

בסוף הקובץ יש שאלות מששת מועדי הבחינה האחרונים - רובם עם תשובות שלי.
בסוף הסיכום מופיעים שלושת הממנים שלי - גם השאלות וגם הממנים הבדוקים עם הערות המרצה.
כאשר מופיע הסימן הזה ◀ מופיעה הערה חשובה למבחן / ממ"ן.

פרק 1 - סקירה כללית וגישות

הספר מתמקד בשלושה היבטים:

1. תמונה קלינית - תסמינים ומאפיינים הקשורים להפרעה
2. גורמים (אטיולוגיה) - המעורבים בהתפתחות ההפרעה
3. גישות טיפוליות

- תמיד כשנישאל על הפרעה או הבחנה - התשובה צריכה להיות מתוך ה-DSM. למשל אין דבר כזה מאניה דפרסיה יש הפרעה דו קוטבית. או אין דבר כזה הפרעת טראומה ב-DSM.

סימנים של פסיכופתולוגיה

- סימנים שנעזרים בהם לצורך הבחנה של התנהגות אב-נורמלית (לא נורמלית). בדרך כלל לא מספיק סימן אחד כדי לאבחן, אבל כל הפרעה ורשימת הסימפטומים שלה.
- **מצוקה סובייקטיבית** - האדם מגדיר את עצמו כסובל ממצוקה, האדם מתאר את עצמו כלא כרגיל, כסובל ממועקה, מצוקה. לא תנאי מספיק לבדו, וגם לא תנאי הכרחי, אבל תנאי שכיח.
- **אי-הסתגלות** - תפקוד, עד כמה האדם מתפקד בהתאם לנורמות שלנו בחברה. מדובר על אמות מידה תרבותיות. למשל האם ילד בן 3 כבר יודע לדבר, איך הוא משתמש במילים ובשפה והשוואה לבני גילו באותה חברה. האבחון הוא בהתאם לנורמות של בני גילו באותה תרבות. סימן זה מאוד שכיח ומופיע ברוב ההפרעות.
- **סטייה סטטיסטית** - הרוב הגדול נמצא בממוצע, מה שסוטה מהנורמה בכיוון התחתון, "סוטה הנורמה" ויוכל להיות מוגדר כבעל הפרעה. למשל מנת המשכל היא 100 כל מי שיש לו מנת של משכל של 70 ומטה יוגדר כסובל ממוגבלות שכלית התפתחותית, לעומת זאת מי שמנת המשכל שלו מעל 100 (סוטה מהנורמה אבל לכיוון למעלה) לא יוגעת כבעל הפרעה.
- **הפרת אמות מידה חברתיות** - לכל תרבות יש את אמות המוסר שלה ומי שמפר את אמות מידה אלו זו אינדיקציה. אמות מידה - עד כמה עומדים רחוק בתור, איך מתלבשים לאירועים מסוימים וכדומה.
- **אי נחת חברתית (של הצופה)** - למשל אני יושב באוטובוס ריק מישהו עולה בתחנה ומתיישב דווקא לידנו. זה גורם לי כצופה להרגיש לא נוח, למרות שזה כלל לא כתוב אבל זה פחות מקובל.
- **התנהגות אירציונלית ובלתי צפויה** - דיבור משובש, מבולבל, אדם שמסתובב בעירוס ועוד התנהגויות שלא מתאימות לנורמה.
- **מסוכנות** - האדם יכול להיות מסוכן לעצמו או לסביבה. לא מדובר רק על סכנה פיזית, יכולה להיות גם מסוכנות כלכלית למשל אדם במאניה.

ההגדרה להפרעת נפש על פי ה-DSM5

- "תסמונת שמופיעה באדם וקשורה להפרעה קלינית משמעותית בהתנהגות, בוויסות הרגשי או בתפקוד הקוגניטיבי. הפרעת נפש קשורה בדרך כלל למצוקה משמעותית או למוגבלות קיצונית בתחומי תפקוד מרכזיים. תסמונת = אוסף של סימנים.
- ביטוי לתפקוד לקוי בתהליכים ביולוגיים, פסיכולוגיים או התפתחותיים הנחוצים לתפקוד נפשי.
- אינו כולל תגובה לעקה או לאובדן שהן צפויות או מוסכמות חברתית. למשל יהודי שיושב שבעה.
- התנהגות חריגה (פוליטית, דתית או מינית) או קונפליקטים אחרים בין האדם לחברה אינם הפרעות נפש, אלא אם כן הסטייה או הקונפליקט הם תסמין לליקוי תפקודי באדם, כמתואר לעיל."

למה צריך אבחנות?

- מערכת שיום - תקשורת בין אנשי המקצוע השונים, גם בין תרבויות או מדינות שונות.
- הבניית מידע באופן יעיל - התווית מסגרת המארגנת מידע בצורה שיטתית.
- לצורכי מחקר - ככל שיודעים יותר על הפרעה מסוימת קל יותר לחקור אודותיה ואודות דרכי טיפול בה.
- אטיולוגיה (סיבה משוערת להיווצרות ההפרעה)
- סיוע במציאת דרך מיטבית לטיפול.
- השלכות חברתיות ופוליטיות - קביעת טווח הבעיות ששייכות לתחום זה.
- השלכות כלכליות - חברות ביטוח.

מהי הבעייתיות באבחנות?

- פשוט והכללה מובילים לאובדן מידע של פרטים אישיים אודות המקרה.
- תווית שלילית לאדם בעל אבחנה פסיכיאטרית.
- מרתיעה אנשים לפנות לעזרה בבעיות נפשיות כי הם לא רוצים להיות עם התווית של מתמודד נפש.
- תיוג - תפיסת העצמי מושפעת מהאבחנה.

תרבות ופסיכופתולוגיה

- מצד אחד יש אוניברסליות של אבחנות, ומצד שני יש שונות תלויות תרבות.
- האם ישנן הפרעות שבאות לידי ביטוי באותו אופן בכל התרבויות בעולם?
- האם לכל תרבות יש ביטוי אחר לאותה הפרעה?
- האם לכל תרבות יש הפרעות נפשיות ייחודיות לה, שלא קיימות בתרבויות אחרות?
- האם ישנן תרבויות שאין בהן הפרעות נפשיות?
- Ataque de Nervios (אייס הקריביים) - 'התקף עצבים' שביטוייו לא מתאימים לאף אבחנה המופיעה ב-DSM-5.
- שמיעת קולו של קרוב שנפטר - נורמטיבית הקרב שבטי ילידים באמריקה אך לא נורמטיבית בתרבות המערבית.

מחקר בפסיכולוגיה

- מושגים הקשורים למחקר ויש להכיר אותם, ולהבין אותם. אין צורך לדעת להגדיר אותן, רק להבין את השפה.
- דגימה והכללה

- תוקף פנימי וחיצוני
- קבוצת קריטריון וקבוצת השוואה
- מערכי מחקר מתאמיים ובעיית הגורם השלישי
- מחקר רטרופקטיבי ופרוספקטיבי
- מערך מחקר אורך
- מחקר מתאמי וניסויי
- מחקרי אנלוגיה - מחקר על בעלי חיים ומתוכו מכללים על בני אדם.

מושגים חשובים

- **דיאגנוזה - אבחנה (תיוג)**
- **תסמונת - סינדרום - שם המחלה (למשל הפרעת פאניקה) אוסף של תסמינים. (השם שניתן לכל האוסף זו כבר הדיאגנוזה).**
- **תסמין - סימפטום סובייקטיבי שהמטופל מתלונן עליו - אחד ממאפייני המחלה (דופק מואץ, הזעה)**
- **סימן - תצפית אובייקטיבית של התנהגות גלויה שהמטפל יכול לזהות ע"י התבוננות במטופל או בצורה עקיפה ע"י תוצאות של מבחן אישיות.**
- **פרוגנוזה - סיכויי החלמה של אדם מההפרעה.**
- **אטיולוגיה - מה הם גורמי המחלה הנפשית**
- **אפידמיולוגיה - תפוצת המחלה**
- **אבחנה מובדלת - DD - אבחון מחלה נוספת על פני זו שהוצעה. שיוך הסימפטומים להפרעה אחת בלבד. מתוך תמונה קלינית מסוימת צריך לאבחן את האדם באבחנה אחת בלבד (אבחנה מובדלת) למרות שהתיאור והסימנים יכולים להראות כמתאימים לכמה סוגי הפרעות מכיוון שסימנים מסוימים משותפים לכמה סוגי הפרעות.**
- **תחלואה נלווית - קומורבידיות - הפרעות המופיעות במשולב.**

אבחנה מובדלת - DD

- שאלות שנשאל את עצמנו כדי להצליח להבחין בין הפרעות שונות
- ✓ **זמן - כמה זמן עבר מאז "האירוע" - גורם העקה, הופעת התסמינים, הטריגר, הסימפטומים, כמה זמן נמשכים התסמינים, כמה זמן נמשכת ההפוגה וכו'.**
- ✓ **עוצמת התסמינים - האם התסמינים קשים או קלים, האם מתלווים תסמינים פסיכוטיים, האם בוחן המציאות של האדם תקין או פגום, האם מתואר שנדרש אשפוז וכו'.**
- ✓ **גורם עקה - האם יש או אין נוכחות של גורם עקה.**
- ✓ **הימנעות - האם קיימת התנהגות נמנעת או לא? זה יכול לעזור לנו לבצע DD בין הפרעות חרדה להפרעות של תסמינים של סומטיים או של הפרעות ממשפחת ה-OCD.**

פרק 3 - גורמים סיבתיים ונקודת מבט בפסיכופתולוגיה

הפרק מרחיב את המושג אטיולוגיה - גורמי הסיכון

גורמי סיכון בפסיכופתולוגיה

- **סיבה הכרחית** - סיבה שבלעדיה לא תופיע ההפרעה (למשל לא מזון אי אפשר להשמין, אך אין זה אומר, שכל מי שאוכל, בהכרח ישמין). המאפיין חייב להתקיים כדי שההפרעה תופיע. כיום אין כמעט הפרעות נפשיות שיש להן סיבה הכרחית ודאית אחת, פרט לתסמונת דאון.
- **סיבה מספיקה** - דיי בקיומה של סיבה זו, כדי שההפרעה תופיע (אך חשוב לזכור שייתכן שההפרעה תופיע גם מסיבות אחרות (חוסר תקווה/ייאוש - מוביל לדיכאון, אך דיכאון יכול להיווצר גם כתוצאה משינויים פיזיולוגיים).
- **סיבה תורמת** - סיבה המגדילה את הסיכויים להתפתחות ההפרעה, אך היא אינה הכרחית ולא מספיקה להופעתה. הסיבה הזו מהווה נדבך נוסף להיווצרות ההפרעה (גם איבוד אדם קרוב בגיל צעיר, גם קשיים בלימודים ובחברה, גם...). כלומר אם X מתקיים, ההסתברות שהאדם ילקה ב-Y גדלה. זה תורם לפיתוח ההפרעה אבל לא מספיק בשביל לפתח הפרעה, או לא הכרחי בשביל שההפרעה הזו תימצא.
- **סיבה תורמת מחזקת** - מצב הנוטה לשמר התנהגות לא מסתגלת שכבר קיימת. ההפרעה כבר קיימת ואז קורה משהו שמחזק ומשמר את ההפרעה למשל תקופת הסגר בשל הקורונה מגבירה עוד יותר את הדיכאון שכבר קיים.
- **סיבה מרוחקת** - סיבה שקרתה בפרק זמן רחוק מהביוס ותורמת לפיתוח ההפרעה, למשל היום אתה בן 40 ואיבדת הורה כשהיית בן 4.

מודלים של דיאתזה - עקה להתנהגות חריגה

- מודלים המתארים מתי תפתח הפרעה נפשית. לא מודבר על מודל ספציפי אלא כללי.
- **דיאתזה** - פגיעות, מוכנות, או נטייה מוקדמת שיש לאדם לפתח הפרעה נפשית ספציפית. האטיולוגיה יכולה להיות ביולוגית (גנטית) או פסיכולוגי (פגיעה בשנים הראשונות של החיים). שיכולה לנבוע מגורמים סיבתיים, ביולוגיים, פסיכולוגיים או חברתיים-תרבותיים. (סיבה מרוחקת).
- **עקה** = דחק, מצבי לחץ. תגובת האדם לדרישות שהוא תופס כמעיקות או חורגות ממשאביו האישיים. זו סיבה קרובה יחסית, הכרחית או תורמת, לרוב אינה מספיקה. (סיבה קרובה)
- **המודל האדטיבי** - דיאתזה ועקה חוברות יחד כמתווספות (משלימות) זו על/את זו. למשל אצל מאור היה 20% עקה ו-80% דיאתזה. אך במקרים מסוימים למשל תסמונת דאון יכולים להגיד שזה 100% דיאתזה. לפי מודל זה משהו אחד חייב להיות - או דיאתזה או עקה או שניהם יחד.
- **המודל האינטראקטיבי** - על מנת שתיווצר כל הפרעה נפשית חייבת להימצא דיאתזה (מוכנות מולדת או נרכשת) כדי שלעקה (טריגר כל שהוא) תהיה השפעה כך שהבעיה, שקיימת רק בפוטנציאל תהפוך למציאות. לפי מודל זה תמיד חייבות להופיע שתי הסיבות - דיאתזה ועקה.

שני קצוות של רמות מודעות של האדם לבעייתו

- **אגו סינטוניות** - האדם תופס את ההפרעה כחלק ממנו, וכתואמת את מערכת הערכים שלו ולכן אינו רואה בה דבר כפוי, שיש להתמודד איתו. עקב הכחשת הבעיה יש נטייה לראות את הסביבה כאחראית למצבו ולהתנהגותו או לכך שאינה מבינה אותו.

- **אגו דיסטוניות (ego alien)** - ההפרעה נתפסת אצל הסובל ממנה כתופעה זרה, שלא תואמת את מערכת הערכים האישית ולכן מטרידה מאד. האדם היה מעוניין לגייס כוחות, כדי לדכאה או לסלקה (לדוגמה: הפרעות מצב רוח, הפרעות חרדה, בולימיה).

גורמי הגנה וחוסן נפשי

- גורמי סיכון - מגבירים את הסיכוי להופעת הפרעות/בעיות נפשיות.
- גורמי הגנה - מקטינים את הסיכוי לפתח הפרעה נפשית.

גורמי הגנה

- מקטין סבירות לתוצאה שלילית בקרב אנשים בסיכון לפיתוח הפרעה.
- גורם ההגנה החשוב ביותר - סביבה משפחתית חמה ותומכת בילדות שמאפשרת היקשרות טובה לילד.
- עשויים להוביל לחוסן נפשי - יכולת להתגבר על מכשולים (כלומר, גורמי עקה שמתמודדים עימם בהצלחה יכולים לשמש גורם הגנה) התמודדות טובה עם מכשולים יכול ליצור גורם הגנה, וחוסר יכולת להתמודד עם כישלונות יכול להוות גורם סיכון.
- גורמי ההגנה והחוסן הנפשי אלו למעשה הכוחות של האדם המהווים מערכת הסתגלות בסיסית ונובעים מכל מיני דברים למשל:

← מאפייני האדם - מזג, ביטחון, אינטליגנציה רגשית, יכולת ויסות עצמי, מוטיבציה לרכוש מיומנויות וכו'.

← מערכת נוירוביולוגית מאוזנת

← תמיכה משפחתית

← יחסי אובייקט מוקדמים טובים - נותן בסיס לאמון, לביטחון עצמי לחוזק נפשי וכו'.

← חשיפה מוקדמת ומתונה לגורמי עקה - מאפשרים את ההתנסות שבהתמודדות עם גורמי סטרס, עצם העובדה שהצלחנו להתמודד בעבר יוצרת גורם הגנה, זה עשוי לגרום לנו להאמין שנוכל שוב להתמודד בצורה טובה, או אפילו להילחץ פחות מהמצב כי כבר התנסנו במשהו דומה בעבר. נשים לב שמדובר על חשיפה מתונה.

חוסן נפשי

- הגדרה - היכולת להסתגל בהצלחה לנסיבות שונות, אפילו קשות מאוד.
- קשר בין מערכות הסתגלות בסיסיות כמו - התפתחות אינטליגנציה וקוגניציה, יכולת ויסות עצמי, מוטיבציה לרכישת מיומנויות, הורות טובה, והתפתחות מערכות נוירו ביולוגיות איתה נולדת להתמודדות עם עקה לבין פיתוח חוסן.

השקפות שונות להבנת הסיבה להתנהגות חריגה

- ההשקפה הביולוגית
- ההשקפה הפסיכולוגית
- ההשקפה החברתית
- ההשקפה התרבותית
- השקפה ביו-פסיכו-חברתית (זו אינה השקפה נפרדת אלא שילוב בין השקפה פסיכולוגית לחברתית)

ההשקפה הביולוגית

- ▶ **פגיעות גנטית** - שיבושים במבנה הכרומוזומים או במספרם עלולים להיות קשורים לליקויים קשים או להפרעות חמורות - למשל תסמונת דאון נגרמת מכך שיש 3 אללים בכרומוזום מספר 21).
- **פוליגנים** - הפרעות שמקורן לא בגן אחד בודד אלא בכמה גנים שהשפעה של כל גן יחיד קטנה מאוד. הסיבות להפרעות נפש הן כמעט תמיד פוליגניות.
- **גנוטיפ** - "הירושה" הגנטית של האדם.
- **פנוטיפ** - המאפיינים המבניים והתפקודיים שנובעים מפעילות הגומלין בין הגנוטיפ לבין הסביבה.
- **הקשר בין גנוטיפ לסביבה** - למשל מחלת PKU.
- **מתאם גנוטיפ-סביבה** - לדוגמה: ילד עם נטייה גנטית מוקדמת להתנהגות תוקפנית עלול לחוות דחייה מצד בני גילו בבית הספר היסודי בשל ההתנהגות התוקפנית. דחייה כזו עלולה לגרום לילד להתחבר עם ילדים תוקפניים ועבריינים בכיתות גבוהות יותר, ומצב זה יגדיל את הסבירות שהילד יפתח דפוס עבריינות מלא בגיל ההתבגרות. התופעה שבה הגנוטיפ מעצב את ההתנסויות הסביבתיות שנקרות בדרכו של ילד מכונה מתאם גנוטיפ-סביבה.
- ▶ **תפקודי מוח לקויים וגמישות עצבית** - פגעים במוח שנראים לעין הם לעיטים נדירות הסיבה העיקרית להפרעות פסיכיאטריות. קיימת מידה לא מבוטלת של גמישות עצבית יכולתו של המוח להשתנות מבחינת הארגון והתפקוד בתגובה לחוויות שלפני הלידה ואחריה, לעקה, לתזונה, למחלה, לסמים, לבשילה וכדומה. מעגלי נוירונים קיימים יכולים להשתנות ומעגלי נוירונים חדשים יכולים להיווצר
- **נוירוגנזה** - היווצרות של נוירונים חדשים.
- גמישות עצבית נמשכת במידה מסוימת כל החיים
- ▶ **שיבושים בנוירורנסמיטרים או בהורמונים במוח** - הסברה כי חוסר איזון בנוירורנסמיטרים במוח עלול להוליד התנהגות חריגה היא אחת מהנחות היסוד של ההשקפה הביולוגית כיום, אם כי רוב החוקרים מסכימים שזהו רק חלק מהדפוס הסיבתי המעורב באטיולוגיה של רוב הפרעות. לפעמים עקה פסיכולוגית יכולה לגרום לחוסר איזון של הנוירורנסמיטרים.
- מצבי חוסר האיזון יכולים להיווצר במגוון דרכים: יותר מידי נוירורנסמיטר בסינפסה, ליקוי תפקוד בתהליכים הנורמליים שבהם פעולת הנוירורנסמיטרים מופסקת לאחר שחרורם אל הסינפסה, בעיות בקולטנים.
- החוקרים סבורים כי הפרעות שונות נובעות מדפוסים שונים של חוסר איזון בנוירורנסמיטרים באזורים שונים במוח.
- עד היום התגלו יותר ממאה נוירורנסמיטרים, אך בכל הנוגע לפסיכופתולוגיה, המחקר התמקד בעיקר בחמישה סוגים:
- **נוראפינפרין** - ממלא תפקיד חשוב בתגובות החירום שגופנו מפעיל כאשר אנו נחשפים למצב עקה חריף או למצבים מסוכנים, וכן במצבים של הפעלת קשב והתמצאות ובעת פעולתם של מניעים בסיסיים.
- **דופמין** - הנאה ועיבוד קוגניטיבי, והוא גם מעורב בסכיזופרניה, וכן בהפרעות התמכרות.
- **סרוטונין** - השפעה חשובה על הדרך שבה אנו חושבים ועל האופן שבו אנו מעבדים מידע מהסביבה וכן על התנהגויות ועל מצבי רוח. אם כך, אין זה מפתיע שהוא ממלא תפקיד חשוב בהפרעות רגשיות כגון חרדה ודיכאון וכן בהתאבדות.
- **גלוטמט** - נוירורנסמיטר המעורר, גלוטמט, הקשור בסכיזופרניה.

- **גאבא** - מעורב במידה ניכרת בהפחתת חרדה ובמצבים רגשיים אחרים המאופיינים ברמות עוררות גבוהות.

- ◀ **מזג** - המזג איתו אדם נולד. יכול להיות בקצה אחד מאופק וסגור ובקצה השני מאוד פתוח וללא עכבות חברתיות.

- מזג מתייחס לתגובתיות של ילד ולדרכים האופייניות שלו לוויסות עצמי, וחוקרים סבורים שהוא מתוכנת ביולוגית. כאשר אנו אומרים שתינוקות שונים אלה מאלה במזגם, כוונתנו שהם נבדלים בתגובות הרגש והעוררות שלהם לגירויים שונים ובנטייתם להתקרב, לסגת או לפעול במגוון מצבים. המזג המוקדם שלנו נחשב לבסיס שממנו האישיות שלנו מתפתחת, כפי שראינו בדיון על מתאמי גנוטיפ-סביבה, גם למזגו של תינוק או של ילד קטן יש השפעות עמוקות על מגוון תהליכי התפתחות חשובים.

ההשקפה הפסיכולוגית

- ◀ **השקפה פסיכודינמית (פרייד והשקפות חדשות יותר) -**

- **איד, אגו, סופר אגו** - ליחסי הגומלין בין שלוש חלקי האישיות יש משמעות רבה בקביעת ההתנהגות. מצב בו שלושתם חותרים להשגת מטרת שונות נקרא קונפליקטים תוך נפשיים ואם קונפליקטים אלה לא נפתרים הם מובילים להפרעות נפש.

- **מודע ולא מודע** - מנגנוני הגנה מונעים מדברים להגיע מהלא מודע אל המודע, שימוש מופרז במנגנוני הגנה יכול להוביל להתנהגות לא מסתגלת.

- **שלבים פסיכוסקסואליים בהתפתחות** - אוראלי (פה), אנאלי (פי הטבעת), פאלי (איברי המין), חביון (אין), גניטלי (איברי המין - יחסי מין). סיפוק בכל אחד מהשלבים ע"פ האיבר המתאים יוביל להתנהגות מסתגלת, חוסר סיפור כזה יוביל לקיבעון. קיבעון בשלב מסוים עשוי להוביל להתנהגות בלתי מסתגלת.

- **תסביך אדיפוס ותסביך אלקטרה** - חרדת סירוס, קנאת פין. פתרון הקונפליקטים האלו בצורה ראויה (הזדהות של הבן עם האבא ושל הבת עם האמא) יוביל להתנהגות מסתגלת, אי פתרון של תסביכים אלו עלול להוביל להתנהגות לא מסתגלת.

- **פסיכולוגיה של האגו (אנה פרייד)** - מתייחסים לאגו כלרשות המבצעת, מייחסים לו תפקיד חשוב בארגון ההתפתחות האישית. כאשר האגו לא פועל כהלכה מתפתחת פסיכופתולוגיה. למשל האגו לא שולט בדחפים או מעכב סיפוקים, או שאינו משתמש כראוי במנגנוני ההגנה.

- **תיאוריית יחסי אובייקט (מלני קליין, מהלר, ויניקוט ועוד)** - אובייקט - ייצוג סמלי של אדם אחר בסביבת התינוק או הילד בד"כ הורה. מתמקדת ביחסי הגומלין של האדם עם אנשים אמיתיים או מדומיינים (אובייקט חיצוני או פנימי), וביחסים שהאדם חווה בין האובייקטים החיצוניים והפנימיים שלו. לאובייקטים המופנמים יכולים להיות תכונות סותרות (גם טוב וגם רע) ולכן הם יכולים להתפצל מהאגו ולהיות בעלי קיום עצמאי ובכך לעורר קונפליקטים פנימיים מה שיובייל להתנהגות לא מסתגלת.

- **ההשקפה הבין אישית (אדלר, פרום, אריקסון)** - מתמקדת בגורמים החברתיים כאלו הקובעים את ההתנהגות. חלק גדול ממי שאנחנו הוא תוצר של יחסי הגומלין שלנו עם הזולת. הפסיכופתולוגיה מושרשת בנטיות לא מוצלחות שאנו מפתחים בזמן שאנחנו מתמודדים עם הסביבה הבין אישית. כוחות חברתיים ותרבותיים קובעי התנהגות יותר מאשר אינסטינקטים פנימיים. מה שמניע אותנו הוא הצורך להשתייך. לפי אריקסון יש קונפליקט בכל שלב בהתפתחות אשר יכול להיפתר בצורה טובה יותר או טובה פחות. הקונפליקטים האלו מושפעים מיחסי גומלין חברתיים, כאשר הם נפתרים בצורה פחות טובה זה עלול להוביל להתנהגות בלתי מסתגלת.

- **תיאוריית ההיקשרות (בולבי)** - דפוס היקשרות הנוצר כתוצאה מיחסי הגומלין עם דמות המטפל הראשי בשנים הראשונות לחיים עלול להשפיע על התנהגות מסתגלת (היקשרות בטוחה) או לא מסתגלת (היקשרות לא בטוחה).
- ◀ בספר נעשית הפרדה בין ההשקפה הפסיכואנליטית (פרויד) לבין השקפות פסיכואנליטיות חדשות יותר (מאנה פרויד ועד בולבי).
- **ההשקפה ההתנהגותית (ביהביוריסטית)** - נקודת המוצא כי האדם נולד לוח חלק וכל מה שהוא הופך להיות זה תוצאה של למידה. יש דגש על התניה קלאסית ואופרנטית, הכללה, הבחנה, למידה באמצעות צפייה וחיקוי.
- ע"פ גישה זו פסיכופתולוגיה נובעת כתוצאה מלמידת תגובות לא מסתגלות וכישלון בלמידת תגובות מסתגלות. למשל האדם חוזר על התנהגות לא מסתגלת ולכן המשיך להתנהג כך.
- הטיפול לפי הגישה ההתנהגותית מבוסס על הכחדת הלמידה הלא מסתגלת באמצעות טכניקות שונות דוגמת הצפה, הקהיה שיטתית, טיפול בהתפרצות וכדומה, וכן למידת תגובות מסתגלות.
- **ההשקפה הקוגניטיבית-התנהגותית** - שמים דגש על תהליכי חשיבה ועיבוד מידע, סכמות על עצמי וסכמות על העולם המנחות את ההתנהגות.
- לפי גישה זו פסיכופתולוגיה נגרמת כתוצאה מתהליכי חשיבה ועיבוד מידע לא תקינים, תהליכים לא מסתגלים. הסכמות האלו נוצרות עוד בילדות דרך חוויות בסביבה, סכמות אלו הן לרוב אוטומטיות.
- הטיפול יתמקד בשינוי קוגניטיבי של תהליכי חשיבה. זיהוי המחשבות האוטומטיות השליליות, הסכמות והייחוסים וכדומה, בדיקת תקיפותן ושינויים לחשיבה תואמת ומסתגלת.

ההשקפה החברתית

- ◀ **חסך או טראומה בגיל צעיר** - חסך במשאבים החיוניים שבדרך כלל מספקים ההורים כמו אוכל, חום וקורת גג עלולים להשאיר צלקות נפשיות ולעיתים בלתי הפיכות. לרבות ילדים שגדלו במוסדות ובתי יתומים או כאלה שגדלו בבית אך עם הוריהם אך סבלו מהזנחה או התעללות. משקעים אלו עלולים להוביל לסגנון היקשרות מבולבל ולא מאורגן (חרד מתנגד), במיוחד בהעדר גורמי הגנה חיצוניים. השפעות אלו עלולות להמשיך עם הילד גם לגיל ההתבגרות והבגרות ומי שחוו הזנחה או התעללות בילדותם זוכים בממוצע לפחות שכר, השכלה ותעסוקה. גם הפרדה של הילד מהוריו בגיל צעיר עלולה להוות גורם לדברים אלו ולהגביר את הפגיעות לגורמי עקה בבגרות ואת הנטייה לדיכאון ולתסמינים פסיכיאטריים.
- ◀ **סגנון הורות בעייתי** - קיימים 4 סגנונות הורות שונים אשר נבדלים בניהם ברמת החום והשליטה שמופנית כלפי הילד.
- **סמכותי** - הרבה חום, מעט שליטה. מגדירים גבולות בצורה ברורה ומאפשרים חופש פעולה. סיכוי נמוך לפתח הפרעות רגשיות, מחזקת את החוסן הנפשי.
- **סמכותני** - מעט חום, הרבה שליטה, הורים קרים ותובעניים. ← ילדים נוטים לסבול ממצבי רוח, רגזנות וקונפליקטים. מיומנויות חברתיות וקוגניטיביות נמוכות במיוחד אצל בנים.
- **מתירני/ותרני** - הרבה חום, מעט שליטה. ← ילדים נוטים לאימפולסיביות ותוקפנות, מפונקים יותר, אנוכיים, חסרי סבלנות, חסרי התחשבות.
- **מזניח/לא מעורב** - מעט חום, מעט שליטה. ← הילדים נוטים לסבול ממצבי רוח, הערכה עצמית נמוכה ובעיות התנהגות, בעיות עם יחסים עם בני גילם ובביצועים הלימודיים.
- ◀ **סכסוכים בחיי המשפחה וגירושים** - מבנה משפחתי משובש הוא גורם סיכון כללי שמגדיל את הפגיעות לגורמי עקה מסוימים. נישואין לא מאושרים הם קשים, אבל סיום קשר הנישואין עלול גם

לעורר עקה עצומה במבוגרים, נפשית ופיזית גם יחד. גירושין עלולים להשפיע השפעה טראומטית גם על ילדים. תחושות של חוסר ביטחון ודחייה עלולות להחריף עקב נאמנויות סותרות. עבריינות נוער וקשת רחבה של בעיות פסיכולוגיות כגון חרדה ודיכאון שכיחות הרבה יותר בקרב ילדים ומתבגרים שהוריהם גרושים מאשר במשפחות שלמות.

- ◀ **מעמד חברתי-כלכלי נמוך ואבטלה** - בחברה שלנו, ככל שהמעמד החברתי-כלכלי נמוך יותר כך גדלה השכיחות של תחלואות הנפש והגוף. הסיבות לקשר ההפוך הכלכלי הזה הן רבות. אחת מהן היא שחלק מבעלי הפרעות הנפש מחליקים אל שלביו הנמוכים ביותר של הסולם הכלכלי ונשארים, לפעמים משום שאין בידיהם המשאבים הכלכליים או האישיים לטפס בחזרה במעלה הסולם ולעיתים בשל דעות קדומות ותווית שלילית על הלוקים במחלות נפש. גורם נוסף הוא שבממוצע אנשים החיים בעוני נתקלים בחייהם בגורמי עקה רבים וחמורים יותר מאנשים עשירים יותר, ובדרך כלל יש להם פחות משאבים כדי להתמודד עם גורמים אלה.
- ילדים רבים מבתיים במעמד חברתי כלכלי נמוך מצליחים מאוד, בעיקר אלה שיש להם מנת משכל גבוהה יותר ויחסים ראויים במשפחה, בבית הספר ועם בני גילם

- ◀ **יחסים חברתיים לא מסתגלים** - נראה כי יש שני סוגים של ילדים מקובלים: הטיפוס הפרו-חברתי והטיפוס האנטי-חברתי. ילדים פרו-חברתי מקובלים מתקשרים עם בני קבוצת השווים שלהם בדרכים ידידותיות ואסרטיביות אך בשיתוף פעולה. בדרך כלל הם תלמידים טובים באופן יחסי לחבריהם לספסל הלימודים הפחות מקובלים. ילדים מקובלים אנטי-חברתיים לרוב בניס נוטים להיות "חבר'ה קשוחים", שהם אולי מוכשרים בספורט אך חלשים בלימודים העיוניים. הם נוטים מאוד לתוקפנות ואינם מצייתים לסמכות.

- אם הכול מתנהל כשורה עם קבוצת השווים הילד מגיע לגיל ההתבגרות מצויד בארגז כלים מגוון של מיומנויות וידע חברתי שמסתכמים לכישורים חברתיים. מקורות כאלה יכולים לשמש גורמי הגנה חזקים מפני דחייה הורית, תסכולים, דמורליזציה, ייאוש והפרעות נפש. ילדים שאינם מצליחים לקיים יחסים משביעי רצון עם בני גילם בשנות ההתפתחות אינם זוכים למערך חיוני של ניסיון רקע, והם נתונים בסיכון גבוה מן הממוצע למגוון תוצאות שליליות בגיל ההתבגרות ובתקופת הבגרות בין היתר - דיכאון, נשירה מבית הספר, מחשבות אובדניות ועבריינות.

- ◀ **דעות קדומות ואפליה גזעית, אתנית ומגדרית** - דעות קדומות כלפי קבוצות מיעוט יסייעו אולי להסביר מדוע הקבוצות האלה מתאפיינות לפעמים בתפוצה מוגברת של הפרעות נפש מסוימות. אחת הסיבות האפשריות לכך היא שאפליה נתפסת עשויה לשמש גורם עקה המאיים על ההערכה העצמית, והערכה עצמית נמוכה מגבירה מצוקה פסיכולוגית. הפליה מגבירה התנהגויות הכרוכות בסיכון.

ההשקפה התרבותית

- ◀ **תסמינים אוניברסליים וספציפיים לתרבות** - מה שנחשב נורמלי או חריג שונה במקומות שונים בעולם, ההשקפה התרבותית, עניינה בהשפעת התרבות על הגדרת הפרעות נפש ועל האופן שבו הן באות לידי ביטוי. הרבה הפרעות פסיכולוגיות, אצל מבוגרים ואצל ילדים כאחד, הן אוניברסליות (מופיעות בכל התרבויות), למרות זאת גורמים חברתיים-תרבותיים משפיעים לעיתים קרובות על סוג הפרעות שיתפתחו, על הצורות שילבשו, על תפוצתן ועל מהלכן, למשל - השכיחות של הפרעת דיכאון קשה משתנה מאוד בין תרבויות העולם. ישנן תרבויות שלמות שחווות גם תסמינים שאינם דומים כלל לדפוסים שמופיעים ברוב התרבויות האחרות בעולם.

◀ תרבות והתנהגות מרוסנת/לא מרוסנת -

- התנהגות בלתי מרוסנת - תוקפנות, אי-ציות וגילויי חוסר כבוד.
- התנהגות מרוסנת מדי - ביישנות, חרדה ודיכאון.

◀ כששואלים על טיפול בממ"ן/מבחן - הכוונה היא תמיד לטיפול פסיכולוגי ולא לתרופות. נענה על טיפול תרופתי רק כשישאלו מפורשות מה הטיפול הביולוגי/תרופתי.

פרק 4 - הערכה קלינית ואבחנה

הערכה פסיכולוגית

הליך העושה שימוש במגוון רחב של כלים

- **מגוון רחב של כלים:** מבחנים פסיכולוגיים, תצפיות, ראיונות, שאלונים לדיווח עצמי ואף **איסוף נתונים ממקורות מידע מגוונים:** מאובחן, הורים, מעסיקים, בן/בת זוג, משפחה ולעיתים חברים. למשל אם נרצה לאבחן ילד אז נשאל את ההורים ואת הגננת על מנת לבסס את האבחנה של אוטיזם.
- **ראיון מובנה -** כל השאלות סגורות ומוכנות מראש, ושואלים בדיוק לפיהן.
- **ראיון לא מובנה -** לא מכינים שאלון מראש, זורמים עם המטופל, ועם הדברים שעולים בשיחה.
- **ראיון חצי מובנה -** כמה שאלות מובנות מראש כמו למשל גיל, למה הגיע לטיפול, מצב משפחתי וכדומה, ושאר השאלות יתפתחו תוך כדי ונוכל לצאת לכל מיני שאלות שונות שלא הוכנו מראש.
- בדרך כלל נתחיל מראיון ולא משאלונים, גם כדי לבסס קשר עם המאובחן ויחסי אמון, על מנת לאפשר לו להיפתח ולהרגיש בנוח בתוך הסיטואציה. וגם כי ניתן ללמוד הרבה דברים מראיון, למשל האם הוא שומר על קשר עין, איך הוא מתלבש, על איזה רגשות הוא מדבר או לא מדבר וכדומה.
- חשוב לבסס יחסי אמון בין המאבחן למאובחן על כדי שהמאובחן ירגיש בנוח, יפתח וישתף פעולה עם המאבחן.
- מדובר בתהליך מתמשך לאורך מספר מפגשים בדרך כלל לא בפגישה בודדת, ולעיתים מתבצע בנקודות שונות במהלך טיפול מעבר להערכה ראשונית על מנת לאמוד את השינויים.
- הערכה צריכה לכלול מספר היבטים כמו חברתיים, מאפייני אישיות, היסטוריה, דפוסי התנהגות, הקשרים חברתיים, דרישות הסביבה, גורמי הגנה וגורמי סיכון. מטפלים משתמשים בכל אלה ע"מ להעלות השארות לגבי מניעיו של האדם להתנהג בצורה לא הסתגלותית, או לתיאור המצב הנוכחי.
- מטרת ההערכה היא לתעד ולסכם נקודות חולשה וחוזק. לערוך סיכום של תסמיני המטופל ובעיותיו.
- תפקיד חשוב של הערכה לפני הטיפול הוא זיהוי רמת התפקוד הבסיסית של המאובחן מהיבטים פסיכולוגיים שונים, ע"מ למדוד את השפעות הטיפול.
- לדוגמה לענות על שאלה אם אדם כשיר לעמוד למשפט, אם זוג כשיר לאימוץ, אם אדם סובל ממחלה מסוימת. בסוף תהליך זה ניגש לתת אבחנה קלינית אם המאובחן " ראוי" לאבחנה מסוימת מתוך הDSM.
- הטחת הליכי הערכה רגישים לתרבות - חשוב שמבצעה ההערכה ידבר באותה שפה של המאובחן, ויבין את התרבות ממנה המאובחן מגיע. למשל - עדיף שאדם מהציבור החרדי יעבור הערכה קלינית אצל מטפל מאותו ציבור.

אבחנה קלינית

- תהליך בו מגיעים ל"סיווג מסכם" של תסמיני המטופל באמצעות היצמדות למערכת המוגדרת היטב כגון DSM-5 או ICD-11.
- המשגה (פורמולציה) דינמית - תיאור קצר של מבנה האישיות של האדם שכולל את תחושותיו, מנגנוני ההגנה שלו, הפרוגנוזה שלו (סיכויי ההחלמה) והאטיולוגיה של הבעיה (הגורמים לבעיה).
- מטרת האבחנה הדינמית היא להציג תיאור תמציתי של מאפייני האדם, שהם מעבר לאבחנה (לא די בלציון שיש לו הפרעת אישיות גבולית או הפרעת דיכאון).

הערכה גופנית

כחלק מהערכות לפעמים נפנה להערכה גופנית זה חשוב משתי סיבות. שתי סיבות מרכזיות להערכה גופנית -

- חשוב לשלול היבטים רפואיים: מצבים אורגניים, אי סדירות הורמונלית וכו' יכולים ליצור תסמיני התנהגות דומים להפרעות נפש.
- הפרעות נפש נובעות לפעמים מפתולוגיה במוח. בדיקה נוירולוגית:

✓ **רישום חשמלי של המוח (EEG)** - בחינת דפוסים של גלי המוח במצבי ערות ושינה. סטיות משמעותיות מהדפוס הנורמלי עשויות לשקף ליקויים בתפקוד המוח כאלה הנגרמים מגידול או נגע אחר. הרישום עולל לחשוף הפרעת קצב- דפוס לא רגיל של פעילות חשמלית במוח.

✓ **סריקת טומוגרפיה צירית ממוחשבת (CAT scan)** - מספק מידע מדויק ולא פולשני על מיקום והיקף הליקויים במאפייניו המבניים של המוח.

✓ **הדמיה באמצעות תהודה מגנטית (MRI)** - טכנולוגיה המחליפה בהדרגה את CAT כי התמונות המתקבלות בדרך כלל חדות יותר בשל יכולתו להבחין בהבדלים עדינים ברקמות רכות. בדיקה המאפשרת לראות תהליכי התנוונות במוח המתבטאים למשל באזורים מוגדלים.

✓ **סריקת טומוגרפיה באמצעות פליטת פוזיטרונים (PET scan)** - בעוד CAT scan מוגבלת למאפיינים אנטומיים בולטים כמו צורתו של מבנה פנימי, PET מספקת תמונה של פעילות מטבולית ומאפשרת להגיע לאבחנות מדויקות יותר שאינן אנטומיות.

✓ **הדמיית תהודה מגנטית תפקודית (fMRI)** - MRI משמש לגילוי מבנים במוח, fMRI מאפשרת מדידת פעילות מוחית על ידי מדידת רמת חמצון. בכך הוא מאפשר למפות פעילות מוחית מתמשכת כגון תחושות, מחשבות, דימויים ולחשוף אזורים מוח שנראה כי מעורבים בתהליכים נוירופיזיולוגיים.

✓ **בדיקות נוירופסיכולוגיות** - משתשים באמצעי מדידה מגוונים למדידת הביצועים הקוגניטיביים, התפיסתיים והמוטוריים של הנבדק כרמזים למידת הנזק במוח ולמקימו, כאשר נזקים אלה עדיין לא מופיעים פיזית (לא ניתן לצפות בהם באמצעים הקודמים). ישנם מספר בדיקות נוירופסיכולוגיות שהם חלק מסוללת מבחנים שנקראת סוללת הלסטד-רייטן, כגון:

- **מבחן הקטגוריה של הלסטד** - מבחן המודד את יכולתו של הנבדק ללמוד ולזכור חומר ועשוי לספר רמזים על כושר השיפוט ומידת האימפולסיביות של הנבדק.
- **מבחן חוש המישוש** - מבחן המודד את המהירות המוטורית של הנבדק, את תגובתו לדברים לבלתי מוכרים ואת יכולתו ללמוד רמזים של מגע או תנועה ולהשתמש בהם.
- **מבחן קצב** - מדובר על מטלת תפיסה שמיעתית המשמשת למדידת קשב ויכולת ריכוז.
- **מבחן תפיסת צילי דיבור** - מבחן שמטרתו לקבוע אם האדם מסוגל לזהות מילים שנאמרות. המטלה מודדת את מידת הריכוז, הקשב וההבנה של הנבדק.

- **משימת הנעת האצבע** - משימה המודד את המהירות בה הנבדק מסוגל ללחוץ על דוושה באמצעות האצבע המורה.

הערכה פסיכו-חברתית

- מתחילים בראיון הקליני - כלי אבחוני לקבלת מידע רחב על האחר: ראיון מובנה, ראיון חצי מובנה וראיון פתוח.
- תצפית קלינית בהתנהגות - תצפית ישירה, משחק תפקידים, ניטור עצמי. בין אם זה תצפית בתוך הריאיון בתוך הסביבה הטיפולית ובין אם זה ללכת לסביבה הטבעית של המאובחן ולבצע תצפית שם.
- מבחנים פסיכולוגיים:
- **מבחן מובנה** - מבחן מוכן מראש, המהימנות והתוקף גבוהים יותר, טווח התשובות מוגבל, זולים יותר וקלים להעברה, שיטת נקידה ברורה, בדרך כלל קל יותר לבצע עליהם ניתוחים סטטיסטיים. למשל מבחני אינטליגנציה ו-MMPI (הרחבה בהמשך). מבחן אינטליגנציה הוא לא מבחן להערכת האישיות.
- **מבחנים השלכתיים** - גירויים מעורפלים, טווח תשובות אין סופי, הניתוח הוא יותר תוכני ופחות כמותי והוא מורכב יותר, מהימנים ותקפים פחות. למשל מבחן רורשך.

מבחני משכל (מבחן מובנה)

- מבחן וקסלר:
גרסה למבוגרים - WAIS-4 (2003).
- גרסה לילדים (עד 17) - WISC-4 (2013).
- מבחן סטנפורד בינה (2004) - בארץ משתשים בו בעיקר לפעוטות, עד גיל 3 בערך.

הערכת אינטליגנציה באמצעות מבחן האינטליגנציה של וקסלר

- **הגדרה** - היכולת לפעול בדרך מכוונת, לחשוב בדרך רציונלית ולהתמודד ביעילות עם הסביבה.
- וקסלר הניח שמבחני האינטליגנציה מהווים דרך לראות את האישיות של הנבדקים.
- החידוש - מבחן וקסלר בוחן שני תפקודים מרכזיים - א. מילולי; ב. ביצועי לדוגמה - אוצר מילים - עבור החלק המילולי; טווח מספרים - עבור החלק הביצועי
- ציון מנת משכל מחושב כמנה של גיל מנטלי חלקי גיל כרונולוגי כך שהממוצע הוא 100 וסטיית התקן היא 15.
- מידת הפער בין התפקודים האינטלקטואליים השונים תרמה להבנה של לקויות שונות ובכללן למידה.
- האינטליגנציה של האדם זה עוד מדד להערכת האדם ואישיותו.
- נבצע מבחני אינטליגנציה רק אם יש אינדיקציה שיש צורך בכך כי מדובר על מבחנים יקרים וארוכים (כ-3 שעות).

מבחני השלכה להערכת אישיות

- **הגדרה** - גירויים עמומים, רב משמעיים או לא מובנים שמנחים שבכדי להבינם "משליכים" את הבעיות, המניעים, המשאלות שלהם על המצב המתואר ובכך לחשוף את עולמם הפנימי.
- דוגמאות למבחני השלכה:
1. מבחן רורשך.
2. מבחן התפסת נושא: TAT

3. מבחן השלמת משפטים - מקבלים משפט חלקי למשל "אמא שלי היא _____" ועל הנבדק להשלים את המשפט עם הדבר הראשון שעולה לו לראש. מאוד מזכיר אסוציאציות חופשיות מהגישה הפסיכודינמית.

מבחן רורשך

- המבחן בנוי מכתמי דיו והמאובחן נדרש לציין מה הוא רואה, מה זה גורם לו לחשוב ומה זה אומר לו.
- רורשך הינו אחד הכלים הנפוצים ביותר באבחון, מלמדים אותו וחוקרים אותו בעולם כולו.
- יחסית למבחנים השלכתיים אחרים, זהו המבחן בעל התוקף הנמוך ביותר.
- למרות שעל פניו נראית המטלה של הרורשך מטלה פשוטה, אין הדבר כך. הוא מעורר סטים שלמים של פתרון ויזואלי, אשר קשור בסריקה של הגירוי, בחירה באזור אשר רוצים להתמקד עליו. סינון תשובות שלא נראות אופטימליות וביטוי התשובות בדרך בהירה.
- רורשך בנה את המטלה כך שתאגר את הנבחן. יש רמזים אשר מצופה מן הנבדק להגיב אליהם.
- הבוחן בשלב התחקיר חוזר עם הנבחן על כל תשובה, כאשר הנבדק מבהיר לו איזה מאפיינים בכתם השפיעו על התשובה שלו כגון המיקום ומאפיינים אחרים של הכתם.
- התהליך של ההסבר לאדם אחר מהווה אתגר, כיוון שבדור"כ אנשים לא מספקים הסבר מפורט על הדרך בה פועלים.

מבחן TAT

- כלי זה נוצר על ידי מורגן (Morgan) ומאריי (Murray) ב-1935.
- מבחן התפסת נושא - Thematic Apperception Test
- מטרה: לחשוף רגשות, דחפים, מניעים וקונפליקטים של הפרט.
- אפרספציה - התהליך שבו משליכים תכנים אישיים לתוך גירוי אובייקטיבי.
- ביצירת הסיפור המספר בדרך כלל מזדהה עם דמות אחת. המשאלות, שאיפות וקונפליקטים של גיבור הסיפור בדרך כלל משקפות את אלו של המספר.
- לפעמים המשאלות, שאיפות וקונפליקטים מיוצגים בדרך עקיפה או סימבולית.
- אין חשיבות שווה לכל הסיפורים, יש סיפורים שיש להם משמעות אבחונית חשובה בעת שלאחרים כמעט ולא.

מבחן השלמת משפטים

- מבחן המורכב מהתחלות של משפטים שהמאובחן נדרש להשלים.
- דוגמאות: 1. אני שונא... 2. כשאני חושב על אמא שלי...
- רמיזות לבעיותיו של המאובחן, עמדותיו ותסמיניו.
- חסרון: פרשנות סובייקטיבית ללא יכולת להשוואה מול נורמות.

יתרונות וחסרונות של מבחני השלכה

יתרונות	חסרונות
אופיין הבלתי מובנה והתמקדות בהיבטים ייחודים של האישיות;	הפרשנות סובייקטיבית, לא מהימנה באופן מספק וקשה לתיקוף;
אפשרות לקבל מידע על קונפליקטים ועיסוקים בעולמו הפנימי של הנבחן שאינם בהכרח מודעים לו.	משך העברה ארוך מדי ומחייבים הכשרה ממושכת של המאבחן.

מבחני אישיות אובייקטיבים

- הגדרה: מבחנים מובנים המבוססים על שאלוני דיווח עצמי או על סולמות דירוג שבהם השאלות או הפריטים מנוסחים בקפידה וקל יותר לכמת אותם באופן אובייקטיבי. 2 דוגמאות:
 - 1. שאלון אישיות NEO-PI
 - 2. מבחן ה-MMPI.

שאלון NEO-PI

- מספק מידע על הממדים העיקריים של האישיות (מתוך מודל חמש הגדולים FFM):
 - ← נויורטיות (רגשיות שלילית) – עד כמה האדם מדוכדך, עצבני, מודאג, מדאיג והקצה השני הוא פחות פגיע, פחות עצבני, פחות עצוב.
 - ← אקסטרוברטיות (מוחצנות) – עד כמה האדם חברותי, פתיחות להתנסויות אקטיבי לעומת הצד השני, מופנם, שקט, לא פתוח לדברים חדשים.
 - ← נועם הליכות – תשומת לב לאחרים, כמה הוא אלטרואיסטי, לעומת כמה הוא עוין, אנוכי ואדיש לאחרים.
 - ← מצפוניות – עד כמה אתה חרוץ, יסודי, מאורגן, מכוון הישג לעומת הצד השני כמה אתה עצלן, לא מאורגן, לא יסודי.

- זהו מודל חמשת הגורמים – מייצג חמישה ממדים של תכונות אישיות
- כל אחת מחמש התכונות מחולקת לשישה תת מרכיבים- מקבלים 30 תת מרכיבים שעל פיהם ניתן לסווג דפוסי אישיות של האדם.
- מהווה בסיס להשוואה להפרעות אישיות שיילמדו בפרק 10.
- המבחן אינו מחפש פסיכופתולוגיה אלא מחפש להעריך את האוכלוסייה הנורמלית.

מבחן MMPI-2

- מבחן אישיות אובייקטיבי ומובנה המבוסס על שאלון דיווח עצמי.
- המבחן מורכב מ- 550 פריטים בנושאים שונים החל ממצבים גופניים ופסיכולוגיים ועד לעמדות מוסריות ותרבותיות.
- על הנבחן לענות נכון או לא נכון
- ניתוח ה-MMPI 2 מתבסס על ניתוח ציוני הסולמות השונים המתוארים בפרופילים.

דוגמאות לסוגי הסולמות ב - MMPI

- סולמות התוקף - זהו הפרופיל החשוב ביותר. מטרתם להעריך את האופן שבו ענה הנבדק על פריטי השאלון. נועדו האם הנבדק ענה בכנות(למשל, ניסה להציג עצמו באור חיובי או שלילי); ענה בעקביות על הפריטים, ענה עליהם בכיוון מסוים-למשל מתוך נטייה לענות "נכון" או "לא נכון", או ניסה להתחזות.
- סולמות קליניים - לשם מתן פרופיל אישיותי. לדוגמה, פרנויה, היסטריה, חרדה, דיכאון, סכיזופרניה. משקף אנשים שמאובחנים, מייצג את האופן שבו מילא האדם את השאלון, בהשוואה לקבוצת מטופלים ידועה.
- המבחן מחפש פסיכופתולוגיה

יתרונות וחסרונות של מבחני אישיות אובייקטיביים

יתרונות	חסרונות
חסכוניים במשאבים זמן וכסף	מכניים ואינם מציגים במדויק את מורכבותם של בני האדם
פרשנות אובייקטיבית ובעלת מהימנות ותוקף גבוהים.	מטופלים לא אוריינים (קשיי קריאה, מבלבלים) מתקשים להשיב על השאלונים
	דורש שיתוף פעולה ואמינות של הנבחן

שילוב נתוני הערכה

- לאחר איסוף נתוני ההערכה, יש לפרש את משמעותם.
- על מנת שיהוו בסיס למודל עבודה לשם תכנון הטיפול.
- חשיבות של שילוב המידע, על מנת ליצור תמונה קלינית ברורה (או אם מתגלים פערים/סתירות המצריכים חקירה נוספת).

סוגיות אתיות

- פוטנציאל להטיה תרבותית של הכלי או של המטפל - איך התרבות של הנבחן יכולה להשפיע על תשובותיו.
- ההשקפה התיאורטית של המטפל - למשל מטפל פסיכודינמי ייתן יותר משקל למבחנים השלכתיים ממטפלים אחרים.
- הדגשה לא מספקת של מצבים חיצוניים - מסתכלים יותר למנגנונים אישיותיים מאשר לסיבות חיצוניות.
- תיקוף לא מספק.
- נתונים לא מדויקים או הערכת בוסר

עקה

- עקה (סטרים) - "מצב פסיכולוגי בו הדרישות שהחיים מציבים בפנינו הן מעבר למשאבינו וליכולת ההתמודדות שלנו"
- גורמי עקה - התביעות החיצוניות (stressors) מה שגרם לחוויית העקה (טריגר). העולם שסביבנו ומה שהוא מזמן לנו.
- עקה - ההשפעות על האדם (stress). התחושה שהמצב הזה גדול עלי, יכול הגרום לבכּי, לחץ מתח, יכול להתבטא בהפרעות פיזיולוגיות כמו חוסר שינה, לחץ דם גבוה, פסוריאזיס וכדומה. היבטים רגשיים (פסיכולוגיים), התנהגותיים ופיזיולוגיים.
- אסטרטגיות התמודדות - מאמצי התמודדות עם עקה, איך ניתן להתמודד עם העקה.
- עקה חיובית (הולדת ילד) - עקה שלילית (חיים בצל covid-19). ככל שהעקה שלילית יותר כך היא גורמת ליותר עקה.
- סבילות לעקה - היכולת לשאת/להכיל עקה מבלי להיפגע באופן קשה (למשל, בעזרת גורמי הגנה או חוסן נפשי). אנשים משתנים ביכולת הסבילות שלהם לעקה. ככל שיש יותר סבילות לעקה כך תתמודד איתה יותר טוב, ותושפע בצורה פחות משמעותית.
- עומס אלוסטטי - המחיר הביולוגי של הסתגלות לעקה (עומס גבוה/עומס נמוך). איזה מחירים גופניים אתה משלם בגלל ההתמודדות עם עקה למשל חוסר שינה, לחץ דם גבוה, הזעת יתר, איבוד תיאבון וכדומה.

מאפיינים של גורמי עקה

- חומרתו של גורם העקה - ככל שגורם העקה חמור יותר כך יש לו את הפוטנציאל להשפיע יותר.
- מידת הכרוניות שלו - כמה זמן נמשך, ככל שהוא נמשך יותר זמן כך יש לו את הפוטנציאל להשפיע יותר
- תזמונו של האירוע - באיזו תקופה בחיים שלך זה קורה
- מידת ההשפעה על חיינו - למשל מלחמה משפיעה מאוד
- עד כמה היה צפוי - לעומת כמה זה היה פתאומי.
- מידת השליטה בו - מה מהדברים כן בשליטתי ומה לא. למשל קורונה - הסגר לא בשליטתי אבל מה לאכול, מה ללבוש כן בשליטתי. ככל שחווית השליטה נמוכה יותר כך מידת העקה תהייה גבוהה יותר.
- מה שקובע את חומרת הסטרים זה יחסי הגומלין בין מאפייני גורמי העקה (הרשימה שלמעלה) לבין הכוחות של האדם להתמודד איתו.
- הכוחות של האדם: המשאבים והאסטרטגיות שעומדים לרשות האדם כדי להתמודד עם העקה, איך האדם תופס את האיום ואיך הוא מפרש אותו, חוסן נפשי וסבילות האדם לעקה (החוסן הנפשי יכול לנבוע ממשאבים פנימיים כמו אינטליגנציה וביטחון עצמי וגם ממשאבים חיצוניים כמו תמיכה, משפחה תומכת וכו').

מידת עקה

- איך אנחנו מודדים את רמת הסטרים
- מערכת LEDS - "רשימת אירועים וקשיים בחיים" המשתמש לדירוג מידת העקה. מדובר על רשימה של אירועים קשים שלכל אחד יש דירוג בין 0-100 כמה סטרים מעורר האירוע. הרשימה

הורכבה למעבר להבדלים בין אנשים, לדוגמה הסטרסור הכי גבוהה שקיבל ציון 100 הוא אובדן של ילד. שאלון עקה שגם מופיע בספר.

- **משבר** - תקופה שבה מצב מלחיץ מציף את האדם שחש שאינו יכול להסתגל ולהתמודד עם המצב, בניגוד לעקה שלא בהכרח מציפה את האדם. משבר זה הרבה יותר גדול מעקה. משבר זו שפה פסיכולוגית ולא השפה של ה-DSM. עקה לעומת משבר זאת לא בהכרח מציפה את האדם.

כל משבר כרוך בעקה, אבל לא כל עקה תוביל למשבר

גורמים היוצרים נטייה לעקה

מי נמצא בסיכון גבוה יותר להופעת הפרעה נפשית כתגובה למצבי עקה?

- ההשפעה של עקה קשורה למיומנויות ההתמודדות של האדם.
- בני נוער עם הורים מדוכאים פגיעים יותר לגורמי עקה.
- מאפיינים אישיותיים - מידת אופטימיות, מיקוד שליטה, הערכה עצמית ותמיכה חברתית.
- מבנה גנטי - גן 5HTLPR: שתי צורות קצרות של גן זה מגדיל סיכוי לפתח דיכאון לנוכח עקה.
- סבילות לעקה - היכולת לשאת עקה בלי להיפגע באופן קשה.
- הסבר קוגניטיבי - חוויות מלחיצות עלולות ליצור מעגל שמנצח את עצמו באמצעות שינוי אופן החשיבה שלנו. סגנון חשיבה פסימי יותר, שבסיטואציה הבאה כבר תחשוב מראש שהמצב יוביל לעקה.

עקה ובריאות גופנית

- עקה משפיעה כמעט על כל מחלה גופנית.
- המערכת הסימפתטית מפרישה אדרנלין ונוראפינפרין הגורמים להגברת קצב הלב ולמטבוליזם מהיר יותר של סוכרים בגוף.
- מערכת ההיפותלמוס מגרה את בלוטת יתרת המוח להפריש קורטיזול שמכין את הגוף ללחימה או מנוסה ומדכאת את תגובת החיסון המולדת.
- דיכוי מערכת החיסון - שיבוש ייצור הציטוקינים (שליחים כימיים עשויים מחלבון שמאפשר לתאי מערכת החיסון לתקשר בניהם. ככל שיש תקשורת טובה יותר כך המערכת החיסונית יעילה יותר).
- הזדקנות בטרם עת - עקה מקצרת את אורך הטלומרים (אזורים מגינים בקצות הכרומוזומים) ובכך הסיכוי לחלות גדל, ומזרז הזקנות.

רגשות ובריאות

- בעבר בעקבות מחקר חילקו את האנשים ל2 טיפוסים אישיות - דפוס התנהגות מסוג A: תחרותיים, מכורים לעבודה, חסרי סבלנות ועוינות. עוינות נמצאה כמרכיב המנבא העיקרי.
- התפתחות המחקר - אישיות מסוג D: נוטים לחוות רגשות שליליים ולהרגיש חוסר ביטחון וחרדה- שניהם נמצאו בסיכוי גבוה ללקות בהתקף לב. שתי התכונות שהכי מנבאות כיום הן - החוויה השלילית ועכבה חברתית.
- דיכאון הוא גורם סיכון להתפתחות מחלות לב כליליות.
- נמצא קשר בין הפרעות חרדה למוות מדום לב פתאומי.

- בידוד חברתי והעדר תמיכה חברתית- אנשים בודדים נמצאים בסיכון מוגבר לפתח מחלת לב. קשר בין בדידות לדיכאון אצל נשים.
- רגשות חיוביים ופסיכולוגיה חיובית המתמקדת בתכונות ומשאבים כגון הומור, הכרת תודה וחמלה שתורמות לרווחה הגופנית והנפשית.
- מיומנות של וויסות רגשי - בעלת חשיבות רבה, לרווחה הפסיכולוגית ולבריאות הגופנית.
- מחקרים מראים שיש קשר ברור (לא סיבתי) בין המצב הרגשי והגופני.
- רפואה התנהגותית - גישה בינתחומית לטיפול בהפרעות גופניות מניחה שמחלות קשורות בשילוב של גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וסוציאליים.

הטיפול בהפרעות גופניות הקשורות לעקה

- **התערבות ביולוגית - אנשים שסבלו מבעיות לב והם בעלי רקע של דיכאון מתן תרופות ממשפחת ה-SSRI הוריד את הסיכוי למות ממחלות לב או ללקות באירוע לבבי נוסף לעומת כאלו שלא טופלו.**

◀ התערבויות פסיכולוגיות

- **חשיפה רגשית - עצם זה שאנשים כותבים את מה שמפריע להם, מדברים על זה, או מספרים על זה - זה יוצר אוורור רגשי, חשיפה של הרגשות. חשיפה רגשית עשויה ליצור קתריזיס רגשי או מסגור מחדש של בעיות מין העבר יכולים לסייע לשפר את תפקודה של מערכת החיסון, או להנמיך את רמות הורמוני העקה במחזור הדם. כאשר מדובר על בעיה עכשווית (למשל חבר שלך זרק אותך אתמול) חשיפה רגשית פחות יעילה.**
- **משוב ביולוגי (ביופידבק) - מגביר מודעות וניטור של קצב לב, רמת מתח שרירים, לחץ דם וכו'. מחברים את האדם למסך גדול עם כל מיני אלקטרודות וניתן לראות את המדדים על המסך, והאדם לומד מה קורה לגוף שלו כשהוא לומד על נושא מסוים. איזה מחשבות משפיעות על הגוף שלו באיזו צורה, ולומדים איך לשנות את המחשבות ואת הנשימה ואיך זה משפיע על מדדי הגוף השונים.**
- **הרפיה ומדיטציה - כיווץ והרפיית שרירים, או מדיטציה שגורמת להרפיה, הוכח כיעיל לטיפול בכאבי ראש ולסובלים מיתר לחץ דם. שילוב בין הרפיה ולבין ביופידבק יעיל יותר מרק הרפיה.**
- **טיפול קוגניטיבי התנהגותי - נמצא כהתערבות יעילה לטיפול בכאב ראש וכן בסוגים אחרים של כאב.**

תגובת העקה

- ישנן 2 מערכות נפרדות המעורבות בשרשרת שינויים ביולוגיים שונים כאשר אנו ניצבים מול איום של גורם עקה נתפס: מערכת SAM ומערכת HPA.
- מערכת בלוטות יותרת הכליה הסימפתית (SAM SYSTEM – the sympathetic adrenomedullary system) – מערכת שתפקידה לגייס משאבים ולהתכוון לתגובת לחימה או מנוסה (fight or flight).
- תגובת העקה מתחילה בהיפותלמוס ← היפותלמוס מגרה את ה-SNS ← החלק הפנימי (הליבה) של בלוטת יותרת הכליה (adrenal medulla) מפרישה אדרנלין ונוראדרנלין ← אדרנלין ונוראדרנלין נעים באמצעות מחזור הדם ומגבירים את קצב הלב ולמטבוליזם מהיר יותר של סוכרים בגוף.
- היפותלמוס ← SNS ← יותרת הכליה ← אדרנלין ונוראדרנלין ← הגברת קצב הלב ומטבוליזם של סוכרים בגוף

- מערכת ההיפותלמוס - יותרת המוח - יותרת הכליה (HPA SYSTEM – hypothalamus pituitary – adrenal system)
- עקה מעוררת את ההיפותלמוס ← ההיפותלמוס מפריש הורמון משחק קורטיקוטרופין CRH (corticotropin releasing hormone) ← CRH נע במחזור הדם והוא מגרה את יותרת המוח (ההיפופיזה) ← ההיפופיזה מפרישה הורמון אדרנקורטיקוטרופי ACTH – adrenocorticotrophic hormone) ← ACTH מגרה את קורטקס יותרת הכליה (adrenal medulla) ← מיוצר קורטיזול (cortisol)
- היפותלמוס ← CRH ← היפופיזה ← ACTH ← יותרת הכליה ← קורטיזול

תפקידי הקורטיזול

- מכין את הגוף ללחימה או מנוסה
- מדכא את מערכת החיסון המולדת (מקרופאגים, גרנולוציטים וnatural killer cells)
- מעכב דלקת (חלק מתגובת החלמה של הגוף).
- אם לא מפסיקים את תגובת הקורטיזול עלול להיגרם נזק לתאי מוח (כמו ההיפוקמפוס) והיא יכולה לעצור גדילה (ניתן לראות זאת אצל תינוקות שבעקבות עקה אינם עולים במשקל או משגשים).
- למוח יש קולטני קורטיזול שתפקידם להפחית את פעילות הבלוטות המעורבות בתגובת העקה. אבל אם גורם העקה לא נעצר, מערכת HPA (זאת שאחראית על הפרשת קורטיזול) ממשיכה לפעול והפרשת הקורטיזול נמשכת.

עקה ומערכת החיסון

תפקידה של מערכת החיסון זה להגן על הגוף ממזיקים כמו חיידקים ונגיפים. היא חלשה מידי אינה יכולה לתפקד ביעילות והגוף נכנע לנזק מנגיפים ומחיידקים שחודרים אליו. אם היא חזקה מידי ולא בררנית היא עלולה לפגוע בתאים בריאים בגוף (כמו במחלות אוטואימוניות).

- **לויקוציטים (leukocytes)** - נוצרים במוח העצם ומאוחסנים במקומות שונים בגוף. ישנם 2 סוגים של לויקוציטים:

✓ **תאי B (B cells)** - סוג של לויקוציטים שמייצרים נוגדנים ספציפיים שתפקידם להגיב לאנטיגנים ספציפיים. כאשר הוא מזהה אנטיגן, הוא מתחיל להתחלק ולייצר נוגדנים שנעם בזרם הדם. בתהליך הזה מסייעים ציטוקינים שתאי T מפרישים.

✓ **תאי T (T cells)** - סוג של לויקוציטים שנעים במחזור הדם והלימפה בצורה לא פעילה. כל תאי T מצויד בקולטנים על פני השטח שמזהים סוג ספציפי אחד של אנטיגן (אולם תאי T אינם מסוגלים לזהות אנטיגן בעצמם). תאי T מופעלים כאשר מקרופאגים מגלים אנטיגנים ומתחילים לבלוע ולעכל אותם. המקרופאגים מפרישים את הציטוקין IL 1 וכך תאי T הורסים אנטיגנים.

✓ כאשר מערכת החיסון מגורה תאי B ותאי T מופעלים ומתרבים במהירות ויוצאים למתקפה נגד האנטיגנים השונים. אם תהליך זה לא יקרה האדם ימות מדלקת. * אנטיגן - גופים זרים כמו נגיפים וחיידקים וכן פולשים פנימיים כמו גידולים ותאי סרטניים.

עקה ותפקוד מערכת החיסון

- עקה מחלישה את תפקוד מערכת החיסון ומאטה את קצב ההחלמה מפצעים. פסיכו-נוירו-אימונולוגיה היא תחום מתפתח העוסק בקשרי הגומלין בין מערכת העצבים למערכת החיסון.
- במערכת החיסון, תאי דם לבנים מתמחים המכונים תאי B ותאי T מגיבים לאנטיגנים כגון נגיפים וחיידקים. הם נעזרים בתאי הרג טבעיים, בגרנולוציטים ובמקרופאגים.
- הפעלת מערכת החיסון מגרה ייצור של ציטוקינים. ציטוקינים הם שליחים כימיים המאפשרים למוח ולמערכת החיסון לתקשר ביניהם. מקצת הציטוקינים מגיבים להתקפה על מערכת החיסון באמצעות תגובת דלקת. ציטוקינים אחרים, המכונים ציטוקינים אנטי - דלקתיים, מדכאים את תגובת מערכת החיסון כאשר היא מתמודדת עם התקפה.
- נראה כי עקה מתמשכת מפריעה ליכולתו של הגוף להפסיק את ייצור הציטוקינים. התוצאה היא דלקת.
- עקה מאיטה תהליך של החלמה מפצעים מכיוון שהיא קשורה לדיכוי מערכת החיסון. גורמי עקה ממושכים (כמו אבטלה או בעיות בין אישיות) נחשבים למדכאי מערכת החיסון הנפוצים בעולם. כאשר גורם העקה מוסר מערכת החיסון חוזרת לתפקד כראוי (הביטויים הפיזיולוגיים של עקה נעלמים).

עקה וציטוקינים

- ציטוקינים (cytokines) – מולקולות חלבונים קטנות המאפשרות למוח ולמערכת החיסון לתקשר ביניהם. ציטוקינים יכולים להעצים או לזרז תגובת חיסון או לגרום לדיכוי מערכת החיסון, לפי הציטוקין הספציפי שמופרש. לציטוקינים יש השפעה הן על מערכת החיסון והן על המוח.
- הציטוקינים מתחלקים לשתי קטגוריות עיקריות:
 - ✓ ציטוקינים פרו דלקתיים
 - ✓ ציטוקינים אנטי דלקתיים

הפרעות לפי ה-DSM מתוך הקטגוריה "הפרעות הקשורות לטראומה ולגורמי עקה"

ההפרעות המופיעות תחת קטגוריה זו:

- ✓ הפרעת הסתגלות – עקב אבטלה, גירושין, מות אדם קרוב וכו'
- ✓ הפרעת עקה פוסט-טראומתית – עקב קרב, אונס, מחנה השמדה, צונמי וכו'
- ✓ הפרעת עקה חריפה.

הפרעת הסתגלות (Adjustment disorder) קריטריונים לפי ה-DSM5

- אופי ההפרעה – קושי להסתגל למצב חדש שכיח.
- כדי להיות מאובחן עם הפרעת הסתגלות עליו לעמוד בכל 4 הקריטריונים הבאים:
- ✓ א. תגובה פסיכולוגית לגורם עקה רווח (גירושין, מות אהוב, אובדן עבודה, יציאה לפנסיה, פיטורים, עלייה לכיתה א', גיוס לצבא) שמביאה לתסמינים התנהגותיים או רגשיים קליניים מובהקים. למשל להיות פליט אין זה גורם רווח ולכן הוא לא עונה על קריטריון זה.
 - ✓ ב. התסמינים צריכים להתחיל עד שלושה חודשים מיום הופעת גורם/י העקה.
 - ✓ ג. האדם צריך לחוות מצוקה גדולה יותר מהצפוי ביחס לנסיבות או לא להיות מסוגל לתפקד כרגיל.

ד. התסמינים פוחתים או נעלמים בהדרגה כשגורם העקה נעלם או שהאדם לומד להסתגל לגורם העקה, אך לא יותר משישה חודשים של משך זמן. אם האדם לא מסתגל תוך 6 חודשים האדם אינו עומד בקריטריונים של הפרעת הסתגלות.

אם מישהו קיבל הפרעת הסתגלות והסימפטומים מתמשכים יותר מחצי שנה הוא יקבל הפרעה אחרת (בדרך כלל דיכאון).

טראומה

תחת הקטגוריה: "הפרעות הקשורות לטראומה ולגורמי עקה" ב-DSM V.

הגדרה לפי ה-DSM V - חשיפה למוות ממשי או לאיום של מוות, פגיעה קשה או אלימות מינית באחת או יותר מהדרכים הבאות:

1. חוויה ישירה של האירוע הטראומתי - המאובחן עצמו היה באירוע.
2. עדות ראייה אישית לאירוע הטראומתי שקרה לאנשים אחרים - למשל אתה ראית אנשים נשרפים, למרות שלך לא קרה כלום, היית עד בצורה אישית לאירוע.
3. קבלת ידיעה על אירוע שקרה לבן משפחה/חבר קרוב האירוע צריך להיות אליס או מקרי. למשל מישהו שנחטף, או נרצח.
4. חוויה של חשיפה חוזרת ונשנית או קיצונית לפרטים המזעזעים של האירוע (אך לא דרך אמצעי התקשורת). למשל עובד של זק"א או כבאי שנחשף הרבה פעמים לגופות וחלקי גופות, אנשים שרופים וכדומה.

שתי הפרעות שקשורות לטראומה:

ASD (Acute Stress Disorder) הפרעת עקה חריפה קריטריונים לפי ה-DSM5

- א. קריטריון הטראומה (אחד מ-4 האפשרויות שהמפורטות למעלה תחת טראומה).
- ב. ארבעה קריטריונים הנובעים מהחשיפה לאירוע הטראומתי (הם לא היו לפני האירוע הטראומתי) וכל הארבעה צריכים להופיע כדי לקבל את הפרעה:
 - ✓ פולשנות - חוויה חוזרת של סיוטי לילה, תמונות מהאירוע שחוזרות לפתע למודעות או הרהורים חוזרים ונשנים על האירוע. שקורים באופן תדיר.
 - ✓ הימנעות - מאמצים להימנע ממחשבות, רגשות או גירויים שמזכירים את הטראומה.
 - ✓ שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח - תחושת ניתוק (אי יכולת לזכור היבטים מהאירוע), אמונות שליליות של האדם כלפי עצמו/אחרים ("אני אדם רע", "אי אפשר לסמוך על העולם") בוש, כעס, זעם האשמה - של האדם את עצמו או אחרים בסיבה לאירוע הטראומתי. ירידה ניכרת בעניין בפעילויות חשובות או בהשתתפות בהן. חוסר יכולת מתמשך לחוות רגשות חיוביים כמו אושר, אהבה וכו'.
 - ✓ עוררות ותגובתיות - דריכות יתר, תגובה מוגזמת לבהלה, תוקפנות - התפרצויות זעם, התנהגות רגזנית, והתנהגות חסרת אחריות, התנהגות הרסנית, בעיות ריכוז, קשיי שינה.
- ג. האדם מדווח על מצוקה משמעותית או על שיבוש משמעותי בתפקוד החברתי/תעסוקתי ו/או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ד. לא ניתן לייחס את ההפרעה להשפעות פיזיולוגיות של חומר או מצב רפואי אחר. לשים לב שהאדם לא תחת השפעת סמים או שיש גידול או סיבה בריאותית.
- ה. משך הזמן של קריטריון ב': לפחות יומיים ועד 4 שבועות מהאירוע הטראומתי. כלומר ניתן לתת את ההבחנה ASD של רק אם עבר מקסימום חודש מרגע האירוע.

PTSD הפרעת עקה פוסט טראומטית קריטריונים לפי ה-DSM5

- א. קריטריון הטראומה.
- ב. ארבעה קריטריונים הנובעים מהחשיפה לאירוע הטראומתי:
 - ✓ פולשנות - חוויה חוזרת של סיוטי לילה, תמונות מהאירוע שחוזרות לפתע למודעות או הרהורים חוזרים ונשנים על האירוע.
 - ✓ 2. הימנעות - מאמצים להימנע ממחשבות, רגשות או גירויים שמזכירים את הטראומה.
 - ✓ שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח - תחושת ניתוק (אי יכולת לזכור היבטים מהאירוע), אמונות שליליות של האדם כלפי עצמו/אחרים ("אני אדם רע", "אי אפשר לסמוך על העולם") בוש, כעס, זעם האשמה - של האדם את עצמו או אחרים בסיבה לאירוע הטראומתי. ירידה ניכרת בעניין בפעילויות חשובות או בהשתתפות בהן. חוסר יכולת מתמשך לחוות רגשות חיוביים כמו אושר, אהבה וכו'.
 - ✓ עוררות ותגובתיות - דריכות יתר, תגובה מוגזמת לבהלה, תוקפנות - התפרצויות זעם, התנהגות רגזנית, והתנהגות חסרת אחריות, התנהגות הרסנית, בעיות ריכוז, קשיי שינה.
- ג. האדם מדווח על מצוקה משמעותית או על שיבוש משמעותי בתפקוד החברתי/תעסוקתי ו/או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ד. לא ניתן לייחס את ההפרעה להשפעות פיזיולוגיות של חומר או מצב רפואי אחר.
- ה. משך הזמן של קריטריון ב' - חלף לפחות חודש מאז האירוע.

PTSD

שכיחות

- 9.7% אצל נשים (בגלל שכיחות מקרי אונס כלפיהן)
- 3.6% אצל גברים

- רמת החשיפה משפיעה על שכיחות: 30-40% בקרב מבוגרים שנחשפו ישירות לאסון.
- בהשוואה בין תאונת דרכים להתקפות טרור: נמצאו שיעורים גבוהים של PTSD לאין ערוך לאחר 4 חודשים לניצולי התקפות טרור.

גורמי סיכון אישיים

- רמות גבוהות של נורוטיות
- בעיות קודמות של דיכאון וחרדה
- היסטוריה משפחתית של דיכאון, חרדה ושימוש מזיק בחומרים
- רמות נמוכות של תמיכה חברתית
- מחשבות או דימויים מטרידים על אירועים טראומטיים שעלולים להתרחש בעתיד

גורמים ביולוגיים

- אנשים עם אלל SS קצר ביחוד עם רמות התמיכה החברתית נמוכות.

גורמים חברתיים-תרבותיים

- השתייכות לקבוצת מיעוט
- חזרה של חיילים לסביבה חברתית שלילית ולא תומכת

הטיפול בהפרעות דחק (עקה) הפרעת הסתגלות, PTSD-I ASD
ההתערבות הטיפולית יעילה יותר ככל שהיא נעשית סמוך לטראומה.
ברמה המיידית:

1. **הרגעה ומנוחה** - המנוחה מאפשרת עיבוד של "ההפצה" בגרייה, לעיתים תוך שימוש בתרופות הרגעה נוגדות חרדה.
2. **קו חם בטלפון או אינטרנט** - ער"ן (עזרה ראשונה נפשית) וסה"ר (סיוע והקשבה ברשת).
3. **התערבות בשעת משבר** - מתמקד בבעיה המיידית במטרה לסייע לעבור את המשבר המידי. תוך מתן הכוונה והצגת הכלים והגופים העומדים לרשות המטופל, בניית תוכנית פעולה וכדומה. במקרים של הפרעת הסתגלות עדיף לבחור את זה.
4. **דיבוב פסיכולוגי (Debriefing)** - לעודד דיבור על חוויות במהלך המשבר. שנוי במחלוקת - לא הוכח שמפחית תסמינים או מזרז החלמה ועלול להיות בעייתי עבור ניצולים שעדיין לא מוכנים לכך. לא לרשום את זה כתשובה בממן/מבחן.

טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים ל-PTSD:

- **PE - חשיפה ממושכת** - המטופל מתאר בצורה חיה את האירוע הטראומתי שוב ושוב, עד שניכרת הפחתה בתגובותיו הרגשיות. לא מתאים להפרעת הסתגלות. טיפול יותר ממוקד טראומה מאשר טיפול קוגניטיבי. חיסרון - יש נשירה גדולה מהטיפול בשל הדרישה מהם להיזכר, לשחזר ולחיות מחדש את האירוע הטראומתי. (לשחזר שוב את הטראומה עוזר להקטין מחשבות פולשניות).
- **טיפול קוגניטיבי** - מיועד לשנות הערכות שליליות מוגזמות של הטראומה או של תוצאותיה, הפחתת האיום כשנזכרים באירוע והסרת אסטרטגיות התנהגותיות וקוגניטיביות בעייתיות כגון הימנעות. הטיפול עוסק בסכמות - מהו האירוע הטראומתי.
⇐ בטיפולים אלו יש חשיבות מכרעת להקשבה פעילה של המטפל ויצירת סביבה בטוחה, חמה ותומכת. לא משנה באיזו מבין שלוש ההפרעות המדובר זה תמיד חשוב, אבל באחת מהפרעות הטראומה זה חשוב מאוד שתהייה סביבה בטוחה אצל המטפל כי הטראומה יוצרת תחושה של חוסר ביטחון, שהעולם אינו מקום בטוח.
- **טיפול תרופתי** - תרופות נוגדות דכאון ו/או תרופות נוגדות פסיכודה (במינון קל) - ראיות מועטות לתועלת משמעותית.

פרק 6 - פאניקה, חרדה, טורדנות וההפרעות הנלוות אליהן

- **חרדה** - תחושה כללית של חשש מסכנה עתידית. מקורה יכול להיות חיצוני או פנימי ואין הסכמה גורפת כי המצב מסוכן. מעודדת יותר תגובת ברח (הימנעות) ופחות הלחם.
- **פחד** - תחושת בהלה בתגובה לסכנה מיידית. מקור הסכנה הוא גלוי המטרה - השרדות. מכון להווה ויש לגביו הסכמה חברתית רחבה שאכן מדובר על סכנה.
- **פאניקה** - כאשר מופיעה תגובת פחד בהיעדר כל סכנה חיצונית נראית לעין מדובר בהתקף פאניקה ספונטני ללא רמזים מקדימים. התקפי פאניקה מלווים בתחושה סובייקטיבית של אסון קרב ובא
- **הפרעות חרדה** - תסמינים קליניים משותפים של חרדה או פחד
- הפרעות חרדה הן ההפרעות שמתחילות בגיל הצעיר ביותר מבין הפרעות הנפש והן קשורות לשכיחות מוגברת של מצבים רפואיים כמו אסטמה, יתר לחץ דם, כאב כרוני.

- רבים ממקורות הפחד והחרדה שלנו הם נלמדים (התניה קלאסית, התניית פחד).
- לפי הגישה הפסיכודינמית מקורה של חרדה הוא בקונפליקט בין תשוקה פרימיטיבית שמקורה באיד לבין איסורים להביע אותה שמקורם באגו ובסופר אגו.
- נזירוז - מונח שכבר לא קיים ב-DSM.

חרדה	פחד
אין תגובה של מערכת הילחם או ברח במערכת העצבים הסימפתטית אך זו מכינה את האדם לתגובת "הילחם או ברח" במידה והסכנה תתרחש.	רגש בסיסי המשותף לבע"ח רבים, כולל את הפעלת התגובה "הילחם או ברח" במערכת העצבים הסימפתטית.
מאופיינת במצב רוח רע, עיסוק מופרז בעצמי, תחושת חוסר יכולת לשלוט באיום העתידי ולשלוט בו אם יופיע.	תגובה כמעט מיידית לכל איום העומד להתרחש כגון טורף או אקדח.
הערך ההסתגלותי של חרדה הוא שהיא אולי עוזרת לנו להתכונן לאיום אפשרי ולתכנן תוכניות. חרדה היא הסתגלותית כשהיא מופיע ברמה נמוכה או בינונית אך אינה כזו כשהיא חמורה או כרונית.	לפחד יש ערך הישרדותי האפשר לאורגניזם לפעול במצב של איום.
שילוב של קוגניציות ורגשות בלתי נמנעים ומעורפלים (לא מוגדרים) המכוונים לעתיד. לחרדה יש שלושה מרכיבים: 1. מרכיב קוגניטיבי/סובייקטיבי = "אני מודאג מהעתיד". 2. פיזיולוגים = לחץ, עוררות יתר כרונית. 3. התנהגותיים = הימנעות כללית.	לפחד יש שלושה מרכיבים: 1. מרכיב קוגניטיבי/סובייקטיבי = "אני עומד למות". 2. פיזיולוגים = דופק מואץ 3. התנהגותיים = דחף חזק לברוח. מרכיבים אלו לא תלויים זה בזה ויכולים להופיע יחד או בנפרד.
לסיכום הדומה והשונה בין חרדה ופחד	
שונה	דומה
בפחד - מקור סכנה גלוי ומיידית שיש לגביו הסכמה חברתית רחבה, שאכן הוא מסוכן. מכון יותר להווה. 'הילחם או ברח' מטרתו הישרדות.	מרכיבים קוגניטיביים / סובייקטיביים (קשר לעצמי)
בחרדה - מקורה של הסכנה הנחווית בחרדה יכול להיות חיצוני או פנימי ואין הסכמה על היות המצב מסוכן. מכוננת יותר לעתיד. בעיקר 'ברח' (הימנעות) ופחות 'הילחם'.	מרכיבים פיזיולוגיים - תגובת מערכת העצבים האוטונומית (הפעלת המערכת הסימפתטית)
	מרכיבים התנהגותיים (התנהגות גלויה) - רצון לברוח

הפרעות חרדה anxiety disorder

- מתאפיינות בפחדים או חרדות לא מציאותיים וחסרי הגיון שגורמים למצוקה ניכרת ו/או לבעיות ושיבושים בתפקוד.

- קיימות חמש הפרעות חרדה תחת קטגוריה זו - פוביה ספציפית, הפרעת חרדה חברתית, הפרעת פאניקה, אגורפוביה והפרעת חרדה כללית GAD.
- הגישה המתאימה ביותר להבין כיצד כל סוגי הגורמים השונים יוצרים בניהם יחסי גומלין בהתפתחות הפרעות חרדה זו **הגישה הביו-פסיכו-חברתית**.
- ← **הגנטיקה** תורמת לכל אחת מהפרעות החרדה וניראה כי אותו מבנה גנטי משותף לכל ההפרעות המופיעות תחת קטגוריה זו.
- ← גורמים **ביולוגיים** - נראה כי מבנה המוח המעורבים ביותר נמצאים במערכת הלימבית ובחלקים מסוימים בקורטקס. הניורטרנסמיטרים המרכזיים המעורבים בחרדה הם: גאבא, נוראדרנלין וסרוטונין. משתנים גנטיים (לנשאים של גן הקשור לסרוטונין בעלי אלל s שמתקשר לניורטיות מוגברת) קיימת התנית פחד חזקה יותר מאנשים בלי אלל זה. נשאי גן COMT בעלי התנגדות רבה יותר להכחדת הפוביה. משתני מזג - 'עכבה התנהגותית' (עמוד 123) - תינוקות ביישנים מאד, נבוכים בקלות ונכנסים בקלות למצוקה נמצאים בסיכון גדול יותר לפתח פוביה ספציפית - מהירות ההתניה לפחד ועוצמתה
- ← הביטוי **הפסיכולוגי** הרווח והמשותף להפרעות חרדה הוא תכונת האישייות ניורטיות - נטייה למצבי רוח שליליים. ניורטיות היא גורם סיכון שכיח להפרעות חרדה ולהפרעות מצב רוח.
- נקודת מבט פסיכואנליטית** - הגנה מפני חרדה שנובעת מדחפים מודחקים של האיד. החרדה דרך מנגנון הגנה של התקה, מועברת לאובייקט או מצב חיצוני בעל קשר סמלי למושא החרדה האמיתי. הקונפליקט בנירוזה הוא בין הרצון הפרימיטיבי המצוי במשאלות האיד לבין האיסור לבטא אותו, שמקורו באגו ובסופר-אגו. הפחד הוא למעשה הביטוי החיצוני של הקונפליקט הפנימי. הסימפטום הניורטי הוא תוצר של מנגנון ההגנה המאפיין את אותה הפרעה. ה"סימפטום", כלומר, הפחד הספציפי, הוא פשרה בין מימוש הדחף לבין האיסור לבצעו. לסימפטום אמור להיות קשר סימבולי לתוכן הקונפליקט (לעיתים קרובות החוט המקשר בין הסימפטום לתוכן, הוא סמוי).
- הפוביה מתפתחת בשלב הפאלי** (סביב התסביך האדיפלי) כתוצאה מקונפליקט בלתי פתור בין דחף לבין איסור מופנם. הקונפליקט יוצר חרדה המאיימת על שלמות האישייות (שלמות ה"אני"). החרדה מותקת אל אובייקט חיצוני שיש לו קשר סמלי לגורם מעורר החרדה המקורי.
- מקרה הנס הקטן** - התקת החרדה (חרדת סירוס כחלק מהתסביך האדיפאלי) מהאב לאובייקט פחות מאיים הסוס - האובייקט הפובי. הסוס מקבל משמעות סמלית (למשל, הפנים השעירות של הסוס הזכירו להנס את הזקן של האב/הסוס מסמל כוח, סכנה, אגרסיה הקשור לחלקים המפחידים והשנואים של האב).
- ← גורמים **פסיכולוגיים סיבתיים** - התניה קלאסית של פחד, פאניקה או חרדה יש תפקיד חשוב בחלק גדול מהפרעות החרדה.
- ← **גורמים חברתיים** - אנשים התופסים עצמם כחסרי שליטה על סביבתם ו/או על רגשותיהם כנראה פגיעים יותר להתפתחות הפרעות חרדה. אחד הגורמים לתחושת היעדר שליטה הוא הסביבה החברתית בה אנשים גדלים כולל סגנון ההורות אותו חוו.
- ← **קוגניטיבי** - דפוסי קוגניציה משובשים משחקות תפקיד חשוב בהפרעות חרדה מסוימות.
- ← **סביבה חברתית תרבותית** והתנסויות העבר של הפרט ישפיעו גם הם על סוגי האובייקטים שיכולים להפעיל את הפרעת החרדה.
- **הטיפול** שעוזר לרוב הפרעות החרדה הוא חשיפה הדרגתית (טיפול לפי הגישה ההתנהגותית) בשילוב הבניה קוגניטיבית מחודשת.

- **תרופות** (נוגדות חרדה או נוגדות דיכאון), בדרך כלל לא מאוד עוזרות, ולא מומלץ לתת תרופה נגד דיכאון כל יום רק בגלל שאדם מפחד מטיסות. עדיף לתת כדור חד פעמי ממשפחת הבנזודוקאין למשל כדור ואבן לפני טיסה.
- **הטיפול לפי הפסיכואנליזה** - יש להביא את הקונפליקט הלא מודע אל המודע (שקשור לתסביך האדיפלי). באמצעות טיפול פסיכואנליטי (טכניקות כדוגמת ניתוח חלומות, ניתוח העברה או ניתוח התנגדות). פתרון בהכחדת הסימפטום ללא התייחסות לקונפליקט שבבסיסו לא יסייע. הצפי: סימפטום אחר יחליף את זה שהוכחד.

פוביות ספציפיות specific phobias

- **פוביה** - פחד מתמיד ומוגזם מפני אובייקט או מצב מסוים שלמעשה הוא לא מסוכן בכלל או מסוכן במידה מועטה, אך למרות זאת מוביל את הפרט להימנעות ממצבים המפגישים אותו עם הגירוי שמעורר את הפוביה.
- נמצאת תחת הקטגוריה הפרעות חרדה ב-DSM.
- הפרעת החרדה השכיחה ביותר
- **פוביה ספציפית** - מאובחנת כאשר פחד חזק ומתמיד מתעורר בעקבות אובייקט או מצב ספציפי ומוביל למצוקה ניכרת ו/או שיבוש יכולתו של האדם לתפקד כראוי. (מאוד ברור ממה האדם מפחד, הפוביה היא ספציפית לדבר מסוים)
- ההבדל העיקרי בין פוביה ספציפית להתקף פאניקה הוא שבפוביה ספציפית הגירוי המאיים לא חייב להימצא בסביבה. פרט לכך רוב התסמינים זהים.
- אנשים אלו חווים חרדה גם רק מעצם החשיבה על מפגש עם הגירוי המאיים ולכן הם נמנעים מללכת למקומות או להשתתף באירועים שיכולים להפגישם עם הגירוי. **הימנעות** זו היא גורם מרכזי בפוביות.
- באופן כללי רוב הסובלים מפוביות ספציפיות מודעים לכך שהפחד שלהם מוגזם ולא הגיוני.
- אגודיסטוני - האדם מכיר בכך שהפחד שלו לא הגיוני אך הוא חש כי הוא אינו יכול לשלוט בו, זה לא יעבור לבד והוא יצרך ללכת לטיפול כדי שהמצב יעבור. האדם לא מרגיש שהפרעות החרדה או הפוביה הם חלק ממנו.

פוביה ספציפית- קריטריונים לאבחנה DSM-V

- א. פחד או חרדה מובחנים מאובייקט או מצב ספציפי (למשל טיסה, גבהים, בעלי חיים, קבלת זריקה, ראיית דם).
- ב. האובייקט או המצב מעורר הפוביה גורם כמעט תמיד לתגובת פחד או חרדה מיידיים.
- ג. קיימת הימנעות פעילה מהאובייקט או מהמצב הפובי או שהוא נסבל עם פחד או חרדה רבי עוצמה.
- ד. הפחד או החרדה מוגזמים מאוד ביחס לסכנה הממשית שהאובייקט או המצב המסוים מציב וביחס להקשר החברתי-תרבותי.
- ה. פחד, החרדה או ההימנעות הם מתמידים ובדרך כלל נמשכים 6 חודשים ויותר.
- ו. הפחד, החרדה או ההימנעות גורמים מצוקה מובהקת מבחינה קלינית או משבשים את התפקוד החברתי או התעסוקתי או את התפקוד בתחומים חשובים אחרים.
- ז. אין תסמינים של הפרעת נפש אחרת המסבירים טוב יותר את הפרעה.

תפוצת הפרעות, גיל תחילתן והבדלים בין המגדרים

- פוביות ספציפיות וחברתיות הן שכיחות ומופיעות בערך ב-12% מהאוכלוסייה במועד כלשהו בחייהם
- פוביות (ספציפיות וחברתיות) רווחות הרבה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים אם כי היחס בשיעורי התפוצה בין המגדרים משתנה בהתאם לפוביה. לדוגמה, 90% עד 95% מהלוקים בפוביית בעלי חיים הן נשים, אך בפוביית דם-זריקות-פצעים היחס המגדרי קטן מ-2:1.
- פוביה מבעלי חיים, פוביית דם-זריקות-פצעים ופוביה מרופא שיניים מתחילות לרוב בילדות. פוביות אחרות, כגון פוביה ממקומות סגורים ופוביית נהיגה, נוטות להתחיל בגיל ההתבגרות או בראשית תקופת הבגרות
- פוביה חברתית מתחילה בדרך כלל במהלך גיל ההתבגרות או בבגרות המוקדמת
- **קומורבידיות** - כשני-שלישים מהלוקים בפוביה חברתית סובלים מהפרעת חרדה נוספת אחת או יותר בזמן כלשהו בחייהם, וכ-50% לוקים באותו הזמן גם בהפרעה דיכאונית. בגלל מצוקתם וההימנעות שלהם ממצבים חברתיים, שיעורי ההעסקה של הסובלים מפוביה חברתית נמוכים יותר, מעמדם החברתי-כלכלי נמוך יותר ולכשליש מהם יש ליקוי חמור נוסף בתחום אחד או יותר בחייהם
- קומורבידיות בין הפרעות חרדה ודכאון

אטיולוגיה (גורמים סיבתיים) להפרעות פוביה ספציפית וטיפול בפוביות לפי גישות פסיכולוגיות שונות

◀ לפי תאוריית הלמידה

- אטיולוגיה - פוביה כהתנהגות נלמדת - פחד או חרדה נוצרים ע"י התניה קלאסית טראומטית, התנית פחד
- התניה קלאסית לגירוי ניטרלי והכללה לאובייקטים ומצבים דומים
- תיאור תהליך ההתניה באמצעות הדגמה
- התניה יכולה להיות ישירה או עקיפה (הדגמה מפוביה ספציפית וחברתית)
- **דוגמה:** יש לי בבניין מעלית, המעלית היא גירוי ניטרלי. יום אחד נסעתי בה ונתקעתי למשך כמה שעות. מאותו רגע נוצר צימוד בין המעלית לבין תגובת הפחד והמעלית הפכה להיות גירוי מותנה, ומאותו רגע המעלית תעורר תגובה מותנית (פחד). וכך נוצרה התנית פחד. ההתניה הזו יכולה להיות גם עקיפה, אמא שלי נתקעה במעלית.

מדוע לא כל אדם יפתח פוביה (לפי תיאוריית הלמידה)

- **תלוי בניסיון חיים** - בהתנסות הקודמת של האדם עם הגירוי. התנסות חיובית עם מושא הפחד מקטינה את הסיכוי להופעת פוביה ולהיפך
- תלוי האם האירוע המאיים **נתפס כניתן לשליטה**. בזמן שהאירוע המפחיד קרה האם היתה לי תחושת שליטה? ככל שהיתה לי יותר תחושה שאני שולט בסיטואציה כך הסיכוי שתפתח פוביה קטן ולהיפך. למשל נתקעתי במעלית והתקשרתי לחברה, והגיעו לחלץ אותי - תחושת שליטה. נתקעתי במעלית ולא היה לי טלפון, דפקתי על הצלת וצעקתי שעתיים ואף אחד לא שמע - אין לי תחושת שליטה.
- **מוכנות אבולוציונית ללמידת פוביות ופחדים מסוימים** - במהלך ההיסטוריה בני אדם שרכשו במהירות גדולה יותר פחדים מגורמים שיש בהם סיכון ממשי (נחשים ועכבישים), נהנו מיתרון

יחסי בהשוואה לאלו שלא פחדו מהם. לכן, ישנה כיום מוכנות נמוכה יותר לפוביה מאופנועים או רובים כי הם לא היו קיימים משחר ההיסטוריה.

מדוע ההתניה בפוביות כה חזקה ולרוב אינה עוברת מעצמה?

- ההימנעות מונעת חווית הפחד ולפיכך מקבלת חיזוק
- ההימנעות אינה מאפשרת חוויה מתקנת עם הגירוי והכחדת ההתניה והפחד
- הפוביה למעשה מחזקת ומשמרת את עצמה דרך ההימנעות
- תפקיד הרווחים המשניים כמו בהפרעות רבות עוזר לשמר את ההפרעה.
- **טיפול בפוביות לפי תיאוריית הלמידה (טיפול התנהגותי)**
- הטיפול ההתנהגותי בפוביות (ובהפרעות חרדה אחרות) מבוסס על עקרונות ההתניה של למידה והכחדת הלמידה

● מטרת הטיפול:

- ✓ הכחדת ההתנהגות הלא מסתגלת ולימוד התנהגות מסתגלת
- ✓ הכחדה ע"י חשיפה מבוקרת חוזרת ונשנית של המטופל לנסיבות המעוררות את הפחד
- ✓ החשיפה יכולה להיות במציאות או בדמיון, בבת אחת או בהדרגה

● טכניקות התנהגותיות:

- ✓ **הצפה** - חשיפה לגירוי המפחיד במכה אחת ובמציאות. למשל אדם מפחד מנחשים נביא לו נחש אמיתי לקליניקה, והמטפל יהיו איתו יתמוך בו וילווה אותו.
- ✓ **טיפול בהתפרצות** - חשיפה לגירוי המפחיד במכה אחת בדמיון. למשל אדם שמפחד מנחשים נבקש ממנו לדמיין את עצמו מחזיק נחש.
- ✓ **הקהיה שיטתית** - חשיפה לגירוי המפחיד בצורה הדרגתית במציאות, לפי מדרג פחד (רשימה) שהמטופל מכין. למשל מטופל מפחד מנחשים. בשלב הראשון נלמד את המטופל להפעיל את המערכת הפרה סימפטית למשל נלמד אותו טכניקות של הרפיה, נשימות, דמיון מודרך וכדומה. בשלב השני נבקש ממנו להכין מדרג חרדה, מהדברים שהכי פחות מפחידים אותו (למשל לדעת שיש כרגע נחש קטנטן ולא ארסי שמסתובב חופשי חמישה רחובות מכאן) ועד למה שהכי מפחיד אותו (למשל שנחש יהיה לו סביב הצוואר). לאחר שהמטפל והמטופל הכינו יחד את המדרג נבקש מהמטופל להכניס את עצמו להרפיה ואחרי שהוא מאוד רגוע נבקש ממנו לדמיין את מספר 1 ברשימה, והוא מדמיין את זה. אם הוא עדיין רגוע נבקש ממנו לדמיין את מספר 2 ברשימה, וכך הלאה עד שהמטופל כבר לא מצליח להישאר רגוע ושם אנחנו עוצרים. במפגש הבא נתחיל ממספר אחד לפני המספר בו עצרנו. המטרה היא שהמטופל יכול לדמיין את הדבר הכי מפחיד ברשימה (מספר 10) תוך כדי הרפיה, כלומר הוא נישאר רגוע. ואז אנחנו עוברים לעשות את אותו מהלך במציאות. זה עובד כי ככל שנחשף יותר לגירוי מסוים כך הוא נהייה פחות רגישים אליו. **זו הטכניקה המומלצת ביותר.**
- ✓ **חיקוי מודל** - למשל המטופל מפחד מנחשים והוא צופה במטפל מלטף נחש ומפעם ולפעם צופה במטפל ומתנסה בעצמו.

◀ לפי הגישה הקוגניטיבית

- אטיולוגיה - פחד או חרדה קשורות בקוגניציות, בסכמות, האמונות והמחשבות המשפיעות על הרגש וההתנהגות.
- הדגמת התרומה הקוגניטיבית לחיזוק פוביות - הגישה הקוגניטיבית לא מסבירה עד הסוף איך נוצרת פוביה אבל היא מסבירה בצורה מאוד טובה איך משתמרת פוביה. למשל יש לי פוביה

מכלבים ויש לי סכמה שאומרת כלב יכול להתנפל עלי ולנשוך אותי, ואז אני נמצא עם כמה אנשים ברחוב ומגיע כלב, סביר להניח שבגלל ההתנהגות שלי והפחד שלי אם הכלב ינבח על מישהו זה יהיה עלי (בגלל ההתנהגות שלי). החשיבה השלילית מייצרת רגש והתנהגות קצת כמו נבואה שמגשימה את עצמה. לפי תיאוריה זו המחשבה משפיעה על הרגש ועל ההתנהגות, אם המחשבה האוטומטית היא שלילית היא תשפיע על הרגש וההתנהגות.

הטיפול לפי הגישה הקוגניטיבית -

- זיהוי המחשבות האוטומטיות השליליות, בדיקת תקיפותן, ובנייה מחדש של קוגניציות מותאמות ומסתגלות.

◀ לפי הגישה הפסיכואנליטית

- אטיולוגיה - באופן כללי, החרדה היא ביטוי להפרעה נוירוטית
- מקור ההפרעות הוא בקונפליקט תוך נפשי בין תשוקה פרימיטיבית שמקורה באיד לבין האיסורים לביטוייה שמקורם באגו ובסופר-אגו כלומר, הקונפליקט הנוירוטי הוא בין הרצון הפרימיטיבי המצוי במשאלות האיד לבין האיסור לבטא אותו, שמקורו באגו ובסופר-אגו
- הסימפטום הנוירוטי הוא פשרה בין מימוש הדחף לבין האיסור לבצעו
- לסימפטום אמור להיות קשר סימבולי לתוכן הקונפליקט (לעיתים קרובות החוט המקשר בין הסימפטום לתוכן, הוא סמוי)
- באופן ספציפי - הפוביה מתפתחת בשלב הפאלי (סביב התסביך האדיפלי) כתוצאה מקונפליקט בלתי פתור בין דחף לבין איסור מופנם
- הקונפליקט יוצר חרדה המאיימת על שלמות האישיות (שלמות ה"אני")
- החרדה מותקת אל אובייקט חיצוני שיש לו קשר סמלי לגורם מעורר החרדה המקורי

◀ לפי הגישה הביולוגית

- אטיולוגיה - משתנים גנטיים - נשאות של גן אחד יכולה להגביר את הנטייה להתניית פחד, בעוד שנשאות לגן אחר יכולה אמנם לא הגבירה את הנטייה להתניית פחד, אך הקטינה את הנטייה להכחדה (לנשאים של גן הקשור לסרוטונין בעלי אלל s שמתקשר לנוירוטיות מוגברת קיימת התנית פחד חזקה יותר מאנשים בלי אלל זה. לעומתם, נשאי גן COMT בעלי התנגדות רבה יותר להכחדה)
- משתני מזג - 'עכבה התנהגותית' (עמוד 123) - תינוקות ביישנים מאד, נבוכים בקלות ונכנסים בקלות למצוקה נמצאים בסיכון גדול יותר לפתח פוביה ספציפית על מהירות ההתניה לפחד ועוצמתה
- מבחינה נוירוכימית - ליקוי בהפעלת נוירטרנסמיטר בשם GABA

טיפול לפי הגישה הביולוגית

- תרופות נוגדות חרדה
- טיפול תרופתי מומלץ להפרעת פוביה ספציפית - טיפול משולב של טיפול בחשיפה עם התרופה D-cycloserine שידוע כשמסייע בהכחדת פחד ועמוד 306
- יתרונות וחסרונות של טיפול תרופתי ושיקול מתי כדאי להשתמש

הפרעת חרדה חברתית/פוביה חברתית קריטריונים לאבחון לפי ה-DSM

- א. חרדה או פחד בולטים ממצב חברתי אחד או יותר שבו האדם נחשף לאפשרות שתופנה אליו ביקורת. מוקד החרדה של הסובלים מפוביה חברתית זה שהוא יעשה משהו משפיל או מביך בנוכחות אנשים אחרים והם יבקרו אותו. דוגמאות כוללות יחסי גומלין חברתיים (למשל ניהול שיחה, פגישת אנשים לא מוכרים), הפחד שמא יתבוננו בו (למשל בעת אכילה או שתייה) והופעה לפני קהל (למשל לשאת נאום).
- ב. האדם מפחד שיתנהג באופן חרדתי או שיראה תסמיני חרדה שייתפסו באופן שלילי (למשל יהיו משפילים או מביכים, יובילו לדחייה או שיעליבו אחרים)
- ג. מצבים חברתיים מעוררים כמעט תמיד פחד או חרדה
- ד. האדם נמנע ממצבים חברתיים או מתמודד איתם תוך פחד או חרדה עזים
- ה. הפחד או החרדה הם חסרי כל פרופורציה לאיום הממשי שהמצב החברתי מציב או להקשר החברתי-תרבותי
- ו. הפחד, החרדה או ההימנעות הם מתמידים, ונמשכים בדרך כלל 6 חודשים או יותר
- ז. הפחד, החרדה או ההימנעות גורמים למצוקה קלינית משמעותית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים
- ח. אי אפשר לייחס את הפחד או החרדה להשפעות פיזיולוגיות של חומר.
- ט. אי אפשר להסביר טוב יותר באמצעות תסמינים של הפרעת נפש אחרת.
- י. אם קיים מצב רפואי נוסף למשל פרקינסון, השמנת יתר או חבלה במראה הפחד, החרדה או ההימנעות בבירור אינם קשורים אליו או שהם מוגזמים.

גורמים סיבתיים פסיכולוגיים

- פוביה חברתית כהתנהגות נלמדת - ע"י התניה קלאסית ישירה או עקיפה (צפייה) שהתרחשה במצבים חברתיים שונים נוצר צימוד בין מצב חברתי לבין השפלה, תבוסה, או תחושות שליליות אחרות.
- פחדים חברתיים בהקשר אבולוציוני - בעלי חיים מפתחים לפעמים פחד מבני מינם, בתוך להקות של בעלי חיים יש היררכיות שליטה - סידור חברתי ברור לכל הפרטים מי השולט, מי החזק יותר ומי החלשים. תוצאת לוואי של היררכיות שליטה אלו עשויה להיות פוביה חברתית. כאשר פרט שהוא מובס מפגין התנהגות של כנועה והתנהגות פחד. לבני אדם יש נטייה אבולוציונית לרכוש פחדים מגירויים חברתיים, דוגמה לגירויים: הבעות פנים של כעס או של בזז.
- הטיות קוגניטיביות - הטיות קוגניטיביות תורמים להתפתחות הפוביה החברתית ואף תורמים לשימורה לאחר שכבר נרכשה. דוגמה להטיות - נטייה לצפות שאנשים אחרים ידחו או יעריכו אותם באופן שלילי, סכמות סכנה. סכמות סכנה מובילות את המחזיקים בהן לצפות כי הם יתנהגו בצורה מוזרה ובלתי מקובלת בחברה והתוצאות לכך יהיו דחייה ואיבוד מעמד החברתי. בנוסף במהלך אינטראקציה חברתית הם נוטים להתעסק יתר על המידה בתחושותיהם הגופניות (עד לרמה של הקשבה לקצב הלב) וזה עשוי לשבש את יכולתם לקיים אינטראקציה חברתית. עמוד 341

הפרעת פאניקה

- התקפי פאניקה בלתי צפויים חוזרים ונשנים

הפרעת פאניקה קריטריונים של ה-DSM

- א. התקף פאניקה הוא התפרצות פתאומית של פחד או אי-נוחות עזים שמגיעים לשיא תוך דקות ובמהלכה מתרחשים ארבעה תסמינים (או יותר) מתוך הרשימה להלן:

- ✓ דופק לא סדיר או מואץ
- ✓ הזעה
- ✓ רעד או צמרמורת
- ✓ קוצר נשימה או תחושת חנק
- ✓ כאבים או אי-נוחות בחזה
- ✓ בחילה או כאבי בטן
- ✓ תחושת סחרחורת
- ✓ תחושות קור או חום
- ✓ תחושת נמלול (חוסר תחושה או עקצוצים)
- ✓ תחושות ניתוק מן המציאות או העצמי
- ✓ פחד מאובדן שליטה או פחד לאבד את השפיות
- ✓ פחד למות

- ב. לפחות אחד ההתקפים מלווה בחודש אחד או יותר של אחד משני התסמינים או משניהם:
 1. דאגה מתמדת ופחד מתמשך מהתקפי פאניקה נוספים או מתוצאותיהם (למשל לאבד שליטה, ללקות בהתקף לב, לאבד את השפיות).
 2. שינוי בלתי הסתגלותי משמעותי בהתנהגות הקשור להתקפים (למשל התנהגויות למניעת התקפי פאניקה כגון הימנעות ממצבים בלתי מוכרים)
- ג. אי אפשר לייחס את ההפרעה להשפעות הפיזיולוגיות של חומר.
- ד. אי אפשר להסביר טוב יותר את הפרעה באמצעות הפרעת נפש אחרת.

טיפול מומלץ להפרעת פניקה

טיפול משולב בחשיפה פנימית (חשיפה ממושכת לתחושות פנימיות כמו דופק גבוה או נשימה מועצת) עד שהפחד מהן דועך וטיפול לשליטה בפניקה (PCT) במהלכו המטופלים מקבלים הסבר על טבען של חרדה ופאניקה ועל המידה שבה היכולת לחוות את שתיהן היא הסתגלותית. לאחר מכן המטופל לומד לשלוט בנשימתו, המטופל לומד על טעויות החשיבה שלו ולומד לנתח מחדש את המחשבות האוטומטיות שלו בצורה הגיונית. לאחר כל השלבים האלו עוברים לחשיפה פנימית.
שלבי הטיפול לפי הסדר:

- שלב א' - מועבר הסבר על טבען של חרדה ופאניקה
- שלב ב' - מלמדים לשלוט בנשימתה
- שלב ג' - למידה אודות טעויות החשיבה וניתוח מחדש את המחשבות האוטומטיות באופן הגיוני
- שלב ד' - חשיפה למצבים מעוררי פחד ולתחושות גופניות מעוררות פחד כדי לבנות סבילות לאי-הנוחות

הפרעת פאניקה המודל הביולוגי

● גורמים סיבתיים ביולוגיים

- ← פעילות חריגה באמיגדלה (אוסף של גרעינים הממוקם לפני ההיפותלמוס במערכת הלימבית), המעורבת ברגש הפחד.
- ← החרדה מהציפייה להתקף פאניקה נוסף עלולה לנבוע מפעילות בהיפוקמפוס, שידוע כי מעורבת בלמידת תגובות רגשיות

● שיבושים כימיים

- ← פעילות נוראדרג'ית באזורי מוח מסוימים יכולה לעורר תסמיני מחלות-לב וכלי דם הנקשרים לפאניקה.
- ← פעילות מוחלשת של מערכת הסרוטונורג'ית מפחיתה את הפעילות הנוראדרג'ית.
- ← רמה נמוכה של GABA מעורבת בציפייה להתקף חוזר ומכאן, שברמות הנמוכות ה-GABA מגביר את החרדה
- ← טיפול בתרופות נוגדות חרדה (סכנת התמכרות).

הפרעת חרדה כללית (GAD) - קריטריונים לאבחון על פי ה-DSM-5

- א. חרדה ודאגה מופרזות שמתרחשות במשך שישה חודשים לפחות ובמהלך תקופה זו צריכים להיות יותר ימים של דאגה מאשר ימים בלעדיה, לגבי כמה אירועים או פעילויות (כגון תפקוד בעבודה או בלימודים).
- ב. האדם מתקשה לשלוט בדאגות.
- ג. החרדה והדאגה נקשרות לשלושה תסמינים (או יותר) מתוך השישה שלהלן:
 - ✓ אי-שקט, עצבנות, סערת רגשות
 - ✓ התעייפות בקלות
 - ✓ קושי להתרכז או טשטוש מחשבה
 - ✓ רגזנות
 - ✓ מתח שרירים
 - ✓ הפרעות שינה (קושי להירדם וקושי להישאר ישן או שינה טרופה ובלתי מספקת).
- ד. תסמיני החרדה או הדאגה או התסמינים הגופניים גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית ולשיבושים משמעותיים בתפקוד החברתי והתעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.

הפרעת חרדה כללית היא הפרעה שכיחה למדי, אך רוב האנשים עם ההפרעה מצליחים לתפקד.

תפוצת ההפרעה, גיל תחילתה והבדלים בין המגדרים

- כ-3% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעת חרדה כללית בשנה
- 5.7% מתנסים בה בתקופה כלשהי בחייהם
- מחקר אורך של 12 שנים על אנשים שאובחנו כלוקים בהפרעת חרדה כללית מצא כי אצל 42% ההפרעה לא נסוגה 13 שנים אחר כך ובקרב אלה שההפרעה נסוגה אצלם, כמעט אצל מחציתם היא הופיעה מחדש.

- גיל - לעיתים קרובות קשה לקבוע את הגיל שבו החלה הפרעה שכן 60% עד 80% מהלוקים בה זוכרים את עצמם בחרדה כמעט כל ימי חייהם ורבים אחרים מדווחים על התפתחות איטית ומתעתעת.
- אחרי גיל 50 ההפרעה נעלמת אצל רבים. עם זאת, לעיתים קרובות מופיעה במקומה הפרעת תסמינים סומטיים המאופיינת בתסמינים גופניים ובדאגות בריאות.
- שיעור התפוצה של הפרעת חרדה כללית בקרב נשים גדול פי שניים משיעורה בקרב גברים.

גורמים סיבתיים פסיכולוגיים להפרעת חרדה כללית הסבר פסיכואנליטי

- חרדה כללית נובעת מקונפליקט לא-מודע בין האגו לבין דחפי האיד.
- האדם אינו מתמודד כראוי עם הקונפליקט משום שמנגנוני ההגנה שלו התמוטטו או שמעולם לא התפתחו.
- פרויד סבר כי הגורמים העיקריים לחרדה צפה היו דחפים מיניים ותוקפניים שנחסמו ולא ניתן להם ביטוי או שהתבטאו והאדם נענש על כך.
- על פי הפסיכואנליזה ההבדל העיקרי בין פוביות ספציפיות לבין חרדה צפה הוא שבפוביות, מנגנוני ההגנה של הדחקה והתקה של גורם או מצב חיצוניים אכן פועלים ואילו בחרדה צפה הם אינם פועלים ומשאירים את האדם חרד כמעט כל הזמן.

תפיסות של אי-יכולת לשלוט ואי-יכולת לצפות מראש

- ייתכן שאנשים עם הפרעת חרדה כללית התנסו במהלך חייהם באירועים חשובים רבים שנתפסו אצלם כבלתי צפויים ובלתי נשלטים. יתרה מזו, לאנשים עם הפרעת חרדה כללית יש סבילות נמוכה הרבה יותר לחוסר ודאות, מאשר לאנשים בקבוצת ביקורת. סבילות נמוכה זו מראה שהם מוטרדים במיוחד מחוסר היכולת לצפות את העתיד.

תחושת שליטה (סגנון הורות)

- הורים לילדים חרדתיים נוקטים לעיתים קרובות סגנון הורות המאופיין בהתפרצויות ובשליטת יתר, שרק מגביר את התנהגותם החרדית של הילדים כיוון שהם חושבים שהעולם הוא מקום לא בטוח שבו הם זקוקים להגנה ושלהם עצמם יש שליטה מועטה בלבד.

תכונותיה המחזקות של דאגה

- תהליך הדאגה נחשב למאפיין המרכזי של GAD, אנשים מאמינים שהדאגה משרתת כמה תפקידים חשובים ושיש לחזקה כי היא ממתנת את העוררות הפיזיולוגית.

תוצאות שליליות של דאגה

- דאגנות עלולה להוביל לתחושות סכנה וחרדה חזקות יותר. לכן, אנשים אלה נוטים יותר למחשבות פולשניות שליליות מאנשים לא דאגניים.
- ניסיונות לשלוט במחשבות האלו (לא לדאוג) עלול להוביל ליותר מחשבות כאלה, ואף לספק סיבות חדשות לדאגה.
- דאגה גורמת לדאגה נוסף ובכך יוצרת תחושה של חוסר שליטה נתפס על תהליך הדאגה, וזו מחזקת את החרדה עוד יותר.

רווחים משניים לדאגנות

- הדאגה מונעת קטסטרופה - דאגה מקטינה את הסיכוי שאירוע מפחיד יתרחש.
- הדאגה מאפשרת הימנעות מעיסוק בתכנים רגשיים עמוקים (זו הדרך להרחיק את עצמי מדברים רגשיים שעליהם אני לא רוצה לחשוב).
- הכנה לקראת אירוע שלילי צפוי.

הטיות קוגניטיביות של מידע מאיים

- אנשים חרדים נוטים למקד את תשומת ליבם דווקא באותות המאיימים שמשמרים את החרדה וזאת גם כאשר יש בסביבה רמזים מאיימים וגם רמזים לא מאיימים. כמו כן, קיימת נטייה לפרש מידע שאינו חד-משמעי באורח שלילי.
- אימון של אנשים עם חרדה להרחיק את תשומת ליבם מהאיום מוריד את תסמיני החרדה שלהם.
- הם נוטים לפרש מצבים שאינם חד משמעיים כמאיימים דבר זה מגביר את החרדה.

אגורפוביה - קריטריונים לאבחון על פי ה-DSM

- א. חרדה או פחד ניכרים משניים (או יותר) מחמשת המצבים שלהלן:
 - ✓ שימוש בתחבורה ציבורית (למשל מכוניות, אוטובוסים, רכבות, אוניות, מטוסים)
 - ✓ הימצאות בחללים פתוחים (למשל מגרשי חניה, שווקים, גשרים)
 - ✓ הימצאות במקומות סגורים (למשל חנויות, תיאטראות, בתי קולנוע).
 - ✓ עמידה בתור או הימצאות בתוך המון.
 - ✓ הימצאות מחוץ לבית לבד.
- ב. האדם פוחד ממצבים אלה או נמנע מהם בשל המחשבה שיהיה קשה להימלט מהם או שלא תימצא בהם עזרה זמינה אם יתפתחו תסמינים דמויי פאניקה או תסמינים מגבילים או מביכים אחרים (למשל אצל קשישים - חשש מפילה, חשש מאי-שליטה בסוגרים).
- ג. מצבי האגורפוביה מעוררים כמעט תמיד פחד או חרדה
- ד. קיימת הימנעות פעילה ממצבים אגורפוביים, הם מצריכים נוכחות של מלווה או שהם נסבלים עם פחד או עם חרדה עצומים.
- ה. עוצמת הפחד או החרדה היא חסרת כל פרופורציה לסכנה הממשית מהמצבים האגורפוביים ולהקשר החברתי-תרבותי
- ו. הפחד, החרדה או ההימנעות הם מתמידים, ואורכים לרוב שישה חודשים ויותר
- ז. הפחד, החרדה או ההימנעות גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.

תפוצה, גיל תחילה, והבדלים בין המגדרים של הפרעות פאניקה ואגורפוביה

- תפוצה - כ-4.7% מן האוכלוסייה המבוגרת חוו בתקופה כלשהי בחייהם הפרעת פאניקה עם אגורפוביה, או בלעדית הצורה הנפוצה יותר היא ללא אגורפוביה
- גיל - הפרעת פאניקה עם או בלי אגורפוביה מופיעה לראשונה לרוב בשנות ה-20-40 לחיים, אך לפעמים היא מתחילה בשנות ההתבגרות המאוחרות. מרגע שמתפתחת הפרעת פאניקה, מהלכה נוטה להיות כרוני ומגביל, אם כי עם הזמן, עוצמת התסמינים עוברת עליות ומורדות

- **פרוגנוזה** - במחקר אורך של 12 שנים נמצא שפחות ממחצית המשתתפים עם הפרעת פאניקה עם אגורפוביה החלימו במהלך 12 שנות המחקר, ו-58% מאלה שהחלימו עברו התקף חוזר בנקודת זמן כלשהי (נקודת התחלה חדשה)
- הפרעת פאניקה שכיחה פי שניים בקרב נשים מאשר בקרב גברים
- אגורפוביה מופיעה יותר אצל נשים מאשר אצל גברים
- ההסבר הרווח ביותר להבדלי המגדר הבולטים באגורפוביה הוא חברתי-תרבותי

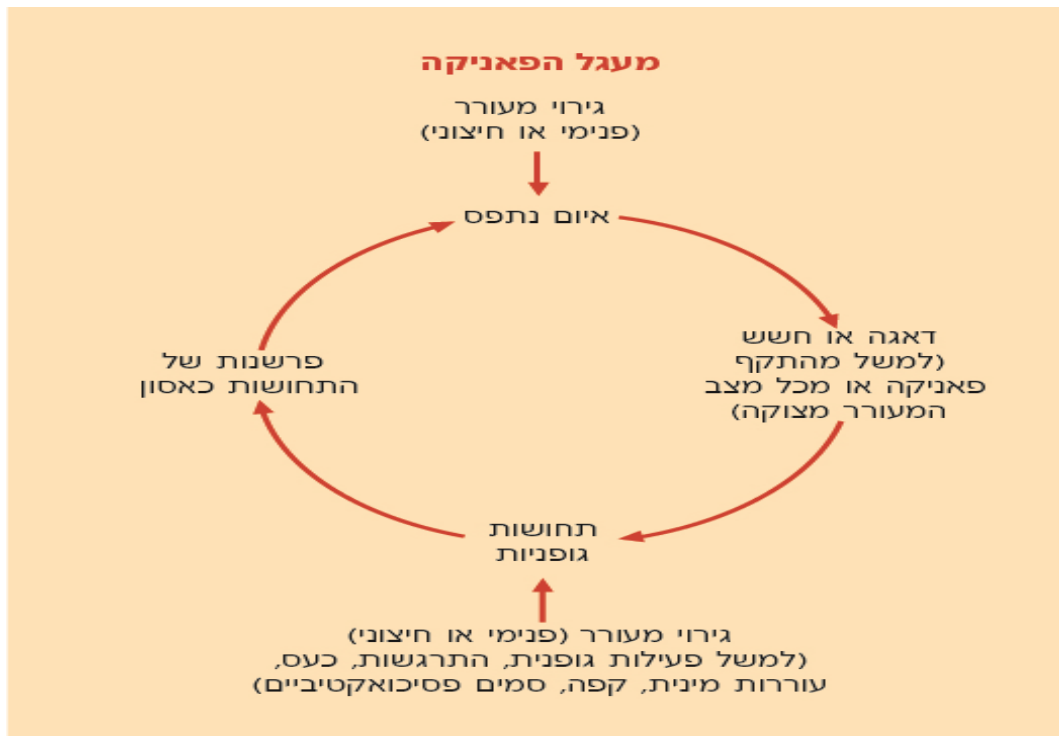
הפרעת פאניקה ותחלואה נלווית (קומורבידיות)

- ל-83% מאובחנים יש לפחות הפרעה נפשית נלווית אחת
- ההפרעות הנלוות השכיחות ביותר הן: הפרעת חרדה כללית, פוביה חברתית, פוביה ספציפית, הפרעת עקה פוסט טראומטית, דיכאון, הפרעות שימוש בחומרים.
- דיכאון שכיח במיוחד בקרב הלוקים בהפרעת פאניקה: 50% עד 70% מהאנשים עם הפרעת פאניקה חווים דיכאון רציני בנקודה כלשהי בחייהם
- ייתכן כי על רקע הפחד מפני התקף פאניקה, הם גם עונים על הקריטריונים להפרעת אישיות תלותית או נמנעת
- שני מחקרים אפידמיולוגיים רחבי היקף גילו שהפרעת פאניקה קשורה לסיכון מוגבר למחשבות אובדניות ולניסיונות לממש אותן ללא תלות בהפרעות נלוות
- נסיבות ההופעה של התקף הפאניקה הראשון הן בדרך כלל בעקבות תחושות מצוקה או נסיבות חיים קשות מאוד כגון מות אדם אהוב; סיומה של מערכת יחסים משמעותית; פיטורים; פגיעה בשל אירוע פלילי

הפרעת פאניקה - הסבר לפי הגישה ההתנהגותית

- **אטיולוגיה** - חרדה מותנית לאותות פנימיים (תחושות גופניות כגון דופק לא סדיר וסחרחורת) ואותות חיצוניים (מקומות מסוימים כמו מרכזי קניות) בהתייחס ל-3 מרכיבי הפאניקה - התקף הפאניקה, הציפיה להתקף הבא, הימנעות אגורפובית.
- **טיפול** - חשיפה ממושכת למצבים מפחידים, בדרך כלל בעזרתו של מטפל או של בן משפחה, הטיפול יעיל לטיפול באגורפוביה אך כיוון שהוא לא מתמקד ספציפית בהתקפי פאניקה ונמצא פחות יעיל בטיפול בהפרעת פניקה מ PCT (טיפול לשליטה בפניקה).

הפרעת פאניקה הסבר לפי הגישה הקוגניטיבית - מעגל הפאניקה



- הטיות קוגניטיביות - תשומת לב ופרשנות אוטומטיות לתחושות גופניות או גירויים לא ברורים (עמומים) כמאיימים
- רגישות לחרדה - אמונה שלתסמינים גופניים מסוימים עלולות להיות תוצאות מזיקות
- מעגל ה"פחד מהפחד"
- התנהגויות בטיחותיות - בקרב אנשים שחווים התקפים רבים ונבואותיהם הקטסטרופליות לא מתממשות מתקיים ייחוס מוטעה לאי-הופעת הקטסטרופה שממנה הם פה חרדים בכך שהם מקיימים 'התנהגות בטיחותית' (למשל, נושמים לאט, מחזיקים תרופות נוגדות חרדה).

הפרעת טורדנות-כפייתיות והפרעות הקשורות אליה

הפרעת טורדנות-כפייתיות: הגדרות (OCD)

← טורדנות (החלק המחשבתי)

✓ מחשבות, דחפים או דימויים ויזואליים חוזרים ונשנים שהאדם חווה במועד כלשהו כפולשניים ובלתי רצויים, ושגורמים חרדה ומצוקה בולטות לרוב האנשים.

✓ האדם מנסה להתעלם מהמחשבות, הדחפים או הדימויים הוויזואליים הללו או להדחיק אותם או לנטרל אותם באמצעות מחשבות או פעולות אחרות.

← כפייתיות (החלק המעשי, הפיזי או פעולה מנטלית)

✓ "טקסים" חזרה על התנהגויות גלויות (למשל נטילת ידיים, סידור, בדיקה) או פעולות מנטליות סמויות (כגון: תפילה, ספירה, חזרה על מילים בשקט) שהאדם מרגיש דחף לבצע כתגובה למחשבות טורדניות או על פי כללים נוקשים שיש ליישם.

✓ ההתנהגויות או הפעולות המנטליות מכוונות למניעת חרדה או מצוקה או להפחתתן או למניעת אירוע או מצב מאיים. עם זאת, התנהגויות או פעולות מנטליות אלה אינן קשורות בקשר מציאותי עם מה שהן אמורות לנטרל או למנוע או שהן מוגזמות בעליל.

הפרעת טורדנות-כפייתיות (OCD): קריטריונים

← א. הימצאות של טורדנות או של כפייתיות או של שתיהן.

טורדנות מוגדרת לפי 1 ו- 2:

1. מחשבות, דחפים או דימויים ויזואליים חוזרים ונשנים שהאדם חווה כפולשני ובלתי רצוי, ושגרומים חרדה ומצוקה בולטת לרוב האנשים.

2. האדם מנסה להתעלם מהמחשבות, דחפים/דימויים או להדחיקם או לנטרלם באמצעות מחשבות או פעולות אחרות (לדוגמא ביצוע פעולה כפייתית).

כפייתיות מוגדרת לפי 1 ו- 2:

1. חזרה על התנהגויות או פעולות מנטליות שהאדם מרגיש דחף לבצע כתגובה למחשבה טורדנית או לפי כללים נוקשים שהפרט מרגיש דחף ליישם.

2. ההתנהגויות או הפעולות המנטליות מכוונות למניעה חרדה או מצוקה או להפחתתן או למניעת אירוע או מצב מאיים. עם זאת, התנהגויות אלו אינן קשורות בקשר מציאותי עם מה שהן אמורות לנטרל או למנוע או שהן מבוצעות בהגזמה.

← ב. הטורדנות או הכפייתיות גוזלות זמן (למשל נמשכות יותר משעה מדי יום) או גורמות מצוקה משמעותית מבחינה קלינית או משבשות את התפקוד החברתי או התעסוקתי או תחומי תפקוד חשובים אחרים.

← ג. אי-אפשר לייחס את תסמיני הטורדנות-כפייתיות להשפעות פיזיולוגיות של שימוש בחומרים (למשל שימוש בסמים, נטילת תרופות) או למצב רפואי אחר.

← ד. אי אפשר להסביר טוב יותר את ההפרעה באמצעות הפרעת נפש אחרת (לדוגמה: הפרעת חיטוט בעור, התנהגות אכילה טקסית כמו בהפרעות אכילה ועוד).

▶ הדגש הוא על מחשבות שחוזרות על עצמן כל הזמן קשורות למהו/פעולה שהאדם חייב לעשות או לא לעשות כדי להימנע מאסון/משהו רע. כשהמחשבות האלו מגיעות (וזה כל הזמן) לאדם יש דחף לבצע את הטקס שהוא מאמין שימנע את האסון. כאשר הוא פועל בעקבות הדחף והאסון באמת לא קורה, הוא מקבל חיזוק על ביצוע הטקס ולכן יבצע אותו שוב.

OCD - תפוצת ההפרעה, גיל תחילתה, והבדלים בין המגדרים

- כ- 2-3% מבני האדם עונים על הקריטריונים של הפרעת טורדנות-כפייתיות בנקודה כלשהי בחייהם, ואחוז אחד עונה על הקריטריונים בשנה נתונה. יותר מ-90% מהלוקים בהפרעה הפונים לטיפול חווים גם טורדנות וגם כפייתיות.
- אחוז הגרושים (או הפרודים) והמובטלים מעט גבוה יותר בקרב הלוקים בהפרעת טורדנות-כפייתיות.
- בניגוד לרוב הפרעות החרדה האחרות, מחקרים לא מצאו הבדלים כלשהם בין המגדרים בהפרעת טורדנות-כפייתיות אצל מבוגרים.
- הפרעת טורדנות-כפייתיות מופיעה בדרך כלל בסוף ההתבגרות או בתחילת תקופת הבגרות, אך היא יכולה גם להופיע בקרב ילדים, שתסמיניהם דומים להפליא לאלה של מבוגרים.
- קומורבידיות - מופיעה בעיקר עם פוביה חברתית, הפרעת פאניקה, הפרעת חרדה כללית והפרעת עקה פוסט טראומטית. 25% עד 50% חווים דיכאון קשה בתקופה כלשהי בחייהם וכ- 80% חווים תסמיני דיכאון משמעותיים.

מנגנוני ההגנה שמאפיינים OCD

על פי הגישה הפסיכודינמית מדובר בקיבעון בשלב האנאלי. תיאור הקונפליקט הלא פתור סביב שליטה, צריך להעלות את הקונפליקט למודע ולטפל בו.

מאור חקאק - סמסטר 2022 ב'

- ← **ביטול (undoing)** - לבטל מחשבה או פעולה (ע"י מחשבה או פעולה כמו ניקיון ידיים).
- ← **התקה (displacement)** - מתיקים מחשבה לאובייקט - אני מפחד ממשו או אני מעביר/מתיק את הפחד/חרדה לאובייקט אחד, לדוגמה: חיידקים.
- ← **היפוך תגובה (reaction formation)** - אימא שיש לה מחשבות רצח על הילד שלה הופכת להיות מלאך כלפיו. הטקס הוא הרבה פעמים היפוך של כל מיני מחשבות שליליות.
- ← **בידוד (isolation)** - אדם לא חש את החרדה. הטקס עצמו נטול רגש. הוא מונע את חווית הרגש, כיוון שיש עיסוק בהתנהגות הכפייתית.

גורמים סיבתיים פסיכולוגיים

← **OCD כהתנהגות נלמדת** - התיאוריה הדו תהליכית של מאורר על למידה והימנעות - גירויים ניטרליים נקשרים למחשבות או להתנסויות מפחידות באמצעות התניה קלאסית ומעוררים חרדה. יש פעולות שניתן לבצע ומפחיתות את החרדה. תגובות ההימנעות חסונות מפני הכחדה.

← **OCD כפייתיות ומוכנות** - בני אדם נולדים עם מוכנות לשים לב לכלוך או זיהום או דברים שמעלים את הסיכוי שלנו לחלות או למות. בשל הנטייה של הסובלים מ-OCD להתמקד בכלכל, בזיהום ובמצבים מסוכנים אחרים הרבה חוקרים סבורים כי למאפייני ההפרעה יש שורשים אבולוציוניים עמוקים הקשורים בהישרדות.

גורמים סיבתיים קוגניטיביים:

- **תוצאות הניסיון לדכא מחשבות כפייתיות** - הרצון לא לחשוב את המחשבות הטורדניות כשלעצמו מגביר את תדירותן של מחשבות אלו ומלווה במצבי רוח שליליים. (תנסה לא לחשוב על פיל ורוד).

- **הערכה של נטילת אחריות על מחשבות פולשניות** - תחושת אחריות מוגזמת שמתקשרת לאמונות שעצם החשיבה על ביצוע של פעולה מסוימת מקבילה מבחינה מוסרית לביצוע של הפעולה בפועל, התופעה נקראת מיזוג חשיבה-פעולה. למשל המחשבה כי רק עצם העובדה שאני חושב לרצוח את אשתי, זה שהמחשבה חלפה בראשי מקבילה מבחינה מוסרית לביצוע הרצח בפועל. אנשים הסובלים מ-OCD נותנים אחריות גדולה מאוד על עצם המחשבות שלהם, והם חושבים שרק מעצם המחשבה שלהם דברים עלולים לקרות, ולכן זה מעניק להם הרבה אחריות "אם אני לא אחשוב זה לא יקרה".

- **הטיות קוגניטיביות ועיוותים** - הפניית הקשב אל חומרים מטרידים שרלוונטיים לדאגות הטורדניות. שמים לב יותר לדימויים שליליים מאשר לחיוביים.

גורמים סיבתיים ביולוגיים

← **גורמים גנטיים** - קיימת תרומה גנטית. ראיות ממחקרי תאומים מציגות שיעור התאמה גבוה של הפרעת טורדנות-כפייתיות בקרב תאומים זהים ושיעור התאמה נמוך יותר בקרב תאומים לא זהים. מחקרי משפחות הראו כי הסיכוי גבוה יותר לפתח OCD כאשר קרוב משפחה מדרגה ראשונה הוא גם בעל OCD. כאשר ההפרעה מופיעה בגיל צעיר נמצא כי יש מטען גנטי גדול יותר מאשר כשההפרעה מופיעה בגיל מאוחר. נמצא קשר בין קרובי משפחה הלוקים בתסמונת טורט לבין קרוביהם המפתחים OCD.

← **שיבושים מבניים במוח** - הדמיה מוחית גילתה ששיבוש מופיע בעיקר במבנים קורטיקליים ותת-קורטיקליים מסוימים כגון גרעיני הבסיס (basal ganglia). גרעיני הבסיס מתקשרים באמיגדלה למערכת הלימבית, השולטת בהתנהגויות רגשיות. נצפו רמות פעילות גבוהות ברמה חריגה ב-2 החלקים של הקורטקס המצחי המקושרים גם לאזור הלימבי אצל הסובלים מ-OCD.

← **שיבושים בנוירורנסמיטריס** - ישנן ראיות שלפיהן פעילות מוגברת של סרוטונין ורגישות מוגברת של מבני מוח מסוימים לסרוטונין מעורבות בתסמיני הפרעת טורדנות-כפייתיות. אכן, תרופות המגרות מערכות סרוטונרגיות גורמות להרעה בתסמינים. עודף של סרוטונין מחמיר את תסמיני ה-OCD. שימוש ממושך בתרופה התלת טבעתית גורם לירידה בפעילות של קולטני הסרוטונין ולכן למרות שבהתחלה יש הרעה במצב ה-OCD כי יש עודף סרוטונין לאחר נטילה ממושכת כשחלק מהקולטנים נפגעים - כלומר יש פחות קולטנים לסרוטונין וכתוצאה מכך פחות סרוטונין יש הקלה התסמינים של OCD.

טיפול ב-OCD

טיפולים פסיכולוגיים

- **טיפול התנהגותי - חשיפה ומניעת תגובה** - זהו הטיפול היעיל ביותר. הטיפול כולל חשיפה לגירוי המאיים בדמיון מודרך או ישירות, ומניעה - הימנעות מעיסוק בטקסים. חשיפה לאובייקטים או למצבים מפחידים עשויה להועיל בטיפול בהפרעת טורדנות-כפייתיות אם היא מלווה במניעת הטקס וכך המטופל יכול להיווכח כי עם הזמן עוצמת החרדה תפחת מאליה גם בלי טקס (גם אם זה לוקח שעות בהתחלה). הטיפול מתבצע בהדרגה. עם זאת, המודל אינו מסביר מדוע אנשים עם הפרעת טורדנות-כפייתיות מפתחים מחשבות טורדניות מלכתחילה ומדוע יש אנשים שלעולם אינם מפתחים התנהגות כפייתית.
- **סלקובסקיס ושות' פיתוח טיפול CBT** - הטיפול יעיל, אך לא יעיל יותר מהטיפול ההתנהגותי.

טיפולים ביולוגיים

- תרופות נוגדות דכאון/חרדה (משפחת SSRI, SNRI). אצל שלישי מהמטופלים שאינם מגיבים לתרופות אלו- מינון נמוך של תרופות אנטי פסיכוטיות. שימוש ממושך בתרופה התלת טבעתית גורם לירידה בפעילות של קולטני הסרוטונין ולכן למרות שבהתחלה יש הרעה במצב ה-OCD כי יש עודף סרוטונין לאחר נטילה ממושכת כשחלק מהקולטנים נפגעים - כלומר יש פחות קולטנים לסרוטונין וכתוצאה מכך פחות סרוטונין יש הקלה התסמינים של OCD. אצל שלישי מהאנשים שלא מגיבים לתרופות סרוטונרגיות כמו כלומיפרמין ופרוזאק מנות קטנות של תקופות אנטי פסיכוטיות עשויות להוביל לשיפור משמעותי יותר. החיסרון הגדול - כשמפסיקים לקחת את התרופות יש התדרדרות אצל רוב החולים.

הפרעת גוף דיסמורפית - BDD

הלוקים בהפרעה זו עסוקים באופן טורדני בפגם או בפגמים כלשהם בגוף שלהם, הפגמים יכולים נתפסים או דמיוניים. הם עסוקים בהופעתם החיצונית עד כדי כך שהם בטוחים כי הם מעוותים או מכוערים. העיסוק אינטנסיבי כ"כ עד שהוא משבש את אורח החיים התקין. המאפיינים הבולטים הם שאנשים עסוקים באובססיביות בפגם הנתפס/המדומין שלהם, חלקם נמנעים מפגשים חברתיים ואפילו לא הולכים לעבודה בגלל זה. מרבים לטפח את גופם ולנסות להסוות את הפגם הנתפס. מאפיין שכיח נוסף הוא שאנשים מחפשים עידוד אצל חברים ומשפחה ביחס לפגמים שלהם, אך העידוד שהם מקבלים מקל עליהם לזמן קצר בלבד. הם מחפשים גם עידוד לעצמם ע"י בדיקת הופעתם במראה מספר רב של פעמים ביום, אך יש גם אחרים שנמנעים לגמרי ממראות.

הפרעת גוף דיסמורפית - קריטריונים

- ✓ א. עיסוק בפגם או בליקוי נתפס אחד או יותר במראה הגופני שאינו נראה לעיני הזולת או שנראה זניח.

- ✓ ב. בנקודת זמן כלשהיא במהלך ההפרעה האדם ביצע התנהגויות חזרתיות (למשל בדיקה מול המראה, טיפוח הגוף במידה מוגזמת, מריטת עור, חיפוש עידוד) או פעולות מנטליות (למשל השוואת מראהו לזה של אנשים אחרים) כתגובה לדאגות בדבר מראהו.
- ✓ ג. העיסוק בפגם גורם למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או משבשות את התפקוד החברתי או התעסוקתי או תחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ✓ ד. אי אפשר להסביר טוב יותר את הסימפטומים באמצעות דאגה משומן או ממשקל גוף שתסמיניה עונים לקריטריונים של הפרעת אכילה.

תפוצת ההפרעה, גיל תחילתה, והבדלים בין המגדרים

- קשה להשיג אומדנים טובים אך סבורים שמשפיעה על אחוז אחד או שניים מהאוכלוסייה הכללית והתופעה הולכת בעולם המערבי המדגיש את חשיבות המראה החיצוני.
- נראה כי התפוצה שווה פחות או יותר בקרב גברים ונשים, אך נשים וגברים נוטים להתמקד באיברי גוף שונים: גברים נוטים להיות מוטרדים יותר ביחס לאיברי המין שלהם, למבנה גופם ולהתקררות ואילו נשים נוטות להיות מוטרדות יותר באשר לעור, לבטן, לשדיים, לעכוז, למותניים ולרגליים שלהן.
- התופעה מתחילה לרוב בגיל ההתבגרות, כאשר בני נוער רבים מתחילים לעסוק במראם החיצוני. הסובלים מהפרעת גוף דיסמורפית מגיעים לא פעם למרפאה של רופא עור או מנתח פלסטי, לפי אחת ההערכות יותר מ-75% מחפשים טיפול שאינו פסיכיאטרי.
- תחלואה נלווית: לאנשים עם הפרעת גוף דיסמורפית יש לעיתים קרובות גם אבחנה של דיכאון והדבר עלול אפילו להוביל לניסיונות התאבדות או למוות. השילוב של הפרעת גוף דיסמורפית עם פוביה חברתית והפרעת טורדנות-כפייתיות קיים בשיעור גבוה למדי אך לא גבוה כמו זה של השילוב בין הפרעת גוף דיסמורפית ודיכאון.
- ההפרעה מובילה לאיכות חיים ירודה.

הקשר בין הפרעת גוף דיסמורפית ל-OCD ולהפרעות אכילה

- הימצאות מחשבות טורדניות רבות עוצמה.
- עסוקים במגוון התנהגויות טקסיות כגון בקשת עידוד, בדיקה מול המראה, השוואת עצמם לאנשים אחרים והשוואה.
- ישנה חפיפה בגורמים האפשריים לשתי ההפרעות. לדוגמה, אותו נוירטרנסמיטר (סרוטונין) ואותן מערכות של מבני מוח מעורבים בשתי ההפרעות.
- אותם סוגי טיפולים שמועילים ללוקים בהפרעת גוף דיסמורפית מועילים גם לאנשים עם הפרעת OCD.
- קווי הדמיון הבולטים ביותר בין הפרעת גוף דיסמורפית לאנורקסיה נרבוזה הם דאגה מוגזמת מהמראה החיצוני והעיסוק המופרז בו, חוסר שביעות רצון של האדם מגופו ודימוי מעוות של מאפיינים מסוימים בגוף. האנורקסיה רזים מאוד ומרוצים מכך זאת לעומת הלוקים בהפרעת גוף דיסמורפית אינם מרוצים מהמראה שלהם למרות שהם נראים "נורמלי".

טיפול בהפרעת גוף דיסמורפית

- הטיפולים היעילים ב-BDD דומים מאוד לטיפולים היעילים ב-OCD.
- הטיפול היעיל ביותר הוא טיפול קוגניטיבי, חשיפה ומניעת תגובה הביאו לשיפור אצל 50%-80% מהמטופלים. הגישה מנסה לגרום למטופל לזהות ולשנות תפיסות מעוותות תוך כדי חשיפה

למצבים מעוררי חרדה – למשל ללבוש בגד שדווקא מבליט את הפגם ולמנועה מהמטופל תגובות בדיקה (הסתכלות במראה, חיפוש עידוד ובחינה חוזרת של הפגם).

הפרעת אגרנות (Hoarding)

- באופן מסורתי, אגרנות נחשבה לתסמין אחד מסוים של הפרעת טורדנות-כפייתיות, אולם סיווג זה העלה יותר ויותר תהיות וב-DSM-5 אגרנות נוספה כהפרעה חדשה.
- אגרנות כפייתית (כתסמין) מופיעה בקרב 3-5% מהאוכלוסייה הבוגרת ובקרב 10% עד 40% מהאנשים שאובחנה אצלם הפרעת טורדנות-כפייתיות. אנשים עם הפרעת אגרנות אוספים חפצים שנראים חסרי ערך או בעלי ערך נמוך מאוד ואינם מסוגלים להיפטר מהם, בין השאר בשל ההיקשרות הרגשית שהם מפתחים כלפי פרטי הרכוש שלהם. כמו כן, חללי המגורים שלהם דחוסים ו"מבולגנים" במידה קיצונית עד כדי כך שהם מפריעים לפעילויות נורמליות שאילולי האגרנות היו נערכות בחללים אלה, כגון ניקיון, בישול והליכה בתוך הבית.
- מחקר הדמיה נוירולוגי מצא כי דפוסי פעילות המוח שונים מהדפוסים של אנשים עם אבחנה של הפרעת טורדנות-כפייתיות ללא תסמיני אגרנות. הימצאות של טורדנות, של כפייתיות או של שתיהן.
- אגרנים כפייתיים מושבתים ואינם מתפקדים (באופן תעסוקתי וחברתי כאחד). הם גם נתונים בסיכון גבוה לשריפה, לנפילה, לרמת תברואה גרועה ולבעיות בריאות קשות. כמו כן, הפרוגנוזה של אנשים אלה בעקבות הטיפול פחות טובה מזו של אנשים שאין להם תסמיני אגרנות.
- הטיפול התרופתי שעוזר ל-OCD פחות יעיל עבור אנשים עם הפרעת אגרנות.
- טיפול התנהגותי מסורתי – חשיפה ומניעת תגובה נמצא גם הוא פחות יעיל.

תלישת שיער כפייתית (טריכוטילומניה)

- א. מאופיינת בעיקר בדחף של אדם למשוך בשערו בכל מקום בגופו (שכיחות ביותר הקרקפת, הגבות או הזרועות) עד כדי איבוד שיער בולט לעין.
- ב. בדרך כלל לתלישת השיער קודמת תחושה הולכת וגוברת של מתח ובעקבות התלישה מגיעה תחושת עונג, סיפוק או הקלה.
- ג. התסמינים צריכים לגרום למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבוש בתחומי תפקוד חשובים.
- ד. התופעה מתרחשת לרוב כשהאדם נמצא לבדו (או עם בני משפחה קרובים) והאדם נוהג לעיתים קרובות לבחון את שורש השערה, לסובב ולנתק אותו ולפעמים למשוך שערה בין שיניו ו/או לבלוע אותה. ההפרעה יכולה להופיע בילדות או מאוחר יותר. הופעת ההפרעה אחרי ההתבגרות המינית מתקשרת למהלך חמור יותר.

פרק 7 - הפרעות מצב רוח והתאבדות

הפרעות מצב רוח

ה- DSM-5 מבחין בין הפרעות מצב הרוח השונות:

- ✓ הפרעות חד-קוטביות, בהן האדם מתנסה באירועי דיכאון בלבד.
- ✓ הפרעות דו-קוטביות, בהם האדם מתנסה באירועי מאניה בנוסף לאירועי הדיכאון.

מושגים חשובים מהפרק

- **דיכאון** - תחושה של עצב עמוק, ייאוש, פסימיות, איבוד עניין, חוסר ערך או ריקנות עמוקה. קיימות גם הפרעות בריכוז, בתיאבון ובשינה.
- **מאניה** - מצב המאופיין ברמות מופרזות של התרגשות קיצונית, התרוממות רוח, פעילות מופרזת וריגוש. המחשבה והדיבור מהירים וקשה לעקוב אחריהם. לעתים יש התפרצויות של רוגז או אלימות, במיוחד כאשר אנשים אחרים אינם נענים לרצונותיו של האדם השרוי במאניה. כושר השיפוט נפגם ועשויות להופיע מחשבות שווא. האדם מאוד פעיל, ישן מעט, אוכל מעט, מדבר הרבה ומהר ופעלתן מאוד.
- **היפומאניה** - מאניה מתונה וקלה יותר, ללא פגיעה משמעותית בתפקוד, לפחות 4 ימים. לפחות שלושה תסמינים דומים לאלה של מאניה אך בעוצמה נמוכה. חלים פחות שיבושים בתפקוד התעסוקתי והחברתי ואין צורך באשפוז.
- **דיכאון עמוק/מג'ורי/קשה** - הפרעת הדיכאון הקשה ביותר ולה שלוש שמות (מילים נרדפות)
- **דיכאון קל** - מדובר על הפרעת דיכאון מתמשכת. לא מדובר על הפרעה קלה אך ביחס לדיכאון עמוק, היא קלה יותר.

מושג מתוך פרק 13 שישרת אותנו גם בפרק הזה, ויופיע מאוחר יותר בסיכום בהרחבה.

- **פסיכוזה** - מצב נפשי שבו קיים שיבוש גם ומשמעותי **בבוהן המציאות** (חוסר התמצאות בזמן, במקום, באישים או בכלים יחד). המתבטא בהרהורי שווא או הלוצינציות או בשתיהן. פסיכוזה זו לא הפרעה אלא מצב נפשי.
- **מחשבת שווא = הרהור שווא = דלוזיה** - הפרעות בתוכן ו/או מהלך החשיבה. מחשבות או אמונות שלא ניתן להרהר עליהן גם כשמיגים ראיות סותרות או נימוקים הגיוניים.
- **הזיות = הלוצינציות** - תפיסה חושית שגויה לחלוטין באחד או יותר מחמשת החושים. למשל שמיעת קולות שאינם קיימים בפועל, ראיית דמויות/דברים שלא נמצאים שם וכדומה.
- **מאפייני הפרעות מצב רוח חד קוטביות**
- **רב גילאיות** - גם ילדים וקשישים יכולים לסבול מדיכאון.
- **היבט תרבותי** - יש הבדלים תרבותיים בביטויי הדיכאון.
- **היבט מגדרי** - יותר נשים מגברים סובלים מדיכאון.

סוגי הפרעות החד קוטביות

- הפרעת דיכאון קשה (על תתי סוגיו)
- הפרעת דיכאון מתמשכת
- הפרעה דיספורית קדם-וסתית
- דיכאון כפול
- דיכאון שלאר לידה

הפרעות מצב רוח

הפרעת דיכאון קשה (MDD) קריטריונים של ה-DSM

- א. הופעה של לפחות חמישה מתוך תשעת הסימפטומים הבאים אשר מופיעים במשך לפחות שבועיים ומייצגים שינוי מהתפקוד קודם. חובה שיופיעו תסמינים 1 או 2 או שניהם (4.מצב רוח דיכאוני או 2. איבוד עניין או הנאה).
 - ✓ 1. מצב רוח דיכאוני רוב שעות היום, כמעט כל יום, לפי דיווח סובייקטיבי (לדוגמא: מרגיש עצוב/ריק/חסר אונים) או תצפית של אחרים (לדוגמא - האדם בוכה).
 - ✓ 2. חוסר עניין בולט או אובדן הנאה בכל הפעילויות ברוב היום, כמעט מדי יום (דיווח סובייקטיבי או תצפית של אחרים).
 - ✓ 3. אובדן משקל משמעותי או עליה במשקל, או עלייה/ירידה בתאבון, כמעט מדי יום, לא בזמן דיאטה.
 - ✓ 4. נדודי שינה או יתר שינה כמעט מדי יום.
 - ✓ 5. אי שקט או האטה בפעילות הפסיכומוטורית כמעט מדי יום. לא מתבסס רק על דיווח עצמי סובייקטיבי אלא גם על דיווח של אנשים אחרים. אי שקט = פעילות מרובה, תזוזות של הגוף ללא מטרה.
 - ✓ 6. עייפות ואובדן אנרגיה כמעט מדי יום.
 - ✓ 7. תחושת חוסר ערך או רגשות אשמה מוגזמת/לא מתאימות העשויות להיות ערעורי שווא, לא מדובר רק על רגשות אשמה בשל המחלה, כמעט מדי יום.
 - ✓ 8. ירידה ביכולת החשיבה והריכוז וחוסר החלטיות, כמעט מדי יום. לפי דיווח סובייקטיבי או תצפיות של אחרים.
 - ✓ 9. מחשבות חוזרות על מוות/התאבדות או ניסיון אובדניים.
 - ב. התסמינים גורמים למצוקה משמעותית או לפגיעה משמעותית בתפקוד חברתי או תעסוקתי או תחום חשוב אחר.
 - ג. אי אפשר לייחס את האפיזודה להשפעות הפיזיולוגיות של חומר או למצב רפואי אחר.
 - ד. אי אפשר להסביר את טוב יותר את האפיזודה באמצעות הפרעה סכיזואפקטיבית, סכיזופרניה, הפרעה דמוית סכיזופרניה, הפרעת הרהורי שווא או הפרעה אחרת פסיכוטית, או הפרעה ספציפית או לא ספציפית על קשת הסכיזופרניה.
 - ◀ אדם שאין לו תסמינים פסיכטיים, בוחן המציאות שלו תקין, בכלל לא נסתכל על סעיף ד'.
 - ה. האדם מעולם לא חווה אפיזודה מאנית או היפומאנית.
- ### מושגים בדיכאון
- אפיזודה יחידה - הכוונה לאפיזודת הדיכאון הראשונה.
 - אפיזודה חוזרת - שקדמה לה לפחות אפיזודה אחת של דיכאון.
 - הפוגה - מצב בו רוב תסמיני הדיכאון נעלמים למשך חודשיים לפחות.
 - נסיגה של הדיכאון - האפיזודה הבסיסית לא הסתיימה, שובם של תסמיני הדיכאון תוך פרק זמן קצר למדי.
 - הישנות הדיכאון - תחילה של אפיזודה דיכאונית חדשה. עולה ככל שמספר האפיזודות הקודמות של דיכאון גבוהה, אם יש תחלואה נלווית, אם נותרו שאריות תסמינים או שיבושים חברתיים לאחר האפיזודה הראשונה של הדיכאון.
 - ◀ אפיזודה של דיכאון נמשכת בדרך כלל 9-6 חודשים כאשר האדם לא מטופל. כאשר תסמיני הדיכאון נשארים למשך שנתיים האבחנה תהייה הפרעת דיכאון מתמשכת.

תת קטגוריות של אפיזודות דיכאון קשה

תת קטגוריה	הגדרה	תסמינים אופייניים
עם מאפיינים מלנכוליים	כאשר מטופל סובל מאובדן עניין או הנעה כמעט מכל פעילות ואינו מגיב לאירועים שנחשבים כמהנים או רצויים. נקשרת בד"כ לטראומה בילדות והיא תורשתית יותר.	שלושה מהתסמינים האלה: יקיצת בוקר מוקדמת, הדיכאון קשה יותר בבוקר, אי-שקט או האטה פסיכומוטורית ניכרים, אובדן תיאבון או ירידה במשקל, רגשי אשם מוגזמים, מצב רוח דיכאוני שונה.
עם מאפיינים פסיכוטיים	מאופיינים באובדן קשר עם המציאות. נוטים לאפיזודות ארוכות יותר, יותר שיבושים קוגניטיביים ופרוגנוזה גרועה יותר לטווח ארוך. סביר כי האפיזודות החוזרות יתאפיינו גם בתסמינים פסיכוטיים.	כוללים הרהורי שווא או הזיות (שלרוב תואמים את מצב הרוח), רגשי אשם ותחושת חוסר ערך.
עם מאפיינים לא טיפוסיים	בוסט של תסמינים המאופיינים בתגובתיות: מצב רוחו של המטופל משתפר בתגובה לאירועים חיוביים. נפוץ יותר אצל נשים מאשר אצל גברים, והן חוות יותר מחשבות אובדניות מגברים. קשור לאפיזודות היפומאניות ולא למאניה.	תגובתיות של מצב הרוח - מרומם בעקבות אירועים חיוביים. שניים מארבעת התסמינים האלה: עלייה במשקל או תיאבון מוגבר, היפרסומניה (הפרעת שינה המאופיינת בשינה מופרזת במשך היום ובאי-יכולת להגיע לתחושת רעננות) תחושת כבדות משתקת) זרועות ורגליים כבדות כמו עופרת רגישות חדה לדחייה בין-אישית.
עם מאפיינים קטטוניים	קשורה לצורות מסוימות של דיכאון ומאניה יותר מאשר לסכיזופרניה	קשת של תסמינים פסיכומטוריים, מחוסר תנועה (קטלפסיה - קיפאון שרירי של הגוף) ועד פעילות פסיכומוטורית מופרזת כמו אילמות וקשיון. (אילמות במקרה זה היא אי-יכולת לדבר שלא על רקע גופני)
עם מאפיינים עונתיים	כאשר הדפוס של הדיכאון הוא עונתי.	לפחות שתי אפיזודות במהלך השנתיים האחרונות שהתרחשו באותה עונה (לרוב בסתיו או בחורף) והפוגה מלאה בעונה שונה אך תמיד באותה עונה (לרוב באביב). לא היו אפיזודות אחרות שאינן עונתיות במרוצת השנתיים האלה.

דיכאון קשה זו הפרעה אפיזודית. האדם חווה את תסמיני הדיכאון, כעבור תקופה מסוימת או בעקבות טיפול או בצורה ספונטנית יש הפוגה בתסמינים, עד כדי מצב של תפקוד תקין. וכעבור פרק זמן נוסף חוזרים שוב הסימפטומים של הדיכאון ומתחילה אפיזודה נוספת וחוזר חלילה. בהפרעת דיכאון מתמשכת מדובר על תהליך דיכאוני מתמשך ללא הפוגה.

הפרעת דיכאון מתמשכת

- בעבר נקרא דיסתימיה.
- נקראת גם הפרעת דיכאון קלה, לא כי זו הפרעה קלה כשלעמה אלא ביחד לדיכאון קליני הדיכאון נחשב קל יחסית.

הפרעת דיכאון מתמשכת קריטריונים

- א. מצב רוח דיכאוני לאורך רוב שעות היום קבוע הנמשך שנתיים לפחות (שנה אחת אצל ילדים או מתבגרים).
- ב. בעת הדיכאון, מתקיימים שניים לפחות מהבאים:
 - ✓ 1. חוסר תיאבון או אכילת יתר.
 - ✓ 2. הפרעות בשינה - נדודי שינה או יתר שינה.
 - ✓ 3. רמת אנרגיה נמוכה או עייפות.
 - ✓ 4. הערכה עצמית נמוכה.
 - ✓ 5. קושי להתרכז או קושי בקבלת החלטות.
 - ✓ 6. תחושת חוסר תקווה.
- ג. במהלך תקופת השנתיים עשויים להופיע מדי פעם מצבי רוח תקינים, אך אלה יימשכו לא יותר מחודשיים.
- ד. הקריטריונים של הפרעת דיכאון קשה יכולים להתקיים באופן רציף במשך שנתיים. (סעיף זה הופיע בספר אך לא הופיע במצגות ולא דובר בכיתה).
- ה. האדם לא חווה אפיזודה מאנית/היפומאנית בעברו. ומעולם לא ענה על הקריטריונים של ציקלותימיה
 - ו. אי אפשר להסביר טוב יותר את ההפרעה באמצעות הפרעות מהתחום הפסיכוטי
 - ז. לא ניתן לייחס את התסמינים להשפעות חומרים או מצב רפואי אחר.
 - ח. הסימפטומים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או לפגיעה בתחומי תפקוד חשובים.

צורות אחרות של דיכאון

- אובדן ותהליך האבל - לאבל יש לפעמים מאפיינים מסוימים שמתבטאים בארבע שלבים: 1. סירוב לקבל את האובדן, 2. כמיהה וחיפוש אחר האדם המת - שלב זה יכול לכלול כעס, 3. חוסר ארגון וייאוש שמתחיל כאשר האדם מבין שהאובדן קבוע, 4. ארגון מחדש כאשר האדם מתחיל לבנות את חייו מחדש. לא כל אובדן גורר דיכאון.
- דכדוך לאחר לידה - תסמיני דיכאון שמופיעים אצל האמא ולפעמים גם אצל האבא מיד לאחר הלידה שלו יש השפעה שלילית על הילד. הדכדוך מאופיין בתנודות במצב הרוח, נטייה לבכי, עצב ורגזנות ולעיטים קרובות גם תחושות שמחה מידי פעם. התסמינים מופיעים אצל מעל חצי מהנשים היולדות למשך עשרה ימים לאחר הלידה ולרוב חולפים מעצמם ללא טיפול. יש סבירות גבוהה שדכדוך או דיכאון לאחר לידה יופיעו אצל נשים ללא תמיכה חברתית, נשים שמתקשות להסתגל לעצם הפיכתן לאימהות, לאחריות המוטלת עליהן או לנשים בעלות היסטוריה אישית או משפחתית של דיכאון.

הפרעת דיספוריה קדם ויסתית

- א. לפחות אחד מארבע התסמינים הבאים, בשבוע שלפני הופעת הווסת:
 - ✓ 1. אי יציבות רגשית ניכרת כגון תנודות במצב הרוח.
 - ✓ 2. רגשנות או כעס ניכרים או ריבוי קונפליקטים בין אישיים.
 - ✓ 3. מצב רוח דיכאוני ניכר, תחושת ייאוש או מחשבות הממעיטות בערך העצמי.
 - ✓ 4. חרדה, מתח, חוסר שקט או עצבנות.
- ב. התסמינים חייבים להשתפר בתוך ימים אחדים מהופעת הווסת ולהיעשות מזעריים או להעלם כליל בשבוע שלאחר הופעת הווסת.

- ג. לפחות חמישה מהתסמינים הבאים:
 - ✓ 1. ירידה בהתעניינות בפעילויות הרגילות.
 - ✓ 2. תחושה סובייקטיבית של קושי בריכוז.
 - ✓ 3. עייפות, חוסר אנרגיה.
 - ✓ 4. שינויים בתאבון.
 - ✓ 5. בעיות שינה.
 - ✓ 6. תחושת הצפה רגשית או איבוד שליטה.
 - ✓ 7. תסמינים גופניים כגון רגישות או גודש בשדיים, נפיחות, עלייה במשקל וכו'.

דיכאון כפול

- דיכאון כפול זהו מצב בו אותו אדם סובל בו זמנית גם מהפרעת דיכאון קשה וגם מהפרעת דיכאון מתמשכת.
- הלוקים בדיכאון כפול מדוכאים במידה מתונה על בסיס כרוני (עונים על הקריטריונים של הפרעת דיכאון מתמשכת) אך סובלים מידי פעם מבעיות גדולות יותר אשר במהלכן הם עונים גם על הקריטריונים של אפיזודת דיכאון קשה.
- רוב הסובלים מדיכאון כפול מחלימים מהדיכאון הקשה, אך חוזרים למצבם ה"רגיל" דיכאון קל.
- לפי ה-DSM דיכאון כפול הוא צורה של הפרעת דיכאון מתמשכת.

גורמים סיבתיים להפרעות מצב רוח חד קוטבי

← גורמים סיבתיים ביולוגיים

- **השפעות גנטיות** - סיכוי גבוה פי שניים להפרעת דיכאון אצל אנשים עם היסטוריה משפחתית של הפרעות דיכאון חד קוטביות. אצל תאומים זהים פי 2 סיכוי לפתח דיכאון מאשר אצל תאומים לא זהים. עדיין לא זוהה גן אחד ספציפי שאחראי לדיכאון למרות ש הגן לנשא של סרוטונין כנראה מעורב. לאדם עם S/S יש נטייה גבוהה יותר לדיכאון מאשר לאדם עם L/L.
- **גורמים נוירוכימיים** - שיבושים באיזון העדין של נוירורנסמיטרים בעיקר מחסור בנוראפינפרין וסרוטונין (השערת המונואמינים). עמוד 393
- **שיבושים במערכת הוויסות ההורמונלית ובמערכת החיסון** - **ציר היפותלמוס - היפופיזה** - **יותרת הכליה (HPA)** (נשלט ע"י נוראפינפרין וסרוטונין) ו**ההורמון קורטיזול** - פעילות רבה וארוכת טווח של קורטיזול קשורה למחלות לב, השמנת יתר ולחץ דם גבוהה (המוגברות בדיכאון). שיבוש נוסף מופיע בציר **היפותלמוס - היפופיזה - בלוטת התריס** - אנשים עם פעילות נמוכה של בלוטת התריס נעשים מדוכאים לעיטים קרובות. **דקסמתאזון** - כשל בדיכוי הקורטיזול בפלסמת הדם. **שיבוש במערכת החיסון** - גידול בציטוקינים פרו דלקתיים שיכולים לתרום להופעת דיכאון.
- **השפעות נוירופיזיולוגיות ונוירואנטומיות** - פגיעה בחלק שמאלי של האונה הקדם מצחית (למשל בעקבות שבץ מוחי) או פעילות נמוכה של אזור זה מקושרת לדיכאון. נפח קטן/פעילות נמוכה של הקורטקס הקדם מצחי. ירידת נפח ההיפוקמפוס. ירידת נפח/הפחת פעילות בקורטקס החגורה הקדמי. פעילות מוגברת של האמיגדלה - מעלה את תשומת הלב לגירויים שליליים.

- מחזורי שינה ומחזורי ביולוגיים אחרים - הסובלים מדיכאון לעיתים נכנסים מוקדם יותר לשנת REM (כלומר ישנים פחות זמן שינה עמוקה) ובעלי תנועות עיניים מהירות ותכופות יותר הקשר בין הפרעה עם מאפיינים עונתיים לשעות האור ביממה. עמ' 397
- הסברים ביולוגיים להבדלים בין המינים - שינויים הורמונליים - יש האומרים כי קיימת פגיעות גנטית רבה יותר אצל נשים אך יש מחקרים שסותרים.

← גורמים סיבתיים פסיכולוגיים

- אירועי חיים גורמי עקה כגורמים סיבתיים - גורמי עקה מעורבים בהופעה של כמה הפרעות כמו חרדה, דיכאון וכעוד. אירועי חיים מעורר עקה חמורים - תורמים לעתים קרובות כזרזים של הופעת דיכאון חד-קוטבי, במיוחד אצל נשים צעירות בהשוואה לגברים. לפי מודלים של דיאתזה עקה ההפרעה תפתח כתוצאה משילוב של דיאתזה (פגיעות מוקדמת לפתח הפרעת מצב רוח) לבין עקה המהווה את הטריגר להתפתחות ההפרעה. אירועי חיים המעוררי עקה והמזרזים דיכאון קשורים ברובם למות אדם אהוב, איום על מערכת יחסים קרובה, איום על מקום העבודה, בעיות כלכליות או רפואיות קשות, טיפול בבן זוג עם מחלה קשה. קיימת אבחנה בין אירועי חיים תלויים לבלתי תלויים בהשפעתם על דיכאון.

» אירועים חיים בלתי תלויים - למשל אדם שנפצע בפיגוע או שביתו נהרס מהוריקן.

» אירועי חיים תלויים - למשל מריבות עם בן הזוג או התפטרות.

» נמצא כי אירועי חיים תלויים (שתלויים באדם עצמו ובבחירותיו) ממלאים תפקיד מרכזי יותר בדיכאון.

פגיעות אישיותיות - נירוטיות (רגשיות שלילית - עצבות, חרדה, רגשי אשם ועוונות). מופנמות (רגשיות חיובית נמוכה - חוסר התלהבות, חוסר מרץ, רדידות, שעמום וביטחון עצמי נמוך). בנוסף נירוטיות קשורה לסיכויים נמוכים יותר להחלים מדיכאון באופן מלא.

פגיעות קוגניטיביות - סגנון קוגניטיבי המאופיין בדפוס חשיבה שלילי, בייחוסים פנימיים, יציבים וכוללניים.

אירועים מעוררי עקה מתונה ועקה כרונית - עקה כרונית קשורה בסיכון מוגבר להופעת דיכאון קשה, השתמרותו והישנותו. עקה כרונית - גורם מעורר עקה שנמשך מספר חודשים לפחות.

פגיעות ותגובות לגורמי עקה - קיימים הבדלים בצורה בה אנשים מגיבים לאירועים מעוררי עקה. אנשים עם סיכוי גנטי גבוה ללקות בדיכאון נוטים להגיב בדיכאון לאירועי חיים מעוררי עקה הבה יותר מבעלי סיכון גנטי נמוך.

מצוקה בגיל צעיר כדיאתזה - מגוון של סוגי מצוקה בסביבתו המוקדמת של הילד יכולים ליצור פגיעות לדיכאון לטווח קצר או ארוך. הם פועלים במידה מסוימת ע"י הגברת הרגישות לאירועי חיים מעוררי עקה בבגרות. מצוקה מתונה בילדות עשויה להגביר חוסן נפשי ודווקא להקטין את הסיכוי לפגיעות בעתיד.

- תיאוריות פסיכודינמיות - העלו את ההשערה כי כאשר אדם קרוב מת האדם נסוג לשלב האוראלי (שבו התינוק אינו מסוגל להבחין בין העצמו לבין זולתו). האדם המתאבל מפנים או משלב בתוך עצמו את האדם שאיבד, וחש כלפי עצמו את כל הרגשות שחש כלפי האדם המת רגשות אלו עשויים לכלול גם זעם ועוונות. דיכאון הוא כעס המופנה פנימה. דיכאון יכול להופיע כהתמודדות עם אובדן אמיתי, מדומה או סמלי. הפאזה

המאנית **שהפרעת דיכאון דו קוטבית** יכולה לשמש כמנגנון הגנה מפני הדיכאון (תגובת היפוך).

● **תיאוריות התנהגותיות** - הדיכאון הוא תוצאה של ירידה בחיזוקים החיוביים (מילוליים, חברתיים). הלוקים בדיכאון חווים יותר אירועים שליליים. למרות שלא ברור כי אלו הגורמים לדיכאון. ייתכן כי בשל פסימיות ורמת פעילות נמוכה, הדבר מוביל לשימור הדיכאון. לא ברור כיוון הקשר הסיבתי האם הדיכאון גורם לירידה בחיזוקים מהסביבה או שהירידה בחיזוקים מהסביבה גורמת לדיכאון, בכל מקרה נוצר מעגל קסמים המזין את עצמו.

● **התיאוריה הקוגניטיבית של בק** - התסמינים הקוגניטיביים של הדיכאון קודמים לתסמינים הרגשיים ואולי אפילו גורמים להם ולא להיפך (חשיבה שלילית מובילה לתחושה שלילית).

התנסויות מוקדמות מובילות להתפתחות וגיבוש אמונות דיספונקציונליות/סכמות דפרסוגניות הינן נוקשות וקיצוניות (סכמות דפרסוגניות = סכמות קשיחות, קיצוניות וחסרות תועלת. לדוגמא: "רק אם אני עוזר ועושה-אוהבים אותי") והן אלו שמביאות לפיתוח דיכאון. האמונות הללו מתפתחות בילדות ובגיל ההתבגרות, בעקבות חוויות שליליות של הילד עם הוריו ועם אנשים משמעותיים אחרים בחייו (דיאתזה - משמשות כנטייה מוקדמת של האדם לפתח דיכאון). הן יכולות להיות רדומות במשך שנה ומתפרצות על ידי גורמי עקה. הן יוצרות מחשבות אוטומטיות שליליות. המשולש הקוגניטיבי השלילי כולל:

- » מחשבות שליליות על העצמי (אני לא שווה כלום)
- » מחשבות שליליות על העולם. (אף אחד לא אוהב אותי)
- » מחשבות שליליות על העתיד שלי. (אין לזה טעם כי לעולם לא יהיה טוב)

המשולש הקוגניטיבי נוטה להשתמר בעזרת הטיות/טעויות קוגניטיביות שליליות:

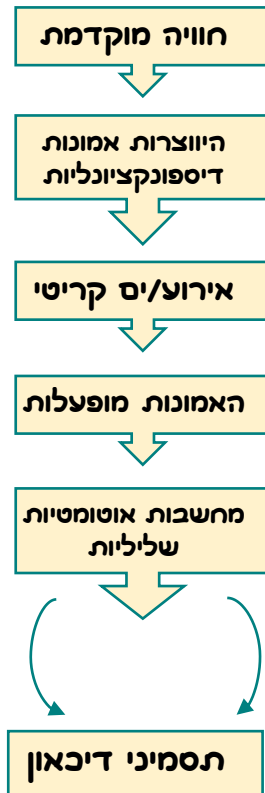
- ✓ חשיבה דיכוטומית של הכל או כלום - נטייה לחשוב בקיצוניות לדוגמה - אם אני לא מסוגל לבצע את זה בצורה מושלמת אין טעם שאבצע את זה בכלל.
- ✓ הפשטה סלקטיבית/בררנית - נטייה להתמקד בפרט שלילי אחד במצב ולהתעלם ממרכיבי המצב האחרים. לדוגמה - לא היה לי רגע אחד של נחת כל היום.
- ✓ היסק שרירותי - קפיצה למסקנה שאינה מבוססת על ראיות או מבוססת על ראייה קלת ערך. לדוגמה - לאחר כישלון בביצוע משימה שקיבלתי מהמטפל שלי "הטיפול הזה לעולם לא יעזור לי"
- ✓ הכללת יתר - נטיית יתר להכליל "כל הגברים אותו הדבר".

אם תוכן המחשבות הנוגעות לעצמי בהווה ובעתיד הוא שלילי מלכתחילה, וקיימת נטייה להמעיט בערכם של הדברים החיוביים או להסיק ראיות שליליות על סמך ראיות קלות לא סביר שמחשבות שליליות אלה ייעלמו.

◀ כשמבקשים להסביר את המשולש הקוגניטיבי נשתמש במילים מחשבות אוטומטיות, אמונות דיס פונקציונליות ונציין את כל שלוש הסוגים שלהן. ולא נזכיר ייחוס פנימי, יציב וכוללני. בכלל לא לדבר על ייחוסים.

המודל הקוגניטיבי של הדיכאון ע"פ בק

דיכאון:



התנהגותיים

קוגניטיביים

סומטיים רגשיים מוטיבציוניים

אירועי עקה מפעילים את האמונות הדיספונקציונליות ואלה מעוררות את המשולש הקוגניטיבי השלילי הגורם להופעת תסמיני הדיכאון שמחזקים את המשולש שמחזק את הסימפטומים - מעגל הקסמים של הדיכאון.

- **תיאוריות חוסר האונים וחוסר התקווה** - לפי המודל של חוסר אונים נרכש - כאשר אנו מגלים כי אין לנו שליטה על אירועים לא נעימים אנו חווים חוסר אונים נרכש ומאבדים את הרצון לנסות ולהגיב בעתיד, הם מציגים פאסיביות ואפילו תסמיני דיכאון. לפי מודל חוסר האונים - חוסר האונים מוביל לסימפטומים דיכאוניים המתבטאים בחשיבה שלילית, בחוסר מוטיבציה וברגשות שליליים. תיאוריית חוסר האונים בגרסתה החדשה הוסיפה את רעיון הייחוס - אנשים דיכאוניים נוטים לסגנון ייחוס פסימי, מייחסים לאירועים שליליים סיבות פנימיות, יציבות וכוללניות. תיאוריית חוסר התקווה זוהי גרסה מתוקנת לתיאוריית חוסר האונים ולפיה לא די בצירוף סגנון ייחוס פסימי ואירוע חיים שלילי ליצירת דיכאון, אלא אם האדם היה קודם במצב של חוסר תקווה. חוסר תקווה = תפיסתו של האדם כי אין לו שליטה במה שעומד לקרות והוא בטוח כי דבר רע עומד להתרחש או כי דבר טוב ורצוי לא יתרחש. המועדים לדיכאון לא רק נוטים לייחוסים כוללניים ויציבים לאירועים שליליים, אלא נוטים גם להסיק מסקנות שליליות הן לגבי תוצאות צפויות והן בנוגע להשלכות של האירוע על תפיסות העצמי.

- **תיאוריית סגנונות התגובה הרומינטיביים כהסבר לדיכאון** - רומינציה ממוקדת בעצמי מביאה להיזכרות נוספת באירועים אישיים שליליים וכך מזינה מעגל קסמים של דיכאון.
רומינציה הגדרה - תהליך הכולל דפוס חזרתי ופסיבי יחסית של פעילות מנטלית. נטייה להתמקד בשאלות איך ומדוע מרגישים כך, באופן חזרתי, במקום להתמקד בפעולה או בפתרון בעיות שמסיחים את הדעת ועשויים להוביל לפתרון הבעיה.
שילוב עם התיאוריות הקודמות: אנשים עם סגנון קוגניטיבי שלילי מחזיקים בתוכן שלילי רב במחשבותיהם, אך רק אם הם מתעכבים עליו ומרבים להרהר בו (עיסוק ברומינציה), הסיכוי שלהם לפתח דיכאון קליני גדול במיוחד.
- **השפעות של יחסים בין-אישיים** - העדר תמיכה חברתית וליקויים במיומנויות חברתיות. ההתנהגויות הדיכאוניות יכולות ליצור דחייה חברתית מהזולת (שבעבר תמך ועזר). קשר גבוה בין אי שביעות רצון מחיי הנישואין לבין דיכאון (אצל נשים וגברים כאחד), במיוחד כאשר הקשר מאופיין בביקורת ועוינות מצד בן/ת הזוג. דיכאון של הורה מעמיד את ילדיו בסיכון גבוה לבעיות רבות, אך בעיקר לדיכאון, במיוחד ההשפעות חזקות יותר כאשר האמא לוקה בדיכאון. (הסבר גנטי אך של האינטראקציות עם הילדים, שיש בהן יותר חיכוכים ופחות הנאה/אישור חיובי).

הפרעות דו קוטביות

שני קצוות הרצף הדו קוטבי

- **דיכאון** - תחושה של עצב עמוק, ייאוש, פסימיות, איבוד עניין, חוסר ערך או ריקנות עמוקה. קיימות גם הפרעות בריכוז, בתיאבון ובשינה.
- **מאניה** - מצב המאופיין ברמות מופרזות של התרגשות קיצונית, התרוממות רוח, פעילות מופרזת וריגוש שלעתים מתחלפים בהתפרצויות של רוגז או אלימות, במיוחד כאשר אנשים אחרים אינם נענים לרצונותיו של האדם השרוי במאניה (מרכיב רגשי). המחשבה והדיבור מהירים וקשה לעקוב אחריהם כושר השיפוט נפגם ועשויות להופיע מחשבות שווא (מרכיב קוגניטיבי). חיפוש אחרי ריגושים - התנהגות מהירה, השקעות כספיות או פעלתנות יתר שהיא לאו דווקא פרודוקטיבית, למשל להכין עוגה באמצע הלילה במשך שלוש שעות (רכיב התנהגותי). חייבת להיות פגיעה תפקודית גם כשהאדם עצמו לא שם לב לזה.
- **היפומאניה** - מאניה מתונה וקלה יותר, ללא פגיעה משמעותית בתפקוד, ללא מחשבות שווא, ללא סימפטומים פסיכטיים.

תיאור המקרה עונה על ההגדרה של הפרעה דו קוטבית? נסתכל על המאניה ועל הדיכאון:
דיכאון קל והיפומאניה = ציקלותימיה
דיכאון קשה ומאניה = דו קוטבית 1
דיכאון קשה והיפומאניה = דו קוטבית 2

אפיזודה מאנית

בשביל להיות מאובחן בהפרעה דו קוטבית צריך לפחות אפיזודה מאנית אחת ולפחות תקופת דיכאון אחת. אפיזודה מאנית היא אגו-סינטוני.

● א. תקופה קצובה של מצב רוח מרומס, עצבני, חסר רסן באופן חריג, או רגזני באופן חריג, ופעילות או אנרגיה מכוונת מטרה באופן עיקש הנמשך לפחות שבוע ונוכחת רוב שעות היום, כל יום.

● ב. יופיעו לפחות 3 מהסימפטומים הבאים (או 4 אם יש רק רגזנות ואין התרוממות רוח):

✓ 1. הערכה עצמית או יהירות מופרזת. (אני יודע איך לזכות בלוטו)

✓ 2. ירידה בצורך לישון.

✓ 3. דיבור רב מהרגיל או לחץ להמשיך לדבר.

✓ 4. שטף דיבור לא קוהרנטי או חוויה סובייקטיבית של הצפת מחשבות.

✓ 5. מוסחות בקשב. (קשה להתמקד בדבר אחד, גם בשיחה וגם בעשייה) דיווח עצמי או תצפית של אחרים.

✓ 6. עלייה בפעילות מכוונת מטרה (במצבים חברתיים, בעבודה, בלימודים או בפעילות מינית). או אי שקט פסיכומטורי (פעילות חסרת מטרה)

✓ 7. מעורבות מופרזת בפעילויות שלהן סיכוי רב להסתיים בתוצאות כואבות (קניות חסרות רסן, מיניות, השקעות עסקיות לא נבונות).

● ג. הפרעה משמעותית בתפקוד התעסוקתי, החברתי או הבין-אישי. או שיש צורך לאשפז את האדם על מנת למנוע נזק לאדם עצמו או לאחרים או שקיימים מאפיינים פסיכויטיים.

● ד. אי אפשר לייחס את האפיזודה להשפעות פיזיולוגיות של חומרים כמו סמים או תרופות.

אפיזודה היפומאנית

● א. מצב רוח מרומס או רגזני והתנהגות משימתית ומוגברת הנמשכות במשך 4 ימים ברציפות וללא הפסקה.

● ב. במהלך התקופה נוכחים לפחות שלושה מהסימנים הבאים (או 4 אם קיימת רק רגזנות) בעוצמה רבה השונה מאוד מההתנהגות הרגילה:

✓ 1. הערכה עצמית מנופחת וגרנדיוזית

✓ 2. צורך מופחת בשינה (פחות משלוש שעות)

✓ 3. דברנות יתר, דחף לדבר

✓ 4. מחשבות מהירות - מעוף או מרוץ מחשבתי

✓ 5. הסטת הקשב בקלות לנושאים לא חשובים ולא רלוונטיים

✓ 6. הגברת פעילות מכוונת מטרה שמלווה בעוררות גבוהה

✓ 7. מעורבות נמרצת ואף חסרת רסן, בפעילות בעלת סיכוי מוגבר לנזק: קניות לא מרוסנות, פעילות מינית לא מרוסנת או החלטות הרת גורל.

● ג. האפיזודה מלווה בשפירות ברור מהתפקוד ללא תסמינים.

● ד. ההפרעה במצב הרוח והשינוי בתפקוד נצפים ע"י אחרים.

● ה. האפיזודה לא חמורה דיה כדי לגרום לנכות, פגיעה תעסוקתית או חברתית ניכרת או כזו המחייבת אשפוז.

● ו. ללא תסמינים פסיכויטיים (אם יש אז מדובר במאניה).

● ז. האפיזודה אינה תוצאה של גורמים פיזיולוגיים כמו סמים, טיפול רפואי וכו'.

הפרעת ציקלותימיה

זו גרסה חמורה פחות מהפרעת דו קוטבית, שכן מצבי הרוח אינם כה קיצוניים ולא קיימים מאפיינים פסיכוטיים או שיבושים ניכרים אחרים. אנשים עם ציקלותימיה נמצאים בסיכון מוגבר מאוד לפתח הפרעה דו קוטבית.

קריטריונים לאבחון ציקלותימיה

- א. במשך שנתיים לפחות האדם חווה מספר פעמיים אפיזודות של היפומאניה ודכאון. (אצל ילדים/מתבגרים - שנה). יתכנו הפוגות בין האפיזודות.
- ב. באפיזודת הדיכאון - התסמינים דומים להפרעת דיכאון מתמשכת, אך ללא הקריטריון של משך הזמן. דיכאון קל/בינוני
- ג. באפיזודת ההיפומאניה - מאפייני מאניה מתונים.

הפרעה דו קוטבית סוג 1

- ההפרעה מאופיינת באפיזודות של מאניה ודיכאון, כאשר ביניהן תקופות בהן המצב הרוח מווסת/תקין ("נורמלי").
- לעתים יכולה להתקיים "אפיזודה מעורבת" - תסמינים של מאניה ושל דיכאון קשה (שבוע לפחות, כאשר יש תחלופה ביניהם במהירות מדי כמה ימים).

הפרעה דו קוטבית 2

- ההפרעה מאופיינת באפיזודות של היפומאניה ואפיזודות של הפרעת דכאון קשה, כאשר ביניהן תקופות בהן המצב הרוח תקין ("נורמלי").
- בקוטב הדיכאוני יש MDD ובקוטב המאני יש היפומאניה - כלומר מאניה מתונה. לכן קיים סיכוי שנפספס את זה ונאבחן את האדם עם דיכאון.

אם יש אפיזודה של מאניה או היפומאניה זו הפרעה דו קוטבית מסוג 1

גורמים סיבתיים להפרעות דו קוטביות

● גורמים סיבתיים ביולוגים

✓ **השפעות גנטיות** (לאילו יש תפקיד מרכזי יותר מאשר בהפרעות חד קוטביות) - תורמים יותר להפרעה דו קוטבית מסוג 1 מאשר להפרעה חד קוטבית. הסיכוי עולה פי 8 לחלות בהפרעה דו קוטבית כאשר אדם מקרבה ראשונה מאובחן (לאומת האוכלוסייה הכללית). מחקרי תאומים - אצל תאומים זהים שיעורי התאמה גבוהים (60%) לעומת אצל תאומים לא זהים (12%). לא זוהה גן אחד ספציפי שאחראי לתחלואה אלא מדובר על תורשה פוליגנית - שילוב של גנים יותר אותה.

✓ **גורמים נוירו-כימיים** - חוסר איזון בנוראפינפרין, דופמין וסרוטונין.

לפי השערת המונואמינים - דיכאון נגרם מחוסר בנוראפינפרין או סרוטונין ומאניה נגמרת מעודפים שלהם. בניגוד להשערה זו נמצאו ראיות כי קיים מחסור בסרוטונין (שבין תפקידו הוא ייצוב מצב הרוח) גם במאניה וגם בדיכאון. בנוסף פעילות דופמינרגית מוגברת באזורי מוח שונים עושיה להיות קשורה לתסמיני המאנים כמו אופוריה ופעלתנות יתר. תרופות כמו ליתיום אשר מדכאות פעילות דופמינרגית והן נוגדות מאניה.

✓ **שיבושים במערכת ההורמונלית** - ציר היפותלמוס - יותרת המוח - יותרת הכליה (HPA): בדיכאון דו קוטבי יש עליה ברמות הקורטיזול, אך אין עליה שלהם באפיזודה המאנית. דקסמתאזון - כשל בדיכוי הקורטיזול בפלסמת הדם במהלך האפיזודה הדיכאונית, ולא

במהלך האפיזודה המאנית. שיבוש נוסף מופיע בציר היפותלמוס - היפופיזה - בלוטת התרים - אנשים פעילות נמוכה של בלוטת התרים נעשים מדוכאים לעיטים קרובות. מתן הורמון של בלוטת התרים עשוי לסייע באפיזודות דיכאון אך עושי לזרז אפיזודה מאנית.

✓ **השפעות נוירופיזיולוגיות ונוירו-אנטומיות** - בהדמיות מוחיות נראה כי במהלך דיכאון זרימת הדם לקורטקס הקדם מצחי השמאלי מופחת בזמן דיכאון, ובמהלך מאניה זרימת הדם מוגברת לחלקים אחרים בקורטקס הקדם מצחי. ליקויים נוירופסיכולוגים בפתרון בעיות, תכנון, הסבת קשב, קשב מתמשך וזיכרון עבודה (בדומה לדיכאון חד קוטבי). מבנים תת קורטיקליים מסוימים כמו האמיגדלה וגרעיני הבסיס מתרחבים בהפרעה קוטבית ומתכווצים בדיכאון חד קוטבי. הצמצום בנפח ההיפוקמפוס שנצפה לרוב בדיכאון חד קוטבי לא נצפה בהפרעת דיכאון דו קוטבית. פעילות מוגברת באזורי מוח תת קורטיקליים כמו אמיגדלה ותלמוס אשר מעורבים בעיבוד רגשות והפרעת דיכאון דו קוטבית אך לא בחד קוטבית. הוויסות בהפעלה מצחית לימבי לקוי אצל הסובלים מהפרעה דו קוטבית.

✓ **שינה ומקצבים ביולוגיים אחרים** - שיבוש במקצבים הביולוגים כמו מחזור היממה אפילו לאחר נסיגת רוב התסמינים. סובלים מנוודי שינה - עודף שינה בדיכאון, חוסר שינה במאניה.

● גורמים סיבתיים פסיכולוגיים

✓ **אירועי חיים גורמי עקה** - בילדות ובמהלך הבגרות מגדילים את הסבירות לפתח הפרעות דו קוטביות וגם את הסבירות להישנותן. ע"פ מודל דיאתזה עקה - אירועי חיים מעוררי עקה משפיעים על הופעתן של אפיזודות באמצעות הפעלת הפגיעות החבויה מתחת לפני השטח. משערים כי ההשפעות המערערות של אירועי חיים גורמי עקה משפיעים על יציבותם של מקצבים ביולוגיים חיוניים.

✓ **גורמים פסיכולוגיים אחרים בהפרעה דו-קוטבית** - תמיכה חברתית מועטה יכולה לנבא יותר חזרות של הדיכאון. משתני אישיות וקוגניציה עשויים לפעול יחד עם אירועי חיים מעוררי עקה בקביעת מידת ההסתברות להישנות, למשל משתנה האישיות נוירוטיות נמצא קשור לדיכאון ומאניה, ועשוי לנבא עלייה בתסמינים של דיכאון אצל אנשים עם הפרעה דו קוטבית. במחקר נמצא כי אנשים עם סגנון ייחוס פסימי שחוו גם אירועי חיים שלילים הראו עליה בתסמינים דיכאוניים בין שהייתה להם הפרעה חד קוטבית, או דו קוטבית.

● גורמים חברתיים-תרבותיים המשפיעים על הפרעות חד קוטביות ודו קוטביות

● הבדלים בין תרבותיים בתסמיני דיכאון

✓ בתרבויות המערב בולטים התסמינים הפסיכולוגים של דיכאון כמו רגשי אשם, תחושת חוסר ערך עצמי ומחשבות אובדניות, ואילו בתרבויות לא מערביות כמו בסין ויפן בולטים יותר התסמינים הגופניים כמו הפרעות שינה, אובדן תיאבון ואיבוד עניין במין. אחת הסיבות להבדלים אלו יכולה להיות תמונה בכך שתרבות המערב היא תרבות אינדיווידואליסטית כלומר האדם מאשים את עצמו בכישלונותיו.

✓ הבדלים בין תרבותיים בתפוצה - הפרעות מצב רוח נעות בין 0.8 בניגריה ל-9.6 בארה"ב. גורמי סיכון פסיכו-חברתיים המשותפים לתרבויות שונות כגון רומינציה, חוסר תקווה וסגנון ייחוס פסימי קשורים לסיכון ללקות בדיכאון בארצות כמו סין.

טיפול ותרופות

● טיפול ביולוגי -

✓ טיפול תרופתי

» **תרופות נוגדות דיכאון - מעקבי מונו אמיין אוקסידז - מעכב את פעילות האנזים האחראי לפירוק נוראפינפרין וסרוטונין מרגע הפרשתם. יעיל במיוחד לטיפול בדיכאון עם מאפיינים לא טיפוסיים.**

נוגדי דיכאון תלת טבעתיים - מגבירות את ההעברה העצבית של המונו-אמינים בעיקר של הנוראפינפרין ובמדירה פחותה גם של הסרוטונין. יעילותן הוכחה במחקרים כיעלה אצל 50% ואצלם ניראה שיפור משמעותי מבחינה קלינית, אך רבים מהם עדיין סובלים משרידים של תסמיני דיכאון. בגלל ריבוי תופעות לוואי והן רעילות במינון גבוה רופאים מעדיפים לרשום SSRI.

הטיפול הנפוץ - מעכבים ברניים של קליטת סרוטונין חוזרת (SSRI). משמשים לטיפול בדיכאון קשה ובדיכאון עם תסמינים מתונים. תרופות נוגדות דיכאון מחוללות שינוי רק כ-3-5 שבועות מתחילת הטיפול. הפסקת נטילת התרופות עלולה לגרום לנסיגה.

» **מלח ליתיום להפרעה דו קוטבית - נחשב כמייצב מצב רוח, בעלת השפעות נוגדות מאניה וגם נוגדות דיכאון וכלן משתמשים בליתיום גם כנגד הפרעות מצב רוח חד קוטביות וגם דו קוטביות.**

לעיתים קרובות ליתיום יעיל במניעת מחזוריות בין אפיזודות מאניות לאפיזודות דיכאון (לא בהכרח אצל מטופלים עם מחזוריות מהירה). מטופלים עם הפרעה דו קוטבית נוטלים ליתיום גם כאשר הם לא בדיכאון ולא במאניה כדי לשמר את יציבותם. לליתיום יש תופעות לוואי.

תרופות נוגדות פרכוסים נמצאו יעילים עבור אנשים עם דיכאון דו קוטבי שלא הסתדרו עם הליתיום.

מטופלים המציגים סימפטומים של פסיכוזה יטופלו בתרופות נוגדות פסיכוזה בשילוב תרופות נוגדות דיכאון ו/או ליתיום.

✓ **טיפול בנזעי חשמל - מיועדות לטיפול בסובלים מדיכאון קשה הנמצאים בסכנת התאבדות מיידים, במיוחד באלה המציגים מאפיינים פסיכוטיים או מלנכוליים. בנוסף משמשים לטיפול בחולים שאינם מגיבים לטיפול התרופתי או כאלה שאינם יכולים לטול תרופות. לאחר 6-12 טיפולים חלה הפוגה מלאה של התסמינים. הטיפולים הם יום כן, יום לא. כלומר בעבור רוב המטופלים 3-5 שבועות יש שיפור עצום. הטיפול נערכים בהרדמה כללים וגורמים לפרכוסים. תופעת הלוואי הנפוצות הן שכחה ואיטיות קוגניטיבית. הטיפול יעיל מאוד גם באפיזודות מאניות.**

✓ **גריעה מגנטית חוצת גולגולת (TMS) - טיפול בלתי פולשני המאפשר גרייה ממוקדת באזור מוחי מסוים (בקורטקס) כאשר המטופל ער. הטיפול נערך כ-5 ימים בשבוע במשך שבועיים עד שישה שבועות. הטיפול נמצא די יעיל ובחלק מהמחקרים אפילו השוו את הצלחתו לטיפול בנזעי חשמל. גישה מבטיחה לטיפול באנשים שהתרופות לא עוזרות להם. היתרון על פני נזעי חשמל הוא שאין פגיעה קוגניטיבית או פגיעה בזיכרון. הטיפול בטוח למדי ולא גורם לתופעות לוואי משמעותיות.**

✓ **טיפול בעזרת חשיפה לאור בהיר - יעילה לטיפול בדיכאון בעונתי, אך גם בסוגי דיכאון אחרים.**

✓ **גריעה מוחית עמוקה (DBS) -** יעילה לטיפול באנשים עם דיכאון מתמשך ועיקש שאינם הגיבו לטיפולים אחרים. הטיפול כולל השתלת אלקטרודות במוח וגירוי האזור ע"י זרם חשמלי.

● טיפול פסיכולוגי

✓ **טיפול קוגניטיבי התנהגותי -** שיטת יעילה מאוד בטיפול בדיכאון חד קוטבי. הגישה מבוססת על טיפול קצר יחסית לרוב 10-20 מפגשים, הטיפול מתמקד בכאן ועכשיו ולא בסוגיות נסיבתיות מרוחקות יותר. הטיפול מבוסס על ניסיונות מובנים ושיטתיים ללמד אנשים לבדוק באופן שיטתי את אמונותיהם הדיספונקציונליות ואת מחשבותיהם השליליות האוטומטיות ובנוסף מלמדים אותם לזהות את ההטיות והעיוותים בעיבוד המידע ולתקן אותם, לחשוף את הנחות היסוד הדיכאוניות שלהם ולאתגר את ההנחות ואת האמונות הדפרסוגניות שלהם. נשען על גישה אמפירית - מלמדים את המטופל להתייחס לתפיסותיו כאל השערה שאפשר להעמיד במבחן באמצעות ניסויים התנהגותיים. (דוגמה בעמוד 436). הטיפול יעיל במניעת נסיגה וכן במניעת ישנות. ישנן ראיות לפיהן טיפול קוגניטיבי ושימוש בתרופות יעילים באותה מידה בטיפול בדיכאון מתון עד קשה, כשנה לאחר סיום הטיפול רק 25% חוו שוב תסמיני דיכאון לעומת 50% מהאנשים שטופלו בתרופות (כלומר ירידה בישנות).

שילוב של טיול זה ושל תרופות עשוי להיות יעיל גם לסובלים מהפרעה דו קוטבית.

✓ **טיפול בהפעלה התנהגותית -** טיפול חדש ומבטיח לדיכאון חד קוטבי. הטיפול מתמקד בניסיון אינטנסיבי לגרום למטופלים להיות פעילים יותר ועסוקים יותר בסביבתם וביחסים הבין אישיים שלהם. הטכניקות הללו כוללות תכנון פעילות יומי ודירוג ההנאה, שיפור המיומנויות שלהם במהלך הפעילות, וחיפוש התנהגויות חלופיות להשגת יעדים ומשחקי תפקידים לטיפול בליקויים ספציפיים. הטיפול אינו מתמקד ביישום ישיר של שינויים קוגניטיביים אלא יותר בשינוי ההתנהגות.

היעדים הם: הגדלת החיזוקים החיוביים והקטנת הימנעות והסתגרות. התוצאות הראו כי טיפול זה יעיל כמו הטיפול הקוגניטיבי.

✓ **טיפול בין אישי (IPT) -** מחקרים תומכים ביעילותה של שיטה זו, ומצביעים כי היא יעילה כמו 2 הטיפולים הקודמים. הטיפול מתמקד בסוגיות במערכות היחסים הנוכחיות של המטופל ומנבה לעזור לו להבין דפוסי אינטראקציות לא הסתגלותיות ולשנות אותן. עשוי להועיל לאנשים עם דיכאון חד קוטבי חמור חוזר ונשנה. הטיפול יעיל כנגד נסיגה. טיפול בין אישי בשילוב טיפול תרופתי נקשר לשיעורים נמוכים יותר של הישנות בהשוואה לטיפול תרופתי בלבד. הטיפול הותאם לטיפול בהפרעה דו קוטבית באמצעות הוספת מיקוד בייצוג מקצבים חברתיים יומיים שאם יציבותם מתערערת עלולים להיות זרז לאפיזודה דו קוטבית. במהלך טיפול זה מלמדים את המטופלים לזהות את השפעת האירועים הבין אישיים על מקצביהם החברתיים ועל מחזור היממה שלהם ולווסת את המקצבים האלו.

✓ **טיפול משפחתי וזוגי -** הטיפול מתמקד בגורמי עקה בלתי רגילים. ניראה כי התנהגותו של בן זוג של המטופל שעלולה להתפרש כביקורת מעלה את הסיכוי לנסיגה. לדוגמה - סוגים מסוימים של התערבות בחיי המשפחה המיועדים להורדת רמת הרגישות או העוינות המובעות ולהגדלת היקף המידע הזמין למשפחה בדבר הדרך להתמודד עם הפרעה נמצאו מועילים מאוד במניעת נסיגה בהפרעה דו קוטבית. טיפול משפחתי המתמקד במתחים בחיי הנישואים ולאו דווקא רק בבן הזוג המדוכא הוכח כיעיל עבור אנשים נשואים כמו טיפול קוגניטיבי בהפחת דיכאון חד קוטבי אצל בן הזוג המדוכא.

יתרון נוסף - עלייה גבוהה יותר בשביעות הרצון מחיי הנישואים בהשוואה לטיפול קוגניטיבי.

אובדנות

- יש יותר מקרי מוות מהתאבדות ברחבי העולם בכל שנה מאשר מוות בגלל מלחמות, רצח-עם ואלימות בין אישית גם יחד. אך כפי הנראה מספר התאבדויות בפועל גדול מהמספר המדווח באופן רשמי, בשל התווית השלילית.
- נשים חושבות יותר מגברים על התאבדות. ניסיונות האובדנות שלהם פחות קטלניים משל גברים, לכן גברים מתאבדים יותר מנשים.
- בשנים האחרונות - עלייה בהתאבדויות של ילדים ונוער ושל קשישים.
- דיכאון היא הפרעה המקושרת ביותר להתנהגות אובדנית, כלומר הפרעת דיכאון מנבאת הכי חזק מועדות לפתח מחשבות אובדניות.
- הפרעות המאופיינות באי שקט ובתוקפנות/אימפולסיביות כגון PTSD, הפרעה דו קוטבית, הפרעת התנהגות והפרעת התפרצות לסירוגין הן המנבאות מימוש בפועל של מחשבות אובדניות.
- חשוב להבחין בין - מחשבות אובדניות/התנהגות אובדנית/חבלה או פגיעה עצמית (ללא כוונה אובדנית)

קבוצות סיכון חוץ מהפרעות מצב רוח

- אלכוהוליסטים וסכיזופרניים
- אנשים שחיים בגפם
- אנשי מקצוע מסוימים כמו רופאות שיניים, עורכי דין, רופאות ופסיכולוגיות
- סטודנטים פגיעים לפיתוח חשיבה אובדנית.
- אנשים הסובלים מיותר מהפרעה נפשית אחת, ככל שיש יותר הפרעות כך עולה הסיכון להתנהגות אובדנית.

סיבות עיקריות להתאבדות

- פסיכופתולוגיה (הפרעת דכאון, PTSD, הפרעה דו קוטבית ועוד). כאשר אנשים המאובחנים עם שתי הפרעות נפשיות לפחות, מצויים בסיכון כפול להתנהגות אובדנית.
- שילוב של מספר גורמים:

» שניידמן: "כאב פסיכולוגי" (סבל)

» כאבים גופניים

» גורמים פסיכו-חברתיים (כגון: פסיכופתולוגיה משפחתית, טיפול לקוי, העדר יציבות משפחתית) לחוויות מוקדמות אלו יש קישרי גומלין עם פגיעויות ביולוגיות המגדילות את הסיכון לתכונות אישיות כמו חוסר תקווה, אימפולסיביות, תוקפנות, פסימיות ורגשיות שלילית שאלו עשויות להגדיל את הסיכון להתאבדות.

» בעלי אסוציאציה חבויה בין העצמי לבין מוות נמצאים בסיכון מוגבר לניסיונות התאבדות.

» גורמים ביולוגיים (פגיעות גנטית) - גורמים גנטיים עשויים למלא תפקיד בסיכון להתאבדות, מחקרי תאומים הראו כי השיעור גדול פי 3 מאשר בקרב תאומים לא זהים. פגיעות גנטית להתאבדות אינה תלויה הפגיעות לדיכאון קשה. כמות מופחתת של סרוטונין מתקשרת לסיכון מוגבר להתאבדות.

מודלים תיאורטיים של התנהגות אובדנית

- מודל דיאתזה-עקה - לפגיעות בסיסית (למשל גנטית) יש אינטראקציה עם אירועי חיים מעוררי עקה שמייצרות מחשבות והתנהגות אובדניות.
- מודל ההתאבדות הבין אישי פסיכולוגי של ג'וינר - מצבים פסיכולוגיים של נטל נתפס (האדם מרגיש שהוא נטל על סביבתו) ותחושות חוסר שייכות (למשל תחושת בדידות) משתלבים יחד ליצירת מחשבות ותשוקות אובדניות. רק בנוכחות גורם שלישי - היכולת הנרכשת להתאבד (רוכשים אותה באמצעות כאב או התנסויות פרובוקטיביות), האדם רוצה ויכול לבצע ניסיון התאבדות קטלני.

מניעת התאבדות והתערבות

- קשה למנוע התאבדות. כאשר הדבר על רקע דיכאון - שיקול הדעת של האדם מוגבל ותהליך קבלת ההחלטות לקוי. כיום קיימים 3 מסלולים עיקריים של מניעה:
- **1. טיפול בהפרעות הנפש החבויות אצל האדם האובדני.**
במקרה של דיכאון - פעמים רבות הטיפול הוא תרופתי. עדויות מנוגדות לגבי יעילותו של הטיפול תרופתי נוגד הדיכאון לגבי מתבגרים, אצל מבוגרים יש פחות חילוקי דעות. בנזודיאזפינים-יכולים להרגיע חרדה שלרוב קודמת לניסיון אובדני. ליתוס הוא נוגד דיכאון חזק מאוד.
- **2. התערבות בשעת משבר אובדני -** היעד העיקרי הוא לסייע לאדם להתמודד עם משבר מידי בחייו. המקרה שהמשבר הוא ניסיון אובדני השלב הראשון יהיה סיוע רפואי או הפניה לאשפוז נפשי שמטרתה להקטין את הסיכוי שהאדם יבצע ניסיון אובדני נוסף. היעד העיקרי הוא לסייע לאנשים לאזור כוחות ולהתמודד עם בעיותיהם המיידיות מהר ככל האפשר. ההיבטים עליהם שמים דגש בהתערבות בשעת משבר אובדני:
 - ✓ חשיבות על קשר תומך ומנחה עם המטופל (בדרך כלל טיפול אחד עד שישה).
 - ✓ לעזור למטופל להבין שהמצוקה פוגעת ביכולתו להעריך נכון את מצבו ולהראות לו שקיימות דרכים טובות יותר לטפל בבעיותיו.
 - ✓ לעזור לו להבין שהרגשות הנוכחיים, המצוקה והסערה הרגשית לא יימשכו לנצח.
 - ✓ בניית תוכנית ביטחון: דרכים ליצור סביבה בטוחה, זיהוי סימני אזהרה, שימוש באסטרטגיות פנימיות ושימוש באסטרטגיות חיצוניות למשל פניה לאנשים שיעזרו בפעולות הסחה או יסייעו בהרגעה
- כחלק מהתערבות בשעת משבר אובדני מופעלים קווי סיוע טלפונים שמטרתם לעזור למי שחושב לבצע ניסיון אובדני. הקווים פעילים 24/7 אך התוצאות לא מראים שיפור משמעותי.
- **3. מתן טיפול נפשי ממוקד למחשבות/התנהגויות אובדניות לאנשים בסיכון גבוה** (בקרוב מי שכבר חווה זאת). טיפול קוגניטיבי - די יעיל בקרב אנשים שכבר ניסו להתאבד בעבר. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נמצא יעיל בעבור מתבגרים.

פרק 8 – הפרעות תסמינים סומטיים והפרעות ניתוק

הפרעות תסמינים סומטיים

- נכללות בהפרעה זו 3 הפרעות שהיו ב- DSM-IV תחת קטגורית על "הפרעות סומטופורמיות" – הפרעת סומטיזציה, הפרעת היפוכונדריה, הפרעת כאב.
- על פי ה-DSM-5 ניתן לאבחן הפרעת זו גם כאשר אפשר וגם כאשר אי-אפשר להסביר את תלונותיו מבחינה רפואית.
- בני אדם רבים מתנסים בתסמינים גופניים. ברוב המקרים תסמינים אלה חולפים מעצמם.
- בקרב 25% מהמקרים התסמינים נמשכים תקופה ארוכה והם פונים לרופא אך לא נמצא הסבר לבעייתם.
- קומץ מתוכם ימשיכו להיות מוטרדים מכך שלא נמצאה בעייתם והם ימשיכו להיות מוטרדים עד כדי שיבוש משמעותי בתפקודם

הפרעת תסמינים סומטיים (SOMATIC SYMPTOM DISORDER) – מאפיינים בולטים

- 1. המטופלים אינם מזייפים תסמינים! הם משוכנעים בקיומם של התסמינים המדווחים.
- 2. המטופלים צריכים לחוש בתסמינים גופניים כרוניים שגורמים להם למצוקה.
- 3. מתלוות מחשבות, רגשות ו/או התנהגויות לא מסתגלות (דיספונקציונליות).
- 4. ייתכן שלתסמינים הגופניים יהיה הסבר רפואי.

הפרעת תסמינים סומטיים – קריטריונים אבחוניים DSM-5

- א. תסמין סומטי (גופני) אחד או יותר הגורמים למצוקה או משבש במידה ניכרת את חיי היום-יום.
- ב. מחשבות, רגשות ו/או התנהגויות מוגזמות הקשורות לתסמינים הסומטיים או לדאגות בריאותיות מופרזות הקשורות אליהם, הבאות לידי ביטוי באחד או יותר מהתיאורים הבאים:
 - ✓ 1. מחשבות מתמשכות וחסרות פרופורציות על חומרת התסמינים.
 - ✓ 2. רמת חרדה גבוהה ומתמשכת ביחס לבריאות או לתסמינים.
 - ✓ 3. השקעה מוגזמת של זמן ואנרגיה בתסמינים או בדאגות לגבי המצב הרפואי.
- ג. ייתכן כי תסמין סומטי אחד כלשהו לא יימצא כל הזמן, אולם קיומם של תסמינים סומטיים באופן כללי הינו מצב מתמשך (בדרך כלל יותר מ- 6 חודשים).

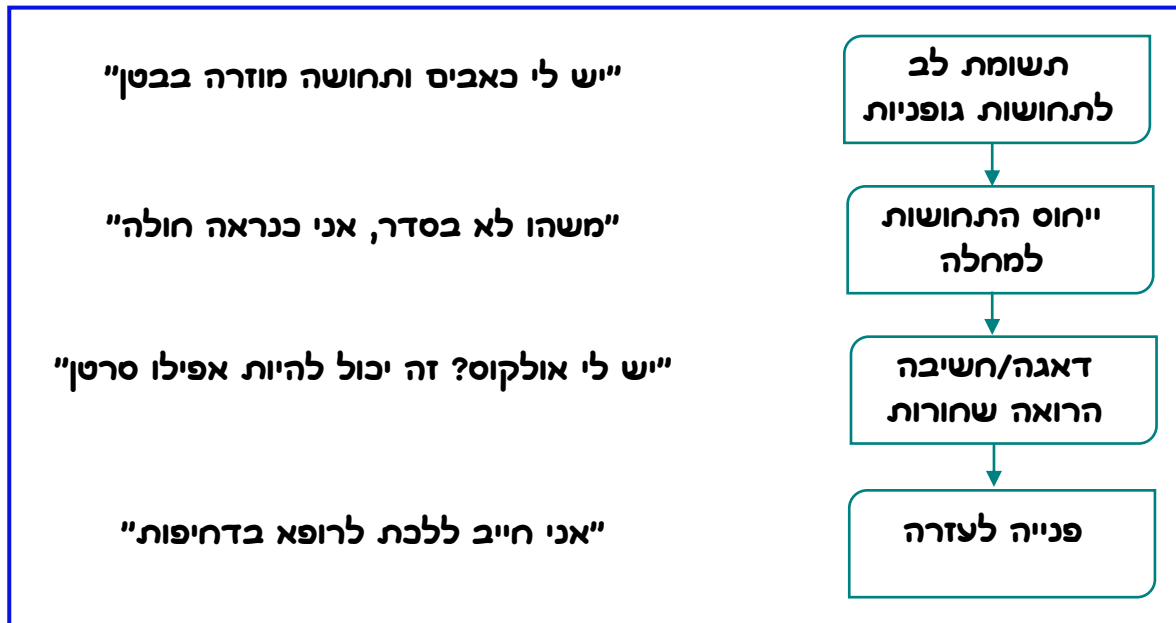
הפרעת תסמינים סומטיים – בעייתיות הקריטריונים

- קריטריונים אלה, עלולים להוביל לעליה בשיעור האבחנות של הפרעה זו
- תהיה אבחנת יתר של נשים לעומת גברים, שכן הן צרכניות גדולות יותר של שירותי הרפואה ונוטות לעשות 'טרגדיה'.
- שונות גדולה מאד בין המאובחנים – לחלקם יהיו הרבה תסמינים ולאחרים מעט. לחלק מהמאובחנים יהיו תסמינים שיש להם סיבה רפואית לאחרים תסמינים שלא נמצאה להם סיבה רפואית.

סיבות להפרעת תסמינים סומטיים

- בעבר היתה מקובלת הגישה פסיכואנליזה מוקדמת – כי ההפרעה הינה מנגנון הגנה מפני קונפליקטים לא מודעים ולא פתורים משלבי התפתחות מוקדמים. במקום להביע את המצוקה הנפשית – האנרגיה הנפשית מתועלת לבעיות גופניות.

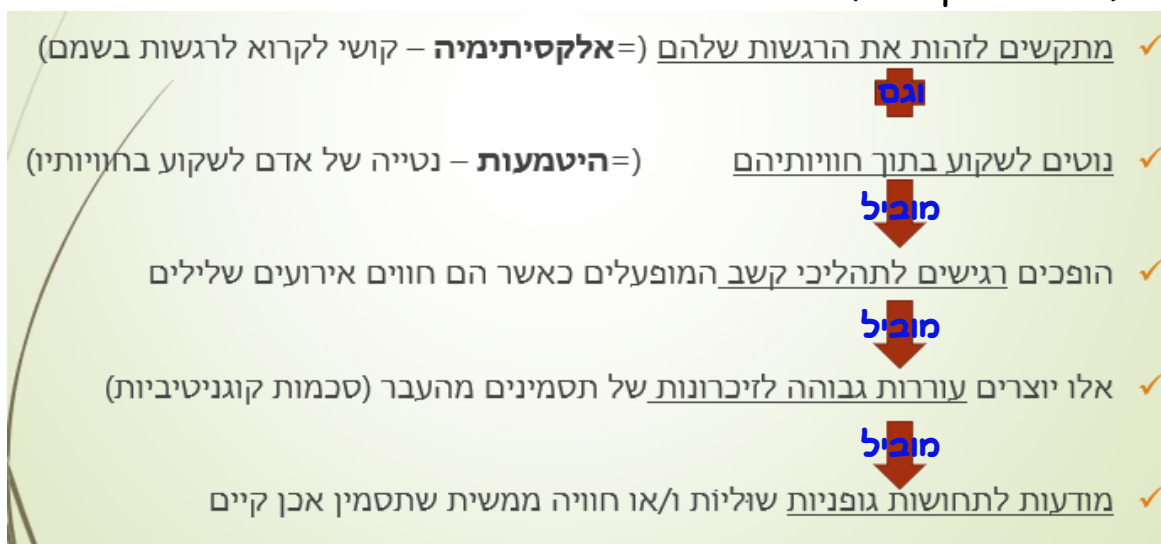
- המודל ההתנהגותי - חיזוקים חיוביים למצבי חולי, רווחים משניים שנחוו במצבים אלה. זיכרון באשר לחיזוקים חיוביים של בני משפחה חולים או בכלל גדילה במשפחות בהן היה חולי רב.
- כיום מקובלות הגישות הקוגניטיביות-התנהגותיות המציגות מודל בסיסי לפיו:
 - ✓ האדם שם לב לגופו (דרך ומודע לשינויים שחלים בגופו)
 - ✓ האדם נוטה לראות תחושות גופניות כתסמינים סומטיים.
 - ✓ תחושות אלה מקבלות פרשנות שלילית = "התסמינים מעידים על מחלה"
 - ✓ האדם נוטה לדאוג יותר מידי באשר למשמעות התסמינים והקוגניציות שלו מראות לו כי עומד להתרחש אסון.
 - ✓ בשל הדאגה האדם נמצא במצוקה קשה ומחפש טיפול רפואי לבעיותיו הרפואיות.



- מחקרים מצאו שהתהליך מתחיל בחשיבה (תהליך מלמעלה למטה).

הפרעת תסמינים סומטיים - גורמים רגשיים-קוגניטיביים

- רגש שלילי נחשב גורם סיכון להפרעת תסמינים סומטיים, אך אין בו ד"י, שכן מופיע לרוב עם אלקסייתימיה (קושי לקרוא לרגשות בשמם) והיטמעות (נטייה לשקוע בחווייתו).
- מאפיינים של אנשים בעלי רגש שלילי שלהם נטייה גבוהה יותר להופעת הפרעת תסמינים סומטיים (עמוד 465 פסקה שניה):



הפרעת תסמינים סומטיים – הטיפול

- **CBT** – הערכת אמונות ושינוי פרשנויות מוטעות ביחס לתחושות גופניות. חיפוש סיבות חלופיות לבעיה הגופנית, למשל: "כאב ראש אינו רק ביטוי לגידול במוח" נמצא ככלי היעיל ביותר שרכשו המטופלים בהתמודדותם עם הפרעת תסמינים סומטיים. חשיפה לפנטזיה הכי קשה ואולי אז המטופל יגלה שזה לא כ"כ קשה.
- הטיפול רווח בטיפול בהפרעת תסמינים סומטיים הכרוכה בכאב. תוכניות הטיפול כוללות תרגול הרפיה, תמיכה ומתן תוקף לאמיתות הכאב, הכנת לוח פעילות יומי והבניה קוגניטיבית מחודשת.
- **Case Managing** – רופא אחד שמרכז את הטיפול בחולה. הם נפגשים על בסיס קבוע (רופא המשפחה יכול לשמש בתפקיד זה). רופא זה עורך בדיקות נדרשות אך ממעיט בתרופות, בטיפולים ובבדיקות מיותרות. וזאת בניגוד לרופא מומחה שמסתכל על תחום המומחיות שלו. מחקרים מצאו כי יש שיפור בתפקוד וירידה בהוצאות רפואיות אך לא בהכרח הקלה על המצוקה הפסיכולוגית.
- **Case Managing + CBT** – השילוב מעלה את יעילות הטיפול. הטיפול המומלץ ביותר.
- **טיפול תרופתי** – תרופות נוגדות דיכאון נמצאו יעילות (במיוחד תלת טבעתיות) עבור הפרעת תסמינים סומטיים הכוללים כאב. התרופות מפחיתות את הכאב.

הפרעת חרדה ממחלות

- האדם בטוח שיש לו מחלה שעוד לא אובחנה. מתעסקים בצורה מוגזמת במחלות, ולא מצליחים להירגע גם אם הבדיקות אומרות שהכול בסדר אצלם ואין להם שום מחלה.
- דומה מאד להפרעת תסמינים סומטיים (גופניים), אלא שבהפרעה זו לא מתלווים תסמינים גופניים כלשהם (או שאם מתלווים, הם קלים מאד).
- הפרעה דומה מאד להפרעת היפוכונדריה שהופיעה ב-DSM-IV.

הפרעת חרדה ממחלות קריטריונים אבחוניים DSM-5

- א. עיסוק מחשבתי בשאלה אם לאדם יש מחלה קשה או אם הוא מפתח מחלה. העיסוק הוא במחלה "אני חולה ב..." ולא בגוף "כואב לי ב..."
- ב. אין נוכחות של תסמינים סומטיים או אם ישנם תסמינים, עוצמתם קלה בלבד. אם קיים מצב רפואי אחר או אם יש סבירות גבוהה שבמצב כזה יתפתח (למשל אם קיימת היסטוריה משפחתית חזקה), העיסוק המחשבתי בכך הוא מוגזם וחסר פרופורציות באופן ברור.
- ג. האדם חש רמות גבוהות של חרדה לגבי מצבו הבריאותי והוא נבהל בקלות ממצבו הרפואי.
- ד. האדם מפגין התנהגויות מוגזמות בכל הנוגע לבריאותו (למשל הוא בודק את גופו שוב ושוב לסימני מחלה) או קורא המון באינטרנט על מחלה מסוימת. או מפגין הימנעות לא הסתגלותית (למשל נמנע מהליכה לרופא ולבתי חולים).
- ה. העיסוק במחלות נמשך 6 חודשים לפחות, אך בפרק זמן זה עשוי לחול שינוי במחלה הספציפית שהאדם חושש ממנה.
- ו. אי אפשר להסביר טוב יותר את העיסוק המחשבתי במחלות באמצעות הפרעה נפשית אחרת, כגון הפרעת תסמינים סומטיים, הפרעת פאניקה, הפרעת חרדה כללית, הפרעת גוף דיסמורפית, OCD או הפרעת הרהורי שווא מהסוג הסומטי.

הפרעת המרה CONVERSION DISORDER (הפרעת תסמינים נוירולוגיים תפקודיים)

- מוצגים תסמינים שבאים לידי ביטוי בליקוי חושי ו/או תנועתי אך אין ממצאים לבעיה נוירולוגית מוכרת.
- התלונה היא נוירולוגית אך נירולוג שלל את הימצאות הבעיה, מבחינת האדם הליקוי הוא אמיתי, הוא באמת לא יכול להזיז את הרגל/ לשמוע וכדומה.
ארבע קטגוריות של תסמינים -
- 1. **ליקויים חישתיים** - שיתוק חלקי (אנסתזיה) - 'אנסתזית כפפות', עיוורון/ראיית מנהרה; חירשות.
- 2. **ליקויים מוטוריים** - אובדן תפקוד איברים - יד או רגל, דיבור בלחש (אפוזיה), תחושה של גוש בגרון (גלובוס)
- 3. **ליקויים התקפיים** - פרכוסים הדומים להתקפים אפילפטיים ובאים לידי ביטוי אירועים של רעד בגפיים (ידיים ו/או רגליים) המלווים בשיבוש בהכרה עד כדי אובדן הכרה בדומה להתקף אפילפטי. בניגוד להתקף אפילפטי 'אמיתי' לא רואים שיבושים בבדיקת EEG וכן אין פגיעה בזיכרון או בלבול לאחר ההתקף. הבדל נוסף הינו בהופעת התפתלויות והשתוללות שלא אופייניים לפרכוסים 'אמיתיים'. כמו כן נדיר שהם נפצעים.
- 4. שילוב של שלושת הקריטריונים הקודמים
- האדם אינו מתחזה לחולה. הוא משוכנע כי התסמינים הללו הינם ממשיים.
- לעיתים קרובות התסמינים מתחילים או מתדרדרים לאחר קונפליקטים רגשיים בין-אישיים או סביב גורמי דחק.

ארבע קריטריונים מבחינים בין הפרעת המרה ובעיה גופנית ממשית

- 1. חוסר התאמה בין התסמין לבין המצב הנוירולוגי או הרפואי המוכר. לדוגמה - בתגובת המרה של שיתוק לא מופיע דלדול או ניוון של האיבר המשותק.
- 2. אופי בררני - התנהגות 'מצילת חיים'. למשל אדם לא יכול להזיז את הרגל, אבל הבית שלו נשרף ופתאום הוא יכול לרוץ, ואחרי שהסכנה חלפה הוא שוב משותק.
- 3. ניתן להעלים את התסמינים תחת היפנוזה או נרקוזה (סמי שינה שיוצרים מצב דמוי שינה). נדיר שמשתמשים בזה.
- 4. שאננות מתעתעת - (מופיע רק ב- 20% מהמקרים) **ולכן הוסר מה-DSM**. חלק מהאנשים האלו מדווחים על זה באדישות, למשל אדם נעשה עיוור והוא לא עושה מזה עניין גדול.

הפרעת המרה (הפרעת תסמינים נוירולוגיים תפקודיים) קריטריונים אבחוניים DSM-5

- א. תסמין אחד או יותר של שינוי בתפקוד רצוני ו/או תפקודי חושי או מוטורי.
- ב. ממצאים קליניים מספקים ראיות על אי התאמה בין התסמין לבין מצבים נוירולוגיים או רפואיים מוכרים.
- ג. אי אפשר להסביר טוב יותר את התסמין או את הליקוי באמצעות הפרעת נפש או הפרעה רפואית אחרת.
- ד. התסמין או הליקוי גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתחום החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים המצדיקים הערכה רפואית.

באבחון הפרעת המרה - חשובה בדיקה רפואית ונוירולוגית מקיפה בכדי למנוע טעויות באבחון. תסמינים אלו יכולים להופיע במגוון מצבים רפואיים

- בעבר היתה מקובלת הגישה פסיכואנליזה מוקדמת שגרסה כי ההפרעה מתפתחת בעקבות עקה או קונפליקטים פנימיים. לפי גישה זו אנרגיות מיניות מודחקות (קונפליקט תוך נפשי לא מודע) שהאדם חש מול תשוקותיו המיניות המודחקות. החרדה מומרת בצורה לא מודעת להפרעה גופנית, וכך מאפשרת לאדם להימנע מעיסוק בקונפליקט. למשל אדם שמרבה לאונן מפתח הפרעת המרה של שיתוק בידיו ואינו יכול לאונן, אך האדם אינו מודע לסיבה (עמ' 474).
- **המודל ההתנהגותי** – למידה באמצעות התניה אופרנטית: חיזוקים שליליים שנועדו להסיר אחריות וחיזוקים חיוביים מעצם קבלת תשומת לב ודאגה מהסביבה.
- ככל שהשפעה השלילית של אירועי חיים קודמים היתה גדולה יותר כך גדלה חומרת התסמינים של הפרעת המרה.
- **מצבי עקה** – ממחקרים עולה, כי במצבי עקה נמצאו רמות נמוכות של חלבון בשם "גורם נירוטרופי מוחי" (סמן נורו-ביולוגי לעקה) בהשוואה לקבוצת הביקורת. נתון זה גם מצביע על קשר בין עקה לבין הופעת הפרעת המרה. זה בעצם מספק תימוכין ביולוגי, גופני להפרעה.
- **הסברים נורו-ביולוגיים** – בהדמיה מוחית נמצאה פעילות חריגה באזורים המעורבים או קשורים ברגשות (אמיגדלה) משתלטת על פעילות באזורים מוטוריים או חישתיים ועוצרת את יכולתו של האדם לזהות גירויים (במקרה של חוסר חישה) או להניע איבר (במקרה של שיתוק תנועתי).

הטיפול בהפרעת המרה

- **טיפול בגישה ההתנהגותית** נמצא יעיל בעבור חלק מהמטופלים. במהלך הטיפול הלוקים בהפרעת המרה קיבלו חיזוקים חיוביים כאשר הם הראו שיפור בביצוע תנועה באיבר/החוש הפגוע. בנוסף כל חיזוק של התנהגות מוטורית חגירה בוטל כדי לחסל כל מקור אפשרי לרווח משני.
- **טיפול קוגניטיבי התנהגותי** – נמצא כיעיל בפרכוס המרה.

הפרעה בדויה (FACTITIOUS DISORDER)

- האדם ממציא במכוון ובמודע תסמינים פסיכולוגיים ו/או גופניים בכדי להשיג מטרה - להיות חולה כדי לקבל תשומת לב ודאגה של קרוביו ושל הצוות הרפואי.
- **לשם השגת המטרה** – הם עלולים לשנות את הפיזיולוגיה שלהם (לדוגמה: נטילת תרופות שיוצרות מצגת שווא של מחלה גופנית ממשית), לפצוע את עצמם ולהסתכן בפציעות חמורות עד כדי מוות.
- קיימים שני סוגים של הפרעה בדויה –
- 1. **הפרעה בדויה שהאדם משית על עצמו** (כונתה ב- DSM-IV בשם 'תסמונת מינכהאוזן')
- 2. **הפרעה בדויה שנכפית על הזולת** (כונתה ב- DSM-IV בשם 'תסמונת מינכהאוזן על ידי שליח'). בדרך כלל האדם האחר נמצא תחת חסותו של הפוגע למשל ילד.
- תפוצה – בין 0.5% לבין 0.8% מהמטופלים בסביבת בתי חולים כלליים.
- שכיחות בין המגדרים – יותר נשים מגברים.

סימנים מחשידים כי מדובר בהפרעה בדויה

- התמונה הקלינית אינה טיפוסית.
- תוצאות מעבדה אינן עקביות ואינן תואמות מחלה מוכרת.
- כאשר האדם חוזר פעמים קרובות לבית חולים או למרפאה.

הפרעה בדויה שהאדם משית על עצמו קריטריונים אבחוניים DSM-5

- א. זיוף תסמינים גופניים או פסיכולוגיים או גרימת פגיעה או מחלה הקשורה ברמאות ברורה. (דוגמה לזיוף תסמינים פסיכולוגיים – למשל ממציאים שאנסו אותם או מאיימים עליהם, שהם במצוקה, הם עושים זאת בשביל אמפתיה ותשומת לב).
- ב. האדם מציג את עצמו לזולת כחולה, פגוע א פצוע.
- ג. ההתנהגות הבדויה בולטת לעין גם בהיעדר תגמולים חיצוניים ברורים (גם כשאתה לא מקבל על כך כסף, או תו נכה) בראש ובראשונה הוא צריך את הסביבה דואגת, מחבקת.
- ד. אי אפשר להסביר טוב יותר את ההתנהגות באמצעות הפרעת נפש אחרת, כגון הפרעת הרהורי שווא או הפרעה פסיכוטית אחרת.

אבחנות מבדלות DD – Differential Diagnosis

- ההבדל המרכזי בין הפרעה בדויה לבין התחלות (התחלות – אדם שמרמה בכוונה שהוא חולה כדי לקבל תגמול מוחשי, למשל תגמול כספי, תו נכה וכדומה).
- המניע להתחזות לחולה –
 - ✓ הפרעה בדויה – רצון לקבלת תשומת לב.
 - ✓ התחלות – רצון לקבל תגמולים מוחשיים.
- ההבדל המרכזי בין הפרעת תסמינים סומטיים והפרעות הקשורות אליה לבין הפרעה בדויה והתחלות הוא כמות המלל בדיווח אודות הבעיה הגופנית:
 - ✓ בהפרעת תסמינים סומטיים והפרעות הקשורות אליה האדם מדבר על בעיותיו ולעיתים אף בצורה מייגעת.
 - ✓ בהפרעה בדויה ובהפרעת התחלות האדם מציג התנהגות הגנתית, חמקנית וחשדנית וממעטים בפירוט הדיווח.
- ◀ התחלות זאת לא הפרעה, אם נישאל איזה יש הפרעות יש ל... לא ניתן לכתוב התחלות.

✚ הפרעות ניתוק

- מצבים שבהם ישנם שיבושים בתודעה, בזיכרון, בזהות או בתפיסה – אין לי זיכרונות מסוימים, אני לא בטוח מי אני, או לא יודע פרטים על תקופות מסוימות בחיים.
- ניתוק = שיבוש או עצירה של השילוב הנורמלי של תפקודים פסיכולוגיים – זיכרון, תפיסה, זהות, תודעה ושליטה מוטורית (לדוגמה: קושי להגיע למידע שצפוי היה שיהיה זמין לאדם כמו זהותו (מי הוא); פרטים על תקופה חשובה בחייו).
- הניתוקים הללו יהפכו להיות פתולוגיים כאשר הם מפריעים שכן הם גורמים לאובדן מידע נחוץ, לאי המשכיות של חוויה, או כאשר הם משבשים את תחושת העצמי, כשאדם מרגיש שמישהו אחר עשה את זה, שיש איזשהי חווית זרות.
- מניחים ששתי המטרות המרכזיות של שיבושים אלה הן:
 1. הימנעות מחרדה ועקה
 2. הסרת אחריות

שלוש הפרעות ניתוק

- ✓ הפרעת ניתוק מהעצמי/אובדן תחושת המציאות
- ✓ שיכחון ניתוקי
- ✓ הפרעת זהות מנותקת

הפרעת ניתוק מהעצמי/אובדן תחושת מציאות (DEPERSONALIZATION / DEREANIZATION)

- ניתוק מהעצמי – תחושת העצמי ותחושת המציאות אובדים זמנית.
- האדם חווה באופן מתמיד או חוזר תחושת ניתוק מהגוף ומתהליכים מנטליים (כאילו צופה עליהם מבחוץ).
 - » האדם מרגיש שהוא מרחף מעל לגופו.
 - » האדם מרגיש שהוא עבר שינוי קיצוני או שהוא אינו ממשי.
 - » אובדן תחושת מציאות – האדם מאבד זמנית את תחושת המציאות של העולם בחוץ.
 - » העולם החיצוני נתפס בצורה מוזרה וחדשה.
 - » האדם מרגיש כאילו הוא חי בחלום או בסרט
 - » האדם מרגיש שהעולם בחוץ השתנה או שאנשים סביבו השתנו (נראים אחרת).
 - » בוחן המציאות תקין.
 - » לעיתים תסמינים אלה מקדימים מצבים פסיכויטיים, אך לא תמיד.

הפרעת נתק מהעצמי/אובדן תחושת מציאות

- תפוצה – 1% - 2% מהאוכלוסייה הכללית ללא הבדל בין גברים לנשים
- גיל – יכולה להופיע כבר בילדות בממוצע – גיל 16, במקרים מעטים מופיעה אחרי גיל 25
- קומורבידיות – הפרעות מצב רוח וחרדה, הפרעת אישיות נמנעת, הפרעת אישיות גבולית והפרעת אישיות כפייתית-טורדנית
- האנשים כאילו חיים בחלום או בסרט
- בוחן המציאות שלהם תקין – הם לא פסיכויטיים
- לעיתים תסמינים אלה מקדימים מצבים פסיכויטיים

הפרעת נתק מהעצמי/אובדן תחושת מציאות – קריטריונים אבחוניים DSM-5

- א. חוויות מתמידות או חוזרות ונשנות של ניתוק מן העצמי, אובדן תחושת מציאות או של שניהם:
 - 1. ניתוק מן העצמי – חוויות של חוסר ממשות, של ניתוק או של תחושה שהאדם צופה מבחוץ על מחשבותיו, רגשותיו, תחושותיו, גופו או פעולותיו (למשל שינויים תפיסתיים, חוש זמן משובש, עצמי לא מציאותי או היעדר עצמי, איבוד תחושה רגשית ו/או גופנית).
 - 2. אובדן תחושת מציאות – חוויות של חוסר ממשות או התנתקות ביחס לסביבה (למשל בני אדם או אובייקטים נחווים כלא ממישים, כמו בחלום, מעורפלים, חסרי חיים או בעלי חזות מעוותת).
- ב. בעת החוויה של אובדן תחושת המציאות או ניתוק מן העצמי, בוחן המציאות לא נפגע, האדם מבין שהוא לא תקין, שהוא תופס את המציאות בצורה לא נכונה, ולא שהמציאות השתנתה (זה אגודיסטוני ולא אגו סינכרוני)
- ג. התסמינים גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.

- ד. אי אפשר לייחס את ההפרעה להשפעות הפיזיולוגיות של חומר (למשל שימוש בסמים או תרופות) או למצב רפואי אחר (למשל פרכוסים).
- ה. אי אפשר להסביר טוב יותר את ההפרעה באמצעות הפרעת נפש אחרת כגון סכיזופרניה, הפרעת פאניקה, הפרעת דיכאון קשה, הפרעת עקה חריפה, הפרעת עקה פוסט-טראומטית או הפרעת ניתוק אחרת.

מושגים חשובים להפרעת שיכחון ניתוקי

- **שיכחון למוקדם** (retrograde amnesia) - אי יכולת לזכור באופן חלקי או מלא מידע או חוויות שנרכשו בעבר. (למשל מידע שקרה בילדות)
- **שיכחון למאוחר** (anterograde amnesia) - אי יכולת לזכור באופן חלקי או מלא מידע או חוויות חדשות. (למשל משהו שקרה לו אתמול)
- **שיכחון פתולוגי** - שכחה שנוצרת עקב פגיעה מוחית (רפואי) או מחלות מערכת העצבים המרכזית. לרוב מדובר בשיכחון למאוחר.

שיכחון ניתוקי - Dissociative Amnesia

- שכחה שנוצרת לעיתים עקב אירועים טראומטיים כמו קרב, תאונות דרכים. בדרך-כלל שוכחים מידע אישי (אי אפשר להסביר אותה כשכחה רגילה). בדרך-כלל שיכחון למוקדם (תתכן שכחה חלקית או מלאה גם של מידע או חוויות שנרכשו בעבר וגם של כאלו שירכשו בעתיד (שיכחון ניתוקי מתמיד).
 - הזיכרונות שנפגעים לרוב - זיכרון אפיזודי (=אירועים שהאדם חווה) זיכרון אוטוביוגרפי (אירועים אישיים שהאדם חווה).
 - הזיכרונות שלא נפגעים לרוב: זיכרון סמנטי (=שפה ומושגים) זיכרון פרוצדורלי (=איך לעשות דברים) וזיכרון לטווח קצר.
- ◀ אם בתיאור מקרה מתואר שיכחון ניתוקי חייבים לציין בתשובה, בתסמינים האם מה שהאדם מציג זה שיכחון למוקדם או למאוחר. ההסבר וההבדלים בניהם נמצאים בראש העמוד.

שיכחון ניתוקי (DISSOCIATIVE AMNESIA) - קריטריונים אבחוניים DSM-5

- א. אי יכולת להיזכר במידע אוטוביוגרפי חשוב שטיבעו לרוב טראומטי או גורם לעקה ושאינו מתאים לשכחה רגילה.
- הערה: שיכחון ניתוקי מורכב בדרך כלל משיכחון מקומי או בררני לאירוע או לאירועים מסוימים או משיכחון מוכלל של זהות והיסטוריית חיים.
- ב. התסמינים גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ג. אי אפשר לייחס את ההפרעה להשפעות פיזיולוגיות של חומרים (למשל שימוש מזיק באלכוהול או בסמים, נטילת תרופות) או למצב נוירולוגי או רפואי אחר (למשל פרכוסים חלקיים מורכבים, שיכחון גלובלי חולף, סיבוכים של פגיעת ראש /פגיעת מוח טראומטית או מצבים נוירולוגיים אחרים).

- ד. אי אפשר להסביר טוב יותר את ההפרעה באמצעות הפרעת זהות מנותקת, הפרעת עקה פוסט טראומטית, הפרעת עקה נוירו-קוגניטיבית קשה או מתונה.

שיכון ניתוקי - פוגה (בריחה) ניתוקי Dissociative Fugue

- תת סוג של שיכון ניתוקי, נוספת על השיכון הניתוקי - בריחה ממשית. האדם גם שוכח את עברו, וגם עוזב את סביבת חייו. האדם גם לא יודע מי הוא וגם מתנתק מהסביבה הפיזית שלו, מעיר מגוריו מהעבודה וכדומה.
- תסמינים אלה מלווים בבלבול לגבי זהותו של היחיד והאדם עלול להיכנס לתפקיד של זהות חדשה.
- במהלך ולאחר העזיבה:
 - ✓ האדם לא זוכר את עברו
 - ✓ הוא זוכר את מה שקורה לו בהווה
 - ✓ התנהגותו לרוב תקינה ואינה מעוררת חשד, שמשוה לא בסדר
 - ✓ האדם בונה לעצמו אורח חיים שונה מאורח החיים שקדם לבריחה
 - ✓ ימים, חודשים ואף שנים אחרי 'הבריחה' האדם יכול לצאת מהשיכון ולמצוא את עצמו במקום זר, בעיסוק חדש ואף עם משפחה חדשה מבלי שידע כיצד הגיע לכל אלה.
 - ✓ כשנזכר בעבר, מופיעה שכחה של תקופה ה"בריחה".
- דוגמה למקרה אמיתי - <https://www.youtube.com/watch?v=9xiHEt0kh9Asudnv>

- ◀ אם נישאל איזה 2 הפרעות יש לאדם לא ניתן להגיד גם שיכון ניתוקי, וגם שיכון ניתוקי פוגה, כי זה סוג של אותה הפרעה חוץ מזה שבפוגה גם בוחרים.

DD - אבחנה מובדלת שיכון ניתוקי - הפרעת המרה

- דומה - הדפוס הניתוקי והתנהגות נמנעת
- שונה:
 - ✓ בהפרעת המרה - ההתנהגות הנמנעת מהמצב הלא נעים באה לידי ביטוי באי תפקוד גופני.
 - ✓ בהפרעת שיכון ניתוקי - האדם נמנע באופן לא מודע ממחשבות על המצב.
 - ✓ בהפרעת שיכון ניתוקי מסוג פוגה ניתוקי - בנוסף להימנעות מהמחשבות על המצב, האדם נוטש את הסביבה.

הפרעת זהות מנותקת Dissociative Identity Disorder

מאפיינים בולטים של הפרעת זהות מנותקת:

- שיבוש של הזהות שמאופיין בשני מצבי זהות או יותר שבהם כל זהות הינה נפרדת. כל זהות נראית בבירור לצופה מהצד, לכלל זהות יש היסטוריה אישית, דימוי עצמי ושם שונה. (מה שנקרא בשפת העם פיצול אישיות)
- הפרעת זהות מנותקת היא מצב שבו היבטים של זיכרון, זהות ומודעות (שבמצב נורמלי משולבים) אינם משתלבים.
- **זהות מארחת** - הזהות שמופיע בתדירות הגבוהה ביותר ונושאת את שמו המקורי של האדם
- **זהות מקורית** - הזהות האמיתית של האדם (מלידתו)
- זהויות אלה תהיינה יכולות להיות שונות האחת מהשנייה במאפיינים רבים כמו - מין, גיל, יד דומיננטית, נטייה מינית, דיאופטריה של עדשות המשקפיים, ידע כללי, דיבור בשפות זרות ומאפייני זהות והתנהגות (סגורה וביישנית/חברותית ופרובוקטיבית).

- לרוב המעברים בין זהות לזהות מהירים מאוד.

הפרעת זהות מנותקת DSM-5 קריטריונים אבחוניים

- א. שיבוש בזהות המאופיין בשני מצבי אישיות מובחנים או יותר, שבתרבויות מסוימות אפשר לתארם כחוויה של איחוד (טראנס). השיבוש בזהות כולל הפסקה בולטת של תחושת העצמי ותחושת שליטה עצמי המלווה בשינויים ברגשיות, בהתנהגות, במודעות, בזיכרון, בתפיסה, בקוגניציה ו/או בתפקוד החושי והמוטורי. סימנים ותסמינים אלה יכולים להיות מדווחים על ידי אנשים אחרים או על ידי האדם הלוקה בהפרעה.
- ב. פערים חוזרים ונשנים בהיזכרות באירועי יום-יום, במידע אישי חשוב ו/או באירועים טראומטיים שאינם עולים בקנה אחד עם שכחה רגילה.
- ג. התסמינים גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ד. ההפרעה אינה חלק נורמלי של התנהגות דתית או תרבותית מקובלת (מתייחס לחלק של הטראנס מסעיף א').
- הערה: בילדים אי אפשר להסביר טוב יותר את התסמינים באמצעות חברים דמיוניים או משחקי דמיון אחרים.
- ה. אי אפשר לייחס את התסמינים להשפעות הפיזיולוגיות של חומר (למשל איבוד הכרה או התנהגות כאוטית במצב שכרות) או למצב רפואי אחר (למשל פרכוסים חלקיים מורכבים).

הפרעת זהות מנותקת מצב טראנס לא פתולוגי וטראנס (איחוד/דיבוק) פתולוגי

- 'איחוד פתולוגי' (Pathological Possession Trance) התווסף ב-DSM-5 להפרעת זהות מנותקת
- מדובר על שינויים במצב התודעה או הזהות שמתרחשים שלא בהקשר תרבותי/דתי/רוחני מקובל וגורמים למצוקה רבה.
- זוהי צורה נפוצה של הפרעת זהות מנותקת באפריקה, באסיה ובתרבויות לא מערביות אחרות.
- שינוי זה מאפשר להכיל את הפרעת הזהות המנותקת לצורות רבות יותר של ביטויים המאפיינים תרבויות שונות.
- איחוד פתולוגי זהו תת סוג של הפרעת זהות מנותקת, מדובר על מצב בו אדם מאמין ששד/רוח אלוהים נכנסה אליו ומדבר דרכו. יש רק אישיות "אורחת" אחת.
- מה שניקרא ביהדות דיבוק - יהיה מאובחן כהפרעת זהות מנותקת.
- טראנס לא פתולוגי - למשל שאמן שמבצע טקס ואז הוא מדבר בקול שונה, לאחר הטקס הוא לא זוכר מה היה, אלוהים מדבר דרכו. זה מקובל בתרבות מסוימת ולכן זה לא פתולוגי.

אבחנה מבדלת בין טראנס לא פתולוגי לבין טראנס פתולוגי

- דומה -
 - ✓ מודעות לסביבה מועטה
 - ✓ הופעת התנהגויות או תנועות סטראוטיפיות
 - ✓ שיכחון
- שונה - בטראנס (איחוד) פתולוגי השינויים במצב המודעות או הזהות מוחלפים בזהות חדשה שמגיעה מרוח רפאים, ישות אלוהית או כוח אחר.

תחלואה נלווית נפוצה להפרעת זהות מנותקת

הפרעת דיכאון, הפרעת עקה פוסט-טראומטית, הפרעות שימוש בחומרים, הפרעת אישיות גבולית.

תסמינים נוספים של הפרעת זהות מנותקת

- ✓ דיכאון
- ✓ חבלות עצמיות
- ✓ חשיבה אובדנית וניסיונות אובדניים
- ✓ התנהגות בלתי צפויה
- ✓ כאבי ראש
- ✓ הזיות
- ✓ תסמינים פוסט-טראומטיים
- ✓ תסמיני שיכחון ופוגה

גורמים סיבתיים בהפרעת זהות מנותקת וחילוקי דעות הנוגעים להפרעה

- האם הפרעת זהות מנותקת היא הפרעה אמיתית או מזויפת?
- אם ההפרעה היא פועל יותר של עידוד לא מודע של מטפלים לא אחראיים על מטופליהם?
- האם הזיכרונות הם אמיתיים או שקריים?
- אם ההפרעה היא אמיתית, האם ההתעללות (הטראומה) היא גורם סיבתי או מתווכת על ידי גורם אחר?
- האם הסיבה להפרעת זהות מנותקת הינה אירוע טראומטי?

שתי תיאוריות להתפתחות ההפרעה

- **התיאוריה הפוסט טראומטית** - התיאוריה העיקרית בספרות העכשווית. ע"פ תיאוריה זו הרוב הגדול של הלוקים בהפרעה (כ-95%) מדווחים על זיכרונות של התעללות קשה בילדותם. התיאוריה גורסת כי הפרעת זהות מנותקת מתחילה בניסיונות של הילד להתמודד עם תחושות הייאוש וחוסר האונים המציפות אותו אל מול התעללות טראומטית חוזרת ונשנית. בהיעדר דרכי מילוט או משאבים אחרים, הילד עשוי להתנתק ולהימלט אל תוך פנטזיה ולהיהפך למישהו אחר. הימלטות זאת יכוה להתבצע באמצעות תהליך הדומה להיפנוזה עצמית, ועם הצעד הזה ישכח במידת מה את הכאב הנגרם מההתעללות, הוא יחזק ולכן יחזור על עצמו בעתיד. לפעמים הילד מדמייס שההתעללות קוראת למישהו אחר. אם לילד יש נטייה לפנטזיות, והוא ממשיך בנטייה זו לאורך זמן, יתכן כי בלי לשים לב הוא יוצר דמויות עצמי שונות בנקודות זמן שונות וכך למעשה הוא מניח את היסודות לזהויות מנותקות.
- **התיאוריה החברתית קוגניטיבית** - הפרעת זהות מנותקת מתפתחת כאשר האדם נופל בקלות לסוגסטיה (ניתן להשפיע ולשנות את הדעות של האדם כך שהוא יתנהג לפי רצונו של מפעיל הסוגסטיה, למשל היפנוזה היא סוג אחד של סוגסטיה) לומד לאמץ ולגלם את התפקידים של כמה זהויות בעיקר משום שמטפלים הציעו זהויות אלו בטעות, ונתנו להן לגיטימציה וחיזוק. כיוון שזהויות אחרות אלו מותאמות למטרותיו האישיות של האדם.
- תיאוריה זו אינה טוענת כי האדם מבצע התנהגות זו במכוון או במודע, אלא גורסת כי היא מתרחשת באופן ספונטני.

קיים חשד כי מטפלים נלהבים מידי אשר מתעניינים בהפרעה זו ומשתמשים בצורה לא חכמה בטכניקות של סוגסטיה כמו היפנוזה, הם אלה האחראיים להיווצרות ההפרעה אצל אנשים שקל להפעיל עליהם סוגסטיה ושהם בעלי נטייה לפנטזיות.

במחקרים הראו שניתן ליצור בכוונה אצל סטודנטים מאפיינים של הפרעת זהות מנותקת כמו אימוץ זהות שניה.

תיאוריה זו מתיישבת עם ראיות כי אנשים שאינם מציגים מאפיינים חד משמעיים של ההפרעה מציגים אותם לאחר הטיפול באופן דרמטי. וכן עם העובדה כי לפני פרסום ההפרעה בספרים וסרטים ההפרעה היתה נדירה הרבה יותר.

סיכום כל ההפרעות של פרק 8

מאפייני ההפרעה בקצרה	ההפרעה
תסמין גופני אחד או יותר הגורמים למצוקה או משבש במידה ניכרת את חיי היום-יום. למרות שאין עדות רפואית למחלה החולה משוכנע שהוא אכן חולה ולתפיסתו זהו מצב גופני אמיתי. או שזה באמת מצב אמיתי של חולה שאכן אובחן רפואית. האדם עוסק בצורה אובססיבית במצב הרפואי (האמיתי או המדומיין)	הפרעת תסמינים סומטיים
בעבר ניקרא היפוכונדריה. עיסוק מחשבתי בשאלה אם לאדם יש מחלה קשה או אם הוא מפתח מחלה. העיסוק הוא במחלה עצמה "אני חולה ב..." ולא תחושות או תסמינים גופניים "כואב לי ב..."	הפרעת חרדה ממחלות
האדם מציג תסמינים ניירולוגיים שאין להם הוכחה רפואית. מוצגים תסמינים שבאים לידי ביטוי בליקוי חושי, תנועת, פרכוסים. מבחינת האדם הליקוי הוא אמיתי, הוא באמת לא יכול להזיז את הרגל, לשמוע או לראות. במצבי קיצון (תחת השפעת היפנוזה או בסכנת חיים) האדם "פתאום" כן יכול לתפקד כרגיל ולאחר חלוף המצב הוא יחוזר להציג את התסמינים הניירולוגיים.	הפרעת המרה
האדם ממציא במכוון ובמודע תסמינים פסיכולוגיים ו/או גופניים בכדי להשיג מטרה - להיות חולה כדי לקבל תשומת לב ודאגה של קרוביו ושל הצוות הרפואי. לשם כך הוא יכול לקחת תרופות שיעשו אותו חולו, לפצוע את עצמו ולהסתכן בפציעות חמורות עד כדי מוות.	הפרעה בדויה
התחלות - האדם ממציא במכוון ובמודע תסמינים פסיכולוגיים ו/או גופניים בכדי להשיג מטרה - לקבל דברים חומריים כמו קצבת נכות, הונאת ביטוח, תו נכה, ימי מחלה וכדומה.	התחלות - האדם ממציא במכוון ובמודע תסמינים פסיכולוגיים ו/או גופניים בכדי להשיג מטרה - לקבל דברים חומריים כמו קצבת נכות, הונאת ביטוח, תו נכה, ימי מחלה וכדומה.
תחושת העצמי ותחושת המציאות אובדים זמנית. האדם חווה באופן מתמיד או חוזר תחושת ניתוק מהגוף ומתהליכים מנטליים (כאילו צופה עליהם מבחוץ). העולם נראה לו שונה ולא אמיתי, אנשים שהוא מכיר נראים לו כאילו הם התחלפו וזה כבר לא הם. בוחן המציאות תקין.	הפרעת ניתוק מהעצמי/אובדן תחושת מציאות
האדם שוכח חלקים שלמים מעברו, או אפילו את כל עברו כולל איך קוראים לו ואיפה הוא גר.	שיכחון ניתוקי
פוגה - לאחר השכחה האדם בורח מסביבת חייו המוכרת ומתחיל חיים חדשים במקום אחר.	שיכחון ניתוקי
נקראה בעבר פיצול אישיות. האדם מחליף בין 2 זהויות או יותר כאשר לכל אחת מהזהויות אופי, מראה, מגדר ותכונות "משלה".	הפרעת זהות מנותקת

ההבדל בין סכיזופרניה להפרעת זהות מנותקת

סכיזופרניה - אין מספר זהויות שמתחלפות ביניהן אלא יכולה להיות דלוזיה שהם מישהו אחר.
הפרעת זהות מנותקת - לא נפגע בוחן המציאות התקין, לא מופיעה התנהגות לא מאורגנת והתכנסות לתוך עולם פנימי, כפי שיכולים להופיע בסכיזופרניה

פרק 9 - הפרעות אכילה

- הפרעות אכילה מאופיינות בשיבושים תמידיים באכילה.
- שלוש הפרעות האכילה החשובות ביותר:
 - ✓ אנורקסיה נרבוזה
 - ✓ בולימיה נרבוזה
 - ✓ הפרעת אכילה בולמוסית
- השמנת יתר זו לא הפרעת אכילה אלא מצב פסיכיאטרי.

אנורקסיה נרבוזה - הקריטריונים של ה-DSM-5

- א. הגבלת הצריכה של האנרגיה - הגבלת הצריכה של אנרגיה ביחס לדרישות, המובילה למשקל גוף נמוך משמעותית לפי קריטריונים של גיל, מין, מסלול התפתחות ובריאות גופנית (BMI). משקל גוף נמוך משמעותית מוגדר כמשקל נמוך מן המשקל המינימלי הנורמלי או, בילדים ובמתבגרים, נמוך מן המשקל המינימלי הצפוי.
- ב. פחד עז מעלייה במשקל או מהשמנה או התנהגות מתמשכת המפריעה לעלייה במשקל למרות משקלו הנמוך משמעותית של האדם.
- ג. בעיה באופן שבו האדם חווה את משקל גופו או את צורתו, השפעה מופרזת של משקל הגוף או צורתו על ההערכה עצמית (כל הביטחון העצמי מושפע ממשקל הגוף או מצורתו) או היעדר הכרה מתמשך של חומרת המשקל הנוכחי הנמוך.

בלב ההפרעה:

- אנורקסיה נרבוזה היא מרדף בלתי נלאה אחר רזון הכרוך בהתנהגויות שמובילות למשקל גוף נמוך משמעותית.
- אנשים עם אנורקסיה נרבוזה עלולים להיות שדופים ועדיין להכחיש שיש להם בעיה כלשהי עם המשקל. עם זאת, הם משקיעים מאמצים רבים להסתיר את רזונם על ידי בגדים רפויים.
- הסיכון לפתח אנורקסיה גדל במהלך המאה ה-20.
- אנורקסיה שכיחה בקרב רקדניות בלט מקצועיות בשל אמות המידה הדורשות מבנה גוף דקיק.
- בדרך כלל הפרעה אגו-סינטונית (תואם לסעיף ג' בקריטריונים), על מנת להצליח בטיפול נרצה להפוך את ההפרעה לאגו-דיסטונית (המטופל מבין שהוא סובל מבעיה חיצונית לו, שהיא איננה חלק ממנו).

קיימים שני סוגים של אנורקסיה נרבוזה:

- **הסוג המגביל** – הגבלת צריכה. הגבלת צריכת הקלוריות, והגבלת המזון.
- **הסוג של אכילה בולמוסית/התרוקנות** – אכילה בולמוסית ו/או התרוקנות. המטופלים אוכלים באופן בולמוסי או מתרוקנים או שני הדברים גם יחד. התנהגות אחרת: צום, פעילות גופנית מופרזת או הקאה.

ההבדל בין שני סוגי האנורקסיה – אופן שימור משקל הגוף הנמוך.

הפרעת אכילה בולמוסית

- א. אפיזודות חוזרות של אכילה בולמוסית.
- ב. האפיזודות קשורות לפחות ל-3 מהמאפיינים הבאים:
 - ✓ אכילה מהירה הרבה יותר מהרגיל.
 - ✓ אכילה עד לתחושת שובע בלתי נעימה.
 - ✓ אכילת כמויות מזון גדולות בלי תחושת רעב גופנית.
 - ✓ אכילה ביחידות בשל תחושת המבוכה מכמויות המזון שנאכל.
 - ✓ תחושת שאט נפש, דיכאון או אשמה גדולה אחרי האכילה.
- ג. ניכרת מצוקה רבה בקשר לאכילה הבולמוסית.
- ד. האכילה הבולמוסית אינה קשורה לשימוש חוזר ונשנה בהתנהגות מפצה כמו בבולימיה נרבוזה ואינה מתרחשת רק במהלך בולימיה נרבוזה או אנורקסיה נרבוזה.

בולימיה נרבוזה

- בולימיה מאופיינת באכילה בולמוסית בלתי נשלטת ובניסיונות למנוע את העלייה במשקל הנובעת ממנה בדרכים לא נאותות, כמו הקאה יזומה ופעילות גופנית יתרה.
- ב-DSM-5 הקריטריונים לאבחון פחות מגבילים: פעם בשבוע (במקום פעמיים) במשך שלושה חודשים.
- ההבחנה העיקרית בין בולימיה לאנורקסיה מהסוג של אכילה בולמוסית/התרוקנות היא משקל הגוף.
- בעוד שהלוקים באנורקסיה נוהגים להכחיש את חומרת מחלתם, הלוקים בבולימיה חשים לעיתים קרובות בושה ועסוקים ברגשי אשם ובהלקאה עצמית

בולימיה נרבוזה - הקריטריונים של ה-DSM-5

- א. אפיזודות חוזרות של אכילה בולמוסית הכוללת את שני המאפיינים:
 - ✓ אכילה בזמן מוגדר (למשל שעתיים) של כמות מזון גדולה מהמקובל.
 - ✓ חוויה של אובדן שליטה באכילה בעת האפיזודה הזאת (למשל – "לא יכולה להפסיק").
- ב. התנהגויות מפצות לא נאותות חוזרות ונשנות כדי למנוע עליה במשקל כמו: הקאה יזומה, שימוש מזיק בתרופות משלשלות או פעילות גופנית מוגזמת.
- ג. האכילה הבולמוסית וההתנהגויות הלא נאותות מתרחשות בתדירות של לפחות פעם בשבוע במשך שלושה חודשים.
- ד. ההערכה העצמית מושפעת במידה מוגזמת מצורת הגוף וממשקלו.

- ה. הפרעה איננה מופיעה אך ורק במהלך אפיזודות של אנורקסיה נרבוזה.

DD - אנורקסיה ובולימיה

- **משותף לשתייהן** - הפחד העצום מהשמנה ועלייה במשקל ושאיפה קיצונית ומסוכנת לרזון (ולא דפוסי האכילה המופרעים)
- **השונה בניהן** - **משקל הגוף** - באנורקסיה ה-BMI נמוך ובבולימיה לא. גורמי סיכון (מפורט בסעיף הבא). סכנות בריאותיות - מי שמקיא הרבה חשוף לתחלואה בושת ובחלל הפה. מי שסובל מאנורקסיה חשוף לכל הסכנות הבריאותיות של תת תזונה.

הפרעת אכילה בולמוסית (BED)

- תוספת חדשה של DSM-5
- ההבדל העיקרי בינה לבין בולימיה: אדם עם BED איננו עוסק בהתנהגויות מפצות (התנהגות מפצה = הקאה/ ספורט/ צום/ ריקון) לא נאותות והאכילה פחות מרוסנת, ולכן אנשים אלה סובלים מעודף משקל ואף השמנת יתר.
- בדרך כלל אנשים המאובחנים עם הפרעה זו בעלי משקל עודף או השמנת יתר.
- נקשרת לבעיות רפואיות רבות כגון יתר לח"ד, דלקות פרקים, בעיות נשימה, מחלות לבביות, סכרת וסרטן.
- Body Mass Index (BMI): מדד מסת הגוף, בעזרתו קובעים מהי כבדות משקל. החישוב הוא היחס בין משקל לגובה. השמנת יתר נחשבת BMI מעל 30. השמנת יתר חולנית נחשבת BMI מעל 40.

הפרעת אכילה בולמוסית (BED) - קריטריונים לפי ה-DSM

- א. אפיזודות חוזרות של אכילה בולמוסית. אפיזודה של אכילה בולמוסית כוללת את שני המאפיינים שלהלן:
 - ✓ אכילה בפרק זמן מוגדר (למשל במהלך פרק זמן של שעתיים) של כמות מזון שהיא בהחלט גדולה יותר ממה שרוב בני האדם היו אוכלים בפרק זמן דומה ובנסיבות דומות.
 - ✓ תחושת חוסר שליטה באכילה במהלך האפיזודה (למשל תחושה של האדם כי אינו מסוגל להפסיק לאכול או לשלוט במה שהוא אוכל ובכמות האוכל).
- ב. אפיזודות האכילה הבולמוסית נקשרות לשלושה (או יותר) מהמאפיינים שלהלן:
 - ✓ אכילה מהירה הרבה יותר מהרגיל.
 - ✓ אכילה עד לתחושת שובע בלתי נעימה.
 - ✓ אכילת כמויות מזון גדולות בלי תחושת רעב גופנית.
 - ✓ אכילה ביחידות בשל תחושת המבוכה מכמויות המזון שנאכל.
 - ✓ תחושת שאט נפש עצמית, אחרי האכילה דיכאון או אשמה גדולה.
- ג. ניכרת מצוקה רבה בקשר לאכילה הבולמוסית.
- ד. האכילה הבולמוסית מתרחשת בתדירות ממוצעת של פעם בשבוע לפחות במשך 3 חודשים.
- ה. האכילה הבולמוסית אינה קשורה לשימוש חוזר ונשנה בהתנהגות מפצה לא נאותה כמו בבולימיה נרבוזה ואינה מתרחשת רק במהלך בולימיה נרבוזה או אנורקסיה נרבוזה. (התנהגות מפצה = הקאה/ספורט/צום/ריקון).

הפרעות אכילה - הבדלים בין המגדרים

- בעבר דובר על 1:10 והיום 1:3, לטובת הנשים. יתכן שיש הטיה מגדרית ב-DSM כי אצל גברים אי שביעות רצון מהגוף מתבטאת ברצון להיות שרירי יותר.
- לגברים יש יותר סיכוי להערכת חסר של הפרעת אכילה.
- בקרב גברים: נפוץ יותר אצל הומוסקסואלים.

תפוצה

- ההפרעה השכיחה ביותר: הפרעת אכילה בולמוסית (2%).

סיבוכים רפואיים

- אנורקסיה - תת תזונה גורם ללחץ דם נמוך, עייפות חולשה ועילפון. בהמשך גם דיכאון, פגיעה בקוגניציה, הפרעות לבביות ומוות. מוות נגרם גם כתוצאה מהתאבדות.
- בולימיה - עשויה גם היא לגרום לבציות לבביות (הקאה פוגעת באלקטרוליטים ולרמת אשלגן נמוכה החיוניים ללב) וכן כיבים הנובעים מהקאות חוזרות.

פרוגנוזה (סיכויי ההחלמה):

א. אנורקסיה

- 16% - תמותה (מסיבוכים או התאבדות)
- 10% - ללא שינוי
- 21% - החלמה חלקית
- 51% - ריפוי - כבר לא עומד בהגדרות ההפרעה לפי ה-DSM.

ב. בולימיה

- 30% - ללא שינוי
- 70% - ריפוי

מעבר בין אבחנות

- קיים סיכוי להיות מאובחן בהפרעה אחת מהמשפחה ולעבור לאבחנה אחרת.
- השכיח ביותר הוא בין שני סוגי האנורקסיה.
- מעבר נוסף בין אנורקסיה של אכילה בולמוסית/התרוקנות לבולימיה.
- יתכן גם מעבר בין בולימיה להפרעת אכילה בולמוסית.

תחלואה נלווית

הפרעת אכילה בולמוסית	בולימיה	אנורקסיה	
50%	63%	68%	דיכאון
הפרעת חרדה	לעיתים קרובות	לעיתים קרובות	OCD
23%	קיים לעיתים	קיים לעיתים בסוג של אכילה בולמוסית והתרוקנות	שימוש מזיק בחומרים
נמנעות, טורדנות כפייתית וגבולית	אשכול C חרדה הימנעות ואשכול B אי יציבות	אשכול C חרדה הימנעות	הפרעת אישיות

הפרעות אכילה בתרבויות שונות

- אנורקסיה מופיעה בכל התרבויות אך ביטויה הקליניים משתנים (למשל: גאנה- רעיונות דתיים של שליטה). לתרבות יש השפעה גם על שכיחות ההפרעה.
- יש קשר בין צבע עור לבן לבין פיתוח הפרעות אכילה. אי שביעות מהגוף, ריסון תזונתי ושיאפה לרזון - נפוצים יותר בקרב לבנים מאשר לא לבנים.
- לאנורקסיה אין זיקה לתרבות בעוד שלבולימיה יש. ההפרעה מופיעה אצל אנשים שנחשפו במידה מסוימת לאידיאל המערבי הנוגעים לרזון.

גורמי סיכון לגורמים סיבתיים להפרעות אכילה

גורמי סיכון ביולוגיים

● גנטיקה -

- » סיכון מוגבר בקרב אנשים עם הפרעה דומה במשפחה. הסיכון לאנורקסיה אצל קרוביהם של אנשים הלוקים בהפרעה היה גדול פי 4.4 לעומת קרובי משפחה של בריאים. הסיכון לבולימיה היה בהתאמה גדול פי 3.7.
- » לקרובים היה סיכוי גם למחלות אחרות (אנורקסיה: דיכאון ו-OCD) בולימיה אכילה בולמוסית ותלות בסמים ואלכוהול.
- » גם במחקרי תאומים נמצא שבולימיה ואנורקסיה הן הפרעות תורשתיות.
- » עדיין לא נמצא גן או גנים ספציפיים שתורמים להפרעות אך יש ציפייה שמחקר עתידי ימצא כאלה.
- » יתכן מאוד שהגורמים הביולוגיים הם דיאתזה (נטייה מוקדמת) ונדרש גם גורם של דחק כדי לגרום להפרעות אכילה.
- **שיבושים במוח** - אצל בעלי חיים הוכח קשר בין שיבושים בהיפותלמוס להפרעות אכילה. אצל בני אדם טרם נמצא קשר כזה. כן נמצא קשר בין נזק לקורטקס המצחי או הרקתי לאנורקסיה.
- **נקודות בסיס** - לגוף יש נטייה לדחות כל חריגה משמעותית מנקודת הבסיס שנקבעה באופן ביולוגי או ממשקל שעליו גופו של הפרט מנסה להגן. ככל הפרט יורד במשקל כך הוא חש רעב חזק יותר שגורם לו לעלות בחזרה במשקל.
- **סרוטונין** - סרוטונין הוא נוירורנסמיטר המעורב בכפייתיות, הפרעות מצב רוח ואימפולסיביות הוא גם מווסת תיאבון והתנהגות תזונתית. כיוון שרבים מהסובלים בהפרעות אכילה מגיבים היטב לטיפול בנוגדי דיכאון הגיעו חלק מהחוקרים למסקנה שהפרעות אכילה גורמות לשיבושים במערכת הסרוטונין. יתכן מאוד שהגורמים הביולוגיים הם דיאתזה ונדרש גם גורם של דחק כדי לגרום להפרעות אכילה.

גורמי סיכון וגורמים סיבתיים להפרעות אכילה

- **גורמים חברתיים- תרבותיים** - מראן הכחוש של הדוגמניות המושרש בתרבות המערבית קובע אידיאל יופי בלתי אפשרי. אחד מציוני הדרך היה הופעתה של הדוגמנית הדקיקה טוויגי. ניסוי טבעי נערך בפיג'י בשנות התשעים, טרם חדירת הטלוויזיה. עודף משקל קושר לחוזק, יכולת לעבוד, טוב לב ונדיבות ורזון לחולניות. לאחר חדירת הטלוויזיה החלו נשים להביע אי שביעות רצון מגופן ולעשות דיאטת הרזיה.
- **השפעת המשפחה** - מטופלים רבים עם אנורקסיה תופסים אתה משפחותיהם כקשיחות יותר, מלוכדות פחות ובעלות תקשורת גרועה. בנוסף רבים מהורי המטופלים עוסקים במראם, בדיאטות ובשאיפה לשלמות. קרובים של הסובלים מבולימיה מגלים ציפיות גבוהות והערות על

משקל. המנבא החזק היה רמת ההשפלה בהערות של בני המשפחה. עם זאת יש לזכור שיתכן שההפרעה הפוכה: נוכחותו של בן משפחה עם הפרעות אכילה משפיעה בצורה שלילית על תפקוד המשפחה.

● גורמי סיכון הקשורים לפרט -

מגדר - הפרעות אכילה (אנורקסיה ובולימיה) שכיחות הרבה יותר אצל נשים. אכילה בולמוסית מופיעה במידה שווה בשני המגדרים.

לגברים הומוסקסואלים ודו מיניים סיכון גבוה יותר לפתח הפרעות אכילה.

הפנמת אידיאל הרזון - יש עדויות לכך שהפנמה זאת יכולה להתחיל שרשרת סיבתית ששיאה הפרעות אכילה (אדם לא יכול להיות עשיר מדי או רזה מדי).

שאיפה לשלמות - השאיפה לשלמות - כלומר לאמות מידה בלתי אפשריות עם אפס סובלנות לטעויות - קשור להפרעות אכילה והחלמה מהפרעה זאת מביאה בעקבותיה ירידה בשאיפה לשלמות. השאיפה לשלמות היא תכונת אישיות יציבה שמעמידה אנשים בסיכון גבוה להפרעות אכילה. נשים נוטות יותר לשאיפה לשלמות מאשר גברים.

דימוי גוף שלילי - בשל השפעות חברתיות תרבותיות נשים תופסות פער בין גופן לגזרה הנשית האידיאלית באמצעי התקשורת מה שגורם להן לחוש "שמנות" הטיות אלה גורמות להן להאמין כי גברים מעדיפים גזרות רזות יותר מכפי שהם מעדיפים, למעשה אפילו צעצועי הילדים מקדמים אידיאלים של רזון בלתי אפשרי (ברבי).

דיאטה - דיאטה מגדילה את הסיכון לפיתוח הפרעות אכילה במיוחד אכילה בולמוסית. הסיכון גדל עם קיימים גם תסמיני דיכאון והערכה עצמית ירודה.

רגשיות שלילית - כאשר אנו חשים רע אנו נוטים להיות ביקורתיים כלפי עצמנו מה שעלול לגרום לנו להגזים בשיפוט הפגמים שלנו. רגשיות שלילית עלולה לגרום לאכילה בולמוסית המספקת נחמה לאנשים המתקשים לווסת את עצמם רגשית. לעיתים רגישות שלילית עשויה לנבא גם אנורקסיה.

התעללות מינית בילדות - נמצא קשר רופף בין התעללות מינית בילדות לפיתוח פתולוגיה באכילה. הקשר בין התעללות בגיל צעיר להפרעות אכילה בהמשך החיים עשוי להיות בלתי ישיר וכרוך במשתנים מתערבים שונים (כמו הפרעות הנלוות להפרעות אכילה).

הטיפול בהפרעות אכילה

הטיפול באנורקסיה

כיום אין טיפול מוביל לאנורקסיה.

המאמץ הראשוני הוא להחזיר את משקלם של הסובלים מאנורקסיה למשקל שאיננו מסכן חיים. מאמץ זה כרוך לעיתים באשפוז ואף בהזנה תוך ורידית מצליח בדרך כלל. אך ללא טיפול פסיכולוגי סוגיות המלבנות התנהגות אנורקטית, העלייה במשקל תהיה זמנית.

● **תרופות** - טיפול בתרופה נוגדת פסיכוזה (Olanzapine) עשוי להועיל, כנראה על ידי הפחתת האמונה המעוותת ביחס לצורת הגוף. לתרופה גם תופעת לוואי של עלייה במשקל שגם היא רצויה. גם תרופות ממשפחת ה-SSRI עשויה לעזור

● **טיפול משפחתי** - מאוד יעיל בטיפול במתבגרים. התוכנית שנחקרה רבות נקראת מודל מודסלי ומתמקדת במאמצי ההורים לעזור לילדם לשוב ולאכול באופן בריא. לטיפול שלושה שלבים:

✓ **שלב ההזנה מחדש** - המטפל עובד עם ההורים ותומך במאמציהם לעזור לילד לחזור לאכול בצורה בריאה. המטפל צופה בארוחות משפחתיות ומדריך את ההורים לפעול כצוות תומך.

✓ שלב המשא ומתן - לאחר שהמטופל/ת עולה במשקל, עוסקים בסוגיות ובבעיות משפחתיות.

✓ של הסיום - הטיפול מתמקד בפיתוח יחסים בריאים יותר בין המטופל לבין ההורים.

לטיפול זה אחוזי נשירה נמוכים יחסית. חמש שנים לאחר הטיפול 75%-90% מגיעים להחלמה מלאה. גם טיפול יחידני עוזר במידה רבה. גישה זו נמצאה יעילה פחות בטיפול במבוגרים.

- **טיפול קוגניטיבי התנהגותי** (במבוגרים) - מדובר על שינוי התנהגות וסגנון חשיבה לא הסתגלותי. הטיפול נמצא יעיל יותר במעט מיעוץ תזונתי אם כי רק 17% הגיעו להחלמה מלאה.
- התפתחות בעבודה המעשית - במחקר (2014) שבו חולקו 242 נבדקים באופן מקרי לשלוש קבוצות טיפול נמצא שיפור בשלושת השיטות: טיפול קוגניטיבי התנהגותי (שהועדף על ידי המטופלים והיתה לו גם עדיפות קלה), טיפול פסיכודינמי וגרסה משופרת של טיפול רגיל.

הטיפול בבולימיה נרבוזה

- **תרופות** - מטופלים בתרופות נוגדות דיכאון מפיקים תועלת וניכר שיפור במצבם. התרופות מפחיתות את שכיחות האכילה הבולמוסית וגם משפרות את מצב הרוח ואת העיסוק המתמיד במראה הגוף ובמשקל.
- **CBT** - בבולימיה, לטיפול הקוגניטיבי התנהגותי היתה עדיפות ברורה. טיפול זה מתמקד בהפיכת דפוסי האכילה לנורמליים המהלך כולל תכנון ארוחות, חינוך לתזונה נכונה והפסקת מעגלי האכילה הבולמוסית וההתרוקנות באמצעות לימוד אכילה של מנות מזון קטנות בצורה קבוע יותר. עם זאת מטופלים עם הפרעה מחלימים לחלוטין רק לעיתים נדירות.
- הרכיב הקוגניטיבי של הטיפול מכון לשינוי הקוגניציות וההתנהגויות שמתחילות או מנצחות מעגל בולמוסי (עמוד 552). זה מושג באמצעות איתגור דפוסי החשיבה הדיספונקציונלית.
- **CBT-E** - טיפול קוגניטיבי התנהגותי משופר - הטיפול היעיל ביותר בבולימיה. הטיפול המתמקד בדאגות בדבר הצורה החיצונית, השאיפה לשלמות וההערכה העצמית הנמוכה. נמצא שטיפול זה יעיל יותר ומשפיע מהר יותר מחלופות טיפול פסיכולוגי אחרות. טיפול זה הוא תוצאה של גישה רב אבחנתית שמתמקדת באכילה פתולוגית בלי להתחשב באבחנה הספציפית.
- **IPTE**: פסיכותרפיה בינאישית אשר בדרך כלל נועדה לטיפול בהפרעות מצב רוח, גם משפיעה לטובה, אך פחות מהר מה- CBTE.

הטיפול בהפרעת אכילה בולמוסית

- תרופות - נוגדי דיכאון ומדכאי תיאבון נמצאו יעילים
- לטיפול הפסיכולוגי הבינאישית (IPT) היתה עדיפות קלה על טיפול התנהגותי בקרב מיעוטים.

השמנת יתר

- השמנת יתר איננה מוגדרת כהפרעה ב-DSM אך יש לה השלכות רפואיות ופסיכולוגיות רבות.
- אפשר להגדיר השמנת יתר על ידי חישוב מדד מסת גוף.
- מדד מסת הגוף (BMI) = משקל (ק"ג) חלקי גובה (מ')²
- בארצות הברית הבעיה של השמנת יתר הוכפלה מאז 1980. 35% מהמבוגרים סובלים מהשמנת יתר ו-34% מעודף משקל. בישראל, 49% נמצאים בעודף משקל (BMI -29.9 -25), השמנה (-30-34.9) או השמנת יתר (34.9-30).

סוגיות רפואיות

- השמנת יתר מגבירה סיכון לכולסטרול גבוה, לחץ דם גבוה, מחלות לבביות, דלקת מפרקים, סוכרת וסרטן.
- בארצות הברית השמנת יתר נפוצה בקרב בני מינוטים ובמיוחד באמריקנים אפריקניים. כמו כן מעט יותר בגברים מאשר בנשים.

תווית שלילית למשקל עודף

- אנשים הסובלים ממשקל עודף סובלים מאפליה ומוצמדת להם תווית שלילית. התקשורת מנציחה סטריאוטיפים המבוססים על משקל. יחס זה קיצוני יותר כלפי נשים. דווקא חשיפה למסרים אלו גורמת לאנשים בעלי עודף משקל לאכול יותר.
- הטיית המשקל נמצאת אפילו בקרב שירותי הבריאות העשויים להאשים מטופלים הלוקים בהשמנת יתר במשקלם העודף ובבעיות הקשורות למשקלם.

השמנת יתר ו-DSM

- השמנת יתר איננה הפרעת אכילה ולכן לא כלולה ב-DSM. יש הטוענים כי מדובר למעשה בהפרעת התמכרות. יתכן שהשמנת יתר קשורה להפרעת מוח המעורבת במוטיבציה, גמול ושליטה מעכבת.

פרק 10 - הפרעות אישיות

אישיות - דפוסי תכונות והתנהגות (רגשות, מחשבות, ופעולות), סגנונות ההתמודדות ודרכי האינטראקציה שלו שהם קבועים ויציבים ובאים לידי ביטוי במצבים חברתיים (מעבר לזמן ולסיטואציות).

בדרך כלל מדובר על הפרעות אגו סינטניות, אנשים לא יפנו לטיפול או ידווחו על בעיה כי למעשה זה חלק מהאישיות.

בהתאם למודל חמשת הגורמים: אישיות נורמלית יכולה להתאפיין על פני חמישה מיימדים (כאשר כל מימד מחולק לשישה תת מרכיבים):

1. **ניורוטיות** (אי יציבות רגשית) - מי שגבוה בגורם הזה הוא אדם שלילי יותר בחוויה שלו ובתפיסה שלו, נוטה לדיכאון דימוי עצמי נמוך, פחות שליטה בחשקים, יותר חרדתי, יותר רגיש. מי שנמוך הוא יותר יציב נפשית.

2. **מוחצנות / מופנמות** - עד כמה אתה חבורתי, עם ביטחון עצמי, נהנה מאינטראקציות חברתיות. גובה במוחצנות יענה על השאלות האלו במאוד, נמוך במימד - סגור, מסוגר ויענה על השאלות האלה ב"כלל לא".

3. **פתיחות להתנסויות** (אי קונבנציונאליות) - פתיחות לחוויה, עד כמה דמיון יש לך ואתה פתוח לאומנות, וגמישות מחשבתית ופתיחות מחשבתית. הצד הנמוך של המימד - אדם שמרן וסגור לחוויה.

4. **נועם הליכות / אנטגוניזם** - מי שגבוה במימד הוא אנושי, אלטרואיסט, תורם לאחרים. מי שנמוך במימד - עוין, אדיש לאחרים, מקנא, אנוכי. בתת המרכיב אמון - מי שגבוה בו נתפס בעיניי אחרים כראוי לאמון ומי שנמוך נתפס כלא ראוי לאמון.

5. **תחושת חובה (מצפונית)** - מי שגבוה במימד - חרוץ, מכוון להישגים, יסודי, מסודר, חי לפי הערכים. מי שנמוך במימד הוא בדיוק ההיפך.

הפרעות אישיות

- ▶ התפתחות הדרגתית של דפוסי אישיות לא מסתגלים, נוקשים, שלרוב הבעיה העיקרית שלהם מתבטאת במישור הבין אישי. לרוב בעלי ההפרעה חושבים שאצלם הכל בסדר והבעיה היא בהתייחסות החברה אליהם.
- ▶ דפוסי אישיות אלה הם נוקשים ובלתי מסתגלים עד כדי כך שהם חווים מצוקה או אינם מתפקדים ביעילות, בלפחות שני תחומים: קוגניציה, רגש, תפקוד בין אישי, שליטה בדחפים. האבחנה לא ניתנת טרם גיל 18.
- ▶ הפרעת אישיות היא אישיות שבמהלך התפתחותה נרכשו בה מאפיינים הפוגעים ביכולת של בעל אותה אישיות, ליצור יחסים חברתיים נורמליים ובריאים. ומכאן, שהמשותף לרוב הפרעות האישיות הוא:
 - ✓ 1. בעלי האישיות המופרעת יוצרים לעיתים קרובות יחסים בינאישיים מופרעים ובעייתיים.
 - ✓ 2. מערכות היחסים הללו גורמות סבל לזולת, יותר מאשר לאדם הלוקה בהפרעה ("אגו סינטטיות").
 - ✓ 3. מדובר בהפרעה שמתפתחת יחד עם האישיות ולמעשה נבנית איתה ("מעבר לזמן"). לא יתכן שאדם בגיל 20 יאובחן עם הפרעת אישיות ובכל הילדות והנוער לא היו שום עדויות או התנהגות שמתאימות לאבחנה.
 - ✓ 4. הם אינם נראים מופרעים, היות והתנהגותם היא צורה מוגזמת של נטיות שעשויות להימצא אצל כל אחד מאיתנו, ומכאן שאבחון ההפרעה קשה מאד.
 - ✓ 5. קשה לדעת את תפוצת ההפרעות אלה, היות ורבים מהם אינם פונים לעזרה הרשויות מתוך יוזמה אישית, אלא כתוצאה מלחץ המופעל ע"י הסביבה או כשהם מסתבכים עם הרשויות (החוק, בתי הספר, העבודה וכו').
 - ✓ 6. קטגוריית הפרעת האישיות היא רחבה ביותר וכוללת בעיות התנהגות שונות מאוד בצורתן ובחומרתן.
- ▶ תמיד כשנאבחן מישהו עם הפרעת אישיות נכתוב שהתסמינים/מאפיינים יציבים מעבר למצב ולזמן.

קשיים באבחון הפרעות אישיות

- הקריטריונים אינם מוגדרים באופן חד משמעי ודורשים שיקול דעת מקצועי.
- כלי אבחון חדשים (שאלונים חצי מובנים ושאלוני דיווח עצמי) שיפרו את המהימנות, אך עדיין נותרו בעיות הקשורות למהימנות והתוקף של האבחנות.
- בעשרים השנים האחרונות ניסו חוקרים רבים לשפר את מהימנות האבחנות. אחת הדרכים הייתה הגישה המימדית. גישה זאת מניחה שאישיות (והפרעות אישיות נמצאות על רצף). עם זאת, סיווג ממדי אחד של הפרעות אישיות לא התגבש במהירות.
- המודל בעל ההשפעה הגדולה ביותר הוא מודל חמשת הגורמים של אישות נורמלית, הנותן ציונים לאנשים בחמשת תכונות אישיות בסיסיות ו-30 תתי מרכיבים.
- כל אחת מחמשת התכונות מתחלקת לתתי מרכיבים. לדוגמה: נירוטיות מתחלקת ל: חרדה, כעס-עוינות, דיכאון, מודעות עצמית, אימפולסיביות ופגיעות. כך, אנשים בעלי נירוטיות גבוהה יכולים להיות שונים זה מזה בתתי המרכיבים השונים.
- באמצעות המימדים השונים אפשר לתאר אב טיפוס של הפרעות השונות.

הסיבות להפרעות אישיות וקשיים בחקירתן

- החלו להיחקר רק ב-1980.
- חפיפה גדולה בין הפרעות שונות - בדיוק אותה התנהגות עשויה להתקשר להפרעות שונות (רכיב חרדה חברתית: נמצא אצל ה"א נמנעת וסכיזואידית).
- רוב המחקרים הם רטרוספקטיביים ולא פרוספקטיביים.
- גורם ביולוגי - המזג של התינוקות שהוא תורשתי תורם כנראה להתפתחות הפרעת אישיות אך אינו גורם יחיד. המזג כנראה תורם להתפתחות מיימדי התכונות בכל הפרעה ולא להפרעה עצמה.
- גורמים פסיכולוגיים
 - ✓ א. הסבר פסיכודינמי: חוסר סיפוק או סיפוק יתר של הדחפים.
 - ✓ ב. הסבר קוגניטיבי: דפוסי הרגלים וסגנונות קוגניטיביים לא הסתגלותיים, שכנראה מתחילים בהתקשרות לקויה.
 - ✓ ג. סגנון הורות לקוי.
 - ✓ ד. התעללות מינית ו/או רגשית.
- גורמים חברתיים: גורמי עקה חברתיים, ערכיים ותרבותיים.

קיימות עשר הפרעות אישיות אשר מחולקות לשלושה אשכולות

- **אשכול A** - פרנואידית, סכיזואידית וסכיזוטיפלית. אופי מוזר, יוצא-דופן.
- **אשכול B** - היסטריאית, נרקיסיסטית, אנטי-חברתית, גבולית. אופי דרמטי, רגשני והפכפך (עוצמה, צבעוניות, דרמטיות).
- **אשכול C** - נמנעת, תלותית, אובססיבית-קומפולסיבית. אופי חרדתי, פחדני, חששני.

- קיימות 2 הפרעות נוספות, שהן DSM קצת לא סגור עליהן, אין להן סימפטומים או קריטריונים ונדרש להן מחקר נוסף אבל כן צריך להכיר אותן. קטגוריות:
1. דיכאונית - מהילדות האדם דיכאוני, לא משהו שהתחיל פתאום.
 2. סבילה-תוקפנית (Passive Aggressive) - מסרים מבלבלים, אדם כועס אבל לא מבטא את הכעס, ביקורתיים, התנגדותיים.
- ישנן מגבלות לסיווג לקטגוריות ולאשכולות בעיקר בשל החפיפה בין ההפרעות והאשכולות השונים.

הפרעת אישיות	מאפיינים בקצרה	תפוצה	אומדן יחס מגדרי
אשכול A			
פרנואידית	חשדנות וחוסר אמון באחרים, נטייה של האדם לראות את עצמו כחף מכל אשמה, קשוב למה שנתפס בעיניו כהתקפה מצד אחרים.	1.5%	= גברים נשים
סכיזואידית	יחסים חברתיים לקויים, חוסר יכולת וחוסר רצון ליצור קשרים עם אחרים.	1.2%	נשים > גברים
סכיזופלית	דפוסי חשיבה מוזרים, מוזרויות בתפיסה ובדיבור המפריעות לתקשורת ולאינטראקציות חברתיות.	1.1%	נשים > גברים
אשכול B			
היסטריונית	חיפוש אחר תשומת לב, דרמטיזציה עצמית דאגת יתר למראה החיצוני, פתיחות מינית, נטייה לרגזנות ולהתפרצויות זעם במקרה של תסכול מחיפוש תשומת לב.	1.2%	גברים > נשים
נרקסיסטית	ראוותנות, עיסוק בקבלת תשומת לב, קידום עצמי לפעמים על חשבון אחרים וחוסר אמפטיה.	פחות מאחוז	נשים > גברים
אנטי-חברתית	חוסר התפתחות מוסרית או אתית, חוסר יכולת לאמץ מודלים מוסכמים של התנהגות, חוסר יושר, מניפולציה חסרת בושה של אחרים, היסטוריה של בעיות התנהגות בילדות.	1% נשים 3% גברים	נשים > גברים
גבולית	אימפולסיביות, כעס שלא במקומו, תנודות קיצוניות במצב הרוח, תחושה מתמדת של שעמום, ניסיונות של חבלה עצמית קשה או התאבדות.	1.4%	= גברים נשים
אשכול C			
נמנעת	קשיים לפתח קשרים חברתיים למרות שהם כן מעוניינים בהם. רגישות יתר לדחייה או לנחיתות חברתית, ביישנות, חוסר ביטחון באינטראקציות חברתיות ובהתחלת קשרים.	2.5%	גברים > נשים
תלותית	קושי בפרידה במערכות יחסים, קושי להיות לבד, שעבוד הצרכים האישיים של האדם כדי להשאיר אחרים מעורבים במערכת יחסים איתו, קושי לקבל החלטות לבד.	1%	גברים > נשים
טורדנית-כפייתית	עיסוק מוגזם בסדר, בכללים ובפרטים שוליים, שאיפה לשלמות, קושי להאציל סמכויות, חוסר הבעות רגש וחוס, קושי עם ספונטניות, קושי להירגע וליהנות.	2.1%	נשים > גברים

מדוע לא הוכנסו השינויים בדרך האבחון?

- הדרך שהוצעה הייתה מודל היברידי ממדי - קטגוריאלי. כלומר מודל המשלב קטגוריות ומימדים.
- מדובר על חמש קטגוריות עליהן אפשר לאפיין את רוב הפתולוגיות:
 - ✓ נוירוטיות (רגשיות שלילית)
 - ✓ אקסטרורטריות (מוחצנות)
 - ✓ פתיחות להתנסויות
 - ✓ נועם הליכות
 - ✓ תחושת חובה
- כנראה שהוחלט לא לשנות מחשש שמודל הסיווג החדש מאוד מורכב ולא ידידותי ויעמים עוד יותר על המטפלים במרפאות העמוסים בכל מקרה.

לפי ה-DSM קיימים שני שלבים לאבחון הפרעת אישיות. ראשית המאובחן צריך לעמוד בקריטריונים של שלב א' ולאחר מכן הוא צריך לעמוד בקריטריונים הספציפיים של הפרעה.

שלב א' לאבחון הפרעות אישיות - שלב בסיסי קריטריונים על פי DSM-5

- דפוסים מתמשכים של תפיסת הסביבה והעצמי, של חשיבה והתייחסות אליהם, הבאים לידי ביטוי במגוון רחב של הקשרים חברתיים ואישיים חשובים, אשר אינם גמישים ואינם מסתגלים וגורמים לפגם ניכר בתפקוד או למצוקה אישית.
- א. דפוס מתמשך של התנסות פנימית והתנהגות הסוטה במובהק מציפיות התרבות אליה שייך האדם, ומתבטא לפחות בשניים מהתחומים הבאים:
 - ✓ קוגניציה (חושב/מאמין)
 - ✓ 2. רגשי (שינויים במצב הרוח, ביטויי רגש שונים)
 - ✓ 3. תפקוד בין-אישי (רב עם אחרים, חושב שאחרים מתנכלים לו בכוונה)
 - ✓ 4. שליטה על הדחפים (התנהגויות אימפולסיביות).
- ב. "מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.
- ג. "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרופקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.
- ד. מוביל למצוקה משמעותית או לפגיעה בתפקוד החברתי, התעסוקתי או בתחומים חשובים אחרים.
- ה. DD - הדפוס אינו מוסבר טוב יותר כביטוי או תוצאה של הפרעת נפש אחרת.
- ו. האדם עבר את גיל 18.
- ז. רק אם מתקיימים כל הקריטריונים האבחוניים, ניתן לעבור לשלב ב' - אבחון סוג הפרעה.

אשכול A

"האשכול המוזר" - כולל את הפרעות: פרנואידי, סכיזואידית וסכיזופרנית

- אנשים שלעיתים קרובות נקרא להם "מוזרים" או יוצאי דופן
- בעלי כישורים חברתיים ירודים
- אינם נהנים מסיבות שונות הנאה עמוקה מכל קשר קרוב

- מסיבה זו הם בדרך כלל נמנעים מטיפול נפשי
- כאשר הם מגיעים לטיפול, לרוב הסיבה היא שסגנון האישיות שלהם גורם להם למצוקה המתבטאת בדיכאון או בחרדה, או שמישהו מפנה אותם לטיפול.

הפרעת אישיות פרנואידית - PARANOID PERSONALITY DISORDER

- **המאפיין המרכזי** - חשדנות וחוסר אמון כלפי אחרים, נטייה לראות את עצמו כחף מכל אשמה, עומד על המשמר מפני מה שנתפס בעיניו כהתקפות מצד האחרים.
- דפוס מקיף של חוסר אמון וחשדנות באחרים.
- חשדות לא מבוססים שאחרים מנצלים, מזיקים או מרמים אותו.
- טרוד בספקות לא מוצדקים בנאמנות חבריו, מכריו ובן הזוג.
- נמנע מלספר על עצמו כיוון שחש שהמידע ינוצל נגדו.
- מוצא משמעויות משפילות או מאיימות בהערות או אירועים תמימים. קשה מאוד להתווכח עם מחשבה פרנואידית, משום שהיא נוגעת לכוונה ולא למעשה, ומשום שהיא דורשת וודאות בעולם חסר-וודאות.
- בדרך כלל אינם פסיכוטיים אלא במצבי עקה חזקה. מדובר באנשים שיחסית מתפקדים ולא עסוקים בזה כל הזמן, בוהן המציאות תקין.
- נוטר טינה ולא סולח על מה שתופס כפגיעה ועלבון מאחרים.
- חש שאישיותו ושמו הטוב מותקפים ומושמצים ללא הוכחה מספקת וממהר להגיב בכעס.
- מחשבת יחס היא המחשבה שאירוע מסוים, שלכאורה אין לו קשר אלינו, מתייחס אלינו בצורה נסתרת. מעבר לכך קיימת אצל אנשים מסוימים נטייה לייחס משמעות נסתרת לאירועים חסרי משמעות ("סימנים", "רמזים", "כוונות").
- **מחשבות יחס** (כמשהו קורה בעולם אבל האדם מייחס את זה לעצמו, למשל שיר ברדיו, או שני החברה שמסתודדים בצד מדברים עלי). יכולות להיות נורמליות ("כולם בטח מסתכלים עלי עכשיו") או פתולוגיות ("השמיעו את השיר הזה ברדיו כדי לרמוז לי לשים לב אליה").
- אמונות תפלות הן בעצם מחשבות יחס, ותעשייה של מיליארדי דולרים ניזונה מהן (הורוסקופים, קמעות, מגידי עתידות וכו')
- במילים פשוטות מדובר על אנשים מאוד דרוכים, בטוחים שהכול קונספירטיבי סביבם, שהסביבה מנסה להרע להם. אנשים רוצים לנצל אותי, להציק לי, בני הזוג והחברים לא ממש נאמנים לי. לא מדובר על אנשים שחושבים שרוצים לרצוח אותם.

הפרעת אישיות פרנואידית הקריטריונים של ה-DSM

- **א.** חוסר אמון וחשדנות עמוקים באנשים אחרים עד כדי פירוש המניעים שלהם כמרושעים, המתחילים בבגרות המוקדמת ומתקיימים במגוון הקשרים ומתבטאים בארבעה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
 - ✓ 1. חשדות חסרי בסיס מספק, שאחרים מנצלים את האדם, מזיקים לו או מרמים אותו.
 - ✓ 2. ספקות בלתי מוצדקים בדבר נאמנותם ואמינותם של חברים ומכרים.
 - ✓ 3. הסתייגות של האדם משיתוף אחרים בסודות מחשש בלתי מוצדק שישתמשו במידע נגדו באופן זדוני.
 - ✓ 4. ייחוס משמעויות נסתרות מזלזלות או מאיימות להערות או להתרחשויות תמימות.
 - ✓ 5. נטירת טינה חוסר מחילה על העלבה, פגיעה או זלזול.

- ✓ 6. תפיסת התייחסות לדמותו או לשמו הטוב של האדם כמתקפה שאנשים אחרים אינם מזהים ככזו ותגובה נמהרת של כעס או של התקפה נגדית.
- ✓ 7. חשדות חוזרים ובלתי מוצדקים בדבר הנאמנות של בן הזוג או של השותף ליחסי מין.
- 2. התסמינים אינם מופיעים רק במהלך סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית או הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכויטיים או הפרעה פסיכוטית אחרת, ואי-אפשר לייחס אותם להשפעות הפיזיולוגיות של מצב רפואי אחר.
- הערה - אם המטופל עונה על הקריטריונים הללו לפני התפרצותה של סכיזופרניה, יש להוסיף "טרום-מחלה" (premorbid), כלומר "הפרעת אישיות פרנואידית (טרום-מחלה)".
- ◀ "מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.
- ◀ "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרוספקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.

ממדים של אישיות פרנואידית ע"פ מודל חמשת הגדולים

תכונה	תת מרכיב	ציון
נוירוטיות ↑	כעס ועוינות	גבוה
נועם הליכות ↓	אמון	נמוך
	ישירות	נמוך
	היענות	נמוך

גורמים סיבתיים להפרעת אישיות פרנואידית

- ההפרעה לא נחקרה הרבה כי אנשים אלו לא אוהבים להשתתף במחקרים.
- תיתכן השפעה גנטית בעיקר של מרכיבי נוירוטיות גבוה במיוחד בכעס ועוינות ונועם הליכות נמוך.
- גורמים פסיכו-חברתיים המשותפים גם להפרעות נוספות - התעללות הורית וחשיפה למבוגרים אלימים.
- פציעות ראש ושימוש בקוקאין ואלכוהול עלולים להגביר את ההפרעה.

הפרעת אישיות סכיזואידית - SCHIZOID PERSONALITY DISORDER

- המאפיין העיקרי - צמצום חברתי. הצורך שלהם בחברה נמוך הרבה יותר מהנורמה, לאו דווקא שיש להם קשיים ליצור אינטראקציות חברתיות (כמו באוטיזם) אלא אין צורך בחברה.
- דפוס מקיף של התנתקות מאינטראקציות חברתיות וטווח מצומצם של הבעה רגשית, הם פחות מביעים רגשות, פחות מדברים ברגשות. הם מאוד יציבים מבחינה רגשית לטוב ולרע, הם לא חווים דאון אבל גם לא היי. החוויה הרגשית שלהם מצומצמת יחסית ורגשות נחווים בעוצמה נמוכה יחסית לנורמה.
- אין רצון ואין הנאה מקשרים קרובים (אין חברים).
- כמעט תמיד בוחר בפעילויות של אדם אחד, מתבודד. הסכיזואיד הוא "זאב בודד" וטוב לו עם עמדה זו.

- נהנה ממעט פעילויות אם בכלל, כולל התנסויות מיניות עם אחרים. כל החלק הרגשי לא מניע אותו, אנשים שיכולים להיות מאוד שיגרתים מבלי להרגיש "בא לי לצאת, אני חייב חופש" וכדומה.
- מראה קור רגשי, ניתוק ו/או אפקט שטוח
- קושי לחוות עוצמות רגשיות - (מודל 5 הגורמים: פתיחות להתנסויות-רגשות: נמוכה)
- נראה אדיש לשבח או ביקורת מאחרים.
- לא מתפקדים טוב כשנדרשת עבודת צוות.
- לעיתים לא ערים או לא רגישים למסרים חברתיים לא מילוליים
- במונחים של מודל חמשת הגורמים, אנשים עם הפרעת אישיות סכיזואידית מציגים רמות גבוהות מאוד של מופנמות (בייחוד רמה נמוכה בתת-המרכיבים חוס, חברותיות ורגשיות חיובית). כמו כן, רמת הפתיחות לרגשות (תת-מרכיב של פתיחות להתנסויות) ורמת ההישגיות שלהם נמוכות.
- מיעוט ביחסים קרובים או כלל לא (למעט חריגים שהם קרובי משפחה מדרגה ראשונה).

הפרעת אישיות סכיזואידית הקריטריונים של ה-DSM

- א. דפוס נרחב של ניתוק מקשרים חברתיים וטווח מוגבל של ביטוי רגשות במסגרות בין-אישיות המתחיל בבגרות המוקדמת ומתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בארבעה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
 - ✓ 1. חוסר רצון במערכות יחסים קרובות, כולל השתייכות למשפחה, והיעדר הנאה מהן.
 - ✓ 2. בחירה כמעט בלעדית בפעילות המיועדת לאדם עצמו בלבד.
 - ✓ 3. עניין מועט, אם בכלל קיים, בהתנסויות מיניות עם אדם אחר.
 - ✓ 4. הנאה מועטה, אם בכלל קיימת, מפעילויות שונות.
 - ✓ 5. היעדר חברים טובים או אנשי סוד מעבר לקרובי משפחה מדרגה ראשונה.
 - ✓ 6. אדישות לנוכח דברי שבה או ביקורת מצד אנשים אחרים.
 - ✓ 7. קור רגשי, ניתוק או רגשיות שטחית.
- ב. התסמינים אינם מופיעים רק במהלך סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית או הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכוטיים, הפרעה פסיכוטית אחרת או הפרעה על הרצף האוטיסטי ואין לייחס אותם להשפעות הפיזיולוגיות של מצב רפואי אחר.

הערה - אם המטופל עונה על הקריטריונים הללו לפני התפרצותה של סכיזופרניה, יש להוסיף "טרום-מחלה" (premorbid), כלומר "הפרעת אישיות פרנואידית (טרום-מחלה)".
- ◀ מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.
- ◀ "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרוספקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.

ממדים של אישיות סכיזואידית ע"פ מודל חמשת הגדולים

תכונה	תת מרכיב	ציון
מוחצנות ↓	חוס	נמוך
	חברותיות	נמוך
	רגשות חיוביים	נמוך
פתיחות להתנסויות	פנטזיה	גבוה
	רגשות	נמוך

הסבר להיווצרות הפרעת אישיות סכיזואידית לפי התיאוריה של פֵיֶרְבֶּרְן (לא למבחן)

לפי תיאוריה זו כל ילד נולד עם תלות גדולה מאוד ועם רמה פנטזיומטית גבוהה מאוד. לילד יש צורך עז בקשר, והאם על פי רוב מספקת צורך זה.

אך יש ילדים שנולדים עם צורך בתלות חזקה באופן ייחודי או עם יכולת פנטזיומטית גבוהה באופן יוצא דופן. ויש גם אימהות שלא מספקות את צורכי התלות בצורה טובה ואלו יוצרים את המרכיבים של הפרעת אישיות זו.

גורמים סיבתיים הפרעת אישיות סכיזואידית

- כמו הפרעת אישיות פראנואידית, ההפרעה לא נחקרה הרבה
- מרכיב התורשה מגיעה ל-55%
- מקרים מסוימים תסמינים של ה"א סכיזואידית מבשרים על התפתחות של מחלה פסיכוטית.
- יש מרכיבים גנטיים משותפים לאוטיזם
- יש תיאורטיקנים הסבורים שההפרעה נובעת מליקוי חמור במערכת הבסיסית של השתייכות.
- תיאורטיקנים קוגניטיביים גורסים כי המקור הוא סכמות חבויות לא הסתגלותיות, כמו: "אני מיסודי לבד", "יחסים הם עניין מסובך".
- מודל 5 הגורמים - רמה נמוכה של מוחצנות (אקסרוורטיות), ורמה נמוכה של פתיחות להתנסות (בתת מרכיב פתיחות רגשית).

הפרעת אישיות סכיזוטיפלית - SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER

זוהי הפרעה חמורה יותר מהפרעת האישיות הסכיזואידית, היות והיא פוגעת גם בתפקוד החברתי (העדר חברים קרובים וחרדה חברתית על רקע מחשבות ופחדים פרנואידיים), קושי בהבנת מחוות חברתיות. הרגשי (אפקט לא תואם או מצומצם) וגם בתפקוד הקוגניטיבי תפיסתי (ליקויים ביכולת לשמור על קשב, ליקויים בזיכרון עבודה - למשל קושי בזכירת סדרת ספרות). כמו כן קיימת אי-תקינות שפתית וליקויים בעיבוד שמיעתי. בנוסף הם מאופיינים במוזרויות התנהגותיות. המוזרויות בחשיבה בדיבור ובהתנהגויות אחרות הן המאפיינים היציבים ביותר של הפרעת אישיות סכיזוטיפלית. יש הרואים בה צורה מוחלשת של סכיזופרניה. (זה גם המאפיין שמפריד בין השתיים).

ביטוי המוזרויות:

- אמונות מוזרות או חשיבה מאגית המשפיעות על ההתנהגות ואינן מתאימות לנורמות של ת-התרבות אליה משתייך (כוחות על-טבעיים, טקסי כישוף). או תיאוריות קונספירציה.

- חוויות תפיסתיות לא רגילות כמו לראות שהבניין זז או העץ ענק. או למשל "יש לי פריחה ולכן אני עושה צום במשך שבוע כדי לטהר את עצמי, ולא אקח שום כדור אף פעם, כל הרפואה הזו זה בולשיט הם רק רוצים להרוויח כסף, מעכשיו אני אוכל רק אוכל אורגני".
- חשיבה ודיבור מוזרים (מעורפלים, מטפוריים, סטריאוטיפיים או עם פירוט יתר).
- התנהגות או הופעה מוזרות - למשל מישהו שלא מתלבש בהתאם לעונה או נודף ממנו ריח של זיעה וזה לא מפריע לו והוא לא חושב שזה מפריע לחברה.
- ◀ כמו הפרעת אישיות סכיזואידית שעליה נוספות המוזרויות.
- ◀ מתוך אשכול A זו ההפרעה שהכי מזכירה סכיזופרניה.

הפרעת אישיות סכיזופלית הקריטריונים של ה-DSM

- א. דפוס נרחב של ליקויים חברתיים ובין-אישיים המתבטא בחוסר נוחות ממשי ביחסים קרובים ויכולת פחותה לקיים יחסים כאלה וכן בעיוותים קוגניטיביים או תפיסתיים והתנהגות מוזרה המתחיל בבגרות המוקדמת ומתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בחמישה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:

✓ 1. רעיונות ייחוס (להוציא הרהורי שווא עם ייחוס).

✓ 2. אמונות מוזרות או חשיבה מאגית המשפיעות על ההתנהגות ואינן מתאימות לנורמות תרבותיות (למשל אמונות תפלות, אמונה בתפיסה על-חושית, בטלפתיה או ב"חוש שישי". בילדים ובמתבגרים, פנטזיות ועיסוק מחשבתי מוזרים).

✓ 3. חוויות תפיסתיות בלתי רגילות כולל אשליות גופניות.

✓ 4. חשיבה ודיבור מוזרים (למשל מעורפלים, נסיבתיים, מטפוריים, מפורטים מדי או סטריאוטיפיים).

✓ 5. חשדנות או חשיבה פרנואידית.

✓ 6. רגשיות בלתי הולמת או מוגבלת.

✓ 7. התנהגות או הופעה מוזרה, משונה או מיוחדת.

✓ 8. היעדר חברים קרובים או אנשי סוד מלבד קרובי משפחה מדרגה ראשונה.

✓ 9. חרדה חברתית מוגזמת שאינה שוככת לאחר היכרות ונוטה להתקשר לפחדים פרנואידיים ולא לשיפוט עצמי שלילי.

- ב. התסמינים אינם מופיעים רק במהלך סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית, הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכוטיים, הפרעת אישיות אחרת או הפרעה על הרצף האוטיסטי.

- הערה - אם המטופל עונה על הקריטריונים הללו לפני התפרצותה של סכיזופרניה, יש להוסיף "טרום-מחלה" (premorbid), כלומר "הפרעת אישיות פרנואידית (טרום-מחלה)".

◀ מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.

◀ "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרוספקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.

ממדים של אישיות סכיזופלית ע"פ מודל חמשת הגדולים

ציון	תת מרכיב	תכונה
גבוה	חרדה	↑ נוירוטיות
גבוה	מודעות עצמית	
נמוך	חוס	↓ מוחצנות
נמוך	חברותיות	
נמוך	רגשות חיוביים	
גבוה	פעולות	↑ פתיחות להתנסויות
גבוה	רעיונות	
נמוך	אמון	↓ נועם הליכות

גורמים סיבתיים להפרעת אישיות סכיזופלית

- נחקרה הרבה. היחידה מהאשכול שהוצע לשמור עליה כשהוצעו שינויים לסיווג הפרעות אישיות.
- שכיחות - 1%. יש יותר מאובחנים גברים מאשר נשים.
- מרכיב תורשתי - בינוני.
- מופיעה לפעמים אצל קרובי משפחה של סכיזופרניים.
- לקויות קוגניטיביות דומות לאלו של הסכיזופרניים (ליקויים במעקב אחרי מטרה נעה, רמה גבוהה של מוסחות ואי תקינות שפתית).
- מתבגרים סכיזופילים בסיכון גבוה לפתח סכיזופרניה.
- הפרעה זאת במתבגרים קשורה לחשיפה לאירועי חיים מעוררי עקה ולמעמד חברתי כלכלי נמוך (גורמי סיכון).

אבחנה מובדלת בין הפרעת אישיות סכיזואידית להפרעת אישיות סכיזופלית

- משותף - ניתוק חברתי
- מבדיל - בסכיזופלית המוזרויות בחשיבה/תפיסה/דיבור ובהתרופפות הקשר עם המציאות אך לא ניתוק ממנה (תתכן אפיזודה פסיכוטית חולפת).

אשכול ב'

ההפרעות באשכול - היסטריונית, נרקסיסטית, גבולית ואנטי-חברתית. האנשים שאנו נגדים כדרמטיים, רגשנים ולא יציבים. בשלוש ההפרעות הראשונות החלק הרגשי מאוד מפותח ולא יציב, הם מושפעים מאוד מהרגש, זה מה שמניע אותם. ההפרעה הרביעית זו התדרדרות של הפרעת אישיות נרקסיסטית.

הפרעת אישיות היסטריונית (ולא היסטורית)

- **המרכיב המרכזי** - רצון להשיג תשומת לב. לפעמים ע"י דיבור פתייני, תלותיות או ילדותיות. אם לא משיגים את תשומת הלב הרצויה תגובה ברגזנות וכעס.
- רגשנות, גישה קלילה לבעיות מורכבות, שטחיות, קלות-דעת, אימפולסיביות, תיאטרליות, רצון בתשומת לב, קסם אישי, פתיחות, תלותיות וילדותיות - כאשר אינם עומדים במרכז תשומת הלב מרגישים שלא מעריכים אותם.
- צורת הדיבור הרבה פעמים מעורפלת ונועדה להרשים.
- נתפסים כמרוכזים בעצמם.
- הם עוברים מהר בין רגשות שונים (למשל בין שמחה לכעס)
- עסוקים יתר על המידה בקבלת אישור מאנשים אחרים.
- דוגמה אופציונלית - אניטה פללי, אביבית בר זהר.

הפרעת אישיות היסטריונית הקריטריונים של ה-DSM

- א. דפוס נרחב של רגשיות יתרה ורדיפה אחר תשומת לב המתחיל בבגרות המוקדמת ומתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בחמישה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
 - ✓ 1. תחושת אי-נוחות במצבים שבהם האדם אינו נמצא במוקד תשומת הלב.
 - ✓ 2. אינטראקציה עם אחרים מאופיינת לעיתים קרובות בהתנהגות פרובוקטיבית ופתיינית מבחינה מינית.
 - ✓ 3. מעבר מהיר בין רגשות והבעה שטחית של רגשות.
 - ✓ 4. שימוש קבוע בהופעה חיצונית כדי למשוך תשומת לב.
 - ✓ 5. סגנון דיבור שמנסה באופן מוגזם להרשים וללא פרטים.
 - ✓ 6. דרמטיזציה עצמית, ביטוי רגשות תיאטרלי ומוגזם.
 - ✓ 7. נוח להשאה (סוגסטיה) למשל מושפע בקלות מאחרים או מהנסיבות.
 - ✓ 8. הערכתן של מערכות יחסים כאינטימיות יותר מכפי שהן למעשה.

◀ מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.

◀ "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרוספקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.

ממדים של אישיות היסטוריונית ע"פ מודל חמשת הגדולים

תכונה	תת מרכיב	ציון
↑ נוירוטיות	דיכאון	גבוה
	מודעות עצמית	גבוה
↑ מוחצנות	חוס	גבוה
	חברותיות	גבוה
	חיפוש ריגושים	גבוה
	רגשות חיוביים	גבוה
↑ פתיחות להתנסויות	פתיחות לפנטזיות	גבוה
	רגשות	גבוה
↑ נועם הליכות	אמון	גבוה

הפרעת אישיות היסטוריונית – נתונים נוספים

- תפוצתה של הפרעת אישיות היסטוריונית באוכלוסייה הכללית היא מעט יתר מאחוז אחד, אף שיש הסבורים כי שיעור ההפרעה נמצא בירידה.
- בניתוח קפדני שנערך בנושא, נמצא שאי-אפשר לנבא את התפוצה הגבוהה יותר של אישיות היסטוריונית בקרב נשים על סמך ההבדלים בין המגדרים שיש בתכונות הבולטות בהפרעה. טענה זו מצביעה בהחלט על השפעתה של צורה כלשהי של הטיה מגדרית באבחון של הפרעה זאת (כי לנשים כמה מתכונות הבולטות כמו דרמטיזציה אך לגברים יש תכונות אחרות כמו רדיפה אחרי ריגושים).

גורמים סיבתיים להפרעת אישיות היסטוריונית

- מעט מאוד מחקרים, אולי בשל הקושי להבחין אותה מהפרעות אישיות אחרות ו/או משום שרבים אינם סבורים כי זוהי אבחנה תקפה.
- הדבר משתקף בעובדה שהפרעת אישיות היסטוריונית הייתה אחת מארבע האבחנות שהוצע להוציאן מ-DSM-5.
- להפרעת אישיות היסטוריונית יש תחלואה נלווית גבוהה של הפרעות האישיות גבולית, אנטי-חברתית, נרקיסיסטית ותלותית.
- ישנו קשר גנטי להפרעת אישיות אנטי חברתית. יתכן שהפרעה היסטוריונית בנשים תופיע כאנטי חברתית בגברים.
- במונחים של מודל חמשת הגורמים רמות המוחצנות הגבוהות מאוד של מטופלים עם הפרעת אישיות היסטוריונית כוללות רמות גבוהות של חברותיות, רדיפה אחר ריגושים ורגשות חיוביים.
- על פי תיאורטיקנים קוגניטיביים: סכמות לא הסתגלותיות כמו: "אם אני לא כובש את ליבם של אנשים אחרים אני לא שווה כלום" ו"אם אני לא יכול לבדר אנשים הם יינטשו אותי"

הפרעת אישיות נרקיסיסטית

סיפורו של נרקיס במיתולוגיה היוונית:

- האגדה על הנסיך נרקיס מספרת, שהיה כה יפה עד שהתאהב בבבואתו שנשקפה אליו ממי הביצה, הביט בה בערגה ולא יכול היה להינתק ממנה עד שגווע ומת. במקום מותו צמח פרח יפה עטור בכתר – הלא הוא הנרקיס, מלך הביצה.
- כמו נרקיס, כך גם בעלי הפרעת אישיות זו חווים עצמם כמלכי הביצה ואין להם אמפתיה אמיתית כלפי הזולת. הם זקוקים להערצה ומוכנים לעשות כמעט כל שביכולתם על מנת להשיג אותה.

הפרעת אישיות נרקיסיסטית מאפיינים

- דפוס מקיף של גרנדיוזיות (בפנטזיה או בהתנהגות), צורך בהערצה וחוסר באמפתיה. התפארות במה שיש לו (למשל הרבה רכבים, או הרבה תארים, ייחוס משפחתי גבוה וכו').
- שני סוגים של נרקיסיזם - סוג אחד מאופיין בתחושת גדלות והשני - בפגיעות (ה- DSM מתייחס רק לסוג הראשון)
- תחושה אדירה (גרנדיוזית) של חשיבות עצמית - הגזמה בהישגיו וכישרונותיו, ציפייה להכרה בעליונותו (בלי "קבלות") עיסוק יתר בפנטזיות של הצלחה בלתי מוגבלת, כוח, ברק, יופי, ואהבה אידיאלית. למשל אפילו אם אתה דוקטור תציג את עצמך כפרופסור.
- מאמין שהוא מיוחד וייחודי וצריך להתחבר רק עם אנשים מיוחדים או מסטטוס גבוה כמוהו.
- "פגיעות נרקיסיסטית/ הנדנדה הנרקיסיסטית"- מאחורי הגדלות, מסתתרת פגיעות והערכה עצמית שברירית ביותר (מושג של הפסיכואנליטיקאי היינץ קוהוט)
- רגישות לביקורת - נובעת מהני"ל, גורמת לתחושות של השפלה וריקנות.
- מופעי הגדלות והפגיעות של נרקיסיזם קשורים זה בזה אך גם נבדלים זה מזה בדרכים חשובות. יש העשויים לעבור חליפות בין תחושת גדלות לבין פגיעות.
- במונחים של מודל חמשת הגורמים, שני הסוגים נקשרים לרמות גבוהות של אנטגוניזם או לרמות נמוכות של נועם הליכות, מוחצנות גבוהה, אלטרואיזם נמוך ונוקשות (היעדר אמפתיה).
- עם זאת, אצל אדם עם הפרעת האישיות הנרקיסיסטית, תת-מרכיבים מסוימים של נוירוטיות הם נמוכים והמוחצנות גבוהה. כאשר הנרקיסיזם כולל יותר תחושת גדלות, חברים ובני משפחה עשויים להיות מוטרדים יותר מהתנהגותו של האדם מאשר הוא עצמו.
- אם הנרקיסיסטי אינו מקבל את האישור או את הסיוע שהוא מקווה לו, הוא נוטה להיות ביקורתי ונקמני מאוד.
- שכוחות: פחות מאחוז. יותר גברים מנשים.
- דוגמה אפשרית - דונלד טרמפ, דודו טופז.

הפרעת אישיות נרקיסיסטית הקריטריונים של ה-DSM

- דפוס נרחב של תחושת גדלות (בפנטזיה או בהתנהגות), צורך בהערצה והיעדר אמפתיה המתחיל בבגרות המוקדמת ומתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בחמישה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
- ✓ 1. תחושת חשיבות עצמית מופרזת (למשל הערכה מוגזמת של כישורים והישגים, ציפייה להכרה בעליונות בהיעדר הישגים שהולמים אותה).
- ✓ 2. עיסוק מחשבתי בפנטזיות על הצלחה, כוח, תבונה, יופי או אהבה אידיאלית בלתי מוגבלים.
- ✓ 3. אמונה של האדם שהוא "מיוחד" ויחיד במינו וכי רק אנשים (או מוסדות) ייחודיים ונעלים כמותו יכולים להבין אותו ורק איתם עליו להתרועע.
- ✓ 4. דרישה להתפעלות מוגזמת.
- ✓ 5. תחושה של זכאות (כלומר ציפיות בלתי מתקבלות על הדעת מצד האדם ליחס מועדף או להיענות אוטומטית לציפיותיו).
- ✓ 6. נצלנות בקשרים עם הזולת (למשל מנצל אחרים כדי להשיג את מטרותיו).
- ✓ 7. היעדר אמפתיה, חוסר נכונות להכיר ברגשותיהם של אחרים ובצורכיהם של אחרים או להזדהות איתם.
- ✓ 8. קנאה תכופה של האדם באחרים או אמונה שאחרים מקנאים בו.

- ◀ מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.
- ◀ ג. "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרוספקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.

ממדים של אישיות נרקסיסטית ע"פ מודל חמשת הגדולים

תכונה	תת מרכיב	ציון
ניורוטיות ↑	כעס ועוינות	גבוה
	מודעות עצמית	גבוה
נועם הליכות ↓	אלטרואיזם	נמוך
	צניעות	נמוך
	התנהלות עדינה	נמוך
תחושת חובה ↑	הישגיות	גבוה

גורמים סיבתיים

- נרקסיזם מהסוג של תחושת הגדלות קשור להערכת יתר של הורים את ילדיהם. פגיעות נרקסיסטיות לעומת זאת, קשורה להתעללות רגשית, גופנית ומינית, וכן לסגנונות הורות המאופיינים כחודרניים, שולטים וקרים.

אבחנה מובדלת - ה"א נרקסיסטית-היסטריונית

- משותף - מרוכזים בעצמם, אקסבציוניסטיים, משתמשים באחרים
- מבדיל - ההיסטריוני יותר רגשני ודרמטי ומראה הזדקקות בגלוי. הנרקסיסטי אדיש ונצלן יותר. היסטריוני מחפש תשומת לב. האדם הנרקסיסטי מחפש הערצה.

הסבר של התיאוריה של קוהוט להפרעת האישיות הנרקסיסטית (לא למבחן)

לאדם יש שלושה צרכים נרקסיסטיים מרכזיים (בהתפתחות תקינה):

1. אידיאליזציה - הערצה ("אבא שלי הוא הטוב בעולם ואבא שלי הוא הכי מכולם").
2. "שיקוף" (mirroring) - דרך אינטראקציות עם מבוגר אוהב החווה את הילד כנפלא, שיתפעל ממנו באמת, באופן אותנטי, לא כי צריך (אתה הילד הכי יפה בעולם, איך אתה משחק יפה, "ואוו" ועוד). איך התינוק יודע שהוא קיים? כי מישהו רואה אותו, מישהו מושקע בו, מבין אותו רגשית וכדומה.
3. הצורך באחאות (twinship) - שזה אומר שאנחנו אותו הדבר, אני מקבל משמעות דרך הדמיון לאבא שלי (מתלבשים אותו דבר, יש לנו אותן עיניים וכו').
- לפי קוהוט אם התינוק קיבל מענה טוב על שלושת צרכים נרקסיסטיים אלו הוא יפתח עצמי תקין, ואז הוא יכול לחוות כל מיני חוויות במהלך חייו כמו ביקורת או ההבנה שהוריו אינם מושלמים ולהתמודד איתם בצורה טובה.

- לפי קוהוט, מספיק שקיבלת סיפוק לאחד הצרכים האלו בילדות בכדי שיצליח לוויסות של הערכה עצמית. אם לא היה סיפוק של צורך מסוים (לפחות אחד) נוצר רעב קיומי להערכה וקבלה, ביחד עם חוסר ביכולת לחוש אמפתיה. כתוצאה מכך, האדם מרגיש כל הזמן שהוא צריך למלא את החסך הזה, אבל זה אף פעם לא מספיק.
- הנרקסיסט הופך גרנדיוזי בכדי לכסות על תחושת חוסר הערך הבסיסית שיש לו "אני פגום".

הפרעת אישיות גבולית (BORDERLINE PERSONALITY DISORDER)

- מאפיינת אנשים מאוד יציבים בחוסר היציבות שלהם.
- דפוס מקיף של אי-יציבות ביחסים בין-אישיים, בדימוי העצמי, באפקט ובאימפולסיביות בולטת.
- מאמצים נואשים להימנע מנטישה אמיתית או מדומיינת. ייתכן שזו הסיבה שהם קשובים כל כך לסימני דחייה וממהרים לפרש התנהגות של אנשים אחרים כדחייה.
- חווים רגשות ברמה מאוד חזקה ונעים בין הקצוות של אותו רגש בקלות יחסית (אני שונא אותך, אני אוהב אותך).
- דפוס של יחסים בין-אישיים עזים ולא יציבים המאופיינים במעברים בין קיצוניות של 'אידיאליזציה' ("את מטפלת מדהימה") ו- 'דה-וולואציה' ("את מטפלת גרועה, את לא מבינה אותי בכלל")
- הפרעה בזהות - חוסר יציבות בדימוי העצמי וחויית העצמי.
- אי-יציבות אפקטיבית - תנודות חדות מרגש לרגש.
- הפרעה אגו דיסטונית.
- אימפולסיביות בשני תחומים לפחות שיש בה פוטנציאל לנזק לעצמי (בזבזנות, מין, שימוש מזיק בחומרים, נהיגה מסוכנת, בולמוסי אכילה).
- התנהגויות חוזרות של אובדנות, איומים בהתאבדות, או פגיעה פיזית בעצמי (כמו למשל חתכים). יתכן כי הפגיעה העצמית היא אובדנית (NSSI – Nonsuicidal Self-Injury) אינה רק סימפטום של אישיות גבולית אלא גם הפרעה בפני עצמה. היא מופיעה ב-DSM5 כהפרעה שיש עדיין לחקור.
- הרגשה כרונית של ריקנות.
- קשה להם להתמיד בעבודה ובלימודים.
- נמצאים בסיכון מוגבר לפתח הפרעות אכילה והתמכרות לסמים ואלכוהול.
- כעס מתמיד, התפרצויות זעם גם בתגובה לגירוים קלים, סף תסכול נמוך).
- חשיבה פרנואידית או סימפטומים דיסוציאטיביים ארעיים תחת לחץ (עיוותים בדימוי הגוף או תסמיני הפרעת ניתוק).
- בטיפול באנשים שסובלים מהפרעה זו יש הרבה דרמה וסצנות קשות. המטופל מאיים בהתאבדויות כאשר הוא חש ננטש (למשל כאשר המטפל נוסע לחופשה).
- מנגנון הפיצול (Splitting) מרכזי מאוד – (מנגנון הגנה פסיכודינמי). חלוקה של העולם לטוב ורע, וקושי להגיד על אדם הוא בסדר רוב הזמן אבל הפעם הוא לא היה בסדר, אלא ישר הוא השטן, או שהוא מלאך. תפיסה של אנשים ושל סיטואציות בשחור ולבן. או שאני רוצה משהו או שאני לא רוצה אותו, אבל הרגש קיצוני ממש בא לי או ממש לא בא לי – לכן קשה להם להתמיד בעבודה או לימודים.
- קשה להם להיות לבד, הם צריכים מישהו שיכיל אותם כי יש להם המון רגש וכל סיטואציה היא מאוד אמוציונאלית.

- מלבד התסמינים של התנהגות רגשית ואימפולסיבית, ל-75% מהלוקים בהפרעת אישיות גבולית יש גם תסמינים קוגניטיביים. התסמינים כוללים אירועים קצרים יחסית או חולפים שבהם נראה כי הם מנותקים מן המציאות, והם כוללים תסמינים דמויי תסמינים פסיכויים כגון הזיות, מחשבות פרנואידיות או תסמיני ניתוק חמורים.
- למרות הממצאים של מחקרים מוקדמים שלפיהם 75% מהאנשים המקבלים אבחנה זו בסביבות קליניות הם נשים, ייתכן כי ההבדלים בין המגדרים נובעים מחוסר איזון ביניהם בפנייה לטיפול ולאו דווקא בשיעורי תפוצת הפרעה.

הפרעות נלוות (קומורבידיות) - נדיר שהפרעה זו מאובחנת כהפרעה יחידה. הפרעות מצב רוח וחרדה (בעיקר דיכאון, פאניקה ו-PTSD), שימוש בחומרים (סמים ואלכוהול) והפרעות אכילה. עמו כן תתכן גם הפרעה נלוות של הפרעת אישיות (בייחוד נרקיסיסטית, סכיזופלית ותלותית) בעבר אומנם הוצעו לראות בהפרעת אישיות גבולית וריאנט של הפרעת מצב רוח בשל התחלואה הנלווית הגבוהה בינה לבין דיכאון, אך נתונים של הדמיה מוחית מצביעים על תגובות נוירולוגיות שונות לגירויים רגשיים אצל אנשים עם הפרעת אישיות גבולית לעומת אלה הנצפות אצל הלוקים בדיכאון כרוני.

הפרעת אישיות גבולית הקריטריונים של ה-DSM

- א. דפוס נרחב של חוסר יציבות ביחסים בין-אישיים, בדימוי עצמי וברגשיות, ואימפולסיביות ניכרת המתחיל בבגרות המוקדמת ומתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בחמישה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
 - ✓ 1. מאמצים קדחתניים להימנע מנטישה אמיתית או מדומיינת (הערה: אין לכלול התנהגות אובדנית או חבלה עצמית קשה המתוארות בקריטריון 5).
 - ✓ 2. דפוס של יחסים בין-אישיים אינטנסיביים ובלתי יציבים המאופיין במעברים קיצוניים בין אידיאליזציה קיצונית של זולתם לבין הפחתה קיצונית בערכו.
 - ✓ 3. הפרעת זהות: דימוי עצמי או תחושת עצמי בלתי יציבים באופן בולט ועקבי מאוד.
 - ✓ 4. אימפולסיביות לפחות בשני תחומים עם פוטנציאל לנזק עצמי (למשל בזבזת כסף, מין, שימוש מזיק בחומרים, נהיגה חסרת אחריות, אכילה בולמוסית) (הערה: אין לכלול התנהגות אובדנית או של חבלה עצמית קשה המתוארות בקריטריון 5).
 - ✓ 5. התנהגות, סימנים או איומים חוזרים הקשורים בהתאבדות או התנהגות של חבלה עצמית קשה.
 - ✓ 6. חוסר יציבות רגשית עקב תגובתיות בולטת במצב הרוח (למשל אפיזודות אינטנסיביות של דיספוריה (מצב רוח של חוסר שביעות רצון או אי נוחות משמעותיים), עצבנות או חרדה הנמשכים לרוב שעות אחדות ובמקרים נדירים יותר מכמה ימים).
 - ✓ 7. תחושה תמידית של ריקנות.
 - ✓ 8. כעס עז בלתי הולם או קושי לשלוט בכעס (למשל ביטויים תכופים של זעם, כעס תמידי, תגרות ידיים חוזרות בעיקר תוך כדי סערה רגשית).
 - ✓ 9. חשיבה פרנואידיית זמנית הקשורה לעקה או תסמיני ניתוק זמניים חמורים. (כמו לדוגמה המטופלת שראתה פתאום שלאמא שלה יש קרניים, אחרי שהיא כבר לא כעסה עליה הקרניים "נעלמו").

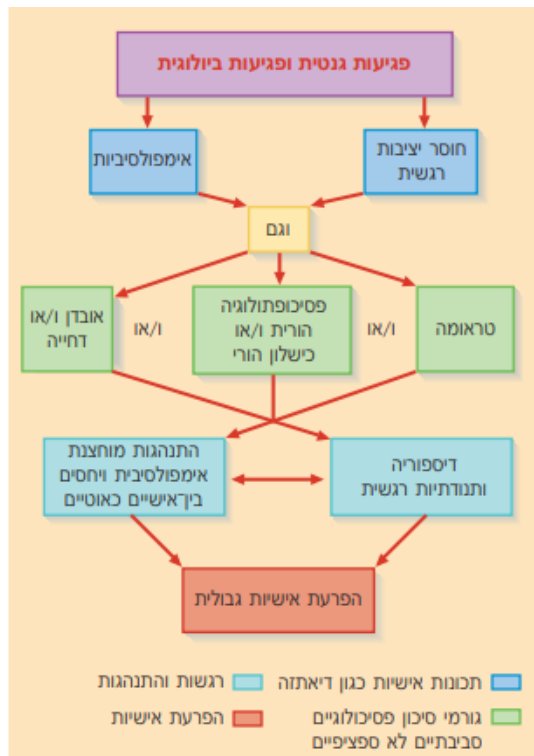
- ◀ מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.
- ◀ ג. "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרוספקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.

ממדים של אישיות גבולית ע"פ מודל חמשת הגדולים

ציון	תת מרכיב	תכונה
גבוה	חרדה	ניירוטיות ↑
גבוה	כעס עוינות	
גבוה	דיכאון	
גבוה	אימפולסיביות	
גבוה	פגיעות	
גבוה	פנטזיה	פתיחות להתנסויות ↑
נמוך	אמון	נועם הליכות ↓
נמוך	היענות	
נמוך	יכולת	תחושת חובה ↓

גורמים סיבתיים

- הפרעת אישיות גבולית עוברת בתורשה. במחקר המתודולוגי הקפדני ביותר עד כה, נמצא כי הסיכון להפרעת אישיות גבולית גבוה פי ארבעה אצל קרובים ביולוגיים של מטופלים עם ההפרעה מאשר אצל קרובי משפחה של אנשים שלא אובחנה אצלם ההפרעה.
- מה שהלוקה בהפרעה כפי הנראה ירש הם גנים המקנים רגישות לתכונות אישיות מסוימות כגון ניירוטיות או אימפולסיביות, שהן היבטים בולטים של הפרעת אישיות גבולית לכן, הפרעת אישיות גבולית מופיעה לעיתים קרובות כל כך בשילוב עם הפרעות אחרות.
- הגנים שמסבירים כ-40% מהשונות יוצרים כנראה רגישות לגורמי עקה סביבתיים שהשכיחים הם כנראה - מצוקה, הזנחה וטיפול לקוי בילדות, אם כי בעיות אלה מתקשרות גם לפתולוגיות אחרות.
- נמצא קשר בין ההפרעה לבין מערכת הסרוטונין (קשור למצב רוח ואימפולסיביות), והדופמין, אך עד היום לא נמצא גן או מספר גנים שאחראיים להתפתחות ההפרעה. (עמוד 620)
- התנסויות מלחיצות מוקדמות אלה עלולות ליצור חוסר ויסות ארוך טווח של ציר ההיפותלמוס-יותרת המוח-יותרת הכליה (HPA) ולעצב את התפתחות המוח, ובתוך כך אולי לפגוע במעגלי מוח עיקריים המעורבים בוויסות רגשות.



הסבר ע"פ התיאוריה של מאהלר (לא למבחן)

- שלב הסימביוזה הנורמלית.
- שלב ה"אימון" (Practicing)
- שלב ה"התקרבות מחדש" (Reapproachment): זהו שלב קצת מבלבל עבור האם כי הילד מחד זקוק לרגרסיות ליד אימו ומאידך זקוק להתנסות העצמאית.
- פסיכופתולוגיה: הטענה היא שתגובה לא טובה של האם אל הילד בשלב הזה - לתת לו אפשרות רבה מדי לעצמאות מחד ואי הבנת צרכיו לקרבה מאידך - גורמת לילד לתחושת אובדן ופחד נטישה שהם הבסיס להפרעה.

טיפול באישיות גבולית

- חומרת ההפרעה והנטייה להתאבד גרמה להשקעת מאמצים רבים במציאת דרך טיפול הולמת.
- טיפולים פסיכו-חברתיים
- לטיפולים אלה שתי נקודות תורפה: מסובכים וממושכים, אך עדיין בעלי יעילות לא מבוטלת.
- טיפול התנהגותי דיאלקטי (DBT – Dialectical Behavior Therapy) - שפיתחה מרשה לינהאן (Linehan), הוא סוג ייחודי של טיפול קוגניטיבי והתנהגותי שהותאם במיוחד לטיפול בהפרעת אישיות גבולית. הטיפול היעיל ביותר כיום.
- » לינהאן סבורה כי אחת הבעיות המרכזיות בהפרעה זו היא אי-היכולת של הלוקים בה לשאת מצבים קשים של רגשיות שלילית.
- » אחת המטרות העיקריות של הטיפול היא לעודד את המטופלים לקבל רגשיות שלילית זו בלי להגיע להתנהגויות של הרס עצמי או להתנהגויות לא הסתגלותיות אחרות.
- » הטיפול מבוסס על מדרג יעדים ברור שבראשו הפחתה של התנהגות אובדנית והתנהגות של פגיעה עצמית ושיפור מיומנויות ההתמודדות.
- » אצל המטופלים בטיפול התנהגותי דיאלקטי נראה הפחתה בפגיעה עצמית ובהתנהגויות אובדניות וכן ברמת הכעס שלהם.

» טיפול התנהגותי דיאלקטי מניב תוצאות טובות ויציבות לאורך זמן.

פסיכותרפיה פסיכודינמית

● קרנברג ועמיתיו פיתחו צורה של טיפול פסיכודינמי שהיא ישירה הרבה יותר מהטיפול הפסיכודינמי הטיפוסי. השיטה נקראת **פסיכותרפיה הממוקדת בהעברה** (transference-focused psychotherapy) (Yeomans et al., 2013).

» היעד העיקרי של הטיפול הוא חיזוק האגו החלש של אנשים אלה עם התמקדות מיוחדת בפיצול (חשביה בשחור או לבן) – מנגנון ההגנה הפרימיטיבי העיקרי שלהם – בניסיון לעזור להם לראות גווני ביניים. גם טיפול זה נמצא יעיל.

מנטליזציה

● בייטמן ופונאגי פיתחו שיטת טיפול חדשה זו. בשיטה זו משתמשים ביחסים הטיפוליים כדי לעזור למטופלים לפתח מיומנויות הנחוצות להם להבנה מדויקת של רגשותיהם ושל תחושותיהם, וגם את אלה של זולתם.

טיפולים ביולוגיים

● פעמים רבות משתמשים בתרופות, אך לא נמצא שהן יעילות במיוחד פרט למקרים בהם האדם סובל מהפרעות נוספות.

אבחנה מובדלת הפרעת אישיות גבולית מול היסטוריונית

● **משותף** - מערכות יחסים אינטנסיביות אך סוערות ולא יציבות, עוצמות רגשיות, זעם.
● **מבדיל** - בהיסטוריונית - תפקיד מרכזי יותר למיניות במערכת היחסים (משווה גוון ארוטי לקשר, פיתוי לא תואם, תחרות עם בני אותו מין).

הפרעת אישיות אנטי-חברתית - ASPD (ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER)

- דפוס מקיף של התעלמות והפרה של זכויותיהם של אחרים, החל מגיל 15, כשיש עדות להפרעת התנהגות לפני גיל 15.
- אי-קונפורמיות לנורמות חברתיות שבא לידי ביטוי בהתנהגויות חוזרות לא חוקיות המביאות למעצרים.
- מרמה והולכת שולל לשם רווח אישי או תענוג.
- אימפולסיביות, עצבנות ואגרסיביות, תקיפות ותגרות חוזרות.
- התעלמות מביטחונם העצמי ומביטחונם של אחרים.
- חוסר אחריות, אי-עמידה בהתחייבויות כספיות ובעבודה.
- **מאפיין מרכזי** - העדר חרטה
- מדובר על הפרעה אגו - סינטטית (לכן הם לא מביעים חרטה ותמיד יש להם המון תירוצים ללמה הם צודקים).
- כדי לקבוע אבחנה, על התסמינים להופיע אצל האדם לפני גיל 15.
- אחרי גיל 15 צריכות להופיע גם ראיות של התנהגות לא חוקית, מרמה, אימפולסיביות, תוקפנות או חוסר אחריות קבוע בעבודה או בענייני כספים.
- תפוצה - 2%-3%. גברים יותר מנשים.

- כ-47% מהאסירים ו-21% מהאסירות עונים על הקריטריונים לאבחנת אישיות אנטי-חברתית.

הפרעת אישיות אנטי-חברתית הקריטריונים של ה-DSM

- א. דפוס נרחב של התעלמות מזכויות הזולת והפרתן המופיע מגיל 15 ומתבטא בשלושה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
 - ✓ 1. חוסר יכולת לציית לנורמות חברתיות בהקשר של התנהגויות בתחום החוק המתבטא בפעולות חוזרות שהן עילה למעצר.
 - ✓ 2. רמאות המתבטאת בשקרים חוזרים, בהתחזות או בהונאת אחרים למטרת רווח או תענוג אישי.
 - ✓ 3. אימפולסיביות או היעדר תכנון.
 - ✓ 4. רגזנות ותוקפנות המתבטאים במריבות או בתקיפות פיזיות.
 - ✓ 5. התעלמות חסרת אחריות מהביטחון של האדם או של זולתו.
 - ✓ 6. חוסר אחריות עקבי המתבטא בכישלון חוזר ונשנה לשמור על התנהגות מתאימה בסביבת עבודה או לכבד התחייבויות כספיות.
 - ✓ 7. היעדר חרטה המתבטא באדישות או ברציונליזציה של פגיעה בזולת, יחס לא נאות כלפיו או גניבה ממנו.
- ב. האדם בן 18 לפחות
- ג. ישנם ראיות להפרעת התנהגות שהחלה לפני גיל 15
- ד. ההתנהגות האנטי חברתית אינה מופיע רק במהלך סכיזופרניה או הפרעה דו קוטבית.

- ◀ מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.
- ◀ "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרוספקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.

גורמים סיבתיים

- יש מרכיב תורשתי במאפיינים האנטי חברתיים: כנראה אימפולסיביות ורמות נמוכות של חרדה.
- מרכיבים סביבתיים הם רקע סוציאקונומי נמוך, פיקוח הורי לקוי, קונפליקט בין ההורים, התעללות גופנית או מינית וכן סביבה עבריינית.
- השפעות חברתיות אלה מקיימות אינטראקציה עם נטיות גנטיות מוקדמות (יחסי גומלין גנוטיפ-סביבה), וזו קובעת אילו אנשים ייעשו פושעים או בעלי אישיות אנטי-חברתית.
- נמצא גן (מונואמין אוקסידז A) שפעילות נמוכה שלו מעלה את הסיכון לפיתוח הפרעת אישיות אנטי חברתית. גן זה מעורב בפירוק נוירוטנסמיטרים המושפעים מעקה כמו - נוראפינפרין, דופמין וסרוטונין.
- יש קומורבידיות בין הפרעת אישיות אנטי חברתית לבין שימוש מזיק בחומרים, וכנראה שיש רקע גנטי משותף.
- יש לזכור שילד שהוריו אנטי חברתיים יורש מהם גם גנים וגם גדל בסביבה אנטי חברתית.
- כמו כן ילד אנטי חברתי משפיע על הסביבה המשפחתית שלו ומעורר מתח, קונפליקטים וכן הורות נוקשה.

השקפה התפתחותית

- ילדים עם הפרעת התנגדות, המאופיינת בדפוס התנהגות עוין ומתריס כלפי דמויות סמכות שלרוב מתחיל עד גיל 6 ובעקבותיו מופיעה בסביבות גיל 9 הפרעת התנהגות, הם הילדים הנתונים בסיכון הגבוה ביותר לפתח בבגרותם הפרעת אישיות אנטי-חברתית.
- האבחנה המוקדמת השנייה שהיא לעיתים קרובות סמן ראשוני של הפרעת אישיות אנטי-חברתית אצל אדם בוגר היא הפרעת קשב והיפראקטיביות (התנהגות קצרת רוח, לא קשובה ואימפולסיבית, קשב קצר ומוסכות).
- כשיש הפרעת קשב יחד עם הפרעת התנהגות אז קיימת הסתברות גבוהה שהאדם יפתח צורה תוקפנית מאוד של הפרעת אישיות אנטי חברתית ויתכן שאפילו פסיכופתיה.

ממדים של אישיות אנטי חברתית ע"פ מודל חמשת הגדולים

ציון	תת מרכיב	תכונה
נמוך	ישירות	נועם הליכות ↓
נמוך	אלטרואיזם	
נמוך	היענות	
נמוך	התנהלות עדינה	
גבוה	כעס ועוינות	↑ נוירוטיות
נמוך	צייתנות	↓ תחושת חובה
נמוך	משמעת עצמית	
נמוך	תשומת לב	
גבוה	חיפוש ריגושים	↑ מוחצנות

אבחנה מبدלת: הפרעת אישיות נרקסיסטית מול אנטי חברתית

- הנצלנות של הנרקסיסט מיועדת יותר להראות שליטה, יוקרה ועליונות.
- הנצלנות של האנטי-חברתי נועדה יותר למטרות רווח אישי וחומרי.

אשכול C

האשכול החרד. הפרעות האישיות באשכול זה: נמנעת, תלותית, אובססיבית-קומפולסיבית. האשכול זה מעלה את השאלה לגבי הגבול הדק שבין התנהגות נורמלית ללא נורמלית למשל איפה עובר הגבול בין נאמן לתלתי, בין שקדן לאובססיבי וכו'

הפרעת אישיות נמנעת - AVOIDANT PERSONALITY DISORDER

- נמנעת = הימנעות מסיטואציות חברתיות.
- דפוס חוזר של עכבה חברתית, רגשות של אי-התאמה ורגישות יתר להערכה שלילית.
- עיסוק יתר בביקורת או דחייה בסיטואציות חברתיות.
- הימנעות מפעילויות מקצועיות המערבות מגע בין-אישי משמעותי, בשל פחדים מביקורת או דחייה.
- מאופק ביחסים אינטימיים בשל הפחד מבושה או לעג.

- מעוכבות בסיטואציות בין-אישיות חדשות בשל תחושות של אי-התאמה.
- תפיסת העצמי של לא כשיר חברתית, לא מושך ונחות ביחס לאחרים.
- לא מוכן להתקרב לאנשים אלא אם כן בטוח שיחבבו אותו. עם זאת משתוקק לחיבה ולכן חש לעיתים קרובות בודד.
- רגיעה מהתנסויות וחוויות חדשות מחשש שיתגלו כמביכות- לא לוקחים סיכון.
- יש הטוענים כי מדובר בביטוי קיצוני של פוביה חברתית.
- ההפרעה היא אגו-דיסטונית. לאחר שהאדם נמנע מסיטואציה חברתית, למשל להתיישב ליד כמה חברה בהפסקה, הוא יודע להגיד הם לא באמת חבורה סגורה, יכולתי להתיישב איתם.

הפרעת אישיות נמנעת - קריטריונים של ה- DSM5

- דפוס נרחב של עכבה חברתית, תחושת חוסר התאמה ורגישות יתר להערכה שלילית המתחיל בבגרות המוקדמת ומתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בארבעה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
 - ✓ 1. הימנעות מפעילויות תעסוקה הכרוכות בקשר בין-אישי משמעותי מתוך חשש מביקורת, חוסר הערכה או דחייה.
 - ✓ 2. סירוב של האדם להיקשר חברתית כל עוד אין לו ביטחון מלא שיחבבו אותו.
 - ✓ 3. הפגנת איפוק ביחסים אינטימיים מתוך חשש של האדם להיות מובך או שילעגו לו.
 - ✓ 4. עיסוק מחשבתי בדחייה או בביקורת בסיטואציות חברתיות.
 - ✓ 5. התנהגות עצורה בסיטואציות חברתיות חדשות בשל תחושת אי-התאמה.
 - ✓ 6. האדם תופס את עצמו כלא מתאים מבחינה חברתית, בלתי מושך מבחינה אישית או נחות ביחס לאחרים.
 - ✓ 7. הסתייגות מלקיחת סיכונים אישיים או מהתנסות בפעילויות חדשות מתוך חשש לגלות כי הם מביכים.

◀ מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.

◀ "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרוספקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.

ממדים של אישיות נמנעת ע"פ מודל חמשת הגדולים

ציון	תת מרכיב	תכונה
גבוה	חרדה	ניורוטיות ↑
גבוה	דיכאון	
גבוה	מודעות עצמית	
גבוה	פגיעות	
נמוך	חברותיות	מוחצנות ↓
נמוך	אסרטיביות	
נמוך	חיפוש ריגושים	

גורמים סיבתיים

- מזג מעוכב מולד שגורם לילדים להיות ביישנים ובעלי עכבות במצבים חדשים.
- פחד מהערכה שלילית, רמות מופנמות ונורוטיות גבוהה- תורשתיים במידה מסוימת.
- מושפע באופן מתון מגנטיקה, כנראה על ידי גורמים משותפים להפרעה זאת ולפוביה חברתית
- יתכן שהגנטיקה מהווה דיאתזה לילדים שסובלים מהתעללות רגשית דחיה או השפלה מצד ההורים, שמובלים לדפוסי התקשרות חרדים.
- **אבחנה מבדלת הפרעת אישיות סכיזואידית מול נמנעת**
- משותף - הימנעות מקשרים (בידוד חברתי)
- מבדיל - בנמנעת לא נהנים מבדידותם; הם נמנעים בשל הפחד מביקורת ודחיה לא כי לא רוצים. בסכיזואידי-לא מופיעה מצוקה בשל כך.
- הבדל נוסף - נמנעת - רגישות יתר לביקורת, ביישנות, חוסר ביטחון. סכיזואידית - אדישות לביקורת, ריחוק, קרירות.

אבחנה מבדלת הפרעת אישיות נמנעת מול הפרעת חרדה חברתית

- משותף: כנראה חופפות כשהפרעת אישיות נמנעת היא ביטוי קיצוני יותר של אותו דבר (על גבי אותו רצף).
- יש מקרים של פוביה חברתית בלי הפרעת אישיות נמנעת אך כמעט שאין מצב הפוך.

הפרעת אישיות תלותית - DEPENDENT PERSONALITY DISORDER

- צורך מקיף ומופרז להיות מטופל, שמביא להתנהגות כנועה ודביקה שכוללת פחדים מפרידה.
- קושי בקבלת החלטות יומיומיות ללא מידה מוגזמת של עצה ואישור מאחרים.
- זקוק לאחרים שייקחו אחריות על רוב תחומי חייו.
- קושי בהבעת אי-הסכמה עם אחרים ו/או כעס (גם אם מוצדק) מהפחד לאבד תמיכתם ואישורם.
- מאמץ מוגזם לרצות אחרים - הולכים עם זה רחוק עד ביטול עצמי ומוכנות להישאר בקשר פוגעני.
- קושי ביוזמה בגלל חוסר ביטחון ולא מחוסר מוטיבציה או אנרגיה.
- קושי רב להיות לבד מפחד מוגזם שלא ידע לדאוג לעצמו.
- כאשר קשר קרוב מסתיים, חיפוש מהיר אחר קשר חדש.
- שכיחות באוכלוסייה: קרוב ל-1%. שכיח יותר בקרב נשים. כנראה בשל העובדה שנשים מאופיינות ביותר נורוטיות ובנועם הליכות.
- ההפרעה היא אגו-סינטונית. האדם מרגיש שזה מי שהוא. לאחר שמתחילים עבודה וטיפול ניתן להפוך אותה לאגו-דיסטונית.
- קומורבידיות - הפרעות מצב רוח, הפרעות אכילה, הפרעות תסמינים סומטיים. וכן הפרעת אישיות סכיזואידית, נמנעת, גבולית והיסטוריונית.
- במונחי מודל חמשת הגורמים: הפרעת אישיות תלותית מתקשרת לרמות גבוהות של נורוטיות ונועם הליכות.
- אטיולוגיה - אפשר לייחס בין 30-60% מהשונויות בתסמינים לגורמים גנטיים. גם לתכונות נורוטיות ונועם הליכות - יש רכיב גנטי.
- כנראה שאנשים עם נטייה גנטית מוקדמת לתלותיות וחרדה מועדים במיוחד להשפעות השליליות של הורים סמכותניים ומגוננים מידי.

- גישה קוגניטיבית - אמונות ליבה בהקשר של חולשה וצורך באחרים כדי לשרוד, כגון: "אני לגמרי חסרת אונים" "אני יכולה לתפקד רק אם יש לי גישה למישהו בעל יכולת".

אבחנה מובדלת בין הפרעת אישיות נמנעת לבין תלותית

- משותף: תחושת אי-כשירות ורגישות יתר.
- מבדיל: נמנעת- הימנעות, ובלבד שלא תתנסה בדחייה, תלותית- שואפת ליחסים על אף הפחד מדחייה. 2. נמנעת- מתקשה להיכנס לקשר, תלותית- מתקשה להיפרד. המוקד בנמנעת- הימנעות מדחייה וביקורת, תלותית- שיטפלו בה.

אבחנה מובדלת בין הפרעת אישיות גבולית לבין תלותית

- מופיעות לעיתים יחד כי התלותיות היא כלפי אנשים שהם כן בקשר איתם. משותף: פחד מנטישה. מבדיל: התגובה לנטישה. גבולית- ריקנות או זעם. תלותית- הכנעה, רצון לפייס ואם נכשל חיפוש בהול אחר קשר חדש.

אבחנה מובדלת בין הפרעת אישיות היסטוריונית לבין תלותית

- משותף: צורך עז בעידוד ואישור מאחרים. מבדיל: הסגנון ההיסטוריוני יותר חברותי, ראוותני ותובע תשומת לב. תלותי- יותר כנוע ומבטל את עצמו.

הפרעת אישיות תלותית - קריטריונים של ה- DSM5

- צורך קבוע ומופרז של האדם בטיפול ובדאגה מצד אדם אחר, המביא להתנהגות כנועה ונצמדת ולפחד מפרידה המתחיל בבגרות המוקדמת, מתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בחמישה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:

- ✓ 1. קושי בקבלת החלטות יום יומיות ללא כמות מופרזת של עצות ואישורים מאחרים
- ✓ 2. צורך של האדם באחרים שיקבלו אחריות על מרבית תחומי החיים שלו
- ✓ 3. קושי בהבעת אי הסכמה עם הזולת מתוך חשש לאבד את התמיכה או האישור (הערה: אין לכלול פחדים מציאותיים מעונש)
- ✓ 4. קושי ליזום פרויקטים או עשייה עצמאית (עקב חוסר ביטחון עצמי בשיפוט או ביכולת ולא בשל חוסר מוטיבציה או אנרגיה)
- ✓ 5. השקעה מאמצים מרחיקי לכת כדי לזכות בטיפול ובתמיכה מאחרים, עד כדי עשיית דברים בלתי נעימים בהתנדבות
- ✓ 6. תחושת אי נוחות או חוסר אונים של האדם בהיותו לבד מתוך חשש מוגזם של חוסר יכולת לדאוג לעצמו
- ✓ 7. חיפוש בהול אחר קשר חדש שיהווה מקור תמיכה והשגחה כשמערכת יחסים קרובה מגיעה לסיומה
- ✓ 8. עיסוק מחשבתי לא מציאותי של האדם בפחד מנטישה שמתחייב אותו לדאוג לעצמו.

- ◀ מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.

◀ "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרוספקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.

גורמים סיבתיים

- יש רכיב גנטי - בממדים נירוטיות ונועם הליכות.
- ייתכן שאנשים עם נטייה גנטית מוקדמת לתלותיות ולחרדה מועדים במיוחד להשפעות השליליות של הורים סמכותניים ומגוננים מדי אינם מטפחים אוטונומיה וייחוד בילדיהם אלא מחזקים התנהגות תלותית. משום כך, ילדים עלולים להאמין שהם חייבים להישען על אחרים למען רווחתם האישית ואינם כשירים לעמוד ברשות עצמם. עמוד 628
- תיאורטיקנים קוגניטיביים מתארים את הסכמות הלא הסתגלותיות אצל אנשים אלה כסכמות הכוללות אמונות ליבה בהקשר של חולשה וכשירות וצורך באחרים כדי לשרוד, כגון "אני לגמרי חסר אוניס" ו"אני יכול לתפקד רק אם יש לי גישה למישהו בעל יכולת"

הפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית OCPD OBSESSIVE COMPULSIVE PERSONALITY DISORDER

- דפוס של עיסוק יתר בסדר, בלוחות זמנים, פרפקציוניזם, ושליטה מנטאלית (נפשית) ובין אישית על חשבון גמישות, פתיחות ויעילות.
- עיסוק בפרטים, רשימות, ארגון, סדר ולו"ז במידה כזו שהעיקר מתפספס.
- פרפקציוניזם שמפריע להשלמת המשימה (זהירים כדי להימנע משגיאות, חוזרים ובודקים כדי לוודא שאין טעות עד פגיעה ביעילות, לא מגיעים להשלמת המשימה).
- ההפרעה היא אגו-סינטונית האדם חושב שזה חלק ממנו, הוא מגדיר את עצמו כ"זה מי שאני". (זאת בניגוד ל-OCD שזו הפעה אגו-דיסטונית האדם מודע לכך שההפרעה הזו מפריעה לו לחיות את חייו)

תפוצה ונתונים נוספים

- מסירות מופרזת לעבודה על חשבון פעילות פנאי וחברויות- מתקשים להירגע או לעשות משהו לשם ההנאה בלבד.
- נוקשות ועיקשות (כולל נוקשות מוסרית, ערכית ואתית- מצפוניים במידה מופרזת).
- קושי לעבוד עם אחרים אלא אם כן עושים זאת בדיוק על פי דרכו. נוקשים ועקשניים מתקשים להאציל סמכות.
- קמצנות כלפי העצמי ואחרים. מתקשים להיפרד מחפצים ישנים, חסכניים עד קמצנות, חוסכים לעתיד להיות מוכנים תמיד לכל צרה שלא תבוא.
- קומורבידיות: אנורקסיה נברוזה (שניהם נוקשים ושואפים לשלמות) והפרעות מצב רוח.
- תפוצה - כ- 2%. מעט יותר גברים.

הפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית קריטריונים לפי ה-DSM5

- דפוס נרחב של עיסוק בסדר, בשאיפה לשלמות ובשליטה מנטלית ובין-אישית על חשבון גמישות, פתיחות ויעילות, המתחיל בבגרות המוקדמת ומתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בארבעה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
 - ✓ עיסוק בפרטים, בכללים, ברשימות, בסדר, בארגון או לוחות בזמנים עד שמהות הפעילות אובדת.

- ✓ 2. הפגנת שאיפה לשלמות שמפריעה להשלמת המשימה (למשל אי-יכולת של האדם לסיים פרויקט שכן אינו יכול להגיע לאמות המידה המחמירות שלו עצמו).
- ✓ 3. מסירות מוגזמת לעבודה וליצרנות עד כדי ויתור על פעילות בשעות הפנאי ועל קשרים חברתיים (שאי-אפשר להסביר באמצעות צורך כלכלי ברור).
- ✓ 4. תחושת חובה יתרה, רגישות מוסרית וחוסר גמישות בנושאי מוסר, אתיקה וערכים (שאי-אפשר לייחס לזהות תרבותית או דתית).
- ✓ 5. חוסר יכולת להשליך חפצים מרופטים או חסרי ערך גם כשהם חסרי ערך סנטימנטלי.
- ✓ 6. הסתייגות מהאצלת סמכויות וחוסר רצון לעבוד עם אחרים אלא אם הם מוכנים לפעול בדיוק בדרך שלו.
- ✓ 7. סגנון קמפני בהוצאות כסף בעבור עצמו ובעבור אחרים כאחד. כסף יש לחסוך למקרי אסון בעתיד.
- ✓ 8. הפגנת נוקשות ועקשנות.

- ◀ מעבר למצב" - דפוס מתמשך זה הוא בלתי גמיש ומקיף שורה ארוכה של מצבים אישיים וחברתיים. כלומר לא רק בבית, או רק בעבודה אלא הדפוס הזה מתמשך ובא לידי ביטוי בהרבה סיטואציות.
- ◀ "מעבר לזמן" - הדפוס יציב ונמשך זמן רב ואפשר לייחס את מועד הופעתו לפחות לגיל ההתבגרות או הבגרות המוקדמת (ניתן לאבחון רטרוספקטיבי). נרצה לראות את השורשים לכך לפני שהאדם הפך לבוגר, צריך להוכיח עדויות להתנהגויות אלו מהעבר.

גורמים סיבתיים

- על פי הגישה הממדית של חמשת הגורמים להבנת הפרעת אישיות טורדנית-כפייתית מציינים שללוקים בהפרעה יש רמות גבוהות ביותר של תחושת חובה (Samuel & Widiger, 2011). מכאן נגזרת המסירות הקיצונית לעבודה, החתירה לשלמות וההתנהגות המופרזת של שליטה. יש להם גם רמות גבוהות של אסרטיביות (תת-מרכיב של מוחצנות) ורמות נמוכות של היענות (תת-מרכיב של נועם הליכות).
- הגנטיקה משפיעה במידה קלה.

אבחנה מובדלת OCD לבין OCD

- **OCD** - 1.אגו-דיסטונית. 2. פלישה עקשנית ומתמדת של מחשבות ודימויים לא רצויים שהם מקור למצוקה וחרדה קיצונית המשוככת באמצעות טקסים כפייתיים.
- **OCPD** - 1.אגו-סינטונית. 2. בלי הרהורים טורדניים או טקסים כפייתיים מובהקים! יכולים להיות חרדים לביצועיהם אך לא מעצם הכפייתיות שלהם.

אבחנה מובדלת הפרעת אישיות נרקסיסטית - OCPD

- משותף - שאיפה לשלמות.
- מבדיל - נרקסיסטית- תחושת גדלות, תחושה שהשלמות הושגה. הפרעת אישיות אובססיבית קומפולסיבית- חוסר שביעות רצון, ביקורת עצמית גבוהה.

אבחנה מובדלת הפרעת אישיות נרקסיסטית, אנטי חברתית- OCPD

- משותף - חוסר נדיבות כלפי אחרים.

- מבדיל - נרקסיסטים ואנטי חברתיים- מפנקים את עצמם. הפרעת אישיות אובססיבית קומפולסיבית - חוסר נדיבות גם כלפי עצמם.

אבחנה מובדלת הפרעת אישיות סכיזואידית - OCPD

- משותף -מידה מסוימת של רשמיות/ניתוק חברתי.
- מבדיל - סכיזואידית - חסר יכולת לקיים יחסים קרובים. הפרעת אישיות אובססיבית קומפולסיבית - מתקשה בשל מסירות יתר לעבודה ולמטרה וקושי להביע רגשות.

גורמים סיבתיים חברתיים-תרבותיים כלליים להפרעות אישיות

- השונות בין תרבויות נמוכה מהשונות בתוך תרבויות. אולי בשל העובדה שכל התרבויות חולקות את אותן חמש תכונות בסיסיות.
- יתכן ויש עלייה בהפרעות אישיות מסוימות (כמו נרקסיזם) בחברה האמריקאית בשל העידוד המערבי להצלחה ולאגוצנטריות.
- יתכן גם שחוסר ויסות רגשי והתנהגויות אימפולסיביות אחראיות לעליית האישיות הגבולית והאנטי חברתית. יתכן שעלייה זאת נגרמת גם ממשבר במבנה המשפחה.

טיפול בהפרעות אישיות ותוצאותיהם

- קשה לטפל בהפרעות אישיות שכן אלה תכונות לא גמישות.
- במקרים רבים מגיעים עקב התעקשות של אדם אחר.
- אנשים מאשכולות A ו-B מתקשים ביצירת קשרים בינאישיים ובכלל זה עם המטפל.
- 37% מפסיקים טיפול לפני סיומו.

התאמת טכניקות טיפול להפרעות אישיות ספציפיות

- לאנשים עם הפרעות אישיות קשות - יעיל יותר טיפול אינטנסיבי במסגרת הדומה לאשפוז יום (טיפול פרטני וקבוצתי מקיף).
- השימוש בגישות קוגניטיביות הולך ומתרחב. לדוגמה: לשינוי סכמות (הנוטות ליצור שיפוטים מוטים באופן קבוע) וטעויות חשיבה.
- גישות קוגניטיביות משתמשות בטכניקות כגון ניטור מחשבות אוטומטיות, איתגור של היגיון שגוי והטלת משימות התנהגותיות בניסיון לאתגר את האמונות הדיספונקציונליות של המטופל.

טיפול בהפרעות אישיות אחרות

- הטיפול בהפרעות מאשכול A ובהפרעות אחרות מאשכול B אינו נראה מבטיח .
- לה"א סכיזופילית- לעיתים עוזרות תרופות באופן מוגבל.
- אולם אין מחקרים שמעידים על השפעת טיפול ביתר ההפרעות.
- בהפרעות מאשכול C ובעיקר בתלותית ובנמנעת נמצא שטיפול קצר מועד הנושא אופי של עימות עשוי לעזור.
- גם תרופות נוגדות דיכאון ממשפחות מעכבי המונואמין אוקסידז וה-SSRIs עשויות לפעמים לסייע בטיפול בהפרעת אישיות נמנעת, בדיוק כפי שהן מסייעות בפוביה חברתית, הדומה לה מאוד.

פסיכופתיה

- 16 קריטריונים של פסיכופתיה ע"פ קלקלי בטבלה בעמוד 638
- 4 מדדים לזיהוי פסיכופתיה עמוד 640
- גורמים סיבתיים בפסיכופתיה עמוד 647-648

פרק 12 - שונות מינית, התעללות מינית וליקויים בתפקוד המיני

שונות מינית - הפרעות פרפיליות

הגדרה - הפרעות פרפיליות מאופיינות בהתנהגות, פנטזיות או דחפים חוזרים ומגרים מאוד מבחינה מינית, שבדרך כלל מעורבים בהם:

1. יעדים חריגים של משיכה מינית (למשל נעליים, ילדים).
2. התנהגויות חוזרות לא רגילות (למשל הסתכלות על אנשים אחרים מתפשטים ללא ידיעתם).
3. שאיפה לחוות כאב או סבל שהאדם גורם לעצמו או לאחרים.

- הפרפיל נבדל ממצבים דומים בחיים של אנשים נורמליים, בהתמדה שבה הוא ממקד את מיניותו בפעולות ובחפצים שבלעדיהם הוא אינו מסוגל להגיע לאורגזמה, ובחלק מהמקרים פעילותו המינית מתמקדת אך ורק בפעולות או בחפצים אלה.

ההבדל בין פרפיליות ובין הפרעות פרפיליות לפי ה- DSM-5

- **פרפיליה -** התעניינות מינית בלתי רגילה שאינה גורמת נזק לאדם או לזולתו. יש להם פנטזיות, לפעמים האדם עוסק בפנטזיות אלו ופועל לפי הפנטזיות האלו, אבל רק מידי פעם.
- **הפרעת פרפיליה -** התעניינות מינית בלתי רגילה שגורמת נזק לאדם או לזולתו. נזק יכול להיחשב גם סבל של האדם ממצבו, כשחווית המצוקה ניכרת או כאשר חלים אצלו שיבושים בשל מצבו זה. זה נעשה באופן בלעדי, בלי להשתמש בדרך זו האדם לא יגיע לאורגזמה.

גיל תחילת ההפרעה והבדלים בין המגדרים

- כמעט כל הפרפילים הם גברים (מעל 90%)
- פרפיליות מופיעות לראשונה בדרך כלל בתקופת ההתבגרות המינית או בגיל ההתבגרות.
- לאנשים עם פרפיליות יש בדרך כלל דחף מיני חזק.
- לאנשים עם פרפיליות יש לעיתים קרובות יותר מפרפיליה אחת.

שמונה פרפיליות ספציפיות

- ✓ פטישיזם
- ✓ פטישיזם טרנסווסטי
- ✓ פדופיליה
- ✓ מציצנות
- ✓ אקסהיביציוניזם
- ✓ התחככות
- ✓ סאדיזם מיני
- ✓ מזוכיזם מיני

פרפיליות שאינן מסווגות אחרת (פחות נעסוק בהם בקורס)

קטגוריה נוספת הכוללת כמה פרפיליות נדירות יותר כמו:

- סקטולוגיה טלפזית - שיחות זימה בטלפון
- נקרופיליה - תשוקה מינית לגופות
- זואופיליה - עניין מיני בבעלי חיים
- אפוטמנופיליה - התרגשות ותשוקה ביחס לכריתת איברים
- קופרופיליה - עוררות מינית מצואה

הפרעת פטישיזם

- **הגדרה** - פנטזיות, התנהגויות ודחפים חוזרים ומגרים מאוד מבחינה מינית הכוללים שימוש בחפץ מסוים או באיברים בגוף שבדרך כלל אינם נחשבים לארוטיים (למשל אוזן).
- אופני השימוש בחפצים או איברים אלה להשגת ריגוש יכולים להיות מגוונת כמו אוננות, נשיקות, ליטופים, טעימות או הרחה של החפצים.
- בדרך כלל מושא הפטישיזם נדרש או מקבל עדיפות גבוהה בעת עוררות ופעילות מינית (מה שמבדיל את הפטישיזם מגברים אחרים שמוצאים קסם מיני בחפצים כמו חזיות, ביריות וכדומה, אך חפצים אלה אינם בהכרח נחוצים או מועדפים במובהק לשם עוררות מינית).
- ההפרעה היא **אגו-דיסטונית** - האדם לא מצליח להשתלט על העובדה שזה מה שמגרה אותו, ואתה מבין שאתה חריג, כברים אחרים לא מתגרים מעצמך למשל אז אתה מרגיש חריג, שיש לך הפרעה.

קריטריונים לאבחנה של פטישיזם לפי ה-DSM5

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת משימוש בחפצים דוממים או מהתמקדות באיברי גוף שאינם איברי המין המתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
- הפנטזיות, הדחפים המיניים או ההתנהגויות גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- האובייקטים של הפטיש אינם מוגבלים לפריטי לבוש של בני המין השני (כמו בהפרעה טרנסווסטית) או לפריטים שנועדו ספציפית למטרת גירוי איברי המין באמצעות מגע (למשל ויברטור).

קריטריונים לאבחנה של הפרעת פטישיזם טרנסווסטי לפי ה-DSM5

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מלבישת בגדי המין השני המתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
 - הפנטזיות, הדחפים המיניים או ההתנהגויות גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ⚡ לא מדובר על הופעת דראג, או על אדם טרנס ג'נדר, או הומואים שמתלבשים בבגדי נשים לא מדובר על חוסר בהירות מגדרית, אלא על אנשים שבשביל להגיע לפורקן מיני חייבים ללבוש בגדים של המין השני, האדם מפנטז על לבשת הבגדים.
- ⚡ ברוב המקרים הפרעה טרנסווסטית מופיעה לראשונה בגיל ההתבגרות.
- ⚡ התנהגות טרנסווסטית לעיטים קרובות מנבאת דיספוריה מגדרית.

קריטריונים לאבחנה של הפרעה פדופילית לפי ה- DSM5

- 1. במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, פנטזיות דחפים מיניים או התנהגויות חוזרים ומעוררים מאוד מבחינה מינית הכוללים פעילות מינית עם ילד או עם ילדים שטרם הגיעו לבגרות מינית (לרוב בני 13 או צעירים יותר).
- 2. האדם פועל על פי דחפים מיניים אלה או שהדחפים או הפנטזיות גורמים לו למצוקה משמעותית או לקשיים בין-אישיים.
- 3. האדם בן 16 לפחות ומבוגר ב-5 שנים לפחות מהילד או מהילדים בקריטריון 1. הערה: אין לכלול אדם בשלהי גיל ההתבגרות המעורב ביחסי מין מתמשכים עם בני 12 או 13.
- ⇐ בדרך כלל מדובר על הפרעה אגו-סינטונית. הם לא משתפים פעולה בטיפול ומהם מסבירים את זה בכך שאפילו שהילד רוצה את זה. הם בסדר, התרבות קשוחה מידי.
- ⇐ כדי לקבוע אבחנה זו לא חייבים שהפנטזיות ימומשו, די בגרימת אי נוחות ומצוקה כתוצאה מפנטזיות אלו.
- ⇐ רוב הפדופילים הם גברים. 2 שליש מהקורבנות הן בנות 8-11.
- ⇐ שיעור ההומוסקסואלים הפדופילים גבוה מהרבה משיעור ההומואים באוכלוסייה.
- ⇐ פדופילים נוטים יותר לעסוק בעיוותים קוגניטיביים להצדקה עצמית, לרבות האמונה כי ילדים יפיקו תועלת ממגע מיני וכי לעיטים קרובות הילדים הם שיוזמים את הקשר המיני.
- ⇐ נראה כי פדופילים רבים הם ביישנים ומופנמים אך בכל זאת שואפים לשלוט בזולתם.
- ⇐ בדרך כלל ההפרעה מופיעה בגיל ההתבגרות ונמשכת כל החיים.
- ⇐ פדופיליה עשויה לכלול הפרעות מסוימות של התפתחות נוירולוגית מוקדמת היוצרות פגיעות להפרעה – למשל נמצא כי ה-IQ של פדופילים נמוכה יותר משל אנשים שאינם כאלה. בנוסף קיימים אצלם הבדלים במבנה המוח שלפחות חלקם קריטיים להתפתחות מינית תקינה (עמ' 760).

קריטריונים לאבחנה של הפרעת מציצנות לפי ה- DSM5

- 1. במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מצפייה ללא ידיעתו באדם עירום או באדם המתפשט או מקיים יחסי מין ומתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
- 2. האדם פועל על פי דחפים מיניים אלה כלפי אדם אחר ללא הסכמתו או שהדחפים המיניים או הפנטזיות גורמים לו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- 3. האדם החווה את העוררות המינית ו/או פועל על פי הדחפים הוא בן 18 לפחות.
- ⇐ בדרך כלל מתחיל בגיל ההתבגרות, בעיקר אצל גברים. הרבה פעמים ההפרעה מופיעה לצד טרנסווסטיזם, אקסביציוניזם וסאדו מאזו.
- ⇐ ההפרעה מופיעה לרוב אצל גברים צעירים, ביישנים שנמנעים מאינטראקציה עם המין השני והמציצנות מהווה תחליף לכך ובך נחסך מהם כישלון או בושה.
- ⇐ המציצנות מספקת תחושות פיצוי של עוצמה ושליטה סודית שיש למצוץ על קורבן שאינו חושד בדבר, ואלו עשויות לגרות לשימור הדפוס.

קריטריונים לאבחנה של הפרעה אקסהיביציוניסטית לפי ה- DSM5

- 1. במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מחשיפת איברי המין לאדם שאינו מצפה לכך, המתבטאת בפנטזיות בדחפים ובהתנהגויות.
- 2. האדם פועל על פי דחפים מיניים אלה כלפי אותו אדם ללא הסכמתו או שהדחפים המיניים או הפנטזיות גורמים לו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ← החשיפה מתבצעת לרוב בסביבה לא נאותה.
- ← תגובת ההלם של הקורבן פעמים רבות מגרה מאוד.
- ← לרוב מופיע לראשונה בגיל ההתבגרות.
- ← פעמים רבות ההפרעה מופיעה עם מציצנות, התעניינות בסאדו מזוכיזם ובלבישת בגדי המין השני. ההפרעה קשורה לשיבושים רצון נמוכה מהחיים ולצריכת פורנו מוגברת.
- ← רוב האקסהיביציוניסטים רק חושפים את איבר מינם בפני עוברי האורח וחלק קטן מהם גם מאוננים, מבצעים תנועות מגונות או נוהגים באלומות.

קריטריונים לאבחנה של הפרעת התחככות לפי ה- DSM5

- 1. במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מנגיעה או מהתחככות באדם אחר ללא הסכמתו המתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
- 2. האדם פועל על פי דחפים מיניים אלה כלפי אותו אדם ללא הסכמתו או שהדחפים המיניים או הפנטזיות גורמים לו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ← מופיעה לעיטים קרובות עם מציצנות ואקסהיביציוניזם.

קריטריונים לאבחנה של הפרעת סדיזם מיני לפי ה- DSM5

- 1. במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מסבלו הגופני או הפסיכולוגי של אדם אחר המתבטאת בפנטזיות, דחפים או התנהגויות.
- 2. הדחפים המיניים או הפנטזיות גורמים לו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ← כדי לקבוע אבחנה צריכים להיות לאדם פנטזיות, התנהגויות או דחפים חוזרים ומגרים מאוד הכוללים גרימת כאב גופני או נפשי לאדם אחר.
- ← הפנטזיות כוללות שליטה, מרות והשפלה.
- ← בחלק מהמקרים האורגזמה מגיעה מקיום יחסי מין ובחלק מהמקרים הסיפוק המיני מגיעה רק מהמכות, השליטה ויחסי המרות ללא קיום יחסי מין.
- ← כדי לאבחן נדרש כי הקורבן אינו יסכים לפעולות המיניות הנכפות עליו או שבהתנסות הסדיסטית ניקרת מצוקה רבה או קשיים בין אישיים.
- ← תחלואה נלוות נפוצה – הפרעת אישיות נרקיסיסטית, סכיזואידית ואנטי חברתית.
- ← הכאב הפחד והפאניקה של הקורבנות גורמים לעוררות מינית אצל הסאדיסטים.

קריטריונים לאבחנה של הפרעת מזוכיזם מיני לפי ה- DSM5

- 1. במהלך 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מהיותו של אדם מושפל, מוכה או קשור, או שנגרם לו סבל בדרך אחרת כלשהי המתבטאת בפנטזיות דחפים או בהתנהגויות.
- 2. הדחפים המיניים או הפנטזיות גורמים לו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.

- ← אדם שכדי להיות מעורר מינית צריך להרגיש מושפל, מוכה או כאב והוא מפנטז על כך.
- ← שכיח יותר מסאדיזם ונפוץ אצל גברים ונשים כאחד.
- ← צורה בעייתית של מזוכיזם היא אספיקסיה אוטו-ארוטית, כי היא מערבת חניקה ועלולה להסתיים במוות בטעות.

גורמים סיבתיים לפרפיליות והטיפול בהן

- פרפיליות לרוב מתחילות בגיל ההתבגרות. לרוב הם לוקים ביותר מפרפיליה אחת. לפרפילים רבים יש הסברים להעדפות המיניות שלהם.
- כמעט כל הפרפיליות הן ממין זכר.
- מחקרים מצביעים על קשר הדוק בין פגיעותם של גברים לפרפיליות לבין תלותם הרבה יותר בדימויים מיניים חזותיים: ייתכן כי עוררות מינית אצל גברים תלויה במרכיבים של גירוי גופני במידה רבה יותר מאשר אצל נשים. אצל נשים, ככל הנראה, העוררות המינית עשויה להיות תלויה יותר בהקשר רגשי, כמו היותן מאוהבות בשותף המיני.
- קשרים אלה מתעוררים כתוצאה מהתניה קלאסית ואינסטרומנטלית ו/או מלמידה חברתית המתרחשת באמצעות צפייה וחיקוי. כאשר הם צופים בגירוי פרפילי (למשל תחתונים של אישה על החבל) הם מאוננים והחיזוק מתקבל מחוויית האורגזמה – מתנה את הגירוי הפרפילי.
- לאנשים עם פרפיליות יש דחף מיני חזק יותר מאשר לאנשים ללא פרפיליות והם נוטים לאונן יותר.

דיספוריית מגדר - שונות מינית

- **הגדרה** - דיספוריית מגדר הינה אי הנוחות של אדם ממאפייניו הגופניים הרלוונטיים למין או מהמין הביולוגי שלו (בעבר נקראה הפרעה בזהות המינית).
- דיספוריית מגדר יכולה להיות מאובחנת הן אצל ילדים והן אצל מתבגרים ומבוגרים. הסיבה להפרדה היא שרוב הילדים עם דיספוריית מגדר אינם נעשים מבוגרים עם דיספוריית מגדר.

קריטריונים לאבחנה של דיספוריית מגדר אצל ילדים לפי ה- DSM5

- 1. אי התאמה בולטת בין המגדר שהאדם חווה או מבטא ובין המגדר הנתון שלו במשך 6 חודשים לפחות, המתבטאת לפחות ב-2 מהתסמינים הבאים, שאחד מהם חייב להיות קריטריון 1א.
 - ✓ א. רצון עז של הילד להשתייך למגדר האחר (או למגדר חלופי שונה מהמגדר הנתון שלו).
 - ✓ ב. אצל בנים (שזהו מגדרם הנתון), העדפה בולטת ללבוש רק בגדי בנות: אצל בנות (שזהו מגדרן הנתון), העדפה בולטת ללבוש רק בגדים שהם אופייניים לבנים והתנגדות עזה ללבישת בגדים שהם אופייניים לבנות.
 - ✓ ג. העדפה בולטת למלא תפקידים של המגדר האחר במשחקי דמיון או במשחקי פנטזיה.
 - ✓ ד. העדפה בולטת לצעצועים, למשחקים או לפעילויות שהמגדר האחר משתמש בהם או נהנה מהם באופן סטריאוטיפי.
 - ✓ ה. העדפה בולטת למשחק עם ילדים מהמגדר האחר.
 - ✓ ו. בבנים (שזהו מגדרם הנתון), דחייה חזקה של צעצועים משחקים ופעילויות האופייניים לבנים והימנעות עיקשת ממשחקי השתוללות פרוצים: בבנות (שזהו מגדרן הנתון), דחייה חזקה של צעצועים משחקים ופעילויות האופייניות לבנות.
 - ✓ ז. אי שביעות רצון עזה של הילד או של הילדה מהאנטומיה המינית שלהם.

- ✓ ה. תשוקה עזה למאפייני המין הראשוניים ו/או השניוניים המתאימים למגדר שאותו חווים
- 2. ההפרעה קשורה למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או בתפקוד בבית הספר או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.

קריטריונים לאבחנה של דיספוריית מגדר אצל מתבגרים ומבוגרים

- 1. אי התאמה בולטת בין המגדר שהאדם חווה או מבטא לבין המגדר הנתון שלו במשך 6 חודשים לפחות, המתבטאת בלפחות שניים מהתסמינים הבאים:
 - ✓ א. אי התאמה בולטת בין המגדר שהאדם חווה או מבטא ובין מאפייני מין ראשוניים ו/או שניוניים (או במתבגרים צעירים, המאפיינים המיניים השניוניים הצפויים).
 - ✓ ב. תשוקה עזה להיפתר ממאפייני המין הראשוניים ו/או השניוניים בשל אי-התאמה בולטת בינם לבין המגדר שהאדם חווה או מבטא (או במתבגרים צעירים תשוקה למנוע את התפתחות מאפייני המין השניוניים הצפויים).
 - ✓ ג. תשוקה עזה למאפייני המין הראשוניים ו/או השניוניים של המגדר האחר.
 - ✓ ד. תשוקה עזה להיות שייכים למין האחר (או למגדר אחר שונה מהמגדר הנתון).
 - ✓ ה. תשוקה עזה לזכות ליחס כבן או כבת המגדר האחר (או מגדר אחר שונה מהמגדר הנתון של האדם).
- 1. אמונה חזקה של האדם כי יש לו תחושת ותגובות האופייניות למגדר האחר.
- 2. ההפרעה קשורה למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או בתפקוד בבית הספר או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.

טרנס-סקסואליות - הפרעה של מבוגרים הלוקים בדיספוריית מגדר ומשתוקקים לשנות את מינם

- שני סוגים של טרנס-סקסואליים זכרים הנעשים נשים:
- 1. **טרנס-סקסואליים הומוסקסואליים** - לרוב נשיים מאוד ובעלי אותן נטיות מיניות האופייניות לגברים הומוסקסואליים, כלומר הם נמשכים מינית לזכרים ביולוגיים (מינם הביולוגי לפני השינוי). הם רואים עצמם כאשה הכלואה בגוף של גבר (לכן עוברים ניתוח לשינוי מין מזכר לנקבה), ושנמשכת מינית לגברים הטרנססקסואליים.
- 2. **טרנס-סקסואליים אוטוגניים** - מונעים ע"י אוטוגינפליה שהיא פרפיליה שבה המשיכה של גברים הינה למחשבות, דימויים או פנטזיות על עצמם כנשיים. גם הם מועמדים מתאימים לניתוח לשינוי מין.

הטיפול בדיספוריית מגדר אצל ילדים ומתבגרים

- המטרה של טיפול פסיכולוגי לילדים ומתבגרים עם דיספוריית מגדר הינה לטפל באי-שביעות רצונם מהמין הביולוגי שלהם, ולהפיג במידת האפשר את המתח ביחסיהם עם ילדים אחרים, עם ההורים ועם בני קבוצת הגיל.
- כמו כן מטרת הטיפול להתייחס לקשיים הנלווים כמו בעיות התנהגות, הפרעות חרדה והפרעות מצב רוח.
- הטיפולים לרוב בגישה פסיכודינמית, בבחינת הקונפליקטים הפנימיים.
יש לציין כי:
- 1. רוב הילדים עם דיספוריית מגדר אינם נעשים מבוגרים עם דיספוריית מגדר. הדבר חולק בדרך כלל מהלך שנות הילדות.

- 2. קיימת סבירות גבוהה שנערים שבתחילת גיל ההתבגרות שעדיין לוקים בדיספוריית מגדר, יישארו כאלה גם בבגרותם וכנראה יישקלו צעדים לשינוי מינם.

הטיפול בטראנס-סקסואלים

- טיפול פסיכולוגי לרוב אינו עוזר לפתור את בעיית הדיספוריה המינית של הטרנס-סקסואליים.
- הטיפול היחיד שנמצא כיעיל הינו ניתוח לשינוי המין.

התעללות מינית

- הגדרה - מגע מיני הכולל כפיה גופנית או פסיכולוגית על אדם אחר שבוודאות לא הביע הסכמה לכך.
- קיימות שלוש צורות של התעללות מינית
 - ✓ פדופיליה
 - ✓ גילוי עריות
 - ✓ אונס

(מתוך השלוש רק פדופיליה נכללת כהפרעה ב-DSM-5)

התעללות מינית בילדות - תפוצה, השלכות ובעייתיות

- **תפוצה** - תפוצת התופעה עולה ומדאיגה. 1.6% מהאוכלוסייה במדינות רבות מדווחים שנפלו קורבן להתעללות מינית בילדותם.
- **השלכות** - סיכון כפול לפתח הפרעת נפש בהשוואה לילדים שלא סבלו מהתעללות מינית (בעיקר הפרעות חרדה ושימוש בחומרים, מחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית בגיל מבוגר).
- **בעייתיות** - קיימת מחלוקת לגבי מידת תקיפותם של הזיכרונות המשוחזרים.

הפרעה פדופילית

- סוג של פרפיליה המאובחנת כאשר לאדם יש פנטזיות או דחפים מיניים עזים וחוזרים לפעילות מינית עם ילד שעוד לא הגיע לבגרות מינית.
- לפי ה-DSM-5 ילד מוגדר כמי שמלאו לו 13 שנים או פחות.
- רוב הפדופילים הינם גברים, ומרבית הקורבנות הן בנות בגילאים 8-11.

גילוי עריות

- גילוי עריות הינו יחסי מין אסורים מהבחינה התרבותית בין בני משפחה כגון אח ואחות או הורה וילד.

אונס

- אונס מוגדר ככפייה של פעילות מינית ע"י שימוש בכוח או באיומים.
- אונס מוגדר כפשע מיני, כאשר המניע מבחינת האנס לרוב מיני, אם כי נטען שיכול להיות גם ממניע של כוח ושליטה על הקורבן.
- מבחינת הקורבן מדובר תמיד באירוע אלים ובשום אופן לא כהתנסות מינית נעימה.

- **במונחי אישיות** - אנסיס מתאפיינים פעמים רבות בהתנהגות אימפולסיבית, בחוסר סבלנות, בהיעדר יחסים אינטימיים בין אישיים ובחוסר רגישות לרמזים או ללחצים חברתיים. כמו כן קיימת תת קבוצה העונה לקריטריונים של פסיכופתיה.

טיפול בעברייני מין

טיפולים פסיכולוגיים

יעדי הטיפולים הפסיכולוגיים:

- 1. שינוי דפוסי העוררות והמשיכה המינית.
- 2. שינוי הקוגניציות והמיומנויות החברתיות על מנת לאפשר אינטראקציות מיניות נאותות עם שותפים בוגרים.
- 3. שינוי הרגלים או התנהגות המגדילים את הסיכוי לפגיעה חוזרת.
- 4. החלשת העוצמה של הדחף המיני.

סוגי הטיפולים

- **טיפול אורסיבי** לשינוי דפוסי העוררות המינית - יצירת הרתעה מהגירוי המיני הסוטה ע"י צימוד לגירוי לא נעים למשל חומר המעורר בחילה, והחלפתו בעוררות מינית לגירויים מקובלים, למשל החלפת הפנטזיה רגע לפני שפיכה.
- **הבנייה קוגניטיבית מחודשת** במטרה לסלק עוותים קוגניטיביים - למשל להראות לעברייני עיוותים קוגניטיביים כמו "הילדה לא אמרה לא ולכן היא רצתה להמשיך" ולהסביר לו למה זו תפיסה מעוותת.
- **תרגול מיומנויות חברתיות** במטרה לעזור ליצור אינטראקציות ראויות יותר. למשל גברים המייחסים משמעות חיובית לתגובה ניטרלית או לסירוב לאינטראקציה מינית, התרגול כולל בדרך כלל אינטראקציה בין המטופלים לבין בנות זוג היכולות להעניק למטופלים משוב על תגובתם והתנהלותם בשיחה עימה.
- ← לא נמצא הבדל משמעותי בחזרה לעבירות מין בין אלו שקיבלו טיפול לבין אלו שלא. התאמה ספציפית של שיטת הטיפול לעברייני נמצאה יעילה יותר ומעלה את הסיכוי שהטיפול יניב תוצאות טובות יותר.
- ← נראה כי הטכניקות הקוגניטיביות (2 השיטות האחרונות) יעילות יותר משיטת הטיפול האורסיבי.

ליקויים בתפקוד המיני

- ליקוי בתפקוד מיני הינו פגם בתשוקה לסיפוק מיני או ביכולת להשיגו.
- קיימים 4 שלבים שונים במהלכם יכולות להתרחש הבעיות:
 - ✓ **שלב התשוקה** - פנטזיות על פעילות מינית, תחושת תשוקה לקיומה של פעילות מינית.
 - ✓ **שלב הריגוש או העוררות** - מאופיין בתחושה סובייקטיבית של עונג מיני וגם בשינויים פיזיולוגיים המלווים את העונג כמו זקפה או התרחבות הנרתיק.
 - ✓ **שלב האורגזמה** - שיא העונג המיני.
 - ✓ **שלב הפורקן** - האדם חש רגיעה ורווחה.
- האדם חווה את ארבעת השלבים הללו כרצף של תחושות ותגובות ביולוגיות והתנהגויות.

- ליקויים בתפקוד מיני אצל גברים:
 - ✓ הפרעת תשוקה מינית מוחלשת - עמוד 773-774
 - ✓ הפרעת זקפה - מדובר על הפרעה שנגרמת כתוצאה מלחץ או קשים פסיכולוגיים ולא כתוצאה מבעיה רפואית.
 - ✓ פליטת זרע מוקדמת
 - ✓ פליטת זרע מעוכבת
- ליקויים בתפקוד מיני אצל נשים:
 - ✓ הפרעת עניין מיני או עוררות מינית
 - ✓ הפרעת כאב באיברי המין בעת חדירה - מדובר על כאבים שנגרמים מקשיים פסיכולוגיים ולא על מבנה אנטומי או שימוש בתרופות.
 - ✓ הפרעת אורגזמה נשית - קושי להגיע לאורגזמה באופן כללי, או שלוקח המון זמן להגיע לשם, או שמגיעים לשם מאוד מהר.
- ליקויים בתפקוד המיני בשל שימוש בחומרים או תרופות - גברים/נשים

פרק 13 - סכיזופרניה ועוד הפרעות פסיכוטיות

סכיזופרניה

סכיזו = מפוצל פרניה = תודעה

- מדוע תודעה מפוצלת? פיזוליס בתהליכי התודעה:

חוסר ארגון קוגניטיבי - שיבושים חשיבתיים היעדר חשיבה קוהרנטית - דלזיות ודיבור לא מאורגן.

בין הקוגניציה לרגש - תגובות רגשיות לא תואמות את המצב.

בין המציאות לדמיון - הלוצינציות. פיזול בהתנהגות הגלויה - התכנסות לתוך עולם פנימי (ניתוק מהעולם החיצוני).

- הפרעה נפשית שמאופיינת במגוון תסמינים שהופכים את האדם למוזר.

- התסמין הבולט הוא פסיכוזה - אובדן קשר עם המציאות, פגיעה בבוחן ובשיפוט המציאות.

תפוצה

- היא מופיעה בכל התרבויות ובכל שכבות האוכלוסייה.

- סיכון ממוצע לפתח מחלה >1% (סיכוי גבוה יותר כשיש סכיזופרניה במשפחה, אב מבוגר מ-50, אב שעובד בניקוי יבש, מהגרים).

- גיל התפרצות - סוף גיל ההתבגרות ותחילת בגרות. (סכיזופרניה של הילדות - אפשרי אך נדיר).

הבדלים בין המינים

א. גיל ההתפרצות - גברים - עד גיל 35 ואח"כ הסיכויים יורדים משמעותית; נשים - עליה חדה במספר המקרים החדשים בסביבות גיל 40 ו-60.

ב. מהלך המחלה - גברים - צורה קשה יותר מנשים (כולל חריגויות מוח קשות יותר)

* (השערה - אסטרוגן)

ג. שכיחות - גברים יותר מנשים (1:4 - על כל 3 גברים, 2 נשים).

חמישה סוגי תסמינים חשובים לאבחון סכיזופרניה

- 1. **הרהורי/מחשבות שווא (דלוזיות)** - שיבושים בתוכן החשיבה. אמונה חזקה, קבועה ונחרצת בדבר מסוים וזאת למרות הראיות לכך שההפך הוא הנכון. כלומר, האדם מאמין ללא שום סיבה בכל מיני דברים שאחרים לא מאמינים בהם. דוגמאות לדלוזיות שכיחות בסכיזופרניה:
 - דלוזיות רדיפה** - האדם מרגיש שרודפים אחריו, מנסים לחטוף/להרוג/לפגוע בו.
 - דלוזיות גדלות** - האדם חושב שהוא אלוהים, המשיח, ישו וכו'.
 - החדרת מחשבות** - האמונה שגורם חיצוני מחדיר למוחו מחשבות/רגשות/דחפים כך שאלו אינם שלו.
 - שידור מחשבות** - שהמחשבות של האדם משודרות לאחרים.
 - הוצאת מחשבות** - שגורם חיצוני לוקח את המחשבות.
 - שליטה במחשבות** - גורם חיצוני שולט ברגשות ו/או רגשות ו/או בפעולות של האדם. **ייחוס אירועים** - אירועים ניטרליים, כמו דיבור של אנשים בסרט או טלוויזיה או רדיו, מיוחד רק אליו.
 - דלזיה גופנית** - איברי הגוף הפנימיים רקובים או שהם הוסרו (ללא השארת צלקות) ועוד.

קיימים שני סוגים של הרהורי שווא :

- 1. **ביזריים** - מאוד לא שכיח, לא נשמע הגיוני. למשל - "אני המשיח", הוציאו לי את הקרביים והריאות מהגוף בלי ניתוח", "יש לי כפיל שחי בתאילנד ומעתיק ממני הכל".
- 2. **לא ביזריים** - מחשבות שנשמעות קצת יותר הגיוניות, מתקבלות על הדעת. לדוגמה - "המוסד רודף אחריי", "מישהו עוקב אחריי", "מישהו צחק עלי באוטובוס".

◀ דוגמה לניסוח של הרהור שווא מתוך תיאור מקרה - האדם חושב ש, מאמין ש, מפרש כך את הדברים.

- 2. **הזיות (הלוצינציות)** - שיבושים בתפיסה. חוויה חושית שנדמית כאמיתית אך מופיעה ללא גירוי תפיסתי חיצוני כלשהו. הלוצינציות יכולות להופיע בכל אחד מהחושים (אודיטורית=שמיעה, ויזואלית=ראיה, אולפטורית=ריח, טקטילית=מישוש, גוסטטורית=טעם). אך הנפוצות ביותר בסכיזופרניה הן הלוצינציות שמיעה (75%), אח"כ ראייה (39%). האדם לא מסוגל להבחין בין קולות שמגיעים "מבחוץ" ממקור אמיתי חיצוני לו לבין ההלוצינציות, או בין משהו שהוא רואה הוא לא מסוגל להבחין מתי הוא רואה אדם אמיתי ומתי זו הלוצינציה. הזיות שמיעה ציוויים ("קולות אימפרטיביים") - שמיעת קול שאומר לו לבצע דבר-מה והאדם לרוב מבצעו.

סוג הקולות - האדם שומע קולות מוכרים לו אך ייתכנו גם קולות לא מוכרים ואף קול השטן/אלוהים.

תוכן הקולות - לרוב תכנים שלילים - משפילים, מתנשאים, מקללים אך יכולים להיות גם נעימים.

הסבר פסיכולוגי - הזיות השמיעה הן ככל הנראה פיצול בין הפנימי לחיצוני. חוסר יכולת להבחין בכך שזהו דיבור פנימי, והוא נחוה כחיצוני (מניחים שהדבר נובע מפעילות יתר באזור ברוקה האחראי על הפקת הדיבור).

הטיפול הפסיכולוגי מתרכז בלתי מקום לקול הזה, להבין שהקול הזה הוא רק קול ואנחנו לא חייבים להקשיב לו אך יכולים. במהלך הטיפול ינסה המטפל להפוך את הקולות לאגו - דיסטונית, שהם חיצוניים לאדם ולא חלק ממנו, דבר לא פשוט בכלל לביצוע. יכולים לנסות להסביר למטופל כי הקול הזה זה הסופר אגו שלו, המצפון, הדחיפה למציאות ושהסופר אגו מאוד

משתלט, האני לא מצליח למתן אותו. האדם שומע את הקול של דיבורו הפנימי של הסופר אגו שלו עצמו.

◀ דוגמה לניסוח של הלוצינציות מתוך תיאור מקרה - האדם תופס, הוא רואה, שומע, טועם.

● 3. **דיבור לא מאורגן** - הביטוי החיצוני של הפרעה בחשיבה. תוכן הדיבור לא נשמע הגיוני, חסר קוהרנטיות למרות שלכאורה הוא משתמש בשפה רגילה ושומר על כללי הסמנטיקה והתחביר. מדובר על הפרעה במהלך החשיבה ולא בתוכן (דלוזיה).

דוגמאות:

✓ **נאולוגיזמים** (neologisms = "מילים חדשות") - הופעת מילים לא מוכרות משפות הדיבור של הדובר (לדוגמה "מגלמות"). נשמע כאילו באמצע משפט רגיל לגמרי פתאום שובצה מילה או שתיים בג'יבריש.

✓ **רפיון אסוציאטיבי** - קופץ מנושא לנושא. למשל "אתמול ראיתי סרט, לבת דודה שלי קנו סרט ורוד, זה הצבע הכי יפה בעולם, עולם החי מרתק אותי."

✓ **חשיבה משיקית** - שואלים על משהו אחד והוא עונה על משהו אחר שיכול להיות בין השאלה לתשובה קשר אבל הוא מאד רופף. התשובה היא "ליד" לא מנותקת לחלוטין ממה שנשאל אבל גם לא עונה לעניין, או לא עונה בדיוק על מה שנשאל.

✓ **סלט מילים** - מערבב מילים לא קשורות לכדי משפטים חסרי כל פשר. קורה רק במצבים חמורים מאוד.

כדי שהפגיעה בדיבור תשמש כתסמין, היא צריכה להיות מספיק חמורה, כך שהיא משבשת באופן משמעותי את התקשורת.

אי אפשר לייחס דיבור זה לאינטליגנציה נמוכה, השכלה דלה, קיפוח תרבותי או חוסר שליטה בשפה המדוברת.

● 4. **התנהגות לא מאורגנת** - פגיעה בפעילות מכוונת מטרה. השיבוש מתרחש בתפקודים שגרתיים, כגון מקום העבודה, יחסים חברתיים ושמירה על היגיינה אישית, עד כדי כך שאנשים בסביבת האדם מציינים כי "הוא כבר לא עצמו".

דוגמאות:

✓ השתטות כמו עשיית פרצופים או קפיצות במקום ללא כל סיבה נראית לעין.

✓ לבישת ביגוד בלתי רגיל (למשל עוטרף את ראשו בנייר כסף).

✓ אי שמירה על היגיינה אישית - האדם לא מתקלח חודש.

חוקרים רבים מייחסים שיבושים "ביצועיים" אלה בהתנהגות לתפקוד לקוי באזור הקדם-מצחי של קורטקס המוח.

קטטוניה (catatonia) - היא הפרעה התנהגותית בה האדם "קופא" במקום, לא מדבר ולא זז באותה תנוחה מוזרה במשך זמן רב (עד כדי סכנת מוות). אדם כמו מתנתק לגמרי מהעולם (קהות חושים קטטונית - catatonic stupor), או להיפך - נע בחוסר שקט, פעלתנות יתר ללא מטרה ברורה.

קטטוניה היא תסמין שלילי - חוסר תזוזה.

● 5. **תסמינים שליליים**

סעיף זה מדבר על תסמינים שליליים שיש לאדם, אך ראשית נסביר מהם תסמינים שליליים ומהם תסמינים חיוביים. שני הסעיפים הראשונים התייחסו לתסמינים חיוביים.

✓ **תסמינים חיוביים** = תוספת להתנהגויות הנחשבות נורמליות (לאדם בריא אין את זה ולאדם עם סכיזופרניה יש את זה). למשל: הרהור שווא או הזיות או חשיבה לא מאורגנת או תנועתיות רבה.

✓ **תסמינים שליליים** = הפחתה/העדר של התנהגויות מהרפרטואר התקין של האדם (לאדם בריא יש את זה ולאדם עם סכיזופרניה אין). למשל, חוסר יכולת לבטא או לחוות רגשות, רגשיות שטוחה (אדישות רגשית), מיעוט בדיבור, קול שקט, ירידה במוטיבציה, **אנהדוניה** = חוסר בהנאה, **אבוליציה** = מיעוט או היעדר יכולת ליזום פעילות מכוונת מטרה או להתמיד בה. אבוליציה יכולה להיות קשורה למשל לפגיעה בהיגיינה אישית, או חוסר יכולת לתפקד במסגרת מסוימת.

מחקרים מלמדים כי אומנם מטופלים סכיזופרנים עשויים לעיתים להיראות חסרי הבעה רגשית, אך הם בכל זאת חווים שפע של רגשות.

שלבי הסכיזופרניה

» **שלב מקדים מחלה (פרה-מורבידי)** - תפקודו האדם לפני שהופיעו סימנים כלשהם: במהלך שלב זה יכולות להופיע בעיות קלות ולא ממוקדות בתפקוד הקוגניטיבי, המוטורי או החברתי שעלולות להוביל לפגיעה בקשרים חברתיים ולהישגים לימודיים דלים.

» **השלב המקדים של הפרודרום** - הופעת תסמינים מבשרי מחלה: מופיעים שינויים רגשיים כמו חרדה ועצבנות ושינויים קוגניטיביים כמו קשיי ריכוז, עיסוק מוגזם בפסאודו-פילוסופיה (מחשבות מוגזמות על דת וכל מיני אמונות מוזרות). יכולים להופיע תסמינים פסיכוטיים חלשים אך בוחן המציאות לא נפגע בצורה משמעותית. בשלב זה ניתן לזהות גם תסמינים שליליים כדוגמת הסתגרות בבית ופגיעה משמעותית יותר בתפקוד החברתי/האקדמי/התעסוקתי זאת אומרת, יש תסמינים, אך הם מופיעים בעוצמה נמוכה, עד כדי כך שהקרובים לו לא תמיד מזהים. שלב זה יכול להמשך ימים/חודשים/שנים. שלב זה הוא עדיין לא סכיזופרניה אבל כבר יותר ברור שלשם זה הולך.

» **השלב הפעיל** - התסמינים מופיעים בעוצמה גבוהה תסמינים פסיכוטיים בולטים ותסמינים שליליים שנמשכים לפחות חודש (או פחות, כתגובה לטיפול). בוחן המציאות נפגע בצורה משמעותית, וכך גם התפקוד הכללי של האדם שלב זה יכול להמשך גם שנים. בשלב זה ניתן לראות **רמיסיות** (Remission) - הפוגות בין אפיזודה לאפיזודה. החלשות בתסמינים הפסיכוטיים על להתקף הפסיכוטי הבא

» **השלב השיורי** - לאדם יש סכיזופרניה (שאריות של המחלה) אך יש נסיגה בתסמינים הפסיכוטיים. בשלב זה ניתן יהיה לראות בעיקר תסמינים שליליים בולטים כמו חוסר אנרגיה, שפה דלילה, אנהדוניה, הזנחה וכו' ותסמינים חיוביים כמו דלזיות הלוצינציות ודיבור לא מאורגן יהיו חלשים מאד. שלב זה מאד דומה לשלב הפרודרום. יש אפשרות לחזרה לתפקוד.

סכיזופרניה-קריטריונים לפי ה- DSM-5

- א. שניים (או יותר) מהתסמינים שלהלן, שכל אחד מהם מתקיים פרק זמן משמעותי במשך תקופה של חודש אחד. לפחות אחד מהתסמינים חייב להיות 1, 2 או 3.
 - ✓ 1. הרהורי שווא.
 - ✓ 2. הזיות.
 - ✓ 3. דיבור לא מאורגן (למשל סטייה מהנושא או חוסר קוהרנטיות לעיתים קרובות).
 - ✓ 4. התנהגות מאוד לא מאורגנת או קטטונית.
 - ✓ 5. תסמינים שליליים (למשל ביטוי רגשי מופחת או היעדר רצייה).
- ב. לאורך פרק זמן משמעותי (לפחות חצי שנה) מאז תחילת ההפרעה, רמת התפקוד בתחום מרכזי אחד או יותר, כגון עבודה, יחסים בין-אישיים או טיפול עצמי, היא נמוכה באופן בולט מהרמה שהושגה לפני תחילת ההפרעה (או כאשר ההפרעה פורצת בילדות או בגיל ההתבגרות, חל כשל בהשגתה של רמה מצופה של תפקוד בין-אישי, אקדמי או תעסוקתי).
- ג. סימנים מתמשכים של ההפרעה נמשכים 6 חודשים לפחות. תקופה זו של 6 חודשים חייבת לכלול בתוכה לפחות אחד של תסמינים (או פחות אם ההפרעה מטופלת בהצלחה) המתאימים לקריטריון א (כלומר תסמינים בשלב הפעיל) והיא יכולה לכלול תקופות של תסמינים המקדימים את המחלה - פרודרום, (דוגמה לפרודרום - הדרדרות איטית במצבו של האדם למשל הדרדרות בלימודים בקשרים חברתיים, רגשיים וכדומה. שלב זה יכול להימשך מכמה ימים עד כמה שנים) או תסמינים שיוריים (התסמינים החיוביים יורדים ונשארים בעיקר תסמינים שליליים ואמונות מוזרות, האדם נשאר מאוד מצומצם). במהלך תקופות מקדימות או שיוריות אלה, הסימנים להפרעה יכולים להופיע רק כתסמינים שליליים או להופיע כשני תסמינים או יותר מתוך אלה המופיעים בקריטריון א בצורה מוחלשת (למשל אמונות מוזרות, חוויות תפיסתיות יוצאות דופן).
- ד. הפרעה סכיזואפקטיבית ודיכאון או הפרעה דו-קוטבית עם מאפיינים פסיכטיים נשללו מכיוון ש-1. לא התרחשה אפיזודה דיכאונית או מאנית במקביל לתסמינים של השלב הפעיל, או 2. אם הופיעו אפיזודות הקשורות למצב רוח במהלך השלב הפעיל של המחלה, הן נמשכו זמן מועט מתוך הזמן הכללי של השלב הפעיל והשלב השיורי של המחלה.
- ה. אי-אפשר לייחס את ההפרעה להשפעות הפיזיולוגיות של חומר (למשל שימוש בסמים, נטילת תרופות) או למצב רפואי אחר.
- ו. אם ישנה היסטוריה של הפרעה על הרצף האוטיסטי או הפרעת תקשורת שהחלה בילדות, האבחנה הנוספת של סכיזופרניה תיקבע רק אם מופיעים הרהורי שווא או הזיות בולטים, נוסף על שאר התסמינים הדרושים לאבחנת סכיזופרניה במשך חודש אחד לפחות (או פחות אם טופלו בהצלחה).

הפרעה סכיזואפקטיבית

- סימפטומים של סכיזופרניה + סימפטומים של הפרעות מצב רוח חד או דו קוטביות קשה (דיכאון מז'ורי או הפרעה דו קוטבית סוג 1 או 2)
- תסמיני מצב רוח חייבים לענות ל- 2 תנאים:
 - ✓ מתקיימים כל הקריטריונים האבחוניים לאפיזודה של הפרעת מצב רוח קשה
 - ✓ תסמיני הפרעת מצב הרוח נמשכים יותר ממחצית ממשכה הכולל של המחלה
- פרוגנוזה טובה יותר מאשר של סכיזופרניה (אך פחות טובה מהפרעות מצב רוח חד או דו קוטביות קשות)

הפרעה סכיזואפקטיבית קריטריונים לאבחון על פי ה- DSM-5

- א. תקופה רצופה של מחלה שבמהלכה מתרחשת אפיזודת מצב רוח קשה (דיכאון קשה או מאניה) בד בבד עם קריטריון א של סכיזופרניה. (אפיזודה דיכאונית חייבת לכלול את "מצב הרוח הדיכאוני")
- ב. הרהורי שווא או הזיות נמשכים שבועיים או יותר ללא נוכחות של אפיזודת מצב רוח קשה (דיכאון או מאניה), במהלך תקופת המחלה
- ג. התסמינים שעונים על הקריטריונים של אפיזודת מצב רוח קשה נמצאים במשך רוב הזמן הכללי של המחלה (החלק הפעיל - אקוטי והחלק השיורי-רזידואלי)
- ד. (DD) אי אפשר לייחס את תסמיני ההפרעה להשפעות של חומרים (למשל סמים או תרופות אחרות (או למצב רפואי אחר)).

ההבדל בין הפרעה סכיזואפקטיבית לבין הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכוטיים הוא שבהפרעה סכיזואפקטיבית בזמן האפיזודות שבהם מופיעים התסמינים הפסיכוטיים אין סימפטומים של הפרעת מצב רוח. בהפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכוטיים האדם יכול להיות בדיכאון ותוך כדי לשמוע קולות שאומרים לו להרוג את עצמו.

אם בו זמנית יש מאפיינים של הפרעת מצב רוח ומאפיינים פסיכוטיים = הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכוטיים.

הפרעה דמוית סכיזופרניה

- מתקיימים בה כל קריטריוני האבחון של סכיזופרניה פרט לקריטריון ג' - משך - התסמינים נמשכים (יותר מחודש - קריטריון א') אך פחות מחצי שנה
- פרוגנוזה טובה יותר מזו של סכיזופרניה.

הפרעה דמוית סכיזופרניה - קריטריונים לאבחון על פי ה- DSM-5

- א. שניים (או יותר) מהתסמינים שלהלן, שכל אחד מהם מתקיים פרק זמן משמעותי במשך תקופה של חודש אחד (או פחות אם טופל בהצלחה). לפחות אחד מהתסמינים חייב להיות 1, 2 או 3:

✓ 1. הרהורי שווא

✓ 2. הזיות

✓ 3. דיבור לא מאורגן (למשל סטייה מהנושא או חוסר קוהרנטיות לעיתים קרובות)

✓ 4. התנהגות מאוד לא מאורגנת או קטטונית

✓ 5. תסמינים שליליים (למשל ביטוי רגשי מופחת או היעדר רצייה

- ב. אפיזודה של ההפרעה נמשכת חודש אחד לפחות אבל לא יותר משישה חודשים.
- ג. הפרעה סכיזואפקטיבית ודיכאון או הפרעה דו קוטבית עם מאפיינים פסיכוטיים נשללו מאחת או יותר מהסיבות הבאות:

⇐ לא התרחשה אפיזודה דיכאונית או מאנית במקביל לתסמינים של השלב הפעיל.

⇐ אם הופיעו אפיזודות הקשורות למצב רוח במהלך השלב הפעיל של המחלה, הן נמשכו זמן מועט מתוך הזמן הכללי של השלב הפעיל והשלב השיורי של המחלה.

- ד. (DD) אי אפשר לייחס את הפרעה להשפעות הפיזיולוגיות של חומר (סמים/תרופות) או למצב רפואי אחר

הפרעת הרהורי שווא (דלוזיות)

- סימפטום של הרהורי שווא בלבד ללא פגיעה ניכרת בתפקוד. ייתכנו הזיות (הלוצינציות) אך תוכן יהיה קשור לנושאים של הרהורי השווא.
- קיימים מספר תת סוגים לפי סוגי הדלוזיות
- ✓ ארוטומניה – מישהו מאוהב בהם, הם במערכת יחסים עם מישהו (בדרך כלל מפורסם או רם מעלה כמו מנהל החברה שלהם)
- ✓ גדלות – משוכנע שהוא בעל כישרון תובנה (שלא קיבלה את ההכרה הראויה) בנוגע לתגלית יוצאת דופן
- ✓ קנאה – בטוח שבן/בת הזוג אינם נאמנים
- ✓ רדיפה – בטוח שנקשר קשר נגדו, רימו אותו, עוקבים/מרגלים אחריו, מרעילים או מסממים אותו בזדוניות, ברשעות, מטרידים אותו, מכשילים אותו במרדף אחר יעדים ארוכי טווח
- ✓ סומטי (תפקודים או רגישויות גופניות)
- ✓ מעורב (ללא בולטות מיוחדת של אף אחד מהסוגים)

הפרעת הרהורי שווא קריטריונים לאבחון על פי ה- DSM-5

- א. קיומם של הרהורי שווא (אחד או יותר) במשך חודש אחד או יותר
- ב. התסמינים מעולם לא ענו על קריטריון א' של סכיזופרניה
- ← הערה – הזיות, אם ישנן אינן בולטות וקשורות לנושאי ההרהורים (למשל, תחושה של האדם כי הוא נגוע בחרקים המלווה מחשבת שווא של פשיטת חרקים).
- ג. למעט ההשפעה של הרהורי השווא, התפקוד אינו נפגע באופן ניכר וההתנהגות איננה בהכרח משונה או מוזרה.
- ד. אם הופיעו אפיזודות של מאניה או של דיכאון קשה, הן נמשכו זמן קצר ביחס למשך הרהורי השווא.
- ה. (DD) אי אפשר לייחס את הפרעה להשפעות הפיזיולוגיות של חומר או למצב רופאי אחר, ואי אפשר להסביר אותה טוב יותר באמצעות הפרעת נפש אחרת, כגון הפרעת גוף דיסמורפית או הפרעת טורדנות-כפייתיות.

הפרעה פסיכוטית קצרה (Brief psychotic disorder)

- הופעה פתאומית של תסמינים פסיכויטיים שנמשכים לרוב מספר ימים (עד חודש) ואז חזרה לתפקוד. התקף פסיכויטי חד בין יום אחד ל-30 ימים ולאחר מכן חזרה לתפקוד.
- הגורם לעיתים קרובות הוא עקה.
- ההפרעה יכולה לא לחזור שוב, או כן לחזור שוב בעתיד.

הפרעה פסיכוטית קצרה קריטריונים לאבחון על פי ה- DSM-5

- א. קיומם של אחד (או יותר) מהתסמינים שלהלן: לפחות אחד מהתסמינים חייב להיות 1, 2 או 3:
 - ✓ 1. הרהורי שווא
 - ✓ 2. הזיות
 - ✓ 3. דיבור לא מאורגן (למשל סטייה מהנושא או חוסר קוהרנטיות לעיתים קרובות)
 - ✓ 4. התנהגות מאוד לא מאורגנת או קטטונית
- ב. אפיזודה של ההפרעה הנמשכת יום אחד לפחות אבל לא יותר מחודש אחד

- ג. אי אפשר להסביר טוב יותר את ההפרעה באמצעות הפרעת דיכאון או הפרעה דו קוטבית שיש להן מאפיינים פסיכויים או באמצעות הפרעה פסיכויית אחרת כגון סכיזופרניה או קטטוניה ואי אפשר לייחס אותה להשפעות פסיכולוגיות של ומרים (סמים/תרופות) או למצב רפואי

תיאור המקרה עונה על ההגדרה של סכיזופרניה? נסתכל על משך הזמן:
 עד חודש = הפרעה פסיכויית קצרה
 עד חצי שנה = הפרעה דמוית סכיזופרניה
 מעל חצי שנה = סכיזופרניה

אטיולוגיה של סכיזופרניה

- **גורמים גנטיים**
 - ככל שיש יותר קרבה גנטית בין אדם שחולה בסכיזופרניה לבין בן משפחה אחר, כך גדל הסיכוי שגם הוא יפתח סכיזופרניה. לכן גורמים גנטיים בהתפתחות הסכיזופרניה כמו גנים משחקים תפקיד, אך הם לא גורם מספיק.
 - ← **מחקרי תאומים** - התאמה רבה יותר בין תאומים מונוזיגוטיים מאשר בין תאומים דיזיגוטיים.
 - ← **מחקרי אימוץ** - לצאצאים להורים חולים שגדלו במשפחה מאמצת ללא מחלה יש יותר סיכוי לפתח סכיזופרניה מאשר לצאצאים להורים בריאים שגם גדלו במשפחה מאמצת. אבל: גם הסביבה של המשפחה המאמצת משפיעה.
 - ← **גנטיקה מולקולרית** - לא מדובר בגן יחיד אלא בגנים רבים. ככל שיש יותר, כך גדל הסיכוי לפתח את המחלה (DRD2, COMT, גלוטמט, כרומוזום 6).
 - ← **אנדופנוטיפים** - מעקב אחר תכונות אופייניות אנשים עם סכיזופרניה וחיפוש הבסיס הגנטי לתכונות אלו (לדוגמה: סכיזופיות=ליקוי בתפיסה, חשיבה מאגית, אנהדוניה).

● גורמים סביבתיים ביולוגיים

- ← דלקת נגיפית של האם בהריון (כגון: שפעת, אדמת)
- ← אי-התאמה בגורם רזוס (RH של סוג הדם) בין האם לעובר
- ← סיבוכים בהריון ולידה, ומחלות שונות בזמן ההריון.
- ← חסך תזונתי לפני הלידה (לא ברור האם באופן כללי או העדר חומר מזין מסוים)
- ← עקה אימהית בתחילת הריון
- ← שיבוש בהתפתחות המוקדמת של המוח - כבר בילדות קיימים סימנים מנבאים על התפתחות המחלה בבגרות, הבולט בניהם הוא שיבוש מוטורי.

השפעת הסכיזופרניה על המוח

- **ניורוקוגניציה** - יש ירידה קוגניטיבית עוד טרם פרוץ המחלה (פרודרום=סימנים מקדימים) אך כשהמחלה מתפרצת, יש ירידה דרסטית (סימן באבחון קליני). מה נפגע?
 - ✓ תפקודי קשב וריכוז
 - ✓ זיכרון עבודה
 - ✓ מעקב בתנועות עיניים
 - ✓ sensory gating (יכולת לסנן גירויים)
- **קוגניציה חברתית** - קושי להבין ולפרש נכון מצבים חברתיים, לרבות כוונות של הזולת.
- **איבוד נפח המוח** - הגדלת חדרים, שכיח יותר אצל גברים. התהליך נמשך כל החיים, הפרעה ניורו-פרוגרסיבית.

- שינויים מבניים במוח - הפחתת נפח באונות המצח והרקה (זיכרון, קבלת החלטות, תהליכי עיבוד מידע קולי), אמיגדלה, היפוקמפוס.
- שינויים בחומר הלבן - תקשורת משובשת בין חלקי המוח.
- תפקוד המוח - פעילות משובשת באונות המצח ואונות הרקה, קושי בתיאום בין האזורים.
- ארכיטקטורה של תאי המוח - ארגון הנוירונים במוח משתבש, חסרים בעיקר נוירונים מעכבים. רוב התרופות מורידות את רמות הסרוטונין.
- התפתחות המוח בגיל ההתבגרות - הבשלה חריגה של המוח, פגיעות ראש חמורות.
- נוירוכימיה:
 - ✓ רמה גבוהה של דופמין משבשת את היכולת להבחין בין עיקר לתפל, חשיבות לקויה.
 - ✓ רמה נמוכה של גלוטמט עלולה לגרום לסימפטומים דמוי-סכיזופרניה (חיוביים ושליילים).

פרק 15 - הפרעות בתקופת הילדות וההתבגרות

הבדלים בין פתולוגיות של ילדים ושל מבוגרים

- ✓ התמונה הקלינית של אותה הפרעה (למשל דכאון) יכולה להיות שונה אצל ילדים לעומת מבוגרים
- ✓ התנהגויות שנראות לא נורמליות וחריגות אצל מבוגרים, עשויות להיות חלק מההתפתחות הנורמטיבית אצל ילדים
- ✓ אבחון פתולוגיות אצל ילדים
- ✓ הכלים שברשותנו דומים לאלה של מבוגרים (הראיון הקליני, בשיחה או במשחק, טסטים פסיכולוגים מותאמים לילדים וכו')
- ✓ האם פתולוגיה אצל ילדים אופטימיות או פאסימיות משל מבוגרים? מצד אחד ילדים יותר פגיעים לפתח פתולוגיות מאשר מבוגרים, ותלויים במבוגר שיזהה את מצוקתם ויפנה עמם לטיפול. מצד שני כיוון שילדים נמצאים עדיין בתהליך התפתחות, יש משמעות להתערבויות מוקדמות לשם מניעה ושינוי.

גורמים מיוחדים הקשורים בטיפול בילדים ובמתבגרים

ישנם כמה גורמים מיוחדים שיש להביא בחשבון בטיפול בילדים ובמתבגרים:

- ✓ אי-היכולת של הילד לבקש עזרה - לילד שחווה קושי פסיכולוגי יש פעמים רבות קושי בהגדרת הבעיה ובבקשת עזרה. כאן נדרשת מעורבות מבוגרים (לרוב ההורים). לעיתים המבוגרים שאחראים על הילד לא מודעים לבעיותיו או מזניחים אותן. החוק מגדיר ארבעה תחומים שבהם מותר לתת לילד טיפול בלי הסכמת ההורים 1. קטינים בוגרים יכולים לקבל החלטות הנוגעות לעצמם); 2. קטינים עצמאיים שחיים בנפרד מהוריהם); 3. במצבי חירום; 4. במצבים שבהם בית המשפט מורה על מתן טיפול.
- ✓ פגיעויות שמעמידות ילדים בסיכון לפתח בעיות רגשיות - ילדים ובני נוער החווים אלימות או נחשפים אליה נתונים בסיכון מוגבר לפתח הפרעות פסיכולוגיות כמו כן, משפחות רבות מספקות לילדיהן סביבה לא רצויה. התעללות גופנית או מינית, גירושים של ההורים, סכסוכים משפחתיים וחוסר בית מעמידים בני אדם צעירים בסיכון גבוה למצוקה רגשית ובעקבותיה להתנהגות לא הסתגלותית.
- ✓ אפשרות להשתמש בהורים כסוכני שינוי - הורים יכולים לשמש כסוכני שינוי חיוביים באמצעות תרגול טכניקות המאפשרות להם לסייע לילדם לשנות את מחשבותיו, רגשותיו והתנהגותו.

- ✓ הצורך לטפל בהורים בד בבד עם הטיפול בילד - רוב הפרעות ההתנהגות הספציפיות בילדות מקורן כנראה באינטראקציות משפחתיות פתוגניות והן נובעות מבעיות פסיכיאטריות של ההורים עצמם ולכן במקרים מסוימים, תוכנית הטיפול עשויה להתמקד בהורים בלבד. הטיפול בילדים הולך ונעשה אפוא טיפול משפחתי שבו אחד ההורים או שניהם, יחד עם הילד ואחיו, עשויים להשתתף בכל שלבי התוכנית.
- ✓ הבעיה של השמת הילד מחוץ למשפחתו - כאשר המצב בבית הוא קיצוני ביותר מבחינת התעללות/הזנחה, ניתן לשקול להעביר את הילד לגורמי חוץ מבין 4 האפשרויות הבאות: 1. משפחות אומנה; 2. מוסדות פרטיים לטיפול בילדים כגון בתים לחיים משותפים בקבוצות; 3. מוסדות אזוריים או ממלכתיים; 4. בתים של קרובי משפחה.
- ✓ החשיבות שבהתערבות מוקדמת, לפני החרפת הבעיות - פסיכולוגים מנסים להתערב לפני שיחול שיבוש חמור בהתפתחות הילד.

פגיעויות פסיכולוגיות של ילדים קטנים

- לילדים אין השקפה מורכבת ומציאותית על עצמם ועל עולמם והם טרם פיתחו תחושת זהות יציבה או הבנה ברורה של הציפיות שתולים בהם והמשאבים העומדים לרשותם כדי להתמודד עם בעיות.
- איומים נתפסים מיידים ומצטיירים כבעלי חשיבות יתר חריגה כי שיקולים שנוגעים לעתיד ולעבר מרסנים אותם פחות, מסיבה זו ילדים מתקשים יותר ממבוגרים להתמודד עם אירועים מעוררי עקה.
- חוסר ניסיונם של ילדים בהתמודדות עם מצוקות עשוי להפוך בעיניהם בעיות הניתנות לטיפול לבעיות שאי-אפשר להתגבר עליהן.
- ילדים תלויים בבני אדם אחרים שעשויים לשמש כהגנה מפני סכנות אחרות, אך היא גם גורמת לילדים להיות פגיעים במיוחד לדחייה או להזנחה מצד אחרים.

הפרעות חרדה אצל ילדים ומתבגרים

← הפרעת חרדה, דיכאון והפרעה דו קוטבית

- מי מאתנו לא פחד ממשו או מכמה אירועים/מצבים/אובייקטים במהלך ילדותו?
- מרבית הילדים פגיעים לחוסר-ודאות, פחד או חרדה כחלק נורמלי מתהליך הגדילה. למשל ילדים פוחדים מחושך, רעמים, כלבים, ליצנים וכו'.
- מתי נוכל לומר שמדובר בבעיה שדורשת התייחסות? - כאשר חוויות הפחד והחרדה קיצוניות כל כך, מתמשכות, משבשות תפקוד יומיומי נראה שהילד סובל מהפרעת חרדה.
- **אבחון** - הפרעות חרדה בילדות ובהתבגרות מסווגות באופן דומה לזה של הפרעות חרדה במבוגרים.
- **תפוצה** - הפרעות חרדה הן הפרעות הנפש השכיחות ביותר בקרב ילדים ומתבגרים (כ-32% מהצעירים בארצות הברית).
- **מגדר** - יותר בנות (38%) מבנים (26%).
- הפרעות חרדה הן הפרעות הנפש השכיחות ביותר בקרב ילדים ומתבגרים. לרוב הן מתבטאות ב: 19% פוביות ספציפיות; 9% פוביה חברתית; 8% הפרעת חרדת פרידה; 5% הפרעת עקה פוסט-טראומטית. (נתונים ממחקר 2010)
- **קומורבידיות** - נטייה גבוהה להפרעות דיכאון (כמו אצל מבוגרים).

הפרעת חרדת פרידה (SEPARATION ANXIETY DISORDER)

- מסווגת ב-DSM-5 כאחת מהפרעות החרדה, מאופיינת בחרדת יתר מפרידה מדמויות מרכזיות בחיי הילד, כגון אימהות, ומסביבות ביתיות המוכרות לו. כלומר, הקטגוריה היא "הפרעות חרדה".
- ילדים עם הפרעת חרדת פרידה הם לעיתים קרובות חסרי ביטחון עצמי והם חוששים ממצבים חדשים ונוטים להיות לא בשלים לגילם. הורים לילדים כאלה אומרים שהם ביישנים, רגישים, חסרי שקט, כנועים ומוטרדים, קל לרפות את ידיהם וקל להביאם לידי דמעות.
- במקרים רבים אפשר לזהות גורם עקה פסיכו-חברתי ברור כגון מותו של אדם קרוב או חיית מחמד.
- כשילדים אלה מופרדים מדמויות ההיקשרות שלהם, הם נעשים מוטרדים מאוד בשל פחדים מבעיתים, כגון חשש שהוריהם עומדים לחלות או למות.

גורמים סיבתיים בהפרעות חרדה

- גורמים גנטיים - רגישות מבנית, נטייה גנטית לחוות רגשות בעוצמה עזה יותר.
- גורם עקה מזוהה - במקרים רבים אפשר לזהות גורם עקה פסיכו-חברתי ברור כגון מוות/פרידה מדמות משמעותית או חיית מחמד.
- סגנון הורות מגונן מדי עלול לשדר חוסר אמונו ביכולתו של הילד להתמודדות עצמאית וכך לפתח אצלו רגישות יתר לסכנות ולאיומים של העולם החיצון.
- הורות אדישה - הורה מנותק או דוחה עלול לגרום לילד לחוש שאינו מקבל תמיכה מספקת לרכישת כישורים חיוניים ולהשגת תפיסת-עצמי חיובית.
- מאפיינים תרבותיים - רמות חרדה גבוהות יותר בתרבויות המעודדות לאיפוק, צייתנות ומשמעות נוקשה.

טיפול

- טיפול תרופתי נוגד דכאון (כמו למבוגרים) - SSRI, בנזודיאזפינים (טיפול נקודתי יותק כמו קלונקס, משהו מרגיע).
- טיפול פסיכולוגי מסוג CBT נמצא יעיל מאוד בהפרעות חרדה, כי זו הפרעה מאוד ממוקדת ולאו דווקא יש צורך לטפל בדברים אחרים, ניתן להתמקד בזה. הטיפול כולל חיזוקים חיוביים שמעצים אסטרטגיות של התמודדות עם פחדים וחשיפה לגירוי המפחיד.
- הדרכת הורים - ליאת הוסיפה מהשטח, למרות שלא כתוב בספר.

הפרעת דיכאון (חד קוטבי) בילדות

- דיכאון בתקופת הילדות, בדומה לדיכאון אצל מבוגרים, מאופיין בתסמינים של עצב, הסתגרות, בכי, נדודי שינה וחוסר תיאבון ובמקרים מסוימים מחשבות אובדניות או ניסיונות התאבדות. בעבר, דיכאון בילדות סווג לפי אותם קריטריונים המשמשים לאבחנת דיכאון אצל מבוגרים. אחד השינויים באבחנה של דיכאון בילדים הוא שרגזנות היא לעיתים קרובות תסמין מרכזי שיכול להיות חלופה למצב רוח דיכאוני. אצל ילדים יחפשו לפעמים רגזנות יותר מאשר עצבות בניגוד למבוגרים.
- תפוצה - שיעורים גבוהים יחסית של דיכאון בקרב ילדים ומתבגרים. כ- 12% מכלל הילדים והמתבגרים ענו לקריטריונים של דיכאון קשה.
- מגדר - בנות גבוה יותר (16%) לעומת בנים (8%).

- דיכאון אומנם יכול להופיע בילדות, אך שיעורו בתקופה זו נמוך והוא מזנק במידה ניכרת בגיל ההתבגרות.

גורמים סיבתיים לדיכאון בתקופת הילדות/התבגרות

גורמים סיבתיים ביולוגיים

- גנטיקה - נראה כי קיים קשר בין דיכאון אצל ההורים לבין בעיות התנהגות ומצבי רוח אצל ילדים.
- תסמונת האלכוהול - חשיפת העובר לאלכוהול נמצאה קשורה לדיכאון הילד בילדות.

גורמים סיבתיים סביבתיים

- אירועי חיים שליליים וגורמי למידה - חוויה של אירועי חיים שליליים ולמידה של התנהגויות לא הסתגלותיות נמצאו קשורות להפרעות דיכאון בתקופת הילדות.
- אם דיכאונית - ילדים הנחשפים להתנהגות הורית שלילית או למצבים רגשיים שליליים עשויים לפתח בעצמם רגשיות דיכאונית.

טיפול

- טיפול תרופתי נוגד דכאון (כמו למבוגרים). קיימים חילוקי דעות
- טיפול פסיכולוגי נמצא יעיל באופן כללי. CBT מביא לירידה משמעותית בתסמיני הדיכאון ויכול להפחית תסמיני חרדה.

הפרעה דו-קוטבית בילדות והתבגרות

- התפוצה - 3% (הפרעה דו קוטבית נפוצה פחות מדיכאון חד קוטבי).
- בארצות הברית חלה עלייה בשימוש באבחנה של הפרעה דו-קוטבית בקרב ילדים ומתבגרים.
- מגדר - יותר בנים (66% מהפונים לטיפול) לעומת בנות (34%).
- הסברים אפשריים לעליה זו:
 - א. עליה אמיתית במספר המקרים
 - ב. עליה במודעות לקיום ההפרעה
 - ג. נטייה מהירה מדי לאבחון ההפרעה ("יד קלה על ההדק") (קומורבידיות גבוהה עם הפרעת קשב והיפראקטיביות - ADHD).

טיפולים ותוצאותיהם בהפרעות מצב רוח חד/דו קוטביות בילדות ובהתבגרות

- טיפולים על בסיס ביולוגי (פסיכו-פרמקולוגי) - תרופות נוגדות דיכאון הן מהתרופות השכיחות ביותר בטיפול בהפרעות נפש של ילדים ומתבגרים. מחקרים שבחן את מידת יעילותן של תרופות נוגדות דיכאון נמצאו כי תרופות כדוגמת פרוזק (Prozac) יעילות יותר מאשר פלסבו. תופעות לוואי - נוסף לאלו הקיימות בטיפול במבוגרים (בחילה, כאבי ראש, עצבנות, נדודי שינה ואף פרכוסים) נמצאו כי בילדים ובמתבגרים, תרופות אלה נמצאו בסיכון מוגבר למחשבות והתנהגויות אובדניות.

● טיפולים פסיכולוגיים

טיפול קוגניטיבי - התנהגותי הביא לירידה משמעותית בתסמיני הדיכאון.
טיפול קצרי מועד - מפחיתים גם תסמינים של חרדה בנוסף להפחתת תסמיני הדיכאון.

קטגוריית על - הפרעות של הרסנות, שליטה בדחפים והתנהגות

שתי הפרעות הקטגוריה זו

✓ הפרעת התנגדות

✓ הפרעת התנהגות

הפרעת התנגדות (OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER – ODD)

● לפחות חצי שנה של: דפוס חוזר ונשנה של התנהגות שלילית, מתריסה, לא צייתנית ועוינת כלפי דמויות סמכות.

● הפרעת התנגדות נחלקת לשלושה סוגים:

✓ מצב רוח כעוס ורגזני

✓ התנהגות וכחנית ומתנגדת

✓ נקמנות.

● ההפרעה מתחילה לרוב לפני גיל 8 ותפוצתה במהלך חיים היא 10% עם שיעור גבוה מעט יותר בקרב בנים (11%) מאשר בקרב בנות (9%).

● כ-25% עד 40% ממקרי הפרעת התנהגות המופיעה בגיל מוקדם מתפתחים להפרעת אישיות אנטי-חברתית בתקופת הבגרות. הפרעת התנגדות תמיד קודמת להפרעת התנהגות, איך לא תמיד מובילה להפרעת התנהגות.

● גורמי סיכון:

✓ חיכוכים משפחתיים

✓ מעמד סוציו-אקונומי נמוך

✓ התנהגות אנטי חברתית של ההורים.

הפרעת התנהגות (Conduct Disorder) עמוד 935

● א. דפוס חזרתי ומתמשך של הפרת הזכויות הבסיסיות של הזולת או של מוסכמות או כללים חברתיים המתאימים לגיל המתבטאים בקיומם של לפחות שלושה מתוך 15 הקריטריונים שלהלן במהלך 12 החודשים האחרונים וקיומו של קריטריון אחד לפחות ב-6 החודשים האחרונים. ניתן לחלקם לארבעה תחומים:

1. ✓ תוקפנות כלפי אנשים ובעלי חיים - התנהגות בבריונות-איום והפחדה, יזימת תגרות, שימוש בכלי נשק לפגיעה, התאכזרות כלפי בעלי חיים ובני אדם. (7 קריטריונים מתוך ה-15 משתייכים לתחום זה)

2. ✓ הרס רכוש - הצתה והרס רכוש של אחרים במכוון. (2 קריטריונים מתוך ה-15 משתייכים לתחום זה).

3. ✓ מרמה או גניבה - פריצות לבתים ומכוניות, גניבה מחנויות, שקרים להשגת סחורות/טובות הנאה/ התחמקות ממחויבויות. (3 קריטריונים מתוך ה-15 משתייכים לתחום זה)

4. ✓ הפרות חמורות של חוקים - שהיה מחוץ לבית בשעות הלילה למרות איסורי ההורים, בריחה מהבית, השתמטות מבית ספר - לפני גיל 13. (3 קריטריונים מתוך ה-15 משתייכים לתחום זה)

- **ב. הפרעה בהתנהגות גורמת לשיבוש משמעותי מבחינה קלינית בתפקוד החברתי, הלימודי או התעסוקתי.**
- **ג. אם האדם בן 18 או יותר, הקריטריונים אינם עונים לאבחנה של הפרעת אישיות אנטי חברתית.**

● גורמי סיכון להפרעת התנהגות:

- ✓ חיכוכים משפחתיים
- ✓ מעמד סוציו-אקונומי נמוך
- ✓ התנהגות אנטי חברתית של ההורים

הקשר בין הפרעת התנגדות להפרעת התנהגות

- מאפייני התנהגות דומים: התנהגות מתריסה, מתנגדת ועוינת, אם כי קיימים הבדלים משמעותיים בין שתי ההפרעות.
- הפרעת התנגדות מתחילה לרוב לפני גיל 8 ותפוצתה במהלך חיים היא 10% עם שיעור גבוה מעט יותר בקרב בנים (41%) מאשר בקרב בנות (9%). במחקרים פרוספקטיביים נמצא רצף התפתחותי כך שהפרעת התנגדות קודמת למעשה לכל מקרי הפרעות ההתנהגות, אך לא כל הילדים עם הפרעת התנגדות מפתחים הפרעת התנהגות תוך 3 שנים.
- גורמי הסיכון לשתי ההפרעות דומים וכוללים חיכוכים משפחתיים, מעמד חברתי-כלכלי נמוך והתנהגות אנטי-חברתית של ההורים.

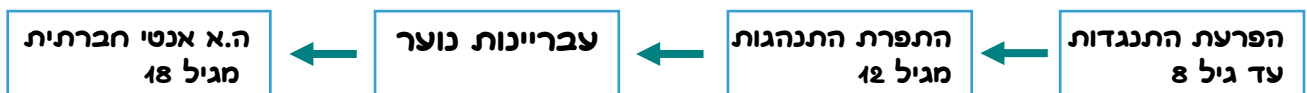
גורמים סיבתיים להפרעת התנהגות והתנגדות

- **מגעל המנציה את עצמו** - ישנן ראיות רבות לכך שנטייה גנטית מולדת לאינטליגנציה מילולית נמוכה, לבעיות נוירופסיכולוגיות קלות (ליקויים בתפקודים של שליטה עצמית, כגון שמירה על קשב, תכנון, ניטור עצמי ועיכוב התנהגויות כושלות או אימפולסיביות) ולמזג קשה, מכשירות את הקרקע להופעה מוקדמת של הפרעת התנהגות. העדר מוכנות לרכישת השכלה פורמלית שבמרוצת הזמן מובילה לכישלון בלימודים, וכך נסללת הדרך לדחייה חברתית. ילד שלומד בכיתה מיוחדת נחשף להתנהגויות עברייניות שהוא מאמץ לעצמו.
- **רחבת ההסבר על מעגל המנציה את עצמו (חלוקה לשלבים):**
 1. ההורים ומורים עלולים להגיב כלפי ילדים תוקפניים ברגש שלילי חזק כגון זעם. הצירוף של דחייה מצד ההורים, דחייה מצד בני קבוצת השווים ודחייה מצד המורים גורם לילדים אלה לבידוד ולניכור.
 2. תחושת הניכור שחווים מעודדת ילדים אלה לפנות לקבוצות ילדים חריגות בחיפוש אחר חברה ותחושת שייכות,
 3. בהתחברותם לקבוצות שוליים עלולים לחקות במידה רבה את התנהגותם האנטי-חברתית של המודלים החריגים.
 4. בעיות התנהגות חמורות יכולות לגרור אחריהן בעיות נוספות בבריאות הנפש. לדוגמה, ילדים המדווחים על רמות גבוהות יותר של בעיות התנהגות מועדים כמעט פי ארבע יותר לעבור אפיזודת דיכאון בשנות הבגרות המוקדמות שלהם ולהפרעות נפשיות אחרות בבגרותם.
- גיל הופעת ההפרעה לראשונה והקשרים שלה עם הפרעת אישיות אנטי-חברתית כ-25% עד 40% בלבד ממקרי הפרעת התנהגות המופיעה בגיל מוקדם מתפתחים להפרעת אישיות אנטי-

חברתית בתקופת הבגרות למרות שיותר מ-80% מן הבנים עם הפרעת התנהגות בגיל מוקדם ממשיכים לסבול מבעיות רבות של תפקוד חברתי לקוי.

- גורמים פסיכו-חברתיים בעיות התנהגות חמורות יכולות לגרור אחריהן בעיות נוספות בבריאות הנפש. לדוגמה, ילדים המדווחים על רמות גבוהות יותר של בעיות התנהגות מועדים כמעט פי ארבע יותר לעבור אפיזודת דיכאון בשנות הבגרות המוקדמות שלהם. הורים ומורים עלולים להגיב כלפי ילדים תוקפניים ברגש שלילי חזק כגון זעם והצירוף של דחייה מצד ההורים, דחייה מצד בני קבוצת השווים ודחייה מצד המורים גורם לילדים אלה לבידוד ולניכור. אין פלא שהם מרבים לפנות לקבוצות ילדים חריגות בחיפוש אחר חברה, ובשלב זה הם עלולים לחקות במידה רבה את התנהגותם האנטי-חברתית של המודלים החריגים.
- הרקע המשפחתי של ילד עם הפרעת התנהגות מאופיין בדרך כלל בדחייה, בהטלת משמעת נוקשה ולא עקבית ובהזנחה הורית.
- מעמד חברתי-כלכלי נמוך, מגורים בשכונות מצוקה, עקה ודיכאון אצל ההורים מגדילים כפי הנראה את הסבירות שהילד יילכד במעגל הקסמים הזה ללא מוצא.

רצף התפתחות פוטנציאלי



טיפול בהפרעת התנגדות והתנהגות

- **מודל המשפחה המגובשת** - ההשקפה שלפיה מקורן של בעיות התנהגות הוא באינטראקציות בין ההורה לילד מעמידה במוקד הטיפול באופן ישיר את האינטראקציה בין הילד להוריו. הדרכת הורים כיצד לקדם ולחזק ביעילות התנהגויות פרו-חברתיות ולהתעלם מהתנהגויות תוקפניות או אנטי-חברתיות.
- המטפל פוגש את הילד ומלמד אותו מיומנויות של פתרון בעיות (כגון כיצד ליזום ולבצע תגובות הסתגלותיות יותר כלפי זולתם).
- צירוף שתי הגישות האלה יעיל במיוחד בהפחתת בעיות התנהגות אצל ילדים, והשפעתן אינה פגה גם זמן רב אחרי סיום הטיפול.
- העובדה שמחקרים קודמים זיהו גורמי סיכון רבים ושונים לבעיות התנהגות, מאפשרת לחוקרים ולמטפלים להשתמש במידע זה כדי לזהות את הילדים הנתונים בסיכון גבוה לפתח הפרעת התנהגות ומתאימים להשתתף בתוכניות מניעה המיועדות להקטין את הסיכוי לבעיות התנהגות.

קטגוריית על - הפרעות הפרשה

הפרעת הרטבה (enuresis)

- הפרעת הפרשה של הטלת שתן לא רצונית דרך קבע, בדרך כלל בלילה, לאחר הגיל הצפוי לשליטה (גיל 5), שאינה נובעת מסיבה אורגנית. ילדים הלוקים בהרטבה ראשונית לא הגיעו מעולם לשליטה. ילדים עם הרטבה משנית היו מסוגלים לשלוט בהטלת שתן במשך שנה לפחות אך חלה אצלם נסיגה. על פי הערכות המדווחות ב-DSM-5, תפוצתה של הרטבה היא:
5% עד 10% בקרב בני 5
3% עד 5% בקרב בני 10

גורמים סיבתיים אפשריים להפרעת הרטבה

- ✓ א. למידה לקויה, הגורמת לכישלון ברכישת עיכוב הרפלקס של ריקון השלפוחית.
- ✓ ב. אי-בשלות אישית, הקשורה בבעיות אישיות או נובעת מהן
- ✓ ג. אינטראקציות משובשות במשפחה, בייחוד כאלה המביאות לחרדה או לעוינות מתמשכת או לשתייה
- ✓ ד. אירועים מעוררי עקה. לדוגמה, ילד עלול לחזור להרטבה כאשר תינוק חדש מצטרף למשפחה וזוכה למרב תשומת הלב.

טיפול

- הוכח כי **תהליכי התניה** הם טיפול יעיל ביותר בהרטבה: חיישן הרטבה - מייד עם הופעת טיפות השתן הראשונות הפעמון מופעל ומעיר את הילד. באמצעות ההתניה, הילד לומד לקשר בין מתח בשלפוחית לבין התעוררות.
 - **הטיפול התרופתי** - אימיפרמין תרופה נוגדת דיכאון - יתכן שהופכת את שלהי השינה העמוקה לשינה קלה, מה שמאפשר לילד לזהות את צרכיו הגופניים.
 - טיפול תרופתי נוסף - תרסיס לשאיפה דרך האף הוא תחליף הורמון המגביר את רמת הריכוז של השתן ומקטין את נפחו ומפחית את הצורך להשתין, נמצא יעיל במיוחד.
 - ישנן ראיות שלפיהן הגישה הביו-התנהגותית, כלומר השימוש בחיישן הרטבה בצד התרסיס דרך האף, היא היעילה ביותר.
- הפרעת הכתמה (encopresis)**
- הפרעת הפרשה המאפיינת ילדים שלמדו להפריש צואה בשירותים אחרי גיל 4. התופעה קיימת אצל 1% מכלל בני ה-5. במחקר נמצא שמספר הבנים המכתימים היה גדול פי שישה בערך ממספר הבנות. רבים מהילדים עשו את צורכיהם בתוך הבגדים כשהיו נתונים בעקה. זמן שכיח היה שעות אחר הצהריים, אחרי שובם מבית הספר. מרבית הילדים דיווחו שאינם יודעים מתי הם צריכים לעשות את צורכיהם או היו ביישנים מדי כדי להשתמש בשירותים בבית הספר.
 - רבים מהילדים המכתימים סובלים מעצירות ולכן מרכיב חשוב באבחון ההפרעה כולל בדיקה גופנית כדי לקבוע אם יש גורמים פיזיולוגיים התורמים להפרעה. הטיפול בהכתמה כולל בדרך כלל היבטים רפואיים ופסיכולוגיים גם יחד.
 - **טיפול** - במחקרים אחדים על שימוש בהליכי התניה בבעיות הכתמה בילדים דווח על הצלחה בטיפול. דהיינו, לא אירעו תקריות נוספות בתוך 6 חודשים אחרי הטיפול.

הפרעות נורו-התפתחותיות

הפרעות שחוקרים מאמינים שנובעות מהתפתחות לא תקינה של המוח

- ✓ הפרעת קשב והיפראקטיביות
- ✓ הפרעה על רצף האוטוטיזם
- ✓ הפרעות טיקים
- ✓ הפרעות למידה ספציפיות
- ✓ מוגבלות שכלית
- הפרעות נורו-התפתחותיות הן קבוצת מצבים המאופיינים בהתפרצות מוקדמת ובמהלך מתמשך ושהחוקרים סבורים כי מקורן בשיבושים בהתפתחות התקינה של המוח.

- הפרעות נוירו-התפתחותיות שונות מחרדה ומדיכאון בכך שההתפרצות שלהן היא בהכרח בתקופת הילדות.
- הפרעות נוירו-התפתחותיות שונות מהפרעת התנהגות ומהפרעת התנגדות בכך שהן כנראה תוצאה של עיכוב או שיבוש משמעותי בהתפתחות המוח הנמשכים אל החיים הבוגרים.
- הפרעות נוירו-התפתחותיות שונות האחת מהשנייה, אך חולקות גורמי סיכון משותפים.

הפרעת קשב והיפראקטיביות (HD/ADHD/AD) קריטריונים לפי ה- DSM V

- א. דפוס מתמשך של חוסר קשב ו/או היפראקטיביות-אימפולסיביות המפריע לתפקוד או להתפתחות, כפי שהוא מאופיין בסעיף 1 ו/או 2:

1. חוסר קשב - שישה (או יותר) מהתסמינים המפורטים בעמוד הבא התקיימו במשך ששת החודשים האחרונים ברמה שאינה תואמת את רמת ההתפתחות והמשפיעה באופן שלילי ישירות על הפעילות החברתית, הלימודית או התעסוקתית.

- ✓ א. לעתים קרובות לא מעניקים תשומת לב לפרטים או עשיית שגיאות רשלניות בשיעורי הבית/עבודה/פעילויות.
- ✓ ב. קושי להתמיד בקשב במשימות/משחק.
- ✓ ג. נראה חסר קשב כשדיבור מופנה אליו ישירות.
- ✓ ד. אינו עוקב אחר הוראות ואינו משלים מטלות בבי"ס או משימות בעבודה.
- ✓ ה. מתקשה בארגון מטלות ופעילויות, קושי בארגון ובשמירה על סדר של חומרים וחפצים.
- ✓ ו. לעיתים קרובות מתחמק ממטלות המצריכות מאמץ מנטלי מתמשך, מביע חוסר עניין במטלות מסוג זה או מביע הסתייגות מביצוען.
- ✓ ז. איבוד חפצים נחוצים למשימות/פעילויות.
- ✓ ח. דעה מוסחת מגירויים חיצוניים או מחשבות שלא קשורות לעניין.
- ✓ ט. שכחת פעילויות שגרתיות.

2. היפראקטיביות ואימפולסיביות - שישה (או יותר) מהתסמינים שלהלן התקיימו במשך ששת החודשים האחרונים ברמה שאינה תואמת את רמת ההתפתחות והמשפיעה באופן שלילי ישירות על הפעילות החברתית, הלימודית או התעסוקתית.

- ✓ א. לעיתים קרובות האדם משחק ומתופף באצבעות הידיים או בכפות הרגליים בעצבנות או מתנועע בחוסר שקט בכיסא.
- ✓ ב. לעיתים קרובות האדם קם ממקום הישיבה כאשר היה מצופה שהוא יישאר לשבת (למשל קימה מהכיסא בכיתה, במשרד או במקום עבודה אחר או במצבים אחרים הדורשים ישיבה במקום).
- ✓ ג. לעיתים קרובות האדם מתרוצץ או מטפס במצבים שבהם זה אינו מתאים.
- ✓ ד. לעיתים קרובות האדם אינו יכול לשחק או לעסוק בשקט בפעילויות פנאי.
- ✓ ה. לעיתים קרובות האדם נמצא בתנועה מתמדת כאילו מונע על ידי מנוע.
- ✓ ו. לעיתים קרובות האדם מדבר במידה מוגזמת.
- ✓ ז. לעיתים קרובות האדם מתפרץ עם תשובה לפני השלמת השאלה.
- ✓ ח. לעיתים קרובות האדם מתקשה לחכות לתורו.
- ✓ ט. לעיתים קרובות האדם מתפרץ לדברי אחרים ומפריע להם.

- **ב. כמה מהתסמינים של חוסר הקשב ושל ההיפראקטיביות-אימפולסיביות הופיעו לפני גיל 12. גם אם מאבחנים אדם בגיל 30 צריך לראות הסימפטומים הופיעו כבר לפני גיל 12 כי זה התפתחותי.**
- **ג. כמה מהתסמינים של חוסר הקשב או ההיפראקטיביות-אימפולסיביות מופיעים בשני מקומות או יותר (למשל בבית, בבית הספר או במקום העבודה, עם חברים או קרובי משפחה, בפעילויות אחרות).**
- **ד. ישנן ראיות ברורות לכך שהתסמינים מפריעים לאיכות תפקודו החברתי, הלימודי או התעסוקתי של האדם ומורידים את איכותם.**
- **ה. התסמינים אינם מופיעים אך ורק במהלך סכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת ואי אפשר להסבירם טוב יותר באמצעות הפרעת נפש אחרת.**

תסמינים של חוסר קשב

- האדם לעיתים קרובות אינו מעניק תשומת לב מספקת לפרטים או עושה שגיאות רשלניות בשיעורי הבית, בעבודה או בפעילויות אחרות (למשל התעלמות מפרטים או אי-דיוק בהם).
- לעיתים קרובות האדם מתקשה להתמיד בקשב במשימות או במשחק (למשל קושי במיקוד קשב במהלך הרצאות, בשיחות ובקריאה ממושכת).
- לעיתים קרובות האדם נראה חסר קשב כשדיבור מופנה אליו ישירות.
- לעיתים קרובות האדם אינו עוקב אחר הוראות ואינו משלים מטלות בבית הספר או משימות ותפקידים במקום העבודה.
- לעיתים קרובות האדם מתקשה בארגון מטלות ופעילויות (למשל קושי בניהול רציף של מטלות, קושי בארגון ובשמירה על סדר של חומרים וחפצים אישיים, אי-סדר וחוסר ארגון בעבודה, ניהול זמן גרוע ואי-עמידה בלוח זמנים).
- לעיתים קרובות האדם מתחמק ממטלות המצריכות מאמץ מנטלי מתמשך.
- האדם מאבד חפצים הנחוצים למשימות או לפעילויות (למשל חומרים של בית הספר, עפרונות, ספרים, ארנקים, מפתחות, ניירת, משקפיים, טלפון נייד).
- לעיתים קרובות דעתו מוסחת בקלות מגירויים חיצוניים.
- לעיתים קרובות האדם שוכח פעילויות שגרתיות (למשל מטלות יום-יומיות, סידורים).

תסמינים של היפראקטיביות/אימפולסיביות

- לעיתים קרובות האדם משחק ומתופף באצבעות הידיים או בכפות הרגליים בעצבנות או מתנועע בחוסר שקט בכיסא.
- לעיתים קרובות האדם קם ממקום הישיבה כאשר היה מצופה שהוא יישאר לשבת (למשל קימה מהכיסא בכיתה, במשרד או במקום עבודה אחר או במצבים אחרים הדורשים ישיבה במקום).
- לעיתים קרובות האדם מתרוצץ או מטפס במצבים שבהם זה אינו מתאים.
- לעיתים קרובות האדם אינו יכול לשחק או לעסוק בשקט בפעילויות פנאי.
- לעיתים קרובות האדם נמצא בתנועה מתמדת כאילו מונע על ידי מנוע.
- לעיתים קרובות האדם מדבר במידה מוגזמת.
- לעיתים קרובות האדם מתפרץ עם תשובה לפני השלמת השאלה.
- לעיתים קרובות האדם מתקשה לחכות לתורו.
- לעיתים קרובות האדם מתפרץ לדברי אחרים ומפריע להם.

תפוצת ההפרעה, והבדלים בין המגדרים

- כ-9% מכלל הילדים והמתבגרים וההפרעה המאובחנת ביותר על ידי אנשי מקצוע בתחום הבריאות.
- שיעור תפוצתה של ההפרעה אצל בנים גבוה הרבה יותר (13%) מאשר אצל בנות (4%) והיא מלווה פעמים רבות בהפרעות מוחצנות אחרות, כגון הפרעת התנגדות והפרעת התנהגות.
- הפרעת קשב והיפראקטיביות מופיעה בכל התרבויות ברחבי העולם.

גורמים סיבתיים להפרעה

- גנטיקה וגורמים חברתיים - סיבתיים יחדיו.
- לפי מחקרים, נפחי המוח של ילדים עם ADHD קטן מזה של ילדים ללא ההפרעה ומוחם מגיע לבשלות כשלוש שנים מאוחר יותר מזה של ילדים ללא ההפרעה. איחורים אלה בולטים באזורי מוח קדם מצחיים המעורבים בקשב, שליטה ובאימפולסיביות.

טיפול תרופתי ב- ADHD

- לחומרים ממריצים כגון ריטלין יש השפעה מרגיעה על ילדים עם הפרעת קשב והיפראקטיביות. כתוצאה מכך, הם מסוגלים לתפקד טוב יותר בבית הספר. עם זאת לתרופה יש תופעות לוואי רבות.
- תופעות לוואי - זרימה מופחתת של דם למוח שעלולה לגרום שיבושים ביכולת החשיבה ובאובדן הזיכרון, שיבוש בהורמון הגדילה, שמביא לדיכוי הצמיחה בגופו ובמוחו של הילד, נדודי שינה, תסמינים פסיכויטיים ותסמינים אחרים.
- התרופה אינה מרפאת, אלא גורמת להפחתת סימפטומים של ההפרעה אצל מחצית עד שני שלישי מהמקרים.
- לווריאנט חדש יותר של התרופה, הנקרא Concerta, יש יתרונות דומים, והוא קיים במינונים שיכולים להתאים יותר לאורח החיים של מתבגרים.
- שלוש תרופות אחרות לטיפול בהפרעת קשב והיפראקטיביות זכו להתעניינות בשנים האחרונות:
 - ✓ **Pemoline** שונה מאוד מריטלין מהבחינה הכימית. יש לה השפעה חיובית על ההתנהגות בכיתה באמצעות שיפור העיבוד הקוגניטיבי, והיא גורמת פחות תופעות לוואי בלתי נעימות בהשוואה לריטלין.
 - ✓ **Strattera** היא תרופה לא ממריצה שמאפשרת טיפול ללא ניטור. תופעות הלוואי שלה כוללות תיאבון ירוד, בחילות, הקאות ותשישות.
 - ✓ **Adderall** אינה מספקת יתרון או שיפור גדול יותר בתוצאות בהשוואה לאחרות.

טיפול תרופתי ב- ADHD

- ההשפעה לטווח הארוך של תרופות עדיין לא ידועה. עם זאת, מבוגרים שנוטלים את התרופות - רואים שיפור ברור. למשל מבוגרים עם ADHD נתונים בסיכון מוגבר לתוצאות כגון תאונות דרכים וניסיונות התאבדות.
- יעילות התרופות הוכחה, אך הדמיון במבנה הכימי בין ריטלין וקוקאין מעורר אצל חלק מהחוקרים דאגה באשר לשימוש בתרופה לטיפול ב- ADHD.
- ישנם גם דיווחים על השימוש בריטלין למטרות בילוי, בייחוד בקרב סטודנטים (כלומר, ABUSE של התרופה).

טיפול פסיכולוגי ב- ADHD

- גם התערבויות פסיכולוגיות מניבות תוצאות חיוביות.
- לפי הגישה ההתנהגותית, לדוגמה חיזוקים חיוביים של התנהגויות רצויות בכיתה, או תוכנית התערבות בבית הספר למניעה של התנהגות לקויה בבי"ס - נמצאה יעילה יותר לילדים ברמת הפרעה נמוכה או בינונית.
- טיפול משפחתי.
- התערבויות עם ההורים
- התערבויות בבית הספר
- טיפול בילד (במצב של אבחון מוקדם, ובמצב של אבחון כאשר כבר קיימות השלכות רגשיות וחברתיות נוספות).

הפרעה על רצף האוטיזם (ASD)

- הפרעה נורו התפתחותית הכוללת מגוון רחב של התנהגויות בעייתיות: ליקויי שפה, תפיסה, התפתחות מוטורית, שיבושים בתקשורתית החברתית, בוחן מציאות לקוי (לא מאפיין עיקרי).

הפרעה על רצף האוטיזם (ASD) קריטריונים של ה-DSM V:

- א. ליקויים תמידיים בתקשורת חברתית ובאינטראקציות חברתיות בהקשרים שונים, כיום או בעבר, המתבטאים בתסמינים שלהלן (הדוגמאות משמות להמחשה ואינן ממצות):
 - ✓ 1. ליקויים בהדדיות החברתית-רגשית בטווח שבין למשל התקרבות חברתית בלתי תקינה וכשלים בכישורי שיח הדדי תקין ובין שיתוף מופחת בתחומי עניין, ברגשות ובמבע רגשי ועד כישלון בייזום אינטראקציות חברתיות או בתגובה להן.
 - ✓ 2. ליקויים בהתנהגויות תקשורתיות לא מילוליות המשמשות לאינטראקציות חברתיות: ליקויים בקשר עין ובשפת הגוף או ליקויים בהבנת השימוש במחוות גוף ועד היעדר מוחלט של הבעות פנים ושל תקשורת בלתי מילולית.
 - ✓ 3. ליקויים בפיתוח של מערכות יחסים, בשימורם ובהבנתם, קשיים בשיתוף במשחק דמיוני או ביצירת קשרים חברתיים ועד היעדר עניין בבני הגיל.
- ב. דפוסי התנהגות, עניין או פעילות מוגבלים חוזרים ונשנים, בהווה או בעבר, המתבטאים לפחות בשניים מהסעיפים שלהלן:
 - ✓ 1. תנועות מוטוריות סטריאוטיפיות או חזרתיות, המתבטאות בשימוש בחפצים או בדיבור (למשל חזרתיות על תנועות פשוטות, סידור צעצועים בשורה, נפנוף בחפצים, הדהוד, היגדים ייחודיים).
 - ✓ 2. חוסר גמישות בדבקות לשגרה או דפוסים טקסיים של התנהגות מילולית או בלתי מילולית (למשל מצוקה קיצונית עקב שינויים קטנים, קשיים במעברים, דפוסי חשיבה נוקשים, טקסי ברכת שלום, צורך לחזור בכל יום על אותו מסלול או לאכול את אותם מאכלים).
 - ✓ 3. תחומי עניין מוגבלים ומקובעים מאוד שעוצמתם והמיקוד שלהם אינם תקינים (למשל חזרתיות). הדוקה לחפצים מוזרים או להתעסקות בהם, תחומי עניין מצומצמים מאוד או חזרתיים).
 - ✓ 4. תגובתיות יתר או תגובתיות חסר לקלט תחושתית או עניין יוצא דופן בגירויים תחושתיים בסביבה (למשל אדישות נראית לכאב/חום, תגובה שלילית לקולות או למרקמים מסוימים, הרחה מוגזמת של חפצים או נגיעה בהם, משיכה לאור או לתנועה).

- ג. התסמינים חייבים להיות נוכחים בתקופת ההתפתחות המוקדמת (אך עשויים לא להתבטא במלואם עד שהדרישות החברתיות גוברות). גם אם מאבחנים בגיל 15 צריך לוודא שהתסמינים היו שם עוד בגיל הצעיר לפני גיל 3.
- ד. התסמינים גורמים לשיבושים משמעותיים מבחינה קלינית בתפקוד החברתי, או התעסוקתי או בתחומי תפקוד עכשוויים חשובים אחרים.
- ה. אי אפשר להסביר טוב יותר את השיבושים האלה באמצעות מוגבלות שכלית או עיכוב התפתחותי כללי.

מאפיינים מרכזיים בהפרעה על הרצף

- **ליקוי חברתי** - ליקויים ביכולת לקלוט רמזים חברתיים מאחרים, ליקויים בהבנה חברתית. יש פעילות פחותה בקורטקס הקדם מצחי מדיאלי הקשור להבנת מצבם הנפשי של אנשים אחרים ופעילות מוגברת באזורי עורף ורקה המעורבים בתפיסת אובייקטים.
- **היעדר דיבור** - מתקשים בחיקוי זולתם. דיבור אינו משמש לתקשורת אלא בדרך בסיסית ביותר כמו אמירת "כן" בתשובה לשאלה או בשימוש בהדהוד - חזרה כמו תוכי על כמה מילים. הדהוד מתמיד קיים אצל 75% מכלל הילדים עם אוטיזם.
- **גרייה עצמית** - מתבטאת בתנועות חוזרות ונשנות, כגון הטחת הראש בקיר, הסתובבות במעגלים והתנדנדות העשויות להימשך שעות ארוכות.
- **שימור המצב הקיים** - מרבים להתעסק בחפצים יוצאי דופן כגון אבנים, מתגי חשמל או מפתחות, ומפתחים כלפיהם קשר רגשי חזק. כאשר התעסקותם בחפץ מופרעת, הם עלולים לפרוץ בהתקף זעם אלים או בהתקף של בכי תמרורים הנמשך עד להשבת המצב לקדמותו. לפיכך נהוג לומר על ילדים עם אוטיזם שהם "כפייתיים בשמירה על המצב הקיים".

גורמים סיבתיים

- אוטיזם היא הפרעה מסובכת, והסיבות המדויקות לה אינן ידועות.
- ישנו מרכיב גנטי ברור, עדיין קיימת אי-בהירות באשר לאופן המדויק שבו מתרחשת ההעברה הגנטית. חלק מהגנים הקשורים לסיכון לאוטיזם מגבירים גם את הסכנה להפרעת קשב והיפראקטיביות, לסכיזופרניה, להפרעה דו-קוטבית ולדיכאון.
- חלק מהסיכון הגנטי הוא תורשתי (52%) וחלק נובע ממוטציות גנטיות דה נובו (מתרחש בביצית או זרע אך לא מופיע ב-DNA של ההורים).
- דווח על הופעת מוטציות גנטיות בשיעורים גבוהים יותר בזרע של גברים מבוגרים.

טיפול באוטיזם

- אצל רבים מהילדים עם אוטיזם הפרוגנוזה גרועה, וזאת בין היתר מכיוון שרבים אינם מטופלים די הצורך. רבים מהם נתונים למגוון אופנות טיפול חולפות ולגישות "חדשניות" שיעילותן נסמכת על ראיות מועטות או ללא כל ראיות.
- החדשות הטובות: טיפולים אינטנסיביים הם יעילים עבור רבים מהאנשים הלוקים באוטיזם.
- טיפולים התנהגותיים אינטנסיביים הם יעילים - 40-20 שעות בשבוע בפגישות אחד-על-אחד עם הילד בהן מתבצעים תרגול אסטרטגיות לאינטראקציות בין-אישיות, בתקשורת מילולית ובלתי מילולית וברגישות מצד המבוגרים לרמזים של הילדים. הטיפול מתבסס על תרגול אסטרטגיות הבחנה (חיזוקים) ועל טכניקות דחייה (עונש). גרסאות עדכניות יותר של גישה זו: ESDM לפעוטות (עד גיל 30 חודשים).

הפרעות טיקים (הפרעה מוטורית)

- טיק הוא התכווצות שריר או עווית עיקשת המופיעה לסירוגין ובדרך כלל מוגבלת לקבוצת שרירים מקומית, כגון: מצמוץ עיניים, עווית של הפה, ליקוק השפתיים, משיכת כתפיים, כחכוך גרון והעוויות פנים.
- מסווג ב- DSM V תחת "הפרעות מוטוריות".
- טיקים מופיעים בתכיפות הגבוהה ביותר בין הגילים 2 עד 14 ולרוב אינם ערים לכך, והממוצע הוא גיל 6-7.
- חוצה תרבויות.
- מגדר - יותר נפוץ אצל זכרים.
- תפוצה - הפרעת טיקים כרונית 3.7%, הפרעת טורט 0.6%.

הפרעת טורט

- זו הפרעת טיק חמורה הכוללת כמה דפוסים מוטוריים וקוליים. ההפרעה מתבטאת בדרך כלל בתנועות ראש בלתי נשלטות המלוות בהשמעת קולות כגון נהימות, יללות, משיכה באף או מילים. לעיתים קרובות ההפרעה נמשכת בגיל הבגרות והיא שכיחה פי שלושה יותר בקרב בנים מאשר בקרב בנות.
- שלישי מהלוקים בהפרעת טורט יש COPROLALIA - טיק קולי מורכב הכרוך בהשמעת ביטויים גסים. שכיחה פי 3 בקרב בנים מאשר בנות.
- בסיס ביולוגי חזק להפרעה אך גם סיבות פסיכולוגיות כגון מודעות עצמית או מתח במצבים חברתיים, והם בדרך כלל קשורים לבעיות התנהגות קשות.
- רבים מהטיקים קשורים בהימצאותן של הפרעות פסיכולוגיות אחרות, בייחוד הפרעת טורדנות כפייתיות.
- שיטות התערבות התנהגותית נמצאו יעילות כגון אימון לשינוי הרגלים, תרגול רגיעה ופיתוח תגובות מתחרות, ולאחר מכן מתקדמים לטיפול קוגניטיבי ולהתאמת סגנון התנהגות כולל של האדם.
- תרופות אנטי-פסיכוטיות הן היעילות ביותר לדיכוי טיקים.

הפרעות למידה ספציפיות

- הפרעות למידה הן עיכובים בהתפתחות הקוגניטיבית בתחומי מיומנויות שפה, דיבור, מתמטיקה או מיומנויות מוטוריות, והן אינן בהכרח נובעות מפגם גופני או נוירולוגי בולט לעין. כלומר שזה לא שיש נכות ביד ולכן הכתב לא ברור, הבעיה מגיעה מהמוח.
- פער בין רמת ההישגים הלימודיים המצופה מהילד לבין הביצועי הלימודי בפועל במקצוע אחד או יותר, כגון מתמטיקה (דיסקלקוליה), איות, קריאה (דיסלקציה) או כתיבה (דיסגרפיה). לילדים אלו אין בעיות רגשיות בולטות לעין ולא נראה שהם חסרי מוטיבציה נכונות לשיתוף פעולה או שאיפה להשביע את רצון מוריהם והוריהם. אף על פי כן הם נכשלים לעתים קרובות ובדרך כלל באופן מעורר תמיהה.
- גם כאשר הם כבר אינם צריכים ללמוד (למשל במקום העבודה) ההשלכות של חוויות העבר והכישלון בלימודים ממשיכות להשפיע עליהם.
- מכל סוגי הבעיות, הנחקרת ביותר: דיסלקציה - קושי בזיהוי מלים ובהבנת הנקרא. לעתים יש גם ליקוי ניכר באיות ובזכירה. קצב הקריאה שלהם איטי, מרבים להשמיט, להוסיף ולשבש מלים.

- **אבחנה** - כאשר ברור לחלוטין כי השיבושים בבית הספר או בחיי היום יום אינם נובעים מפיגור שכלי או הפרעה התפתחותית רחבת היקף כמו אוטיזם. כלומר לפני האבחנה חייבים לשלול בעיה חמורה יותר כמו אוטיזם או מש"ה (מוגבלות שכלית התפתחותית).
- הפרעות למידה מאובחנות יותר אצל בנים מאשר אצל בנות, אך האומדנים שונים ממחקר למחקר.

גורמים סיבתיים להפרעות למידה ספציפיות

- תוצר של שיבושים עדינים במערכת העצבים המרכזית. השיבוש: פגם, חוסר בשלות או ויסות לקוי באזורי מוח מתווכים. לדוגמא, אצל רבים הלוקים בדיסלקציה, המוח נכשל מלפתח את ההמיספירה השמאלית אשר בה מתווכים תפקודי שפה רבים. ישנו מחקר שבו עלה כי אנשים עם דיסלקציה סובלים משיבוש בהפעלה הפיזיולוגית של המוח הקטן.
- תורשה - השערה באשר לגנים על כרומוזום 6 הגורמים לדיסלקציה. במחקרי תאומים יש ראיות לתרומה גנטית לקשיים במתמטיקה.

טיפול

- חשוב לבצע ההערכה כדי להבין מה הקשיים של הילד ומה יכולותיו.
- מעט ממצאים ממחקרים מתוכננים על טיפולים ספציפיים בהפרעות למידה.
- יש גם מעט נתונים על הסתגלות ארוכת טווח של מבוגרים שגדלו עם הבעיות האישיות, לימודיות וחברתיות הקשורות להפרעה. יש קושי במיומנויות שגרתיות כגון חישובים מתמטיים, אך יש הבדלים בין אישיים משמעותיים בתוצאות.

מוגבלות שכלית

- מאופיינת בליקויים ביכולות מנטליות כלליות, כגון הסקת מסקנות, פתרון בעיות, תכנון, חשיבה מופשטת, שיפוט, למידה אקדמית ולמידה מניסיון.
- מוגדרת גם במונחים של רמת אינטליגנציה (ממוצע באוכלוסייה 100 וסטיית תקן 15 - נקודת החתך למוגבלות שכלית: מנת משכל 70 ומטה) וגם על פי רמת התפקוד, וכדי שבעיות אלה יאובחנו כמוגבלות שכלית הן חייבות להתחיל לפני גיל 18.
- האבחנות הראשונות של מוגבלות שכלית נקבעות בדרך כלל בגילאים 5 עד 6 ומגיעות לשיא בגיל 15.

ארבע רמות של מוגבלות שכלית

- **מוגבלות שכלית קלה** - מנת המשכל נעה בין 50-55 לכ-70 וזו הקבוצה הגדולה ביותר. בהקשר החינוכי, נחשבים כאלה המסוגלים ללמוד, ורמתם השכלית כבוגרים שקולה לרמה הממוצעת של ילדים בני 8-11. רובם המכריע של הלוקים במוגבלות שכלית קלה יכולים להסתגל מהבחינה החברתית, ללמוד מיומנויות לימודיות ותעסוקתיות פשוטות ולהיות אזרחים המשתכרים למחייתם וזאת למרות שלרוב חסרים להם הדמיון, כושר ההמצאה ויכולת השיפוט.
- **מוגבלות שכלית בינונית** - מנת המשכל נעה בין 35-40 עד 50-55, ואפילו בבגרות, הרמה השכלית שלהם דומה בממוצע לזו של ילדים בני 4 עד 7. קצב הלמידה שלהם איטי ורמת ההמשגה מוגבלת ביותר. מהבחינה הגופנית הם נראים מגושמים. זקוקים לסביבה מוגנת.

- **מוגבלות שכלית חמורה** - מנת משכל נעה מ-20-25 ל-35-40, ולרוב הם סובלים מליקויים בהתפתחות הדיבור, מלקויי חישה ומנכויות מוטוריות. הם מסוגלים לפתח רמות מוגבלות של היגינה אישית ומיומנויות של עזרה עצמית המפחיתות במידת מה את תלותם, אך הם תלויים תמיד באחרים לצורך הטיפול בהם.
- **מוגבלות שכלית עמוקה** - מנת המשכל נמוכה מ-20-25, ולרובם יש ליקויים חמורים בהתנהגות ההסתגלותית והם אינם מסוגלים לבצע אלא מטלות פשוטות ביותר. דיבור שימושי, אם הוא מתפתח אצלם, הוא בסיסי ביותר. עיוותים גופניים קשים, פתולוגיה של מערכת העצבים המרכזית וצמיחה מעוכבת שכיחים אצלם למדי. התקפי פרכוסים, אילמות, חירשות וחריגויות גופניות נוספות נפוצות אף הן. בני אדם אלה זקוקים להשגחה מתמדת לכל אורך חייהם. תוחלת החיים שלהם קצרה.

גורמים סיבתיים למוגבלות שכלית

- **גורמים גנטיים-כרומוזומליים** - תסמונת דאון או מצב תורשתי הידוע בשם x שביר- שינויים מטבוליים המשפיעים לרעה על התפתחות המוח.
- **דלקות וחומרים רעילים** - מחלות של נשים בזמן היריון כגון עגבת או אדמת. ישנם חומרים רעילים כגון פחמן חד-חמצני או עופרת העלולים לגרום לנזק במוח במהלך התפתחות העובר או לאחר הלידה. בדומה, אישה הרה הצורכת סמים מסוימים, לרבות כמויות מופרזות של אלכוהול, עלולה לגרום לעובר מומים מולדים.
- **טראומה (חבלה גופנית)** - בעיות בלידה עקב מצג בעייתי של העובר או סיבוכים אחרים עלולים לגרום למוח התינוק נזק חסר תקנה. דימום בתוך המוח הוא כנראה התוצאה השכיחה ביותר של טראומת לידה כזאת. **היפוקסיה** - מחסור בחמצן במוח בגלל עיכוב בנשימה או מסיבות אחרות - היא סוג נוסף של טראומה בלידה העלול לגרום נזק למוח.
- **קרינה מייננת** - הקרינה עלולה לפעול ישירות על הביצית, או ליצור מוטציות בגנים ועלולה לגרום למוגבלות שכלית אצל העובר.
- **תת-תזונה וגורמים ביולוגיים אחרים** - השפעה עקיפה על ההתפתחות המנטלית ומתבטאת בשינוי התגובתיות, הסקרנות והמוטיבציה של הילד ללמוד.

תסמונת דאון

- הידועה ביותר מבין המצבים הקליניים הקשורים במוגבלות שכלית בינונית וחמורה. תפוצתה: 5.9 לכל 10,000 בני אדם באוכלוסייה.
- קשורה גם בבעיות בריאות בהמשך החיים, כגון דלקת ריאות. חומר גנטי עודף הקשור בתסמונת דאון, שהוא בדרך כלל טריזומיה של כרומוזום 21, המוביל לקיומם של 47 כרומוזומים ולא 46, שהוא המספר הנורמלי. הסיבה לטריזומיה לא לגרמי ברורה, אך יש קשר לגיל ההורים בעת ההתעברות.
- טריזומיה = נוכחות כרומוזום עודף בכל תא מלבד השניים התקינים.
- מאפיינים גופניים: עיניים בצורת שקד ועור העפעפיים נוטה להיות עבה במידה חריגה. לעיתים קרובות הפה והאף שטוחים ורחבים וכך גם העורף. הצוואר קצר ורחב וכך גם הידיים, האצבעות קצרות ועבות.
- נוטים לעבור תהליך הזדקנות מואץ. לדוגמא, אצל יותר מ-50% מהאנשים עם תסמונת דאון שהגיעו לגיל 60 ומעלה היו ראיות קליניות לדמנציה.

- הטריזומיה של כורמוזום 21 קשורה למחלת אלצהיימר. אכן, הם נתונים לסיכון גבוה במיוחד למחלת האלצהיימר החל מסוף שנות ה-30 לחייהם.
- הליקויים הגדולים ביותר של ילדים עם תסמונת דאון מתרכזים במיומנויות המילוליות ותלויות השפה. יש חוקרים המשערים שהתסמונת מזיקה יותר להמיספרה השמאלית.
- מסוגלים בדרך כלל ללמוד מיומנויות עזרה עצמית והתנהגות חברתית מקובלת ומיומנויות עבודת כפיים שגרתיות המאפשרות להם להיות לעזר במשפחה או בסביבה מוסדית.

פנילקטונוריה - PKU

- התינוק נולד ללא אנזים בכבד שתפקידו לפרק פנילאלנין, חומצה אמינית שנמצאת בהרבה סוגי מזון.
- התינוק ניראה נורמלי בלידתו, אם התופעה לא מאובחנת והילד אוכל בצורה רגילה (ולא מתחילים מייד דיאטה ללא מוצרים המכילים פנילאלנין) הילד ככל הנראה יפתח מוגבלות שכלית התפתחותית כבר בגיל צעיר.
- אם המחלה התגלתה בשלב מוקדם, והילד אוכל תפריט מאוזן, הוא צפוי להתפתח בצורה נורמטיבית.
- כדי שתינוק ירש את המחלה שני ההורים צריכים לשאת את הגן.

אנומליות בגולגולת

- שינויים בגודל הראש או בצורתו עשויים לגרום למוגבלות שכלית התפתחותית. למשל גדלות הראש, או קטנות הראש -גדילה לקויה של קורטקס בינקות/עוברות מובילה לגודל ראש קטן בשלוש סטיות תקן. קטנות ראש ראשונית - גדילה מופחת של המוח בזמן ההיריון. קטנות ראש שניונית - גדילת ראש מופחת בינקות.
- בדרך כלל נמצאים בקטגוריית מוגבלות שכלית התפתחותית בינונית, חמורה או עמוקה. ואצל רבם לא מתפתחת שפה.
- הגורמים עשויים להיות גנטיים, לרוב מופיעים בשלב העוברות.
- מיימת - הידרוצפלוס - הצטברות CSF בגולגולת הנגמרת מחסימת זרימת הנוזל. התרחבות המוח גורמת לו לנזק אשר מוביל לליקוי שכלי. ניתן לתקן מצב זה ע"י התקנת דלף.
- טבלת הפרעות נוספות הגורמות למוגבלות שכלית התפתחותית בעמוד 970.

טיפול ותוצאותיהם

- טיפול במוסד: ילדים שיוצאים מהבית וגדלים במוסד, רוב המומחים מסכימים כי זהו צריך להיות המוצא האחרון.
- ✓ 1. אצל ילדים שנתגלתה אצלם מוגבלות שכלית חמורה ופגם גופני נלווה. ילדים בקבוצה זו מגיעים מכל המעמדות הסוציו-אקונומיים.
- ✓ 2. ילדים ללא פגם גופני אך סובלים ממוגבלות שכלית בינונית ומחוסר הסתגלות חברתית בגיל ההתבגרות, ומגיעים בסופו של דבר למוסדות בעיקר בגלל עבריינות או התנהגות בעייתית אחרת. לרוב אלו ילדים המגיעים ממעמד חברתי כלכלי נמוך.
- חינוך מיוחד:

הדגש הוא על קריאה ומקצועות לימוד בסיסיים, בנוסף למיומנויות יום יום/טיפול עצמי/תעסוקה. המאפשרות לאדם לתפקד בצורה משביעת רצון ולהיות לעזר לסביבת המשפחה או המוסד. לדוגמא: היגינה אישית, מיומנויות אכילה וכו'.

באופן כללי: רמת התפקוד תקבע את סוג המסגרת: בית, דיור קהילתי או מוסד.

- בשנות ה-70 חלה עלייה באפשרויות של צורות טיפול חלופי באנשים עם מוגבלות שכלית, למשל: בתי חולים ייעודיים, מוסדות, בתי אבות
- **חינוך:** מלמדים רכיבים פשוטים ובהדרגה התנהגויות מורכבות. כגון - טיפול וטיפול עצמי, התנהגות חברתית, מיומנויות למידה בסיסיות ומיומנויות תעסוקה פשוטות. בכל אחד מתחומים אלו מלמדים בהתחלה את הדברים בצורה פשוטה ולאחר מכן יורדים לעומק הדברים.
- **ילדים עם מוגבלים שכלית קלה:** מציב אתגר להורים ולמערכת החינוך. תוכניות שילוב או "הכללה" מחייבות תכנון קפדני, מורים עם רמת מיומנות גבוהה וגישה תומכת מצידם.
- הילדים יכולים ללמוד בחינוך מיוחד עם ילדים שדומים להם או להשתלב בחינוך רגיל עם סיעת או משלבת, אופציה זו בדרך כלל מוצלחת יותר עבור ילדים רבים.

שיקולים מיוחדים הקשורים בטיפול בילדים ובמתבגרים

- **אי היכולת של הילד לבקש עזרה** - רוב הילדים עם הפרעות פסיכולוגיות לא יכולים לבקש עזרה והם תלויים בהוריהם שיבינו בעצמם שהילד זקוק לעזרה.
- **פגיעות שמעמידות ילדים בסיכון לפתח בעיות רגשיות** - ילדים החווים אלימות או פגיעות מיניות נתונים בסיכון הזה. גם התמכרות של ההורים של ההורים לחומרים מזיקים קשורה לפגיעות של הילד לפתח בעיות רגשיות. גם התנהגויות מסוימות של הצעירים עצמם כמו פעילות מינית או התנהגות עבריינית, צריכת אלכוהול או סמים מעמידה אותם בסיכון לפיתוח בעיות רגשיות. וכן חוסר בית, גירושם של ההורים וסכסוכים משפחתיים.
- **האפשרות להשתמש בהורים כסוכני שינוי** - היות שהמטפל רואה את הילד רק שעה בשבוע וההורים איתו כל הזמן, ניתן להשתמש בהורים כסוכני שינוי חיוביים באמצעות תרגול טכניקות המאפשרות להם לסייע לילדם לשנות את מחשבותיו, רגשותיו והתנהגותו. התרגול מתמקד בסיוע להורים להבין את הפרעה של ילדם והסבר על איך ניתן לחזק התנהגות רצויה.
- **הצורך לטפל בהורים בד בבד עם הטיפול בילד** - פעמים רבות חשוב שגם ההורים וגם הילדים יקבלו טיפול. הטיפול הילדים הופך להיות טיפול משפחתי כאשר הילד, אחיו והוריו עשויים להשתתף בכל שלב בתוכנית.
- **הבעיה של השמת הילד מחוץ למשפחתו** - בעבר ההנחה הרווחת היתה כי הוצאת הילד מהבית והשמתו במקום יציב אחר תטיב עימו, אולם כאשר ילדים מורחקים מהבית סביר כי יחוו חסרי שורשים, חסרי ביטחון, דחייה, דחייה מצד הוריהם, לא רצויים, בודדים ומרירים. ולכן כיום המגמה היא מציאת פתרון קבוע. ראשית לא חוסכים מאמצים מתמיכה במשיכה וסיפוק התמיכה הדרושה לה כדי לגדל את הילד כראוי. רק אם הדבר לא מתאפשר מחפשים לילד מסגרת אחרת ורצוי שתהייה יציבה וקבועה ככל הניתן.
- **החשיבות של התערבות מוקדמת, לפני החרפת הבעיות** - במקום להמתין שילדים בסיכון יפתחו בעיות פסיכולוגיות חריפות, פסיכולוגים מנסים להתערב עוד בטרם יכול השיבוש. הטיפול יכול להיות אישי או בקבוצות קטנות וכן ניתן להפעיל תוכניות התערבות בקהילה או תוכניות תמיכה באמצעות בית הספר. להתערבות מוקדמת יש יעד כפול - הפחתת גורמי העקה בחיי הילד, וחיזוק מנגנוני ההתמודדות.

פרק 16 - שיטות טיפול

- פסיכו-תרפיה - טיפול בהפרעות ובמצוקות נפשיות באמצעים פסיכולוגיים
- מדוע אנשים פונים לטיפול? הפרעות פסיכולוגיות ונסיבות חיים מעוררות עקה - חלק מהפונים לטיפול מאובחנים באחת או יותר מההפרעות שלמדנו, עם זאת, מרבית בני האדם המקבלים טיפול אינם עונים על כל הקריטריונים לאבחנה של הפרעה פסיכולוגית אלא בשל מצבי עקה פתאומיים או הצפה רגשית.
- הפניה מצד גורם חיצוני - צו בית משפט/בן זוג/רופא משפחה/בית הספר/הורים
- פניה בזמן משבר
- פנייה לאחר היסטוריה מתמשכת של קשיים
- חיפוש אחר מימוש וצמיחה אישית - בעיות "נורמליות" ולכן פונים לטיפול בשל תחושה של חוסר מיצוי, אי עמידה בציפיות שלהם מעצמם

טיפולים פסיכולוגיים

- פסיכולוגים ומטפלים אחרים משתמשים בטיפולים פסיכולוגיים ייחודיים המכוונים לקדם אצל המטופל הבנות או התנהגויות חדשות או שתיהן גם יחד.
- פסיכו-תרפיה - טיפול בהפרעות ובמצוקות נפשיות באמצעים פסיכולוגיים
- מטרה - לסייע להתפתחות האישית ולהבנה העצמית ולא רק לסלק תסמינים. מתוך האמונה שאנשים עם בעיות פסיכולוגיות יכולים לעבור שינוי - יכולים ללמוד דרכים הסתגלותיות יותר מבחינה רגשית, קוגניטיבית והתנהגותית (ABC).

A = AFFECT ✓

B = BEHAVIOR ✓

C = COGNITION ✓

- המבדיל בין טיפול נפשי מקצועי לבין מערכות יחסים לא רשמיות המעניקות סיוע - שימוש בטיפולים פסיכולוגיים ייחודיים - מתודה.
- טיפול מצריך זמן כיון ששינויים לא מושגים ברגע. עם זאת, יש בו משום תקווה, אפילו להפרעות הנפש הקשות ביותר.
- בניגוד לדעה הרווחת, בטווח הארוך, טיפול פסיכולוגי יכול להיות פחות יקר מדרכי התערבות אחרות.

מדוע אנשים פונים לטיפול נפשי?

- הפרעות פסיכולוגיות ונסיבות חיים מעוררות עקה - חלק מהפונים לטיפול מאובחנים באחת או יותר מההפרעות שלמדנו/קיימות בספר האבחנות. עם זאת, מרבית בני האדם המקבלים טיפול אינם עונים על כל הקריטריונים לאבחנה של הפרעה פסיכולוגית אלא בשל מצבי עקה פתאומיים או הצפה רגשית.
- הפניה מצד גורם חיצוני - צו בית משפט/בן זוג/רופא משפחה/בית הספר/הורים.
- חיפוש אחר צמיחה אישית - בעיות "נורמליות" ולכן פונים לטיפול בשל תחושה של חוסר מיצוי, אי עמידה בציפיות שלהם מעצמם. זו הסיבה הפחות נפוצה.

פניה לטיפול – הבדלים מגדריים

● נשים פונות יותר לטיפול בהשוואה לגברים. ההסברים לכך:

- א. קושי בכל הנוגע למודעות ברגשי מצוקה והיכולת לתייגם ולזהותם כבעיות רגשיות.
- ב. גברים התואמים את הסטראוטיפ הגברי מדגישים ביטחון עצמי מצד אחד והסתרת רגשות מצד שני ולכן פניה לעזרה נפשית עלולה להיתפס כאיום על הערכה העצמי ומנוגדת לתפיסה ש"גבר אמיתי עוזר לעצמו.
- ג. פניה לעזרה מצריכה ויתור על השליטה.

● כלים לעידוד גברים המתקשים לפנות לטיפול –

- א. פיתוח גישות טיפוליות שדורשות פחות דיבור על הבעיות (לדוג' מציאות מדומה עבור חיילים עם PTSD).
- ב. שימוש בדרכים יצירתיות לעידוד הפניה לעזרה (לדוג' שימוש בשחקני פוטבול/כדורסל "גבריים" בפרסומת לטיפול בתפקוד המיני).

יחסי הטיפול = הברית הטיפולית

- **ברית טיפולית** - מייצגת את הקשר הטיפולי, הקשר שבין המטפל למטופל. קשר זה הוא בעל חשיבות עליונה לקביעת ההצלחה הטיפולית. הברית הטיפולית היא היסוד המשותף לכל הגישות הטיפוליות. אם טיפול לא מבוסס על ברית טיפולית לא משנה השיטה שלך סביר להניח שזה לא יעבוד, שהטיפול לא יהיה יעיל.

● הגדרת הברית הטיפולית:

- א. תחושה של שיתוף פעולה בעבודה על בעיה.
- ב. הסכמה בין המטופל למטפל בדבר היעדים והמשימות של הטיפול.
- ג. היקשרות יעילה בין המטופל למטפל.
- ד. תקשורת ברורה שמאפשרת העברת מסרים ברורה ועמוקה.

יסודותיה של ברית טיפולית יעילה

מצד המטופל:

- ✓ מוטיבציה גבוהה לשינוי
- ✓ ציפייה לשינוי
- ✓ אמון במטפל

מצד המטפל:

- ✓ לעזור למטופל לוותר על דפוסי התנהגות לא יעילים ולהמירם בדפוסי התנהגות חדשים.
- ✓ גמישות טיפולית לשם התאמת הטיפול לצרכיו של המטופל.

מדידת ההצלחה של הטיפול הפסיכולוגי מדידה אובייקטיבית וכמותית של השינוי

- ניסיונות להעריך את תועלתו של הטיפול נשענים על מקורות המידע הבאים:
 - א. הערכת המטופל לגבי השינוי שחל בתסמינים או בתפקוד – דיווח עצמי.
 - ב. הערכת המטפל מהשינויים שחלו אצל המטופל.
 - ג. הערכת גורם שלישי - לדוגמה סביבתו הקרובה של המטופל (משפחה/חברים).
 - ד. מדדים אובייקטיביים - השוואת ציוני המטופל במבחנים פסיכולוגיים, בתנאי מחקר: fMRI - לפני הטיפול ולאחריו
 - ה. מדדי שינוי שבאים לידי ביטוי בהתנהגויות גלויות שונות - לדוגמה, נוכחות/היעדר התנהגות הימנעותית מכלבים, לאחר טיפול בפוביה זו.

הגורמים שיוצרים הטבה נפשית והסכנות הטיפוליות השפעתו החיובית של הטיפול הנפשי:

- ✓ מעט מאד ידוע על המנגנונים שיוצרים שינוי.
- ✓ מניחים ששינויים קוגניטיביים שמתרחשים במפגש הטיפול, אחראים על ההטבה הטיפולית.
- ✓ כיום נבדקים היבטים הקשורים למטפל - * מידת דבקותו בשיטת טיפול אחת; כישוריו ומיומנותו המקצועיים.

סכנות הטיפול הנפשי

5%-10% מהמטופלים חווים התדרדרות במצבם הנפשי תוך כדי הטיפול

גישות טיפול פסיכו-חברתיות מרכזיות

טיפול התנהגותי

- **הנחת יסוד** - כל ביטוי של התנהגות לא מסתגלת, אינו מחלה, אלא למידה לא מסתגלת שנרכשה בעבר בדומה ללמידה מסתגלת ונורמטיבית.
- זהו טיפול ישיר שמתמקד ב"כאן ועכשיו". בניגוד לגישה הפסיכודינמית, הוא לא מכיר בחשיבות אירועי העבר או קונפליקטים פנימיים.
- **מטרת הטיפול** - שינוי דפוסי ההתנהגות של המטופל ומאגר התגובות שלו, תוך שימוש בשיטות הקשורות ללמידה, כמו התניה קלאסית והתניה אופרנטית.
- **עקרונות בסיסיים:**
 - א. עיצוב ההתנהגות בהווה, ללא צורך בהבנת הסיבות המוקדמות שהביאו למצבו הנוכחי.
 - ב. הטיפולים כוללים התנסות מעשית.
 - ג. שימוש בהתניות או חיזוקים לשם הכחדת הרגלים לא רצויים והחלפתם בלמידה מחדש הרגלים רצויים.
 - ד. המטפל מעורב בתכנון פעיל של מערך הלמידה. בניגוד לגישה הפסיכואנליטית, הוא אינו מאזין ומפרש בלבד.

טכניקות בטיפול התנהגותי

- יעיל לטיפול - בהפרעות חרדה, פסיכוזה, בדיכאון - באמצעות שיטת "הפעלת/אקטיבציה התנהגותית", ב-OCD: בחשיפה ומניעת תגובה.
- **בבסיס הטיפול בהפרעות חרדה** - חשיפה לגירוי מעורר הפחד/חרדה עד להשגת ביטול ההתנהגות ההימנעותית למידה ← הכחדה.
- **השיטות השונות:**
 - א. טיפול באמצעות הקהיה שיטתית - שלושה שלבים - זו חשיפה בדמיון.
 - ✓ לתת הסבר על הטיפול ולהכין מדרג של פחדים
 - ✓ ללמד תרגילי רגיעה וטכניקות נשימה הורדת דופק וכדומה. לפעמים קודם מעלים את הדופק למשל ע"י קפיצות ואז הורדה.
 - ✓ חשיפה לגירוי הפובי מהקל אל הכבד תוך תרגול של טכניקות ההרגעות.
 - ב. **טיפול בהצפה** - חשיפה במציאות. (חשיפה במציאות/דמיון. עדיף במציאות.) בוואט אחת נציף את האדם בחוויה של מה שמציב אותו, כמו הדוגמה של הילד עם הבלונים.
 - ג. **טיפול המעורר סלידה** - טיפול בהתמכרויות: מתן תרופה הגורמת לבחילה/הקאות הצמוד לנטילת החומר הממכר; "עונש" - כאשר עולה דחף/מחשבה לעשות שימוש בחומר הממכר

(סיגריות, הימורים ועוד), או בהתנהגות לא מסתגלות, לדוגמא: טריכוטילומניה. לשים מרה לילדים שאוכלים ציפורניים וכו'.

ד. **הדגמה וחיקוי** - למידת מיומנויות חדשות באמצעות חיקוי אדם אחר (מטפל בסטינג הטיפול או מקבוצת השווים). טוב ללימוד מיומנויות עצמאות, חברתיות, פתרון בעיות וכו'.

← לעתים שילוב של הדגמה וחיקוי עם עוד שיטות התנהגותיות. לדוגמא: הדגמה וחשיפה הדרגתית - בהתמודדות עם פוביה.

ה. **שימוש שיטתי בחיזוקים** - תוכניות שיטתיות הכוללות שימוש בחיזוקים להגברת תכיפות התנהגויות רצויות. דיכוי התנהגות בעייתית עשוי להיות פשוט הסרת החיזוקים שתומכים בה. **עיצוב תגובה** - שימוש בחיזוקים חיוביים כדי לבסס בתהליך הדרגתי של התקרבות להתנהגות הרצויה (התנהגות שהמטופל לא עושה או שאף פעם לא עשה). למשל ללמד ילד לצחצח שיניים אז בהתחלה רק בשיניים הקדמיות ובלי משחה, וכל פעם להתקדם עוד שלב תוך כדי חיזוקים חיוביים עד שהמטופל משלים בהדרגה את ההתנהגות הרצויה.

ו. **כלכלת אסימונים** - מבוסס על התניה אופרנטית, מתן חיזוק חיובי לאחר מספר התנהגויות רצויות שהמטופל ביצע. מתאים למטופלים במחלקות פסיכיאטריות/טיפול בהתמכרויות, ילדים בחינוך מיוחד.

הערכת הטיפול ההתנהגותי

● יתרונות הטיפול ההתנהגותי

- ✓ קבלת תוצאות מהירות
- ✓ יעיל לבעיות ממוקדות ופשוטות
- ✓ קל להעריך את תוצאותיו (הושגה המטרה שלשמה המטופל הגיע לטיפול)

● חסרונות הטיפול ההתנהגותי

- ✓ יעיל לסוגים מסוימים של הפרעות ופחות לאחרות
- ✓ לא יעיל לבעיות מורכבות ופחות מוגדרות

טיפול קוגניטיבי וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי

● טיפול מובנה, קצר מועד.

● הנחת יסוד של הגישה הקוגניטיבית:

1. האמונה כי תהליכים קוגניטיביים משפיעים על הרגש וזה משפיע על המוטיבציה אשר משפיעה על ההתנהגות (בהתאם לגישה הקוגניטיבית).

2. שימוש בטכניקות קוגניטיביות ובטכניקות לשינוי התנהגות בדרך פרגמטית (בהתאם לגישה ההתנהגותית).

מטרת הטיפול - שינוי האופן בו המטופל תופס את עצמו ואת העולם. המטפל מזהה את העיוותים הקוגניטיביים ודפוסי החשיבה הנוקשים האחראים לשימור הסימפטומים, ומציע סכמות חשיבה חלופיות שהן גמישות יותר

● יעיל לטיפול בדיכאון, הפרעות חרדה שונות (פוביות, OCD, פאניקה ו-GAD), הפרעות אכילה והפרעות התנהגות.

טיפול התנהגותי רציונלי-רגשי REBT (אלברט אליס)

● אמונות לא-רציונליות ולא מציאותיות, הן הגורמות לרגשות שליליים והתנהגות לא מסתגלת.

● המטרה - לבנות מחדש את האמונות השגויות ולהעלות את תחושת **הערך העצמי** של המטופל בכל הנוגע לציוויים לא רציונליים (מוכרח, חייב, צריך) לשם **השגת** מימוש עצמי וחיים יצירתיים ומלאים מבחינה רגשית.

- שינוי יכול להיעשות באמצעות עימות רציונלי.
- שימוש גם בטכניקות התנהגותיות. לדוגמא: ש.ב. של התנהגויות חדשות.

גישת הטיפול הקוגניטיבית-התנהגותית של בק

- פותחה במקור לטיפול בדיכאון. בשנים האחרונות הורחב השימוש בה גם לחרדות, הפרעות אכילה, הפרעות אישיות, התמכרויות ואף סכיזופרניה.
- הנחת יסוד - בעיות נפשיות נובעות מעיבוד מוטה של אירועים חיצוניים או של גירויים פנימיים. הטיות אלה מעוותות את האופן שבו אדם מבין את התנסויותיו בעולם ומובילות לטעויות קוגניטיביות. (דוגמה בעמוד 1005)
- המקור לעיוותים - מערכת יציבה למדי של סכמות או של מבנים קוגניטיביים הכוללים אמונות דיספונקציונליות שמשפיעות על הדרך שבה בני אדם מעבדים מידע.
- לדוג' בדיכאון, סכמות שליליות אודות עצמם, העולם ועתידם המשלהם הקוגניטיבי.

כיצד מתנהל הטיפול?

- המטופל לומד את הקשר שבין דפוס החשיבה לבין התגובות הרגשיות.
- 1. לזהות את המחשבות האוטומטיות ולתעדן.
- 2. לשנות את הטיות החשיבה:
- א. הפשטה סלקטיבית - לערער את הנטייה להתייחס לאירועים שליליים תוך התעלמות מהחיוביים.
- ב. הכללת יתר - לערער את הנטייה לגבש דעה על סמך אירוע בודד לגבי שאר האירועים בעתיד
- ג. העצמה וצמצום - לערער את הנטייה להעצים את חשיבותם של אירועים שליליים והקטנת חשיבותם של אירועים חיוביים
- ד. חשיבה דיכוטומית - לערער את הנטייה לחשיבה קיצונית. "הכל או לא כלום"
- ה. היסק שרירותי - לערער את הנטייה להסיק מסקנות (שליליות) בלי נתונים מספיקים
- העמדה למבחן של האמונות הדיספונקציונליות: מתן משימות בטיפול או בבית ("ניסוי התנהגותי"), ומתוך כך לאסוף מידע. זה השילוב של ההיבט ההתנהגותי בטיפול.

דוגמאות להטיות החשיבה

- הפשטה סלקטיבית - סטודנט שיעסוק בקושי של הלימודים האקדמיים, באי הזמינות המיידית של חבריו ומוריו, בעומס ויתעלם לחלוטין מהשיעורים המעניינים, התמיכה הרחבה שניתנת לכל סטודנט דרך האתר, היחס האישי.
- הכללת יתר - אם לא הצלחתי במבחן אחד, אין טעם שאלך להבחן במבחנים הנוספים, כי בטוח שלא אצליח גם בהם.
- העצמה וצמצום - סיימתי את שני הסמסטרים הראשונים של התואר עם ממוצע 95 כי הלימודים לא רציניים; סיימתי את שני הסמסטרים הראשונים של התואר עם ממוצע 80 אז אין טעם שאמשיך ללמוד כי אני לא אצליח.
- חשיבה דיכוטומית - אם אני לא מסיים את התואר הראשון בפסיכולוגיה עם ציון ממוצע של 95 אין טעם ללימודים כי לא אוכל להתקבל לפסיכולוגיה קלינית.
- היסק שרירותי - X הוא המרצה גרוע. מסקנה גורפת על המרצה אחרי קבלת הציון של המטלה הראשונה.

הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית של בק בהפרעות אחרות

- בטיפול בהפרעות אחרות, שאינן דיכאון, הגישה הכללית דומה, גם כשהמחשבות האוטומטיות והאמונות היסודיות של המטופל שונות.
- בטיפול בהפרעת פאניקה מתמקדים בזיהוי המחשבות האוטומטיות העוסקות בתחושות גופניות מפחידות ובהנחיית המטופל כיצד להעלים את תחושת האסון שבחווית הפאניקה.
- בטיפול בבולימיה נרבוזה מתמקדים במחשבות המוגזמות בנושא משקל הגוף וצורתו, שמתקשרות לרוב להערכה עצמית נמוכה וחשש שמא אינו מושך דיו. כמו כן דנים בקוגניציות שגויות על סוגי המזון "בטוחים" ו"מסוכנים".

הערכת הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי יתרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי

- ✓ טיפול קצר מועד
- ✓ טיפול ממוקד ומכוון מטרה
- ✓ תוצאות ארוכות טווח
- ✓ נמצא יעיל יותר מטיפול תרופתי עבור דיכאון (פרט לדיכאון פסיכוטי), פאניקה, 'GAD', בולימיה, התמכרויות, כמה הפרעות אישיות והפרעות התנהגות.

חסרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי

- ✓ לא יעיל עבור כל הפרעות
- ✓ נמצא פחות יעיל לגברים מאשר לנשים
- ✓ דורש ניסיון ומיומנות רבה
- ✓ השפעתו פוחתת במרוצת השנים (בהשוואה לתחילת השימוש בטיפולים אלה). אולי קשור לשימוש נרחב בקרב מטפלים פחות מנוסים; נעלמה הבשורה החדשנית, דבר שמצמצם את הציפיות שתלו בו בתחילה.

טיפולים הומניסטיים-התנסותיים

- הופיעו לאחר מלחמת העולם השנייה.
- הנחת יסוד - לבני אדם יש גם החירות וגם האחריות לשלוט בהתנהגותם - כי הם מסוגלים להרהר בבעיותיהם, לבחור ולנקוט פעולה חיובית.
- מטפלים הומניסטיים-התנסותיים סבורים כי המטופל צריך לקבל עליו את עיקר האחריות לכיוון שאליו יוביל הטיפול ולהצלחתו ואילו המטפל משמש רק יועץ, מדריך ומסייע.
- מטרת הטיפול - השגת העמקת "המודעות" של המטופל.

שלושה סוגי טיפולים בגישה ההומניסטית-התנסותית

1. טיפול המתמקד במטופל - קרל רוג'רס

- מטרת הטיפול - לסייע למטופל ("לקוח") לקבל את עצמו ולהיות הוא עצמו = למצוא את ה"אני האמיתי" שלו. לחזק קשר עם החוויות האמיתיות שלו.
- טכניקה - בניית אקלים פסיכולוגי שבו המטופל מרגיש שמקבלים אותו, מבינים אותו ומעריכים אותו ללא תנאי. באקלים טיפולי זה, המטפל מפעיל טכניקות טיפול בלתי מכוונות:
 - ✓ שיקוף אמפתי
 - ✓ ניסוח אחר למה שהמטופל מתאר כקשיים בחייו.

המטפל (נותן השירות) לא מספק תשובות, לא מכוון לפעולה, ולא נותן פרשנויות, שכן הוא לא מכיר את הלקוח טוב יותר מהלקוח עצמו.

- הצלחה טיפולית – הלקוח חש חופשי, אולי לראשונה בחייהם, לחקור את רגשותיו ומחשבותיו האמיתיים ולקבל רגשות של שנאה, כעסים ותחושות שליליות כחלק מעצמו. הוא נעשה אדם עם אישיות אינטגרטיבית יותר.

2. ראיון מוטיבציוני

- צורת טיפול קצר מועד.
- מטרה - לסייע בהתלבטות/קונפליקט באשר לשינוי רצוי ולקבל על עצמם מחויבות באשר לשינוי. הטכניקה:
 - ✓ עמדת המטפל – אמפתית ותומכת.
 - ✓ טיפול ישיר וממוקד – המטפל פעיל. הוא עוזר לבחון את הסיבות של המטופל לרצות לחולל שינוי בחייו. (מהי התשוקה, יכולותיו, מה הצורך בשינוי). שיקוף כל אלו למטופל. בניית אקלים פסיכולוגי שבו המטופל מרגיש שמקבלים אותו, מבינים אותו ומעריכים אותו ללא תנאי. לדבר על השינוי.
- משתמשים בסוג טיפול זה בהקשרים של שימוש מזיק בחומרים/התמכרויות.
- אפשר להוסיף טכניקה זו לתחילת תוכנית טיפול.

3. גשטלט – פריץ פרלס

- פירושו "שלם" ומדגיש את אחדות הנפש והגוף ובייחוד את הצורך בשילוב של מחשבה, רגש ופעולה.
- מטרת הטיפול - לסייע למטופל להיות מודע לעצמו ולהגדיל את יכולתו לקבל את עצמו.
- הטכניקה:
 - ✓ עמדת המטפל – ישירה, תומכת ואמפתית.
 - ✓ טכניקת "הכסא הריק".
 - ✓ דגש על חלומות (גם בהקיץ) – כל מרכיב בחלום, מייצג היבטים של החולם שלא זכו להכרה מודעת. המטפל דוחק במטופל "להיות" הדבר שמופיע בחלום. (דוגמה יפה בעמ' 1012 בספר הלימוד).

הערכת טיפולים הומניסטיים-התנסותיים

יתרונות הגישה ההומניסטית-התנסותית

- ✓ קבלת האדם כיצור חושב, בעל הכוונה עצמית ובעל פוטנציאל אישי.
- ✓ ראיית ייחודיותו של המטופל.
- ✓ יעיל בטיפול בדיכאון, חרדה, טראומה וקשיים בזוגיות.
- ✓ ראיון מוטיבציוני נמצא יעיל בטיפול בבעיות שימוש מזיק בחומרים.

חסרונות הגישה ההומניסטית-התנסותית

- ✓ היעדר הליכים מוסכמים לטיפול.
- ✓ עמימות בנוגע למתרחש בין המטפל למטופל.

טיפול פסיכודינמי - הפסיכואנליזה הפרוידיאנית

- **הנחות היסוד** - בעיות נפשיות מקורן בליקויים התפתחות הפסיכוסקסואלית המוקדמת. התכנים הקונפליקטואליים מודחקים לתת מודע והאנרגיה המנוצלת לשמירתם פוגעת בתפקוד האדם.
- **המטרה** - להעלות את התכנים הקונפליקטואליים המודחקים מהלא מודע אל המודע ובכך לשחרר את האנרגיה הפועלת להדחקתם. רק אז יכולים המטופלים להתפנות לשיפור האישיות ולבניית חיים יעילים יותר באמצעות 4 טכניקות:

✓ אסוציאציות חופשיות

✓ ניתוח חלומות

✓ ניתוח התנגדות

✓ ניתוח העברה

ארבע טכניקות בטיפול הפסיכואנליטי הקלאסי

- **אסוציאציות חופשיות** - האדם צריך לומר כל מה שעולה בדעתו, ולא חשוב עד כמה הדבר אישי, טיפשי, מכאיב או לא רלוונטי. טכניקה זו מאפשרת סקירה יסודית של התת המודע, כשפירוש נכון של המטפל, יכול להביא להסבר משמעותי שסייע למטופל לראות את קשרי התנהגותו הלא מסתגלים עם הרעיונות המודחקים המניעים אותו.
 - **ניתוח חלומות** - כשאדם ישן מתרופפים מנגנוני ההדחקה וכך יכולים לעלות ביתר קלות למודע חומרים מעניינים מתת המודע. גם בחלום יש "צנזורה" ולכן חשיפת החומרים הלא מודעים העולים בחלום צריכה להתבצע דרך חקירת הדימויים והסמלים של התוכן הגלוי, החושפת את התוכן החבוי. לכן, למטפל תפקיד חשוב בתהליך הפרשנות.
 - **ניתוח התנגדות** - התנגדות = מנגנון הגנה שחוסם מחשבות, חוויות או מניעים לא נעימים, שעומדים לעלות למודע. חשוב שהמטפל יחפש את מקורות החומרים הללו ויעזור למטופל להתמודד עמם בדרך מציאותית ומסתגלת. דוגמאות להתנגדות: שכחת המפגש, התנגדות לפרשנות, איחורים.
 - **ניתוח העברה** - העברה = התייחסות לא מודעת אל המטפל, כאילו הוא דמות משמעותית מעברו של המטופל. המטופל מעביר (=משליך) על המטפל רגשות ועמדות וכך יכול לחוש אהבה, שנאה, פחד, דחייה כלפי המטפל, שאינו באמת התחושה שחש כלפיו, אלא כלפי הדמות שהוא מייצג. בהבינו את יחסי ההעברה, המטפל יכול להקנות למטופל תובנה בדבר המשמעות של תגובותיו לאחרים ובכך ליצור למטופל חוויה רגשית מתקנת.
- ← **העברה נגדית** - המטפל מגיב בהתאם לתכונות המועברות ולא נשאר אובייקטיבי.

הטיפול הפסיכודינמי מאז פרויד

- יחסי-אובייקט, גישות המבוססות על היקשרות ופסיכולוגיית העצמי.
- **המשותף לגישות** - התמקדות בסוגיות של יחסים בין-אישיים (אובייקט = אנשים אחרים ובכלל זה גם המטפל עצמו).
- **המבדיל ביניהן** - מיקוד בזמן - יש המתמקדים באירועי העבר הרחוק; יש המתמקדים בהווה, ויש המחפשים את האיזון בין הזמנים
- **טיפול הממוקד בהעברה** - בטיפול זה שפותח על ידי קרנברג ועמיתיו משתמשים בטכניקות של הבהרה, עימות ופרשנות כדי לסייע למטופל להבין ולתקן את העיוותים בתפיסתו את הזולת, לרבות המטפל.

הערכת הטיפול הפסיכודינמיים

יתרונות הטיפול הפסיכודינמיים:

✓ משמש בסיס לגישות טיפוליות ותפיסת האדם

✓ גישות פסיכודינמיות חדשות יעילות לטיפול בפאניקה, PTSD, והפרעות שימוש מופרז בחומרים.

✓ טיפול ממוקד העברה נמצא יעיל עבור הפרעת אישיות גבולית.

חסרונות הטיפול הפסיכודינמיים:

✓ ארוכי טווח

✓ יקרים

✓ הנחות יסוד שלא ניתנות לכימות אובייקטיבי

✓ משקל רב לפרשנות המטפל ("היודע כל")

טיפול זוגי ומשפחתי

- טיפול זוגי - בעיות באינטראקציה הם סיבה רבת משקל למצוקה רגשית.
- בין הסיבות העיקריות לפנייה לטיפול זוגי - בעיות בתקשורת והיעדר חיבה.
- שיפור מיומנויות התקשורת ופיתוח סגנונות הסתגלותיים יותר של פתרון בעיות תופסים מקום מרכזי בתשומת הלב הקלינית.
- טכניקות טיפוליות בטיפול הזוגי:
- טיפול זוגי התנהגותי מסורתי - מבוסס על למידה חברתית וחיזוקים. מטרה: הגדלת התנהגויות אכפתיות ביחסים וללמד פתרון בעיות יעיל ומיומנויות תקשורת.
- טיפול זוגי התנהגותי אינטגרטיבי - התמקדות בקבלה (להשלים עם המגבלות של האחר) על פני הדגשת הציפייה לשינוי.
- טיפול משפחתי - הנחות היסוד הן, כי שינויים במערכת המשפחתית יתרמו לחבר בה. לדוגמה, טיפול יעיל בכדי למנוע הדרדרות במצב בנפשי של בן משפחה שעבר טיפול פרטני.
- טיפול משפחתי מבני (מינוצ'ין) - מבוסס על "תיאורית המערכות" - שינוי ההקשר המשפחתי ישנה את החוויות של כל אחד מבני המשפחה ויוביל להתנהגות אחרת בהתאם לדרישות החדשות של ההקשר המשפחתי.
- המטרה - לשנות את הארגון המשפחתי באופן שבו בני המשפחה יתנהגו זה אל זה בצורה תומכת ופחות פתולוגית.

אקלקטיות ושילוב

- באקלקטיות - השאלת מושגים וטכניקות מאסכולות שונות וחיבורם יחד מתוך שאיפה ליצור הרכב ייחודי שיתאים למטופל הספציפי. נקרא גם "טיפול רב אופנויות" (לזרוס).
- דוגמה לכך היא פסיכותרפיה בין-אישית (של קלרמן) כטיפול בדיכאון. גישה זו משלבת בין התיאוריה הבין-אישית של סליבן לבין תיאורית ההיקשרות של בולבי. כלומר: כל האנשים מפרשים את מה שקורה במערכות היחסים שלנו בהווה, על פי סכמות לא מודעות שנלקחו מאינטראקציות מוקדמות ביותר שלנו עם אנשים אחרים כגון הורינו.
- ממוקדת ומוגבלת בזמן.
- ממוקדת בהווה ולא בעבר.
- נמצאה גם יעילה לטיפול - בדיכאון, בולמיה, הפרעות חרדה והפרעת אישיות גבולית.

טיפול על בסיס ביולוגי

- נשאלת השאלה באיזה כלים צריך להשתמש בכדי לטפל בהפרעות נפש? האם צריך לטפל בכלים ביולוגיים או כלים פסיכולוגיים בבעיה שהיא בטבע שלה "נפשית"?
- שאלה זו עוסקת בקשר שבין הגוף לנפש.

סוגי טיפולים על בסיס ביולוגי

- טיפולים תרופתיים
- טיפול בנזעי חשמל (שוקים חשמליים)
- גרייה מגנטית חוצת גולגולת
- ניתוחי מוח

טיפול תרופתיים

- מכונות לעיתים תרופות פסיכו-אקטיביות = משנות תודעה מושג המרמז על כך שהן משפיעות על המוח
- רק בשנות ה-50 החל הטיפול בהפרעות נפשיות באמצעות תרופות
- יצרו שינוי מאוד גדול וכמעט בין לילה בבתי החולים הפסיכיאטריים
- התרופות הפסיכיאטריות עובדות על שינוי מאזן הנוירורנסמיטרים בתוך המרווח הסינפטי באזורים שונים במוח ובאיזון כימיקלים שונים.

תרופות אנטי-פסיכוטיות - נוגדות פסיכוזה

- מטרה - הפחתת תסמינים חיוביים - דלוזיות ו/או הלוצינציות
- נמצא יעיל לטיפול ב:
- ✓ בהפרעות פסיכוטיות: סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, דיכאון פסיכוטי, מאניה פסיכוטית.
- ✓ הפרעות אישיות - הפרעת אישיות גבולית והפרעת אישיות סכיזופלית - מצבים פסיכוטיים חולפים.
- ✓ באלצהיימר - הרהורי שווא, הזיות ופרנויה.
- תהליך הפעולה - חסימת קולטני דופמין

שמות תרופות אנטי פסיכוטיות מרכזיות

- תרופות מדור ראשון (קונבנציונליות) - הלבדול, תורזין. תופעות לוואי נפוצות - Tardive Dyskinesia - לקות תנועה מושהית (דיסקינזיה מאוחרת).
- דור שני (לא טיפוסיות) - זיפרקסה, ריספרידל, סרוקוול. תופעות לוואי נפוצות - השמנת יתר, סוכרת, התכווצויות שרירים, חולשה וסחרחורת, ירידה בלחץ הדם, תחושת זומבי (רדום וחסר מרץ)

תרופות נוגדות דיכאון - אנטי-דפרסנטיות

- מטרה - הפחתת תסמיני הדיכאון
- נמצא יעיל לטיפול ב:
- ✓ בדיכאון
- ✓ הפרעות חרדה, (OCD, פאניקה, פוביה חברתית ו-GAD)

✓ בולימיה

✓ הפרעות אישיות גבולית, בעיקר הפרעות אישיות מאשכול B

- תהליך הפעולה - רוב נוגדי הדיכאון פועלים באמצעות הגדלת זמינות הסרוטונין ו/או הנוראפינפרין.

שמות תרופות אנטי דפרסנטיות מרכזיות

- מעכבים ברנניים של קליטת סרוטונין חוזרת - פרזאק, סלקסה. נפוצות ביותר - נוחות יותר לשימוש, לא קטלניות במינון יתר ופחות תופעות לוואי
- מעכבים ברנניים של קליטת סרוטונין (SSRI) - נוראפינפרין - סימבלטה.
- תופעות לוואי נפוצות - בחילות, שלשולים, עצבנות, נדודי שינה.
- תלת-טבעתיים - נורפרמין
- מעכבי מונואמין אוקסידאז - נרדיל - התרופות הראשונות שפותחו
- לא טיפוסיים - דזירל

תרופות מייצבות מצב רוח דו קוטביות

- בליתיום - מלחים (ליתיום קרבונט)
- נמצא יעיל לטיפול - במאניה ודיכאון בהפרעה דו קוטבית סוג 1.
- תופעות לוואי נפוצות - צמא מוגבר, בעיות בעיכול, עליה במשקל, רעד ותשישות.
- למרות שליתיום נמצא עדיין בשימוש, תרופות חדשות יותר נחשבות לקו ראשון בהפרעה דו קוטבית - לדוגמה, טגרטול (שנמצאה יעילה כנגד פרכוסים).

תרופות נוגדות חרדה

- מטרה - ייצוב - שמירה על השליטה בתסמיני החרדה, עוויתות ופרכוסים.
- **בנזודיאזפינים:**
- התרופות הרווחות ביותר בטיפול בחרדה.
- נמצא יעיל לטיפול - בהפרעות חרדה, כנגד בעיות שינה
- תהליך הפעולה - הגברת פעילות קולטני GABA (נוירוטרנסמיטר מעכב שתופס מקום חשוב באופן שבו המוח חוסם חרדה במצבים רבי מתח).

● ברביטורטיים:

כבר כמעט אינן בשימוש, אלא לצורך שליטה בפרכוסים או כחומר הרדמה בנזעי חשמל נמצא יעיל לטיפול - בחרדה, פרכוסים, בעיות שינה. כיום בעיקר בהרדמות, אפילפסיה ומיגרנות חריפות.

● בוספירון (סורבון):

נמצא יעיל לטיפול ב GAD
עמוד 1034.

שמות של תרופות נוגדות חרדה מרכזיות

- בנזודיאזפינים - קסנקס, ואליום. משפחת התרופות מפחיתות החרדה הנפוצה ביותר
- תופעות לוואי נפוצות - סכנת התמכרות, מרדימות, מרפות שרירים
- סכנת מוות בנטילת מנת יתר.

דגשים למבחן

- מזג וגנטיקה שניהם גורמים ביולוגים ולא פסיכולוגיים.
- הפרעת אישיות - בדרך כלל יש שאלה גדולה. כשצריך לתאר את מודל חמשת הגורמים מספיק לתאר את הגורם הראשי ופחות חשוב תתי הגורמים.
- לגבי כל הפרעה יש לכתוב את הטיפול היעיל ביותר, ולא סתם טיפול.
- מודל דיאתזה עקה - צריך להבחין מה הדיאתזה (מה היה בעבר למשל ההורים התגרשו, התעללות מינית וכו') ומה העקה העכשווית (פיטורין, מוות, גירושין שהמטופל עובר עכשיו).
- שיטות טיפול - יכול להיות מוצג תיאור מקרה טיפולי ונצטרך לזהות את שיטת הטיפול.
- אבחנה מבדלת - ציינו הפרעה נוספת שדומה להפרעה זו ותגידו מאפיין דומה ושונה בין ההפרעות.

חזרה למבחן - שאלות ממבחנים וממנים + אופציות לתשובות.

הסבירו מהו 'מודל הדיאתזה- עקה':

א. כיצד הוא משקף יחסי תורשה סביבה?

תשובה שלי: דיאתזה זו הנטייה המוקדמת (מוכנות) שיש לאדם לפתח הפרעה נפשית, מקורה של נטייה מוקדמת זו עשוי להיות טמון בסיבות ביולוגיות או פסיכולוגיות או חברתיות - תרבותיות. עקה נוצרת כאשר האדם תופס את המצב כ"גדול עליו" כמצריך ממנו יותר כוחות ממה שיש לו. מודלים של דיאתזה עקה גורסים כי קיימת אינטראקציה בין התורשה, הגנים איתם נולד הפרט, אותם הוא יורש מהוריו לבין הסביבה בה הוא גדל. כך למשל תאומים זהים שנושאים את אותו מטען גנטי עשויים לא ללקות באותה הפרעה למרות שעשוי להיות לה מקור גנטי - הסביבה, אירועי החיים שהם עברו והאירועים מעוררי העקה שכל אחד מהם חווה היו שונים, ולכן אחד עשוי לפתח הפרעה בעוד השני לא.

אופציה נוספת לתשובה: יחסי תורשה סביבה אומרים כי התנהגות, קוגניציות ותכונות האדם מושפעות לא רק מהסביבה ולא רק מהתורשה, אלא מהיחסים ביניהן וכך גם פסיכופתולוגיה. דיאתזה היא המוכנות לפתח הפרעה מסוימת, היא נובעת גם מגורמים גנטיים (תורשתיים) וגם מגורמים סביבתיים, ועקה- אירוע הקשור בסביבה. מודל זה גורס כי פסיכופתולוגיה הוא תוצר של הקשר בין הדיאתזה לעקה. שיקוף של יחסי תורשה סביבה במודל הדיאתזה עקה ניתן לראות בכך שאצל בעלי דיאתזה תורשתית לדיכאון (קוד גנטי לנשאי סרוטונין קצרים) גורם לכך שדיכאון יתפתח בפחות אירועי עקה מאשר בעלי אללים ארוכים לגנים אלו.

אופציה נוספת לתשובה: מודל ה"דיאתזה עקה" הוא מודל שמסביר פתולוגיות בכך שצריכה שתהיה איזשהי נטייה מוקדמת, בין אם זה פגיעות גנטית, איזשהי נטייה מולדת, או גורם סיבתי פסיכולוגי או חברתי תרבותי אחר שתהווה קרקע פורייה להיווצרות פתולוגיה בעת אירוע חיים מעורר עקה. אירוע מעורר עקה. במצב של עקה האדם תופס דרישות שמופנות כלפיו כמעמיסות או מעבר ליכולתיו. כלומר, אירועים שמעוררים עקה יכולים ליצור פסיכופתולוגיה אצל אנשים שמועדים לכך מבחינה גנטית. ובכך המודל משקף יחסי תורשה סביבה. תורשה מולדת (הפגיעות) יחד עם גורם סביבתי (העקה).

ב. איזה סוג מודל (אינטראקטיבי/אדיטיבי) מסביר טוב יותר מצב בו אדם ללא פגיעות גנטית שעבר את שלבי ההתפתחות המוקדמים ללא אירועים מיוחדים ויוצאי דופן, מפתח PTSD לנכח אירוע שלילי קיצוני שחווה בחייו? נמקו תשובתכם.

התשובה שלי: המודל האדיטיבי מסביר בצורה טובה יותר את המקרה המתואר. ע"פ מודל זה כדי שתפתח עקה צריכה להיות או דיאתזה או עקה (כשהן מתווספות האחת לשנייה) או אחת מהן, או שתיהן יחד. במקרה המתואר נראה שהאדם ללא דיאתזה לא גנטית ולא סביבתית, אך בכול זאת פיתח הפרעת PTSD. המודל יכול להסביר מצב זה ע"י חלוקה של 90% עקה ו-10% דיאתזה למשל, או אפילו של 100% עקה (כמו שהוא מסביר מקרה של תסמונת דאון ע"י 100% דיאתזה). לעומת זאת המודל האינטראקטיבי גורס כי תמיד חייבים להופיע גם דיאתזה וגם עקה יחד ולכן יתקשה יותר להסביר את המקרה המתואר.

אופציה נוספת לתשובה: המודל האדיטיבי מצביע על כך שלא נדרשת דיאתזה כלל או שנדרשת רמה נמוכה מאוד של דיאתזה מוקדמת כדי להוות קרקע פורייה להתפתחות פתולוגיה לנכח אירוע שלילי. לכן, אדם שאין לא פגיעות גנטית וללא דיאתזה סביבתי כלשהי, כפי שמתואר ובכל זאת מפתח PTSD לנכח אירוע שלילי קיצוני שחווה בחייו יהיה מוסבר היטב ע"פ מודל זה.

מנגד, המודל האינטראקטיבי יגרוס כי חייבת להימצא מידה מסוימת של דיאתזה כדי שאירוע שלילי ישפיע על האדם, ולכן מודל זה לא מתאים.

הציגו דוגמה לגורם הגנה אחד וגורם סיכון אחד בהתפתחות פסיכופתולוגיה? בחרו כל גורם מתחום אחר

התשובה שלי - גורמי סיכון מגדילים את הסבירות לתוצאה שלילית. דוגמה לגורם סיכון - התעללות פיזית בילדות, ילדים שעברו בילדותם התעללות פיזית נמצאים בסיכון רב יותר לפתח הפרעות פסיכולוגיות בעתיד (לדוגמה - נמצא מתאם חיובי בין הלוקים בדיכאון ובין התעללות פיזית בילדות). גורמי הגנה לעומת זאת מקטינים את הסבירות לתוצאות שליליות. דוגמה לגורם הגנה - אינטליגנציה גבוהה. צ'ה ונוק הראו במחקרם משנת 2009 כי ילדים בעלי אינטליגנציה רגשית גבוהה נוטים לפחות תוצאות שליליות בעקבות התעללות שחוו בילדותם. הגורמים הנ"ל הם מתחומים שונים כיוון שגורם הסיכון שבחרתי הוא חייוני ותלוי בניסיון החיים ובסביבה החיצונית של הילד (למשל הורה) ואילו גורם ההגנה שבחרתי (אינטליגנציה) הוא פנימי ואינו קשור בהכרח לסביבה החיצונית לאדם.

אופציה נוספת לתשובה: - גורם הגנה - היקשרות בטוחה - אנשים עם היקשרות בטוחה הם בעלי מודל עבודה פנימי תקין יותר ונוטים לסמוך על עצמם ועל הסביבה ועל הקשרים הבין אישיים שלהם לכן הם בעלי פחות סיכוי לפתח הפרעות פסיכופתולוגיות מסוימות, זאת בניגוד לאנשים בעלי הקשרות לא בטוחה שפעמים רבות חווים את העולם כמקום מסוכן בודד ומאיים דבר שיכול להגביר את הסיכוי לפסיכופתולוגיה מכיוון שיש פחות הרגשה של קרקע יציבה ותמיכה בזמן עקה.

גורם סיכון - נטייה גנטית יכולה להוות גורם סיכון לפסיכופתולוגיה, אללים קצרים לנשאי סרוטונין הם גורם סיכון להפרעת דיכאון.

אופציה נוספת לתשובה: גורם הגנה בהתפתחות פסיכופתולוגיה הוא סביבה משפחתית עוטפת, חמה ותומכת בזמן הילדות. סביבה משפחתית מתאפיינת במצב שבו לפחות הורה אחד מבין השניים הוא נוכח ברמה הנפשית והפיזית עבור הילד ומאפשר לו היקשרות בטוחה וטובה. סביבה משפחתית כזו מובילה בד"כ למצב של חוסן נפשי ושל יכולת עמידה מול אתגרים ומכשולים ותפקוד טוב בבגרות. גורם סיכון בהתפתחות פסיכופתולוגיה יכולים להיות גורמים גנטיים. למשל במקרה של תסמונת דאון, אנחנו נראה שנובעת מצב גנטי של טריזומיה (מצב בו בכרומוזום 21 נראה 3 כרומוזום במקום זוג).

מהו הקשר בין עקה לתפקוד מערכת החיסון? אילו ציטוקינים נפגעים בזמן עקה קצרה ואלו בזמן עקה מתמשכת?

התשובה בעמוד 238

תשובה שלי - הקשר בין עקה למערכת החיסון הוא שעקה מאיטה את תהליכי ההחלמה של פצעים ע"י דיכוי של מערכת החיסון, ככלל ככל שמקור העקה אליו נחשפנו הוא מתמשך יותר כך התפקוד של מערכת החיסון ירוד יותר. בזמן עקה מתעוררת תגובת "הילחם או ברח" ע"י מערכת בלוטת יותרת הכליה הסימפתטית, וגם מערכת נפרדת - מערכת ההיפותלמוס-יותרת המוח-יותרת הכליה. פעולתו של ציר זה (HPA) מובילה להפרשת קורטיזול. **במקרה של חשיפה לעקה זה מאפשר לנו לפעול בצורה ממושכת (למשל לברוח או להילחם) על חשבון מערכת החיסון. (אולי מיותר)** גם בעקה קצרה וגם בעקה מתמשכת נפגעים הציטוקינים הפרו דלקתיים, בעקה לטווח קצר לא מיוצרים מספיק ציטוקינים (מה שמפחית את התגובה הדלקתית ואת יכולת ההחלמה והריפוי של הגוף), ואילו בעקה מתמשכת מיוצרים יותר מידי ציטוקינים פרו דלקתיים בשל לולאת המשוב השלילי ייצור הציטוקינים אינו נפסק מה שעשוי להוביל לדלקת כרונית. דלקת כרונית היא גורם סיכון להרבה בעיות בריאותיות בניהן - מחלות לב, סוכרת מסוג 2, אסתמה, אוסטאופורוזיס וכדומה.

אופציה נוספת לתשובה: עקה נמצאת כקשורה לדיכוי מערכת החיסון, גורמת להאטה בהחלמה (של פצעים, שיקום וכו'..). וגורמת לאדם להיות ותר פגיע למחלות. עקה עוצרת את התגובה של המערכת החיסונית על מנת שיהיו יותר משאבים להתמודד עם גורם העקה גם עקה קצרת מועד, "עקה ממוקדת" וגם עקה שנמשכת לאורך זמן פוגעות במערכת החיסון, אך זו השנייה פוגעת ביותר אנשים בעולם. במצבי עקה פועלת מערכת בלוטת יותרת הכליה הסימפתטית וגם מערכת ההיפותלמוס-יותרת המוח-יותרת הכליה. ההפעלה של מערכת זו גורמת להפרשת קורטיזול ולהפעלת מצב fight or flight.

בזמן של עקה נקודתית, נפגעים הציטוקינים הפרו-דלקתיים (IL6, IL1, TNF) ובכך נפגעת החלמת/הגדלת פצעים. ייצור כשל ציטוקינים אלה הוא נמוך יותר במצבי עקה קצרה. מה שמפחית את התגובה הדלקתית ואת יכולת ההחלמה והריפוי של הגוף בזמן עקה מתמשכת, ציטוקינים פרו-דלקתיים הם אלו הנפגעים - יש לאדם הנתון בעקה מתמשכת רמות מוגברות של ציטוקינים אלה (מצב של דלקת) משום שככל הנראה עקה

שנמשכת לאורך זמן, כמו מצב של אבטלה לדוגמה, פוגעת ביכולת של הגוף לחסום את תהליך ייצור הציטוקינים ואלה מתגברים ומתגברים (לולאת המשוב השלילי). כל זה מוביל לדלת כרונית שמובילה לבעיות גופניות בריאותיות רבות.

אופציה נוספת לתשובה: - כאשר אנו נחשפים לגורם עקה נתפס ישנן 2 מערכות שמופעלות על מנת להתמודד איתו: הראשונה היא מערכת SAM שמעוררת את תגובת לחימה או מנוסה והשנייה היא מערכת HPA שמובילה להפרשת קורטיזול שעצור את התגובה הדלקתית של הגוף. משמע - עקה עוצרת את התגובה של המערכת החיסונית על מנת שיהיו יותר משאבים להתמודד עם גורם העקה. עקה בטווח הקצר פוגעת בייצור של ציטוקינים פרו דלקתיים (IL 6, IL 1, TNF). במצב זה פוחתת התגובה הדלקתית של מערכת החיסון ובעקבות כך גם יכולת ההחלמה של הגוף. עקה מתמשכת פוגעת ביכולת של הגוף להגיב לאותות שיעצרו את ייצור הציטוקינים הפרו דלקתיים (לולאת המשוב השלילי) ולכן ביכולתו לווסת את התגובה הדלקתית. התוצאה היא דלקת כרונית שיכולה לגרום לבעיות בריאותיות רבות כגון מחלות לב וכלי דם וסכרת סוג 2. נראה שיש ייצור מוגבר של IL 6 במצב של עקה כרונית.

מהו הקשר בין גלוטמט לדופמין וכיצד נירורטרנסמיטרים אלה מעורבים בהפרעת הסכיזופרניה? תשובה שלי - גם גלוטמט וגם דופמין הם נ"ט מעוררים במוח.

נמצא שמחסור בגלוטמט ועודף בדופמין מובילים לתסמינים שאנו נראה בסכיזופרניה. כאשר יש מחסור בגולטמט-מופיעים התסמינים החיוביים והשליליים של הסכיזופרניה כשיש רמות גבוהות מדי של דופמין, כמו במצב של סכיזופרניה - מתפתחת "חשיבות לקויה" - יש חשיבות יתר לגירויים שהם לא חשובים (להוסיף). מה שמוביל לתסמינים החיוביים של הסכיזופרניה למעשה - למודעות חושית יתרה וחוויות פסיכוטיות של הרהורי שווא או הזיות. הקשר בין השניים - הוא שהפעילות של קולטני הדופמין מדכאת את הפרשת הגלוטמט לסינספה. כלומר, כאשר יש לנו מצב של עודף דופמין (כמו שיש בסכיזופרניה), יש גם דיכוי של קולטני גלוטמט (NMDA) וזה מחרף את התסמינים.

אופציה נוספת לתשובה: - הקשר בין שני הנ"ט האלה הוא שאחת שדופמין עשוי לדכא את הפרשת הגלוטמט. בהפרעת סכיזופרניה הפעילות המוגברת של דופמין מובילה לפעילות מופחתת של גלוטמט שמובילה לתת לפעיות של קולטני NMDA באזורים כמו ה-PFC וההיפוקמפוס. בזכות שני הנירורטרנסמיטרים האלה ניתן להסביר את התסמינים העיקריים של סכיזופרניה: פעילות מוגברת של דופמין מובילה לתופעה הידועה כ-"חשיבות לקויה" (הענקת חשיבות מוגזמת לגורמים פנימיים וחיצוניים לא רלוונטיים) וזה מוביל לתסמינים כמו הרהורי שווא והפעילות המוחלשת של גלוטמט אצל חולי סכיזופרניה מאופיינת בהופעתם של תסמינים חיוביים ושליליים כמו הזיות.

אופציה נוספת לתשובה: דופמין הוא נירורטרנסמיטר המעורב בהנאה ועיבוד קוגניטיבי. שימוש בתרופות כמו אמפטמינים (גורמות לייצור עודף של דופמין) גורמות במקרים מסוימים לצורה של פסיכוזה שכללה פרנויה והזיות קוליות כאשר עשו בה שימוש מופרז. כלומר עודף של דופמין מעוררת מצב פסיכוטי דמוי סכיזופרניה. הדופמין משחק תפקיד בחשיבות שאנו מעניקים

לגירויים חיצוניים ופנימיים כאשר רמת הדופמין לא מווסתת אנו עשויים להפנות קשב רב לגירויים פנימיים או לגירויים שאינם חשובים (השערת הדופמין). גלוטמט הוא נוירורנסמיטר מעורר, כאשר אנשים ללא הפרעות נפש לוקחים מקבלים PCP (שהוא חוסם קולטני גלוטמט) הם מפתחים תסמינים חיוביים ושיליים, דומים מאוד לתסמינים של הלוקים בסכיזופרניה, בנוסף כאשר הלוקים בסכיזופרניה מקבלים סם זה תסמיני המחלה שלהם מחמירים. ממצאים דומים נמצאו גם בשימוש בקטמין שגם הוא חוסם קולטני גלוטמט. בנוסף בניתוח שלאחר המוות נמצאו אצל אנשים שהיתה להם סכיזופרניה רמות נמוכות של גלוטמט לעומת קבוצת ביקורת. כמו כן פעילות מוחלשת של MMDA (קולטני גלוטמט) מעוררת תסמינים דמויי סכיזופרניה ועשויה לגרום להתנוונות תאי עצב באזורים מרכזיים במוח. הקשר בין דופמין לגלוטמט בסכיזופרניה הוא שאחד מהתפקידים של קולטני הדופמין הוא לדכא הפרשת גלוטמט דבר שיגרום לפעילות מוחלשת של קולטני MMDA. שכמו שהסברתי קודם מעוררת תסמינים דמויי סכיזופרניה. כלומר השערת הדופמין למעשה מתחזקת בזכות מה שגילו החוקרים על גלוטמט.

אילו שיבושים מבניים מתקשרים לסכיזופרניה? ציינו את האזורים במוח והנוירורנסמיטרים המעורבים. מהם מאפייניה הבולטים של ההפרעה? תסמינים חיוביים, שליליים (תוך דיון בהבדלים ביניהם), סיבות (מכל הסוגים), גנים טיפולים.

תשובה שלי - שיבושים מבניים אצל הלוקים בסכיזופרניה - חדרי המוח גדולים יותר שזהו תסמין של ירידה בכמות הרקמות במוח. אצל הלוקים בסכיזופרניה נצפתה ירידה של 3% בנפחו הכולל של המוח. אובדן מתמשך של החומר האפור (תאי עצב) במוח. הפחתת נפח באזורים מסוימים באונת המצח ובאונת הרקה. ירידת נפח באזור הרקות התיכוניות (אמיגדלה, היפוקמפוס ותלמוס). שיבוש בשלמות החומר הלבן (מיאלין) במוח. שני הנוירורנסמיטרים בעיקריים הם גלוטמט ודופמין. פעילות יתר של דופמין גורמת למחסור בגלוטמט בקורטקס הקדם מצחי ובהיפוקמפוס.

אופציה נוספת לתשובה: סכיזופרניה נראה שיבוש בנפח ובמבנה של המיאלין (שיבוש בחומר הלבן) - שתפקידו להעביר מידע בין תאי העצב. לכן תהיה תקשורת לקויה בין חלקי המוח ופגיעה בתפקודים קוגניטיביים וחברתיים שונים ונראה לדוגמה הזיות שמיעה אצל החולים. נראה הפחתת נפח סאונות המצח והרקה (אשר אחראיות על זיכרון, עיבוד מידע, וקבלת החלטות) נראה הפחתת מתח גם באמיגדלה ובהיפוקמפוס ובתלמוס.

אופציה נוספת לתשובה: - בסכיזופרניה נראה לרוב הגדלה של חדרי המוח(מה שאומר יותר חללים ריקים), פגיעה ב pfc שגורמת לתסמינים שליליים (אנהדוניה, התנהגות לא מאורגנת, דיבור לא מאורגן ועוד), אצל סכיזופרנים בעלי הלוצינציות שמעיתיות מראה גם פגיעה באזור שאחרי על הפקת שפה, מה שכנראה גורם חוסר הבחנה בין דיבור פנימי לחיצוני(האדם שומע את מחשבותיו ומפרש כאילו הן מגיעות ממקור חיצוני, משמע הזיות). מבחינת נ"ט נראה עודף של דופמין שגורם לכך שייווצר פחות גלוטמט, משמע תעלות nmda לא נפתחות, דבר שמעודד גם תסמינים חיוביים(לדוגמת מחשבות שווא והזיות) וגם תסמינים שליליים וקוגניטיביים שפורטו קודם לכן.

למה הורה שלוקה בדיכאון מעמיד את הילד בסיכון לפתח דיכאון. מה הבסיס הסביבתי?
כיוון לתשובה שלי - דיכאון של ההורה מגדיל את הסיכון של הילד. גם בגלל תכונות מזג אבל גם בגלל האינטראקציה בין ההורה לילד. יותר נטייה לחיכוכים פחות משחקים מהנים, פחות קשירות(או כשירות) פחות הענקת אישור להתנסויות. למידה מתוך צפייה של קוגניציות שליליות.

הכינו טבלת הבדלים בין הפרעות אכילה השונות וכיצד מבחינים ביניהם, אילו מעברים דו כיוונים יכולים להיות בין הפרעות האכילה השונות? גורמים וטיפולים.

בעמוד 523 יש טבלה מוכנה

הציגו את נקודות הדמיון והשוני בין טרנס סקסואליים הומוסקסואליים לבין טרנס סקסואליים אוטוגניפיליה.

ערכו השוואה בין מבחנים פסיכולוגיים : מבחני השלכה למבחני משכל, ובין מבחן רורשך למבחן הדפסת הנושא.

מה הקשר בין מוגבלות שכלית לאנזים פנילאלנין? הסבר את התהליך.

הציגו הסבר על תרופות אנטי פסיכוטיות טיפוסיות ולא טיפוסיות.

להפרעת חרדה חברתית יש קשר חזק עם אחת ההפרעות מוצגות בפרק 10. מהי ההפרעה ומהם המרכיבים הקושרים ביניהן?

תשובה שלי - הפרעת האישיות שלה קשר חזק עם הפרעת חרדה חברתית היא הפרעת אישיות נמנעת. המרכיבים המשותפים בניהם הם רגישות היתר לדחייה שהלוקים בהפרעות האלה חשים כאשר הם נמצאים במצב חברתי, כמו גם רגישות יתר לנחיתות חברתית, חוסר הביטחון שלהם באינטראקציות חברתיות ובהתחלה של קשרים. בנוסף סביר להניח כי הלוקים בשתי ההפרעות יתוארו ע"י הורים כמי שהיו ילדים ביישנים ומופנמים. נוסף על כך בשתי ההפרעות האנשים דווקא רוצים מאוד קשרים חברתיים אך נמנעים מהם מהחשש שהם יביכו את עצמם או יהיו חשופים לביקורת מצד החברה. בשתי ההפרעות מודבר על תופעה אגו דיסטונית - כלומר הם יודעים להגיד שהחרדה שלהם מפני דחייה או ביקורת חברתית היא מוגזמת ולעיתים לא פרופורציונלית. הלוקים בתי ההפרעות מאוד עצורים ומאופקים כשהם בחברת אנשים ולפעמים ימנעו מסיטואציות חברתיות אלא אם כן ידעו מבעוד מועד שאלו יחבבו אותם, כלומר הם נמנעים "מסיכונים" חברתיים ואינם פתוחים להתנסויות חדשות (בעיקר מתחום החברתי כמו לפגוש אנשים חדשים, או להגיע לקבוצה חדשה של אנשים). במונחים של חמש הגדולים בשתי ההפרעות הם נמוכים במימד המוחצנות במיוחד בתתי המרכיבים חברתיות, ואסרטיביות. ובגבוהים במימד נירוטיות במיוחד בתתי המרכיבים חרדה, מודעות עצמית ופגיעות. זה יכול לבוא לידי ביטוי בכך שבזמן שהם נמצאים במפגש חברתי הם נוטים להתעסק יתר על המידה בתחושותיהם הגופניות (למשל לשים לב שהדופק שלהם גבוה

או הנשימה מהירה) מה שעשוי לשבש את יכולתם לקיים אינטראקציה חברתית "נורמלית" הם גם רגישים מידי לאיך שהם מתנהגים או מה יגידו, וחושבים כמה פעמים לפני שהם אומרים משהו בסיטואציה חברתית אם בכלל. פסיכולוגים קוגניטיביים יגידו שיש להם סכמות סכנה – הם צופים כי הם יתנהגו בצורה מוזרה או בלתי מקובלת בחברה והתוצאה לכך תהייה לעג או דחייה.

אופציה נוספת לתשובה: – להפרעת חרדה חברתית יש קשר חזק עם הפרעת אישיות נמנעת. הפרעת חרדה חברתית היא פחד בולט ממצבים חברתיים שבו האדם חושש שיפנו אליו ביקורת והפרעת אישיות נמנעת היא דפוס חוזר של עכבה חברתית עם רגישות יתר להערכה שלילית. שתי ההפרעות האלה מאופיינות בפחד עז מביקורת ודחייה חברתית. הם נמנעים ממצבים חברתיים עד כדי כך שנגרמת להם מצוקה ושיבושים בתפקודים התעסוקתיים והבין אישיים. בשתיהן יש לאדם מזג מעוכב מודל שגורם לו להיות ביישן ובעל עכבות חברתיות. (להוסיף) בנוסף, בשתיהן יש הטיית קוגניטיביות משובשות שלפיהן אחרים יעריכו אותם וילעגו בהם כאשר הם יעשו משהו "מביך".

מהו ההבדל בין ההשקפה הביולוגית להשקפה הפסיכולוגית להבנת הסיבה להתנהגות חריגה? הסבירו והדגמו.

תשובה שלי - ההשקפה הביולוגית מסבירה התנהגות חריגה כשיבושים של תפקודים "אורגניים" במערכת העצבים המרכזית או האוטונומית, המערכת האנדוקרינית, פגיעות נוירואנטומיות ומזג. ההשפעות הללו יכולות להתרחש כתוצאה מתורשה וגנטיקה או בעקבות נזקים מוחיים. לדוגמא, אדם הנושא את האלל S/S של הגן לנשא של סרוטונין עשוי נמצא בסיכון מוגבר לפתח הפרעת דיכאון בעקבות חשיפה לאירועי עקה (אפשרות נוספת לדוגמה תסמונת דאון). בניגוד לגישה הביולוגית, ההשקפה הפסיכולוגית מסבירה שהתנהגות חריגה מתפתחת בעקבות התנסויות וחוויות מוקדמות שהאדם עבר ושמה דגש על התהליכים הפנימיים שמתחוללים בתוכו. בנוסף, גישה זו שמה דגש על גורמים חברתיים כגון יחסים בין אישיים כגורם פוטנציאלי להתפתחותה של התנהגות חריגה. לדוגמא, לפי תיאוריית הקוגניטיבית של בק, בעקבות חוויות למידה שליליות בשלב מוקדם יותר בחיים, האדם הבוגר מפתח סכמות לא הסתגלותיות שגורמות לשיבושי חשיבה. למשל במקרה של דיכאון יכולה להתפתח סכמה של "איך שום ערך לחי" אם אף אחד לא רוצה להיות איתי בזוגיות".

כשמישהו במשרד עורכי הדין המוכר הזכיר לעדי עורכת הדין המהוללת את אחד מחמשת ילדיה, היא התחילה תהליך של ספירה תוך שהיא מקישה עם אצבעותיה על ראשה ומצחה בכפולות של 5. לפתע נדמה היה לה שאחת האצבעות לא נגעה "כנדרש" בראשה, ולכן החלה את הספירה מחדש. הסבירו מהי הפרעת טורדנות כפייתיות וכיצד ניתן לקבוע מה יש לעדי? האם לעדי יש הפרעת טורדנות כפייתיות? נמקו.

תשובה שלי - הפרעת טורדנות כפייתיות זו הפרעה שבה האדם חווה מחשבות ו/או דימויים ויזואליים כפולשניים, למרות ניסיונותיו להתעלם מהם הדבר לא עולה בידו, הוא מבצע התנהגות טקסית גליות או פעולות מנטליות סמויות בתגובה למחשבות הפולשניות ואלו מקטינות את המצוקה שהוא חש ובכך למעשה מחזקות את ההתנהגות הטקסית (גלויה או

חבויה) ומשמרת אותה עד שהדבר הופך לדפוס קבוע של מחשבות פולשניות והתנהגות טקסית. כדי לקבוע אם יש לעדי OCD נבדוק אם היא עומדת בקריטריונים של ה-DSM. ניתן לראות כי לעדי יש התנהגות כפייתית כיוון שהיא חוזרת על התנהגות (ספירת האצבעות והקשה על ראשה) בכל פעם ששמות ילדיה מוזכרים וכן שלהתנהגות זו כללים נוקשים, כשלא היתה בטוחה שנגעה בראשה חשה צורך להתחיל את הספירה מחדש. לא צוין האם התנהגות זאת בוצעה במטרה להרגיע אותה או להקל על מצוקה ולכן אינה עונה על קריטריון 2 של כפייתיות ולא ניתן לאבחן אותה כלוקה ב-OCD רק על סמך תיאור קצר זה. למרות זאת אציין שניראה כי היא ביצעה את ההתנהגות לאחר שילדיה הוזכרו וניתן להסיק כי היא ביצעה את ההתנהגות הכפייתית במעין דפוס הגנתי כדי ששום דבר רע לא יקרה להם, וכן שההתנהגות הכפייתית גוזלת ממנה זמן רב, אך כאמור הדבר לא מצוין בקטע ולכן לא ניתן לקבוע בוודאות שיש לה הפרעת טורדנות כפייתית.

אופציה נוספת לתשובה: - הפרעת טורדנות כפייתית היא שם להפרעה אשר מופיעה בה טורדנות (מחשבות, דימויים או רגשות חוזרים ונשנים שהאדם מרגיש כי אינו שולט בהם), כפייתיות (התנהגות חזרתית בעלת כללים נוקשים אשר אדם מרגיש צורך לעשות כדי להוריד חרדה או כדחף העולה מהטורדנות) או בשתייהן. אנו עדים רק להתנהגות שנראית קומפולסיבית אצל עדי (ספירה והקשה עם אצבעותיה, וחזרה על כך כאשר הרגישה כי משהו השתבש - משמע כללים נוקשים) ניתן להניח כי פעולה זאת נובעת ממחשבות טורדניות או חרדה (למשל - פחד כי אם לא תקיש באצבעותיה דבר רע יקרה לילדה) אך בכל זאת אי אפשר עדיין לאבחן OCD וזאת מכיוון שלפי ה-DSM בקומפולסיביות או בטורדנות צריך לקחת מעל שעה ביום או לגרום למצוקה משמעותית, בתיאור המקרה אין מידע מספק לגבי הפרטים הנ"ל, ולכן נחשוד ב-OCD (רואים התנהגות קומפולסיבית) אך לא נוכל לאבחן בוודאות.

אופציה נוספת לתשובה: - OCD הינה חרדה המאופיינת בפלישה מתמדת של מחשבות טורדניות לא רצוניות ובלתי נשלטות המלוות בהתנהגות כפייתית על מנת לנטרל אותן ולהפחית את החרדה. הטקסים הכפייתיים יכולים להיות פיזיים או מנטליים וכאשר אינם נעשים בשלמות, הלוקה ב-OCD חייב לעשות אותו מהתחלה על מנת שהוא יהיה תקף וינטרל את החרדה. באמצעות התבוננות בהתנהגותה של עדי ניתן לקבוע שהיא אכן סובלת מ-OCD. ע"פ ה-DSM ניתן לראות שעדי עומדת בכל הקריטריונים כנדרש. היא מציגה התנהגות כפייתית כאשר היא מקישה עם אצבעותיה על ראשה ומצחה בכפולות של חמש, וניתן לשער שהיא עושה זאת על מנת להפחית את המצוקה או החרדה שהיא חשה כאשר מדברים על ילדיה. סביר להניח כי הטקס גוזל זמן מחייה (היא צריכה לחזור עליו שוב ושוב במידה והיא לא עשתה אותו "נכון"). בנוסף, לפי מה המתואר לנו, לא ניתן לייחס את התנהגותה להשפעה של חומר פיזיולוגי או מצב רפואי אחד ולא ניתן להסביר טוב יותר את התנהגותה ע"י הפרעה אחרת.

מהם מאפייני העקה וכיצד ניתן לקבוע את חומרתו של מצב העקה בהתייחס אליהם.
תשובה שלי - לעקה ישנם כמה מאפיינים שעל פי הם נקבעת חומרתה. הגורמים הם: חומרתו של גורם העקה (ככל שהגורם חמור יותר כך הוא יגרום לעקה חמורה יותר), מידת הכרוניות של גורם העקה (ככל שהוא נמשך זמן רב יותר כך גורם העקה יחשב חמור יותר), תזמון גורם העקה (ככל שהעקה מתרחשת בתקופת חיים רגישה יותר למשל בילדות כך הגורם נחשב

חמור יותר), מידת ההשפעה של גורם העקה על החיים (ככל שהוא משפיע יותר וביותר תחומים כך הוא יחשב חמור יותר), עד כמה הוא צפוי (כל שהגורם צפוי פחות ושלא ניתן היה לפתח עבורם אסטרטגיות התמודדות והוא אגיע "משום מקום" כך הוא יחשב לחמור יותר), מידת השליטה בו (ככל שניתן לשלוט בו פחות או ככל שיש שליטה נתפסת על המצב מעורר העקה כך הוא יחשב חמור יותר). בנוסף לאדם יש אסטרטגיות התמודדות עם עקה כמו גורמי חוסן וגורמי הגנה, שככל שיש יותר כאלה כך האדם יתמודד עם העקה בצורה טובה יותר והיא תחשב חמורה פחות. מערכת LEADS זוהי מין רשימת אירועים וקשיים בחיים המשמשת לדירוג צורות חריפות וכרוניות של עקה לפי ששת הפרמטרים שתיארתי קודם. כל אירוע מקבל דירוג בין 0-100 ע"פ כמות הסטרס שהוא מעורר. מערכת זו מאפשרת למדרגים להתחשב בהקשרים שבהם התרחש האירוע ואת מצבו הסובייקטיבי בעת דירוג כל אירוע. ציון הרשימה הורכב כך שישקף ציון עקה מעבר להבדלים בין אישיים.

אופציה נוספת לתשובה: - ישנם מאפיינים רבים לעקה אשר משפיעים על עוצמתה: (1) מידת החומרה שלה (ככל שהגורם יותר חמור כך גדלה האפשרות שהוא ישפיע לרעה עלינו), (2) מידת הכרוניות שלה כלומר לכמה זמן הוא נמשך, (3) באיזה תקופה בחיים הוא מתרחש, (4) כמה הגורם משפיע על חיינו, (5) מידת הניתנות לצפייה שלו, (6) וכמה שליטה הייתה לנו עליו. ניתן לקבוע את חומרתו של מצב העקה באמצעות שאלון LEADS. שאלון זה מאפשר להביא בחשבון את ההקשרים שבהם אירועי העקה השונים התרחשו ואת מצבו הייחודי של האדם הממלא אותו.

בעודכם נוסעים ברכבת ישראל שמעתם את עידן אומר למאירה כי "כל הפרעת הסתגלות שנמשכת יותר זמן מהגדרת גבולות הזמן של הפרעה, תחשב מידית הפרעת עקה פוסט טראומטית. דונו בטענתו של עידן תוך הצגת קריטריוני האבחון להפרעת הסתגלות וקריטריוני האבחון להפרעת עקה פוסט טראומטית.

תשובה שלי - לא נכון, בהפרעת הסתגלות מדובר על מקור עקה רווח ולא על מקור עקה טראומטי כמו בהפרעת עקה פוסט טראומטית. בנוסף לכך בהפרעת הסתגלות התסמינים פוחתים או נעלמים בהדרגה כשגורם העקה נעלם או שהאדם לומד להסתגל אליו תוך תקופה שלא תעלה על שישה חודשים. במידה ואחרי שישה חודשים לא ניראה שיפור במצבו של האדם סביר כי המטפל ישקול מחדש איזו הפרעה מתאימה לו, (לעיתים זו תהייה הפרעת דיכאון) אך יש לבצע בחינה מחדש של המצב הכולל של האדם ולא לאבחן בצורה אוטומטית. בכל מקרה גם אם היתה חריגה מהזמן האבחנה לא תהייה PTSD כמו שטען עידן (כי מקור העקה שונה בין שתי ההפרעות הללו).

אופציה נוספת לתשובה: - לא נכון. ראשית, הפרעת הסתגלות היא תגובה פסיכולוגית לגורם עקה רווח בעוד ש PTSD היא תגובה פסיכולוגית חריפה לגורם עקה טראומטי במיוחד ולכן זה לא נכון להגיד שנעשה העברה בין האבחנות. מיסודן גורם העקה שלהם שונה מאוד. שנית, כאשר יש אבחנה של הפרעת הסתגלות והיא נמשכת יותר מזמן הגדרת גבולות הזמן שלה (שישה חודשים) יינתן אבחון חדש.

מהם הטיפולים היעילים ביותר עבור הפרעת הסתגלות

תשובה שלי - התערבות בשעת משבר היא אחד מהטיפולים היעילים ביותר בהפרעת הסתגלות. טיפול זה מתמקד בבעיה המיידית על מנת לסייע לאדם לעבור את המשבר שכרגע הוא שרוי בו. בטיפול זה נותנים הכוונה ומציגים לאדם את הכלים והגופים הרלוונטיים לבעיה שלו ובונים לו תוכנית טיפול.

מהן הפרעות נורו-התפתחותיות. איזה הפרעות נכללות תחת קטגורית על זו?

מהי 'חשיבות לקויה'. לאיזו הפרעה היא מתקשרת ואיזה תסמין/ים היא מסבירה.
תשובה שלי - חשיבות לקויה זהו מונח שמתקשר לסכיזופרניה. פעילות דופמינגית עשויה להיות חלק בתהליך שבו אנו קובעים כמה חשיבות לייחס לגירוי פנימי או חיצוני. כאשר יש עודף דופמין (כמו במצב של סכיזופרניה) הפרט עשוי לייחס חשיבות יתרה לגירוי שאינו רלוונטי (כמו למשל רעש של חשמל סטטי הבוקע מהמנורה). ברגע שהמערכת של הפרט רומזת לו כי יש להתייחס לגירוי זה ביתר תשומת לב, התנהגות שעשויה להיות רווחת אצל הלוקים בסכיזופרניה היא עשויה להוביל להרהורי שווא או הזויות (תסמינים חיוביים). מצב זה בו הפרט מעניק יתר תשומת לב לגירוי לא רלוונטי בשל עודף דופמין נקרא חשיבות לקויה.

אופציה נוספת לתשובה: - חשיבות לקויה היא הענקת קשב וחשיבות מוגזמת לגורמים פנימיים וחיצוניים שהם לא רלוונטיים המתרחשת בעקבות פעילות דופמין מוגברת. מדובר בשיבוש ביכולת להבחין בין עיקר לטפל. חשיבות לקויה מתקשרת להפרעת סכיזופרניה והיא מסבירה את התסמינים החיוביים כגון מחשות שווא והזיות.

אופציה נוספת לתשובה: - חשיבות לקויה מתקשרת להפרעת סכיזופרניה והיא מסבירה את התסמינים החיוביים של ההפרעה, אשר נגרמים ממצב של עודף בדופמין. "חשיבות לקויה" זהו מצב שהאדם נותן חשיבות יתרה לגירויים שהם לא חשובים. מה שמוביל לתסמינים החיוביים של הסכיזופרניה למעשה - למודעות חושית יתרה וחוויות פסיכוטיות של הרהורי שווא או הזיות.

הציגו את כל גורמי הסיכון לסכיזופרניה תוך הפרדתם לתחומים השונים (פסיכולוגיים; ביולוגיים; חברתיים ועוד).

ערכו רשימה של כל הפרעות האישיות והציגו את ה- DD בין הפרעות האישיות הבולטות ביותר. השוו בין הפרעות אישיות שונות לבין הפרעות נפשיות שיכולות להציג תמונה דומה או שם דומה, ודונו בהבדלים הבולטים ביניהן.

השוו בין שיטת הטיפול באמצעות חשיפה לבין שיטת הטיפול באמצעות הקהיה שיטתית.

בחנו את ההפרעות הפסיכוטיות בהתייחס למודל 5 הגורמים.

ציינו את השמות של ההפרעות הפסיכוטיות (כולל אלו שקיים בהן פוטנציאל גדול להופעת תסמין/ים פסיכוטיים). הציגו את הטיפולים התרופתיים הקשורים להפרעות אלה. על אלו

מנגנונים ביולוגיים פועלים טיפולים אלה. האם המנגנונים הביולוגיים משותפים לכל ההפרעות שציינתם בתחילת התשובה?

ציינו שני מאפיינים משותפים ושני מאפיינים שונים בין הפרעת המרה להפרעה בדויה.

ממה חוששים אנשים שסובלים מהפרעת אישיות פרנואידי, מהפרעת אישיות נרקסיסטית, מהפרעת אישיות היסטריאית ומהפרעת אישיות נמנעת בכל הנוגע ליחסים בין אישיים?

תשובה שלי - הסובלים מהפרעת אישיות פרנואידי חוששים שמא אנשים ינצלו אותם, יהיו לא נאמנים כלפיהם, ומפחדים שישתמשו בדבריהם או בסודותיהם כנגדם. הסובלים מהפרעת אישיות נרקסיסטית חוששים שאחרים יזלזלו בהם או יערערו על עליונותם, הם מרגישים מאוד לביקורת ומפחדים שהזולת יבקר אותם. הסובלים מהפרעת אישיות היסטריאית חוששים להידחק הצידה ולא להיות במרכז תשומת הלב, הם חוששים לא לקבל ולידציה (אישור) מאנשים אחרים, אך באופן כללי אינם נמנעים מיחסים בין אישיים והם אפילו צמאים ללהיות מוקפים באנשים. הסובלים מהפרעת אישיות נמנעת חוששים מביקורת ומדחייה חברתית עד כדי כך שהם נמנעים מיחסים בין אישיים אך לא כי הם אינם רוצים בהם אלא מתוך החשש שמא הם יהפכו ללעג או שתמתח עליהם ביקורת.

אופציה נוספת לתשובה: - פרנואידי - אנשים אלה חוששים מאנשים, הם לא מאמינים בהם וחושדים בהם. הם תופסים את עצמם כתמימים. וקשר אנושי מהול על פי השקתפם בהתקפות מצד האדם השני.

נרקסיסטית - בהפרעה זו יש שני סוגים, הסוג הפגיע חושש מדחייה ביחסים בינאישיים. וחושש מביקורת. יש להם הערכה עצמית מאוד רעועה ועדינה. הסוג השני, של תחושת הגדלות חושש מעלבונות וממגע עם אנשים שהם לא נעלים כמותם. באופן כללי, הסוג הזה הוא סוג פחות חושש מרוב שמאובב בעצמו.

היסטריאית - הם חוששים שלא יראו אותו אותם ושלא יעריכו אותם ושיינטשו (לפי הגישה הקוגניטיבית) אותם.

נמנעת - מאוד חוששים מביקורת ומגילויי חוסר הערכה. ולכן הם חוששים מקשר בין אישי מכל סוג.

תיאורי מקרה מתוך מבחנים / ממנים מהשנים האחרונות.

יפעת, בת 45, נשואה להראל שאותו הכירה בגיל 15. היא עובדת כספרית שכירה במספרה של חברת ילדות שלה, ומעולם לא שאפה לפתוח עסק משלה. היא מאוד אוהבת להיות במרכז העניינים וילדיה מתביישים להביא חברים הביתה כי היא מפלרטטת איתם. בנה הבכור אומר שלאמו יש כשרון יוצא דופן לדבר בלי סוף ולא לומר דבר. החברות של יפעת אוהבות את התיאטרליות שלה ומציינות שהיא תמיד מדברת בדרמטיות ועוברת במהירות מרגש אחד לאחר. בעלה הוא סמנכ"ל כספים בחברה גדולה והיא מעריצה אותו. היא לא מסוגלת לקבל שום החלטה מבלי להתייעץ איתו ומרבה לשוחח איתו בטלפון במשך היום. יפעת מאוד אוהבת לארח את העמיתים של הראל והיא עושה מאמצים רבים לזכות בהערכתם. יפעת אמרה לאחת מחברותיה שהתגרשה לאחרונה שהיא הייתה מתאבדת אם בעלה היה עוזב אותה ושהיא לא יכולה לדמיין את עצמה מסתדרת בכוחות עצמה. היא מתווכחת עם הראל רק לעיתים נדירות, אך לאחר מכן היא מתחילה לדאוג שהוא יחשוב שהיא טיפשה ויעזוב אותה.

מאור חקאק - סמסטר 2022 ב'

א. ציינו שתי הפרעות אישיות שיש ליפעת. הסבירו לאיזה אשכול שייכת כל הפרעה תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM-5 לכל הפרעה.

תשובה שלי - הפרעת האישיות הראשונה שיפעת סובלת ממנה היא הפרעת אישיות תלותית השייכת לאשכול C. יפעת עונה על הסימפטומים הבאים: קושי בקבלת החלטות יום יומיות ללא כמות מופרזת של עצות ואישורים מאחרים - יפעת מתוארת כמי שאינה מסוגלת לקבל שום החלטה מבלי להתייעץ עם בעלה והיא מדברת איתו בטלפון מספר פעמים ביום. קושי בהבעת אי הסכמה עם הזולת מתוך חשש לאבד את התמיכה או האישור - יפעת מתווכחת עם הראל רק לעיתים נדירות ומייד לאחר מכן היא מתחילה לדאוג שהוא יראה בה טיפשה או יעזוב אותה. השקעה מאמצים מרחיקי לכת כדי לזכות בטיפוח ובתמיכה מאחרים, עד כדי עשיית דברים בלתי נעימים בהתנדבות - יפעת מאוד אוהבת לארח את החברים של הראל והיא עושה מאמצים רבים כדי לזכות בהערכה שלהם כלפיה. קושי ליזום פרויקטים או עשייה עצמית - יפעת היא ספרית שמעולם לא שאפה לפתוח עסק משלה. עיסוק מחשבתי לא מציאותי של האדם בפחד מנטישה שמתחייב אותו לדאוג לעצמו - יפעת אמרה לחברתה שהיא לא יכולה לדמיין את עצמה מסתדרת בכוחות עצמה ושם בעלה יעזוב אותה היא תתאבד.

הפרעת האישיות השנייה שיפעת סובלת ממנה היא הפרעה היסטוריונית השייכת לאשכול B היא עונה על הקריטריונים הבאים: תחושת אי-נוחות במצבים שבהם האדם אינו נמצא במוקד תשומת הלב - יפעת מתוארת כמי שמאוד אוהבת להיות במרכז העניינים ובמרכז תשומת הלב. אינטראקציה עם אחרים מאופיינת לעיתים קרובות בהתנהגות פרובוקטיבית ופתיינית מבחינה מינית - ילדיה מתביישים להביא חברים הביתה כי יפעת מפלרטטת איתם. מעבר מהיר בין רגשות והבעה שטחית של רגשות - החברות של יפעת מתארות אותה כמי שעוברת במהירות מרגש אחד לאחר. דרמטיזציה עצמית, ביטוי רגשות תיאטרלי ומוגזם - החברות של יפעת מציינות שהיא תיאטרלית ומדברת בצורה דרמטית. סגנון דיבור שמנסה באופן מוגזם להרשים וללא פרטים - בנה מתאר אותה כמי שיכולה לדבר בלי סוף ועדיין לא לומר דבר. נוח להשאה (סוגסטיה) למשל מושפע בקלות מאחרים או מהנסיבות - יפעת מתוארת כמי שמעריצה את בעלה ומתייעצת איתו לגבי כל דבר ולא יכולה לקבל החלטה מבלי להתייעץ איתו. (יש כאן סימפטום אחד מיותר).

ניראה כי התנהגותה של יפעת כקבועה ויציבות לאורך זמן, והיא מופיע למול בעליה, ילדיה, חברותיה ואפילו מוך חברים של ילדיה וניראה כי מתנהגת באותה צורה לאורך שנים.

אפשרות נוספת - יפעת סובלת משתי הפרעות אישיות שאתאר להלן. בשתייהן אציין שאנחנו רואים את ממד ה"מעבר לזמן" ומעבר למצב" - ההפרעות שלה קבועות ויציבות - קורית גם מול ילדיה, חברים של ילדיה, חברותיה, בעלה וכו'... וגם לאורך שנים.

ב. איזו תכונת אישיות מאפיינת את שתי הפרעות ואילו תכונות אישיות מאפיינות רק הפרעה אחת? הסבירו תוך התייחסות למודל חמשת הגורמים של האישיות הנורמלית.

התשובה שלי - תכונת האישיות המאפיינת את שתי הפרעות היא נזירות גובהה. אנשים שגבוהים בממד הנזירות נוטים לאי יציבות רגשיות והוא מאופיין עם נטייה לדימוי עצמי נמוך כמו שראינו שיפעת נשענת על בעלה ומרגישה שאם יעזוב אותה היא לא תוכל להסתדר בעצמה. תכונות שונות בין 2 הפרעות אישיות אלו הן מוחצנות / מופנות הלוקים בהפרעת

אישיות היסטוריונית הם גבוהים במוחצנות כלומר הם חברותיים מאוד, רודפים אחר ריגושים ויש להם רגשות חיוביים באופן כללי, לעומת זאת הלוקים בהפרעת אישיות תלותית נמוכים במידת המוחצנות ומתוארים כאנשים עם נטייה נמוכה לאסרטיביות ואנשים מופנמים יותר.

אופציה נוספת לתשובה: - בשתי הפרעות האישיות, הן בהיסטוריונית והן בתלותית נראה רמות גבוהות של נירוטיות, אי יציבות רגשית. תכונה זו מאפיינת אדם שהוא שלילי בתפיסתו ובחוויה שלו, יותר חרדתי ויותר רגיש ונוטה לדימוי עצמי נמוך ולפחות שליטה בחשקים (כמו במקרה של יפעת -לפרט)

בהפרעת אישיות תלותית נראה גם רמות גבוהות של נועם הליכות בהפרעת אישיות היסטוריונית נראה רמות גבוהות של מוחצנות שלא נראה בהפרעת אישיות תלותית - נראה חברתיות גבוהה, רדיפה אחר ריגושים ורגשות חיוביים. כמו כן נראה פתיחות לפנטזיות.

ג. **כיצד תיאורטיקנים קוגניטיביים יסבירו כל אחת מההפרעות? נמקו.**

תשובה שלי - תיאורטיקנים קוגניטיביים יסבירו הפרעת אישיות היסטוריונית כתוצאה של התפתחות סכמות לא הסתגלותיות שבבסיסן עומדת ההשוואה בין תשומת לב לתוקף עצמי, ככל שיש לי יותר תשומת לב מאנשים כך יש לי ערך עצמי גובה יותר. לפי תיאורטיקנים קוגניטיביים ההפרעה נובעת מהסכמות הלא הסתגלותיות והאמונות הדיס-פונקציונליות האלה. תיאורטיקנים קוגניטיביים יסבירו הפרעת אישיות תלותית כבעלי סכמות לא הסתגלותיות הכוללות אמונות בסיסיות הקשורות בחולשה וכשירות וצורך באנשים אחרים כדי לשרוד. אנשים עם אמונות דיספונקציונליות שכאלה מאמינים כי הם חייבים עזרה של אחרים על מנת לשרוד ואין להם את האמונה כי הם יצליחו להסתדר בכוחות עצמם.

אופציה נוספת לתשובה: - הפרעת אישיות היסטוריונית תוסבר ע"י תיאורטיקנים קוגניטיביים בכך שלאדם יש סכמות קוגניטיביות לא הסתגלותיות שמקורן בצורך שלו בתשומת לב, להיות במרכז העניינים ולהיראות. הסכמות הקוגניטיביות יכולות לעסוק ברצון העז לתשומת לב כדי לקבל הכרה למשל "עלוי לכבוש את לב כל הסובבים אותי כדי להיות שווה ערך בעולם" "אם לא אמשוך את תשומת לב אנשים ינטשו אותי ויעזבו אותי ואשאר לבד".

הפרעת האישיות התלותית תוסבר ע"י אותם התיאורטיקנים באותו האופן, של סכמות לא מסתגלות שגובשו ומובילות את האדם בהתנהגותו הלא מסתגלת, כאן הסכמות יוכלו להיות למשל: "אני לא שווה כלום בלי האדם הזה" "אני לא מצליחה לקבל שום החלטה לבד" "רק אם אשתמש במיניות שלי אזכה בהערכה" הסכמות האלה, שכנראה יתפתחו בגילאים צעירים בעקבות למידה שלילית הובילו את האדם להתרגל לחשוב בצורה משובשת זו ומובילים את המידע שמעובד בואפן בלתי מודע להתבטא בהתנהגות לא מסתגלת.

ד. **איזה סגנון הורות עלול לשמש גורם סיכון בכל אחת משתי ההפרעות שיש ליפעת? הסבירו.**

תשובה שלי - סגנון ההורות שמשמש גורם סיכון להפרעת אישיות תלותית הוא הורות סמכותנית. הורים סמכותניים ומגוננים מידי אינם מטפחים אוטונומיה וייחודיות אצל הילד ויתרה מזאת הם מחזקים אצלו התנהגות תלותית. מסיבה זו כשילדים אלה גדלים הם עשויים להאמין

שהם חייבים להישען על אחרים (כמו שנשענו על הוריהם) כדי שהם יצליחו לשרוד. הם חושבים כי הם אינם יכולים להסתדר בכוחות עצמם כיוון שהוריהם שהיו מגוננים מידי לא נתנו להם לטעות ולהתמודד בעצמם עם ההשלכות ותמיד היו שם "להזהיר רגע לפני" כך שהם בטוחים שהם חייבים מישהו שיזהיר אותם כי הם לא יכולים לעשות זאת בעצמם. סגנון ההורות שמשמש גורם סיכון להפרעת אישיות היסטריאית הוא - מתירני ותירני - הורים שמעניקים לילדיהם הרבה חוס ואהבה, ומעט מאוד גבולות. הורים שמפנקים את ילדיהם יתר על המידה ומנגד לא מציבים להם גבולות ברורים עשויים ליצור אצל ילדיהם תחושה ש"מגיע להם הכל" וילדים אלו עשויים להיות מבוגרים מפונקים ותובעניים שצמאים לתשומת לב. סביר להניח שעוד בילדותם נהגו לעשות כל שביכולתם כדי לזכות בתשומת ליבם של הוריהם שבשל סגנון ההורות המתירני שלהם "ויתרו" ונתנו לו אותה. הם עשויים לגדול להיות מבוגרים שצמאים לתשומת לב ומחפשים להיות תמיד במרכז העיניים ע"י שימוש בהתנהגות תיאטרלית.

אופציה נוספת לתשובה: סגנון הורות מתירנית / ותירנית יכולה להסביר את התפתחותה של אישיות היסטריאית. הורות מתירנית בהורות שלא מציבה גבולות, הורים שמוותרים ולא משליטים משמעת וסמכות. לכן הילד הבוגר יכול לפתח אישיות לא מסתגלת בכך שהוא מפונק, ותמיד רוצה להיות במרכז, אף פעם לא שמו לו גבולות אז גם כעת אין לו כאלה. קשה לו להעריך ולהבין את "המציאות" והוא חושב שהוא יכול לעשות הכל כי ויתרו לו כל החיים - הם אנוכיים כאמור מאופיינות ברמות גבוהות של נירוטיות ומוחצנות, רדיפה אחר ריגושים ורגשות חיוביים - כלומר ניתן להסיק שיש איזשהו היבט אימפולסיבי.

ה. ציינו שתי סיבות אפשריות מדוע יפעת אינה פונה לטיפול. הסבירו.

תשובה שלי - סביר להניח כי יפעת אינה פונה לטיפול כיוון שלרוב אנשים עם הפרעת אישיות אינם מודעים לכך שיש להם הפרעה, הם לא חווים מוצקה ואינם מרגישים צורך להשתנות ועל כן אין להם סיבה לפנות לטיפול, יתרה מזאת כאשר אנשים בסביבתם מנסים להציג בפניהם בעיות שיש להם הם מייחסים את מקור הבעיה לחברה ולא לעצמם. הסיבה השניה שיפעת לא פונה לטיפול היא כי הפרעות אישיות הן אגו סינטטיות, כלומר הן חלק ממנה והיו שם מאז שלבי התפתחותה המוקדמים, ההפרעות אלו נחוות על ידה כחלק ממנה וחלק מי מי שהיתה תמיד היא לא רואה בעצמה אדם חולה. אם וכאשר מתעוררים קשיים אנשים אלו נוטים לראות את הסיבה כאחראית לקשיים ולבעיות שלהם ולא רואים בדפוס ההתנהגות הנוקשים והיציבים שלהם ככאלו הגורמים לבעיותיהם.

אולי להוסיף גם - בנוסף עקב היותה עם הפרעת אישיות היסטריאית, הפרעה מאשכול B סביר להניח כי קשה לה ליצור יחסים בין אישיים טובים ולשמר אותם, ועל כן גם אם תפנה לטיפול סביר כי היא תתקשה ליצור את הברית הטיפולית עם המטפל שלה וללא ברית זו קשה להשיג תוצאות טיפוליות טובות על אחת כמה וכמה אם נוסיף על כך את תכונות האישיות היציבות והנוקשות שלה.

אופציה נוספת לתשובה: יפעת סובלת מהפרעות אישיות. מעצם ההגדרה, הפרעות אישיות הן למעשה דפוס של התנהגות שמעצבת את אישיותו של האדם לאורך החיים, הם דפוסים קשיחים ומתמשכים. הפרעות אישיות הן אגו סינטוניות, לכן האדם תופס את ההפרעה כחלק ממנו ולא כחיצונית אליו ולכן לא ירצה לפנות לטיפול כי לא יתפוס את עצמו כבעל בעיה שבמהות המילה, בעיה שנדרשת לטיפול אומרת שיש משהו חיצוני לאדם. האדם יכחיש שיש לו מחלה. סיבה שניה אנשים עם הפרעת אישיות לא מודעים לכך ששהם למעשה מרגישים מצוקה, הם לא רוצים בשינוי ולא מבינים למה צריכים אחד כזה, והם יטענו שהסיבה היא זו שמסתכלת עליהם בצורה שגויה.

יחד עם זאת, היות ויפעת סובלת מהפרעת אישיות היסטוריונית, מאשכול B, היא מאופיינת בשחצנות ובהתנשאות. לכן, יש להניח שהיא לא פונה לטיפול משום שהיא רואה את עצמה על כולם, ובטח מעל גורם טיפולי. אם יגיע לטיפול אדם מהפרעת אישיות מאשכול זה יתעסקו במטפל במהלך הטיפול ולא בעצם.

איתן, בן 37, מתגורר בהוסטל לאנשים עם הפרעות נפש. צוות ההוסטל הפנה אותו לפסיכיאטר משום שהוא דיבר לעצמו ולא קיים אינטראקציות עם הדיירים האחרים. כשנקלע לסיטואציה חברתית, הוא היה חסר מנוחה. איתן סיפר לפסיכיאטר שהוא שומע קולות כבר שנים רבות והוא משוכנע שאנשים מתכננים להרע לו. הוא נמנע מאינטראקציה עם אנשים כדי שלא יפגעו בו. ההורים של איתן עלו מקנדה, ולאורך השנים עברו ממקום למקום על מנת להעניק לילדיהם יותר חוויות. בילדותו איתן נהג לשחק לבד ולא הצליח להתחבר עם ילדים אחרים. בחטיבת ביניים הוא סבל מחרס. בתיכון איתן התלבש באופן שנראה לו מיוחד ומעניין ומגיל צעיר היו לו עגילים וקעקועים רבים. לדבריו, כל קעקוע מייצג יכולת ייחודית שיש לו, אך הוא אינו מעוניין לחשוף את היכולות הללו בפני אנשים שלא התקדמו לשלב האבולוציוני שבו הוא נמצא.

א. איזו הפרעה יש לאיתן? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-5 - DSM להפרעה זו. **תשובה שלי -** ניראה שלאיתן הפרעת אישיות סכיזופילית. הוא מציג דפוס נרחב של ליקויים חברתיים, בן אישיים וקוגניטיביים וכן בהתנהגויות ותפיסות מוזרות המתבטאים בתסמינים הבאים: אמונות מוזרות או חשיבה מאגית המשפיעה על התנהגותו ואינה מתאימה לנורמות - הוא מאמין יש לו יכולות ייחודיות והוא לא מוכן לדבר על כך עם אנשים שלא מתקדמים אבולוציונית כמוהו. חוויות תפיסתיות בלתי רגילות כולל אשליות גופניות - חושב שהקעקועים שלו מייצגים יכולות מיוחדות שיש לו ויכול לשמוע קולות. חשדנות או חשיבה פרנואידית - בטוח שאנשים מנסים להרע לו ולכן נמנע מאינטראקציות איתם. התנהגות או הופעה מוזרה, משונה או מיוחדת - התלבש באופן שנראה לו מיוחד ומעניין ומגיל צעיר היו לו הרבה עגילים והרבה קעקועים. היעדר חברים קרובים או אנשי סוד - לא קיים אינטראקציות עם הדיירים האחרים בהוסטל, בילדותו נהג לשחק לבד ולא הצליח להתחבר לילדים אחרים. חרדה חברתית מוגזמת שאינה שוככת לאחר היכרות ונוטה להתקשר לפחדים פרנואידים ולא לשיפוט עצמי שלילי - איתן נמנע מאינטראקציה עם אנשים כדי שלא יפגעו בו.

בנוסף איתן מציג דפוס יציב ונוקשה של התנהגויות שנראה שהן יציבות מעבר לזמן - הוא מתואר ככזה מאז שהיה ילד בבית הספר היסודי, ומעבר למקום - הדפוס חוזר על עצמו בכל מקום שאליו איתן הגיע, יסודי, חטיבה, בין מדינות שונות ואפילו בהוסטל.

אופציה נוספת לתשובה: לאיתן יש הפרעת אישיות סכיזופילית: הוא מציג דפוס נרחב של ליקויים חברתיים ובין אישיים שמתבטאים בעיוותים קוגניטיביים, באמונות, תפיסות והתנהגויות מוזרות שהן יציבות מעבר לזמן ומתקיימות בהקשרים רבים. דפוס זה מתקיים בלפחות חמישה תסמינים כנדרש (א): יש לו חשיבה מאגית לגבי היכולות הייחודיות של הקעקועים שלו (2), יש לו חוויות

תפיסתיות בלתי רגליות כבר שנים רבות כגון שמית קולות (3), יש לו דפוס חשיבה פראנואידית הוא משוכנע שאנשים מתכננים להרע לו (5), לאורך השנים הוא התלבש באופן מוזר, "מיוחד ומעניין" (7), אין לו חברים קרובים בהוסטל שבו הוא מתגורר ובילדותו הוא נהג לשחק לבד ולא הצליח להתחבר עם ילדים אחרים (8), הוא נמנע מאינטראקציה חברתיות בעקבות בפחדים פראנואדיים שלא יפגעו בו (9).

ב. לאיזה אשכול שייכת הפרעה זו? הסבירו

תשובה שלי - הפרעה זו שייכת לאשכול A, זהו האשכול "המוזר", אשכול זה כולל את הפרעות האישיות פראנואידית, סכיזופלית וסכיזואידית מה שמאפיין את הלוקים בהפרעות אישיות אלו זה שהם יוצאי דופן ונתפסים בחברה כמוזרים או שונים. לרוב הם בעלי כישורים חברתיים ירודים, הם לא נהנים הנאה עמוקה ("נורמטיבית") מקשרים חברתיים עמוקים וקרובים, הפרעות אישיות מאשכול זה בדרך כלל לא יפנו לטיפול ולרוב ההפרעות שלהם אגו סינטוניות, לכן אם כבר פונים לטיפול כנראה שהופנו ע"י אדם אחר.

אופציה נוספת לתשובה: הפרעה זו שייכת לאשכול A. ההפרעות באשכול זה מאופיינות בהתנהגויות מוזרות, דפוס חשיבה פראנואידית, הם מנותקים חברתית ואחרים לרוב תופסים אותם כאנשים משונים ומוזרים. אשכול זה כולל גם את הפרעת אישיות סכיזואידית והפרעת אישיות פראנואידית.

ג. מה ההבדל המהותי בין הפרעה זו לבין ההפרעות האחרות ששייכות לאותו אשכול? הסבירו.

תשובה שלי - ההבדל המהותי בין הפרעה זו לבין ההפרעות האחרות באשכול A הוא שאנשים עם הפרעת אישיות סכיזופלית הם "מוזרים במיוחד" והם מציגים התנהגות יותר פסיכוטית מאשר אנשים עם הפרעת אישיות פראנואידית וסכיזואידית שהם שבעיקר מפגינים התנהגויות של ניתוק חברתי בעקבות חוסר רצון בקרבה (אם זה בגלל שהם חושדים באחרים או שפשוט אין להם רצון להיות עם אחרים).

ד. בחרו הפרעה נוספת שמוזכרת בפרק 6 והציגו מאפיין אחד שדומה למאפיינים של הפרעה שיש לאיתן ומאפיין אחד ששונה מהמאפיינים של הפרעה שיש לאיתן. הסבירו.
קווים לתשובה - הפרעת חרדה חברתית. דומה: הימנעות ממצבים חברתיים. שונה - טעויות בחשיבה, מוזרות בהנהגות, אמונות מאגיות. (לגבות בספר).

ה. לאיזו תכונה פתולוגית אפשר לייחס את התסמינים המרכזיים של הפרעה שיש לאיתן? ממה מורכבת תכונה זו? הסבירו.

קווים לתשובה - התכונה היא פסיכוטיות, והיא מורכבת משלושה תתי מרכיבים: אמונות והתנסויות בלתי שגרתיות, מוזרות וחוסר ויסות קוגניטיבי ותפיסתי.

מה צריך לעשות כדי להבחין בין פרכוס אפילפטי ממקור נוירולוגי לפרכוס אפילפטי ממקור אחר? הסבירו איזו בדיקה יכולה להועיל בהבחנה בין השניים ומה יכול להיות המקור האחר.

ציינו שני מאפיינים דומים ושני מאפיינים שונים של הפרעת גוף דיסמורפית ושל הפרעות אכילה.

תשובה שלי - הדומה בין הפרעת גוף דיסמורפית והפרעות אכילה (אנורקסיה נרבוזה) היא העיסוק הרב והדאגה המופרזת סביב המראה החיצוני, חוסר שביעות הרצון של האדם מגופו וכן ללוקים בשתי ההפרעות יש לעיתים קרובות דימוי גוף מעוות של מאפיינים מסוים מגופם, יש להם תפיסה מעוותת של צורתם החיצונית. שני מאפיינים שונים בין הפרעות אלו הן שהלוקים בהפרעת גוף דיסמורפית יכולים להיתפס לכל פגם חיצוני, בכל חלקי גופם ואילו הסובלים מהפרעת אכילה ממוקדים סביב משקל גופם וצורתו החיצונית. הבדל נוסף הוא שלרוב אנשים עם הפרעת גוף דיסמורפית נראים "נורמלי" לחלוטין מבחינה חיצונית בעוד אנשים הסובלים מהפרעות אכילה נראים מבחינה חיצונית ככאלה, למשל הסובלים מאנורקסיה נרבוזה רזים מאוד (ולעיתים אנשים עם הפרעת אכילה בולמוסית סובלים מעודף משקל). הבדל נוסף הוא שהפרעת גוף דיסמורפית מופיעה בשכיחות שווה אצל נשים וגברים בעוד הפרעות אכילה מאפיינות לרוב אצל נשים (יש גם גברים אך באחוזים נמוכים יותר). מיותר.

אופציה נוספת לתשובה: מאפיינים דומים: 1. גם בהפרעת גוף דיסמורפית וגם בהפרעות אכילה, אנשים עסוקים באופן אובססיבי בגוף שלהם עד כדי שהם בטוחים שהם מכווערים או מעוותים. 2. בהפרעת גוף דיסמורפית, הלוקים בהפרעה מנסים להסתיר דבר מסוים בגוף שלהם, הפגם שלהם, אפילו עד כדי כך הם נשארים בבית מבודדים ומסתתרים. כך גם בהפרעות אכילה, נראה התנהגויות של הסתרה - לפרט... מאפיינים שונים:

בהפרעת גוף דיסמורפית, האנשים נראים "נורמליים", כלומר, לא נוכל לקבוע ולראות על פי המראה החיצוני שלהם שמשוה לאכשורה. ואילו בהפרעות אכילה, אנחנו כן נוכל לצפות בהפרעה הצורה חיצוני - כמו למשל באנורקסיה כאשר יש רזון קיצוני. בהפרעות אכילה ההפרעות מתאפיינות רק בשיבושים תמידיים בהתנהגויות אכילה. בהפרעת גוף דיסמורפית, העיסוק הוא לא באכילה, ולא ברזון אלא בפגם גופני אחר.

מאיה, בת 30, עובדת כעורכת דין במשרד גדול. לאחר שלוש שנים של חברות עם בן זוגה, היא החליטה להינשא לו. שלושה חודשים לאחר החתונה, מאיה גילתה שבעלה מנהל מערכת יחסים רומנטית עם גבר ששניהם הכירו. מאיה ניסתה לחתוך את עצמה עם סכין גילוח, אף שציינה שלא הייתה לה כל כוונה למות. למרות שחלפה כמעט שנה, מאיה מתקשה לדבר על כך. היא נתקפת בבכי ונעשית מתוחה ועצבנית ומצבי הרוח שלה משתנים מדי יום. היא מתקשה לתפקד בעבודה ומרגישה כבדה. בערב היא בוהה מול הטלוויזיה. בשנה זו מאיה עלתה שמונה קילו, והיא כל הזמן רוצה לישון במשך היום. היא חשה שאינה שווה דבר, שהדברים לעולם לא ישתנו, ושנשים צוחקים עליה מאחורי גבה. מאיה נוטלת תרופות ונמצאת בטיפול פסיכולוגי. לפני כשלושה חודשים, הפסיקה את הטיפול התרופתי לאחר שחלק מהתסמינים נעלמו, אך הסתבר כי היא הפסיקה מוקדם מדי.

א. איזו הפרעה יש למאיה? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-5 - DSM להפרעה זו. תשובה מהכרטיסיות - דיכאון קשה עם מאפיינים לא טיפוסיים. כרטיסיה מספר 1.

ב. מהי היפרסומניה ואיך היא קשורה להפרעה שיש למאיה? הסבירו. היפרסומניה - מצב שבו ישנים הרבה אך לא מרגישים רעננים.

ג. הסבירו את ההפרעה שיש למאיה לפי הגישה הפסיכואנליטית.
הפנמת הדמות שמתאבלים עליו, כעס שמופנה כלפי העצמי, חזרה לשלב התפתחותי מוקדם.

ד. הסבירו מהו המשולש הקוגניטיבי השלילי בתיאוריה של בק והדגימו באמצעות תיאור המקרה של מאיה.

קווים לתשובה – מחשבות שליליות ואוטומטיות, אמונות דיספונקציונליות באשר לעצמי לעולם ולעתידי.

ה. הסבירו בקצרה את ההבדל בין נסיגה להישנות וציינו מה רלוונטי לתיאור המקרה של מאיה.

תשובה שלי – נסיגה זהו מצב שבו לאחר הפוגה קצרה למדי התסמינים חוזרים, מצב זה הוא כנראה הוכחה לכך שהאפיזודה של הדיכאון עדיין לא הסתיימה. הישנות – תחילתה של אפיזודת דיכאון חדשה. מה שרלוונטי למאיה הוא נסיגה, היא הפסיקה ליטול את התרופות ככל הנראה לפני הזמן ותסמיני הדיכאון שלה חזרו. במילים אחרות היא הפסיקה לקחת את התרופה לפני שאפיזודת הדיכאון הסתיימה ולכן התסמינים חזרו.

אופציה נוספת לתשובה: רוב אפיזודות הדיכאון מגיעות להפוגה אבל עלול להתרחש מצב שבו התסמינים יכולים לחזור ולהופיע או כנסיגה או כהישנות. ההבדל ביניהם הוא שבנסיגה יש חזרה של התסמינים הדיכאוניים תוך פרק זמן קצר והיא מעדיה על כך שהדיכאון עוד לא באמת חלף (לרוב זה קורה לאחר הפסקת טיפול תרופתי מכיוון חלפו התסמינים אבל הדיכאון עדיין נמצא מתחת לפני השטח). ואילו הישנות היא כאשר מתחילה אפיזודה דיכאונית חדשה. נסיגה יותר תואמת את המקרה של מאיה.

ו. כיצד מכונה הניסיון של מאיה לחתוך את עצמה? הסבירו.
פגיעה עצמית לא אובדנית – עמוד 616

הילה בת 22 מתגוררת בבאר שבע. כבר בבית הספר היסודי היא הייתה חולמנית, כאשר הקשיים הלימודיים המשמעותיים החלו במעבר לחטיבת הביניים. היא זוכרת שברוב השיעורים היתה בווה במורה, לא הצליחה להכין שיעורי בית ולא זכרה מתי יש לה מבחנים. מבית הספר התיכון היא נשרה בשל חיסורים רבים ואי עמידה בדרישות. היא נוטה לפזר את הבגדים שלה בכל מקום בבית ולהתחמק ממטלות שדורשות ממנה תכנון. הוריה הרגישו תמיד שהיא לא מקשיבה לסוף המשפט, ותופעה זו התגברה עם השנים. כיום היא עובדת כמלצרית, וזו המסעדה החמישית שבה היא מועסקת בשנה האחרונה. היא פוטר מהעבודתה כי היא אינה מדייקת בהזמנות ומשום שההתנהגות שלה עם הלקוחות חורגת מהסביר. לדוגמה, בחודש שעבר הילה התפרצה על לקוחות משום ששינו את הזמנתם. היו לה מספר קשרים זוגיים קצרים. היא מתאהבת בקלות וקרה אף שעברה להתגורר עם בני זוג שבקושי הכירה. מהר מאוד נדמה לה שהבחור שבו התאהבה לא אוהב אותה מספיק או שהוא אוהב אותה יותר מדי ולכן כנראה שהוא לא שווה כלום. היא מתקשה להסתדר עם המשכורת שלה והוריה נאלצו לשלם את חובותיה כבר כמה פעמים. הילה פנתה לטיפול ואמרה למטפלת שאימא שלה "מופרעת עם תעודות". היא הוסיפה שהילדות שלה הייתה "פשוט זוועה. כולם התעללו בי". המטפלת ניסתה לשקף את מערכת היחסים שנוצרה בינה לבין הילה באמצעות הבהרה, עימות ופירוש.

א. איזו הפרעה יש להילה שהופיעה כבר בילדות? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-5-DSM להפרעה זו.

- ב. איזו הפרעת אישיות יש להילה? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM-5 להפרעה זו.
- ג. כיצד התסמינים שתוארו קשורים למאפיינים האישיותיים של הילה? בתשובתכם התייחסו למודל חמשת הממדים של האישיות הנורמלית.
- ד. כיצד נקרא הטיפול שהילה עברה? בתשובתכם התייחסו לגישה שמנחה אותו וליתרונותיו האפשריים.
- ה. כיצד המידע שהילה מסרה למטפלת מרחיב את ההבנה התיאורטית בנוגע להתפתחות ההפרעה של הילה? הסבירו.

יהונתן, בן 42, אושפד באופן כפוי על ידי פסיכיאטר מחוזי לאחר שאשתו הזעיקה את המשטרה. היא עשתה זאת משום שהוא הראה לה סכין שקנה כדי להוציא את מכשיר המעקב שיש לו במוח. לפני שלוש שנים, הוא אושפד בבית חולים לאחר ניסיון דומה. בתיק הרפואי שלו כתוב שהוא מאמין שחייזרים השתילו לו את המכשיר כדי לעקוב אחריו, ושהוא שומע קולות פנימיים שפוקדים עליו לעשות דברים אסורים. באשפוז הנוכחי הוא סיפר לפסיכיאטר התורן במיון שבשנה האחרונה הוא ביקר לעיתים במרתף עינויים בתל אביב ופגש שם נשים שמצליפות בו ומענישות אותו. שבוע לאחר שאושפד, דיבורו עדיין היה לא קוהרנטי, הוא נתקע באמצע משפט והמציא מילים. הוא סירב להתקלח וטען שהמים מזינים את השתל המוחי. לדברי הצוות הרפואי, יהונתן התנתק לרגעים ארוכים ולאחר שהוא 'התעורר לחיים', הוא סיפר בדרמטיות שהוא התהלך כמו בחלום, במעין מציאות מדומה ושהאנשים סביבו נראו לו לא אמיתיים. בבדיקות דם מקיפות שנערכו ליהונתן במהלך האשפוז נמצאו רמות נמוכות של גלוקטם ובבדיקת הדמיה מוחית נמצא ניתוק בין אזורים שאחראים על הפקת שפה לאלה שאחראים על הבנת שפה. הפסיכיאטרית שטיפלה ביהונתן החליטה לשנות את הטיפול התרופתי לדיפרקסה והציעה ליהונתן ולאשתו להתחיל טיפול זוגי.

- א. איזו הפרעה יש ליהונתן? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM-5 להפרעה זו.
- ב. מה שם התופעה שהצוות רפואי תיאר? הסבירו את התופעה וציינו מתי אפשר לאבחן אותה ומתי קשה יותר לעשות זאת.
- ג. התייחסו לתסמינים של יהונתן והסבירו את משמעותם מבחינת הפרוגנוזה שלו.
- ד. איזה תסמין קשור לממצא שתועד בהדמיה המוחית? הסבירו.
- ה. מה הקשר בין הממצא בבדיקת הדם לבין טיפול התרופתי שיהונתן מקבל? הסבירו.
- ו. מדוע הוצע ליהונתן ואשתו טיפול זוגי? התייחסו לגורמים פסיכו-חברתיים שבהם יעסוק הטיפול והסבירו מדוע חשוב לטפל בהם.

דנה, בת 23, עבדה כמלצרית בבית קפה אבל התנהגותה הלכה ונעשתה בלתי צפויה. בשבועיים האחרונים היא החלה לדבר בקצב מהיר והשמיעה רעיונות יומרניים במיוחד. לדוגמה, היא אמרה שהיא רוצה לעשות מהפכה בתחום המסעדות בעולם וקבעה כבר פגישות עם שלושה שפים מובילים בארץ. בן זוגה דיווח שהיא ישנה רק כשעתיים בלילה ומבלה שעות רבות מהיממה בהכנת תוכניות להפוך בניין הרוס למסעדה רבת-מפלסים. לצורך כך, היא קנתה פריטים יקרים באינטרנט וניצלה את כרטיס האשראי שלה עד שנחסם. היא נעדרה מביתה במשך יומיים ואמרה שבילתה שני לילות קסומים עם יזם שהתלהב מהתוכניות שלה והיה מעוניין להשקיע בהן כסף. בן זוגה יצר קשר עם הוריה והם החליטו לאשפד אותה. בראיון עם הפסיכיאטר ההורים הסבירו שבשנתיים האחרונות היו לדנה תקופות ממושכות שבהן ישנה שעות רבות במהלך היממה, כמעט ולא יצאה מהבית, הפגינה חוסר אנרגיה בולט והרגישה חסרת ערך. במהלך האשפוז, דנה עברה מבחנים קוגניטיביים שהעידו על ליקויים בפתרון בעיות ובזיכרון עבודה.

א. איזו הפרעה יש לדנה? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה - DSM 5 - להפרעה זו.

תשובה שלי - נראה שדנה סובל מהפרעה דו קוטבית מסוג 1. היא הציגה מספר תסמינים של הפרעת דיכאון מתמשכת: מצב רוח דיכאוני לאורך רוב שעות היום - הוריה של דנה סיפרו לפסיכיאטר כי בשנתיים האחרונות היא היתה במצב רוח ירוד הרגישה חסרת ערך וחסרת אנרגיה. במהלך השנתיים האלו יתקיימו התסמינים הבאים: יתר שינה - דנה מתאורת כמי שישנה שעות רבות במהלך היממה בשנתיים האחרונות, אנרגיה נמוכה או תשישות - דנה הפגינה חוסר אנרגיה, הערכה עצמית נמוכה - היא הרגישה חסרת ערך. קושי להתרכז או לקבל החלטות - המבחנים הקוגניטיביים שדנה עברה העידו שיש לה ליקויים בפתרון בעיות ובזיכרון העבודה. בנוסף נראה שדנה עברה אפיזודה מאנית, היא ענתה על התסמינים הבאים: בשבועיים האחרונים (תקופה מוגדרת) היא היתה עם מצב רוח רומס ואנרגיה מכוונת מטרה לעשות מהפכה בתחום המסעדות בעולם. הערכה עצמית או יהירות מוגזמת - רוצה לבצע מהפכה בתחום המסעדות בכל העולם, קבעה פגישות עם שלושה שפים מובילים. מתכננת להפוך בניין הרוס למסעדה רבת מפלסים. ירידה בצורך לישון - בן זוגה דיווח שהיא ישנה רק שעתים בלילה. דיבור רב מהרגיל או לחץ להמשיך לדבר - מתואר שדנה החלה לדבר בקצב מהיר. עלייה בפעילות מכוונת מטרה - נראה שדנה מאוד נחושה לפתוח מסעדה, היא קונה ציוד יקר, נפגשת עם שפים ומתכננת להפוך בניין נטוש למסעדה רבת מפלסים. מעורבות מופרזת בפעילויות בעלות סיכון - היא קנתה הרבה פרטים יקרים וניצלה את מכסת האשראי שלה. הפרעת מצב הרוח חמורה דיה כדי לגרום שיבושים בולטים בתחום החברתי או התעסוקתי או להצריך אשפוז - נראה שדנה לא הגיע למסעדה בה היא עובדת בשבועיים האחרונים, לא תקשרה עם בן זוגה בצורה טובה והתאשפזה.

אופציה נוספת לתשובה: - דנה סובלת מהפרעה דו קוטבית מסוג 1 - בה היא חווה מעברים קשים בין דיכאון לבין מאניה. ראשית, מצב רוח המרומס החריג שהיא חשה (המאניה) שלה מתקיימת מעל שבוע (מתואר שמתקיימת במשך שבועיים כבר) והיא מראה את התסמינים הבאים (יותר מ 3 הנדרשים)

1. הערכה עצמית מופרזת - יש לה רעיונות יומרניים במיוחד
2. ניכרת ירידה בצורך שלה לישון - בן זוגה מדווח על כך שהיא בקושי ישנה (רק שעתים בעלילה)

3. שטף דיבור רב מהרגיל - "החלה לדבר בקצב מהיר"

4. עלייה בפעילות מכוונת מטרה - היא חדורה במטרה החדשה שלה עם המסעדה
5. קניות חסרות רסן - קנתה פריטים יקרים באינטרנט וניצלה את הכרטיס אשראי שלה עד תום כמו כן, יש לה הפרעות משמעותיות בתפקוד - הרי חבר שלה ביקש שיאשפז אותה.
מהצד השני של הקוטב, דנה חווה הפרעת דיכאון מתמשכת. היא סובלת ממצב רוח דיכאוני קבוע הנמשך שנתיים - יש לה יותר מ 2 מהתסמינים: הפרעות בשינה (שינת יתר), רמת אנרגיה נמוכה, הערכת עצמית נמוכה, רמז ריכוז נמוכה (בעיות בזיכרון עבודה וכו'...).

אופציה נוספת לתשובה: - הפרעה דו קוטבית I. ניתן לראות שהיא כרגע נמצאת באפיזודה מאנית - היא הציגה תקופה מוגדרת של מצח רוח מרומס שבו היא הציגה פעילות ואנרגיה מכוונת מטרה עיקשת ומוגברת באופן חריג (היא רוצה לעשות מהפכה בתחום המסעדות בעולם, רוצה להפוך בניין הרוס למסעדה רב מפלסים) כבר כשבועיים (א). בנוסף היא הציגה יותר משלושה תסמינים מאניים כנדרש (ב): היא הציגה רעיונות יומרניים במיוחד, ישנה רק שעתים בלילה, מדברת יותר

מהרגיל, יש לה עלייה בפעילות מכוונת מטרה הן בתוכנית העסקית שלה (מבלה שעות רבות מהיממה בהכנת תוכניות למסעדה שלה) והן בפעילות חברתיות / מיניות? (בילתה שני לילות קסומים עם יזם), ולבסוף מציגה מעורבות מופרזת בפעילויות מסוכנות (קניית פרטים יקרים באינטרנט עד שנחסס כרטיס האשרי). בעקבות התנהגותה הוריה ובן זוגה היו צריכים לאשפז אותה על מנת שלא תמשיך לגרום לנזק בחייה (ג). התקופה המאנית הופיעה לאחר תקופה של דיכאון מתמשך - בשנתיים האחרונות היו לה תקופות ממושכות (ולא רצופות לפי התיאור) (א, ג, ד) של שינת יתר, חוסר אנרגיה והערכה עצמית נמוכה (ב).

ב. לאור תוצאות המבחנים הקוגניטיביים שדנה עברה, מה אפשר לצפות שתראה סריקת PET שתיערך לדנה? הסבירו.

תשובה שלי - לקורטקס הקדם מצחי יש תפקיד במיומנויות קוגניטיביות דוגמת זיכרון עבודה ופתרון בעיות, לאור התוצאות של דנה במבחנים ולאור הידוע לנו על השפעת הפרעה דו קוטבית על הקורטקס הקדם מצחי נצפה לראות בסריקת PET של דנה זרימת דם מופחת לקורטקס הקדם מצחי בזמן שהיא בדיכאון וזרימת דם מוגברת לאזור זה בזמן שהיא באפיזודה מאנית.

אופציה נוספת לתשובה: הקורטקס הקדם מצחי אחראי בין השאר על משימות קוגניטיביות כמו פתרון בעיות, משימות זיכרון תכנון וקשב. כאמור, אצל דנה, יש ליקויים בכל התחומים האלה ולכן נצפה לראות גם בבדיקת Pet שבמאניה יש זרימת דם מוגברת בחלקים מסוימים בקורטקס זה, ובדיכאון בצד השמאלי של הקורטקס הקדם מצחי נראה זרימת דם מופחתת.

אופציה נוספת לתשובה: בסריקת PET שנעשה לדנה אפשר לצפות שנראה ליקויים תפקודיים בקורטקס הקדם מצחי. אצל אנשים הלוקים בדיכאון דו קוטבי יש שיבוש בתפקוד באזור זה שעשוי לגרום לבעיות כגון ליקויים בפתרון בעיות ובזיכרון עבודה בדיוק כמו שהבחינו אצל דנה במבחנים הקוגניטיביים.

ג. ציינו שני משתנים אישיותיים שקשורים להפרעה שיש לדנה? בתשובתכם התייחסו למודל חמשת הגורמים של האישיות הנורמלית.

תשובה שלי - מבחינת חמשת הגורמים סביר להניח כי דנה גבוהה במשתנה נירוטיות כיוון שאינה יציבה מבחינה רגשית ונמצא מתאם בין תסמינים של דיכאון ומאניה לבין משתנה האישיות נירוטיות. תכונה נוספת היא מוחצנות סביר להניח שדנה גבוהה במימד זה במיוחד בתתי הקטגוריה חיפוש ריגושים ופעילות - דנה פועלת רבות לפתיחת המסעדה שלה, היא נפגשת עם שפים שונים, מתכננת להפוך מבנה הרוס למסעדה וכו', כמו כן היא מחפשת ריגושים היא רוצה לשנות את תחום המסעדות בעולם כולו, היא נעדרת מביתה למשך יומיים ובילתה בבית מלון עם יזם שהתלהב מרעיונותיה. יכול להיות שהיא גם גבוהה ברגשות חיוביים תת מרכיב נוסף של מוחצנות מכיוון שבתקופת האפיזודה המאנית היא נשמעת מאוד חיובית, מלאת ביטחון ושמחה כי היזם התלהב מרעיונותיה וכי השפים הסכימו להיפגש איתה.

אופציה נוספת לתשובה: נירוטיות גבוהה = נראה אצל דנה את מרכיבי האישיות הזו גבוהה, נירוטיות משמעותה חוסר יציבות רגשית. נירוטיות זוהי תכונת אישיות שכוללת בתוכה חרדה,

כעס, עוינות, דיכאון, מודעות עצמית, אימפולסיביות ופגיעות. במרכיב של תחושת חובה, מצד אחד נראה חוסר עכבות - והתנהגות חסרת מעצורים ומצד שני נראה הישגיות גבוהה. הישגיות גבוהה נראה גם אצל דנה ובמאניה דפרסיה, שזו תת קטגוריה של תחושת חובה.

אופציה נוספת לתשובה: לפי מודל חמשת הגדולים, שני משתנים אישיותיים שקשורים להפרעה הדו קוטבית שיש לדנה הם נזירותיות ותחושת חובה בתת קטגוריה הישגיות. נזירותיות מאופיינת בחוסר יציבות רגשית ונמצא שלתכונה זו יש קשר עם התסמינים הדיכאוניים והמאניים שמופיעים בהפרעה דו קוטבית והיא גם יכולה לנבא את העלייה בתסמינים הדיכאוניים. הישגיות הינה כאשר האדם חדור מטרה ומוכן לעבוד קשה על מנת להשיג יעדים ותכונה זו אופיינית מאוד באפיזודה המאנית.

ד. איזה טיפול תרופתי כדאי שדנה תקבל? אילו תופעות לוואי עלולות להופיע עם נטילת התרופה הסביר.

תשובה שלי - הטיפול התרופתי המומלץ לדנה הוא ליתיום. ליתיום יש הישגים טובים לרוב בייצוב מצב הרוח ולכן יכול לסייע לדנה גם במצב הדיכאוני וגם במצב המאני. ככל הנראה דרך הטיפול הטובה ביותר עבור דנה תהייה לקחת ליתיום באופן קבוע גם כשהיא לא חובה תסמינים של הפרעות מצב רוח/מאניה כי הוכח שליתיום יעיל גם בשימור מצב הרוח ה"נורמלי" בין האפיזודות השונות ובכך יוכל להעניק לה תקופות ארוכות יותר של יציבות. להוסיף על תופעות לוואי של הליתיום.

אופציה נוספת לתשובה: כדאי שדנה תשתם בליתיום, זהו מייצב מצב רוח. ופועל גם ללאיזון הדיכאון וגם למאניה. הליתיום יהיה יעיל ביותר כדי למנוע את המחזוריות של האפיזודות (בין מאניה לדיכאון). תופעות הלוואי של הליתיום עלולות להיות ישנוניות, ליקויים קוגניטיביים של האטה, השמנה, בעיות בקיבה ובמעיים וירידה בקואורדינציה המוטורית. ולעיתים יכול להיות גם נזק לכליות (עד נזק בלתי הפיך).

אופציה נוספת לתשובה: כדאי שדנה תקבל ליתיום שהוא מייצב מצב רוח אשר נמצא יעיל במניעת המחזוריות שמתקיימת בין האפיזודה המאנית לדיכאונית. מומלץ שהיא תיטול את התרופה באופן קבוע גם כאשר אינה נמצאת באפיזודה כלשהי. תופעות הלוואי שעלולות להופיע הן ישנוניות, האטה קוגניטיבית, עלייה במשקל, ירידה בקואורדינציה המוטורית ובעיות בקיבה ובמעיים.

ה. בחרו הפרעה ששייכת לאותה משפחה של הפרעות שיש לדנה והציגו מאפיין אחד שדומה למאפיינים שיש לדנה ומאפיין אחד ששונה מהמאפיינים שיש לה.

תשובה שלי - הפרעה ששייכת לאותה משפחה היא הפרעה דו קוטבית 2. מאפיין דומה - דיכאון קשה, בשני הסוגים של הפרעה דו קוטבית הקוטב של הפרעת מצב הרוח הוא דיכאון קשה. מאפיין שונה - בעוד בהפרעה דו קוטבית 1 מדובר על אפיזודה מאנית בהפרעה דו קוטבית 2 מדובר על אפיזודה היפומאנית שהיא קלה יותר מאפיזודה מאנית ונבדלת ממנה בכך שהיא מתונה וקלה יותר. אומנם הסימפטומים דומים אך בהיפומאניה הם מתונים יותר, התפקוד לא נפגע בצורה משמעותית ובנוסף באפיזודה של היפומאניה אין סימפטומים פסיכויטיים בעוד באפיזודה מאנית מלאה הם עשויים להופיע. וכן אפיזודה היפומאנית קצרה יותר (לפחות 4 ימים).

אופציה נוספת לתשובה: דומה = בשתי הפרעות נראה דיכאון קשה בצד הדיכאון שונה = בהפרעת דו קוטבית 1, הקוטב המאני יהיה מאניה בעוצמה רבה במשך שבוע לפחות (וזאת לעומת 4 ימים בהיפומאניה) ובה יופי 3 או 4 מהתסמינים הנדרשים. במאניה נראה פגיעה בתפקוד. ובהפרעה דו קוטבית אחד - נראה מאניה. מצב של היפומאניה זו מאניה מתונה יותר, בה עוצמת הסימפטומים קלה עד מתונה ללא פגיעה משמעותית בתפקוד וללא סימפטומים פסיכוטיים. אדם כזה הוא יהיה כשיר לעבוד או לקיים קשר. מצב של היפומאניה מאוד דומה למצב של מאניה - 4 ימים ברציפות ללא הפסקות בה נראה תסמינים שדומים למאניה אך הרבה יותר מתונים.

אופציה נוספת לתשובה: הפרעה דו קוטבית II הינה הפרעה נוספת שנמצאת בקטגוריית הפרעות דו קוטביות. מאפיין אחד שדומה בינה לבין הפרעה דו קוטבית I הוא שבשתייהן יש תקופות חוזרות ונשנות של דיכאון קשה. השונה ביניהן הוא שבדו קוטבית I יש אפיזודה של מאניה מלאה שעלולה להיות הרסנית ולשבש את התפקוד של הפרט בעוד שבדו קוטבית II יש אפיזודה של היפומאניה אשר מאופיינת בהתרוממות רוח שאינה פוגעת בתפקוד והעוצמה שלה קלה עד מתונה.

חסן, בן 35, היה קשור מאוד לאחיו התאום שנפטר מדום לב לפני כשנתיים. במשך שלושה חודשים חסן התקשה לצאת ממיטתו, אך בהדרגה הוא הצליח לחזור לעצמו. עם זאת, חסן מדווח שהוא סובל מפחדים מאז האירוע. הוא מוטרד מתפקודו בעבודה, מתקשה להתרכז לאורך זמן וחושש באופן מוגזם מכך שיפטרו אותו. רוב הזמן הוא מתקשה לשלוט בדאגות הללו, נעשה חסר מנוחה ונוטה להתרגז בקלות. המחשבות הללו מתישות אותו והוא עייף כל היום, אך הוא מתקשה להירדם בלילות. לפני כשלושה חודשים אביו עבר אירוע מוחי והמצב של חסן הידרדר שוב. הוא איבד עניין והפסיק לשחק שחמט עם חברו הטוב. הוא ירד במשקל וחוסר הריכוז שלו החל לפגוע ביכולת שלו לבצע את עבודתו. בחודש האחרון הוא החל לחשוב הרבה על מוות. הוא משוכנע שאחיו היה יותר מוצלח ממנו, והוא מרגיש אשם שאחיו מת והוא נותר בחיים. הוא בודד למרות שהוא פוגש את משפחתו כל יום. הוא חושב שהגוף שלו עומד להתנוון לגמרי ושהאיברים הפנימיים שלו עומדים להירקב.

א. איזה הפרעה יש לחסן? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM להפרעה זו.

תשובה שלי - ניראה שחסן סובל מהפרעת חרדה כללית. החרדה והדאגה מתקיימות כבר שנתיים מאז שאחיו נפטר (מעל חצי שנה), בקטע מתואר כי יש לו יותר ימים של דאגה מאשר ימים בלעדיה ("רוב הזמן הוא מתקשה לשלוט בדאגות"). בנוסף הוא עונה על התסמינים הבאים: אי שקט עצבנות או סערת רגשות - מתואר כי חסן נעשה חסר מנוחה. קושי להתרכז או טשטוש מחשבה - הוא מתקשה להתרכז לאורך זמן. רגזנות - מתואר כי הוא נוטה להתרגז בקלות. הפרעות שינה - מתקשה להירדם בלילות. התעייפות בקלות - מתואר כי המחשבות שלו מעייפות אותו והוא עייף במשך כל היום. ניראה כי תסמיני החרדה גורמים לו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית וגם לשיבושים בפאן החברתי והתעסוקתי - הוא מפחד כי יאבד את מקום עבודתו והפסיק לשחק אפילו עם החבר היחיד שלו.

אופציה נוספת לתשובה: יש לו חרדות ודאגות מוגזמות שמלוות אותו בשנתיים האחרונות (מעל החצי שנה הנדרשת ב-DSM), ויש להניח מהתיאור שחרדות אלו מלוות אותו ברוב הימים. כמו כן, כנאמר הוא מתקשה לשלוט בדאגות שלו. בנוסף הוא חווה יותר משלושת התסמינים הנדרשים: הוא נוטה להתרגז בקלות, הוא מתעייף בקלות (הוא עייף כל היום מהמחשבות שלו), יש לו הפרעות שינה בלילה (הוא מתקשה להירדם) וכן הוא חווה קושי להתרכז.

אופציה נוספת לתשובה: נראה שיש לחסן GAD. חסן מדווח שהוא סובל מחרדות ודאגות רוב הזמן במשך שנתיים מאז שאחיו נפטר (קריטריון א) ושרוב הזמן הוא מתקשה לשלוט בדאגותיו (ב). ניתן לראות שהחרדה של חסן נקשרת לפחות לשלושה תסמינים כנדרש (ג) – הוא חסר מנוחה (1), המחשבות שלו מתישות אותו והוא עייף כל היום (2), הוא מתקשה להתרכז (3), נוטה לרגזנות בקלות (4), והוא מתקשה להירדם בלילות (6). תסמיני החרדה של חסן גורמים לשיבושים בתפקוד חיי היום היום שלו.

ב. איזו הפרעה נוספת יש לחסן ולאילו תת-קטגוריה היא שייכת? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM.

תשובה שלי – ההפרעה הנוספת שיש לחסן היא הפרעת דיכאון קשה עם מאפיינים פסיכוטיים. חסן עונה על התסמינים הבאים: מאז שאביו עבר אירוע מוחי הוא סובל איבד עניין או הנאה – מתואר כי הוא איבד עניין והפסיק לשחק שח עם חברו. ירידה ניכרת במשקל – מתואר כי חסן ירד במשקל. הוא סובל מנדודי שינה ומתקשה להירדם בלילות. עייפות או אובדן אנרגיה – חסן מתואר כמי שעייף כל היום. ירידה ביכולת לחשוב או להתרכז – הוא סובל מחוסר ריכוז ומתקשה לבצע את עבודתו כראוי. מחשבות חוזרות ונשנות על המוות – הוא החל לחשוב הרבה על המוות. ניראה כי תסמינים אלו גורמים לו למצוקה משמעותית עד כדי מחשבות על המוות, ופוגעות בו מהבחינה התעסוקתית – הוא חושש שיפוטרי ומהבחינה החברתית הוא לא משחק עם חברו הטוב ומרגיש בודד למרות שהוא פוגש את משפחתו בכל יום.

חסן עונה על שלושה מהתסמינים של הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכוטיים: יש לו רגשי אשם מוגזמים באשר לעובדה שאחיו מת והוא נשאר בחיים. הוא מרגיש תחושת חוסר ערך – משוכנע שאחיו היה יותר מוצלח ממנו. הרהורי שווא – חושב שהגוף שלו עומד להתנוון לגמרי ושהאיברים הפנימיים שלו עומדים להירקב.

אופציה נוספת לתשובה: חסן סובל מהפרעת דיכאון קשה עם תת קטגוריה של מאפיינים פסיכוטיים. ראית הוא עונה על הפרעת דיכאון קשה משום שמעל לשבועיים (שלושה חודשים) הוא מציג גם איבוד עניין (הפסיק לשחק שחמט עם בחרו הטוב כפי שעשה בעבר) וגם ניתן להסיק שמציג מצב רוח דיכאוני (כאשר חושב הרבה על מוות, מרגיש רגשות אשמה וכו'...)

כמו כן הוא מציג יותר מחמשת התסמינים הנדרשים: ירידה ניכרת במשקל, יש לו נדודי שינה (כאמור), הוא חווה עייפות או אובדן אנרגיה (הוא עייף כל היום), יש לו רגשי אשם מוגזמים ולא מתאימים (הוא מרגיש אשם שאחיו מת והוא נשאר בחיים), יש לו ירידה ביכולת לחשוב או להתרכז (חוסר היכולת שלו התחילה לפגוע ביכולת שלו בעבודה), יש לו מחשבות חוזרות ונשנות על מוות.

כל התסמינים הללו גורמים לחסן מצוקה משמעותית מבחינה קלינית ולשיבושים בתפקוד התעסוקתי, התפקוד שלו בעבודה נפגע.

תת הקטגוריה של הדיכאון הקשה שלו זה דיכאון עם מאפיינים פסיכוטיים. יש לו הרהורי שווא (מחשבות שהגוף שלו עומד להתנוון שהאיברים הפנימיים שלו הולכים להירקב. כמו כן הוא מלא ברגשות אשמה על כך שאחיו מת והוא נשאר בחיים.

אופציה נוספת לתשובה: ההפרעה הנוספת שיש לחסן היא הפרעת דיכאון קשה עם מאפיינים פסיכוטיים. כשלושה חודשים חסן מציג לפחות חמישה תסמינים כנדרש (א): הוא שרוי במצב דיכאוני רוב הזמן (1) והוא איבד עניין בדברים שנהג להנות מהם בעבר (2), הוא ירד במשקל, יש לו תחושות של חוסר ערך ורגשי אשם מוגזמים על פטירת אחיו (7), מתקשה להתרכז ברמה

שכבר לפגוע בעבודתו (8), והוא סובל ממחשבות חוזרות ונשנות על מוות בחודש האחרון (9). התסמינים הללו גורמים למצוקה משמעותית הן מבחינה חברתית (הוא הפסיק לשחק שחמט עם חברו הטוב) והן מבחינה תעסוקתית (הוא מרגיש החוסר הריכוז שלו פוגע ביכולת לבצע את עבודתו) (ב). חסן מציג מאפיינים פסיכויים בכך שיש לו הרהורי שווא שהגוף שלו עומד להתנוון ושאבריו הפנימיים עומדים להירקב, הוא חש רגשי אשמה על כך שהוא התאוס ששרד ולא אחיו, ותחושת חוסר ערך בכך שהוא משוכנע שהוא התאוס הפחות מוצלח.

ג. כיצד הגישה הפסיכואנליטית תסביר כל אחת מהפרעות שיש לחסן? פרטו.

תשובה שלי - לפי הגישה הפסיכואנליטית הפרעת חרדה כללית נובעת מקונפליקט לא מודע האגו לבין דחפי האיד. לדידם חסן לא מתמודד כראוי עם הקונפליקט כי יש לו בעיה במנגנוני ההגנה (יתכן כי הם לא התפתחו כראוי או שהם התפתחו אך לאחר מכן התמוטטו). למשל אפשר וחסן מתמודד עם דחפים מיניים או תוקפניים שהוא לא נתן להם ביטוי או שבעבר נתן להם ביטוי מסוים ונענש על כך והביטוי לכך הוא חרדה. את הדיכאון גישה זו תסביר כנסיגה אל השלב האורלי בעקבות מות אדם אהוב. האדם המתאבל משלב בתוך עצמו את האדם שאיבד והוא מרגיש כלפי עצמו את הרגשות שהרגיש כלפי האדם שמת. מכיוון שהרגשות האלו כוללים לעיתים גם רגשות שלילים כמו זעם ועוינות למעשה מדובר על כעס שמופנה פנימה, כלומר האדם במובן מסוים כועס על עצמו.

אופציה נוספת לתשובה: גישה הפסיכואנליטית תסביר הפרעת חרדה כללית ע"י כך שהחרדה היא תוצר של קונפליקט בתת מודע בין יצרי האיד, שהם בד"כ יצרים מיניים או תוקפניים שלא באו לידי ביטוי או שכאן יצאו החוצה והאדם נענש בגינם לבין האגו. הקונפליקט מתפרץ בדרך החרדה משום שהאדם לא יכל להעמיד מנגד מנגנוני הגנה כי אלה לעולם לא היו קיימים בצורה תקינה או שהתמוטטו (משום שדחפי האיד לא באו לידי ביטוי).

את הפרעת הדיכאון הקשה הגישה הפסיכואנליטית תסביר ע"י כך שמצב של דיכאון או למעשה מצב של דחפי איד תוקפניים, כעס, שמופנה כלפי פנימה. האדם מפנים כלפי עצמו רגשיות שלילית של זעם ועוינות שיש לו כלפי חוץ. ולעיתים קרובות זה בא מתוך אבל ואובדן אמיתי (יכול להיות גם מדומה) כמו במקרה של חסן, האדם חוזר אל שלב התפתחות האורלי ומפנים בתוך עצמו את האדם שהוא איבד.

אופציה נוספת לתשובה: הגישה הפסיכואנליטית תסביר את הפרעת החרדה הכללית של חסן כקונפליקט לא מודע בין האגו לדחפי האיד. הקונפליקט יכול להיות דחף תוקפני שלא יכל לבוא לביטוי ובגלל שהאגו לא מתמודד כראוי איתו, מנגנוני ההגנה שלו התמוטטו וזה מה שמוביל לתסמיני החרדה. הגישה הפסיכואנליטית תסביר את הפרעת הדיכאון הקשה ככעס מופנה פנימה. חסן כועס על כך שהוא התאוס ששרד ולא אחיו.

ד. ציינו שתי משפחות של תרופות שיכולות לסייע לחסן והסבירו אילו תופעות לוואי עלולות להופיע לאחר השימוש בכל סוג של תרופה.

תשובה שלי - תרופה נוגדת חרדה ממשפחת הבנזודיאזפינים שיכולה לסייע לחסן היא XANAX. נזהיר את חסן כי תופעת הלוואי שלה זה שהיא גורמת להתמכרות, כלומר היא יוצרת תלות גופנית ותסמיני גמילה ולכן יהיה לו קשה להפחית את המינון בה, בנוסף הן מרדימות וגורמות להרפיית שרירים. באשר לתרופה נוגדות דיכאון הייתי מצייע לחסן לקחת תרופה ממשפחת ה-SSRI למשל

פרוזק שתופעות הלוואי שלהן הם קושי להגיע לסיפוק מיני, עניין מפוחת בפעילות מינית ולעיתים גם נדודי שינה, אי שקט גופני ואי נוחות במערכת העיכול.

אופציה נוספת לתשובה: תרופות נוגדות דיכאון ממשפחת ה-SSRI (למשל PROZAC) יכולות לסייע לחסן עם הפרעת הדיכאון שלו מכיוון שהן מגבירות את הזמינות של סרטונין שהוא נ"ט מייצב מצב רוח. תופעות הלוואי יכולות להיות בחילות, שלשולים, עצבנות, נדודי שינה ובעיות בתפקוד המיני. תרופות ממשפחת נוגדי החרדה כגון בנזודיאזפינים (למשל XANAX) יכולות לעזור לחסן עם הפרעת החרדה הכללית מכיוון שהן מפחיתות את פעילות המערכת העצבים המרכזית. תופעות הלוואי שלהן תלות פסיכולוגית (התמכרות) וגורמות לישנוניות.

אופציה נוספת לתשובה: עבור הדיכאון - תרופת ממשפחת Ssri;s מעכבים ברנרניים של קליטת סרטונין חוזרת. תופעות הלוואי: קושי להגיע לסיפוק מיני ועניין מפוחת בפעילות מינית. לעיתים יש גם נדודי שינה, אי שקט גופני ואי נוחות במערכת העיכול. עבור החרדה - תרופות ממשפחת הבנדוזיאזפינים. תופעות לוואי: סכנת התמכרות, מרדימות, מרפות שרירים, סכנת מוות בנטילת מנת יתר.

ה. חסן פנה לטיפול, והמטפל הציע לו לדרג כל פעילות שהוא עושה מבחינת ההנאה שהוא מפיק ממנה. באיזו שיטת טיפול מדובר ומה יעדיה? הסבירו.

תשובה שלי - נראה שחסן פנה לטיפול בהפעלה התנהגותית, שיטה זו נמצאה יעילה בטיפול בדיכאון. בגישה זו מנסים לגרום למטופלים להיות יותר פעילים ועסוקים מבחינה חברתית. סביר כי במהלך הטיפול המטפל וחסן יתכננו יחד מגוון פעילויות אותם חסן יכול לבצע ביומיום, לאחר ביצוען חסן ידרג עד כמה נהנה מכל פעילות שביצע. לאחר מכן חסן יחזור לקליניקה והמטפל יעבור איתו על הפעולות שביצע ודירוגן, יחזק ויעודד להמשיך בפעילויות שדורגו כמהונות, והם יחפשו יחד דרכים לשפר את המיומנויות וההתנהגות בפעולות אחרות, לעיתים ע"י משחקי תפקידים. היעד של טיפול זה הוא להגדיל את רמת החיזוקים החיוביים ולהקטין הימנעות והסתגרות.

אופציה נוספת לתשובה: מדובר בטיפול בהפעלה התנהגותית המתאימה לטיפול בדיכאון. המטרה של הטיפול זה להוביל את המטופל להיות אקטיבי בסביבה שלו ובקשרים שלו עם אנשים. כאמור בשאלה, המטפל מנחה את המטופל לתכנן פעילות היום יום שלו, ובכך מגייס אותו למוטיבציה ולייצור ציפיות בכוונה לתת לו "סיבה לקום בבוקר". כמו כן, המטופל צריך לדרג הנאה מהפעילויות שלו ביום ולמצוא התנהגויות חלופיות כדי להשיג את מטרותיו.

אופציה נוספת לתשובה: מדובר בשיטת טיפול בהפעלה התנהגותית. טכניקה זו מתמקדת בניסיון אינטנסיבי לגרום למטופל להיות פעיל ועסוק יותר בסיבתו וביחסים הבין אישיים שלו באמצעות שינוי התנהגותי. היעד של שיטת טיפול זו היא להגדיל את רמת החיזוקים החיוביים בחייו של המטופל ולהקטין הימנעות והסתגרות.

צינו שני מאפיינים משותפים ושני מאפיינים שונים בין הפרעת המרה לבין הפרעה בדויה.
תשובה שלי - שני הבדלים בין הפרעת המרה להפרעה בדויה הם שבהפרעת המרה האדם אינו משקר/ממציא את התסמינים אלא באמת חווה אותם בעוד בהפרעה בדויה האדם משקר וממציא תסמינים בודעין. הבדל נוסף הוא שבהפרעת המרה התסמינים הם נירולוגיים ובהפרעה בדויה יכולים להיכלל תסמינים מכלל הקשת הגופנית. שני מאפיינים משותפים להפרעות אלה הן שגם בהפרעה בדויה וגם בהפרעת המרה אין תימוכין רפואיים לתסמינים, כלומר בדיקות רפואיות לא

יעלו שום ממצאים שמסבירים את הבעיה. בנוסף בשתי ההפרעות ניתן לראות אופי בררני, כך שהתסמינים לא משפיעים על החולה במצבים מסוימים. בהפרעת המרה בה אדם לא יכול להזיז את רגלו אך פתאום יקלע למצוקה (למשל שירפה) הוא "פתאום" כן יוכל להזיז את רגליו ולברוח ולאחר מכן יכול להיות ש"השיתוק" יחזור. גם בהפרעה בדויה יש אופי בררני למשל כשהאדם נמצא לבד ואף אחד לא רואה אותו אפשר והתסמינים כבר לא משפיעים עליו, נניח אדם משקר לסביבתו שהוא סובל מכבי בטן עזים עד כדי שהוא לא יכול לעמוד כאשר הוא יהיה לבד, הוא לא יחוש צורך להחזיק את הבטן בידיו וירשה לעצמו לעמוד.

אופציה נוספת לתשובה: מאפיינים משופתים: (1) שתיהן הפרעות תסמינים סומטיים שבהם האדם מתלונן על בעיה גופנית כלשהי. (2) אין התאמה בין התסמינים הפיזיולוגיים לבין הבדיקות שנעשות על מנת לאשש אבחון.

צינו שני מאפיינים דומים ושני מאפיינים שונים בין סכיזופרניה לבין הפרעה סכיזואפקטיבית? הסבירו.

תשובה שלי - מאפיין דומה בין הפרעות אלו הוא הימצאותם של תסמינים חיוביים, בשתי ההפרעות יש תסמינים שלא קיימות בהתנהגות נורמטיבית ומתווספות כאשר לוקים באחת מהפרעות אלו, למשל הרהורי שווא או הזיות. מאפיין דומה נוסף הוא בוחן מציאות לא תקין. שני הבדלים הם שבהפרעה סכיזואפקטיבית יש גם הפרעת מצב רוח חד או דו קוטבית בעוד בסכיזופרניה אין, הבדל נוסף הוא משך התסמינים הפסיכוטטיים בהפרעה סכיזואפקטיבית מספיק שאדם יציג תסמינים פסיכוטטיים למשך שבועיים ע"מ לאבחנו בעוד בסכיזופרניה האדם צריך להציג תסמינים אלה למשך חודש לפחות (אלא אם כן הם טופלו בהצלחה).

אופציה נוספת לתשובה: שונים - בסכיזואפקטיבית יש תקופה רצופה של אפיזודת מצב רוח קשה של דיכאון או מאניה בנוסף לתסמינים הפסיכוטטיים. (2) בסכיזואפקטיבית התסמינים הפסיכוטטיים נמשכים במשך שבועיים או יותר ובסכיזופרניה הם נמשכים לפחות חודש.

ישראל, בן 42, הוא מהנדס מכונות שעובד במקצועו כ- 15 שנה. חבריו לעבודה מתארים אותו כאדם מצפוני שמקפיד על הפרטים הקטנים ביותר. הוא לא ממש קרוב לאנשים שעובדים איתו והם טוענים שהוא מתעצבן כשהצוות לא עומד בלוחות הזמנים שהוא בונה בדקדקנות. הוא נוטה לבטל הצעות של אנשים אחרים ולטעון שהן לא יכולות לפתור את הבעיות כמו שצריך. הוא לא משתתף באירועים חברתיים בעבודתו ומעדיף לאכול כריכים תוך כדי עבודה בזמן ששאר העובדים אוכלים יחד במטבח המשותף. גם למפגשים משפחתיים הוא ממעט להגיע וזאת רק לאחר הפצרות ממושכות מצד הוריו. הוא סיפר לחבר הילדות היחיד שלו שהוא עדיין מתבייש לאכול מול הרבה אנשים. ישראל מחפש תירוצים כדי להימנע מאינטראקציות חברתיות והוא טוען שהוא מרגיש מאוד לא בנוח כשאנשים מסתכלים עליו בעיניים ביקורתיות. לדבריו, העובדה שהוא מרגיש לא נוח מגבירה את המבוכה שלו. לאחרונה, החבר של ישראל הכיר בת זוג והיא מנסה להכיר לישראל חברות שלה. ישראל מרגיש בודד, אך הוא חושש מהמפגשים האלה. אחותו, שצעירה ממנו בחמש שנים, סובלת מאותה בעיה כמוהו, וכשישראל סיפר לה על חששותיו היא ציינה שלחששות האלה יש מקור גנטי.

א. איזו הפרעת אישיות יש לישראל ולאיזה אשכול היא שייכת? הסבירו ו תוך התייחסות לקריטריונים של ה - DSM 5 - להפרעה זו.

תשובה שלי - ישראל סובל מהפרעת אישיות אובססיבית קומפולסיבית - שם נראה שיש לו דפוס של עיסוק יתר בסדר, בלוחות זמן וצורך בשליטה יחד עם עיסוק יתר בפריטים. הוא עונה על יותר מארבעת התסמינים הנדרשים לפי ה-DSM-5) עיסוק בפריטים - כמו שחבריו מתארים אותו, הוא מקפיד על הפרטים הקטנים ביותר. (2) מסירות מוגזמת לעבודה עד כדי ויתור על פעילות בשעות

הפנאי וקשרים חברתיים - הוא לא משתתף באירועים חברתיים בעבודתו ולא מגיע לארוחות המשתופות ואוכל את הסנדוויצ'ים שלו בזמן שהוא עובד. 3) תחושת חובה יתרה - חבריו מתארים אותו כאדם מצפוני. 4) הסתייגות של האדם מהאצלת סמכויות וחוסר רצון לעבוד עם אחרים אלא אם הם מוכנים לפעול בדיוק בדרך שלו - מתאר לחלוטין את ישראל שנוטה לבטל הצעות של אחרים ומתעצבן שאנשים לא עומדים בלוחות הזמנים שלו. 5) הפגנת נוקשות ועקשנות - כאמור כמצטייר מהתיאור, הוא עושה דברים רק בדרך שלו, בלוחות הזמנים הדקדקנים שלו ודורש מכולם להתיישר לפי ה"סרגל" שלו.

הפרעה דומה היא הפרעת OCD. על אף הדמיון הרב של עיסוק בסדר, ההבדל העיקר בין שתי ההפרעות הוא שבהפרעת אישיות אובססיבית קומפולסיבית, כמו במקרה של ישראל לא נראה את הטקסים הכפייתיים וההרהורים הטורדניים שנראה ב-OCD. כמו כן, Ocd זו הפרעה אגו דיסטונית, היא לא חלק מהאישיות, מדובר בפרצים של הטקסים הללו, ואילו הפרעת אישיות כמו של ישראל הינה אגו סינטונית, והיא מהולה בתוך מבנה האישיות שלו.

הפרעה נוספת שיש לישראל הינה פוביה חברתית (הפרעת חרדה חברתית), מהסוג שאינו בגדר הופעה. התפקוד של שאול במצבים חברתיים לקוי והוא פוחד שיבקרו אותו ויעריכו אותו בצורה שלילית כשהוא יפעל בצורה מביכה או משפילה. המצבים החברתיים מעוררים בו פחד ולכן הוא נמנע ממצבים אלה הן בעבודה, הן במשפחה והן עם חברים. הוא לא אוכל ליד אנשים, הוא לא מגיע לארוחות ערב ובאופן כללי מנסה להיות לבד ככל האפשר (על אף הבדידות שמרגיש). הפחדים שלו הם חסרי פרופורציות לאיום הממשי - המשפחה שלו מזמינה אותו לארוחות, ויש ניסיונות לשדך אותו לאישה ואין כל שום איזכור לכך שהוא אדם דחוי. ניתן להבין מהטקס שהמצב הזה נמשך כבר במשך שנים, כלומר יותר מששת החודשים הנדרשים ב-DSM-5 (15 שנה מאז שעובד, וגם ציין בפני חברו שעדיין מרגישה מבוכה לאכול ליד אנשים מילדות) המרכיב הגנטי של פוביה חברתית הוא משתנה המזג של עכבה התנהגותית. במצב של עכבה התנהגותית נראה אצל אדם מרכיב חזק כל נירוטיות - אי יציבות רגשית, חוסר שקט ומצוקה. וגם רמות גבוהות של מופנמות שתבואו לידי ביטוי בהרבה ביישנות.

תשובה מתוך קובץ שאלות - תשובה של מישהי אחרת: ישראל לוקה בהפרעת אישיות אובססיבית קומפולסיבית ששייכת לאשכול C. ניתן לראות את זה בכך: 1. עיסוק בפרטים - הוא מתואר כאדם שמתעסק בפרטים ברמת הפרטים הקטנים ביותר ומתעצבן כשלא עומדים בלוחות זמנים שהוא קובע. 2. תחושת חובה יתרה יש ורגישות מוסרית - הוא מתואר כאדם מצפוני. 3. מסירות יתר לעבודה עד כדי ויתור על פעילויות - הוא מעדיף לאכול את הסנדוויץ' שלו תוך כדי עבודה. 4. הסתייגות של האדם מהאצלת סמכויות וחוסר רצון לעבוד עם אחרים אלא אם הם מוכנים לפעול בדיוק בדרך שלו - הוא נוטה לבטל הצעות של אנשים אחרים וטוען שהן לא יכולות לפתור את הבעיות כמו שצריך.

ב. בחרו הפרעה דומה להפרעה שיש לישראל, שאיננה הפרעת אישיות, והסבירו מה ההבדל העיקרי בין שתי ההפרעות.

תשובה מתוך קובץ שאלות - תשובה של מישהי אחרת: הפרעה הדומה להפרעה שיש לישראל היא הפרעת טורדנות כפייתיות שמאופיינת בפלישה מתמדת של מחשבות או מראות מפריעים ולא רצויים והיא מלווה בהתנהגות כפייתית שמטרתה לנטרל את המחשבות/המראות הטורדניים. ההבדל העיקרי בין ההפרעות היא מוקד הכפייתיות בין ההפרעות: ב-OSD מוקד הכפייתיות הן הפעולות שבאות בעקבות המחשבות הטורדניות. ואילו בהפרעת אישיות אובססיבית קומפולסיבית מוקד הכפייתיות היא בשאיפה לשלמות.

ג. איזו הפרעה נוספת יש לישראל? הסבירו ו תוך התייחסות לקריטריונים של ה - DSM 5 - להפרעה זו.

תשובה מתוך קובץ שאלות - תשובה של מישהי אחרת: הפרעה הנוספת שיש לישראל היא פוביה חברתית המאופיינת: 1. חרדה בולטת ממצב חברתי שבו האדם נחשף לאפשרות שתופנה כלפיו

ביקורת - הוא מרגיש מאוד לא בנוח כשאנשים מסתכלים עליו בעיניים ביקורתיות. 2. פחד מהתנהגות באופן חרדתי ובכך ייתפס באופן שלילי - העובדה שהוא מרגיש לא בנוח מגבירה את המבוכה שלו. 3. הימנעות ממצבים חברתיים או התמודדות תוך פחד או חרדה עזים - הוא לא משתתף באירועים חברתיים בעבודה וגם לאירועים משפחתיים מגיע רק בגלל שידול הוריו. 4. מצבים חברתיים מעוררים כמעט תמיד פחד או חרדה - הוא חושש ממפגשים עם חברות של בת זוגו של חבר שלו.

ד. הצינו מרכיב גנטי וסגנון הורות שעשויים להסביר את התפתחות ההפרעה שצינתם בסעיף ג. הסבירו.

תשובה שלי - משתנה מזג - עכבה חברתית, סגנון הורות - סמכותני - מגוון יתר על המידה והילד לא יודע שהוא יכול להתמודד בעצמו עם סיטואציות חברתיות כי ההורה היה מגוון מידי ותמיד עזר לו. עמוד 154 - סגנונות הורות. עמוד 311 (תפיסה של אי יכולת).

תשובה של קובץ שאלות - המרכיב הגנטי שיכול לגרום להתפתחותה של חרדה חברתית זהו משתנה מזג - עכבה התנהגותית. מתבטא בביישנות והימנעות מקשר נוסף למצוקה מגירוים לא מוכרים. עכבה זו גורמת לחשש ולהמנע ממצבים חברתיים. סגנון הורות - התפרצויות ושליטת יתר, סגנון זה יכול לערער את הביטחון של הילד ולגרום לחרדה.

ה. הצינו טיפול פסיכולוגי המוכר כיעיל להפרעה היותר מתאימה לסוג טיפול זה מבין שתי ההפרעות של ישראל והסבירו במה יתמקד הטיפול.

תשובה מתוך קובץ שאלות - טיפול פסיכולוגי היעיל לפוביה חברתית הוא טיפול קוגניטיבי התנהגותי בטכניקת הבניה קוגניטיבית מחודשת שבה המטפל יכול לנסות לעזור לישראל לזהות את מחשבותיו האוטומטיות השליליות. לאחר מכן, הוא יכול לסייע לישראל לשנות את המחשבות והאמונות הפנימיות הללו באמצעות ניתוח מחשבות מחדש המבוסס על היגיון. תהליך הניתוח מחדש עשוי לכלול שאלות שהמטופל שואל את עצמו כדי לאתגר את המחשבות האוטומטיות.

3. נחום, בן 51, גרוש ואב לשלושה ילדים. הוא מוכר לשירותי הרווחה ולאורך שנים היה מאושפז פעמיים למשך כשבוע חודשים כל פעם עם תסמינים דומים. האשפוז השני היה במהלך הגירושים. אשתו הייתה מאוד ביקורתית והפגינה עוינות כלפיו עד שילדיו ניתקו את הקשר עמו. כשאמו של נחום הייתה בשליש הראשון של ההריון איתו, היא חלתה בדלקת נגיפית, ובנוסף נחום נולד בלידת עכוז. סבתו מצד אמו סבלה מאותה הפרעה והייתה מאושפזת בבית חולים פסיכיאטרי כשנחום היה ילד. נחום עבד מעל עשר שנים במפעל מוגן, אך לפני חודשיים המפעל נסגר. באותו שבוע אמו של נחום נפטרה מדום לב. מאז הוא מסרב לצאת ממיטתו. הוא מתקשה לישון במשך הלילה, חסר אנרגיה במשך היום, אין לו תיאבון והוא מפגין חוסר עניין בולט בכל פעילות שמערבת אנשים אחרים. הוא מרגיש שהוא גרס למוות של אמו ואומר שהיה

מעדיף למות במקומה כי הוא רק גורם סבל לאחרים. הוא מאמין שהוא יכול לתקשר עם המתים ומדמיין איך יפגוש את אמו בעולם הבא. למעשה, הוא עסוק מאוד בשאלה מה ילבש כאשר הם יפגשו. העובדת הסוציאלית שנמצאת איתו בקשר רציף מאז שהשתחרר מהאשפוז הראשון הבחינה שדיבורו הפך לא מאורגן והרגש שלו שטוח ולא מותאם לתכנים הקשים שעליהם הוא מדבר. נחום שיתף אותה שהוא משוחח עם אמו והיא מתארת לו איך נראה העולם הבא. הוא החל להזניח את עצמו, ורוב היום הוא יושב ובוהה באוויר. לאחר שהעובדת הסוציאלית התייעצה עם הפסיכיאטר בקופת החולים, היא החליטה שכדאי לאשפוזו. באשפוז התגלה כי התסמינים של שתי ההפרעות מתמשכים לאורך כל התקופה.

א. איזו הפרעה יש ל נחום? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה זו.

פתרון מתוך קובץ - ההפרעה שיש לנחום היא הפרעת סכיזופרניה. ניתן לראות זאת : 1. הזיות - חוויה חושית שנדמית כאמיתית אבל היא קורית ללא גירוי תפיסתי חיצוני - נחום מתאר שהוא משוחח עם אימו שנפטרה. 2. דיבור לא מאורגן - הביטוי החיצוני של ההפרעה בצורת החשיבה - העובדת הסוציאלית שבקשר איתו הבחינה שדיבורו הפך לא מאורגן. 3. היעדר רגשי מופחת (תסמין שלילי) - המשך דיווח העו"סית, הרגש שלו שטוח ולא מותאם לתכנים הקשים שהוא מדבר עליהם. 4. הרהורי שווא - אמונת סרק על המציאות הנשמרת למרות ראיות חזקות שההפך הוא הנכון. אצל נחום, הוא מאמין שהוא יכול לדבר עם המתים. 5. התנהגות מאוד לא מאורגנת - הוא מזניח את עצמו ורוב היום יושב בווה באוויר. בנוסף, רמת התפקוד שלו ירדה משמעותית בתחום החברתי - הוא מפגין חוסר עניין בולט בכל פעילות שמערבת אנשים אחרים. *משך זמן - שנים. היה מאושפז במשך חודשים ארוכים פעמיים.

ב. הסבירו את מודל הדיאטזה- עקה, תוך התייחסות לתיאור המקרה.

תשובה מתוך קובץ תשובות - מודל הדיאטזה עקה מסביר את תפיסתה של התנהגות חריגה ככזו הנובעת מעקה הפועלת על אדם בעל נטייה מוקדמת (ביולוגית, פסיכולוגית או חברתית תרבותית) לפתח הפרעת סכיזופרניה. במקרה של נחום, גורמים גנטיים - סבתו מצד אימו סבלה מאותה הפרעה, וגורמים מבניים נרכשים - בשליש הראשון של ההיריון שלו אימו חלתה בדלקת נגיפית. בנוסף, הוא נולד בלידת עכוז (סיבוכים בלידה), חוברים יחד וגוררים אחריהם פגיעות מוחית. תהליכי בשלות רגילה בשילוב גורמי עקה - סבתא שלו שהייתה מאושפזת בילדותו, עזיבת העבודה שלו, אימו שנפטרה בפתאומיות באותו שבוע - כל אלו דחפו את נחום אל מעבר לסף לתוך סכיזופרניה.

ג. הציגו הסבר לנסיגה של נחום במהלך הגירושים. נמקו.

תשובה מתוך קובץ תשובות - הסבר אפשרי לנסיגה של נחום במהלך הגירושים הוא גורם פסיכו- חברתי 'רגש מובע' - סביבה משפחתית עם רמה גבוהה של רגש מובע שכולל עוינות וביקורת עם מעורבות יתר רגשית והיא מכפילה את הסיכון לנסיגה של חולים. אשתו הייתה מאוד ביקורתית והפגינה עוינות כלפיו עד לניתוק קשריו עם הילדים. יתכן שדבר זה קורה בגלל העקה שגורמת להפרשת קורטיזול שמשפיעה על דופמין וגלוטומט.

ד. איזו הפרעה נוספת יש לנחום? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה זו.

תשובה מתוך קובץ תשובות - ההפרעה הנוספת שיש לנחום היא הפרעת דיכאון קשה. ניתן לראות זאת : 1. מצב רוח דיכאוני - נחום מתואר כחסר אנרגיה במשך היום ולא רוצה לצאת ממטיתו. 2. חוסר הנאה בולטים - הוא מפגין חוסר עניין בולט בכל פעילות שמערבת אנשים אחרים. 3. אובדן תיאבון. 4. נדודי שינה - הוא מתקשה לישון במשך הלילה. 5. תחושת אשמה רבה - הוא מרגיש שהוא אחראי למות אימו. 6. מחשבות חוזרות על מוות - חושב שהיה עדיף שהוא היה מת במקום אימא שלו. *התסמינים לפגיעה בתפקוד היומיומי - הוא רוב היום יושב ובוהה בחלל. *משך זמן - במשך כל התקופה שבו התרחשה גם סכיזופרניה.

ה. הציגו טיפול מקיף ועיל לנחום והסבירו במה יתמקד טיפול זה, תוך התייחסות לתיאור המקרה תשובה שלי - הטיפול שהייתי מציע לנחום הוא תרופה אנטי פסיכוטית מהדור השני למשל RISPERDAL. לאחר שהתסמינים הפסיכוטיים יתמתנו ונחום התאזן הייתי מוסיף לו תרגול מיומנויות חברתיות אשר יעזור לו לשפר את תפקודו בחיי היומיום כיוון שנשמע שהוא גר בגפו. לאחר מכן הייתי ממליץ על לטיפול בהפעלה התנהגותית, שיטה זו נמצאה יעילה בטיפול בדיכאון. בגישה זו מנסים לגרום למטופלים להיות יותר פעילים ועסוקים מבחינה חברתית, בעיקר ע"י מתן חיזוקים חיוביים והקטנת הסתגרות. ולאחר שנחום יראה מגמת שיפור וינסה או יצליח להחזיר את הקשר עם ילדיו הייתי מציע לו טיפול משפחתי שיעזור לו לקדם מיומנויות תקשורת (במיוחד בתוך

המשפחה) ולהוריד את רמת הרגש המובע שמתיאור המקרה נשמע שהוא גבוה במיוחד. בגלל שהטיפול המקיף שהצעתי מורכב מאוד הייתי מציע גם מנהל מקרה שיעזור לנחום לנהל ולעקוב אחרי כל משתני הטיפול ויעזור לו למצוא שירותים שנחוצים לו כדי לתפקד בקהילה כמו למשל מפעל מוגן חדש לעבוד בו.

אופציה נוספת לתשובה: נתחיל בטיפול תרופתי כמו נוגד פסיכוזה מהדור השני למשל ריספרדל. לאחר שהתסמינים הפסיכוטיים יפחתו נמשיך בטיפול משפחתי על מנת להפחית את הסיכוי לנסיגה עתידית. בטיפול המשפחתי נחום יוכל לחדש את הקשר שלו עם ילדיו ולהפחית את הרמות של הרגש המובע באינטראקציות איתם ועם גרושתו. הם ילמדו כיצד לשפר את דרכי ההתמודדות שלהם עם המחלה שלו ויפתחו מיומנויות של פתרון הבעיות שלהם ולקדם מיומנויות תקשורת.

שירה, בת 29, עובדת כלוחמת אש ובחודשיים האחרונים כמעט שלא ישנה עקב ריבוי פניות. היא הייתה מעורבת בכיבוי שריפה בבית שהיו בו ילדים קטנים. לאחר מכן היא הגיעה לבית הוריה לביקור, נכנסה לחדר ונעלה את הדלת. בערב היא סיפרה לאחותה שיש לה סיוטי לילה והיא לא מצליחה להירדם כי היא חושבת על הילדים שנספו בדירה שבה הייתה השריפה למרות ניסיונותיה להימנע ממחשבות אלו. היא לא מצליחה להיזכר מה היא עשתה כדי להציל את הילדים ויש כמה שעות שהיא לא מצליחה לשחזר. למרות מאמצים רבים מצידה היא לא מצליחה להיפטר ממחשבות ורגשות מעיקים. היא נעשתה מאוד דרוכה, נבהלת בקלות ומגיבה בצורה קיצונית. שירה סיפרה שלוחמי האש שהיו איתה באירוע חזרו למשפחותיהם והיא מרגישה שאין לה את מי לשתף בחוויות. כשהאחות של שירה דיברה עם ההורים על מה ששירה סיפרה, היא אמרה שהפתיע אותה לגלות ששירה בחרה להיות לוחמת אש כי תמיד הייתה לה נטייה לחוות רגש שלילי בעוצמות גבוהות. ההורים יצרו קשר עם המפקד של שירה בתחנה וביקשו ממנו להפנות אותה לטיפול. **יש תשובות במבחן לדוגמה באתר**

א. איזו הפרעה יש לשירה? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה זו.

PTSD

ב. ציינו שני גורמי סיכון אישיים שמפורטים בתיאור המקרה והסבירו כיצד גורמים אלה תורמים להתפתחות ההפרעה? נמקו.

היא אישה (הן נוטות להיות גבוהות יותר בנוירוטיות? רגישות יותר?), נטייה לרגשיות שלילית,

ג. איזו תסמין של הפרעה מפרק 8 יש לשירה ומדוע לא ניתן לאבחן אותה בהפרעה זו? הסבירו תוך התייחסות ל-DSM.

שכחון ניתוקי - התסמין הוא שהיא לא מצליחה לזכור חלקים מהאירוע ולא מצליחה לשחזר כמה שעות ממנו. לא נאבחן אותה כך כי לפי סעיף ד' אם ניתן להסביר יותר טוב את ההפרעה לפי PTSD זו האבחנה שניתן.

ד. אם שירה תעבור בדיקה רפואית מקיפה, אילו שני מאפיינים פיזיולוגיים עשויים להתגלות בבדיקה? הסבירו.

רמות גבוהות של קורטיזול בעקבות חשיפה ממושכת לעקה עמוד 271. פעילות חריגה של ציטוקינים אנשים עם היפוקמפוס קטן עמוד 727

ה. הסבירו את המאפיינים המשותפים להתערבויות הטיפוליות שיוכלו לסייע לשירה. הגורם המשותף לכולם היא לעודד את האדם לשתף בדברים שהוא הקשבה פעילה וסביבה תומכת.

יוסף, בן 28, נשוי ליפית, בת 26, ושניהם חוזרים בתשובה. יש להם שלושה ילדים. מזה חמש שנים יוסף סובל ממצוקה נפשית והוא אושפז פעמיים בבית חולים פסיכיאטרי. גם אמו וגם אביו היו מאושפזים לאורך השנים בבתי חולים פסיכיאטריים. יוסף מתקשה להתמיד בטיפול התרופתי כי הוא פיתח תנועות לא רצוניות בשפתיים ובלשון שמציקות לו מאוד. מצבו החמיר בשלושת החודשים האחרונים והוא מאמין שאלוהים נגלה לפניו והודיע לו שהוא יביא לציון גואל. יוסף סיפר ליפית שהוא המשיח ושהוא חייב לקבל עזרה על מנת להציל את ישראל מפני מגיפת הקורונה. הוא הסביר לה שזו הסיבה לכך שהוא מבלה את לילותיו בבית הקברות ושהוא מאמין כי בימים הקרובים הוא יצליח להקים לתחיה את הרב שלו שסייע לו בתהליך הגאולה. הוא הסביר גם שאסור לו להתקלח ולהחליף בגדים. יפית ציינה שהוא לא מדבר ברור,

הוא נשמע מבולבל ואסוציאטיבי והכל נאמר ללא שום רגש או הבעת פנים. היא כועסת עליו מאוד וכבר לפני כחצי שנה היא פנתה לעזרה בקהילה. לאחרונה היא נעזרה באחותו כדי לקחת אותו לפסיכיאטר.

א. איזו הפרעה יש ליוסף? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה

סכיזופרניה

ב. הסבירו את מודל הדיאגנזה - עקה, תוך התייחסות לתיאור המקרה.

פגיעות גנטיות (היסטוריה משפחתית), קורונה.

ג. לאיזו משפחה שייך הטיפול התרופתי שבו יוסף מתקשה להתמיד? נמקו.

תרופות אנטי פסיכוטיות מהדור הראשון - דיסקיניזה מאוחרת

ד. ציינו גורם פסיכו-חברתי שעשוי להסביר את ההידרדרות של יוסף. הסבירו.

ה. איזה טיפול לא-תרופתי הייתם ממליצים ליוסף? כיצד יתנהל טיפול זה? הסבירו. 4 שורות ניהול מקרה למנות גורם טיפול בקהילה, תמיכה למשפחה ומתן תוקף לרגשותיהם.

לירי, בת 21, פנתה לשירותי הייעוץ באוניברסיטה שבה היא לומדת בעידודה של שותפתה לחדר במעונות הסטודנטים. לירי סיפרה שהיא עצובה כל הזמן והמצב הזה נמשך כבר ארבע שנים. בבית הספר התיכון היא הייתה בנבחרת השחייה ולמדה בכיתה מצטיינים, אבל תמיד הרגישה שהיא לא טובה כמו אחרים. לדבריה, היא לא חכמה ולא יפה כמו הסטודנטיות האחרות שלומדות איתה באוניברסיטה. לאחרונה היא החלה לאבד עניין בכל מה שעניין אותה קודם והחליטה לא לגשת למבחנים באוניברסיטה. היא הוסיפה שלאף אחד ממילא לא אכפת ממנה, וכל מה שקרה לה גם בתיכון וגם באוניברסיטה הוא באחריותה ובאשמתה. בחודש האחרון, לירי סובלת מנדודי שינה, היא ירדה במשקל וקשה לה להתרכז בלימודים. במהלך הפגישה עם הפסיכולוגית, לירי הפגינה חוסר שקט ולא הפסיקה לנדנד את הרגליים. היא תיארה את עצמה כילדה ביישנית, אך כזו שבכתה הרבה, גם בכיתה ובפני אחרים. הוריה של לירי היו שתלטניים וביקורתיים ומיעטו להפגין חוסר. הפסיכולוגית הפנתה את לירי לפסיכיאטרית והיא קבעה שלירי סובלת,

בין השאר, מקטלפסיה.

א. ציינו שתי הפרעות מאותה קטגוריה שיש ללירי. הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM

להפרעות אלו

תשובה שלי - ניראה שלירי סובלת מדיכאון כפול (הפרעת דיכאון קשה והפרעת דיכאון מתמשכת). היא עונה על המאפיינים של דיכאון קשה עם מאפיינים קטטוניים שבא לידי ביטוי בתסמינים הבאים: מצב רוח דיכאוני ברוב שעות היום, כמעט מידי יום - לירי סיפרה שהיא עצובה כל הזמן. אובדן בולט של עניין או הנאה מכל - לאחרונה היא החלה לאבד עניין בכל מה שעניין אותה קודם והחליטה לא לגשת למבחנים באוניברסיטה. ירידה ניכרת במשקל לא בזמן דיאטה או עלייה במשקל - בחודש האחרון היא ירדה במשקל. נדודי שינה - בחודש האחרון סובלת מנדודי שינה. אי-שקט או האטה פסיכומוטוריים כמעט מדי יום - בשיחה עם הפסיכולוגית היא הפגינה חוסר שקט ולא הפסיקה לנדנד את הרגליים. תחושות חוסר

מאור חקאק - סמסטר 2022 ב'

– לטענתה לאף אחד לא אכפת ממנה וכל מה שקרה לה בתיכון ובאוניברסיטה הוא באשמתה. ירידה ביכולת לחשוב או להתרכז – סיפרה לפסיכולוגית שקשה לה להתרכז בלימודים. לירי לא הציגה אפיזודה מאנית או היפומאנית. כל התסמינים האלה התרחשו בחודש האחרון והם מייצגים שינוי מהתפקוד הקודם. וגרמו ללירי למצוקה משמעותית בתחום הלימודי והיא אינה מגיעה למבחנים. היא עונה על המאפייני של הפרעת דיכאון קשה עם מאפיינים קטטוניים כיוון שהיא מציגה קשת של תסמינים פסיכומטוריים החל מתנועה מופרזת כמו נדנדוד בלתי פוסק של הרגליים, ועד מחסור בתנועה – הפסיכיאטרית אבחנה אותה עם קטלפסיה (קיפאון שרירי של הגוף).

בנוסף לירי עונה גם על הקריטריונים של הפרעת דיכאון מתמשכת – היא מציגה מצב רוח דיכאוני במשך 4 שנים (יותר משנתיים) זה בא לידי ביטוי בתסמינים הבאים: הערכה עצמית נמוכה – לדבריה, היא לא חכמה ולא יפה כמו הסטודנטיות האחרות. תחושת חוסר תקווה – לירי מתארת עצמה כלא יפה ולא חכמה, היא עזבה את נבחרת השחייה ועכשיו הפסיקה לגשת למבחנים באוניברסיטה ולכן סביר שלא תסיים את לימודיה, היא מאשימה את עצמה על מה שקרה לה בתיכון ובאוניברסיטה. דפוס יציב ומתמשך זה עשוי להעיד על כך שאין לה תקווה שהיא תצליח ותשתנה בעתיד.

אופציה נוספת לתשובה: ללירי יש הפרעת דיכאון קשה עם מאפיינים קטטוניים והפרעת דיכאון מתמשכת. דיכאון קשה: (א) בחודש האחרון החלו להופיע תסמיני דיכאון ומצב רוח דיכאוני (1), יש לה אובדן בולט בכל מה שעניין אותה קודם (2), ירדה במשקל בחודש האחרון (3), היא סובלת מנדודי שינה (4), היא מפגינה חוסר שקט אצל הפסיכולוגית (5), יש לה רגשות אשמה לא מתאימים על כך שהייתה מצטיינת בתיכון (7), והיא מתקשה להתרכז (9). התסמינים הללו גורמים לה למצוקה משמעותית בתחום הלימודים עד כדי כך שהיא לא ניגשת למבחנים (2). ניתן להסביר את המאפיינים הקטטוניים של לירי באמצעות ההבחנה של הפסיכיאטרית שקבעה שבנוסף היא גם סובלת מקטלפסיה. דיכאון מתמשך: כבר ארבע שנים היא עצובה כל הזמן (א). בתקופה הזו מתקיימים לפחות שני תסמינים כנדרש (ב): מציגה הערכה עצמית נמוכה במהלך שנות התיכון ובאוניברסיטה (3), ויש לה תחושה של חוסר תקווה (6) וניתן לראות זאת בכך שכאשר היא הייתה שחיינית היא לא האמינה שהיא תוכל להיות טובה כמו השחיינות האחרות – אין לה תקווה שהיא תגיע להישגים גבוהים יותר.

אופציה נוספת לתשובה: לירי סובלת מהפרעת דיכאון מתמשכת, וגם מהפרעת דיכאון קשה עם מאפיינים קטטוניים. (דבר הנקרא דיכאון כפול) מבחינת הפרעת הדיכאון המתמשכת: לירי מציגה מצב רוח דיכאוני, היא מתארת שהיא עצובה כל הזמן במשך ארבע שנים (יותר מהשנתיים הנדרשות, ולאורך כל הזמן הזה). יחד עם זה היא מציגה יותר משניים מהתסמינים הנדרשים: יש לה הערכה עצמית נמוכה- היא תופסת את עצמה כלא טובה ולא יפה כמו האחרים וגם מציגה תחושת חוסר תקווה – היא לא חושבת שהיא תצליח בכלום בכלל הערכה עצמית הנמוכה שלה ולכן אפילו לא ניגשת למבחנים באוניברסיטה. כמו כן היא לא מציגה אפיזודות מאניות או היפומאניות שיכולות לרמוז על הפרעה דו קוטבית. הפרעת דיכאון קשה עם מאפיינים קטטוניים: לירי מציגה יותר מחמישה מהתסמינים הנדרשים לאבחון דיכאון קשה במהלך החודש האחרון (מעל שבועיים) בה היא מציגה גם מצב רוח דיכאוני (היא בוכה כל הזמן) וגם איבוד עניין או הנאה ("לאחרונה היא החלה לאבד עניין...") בין התסמינים שאנו רואים בתיאור המקרה: (1) מצב רוח דיכאוני ברוב שעות היום – היא מרגישה עצובה ובוכה הרבה. (2) אובדן בולט של עניין או הנאה מכל פעילות "היא איבדה עניין מכל מה שעניין אותה קודם" (3) היא ירדה במשקל (4) סובלת מנדודי שינה (5) יש לה אי שקט – היא מפגינה אי שקט ולא מפסיקה לנדנד את הרגליים. (6) יש לה תחושת חוסר ערך (לאף אחד לא איכפת ממנה) ורגשות אשם מוגזמים (היא מאשימה את עצמה במצבה) 7. ניכרת ירידה ביכולת שלה להתרכז. הפרעת הדיכאון הקשה שלה מאופיינת במאפיינים קטטוניים – יש לה מגוון תסמינים פסיכומטוריים שבאים לידי ביטוי בקטלפסיה, מצב של חוסר תנועה בו שרירי הגוף קופאים.

ב. מהי קטלפסיה? האם העובדה שלירי סובלת מתופעה זו מחדדת את האבחנה של לירי? הסבירו

ג. איזה מידע שמופיע בתיאור המקרה יכול לסייע להבחין בין הפרעה מהקטגוריה של הפרעות שיש ללירי להפרעה מקטגוריה אחרת? נמקו

קווים לתשובה - סכיזואפקטיבית - עמוד 380 סעיף ד' של DSM-5 אי אפשר להסביר. אולי הפרעת חרדת פרידה או הפרעת אישיות טורדנית כפייתית. מאניה דפרסיה - לשאול אם זה מקטגוריה אחרת.

ד. מהו סגנון הייחוס של לירי וכיצד הוא התפתח? הסבירו תוך התייחסות לתיאור המקרה.

תשובה שלי - ייחוס הוא תהליך בו הפרט משייך סיבות לדברים שקורים לו. סגנון הייחוס של לירי הוא פסימי (פנימי, יציב וכוללני). היא מייחסת לאירועים שליליים כמו העובדה שהיא כבר לא בכיתה מצטיינים ייחוס פנימי וחושבת שזה בגלל שהיא לא חכמה מספיק. בנוסף היא טוענת כי כל מה שקרה לה בתיכון ובאוניברסיטה הוא באשמה ובאחריותה בלבד. כוללני - הוא חולש על תחומי חיים שונים (למשל ספורט, לימודים וחברתיות, מראה חיצוני ואינטליגנציה). ויציב - ניראה שהיא משתמשת בו מאז בית הספר היסודי ועד האוניברסיטה. סגנון ייחוס זה מאפיין אנשים הלוקים בדיכאון. סביר להניח שמה שתרם להתפתחות סגנון ייחוס זה הוא סגנון ההורות של הוריה והמזג שנולדה איתו. ילדים להורים בעלי סגנון הורות סמכותני (רמה נמוכה של חוסר רמה גבוהה של שליטה) נוטים לסבול ממצבי רוח. בנוסף ידוע כי מזג מעוקב מולד משאיר ילדים ביישנים ובעלי עכבות חברתיות.

אופציה נוספת לתשובה: סגנון הייחוס של לירי הוא סגנון ייחוס פסימי (דפרסיבי), הוא פנימי, בכך שהיא מאשימה את עצמה בסיטואציה שלו ולוקחת עלייה את כל האחריות ובטוחה שהיא מביאה על עצמה את מצבה. יציב - כנאמר בטקס, היא תמיד מרגישה לא טובה כמו כולם. ובאופן כללי היא מרגישה נחותה גם מבחינת מראה, גם מבחינת חוכמה וכו'.. הסגנון הזה מתפתח ע"י למידה חברתית (תיאוריה קוגניטיבית-התנהגותית) שטוענת שהילדים רואים את העולם דרך המשקפיים של הוריהם ולומדים את המנגנון המחשבתי שמפעיל את הוריהם ומחקים אותם. כמו גם, ילדים שחווים סגנון הורות סמכותני (כמו במקרה של לירי, בא מושלט סדר ושליטה ברמות גבוהות יחד עם ביקורתיות, התערבות ורגשי אשם יכולים להוביל את הילד לפיתוח סגנון ייחוס זה.

אולי כדי להוסיף לתשובה - חוסר חוס, ביקורת והשתלטות מתקשרים לדפוס זה מכיוון שביקורת רבה מדי יכולה לגרום לילד להרגיש שהוא תמיד אשם - ובכך לפתח דפוס כוללני ופנימי (הוא אשם בכל) והשתלטות לא נותנת לילד לגלות ולהתנסות בדברים אחרים שאולי יהיו לו טובים יותר, יתרה מכך, הוא לומד כי אין להתנגד לדרכו של עולם ובכך מפתח דפוס יציב - ומה שהיה - אם היה אשם עד עכשיו ובהכל - כנראה ימשיך להיות אשם בהכל.

ה. הציעו טיפול פסיכולוגי שיכול לסייע ללירי והסבירו במה יתמקד הטיפול.

אילנה, בת 24, מתגוררת בדירת חדר עמוסה בחפצים מרופטים וחסרי ערך שלקחה מבית הוריה. היא עובדת בחנות בגדים ולאחרונה הפכה למנהלת משמרת. העובדים האחרים לא אוהבים לעבוד תחת השגחתה כי היא מקפידה על לוח זמנים בכל פעילות טריוויאלית ודורשת שלמות בסדר ובארגון. הדרישות שלה גוזלות זמן רב ומחייבות את העובדים להישאר בחנות מעבר לשעות העבודה. גם לאחר שהם מסדרים את המדפים כפי שביקשה, היא מתלוננת שלא עשו זאת כראוי. היא מעירה על סוגיות שוליות והם מרגישים שהיא מציקה להם. היא גרה בסמוך לחנות ולעיתים היא ניגשת לחנות בשבת כדי לסדר אותה, גם בשעות שבהן היא מוזמנת לארוחת הצהריים המשפחתית. היא מתרגזת על כל שינוי בדרך העבודה, מתקשה להאציל סמכויות ודורשת שהסובבים אותה יפעלו בדיוק בדרך שהתוותה להם. היא מביאה אוכל מהבית ומסבירה שאינה אוהבת לאכול אוכל שאחרים הכינו ושחשוב לחסוך כסף כי מי יודע מה יקרה בעתיד.

א. איזו הפרעה יש לאילנה? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה זו.

מאור חקאק - סמסטר 2022 ב'

לאילנה יש הפרעת אישיות טורדנית כפייתית.

ב. לאיזה אשכול שייכת ההפרעה שיש לאילנה? הסבירו.
ההפרעה שייכת לאשכול C.

ג. בחרו שתי הפרעות נוספות, הפרעה אחת מכל אחד משני האשכולות האחרים, והציגו מאפיין אחד שדומה למאפיינים שיש לאילנה ומאפיין אחד ששונה מהמאפיינים שיש לה. בתשובתכם התייחסו למאפיינים של שתי ההפרעות הנוספות.

ד. איזו תכונה גבוהה יש לאילנה? בתשובתכם התייחסו למודל חמשת הגורמים של האישיות הנורמלית. הסבירו.

שחר, רווק בן 27, החל לאחרונה את לימודיו לתואר שני בפיזיקה בטכניון. כאשר עזב את בית הוריו ועבר להתגורר במעונות הסטודנטים, הוא החל לסבול מפחדים משמעותיים. הוא מוטרד מתחומים שונים בחייו, ממצבו הבריאותי ומההזדקנות של הוריו. לדבריו, הדאגה לגבי עתידו כה חזקה עד כי הוא אינו מצליח להתרכז בלימודים. הוא מדווח על אי שקט ועצבנות יתר. הוא בטוח שייכשל בבחינות והוא מוטרד מאוד ממה שהמרצים והסטודנטים האחרים חושבים עליו. יש לו שני חברים קרובים שמלווים אותו מילדותו. עם זאת, עקב ביישנותו מעולם לא היה לו קשר זוגי ו הוא חושש לצאת לדייטים. הוא נוטה להתעייף בקלות, אך הוא מתקשה להירדם בשל מחשבות טורדניות שמציפות אותו.

א. איזו הפרעה יש לשחר? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה זו.
הפרעת חרדה כללית

ב. הציגו הסבר להפרעה שיש לשחר מנקודת מבט פסיכואנליטית.
קונפליקט בין האגו לדחפי האיד. מנגנוני הגנה לא יעילים - משהו במנגנוני ההגנה קרס ולכן כל הזמן הוא מוצף בחרדה.

ג. מהו ההיבט החיובי והשלילי של דאגה?
ההיבט החיובי - בגלל שהוא מפחד הוא נערך לקראת אפשרויות שאירועים שליליים יקרו לו. ההיבט השלילי - מגביר את החרדה, מוביל למצב רוח ירוד.

עמי, בן 25, מתגורר עם חברתו בדירה שכורה בתל אביב. הוא לומד קולנוע ומגדיר את עצמו כאומן בנפשו. הוא סיים תיכון עיוני במגמת אמנויות וממשיך לנגן מדי פעם בפסנתר. תקופה ארוכה הוא עצוב רוב שעות היום, חסר אנרגיה, התקשה להירדם בלילה ולהתרכז בלימודים, דחה כל החלטה, קטנה כגדולה, והפגין חוסר חשק ועניין. במקביל ללימודיו הוא עובד כמלצר בבית קפה. חברתו מתארת שינוי משמעותי במצב רוחו במהלך השבועיים האחרונים. לדבריה, הוא מדבר הרבה יותר מהרגיל ולעיתים קשה להבין את דבריו. הוא פגש במאי קולנוע ומפיק חשוב בבית הקפה שבו הוא עובד ומאז הוא מאמין כי הם יסייעו לו לקדם רעיון נפלא לסרט מוזיקלי ישראלי מקורי. בלילות, לאחר שובו מבית הקפה, הוא עומל על כתיבת התסריט על חשבון שעות שינה. הוא אינו סומך על המרצה שלו בחוג לקולנוע וחושש כי יגנוב לו את הרעיון הגאוני ולכן החליט להסתיר את הרעיון מפניו. בשבוע האחרון הוא נעדר מעבודתו ויצא למסע קניות: הוא קנה חליפה יוקרתית כדי שיוכל להגיע במיטבו לפגישות עסקים ואף רכש ציוד צילום יקר. חברתו מוטרדת מאוד ממצבו.

א. איזו הפרעה יש לעמי ומאיזה סוג? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה זו.
דו קוטבית 1.

ב. מה הסיכוי שלעמי יש בן משפחה קרוב שלוקה באותה הפרעה שיש לעמי? הסבירו.
האם יש מרכיב גנטי כן או לא.

ג. איזה טיפול תרופתי כדאי לתת לעמי? הסבירו מדוע בחרתם בתרופה זו וציינו תופעות לוואי שכיחות של טיפול ממושך בתרופה.
ליתוס, מייצב מצב רוח, יש לו השפעות נוגדות דיכאון וגם נוגדות מאניה. תופעות לוואי - ישנוניות, האטה קוגניטיבית, עלייה במשקל.

ד. אילו גורמים ביולוגיים קשורים להפרעה שממנה עמי סובל? ציינו שני גורמים והסבירו.
גורם נוירו-כימי: אחד הגורמים לדיכאון זה חיסרון בנוראפינפרין. ומאניה נגרמת מפעילות מוגברת של נוראפינפרין. שיבושים במערכת הוויסות ההורמונלית - קורטיזול. תפקוד בלוטת התריס.

חיים, בן 53, עבד כמודד דירות במשרד שמאות. הוא הצליח מאוד בעבודתו, אך בשל צמצומים הוא פוטר לפני כארבעה חודשים. הוא ישן כמחצית היממה ומתקשה לצאת ממיטתו בבוקר, מסרב לפגוש את חבריו, ואינו מתעניין בילדיו. הביטחון העצמי שלו ירד, הוא חש שהוא "כישלון חרוץ", יש לו רגשות אשם עזים בנוגע ליכולת שלו לפרנס את משפחתו, והוא אינו מפסיק לחשוב מדוע דווקא הוא פוטר, מדוע הוא מרגיש רע, וכמה לאחרים לא אכפת ממנו. הוא איבד את התיאבון וירד כשבועה קילוגרם. בשלב מסוים אשתו אילצה אותו לקבל טיפול.

א. איזו הפרעה יש לחיים? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM 5 - להפרעה זו.
דיכאון קשה

ב. לאיזו תת-קטגוריה של הפרעה זו אפשר לשייך את הפרטים שתוארו? הסבירו.

ג. הציעו הסבר פסיכודינמי לתיאור המקרה.

ד. כיצד על פי התיאוריה הקוגניטיבית של בק ניתן להסביר את ההפרעה של חיים?

ה. כיצד נקרא התהליך שבו חיים חזר על מחשבות ורגשות? האם תהליך זה יכול להסביר את ההפרעה שיש לו?

התהליך נקרא רומינציה - זהו דפוס חזרתי של פעילות מנטלית בו אנשים מתמקדים כל הזמן בסיבות בגללן הם מרגישים רע וזה קשור למחשבות האוטומטיות השליליות. כי אדם שכל הזמן עוסק ברומינציה זה מתקשר למשולש הקוגניטיבי של בק. אני דפוק העולם דפוק העתיד דפוק, הוא כל הזמן עסוק בזה וזה גורם לדיכאון או משמר אותו. לוודא בספר.

מיקה, בת 31, עובדת בבנק וחיה לבד בדירה שכורה ברמת גן. לאחרונה היא החלה להתאמן במכון כושר למרות שהיא מרגישה שהיא "שמנה מדי" לפעילות גופנית. בפגישה הראשונה עם מדריכת הכושר, מיקה סיפרה שמאז ומתמיד הייתה שמנה, וכיום היא נוהגת לנשנש חטיפים מלוחים במשך היום וחטיפים מתוקים בשעות הערב, וזאת בנוסף לשלוש ארוחות עיקריות. פעם בשבוע, בדרך כלל לאחר יום קשה בעבודה, היא קונה בקונדיטוריה עוגיות מסוגים שונים ואוכלת הכל עוד לפני שהיא מגיעה לביתה. היא כועסת על עצמה שלא התאפקה ותחושה זו מובילה אותה להתנחם באכילה נוספת של עוגיות וגלידה. היא מוסיפה כי מעולם לא השתמשה בחומרים משלשלים ומעולם לא ניסתה להקיא בכוונה, אף שהיא מרגישה פעמים רבות שהיא כל כך מלאה עד שכואבת לה הבטן. משפחתה מפצירה בה כל השנים לרדת במשקל, ממליצה לה על דיאטות וממנת לה אימון גופני.

א. איזו הפרעה יש למיקה? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM 5 - להפרעה זו.
הפרעת אכילה בולמוסית (אין התנהגות מפצה)

ב. בחרו הפרעות אכילה וציינו מאפיין אחד שדומה להפרעה שיש למיקה ומאפיין נוסף ששונה מההפרעה שיש למיקה. הסבירו.

בולימיה נרבוזה - שונה - אין התרוקנות, דומה - בולמוסי אכילה ותחושת חוסר שליטה (לוודא)

ג. האם ייתכן שהמשפחה של מיקה השפיעה על המשקל העודף שלה? הסבירו
כן, עצם העובדה שהמשפחה שלה מקניטה אותה ומשפילה אותה בכל שהם כל הזמן או מריס לה שהיא שמנה ושהיא חייבת לרדת במשקל ולעשות דיאטה מובילה לרגשיות שלילית ולדימוי גוף שלילי / פגיעה בדימוי גוף ובעקבות זאת אכילת אוכל כנחמה.

עודד, בן 46, אלמן ואב לשלושה ילדים, עובד כמהנדס אלקטרוניקה בתעשייה האווירית. אשתו נהרגה בתאונת דרכים לפני כשנה. הוא מתקשה מאוד לקבל החלטות ונוהג להתייעץ ללא הרף עם משפחתו בכל תחום בחייו. הוריו מפצירים בו שימכור את הבית ויעבור לגור לידם. הוא פנה לטיפול בשל חרדה משמעותית באשר לעתידו וליכולת שלו לדאוג לילדיו. אשתו המנוחה ניהלה את משק הבית והייתה האחראית הבלעדית על קבלת ההחלטות הכלכליות של המשפחה ועל הפעילויות המשפחתיות בשעות הפנאי. שאול מדווח על חוסר ביטחון, על השקעת מאמצים רבים בניסיון לזכות באישורם של חבריו, ועל אי נוחות להביע חוסר הסכמה עימם. אין לו כוחות ליזום דברים, והוא מקווה שמכריו יסייעו לו למצוא קשר זוגי חדש.

א. איזו הפרעת אישיות יש לעודד ולאיזה אשכול שייכת ההפרעה? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה זו.
הפרעת אישיות תלותית. אשכול C.

ב. ציינו שתי תכונות אישיות קיצוניות שמאפיינות הפרעה זו. בתשובתכם התייחסו למודל חמשת הגורמים של האישיות הנורמלית. נמקו.
ניורוטיות גבוהה (רמת חרדה גבוהה), נועם הליכות גבוהה (אמון, היענות, אלטרואיזם, צניעות)

ג. האם סגנון ההורות של ההורים של שאול עלול היה לתרום להפרעה שלו? הסבירו.
כן, להורים של שאול יש סגנון הורות סמכותנית ומגוננת מידי, שלא מטפחת את הילד אוטונומיה, מחזקת התנהגות תלותית, ומפתחת אצל הילד אמונה שהוא חייב להישען על אחרים ושהוא לא יכול להסתדר לבד. זה משפיע על ההפרעה.

ליאה לומדת בכיתה ב'. הוריה ומוריה מתארים אותה כילדה בעלת קסם אישי ושמחת חיים. ליאה אוהבת לשחק במחשב ולצפות בטלוויזיה, היא שונאת להכין שיעורי בית וקשה לה לחכות ליד השולחן עד ששאר בני הבית יסיימו לאכול. בבוקר לוקח לה כ- 40 דקות להתארגן, היא הולכת לחדר השינה, נועלת נעל אחת, בודקת איפה המחברות שלה ואז חוזרת לנעל השנייה. בבית הספר קשה לה לשמור על מרחב אישי מותאם, היא משאירה כל יום פריט לבוש אחר בכיתה, ולא מצליחה להשלים משימות מורכבות. היא נקלעת לעימותים קולניים עם בנות הכיתה, מתקשה להפסיד במשחקים, ומתפרצת בקלות. בנוסף, היא נוטה לפעול בחופזה ומדברת כשהיא אמורה לשתוק. המחנכת אומרת שהיא ילדה סקרנית אך חסרת סבלנות, היא זזה בכיסא, ומנדנדת את הרגליים במשך השיעור. לעיתים קרובות היא עונה לפני שהמורה מסיימת לשאול.

א. איזו הפרעה יש לליאה? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה זו.
ההפרעה - ADHD. צריך לזהות את המימד של חוסר קשב ושל היפר אקטיביות לזהות את האימפולסיביות, לזהות את התנועותיות, את הבעיה בוויסות, את הקשיים בקשב. צריך לציין שהיא מתחת לגיל 12, לציין שזה מתבטא במספר מסגרות - גם ההורים וגם המורים מדווחים.

ב. איזה טיפול תרופתי יכול לסייע לליאה? הסבירו כיצד הוא יעזור לה.
ריטלין ולהסביר איך הוא עובד.

ג. אילו תופעות לוואי עלולות להופיע בעקבות שימוש בתרופה?

יריב, רווק בן 23, בן זקונים במשפחה בת ארבעה ילדים. לאורך השנים יריב היה בחור חברותי, התאמן בחדר כושר והרבה לבלות עם חבריו ומשפחתו. לפני כשלושה חודשים, אימו מתה מדום לב במהלך הלילה ויריב מצא אותה על הרצפה בסלון בבוקר. יריב היה קשור מאוד לאמו ושיתף אותה בכל תכניותיו, ומאז שנפטרה הוא החל להסתגר בחדרו ולמרר בבכי, סירב להיפגש עם חברים ומצב רוחו היה ירוד. לפני חודש הוא התלונן על תשישות, חוסר תיאבון ובעיות שינה. בבדיקת דם התגלתה כמות חריגה של ציטוקינים. המשפחה התכנסה לשיחת חירום כדי לדון במצבו והחליטה על שורה של צעדים. אחיו קבעו ביניהם תורנות כך שכל יום אחד מהם יתקשר לעודד את יריב ולתמוך בו. מאז שהחלה ההתגייסות הזו, התסמינים של יריב פחתו והוא החל לחזור לשגרת חייו.

א. איזו אבחנה מתאימה ליריב? ציינו אבחנה אחת בלבד.
הפרעת הסתגלות - תגובה פסיכולוגית לגורם עקה רווח. (שלושה חודשים).

ב. איזה מידע מתיאור המקרה מאפשר להבחין בין אבחנה זו לבין שתי הפרעות נוספות שמופיעות בפרק 5? הסבירו תוך התייחסות לכל אחת משתי הפרעות האחרות.
אומנם כל ההפרעות בפרק נוסעות מעקה אבל הפרעת הסתגלות היא היחידה שהיא תגובה לגורם עקה רווח (מוות של הורה).

ג. ציינו שלושה מאפיינים של גורמי עקה שעשויים להסביר את התגובה של יריב.
גורם ראשון - האירוע היה מאוד פתאומי ולא צפוי.
גורם שני - ההשפעה הגדולה שיש לאירוע על חייו - הוא היה מאוד קשור לאימו, משתפף אותה בכל מיני דברים.
גורם שלישי - חוסר השליטה שיש לו במצב.

ד. כיצד תוצאות בדיקת הדם שנערכה ליריב קשורות לאבחנה שציינתם בסעיף א'? הסבירו.
כמות חריגה של ציטוקינים. להסביר את הקשר בין ציטוקינים לעקה.

ה. אילו מאפיינים של ההתנהגות של המשפחה סייעו ליריב? הסבירו
התערבות בשעת משבר - להיכנס לפעילות מהר אחרי אירוע העקה, עזרה בלהעביר את הבעיה, תוכנית פעולה, תמיכה, לתת לו תחושה שהוא לא לבד (הטלפונים הפגישות וכדומה).

מיכאל הוא בחור בן 18 שעומד להתגייס לצבא. שבוע לפני מועד הגיוס הוא הגיע לחדר המיון והתלונן על כאבים בגפיים והיעדר תחושה בקצות האצבעות. בדיקות רפואיות מקיפות לא גילו דבר. הפסיכיאטר התורן בחדר המיון ראיין את מיכאל ושמע שבאותו יום הוא נפל וחשב ששבר את שתי ידיו. היו לו כאבים עזים ותחושות מוזרות בידיים וברגליים, הוא הבין שמשוה לא בסדר איתו ולכן ביקש מהוריו לקחת אותו לחדר המיון. הוריו סיפרו שמאז שהיה ילד קטן הוא התלונן לעיתים קרובות על כאבים בחזה, כאבי גב וכאבי בטן, אך מעולם לא נמצא הסבר רפואי לתלונות.
א. איזו הפרעה יש למיכאל? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה - DSM 5 - להפרעה זו.

הפרעת תסמינים סומטיים.

ב. מה הביקורת שהועלתה כנגד הקריטריונים של ה - DSM 5 - להפרעה זו? הסבירו.

ג. הסבירו את ההפרעה שיש למיכאל לפי ההשקפה הקוגניטיבית- התנהגותית.

ממקדים קשב רב מידי בתחושות הגופניות שלהם ומתייגים אותם בתסמינים, תופסים את התסמינים כמסוכנים יותר ממה שהם במציאות וכל דבר הם מחשיבים כמחלה מאוד מסוכנת, בצורה שהיא חסרת פרופורציה. מהרגע שהם נתנו לתסמין פירוש מוטעה הם נוטים לחפש ראיות לאישושו. מעגל קסמי של חרדות ממחלות, תסמינים של חרדה שמספקים עוד דלק לשכנוע העצמי שהם חולים. תורמת להתפתחות של מערך אמונות דיס פונקציונליות (מוטעות) לגבי תסמינים ומחלות,

ד. הסבירו את ההפרעה שיש למיכאל לפי התיאוריה הפסיכואנליטית. (2 שורות.)

מנגנון הגנה מפני קונפליקטים לא מודעים או לא מקובלים, במקום שהאדם יביע את עצמו בצורה ישירה האנרגיה הנפשית מתועל לבעיות גופניות.

ה. בחרו הפרעה נוספת מאותה משפחה (קטגוריה) והציגו מאפיין אחד שדומה למאפיינים של ההפרעה שיש למיכאל ומאפיין אחד ששונה מהמאפיינים של ההפרעה שיש למיכאל. הסבירו. הפרעת חרדה ממחלות - שונה- אין תסמינים גופניים ואם ישנם עוצמתם קלה. שונה נוסף - בתסמינים סומטיים קיים תסמין סומטי אחד בחרדה ממחלות משותף - מחשבות והתנהגויות מוגזמות שקשורות לתסמינים הסומטיים והבעיות הבריאותיות,

עידו, בן 19, פרץ לחנות באיומי אקדח וגנב משקאות אלכוהוליים. בתיקו הפלילי מופיעה סדרה ארוכה של הפרות חוק שהחלו כשהיה בן 10. הוא הורחק מבית הספר בשל השחתת רכוש מספר פעמים והרבה לברוח מביתו. כל בריחה נמשכה בין כמה ימים לשבוע ובסופה הוא חזר הביתה תשוש. הוא הפסיק ללמוד בגיל 16 והחל לעבוד בעבודות מזדמנות. הקסם האישי שלו סייע לו למצוא מקומות עבודה במהרה, אך הוא לא החזיק מעמד בשום מקום עבודה יותר מחודש. היו לו חברים חדשים מדי שבוע, אך חברים אלו התרחקו ממנו במהירות משום שהוא היה תוקפני וכעס לעיתים קרובות. לאחר שנעצר, הוא לא גילה כל חרטה על הגניבה והתכחש לכך שהתנהגותו תרמה לפיטוריו התכופים. לא היה לו רישיון נהיגה, אך בשנה האחרונה הוא נהג ברכב של אמו ואף עשה זאת במהירות מופרזת תוך התעלמות מוחלטת מביטחוננו או מביטחונם של אחרים. אביו הביולוגי היה אליס כלפיו וכלפי אימו, והוריו התגרשו כשעידו היה בן 9. לאחר הגירושים, אביו עבר להתגורר בארצות הברית ונעלם מחייו.

א. איזו הפרעת אישיות יש ל עידו? הסבירו ותוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה זו.

קווים לתשובה שלי - נראה שעידו סובל מהפרעת אישיות אנטי חברתית, הוא מציג דפוס נרחב של התעלמות מזכויות הזולת והפרתן שבא לידי ביטוי תסמינים הבאים: חוסר יכולת לציית לנורמות חברתיות בהקשר של התנהגויות בתחום החוק המתבטא בפעולות חוזרות שהן עילה למעצר - הוא פרץ לחנות, איים באקדח, גנב ונהג בלי רישיון. רגזנות ותוקפנות המתבטאים במריבות או בתקיפות פיזיות - החברים שלו התרחקו ממנו כי היה תוקפני וכועס לעיתים קרובות. התעלמות חסרת אחריות מהביטחון של האדם או של זולתו - נהג ללא רישיון נהיגה במהירות מופרזת תוך התעלמות מביטחונם של אחרים. חוסר אחריות עקבי המתבטא בכישלון חוזר ונשנה לשמור על התנהגות מתאימה בסביבת עבודה או לכבד התחייבויות כספיות - החליף הרבה עבודות ולא החזיק מעמד יותר מחודש בשום מקום. היעדר חרטה המתבטא באדישות או ברציונליזציה של פגיעה בזולתו, יחס לא נאות כלפיו או גניבה ממנו - לא גילה חרטה על הגנבות שביצע. בנוסף הוא מעל גיל 18, ויש ראיון להפרעת התנהגות מלפני גיל 15, ההתנהגויות החלו עוד כשהיה בן 10. התנהגותו יציבה מעבר לזמן, והחלה מאז שהיה בן 10 ונמשכת עד היום, וגם מעבר למקום הוא מתנהג כך עם חברים, מעסיקים וגם עם זרים (כמו המוכר שבחנות או אנשים שמהם גנב), ובהקשרים שונים כמו בתי ספר, מקומות עבודה.

א. אילו עידו היה עובר בדיקת הדמיה מוחית, אלו ממצאים חריגים היו נמצאים בה? התייחסו לשני אזורים במוח והסבירו את הקשר שלהם להתנהגות של עידו.

תשובה שלי - אצל אנשים עם הפרעת אישיות אנטי חברתית, יש כמובן פגיעה במוסריות, ובאיזורים הגבוהים המצפוניים שנמצאים בקוטרקס הקדם מצחי. לכן זה האיזור הראשון שנראה בו שיבושים

בבדיקה הדמיה מוחית. כמו כן נראה שיבושים ביכולת הקישוריות של המוח. יחד עם זאת, כאשר אנשים עוברים על החוק בצורה כזו, ניתן להסיק התניית הפחד שלהם לא הופנמה כראוי, כמו כן, הם אימפולסיביים ופועלים לפי התשוקות העבריינות שלהם ולא עוברים את ה"סינון" המצפוני שהיינו מצפים שאדם בריא יעשה ועל שני אלה מופקדת האמיגדלה. לכן אצפה לראות בבדיקה הדמיה מוחית גם אמיגדלה מוגדלת (כמו גם בפסיכופתיה).

ב. איזו הפרעה הייתה לעידו בילדות? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה- DSM 5 - להפרעה זו.

הפרעת התנהגות עמוד 935
תשובה שלי - עדיו סבל בילדותו מהפרעת התנהגות, הוא הציג דפוס מתמשך שך הפרת זכויות הזולת והתעלמות מנורמות חברתיות המותאמים לגיל בו היתה ובאו לידי ביטוי וקריטריונים הבאים: הילד או המתבגר הרס בכוונה רכוש של אנשים אחרים (שלא באמצעות הצתה) - כשעידו היה בן 10 הוא השחית את ציוד בית הספר. הילד או המתבגר ברח מהבית למשך הלילה לפחות פעמיים בעת מגורים עם ההורים - מאז שהיה בן 10 הוא הרבה לברוח מביתו ולא חזר מספר ימים, כולל שעות הלילה. הילד או המתבגר. סעיף 1/סעיף 1 עמוד 935.

ג. הצינו מודל שמקשר בין הנסיבות המשפחתיות של עידו לבין הפרעה שיש לו. הסבירו את המודל תוך התייחסות למקרה המתואר

תשובה שלי - המודל הוא מודל של הקשר בין הנסיבות המשפחתיות ובין התנהגות אנטי חברתית. מודל זה מסביר כיצד עקה סביבתית עשויה להכשיר את הקרקע להפרעת אישיות אנטי חברתית. במקרה של עידו ניתן לראות פסיכופתולוגיה של ההורים - אביו היה אליס כלפיו וכלפי אימו, לאחר מכן ההורים התגרשו, ונוסף על כך אביו עבר לגור במדינה אחרת ונעלם מחייו, בנוסף הוא הושעה מבית הספר - כלומר גם שם הוא לא זכה לקבל משמעת ולא היה עליו פיקוח. ע"פ המודל כל אחד מהמשתנים הללו עשוי להוביל להורות בלתי יעילה במיוחד בהטלת משמעת ופיקוח. כל אלו גרמו לכך שעידו יציג התנהגות אנטי חברתית, יעצר כבר בגיל צעיר ויציג דפוסים של עבריינות כרונית. ובסופו של דבר יעמוד בקריטריונים של הפרעת אישיות אנטי חברתית ויפתח סגנון חיים כזה.

אופציה נוספת לתשובה: המודל מסביר את הקשר בין הנסיבות המשפחתיות ובין ההתנהגות האנטי-חברתית. המודל מסביר את השתלשלות האירועים המתחילים בפסיכופתולוגיה של ההורים ומובילים לסגנון חיים אנטי-חברתי של המבוגר (הילד של אותם ההורים). במקרה של עידו, הוריו היו גרושים, אביו היה גבר מכה, גם כלפיו וגם כלפי אמו, אירוע שללא כל ספק היה מעורר עקה עברו עידו וכן אביו עזב אותם בגיל צעיר, אירוע שניתן להניח שהיה מעורר עקה נוסף. כל אלו המתארים את הפסיכופתולוגיה של אביו הוביל למצב של הורות בלתי יעילה, שכנראה תרמה והוסיפה להתנהגות אנטי חברתית של עידו - כמו שאנחנו רואים בתיאור, הוא הציג רשימה של הפרות חוק כבר בגיל 10, דבר שהוביל למעצר בגיל צעיר ועבריינות כרונית, כמו שאנחנו מבינים מהתיק הפלילי שלו עמוס הרשמים (כנראה שהיה כבר במעצרים). כל זאת הוביל לסגנון חיים אנטי חברתי.

אופציה נוספת לתשובה - אפשר להסביר את הפרעה של עידו באמצעות "מודל של הקשר בין הנסיבות המשפחתיות ובין התנהגות אנטי חברתית". אירועים מעוררי עקה בחייו של עידו, כגון האלימות המשפחתית מצד אביו, בשילוב עם הגירושים של הוריו בגיל 9 והמעבר של אביו לארה"ב הובילו להורות בלתי יעילה. בנוסף לכל האירועים הללו, עידו הורחק מבית הספר עוד בגיל צעיר ונותר חסר מסגרת. כל הגורמים הללו ביחד מובילים להופעתה של ההתנהגות האנטי חברתית שלו. ההתנהגויות האלה הובילו למעצר בגיל צעיר ועבריינות כרונית. כל אלה מסבירים את סגנון החיים האנטי חברתי של עידו שהובילו אותו לשוד המזוין שביצע.

תשובה נוספת לכל הסעיפים ברצף: עידו סובלת מהפרעת אישיות אנטי חברתית. הוא סובל מהפרעה הזו מעבר לזמן ולמקום. מבחינת הזמן - מציג דפוס התנהגות זה כבר מגיל 10, ומבחינת המקום - מציג דפוס התנהגות זו במצבים שונים (עבודה, חברים, רחוב וכו'...). ומציג דפוס נרחב של התנהגויות שמתעלמות מזכויות הזולת והפרתן המופיע מגיל 15. והוא מציג מעל משלושת התסמינים הנדרשים לאבחנה. כמו כן, הוא מעל גיל 18 (בן 19), וישנן ראיות להפרעת התנהגות שהחלה לפני גיל 15 - מצוין שההתנהגויות של הפרת חוק התחילה כבר מגיל 10. חוסר יכולת לציית לנורמות חברתיות בהקשר של התנהגויות בתחום החוק המתבטא בפעולות חוזרת שהן עילה למעצר - הוא פרץ לחנות, אייס באקדה, גנב משקאות, השחית רכוש ונהג ללא רישיון. רגזנות ותוקפנות המתבטאים במריבות או בתקיפות פיזיות-החבריות שיוצר במהלך החיים מסתיימות במהירות משום שהוא הפגינה תוקפנות וכעס לעיתים תכופות. התעלמות חסרת אחריות מהביטחון שלה אדם או של זולתו - הוא נוהג ללא רישיון, במהירות מופרזת. חוסר אחריות עקבי המתבטא בכישלון חוזר ונשנה לשמור על התנהגות מתאימה בסביבת עבודה או לכבד התחייבות כספיות - הוא לא מחזיק עבודה הרבה זמן (יותר מחודש). היעדר חרדה המתבטא באידות או ברציונליזציה של פגיעה בזכות, יחס לא נאות או גניבה ממנו - הוא לא מגלה כל חרטה על הגניבות שלו.

ב. אצל אנשים עם הפרעת אישיות אנטי חברתית, יש כמובן פגיעה במוסריות, ובאזורים הגבוהים המצפוניים שנמצאים בקורטקס הקדם מצחי. לכן זה האזור הראשון שנראה בו שיבושים בבדיקה הדמיה מוחית. כמו כן נראה שיבושים ביכולת הקישוריות של המוח. יחד עם זאת, כאשר אנשים עוברים על החוק בצורה כזו, ניתן להסיק התניית הפחד שלהם לא הופנמה כראוי, כמו כן, הם אימפולסיביים ופועלים לפי התשוקות העבריינות שלהם ולא עוברים את ה"סינון" המצפוני שהיינו מצפים שאדם בריא יעשה ועל שני אלה מופקדת האמיגדלה. לכן אצפה לראות בבדיקת הדמיה מוחית גם אמיגדלה מוגדלת (כמו שנראה גם בפסיכופתיה)

לעידו הייתה בילדות הפרעת התנהגות (שהתפתחה להפרעת התנהגות אנטי חברתית בהגיעו לגיל 14). התסמינים המתוארים התחילו מגיל 10 ונמשכו באופן קבוע (כך שמתאימים לקריטריוני הזמן המוגדרים. הוא הראה דפוס חוזרני ומתמשך של המוסכמות/כללים חברתיים המתאימים לגיל ומראה יותר מ-3 מהתסמינים הנדרשים: * הוא השחית רכוש בבית הספר מספר פעמים. לעיתים קרובות הוא שהה מחוץ לביתו בשעות הלילה בגיל זה - הוא בילה מחוץ לבית פעמים רבות לתקופות ממושכות (סעיף 13) "הוא הרבה לבחור מביתו" (סעיף 14). כמו כן, ההפרעה גרמה לשיבוש משמעותי בתחום הלימודי משום שהורחק מביה"ס.

המודל מסביר את הקשר בין הנסיבות המשפחתיות ובין ההתנהגות האנטי-חברתית. המודל מסביר את השתלשלות האירועים המתחילים בפסיכופתולוגיה של ההורים ומובילים לסגנון חיים אנטי- חברתי של המבוגר (הילד של אותם ההורים). במקרה של עידו, הוריו היו גרושים, אביו היה גבר מכה, גם כלפיו וגם כלפי אימו, אירוע שללא כל ספק היה מעורר עקה עברו עידו וכן אביו עזב אותם בגיל צעיר, אירוע שניתן להניח שהיה מעורר עקה נוסף. כל אלו המתארים את הפסיכופתולוגיה של אביו הוביל למצב של הורות בלתי יעילה, שכנראה תרמה והוסיפה להתנהגות אנטי חברתית של עידו - כמו שאנחנו רואים בתיאור, הוא הציג רשימה של הפרות חוק כבר בגיל 10, דבר שהוביל למעצר בגיל צעיר ועבריינות כרונית, כמו שאנחנו מבינים מהתיק הפלילי שלו עמוס הרשמים (כנראה שהיה כבר במעצרים). כל זאת הוביל לסגנון חיים אנטי חברתי. **אפשרות נוספת** - המודל הוא מודל של הקשר בין הנסיבות המשפחתיות ובין התנהגות אנטי חברתית. מודל זה מסביר כיצד עקה סביבתית עשויה להכשיר את הקרקע להפרעת אישיות אנטי חברתית. במקרה של עידו ניתן לראות פסיכופתולוגיה של ההורים - אביו היה אליס כלפיו וכלפי אימו, לאחר מכן ההורים התגרשו, ונוסף על כך אביו עבר לגור במדינה אחרת ונעלם מחייו, בנוסף הוא הושעה מבית הספר - כלומר גם שם הוא לא זכה לקבל משמעת ולא היה עליו פיקוח. ע"פ המודל כל אחד מהמשתנים הללו עושי להוביל להורות בלתי יעילה במיוחד בהטלת משמעת ופיקוח. כל אלו גרמו לכך שעידו יציג התנהגות אנטי חברתית, יעצר כבר בגיל צעיר ויציג דפוסים של עבריינות כרונית. ובסופו של דבר יעמוד בקריטריונים של הפרעת אישיות אנטי חברתית ויפתח סגנון חיים כזה.

באיזה הפרעות ניתן למצוא קשר לנוירטרנסמיטר 'סרוטונין'?

על פי מודל 5 הגורמים לבחינת האישיות הנורמלית, הציגו את הגורמים המשותפים והמבדילים בין הפרעות האישיות השונות. נסו בתשובתכם למצוא גורמים המשותפים לכל או לרוב הפרעות האישיות (וציינו אם ביטוי גבוה או נמוך עבור כל הפרעה והפרעה). אח"כ חפשו גורמים המייחדים הפרעות אישיות (כאלה שמופיעים רק בהפרעות אישיות בודדות).

הציגו את גורמי האישיות על פי מודל 5 הגורמים לאישיות הנורמלית בהתייחס להפרעת האישיות הסכיזופרנית. דונו בייחודיות של הפרעת אישיות זו, בהתייחס לבחינת גורמי האישיות הנורמלית.

מדוע קשה לקבוע שממצאים פיזיולוגיים שקיימים אצל אנשים עם הפרעות שונות מהווים גורמי סיכון להתפתחות ההפרעה? התייחסו לשתי סיבות שונות.

תשובה שלי - אז הסיבה הראשונה היא שיש השפעה של הסיבה וגורם פיזיולוגי הוא לא מספיק על מנת שתתפתח ההפרעה. לדוגמה במחקרי אימוץ אפשר לראות שאצל תאומים מונוזיגוטיים שגדלו בסביבות שונות לחלוטין יכול להיות מצב שבו תאום אחד פיתח את ההפרעה והשני לא ולכן אי אפשר להגיד בוודאות שהגורם הפיזיולוגי הוא הגורם הסיבתי. הסיבה השנייה היא שאין דרך לקבוע סיבתיות במחקרים פסיכולוגיים מסוג זה כי אין דרך לעשות מניפולציה? ואז אנחנו מתבססים על מחקרים מתאמיים שהם מעידים על קשר ולא על סיבתיות.

ממנים שלי:

ממן 11

ישנן השקפות שונות להבנת הסיבות להתנהגות חריגה.

א. תארו את תיאוריית פסיכולוגיית האגו ואת תיאוריית יחסי אובייקט והסבירו מה ההבדל בין שתי הגישות. (10 שורות)

ב. הסבירו מה דומה ומה שונה בין הגישה ההתנהגותית לבין הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית. (10 שורות).

בהערכה קלינית עשה שימוש במספר שיטות לאיסוף נתונים אודות המאובחנים.

א. ציינו שני סוגים של ראיונות שבהם נעשה שימוש בהערכה קלינית והסבירו את היתרונות והחסרונות שמאפיינים כל סוג. (10 שורות).

ב. תארו את מבחן התפסת הנושא והסבירו איזה מידע הוא מספק שאין דרך לקבל באמצעות ראיון ואיזה מידע הוא מספק שאפשר להשוות להתרשמות שמתקבלת מראיון. (10 שורות).

קראו את תיאור המקרה בעיון וענו על השאלות שמופיעות אחריו.

מורן, בת 21, השתחררה מהצבא לפני חמישה חודשים לאחר שברגע האחרון הוחלט לא לאשר לה להמשיך לשרת בקבע. בשבועיים הראשונים לאחר השחרור היא הייתה במצוקה וסירבה לצאת ממיטתה. בהדרגה, החלה לשוחח עם הוריה אבל מצב רוחה נותר ירוד והיא לא יצאה מהבית ימים שלמים. היא ממשיכה להביע תסכול רב ולחשוב שהצבא יחזור בו מהחלטתו. היא אינה משתתפת בארוחות משפחתיות ואינה מעוניינת לשחק עם אחייניה כפי שנהגה לעשות בעבר.

היא החליקה באמבטיה לפני שבועיים אך הפצע טרם הגליד. בעקבות כך היא שנלחה לבדיקות דם מקיפות והופנתה לטיפול פסיכולוגי. ההורים מביעים חשש כיוון שמורן ונטה לחוות רגשות שליליים בעוצמה רבה והיא חסרת ביטחון.

א. איזו הפרעה יש למורן? נמקו את בחירתכם. (6 שורות)

ב. מה יהיו התוצאות של בדיקת הדם לאור המידע המתואר? הסבירו. (5 שורות).

ג. האם אפשר לאפיין את טיפוס האישיות של מורן? בתשובתכם התייחסו גם לאופן שבו אפשר לבדוק זאת. הסבירו. (6 שורות)

ד. איזה טיפול פסיכולוגי יהיה היעיל ביותר עבור מורן בתקופה זו? הסבירו במה יתמקד טיפול זה.

קראו את תיאור המקרה בעיון וענו על השאלות שמופיעות אחריו. אביו של שאול, בן 50 נפטר מנגיף הקורונה לפני כמה חודשים. שאול מודאג מאוד מהתמשכות המגפה בארץ ובעולם ואף מהתסמינים האפשריים של החיסונים. הוא מבקר בתדירות אצל רופא המשפחה ומרבה להתלונן על מתח שרירים. הוא נוטה להתעייף בקלות ועם זאת קשה לו להירדם ושנתו טרופה. רופא המשפחה התייחס לתלונותיו בכל הרצינות ושלה אותו להדמיה מוחית שהדגימה פעילות חריגה באמיגדלה ובהיפוקמפוס. שאול אמר לעבוד מהבית אבל הוא מתקשה לעבוד ברציפות. המעסיק שלו כבר העיר לו מספר פעמים שיעילותו נמוכה ביחס לעמיתיו לעבודה ושאל מוטרד מכך מאוד. הוא נמנע מהאזנה לחדשות ומגלישה באתרי חדשות במשך היום ולקראת המהדורה המרכזית של החדשות בערב הוא מרגיש דופק מואץ, סחרחורת, כאבים בחזה, הזעה וקוצר נשימה. שאול מייחד את התחושות האלה לאסון שעומד להתרחש ולעיתים קרובות הוא מסתגר בחדרו לפני החדשות כדי לא להרגיש רע.

א. אילו שתי הפרעות יש לשאול? הסבירו אותן תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM 5-

ב. כיצד קשורים הממצאים שתועדו בהדמיה המוחית לתסמינים שיש לשאול? הסבירו. (6 שורות)

ג. איזו תיאוריה יכולה להסביר את מה ששאל מייחס לתחושותיו? נמקו. (6 שורות).

מטלת מנחה מס' 11

1. א. הפסיכולוגיה של האגו שמה את האגו במרכז והתמקדה בצורה שבה הוא משרת ומייצג את האישיות. הם ייחסו מנגנוני הגנה ספציפיים לאגו (גם חדשים וגם שכלולים של מנגנוני הגנה קיימים) וגרסו כי יש לו תפקיד מפתח בארגון והתפתחות האישיות. לעומת זאת, תיאוריית יחסי אובייקט שמה במרכז את יחסי הגומלין שהפרט מקיים עם אובייקטים חיצוניים ופנימיים וביחסים בניהם. תיאוריה זו מתרכזת בתהליך הסימבולי של הפנמת האובייקט, וכיצד הפנמתו משפיעה על התנהגות הפרט **מצוין!** הבדל נוסף בין גישות אלו הוא בהתייחסותן להתפתחות הפסיכופתולוגיה. ע"פ הפסיכולוגיה של האגו פסיכופתולוגיה מתפתחת כאשר האגו אינו מבצע את תפקידו כראוי, כשהוא ניצב מול קונפליקטים פנימיים (משתמש בצורה לא נכונה במנגנוני ההגנה שלו או מתקשה לשלוט בדחפים ולעכב סיפוקים). מנגד, בתיאוריית יחסי אובייקט טוענים שאובייקט שהופנם ולו תכונות שאינן מתיישבות זו עם זו, סותרות, עלול להתפצל מהאגו ו"להתקיים בזכות עצמו". או-אז לפרט יש כמה אובייקטים מופנמים שונים, עצמאיים, שסותרים זה את זה, והקונפליקטים הפנימיים שנוצרים כתוצאה מהצורך לשרת את כולם הם המובילים לפסיכופתולוגיה. **מצוין!**

ב. הדומה בין הגישות בהקשר לסיבות המובילות להתנהגות חריגה הוא שבבסיס שתיהן מונחות הלמידה, התנסויות העבר והיסטוריית החיזוקים כסיבה להתפתחות של פסיכופתולוגיה. בעוד הגישה ההתנהגותית שמה דגש רב על חיזוקים חיצוניים שנתקבלו מהסביבה, הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית שמה את כובד המשקל דווקא על חיזוקים פנימיים שאדם נותן

לעצמו. בעוד הגישה הקוגניטיבית התנהגותית גורסת כי שיבוש של תהליכי עיבוד מידע וסכמות מוטעות יכולים להוביל להתנהגות לא מסתגלת, הגישה ההתנהגותית מתעלמת מתהליכים אלו לחלוטין ומתרכזת רק בהתנהגות שניתנת לצפייה ולא בתהליכים פנימיים. דימיון נוסף בין הגישות הוא הטיפול בהתנהגות חריגה: שתי הגישות ינסו לשנות את דפוסי ההתנהגות החריגה אך בעוד הגישה ההתנהגותית תעשה זאת ע"י הכחדה של למידה לא מסתגלת (כלומר תתרכז רק בהתנהגות הגלויה) ע"י חיזוק של התנהגויות רצויות, הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית תתרכז בשינוי דפוסי החשיבה של המטופל ובתוקפן של הסכמות שלו (כלומד בתהליכי החשיבה, בתפיסות, מחשבות ורצונות) **לא רק, גם בשילוב עם חלק התנהגותי, אך החלק הקוגניטיבי הוא השונה.**

25 נק'

2. א. ראיון הערכה מובנה – כל השאלות מובנות ומסודרות מראש. במהלך הראיון המראיין נשאר נאמן לשאלות ולסדרן, ועובר עליהן אחת אחת בדרך שהוגדרה מראש. השאלות בנויות בצורה כזו שהתשובות עליהן מוגבלות יחסית וניתנות לכימות. **יתרונות:** שאלונים אלו מקיפים יותר, מניבים תוצאות מהימנות יותר, מבטיחים שישאלו כל השאלות הרלוונטיות לצורך אבחון מתוך ה-DSM. **חסרונות:** הם ארוכים יחסית ועשויים לכלול שאלות שאינן רלוונטיות למטופל ספציפי, דבר שעלול לגרום למרואיין תחושת תסכול או נבירה מיותרת בנושאים לא רלוונטיים **יפה מאוד!** ראיון הערכה לא מובנה – ראיון שבו השאלות, על תוכן וסדרן, אינן מתוכננות מראש. הראיון הוא סובייקטיבי, מותאם אישית לכל מרואיין ומושפע רבות מהמראיין עצמו, גישתו והשקפותיו. הראיון "מכתיב את עצמו", כל תשובה עשויה להיות זאת שתוליד את השאלה הבאה. **יתרונות:** סובייקטיבי ומותאם ישירות למרואיין ורגיש יותר לצרכיו. קצר יותר, יכול לספק מידע שלא היה מתגלה בשאלון שמנוסח מראש. **חסרונות:** המראיין עלול לדלג על שאלות שנדרשות לצורך אבחון, קיים קושי לכמת או להשוות בין תשובות של נבדקים שונים. **מצוין!**

ב. מבחן TAT הוא מבחן השלכתי שבמהלכו מציגים למאובחן רצף תמונות בעיקר של אנשים והנבחן מתבקש להמציא עליהן סיפור קצר. כמו במבחני השלכה אחרים ניתן לפרש את התמונות באין ספור דרכים שונות ועל כן הטענה היא שהנבדק משליך מתוך עולמו הפנימי את הקונפליקטים, הדאגות והפנטזיות שלו. המידע שניתן לקבל ממנו וקשה יותר לקבל מראיון הוא מניעים ורגשות חבויים וכן קונפליקטים פנימיים, פנטזיות או דאגות שנמצאות מתחת לפני השטח שהנבדק לא מעוניין לחלוק או בכלל לא מודע אליהן בעצמו. המידע שניתן לקבל ממבחן זה וגם מראיון הוא מידע על מצבו הנפשי ומאפייני האישיות אשר ניתן לזהות באמצעות תצפית בהתנהגות גלויה, כמו יצירה/הימנעות מקשר עין, טון הדיבור, שפת הגוף וכדומה. בנוסף באמצעות שניהם המטפל יכול לזהות את תפיסת המציאות של הנבחן, הבעת הצרכים, הערכים וכדומה. **יפה מאוד**

25 נק'

3. א. לדעתי מורן סובלת מהפרעת הסתגלות **נכון**. ראשית המקור הוא גורם עקה רווח – שחרורה מהצבא ואי החתמתה לשירות קבע **נכון**. התסמינים החלו תוך שבועיים מהופעת גורם העקה (בתוך פרק הזמן של שלושה חודשים **נכון**). בנוסף לפי המתואר מורן חווה מצוקה גדולה יותר מהצפוי ואינה מסוגלת לתפקד כרגיל – אינה משתתפת בארוחות משפחתיות

ואינה יוצאת מהבית **נכון**. ולבסוף נראה שהתסמינים אכן פחתו מעט (בתחילה אינה יצאה מהמיטה וכיום היא אינה יוצאת מהבית ומדברת מעט עם הוריה) ועדיין היא נמצאת בתוך תקופת הזמן של חצי שנה, כלומר היא עוד יכולה לחוות הפחתה בתסמינים במהלך החודש הקרוב. **נכון**

ב. לאור העובדה שהפצע של מורן אינו מגליד נצפה לראות בבדיקות הדם רמות גבוהות של קורטיזול **נכון** וכן שיבוש ברמות הציטוקינים **נכון, חשוב**. בשל העקה מערכת HPA תעבוד בצורה מוגברת, דבר שיגרום לעודף קורטיזול - הורמון המדכא את מערכת החיסון (ע"י עיכוב תגובה דלקתית שחיונית לריפוי פצעים). דיכוי זה ייצור שיבוש בייצור הציטוקינים הפרו דלקתיים - מולקולות חלבונים המאפשרים לתאי החיסון לתקשר בניהם בכך שהם משמשים כמתווכים בתגובה דלקתית. הציטוקינים יכולים להגביר את התגובה הדלקתית שמסייעת בריפוי פצעים. **יפה!**

ג. כיוון שהוריה של מורן מצגים אותה כמי שחווה באופן כללי רגשות שליליים בעוצמה חזקה וכחסרת ביטחון לדעתי ניתן לאפיין אותה כטיפוס אישיות מסוג D **נכון** - טיפוס אישיות "הסובל ממצוקה". אנשים בעלי דפוס זה מאופיינים בנטייתם לחוות רגשות שליליים ולהרגיש חוסר ביטחון וחרדה. כדי להיות בטוחים שזהו אכן הדפוס המתאים למורן (ולא משהו שנובע מהעקה שבה היא מצויה כרגע) ניתן לה למלא את המבחן "האם אתה טיפוס אישיות מסוג D" ונבדוק האם היא מקבלת ציון של 10 ומעלה ברגשות שלילית ובעכבה חברתית. **נכון, בעיקר ברגשות שלילית (לא נכתב שיש לה קשיים חברתיים)**

ד. הטיפול הפסיכולוגי שהייתי מציע למורן בתקופה זו הוא התערבות בשעת משבר **נכון** מכיוון שהמשבר שלה הוא נקודתי והתפקוד הפסיכולוגי שלה היה תקין לפני הסירוב לקבע. במהלך הטיפול המטפל יעזור למורן לבנות תוכנית פעולה לעתיד, למשל לחפש עבודה בתחום הדומה לתפקיד אותו רצתה לבצע בקבע או להירשם ללימודים. הם יגבשו יחד תוכנית שתבהיר למורן את מצבה וינסוך בה ביטחון גם באופן כללי וגם באופן ספציפי לגבי עתידה התעסוקתי. כמו כן המטפל יעניק לה מידע על האפשרויות והגורמים שיכולים לסייע (למשל היחידה להכוונת חיילים משוחררים, או מדור משוחררים בביטוח לאומי). **יפה.**

הטיפול גם יעזור לה להבין את **הקשיים** שמהם היא סובלת מאז השחרור שלה מהצבא, (מצב רוח ירוד, הסתגרות בביתה וריחוק ממשפחתה). הדגש הטיפולי אינו רק על תכנון ופעלתנות.

24 נק'

4.א. לדעתי שאול סובל מ-GAD. **נכון** בחודשים האחרונים (לצורך תשובתי יותר מ-6 אפשרי גם לכתוב שאינו עומד בקריטריון) הוא חווה חרדות ודאגות מופרזות יותר מימים רגועים **נכון מאוד**, מנגיף הקורונה ומתסמיני החיסונים וכן מתפקודו בעבודה 1-נק'. הוא מתקשה לשלוט בדאגותיו ומציג ארבעה תסמינים מהרשימה: התעייפות בקלות, קושי להתרכז (מתקשה לעבוד ברציפות), מתח שרירים והפרעות שינה. תסמינים אלו מקשים עליו להתרכז בעבודה. **נכון. חסר:** פגיעה תפקודית: בעבודה, מרבה לגשת לרופא 1-נק'. כמו כן חווה מצוקה משמעותית. מכאן ואילך: אינו מזכה בניקוד (הסברתי על כך במפגשים) בנוסף לא מתואר ששאל נוטל תרופות או סובל ממצב רפואי אחר.

ההפרעה השנייה שממנה סובל שאול היא הפרעת פאניקה, **נכון** כאשר הוא חווה התקפי פאניקה חוזרים ונשנים במהלכם הוא סובל מחמישה סימפטומים: דופק מואץ, הזעה, תחושת קוצר נשימה, כאבים בחזה וסחרחורות. **יפה**. בנוסף מתואר כי שאול סובל במשך כמה חודשים משינוי בלתי הסתגלותי משמעותי – מתקשה לעבוד ברציפות ומסתגר בחדרו, וכן התנהגות של הימנעות (נמנע מהאזנה לחדשות ומגלישה באתרי חדשות) **נכון מאוד**. כמו כן, לעיתים קרובות הפרעת פאניקה מתפרצת בעקבות גורם עקה כמו מותו של האב **נכון**, אך אינו רלבנטי לקריטריונים של ה-DSM.

ב. הממצאים שתועדו בהדמיה המוחית הראו פעילות חריגה באמיגדלה ובהיפוקמפוס. האמיגדלה מעורבת מאוד בתחושת פחד, ולפעילות מוגברת שלה יש תפקיד מרכזי בהתקפי פאניקה. גירוי שנתפס כקלט קורטיקלי מאיים (קורונה/חדשות) עשוי לגרום להתקפי פאניקה הנובעים מפעילות באמיגדלה. ניראה כי שאול פיתח חרדה מותנית והוא חושש לחוות התקף פאניקה נוסף (לכן הוא נמנע מהחדשות ומסתגר בחדרו לקראת המהדורה המרכזית). ההיפוקמפוס הוא שגורם לחרדה המותנת הזו ועל כן הגיוני שנרשמה אצלו פעילות חריגה בהיפוקמפוס. **יפה מאוד**

ג. התיאוריה הקוגניטיבית של הפניקה **מצוין!** יכולה להסביר את מה ששאול מייחס לתחושותיו - היא גורסת שהאדם קשוב לתחושותיו הגופניות ונותן להן את הפרשנות הגרועה ביותר. תחילה מופיע הגירוי המעורר (גירוי חיצוני – שעת מהדורת החדשות, או גירוי פנימי – פחד מהתפשטות הקורונה), איום נתפס זה יוצר אצלו מחשבות אוטומטיות שמעוררות תחושות גופניות (דופק מואץ, סחרחורת...). שאול מפרש תחושות גופניות אלו כאסון, משמעות האסון פועלת שוב כגירוי מעורר פנימי וכך נוצר "מעגל הקסמים" - כל שלב בו מזין את השלב הבא שוב ושוב עד שבשיאו עלול להופיע התקף פאניקה. הפרשנות המוגזמת ששאול נותן לתחושותיו היא "המנוע" של מעגל קסמים זה. **מצוין!**

23 נק'

מאור, עבודה מצוינת, כל הכבוד!

שאלה 1 (25 נקודות)

קראו את תיאור המקרה בעיון וענו על השאלות שמופיעות אחריו.

אחמד, בן 33, נשוי ואב לשני ילדים. לפני כשנה, הוא עבר עם משפחתו להתגורר בדירה חדשה אבל לפני כחודשיים העסק המשפחתי שבו הוא עבד קרס והוא נותר ללא עבודה. מאז הוא חסר אנרגיה ועייף. הוא מתקשה להתרכז והמטלות היומיומיות מכבידות עליו. הוא מתעורר השכם בבוקר, מרגיש כבדות גדולה ומתקשה להקים את עצמו מהמיטה. בעבר אכל עם ילדיו לפני שהם יצאו מהבית ונהנה לדבר איתם בתחילת היום. כיום הוא אינו נהנה מהמסורת המשפחתית הזו. אחמד ממעט לאכול והוא ירד במשקל בצורה מעוררת דאגה. הוא מרגיש חסר ערך וטרוד מאוד בענייני פרנסה, אך הוא אינו פועל לשינוי המצב. הוא חושב ללא הפסקה על צרותיו, כפי שעשה גם כשהיה ילד ונתקל בקשיים חברתיים בבית הספר. הוא חושש שמעמדו החברתי במשפחה ירד ואשתו תפסיק לכבד אותו משום שהוא לעולם לא יצליח להביא פרנסה ראויה למשפחה. הוא אמנם לא חושב שהעסק קרס באשמתו אבל הוא בטוח שכל חייו היה לו מזל רע, בכל התחומים.

- א. איזו הפרעה יש לאחמד? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM-5 להפרעה זו. (6 שורות).
- ב. לאיזו תת-קטגוריה של הפרעה זו אפשר לשייך את הפרטים שתוארו? הסבירו. (4 שורות).
- ג. איזו תיאוריה מתיישבת יותר עם תיאור המקרה: תיאוריית חוסר האונים או תיאוריית חוסר התקווה? נמקו. (5 שורות).
- ד. הציעו טיפול תרופתי שיכול להועיל לאחמד והסבירו את המנגנון הביולוגי שבאמצעותו הטיפול יסייע לו. (5 שורות).

שאלה 2 (25 נקודות)

קראו את ההגדרות של הפרעת תסמינים סומטיים והפרעת חרדה ממחלות לפי ה-DSM-5.

- א. במה דומות שתי ההפרעות הללו? הסבירו. (4 שורות).
- ב. מה ההבדל המרכזי בין שתי ההפרעות הללו? הסבירו. (2 שורות).
- ג. כיצד ההשקפה הפסיכואנליטית מסבירה את ההפרעות הללו? הסבירו. (5 שורות).

שאלה 3 (25 נקודות)

קראו את תיאור המקרה בעיון וענו על השאלות שמופיעות אחריו.

מתן, בן 22, סיים קורס מאמני כושר במכון וינגייט. בילדותו הוא היה ילד שמנמן וסבל מהקנטות רבות מצד ילדים בשכונה. מאז הוא חושש לעלות במשקל וביקורתי כלפי משקלו. הוא מוטרד מכל עלייה של קילוגרם, למרות שהוא למד בקורס שמסת שריר שוקלת יותר משומן ולכן העובדה שהוא בכושר יכולה להוביל לעלייה במשקל. הוא מתאמן מדי יום כשעה וחצי בבוקר וכשעה וחצי בערב. לפני כשנה הוא הכיר בן זוג ולאחרונה הם החלו לחשוב לעבור לגור יחד. מתן חושש מהמעבר כי הוא יודע שאם יגורו יחד בן זוגו יראה את כל מנהגיו הבעייתיים. מאז שחרורו מהצבא הוא אוכל כל יום חמישי בערב שתי מנות של המבורגר גדול, שתי מנות צ'יפס, וקופסת גלידה שלמה של בן וג'ריס ושותה בקבוק של קוקה קולה. לאחר מכן הוא מרגיש אשמה וגועל מעצמו ויוצא לריצה כפולה מהרגיל, שב הביתה, מתקלח והולך לישון. הוא מאמין שהריצה מונעת ממנו לעלות במשקל. הוא עסוק מאוד במראהו ושופט אנשים בעיקר על פי ההופעה החיצונית שלהם.

- א. איזו הפרעת אכילה יש למתן? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM-5 להפרעה זו. (8 שורות).
- ב. בחרו הפרעת אכילה נוספת וציינו מאפיין אחד שמשותף להפרעה שיש למתן ולהפרעה שבחרתם ומאפיין אחד שאינו משותף לשתי ההפרעות. הסבירו. (6 שורות).
- ג. ציינו **שני** גורמי סיכון שעשויים להסביר את ההפרעה של מתן. התייחסו בתשובתכם רק לגורמים שרלוונטיים למקרה המתואר. (6 שורות).
- ד. איזה טיפול יכול לסייע למתן? הסבירו במה הטיפול יתמקד. (6 שורות).

שאלה 4 (25 נקודות)

קראו את תיאור המקרה בעיון וענו על השאלות שמופיעות אחריו.

יסמין, בת 35, ילדה לאחרונה בת מתרומת זרע. היא פעילה באתר של הורות יחידנית ואומרת לכל מי שהיא מכירה שאין סיבה להמתין לאביר על סוס לבן כי הוא לעולם לא יגיע. הוריה של יסמין התגרשו כשהיא הייתה בת עשר ואביה התעלל בה פיזית ונפשית. כיום היא בעלת עסק עצמאי לבניית אתרי אינטרנט. היא ממעטת להיפגש עם לקוחותיה ומנהלת את מרבית התקשורת עימם בטלפון ובמייל. כאשר הלקוחות שלה מבקשים שהיא תתקן את האתר שבנתה, היא מתמלאת כעס ומרגישה שהם מזלזלים במומחיותה. היא ניתקה קשר עם חברת ילדות שהעליבה אותה והיא אינה מוכנה למחול לה על כך. כששכנות ניסו לסייע לה לאחר הלידה היא הדפה אותן, וניהלה שיחות קצרות ככל האפשר. היא אינה בקשר עם הוריה כי היא מאמינה שהם מנסים לרמות אותה ולנצל בקשיים שלה מחשש שאחותה תעשה בדברים שימוש נגדה. היו לה כמה מערכות יחסים קצרות עם גברים אבל היא תמיד חשדה שהם בוגדים בה ועזבה אותם.

- א. איזו הפרעת אישיות יש ליסמין ולאיזה אשכול היא שייכת? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM-5 להפרעה זו. (8 שורות).
- ב. אילו **שני** מאפיינים אישיותיים קיצוניים יש ליסמין וכיצד הם תורמים לשימור ההפרעה שיש לה? בתשובתכם התייחסו למודל חמשת הגורמים של האישיות הנורמלית. (6 שורות).
- ג. איזה גורם סיכון מופיע בתיאור המקרה וכיצד הוא עלול היה לתרום להתפתחות ההפרעה? הסבירו. (4 שורות).
- ד. בחרו הפרעה נוספת מאותו אשכול של ההפרעה שיש ליסמין וציינו מאפיין אחד שמשותף לשתי ההפרעות ומאפיין אחד שמבדיל ביניהן. הסבירו. (6 שורות).

מטלת מנחה מס' 12

מאור עבודה מצוינת, כל הכבוד!

שאלה 1

א. ההפרעה שאחמד סובל ממנה היא **הפרעת דיכאון קשה**. מזה כחודשיים (מעל שבועיים) שהוא עונה על יותר מחמישה מהקריטריונים: חוסר עניין ואובדן הנאה – הוא אינו נהנה לאכול ולשוחח עם ילדיו כפי שנהנה בעבר; חוסר תיאבון ואיבוד משקל בצורה מדאגה; האטה פסיכומטורית - מרגיש כבדות ומתקשה לקום מהמיטה. הוא עייף וחוסר אנרגיה וכן מרגיש

חוסר ערך. הוא מתקשה להתרכז והמטלות היומיומיות מכבידות עליו. בנוסף אחמד לא סבל אף פעם מאפיזודה מאנית או היפומאנית. ניראה כי כל המתואר לעיל גורם לאחמד למצוקה משמעותית ולליקוי תפקודי. **נכון**

ב. ניתן לשייך זאת לתת הקטגוריה דיכאון קשה עם מאפיינים של מלנכוליה **נכון**. אחמד עונה על שלושה מהתסמינים: יקיצת בוקר - מתעורר השכם בבוקר, האטה פסיכומוטורית - מרגיש כבדות גדולה ומתקשה להקים את עצמו מהמיטה וכן אובדן תיאבון וירידה במשקל. **נכון**

ג. תיאוריית חוסר התקווה **נכון**. תיאוריה זו גורסת כי בנוסף לייחוס **פנימי** (יש לי מזל רע, אני לא אצליח לפרנס), שלילי (היה לי מזל רע, אשתי לא תכבד אותי), כוללני (בכל התחומים) ו**יצוב** (כל חי), האדם היה עוד קודם לכן במצב של חוסר תקווה (כשנתקל בקשיים חברתיים בילדותו חשב על צרותיו ללא הפסקה, כמו עכשיו, והוא סבור כי מאז ומעולם היה לו מזל רע). ניכר כי אחמד נמצא במצב של חוסר תקווה והוא לא חושב שדברים טובים עומדים להתרחש (הוא מודאג ממעמדו המשפחתי, חושש שאשתו תפסיק לכבד אותו ושהוא לעולם לא יצליח לפרנס). **נכון**

ד. הטיפול התרופתי שיכול לסייע לאחמד הוא תרופות ממשפחת ה-SSRI, **נכון** אשר משמש כמעכב בררני של קליטת סרוטונין חוזרת - כתוצאה מעיכוב הקליטה החוזרת סרוטונין נשאר זמן רב יותר בסינפסה. סרוטונין משפיע על התנהגות, על אופן עיבוד המידע ועל מצב רוח. אצין שנמצא מתאם בין דיכאון לבין מחסור בסרוטונין ולכן השארת הסרוטונין בסינפסה לזמן רב יותר עשויה לסייע עם תסמיני הדיכאון. למרות שלתרופות אלו לוקח זמן רב יחסית להשיג שיפור (3-5 שבועות), יש להן הכי מעט תופעות לוואי (משמעותיות).

יפה!

25 נק'

שאלה 2

א. הדומה בניהן הוא העיסוק המתמיד בחולי וכן שתיהן נמצאות תחת אותה קטגוריית על. הלוקים בשתי הפרעות אלה משקיעים אנרגיה רבה ולא פרופורציונלית במצבם הבריאותי המתבטאת במחשבות, רגשות, עיסוק ו/או התנהגות הנמשכות 6 חודשים לפחות. הם בטוחים שמהו לא תקין בגופם גם אם אין לכך אינדיקציה. בנוסף מצבם הבריאותי גורם לרמות חרדה ודאגה גבוהות. **נכון מאוד, בהיבט הרגשי, הקוגניטיבי וההתנהגותי יש דמיון**

ב. ההבדל המרכזי: בהפרעת תסמינים סומטיים העיסוק הוא בתסמינים הגופניים הקיימים אשר יוצרים מצוקה, ואילו בהפרעת חרדה ממחלות העיסוק הוא במחלה עצמה ואין תסמינים גופניים או שהם קלים. **נכון**

ג. ההשקפה הפסיכואנליטית מסבירה הפרעות אלו בכך שלאדם יש קונפליקטים לא מודעים לא פתורים **חסר: מתקופת הילדות, עד כה - נכון** או כאלה שאינם מקובלים בחברה, ובמקום לבוא לידי ביטוי בצורה ישירה הם באים לידי ביטוי בצורת תסמינים גופניים כי אלו כן מקובלים בחברה **זה אינו ההסבר**. האנרגיה הנפשית של הפרט מתועלת לתסמינים הסומטיים **נכון** שנוצרו כתוצאה מאותם קונפליקטים וזאת במקום שהקונפליקט "יעלה" למודע.

ההשקפה הפסיכואנליטית תסביר הפרעת תסמינים סומטיים והפרעת חרדה ממחלות כהפרעה המשמשת מנגנון הגנה מפני קונפליקטים לא מודעים משלבי ההתפתחות המוקדמים שלא נפתרו באופן מיטבי בילדות. במקום התמודדות עם המצוקה הנפשית, אנרגיה נפשית מתועלת לבעיות גופניות או בעיסוק רב בבעיות גופניות ורפואיות וכך לא נמצאים במגע עם רגשות שליליים

וכואבים. 2- נק'

23 נק'

שאלה 3

א. מתן סובל מבולימיה נרבוזה **מדויק!**. הוא חווה אפיזודות חוזרות ונשנות של אכילה בולמוסית שבמהלכן הוא אוכל בפרק זמן מוגדר (ימי חמישי בערב) כמות מזון גדולה מהמקובל, וכן חווה אובדן שליטה בזמן הבולמוסים האלה. מתן מפגין התנהגות מפצה בצורת ריצות ארוכות מאוד שמטרתן למנוע ממנו לעלות במשקל. התנהגות זו מתבצעת פעם בשבוע (בימי חמישי) ונמשכת מעל שלושה חודשים (מאז שחרורו מהצבא וכבר סיים קורס). הערכתו העצמית של מתן מושפעת בצורה מוגזמת ממשקלו ומצורת גופו (שופט אנשים בעיקר לפי הופעתם החיצונים ולכן ניתן להניח כי הוא שופט כך גם את עצמו) ומתואר כביקורתי כלפי משקלו. בנוסף הוא עסוק מאוד במראה שלו ומוטרד מאוד מכל עליה של ק"ג. בנוסף לא מצוין כי מתן סובל או סבל בעבר מתת משקל ולכן ההפרעה לא מופיעה רק באפיזודות של אנורקסיה נרבוזה. **מצוין!!**

ב. המאפיין המשותף לבולימיה נרבוזה ולהפרעת אכילה בולמוסית הוא אפיזודות חוזרות ונשנות של אכילה בולמוסית אשר מתבצעות בפרק זמן מוגדר וכוללות אכילה של כמות מזון גדולה יותר מהכמות שהאדם הסביר היה אוכל, ומלווה בתחושה של חוסר שליטה. מאפיין שונה בין שתי ההפרעות האלו הוא התנהגות מפצה. בבולימיה נרבוזה האדם מפגין התנהגות מפצה (כמו הקאות, צום, פעילות גופנית מוגזמת וכו'), ואילו בהפרעת אכילה בולמוסית האכילה הבולמוסית אינה קשורה לשימוש חוזר ונשנה בהתנהגות מפצה. **נכון**

ג. שני גורמי הסיכון הם: נטייה מינית ודימוי גוף שלילי **נכון מאוד**. Feldman ו-Meyer (2007) מצאו כי שיעור הגברים הסובלים מהפרעות אכילה גבוה יותר בקרב גברים הומוסקסואליים מאשר בקרב הטרוסקסואלים. דימוי גוף שלילי - מתן תואר כילד שמנמן שסבל מהקנטות רבות מצד ילדים בשכונה, אפשר שכתוצאה מחוויות ילדות אלו הוא פיתח דימוי גוף שלילי. **יפה מאוד!**

ד. הטיפול שיכול לסייע למתן הוא טיפול קוגניטיבי התנהגותי משופר **מדויק!**. במהלך הטיפול ידונו בסוגיות הנוגעות לאכילה הבולמוסית של מתן והשעות הרבות שהוא משקיע באימון, ויעבדו עם מתן על הדאגות הרבות שלו ממשקל גופו ומגזרתו. כמו כן המטפל יעבוד עם מתן על הערכתו העצמית וינסה לגרום למתן לראות ולהעריך את עצמו כאדם שלם, תוך

התבוננות בכל האספקטים שלו ולא רק לפי משקלו וצורת גופו. המטפל עשוי גם להתמקד בבעיות ביחסים הבין אישיים של מתן כמו החשש לעבור לגור עם בן זוגו או העובדה כי הוא שופט אנשים ע"פ הופעתם החיצונית. **יפה**

יפה מאוד! 25 נק'

שאלה 4

א. יסמין מתמודדת עם הפרעת אישיות פרנואידיה המשתייכת לאשכול A. **נכון מאוד**. יסמין עונה על יותר מארבעה סימפטומים הנדרשים לצורך האבחנה **מצויין** (והם יציבים מעבר למצב ולזמן): חשדות חסרי בסיס מספק שאחרים רוצים לנצל אותה – היא חושדת באמה שהיא מנסה לרמות ולנצל אותה (בשל עברה נראה כי החשדות באביה כן מבוססים). הסתייגות משיתוף אחרים בסודות מחשש בלתי מוצדק שישתמשו במידע כנגדה – מפחדת לשתף את אחותה בקשייה מחשש שתעשה בדברים שימוש כנגדה. ייחוס משמעויות נסתרות מזלזלות להערות או להתרחשויות תמימות – מתמלאת כעס כשלקוחותיה מעירים לה. נטירת טינה תמידית – ניתקה קשר עם חברת ילדות שהעליבה אותה ואינה מוכנה לסלוח לה. חשדות חוזרים ובלתי מוצדקים בדבר נאמנות של בן הזוג – תמיד חשבה שבני זוגה בוגדים בה ועזבה אותם. **נכון חסר: "מעבר לסיטואציות" – לנמק, ו"מעבר לזמן" – אין מידע 1.5- נק'**

ב. שני מאפייני האישיות הקיצוניים של יסמין הם נוירוטיות ונועם הליכות. יסמין גבוהה בנוירוטיות במיוחד בתת מרכיב כעס ועוינות **יפה**, יש לציין תת מרכיב אחד לפחות, בנוסף היא נמוכה בנועם הליכות במיוחד בתתי המרכיבים אמון, ישירות והיענות **יפה מאוד**. מאפייני אישיות אלה תורמים לשימור ההפרעה של יסמין בכך שהם תורמים לחוסר האמון שלה באנשים, לחששות בלתי מוצדקים שהסביבה תעשה שימוש לרעה בדבריה אם תשתף אותם. בנוסף הם תורמים בכך שיסמין מגיבה בכעס ועוינות (גבוהה באנטגוניזם) כאשר אנשים מעירים לה (גם אם בצורה תמימה) כי היא מייחסת לדבריהם משמעות מזלזלת או מאיימת או אפילו בפגיעה ישירה בשמה הטוב.

ג. גורם הסיכון הוא התעללות הורית **נכון**. אביה התעלל בה בילדותה בצורה פיזית ונפשית. חוויות שליליות בילדות כמו התעללות הורית עשויות לסייע להתפתחות הפרעת אישיות בכך שחוויות אלו יצרו אצל יסמין חוסר אמון, חשדנות, כעס ועוינות. במיוחד בשל העובדה כי ההתעללות הגיע מצד אביה שאמור להוות עבורה דמות מגוננת והמשרה תחושת ביטחון, אפשר שהתעללות מצידו שיבשה את יכולתה לתת אמון באנשים.

ד. המשותף להפרעת אישיות פרנואידיה ולהפרעת אישיות סכיזואידיה הוא ה**ניתוק החברתי**, שתיהן מאופיינות בבידוד חברתי מבחירה (אם כי הסיבות שבגינן הם בוחרים לא להקיף את עצמם בחברים שונות). השונה בין שתי הפרעות אישיות אלו הוא העוצמות והביטוי הריגשי. בעוד שהסובלים מהפרעת אישיות פרנואידיה נוטים להרגיש רגשות (בעיקר שליליים) בעוצמה רבה ואף לבטא אותם, הסובלים מהפרעת אישיות סכיזואידיה חווים רגשות בצורה שטחית ובעוצמות חלשות יחסית ולא מרבים להפגין את רגשותיהם, והם נחווים על ידי זולתם כקרים או מנותקים רגשית. **יפה!**

24 נק'

שאלה 1 (25 נקודות)

השוו בין הירואין וקוקאין והתייחסו למאפיינים דומים ושונים שלהם לפי השאלות הבאות:

- לאיזו קטגוריה הם שייכים? (2 נקודות).
- מה ההשפעות הביולוגיות שלהם? (6 נקודות).

שאלה 2 (25 נקודות)

קראו את תיאור המקרה בעיון וענו על השאלות שמופיעות אחריו.

יצחק, בן 55, עלה מאתייופיה עם אשתו. עם הגיעם ארצה, הם התגוררו במרכז קליטה כשנה. יצחק התקשה מאוד להסתגל לחיים בישראל, התכנס בעצמו ולא הפסיק לבכות. הוא סיפר לעובדת סוציאלית שהוא ואשתו חצו את סודן ולאורך כל המסע הוא ידע שרודפים אחריהם ורוצים להרוג אותם. מאז שהגיע לישראל יצחק נוטל תרופות פסיכיאטריות. מדי פעם הוא מפסיק ליטול את התרופה בגלל 'דיסקינזיה מאוחרת' וכעבור זמן מה חוזר לאישפוז. אשתו מספרת שיצחק מדבר על סודנים שעוקבים אחריו ומנסים להחזיר אותו לאתייופיה ושלעיתים הוא מתחיל לשמוע התלחשויות של המרגלים ומרגיש שהם עוקבים אחריו לכל מקום. מרוב פחד הוא מסרב לצאת מפתח ביתו. יצחק אמר שמתרוצצות לו מחשבות בראש שהוא לא מצליח להדוף וזה מפריע לו להתרכז. בתיק הרפואי של יצחק הופיעו המונחים אבוליציה ואנהדוניה.

- איזו הפרעה יש ליצחק? הסבירו תוך התייחסות לקריטריונים של ה-DSM-5 להפרעה זו. (7 שורות).
- ציינו גורם פסיכו-חברתי בולט שעשוי להסביר את התפתחות ההפרעה של יצחק מתוך המקרה המתואר. (4 שורות).
- הסבירו את המונחים שהופיעו בתיק הרפואי של יצחק וציינו לאיזה תסמין של ההפרעה הם קשורים. (6 שורות).
- מהי 'דיסקינזיה מאוחרת' והאם ניתן לשער לאיזו משפחה של תרופות שייכת התרופה שיצחק נוטל? נמקו. (4 שורות).

שאלה 3 (25 נקודות)

קראו את תיאור המקרה בעיון וענו על השאלות שמופיעות אחריו.

אופק הוצאה מביתה לפני כשנתיים, כשהיתה בת 4, והושמה במשפחת אומנה. לאחרונה, האם הביולוגית חידשה איתה את הקשר והן נפגשות אחת לשבועיים במרכז קשר. אם האומנה הרגישה שהמצב של אופק הורע וביקשה לחדש את הטיפול הרגשי בה. היא ראתה שאופק ממצמצת בעיניים כפי שעשתה כשהגיעה לביתה ובחודש האחרון היא הרטיבה במיטה מספר פעמים. אופק מפגינה חוסר ביטחון, ביישנות ורגישות יתר. כמו כן, היא שוב סובלת מסיוטים בלילה ומרבה להגיע לחדר השינה של הורי האומנה ולבקש לישון במיטתם. אם האומנה מנהלת את בית הספר שבו אופק החלה ללמוד השנה. אופק מתקשה להיפרד ממנה בבוקר ומגיעה למשרדה בכל הפסקה כדי לוודא שהיא אכן שם. אופק שמחה לפגוש שוב את המטפלת לאחר הפסקה של שנה וסיפרה לה שהיא מפחדת שיחזירו אותה לאימא שלה והיא מאוד רוצה להישאר במשפחתה החדשה. אם האומנה סיפרה למטפלת שאופק נמצאת באי שקט תמידי, בוכה כשהיא יוצאת בערבים מהבית ולא רוצה ללכת לשחק אצל חברות.

- ציינו שלוש הפרעות שיש לאופק והציעו גורם פסיכולוגי אפשרי עבור כל הפרעה תוך התייחסות לתיאור המקרה. (9 שורות).
- הציעו שלוש סיבות אפשריות מדוע ילדה כמו אופק פגיעה לבעיות פסיכולוגיות. נמקו. (6 שורות).

שאלה 4 (25 נקודות)

שחר, בן 30, סובל מספר שנים מחרדה שמלווה לעיתים בהתקפי פאניקה. לאחרונה הוא הכיר בחורה והחליט לפנות לטיפול. הוא מתלבט בין טיפול קוגניטיבי-התנהגותי לבין טיפול פסיכו-דינמי.

א. תארו כל גישה טיפולית תוך הדגמה של שתי טכניקות טיפוליות שונות שמאפיינות כל גישה. (8 שורות).

ב. הציעו טיפול תרופתי שיכול לסייע לשחר והסבירו כיצד טיפול זה עשוי לתרום לטיפול הפסיכולוגי? נמקו (6 שורות).

ממ"ן 13

שאלה 1

א. הירואין שייך לקטגוריית האופיאטים; הוא משכך כאבים, מפחית מתח וחרדה ומשרה רוגע ונעימות. קוקאין שייך

לסמים הממריצים, הוא מעצים תחושות של ערנות וביטחון, ומגביר סיבולת ודחף מיני. **יפה**

ב. ההשפעות הביולוגיות של הירואין הן תחושת רגיעה ונעימות, אופוריה, ירידה של צרכים גופניים, שיכוך כאבים פיזיים

ונפשיים, האטה של מערכת העצבים המרכזית, הקאות ובחילות, יצירה של תלות פיזית בו ופיתוח סבילות. הוא מפעיל את

מסלול העונג (דופמין) במוח **מצוין!**. קוקאין ממריץ את מערכת העצבים המרכזית (מחשבות והתנהגות נמרצת), משרה

תחושת ביטחון, אופוריה, שבעות רצון, תלות פיזית ופיתוח סבילות, כאבי ראש וסחרחורות. הוא חוסם את נשא הדופמין

ומונע את קליטתו החוזרת (יותר דופמין בסינפסה). שימוש מופרז עלול ליצור תסמינים פסיכויים וליקויים

קוגניטיביים. **מצוין!**

25 נק'

שאלה 2

א. ההפרעה ממנה סובל יצחק היא סכיזופרניה **נכון מאוד**. הוא מציג את התסמינים הבאים: **הרהורי שווא** – הוא האמין כי

לאורך המסע רדפו אחריו ואחרי אשתו וניסו להרוג אותם. בנוסף הוא מאמין כי אנשים עוקבים אחריו ומנסים להחזירו

לאתיופיה **נכון**. **הזיות** – הוא שומע מרגלים מתלחששים (הרהורי שווא) ומרגיש שהם עוקבים אחריו **נכון**. **תסמינים**

שליליים – בתיקו הרפואי הופיעו המונחים אנהדוניה ואבוליציה, מכך ניתן להסיק כי יצחק חסר יכולת להנות וליזום

פעילות מוכוונת מטרה או להתמיד בה. בנוסף יצחק מראה רמות תפקוד נמוכות מאלו שהיו לו לפני ההפרעה – הוא

מתקשה להסתגל, מתכנס בעצמו ובוכה בכי רב; הוא מסרב לצאת מביתו בגלל שהוא מפחד **נכון**. מצב זה נמשך למעלה

מחצי שנה **נכון** (הוא לוקח תרופות פסיכיאטריות מאז שהגיע לישראל וחלפה מאז יותר משנה).

ב. גורם פסיכו-חברתי: העובדה כי יצחק מהגר **נכון מאוד**. מהגרים נמצאים בסיכון גבוהה פי 2.7 לפתח סכיזופרניה. יתרה

מזו קנטור וגרייה מצאו במחקרם כי הסיכון לפתח סכיזופרניה גבוהה יותר בקרב מהגרים בעלי גוון עור כהה מאשר בעלי

גוון גוף בהיר, הם שיערו כי הסיבה לכך היא שהם חווים יותר אפליה וגזענות ואלו עשויות להוות בסיס לפיתוח נקודת מבט חשדנית ופרנואידיה על העולם, דבר שעשוי "להכשיר את הקרקע" לסכיזופרניה.

ג. אנהדוניה – יכולת פחותה לחוות הנאה או אי יכולת לחוות הנאה. אבוליציה – חוסר יכולת ליזום פעילות מכוונת מטרה או חוסר יכולת להתמיד בה. שני המונחים האלו קשורים לתסמינים השליליים. **מצוין!** תסמינים שליליים אלו התנהגויות שהלוקים בסכיזופרניה עושים פחות מהן ביחס להתנהגות נורמטיבית, כלומר התנהגויות שיש בהן חוסר.

ד. דיסקינזיה מאוחרת זהו מצב בו למטופל יש תנועות בולטות ולא רצוניות של השפתיים והלשון ולפעמים גם של הידיים והצוואר. דיסקינזיה מאוחרת היא תופעת לוואי שכחה של תרופות אנטי פסיכוטיות מהדור הראשון, ככל הנראה סוג התרופות אותן נוטל יצחק.

נכון

יפה! 25 נק'

שאלה 3

א. שלוש ההפרעות מהן אופק סובלת הן: **הפרעת טיקים, הפרעת הרטבה, הפרעת חרדת פרידה נכון מאוד**. גורם פסיכולוגי אפשרי להפרעת חרדת פרידה הוא גורם עקה מזוהה **נכון**. סביר להניח שהפרידה של אופק מאמה הביולוגית, מהבית בו גדלה ומכל מה שהיה מוכר לה כשהוצאה מהבית בגיל 4 היוו גורם עקה. גורם אפשרי להפרעת הרטבה – **אירועים מעוררי עקה**. אפשר שהמפגשים המחודשים עם אמה הביולוגית והפחד שהם מעוררים בה שמא תוחזר לחזקתה (כפי שביטאה אותו בפני המטפלת שלה) היוו עבורה גורם עקה אשר גרם להרטבה **נכון מאוד**. גורם פסיכולוגי אפשרי להפרעת טיקים – **מתח אכן**. סביר להניח כי המפגשים המחודשים עם אמה והעובדה כי היא רוצה להישאר במשפחתה החדשה אך חוששת שבכל זאת היא תוחזר לאמה יוצרים אצל אופק מתח גדול מאוד שהוביל להפרעת טיקים. **יפה**

ב. ילדים בכלל וילדים כמו אופק בפרט תלויים באחרים, ותלות זו עשויה לגרום לפגיעות יתר **נכון**, להזנחה ולדחייה מצד אנשים אחרים. בנוסף הם פגיעים לבעיות פסיכולוגיות כיוון שהם עדיין לא פיתחו השקפה מורכבת ומציאותית על עצמם ועל עולמם **נכון** ועוד אין להם תחושת זהות יציבה **נכון**, הם עוד לא מבינים מה המשאבים שעומדים לרשותם כדי להתמודד עם בעיות ולעמוד בציפיות מהם **נכון**. בנוסף עצם העובדה שאופק (ושכמותה) הורחקה מביתה הופכת אותה לפגיעה לבעיות פסיכולוגיות כיוון שהיא עשויה להרגיש דחוייה, לא רצויה, חסרת ביטחון, בודדה ומרירה. **נכון**

25 נק'

שאלה 4

א. טיפול התנהגותי רציונלי-רגשי - בטכניקת טיפול זו מנסים לבנות מחדש תהליכי חשיבה לא הסתגלותיים כמו גם את הערכתו העצמית של המטופל. אחת הדרכים לעשות זאת היא באמצעות עימות רציונלי – בחינה מחדש של האמונות השגויות והערכה העצמית (הנמוכה בד"כ) בצורה ביקורתית והגיונית. בטיפול הקוגניטיבי של בק המטרה

היא לשנות סכמות, מחשבות אוטומטיות ודיספונקציונליות ע"י זיהוי הטעויות הלוגיות הבסיסיות. המטופל לומד לזהות אותן, לתעד אותן ואת הרגש הנלווה אליהן ולערער על תוקפן.

נכון. חסר הסבר על CBT, 1. האמונה כי תהליכים קוגניטיביים משפיעים על הרגש, על המוטיבציה ועל ההתנהגות; 2. השימוש בטכניקות לשינוי התנהגות בדרך פרגמטית (בדרך של בדיקת השערות). 3- נק' 2 הטכניקות שכתבת מתאימות.

בגישה הפסיכודינמית מנסה המטפל לחשוף את התכנים הלא מודעים ולבחון אותם. הוא עושה זאת ע"י שימוש במספר טכניקות כמו אסוציאציות חופשיות - המטופל אומר את כל מה שעולה על דעתו ולאחר מכן המטפל מפרש את התוכן שעלה ומנסה להבין מה התוכן המודחק שמניע את המטופל. ניתוח חלומות – נקודת המוצא היא שתוכן מאיים או אסור כמו רגשות, רצונות ודחפים צף בחלום כיוון שמנגנוני ההגנה רופפים יותר כשאנחנו ישנים. נכון

ב. התרופה שהייתי מציע לשחרר היא buspirone, אפשרי היא פועלת על תפקוד הסרוטונין ולא על גאבא כמו רוב התרופות האחרות. היא נמצאה כיעילה בטיפול בהפרדות חרדה. אומנם היא מתחילה להשפיע רק 2-4 שבועות אחרי שמתחילים את השימוש בה, אך היא אינה ממכרת ואינה גורמת להשפעות גמילה, ויתרון נוסף שלה הוא הפוטנציאל הנמוך לשימוש מזיק כיוון שהיא אינה מרדימה ואינה גורמת להרפיית שרירים ועל כן נעימה פחות לשימוש. התרופה תעזור לשחרר בכך שתקל את תסמיני החרדה שלו ואף בהטבה של התקפי הפאניקה, בזמן שהוא יעבוד עם המטפל למשל על למידת הקשר שבין דפוסי החשיבה שלו לבין תגובותיו הרגשיות, זיהוי המחשבות האוטומטיות וערעור על תקופתן (כמובן תלוי בגישה הטיפולית).

** גם תרופות מסוג SSRI יכלו להתאים לשחרר, אך כיוון שכתבתי עליהן גם בממ"ן 11 וגם בממ"ן 12 החלטתי לבחור בתרופה זו. אפשרות אחרת: ממשפחת הבנזודיאזפינים ופחות מקובל להתקפי חרדה לתת תרופה מסוג SSRI (אם כי בפועל זה אכן יכול לקרות).

22 נק'

97, עבודה מצוינת, בהצלחה בבחינה ובהמשך הדרך.