

מהדורה שישית

פרקים נבחרים בפסיכיאטריה



עורך: חנן מוניץ

אבנר אליצור | שמואל טיאנו | חנן מוניץ | מיכה נוימן

תוכן העניינים

הקדמה / 15

על המחברים / 17

1. גדילה והתפתחות – מעגל החיים / 21

שמואל טיאננ

הקדמה / 21

הילד והמתבגר / 29

השירות הצבאי / 42

תקופת הבגרות / 43

תקופת אמצע החיים / 46

גיל הזקנה / 47

2. תיאוריות האישיות / 51

אבנר אליצור

גישות פילוסופיות / 51

גישות תיאוריות קליניות / 52

התיאוריות הפסיכואנליטיות / 52

המודלים המטא-פסיכולוגיים בפסיכואנליזה / 54

האסכולה של יחסי אובייקט / 67

גישות עדכניות ואינטגרטיביות בפסיכואנליזה / 72

אסכולת "פסיכולוגיית העצמי" על פי קוהוט / 75

אסכולת ההתייחסותי האינטר-סובייקטיבי / 76

אסכולת הגישות החברתיות והבינאישיות / 77

נירו-פסיכואנליזה / 78

תיאוריית האישיות הדינאמית על פי סידני בלאט / 78

אסכולות פסיכואנליטיות אחרות / 79

התיאוריות ההומניסטיות / 81

התיאוריות האקזיסטנציאליסטיות / 82

הגישה האורגניסטית-הוליסטית של גולדשטיין / 83

תיאוריות הלמידה / 84

התיאוריה הקוגניטיבית של בק / 88

- תיאוריית המערכות הכלליות / 90
 תהליכי התמודדות והסתגלות / 91
 המודל הביו-פסיכו-חברתי של קלונינגר / 91
 שיטות מיון פסיכולוגיות של נטיות אישיות ושל הפרעות אישיות / 93
 מודל חמשת הגדולים בנטיות אישיות / 97
 בעיות בהערכת האישיות / 98
3. **מושג הנורמה בפסיכיאטריה / 101**
חנן מוניץ
 התפיסות השונות של נורמה / 101
 חקר הנורמה כתופעה / 105
 נורמה, סטייה, מחלה / 106
4. **פסיכופתולוגיה / 107**
חנן מוניץ
 הקדמה / 107
 הפרעות במודע / 107
 הפרעות בהתמצאות / 110
 הפרעות בחשיבה / 110
 הפרעות זיכרון / 115
 הפרעות בתפיסה / 116
 הפרעות באפקט / 120
 הפרעות בתנועה / 123
 רצייה / 124
5. **הבדיקה הפסיכיאטרית של החולה ומשפחתו / 125**
אבנר אליצור
 הקדמה / 125
 היבטים עקרוניים בראיון / 126
 ראשי פרקים לראיון החולה / 130
 הראיון המשפחתי (ראה הפרק על טיפול משפחתי) / 133
 הבדיקה הפסיכיאטרית / 136
 הערכת החולה לפסיכותרפיה / 144
 בדיקה גופנית / 144
 בדיקות עזר / 145
 סיום הראיון / 146
6. **סיווג המחלות בפסיכיאטריה ועקרונותיו / 149**
אבנר אליצור
 הקדמה והגדרת מושגים / 149
 הרקע לסיווג הפסיכיאטרי ותהליך התפתחותו / 150
 הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי – ICD-10 / 151
 סקירה כללית, לאבחנה ולאבחנה מבדלת – ICD-10 / 152
 אבחנות המיועדות לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר / 157
 עקרונות הסיווג הפסיכיאטרי בגרסה האמריקנית DSM-5 / 158
 החידושים שהונהגו בסיווג DSM-5 / 159

7. תסמונות פסיכיאטריות / 167

חנן מוניץ

- הקדמה / 167
- דליריום / 170
- התסמונת האמנסטית / 170
- שיטיון / 171
- הלוצינוזיס אורגני / 174
- קטטוניה אורגנית / 124
- תסמונת פרנאידית אורגנית / 175
- הפרעות במצב הרוח שמקורן אורגני / 175
- הפרעות אישיות אורגניות / 176
- תסמונות מוחיות אורגניות עם סימנים פסיכיאטריים / 177

8. הפרעות נפשיות פסיכוטיות / 179

אבנר אליצור

- הקדמה / 179
- התפתחות הגישה לפסיכוזא / 179
- הגדרת המונח פסיכוזא / 181
- הפרעות פסיכוטיות חריפות וחולמות F23 / 183
- הפרעה פסיכוטית רב צורתית חריפה / 186
- הפרעה פסיכוטית חריפה דמוית סכיזופרניה / 187
- הפרעות חריפות אחרות, בעיקרן פסיכוטיות דלוזיונליות / 189
- הפרעה דלוזיונלית מושרית / 190
- הפרעה סכיזואפקטיבית F25 / 191
- הפרעה סכיזופילית F21 / 194

9. סכיזופרניה F-20 סכיזופרניה 295.90 / 197

אבנר אליצור

- הגדרה / 197
- התפתחות המיון האבחנתי / 198
- אפידמיולוגיה / 200
- גורמים ביולוגיים / 202
- גורמים פסיכוסוציאליים / 211
- גורמים משפחתיים / 212
- אוכלוסייה בעלת רמת סיכון גבוהה / 214
- התמונה הקלינית / 215
- מהלך התפתחות המחלה / 219
- סיווג הסכיזופרניה / 226
- אפיון עם קטטוניה / 233
- אבחנה מבדלת של סכיזופרניה / 234
- הפרעות השייכות לספקטרום של הסכיזופרניה / 235
- טיפולם בסכיזופרניה / 238

10. הפרעות במצב הרוח / 249

אבגז אליצור

- 249 / הגדרה
- 250 / רקע היסטורי
- 250 / התפתחות סיווג האבחנות
- 253 / אפידמיולוגיה
- 256 / גורמי סיכון ביולוגיים למחלות במצב הרוח
- 268 / התסמונות הקליניות
- 268 / תסמונת דיכאון
- 275 / תסמונות המאניה
- 277 / סיווג המחלות במצב הרוח
- 279 / תיאור אבני הבוחן להפרעה זו קוטבית I על פי DSM-5
- 285 / F43 / ציקלותימיה
- 287 / הפרעות דיכאון
- 288 / דיכאון רבא
- 291 / דיסטימיה
- 295 / הטיפול בהפרעות במצב הרוח
- 302 / פסיכותרפיה של הפרעות במצב הרוח

11. פרנויה / 307

חנן מוניץ

- 307 / הקדמה
- 307 / סיבות והסברים לפרנויה
- 310 / מהלך המחלה הפרנואידית
- 310 / התסמונות הפרנואידיות
- 312 / טיפול בפרנויה
- 312 / תסמונות פרנואידיות מיוחדות

12. הפרעות חרדה / 315

מיכה נוימן

- 315 / הקדמה
- 315 / מושג הנירוזזה
- 316 / הנירוזות
- 325 / הפרעת האימה (פאניקה) ואגורפוביה
- 329 / תסמונת ההיפר־נטילציה החריפה והכרונית
- 330 / הפרעת חרדה כוללנית
- 332 / הפרעה חרדתית־דיכאונית מעורבת
- 332 / הפרעות הטוביות
- 228 / ההפרעה הכפייטית

13. הפרעה טורדנית כפייתית – עדכון / 349

ליאור כרמי, עודד בן ארוש, יוסף זוהר

- 349 / מבוא
- 350 / התמונה הקלינית
- 351 / גורמי ההפרעה – פסיכוגנוזה

14. הפרעת דחק שלאחר טראומה – עדכון / 361

ליאור כרמי, לאה פוסטיק, יוסף זוהר

מבוא / 361

אטיולוגיה / 362

טיפול / 364

15. הפרעות סומטופורמיות / 371

מיכה ניימן

הפרעת הסומטיזציה / 371

ההפרעה הקונברסיבית (ההיסטריה הקונברסיבית) / 373

על המושג נירווה היסטריית / 377

הפרעת הכאב הסומטופורמית / 378

הפרעת הגוף הדיסמורפית / 380

הימונדרייה / 381

הפרעה סומטופורמית לא מסווגת / 383

פיברומיאלגיה / 384

תסמונת העייפות הכרונית / 386

ניוראסתניה / 386

16. המצבים הנפשיים התגובתיים / 389

מיכה ניימן

הקדמה / 389

הפרעות הסתגלות / 390

תקיפה והטרדה מינית / 391

תגובת דחק חריפה / 393

הפרעת דחק פוסט-טראומטית / 393

תסמונת לאחר זעזוע מוח / 407

היבטים משפטיים של מצבים נפשיים תגובתיים / 408

חוות דעת פסיכיאטרית בתביעות אזרחיות של נזיקין / 409

השפעות נפשיות של השואה / 413

מצבים של אבל ואבל פתולוגי / 421

תגובות לאובדן / 423

תגובת הקרב / 423

17. הפרעות דיסוציאטיביות / 439

מיכה ניימן

אמנויה פסיכוגנית (אמנויה היסטריית) / 440

מצב דמדומים / 442

פוגה / 442

הפרעת זהות דיסוציאטיבית (הפרעת ריבוי אישיות) / 443

הפרעת דפרסונליזציה / 445

סומנאמבוליום / 446

Arc de Circle / 447

La Grande Hysterie / 447

תסמונת גנור / 447

18. הפרעות מדומות / 449

מיכה ניימן

תסמונת מייכהאוזן / 449

התחלות – התחזות / 450

הפרעה מדומה על ידי מתווך / 451

19. הפרעות בשליטה בדחפים והפרעות בהתנהגות / 453

אבנר אליצור

אפיון הפרעות / 453

התפתחות הסיווג האבחנתי / 455

המשמעות הסימבולית של המעשה האימפולסיבי / 456

הגורמים הפסיכודינאמיים / 457

הגורמים הביולוגיים / 459

ההיבטים המשפטיים / 459

תיאורי התסמונות / 460

20. הפרעות אישיות / 471

מיכה ניימן

הקדמה / 471

מאפיינים עיקריים של הפרעות אישיות / 473

הפרעת האישיות הגבולית / 479

הפרעת אישיות פרנואידית / 484

הפרעת אישיות סכיזואידית / 485

הפרעת אישיות סכיזופילית / 487

הפרעת אישיות ציקלותימית / 487

הפרעת אישיות נרקסיסטית / 488

הפרעת האישיות האנטי- חברתית או הפרעת האישיות הפסיכופתית / 489

הפרעת אישיות לא בשלה ותלותית / 492

הפרעת האישיות האימפולסיבית / 493

הפרעת האישיות ההיסטריונית / 494

הפרעת אישיות כפייתית / 495

הפרעת האישיות הפסיבית-אגרסיבית / 496

הפרעת האישיות הנמועת / 496

הפרעת אישיות דיכאונית / 497

21. הפרעות שימוש בחומרים והתמכרות / 499

ענת פליישמן

היסטוריה ומושגי יסוד / 499

אפידמיולוגיה / 502

גורמים / 503

טיפול / 508

חומרים נבחרים / 511

התמכרויות התנהגותיות / 529

22. היבטים נפשיים של מחלה ולנכות / 533

מיכה ניימן

רכיבי התגובה הנפשית למחלה ולנכות / 533

התגובות הנפשיות למחלה, לפגיעה ולנכות / 535
המשמעות האישית של המחלה, של הפגיעה ושל הנכות / 536
היבטים התנהגותיים / 537
היבטים חברתיים / 538
החולה ומשפחתו / 538
יחסי רופא-חולה / 540
סיווג של דרגות נכות גופנית ונפשית / 541

23. סוגיות במיניות והפרעות מיניות / 547

שמואל טיאנו

הקדמה / 547
המין ומחזור החיים / 547
ההזדהות המינית / 548
יחסי מין לפני הנישואין / 549
מין בנישואין / 550
גיל ומין / 550
הפרעות בתפקוד המיני / 551
מיניות וזהות מינית / 555
הפרעות בבחירה המינית / 556

24. שינה והפרעות בשינה / 569

חנן טוניץ

הגדרה / 569
מבנה השינה / 569
תפקידי השינה / 569
פתולוגיה של שינה / 571
החלום / 575

25. מצבי חירום בפסיכיאטריה / 579

שמואל טיאנו

הקדמה / 579
התאבדויות / 579
הפרעות במצב ההכרה / 584
מצבי אלימות / 587
מצבי חרדה חריפים / 588
התסמונת הנוירולפטית הממאירה / 589
מצבי חירום בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר / 589

26. הפרעות פסיכיאטריות בילדים ומתבגרים / 595

שמואל טיאנו

הקדמה / 595
הפרעות באינטליגנציה / 604
הפרעות חרדה אצל ילדים ומתבגרים / 606
הפרעות בשליטה על דחפים ובהתנהגות / 624
הפרעות פסיכופיזיולוגיות אצל ילדים ומתבגרים / 638
הפרעות התפתחותיות ייחודיות / 653
הפרעות אפקטיביות אצל ילדים ומתבגרים / 657

- 662 / הפרעות אישיות אצל ילדים ומתבגרים /
- 666 / פסיכוזות אצל ילדים ומתבגרים /
- 676 / פסיכוזות אחרות של גיל הילדות /
- 678 / פסיכוזות של גיל ההתבגרות /
- 680 / פסיכוזות אחרות של גיל ההתבגרות /
- 682 / ילדים ומתבגרים במצבי דחק /
27. היבטים ביולוגיים בסיסיים בפסיכיאטריה / 695
- חנן מוניץ**
- 695 / הקדמה /
- 696 / גנטיקה /
- 698 / מבנה המוח /
- 698 / הנוירורנסמיטורים שהוכחו כחשובים בפסיכיאטריה /
- 708 / CRH - Corticotropin-Releasing Hormone /
- 709 / Oxytocin /
- 709 / Neuropeptide γ /
- 710 / פסיכופתולוגיה התפתחותית /
- 710 / מיקרוביוטיקה והתנהגות /
- 711 / מנגנוני הפעילות המיקרו ביאמורן /
28. הדמיה מוחית בפסיכיאטריה – מקטגוריות של תסמינים לצירים של תהליכים / 713
- תלמה הנדלר ודואי אדמון**
29. הטיפולים הביולוגיים בפסיכיאטריה / 723
- חנן מוניץ**
- 723 / השימוש בחומרים כימיים והפסיכיאטריה /
- 725 / התרופות הפסיכותרופיות /
30. טכניקות טיפול באמצעות גרייה מוחית / 751
- פרופ' חיליק לבקוביץ**
- 751 / הקדמה /
- 752 / טיפול בנועי חשמל /
- 756 / גרייה מוחית מגנטית בפסיכיאטריה /
- 760 / נירופידבק /
- 762 / גרייה מוחית חשמלית באנרגיה נמוכה /
31. פסיכותרפיות פרטניות / 765
- מיכה ניימן**
- 765 / הקדמה /
- 766 / הפסיכואנליזה והפסיכותרפיה האנליטית /
- 781 / פסיכותרפיה בינאישית /
- 782 / הפסיכותרפיה התמיכתית /
- 784 / פסיכותרפיה קוגניטיבית /
- 785 / הפסיכותרפיה קצרת המועד /
- 787 / שיטות טיפול פסיכותרפיות /
- 790 / טיפול בבעיות מיניות /

- טיפול זוגי / 791
טיפול בהימנוזה / 794
טיפול התנהגותי / 798
32. **טיפול קוגניטיבי-התנהגותי / 805**
ד"ר צופי מרום
מרכיבי הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי / 807
33. **מיינדפולנס (קשיבות) / 813**
גליה טיאנז דונן
גישות טיפוליות / 814
34. **הפסיכותרפיות הקבוצתיות / 817**
מיכה נוימן
הקדמה / 817
התפתחות הפסיכולוגיה הקבוצתית / 817
סוגי קבוצות / 827
35. **טיפול משפחתי / 831**
אבנר אליצור
הנחות היסוד של הטיפול המשפחתי / 831
מונחים דינאמיים מערכתיים / 842
עקרונות הטיפול המשפחתי, מטרותיו ושיטותיו / 849
36. **תיאוריות המשבר וטיפול קצר מועד / 861**
אבנר אליצור
הקדמה / 861
הגדרת מושגים / 862
מאפייני גורם הדחק / 864
הערכת הגירוי או האירוע המסכן / 865
מצב פגיע / 866
משבר פעיל / 869
37. **ההיסטוריה של הפסיכיאטריה / 875**
שמואל טיאנז
הפרהיסטוריה של הפסיכיאטריה / 875
הולדת הפסיכיאטריה / 878
ההתפתחות האתית-חברתית / 878
העמדה הפילוסופית / 879
הפסיכיאטריה הפסיכרוסוציולוגית / 882
הנזירות / 884
גנטיקה וסביבה / 890
38. **מבנה השירותים הפסיכיאטריים / 895**
חנן מוניץ
הקדמה / 895
בית החולים הפסיכיאטרי / 895
מבנה השירותים הפסיכיאטריים בישראל / 897

39. היבטים משפטיים של הטיפול בחולי נפש / 903

חנן מוניץ

הקדמה / 903

חוקים הנוגעים לתהליכי אשפוז של החולה / 904

חוקים הנוגעים לטיפול במוסד פסיכיאטרי / 907

חוקים הקשורים לחולי נפש בכלל / 909

חוק זכויות החולה (1996) / 911

סיכום / 911

40. חוות דעת של מומחה בפסיכיאטריה כעד בבית המשפט / 913

אבנר אליצור

התחום האזרחי – נושאים פסיכיאטריים מרכזיים בתביעות אזרחיות / 913

התחום הפלילי – נושאים פסיכיאטריים מרכזיים במשפט פלילי / 919

המעמד המשפטי של חוות הדעת / 926

מינוי מומחה למתן חוות דעת מקצועית לבית המשפט / 928

המודל המומלץ לכתיבת חוות הדעת הפסיכיאטרית / 931

המודל המומלץ לכתיבת חוות דעת פסיכיאטרית / 932

כללי האתיקה / 942

חוות דעת בנושא קטינים – פרופ' טיאנו / 945

הבדיקה הפסיכיאטרית של החולה ומשפחתו (Individual and Family Mental Examination)

אבנר אליצור

הקדמה

הבדיקה הפסיכיאטרית של החולה מתבצעת באמצעות הראיון האבחנתי (האנמנזה) והבדיקה הקלינית (הסטטוס הפסיכיאטרי). בדיקה קלינית זו מאפשרת לבדוק לבחון לפרטיהם את הגורמים והזרזים ואת גורמי סיכון להפרעות הנפשיות, את תהליך התפתחותן ואת ההשפעות השונות שהביאו לעיצובן. בנוסף, הבדיקה מאפשרת את בחינת משמעות הפרעה בחיי החולה ומשפחתו ואת מידת השפעתה עליהם ועל יכולת התפקוד של החולה במגזרי החיים השונים. נבחנות השפעות הגומלין בין החולה לסביבה החינוכית, התרבותית, החברתית והכלכלית.

מכאן, שמטרת הבדיקה הפסיכיאטרית אינה מצטמצמת רק להשגת מידע לשם זיהוי פנומנולוגי של התסמינים, תיאור התסמונת הנפשית ומיונה וקביעת האבחנה המתאימה לחולה. המטרה מתרחבת להערכה כוללת ומקיפה של האדם החולה במשפחתו ובתרבותו. לשם כך יש צורך הן בחשיפת הגורמים המגוונים שפעלו על האדם בעבר ופועלים עליו בהווה, והן בבירור גורמים אלה, המשפיעים על התנהגותו ועל עיצוב דרך חייו ומשמשים רקע להתפתחות הפרעותיו הנפשיות. בכך אפשר לחשוף את המשמעות והמובן של הפרעה הנפשית והתפתחותה לאורך החיים. גורמים אלו מצויים בתהליך ההתפתחותי של האדם בכמה מישורים: במישור הביולוגי – הפרעות גנטיות ומערכתיות (Constitution), מחלות אורגניות והשפעות טוקסיות; במישור המשפחתי – הפרעות ולחצים ביחסים הבינאישיים במשפחת המקור בילדות, וכן במשפחה בהווה; במישור החברתי – הפרעות ביחסים חברתיים ובתהליכי ההסתגלות ללימודים ולעבודה; במישור התרבותי – השפעת תהליכים חברתיים ותרבותיים; במישור האישי – הפרעות תוך-אישיות המתבטאות במתח, בחרדות, בקונפליקטים ובמנגנוני הגנה, וכן הפרעות ביכולת ההסתגלות במישורי התפקוד השונים בחיים הכוללים לימודים, עבודה, חיי נישואין והורות, תהליכי זקנה והפרעות

ביכולת ההתמודדות במצבי לחץ ותסכול, ובייחוד במצבי מעבר התפתחותיים בחיים. מידע מקיף זה מאפשר להעריך את ההשפעות החוזרות במהלך ההתפתחות הנפשית הדינאמית, ולאתר את מקורות הפרעות והתסמינים, המשמעות שלהם בחיי החולה והשפעתם על התנהגות האדם החולה ועל תפקודו. הוא מאפשר לנו גם להבין את יחסי הגומלין בין החולה ובין האנשים הקרובים אליו ואת ההשפעות האפשריות על דרך תפיסתו את עתידו. הוא מאפשר לתכנן מערך טיפול כוללני מתאים, מתוך הערכה מקיפה בהתייחסות למטרת הטיפול, לסוג הטיפול, להערכת תוצאותיו ולתכנון השיקום.

היבטים עקרוניים בראיון

הקשר בין המחלה לגורמיה:

איסוף המידע והערכתו מושפעים מרמות ההסבר הקיימות ברפואה באשר לטיב הקשר ועוצמתו שבין המחלה לבין הגורמי הסיכון המחוללים אותה ובינם לבין האדם הסובל מהמחלה. להלן כמה רמות הסבר טיפוסיות לקשרים כאלו:

1. **הסבר סיבתי** – המושג סיבתיות מוגדר כמדע העוסק בגורמי סיכון למחלות. הוא מניח קשר סיבתי ישיר בין שתי תופעות: בין גורם התחלואה לבין המחלה. מושג זה הוא מרכזי בגישות הנשענות על "המודל הרפואי" הקלאסי. כיום, בעולם של מחלות מורכבות וממושכות ולנוכח הקשיים במחקר לשחזר סיבתיות מוחלטת, מתייחסים לאטיולוגיה רב סיבתית ולגורמי סיכון שונים מחולה לחולה. אמות המידה הנדרשות להוכחת קשר סיבתי בין שתי תופעות הן: **סדר זמני**: על גורם התחלואה להקדים את הופעת התחלואה. **קביעות השחזור**: שתי התופעות של גורם הסיכון והתחלואה מדווחות או אף נצפות בסמיכות בשיטות בדיקה שונות ובבדיקות חוזרות, כאשר השתיים מוגדרות ונמדדות בשיטה מהימנה ואובייקטיבית. **עוצמת הקשר**: הקשר בין גורם הסיכון לתחלואה חזק מבחינת שכיחותו באוכלוסייה המוגדרת כבעלת סיכון גבוה להופעת התחלואה. **ייחודיות הקשר**: הקשר בין גורם הסיכון לתחלואה מאפיין באופן ייחודי את התחלואה בנדון, ולא במחלות אחרות. **בהירות ההסבר ותקפותו**: ההסבר לקשר בין גורם הסיכון לתחלואה חייב להיות להתיישב עם ממצאים אחרים ועם תיאוריות אחרות המסבירים קשר זה. האידיאולוגיה והמטרה הטיפולית שבחשיפה האנמנסטית של הגורם הן לסלק גורם זה ולהכחידו, מתוך הנחה שהתהליך שיצר את המחלה הוא הפיך, ושסילוק גורם התחלואה די בו כדי להחזיר את הבריאות.

2. **הסבר פתוגנזה** – במונח פתוגנזה מכנים את המדע החוקר את הגורמים השונים המשתתפים בתהליך התפתחות המחלה בשלביה השונים, את מהלכה ואת תוצאותיה

הסופיות. אמנם, גם כאן הבסיס הוא המודל הרפואי הגורס קשרים סיבתיים, אלא שהקשר בין התופעות הוא חלש יותר. על פי רוב משתתפים כאן גורמי סיכון וזרזים רבים שלא כולם מוגדרים. גורמים אלו פועלים בשלבים השונים של מהלך המחלה, והם עלולים לפעול בשלבים שונים של התחלואה כדלהלן: זירוז הופעת התחלואה, החרפתה, תהליך ההידרדרות והקשיים בתהליך השיקום. המטרה הטיפולית בחשיפה האנמנסטית של גורמי סיכון והזרזים היא לטפל בהם, למתן אותם ולעזור בתהליך ההחלמה.

3. **הסבר נסיבתי** – בחקר קשר נסיבתי אין מניחים שקיימת סיבתיות, כפי שתוארה במודל הרפואי. כאן ההנחה היא שקיים קשר מעגלי של השפעה הדדית ויחסי גומלין הדדיים, כלומר שמדובר בשתי תופעות הקשורות בכך שכל אחת היא בעת ובעונה אחת גם גורם של האחרת וגם תוצאה שלה. זוהי גישה קיברנטיקה. הקיברנטיקה היא מדע החוקר תהליכי עיבוד מידע, תבניות פעולה (התנהגות) ותהליכי ארגון של חברות ומערכות. במעגל קסמים כזה של השפעה זו סיטרית, כאשר A מגביר את B ו-B מגביר את A, והתוצאה היא "סחרור" של החרפה – השאלה מה כאן הסיבה ומה המשובב, מה המקור ומה התוצאה, שוב אינה רלוונטית לעניין. האידיאולוגיה והמטרה הטיפולית, הקשורות בדרך חשיבה זו, הן להביא לניתוק ההשפעה ההדדית של התופעות. התבטאות של תסמינים פסיכולוגיים אצל אדם אחד בתוך ההקשר של היחסים ההדדיים בזוגיות, במשפחה או בחברה, גם גורמת או מגיבה להתבטאות של תסמינים פסיכולוגיים הגורמים אף הם או מגיבים לבן הזוג. כך נוצרת הגברה והסלמה טיפוסית של הפרעה ההדדית.

4. **הסבר תיאורי פנומנולוגי** – זוהי גישה פנומנולוגית במהותה, הנמנעת מלהניח הנחה כלשהי בדבר גורמי סיכון, פתוגנה או כל קשר אפשרי אחר לתחלואה. גישה זו מתמקדת בתיאור מפורט, הן של הסימפטומים הנצפים והמדווחים על ידי הנבדק על כל גוניהם והן של כוחות החוסן שעומדים לרשות החולה במאבק להבראה. גם בהיעדר הנחת יסוד בדבר גורמים אטיולוגיים אפשריים, יכולים האפיונים הקליניים השונים של התסמונת הפתולוגית להיות בסיס חשוב להכוונת דרכי הטיפול, שתכליתו לסלק תסמינים או להביא להשלמה עמם.

הערכת כוחות החוסן ויכולת ההסתגלות של הכוחות הבריאים חשובה, מאחר שההערכה הקלינית והפרוגנוזה מותנות ברמת החוסן וההסתגלות שקדמה למחלה וברמת ההסתגלות שלאחריה. ההתייחסות הטיפולית במקרים אלו מופנית לאותם חלקים בריאים, המסוגלים לחזק את הכוחות הבריאים ולמלא את מקומם של התפקודים החסרים ובכך לעזור בתהליך השיקומי (ראה בפרק הדין בתיאוריות האישיות). ניתוח זה של המודלים התיאורטיים לשם הבנת ההתפתחות של מחלות חשוף לשתן גישות מגבילות של הבדק:

א. **גישות ערכיות** – קיימת נטייה להכניס דירוג ערכי לתוך החלוקה שתוארה. דירוג זה נעשה על פי אמות מידה של מהו "טוב" ומהו "פחות טוב". בגישה זו, רמות

ההסבר שתוארו משובצות בסולם הייררכי ערכי, המשפיע על עמדתו של הבודק בתהליך הבדיקה, על שיפוטו ועל הערכתו כלפי הטיפול המוצע;

ב. **גישות רגשיות** – קיימת נטייה להתייחסויות רגשיות שליליות ושיפוטיות כלפי בני משפחת החולה, ובמיוחד כלפי ההורים, הם, כ"גורמי סיכון רעים", אשמים בהתפתחות הפתולוגיה אצל בן משפחתם. התייחסויות אלו יכולות אף להפריע בבחירת הגישה והטיפול המתאימים לחולה.

גישה הולמת, שיש לאמצה בהתייחסות לאידיאולוגיות השונות שתוארו, היא מידת התועלת הקלינית שלהן, כלומר יכולתן להביא לשינוי חיובי, בהיותן מותאמות לבעיות החולה ומשפחתו, לכוחות העומדים לרשותם, לגמישות ולמוטיבציה לשינוי שהם מגלים.

אוירת הראיון

ראיון חולה הסובל מבעיות נפשיות והערכתו הם משימה מורכבת וקשה. החולה מוצף בחוויות טעונות רגשות והתייחסויות בעלות גוון אישי לעתים מבייש ובתפיסה סטיגמטית. החולה מתקשה מאוד לדבר בחופשיות ולחשוף את עולם החוויות וההרגשות הפנימיות שלו. החולה מוצף רגשות חרדה, בושה ואשם, ולעתים קרובות הוא מעריך את מצבו כחמור הרבה יותר מכפי שהוא. הוא פוחד להיות מוצג כבעל דימוי פנימי שלילי ודחוי, או להיפגע מכך שתודבק לו תווית של "חולה נפש", המלווה לא אחת בגישה חברתית עוינת ודוחה. יש מקרים שהחולה משולל תובנה עצמית וכושר בוננות (אינטרוספקציה). הוא נוטה להדחיק את בעיותיו ולהכחישן, ובמקרים קיצוניים הוא יכול להיות מחוסר כושר שיפוט וביקורת בנוגע למצבו הנפשי. לעומת זאת, יש לזכור כי אצל חלק מהחולים קיימת נטייה להגזים, ואפילו להתחזות לחולים, לשם השגת רווח משני. לכן, קבלת מידע אמין מותנית ביצירת אווירה מתאימה בעת הראיון, אווירה שתאפשר רכישת אמון ותעניק לחולה רגש ביטחון כלפי הרופא המראיין. ראשית, חשוב להימנע מאווירה שתעלה את רמת החרדה, כך שהחולה ייכנס לעמדה של וכחנות מתגוננת, של הכחשה או רציונליזציה. אווירת אמון חיובית יכולה להתפתח על בסיס הקשבה, הבנה ותקשורת אמפתית לסבלו של החולה. באווירה כזו המראיין פתוח לקלוט את המשמעויות הפנימיות של חוויות החולה ומסוגל לראות את בעיית החולה מנקודת ראותו־הוא. היבט נוסף בהתייחסות לראיון הראשוני הוא להביא בחשבון שהחולה, בעת פנייתו לראיון ולבדיקה, בא עם "תיאוריה" משלו על אודות מהות הפרעות שמהן הוא סובל, הסיבות והגורמים שהביאו להתפתחות המצוקה והסבל והדרכים הנראות לו מתאימות להתמודד עם מצבו הנפשי. חשוב שהמראיין יחשוף תפיסות, וישקף לחולה את יכולתו להתייחס ולהבין את ה"תיאוריות" של הפונה – כל זאת בלי לוותר על נקודת המבט האובייקטיבית המקצועית שלו כמראיין. אווירה זו מאפשרת פתיחות, גילוי לב ושיתוף פעולה כן של החולה עם הרופא המראיין. היא מקלה על החולה לדבר ולפעול באופן ספונטני יותר, ובכך לחשוף תכנים שונים, לרוב מוסווים, של עולם החוויות וההרגשות הפנימיות שלו. כשאווירת פתיחות אינה נוצרת, ושיתוף הפעולה הוא חלקי ומתחמק נוכח

הכחשות והסוואות, או נוכח הגזמות מגמתיות, יש להיעזר בראיון בעימות עם החולה נוכח מידע נתון ממקור אחר.

מקורות המידע

מקורות המידע להערכת מצבו של החולה חייבים להיות מגוונים ביותר. ברור שראיון קליני ובדיקת החולה עצמו משמשים מקור ראשוני וחשוב ביותר להבנת מצבו. ואולם בבדיקה הפסיכיאטרית אין להסתפק בכך, וזאת מכמה סיבות: **ראשית**, כבר ציינו את הקשיים השונים בקבלת מידע מהחולה; **שנית**, המידע הנוגע לעניין, הנחוץ לשם הערכת מצבו של החולה ודרך הטיפול בו, הוא מגוון ומורכב ביותר; **שלישית**, המידע אינו תמיד מצוי כולו במקור אחד, ויש לבנות את התמונה הכללית כפסיפס; **רביעית**, המידע ממקורות שונים יכול להיות מוגש מזוויות הסתכלות שונות. "כל אחד והאמת שלו". הוא יכול להיות מעוצב ואף מעוות מתוך תפיסות, הערכות ועמדות קוגניטיביות, לא פחות מאשר מתוך גישות, מניעים ושיקולים רגשיים סובייקטיביים. מסיבה זו יש לראיין נוסף על החולה בעיקר את בני המשפחה הגרעינית ואת בני המשפחה המורחבת. כמו כן, יש לרכז מידע ותיעוד גם מגורמים קהילתיים שונים, כמו מוסדות רפואה, בתי חולים ומרפאות, לשכות רווחה, מוסדות שיקום והכוונה מקצועית, בתי ספר, מקומות עבודה, צה"ל, בתי משפט ומשטרה.

טכניקת הראיון

בתהליך הבדיקה הפסיכיאטרית אין הפרדה בין איתור התסמינים הסובייקטיביים ובין הסימנים האובייקטיביים. הפרטים האנמנטיים ההתפתחותיים מתקבלים בעת ובעונה אחת ובהמשך רציף להערכה ולבדיקה הפסיכיאטרית. רק לאחר מכן נעשית הבדיקה הגופנית כמקובל. הסיבה לכך היא שהממצאים לגבי המצב הנפשי מתקבלים ומוערכים תוך כדי התרשמות בעת הראיון עם החולה. התרשמות כזו נשענת לא מעט על הערכה סובייקטיבית של הבודק ועל דיווח חוויות סובייקטיביות של הנבדק.

ראיון מובנה: הדרך המקובלת ברפואה לקבלת האנמנזה מהחולה היא על ידי ראיון מובנה. ראיון כזה מבוסס על סדרת שאלות מוכנות מראש, מאורגנות, מסודרות ומכוונות לשם קבלת תשובות ענייניות. שיטה זו מאפשרת לקבל הערכה מלאה, יסודית ומדויקת של העושר המגוון של המידע הנדרש. היא גם מאפשרת לקבל בשיטתיות את המידע, מבלי להסתכן בהשמטות חשובות. בפסיכיאטריה פותחו שאלונים מיוחדים המיועדים לראיון קליני מקיף כזה. נביא ארבעה שאלונים מוכרים לדוגמה:

Present State Examination (London) (PSE) Modified for ICD-10
Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (USA) (SADS)
Structured Clinical Interview DSM-IV (USA) (SCID)

בעזרת שאלונים אלו, דרגת המהימנות והתקפות של המידע הנאסף היא גבוהה. מהימנות כזו מושגת כאשר יתקבלו תוצאות דומות על ידי בודק אחד שחוזר על הבדיקה בפעם השנייה או כאשר בודקים שונים בודקים באותה שיטת ראיון את אותו חולה. במקרה זה קיים סיכוי גבוה שהאבחנות המושגות תהיינה מהימנות. משום כך שיטות בדיקה אלו מקובלות במחקר קליני. יש להדגיש שדרגת המהימנות גבוהה בעיקר באותם חלקים של הראיון והבדיקה המבוססים על קבלת מידע עובדתי. דרגת המהימנות יורדת לגבי אותם חלקים של הבדיקה, המתבססים על הערכה סובייקטיבית, כמו זו של האפקטים. יש להדגיש כי שיטה זו חשובה לכמה סכנות המפחיתות את יעילותה. במיוחד המהימנות יורדת כאשר המראיין לא השכיל ליצור בתחילת הראיון את אוירת האמון המתאימה לפתיחות ולכנות. הדבר יכול לפגוע קשות בספונטניות של השיחה ולמנוע העלאת נושאים רגישים. לכן, גם כששיטת הראיון היא בשאלון מנחה סגור, יש ליצור תחילה בראיון שיתוף פעולה בשאלות פתיחה כלליות.

בשיטת הראיון המובנה למחצה יש לאפשר לחולה לתאר במילים שלו את הסיבה להפניה, לבדיקה או לאשפוז, את תלונתו העיקרית, את מהלך התפתחות המחלה הנוכחית ואת תולדות עברו. רק לאחר מכן אפשר לפנות לשאלות מבהירות, מכוונות יותר, לשם השלמת התמונה. כאשר המראיין מנוסה, הוא מנהל את כל הראיון בשיטה פתוחה, בחופשיות ובגמישות המקלות את התקשורת הספונטנית, שהיא לעתים הרבה יותר חושפת ומיידעת, בייחוד בנוגע לנושאים אינטימיים ומעוררי בושה וחרדה. החיסרון בשיטה הפתוחה בא לידי ביטוי כאשר המראיין אינו מיומן דיו. אזי היעדר השיטתיות גורם לכך שמידע חשוב נשמט.

בנוסף, יש להדגיש כי תהליך התפתחות הפתיחות והאמון הוא איטי. לרוב לא ניתן לקבל את כל המידע בראיון אחד, ולעתים קרובות יש להקדיש כמה שיחות להשלמת המידע הדרוש. בראיון חוזר מתגלים נתונים רבים נוספים בעלי משמעות אבחונית. בהדרגה ניתן לקבל, בסופו של דבר, את המידע הנדרש.

ראשי פרקים לראיון החולה

ראשי הפרקים לראיון החולה, המוצעים להלן, יכולים לשמש מעין מדריך כיצד לארגן את הראיון, בלא להפכו לתכתיב.

פרטים מזהים

בתחילת הראיון על הבודק להציג את עצמו בפני החולה, להסביר לו את מטרת הראיון ולקבל את הסכמתו לראיון. עליו להסביר שהמיקוד יהיה בבעיות הנפשיות השונות של החולה בהווה ובעבר ובנסיבות החיים שקשורות בהן. לשם התמצאות ראשונית יש להתחיל את הראיון בקבלת מידע דמוגרפי בסיסי. מידע זה כולל שם, גיל, מין, מצב משפחתי, מספר ילדים וגילם, ארץ מוצא, תאריך עלייה ארצה, השכלה, רמת השכלה, תעסוקה וכתובת

המגורים. כמו כן, יש לקבל מידע על הגורם המפנה לטיפול, מה הייתה הסיבה ומה היו נסיבות ההפניה לטיפול, כמו האם החולה בא על דעת עצמו או הופנה על ידי רופא, מטפל, שירות קהילתי, בית ספר, משטרה, פסיכיאטר מחוזי או בית משפט.

התלונה המרכזית

יש לאפשר לחולה להתחיל לתאר בחופשיות ובאופן בלתי אמצעי במשפטים ספורים את הבעיה הנוכחית המרכזית אשר הביאה אותו לראיון, לבדיקה או לאשפוז. רצוי מאוד לזכור את דברי החולה כלשונם.

התפתחות המחלה הנוכחית

בתיאור המחלה הנוכחית רצוי להתחיל בתיאור מפורט של הבעיה בהווה, תיאור התסמינים השונים, אופיים, עוצמתם ומשכם ותיאור הנסיבות וגורמי דחק סביבתיים שהשפיעו עליהן, למשל, מוות, פרידה, תאונה, מחלה גופנית, טראומה נפשית, משפחתית או מקצועית, או מתח הקשור בקונפליקטים פנימיים. בשל חשיבות הגורמים המזרזים, חשוב לברר את אירועי החיים ואת גורמי הדחק שקדמו למשבר הנפשי. יש לברר את תהליך ההתפתחות של הפרעה הנוכחית, ואם יש בעיות נוספות נלוות בהווה. בתיאור התפתחות הפרעה הנפשית חשוב להתמקד באופי, בעוצמה, בהמשך התסמינים השונים ובתדירותם, אך לא פחות מכך, יש חשיבות רבה להערכת רמת ההסתגלות והתפקוד שהאדם הגיע אליה לפני פרוץ מחלתו ומידת ההתאוששות שבין ההתקפים הקודמים.

לבסוף, רצוי לארגן את המידע בצורה כזו שתתקבל תמונה כרונולוגית בהירה הכוללת סימנים מברורים, מהלך התפתחות המחלה, רציפות המחלה, משך וחומרה של אפיונות ומהלך החלמות, אפיון הטיפולים ו/או האשפוזים הפסיכיאטריים בעבר ותוצאות הטיפולים.

הרקע המשפחתי

את הקשר בין תולדות המשפחה ובין התפתחות הפרעות הנפשיות יש לחפש בשני מישורים רבי משמעות: במישור הביולוגי הגנטי-תורשתי ובמישור הפסיכו-חברתי ההתפתחותי. משום כך יש לברר באנמנזה אם יש מחלות נפשיות במשפחה, ומה אופיין. חשיבות הבירור הזה אינה רק בנוגע למחלות המוכרות כבעלות מטען תורשתי, כגון סכיזופרניה ומחלות אפקטיביות. יש לשאול גם על מידת קיומן של הפרעות אישיות, המתוארות בספקטרום של מחלות אלו, התמכרות לאלכוהול ולסמים, הפרעות התנהגות, ניסיונות התאבדות וכן מחלות אורגניות אחרות. לעיתוי של הופעת המחלה אצל ההורים יש משמעות רבה, לדוגמה, מחלה גופנית או נפשית, ושימוש בסמים ובתרופות בתקופת ההריון והלידה או במשך השנים הראשונות של חיי הנבדק. יש לקבל תיאור מקיף לגבי משפחת המקור: הרקע התרבותי והחברתי, הרמה הכלכלית, האווירה הרגשית המשפחתית, הערכים, הנורמות, אורחות החיים ורמת

התפקוד. חשוב לקבל תיאור על משברים במשפחה, כגון מות הורים או אחים, מחלה כרונית ממושכת, פירוד וגירושין. מלבד זאת, על הבודק לשאול על הרקע הרפואי במשפחה, מחלות, תאונות, אשפוזים וניתוחים. לא רק העובדות חשובות, אלא גם התגובות הרגשיות, הגישה המשפחתית והאווירה סביב אירועים אלו.

תולדות העבר

יש לקבל תיאור מפורט של אירועים משמעותיים לאורך חייו של הנבדק. ככל שהאבחנה מתבהרת, יש להוסיף ולחשוף את אותם פרטים המזוהים כבעלי משמעות אטיולוגית או פתוגנית במהלך התפתחות המחלה. כמו כן, יש לתאר ביתר פירוט את דרכי ההתמודדות באותן תקופות בחיי החולה, המוכרות כשלבי מעבר חיים נורמטיביים, כגון הריון, לידה, התפתחות בגיל הרך, לידת אח, כניסה לבית הספר, הסתגלות ללימודים, גיל ההתבגרות, הסתגלות לצבא, יציאה מבית הורים, נישואין, הורות, הסתגלות לעבודה, לפנסיה ולזקנה וכדומה. בנוסף, יש לברר את התגובות האובייקטיביות והתפיסות הסובייקטיביות למצבי משבר, כגון פרידה, גירושין, מוות, משבר כלכלי, הגירה ושואה, ואת דרכי ההתמודדות עם מצבים אלה. למרות הפירוט הרחב של הנושאים, על התיאור עצמו להיות תמציתי, קצר וענייני.

תקופת הילדות וההתבגרות: על הבודק לקבל פרטים על הנסיבות המשפחתיות, הפסיכולוגיות והביולוגיות של ההריון והלידה, למשל, אנמנוזה של מיילדות והפלות, מחלות ותרופות בעת ההריון, סיבוכי לידה, עונת השנה של הלידה. בנוסף חשוב להתייחס לאווירה המשפחתית וליחסי ההורים בעת ההריון והלידה; הציפיות, העמדות והגישות הרגשיות בנוגע לילד; אם ההריון היה רצוי או לא. בהמשך יש לקבל פרטים על הגדילה, על ההתפתחות ועל ההתבגרות. יש לחשוף במיוחד הפרעות בתהליכי ההתפתחות וההסתגלות בשטח האישי, בתחום הגופני, בתחום הקוגניטיבי, הרגשי וההתנהגותי ובמישור המשפחתי והחברתי, לדוגמה, מה היה קצב ההתפתחות הפסיכומוטורית – ישיבה, הליכה ודיבור; תיאור יחסי אם-ילד: תנודות בין מתן חסות יתר, דאגנות ופחדים ובין זרות, ניתוק, עוינות והענשה; הרגלי אכילה, חינוך לניקיון, הוויסות בין סיפוק יתר לתסכול, היחס לאוננות ולתחרות בין אחים; ההסתגלות לגן הילדים ולבית הספר; ההתפתחות הפסיכוסקסואלית והחברתית. הפרעות טיפוסיות בגיל הילדות הן הרטבה, התקפי זעם, גמגום, פחדי לילה, פחדי פרידה ופוביה מבית הספר, קשיים בלימודים, הפרעות קשב וריכוז, הפרעות התנהגות, נטייה לתלות יתר או למרדנות והיפראקטיביות. באשר לגיל ההתבגרות, יש לברר את הפרטים על תהליכי ההתמודדות וההסתגלות, על ההתפתחות בתחום הגופני-מיני, על ההתפתחות בזהות על כל היבטיה, על התפתחות הקשרים החברתיים ועל הרחבת תהליך החיברות (Socialization).

תקופת הבגרות: על המראיין לאסוף מידע על התחומים השונים המאפיינים את רמת ההסתגלות בחיים הבוגרים: על ההתפתחות וההסתגלות בתחום הלימודים והעבודה ועל

ההתמודדות בלחצי השירות הצבאי, כגון יכולת התמודדה, קבלת אחריות ויחס לממונים; על ההסתגלות לעבודה והיחס לפרנסה ולכסף; על ההתפתחות וההסתגלות בתחום היחסים עם המין השני, על יחסי החיזור, הנישואין, המשפחה והילדים, על היחסים האינטימיים ועל יחסי המין; על ההסתגלות בשטח החברתי, כולל פעילות תרבותית וקהילתית, ועל פיתוח תחביבים. יש להתייחס בכל תחום למישורים השונים: הרגשי, הקוגניטיבי וההתנהגותי. יש לחשוף את מוקדי הקונפליקטים והבעיות, ששימשו תשתית ורקע להתפתחות המשבר הנפשי הנוכחי, אך גם את כוחות החוסן הנפשיים החיוביים, ואת מנגנוני ההסתגלות וההתמודדות שעזרו במצבי משבר אלו.

תולדות מחלות גופניות

על המראיין לאסוף מידע על מחלות קשות ממושכות, נכויות מגבילות, תאונות, אשפוזים וניתוחים בעבר; על סוגי התרופות והטיפולים השונים שקיבל המרואיין ועל שימוש יתר באלכוהול ובסמים או בתרופות. יש לשאול גם על דרכי ההתמודדות הנפשית עם מחלותיו בעבר.

אפיון נטיות האישיות

על הבודק להתרשם מהאפיונים המרכזיים של תבניות ההתנהגות של החולה, נטיות אופיו, תפיסותיו והגישות וההתייחסות של החולה שקדמו להפרעה הנפשית. במיוחד יש לתאר את התבניות החוזרות על עצמן בצורה לא גמישה ולא מסתגלת הגורמות לירידה ניכרת בתפקוד המקצועי, החברתי והאישי. כללית, אפשר להתמקד בשלושה אשכולות (Clusters) המאפיינים את הפרעות האישיות: **האשכול הסכיזואידי** – באיזו מידה קיימים קווי אופי המתבטאים בניתוק וניכור בקשרים הבינאישיים וכן בהתנהגות לא רגילה, לעתים מזרה, המלווה בחוסר אמון וחשדנות. **האשכול האמוציונלי-אימפולסיבי** – באיזו מידה קיימים קווי אופי המתבטאים בתנודות במצב הרוח, בנטייה לדרמטיות יתר, בהתפרצויות של תוקפנות או של רגשות אחרים, בהתנהגות פרועה ולא מרוסנת, ברגישות נרקסיסטית ובחוסר יציבות ביחסים בינאישיים; **האשכול האינטרוורטי** – באיזו מידה קיימים קווי אופי המתבטאים באינטרוורטיות, בחרדה, ברגשי נחיתות ובביישנות בקשרים הבינאישיים וכן בהססנות, בפסיביות, בנטייה לבידוד רגשי, בתוקפנות מופנמת ובנטיות כפייתיות.

הראיון המשפחתי (ראה הפרק על טיפול משפחתי)

כאמור, אין להסתפק בקבלת אנמנזה מהחולה עצמו. בני המשפחה הגרעינית – בני הזוג וילדיהם – או משפחת המקור – כגון הורים – הם מקור חשוב לקבלת מידע הקרוי הטרור אנמנזה. לא אחת מתקבל ממקורות אלה מידע אשר נעלם מעיני החולה או הועלם על ידו. ואולם אין להסתפק בראיון פרטני של כל אחד מבני המשפחה; חשיבות רבה נודעת לראיון

של המשפחה כולה כיחידה אחת הכוללת גם את החולה. חשיבות הראיון המשפחתי הכולל נובעת מכמה טעמים:

ראשית, המשפחה היא המערכת האחראית לתהליכי הגדילה, התפתחות הילד והסוציאליזציה שלו בהמשך תהליך ההתפתחות שלו כבוגר. כוחה נבחן לא אחת ביכולתה להתמודד בשלבים של מעברי החיים, ולעבור בהצלחה משברים אפשריים בתקופות הקריטיות במעברים לאורך החיים.

שנית, לעתים קרובות אין בעייתו של החולה נובעת רק מסיבות תוך-נפשיות. לעתים הבעיות נובעות מהפרעות נפשיות של בן משפחה אחר או ביחסים ובעיות משפחתיות נוספות. ההפרעה המוצגת יכולה להיות קשורה בהם ואולי אף מותנית בהם, מבטאת אותם או מייצגת אותם. לעתים אי אפשר להבין תופעה נפשית מסוימת אלא כשרואים אותה משובצת בתוך המערך המשפחתי כולו, כמו במקרה של חולה פרנואידי המייצג קנאה, חשד ותחרות ברובד המשפחתי. במקרים אחרים נוצרים במשפחה יחסי גומלין נסיבתיים כאלה, שהשאלות הסיבטיות של מה קדם למה ומה גרם למה מאבדות את משמעותן. דוגמה לכך היא הילד התלתי הכרוך אחר אמו ואינו מסוגל למרוד בה, וכנגדו האם חסרת הביטחון והדאגנית המטילה עליו חסות יתר וכפייה.

שלישית, רק חלק קטן מהתקשורת ומיחסי הגומלין הבינאישיים המאפיינים את המשפחה מודעים לפרט ויכולים להיות מדווחים על ידו. רוב התקשורת מתבצעת באפיקים לא מילוליים, כגון ההנגה (אינטונציה) שהדברים נאמרים בה, הליווי הרגשי שלהם והבעות הפנים. אפיקי תקשורת אלו אינם מודעים למשתתפים, או שהללו אינם ערים להם, אך אפשר לצפות בהם במישרין בעת הראיון המשפחתי הכולל.

ההתוויות לבדיקה משפחתית

בכל בדיקה פסיכיאטרית, רצוי לערוך הערכה משפחתית ראשונית. הדברים אמורים בכל המקרים, בין שחמורים יותר ובין שחמורים פחות, ובכל הגילים, בין שהחולה המופנה לטיפול הוא ילד, ובין שהוא נער, בוגר או זקן. חשיבות מיוחדת נודעת לאבחון המשפחתי הראשוני במשפחות, כשאחד מבני המשפחה נשלח לטיפול או לאשפוז פסיכיאטרי. הפניה לטיפול נפשי היא נקודת שיא במהלך התפתחותו של משבר אישי ומשפחתי קשה, לעתים ממושך למדי, ואולי אף סמוי. בתקופה זו מוצפים בני המשפחה ברגשות מעורבים וסוערים, כגון חרדות, רגשי אשם, דאגות קשות, נטיות לתלות, לחסות יתר, לתוקפנות ולביקורת. רגשות אלה ממקדים את הקונפליקטים התוך-משפחתיים ומחדדים אותם. בשלב זה של משבר חריף הנכונות להיפתח נעשית מוחשית יותר. בשל כך, הזמן היעיל והמתאים לקבלת הערכה ראשונית כוללת של המשפחה הוא דווקא בתחילת הטיפול או בתחילת האשפוז.

מטרות ההערכה המשפחתית

כמה וכמה מטרות קיימות להערכה משפחתית. ראשית, הערכה משפחתית מאפשרת לצפות במישרין ביחסי הגומלין המשמעותיים במשפחה. התצפית היא, כאמור, בתוך שדה הפעולה הטבעי שהיחסים באים בו לידי ביטוי, ובקרב האנשים שלהם קשר בעל משמעות עם הנבדק. לכן משמש ראיון כזה כלי עזר אבחנתי רב ערך העומד לרשות המטפל. באמצעותו ניתן לאבחן את מערך הכוחות הדינאמיים הפועלים במשפחה, ובמיוחד את אותו רובד סמוי, הנשאר סמוי רוב זמן הטיפול, ולעתים אינו נחשף כלל.

שנית, הערכה כזו עוזרת באיתור מוקדי הכוח במשפחה ובזיהויים, בבדיקת המוטיבציה של בני המשפחה לטיפול וביצירת ברית טיפולית עם גורמי הכוח החיוביים שבתוכה. הערכה זו והברית הטיפולית מאפשרות לקבל עזרה מבני המשפחה בשלבי הריפוי והשיקום מצד אחד, ולזכות בתמיכתם ובשיתוף פעולה שלהם מצד אחר, כדי לנסות לרסן ולכוון את כוחם המניפולטיבי.

המשתתפים בהערכה המשפחתית

בהערכה המשפחתית רצוי ביותר לשתף בראיון את כל בני המשפחה, עם החולה או בלעדיו. בדרך כלל מגלות המשפחות התנגדות לשתף בהערכה משפחתית משהו מבני המשפחה; לעתים נשמעים "תירוצים" רבים מדוע אין האב או האם יכולים להופיע. התנהגות כזו מצביעה על התנגדות, ולבירור מניעה נודעת חשיבות, שכן הוא עשוי לחשוף סודות משפחתיים וחרדות משותפות ולהביא ליצירת אווירה מתאימה לשיתופם של כל בני המשפחה בהערכה.

טכניקת הראיון המשפחתי

האמצעי היעיל ביותר לביצוע הערכה משפחתית הוא התצפית הישירה במתרחש בין בני המשפחה. בעת הראיון, על המטפל לעודד את בני המשפחה לרב שיח חופשי על מהות הבעיות במשפחה. תיאור אירועים מהעבר ודיווח ישיר למטפל מסוויים את הבעיות המשפחתיות יותר מאשר חושפים אותן. בתהליך של דיון משותף, לעומת זאת, עוברים הקונפליקטים המשפחתיים השונים מעין החייאה, ובתוך כך ממחזים אותם בסיטואציה של הראיון. החייאה כזו, על כל עוצמתה הרגשית, מאפשרת למטפל ליטול על עצמו תפקיד של "צופה משתתף", הצופה בתהליכי תקשורת, יחסי גומלין וטרנסאקציה במשפחה כמות שהם. הדבר מאפשר לו לשים לב לתקשורת המילולית, ולא פחות מכך – לתקשורת הלא מילולית. המטפל יכול לצפות במישרין בדרך התפקוד של המשפחה כיחידה ובדרך ההתייחסות של כל אחד לכל אחד אחר במשפחה – בזוגות או בשלשות. המטפל יכול גם למקד את הסתכלותו בבעיות משפחתיות, כפי שהוא מזהה אותן, במקום לקבל "תיאוריות" מוכנות מראש של המשפחה. החייאתם של העימותים המשפחתיים ושחזורם כמות שהם בשעת הראיון יוצרים גם את הרקע המתאים להתערבות יעילה יותר במשפחה.

הראיון המשפחתי משמש גם כלי חשוב ביותר בהערכת התקשורת הרגשית (Expressed Emotion, Julian Leff) כלפי החולה בכלל וכלפי מחלתו בפרט בכיוון תומך ואמפתי או בכיוון ביקורתי וחדורני. הוא גם יכול לבדוק את העמדות הקוגניטיביות-ערכיות של בני המשפחה. כמו כן, הראיון מאפשר לבחון את כוחות הלכידות במשפחה, בין שבקטבים בין מרוחק ומנותק (Cohesion) ובין שבליכודיות עד חסות יתר. כמו כן ניתן להתרשם מכושרם וממידת הגמישות של בני המשפחה להתמודד עם פתרון בעיות ולהסתגל אליהן (Adaptability): כל הגורמים הללו נמצאו חשובים בניבוי יכולת המשפחה להתמודד עם המחלה ובפרוגנוזה של החולה ומידת תגובתו לטיפול. הממצאים הראו כי ניבוי כזה חשוב לא רק בנוגע למחלה פסיכיאטרית מסוימת זו או אחרת, אלא גם בהתמודדות עם מחלות גופניות כרוניות.

הבדיקה הפסיכיאטרית

תפקידה של הבדיקה הפסיכיאטרית הוא לצפות, להעריך ולתאר את כל אותן התופעות והמרכיבים של התפקוד הנפשי, הדרושים כדי להעריך את מצבו הקליני של החולה ולאבחן אותו. הבדיקה הפסיכיאטרית נשענת על שותפות פעילה של החולה, כלומר מלבד הצפייה בהתנהגות ובתופעות לא מילוליות ובהתרשמות מהן, על הבודק לקבל מידע סובייקטיבי מן החולה. הבדיקה הפסיכיאטרית מתחלקת לקטגוריות שונות וכוללת גם התרשמות כוללתית וסובייקטיבית של הבודק. כל הפרזה לכיוון חלוקה קטגורית או התרשמות כוללתית בלבד עלולה להסתיים בחלוקה סכמתית נוקשה או בהערכה שטחית לא יעילה. נוכח ההתפתחות שחלה בפסיכיאטריה ובשל הצורך לקבל הערכות מדויקות על מצבים קליניים מורכבים, כמו בתחום הסכיזופרניה, המחלות האפקטיביות או הפרעות האישיות, פותחו שאלוני הערכה מיוחדים המסייעים בבדיקת החולה. שאלונים אלו משמשים כלי עזר נוסף על הקטגוריות הקלאסיות של הבדיקה הפסיכיאטרית כפי שתואר להלן. שאלונים כאלו בנויים בעיקרם מסולמות הערכה (Rating Scales) המדרגים על פני סקאלה מספרית את התסמינים השונים שהחולה סובל מהם, שיש לצפות בהם ואף להעריך את עוצמתם. לסולמות הערכה אלו יש שימוש רב במחקר, והם מוצאים את דרכם יותר ויותר גם לתחום העבודה הקלינית.

בעזרת סולמות ההערכה האמורים אפשר כיום לעקוב אחרי מהלך ההתפתחות להחלמה מתסמונות קליניות רבות או להחמרה בהן. דוגמאות לסולמות הערכה הן:

Clinical Global Impression – CGI

Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS

Hamilton Scale for Depression – HAM-D

Positive and Negative Rating Scale Schedule – PANSS

ההופעה הכללית

כל בדיקה מתחילה בתיאור ההתרשמות הכוללנית על המראה הגופני, התנוחה והבעת הפנים, המבטאים את מצבו הנפשי של החולה. התרשמות כזו כוללת כמה מרכיבים, שרק אחדים מהם נוכל לתאר כאן. על הבודק להתרשם מההופעה הכללית החיצונית של החולה, ממידת ההתאמה של המראה לגיל הכרונולוגי, ממבנה הגוף ומקיום נכות או משינוי מבני נראה לעין. כמו כן, יש להתרשם מצורת הלבוש, מהתנוחה ומהבעות הפנים, שיש בהן כדי לשקף את מצבו הנפשי של החולה. מצב פסיכוטי או מצב דיכאוני, למשל, יכולים להתבטא בהזנחה וברישול. הופעה הפגנתית וראוותנית, לעומת זאת, יכולה להצביע על כיוון היסטוראידי, והופעה מאופקת, מסויגת וקפדנית יכולה להצביע על כפייתיות.

הגישה

על הבודק להתרשם מהגישה של החולה לראיון ולבודק, ממידת שיתוף הפעולה, הפתיחות והכנות שלו וממידת המודעות והתובנה שלו למחלה או לבעיה הנפשית שהוא סובל ממנה. למשל, גישה מאופקת מסתירה או מדחיקה יכולה לנבוע מבושה או מסטיגמה או אף ממנגנוני הדחקה פסיכולוגיים; גישה עוינת, חשדנית, מתחמקת וחוצפנית יכולה להעיד על נטיות פרנואידיות; חוסר שיתוף פעולה, הכחשה והתנשאות יכולים להעיד על מאניה; גישה פסיבית, תלותית, חסרת אונים ומיואשת יכולה להעיד על דיכאון; גישה מפתה או מתגרה יכולה לשקף נטיות היסטוראידיות; רגישות, פגיעות וחוסר ביטחון יכולים לשקף אף הם את מצבו הרגשי החרד של החולה.

היבט נוסף שיש להביא בחשבון הוא שבדומה לרופא שיש לו המשגות על אודות התהליכים הנפשיים והאבחנות האפשריות המבוססות על התיאוריות והידע המקצועי שלו, גם לכל חולה יש תיאוריות והמשגות על אודות מצבו הנפשי – המשגות המתבססות על אידאולוגיות תרבותיות, דתיות וחברתיות וגורמי סיכון מגוונים השונים מאוד מאלו של הבודק.

קושי מיוחד קיים אצל אותם חולים, שיש להם כוונה להרשים את הבודק בכיוון מגמתי, כגון חולים הנבדקים לצורך תביעת פיצויים עקב תאונה, חולים העומדים לפני משפט, או כאלה המבקשים להשיג מהבדיקה רווח משני אחר. יש לזכור שהגישה לבודק אינה חייבת להיות קבועה ויציבה. היא מותנית בנסיבות, ויכולה להשתנות מעת לעת ומבודק לבודק. היא יכולה להשתנות גם לפי האמון המתפתח בין הנבדק למטפל.

כדי להתמודד עם הקשיים האלו חשוב מאוד לקבוע בדיקה נוספת. אוירת הפתיחות והאמון וירידת המגננות מאפשרות תקשורת גלויה יותר וקבלת מידע משמעותי.

הפרעות בהתנהגות ובפעילות מוטורית

קטגוריה זו מתייחסת להיבטים הכמותיים והאיכותיים של ההתנהגות והמוטוריקה של החולה. על הבודק להתבונן בהתנהגותו של הנבדק, בצורת ההליכה שלו ובתנועות מיוחדות שלו, רצוניות או לא רצוניות. להלן כמה דוגמאות: סימני מתח יכולים להתבטא בכסיסת ציפורניים או בתיפוף ברגליים; סימני חרדה יכולים להתבטא בהזעה, בחיזור או בהסמקה ובביטוי פנים וגוף אחרים; במצבים מאניים או רוגשים (אגיטיביים), האדם מתנהג באי שקט פסיכומוטורי, ומרבה בהתרוצצות ובפעילות בלתי פוסקת; במצבים קטטוניים, החולה יכול להיות קפוא במקומו בתנוחה הקרויה **גמישות שעווה** (Flexibilitas Cerea). במצב זה החולה נשאר קפוא זמן רב באותה תנוחה שבו הציב אותו הבודק. החולה הקטטוני או הדיכאוני, ולעתים ההיסטרי, נמצא לעתים במצב קיפאון הקרוי **סטופור** (Stupor): במצב זה החולה מסוגר ומכונס בעצמו ללא כל תגובה או שיתוף פעולה עם הסביבה. הוא נמנע מדיבור, ואפילו מאכילה ומעשיית צרכים.

הפרעות במודע

התרשמות מהמודע כוללת:

- א. בדיקת חדות ההכרה וצלילותה, מצב העירנות ועומק הערפול, וכן מידת ההתמצאות בזמן, בתאריך, במרחב, בזהות העצמית, בזהות האדם שממול ובנסיבות הראיון.
 - ב. בדיקת הקשב, הריכוז והזיכרון, תוך אבחנה בין ליקויי הזכרות בחוויות מהעבר הקרוב ובין ליקויי הזכרות בחוויות מהעבר הרחוק. פגיעות במודע מבטאות בעיקר הפרעה נפשית ממקור אורגני, כמו בתסמונת החריפה של דליריום (Delirium) בהשפעת גורמים טוקסיים.
 - ג. בדיקת ההתמצאות במקום, בזמן ובנסיבות הבדיקה, סיבתה ומיקומה.
- דוגמאות להפרעות במודע שמקורן אינו אורגני, הן **Alter State** במצבי היפנוזה או **Fugue State** בהפרעות דיסוציאטיביות.
- דוגמה נוספת להפרעות במודע היא הקיפאון ההיסטרי או הקטטוני. במצבי קיפאון אלו אין תגובה או התייחסות לסביבה החיצונית. לאחר שהחולים יוצאים מהקיפאון, הם יכולים לדווח על האירועים שהתרחשו בסביבה.

הפרעות אפקטיביות

את תחום ההפרעות הרגשיות אפשר לאפיין לפי כמה היבטים. היבט אחד הוא חוויית סובייקטיבית. אפשר להסיק על היבט זה רק מתוך הדיווח הסובייקטיבי של הנבדק לגבי ההרגשות שחווה. היבט השני הוא ההתנהגותי, והוא כולל את תחום ההתבטאויות המוטוריות-תנוחתיות וההתנהגותיות שאפשר לצפות בהן. היבט השלישי כולל את ההתבטאויות הגופניות של מערכת העצבים האוטונומית והוויסצרלית. בחלק מהתבטאויות

אלו אפשר לצפות, ואחדות מהן ניתנות למדידה במכשירים מתאימים. בתיאור בדיקת האפקט נתייחס לשני מושגים משלימים: מזג (Mood) ואפקט (Affect): מזג הוא מצב רגשי קבוע, מציף וכוללני. מצב רגשי כזה צובע את כל תפיסת העולם של החולה. האפקט, לעומתו, מגדיר את הטון ואת החוויה הרגשית, המלווה את המחשבות, את הרעיונות ואת ההתנהגות כמרכיב מניע בפעילות לקראת מטרה.

הבודק יכול להעריך את האפקט תוך צפייה בהתבטאויות ההתנהגותיות החיצוניות, כגון הבעות פנים, טון דיבור, תנועות גוף, תנועות גפיים והתנהגות בראיון. יש להדגיש כי תחום בדיקה זה הוא קשה, ויכול להיות מושפע מגורמים רבים, המפחיתים את מידת התקפות של הבדיקה. הדיווח על רגש ובמיוחד על רגשות מכאיבים ומביישים יכול להיות לעתים קרובות עצור, בלום, מוסווה או מוגזם ותיאטולי.

גם ההתרשמות מהגילויים החיצוניים אינה תמיד מדויקת, ואינה משקפת תמיד נאמנה את המצב החווייתי הפנימי של החולה. ההתבטאויות החיצוניות מושפעות לעתים קרובות מגורמים תרבותיים ועדתיים. כדי להגדיל את מידת התקפות של בדיקת תחום הרגשות, יש לסקור עם החולה תחום רחב מאוד של שטחים ונושאים, וזאת באווירה של ראיון המאפשר יחסי פתיחות, כנות ואמון.

תיאור הרגשות נעשה על פי כמה מדדים.

ראשית, יש להתרשם מהאפיון המרכזי של הרגש. אפשר לחלק תחום זה לאפיונים רגשיים חיוביים, כגון שמחה, אופוריה ועליצות, ולאפיונים רגשיים שליליים, כגון חרדה, פוביה, פאניקה, כעס, עוינות, תוקפנות, דיספוריה, דיכאון, קנאה ואשם.

שנית, יש להתרשם מעוצמת הרגש. העוצמה יכולה להיות גבוהה ולבטא את העובדה שהרגש חודר לרבדים פנימיים עמוקים ומציף אותם. העוצמה יכולה להתבטא בכל אחד מהרגשות שצוינו, כמו לכיוון של דיכאון או לכיוון של חרדה או מאניה. העוצמה יכולה להיות גם קטנה ולבטא את העובדה שהרגש דל, שטחי ולקוי, כמו אצל חולים פסיכויטיים, ואף עצור ובלום, כמו אצל חולים כפייתיים.

שלישית, יש להתרשם ממידת היציבות של הרגש. למשל, יש להתרשם אם הרגש יציב לאורך השיחה או לא יציב ומתחלף במהירות רבה מאפיון לאפיון ומעוצמה לעוצמה. לחלופין, הרגש יכול להיות יציב עד להיעדר גוונים בהיותו מאופק, מונוטוני או אפאתי.

רביעית, יש להתרשם מעושר הגוונים והאפיונים של סוגי הרגשות העומדים לרשות האדם, וכיצד הוא מביא אותם לידי ביטוי בראיון. חמישית, יש להתרשם ממידת התיאום וההרמוניה הקיימים בין הטון האפקטיבי ובין המחשבות, הרעיונות והדיבור.

בתיאור שלעיל יש להתייחס בכל אותם מדדים גם לאפיון הדיווח הסובייקטיבי של החולה וגם לתחום התצפית של הבודק. יש להדגיש שככל שהדיווח של החולה דל יותר, מקבלת התצפית משקל רב יותר. הואיל ותיאור הרגשות מתייחס לתחומים השונים, יש לתאר גם את יחסי הגומלין בין התחומים. חשוב לתאר את מידת התיאום הקיים בין האפקט, כפי שאנו צופים בו, בעוצמתו, באופיו ובסף הגירוי שלו, ובין מצב הרוח, כפי שהוא מדווח, תוכן הנושאים שמדובר בהם ונסיבות הבדיקה או הנסיבות שתיאור הנושא מתייחס אליהן. ההפרעה יכולה להתבטא בחוסר תיאום בין המרכיבים השונים של הרגש. דוגמה לכך

היא חולה פרנואידי, אשר הכעס המצופה על פי תוכן מחשבות השווא שלו אינו בא לידי ביטוי, או כאשר ביטויי שמחה ועליזות אינם קשורים לתוכן המחשבות והנסיבות.

הפרעות בתפיסה

התפיסה היא התהליך הנפשי, שבאמצעותו אנו מכירים ומוזהים את האובייקטים ואת היחסים ביניהם על יסוד הגירויים המתקבלים מאיברי החושים השונים. את הפרעות בתפיסה אנו יכולים לתאר על פי כמה מדדים.

ראשית, אפשר לתאר את הפרעה על פי איבר החוש המשמש לאותה תפיסה. הפרעה בתפיסה יכולה להתבטא בכל אחד מאיברי החושים השונים, כגון חוש הראייה, השמיעה, הטעם, הריח, שיווי המשקל, תפיסת המרחב ותפיסת הגוף על גבולותיו ואיבריו השונים. מחלות שונות יכולות להתאפיין בהפרעות תפיסה של איברי חוש טיפוסיים. למשל, בסכיזופרניה שכיחות, יחסית, הפרעות בשמיעה; בפסיכוזה על רקע אורגני שכיחות יותר, יחסית, הפרעות בראייה; במחלות אורגניות מיוחדות, הפוגעות באזור המוחי הפרונטלי, שכיחה יותר הפרעה בתפיסת ריח; בהפרעות טוקסיות ומטבוליות הפרעה שכיחה יותר בתחום המישוש והקזינסתזיס; ובהיסטריה בדפרסונליזציה ודראליזציה עלולות להופיע הפרעות בתפיסה של כל איברי החושים.

שנית, אפשר למיין את הפרעות לפי מורכבות התפיסה. למשל, בקוטב אחד יש הפרעות תפיסה של גירויים פשוטים ויסודיים, כגון צליל, צבע או תחושות גוף מוזרות, נטולות מורכבות ומשמעות, ובקוטב אחר – הפרעות בתפיסות מורכבות של תמונות עם קולות דיבור וכדומה, שיש להן משמעות אישית רחבה ומורכבת.

שלישית, אפשר למיין את הפרעה בתפיסה לפי גודל הפער שבין התפיסה ובין הגירויים המציאותיים, ובאזו מידה יש לאדם שיפוט באשר לפער זה. מבחינה זו יש להבחין בין אשליה (Illusion) והזיה (Hallucination): באשליה הכוונה לתפיסה מעוותת ולא נכונה של גירוי סביבתי ממשי כמו "צל הרים רואה כאנשים". בהזיה הכוונה לתפיסה חושית בהיעדר כל גירוי חיצוני ממשי.

הפרעות בתפיסה כוללות גם הפרעות בתדמית הגוף (Body Image), בדימוי עצמי (Self Image), בדימוי מיני (Gender Image) ובתפיסת המציאות הסובבת.

תדמית הגוף מוגדרת כתפיסה הכרחית וטרום הכרתית של הגוף עצמו בזמן מסוים. הפרעה בתדמית הגוף נקראת דפרסונליזציה (Depersonalization). בהפרעה זו יש תחושה של אובדן התפיסה העצמית והתפתחות תחושת זרות עצמית, למשל, עיוות ושינוי של גודל האיברים והגוף, צורתם ואיכותם, או תפיסה עצמית כאילו ממרחק. בהפרעה הקרויה דריאליזציה (Derealization) האדם תופס את עצמו מנותק מסיבתו. במחלות שונות תוארו הפרעות בתדמית הגוף החוזרות על עצמן: הרגשת שינוי בצורת העיניים אצל סכיזופרנים או תחושת ריקבון מערכת העיכול אצל החולה המדוכא הפסיכוטי. הפרעה זו מרמזת לרוב על דרגה גבוהה של חומרה פתולוגית. הפרעה זו תוארה כ-"Body Dysmorphic Disorder".

דימוי עצמי מוגדר כתפיסה והמשגה של האדם כלפי זהותו, כלפי אישיותו על ציר הזמן של חייו מהעבר לעתיד. דימויים אלו מתפתחים והולכים עם התפתחות האדם.

הפרעות בחשיבה

המושג הפרעות בחשיבה אינו מוגדר דיו. יש מחלוקת הן באשר לתוכן הגדרתו והן באשר להיקפו; אפשר לכלול בו את רצף המחשבות, הרעיונות, הדמיונות, הסמלים והאסוציאציות המתעוררים בתהליך של פתרון בעיה או בהתמודדות עם משימה ובתהליך הסקת מסקנות על יסוד הערכות של המציאות ושיקולי היגיון. מגוון רחב של הפרעות יכול להיכלל בהגדרה רחבה זו. למשל, הפרעה במהלך החשיבה, בתוכן החשיבה, ביכולת המשגה, ברמת המשכל, בשפה, בתקשורת, בחשיבה ההגיונית ובשיפוט המציאות. ההתרשמות מהפרעות בתחום זה מתקבלת במהלך שיחה על פי אופי הדיבור ומורכבות השפה, אך אפשר גם להעמיק את ההתרשמות על ידי מתן משימות שונות ומבחינים בעל פה ובכתב.

הפרעות במבנה החשיבה ובקצב החשיבה

ראשית, יש להתרשם מקצב החשיבה ומכמות האסוציאציות, שכן יש סטיות קיצוניות מקצב תקין. הסטייה לקצב מהיר ושוטף יכולה להגיע עד כדי מרוץ מחשבות ורעיונות בשרשרת, כאשר הקשר בין הרעיונות רופף לפעמים, כמו באסוציאציות צליל. קצב איטי, הססני, מקוטע ועצור נמצא אצל חולים דיכאוניים. הסטייה לכיוון הקצב האיטי עלולה להגיע עד להפסקה מלאה הנקראת Blocking, והיא נמצאת אצל חולים סכיופרניים.

שנית, יש להתרשם מרצף החשיבה ומהמבנה שלה, המבטאים את המשכיות החשיבה, ממבנה המשפטים והקטעים ומהכושר לבנות את הרעיונות כך שהם שזורים זה בזה ומובילים לקראת מטרה. יש להתרשם אם החולה עונה לעניין, אם הוא מדבר באופן הנוגע לעניין, ואם יש קשר וסדר בין סיבה לתוצאה, בין ראשון לאחרון וכדומה.

יש כמה הפרעות הטיפוסיות למחלות שונות. להלן דוגמאות אחדות: סכיופריה מתאפיינת בהפרעות קשות במהלך החשיבה; חשיבה למקוטעין (Incoherence) היא הפרעה שיש בה מלל לא מובן, לא מאורגן ולא הגיוני של קטעי משפטים ומילים, המגיע במקרים קיצוניים למצב הקרוי "סלט מילים"; בחשיבה עקיפנית (Circumstantiality) החולה מפליג סחור-סחור בדברים שלא לעניין בלא להגיע למטרתו. השפה הופכת לפעמים למעין "שפה פרטית" לא מובנת, שיש לה ביטויים חדשים ומילים חדשות בעלות מובן פרטי (Neologism), הפרעות ברצף החשיבה, האופייניות למקרים של נזק אורגני, מתבטאות בפרסברציה (Perseveration), שבה החולה חוזר שוב ושוב על אותם קטעי משפטים ורעיונות ללא תלות בעניין הנידון; בקונפבלציה (Confabulation) החולה ממציא סיפור בתשובה לשאלה כדי להסוות את הקשיים שלו בזיכרון; בחולים מאניים מוצאים מרוץ מחשבות (Flight of Ideas), שטף ומרוץ של רעיונות, לעתים עם קשר הגיוני ולעתים ברצף אסוציאטיבי, שמרחיק שוב ושוב את השיחה מהמיקוד שלה.

הפרעות בצורת החשיבה

יש להתרשם ממידת ההיגיון באופן שבו מבטא החולה את מחשבותיו. התרשמות כזו חשובה, משום שבהפרעות פסיכוטיות חמורות, החולה חושב בדרך לא הגיונית ולא מציאותית. הפרעת חשיבה כזו נקראת Dereism. להפרעה כזו אפשר שתלווה גם הפרעה במהלך החשיבה, אך לא בהכרח. בחשיבה אוטיסטית (Autistic Thinking) קיימת התעסקות יתר במחשבות, בדמיונות ובמשאלות פנימיות, במחשבות שווא ובהלוצינציות – כל זאת ללא כל קשר להיגיון ולמציאות הסובבת את החולה.

הפרעות בתוכן החשיבה

על הבודק להתרשם מהתכנים השונים המעסיקים את מחשבתו של החולה ולאפיין אותם לפי סוג ההפרעה בתוכן המתגלה בהם. מבחינים בשתי קבוצות מרכזיות של הפרעות בתוכן:

קבוצה אחת כוללת את המחשבות המעסיקות את החולה ללא הרף (Preoccupation): למשל, בחשיבה כפייתית, תוכן של מחשבה, רעיון או דחף חוזר על עצמו בעקשנות שוב ושוב למרות התנגדותו הפנימית של החולה, מבלי שהוא יוכל להתגבר על ההופעה החוזרת של המחשבה בעזרת ההיגיון; ההפרעה בחשיבה הנקראת Overvalued Idea מתאפיינת בהתעסקות יתר עקשנית וחוזרת על עצמה בתוכן חשיבה בנושא מסוים הקשור במטען רגשי חזק ביותר; בחשיבה דיכאונית, תוכן החשיבה מתאפיין בהערכות פסימיות על העבר, ההווה והעתיד, בתחושות של חוסר אונים, בחוסר ישע, בחוסר תקווה ובמחשבות על המוות; במחשבה היפוכוונדרית יש דאגה מוגזמת לבריאות הגוף והתעסקות יתר במחשבה בפרט ממחלות שונות שהחולה אינו סובל מהן; במחשבה פובית קיימת חרדה מוגזמת קיצונית מגירוי או מסיטואציה מסוימת, שבאופן רגיל אינה מעוררת חרדה.

קבוצה אחרת של הפרעה בתוכן החשיבה כלולה בגדר המושגים (Ideas of Reference) מחשבות יחס ומחשבות שווא. במחשבות יחס החולה מפרש באופן מוטעה מה שמתרחש במקריות בסביבה, כאילו הוא מכוון כלפיו או נגדו. מחשבת שווא (Delusion) היא אמונה אישית מוטעית ולא הגיונית, הקיימת בצורה נוקשה ועיקשת ובחוסר שיפוט של המציאות. בנוסף, האמונה אינה תואמת את רמת ההשכלה והתרבות של החולה. למשל, בחולים פרנואידים מוצאים מחשבות שווא של רדיפה או קנאה; בחולים מאניים מוצאים מחשבות שווא של גדלות; חולים סכיזופרניים מתאפיינים, נוסף על מה שכבר הוזכר, גם במחשבות שווא על כוחות חיצוניים המשפיעים על מחשבותיהם.

בתיאור מחשבות השווא ומחשבות היחס יש להתייחס לא רק לתוכן, אלא גם לארגון, למידת השכנוע של החולה בנוגע לתקפותן ולמידת השפעתן על אורח חייו, ולרמת ההפרעה בשיפוט המציאות בהתייחס לאותה מחשבת שווא.

הפרעות בשפה

הפרעה בשפה משקפת לעתים קרובות הפרעה בחשיבה. ההתייחסות היא לאפיונים הפיזיים

של הדיבור, כלומר לכמות הדיבור, לקצבו ולאיכותו. כאן אפשר להתרשם מטון הדיבור, מן ההנגנה (אינטונציה) ומקצב הדיבור. הפרעות אלו מאפיינות מצבים פסיכיאטריים שונים, כמו שטף דיבור המאפיין מאניה והסתגרות לשתיקות ממושכות המאפיינת סכיזופרניה והקרויה קשר אלם (Mutism): ואולם בנוסף, יש להדגיש כי קיימות הפרעות בשפה, אשר מקורן בפגיעה אורגנית, למשל, פגיעה ישירה במנגנון השפה. הפרעה זו יכולה להתבטא באפזייה מוטורית (Motor Aphasia), בפגיעות במרכז על שם ברוקה (Broca) או באפזייה סנסורית בפגיעות במרכז על שם ורניקה (Wernicke).

הפרעות ברמה השכלית

על הבודק להתרשם במהלך השיחה מרמת התפקוד השכלי וההשכלתי של האדם. אמנם, הערכה כזו נעשית בדרך כלל על ידי מבדקים פסיכולוגיים מתאימים, אך גם בראיון אפשר לקבל רושם כללי על כך. יש להתרשם ממידת ההבנה שהנבדק מגלה, מיכולתו ללמוד מניסיון העבר, מיכולתו לפתור בעיות, מעושר שפתו, מרמת ההשכלה הפורמלית שרכש ומהרקע התרבותי הכללי שלו. חשוב מאוד להעריך לא רק את הרמה הקיימת בהווה, אלא גם את תהליך ההתפתחות, את העיכובים בהתפתחות, ובמיוחד אם קיימת נסיגה או ירידה בתפקודים אלו בעקבות הופעת הפרעות הנפשיות, או אם קיים פיגור על רקע הזנחה גישית, תרבותית וחברתית בתהליך ההתפתחות בקרב המשפחה.

הפרעות בהיגיון ובשיפוט המציאות

על הבודק להתרשם ממידת יכולתו של החולה לשפוט ולהעריך בהיגיון את תוכן המחשבות שהוא מביע ואת ההתנהגויות שהוא נוקט. כמו כן, יש צורך להתרשם מיכולתו של החולה לשפוט אם תוכן מחשבותיו והתנהגותו תואמים זה לזה ולמציאות סביבו. הפרעות בשיפוט המציאות מצביעות על הפרעה פסיכוטית, שמקורה יכול להיות אורגני או לא אורגני.

הפרעות בתובנה

תובנה משמעותה המודעות וההבנה של החולה בנוגע למחלתו. אפשר לתאר כמה דרגות של חומרה בהפרעות אלו: הדרגה החמורה ביותר היא כאשר החולה מכחיש לגמרי את עובדת היותו חולה; בשלבי ביניים הוא מודה שהוא חולה, אך מאשים בכך אנשים אחרים, גורמים חיצוניים או גורמים נפשיים לא מודעים; רמה גבוהה של תובנה קיימת כשהחולה מודע לא רק לעובדת היותו חולה, אלא גם מגלה הבנה לטבען של בעיותיו, למקורן ולהקשרן להפרעות הפנימיות שלו, ואף יודע לנסח את בעיותיו ולהגדירן.

כמו כן, יש צורך להעריך את דרך ההתייחסות של החולה להפרעות שהוא סובל מהן. כאשר ההפרעה היא אגרוסינטונית, החולה תופס את ההפרעה כחלק ממנו וכתואמת את המערכת הערכית שלו, ואינו רואה בה דבר כפוי שיש להתמודד עמו. גישה כזו מאפיינת

לרוב חולים בהפרעת אישיות. כאשר ההפרעה היא אגודיסטונית או אגואליאן (Ego Alien), ההפרעה נתפסת בעיני החולה כתופעה זרה, שאינה תואמת את מערכת הערכים האישית, ונטורדנית כל כך, שיש לגייס כוחות כדי לדכאה או לסלקה. גישה כזו מאפיינת חולים הסובלים מהפרעה ניוורטית כפייתית, פובית וכדומה.

הערכת החולה לפסיכותרפיה

הערכת החולה, במיוחד כאשר הוא מועמד אפשרי לפסיכותרפיה, אינה יכולה להסתיים בלא להעריך אותו גם מבחינה פסיכודינאמית. הערכה כזו עוזרת בשיקולים לאילו טיפולים להפנות את החולה מתוך המגוון הרחב של טיפולים נפשיים אפשריים. למשל, יש טיפולים בעלי אוריינטציה פסיכודינאמית ויש טיפולים קוגניטיביים והתנהגותיים בעלי אוריינטציה של עיצוב התנהגות; יש טיפולים אישיים ויש טיפולים קבוצתיים או משפחתיים; יש טיפולים קצרי מועד ויש טיפולים ארוכי טווח וכדומה.

הערכה זו חייבת לכלול כמה היבטים: הדבר הראשון והחשוב שיש לבדוק הוא יכולתו של החולה ליצור ולפתח קשר בינאישי בטיפול. בנוסף, יש לבדוק את עוצמת הדחפים והיצרים, את יכולתם של כוחות הריסון וההסתגלות של "האני" ואת נוקשותו של "האני העליון". על הבודק להעריך את רמת החרדה, את היכולת לשאת בחרדה ואת טיב ההגנות העומדות מול החרדה המציפה ומידת נוקשותן. יש להעריך את מידת חוסנו של "האני" לעמוד בפני נסיגה או התפרקות פסיכוטית ואת היכולת הקוגניטיבית והאינטלקטואלית להפשטה והכללה. יש להעריך את הדימוי העצמי ואת הרגישות הנרקיסטית, וכן יש להעריך את הכוחות לנקוט יוזמה, את תחושת היכולת לשלוט במעשים ולכוונם ואת היכולת לשתף פעולה ולקבל אחריות. אם החולה נמצא מתאים להפניה לפסיכותרפיה, על הבודק להתרשם גם מן הרצון והמוטיבציה שלו לטיפול, מגישתו לעצמו, מהיכולת שלו לבוננות: לפתיחות, לרגישות ולהבנת תהליכים פסיכולוגיים, ומכושר הבוננות והתובנה (Introspection and Insight) המציינים את יכולתו של החולה להתבונן פנימה אל תוך עולם החוויות הפנימי שלו. כמו כן, חשוב להתרשם מיכולת החולה להשלים עם מגבלותיו.

הערכה כזו מתבצעת בעזרת סדרת ראיונות קליניים, ובנוסף בעזרת מבחנים פסיכולוגיים. המבחנים הפסיכולוגיים יכולים בחלקם להעריך את הרמה השכלית של האדם. אלו הם מבחנים קוגניטיביים, כגון מבחן וקסלר. מבחנים אחרים, הקרויים מבחנים השלכתיים, מאפשרים להעריך את התכנים הרגשיים העמוקים יותר והלא מודעים, כגון מבחן רורשאך או מבחן TAT.

בדיקה גופנית

אין לסיים ראיון ובדיקה פסיכיאטרית בלא בדיקה גופנית וניורולוגית מקיפה של החולה. מטרת הבדיקה היא לקבל מידע שיאפשר להכריע באשר לכמה אפשרויות של שילוב בין

מחלות גופניות ונפשיות, או התבטאויות נפשיות שנובעות ממחלה גופנית. אם אין תנאים לביצוע בדיקות אלו יש מקום לפנות לרופא המשפחה לקבלת מידע.

אפשרות אחת היא שהתופעות הנפשיות הן ביטוי בלעדי למחלה גופנית מוכרת, או חלק מתסמונת כוללת של מחלה כזו. בדיקה זו חשובה, במיוחד בתחום הנירולוגי, מאחר שתסמינים פסיכיאטריים רבים בתחומים השונים של הבדיקה, כגון תסמינים מוטוריים, הפרעות בתפיסה והפרעות בהכרה ובחשיבה, דומים להפרעות ממקור של פגיעה נירולוגית שיש לאבחנה. הדבר חשוב במיוחד כאשר הפגיעה היא במערכת העצבים המרכזית. בנוסף תופעות לוואי של התרופות הפסיכיאטריות מוצאות את ביטויין בהפרעות נירולוגיות כמו תרופות אנטי פסיכוטיות, תופעות מטבוליות כמו תרופות אנטי פסיכוטיות מדור שני ותופעות המטולוגיות כמו מכלוזפין או הפרעות אלקטרוליטיות מליטיום.

בדיקה גופנית חשובה גם נוכח האפשרות של הימצאות מחלה גופנית, שיש לה משמעות באשר לטיפול הפסיכיאטרי התרופתי, כגון יתר לחץ דם, הפרעות בתפקוד הכבד והכליות וכדומה.

אפשרות אחרת היא שקיימת הפרעה נפשית וגופנית מורכבת, כמו במחלות שבהן לגורמים פסיכולוגיים יש חשיבות בהתפתחות המחלה הגופנית; למשל, אסטמה, קוליטיס ואולצרוזה. למעשה לכל מחלה גופנית או לנכות גופנית יכולה להיות השלכה על המצב הנפשי.

אפשרות אחרת היא מחלות פסיכופיזיולוגיות, שקיימים בהן ביטויים גופניים למתחים נפשיים, כגון הפרעות אכילה, הפרעות בתפקוד המיני, הפרעות אוטונומיות והתבטאויות גופניות של מתח וחרדה.

בדיקות עזר

לרשותו של הרופא עומדות בדיקות עזר בתחום המעבדה, בתחום הדימות ובתחום הפסיכולוגי. היקף הבדיקות הנדרש תלוי ברלוונטיות שלהן לגבי החולה הפונה וליכולתם לתרום היבט נוסף משמעותי להבנת התסמינים להערכת השפעתם וחומרים.

בדיקות דם: בדיקות דם ושתן חשובות לבירור השפעת סטיות מאיזון מהנורמה בערכים הבאים לידי ביטוי בבדיקה. זאת, לשם הבנת המצב הנפשי נוכח השפעתם המשמעותית על ביטויי ההפרעות בתחום הנפשי. למשל, הפרעות בתמונת הדם, הפרעות באיזון האלקטרוליטים, הפרעות בתפקודי הכליות והכבד, השפעת הפרעות בתפקוד בלוטת המגן וחסר בעיקר בוויטמין B12 ופוליק אסיד. סטיות אלו חשובות למשל בהבנת התסמינים בהפרעות שונות, בהערכת תופעות לוואי לתרופות ולחומרים טוקסיים או אחר חבלות גופניות. בדיקה דם נוספת חשובה היא של רמת תרופות בדם כמו ליתיום, טגרטול, ולפורט וקלזופין. חלקן נועדו כדי לשמור רמת תרופה אפקטיבית ולמנוע רמות בסיכון לתופעות לוואי.

בדיקות אלקטרו פיזיולוגיות: בדיקה מרכזית היא EEG – Electro-encephalo-graphy הרושמת את הפעילות החשמלית ב־21 אלקטרודות על פני הקרקפת. הרישום משקף את הפעילות החשמלית במוח באזורים השונים. שימושה בא לידי ביטוי בבדיקת הפרעות אפילפטיות מטיפוסים שונים שיכולות להיות מקור להפרעות התנהגות מורכבות. היא נדרשת אחר חבלות ראש. בדיקה זו שימושית גם בהערכת הפרעות שינה. הבדיקה מוצעת גם בהפרעות מנטליות שביטויין או מהלכן אינו טיפוסי, בקטטוניה או כשיש סימנים נוירולוגיים מוקדניים או כשיש הפרעות נוירוקוגניטיביות בזיכרון ובהתמצאות.

בדיקה אלקטרו־פיזיולוגית נוספת היא של Evoked Potential. בבדיקה זו נרשם גל התגובה לגירוי סנסורי כמו בשמיעה, בראייה או בגירוי קוגניטיבי. רישומים לא נורמליים נמצאו למשל בסכיזופרניה ובהפרעות נוירוקוגניטיביות קשות כמו אלצהיימר.

בדיקות דימות: בדיקות אלו מתחלקות לשתי קבוצות. האחת, בדיקות מבניות (סטרוקטורליות) המתמקדות בשינויים מבניים במוח, למשל בגין מחלות מוגעות במוח או אחר חבלת מוח. האחרת, בדיקות תפקודיות (פונקציונליות) המתמקדות בעיקר בתפקוד חלקים שונים במוח המתבטאים בשינויים במטבוליזם, בזרימת הדם או בעוררות רשתות במוח. הבדיקות המבניות כוללות צילום רנטגן, ודימות בטומוגרפיה (CT – Tomography).

בדיקות דימות פונקציונליות כוללות:

PET Positron Emission Tomography

SPECT Single Photon Emission Computed Tomography

Magnetic Resonance Imaging MRI

fMRI Functional Magnetic Resonance Imagine.

בדיקות אחרונות אלו שימושיות בעיקר במחקר.

סיום הראיון

לפני סיום הראיון, יש לאפשר לחולה לבקש הבהרות ולהדגיש נקודות חשובות, שלדעתו ראויים לציון מיוחד. אין להפסיק את הראיון בחדות ובפתאומיות או באמצע תיאור חשוב או חוויה מרגשת. על המראיין לשאול את החולה אם יש לו שאלות לגבי הראיון, לגבי הטיפול האפשרי ולגבי תנאי הטיפול. חשוב להציע שיחה נוספת מלאה, שתוקדש להערכה משותפת של המצב הנפשי, לשיקולים באשר לחלופות השונות של הטיפול ולמסקנות אחרות הנובעות מהראיון ומהבדיקה.

סיכום הראיון חייב לכלול כמה מרכיבים מרכזיים:

האבחנה המבדלת של ההפרעה הנפשית המרכזית, שבגינה הופנה החולה לראיון ולבדיקה;

האבחנה הגופנית שיש לה משמעות בנוגע למצבו הנפשי של החולה והטיפול בו;

האבחנה של הפרעות האישיות או נטיות האישיות המרכזיות המאפיינות את החולה;

מוקדי הבעיות המרכזיות שיכולים להיות הנושא המרכזי של הטיפול הנוכחי; מוקדי גורמי הלחץ הסביבתיים, שעמדו במרכז המשבר הנוכחי, ושיהיו בעלי משמעות מרכזית בתכנון ההתערבות הטיפולית והערכת כוחות התמיכה הסביבתיים והמשפחתיים היכולים להיות לעזר; הערכת הכוחות הנפשיים וכוחות ההסתגלות בעבר, שיש להם משמעות בתכנון הטיפול בחולה ושיקומו; המלצות באשר לבדיקות נוספות של מומחים בשטחי הרפואה השונים, וכן בדיקות מעבדה, בדיקות דימות ובדיקות פסיכולוגיות לשם בירור נוסף של שאלות אבחנתיות. המלצות באשר לסוג הטיפול: תרופתי, ביולוגי או נפשי על אפיוני השונים, וכן מידת הדחיפות בצורך בטיפול; המלצות בנוגע לסוג מסגרת הטיפול המתאימה; במרפאה, בקהילה, באשפוז חלקי או מלא וכדומה. התוויה ראשונית של תוכנית טיפול כוללת, הכוללת לא רק את אופניו הטיפול הנדרשות, אלא גם את גבולות הזמן הצפויים.

ספרות

Synopsis of Psychiatry, Eds. Sadock B.J., Sadock V.A., and Ruis' P Wolters Kluwer 2015, 11 ed., ch. 5, Examination and Diagnosis of the Psychiatric Patient, pp 192-289.

Comprehensive Text Book of Psychiatry, Eds. Sadock B.J., Sadock V.A., and Ruis' P -2009.

9 ed., Diagnosis and Psychiatry: Examination of the Psychiatric Patient ch. 7 pp 886-1070.

Spitzer R.L & Endicott S., *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*, Biometrics Research, N.Y., 1978.

Wing S.K., Cooper S.E. & Sartorius N., *The Description and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instructional Manual for the PSE and CATEGO System*, Cambridge University Press, London 1974.

SCID (DSM-5) Structured Clinical Interview for Axis I DSM-5 Disorders.

הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי ICD-10, בעריכת איגוד הפסיכיאטריה בישראל, הוצאת דיונון, אוניברסיטת תל אביב 1995.

סיווג המחלות בפסיכיאטריה ועקרונותיו (Mental Illness Classification and its Principles)

אבנר אליצור

הקדמה והגדרת מושגים

מינוח אבחנתי וסיווג אבחנתי: יש להבדיל בין **מינוח אבחנתי** (Nomenclature) לבין סיווג אבחנתי (Classification).

מינוח אבחנתי הוא רשימה רחבה ופתוחה של מונחים שאושרו לתיאור תצפיות קליניות ופתולוגיות ולרישומן. רשימה כזו חייבת להיות רחבה די הצורך ולהקיף את כל התופעות הפתולוגיות, וגמישה דיה כדי להתרחב לפי התפתחות מדע הרפואה. כל מונח הוא ייחודי ועומד בפני עצמו, ללא קשר למונחים אחרים. אין הרשימה משקפת יחסים בין המחלות או הקבצתן לקבוצות וקטלוג על פי אבני בוחן.

סיווג אבחנתי הוא קטלוג המחלות לפי קבוצות על פי עקרון חלוקה מוסכם וקביעת מבנה הייררכי לרשימת המחלות. הסיווג קובע את הקשרים והיחסים ההדדיים בין קבוצות האבחנות השונות, והוא מוגבל למספר קבוע ומוגדר של קטגוריות. סיווג אבחנתי כולל את כל רוחב הספקטרום של האבחנות, אך הוא אינו מכיל את כל פרטיו. העיקרון שלפיו נערך הסיווג נקבע על פי הצרכים של המשתמשים בו ועל פי הצורך בתקשורת אמינה ביניהם.

הצורך במיון מחלות היה ידוע זמן רב ברפואה, אך הייתה אי הסכמה אילו הפרעות צריכות להיכלל בסיווג לאבחנות ובאיזו שיטה לארגן את הסיווג. עד תחילת המאה הנוכחית נהגו להשתמש בנומנקלטורות של מחלות שהתפתחו במשך מאות שנים. התוצאה הייתה שבכל מדינה, ואף בתוך אותה מדינה, היו נפוצות כמה רשימות של מחלות וכל מרכז השתמש ברשימה אחרת. רשימות מסוימות היו קצרות, ואחרות ארוכות ביותר. כל רשימה התייחסה באופן שונה לתיאור המחלות, תוך הדגשת עיקרון זה או אחר ביחס לאטיולוגיה, למהלך המחלה, לפנומנולוגיה וכדומה. גם המטרות של כל רשימה היו שונות. למשל, למטרות קליניות, סטטיסטיות, אדמיניסטרטיביות, מחקריות או חוקיות. הייתה גם אי הסכמה

באשר לתיאור ההפרעות. לעתים ניתנו לאותו תיאור קליני שמות שונים במקומות שונים, ולעתים אותו שם תיאר הפרעות נפשיות שונות לחלוטין. התוצאה הייתה חוסר תקשורת בין אנשי המקצוע וקושי בעיבוד נתונים. לאור זה יובן המאמץ שהחל בתחילת המאה ה-20 ליצור קלסיפיקציה אחידה ברפואה.

הרקע לסיווג הפסיכיאטרי ותהליך התפתחותו

בשנת 1893 הוחלט בארגון הבריאות הבינלאומי לפתח סיווג אחיד בינלאומי למחלות. סיווג רפואי בינלאומי זה נקרא (International Classification of Disease) ICD-CM (Clinical Modification). מדובר בסיווג המיועד לשימוש בינלאומי של כל המצבים החולניים הידועים באותה תקופה, ובכלל זה גם סיבוכי הריון, תאונות וסיבות מוות. המטרות העומדות ביסוד הסיווג הרפואי הבינלאומי הכללי ותהליך התפתחותו ההיסטורי היו כדלקמן:

1. לפתח שפה משותפת בינלאומית לסיווג סטטיסטי של מחלות
2. ליצור כלי עזר הכרחי לחקר השוואתי של מחלות
3. לעזור בתכנון דרכי טיפול בחולה ומעקב אחריו
4. לעזור בהערכת תוצאות הטיפול

המהדורה הראשונה של ICD הוכנה בתחילת המאה ה-20. מהדורה זו הוקדשה לסיווג סיבות למוות וסיבוכי הריון ולידה בלבד. במשך השנים, גבולות ההכללה הלכו והתרחבו, והסיווג כלל מחלות רבות, נכויות והפרעות קליניות, גם כאשר הן אינן סופניות. מאז תחילת המאה ה-20 מדי 20 שנה מתפרסמת מהדורה חדשה ועדכנית של ICD-CM.

שילוב ההפרעות הפסיכיאטריות בסיווג: עד שנת 1938 לא נכללו המחלות הפסיכיאטריות בסיווג הרפואי הבינלאומי ICD-CM.

במהדורה החמישית שפורסמה בשנת 1938 שולבה לראשונה קטגוריה פסיכיאטרית אחת בפרק 4 שנקראה "מחלות עצבים ואיברי חוש". קטגוריה זו התחלקה לארבע תת-קטגוריות אבחנתיות: סכיזופרניה, מאניה-דיפרסיה, פיגור שכלי ושונות.

במהדורה השישית בשנת 1948, במהלך מלחמת העולם השנייה ולאחריה, לנוכח הצורך בגיוס חובה וריבוי הנפגעים בתסמונות בתר-חבלתי, הכירו לראשונה בחשיבות ההפרעות הנפשיות כבעיית בריאות בינלאומית המחייבת התייחסות מיוחדת. מסיבה זו הוקדש לראשונה במהדורה ICD-6 פרק חמישי (V) נפרד המוקדש להפרעות נפשיות. בפרק זה הוקצו לסיווג 92 קטגוריות אבחנתיות. בשנת 1960 **במהדורה השביעית** ICD-7 הפרק הפסיכיאטרי לא עודכן.

התפתחות הסיווג האבחנתי הפסיכיאטרי בארצות הברית: בשנת 1952 הביעו האמריקנים לראשונה חוסר שביעות רצון משיטת הסיווג הפסיכיאטרי הבינלאומי. הם פרסמו לפרק הפסיכיאטרי מהדורה ראשונה נפרדת משלהם. זו נועדה לסווג את ההפרעות הנפשיות בארצות הברית. שיטת סיווג זו נקראה (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

המהדורה האמריקנית הראשונה DSM-I פורסמה בשנת 1952. עקרון הסיווג נעשה בהשפעתו של **אדולף מיייר** (Adolf Meyer). הסיווג התבסס על המשגת האטיולוגיה של הפרעות הנפשיות כ"תגובות" של האדם לגורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים. לפיכך, המונח "תגובה" צורף לכל האבחנות. בשנת 1965 פורסם ICD-8. בפרק הפסיכיאטרי המונח "תגובה" הושמט בו ובסיווג האמריקני DSM-II שפורסם בשנת 1968 הדגש היה להימנע מהתייחסות באבחנות השונות לרקע תיאורטי או סיבתי. בשנת 1979 פורסם ICD-9-CM המיועד לסיווג הכללי של כל האבחנות הרפואיות שכלל פירוט והרחבה כללית של כל האבחנות ברפואה. הסיווג הכללי כלל 17 פרקים. כל פרק הוקדש לקבוצה אחרת של מחלות. למשל, פרק למחלות זיהומיות, פרק למחלות גידוליות ופרקים נפרדים למחלות לפי מיקומן במערכת גוף. לכלל המחלות הקצו 999 קטגוריות אבחנתיות בנות שלוש ספרות כל אחת. לפרק המיועד להפרעות הפסיכיאטריות הוקצו 30 קטגוריות. בשנת 1980 פורסמה המהדורה האמריקנית לסיווג הפרעות הנפשיות DSM-III, שהציגה גישה חדשנית השונה באופן מהותי מבת זוגה הבינלאומית וגם מקודמתה DSM-II. בשנת 1994 נכנסה לשימוש מהדורה אמריקאית מעודכנת DSM-IV, ולאחריה בשינויים קטנים DSM-IVTR.

הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי – ICD-10

הסיווג הבינלאומי למחלות הוא ICD-10-cm. המהדורה הנוכחית, מהדורה 10, פורסמה בשנת 1992. מהדורה זו כללה את כל האבחנות ברפואה ובה יושמו חידושים נוספים. מספר הפרקים גדל מ-17 ל-25. כל פרק מסומן על ידי אות אחת מאותיות האלפבית הלטיני Z-A ללא האות U. לפסיכיאטריה הוקצה פרק נפרד שצוין בסימול F00.0. הוא מתחלק לעשרה סעיפים, F9-F0. בכל סעיף הוקצע מקום עד עשר אבחנות בסימול F99-F00. בכל אחת מהאבחנות ניתנת אפשרות לחלוקה נוספת בתוספת ספרה אחת אחרי הנקודה. הפרעות הפסיכיאטריות רוכזו בקבוצות על פי מידת הדמיון והקרבה של המאפיינים המרכזיים שלהן. הקבוצות מוינו ודורגו לפי סדר הייררכי, ועקרון הארגון היה "מהחמור אל הקל". על בסיס עיקרון זה, מתוך עשרת הפרקים שהוקצו, שני הפרקים הראשונים הוקדשו להפרעות חמורות המיוחסות לפגיעה גופנית, כגון מחלות אורגניות מנטליות והפרעות של שימוש בסמים. הפרקים השלישי והרביעי הוקדשו למחלות הפסיכיאטריות הקשות. הם כוללים את קבוצת הסכיזופרניות, הפסיכוזות וההפרעות האפקטיביות. זאת מאחר שהיה קיים מידע לגביהן על אודות גורמים תורשתיים וביולוגיים, שלושה פרקים, חמישי, שישי ושביעי, הוקדשו להפרעות שבהן ההשפעות הפסיכו-חברתיות בולטות ואילו הגורמים המשפחתיים-גנטיים ברורים פחות. הפרקים כוללים את קבוצת הנוירוזות, קבוצת הפרעות האישיות וקבוצת ההפרעות הפסיכו-פיזיולוגיות. שלושת הפרקים האחרונים הוקדשו להפרעות בפסיכיאטריה של הילד: גם הם מוינו ודורגו באותו סדר הייררכי-לוגי: הפרק הראשון מוקדש לפיגור שכלי, הפרק השני להפרעות בהתפתחות והפרק השלישי להפרעות נפשיות והתנהגותיות של ילדים ובני נוער.

כמה ספרי סיווג נוסחו עבור קבוצות שונות של משתמשים. הגרסה המרכזית לסיווג – הספר הכחול – מיועדת לקלינאי. היא כוללת תיאורים קליניים של המחלות והפרעות קליניות שונות והנחיות לאבחנה. ספרי עזר נוספים פורסמו: ספר אבחנות ICD-10-DCR הקרוי הספר הירוק, המיועד לאנשי מחקר ומאופיין באבני בוחן המאפשרות מהימנות ותקפות גבוהות יותר בכל אבחנה. גרסה נוספת של ספר האבחנות הפסיכיאטריות היא ICD-10-PHC, והוא מיועד ככלי עזר לשימוש של רופא כללי ורופא משפחה, לאנשי בריאות הציבור ולמקצועות ייחודיים נוספים. בנוסף, פורסם ספר נומנקלטורה כללי ורחב.

מטרות הסיווג הפסיכיאטרי

המטרות שעמדו בפני צוות המשימה שהכין את ICD-10 ואת DSM-IV היו לנסח את הסיווג של הפרעות הנפשיות כך שיהיה שימושי, פשוט, מובן לקבוצות שונות של אנשי מקצוע ומקובל עליהן. בראש ובראשונה, עבור קלינאים, לשם שימוש לצרכים הקליניים באבחון ובתכנון הטיפול. פרט לכך, עליו להיות מקובל על אנשי מחקר, הוראה וניהול ועל קבוצות הבאות מגישות תיאורטיות שונות. הסיווג צריך להיות מבוסס על אבני בוחן מדעיות ועל מחקרי שדה, על המונחים השונים להיות תקפים, עקביים וחד משמעיים. אומצה גישה שלפיה מינוחים ישנים יישמרו רק אם יימצאו נחוצים ובעלי ערך קליני, ומינוחים חדשים יתקבלו רק לאחר שיעמדו באבני הבוחן המדעיות שהוצבו בפני הצוות. הודגש הצורך לשמור על התאמה בין שיטות הסיווג הבינלאומית והאמריקנית גם במהדורות החדשות שלהן. יש להדגיש כי הסיווג הפסיכיאטרי בארץ נעשה על פי ICD-10 והוא אף תורגם לעברית.

סקירה כללית, לאבחנה ולאבחנה מובדלת – ICD-10

הגרסה הנוכחית של הסיווג הפסיכיאטרי, ICD-10, עדיין תקפה בארץ עד שנת 2011 שבה תתפרסם המהדורה ICD-11. בשלב זה תינתן סקירה כללית של הקבוצות המרכזיות של הפרעות הפסיכיאטריות המופיעות בסיווג האבחנותי ושל הממדים המרכזיים המאפיינים כל קבוצת אבחנות. הארגון החדש של הפרעות הנפשיות שנעשה בסדר הייררכי, המנחה את הקלינאי לדבוק בגישה המחייבת לשלול תחילה נוכחות מחלות או הפרעות קשות יותר לפני שמאבחנים הפרעה קלה יותר. הדבר מקל את תהליך קבלת החלטות לגבי האבחנה והאבחנה המובדלת.

אבחון הפרעות שמקורן גורם גופני מוכר

ההחלטה הראשונה העומדת בפני הקלינאי היא להבחין בין הפרעות נפשיות מגורם או מתהליך פתופיזיולוגי הקשור במחלות גופניות או בגורם אורגני וגופני מוכר המשפיע על המוח, לבין הפרעות הנפשיות הנקראות "הפונקציונליות", שאין מקורן בגורם גופני מוכר עד כה. זאת, כדי לזהות את הגורם האורגני ולכוון את הטיפול בו ביתר יעילות. יש להדגיש,

מחד, כי אין בהכרח ייחודיות לתמונה הקלינית במחלות מרקע גופני, ומאידך, גם מקורן של מחלות "פונקציונליות" יכול להימצא, בסופו של דבר, בהפרעה אורגנית שטרם זוהתה. מכל מקום, בכל מקרה של הפרעה נפשית יש, ראשית, לשלול את האפשרות שמקורה בגורם אורגני ידוע כלשהו המסוגל לחוללה. כדי לאשש או לשלול אם ההפרעות המנטליות, הפסיכולוגיות וההתנהגותיות של הנבדק קשורות בהפרעה זמנית או קבועה של תפקוד המוח, יש צורך בביסוס הנתונים הבאים:

1. עדות באנמנזה, בבדיקה פסיכיאטרית וגופנית ובבדיקות מעבדה לגבי הימצאות מחלה, נזק או דיספונקציה מוחית ישירה או פגיעה עקיפה במוח בעקבות מחלה מערכתית גופנית המוכרת כסיבה לתסמונת האמורה;
2. עדות בבדיקה הפסיכיאטרית להפרעות בצלילות המודע, בהתמצאות, בקשב ובזיכרון, להפרעות קוגניטיביות ולשינויים התנהגותיים ולהפרעות רגשיות טיפוסיות;
3. זיהוי קליני של אחת התסמונות האופייניות להפרעות הנפשיות-אורגניות, המוסברות ככאלה שמקורן במחלה גופנית אחרת, כגון דליריום או דמנציה;
4. קשר של רציפות בזמן בין הגורם הגופני להתפתחות התסמונת הנפשית;
5. החלמה של התסמונת הנפשית בעקבות הטיפול בגורם הגופני הראשוני.

ההפרעות שאפשר לייחס להן גורם אורגני מרוכזות בשני הפרקים הראשונים של סיווג ICD-10:

פרק ראשון, F00-F09, "הפרעות נפשיות אורגניות, ובכלל זה סימפטומטיות": בפרק קובצו המחלות הניווניות (שיטיון) הראשוניות והמשניות של המוח, תסמונות הדליריום המהווה "סינדרום מוחי אורגני חריף" והפרעות נפשיות אחרות עקב נזק מוחי או ליקוי תפקודי במוח כתוצאה ממחלה גופנית אחרת שניתן למצוא בסיווג המחלות הכללי.

פרק שני, F10-F19, "הפרעות נפשיות כתוצאה משימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים": בפרק זה קובצו כל ההפרעות הנפשיות וההתנהגותיות הנובעות משימוש לרעה באלכוהול או בחומרים פסיכו-אקטיביים בלי להתחשב בחומרתן. ההפרעות מפורטות לפי אפיון ההפרעה, כגון הרעלה חריפה, שימוש מזיק, תסמונות של תלות, מצב גמילה והפרעה פסיכוטית או אחרת.

הפרעות נפשיות שמקורן אינו מחלה אורגנית מוכרת:

- F20-F29: סכיזופרניה והפרעות סכיזופיליות ודלוזיביות.
- F30-F39: הפרעות במצב הרוח (אפקטיביות).
- F40-F49: הפרעות נוירוטיות, תלויות דחק וסומטופורמיות.
- F50-F59: תסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פיזיולוגיות ולגורמים גופניים.
- F60-F69: הפרעות של האישיות וההתנהגות הבוגרת.

בקבוצות האבחנות הבאות אין הכוונה שההפרעות הנפשיות המתוארות בהן אינן תלויות בהפרעות בתפקוד המוח; ההפך הוא הנכון: ההנחה היא שכל התהליכים הפסיכולוגיים הנורמליים והלא נורמליים תלויים בתפקוד המוח. אולם במקרים רבים אין אנו יודעים אם מקור ההפרעה הנפשית נעוץ בגורם אורגני ידוע, אם מקורה בגורם אורגני שטרם זוהה, או אם מקורה בגורמים פסיכו-חברתיים. אולם, האבחנות של הפרעות נפשיות שמקורן אינו אורגני נעשות רק לאחר שנשללה האפשרות של מחלה גופנית מסבירה. גם קבוצה זו של אבחנות מאורגנת על פי ציר החומרה.

החלוקה המסורתית בין הפרעות פסיכוטיות לנוירוטיות

החלוקה המסורתית בין הפרעות פסיכוטיות לנוירוטיות, שאפיינה את ICD-9, אינה נמצאת עוד בשימוש בגרסה ICD-10 משום שבקבוצת הפרעות הסכיזופרניות, ובוודאי גם בקבוצת הפרעות במצב הרוח (Mood Disorder) נמצאות גם הפרעות שאינן בחומרה פסיכוטית. במהדורה החדשה, הפרעות מקובצות בהתאם לנושאים המשותפים להן ולדמיון התיאורי שביניהן. עם זאת, הרשימה שלעיל משקפת הייררכיה מדורגת של קבוצות הפרעות על פי השקלול היחסי של חומרתן הקלינית ומידת המעורבות היחסית של גורמים בתחומים המשפחתי-תורשתי, ההתפתחותי, הפסיכולוגי והחברתי. המשכו של מבנה הייררכי זה מקל על הקלינאי ועוזר במיקוד תשומת לבו לשלול תחילה אפשרות של נוכחות הפרעה נפשית קשה יותר. על כן יש חשיבות קלינית רבה לאבחן או לשלול תחילה הימצאות של הפרעות בעלות שלב של חומרה פסיכוטית. מסיבה זו הפרעות שמקורן אינו אורגני חולקו לשי רמות חומרה על פי דרגת ההפרעה בשיפוט המציאות: קבוצה אחת כוללת את הפרעות הנפשיות, שבהן יש הפרעה בשיפוט המציאות, במיוחד הלוצינציות, מחשבות שווא או חריגות ומוזרות בהתנהגות. במקרה כזה התסמונת מוגדרת בחומרה פסיכוטית. קבוצה אחרת היא קבוצת הפרעות הנפשיות, שחומרת התסמונת שלהן אינה בחומרה פסיכוטית, ובהן הביקורת ושיפוט המציאות תקינים. במקרה כזה מוגדרת התסמונת בתחום הנוירוזות, הפרעות האישיות וההפרעות הפסיכו-פיזיולוגיות.

קבוצה אחת: הפרעות נפשיות המתאפיינות בשלב פסיכוטי

הפרק השלישי, F29-F20, "סכיזופרניה והפרעות סכיזוטיפליות ודלוזיביות": בפרק זה רוכזו האבחנות אשר במהלכן קיים מצב קליני בחומרה פסיכוטית. אלה הן: הסכיזופרניה, הפרנויה, המחלה הסכיזו-אפקטיבית ומחלות פסיכוטיות קצרות מועד. בנוסף, צורפה ההפרעה הסכיזו-טיפלית. יש לציין כי הפרעה זו מופיעה בסיווג האמריקני כאחת מהפרעות האישיות. זאת, בשל הנתונים המורים על הקרבה בינה לבין הפרעות האישיות ופחות לסכיזופרניה.

הפרק הרביעי, F39-F30, "הפרעות במצב הרוח (אפקטיביות)": בפרק זה קובצו אבחנות

שלהן מכנה משותף של תסמינים אפקטיביים הן בכיוון הדיכאון והן בכיוון המאניה. זאת, ללא תלות בשאלה אם קיימות תקופות המתבטאות בחומרה פסיכוטית או שלא. ההמלצה היא שכאשר מתעוררת בעיה באבחנה המבדלת בין שתי הקבוצות בפרק השלישי והרביעי, מומלץ תחילה לשלול מציאות אבחנה של הפרעה אפקטיבית לפני שניגשים לאבחנה של סכיזופרניה.

הפרעות נפשיות שמקורן אינו מחלה אורגנית מוכרת, הפרעות נירוטיות תלויות דחק וסומטופורמיות

הקדמה: המונח **נירוזה** הוא מונח שנוי במחלוקת. בעבר הוא כלל קבוצת אבחנות שלהן שני היבטים: **א.** היבט תיאורי – תסמינים נפשיים הגורמים לפרט סבל רב, אך עדיין נשמרת תחושת ביקורת המציאות; **ב.** היבט סיבתי – הפרעות שלהן גורם פסיכולוגי, כלומר ההפרעה הנירוטית היא ביטוי למצוקה פסיכולוגית שהמשגתה המטא-פסיכולוגית שונה מאסכולה לאסכולה. גם במונח "**פסיכונירוזה**" לא נעשה שימוש, מאחר שהוא קשור למבנה תיאורי פסיכואנליטי. מונח זה בא לתאר תסמונת נירוטית הנובעת מקונפליקט לא מודע, המעורר מנגנוני הגנה לא יעילים ויוצר תסמינים נפשיים בעלי מבנה נירוטי. גם במונח "פסיכוגני" לא נעשה שימוש, לאור הנחות היסוד התיאורטיות שלו ביחס לגורמים פסיכולוגיים. על כן ההפרעות בפרק זה מתאפיינות בכך שהחולים סובלים מתסמין או מקבוצת תסמינים הגורמים לפרט סבל נפשי רב ומוכרים על ידו כלא רצויים (Ego Dystonic or Ego Alien). מהלך הפרעה ממושך ועיקש. קיימות נטיות לחזרת התסמינים בהיעדר טיפול. החולה אינו פסיכוטי בכך שאינו מבלבל בין עולם החוויות הפנימי והדמיונות ובין המציאות החיצונית. אף שהתפקוד וההתנהגות יכולים להיפגע, חומרת הפגיעה נשארת בגבולות המקובלים בחברה. התסמינים אינם מפריעים באופן ניכר לתפקודים השונים, והאישיות אינה מפורקת מבחינת הארגון.

הפרק החמישי, F49-F40, "הפרעות נירוטיות תלויות דחק וסומטופורמיות": בפרק קובצו כל הפרעות שנחשבו בעבר כ"**נירוזות**", וקשורות באופן היסטורי אסוציאטיבי בתיאוריות "אטיולוגיות" פסיכודינאמיות. הפרעות מנוסחות בסיווג באופן פנומנולוגי התנהגותי וחוויתי ללא השלכות למנגנונים פסיכולוגיים כל שהם העומדים ביסוד הפרעות המצוינות. למשל, הפרעות חרדה, הפרעות אימה (פוביה), הפרעה טורדנית כפייתית, תגובה לדחק ולקשיי הסתגלות, הפרעות דיסוציאטיביות והפרעות סומטופורמיות, נירדסטניה ודפרסונליזציה ודראליזציה.

תסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פיזיולוגיות ולגורמים גופניים

בסיווגים הפסיכיאטריים הקודמים הופיעו כמה אבחנות המשולבות תחת הכותרת "הפרעות

פסיכוסומטיות ופסיכופיזיולוגיות". שילוב זה עורר בעיות והשגות תיאורטיות ומעשיות רבות. השילוב ברמה האבחנתית, כמו באסטמה או בכיב התריסריון וכדומה, לא עודד שילוב מעשי ופורה בטיפול בין רופאים ממקצועות ומתחומים שונים. פרט לכך, האבחנות הופיעו גם בפרק הפסיכיאטרי וגם בפרקים האורגניים ויצרו כפילות. השילוב האבחנתי ביטא גם גישה פשטנית לסיבתיות ה"פסיכוגנית" כביכול, שהיא סבוכה ורב ממדית. במקרים אחרים נמצאו הגורמים האורגניים ביסוד המחלה. מסיבה זו הוחלט להפריד בין האבחנה הגופנית לזו הנפשית. האבחנה של המחלה הגופנית נעשית בציר נפרד מתוך הרשימה הכללית של ICD. יש להדגיש כי הקשר שבין הפרעות הנפשיות להפרעות הגופנית הוא אפשרי על פי כמה רמות הסבר. למשל, **קשר סיבתי**, כאשר הגורם הפסיכולוגי תורם להתלקחותו של המצב הגופני או להחמרתו, ו**קשר נסיבתי**, כאשר התופעות מופיעות בו בזמן ומשפיעות זו על זו במעגל קסמים של החמרה הדדית. לסמיכות זו של הופעת תופעות נפשיות ואורגניות זו לצד זו יכולה להיות חשיבות בשיקולים הטיפוליים ובשילוב דרכי טיפול בשטח הגופני ולצדו טיפול בהיבטים הנפשיים הנלווים. אפשרויות אלו יש לפרט בכל מקרה ומקרה לגופו.

בפרק השישי, F50-F59, "תסמונות התנהגותיות הקשורות להפרעות פיזיולוגיות ולגורמים גופניים", קובצו שתי קבוצות של אבחנות: **קבוצה אחת** כוללת את הפרעות שיש להן ביטויים פסיכו-פיזיולוגיים, כגון הפרעות אכילה כמו אנורקסיה ובולמיה, והפרעות שינה לא אורגניות כולל נדודי שינה, שנת יתר, סהרוריות וביעותים, וליקוי בתפקוד המיני שאינו תוצאה של הפרעה אורגנית. **קבוצה אחרת** כוללת את הפרעות שבהן גורמים פסיכולוגיים והתנהגותיים קשורים למחלות המסווגות במקום אחר, דהיינו בקובץ המחלות הגופניות המוכרות. ההנמקה בשילוב אבחנות אלו בסיווג הפסיכיאטרי היא החשיבות שיש להשפעה של גורמים פסיכולוגיים בהקשר לתסמונות הגופניות האורגניות האמורות, ולחלופין, להשפעה שיש למחלות הגופניות על ההיבטים הנפשיים הפסיכולוגיים הנלווים אליהן. שילוב זה מעשיר את אפשרויות הטיפול שבין מטפלים מתחומי התמחות שונים הניתנים להתאמה לכל הפרעה לגופה. למשל, הפרעות נפשיות הקשורות למשכב הלידה, וגורמים פסיכולוגיים והתנהגותיים הקשורים להפרעות או למחלות המסווגות במקום אחר.

הפרעות של האישיות וההתנהגות הבוגרת

קבוצת הפרעות האישיות מתארת הפרעות המתבטאות בתבניות התנהגות, בגישות ובעמדות בעלות משמעות קלינית, בכך שהן סוטות סטייה ניכרת ורבת משמעות מההתנהגות הנורמלית הנצפית בתרבות. הפרעות מתבטאות ופוגעות בכמה שטחי תפקוד: קוגניטיבי, רגשי, התנהגותי, ריסון הדחף, דימוי עצמי וסגנון התייחסות לזולת. תבניות ההתנהגות נוטות לקביעות, לחוסר גמישות ולחוסר הסתגלות. הן מושרשות ומאפיינות את אורח החיים של האדם ואת יחסו לזולת, והן באות לידי ביטוי בטווח רחב של נסיבות חברתיות, אישיות ובינאישיות. בכך הן נותנות ביטוי לסגנון החיים האופייני לפרט ולקשר שלו עם

עצמו ועם הזולת. הן אינן מוגבלות רק לאפיזודה של הפרעה נפשית, ואינן תופעה משנית לפגיעה מוחית או למחלה גופנית או נפשית. הן מופיעות בגיל ההתבגרות, ונמשכות בדרך כלל לאורך כל החיים. הן נובעות, כנראה, מגורמים מעורבים, מולדים קונסטיטוציונליים, והתפתחותיים, מהתנסויות משפחתיות, חברתיות וחוויות בינאישיות. הפרעות, בעיקרון, הן אגו-סינטוניות, אך גורמות במשך הזמן לתחושת סבל אישי רב. הן גורמות לקשיים, לירידה בתפקוד בתחומי החברה, המשפחה והתעסוקה ולירידה ביכולת ההנאה.

בפרק השביעי, F69-F60, "הפרעות האישיות וההתנהגות הבוגרת", קובצו שמונה הפרעות אישיות: פרנואידיה, סכיזואידיה, דיסוציאלית, הפרעת אישיות לא יציבה רגשית, היסטריזם, אנקסאטית (כפייתית), חרדתית ותלותית. יש לציין כי הפרעה סכיזופרנית, שאף היא משובצת בסיווג האמריקני בהפרעות האישיות, משובצת בסיווג ICD-10 בקבוצת הסכיזופרניות. לאבחנה של הפרעת אישיות נרקיסיסטית לא ניתן כאן קוד אבחנותי. יש לציין כי הגבלות שבין הפרעות האישיות המצוינות אינם חדים מספיק, על כן מהימנות האבחון אינה גבוהה. אבחנות נוספות ששולבו בפרק זה הן שינויי אישיות מתמידים שאינם נובעים מנזק או ממחלה מוחית, הפרעות של הרגלים ודחפים שאינם בני כיבוש, הפרעות בזהות המינית ובהעדפה מינית והפרעות באוריינטציה מינית.

אבחנות המיועדות לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר

בגרסאות הקודמות של הסיווג הפסיכיאטרי הוקדשו לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר כמה אבחנות, אך מספרן היה מועט, והן היו מפורזות בין סעיפי הסיווג הכללי, ללא ארגון ומיון פנימי המתחייב מאופיין המיוחד. במהדורה החדשה של ICD-10 וכן בשיטת המיון האמריקנית (DSM) רוכזו הפרעות הטיפוסיות לגיל הילדות וההתבגרות בכמה תחומים: הפרעות בתחום המשכל, הפרעות בהתפתחות והפרעות בהתנהגות, הפרעות רגשיות והפרעות נפשיות עם ביטויים גופניים. לפירוט נוסף יש לפנות לפרק הדין בהפרעות פסיכוטיות בילדים ובמתבגרים.

שיפור מהימנות האבחנות

בפרק הפסיכיאטרי במהדורה העשירית ICD-10 הוכנסו שינויים אחדים שנועדו לשפר את מהימנות האבחון. לכל הפרעה ניתן תיאור של האפיונים הקליניים העיקריים שלה והמאפיינים הנלווים לה שהם חשובים, אך ייחודיים פחות. "הנחיות לאבחנה" ניתנות בכל אבחנה, ובהן מצוין מספר התסמינים הנדרשים והאיזון שביניהם לשם קביעת אבחנה ודאית. בכל קטגוריה אבחנתית ניתנו תיאורים והנחיות להכללה ואי הכללה, ותיאורים קליניים המציגים אפיונים עיקריים ואפיונים נלווים ייחודיים פחות. נוסחו הנחיות לתנאים לקביעת האבחנה הכוללים את מספר התסמינים הנדרשים ואת האיזון ביניהם כנדרש לצורך קביעת אבחנה ודאית. סידור חדש זה אפשר גמישות בתהליך קבלת החלטות על

אודות האבחנה. התהליך הקל במצבים שבהם התמונה הקלינית אינה ברורה די הצורך, או כשהמצב הקליני הוא זמני. התיאור וההנחיות ניתנים בצורה גמישה כדי לאפשר מצבים שבהם עדיין אין מספיק מידע או טרם התמלאו כל הקריטריונים הנדרשים. במצבים אלו מומלץ לקבוע אבחנה אפשרית או אבחנה זמנית. אבני הבוחן לאבחנה אינן קשיחות, ומאפשרות שיפוט קליני גמיש, גם כשמדובר באבן בוחן של "משך ההפרעה". המבנה הכללי של הסיווג האבחנתי נעשה גמיש יותר ומאפשר עדכונים שוטפים בהתבסס על התפתחות הידע הקליני והמחקרי והצורך להוסיף קטגוריות אבחנתיות חדשות. אמנם הנחיות האבחון אפשרו שיפור במהימנות, אולם השיפור לא פתר את תקפות האבחון. לכך נדרשת התאמה בין אבני הבוחן לאנמנזה, למהלך הקליני, לחיזוי פרוגנוזה ולתגובתיות הקלינית.

Z code

קוד זה הוא נספח לסיווג הבינלאומי הכולל את כל תחומי המחלות והתאונות בתחום הרפואי. קוד זה מייצג את הסיבות שבגינן נוצר מפגש בין הפונה לבין השירות הרפואי לצורך התייעצות או לצורך טיפול בבעיה מוצגת. לקודים אלו שני תפקודים: האחד, לבטא מפגשים עם מערכת הבריאות למטרות אדמיניסטרטיביות כגון מעקב ריון או חיסונים. האחר הוא לבטא יחד עם האבחנה מצבים שכיחים המופיעים יחד עם מחלות. בכל מקרה אין להתחיל טיפול ללא אבחנה מהסיווג הכללי של המחלות. בשטח הפסיכיאטרי הוגדרו שתי קטגוריות אפשריות והן:

(Z55–Z65) Persons with potential health hazards related to socioeconomic and psychosocial circumstances

קטגוריה זו מתייחסת לבעיה ולסיכון אפשרי בתחומים הסוציו-כלכליים והפסיכו-חברתיים. למשל, בעיות בתחום הלימודים, הכלכלה והפרנסה, בעיות הנובעות מאירועי חיים קשים בהתפתחות בעבר וביחסי המשפחה או סיכון הנובע מסביבה חברתית ואזור המגורים.

(Z80–Z99) Persons with potential health hazards related to family and personal history and certain conditions influencing health status

קטגוריה זו, בהתייחס להיבטים המתייחסים לבריאות הנפש, דנה בסיכון אפשרי להתפתחות תגובות נפשיות להיסטוריה של תחלואה נפשית או גופנית או נכות קשה במשפחה.

עקרונות הסיווג הפסיכיאטרי בגרסה האמריקנית DSM-5

במהדורה הקודמת של ספר זה קיים פירוט העקרונות ותוכן המהדורה הקודמת של הסיווג האמריקני להפרעות מנטליות. בשלב מעבר זה של כניסת המהדורה החמישית שתי המהדורות משמשות עדיין. בפרק זה נתייחס לשינויים המאפיינים את המהדורה החדשה DSM-5. תיאור מפורט של כל הפרעה על פי DSM-5 ניתן בכל פרק רלוונטי בספר זה.

שיתוף הפעולה הפורה שהיה קיים בעריכת המהדורה הקודמת בין ועדות ארגון הבריאות הבינלאומי והוועדות המקצועיות של החברה הפסיכיאטרית האמריקנית אפיין גם את מהלך העריכה של DSM-5. גויס מאמץ לקרב עד כמה שאפשר את הנוסחאות בשתי הגרסאות האמורות. פירות שיתוף הפעולה יושמו בפרסום המהדורה החדשה של הסיווג DSM-5. שיתוף הפעולה ממשיך גם בהכנת הגרסה החדשה של הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי הבינלאומי ICD-11 שאמורה להתפרסם בשנת 2015. בשלב זה, כל עוד לא פורסם ICD-11 הוחלט כי בספר זה יצינו בכל האבחנות הקידוד האמריקני ולצדו הקידוד הבינלאומי שעדיין בר תוקף בארץ.

החידושים שהונהגו בסיווג DSM-5

מטרות הסיווג כפי שהוגדרו היו ליצור שפה אחידה כעזר לתקשורת המקצועית. הסיווג יועד להיות מודרך פרקטי גמיש ותפקודי לאבחנות הפסיכיאטריות לצרכים של הקלינאי, לצורכי חינוך לחוקרים במקצועות רפואה, בביוכימיה, בפסיכולוגיה ובמקצועות ברה"ן, ולאנשי מינהל ומשפט. במשך 12 שנה פעלו 13 צוותי עבודה בפיתוח מערכת הסיווג DSM-5 לאבחון אמין בתיאום ובשיתוף הפעולה מלא עם הצוות של ארגון הבריאות הבינלאומי המכין את הגרסה החדשה של ICD-11 העומדת להתפרסם בסוף שנת 2016. הסיבה לתיאום הרציף נבע מכך שמציאות שני סיווגי מחלות שונות:

1. תחבל באפשרות לקבל ממצאים אפידמיולוגיים ולתכנן מחקרים קליניים לפיתוח סוגי טיפול ויישומם.
2. תעזור בשחזור נתוני מחקרים של ממצאים באופן גלובלי.
3. ניתן לקבל במקרים מסוימים אי הסכמות ולשמש בנתוני מחקר בניסוח מחקרים נוספים.

העקרונות שהנחו את פיתוח הגרסה החדשה היו:

1. הסיווג מיועד לקלינאים ומותאם לעבודה הקלינית
2. כל ניסוח חדש יהיה מבוסס מחקר
3. תישמר עד כמה שאפשר המשכיות עם הגרסה הקודמת
4. לא הושמו הגבלות על היקף השינויים המוצעים

הגדרת המושג הפרעה נפשית

הבעיה הראשונה הייתה להגדיר את המושג הפרעה נפשית, ובכך אף לתחום את גבולות מקצוע הפסיכיאטריה, שלעתים קרובות אינו מוגדר דיו. הסיווג האמריקני נקרא "**מדריך דיאגנוסטי וסטטיסטי להפרעות מנטליות**". השם הפרעות מנטליות נבחר במקום "**מחלות מנטליות**", מאחר שאין עדיין מספיק ידע כדי להכליל תחת הגדרה אופרטיבית אחת של "מחלה" את כל ההפרעות הנפשיות, בהיעדר ממצאים פתולוגיים ופתו-פיזיולוגיים או גורמי

סיכון סיבתיים. גבולות ההגדרה של הפרעה מנטלית שונו במידה מסוימת מהניסוח שהיה קיים ב-DSM-IV (ראה הגדרה של הפרעה נפשית בגרסה הקודמת של "פרקים נבחרים בפסיכיאטריה").

הפרעה נפשית הומשגה: "סינדרום המאופיין בהפרעה קלינית משמעותית בקוגניציה, ברגולציה של רגשות או בהתנהגות כפי שהם באים לידי ביטוי ומיצגים דיס-פונקציה (Dysfunction) בתהליך פסיכולוגי, ביולוגי או התפתחותי העומד ביסוד התפקוד המנטלי. הפרעה מנטלית מלווה באופן טיפוסי בסבל (Distress) או בליקוי (Impairment) או בנכות (Disability) בשטחי תפקוד חברתי, תעסוקתי או כל פעילות חשובה אחרת. מודגש כי תגובה המצופה או התואמת ותלוית תרבות למצב דחק שכיח או לאובדן כמו של אהוב אינה נחשבת כהפרעה מנטלית. סטייה בהתנהגות החברתית (פוליטית, דתית או מינית) או קונפליקט שבין הפרט לחברה אינה מוגדרת כהפרעה מנטלית אלא אם כן הסטייה הינה גורמת לתוצאה של חוסר תפקוד בפרט כמצוין לעיל".

הגדרה זו שימשה בסיס, ועל פיה הוחלט מה לכלול ומה לא לכלול בסיווג הפסיכיאטרי, וכיצד להגדיר את גבולות ההפרעות הנפשיות. הגדרה זו אינה מתיימרת לפתור את הוויכוח באשר לבעיית הגבול והרצף שבין הנורמה לבין ההפרעה הנפשית ובין הפרעה נפשית אחת לאחרת. כמו כן, אין הכוונה לחזור לחלוקה של דואליזם בין גוף לנפש ולרמוז בכך כי מחלות נפש אינן קשורות בגוף, הגם שהשאיפה לבסס את האבחנות על נתונים בני תוקף ביולוגיים לא מומשה. ההגדרה יכולה לעזור בהערכת תוכניות הטיפול והפרוגנוזה אך אין היא קובעת את הצורך בהתערבות טיפולית. אין הגדרה זו קובעת את הצורך לטיפול ואין זה אומר שאנשים הסובלים מעבר להגדרה זו לא זקוקים גם הם לטיפול. הודגש שהשימוש בסיווג האבחנותי בא למנוע את ההתייחסות לאנשים כאל "סכיופריים", "אלכוהוליסטים" וכדומה, אלא כאל הפרעות שבני אדם סובלים מהן.

שיקולי רמות תוקף ומהימנות באבחון

צוות העבודה של DSM ציפה לבסס את האבחון על מבחנים בני תוקף ואמינות כאחד. ביסוס בעקרונות סיבתיים, אנטומיים, היסטו-פתולוגיים ואחרים, שיושמו במקצועות הרפואה האחרים, אינם ישימים בפסיכיאטריה. ביסוס בר תוקף אף הוא לא היה ישים. ביסוס כזה בפסיכיאטריה דורש את המבחנים הבאים:

1. סמן מקדים, טרום תסמיני מחלה כמו סמן גנטי, אפיון טמפרמנט או חשיפה סביבתית (Antecedent Validation).
 2. סמן במהלך מחלה, כמו תשתית עצבית, סמן ביולוגי ותהליכים רגשיים וקוגניטיביים (Concurrent Validation).
 3. סמן לניבוי תהליך קליני ארוך טווח ותגובה לטיפול (Predictive Validation).
- קיימת הכרה כי האבחנות עדיין אינן בנות תוקף. התברר כי ביסוס האבחנות על ממצאי מחקר בתחומים השונים של הנייר-ביולוגיה נמצא כלא בשל עדיין. זאת למרות ההתקדמות הרבה במחקרים בתחומים הקוגניטיביים, הנייר-ביולוגיים, בדימות מוחי,

באפידמיולוגיה ובגנטיקה. בנוסף, הידע במחקר על אודות התהליכים הפתולוגיים שעומדים ביסוד האבחנות הקיימות לא תמיד אחד, התהליכים הפתו-פיזיולוגיים לרוב אינם ברורים, הבסיס התיאורטי שנוי במחלוקת והגבולות בין האבחנות פרוצים מאוד. המערכת החלופית לאבחון, המתבססת על מדדים ביולוגיים והתנהגותיים, שהוצעה על ידי NIMH בשם RDOC – Research Domain Criteria, לא התקבלה. מסיבה זו הוחלט במהדורה DSM-5 לבסס את האבחנות על קריטריון מהימנות בלבד. השיטה שנבחרה הייתה להשתמש בתיאורים פנומנולוגיים תיאוריים ואבני בוחן קטגוריאליים לתסמינים של המחלות השונות, מבלי לוותר בכל אבחנה על נתונים משמעותיים מתחומי המחקר השונים הרלוונטיים בכל אבחנה. על כן, למרות החיסרון של שיטת הסיווג הקיימת, קיים בה שילוב של ממצאים משוערים מתחום המחקר בגנטיקה ובדימויות. זאת בהתייחס לגורמי סיכון ולסמנים פרוגנוסטיים בתחומים הגנטי והפיזיולוגי ומציאות סמנים ביולוגיים וחשיפה לגורמי סביבה.

עקרונות החלוקה בתחום ההפרעות הנפשיות

בגרסה החדשה הוחלט לוותר על **מערכת ההערכה הרב צירית** ולאחד את כל האבחנות והנושאים הנלווים לאבחנות המופיעים בצירים הקודמים ולשלבם בכל אבחנה על פי הנתונים האופייניים לה. ראשית בוטלה החלוקה בין ציר I הכולל את ההפרעות הנפשיות המרכזיות שממנה סובל החולה, לציר II הכולל את הפרעות האישיות והפרעות ההתפתחות. הציפייה הייתה כי הפרדה בין ציר ההפרעות וציר הפרעות האישיות תבטיח שהקלינאי ייתן את דעתו ויתמקד, נוסף על ההפרעה הקלינית, בהגדרת הפרעת האישיות הנלווית. ציפייה זו לא השיגה את מטרתה. שנית, בוטלו הצירים הנוספים, ציר III, ציר IV וציר V. **ציר III** נועד לאפיון מחלות גופניות נלוות. אמנם בוטל אך תוכנו שלוב באבחנות רלוונטיות על פי ההקשר. בכל אבחנה על פי הצורך קיימת התייחסות להשפעת מחלה גופנית מלווה תוך ניסוח סוג הקשר עם המחלה הגופנית או הגורם הטוקסי. **ציר IV** נועד להעריך את מידת חומרתם של גורמי הדחק והבעיות הפסיכו-חברתיות והסביבתיות הנחשבות כבעלות תרומה ניכרת להתפתחות או להחרפת ההפרעה הנפשית הנוכחית. **ציר V** נועד להערכת ההסתגלות התפקודית שאפיינה את החולה בשנה האחרונה לפני פרוץ המשבר הנפשי. הוא אפשר לקלינאי לתת הערכה הכוללת את התרשמותו לגבי הרמה הגבוהה ביותר של התפקוד וכושר ההסתגלות של החולה בשנה האחרונה שלפני פרוץ המחלה הנוכחית. התברר כי צירים אלו לא היו שימושיים בשדה המקצועי. מסיבה זו, המידע הרלוונטי בצירים אלו שולב בפירוט המובא בכל הפרעה נפשית, לאחר ניסוח אבני הבוחן של התסמינים המגדירים את האבחנה. בנוסף, הצטברו נתונים בשנים האחרונות, שבהם תוארו יותר ויותר מצבים קליניים של תחלואה כפולה הקרויה Comorbidity. בהתייחס לכך הוחלט לשלב כמה אבחנות בו זמנית. במקרים כאלו שבהם שולבו כמה אבחנות, יש לציין איזו מהן היא המרכזית בשלב הנוכחי של הבדיקה והטיפול. כעזר להערכת רמת התפקוד של החולה בשלבים שונים של ההפרעה שולבו כמה נספחים הכוללים סקאלות מתאימות לעזרת

האבחון. **סקאלה אחת** בדירוג 0-4 שולבה לעזרת הקלינאי לצורך הערכת עוצמת החומרה של 13 תסמינים בהפרעות הבוגר וכן 12 תסמינים לגיל הילדות. באבחנות של בוגרים הסקאלה מתייחסת לדיכאון, לפסיכוזה, לאובדנות, לחרדה, לזיכרון וכדומה. **סקאלה אחת** נועדה להערכת חומרת הנכות. היא נוסחה בדרך התואמת את ההגדרות של הסיווג הבינלאומי ללקויות, מוגבלויות, ונכויות 1980 בהוצאת ארגון הבריאות הבינלאומי. לצורך התייחסות לשאלות חברתיות ותרבותיות שיש להן השלכה על האבחון, מוצע ראיון הקרוי CFI המפרט 16 מקבצי שאלות המיועדות להערכת ההשפעה הקיימת של התרבות על הפרעה הנפשית. מודגש שרשימת האבחנות לא מייצגת את הטווח המלא של ההפרעות המנטליות. האבחון על פי קריטריונים לא מייצג הגדרה כוללת של ההפרעה הבסיסית ברקע. הוא לכל היותר מייצג רפרטואר מוגבל של התהליכים ותגובות רגשיות ללחצים פנימיים וחיצוניים המייצבים שיווי משקל תפקודי. זו כוללת תהליכים קוגניטיביים, אמוציונליים, התנהגותיים ופיזיולוגיים שהינם הרבה יותר מורכבים מהיכולת לתארם בסיכום הקצר של האבחנה. האבחון נועד לסכם סינדרום אופייני של סימנים וסימפטומים. הם רק רומזים לקיום הפרעה בסיסית שהינה בעלת אפיונים הרבה יותר מורכבים: התפתחותיים, היסטוריים, ביולוגיים, גורמי סיכון סביבתיים, הקשרים נירו-פסיכולוגיים ופיזיולוגיים ומהלך קליני טיפוסי.

ארגון המבנה של רשימת האבחנות בסיווג

בגרסה החדשה שונה סדר רשימת האבחנות. האבחנות מסודרות על פי ציר התפתחות לאורך מחזור החיים. בתחילה מופיעות האבחנות מגיל הילדות. למשל, הפרעות בלמידה, ADHD ואוטיזם, לאחריהן האבחנות השכיחות בגיל ההתבגרות כמו סכיזופרניה, דיכאון והפרעות בי פולאריות. לאחריהן הפרעות טיפוסיות לגיל הביניים כמו חרדה, מצבים כפייתיים, תגובות למצבי דחק וטראומה, הפרעות סומטיות, הפרעות אכילה, שינה ומין והתמכרות לסוגיה, ואילו בסוף מופיעות האבחנות של גיל הזקנה כמו הפרעות נירור-קוגניטיביות בכל דרגות החומרה שלהן, אחריהן מופיעות הפרעות האישיות והפרעות פראפיליות. ההתייחסות לציר ההתפתחות באה לידי ביטוי גם בכל אבחנה בהתייחסות להתבטאות הקלינית האפשרית בתהליך התפתחות הפרעה, בשלב טרום המחלה, בתהליך ההתפתחות המחלה ולאורך החיים לאחר מכן. כמו כן, קיימת הצגה של מאפיינים והשפעות של גורמי גיל, תרבות ומגדר באבחנות השונות. סידור זה מאפשר התייחסות למחלות על פי גורמי התפתחות לאורך החיים. פרק נפרד מיוחס להפרעות נירולוגיות כתגובה לטיפול בתרופות פסיכיאטריות, במיוחד תרופות נירולפטיות.

אבני בוחן לאבחנות

עיקרון נוסף היה להגדיל את מידת התקפות והמהימנות בתיאור האבחנות השונות. בכל אבחנה בסיווג האמריקני הונהגו אבני בוחן המגדירות מאפיינים מפורטים של כל הפרעה

נפשית המופיעה בסיווג. אבני הבוחן נועדו לתאר אבחנות קליניות מהימנות, העונות על הדרישות המקובלות של מבחני מהימנות. אבני הבוחן עברו מבחני שדה כדי להעריך את מידת מהימנותן באבחון חוזר, ובאבחון על ידי קלינאים שונים. נקודת החתך של היקף אבני הבוחן הנדרש לביסוס האבחנה נעשתה על פי השיקול הבא לאזן בין הדרישה לייחודיות (Specificity) של האבחון ובין הדרישה לרגישות (Sensitivity) של האבחון. **הדרישה לייחודיות של האבחון** – תכליתה למנוע ככל האפשר מקרים של אבחנה חיובית שגויה (False Positive). במילים אחרות, כדי למנוע אבחנת מחלה באנשים חולים בה, יש להגדיל את מספר אבני הבוחן עד למקסימום ולהכליל את כולן בהגדרת המחלה. **הדרישה לרגישות של האבחון** – תכליתה למנוע ככל האפשר מקרים של אבחנה שלילית שגויה (False Negative). במילים אחרות, כדי למנוע מצב שבו אנשים חולים יוגדרו כבריאים, יש להקטין את מספר אבני הבוחן עד למינימום ולהשתמש רק בהכרחיות ביותר. לשם איזון בין שני שיקולים אלו, התוותה מדיניות שלפיה יש להימנע מאבחון יתר פסיכיאטרי. נבחרה נקודת הפשרה בין שתי הדרישות הללו, כך שתינתן העדפה קלה לייחודיות האבחון על פני רגישות האבחון.

הגדרת קטגוריות נוספות: מדובר בכל אותן בעיות פסיכולוגיות והתנהגויות שעשויות לעמוד במוקד ההתעניינות והייעוץ של הקלינאי מבלי להיות כלולות במונח הפרעה נפשית, הואיל ותחומי המקצוע הפסיכיאטרי רחבים יותר מהמותווה על ידי ההגדרה האמורה. קבוצה אחת של הפרעות שסווגו מחוץ לתחום האבחנות צוינה בקוד מיוחד הנקרא V-Code: הרשימה מתייחסת לבעיות נפשיות כגון בעיות בחיי הנישואין כולל אלימות, בעיות בחינוך ובגידול ילדים כולל אלימות, ובעיות כלכליות ודיוור. קבוצה אחרת של אבחנות הוגדרה **כמצבים הדורשים מחקר נוסף**. אבחנות מוצעות אלו טרם נמצאו מתאימות להיכנס לסיווג. בכל אבחנה מוצעת מורטו התסמינים הן לעזרת הקלינאי והן לצורכי מחקר. למשל, מצבי דיכאון ומצבים פסיכויטיים בעוצמה נמוכה, אבל ממושך ומורכב, הפרעה בשימוש בקפאין, התמכרות למשחקי אינטרנט, התנהגות אובדנית או התנהגות המלווה בחבלות גופניות עצמיות. בכל האבחנות יש צורך במחקר נוסף כדי לאפיין אותן ולבדוק האם הן חוצות את הגבול לעבר הפרעה פסיכיאטרית.

מילון מושגים

עיקרון נוסף שנשמר בסיווג החדש היה לעדכן את מילון המושגים (Glossary). מטרת המילון היא ליצור שפה אחידה במינוח. הסיבה לכך הייתה שבסיווג הפסיכיאטרי הבינלאומי הקודם התגלתה בעיה קשה, כאשר אותו מונח רפואי עצמו יושם על ידי רופאים שונים ממקומות שונים לתיאור מצבים קליניים שונים זה מזה לחלוטין, או שמצבים קליניים דומים כונו במונחים שונים בארצות שונות. מילון המושגים שיצר אחידות בשפת בבל זו, נועד לפתור בעיות אלו. במהדורה העברית של הסיווג ICD-10 הוכנס מילון מונחים אנגלי-עברי ועברי-אנגלי כדי להקל את השימוש לאור המחסור במונחים עבריים ושימוש במונחים שלא נקלטו היטב בשפת אנשי המקצוע.

פירוט מקצת השינויים בקבוצות האבחנה השונות בסיווג DSM-5

בתחום ספקטרום הפרעות האוטיסטיות נוצר איחוד בין תשע אבחנות שונות בתחום ההתפתחות וחלוקה פנימית שלהן על פני רצף עולה של חומרה, מקל לחמור, כפי שהן באות לידי ביטוי בליקויים בכמה מישורים: בקשיים בשפה, בתקשורת הבינאישית ובהתנהגות חוזרת ומצומצמת.

בתחום הסכיזופרניה נקבע אפיון חדש של התסמינים הנדרשים להגדרת פסיכוזה: דלוזיות והלוצינציות וסימנים שליליים. בוטלו התת סוגים של סכיזופרניה למעט קטטוניה שקיבלה מקום מרכזי. קטטוניה יכולה להיות מאובחנת כחלק מהסכיזופרניה או בהקשר למצב רפואי אחר.

בתחום הפרעות במצב הרוח, הפרעה בייפולארית והפרעת דיכאון חולקו לשני פרקים נפרדים. לפרק המיועד להפרעה בייפולארית צורפה ההפרעה ציקלוטימית. בפרק הון בהפרעות דיכאון צוינה אפשרות של תגובה לגורם מוכר כולל חידוד ההבדלים בין דיכאון רב לבין הפרעת אבל. בשני הפרקים קיים פירוט רב של חלוקה לתת סעיפים על פי עוצמת התסמינים מקל לחמור, לפסיכוטי ואף לקטטוני.

בתחום ה"הפרעות שימוש בסמים" עבר הבניה חדשה. בוטלה החלוקה הקודמת בהגדרה המאפיינת מצבי "התמכרות" ו"תלות" בסמים. עבור כל סם הנמצא בשימוש יתר ניתן פירוט של מכלול ההתבטאויות המאפיינות את השימוש בו.

בתחום של דמנציה והפרעות מוחיות אורגניות נוצרה חלוקה יותר מעודכנת המתבססת על מדרג חומרה של הפרעות נוירו-קוגניטיביות, מהפרעות קוגניטיביות קלות ועד תסמונות אורגניות של אלצהיימר והנטינגטון. החלוקה מתבססת על ממצאים גנטיים, בסמינים ביולוגיים, בדימות ובמבחנים נוירו-קוגניטיביים. אבחנות מסוימות נמצאו מתאימות לשילוב בפרקים שונים כמו ADHD, ששולב בהפרעות בפרק על אודות הפרעות נוירו-התפתחותיות, למרות שהיה יכול להיות משובץ גם בפרק על שליטה בדחפים.

בתחום הפרעות אישיות בוטלה החלוקה לציר II והפרעות האישיות שולבו בציר I. המודל הקטגוריאלי לאבני בוחן בהגדרת אבחנות האישיות על פי תשע קבוצות אופייניות נשאר ללא שינוי, אולם בעקבות הלחץ לעבור לשיטת אבחון בהתאמה גדולה יותר למחקר הוצע פרק אלטרנטיבי לאבחנת אישיות במודל רב ממדי. הוא בנוי מהתפלגות יחסית של רמות תפקוד בשטחים הבאים: זהות, התנהגות למטרה, אמפתיה ואינטימיות כפי שהיא מאפיינת כל אבחנה. ניתן לאפיין על פי דירוג עוצמה שבין אפס לארבע. בנוסף, בכל אבחנה נוסחו תסמינים אופייניים. גישה אלטרנטיבית זו נועדה לעזור בפיתוח המחקר בהיבטים הכוללניים שלו.

לפירוט השינויים כפי שהם באים לידי ביטוי בכל אבחנה יש לפנות לפרק המתאים בספר זה.

ביקורת: הגדרת האבחנות לא הניבה עדיין תיאור הומוגני המסוגל לשקף את המערכת הניירו-ביולוגית והתנהגותית הרלוונטית. הסיווג מקשה מאוד על המחקר להבנת האטיולוגיה

הפתו-פיזיולוגיה של מחלות ופוגע ביכולת לפתח תרופות ייעודיות יותר. הגדרת האבחנות עדיין פרוצה בשני מישורים, האחד – פתיחת הגבול שבין הנורמלי לפתולוגי. עולה החשש שהתנהגות נורמטיבית תתויג במסגרת הפסיכופתולוגיה כמו בהפרעת חרדה. ההנמקה הייתה שבכך ניתן יהיה לזהות בשלב מוקדם מצבים התחלתיים של המחלה, ותיפתח האפשרות לטיפול מונע מוקדם ככל האפשר. האחר – הכנסת אבחנות חדשות הנמצאות עדיין בשלב בוסר וטרם הוכח שחצו את הגבול בין הנורמלי לפתולוגי, כמו אבל או הפרעה נירו-קוגניטיבית קלה והפרעות קשב וריכוז. החלטות אלו ייצרו תיוג יתר וסטיגמטיזציה בהפיכת הנורמלי לפתולוגי ובכך יגרמו למתן טיפול תרופתי מיותר. מעל לכול, הועלתה תחושה שקיימת מעורבות יתר של גורמים פוליטיים וכלכליים בעיצוב הסיווג הפסיכיאטרי, כולל חברות בעלות עניין כמו חברות תרופות.

לסיכום, המדריך החדש DSM-5 משקף במיטבו את מצב הידע המדעי-קליני העדכני בשלב זה של התפתחות חקר הבנת ההפרעות הנפשיות כפי שהן נובעות מהשילוב שבין תפקוד המוח והשפעות הסביבה.

ספרות

Synopsis of Psychiatry, Eds., Kaplan H. I. and Sadock B.J. 00 ed., Williams and Wilkins,

2009, ch.9, Classification in Psychiatry, pp. 232-033

Comprehensive Text Book of Psychiatry, Eds. Sadock B.J. and Sadock V. A. 9 ed., Lippincott Williams and Wilkins 2019, ch.9 classification of Mental Disorders pp. 0011-0050.

A Research Agenda for DSM-V by David J. Kupfer, Michael B. First, and Darrel A.

Regier American Psychiatric Publishing, 2002.

Review by Rachel Cooper, Ph.D. on Oct 7th 2003.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-9, American Psychiatric Association, Washington D.C. 2009.

הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי ICD-10, בעריכת איגוד הפסיכיאטריה בישראל, הוצאת דיונון, אוניברסיטת תל אביב 1995.