדפתכם). נסו להרגיעו מבלי להרימו, עד כמה שניתן.
- שימו לב לחיתול שלו. אם הוא מלוכלך, החליפו לו אותו תחת אור מעומעם ומינימום של מהומה.
- ברגע שהוא נרגע (או לאחר דקה אחת), אך לפני שהוא נרדם, עזבו את חדרו והמתינו את פרק הזמן המוקצב עד לכניסה מחודשת לחדרו. מה שאתם מנסים לעשות, הוא לתת לתינוקכם את האפשרות ללמוד להירדם בכוחות עצמו.
- תהליך זה נמשך עד אשר תינוקכם נרדם בכוחות עצמו.
- כאשר תינוקכם מתעורר במהלך הלילה, התנהלו באותה השגרה בדיוק.

נקודות חשובות בנושא "בכי מבוקר"

- התהליך עשוי להימשך שלושה עד 14 ימים עד אשר נצפות תוצאות חיוביות.
- השתמשו בשעון בכדי לקצוב את פרקי הזמן של המתנה עד כניסה לחדרו של תינוקכם – 4 דקות יכולות להרגיש כמו הרבה מאד זמן.
- כבו את מוניטור התינוק בחדרו.
- אל תמתינו מחוץ לחדרו של תינוקכם. גשו לחדר אחר והסיחו את דעתכם, אולי ע"י הכנת כוס תה או צפייה בטלוויזיה. גשו לבדוק את מצבו של תינוקכם רק כאשר חלף פרק הזמן הקצוב.
- דברו קודם עם בן/בת זוגכם, בכדי לוודא מראש כי שניכם מסכימים עם ביצוע התוכנית. תאמו ביניכם איזה תפקיד ייטול כל אחד מכם (לדוגמה, סיוע בניהול פרקי הזמן הקצובים). שיקלו לקום לסירוגין מדי לילה, כל פעם בן זוג אחר.
- הימנעו מביצוע של מחויבויות חשובות בימים הראשונים לאחר התחלת ביצוע "בכי מבוקר". אתם צריכים להיות מסוגלים לעבור את התהליך ללא ביצוע של שינויים משמעותיים בשגרת החיים של תינוקכם.
- זכרו לעזוב את חדרו של תינוקכם לפני שהוא נרדם.

*הופק מתוך Raising Children Network

לאור מיעוט המידע הזמין בנוגע למינון, יעילות, סבילות ובטיחות השימוש בתרופות, יחד עם העדרם של ניסויים קליניים מבוקרים באיכות גבוהה, תרופות היפנוטיות אינן מאושרות על ידי מנהל המזון והתרופות האמריקני לשימוש באוכלוסיית הילדים. מחקר נוסף נדרש כדי שיהיה ניתן להסתמך על עובדות מוצקות בטיפול תרופתי בבעיות שינה בילדים. למרות זאת, עובדה זאת מהווה נחמה פעוטה למשפחות המיואשות אשר נדרשות להתמודד ילדם הסובל מהפרעת שינה כרונית, לרב ללא האמצעים בכדי להשיג סיוע התנהגותי מקצועי. הבחירה להשתמש בטיפול תרופתי מחוץ להתוויה צריכה להישקל מתוך איזון בין עקרונות אתיים, כלכליים ועובדתיים. טיפול תרופתי צריך תמיד להינתן בשילוב עם התערבויות התנהגותיות. בהעדר עדויות אמפיריות, מספר תרופות הינם בשימוש מסורתי באינסומניה בילדים, כגון בנזודיאזפינים (Benzodiazepines), אגוניסטים לקולטן האדרנרגי אלפא-2- α receptor agonists (כגון Guanfacine ו Clonidine), נגזרות של Pyrimidine Derivatives (כגון Zolpidem ו Zaleplon), נוגדי דיכאון בעלי השפעה מרגיעה Sedating Antidepressants (כגון Mirtazapine ו Trazodone), מלטונין Melatonin ואנטיהיסטמינים בעלי השפעה מרגיעה Sedating Antihistamines (כגון Hydroxyzine ו Diphenhydramine) (Pelayo & Yuen 2012).

מלטונין הינו תכשיר אפקטיבי, בטוח ובעל סבילות טובה, במיוחד במקרים של אינסומניה הכרוכה בקושי בהירדמות הנגרמת על ידי גורמים צירקדיאניים. מספר מחקרים אשר השוו באופן מבוקר שימוש במלטונין אל מול פלסבו במבוגרים וילדים (בחלקם עם נחקרים צעירים מאד עד אפילו פעוטות בני שלוש) הדגימו כי שימוש במלטונין בזמן הכניסה למיטה הפחית את משך חביון השינה והגדיל את משך השינה הכולל (Ferracioli-Oda et al, 2013).

עדויות מחקריות לשימוש בתכשירים היפנוטיים שאינם בנזודיאזפינים - *Non-benzodiazepine hypnotic agents* כגון Ramelteon, Zaleplon, Zolpidem, Eszopiclone הינן מוגבלות, במיוחד באוכלוסיית הילדים. טבלה I.4.14 מתמקדת באופן ספציפי בתכשירים אשר בשימוש תכוף בילדים עם לקויות התפתחותיות.

טבלה I.4.14 תרופות נבחרות לטיפול באינסומניה בילדים עם לקויות התפתחותיות

תרופה	מינון	תופעות לוואי	אינדיקציה	הוכחה ליעילות
Chloral Hydrate	25-50mg/kg	<ul style="list-style-type: none"> • סדציה • דיכוי נשמתי • מחלת כבד • אין להשתמש במקביל ל-SSRIs 	<ul style="list-style-type: none"> • אינסומניה העמידה לטיפולם אחרים 	כן (במבוגרים)
Niaprazine	1 mg/kg	<ul style="list-style-type: none"> • סדציה • תופעות אנטיכולינרגיות 	<ul style="list-style-type: none"> • נכות אינטלקטואלית (פיגור שקלי) • אפילפסיה 	כן
Nitrazepam	5-10 mg	<ul style="list-style-type: none"> • סדציה • דיכוי נשימתי • ריור 	<ul style="list-style-type: none"> • אפילפסיה 	
Melatonin	3-6 mg	<ul style="list-style-type: none"> • כאב ראש • בחילה 	<ul style="list-style-type: none"> • הפרעת מחזור שינה דחוי ב ASD או ADHD • Angelman's Syndrome 	כן
Ramelteon	4-8 mg		<ul style="list-style-type: none"> • קושי בהירדמות בסובלים מנכויות אינטלקטואליות (פיגור שקלי) או ASD 	כן (במבוגרים)
Mirtazapine	7.5 mg-30 mg	<ul style="list-style-type: none"> • סדציה • עליה במשקל • קסרוסטומיה (יובש בפה) 	<ul style="list-style-type: none"> • קשיים בהירדמות או בשמירה על השינה • ASD • דיכאון 	כן (במבוגרים)
Clonidine	0.05-0.1 mg	<ul style="list-style-type: none"> • סדציה • הפרעות בקצב הלב 	<ul style="list-style-type: none"> • ADHD • הפרעות התנהגות 	כן
Gabapentin	300-900 mg	<ul style="list-style-type: none"> • סדציה • לויקופניה 	<ul style="list-style-type: none"> • תסמונת הרגליים חסרות המנוחה • אפילפסיה • אינסומניה תחילית העמידה לטיפולים אחרים 	כן
Clonazepam	0.25-0.5 mg	<ul style="list-style-type: none"> • סדציה • סחרחורת 	<ul style="list-style-type: none"> • אינסומניה תחילית העמידה לטיפולים אחרים • ברוקסיזם • הפרעת תנועות ריתמיות • יקיצות חוזרות 	כן

בקש מההורים:

לנהל יומן שינה לקביעת המועדים שבהם לרב במהלך הלילה לילד יש פרהסומניה (לדוג', ביעותי לילה)

להעיר את הילד 30 דקות בטרם המועד שבו במהלך הלילה הוא לרב חווה ביעותי שינה. אם קיים טווח זמן רחב בו הילד חווה ביעותי שינה, בקש מההורים להעיר 30 דקות בטרם הופעת ביעות השינה המוקדם ביותר. מגע עדין או דיבור שקט עד אשר הילד פוקח את עיניו הינו מספק. לאחר שהוער, יש לתת לילד לחזור לישון שוב בכוחות עצמו.

יש לחזור על התוכנית הזו כל לילה. כאשר הילד מגיע למצב בו יש 7 לילות ללא ביעותי לילה, דלגו על הערת בלילה אחד בשבוע הבא. אם הילד שוב חווה ביעותי לילה, חזרה לתוכנית היקיצות המתוכננות עשויה לסייע.

פרהסומניות הינן התנהגויות אשר מתרחשות בזמן שינה וגורמות להפרעה במהלך השינה אשר לרב מסווגות בהתאם לשלב השינה בו הן מופיעות (REM או NREM). בפרק זה אנו מתמקדים בפרהסומניות בשלב ה-NREM, אלה כוללות, סומנבוליזם (הליכה בזמן שינה), ביעותי לילה Night Terrors, סומנילוקיי Somniloquy (דיבור בזמן שינה), ברוקסיזם Bruxism (חריקת שיניים בשינה) והפרעות של תנועות מקצביות בשינה Rhythmic Movement Disorders (בריחת שתן בשינה אינה נידונה בפרק זה, ראו פרק C.4 בספר). פרהסומניות של שלב ה-NREM מתרחשות לרב בשעות הראשונות של מחזור השינה. התנהגויות אלה נובעות מכך שקליפת המוח מתעוררת באופן לא תקין משנת NREM עמוקה, לרב עקב קיומם של מצבים אחרים (קומורבידיים) הגורמים לגירוי לעוררות או מקדמים "אינרציית שינה" (המוגדרת כקושי קיצוני להתעורר, משולבת בבלבול או שכרות שינה Sleep-drunkness).

למרות ששכיחות ההפרעות הפסיכיאטריות בילדים עם פרהסומניות של שנת NREM הינה די נמוכה, השכיחות הכוללת של קיומה של לפחות פרהסומניה אחת עד גיל 13, דווח כעומד על עד כ-78% (Laberge et al, 2000). מצבים אלה, למרות שרק לעיתים נדירות דורשים התערבות טיפולית, עשויים להיות מעוררי דאגה רבה אצל ההורים.

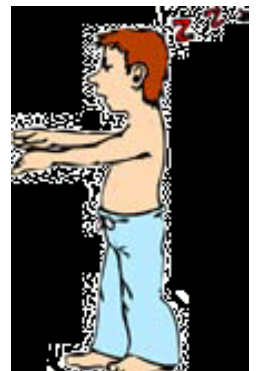
הליכה בזמן שינה

הליכה בזמן שינה או סומנבוליזם הינה שילוב של ניידות יחד עם פגיעה קבועה בהכרה לאחר יקיצה מהשינה. למרות שלאחוז גבוה מהילדים ישנו לפחות אירוע אחד של סומנבוליזם, מעטים מאד יסבלו מאירועים חוזרים אשר יגרמו להם למצוקה. לילדים לרב יש העדר זיכרון לאירוע והתנהגויות הינן לרב אינן תקינות (כגון הטלת שתן בסל הכביסה, הזזת רהיטים אקראית או טיפוס מחוץ לחלון). ההולכים בזמן שינה לעיתים מסוגלים לנווט בזמן האירוע בסביבה מוכרת אך נוטים להיתקל בחפצים או ליפול.

הליכה בזמן שינה היא שכיחה יחסית בילדות עם שכיחות שנתית המתקרבת ל-17% (Szelenberger et al, 2005). ניסיונות להעיר את הילד לרב מתגלים כקשים לביצוע, ובאופן פרדוקסלי, דווקא מחמירים את הבלבול וחוסר האוריינטציה. למרות שהליכה בזמן שינה תגרום לפגיעה בילד רק במקרים נדירים, קיימת אפשרות כי הליכה בזמן שינה תיהפך להתעוררות אשר מלווה בבלבול Confusional Arousal (התנהגות חסרת אוריינטציה בזמן התעוררות משנת NREM אשר לרב מלווה בהשמעת קולות וזיכרון ירוד לאירוע או לאירועים הללו ביום למחרת), אשר בה הסיכון לאלימות ללא כוונה (לעצמו או לאחרים), גדולה בהרבה.

ביעותי לילה Sleep Terrors

ביעותי לילה Sleep Terrors או Night Terrors הינם אירועים של פחד קיצוני המתחילים בבכי פתאומי או צעקה עזה ומלווים בעליה בפעילות העצבית האוטונומית. הם שכיחים לרב בילדים בגילאים טרום גיל ההתבגרות. ההורים לרב מתארים את ילדם כלא ניתן לניחום בעת האירוע. מספר מחקרים הראו קשר בין רמת חרדה לבין פרהסומניות בילדים, כאשר עליה בחרדה תואמת לעליה בשכיחותם של אירועי ביעותי לילה והליכה מתוך שינה (Kovachy et al, 2013). ביעותי לילה הינם שונים מסיטי לילה Nightmares (טבלה I.4.15).



דיבור מתוך שינה

דיבור מתוך שינה Somniloquy נחשב לפרהסומניה השכיחה ביותר עם שכיחות מדווחת של יותר מ-50% בילדים בגילאי 3 עד 13 (Laberger et al, 2000). דיבור מתוך שינה הינו לרב מתקיים בקו מורבידיות עם ביעותי לילה והליכה בזמן שינה, דבר אשר מעלה את האפשרות כי קיימת להם פתופיסיולוגיה משותפת.



הקלד על התמונה בכדי לקבל טיפים ועצות בנושא הליכה בזמן שינה

טיפול

בילדים, עם ההתבגרות, התופעות הללו פוסקות ואינן מצריכות התערבות טיפולית מלבד מתן מידע והרגעה של ההורים. אם יש צורך, שימוש באמצעי בטיחות הם הגישה הראשונית להתערבות (ראה מסגרת) יחד עם יקיצות מתוזמנות (להעיר את הילד באופן יזום חצי שעה לפני שמופיע האירוע הראשון של הפרהסומניה) ומתן אפשרות לתנומות במהלך היממה (ביעותי לילה, קשורים לרב לילדים אשר אינם ישנים מספיק שעות שינה). מספר מומחים טוענים שבמקרים חמורים אשר לא מגיבים להתערבויות הללו, שימוש ב Clonazepam או נוגדי דיכאון טריציקליים Tricyclic Antidepressants עשוי להיות יעיל (במיוחד במטופלים עם אירועים תכופים מאד, מטופלים החולקים חדר עם אחיהם או אחיותיהם, סביבה לא בטוחה בבית וכו') וזאת תוך מעקב רפואי קפדני וניהול שיקולי עלות/תועלת של הטיפול (Bruni et al, 2004).



הקלד על התמונה בכדי לצפות ברופא ילדים מסביר את ההבדל בין סיוטי לילה לביעותי לילה

טבלה I.4.15 אבחנה בין סיוטי לילה (Nightmares) וביעותי לילה (Night Terrors)

סיוטי לילה	ביעותי לילה
הילד ער	הילד ישן
הילד זוכר פרטים	הילד לא זוכר את האפיזודה
הילד יכול להירגע במהלך האפיזודה ולהגיב לתקשורת של אחרים עמו	קיים קושי להרגיע את הילד במהלך האפיזודה
לילד יש תנועתיות וקולניות מוגבלת עד אשר הוא מתעורר לחלוטין	הילד יכול להתיישב, ללכת בחדרו ואף לדבר במהלך האפיזודה

הקפדה על אמצעי בטיחות בפרהסומניות של שנת NREM

באופן כללי, אמצעי הבטיחות צריכים להיות מותאמים באופן אישי לכל ילד ולכל מצב:

- הימנעו לתת לילד ללכת לישון כאשר הוא מאד עייף ונסו למנוע אינסומניה שכן מצבים אלה יכולים להחמיר הליכה בזמן שינה
- במידת האפשר, רצוי כי חדר השינה יהיה ממוקם בקומת קרקע או קומת מרתף בכדי למנוע נפילה בטעות מגובה
- חלונות ודלתות חדר השינה צריכות להיות נעולים
- חלונות צריכים להיות מכוסים בוילונות כבדים בכדי להימנע מפגיעות של חתכים בתוצאה מהתנגשות בחלון בעת הליכה בזמן שינה
- המיטה צריכה להיות מונמכת לגובה הרצפה בכדי למנוע נפילות
- ריהוט, כולל שידות, שולחנות וארונות צריך להיות מוזז מקצה המיטה
- סכינים וכלי נשק פוטנציאליים אחרים צריכים להישמר באופן מאובטח
- מפתחות הרכב צריכים להישמר במקום נעול בכדי למנוע גישה לנהיגה בעת הליכה בשינה.

הפרעות נשימה בשינה

הגדרה

הספקטרום של הפרעות נשימה בשינה כולל מספר מצבים קליניים, מנחירות, לתנגודת בדרכי נשימה עליונות, ועד דום נשימה חסימתי בשינה. נחירות הינן ממצא בעל חשיבות רבה בהפרעות נשימה בשינה יחד עם נשימה דרך הפה, שינה לא רגועה, אפיזודות של השתנקות ועד עצירה של הנשימה בזמן שינה. נחירות יכולות לנוע בחומרתן מרכות ומתרחשות מדי פעם לקולניות מאד. התסמינים השכיחים ותוצאותיהן של הפרעות נשימה בשינה מסוכמות בטבלה 1.4.16.



הקלד על התמונה בכדי לצפות בסרט וידאו בייתי של ילד בן שלוש הסובל מדום נשימה חסימתי בשינה

נחירות מדווחות בשכיחות על עד 27% מהילדים (Montgomery-Downs et al, 2004), כאשר שכיחות דום נשימה חסימתי בשינה בילדים נעה בין 1.2%-5.7% כתלות בהגדרות האבחוניות אשר בהם משתמשים ובאוקלוסייה הנחקרת. שיא השכיחות היא הילדים בין גילאי 2 עד 8, לרב עקב הגדלת יתר של השקדים והאדנואידים. מגפת ההשמנה בילדים ומתבגרים בשנים האחרונות הובילה לעלייה בהפרעות נשימה בשינה בילדים ומתבגרים הסובלים רק מהגדלה קלה של השקדים והאדנואידים. גורמי סיכון אחרים כוללים מבנה פנים ולסתות לא תקין והפרעות ניורומוסקולריות.



הקלד על התמונה בכדי לעיין בהנחיות הקליניות לאבחון וטיפול בהפרעת דום נשימה חסימתי בשינה בילדים (האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים)

אבחון

בדיקת פוליסומנוגרפיה במשך לילה שלם הינה האבחנתית הטובה ביותר לאבחון דום נשימה חסימתי בשינה. האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים והחברה האמריקאית לרפואת חזה פרסמו את ההנחיות לביצוע בדיקת פוליסומנוגרפיה בילדים ומתבגרים (American Academy of Pediatrics 2002).

תוצאות ניורו-התנהגותיות של דום נשימה חסימתי בשינה

פגיעה בתפקוד הניורו-התנהגותי והקוגניטיבי תועדו באופן ברור בילדים הסובלים מדום נשימה חסימתי בשינה. העדר ויסות התנהגותי הינו מאפיין שכיח של ילדים הסובלים מדום נשימה חסימתי בשינה אשר עשויים להתייצג עם אימפולסיביות ניכרת, היפראקטיביות, אגרסיביות ותסמינים של הפרעת התנהגות (Conduct Disorder). בעיות בזיכרון, חוסר קשב, הפרעות בתפקודים הניהוליים והישגים לימודיים נמוכים דווחו גם הם בסובלים מדום נשימה חסימתי בשינה (O'Brien, 2009). טיפול בדום נשימה חסימתי בשינה הראה יעילות בשיפור החסרים הניורו-התנהגותיים והתוצאות הלימודיות.

טיפול

בהתאם להנחיות הקליניות העדכניות ביותר, כריתת שקדים ואדנואידים הינה יעילה ביותר בטיפול בדום נשימה חסימתי בשינה בילדים (Marcus et al, 2012). קיימות עדויות מספקות התומכות גם בשימוש במכשירים המזרימים לחץ אוויר חיובי בשינה בילדים. הם מומלצים בשימוש במקרים בהם לא הייתה תוצאה טיפולית מספקת לאחר טיפול ניתוחי או בילדים אשר בהם ניתוח כריתת שקדים ואדנואידים אינו מומלץ. אפשרויות טיפוליות משלימות כוללות טיפול באלרגיות, הפחתה במשקל, והימנעות מגורמים המביאים לגירוי אלרגי בסביבה.

טבלה I.4.16 | תסמינים קליניים ותוצאות הפרעות נשימה בשינה בילדים

תוצאות של הפרעות נשימה בשינה	תסמינים של הפרעות נשימה בשינה
<p>ניורו-התנהגותיים:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ישנוניות • היפראקטיביות • הפרעה בקשב • הפרעות התנהגות • הסתגרות חברתית • דיכאון, חרדה וערך עצמי נמוך <p>קרדיווסקולריים:</p> <ul style="list-style-type: none"> • יתר לחץ דם סיסטמי • Cor pulmonale • היפרטרופיה של החדר השמאלי • דיסליפידמיה • תנגודת לאינסולין 	<ul style="list-style-type: none"> • נחירות • נשימה דרך הפה • חוסר מנוחה • אירועים נצפים של הפסקות נשימה בשינה • הזעה בעת השינה <p>תסמינים נוספים הקשורים למצב הקיימים בתדירות גבוהה:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ביעותי לילה ▪ הרטבת לילה ▪ תנחת שינה לא רגילה ▪ גוש באף ▪ היפרטרופיה של השקדים והאדנואידים ▪ נזלת / סינוסיטיס אלרגית



Paul Gustave Doré. A Couple and Two Children Sleeping on a London Bridge. Berger Collection, Denver, Colorado.

תסמונת הרגליים חסרות המנוחה Restless Leg Syndrome

והפרעת תנועות גפיים מחזוריות בשינה Periodic Limb Movement Disorder

תסמונת הרגליים חסרות המנוחה הינה הפרעה תחושתית-תנועתית המאופיינת בדחף בלתי נשלט להזיז את הרגליים, המלווה לרב בתחושות לא נעימות ברגליים או בשכיחות פחותה, בחלקים אחרים בגוף. למרות שבאופן מסורתי תסמונת הרגליים חסרות המנוחה נחשבה כהפרעה של הגיל המבוגר, מספר מחקרים (המסוכמים ב Picchietti & Picchietti, 2008) הראו שהיא יכולה להתרחש בילדות (ראו קווים מנחים המוצעים לאבחון בטבלה I.4.17). מדד החומרה של תסמונת הרגליים חסרות המנוחה בילדים (Arbuckle et al, 2010) – שאלון למילוי על ידי הילד יחד עם שאלון נפרד למילוי על ידי ההורה – יכול להיות כלי להערכה של חומרת ההפרעה ומידת ההפרעה התפקודית אשר נגרמת על ידי התסמינים (Arbuckle et al, 2010), זאת למרות שמדד זה טרם עבר הליך של תיקוף. כדי להחליט האם נדרש טיפול, אין זה מספיק להעריך את חומרתם של התסמינים אלא גם את השפעתם על השינה, התפקוד הקוגניטיבי ומצב הרוח.

אבחון של הפרעת תנועות גפיים מחזוריות בשינה דורשת ביצוע של בדיקת פוליסומנוגרפיה (Allen et al, 2003).

בהתבסס על עדויות ממחקרים ביוכימיים, ניורו-הדמייטיים, וממחקרי נתיחות לאחר המוות, אשר הדגימו את הקשר בין חסר ברזל ולבין הפתופיסיולוגיה של תסמונת הרגליים חסרות המנוחה (Allen & Earley, 2007), יחד עם דיווחים על רמות פריטין נמוכות בסרום (מסוכם ב Picchietti & Picchietti, 2010), אשר נחשב סמן של רמת הברזל הפריפריית, חלק מהכותבים המליצו על ניטור של רמות הפריטין בילדים עם חשד לתסמונת הרגליים חסרות המנוחה. למרות זאת, לא קיימת הסכמה מהו חסר ברזל בילדים, $50\mu\text{g/L}$ הוצע במבוגרים כמדד לחסר ברזל אשר ממנו קיים סיכון מוגבר לתסמונת הרגליים חסרות המנוחה. יתר על כן, רמות פריטין בסרום צריכות להיבחן בזירות, היות והן מאד עשויות להיות שונות במידה ניכרת, בעיקר לאחר מחלת חום (Eskeland et al, 2002).

אבחנה מبدלת של תסמונת הרגליים חסרות המנוחה כוללת (Picchietti & Picchietti 2010):

- חוסר נוחות תנוחתית
- כאבי שרירים ברגליים
- נקע בליגמנט / מתיחה בגיד
- חבלות
- הפרעות אוטופדיות
- דלקת בעור

טיפול

הטיפול בתסמונת הרגליים חסרות המנוחה / הפרעת תנועות רגליים מחזוריות הינו טיפול לא תרופתי במקרים קלים עד בינוניים (ז"א, מקרים עם השפעה קלה עד בינונית על איכות השינה, הקוגניציה וההתנהגות). הטיפול יכלול שמירה על כללי היגיינת השינה, פעילות גופנית והימנעות מגורמים אשר מחמירים את ההפרעות כגון: חוסר שעות שינה (ביחס לגיל), מחזורי שינה לא סדירים, מאגרי ברזל נמוכים בגוף,

כאבים, קפאין, ניקוטין, אלכוהול ותרופות מסויימות (לדוגמה: SSRIs, אנטיהיסטמינים ותרופות נירולפטיות) (Picchiatti & Picchiatti 2010).

עדויות לגבי יעילותן של טיפולים תרופתיים הינן מועטות, ועד היום, שום תרופה לא קיבלה את אישור ה-FDA לטיפול בתסמונת הרגליים חסרות המנוחה בילדים. במקרים חמורים, שימוש מחוץ להתוויה ב-L-DOPA או תכשירים דופמינרגים אחרים הינו אפשרי תוך התייעצות עם מומחה ברפואת שינה בילדים. למרות שלא קיימת הסכמה לגבי רמות הפריטין המומלצות, חלק מהמומחים ממליצים על תוספות ברזל כאשר קיים חסר במאגרי ברזל בגוף (50-65 מ"ג של ברזל אלמנטרי פעם עד פעמיים ביממה), ובדיקה חוזרת של רמות הפריטין בדם לאחר חודשיים-שלושה (Picchiatti & Picchiatti 2010).

טבלה 1.4.17

הקריטריונים המוצעים על ידי קבוצת המחקר הבינלאומית לתסמונת הרגליים חסרות המנוחה לאבחון תסמונת הרגליים חסרות המנוחה בילדים*

- (A) הילד עונה לכל ארבעת הקריטריונים ההכרחיים באבחון תסמונת הרגליים חסרות המנוחה במבוגר: (a) דחף להזיז את הרגליים בעקבות תחושה לא נעימה ברגליים, (b) אשר מתחילה או מחריפה במנוחה, (c) אשר מתרחשת לרב בשעות הערב או הלילה, ו (d) התחושות הללו מוקלות על ידי תנועה.

יחד עם

- הילד מתאר במילותיו תיאור התואם לאי נוחות ברגליים (הילד יכול להשתמש במונחים כגון מעקצץ, מדגדג, עכבישים, "הרבה אנרגיה ברגליים" בכדי לתאר את התסמינים. תיאורים המותאמים לגילו של הילד, רצויים).

או

- הילד עונה לכל ארבעת הקריטריונים ההכרחיים לאבחון תסמונת הרגליים חסרות המנוחה במבוגר (A)

יחד עם

- שניים מתוך שלושת הקריטריונים הבאים מופיעים: (a) קיימות הפרעות בשינה, (b) לאחד ההורים הביולוגיים או אח מאובחן כסובל מתסמונת הרגליים חסרות המנוחה, (c) לילד יש תיעוד בבדיקת פוליסיונוגרפיה של תנועות גפיים מחזורית בשינה עם אינדקס תנועות של 5 או יותר תנועות בשעה.

*Allen et al (2003)

נרקולפסיה

אבחון וטיפול בנרקולפסיה צריכים להיות מבוצעים על ידי מומחה ברפואת שינה (ולכן יוזכרו כאן בקצרה בלבד). עם זאת, קיימת חשיבות עבור אנשי מקצוע בבריאות הנפש של הילד להיות מודעים למאפיינים הקליניים של המחלה, שכן ילדים הלוקים בנרקולפסיה פעמים רבות מאובחנים באופן שגוי כסובלים מהפרעות נירולוגיות או פסיכיאטריות כגון אפילפסיה, הפרעת קשב וריכוז עם היפראקטיביות, הפרעות במצב הרוח והפרעות פסיכוטיות. בנייתוח רטרוספקטיבי של תיקים רפואיים, כשליש מהמבוגרים הלוקים בנרקולפסיה דיווחו כי המחלה החלה אצלם לפני גיל 15, ו-15% מהחולים דיווחו כי היא החלה לפני גיל 10.



ישנוניות יומית מוגזמת ובלתי נשלטת הינה התסמין השכיח ביותר במופע של מחלת הנרקולפסיה בילדים בגיל בית הספר, אך כפי שכבר הודגש, ישנוניות יומית הינה גם תסמין הקיים בהפרעות שינה אחרות כגון אינסומניה או דום נשימה חסימתית בשינה. תסמין יותר ספציפי לנרקולפסיה הינו קטפלקסיה (חולשת פתאומית בשרירים, בעיקר ברגליים אך גם בפנים והצוואר, אשר לרב הינם תולדה של הופעת רגש חזק, בעיקר צחוק). בין 50% - 70% מהסובלים מנרקולפסיה בילדות מתייצגים עם קטפלקסיה. שיתוק שינה והזיות יכולים גם הם להתקיים אך הרבה פחות שכיחים. רק 10% עד 25% מהלוקים בנרקולפסיה יסבלו במהלך המחלה מכל ארבעת התסמינים הללו (ישנוניות יומית בלתי נשלטת, קטפלקסיה, שיתוק שינה והזיות). התסמינים הללו נובעים מהתפרצות פתאומית של שנת REM בעת ערות. אבחון נרקולפסיה דורש הערכה מעבדתית, הכוללת בדיקת פוליסומנוגרפיה ובדיקת חביון שינה חזרתית (Guilleminault & Pelayo, 2000) Multiple Sleep Latency Test.



הקלד על התמונה בכדי לצפות ב"נרקולפסיה – האם לילדך יש את זה?"

לרב הסובלים מנרקולפסיה קיימות רמות נמוכות של הניורטרנסמיטר היפוקרטין Hypocretin, אשר מסייע בשימור ערות. ברב המקרים לסובל מנרקולפסיה אין כל היסטוריה משפחתית של ההפרעה, זאת למרות שמקרים של תחלואה משפחתית ברקע יכולים להיות, בעיקר בחולים הסובלים מתסמינים של קטפלקסיה. לאחרונה, מספר מקרים של תחלואה בנרקולפסיה בילדים באירלנד, פינלנד ושבדיה התגלו לאחר חיסון נגד שפעת H1N1 מוג GlaxoSmithKline של חברת Pandemrix.



הקלד על התמונה בכדי לצפות בקטפלקסיה בילד

הטיפול בנרקולפסיה בילדים ומתבגרים כולל הסדרת מערכת שינה יומית קבועה, מתן מידע מקיף על היגיינת שינה, הסדרת תנומות קבועות במהלך היום (אם ניתן), וטיפול תרופתי. נרקולפסיה לרב מטופלת על ידי פסיכוסטימולנטים Psychostimulants כגון Methylphenidate ו Dextroamphetamine. Modafinil הינו גם בשימוש (במינונים של 100 מ"ג ליממה עד 600 מ"ג ליממה במנות מחולקות לאורך היממה). ישנם גם דיווחים על שימוש מחוץ להתוויה Sodium Oxybate (GHB) (γ-hydroxybutyrate).
הקלד על התמונה בכדי לצפות במאמר על מדדים מעשיים של טיפול בנרקולפסיה והיפרסומניות אחרות ממקור מרכזי, האקדמיה האמריקאית לרפואת שינה



תסמונת קליין-לוין Kleine-Levin syndrome

תסמונת לא שכיחה נוספת של ישנוניות יתר הינה תסמונת קליין-לוין. היא תוזכר כאן רק בקצרה היות ולרב מטופלת על ידי מומחה ברפואת שינה (ראו קריטריונים אבחנתיים בטבלה 1.4.18).

תסמונת קליין-לוין הינו מצב נדיר המופיע בעיקר במתבגרים. הוא מתחיל בעשור השני לחיים במעל 80% מהמקרים, עם יחס זכרים לנקבות של 1:2. תסמונת קליין-לוין מאופיינת בתקופות של ישנוניות יתר קיצונית המתחלפת באכילה יתר (תאבון מוגבר או בלתי ניתן להשבעה), שינויים פסיכולוגיים ותסמינים התנהגותיים. הסיבה והפתוגנזה של תסמונת קליין-לוין עדיין אינן ידועות. אבחנות מבלדות פסיכיאטריות חשובות כוללות דיכאון, הפרעה דו-קטבית, הפרעה אפקטיבית עונתית, והפרעות סומטופורמיות.

למרות שטיפולים תרופתיים רבים (כולל פסיכוסטימוולנטים, נוגדי כפיון, נוגדי דיכאון ונוגדי פסיכזה) נוסו בטיפול בתסמונת, לא היתה כל עדות שתתמוך בשימוש של מי מהם. סקירת Cochrane מערכתית אשר בוצעה לאחרונה קבעה כי בעניין הטיפול בתסמונת לא בוצעו כלל מחקרים כפולי סמיות אשר נערכו על בסיס מתודולוגיה תקינה (Oliveira et al, 2013).

טבלה I.4.18

הקריטריונים האבחנתיים* לתסמונת קליין-לויין

קריטריונים A עד E חייבים להתקיים

- A. היו לפחות שתי אפיזודות עוקבות של ישנוניות יומית ושינה ביתר, כאשר כל אפיזודה נמשכה לפחות יומיים עד חמישה שבועות.
- B. האפיזודות חוזרות על עצמן לרב יותר מפעם בשנה ולפחות אחת כל 18 חודשים.
- C. בין האפיזודות, למטופל קיימת ערנות, תפקוד קוגניטיבי, התנהגותי ומצב רוח תקינים.
- D. במהלך האפיזודה מתקיים לפחות תסמין אחד מבין הבאים:
 - 1. תפקוד קוגניטיבי לקוי.
 - 2. שינויים בפרספציה.
 - 3. הפרעה באכילה (אנורקסיה או היפרפאגיה).
 - 4. התנהגות ללא עכבות (כגון היפרסקסואליות).
- E. ישנוניות היתר והתסמינים הנלווים אינם מוסברים טוב יותר על ידי הפרעת שינה אחרת, או על ידי הפרעה רפואית, ניורולוגית או פסיכיאטרית אחרת (במיוחד הפרעה דו-קטבית), או על ידי שימוש בסמים או תרופות.

*הסיווג הבינלאומי להפרעות שינה – מהדורה שלישית (ICSD-3, 2014)

הפרעות שינה בילדים ומתבגרים עם הפרעות פסיכיאטריות

הפרעות מצב הרוח

הפרעות בשינה (אינסומניה או היפרסומניה) הינם אחד מהקריטריונים האבחנתיים בדיכאון. הפרעות שינה שכיחות בדיכאון בילדות כוללות עיכוב בתחילת השינה, יקיצות לילה לסירוגין, היפרסומניה (ישנוניות יתר יומית) וקושי להתעורר בבוקר. חקירה מעמיקה של תלונות לגבי שינה בילדים מדוכאים מצביעה על כך שאינסומניה קשה (קושי בהתחלה או שמירה על שינה) הינה שכיחה יותר (75%) מהיפרסומניה (10%), כאשר הימצאותם של שני התסמינים (10%) קשורה לחומרת דיכאון גבוהה יותר. אינסומניה בסבירות גבוהה יותר קשורה לאי שקט פסיכומוטורי, דאגות בלתי פוסקות ותלונות סומטיות, בעוד היפרסומניה לרב קשורה יותר לאיטיות פסיכומוטורית בבני נוער, עייפות, תיאבון ירוד, חוסר תקווה וחוסר אונים. מחקרי אורך הראו שקשיי שינה מתמשכים מעלים את הסיכון לפתח במהלך השנים שלאחר מכן הפרעה דיכאונית מאג'ורית וחרדה (Gregory et al, 2009). בנוסף, הפרעות בשינה, בעיקר אינסומניה וסיוטי לילה, קשורים לעליה בחשיבה אובדנית וניסיונות אובדניים בבני נוער (Goldstein et al, 2008).

מחקרים אשר השתמשו בבדיקות פוליסומנוגרפיה לרב הראו ירידה בחביון שנת REM ועלייה בחביון השינה בנער מדוכא. למרות שתלונות על קשיי שינה מדווחים על ידי רב הילדים המדוכאים, הדיווחים הסובייקטיביים של הפרעות בשינה אינם לרב תואמים את הממצאים האובייקטיביים. למעשה, בני נוער אשר דיווחו על קשיי שינה משמעותיים כגון שינה לא רסטורטיבית ועייפות יומית, לא הראו שינויים משמעותיים בבדיקות פוליסומנוגרפיה (Ivanenko et al, 2005).

קיימים מעט מאד מחקרים אשר בחנו את ההשפעה של הטיפול בדיכאון על קשיי השינה הקו-מורבידיים, או, להיפך, את ההשפעה של הטיפול בבעיות השינה על הדיכאון. ככלל, גישות לא תרופתיות כגון היגינת שינה, מידע פסיכו-חינוכי ופסיכותרפיה הינם הקו הטיפולי הראשון (ראו טבלה 1.4.19). למרות שטיפול התנהגותי-קוגניטיבי (CBT) הינו בשימוש נרחב בדיכאון, הפורמט הרגיל של CBT אינו מראה יעילות בטיפול באינסומניה הקומורבידית (McCarty & Weisz, 2007). לכן, CBT מותאם לאינסומניה (CBT-I), הכולל מרכיבים ספציפיים לזיהוי והתייחסות לקשיים בשינה עשוי להיות מתאים. בסובלים מהפרעות במקצב הצירקדיאני, חשיפה מוגברת לאור בהיר על ידי ערכת טיפול באור Light Therapy Box, עשויה להיות מועילה (Armitage et al, 2004). לאור הפגיעה הקשה בתפקוד הנובעת מקשיי השינה, הטיפול המומלץ הינו טיפול מקביל בתסמינים הדיכאוניים ובקשיי השינה על ידי שילוב של נוגדי דיכאון יחד עם התערבויות התנהגותיות לטיפול באינסומניה. השימוש בתכשירים היפנוטיים צריך להיות מושכל היות ולא קיימים תכשירים מסוג זה המותווים לשימוש בילדים.

הפרעות חרדה

כ-90% מהילדים הסובלים מהפרעות חרדה ידווחו על לפחות בעיית שינה אחת. השכיחות יותר הן סיוטי לילה, יקיצות ליליות תכופות, התנגדות לכניסה למיטה (דאגות סביב כניסה למיטה), סירוב לישון לבד, וקשיים בהירדמות (Alfano et al, 2007). תסמינים חרדתיים בקבוצת גיל צעירה יותר, עשויים להתבטא כפחדים בלילה, לרב בהקשר לצפייה בתוכן אלים או מפחיד על המרקע, המביא לסירוב ללכת למיטה, סיוטי לילה, יקיצות ליליות תכופות, וחוסר יכולת ללכת לישון לבד (Muris et al, 2000). מחקרים עדכניים הדגימו כי קיים קשר דו-כיווני ואינטראקציה פיסיולוגית בין חרדה להפרעות בשינה כשכל אחת מההפרעות מחמירה את השנייה (Gregory et al, 2009). מספר מחקרים אפידימיולוגיים הראו כי בעיות שינה מתמשכות בתחילת החיים קשורות להתפתחותן של הפרעות חרדה בגיל ההתבגרות ובבגרות.

(Goldstein et al, 2008). מעניינת העובדה, שבניגוד לסובלים מדיכאון, הורים וילדים הסובלים מהפרעות חרדה נוטים לתת דיווח של בעיות השינה שלהם (Hudson et al, 2009).

מחקרים הראו כי קיים איפיון שונה ושכיחות שונה של הפרעות שינה בסובלים מהפרעות החרדה השונות. ילדים הסובלים מחרדת פרידה Separation Anxiety Disorder סובלים יותר מפרהסומניות כגון הליכה בזמן שינה, ביעותי לילה והרטבת לילה (Alfano et al, 2007). ילדים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) לרב מדווחים על קשיי שינה אשר הינם דומים ללא קשר לסוג הטראומה אשר חוו (Kovachy et al, 2013). מספר מצומצם של מחקרים בילדים הסובלים מ-PTSD אשר השתמשו באקטיגרפיה הדגימו עלייה בחביון השינה, עליה באקטיביות לילית וקיטוע של השינה (Sadeh et al, 1995). בילדים הסובלים מהפרעת חרדה כוללת Generalized Anxiety Disorder, מחקרים הדגימו כי עד 90% מהם סבלו מקשיים בשינה (Alfano et al, 2007). בדיווחיהם, ילדים הסובלים מהפרעת חרדה כוללת תארו אינסומניה תחילית ואמצעית וישנוניות יומית מוגברת. במדידות, ילדים אלה הודגמו כסובלים מהתארכות חביון השינה, קיצור חביון שנת REM, עלייה במשך כולל של שנת REM, וירידה ביעילות השינה (Alfano et al, 2013).

טיפולים התנהגותיים לשינה הינם הקו הטיפולי הראשון בילדים חרדתיים הסובלים מקשיי שינה (ראו טבלה 1.4.19). דרכים יעילות לצמצום חרדות ליליות וקשיים בהירדמות כוללות הימנעות מצפייה בתכנים מפחידים או לא נעימים, יצירת מנהגי כניסה לשינה מרגיעים בכדי להפחית את העוררות בכניסה למיטה, שמירה על סביבה בטוחה לשינה, טכניקות הרפיה לפני הכניסה למיטה בכדי להפחית בעוררות, וייצוב השינה על ידי דחיית זמן הכניסה למיטה. התערבויות טיפוליות ספציפיות כגון הרפיית שרירים מתקדמת Progressive muscular relaxation, חשיפה ומניעת תגובה Exposure and response prevention, דהנסטיזציה Systematic desensitization, טכניקות שחזור חלומות Dream rehearsal techniques, ודמיון מודרך Guided imagery הינן יעילות בהפחתה של דאגות טרם השינה (Ollendick et al, 1991).

מחקרים מעטים ביותר בחנו אפשרויות טיפול תרופתיות לבעיות שינה בילדים חרדתיים. ככלל, הפחתה בחרדה על ידי טיפול בתרופות מקבוצת SSRIs עשוי גם להפחית את קשיי השינה. Fluvoxamine עשוי להפחית גם את החרדה וגם את קשיי השינה. לעומת זאת, SSRI's אחרים, כגון Fluoxetine, מפריעים לשינה עקב דיכוי של שנת REM אשר הם יוצרים ועליה בתדירותן של היקיצות במהלך הלילה (Dorsey et al, 1996). יש הימנעות לרב משימוש בתרופות היפנוטיות לאור העדר מידע על הבטיחות בשימוש בהן באוכלוסיית הילדים.

הפרעות בקשת האוטיסטית Autistic Spectrum Disorders

בעיות שינה נפוצות יותר בילדים הסובלים מהפרעות בקשת האוטיסטית (ASD) בהשוואה לילדים עם התפתחות תקינה או לילדים הסובלים מלקויות באינטליגנציה, כאשר בעיות השינה בילדים על הקשת האוטיסטית נעות בין 50%-80% מהילדים (Richdale & Schreck, 2009). הפרעות בשינה בילדים על הקשת האוטיסטית קשורות לרמת לילית נמוכה יותר של מלטונין היות וקיימת הפרשה לא תקינה שלו יחד עם ביטוי לא תקין של הניורטרסמיטור מתווך השינה GABA על רקע של אינטרניורונים גאבארגים GABAergic interneurons לא תקינים (Levitt et al, 2004). גורמים נוספים התורמים לקשיי השינה כוללים רגישות יתר לגירויים סביבתיים, יכולת ויסות עצמי נמוכה, התנהגויות טקסיות, בעיות גסטרואינטסטינליות, ניורולוגיות ופסיכיאטריות נלוות, והתרופות אשר ניתנות בכדי לטפל בבעיות אלו (Reynolds & Malow 2011).

חשוב לזהות ולהתייחס לבעיות השינה במטופלים אלה היות והן גורמות לאחוזים גבוהים יותר של התנהגויות סטריאוטיפיות, מחמירות קשיים בזמן הימצאות במיטה, וכמו כן, מחמירות את הלקויות החברתיות והתקשורתיות אשר עומדות בבסיס הפרעה בקשת האוטיסטית (Johnson et al, 2009). קשיי השינה אשר מדווחים לרב כוללים קושי בהירדמות, יקיצות ליליות תכופות, התעוררות מוקדמת בבוקר, זמן שינה מופחת, העדר שגרת שינה סדירה, ולעיתים קרובות, פחדים ליליים וסייטי לילה (Johnson et al, 2009). מחקרי עוקבה רחבים הראו כי קשיי שינה, ובמיוחד משך שינה מופחת, מופיעים החל כבר מגיל 30 חודשים לחיים ומתמשכים בילדות וגיל ההתבגרות, על אף שסוגי הפרעות השינה עשויים להשתנות במהלך הילדות בהתאם לגיל. ילדים צעירים יותר סובלים מהתנגדות לכניסה למיטה, חרדת שינה, יקיצות לילה וסייטים, בעוד שילדים גדולים יותר סובלים מדחייה של מועד התחלת השינה, משך שינה כולל קצר יותר, וישנוניות יתר יומית (Goldman et al, 2012). קשיי שינה אובייקטיביים אשר מתועדים באקטיגרפיה ופוליסומנוגרפיה כוללים יעילות שינה ירודה, משך שינה קצר יותר, חביון שינה ארוך יותר ואי סדירויות בשנת REM כולל ירידה במשך שנת ה-REM, תנועות עיניים רבות יותר, ומשך חביון שנת REM נמוך יותר (Reynolds & Malow, 2011).

קיימת חשיבות רבה להתייחסות לבעיות שינה באוטיזם ולטיפול נכון בהן, שכן מדובר בתסמינים אשר עשויים להשפיע על מהלך הפרעה וחומרתה. במחקר על ילדים על הקשת האוטיסטית (ASD) נמצא כי אל מול ילדים אשר התפתחותם תקינה, הילדים הסובלים מהפרעות בקשת האוטיסטית סבלו יותר מקשיי שינה אל מול מידת החשיפה שלהם לתקשורת ומשחקי מחשב (Engelhardt et al, 2013), לכן, שמירה על כללי היגיינת שינה תקינים הינה בעלת חשיבות עליונה. מספר התערבויות התנהגותיות נוסו בהצלחה בהתמודדות עם התנהגויות בעייתיות הקשורות בשינה, הן כוללות הקפדה על שגרת שינה קבועה באמצעים של רמזים ויזואליים והתנהגותיים, שיטות הרגעה עצמית, הגבלת זמן ההמצאות במיטה, התרחקות הדרגתית של ההורה מחדרו של הילד (Stimulus fading) ושיטות של הכחדה (Extinction) (ראו טבלה 1.4.19). קיימות עדויות מספקות כי שימוש במלטונין לפני הכניסה לשינה הינו יעיל בטיפול באינסומניה בסובלים מהפרעות בקשת אוטיסטית, 1mg עד 3mg ליממה מפחית בחביון השינה ומעלה את משך השינה הכולל (Rossignol & Frye, 2011). קיימות גם עדויות ליעילות השימוש ב-Clonidine (Ming et al, 2008). לרב רצוי להשתמש בתרופות לטובת טיפול בבעיות פסיכיאטריות או נירולוגיות הנלוות להפרעה בקשת האוטיסטית בעלות אפקט סדטיבי לקראת הכניסה לשינה, ולהימנע לפני השינה בשימוש בתרופות בעלות אפקט מעורר (Reynolds & Malow, 2011).

הפרעת קשב / היפראקטיביות / Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD)

קיים עניין הולך וגובר בבעיות שינה הקשורות ב-ADHD (Cortese et al, 2009; Cortese et al, 2013). קשיי שינה בילדים אלה הינם בעלי חשיבות עקב:

- קשיי שינה יכולים להיות המקור למצוקה לילד ומשפחתו.
- הפרעות בשינה עשויות להחמיר תסמיני ADHD והפרעות רגשיות הקשורות להפרעת הקשב.
- שינויים באיכות ומשך השינה עשויים לגרום להפרעות במצב רוח, קשב והתנהגות.
- הפרעות שינה עשויות לחכות תסמינים של ADHD בילדים אשר אובחנו בטעות כסובלים מה-ADHD.

לכן, תסמינים של ליקוי בקשב, היפראקטיביות ואימפולסיביות עשויים להשתפר או אף להעלם על ידי טיפול בהפרעת השינה הראשונית. במחקר מטה-אנליזה שעסק בשינה

בילדים אשר אובחנו כסובלים מ-ADHD נמצא כי הילדים או הוריהם דיווחו באופן משמעותי על שכיחות גבוהה יותר של התנגדות בכניסה לשינה, קשיים בהירדמות, יקיצות לילות, קושי בקימה בבוקר, הפרעות בנשימה בשינה וישנוניות יתר יומית, אל מול ילדים בריאים (Cortese et al, 2009). למרות שלא נמצאו בעיות שינה ספציפיות בסובלים מ-ADHD, הבעיה השכיחה ביותר המדווחת היא "קושי בהירדמות".

גורמים לקשיי שינה בילדים הסובלים מ-ADHD כוללים:

- הפרעת שינה ספציפית אחת או יותר כגון אינסומניה על רקע התנהגותי, הפרעות במחזור הצירקדיאני או תסמונת הרגליים חסרות המנוחה.
- הרגלי שינה לקויים (כגון שימוש במכשירים אלקטרוניים לפני הכניסה למיטה).
- הפרעות פסיכיאטריות נלוות (כגון הפרעות חרדה או דיכאון).
- מצבים רפואיים נלווים או הטיפולים בהם (כגון אסטמה, השמנת יתר).

לאחרונה, קבוצת מומחים ב-ADHD ושינה פרסמה מדריך קליני להערכה וטיפול בהפרעות השינה הנפוצות הקשורות ב-ADHD (Cortese et al, 2013):

- בטרם מבצעים אבחון וטיפול בהפרעת שינה ספציפית, יש ליישם מנהגי שינה בריאים (כללי היגיינת השינה). לא קיימת עדות מחקרית מספקת בכדי לתמוך במשטר תזונתי ספציפי להתמודדות עם קשיי שינה.
- התערבויות התנהגותיות – מותאמות לילדים הסובלים מ-ADHD (הנחייה על ידי ההורים בצעדים איטיים, ייצוגים חזותיים וכדומה), צריכות להוות את הקו הטיפולי הראשון.
- אם התערבויות התנהגותיות אינן יעילות, טיפול תרופתי צריך להישקל לטיפול בקשיי ההירדמות (למלטונין העדויות המחקריות הרבות ביותר על יעילותו).
- אפשרויות טיפוליות לטיפול בהפרעה במקצב הצירקדיאני כוללת טיפול באור בוקר, כרונותרפיה (הזזה של מועד הכניסה לשינה ומועד היקיצה כל יום במשך כמה ימים עד אשר שגרת השינה של הילד חוזרת לנורמה), ומלטונין.
- יחס אפניה-היפופניאה $Apnea-Hypopnea\ index < 1$ בבדיקת פוליסומנוגרפיה צריך להביא את המטפל לשקול טיפול בכריתת שקעים ואדנואידים.
- יש להימנע מגורמים העשויים להחמיר את תסמונת הרגליים חסרות המנוחה (כגון כאבים, קפאין, ניקוטין, אלכוהול). יש לשקול מתן תוספי ברזל פומיים במידה ורמות הפריטין בסרום $> 50\text{mg/L}$. במקרים מסויימים יש לשקול שימוש מחוץ להתוויה של L-DOPA או תכשירים דופמינרגיים אחרים, בהתייעצות עם מומחה ברפואת שינה.

טבלה 1.4.19 התערבויות התנהגותיות לבעיות בשינה בילדים הסובלים מהפרעות פסיכיאטריות

היגיינת שינה	<ul style="list-style-type: none"> • דאגו לחדר שינה מוחשך, שקט, נוח ורגוע • הקפידו על שעות קבועות של כניסה למיטה וקימה • צרו שגרת שינה קבועה וצפויה • הימנעו מפעילויות הדורשות הוצאת אנרגיה רבה או חשיפה למדיה לפני הכניסה למיטה • הימנעו מתנומות במשך היום בילדים הגדולים מגיל 5 • הימנעו מקפאין וסטימולנטים במהלך שעות אחר הצהריים או הערב • מלאו יומן שינה בכדי לעקוב ולדעת להתמודד עם טריגרים (להפרעות בשינה)
התערבויות ספציפיות בדיכאון	<p style="text-align: right;">התמודדות עם טעויות חשיבה:</p> <ul style="list-style-type: none"> • טיפול התנהגותי-קוגניטיבי לאינסומניה: מתמקד בהתניות לעוררות יתר, שליטה בגרייה והפחתה בדאגות הקשורות בשינה • פרקי זמן לדאגות שאינם רק בכניסה למיטה (לדוג', לאתר פרקי זמן ספציפיים לאורך היממה בהם ניתן לחשוב על דאגות). <p style="text-align: right;">התמודדות עם הפרעות צירקדיאניות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • טיפול באור באמצעות Light Box. • חשיפה מובנית לאור מעומעם.
התערבויות ספציפיות בהפרעות חרדה	<p style="text-align: right;">הפחתת החרדה בעת הכניסה למיטה:</p> <ul style="list-style-type: none"> • הרפיית שרירים מתקדמת • תרגילי נשימה
התערבויות ספציפיות ב-ASD	<p style="text-align: right;">התמודדות עם בעיות הקשורות במעבר:</p> <ul style="list-style-type: none"> • שימוש ביומן תמונות עם רמזים ויזואליים לשגרת כניסה למיטה • להימנע מחשיפה למסכים או מדיה לפני הכניסה למיטה <p style="text-align: right;">התמודדות עם התנהגות לכניסה למיטה:</p> <ul style="list-style-type: none"> • הכחדה סטנדרטית, ההורה מתעלם לחלוטין מכל הפרעה בעת ההשכבה במיטה (לדוג', ההורה מניח את הילד במיטה ולא מקיים עמו שום אינטראקציה עד הבוקר). • הכחדה הדרגתית, בה ההורה מתעלם מהפרעות בעת ההשכבה במיטה (לדוג', בכי) לפרקי זמן מוגדרים מראש. בסוף פרק הזמן, אם עדיין הילד מבצע התנהגויות מפריעות, ההורה מרגיע שוב את הילד במיטה. במהלך ההרגעה, ההורה מתבקש לצמצם עד כמה שניתן את האינטראקציה עם הילד. • דחיית זמן הכניסה למיטה Faded Bedtime. בשיטה זו, קודם כל נקבע מהו הזמן בו הכי סביר שאם הילד יושכב במיטתו הוא יירדם בסבירות גבוהה תוך 15 דקות. לאחר שהילד נרדם בזמן הזה עם התנהגות מעטה, מועד הכניסה לשינה מוקדם מעט בכל לילה עד אשר הילד מגיע לשעת הכניסה למיטה הרצויה. בנוסף, הילד מוער באותה שעה בכל יום, ולא ניתנות לו הזדמנויות לישון מעבר לשעות השינה אשר הוגדרו (Vriend et al, 2011). • דחיית זמן הכניסה למיטה עם הגדלת הדחף לשינה Faded Bedtime with Response Cost. כולל דחיית הכניסה למיטה, כמתואר מעלה. עם זאת, בשיטה זו, אם הילד לא נרדם לאחר פרק זמן קבוע מראש, השיטה כוללת את המרכיב הנוסף של הוצאתו של הילד ממיטתו (הגברת הדחף לשינה Response Cost), בכדי להגביר עוד יותר את המוטיבציה להירדם. לאחר שעבר משך זמן אשר נקבע מראש (לרוב כ-30 דקות), הילד מוחזר למיטה. ההליך הזה מבוצע שוב ושוב עד אשר הילד נרדם. לאחר שמושגת הירדמות בכניסה הדחוויה למיטה, מתחיל להיקבע מועד כניסה למיטה מוקדם יותר (Vriend et al, 2011). • עמעום הגירוי Stimulus fading: הוצאה הדרגתית של ההורה מחדרו של הילד. <p style="text-align: right;">התמודדות עם ביעותי לילה</p> <ul style="list-style-type: none"> • יקיצות מתוכננות, 30 דקות לערך בטרם הצפי להופכת ביעותי הלילה.



Jacob Riis: Children sleeping in Mulberry Street, 1890. (From the Collections of the Museum of the City of New York)

מאפיינים תרבותיים

דפוסי שינה מושפעים מגורמים ביולוגיים ותרבותיים גם יחד, והאינטראקציה ביניהם בעקבות זאת, ההתייחסות לבעיות בשינה על ידי ההורים ועובדי הבריאות מושפעת מהנורמות התרבותיות. למרבה הצער, המחקר האמפירי על הבדלים בין-תרבותיים בשינה באוכלוסיית הילדים, כולל במדינות בעלות הכנסה נמוכה או בינונית, הינו מוגבל.

במחקר (Mindell et al, 2010) אשר בדק 29,287 תינוקות ופעוטות ממדינות אשר רב תושביהן ממוצא אסייתי אל מול מדינות שרב תושביהן לבנים (Caucasian), הורים לילדים ממדינות אשר רב תושביהן ממוצע אסייתי דיווחו על זמני כניסה לשינה מאוחרים יותר באופן משמעותי, משך שינה קצר יותר, דיווחו על יותר הפרעות בשינה ועל שכיחות גבוהה יותר של לינה במיטה משותפת ובחדר משותף. ההבדלים באחוזי הלינה בחדר משותף היו מדהימים: במדינות בהן רב האוכלוסייה ממוצא אסייתי 64.7% מהילדים ישנו במיטה משותפת ו-87.5% ישנו בחדר משותף, לעומת 11.8% ו-22.0% בהתאמה במדינות בהן רב האוכלוסייה לבנה. לאור השימוש באינטרנט לטובת ההשתתפות בסקר, התוצאות היו מוטות להתייחסות בעיקר לאוכלוסיות עירוניות.

תוצאות אלה משחזרות תוצאות מחקר אחר אשר נעשה על ידי אותה קבוצת מחקר (Mindell et al, 2013), אשר מצא הבדלים משמעותיים בזמן הכניסה למיטה (לדוגמה: 3 שעות יותר מאוחר בהודו מאשר באוסטרליה), תנומות במהלך היום (שכיחות גבוהה הרבה יותר של תנומות במהלך היממה בילדים ממדינות בעלות אוכלוסייה שברובה ממוצא אסייתי) ולינה תוך שיתוף המיטה וחדר השינה (שכיח הרבה יותר במדינות בעלות אוכלוסייה שברובה ממוצא אסייתי).

Louis ו Govindama (2004) בחנו ילדים בגילאי 12 – 24 חודשים מצרפת והאי רואניון (אי השייך לצרפת באוקיינוס ההודי מזרחית לאפריקה) ומצאו שכיחות יתר ניכרת של הפרעות בשינה ברואיניון מאשר בצרפת. הרגלי שינה והאינטראקציות סביב השינה, לינה משותפת, והימצאות ההורה עם התינוק ליד המיטה עד אשר הוא נרדם היו קשורות באופן מובהק לשכיחות יתר של הפרעות בשינה. תוצאות אלה מדגישות את חשיבות ההתחשבות במאפיינים תרבותיים לגבי שינה בעת מתן המלצות להרגלי שינה בריאים.

- [האם יש לכם שאלות?](#)
 - [הערות?](#)
 - [הקישו כאן כדי להיכנס לדף הספר בפייסבוק כדי לשתף את רעיונותיכם לגבי הפרק עם קוראים אחרים. לשאול שאלות את עורך הספר או הכותבים או להעיר הערות.](#)
- גשו לנספח I.4.1 עבור שאלות להערכה עצמית

בהרבה מהמדינות בעלות הכנסה נמוכה, הילדים לרב חולקים מיטה



ביבלוגרפיה

- Alfano CA, Ginsburg GS, Kingery JN (2007). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46:224-232. Available from PM:17242626
- Alfano CA, Reynolds K, Scott N et al (2013). Polysomnographic sleep patterns of non-depressed, non-medicated children with generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders* 147:379-384. Available from PM:23026127
- Allen RP, Earley CJ (2007). The role of iron in restless legs syndrome. *Movement Disorders* 22(Suppl 18): S440-S448. Available from PM:17566122
- Allen RP, Picchietti D, Hening WA et al (2003). Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Medicine* 4:101-119. Available from PM:14592341
- American Academy of Pediatrics 2002. Clinical practice guideline: diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 109:704-712. Available from PM:11927718
- American Academy of Sleep Medicine (2005). *International Classification of Sleep Disorders, 2nd ed. Diagnostic and Coding Manual*. Westchester, IL. American Academy of Sleep Medicine.
- American Academy of Sleep Medicine (2014). *The International Classification of Sleep Disorders. Third Edition, ICSD-3*. American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arbuckle R, Abetz L, Durmer JS et al (2010). Development of the Pediatric Restless Legs Syndrome Severity Scale (P-RLS-SS): a patient-reported outcome measure of pediatric RLS symptoms and impact. *Sleep Medicine* 11:897-906. Available from PM:20801715
- Armitage R, Emslie G, Rintelmann J (1997). The effect of fluoxetine on sleep EEG in childhood depression: a preliminary report. *Neuropsychopharmacology* 17:241-245. Available from PM:9326748
- Armitage R, Hoffmann R, Emslie G et al (2004). Rest-activity cycles in childhood and adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43:761-769. Available from PM:15167093
- Bruni O, Ferri R, Miano S et al (2004). L-5-Hydroxytryptophan treatment of sleep terrors in children. *European Journal of Pediatrics* 163:402-407. Available from PM:15146330
- Chokroverty S (2009). *Sleep Disorders Medicine: Basic Science, Technical Considerations, and Clinical Aspects, 3rd ed*. Philadelphia, PA: Saunders, Elsevier.
- Cortese S, Brown TE, Corkum P et al (2013). Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52:784-796. Available from PM:23880489
- Cortese S, Faraone SV, Konofal E et al (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 48:894-908. Available from PM:19625983
- Dorsey CM, Lukas SE, Cunningham SL (1996). Fluoxetine-induced sleep disturbance in depressed patients. *Neuropsychopharmacology* 14:437-442. Available from PM:8726754
- Engelhardt CR, Mazurek MO, Sohl K (2013). Media use and sleep among boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development. *Pediatrics* 132:1081-1089. Available from PM:24249825
- Eskeland B, Baerheim A, Ulvik R et al (2002). Influence of mild infections on iron status parameters in women of reproductive age. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 20:50-56. Available from PM:12086285
- Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH (2013). Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. *PLoS One* 8:e63773. Available from PM:23691095
- Goldman SE, Richdale AL, Clemons T et al (2012). Parental sleep concerns in autism spectrum disorders: variations from childhood to adolescence. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42:531-538. Available from PM:21538171
- Goldstein TR, Bridge JA, Brent DA (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76:84-91. Available from PM:18229986
- Gregory AM, Rijdsdijk FV, Lau JY et al (2009). The direction of longitudinal associations between sleep problems and depression symptoms: a study of twins aged 8 and 10 years. *Sleep* 32:189-199. Available from PM:19238806
- Guilleminault C, Pelayo R (2000). Narcolepsy in children: a practical guide to its diagnosis, treatment and follow-up. *Paediatric Drugs* 2:1-9. Available from PM:10937454
- Hudson JL, Gradisar M, Gamble A et al (2009). The sleep patterns and problems of clinically anxious children. *Behaviour Research and Therapy* 47:339-344. Available from PM:19233345
- Ivanenko A, Barnes ME, Crabtree VM, Gozal D (2004). Psychiatric symptoms in children with insomnia referred to a pediatric sleep medicine center. *Sleep Medicine* 5:253-259. Available from PM:15165531
- Ivanenko A, Crabtree VM, Gozal D (2005). Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews* 9:115-129. Available from PM:15737790
- Johnson KP, Giannotti F, Cortesi F (2009). Sleep patterns in autism spectrum disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18:917-928. Available from PM:19836696

- Kales A, Kales JD (1974). Sleep disorders. Recent findings in the diagnosis and treatment of disturbed sleep. *New England Journal of Medicine*, 290:487-499 available from PM:4369176
- Kovachy B, O'Hara R, Hawkins N et al (2013). Sleep disturbance in pediatric PTSD: current findings and future directions. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 9:501-510. Available from PM:23674943
- Laberge L, Tremblay RE, Vitaro F et al (2000). Development of parasomnias from childhood to early adolescence. *Pediatrics* 106: (1 Pt 1) 67-74. Available from PM:10878151
- Levitt P, Eagleson KL, Powell EM (2004). Regulation of neocortical interneuron development and the implications for neurodevelopmental disorders. *Trends in Neurosciences* 27:400-406. Available from PM:15219739
- Louis J, Govindama Y (2004). *Troubles du sommeil et rituels d'endormissement chez le jeune enfant dans une perspective transculturelle* [Sleep problems and bedtime routines in infants in a cross cultural perspective]. *Archives de Pédiatrie* 11:93-98.
- Mansukhani MP, Kotagal S (2012). Sodium oxybate in the treatment of childhood narcolepsy-cataplexy: a retrospective study. *Sleep Medicine* 13:606-610. Available from PM:22445591
- Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA et al (2012). Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 130:e714-e755. Available from PM:22926176 <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38415>
- McCarty CA, Weisz JR (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: what we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46:879-886. Available from PM:17581452
- Meltzer LJ (2010). Clinical management of behavioral insomnia of childhood: treatment of bedtime problems and night wakings in young children. *Behavioral Sleep Medicine* 8:172-189. Available from PM:20582760
- Mindell J, Owens J (2010). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep*. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Mindell JA, Sadeh A, Wiegand B et al (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Medicine* 11:274-280.
- Mindell JA, Sadeh A, Kwon R et al (2013). Cross-cultural differences in the sleep of preschool children. *Sleep Medicine* 14:1283-1289. Available from PM:24269649
- Ming X, Gordon E, Kang N et al (2008). Use of clonidine in children with autism spectrum disorders. *Brain Development* 30:454-460. Available from PM:18280681
- Montgomery-Downs HE, O'Brien LM, Holbrook CR et al (2004). Snoring and sleep-disordered breathing in young children: subjective and objective correlates. *Sleep* 27:87-94. Available from PM:14998242
- Muris P, Merckelbach H, Gadet B et al (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology* 29:43-52. Available from PM:10693031
- O'Brien LM (2009). The neurocognitive effects of sleep disruption in children and adolescents. *Child & Adolescent Psychiatry Clinics of North America* 18:813-823. Available from PM:19836689
- Oliveira MM, Conti C, Prado GF (2013). Pharmacological treatment for Kleine-Levin syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8:CD006685. Available from PM:23945927
- Ollendick TH, Hagopian LP, Huntzinger RM (1991). Cognitive-behavior therapy with nighttime fearful children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 22:113-121. Available from PM:1757590
- Owens JA, Mindell JA (2011). Pediatric insomnia. *Pediatric Clinics of North America* 58:555-569. Available from PM:21600342
- Pelayo R, Yuen K (2012). Pediatric sleep pharmacology. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 21:861-883. Available from PM:23040905
- Picchiatti MA, Picchiatti DL (2008). Restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in children and adolescents. *Seminars in Pediatric Neurology* 15:91-99. Available from PM:18555195
- Picchiatti MA, Picchiatti DL (2010). Advances in pediatric restless legs syndrome: Iron, genetics, diagnosis and treatment. *Sleep Medicine* 11:643-651. Available from PM:20620105
- Price AMH, Wake M, Ukoumunne OC et al (2012). Five-year follow-up of harms and benefits of behavioral infant sleep intervention: randomized trial. *Pediatrics* 130: 643-651.
- Reynolds AM, Malow BA (2011). Sleep and autism spectrum disorders. *Pediatric Clinics of North America* 58:685-698. Available from PM:21600349
- Richdale AL, Schreck KA (2009). Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Medicine Reviews* 13:403-411. Available from PM:19398354
- Rossignol DA, Frye RE (2011). Melatonin in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology* 53:783-792. Available from PM:21518346
- Sadeh A, McGuire JP, Sachs H et al (1995). Sleep and psychological characteristics of children on a psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 34:813-819. Available from PM:7608056
- Szelenberger W, Niemcewicz S, Dabrowska AJ (2005). Sleepwalking and night terrors: psychopathological and psychophysiological correlates. *International Review of Psychiatry* 17:263-270. Available from PM:16194798
- Vriend JL, Corkum PV, Moon EC et al (2011). Behavioral Interventions for sleep problems in children with autism spectrum disorders: current findings and future directions. *Journal of Pediatric Psychology* 36:1017-1029. doi: 10.1093/jpepsy/jsr044