

CBT - טיפול קוגניטיבי התנהגותי

כשאתה משנה את הצורה שבה אתה מסתכל על הדברים
הדברים שאתה מסתכל עליהם משתנים

יוני יושע

פסיכותרפיסט קוגניטיבי התנהגותי CBT

מטפל בעזרת בעלי חיים

מהו טיפול קוגניטיבי התנהגותי ?

▶ *** הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי נועד להפחית מצוקה נפשית .**

▶ **טיפול קצר מועד .**

▶ *** הוא מבסס הפחתה זו על התנהגות (מערכת הפעולות והמנהגים היום-יומיים).**

▶ *** הוא מבוסס על קוגניציה - מחשבות , תפיסות, אמונות והחלטות .**

▶ *** הפגישות הטיפוליות נוטות להיות מכוונות מטרה ובעלות מטרות מדידות מוגדרות מראש, ולנקוט הליכים שיטתיים המוגבלים בזמן .**

▶ *** גישה זו מאבחנת בעיות נפש לפי קריטריונים מדידים ומגדירה את הצלחת הטיפול לפי שינויים שחלים במדדים אלו .**

▶ *** מכיוון שהגישה שמה דגש על התנהגות המטופל, על מחשבותיו ועל אמונותיו, היא הולמת את התפיסה שרואה במטופל שותף פעיל לתהליך.**

רקע על הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי

***המושג טיפול קוגניטיבי התנהגותי כולל סוגים רבים של טיפולים ומסורות טיפול .**

***תאוריית הלמידה של פאבלוב (Pavlov 1927),תורנדייק (Thorndike 1931) וסקינר (Skinner 1953) .**

***יישומים קליניים ישירים של עקרונות התנהגותיים לתאוריה קלינית פיתחו לראשונה מורר (Mowrer 1952)**

ווטסון וריינר (Rayner & Watson 1920) ומאוחר יותר וולפה (Wolpe 1952).

***השילוב העיקרי של המושגים הקוגניטיביים ושל הטיפול ההתנהגותי התבסס על הצעותיהם של אליס (Ellis 1962) ושל בק (Beck 1976).**

***בבסיס כל הגישות של הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי בהפרעות נפשיות עומדת התפיסה, שהפסיכופתולוגיה כוללת אסוציאציות בלתי מסתגלות (דיספונקציונליות) הנעות בין התנהגויות, מחשבות ורגשות.**

אהרון בק

בק אהרון - Beck Aaron

אהרון בק, הנו פסיכיאטר וכמו כן פסיכואנליטיקאי שפיתח את אחד המודלים הקוגניטיביים המובילים לטיפול במקרי דיכאון לסוגיו.

נולד כבן שלישי לאם שסבלה מדיכאון, בעקבות פטירת הפתאומית של בתה היחידה שנתיים לפני כן.

אמו של אהרון נשארה בדיכאון ברמה כזו או אחרת לאורך כל חייה, אך מצבה השתפר בצורה ניכרת עם לידתו של בנה הצעיר.

אהרון בק נהג להתבדח שייעודו כמטפל בדיכאון נקבע עם יציאתו לאוויר העולם, אחרי שהצליח לרפא את אמו מהדיכאון שלה בזכות לידתו.

אהרון ט. בק נולד בשנת 1921 ברוד-איילנד שבארה"ב, כילד הצעיר מבין 3 לשני הורים יהודים שהיגרו לארה"ב מרוסיה.

2 אחים נוספים נפטרו כשהיו תינוקות, ופטירתה של הצעירה שבהן, ביאטריס, הכניסה את אמו של בק לדיכאון קשה, ממנו סבלה ברמה כזו או אחרת לאורך כל חייה. בגיל 8 סבל אהרון הצעיר מהרעלת דם חמורה, הרופאים הודיעו להוריו כי סיכוייו לשרוד קלושים אך אמו קבעה נחרצות "בני לא ימות!", ואכן, הוא נלחם במחלה והצליח להירפא לחלוטין.

למרות שפיגר בלימודים בשל מחלתו, הצליח אהרון להדביק את הפער ובמהרה הפך לאחד התלמידים המבריקים בכיתתו. לצד המוטיבציה והאינטליגנציה הגבוהות שלו, סבל בק לאורך ילדותו ומרבית חייו הבוגרים מסוגים שונים של חרדות ובפרט סוגי פוביה ספציפית כגון פחד גבהים, פוביה ממנהרות ופוביה מדם, שעל חלקן התגבר דרך טיפול עצמי באמצעות טכניקה של הקהייה שיטתית.

ההנחה הבסיסית של בק הינה שקשיים פסיכולוגיים הינם תולדה של מחשבות אוטומטיות שליליות, הנחות יסוד של תפקוד לקוי וראיה שלילית של העצמי.

המחשבות האוטומטיות מתחלקות לשלוש קטגוריות, ועל כן זכו להגדרה הטריאדה (המשולש) הקוגניטיבי: ראייה את עצמי ככשלון, ראייה את העולם כעוין ומדכא וראייה של העתיד כחסר תקווה. מחשבות אלו, המכונות בקיצור מא"ש (מחשבות אוטומטיות שליליות), עומדות בבסיס התפיסה העצמית והחברתית של האדם המדוכא ומשמרות את הדיכאון בכך שהן משאירות אותו במצב של ייאוש וחוסר יכולת. הן טבעיות עבור האדם המדוכא, ולכן קשות לזיהוי. כמו כן, הן אוטומטיות ובלתי רצוניות, ולכן קשות לשליטה ולשינוי.

מקור המחשבות האוטומטיות השליליות הוא בהטיות חשיבה, כגון התייחסות למאפיינים השליליים בלבד של מאורעות בחיים, תוך התעלמות מהמאפיינים החיוביים שלהם. המחשבות השליליות מחזקות בעיניי האדם המדוכא את הרלוונטיות של הטיות החשיבה, וכך נוצר מעגל שלילי שממשיך ומחזק את עצמו.

מהו טיפול קוגניטיבי?

מה זה טיפול קוגניטיבי?

“קוגניציה” פירושה הכרה; ובהתאם- טיפול קוגניטיבי הוא טיפול הכרתי, כלומר, טיפול המתמקד בדרכי חשיבה וחותר לשנות את האופן בו אנו חווים דברים- באמצעות זיהוי המחשבות הבעייתיות שחולפות לנו בראש בעיצומן של חוויות או בסמוך להן, שינוי הפירוש שאנו מעניקים למחשבות הללו, והחלפתן במחשבות ותובנות אשר מעצימות המשרתות אותנו- ובכך, למנוע את המצוקה והתגובות הקשות המתלוות לרוב למחשבות בעייתיות מסוג זה.

טיפול קוגניטיבי מבוסס על הנחת היסוד החשובה שהתגובות שלנו למה שמתרחש סביבנו מבוססות על תכנים מחשבתיים פנימיים של כל אחד מאיתנו, עליהם ניתן להשפיע ואותם ניתן לשנות, גם אם המצב החיצוני לא משתנה.

השיטה עושה שימוש בכלים קוגניטיביים- באמצעות שיחה, יסייע המטפל לזהות את התכנים הפנימיים הבעייתיים שנבנו במהלך חייו של המטופל; המבוססים בעיקר על פחדים וחוויות עבר ולא על המציאות האובייקטיבית, בחינת הפרשנות והתגובות שלו, וניתוחם באופן שיאפשר תיקון המחשבה בזמן אמת, דרך פירוש מאוזן ומותאם יותר.

אליס נולד בשנת 1913 בפיטסבורג, פנסילבניה, הבכור מבין שלושת ילדיהם של הטי והנרי אליס.

כאשר היה בן 4 משפחתו עברה לעיר ניו יורק, שם חי כל חייו. אביו היה איש שיווק שנעדר מהבית לתקופות ארוכות. כאשר אביו היה בבית, אליס מתאר אותו כאדם אשר היה מרוכז בענייניו ובילה עם ילדיו מספר דקות ביום.

הוריו של אליס התגרשו כאשר היה בן 12, ומאז אביו שמר על קשר רופף עם ילדיו ותמך כלכלית במשפחה במידה מועטה. לדברי אליס, אמו אף היא הייתה מרוכזת בחייה האישיים ולא הקדישה תשומת לב משמעותית לילדיה או למטלות משק הבית.

נוסף להזנחה ההורית שאליס חווה, הוא גם היה ילד חולני שסבל מנפריטיס, אושפז לעתים קרובות לתקופות ארוכות ולא הורשה להשתתף במשחקי ילדים.

בעת שהיה מאושפז לעתים עברו שבועות מבלי שהוריו ביקרו אותו.

אליס מתאר את עצמו כילד ביישן ומופנם אשר נמנע ממצבים חברתיים דוגמת הצגות בית הספר ויצירת קשר עם בנות המין השני.

לאור ההגבלה לשחק במשחקי ילדות, אליס גילה התעניינות בפעילות אינטלקטואלית, ועד גיל 8 הוא קרא את כל כרכי האנציקלופדיה אשר היו ברשות משפחתו.

אליס סבר כי הנסיבות הקשות של ילדותו תרמו לכך שהפך לפותר-בעיות נחוש ויעיל והשתמש בכישרון האינטלקטואלי שלו למצוא דרכים להפיק את המיטב מנסיבות חיים קשות במקום להיכנע למצוקה רגשית.

בשנת 1942 החל אליס ללמוד באוניברסיטת קולומביה, השלים תואר שני בפסיכולוגיה קלינית תוך שנה, והמשיך ללימודי הדוקטורט.

נושא המחקר שלו היה תחילה רגשות האהבה של סטודנטיות באוניברסיטה.

לאור התנגדות המרצים לנושא השנוי במחלוקת, אליס נטש את המחקר שלו והשלים את עבודת הדוקטורט שלו בנושא השוואה בין שימוש בניסוח ישיר וניסוח לא ישיר בכתובת שאלוני אישיות. עם זאת, הוא מצא כי המחקר והכתיבה אודות שאלוני אישיות אינם מעניינים אותו, ונושאים של מין, אהבה ופסיכותרפיה חזרו להיות מוקד עיסוקו.

אליס החל את דרכו כמטפל בקליניקה פרטית קטנה ב-1943, לאחר שקיבל את התואר השני בפסיכולוגיה קלינית. לאחר שקיבל את הדוקטורט, התמנה לתפקיד פסיכולוג קליני בכיר במרפאה לבריאות נפש.

באותה תקופה אליס כבר פרסם מספר מאמרים בנושא מין ומבחני אישיות. בשנת 1949 התמנה אליס לפסיכולוג הראשי של מרכז האבחון בניו ג'רזי, וכעבור שנה קודם. עד סוף שנות ה-50 אליס פרסם 46 מאמרים וכתב ספר בשם "הפולקלור של מין".

מהו טיפול התנהגותי ?

מה זה טיפול התנהגותי?

טיפול התנהגותי חותר לשינוי דפוסי ההתנהגות המזיקים שלנו- חיזוקן של ההתנהגויות המועילות, והכחדתן של ההתנהגויות שאינן משרתות אותנו, מזיקות ופוגעות באיכות החיים ובתפקוד היומיומי,

והחלפתן בדפוסי התנהגות חדשים, פרודוקטיביים ומותאמים למציאות.

דפוסי התנהגות בעייתיים הם דפוסים המובילים למצבים שמעוררים חרדה ולעומתם, הימנעות ממצבים נורמטיביים בשל חרדה או פוביות שונות, דפוסים אלו עלולים לפגוע באיכות חייו של המטופל ולהפריע לו בניהול אורח חיים תקין.

הטיפול ההתנהגותי מבוסס על התיאוריה הביהביוריסטית שעקרונותיה המנחים הן התניות (התניה קלאסית והתניה אופרנטית) וגורס כי דפוסי התנהגות מעוותים או מזיקים הם, בין היתר, תולדה של הרגלי חיים לא נכונים וחוויות אישיות, רגשיות וסביבתיות, שמקורן בעבר שלנו.

ראוי להדגיש כי התיאוריה הפסיכולוגית העומדת בבסיס הטיפול ההתנהגותי מותאמת למציאות המודרנית וגמישה יותר מהתיאוריה הביהביוריסטית ה"קלאסית".

במסגרת טיפול התנהגותי משתמש המטפל במגוון טכניקות כגון "טיפול בחשיפה", במסגרתו נחשף המטופל, בהדרגה ובפיקוח המטפל, למצבים אשר זוהו אצלו כמעוררי חרדה. המטופל מקבל כלים כדי ללמוד לשלוט בחרדה ולהתמודד עם המצבים המובילים אליה (תרגילי חשיבה, תרגול נשימות, הרפיה ועוד). הטיפול הוא הדרגתי ומותאם ליכולתו האישית של המטופל.

החלק ההתנהגותי בטיפול הוא למעשה יישום מעשי של החלק הקוגניטיבי – ההתמודדות בפועל עם סיטואציות אמיתיות בחיי היום יום של המטופל.

סיכום - CBT טיפול קוגניטיבי התנהגותי

מהו טיפול קוגניטיבי התנהגותי

רובנו חווים מחשבות שליליות כגון: "אני לא מספיק שווה", "אני לא מסוגל להתמודד", "משהו רע יקרה" ועוד. למחשבות אלה יש נטייה להתגבר בתקופות של חוסר וודאות או חוסר שליטה, אז אנחנו רגישים וחסרי בטחון במיוחד, ולגרום לנו דחף לברוח או להימנע מהמצב ה"מאיים".

חוויה מסוג זה כאשר היא מתרחשת בתדירות נמוכה, היא טבעית לחלוטין ואינה פוגמת באיכות החיים.

אולם, אנשים שסובלים מחוסר בטחון, ושהפנימו חוויות קשות שעברו כתחושה כללית של חוסר ערך או יכולת, נוטים לסבול מחוויה חוזרת ונשנית של תסריטים שליליים, חרדה גבוהה, תחושות גופניות לא נעימות ורצון כללי להימנע ממצבים של חוסר שליטה או חוסר וודאות. וכך, לרוב, אנשים הסובלים מחוסר בטחון יסבלו גם מחרדה (חרדה כללית, התקפי פאניקה), דיכאון או רצון להיות בשליטה תמידית כדי לא לחוות את המצוקה (פוביה, OCD, פוסט-טראומה, הפרעות אכילה, וכו').

מהו טיפול קוגניטיבי התנהגותי?

טיפול קוגניטיבי- התנהגותי (CBT) מבוסס על שילוב בין טיפול קוגניטיבי וטיפול התנהגותי.

הטיפול מבוסס על הרעיון לפיו על מנת ליצור שינוי אצל המטופל, יש צורך בשינוי תפיסת המציאות (כפי שמקובל בטיפול קוגניטיבי) לצד צורך בלמידה ותרגול של התנהגויות חדשות (כפי שמקובל בטיפול התנהגותי) ולמעשה, מנסה ליצור שינוי בדפוסי החשיבה (קוגניציה) במקביל לשינוי דרך הפעולה (התנהגות).

CBT הינו טיפול קצר מועד, המתמקד ב"כאן ועכשיו" – קשיים, מצוקות ודפוסי חשיבה והתנהגות בעייתיים שגורמים להפרעות רגשיות- בשונה מהתמקדות באירועי עבר וניתוח המשמעות שלהם, כפי שנהוג בטיפול דינאמי. CBT עוזר לפתח דפוסי בריאים דרך תרגול מטלות טיפוליות שמטרתן הגברת הביטחון העצמי, הפחתת הצורך בשליטה ופרפקציוניזם, הפחתת מחשבות מעוותות ומטרידות והחזרת תדירות ועוצמת הרגשות הלא נעימים לרמה נורמטיבית.

טיפול CBT ממוצע אורך בין 3 ל- 6 חודשים.

יתרונות הטיפול הקוגניטיבי ההתנהגותי

מה היתרונות של שיטת טיפול קוגניטיבית- התנהגותית?

לטיפול CBT מספר יתרונות יחסיים שהופכים אותו אפקטיבי יותר מטיפול דינמי או שיטות טיפול פסיכולוגיות אחרות:

טיפול קצר מועד – בעוד טיפולים פסיכולוגיים, כדוגמת טיפול פסיכואנליטי מסורתי, נזכרים בעבר ובנבכי הנפש של המטופל ונמשכים, בדרך כלל, מספר שנים, טיפול קוגניטיבי התנהגותי הוא טיפול קצר מועד הנמשך כשלושה עד שישה חודשים (12-20 מפגשים) בלבד.

טיפול ממוקד ומכוון מטרה – הטיפול נבנה בהתאם לבעיה ממנה סובל המטופל ולפיכך CBT נחשב יעיל ביותר בטיפול בחרדות ופוביות לסוגיהן השונים.

טיפול בשורש הבעיה – על אף היותו קצר טווח, הטיפול אינו מתמקד בסימפטומים בלבד – המטפל מסייע למטופל לזהות את דפוסי המחשבה השליליים והחליפם כלומר, הטיפול מאתר ומסייע במיגור הגורמים לבעיה והסימפטומים הנלווים.

כלים פרקטיים – במהלך הטיפול מקבל המטופל כלים פרקטיים להתמודדות מעשית עם אותן מחשבות שליליות ודפוסי התנהגות מעוותים, שפגעו בו בעבר. כך לדוגמה, אם המטופל סובל מחרדה חברתית, הוא ילמד תרגילי הרפיה וטכניקות תרגול להתמודדות עם דפוסי החשיבה, שגורמים לו להימנע מאינטראקציה חברתית קונסטרוקטיבית. כמו כן, יקבל המטופל כלים להתמודדות בפועל עם סיטואציות חברתיות.

תוצאות ארוכות טווח – ההתמקדות בשורש הבעיה, הכלים היישומיים שהמטופל מקבל והטכניקות שמתרגל, יסייעו למטופל להתמודד בהצלחה עם סיטואציות או בעיות דומות בהן עלול להתקל בעתיד. בנוסף, הישגי הטיפול יעניקו לו ביטחון עצמי, שיאפשר לו לשנות את דפוסי החשיבה וההתנהגות, גם בעתיד הרחוק יותר.

אקטיביות המטופל – בחלק ההתנהגותי של הטיפול נשלח המטופל הביתה עם "שיעורי בית" - מטלות שונות, אקטיביות או חשיבתיות, לביצוע בסביבתו הטבעית. עובדה זו מסייעת למטופל להפנים את הטיפול, לשנות את דפוסי החשיבה וההתנהגות, ליישם אותם הלכה למעשה בהתנהלות היומיומית, ולהעריך במדויק את ההישגים שרכש.

שיטת טיפול מובנית – השיטה מבוססת על שלבים ברורים מראש, יש לה יעדים ברורים על ציר זמן מוגדר יחסית. כל זאת, כמובן, תחת בחינה מתמדת של ההשערות והיעדים, במטרה לוודא שהטיפול אכן מתנהל בכיוון ובקצב הנכונים.

ניתן למדידה ולכימות – יתרון בולט של טיפול CBT בהשוואה לטיפולים פסיכולוגיים בכלל וטיפול דינאמי בפרט, הוא העובדה שניתן למדוד ולכמת את תוצאותיו. לדוגמה – בטיפול בחרדות ספציפיות (חרדה ממעלית, מעכבישים וכו') אפשר לספור את הפעמים שהמטופל התמודד בפועל עם הסיטואציה המאיימת (העז להיכנס למעלית, לגעת בעכביש וכו')

במה ניתן לטפל בטיפול קוגניטיבי התנהגותי ?

- חרדה
- פוביות ספציפיות (למשל פחד מנהיגה)
- חרדה חברתית – כולל פחד קהל
- התקפי פאניקה
- אגורפוביה
- הפרעות אכילה (למשל אנורקסיה, בולמיה, התקפי זלילה)
- אובססיביות/כפייתיות (OCD) – כולל היפוכונדריה, טריכוטילומניה
- פוסט-טראומה (PTSD)
- דיכאון
- שינה
- כאב כרוני
- בעיות קשב וריכוז (ADD/ADHD)
- בעיות ביחסים (למשל בזוגיות או עם ילדים)

"תשלוט במוח שלך או שהוא ישלוט בך." – בודהה

הפסקה



אבחון על פי ה DSM-V

כאשר אנחנו מדברים על הפרעות נפשיות, אנחנו מדברים על שלושה מאפיינים (שיהיו המרכיבים המרכזיים בשיח שלנו):

- התמונה הקלינית של ההפרעות- סימפטומים

- סיבות אפשריות של הפרעות נפשיות

- התייחסות טיפולית להפרעות נפשיות

פסיכופתולוגיה היא גישה המדעית המתבססת על המחקר המדעי והמציאות המדעית.

דבר נוסף שהיא מתבססת עליו הוא פתיחות לרעיונות חדשים, תחומים חדשים למחקר, עשייה מחקרית, טיפולית, זה תחום דינאמי ולכן זה כל הזמן מתפתח.

התחום האחרון הוא התייחסות לאדם מתוך ראייה אינטגרטיבית, מסתכלים על הכל: רגש, משפחה, עבר, הווה, עתיד, לא מסתכלים על האדם באופן נקודתי אלא בראייה כללית, כלומר הפסיכולוגיה היא אנושית.

א. מומחיות: הבנת המושגים שחדרו לתוך השפה באופן מדעי ומקצועי, להימנע מהדבקת תוויות.

ב. בינתחומיות: התחום של פסיכופתולוגיה משלב ומדגים את הבינתחומיות של מדעי ההתנהגות. ישנם היבטים חברתיים, סוציולוגיים, פסיכולוגיים, אנתרופולוגים והיסטוריים. המון תחומים שרלוונטיים להבנה של ההתנהגות האנושית.

ג. חריגות: ההתנהגות הפסיכופתולוגית היא חריגה, אנו רוצים להבין מדוע אנשים מתנהגים ככה.

אנו כן מסכימים לגבי המרכיבים הבסיסיים של מהות הפסיכופתולוגיה:

1. **סבל** - יכול להיות סבל של האדם עצמו שמאובחן עם הפרעה מסוימת, או סבל לסביבה/ לחברה/ למישהו. זהו אחד המרכיבים שנדיר שלא נמצא אותו אצל אדם כלשהו.

2. **חריגות** - אין הפרעה נפשית שכולם סובלים ממנה.

3. **בעיות הסתגלות** - היא מוגדרת על ידי הקושי להסתגל, לתפקד, מתפקדים אך לא לגמרי. דיסטימיה למשל = אנשים מתפקדים אך הם בדיכאון מכך.

4. **אי נוחות חברתית** - הרגשה שהאדם חריג וזה כבר מביך לסביבה, אי נוחות שמתבטאת לעיתים בכעס. כועסים על האדם שהוא חרד ומדוכא. באים אל האדם בטענות. מאשימים אותו בכך שהוא גורם לסבל שלו. התנהגות שלילית כלפי האדם שסובל. הרבה יותר קל לנו להיות אמפתיים לאורך זמן עם אנשים שסובלים במחלות פיזיות, מאשר עם אנשים שסובלים ממחלות נפשיות. אי הנוחות נוגעת גם לאדם וגם לסביבה.

יש לעשות הבחנה בין הפרעה קלינית לבין הפרעה תת קלינית

אדם שיש לו חלק מהתסמינים של ההפרעה, יש לו בעיות נפשיות, אבל הוא לא אובחן כסובל מהפרעה נפשית הוא במצוקה ואילו הפרעה במובן הקליני זו הפרעה שאובחנה,

כלומר בכדי שתהיה זו הפרעה היא חייבת להיות אבחנה קלינית.

רוב האנשים שאנו נתקלים בהם עם בעיות נפשיות הם לא בהכרח כאלו שאובחנו כסובלים מהפרעה נפשית.

DSM- תקן הזהב להגדרה

הוא מהווה מסגרת ומבנה של התייחסות לכל הפרעה שנדבר עליה.

נדבר על ההפרעות מתוך הDSM.

DSM נקרא תו תקן בגלל שלפיו אנו מודדים כל תופעה פתולוגית והאם היא עומדת בקריטריונים/ מאפיינים של התו תקן.

אנחנו משתמשים במושג קליני (חולה) – מה שאנו מגדירים כקליני זה עפ"י תו התקן, עפ"י הDSM, כלומר אנחנו מגדירים הפרעות נפש רק כשהם עומדות בקריטריונים של הDSM.

כל שאר הבעיות הנפשיות הן לא קליניות אם הן לא מופיעות בDSM אפילו אם נראה לנו שהן צריכות לראות קליניות.

מצוקה נפשית למשל היא לא הפרעה קלינית, הסבל שהמצוקות מתארות, הטיפול בהן או משך המצוקות- לא מגדיר אותן כהפרעות נפשיות קליניות.

1. אין ב-dsm הפרעות במשפחה, יש רק הפרעות אינדיבידואליות.

2. זה לא מספיק שתהיה רק הפרעה/ תופעה תפקודית--> היא מתחברת לאיזשהי תסמונת. לא מספיק שיש בעיה תפקודית היא צריכה להיות חלק מסנדרום. זו איזשהי "תמונה קלינית" של בעיות תפקודיות ברמה ההתנהגותית/ רגשית ועוד. ה-DSM אומר שצריך להיות מחיר שהוא לא בא לידי ביטוי רק בתפקוד אלא גם ב-syndrome.

3. ה-DSM עובד כאשר יש איזשהו מחיר שבא לידי ביטוי בלחץ או במגבלות.

למה אנחנו צריכים "קטלוג" של הפרעות נפשיות?

- אנחנו צריכים שפה משותפת בין אנשי המקצוע- אנשים שמטפלים באנשים שסובלים.
- זה נותן לנו אפשרות למקסם את האובייקטיביות המדעית/ הרפואית.
- ה-DSM מייצג הסכמה בין אנשי המקצוע לגבי מה שמופיע ב-dsm, זה לא שאין ויכוחים לגבי איזה הפרעות יופיעו ב-DSM ואיזה לא, אבל מה שמופיע כבר ב-DSM זה אחרי שכבר נוצרה הסכמה בין רוב אנשים המקצוע.
- עצם היכולת שלנו להגדיר את ההפרעה שממנה סובל האדם תאפשר לאיש המקצוע להבין איזה טיפול מתאים לו.
- ה-DSM לא מכיל הנחיות לטיפול/ פעולה טיפולית, הוא רק נותן תיאור סימפטומטי של ההפרעות ומתוכן יוצא להגדרה/ כותרת.
- ישנן הרבה חילוקי דעות לגבי הטיפול בהפרעות, לכל גישה יש את הטיפול שלה.

למה אנחנו צריכים את ה DSM ?

אנחנו צריכים את ה- DSM כדי לאבחן את האנשים שסובלים מבעיות נפשיות, אנחנו לא מאבחנים את האנשים עצמם אלא את ההפרעות שיש להם.

כאשר יש לנו תו תקן יש לנו סיכון לסטיגמה, ואנחנו רוצים להימנע מלגרום לאנשים לסבול לא רק מההפרעות אלא גם מהסטיגמות שמשמעותן "כתם" שגורם לחברה להתייחס בצורה לא טובה, לא שיוונית אל האדם.

ההפרעות ב- DSM הן לפעמים כ"אב טיפוס" שיש לו פרמטרים/ תכונות מסוימות אך זה יכול לבלבל, לא תמיד לאנשים שסובלים מההפרעות יהיו כלל התכונות שנמצאות באב טיפוס.

האב טיפוס מכיל מגוון של סימפטומים לגבי כל הפרעה, אבל לכל אדם יהיו מספר סימפטומים שהם לאו דווקא חופפים לאחרים.

איך נחליט שאדם סובל מהפרעה מסוימת ולפי כמה סימפטומים?

מחקרים קבעו שיש תסמונת מסוימת שהיא חוזרת או מופיעה אצל מספר רלוונטי מספיק של אנשים, והשינויים בה בין אדם לאדם קיימים אך קלים, ואת כולם אפשר להכניס לתוך מספר סימפטומים.

יש מספר מסוים של סימפטומים שצריך להופיע כדי להכריע שאדם יסבול מהפרעה נפשית, כלומר- בכל אב טיפוס מינימום של סימפטומים שצריכים להופיע כדי שהאדם יהיה סובל מאותה הפרעה.

פאניקה, חרדה, אובססיות והפרעות שלהן

חרדה מערבת בתוכה תחושה כללית של חשש מסכנה עתידית, ואילו **פחד** היא תגובת בהלה שמתרחשת בתגובה לסכנה מיידית.

כיום, **DSM** זיהה הפרעות חרדה – שחולקות סימפטומים גלויים של פחד או חרדה, שהנם משמעותיים מבחינה קלינית.

שכיחות: הפרעות חרדה משפיעות בערך על 25-29 אחוזים מהאוכלוסייה האמריקאית בנקודה כלשהי של חייהם והן הקטגוריה השכיחה ביותר של הפרעות אצל נשים, והשנייה בשכיחותה אצל גברים.

כשמדובר בתקופה של עד 12 חודשים, כ-18 אחוזים מהאוכלוסייה הבוגרת סובלים מהפרעת חרדה אחת לפחות. הפרעות חרדה יוצרות בעיות אישיות, כלכליות ובריאותיות עצומות לאלו הסובלים מהן..

היסטורית, חרדה ו-OCD (מפורט בהמשך) נחשבו כ**הפרעות נוירוטיות** (עצביות) קלאסיות.

עבור **פרויד**, ההפרעות הנוירוטיות התפתחו כאשר קונפליקט תוך-נפשי/ מאבק פנימי בין רצון פרימיטיבי (מהאיד) לבין האיסורים נגד הביטוי שלו (מהאגו והסופר אגו) יצר חרדה משמעותית.

לפעמים החרדה הזו מבוטאת באופן גלוי ולפעמים היא לא בהכרח גלויה- במידה ומנגנוני ההגנה הפסיכולוגיים מסיטים או מסווים אותה.

ב-**DSM-3** הפרעות מסוימות שלא עירבו סימפטומים גלויים של חרדה סווגו מחדש כ**הפרעות דיסוציאטיביות וסומאטיות** (חלק מההפרעות הנוירוטיות הסתפחו לקטגוריית ההפרעות במצב הרוח) השינוי הזה נעשה כדי לקבץ ביחד סדרות קטנות יותר של הפרעות שחלקן סימפטומים ומאפיינים גלויים יותר.

ב-**DSM-5** המגמה הזו הלכה צעד קדימה: OCD לא מסווגת יותר כהפרעת חרדה. במקום, היא עכשיו רשומה בקטגוריית **DSM-5** חדשה שנקראת **אובססיבי-כפייתי והפרעות קשורות**.

דפוסים של תגובות פחד וחרדה

היסטורית, הדרך השכיחה ביותר להבדיל בין פחד וחרדה הייתה ההבחנה האם ישנו **מקור ברור וגלוי** לסכנה: כאשר מקור הסכנה גלוי, הרגש הנחוה נקרא פחד ("אני מפחד מנחשים"). בחרדה לעומת זאת, איננו יכולים לפרט בבהירות מהי בדיוק אותה סכנה ("אני חרד לבריאותם של הוריי").

פחד: פחד הוא רגש בסיסי שמערב הפעלה של תגובת "**לחימה או בריחה**" (fight or flight) של מערכת העצבים האוטונומית.

זוהי **תגובה כמעט מידית לכל איום מיידי**. הערך האדפטיבי של זה כבהלה פרימיטיבית לסכנה מידית- הוא שזה מאפשר לנו לברוח.

כשתגובת הפחד מתרחשת בהיעדר כל סכנה חיצונית גלויה, האדם חווה **מתקפת פאניקה ספונטנית**.

הסימפטומים של מתקפת פאניקה הם כמעט זהים לאלו שנחווים במהלך מצב של פחד מלבד שמתקפות פאניקה לעתים קרובות **מלוות בתחושה סובייקטיבית של אבדון הממשמש ובא**, כולל פחדים ממוות, מטירוף או איבוד שליטה, סימפטומים קוגניטיביים, שלא קורים בד"כ במהלך מצבים של פחד.

לפחד ולפאניקה יש שלושה מרכיבים משותפים:

1. מרכיבים קוגניטיביים/סובייקטיביים: "אני חש מפוחד" / "אני הולך למות".

2. מרכיבים פיזיולוגיים: כמו קצב פעימות לב מתגבר ונשימה כבדה.

3. מרכיבים התנהגותיים: דחף חזק לברוח או להימלט.

חרדה: בניגוד לפחד ופאניקה, חרדה היא **תערובת** מורכבת של **רגשות** בלתי נעימים שיש להם **יותר זיקה לעתיד**, והם הרבה יותר **מפוזרים** מאשר פחד. בדומה לפחד, יש להם מרכיבים :

קוגניטיביים/סובייקטיביים: חרדה מלווה במצב רוח שלילי, דאגה בקשר לאיומים או סכנות עתידיות, שקיעה במחשבות, והתחושה של חוסר יכולת לחזות איומים עתידיים או לשלוט בהם משקרו.

מרכיבים פיזיולוגיים: חרדה לעתים קרובות מייצרת מצב של מתח ועוררות יתר כרונית, מה שעשוי להשתקף בהערכת סיכונים ומוכנות להתעמתות עם סכנה במידה וזו מופיעה ("משהו נורא עלול לקרות, וכדאי שאהיה מוכן לכך").

אף על פי שאין הפעלה של תגובת לחימה-או-בריחה כפי שקורה במקרים של פחד, חרדה מכינה את האדם לתגובת לחימה-בריחה במידה והסכנה הצפויה מתרחשת, עוזר לנו להתכונן לקראת איום אפשרי.

ברמה ההתנהגותית, חרדה עשויה ליצור נטייה חזקה להימנע ממצבים שבהם אנו עשויים להיתקל בסכנה, אך אין דחף התנהגותי מיידי להימלט בחרדה, כפי שהוא קיים במקרי פחד.

בשיעורים זעירים עד בינוניים, בשיעור מתון, חרדה למעשה אדפטיבית ומשפרת את הלמידה והביצוע. (לדוגמא, כמות מתונה של חרדה יכולה לעזור לאופן שבו את מתכוננת למבחן).

אך למרות זאת היא אל-אדפטיבית כשהיא הופכת לכרונית וחמורה, כפי שאנו מבחינים אצל אנשים עם הפרעות חרדה.

רבים (ולא כולם) מהמקורות שלנו לפחד וחרדה הם נרכשים- תגובות פחד וחרדה הן מותנות.

כלומר, גירויים שהיו קודם לכן ניטראליים וחדשניים (גירויים מותנים), שבאופן חוזר ונשנה- מחוברים אחד עם השני, ומנבאים באופן אמין מאורעות מאיימים או בלתי נעימים (כמו טראומות פיזיולוגיות ופסיכולוגיות) יכולים להקנות את היכולת לעורר פחד או חרדה כשלעצמם (תגובה מותנית).

התניה כזאת מהווה תהליך אדפטיבי שמאפשר לכולנו ללמוד לחזות מאורעות מפחידים העתידיים להתרחש במידה ואיתות אמין קודם אותם.

יחד עם זאת, התהליך הזה יכול להוביל גם להתפתחות של פחדים וחרדות כבדי משקל מבחינה קלינית. (לדוגמא, ילדה לאחר ששמעה מדי פעם, ארבע- חמש פעמים, את אביה תוקף פיזית את אמה בשעות הערב החלה לחוש חרדה ברגע ששמעה את הרכב של אבא שלה נכנס לחניה בסוף היום = גירויים שהיו ניטראלי קודם לכן הופך למאיים ובלתי נעים ולפיכך מעורר פחד או חרדה).

סקירה של הפרעות חרדה והמכנה המשותף להם

כל הפרעות החרדה מאופיינות בפחדים וחרדות שאינם מציאותיים ואינם רציונאליים שהעיקרון שלהם הוא עצימות משתקת.

בין ההפרעות המזוהות עם ה-DSM5: פוביה ספציפית, הפרעת חרדה חברתית, הפרעת פאניקה, אגורפוביה, הפרעת חדרה כללית.

האנשים עם ההפרעות המגוונות הללו נבדלים אחד מהשני: ביתרון של סימפטומים של פחד/פאניקה - על חרדה שהם חווים, וגם בסוגי האובייקטים או המצבים שהכי נוגעים אליהם.

לדוגמה, אנשים עם פוביות ספציפיות או חברתיות מפגינים סימפטומים של חרדה בקשר לאפשרות של היתקלות במצב של הפוביה, אך הם חווים פחד או חרדה גם במקרים שהם נתקלים בסיטואציה.

אנשים עם הפרעת פאניקה חווים התקפות פאניקה תכופות וחרדה אינטנסיבית שממוקדת באפשרות שתהיה מתקפת פאניקה נוספת.

אנשים עם אגורפוביה ילכו מרחקים ארוכים כדי להימנע ממגוון של מצבים מפחידים, כמו ברחובות פתוחים, גשרים ומקומות ציבוריים צפופים. אנשים עם הפרעת חרדה כללית בד"כ חווים תחושה כללית של חרדה מפוזרת ודאגה מדברים רעים רבים שעשויים לקרות.

ישנם כמה קווי דמיון חשובים בין הפרעות החרדה- **בגורמים הבסיסיים** להפרעות הללו:

- **גורמים ביולוגיים:** ישנה תרומה גנטית לכל אחת מההפרעות הללו. במבוגרים, הרגישות הגנטית הנפוצה באה לידי ביטוי ברמה הפסיכולוגית על ידי **תכונה אישיותית** חשובה שנקראת **נוירוטיות** – נטייה לחוות **מצבי רוח שליליים** שמהווים גורם סיכון גם לחרדה וגם להפרעות מצבי רוח.
- מבני המוח שמעורבים ברוב ההפרעות הם : במערכת הגפיים וחלקים מסוימים של קליפת המוח, וחומרי הנוירטרנסמיטר שהכי מעורבים הם *Gamma aminobutyric acid* , *norepinephrine* וסרוטונין.
- בין התופעות **הפסיכולוגיות** המזדמנות השכיחות, אנו נראה שהתניה קלאסית של פחד, פאניקה או חרדה עד לטווח של גירויים משחקים תפקיד חשוב ברבות מההפרעות הללו.
- בנוסף, אנשים שמחזיקים בתפיסות של חוסר שליטה (מהסביבה או מעצמם) מסתמנים כיותר פגיעים לפיתוח הפרעות חרדה, ותפיסה זו תלויה מאוד בסביבה החברתית שהאנשים גדלים בה.
- **תבניות קוגניציה** מעוותות גם עשויות לשחק תפקיד חשוב.
- **לבסוף, הסביבה הסוציו-תרבותית** שבה אנשים גדלים גם מביאה להשלכות בולטות על סוגי האובייקטים והחויות שאנשים נהיים חרדתיים לגביהן.
- **לבסוף, מה שעלינו לשאוף אליו זו הבנה ביו-פסיכולוגית** טובה של איך כל סוגי הגורמים המזדמנים באים במגע אחד עם השני בפיתוח הפרעות חרדה.

הפגנת פחד חזק ועקבי שמתעורר בידי הופעה של אובייקט או מצב ספציפי . כשנתקלים בגירוי, אנשים אלה מראים תגובת פחד מיידית, שלעתים מבטאת מתקפת פאניקה, מלבד קיומו של טריגר חיצוני ברור.

יחידים שכאלה חווים גם חרדה אם הם צופים שהם עלולים להיתקל באובייקט פובי והולכים רחוק כדי להימנע מהיתקלות מאותו גירוי.

הם לעיתים קרובות אפילו נמנעים מייצוג של הפוביה, כמו תמונות. לדוגמא אנשים קלסטרופוביים עשויים ללכת רחוק על מנת להימנע מכניסה לארון או מעלית אפילו אם זה אומר לעלות קומות רבות במדרגות.

באופן כללי אנשים עם פוביות ספציפיות מכירים בכך שהפחד שלהם מוגזם. ההימנעות היא מאפיין קרדינאלי של פוביות, היא מתרחשת מפני שהתגובה הפובית עצמה היא כה בלתי נעימה, וגם בגלל שהאדם מעריך בצורה מוגזמת את הסבירות שמשו נוראי יקרה.

קריטריונים לפוביה ספציפית

- האובייקט הפובי כמעט תמיד מעורר פחד או חרדה מידיים.
- האובייקט או המצב הפובי זה משהו שנמנעים ממנו באופן אקטיבי או שסובלים אותו באמצעות פחד או חרדה אינטנסיביים.
- הפחד או החרדה הם חסרי פרופורציה ביחס לסכנה האמתית שהמצב או האובייקט הספציפי מהווים ובהקשר הסוציו תרבותי.
- הפחד, החרדה או ההימנעות הם עקביים ובדרך כלל מתמשכים ששה חודשים או יותר.

אם אנשים הסובלים מפוביות מנסים **לגשת** למצב הפובי שלהם, הם **מוצפים** בפחד או חרדה, שעשויה להשתנות מתחושות מזעריות של לחץ, וחשש להפעלה בהיקף מלא של תגובת לחימה-או-בריחה.

התנהגות פובית נוטה להתגבר, מפני שכל פעם שהאדם עם הפוביה נמנע מהמצב ממנו הוא מפחד-רמת החרדה שלו פוחתת. (פרדוקסאלי: הימנעות מובילה להתגברות של תכיפות ההתנהגות)

תתי סוגים של פוביות ב-DSM-5:

- **בעלי חיים** (נחשים, עכבישים, כלבים)
- **סביבה טבעית** (סערות, גבהים, מים)
- **דם-זריקה-פציעה**: אנשים הסובלים מהפוביה הזאת חווים גועל באותה מידה שהם חווים פחד. הם מפגינים גם תגובה פיזיולוגית ייחודית כשהם ניצבים בפני מראה של דם או פציעה.
- במקום להראות עלייה פשוטה בקצב הלב ובלחץ הדם, האנשים הללו מראים האצה ראשונית, שבעקבותיה ישנה ירידה דרמטית גם בקצב הלב וגם בלחץ הדם. זה מלווה לעתים קרובות בבחילה, סחרחורת ועילפון – מה שלא מופיע בפוביות ספציפיות אחרות.
- **מצבים** (תחבורה ציבורית, מנהרות, גשרים, מעליות, טיסה).
- **אחר** : כל מה שלא נכנס בסוגים הנ"ל

- **נקודת מבט פסיכו-אנליטית:** לפי גישה זו- פוביות מייצגות הגנה נגד חרדה, שמקורה בדחפים מודחקים מהאיד.

- **פוביות כהתנהגות נלמדת:** כתחליף לגישה הפסיכו-אנליטית, וולף ורכמן פיתחו גישה המבוססת על תיאוריית הלמידה, ששאפה להסביר את התפתחות ההתנהגות הפובית באמצעות התניה קלאסית (ישירה). תגובת הפחד יכולה להיות מותנית בגירוי שמקודם היה ניטראלי כאשר הגירוי הזה מזוהה עם מאורעות טראומטיים או כאובים. ניתן לצפות גם שברגע שהפחדים הפוביים נרכשו, הם יוכלו גם על אירועים או אובייקטים דומים.

התניה עקיפה: צפייה באדם פובי בעת התנהגות חרדתית לנוכח אובייקט מסוים- יכולה לגרום לאדם אחר לפתח פוביה כלפי אותו אובייקט - הפוביה עוברת מאדם לאדם. גם צפייה באדם שאינו חרדתי, שעובר חוויה מפחידה, עשויה להוביל להתניה עקיפה.

- **הבדלים אינדיבידואליים בלמידה:**

- ההבדלים בניסיון החיים בקרב אינדיבידואלים משפיעים במידה רבה האם פחדים או פוביות מותנות אכן מתפתחים. הניסיון עשוי לשרת כגורם סיכון- ולהפוך אנשים מסוימים ליותר פגיעים לפוביות, ומצד שני יכול "לחסן" אותם מפני הפוביה. (לדוגמא, אדם שבמשך רוב חייו היו לו חוויות חיוביות עם כלבים, לא יפתח פוביה מהם במידה ופעם אחת הוא יינשך ע"י כלב).

- מאורעות שמתרחשים במהלך חוויית התניה, ואחרי חווית ההתניה, כמו גם לפני החוויה, חשובים גם בקביעת רמת הפחד המותנה. למשל, לפי **אפקט האינפלציה**, אדם שפיתח פחד קל מנהיגה לאחר שחווה תאונה קלה, עשוי לפתח פוביה רצינית מפני תקיפה פיזית שתקרה בעתיד.

- הוכח גם שהקוגניציות או המחשבות שלנו יכולות לשמר את הפוביות מהרגע שנרכשו, כתוצאה מהערכת יתר על המידה את ההסתברות שהאובייקטים מהם הם מפחדים יובילו להתרחשויות שהם חוששים מהן.

גורמים ביולוגיים- סיבתיים: משתנים גנטיים ושקשורים למצבי רוח (טמפרמנט) משפיעים על מהירות ועוצמת ההתניה של הפחד.

טיפול

צורה של טיפול הנקראת תרפיה בחשיפה – שנחשבת לטיפול הטוב ביותר לפוביות ספציפיות – מערבת חשיפה נשלטת לגירוי או למצבים שמעוררים פחד פובי.

הקליינטים ממוצבים בהדרגה – באופן סימבולי או בתנאים מציאותיים – במצבים שאותם הם מוצאים כמפחידים ביותר. במהלך הטיפול, מדרבנים את הקליינטים לחשוף את עצמם (לבד או בסיוע תרפיסט או חבר) למצבים המפחידים אותם לתקופות זמן שהן ארוכות מספיק על מנת שהפחד שלהם ישכך.

גרסה אחת של התהליך הזה, הידועה כעיצוב המשתתף (participant modeling), היא לעתים קרובות יעילה יותר מחשיפה לבדה. בתהליך זה התרפיסט מעצב דרכי אינטראקציה עם המצב או האובייקט הפובי.

הטכניקות הללו מאפשרות לקליינטים לראות שהמצבים הללו אינם מפחידים כפי שחשבו, והחרדה שלהם אינה מזיקה ותתפוגג בהדרגה.

תרפיה בחשיפה היא יעילה יותר כאשר היא מנוהלת במפגש אחד ארוך (כשלוש שעות). זה מהווה יתרון מפני שישנה סבירות יותר גבוהה שאנשים יגיעו לטיפול אם הם יודעים שיצטרכו לעבור אותו פעם אחת.

חוקרים אחרים ניסו לשלב טכניקות או תרופות של הבניה קוגניטיבית מחודשת, ביחד עם טכניקות מבוססות חשיפה, כדי לבדוק האם זה יכול להניב הישגים נוספים, ונראה שטכניקות קוגניטיביות לבדן לא הניבו תוצאות באותה איכות כמו טכניקות החשיפה. באורח דומה, טיפולים תרופתיים אינם יעילים כשלעצמם, וישנה עדות אפילו שתרופות נגד חרדה עשויות להפריע להשלכות החיוביות של תרפיית החשיפה.

