



# פסיכופתולוגיה

קורס מס' 849330230, מרצה: ד"ר תהל בן צבי.  
חובר ע"י יורם ארז, מדור ניצבים, תשפ"ד, אונ' בר-אילן,  
שנה ב', סמסטר ב.

## תוכן העניינים

<b>4</b>	<b>סכיזופרניה</b>
4	הגדרה
4	התמונה הקלינית
5	סכיזופרניה- הפיצול שבנפש
5	תסמינים (סימנים) חיוביים וסימנים שליליים בסכיזופרניה
6	שלושת שלבי המחלה
7	אבחנה לפי ה-DSM:
7	אפידמיולוגיה (נתונים על המחלה)
8	תת סוגים של סכיזופרניה
9	סיכונים שמלווים את מחלת הסכיזופרניה
9	גורמים סיבתיים
10	אוכלוסייה בעלת רמת סיכון גבוהה
11	טיפול והחלמה
<b>12</b>	<b>הפרעות אישיות</b>
12	מושג האישיות
12	הפרעת אישיות
12	עקרונות מרכזיים בהפרעת אישיות
12	שאלת האבחון
12	רמת ארגון האישיות
13	שלוש רמות של ארגון אישיות
13	אפידמיולוגיה
14	סיווג ההפרעות - שלושה אשכולות
14	A אשכול
16	B אשכול
21	C אשכול
22	הפרעת אישיות תלותית
<b>23</b>	<b>הפרעות חרדה</b>
23	פחד וחרדה
23	הפרעת חרדה
23	הפרעות פוביה (Phobia)
24	קיימים 6 סוגים עיקריים של הפרעות חרדה:
24	פוביה ייחודית (specific phobia)
24	פוביה חברתית (social phobia)
25	הפרעת פאניקה + אגורפוביה (Agoraphobia & Panic Disorder)
25	אגורפוביה (Agoraphobia)
26	הפרעת חרדה כללית (Generalized Anxiety Disorder - GAD)
26	הפרעת טורדנות - כפייתיות (Obsessive Compulsive Disorder - OCD)
<b>28</b>	<b>המאמר: "בית סוטריה"</b>
28	הקדמה
28	סיפורי מקרה
29	דיון
<b>29</b>	<b>מיקוד למבחן - מועד ב'</b>
<b>30</b>	<b>המאמר - התאבדות - המגפה השקטה</b>
30	מידע כללי על התופעה
30	המאמר: "התאבדות: אפידמיולוגיה, אטיולוגיה, טיפול ומניעה"
31	התאבדות בקרב צעירים
31	אטיולוגיה
33	גורמי סיכון להתאבדות
33	הערכת סיכון להתאבדות
33	טיפול ומניעה
34	סיכום

34

**מיקוד למבחן מועד ב'**

35

**המאמר: "שתי הפרעות, מסגרת טיפולית אחת"**

35

הקדמה

35

מבוא

35

הקשר בין שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים להפרעה פסיכיאטרית

36

תחלואה כפולה: מאפיינים

36

הטיפול בבעלי האבחנה הכפולה

36

מודלים לטיפול בתחלואה כפולה

37

טיפול אינטגרטיבי בשלבים

37

הטיפול בבעלי תחלואה כפולה בארץ

38

תוכנית "שניים-עשר הצעדים"

38

קבוצות לעזרה עצמית והמערך המקצועי

38

קבוצת "שניים-עשר הצעדים" והתחלואה הכפולה

39

קבוצות "צרה כפולה בהחלמה"/"מחלימים כפולים אנונימיים"

40

תוכנית "שניים העשר הצעדים" לטיפול בתחלואה כפולה

41

מסקנות

42

**מיקוד למבחן - מועד ב'**

43

**המאמר - סטיות מיניות**

43

שונות מינית לפי ספרי האבחנות

43

מבוא היסטורי: סטיות מיניות

43

משנתו של פוקו ביחס לסטייה

43

ההיסטוריה של הסטיות המיניות

44

מהי סטייה ומי קובע את ההגדרה?

45

כיצד נאבחן סטייה מינית?

45

סוגי פראפיליות

49

עבירות מין מול סטיות מיניות

50

אונס

50

קטגוריות נוספות של שונות מינית

50

**מיקוד למבחן - מועד ב'**

52

**פסיכודה וסכיזופרניה**

52

הצצה לעולם הפסיכוטי

52

מבוא למאמר

52

סקירת ספרות

53

מצוקת בני משפחתם של מתמודדי נפש

54

שיטה

55

ממצאי המחקר

55

דיון

57

סיכום המאמר

58

**מיקוד למבחן - מועד ב'**

## סכיזופרניה

### הגדרה

מחלה שהיא תחת הפרעת ה"פסיכוזה" (ניתוק מהמציאות) - זכיזופרניה היא הפרעה הנפש הכי פסיכוטית ויסודית. היא חלה על תפקודים בסיסיים המקנים לאדם נורמלי את אישיותו, את ייחודו ואת זהותו העצמית. הסימפטומים מתבטאים בחשיבה, באפקט (רגשות) ובהתנהגות, במקביל להפרעה בשיפוט המציאות (לא מבדיל בין מציאות לדמיון). קיימת גם הפרעה תפקודית קשה בתחום התעסוקה, משפחה, חברה והיגיינה אישית. בעיקר מדובר באיבוד קשר עם המציאות החיצונית ואימוץ מציאות פנימית. החשיבה היא לא הגיונית.

### התמונה הקלינית

איך נראית בפועל הפרעה סכיזופרנית:

הפרעות בזהות	הפרעות בקשר עם העולם החיצון	הפרעות בהתנהגות ובִרְצִייה	הפרעות באפקט (רגש)	הפרעות בתפיסה	הפרעות בחשיבה
			הפרעה כמותית הפרעה איכותית	הזיות אשליות דפרסונליזציה דריאליזציה	בצורת המחשבה בתוכן המחשבה

#### 1. הפרעות בחשיבה

- א. בצורת המחשבה: רפיון אסוציאטיבי (אין סדר בחשיבה), חשיבה מעגלית מעייפת. (אין חשיבה שמובילה לחשיבה. קיימת חזרה לאותה נקודה כל הזמן), מעורפלת, לא מובנת המלווה בהפסקות (בלוקינג. מסך שחור. הכל נמחק ומתחיל מחדש), דלות בדיבור, מוטיזם (אילמות).
- ב. בתוכן המחשבה: מחשבות שווא (דלודיות) - אמונה חזקה ברעיונות מוטעים, רעיונות לא מציאותיים, בלתי ניתנים לשכנוע (רדיפה, גדלות, יחס) מחשבות מוזרות.

#### 2. הפרעות בתפיסה

- א. הזיות (הלוצינציות): תפיסה חושית בהעדר גירוי תואם לה במציאות. לשמוע קולות, לראות אנשים שלא קיימים, להרגיש שדברים הולכים על הגוף, מבלי שיש לכך ביסוס במציאות.
- ב. אשליות (אילוזיות): עיוות של גירוי קיים. כלומר, הגירוי אכן קיים, אך האדם מעוות אותו. האדם ממול מדבר, והפנים שלו נראים מעוותים (פנים של כלב). אגב, אשליות יכולות להתרחש גם אצל אנשים נורמלים (חול במדבר שנראה כמו מים - פטה מורגנה, ספינה שצפה מעל המים במבט מהחוף, המראות המעוותות בלונה-פרק).
- ג. דפרסונליזציה: עיוות ושינוי בתפיסת האדם את עצמו, חוויה של ניתוק וניכור מהעצמי, ריחוף מחוץ לעצמי. האדם לא מחובר לעצמו.
- ד. דריאליזציה: עיוות בתפיסת האובייקטים והצורות של העולם החיצוני.

#### 3. הפרעות באפקט (רגש)

- א. הפרעה כמותית: צמצום רגשי, אדישים, קהי רגש ושטוחים, קול מונוטוני, מבע אטום, ריקנות רגשית.
- ב. הפרעה איכותית: אפקט שאינו יציב ואינו תואם את תוכן הרעיונות, המחשבות ההתנהגות והנסיבות. פער בין הרגש לנסיבות (שמח מאוד אבל בפנים עצב רב).

**4. הפרעות בהתנהגות ובִּרְצִייה (לרצות את האחר)**

- א. הפרעה בהתנהגות הגלויה והנצפית וגם הפרעות ביוזמה וברצייה.
- ב. הפרעה חמורה בכל רצף ההתנהגות: העדר מוטיבציה וכוח רצון, התנהגות לא מאורגנת ולא צפויה, יכולה להיות גם סוערת, חסרת מטרה, מוזרה וחסרת שיפוט וביקורת.
- ג. יש ירידה משמעותית בתפקוד, אובדן עניין בעולם החיצוני ונסיגה לפאסיביות.
- ד. במצב קיצוני – קיפאון (קטטוניה), עמידה ללא תנועה ותגובה לגירויים.
- ה. מסרב לאכול, לשותות ולעשות את צרכיו.

**5. הפרעות בקשר עם העולם החיצון וביחסים בינאישיים**

- א. נטייה לסגת מקשרים חברתיים, להתכנס בתוך עצמו ועולמו הפנימי ולאבד את העניין והמעורבות הרגשית והמעשית בקשר עם העולם החיצון.
- ב. שקוע בתוך עולם חוויות, דמיונות ורעיונות לא הגיוניים ואגוצנטריים המנותקים מהמציאות.
- ג. במקרים של אוטיזם – קיים ניתוק גמור מהסביבה החיצונית ושקיעה בעולם הפנימי.

**6. הפרעות בזהות**

- א. הפרעות בזהות העצמית, בזהות המינית ובדימוי הגוף.
- ב. אובדן גבולות ה"אני". מתי אצלו זה נגמר ומתחיל האחר.
- ג. תחושת ניכור כלפי הגוף, תפיסה מעוותת של הגוף
- ד. משבר זהות שורשי עמוק.

**סכיזופרניה – הפיצול שבנפש**

בלוילר וקרפלין זיהו ארבעה סימפטומים מרכזיים A:

- A סוציאציות –
- A אֶפֶקט –
- A אוטיזם –
- A מביוולנטיות –

מכניזם פתולוגי נפשי ראשוני – פיצול שקיים בין התפקודים המנטאליים השונים. אובדן ההרמוניה הפנימית והארגון הנפשי, בעיקר קוגניציה ואֶפֶקט.

**תסמינים (סימנים) חיוביים וסימנים שליליים בסכיזופרניה**

- +** **תסמינים חיוביים:** סימנים אשר מראים התנהגות נוספת, חריגה (למשל, דלוזיות, הלוצינציות)
- **תסמינים שליליים:** התנהגות בחסר/בהעדר. למשל השטחה רגשית (אֶפֶקט שטוח, פחות רגש), הזנחה אישית (חוסר בדאגה אישית), נסיגה חברתית (חוסר במעורבות חברתית), דלות במחשבה (חסר מחשבתי).

גם התסמינים החיוביים וגם התסמינים השליליים הם תסמינים לא טובים. השילוב ביניהם מעיד על מחלת הסכיזופרניה.

## שלושת שלבי המחלה

איך המחלה נראית בפועל?



### 1. שלב מקדים (פרודרומלי)

- מאפיין בעיקר מצבים שליליים (-) (מצבי חסר בהם יש ירידה בתפקוד). האדם היה רגיל ומתפקד, ולפתע יש ירידה ברמת התפקוד, הידרדרות בלימודים, בתפקוד המקצועי, הסתגרות חברתית, ליקוי במילוי משימות, מוזרויות בהתנהגות, הזנחת היגיינה וטיפול עצמי, קהות באפקט, ליקוי בתקשורת הבינאישית, מחשבות מתמיהות וחוויות ותפיסות יוצאות דופן. מלווה לעיתים גם בהתפתחות מצבי חרדה עמוקים – תחושה פנימית של התפרקות והתפוררות.

### 2. שלב חריף

- השלב הקשה ביותר. מאופיין בעיקר במצבים חיוביים (+) (שהם בתוספת למצבי החסר) מחשבות שווא, הלוצינציות, רפיון אסוציאטיבי, אינקהרנטיות, חשיבה א-לוגית, התנהגות לא מאורגנת (אין קשר בין איך שהוא מתנהג עכשיו לבין איך שיתנהג עוד 5 דקות).
- מדווחים על רווחה והרגעה – הרחבת התודעה ושחרור כוחות פנימיים בעלי עוצמה מגלומנית.
- 'קצר' – תחושת קטסטרופה פנימית.

### 3. שלב שרידי (רזידואלי)

- פוסט התקף חריף – החלמה חלקית, אך הלקות עדיין קיימת והיא מלווה בירידה בתפקוד.
- ישנה הידרדרות בחומרה ובהמשכיות של תסמינים חיוביים ושליליים שאינם מלווים בעוצמה רגשית.
- קשיים קוגניטיביים, קהות ודלות רגשית, ירידה בתפקוד בלימודים ובעבודה, במיומנויות חברתיות ובקשרים משפחתיים.
- סימנים מבשרים: מתח, אי שקט, ירידה בתיאבון, מצב רוח ירוד, חוסר תזונה, הפרעות בשינה, קשיים בריכוז.
- גל כרוני, תגובה דיכאונית – תגובת אבל פסיכולוגית בין יכולתו בעבר לבין תפקודו הנוכחי כיום.

## אבחנה לפי ה-DSM:



### 5 תסמינים מאפיינים

- מחשבות שווא
- הזיות
- מחשבות לא מאורגנות
- התנהגות לא מאורגנת במידה רבה או קטטונית
- סימנים שליליים - כמו השטחת אֶפְקֵט, אילמות, חוסר רצייה
- **חוסר בתפקוד חברתי ותעסוקתי** (ירידה ניכרת בתפקוד בעבודה, ביחסים, בהיגיינה)
- **משך הסימפטומים שישה חודשים**. השלב החריף יימשך לפחות חודש.
- **אבחנה מبدלת** - יש הרבה תסמינים שדומים במאפייניהם לתסמיני המחלה ויש צורך לזהות אותם כדי לא לאבחן את החולה בצורה מוטעת (דכאון, מאניה-דיפרסיה, וכו')
- **שליטת קשר לסמים או למצב גופני** - סמים הזייתיים יכולים לגרום מצב שנראה כמו סכיזופרניה. שבץ למשל, יכול להראות כמו התנהגות סכיזופרנית. נכון גם לגבי גידולים במוח.

### אפידמיולוגיה (נתונים על המחלה)

- **שכיחות:** 1% באוכלוסיה הכללית
- **גיל המחלה:** התחלה בבגרות הצעירה
- **מגדר:** שווה בין גברים לנשים. אולם, גברים נוטים להתאשפז יותר.
- **פרוגנוזה:** סיכויי החלמה נמוכים.
- **מבנה משפחתי:** ממעטים להינשא, פרויון וילודה נמוכים.
- **אשפוז:** 50% ממיטות האשפוז בארץ **איך זה הגיוני?**
- **תוחלת חיים:** נמוכה - אובדנות, הזנחה, ירידה תפקודית, נסיגה חברתית, כלכלית.
- **מצב סוציאקונומי:** נמצא שבמעמד הנמוך יש יותר חולים (ייתכן שתסמיני המחלה גורמים להידרדרות במצב הסוציאקונומי).
- **תסמינים:** הפרעה חמורה בשיפוט המציאות אך עדיין נשמרות יכולות אינטלקטואליות קיימות, זיכרון תקין.



## תת סוגים של סכיזופרניה



### סכיזופרניה לא מאורגנת (הבפרנית)

**לא מאורגנת:**  
חשיבה לא מאורגנת, התנהגות לא מאורגנת, רגש מלווה בתנודות, הסתגרות.

- קיימת הפרעה בולטת בצורת החשיבה, חשיבה לא מאורגנת מלווה רפיון אסוציאטיבי וניתוקי מילים ומשפטים. מחשבות שווא חולפות, מקוטעות ולא מאורגנות ובתלונות היפוכונדריות. קיימות הזיות ואשליות מקוטעות וחולפות.
- האָפֶקט (הרגש) מלווה בתנודות בולטות, מתוח, שטחי ואינו תואם. קיימים צחקוקים של שביעות רצון עצמית וחיוכים כתגובה לתכנים אוטיסטיים.
- ההתנהגות חסרת ארגון וריסון, חסרת מטרה, לא אחראית, לא צפויה ובעלת אפיונים מוזרים (ביזאריים).

- קיימת נסיגה חברתית קשה עם נטייה להסתגרות והתבודדות חברתית.
- הסוג הזה מתפתח בדרך כלל בפתאומיות בגילאים 15 עד 25.

- התסמונת הקלינית בתחילה סוערת, עם מהלך כרוני הכולל הידרדרות מתמדת, והתקפים חריפים חוזרים.

- קיימת התפתחות מהירה של תסמינים שליליים המתבטאים באָפֶקט שטוח ובירידה ברצייה, ביוזמה ובמוטיבציה.

### סכיזופרניה קטטונית

**קטטונית:** הפרעות פסיכו-מוטוריות (קיפאון מול רגשנות), התפרצויות זעם, דיבור ללא הרף, נטייה לאלימות מוגברת.

- סוג זה מתאפיין בהפרעות פסיכו-מוטוריות בולטות הנעות בין שני מצבים קיצוניים: האחת אצורה או בקיפאון והשנייה רגזנית ורוגשת.
- הקיפאון מתבטא בדיכוי קיצוני של התנועתיות וההתנהגות הספונטנית, החולה מגיע לאילמות ואינו מגיב לסביבה, התנוחה נוקשה ולעיתים בגמישות שווה. יכול להגיע בקלות למצבי תשישות ותת תזונה.
- לעיתים שלא בצפוי חלה התפרצות רוגשת קצרה מלווה בהתפרצויות זעם.
- הצורה הרוגשת מתאפיינת באי שקט מוטורי קשה, החולה מדבר בלי הרף, והתנהגותו חסרת מנוחה וחסרת מטרה הנובעת מגורמים פנימיים.

- שלא במכוון החולה עלול להיות אלים מאוד והרסני, וגם עלול לגרום נזקים לעצמו ולהגיע במהירות למצב של תשישות כוחות קיצונית.

- למרות זאת, תיתכנה החלמות מהירות וטובות.

### סכיזופרניה פרנואידית

**פרנואידית:** מחשבות שווא, מתח רב, חשדנות, עוינות, תוקפנות.

#### הסוג השכיח ביותר

- הסוג השכיח ביותר.
- רמת הארגון הכללית של האישיות גבוהה ביותר.
- מאופיין בעיקר בהימצאות מחשבות שווא של רדיפה או קינאה או בהימצאות מחשבות שווא של גדלות.



- מחשבות השווא אינן מאורגנות בדרך כלל, והן מוזרות ולא שיטתיות ומלוות בהזיות שמיעה הקשורות אליהן בתוכן.
- החולה בדרך כלל מתוח מאוד, חשדן כלפי סביבתו, יחסו לסביבה עוין ותוקפני, נגרר בקלות לויכוחים ותיכנה התפרצויות זעם ואלימות מצידו.
- מבעד להתנהגות הזו מבצבצת חרדה די קשה מהתכנים הפסיכויטיים.
- האפקט וההפרעות בחשיבה לא תואמים, אך לא בצורה כה בולטת.
- הסוג הזה מופיע בגיל מאוחר, בסוף העשור השני ובעשור השלישי לחיים.
- כאן האישיות הקודמת שומרה יותר בדרך כלל והגיעה לרמת תפקוד גבוהה יותר מהאחרות. האינטליגנציה טובה יותר, כוחות האני חזקים יותר והנטייה הרגרסיבית קטנה יותר. במהלך המחלה ייתכנו גלים פסיכויטיים חריפים חוזרים, אך הליקוי המתפתח קטן, ויש חזרה לרמת התפקוד, לתגובתיות האפקטיבית וליוזמה הקודמות.

### סכיזופרניה רזידואלית

#### המחלה בצורתה הכרונית

**רזידואלית:** מגיעה לאחר פסיכוזה חריפה, נסיגה בתסמינים, חשיבה לא הגיונית, מחשבות והזיות שווא, תקשורת ירודה, תפקוד נמוך, הזנחה עצמית, חוסר יוזמה.

- הסוג הזה מבטא את הצורה הכרונית של המחלה. האבחנה הזו מותנית בהוכחה כי החולה סבל בעבר מהתקף אחד או יותר של פסיכוזה חריפה, הסימנים החריפים קהו, ובעקבותיהם התפתחו סימני ליקוי וסימנים שליליים המתבטאים בקהות ובדלות בתפקודי אישיות רבים.
- יש נסיגה כללית, תגובות אפקטיביות שטוחות ודלות, התנהגות יוצאת דופן ומוזרה, החשיבה בדרך כלל אינה הגיונית, והיא מלווה ברפיון אסוציאטיבי ולעיתים מחשבות שווא והזיות שאינן בולטות בתמונה הקלינית.
- התקשורת הלא מילולית באמצעות הבעות פנים, קשר עין, גיוון הקול והתנוחה – ירודות.
- התפקוד מידרדר בדרך כלל לרמה נמוכה מאוד של פאסיביות, חוסר פעילות, חוסר יוזמה, הזנחה עצמית, התרחקות מפעילות חברתית וחוסר תפקוד.
- יש לאבחן מצב זה רק לאחר שנה של נוכחות תסמינים שליליים בולטים (עוצמת התסמינים החיוביים מזערית).

### סיכונים שמלווים את מחלת הסכיזופרניה

- **התאבדות:** (הבולט ביותר, 4% מהחולים מתאבדים ו-20% מהחולים מנסים להתאבד, לרוב פתאומי ולא צפוי).
- **התנהגות אלימה:** (התנהגות אימפולסיבית, לא מרוסנת ומכוונת ע"י הזיות ודלזיות של רדיפה).
- **רצח:** (מתוך דחף חולני שאינו בר כיבוש, קיימת הגנה משפטית בחוק, נשלחים בצו שופט לאשפוז פסיכיאטרי).
- **סיבוכים רפואיים, נפשיים וחברתיים:** (תוחלת חיים נמוכה, תופעות לוואי של תרופות, הידרדרות חברתית, עוני, בדידות, בושה)

### גורמים סיבתיים

#### גורמים גנטיים

- המחקר מתבסס על בדיקת שכיחות המחלה באוכלוסיות שונות, ועל המתאם בין שכיחות זו ובין הקרבה הגנטית שבין החולים. למשל:

**מחקר תחלואה:** אחוז התחלואה עולה כפונקציה של הקרבה המשפחתית (באוכלוסיה הכללית 0.3%-0.5%, בהורים, באחים, בילדי הורה סכיזופרני ובקרוב משפחה מדרגה ראשונה אחוז התחלואה הוא בין 5%-15%, ואילו בילדי שני הורים סכיזופרניים בין 15% ל-55%).

**מחקר תאומים:** משווים תחלואה בין תאומים זהים ללא זהים שהתפתחו בתנאי חיים שווים ושונים (בתאומים זהים 55%-35% ובתאומים לא זהים 5%-15%).

**מחקרי תאחיזה:** המחלה עוברת כנטייה גנטית, אותרה תאחיזה כרומוזומלית לסכיזופרניה.

## גורמים ביולוגיים

### עודף פעילות דופמין

• **השערת הדופמין:** לפי השערה זו סכיזופרניה קשורה בעודף פעילות של הניורטרנסמיטור דופמין.

**השערה זו מתבססת על שני ממצאים:**

• יעילותן של תרופות אנטי-פסיכוטיות המשמשות בין היתר לטיפול בסכיזופרניה, קשורה ברמת חסימת הרצפטור לדופמין.

• תרופות שמגרות הפרשה מוגברת של דופמין (דופמינרגיות), כמו אמפיטמינים, עשויות לעורר פסיכוזה. מחקרים שונים הראו שרמות גבוהות של תוצרי הפירוק של דופמין בדם (מטבוליטים) נמצאות ביחס ישר למידת התסמינים הפסיכוטיים ולמידת התגובה לטיפול.

## גורמים פסיכוסוציאליים

• **השערת הדחק-נטייה:** לפי השערה זו אנשים הנוטים לכך מראש, ייפתחו את ההפרעה בתגובה למצבי דחק. הנטייה הראשונית יכולה להיות גנטית, ביולוגית או נרכשת (שימוש בחומרים), הדחק עשוי להיות ביולוגי (פציעה) או פסיכולוגי (משבר, טראומה).

• ההשערה הנוכחית היא שקיימת מעורבות של הורמון הדחק קורטיזול בהתפתחות ההפרעה אצל אנשים מסוימים.

## אוכלוסייה בעלת רמת סיכון גבוהה

מכלול של גורמים אשר הצטברותם יחד מעלה את רמת הפגיעות למחלה נוכח גירויי דחק סביבתיים

- היות קרוב משפחה חולה בסכיזופרניה
- הריון ולידה טראומטיים המלווים בזיהום ויראלי, או במחלה הורמונלית של האם, בסיבוכי מיילדות, במצוקת יילוד.
- היסטוריה של שימוש בסמים במיוחד אמפיתמין, L.S.D קוקאין, וחשיש.
- אווירה משפחתית בילדות המתאפיינת בחוסר פתיחות לצרכים הרגשיים של הילד, תנודות בין יחס עוין, תוקפני ודוחה ובין יחס של חסות יתר ושלתנות רגשית, גישה חשדנית פרנואידיית.
- אוכלוסיה של מהגרים, שינויי תרבות קיצוניים.

## טיפול והחלמה



- **טיפול מוקדם:** קיימות המלצות המדגישות את החשיבות הגדולה של טיפול מוקדם ככל האפשר, לרוב מיד עם תחילת המשבר הפסיכוטי הראשון. זאת במטרה למזער ככל הניתן את הנזק לתפקודים שונים בהמשך.
- **טיפול תרופתי:** הטיפול התרופתי חשוב בהפחתת הסימפטומים הפעילים של המחלה (החיוביים). בעולם, לרבות בישראל, נעשה שימוש במגוון רחב מאד של תרופות נוגדות פסיכודה דוגמת: ריספרידון, אולנזפין, אמיסולפריד וקלוזפין.
- **פסיכותרפיה וטיפול פסיכו-סוציאלי**
- **התערבויות מקדמות החלמה:** בעשור החולף התפתחו בעולם התערבויות המיועדות לסייע לאנשים עם הפרעות פסיכיאטריות קשות להשיג איכות חיים משופרת נוכח הפרעה. חלק מההתערבויות האלו נועדו לסייע לאדם לנהל את חייו תוך התמודדות עם הפרעה, אחרות נועדו לרכוש מיומנויות חברתיות שנשחקו, וכן להתמודד עם סטיגמה עצמית.
- **אשפוז**

## הפרעות אישיות

### מושג האישיות

- התגובה וההתנהגות האופייניות לאדם מסוים והצפויות במידה מסוימת מראש.
- דפוסי התנהגות ותגובה שמתפתחים באדם במהלך ילדותו ומגיעים לקביעות מסוימת בסוף ההתבגרות, דפוסי שהופכים לסגנון החיים של האדם.
- האישיות כוללת מרכיבים מולדים כגון כישורים שונים, טמפרמנט, עוצמות דחפים וכוחות "אני".
- האופי מייצג את החלק הנלמד והמתפתח של האישיות.
- האופי הוא חלק האישיות הבולט כלפי חוץ בהתנהגות הניתנת לצפייה.
- במקביל, האישיות כוללת מרכיבים נוספים חווייתיים סובייקטיביים, שאינם בולטים ואינם ניכרים כלפי חוץ.

### הפרעת אישיות

- התפתחות של קווי אישיות בצורה מוגזמת ונוקשה. וכן, התפתחות של דפוסי תגובה והתנהגות לא מסתגלים (אדפטיביים), שהם מושרשים עמוק וממושכים. הם מגבילים את הפוטנציאל ולעיתים קרובות מביאים לידי כישלונות חוזרים בתפקוד וביחסים הבינאישיים.
- הדפוסי מעוררים תגובת נגד מצד הסביבה, ומתפתחת השפעה הדדית שלילית ויחסי גומלין שליליים בין הפרט ובין סביבתו.
- בהפרעה זו יש פחות מצבי חרדה, אשמה ובושה ופחות קונפליקטים פנימיים.

### עקרונות מרכזיים בהפרעת אישיות

- **נוקשות** - חוסר יציבות אישית (חוסר גמישות) שמתבטאת בדפוסי נוקשים ולא מסתגלים בפרט במצבים יוצאי דופן. לדוגמה: אם האדם חשדן - הוא תמיד יהיה חשדן, ללא קשר למציאות.
- **אגוסינטוניים** - (אגו - אני, סיטוני - מקובל) מבחינתם, הם הכי בסדר שיש. אין להם קונפליקטים פנימיים, התנהגותם 'מקובלת' מבחינתם. מה שמביא לכישלונות טיפוליים.
- **יחסי אובייקט מופרעים** - אינם ערים לפתולוגיה (לחולי) שלהם ומייחסים את בעיותיהם וקשייהם לאחרים. פוטנציאל מאוד גדול להסתכסך עם כל העולם.

### שאלת האבחון

- איך ניתן לאבחן אישיות מוחלטת של אדם? שיפוטי מאוד
- בנוסף, קיים גבול דק בין אישיות בריאה לפתולוגית. מתי החשדנות היא לגיטימית ומתי זה חולי?
- האבחנה נקבעת על פי קווי התנהגות בולטים מאוד שלו (חשדנות יתר) - קשור בנורמות החברתיות באותו הזמן.

### רמת ארגון האישיות

- מהי רמת ארגון האישיות? עד כמה היא יציבה? מידת התפתחותו וגיבושו של ה"אני", מבחר מנגנוני ההגנה שהוא נוקט, לדרכי ההתמודדות, ליכולת לשאת תסכול, מתח, חרדה או כישלון, לטיבם של יחסי האובייקט במשך חייו, למשכם ולעומקם, לתפקודו המקצועי והחברתי ולרמת התפתחותו של ה"אני העליון" שלו.
- רמת ארגון האישיות נקבעת על סמך גורמים מולדים, על סמך השפעות מוקדמות או השפעות מונעות התפתחות במהלך החיים, ועל סמך ניסיון החיים המצטבר.

## שלוש רמות של ארגון אישיות



- **רמת ארגון אישיות גבוהה** – ישנה התפתחות טובה של ה'אני', וזה מגיע לדרגה מספקת של בגרות, הבשלה וגמישות. ה'אני' יודע להשתמש במגוון רחב ועשיר של מנגנוני התמודדות. הוא יודע לרסן את הכוחות והדחפים היצריים ולרתום אותם בצורה חיובית ומעודנת לעבר תפקוד תקין ומהנה וליחסים בינאישיים תקינים. האדם יכול לצפות את הבאות ולהתכונן בהתאם. שימוש בהומור להפחתת מתחים. גם ה'אני העליון' מתפתח בצורה מאוזנת ומקיים מערכת יחסים גמישה ומסתגלת עם ה'אני' באופן כזה שנמנעים מצבים ממושכים של השתלטות רגשות אשמה או בושה, דיכאון, מתח וחרדה.
- **רמת ארגון אישיות בינונית** – ישנה הפרעה בהתפתחות ה'אני', שכן זה אינו מגיע להבשלה ולחוזק מספיקים. האדם מתקשה בריסון הדחפים מצד אחד, ובקיום הרמוניה עם התקפות ולחצים שמפעיל ה'אני העליון', מצד אחר. ברמת ארגון זו ישנן תחושות חריפות של מתח, כעס, חרדה, בושה ואשמה וקשיים הן בתפקוד והן ביחסי הבינאישיים. ברמת ארגון אישיות זו מתפתחות הפרעות אישיות, אך מידת הפרעה היא בינונית, ולכן אף שהתפקוד ויחסי האובייקט פגועים וסבוכים, אין הם נהרסים ממש, והכישלונות אינם מוחלטים. אנשים אלה בדרך כלל אינם סובלים מהצורות הקשות יותר של הפרעות באישיות והסיכויים שלהם להיעזר בטיפול גבוהים.
- **רמת ארגון אישיות נמוכה** – ברמה נמוכה זו של התפתחות האישיות מוגדלות כל החולשות שתוארו ברמת הארגון הבינונית בקיצוניות: ה'אני' חלש, לא בשל, נוקשה ולא יציב, ויכולתו לרסן את הדחפים היצריים מוגבלת מאוד. רמות המתח, הדיכאון והחרדה גבוהות ותכופות וכך גם רמת הכעס והתוקפנות. קשה ל'אני' לפעול ביציבות ובתקינות, ולכן ישנן תנודות קשות במצב הרוח, בהתנהגות ובתפקוד. גם היחסים הבינאישיים מופרעים ולא יציבים, וישנם כישלונות חוזרים ונשנים לעיתים קרובות. ה'אני העליון' איננו מתפתח במידה מספקת, וישנם בו חסרונות שמביאים לידי התנהגות לא עקבית, לא יציבה ולסתירות מבחינת הרמה המוסרית ומבחינת ההסתגלות לדרישות החברה ולערכיה. לצד התנהגות אחראית ותקינה יש התפרצויות של התנהגות שפוגעת במוסר, במוסכמות ולעיתים אפילו בחוק. הסובלים עושים שימוש נרחב בין היתר באידאליזציה של עצמם ודבלואציה של האחר.

## אפידמיולוגיה

- **שכיחות:** הפרעת אישיות היא הפרעה שכיחה מאוד, והיא נעה בין 5% עד 15% מהאוכלוסייה הבוגרת.
- **פרוגנוזה:** פרוגנוזה לא טובה. כלומר, המעקבים אחרי אנשים עם הפרעות אישיות מגלים ירידה סוציו-אקונומית שכיחה, חיי משפחה מופרעים והרוסים, התמכרות לאלכוהול וסמים וסכסוכים עם החוק. אפילו אחוז התמותה גבוה מאשר בקבוצות ביקורת בעקבות בדידות, הזנחה בריאותית, תנאי חיים ירודים והתאבדות.

## סיווג הפרעות – שלושה אשכולות



- **אשכול A** – המבודדים, החשדנים, המוזרים (אנשים נראים מוזרים, יוצאי דופן, התנהגות לא רגילה והם נעים בין חוסר אמון וחשדנות ולבין ניתוק חברתי): הפרעת אישיות פרנואידיה, הפרעת אישיות סכיזואידיה, הפרעת אישיות סכיזופרנית
- **אשכול B** – הדרמטיים והרגשניים (נטייה להיות דרמטיים, רגשניים, לא יציבים, הפכפכים התנגשות עם אכיפת החוק או מוסדות פסיכאטריים): הפרעת אישיות נרקסיסטית, הפרעת אישיות היסטוריונית, הפרעת אישיות אנטי סוציאלית, הפרעת אישיות גבולית
- **אשכול C** – החרדתיים ומלאי הפחדים: הפרעת אישיות נמנעת, הפרעת אישיות תלותית, הפרעת אישיות כפייתית, הפרעת אישיות פאסיבית אגרסיבית.

### אשכול A



### הפרעת אישיות פרנואידיה

- בני אדם בעלי הפרעת אישיות פרנואידיה מראים תמיד חשדנות וחוסר אמון כלפי אחרים. הם נוטים לראות את עצמם כחפים מכל אשמה, ותחת זאת מאשימים את זולתם בשגיאותיהם ובכשלונתיהם שלהם, אפילו עד כדי ייחוס מניעים מרושעים לאחרים.
- בני אדם אלה מצפים דרך קבע לתככים ולמזימות, מחפשים רמזים לאימות ציפיותיהם, ומתעלמים מכל ראייה הסותרת אותן.
- לעיתים קרובות הם טרודים בהטלת ספק בנאמנותם של חברים, מה שמביא אותם להירתע ממתן אמון באחרים. הם עשויים גם להיות רגישים מידי, כפי שמשמע מנטייתם למצוא משמעויות מאימות בהערות תמימות. כמו כן, הם בדרך כלל נוטרים טינה ומסרבים לסלוח על מה שנתפס בעיניהם כעלבונות וכפגיעה בכבודם.
- הם אינם פסיכויים.
- בגלל החשדנות וחוסר האמון המתמידים האלה כלפי אחרים, האישיות הפרנואידיה מועדת לקשיים ולמכאובים מרובים ביחסים בינאישיים. קשיים אלה מביאים אותם לעמידה מתמדת על המשמר מפני מה שנתפס בעיניהם כהתקפות מצד אחרים.

**פרנואידיה: חשדן,**  
ספקן, נוטר טינה.

- המאפיין המרכזי הוא חוסר אמון, חשדנות. כוונות האחר תמיד רעות ולא טובות. ההפרעה הזו מתחילה להופיע כבר בבגרות ורואים בבגרות המוקדמת נער חשדן ולא מאמין, ממש קווים פרנואידיים.

### סימפטומים מרכזיים:

- חשדנות
- חשדנות בנאמנות של בן / בת הזוג.
- ספקות מתמשכים ותמידים לגבי נאמנות החברים.
- חוסר ביטחון באחרים.
- ייחוס כוונות רעות או מאיימות לאירועים ניטרליים.
- נטייה לנטור טינה וקושי לסלוח ולמחול.
- בנוסף, יש לאנשים אלו אָפְקט מוגבל ומצומצם (בד"כ הם קרים ועוינים).
- יש להם נטייה לאובדנות.
- במפגש עם אנשים כאלו נראה אנשים מתוחים, חסרי הומור, רציניים מאוד לוגיים, בעלי דעות קדומות, האשמה של אחרים וייחוס אשמה לאחרים, הם משתמשים במנגנון של פיצול ובעצם משליכים את כל המחשבות הרעות והחלקים התוקפניים שקיימים בהם על האחר ("זה קיים אצלו ולא אצלי", ולכן הם גם מפחדים מהאחר), הם כל הזמן על המשמר, מאוד שמורים ולא נותנים לעצמם לבטא רגש, נוקשים מאוד וקשה מאוד להתווכח איתם או לשכנע אותם בדעה אחרת כי זה רק עוד יותר מעצבן אותם. יש להם קנאה פתולוגית. הם נותנים חשיבות לדרגות, מעמדות וסטטוסים.
- אנשים כאלו לא יוצרים קשרים ארוכי טווח, וכדי לשמור על הביטחון כדי שלא ייפגע הם כל הזמן מנתקים קשרים, אפילו אם האדם האחר עוד לא פגע בהם, הצפייה שהוא ייפגע גורמת להם להתרחק.
- בהפרעת אישיות פרנואידיית בכל סיטואציה האדם חשדן עם כל אחד.

### **הפרעת אישיות סכיזואידית**

- בעלי הפרעה סכיזואידית אינם מסוגלים בדרך כלל לקשור קשרים חברתיים ואף אין להם עניין בכך. לכן אין להם על פי רוב חברים טובים, חוץ ממקרים חריגים של קרובי משפחה.
- בני אדם כאלה אינם מסוגלים להביע את רגשותיהם ונתפסים בעיניי זולתם כקרים וכמרוחקים.
- לעיתים קרובות חסרות להם מיומנויות חברתיות ואפשר לסווגם כמתבודדים וכבעלי תחומי עניין ועיסוקים המיועדים לאדם אחד בלבד.
- הם נוטים שלא להפיק הנאה מפעילויות רבות.
- פעמים רבות הם נראים אדישים אפילו לשבחים או לביקורת מצד זולתם.
- באופן כללי, התגובות הרגשיות שלהם נמוכה למדי ורק לעיתים נדירות הם מתנסים ברגשות עזים, חיוביים או שליליים.
- יוצרים רושם קר ומרוחק.

**סכיזואיד:** קר ומרוחק, אדיש, נעדר קשרים חברתיים, לא מביע רגשות.

### **הפרעת אישיות סכיזוטיפלית**

- לבעלי הפרעת אישיות סכיזוטיפלית יש לא רק ליקויים חברתיים ובין אישיים מתמידים, אלא גם מוזרויות ועיוותים קוגניטיביים ותפיסתיים בתקשורת ובהתנהגות שלהם. מאופיינת גם בבידוד חברתי והסתגרות אך

**סכיזוטיפלי:** מוזר, בעל עיוותים קוגניטיביים, מבודד חברתית, בעל אמונות תפלות, בעל כוחות על.

מתווספות מוזרויות בחשיבה, בתפיסה ובדיבור. אף שהקשר עם המציאות נשמר בדרך כלל, אופיינית מאוד חשיבה אישית ייחודית מאוד ורוויה באמונות תפלות. לעיתים קרובות הם מאמינים כי יש להם כוחות על טבעיים ועשויים אף לערוך טכסי כישוף.

## אשכול B



### הפרעת אישיות נרקיסיסטית

ביטוי מרכזי: גרנדיוזיות, צורך בהערצה, חוסר באמפתיה

#### סימפטומים מרכזיים:

**נרקיסיסט:**  
גרנדיוזי, חסר  
אמפתיה, בעל  
חשיבות עצמית,  
מגיע לו הכל,  
שחצן.

- תחושה גרנדיוזית של חשיבות עצמית (חשיבות, הישגים, יש תחושה שיכירו אותו).
- עיסוק בפנטזיות על הצלחה, כוח, שליטה, אהבה אידיאלית.
- אמונה שהאדם מאוד ייחודי ורק מעט מאוד אנשים שגם הם מיוחדים ידעו להעריך אותו.
- דרישה מהסביבה להערצה מתמדת.
- תחושה שמגיע לו הכול והוא דורש גם יחס דומה.
- ניצול אחרים כדי להשיג את המטרות שלו.
- חוסר באמפתיה.
- קינאה באחרים או אמונה שאחרים מקנאים בו.
- התנהגות וגישה שחצניים.
- במפגש עם אנשים כאלו נראה אנשים שדורשים תשומת לב מתמדת שמתקשים לקבל ביקורת, הם מדברים ומרוכזים רק בעצמם, אין להם סבלנות לשמוע משהו אחר.
- חשוב להם להיות העליונים ובעלי השליטה במערכת היחסים שהם מנהלים ולא מוכנים לתמוך באחר.
- כדי לשמור על הדימוי העצמי המנופח שלהם הם משתמשים במנגנוני הגנה של הכחשה, דבלואציה (הפחתת הערך העצמי של האחר).
- בסופו של דבר ההתנהגות הזו מכסה על עצמי מאוד שביר, ולכן יש להם נטייה לפתח דיכאונות.
- ברגע שיש פגיעה בעצמי שלהם (למשל פיטורים מהעבודה) זו פגיעה כ"כ קשה באגו (איך אפשר לפטר אותי?!). זה מצב קשה שיכול למחוק את העצמי ויכול להגיע עד לאובדנות.
- האישיות הנרקיסיסטית זקוקה לאחרים מבחינה קיומית. אם לא מסתכלים להם בעיניים ומוחאים להם כפיים ורואים אותם, אז הם לא קיימים - תחושה של מוות. האדם זקוק לקהל ולסביבה כי דרך האחר הוא מרגיש קיים.



**הפרעת אישיות אנטי סוציאלית**

**אנטי סוציאלי: חסר**  
אמפתיה, מתעלם  
מנורמות חברתיות,  
חסר נקיפות מצפון,  
יהיר, חסר אחריות.

- ההפרעה מאופיינת בדפוס התנהגות מתמשכים של הפרת זכויות אחרים.
- מחסור באמפתיה ומוסריות, אימפולסיביות, והתנהגות תוקפנית.
- ההפרעה מתאפיינת בדפוס של הפרה או התעלמות מתמשכת מנורמות חברתיות, מוסריות, זכויות ורגשות של אחרים.
- אנשים עם הפרעת אישיות זאת בדרך כלל לא יחוו נקיפות מצפון כאשר הם מנצלים אחרים לטובתם האישית או הנאתם האישית. לעיתים קרובות הם יתמרנו אחרים באמצעות חזית של קסם אישי שטחי או באמצעות הפחדה ואלימות.

- הם עשויים להפגין יהירות, חוסר חרטה, לחשוב על אחרים באופן שלילי, ולהפגין זלזול כלפי אלה בהם הם פגעו.
- חוסר אחריות הוא מאפיין מרכזי של הפרעה זו; לאנשים עם הפרעה זאת יכולים להיות קשיים משמעותיים בשמירה על תעסוקה יציבה, כמו גם על מילוי חובותיהם החברתיות והכלכליות, ואנשים עם הפרעה זו מובילים לעיתים קרובות אורח חיים נצלני ולעיתים עברייני.

אבחנה של הפרעת אישיות אנטי סוציאלית:

1. דפוס נרחב של התנהגות של התעלמות ופגיעה בזכויותיהם של אחרים המתרחש מגיל חמש-עשרה וכולל לפחות שלושה מהמאפיינים הבאים:
  - כישלון בהיענות לנורמות התנהגות מקובלות בהשוואה לנורמות המתייחסות לשמירה על החוק;
  - ביצוע תכופ של מעשים שיכולים להוות עילה למעצר.
  - הונאה: שקרים רבים, זהויות בדויות, רמייה לשם הנאה ורווח אישי.
  - אימפולסיביות או קושי בתכנון מראש.
  - עצבנות ותוקפנות, על ידי אלימות פיזית או תקיפות רבות.
  - התעלמות פיזיה מביטחוננו האישי ומביטחונם של אחרים.
  - חוסר אחריות עקבי, כפי שעולה מכישלון לקיים התנהגות עקבית בעבודה, או לעמוד בהתחייבויות כספיות.
  - מחסור בחרטה, או אדישות לפגיעה או גניבה מאחרים.
2. על האדם להיות בן 18 לפחות בעת קבלת האבחנה.
3. יש עדויות לקיום הפרעת התנהגות לפני גיל 15.
4. ההתנהגות האנטיסוציאלית אינה מתרחשת במהלך סכיזופרניה, או הפרעה דו-קוטבית.

מודל חלופי להפרעת האישיות האנטי סוציאלית על פי DSM-5:

ליקויים משמעותיים בתפקוד האישיות:

- קושי בתפקוד:
- זהות: אגוצנטריות, הערכה עצמית הנגזרת מרווח אישי, כוח, או הנאה.
- הכוונה עצמית: הגדרת מטרות המבוססת על סיפוק אישי; היעדר של סטנדרטים פרו-חברתיים פנימיים שמתלווים לכישלון להיענות להתנהגות אתית, חוקית או נורמטיבית מבחינה תרבותית.
- ליקויים משמעותיים בתפקוד הבינאישי:
- אמפתיה: חוסר אכפתיות או התעלמות מרגשות, צרכים או סבל של אחרים; מחסור בחרטה כלפי קורבנות.

• אינטימיות: אי-יכולת לקיים יחסים אינטימיים הדדים, שכן ניצול הוא מרכיב מרכזי ביחסיהם האישיים, לרבות באמצעות הונאה וכפייה; שימוש בדומיננטיות או הפחדה על מנת לשלוט באחרים.

תכונות אישיות פתולוגיות בתחומים הבאים:

• אנטגוניזם המאופיין ב:

- מניפולטיביות: שימוש תכוף בתחבולה כדי להשפיע או לשלוט באחרים; שימוש בפיתוי, קסם אישי, לשון חלקלקה או התרפסות של האדם על מנת להשיג את מטרותיו.
- מרמה: שקרנות והונאה; מצג שווא של העצמי; תיאור מסולף של העצמי; מייפה אירועים מהעבר.
- קשיחות: חוסר דאגה לרגשות או לבעיות של אחרים; מחסור באשמה או חרטה על ההשפעות השליליות או המזיקות של האדם על אחרים; תוקפנות; סאדיזם.
- עוינות: רגשות כעס מתמשכים או תכופים; כעס או עצבנות בתגובה למעשים קטנים ולעלבונות; תגובתיות אכזרית, נבזית או נקמנית.
- התנהגות חסרת עכבות המאופיינת ב:
  - חוסר אחריות: התעלמות - וכישלון לקיים מחויבות או התחייבויות פיננסיות; חוסר כבוד להסכמים והבטחות וכישלון להשלים אותם.
  - אימפולסיביות: פועלים על בסיס רגעי (בלהט הרגע) ללא תוכנית או שיקול תוצאות מעשיהם; כישלון לבנות ולעקוב אחר תוכניות לחיים.
  - מעורבות בפעילויות מסוכנות העלולות לגרום לפגיעה עצמית ללא צורך, וללא התחשבות בהשלכות; נטייה לשעמום והתחלת פעילויות חסרות מחשבה כדי להפיג את השעמום; חוסר דאגה לגבי יכולות אישיות, הכחשה ושלילת מציאות הסכנה האישית בה האדם מצוי.
  - הליקויים בתפקוד האישיות וביטוי התכונות הוא יציב יחסית לאורך זמן ועקבי על פני הקשרים רבים.
  - הליקויים בתפקוד האישיות וביטוי התכונות אינם חלק משלב התפתחותי או הסביבה החברתית של האדם.
  - הליקויים בתפקוד האישיות והביטוי של תכונות האישיות אינו נובע מן השפעות פיזיולוגיות של חומר (למשל, שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים, תרופות) או מצב רפואי (למשל, פגיעת ראש חמורה).
  - על האדם להיות בן 18 לפחות בעת קבלת האבחנה.

### הפרעת אישיות היסטוריונית:

- אישיות המאופיינת בביטוי רגשי מופרז ובחיפוש מתמיד אחר אישור ותשומת לב אוהדת, בין היתר באמצעות פתינות ופרובוקטיביות מינית. סגנון אישי מוחצן, דרמטי, הבעתי מאוד ופולרטני.
- קיימת נטייה להיות מושפעים בקלות מאחרים ומעמדותיהם.
- אפיונים נוספים: ריכוז עצמי, נהנתנות, תלות באחרים, תנודתיות במצב הרוח, היצמדות לאחרים בתוך הקשר של יחסים לא בשלים ולא מפותחים ושטיחות רגשית.
- הם עלולים להישאב להתקפי זעם קשים ומאופיינים בהתנהלות בינאישית מניפולטיבית.
- בד"כ תפקוד מקצועי וחברתי גבוה וקושי ביחסים רומנטיים או במערכות יחסים קרובות אחרות.
- קיים קושי להתמודד עם אובדן וכישלונות, במצבים כאלה קיימת נטייה לפתח סימני דיכאון.

**היסטוריוני:** פתיין, פרובוקטיבי מבחינה מינית, מוחצן, דרמטי, ביטוי רגשי מופרז, מושפע בקלות, תלותי.

- נטייה להגזמה ולדרמטיזציה של אירועים ומצבים, נטייה להשליך אחריות על אחרים, נטייה להחלפת מקומות עבודה נוכח תחושת שעמום וחיפוש אחר ריגושים.

#### הפרעת אישיות היסטריאנית - תסמינים:

- חיפוש מתמיד אחר אישור וחיזוקים
- דרמטיות מוגזמת עם ביטוי מופרז של רגשות
- רגישות מוגזמת לביקורת או להעדר אישור חיצוני
- הופעה או התנהגות פתיינית באופן בלתי מותאם
- עיסוק מוגזם בהופעה חיצונית
- ריכוז עצמי וצורך להימצא במרכז העניינים
- קושי בהתמודדות עם תסכול ובדחיית סיפוקים
- שינויים מהירים במצבי רוח שעלולים להצטייר כביטוי לשטחיות
- דעות ועמדות משתנות בתכיפות בכפוף לאלו של אחרים
- נטייה לתפוס ולפרש מערכות יחסים כאינטימיות בהרבה ממה שהינן באמת
- קבלה מהירה ולעיתים פזיזה של החלטות
- איום בהתאבדות או ביצוע ניסיונות אובדניים על מנת למשוך תשומת לב

#### הפרעת אישיות היסטריאנית - מאפיינים אבחנתיים:

- האדם נוטה להרגיש אי נוחות במצבים בהם אינו במרכז תשומת הלב
- אינטראקציה עם אחרים מאופיינת לעיתים קרובות בפתיינות מינית או בהתנהגות פרובוקטיבית
- תנודות תכופות בין מצבי רוח וביטוי שטחי של רגשות
- שימוש מתמיד בחזות ובהופעה חיצונית על מנת למשוך תשומת לב
- סגנון ביטוי עם הבעתיות יתר ודלות בפרטים אינפורמטיביים
- הפגנת דרמטיות, תיאטרליות וביטוי מופרז ובלתי תואם של רגשות
- סוגסטיביליות: נטייה להיות מושפע בקלות מאחרים או מנסיבות חיצוניות
- נטייה לפרש ולתפוס מערכות יחסים כאינטימיות ומשמעותיות יותר מכפי שהינן במציאות

#### הפרעת אישיות היסטריאנית - אטיולוגיה

- הקונפליקט העיקרי של מי שסובלים מהפרעת אישיות היסטריאנית נעוץ במשאלה הינקותית הבלתי מסופקת לתשומת לב ולביטויי חיבה, אישור והערצה. מסיבות שונות נכשלו פרטים אלו בגיבושן של חווית עצמיות יציבה ושל תחושת ערך עצמי. הם נוטים לחוש ריקנות, אי התאמה וחוסר באהבה ולכן פונים בעקביות לאחרים לצורך קבלת אישור, תשומת לב והכרה. בתהליך זה הם מפתחים רגישות גבוהה במיוחד לתחושותיהם ולמחשבותיהם של אחרים, אותם הם מנסים להרשים ומהם הם מקווים להשיג אישור. הם לומדים לזהות התנהגויות שיגרמו לאחרים להגיב אליהם מיידית באופן חיובי, אלא שלא משנה כמה תשומת לב יקבלו, תמיד יחשו ריקים ובלתי מסופקים.
- הדבר מוביל אותם בין היתר לקשיים ביצירת אינטימיות ובמחויבות וכן לתנודות בהתנהגות.
- הסובלים מההפרעה נוטים להחזיק בסט של אמונות ביחס לעצמם ולמה שמחייב אותם על מנת לחיות 'חיים משמעותיים'.
- קיימת פרה דיספוזיציה לסגנון ההיסטריאני - ילד הגדל במשפחה מסוימת מתרגל לחוש נאהב, מוערך ומשמעותי לא בזכות מי שהינו אלא בזכות התנהגויותיו. התחושה הפנימית הבסיסית היא של ריקנות, חוסר רגשי ובדידות. כדי 'לברוח' מתחושות אלה תפתח נטייה להתנהגויות חיצוניות שנצרכו בתודעה כמגייסות אישור ותשומת לב חיובית מהסביבה.

- התוצאה- התנהלות כוזבת ופער גדול בין חוויה פנימית שברירית לבין מעטה חיצוני מלאכותי והגנתי. מדובר בפער המגדיר את זהותו של האדם.

### הפרעת אישיות גבולית

- הפרעה שמתאפיינת בחוסר יציבות, רגשות קיצוניים ומצוקה קשה. בהפרעה זו קיים פיצול בולט בין טוב לרע כמנגנון הגנה פרימיטיבי, וקיימות תנודות ביחס לזולת, מאידאליזציה מוגזמת לאכזבה קשה ודבלואציה. אותן התנודות הרגשיות באשר לזולת קיימות גם ביחסם לעצמם ובהערכתם העצמית.
- למעשה, קיימת כאן הפרעה בזהות, המתבטאת בחוסר ביטחון בדימוי העצמי ובזהות העצמית ובהיעדר מערכת ערכית יציבה. קיימות פרצות בתוך ה"אני העליון" וחוסר יכולת הן להתמיד בערכים יציבים, בבחירת קריירה, במטרות לטווח ארוך, בקשרי ידידות ובנאמנות והן להאמין בהם.
- בעלי הפרעה זו נוטים להתפרצויות כעס, לתובענות, לווכחנות, ונוטים להאשים את הזולת בצרותיהם. יש אצלם נטייה לרעיונות אובדניים, לתאונות ולאלימות.
- מאחורי התפרצויות אלו קיים הפחד הגדול מבדידות ומהרגשת הריקנות וחוסר הביטחון שמעוררים חרדה ודיכאון.
- לעיתים קיימת נטייה לאפיזודות פסיכוטיות שיש בהן ניתוק חלקי וזמני של הקשר עם המציאות. מצבים אלה חולפים בדרך כלל כעבור שעות אחדות או ימים אחדים.
- המאפיין את הדינאמיקה של הפרעה הוא הנטייה לתנודות בין הרגשות הגדלות ובין הרגשות הפוכות של דיכאון, חרדה, ריקנות וחוסר ערך.

### הפרעת אישיות גבולית- התמונה הקלינית

- תנודות ביחסים הבינאישיים בין אידאליזציה לדבלואציה.
  - אימפולסיביות בשני תחומים לפחות, שיש בהם סכנה לנזק עצמי: בזבזנות, מין, סמים, גניבות מחנויות, נהיגה מסוכנת ואכילת יתר שבאה לידי ביטוי בהתפרצויות אכילה לא מבוקרות.
  - חוסר יציבות אֶפֶקטיבית עם תנודות בולטות ממצב רוח רגיל לדיכאון, רגזנות וחרדה, שנמשכות משעות עד ימים.
  - כעס לא מתאים ומוגזם ואי שליטה בו, נטייה לקטטות ולהתפרצויות.
  - איומים בהתאבדות וניסיונות אובדניים.
  - הפרעות תמידיות בזהות, בדימוי העצמי, בזהות המינית, במטרות ארוכות טווח של קריירה ומקצוע, בסוג החברים הרצויים ובערכים המועדפים.
  - הרגשות תכופות של ריקנות ושעמום.
  - ניסיונות נזעמים להימנע מחוויית נטישה אמיתית או מדומה.
- הפרעת אישיות גבולית משמעותה חיים חסרי יציבות, הנשלטים ומנוהלים על ידי רגשות עזים שמשתנים במהירות.

**גבולי:** תובעני, וכחן, נוטה להתפרצויות כעס, לא יציב, בעל דימוי עצמי נמוך, פוחד מבדידות.

## אשכול C

החרדתיים  
מלאי הפחדים.

הפרעת  
אישיות  
פסיבית  
אגרסיבית

הפרעת  
אישיות  
תלותית

הפרעת  
אישיות  
נמנעת

אשכול  
C

## הפרעת אישיות נמנעת

- נמנע:** רגיש לדחייה, צורך בחום, מבודד, חסר בטחון, לא מביע רגשות, מפריז בפרטים, OCD, מתול ולא רגוע, צורך בשליטה.
- המאפיין הבולט ביותר בבעלי אישיות זו הוא הרגישות המופרזת לדחייה. עקב רגישות זו מתפתחות עכבות חברתיות וביישנות יתר.
  - החולה נוטה לחשוש מכל רמז של פגיעה או השפלה.
  - הצורך שלו בחום ובחיבה הוא גדול, אך החולה ימנע מקשר אם לא יקבל ערובות והבטחות חזקות במיוחד שהוא רצוי ושיתקבל ללא ביקורת.
  - עקב נטייה זו להימנע מכל קשר שיש בו סכנה של פגיעה או עימות יש לחולה קשרים חברתיים מעטים מאוד, והוא יכול להגיע למצב של סבל רב מבדידות ומבידוד חברתי.
  - בהתנהגותו בולטים רגשי נחיתות, חוסר ביטחון ורגישות יתר.
  - בניגוד להפרעות אחרות, יש לחולים בהפרעה זו שאיפה לקיים יחסים בינאישיים וחברתיים על אף הרתיעה והנטייה להימנעות.
  - בפועל, בגלל רגישותם היתרה לדחייה הם אינם מחפשים את חברתם של בני אדם אחרים, אך משתוקקים לחיבה מרגישים בדידות ואינם נהנים מבדידותם.
  - הפרעת אישיות טורדנית כפייתית (OCPD)
  - התכונות העיקריות של הפרעה זו הן צמצום רגשי, הקפדה מופרזת על סדר וניקיון, התמדה, נוקשות, עקשנות וחוסר יכולת החלטה.
  - קיימת יכולת מצומצמת להבעה של רגשות, של חמימות ורוך, עמידה עקשנית ושתלטנית על כך שאנשים מסביבם יפעלו לפי מה שנראה להם וחוסר סובלנות לאנשים שונים מהם.
  - קיימת התעסקות יתר בנושאים של דייקנות ונטייה לדקדקנות, והפרזה בפרטים לעיתים שוליים.
  - השתלטנות וחוסר הסובלנות לזולת גורמים מתחים שכיחים בין בעלי הפרעת האישיות הכפייתית ובין סביבתם.
  - למרות תכונות קשות ודוחות, כגון נוקשות, יהירות, רכושנות, קמצנות, קונפורמיות, ציניות וקטנוניות – בעלי הפרעה זו מצליחים מאוד בסוגים שונים של עבודות, שדורשות תכונות של אחריות, סדר, התמדה, הקפדה ושימת לב לפרטים וללוחות זמנים. אך כשיגיעו לעמדות חשובות במקומות העבודה, לעיתים קרובות יהיו יחסיהם עם סביבתם לא טובים.
  - בעלי הפרעה זו מתוחים, וקשה להם להיות במצב של רגיעה. הם חשים צורך להיות כל הזמן בשליטה מלאה, ולכן קשה להם ליהנות מעבודתם או מיחסיהם הבינאישיים. הם שוללים כל פעילות פנאי.
  - בגלל הנטייה המופרזת למושלמות, ובגלל החשיבות המוגזמת שהם מיחסים לכל פרט, קשה להם להחליט שמא יעשו שגיאה.
  - כל מעשיהם שקולים ומתוכננים, וקשה לצפות מהם לצעד ספונטני ולא מחושב, למחווה בהתנהגות, לנדיבות או לאימפולסיביות.
  - לעיתים נוטים להתקשות להיפטר מחפצים ישנים, קמצנים וחסרי יכולת להאציל סמכויות (שליטה).

## הפרעת אישיות תלותית

**תלותי:** תלותי באחרים, פחד מפרידות, נמנע מלבקר, נמנע מלהביע כעס, לא עצמאי, חסר בטחון והערכה עצמית.

- בעלי הפרעת אישיות תלותית מראים תלות קיצונית באחרים, ובמיוחד צורך שיטפלו בהם, מה שמוביל להתנהגות "נדבקות" וכנועה.
- הם גם מראים אי נוחות חריפה ואפילו פאניקה מפני אפשרות של פרידה, ולפעמים אפילו מהכורח להיות לבד.
- בני אדם אלה בונים בדרך כלל את חייהם סביב בני אדם אחרים ומשעבדים אליהם את צורכיהם או השקפותיהם כדי לשמור על מעורבותם בקשר.
- פירוש הדבר שלעיתים הם נמנעים מלהביע כעס על זולתם, גם אם הכעס מוצדק, מפחד שמא יאבדו את תמיכתם.
- הם מתקשים מאוד להגיע להחלטות, אפילו פשוטות ביותר, בלא מידה רבה של עצות ועידוד.
- לבעלי הפרעה זו חסר הכוח הנפשי להתבטא בתחומי הפעילות, הרגשות, ההתנהגות, התפקוד והיחסים הבינאישיים.
- הם אינם מצליחים לתפקד עצמאית בכל שטחי החיים, ולכן הם מניחים לאחרים לקחת אחריות.
- קיימת אצלם מידה רבה של חוסר בגרות, חוסר ביטחון והערכה עצמית ירודה. שאיפותיהם נמוכות.
- הם נוטים לראות את עצמם כחלשים וכחסרי ישע ואינם מסוגלים להתמודד עם התביעות והדרישות של החיים.

## הפרעת אישיות הפסיבית אגרסיבית

**פאסיב-אגרסיבי:** אי ביטוי ישיר של כעס, פאסיבי, מאשים בשתיקה ובהתעלמות מרגיזות.

- המאפיין העיקרי של האישיות הזאת הוא אי ביטוי ישיר של כעס.
- ביטוי של זה בא לידי ביטוי בפסיביות על ידי חבלה, דחייה, חוסר יעילות קיצוני ומכוון, שתקנות, עקשנות, סרבנות והיתממות.
- התוקפנות נובעת מכעס על כישלון במציאת סיפוק במערכת היחסים עם פרט או עם מוסד שהאדם חש כלפיו תלות יתר.
- בעל הפרעה הזו אינו מסרב גלויות, אלא הוא "שוכח", איטי ודוחה פעילות שמתבקשת ממנו.
- התנהגות זו שהיא מרגיזה ופוגענית, מביאה לעיתים קרובות להכשלה עצמית.
- לעיתים ההפרעה מבטאת צורה של שתלטנות ותמרון כלפי הזולת.
- האדם הקרוב לחולה נוטה לחוש את עצמו אשם ומואשם ונוטה להתפרצויות רוגז שהפסיבי אגרסיבי מתייחס אליהן בשתיקה ובהתעלמות.

## הפרעות חרדה

### פחד וחרדה

- הדרך השכיחה להבחנה בין פחד לחרדה הינה: קיומו של מקור סכנה ברור וגלוי לעין, שמרבית בני האדם היו רואים אותו כאמיתי.
- פחד הוא תגובה אוטומטית של הגוף, רגש לא רצוני, שעולה כשאנו חשים בסכנה.
- כאשר מקור הסכנה גלוי – הרגש שמתנסים בו נקרא פחד. אדם העומד בפני איום יכול להגיב באחת משלוש דרכים: להילחם, לברוח או לקפוא במקום.
- כשמדובר בחרדה, לא תמיד אנו מסוגלים להגדיר בבירור מהי הסכנה. החרדה היא התנסות במצב פנימי לא נעים שבו אנו צופים את התרחשותו של דבר איום ונורא, שאי אפשר לנבא על פי הנסיבות הקיימות.
- **במישור הקוגניטיבי** – החרדה כרוכה במצב רוח רע, בדאגה מפני איום או סכנה אפשריים בעתיד, בעיסוק יתר בעצמי, ובתחושה של חוסר יכולת לחזות מראש את האיום העתידי או לשלוט בו.
- **במישור הפיזיולוגי** – החרדה כרוכה במצב של עוררות יתר כרונית.
- **במישור ההתנהגות** – החרדה יכולה להתבטא בנטייה חזקה להימנע ממצבים שבהם תיתכן היתקלות בסכנה או באיום.

### הפרעת חרדה

**הפרעת חרדה** – פחד או חרדה לא מציאותיים ולא רציונאליים, בעלי עוצמה משתקת, שהם גם ביטויה העיקרי והגלוי ביותר.

הביטויים העיקריים של אנשים שסובלים מהפרעות חרדה הם:

- חרדה מוגברת

- מתח

- עייפות רבה

- הפרעות בריכוז וביצירתיות

הסימפטומים:

- חרדה ופוביה

- מצבי פאניקה

- התנהגות וחשיבה כפייתית לא נשלטת

- דיכאון

- מצבים דיסוציאטיביים

בעבר נחשבו הפרעות החרדה לדוגמאות של התנהגות נוירוטית. ההתנהגות הנוירוטית היא לא מסתגלת, מעכבת ומכשילה, אך האדם הנוירוטי אינו מנותק מן המציאות, ואינו מתנהג התנהגות חסרת פשר או מסוכנת. הפרט שומר על התובנה שלו, על בוחן המציאות ועל השיפוט התקין. עם זאת, סביר כי קשריו החברתיים וביצועיו בעבודה יהיו לקויים.

### הפרעות פוביה (Phobia)

פוביה – פחד מתמיד ומוגזם מפני אובייקט או מצב מסוים, אשר בפועל יש בו סכנה מועטה לאדם, או אין בו סכנה כלל.

## קיימים 6 סוגים עיקריים של הפרעות חרדה:

טורדנות כפייתית	חרדה כללית	אגורפוביה	פאניקה עם אגורפוביה	פוביה חברתית	פוביה ייחודית
-----------------	------------	-----------	---------------------	--------------	---------------

### פוביה ייחודית (specific phobia)

- אדם המראה פחד ניכר ומתמיד שהוא מופרז או בלתי הגיוני, המתעורר עקב הופעת אובייקט או מצב ספציפי או עקב ציפייה להופעתו.
- הפחדים נמשכים לפחות 6 חודשים.
- ההימנעות מהמצב המפחיד, או מן המצוקה שהאדם מתנסה בה במצב המפחיד, משבשת במידה משמעותית את התפקוד הרגיל שלו או מעוררת בו מצוקה ניכרת.
- בני אדם הלוקים בפוביות מודים בדרך כלל כי פחדיהם הם לא רציונאליים במידת מה, אך טוענים כי אינם מסוגלים לשלוט בזה.
- אם הם מנסים להתקרב אל המצב מעורר הפוביה, הפחד או החרדה משתלטים עליהם, אם בצורת תחושות מתונות של חשש ומצוקה, ואם בצורת הפעלה מלאה של תגובת מאבק או בריחה.
- פוביות ייחודיות הן רווחות למדי, בעיקר בקרב נשים. שיעור התפוצה הינו של יותר מ-14% בקרב נשים, וכמעט 8% בקרב גברים.

#### התחזקות ושימור הפוביה:

- הימנעות מהמצב המפחיד
- ירידה בחרדה
- התחזקות ההתנהגות הפובית

#### רווחים משניים – יתרונות הנובעים מן המוגבלות:

- תשומת לב מוגברת, אהדה ושליטה כלשהי על התנהגות הזולת
- שימור הפוביה

#### דוגמאות לפוביות ייחודיות:

- אקרופוביה – פחד ממקומות גבוהים
- הידרופוביה – פחד ממים
- ארכנופוביה – פחד מעכבישים
- קלסטרופוביה – פחד ממקומות סגורים

### פוביה חברתית (social phobia)

סימן ההיכר: הפחד מפני הערכה שלילית מצד הזולת.

- **פוביה חברתית ייחודית** – פחדים מגבילים במצב חברתי מוגדר, אחד או יותר, שבהם הם פוחדים כי ייחשפו לעיניהם הבוחנות של אחרים ואולי יפעלו בדרך מביכה או משפילה.
- נשיאת דברים בפני קהל (הנפוץ ביותר), אכילה או כתיבה בציבור.
- **פוביה חברתית כללית** – פחד משמעותי מפני רוב המצבים החברתיים גם מצבים של ביצועים בציבור וגם מצבים המחייבים פעולות גומלין חברתיות.
- בני אדם הסובלים מפוביות חברתיות אינם מתקשים כלל לבצע את אותן הפעולות (דיבור, אכילה וכו') בהיותם לבדם.



לצורך האבחנה הסימפטומים צריכים להימשך לפחות חצי שנה.

## הפרעת פאניקה + אגורפוביה (Panic Disorder & Agoraphobia)

- התקפי פאניקה כוללים הופעה פתאומית של סימפטומים גופניים ונפשיים של חרדה בעוצמה גבוהה, במשך זמן מוגבל, בדרך כלל מספר דקות. במקרים אלה האגורפוביה מתפתחת בעקבות התקפי הפאניקה. למשל אדם שחווה התקף פאניקה פתאומי באוטובוס יחשוש לנסוע בתחבורה ציבורית.
- אדם שחווה התקף פאניקה עלול לפחד להיקלע למצב שבו יחווה התקף פאניקה נוסף, מבלי שתהיה לו אפשרות להימלט או לבקש עזרה (או שתיגרם לו מבוכה תוך כדי כך). כמו כן הוא עלול לסבור בטעות שהתקף פאניקה מסכן חיים, ולפחד שלא יוכל לנשום או שילקה בהתקף-לב. האבחנה הפרעת פאניקה מאופיינת בהופעתם של התקפי חרדה בלתי צפויים, שלעיתים קרובות נדמה שאין להם סיבה מיוחדת.
- אדם שנקבעת לו אבחנה זו אמור להתנסות במשך חצי שנה לפחות בהתקפים בלתי צפויים, חוזרים ונשנים, ולהיות מוטרד דרך קבע בחששות מפני התקף נוסף או מהתוצאות של ההתקף.
- כדי להתאים להגדרה של התקף פאניקה מלא, צריכים להופיע 4 מתוך 13 תסמינים. לדוגמה: קוצר נשימה, פרפורים בלב, הזעה, סחרחורת, פחד למות, פחד להשתגע.

### תכונות המבדילות את התקפי הפאניקה מסוגי חרדה אחרים:

- המשך הקצר והעוצמה שלהם – התסמינים מתפתחים בפתאומיות ובד"כ מגיעים לעוצמת שיא תוך 10 דקות. ההתקפים דועכים בד"כ תוך 20-30 דקות, ורק לעיתים נדירות יימשכו יותר משעה.
- להתקפי חרדה אין התחלה פתאומית כל כך, הם נמשכים זמן רב יותר, ותסמיניהם מתונים יותר.
- התכונה העיקרית המבחינה בין התקפי פאניקה לבין תגובות של פוביה ייחודית או חברתית היא קיומו של גורם ישיר חיצוני שאפשר לזהותו. בהפרעת פאניקה עם אגורפוביה אין גורם חיצוני ישיר שניתן לזהותו.

## אגורפוביה (Agoraphobia)

- אגורפוביה הינה פחד משהייה במקומות או במצבים שהבריחה מהם עלולה להיות קשה פיזית או מביכה נפשית, או שעזרה מיידית לא תהיה זמינה בהם אם יקרה משהו רע, כגון תחושת בחילה או התקף פאניקה.
- אגורפוביה היא סיבוך שכיח של הפרעת פאניקה, אך היא יכולה להופיע גם בהיעדר התקפי פאניקה מלאים קודמים (אם כי זה נדיר).
- בני אדם רבים בעלי דפוס התנהגות אגורפובי מדווחים על היסטוריה של התקפי פאניקה חוזרים ונשנים, ונראה כי ברוב המקרים מתפתחת האגורפוביה כתגובה משנית להתנסות בפאניקה.
- הגיל שבו מופיעות הפרעות פאניקה, עם או בלי אגורפוביה, הוא בדרך כלל שנות העשרים לחיי האדם.
- הפרעת פאניקה בלי אגורפוביה שכיחה באופן שווה בקרב נשים וגברים.
- אגורפוביה מופיעה אצל נשים הרבה יותר מאצל גברים. כ-80% מהמקרים החמורים של אגורפוביה הם של נשים.
- התקפי פאניקה פוקדים מפעם לפעם בני אדם רבים שאינם לוקים בהפרעת פאניקה או באגורפוביה.
- התקפי פאניקה פוקדים בני אדם בעלי הפרעות חרדה אחרות ו/או דיכאון עמוק.
- הופעתם הראשונית של התקפי הפאניקה באה בדרך כלל בעקבות תחושות מצוקה או עקב נסיבות חיים של דחק גבוה במיוחד.

## הפרעת חרדה כללית (GAD – Generalized Anxiety Disorder)

- הפרעת חרדה המאופיינת בדאגה רבה, בלתי נשלטת ולרוב בלתי רציונלית, המופיעה באופן בלתי פרופורציונלי בתגובה לאירועים רבים ושונים בחיי היומיום של האדם.
  - מצב זה מתואר כחרדה צפה משום שהחרדה אינה מעוגנת באובייקט או במצב מסוים.
  - לפחות במשך שישה חודשים צריכים להיות יותר ימים של דאגה מאשר ימים בלי דאגה והמטופל צריך להתנסות בה כקשה מאוד לשליטה.
  - ההתנסות של דאגה מופרזת צריכה להיות מלווה לפחות ב-3 מ-6 התסמינים הבאים:
    1. חוסר מנוחה או תחושה של פקיעת עצבים או הימצאות על סף "התפוצצות".
    2. תחושה של התעייפות בקלות.
    3. קושי בריכוז או תחושה שהמוח נאטם.
    4. רגזנות.
    5. מתח שרירים.
    6. הפרעות שינה.
  - התמונה הכללית של הלוקים בהפרעת חרדה כללית היא שהם חיים במצב קבוע של מתח, דאגה ואי נוחות לא מוגדרת.
  - בעלי הפרעת חרדה כללית מתקשים גם בריכוז ובקבלת החלטות, מפחד שמא ישגו.
  - בגלל דאגותיהם המתמידות, הם מדוכדכים, חסרי מנוחה ומיואשים.
- תחומי הדאגה הרווחים ביותר הם:**
- משפחה, כספים, עבודה ומחלה אישית.
  - הפרעת חרדה כללית היא מצב נפוץ יחסית ולוקים בה כ-4% מכלל האוכלוסייה.
  - הפרעת חרדה כללית רווחת בקרב נשים מעט יותר מבקרב גברים.
  - לעיתים קרובות קשה לקבוע את הגיל שבו מופיעה ההפרעה, שכן רוב המטופלים מדווחים כי הם זוכרים את עצמם חרדים כמעט כל חייהם.

## הפרעת טורדנות – כפייתיות (OCD – Obsessive Compulsive Disorder)

**אובססיות:** הרהורים טורדניים המעוררים חרדה

**קומפולסיות:** התנהגויות כפייתיות לנטרול המחשבות הטורדניות.

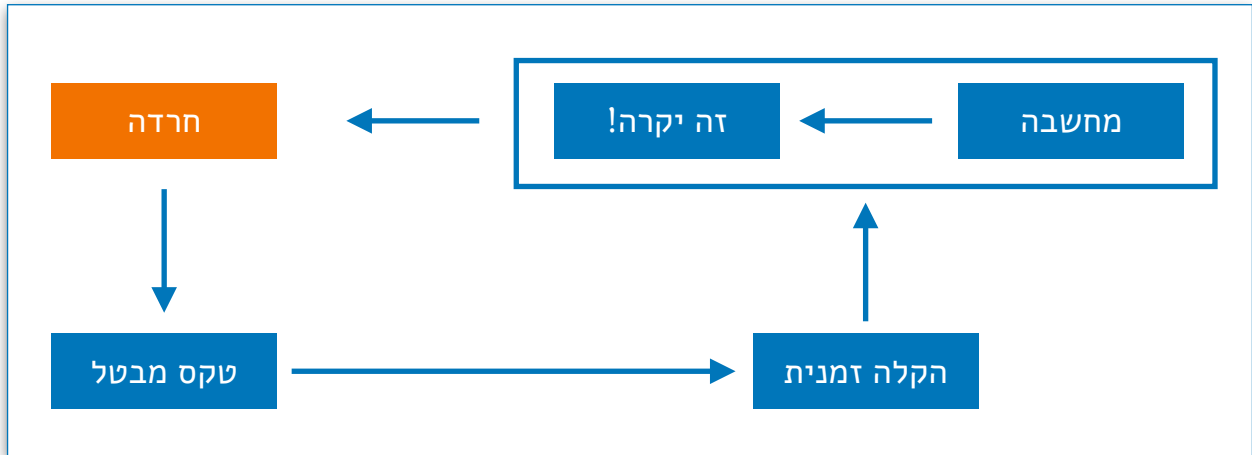
- במרבית המקרים יש לסובלים מההפרעה הכרה כלשהי שהתנהגותם אינה רציונלית אך נראה כי אינם מסוגלים לשלוט בה.
- האבחנה מחייבת כי התנהגות זו תגרום לאדם מצוקה ניכרת, תגזול זמן רב מדי (יותר משעה ביום), או תשבש את תפקודו בחברה או בעבודה.
- רוב בעלי הפרעת טורדנות-כפייתיות מתנסים בשני מרכיבי ההפרעה גם יחד.
- הרהורים טורדניים יכולים להתמקד במגוון נושאים: זיהום, דחפים תוקפניים, צורך בסימטריה, דאגות גופניות ותוכן מיני.

**הפעולות הכפייתיות נחלקות לשלושה סוגים עיקריים:**

- בדיקה
- ספירה
- ניקוי

### מהלך הפרעת טורדנות-כפייתיות:

- חרדה היא התסמין הרגשי.
- כמעט כל בעלי הפרעת טורדנות-כפייתיות פוחדים שדבר נורא, שהם יהיו אחראיים לו, יקרה להם או לזולתם.
- הטקסים הכפייתיים מפחיתים בדרך כלל את החרדה, לפחות לטווח הקצר.



## המאמר: "בית סוטריה"

### הקדמה

בהשראת מודל לטיפול באנשים בעת משבר נפשי (לרוב פסיכוטי), הוקם בירושלים "בית סוטריה" הראשון בישראל.

- **מטרת הבית:** מניעת צורך באשפוז, הענקת קהילה טיפולית תומכת וסיוע לאדם לחזור למעגלי החיים בקהילה.
- **מאפייני הבית:** היעדר כפייה מכל סוג (שימוש בתרופות), מספר נמוך של דיירים (10) ביחס לכוח אדם (3-2 מלווים לכל דייר, מעטפת של פסיכולוג, פסיכיאטר, אחות, מטפלים ביצירה, עובד סוציאלי, אם בית), מניעת הפנמת סטיגמה נלווית לאשפוז.
- **התובנה בעת הקמת "בית מאזן":** מקום בטוח עם תקשורת שקופה, סקרנות והקשבה לא שיפוטית ויחס אנושי מכבד הם הכרח לשם התמודדות והחלמה.
- המודל בהשראתו נבנה הבית הוא של הפסיכיאטר לורן מושר, שנות ה-70, ארה"ב.
- **מאפייני "בית סוטריה" המקורי:**

1. אחריות משותפת בניהול הבית, ההבדלים בין דיירים לצוות מטושטשים.
2. בניגוד ל"מודל הקהילה הטיפולית": נועד לשהייה לטווח ארוך, "בית סוטריה" נועד למניעת אשפוז!
3. שימוש בתרופות מינימלי וולונטרי, במיוחד בתחילת השהייה במקום.
4. בטווח הקצר - הפחתת עוצמת התסמינים, בדומה למחלקות אשפוז, אך בטווח הארוך - שיפור תפקוד פסיכו-חברתי וחזרה לחיים.
- **מאפייני "בית סוטריה" בירושלים:**
5. מוצעת תמיכה למעגל המשפחתי-חברתי ("דו-שיח פתוח"), לשם מענה ויצירת מעטפת תמיכה במתמודד הנפש.
6. טיפול מבוסס זכויות אדם ומציע שירות יעיל, הזנה, יחס אישי, הכלה, שיתופיות, אוזן קשבת, נגישות לפי בחירה.
7. משך שהות ממוצע של חמישה שבועות. 10% מופנים לאשפוז בשל מסוכנות.

### סיפורי מקרה

- **חולה 1** (פסיכوزה ראשונה): בן 20, שיחה על "הקולות שבראש", חזר לעצמו לאחר מצב דמוי קטטוני בזכות ההכלה והתמיכה. התנדב לשירות לאומי בעת שחרורו מ"בית סוטריה", מצבו החברתי והתפקודי טוב, אין סימנים לפסיכוזה.
- **חולה 2** (פסיכוזה נשנית): בן 30, היסטוריה של ארבעה אשפוזים במצבים פסיכוטיים, לא חש רגשות בשל טיפול תרופתי. מציאויות מקבילות ("אני הולך לכלא"). התנהגות מוזרה. מפגשים משפחתיים ושכנוע לנטילת תרופות. כששוכנע, היה נוכח יותר ב"שעון הרגיל" (כלומר, מציאות רגילה ולא מדומה). טיפול פסיכולוגי אמבולטורי, לצד טיפול תרופתי. לאחר סיום שהותו, חלה התייצבות במצבו, חש רגשות למרות התרופה, לקח אחריות על המשפחה והעבודה. מתנדב ב"בית סוטריה".
- **חולה 3** (מחרדה לחמלה): בן 40, ללא עבר פסיכיאטרי. אי-שקט קיצוני, חרדות, בלבול, זעם ותסכול - "גנחת הסימפונות". צרך גראס באופן קבוע. קיבל אבחנה של "מאניה חמורה", במקום אשפוז הגיע ל"בית סוטריה". טופל תרופתית, התנהגותית-קוגניטיבית וכן ע"י הרפיות ומינדפולנס, שיחות אישיות. לבסוף, פחת הצורך בטיפול, ובתום שהותו, החל להתנדב ב"בית סוטריה". לא חש

מאז יותר מחרדות מציפות, אלא נתן להן מקום (תהליך "לידה מחדש"), "גדילה כתוצאה ממשבר": תהליך של צמיחה אישית מתוך משברי חיים.

## דיון

- מטרת "בית סוטריה": מניעת אשפוז בטווח הקצר ואף לאורך לזמן, וכן שינוי היחס של האדם למצוקתו הנפשית הקיצונית ע"י הכנסתו לסביבה נורמטיבית.
- **אפיוני הטיפול ב"בית סוטריה":**
  1. המקום הוא בית ולא מוסד, אווירה ביתית, נינוחה ופתוחה.
  2. פנומנולוגיה בין-אישית (להיות "עם" האדם), לגשת בצניעות, בהיעדר שיפוטיות/יומרה מה הוא צריך, ניסיון להתחבר לעולמו. ביטוי מצוקה או פסיכוזא מעוררים דיונים משותפים.
  3. רבים מהצוות חוו בעצמם משברים נפשיים ואשפוזים פסיכיאטריים, מה שמפחית סטיגמה בשל שהות במקום.
  4. אין מידור ממערכת התמיכה הטבעית של האדם. המשפחה היא חלק חשוב מהעבודה הטיפולית.
  5. ההחלטות ננקטות בהסכמה ובתוך שיח גלוי וכן עם הדייר. בכך הוא מגויס לטיפול, תוך כיבוד זכויותיו.
  6. תרופות הן חלק מהטיפול (זהו השוני מ"בית סוטריה" המקורי). מכבדים את רצון החולה שלא ליטול תרופות.
  7. היעזרות בסביבה: ישיבות בית, ארוחות שמספקות הזדמנויות לא פורמליות לשוחח ולהתקדם. הקבוצה - כלי טיפולי.
- **החידוש:** שינוי ביחס לסבל הנפשי הקיצוני של האדם במצב פסיכוטי ואפקטיבי. מבלי להתעלם מתשתית פיזיולוגית, ההתייחסות היא למצב קצה נפשי כאל חוויה אנושית שדורשת מענה אנושי של תמיכה והכלה (בית ולא מוסד). מרכיבים טיפוליים שקיימים בבתי חולים, כמו שיחות, טיפולי משפחה, התערבות תרופתית וחיבור למערכות שיקום לא נזנחים, אלא מיושמים אחרת!

## מיקוד למבחן - מועד ב'

**שאלה:** מהם אפיוני הטיפול ב"בית סוטריה"?

**תשובה:** זה בית ולא מוסד. גישת הטיפול היא בהבנה של האדם, לנסות לצלול לעמקי חייו - פנומנולוגיה בין אישית. רבים מהצוות הם מתמודדי נפש בעצמם, המשפחה היא חלק חשוב, שיח גלוי, קבלת החלטות משותפת, אין חובה ליטול תרופות, היעזרות בסביבה (ההורים)

## המאמר – התאבדות – המגפה השקטה

### מידע כללי על התופעה

- בעולם מתאבדים כמיליון איש בשנה ובישראל כ-500 בני אדם.
- **חשוב ...** התאבדות היא סיבת המוות המובילה בצעירים עד גיל 24.
- יותר מחצי מהמתאבדים ביקרו אצל רופא בחודש טרם התאבדותם.
- התאבדות שכיחה יותר בגברים, ואילו ניסיון אובדני שכיח יותר בנשים.
- **אטיולוגיה:**
  1. גורמים ביולוגיים וגנטיים.
  2. גורמים פסיכולוגיים, חברתיים וסביבתיים.
  3. אינטראקציה מורכבת בין הגורמים.
- **גורמי סיכון עיקריים:**
  1. מגדר זכר.
  2. פסיכופתולוגיה (בעיקר דיכאון).
  3. ניסיון אובדני קודם.
  4. זמינות אמצעים לפגיעה עצמית.
- **מניעת אובדנות:**
  1. הרופא נדרש לשאול מטופל במצוקה על מחשבות אובדניות.
  2. אם מטופל מצביע על דחף אובדני, יש לפעול עפ"י תוכניות מניעה הכוללות הרחקת אמצעים והשגחה.
  3. טיפול במצבים דיכאוניים, רצף טיפולי.

### המאמר: "התאבדות: אפידמיולוגיה, אטיולוגיה, טיפול ומניעה"

#### הגדרות והיקף התופעה

- **הגדרות קליניות:**
  1. התאבדות: גרימת מוות עצמי של אדם מתוך כוונה למות.
  2. ניסיון אובדני: פגיעה עצמית מכוונת לא קטלנית, עם כוונה (אפילו חלקית), למות.
  3. פגיעה עצמית שאינה אובדנית: פגיעה עצמית בהיעדר כוונה למות. אם אין דיכאון מז'ורי לפני גיל 18 – מסוכנת פחות.
- **היקף התופעה:**
  1. בכל שנה מתים בעולם כמיליון איש מהתאבדות. מקרי אובדנות מהווים 1.4% מכלל מקרי המוות.
  2. שיעור ההתאבדויות בישראל: 500 איש בשנה (שיעור ההתאבדות ירד מ-8.7 ל-6.3).
  3. עיקר הירידה בשיעור ההתאבדויות בגברים, בעוד ששיעור ההתאבדויות בנשים נותר יציב (2.4).
  4. קשישים, בעיקר גברים עריריים, הם בקבוצת סיכון מוגברת להתאבדות.
  5. באוכלוסייה האתיופית שיעור ההתאבדויות גבוה פי 4 מילידי הארץ.
  6. קיים תת-דיווח של רופאים על התאבדות כסיבת מוות בתעודת פטירה. (שיעור האובדנות גבוה ב-42% מדיווחי הרופאים). הסיבה לכך: הימנעות רופאים לקבוע סיבת מוות כהתאבדות בהיעדר חקירת חוקר מקרי מוות או עקב סטיגמה לשארים.
  7. שיעור ניסיונות האובדנות גבוה יותר בנשים, מתרכז בעיקר בעשורים השני והשלישי.

8. 40% מהמתאבדים פגשו רופא ראשוני בחודש טרם התאבדותם - הזדמנות להתערבות מונעת.

## התאבדות בקרב צעירים

- **גיל ההתבגרות** – גיל סיכון בבריאות הנפש, מחלות הנפש הקשות פורצות בגילאים אלו. ההסבר לכך: המוח טרם השלים את התפתחותו, החלק הרגשי (אמיגדלה) מפותח ופגיע, בעוד אונת המצח האחראית על עכבות, טרם השלימה את התפתחותה בהליך הגיזום הטבעי של חומר אפור בגיל ההתבגרות.
- בצעירים עד גיל 24, התאבדות היא סיבת המוות המובילה בישראל.
- בשנים האחרונות, חלה ירידה בשיעור ההתאבדות אצל בנים (מ-11.7 ל-5.4), אך ללא שינוי אצל בנות (1.3).
- בארה"ב, המגמה הפוכה וחלה עלייה משמעותית בכ-50% בעשור, וכן בשיעור הבנות - 70% בעשור.
- **התאבדות בצה"ל**: 9-15 מתאבדים בשנה, ירידה משמעותית מהעשור הקודם, פחות משמעותית מצבאות אחרים.
- **התערבות מניעתית בצה"ל**: הגבלת נגישות לנשק לחיילים עורפיים והגדלת הנגישות למערך בריאות הנפש.
- ב-46% מאירועי ההתאבדות היה תלמיד אחר שידע על הכוונה האובדנית ולא דיווח למבוגר. רוב המתאבדים בנים.
- היעדרות מבית הספר היוותה "דגל אדום" במחצית מהמתאבדים.
- רוב ההתאבדויות מתרחשות קרוב לבית.
- תת-קבוצה: תלמידים טובים במיוחד, ללא קשיים בבית ובביה"ס, שחוו כשלון או השפלה שדרדרו את מצבם.
- ישנו מתאם בין משך הזמן בין שהייה מול רשתות חברתיות ומסכים לבין שכיחות דיכאון ומחשבות אובדניות.
- שהיית קטינים יותר מחמש שעות מול מסך מעלה ב-50% את שיעור המראים לפחות גורם סיכון אחד להתאבדות!

## אטיולוגיה

### הגורמים לאובדנות

- הגורמים לאובדנות כוללים מרכיבים ביולוגיים, פסיכולוגיים, חברתיים, תרבותיים וסביבתיים.
- התאבדות אינה התנהגות של בחירה חופשית מסיבה פילוסופית. ישנם מודלים פסיכולוגיים שמתמקדים בכאב נפשי ובבדידות.
- התאבדות היא כמעט תמיד תסמין של הפרעה נפשית, לרוב הפרעת מצב רוח, אך תיתכן על רקע הפרעות חרדה/אישיות/פסיכוטיות.
- המודל של מן - התנאים להתפתחות מחשבות אובדניות:
  1. פסיכופתולוגיה (לרוב הפרעות מצב רוח, אך גם הפרעות אחרות).
  2. אירוע חיים שלילי (אירוע דחק), עשוי להיות גם פריצת מחלה נפשית/תובנה והכרה בהפרעת הנפש הכרונית.
- מחשבות אובדניות שכיחות במיוחד בגיל ההתבגרות, ורק במיעוט מבני הנוער יהפכו לניסיון אובדני או להתאבדות.
- הגורמים ההופכים מחשבה למעשה:
  1. מבנה אישיותי אימפולסיבי-תוקפני.

2. ייאוש וחוסר תקווה.
  3. בדידות אובייקטיבית וסובייקטיבית.
  4. זמינות אמצעים לפגיעה עצמית.
- מיעוט מאלה החושבים על התאבדות אכן יבצעו אותה.
  - 50% מהמתאבדים לא ביצעו קודם ניסיון אובדני אלא מתו בניסיון הראשון.

### גורמים ביולוגיים-גנטיים

- נירו-ביולוגיה: המוח האובדני שונה ממוח תקין: סרוטונין נמוך יותר ללא קשר לדיכאון, קישור יתר ועודף קולטנים בקולטן לסרוטונין, קישור יתר בקולטנים העצמיים, רגישות יתר של אזור ברודמן בזיהוי פנים, עודף בנוירטרנסמיטור גאב"א ועודף קישור בקולטנים העצמיים לאופיאטיים. כמו כן, ישנם ליקויים במסילות סרוטונינריות ועלייה במספר התאים בראפה.

#### גנטיקה:

1. התנהגות אובדנית מועברת בצורה רב-דורית גם ללא קשר לתורשה של דיכאון.
2. במחקרי אימוץ נמצא שקיים מרכיב גנטי בהתנהגות אובדנית.
3. במחקרי תאומים: התאמה בתאומים מונוזיגוטיים 13% ואילו בתאומים דיזיגוטיים ההתאמה 0.7%.
4. קיים מרכיב גנטי, אך גם מרכיב סביבתי משמעותי.
5. נעשו ניסיונות, גם באמצעות נתיחת מוחות מתאבדים שלאחר המוות, למצוא גן להתנהגות אובדנית/תוקפנות/אימפולסיביות/ייאוש.

#### גנטיקה וסביבה:

1. מודלים של אינטראקציות גנים וסביבה או גנים, סביבה ותזמון.
2. יש חשיבות לחלון הזמן ההתפתחותי שבו אירוע חיים ספציפי פוגש את מוח האדם בעל פגיעות גנטית להתאבדות.
3. האינטראקציה בין הגן לסביבה מתרחשת במנגנוני בקרה אפיגנטיים של הסביבה על יצור חלבונים מסוימים במוח.

#### גורמים פסיכולוגיים:

1. המתאבד הפוטנציאלי הוא אדם נסער ביותר והמרחב הפנימי שלו עמוס בנסערת נפשית.
2. האדם נמצא במצב כאב נפשי בלתי נסבל וחש שאיש אינו מבין אותו.
3. ניסיון לשקף אמפתיה למצבו נחוה ע"י המתאבד הפוטנציאלי ככשל אמפתי, מאחר שלאדם אובדני יש תפיסה קוגניטיבית צרה ומעוותת בעת המצב האקוטי, והוא אינו יכול לראות אלטרנטיבות לפתרון בעייתו או סיבה להישאר בחיים.
4. לאנשים אובדניים יש מאפיינים לקויים בתהליכי קבלת החלטות, פירוש לקוי של דחייה, בנטייה ל"העלאת גרה" מחשבתית (רומינציה) ובזיכרון אובייקטיבי לקוי אודות חוויות שליליות בעברם.



## גורמי סיכון להתאבדות

גורמי סיכון מיד לאחר ניסיון אובדני	גורמי סיכון עם מחשבות אובדניות
<ul style="list-style-type: none"> <li>כל גורמי הסיכון בימין הטבלה</li> <li>הכוונה האובדנית מתמידה</li> <li>יש תוכנית קונקרטית לביצוע</li> <li>השאיר מכתב/מסר במדיה החברתית</li> <li>ביצע ניסיון במקום ובזמן שסיכויי ההצלה קטנים</li> <li>ייאוש וחוסר תקווה</li> <li>מביע צער ששרד</li> <li>נזק רפואי גדול בניסיון האובדני (אשפוז/טיפול נמרץ)</li> <li>מידת הקטלניות הפוטנציאלית של הניסיון (גם ללא נזק רפואי)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מגדר זכר</li> <li>ניסיון אובדני קודם</li> <li>פסיכופתולוגיה (הכי שכיח - דיכאון)</li> <li>זמינות אמצעים לפגיעה עצמית</li> <li>בדידות סובייקטיבית ואובייקטיבית</li> <li>שימוש בסמים ובאלכוהול</li> <li>אישיות אימפולסיבית ותוקפנית</li> <li>גנטיקה</li> <li>הגירה (במיוחד בעדה האתיופית)</li> <li>קורבנות תקיפה מינית/בריונות/בריונות ברשת קשיים סביב העדפה וזהות מינית (טרם "יציאה מהארון")</li> <li>אובדן (אדם, בע"ח, כבוד, מעמד חברתי-כלכלי)</li> <li>השפלה קשה, הסתבכות עם החוק</li> <li>התאבדות אדם קרוב</li> </ul>

חשוב

## הערכת סיכון להתאבדות

- יותר ממחצית מהמתאבדים ביקרו את הרופא הראשוני שלהם חודש לפני ההתאבדות, מכאן תפקידו החשוב במניעה.
- הרופא צריך לזהות סימני מצוקה ודיכאון ולשאול על דחפים אובדניים (שאלות הדרגתיות ורגישות).
- החשש כי השאלה על התאבדות "מכניסה רעיונות לראש" לא מבוסס מחקרית, השאלה הזו לא מסוכנת או מזיקה, אלא להפך - מקלה על אדם אובדני ומביאה אותו לבקש עזרה.
- במקרה של מתבגר אובדני: ראיון ההורה והנער בנפרד, שכן הם מחזיקים באמונות/עמדות שונות.
- הערכת סיכון: מודל מצטבר - ככל שיש יותר גורמי סיכון, הסיכון להתאבדות עולה (מעבר ממחשבות לניסיון אובדני).
- סייג: במקרה בודד, לא ניתן לנבא מי מכלל האנשים שחושבים להתאבד אכן יעשה זאת, כי התאבדות היא אירוע נדיר יחסית, בעוד שגורמי הסיכון שכיחים במיוחד באוכלוסייה קלינית.
- במקרה של חשד למחשבות אובדניות, יש להצמיד ליווי והשגחה של גורם רפואי/בן משפחה עד לבדיקת פסיכיאטר, להרחיק ממנו אמצעים לפגיעה עצמית (תרופות/נשק אישי/סורגים בקומה גבוהה).
- התנהגות אובדנית היא אימפולסיבית, כשיש מחסומים בהשגת אמצעים להתאבדות - הדחף חולף (דוגמאות: אריזה בודדה לתרופות, גדר בגשר הזהב בסן פרנסיסקו).
- כשיש סכנת אובדנות, יש לבנות תוכנית ביטחון (דיווח/השגחה/אשפוז/הוראות/רצף טיפולי).

## טיפול ומניעה

- דרך התמודדות יעילה ביותר עם התאבדות: מניעה באמצעות מס' אסטרטגיות:

1. הרחקת אמצעים, כמו תרופות, נשק, מעבר לגז בישול בטוח.
  2. טיפול בדיכאון.
  3. חינוך רופאים ושומרי סף.
- לא נמצאו עדויות ליעילות הפעלת קווים חמים, המלצות למדיה לפרסום אחראי, סינון אוכלוסיות ופרסום לכלל הציבור.
  - דרכי טיפול ומניעה: (שתי הראשונות – רמה אישית, שתי האחרונות – רמה לאומית)
    1. טיפול אגרסיבי ומוקדם בדיכאון בטיפול תרופתי או בפסיכותרפיה: טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, נוגדי דיכאון מעכבי קליטה מחדש של סרוטונין, ניטור המטופל לאחר טיפול בשל מחשבות אובדניות, ניטור אי-שקט בקטינים. ליתיום (מחלה דו-קוטבית ודחף אובדני), קלוצפין (סכיזופרניה), אס-קטמין (מניעת דחף אובדני במצב אקוטי).
    2. שמירה על רצף טיפולי: במיוחד בחודש לאחר שחרור מאשפוז פסיכיאטרי (סיכון מוגבר).
    3. הרחקת אמצעים לפגיעה עצמית ברמה פרטנית ולאומית: נשק, תרופות, גז, גדר ברכבת ובנקודות חמות, ראשי מקלחות.
    4. הפעלת תוכנית כוללנית בביה"ס להדרכת תלמידים בגילאי תיכון: הערכת מצבי מצוקה ודרכי התמודדות. יעיל יותר ממורים.

## סיכום

- התאבדות היא תסמין של הפרעה נפשית, ולרוב אינה תוצאת רשלנות רפואית או טעות בשיקול דעת של בני משפחה.
- לרופא הראשוני יש תפקיד באיתור, בהערכת סיכון ובטיפול במצבי דיכאון ואובדנות.
- שאלת השאלה הישירה דווקא מצילת חיים.
- כשעולה דחף אובדני, יש לערוך תוכנית פעולה לשמירת ביטחון, כולל הרחקת אמצעים לפגיעה עצמית והשגחה.
- ישנה חשיבות רבה לשמירת קשר אישי ורצף טיפולי בין מסגרות אשפוז וטיפול בקהילה.
- טיפול מוקדם בדיכאון בכל הגילאים יכול להציל חיים.

## מיקוד למבחן מועד ב'

- שאלה:** בקרב איזה מגדר שכיחה אובדנות, ובקרב איזה מגדר שכיחים ניסיונות אובדניים?  
**תשובה:** אובדנות שכיחה יותר בקרב גברים. ניסיונות אובדניים שכיחים יותר בקרב נשים.

**שאלה:** מהם גורמי הסיכון באדם עם מחשבות אובדניות ומיד לאחר ניסיון אובדני?

**תשובה:** (כדאי לשנן את הטבלה) גורמי הסיכון הם:

1. כוונה אובדנית מתמידה – הוא ממשיך לחשוב על זה
2. יש לו תכנית סדורה – הוא יודע איך הוא רוצה להתאבד
3. אדם שהותיר מכתב – הוכחה לכך שהוא באמת התכוון להתאבד
4. מיואש וכועס על כך שהוא שרד, שהצילו אותו
5. ככל שנוצר יותר נזק גופני כתוצאה מנסיון ההתאבדות, כך הרצון לסיים עם "זה" גובר
6. ככל שהמעשה קטלני יותר (קפיצה מגבה רב) – מי ששרד בכל זאת, הסיכוי שיצליח בפעם הבאה הוא גדול

## המאמר: "שתי הפרעות, מסגרת טיפולית אחת"

מטרת המאמר: הצגת תוכנית התערבות ברוח "שניים-עשר הצעדים" לטיפול בתחלואה כפולה, אשר יושמה במרכז בריאות הנפש "מזרע". המאמר מציג את אופן התנהלות הקבוצה וסוגי טיפול שונים.

### הקדמה

- עיקרו של המאמר: תיאור הטיפול בבעלי התחלואה הכפולה תוך הצגת מודלים לטיפול המיועדים לאוכלוסייה זו, תוך התמקדות בתוכנית "שניים-עשר הצעדים" (קבוצת "רק להיום", מרכז בריאות הנפש "מזרע").
- אופן התנהלות הקבוצה: עקרונות מרכזיים - "רק להיום", תפילת השלווה, אסירות תודה, כנות, עזרה הדדית, סובלנות ופתיחות.
- הישגים מרכזיים והשפעת הקבוצה על תפקוד המטופלים ועל השתלבותם בקהילה עם שחרורם - טיפול בתחלואה כפולה.

### מבוא

- "תחלואה כפולה"/"אבחנה כפולה" זוכות בחשיפה גוברת בשל ההכרה בשכיחותן והצורך לטפל בנפגעים שלהן.
- הגדרת המושג "תחלואה כפולה": קיומן הבו-זמני של הפרעה פסיכיאטרית והפרעת שימוש לרעה בסמים. האבחנה חלה רק על מי שסובל משתי מחלות בו-זמנית.
- מדוע המינוח "תחלואה כפולה" עשוי להיות שגוי?
  1. אנשים הלוקים בהפרעת שימוש לרעה בסמים ובהפרעה פסיכיאטרית מתמודדים לרוב עם מגוון בעיות (פיזיות/כלכליות/חברתיות/משפחתיות), ולא רק עם שתי בעיות או הפרעות.
  2. יש קבוצות נוספות עם אבחנה כפולה, למשל: אנשים עם ליקויים התפתחותיים והפרעה פסיכיאטרית, והמושג אינו מתייחס באופן בלעדי רק למי שיש אבחנה של הפרעת שימוש לרעה בסמים ובהפרעה פסיכיאטרית.
- שכיחות תופעת השימוש בסמים בקרב בעלי הפרעות פסיכיאטריות:
  1. 50% מהמתמודדים עם סכיזופרניה/מחלות נפש חמורות משתמשים בסמים.
  2. 24% מחולי הנפש המאושפזים השתמשו בסמים במהלך חייהם, 16.5% היו משתמשים פעילים.
  3. אבחנה של סכיזופרניה נמצאה נפוצה יותר מהפרעות פסיכוטיות אחרות/אֶפֶקְטִיבִּיּוֹת/חרדה בקרב בעלי אבחנה כפולה.

חשוב

### הקשר בין שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים להפרעה פסיכיאטרית

- פעמים רבות, לא ידוע מה קדם למה: האם התסמינים הפסיכיאטריים הופיעו לפני השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים, או שהשימוש בחומרים קדם להופעת התסמינים הפסיכיאטריים?
- למרות שהסיבות לסדר ההופעה משתנות, במקרים מסוימים שתי הפרעות מחזקות זו את זו וקיימת ביניהן תלות הדדית, ובמקרים אחרים כל הפרעה עצמאית ולא תלויה בהפרעה האחרת (במצב כזה, הפחתת שימוש בסמים או הקלת תסמינים פסיכיאטריים לא יפתרו באופן מיידי את ההפרעה האחרת!).

### הקשיים העומדים בפני המאובחנים בתחלואה כפולה (הפרעה כרונית חמורה):

- אבטלה, בעיות חברתיות ומשפחתיות.
- התנגשויות עם החוק.
- סיכון מוגבר לאיידס.

**הסיכונים הטמונים בשילוב שימוש לרעה בסמים עם סכיזופרניה:**

- היענות נמוכה לטיפול ושימוש בתרופות, מספר אשפוזים רב, מצוקת דיור, עבריינות, אלימות, ניסיונות התאבדות, תסמינים פסיכיאטריים חמורים, התנגשויות עם רשויות החוק, מתח משפחתי, הידבקות באיידס/שחפת/צהבת נגיפית/שלל מחלות זיהומיות.

**תחלואה כפולה: מאפיינים**

- מספר רב של אשפוזים.
- עוינות גבוהה, אימפולסיביות ותוקפנות של האדם כלפי עצמו או כלפי הסביבה.
- הזנחה וחוסר היענות לטיפול.
- קושי במחויבות לתוכנית טיפולית, דחיית הזדמנויות.
- כניסה למוסדות גמילה רק במצבי משבר קשים.
- הצבת אחגרים רבים בפני גורמים מטפלים.

**הטיפול בבעלי האבחנה הכפולה**

- "תחלואה כפולה" מצריכה טיפול ייחודי שיביא בחשבון את שני מרכיבי הפרעה.
- מטרה ארוכת טווח של הטיפול: החלמה כפולה- התמודדות עם שתי הפרעות ושייפה לחיים בעלי משמעות וזהות ללא חולי ומוגבלות.

**מטרות קצרות-טווח של הטיפול:**

- הפחתת חומרת התסמינים של הפרעה הפסיכיאטרית.
- הפחתת השימוש לרעה בחומרים פסיכו-אקטיביים.

**בסיס תיאורטי לטיפול:**

- "תיאוריית מזעור הנזקים", לפיה יש מטופלים שלא מסוגלים/רוצים להפסיק את השימוש בסמים, ולכן המטרה אליה יש לשאוף היא צמצום התוצאות השליליות הנובעות מן השימוש (לדוגמה: החלפת מחטים).

**סוגי טיפול בתחלואה כפולה:**

- קבוצות פסיכו-חינוכיות, מרכזי גמילה ובתי-חולים פסיכיאטריים
- טיפול קבוצתי/קבוצות לעזרה עצמית
- טיפול קוגניטיבי
- שילוב של פסיכותרפיה ותרופות

**מודלים לטיפול בתחלואה כפולה**

- **טיפול רציף:** התמקדות בהפרעה החריפה יותר, ורק אחר כך בהפרעה האחרת.
- **טיפול מקביל:** התייחסות מקבילה לשני מרכיבי התחלואה הכפולה- התערבות יחידה לטיפול בנפגעי סמים ובמקביל התערבות של מרפאת בריאות הנפש. המטופל בקשר עם כמה מטפלים מומחים בתחום.

**נקודת התורפה:**

- הגישות הטיפוליות והמסרים השונים (התמכרויות ובריאות הנפש) עלולים לבלבל את המטופל.
- הטיפול המקביל נמצא כלא-יעיל ולרוב הסתיים באי-היצמדות של המטופל לתוכניות התערבות ובנשירה מהטיפול.
- **מדוע?** כל תוכנית טיפולית התמקדה באבחנה אחת בלבד, ולחולים היה קושי לתווך בין המערכות השונות ולהבין את המסרים הנבדלים בנוגע לטיפול ולהחלמה.

שוב

- טיפול אינטגרטיבי/משולב: מאמצע שנות ה-80, הטיפול ממוקד בהתייחסות בו-זמנית להפרעת השימוש בסמים ובהפרעה הנפשית, התייחסות שעוזרת לטיפול להתקדם תוך העברת מסר עקבי. הטיפול תחת קורת-גג אחת וצוות טיפולי אחיד, ומתייחס לשני מרכיבי התחלואה הכפולה.

#### יתרונות:

- הביא לשיפור בשיעור תעסוקה, תפקוד חברתי, שביעות-רצון מהעבודה/יחסים משפחתיים ותסמינים פסיכיאטריים, הפחתת שימוש בסמים.
- הטיפול האינטגרטיבי נמצא יעיל יותר מהטיפול המקביל ביצירת מחויבות לטיפול!

### טיפול אינטגרטיבי בשלבים

#### עקרונות מרכזיים מומלצים לטיפול בתחלואה כפולה:

- טיפול אינטגרטיבי: טיפול בשתי הפרעות תחת אותה קורת-גג, לשם יצירת טיפול עקבי שיעביר מסרים, גישות והמלצות עקביים.
- טיפול בשלבים: התאמת תוכנית ההתערבות לשלב שהמטופל נמצא בו.

#### מודל השינוי לבחינת שלבי מודעות המטופל להתמכרותו:

- טרום-הרהורים: האדם מכחיש את בעיית ההתמכרות/מודע לה אך לא רואה בה בעיה.
- הרהורים: האדם מתחיל להרהר בבעיית ההתמכרות/הוא אמביוולנטי בנוגע להתמכרותו.
- הכנות: האדם מתכוון לשינוי.
- פעולה: האדם נמצא בעיצומו של השינוי.
- תחזוקה: שימור השינוי באמצעות מניעת מעידות.

#### שלבי הטיפול האינטגרטיבי בשלבים:

- יצירת ברית טיפולית: מתן שירותי סיוע גמישים, מעשיים ושיטתיים לקבוצות אוכלוסייה מוגדרות.
- יצירת מוטיבציה לטיפול: זיהוי מטרות ויעדים של המטופל, גיבוש ההבנה כי השימוש בסמים/היעדר טיפול בהפרעה הנפשית מפריעים לו בהשגת היעדים.
- טיפול מעשי: הקניית כלים ותמיכה שמסייעים לטיפול להתמודד עם הפרעות.
- מניעת מועדות: התייחסות למועדות ולמניעתה.
- המלצה: על הטיפול להיות מקיף וארוך-טווח.

### הטיפול בבעלי תחלואה כפולה בארץ

#### הקשיים בטיפול בבעלי תחלואה כפולה בארץ:

- טיפול מורכב, בשל הצורך בהתמודדות טיפולית מקבילה עם שתי תחלואות בעלות השפעה הדדית.
- בשל החלוקה בין שני גורמים טיפוליים (בריאות הנפש והיחידה לנפגעי סמים), לעתים בעלי תחלואה כפולה אינה מקבילים טיפול משום גורם ממסדי.
- בארץ, ישנו נתק בין היחידות לטיפול בנפגעי סמים לבין היחידות הפסיכיאטריות ומכאן ישנה פגיעה בחולים, מכיוון שכל יחידה כשלעצמה לא יכולה לטפל במרכיב האחר של התחלואה הכפולה (כל יחידה מפנה לאחרת או דוחה את החולה).

#### פתרונות אפשריים לקשיים:

- פיתוח מערכת לטיפול אינטגרטיבי בבעלי תחלואה כפולה.
- נקיטת התערבויות טיפוליות שונות תחת אותה קורת-גג וע"י אותו צוות טיפולי מיומן בשתי התחלואות.

- **דוגמה:** מערכת טיפולית במרכז לבריאות הנפש "מזרע", קבוצה המבוססת על תוכנית שניים-עשר הצעדים.

## תוכנית "שניים-עשר הצעדים"

- הגדרה: תוכניות החלמה עפ"י המסורת של ארגון אלכוהוליסטים אנונימיים, שהתבסס על מודל רפואי להסבר אלכוהוליזם.
- הדומה בין התוכניות: דגש רוחני וצעדי החלמה דומים.
- עקרונות רוחניים של התוכנית: נכונות, פתיחות, כנות, קבלה עצמית, אי-שיפוטיות, היעדר כפייה, אחריות אישיות, ענווה, תקווה, אמונה ואהבה.
- הממד הרוחני בתוכנית: ניתן להגדרה אישית של האדם, וכן "הכוח הגדול מאיתנו" – כוח נשגב ונעלה, כמו אנשים/בע"ח, הטבע, אלוהים. ההכרה היא בעובדה שבני-האדם אינם מושלמים, וכי קיומם מתייחס לאנרגיה/לכוח שמעבר להם.
- הנחת-היסוד: ההתמכרות היא תוצאת פגיעות פסיכולוגית ו/או ביולוגית בסיסית שמובילה לאיבוד שליטה.
- מכורים אנונימיים לומדים לקבל את מודל המחלה של ההתמכרות, את חוסר האונים, את הזהות של מכור ואת ה"ניקיון" כמטרת הטיפול, תוך כדי עבודה על "שניים-עשר הצעדים".
- בבסיס תוכנית הטיפול בתחלואה הכפולה עומדים שניים-עשר הצעדים, שמהווים אמצעי לשינוי אישי וכן את הדרך ליישום תפיסת התוכנית. צעדים אלה משמשים שלבים בדרך מההכרה בהתמכרות כבעיה ועד לתחושת ההחלמה של המכור ואף מהווים את תמצית הגישה התרפויטית של התוכנית.

## קבוצות לעזרה עצמית והמערך המקצועי

בשל הפערים בגישת תוכנית "שניים-עשר הצעדים" לגישת מסגרות מקצועיות/ממסדיות, ישנה אפשרות לשלב ביניהן.

### דרכים לשילוב קבוצות לעזרה עצמית במערך המקצועי:

- יחידה טיפולית המאמצת בשלמותה את דרך "שניים-עשר הצעדים" כשיטה טיפולית.
- תוכניות אשר מאמצות רק חלק מגישת "שניים-עשר הצעדים"/משלבות בתוכן קבוצות במתכונת "שניים-עשר הצעדים" לצד דרכי טיפול אחרות.
- הפניית המטופל לקבוצה לעזרה עצמית.
- שיתוף-פעולה ופעילויות מקבילות.
- **ההמלצה:** שיתוף פעולה, המבוסס על הכרה מעמיקה של תוכנית "שניים-עשר הצעדים", בין הממסד המקצועי לבין קבוצות לעזרה עצמית, מה שיאפשר להתגבר על הנתק בין קבוצות לעזרה עצמית לבין הטיפול המקצועי.
- **דוגמה:** מרכז בריאות הנפש "מזרע" – שילוב של קבוצת "שניים-עשר הצעדים" לצד דרכי טיפול אחרות, ובנוסף הפניית המטופל עם שחרורו מביה"ח לקבוצת "שניים-עשר הצעדים"/קהילה טיפולית.

## קבוצת "שניים-עשר הצעדים" והתחלואה הכפולה

### השלכות חיוביות של השתתפות בקבוצות לעזרה עצמית בסיוע בתהליך ההחלמה:

- הגברת תחושת ביטחון והערכה עצמית.
- הפחתת חרדה קיומית ופיתוח רוחניות.
- הגברת יכולת לקבל את המצב הקיים.
- הפחתת שיפוטיות עצמית והשלכת האחריות על הסביבה.

- אימוץ תחושת עצמי חיובית, ניהול תהליך קבלת החלטות עצמאי.
- שיפור תפקוד חברתי, ניסיון לשילוב תעסוקתי ולימודי.
- במקרה של התמכרות: הפחתת שימוש בחומרים ממכרים (אלכוהול/סמים).
- התמיכה החברתית והמחויבות ההדדית מפחיתות שימוש בסמים.
- שיפור בריאות נפשית ורווחה אישית.
- שיפור בכישורי ההתמודדות של הפרט.

### הקשיים בשילוב בעלי תחלואה כפולה בקבוצות לעזרה עצמית:

- מאפייני בעלי התחלואה הכפולה מקשים על השתלבות בקבוצה, הם לא מתמידים לאורך זמן ונתקלים בקשיים במפגש קבוצתי.
- במצב רדיפתי/חרדה חברתית, קשה למטופל לקחת חלק בפעילויות חברתיות קבוצתיות.
- בעלי התחלואה הכפולה חשו כי אין להם מכנה משותף עם חברי הקבוצה שאינם מתמודדים עם הפרעה נפשית, ובנוסף כי הם יוכלו לטעון נגדם שכל עוד הם נוטלים כדורים פסיכיאטריים, הם אינם "נקיים" מסמים.
- קבוצות אלה מבוססות על ההנחה: "מחלה אחת- החלמה אחת", לכן בעלי תחלואה כפולה עלולים לחוות קשיי הזדהות.
- עמדת קבוצות אלה לתרופות עלולה להביא להפסקת הטיפול ולהידרדרות המצב הנפשי, לבושה ולאשמה ("לא באמת נקיים").
- למרות זאת, שיעורי נוכחות בעלי התחלואה הכפולה זהים לשיעורי הנוכחות של מכורים ללא הפרעה נפשית (יוצאים מן הכלל: חולים בעלי הפרעות פסיכוטיות, כמו סכיזופרניה/הפרעה סכיזו-אָפֶקטיבית).
- טיפול של תוכנית "שניים-עשר הצעדים" יעיל יותר בהפחתת שימוש בסמים ובהגברת התייחסות-גומלין חברתיות, ואילו הטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי יעיל יותר מבחינת תוצאות בריאותיות, פסיכיאטריות ומקצועיות.
- כדי להתגבר על הקשיים, עלה הצורך בהתייחסות הוליסטית לבעלי תחלואה כפולה -> הקמת קבוצות מיוחדות המיועדות להם.

### קבוצות "צרה כפולה בהחלמה"/"מחלימים כפולים אנונימיים"

מטרת הקבוצות: יצירת סביבה בטוחה לדיון פתוח בנושאים הנוגעים בהפרעות נפשיות, בתרופות פסיכיאטריות ובתופעות הלוואי שלהן ובאשפוזים פסיכיאטריים, מבלי לחוש בושה או לחשוש מתיוג.

#### יתרונות קבוצות "צרה כפולה בהחלמה":

- עמדות חיוביות של המטופלים כלפי קבוצה זו, יותר מאשר קבוצת עזרה עצמית מסורתית.
  - הפחתת קשיים הקשורים להפרעה הנפשית.
  - הרגשה בטוחה ונוחה לחלוק את רגשותיהם, יותר מאשר בקבוצת עזרה עצמית מסורתית.
  - תחושת הזדהות עם חברי הקבוצה, האבחנה הכפולה מהווה מכנה משותף בין המשתתפים.
  - סיכויי החלמה גבוהים יותר, כוח תרפויטי: שימוש מופחת בסמים, הפחתת מצוקה נפשית, הטבת בריאות.
  - קבלת תמיכה ויצירת קשרים חברתיים, עלייה בשיעורי ההשתתפות בפגישות.
- הקושי:** הנוכחות במפגשים לא מלאה, בשל הקושי להתחייב לטיפול מכל סוג.
- מסקנה מסכמת:** יש קשר חיובי בין השתתפות בתוכניות אלה לבין החלמה. קבוצות ייחודיות מועילות יותר מקבוצות מסורתיות.

## תוכנית "שניים העשר הצעדים" לטיפול בתחלואה כפולה

### קבוצת הטיפול בתחלואה כפולה ("מזרע")

**רקע:** שינוי בגישה כלפי בעלי תחלואה כפולה (ארה"ב, שנות ה-80), שהדגיש עדיפות טיפול אינטגרטיבי בבעלי תחלואה כפולה על-פני טיפול מקביל. גם בארץ צמחו מחלקות לטיפול בתחלואה כפולה.

### שיתוף פעולה בין גורמי בריאות הנפש למטפלים בהתמכרויות:

- יחסי גומלין: סיפוק ייעוץ פסיכיאטרי ושירות טיפולי לקהילה, ולחילופין – הדרכת מטפלים בנושא התמכרויות.
- סיפוק מידע של הרשות הלאומית למלחמה בסמים ואלכוהול, מדריך טיפולי לשם הדרכת קבוצת "שניים-עשר הצעדים".

### קבוצת "רק להיום":

- בחירת השם: אחד מעקרונות התוכנית, לפיו ההחלמה היא משימה מורכבת, וכי הוויתור שנדרש מהמחלים הוא עצום. לכן, ההתקדמות היא "רק להיום", כלומר בכל יום לעצמו, מה שמונע ייאוש אם המכור יחשוב על "ניקיון מוחלט" (היעד הסופי). בנוסף, זו גישה טיפולית שמתמקדת "כאן ועכשיו" ולא בעתיד הרחוק.
- הוקמה בשנת 2005 והתבססה על תוכנית "שניים-עשר הצעדים" לטיפול בתחלואה כפולה.
- בקבוצה 30 משתתפים, לוקים בסכיזופרניה/הפרעה דו-קוטבית/דיכאון מז'ורי, בשילוב התמכרות לסמים.
- כללי הקבוצה: אסור להשתמש באלימות, לכל אדם יש זכות לדבר, אי-אפשר לצאת באמצע המפגש, אסור לאכול ולעשן.

### עקרונות העבודה: (כיצד הקבוצה פועלת?)

- פתיחת המפגש בצורה נעימה: הצגת שם וציון תקופת "ניקיון", "אוהבים אותך" (בהמשך) לשם מניעת חרדה מהמפגש החברתי.
- המנחה מספר את חוויות-יומו ("רק להיום"), מה שהקנה תחושת רגיעה, קרבה למנחה ("כאחד האדם") וקביעות בקבוצה. המכורים לומדים לבחון את חייהם על בסיס יומיומי לשם שחרור מפחד מהעתיד/ההחלמה. החלמה ליום אחד (עוד יום "נקי").
- אסירות תודה ככלי להחלמה וכתפיסת עולם וכדרך חיים: "הודיתי לאל שאני נושם", "תודה על מה שיש".
- תיאור שגרה יומיומית בגובה העיניים ובשפה פשוטה, לשם חיבור בין המנחה למשתתפים ("שפת הנרקומנים"). הם חשים חום, קבלה, חוסר שיפוטיות, הבנה וקליטת המסרים.
- שיתוף/התחלקות: סבב בקרב המשתתפים – השתתפות וולנטרית, מותר להגיד כל מה שרוצים, תוך שמירת עיקרון "רק להיום". וידוי פתוח, פריקת לחצים, הסרת מסכות. לא מתערבים או מפרשים את דברי המשתתפים.

### מדוע לא מתערבים בדברי המשתף?

- שמירה על תרבות דיבור וכבוד למשתף.
- המכור לומד לרסן עצמו ולדחות צורך בסיפוק מידי של רצונותיו.
- המכור יכול לגבור על האגוצנטריות שהושרשה בו בשל התמכרותו ועל הצורך לשעבד מערכות יחסים לשם השגת הסם.

### הקראת נוסח "רק להיום" ע"י המשתתפים.

- תפילת השלווה: מוקראת ע"י המנחה בתחילת המפגש ובסיומו. אמצעי עזר להחלמה, תמצית מעשית של התוכנית כולה.



- מטרת התפילה: יצירת דו-שיח בין האדם לבין הכוח העליון שלו.

### חלקי התפילה:

- פנייה לאלוהים: פנייה יומיומית ובקשת בקשה פשוטה.
- הקבלה השלווה: המפתח להצלחה. לרוב, מכורים לא מקבלים את העובדה שהם מכורים. כדי להחלים, המכור צריך לקבל את העובדה שהוא מכור ולהשתחרר מפנטזיות לא מציאותיות, תוך התמקדות בעובדות המציאות. לצד קבלה עצמית, מכוונת התפילה לקבלת האחרים והיעדר שיפוטיות כלפיהם, וכן להתנערות מביקורת ומניסיון לשלוט על העולם.
- האומץ לשנות: השינוי יבוא עם אומץ, שכן התהליך מחייב אומץ רב.
- התבונה המבחינה: תבונה המאפשרת למכור להבחין בין מה שניתן לשנות ומה שלא, לזהות מגבלות וחוסר-אונים וכן יכולות.

### חוזקותיה של הקבוצה:

- הישגים קטנים יוצרים תחושת יכולת והשתייכות (כמו קריאת התפילה בפני כל המשתתפים).
- קבלה ללא תנאי וחוסר שיפוטיות ("ניקיון" אינו תנאי קבלה, אלא יעד), מותר ל"מועדים" להמשיך לבוא למפגשים.
- בשל קשיי תקשורת, נוצרו פעילויות להבעה עצמית (מעגל תופים).
- הצגת עקרונות התוכנית: כנות, פתיחות, הימנעות.
- שיתוף פעולה ומעורבות המשתתפים, ריכוז במפגש למרות ליקויים בתפקודים מוחיים (קשב וריכוז).
- מנחים סבלניים ורגישים לדברי המטופל ולצרכיו יוצרים סביבה בטוחה ונעימה.
- המשתתפים אימצו רעיונות ברוח התוכנית.

### תפקידי המנחה הקבוצתי:

- בקיאות בתהליכים קבוצתיים.
- בקיאות בשפת התוכנית ותרגול העקרונות כדרך חיים והדגמתם לאור מצבים בלתי-צפויים / הפרעות / צרכים.
- לשמש מנהיג לקבוצה, עד שתיבנה מנהיגות טבעית שתוביל אותה ברוח ההחלמה.
- חלוקה לקבוצות: (א) הצבת תנאי של "ניקיון" ושיקום, (ב) מטופלים אמביוולנטיים שמודעים לבעיה אך לא מוכנים לעשות שינוי. אין תנאי כניסה, גם פסיכויטיים ולא "נקיים" יכולים להשתתף - יצירת מוטיבציה לשינוי, פיתוח קבוצות עתידיות ("מרחב נקי").

### מסקנות

- טיפול אינטגרטיבי, הן בהתמכרות לסמים והן בהפרעה הנפשית הוא היעיל ביותר לתחלואה כפולה (לדוגמה - "מזרע").
- הקבוצה התנהלה ברוח תוכנית "שניים-עשר הצעדים" ועל בסיס עקרונותיה המרכזיים: רק להיום, תפילת השלווה, אסירות תודה, כנות, עזרה הדדית, סובלנות ופתיחות. הבעיה: רק שני הצעדים הראשונים קיבלו התייחסות בקבוצה.

### הישגי התוכנית:

- לצוות ביה"ח: ניתן לעזור לאוכלוסיית התחלואה הכפולה תוך התייחסות אינטגרטיבית לשני מרכיבי ההפרעה תחת קורת-גג, התפיסה שונתה- אפשר לטפל באותו מקום ואין צורך לפצל את הטיפול לשני מומחים שונים.
- למטופלים: רצון להשתתף בקבוצה, שיפור ביכולת התקשורת, הגברת מודעות להתמכרות, למידת מיומנות לשמירת "ניקיון", נטילת אחריות להחלמה ולהתארגנות מהירה באשפוזים החוזרים. (בד"כ המכורים לא משתפים פעולה וחושדים במטפלים).

**המלצות להמשך:**

- הטמעת תוכנית "שניים-עשר הצעדים" בקרב הצוות הרפואי, הכשרת צוות לטיפול בתחלואה כפולה.
- עקרונות התוכנית צריכים להיות גמישים יותר בקבוצה המיועדת לטיפול בתחלואה כפולה (מזעור נזקים ולא "ניקיון" מוחלט).
- מניעת מועדות: המטפל צריך להיות עירני למצב המטופל, כדי שהמעידה תהיה קצרה ככל האפשר.
- רצף טיפולי: עם השחרור מביה"ח, הפנייה לקבוצת "שניים-עשר צעדים". התבססות על אמונה רוחנית ותקווה.

**מיקוד למבחן - מועד ב'**

**שאלה:** מדוע המינוח "תחלואה כפולה" עשוי להיות שגוי?

**תשובה:** יש לכך שני הסברים:

- א. כי כשאדם מתמודד עם תחלואה כפולה, הוא לא מתמודד רק עם שתי בעיות. הוא מתמודד עם מגוון רחב של בעיות, לבד משתי הפרעות.
- ב. יש קבוצות נוספות עם הבחנה כפולה. לדוגמה: אנשים הסובלים מסכיזופרניה והפרעת מצב רוח, אשר לא נכללים בהגדרה.

**שאלה:** מהו הבסיס התיאורטי לטיפול בתחלואה כפולה?

**תשובה:** הבסיס התיאורטי היא תיאוריית מזעור הנזקים, לפיה היות והחולה ימשיך לצרוך סמים, יש צורך למזער את הנזקים ככל הניתן, כדי למנוע הידבקות של האדם במחלות, הידרדרותו הנפשית והבריאותית (למשל, החלפת המחטים)

## המאמר – סטיות מיניות

### שונות מינית לפי ספרי האבחנות

#### הפרעות פראפיליות, סטיות מיניות:

- פטישיזם
- פטישיזם טרנסווסטיט
- מציצנות
- אקסהיביציוניזם
- פרוטריזם
- סאדיזם
- מזוכיזם
- פדופיליה
- עבירות מין: אונס, התעללות מינית, גילוי עריות
- דיספוריית מגדר
- ליקויים בתפקוד המיני

#### מבוא היסטורי: סטיות מיניות

הסטייה בראי תקופות בהיסטוריה, פסיכולוגיה של המיניות

#### הסטייה לאורך ההיסטוריה

- לפני כחצי מיליון שנה:
  - התנהגות סוטה נובעת מהשתלטות של שדים/שליחות של השטן.
  - קידוח חורים בגולגולת של סוטים.
- המאות 15-17
  - העברים, המצרים, היוונים: טקסי גירוש שדים.
  - העלאת סוטים וכאלה שחברו ל"שטן" על המוקד.
- שנות ה-80 וה-90 (מאה 20).
  - חטיפת אלפי ילדים נוצרים בשנה ורציחתם בטקסי פולחן אכזריים.

#### משנתו של פוקו ביחס לסטייה

- המשוגע תופס את מקום המצורע.
- "הכליאה הגדולה"
- מדיקליזציה

#### ההיסטוריה של הסטיות המיניות

- הגדרת סטיות ופתולוגיות מיניות תלויה גם בשינויים חברתיים ובהלכי רוח תקופתיים (אוננות/הומוסקסואליות/יחסי מין לפני נישואין/סאדו-מאזו).
- סטייה מינית בראשית הגדרתה: כל התנהגות מינית שאינה במסגרת נישואין ולמטרת רבייה והולדת צאצאים.
- שלבי ההתפתחות המינית:

- א. מיניות האוטו-ארוטית (אוננות קומפולסיבית)
  - ב. מיניות המערבת את האחר (תסביך "מדונה-זונה")
  - ג. האדם נתפס כסובייקט בעל רצונות וצרכים משלו (פיתוח פראפיליות)
- אלמנטים מרכזיים במיניות ("עוררות", מייקל ביידר):
  - אשמה, בושה, חמלה, חוסר אונים, דאגה - < מעכבי עוררות מינית.
  - היעדר שליטה, פריקת עול, עצמאות שלוחת רסן, ביטחון, מתן דרור ליצרים - < מקדמי עוררות מינית.
  - אלמנט השליטה עשוי להסביר סטיות מיניות רבות (פנטזיית אונס, סאדו-מאזו וכו').

## מהי סטייה ומי קובע את ההגדרה?

הגדרה ואבחון של סטייה מינית

**הגדרה:** התנהגות, אמונה או תכונה המפרה נורמה בסיסית או "סוטה" ממנה ומעוררת תגובות שליליות בקרב אנשים העדים לה או שומעים על אודותיה.

### יחסיותה של הסטייה

המשותף לכל המקרים: כולם נחשבים לסטייה בחברה מסוימת, בתרבות מסוימת, במקום מסוים או בזמן מסוים.



### הגורמים להגדרת הפרת נורמה כסטייה

1. דרגת הפרת הנורמה
2. מספר המגנים
3. העוצמה
4. דפוסים סוציולוגיים

### הגישות השונות להגדרת סטייה

- אבסולוטיסטית - סוטה במהותו
- אבנורמליות פסיכולוגית - סוטה חולה נפש
- סטטיסטית - סטייה נדירה
- הבנייה חברתית - תגובות חברתיות

### הגדרת סטייה מינית עפ"י ה-DSM

- הגדרה רפואית: דחפים מיניים, פנטזיות ועוררות מינית הקשורים באחד מהנ"ל:
- אובייקטים לא אנושיים.
  - סבל/השפלה.
  - פרטים שאינם משתפים פעולה מרצונם החופשי.
  - במשך לפחות שישה חודשים

## כיצד נאבחן סטייה מינית?

- על האדם לחוש מצוקה אישית על רקע העניין המיני שלו
- התשוקה המינית מערבת מצוקה נפשית של אדם אחר, פגיעה או מוות
- התשוקות להתנהגויות מיניות מערבות אדם שאינו רוצה בכך או שאינו מסוגל לתת לכך הסכמה משפטית

### סטייה מינית מול הפרעת פראפיליה

- הפרעת פראפיליה מאופיינת בהתנהגויות, פנטזיות או דחפים חוזרים ומגרים מאד מבחינה מינית שמעורבים בהם:
- יעדים חריגים של משיכה מינית (למשל, נעליים או ילדים).
- התנהגויות חיזור לא רגילות (למשל, הסתכלות על בני אדם אחרים מתפשטים ללא ידיעתם או חשיפת איברי המין בפני האחרים בניגוד לרצונם).
- שאיפה לחוות כאב או סבל כשהאדם גורם לעצמו או לאחרים.
- ההבדל בין סטייה מינית לבין הפרעה פראפילית (הפרעת סטייה מינית): אלמנט המצוקה.

### סוגי פראפיליות

#### הפרעה אקסהיביציוניסטית

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מחשיפת איברי המין לאדם שאינו מצפה לכך, המתבטאת בפנטזיות, בדחפים ובהתנהגויות.
- האדם פועל עפ"י דחפים מיניים אלה כלפי אותו אדם ללא הסכמתו או שהדחפים המיניים או הפנטזיות גורמים לו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- הצורך הפסיכולוגי העומד מאחורי הסטייה המינית: הצורך להרגיש קיים (הצורך בתגובה חשוב!).
- מרבית המתערטלים הינם גברים והקורבן לרוב היא אישה צעירה שאינה מוכרת להם.
- קיים דמיון בין צרכי האקסהיביציוניסט הקלאסי לבין שחקני פורנוגרפיה (הרצון להיראות).
- עבירת המין המדווחת ביותר למשטרה בארה"ב, בקנדה ובאירופה (שליש מעבירות המין), לרוב ללא אלימות. לרוב העבירה הינה רק חשיפת איבר המין, אך לעתים מלווה לכך מעשה מגונה/אוננות מול הקורבן.
- קו-מורבידיות: עם מציצנות, עניין פראפילי בסאדו-מאזו ובפטישיזם טרנסווסטיט. -

#### הפרעת פטישיזם

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת משימוש בחפצים דוממים או מהתמקדות באיברי גוף שאינם איברי המין המתבטאת באיברי גוף שאינם איברי המין, המתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
- הפנטזיות, הדחפים המיניים או ההתנהגויות גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- האובייקטים של הפטיש אינם מוגבלים לפריטי לבוש של בני המין השני (טרנסווסטיט) או לפריטים שנועדו ספציפית למטרת גירוי איברי המין באמצעות מגע (ויברטור).
- לא כל פטיש או קינק ייחשבו כהפרעת "פטישיזם" (משיכה לחזיות, ביריות, נעלי עקב, חגורות, תחתונים). ההבחנה תינתן כאשר החפצים נחוצים באופן אקסקלוסיבי או מועדפים במובהק לשם עוררות מינית.
- קו-מורבידיות: פעילות סאדו-מאזוכיסטית, אך ההפרעה נדירה בקרב עברייני מין.

- אופני השימוש: כוללים נשיקות, ליטופים, טעימות או הרחת החפצים. אם יש הסכמה – אין פגיעה באחר.
- הסבר להתפתחות ההפרעה: התניה קלאסית ולמידה חברתית (לבני נשים, חגורות).
- הסבר פסיכולוגי: "חלקות אובייקט", התקבעות על חלקי גוף שאינם מיניים או על חפצים פאליים.

### הפרעת פטישיזם טרנסווסטיט

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מלבישת בגדי המין השני, המתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
- הפנטזיות, הדחפים המיניים או ההתנהגויות גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- לא מדובר בהומוסקסואלים הלובשים בגדי נשים או "דראג קווינס" שעושים זאת לשם מופעי בידור, אלא בגברים הטרנסווסטואלים שמתלבשים בבגדי נשים לשם השגת הנאה מינית. לרוב, מתחיל בגיל ההתבגרות.
- הסבר פסיכולוגי: שחרור משליטה ומתן דרור ליצרים מיניים, לעתים בשל התעללות מינית בילדות.
- מוטיבציה פסיכולוגית: אוטוגינפיליה – עוררות מינית מעצם הפנטזיה של הגבר על היותו אישה. לא כל הטרנסווסטטים הם אוטוגינפילים, אלא מזכירים פטישיסטים רגילים (פטיש לבגדי נשים מבלי רצון להיות נשים).
- הסקסולוג הירשפלד: "הם חשים משיכה לא כלפי האישה שמחוץ להם אלא לאישה שבתוכם".
- אוטוגינפיליה עשויה לנבא דיספוריית מגדר (תחושת אי-התאמה למגדר המולד).
- סטייה זו תיחשב לעבירה רק אם תלווה בפעולה לא חוקית (גניבה/השחתת רכוש), נדיר שישנה פגיעה.

### הפרעת פרוטריזם (התחככות)

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מנגיעה או מהתחככות באדם אחר ללא הסכמתו המתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
- האדם פועל עפ"י דחפים מיניים אלה כלפי אותו אדם ללא הסכמתו או שהדחפים המיניים או הפנטזיות גורמים לו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ההנאה המינית נובעת מהיעדר השליטה/חוסר האונים של הקורבן והיעדר ההסכמה ההדדית למגע.
- קו-מורבידיות: אקסהיביציוניזם ומציצנות.
- אופני הפעולה: התחככות באוטובוסים צפופים או ברכבות תחתיות.
- ישנה סברה שמתחככים ייטו לבצע עבירות מין חמורות, אין הן לכך ראיות תומכות.
- הסבר פסיכופתולוגי: קווי אישיות פסיכופתיים (ניצול הסיטואציה והיעדר היכולת לזהות אותה משפטית).

### הפרעת וויורזם (מציצנות)

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מצפייה ללא ידיעתו באדם עירום או באדם המתפשט או מקיים יחסי מין, המתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
- האדם פועל עפ"י דחפים מיניים אלה כלפי אותו אדם ללא הסכמתו או שהדחפים המיניים או הפנטזיות גורמים לו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- האדם החווה את העוררות המינית ו/או פועל עפ"י הדחפים הוא בן 18 לפחות.

- ההנאה המינית נובעת מהיעדר השליטה/חוסר האונים של הקורבן והיעדר ידיעת הקורבן שצופים בו.
- קו-מורבידיות: אקסהיביציוניזם, סאדו-מזוכיזם, פטישיזם טרנסווסטיטי. (בעיקר גברים צעירים).
- אופני הפעולה: הצצה ללא הסכמה על נשים מתפשטות או בזוגות מקיימים יחסי מין. לעתים בליווי אוננות.
- התפתחות הפרעה: צפייה מעוררת מינית, מסתורין מגביר סקרנות, בשילוב ביישנות וחשש מטרומה ודחייה.
- הבנה פסיכולוגית: סיפוק תחושות פיזיות, עוצמה ושליטה סודית על קורבן שאינו מודע למעשיו.
- מציצנות הינה הפעילות המינית הלא חוקית השכיחה ביותר (מלווה לרוב בצריכת פורנו ובאוננות מוגברת).
- בדרך כלל מציצנות אינה כוללת התנהגות פלילית/אנטי-חברתית חמורה ונבלמת בשל חשש להיתפס/אתיקה.

### הפרעת מזוכיזם מיני

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מהיותו של האדם מושפל, מוכה או קשור או שנגרם לו סבל בדרך אחרת כלשהי המתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
- הפנטזיות, הדחפים המיניים או ההתנהגויות גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- מקור השם: הסופר לאופולד פון זאכר-מאזוך, שהדמויות בספריו מפיקות הנאה משליטה ומכאב עצמי.
- מערכות יחסים סאדו-מזוכיסטיות עם "אדון" ו"עבד" אין נדירות, אלא שיש בהן גבולות ברורים והסכמה. ההבדל בין מערכות יחסים כאלה למזוכיזם מיני: המוטיבציה- הנאה ועונג למול כאב וסבל.
- מזוכיזם שכיח יותר מסאדיזם, והוא קיים בקרב גברים ונשים כאחד.
- הסבר פסיכולוגי: שחזור טראומות מיניות (אונס/התעללות מינית), הזדהות עם התוקף/הקורבן.
- פעילויות של כפיתה והענשה מתקיימות במועדני סאדו-מאזו (נשים "דומינטריות", בגדי עור, הצלפות).
- חשוב ... צורות קיצוניות של מזוכיזם: אספיקסיה אוטו-ארוטית (עירור מיני מחניקה עצמית), גורם למקרי מוות.

### הפרעת סדיזם מיני

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מסבלו הגופני או הפסיכולוגי של אדם אחר המתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
- האדם פועל עפ"י דחפים מיניים אלה כלפי אותו אדם ללא הסכמתו או שהפנטזיות או הדחפים המיניים גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- מקור השם: המרקז דה-סאד. כפה התנהגות אכזרית על קורבנותיו לשם מטרותיו המיניות. לבסוף אושפז.
- פנטזיות סדיסטיות כוללות תמות של שליטה, מרות והשפלה, וכן דפוס של "כפיתה והענשה" שכולל קשירת אדם, הכאתו, הלקאתו לשם הגברת הריגוש המיני. לרוב הפעילות נעשית בהסכמה ללא נזק פיזי ברור.
- תת-תרבויות של אנשים הנהנים מסאדו-מאזו. יש להבחין בין עניין חולף/מזדמן לבין סדיזם מיני כסטייה.
- בסקרים עולה: 5%-15% מהגברים ומהנשים נהנים מפעולות סאדו-מזוכיסטיות מדי פעם.

- מיעוט קטן של גברים נהנים מכפיית פעולות מיניות סדיסטיות ללא הסכמה הגורמות נזק חמור וקטלני.

### הפרעת סדיזם מיני קיצוני

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, עוררות מינית עזה וחוזרת הנובעת מסבלו הגופני או הפסיכולוגי של אדם אחר המתבטאת בפנטזיות, בדחפים או בהתנהגויות.
- האדם פועל עפ"י דחפים מיניים אלה כלפי אותו אדם ללא הסכמתו או שהפנטזיות או הדחפים המיניים גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- הפעולות הסדיסטיות מובילות ליחסי מין ממש, או שהן מסתיימות ביחסי מין. לעתים, הסיפוק המיני מושג מהמעשה הסדיסטי (חיתוך, מכות, הצלפות, נשיכות, צריבה, הטלת מום קשה ואף רצח).
- סדיזם ומזוכיזם "טהורים" ואקסקלוסיביים הם נדירים, לעתים סאדו-מאזו מתקיים באותו אדם.
- האבחנה: הקורבן אינו מסכים לפעולות המיניות הנכפות עליו, או שניכרת בהן מצוקה רבה/קשיים בין-אישיים.
- קו-מורבידיות: הפרעת אישיות נרקיסיסטית, אנטי-חברתית או סכיזואידית או פסיכופתיה (אדישות לסבל).
- סדיסטים מיניים קיצוניים מעוררים מינית מההתעללות (רוצחים סדרתיים מקליטים את הרציחות ומאוננים).
- רוצחים סדרתיים סדיסטיים מיניים היו אחראים ל-149 מקרי רצח בארצות הברית ובקנדה: רובם גברים לבנים בסוף שנות ה-20/תחילת גיל 30. הרציחות נעשו עקביות, מה שמלמד על עוררות מינית מהכאב, הפחד והפאניקה של הקורבנות. התקיפות המתוכננות אפשרו לשלוט במותם ולתזמן אותו כרצונם – תחושה אלוהית של שליטה הלהיבה אותם במיוחד. 85% דיווחו על פנטזיות מיניות אלימות, 75% אספו פורנו אלים מאד.
- עדיין אין יכולת להבין את הגורמים הסיבתיים לסדיזם, אך ניתן להניח שילדות כאוטית עשויה לתרום לכך.

### הכרונופיליות: סיווג עפ"י גיל

- אינפנטופיליה: משיכה לעוללים/תינוקות.
- פדופיליה: העדפה מינית לילדים עד גיל 13 בלי סימני משיכה מיניים.
- הבפיליה: משיכה לנער/ה עם סממני מין משניים, בתחילת גיל ההתבגרות (גילאי 11-14).
- אפבופיליה: משיכה לגילאי 15-19.
- טליאופיליה: משיכה לגיל מסוים בבגרות.
- גרונוטופיליה: משיכה לזקנים/זקנות בעלי סממני זקנה.

### הפרעה פדופילית

- במהלך תקופה של 6 חודשים לפחות, פנטזיות מיניות, דחפים מיניים או התנהגויות שמערבים פעילות מינית עם ילד שטרם התבגר (ללא סממנים מיניים!) באופן אינטנסיבי חוזר ונשנה.
- הדחפים המיניים או הפנטזיות גורמים לו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לשיבושים בתפקוד החברתי או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- האדם לפחות בן 16 שנה וגדול ב-5 שנים לפחות מהילד.
- פדופיל אקסקלוסיבי: נמשך אך ורק לילדים, ולא למבוגרים/מבוגרות. לא אקסקלוסיבי: יש העדפה מינית – למבוגרת ובהיעדרה – פונה לילד/ה. יש לו ניסיון/היסטוריה מינית עם מבוגרים.



- ישנה פדופיליה המוגבלת רק לגילוי עריות בתוך המשפחה - ספציפיות: ישנה משיכה מינית לילדים או לילדות או לשני המינים גם יחד.
- ישנן גם נשים פדופיליות, גם בשיעורים נמוכים יותר (סיבה ביולוגית וסיבה חברתית).-

#### הגורמים לפדופיליה:

- תואמות רגשית עם הילד
- עוררות מינית
- חסימה ממקורות נורמטיביים
- חוסר עכבות

#### טיפולוגיה של פדופילים (Groth)

הפדופיל התוקפן	הפדופיל הנצלן	הפדופיל הנסגן (רגסיבי)	הפדופיל המקובע
נמשך לילדים ממניעים של מין ותוקפנות יחד. בעל עבר אנטי-סוציאלי. אכזרי, סדיסטי, חוטף ורוצח ילדים, מתעלל בילד. ככל שהקורבן סובל הוא נהנה יותר. מטרתו: סיפוק מיני מבלי להתחשב בקורבן. הפקת הסבל מפיקה הנאה.	רוצה לספק את צרכיו המיניים דרך הילד, מנצל את חולשתו ואת חוסר האונים לשם כך. מנסה לבודד ילד זר (לרוב בת) שנתפס בעיניו כאובייקט זמין לסיפוק צרכיו המיניים. בעל מיומנויות בין-אישיות כושלות, נוטה לדכדוך, אימפולסיבי. משתמש בכוח כדי להכניע את הקורבן ולהשיג מטרתו.	לא אקסקלוסיבי לילדים. אוריינטציה מינית נורמלית, אך תחת נסיבות חיים או מצוקות הוא עלול לסגת לקיום יחסי מין עם ילד. לא חווים פדופיליה כחלק מזהותם, כי יש לו גם קשרים עם נשים בגילו. חשים חרטה סביב מעשיהם ולכן יותר נגישים לטיפול.	אקסקלוסיבי לילדים. לא בוגר, לא מסוגל לקיים יחסי מין עם בני גילו. עניין מיני בילדים בלבד. לא בשל לקשר רגשי עם אדם בוגר. ביישן באישיותו. יוצר קשר ראשוני עם ילד ומתחיל לפגוע. לעתים, קשור בהומוסקסואליות.

חשוב

#### עבירות מין מול סטיות מיניות

עבירות מין	סטיות מיניות
הגדרה משפטית: עבירה על ספר החוקים: <ul style="list-style-type: none"> <li>• אינוס.</li> <li>• מעשה סדום.</li> <li>• מעשה מגונה.</li> <li>• בעילה אסורה בהסכמה.</li> </ul>	הגדרה רפואית: דחפים מיניים, פנטזיות ועוררות מינית הקשורים באחד מהנ"ל: <ul style="list-style-type: none"> <li>• אובייקטים לא אנושיים.</li> <li>• סבל/השפלה.</li> <li>• פרטים שאינם משתפים פעולה מרצונם החופשי.</li> </ul>

**אונס**

**הגדרה:** עבירת מין/פעילות מינית שאדם אחד כופה על אדם אחר תוך שימוש בכוח/באימים. הקורבן תמיד אישה!

**טיפולוגיה של אנסים:**

טיפולוגיה על בסיס מידת עוינות ושליטה	טיפולוגיה על בסיס מוטיבציה	טיפולוגיה על בסיס מניע
<p><b>אונס כעס (40%):</b> המטרה - הטלת פגיעה וכאב לקורבן</p> <p><b>אונס כוח (55%):</b> המטרה - כיבוש מיני, תחושת שליטה</p> <p><b>אונס סדיסטי (5%):</b> המטרה - סיפוק עוררות מינית מהשפלה, ייסורים, עינוי וסבל של הקורבן.</p>	<p><b>אנס המתיק אגרסיה:</b> מבטא זעם על אישה אחרת.</p> <p><b>אנס מפצה:</b> האונס הוא פיצוי על חוסר סיפוק מיני/חוסר ערך</p> <p><b>אנס המערב מין ותוקפנות:</b> מוטיבציה סדיסטית</p> <p><b>אנס אימפולסיבי:</b> אונס לא מתוכנן, ניצול הזדמנות</p>	<p><b>עברייני מין אמיתי:</b> מניע מיני</p> <p><b>עברייני מין סדיסטי:</b> מניע תוקפני</p> <p><b>עברייני מין אגרסיבי:</b> האונס הוא חלק מסגנון חיים עברייני (האונס הוא עוד פשע ברשימת פשעים שהוא מבצע)</p>

חשוב

**קטגוריות נוספות של שונות מינית****דיספוריה מגדרית, הפרעות בתפקוד המיני**

דיספוריית מגדר	הפרעות בתפקוד המיני
<ul style="list-style-type: none"> <li>אי-נוחות של אדם ממאפייניו הגופניים הרלוונטיים למין או מהמין הביולוגי שלו.</li> <li>בעבר, הוגדר כ"הפרעת זהות מינית".</li> <li>לעתים מתפתח לטרנס-סקסואליות.</li> </ul>	<p><b>גברים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>הפרעת תשוקה מינית מוחלשת</li> <li>פליטת זרע מוקדמת</li> <li>פליטת זרע מעוכבת</li> </ul> <p><b>נשים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>הפרעת עניין מיני או עוררות מינית</li> <li>הפרעות כאב באיברי המין בעת החדירה</li> <li>הפרעת אורגזמה נשית</li> <li>ליקויים בתפקוד בשל שימוש בחומרים/בתרופות</li> </ul>

**מיקוד למבחן - מועד ב'**

**שאלה:** מהם הגורמים וההסברים לכל סטייה מינית?

**תשובה:** לא צריך לדעת לעומק מה הגורמים לכל סטייה. חשוב להתמקד בפטישיזם, אקסהיביציוניזם (מרביתם גברים, הקורבן היא אישה צעירה זרה), וויורזם (מציצנות)

**שאלה:** מהן הטיפולוגיות המוצעות לאונס?

**תשובה:** צריך ללמוד את הטבלה.

**שאלה:** מהי הטיפולוגיה של פדופילים ומאפייניהם?  
**תשובה:** ישנם 4 סוגים. צריך ללמוד את הטבלה.

מושגים

**אספיקסיה אוטו-אירוטית:** אנשים שנהנים מחניקה עצמית.

## פסיכוזא וסכיזופרניה

### הצצה לעולם הפסיכוטי

#### מושגי יסוד: מהי פסיכוזא?

**פסיכוזא:** מצב המאופיין בערעור ביקורת המציאות; היעדר היכולת להבדיל בין מציאות לדמיון. לחולה פסיכוטי אין תובנה למצבו.

#### תסמינים אופייניים:

- הלוצינציות: הזיות הנוגעות לחוש הראייה, השמיעה, הריח, הטעם ועוד (עיוותים בתפיסה החושית).
- דלוזיות: מחשבות שווא.
- הפרעות בהליך החשיבה.
- התנהגות ביזארית.
- דיבור בלתי מאורגן.
- התנהגות מוטורית בלתי מאורגנת במידה בולטת (כולל קטטוניה).

### מבוא למאמר

• **נושא המחקר:** מחקר שבדק את הזיקה בין אח שמתמודד עם סכיזופרניה לבין תחושת נטל סובייקטיבי ואובייקטיבי, רגשות חיוביים ושליילים, יחסי קרבה, בושה וסטיגמה וכן דרכי התמודדות של אחאי החולים.

• **משתתפי המחקר:** 52 אחאים של חולי סכיזופרניה מול 48 נבדקים שאחיהם בריאים נפשית.

• **הממצאים:** אחי הסכיזופרניים:

1. חשים כלפי האחים רגשות שליליים בעוצמה רבה יותר לעומת קבוצת הביקורת.
2. חשים תחושת נטל אובייקטיבי וסובייקטיבי.
3. מדווחים על קרבה פחותה לאחיהם ועל בושה רבה יותר ביחס אליהם.
4. רואים עצמם רגישים ונוטים למעורבות בתחומי בריאות הנפש והאמנות.

• **תשתית תיאורטית:**

1. קשר בין אחים הינו אנושי ומורכב, מהווה התנסות בהידברות, שיתוף פעולה, תחרות, אימון ופתרון בעיות.
2. יחסי אחים מאופיינים גם בחום ובתמיכה וגם בקנאה ובתחרות.
3. מחלת הסכיזופרניה משפיעה על המשפחה ועל האחים הבריאים, מערערת את שיווי המשקל המשפחתי, מעצימה קונפליקטים, מחדדת מורכבות יחסי אהבה-שנאה ומשמשת כר פורה לתחושות מצוקה.

### סקירת ספרות

#### הבסיס הגנטי של מחלת הסכיזופרניה

שכיחות מחלות נפש אצל אחאי החולים גבוהה פי שמונה משכיחותן באוכלוסייה הכללית. מהווים קבוצה בסיכון (לא בוסס מחקרית).

#### סיכונים אפשריים לאחאי החולים:

- מצוקה נפשית.
- הפרעות הסתגלות.
- סיכון גבוה להפרעת אישיות סכיזוטיפלית\*.

- מחלות פסיכוטיות.

- שימוש באלכוהול.

\*הסיכון מוגבר במיוחד אצל אחים בני אותו מין!

### הפרעת אישיות סכיזופלית

הפרעת אישיות המתאפיינת בהתנהגות מוזרה ודפוסי חשיבה הנתפסים ע"י החברה כחריגים. אנשים עם הפרעה זו מוזרים ויוצאי דופן ומאופיינים בחשיבה מאגית, מושגים מוזרים, מחשבות יחס ואשליות.

### מצוקת בני משפחתם של מתמודדי נפש

- מחלת נפש במשפחה - גורם דחק מתמשך, המתבטא בשני אופנים:
  1. נטל אובייקטיבי: לחצים מציאותיים בשל התנהגות מוזרה/אלימה כלפי בני המשפחה/רכוש, חשש מפני התאבדות, התמודדות עם מערכת בריאות הנפש, חוסר שיתוף פעולה של החולה, בעיות כספיות והפרעות לניהול תקין של הבית.
  2. נטל סובייקטיבי: רגשות קשים שמעוררת מחלת הנפש, כדוגמת פחד, כעס, חוסר אונים, צער, כאב, אובדן, קנאה, חרדה, מבוכה, אשמה. דאגה, אמפתיה והזדהות. חשש מפני הידבקות, "פחד משיגעון", הצפת סוגיות רגשיות במשפחה.
- השינויים שמחוללת המחלה אצל ההורים מולידים תחושות חוסר אונים ואשמה. האח הבריא חשוף לרגשות אשם, הוא מנוע מלהביע אכזבה ומסתיר את צרכיו להערכה ולביטחון.
- "אשמת השורד": תחושת אשמה של האח הבריא, מתגברת כשקיימים מצד ההורים רמזים להשפעה על התנהגות האח הבריא על אחיו החולה בהתפרצות המחלה.
- תהליך אבל ממושך: רמת היגון ותחושות צער ואובדן אצל בני משפחה של חולי נפש זהות לרמת יגון של משפחות שכולות!
- בשל אופי פרוגרסיבי של המחלה והפגיעה התפקודית בעקבותיה - ישנם אובדנים רבים. "אבל על אדם קרוב ואהוב שעדיין חי, אך אינו נגיש לך בשל מחלתו ומשאיר אותך בתחושת בדידות מכאיבה במיוחד".

### ביטויי השפעת המחלה על אחאי החולים:

- הקצנה בתפקוד: קשיים בלימודים ובעבודה, מחד גיסא. מאידך, יש המדווחים על שיפור בתפקוד כפיצוי למחלת האח ולמגבלותיה ("הפכתי לילד מושלם על מנת לחסוך מהוריי צער").
- בחירת תחום העיסוק: קריירה טיפולית, אולי כי המחלה חידדה רגישות, אמפתיה לזולת וסובלנות לחריגים, או בשל הצורך לפצות על תחושת חוסר אונים ואשמה.
- צמצום מגעים חברתיים: בשל חשש מפני סטיגמה, חרדה ובושה. השפעה על דפוסי התקשרות ויחסים חברתיים. פחד מדחייה, צורך להשביע רצון הזולת ולהתקבל על-ידו, קושי לבטוח בזולת ולהתקשר אליו - בעיות באינטימיות ובמחויבות.
- עזיבה פיזית: בשל המתח המשפחתי, כאב ההורים וחוסר האונים, האחים הבריאים גרים רחוק או מתנתקים רגשית.

### מנגנוני התמודדות של אחאי החולים:

- קשיים נפשיים וחברתיים רבים.
- פיתוח מערכות קשרים אחרים ופעילות חלופית (מקור לסיפוק וחיזוק תחושת עצמאות ואוטונומיה).
- מעורבות גבוהה במשפחה.
- "בריחה חיובית" (השקעה בעיסוקים כמו: אמנות, מוסיקה, קריאה ופעילות חברתית).

**דרכי התמודדות:**

- בקשת עזרה ופתרון בעיות - מפחיתות תחושות נטל ודחק.
- הימנעות - סיוע להתמודדות.

**שיטה**

**מטרת המחקר המרכזית:** בחינת השפעת מחלת הסכיזופרניה על אחאי החולים.

**השערות המחקר:**

- נטל אובייקטיבי וסובייקטיבי גבוה יותר.
- רמה גבוהה של רגשות שליליים ורמה נמוכה יותר של רגשות חיוביים כלפי החולה.
- נכונות פחותה להיחשף ותחושת בושה גבוהה יותר.
- הימנעות גבוהה יותר מקשרים חברתיים, נטייה גבוהה לבקש עזרה ולפתור בעיות.
- מעורבות חברתית, פוליטית, אמנותית ובתחום בריאות הנפש.

**המדגם:**

- קבוצת המחקר: 52 אחאים של חולי סכיזופרניה.
- קבוצת ביקורת: 48 נבדקים שאחיהם בריאים נפשית (התאמה בגיל, מין, מצב אישי, השכלה ועיסוק).
- גיל: 18-50, מגדר: 68% נשים, 32% גברים. סטטוס אישי: 40% נשואים, 10% גרושים, רובם לא גרים עם ההורים והאחים.
- (הבדל: בקבוצת המחקר 16.3% גרו עם ההורים ובקבוצת הביקורת רק 6.5%).

**כלי המחקר**

- שאלון BAS: בחינת נטל אובייקטיבי (דרישות יומיומיות הקשורות בחולה) ונטל סובייקטיבי (תחושות שליליות, כמו כעס, דחייה, דיכאון וחוסר אונים בשל האחריות לחולה).
- שאלון רגשות: הערכת עוצמת הרגשות החיוביים (חיבה/דאגה/הזדהות) והשליליים (קנאה/עצב) כלפי החולה.
- שאלון קשרי אחים: הערכת דרגת הקשר עם האחים ממספר היבטים: היחס לאח לפני המחלה ואחריה, עוצמת תחושת הקרבה לאח, הקשר להורים בצל המחלה ושכיחות המפגש עם האח.
- שאלון אינטראקציה של האח עם הסביבה: מוכנות לחשיפת המחלה בפני סביבה קרובה והשפעת מחלת האח על קשרים חברתיים ולתחושת בושה.
- שאלון בחינת התמודדות עם מצב לחץ מתמשך: דרכי התמודדות לטיפול בבן משפחה הסובל ממחלת נפש: בקשת עזרה, הימנעות ופתרון בעיות.
- שאלון משמעות חיים: מעורבות בלימודים, עבודה, מעורבות חברתית/פוליטית/בתחום בריאות הנפש, אמנות או התמכרות לסמים ולאכזוהול. חיזוק ופיתוח יכולות (רגישות לזולת ויכולת ניהול קונפליקטים), בחירת עבודה, הקמת משפחה.
- שאלון פרטים סוציו-דמוגרפיים: גיל, מין, מצב משפחתי, מס' ילדים במשפחת המוצא, עיסוק והשכלה.

**הליך המחקר**

- איתור אחאי החולים נעשה בשלוש דרכים:
- פנייה לחברי אנוש במועדונים/מערך דיור מוגן.
- פנייה להורי החולים, אותרו ע"י מרכזי ייעוץ/תמיכה למשפחות.
- פרסום ישיר שחשף אוכלוסיית אחים שלא מוכרת לשירותי הטיפול.
- \* אותרו 58 אחים, 6 סירבו < 52 נבדקים.

**איתור קבוצת הביקורת:**

- באמצעות אחאי החולים שהתבקשו לאתר חבר הדומה במאפיינים חברתיים. הבעיה: סטיגמה וחשש מחשיפה.
- בחירה עפ"י מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של האחאים.
- \* איסוף הנתונים בוצע בבית הנבדק או במקום ניטרלי לפי בחירתם.

**ממצאי המחקר****השפעת מחלת הסכיזופרניה על אחאי החולים**

- תחושות נטל אובייקטיבי ונטל סובייקטיבי גבוהות יותר אצל אחי החולים.
- רגשות שליליים (חוסר אונים, עצב, רחמים, דאגה, כעס, אכזבה, חשדנות, אשם, חשש מדמיון, עוינות, בושה) גבוהים יותר כלפי חולי הסכיזופרניה. קבוצת הביקורת דיווחו על קנאה, הערצה, הזדהות ואמפתיה. לגבי מסירות- אין הבדל.
- קשר עם האחאים: לאחי החולים הייתה ירידה בקשר מאז תחילת המחלה (בקבוצת הביקורת- עלייה בקשר עם האח בתקופת הבררות). למעלה מ-95% מקבוצת הביקורת העידו על קשר קרוב לאחיהם, לעומת 42.5% מאחי החולים! לגבי שכיחות המפגשים: שכיחות בינונית (פעם בשבוע/בשבועיים) בשתי הקבוצות. בקבוצת הביקורת- קרבה רבה יותר להורים מאשר בקבוצת אחי החולים.
- אינטראקציה עם הסביבה: נכונות נמוכה לחשיפה אישית ובושה עזה יותר אצל אחי החולים.
- דרכי התמודדות: אחי החולים נטו לפתרון בעיות. אין הבדל לגבי בקשת עזרה והימנעות.
- משמעות בחיים: נטייה לעיסוק בבריאות הנפש ובאמנות בקרב אחי החולים. רגישים יותר לזולת מאשר קבוצת הביקורת.
- זיקה למשתנים סוציו-דמוגרפיים: ככל שהנבדקים משכילים יותר, הרגישו פחות נטל; ככל שמספר האחאים גדול יותר, תחושת הנטל גבוהה יותר. אין הבדל מבחינת סדר לידה. רווקים דיווחו על נטל רב יותר וחשש מאינטימיות. אחיות חשות נטל רב יותר מאשר האחאים, אך אין הבדל מגדרי בדרך התמודדות של בקשת עזרה.

**דיון****הסברים אפשריים לממצאים**

1. **תחושות נטל אובייקטיבי ונטל סובייקטיבי** גבוהות יותר אצל אחי החולים. דומה למחקרים בנוגע להתמודדות עם בן משפחה חולה אלצהיימר או פוסט-טראומה. הסבר הקשיים להשיג עזרה, לקבל אחריות על ניהול המחלה ולקיים קשר רציף עם המטפלים: "קונפליקט תפקידים": הצורך להימצא בו-זמנית גם במערכת יחסים זוגית/בקרירה/יחסים עם יתר האחאים וגם בקשר המצריך אנרגיות עם האח החולה.
2. **רגשות שליליים** (חוסר אונים, עצב, רחמים, דאגה, כעס, אכזבה, חשדנות, אשם, חשש מדמיון, עוינות, בושה) גבוהים יותר כלפי חולי הסכיזופרניה.

**הסברים:**

- נמצא גם במחקרים אחרים, לפיהם מאפייני המחלה וחוסר מודעות וידע עליה מעכבים עיבוד תהליך אבל.
- תחושות צער ואובדן משמשים מצע לדיכאון ופוגעים ביכולת להנאה, מביאים לפגיעה בתחושת השלמות הפנימית של האח הבריא בשל אובדן יחסי אובייקט עם אחיו וכן לחוסר אונים בשל מהות המחלה, תהליך ההחלמה וחוסר האונים של ההורים.
- נטיית ההורים להרחיק את האח הבריא ממעורבות והתמודדות מגבירה חוסר אונים שלו, לעתים מזנחים את האח הבריא.

- "אשמת השורד": אשמה, עצב, בושה, מועקה ופגיעה נרקסיסטית בשל היותם בריאים שמזניחים את האח החולה.
  - הסתרת הצורך בהערכה ובביטחון, בשל האשמת ההורים את האחים הבריאים על חוסר יחס לאח החולה (קנאה ותחרות).
  - יותר חוסר אונים, עצב, רחמים ודאגה מאשר אשמה, חשש מדמיון וכעס. מתירים לעצמם להביע יותר עצב על פני כעס ואשמה.
  - קבוצת הביקורת דיווחו על קנאה, הערצה, הזדהות ואמפתיה. הסבר: הזדהות היא הידבקות. קנאה מגבירה תחושת אשם. יותר קל להתייחס לקושי באמפתיה מאשר הודאה בכעס על האחים. האח הבריא הופך להיות "אח הורי".
3. **קשר עם האחים:** לאחי החולים הייתה ירידה בקשר מאז תחילת המחלה (בקבוצת הביקורת - עלייה בקשר עם האח בתקופת הברגרות). למעלה מ-95% מקבוצת הביקורת העידו על קשר קרוב לאחיהם, לעומת 42.5% מאחי החולים!
- הסבר: המרחק מהאח ומההורים מפחית את חדירת מחלת האח אל חיי האח הבריא, מונע הצפה רגשית ומאפשר בניית מרחב אוטונומי אישי.
4. **אינטראקציה עם הסביבה:** נכונות נמוכה לחשיפה אישית ובושה עזה יותר אצל אחי החולים.
- הסבר:** סטיגמה פוגעת בדימוי העצמי, חוסמת דרך ליצירת קשרים חברתיים ופוגעת ביחסי המשפחה. הבושה והמבוכה עוצרות מבעדם לשתף את הזולת בקשייהם. האחאים הופכים לקורבן שניוני של המחלה.
5. **דרכי התמודדות:** אחי החולים נטו לפתרון בעיות. הסבר: פתרון בעיות מסייע ללחץ ולהתמודדות עם דיכאון. אין הבדל לגבי בקשת עזרה והימנעות. הסבר: עצם ההסכמה להשתתף במחקר מצביע על נטייה שלא להשתמש בהימנעות.
6. **משמעות בחיים:** נטייה לעיסוק בבריאות הנפש ובאמנות בקרב אחי החולים. הסבר: "בריחה חיובית", שנובעת מהרצון לפיצוי רגשי על תחושת חוסר אונים הנוגע להתמודדות עם מחלת האח. רגישים יותר לזולת מאשר קבוצת הביקורת.
- הסברים:**
- התמודדות עם המחלה הביאה לצמיחת כוחות ייחודיים, כמו אמפתיה, רגישות לזולת, צורך בהישג, יצירתיות, אסרטיביות, עצמאות וביטחון עצמי (כוחות שהובילו גם לעיסוק בבריאות הנפש כמטפלים בעצמם).
  - בחירת המקצוע נובעת מכישוריו ומכוחותיו של האח ולא דווקא מהצורך לפיצוי רגשי.
7. **זיקה למשתנים סוציו-דמוגרפיים:**
- אחיות דיווחו יותר על נטל סובייקטיבי מאשר האחים. הסבר: גישות מגדריות - הבדלים מגדריים בביטוי רגשי (מודעות רגשית ונטייה לביטוי רגשי רב). אחיות מודעות יותר לתהליכים רגשיים של האח החולה, בשל כך הן משמשות משענת, תמיכה והכלה רגשית להורים ולאח החולה, מה שמגביר אצלן את הנטל הסובייקטיבי.
  - לא נמצא הבדל מגדרי בדרכי ההתמודדות. הסבר: דרך ההתמודדות נקבעת לפי תוכני התפקיד ומוקדי הלחץ הטמונים בו.
  - דמיון בדרך ההתמודדות. הסבר: נובע מהסטיגמה והבושה שבמחלה. למרות הסוציאליזציה בעטיה נשים מכוונות לבקש עזרה, נטייה טבעית זו נחסמת בשל אופי המחלה וההתייחסות החברתית אליה.
  - רווקים דיווחו יותר על נטל אובייקטיבי.
- הסברים:**



- רווקים נוטים להישאר בבית ההורים עם האח החולה, וכשההורים מזדקנים הם נוטים לשאת באחריות רבה יותר ולשאת יותר תפקידים. סמיכות להורים מגבירה נטל (משענת להורים) ומפחיתה אוטונומיה ואינדיבידואליזם.
- אחים נשואים שקועים בזוגיות ונדרשים פחות לסייע.
- רווקים חוששים יותר מאינטימיות (בשתי קבוצות המחקר!). הסבר: אין הבדל בשל התמודדות עם האח החולה.
- ככל שרמת ההשכלה גבוהה יותר, הנטל האובייקטיבי והסובייקטיבי קטן יותר.

#### הסברים:

- נגישות למידע, שהוא מקור להקלה בתחושות נטל וחרדה. היכרות עם תופעת המחלה עוזרת לאח לקבל את המחלה בהבנה ובאמפתיה, להפריד בינו לבין המחלה, להפחית רגשות כעס ואשם ולהתמודד ביעילות עם אתגרי היום-יום.
- לימודים משמשים מקור להסחה חברתית (פיתוח קשרים מחוץ למשפחה, פעילויות חברתיות) <- עצמאות ואוטונומיה.
- ככל שמספר האחאים גדול יותר, תחושת הנטל גבוהה יותר. בניגוד למחקרים קודמים שטענו כי ככל שמספר האחאים קטן יותר היחסים אינטנסיביים ומסוכסכים יותר, וככל שמספר האחאים גדל - יחסי הקונפליקט מתמתנים.

#### הסברים:

- התמודדות עם מחלת נפש מביאה את המשפחה למצב של "התמזגות", הגבולות בין בני המשפחה דיפוזיים יותר ולכן לא מאפשרים אוטונומיה אישית.
- ככל שמספר האחאים גדול יותר, תחושת הדיפוזיה וחוסר האפשרות לדיפרנציאציה גבוהה יותר ותחושת הנטל גבוהה יותר. ללא שיתוף פעולה במשפחה, מרבית האחיים יתרחקו ואת הנטל יישא אח אחד (כנראה הרווק).

## סיכום המאמר

### מגבלות המחקר:

- מדגם קטן ולא אקראי.
- שאלונים סטנדרטיים לדיווח עצמי.
- נושא בעל רגישות רבה, נטייה לרצייה חברתית.

### ניסיון להתמודד עם המגבלות:

- כלי מחקר בעלי תכונות פסיכומטריות, עובדת סוציאלית, ראיון באווירה נינוחה ופתוחה.

### המלצות להמשך:

- לראות במחקר זה מחקר חלוץ ולהמשיך למחקרים רחבי היקף ופרוספקטיביים.

### סיכום ומסקנות:

- אחאי החולים הופכים לקורבנות משניים, לכן יש להקדיש תשומת לב מקצועית ולתת מידע על המחלה כדי להפחית חרדה, אשמה, בושה ופחד מסטיגמה.
- טיפול משפחתי יכוון לעיבוד משמעויות מפחידות, כמו פחד מתורשה ומשיגעון, תחושות אשמה ואובדן.
- התערבות טיפולית: עידוד למעורבות וקרבה, תוך שמירה על נבדלות, "הסחה חברתית" תוביל להתפתחות אישית וכן לחידוד רגישות ואמפתיה כלפי האח החולה.

**מיקוד למבחן - מועד ב'****שאלה:** באיזה אופן בא לידי ביטוי הבסיס הגנטי של מחלת הסכיזופרניה?**תשובה:** יש 5 השפעות שמתבטאות בבסיס הגנטי של הסכיזופרניה

1. מצוקה נפשית
2. הפרעת הסתגלות
3. סיכון גבוה להפרעת הסתגלות סכיזוטיפלית
4. מחלות פסיכוטיות
5. שימוש באלכוהול

**שאלה:** מהם ממצאי המחקר וכיצד ניתן להסביר אותם?**תשובה:**

בנוגע לאחאי החולים

1. היה להם נטל אובייקטיבי וסובייקטיבי
2. היו להם רגשות שליליים
3. היתה להם ירידה בקשר עם האחים מתחילת המחלה
4. היתה להם נכונות נמוכה לחשיפה אישית (חשו המון בושה, לא רצו לחשוף את העובדה שיש להם אח חולה

בנוגע למשתנים הסיוציו-דמוגרפים - מי שחווה יותר נטל היו:

1. אלו שהיו פחות משכילים מבין האחים
2. אלו שבאו ממשפחות ברוכות ילדים
3. הרווקים שבהם
4. נשים הרגישו יותר נטל מגברים

**מושגים:**

1. הפרעת אישיות סכיזוטיפלית
2. בריחה חיובית - לברוח לעיסוקים חיוביים (מוסיקה, אמנות)
3. הימנעות - לא להתקרב למחלה, לאח
4. קונפליקט תפקידים - הצורך להמציא בזוגיות, בעבודה, במשפחה, בחברה, ובמקביל להמצאת בקשר עם האח מתמודד הנפש.
5. אשמת השורד - תחושת עצב, כעס, מועקה, אשמה על כך שהאח הבריא השאיר מאחור את האח החולה
6. אח הורי - אח שהפך בעל כורחו כמי שמתפקד כהורה.