

Abnormal Psychology

DIAGNOSTIC AND
STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS
DSM-5

BY A NATIONAL BOARD

58	OCD – הפרעה טורדנית כפייתית
61	Body Dysmorphic Disorder – הפרעה בדימוי הגוף
62	Hoarding Disorder – הפרעת אגירה
63	(Pulling Disorder-Hair) Trichotilomania – הפרעת תלישת שיער
63	Disorder (Picking-Skin) Excoriation – הפרעת קילוף עור (עור קטיפי)
64	 הפרעות התנהגות ושליטה בדחפים
65	Oppositional Defiant Disorder – הפרעת מתריסות והתנגדות
69	Intermittent Explosive Disorder – הפרעת כעס מתפרץ (בעיה בבקרת הדחף)
70	Conduct Disorder – הפרעת התנהגות חמורה
72	Pyromania - פירומניה
72	Kleptomania - קלפטומניה
72	Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder - נוספים
74	 הפרעות שקשורות בטראומה
75	Reactive Attachment Disorder – הפרעת התקשרות תגובתית (ריאקטיבית)
76	Disinhibited Social Engagement Disorder – הפרעת חיברות ללא עכבות
77	Traumatic Stress Disorder-Post – הפרעת דחק פוסט טראומטית
81	Acute Stress Disorder – הפרעת דחק אקוטית
84	Adjustment Disorder – הפרעת הסתגלות
85	 הפרעות דיסוציאטיביות
86	Dissociative Identity Disorder – הפרעת זהות דיסוציאטיבית
90	Dissociative Amnesia – אמנזיה דיסוציאטיבית
91	Derealization Disorder / Depersonalization – הפרעת דפרסונליזציה / דראליזציה
93	 הפרעות וסימפטומים סומטיים
94	Somatic Symptoms Disorder – הפרעת תסמינים סומטיים
95	Illness Anxiety Disorder – חרדת חולי (היפוכונדריה)
96	Conversion Disorder – הפרעת המרה (היסטריה)
98	Factitious Disorder – הפרעת זיוף (מינכהאוזן)
100	 הפרעות אכילה והזנה
101	Pica – פיקה
101	Rumination Disorder – הפרעת העלאת גרה
102	Restrictive Food Intake Disorder / Avoidant – הפרעת צריכת מזון נמנעת / מוגבלת
103	Anorexia Nervosa – אנורקסיה נרבוזה
105	Bulimia Nervosa – בולימיה
107	Eating Disorder-Binge – הפרעת אכילה כפייתית (זלילה)
110	 הפרעות בתפקוד מיני
111	Delayed Ejaculation – שפיכה מעוכבת

114	Erectile Disorder – (הפרעה בזקפה) – אין אונות
116	Premature (Early) Ejaculation – שפיכה מוקדמת
118	Female Orgasmic Disorder – הפרעה באורגזמה הנשית
120	הפרעת התעניינות / עוררות מינית נשית
120	Female Sexual Interest/Arousal Disorder
122	Penetration Disorder / Pelvic Pain-Genito – הפרעה של כאבים בחדירה
123	הפרעת תשוקה מינית מופחתת אצל גברים
123	Male Hypoactive Sexual Desire Disorder
124	הפרעות פראפיליות
125	Voyeristic Disorder – מציצנות
126	Exhibitionistic Disorder – (אקסהיביציוניזם) התערטלות
126	Frotteuristic Disorder – התחככות
128	Sexual Masochism Disorder – מזוכיזם
129	Sexual Sadism Disorder – סדיזם
131	Pedophilic Disorder – פדופיליה
133	Fetishistic – פטישיזם
134	Transvestic Disorder
135	הפרעות אישיות
137	השינוי המצופה מה DSM הבא
138	Paranoid Personality Disorder – הפרעת אישיות פראנואידית
140	Schizoid Personality Disorder – הפרעת אישיות סכיזואידית
141	Antisocial Personality Disorder – הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית
143	Borderline Personality Disorder – הפרעת אישיות גבולית
146	Histrionic Personality Disorder – הפרעת אישיות היסטריונית
148	Narcissistic Personality Disorder – הפרעת אישיות נרקסיסטית
151	Avoidant Personality Disorder – הפרעת אישיות נמנעת
153	Dependent Personality Disorder – הפרעת אישיות תלותית
154	Compulsive Personality Disorder-Obsessive – הפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית

הפרעות נוירולוגיות התפתחותיות

Neurodevelopmental Disorders (p.17)

הפרעות שמתגלות לראשונה בתחילת ההתפתחות.

❖ פיגור וקשיים אינטלקטואליים

Intellectual Disabilities (Intellectual disability, Global developmental delay)

❖ קשיים שפתיים וגמגום

Communication Disorders (Language disorder, Speech sound disorder, Childhood-onset fluency disorder [Stuttering], Social communication disorder)

❖ אוטיזם - Autism Spectrum Disorder

❖ הפרעת קשב - Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

❖ ליקויי למידה - Specific Learning Disorders

❖ הפרעות מוטוריות

Motor Disorders (Developmental coordination disorder, Stereotypic movement disorder, Tic disorders (Tourette's disorder, Persistent motor or vocal tic disorder, Provisional tic disorder [less than a year]).

הפרעת הספקטרום האוטיסטי – Autism Spectrum Disorder

שתי קטגוריות שצריכות להתקיים –

הקריטריון המשמעותי – כשל בתקשורת במגוון הקשרים

הקריטריון השני – טווח עניין והתנהגויות סטראוטיפי, צר ומוגבל (2 מימדים)

A. **פגיעה עקבית בתקשורת חברתית ואינטראקציה חברתית**, על פני קונטקסטים רבים, כפי שבא לידי ביטוי להלן, כיום או בעבר (הדוגמאות לצורך הדגמה ואינן ממצות):

1. פגיעה בהדדיות חברתית רגשית, בטווח שבין, לדוגמה, גישה חברתית אבנורמלית וכישלון בהלך-חזור נורמלי בשיחה.
 2. פגיעה בהתנהגות תקשורתית לא מילולית המשמשת לאינטראקציה חברתית, בטווח שבין, לדוגמה, מקומוניקציה אינטגרטיבית דלה, מילולית ולא מילולית; אבנורמליות בקשר עין ושפת גוף או פגיעות בהבנה ובשימוש במחוות; ועד להיעדר מוחלט של הבעות פנים וקומוניקציה לא מילולית.
 3. פגיעה בהתפתחות, שמירה (אחזקה) והבנה של מערכות יחסים וקשרים, בטווח שבין, לדוגמה, מקושי בהסתגלות ההתנהגות על מנת להתאימה לקונטקטים חברתיים מגוונים; ועד לקשיים בשיתוף משחק דימוני או ברכישת חברים; ועד להיעדר עניין בחברים בני אותו גיל (peers).
- ↔ ציין חומרה נוכחית: החומרה מבוססת על תקשורת חברתית פגועה, מוגבלת, בעלת דפוסים חזרתיים של התנהגות.

B. **דפוסים חזרתיים מוגבלים של התנהגות**, אינטרסים או פעילויות, שבאים לידי ביטוי על ידי **לפחות 2 מהבאים**, כיום או בעבר (הדוגמאות לצורך הדגמה ואינן ממצות):

1. **מוטורי-שפתי** - תנועות מוטוריות חזרתיות או סטראוטיפיות, שימוש בחפצים, או דיבור (לדוגמה סטראוטיפים מוטוריים פשוטים, יישור משחקים או הפיכת חפצים, הדיות (ecolalia), ביטויים ייחודיים (idiosyncratic)).
 2. **התנהגותי-קוגניטיבי** - התעקשות על אותו דבר, חוסר גמישות בדבקות לשגרה, או דפוסים טקסיים של התנהגות מילולית או לא מילולית (לדוגמה, מצוקה קיצונית בעת שינויים קטנים, קשיים עם מעברים, דפוסי חשיבה נוקשים, טקסים של ברכות נימוס (greeting rituals), צורך לבחור באותה דרך או לאכול את אותו האוכל כל יום).
 3. **תחומי עניין** מקובעים, מוגבלים מאוד שהם אבנורמליים באינטנסיביות או בפוקוס שלהם (לדוגמה, התקשורת חזקה לאובייקטים לא רגילים או התעסקות בהם, הגבלה יתר על המידה או התעקשות על תחומי עניין).
 4. **סנסורי** - היפר או היפואקטיביות לגירוי/קלט סנסורי או עניין לא רגיל באספקטים סנסוריים בסביבה (לדוגמה, אדישות נראית כלפי כאב/טמפרטורה, תגובה מתנגדת לצלילים או טקסטרות ספציפיים, הרחה מוגזמת או נגיעה באובייקטים, התעניינות רבה באורות או בתנועה).
- ↔ ציין חומרה נוכחית: החומרה מבוססת על פגמים ומוגבלות בתקשורת החברתית, דפוסים חזרתיים של התנהגות.

C. הסימפטומים חייבים להיות נוכחים בתקופת ההתפתחות המוקדמת (אך ייתכן כי לא יבואו לידי ביטוי מלא עד שדרישות חברתיות יעברו את הקיבולת המוגבלת או שיוסוו על ידי אסטרטגיות שיילמדו בשלב מאוחר יותר בחיים).

D. הסימפטומים גורמים לפגמים משמעותיים קלינית, בתחומים החברתי, התעסוקתי או בתחומים אחרים החשובים לתפקוד הנוכחי.

הפרעת הספקטרום האוטיסטי

E. הפרעות אלה אינן מוסברות טוב יותר על ידי חוסר יכולת אינטלקטואלית (הפרעה של התפתחות אינטלקטואלית) או איחור התפתחותי כללי. חוסר יכולת אינטלקטואלית והפרעת הספקטרום האוטיסטי לעתים קרובות קורות במקביל; על מנת לערוך אבחנה קו-מורבידית (אבחנה לשתי המחלות יחד) לחוסר יכולת אינטלקטואלית והפרעת הספקטרום האוטיסטי, קומוניקציה חברתית צריכה להיות מתחת למצופה ברמת ההתפתחות הכללית.

הערה. אינדיבידואלים בעלי אבחנה מבוססת לפי *DSM4*, של הפרעת אוטיזם, הפרעת אספרגר, או הפרעת התפתחותית נרחבת שאינה צריכה להיות מוגדרת באופן ספציפי כאחרת, תקבל את האבחנה של הפרעת הספקטרום האוטיסטי. אינדיבידואלים שניכרים בהם פגמים בתקשורת חברתית, אך שהסימפטומים שלהם אינם מתאימים לאלה של הפרעת הספקטרום האוטיסטי, יוערכו כהפרעת תקשורת חברתית (פרגמטית).

ציין אם:

- מלווה או לא מלווה בפגמים אינטלקטואליים.
- מלווה או לא מלווה בפגיעה שפתית
- קשור לגורם רפואי ידוע או מצב גנטי או גורם סביבתי (הערת קידוד: השתמש בקוד נוסף על מנת לזהות את המצב הגנטי או הסביבתי).
- קשור להפרעה אחרת שהיא נוירו-התפתחותית, מנטלית, או התנהגותית (הערת קידוד: השתמש בקוד נוסף על מנת לזהות את ההפרעה האחרת שהיא קשורה לנוירו-התפתחותית, מנטלית או התנהגותית).
- עם קטטוניה (בהתייחס לקריטריונים של קטטוניה הקשורים עם הפרעה אחרת מנטלית, להגדרה: עמ' 119-120).

הפרעת הספקטרום האוטיסטי

ב. תחומי עניין מצומצמים והתנהגויות חזרתיות	א. תקשורת חברתית	דרגת החומרה
חוסר גמישות בהתנהגות, קושי קיצוני בהתמודדות עם שינוי או התנהגויות מצומצמות/חזרתיות אשר מפריעים מאוד לתפקוד בכל התחומים. מצוקה/קושי בולטים בשינוי המיקוד או הפעילות.	חסרים חמורים במיומנויות התקשורת החברתית המילולית והלא-מילולית הגורמים להפרעה ניכרת בתפקוד. יוזמה מצומצמת מאוד לאינטראקציות חברתיות ותגובה מינימאלית לפניות של אחרים. למשל אדם עם מעט מילים בדיבור ברור אשר לעיתים נדירות יוזם אינטראקציה, וכאשר יוזם, מבצע פניות לא רגילות לקבלת צרכים בלבד ומגיב רק לפניות חברתיות מאוד ישירות.	דרגה 3 דורש תמיכה משמעותית מאוד
חוסר גמישות בהתנהגות, קושי בהתמודדות עם שינוי, או התנהגויות מצומצמות/חזרתיות אחרות המופיעות באופן תדיר מספיק שהן ברורות לצופה המזדמן ומפריעות לתפקוד במגוון הקשרים. מצוקה ו/או קושי בשינוי המיקוד או הפעילות.	חוסרים בולטים בשימוש במיומנויות תקשורת חברתית מילוליות ולא מילוליות; הקשיים החברתיים בולטים גם כשיש תמיכה יזימה מוגבלת של אינטראקציות חברתיות ותגובה מוגבלת ולא תקינה לפניות חברתיות מצד אחרים. למשל, אדם המדבר במשפטים פשוטים, אשר האינטראקציה שלו מוגבלת לתחומי עניין מוגבלים וצרים, ויש לו תקשורת לא-מילולית שאינה מותאמת (מוזרה) באופן בולט.	דרגה 2 דורש תמיכה משמעותית
הטקסים וההתנהגויות החזרתיות גורמים להפרעה בולטת בתפקוד בהקשר אחד או ביותר. מתנגד לניסיונות של אחרים להפסיק את הפעילות הסטריאוטיפית או להסיט את הקשב מתחומי העניין המקובעים.	ללא תמיכה, הקשיים החברתיים-תקשורתיים גורמים לליקויים בולטים. קושי ביזימה של אינטראקציות חברתיות ומראה דוגמאות ברורות של תגובות לא טיפוסיות או לא מוצלחות לפניות חברתיות מצד אחרים. ייתכן ונראה כבעל עניין מופחת באינטראקציות חברתיות. לדוגמא, אדם שמסוגל לדבר במשפטים מלאים ובתקשורת, אבל השיח ההדדי (הלוך ושוב) שלו עם אחרים נכשל וניסיונותיו ליצור חברים הנם לא רגילים, מוזרים ולרוב לא מוצלחים.	דרגה 1 דורש תמיכה

הפרעת קשב וריכוז / היפראקטיביות Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder

קשב ו/או היפראקטיביות – כל אחד מהם 6 סימפטומים 6 חודשים.
חלק מהסימפטומים צריכים להופיע לפני גיל 12 ולפחות בשני הקשרים שונים.

A. דפוס קבוע של חוסר קשב ו/או היפראקטיביות-אימפולסיביות שמפריע לתפקוד או התפתחות, כפי שמאופיינת על ידי (1) ו/או (2)

(1) **קשב:** קיומם של שישה (או יותר) מהסימפטומים הבאים, במשך תקופה של לפחות **6 חודשים**. על הסימפטומים להיות אינם הולמים את רמת ההתפתחות של הילד, ובעלי השפעה שלילית על פעילות חברתית, לימודית ותעסוקתית.

הערה:

- הסימפטומים המופיעים אינם רק ביטוי של התנהגות מתנגדת, מתריסה, עוינת או כישלון להבין משימות או הוראות.
 - עבור מתגברים ומבוגרים (גיל 17 מעלה) – נדרשים לפחות חמישה סימפטומים.
- רשימת הסימפטומים:

1. **תשומת לב לפרטים** - לעיתים קרובות לא מצליח לשים לב לפרטים או עושה טעויות רשלניות בלימודים, בעבודה או במהלך פעילויות אחרות (למשל, בוהה או מחמיץ פרטים, עבודתו אינה מדויקת).
2. **יכולת ריכוז** - לעיתים קרובות מתקשה לקיים קשב במשימות או במשחק (למשל, קשיים להישאר מרוכז במהלך הרצאות, שיחות או קריאה ממושכת).
3. **התנתקויות** - לעיתים קרובות נראה לא מקשיב כאשר מדברים אליו ישירות (למשל, דעתו נראית במקום אחר, גם בהיעדר כל הסחת דעת ברורה).
4. **עקביות במשימה** - לעיתים קרובות אינו עוקב אחר הוראות ומתקשה לסיים שיעורי בית, מטלות או חובות עבור מקום העבודה (משל, מתחיל משימה אבל במהירות מאבד ריכוז ובקלות סוטה מהנושא).
5. **קושי בארגון** - לעיתים קרובות מופיע קושי בארגון **משימות** ופעילויות (למשל, קושי לנהל משימה רציפה, קושי לשמור על חומרים מסודרים, מבולגן, עבודה לא מאורגנת, ניהול זמן דל, מתקשה-נכשל בעמידה בלוחות זמנים).
6. **המנעות** - לעיתים קרובות נמנע, סולד או אינו מעוניין לעסוק בפעילויות שדורשות מאמץ מנטלי מתמשך (למשל, למודים או שיעורי בית. עבור מתבגרים ומבוגרים – הכנת דו"חות, מילוי טפסים, סקירת עבודות כתובות ארוכות).
7. **פיזור** - לעיתים קרובות מאבד חפצים הדרושים למטלות או לפעילויות (משל, ציוד לימודי, עפרונות, ספרים, כלים, ארנקים, מפתחות, עבודות, משקפיים, פלאפון).
8. **מוסחות** - לעיתים קרובות מוסח בקלות על ידי גירויים חיצוניים. עבור מתבגרים ומבוגרים – ניתן לכלול גם מחשבות שאינן קשורות.
9. **שכחה** - לעיתים קרובות שוכח פעילויות יומיומיות – "שכחן" (למשל, לעשות מטלות, שליחויות; עבור מתבגרים ומבוגרים: להשיב לשיחות, לשלם חשבונות, להגיע לפגישות).

(2) היפראקטיביות ואימפולסיביות:

קיומם של **שישה** (או יותר) מהסימפטומים הבאים, במשך תקופה של לפחות **6 חודשים**. על הסימפטומים להיות אינם הולמים את רמת ההתפתחות של הילד, ובעלי השפעה שלילית על פעילות חברתית, לימודית ותעסוקתית.

הערה:

- הסימפטומים המופיעים אינם רק ביטוי של התנהגות מתנגדת, מתריסה, עוינת או כישלון להבין משימות או הוראות.
 - עבור מתגברים ומבוגרים (גיל 17 מעלה) – נדרשים לפחות חמישה סימפטומים.
- להלן רשימת הסימפטומים:

- א. לעיתים קרובות מתעסק או דופק ידיו או רגליו או נע במושבו.
- ב. לעיתים קרובות **קם מהכיסא** בזמן שהשאר נשארים ישובים או מצופים להישאר ישובים (למשל, קם ממקומו בכיתה, במשרד או במקום העבודה, או – בסיטואציות אחרות שנדרשים להישאר במקום).
- ג. לעיתים קרובות **רץ או מטפס באופן שאינו מותאם** למצב (במצבים שבהם אין זה הולם). עבור מתבגרים ומבוגרים: יכול להיות מוגבל לתחושת חוסר נוחות.
- ד. לעיתים קרובות לא יכול לשחק או לעסוק בפעילויות פנאי באופן שקט.
- ה. לעיתים קרובות מתנהג כאילו הוא "תוך כדי תנועה", "מונע על ידי מנוע" (למשל, לא מסוגל או מרגיש שלא בנוח לעמוד בשקט למשך זמן ממושך, כפי שנדרש במסעדות ופגישות; עשוי להיחווה על ידי אחרים כחסר מנוחה או כקשה לעקוב אחריו).
- ו. לעיתים קרובות **מדבר** ללא הפסקה.
- ז. לעיתים קרובות פולט תשובה לפני שנשאלה השאלה בשלמותה (למשל, משלים משפטים של אחרים, **לא יכול לחכות לתורו בשיחה**).
- ח. לעיתים קרובות מתקשה לחכות לתורו (משל, תוך כדי המתנה בתור).
- ט. לעיתים קרובות מפריע או **מתפרץ לאחרים** (למשל, מתפרץ לשיחה, **משחק או פעילות**; עשוי **להשתמש בדברים של אחרים** מבלי לבקש או לקבל את רשותם. עבור מתבגרים ומבוגרים – עשוי לפלוש או להשתלט על מה שאחרים עושים).

B. מספר סימפטומים של קשב ו/או היפראקטיביות-אימפולסיביות היו נוכחים **לפני גיל 12**.

C. מספר סימפטומים של קשב ו/או היפראקטיביות-אימפולסיביות נוכחים בלפחות **שניים מהקשרי החיים** של הפרט (סטינג). למשל, בבית, בבית הספר, או בעבודה; עם חברים או מקורבים; או בפעילויות אחרות.

D. יש ראיות ברורות שהסימפטומים מפריעים או מפחיתים את איכות התפקוד החברתי, אקדמי או תעסוקתי.

E. הסימפטומים אינם מופיעים באופן בלעדי במהלך סכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת, ואינם מוסברים טוב יותר על ידי הפרעה נפשית אחרת (משל, הפרעות מצב רוח, הפרעות חרדה, הפרעה דיסוציאטיבית, הפרעות אישיות, או חומרים ממכרים).

ציין אם:

הופעה משולבת - 314.01 (F90.2) – במקרה שבו מופיע גם דפוס של קשב (קריטריון A1) וגם דפוס של היפראקטיביות-אימפולסיביות (קריטריון A2) בששת החודשים האחרונים.

הופעת קשב – 314.00 (F90.0) – במקרה שבו מופיע דפוס של קשב (קריטריון A1) בלבד, מבלי דפוס של היפראקטיביות-אימפולסיביות (קריטריון A2) בששת החודשים האחרונים.

הופעת היפראקטיביות-אימפולסיביות – 314.01 (F90.1) במקרה שבו לא מופיע דפוס של קשב (קריטריון A1) אבל כן מופיע דפוס של היפראקטיביות-אימפולסיביות (קריטריון A2) בששת החודשים האחרונים.

ציין אם

מצב של הפוגה חלקית (רמיסיה): כאשר בעבר כל הקריטריונים לאבחון ההפרעה מולאו, וכיום ישנם מעט מן הקריטריונים להפרעה במהלך ששת החודשים, אולם הסימפטומים עדיין גורמים פגיעה בתפקוד החברתי, אקדמי והתעסוקתי.

ציין מידת חומרה

- **קלה** – תוספת של מעט (או בכלל לא) סימפטומים מעבר למינימום הנדרש (שישה) על מנת לקבוע את האבחנה וגם השפעות מינוריות בלבד של הסימפטומים על התחום החברתי או התעסוקה.
- **בינוני** - קיומם של הסימפטומים ברמה שבין "מתון-בינוני" ועד "חמור".
- **חמור** - מספר רב של סימפטומים מעבר לאלו הדרושים לאבחון ההפרעה; או שחלק מהתסמינים חמורים במיוחד ובאים לידי ביטוי בהווה; או שהסימפטומים גורמים לפגיעה ניכרת בתפקוד החברתי או התעסוקתי.

הספקטרום הסכיזופרני

והפרעות פסיכוטיות אחרות

Schizophrenia Spectrum & Other Psychotic Disorders p.45

- ❖ הפרעת אישיות סכיזוטיפלית - Schizotypal Personality Disorder
- ❖ הפרעה דלזיונית - Delusional Disorder
- ❖ הפרעה פסיכוטית קצרה - Brief Psychotic Disorder
- ❖ הפרעה כמו-סכיזופרניה - Schizophreniform Disorder
- ❖ סכיזופרניה - Schizophrenia
- ❖ Substance-Induced Psychotic Disorder (אלכוהול, קנאביס, חומרים נשאפים, קוקאין, אמפטמינים).
- ❖ Catatonic Disorder Associated with Another Medical Condition
- ❖ Attenuated Psychosis Syndrome

מאפיינים כלליים משותפים

ישנו קשר במנגנונים מוחיים בכל ההפרעות.

דלזיות – מחשבת שווא

מחשבות שווא, אמונה, רעיון, ללא שום סימוכין במציאות; כנגד המציאות וההגיון אדם מאמין שמשהו קורה, לרוב דברים שקשורים בו ובמצבו הגופני. סוגי דלזיות: **רודפני** (מדברים עלי, רודפים אחרי), מחשבות **יחס** (גירויים בסביבה מכווננים ספציפית אלי, הקריין ברדיו מעביר לי רמז סמוי), דלזיות **סומטיות** – אמונה שיש לי מחלה (לעומת היפוכונדריה - המחשבה יכולה להתקיים ללא חרדה; יכול להפוך לביזארי - השתילו לי שבב), מחשבות שווא **דתיות** (אני המשיח, יש לי תפקיד מיוחד, אני אושיע את העם), מחשבות שווא של **גדלות** (יש לי תכונות יוצאות דופן), מחשבות שווא **ארוטומניות** (מישהו חשוב מאוהב בי, יש לי קשר רומנטי עם אדם מפורסם), מחשבות שווא **נהיליסטיות** (מחשבות לגבי קץ העולם). Insertion – מישהו מכניס לי מחשבות שהן לא שלי.

האם אי פעם חשת שיש לך כוחות מיוחדים?

הלוצינציות - הזיות

חווייה חושית שנוצאת בלי גריה פיזית של החושים. רואה מראות, שומע קולות, מריח ריחות.

האם קרה שראית דברים שאחרים לא ראו?

האם קרה שהרחת ריחות חריפים שאחרים לא הריחו?

התנהגות מוטורית מוזרה (כולל קטטוניה)

תנועות שמכוונות להזיות, חוסר ארגון בתנועות, מההתנהגות אינה מכוונת מטרה. נוצר מעודף דופאמין במוח, עשוי להיווצר גם מהתרופות האנטי-פסיכוטיות בקוטב השני - סכיזופרניה קטטונית – החולה "קפוא" ללא קשר לטיפול התרופתי.

תסמינים שליליים

אפקט שטוח, העדר מוטיבציה, העדר הנאה, דלות. כל התקף פסיכוטי מעצים את התסמינים השליליים.

דיבור לא מאורגן

מצביע על חשיבה לא מאורגנת. החולה חושב באופן אוטיסטי וסמלי לפי חוקים פרטיים והגיון פנימי. נושאים שוליים ולא חשובים הופכים לנושא המרכזי. הדובר קופץ מנושא לנושא ללא קשר, החשיבה נראית מוזרה, מעגלית, מעורפלת ולא מובנת, קונקרטית מידי או מופשטת מידי, עם נטיה לחזרות סטראוטיפיות.

- **אלוגיה** – Alogia – חוסר יכולת לדבר בשטף ובחיבור משפטים. דיבור דל (כמותית ואיכותית) – תסמין שלילי.
- **בלוקינג** – דיבור קטוע, קצר בחשיבה, הפסקת הרעיון באמצע.
- **אסוציאטיביות** יתרה – Circumstantiality – בדיבור ובמחשבה. חוסר יכולת לענות לשאלה מבלי להוסיף פרטים רבים מיותרים.
- **אסוציאציה צליל** – Clanging – הצליל של המילה מזכירה מילה אחרת.
- **"ירידה מהפסים"** – Derailment – אין אפשרות לעקוב גם אחרי האסוציאציה.
- **מוסחות** – Distractible – באמצע המשפט האדם מגיב לגירוי חיצוני או להסחה פנימית.
- **אקולליה** – הדהוד של המילים של האדם שמשוחח איתם.
- **Evasive interaction** – חמקנות – אופייני לפרנואידים.
- **תעופת מחשבות** – Flight of ideas – לרוב בהתקף מאני – ההבדל לעומת הפרעה פסיכוטית הוא ההמשך ומה קדם לזה. במצב מאני יותר מצב רוח טוב במיוחד שקדם לזה, ובסכיזופרניה נראה יותר מוזרות.
- **חוסר הגיון** מבחינת התוכן
- **חוסר קוהרנטיות** – מילים נורמליות בתוך "סלט מילים"
- **העדר תכליתיות** במשפט
- **יצירת מילים חדשות**
- **חזרתיות** – Perseveration – על מילה או משפט גם מול נסיון לשנות נושא.
- **הגייה לא נכונה**
- **דיבור ללא עצירה**, אפילו אם המדבר נשאל שאלה הוא ימשיך את רצף דיבורו.
- **Self-Reference** – המדבר חוזר לדבר על עצמו באופן קבוע בצורה לא מותאמת ולא הגיונית.
- **דיבור מלאכותי ומוגזם** – Stilted speech – שימוש במילים pompous, מוגזמות, מנופחות.
- **נדידת התוכן** הרחק מהרעיון המקורי ללא חזרה אליו.

הפרעת אישיות סכיזופרנית – Schizotypal Personality Disorder

כמו הפרעות אישיות התסמונת קיימת וקבועה לאורך החיים הבוגרים. זו אינה הפרעה שמתפרצת בגלים כמו התקפים פסיכויים, אלא סגנון אישיותי. תסמינים של סכיזופרניה אבל ממותנים יותר - עיוותים קוגניטיביים ותפיסתיים, בגדים מוזרים, אמונות מוזרות, התנהגויות מוזרות, אינם מקיימים קשרים. מבין הפרעות האישיות היא כמעט היחידה שמגיבה לטיפול תרופתי אנטי פסיכויטי. יש קשר גנטי. לפעמים בשלב מסוים בחיים מפתחים סכיזופרניה.

א. דפוס נרחב של לקות חברתית ובינאישית שמצוינת בחוסר נוחות משמעותית, עם ירידה ביכולת ליחסים קרובים, כמו גם הפרעה קוגניטיבית או תפיסית, והתנהגויות יוצאות דופן ומוזרות, מתחיל בבגרות מוקדמת ונוכח במגוון הקשרים, כפי שמצוין על ידי 5 (או יותר) מהבאים:

1. **מחשבות יחס (לא דלוחיה)** – אנשים ברחוב צחקו אלי, דיברו אלי לא יפה. רעיון ספציפי נקודתי. (לעומת דלוחיה של יחס – קנוניה נגדי בכל השכונה שמטרתה לאשפז אותי).
2. **מחשבות מוזרות או מאגיות** שמשפיעות על ההתנהגות ולא תואמות נורמות של תרבות (לדוג': אמונות תפלות, אמונות בטלפיה, חוש שישי, או "תחושת עור". בילדים ובמתבגרים פנטסיות ביזאריות או עיסוק מוקדם). רעיונות מוזרים יוצאי דופן.
3. חוויות/ התנסויות לא רגילות, כולל אילוזיות של הגוף.
4. **דיבור ומחשבה מוזרים** (דוג': לא ברור, מעגלי, מטאפורי, סטראוטיפי, מפורט מידי).
5. **רעיונות חשדניים** או פראנואידים.
6. **אפקט** לא תואם או מצומצם.
7. **התנהגות או הופעה מוזרה**, אקסצנטרית (תימהוני, משונה).
8. **חוסר בחברים** קרובים או אנשי סוד, שהם לא בני משפחה מדרגה ראשונה.
9. **חרדה חברתית** מוגזמת שלא נעלמת כשיש יחסי קרבה, ויש לה נטייה להיות קשורה בפחדים פראנואידים יותר מאשר שיפוט שלילי של העצמי.

ב. לא מתרחש רק בתקופת הסכיזופרניה, הפרעה בי פולרית עם מאפיינים פסיכויים, הפרעה פסיכוטית אחרת, או הספקטרום האוטיסטי.

הערה: אם מופיע לפני התפתחות הסכיזופרניה יש להוסיף "פרה מורבידי" לפני כן. לדוג': הפרעה אישיות סכיזופרנית (פרה מורבידית).

תמונה קלינית

התנהגות יוצאת דופן קיצונית, יציבה וממושכת. ישנן הפרעות קשות בחשיבה ובאפקט הדומות לסכיזופרניה, אך בשום שלב אין את תסמיני הסכיזופרניה המלאים. התסמינים יכולים להופיע זה לצד זה או ברצפים שונים במהלך המחלה. אין מצב פסיכויטי ברור, אם כי יתכנו תגובות פסיכוטיות למשך זמן של מספר שעות.

הפרעה דלוזיונית – Delusional Disorder

מחשבת/ מחשבות שווא במשך חודש ומעלה.
 ללא הזיות, ללא תסמינים שליליים, תפקוד לא לקוי והתנהגות לא מזוהה.
 יכולה להיות סביב קנאה, גדלות (סלבריטי מאוהב בי), פרנואידית (השכנים קוראים את הדואר שלי לפני שאני קורא אותו).
 לא מגיבים לטיפול תרופתי. יש קצת יותר אפשרות לטפל בפסיכותרפיה, מגיבים לטיפול קוג'.
 כאשר התכנים ביזאריים הפרוגנוזה פחות טובה.

- א. נוכחות של מחשבת שווא אחת (או יותר) עם משך זמן של חודש או יותר .
- ב. **לא קיים** בעבר או בהווה **קריטריון A** (בהמשך) של **סכיזופרניה**.
 הערה: **הזיות, אם קיימות, אינן בולטות** וקשורות למחשבת שווא של אותו נושא (למשל, התחושה של להיות נגוע בחרקים קשורה למחשבת שווא של נגיעות).
- ג. מלבד ההשפעה של מחשבת השווא או השלכותיה, **תפקודו אינו לקוי באופן ניכר, וההתנהגות היא לא מזוהה או משונה.**
- ד. אם יש מאניה או אפיזודות דיכאון מאזורי, משך הזמן שלהן קצר יחסית למשך זמן הדלוזיות.
- ה. ההפרעה אינה מיוחסת להשפעות הפיזיולוגיות של חומר או מצב רפואי אחר ואינו מוסבר טוב יותר על ידי הפרעה נפשית אחרת, כגון כהפרעת dysmorphic body או הפרעת אובססיבית כפייתית .

יש לציין אם:

- **ארוטומני:** תת סוג זה חל כאשר הנושא המרכזי במחשבת השווא הוא שאדם אחר מאוהב בו או במשהו אחר.
- **גרנדיוזי:** תת סוג זה חל כאשר הנושא המרכזי במחשבת השווא הוא שאותו אדם משוכנע שיש לו כשרון גדול (אבל חבוי) או תובנה או שיש שגילה תגלית חשובה.
- **קנאה:** תת סוג זה חל כאשר הנושא המרכזי במחשבת השווא הוא שבן הזוג או המאהב שלו או שלה בגד בו או בה.
- **רדיפה:** תת סוג זה חל כאשר הנושא המרכזי במחשבת השווא שנכנסה האמונה על משהו או מישהי שהתנכל, רימה, ריגל אחריו, הורעל או סומם, הושמץ בזדון, הוטרד, או שנחסם או נרדף אחריו מטרותיו לטווח ארוך.
- **סומטי:** תת סוג זה חל כאשר הנושא המרכזי של המחשבת שווא כרוך בתפקודי גוף או תחושות גוף.
- **מעורב:** תת סוג זה חל כאשר יש כמה מחשבות ואין נושא אחד הזוי ששולט .
- **רוחב:** תת סוג זה חל כאשר מחשבת השווא הדומיננטית לא יכולה בבירור להיות מתוארת בסוגים המסוימים כנ"ל.

ציין אם:

תוכן מוזר : מחשבות שווא נחשבות מוזרות אם הן בלתי סבירות באופן ברור, לא מובנות, ולא נובעות מחוויות חיים רגילות (למשל, אדם נהיה שמח ששומע על אדם זר שהסיר את איבריו הפנימיים שלו והחליף אותם עם איבריו של אחד אחר מבלי להשאיר פצעים או צלקות).

ציין אם:

מאפייני מהלך המחלה הבאים הם רק לאחר משך של שנה בהפרעה:

- **אפיזודה ראשונה, כיום באפיזודה אקוטית:** ביטוי ראשון של ההפרעה תואמת לסימפטום שהוגדר בדיאגנוזה וקריטריון הזמן. אפיזודה אקוטית היא תקופת זמן שבה מתממשים ומופיעים קריטריוני הסימפטום.
- **אפיזודה ראשונה, כיום במצב של הפוגה חלקית (remission):** הפוגה חלקית היא תקופת זמן שבמהלכה מושג שיפור לאחר אפיזודה קודמת ושבה הקריטריונים המגדירים של ההפרעה מופיעים חלקית.
- **אפיזודה ראשונה, כיום בהפוגה מלאה:** הפוגה מלאה היא תקופת זמן לאחר אפיזודה קודמת שבמהלכה סימפטומים של ההפרעה אינם קיימים.
- אפיזודות מרובות, כיום באפיזודה אקוטית.
- אפיזודות מרובות, כיום בהפוגה חלקית.
- אפיזודות מרובות, כיום בהפוגה מלאה.
- **המשכיות:** הסימפטומים התואמים את הקריטריונים של התסמינים המאובחנים של ההפרעה נשארים למשך מרבית מהלך המחלה, עם תקופות שבהן ישנו סימפטום תת סיפי מאד קצר באופן יחסי למהלך הכולל של המחלה.

ציין מידת חומרה נוכחית:

החומרה נמדדת היא על ידי הערכה כמותית של הסימפטומים העיקריים של פסיכוזה, כולל מחשבות שווא, הזיות, דיבור לא מאורגן, התנהגות פסיכומטורית אבנורמלית, ותסמינים שליליים. כל אחד מתסמינים אלו עשויים להיות נצפה במידת החומרה הנוכחית שלו (החמור ביותר ב- 7 הימים האחרונים) בסולם של 5 דרגות הנעים מ-0 (לא נוכח) ועד 4 (נוכח וחמור).

הערה : אבחון של הפרעה של מחשבות שווא יכול להתבצע ללא שימוש במציין מידת חומרה זו.

הפרעה פסיכוטית קצרה – Brief Psychotic Disorder

לרוב מגיע בסמוך **לגורם דחק**, חד פעמי. נותן מידע למטפל שהאדם מועד למצבי דחק. מצב דחק או סטרס קיצוני יכול לעורר פסיכזה (עשוי להופיע אחרי הלידה). האדם **סוער ופסיכוטי** אבל אינו עונה על כלל התסמינים של סכיזופרניה. הטיפול המידי יהיה אותו טיפול. אם לאחר התרופות הוא חוזר לעצמו במהירות גם כשפוסק הטיפול הטיפול התרופתי – יקבל את האבחנה הזו. במידה וזהו המצב הפרוגנוזה תהיה טובה יותר. סכיזופרניה לרוב פורצת בגיל צעיר, בבגרות המוקדמת, ההפרעה הזו יכולה לפרוץ גם בגיל מאוד מאוחר. רק פעם בחיים, יכול להיות התקף של יום אחד, חזרה מלאה לתפקוד תקין. אין הדדרות וללא ירידה קוג'.

א. קיימים 1 או יותר מהסימפטומים הבאים. לפחות אחד מהסימפטומים 1, 2 או 3 חייב להתקיים:

1. דלזיות
2. הלוצינציות
3. דיבור לא מאורגן

4. התנהגות מוגזמת, לא מאורגנת או קטטונית.

שים לב: אין לכלול את הסימפטום אם הוא תגובה מקובלת מבחינה תרבותית.

ב. משך האפיזודה של ההפרעה הוא לפחות יום אחד אבל פחות מחודש, תוך חזרה מלאה לרמת תפקוד פרה-מורבידית.

ג. לא ניתן להסביר את ההפרעה טוב יותר באמצעות דיכאון מאג'ורי או הפרעה ביפולארית עם סממנים פסיכוטיים או הפרעה פסיכוטית אחרת כמו סכיזופרניה או קטטוניה. כמו כן ההפרעה לא מיוחסת להשפעות פסיכולוגיות של חומר (למשל שימוש לרעה בסמים, תרופות) או מצב רפואי אחר.

יש לציין אם:

מופיע עם גורם דחק משמעותי (Brief Reactive Psychosis) – הסימפטומים מופיעים בתגובה לאירועים אשר עשויים להוות גורמי דחק עבור מרבית האנשים בתרבותו של הפרט.

ללא גורם לחץ/גורמי לחץ נראה לעין: הסימפטומים אינם מופיעים בתגובה לאירועים אשר עשויים להוות גורמי דחק עבור מרבית האנשים בתרבותו של הפרט.

לאחר הלידה (postpartum onset) – כאשר ההתחלה הינה במהלך היריון או תוך כדי 4 שבועות לאחר הלידה.

יש לציין אם:

עם קטטוניה - (מתייחס לקריטריונים של קטטוניה המתקשרים להפרעה נפשית אחרת).

ציון חומרה נוכחית: החומרה מדורגת על פי הערכה כמותית של הסימפטומים העיקריים של פסיכזה, לרבות דלזיות, הלוצינציות, דיבור לא מאורגן, התנהגות פסיכו מוטורית אבנורמלית

וסימפטומים שליליים. כל אחד מהסימפטומים הללו יכול להיות מדורג בשל דרגת החומרה שלו (הכי חמור במהלך השבוע האחרון) על גבי סולם של 5 דרגות – החל מ-0 (לא קיים) ל-4 (קיים וחמור).

שים לב: האבחנה של הפרעה פסיכוטית קצרה יכולה להיעשות ללא השימוש בסממני חומרה אלה (דהיינו ב- specifier).

הפרעת סכיזופרניפורם (דמוי-סכיזופרניה) – Schizophreniform

נראה כמו סכיזופרניה, אבל לא סכיזופרניה. קצרה ממנה וארוכה מה-Brief.

A. 2 (או יותר) מהבאים, כל אחד מהם נכח משמעותית במהלך תקופה של **חודש אחד** (או פחות אם טופל בהצלחה). לפחות אחד מהבאים **חייב להיות (1), (2), או (3):**

1. דלזיות.
2. הזיות.
3. דיבור לא מאורגן

4. התנהגות לא מאורגנת באופן קיצוני, או קטטונית.

5. תסמינים שליליים

B. אפיזודה של ההפרעה נמשכת לפחות חודש אחד אבל פחות מ-6 חודשים. כאשר הדיאגנוזה נעשית בלי לחכות להחלמה, היא צריכה להיות מסווגת כ"זמנית".

C. הפרעה סכיזואפקטיבית והפרעת דכאון או הפרעה ביפולארית עם מאפיינים פסיכויים נשללו, כי או (1) אפיזודות של דיכאון מזוירי או מאניה לא הופיעו ביחד עם התסמינים בשלב האקטיבי, או (2) אם הופיעו אירועי מצב-רוח במקביל לתסמיני השלב הפעיל, הם הופיעו למשך זמן מינורי מסך הכל פרק הזמן של תקופות המחלה הפעילה והשרידית.

D. ההפרעה אינה מיוחסת להשפעותיו הפיסיוולוגיות של חומר כלשהו (למשל סמים, תרופות) או ממצב רפואי אחר.

ציין אם:

עם פרוגנוזה טובה: מאפיין זה מצריך נוכחות של לפחות שניים מהבאים: הופעה בולטת של סימפטומים פסיכויים בתוך 4 שבועות מתחילת השינויים הנראים בהתנהגות לא רגילה או בתפקוד; בלבול או מבוכה; תפקוד תעסוקתי וחברתי טוב מלפני המחלה; והעדר אפקט שטוח או קהה.

ללא פרוגנוזה טובה: כאשר שניים או יותר מהמאפיינים לעיל לא התקיימו.

ציין אם:

עם קטטוניה

ציין מידת חומרה נוכחית:

החומרה נמדדת על ידי הערכה כמותית של הסימפטומים העיקריים של פסיכוזה, כולל דלזיות, הלוצינציות, דיבור לא מאורגן, התנהגות פסיכומטורית אבנורמלית, ותסמינים שליליים. כל אחד מהסימפטומים האלה עשוי להיות נצפה במידת החומרה הנוכחית שלו (הכי חמור בשבעת הימים האחרונים) **בסולם של 5 דרגות מ-0 (לא נוכח) ועד 4 (נוכח וחמור)**.

שם לב: אבחון ההפרעה יכול להיעשות ללא שימוש בציין מידת החומרה.

סכיזופרניה – Schizophrenia

חצי שנה הכוללת -

לפחות חודש של 2 תסמיני השלב הפעיל רוב הזמן
שאר הזמן – תסמינים שליליים / 2 תסמיני שלב פעיל ממותנים.
אם יש מאפיינים אפקטיביים – לא במקביל לסממני שלב פעיל / משך זמן מינורי

A. **תסמינים אופייניים לשלב הפעיל: 2 (או יותר) מהתסמינים שלהלן, שכל אחד מהם קיים חלק ניכר מן הזמן לאורך תקופה של חודש אחד (או פחות, אם טופל בהצלחה).** חייב להופיע לפחות אחד מהבאים 1, 2 או 3:

1. דלזיות

2. הזיות

3. דיבור לא-מאורגן

4. התנהגות לא מאורגנת באופן קיצוני, או קטטונית

5. תסמינים שליליים

B. **בחלק ניכר מהזמן שחלף מאז פרוץ ההפרעה רמת התפקוד בתחום עיקרי אחד או יותר כגון עבודה, יחסים בינאישיים, או דאגה לצרכים האישיים, נופלת במידה ניכרת מזו שהושגה לפני התפרצות ההפרעה (או, אם ההתפרצות חלה בילדות או בגיל ההתבגרות, חוסר יכולת להגיע לרמה הצפויה ביחסים בינאישיים, בלימודים או בעבודה).**

C. **משך:** סימנים מתמשכים להפרעה מתמידים לפחות במשך **שישה חודשים**. תקופה זו של שישה חודשים חייבת לכלול לפחות חודש אחד של תסמיני השלב הפעיל (או פחות, אם טופלו בהצלחה) המתאימים לקריטריון A, ויכולה לכלול תקופות של **תסמינים מבשרי-מחלה או שרידיים**. בתקופות מבשרות מחלה או בעלות שרידי מחלה אלה, סימני ההפרעה יכולים להתבטא בתסמינים שליליים בלבד או בשניים או יותר מן התסמינים המפורטים בקריטריון א' בצורה ממותנת (למשל אמונות מוזרות או התנסויות תפיסתיות יוצאות-דופן).

D. שלילת הפרעה סכיזואפקטיבית והפרעת מצב-רוח: הפרעה סכיזואפקטיבית והפרעת דכאון או ביפולארית נשללו, כי (1) אפיזודות של דיכאון מז'ורי או מאניה לא הופיעו ביחד עם

התסמינים **בשלב האקטיבי**, או (2) **אם הופיעו אירועי מצב-רוח במקביל לתסמיני השלב הפעיל**, הם הופיעו **למשך זמן מינורי** מסך כל פרק הזמן של תקופות המחלה הפעילה והשרידית.

להפרעות אפקטיביות יכולים להיות סממנים פסיכויים, אולם במקרה כזה נראה את הפרעה האפקטיבית באותו זמן עם המאפיינים הפסיכויים. בסכיזופרניה לרוב אם יש הפרעה אפקטיבית היא באה לאחר גל הפסיכויי החריף, והיא קצרה יחסית למשך הסימפטומים הפסיכויים.

E. שלילת שימוש בחומרים / מצב רפואי כללי: ההפרעה אינה מיוחסת להשפעותיו הפיסיווגיות של חומר כלשהו (כגון סם או תרופה) או ממצב רפואי אחר.

F. קשר להפרעת התפתחות רחבת-היקף: אם יש היסטוריה של **הפרעת הספטריום האוטוטי** או פרוץ הפרעת תקשורת של הילדות, תינתן אבחנה נוספת של סכיזופרניה, **רק אם קיימים הרהורי-שווא או הזיות בולטים**, בנוסף לסימפטומים אחרים שדרושים לסכיזופרניה, והמתקיימים במשך חודש אחד לפחות (או פחות, אם טופלו בהצלחה).

ציין אם:

מאפייני מהלך המחלה הבאים יהיו בשימוש רק לאחר פרק זמן של שנה מהמחלה, ואם אינם עומדים בסתירה לקריטריוני האבחון של מהלך המחלה:

- אפיזודה ראשונה, כיום באפיזודה אקוטית: אינדיקציה/מצג ראשון של ההפרעה התואמים לסימפטום שהוגדר בדיאגנוזה וקריטריון הזמן. אפיזודה אקוטית היא תקופת זמן שבה מתממשים ומופיעים קריטריוני הסימפטום.
- אפיזודה ראשונה, כיום בהפוגה (remission) חלקית: הפוגה חלקית היא תקופת זמן שבמהלכה מושג שיפור לאחר אפיזודה קודמת ושבה הקריטריונים המגדירים של ההפרעה מופיעים חלקית.
- אפיזודה ראשונה, כיום בהפוגה מלאה: הפוגה מלאה היא תקופת זמן לאחר אפיזודה קודמת שבמהלכה סימפטומים של ההפרעה אינם נוכחים.
- אפיזודות מרובות, כיום באפיזודה אקוטית: אפיזודות מרובות, עשויות להקבע לאחר מינימום של 2 אפיזודות (כלומר, לאחר האפיזודה הראשונה, הפחתה, ומינימום מעידה/חזרה אחת).
- אפיזודות מרובות, כיום בהפוגה חלקית
- אפיזודות מרובות, כיום בהפוגה מלאה:
- המשכיות: הסימפטומים התואמים את הקריטריונים של התסמינים המאובחנים של ההפרעה נשארים למשך מרבית מהלך המחלה, עם תקופות שבהן ישנו סימפטום תת סיפי מאוד קצר באופן יחסי למהלך הכולל של המחלה.

אין צורך לפרט:

- עם קטטניה

ציין מידת חומרה נוכחית:

החומרה נמדדת על ידי הערכה כמותית של הסימפטומים העיקריים של פסיכזה, כולל דלזיות, הלוצינציות, דיבור לא מאורגן, התנהגות פסיכומוטורית אבנורמלית, ותסמינים שליליים. כל אחד מהסימפטומים האלה עשוי להיות נצפה במידת החומרה הנוכחית שלו (הכי חמור בשבעת הימים האחרונים) בסולם של 5 דרגות מ-0 (לא נוכח) ועד 4 (נוכח וחמור).

אבחון סכיזופרניה יכול להעשות ללא השימוש בציינן מידת החומרה.

הפרעה סכיזואפקטיבית – Schizoaffective Disorder

סכיזופרניה שבה מופיעה הפרעה במצב רוח. הפרוגנוזה טובה יותר, כיוון שיש חיים רגשיים. מספיק שיש התקף מאני אחד – זו האבחנה. לעיתים הסימפטומים הסכיזופרניים בולטים יותר, ולפעמים הסימפטומים הדיכאוניים או המאניים בולטים יותר.

- A. תקופה רציפה של מחלה במהלכה מתרחשת **אפיזודת מצב רוח** (דיכאון מזורי או מאניה) **בו זמנית עם קריטריון A של סכיזופרניה**.
- הערה: אפיזודת הדיכאון המזורי חייבת לכלול את קריטריון A1 – מצב רוח דיכאוני
- B. **דלוזיות או הלוצינציות במהלך שבועיים נוספים** או יותר **ללא אפיזודת המצב רוח** (מאנית או דיכאונית), במהלך תקופת החיים של המחלה.
- C. סימפטומים מתוך הקריטריון של אפיזודת מצב רוח מתקיימים ברוב התקופה הפעילה של המחלה.
- D. המחלה אינה בעקבות אפקט של שימוש בחומרים (סמים או תרופות) או מצב רפואי אחר.

פרוט תת סוגים:

- סוג ביפולרי** – תת סוג זה מאובחן אם אפיזודה מאנית היא חלק ממצג המחלה. אפיזודה דיכאונית גם יכולה להופיע.
- סוג דיכאוני** – תת סוג זה מאובחן במקרה שרק דיכאון מזורי הוא חלק ממצג המחלה.
- פרוט אם: עם קטטוניה
- פרוט אם: האבחנות הבאות יכולות להיות בשמוש רק אחרי שנה של המחלה ואם לא סותרות את הקריטריון האבחוני:

אפיזודה ראשונה המופיעה באפיזודה אקוטית – המצג הראשוני של ההפרעה פוגש את הסמפטום המאובחן ואת זמן הקריטריון. אפיזודה אקוטית היא תקופת זמן בה הקריטריון הסימפטומטי הוא מלא.

אפיזודה ראשונה המופיעה ברמיסיה חלקית – רמיסיה חלקית היא תקופת זמן בה חל שיפור אחרי אפיזודה קודמת ובה הקריטריון המגדיר של ההפרעה מתמלא באופן חלקי

אפיזודה ראשונה המופיעה ברמיסיה מלאה – רמיסיה מלאה היא תקופת זמן לאחר אפיזודה קודמת בה לא קיימים כלל סימפטומים

אפיזודות מרובות, מופיעות באפיזודה אקוטית – יכולות להקבע לאחר מינימום של שתי אפיזודות (למשל, אפיזודה ראשונה, רמיסיה ואז מינימום של שנות אחת)

אפיזודות מרובות, מופיעות ברמיסיה חלקית

אפיזודות מרובות מופיעות ברמיסיה מלאה

מתמשכים : הסימפטומים תואמים את קריטריון האבחון הסימפטומטי של ההפרעה נשארים ברוב מהלך המחלה, עם תקופות סימפטומים תת סיפיות קצרות ביותר ביחס למהלך הכולל.

חומרה: חומרה נקבעת ע"י שאלון כמותי של הסימפטומים המרכזיים של הפסיכוזה כולל דלוזיות והלוצינציות, דיבור לא מאורגן, התנהגות פסיכו מוטורית אבנורמלית וסימפטומים שליליים. כל אחד מהסימפטומים האלה מדורג לפי חומרתו (הכי חמור בשבעה ימים האחרונים) בסקלה של 0-4 (0-לא מופיע, 4-חמור).

אבחון הפרעה סכיזואפקטיבית יכול להיעשות ללא שימוש בקריטריון החומרה.

פסיכוזה מוחלשת - Attenuated Psychosis Syndrome

A. לפחות **סימפטום אחד** מהבאים מופיע בצורה **מוחלשת** עם **תפיסת מציאות יחסית תקינה**, אבל הסימפטום מספיק חמור או תכוף כדי לעורר תשומת לב רפואית:

1. דלזיות / רעיונות דלזיוניים

2. הזיות / תפיסות לא תקינות

3. דיבור לא מאורגן / קושי בתקשורת

B. קריטריון A צריך להופיע לפחות פעם בשבוע בחודש האחרון

C. קריטריון A התחיל או החמיר בשנה האחרונה

D. לא ניתנה בעבר אבחנה של הפרעה פסיכוטית.

הפרעת אישיות סכיזופרנית	הפרעה סכיזופרנית יבית	הפרעה דלזיונית	פסיכוזה מוחלשת Ateenuated	הפרעה פסיכוטית קצרה Brief	סכיזופרני פורם	סכיזופרני ה	
	סכיזופרניה + הפרעה אפקטיבית			קצרה מסכיזופרנית ורם, לרוב עם גורם דחק	כמו סכיזופרניה אבל קצרה ממנה		
דפוס נרחב מגוון קשרים 5 תסמינים לקות חברתית + הפרעות קוג' / תפסיתיות + התנהגות מוזרה	קריטריון A ובמקביל אפיזודת דכאון מאז'ורי (הכוללת מצב רוח דכאוני) / אפיזודה מאנית	רק מחשבות / מחשבות שווא.	I סימפטום פסיכוטי מוחלש +בוחן מציאות יחסית תקין	I מתסמיני השלב הפעיל (לא כולל סימפטומים שליליים)	קריטריון A של סכיזופרניה	קריטריון A: II תסמיני שלב פעיל במשך חודש	מאפיין עיקרי
	חודש	חודש	לפחות פעם בשבוע בחודש האחרון	לפחות יום פחות מחודש	חודש	חודש	משך השלב הפעיל
	עוד שבועיים של דלזיות / הלוצינציות ללא אפיזודת דכאון / מאניה				תסמינים שליליים / II תסמיני שלב פעיל מוחלשים	תסמינים שליליים / II תסמיני שלב פעיל מוחלשים	סימנים מתמשכים
			התחיל / החמיר בשנה האחרונה		חודש עד חצי שנה	חצי שנה ומעלה	משך כללי
		אם יש הזיות – אינן מוזרות		לרוב מגיע בסמוך לגורם דחק			לעיתים יש

		לא קיים בעבר או בהווה השלב הפעיל של סכיזופרניה	אבחנה פסיכוטית בעבר		דיכאון / מאניה לא מופיעים בשלב הפעיל / מינוריים	דיכאון / מאניה לא מופיעים בשלב הפעיל / מינוריים	אין
		תפקוד אינו לקוי באופן ניכר התנהגות לא מוזרה		חזרה לתפקוד תקין, ללא הדרדרות / ירידה קוג'			תפקוד כללי
הפרעת אישיות יחידה שמגיבה לטיפול אנטי-פסיכוט י		לא מגיבים לטיפול תרופתי					טיפול

הפרעות בי-פולאריות

Bipolar and Related Disorders

אפיזודת דיכאון מאז'ורי – Major Depressive episode

A. 5 סימפטומים (או יותר) שהופיעו במהלך שבועיים רוב היום, כמעט כל יום, ומייצגים שינוי מהתפקוד הקודם. לפחות אחד מהסימפטומים הוא או מצב רוח דכאוני או אבדן עניין או הנאה. הדיווחים יכולים להיות עצמיים או נצפים על-ידי אחרים.

הערה: אין לכלול סימפטומים שבבירור יש ליחסם למצב רפואי אחר.

1. **מצב רוח דכאוני רוב היום, כמעט כל יום**, לפי דיווח עצמי (לדוגמא, מרגיש עצוב, ריקני, חסר תקווה) או אבחנה שנעשתה על ידי אחרים (לדוגמא, מופיע כשהוא מלא דמעות). (הערה: אצל ילדים ומתבגרים יכול להיות מצב רוח עצבני).

2. **עניין או הנאה ירודים באופן ניכר**, בכל / כמעט בכל פעילויות היום.

3. **אובדן משקל משמעותי** כאשר לא עושים דיאטה או מעלים במשקל (לדוגמא, שינוי של יותר מ-5% ממשקל הגוף במשך חודש) או **ירידה או עליה בתיאבון**, כמעט בכל יום. (הערה: בילדים יש לקחת בחשבון גם אי הצלחה לעלות במשקל כפי שמצופה).

4. **אינסומניה או היפרסומניה** (קושי לישון או שינת יתר).

5. **חוסר מנוחה** (agitation) או **איטיות** / **עיכוב פסיכומטורי** (retardation).

6. **עייפות** (fatigue) או **אובדן אנרגיה**.

7. **תחושות של חוסר ערך או אשמה מוגזמת או לא מותאמת** (שיכולה להיות דלזיונית) (לא רק גינוי עצמי- self reproach או אשמה לגבי היותו חולה).

8. **יכולת מופחתת לחשוב או להתרכז או חוסר החלטיות** - indecisiveness

9. **מחשבות חוזרות על מוות** (לא רק פחד מלמות), מחשבות **אובדניות** (suicidal ideation) חוזרות ללא תכנית ספציפית, או ניסיון להתאבדות או תכנית ספציפית לביצוע התאבדות.

B. הסימפטומים גורמים למצוקה (distress) משמעותית קלינית או ליקוי תעסוקתי או חברתי, או בתחומים חשובים אחרים בתפקוד.

C. האפיזודה אינה קשורה להשפעות פיזיולוגיות של חומרים או מצב רפואי אחר.

הערות:

דיכאון מאז'ורי שכיח בהפרעה ביפולארית 1, אך לא נדרש לצורך האבחנה של הפרעה ביפולארית 1.

תגובות לאובדן משמעותי (לדוגמא, שכול, כסף, אבדות מאסון טבע, מחלה רפואית קשה או חוסר יכולת) עלולות לכלול תחושת עצב עז, הרהורים על האובדן, אינסומניה, חוסר תיאבון, ירידה במשקל שצוינו בקריטריון A, העלולים להיות דומים לאפיזודת דיכאון. על אף שסימפטומים אלה עשויים להיות מובנים או מותאמים לאובדן, ההופעה של אפיזודת דיכאון מאז'ורי בנוסף לתגובה הנורמלית לאובדן משמעותי צריכה להילקח בחשבון. החלטה זו, באופן בלתי נמנע דורשת הפעלת

שקול דעת קליני, המבוסס על ההיסטוריה של האדם ונורמות תרבותיות לביטוי המצוקה בקונטקסט האובדן.

אפיזודה מאנית – Manic episode

שבוע שבו רוב היום, כמעט כל יום -
מצב רוח עצבני / מרומם באופן חריג + אנרגיה / פעילות מכוונת מטרה מוגזמת +
3 סימפטומים ספציפיים

A. תקופה מובחנת של **מצב רוח שהוא באופן עקבי ומשונה מרומם, מוגזם או עצבני**, יחד עם אנרגיה מוגזמת או פעילות מכוונת מטרה הנראית משונה ועקבית. נמשכת **לפחות שבוע**, מופיעה למשך **רוב היום, כמעט כל יום** (או למשך כל זמן שהוא, אם אשפז הכרחי).

B. במהלך תקופת הפרעות מצב הרוח והפעילות או האנרגיה המוגברות, **3** (או יותר) **מהסימפטומים (4 אם מצב הרוח הוא רק עצבני)** מתקיימים במידה משמעותית ומייצגים שינוי הנראה לעין מההתנהגות הרגילה:

1. **הערכה עצמית מופרזת או גרנדיוזיות**
2. **ירידה בצורך לישון** (למשל, מרגיש שנח רק אחרי 3 שעות שינה).
3. **פטפון** יותר מהרגיל או לחוץ להמשיך לדבר
4. **Flight of ideas** - תעופת רעיונות או חוויה סובייקטיבית שהמחשבות רצות.
5. **Distractibility** - **מוסחות** (כלומר, תשומת לב שנמשכת בקלות מידי לגורם חיצוני שהוא לא חשוב או לא רלוונטי) שנצפתה או דווחה.
6. **עליה בפעילות מכוונת מטרה** (או חברתית, בעבודה או ב"ס, או מינית) או תסיסה / התרגשות פסיכומוטורית (agitation).
7. **מעורבות מוגזמת בפעילויות שיש להן פוטנציאל גבוה לתוצאות כואבות** (לדוגמא, מסעות קניה בלתי מרוסנים/ חוסר בשיקול דעת התנהגות מינית או השקעות עסקיות מטופשות).

C. הפרעת מצב הרוח חמורה דיה כדי לגרום ליקוי ניכר בתפקוד חברתי או תעסוקתי או להצריך אשפוז על מנת למנוע נזק לעצמו או לאחרים, או שיש מאפיינים פסיכויים.

D. לא ניתן לייחס את האפיזודה לאספקטים פיזיולוגיים של חומר (שימוש בסם, תרופה או טיפול אחר) או למצב רפואי אחר.

הערה: אפיזודה מאנית מלאה שמופיעה במהלך טיפול נגד דיכאון (למשל תרופה, טיפול בהלם חשמלי) אך נמשכת ברמה של סינדרום מלא מעבר לאפקט הפיזיולוגי של הטיפול, זו הוכחה מספיקה לאפיזודה מאנית ולכן- ביפולארית 1.

הערה: קריטריונים A-D מהווים אפיזודה מאנית. לפחות אפיזודה מאנית אחת למשך החיים נדרשת על מנת לתת דיאגנוזה של ביפולארית 1.

אפיזודה היפו-מאנית – Hypomanic episode

לעומת אפיזודה מאנית: 4 ימים, אותו מספר סימפטומים, ללא מאפיינים פסיכוטיים, ללא פגיעה משמעותית בתפקוד, ללא צורך באשפוז.

A. תקופה מובחנת של אבנורמליות ומצב רוח שהוא באופן עקבי מרומם מוגזם או עצבני ואנרגיה או פעילות מכוונת מטרה ומתמידה ועולה באופן עקבי ואבנורמלי. נמשכת לפחות **4 ימים עוקבים**, מופיעה **רוב היום**, כמעט **כל היום**.

B. במהלך תקופת הפרעות מצב הרוח והפעילות או האנרגיה המוגברות, **3** (או יותר) מהסימפטומים (**4 אם מצב הרוח הוא רק עצבני**) מתקיימים במידה משמעותית ומייצגים שינוי הנראה לעין מההתנהגות הרגילה:

1. **הערכה עצמית מופרזת או גרנדיוזיות**
2. **ירידה בצורך לישון** (למשל, מרגיש שנח רק אחרי 3 שעות שינה).
3. **פטפטן** יותר מהרגיל או לחוץ להמשיך לדבר
4. **Flight of ideas** - תעופת רעיונות או חוויה סובייקטיבית שהמחשבות רצות.
5. **Distractibility** - **מוסחות** (כלומר, תשומת לב שנמשכת בקלות מידי לגורם חיצוני שהוא לא חשוב או לא רלוונטי) שנצפתה או דווחה.
6. **עליה בפעילות מכוונת מטרה** (או חברתית, בעבודה או ב"ס, או מינית) או תסיסה / התרגשות פסיכומטורית (agitation).
7. **מעורבות מוגזמת בפעילויות שיש להן פוטנציאל גבוה לתוצאות כואבות** (לדוגמא, מסעות קניה בלתי מרוסנים/ חוסר בשיקול דעת התנהגות מינית או השקעות עסקיות מטופשות).

C. האפיזודה קשורה לשינוי חד משמעי בתפקוד.

D. הפרעת מצב הרוח והשינוי בתפקוד ניתנים לצפייה על ידי אחרים.

E. האפיזודה אינה חמורה כדי לגרום לליקוי ניכר בתפקוד החברתי או תעסוקתי או לחייב אשפוז. אם יש מאפיינים פסיכוטיים האפיזודה על פי ההגדרה היא מאנית (ולא היפו מאנית).

F. לא ניתן לייחס את ההפרעה לאפקטים פיזיולוגיים של חומרים (לדוגמא סמים, תרופות או טיפול).

הערה: אפיזודה היפו-מאנית מלאה שצצה במהלך טיפול נגד דיכאון (לדוגמא, תרופות או שוק חשמלי) אך נמשכת מעבר לאפקטים פיזיולוגיים של הטיפול, זו הוכחה מספיקה לאבחנה של אפיזודה היפו-מאנית. עם זאת, יש לנקוט בזהירות באבחנה במידה וסימפטום אחד או שניים (במיוחד עלייה בעצבנות או תסיסה בעקבת שימוש בטיפול אנטי דיכאון) לא ייחשבו כמספיקים לאבחון אפיזודה היפו-מאנית וגם לא בהכרח יעידו על diathesis (נטייה מוקדמת לסבול מבי-פולאריות).

הערה: קריטריונים A-F מהווים אפיזודה היפו-מאנית. אפיזודות היפו-מאניות שכיחות בהפרעה דו-קוטבית 1, אך לא בהכרח מהווים אינדיקציה לביפולאריות 1 (**אפיזודה היפו-מאנית ללא בי-פולאריות**).

מגדיר הפרעות ביפולאריות - Specifiers for Bipolar and Related Disorders

-anxious distress - מצוקה חרדתית: שניים או יותר ברוב הימים

- עצבנות
- חוסר שקט
- דאגה שגורמת לחוסר יכולת להתרכז
- פחד שמהו נורא עלול לקרות
- פחד שהאדם יאבד שליטה

חומרה – קל / בינוני / חמור – לפי מספר הסימפטומים.

- mixed features

- אפיזודת מאניה / היפומאניה מלאה + שלושה מהסימפטומים של אפיזודת דכאון ברוב הימים.
- אפיזודת דכאון מאזורי + שלושה סימפטומים של מאניה / היפומאניה.

-rapid cycling - מעגליות מהירה – 4 אפיזודות שונות בשנה האחרונה.

עם מאפיינים מלאנכוליים – ביולוגי מובהק, מיועד לטיפול תרופתי. אבחן הנאה מוחלט או כמעט מוחלט / חוסר תגובתיות לגירויים מהנים + 3 מהבאים:

- איכות ייחודית של מצב רוח עם דיכאון עמוק
- הדיכאון גרוע יותר בבוקר
- יקיצה מוקדמת
- סימני פרכומוטריים מוחלשים או מוגברים.
- אנורקסיה או ירידה במשקל
- רגשות אשם מוגזמים.

לא-טיפוסיים – התפרצות בנסיבות לא טיפוסיות -

- העלאה במשקל או עליה בתאבון.

- שינה מרובה
- תחושת כבדות כמו עופרת
- תחושה של רגישות גבוהה לדחיה

Mood congruent psychotic features – מאפיינים פסיכוטיים בהלימה עם מצב הרוח
Mood congruent psychotic features – מאפיינים פסיכוטיים בהלימה עם מצב הרוח

Catatonia - קיפאון נוקשה או מצב גופני שניתן לפסל אותו
Seasonal pattern - דפוס עונתי. הפרעה שקשורה לחשיפה לאור השמש (טיפול באמצעות נורה מיוחדת).

Peripartum onset

מאפיין זה יכול להנתן עבור האבחנה הנוכחית או, אם לא מתקיימים כלל הקריטריונים הנדרשים לאפיזודת דיכאון מג'ורי, אבל מרבית הסימפומים של אפיזודת מצב הרוח מתרחשים במהלך הריון או 4 שבועות לאחר לידה.

3%-6% מהנשים יחוו התחלה של דיכאון מאז'ורי במהלך ההריון או בשבועות או חודשים לאחר הלידה. אצל 50% מהנשים המאובחנות עם דיכאון מאז'ורי "לאחר הלידה" האפיזודה התחילה למעשה עוד לפני הלידה. לפיכך, האפיזודות אלה מכונות כולן "peripartum". לנשים עם דיכאון מאז'ורי peripartum יש לעתים קרובות חרדה קשה, ואף התקפי פאניקה.

מחקרים פרוספקטיביים הראו כי סימפטומים של מצב רוח וחרדה במהלך ההריון, כמו גם "בייבי בלוז", הגבירו את הסיכון לדיכאון מאז'ורי לאחר לידה.

האפיזודה עשויה להתרחש עם או בלי מאפיינים פסיכוטיים. רצח ילדים לרוב נמצא בקורלציה עם התקפים פסיכוטיים לאחר לידה, הכוללים הלוצינציות של פקודות להרוג את התינוק, או דלזיות כי התינוק הוא אחוז דיבוק, אך תסמינים פסיכוטיים לאחר לידה יכולים להתרחש במהלך האפיזודה גם ללא הלוצינציות או דלזיות ספציפיות כמו כאלה.

אפיזודות מצב הרוח לאחר לידה (דיכאון מאז'ורי או מאניה) עם מאפיינים פסיכוטיים מתרחשות בטווח שבין 1 מתוך 500 לבין 1 מתוך 1000 לידות, ונפוצות יותר בקרב הלידות הראשונות. הסיכון של האפיזודות לאחר לידה עם מאפיינים פסיכוטיים גדול בעיקר בקרב נשים שכבר חוו בעבר דיכאון אחרי לידה, אך הוא גבוה גם עבור אלו עם היסטוריה קודמת של דיכאון או הפרעה דו קוטבית (במיוחד הפרעה דו קוטבית 1) ואלו עם היסטוריה משפחתית של הפרעות דו קוטביות.

במידה ואישה חוותה אפיזודת מצב רוח לאחר לידה עם מאפיינים פסיכוטיים, הסיכון לאפיזודה כזו בכל לידה נוספת הינו בין 30% ל-50%. יש להבחין בין אלו לבין הזיות המתרחשות בתקופה שלאחר הלידה, אשר מאופיינות בתנודתיות ברמות המודעות או תשומת לב.

הפרעה בי-פולארית I – Bipolar I Disorder

- A. הופעת **אפיזודה מאנית אחת** לפחות.
- B. ההופעות של אפיזודה מאנית ודיכאון מאלורי לא מוסברים טוב יותר על ידי הפרעה סכיזו-אפקטיבית, סכיזופרניה, הפרעה סכיזופרניפורמית, הפרעת דלזיה או כל סוג אחר על הספקטרום של סכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות.

יש לציין אם מופיע עם סימנים כמפורט ב **Specifiers for Bipolar and Related Disorders**.

**** לשתי ההפרעות הטיפול התרופתי זהה.**

הפרעה בי-פולארית II – Bipolar II Disorder

על מנת לאבחן הפרעה ביפולארית מסוג II הכרחי שיתקיימו:
הקריטריונים לאפיזודה היפומאנית, בעבר או כיום **וגם** הקריטריונים לדיכאון מאלורי, בעבר או כיום.
מעולם לא היתה אפיזודה מאנית.

קריטריונים לאבחון

- A. אפיזודה **היפומאנית** אחת לפחות ולפחות אפיזודת **דיכאון מאלורי** אחת.
- B. **מעולם לא הייתה אפיזודה מאנית.**
- C. ההופעה ראשונית של אפיזודה היפומאנית ואפיזודת דיכאון מאלורי, אינה מוסברות טוב יותר על ידי הפרעה סכיזואפקטיבית, סכיזופרניה, הפרעת סכיזופראניפורמית, הפרעת דלזיה או הפרעה אחרת מפורטת או לא בספקטרום הסכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות.
- D. הסימפטומים של דיכאון או של מצב של התנהגות לא צפויה הנגרמים כתוצאה **משינויים תכופים בין תקופות דיכאוניות להיפומאניה גורמים למצוקה** קלינית משמעותית או ליקוי חברתי, תעסוקתי או תחום תפקודי משמעותי אחר.

יש לציין אם:

אפיזודה נוכחית או אחרונה היא היפומאניה או דיכאון.

יש לציין אם מופיע עם סימנים כמפורט ב **Specifiers for Bipolar and Related Disorders**.

הפרעה ציקלוטמית – Cyclothymic Disorder

לפחות שנתיים ש חוסר יציבות במצב הרוח, התסמינים ממותנים יותר ביחס לביפולאר II, אך דומה:
 סימפטומים היפומאניים ודכאוניים אך לא לגמרי אפיזודה היפומאנית / אפיזודת דכאון מאזורי.
 לפחות חצי מהזמן, חודשיים ברצף, הופיעו סימפטומים היפומאניים / דכאוניים.
 קשור למאפייני אישיות, זו לא אפיזודה.

- A. במשך **שנתיים** לפחות (לפחות **שנה בילדים** ומתבגרים) היו מספר תקופות עם **סימפטומים היפומאניים**, ואשר לא התמלאו הקריטריונים לאפיזודה היפומאנית, ומספר תקופות עם **סימפטומים דיכאוניים**, שלא התמלאו כל הקריטריונים לאפיזודת דיכאון מאזורי.
- B. במהלך תקופה זו, תקופות ההיפומאניה והדיכאון נכחו **לפחות מחצית מהזמן**, והאדם היה עם הסימפטומים **יותר מחודשיים ברצף**.
- C. **מעולם לא מולאו הקריטריונים לדיכאון מאזורי, מאניה או אפיזודה היפומאנית**.
- D. הסימפטומים בקריטריון A, אינם מוסברים בצורה טובה יותר על ידי הפרעה סכיזו-אפקטיבית, סכיזופרניה, הפרעה סכיזופרניפורמית, הפרעות דלזיה, או הפרעה אחרת בספקטרום הסכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת.
- E. הסימפטומים אינם מיוחסים להשפעות פיזיולוגיות של חומר (לדוגמא, סם או תרופה) או מצב רפואי אחר (לדוגמא, hyperthyroidism).
- F. הסימפטומים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקוי חברתי, תעסוקתי או בתחום אחר משמעותי בתפקוד.

יש לציין אם מופיע עם הפרעת חרדה.

יש לציין אם מופיע עם סימנים כמפורט ב **Specifiers for Bipolar and Related Disorders**.

הפרעות דיכאון

Depressive Disorders

- ❖ הפרעת ויסות מצב הרוח - Disruptive Mood Regulation Disorder
- ❖ הפרעת דיכאון מאז'ורי
- ❖ הפרעת דיכאון מתמשך (דיסתימיה) – Persistent Depressive Disorder
- ❖ הפרעת דיכאון ווסתי - Premenstrual Dysphoric Disorder

הפרעת ויסות מצב הרוח – Disruptive Mood Regulation Disorder

הקושי המרכזי הוא סביב הויסות. מצב רוח מדוכדך עם "זליגת" העצבים מידי פעם. **במשך שנה, ללא הפוגה שעולה על שלושה חודשים:**
התפרצויות **3 פעמים בשבוע**, מצב הרוח ביניהן עצבני / כעוס רוב היום כמעט כל יום **לפחות בשני הקשרים**.
בין גיל 6-18.

- A. התפרצויות מצב רוח חוזרות וחמורות** הנראות באופן וורבלי ו/או התנהגותי (אגרסיה פיסית כלפי אנשים או רכוש) שהן **מוגזמות או יוצאות מפרופורציות** בעוצמה או במשך ביחס לסיטואציה או לפרובוקציה.
- B. התפרצויות מצב הרוח אינן תואמות לשלב ההתפתחותי.**
- C. התפרצות מצב הרוח מופיעה, בממוצע שלוש פעמים בשבוע** או יותר.
- D. מצב הרוח בין ההתפרצויות המזג הוא עצבני בהתמדה** או כועס רוב היום, כמעט כל יום, ונצפה ע"י אחרים.
- E. קריטריונים A-D נכחו 12 חודשים** או יותר. במשך זמן זה לאדם **לא היתה תקופה** של רציפה של **3 חודשים** או יותר **בלי כל הסימפטומים** מקריטריונים A-D.
- F. קריטריונים A ו-D נוכחים בלפחות שתיים מתוך שלוש הסביבות** (בבית, בביה"ס, עמיתים) ונמצא חמור בלפחות אחד מהם.
- G. הדיאגנוזה צריכה להיעשות לראשונה בין גיל 6-18.**
- H. היסטורית או ע"י אבחנה, גיל תחילת הקריטריונים A-E הוא לפני גיל 10.**
- I. מעולם לא היתה תקופה ברורה שנמשכה יותר מיום אחד במהלכה נצפתה מאניה / היפומאניה.**
- הערה:** התפתחות הולמת של מצב רוח מרומם, כמו שמופיע בהקשר של אירוע חיובי מאוד או בציפייה לו, לא צריך להיחשב כסימפטום של מאניה או היפומאניה.
- J. ההתנהגות אינה מופיעה בלעדית במהלך אפיזודה של הפרעת דיכאון מג'ורי ואינה מוסברת טוב יותר ע"י הפרעה נפשית אחרת (אוטיזם, הפרעת חרדה פוסט טראומטית, דיסטימיה, הפרעת חרדת פרידה).**

כן יכולה להתקיים בו זמנית עם הפרעות אחרות כגון: 1. הפרעת דיכאון מג'ורי 2. הפרעת התנהגות חמורה (conduct disorder) 3. ADHD 4. הפרעת שימוש בסמים	הדיאגנוזה הזו לא יכולה להתקיים עם הפרעת: 1. מתריסות והתנגדות (oppositional defiant) 2. הפרעת כעס מתפרץ (intermittent explosive) *עבור שתי אלו תנתן אבחנה של הפרעת ויסות מצב רוח 3. הפרעה ביפולרית – לא תנתן אבחנה של הפרעת ויסות מצב רוח
--	--

K. לא ניתן לייחס את הסימפטומים להשפעות פסיכולוגיות של חומרים או למצב רפואי או נוירולוגי אחר.

הפרעת דיכאון מז'ורי – Major Depressive Disorder

שבועיים לפחות של 5 סימפטומים כמעט כל יום. טיפול בהיביוריסטי activation therapy שנועד להניע את האדם לדברים שבעבר עשו לו טוב.

A. 5 (או יותר) מהסימפטומים הבאים היו קיימים במשך אותם השבועיים ומייצגים שינוי מהתנהגות קודמת, לפחות אחד מהסימפטומים הוא או (1) מצב רוח מדוכא או (2) איבוד עניין או הנאה.

הערה: לא כולל סימפטומים שבמובהק משויכים למצב רפואי אחר.

1. **מצב רוח דכאוני** רוב היום, שדווח בדיווח עצמי (תחושת עצבות, ריקנות, או חוסר תקווה) או נצפה על ידי אחרים (הערה: אצל ילדים ומתבגרים יכול להיות מצב רוח עצבני).
2. **צמצום בולט בעניין או הנאה בכל**, או כמעט כל פעילויות רוב היום (דיווח עצמי או נצפה ע"י אחרים).

3. **ירידה משמעותית במשקל** לא בדיאטה או **עליה במשקל** (שינוי ב 5% ממשקל הגוף תוך חודש), או **שינוי בתיאבון** (בילדים, אין עליה במשקל).

4. **נדודי שינה או יתר שינה.**

5. **תסיסה פסיכומטורית או האטה מוטורית** (נצפה ע"י אחרים, לא דיווח עצמי בלבד על תחושת חוסר מנוחה או האטה).

6. **תשישות או חוסר אנרגיה.**

7. **תחושת חוסר ערך או אשמה מוגזמת** או לא מותאמת (שיכולה להיות דלוזיה).

8. **צמצום היכולת להתרכז** או לחשוב, או הססנות.

9. **מחשבות חוזרות על מוות** (לא רק פחת ממוות), רעיונות חוזרים של התאבדות בלי תכנון ספציפי, או ניסיון התאבדות, או תכנון לבצע התאבדות.

B. הסימפטומים גורמים למצוקה משמעותית או לפגם בתפקוד החברתי, התעסוקתי, או תחומי תפקוד משמעותיים אחרים.

C. האפיזודה אינה קשורה לסימפטומים פיזיולוגיים של חומרים או למצב רפואי אחר.

הערה: קריטריונים A-C מייצגים דיכאון מאג'ורי.

הערה: תגובה לאובדן משמעותי, נכות, מחלה קשה.. עלולה לכלול סימפטומים הדומים לדיכאון מאג'ורי. למרות שהתסמינים יכולים להיות מובנים בהקשרם ומותאמים לאובדן. יש להביא בחשבון שהסטרסורים הללו יכולים להוביל לדיכאון על כן יש לבחון כל מקרה לגופו, להתייחס להסטוריה של האדם ולבצע הערכה קלינית מעמיקה.

D. הופעת הדיכאון המאג'ורי אינה מוסברת טוב יותר ע"י סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעה סכיזופורמית, הפרעה דלוזיונאלית, או הפרעות בספקטרום הסכיזופרניה ספציפיות/ לא ספציפיות והפרעה פסיכוטית אחרת.

E. מעולם לא היו אפיזודות מאניות או היפומאניות (אלא אם היו אך ורק בהשפעת מצב פיזיולוגי / רפואי אחר).

הפרעת דיכאון מתמשך (דיסתימיה) – Persistent Depressive Disorder

הפרעה דיכאונית פחות קיצונית מהדיכאון המג'ורי, אך היא ממושכת ביותר, וגם הפרוגנוזה שלה פחות טובה.

דכדוך כרוני במשך **שנתיים** (שנה אצל ילדים), ללא הפוגות של למעלה מחודשיים.

2 סימפטומים. עשוי להופיע יחד עם דכאון מז'ורי.

A. **מצב רוח דיכאוני רוב היום**, במשך **רוב הימים**, שדווח בדיווח עצמי או נצפה ע"י אחרים. למשך **שנתיים לפחות**. הערה: אצל **ילדים ומתבגרים**, מצב הרוח יכול להיות **עצבנות** והמשך חייב להיות לפחות **שנה אחת**.

B. במהלך הדיכאון, הופעה של 2 (או יותר) מהסימפטומים הבאים:

1. חוסר תיאבון או אכילה מופרזת.

2. נדודי שינה או שנת יתר.

3. חוסר אנרגיה או עייפות.

4. דימוי עצמי נמוך.

5. קושי להתרכז או לקבל החלטות.

6. תחושת חוסר תקווה.

C. במהלך השנתיים (שנה בילדים ומתבגרים) מתוך ההפרעה, האדם מעולם לא היה מבלי הסימפטומים מקריטריונים A ו-B ליותר מחודשיים כל פעם.

D. הקריטריונים לדיכאון מאג'ורי יכולים להיות נוכחים במשך שנתיים.

E. מעולם לא היתה **אפיזודה מאנית או היפומאנית** והקריטריונים מעולם לא התאימו להפרעה ציקלית.

F. ההפרעה אינה מוסברת טוב יותר ע"י: סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעה סכיזופורמית, הפרעה דלזיונאלית, או הפרעות בספקטרום הסכיזופרניה ספציפיות/ לא ספציפיות והפרעה פסיכוטית אחרת.

G. התסמינים אינם קשורים להשפעות פיזיולוגיות של חומרים או מצב רפואי אחר.

H. הסימפטומים גורמים להפרעות קליניות או פגיעה בתפקוד החברתי, התעסוקתי או בתחומי חיים משמעותיים אחרים.

הערה: בגלל שהקריטריונים לדיכאון מאג'ורי כוללים 4 סימפטומים שאינם קיימים בדיסתימיה, יהיו מקרים בעלי סימפטומים דיכאוניים שנמשכים יותר משנתיים אבל לא יתאימו לדיסתימיה. כשכל הקריטריונים לאפיזודת דיכאון מאג'ורי נפגשו בנקודה מסוימת במהלך האפיזודה, צריכה להינתן אבחנת דיכאון מאג'ורי. אחרת, דיאגנוזה של הפרעת דיכאון ספציפית אחרת או לא ספציפית היא מוצדקת.

ציין אם: Specifiers for Bipolar and Related Disorders

ציין אם: ברמיסה חלקית / מלאה

ציין אם: התפרצות מוקדמת: לפני גיל 21 / התפרצות מאוחרת: בגיל 21 או אחר

ציין אם (ברוב הזמן בשנתיים האחרונות של ההפרעה):

- עם **סינדרום דיסתימי טהור**: הקריטריונים המלאים לאפיזודת דיכאון מאג'ורי לא התרחשו לפחות בשנתיים האחרונות
- עם אפיזודה של דיסתימיה: קריטריונים מלאים לאפיזודה של דיסתימיה התרחשו במהלך השנתיים האחרונות

- עם אפיזודות הבאות לסירוגין של דיכאון מאגורי, ועם אפיזודה נוכחית: קיימים קריטריונים מלאים של אפיזודת דיכאון מאגורי, אך היו תקופות של 8 שבועות לפחות בשנתיים האחרונות לפחות עם סימפטומים נמוכים מסף אפיזודה מלאה של דיכאון מאגורי.
- עם אפיזודות הבאות לסירוגין של דיכאון מאגורי, ללא אפיזודה נוכחית: אין קריטריונים מלאים של אפיזודת דיכאון מאגורי, אך היתה אפיזודת דיכאון מאגורי אחת בשנתיים האחרונות לפחות.

הפרעת דיכאון ווסתי – Premenstrual Dysphoric Disorder

5 סימפטומים רוב המחזור ברוב המחזורים במשך שנה. יכול להתרחש עם הפרעות נוספות, אבל לא כהחמרה שלהן.

A. **ברוב המחזור** הוויסתי חייבים להיות נוכחים לפחות **5 סימפטומים**, בשבוע האחרון שלפני תחילת הווסת, המתחילים להשתפר לאחר כמה ימים מתחילת הווסת, ומופחתים או נעלמים בשבוע שלאחר הווסת.

B. **אחד** (או יותר) מהסימפטומים הבאים חייב להיות נוכח:

1. **אפקט לא יציב בולט** (גלישות מצב רוח, הרגשת עצב פתאומית או רצון לבכות או רגישות יתר לדחייה).

2. **רגזנות** בולטת או **כעס** בולט או עליה בקונפליקטים אישיים.

3. **מצב רוח דיכאוני** בולט, תחושת חוסר תקווה או מחשבות זלזול עצמי.

4. **חרדה** משמעותית, מתח /או סערה או תחושה של היות על הקצה.

C. אחד (או יותר) מהסימפטומים הבאים צריך להיות נוכח בנוסף, **ולהגיע ל- 5 סימפטומים** בשילוב עם הסימפטומים מקריטריון B:

1. ירידה בעניין בפעילויות יום יומית (עבודה, ביה"ס, חברים ותחביבים).

2. קושי סובייקטיבי להתרכז.

3. תשישות, עייפות בקלות או חוסר אנרגיה בולט.

4. שינוי בולט בתיאבון, אכילת יתר או תשוקה/ תאוה ספציפית לאוכל.

5. נדודי שינה או שינת יתר.

6. תחושה של הצפה או חוסר שליטה.

7. סימפטומים פסיקליים כמו רכות בחזה ונפיחות. כאב במפרק או בשריר, תחושת נפיחות או עליה במשקל.

הערה: הסימפטומים מקריטריונים A-C חייבים להיות **ברוב המחזורים הוויסתיים שמופיעים בשנה שאחרי**.

D. הקריטריונים מקושרים עם **מצוקה קלינית** או הפרעה ב: ביה"ס, עבודה, פעילויות חברתיות רגילות או מע' יחסים עם אחרים (התעלמות מפעילות חברתית, ירידה ביצרנות ועילות בעבודה, בביה"ס או בבית).

E. ההפרעה היא לא רק החמרת הסימפטומים של הפרעה אחרת, כמו הפרעת דיכאון מאגורי, הפרעת פאניקה, דיסתימיה, או הפרעת אישיות (על אף שיכולה להתרחש בו זמנית עם כל אחת מההפרעות הללו).

F. קריטריון A צריך להיות מאושר ע"י תיעוד יומי למשך לפחות שני מחזורים סימפטומטיים (הערה: האבחנה יכולה להיערך באופן זמני לפני האישור).

G. הסימפטומים אינם תוצאה של שימוש בחומרים (כמו סמים או תרופות) או מחלה גופנית (למשל פעילות יתר של בלוטת התריס).

הפרעות חרדה

Anxiety Disorders

הפרעות חרדה כוללות הפרעות שיש להן מאפיינים של פחד מופרז וחרדה וקשורות להפרעות התנהגותיות.

פחד – הינו תגובה רגשית לאיום ממשי או משהו הנתפס כאיום, בעוד ש**חרדה** הינה הציפייה לאיום בעתיד. באופן ברור שני מצבים אלה גם חופפים, אבל יש ביניהם גם הבדלים. בעוד שפחד נקשר יותר לעלייה חדה של ההתעוררות האוטונומית ההכרחיים למצבים "fight or flight", למחשבות על סכנה מיידית ולהתנהגויות בריחה, הרי שחרדה נקשרת יותר למתח בשרירים, לדריכות בהתכוונות לקראת סכנה עתידית ולהתנהגויות נמנעות או זהירות.

הפרעות חרדה נבדלות ביניהן בסוגי האובייקטים או המצבים היוצרים הפחד, חרדה או התנהגויות הימנעות, ובחשיבה הקוגניטיבית הנקשרת לכך. הפרק בנוי באופן התפתחותי, כשרצף ההפרעות מסודר ברצף על פי הגיל האופייני של הופעת הסימפטומים.

❖ **חרדת נטישה - Separation Anxiety Disorder**

❖ **הפרעת פאניקה - Panic Disorder**

❖ **מוטיזם סלקטיבי**

❖ **פוביה ספציפית**

❖ **חרדה חברתית**

❖ **אגרופוביה**

❖ **הפרעת חרדה מוכללת**

❖ **הפרעות חרדה אחרות**

הגוף שלנו ערוך להתמודד עם גירויים שנחווים מסוכנים - תגובה מהירה פסיכו-פיזית לאיומים: אישונים מתרחבים, יש יותר סוכר, יותר אינסולין לפרק אותו, מערכת החיסון נערכת לפציעה.

חרדת נטישה – Separation Anxiety Disorder

4 שבועות של 3 מאפיינים לא תואמי התפתחות (חצי שנה אצל מבוגרים).
זוהי חרדה בלתי תואמת את ההתפתחות כאשר האדם אליו קיים הקשר לא נמצא בסביבה - כל הזמן צריך לוודא מה קורה עם הדמות הזו. חווים מצוקה כאשר הם ללא ההורים. יש פחד שמשהו לא טוב יקרה להם (כי אז אני אשאר לבד). לעיתים הפרעת פאניקה באה עם הפרעת חרדה היפרדותית כי האדם מפחד שלא יהיה איתו מישהו בעת קבלת ההתקף.

- א. **פחד או חרדה מופרזים ולא תואמים התפתחותית בנוגע לפרידה מדמויות אליהן הפרט קשור**, כפי שבא לידי ביטוי על ידי לפחות **3 מאפיינים** מהמפורטים מטה:
1. **מצוקה מופרזת** חוזרת ונשנית כאשר מצפים או מתנסים בפרידה מהבית או מדמויות היקשרות משמעותיות.
 2. **דאגה עקבית ומופרזת לגבי אובדן דמויות היקשרות** או פגיעה אפשרית בהם, כמו מחלה, אסונות או מוות.
 3. **דאגה מופרזת עקבית / עיקשת** לגבי **התנסויות באירועים לא נעימים** (ללכת לאיבוד, להיחטף, להיות מעורבים בתאונה, לחלות) **היכולים ליצור פרידה** מדמות היקשרות משמעותית.
 4. **התנגדות או הימנעות עקבית** לצאת החוצה, להיות רחוקים מהבית, לבית הספר, לעבודה או לכל מקום אחר **בשל פחד מהפרידה**.
 5. **פחד מופרז ומתמיד או סירוב להיות לבד או בלי דמויות היקשרות משמעותיות** – בבית ובמקומות אחרים.
 6. **הימנעות מתמדת או התנגדות לישון מחוץ לבית** או ללכת לישון בלי להיות קרוב לדמות היקשרות משמעותית.
 7. **סיוטי לילה חוזרים ונשנים** הקשורים לרעיון של פרידה.
 8. **תלונות חוזרות ונשנות על סימפטומים פיזיים** (כאבי ראש, כאבי בטן, בחילה, הקאה) **כאשר פרידה** מדמות היקשרות משמעותית **מתרחשת או צפויה**.
- ב. **הפחד, החרדה, או הימנעות הינם עקביים, אורכים לפחות 4 שבועות בילדים ובמתבגרים עד גיל 18, ו-6 חודשים או יותר במבוגרים** – באופן טיפוסי.
- ג. **ההפרעה גורמת לפגיעה משמעותית במגוון תחומי חיים ותפקוד** – החברתי, האקדמי, המקצועי וכדומה.
- ד. **ההפרעה לא מוסברת טוב יותר על ידי פגיעה מנטאלית אחרת** כמו התנגדות לעזוב את הבית בגלל התנגדות מופרזת לשינוי בהפרעה של הספקטרום האוטיסטי; מחשבות שווא והזיות הקשורות לפרידה בהפרעות פסיכוטיות; התנגדות ללכת החוצה בלי חברה בה בוטחים באגורפוביה; דאגות לגבי חולי ובריאות האופייניים להפרעת חרדה מוכללת; או דאגות לחלות בהפרעת חרדה של מחלה.

תמונה קלינית

בקרב ילדים עם הפרעה חרדה בפרידה ניתן לצפות נסיגה חברתית, אפתיה, עצבות וקושי להתרכז בלימודים או במשחק. הם יכולים, תלוי בגילם, להיות עם פחדים מחיות, מפלצות, מהחושך, מפורצים, רוצחים, חוטפים, תאונות מכוניות ומצבים אחרים שנתפסים כסכנה למשפחה או לעצמם.

חלקם הופכים לחולי געגועים הביתה וחשים אי נוחות עד למידה של סבל כשהם רחוק מהבית. חרדה כזו יכולה ליצור אצל ילדים סירוב ללכת לבית הספר ולפיכך גם לקשיים אקדמיים ולבידוד חברתי. ילדים במצבים אלה יכולים להפגין גם כעס ותוקפנות כלפי מי שמאלץ אותם להיפרד.

אצל ילדים צעירים ניתן לצפות להתנסויות תפיסתיות לא שגרתיות (רואים אנשים מתפרצים לחדרם, יצורים מפחידים הרודפים אחרים, עיניים המביטות בהם). ילדים כאלה נתפסים גם כתובעניים, מפריעים ובצורך מתמיד של תשומת לב. הם תלתיים וזקוקים להגנת יתר. זה יכול להכביד על המשפחה ולהוביל להתנגדות וקונפליקט בתוכה.

התפתחות ומהלך

תקופות של חרדה מוגברת מדמויות היקשרות הן חלק מהתפתחות המוקדמת ויכולות להצביע על התפתחות קשר היקשרות בטוח סביב גיל שנה. הופעתה הראשונה של הפרעת חרדת נטישה (פרידה) יכולה להיות כבר בגיל הגן ויכולה להופיע בכל זמן במהלך הילדות ולעתים רחוקות יותר בגיל ההתבגרות. באופן טיפוסי יש תופעות של סערה ותקופות של רמיסיה. במקרים מסוימות החרדה יכולה להמשיך גם לחיי הבגרות (מעבר לקולג', פרידה מדמויות היקשרות). יחד עם זאת מרבית הילדים הסובלים מהפרעת חרדת היפרדות אינם מלווים בהפרעות חרדה במשך חייהם.

הביטויים של חרדה זו משתנים עם הגיל. ילדים צעירים יותר מסרבים ללכת לבית הספר או נמנעים מבית הספר בכלל. הם לא יביעו דאגות, אלא החרדה תבוא לידי ביטוי רק כאשר פרידה מתרחשת. ככל שילדים מתבגרים מופיעות דאגות, הקשורות בדרך כלל לסכנות ספציפיות (תאונות, חטיפות, מוות) או דאגות עמומות על הסיכון בלא לחבור שוב לדמויות היקשרות. אצל מבוגרים החרדה יכולה להגביל את יכולתם להתמודד עם שינויי נסיבות. הם בדרך כלל יותר מדי מודאגים לגבי ילדיהם ובני/בנות זוגם. זה יכול גם להוות הפרעה מרכזית בעבודה, בנסיבות חברתיות בשל הצורך לבדוק כל הזמן איפה נמצאים האחרים המשמעותיים.

סכנות וגורמים מנבאים

סביבתי – חרדת פרידה מתפתחת בדרך כלל אחרי מצבי דחק בחיים, בעיקר אובדן. (מוות של קרוב או חיית מחמד; מחלה של משהו קרוב; שינוי בית ספר, גירושי הורים; מעבר לשכונת מגורים חדשה; דחק שערב פרידה מדמויות משמעותיות). במבוגרים צעירים החרדה יכולה להופיע עם עזיבת בית ההורים, כניסה לתוך יחסים רומנטיים והפיכה להורים. הגנת יתר הורית ופולשנות יכולים להיקשר עם הפרעת חרדת היפרדות.

גנטי ופיזיולוגי – הפרעת חרדה בילדים יכולה להיות תורשתית. ילדים כאלה מבטאים רגישות גבוהה יותר לגירוי נשימתי ומשתמשים באוויר מועשר בחמצן.

נושאים אבחוניים הקשורים למגדר

בנות מפגינות יותר התנגדות או הימנעות מבית הספר מאשר בנים. אצל בנים יתכן פחד לא ישיר, הבא לידי ביטוי – למשל – בהגבלה של פעולות עצמאיות, התנגדות להיות רחוק מהבית לבד, או צער כאשר בן/בת הזוג או צאצא/ית עושים דברים באופן עצמאי, או כאשר הקשר עמם אינו אפשרי.

השלכות מעשיות של הפרעת חרדה של פרידה

פרטים הסובלים מהפרעת חרדה זו מגבילים פעילויות עצמאיות הרחוקות מהבית או מדמויות משמעותיות (כמו למשל לא ללכת לבית הספר, לא לעזוב לקולג', לא לעזוב את בית ההורים, לא לטייל ולא לעבוד מחוץ לבית ההורים).

אבחנה מבדלת

הפרעות אישיות – הפרעת אישיות תלותית מאופיינת על ידי נטייה בלתי מבוחנת להסתמך על אחרים, בעוד שבחרדת פרידה מעורבת הדאגה לגבי מידת הקרבה והביטחון של הדמויות המשמעותיות. שלא כמו בהפרעת אישיות גבולית בה יש גם מאפיינים של פחד מלהיות נטושים על ידי האהובים, בעיות בזהות ובהכוונה עצמית, קושי בתפקוד בין אישי ואימפולסיביות, הרי שאלה אינם מרכזיים בהפרעת החרדה מפרידה.

מוטיזם סלקטיבי – Selective Mutism

ילדים שלא מדברים בסיטואציות מסוימות לפחות חודש אחד. לא בשל קשיי שפה. סוג של חרדה חברתית. ניתן לטפל ע"י הזמנת ילד אחר הביתה. חשיפה בהדרגה. בעבר היתה בפרק של הפרעות התפתחותיות בילדים.

- א. **כישלון עקבי לדבר במצבים חברתיים ספציפיים** בהם יש ציפייה לדיבור למרות שמדברים במצבים אחרים.
- ב. ההפרעה משפיעה על הישגים מקצועיים ואקדמיים או על תקשורת חיובית.
- ג. משך ההפרעה הוא לפחות **חודש אחד** (לא מוגבל לחודש הראשון של בית הספר).
- ד. הכישלון לדבר **לא מיוחס להעדר ידע או נוחות לדבר את השפה** המדוברת במצב החברתי הנדרש.
- ה. ההפרעה לא מוסברת טוב יותר על ידי הפרעה בתקשורת, ואינה מתרחשת אך ורק במהלך הפרעה של הספקטרום האוטיסטי, סכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת.

תמונה קלינית

ילדים עם מוטיזם סלקטיבי לא יוזמים דיבור או תגובה הדדית כאשר אחרים מדברים עליהם. העדר הדיבור קורה באינטראקציות חברתיות עם ילדים או מבוגרים. הם כן ידברו בבתייהם בנוכחות חבר משפחה קרוב אבל לעתים גם לא בנוכחות חברים קרובים או בני משפחה מדרגה שנייה, כמו בני דודים. ההפרעה מסומנת פעמים רבות כחרדת בית ספר גבוהה. ילדים עם מוטיזם חלקי ממעטים לדבר בבית הספר, וזה מוביל לפגיעה חינוכית או אקדמית היות שהיה קשה, למשל, להעריך את קריאתם. העדר הדיבור משפיע גם על תקשורת חברתית, למרות שילדים אלה מוצאים לפעמים דרכים אחרות – לא מילוליות – לתקשר, וכן יהיו מוכנים לתפקד במצבים חברתיים בהם דיבור לא נדרש.

מאפיינים נלווים התומכים בדיאגנוזה

מאפיינים כאלה יכולים לכלול ביישנות מופרזת, פחד ממבוכה חברתית, בידוד חברתי ונסיגה, תכונות כפייתיות, היצמדות, שליליות, התקפי זעם או התנהגות מתנהגת לא חזקה. למרות שלילדים אלה יש יכולות מילוליות נורמאליות הם יכולים להיות מאובחנים כבעלי הפרעות בתקשורת. גם כאשר הפרעות בתקשורת אכן קיימות **יש חרדה גם כן**. לילדים אלה כמעט תמיד ניתנת עוד אבחנה כמו הפרעת חרדה חברתית.

ההפרעה צפויה לבוא יותר לידי ביטוי בילדים צעירים מאשר מתבגרים או מבוגרים.

התפתחות ומהלך

הופעת ההפרעה היא בדרך כלל לפני גיל 5, אך לא תטופל לפני הכניסה לבית הספר.

ההתמדה משתנה. למרות שקלינאים מציעים כי פרטים "יוצאים" ממוטיזם סלקטיבי, משך ההפרעה אינו ידוע. במקרים מסוימים, במיוחד עם אלה שסובלים מחרדה חברתית, סלקטיב מוטיזם אולי יעלם אבל סימפטומים של הפרעת חרדה חברתית יישארו.

זהו סוג של הפרעה קונברסיבית (קונברסיבי – מומר) - תסמינים נפשיים הופכים להיות תסמינים גופניים. למשל מאבדים את היכולת לשמוע או לראות.

גורמים של סיכון ופרוגנוזה

חוסר יציבות – גורמים של בלתי יציבות וסערה רגשית לא זוהו היטב. תגובתיות שלילית או עכבה התנהגות יכולים לקחת חלק אך גם היסטוריה הורית של ביישנות, בידוד חברתי וחרדה חברתית. יתכנו גם קשיים לשוניים ביחס לחברי קבוצת הגיל.

סביבתי – עכבה חברתית מצד ההורים יכולה לקחת חלק במודל שהם נותנים לשתקנות ולמוטיזם חלקי בילדים. הורים לילדים כאלה תוארו כהגנתיים יתר או שתלטניים יתר מאשר הורים לילדים עם הפרעות חרדה אחרות או בלי הפרעות.

גורמים גנטיים ופיזיולוגיים – לאור החפיפה הבולטת בין מוטיזם חלקי וחרדה חברתית יכולים להיות גורמים גנטיים משותפים בין שני המצבים.

נושאים דיאגנוסטיים הקשורים לתרבות:

ילדים ממשפחות הגירה יכולים לסרב לדבר את השפה החדשה מחשש של העדר ידע של השפה. עם כל ההבנה לסירוב זה הרי שאם הוא ממשיך תעשה דיאגנוזה של מוטיזם חלקי.

השלכות תפקודיות של מוטיזם חלקי

מוטיזם חלקי יכול לגרום לפגיעה חברתית. ילדים אלה יכולים לחוות בידוד חברתי גובר. יכולה להיות גם פגיעה אקדמית. לכך יכולה להילוו הקנטות מצד בני קבוצת השווים. במקרים מסוימים, מוטיזם חלקי יכול לשרת כדרך מפצה להוריד חרדה המתעוררת במפגשים חברתיים.

אבחנה מבדלת

הפרעות בתקשורת – מוטיזם חלקי צריך להיות נבדל מהפרעה בדיבור המוסברות יותר על ידי הפרעה בתקשורת, כמו הפרעה לשונית, הפרעה בדיבור קולי... שלא כמו במוטיזם חלקי הרשי שהפרעות בדיבור אינן מוגבלות לסיטואציה חברתית ספציפית.

הפרעות נוירו-התפתחותיות וסכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות – פרטים עם הפרעה בספקטרום האוטיסטי, סכיזופרניה או כל הפרעה פסיכוטית אחרת יכולים להיות בעלי קשיים בתקשורת חברתית ולא לדבר בהתאם לסיטואציות חברתיות. בניגוד לכך, מוטיזם חלקי יש לאבחן רק כאשר הילד בעל יכולת מוכחת לדבר במצבים חברתיים מסוימים (למשל בבית).

חרדה חברתית - החרדה החברתית וההימנעות החברתית בהפרעה בחרדה חברתית יכולות להיות קשורות עם מוטיזם חלקי. במקרים כאלה יינתנו שתי הדיאגנוזות.

תחלואה כפולה

התנאים הכי שכיחים לתחלואה כפולה הם: הפרעות חרדה אחרות, בעיקר חרדה חברתית, המלווה בהפרעת חרדה מפני פרידה ופוביה ספציפית. התנהגויות מתנגדות לא מופיעות בילדים עם מוטיזם חלקי. עיכובים התפתחותיים יכולים גם להופיע אצל חלק מהילדים עם מוטיזם חלקי.

פוביה ספציפית – Specific Phobia

6 חודשים של סימפטומים עקביים. תגובות פחד אימה בחשיפה לאובייקט ספציפי / מצב. אין הכרח שיהיה מבוסס על חוויה קודמת. טיפול תרופתי לא יעזור אלא חשיפה לאובייקט המאיים.

- א. פחד ברור או חרדה לגבי **אובייקט ספציפי או מצב** (טיסה, גבהים, חיות, קבלת זריקה, לראות דם).
 - ב. האובייקט מעורר הפוביה, או הסיטואציה, מעורר כמעט תמיד פחד מידי או חרדה.
 - ג. האובייקט הפובי או המצב יוצרים הימנעות או נסבלים יחד עם פחד רב או חרדה.
 - ד. הפחד או החרדה הם לא בפרופורציה ביחס לסכנה האמיתית לאובייקט או לסיטואציה ולהקשר החברתי-תרבותי.
 - ה. הפחד, החרדה, או ההימנעות הינם **עקביים**, ובאופן טיפוסי נמשכים **6 חודשים** או יותר.
 - ו. הפחד, החרדה או ההימנעות גורמים לסבל משמעותי או לפגיעה במגוון תחומי תפקוד חשובים כמו חברתי, מקצועי או אחר.
 - ז. ההפרעה אינה יכולה להיות מוסברת טוב יותר על ידי סימפטומים נפשיים אחרים.
- יש לציין אם -
- חיות (עכבישים, חרקים, כלבים).
 - סביבה טבעית (גבהים, סערות, מים).
 - פציעה-זריקה-דם (מחטים, תהליכים רפואיים פולשניים).

אבחנה מבדלת

לא אגרופוביה, לא פחד להזדהם שהוא חלק מ-OCD.

מי שמפחד מטיסה או מעלית יכול להיות גם עם הפרעת פאניקה – בעבר היה להם התקף פאניקה והפחד שלהם ממקומות סגורים נובע ממצב שיגמר להם האוויר – אם שואלים אותם ממה הם מפחדים זה מה שיגידו.

סיכון אובדני

פרטים עם פוביה ספציפית נמצאים ב-60% יותר סיכוי לעשות ניסיון אובדני מאשר אחרים בלי דיאגנוזה כזו. יחד עם זאת יתכן ששיעורים גבוהים אלה קשורים בעיקר לתחלואה כפולה עם הפרעות אישיות והפרעות חרדה אחרות.

תחלואה כפולה

פוביה ספציפית נראית לעתים רחוקות במצבים קליניים-רפואיים ללא פתולוגיות אחרות, ויותר שכיח לראותה במצבי בריאות נפשית לא רפואיים. פוביה ספציפית נקשרת לעתים קרובות עם מגוון של הפרעות אחרות, במיוחד דיכאון בקרב מבוגרים. לאור פריצתה המוקדמת, פוביה ספציפית היא באופן טיפוסי ההפרעה המרכזית. פרטים עם פוביה ספציפית נמצאים בסיכון גבוה יותר להתפתחותן של הפרעות אחרות, כולל הפרעות חרדה, הפרעות בי-פולאריות ודיכאוניות, הפרעות שימוש בחומרים, הפרעות סומאטיות והפרעות אישיות – במיוחד הפרעות אישיות תלותיות.

חרדה חברתית – Social Anxiety Disorder (Social Phobia)

חצי שנה של חשש מוגזם מצבים חברתיים, משיפוטיות של אחרים, מיחס שלילי. קצת פראנואידי, הנחת היסוד שאנשים אחרים ביקורתיים כלפיי. בחוויה הסובייקטיבית של האדם כולם מתעניינים בו אך לא מתוך מקום נרקסיסטי. בטיפול קוג', חייב להיות קשור בחשיפה כלשהי, CBT. אין אפשרות להחלים ללא חשיפה. טיפול יכול להיות גם באמצעות מציאות מדומה.

- א. **פחד ברור או חרדה לגבי אחד או יותר מהמצבים החברתיים להם הפרט חשוף.** לדוגמא, אינטראקציה חברתית (שיחה, מפגש עם אנשים לא מוכרים), להיות נצפה (אכילה או שתייה) ולהופיע מול אחרים (לתת נאום). הערה: בילדים, החרדה צריכה להופיע בסטינג עם בני קבוצת השווים ולא רק באינטראקציות עם מבוגרים.
- ב. הפרט **פחד** שהוא יחשוף סימפטומים של חרדה / **יתנהג באופן שיגרור יחס שלילי** (יושפלו או יובכו, יובילו לדחייה או פגיעה באחרים).
- ג. **המצבים החברתיים מעוררים כמעט תמיד פחד או חרדה.** הערה: בילדים, הפחד או החרדה יופגנו על ידי בכי, התקפי זעם, קיפאון, הצמדות, התכווצות או אי יכולת לשוחח במצבים חברתיים.
- ד. האדם **נמנע** מהמצבים החברתיים או לוקח בהם חלק תוך **תחושות עזות של פחד רב או חרדה.**
- ה. הפחד או החרדה הם **מחוץ לפרופורציה** ביחס לאיום האמיתי הטמון בסיטואציה החברתית וביחס להקשר הסוציו-תרבותי.
- ו. הפחד, או החרדה או ההימנעות הם **עקביים**, ונמשכים **6 חודשים** או יותר.
- ז. הפחד, או החרדה או ההימנעות גורמים לפגיעה קלינית משמעותית במגוון תחומי תפקוד.
- ח. הפחד, או החרדה או ההימנעות אינם תוצאה להשפעות פיזיולוגיות של שימוש (בסמים, בתרופות) או מצב רפואי אחר.
- ט. הפחד או החרדה או ההימנעות אינם מוסברים טוב יותר על ידי סימפטומים של מצב נפשי אחר, כמו הפרעת פוביה, הפרעה בספקטרום האוטיסטי או הפרעה של דיס-מורפיה של הגוף.
- י. אם מצב רפואי אחר (התקף פרקינסון, כוויה או פציעה) נוכח, הפחד או החרדה או ההימנעות הינם בברור לא קשורים לפגיעה או מוגזמים.

תמונה קלינית

ניתן לחלק את התסמינים של החרדה החברתית לשלושה תחומים:

- **תסמינים פיזיולוגיים:** חשיפה לסיטואציה חברתית גורמת לסימפטומים של חרדה כגון דפיקות לב, רעד, קוצר נשימה, כאבי בטן, סחרחורת, הזעת יתר ואודם בפנים (סומק). תסמינים אלה הם ביטוי של הפעלת מערכת תגובה של fight or flight שתפקידה להכין אותנו להתמודדות עם סכנות. בחרדה חברתית לעיתים התוצאה היא freeze- האדם לא מסוגל לנוע, או לדבר.

- **תסמינים קוגניטיביים:** החרדה החברתית מעוררת מחשבות אוטומטיות, מיידיות ובלתי רציונאליות, העוסקות במה חושבים עלי, ואיך אני נראה כרגע בעיני אחרים. בדרך כלל התשובות האוטומטיות לשאלות הללו הן שליליות – אני אידיוט/מוזר/נלעג וכד'. חוששים שלא יגידו את הדבר הנכון, ישאלו שאלה מטופשת. בנוסף, כאשר החרדה מתעוררת ניתן לראות קשיים קוגניטיביים בעיקר בתחומי שליפה וזיכרון.
 - **תסמינים התנהגותיים:** הדרך של הסובל מחרדה חברתית להתמודד עם המצוקה הגדולה שהוא חש היא הימנעות. אנשים אלה משתדלים כמה שיותר להתרחק מסיטואציות חברתיות, לא למצוא את עצמם במצב שהם נמצאים במרכז של סיטואציה חברתית (כמו למשל פחד מול קהל. הם בדרך כלל עומדים מהצד ומתבוננים במה שקורה בלי יכולת להיכנס לתוך הסיטואציה. החשש הוא להיות במרכז תשומת הלב של אנשים – חוששים שיעשו מעצמם צחוק, יראו שהם מסמיקים.
- הרעיון הוא שיש בי משהו מגוחך, יגלו עלי משהו מביך, חשש להיות דחוי, נלעג, גם אם אנשים אחרים לא יראו את זה בגלוי. חשש פרנואידי. בלתי נסבל להיות במרכז תשומת הלב כי אני אראה לא טוב.
- טיפול:** אין אפשרות להחלים ללא חשיפה. אין אפשרות להחלים מהפרעות המנעותיות תוך כדי המנעות.
- דרך מציאות מדומה – למשל קסדה שלובשים ונותנת תחושה של סביבה הומה.

הפרעת פאניקה – Panic Disorder

התקף הפאניקה מתפתח במהירות (נחשול פתאומי), תוך דקות מגיע לשיא שלו ובאופן לא צפוי. הפרעת פאניקה מאופיינת בהתקפי פאניקה חוזרים ונשנים, כאשר ביניהם קיים פחד מתמיד מפני ההתקף הבא. האדם "חי בין ההתקפים", בניסיון למנוע אותם ככל יכולתו עד אשר מצוקתו גדולה מאוד, ותפקודו היומיומי נפגע במידע זו או אחרת.

התקפי הפאניקה מגיעים ללא טריגר, היא בלתי ניתנת לניבוי ולכן נוצר פחד ממנה. טיפול - ללמד מה אפשר לעשות מבחינה התנהגותית, CBT עשוי לעזור ויכול גם לא. ללמד את המטופל "לזרום עם הגל" ולחכות שיעבור. גם טיפול תרופתי יכול לעזור.

A. התקפי חרדה בלתי צפויים חוזרים, התפרצות של פחד עוצמתי או אי נוחות עוצמתית שמגיעה לשיאה בתוך דקות ובמהלכה מתרחשים 4 (או יותר) מהסימפטומים הבאים.

הערה: ההתפרצות הפתאומית מתרחשת ממצב שקט או ממצב של דאגה.

1. דפיקות לב או הלמות לב או דפיקות לב מואצות.
2. הזעה.
3. רעד או רטט.
4. תחושות של חוסר נשימה או חנק.
5. תחושת חנק.
6. כאבי חזה או אי נוחות.
7. בחילה או מצוקה בבטן.
8. תחושת סחרחורת, חוסר יציבות, ראש קל או התעלפות.
9. תחושות חום או קור.
10. תחושות נמלול או עקצוצים בעור ללא סיבה נראית לעין או תחושה של הירדמות מקומית.
11. **תחושה של הימצאות בסביבה שונה, זרה, בלתי מציאותית או דפרסונליזציה – התנתקות מהעצמי.**
12. פחד מאובדן שליטה או מלהשתגע.
13. פחד ממוות.

הערה: סימפטומים תלויי תרבות (לדוגמה: תחושה של זמזום או צלצול באוזניים, כאבי ראש או כאבי צוואר, צרחות או בכי בלתי נשלט) לא צריכים להיחשב כאחד מתוך ארבעת הסימפטומים הנדרשים.

B. **לאחר אחד מההתקפים צריכות להתרחש במשך חודש אחת או שתיים מהתופעות הבאות:**

1. דאגה קבועה או פחד מהתקף חרדה נוסף או השלכותיו (לדוגמה: אובדן שליטה, התקף לב או "להשתגע").
2. שינוי משמעותי בהתנהגות שאינו מאפשר הסתגלות ביחס להתקפים (התנהגויות שמיועדות להימנע מקבלת התקפי פאניקה, כמו לדוגמה הימנעות מביצוע או ממצבים לא מוכרים).

C. **ההפרעה לא משויכת להשפעות פסיכולוגיות הנובעות משימוש בחומרים (לדוגמה: שימוש לרעה בסמים או בתרופות) או מצב רפואי אחר (לדוגמה: פעילות יתר של בלוטת התריס או הפרעות לב ריאות).**

D. ההפרעה אינה מוסברת ע"י הפרעה נפשית אחרת (לדוגמה: התקפי החרדה אינם מתרחשים רק כתגובה למצבים חברתיים מעוררי פחד כמו בהפרעת חרדה חברתית; כתגובה ל-circumscribed phobic object or situation כמו בפוביה ספציפית; כתגובה לאובססיות כמו במצבים של הפרעה אובססיבית קומפולסיבית OCD; כתגובה לתזכורות של אירועים טראומטיים כהפרעת PTSD; או כתגובה להפרדה מדמויות היקשרות, כמו בהפרעת חרדה מהיפרדות).

פאניקה

הערה: הסימפטומים המוצגים למטרת זיהוי של התקף פאניקה אולם התקף חרדה אינו הפרעה מנטאלית. התקפי פאניקה יכולים להופיע בהקשר של כל הפרעת חרדה כמו גם בעיות מנטאליות אחרות, (לדוגמה: הפרעות דיכאון, הפרעה פוסט-טראומטית, הפרעת שימוש בחומרים) וכמה מצבים רפואיים (לדוגמה: לב, מערכת נשימה, מערכת עיכול ושקשורים למבוא/מסדרון - vestibular).

כאשר מזהה נוכחות התקף הפאניקה צריך לציין אותה כמאפיין (לדוגמה: הפרעת לחץ פוסט טראומטית עם התקפי חרדה). עבור הפרעות פאניקה הנוכחות של התקף פאניקה מוכלת בתוך הקריטריון של ההפרעה והתקף הפאניקה אינו מצוין כספסיפייר.

תמונה קלינית

הפרעת פאניקה מאופיינת בהתקפי פאניקה פתאומיים החוזרים שוב ושוב. התקף פאניקה הוא מצב פתאומי ש"נוחת" על האדם בלי קשר למה שקורה בסביבתו באותו רגע. האדם חש פחד נוראי או תחושה קיצונית מאוד של חוסר נוחות. בתוך זמן קצר מאוד, פחות מעשר דקות, הגוף מגיב על ידי הפעלת המערכת הסימפתטית, המכינה את הגוף להתמודדות עם איום (על פי מנגנון של fight or flight).

התוצאה היא דפיקות לב חזקות ומהירות, תחושת מחנק הנובעת מקוצר נשימה או מתחושה של לחץ בחזה, סחרחורת או אובדן שיווי משקל, צמרמורת, רעד של שרירים, הזעת יתר, מלווה בגלי קור וחום. בנוסף על התחושות הגופניות, האדם עשוי לחוות תחושה של דה-ריאליזציה (כאילו הסיטואציה לא אמיתית) או דה-פרסונליזציה (כאילו מסתכל על עצמו מבחוץ, ולא מרגיש שמה שקורה באמת קורה לו).

החווייה של התקף פאניקה מאוד מאיימת, משום שהאדם בטוח שהולך לקרות לו אחת מבין שתי אפשרויות גרועות- שהוא הולך למות (בדרך כלל החוויה היא כאילו מדובר בהתקף לב), או שהוא הולך להשתגע.

הסובלים מהפרעת פאניקה סובלים גם מתסמינים המופיעים בין ההתקפים- הם כל הזמן חוששים מפני ההתקף הבא שיגיע, וחוששים ממה שיקרה להם בפעם הבאה שיקבלו התקף (שבפעם הבאה באמת ימותו או באמת ישתגעו). פעמים רבות, יש שינוי משמעותי בהתנהגות שלהם, שמקורו בחשש מההתקפים.

השינוי הנפוץ ביותר הוא להימנע מלהגיע למקומות בהם כבר היה התקף. כאשר השינוי קיצוני, ההימנעות עשויה להיות מוכללת יותר ויותר, עד שהאדם מפחד בכלל לצאת מביתו. במקרה כזה יאובחן כסובל מהתקפי פאניקה ואגורפוביה. אבחון של הפרעת פאניקה נעשה כאשר נמצאים הסימנים הנ"ל, וכאשר הם לא מוסברים על ידי צריכה של סמים, אלכוהול, או כתוצאה מהפרעות נפשיות אחרות.

טיפול

הפרעת פאניקה דורשת טיפול מידי גם בשל המצוקה שהיא גורמת לאדם, וגם משום שסיכוייה להתדרדר ולגרום לפגיעות הולכות וגדלות ביכולת התפקוד של הפרט גבוהים מאוד. ככל שהאדם נמנע מיותר דברים, כך הטיפול יהיה מורכב ומסובך יותר.

הטיפול הפסיכיאטרי בהפרעת פאניקה כולל שימוש בתרופות אנטי-דיכאוניות ואנטי חרדתיות מקבוצת ה-SSRI.

הטיפול המוכר ביותר כיום הוא בגישה הקוגניטיבית התנהגותית. המטופל מזהה את האלמנטים המפחידים, לומד טכניקות של הרגעות (כמו נשימה וכד'), ומתרגל חשיפה לסיטואציות שעשויות לעורר את התקפי הפאניקה, תוך שימוש בטכניקות שלמד.

אגרופוביה – Agoraphobia

חרדה **ב2 מקומות** לפחות שמובילה להמנעות / צורך בבן לווייה, ונמשכת **לפחות 6 חודשים**. זו יכולה להיות תוצאה של הפרעת פאניקה – בעבר נקראה הפרעת פאניקה עם אגרופוביה. הופרדו ב-DSM הנוכחי כי יכולה להתרחש ללא הפרעת פאניקה (למשל עקב טראומה כמו מישהי שהותקפה ברחוב ואין לה פוסט טראומה). האדם חושש שהוא יביך את עצמו (חפיפה מסויימת לחרדה חברתית), חשש ליפול, להתעלף (בדומה להתקף פאניקה). חוויה בסיסית של חוסר בטחון ופחד ממה שעשוי לקרות. חרדה ציפיתית – משהו שיקרה במקומות מסויימים (חנוונים, בתי קולנוע, גשר) ולא תהיה אפשרות לקבל עזרה במידת הצורך.

קריטריונים דיאגנוסטיים:

- A. **פחד או חרדה ב2** (או יותר) מחמשת המצבים הבאים:
 1. שימוש **בתחבורה ציבורית** (לדוגמה: מכוניות, אוטובוסים, רכבות, אניות ומטוסים).
 2. שהייה **במקומות פתוחים** (לדוגמה: מגרשי חניה, שווקים וגשרים).
 3. שהייה **במקומות סגורים** (לדוגמה: חנויות, תיאטרון, קולנוע).
 4. עמידה בתור או שהייה בתוך **קהל**.
 5. שהייה לבד **מחוץ לבית**.
- B. היחיד **פחד או נמנע ממצבים אלה** עקב **המחשבה שברחה** ממצבים אלה **תהיה קשה** או שלא תהיה עזרה זמינה **במקרה של התפתחות של סימפטומים דמויי פאניקה או סימפטומים אחרים של שיתוק או מבוכה** (לדוגמה: פחד ליפול לזקנה; פחד מאובדן שליטה / אובדן יכולת ההבלגה).
- C. **מצבי האגרופוביה מעוררים כמעט תמיד פחד או חרדה**.
- D. מצבי האגרופוביה יוצרים **הימנעות תמידית, דורשים נוכחות של ליווי / בן לווייה או שהם נמשכים עם פחד או חרדה** אינטנסיביים.
- E. הפחד או החרדה הם **ללא פרופורציה לסכנה האמיתית** המוצעת ע"י המצבים האגרופוביים ולהקשר הסוציו-תרבותי.
- F. הפחד, החרדה או ההימנעות היא עקבית ונמשכת **6 חודשים או יותר**.

G. הפחד, החרדה או ההימנעות יוצרים מצוקה קלינית משמעותית או ליקוי בתפקוד החברתי, תעסוקתי או באזורי תפקוד משמעותיים אחרים.

H. במידה וקיים מצב רפואי אחר (כגון מחלות מעי דלקתיות או פרקינסון) הפחד, החרדה או ההימנעות יהיו מוגזמים/מופרזים בבירור.

I. הפחד, החרדה או ההימנעות אינם יכולים להיות מוסברים ע"י סימפטומים של הפרעה נפשית אחרת, כמו למשל, **הסימפטומים אינם מוגבלים לפוביה ספציפית**, מסוג פוביה מצבית; הם **אינם מערבים רק מצב חברתי** (כמו בהפרעת חרדה חברתית); והם **אינם קשורים באופן בלעדי לאובססיות** (כמו ב-OCD), פגמים או סדקים בהופעה החיצונית (כמו בהפרעה של body dysmorphic disorder), **תזכורות לאירועים טראומטיים** (כמו ב-PTSD) או **פחד מפני היפרדות** (כמו בהפרעת חרדה מהיפרדות).

הערה: אגורפוביה מאובחנת ללא התחשבות בנוכחותה של הפרעת פאניקה. במידה וקיימת הפרעת פאניקה ואגורפוביה - שתי הדיאגנוזות צריכות להיות מצוינות.

הפרעת חרדה מוכללת – Generalized Anxiety Disorder

חצי שנה שבה במרבית הימים ישנם 3 סימפטומים של דאגה (אצל ילדים מספיק סימפטום אחד). הדאגה הינה כלפי מספר אירועים או פעולות (הקשרים שונים). נטיה טבעית לדאגנות – "מה יהיה אם", פורץ ויכול לדעוך, המנגנון שמרגיע לא עובד, אי שקט, דריכות, "עמידה על המשמר", עייפות רבה (משאבי הקשב תפוסים על ידי הדאגה וסריקה של הסביבה). טיפול יעיל: קוגניטיבי

- A. הבעה של **חרדה ודאגה** (ציפיות חרדתיות או של דאגה) המופיעה **יותר ימים מאשר לא** - במשך **6 חודשים** לפחות, כלפי **מספר אירועים או פעולות** (כגון בעבודה או בביצוע בביה"ס).
- B. היחיד מתקשה לשלוט על דאגתו.
- C. החרדה והדאגה מקושרים ל- **3 מהסימפטומים** (או יותר) (**לפחות כמה סימפטומים צריכים להתרחש יותר ימים מאשר לא**, במשך 6 החודשים האחרונים).
- הערה: לילדים נדרש רק סימפטום אחד.**
- חוסר מנוחה ותחושת מתח והידוק עד לקצה.
 - מתעייפים בקלות.
 - קושי להתרכז או "בלאק אאוט".
 - רגזנות/זעפנות.
 - מתח בשרירים.
 - הפרעות בשינה (קושי להירדם או להישאר ישן או שהשינה חסרת שקט ואינה מספקת).
- D. החרדה, הדאגה או הסימפטומים הפיזיולוגיים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקוי באזורי התפקוד החברתיים, תעסוקתיים או באזורי תפקוד משמעותיים אחרים.
- E. לא ניתן לייחס את ההפרעה להשפעות פיסיולוגיות של חומרים (כגון שימוש לרעה בסמים, תרופות) או למצב רפואי אחר (כגון פעילות יתר של בלוטת התריס).
- F. ההפרעה אינה יכולה להיות מוסברת ע"י הפרעה מנטאלית / נפשית, כמו חרדה או דאגה מהתקפת פאניקה בהפרעת פאניקה, הערכה שלילית בהפרעת חרדה חברתית (חרדה חברתית), זיהום או הידבקות או אובססיות אחרות בהפרעה אובססיבית קומפולסיבית, פרידה מדמויות היקשרות בהפרעת חרדה מהיפרדות, תזכורות לאירועים טראומטיים בהפרעה פוסט טראומטית, עליה במשקל באנורקסיה נברחה, תלונות פיסיולוגיות בהפרעת סימפטומים סומאטיים/גופניים, פגמים או סדקים בהופעה החיצונית כמו בהפרעה של body dysmorphic disorder, מחלה רצינית בהפרעת חרדה ממחלות, או התכנים של אמונות שווא בסכיזופרניה או בהפרעת דילויונית.

הפרעת חרדה מוכללת הוצגה לראשונה בשנת 1980 אבל שימשה בואתו שלב כאבחנה עבור מטופלים שלא התאימו לאבחנה של הפרעות חרדה אחרות. רק בשנת 1987 הפרעת חרדה מוכללת הוגדרה באופן מדויק כדאגה מתמדת וכרונית.

אטיאולוגיה

מודל ההימנעות של דאגה רואה בבסיסה של דאגה מחשבה שמפריעה לדימויים מנטליים ברורים וקשורה לפעילות רגשית. ההפרעה לפעילות הרגשית יוצרת את העיבוד הרגשי של פחד אשר נדרש לצורך הקניית הרגלים חדשים ודיכוי של הרגלים מזיקים.

הדאגה לפי מודל זה היא ניסיון קוגניטיבי לא מוצלח לפתור בעיות ובכך להעלים איום נתפס, בעוד שנמנעים מהחוויית הרגשיות שבדרך כלל מתרחשות אל מול איום היוצר פחד. בנוסף, החוויה של דאגה מקבל חיזוק שלילי.

לפי המודל, דימויים קטסטרופליים שנכנסים לתהליך הדאגה מוחלפים על ידי פעילות מילולית שהיא פחות מעוררת מצוקה. לכן, הדאגה מחזקת באמצעות ההסרה של דימויים שליליים ומפחידים. הדאגה גם מחזקת על ידי אמונות חיוביות כמו האמונה שדאגה עוזרת לצורך פיתרון של בעיות והימנעות מתוצאות שליליות.

מודל אי-הסובלנות כלפי חוסר ודאות

אנשים הסובלים מהפרעת חרדה מוכללת רואים במצבי חוסר ודאות כמצבים מלחיצים ומעוררים מצוקה. אנשים אלה רואים בדאגה כמאפשרת להם להתמודד בצורה טובה יותר עם מצבים שאין בהם ודאות והדאגה גם גורמת לבעיה להיעלם.

דאגה זו המלווה בתחושות של חרדה גורמת לאוריינטציה שלילית כלפי בעיה ולהימנעות מבעיות וכך משתמרת הדאגה.

המודל המטה-קוגניטיבי

מודל זה גורס כי אנשים הסובלים מהפרעת חרדה מוכללת חווים שני סוגים של דאגה. כאשר הם ניצבים בפני מצב המעורר חרדה, אמונות חיוביות לגבי דאגה נוצרות (האמונה שהדאגה תעזור להם להתמודד עם מצב).

דפוס זה של דאגה מוגדר כדאגה מסוג 1 והוא מאופיין על ידי דאגה מאירועים חיצוניים או מתסמינים פיסיים. דאגה מסוג 1 מעוררת באופן ראשוני תגובה של חרדה אבל בהמשך יכולה להגביר או להפחית חרדה כתלות בשאלה האם הבעיה שיצרה את החרדה נפתרה.

מהלך הדאגה מסוג 1, אמונות שליליות בנוגע לחרדה מופעלות. אנשים הסובלים מהפרעת חרדה מוכללת מתחילים לדאוג מהדאגה שהם סובלים מסוג 1, הם פוחדים שהדאגה איננה בשליטתם או שהיא אף לא בריאה או מסוכנת.

הדאגה מפני הדאגה היא דאגה מסוג 2. האמונות שהליליות בנוגע לדאגה והתוצאה שהיא דאגה מסוג 2 היא מה שמבחין בין אנשים הסובלים מהפרעת חרדה מוכללת לבין אנשים שאינם סובלים מההפרעה. דאגה מסוג 2 מקושרת לאסטרטגיות התמודדות בעייתיות ולא יעילות הכוללות בדיקה של התנהגות, דיכוי מחשבות, הסחות דעת והימנעות ממצבים מעוררי דאגה.

טיפול

טיפול בהפרעת חרדה מוכללת ניתן באמצעות תרופות פסיכותרפיות וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. שתי השיטות נמצאו כיעילות בטיפול בהפרעת חרדה מוכללת אולם דפוסי התגובה אינם אחידים לאורך המחקרים.

טיפולם תרופתיים נמצאו כיעילים בהפחתת תסמיני חרדה אבל לא נמצאו בעלי השפעה על משתנה הדאגה שהוא המאפיין הבולט בהפרעת חרדה מוכללת.

מחקרים הראו שטיפול קוגניטיבי-התנהגותי יעיל בטיפול בהפרעת חרדה מוכללת בהשוואה לסובלים מההפרעה שאינם מקבלים טיפול ושתוצאות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי נשמרות כשנה לאחר הטיפול.

הפרעות טורדניות כפייתיות

Obsessive Compulsive and Related Disorders

אובססיה – מחשבה / גירוי / תמונה טורדניים, חודרניים, שפולשים למוח בניגוד לרצונו של האדם, והאדם לא רוצה לחוות אותם. האדם פסיבי.

קומפולסיביות – התנהגויות חוזרות או פעולות נפשיות שאדם מרגיש מונע לבצע בתגובה לאובססיה או לפי חוקים שיש ליישם בנוקשות. זהו דחף בלתי נשלט כפייתי לעשות פעולה מסויימת. האדם אקטיבי. יכול לבוא לידי ביטוי גם בפעולה מנטאלית – דחף לזכור משהו, לזמזם תפילה.

❖ אובססיבית כפייתית (OCD)

❖ הפרעה בדימוי הגוף Body Dysmorphic Disorder

❖ הפרעת אגירה

❖ טריכוטילומניה

❖ קטילה (עור קטיפ)

הפרעה טורדנית כפייתית – OCD

אובססיות ו/ או קומפלוסיביות. המח לא מסוגל להגיע למסקנה שפעולה מסוימת הסתיימה והמנגנון שמפסיק את המחשבה אינו עובד. הטיפול המומלץ הוא תרופתי וקוג'. בשונה מסכיזופרניה המחשבות הפולשניות מעוררות חרדה ב-OCD.

א. נוכחות של אובססיות ו/או כפייתיות

אובססיות מוגדרות על ידי (1) וגם (2) :

1. **מחשבות חוזרות ונשנות ומתמשכות, דחפים או תמונות שנחוו**, בחלק הזמן במהלך הפרעה, **כחודרניות** ולא רצויות, וכי לרוב האנשים **גרמו לחרדה או מצוקה** ניכרת.
 2. **הפרט מנסה להתעלם או להדחיק את המחשבות / דחפים / תמונות**, או **לנטרל אותם עם מחשבה או פעולה אחרות** (כלומר, על ידי ביצוע כפייתי) .
- כפייתיות** מוגדרת על ידי (1) וגם (2) :

1. **התנהגויות חוזרות** (למשל, שטיפת ידיים, סידור, בדיקה) או **פעולות נפשיות** (למשל, תפילה, ספירה, חזרה על מילים בשקט) **שהאדם מרגיש מונע לבצע** בתגובה לאובססיה או לפי כללים שיש להחיל בנוקשות.
 2. **ההתנהגויות או המעשים נפשיים מכוונים למניעה או הפחתת חרדה או מצוקה, או מניעת אירוע** כלשהו חשש או מצב. עם זאת, התנהגויות או המעשים הנפשיים **אינם קשורים באופן מציאותי עם מה שהם נועדו לנטרל או למנוע**, או שהם באופן ברור מוגזמים.
- הערה:** ייתכן שילדים קטנים לא יוכלו לבטא את המטרות של התנהגויות אלו או של המעשים נפשיים.

ב. האובססיות או הכפייתיות הן גוזלי זמן (למשל, ייקחו יותר משעה כל יום) **או יגרמו למצוקה משמעותית** מבחינה קלינית או לפגיעה חברתית, תעסוקתית, או לתחומים חשובים אחרים של התפקוד.

- ג. **הסימפטומים הכפייתיים אינם מיוחסים להשפעות הפיזיולוגיות של חומרים או תכנים** (למשל, תרופה, התעללות, סמים) או מצב רפואי אחר.
- ד. **ההפרעה אינה מוסברת טוב יותר על ידי התסמינים של הפרעה נפשית אחרת.**

ציין אם:

- תובנה:** הפרט מכיר בכך שהאמונות שקשורות בהפרעה לא דווקא נכונות.
- תובנה נמוכה:** האדם חושב שאמונות הקשורות בפרעה הן כנראה נכונות.
- בהעדר תובנה / דלוזיות:** הפרט משוכנע לחלוטין שהאמונות הקשורות להפרעה הן נכונות.

ציין אם:

קשר לטיקים: לפרט יש היסטוריה נוכחית או בעבר שלהפרעת טיקים.

עד 30% מהאנשים עם OCD יסבלו מהפרעת טיקים לכל חיים. נפוץ ביותר בקרב גברים עם התפרצות של OCD בילדות. אנשים אלה נוטים להיות שונה מאלו שאין להם היסטוריה של הפרעות טיקים, תחלואה נלווית וכו'.

מאפיינים

אמונות שאינן פונקציונליות - תחושה מוגזמת של אחריות ונטייה להפריז בהערכת איום; פרפקציוניזם וחוסר סובלנות לאי ודאות, מתן חשיבות יתר למחשבות (למשל, להאמין שעצם המחשבה האסורה גרועה כמו הפעולה האסורה עצמה) וצורך לשלוט במחשבות.

תחושת חוסר שלמות - המוח לא מסוגל להגיע למסקנה שפעולה מסוימת הסתיימה (אזורים קורטיקליים). האדם עושה פעולה (נעל את הבית) אבל לא משוכנע שהמעשה אכן נעשה.

האם הרגשת אי פעם שהיית צריך לבצע פעולה שוב ושוב?

תחושת סכנה לא ריאלית – אדם שמחזיק תינוק וחולפת בראשו מחשבה או תמונה שהתינוק ישמט לו עשוי להרגיש סכנה ממשית מול המחשבה.

בוהן המציאות יכול להיות תקין, אולם יש אנשים – למשל אדם עם פחד להזדהים שעושה פעולות של בדיקה או של טיהור – האדם יכול להבין שההתנהגות מוגזמת ואולי אף ינסה להסתיר, אבל לא יוכל לשאת את החרדה. בפסיכותרפיה אפשר יהיה לשכנע אותם להחשף לגירוי (זו מהות הטיפול – חשיפה למה שחוששים ממנו). אנשים עם OCD שונים במידת התובנה שיש להם ביחס לאמונות העומדות בבסיס הסימפטומים הכפייתיים שלהם. רמת התובנה יכולה להשתנות במהלך המחלה. תחושה שמשהו לא סגור / מסוכן – חרדה – טקס – רגיעה זמנית (מהווה חיזוק).

האדם יכול לחוש דחף והמיינד משלים נרטיב כדי לתרץ את הדחף (משהו רע יקרה). כל עוד מתאפשר לו לבצע את הטקסים אין מחשבות אובססיביות. האדם חש שהוא שבוי בתוך הטקס.

הדחפים יכולים להיות מפחידים מאוד – האדם מפחד שהדחפים ישתלטו עליו למרות שהוא לא רוצה לממש אותם. השאלה היא האם הדחף נחוזה כפולשני (אני לא רוצה את המחשבה) או האם הוא נהנה מזה (משתעשע מהדחף – לא OCD). המחשבה / הדחף נחוזה כלא קשור אלי, מעורר באדם חרדה ומצוקה כי הוא חש שזה לא הוא. לעומת פדופיל שנהיה מעורר מהדחף, כאשר אלו אובססיות האדם מתענה מהמחשבות.

טיפול: ההפרעה היא עיקשת וקשה לטיפול – דורשת **מינונים גבוהים של SSRI**. טיפול פסיכו דינמי יכול להחריף את ההפרעה כי מדובר במנגנון מוחי לקוי.

תכנים נפוצים: נקיון, סימטריה, ספירה כפייתית, מחשבות שהן טאבו (תכנים מיניים), פגיעה (עצמית או באחרים). הנושאים ההלו חוצי תרבויות ומופיעים בעקביות בקרב מבוגרים, כקשורים למצבי לחץ. לעיתים קרובות יהיו לאנשים מספר סימפטומים באחד או יותר ממדים.

הופעת המחלה: התחלת הסימפטומים היא בדרך כלל הדרגתית, אך יש דיווחים גם על התפרצות חריפה, לעיתים בעקבות סטריס.

קומפולסיות מאובחנות בקלות רבה יותר בילדים מאשר אובססיות מאחר והן ניתנות לצפייה. עם זאת, לרוב הילדים יש את שתיהן כמו בקרב מבוגרים. הדפוס של הסימפטומים אצל מבוגרים יכול להיות יציב לאורך זמן, ומשתנה יותר בקרב ילדים.

גורמי סיכון

טמפרמנט – הפכפכות, רגשנות שלילית, ועיכוב בהתפתחות.

סביבה - התעללות פיזית ומינית בילדות, ארועי דחק וטראומה. גורמים סביבתיים שונים, לרבות חומרים מזהמים שונים ותסמונת אוטואימונית.

גנטיקה ופיסיולוגיה - השיעור של OCD בין קרובי משפחה מדרגה הראשונה של מבוגרים עם OCD הוא פי שתיים מאשר בין קרובי משפחה מדרגה הראשונה של אלה שאין להם הפרעה, עם זאת, בקרב קרובי משפחה מדרגה הראשונה של אנשים עם התפרצות של OCD בילדות או בגיל התבגרות, השיעור גדל פי 10.

הפרעה בדימוי הגוף – Body Dysmorphic Disorder

מחשבה טורדנית שיש ליקוי חזותי אסתטי חמור בחלק מסויים בגוף. האדם עושה כל מיני פעולות כדי לבדוק איך הוא נראה. האדם לא ירגע עד שיעשה פעולה מסויימת, והיא יכולה להיות רדיקלית, כירורגית. טיפול - להחשף לחרדה, ללמוד לשאת אותה ולתת לה לדעוך.

- א. **התעסקות עם אחד או יותר פגמים וליקויים קלים במראה פיזי** אשר האחרים לא יכולים להבחין בהם.
- ב. בשלב מסוים במהלך ההפרעה, האדם חוזר על **ביצוע התנהגויות מסוימות** (למשל, בדיקת מראה, טיפוח יתר, הסרה/חיטוט בעור, הרגעה) או **פעולות נפשיות** (למשל, השוואה בין המראה שלו או שלה עם זה של אחרים) בתגובה לדאגות המראה.
- ג. העיסוק גורם למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או פגיעה חברתית, תעסוקתית, או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ד. עיסוק במראה **אינו מוסבר** טוב יותר **על ידי חששות שנוגעות להשמנה** או משקל כפי שיהיו אצל אדם עם סימפטומים שעומדים בקריטריונים לאבחון הפרעת אכילה.

ציין אם:

Dysmorphia הנוגעת לשרירים: האדם עסוק ברעיון שיש לו מבנה גוף קטן מדי או לא מספיק שרירי. מציין זה מתקיים אפילו אם הפרט עסוק באזורים אחרים בגוף, שזה קורה לעתים קרובות.

ציין אם:

- מידת התובנה לגבי האמונות הנוגעות להפרעת dysmorphic גוף (לדוגמה, "אני מכוער" או "אני מעוות").
- עם תובנה טובה או הוגנת:** הפרט מכיר בכך שהאמונות הנוגעות להפרעת dysmorphic הגוף הן בהחלט או כנראה לא נכונות או שהם יכולות או לא יכולות להיות אמתיות.
- עם תובנה ירודה:** האדם חושב שאמונות הנוגעות להפרעת dysmorphic הגוף הן כנראה נכונות.
- ללא תובנה/אמונות שוא (דלוזיות):** הפרט הוא משוכנע לחלוטין שהאמונות הנוגעות להפרעת dysmorphic הגוף נכונות.

טיפול: חשיפה הדרגתית לחרדה ללא ביצוע הטקס, לתת לחרדה לדעוך לבד. לעיתים יש צורך בטיפול תרופתי כדי שהאדם יסכים להחשף לחרדה ללא הטקס. כאשר יש רק אובססיה האדם יחשף שוב ושוב למחשבה המפחידה עד שתהיה הביטואציה למחשבה ללא חרדה.

הפרעת אגירה – Hoarding Disorder

ברוב המקרים, שמירת הפריטים מתבצעת מתוך צורך של הזדקקות עתידית, חסכנות מוגזמת, תחושת ערך לגבי החפצים או סמלים סנטימנטליים שהם עשויים לייצג. חלק מהאגרנים חשים בטוחים יותר כשהם מוקפים בחפצים. תסמיני אגרנות, כגון קושי בהשלכת פריטים, מתחילים בדרך כלל בשנות העשרה. הגיל הממוצע להופעת התסמינים הוא 13. הפרעה זו נוטה להיות כרונית ולעיתים קרובות הופכת להיות קשה במשך עשרות שנים, ככל שיותר ויותר עומס מצטבר, וגורם ליותר ויותר בעיות בתפקוד. לכן, הכרה, אבחון וטיפול מוקדם קריטיים להשגת תוצאות שיפור.

- א. **קושי מתמשך עם השלכה או פרידה מחפצים**, ללא קשר לערך האמיתי שלהם.
 - ב. קושי זה נובע **מצורך נתפס להציל את הפריטים** ולמצוקה הקשורה עם השלכתם.
 - ג. **תוצאות** הקושי להשליך רכוש הינן **צבירת רכוש שנדחס ומעמיס על אזורי מחיה משמעותיים** ופוגע ביעוד שלהם. אם אזורי המגורים מסודרים, זה רק בגלל ההתערבות של צד שלישי (לדוגמה, בני משפחה, מנקים, הרשויות).
 - ד. האגירה גורמת למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או פגיעה חברתית, תעסוקתית, או בתחומי תפקוד חשובים אחרים (כולל שמירה על סביבה בטוחה לעצמי ולאחרים).
 - ה. האגירה אינה מיוחסת למצב רפואי אחר (לדוגמה, פגיעה במוח, כלי דם במוח, מחלה, תסמונת פראדר וילי).
 - ו. האגירה לא מוסברת על ידי הסימפטומים של הפרעה נפשית אחרת (למשל, הפרעה אובססיבית כפייתית, ירידה באנרגיה, דיכאון, מחשבות שווא/סכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת, גירעונות קוגניטיביים בהפרעת נזיר מרכזית, אינטרסים מוגבלים בספקטרום האוטיסטי).
- ציין אם:
- עם רכישה מוגזמת:** אם קושי בהשלכת חפצים מלווה ברכישה מוגזמת של פריטים שאינם נחוצים או שאין עבורם מקום פנוי.
- ציין אם:
- תובנה טובה או הוגנת:** הפרט מזהה את האמונות הקשורות לאגירה וכי ההתנהגויות (הנוגעות לקושי בהשלכת פריטים, העומס, או רכישה מוגזמת) הן בעייתיות.
- תובנה ירודה:** הפרט משוכנע שאמונות הקשורות לאגירה והתנהגויות הנוגעות לפריטים (קושי בהשלכתם, העומס מוגזם, או רכישה) הן לא בעייתיות, למרות הראיות סותרות.
- העדר תובנה/אמונות שווא (דלוזיות):** הפרט משוכנע לחלוטין שאמונות והתנהגויות הנוגעות הקשורות לאגירת פריטים (קושי בשלכתם, העומס, או רכישה מוגזמת) הן לא בעייתיות, למרות הראיות סותרות.

הפרעות שקשורות רק בקומפליסיביות – דחף לבצע פעולה מסויימת בהקשר לגוף.

הפרעת תלישת שיער – Trichotilomania (Hair-Pulling Disorder)

- א. תלישה חוזרת של השיער, וכתוצאה מכך איבוד/נשירת שיער.
- ב. ניסיונות חוזרים ונשנים להקטין או להפסיק את משיכת השיער.
- ג. משיכת השיער גורמת למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או פגיעה חברתית, תעסוקתית, או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ד. משיכת השיער או נשירת שיער היא אינה מיוחסת למצב רפואי אחר, כמו למשל, מצב דרמטולוגי (בעיה בעור).
- ה. משיכת השיער אינה מוסברת טוב יותר על ידי התסמינים של הפרעה נפשית אחרת (לדוגמה, ניסיון לשפר פגם או ליקוי נתפס במראה בגוף).

אטיאולוגיה

טרם נמצא גורם חד משמעי שמביא אנשים לפתח את ההפרעה הנ"ל, אולם קיימות מספר תיאוריות שמנסות להסביר מדוע מצב זה מתפתח.

תיאוריה אחת גורסת כי גורמים פסיכולוגיים הם שמביאים להתפתחות התסמונת. אלה כוללים פיצוי על תחושה של אובדן מסוים המתבטא בתלישת השיער, או לחילופין ביטוי של דחפים אגרסיביים שיש לאדם ובאים לידי ביטוי בפעולת התלישה. הסבר אחר מהפן הפסיכולוגי טוען כי עצם פעולת התלישה עוזרת לאדם להפיג מתחים.

הסבר שני מציע כי התופעה נגרמת בשל פגיעה במערכת העצבים המרכזית. טרם ידוע איזו פגיעה זו אולם ניתן לראות כי טיפול תרופתי עוזר לשפר את ההפרעה.

יש הסוברים כי תלישת השיער היא ביטוי של הפרעת דחק פוסט טראומטית, ואכן ישנם סימוכין כי התופעה נפוצה יותר בקרב אנשים שחוו טראומות ומצבי דחק בעבר, מאשר באוכלוסייה הכללית.

הפרעת קילוף עור (עור קטיפ) – Excoriation (Skin-Picking) Disorder

- א. קילוף עור חוזר וכתוצאה נגעים בעור.
- ב. ניסיונות חוזרים ונשנים כדי להקטין או להפסיק קילוף עור.
- ג. קילוף העור גורם למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או פגיעה חברתית, תעסוקתית, או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ד. קילוף העור אינו מיוחס להשפעות הפיזיולוגיות של חומר (למשל, קוקאין) או מצב רפואי אחר (לדוגמה, גרדת).
- ה. קילוף העור אינו מוסבר טוב יותר על ידי סימפטומים של הפרעה נפשית אחרת (למשל, מחשבות שווא או הזיות מישוש בהפרעה פסיכוטית, ניסיון לשפר פגם או ליקוי נתפס במראה בהפרעת dysmorphic גוף, הפרעת תנועה, או מתוך כוונה לפגוע בעצמו בפציעה עצמית nonsuicidal).

הפרעות התנהגות ושליטה בדחפים

Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorder

- ❖ Oppositional Defiant Disorder – הפרעת מתריסות והתנגדות
- ❖ Intermittent Explosive Disorder – הפרעת כעס מתפרץ (בעיה בבקרת הדחף)
- ❖ Conduct Disorder – הפרעת התנהגות חמורה
- ❖ פירומניה
- ❖ קלפטומניה
- ❖ Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder

הפרעת מתריסות והתנגדות – Oppositional Defiant Disorder

סירוב לקבל סמכות, התחצפות, זעם רב, עשוי לרמז על הפרעה אישיותית בהמשך. Conduct Disorder ממותן.

6 חודשים של 4 סימפטומי מצב רוח כעוס / התנהגות ווכחנית / נקמנות לא עם אחים. דפוס חוזר של כעס, מצב רוח רגזני, ווכחני, התנהגות מתריסה ונקמנות בתדירות גבוהה לאורך זמן. בעלי ההפרעה יכולים להפגין בעיות התנהגותיות בלבד ללא סימנים של מצב רוח שלילי. **בעלי הפרעה זו אינם תופסים עצמם ככעוסים, כמתנגדים או מתריסים** אלא לרוב מצדיקים את ההתנהגויות שלהם כאקט תגובתי.

בעלי ההפרעה יכולים גם לבטא אותה רק במקום (setting) אחד כשלרוב זה הבית. הדיאגנוזה צריכה להתקיים בין אם המטפל מתייחס לנסיבות ההפרעה ובין אם לא. הפרעת התנגדות מתריסה אצל ילדים ומתבגרים שכיחה יותר בקרב משפחות בהן רצף המטפל העיקרי השתנה או משפחות בהן דפוס החינוך והגידול התאפיין בצורה נוקשה, אכזרית, לא עקבית ומזניחה.

A. דפוס מצב רוח כעוס ורגזני, התנהגות ווכחנית ומתריסה או נקמנית שנמשך לפחות חצי שנה כאשר מתקיימים לפחות 4 סימפטומים מהקטגוריות הבאות ונצפים בזמן אינטראקציה עם לפחות אדם אחד שאינו אח או אחות.

במהלך תקופה זו הסימפטומים מופיעים: עד גיל 5 – רוב הימים, גיל 5 ומעלה – פעם בשבוע (מלבד קריטריון 8 שבו יש הגדרה ספציפית של תכיפות).

מצב רוח רגזני, שמתרגז בקלות

1. לעיתים קרובות מאבד סבלנות
2. מתרגז ומתעצבן בקלות לעיתים קרובות
3. כעוס ומתרעם לעיתים קרובות

התנהגות ווכחנית ומתריסה

4. מתווכח עם גורם סמכות או אם מדובר בילדים ומתבגרים אז עם מבוגרים לעיתים קרובות.
5. לעיתים קרובות מתמרד ומסרב להיענות לדרישות מגורמי סמכות או מסרב לציית לחוקים.
6. מציק, מרגיז אחרים באופן מכוון לעיתים קרובות
7. מאשים אחרים בטעויות שלא שלה לעיתים קרובות.

נקמנות

8. התנהג בצורה נקמנית וזדונית פעמיים בחצי השנה האחרונה.
- הערה: יש לקחת בחשבון גורמים כגון, האם התדירות והועצמה של ההתנהגויות הן מחוץ לטווח הנורמלי בהקשר לרמה ההתפתחותית, מין ותרבות של אותו אדם.

B. הפרעות בהתנהגויות מתקשרות למצוקה של הסובל מההפרעה או מצוקה בקרב הקרובים אליו (משפחה, חברים, עמיתים לעבודה) או שהן מפריעות ומשפיעות באופן שלילי על חיי החברה, לימודים, תעסוקה ותחומים חשובים אחרים בתפקוד חברתי.

C. התנהגויות אלו לא יכולות להופיע רק בזמן התקף פסיכוטי, שימוש בסמים, דיכאון והפרעה דו קוטבית.

מצייני חומרה:

חלשה: הסימפטומים מוגבלים למיקום, סטינג, אחד בלבד (בית, או בית ספר, עבודה או בנוכחות עמיתים).

מתונה: חלק מהסימפטומים מופיעים בלפחות 2 מקומות.

חמורה: חלק מהסימפטומים מופיעים בשלושה מקומות או יותר.

מציינים

בעלי הפרעת התנגדות מתריסה יכולים להראות סימפטומים רק בבית או/ו רק עם קרובי משפחה. אך יחד עם זאת ככל שהסימפטומים מעמיקים יותר כך הם אינדיקציה לחומרת המצב.

התפתחות

הסימפטומים הראשונים של הפרעת התנגדות מתריסה מופיעים **לרוב בגיל הגן ולעיתים רחוקות מתחילים להופיע אחרי ההתבגרות המוקדמת**. הפרעת התנגדות מתריסה לרוב מקדימה התפתחות של Conduct Disorder (הפרעת התנהגות), במיוחד אצל אלו עם התנהגות מתפרצת בילדות, אך יחד עם זאת רבים עם ההפרעה, ילדים ומתבגרים, לא יפתחו לאחר מכן Conduct Disorder.

בנוסף, הפרעת התנגדות מתריסה **מגדילה את הסיכון להתפתחות הפרעת חרדה והפרעת דיכאון**, גם בהיעדר Conduct Disorder. סימפטומים כגון ההתרסה, הווכחנות ונקמנות מהווים סיכון גבוה ל-Conduct Disorder בעוד שהסימפטומים שקשורים למצב רוח רגזני וכעוס מהווים סיכון גבוה להפרעות רגשיות.

ילדים ומתבגרים עם הפרעת התנגדות מתריסה נמצאים בסיכון מתגבר למספר בעיות הסתגלותיות כמבוגרים, כולל התנהגות אנטיסוציאלית, בעיות שליטה בדחפים, שימוש בסמים, חרדה ודיכאון. הרבה מההתנהגויות הקשורות בהפרעת התנגדות מתריסה מתגברות בתדירות במהלך תקופת הגן וההתבגרות. לכן זה קריטי במהלך תקופת התפתחות אלו שהעוצמה והתדירות של אותן התנהגויות תבחן ותיבדק ביחס למדדים נורמטיביים, לפני יקבע כי אלו תסמינים של הפרעת התנגדות מתריסה.

השלכות תפקודיות של הפרעת התנגדות מתריסה

כשההפרעה מתקיימת במהלך ההתפתחות הסובלים ממנה חווים לעיתים קרובות קונפליקטים עם ההורים, המורים, חברים ובני זוג. עימותים אלו, לרוב, מובילים פגם משמעותי בהסתגלות הרגשית, חברתית, אקדמאית ומקצועית של אותו האדם.

תחלואה נלוות (COMORBIDITY)

- מתבגרים ומבוגרים עם ההפרעה נמצאים ברמת סיכון גבוהה **להפרעות חרדה ודיכאון**.
- מתבגרים ומבוגרים עם ההפרעה מראים גם שיעור גבוה של שימוש בסמים.
- שתי ההפרעות השכיחות ביותר שמתקיימות לצד הפרעת התנגדות מתריסה הם ADHD ו-Conduct Disorder (הפרעת התנהגות).
- הפרעת התנגדות מתריסה נקשרת עם סיכון גבוה לניסיונות התאבדות, גם אם הפרעות נלוות אחרות מטופלות ומאוזנות.

אבחנה מבדלת והפרעות משיקות

הפרעת מתריסות והתנגדות	הפרעות אחרות
• התנהגויות פחות חמורות • <u>אין</u> כוללות אגרסיביות כלפי אנשים ובעלי חיים, השחתה של רכוש או דפוס התנהגות חוזר של גניבה ומרמה. • כוללת בעיות של וויסות רגשי	CONDUCT DISORDER • אין בעיות של וויסות רגשי כחלק מההגדרה. • הפרעת התנגדות מתריסה לרוב מקדימה ל CONDUCT
בכדי לאבחן בנוסף גם את הפרעת התנגדות המתריסה חשוב לבדוק שהקושי של אותו אדם להיענות לבקשות של אחרים אינו מתבטא רק בסיטואציות בהן הוא נדרש להפגין תשומת לב מתמשכת או סיטואציות בהן נדרש לשבת בשקט.	ADHD בדרך כלל נלווה להפרעת התנגדות מתריסה. שיעורים של הפרעת התנגדות מתריסה גבוהים הרבה יותר כאשר קיים.
יש ניצנים של זדון.	קעס מתפרץ Intermittent explosive disorder • התנהגות אגרסיבית חמורה כלפי אחרים שאינם חלק מההגדרה של הפרעת התנגדות מתריסה. • אין זדון
הפרעת התנגדות מתריסה ניתן רק במקרים בהם ההתנהגות המתריסה גבוהה באופן מיוחד ממה שנבדק בקרב אנשים שמשתווים בגיל השכלי ובחומרת הפיגור השכלי	פיגור
הפרעת התנגדות מתריסה צריכה להיבדל מהתנגדות שנובעת מפחד מהערכה שלילית, שקשורה בהפרעת חרדה חברתית.	חרדה חברתית
דיאגנוזה של הפרעת התנגדות מתריסה אינה יכולה להתקיים אם הסימפטומים באים לידי ביטוי אך ורק במהלך אפיזודה של הפרעות מצב רוח.	הפרעות דיכאון והפרעה דו קוטבית
לא ניתנת אבחנה של הפרעת התנגדות מתריסה יחד עם שיבוש בוויסות מצב הרוח (אם יש את שתיהן תתקבל רק האבחנה של השניה).	הפרעה בוויסות מצב רוח Disruptive mood dysregulation החומרה, התדירות והכרוניות של התפרצויות הזעם חמורות יותר

גורמי סיכון

- **טמפרמנט** : גורמים רגשיים שקשורים לבעיות בוויסות רגשי (רמות גבוהות של תגובתיות רגשית, יכולת התמודדות נמוכה עם תסכול).

- **סביבה :** נוקשות, אכזריות ושיטת הורות שאינה עקבית ומזניחה נפוצה בקרב משפחות של ילדים ומתבגרים המאובחנים עם הפרעת התנגדות מתריסה. שיטות הורות משחקות תפקיד חשוב בנסיבות ההפרעה.

הפרעת כעס מתפרץ (בעיה בבקרת הדחף) – Intermittent Explosive Disorder

תוקפנות פיזית / מילולית ללא פציעת האחר או הרס רכוש (פעמיים בשבוע 3 חודשים) או – 3 התפרצויות הגורמות לפגיעה ברכוש או פציעה פיזית במשך שנה. התפרצויות זעם המאופיינות באבדן שליטה מהיר ללא זדון, ללא סממנים מקדימים וללא תכנון מראש. ברוב המקרים ההתפרצות נמשכת כ-30 דק' ולרוב נגרמת כתגובה להתגרות מינורית מאדם קרוב. החל מגיל 6.

A. התפרצויות התנהגותיות חוזרות ונשנות, אשר מייצגים כשל ביכולת לשלוט בדחפים תוקפניים, ומתבטאים באחת מבין שתי הצורות:

- **תוקפנות מילולית (התפרצויות זעם, תוכחות, ויכוחים או ריבים), או תוקפנות פיזית** כלפי רכוש, חיות, או אנשים אחרים, אשר מתרחש לפחות **פעמיים בשבוע למשך תקופה של שלושה חודשים**. התוקפנות הפיזית אינה מתבטאת בפגיעה או הרס של רכוש, ואינה מתבטאת בפגיעה פיזית לבעלי חיים או אנשים אחרים.
- **שלוש התפרצויות זעם** אשר כוללות בתוכן, הרס או פגיעה ברכוש, ו/או פגיעה פיזית אשר כוללת בתוכה פציעה פיזית ממשית כנגד בעלי חיים או אנשים אחרים, אשר מתרחשות בתוך תקופת זמן של **12 חודשים**.

B. עוצמת התפרצות הזעם הבאה לידי ביטוי במהלך ההתפרצות, אינה מותאמת לסיטואציה או למאפייני הלחץ הסביבתיים.

C. התפרצויות הזעם החוזרות ונשנות אינן מתוכננות מראש (הן אימפולסיביות ומבוססות כעס).

D. התפרצויות חוזרות מייצרות מצוקה באדם או ליקויים בתעסוקה, ו/או ביחסים הבין אישיים, כמו-כן עלולים לייצר קשיים כלכליים ו/או השלכות חוקיות (כגון הסתבכות עם החוק, פתיחת תיקים פלילים ועוד').

E. הגיל הכרונולוגי הוא **לפחות גיל 6** (או שלב התפתחותי זהה לגיל 6).

F. התפרצויות הזעם החוזרות אינן יכולות להיות מוסברות טוב יותר באמצעות הפרעות אחרות או נוספות (לדוגמא, דיכאון, הפרעה דו-קוטבית, הפרעה בוויסות מצבי רוח, התפרצויות פסיכוטיות, אישיות אנטיסוציאלית, הפרעת אישיות גבולית) ואינן משויכות למצב רפואי (טראומת ראש, אלצהיימר) או להשפעות של חומרים על הגוף (שימוש בסמים, טיפול תרופתי). **לילדים מגיל 6-18 התנהגות תוקפנית אשר מתרחשת כחלק מהפרעת הסתגלות (adjustment disorder) אינה יכולה להיכלל בדיאגנוסטיקה של הפרעה זו.**

הפרעות משיקות שאינן סותרות	לא תנתן אבחנה עם הפרעות הבאות
ADHD *	דיכאון *
Conduct disorder *	הפרעה דו-קוטבית *
הפרעת מתריסות Oppositional *	הפרעה בוויסות מצבי רוח (Disruptive mood) *
אוטיזם *	התפרצויות פסיכוטיות *
	אישיות אנטיסוציאלית *
	הפרעת אישיות גבולית *
	הפרעת הסתגלות עד גיל 18 *

הפרעת התנהגות חמורה – Conduct Disorder

הפרת נורמות בסיסיות ו/או זכויות בסיסיות של אחרים - 3 התנהגויות בשנה האחרונה, לפחות אחת בחצי שנה האחרונה.
מקדים את האישיות האנטי סוציאלית.
לעיתים נחשפים למודלים משחיתים, כמו התנהגות עבריינית.
העדר חרטה ואשמה – אין מצוקה בעקבות מה שעשה.
מאחורי חלק מהילדים האלו עומד ילד שעבר התעללות, סגר את הכאב של עצמו והזדהות עם התוקפן שפגע בו. בטיפול: נבקש לדעת מה מידת האמפתיה שיש לילד, היכולת לחוש את הסבל שנרגם לאחרים, פריצת הדרך הטיפולית היא לחבר את הילד לכאב שבו.

A. דפוס התנהגות עקבי חוזר ומתמשך שבו מופרות הזכויות הבסיסיות של אחרים או נורמות חברתיות תואמות גיל, כפי שבאו לידי ביטוי בלפחות 3 קריטריונים במשך 12 חודשים מתוך כל אחת מהקריטריונים הבאים, כאשר לפחות אחד הקריטריונים התקיים בחצי שנה האחרונה:

תוקפנות לאנשים ולחיות

1. לעתים קרובות בריונים, מאיימים, או מטילים אימה על אחרים.
2. לעתים קרובות יוזם קרבות פיזיים.
3. השתמשו בנשק שיכול לגרום לנזק גופני חמור לאחרים (למשל, מחבט, לבנים, בקבוק שבור, סכין, אקדח).
4. היה אכזרי פיזית לאנשים.
5. היה אכזרי פיזית לבע"ח.
6. גנב / גזל תוך התמודדות עם קורבן (למשל שוד, חטיפת ארנק, סחיטה, שוד מזוין).
7. אילץ מישהו לפעילות מינית.

הרס של רכוש

8. עוסק במתכוון במסגרת / סביבת אש מתוך כוונה של גרימת נזק חמור.
9. באופן מכוון הרס רכוש אחרים (שלא ע"י הפעלת/מסגרת אש).

מרמה או גנבה

10. פרץ לבית של מישהו אחר, בנין או מכונית.
11. לעתים קרובות משקר כדי להשיג סחורות או טובת הנאה או להתחמק ממחויבויות.
12. גנב פריטים בעלי ערך לא טריוויאלי מבלי להתעמת עם הקורבן (לדוגמא, גניבה מחנויות, אך ללא פריצה; זיוף).

הפרות חמורות של חוקים

13. לעתים קרובות נשאר בחוץ בלילה למרות איסורי הורים, עוד לפני גיל 13.
 14. ברח מהבית למשך לילה לפחות פעמיים בזמן שגר עם ההורים או בבית ההורים הפונדקאים, או פעם אחת מבלי לחזור לתקופה ארוכה.
 15. לעתים קרובות בורח מביה"ס, עוד לפני גיל 13.
- B. ההפרעה בהתנהגות גורמת לפגם משמעותי מבחינה קלינית בתפקוד החברתי, אקדמי או תעסוקתי.

C. אם היחיד הוא בן 18 ומעלה, קריטריונים לא יענו להפרעת אישיות אנטיסוציאלית.

ציין אם:

סוג של תחילת הילדות: לפחות אחד מהסימפטומים הופיע לפני גיל 10 .

סוג של תחילת גיל ההתבגרות: אין סימפטומים לפני גיל 10 .

הופעה לא מוגדרת: קריטריון עבור אבחנה של הפרעת התנהגות נמצא, אבל אין מספיק אינפורמציה זמינה בכדי לקבוע אם ההתחלה של הסימפטום הראשון היה לפני או אחרי גיל 10.

ציין אם:

עם רגשות פרו-חברתיות מוגבלות: לפחות שניים מהקריטריונים באופן עקבי למשך לפחות 12 חודשים במגוון הקשרים (במערכות יחסים / ומסגרות מרובות). מאפיינים אלו משקפים את דפוס האדם לאורך תקופה ולא רק בכמה סיטואציות. לכן, כדי ליישם הקריטריון למאפיין, יש צורך במגוון מקורות מידע. בנוסף לדיווח העצמי של הפרט, חשוב להעריך דיווחים של אחרים אשר מכירים את הפרט לאורך זמן (לדוגמא, הורים, מורים, עמיתים לעבודה, משפחה מורחבת, קבוצת השווים).

העדר חרטה או אשמה: לא מרגיש רע או אשם כאשר עושה משהו רע (לא לכלול חרטה שמופיעה רק כאשר נתפס /או צפוי לעונש). מראה חוסר עניין כללי בנוגע להשלכות השליליות של מעשיו. לדוגמא, לא חש חרטה אחרי שפגע במישהו או שלא אכפת לו מההשלכות של שבירת כללים.

קשוח- העדר אמפטיה: מתעלם ולא מתעניין ברגשות אחרים. האדם מתואר כקר ואדיש. האדם נראה יותר מתעניין בנוגע להשפעות / תוצאות של מעשיו על עצמו, יותר מאשר לתוצאות על אחרים, אפילו כאשר המעשים מסתיימים בנזק משמעותי לאחרים.

לא מתעניין בהופעה: לא מביע עניין בנוגע להופעה דלה / בעייתית בביה"ס, בעבודה, או בפעילויות חשובות נוספות. האדם לא הציג מאמץ הכרחי כדי להראות טוב, אפילו כשהציפיות ברורות, ובד"כ מאשים אחרים בהופעה הדלה שלו.

אפקט רדוד או חסר: לא מביע רגשות או מראה תחושות/רגשות לאחרים, חוץ מדרכים שנראות רדודות, לא כן, או שטחי (לדוגמא, מעשים שמנוגדים לרגשות שמוצגים, יכול "להדליק" "ולכבות" רגשות במהירות) או כאשר ביטויים רגשיים מופיעים כדי לזכות (לדוגמא, רגשות מוצגים כדי לתחמן או לאיים על אחרים).

מאפיין חומרה נוכחי

מתון: מעט אם בכלל בעיות ההתנהגות הקיימות בכדי לאבחן נמצאות, ובעיות ההתנהגות יוצרות, באופן יחסי, נזק קטן לאחרים (לדוגמא: משקר, השתמטות/היעדרות, נשאר בחוץ אחרי חשכה בלי הסכמה, שבירת כללים נוספים).

בינוני: מספר בעיות ההתנהגות והשפעתם על אחרים הוא ביניים בין אלו שסווגו מתון לאלו שסווגו חמור (לדוגמא, לגנוב מבלי להתעמת עם הקורבן, ונדליזם).

חמור: בעיות התנהגות רבות בנוסף לאלו הנדרשות בכדי לאבחן קיימות, או שבעיות ההתנהגות גורמות נזק רב לאחרים (לדוגמא, מין כפוי, אכזריות פיזית, שימוש בנשק, גניבה תוך כדי עמידה מול הקורבן, פריצה).

אטיאולוגיה

מדענים זיהו גורמי סיכון הקשורים להפרעה זו, כגון היסטוריה משפחתית של מחלות נפש או התמכרות לסמים, חשיפה לתרופות או טבק במהלך ההתפתחות העוברית, התעללות בילדות, מתח, גורמי איכות הסביבה, כגון חיים משפחתיים שאינם יציבים, העדר השגחה וקשיי משמעת.

פירומניה - Pyromania

לפחות שני מקרי הצתה המלווים בהתרגשות ומשיכה לאש, ללא מטרה נוספת של רווח כספי, ביטוי כעס או פעילות פוליטית.

- א. יותר ממקרה אחד של הצתה אש מכוונת או מחושבת.
- ב. התעוררות או מתח לפני מעשה ההצתה.
- ג. קסם, עניין, סקרנות או משיכה לאש ומצבים להם קשורה (לדוגמא: אביזרים הקשורים לאש, שימושים באש, תוצאות האש).
- ד. הנאה, סיפוק או רגיעה בעת הצתת האש או כאשר האדם נמצא כעד ראייה או נוטל חלק בתוצאות ההצתה.
- ה. הצתת האש לא נעשית: לרווח כספי, לביטוי אידיאולוגיות חברתיות-פוליטיות, להסתרת פעילות קרימינלית, לבטא כעס או נקמה, לשיפור תנאי חיים של משהו, כמענה לדילוחיה או הלוצינציה או כתוצאה של שיפוט לקוי (לדוגמא בהפרעה נוירו-קוגניטיבית, נכות אינטלקטואלית/שכלית-הפרעה התפתחותית אינטלקטואלית, הרעלת תוכן).
- ו. הצתת האש לא יכולה להיות מוסברת טוב יותר ע"י הפרעת התנהגות (conduct disorder), אפיזודה מאנית או הפרעת אישיות אנטיסוציאלית.

קלפטומניה - Kleptomania

- א. כישלון חוזר לעמוד בפני דחפים לגנוב חפצים שאינם נחוצים לשימוש אישי ואף לא בשל ערכם הכספי.
- ב. תחושה גוברת של מתח באופן מיידי לפני ההודאה בגניבה.
- ג. הנאה, סיפוק או הקלה בזמן ההודאה בגניבה.
- ד. הגניבה לא בהכרח מבטאת כעס או נקמה והיא לא תגובה של דלוחיה או הלוצינציה.
- ה. לא ניתן להסביר את הגניבה טוב יותר על ידי הפרעת התנהגות (conduct disorder), אפיזודה מאנית או הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית.

נוספים - Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder

קטגוריה זו חלה על מצגים (presentation) שבהן מופיעים סימפטומים של:

disruptive, impulse-control, conduct disorder שגורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לפגיעה בתפקודים חברתיים, תעסוקתיים או בתחומי תפקוד חשובים אחרים, אבל אינם עונים על כל הקריטריונים האבחנתיים של ההפרעות הנ"ל.

הקטגוריה הנוספת שראויה לציון של הפרעות: disruptive, impulse control, and conduct disorder: נפוצה במצבים בהם הקלינאי בוחר לבטא את הסיבה הספציפית לכך שהמצג אינו נותן מענה לקריטריונים לאחת מההפרעות הנ"ל.

הפרעות שקשורות בטראומה

Trauma-related Stressor-Related Disorders

❖ הפרעת התקשרות תגובתית (ריאקטיבית) – Reactive Attachment Disorder

❖ הפרעת חיברות ללא עכבות – Disinhibited Social Engagement Disorder

❖ הפרעת דחק פוסט טראומטית – Post-Traumatic Stress Disorder

❖ הפרעת דחק אקוטית – Acute Stress Disorder

❖ הפרעת הסתגלות – Adjustment Disorder

האירוע הטרטוגני (מסכן) כקריטריון אבחוני – אחד המקרים הבודדים שה-DSM מתייחס לאטיאולוגיה.

אדם שעבר טראומה עם אמנזיה לא יוכל לקבל את האבחנה.

הפרעת התקשרות תגובתית (ריאקטיבית) – Reactive Attachment Disorder

בעבר היה משוייך להפרעות התפתחותיות. הילד חווה הורות בלתי מסופקת ושאינה מווסתת. הזנחה וחסכים רגשיים עמוקים, הצרכים הבסיסיים אינם מסופקים. לא מחפשים נחמה. שינויים תכופים בדמויות המטפלות פוגע ביכולת לבסס יחסי התקשרות יציבים (ילד שעובר מאמנה לאמנה), או שלילד אין אפשרות לפתח יחסי התקשרות בגלל כמות גדולה של ילדים על מספר מצומצם של מטפלים. סיכון להתפתחות של הפרעת אישיות.

- A.** דפוס חוזר של התכנסות או **הימנעות רגשית** כלפי הדמויות המטפלות העיקריות הבא לידי ביטוי בשני הבאים:
1. הילד **לעיתים רחוקות** או נדירות **מחפש נחמה** או **הרגעה מהדמויות המטפלות** כאשר נמצא במצב מצוקה.
 2. הילד **לעיתים רחוקות** או נדירות **מגיב לנחמה** או הרגעה כאשר במצוקה.
- B.** **קושי חברתי ורגשי רציף** הבא המאופיין בלפחות 2 דפוסים:
1. תגובה רגשית וחברתית מינימלית כלפי האחר.
 2. אפקט חיובי מוגבל.
 3. אפיזודות לא מוסברות של עצבנות, עצב, או פחד המתרחשות גם בעת אינטרקציות לא מאיימות עם המטפל.
- C.** **הילד חווה דפוס של התנהגויות קיצוניות וטיפול לא מספק** כלפיו, שניתן לראותם בלפחות 1 מהנ"ל:
1. **הזנחה או מניעה חברתית של המטפל העיקרי** הבאה לידי ביטוי בחוסר מילוי צרכים רגשיים בסיסיים של נחמה וחיבה.
 2. **חילופים חוזרים של הדמות המטפלת העיקרית** המקשים על יצירת התקשרות יציבה (כגון: שינויים רבים של משפחת האומנה).
 3. גידול הילד בסביבה יוצאת דופן שמקשה באופן משמעותי על היכולת של הילד ליצור התקשרות עם דמות מסויימת (מוסדות שיש **מינון קצוב של מפגשים ילד-מטפל**).
- D.** הטיפול שניתן לילד כפי שמתואר בקריטריון C הוא זה שככל הנראה אחראי על התנהגות הילד כפי שמתוארת בקריטריון A (התסמינים שבקריטריון A החלו עקב או לאחר חוסר הטיפול המספק שמופיע בקריטריון C).
- E.** ההפרעה אינה עונה על הקריטריונים של הפרעות בספקטרום האוטיסטי.
- F.** ההפרעה נוכחת ומופיעה לפני גיל 5.
- G.** לילד יש גיל התפתחותי של לפחות 9 חודשים.
- פרט אס:**
- אם ההפרעה מתמידה: ההפרעה מופיעה וקיימת למעלה מ-12 חודשים.
- חומרת ההפרעה - ההפרעה תיחשב "חריפה" כאשר כל הסימפטומים תואמים את התנהגות הילד, כל סימפטום מעלה את חריפות ההפרעה באופן יחסי.

הפרעת חיברות ללא עכבות – Disinhibited Social Engagement Disorder

חוסר עקביות – ילדים שיוצרים קשר לא מובחן עם דמויות של מבוגרים זרים. העדר רתיעה מיצירת קשר עם אדם זר. מחוות גופניות ודיבור קרוב בלתי מותאמות גופנית ומילולית לאדם זר. כאשר המטפל עוזב אין כמיהה שיחזור.

- A. תבנית התנהגות בה הילד מתקשר עם מבוגרים לא מוכרים ומציג לפחות 2 מהבאים:
1. מידה מועטה או חוסר איפוק באינטראקציות עם מבוגרים לא מוכרים.
 2. התנהגות או דיבור "קרוב מידי" [Overly familiar] (באופן שאינו תואם את הסביבה התרבותית של הילד או תואם את הגבולות החברתיים הנהוגים בגילו).
 3. מידה פחותה / היעדר בדיקה עם המטפל (Caregiver) אחרי התרחקות ממנו, גם בסיטואציות ומקומות לא מוכרים.
 4. נכונות ללכת עם מבוגר זר עם היסוס מועט או כלל ללא היסוס.
- B. התנהגויות בקריטריון A אינן מיוחסות לאימפולסיביות (כמו בהפרעות קשב/היפראקטיביות).
- C. הילד חווה דפוס טיפול קיצוני או העדר טיפול מספק כפי שניתן לראות לפי לפחות אחד מהבאים:
1. הזנחה או מניעה חברתית של המטפל העיקרי הבאה לידי ביטוי בחוסר מילוי צרכים רגשיים בסיסיים של נחמה וחיבה.
 2. חילופים חוזרים של הדמות המטפלת העיקרית המקשים על יצירת התקשרות יציבה (כגון: שינויים רבים של משפחת האומנה).
 3. גידול הילד בסביבה יוצאת דופן שמקשה באופן משמעותי על היכולת של הילד ליצור התקשרות עם דמות מסוימת (מוסדות שיש מינון קצוב של מפגשים ילד-מטפל). הטיפול שניתן לילד כפי שמתואר בקריטריון C הוא זה שככל הנראה אחראי על התנהגות הילד כפי שמתוארת בקריטריון A (התסמינים שבקריטריון A החלו עקב או לאחר חוסר הטיפול המספק שמופיע בקריטריון C).
 - D. הילד הגיע לפחות לגיל ההתפתחותי של 9 חודשים.
- ציין אם: משך: ההפרעה נוכחת יותר מ-12 חודשים.
ציין חומרה: ההפרעה הינה חמורה כאשר הילד מציג את כל הסימפטומים של ההפרעה, כאשר כל קריטריון מתבטא באופן חמור.

התקשרות תגובתית	חיברות ללא עכבות
המנעות רגשית – לא מחפש נחמה אצל ההורה ולא מגיב לנחמה במצבי מצוקה. קושי חברתי ו/ או רגשי רציף – 2 דפוסים.	התנהגות לא מותאמת עם מבוגרים זרים (קרוב מידי), סומך על זרים ולא מחפש את ההורה – 2 דפוסים.
חייב להופיע לפני גיל 5	
לא בגלל אוטיזם	לא בגלל ADHD

התסמינים התחילו אחרי וכנראה בעקבות אופן הטיפול: הזנחה רגשית של המטפל / דמות המטפל מתחלפת לעיתים קרובות / אין מספיק זמן עם דמות המטפל.
גיל התפתחותי של לפחות 9 חודשים

הפרעת דחק פוסט טראומטית – Post-Traumatic Stress Disorder

6 תסמינים המופיעים במשך חודש – (1) חודרנות, (1) המנעות, (2) קוג' ומצב רוח, (2) עוררות ותגובתיות.
ההמנעות גורמת להמנע מדיבור על הטראומה ולכן לא מגיעים לטיפול.
קריטריונים לאבחון – למבוגרים, מתבגרים, וילדים מעל גיל 6.

A. חשיפה ממשית או חשיפה לאיום של מוות, פגיעה משמעותית או אלימות מינית, באחת או יותר מהדרכים הבאות:

1. חווה את האירוע באופן ישיר.
2. היה בעצמו עד לאירוע בעת שהאחר נחשף אליו.
3. שמע שהאירוע התרחש לקרוב משפחה או חבר קרוב; במקרה של מוות או איום במוות של קרוב משפחה או חבר קרוב, יש גוון אלים או לא צפוי לאירוע (רגע הבשורה).
4. נחשף לפרטים קשים ביחס לאירוע באופן עוצמתי או חוזר (למשל, אנשי סיוע, חוקרי ילדים; אינו כולל מדיה, אלא אם החשיפה למדיה קשורה לעבודה).

B. נוכחות של 1 או יותר מהתסמינים חודרניים (האירוע משוחזר שוב ושוב - Intrusion symptoms) הבאים, הקשורים לאירוע הטראומטי, שהחלו לאחר החשיפה לאירוע הטראומטי:

1. זיכרונות חודרניים בלתי רצוניים ומעוררי דחק של האירוע (בילדים יכולים להופיע במשחק חוזר).
תסמינים פולשניים – למרות שהאדם לא רוצה להזכר באירוע הוא פולש לו להכרה ויוצר מצוקה משמעותית.
2. חלומות חוזרים ומעוררי דחק, בהם התוכן או האפקט קשורים לאירוע הטראומטי (אצל ילדים יכולים להיות חלומות בעתה ללא תוכן מוגדר).
3. תגובות דיסוציאטיביות (למשל פלשבקים) בהם הפרט חש או מגיב כאילו האירוע הטראומטי מתרחש שוב (מופיע על רצף, עד כדי אובדן מוחלט של המודעות לסביבה); (אצל ילדים השחזור יכול להופיע במשחק). זהו שינוי פולשני במצב התודעה, האדם חש שהוא במקום אחר. הפלאשבק יכול להיות סומטי ולהחוות כאמיתי, ויכולה להווצר ממש רגרסיה לטראומה באותו רגע. מבחן נראה כהזיה.
4. דחק פסיכולוגי אינטנסיבי או ממושך בעת חשיפה לרמזים פנימיים או חיצוניים המייצגים או דומים להיבטים של האירוע הטראומטי.
5. תגובה פסיכולוגית משמעותית בעת חשיפה לרמזים פנימיים או חיצוניים המייצגים או דומים להיבטים של האירוע הטראומטי.

C. **הימנעות מתמשכת מגירויים הקשורים לאירוע הטראומטי, שהחלה לאחר התרחשותו של האירוע**, הבאה לביטוי ב1 או שני הבאים:

1. הימנעות / מאמץ להימנע מזיכרונות, מחשבות או רגשות מעוררי דחק על האירוע או הקשורים אליו.
2. הימנעות / מאמץ להימנע מתזכורות חיצוניות (אנשים, מקומות, שיחות, פעילויות, אובייקטים או מצבים) המעוררים זיכרונות, מחשבות או תחושות ביחס לאירוע או שקשורים אליו.

D. **שינוי לרעה בתחום הקוגניטיבי ובמצב הרוח** הקשורים לאירוע הטראומטי, שהחלו או שהחמירו לאחר החשיפה, כפי שבאים לידי ביטוי בלפחות 2 מהתסמינים הבאים:

1. חוסר יכולת לזכור היבט חשוב באירוע הטראומטי (כתוצאה מאמנזיה דיסוציאטיבית ולא כתוצאה מחבלת ראש, סמים או אלכוהול).
2. תפיסות או ציפיות שליליות מוגזמות ועיקשות ביחס לעצמי, לאחר, ולעולם (אני רע, לא ניתן לסמוך על אף אחד, העולם הוא לחלוטין רע).
3. עיוותי חשיבה עיקשים ביחס לסיבות או לתוצאות של הטראומה, המובילים את הפרט להאשמה עצמית או האשמת אחרים (עלול להוביל לדכאון).
4. מצב רגשי שלילי מתמשך – פחד, אימה, כעס, אשמה, בושה.
5. ירידה משמעותית בעניין או בהשתתפות בפעילויות משמעותיות.
6. תחושת ניכור או ניתוק מאחרים.
7. חוסר יכולת לחוות רגשות חיוביים כגון – חוסר יכולת לחוות רגשות שמחה, סיפוק או אהבה.

E. **שינוי משמעותי בעוררות ובתגובתיות הקשורים לאירוע הטראומטי**, שהחלו או החמירו לאחר החשיפה, כפי שבא לביטוי בלפחות 2 מהתסמינים הבאים:

1. התנהגות רגזנית והתפרצויות זעם (ללא פרובוקציה), באה לידי ביטוי לרוב בביטוי אגרסיה מילולית או פיסית כלפי אחרים או אובייקטים.
2. חוסר זהירות או התנהגות הרסנית (חשיפה מוגברת להתמכרויות וסכנות אחרות).
3. דריכות יתר.
4. תגובות בהלה מוגזמות.
5. קושי בריכוז.
6. הפרעות בשינה (קושי להירדם, להישאר ישן או שינה חסרת מנוחה).

F. משך התסמינים הוא **חודש** לפחות.

G. התסמינים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקוי תפקודי בתחום החברתי, תעסוקתי או אחר משמעותי

H. התסמינים אינם תוצאה של מצב רפואי או שימוש בחומרים ממכרים.

With delayed expression - אם התסמינים במלואם אינם מגיעים לביטוי מלא עד לפחות 6 חודשים לאחר האירוע.

ישנו תת סוג לילדים מתחת לגיל 6. התוספת המשמעותית היא בקריטריון A - הבנה שהטראומה קרתה להורה.

רקע

PTSD אובחנה כהפרעה ב- 1980 ב- DSM III, לאחר מלחמת וייטנאם.

לפי DSM III, 1987 – אירוע **חריג** מחוץ לטווח ההתנסויות האנושיות השגרתיות אשר מטבעו מעורר מצוקה חריפה כמעט אצל אדם שנחשף לו. בעייתיות בהגדרה:

* הסתכלות על המצב (גישה מצבית) – לפי האירוע נדע מה קורה, אין מקום לתפיסה סובייקטיבית של האדם את האירוע

* בניגוד להגדרה אירוע טראומטי יכול להיות גירושין או מלחמה, אירועים שלא דווקא חריגים

ההגדרה המעודכנת תואמת את **גישת האינטרקציה** וכוללת את תפיסתו של האדם את האירוע.

טיפול

PE – חשיפה הדרגתית לתכנים. אין דרך להחלים מהפרעה פוסט טראומטית ללא עיבוד הטראומה. המטופל צריך לעבור תהליך פסיכו-חינוכי על מנת שיבין את ההכרח בעיבוד. המטופל צריך להגיע למצב שהוא מתרגל לזכרון. מצב שבו הוא יכול להזכר מבלי להתרסק. עד אז מושקעים מאמצים אדירים להשאיר את זה מודחק / לא מדובר.

אנשים יכולים לחוות התקפי פאניקה כשהם נזכרים בטראומה. (לעומת הפרעת פאניקה שבה התקף הפאניקה מגיע ללא טריגר).

ההמנעות מונעת את הטיפול וההחלמה ומנציחה את הפתולוגיה, שכן היא לא מאפשרת לאדם ללמוד דברים חדשים על עצמו. יש לו קושי לדבר על מה שקרה.

נפגעת גם עמידות בפני גורמי דחק בעתיד.

אני הולך לשאול אותך על אירועים שאולי חווית.

האם אי פעם במהלך חיך חווית איום על חיך? נפצעת? חווית אלימות מינית?

האם איימו עליך?

האם היית עד למקרה כזה אצל אחר?

הפרעת דחק אקוטית – Acute Stress Disorder

9 סימפטומים המופיעים בין 3 ימים לחדש.

A. חשיפה ממשית או חשיפה לאיום של מוות, פגיעה פיסית משמעותית או אלימות מינית, באחת או יותר מהדרכים הבאות:

1. חווה את האירוע באופן ישיר
2. היה בעצמו עד לאירוע בעת שהאחר נחשף אליו.
3. שמע שהאירוע התרחש לקרוב משפחה או חבר קרוב; במקרה של מוות או איום במוות של קרוב משפחה או חבר קרוב, יש גוון אלים או לא צפוי לאירוע.
4. נחשף לפרטים קשים ביחס לאירוע באופן עוצמתי או חוזר (למשל, אנשי סיוע; אינו כולל מדיה, אלא אם החשיפה למדיה קשורה לעבודה).

B. נוכחות של **לפחות 9 מהתסמינים הבאים מכל אחת מחמש הקטגוריות** של חודרנות, מצב רוח שלילי, דיסוציאציה, הימנעות, או עוררות יתר, שהחלו או החמירו לאחר חשיפה לאירוע טראומטי.

** אותה רשימת סימפטומים כמו PTSD אך אין הכרח שיהיה סימפטום מכל קבוצה.

תסמינים חודרניים (Intrusion symptoms):

1. זיכרונות חודרניים בלתי רצוניים ומעוררי דחק של האירוע (בילדים יכולים להופיע במשחק חוזר).
2. חלומות חוזרים ומעוררי דחק, בהם התוכן או האפקט קשורים לאירוע הטראומטי (אצל ילדים יכולים להיות חלומות בעתה ללא תוכן מוגדר)
3. תגובות דיסוציאטיביות (למשל פלשבקים) בהם הפרט חש או מגיב כאילו האירוע הטראומטי מתרחש שוב (מופיע על רצף, עד כדי אובדן מוחלט של המודעות לסביבה); (אצל ילדים השחזור יכול להופיע במשחק).
4. דחק פסיכולוגי משמעותי ומתמשך או תגובתיות פיסיוולוגית בעת חשיפה לרמזים פנימיים או חיצוניים המייצגים או דומים להיבטים של האירוע הטראומטי

מצב רוח שלילי

5. חוסר יכולת משמעותית לחוות רגשות חיוביים (כגון אושר, סיפוק, או אהבה)

תסמינים דיסוציאטיביים (Dissociative symptoms):

6. שינוי בתחושת המציאותיות של העצמי או של הסביבה (לראות את עצמי מהפרספקטיבה של האחר, האטה בתחושת הזמן). ** לא קיים ב PTSD.
7. חוסר יכולת לזכור היבט חשוב באירוע הטראומטי (כתוצאה מאמנזיה דיסוציאטיבית ולא כתוצאה מחבלת ראש, סמים או אלכוהול)

הימנעות (Avoidance):

8. מאמץ להימנע מזיכרונות, מחשבות או רגשות מעוררי דחק על האירוע או הקשורים אליו
9. מאמץ להימנע מתזכורות חיצוניות (אנשים, מקומות, שיחות, פעילויות, אובייקטים או מצבים) המעוררים זיכרונות, מחשבות או תחושות ביחס לאירוע או שקשורים אליו

עוררות יתר (Hyperarousal):

10. הפרעות בשינה (קושי להירדם, להישאר ישן או שינה חסרת מנוחה)
11. התנהגות רוגזנית והתפרצויות זעם (ללא פרובוקציה), באה לידי ביטוי לרוב בביטוי אגרסיה מילולית או פיסית כלפי אחרים או אובייקטים

12. דריכות יתר

13. קושי בריכוז

14. תגובות בהלה מוגזמות

C. משך התסמינים הוא **שלושה ימים עד חודש** לאחר החשיפה לאירוע (התסמינים לרוב מתחילים מיד לאחר האירוע אך נמשכים לפחות שלושה ימים ועד חודש).

D. התסמינים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקוי תפקודי בתחום החברתי, תעסוקתי או אחר משמעותי.

E. התסמינים אינם תוצאה של מצב רפואי או שימוש בחומרים ממכרים ואינה מוסברת טוב יותר דרך המאפיינים של הפרעה פסיכוטית קצרה.

ההתייחסות בחודש הראשון היא רלוונטית כי החודש הראשון הוא חלון הזדמנויות – אפשר להתערב ולמנוע החרפה, כרוניקה והתקבעות של הטראומה. קיים ויכוח בין זרמים שונים – האם לתת לזמן לעשות את שלו או להתערב מהר ולמנוע החרפה וקיבוע. לפני שהיתה אבחנה לתגובה אקוטית היו מאבחנים הפרעת הסתגלות שהיא לא מותאמת לסימפטומים פוסט-טראומטיים.

ב- 1994 הוחלט שאם לא ינתן שם להפרעות של החודש הראשון עלולים לפספס.

תגובות אקוטיות יש להרבה אנשים (כל מי שנכח באירוע), אולם **הפרעה** אקוטית יש ל-10%-25% מהאנשים. זו הפרעה שמתייחסת לתגובות בחודש הראשון. אנחנו מבחינים בין מצוקה אקוטית לבין ההפרעה (שהיא חריפה ומגובשת יותר).

תגובות אנושיות למשבר וטראומה

אם משרטטים גרף של עוצמת תגובה כפונקציה של זמן אחרי האירוע ישנן מספר קבוצות –

- * עוצמת מצוקה גבוהה שנשארת לאורך זמן – פוסט טראומה כרוני שמגיעים לטיפול.
- * עוצמת מצוקה גבוהה שיורדת עם הזמן.
- * עמידות / resilience - עוצמת מצוקה קלה ומהר יחסית ישנה חזרה לרמת תפקוד והסתגלות שהיו קודם – רוב האנשים
- * צמיחה פוסט טראומטית - לצד המצוקה אנשים מדווחים גם על שינויים חיוביים, גדילה, צמיחה. האירוע קרה ויש לו השלכות שליליות אולם הם גם הרוויחו ממנו דברים חיוביים שללא האירוע לא היו קורים. בעשור האחרון יש יותר מקום במחקר של הפסיכולוגיה לבדוק את הצמיחה הזו. העמידות, לעומת הצמיחה, מהווה התגברות על הטראומה ללא עיבוד המעניק משמעות.

חמישה עקרונות שמנחים התערבות ויש להם תמיכה אמפירית – Stevan Hobfoll

* **קידום והגברה של תחושת הבטחון.** אירוע משברי מערער את האיזון – מציאת מקום רגוע נותן תחושה שפה שקט, המקום הנוכחי בטוח. מתחילים מהרמה הקונקרטית וממשיכים לרמה הרגשית. מקום בטוח עוזר לאנשים למצוא מקום שעשה להם טוב. יכול להיות חיבוק. מנסים לחשוב ביחד על מקום בטוח שבו אפשר להרגע, על המקום הזה מדברים – מגדילים אותו. כשקשה- תנסה לחזור בדמיון למקום הזה. ידע מגדיל גם הוא בטחון.

תקשורת –הגדלת החשיפה. אנשים שרואים יותר מעלה את החרדה.

הרגעה *

(לעומת בטחון שקצת יותר חיצוני הרגעה יותר פנימית)

אלכוהול וסמים מרגיעים כמו פלסטר

דמיון מודרך, חשיבה חיובית, סיפור כל הפרטים יכול לערער, הרפיה. המטרה היא קודם כל ליצור הרפיה גופנית. נורמליזציה של התגובות – לתת שם, מידע פסיכו-חינוכי, מידע שנועד להרגיע. להגיד שמה שקורה נורמלי, קורה להרבה אנשים וילך וירד.

משפחה שלא רוצה לספר מידע – צריך לבדוק למה ואיך, כי לפעמים כשלא מספרים או כשמספרים חצי מהאמת זה רק מלחיץ והופך לגרוע יותר. גם לילדים – אי אפשר להסתיר מידע, הם יודעים יותר משנדמה לנו. צריך רק לדעת איך לספר להם.

מועילות עצמית, self efficiency *

מושג שהוטבע ע"י בנדורה. האדם חש ששום דבר לא מצליח, שהכל מבלבל ובלתי אפשרי. תחושת ההצלחה יכולה להיות סובייקטיבית, והיא נפגמת באירועים טראומטיים. תוך כדי הקשבה נותנים לאדם את התחושה שהוא יכול. מתחילים בקטן, מדברים על הפחד, מבררים למה הוא מסוגל, ובהדרגה מבססים אצלו את התחושה שהוא יכול.

טראומה מובילה הרבה פעמים אדם להכללה של אמונה באי-יכולתו, המטרה שלנו היא להגביר את האמונה שלו ביכולותיו ולמנוע הכללה. האמונה צריכה להתבסס על ידע, על מיומנות, משאבים, תשתית שיש לאדם שעל בסיסה יכולה להתפתח אמונה. צריך טכניקות ומקורות. צריך לזכור שאנשים שעברו אירועים טראומטיים או משברים, חיו לרוב חיים תקינים לפני כן, היתה להם אמונה ביכולותיהם לכן לא צריך לבנות את זה מחדש אלא לחזק ולהדגיש שרק באירוע הספציפי לא היתה שליטה ויכולת עולה אבל לחזק על תחומי החיים האחרים בהם כן היתה יכולת והצלחות. (גישת הכוחות).

* **קשרים חברתיים –** התאמה בין הנותן למקבל, תמיכה קונקרטית לעומת רגשית בהתאם לצורך של האדם. תמיכה חברתית על כל מורכבויותיה. התחושה של מי שעובר טראומה שאין מי שמבין אותם. המטפל צריך להיות עם הלקוח. לפתח אצלו תחושת שייכות אל המטפל, ויותר מכל למשפחתו, חבריו וקהילתו. בד"כ מיד לאחר האירוע יש המון תמיכה, מבולגנת, שדועכת עם הזמן. יש לתת תמיכה מתאימה ורלוונטית עבורו

* **תקווה –** תחושת עתיד מוגבלת. טראומה ומשבר קוטעים את תחושת התקווה והעתיד. אנשים לא מסוגלים לראות רחוק. אנשים פחות יכולים לדמיין את עצמם בעתיד. תחושת עתיד מצומצמת ומוגבלת shortened future. אחד הדברים שאנחנו צריכים לעשות הוא להחזיר את תחושת התקווה. "עכשיו אתה לא מאמין שזה יקרה, אבל אני מאמינה שבבוא הזמן זה יקרה". תקווה היא מושג גדול בעל עניין רוחני ואמוני בין השאר. השאלה היא איך משדרים את התקווה.

הפרעת הסתגלות – Adjustment Disorder

דחק מוגזם / קושי תפקודי משמעותי המופיעים תוך שלושה חודשים מתחילת אירוע הדחק ומסתיימים תוך 6 חודשים מסיום האירוע והשלכותיו. במידה והקשיים ממשיכים יתכן שיעלה צורך לאבחנה כ PTSD.

- A. התפתחותם של **תסמינים רגשיים או התנהגותיים בתגובה לגורם דחק מזוהה** המופיעים במהלך **שלושת החודשים הראשונים** מתחילתו של אירוע הדחק.
- B. התסמינים או ההתנהגות משמעותיים מבחינה קלינית, כפי שבאים לידי ביטוי באחד או שני התסמינים הבאים:
1. **דחק משמעותי שהוא מוגזם** בעוצמתו או באינטנסיביות שלו, **ביחס למצופה מגורם הדחק**, ביחס להקשר החיצוני ולהשפעות התרבותיות.
 2. **קושי משמעותי בתפקוד החברתי**, תעסוקתי, או תחומי תפקוד אחרים.
 - C. התסמינים אינם מתאימים למצב נפשי אחר או להחמרה של מצב נפשי קודם.
 - D. התסמינים אינם מייצגים שכול נורמלי.
 - E. לאחר שגורם הדחק ותוצאותיו הסתיימו, **התסמינים אינם נמשכים יותר מ- 6 חודשים נוספים**.

Specify - תת סוגים: מצב רוח דכאוני, חרדתי, מעורב, התנהגותי, מעורב רגשי – התנהגותי.

- **עם גוון דכאוני**- מצב רוח ירוד, בכי, חוסר תקווה.
- **עם גוון חרדתי**- רגזנות, דאגה.
- עם גוון מעורב חרדתי – דכאוני – שילוב בין דיכאון לחרדה.
- עם גוון של בעיות התנהגות
- **עם גוון רגשי – התנהגותי** – שילוב של סימפטומים רגשיים (כמו דיכאון, חרדה) והפרעת התנהגות.

הפרעות דיסוציאטיביות

Dissociative Disorders

- ❖ הפרעת זהות דיסוציאטיבית – Dissociative Identity Disorder
- ❖ שיכחון דיסוציאטיבי – Dissociative Amnesia
- ❖ הפרעת דפרסונליזציה / דראליזציה – Depersonalization/Derealization Disorder
- ❖ Other Specified Dissociative Disorder

שאלות לצורך אבחנה

- האם יש לך זכרון רציף של ילדותך?
- האם אירועים מרכזיים בחיך חיים לך בזכרון – היום הראשון בכיתה א, לידת האב, בר מצווה?
- האם אתה חש לפעמים שאתה מאבד זמן?

על דיסוציאציה

האינטרקציה בין היכולות של ילדים לדמיין ובין פגיעות בילדים יוצרים את הדיסוציאציה. הילד מגייס את היכולות האדפטיביות שלו כדי להתמודד עם הטראומה וזה הופך להיות ה- way of being.

להתנתקות יש מנגנון מתגמל כי המציאות הקשה הופכת להיות מציאות חלופית נעימה יותר, ובאופן בהביוריסטי המציאות החלופית הופכת להיות המועדפת. ילדה שעוברת התעללות מינית צריכה בשלב מסוים לפצל (כדי לשמור על ההתקשרות). פיצול האובייקט קשור לפיצול החוויה. החוויה היא כפולה מול האובייקט המתעלל – חוויה מיטיבה ותחושה של הכרת תודה מול האב הטוב, וחוויה שהיא בלתי נסבלת. אחת האופציות היא להרחיק את ההיבטים הפוגעים והמטלטלים של החוויה מהזכרון – לפתח אמנזיה דיסוציאטיבית (דיסוציאטיבית כי זה לא אורגני אלא רגשית). הזכרון מוסתר אך לא נמחק.

. הילד "מהפנט" את עצמו שמי שפוגע בו לא באמת פוגע בו, שזהו לא מרגיש את הגוף שלו עצמו, שזה לא אמיתי – מרגיש כמו חלום.

סוגי אמנזיות

- * נורמלית - פעולה דיסוציאטיבית שגרתית – נהיגה במסלול קבוע שלא זוכרים בסוף הדרך את הנסיעה.
- * גלובלית על פני תקופה שלמה – לא זכורה תקופת בית הספר היסודי.
- * ספציפית ונסיבתית – זכרון של הסלון ולא של חדרי הבית, זכרון של דמויות קרובות מלבד דמות אחת.

- * On Going – תחושה של האדם שנעלמות לו דקות, שעות ואפילו ימים. האדם עשוי למצוא את עצמו במקום שהוא לא זוכר איך הגיע אליו.
- * מיני-אמנזיות – ההכרה המודעות "זוהי הצידה לרגע" – נראה כמו התנתקות באמצע שיחה. הזהות של האדם "נמחקת" לרגע או לזמן ממושך (לעומת DID אין החלפה בזהות אחרת).

הפרעת זהות דיסוציאטיבית – Dissociative Identity Disorder

שני הסימפטומים העיקריים – שינוי זהות ואמנזיה.

- A. הפרעה / שיבוש של הזהות על ידי פיצולה ללפחות שתי זהויות מובחנות שונות. בתרבויות מסוימות דבר זה יכול להיות מתואר כדיבוק. שיבוש הזהות בא לידי ביטוי בחוסר המשכיות מובחנת של תחושת העצמי או בתחושת השייכות, המלווה בשינויים באפקט, התנהגות, הכרה, זיכרון, תפיסה, קוגניציה, ו/או תפקוד סנסורי-מוטורי. תסמינים אלה יכולים להיראות על ידי אחרים או מדיווח עצמי.
- B. פער / קשיים חוזרים ביכולת לזכור אירועים יום יומיים, מידע אישי חשוב ו/או אירועים טראומטיים שאינם עולים בקנה אחד עם שכחה רגילה.
- C. התסמינים גורמים למצוקה משמעותית או שיבוש ביכולת החברתית, תעסוקתית או יכולת תפקודית אחרת.
- D. ההפרעה אינה חלק נורמלי בפרקטיקה תרבותית או דתית מקובלת.
- E. לא ניתן לייחס את הסימפטומים ל: שימוש בסמים (התעלפויות), או התנהגות קאוטית במהלך שתיית אלכוהול או מצב רפואי אחר (פרכוסים).

אטיולוגיה

ילדים באופן טבעי (וגם מבוגרים) מייצרי מצבי אגו שונים לפי סיטואציות חברתיות (הפרופסור, המטפל, הבעל, גרסיה למצב נזקק יותר). ילד שעובר התעללות יכול להקים עם הזמן חומות עבות בין המצבים השונים, ואלו יהפכו להיות מצבי אישיות שונים. הרציונאל ההשרדתי של הפרעת האישיות הדיסוציאטיבית היא ש"ילדת היום" לא תדע על "ילדת הלילה". האישיות מתמיינת כדי להתאים לתפקודי אגו שונים. הפיצול של הזהויות השונות יוצר הקלה (מתגמל). כשמנגנון ההגנה מתחיל להכשל החלקים השונים של האישיות "מדברים" ביניהם והאדם חש שהוא שומע קולות. לרוב אנשים לא יגיעו לטיפול בגלל אמנזיה דיסוציאטיבית. אנשים יכולים להגיע ולהגיד שיש להם תחושה שקרה משהו לא טוב עם האדם שהתעלל. האם יש לך לפעמים מצבים שבהם אתה מסתכל בראי ולא מזהה את הדמות?

האם לפעמים אתה חש שיש מאבק בתוכך של מי אתה?

תמונה קלינית

- * לרוב יש אישיות שאחראית על זכרון הטראומה ואישיות מרכזית שפועלת בחוץ, מתפקדת, מנותקת מהטראומה, אינטראקציה עם העולם בחוץ.
- * ישנה חוויה של קטיעה של האני – חוויית האני מתחלפת.
- * Sense of agency – האדם חש הגוף שלו פועל ולא הוא מפעיל אותו. האדם אומר, עושה, פועל ואני לא רוצה לעשות את זה. (למשל קרבן לגילוי עריות יכולה למצוא את עצמה מקיימת יחסי מין ללא רצונה)
- * עשוי להיות בוחן מציאות תקין לפעמים, והאדם חש שהוא יוצא מדעתו.
- * ישנה אישיות מרכזית, "מארכת".
- * נבדלים אלה מאלה **במידת המודעות ההדדית**. המצב הקיצוני הוא שאף זהות לא יודעת על השניה. במצבים הפחות קיצוניים האישיות השניה משתלטת, אבל האישיות המרכזית מודעת אליה.
- * DID מתרחשת בילדות אבל יכולה לפרוץ בהמשך. הפריצה היא כאשר התסמינים מגיעים למודעות, יכול להתרחש אצל ילד.
- * כל עוד מנגנון ההגנה פועל "מושלם" אין זליגה של זהויות שונות ואין סבל. כשמתחילה הזליגה יש סבל ומגיעים לטיפול.
- * ישנם שינויים באפקט – לעיתים דכאוני ולעיתים לא. ניתן לפעמים לראות את השינוי באפקט מתרחש מול העיניים.
- * שינויים בתפיסה – כשמתחלפים למצב של ילד הכל נראה גדול יותר.
- * שינויים בהתנהגות בין זהות אחת לשניה.
- * לרוב יש "תובנה פנימית" שמונעת מהזהויות האחרות לצאת בפומבי, והן יותר באות לידי ביטוי בסביבה "מותאמת".
- * ההפרעה אינה אפיזודית, היא מתמשכת.
- * לאדם יש "חורים" בזכרון - **אמנזיה דיסוציאטיבית לטראומה** – אין זכרון של הטראומה, של השנים או של חלקים מהשנים.
- * **פוגה דיסוציאטיבית** – חלק מאמנזיה דיסוציאטיבית – מצב שבו מישהו מגיע למקום מסויים ולא יודע איך הוא הגיע.
- * **דה-פרסונליזציה** – אדם צופה בעצמו, שינוי בתחושת הזמן.
- * **דה-ראליזציה** – המציאות נראית כמו חלום, מבעד לערפל, אנשים נראים כמו רובוטים. המציאות נראית ממש מעוותת. בוחן המציאות לא השתנה – האדם מרגיש שהדברים משתנים סביבו, אך הוא מבין שמהו לא תקין (לא בכיוון פסיכוטי).
- * יכול להיווצר בעקבות סמים (גם גראס) ואין דרך חזרה.

אבחנה מבדלת

בדומה לחלק מהקריטריונים האבחונים **בסכיזופרניה** – האדם חש שמישהו משתלט לו על המחשבות, מישהו גונב לו מחשבות, שמיעת קולות, הם מופיעים במצבי שכיחות גבוהה גם בDID. לעיתים בטעות האבחנה תהיה סכיזופרניה, אבל **תרופות אנטי פסיכוטיות לא משפיעות**. לעיתים יכולים להיות נסיונות אבדניים.

סכיזופרניה לא מאופיינת בדיסוציאציה. בסכיזופרניה נראה אישיות דלה ומוזרה, לא קוהרנטית, מחשבות שווא ביזאריות. ב-DID אלה הן הזיות שקשורות לפלאשבאק (זכרונות שנראים כמו הזיות). יש קשר בין ההזיות לסיפור הטראומה.

לעומת סכיזופרניה ב-DID-

- * אין תסמינים שליליים (השטחה רגשית)
- * אין הפרעות חשיבה (אין דלחיות)
- * אין הלוצינציות מלבד הקולות שמדברים ביניהם החלקים השונים.
- * האדם מתפקד

לעומת OCD – ב-OCD אין חוויה של אישיות אחרת, האדם חש המעשים והמחשבות משתלטים עליו אבל הם שלו.

האבחנה עשויה גם להיות בטעות בורדר ליין עם גלישות פסיכוטיות.

טיפול

לא מגיבים לשום תרופה אלא לפסיכותרפיה. עשויים להגיב לתרופות נוגדות חרדה או דכאון, אבל התרופות לא יבטלו את הזהויות השונות. ישנו מעט מחקר בנושא. לפעמים בעקבות טיפול התופעה מחמירה כי יש הרבה התעסקות בהפרעה. הטיפול הוא דרך החוויה ולא דרך המיינד.

אמנזיה דיסוציאטיבית – Dissociative Amnesia

- A. חוסר יכולת לזכור מידע אוטוביוגרפי משמעותי, לרוב זהו מידע טראומטי או קשור לגורמי דחק, באופן שאינו תואם שיכחה פשוטה.
- הערה: אמנזיה דיסוציאטיבית מורכבת לרוב מאמנזיה ממוקדת או סלקטיבית לאירוע או אירועים ספציפיים, או אמנזיה כללית של הזהות וההיסטוריה האישית.
- B. הסימפטומים גורמים למצוקה ניכרת או לקות חברתית, תעסוקתית או בתחומי חיים אחרים אשר חשובים לתפקוד האדם.
- C. ההפרעה אינה משויכת לתסמינים הפסיכולוגים של שימוש בחומרים ממכרים (כגון אלכוהול, סמים או תרופות) או מצב נירולוגי או רפואי אחר (כגון התקפים חלקיים מורכבים, אמנזיה הגלובלית חולפת, סיבוכים של פגיעת ראש סגור/ פגיעה מוחית טראומטית, מצב נירולוגים אחר).
- D. לא ניתן להסביר את ההפרעה באופן טוב יותר על ידי הפרעה זהות דיסוציאטיבית, הפרעת דחק פוסט טראומטית, הפרעה מתח חריפה, הפרעת תסמין גופנית [somatic symptom disorder], או הפרעה נירו-קוגניטיבית חריפה או מתונה.
- ציין אם:
- עם פוגה דיסוציאטיבית: מצב שבו משהו מגיע למקום מסויים ולא יודע איך הוא הגיע.

הפרעת דפרסונליזציה / דראליזציה – Depersonalization / Derealization Disorder

- A. נוכחות עקבית או חוזרת של חוויות של דפרסונליזציה, דראליזציה או שתיהן:
1. **Depersonalization** : חוויה של חוסר ממשות, ניתוק, או היות צופה מבחוץ ביחס למחשבות, רגשות, תחושות, גוף, או פעולות (לדוגמא: שינוי תפיסתי, תחושת זמן מעוותת, חוסר ממשות או היעדרות עצמי, חוסר תחושה [numbing] רגשית ו/או פיזית).
 2. **Derealization** : חוויות של חוסר ממשות או ניתוק ביחס לסביבה (לדוגמא: אנשים או אובייקטים נחווים כלא ממשיים, תחושה של בתוך חלום, ערפל, חוסר חיות, או עיוותים ויזואליים).
- B. במהלך החוויות של דפרסונליזציה או הדראליזציה בוחן המציאות לא נפגע.
- C. התסמינים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקויים בתפקודים החברתיים, מקצועיים, או בתפקוד אחר משמעותי.
- D. לא ניתן ליחס את ההפרעה להשפעות פסיכולוגיות של חומרים (סמים/תרופות) או מצב רפואי אחר (לדג' התקפים).
- E. ההפרעה לא יכולה להיות מוסברת טוב יותר ע"י הפרעה נפשית אחרת כגון : **סכיזופרניה, התקף חרדה, הפרעת דיכאון מאז'ורי, הפרעת לחץ אקוטי, PTSD או הפרעה דיסוציאטיבית אחרת.**

הרחבה:

- **דפרסונליזציה** מאופיינת בחווית חוסר ממשות או ניתוק או תחושת חוסר היכרות מהעצמי או מאספקטים מסויימים בעצמי. הפרט יכול להרגיש **מנותק לחלוטין מעצמו** ("אני אף אחד", "אין לי עצמי", "אני לא אני", "אני יודע שיש לי רגשות אך אני לא מרגיש אותם" "המחשבות שלי לא מרגישות כאילו הן שלי", "הראש שלי מלא בצמר גפן"), **תחושת ניתוק מהגוף או חלקים מהגוף או תחושות** (מגע, רעב, צמא, ליבידו). יכולה להיות גם תחושה של פעילות מצומצמת (להרגיש רובוטי, אוטמטיות, חוסר שליטה על הדיבור או התנועה). זו יכולה להיות **תחושה של עצמי מפוצל** הידועה כ "חוויה חוץ גופית" בצורתה הקיצונית.
- **דראליזציה** מאופיינת בתחושת **חוסר ממשות או ניתוק או חוסר מוכרות עם העולם** - בין אם אנשים, חפצים או כלל הסביבה. הפרט יכול להרגיש כאילו הוא **בתוך ערפל, חלום או בועה** או כאילו יש **חומת זכוכית** בינו לבין העולם שסביבו. **הסביבה יכולה להיחוות כמלאכותית, חסרת צבע או חסרת חיות**. לעיתים קרובות תהיה מלווה **בעיוות ויזואלי כלשהו** כגון ערפול בראיה, שדה ראייה מורחב או מצומצם, ראייה שטוחה או דו מימדית, תלת מימדיות מוגזמת, או עיוות במרחק או גודל של חפצים. גם **ליקויים בשמיעה** יכולים להופיע – תחושת עיוות של סאונד, mute, או קול רם.
- לחולים יתכן ויהיה קושי לתאר את התסמינים ויחוו **תחושה שהם 'משתגעים'** או הופכים ל'משוגעים'. תחושה נפוצה נוספת היא חשש מנזק מוחי בלתי הפיך. חוויה נפוצה של **תחושת זמן מעוותת** (הכל מהיר נורא, הכל איטי נורא) וקושי לחוות זיכרונות אישיים כבעלי חיות או כאישיים, פרטיים או רגשיים.
- יתכנו תופעות של עיסוק אובססיבי, לבדוק ללא הרף אם אני קיים, להתבונן במראה וכד'.
- לעיתים תכופות יופיעו גם מידות שונות של דיכאון או חרדה.

- הסובלים מההפרעה נמצאו כבעלי רגישות נמוכה פיזיולוגית לגירויים רגשיים.
- **סימפטומים זמניים** של דפרסונליזציה/דריאליזציה הנמשכים **שעות או ימים נפוצים בכלל האוכלוסיה**. קרוב לחצי מהאוכלוסיה הבוגרת חוו לפחות פעם בחייהם אפיזודה של דפרסונליזציה או דריאליזציה.
- נושאים תרבותיים- מצבים מדיטטיביים או מצבים הקשורים לדתות שונות בעלי תסמינים אלו לא יאובחנו בהפרעה.

אבחנה מבדלת:

הפרעות אחרות	דפרסונליזציה / דריאליזציה
חרדת חולי Illness anxiety	דמיון - תלונות סומטיות מעורפלות ופחדים מנזק מוחי
דכאון מאז'ורי	התחושות הספציפיות להפרעה צריכות להופיע גם בסיום האפיזודה הדכאונית.
OCD	דמיון - עיסוק אובססיבי בחוויתם הסובייקטיבית או לפתח טקסים אשר נועדו לבדוק את הסטטוס של הסמפטומים שלהם.
הפרעות חרדה	אם מופיעים סימפטומים רק בהקשר של התקף החרדה לא תנתן אבחנה נוספת. לעיתים התקפי חרדה ינבאו אבחנה ד/ד והסימפטומים ימשכו גם לאחר התקף החרדה – אז תוכל להנתן האבחנה.
הפרעות פסיכוטיות – אין בוחן מציאות תקין	בוחן מציאות תקין – האדם יודע להפריד תחושה סובייקטיבית
שימוש בחומרים ממכרים	דמיון – סימפטומים דומים בזמן שימוש או גמילה. הסימפטומים צריכים להמשך לאחר הגמילה בכדי לתת אבחנה זו.

תחלואה כפולה

הפרעות האישיות הנפוצות כקומרבידיות לדפרסונאליזציה/דריאליזציה הינן אישיות נמנעת, גבולית, ואובססיבית-קומפולסיבית.

הפרעות וסימפטומים סומטיים**Somatic Symptom and Related Disorders**

❖ הפרעת תסמינים סומטיים – Somatic Symptoms Disorder

❖ חרדת חולי (היפוכונדריה) – Illness Anxiety Disorder

❖ הפרעת המרה (היסטריה) – Conversion Disorder

❖ הפרעת זיוף (מינכהאוזן / By Proxy) – Factitious Disorder

הפרעת תסמינים סומטיים – Somatic Symptoms Disorder

בהפרעה זו אין העמדת פנים או התחלות – האדם אינו מודע לתהליך הנפשי שבעקבותיו מתעוררים הסימפטומים. ההפרעה לרוב מתרחשת לפני גיל 30 ונפוצה יותר בקרב נשים לעומת גברים.

- A. תסמין גופני אחד או יותר שמייצרים הפרעה משמעותית בחיים היומיומיים.
- B. מחשבות, הרגשות והתנהגויות מוגזמות הקשורות לתסמינים גופניים או הקשורות לדאגות בריאותיות כמודגם להלן:
1. מחשבות קבועות ולא מידתיות בקשר לכמה רציני התסמין.
 2. רמה גבוהה וקבוע של חרדה בקשר לתסמיני הגוף.
 3. משאבי זמן ואנרגיה מוגזמים המושקעים בדאגות על בריאות.
- C. אף אם תסמין גופני עשוי שלא להימשך זמן רב, מצב הסימפטומטיות ממשיך (בד"כ יותר מ 6 חודשים).

מאפיינים:

- מעורבות כאב - התסמינים הגופניים מלווים בכאב.
- ממושך - משך זמן ארוך- יותר מ 6 חודשים.
- מידת החומרה:
- קל - קריטריון B אחד מתקיים
- בינוני- 2 או יותר מקריטריוני B מתקיים
- חמור - שניים או יותר מקריטריוני B מתקיים, ובנוסף תלונות גופניות רבות או חמורות.

אטיאולוגיה

אחוזים גבוהים יותר בקרב אנשים עם:

- * תסמונת המעי הרגיז
- * PTSD
- * הפרעת אישיות אנטי סוציאלית

מניעים

- * חיפוש אחר תפקיד "החולה" שמאפשר הפוגה מציפיות מלחיצות המגיעות מהסביבה.
 - * קבלת תשומת לב ודאגה.
- DSM-5 מאפשר קבלה של אבחנה זו בקלות יחסית – מספיק סימפטום גופני אחד, ויתכן ובמקביל אליו יהיו סימפטומים נוספים הנובעים מבעיה אורגנית אחרת.

טיפול

- * CBT נמצא יעיל
- * מיינדפולנס
- * תרופות אנטי דכאוניות

חרדת חולי (היפוכונדריה) – Illness Anxiety Disorder

פירוש של תחושות גופניות בצורה שגויה כמסמנות מחלה. ההפרעה דומה מאד להפרעת סומטיזציה, אולם היפוכונדריה מאופיינת ברמות חרדה גבוהות יותר. בהיפוכונדריה אין מיקוד בריבוי תסמינים או בקבוצה מסוימת של תסמינים, אלא שההיפוכונדרים לרוב ממוקדים בכך שהם חולים במחלה קשה, מבלי שיהיה קשר לתסמינים או מגבלות גופניות. הציפייה של היפוכונדרים היא לקבל תשומת לב מאחרים בזמן שהם מרגישים חולשה, כפי שקיבלו בילדותם תשומת לב מהסביבה כאשר היו חולים.

- A. עיסוק יתר בקבלת מחלה רצינית.
- B. אין תסמינים סומטיים, ואם ישנם – הם בעוצמה חלשה. אם קיים מצב רפואי או שאכן ישנו סיכון לפתח מצב רפואי (כגון היסטוריה משפחתית) העיסוק בקבלת המחלה הוא בבירור מוגזם ולא-פרופורציונלי.
- C. יש רמת חרדה גבוהה ביחס לבריאות, והאדם מודאג בקלות לגבי מצב בריאותו.
- D. האדם מבצע התנהגויות הקשורות לבריאות באופן מוגזם (כגון בדיקות חוזרות ונשנות של הגוף לגבי סימני מחלה) או שהוא מפגין המנעויות באופן בלתי מסתגל (כגון נמנע מפגישות עם רופא ומבתי חולים).
- E. העיסוק בחולי קיים לפחות 6 חודשים, כאשר המחלה הספציפית ממנה חוששים יכולה להשתנות לאורך התקופה.
- F. העיסוק המוגזם בחולי לא מוסבר טוב יותר ע"י הפרעה נפשית אחרת (כגון הפרעת סימפטום סומטי, הפרעת פאניקה, הפרעת חרדה מוכללת, OCD, BDD, הפרעה דלזיונית מסוג סומטי).

אפיין:

- **סוג מחפש אחר טיפול:** שימוש תדיר בטיפול רפואי, כולל ביקור רופאים או בדיקות ופרוצדורות מתמשכות.
- **סוג נמנע מטיפול:** שימוש נדיר בטיפול רפואי.

הפרעת המרה (היסטריה) – Conversion Disorder

בהפרעת המרה מופיעים סימפטומים כמו-נוירולוגים של בעיה מסוימת בתפקוד. התסמינים מעידים על קונפליקט פסיכולוגי והם יוצרים בעיות בתפקוד המוטורי או התפיסתי. לפעמים נראה כמו תסמינים נוירולוגיים שליליים שאין להם ביסוס אורגני - שיתוק, איבוד הכרה, עילפון, עיוורון. התסמינים בדרך כלל מופיעים בתקופות של לחץ אינטנסיבי ובתקופת הבגרות המוקדמת או הילדות. ההפרעה נפוצה יותר בקרב נשים בהשוואה לגברים.

- A. סימפטום אחד או יותר של שינוי בשריר רצוני או בפונקציה חושית.
- B. ממצאים רפואיים מספקים הוכחה שאין התאמה בין הסימפטום למצב הרפואי או הנוירולוגי.
- C. הסימפטום אינו מוסבר טוב יותר ע"י הפרעה נפשית או רפואית.
- D. הסימפטום גורם למצוקה משמעותית או לפגיעה בתחום החברתי, או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.

מאפייני הסימפטום:

- עם חולשה או שיתוק
- **עם תנועה בלתי נורמלית** (כגון רעידות, רתת שריר עווית, הפרעה בהליכה).
- עם סמפטומים של בליעה
- **עם סמפטומים של דיבור** (כגון ליקוי הגייה, דיבור עילג)
- עם התקפים
- עם אלחוש או העדר תחושה
- **עם סמפטום סנסורי** (כגון ראייתי, ריח, מפריע בשמיעה).
- עם סמפטומים מעורבים

אפיין:

- **אפיזודה חדה** – הסמפטומים מתקיימים פחות מ 6 חודשים
- **מתמשך** – הסמפטומים מתקיימים מעל 6 חודשים.

אפיין:

- **עם לחץ פסיכולוגי** (כתוב מה גורם הלחץ)
- ללא לחצים פסיכולוגיים

רקע

ביוון העתיקה הסברה היתה שהבעיה נגרמת מבעיות מין, נפוצה בקרב נשים בלבד והיא תוצר של נדידת רחם מתוסכל לאזורים שונים בגוף בגלל תשוקות מיניות וכמיהה לילדים. הרחם יכול להיתקע למשל בגרון ולגרום לתחושת חנק. היפוקרטס ראה בנישואין בפיתרון להפרעה זו.

פרויד תיאר הפרעות אלה במונחים של היסטריה של המרה כיוון שהם מבטאים אנרגיה מינית מודחקת, כך שהקונפליקט הפסיכו-סקסואלי מומר בהפרעה גופנית. למשל, אבדן של חשק מיני יתבטא בכאב ברגל.

כיום מתייחסים להפרעת המרה כניסיון להתחמק ממצב שמעורר לחץ באמצעות תירוץ של בעיה גופנית. זהו הרווח העיקרי. קיים גם רווח משני שהוא מעבר לחוסר רצון להתמודד עם מצב הלחץ שהוא המניע לרווח העיקרי. הרווח המשני נועד על מנת להשיג גם רווחים מהסביבה. למשל, אדם שלא רוצה ללכת לעבודה, יכול לחוש כאבים גופניים שישתקו אותו. הרווח העיקרי יהיה חוסר ההתמודדות עם הלחץ שבמקום העבודה. אולם, באמצעות התסמינים הגופניים הוא יכול גם לבקש מבת זוגתו להכין לו אוכל, שכן הוא משותק – וזהו הרווח המשני.

בעבר נחשבה הפרעת המרה לנפוצה ביותר, במיוחד בחיי הצבא (במלחמת העולם הראשונה והשנייה הפרעת המרה היתה בין האבחנות הנפוצות ביותר לחיילים שסבלו בקשיים בתפקוד). הלחץ הרב אותם חשים חיילים יכול להביא להתפרצות ההפרעה בשיעורים גבוהים ביותר.

עם זאת, כיום מבין האנשים המופנים לשירותי בריאות הנפש, רק מיעוט זעום סובל מהפרעת המרה. הסיבה לירידה בכמות המקרים המאובחנים כסובלים מההפרעה היא שההפרעה מאבדת את תפקידה ההגנתי אם אפשר להוכיח בקלות שאין לה תפקיד אורגני.

הפרעת זיוף (מינכהאוזן) – Factitious Disorder

בעלי תסמונת מינכהאוזן יוצרים את התסמינים שלהם במתכוון ובאופן מודע על מנת למשוך תשומת לב

Factitious Disorder Impose on Self – (שנכפה על העצמי)

- A. זיוף של סימנים או תסמינים פיזיים או פסיכולוגיים, או גרימת של מחלה או פציעה, המזוהה עם הולכת שולל.
- B. הפרט מציג עצמו לאחרים כחולה, מוגבל או פצוע.
- C. ההתנהגות שלו הולכת שולל נוכחת גם בהיעדר תגמולים חיצוניים ברורים.
- D. ההתנהגות לא יכולה להיות מוסברת טוב יותר על ידי הפרעה נפשית אחרת כגון הפרעה דלזיונית או הפרעה פסיכוטית אחרת.

Specify:

- אפיזודה בודדת
- אפיזודות חוזרות (שני אירועים או יותר של זיוף של חולי ו/או גרימה של פציעה)

By Proxy - Factitious Disorder Imposed on Another – (שנכפה על אחר)

(previously factitious disorder by proxy)

- A. זיוף של תסמינים או סימפטומים פיזיים או פסיכולוגיים או גרימה של פציעה או מחלה, באדם אחר, בצירוף של הולכת שולל שניתן לזהותה.
- B. הפרט מציג את האחר (הקורבן) לאחרים כחולה, מוגבל, או פצוע.
- C. ההתנהגות של הולכת השולל נוכחת גם בהיעדר תגמולים חיצוניים ברורים.
- D. ההתנהגות לא יכולה להיות מוסברת טוב יותר על ידי הפרעה נפשית אחרת כגון הפרעה דלזיונית או הפרעה פסיכוטית אחרת.

Specify:

- אפיזודה בודדת
- אפיזודות חוזרות (שני אירועים או יותר של זיוף של חולי ו/או אינדיקציות של פציעה)

הרחבה

- המאפיינים ההכרחיים באבחנה הם **הזיוף והולכת השולל** המכוונת והמזוהה של המחלה.
- החולים בהפרעה יתכן ויחפשו טיפולים התואמים את הפציעה/מחלה המזוייפת.
- יתכן ונוכח קודם לזיוף המחלה, מצב רפואי כלשהו, אך הזיוף גורם לסביבה לראות מצב מחלה או מוגבלות גרוע בהרבה ואף לגרום לעיתים להתערבויות חריפות בהרבה מהנדרש.
- האבחנה דורשת הוכחה לכך שהחולה נוקט באמצעים שונים על מנת לזייף את התסמינים השונים של המחלה על אף שלא קיימים תגמולים חיצוניים מובהקים.

- דוגמאות: חולה המזייף תסמיני דיכאון ואבדנות קשים אשר נגרמים ממוות של קרוב משפחה ומתגלה כי הקרוב לא מת או כי אין לו קרוב משפחה. דיווח שקרי על התקפים נוירולוגיים, זיוף של בדיקות מעבדה (הוספת דם לשתן וכד'), זיוף רשומות רפואיות כדי להוכיח מחלה, הזרקה של חומרים לגוף ללא צורך (כמו אינסולין... בכדי ליצור אבנורמליות של בדיקות, פציעה עצמית (או של אחר, במקרה של כפיה על האחר).
- ישנה סכנה רבה לגרימת נזקים של החולה לעצמו או לאחר, ומניפולציה על הסביבה האישית והמקצועית לנקוט באמצעים שאינם הולמים את המצב ובכך לגרום נזק נוסף.
- כפי הנראה סובלים מכך 1% מהאוכלוסיה.
- בדרך כלל המחלה תהיה של התקפים חוזרים ולא של התקף בודד קצר או ארוך.
- לעיתים קרובות המחלה תפרוץ לאחר אשפוז או מצב רפואי פיזי או נפשי. במקרים של הפרעה הנכפית על האחר לעיתים קרובות היא תפרוץ לאחר שאחר התלוי בחולה (ילד או אדם תלוי אחר) התאשפז או חלה. במקרים רבים ההפרעה תכלול אשפוזים חוזרים ונשנים לאורך כל החיים.

אבחנה מבדלת

- מטופלים אשר משקרים על סימני התעללות באחר- ילד/מטופל לא יקבלו את האבחנה כי במקרה זה ישנו רווח/גמול חיצוני מובהק של הגנה על העצמי בעזרת הזיוף או השקר.
- Somatic symptom disorder - באבחנה זו יופיע חיפוש מוגזם אחר תשומת לב רפואית וטיפול, אך אין ראיות כי המטופל מזייף, מוסר בכוונה מידע שגוי או נוהג בצורה של הולכת שולל.
- Malingering - זוהי הפרעה דומה של זיוף מחלה או סימפטומים, אך בהפרעה זו יהיה רווח מובהק לזיוף המחלה כמו היעדרות מהעבודה, רצון באשפוז בכדי לחמוק מבית מתעלל וכד'. בהפרעת מינכהוזן הזיוף אינו נגרם לשם רווח חיצוני מובהק.
- Conversion disorder - בהפרעה זו קיים מצב רפואי נוירולוגי אשר אינו מוסבר על ידי מצב פיזי. יחד עם זאת החולה אינו מזייף את המצב.
- Borderline personality disorder – פציעה עצמית מכוונת בהיעדר מטרה אבדנית יכולה להיות נוכחת גם בהפרעות נוספות כגון אישיות גבולית. הפרעת מינכהוזן דורשת שהפציעה תתרחש בצירוף של התנהגות הולכת שולל.
- תסמונת מינכהוזן באמצעות שליח מתייחסת להתעללות באדם אחר, לרוב ילד, לצורך השגת תשומת לב עבור המתעלל. ההורה מודא שהילד שלו יחווה בעיות גופניות כדי שהוא יסבול מטיפולים בבתי חולים במשך חלק ניכר משנות התבגרותו. הבעיות הגופניות יכולות להיגרם ישירות על ידי ההורה, למשל על ידי מתן תרופות משלשלות בתוך המזון שגורמות לילד לחוש כאבי בטן לאורך זמן.

אטיאולוגיה

- טראומות שקרו במהלך הילדות כגון גדילה עם הורים שלא היו פנויים רגשית להכיל את הילד שלהם
- מחלה משמעותית בילדות
- ניסיונות שווא לעבוד בתחום הרפואי
- הפרעות אישיות
- דימוי עצמי נמוך

הפרעות אכילה והזנה

Feeding and Eating Disorder

- ❖ פיקה – Pica
- ❖ הפרעת העלאת גרה – Rumination Disorder
- ❖ הפרעת צריכת מזון נמנעת / מוגבלת – Avoidant/Restrictive Food Intake
- ❖ אנורקסיה נרבוסה – Anorexia Nervosa
- ❖ בולימיה – Bulimia Nervosa
- ❖ הפרעת אכילה מוגזמת (זלילה) – Binge-Eating Disorder

פיקה – Pica

- A. אכילה מתמשכת של חומרים לא מזינים, שאינם מאכל בתקופה של לפחות חודש.
- B. אכילת החומרים הלא מזינים, לא מאכלים אינה מותאמת לשלב ההתפתחותי.
- C. התנהגות האכילה היא לא חלק מקוד תרבותי כלשהוא
- D. **אם** התנהגות האכילה מתקיימת בהקשר של הפרעה נפשית אחרת (לקות אינטלקטואלית כהפרעה אינטלקטואלית התפתחותית, הפרעות מהספקטרום האוטיסטי, סכיזופרניה), או מצב רפואי (כמו הריון) חשוב לקיים מעקב טיפולי בנידון.

הפרעת אכילה זו נפוצה ביותר בקרב אנשים בעלי נכויות התפתחותיות.

הגורמים לתסמונת פיקה עשויים להיות מורכבים ממגוון רחב של סיבות כגון השפעות תרבותיות, מצב סוציו אקונומי נמוך, מחלות, והפרעות פסיכולוגיות. אכילת צבע היא תופעה שכיחה ביותר בקרב ילדים למשפחות במעמד סוציו אקונומי נמוך, ונקשרת לעיתים קרובות לחוסר השגה הורית ורעב חריג.

בקרב אנשים בעלי פיגור שכלי, תסמונת פיקה מוסברת כתוצאה מחוסר יכולת לדעת או להבין את ההבדל בין פריטי מזון שאינם אכילים לפריטי מזון מותרים.

תסמונת פיקה עשויה אף להיגרם בשל מחסור בברזל ומספר הפרעות פיסולוגיות אחרות הקשורות בירידה בפעילות מערכת הדופאמין במוח. יתכן שקיים קשר בין רמות נמוכות של דופאמין במוח, לפיתוח תסמונת פיקה.

הפרעת העלאת גרה – Rumination Disorder

- A. העלאת גרה חוזרת ונשנית של מזון, על פני תקופה של לפחות **חודש** אחד. העלאת גרה יכולה להיות אוכל שנבלע אך שב לאזור הפה, נלעס שוב, או נבלע שוב או שיורקים אותו החוצה.
- B. העלאת הגרה החוזרת והנשנית אינה מיוחסת למצב/בעיה הקשורים למעיים ולקיבה, או למצב רפואי אחר (רפלוקס, הצרות השוער- הצרות הפתח התחתון של הקיבה).
- C. הפרעת האכילה אינה מתקיימת באופן בלעד/ירק במהלך של אנוורקסיה נרבוזה, בולמיה נרבוזה, בולמוסי אכילה, או הפרעת אכילה של המנעות/הגבלת צריכת מזון.
- D. אם הסימפטומים מתקיימים בהקשר של הפרעה נפשית אחרת (למשל פיגור שכלי או הפרעה נוירו התפתחותית אחרת), הם חמורים מספיק כדי להצדיק תשומת לב קלינית נוספת.

יש לציין אם: במצב של רמיסיה: אחרי שכל הקריטריונים להפרעה זו הופיעו, הם לא יופיעו במלואם לתקופת זמן ממושכת.

ההפרעה יכולה להתפתח בכל שלבי החיים מינקות ועד בגרות. אצל תינוקות ההפרעה יכולה להיות קטלנית.

הפרעות בתפקוד: תת תזונה שיכולה להיות כתוצאה מהעלאת הגרה החוזרת ונשנית, יכולה להיות קשורה לעיכוב בגדילה, ויש לכך השפעה שלילית על ההתפתחות ועל פוטנציאל הלמידה.

אנשים בוגרים יותר עשויים למנוע מעצמם בכוונה אוכל, בגלל החשש וחוסר הקבלה החברתי למצבם. התנהגות זו יכולה להביא לירידה גדולה במשקל. אצל אנשים בוגרים הפרעה זו יכולה לפגוע בתפקוד החברתי.

הפרעת צריכת מזון נמנעת / מוגבלת – Avoidant / Restrictive Food Intake Disorder

A. הפרעת אכילה או האכלה (כמו- חוסר עניין באכילה או במזון, הימנעות המבוססת על המאפיינים החושיים של האכילה, דאגה מההשלכות הדוחות/מרתיעות של האכילה) אשר מתבטאת בכישלון מתמשך לבוא במגע עם הצרכים התזונתיים/ נותני האנרגיה אשר הגוף זקוק להם, אשר קשור לאחד (או יותר) מהפעולות הבאות:

1. איבוד משמעותי של משקל (כישלון בהשגת המשקל הצפוי, או גדילה מקרטעת אצל ילדים).
2. חסר תזונתי משמעותי.
3. תלות בהאכלה ישירות לתוך הבטן (enteral feeding) או בתוספי תזונה.
4. הפרעות בתפקוד הפסיכו סוציאלי.

B. ההפרעה לא מוסברת טוב יותר על ידי חוסר במזון זמין או על ידי פעולות עם הקשר תרבותי (צום, דיאטות)

C. הפרעת האכילה אינה מתקיימת רק במהלך קיום של אנורקסיה נרבוזה או בולמיה נרבוזה, ואין עדות להפרעה באופן בו משקל וצורת הגוף נחווים.

D. הפרעת האכילה אינה מיוחסת למצב רפואי אחר שמתקיים במקביל ואינה ניתנת להסבר טוב יותר על ידי הפרעה נפשית אחרת. אם ההפרעה מתרחשת בהקשר למצב רפואי/הפרעה נפשית אחרת, חומרת ההפרעה (ההימנעות/הגבלה) תהיה גדולה ממה שמקובל לראות באותם מצבים רפואיים/נפשיים, ובמקרים אלו נדרשת תשומת לב קלינית נוספת.

יש לציין אם:

במצב של רמיסיה: אחרי שכל הקריטריונים להפרעה זו הופיעו, הקריטריונים לא יופיעו במלואם לתקופת זמן ממושכת.

אנורקסיה נרבוזה – Anorexia Nervosa

מצב בו נער או נערה מפחיתים באופן משמעותי את כמות המזון שהם צורכים, במטרה מודעת לרדת במשקל, לעיתים עד כדי הפסקת אכילה מוחלטת. למרות ירידה דרסטית במשקל והגעה לרזון קיצוני, הנערה ממשיכה להרגיש שמנה, ולעשות הכל כדי להמשיך לרדת במשקל, כולל הקאות, עיסוק מוגזם בספורט ועוד. העיסוק באוכל ובקלוריות הוא כפייתי, ונעדר בוחן מציאות תקין.

- A. הגבלת צריכת האנרגיה הדרושה לאדם, הגבלה שמובילה למשקל גוף נמוך בצורה משמעותית בהתחשב בגיל, מין, מסלול התפתחות ובריאות פיזית. משקל גוף ירוד מוגדר כמשקל שהוא נמוך מהמינימום הנורמלי או עבור ילדים ומתבגרים, נמוך מהמינימום המצופה.
- B. פחד מתמשך מפני עלייה במשקל או להפוך להיות שמן או התנהגות מתמשכת שמחבלת בעלייה במשקל, למרות שנמצאים במשקל נמוך משמעותית.
- C. הפרעה באופן שבו האדם תופס את משקל הגוף או הצורה שלו. השפעה מופרזת של משקל הגוף או הצורה על ההערכה העצמית או חוסר הכרה בחומרה של משקל הגוף הנמוך.

ציין אם

הסוג המגביל: במשך 3 חודשים אחרונים האדם לא חווה אפיזודות של זלילה או התנהגות של טיהור הגוף (על ידי הקאות, שימוש לרעה בסמים משלשלים, חומרים משתנים או חוקנים).

הסוג הזולל / מטהר: במשך 3 חודשים אחרונים האדם חווה אפיזודות חוזרות של זלילה או התנהגות מטהרת.

מקרים ספציפיים:

ברמיסיה חלקית- אחרי שכלל הקריטריונים של אנורקסיה נרבוזה נענו, קריטריון A (משקל גוף נמוך) לא נענה למשך תקופה אבל קריטריונים B (פחד מתמשך מפני עלייה במשקל או להיות שמן או התנהגות שמחבלת בעלייה במשקל) או C (הפרעה באופן שבו האדם תופס את המשקל או את הצורה שלו) עדיין מתרחשים.

ברמיסיה מלאה- אחרי שכל הקריטריונים של אנורקסיה נרבוזה נענו, אף אחד מהקריטריונים לא מופיעה יותר למשך תקופה מתמשכת.

פירוט החומרה הנוכחית:

עבור מבוגרים על פי ה-BMI הנוכחי.

עבור מתבגרים וילדים- על פי אחוזן ה-BMI בו הם נמצאים (בהשוואה לממוצע של בני גילם).

דרגת החומרה עולה ככל שיש יותר פגיעה בתפקוד ויותר צורך בהשגחה.

- **מתון** – BMI גדול או שווה ל- 17
- **בינוני**- BMI בין 16 עד 16.99
- **קשה**- BMI בין 15 עד 15.99
- **קיצוני**- BMI קטן מ- 15

אטיאולוגיה

גורמים גנטיים - בקבוצה הזו נכללים גורמים כמו קרבה גנטית לחולים בהפרעות אכילה וגנים המשפיעים על ויסות רגשות, משקל גוף ורעב. הגורמים הגנטיים יכולים להופיע יחד או בנפרד אצל גברים ונשים הסובלים מהפרעות כמו אנורקסיה נרבוזה.

גורמים פסיכולוגיים - רוב אנשי המקצוע מסכימים על הקשר בין הפרעות אכילה לבין גורמים פסיכולוגיים. מדובר בעיקר על דימוי עצמי נמוך ודימוי גוף כושל, תחושות של אובדן שליטה גם במהלך השגרה ופרפקציוניזם. גורמים פסיכולוגיים אחרים המזוהים עם הפרעות אכילה הם [דיכאון](#), [חרדה](#) והפרעות נפשיות.

גורמים סביבתיים - אי אפשר לנתק הפרעות אכילה כמו אנורקסיה נרבוזה מגורמים סביבתיים. ברשימת הגורמים הסביבתיים נכללים אירועים טראומטיים שמתרחשים בגילאים שונים, [התעללות](#) מינית או רגשית, לחץ מצד הסביבה ויחס חיובי של אנשים קרובים כלפי גזרה דקה וירידה במשקל.

טיפול

הסובלות מהפרעות אכילה בדרך כלל מנסות להסתיר את ההפרעה, משום שהן יודעות שהסביבה תנסה למנוע מהן ירידה במשקל או הקאות. לכן קשה לגייס אותן לטיפול, ובדרך כלל הן אמביוולנטיות- רוצות להחלים, אך לא רוצות לעלות במשקל. הטיפול כולל תמיכה מדיאטנית, שמטרתה לעלות במשקל, ולמנוע מוות ברעב. בנוסף, טיפולים פסיכותרפויטיים שמטרתם לחזק את דימוי הגוף, ולתמוך בקושי שבפרידה מהמחלה.

בולימיה – Bulimia Nervosa

הביטוי העיקרי של הבולימיה הוא התקפי הזלילה וטקסי ההיטהרות שאחריהם. מבחינת משקל, בדרך כלל אין שינוי משמעותי. גם בהקאות מסיביות משהו מהמזון שנדחס לגוף נשאר, ולעיתים אפילו חלה עליה קלה במשקל.

- A. **אפיזודות חוזרות של זלילה.** אפיזודה של זלילה מאופיינת בשני קריטריונים:
1. אכילה בפרק זמן מוגדר של שעותיים, כמות אוכל שהיא באופן משמעותי גדולה ממה שרוב האנשים היו אוכלים במשך פרק זמן זהה תחת אותן נסיבות.
 2. תחושת חוסר שליטה בזמן באכילה בזמן האפיזודה (תחושה שהאדם אינו מסוגל לעצור או לשלוט בכמות שהוא אוכל).
- B. **התנהגויות מפצות חוזרות במטרה למנוע עלייה במשקל כמו הקאות יזומות, שימוש לרעה במשלשלים, משתנים או תרופות אחרות, צומות או התעמלות מופרזות.**
- C. **אפיזודות הזלילה וההתנהגות המפצה מתרחשות בממוצע לפחות פעם בשבוע במשך 3 חודשים.**
- D. **ההערכה העצמית מושפעת בצורה מופרזת ממשקל וצורת הגוף.**
- E. **ההפרעה לא מופיעה רק במהלך אפיזודות של אנורקסיה נרבוזה.**

מקרים ספציפיים:

ברמיסיה חלקית- אחרי שכל הקריטריונים לבולימיה נרבוזה נענו, רק חלק מהקריטריונים נענים למשך זמן ממושך.

ברמיסיה מלאה- אחרי שכל הקריטריונים לבולימיה נרבוזה נענו, כל הקריטריונים אינם נענים למשך זמן ממושך.

פירוט החומרה הנוכחית:

החומרה המינימלית מוגדרת על פי שכיחות ההתנהגות המפצה. דרגת החומרה עשויה לעלות בתאם לסימפטומים נוספים ורמת הפגיעה בתפקוד.

- **מתון-** ממוצע של 1-3 אפיזודות של התנהגות מפצה בשבוע.
- **בינוני-** ממוצע של 4-7 אפיזודות של התנהגות מפצה בשבוע.
- **קשה-** ממוצע של 8-13 אפיזודות של התנהגות מפצה בשבוע.
- **קיצוני-** ממוצע של 14 ומעלה אפיזודות של התנהגות מפצה בשבוע.

תמונה קלינית

רוב החולות הן בנות, למרות שישנם גם בנים הסובלים ממנה. בולימיה מתחילה בדרך כלל בעיסוק יתר במראה הגוף. במרבית המקרים, מדובר בנערות בעלות עודף משקל קל, או במשקל תקין לגמרי, אך בתחושתן, הן מרגישות שמנות.

לעיתים הפרעת האכילה מתחילה בדיאטה פשוטה. אך התחושות הנפשיות קשות, וכוללות פעמים רבות סמננים דיכאוניים, ותחושה של ריקנות. בהתקף פתאומי, יוצאים החולים להתקפים

של זלילה חסרת מעצורים. בהתקף בולימי מסוגלים החולים לאכול כמויות אדירות של מזון, בסך כולל של אלפי קלוריות.

ההתקף מתרחש בדרך כלל כשאין אף אחד בבית שרואה, ומתבצעת פשיטה על כל מה שאפשר לאכול במקרר, בארונות ובמזווה. ההתקף מסתיים בדרך כלל רק כאשר אין מה לאכול יותר, או שבאמת הקיבה לא יכולה עוד לשאת את כמות המזון. בולימיה והפרעות אכילה נוספות יכולות להתרחש בתקופות ושליבים שונים בחיים, וגם בזמן ההריון, מה שיכול לפגוע בבריאות האם והעובר.

השלב הבא בהתקף הבולימי הוא שלב של היטהרות- הנער או הנערה מרגישים עמוסים, מטונפים, שמנים ודוחים, ועושים הכל כדי "לבטל" את הבולמוס שחוו רק לפני כמה רגעים. הצורה השכיחה להיטהרות הזו היא הקאה. בשלבים הראשונים של המחלה, הקאה עשויה להיות מסובכת וקשה. ככל שהמחלה מתקדמת, כך ההקאה הופכת לפשוטה וטבעית יותר.

השלכות

למרות שאין סכנה של מוות ברעב כמו באנורקסיה, המחלה לא פחות קשה. הבולמוסים וההקאות גורמים לפגיעה קשה במאזן המלחים, הויטמינים וחומרים אחרים בגוף. עשויות להופיע בעיות כמו ירידה בצפיפות העצם, בעיות בסדירות קצב הלב, פגיעה בלחץ הדם וכד'. חולשה ונשירת שיער גם הן תופעות נפוצות.

ההקאות החוזרות עשויות לגרום לבעיות קשות בקיבה ובושט. לעיתים, רפלקס ההקאה נפגע, וכך גם כשלא רוצים להקיא האוכל עולה ויוצא החוצה. נזק זה עשוי להיות בלתי הפיך. בנוסף, גורמות ההקאות החוזרות לנזקים בשיניים (בגלל חומציות מיצי הקיבה).

הפרעת אכילה כפייתית (זלילה) – Binge-Eating Disorder

בולמוס אכילה הוא התקף זלילה שבו נצרכות כמויות גדולות של מזון בפרק זמן קצר מאוד, כאשר במהלך ההתקף האדם לא מסוגל לשלוט במעשיו. עם זאת, במקרים רבים מאוד ניתן לראות כי ישנה הכנה מוקדמת להתקף הזלילה הכוללת למשל קנייה של מוצרי מזון רבים אותם מתכוון האדם לצרוך במהלך הבולמוס. ההפרעה הפסיכיאטרית המזוהה ביותר עם בולמוסי אכילה היא בולימיה נרבוזה.

- A. אפיזודות חוזרות של זלילה. אפיזודה של זלילה מאופיינת בשני קריטריונים:
1. אכילה בפרק זמן מוגדר של שעותיים, **כמות אוכל שהיא באופן משמעותי גדולה** ממה שרוב האנשים היו אוכלים במשך פרק זמן זהה תחת אותן נסיבות.
 2. **תחושת חוסר שליטה בזמן באכילה בזמן האפיזודה** (תחושה שהאדם אינו מסוגל לעצור או לשלוט בכמות שהוא אוכל).
- B. אפיזודות הזלילה מקושרות עם 3 או יותר מהבאים:
1. **אכילה מהירה** הרבה יותר מהנורמה.
 2. אכילה עד שמרגישים **מלאות לא נוחה**.
 3. אכילה של כמות גדולה של אוכל **כשלא מרגישים רעב פיזי**.
 4. **אכילה לבד כי מרגישים מבוכה** מכמות האוכל שאוכלים.
 5. האדם מרגיש **נגעל מעצמו**, מדוכא או מאוד אשם אחרי הזלילה.
- C. **מתח** עכשווי שמקושר לזלילה.
- D. הזלילה מופיעה בממוצע **לפחות פעם בשבוע במשך 3 חודשים**.
- E. הזלילה אינה מקושרת להופעת התנהגות מפצה כמו בבולימיה נרבוזה ואינה מופיעה **רק במהלך בולימיה נרבוזה או אנורקסיה נרבוזה**.
- ברמיסיה חלקית**- אחרי שכל הקריטריונים של הפרעת זלילה נענים, הזלילה מופיעה בשכיחות של פחות מאפיזודה אחת לשבוע למשך זמן ממושך.
- ברמיסיה מלאה**- אחרי שכל הקריטריונים של הפרעת זלילה נענים, אף אחד מהקריטריונים אינו נענה למשך זמן ממושך.
- דרגת החומרה המינימלית מבוססת על שכיחות אפיזודות הזלילה. רמת החומרה עשויה לעלות בהתאם לרמת הסימפטומים האחרים ורמת הפגיעה בתפקוד.
- **מתון**- 1-3 אפיזודות זלילה בשבוע.
 - **בינוני**- 4-7 אפיזודות זלילה בשבוע.
 - **קשה**- 8-13 אפיזודות זלילה בשבוע.
 - **קיצוני**- 14 ומעלה אפיזודות זלילה בשבוע.

מאפיינים

- צריכת כמויות מזון בפרק זמן קצר, כאשר מדובר בכמויות גדולות יותר מאלו שיאכל אדם ממוצע באותו פרק זמן.
- תחושת חוסר השליטה על האכילה במהלך ההתקף - בנוגע לכמויות המזון, סוגי המזונות, מהירות האכילה וחוסר יכולת להפסיק לאכול.
- בולמוס אכילה מסתיים רק כאשר מתפתחת נפיחות בטנית או כאשר מופיעים כאבים ותחושת מלאות שלא מאפשרים את המשך האכילה.
- בולמוסי אכילה מתרחשים כמעט תמיד בצורה חשאית כיוון שמדובר בהתנהגות לא שגרתית, המעוררת בדרך כלל בושה גדולה.

אטיאולוגיה

הפרעת אכילה זו נובעת בדרך כלל מחוסר יכולת של החולים להתמודד עם רגשות קשים, מחשבות מטרידות והתמודדויות בחיים. האוכל הופך להיות אמצעי התמודדות עם כל תחושה של חוסר נוחות, והרגיעה היחידה יכולה להיות מושגת כשהגוף מפוצץ במזון עודף. אך הרגיעה הזו מאוד זמנית בדרך כלל, משום שהאכילה המרובה, חוסר השליטה וההשמנה גורמים לתחושות אשמה קשה, ולעיתים גם לדיכאון וחרדה נוספת, אשר מעוררת את כל הגלגל מהתחלה.

לכל הפרעות האכילה ישנו בסיס נפשי, פיזיולוגי וסביבתי-תרבותי. בתרבות המערבית האוכל מהווה גורם מנחם ומפצה. לא אחת הורים מציעים לילדם פיצוי בצורת ממתק. קשיים נפשיים הנובעים מגנטיקה או מחוויות במציאות גורמים לאנשים לחפש הקלה בדרכים המוכרות להם, והם עשויים לפנות אל האוכל לשם כך.

המצב הזה הוא בעצם מעגל שמזין את עצמו, משום שתוצאות האכילה הכפייתית גורמים בתורם לירידה נוספת במצב הרוח ובתחושת השליטה שכל כך חשובה לכל בני האדם, ולכן משמרים ומחריפים עוד יותר את הבעיה וחוזר חלילה. יש לציין שישנם אנשים בעלי נטייה גנטית לפיתוח הפרעות אובססיביות, היכולות להתבטא גם באכילה כפייתית.

אבחנה מבדלת

אכילה כפייתית מאופיינת בצריכה עודפת של מזון באופן קיצוני לעיתים קרובות (ולא רק בסיטואציות או באירועים מיוחדים) המלווים בתחושה סובייקטיבית שאי אפשר לעצור את הזלילה, ושזה בכלל לא משנה מה אוכלים (כלומר, לא מדובר באכילה מרובה מפני שיש אוכל טעים במיוחד). האכילה בדרך כלל בצורה של התקף, היא מהירה מאוד וגורמת בסופו של דבר לתחושה של לחץ, חוסר נוחות ומחנק (מבחינה פיזית).

יחד עם זאת, הם לא מקיאים ולא מחפשים דרך להפטר מכל המזון הזה (כמו בבולימיה). כן אפשר לראות תקופות של דיאטות קיצוניות. אכילה כפייתית אינה קשורה למצב של רעב, ולכן גם אחרי ארוחה נורמאלית יכול לבוא התקף פתאומי של זלילה, שקשור למעשה רק למצב נפשי.

רוב האכלנים הכפייתיים מתביישים בהתקפי האכילה (שלרוב גם אינם אסתטיים במיוחד), ומקיימים אותם כשהם נמצאים לבד. לאחר מכן הם חשים גועל מעצמם, המלווה בתחושת דחייה, ברגשות אשם ובתחושות דיכאון.

בדרך כלל ניתן לראות אצל אכלנים כפייתים עלייה משמעותית במשקל, אך לעיתים התמונה היא של תנודות קיצוניות במשקל הגוף. האכילה הכפייתית מלווה לרוב בתחושות של דיכאון, ירידה בתפקוד, ולעיתים קרובות גם ירידה בחשק ובתפקוד המיני.

הפרעות בתפקוד מיני

Sexual Dysfunctions

- ❖ שפיכה מעוכבת – Delayed Ejaculation
- ❖ אין אונות (הפרעה בזקפה) – Erectile Dysfunction
- ❖ שפיכה מוקדמת – Premature (Early) Ejaculation
- ❖ הפרעה באורגזמה הנשית – Female Orgasmic Disorder
- ❖ הפרעת התעניינות / עוררות מינית נשית – Female Sexual Interest/
Arousal Disorder
- ❖ הפרעה של כאבים בחדירה ובאברי המין באגן הירכיים – Genito-Pelvic
Pain/Penetration Disorder
- ❖ הפרעת תשוקה מינית מופחתת אצל גברים – Male Hypoactive Sexual
Desire Disorder

שפיכה מעוכבת – Delayed Ejaculation

יכול להיות כל החיים או תקופה, יכול להיות ספציפי או מוכלל, עם כל הנשים או עם אחת. יכול להיות גם ביטוי של התרגלות, יכול להיות חרדות להשתחרר. השאלה אם יש את היכולת לפנטז. לפחות חצי שנה. יש מקום לטיפול פסיכודינמי ללמוד לשחרר, פחות טיפול קוגניטיבי.

A. אחד מהסימפטומים חייבים להתרחש בכמעט כל או כל (75%-100%) פעילות מינית בה הפרט לוקח חלק. (במקרים ספציפיים או בכל סיטואציה) ומבלי שהפרט ירצה לעכב.

1. עיכוב ברור / מובהק בשפיכה.

2. חוסר עקביות מובהקת בשפיכה או העדר שפיכה.

B. הסימפטומים מקטגוריה A התקיימו **כחצי שנה** לכל הפחות.

C. הסימפטומים מקטגוריה A גרמו **למצוקה נפשית** משמעותית **לפרט**.

D. ההפרעה במיניות אינה מוסברת טוב יותר על ידי הפרעות נפשיות שאינן מיניות או כתוצאה ממצוקה במערכת היחסים הזוגית ואינו נגרם עקב שימוש חומרים/ תרופות או מצב רפואי אחר.

להבדיל / לציין אם:

כל החיים: ההפרעה קיימת מאז שהפרט החל להיות פעיל מינית.

נרכש: ההפרעה התפתחה לאחר תקופה של תפקוד מיני נורמאלי באופן יחסי.

להבדיל/לציין אם:

כללי: לא מוגבל למצבי גירוי, סיטואציות או פרטנרים מסוימים.

מצבי (situational): מתקיים רק במצבי גירוי, סיטואציות או פרטנרים מסוימים.

מידת חומרה נוכחית:

מתון: הוכחות למצוקה מתונה בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.

בינוני: הוכחות למצוקה בינונית בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.

חמור: הוכחות למצוקה חמורה או רבה בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.

מאפיין דיאגנוסטי

המאפיין המייחד מובחן על ידי עיכובים או חוסר יכולת לשפיכה. (קריטריון A). הגבר מדווח על קשיים או חוסר יכולת לשפיכה וזאת על אף הימצאותם של גירויים מיניים תואמים ורצון להגיע לשפיכה. התלונה הנוכחית לרוב כוללת פעילות מינית עם פרטנר. ברוב המקרים הדיאגנוזה תתרחש בעקבות דיווח עצמי. המושג "מעוכב" אינו מוגדר בגבולות או משך זמן ברור וזאת מכיוון שאין הסכמה לגבי משך הזמן הסביר להגעה לאורגזמה או לזמן החורג מהסביר לכך לגברים והפרטנרים שלהם.

מאפיינים קשורים התומכים בדיאגנוזה

הגבר והפרטנר מדווחים על ניסיון ארוך להגיע לאורגזמה עד לכדי התשה או חוסר נוחות גניטלי והפסקת המאמצים. גברים מסוימים ידווחו על הימנעות מפעילות מינית בשל הדפוס החוזר או הקושי בהגעה לשפיכה. חלק מהפרטנרים מדווחים כי חשים לא מושכים מבחינה מינית בעקבות הקושי של הגבר להגיע לשפיכה בקלות. בנוסף לתת סיווג של "כל החיים/ נרכש" ו "כלל/ מצבי" חמשת המרכיבים הבאים צריכים להילקח בחשבון בזמן הערכה ואבחון שכן יכולים להיות רלוונטים להסברת ההפרעה /או הטיפול:

- (1) גורמים בפרטנר (בעיות במיניות של הפרטנר, מצבו הרפואי של הפרטנר וכו')
 - (2) גורמים במערכת היחסים (דלות בתקשורת, סתירה או אי הלימה בתשוקות המיניות וכו')
 - (3) גורמים בפגיעות של הפרט: (דימוי גופני נחות, היסטוריה של התעללות נפשית או מינית וכו'), הפרעות פסיכיאטריות נלוות (דכאון, חרדה וכו') או מצבי לחץ (פיטורים, שכול).
 - (4) גורמים תרבותיים או דתיים (עכבות בשל איסורים דתיים בנוגע לפעילות מינית, תפיסות בנוגע למיניות וכו')
 - (5) גורמים רפואיים הרלוונטים לפרוגנוזה, למהלך או לטיפול.
- כל אחד מהגורמים הנ"ל יכולים לתרום בצורה שונה לנוכחות הסימפטומים בגברים הסובלים מההפרעה.

שכיחות

השכיחות אינה ברורה בשל מחסור בהגדרות מדויקות לסינדרום הנ"ל. מבין ההפרעות במיניות זו התלונה הכי פחות נפוצה בקרב גברים. רק 75% מהגברים מדווחים של כך שתמיד מגיעים לשפיכה בזמן פעילות מינית ופחות 1% מהגברים ידווחו על עיכוב בשפיכה שנמשך מעל שישה חודשים.

התפתחות ומשך ההפרעה

עיכוב בשפיכה המוגדר כ"כל החיים" מתחיל כבר בהתנסויות מיניות מוקדמות/ ראשוניות ונמשך לאורך כול החיים. לפי ההגדרה עיכובים "נרכשים" מתפתחים לאחר תקופה של תפקוד מיני תקין. יש מעט הוכחות הנוגעות לעיכובים "נרכשים" בשפיכה. ברוב המקרים העיכובים בשפיכה נשארים יחסית עקביים עד סביבות גיל חמישים, אז תדירות האירועים נוטה לעלות משמעותית. גברים בגילאי 80+ מדווחים על פי שתיים יותר קשיים בהגעה לשפיכה מאשר גברים הצעירים מחמישים.

גורמי סיכון ונקודות לאבחנה

גנטיקה ופיזיולוגיה. האובדן בשליטה מהירה בעצבים הסנסוריים היקפיים המיוחסת לגיל וכן הפחתה בהפרשה של סטרואידים מיניים המיוחסת לגיל יכולה להיות מקושרת לעליה בתדירות הסימפטומים של שפיכה מעוכבת.

הבחנה מבדלת

מצב רפואי נוסף. עיקר ההבחנה בדיאגנוזה היא בין מצבים של עיכובים בשפיכה כתוצאה מסיבות פסיכולוגיות, רפואיות או קומבינציה של השניים. תלונות הכוללות סיטואציות יכולות לרמוז לבסיס פסיכולוגי לסימפטום (גברים שמתלוננים שמצליחים להגיע לשפיכה עם מין אחד אך לא עם המין השני. תלונות על יכולת להגיע לשפיכה עם פרטנר מסויים אך לא עם פרטנר אחר מאותו המין, עוררות מינית כתוצאה ממשיכה לאובייקטים לא אנושיים, גברים הצריכים רמת פעילות חזרתית/טקסית גבוהה בזמן אקט מיני עם פרטנר – Highly ritualized activity). מצב רפואי נוסף (מחלה או פציעה) שאינו קשור לגורמים פסיכולוגיים ויכול להוות בעיה בשפיכה הינה פגיעה במערכת העצבים של האשכים. לדוגמא לאחר ניתוח קשה אשר פגע במערכת הסמפטטית, ניתוח אבדומינוטריטונאום.

שפיכה נעשת בשליטה של מערכת העצבים האוטונומית הצמודה למערכת הבטנית ומרכזי עצב פודנטל השייכים למערכת הפרה- סימפטטית. מספר מחלות עצביות כגון: ניוון שרירים, סכרת ונימול/ כאבים בקצות העצבים כתוצאה מאלכוהול יכולות לגרום להפרעות בשפיכה. האבחנה המבדלת תתייחס לשפיכה אחורית הנעשת לתוך שלפוחית השתן אשר עלולה לגרום לביות באורטרה והפרוסטטרה.

שימוש בחומרים/תרופות. מספר תרופות כגון תרופות אנטי-דיכאוניות, אנטי- פסיכוטיות, ותרופות המכילות אופיום יכולות לגרום לבעיות בשפיכה.

כשל באורגזמה. חשוב לברר בזמן אבחנה אם בהיסטוריה של התופעה יש עיכוב בשפיכה או בחוויה החושית של אורגזמה או בשניהם ביחד. שפיכה הינה פעולה המתרחשת באשכים כאשר אורגזמה הינה בעיקרה חוויה סובייקטיבית. שפיכה ואורגזמה לרוב מתרחשות ביחד אך לא תמיד. למשל גבר עם שפיכה תקינה יכול להתלונן על ירידה בהנאה המינית (שפיכה אנהדונית Anhedonic ejaculation). במקרה כזה לא תינתן אבחנה של עיכוב בשפכה. ייתכן כי מדובר בהפרעה מינית אחרת או הפרעה מינית לא ספציפית (Unspecified sexual dysfunction).

מחלות נלוות

ישנם מספר הוכחות המרמזות על שכיחות גבוהה יותר של שפיכה מעוכבת במקרים של דיכאון מג'ורי.

Erectile Disorder – (הפרעה בזקפה) – אין אונות

קושי בהשגת זקפה או זקפה שאיננה מלאה, לפחות חצי שנה. יכול לנבוע מהעדר עוררות, קשיים באינטימיות או חרדת ביצוע. עלול להגיע למצב שהמגע המיני איננו אפשרי. במקום להיות נוכח בתהליך מסתכלים על התהליך. הטיפול אמור להתחיל את התהליך של ההתקרבות החושנית של בני הזוג מההתחלה. התרופות יעילות אלא אם כן הבעיה היא ביולוגית (סוכרת, בעיות בכלי הדם). יכול להיות לאורך תקופה ארוכה, נרכש, מוכלל או ספציפי.

A. לפחות אחד משלושת הסימפטומים הבאים צריכים להתקיים בכל או כמעט כל (בערך בין 75%-100) התנסות מינית:

1. קושי מובחן לשמור על זקפה בזמן פעילות מינית.
2. קושי מובחן לשמור על זקפה עד להשלמת הפעילות המינית.
3. הפחתה מובחנת בקשיות הזקפה.

B. הסימפטומים מקטגוריה A התקיימו כחצי שנה לכל הפחות.

C. הסימפטומים מקטגוריה A גרמו למצוקה נפשית משמעותית לפרט.

D. ההפרעה במיניות אינה מוסברת טוב יותר על ידי הפרעות נפשיות שאינן מיניות או כתוצאה ממצוקה במערכת היחסים הזוגית ואינו נגרם עקב שימוש חומרים/ תרופות או מצב רפואי אחר.

להבדיל / לציין אם:

כל החיים: ההפרעה קיימת מאז שהפרט החל להיות פעיל מינית.

נרכש: ההפרעה התפתחה לאחר תקופה של תפקוד מיני נורמאלי באופן יחסי.

להבדיל/לציין אם:

כללי: לא מוגבל למצבי גירוי, סיטואציות או פרטנרים מסוימים.

מצבי (situational): מתקיים רק במצבי גירוי, סיטואציות או פרטנרים מסוימים.

מידת חומרה נוכחית:

מתון: הוכחות למצוקה מתונה בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.

בינוני: הוכחות למצוקה בינונית בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.

חמור: הוכחות למצוקה חמורה או רבה בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.

מאפיינים קשורים התומכים בדיאגנוזה

גברים רבים הסובלים מהפרעה בזקפה סובלים מהערכה עצמית נמוכה, בטחון עצמי ירוד ותחושת גבריות ירודה וייתכן כי יחוו דיכאון. ייתכן ויחששו או ימנעו מהתנסויות מיניות בעתיד. גם הפחתה בהנאה המינית וירידה בחשק המיני מצד הפרטנר המיני הינה שכיחה.

התפתחות ומשך המחלה

בעיות בזקפה בזמן התנסות מינית ראשונה נמצאה קשורה לקיום יחסי מים עם פרטנר זר, צמידות לשימוש בסמים או אלוהול, חוסר רצון לקיים יחסי מין או כתוצאה מלחץ חברתי. ישנם הוכחות מעטות שרוב ההפרעות בזקפה עוברות לבד ללא התערבות מקצועית, אך מספר גברים עלולים להמשיך ולסבול מאפיונות של ההפרעה. בניגוד לכך, הפרעת זקפה נרכשת (Acquired erectile disorder) לרוב קשורה לגורמים ביולוגים כגון סכרת ומחלות לב. הפרעת זקפה נרכשת לרוב אינה חולפת.

גורמי סיכון ונקודות לאבחנה

ההפרעה שכיחה בקרב גברים הלוקים בדיכאון או PTSD.

גורמי סיכון המקושרים להפרעה הינם גיל, עישון טבק, כושר גופני לקוי, סכרת וירידה בחשק המיני.

תוצאות תפקודיות

הפרעה בזקפה עלולה לגרום לבעיות פוריות ולמצוקה אישית ובינאישית. חשש או הימנעות מסיטואציות מיניות גם עלולה להוות מכשול ביצירת קשרים אינטימיים.

אבחנה מבדלת

תפקודי זקפה נורמליים. יש להבחין בין מקרים בהם תפקוד הזקפה נורמלית אך לגבר יש ציפיות מופרזות.

שימוש בחומרים/תרופות. אבחנה נוספת חשובה הינה במקרים בהם הפרעות בזקפה הינה הפרעה שניונית לשימוש בחומרים/תרופות. כאשר ישנה חפיפה בין תחילת השימוש בחומרים/תרופות והתפוגגות הסימפטומים עם הפסקת השימוש בחומרים/תרופות או לקיחת מנה קטנה של תרופות/חומרים המשפיעים על הפרעות בתפקוד המיני.

מצב רפואי אחר. הקושי העיקרי באבחנה של הפרעות בזקפה הינה שלילה של מצב רפואי אשר יכול להוות הסבר מספק להפרעה. במקרה כזה לא ניתן אבחנה של הפרעה בזקפה. האבחנה בין הפרעה בזקפה לבעיות תפקודיות בזקפה מסיבות רפואיות הוא לרוב מעורפל, ברוב המקרים מדובר בבעיה מורכבת הכוללת מרכיבים ביולוגים ופסיכולוגים כאחד. אם הפרט מבוגר יותר מ-40/50 ואו סובל מבעיות בריאותיות, האבחנה צריכה לכלול גם הסבר רפואי, במיוחד כאשר מדובר בבעיות וסקולריות (כלי דם). הימצאותה של בעיה ביולוגית, גם אם היא קשורה לבעיות בזקפה אינה בהכרח הסיבה להפרעה. לדוגמה מקרה של גבר החולה בסכרת יכול לפתח הפרעה בזקפה בעקבות לחץ פסיכולוגי. לרוב הסבר ביולוגי להפרעות בזקפה הינו כוללני וחלקי. יוצא מהכלל הינו מקרה בו ההפרעה בזקפה נובע כתוצאה מפציעה קשה במערכת העצבים הגניטלית (פגיעה בנזלים של עמוד השדרה). הפרעות בזקפה שאינן עקביות ותלויות סיטואציה ובמצבים של החמרה לאחר מאורע חיים מלחץ הן לרוב פסיכולוגיות. גם במקרים בהם ההפרעה בזקפה מופיעה אצל גבר הצעיר מ-40 מרמז על בסיס פסיכולוגי.

הפרעות אחרות בתפקוד המיני. הפרעות בזקפה יכולים להופיע לצד שפיכה מוקדמת (Premature ejaculation) והיפואקטיביות בחשק המיני אצל גברים (Hypoactive sexual desire disorder).

שפיכה מוקדמת – Premature (Early) Ejaculation

- A. דפוס קבוע או חוזר ונשנה של שפיכה המתרחשת במהלך פעילות מינית זוגית בתוך כדקה אחת מרגע החדירה לנרתיק ולפני שהפרט מעוניין בכך.
הערה: למרות שניתן לתת את האבחנה גם במידה והחדירה איננה לנרתיק, עדיין לא קיים משך זמן המוגדר לפעילות מינית זו.
- B. התסמינים ב קריטריון A מתקיימים במשך 6 חודשים לפחות, ובמהלך כמעט כל / כל (~) 75-100% הפעילות מינית (במצבים ספציפיים או בכל ההקשרים).
- C. הסימפטומים יוצרים מצוקה קלינית משמעותית עבור הפרט.
- D. הקושי בתפקוד המיני אינו מוסבר טוב יותר על ידי הפרעה נפשית שאינה מינית, או כתוצאה ממצוקות משמעותיות בתוך מערכת היחסים (למשל, אלימות) או מלחצים משמעותיים אחרים, ואינו מיוחס להשפעות חומר / תרופות או מצב רפואי אחר.
- ציין אם: לאורך כל החיים, נרכש (לאחר תקופה של פעילות מינית תקינה יחסית), מוכלל (אינו ספציפי לגירוי מסוים, מצב מסוים או בן זוג מסוים), מצבי.
- ציין חומרה נוכחית:

Mild: שפיכה מתרחשת בתוך 30-60 שניות של חדירה.

בינונית: שפיכה מתרחשת בתוך 15-30 שניות של חדירה.

חמורה: שפיכה מתרחשת לפני פעילות מינית, בתחילת פעילות מינית או תוך 15 שניות מרגע החדירה.

אטיאולוגיה

הסברה הרווחת היא כי הפתופיזיולוגיה של שפיכה מהירה היא פסיכולוגית בעיקרה, ולא מוכרות הפרעות גופניות או עצביות הגורמות לשפיכה מהירה. נוסף על כך, לשפיכה מהירה יכולה להיות גם השפעה פסיכולוגית ניכרת על שני בני הזוג, ולעתים על מערכת היחסים כולה.

הסבר אפשרי להתפתחות התופעה הוא, שגברים עוברים פעמים רבות התניה המוכתבת מתנאים חברתיים. התניה זו מביאה להרגל של הגעה מהירה לאורגזמה. זו נובעת מפחד מהתגלות, למשל בזמן אוננות או בחוויה מינית ראשונית עם יצאנית או כמתבגר "במושב האחורי של רכב". קיים קושי אמיתי לשנות תבנית זו, גם לאחר המעבר לחיי זוגיות ארוכת טווח או נישואין. במקביל, גוברת ההכרה כי העוררות והאביונה הנשיות דורשות זמן רב יותר מאשר אצל הגבר, ומכך גם ההבנה כי שפיכה מהירה היא בעיה ולא מצב תקין.

טיפול

טיפול ההתנהגות/מיני כולל כמה טכניקות, המיושמות עם בת הזוג (או בלעדיה), ומיועדות להשיג שיפור בשליטה העצמית על השפיכה, תוך זיהוי נקודת ה"אל-חזור". בין השיטות בשימוש נמצאות שיטת ה-"התחל-הפסק" וכן שיטת ה-"לחיצה" (לחיצה על איבר המין ברגע שהוא משנה את זרימת הדם ומורידה את הזקפה). התרגול נמשך לרוב כמה שבועות, ותוצאותיו פעמים רבות משביעות רצון.

טיפולים תרופתיים ניתנים בשילוב עם הטיפול המיני או בלעדיו (למשל במקרים שבהם נוסה ונכשל), כוללים טיפולים מקומיים ותרופות מסוג SSRI, שעוכב השפיכה הינה תופעת לוואי שלהן. ניתן לקחת את הכדור מספר שעות לפני המגע המיני.

הפרעה באורגזמה הנשית – Female Orgasmic Disorder

יכול להיווצר ממבוכה, חוסר יכולת להשתחרר.
עבודה דינמית על ערכים, נורמות, התייידות עם המיניות.

- א. קיומם של אחד או יותר מהתסמינים הבאים, הנחווים כמעט בכל התרחשות של פעילות מינית או בכל (75%-100% בקירוב) המקרים (בהקשרי מצב מזוהים, או אם בהכללה, בכל ההקשרים):
1. עיכוב בולט, נדירות בולטת, או היעדר של אורגזמה.
 2. עוצמה מופחתת במידה ניכרת של תחושות אורגזמה.
 - ב. התסמינים בקריטריון א' התמידו למשך פרק זמן מינימלי של שישה חודשים בערך.
 - ג. התסמינים בקריטריון א' גרמו למצוקה קלינית מובהקת אצל האדם.
 - ד. חוסר-התפקוד המיני אינו מוסבר טוב יותר על ידי הפרעה נפשית א-מינית, או כתוצאה ממצוקה חמורה במערכת היחסים (לדוגמה, אלימות בין בני הזוג), או מגורמי לחץ מובהקים אחרים והיא אינה ניתנת לייחוס להשפעות של שימוש בחומרים ממכרים/טיפול תרופתי או של מצב רפואי אחר.

יש לפרט, האם:

נמשכת לכל אורך החיים: ההפרעה הייתה קיימת מאז שהאדם הפך לפעיל מינית.

נרכשת: ההפרעה החלה לאחר תקופה של תפקוד מיני נורמלי יחסית.

הפרעות בתפקוד מיני (Sexual dysfunctions)

יש לפרט האם:

הכללה: אין הגבלה לסוגי גירוי מסוימים, מצבים או שותפים.

מצבית: מתרחשת רק עם סוגי גירוי מסוימים, מצבים או שותפים.

יש לפרט אם:

מעולם לא חווה אורגזמה תחת סיטואציה כלשהי.

יש לפרט את החומרה הנוכחית:

קלה: עדות למצוקה קלה בשל התסמינים בקריטריון א'.

מתונה: עדות למצוקה מתונה בשל התסמינים בקריטריון א'.

חמורה: עדות למצוקה חמורה או קיצונית בשל התסמינים בקריטריון א'.

אטיאולוגיה

במקרים רבים הבעיה היא היעדר ניסיון מיני, הן בגירוי עצמי והן מבנות, או בני זוג. במקרים רבים יש חשש של האשה לאובדן שליטה, במקרים רבים יש קושי בשל ציפיות מוגזמות לגבי ההגעה לשיא.

לעתים יש קושי גופני בשל חסרים הורמונליים, בעיות בנוירו-טרנסמיטורים (למשל שכיחה בעיה כזו בקרב נוטלות נוגדי דיכאון).

הפרעת התעניינות / עוררות מינית נשית

Female Sexual Interest/Arousal Disorder

- א. היעדר התעניינות / עוררות מינית או התעניינות / עוררות מופחתת במידה ניכרת, הבאים לידי ביטוי על ידי לפחות שלושה או יותר מהבאים:
1. **היעדר התעניינות** / התעניינות מופחתת בפעילות מינית.
 2. **היעדר מחשבות או פנטזיות מיניות** / ארוטיות, או מחשבות או פנטזיות מיניות/ארוטיות מופחתות.
 3. **היעדר יוזמה** / יוזמה מופחתת של פעילות מינית ו**חוסר-היענות** עקבי לניסיונות יוזמה של השותף.
 4. **היעדר ריגוש** / עונג מיני או ריגוש / עונג מיני מופחת **במהלך פעילות מינית**, בכמעט כל או בכל (75%-100% בקירוב). המפגשים המיניים (בהקשרי מצב מזוהים, או אם בהכללה, בכל הקשרים).
 5. **היעדר התעניינות** / עוררות מינית או התעניינות / עוררות מינית מופחתת, **בתגובה לרמזים מיניים** / ארוטיים פנימיים או חיצוניים כלשהם (לדוגמה, כתובים, מילוליים, ויזואליים).
 6. **היעדר תחושות באברי המין** או שלא באברי המין או תחושות מופחתות באברי המין או שלא באברי המין **במהלך פעילות מינית**, בכמעט כל או בכל (75%-100% בקירוב) המפגשים המיניים (בהקשרי מצבי מזוהים, או אם בהכללה, בכל ההקשרים).
- ב. התסמינים בקריטריון א' התמידו למשך פרק זמן מינימלי של **שישה חודשים** בערך.
- ג. התסמינים בקריטריון א' גרמו למצוקה קלינית מובהקת אצל האדם.
- ד. חוסר-התפקוד המיני אינו מוסבר באופן טוב יותר על ידי הפרעה נפשית א-מינית, או כתוצאה ממצוקה חמורה במערכת היחסים (לדוגמה, אלימות של השותף), או מגורמי לחץ מובהקים אחרים והיא אינה ניתנת לייחוס להשפעות של שימוש בחומרים ממכרים/טיפול תרופתי או של מצב רפואי אחר.
- יש לפרט האם:
- נמשכת לכל אורך החיים:** ההפרעה הייתה קיימת מאז שהאדם הפך לפעיל מינית.
- נרכשת:** ההפרעה החלה לאחר תקופה של תפקוד מיני נורמלי יחסית.
- יש לפרט האם:
- הכללה:** אין הגבלה לסוגי גירוי מסוימים, מצבים או שותפים.
- מצבית:** מתרחשת רק עם סוגי גירוי מסוימים, מצבים או שותפים.
- יש לפרט אם:
- מעולם לא חוותה אורגזמה תחת סיטואציה כלשהי.
- יש לפרט את החומרה הנוכחית:
- קלה:** עדות למצוקה קלה בשל התסמינים בקריטריון א'.
- מתונה:** עדות למצוקה מתונה בשל התסמינים בקריטריון א'.

חמורה: עדות למצוקה חמורה או קיצונית בשל התסמינים בקריטריון א'.

טיפול - טיפול פסיכותרפי-סקסולוגי, המוריד תחושות של אשמה, מוריד מהלחץ לבצע חדירה ונותן רשות למרחב של זמן ומקום, נמצא כיעיל.

הפרעה של כאבים בחדירה – Genito-Pelvic Pain / Penetration Disorder

A. קיימים קשיים תמידיים או חוזרים ונשנים בלפחות אחד (או יותר) מהבאים:

1. חדירה וגנינאלית בזמן קיום יחסי מין
 2. כאבים מובחנים באברי המין ובאגן הירכיים בעת חדירה ואגינלית או ניסיונות חדירה.
 3. חרדה ופחד מובחנים מכאבים באברי המין ובאגן הירכיים בעת הציפייה חדירה וגנינאלית, במהלכם ולאחר סיומם.
 4. מתח וכיווץ מובחן של שרירי קרקעית האגן בזמן ניסיונות חדירה ואגינלית.
- B. הסימפטומים בקריטריון A נוכחים במשך לפחות 6 חודשים.
- C. הסימפטומים בקריטריון A גורמים למצוקה משמעותית לאדם.
- D. חוסר התפקוד המיני אינו מוסבר טוב יותר על ידי הפרעה מנטלית א-מינית (nonsexual mental disorder), או כתוצאה מהפרעה חמורה במערכת יחסים (לדוגמא: בן זוג אלים) או על ידי סטרסורים משמעותיים אחרים ואינו נגרם כתוצאה משימוש בתרופות או סמים ואינו קשור למצב רפואי כל שהוא.

יש לציין אם:

1. לאורך החיים (Lifelong) - ההפרעה נוכחת מאז שהאדם נהיה פעיל מינית.
2. נרכשת (Acquired) - ההפרעה החלה לאחר תקופה של תפקוד מיני תקין באופן יחסי.

יש לציין את החומרה הנוכחית:

- מתון (Mild) - עדינות למצוקה מתונה לגבי הסימפטומים בקריטריון A.
- בינוני (Moderate) - עדויות למצוקה בינונית לגבי הסימפטומים בקריטריון A.
- חמור (Severe) - עדויות למצוקה חמורה או קיצונית לגבי הסימפטומים בקריטריון A.

אטיאולוגיה

עשוי להתרחש כפלקס לאחר אונס או לאחר מגע מיני כואב.

טיפול

תרגול פיזיותרפי, טיפול נפשי ותמיכתי כמו בהפרעות בעוררות. הטיפול הוא אישי ולפי הצורך והיכולת גם זוגי. הטיפול מכוון לפעילות שמחוץ לכאב, וטיפול בחלק הפובי שהימנעות מיחסי מין בכלל היא אבן הפינה של החלק ההתנהגותי בו. נעשה לרוב שימוש במאמני נרתיק - גלילים או מרחיבים דמויי פין בעובי הולך ועבה, בעזרתם נעשית דה-סינסיטיזציה הדרגתית לפחד החדירה.

הפרעת תשוקה מינית מופחתת אצל גברים

Male Hypoactive Sexual Desire Disorder

קריטריונים לאבחון:

A. קיימים קשיים תמידיים או חוזרים ונישנים (או חוסר) במחשבות או פנטזיות מיניות/ ארוטיות ובחשק לקיים פעילות מינית. הערכת החסך נעשית על ידי קלינאי תוך כדי לקיחה בחשבון של גורמים שמשפיעים על החשק המיני כמו גיל והקשרים כללים או סוציו-תרבותיים שקשורים בחיי הפרט.

B. הסימפטומים בקריטריון A נוכחים במשך לפחות 6 חודשים.

C. הסימפטומים בקריטריון A גורמים למצוקה משמעותית לאדם.

D. התפקוד המיני הלקוי אינו מוסבר טוב יותר על ידי הפרעה מנטלית לא מינית (nonsexual mental disorder) או כתוצאה מהפרעה חמורה במערכת היחסים או על ידי גורמי לחץ אחרים ואינו נגרם כתוצאה משימוש בתרופות או סמים ואינו קשור למצב רפואי כל שהוא.

יש לציין אם:

1. **לאורך החיים (Lifelong)** - ההפרעה נוכחת מאז שהאדם נהיה פעיל מינית.

2. **נרכשת (Acquired)** - ההפרעה החלה לאחר תקופה של תפקוד מיני תקין באופן יחסי.

יש לציין אם:

מוכלל (Generalized) - לא מוגבל לסוג מסוים של גירוי, מצב ופרטנר.

מצבי (Situational) - קורה רק בזמן גירויים מסוימים, מצבים מסוימים או פרטנרים מסוימים.

יש לציין את החומרה הנוכחית:

מתון (Mild) - עדינות למצוקה מתונה לגבי הסימפטומים בקריטריון A.

בינוני (Moderate) - עדויות למצוקה בינונית לגבי הסימפטומים בקריטריון A.

חמור (Severe) - עדויות למצוקה חמורה או קיצונית לגבי הסימפטומים בקריטריון A.

הפרעות פראפיליות

Paraphilia Disorders

המונח פאראפיליה מתייחס למגוון רחב של משיכות מיניות לא אופייניות.

הקריטריון החשוב ביותר לאבחנה של פאראפיליה הינו חוויה של מצוקה בגין הפנטזיה על ידי המטופל, ו/או נזק ניכר לסביבתו.

❖ מציצנות – Voyeuristic Disorder

❖ התערטלות (אקסהיביציוניזם) - Exhibitionistic Disorder

❖ התחככות - Frotteuristic Disorder

❖ מזוכיזם – Sexual Masochism Disorder

❖ סדיזם – Sexual Sadism Disorder

❖ פדופיליה – Pedophilic Disorder

❖ פטישיזם – Fetishistic

❖ Transvestic Disorder

מציצנות – Voyeuristic Disorder

- A. עוררות מינית עזה חוזרת כתוצאה מהסתכלות על אדם תמים שהוא עירום, או בתהליך של התפשטות, או כשהוא עוסק בפעילות מינית, שבאה לידי ביטוי בפנטזיות, דחפים או התנהגויות, על פני תקופה של 6 חודשים לפחות.
- B. האדם פועל על פי דחפים מיניים אלו, או עם אדם ללא הסכמתו, או שהדחפים המיניים או הפנטזיות הללו גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או שגורמים לפגיעה בתחום החברתי, התעסוקתי או בתחומים חשובים אחרים בתפקוד האדם.
- C. האדם החווה עוררות ולא פועל על פי הדחפים הללו הוא לפחות בגיל 18 ומעלה.

:Specify if

- בסביבה מבוקרת:** האיפיון הספציפי הזה רלוונטי לאנשים אשר חיים במסגרות מוסדיות או אחרות, אשר האפשרות לעסוק בהן בהתנהגות מציצנית היא מוגבלת.
- ברימיסיה מלאה:** האדם לא פעל על פי דחפיו עם אדם תמים ללא הסכמתו, ואין מצוקה או פגיעה משמעותית בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים בתפקוד, לפחות במשך חמש שנים, בסביבה לא מבוקרת.

:Specifiers

האיפיון הספציפי של "רימיסיה מלאה" אינו מתייחס לנוכחות או היעדרות של המשך המציצנות כשלעצמה, אשר עשויים להיות נוכחים גם כאשר ההתנהגויות והמצוקה של האדם עברו.

התערטלות (אקסהיביציוניזם) - Exhibitionistic Disorder

- A. עוררות מינית עזה חוזרת כתוצאה מחשיפת איברי המין של האדם לאדם תמים אחר, שבאה לידי ביטוי בפנטזיות, דחפים או התנהגויות, על פני תקופה של 6 חודשים לפחות.
- B. האדם פעם על פי דחפים מיניים אלה עם אדם אחר ללא הסכמתו, או שהדחפים המיניים או הפנטזיות הללו גורמות למצוקה משמעותית מבחינה קלינית, או לפגיעה בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים חשובים אחרים בתפקוד האדם.

:Specify whether

- מגורה מינית על ידי חשיפת איבר המין לילדים שלפני ההתבגרות המינית.
- מגורה מינית על ידי חשיפת איבר המין לאנשים בוגרים מבחינה פיזית.
- מגורה מינית על ידי חשיפת איבר המין לילדים שלפני ההתבגרות המינית וגם לאנשים בוגרים מבחינה פיזית.

:Specify if

- בסביבה מבוקרת:** האיפיון הספציפי הזה רלוונטי לאנשים אשר חיים במסגרות מוסדיות או אחרות, אשר בהן אפשרות האדם לחשוף את איבר מינו היא מוגבלת.
- ברימיסיה מלאה:** האדם לא פעל על פי דחפיו עם אדם תמים ללא הסכמתו, ואין מצוקה או פגיעה משמעותית בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים בתפקוד, לפחות במשך חמש שנים, בסביבה לא מבוקרת.

:Specifiers

האיפיון הספציפי של "רימיסיה מלאה" אינו מתייחס לנוכחות או היעדרות של אקסהיביציוניזם כשלעצמו, אשר עשוי להיות נוכח גם כאשר ההתנהגויות והמצוקה של האדם עברו.

התחככות - Frotteuristic Disorder

- A. עוררות מינית עזה חוזרת כתוצאה מנגיעה או התחככות באדם אחר ללא הסכמתו, שבאה לידי ביטוי בפנטזיות, דחפים או התנהגויות, על פני תקופה של 6 חודשים לפחות.
- B. האדם פעל על פי דחפים מיניים אלה עם אדם אחר ללא הסכמתו, או שהדחפים המיניים או הפנטזיות הללו גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית, או פוגעים בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים חשובים אחרים בתפקוד האדם.

:Specify if

- בסביבה מבוקרת:** האיפיון הספציפי הזה רלוונטי לאנשים אשר חיים במסגרות מוסדיות או אחרות, אשר בהן אפשרות האדם לגעת או להתחכך באדם אחר ללא הסכמתו היא מוגבלת.
- ברימיסיה מלאה:** האדם לא פעל על פי דחפיו עם אדם תמים ללא הסכמתו, ואין מצוקה או פגיעה משמעותית בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים בתפקוד, לפחות במשך חמש שנים, בסביבה לא מבוקרת.

:Specifiers

האיפיון הספציפי של "רימיסיה מלאה" אינו מתייחס לנוכחות או היעדרות של פרוטאוריזם כשלעצמו, אשר עשוי להיות נוכח גם כאשר ההתנהגויות והמצוקה של האדם עברו.

מזוכיזם – Sexual Masochism Disorder

A. עוררות מינית עזה חוזרת כתוצאה מהמעשה של להיות מושפל, מוכה, קשור או התנהגויות אחרות שגורמות לסבל, שבאות לידי ביטוי בפנטזיות, דחפים או התנהגויות, על פני תקופה של 6 חודשים לפחות.

B. הפנטזיות, הדחפים המיניים או התנהגויות גורמות למצוקה קלינית משמעותית או לפגיעה בתפקוד החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים חשובים של תפקוד.

:Specify if

יחד עם Asphyxiophilia \ חנק ארוטי – אם האדם מעורב בפרקטיקה של חנק נשימתי בכדי להשיג עוררות מינית.

:Specify if

בסביבה מבוקרת: האפיון הספציפי הזה רלוונטי לאנשים אשר חיים במסגרות מוסדיות או אחרות, אשר בהן אפשרות האדם להיות מעורב בהתנהגויות מאזוכיזם מיני הן מוגבלות.

ברימיסיה מלאה: האדם לא פעל על פי דחפיו עם אדם תמים ללא הסכמתו, ואין מצוקה או פגיעה משמעותית בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים בתפקוד, לפחות במשך חמש שנים, בסביבה לא מבוקרת.

אטיאולוגיה

הכניעה המזוכיסטית היא ניסיון להימלט מבדידות באמצעות הצבת אדם אחר כבעל המשמעות היחידה והמוחלטת, לפחות ברגע בו מתרחשת הכניעה. בכך מהווה המזוכיזם עיוות חברתי מוזר של האדם והצורך שלו במשמעות.

חוסר יכולת לשאת את הבדידות והכחשת הנפרדות מתבטאים באופן פרדוכסלי בהשמדה עצמית. "אני לא כלום, ולכן שום דבר אינו יכול לפגוע בי". סכסוך פנימי זה גורם לאדם למסור את עצמו למרותו המוחלטת של אדם אחר.

במקרים מסוימים, מזוכיזם הוא ביטוי לאכזבה וכישלון. מזוכיסטים מבקשים לחוות את הכאב כדרך לשכוח את תסכוליהם. אחרים עושים זאת בכל פעם בה הם מרחמים על עצמם. הם משתמשים במזוכיזם כאמצעי בריחה, וכדרך להגשים את הפנטזיה שלהם להפוך לאנשים חדשים, שונים, "מעניינים" יותר ובעיקר בעלי משמעות.

מומחים מאמינים כי מזוכיזם נובע מבעיות שהתפתחו בגיל הילדות וההתבגרות. ישנם גם סימנים כי הסיבה למזוכיזם קשורה באופן הדוק לבעיות בדימוי עצמי כאשר לאדם חסר כוח רצון משל עצמו והוא מעדיף להעביר את השליטה לאחרים, מה שמוביל אותו לתפקיד הכנוע. הדבר החשוב ביותר הוא לנקוט בפעולה ולקבל טיפול כאשר התסמינים מתחילים להופיע.

טיפול

שיטת הטיפול במזוכיזם משתנה מאדם לאדם, אך הגישה העיקרית היא טיפול פסיכולוגי אשר יסייע לאדם להימנע מפיתוח של הפרעה הרסנית. יתכן שהתהליך יהיה ממושך, אך תחילת העבודה היא הצעד החשוב ביותר. הטיפול כרוך בארגון מחדש של הכישורים וההערכה העצמית, תוך ניתובם לשיפור מבחינה אישית וחברתית, והגברת הערך העצמי והמודעות העצמית.

במקרים בהם ההתנהגות המזוכיסטית כרוכה בפעילויות קשות ומסוכנות, יש צורך להיוועץ בפסיכיאטר ולשקול טיפול תרופתי.

סדיזם – Sexual Sadism Disorder

דפוס מיני מקובע שבו נדרשים אביזרים, טקסים או נסיבות יוצאות דופן לצורך השגת סיפוק מיני. נמצא כי אחוז ניכר מהאוכלוסייה נהנה מפעילויות סאדיסטיות מידי פעם, אולם כשמדובר על סאדיזם כפרפיליה, הפעילות המזוכיסטית היא הדרך העיקרית להשגת סיפוק מיני.

A. עוררות מינית עזה וחוזרת כתוצאה מסבל נפשי או פיזי של אדם אחר, שבא לידי ביטוי בפנטזיות, דחפים או התנהגויות, על פני תקופה של 6 חודשים לפחות.

B. האדם פעל על פי דחפים מיניים אלו עם אדם תמים אחר ללא הסכמתו או שהדחפים המיניים או הפנטזיות הללו גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית, או פוגעים בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים חשובים אחרים בתפקוד האדם.

:Specify if

בסביבה מבוקרת: האפיון הספציפי הזה רלוונטי לאנשים אשר חיים במסגרות מוסדיות או אחרות, אשר בהן אפשרות האדם להיות מעורב בהתנהגויות סאדיסטיות מיניות הן מוגבלות.

ברימיסיה מלאה: האדם לא פעל על פי דחפיו עם אדם תמים ללא הסכמתו, ואין מצוקה או פגיעה משמעותית בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים בתפקוד, לפחות במשך חמש שנים, בסביבה לא מבוקרת.

מאפיינים

ארבעה סוגים של סאדיסטים:

סאדיסט לא צפוי (Explosive Sadists) – מגיבים באלימות שקשה לצפות אותה מפני שהם מאוכזבים מחייהם. התנהגות אלימה זו באה לידי ביטוי בהתפרצויות זעם, התקפות על אחרים וזעם לא נשלט.

סאדיסט עריץ (Tyrannical Sadist) – מתאפיין באכזריות רבה כלפי הקרבנות והם יותר מסודרים מבחינת המעשים שלהם בהשוואה לסוג הקודם שלסאדיסטים. הם מנסים להשתמש באלימות ככלי מכוון כדי לעורר טרור ופחד מפניהם. הם מודאים בצורה קפדנית שהקורבן שבחרו לא יילחם מולם כשהם מתעללים בו. לסאדיסטים עריצים יש בדרך כלל רמת ביטחון עצמי נמוכה והם מנסים באופן תמידי להסתתר מפני העולם, כך שבאמצעות התעללות באחרים, הם צוברים תחושה של עליונות.

סאדיסט הכופה את רצונו על האחר (Enforcing sadist) – בקטגוריה זו מצויים לא פעם אנשי צבא, מנהלי בתי כלא, דיקני פקולטות באוניברסיטאות וממלאי תפקידים המערבים סמכות, כיוון שהם חשים שמתוקף תפקידם הם אמורים להעניש את אלה שעוברים על החוקים. מתוקף תפקידם הענישה על עבירה על החוקים אמורה להיות הוגנת, אולם בתור סאדיסטים, הם לרוב מוצאים דרכים מרושעות וקיצוניות להעניש את העוברים על החוקים. לעיתים הצורך שלהם להעניש אחרים היא כל כך קיצונית עד שהיא גורמת להם לאבד מודעות למעשיהם בזמן הענישה. לרוב אין מי שיתנגד להם (גם אלה שלא עברו על החוק ומודעים לכך שהם מענישים אחרים) כיוון שהם פועלים מתוקף הסמכות שניתנה להם והם מתנהגים בצורה נורמלית לחלוטין ביום יום.

סאדיסט חסר עמוד שידרה (Spineless Sadist) – סוג זה של סאדיסט הוא הפוך לחלוטין משלושת הסוגים הקודמים שהוזכרו מפני שהם חסרי ביטחון לחלוטין. הם מצפים לסכנה ועל מנת שלא

להתמודד עם ההשלכות של הסכנה, הם תוקפים ראשונים ברגע ש"התוקף" המדומה שלהם לא מוכן לכך. התקיפה מעבירה מסר לאחרים שהם אינם מפחדים וכך סאדיסטים אלה יכולים לשלוט ברגשותיהם ולהתנהג בדרך שהיא הפוכה לאיך שהם מרגישים. סאדיסטים חסרי עמוד שידרה מחפשים שעירים לעזאזל שכלפיהם הם יכולים להתנהג כבריונים, מה שמאפשר להם לתקוף את הדברים שהם לא אוהבים בעצמם.

אטיאולוגיה

מרבית התיאוריות רואות בהתפתחות של סאדיזם כקשורה באופן ישיר לאופן בו גדל האדם. חוויות שליליות בילדות הן הגורם המרכזי להתפתחות ההפרעה. ההפרעה יכולה גם להתפתח כהתניה, כלומר הסאדיזם יהיה מקושר לדבר אחר שיהווה טריגר להופעתו. למשל, קשר מתמשך עם גירוי הקשור להנאה מינית או לסבל של אחרים יכול לגרום להופעה של סאדיזם.

פדופיליה – Pedophilic Disorder

א. במשך תקופה של לפחות 6 חודשים, חוזרת ונשנית, פנטסיות מיניות מעוררות, דחפים מיניים, או התנהגויות הקשורות בפעילות מינית עם ילד או ילדים לפני גיל התבגרות (בדרך כלל בגיל 13 שנים או צעירות יותר).

ב. הפרט פעל על הדחפים המיניים האלה או על הפנטסיות המיניות ואלו עלולים לגרום למצוקה ניכרת או קושי בינאישי.

ג. הפרט הוא לפחות בן 16 ולפחות 5 שנים יותר מאשר הילד או ילדים בקריטריון א'.

הערה: אין לכלול פרטים בגיל ההתבגרות מאוחרת המעורבים בקשר מיני מתמשך במערכת יחסים עם בני 12-13.

ציין אם:

- נמשך רק לילדים
- לגברים
- לנשים
- גם לגברים וגם לנשים
- מוגבל לגילוי עריות

מאפיינים של פדופילים

- למרות שפדופילים מראים סטייה בנטייתיהם המיניות, נראה שהם מסוגלים גם לחוש עוררות מינית כלפי מבוגרים.
- פדופילים נוטים לחשוב שילדים יכולים להפיק תועלת ממגע מיני עם מבוגרים ושילדים אף יוזמים מגע שכזה.
- רבים מהפדופילים רוצים לשלוט באחרים.
- יש להם נטייה לעשות אידיאליזציה להיבטים מסוימים בילדות כמו הפשטות והתמימות שבילדות.
- רבים מהם נוטים להיות חסרי מיומנויות בין-אישיות (בעייתיים ביצירת קשרים ובתחזוקתם).

חוקרים חילקו את הפדופילים לשני סוגים מרכזיים:

- פדופילים מקובעים – מדובר בפדופילים שהתפתחותם הפסיכו-סקסואלית נעצרה בשלב כלשהו והם נמשכים לילדים מאז גיל ההתבגרות. פדופילים מקובעים נוטים להיות ילדותיים מאוד ולהחצין את חוסר הבגרות שלהם.
- פדופילים נסוגים – אינם נמשכים באופן רגיל לילדים ורק בתקופות של לחץ הם עשויים להעדיף ילדים על פני נשים בוגרות.

טיפול

טיפול בפדופיליה צריך להשיג לפחות אחד מבין היעדים הבאים: שינוי דפוסי העוררות המינית, שינוי המיומנויות החברתיות כדי לתקשר בצורה טובה יותר עם אנשים בוגרים או הפחתת הדחף המיני.

נסיונות שינוי דפוסי העוררות המינית כוללים טיפול הרתעה. בטיפול זה מציגים לפדופיל גירוי כמו שקופית של ילדה עירומה ובו זמנית מתרחש אירוע שמרתיע את הפדופיל כמו ריח לא נעים או מחזה מפחיד מיד לאחר הקרנת השקפיות של הילדה. ניתן גם להחליף את גורם ההרתעה האמיתי בגורם הרתעה מדומיין, כך שהפדופיל ידמיין בצמוד להופעת השקופית של הילדה אירוע מפחיד.

את העוררות המינית הסוטה חייבים להחליף בעוררות כלפי גירויים נאותים. בניסויים שנערכו בנושא היה ניסיון להצמיד את הגירויים המענגים של האורגזמה לפנטזיות של יחסי מין בין שני אנשים בוגרים. הפדופיל מתבקש לאונן תוך כדי מחשבות על סטיות וברגע שהפליטה עומדת להתרחש, מחליפים את הפנטזיה שלו בנושאים קונבנציונליים יותר.

הבעייתיות בשיטות אלה היא שהן מתקיימות בתנאי מעבדה מה שמאפשר לפדופילים לזייף נתונים ולאו דווקא להיות מסוגלים ליישם את מה שחוו במציאות.

מדובר בטיפולים שנויים במחלוקת בגלל ההשפעה הבלתי הפיכה שלהם. ברגע שמתבצע סירוס, פדופיל שעשוי לחזור למוטב יסבול ממגבלות עתידיות משמעותיות ביותר.

סירוס כימי הוא מתן הורמונים סטרואידים אנטי אנדרוגניים כמו דפו-פרוברה שמוריד רמת טסטוסטרון.

שיטות ידידותיות יותר נמצאו יעילות במידת מה לטיפול בפדופילים, למשל טיפול באמצעות פסיכודרמה, שמאפשרת לפדופיל לראות את העולם דרך נקודת מבטו של הילד וכך להתחבר לסבל הנורא שנגרם לו.

פטישיזם – Fetishistic

פטיש הוא אובססיה מינית של אדם לחפץ או חלק מסוים בגוף.

א. במשך תקופה של לפחות 6 חודשים, עורות מינית חוזרת וחזקה השימוש בחפצים דוממים או התמקדות ספציפית מאוד בחלק גוף שהם לא איברי מין שבאה לידי ביטוי בדחפים, פנטזיות והתנהגויות.

ב. הפנטזיות, דחפים מיניים, או ההתנהגויות גורמות למצוקה או ליקויים משמעותיים מבחינה קלינית בתחומים חברתיים, תעסוקתיים, או אחרים של תפקוד.

ג. אובייקטי הפטיש אינם מוגבלים לפריטי לבוש המשמשים בקרוס-דרסינג כמו בהפרעת הטרוסוסטייט או מכשירים שתוכננו במיוחד עבור גירוי מיני, למשל ויברטור.

ציין אם:

- בסביבה מבוקרת: מציין זה בעיקר רלוונטי לאנשים החיים במוסדות שבהם הזדמנויות לעסוק בהתנהגויות פטישיסטיות מוגבלות.
- במצב של הפוגה מלאה: לא הייתה שום מצוקה או פגיעה בפאן החברתי, תעסוקתי, או אזורים אחרים של תפקוד למשך 5 שנים לפחות בניגוד לסביבה לא מבוקרת.

אטיאולוגיה

למרות שהגורמים לפטישיזם אינם מובנים בעליל, חלק מהתיאורטיקנים סבורים שההפרעה מתפתחת כתוצאה מחוויות ילדות מוקדמות, כשחפץ היה קשור באופן חזק במיוחד לעורות מינית או סיפוק. מחקרים אחרים, לעומת זאת, מראים שאדם עם פטיש אינו מסוגל לאתר בדיוק מתי התחיל הפטיש שלו, וכי מדובר בתוצאה של חוויות ילדות וגיל ההתבגרות המאוחר יותר, הקשורות לפעילויות אוננות.

טיפול

פטישים הם אישיים ביותר ואנשים רבים אינם נוטים לשתף אחרים בדחפים שלהם. רובם אינם מחפשים טיפול, אך אנשים המבקשים טיפול המסייע להתגברות על הפטיש, יכולים למצוא את השיטות הטובות ביותר של ייעוץ וטיפול, כגון טיפולים קבוצתיים או פסיכואנליזה.

Transvestic Disorder

א. במשך תקופה של לפחות 6 חודשים, עוררות מינית חוזרת ועזה מלבישת בגד של המין השני. הדבר בא לידי ביטוי על ידי פנטזיות, דחפים או התנהגויות.

ב. הפנטזיות, דחפים מיניים, או ההתנהגויות גורמות למצוקה או ליקוי משמעותיים מבחינה קלינית בתחומים חשובים חברתיים, תעסוקתיים, או אחרים של תפקוד.

ציין אם:

- עם פטישיזם: אם עורר מינית נגרמת על ידי בדים, חומרים, או בגדים.
- עם auto gynephilia: גירוי מיני על ידי מחשבות או תמונות של עצמי כנקבה

ציין אם:

- בסביבה מבוקרת: מציין זאת בעיקר החלים על אנשים חיים במוסדיים או אחרות הגדרות שבו הזדמנויות לשמלה צולבת מוגבלות.
- במצב של הפוגה מלאה: לא הייתה שום מצוקה או פגיעה בפאן החברתי, תעסוקתי, או אזורים אחרים של תפקוד למשך 5 שנים לפחות בניגוד לסביבה לא מבוקרת.

הפרעות אישיות

Cluster A - המוזרות (עם רכיב גנטי מסויים)

- ❖ **הפרעת אישיות פרנואידית:** אנשים המאופיינים ברמה גבוהה של חשדנות כלפי כולם, כולל אנשים הקרובים אליהם. הם עסוקים מאוד במציאת הדרך בה אנשים מתכננים לפגוע בהם או "לעקוץ" אותם, ובנקיטת אמצעי זהירות בשביל למזער את הפגיעה בהם.
- ❖ **הפרעת אישיות סכיזואידית:** אנשים המאופיינים בהתנתקות מהסביבה. הם נראים ומדווחים שאין להם שום עניין ביצירת קשרים עם אנשים אחרים, והם מרגישים בטחון כאשר הם נמצאים לבדם.
- ❖ **הפרעת אישיות סכיזופאטית:** מאופיינים בקושי ביחסים בין אישיים, המלווים בהתנהגות מוזרה או בקוגניציות המשקפות הפרעות חשיבה או בוחן מציאות לקוי, כגון מחשבות יחס (שאנשים מתכוונים לפגוע בהם), בדומה למה שאפשר לראות אצל סכיזופרנים.

Cluster B - הדרמטיות

- ❖ **הפרעת אישיות הסטריונית:** אנשים צבעוניים מאוד, שעסוקים כל הזמן בלהיות מרכז תשומת הלב. כאשר הם לבד, או לא במרכז, הם מרגישים בידדות שאינם יכולים לשאת. הם דורשים המון יחס מהסביבה, ומוכנים להקריב המון בשביל זה. לעיתים הם מתנהגים בפרובוקטיביות ובמתירנות מינית על מנת לייצר בעצמם עניין.
- ❖ **הפרעת אישיות גבולית:** על הגבול שבין הנורוזה לפסיכוזה, אנשים המתאפיינים בקושי עז ביחסים בינאישיים, המתאפיינים בחשש מתמיד מפני נטישה. הם מגיבים באופן עוצמתי, רגשי ואימפולסיבי לחשש שהם הולכים להינטש או להיפגע, ונוטים גם לפגיעות עצמיות, סערות רגשיות וניסיונות אובדניים.
- ❖ **הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית:** אנשים המאופיינים בהעדר מוסר ומצפון. הם פועלים בדרך שתשרת את האינטרסים שלהם, ללא התחשבות ברגשותיהם, צרכיהם, רכושם וחייהם של אנשים אחרים. רבים מהם הופכים לעבריינים, ואלה שלא- זה רק בגלל שהם לא רוצים להיענש, ולא בגלל שאכפת להם מפגיעה באחרים.
- ❖ **הפרעת אישיות נרקיסיסטית:** אנשים המאופיינים בתחושת גרנדיוזיות, עסוקים בהאדרת העצמי, תוך כדי שהם יוצרים אידיאליזציה ודה-וליואציה של אנשים אחרים בסביבתם. כנראה שמתחת היהירות הזו מסתתר ערך עצמי פגוע מאוד, המלווה לעיתים בתחושות של דיכאון וריקנות.

Cluster C - חרדתיות

- ❖ **הפרעת אישיות נמנעת:** אנשים המאופיינים ברמת חרדה גבוהה הגורמת להתנהגות המנעותית בתחומי חיים שונים. הם ממעטים במגע בינאישי מתוך פחד מביקורת ודחייה. הם יוצרים אינטראקציות רק במידה והם בטוחים שיחבבו אותם.

- ❖ **הפרעת אישיות תלותית:** מתאפיינים בקושי לקבל החלטות ללא התייעצות מסיבית עם אחרים, צריכים שאחרים ייקחו עליהם אחריות, מתקשים להביע חוסר הסכמה עם אנשים קרובים ומתקשים להוציא לפועל החלטות ושאירות.
- ❖ **הפרעת אישיות אובססיבית קומפולסיבית:** אנשים המתאפיינים בעיסוק מסיבי בפרטים הקטנים, בחוקים, טקסים, סדר וכד'. הם פרפקציוניסטים עד כדי כך שמתקשים להשלים משימות, כי זה אף פעם לא נראה להם טוב מספיק, וורקוהוליקים.

הפרעות אישיות הן סטייה אישיותית משמעותית ממה שמקובל ונהוג בחברה בה האדם חי, כאשר התכונות או ההתנהגויות של הפרט גורמות לו או לסביבתו מצוקה. הפרעות האישיות משפיעות על כל תחומי החיים, מכיוון שהן בעצם ייצוג של "מי שאני". זהו דפוס מתמשך של חוויה פנימית ושל התנהגות שמתבטא לפחות בשני תחומים:

- **בחשיבה** - איך האדם תופס את עצמו, את הסביבה, את האירועים שקורים בסביבה
- **ברגש** - מבחינת עוצמה, תנועתיות ותגובות הולמות (למשל תנודתיות גבוהה מאוד או אפקט שטוח מאוד).
- **בתפקוד הבינאישי** - למשל נוקשות, תובעניים, פרפקציוניסטים. מערכות יחסים מאופיינות בביקורתיות ונסיון לשנות אנשים שיעמדו בסטנדרטים שלהם.
- **בשליטה בדחפים**

מה שהופך את התכונות הללו להפרעת אישיות הוא חוסר הגמישות שלהן, התבטאותן האחידה במגוון רחב של סיטואציות שונות. כמו כן, הדפוס הזה גורם למצוקה או לקושי ופגיעה בתפקודים חברתיים, תעסוקתיים וכד'.

אין Ego-States שונים, יש נוקשות קבועה (לעומת אישיות בריאה ואדפטיבית – יש אגו סטייטס שונים).

הפרעות אישיות **אגו-סינטוניות** – תסמינים שהאדם לא מודע אליהם, לא מוטרד מהם. לא יבקשו עזרה.

אגו דיסטוני – ישנה מודעות, למשל בורדרליין.

השינוי המצופה מה DSM הבא

המשגה אחת שהוצעה ב-DSM 5 היא להחשיב את העצמי הבריא במונחים של "רצף של תפקוד עצמי ובינאישי

ההצעות לשינוי התבססו על מחקרים שבחנו מה מגדיר את האישיות הבריאה, המתפקדת.

המחקרים הגיעו ל-4 מימדים:

- **זהות עצמית** - עד כמה האדם מסוגל לראות את עצמו כייחודי, מובחן מאחרים, יודע לספר את ההיסטוריה שלו בצורה קוהרנטית (מי הוא, מה הוא, מהן הכוחות והחולשות שלו- בעצם חווית זהות כלשהי). לאדם תהיה גם תחושה מדויקת של מי הוא ומה הוא יכול להשיג. האדם גם מעריך את יכולותיו.
- **מכוונות עצמית** - עד כמה האדם מסוגל להציב לעצמו ולפעול לכדי השגת מטרות. מטרות יכולה להיות לסיים את התואר, אך מטרות יכולה גם להיות לצלוח אינטראקציה חברתית מבלי להיכנס לעימות מילולי עם מישהו. מדובר במטרות קצרות טווח וקטנות וגם במטרות גדולות. מדובר בוויסות ההתנהגות למען השגות מטרות שונות. זה כולל גם את היכולת לבחור מטרות שמתיישבות עם הזהות שלי. יש אנשים שלא מסוגלים להגיד לעצמם מה הם רוצים ומה הן מטרותיהם בחיים. כיוון-עצמי כולל גם את התחושה של מה יהיה פורה עבור החברה וכיצד יש לתקשר עם אחרים. באופן פנימי, כיוון-עצמי בריא כולל גם את היכולת להרהר על חייו של האדם באופן פרודוקטיבי.

יחסים בינאישיים -

- **אמפתיה** - יחסים שיש בהם יכולת אמפתית הם יחסים חיוביים עם אחרים. יכולת אמפתיה זו היכולת לחשוב על הסביבה ועל האנשים בסביבה ועולמם הפנימי. הכוונה היא למניעים שלהם, למחשבות ולרגשות שלהם ועוד. ולקחת את כל זה בחשבון כשהאדם מתנהל מולם. זה מתקשר באופן רחב יותר עם היכולת לקחת פרספקטיבות שונות על החוויה האנושית ועל העולם. זה כולל גם את היכולת לחוות ולקבל מטרות ונקודות מבט שונות כלפי החיים ולהבין כיצד התנהגותו של אחד יכולה להשפיע על אחרים.
- **אינטימיות** - היכולת לייצר אינטימיות. יחסים אינטימיים הם יחסים שבהם יש אכפתיות, שהאדם השני חשוב לי, שאני דואג לו. הכוונה היא ליצירת קשר משמעותי עם אדם אחר. האישיות הבריאה מעריכה קרבה ומבקשת אותה בזמנים מתאימים.

ה-DSM 5 הגדיר שאלה 4 המדדים העיקריים לאישיות בריאה, ובאופן משלים, אלה המדדים שבהם אנשים עם הפרעת אישיות ילקו בחסר. על פי ה-DSM, לאנשים עם הפרעות אישיות, תהיה בעיה באחד מהמדדים האלה ולפעמים בכמה מהם. אדם שלא מסוגל להגיע לאינטימיות למשל, יסבול מהפרעת אישיות סכיזואידית. לכן, אדם שיכול לפתח עצמי יציב, שיש לו זהות ואת היכולת לכיוון-עצמי והגשמת מטרות, והוא גם אדם שיכול גם לנהל יחסים בינאישיים חיוביים, בהם האדם מתייחס לאחרים באופן אינטימי ואמפתי- יתואר כבריא. אי קיומו של עצמי יציב והיעדר היכולת לקיים יחסים אינטימיים ואמפתיים עם אחרים מהווים חלק משמעותי מהפרעת אישיות.

דרך נוספת לשקול יחסים אלה היא מנקודת מבט אבולוציונית, על-ידי הצגת הפרעות אישיות ככישלון בפיתוח משימות חיים אדפטיביות הנוגעות לזהות או לעצמי, אינטימיות והתקשרות והתנהגות פרו-חברתית. מנקודת מבט זו, המשימה האבולוציונית של האדם היא לתפקד בשלוש רמות:

- רמת הפרט והפיתוח של העצמי.
- רמה הבינאישית המשקפת תהליכי התקשרות.

- רמת הקבוצה המערבת התנהגות פרו-חברתית, אלטראיזם ואת שיתוף הפעולה הדרוש לתפקודה של חברה.

הפרעת אישיות פראנואידית – Paranoid Personality Disorder

בעלי רגשות חשד וחוסר בטחון באנשים באופן כללי. הם שוללים את אחריותם שלהם לרגשותיהם, ומטילים אחריות זו על זולתם. לרוב הם עוינים, נרגזים וכועסים.

- א. חוסר אמון וחשדנות באחרים, כך שהמניעים שלהם נתפסים זדוניים / מרושעים. מתחיל בבגרות המוקדמת ונמצא במספר אופנים, כפי שמצוין 4 (או יותר) מהנ"ל:
 1. חשדנות, ללא בסיס משמעותי, שהאחרים פוגעים, או מרמים אותם/אותה.
 2. האדם מוטרד עם ספקות לא מוצדקות על הנאמנות או המהימנות והאמינות של חברים או קרובים.
 3. הוא מסויג מלספר סוד לאחרים, בגלל פחד שיעשה שימוש מרושע במידע נגדו.
 4. קורא משמעויות מאיימות או מזלזלות/משפילות בתוך אירועים לא מזיקים.
 5. מחזיק בעיקשות טינה/עוינות/תרעומת (לא סולח להעלבה, פגיעות, זלזול).
 6. חווה תקיפות על המאפיינים/אישיות שלו או שמו הטוב, שלא נראים לאחרים ומגיב במהירות בכעס או בתוקפנות נגדית.
 7. יש לו חשד חוזר, ללא הצדקה, לנאמנות של בן הזוג או הפרטנר המיני.
 - ב. לא קורה רק במהלך סכיזופרניה, הפרעה בי פולרית או הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכוטיים, או הפרעה פסיכוטית אחרת ואי אפשר לקשר את זה להשפעות פיזיולוגיות או מצב רפואי אחר.
- הערה: אם הקריטריון נימצא לפני פריצת סכיזופרניה, יש להוסיף "פרה-מורבידי" לדוגמא: הפרעת אישיות פראנואידית (פרה מורבידית).

מאפיינים

- בבדיקה: נוהג רשמי, רציני וחסר הומור, יתכן שיראו סימני מתח כגון מתח שרירים, חוסר יכולת להרגע, וצורך בסקירת הסביבה. חשיבתם לוגית ומכוונת למטרה על אף שחלק מהנחות המוצא שלהם שגויות. תוכן המחשבות מראה על השלכה ודעות קדומות.
- המאפיין העיקרי הוא הנטיה, המתחילה בתחילת גיל הבגרות ומופיעה במצבים שונים, לפרש את מעשיהם של האחרים כמכוונים להשפיל או לפגוע.
- A. מצפים שהזולת ינצל או יפגע בהם בדרך זו או אחרת.
 - B. מטילים ספק, ללא הצדקה, בנאמנותם של חברים ומכרים.
 - C. חלקם קנאים בצורה פתולוגית ללא סיבה סבירה.
 - D. פארנואידים מחצינים את רגשותיהם במנגנון של השלכה: הם מייחסים לאחרים דחפים ומחשבות שאינם מסוגלים לקבל בתוך עצמם.
 - E. אפקט מוגבל, ונראים כחסרי רגש.
 - F. מתגאים בהיותם הגיוניים ואובייקטיביים, אך אין זה כך.

- G. חסרי חום, ומתרשמים ומייחסים תשומת לב רבה לכוח ומעמד.
- H. מראים בוז לאנשים הנראים חלשים, חולים, מוגבלים או פגומים בדרך כלשהי.
- I. במצבים חברתיים נראים עסוקים ויעילים אך יוצרים חשש או קונפליקט באחרים.

אבחנה מבדלת

- סכיזופרניה פארנואידית: אין הזיות או הפרעה בחשיבה.
- הפרעת אישיות גבולית: פארנואידים לרוב אינם מפתחים קשרי מעורבות יתר עם אחרים.
- הפרעה אנטי-סוציאלית: אין היסטוריה ארוכה של התנהגות אנטי סוציאלית.
- הפרעת אישיות סכיזואידית: חולים אלו הם מרוחקים, ואין להם רעיונות פארנואידים.

טיפול

אפשרות לטיפול קוג' במקרים הקלים. מחפשים את היוצאים מן הכלל – האדם שפגשת שניתן לסמוך עליו, איזה סימנים אתה צריך כדי לדעת שאפשר לסמוך על אדם.

תרופות אנטי פסיכוטיות יכולות לעזור, אבל אין דרך לרוב לשכנע אותם לקחת.

יכול להגיע למצב פסיכוטי.

קושי לחשיפה עצמית וגילוי לב. תשובות כלליות ללא פרטים.

חשדנים מאוד, וחוששים שרוקמים נגדם מזימות, ושכל רגע הם עלולים להיות מופתעים מתקיפה. גם כאשר מדובר בחברים או באנשים קרובים אחרים, החשדנות לא מרפה. הם עסוקים כל הזמן בלחפש הצדקה לחשדנות שלהם בהתנהגותם ובדבריהם של אנשים, וגם בדברים שהם לא אומרים או עושים.

כל רמז לכך שחשדותיהם מוצדקים, כל חריגה של אדם קרוב מהמצופה ממנו, גורמים לעלייה מיידית בחשדנות, ובעלייה בעיסוק בהצדקת החשדות. מצד שני, כאשר הם נתקלים במפגן של נאמנות מצד האחר, הם מופתעים מאוד, ובכלל לא מסוגלים להאמין לכך שיש כוונות טהורות וניסיון לשמח אותם או לעזור להם.

החשדנות גורמת, מן הסתם, לבעלי הפרעת האישיות להתרחק מאנשים אחרים ולהימנע מקשרים קרובים. הם חשים שכל קרבה עלולה להעמיד אותם בסכנה להיפגע, מכך שאנשים ישתמשו במידע עליהם כדי לפגוע בהם.

כאשר הם כן בקשר, זה בדרך כלל מורכב מאוד- הם נותנים משמעות עמוקה ונסתרת לכל הערה, בדיחה או מחמאה. כאשר מציעים להם עזרה הם רואים בכך ביקורת על כך שאינם מתפקדים מספיק טוב. בנוסף, קשה להם מאוד לסלוח, הם נוטרים טינה על עלבונות קטנים, ותוקפים מהר מאוד בחזרה בכל פעם שהם מפרשים את דברי האחר כעלבון (מה שקורה לעיתים תכופות).

גם לאחרים קשה מאוד להיות באינטראקציה עם בעלי האישיות הפרנואידית. הם נוטים לחשוד גם בבן הזוג שלהם, ולהאשימו בבגידה. הם עשויים להתלונן בגלוי או בהתנהגות פאסיבית-אגרסיבית. החשדנות הזו גורמת בדרך כלל לאחרים לחוש עוינות כלפיהם, ואז חששותיהם מתאמתים ומתחזקים, וחוזר חלילה.

הפרעת אישיות סכיזואידית – Schizoid Personality Disorder

אנשים הסובלים מהפרעת אישיות סכיזואידית הם אנשים מנותקים הן מיחסים חברתיים, והן מהיכולת להביע טווח רחב של רגשות בתוך סיטואציות בינאישיות – ללא צורך באינטימיות ובקשר רגשי. מי שיחוש בדרך כלל את המצוקה יהיה הפרט, ולו מכיוון שאין לו את היכולת / הרצון ליצור מספיק קשרים חיצוניים עם אנשים אחרים אשר ירגישו גם הם שקיימת בעיה. אנשים מבחוץ ישימו לב להתנהגות מוזרה, ובדרך כלל לא יחשו רצון להתקרב יותר מידי לאדם עם הפרעת אישיות סכיזואידית.

A. דפוס של ניתוק מיחסים חברתיים, ויכולת מוגבלת להביע מגוון רחב של רגשות בסיטואציות בין-אישיות, החל מהבגרות המוקדמת מופיע במגוון הקשרים. מתבטא בלפחות 4 מהמאפיינים הבאים:

1. לא מעוניין ולא שואב הנאה מיחסים קרובים, אפילו מקשרים משפחתיים.
 2. כמעט תמיד בוחר לעצמו פעילויות שיאפשרו לו להיות לבד.
 3. יש מעט, אם בכלל, עניין בחוויות מיניות עם אדם אחר.
 4. מפיק מעט, אם בכלל, הנאה מפעילויות.
 5. ללא חברים קרובים למעט קרובי משפחה מדרגה ראשונה.
 6. נראה אדיש לדברי שבח או ביקורת של אחרים.
 7. ברמה הרגשית נראה קריר, מנותק ולא מראה רגשות אינטנסיביים (השטחה רגשית).
- B. אינו מתרחש באופן בלעדי במהלך סכיזופרניה, הפרעה דו קוטבית או הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכוטיים, הפרעה פסיכוטית אחרת, או אוטיזם ספקטרום הפרעה והוא מיוחס להשפעות הפיזיולוגיות של מצב רפואי אחר.
- הערה: אם התרחש לפני תחילת סכיזופרניה, להוסיף "פרמורבידי". כלומר, "הפרעת אישיות פרנואידית (premorbid)".

בשונה מאספרגר – הסכיזואיד מבין סיטואציות חברתיות אך הן אינן מעניינות אותו.

הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית – Antisocial Personality Disorder

כשלים אמפתיים עם אכזריות, אדישות לחוסר צדק, התעלמות מוחלטת מחוקים והעדר חרטה. סופר אגו לא פעיל. התנהגות פזיזה, לקיחת סיכונים, כמיהה להתרגשות. נטייה לרמאויות. אימפולסיביות, בעיות בבקרת הדחף, חוסר אחריות, לא עומדים בהבטחות.

A. זלזול וביזוי זכויות של אחרים, המתרחשת מגיל 15, ומתקיימים בה לפחות 3 מהקריטריונים הבאים:

1. כישלון להסכים לנורמות חברתיות המכבדות התנהגות בהתאם לחוק, כפי שנצפה באופן חוזר ונשנה על ידי התנהגויות המהוות עילה למעצר.
2. הונאה / מרמה המרומזת על ידי שקרים חוזרים ונישנים, שימוש בשמות בדויים או רמיית אחרים לצורך רווח אישי או הנאה.
3. אימפולסיביות או כישלון לתכנן מראש.
4. מזג חם/רגזנות ואגרסיביות המרומזת באמצעות עלבונות או מאבקים פיזיים חוזרים.
5. התעלמות וזלזול חסר זהירות בקשר לביטחון האישי ולביטחונם של אחרים.
6. חוסר אחריות עקבית, הבאה לידי ביטוי בכישלון להחזיק התנהגויות עקביות במקום העבודה או לכבד התחייבויות כספיות.
7. העדר חרטה המאופיין באדישות כלפי האחר או ברציונליזציה לאחר שנפגע, שהתעלל/התנכל לו, או העדר חרטה אחרי שגנב מאחרים.

B. האדם לפחות בן 18.

C. ישנן ראיות להפרעת התנהגות (conduct Disorder) אשר החלה לפני גיל 15.

D. הופעתה של התנהגות אנטי סוציאלית אינה מתרחשת באופן בלעדי במהלך הופעתה של סכיזופרניה או הפרעה בי-פולארית.

תמונה קלינית

- זלזול בערכים דוגמת טוב ורע.
- עקשנות, שקרים, או ניצול אחרים.
- באמצעות קסם אישי או שנינות, הם מתמרנים אחרים לשם מטרות רווח אישיות, או לשם הנאה אישית צרופה.
- אגוצנטריות, תחושת עליונות ואקסהיביציוניזם.
- מסתבכים לעיתים קרובות עם החוק.
- מפרים לעיתים קרובות את זכויותיהם של אחרים באמצעות הפחדה, חוסר יושר ומצג שווא.
- מתעללים בילדים או מזניחים אותם.
- מתנהגים בעוינות, עצבנות, אי שקט, אימפולסיביות, תוקפנות או אלימות.
- חסרי אמפתיה לאחרים וחסרי חרטה בעת פגיעה באחרים.
- נוטלים סיכונים מיותרים.
- מנהלים מערכות יחסים גרועות או פוגעניות.
- מתנהגים בחוסר אחריות בעבודה.
- אינם מפיקים לקחים מההשלכות השליליות של התנהגותם.

- בסיס אורגני - רואים שינויים מבניים (פגם) באמיגדלה.

טיפול

חלקם עברו התעללות בילדות – הכעס נאגר עד ההזדמנות להיות בשליטה. מתפתחת שנאה ובוז לחלש (השלכה של שנאה ובוז כלפי העצמי).

לגרום להם לנסות להבין מה קורה לקורבן.

בנוסף יש צורך באמפתיה מצד המטפל להתעללות שהם עצמם עברו.

הפרעת אישיות גבולית – Borderline Personality Disorder

מאופיינת בחוסר יציבות וסערה בעיקר סביב עניינים של יחסים בין-אישיים ודימוי עצמי. זוהי הפרעה סוערת, שמאפייניה מתגלים בדרך כלל כבר בתחילת גיל ההתבגרות. ניצבת על הגבול שבין נזירה לפסיכוחה. הנחת היסוד היא "אני לא ראויה לאהבה".

- A. אי יציבות ביחסים בין-אישיים, דימוי עצמי ורגשות אימפולסיביים. מתחיל בהתבגרות המאוחרת ונוכח במגוון של הקשרים, כאשר מתקיימים לפחות 5 מהבאים:
1. מאמצי על להימנע מנטישה אמיתית או מדומייתת (לא כולל התנהגות אובדנית או פגיעה עצמית המצוינת בקריטריון 5).
 2. תבנית של יחסים בין-אישיים לא יציבים ומתוחים, המאופיינים בהופעה לסירוגין של אידיאליזציה או דה-אוולוציה קיצוניים לאחר.
 3. הפרעת זהות: תחושת העצמי או הדימוי העצמי אינם יציבים בצורה בולטת ועקבית.
 4. אימפולסיביות, לפחות בשני תחומים שהינם בעלי פוטנציאל להרס עצמי (לדוגמא: בזבזנות, יחסי מין, שימוש בחומרים, נהיגה חסרת אחריות, זלילה (binge eating)).
 5. התנהגות אובדנית חוזרת, מחוות או איומים, או התנהגות של פגיעה עצמית.
 6. חוסר יציבות רגשית כתוצאה מתגובתיות במצב הרוח (אפיזודה דיספורית עוצמתית, עצבנות / חוסר נוחות או חרדה, בדרך כלל נמשכת מספר שעות ולעיתים נדירות יותר מכמה ימים).
 7. תחושת ריקנות כרונית.
 8. כעס רב עוצמה שאינו מותאם, או קושי לשלוט בכעס (שינויים תכופים במצב רוח, כעס תמידי, מאבק גופני חוזר ונשנה).
 9. חשיבה פרנואידית חולפת הקשורה לגורמי דחק, או סימפטומים דיסוציאטיביים חמורים.

"לחיות עם הפרעת אישיות גבולית זה לא פחות מאשר כמו להיות בגיהנום נצחי. כאב, כעס, בלבול, אני לעולם לא יודע כיצד ארגיש מרגע אחד לאחר. כואב בגלל שפגעתי באנשים שאני אוהב. מרגיש שלא מבינים אותי. מנתח הכל. שום דבר לא מעניק לי עונג. פעם בהרבה זמן אני מרגיש "מאושר מד" ואז נהיה חרד בגלל זה. ואז אני לוקח תרופות על דעת עצמי. ביחד עם אלכוהול. אחר כך אני פוגע בעצמי גופנית. ואז אני מרגיש אשם בגלל זה. בושה רוצה למות אבל לא מסוגל להרוג את עצמי כי אני ארגיש יותר מדי אשמה בגלל אלו שייפגעו מזה, ואז אני מרגיש כעס על זה, אז אני חותך את עצמי או לוקח מנת יתר כדי לסלק את כל הרגשות הללו. מתח".

אטיאולוגיה

החיים של אנשים אלה מורכבים ביותר, לפעמים מרגע היוולדם. לעתים קרובות ילדותם ונעוריהם מלאים בעבר של חבלות נפשיות וגופניות, של פגיעות רגשיות, של מצוקה ושכול, של סמים ומיניות מגילאים מוקדמים ועוד.

התפתחות הקשיים בווטוס הרגשי וההתנהגויות האימפולסיביות מוסבר כקשר בין נטייה ביולוגית מולדת לבין כשל סביבתי. **סביבה לא מתקפת** – סביבה הנוטה לשלול ולהגיב בצורה לא תואמת לחוויה אישית ("אם אין לך חום אתה לא חולה"). בעיקר חוויה אישית שלא מלווה בביטוי חיצוני. תגובות רגשיות

לחוויות לא נלקחות כאפשריות לאירוע, מענישים עליהן, מתעלמים מהן או מתייחסים אליהן בזלזול.

משפחות לא מתקפות נוטות להתייחס לתיאור האישי של החוויה כלא נכון, להדגיש חשיבות של שליטה רגשית ולפשט את היכולת לפתור בעיות, ואינן סבלניות לגילויים של אפקט שלילי. כאב רגשי משויך לחוסר מוטיבציה, מאמץ או משמעת. מטופלים כאלו לא למדו לקרוא בשם לרגשות או לווסת אותם או לתת אמון בתחושות שלהם. בסביבה נורמלית תיקוף החוויה הפנימית מסייע לאדם לגבש זהות יציבה.

סוג אחר של סביבה לא מתקפת קשורה בהתעללות ו/או הזנחה גופנית ו/או נפשית.

לעיתים הקושי בוויסות מוביל דווקא לניסיון להימנע מלהרגיש (על מנת להקדים תרופה למכה), וזו יכולה לתרום לתחושת העדר זהות. הירדמות רגשית זו נחווית כריקנות.

הדבר מסביר את דפוס ההתנהגות, ההדחקה של החוויה הפנימית יוצאת בהתנהגויות אקטרים כמו חיתוך ורידים, שימוש בסמים שגם מווסתות את האפקט וגם יעילות בהשגת עזרה מסביבה שבדרך כלל מתעלמת מדרכים להקל על כאב רגשי.

תמונה קלינית

- **פרידה** גורמת לסובלים מהפרעת אישיות לתחושה שהם רעים, פוגעת בדימוי העצמי שלהם ומעוררת חרדה וכעס. גם כאשר האדם רק חושב או מרגיש שהולך להיות שינוי בתוכניות הבינאישיות, הוא עשוי להגיב באופן קיצוני. לעיתים הם נפרדים או מנתקים את הקשר בעצמם, כאילו מקדימים תרופה למכה לפני ש"נוטשים" אותם.
- בדרך כלל בתחילת **קשר** מתלהבים ונחשפים מאוד, אך במהרה מתחילים להרגיש שלאחר לא מספיק אכפת מהם. הם יכולים להיות אמפתיים בתוך הקשר, אך מצפים לכמויות אינסופיות של אמפתיה בחזרה.
- שינויים תכופים ודרמטיים **בערך העצמי**, באופן בו מתארים את עצמם, בסוג האנשים איתם מנסים להיות בקשר, ואפילו בזהות המינית.
- **האימפולסיביות** יכולה להתבטא בהתמכרויות שונות, באכילה כפייתית, במתירנות מינית קיצונית ובהתנהגויות של פגיעה עצמית. האימפולסיביות נועדה לרוב לווסת רגשות (להרגיע), והפגיעה העצמית (הרבה פעמים בחיתוך הגוף, נטילת כדורים, הרעבה ועוד) מוסברת בדרך כלל **כהענשה עצמית**, או כניסיון להעביר תחושות של כאב או ריקנות פנימיים למקום חיצוני.
- בדרך כלל מצב הרוח הבסיסי הוא דיכאוני, אך הוא מלווה גם באפיזודות של כעס, פאניקה, יאוש ומעט מאוד רגשות חיוביים ותחושת סיפוק. הביטוי הרגשי בדרך כלל קיצוני ביותר.

טיפול

חלק מהסובלים מהפרעת אישיות גבולית מגיעים בשלב זה או אחר לאשפוזים בבתי חולים או במחלקות פסיכיאטריות. בדרך כלל הטריגר לאישפוז הוא פגיעה עצמית חמורה, כאשר התחושה היא שאי אפשר יותר להתמודד עם הסערות הרגשיות הקיצוניות והפגיעות העצמיות מחוץ למסגרת שומרת ומשגיחה.

הטיפול התרופתי בהפרעת אישיות גבולית כולל תרופות המייצבות מצב רוח ומתייחסות לסימפטומים ספציפיים המאפיינים כל אדם. כך למשל, ניתן לסייע בטיפול באמצעות תרופות נוגדות דיכאון או תרופות נגד חרדה.

הטיפול הפסיכותרפויטי שצובר תאוצה בשנים האחרונות בהפרעת אישיות גבולית הוא הטיפול הדיאלקטי התנהגותי (DBT), המשלב טיפול פרטני המתייחס (בעיקר) לכאן ועכשיו ולדרכי התמודדות בהווה, קבוצת הקניית כישורי התמודדות ומעקב פסיכיאטרי צמוד.

המטפלים נוטים לעשות הסכמים עם המטופלים – לא לשאת את ההתנהגויות האלו (כמו חיתוך עצמי).

המטרה הנוספת היא לעשות נורמליזציה להתנהגויות, גם האבדניות. בפגישה עם המטפל למטפל יש סדר עדיפויות: קודם כל עוסקים בהתנהגויות מסכנות חיים. עושים ניתוח התנהגותי של שרשרת האירועים שהובילו להתנהגות המסכנת. מפרקים את ההתנהגויות לתתי התנהגויות. נותנים למטופל מיומנויות אחרות כחלופות. המטפל נשאר זמין, הקבוצה נותנת מיומנויות.

הפרעת אישיות היסטריאית – Histrionic Personality Disorder

נטיה לעוררות יתר, התנהגות רגשנית, וכן נראה כי הם מתנהגים באורח צבעוני, דרמטי ומוחצן. חיפוש מתמיד ואינסופי אחר תשומת לב, הנעשה דרך התנהגות פרובוקטיבית וביטוי רגשי בוטה. יחד עם זאת, לרוב נראה כי הם מתקשים להשאר במערכות יחסים ארוכות טווח.

דפוס התנהגות אמוציונאלי מופרז וחיפוש תשומת לב המופיע בבגרות המוקדמת וקיים במגוון הקשרים, 5 (או יותר) מהקריטריונים הבאים:

1. תחושת חוסר נוחות בסיטואציות בהן האדם אינו מרכז תשומת הלב.
2. אינטראקציות עם אחרים מאופיינות בהתנהגות מינית לא מותאמת או בהתנהגות פרויקטיבית.
3. הבעה רגשית שטחית ומתחלפת במהירות.
4. שימוש במראה חיצוני למשיכת תשומת לב.
5. סגנון דיבור אימפרסיוניסטי (כללי חסר פירוט) והיעדר פירוט.
6. הפגנת דרמטיות יתר, תיאטרליות והבעה רגשית מוגזמת.
7. סוגסטרביליות (מושפע בקלות מאחרים או מנסיבות).
8. מייחס מידת אינטימיות גבוהה ליחסים מאשר במציאות.

תמונה קלינית

מאפיין מרכזי של הפרעת אישיות היסטוריונית הוא דפוס התנהגות אמוציונאלי וחיפוש תשומת לב. דפוס זה מתחיל בבגרות המוקדמת וקיים במגוון הקשרים.

אנשים אלה חשים שלא בנוח או לא מוערכים כאשר אינם במרכז תשומת הלב (קריטריון 1). לעיתים קרובות תוססים ודרמטיים, נוטים למשוך תשומת לב ומקסימים בתחילת קשר בהתלהבותם, פתיחותם או באמצעות פלרטוט. תכונות אלה מאבדות מערכן כאשר הם ממשיכים ודורשים את מרכז תשומת הלב. ממלאים תפקיד של "מסמר הערב". במידה ואינם במרכז תשומת הלב, הם יכולים לבצע אקט דרמטי (להמציא סיפורים, לעשות סצנה) כדי לקבל תשומת לב. צורך זה מופיע לעיתים קרובות בהתנהגותם עם מטפל (מחמיאים, מביאים מתנות, מתארים סימפטומים גופניים ופסיכולוגים מתחלפים בכל פגישה).

המראה וההתנהגות של הסובלים מההפרעה, הם לעיתים קרובות מיניים ולא מותאמים פרובוקטיבים וסלקטיביים (מפתים) (קריטריון 2). התנהגות זו אינה מכוונת רק כלפי מי שיש להם בו עניין רומנטי, אלא מתרחשת במגוון רחב של יחסים חברתיים, מקצועיים ואינה מותאמת להקשר החברתי.

ההבעה הרגשית הנה שטחית ומתחלפת במהירות (קריטריון 3).

אנשים הסובלים מההפרעה, משתמשים במראה חיצוני כדי למשוך תשומת לב (קריטריון 4). עסוקים יתר על המידה בהרשמת אחרים במראם החיצוני ומשקיעים זמן, אנרגיה וכסף רבים בביגוד וטיפוח. הם מחפשים מחמאות באשר להופעה החיצונית ויפגעו בקלות מביקורת בנושא.

סגנון הדיבור שלהם אימפרסיוניסטי וחסר פירוט (קריטריון 5). מביעים דעות מוצקות עם גוון דרמטי אך ההסברים והסיבות שנותנים בדרך כלל מעורפלים, ללא תימוכין של עובדות ופרטים.

לדוגמא: יאמרו על מישהו שהוא אדם נפלא ולא יספקו שום דוגמאות לתכונות הטובות כדי לבסס דעתם.

עוד מאפיינים בדרמטיות, תיאטרליות והבעה רגשית מוגזמת (קריטריון 6). הם יפרגנו לחברים ומכרים באמצעות החצנת רגשות. פרגון למכרים בלהט רב, בכי ללא שליטה על דברים רגשיים פעוטים. כיוון שרגשותיהם מופעלים במהירות רבה, כך הם אינם ממש עמוקים, כך שניתן להאשימם בהעמדת פנים או זיוף.

רמת הסוג סטביליות שלהם גבוהה (קריטריון 7). דעותיהם ורגשותיהם מושפעים בקלות מאחרים וממצבים משתנים. נראים בוטחים מידי בדמויות סמכות בעיקר שייפתרו בעיותיהם כבמטה קסם.

מייחסים קרבה ואינטימיות רבה ליחסים מאשר במציאות. כל מכר מכונה על ידם "יקר, חבר יקר". פונים לרופא שפגשו פעם או פעמיים בשמו הפרטי (קריטריון 8).

אטיאולוגיה

מקור ההתנהגות של בעלי האישיות ההיסטריונית הוא **דימוי עצמי פגוע**, ותחושה של נטישה מוקדמת ברמה עמוקה ופנימית. הם בעצם עושים הכל כדי לא לשחזר חוויה מוקדמת כלשהי ולהישאר בודדים.

אבחנה מבדלת

הפרעת אישיות גבולית - יותר שכיח למצוא נסיונות אובדניים ואפיזודות פסיכוטיות קצרות.

הפרעת אישיות נרקיסיסטית – Narcissistic Personality Disorder

אהבה חריגה אל העצמי, תחושת עליונות וחשיבות מוגזמת, והתעסקות עם הצלחה וכוח. לעיתים קרובות חוסר מוחלט באמפתיה לאחרים.

ההפרעה משמשת להסתיר תחושה עמוקה של חוסר ביטחון והערכה עצמית שברירית.

דפוס גרנדיזי (בפנטזיה או התנהגות), צורך בהערצה, חוסר אמפתיה, מתחיל בבגרות המוקדמת וקיים במגוון הקשרים כמצוין בחמישה (או יותר) מהבאים:

1. תחושת חשיבות עצמית גרנדיזית (מגזים בהישגים וכישורים, מצפה להכרה כנעלה ללא הישגים מתאימים).
2. עיסוק יתר בפנטזיות של הצלחה, כוח, גאונות, יופי, אהבה אידיאלית.
3. מאמין שהוא יחיד ומיוחד ויכול להיות מובן או מקושר רק עם אנשים מיוחדים או בעלי סטאטוס גבוה (או מוסדות).
4. צורך בהערצה
5. תחושה של זכאות "מגיע לי" וציפיות לא הגיוניות ליחס מיוחד ומועדף, או היענות אוטומטית לציפיותיו.
6. נצלן (מנצל אחרים לשם השגת רצונותיו).
7. חוסר אמפתיה- לא מוכן להכיר, להזדהות עם רגשות וצרכים של אחרים.
8. קנאי או שחושב שאחרים מקנאים בו.
9. בעל התנהגות שחצנית וגאוותנית.

תמונה קלינית

מאפיינים עיקריים של הפרעת אישיות נרקיסיסטית הם **הערכה עצמית פגיעה ובלתי יציבה, המלווה בניסיונות לחיזוק** באמצעות השגת תשומת לב וחיפוש אישורים מאחרים. התנהגות זו מלווה **בגרנדיזיות גלויה או סמויה**. הקשיים האופייניים להפרעה הם בזהות, בתחושת בעלות על התנסויות, ובכשלים באמפתיה ואינטימיות. קשיים אלו מלווים באנטגוניזם גלוי או סמוי. הקריטריונים העיקריים מתחלקים לשניים:

א. פגיעה מתונה או חמורה בתפקוד האישיות

- a. **זהות** – פנייה תכופה לאחרים לצורך הגדרה עצמית ולצורך וויסות הערכה עצמית. ההערכה עצמית יכולה לשאת אופי של האדרה ("אני תותח") או של הפחתת ערך ("אני אפס"), או לנוע בין שני הקצוות הללו. תנודות חריפות במצבי הרוח משקפים את התנודות בהערכה העצמית.
- b. **הכוונה עצמית, בעלות ואחריות על התנסויות** – עיסוק במטרות שנועדו להשיג הערכה מאחרים (כמו מקצוע יוקרתי או ציונים גבוהים) ולא עניין פנימי. הצבת סטנדרטים אישיים גבוהים ומוגזמים משרתת השגת דימוי עצמי גבוה במיוחד, ואילו הצבת סטנדרטים אישיים נמוכים מבוססת על תחושת זכות ("אני לא צריך להתאמץ כמו אחרים").
- c. **פגיעה באמפתיה** – יכולת לקויה לזהות או להזדהות עם צרכים ורגשות של אחרים. רגישות מופרזת לתגובות של אחרים, אך זאת רק במידה והם רלוונטיים לעצמי. הערכת יתר או חסר של השפעת התנהגותו על אחרים.

d. **היעדר אינטימיות** – היחסים הבינאישיים לרוב שטחיים ומשמשים לוויסות ההערכה העצמית. הדדיות מוגבלת, בשל חוסר עניין אמיתי בחוויות של אחרים ובשל דומיננטיות של צרכי והישגי העצמי.

ב. בנוסף, מתקיימות שתי תכונות האישיות הבאות בצורה פתולוגית:

a. **גרנדיוזיות** – תחושת זכות, גלויה או סמויה, העצמי במרכז, מלווה לפעמים באמונה שאני טוב מאחרים ובהתנשאות כלפי אחרים. המחשבות הגרנדיוזיות יכולות להיות גלויות או סמויות. גרנדיוזיות סמויה יכולה, למשל, להתבטא ברגשות נחיתות שנובעות מפער בלתי נסבל בין העצמי האידיאלי לעצמי המציאותי, או בין החוויה הפנימית ("אני כישלון") למה שנראה מבחוץ (הצלחה והערכה). הנרקיסים עשוי להתבטא לא בהתנהגויות יהירות ומוחצנות, אלא בקושי עצום לשאת פגיעות בשלמות עצמי. **פרפקציוניזם** הוא ביטוי סמוי של נרקיסים. האדם הפרפקציוניסט אינו סובל תחושה של חסר ואינו יכול לשאת סימן לסדק בשלמות. לכן הוא לא מסוגל לעגל פינות או לוותר על משהו ולערוך סדרי עדיפויות. ליקוי בביצוע מתורגם מיידית לליקוי בלתי נסבל בעצמי ומוביל לקריסה של העצמי.

b. **חיפוש תשומת לב ואישור מאחרים** – ניסיונות משמעותיים למשוך ולהיות במרכז תשומת הלב של אחרים. חיפוש הערצה. גם היבט זה יכול להיות סמוי, ולהתבטא, למשל בחרדה חברתית (ביישנות קיצונית), בפחד מהיות מובך בחברה או חרדת ביצועים.

הדגש בהבנת הנרקיסים הוא בצורות סמויות ולא רק גלויות של נרקיסים, ובהבנה שמדובר לא בהערכה עצמית גבוהה ויציבה, אלא בטלטלות של ההערכה העצמית בין מצבי קיצון. תנודות אלו מובילות לחרדה מפני כל מה שעלול לסדוק ולדרדר את ההערכה העצמית, ולכן בד בבד עם תחושות של ביטחון עצמי מתקיימים מצבים רגשיים קשים של בושה, חרדה, מבוכה, אשמה, זעם, קינאה ורגישות יתר לתגובות של אחרים.

אדם בעל הפרעת אישיות נרקיססטית סובל מזהות בלתי ברורה ומבלבלת. הוא אינו יודע מי הוא, ומתקשה להבחין בין יכולות דמיוניות למציאותיות. לעתים קרובות קשה לו להבחין בין שאיפות מותאמות גיל ומצב לאלו שאינן מותאמות, מה שמוביל לביקורת עצמית ולהאשמה עצמית מוגזמת.

תחושת הערך העצמי של הנרקיסטים היא שברירית, ועל כן הם פגיעים במיוחד לדיכאון אשר עשוי להתעורר בעקבות משבר אמצע החיים, אובדן, דחייה וכן הלאה.

אטיאולוגיה

הצורך הרב בהערצה ותחושת הערך העצמי השברירית מיוחסים, בד"כ, ליחסים מוקדמים עם ההורים והשפעתם הפסיכולוגית:

גורמים פסיכולוגיים: תיאוריות דינמיות שונות ראו את הנרקיסים כנובע מפיקסציה ("היתקעות") בשלב התפתחותי מוקדם וכשימוש מוגזם במנגנון הגנה הנועד לפצות על תחושת חוסר ערך בסיסית. ע"פ תיאוריות אלו, לסגנון ההורות תפקיד מרכזי במניעת או הגברת הסיכוי להפרעה: ילדים להורים ביקורתיים פגיעים יותר להפרעה והורות בריאה עשויה למנוע אותה.

גורמים התנהגותיים: ע"פ גישות התנהגותיות נוצרת אישיות נרקיססטית בעקבות הורות מתירנית, מפנקת ומטפחת. מדי אשר אינה מכינה את הילד להתמודדות עם העולם האמיתי.

טיפול

חווית של אובדן, משבר או איום על תחושת הערך העצמי מערערות את כולנו, אך בעלי אישיות נרקיסיסטית פגיעים במיוחד לחוויות אלו ועשויים לפנות לטיפול רק לאחר שהתנסו בהן. הטיפול עשוי להיות מורכב במיוחד עקב הקושי ביצירת קשר עמוק ובקבלת עמדה מנוגדת. יחד עם זאת, טיפול עקבי וממושך עשוי להביא לשיפור משמעותי במספר היבטי חיים: לאחר שמתבסס קשר של אמון וביטחון, עשויים הסובלים מההפרעה ליהנות מהקשר הרגשי ולהעז לבחון את המנגנונים העומדים בבסיס אישיותם.

טיפול פסיכותרפי: למרות מורכבותו, עשוי הטיפול לשפר את היכולת האמפתית ולפתח מנגנונים יעילים יותר להתמודדות עם תסכול ומשברים. טיפול קבוצתי עשוי לשפר מיומנויות חברתיות כאשר הוא מתווסף לטיפול הפרטני, אך לא בנפרד ממנו.

טיפול תרופתי: תרופות אנטי דיכאוניות עשויות להועיל במקרי משבר וטיפול בליתיום מועיל כאשר הפרעת האישיות הנרקיסיסטית מלווה במצבי רוח משתנים.

הפרעת אישיות נמנעת – Avoidant Personality Disorder

עכבות חברתיות משמעותיות - נמנע מקשרים בינאישיים, ממעורבות חברתית, אלא אם כן מובטח להם שיאהבו אותם, כמו בני משפחה. לא מביעים את עצמם. מלבישים על עצמם צבעי הסוואה כדי לא להראות, כי החשש שאם יראו אותם יבקרו אותם. משתוקקים ליחסים בין אישיים קרובים אך חששם מדחייה. מביא אותם לנסיגה חברתית, ביישנות קיצונית והתנהגות מרצה. קשרים בין אישיים נוצרים רק כאשר ישנו ביטחון מלא בקבלה ללא ביקורת, ועל כן קיימים קשרים מועטים בלבד או שאינם קיימים בכלל. רואים את עצמם כלא אטרקטיביים, נחותים יחסית לאחרים. נואשים לקשר ועם זאת יש להם תחושה שהם לא ראויים לקשר.

דפוס של עכבה חברתית, תחושות של "אני לא מספיק" ורגישות מוגברת להערכה שלילית המתחיל בבגרות המוקדמת וקיים ומגוון הקשים כמצוין ב-4 (או יותר) מהבאים:

1. נמנע מפעילויות מקצועיות הכוללות אינטראקציות בין אישיות משמעותיות, מפחד מביקורת, דחייה, אי הסכמה.
2. אינו רוצה במגע עם אנשים אלא אם כן בטוח שיחבבו אותו.
3. מראה איפוק וריסון ביחסים אינטימיים בגלל הפחד מבושה או גיחוך.
4. עיסוק יתר בכך שעלול להיות מבוקר או דחוי בסיטואציות חברתיות.
5. מעוכב בסיטואציות בין אישיות חדשות בגלל תחושות של חוסר מספיקות.
6. רואה עצמו כנחות, פחות מושך מאחרים.
7. אינו לוקח סיכונים או עוסק בפעילות חדשה כיוון שחושש ממבוכה.

אטיאולוגיה

מספר גישות ניסו להסביר את החשש העצמתי מדחייה ונראה כי שילוב רעיונותיהן מאפשר את ההבנה המקיפה ביותר.

גישה פסיכו-סוציאלית: על פי גישה זו, ילדים אשר חוו הורות מגוננת יתר על המידה אינם לומדים להסתמך על עצמם בהתמודדות עם דרישות הסביבה. בהמשך חייהם נוטים ילדים אלו להימנע מסיטואציות המערבות יחסים בין אישיים וחברתיים, מתוך חשש שאין הם מיומנים דיים בהתמודדות עמן.

גישה קוגניטיבית: על פי גישה זו במהלך הילדות, עקב התנסויות שליליות או קשר בעייתי עם דמויות מטפלות, נבנה סט הנחות שליליות הכולל תחושת חוסר ערך ותפיסת אנשים אחרים כעוינים ומאיימים. לדוגמא, אדם עשוי לתפוס את האחרים סביבו כביקורתיים ונוטים ללעג ולכן להימנע מסיטואציות העשויות להביא לתגובות אלו.

גישה ביולוגית: מדגישה את רגישותם החושית המוגברת של הסובלים מהפרעת אישיות נמנעת.

טיפול

הצורך הבלתי מסופק בקשרים חברתיים וההתמודדות עם חשש תמידי מסיטואציות חברתיות מביאים למצוקה משמעותית. פנייה לטיפול מומלצת ביותר ועשויה להביא לשיפור במגוון היבטי חיים ומיומנויות. כמו כן, עצם יצירת הקשר הטיפולי עשויה להוות גורם מקל היוצר בסיס בטוח ממנו ניתן להעז ולצאת להתנסויות חדשות.

יחסית להפרעות אישיות בזו יש יותר מודעות, תסמינים אגודיסטוניים – "לא טוב לי עם איך שאני".

טיפול קוגניטיבי התנהגותי: מתמקד בחשיפה לסיטואציות מהן רגיל המטופל להימנע, ניתוח אמונות וסכמות לא אדפטיביות בהן מחזיק המטופל ומשחקי תפקידים. נמצא יעיל במיוחד לטיפול בבעלי אישיות נמנעת.

טיפול קבוצתי: יעיל בשיפור מיומנויות חברתיות וביכולת המטופל להבין את השפעת רגישותו לדחייה על התנהלותו החברתית ועל תגובות האחרים.

טיפול תרופתי: תרופות אנטי חרדתיות ואנטי דיכאוניות עשויות להקל על קשיים ספציפיים המתעוררים לאורך החיים, ותרופות ממשפחת חוסמי ביטא עשויות להפוך את מערכת העצבים הרגישה של הסובלים מהפרעת אישיות נמנעת לאקטיבית פחות.

אבחנה מבדלת

חרדה חברתית - הליבה החרדתית של חרדה חברתית הופכת להיות דפוס נרחב של האישיות. הפרעת האישיות לא מאופיינת בחדות. אנשים עם חרדה חברתית יכולים להיות מעורבים חברתית, רק עם פחד לדבר מול קהל.

הפרעת אישיות סכיזואידית - לסכיזואידים אין עניין בקשר ולנמנע יש צורך אדיר באהבה. שניהם נראים מאופקים.

הפרעת אישיות תלותית – Dependent Personality Disorder

אנשים הסובלים מהפרעה זו מכפיפים את צרכיהם לאלו של אחרים, גורמים לאחרים לקחת אחריות על חלקים נרחבים מחייהם עצמם, סובלים מהיעדר ביטחון עצמי ועשויים לחוות חוסר נוחות משמעותי כאשר הם נשארים לבדם ליותר מזמן קצר. **מעין חרדת נטישה שהפכה למשהו אישיותי.** קושי ליזום, לקבל החלטה, קושי להביע דיעה, קושי להביע חוסר הסכמה.

צורך בטיפול ע"י משהו אחר המביא להתנהגות נכנעת, תלותית ולפחד מנפרדות. מתחיל בבגרות המוקדמת וקיים במגוון קשרים כמצוין בחמישה (או יותר) מהבאים:

1. קושי בקבלת החלטות יומיומיות ללא יעוץ ובטחון מאחרים.
2. צורך שאחרים ייקחו אחריות על תחומי חיים מרכזיים.
3. קושי בהבעת אי הסכמה עם אחרים עקב פחד לאבד תמיכה או קבלה (לא כולל פחד ראלי מעונש מציאותי).
4. קושי בהתחלת פרויקטים או עשייה עצמאית (בגלל היעדר ביטחון עצמי בשיפוט וביכולת יותר מאשר חוסר מוטיבציה או אנרגיה).
5. מוכן להרבה כדי לקבל תמיכה מאחרים עד לנקודה שמתנדב לעשות דברים לא נעימים.
6. חש שלא בנוח או חסר אונים כשנמצא לבד עקב פחד שלא יוכל להסתדר בעצמו.
7. מחפש בדחיפות יחסים חלופיים כמקור טיפול ותמיכה, כאשר מערכת יחסים קרובה מסתיימת.
8. עסוק מאד בפחדים מפני השארות לטפל בעצמו.

אטיאולוגיה

סגנון תלותי קיצוני מתפתח מתוך תפיסת עצמי לא כשיר וחסר אונים, שעבורו האסטרטגיה הטובה ביותר היא השגת תמיכה והגנה מצד אחרים הנתפסים כחזקים. לעתים קרובות, תפיסות אלו מתפתחות תחת שני סגנונות הורות: הורות סמכותנית (שליטה הורית בילד) והגנת יתר הורית (עשיית יתר עבור הילד). בשני מצבים אלו, ההורים מונעים מהילד למידה עצמאית המתבססת על ניסוי ותעייה ומביאה להשגת חוויות של מסוגלות ושליטה.

אבחנה מבדלת

תלותיות יש גם בהיסטריוניים ובודרלינים אבל בתלותיים יהיו מערכות יחסים ארוכות מאוד והם לא מניפולטיביים.

התנהגות תלותית גם באגורופוביים – אבל שם המאפיין החשוב הוא מתח.

הפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית – Obsessive-Compulsive Personality Disorder

מאפיין מרכזי של ההפרעה הוא עיסוק יתר בסדר, פרפקציוניזם, שליטה מנטאלית ובין אישית על חשבון גמישות, פתיחות ויעילות. דפוס זה מתחיל בבגרות המוקדמת וקיים במגוון הקשרים.

קריטריונים לאבחנה:

1. דפוס של עיסוק בסדר, פרפקציוניזם, שליטה מנטאלית בין אישית על חשבון גמישות, פתיחות, יעילות, המתחיל בבגרות מוקדמת וקיים במגוון הקשרים כמצוין בארבעה (או יותר) מהבאים:
1. עסוק בפרטים, חוקים, רשימות, סדר, ארגון או לוח זמנים במידה שהנקודה המרכזית של הפעילות הולכת לאיבוד.
2. פרפקציוניזם ברמה הפוגעת בהשלמת משימה (לא יכול לסיים פרויקט בגלל סטנדרטים גבוהים וקשיחים אשר לא מושגים).
3. מסור לעבודה ולתפוקה עד שמוותר על פעילויות פנאי וחברה (ללא קשר לצורך כלכלי).
4. מצפון ומוסר גבוהים ללא גמישות בנושאי מוסר, אתיקה, ערכים (ללא קשר תרבותי דתי).
5. חוסר מסוגלות לזרוק חפצים בלויים חסרי ערך גם כאשר אין ערך סנטימנטלי.
6. אינו יכול לבצע משימות עם אחרים או להאציל סמכויות אלה אם כן יעשו זאת בדיוק על פי דרכו.
7. סגנון חסכני כלפי עצמו והזולת (כסף יש לשמור ליום סגריר).
8. נוקשות ועיקשות.

תמונה קלינית

צמצום רגשי, הקפדה מופרזת על סדר ונקיון, התמדה, נוקשות, עקשנות וחוסר יכולת לקבל החלטות.

עמידה עיקשת ושתלטנית על כך שאנשים סביבם יפעלו לפי מה שנראה להם, נטיה לדקדקנות ולהפרזה בפרטים לפעמים תפלים.

חשים צורך להיות בשליטה מלאה ללא הרף, ולכן קשה להם להנות מעבודתם או מיחסים בינאישיים.

לרוב מתחת למסווה של אדיבות ונימוסים טובים קיימת מידה רבה של כעס ותוקפנות, שיכולים לפרוץ החוצה בהתפרצות זעם לא רציונלית.