

## מהלך ופרוגנוזה

עם התקדמות הגיל הסימטומים פוחתים במספרם אך יכול להתבלט סימפטום בודד או מספר בודדים. מאחר והם דורשים תשומת לב הם מסתבכים מע החוק בשל המיתרנות ושימוש בחומרים.

## טיפול

- א. פסיכותרפיה: פסיכואנליזה טובה משום שהיא חושפת את רגשותיהם האמיתיים.
- ב. תרופתי: בהתאם לסימפטומים- נוגדי דיכאון, נוגדי חרדה ואנטי פסיכוטיים.

## הפרעת אישיות נרקיסיסטית

### אפידמיולוגיה

שכיחות 16%-2 באוכלוסיה מטופלת ופחות מ-1% אחוז באוכלוסיה הרגילה.

### אבחנה

#### קריטריונים לאבחנה

תבנית מתמשכת של גרנדיוזיות בחשיבה, התנהגות או בפנטזיות, צורך בהערצה וחוסר אמפטיה המתחילים בבגרות המוקדמת וכוללים 5 או יותר מהבאים:

1. תחושת חשיבות עצמית גרנדיוזית ודורש שיכירו בכך למרות שאין לו סימוכין.
2. מתעסק כל הזמן במחשבות הצלחה, כוח חכמה, יופי או אהבה בלתי מוגבלים.
3. מאמינים בייחודיות של עצמם, ומאמינים כי הם יכולים להיות מובנים רק ע"י אנשים מיוחדים אחרים.
4. דורש הערצה מוגזמת
5. דורשים הענות מיידית לבקשותיהם והסכמה מיידית איתם. ודרישה לא הגיונית לקבלת יחס מיוחד.
6. מנצלים קשרים בין אישיים לצורך טובתם אישית.
7. חסרי אמפטיה
8. מקנאים באחרים וחושבים שאחרים מקנאים בהם.
9. התנהגות יהירה.

#### קליניקה

- לא יכולים להתמודד עם ביקורת בצורה טובה ומאוד כועסים על המבקר או שנראים אדישים לגמרי לביקורת.
- להוטים ובעלי מוטיבציה להשיג תהילה וממון
- יחסיהם עם אחרים שבירים ומסוגלים להרגיז אחרים מאוד כשמסרבים לציית לחוקים התנהגות חברתית מקובלת והגיונית.
- יראו סימפטיה ואמפטיה רק כאשר משרת את מטרותיהם.
- דימוי עצמי שביר שיכול לגרום לדיכאון
- קושי בעבודה וביחסיהם עם אחרים, דחייה והפסד הם חלק מלחצים שהם יוצרים בהתנהגותם והם מתקשים בהתמודדות איתם.

### אבחנה מבדלת

הפרעת אישיות גבולית, הסטריונית ואנטי-סוציאלית יכולות ללוות הפרעה נרקיסיסטית ולכן קשה להבחין ביניהם. באבחנה המבדלת:

1. גבולית: יותר חרדתיים, יותר מתאבדים וחייהם יותר כאוטיים מאשר נרקיסיסטים
2. א"ס: יותר בעיות עם החוק, יותר שימוש בחומרים והתנהגות עבריינית.
3. הסטריונית: מאוד דומה מבחינת המוחצנות והמניפולטיביות.

## מהלך ופרוגנוזה

כרונית וקשה לטיפול. הם כל הזמן מתעמתים עם .....

קשה להם בזמן ההזדקנות. נתלים ביופי, כוח ונעורים האבודים שלהם באופן לא מותאם. הם יותר פגיעים במשבר גיל העמידה מאשר קבוצות אחרות.

## טיפול

**פסיכותרפיה:** קשה מאוד לטיפול שכן קשה להוכיח להם שהם לא מה שהם חושבים. יש המשתמשים בפסיכואנליזה בכדי להביא לשינוי אך עוד לא ברור מהי הגישה הטיפולית הטובה ביותר.

**תרופתי:** ליתיום בחולים עם תנודות מצב רוח. נוגדי דיכאון שכן מתמודדים גרוע עם דחייה וכישלון.

## **הפרעת אישיות המנעותית**

### אפידמיולוגיה

שכיחות באוכלוסיה 1-10%  
לא ברור ביחס בין המינים.

### אבחנה

#### קריטריונים לאבחנה

אינהיביציה חברתית, רגשות של חוסר התאמה, היפר רגישות והערכה עצמית שלילית המתחילים בגיל ההתבגרות המוקדמת וכוללים לפחות 4 מהבאים:

1. נמנעים מפעילות או תעסוקה הקשורה באינטראקציה קרבה עם אנשים.
2. לא מתחברים לאנשים אלא אם בטוחים שהם יאהבו אותם.
3. ממלא עכבות מיניות ומאוד מאופק במיטה מחשש שישים את עצמו ללעג.
4. עסוק במחשבות על השפלה ודחיה בסיטואציות חברתיות.
5. לא יוצר קשרים חדשים. מאוד מאופק מתוך הרגשת חוסר התאמה שהוא לא מספיק טוב בשביל זה.
6. תופס עצמו כלא מוצלח מבחינה חברתית, לא מושך מבחינת אישיות, או נחות מהאחרים.
7. לא מנסה דברים חדשים, לא לוקח סיכונים אישיים מחשש שיביאו אותו לידי מבוכה.

בדיקה בולטת החרדה לדבר עם המטפל, נראים חרדים ומתוחים. כאשר זה נעלם כשהם חושבים שהמטפל מחבב אותם. הם רגישים מאוד לדעת המטפל ומפרשים כל דבר כביקורת.

#### קליניקה

- ביישנות ורגישות יתר לדחייה מאפיינים בולטים ביותר.
- הם מבקשים וזקוקים לקשר חם ובטוח עם אחרים אך הם נמנעים.
- בשיחה חסרי בטחון בעצמם ויכולים לדבר בדרך....
- מפחדים לדבר בפומבי, ואינם מבקשים דבר מאחרים.
- ממהרים לפרש דברי אחרים כפוגעים או מזלזלים.
- לא נענים להזמנות חברתיות ועם הזמן הופכים בודדים, פגועים וממורמרים. ללא חברים קרובים בד"כ.
- מאוד רוצים לרצות מעסיקים ולא מפגינים סמכות.

### אבחנה מبدלת

**סכיזואידיים:** ההמנעותיים שואפים לקשר אך מפחדים לעומתם הסכיזואידיים אינם מעוניינים בקשר. גבוליים והיסטריוניים: יותר אריטביליים ובלתי צפויים.

**תלותיים:** די דומה וקשה להבחין בניהם. התלותיים יותר חרדים מנטישה ולכן הם שומרים על קשרים. לעומתם המנעותיים לא יכנסו לקשר.

## מהלך ופרוגנוזה

מסוגלים לתפקד בסביבה מוגנת. יש המתחננים ומביאים ילדים וחיים חיים מוגנים בקרב בני משפחותיהם. במידה ומערכת התמיכה שלהם תיכשל הם יפתחו דיכאון, חרדה וכעס. Phobic Avoidance שכיח בהווה שלהם ובעברם.

## טיפול

**פסיכותרפיה:** בבסיס צריך להפוך לאיש אמונו של המטופל, ולהעביר לו תחושה שהפחד שלו מובן. בהדרגה ובזהירות צריך להוציא אותו לעולם וללמד אותו לקחת סיכונים גם אם יש סיכון להשפלתו, לדחייתו או לכישלונו. טיפול קבוצתי יכול לעזור בכך שמראה להם את הפרעת התנהגותו על הסביבה. אימון באסרטיביות מלמד אותם להביע את צרכיהם ולהעלות את הדימוי העצמי שלהם.

**תרופתי:** סימפטומאטי לחרדה. חוסמי בטא להפחתת סימפטומים של רגישות יתר. פרוגנוזה - להפחתת הפחד מדחייה.

## הפרעת אישיות תלותית

### אפידמיולוגיה

יותר בנשים, יותר בילדים וצעירים מאשר במבוגרים. 2.5% מכל ההפרעות. ילדים שהיו בילדותם חולים במחלות כרוניות ממושכות יותר מועדים לפתח תלותיות.

### אבחנה

#### קריטריונים לאבחנה

תבנית מתמשכת ומוגזמת של צורך להיות מטופל המובילה להתנהגות פאסיבית ותלותית וחרדת נטישה המתחילה בגיל ההתבגרות וכוללת 5 או יותר מהבאים:

1. קושי בקבלת החלטות יומיומית ללא הדרכה ועזרה מאחרים.
2. צורך שאחרים ייקחו אחריות על חיי המופרע.
3. קושי בהבעת חוסר הסכמה מתוך פחד שהאחר לא ייתן להם יותר בטחון, אישור או תמיכה.
4. קושי בהתחלת משימות. קושי בלעשות דברים לבד.
5. יעשה הכל בשביל לזכות בהערכה, אישור או מילה טובה עד כדי התנדבות לבצע משימות לא נעימות.
6. מרגיש חוסר אונים ואי נוחות כשמשאירים אותו לבד, בשל פחד גדול שלא יוכל לדאוג לעצמו.
7. מחפש במהירות מערכות יחסים אחרות לאחר שהקודמת נגרמת כמקור תמיכה ודאגה.
8. עסוק כל הזמן ובאופן מוגזם בפחד להישאר לבד ולטפל בעצמו.

בבדיקתו המטופל ינסה כל הזמן למצוא חן ולהסכם עם הבודק. ויחפש הדרכה ועצה.

#### קליניקה

- לא נוטלים אחריות ומרגישים חרדה ממנה.
- יכולים לבצע פעולה/ משימה בשביל אחרים אך לא בשביל עצמם.
- יש להם צורך להיות מחוברים לאדם אחר.
- יכולים לסבול מ folie a deux בשל השפעת האחר.
- פסימיזם, ספק עצמי, פסיביות ופחד לבטא רגשות מיניים ואגרסיביים הינם טיפוסיים.
- לא יפרקו מערכת יחסים בה האחר מתעלל בהם בכדי לשמור על תחושתה של החיבור ביניהם.

### אבחנה מبدלת

האבחנה המבדלת קשה כי היא מכסה תכונות של הפרעות אחרות.

**גבולית והסטריונית:** בד"כ מחליפים הרבה מערכות יחסים לעומתם התלותיים נשארים עם אותו אחד.

**תלותיים** פחות מניפולטיביים

### סכיזואיד וסכיזופליים

**אגרופוביה:** בחלקם מפתחים תלות אך היא קשורה לפוביה.

## מהלך ופרוגנוזה

לא ידוע הרבה על המהלך. קשה להם לדאוג לעצמם כמבוגרים. קשרים חברתיים מוגבלים לאלה בהם הם נתלים. סובלים ברובם מהתעללות נפשית ופיזית שכן אינם מסוגלים לעמוד על שלהם. יש סכנה ל-MDD במידה והם מאבדים את האדם המנהל אותם, אך עם טיפול הפרוגנוזה טובה.

## טיפול

**פסיכותרפיה:** פסיכואנליזה תעזור בגילוי מקור הצורך בתלות וכך הם הופכים ליותר מודעים וכן עצמאים. התנהגותית – תעזור לאסרטיביות, עצמאות והסמכות על עצמם. הבעיה צצה כאשר המטפל מעודד מטופל לצאת מקשר מתעלל או פתולוגי אז החולה יהפוך לחרד ויפסיק לשתף פעולה. הטיפול המטופל צריך להראות כבוד לרגשות המטופל, לבן זוגו ולהקשרות אליו למרות הפתולוגיה.

**תרופתי:** טיפול בחרדה בדיכאון בהתאם. לחרדה נטישה ולהפרעת חרדה (התקפי חרדה) אפשר לטפל באימפראמיין. אם סימפטומטי ומציג דיכאון או תסמונת גמילה אפשר להשתמש בפסיכוסטימולנטים.

## הפרעת אישיות אובססיבית קומפולסיבית OCP

### אפידמיולוגיה

השכיחות אינה ידועה. יותר שכיח בגברים ותגלה לרוב בילדים גדולים. שכיחות של המחלה עולה בקרובי משפחה דרגה ראשונה של OCP מאשר באוכלוסיה הכללית. יותר שכיח באנשים שחונכו בצורה נוקשה. פרויד טען שההפרעה מקורה בשלב האנאלי.

### אבחנה

#### קריטריונים

- תבנית מתמשכת של התעסקות מוגזמת בסדר, פרפקציוניסטיות ושליטה ביחסים בין אישיים וחוסר גמישות, פתיחות ויעילות המתחילה בגיל ההתבגרות המתבטא בלפחות 4 מהבאים:
1. עסוק בחוקים, כללים רשימות, סדר וארגון עד לרמה של פגיעה בתפקוד.
  2. פרפקציוניזם עד לרמה של חוסר השלמת משימות כי לא בוצע ע"פ כל החוקים שלו.
  3. עסוק בעבודתו באופן מוגזם על חשבון הנאה, הרגעות ויצירת חברויות.
  4. מדקדק ולא גמיש בענייני מוסר, אתיקה וערכים (מחוץ לקונטקסט דתי חברתי)
  5. לא מסוגל להפטר מחפצים מקולקלים שאין בהם צורך יותר גם אם חסרי ערך סנטימנטאלי
  6. לא רוצה לתת משימות לאחרים או לעבוד עם אחרים אלא אם הם מסכימים לתנאיו וחוקיו.
  7. קמצן מאוד כלפי עצמו ואחרים. והכסף נתפס כמצרך שיש לשמור עליו לקטסטרופות עתידיות
  8. נוקשה ועקשן.

בבדיקה יראה נוקשה, רשמי מאוד עם אפקט עצור. חסרי ספונטאניות תשובותיהם לשאלות בד"כ מפורטות. משתמשים ברציונליזציה כמנגנון הגנה. גם בבידוד, אינטלקטואליזציה, תצורת תגובה ו-undoing.

#### קליניקה

כל האישיות שלהם עצורה ומאופקת. חיים ע"פ חוקים ולא מאפשרים חריגות. חסרי גמישות או סובלנות ודורשים שאחרים יצייתו לחוקים שלהם מסוגלים לעבוד בעבודה הרבה זמן כל עוד יש רוטינה קבועה. קשיים ביחסים בין אישיים. רשמיים, רציניים וחסרי חוש הומור. אך מאוד נלהבים לרצות אנשי סמכות. החלטות קשות להם היות והם מפחדים לעשות טעויות הם נישאים אך יש להם מעט חברים כל מה מאיים או נתפס כמאיים על אורח חייהם יכול לגרום לחרדה רבה המופגת ע"י טקסים חוזרים שהם כופים על עצמם ועל אחרים.

## **אבחנה מبدלת**

**OCD** - אם מדובר באובססיות וקומפולסיביות חוזרות OCD נרשמת בציר I . האבחנה OCD נשמרת לאלה עם פגיעה תפקודית קשה יותר. יש צורך בחיפוש הפרעה דילוזיונלית.

## **מהלך ופרוגנוזה**

מהלך משתנה ואינו צפוי. חלק מתפתחים למבוגרים נורמאליים וחלק לא. חלק מפתח סכיזופרניה או MDD מאוחרת. מאחר והם קשים בשינויים, חיהם נותרים קשים מאוד והפן האישי דבר אשר תורם להתפתחות דיכאון.

## **טיפול**

**פסיכותראפיה:** בד"כ מודעים לסבל שלהם ומגיעים בעצמם לטיפול ( בניגוד לשאר הפרעות האישיות). הגישה צריכה להיות *not directed and free association*. הטיפול ארוך ויש בעיות של העברת נגד. טיפול קבוצתי ימנע מהם ליישם את חוקיהם במלואם דבר שיגרום לחרדה ולכן יהיו פתוחים ללמוד שיטות חדשות להתמודדות. ובנוסף בקבוצה יש reward מידי לשינויים שהם עוברים.

**תרופתי:** קלונאזיפאם עם אנטי-אפליפטי הפחית את הסימפטומים ב-OCD אך לא ברור תפקידם ב-OCP. Clomipramine ותכשירים סרטונירגיים כמו Fluoxetine במינונים של 60-80mg יכולים להועיל במקרה של התפרצות של בימנים אובססיביים קומפולסיביים. Nefazodone יכול לעזור לחלק מהחולים.

## הפרעות אישיות – NOS:

אבחנה זו שמורה לאנשים עם הפרעות, שלא מלאו את כל הקריטריונים לצורך הגדרת הפרעת אישיות אחת, או שהם אינם מתאימים לאף קטגוריה באופן מובהק.

DSM: אבחנה זו שמורה לאנשים עם הפרעת אישיות שלא מתאימה לאף אחת מההפרעות הספציפיות (לא עומדת בקריטריונים).

Mixed personality - קיום ממס' הפרעות אישיות ללא שתתאים באופן ספציפי, אך ביחד גורמות לפגיעה בתפקוד ו/או מזיקה.

אבחנה זו מתאימה להפרעה שאינה מוגדרת בקלסיפיקציה הזו- לדוג': אישיות פאסיבית אגרסיבית. **Passive Aggressive Personality**: נקראת גם negativistic personality disorder

- אפידמיולוגיה- אין נתונים
- אבחנה: DSM:

A. גישה שלילית והתנגדות פסיבית לדרישות לתפקוד נורמטיבי ומספק, המתחילה בבגרות המוקדמת וכוללת לפחות 4 מהבאים:

1. התנגדות פסיבית למילוי משימות חברתיות ותעסוקתיות שגרתיות.
2. תלונות על כך שלא מבינים אותו ולא מעריכים אותו.
3. קודרים, עוינים וכחניים.
4. מזלזלים בסמכות ומבקרים באופן מוגזם.
5. מביעים עוינות וקיאא כלפי אלה שלדעתם יותר ברי מזל.
6. תמיד מביעים כעס וטרוניה לגבי חייהם, וחור מזלם האישי באופן מוגזם.
7. תנודות בין התרסה עט=וינת לחרטה.

B. לא רק במהלך MDD ואינה מוסברת יותר טוב ע"י דיסטימיה.

- קליניקה:

1. מתרצים את חוסר עמידתם במשימות- בחוסר התפקוד תקין של אלה שהמופרעים בנפדם תלויים בהם, אך מסרבים לנתק עצמם מהאדם הבלתי מתפקד כראוי, לדעתם, בו הם תלויים.
2. חסרי אסרטיביות, ובד"כ אינם מביעים באופן ברור את משאלותיהם וצרכיהם.
3. לא מבררים בדיוק מהן הדרישות מהם, והופכים חרדים כאשר הם נדרשים להצליח, או כשההגנה הרגילה שלהם (שהיא להביע כעס כלפי עצמם מנוטרלת).
4. ביחסים בין אישיים- הם יביאו את עצמם לעמדה של התגוננות, אך אחרים בד"כ יפרשו זאת כהתנהגות מענישה ומניפולטיבית.
5. מצפים מאחרים שיעשו דברים בשבילם בחי היום יום.
6. חבריהם ורופאיהם מואשמים ביחס לא צודק כלפיהם (המופרעים), ומי שנמצא איתם ביחסים קרובים בד"כ סובל ומערכות היחסים שהם יוצרים תמיד סוערות: הם לא מחפשים הנאה בחיים, אלא יותר מרוכזים בכעס שלהם.
7. חסרי בטחון עצמי ופסמיסטיים לגבי העתיד.

- DD:

- 1. הפרעה גלובלית.
  - 2. הפרעה היסטריונית
- מהלך ופרוגנוזה:

ע"פ מחקר של 100 חולים: 20%- שימוש בחומרים.

- 44%- שמרו על מקום עבודה קבוע.
- 30%- התאימו לקריטריונים של דיכאון.
- 79%- סבלו מבעיות פסיכאטריות קבועות.

12%- ללא סימפטומים.

רובם מנסים להתאבד, עם ריבוי תלונות סומטיות, מזניחים את עצמם.

- הטיפול:  
פסיכותרפיה: יכול להביא לשיפור ניכר. אך יש הרבה בעיות שכן להענות לדרישותיהם זה לתמוך בפתולוגיה שלהם, ואם יסרבו להם ← זה לדחות אותם. וכך הטיפול הופך לשדה קרב בו המטופל מביע זעם כלפי המטפל בו הוא מעוניין להיות תלוי.  
ברוב המקרים הניסיונות האובדניים הם ביטוי לכעס, ולא בהכרח ניסיון לשים קץ לחייהם.  
הגישה צריכה להיות בעיקר עימות עם הבעיות שהתנהגות שלהם יוצרת, ופחות שינוי התנהגותי/פסיכואנליזה.  
ביולוגי: נוגדי דיכאון אמ / יש / או אמ היו ניסיונות אובדניים.  
BDZ או פסיכוסטימולנטים- יש כאלה המגיבים להם, בהתאם לסימפטומים.

### ב. הפרעות אישיות דכאוניות:

תכונות אישיות בספקטרום הדיכאוני: פסימיסטיים, אנהדוניסטים, duty bound, לא מאושרים, ומפקקים בעצמם.  
פעם נקרא- הפרעת אישיות מלנכולית.

- אפידמיולוגיה: אין נתונים.
- אתיולוגיה: לא ברורה, אך קושרים זאת ב-  
אובדן בגיל מוקדם.  
הורות לא טובה (ליילד שהפך למופרע)  
סופראגו מעניש (punitive).  
תחושת אשמה מוגזמת.

מבחינה ביולוגית- אולי קשור בציר אדרנל-תירואיד- היפוטרלמוס-היפופיזה  
גנטיקה- אולי יש פרה-דיספוזיציה של טמפרמנט.

- אבחנה וקליניקה: ישנן 7 קב' של תכונות:
  1. שקטים, פסיביים ולא אסרטיביים.
  2. עגמומיים, פסמיסטיים, רציניים ולא מסוגלים להנות.
  3. ביקורת עצמית גבוהה ו- Self ???.
  4. סקפטיים, ביקורתיים כלפי אחרים, וקשה לרצותם.
  5. מצפוניים, אחראיים ובעלי משמעת עצמית גבוהה.
  6. עסוקים באירועים שליליים, ורגשות של inadequacy.
  7. מהרהרים ומודאגים.

- בנוסף:
  1. יתלוננו על תחושה כרונית של חוסר אושר.
  2. עם הערכה עצמית רודה, וקשה להם למצוא דברים בחייהם שמשמחים אותם.
  3. נראים איטיים, מדוכאים וקולם נמוך ושקט.

- אבחנה מبدלת:
  1. דיסטימיה- אך בדיסטימיה יש בד"כ יותר תנודות במצב הרוח, ובד"כ ישנו גם גורם המהווה טריגר. בהפרעה מצב הרוח די קבוע.
  2. המנעותיים- יותר מדוכאים וחרדים מאשר בהפרעת האישיות הדכאונית.

- מהלך ופרוגנוזה: יש להם סיכוי גבוהה לפתח דיסטימיה ו- MDD.

• טיפול:

פסיכותרפיה- טיפול הבחירה, ובעיקר פסיכואנליזה. בד"כ טיפול ארוך.  
טיפול קוגניטיבי עוזר להם להבין את ביטוי ההערכה העצמית הנמוכה שלהם ואת הפסמיזם.

ביולוגי- נוגדי דיכאון ובמיוחד הסרטונרגיים (Zoloft).  
יש המגיבים לפסיכוסטימולנטים

בד"כ מוסיפים אותם לטיפול הפסיכותרפי לאוגמנטציה.

ג. אישיות סאדומזוכיסטית:

מציגים אלמנטים של סאדיזם / מאזוכיזם או שניהם (בד"כ התהליך מתחיל מהילדות המוקדמת).

סדיזם: התשוקה לגרום לאחר כאב ע"י ניצול פיסי או פסיכולוגי.  
פרויד טען שסדיזם נובע מהפחד מסירוס, וההנאה שהם מפיקים מהכאב שהם גורמים לאחרים נובעת מכך שזה מה שהם מפחדים שיעשו להם.

מזוכיזם: הגעה לסיפוק מיני תוך גרימת כאב פיסי לעצמם.  
מזוכיזם מוסרי- מחפשים השפלה וכשלון מאשר כאב פיסי.  
פרויד טען שזה נובע מאשמה וחרדה מהמין עצמו, המופחתים ע"י הכאב והעונש (שהם גורמים לעצמם)

- בד"כ התנהגויות סדיסטיות ומזוכיסטיות קיימות באותו אדם.
- טיפול: פסיכואנליזה יכול להועיל- הם לומדים להיות מודעים לצורך המופרע, ולמתן אגרסיביות שיש בהם.

ד. אישיות סדיסטית:

לא מופיע ב- DSM, אך עדיין מתייחסים אליה כאל ישות תיאורית (דסקרפטיבית).  
מתחיל בבגרות המוקדמת. אנשים המראים אכזריות, תובעניות ואגרסיביות כלפי אחרים, וגורמים כאב לאחרים, ללא מטרה אחרת (לא במהלך שוד לדוגמא). המטרה שלהם היא לגרום לכאב.  
בנוסף הם אוהבים להשפיל ולבזות אחרים בפומבי, לחנך ילדים בצורה נוקשה ובאופן מוגזם. מוקסמים מכלי נשק ומשחית.

לשים לב: אנשים המונעים מהצורך המיני לפגוע באנשים ← לא נכנסים בקטגוריה הזו!! (הדחף המניע אותם אינו רק מיני). אם הדחף הוא רק מיני ← מאבחנים פדופיליה או sexual sadism.



## Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified

מהדורה 9, פרק 25, עמ' 782-794

ב DSM 4 יש פירוט על שש קטגוריות של הפרעות שליטה בדחפים שלא מתוארות במקום אחר:

- (1) Intermittent explosive disorder – הפרעה התפרצותית לסירוגין
- (2) קלפטומניה
- (3) פירומניה
- (4) הימור פתולוגי
- (5) טריכוטילומניה
- (6) הפרעות שליטה בדחפים שאינן מפורטות אחרת (Not otherwise specified)

הפרעות שליטה בדחפים מוכרות מזה זמן רב. ב 1838 זאן אטין אסקירול הציע את הביטוי אינסטינקטיבים מונומאנים כדי לתאר התנהגויות המאופיינות בדחפים בלתי הפיכים ללא מניע נראה לעין. פציינטיים עם הפרעות בשליטה בדחפים אינם מתנגדים להנעות או לגירויים לעשות משהו שיגרום נזק לעצמם או לאחרים. הם אינם מסגלים להתנגד לדחפים, למרות שהם עלולים (או לא) לנסות להתנגד לכך באופן מודע, והם עלולים (או לא) לתכנן את התנהגותם. לפני שהם פועלים, יש תחושה של מתח הולך וגובר וגירוי, ולאחר המעשה, יש תחושה של הנאה וסיפוק. לעיתים, למרות זאת, יכולות להופיע רגשות חרטה, או אשמה, המפריעות לתחושת ההנאה. כיוון שהתנהגותם תואמת אופן מודע לרצונות שלהם, היא נחשבת אגו- סינטונית.

### אטיולוגיה:

פקטורים פסיכודינאמיים, פסיכוסוציאליים וביולוגיים משחקים תפקיד חשוב בהפרעות שליטה בדחפים. למרות זאת, הגורם הראשוני נותר לא ידוע. ישנן מספר הפרעות שליטה בדחפים שלהן מכניזם נוירוביולוגי משותף. עייפות, גירוי מתמיד וטראומה יכולים להוריד את ההתנגדות לדחפים.

### פקטורים פסיכודינאמיים:

דחף הוא נטיה לפעולה, שנועדה להפחית מתח מוגבר, שנגרם ע"י הצטברות של מניעים אינסטינקטיביים או ע"י הגנות אגו מופחתות כנגד מניעים אלה. המשותף להפרעות האימפולסיביות הוא נסיון לעקוף את החוויה של סימפטומים מגבילים או אפקטים כואבים, ע"י פעולה על הסביבה. בעבודתו עם מתבגרים עבריינים, אוגוסט אייקהורן תיאר התנהגות אימפולסיבית כקשורה לסופראגו חלש ומבני אגו חלשים, הקשורים לטראומה שנוצרה ע"י חסרים בילדות. אוטו פישל קשר התנהגות אימפולסיבית לנסיגות להתגבר על חרדה, אשמה, דיכאון ואפקטים כואבים אחרים ע"י פעולה. הוא חשב שפעולות כאלו מגינות כנגד סכנה פנימית, וכי הן מפיקות תחושת סיפוק אגרסיבי או מיני מעוותת. לצופה מהצד, התנהגות אימפולסיבית יכולה להיראות לא רציונלית, ומונעת ע"י חמדנות, אך הן יכולות להיות למעשה דרכים למצוא הקלה מכאב.

הייבץ קוהוט החשיב צורות רבות של הפרעות שליטה בדחפים, כולל הימורים, קלפטומניה, וכמה התנהגויות פרפיליות כתחושת עצמי לא שלמה. הוא הבחין כי כשהפציינטיים לא מקבלים את תגובות הקבלה והאישור שאותן הם מבקשים לקבל מאנשים במערכת יחסים משמעותית איתם, העצמי עלול להיסדק. כדרך להתמודדות עם אותה היסדקות, וכדי להשיג שוב תחושת שלמות, או איחוי של העצמי, אנשים יכולים לנקוט בהתנהגות אימפולסיבית, שנראית לאחרים כהרס עצמי. לפורמולציה של קוהוט, יש משהו משותף עם הדעה של דונלד ווינקוט שהתנהגות אימפולסיבית או חריגה בילדים היא עבורם דרך לנסות לתפוס מחדש

מערכת יחסים קדומה אימהית. וויניקוט ראה התנהגות שכזו כבעלת תקווה, בכך שהילד מחפש אישור ואהבה מהאם, ולא לנטוש כל נסיון לזכות באהבתה. מספר תרפיסטים מיקמו את הפיקסציה של הפציינטים בשלב האוראלי של ההתפתחות. הפציינטים מנסים לשלוט בחרדה, אשמה, דיכאון, ואפקטים כואבים אחרים בעזרת פעולה, אך פעולות כאלו המכוונות להשגת הקלה מצליחות לעיתים נדירות וגם אז – זמנית.

### **פקטורים פסיכוסוציאליים:**

פקטורים פסיכוסוציאליים המשפיעים כגורם להפרעות שליטה בדחפים קשורים לארועים מוקדם בחיים. יכול להיות שהילד הגדל קיבל מודלים לא מתאימים להזדהות, כגון הורים שלהם היה קושי לשלוט בדחפים. פקטורים פסיכוסוציאליים אחרים הקשורים בהפרעות כוללים חשיפה לאלימות בבית, שימוש באלכוהול, מתירנות מינית, והתנהגות אנטיסוציאלית.

### **פקטורים ביולוגיים:**

חקירות רבות מוקדו בפקטורים אורגניים אפשריים בהפרעות שליטה בדחפים, במיוחד בפציינטים עם התנהגות אלימה באופן חריג. ניסויים הראו, כי פעילות אלימה ואימפולסיבית קשורה לאיזורים ספציפיים במוח, כמו המערכת הלימביתת וכי האינהיביציה להתנהגות זו קשורה לאיזורים אחרים במח. נמצא קשר בין רמות נמוכות של 5-HIAA (חומצה 5- הידרוקסיאנדולאצטית) בנוזל CSF ואגרסיה אימפולסיבית. הורמונים מסוימים, במיוחד טסטוסטרון, גם נקשרו להתנהגות אלימה ואגרסיבית. מספר דיווחים תיארו קשר בין אפילפסיה של האונה הטמפורלית והתנהגויות אלימות אימפולסיביות, כמו גם קשר בין התנהגות אגרסיבית לאנשים שעברו טראומות ראש בעבר, עם ביקורים רבים לחדר מיון ובעיות אורגניות פוטנציאליות אחרות. יש היארעות גבוהה של דומיננטיות צרברלית מעורבת באוכלוסיות אלימות מסוימות. ישנו מספר רב של עדויות כי מע' של סרוטונין המתווכת סימפטומים המופיעים בהפרעות שליטה בדחפים. רמות 5-HIAA הן מופחתות ואתרים קושרי סרוטונין מוגברים בגזעי מח וב CSF של אנשים שביצעו התאבדות. המערכות הדופמינרגית והנוראדרגית גם הוזכרו בהקשר לאימפולסיביות.

סימפטומים של הפרעות שליטה בדחפים עלולים להמשיך לתוך הבגרות באנשים שאובחנו בילדות כ- AD/HD חסר מנטלי מולד או נרכש, אפילפסיה, ואפילו סינדרומי מח הפיכים, משפיעים על שליטה בדחפים.

## **Intermittent explosive disorder – הפרעה התפרצותית לסירוגין**

הפרעה זו מופיעה כאפיזודות נפרדות של אבדן שליטה על דחפים אגרסיביים. אפיזודות אלה יכולות להיגרם בתקיפה רצינית או בהרס רכוש. האגרסיביות שמבטאת היא לא פרופורציונלית כלל לכל סטרסור שהוא, שיכול היה לסייע לתחילת האפיזודה. הסימפטומים, שמתוארים ע"י הפציינטים ככישוף או התקפה, מופיעים בתוך שעות או דקות, וללא קשר למשכם, נעלמים באופן ספונטני ומהיר. אחרי כל אפיזודה, הפציינטים בד"כ מראים חרטה אמיתית, ותוכחה עצמית, ואין כל סימן לאגרסיביות או לאימפולסיביות בין האפיזודות. אין לקבוע אבחנה של הפרעה התפרצותית לסירוגין אם אבדן השליטה יכול להיות משויך לסכיזופרניה, הפרעות אישיות גבולית או אנטיסוציאלית, ADHD, הפרעת התנהגות, או הרעלת חומרים. המושג אישיות אפילפטואידית שומש כדי לתאר איכות דמוית התקף של התפרצויות אופייניות, שאינן טיפוסיות להתנהגות הרגילה של הפציינט, וכדי להעלות את החשד לתהליך מחלה אורגנית, למשל נזק למע' העצבים המרכזית. ישנם מספר מאפיינים שיכולים לרמוז לאפשרות של מצב אפילפטואידית: נוכחות של אאורות, שינויים פוסטאיקטליים, כולל אמנזיה חלקית או בנקודות, ורגישות יתר לגירוי אור, קול או ריח.

### **אפידמיולוגיה:**

הפרעה התפרצותית לסירוגין אינה מדווחת מספיק. נראה שהיא נפוצה יותר בגברים מאשר בנשים. הגברים יכולים בעיקר להימצא במוסדות מתקנים שונים (כלא), ואת הנשים אפשר למצוא יותר במוסדות

פסיכיאטריים. במחקר אחד, כ- 2% מהמאושפזים בבי"ח פסיכיאטרי סבלו מהפרעה התפרצותית לסירוגין, 80% מהם היו גברים. העובדות מרמזות לכך שהפרעה התפרצותית לסירוגין נפוצה יותר בקרובים מדרגה ראשונה של אנשים עם הפרעה, מאשר בשאר האוכלוסיות. יכולים להיות מספר פקטורים המסבירים זאת, מלבד גנטיים.

#### **COMORBIDITY:**

דווחו שיעורים גבוהים של הצעות בפציינטים עם הפרעה התפרצותית לסירוגין, הפרעות שליטה בדחפים נוספות, וכן הפרעות שימוש בחומרים, מצ"ר, חרדה, ואכילה דווחו כקשורות להפרעה התפרצותית לסירוגין.

#### **אטיולוגיה:**

##### **פקטורים פסיכודינאמיים:**

פסיכואנאליסטים הציעו כי ההתפרצויות קורות כהגנה מפני אירועים נרקסיסטיים פוגעים. התפרצויות זעם משמשות כדיסטנס בין אישי, ומגינות מפני כל פגיעה אישית נוספת.

##### **פקטורים פסיכוסוציאליים:**

פציינטים אופייניים תוארו כגברים גדולים פיזית, אך בעלי תחושת זהות גברית נמוכה. תחושה של חוסר תועלת או חוסר יכולת או של חוסר יכולת לשנות את הסביבה מקדימה לעיתים קרובות את האפיזודה של אלימות פיזית, ורמת חרדה גבוהה, אשמה, ודיכאון בד"כ מופיעים אחרי האפיזודה. ילדות בסביבה לקויה, לעיתים קרובות עם שימוש באלכוהול, אלימות בבית, ואיומים על החיים היא נפוצה בפציינטים אלה. פקטורים מקדימים בילדות ובתנוקות: טראומה פרינטלית, infantile seizures, טראומת ראש, אנצפאליטיס, הפרעות תפקוד מח קלות והיפראקטיביות. הזדהות עם דמויות הורים מכות, כסמלים למטרה לאלימות. תסכול מוקדם, דיכוי, ועוינות הובחנו כפקטורים מקדימים. מצבים המזכירים את החסרים מן העבר המחקים את ההתנהגות של ההורים הופכים למטרה להתפרצויות האלימות.

##### **פקטורים ביולוגיים:**

פזיולוגיה מופרעת של המח, במיוחד במערכת הלימבית. נירונים סרוטונרגים מהווים מתווכים כנראה של האינהיביציה ההתנהגותית. פעילות סרוטונרגית מופחתת – עי"י ייצור מופחת, או עי"י פעילות אנטגוניסטית מפחיתה את תפיסת העונש על התנהגות רעה. שיקום המע' הסרוטונרגית כמו מתן l-tryptophan או תרופות המגבירות רמות סרוטונין במרווח הסינפטי כנראה עוזר בהשבת השליטה על נטיה לאפיזודות אלימות. רמות נמוכות של 5-HIAA ב-CSF נקשרו לאגרסיביות אימפולסיבית. טסטוסטרון גבוה ב-CSF קשור לאגרסיביות ואלימות בין אישית בגברים. שימוש תכשירים אנטי אנדרוגנים מפחית אגרסיביות.

##### **אבחנה וקליניקה:**

אבחנה של הפרעה התפרצותית לסירוגין צריכה להיות התוצאה של אנמנזה של מספר אפיזודות של אבדן שליטה, קשורה להתפרצויות אלימות. אפיזודה בודדת אינה מצדיקה אבחנה. בהיסטוריה בד"כ תמצא ילדות באוירה של תלות באלכוהול, אלימות, וחוסר יציבות רגשית. העבר התעסוקתי של הפציינט יהיה עני, עם אבדן של עבודות, קשיים בנישואים, ובעיות עם החוק. רוב הפציינטים פנו בעבר לשירות פסיכיאטרי, אך לא הצליחו לפתור את הבעיה. חרדה, אשמה, ודיכאון בד"כ באים לאחרי התפרצות, אך זהו אינו ממצא קבוע. בדיקה נוירולוגית יכולה לגלות סימנים נוירולוגיים קלים כמו אמביוולנטיות בין ימים לשמאל, והיפוך תפיסה. EEG – תקין או עם שינויים לא ספציפיים.

##### **ממצאים גופניים ומעבדה:**

סימנים נוירולוגיים קלים – אסימטריה ברפלקסים, EEG לא ספציפי, תוצאות מבחנים נוירופסיכולוגיים לא תקינים (קשיים בהיפוך אותיות), מועדות לתאונות.

בדיקות דם ( תפקודי כבד, תירואיד, גלוקוז בצום, אלקטרוליטים), שתן (כולל טוקסיקולוגיה) וסרולוגיה לסיפיליס יכולים לעזור לשלול גורמים אחרים לתוקפנות. MRI יכולים להיות שינויים בקורטקס הפרה-פרונטלי, שנמצא קשור לשליטה בדחפים.

### **DD:**

אבחנה נעשית רק לאחר שלילת כל גורם אחר לאבחון לסירוגין של השליטה על התפרצויות אלימות. גורמים אחרים יכולים להיות: הפרעות פסיכוטיות, שינוי אישיות בגלל מצב רפואי, הפרעות אישיות גבולית או אנטיסוציאלית, שימוש בחומרים, אפילפסיה, גידול מוחי, מחלה דגנרטיבית ומחלות אנדוקריניות.

הפרעת התנהגות מובדלת מהפרעה התפרצותית לסירוגין ע"י דפוס התנהגות חוזר ועקשני, בניגוד לדפוס התנהגות אפיזודי. הפרעה התפרצותית לסירוגין שונה מהפרעות אישיות אנטי סוציאלית וגבולית בכך שאגרסיביות ואימפולסיביות הן חלק מהאופי של הפרעות האישיות ולכן נוכחות גם בין ההתפרצויות. בסכיזופרניה פרנואידיית או קטטונית, יכולה להיות התנהגות אלימה בתגובה להלוצינציה או לדלוזיה, והחולים יציגו ליקוי בולט בתפיסת המציאות. חוים עוינים עם מניה יכולים להיות אגרסיביים באימפולסיביות, אך ההצגה הקלינית שלהם והסטטוס מראים באופן ברור את האבחנה הראשונית. אמוק היא אפיזודה של התנהגות אלימה שפצינט טוען שאינו זוכר, אמוק בד"כ נראה בדרום מזרח אסיה, אך דווח גם בצפון אמריקה. אמוק מובדל מהפרעה התפרצותית לסירוגין בכך שהוא אפיזודה בודדת, וכן מאפיינים דיסוציאטיביים בולטים.

### **מהלך ופרוגנוזה:**

הפרעה התפרצותית לסירוגין יכולה להתחיל בכל שלב בחיים, אך בד"כ מופיעה בין התבגרות מאוחרת לבגרות מוקדמת. יכולה להופיע בבת אחת או בהדרגה, והמהלך יכול להיות אפיזודי או כרוני. לרוב החומרה מופחתת עם תחילת גיל העמידה, אך חסר אורגני מוגבר יכול להוביל לאפיזודות תכופות וחמורות.

### **טיפול:**

לגישה משולבת פסיכותרפויטית ופרמקולוגית יש את סיכויי ההצלחה הגבוהים ביותר, למרות שפסיכותרפיה היא קשה, בגלל התפרצויות כעס. לתרפיסטים יכולה להיות בעיה עם counter-transference וקביעת גבולות. פסיכותרפיה בקבוצות יכולה להיות מועילה במיוחד בגיל ההתבגרות או בגרות צעירה. מטרת הטיפול היא להביא את הפצינט להכיר ולדבר על המחשבות והרגשות המקדימות את ההתפרצויות, במקום לפעול עליהן. שימוש באנטיקונבולסנטים הביא לתוצאות מעורבות. ליתיום דווח כיעיל בהפחתה באופן כללי של התנהגות אגרסיבית, וקרובמזאפין, ואלפרואט או דיואלפרואקס ופניטואין דווחו שעוזרים. יש קלינאים שהשתמשו גם בגאבאפנטין. בנוודיאזפינים לפעמים בשימוש, אך דווחה תגובה פרדוקסלית, של אבדן שליטה בחלק מהמקרים. אנטיפסיכוטיים וטריציקליים היו יעילים בחלק מהמקרים, אך אז יש לפקפק באבחנה. כשעולה חשד לפעילות סבקורטיקלית דמוית התכווצות, שימוש בתרופות המורידות סף התכווצות עלול להחמיר את המצב. SSRI, טראזודון, בוספירון, יעילים בהפחתת אימפולסיביות ואגרסיביות. פרופראנולול ואנטגוניסטים של בטא נוספים ומדכאי תעלות סידן היו יעילים גם בחלק מהמקרים. אין עדות ליעילות של טיפול כירורגי בהתפרצויות אלימות.

### **קריטריונים של DSM4 לאבחנה של הפרעה התפרצותית לסירוגין**

- A. מספר אפיזודות נפרדות של כשלון שליטה בדחפים אגרסיביים, שנסתיימו בפעילות תוקפנית רצינית, או הרס של רכוש.
- B. רמת האגרסיביות שבוטאה במהלך האפיזודות היא לא פרופורציונלית באופן גס לכל סטרסור פסיכולוגי מקדים.

C. האפיזודות האגרסיביות לא מוסברות יותר טוב ע"י הפרעה נפשית אחרת (כל מה שפורט למעלה) ולא נגרמו ע"י השפעה פיזיולוגית ישירה של חומר כלשהו, או ע"י מצב בריאותי כלשהו.

### **סיפור הפרעה התפרצותית לסירוגין:**

סוכן נדל"ן בן 36 פנה לעזרה בגלל קושי עם הכעסים שלו. הוא היה מאד יעיל בעבודתו, למרות שלעיתים תכופות איבד לקוחות כשהתעצבן על חוסר ההחלטיות שלהם. במספר מקרים הוא נהיה אלים מילולית, מה שהוביל לאבדן עסקאות. האגרסיה האימפולסיבית גם הובילה לאבדן מערכות יחסים רבות בגלל התפרצויות פתאומיות, שכללו האשמות משפילות כלפי החברות שלו. זה קרה תכופות ללא כל עדות לקונפליקט. במקרים רבים, הוא נעשה כה זועם ללא שליטה, שזרק דברים לאורך החדר, כולל ספרים, שולחן העבודה שלו, ותוכן של מקרר. בין האפיזודות היה איש עדין וחביב, עם חברים רבים. הוא נהנה משתיה חריפה בסופי שבוע, ופעמיים נעצר על נהיגה בשכרות. באחת מהפעמים, הסתבך בויכוח סוער עם שוטר. כשהיה בקולג' התנסה בקוקאין ובמריחואנה.

בדיקת סטטוס נפשי מראה פציינט משתף פעולה. נעשה מאד דפנסיבי כשנשאל על הכעס שלו, וחש מואשם ע"י המראיין על התנהגותו בעבר. ללא הסטוריה רפואית, וללא חסרים נוירולוגיים. לא היה בעבר בטיפול פסיכיאטרי לפני בדיקה זו. לא לקח תרופות, ומכחיש כל סימפטום של הפרעה במצ"ר, או כל פעילות אנטיסוציאלית.

טיפול כלל קרבאמזפין, ושילוב של פסיכותרפיה קוגניטיבית – התנהגותית ותמיכתית. התפרצויות הכעס של הפציינט השתפרו, ככל שנעשה מודע יותר לסימנים מקדימים שהוא עומד לאבד שליטה. הוא למד שיטות להתחמק מעימותים כאשר הוא מרגיש את הסימנים המזהירים האלו.

### **קלפטומניה**

הסממן המרכזי בקלפטומניה הוא כשלון בהתנגדות לדחפים לגניבת חפצים שאינם נזקקים לשימוש אישי או לערכם הכספי. החפצים שנגנבים נמסרים הלאה לעיתים קרובות, מוחזרים לבעליהם באופן סודי, או מוחבאים. לאנשים עם קלפטומניה בד"כ יש את הכסף לקנות את מה שהם גונבים באימפולסיביות.

כמו הפרעות שליטה בדחפים נוספות, קלפטומניה מאופיינת במתח הולך וגואה, לפני המעשה, ולאחריו תחושת סיפוק והפחתת המתח, עם או בלי תחושת אשמה, חרטה או דיכאון לאחר המעשה. הגניבה אינה מתוכננת ואינה מערבת אחרים. למרות שהגניבה אינה מבוצעת במקום שבו מאסר מיידית הוא סביר, אנשים עם קלפטומניה לא חושבים תמיד על סיכוייהם להיתפס, למרות שמעצרים חוזרים מובילים לכאב ולהשפלה. אנשים אלה יכולים לחוש אשמה או חרדה לאחר הגניבה, אך הם לא חשים כעס או רצון לנקום. זאת ועוד, כשהחפץ הנגנב הוא המטרה, האבחנה אינה קלפטומניה. בקלפטומניה, מעשה הגניבה עצמו הוא המטרה.

### **אפידמיולוגיה:**

נוכחות קלפטומניה אינה ידועה, אך היא מוערכת בכ- 0.6%. הטווח נע בין 3.8% - 24% בין אלה שנעצרו על גניבה מחנויות. DSM4 מדווח שזה קיים בכחות מ 5% מהגנבים מחנויות שזוהו. יחס גברים לנשים 3:1 (נשים יותר מגברים) במדגמים קליניים.

### **:COMORBIDITY**

יש קומורבידיות גבוהה עם הפרעות שליטה בדחפים אחרות, הפרעות מצ"ר, הפרעות חרדה, בולימיה נרבוזה והפרעות אישיות. לאנשים רבים עם קלפטומניה יש סימפטומים של OCD (ניקיון, שטיפת ידיים, איסוף דברים)

## אטיולוגיה:

### **פקטורים פסיכוסוציאליים:**

הסימפטומים של קלפטומניה נוטים להופיע בעיתות של סטרס משמעותי, למשל אובדן, פרידה, וסיום של מערכות יחסים משמעותיות. יש פסיכואנליסטים שמדגישים ביטוי של דחפים אגרסיביים באנשים עם קלפטומניה, אחרים מדגישים בעיות בליבידו. המצדדים בסימבוליזם, רואים משמעות במעשה עצמו, בחפץ הנגנב, ובקרבן הגניבה. האנליטים התמקדו בגניבות בגיל הילדות וההתבגרות. אחד מהם קבע שבע קטגוריות של גניבה בילדים שהם **chronically acting – out**:

1. כאמצעי להשבת מערכת יחסים אמא- ילד
2. כפעולה אגרסיבית
3. כהגנה מפני פחדים מפני נזק (אולי חיפוש של בנות אחר פין, או פחד מפני סירוס בבנים)
4. כאמצעי לחיפוש הענשה
5. כאמצעי לשיקום או הוספה להערכה העצמית
6. בהקשר ל ובתגובה לסוד משפחתי
7. ריגוש ותחליף לפעילות מינית

אחד או יותר מקטגוריות אלה יכולה להתאים גם לקלפטומניה בגיל המבוגר.

### **פקטורים ביולוגיים:**

מחלות מח ופיגוש שכלי נקשרו לקלפטומניה ולשאר ההפרעות שליטה בדחפים. סימנים נוירולוגיים מקומיים, אטרופיה קורטיקלית, חדרים צדדיים מוגדלים, נמצאו במספר חולים. הפרעות במטבוליזם של מונואמין ובמיוחד של סרוטונין דווחו.

### **פקטורים גנטיים ומשפחתיים:**

במחקר אחד, 7% של קרובים מדרגה ראשונה היו עם OCD. בנוסף, שיעור מוגבר של הפרעות מצ"ר דווחו בחברי משפחה.

### **אבחנה ומאפיינים קליניים:**

המאפיין המרכזי של קלפטומניה הוא דחפים חוזרים, חודרניים ובלתי נשלטים לגנוב חפצים שאינם נזקקים פציינטים עפ קלפטומניה יכולים גם להיות לחוצים מהאפשרות או איום של להיתפס, ויכולים לבטא סימני דיכאון או חרדה. פציינטים מרגישים אשמים, מבוישים ונבוכים מהתנהגותם. יש להם לעיתים קרובות בעיות רציניות במערכות יחסים בין אישיות, ולעיתים קרובות מראים סימני הפרעה אישיותית. במחקר על קלפטומניה תכיפות הגניבות נעה בין 1-120 אפיזודות בחודש. רוב הסובלים מקלפטומניה גונבים מחנויות קמעונות, אך יכולים גם לגנוב מחברי משפחתם בתוך הבית.

### **: DD**

מכיוון שרוב הקלפטומנים מופנים לבדיקה במסגרת החוק, לרוב לאחר תפיסתם גונבים, התסמינים הקליניים יכולים להיות מוסתרים ע"י סימפטומים של דיכאון או חרדה. יש להבדיל בין קלפטומניה לצורות אחרות של גניבה. לאבחנת קלפטומניה, הגניבה צריכה להיות תוצאה של כשל שליטה בדחף, וחייבת להיות מעשה בודד. החפצים חייבים להיות כאלה שאין בהם תועלת ישירה לגונב, או תועלת כספית. בניגוד לכך, גניבה רגילה תהיה בד"כ מתוכננת, והחפצים נגנבים עבור שימוש אישי, או ערכם הכספי. מעמידי פנים עלולים לנסות לחקות קלפטומניה כדי להימנע מענישה. גניבה שבוצעה בהקשר לבעיות התנהגות, הפרעת אישיות אנטיסוציאלית, או אפיזודות מניות, קשורה באופן ברור לבעיה הראשונית ולא לקלפטומניה. לסובלים

מקלפטומניה בד"כ אין תסמינים אנטי סוציאליים אחרים. חולים בסכיזופרניה עלולים לגנוב כתוצאה מהלוצינציות ודלוזיות, ואנשים עם בעיות קוגניטיביות עלולים להיות מואשמים בגניבה כששכחו לשלם על חפצים שלקחו.

### **מהלך ופרוגנוזה:**

קלפטומניה יכולה להתחיל בילדות, למרות שרוב הילדים והמתבגרים שגונבים לא הופכים לקלפטומנים בבגרות. התחלת ההפרעה היא לרוב בגיל ההתבגרות המאוחר, נשים יגיעו לטיפול פסיכיאטרי יותר מגברים, וגברים יישלחו יותר לכלא. גברים נוטים להופיע עם ההפרעה בערך הגיל 50, ונשים בגיל 35. במקרים שקטים, התפרצות יכולה להופיע בעקבות אבדן או אכזבה. מהלך ההפרעה הוא גמיש ומשתנה, אך נוטה להיות כרוני. לסובלים יש לפעמים התקפים בהם לא יכולים לשלוט בדהף לגנוב, ויש גם תקופות חופשיות שאורכות שבועות ואף חודשים. שיעור ההחלמה הספונטני אינו ידוע. חסרים חמורים וסיבוכים בד"כ משניים לתפיסה, במיוחד למעצר. נראה שאנשים רבים כלל לא חשבו על האפשרות של התמודדות עם תוצאות מעשיהם, מה שתואם את המאפיינים של חלק מחולי הקלפטומניה (לעיתים מרגישים שנגרם להם עוול ושזו זכותם לגנוב). לעיתים קרובות, אין לקלפטומניה השפעה על תפקודו החברתי או עבודתו של הפציינט. הפרוגנוזה עם טיפול יכולה להיות טובה, אך מעט חולים פונים לקבלת עזרה מיוזמתם.

### **טיפול:**

כיוון שקלפטומניה אמיתית הינה נדירה, דיווחים על טיפולים נוטים להיות תיאורי מקרים בודדים. פסיכותרפיה מכוונת הארה פנימית, ופסיכואנליזה היו מוצלחים, אך תלויים במוטיבציה של הפציינט. אלה החשים אשמה ובושה, יכולים להיעזר בגישה זו, כי יהיו בעלי מוטיבציה לשינוי ההתנהגות. טיפול התנהגותי, כולל דה-סנסיטיזציה, התניה של דחיה ושילוב עם תכנון אפשרויות חברתיות שונות, דווח כמוצלח, אפילו כשהיה חסר במוטיבציה. דיווחים אלה הם עם שנתיים מעקב. תכשירי SSRI כמו פלואוקסטין (פרוזק) ופלובוקסאמין (לווקס) יכולים לעזור. כמו כן דווחו הצלחות עם טיפול בטריציקלים, טראזודון, ליתיום, ואלפרואט, נלטרקסון, ותרפיה בכיוון חשמלי.

### **קריטריונים של DSM4 לקלפטומניה:**

- A. כשל חוזר להתנגד לדחפים לגנוב חפצים שאינם נזקקים לשימוש אישי או עבור ערכם הכספי.
- B. תחושה הולכת וגוברת של מתח מיד לפני ביצוע הגניבה
- C. עונג, סיפוק, או הקלה בעת ביצוע הגניבה
- D. הגניבה לא באה לבטא כעס או נקמנות ואינה בתגובה לדלוזיה או להלוצינציה.
- E. הגניבה אינה מוסברת יותר טוב ע"י הפרעת התנהגות, אפיזודה מנית או הפרעת אישיות אנטי סוציאלית.

### **פירומניה:**

פירומניה היא הצתת אש חוזרות, מכוונות, ומוכוונות מטרה. מאפיינים קשורים הם מתח או גירוי אפקטיבי לפני הצתת האש, ענין וריתוק סקרנות או משיכה לאש ולפעילות ולציוד הקשור בלוחמה באש וכן עונג, סיפוק או הקלה בהצתת אש או בצפייה או השתתפות בכיבוי האש. הפציינטים יכולים לעסוק בהרבה הכנות מתקדמות לקראת הצתת האש. פירומניה שונה מהצתה בכך שהצתה נעשית עבור רווח כלכלי, נקמה או שיבה אחרת, והיא מתוכננת מראש.

### **אפידמיולוגיה:**

אין אינפורמציה על נוכחות פירומניה, אך אחוז קטן בלבד של מבוגרים המציתים אש יכול להיחשב כפירומנים. ההפרעה נפוצה הרבה יותר בגברים מאשר בנשים. בקרב ילדים המבקרים במרפאות פסיכיאטריות, בערך ל- 20% יש היסטוריה של הצתות.

### **:COMORBIDITY**

אנשים המציתים שריפות נוטים להיות מעט יותר מפגרים מהאוכ' הרגילה. מספר מחקרים מציינים הפרעות שימוש מוגבר באלכוהול בקרב אנשים המציתים אש, וכן הסטוריה של היעדרות מביה"ס, תכונות אנטיסוציאליות, בריחות מהבית ועבריינות. ממצא נפוץ הוא הרטבת לילה בעברם, למרות שמחקרים לא הוכיחו את הקשר. כן נמצא קשר בין אכזריות לחיות ולהצתה. הצתות בילדות או בהתבגרות קשורות ל- ADHD או להפרעות הסתגלות.

### **אטיולוגיה:**

#### **פסיכוסוציאלית:**

פרויד ראה באש סמל למיניות. הוא האמין שהחום המופץ מהאש דומה לחום המופק בריגוש מיני ושצורת הלהבה ותנועתה דומה לתנועת פאלוס בפעולה. פסיכואנליסטים אחרים שייכו פירומניה למשיכה לא נורמלית לכח וליוקרה חברתית. חלק מהפירומנים הם כבאים מתנדבים, המציתים שריפות בעצמם כדי להוכיח את גבורתם, כדי להכריח כבאים אחרים לפעול, או כדי להפגין את כוחם לכבות שריפות. פעולת ההצתה היא דרך לבטא זעם מצטבר על תסכול שנוצר ע"י תחושת נחיתות חברתית, פיזית או מינית. מספר מחקרים הראו שאבות הפציינטיים עם פירומניה נעדרו מן הבית. וכך הסבר אחד להצתות הוא שהן מייצגות משאלת לב שהאב ישוב הביתה כמציל, לכבות את השריפה, ויציל את הילד מקיום קשה. נשים מציתות, בנוסף להיותן מועטות, לא מציתות כדי לגרום לכבאים לפעול כמו שהמציתים הגברים עושים תכופות. בנשים המאפיינים העברייניים הם יותר מתירנות מינית, ללא עונג וגניבות קטנות, לעיתים קרובות בדומה לקלפטומניה.

#### **פקטורים ביולוגיים:**

רמות נמוכות במיוחד של 5-HIAA ב-CSF, ושל 3-5 מטוקסי-4 הידרוקסי פנילגליקול (MHPG), מה שמציע מעורבות סרוטונורגית או אדרנרגית. נוכחות היפוגליקמיה ריאקטיבית הוצעה כגורם לפירומניה, אך יש צורך במחקרים נוספים.

#### **אבחנה ומאפיינים קליניים:**

פירומנים תכופות צופים בשריפות באופן קבוע בשכונתם, לעיתים קרובות מדליקים אזעקות שווא, ומראים עניין בעיסוק כיבוי השריפות. סקרנותם ניכרת לעין, אך הם לא מראים חרטה ויכולים להיות אדישים להשלכות על חיים או על רכוש. המציתים יכולים להרגיש סיפוק מן ההרס שנוצר, תכופות, הם משאירים רמזים ברורים. מאפיינים נפוצים מתלווים כוללים שיכרות מאלכוהול, אי תפקוד מיני, IQ נמוך מהממוצע, תסכול אישי כרוני, וטינה כנגד דמויות סמכותיות. יש מציתים שמגורים מינית ע"י האש.

#### **: DD**

לקלינאים לא אמורה להיות בעיה להבחין בין פירומניה לריתוק שיש לילדים רבים מגפרורים, מצתים ואש כחלק מחקירה רגילה של סביבתם. כמו כן יש להבדיל בין פירומניה לפעולות הצתה של חבלה, שמבוצעות ע"י קיצוניות פוליטיות או ע"י מציתים בתשלום, המכונים "ארסוניסטים" ע"י מערכת החוק. (מציתים בעברית).

כשהצתה נעשית בהפרעת התנהגות והפרעת אישיות אנטיסוציאלית, זוהי פעולה מכוונת, ולא כשל שליטה על דחף. הצתות יכולות להיות למטרת רווח, חבלה או מאהה. סכיזופרנים או מנים יכולים להצית אש כתגובה להלוזינציה או לדלוזיה. אנשים עם דמנציה, פיגור שכלי, או הרעלת חומרים עלולים להצית אש בגלל כשל תפיסה של תוצאות המעשה.



### מהלך ופרוגנוזה:

למרות שהצתות אש מתחילות לרוב בילדות, הגיל הטיפוסי של הופעת פירומניה אינו ידוע. כשההופעה היא בהתבגרות או בבגרות, ההצתות נוטות להיות הרסניות כוונה. הצתת אש בפירומניה היא אפיזודית, ויכולה להתגמש בתדירותה. הפרוגנוזה לידיים מטופלים היא טובה, ורמיסיה מלאה היא מטרה ריאלית. הפרוגנוזה למבוגרים היא פחותה, משום שלעיתים תכופות הם מכחישים את פעולותיהם, מסרבים לקחת אחריות, תלויים באלכוהול וחסרי תובנה.

### טיפול:

נכתב מעט על טיפול בפירומניה, וטיפול במציתים הוא קשה בגלל חוסר מוטיבציה. עד שידווח על טיפול יחיד יעיל, הגישה המתאימה תהיה גישה משולבת של מס' מודלים, כולל טיפול בגישה התנהגותית. בגלל האופי החזרתי של פירומניה, כל תוכנית טיפול צריכה לכלול פיקוח, כדי למנוע חזרה של הצתת אש. כליאה עלולה להיות לפעמים הדרך היחידה לבצע פיקוח שכזה, ואז טיפול התנהגותי יכול להינתן במסגרת המוסד. הצתות אש ע"י ילדים חייבות להיות מטופלות ברצינות המירבית. יש לנקוט בהתערבויות אינטנסיביות אם אפשר, אך כשיטות תרופוטיות ומניעה, לא כעונש. במקרי פירומניה בילדות או בהתבגרות, יש לכלול בטיפול טיפול משפחתי.

### קריטריונים של DSM4 לאבחנה של פירומניה:

- A. הצתת אש מכוונת ומוכוונת מטרה ביותר מאירוע אחד
- B. מממתח או גירוי אפקטיבי לפני המעשה
- C. ריתוק, עניין, סקרנות או משיכה לאש ולהקשרים הסביבתיים שלה (כיבוי, שימושים, תוצאות)
- D. עונג, סיפוק או הקלה בעת הצתת אש, או בצפייה או השתתפות בטיפול בתוצאותיה.
- E. ההצתה לא נעשתה למען רווח כלכלי, כביטוי לאידאולוגיה סוציו-פוליטית, הסתרת פעילות פלילית, כביטוי לכעס או לנקמה, לשיפור נסיבות החיים של עצמו, כתגובה לדלוזיה או הלוצינציה או כתוצאה משיפוט לקוי. (בדמנציה, פיגור שכלי, הרעלת חומרים).
- F. אין להסביר יותר טוב את ההצתה ע"י הפרעת התנהגות, אפיזודה מנית, או הפרעת אישיות אנטי סוציאלית.

### הימור פתולוגי:

הימור פתולוגי מאופיין ע"י הימור מתמיד, חוזר ושאינו מסתגל הגורם לבעיות כלכליות וגורם להפרעות בתפקוד האישי, חברתי או תעסוקתי. אספקתים שלהתנהגות הבלתי סתגלנית כוללים: 1. עיסוק מתמיד בהימור 2. הצורך להמר בכמויות עולות של כסף להשגת הריגוש הרצוי 3. נסיונות חוזרים ולא מוצלחים לשליטה, צמצום או הפסקת ההימורים 4. הימור כאמצעי לברוח מבעיות 5. הימור כדי לפצות על הפסדים 6. שקרים כדי להסתיר את רמת המעורבות בהימורים 7. נקיטה בפעילות לא חוקית כדי לממן את ההימורים 8. סיכון או אובדן מערכות יחסים אישיות או מקצועיות 9. הסתמכות על אחרים לתשלום החובות.

### אפידמיולוגיה:

עד 3% מהאוכלוסיה הכללית יכולים להיות מסווגים כמהמרים פתולוגיים. לפי DSM4, הנוכחות של הימור פתולוגי הוא בין 2.8% – 8% במתבגרים וסטודנטים בקולג'. יותר נפוץ בגברים מאשר בנשים, בשיעור גבוה יותר באיזורים בהם ההימור הוא חוקי. בערך לרבע מהמהמרים הפתולוגיים היה הורה עם בעית הימורים. לאבא של גבר או לאם של אשה עם ההפרעה יש סיכוי יותר גבוה להפרעה מאשר לשאר האוכל. כמו כן נפוצה תלות באלכוהול בקרב ההורים לסובלים מהימור פתולוגי. לנשים הסובלות מההפרעה יש נטייה להיות נשואות למכורים לאלכוהול, שנעדרים הרבה מן הבית.

## **:COMORBIDITY**

שיעור גבוה של הפרעות שליטה בדחפים אחרות, הפרעות שימוש בחומרים, הפרעות מצ"ר, ADHD, הפרעות אישיות אנטיסוציאליות, גבולית ונרקסיסטית. עוד הפרעות קשורות: הפרעות פניקה, אגורפוביה, OCD, והפרעת טורט.

## **אטיולוגיה:**

### **פקטורים פסיכוסוציאליים:**

מספר פקטורים יכולים לתרום להתפתחות ההפרעה: אובדן הורה ע"י מוות, פרידה, גירושים או נטישה לפני הגיע הילד לגיל 15 שנים, משמעת הורית לקויה (היעדרות, חוסר עקביות או קשיחות), זמינות וחשיפה לפעילות הימורים בגיל ההתבגרות, דגש משפחתי על סמלים חומריים ופיננסיים וחוסר דגש משפחתי על חסכון, תכנון ותיקצוב. התיאוריה הפסיכואנליטית ממוקדת במספר קשיים מאפיינים מרכזיים. לפי פרויד – רצון לא מודע להפסיד, והימור על מנת להיפטר מרגשות לא מודעות של אשמה. עוד תיאוריה – המהמרים הם נרקסיסטים שהפנטזיות האומניפוטנטיות והגרנדיוזיות שלהם מובילות אותם להאמין שהם יכולים לשלוט באירועים ולחזות את תוצאותיהם. יש תיאוריה שאומרת שההימור הבלתי נשלט נובע מתפיסה מוטעית של שליטה בדחפים.

### **פקטורים ביולוגיים:**

יש תיאוריות שיש גורם נורולוגי להסתכנות שבהימורים, שמתבססת על מע' הרצפטורים הסרוטונינגיות והאדרנרגיות. לגברים מהמרים פתולוגיים יכולות להיות רמות תת נורמליות של MHPG בפלסמה, רמות מוגברות של MHPG ב CSF ורמות גבוהות של נוראפינפרין שמופרש בשתן. תפקוד לקוי של רגולצית המע' הסרוטונינגית נמצא במהמרים פתולוגיים. למהמרים כרוניים נמצא MAO נמוך בטסיות, שהוא סמן של פעילות סרוטונין, שנקשר גם לקשיים באינהיביציה. עוד יש צורך במחקרים כדי להוכיח נקודה זו.

### **אבחנה ומאפיינים קליניים:**

בנוסף למאפיינים שכבר תוארו, מהמרים פתולוגיים נראים תכופות כבעלי בטחון עצמי מופרז, מתגרה, אנרגטיים ובזבזניים. מראים לעיתים תכופות סימנים של סטרס אישי, חרדה ודיכאון. בד"כ בעלי הגישה שהכסף הוא גם הגורם וגם הפתרון לכל בעיותיהם. ככל שההימורים שלהם גובר, הם בד"כ נאלצים לשקר כדי להשיג כסף, ולהמשיך להמר תוך הסתרת היקף ההימורים שלהם. הם לא עושים שום ניסיון לתקצב או לחסוך כסף. כשנגמרים להם מקורות ההלוואות, הם עלולים לנקוט בהתנהגות אנטיסוציאלית כדי להשיג עוד כסף להימורים. התנהגותם הפושעת תהיה בד"כ לא אלימה, כגון זיוף, מעילה או הונאה, והם מתכוונים במודע להחזיר את הכסף. סיבוכים כוללים ניכור מחברי משפחה וממכרים, אבדן של הישגי החיים, נסיונות התאבדות, והתרועעות עם חברה פושעת ולא חוקית. מעצר על פשיעה לא אלימה יכול להוביל לכליאה.

### **מבדקים פסיכולוגיים ובדיקות מעבדה:**

גברים עם ההפרעה הראו רמות פעילות MAO לא תקינות בטסיות, רמות גבוהות של אימפולסיביות במבחנים נוירופסיכולוגיים, גרמניה - רמות קורטיזול גבוהות ברוק בזמן ההימור, שיכול להסביר את האופוריה שמורגשת בזמן ההימור ואת האיכות הממכרת שלה.

## **: DD**

הימור חברתי מובדל מהימור פתולוגי בכך שהימור חברתי נעשה עם חברים, באירועים מיוחדים, בסכומים הגיוניים, שנקבעו מראש. הימור שהוא סימפטומטי לאפיזודה מאנית יכול להיות מובדל מהימור פתולוגי ע"י הסטוריה של שינוי מצ"ר בולטים, ואבדן השיפוט לפני ההימור. שינוי מצ"ר דמויי מאניה נפוצים במהמרים פתולוגיים, אך הם תמיד באים בעקבות זכיה, ואחריהם יבואו בד"כ אפיזודות דיכאון בגלל הפסדים עוקבים. לאנשים עם הפרעת אישיות אנטי סוציאלית יכולות להיות בעיות הימורים. כששתי הפרעות מאובחנות, יש לטפל בשתייהן.

### מהלך ופרוגנוזה:

- הימור פתולוגי בד"כ מתחיל בגיל ההתבגרות בגברים ומאוחר בחיים בנשים. ההפרעה גמישה, ונוטה להיות כרונית. יש ארבעה שלבים בהימור פתולוגי:
1. שלב הזכיה – מסתיים בזכיה גדולה, שוות ערך למשכורת של שנה בערך, ש"תופסת" את הפציינט. לנשים בד"כ אין זכיה גדולה, אלא משתמשות בהימורים כאמצעי לברוח מבעיות.
  2. שלב ההפסד המתקדם- הפציינטים בונים את החיים שלהם סביב ההימורים, ואז עוברים מלהיות מהמרים מצוינים למהמרים טיפשים, הלוקחים סיכונים גבוהים, פודים חסכונות, לוויים כספים, מפססים ימי עבודה ומפסידים עבודות.
  3. השלב הנואש – הפציינטים מהמרים באופן מופרז, בסכומים גדולים של כסף, לא משלמים חובות, נהיים מעורבים בהלוואות לא חוקיות, כותבים שיקים ללא כיסוי ולפעמים אף מועלים.
  4. השלב חסר התקווה – קבלה שההפסדים לא יהיו מפוצים לעולם, אך ההימור ממשיך בגלל הגירוי והריגוש שבכך. ההפרעה יכולה לארוך עד 15 שנה לפני ההגעה לשלב האחרון, אך אז, בתוך שנה-שנתיים הפציינט הרוס לחלוטין.

### טיפול:

מהמרים בד"כ לא יפנו לעזרה בעצמם. קשיים עם החוק, לחצים משפחתיים, או תלונות פסיכיאטריות אחרות מביאים את המהמרים לטיפול. מהמרים אנונימיים (GA) נוסד בלוס אנג'לס בנש 1957, על המודל של אלכוהוליים אנונימיים (AA). הארגון נגיש בערים הגדולות, והוא טיפול יעיל בחלק מן המהמרים. זוהי שיטה של קבוצות תמיכה שעובדות על: הודאה פומבית, לחץ חברתי, נוכחות מהמרים לשעבר (כמו ספונסרים של AA), שעוזרים לחברי הקבוצה להתנגד לדחף להמר. למרות זאת, הנשירה מתוכניות כאלה היא גבוהה. במקרים מסוימים, אשפוז יכול לעזור, ע"י הרחקת הפציינט מסביבתו. אין לצפות לתובנה עד שלושה חודשים אחרי ההימור האחרון. בנקודה זו, המהמרים הפתולוגיים נמצאים במצב טוב לפסיכותרפיה מונחית תובנה. תרפיה משפחתית היא חשובה לעיתים תכופות וגם תרפיה קוגניטיבית- התנהגותית, (שילוב של טכניקות הרגעה עם תיאור הימנעות מהימור) הראתה הצלחה. ידוע מעט מאד על יעילות פרמקולוגיה בטיפול בהימור פתולוגי. פלובוקסאמין, ליתיום, קלומיפראמין תוארו כמוצלחים. אם ההימור קשור להפרעות דיכאון, מניה, חרדה או הפרעות מנטליות אחרות, טיפול בליתיום, אנטידפרסנטים או אנטי חרדה הוא יעיל.

### קריטריונים של DSM4 לאבחנה של הימור פתולוגי:

- A. התנהגות הימורית מתמידה, חוזרת ושאינה מסתגלת כמצוין בחמש (או יותר) מהבאים:
- 1) עיסוק מתמיד בהימורים (חי מחדש חוויות הימורים קודמים, תכנון או ביצוע ההרפתקאה הבאה, מחשבות על דרכים להשגת הכסף לצורך ההימורים)
  - 2) צורך להמר בסכומים עולים של כסף, כדי להשיג את הריגוש הנחשק.
  - 3) חזר על מספר נסיונות כושלים לשלוט, להפחית או להפסיק להמר.
  - 4) חסר מנוחה ועצבני כשמנסה לצמצם או להפסיק להמר.
  - 5) מהמר כאמצעי לבריחה מבעיות, או להקלה על מצ"ר דיספורי (= חוסר אונים, אשמה, חרדה, דיכאון)
  - 6) אחרי אדן כסף בהימורים, לעיתים תכופות חוזר ביום אחר כדי "להתנקם" ("רדיפה" אחר ההפסדים)
  - 7) משקר לחברי משפחה, מטפלים או לאחרים, כדי להסתיר את היקף המעורבות בהימורים.
  - 8) ביצע מעשים לא חוקיים כגון זיוף, הונאה, גניבה או מעילה למימון ההימורים.
  - 9) סיכן או איבד מערכת יחסים משמעותית, עבודה או הזדמנות חינוכית או בקריירה בגלל ההימורים.
  - 10) מסתמך על אחרים לספק כסף להקלה על מצב כלכלי נואש שנגרם ע"י הימורים.

B. ההתנהגות ההימורית לא מוסברת יותר טוב ע"י אפיזודה מאנית.

#### **סיפור הימור פתולוגי:**

מר ט. היה איש בן 47 לבן, שהגיע למרכז לבריאות הנפש הקהילתי להערכה של דיכאון. במהלך הראיון הראשוני עם הפסיכיאטר והעו"ס, הוא סיפר שבעבר היה מנהל די מצליח של מסעדה במלון בלאס וגאס. הוא היה נשוי, היו לו שני ילדים, וחי ברמת חיים טובה. הוא נהיה ידוע במספר בתי הימורים, וקיבל שהות לילית חינם בכמה מהם. ההימורים שלו הגיעו לנקודה שבה הוציא את כל חסכונו המשפחה. הוא נעשה לא זמין בעבודה, כיוון שהיה כל הזמן עסוק בפעילות ההימורים. העסק התמוטט, ואשתו התגרשה ממנו. הוא עבר ללוס אנג'לס, שם גר בדירה וניהל את הבנין שבו גר. הוא היה אחראי על איסוף שכה"ד מהדיירים ומסירתו לבעלי הבנין. בשלושה מקרים הוא הימר על חלק נכבד מהכסף שאסף, במרוצים. האפיזודה האחרונה כללה אבדן של \$8,000. הוא פוטר ממקום עבודתו, ולא הצליח למצוא עבודה בשנה שלאחר מכן כי לא היו לו המלצות. לפני שהגיע למרכז לבריאות הנפש היה חסר בית במשך חצי שנה, והפך לחסר תקווה והתאבדותי. טיפול ראשוני כלל השתתפות חובה יומית בקבוצת GA, ועבודה עם ספונסר בשיטת 12 השלבים. הותחל טיפול בפלוקסטיין, ופגישות שבועיות עם מנהל התיק שלו במרפאה. המטרות לטווח קצר שלו כללו: מציאתן תעסוקה ובית, והימנעות מהימורים. המטרות לטווח ארוך שלו היו: יצירת קשר מחדש עם ילדיו, אותם לא ראה מזה שנים.

#### **טריכוטילומניה:**

לפי ה- DSM4 טריכוטילומניה היא תלישת שיער חוזרת, שיכולה להוביל לאבדן שיער ניכר. סימפטומים קליניים נוספים: תחושת עלית מתח לפני תלישת השיער, ותחושת עונג וסיפוק או הקלה בזמן התלישה. אין לעשות אבחנה אם תלישת השיער באה בגלל הפרעה נפשית אחרת. (כמו הפרעות דלזיות או הלוצינציות) או הפרעה רפואית אחרת (לזיה קיימת של העור).

#### **אפיזודיולוגיה:**

נפוצה יותר בנשים מאשר בגברים, אך אין הבדל בין המינים בילדות. אין מידע על דפוס משפחתי. נוכחות לאורך החיים לפי ה- DSM היא פחות מ 1%, אך אולי הערכה זו היא נמוכה מדי. יכול להיות שטריכוטילומניה יותר נפוצה ממה שחושבים, במיוחד אם תלישת שיער ללא תחושת המתח לפני התלישה וללא תחושת ההנאה לאחר מכן נחשבת לטריכוטילומניה.

#### **:COMORBIDITY**

נוכחות מוגברת של הפרעות מצ"ר (הפרעות דיכאון מאג'וריות), הפרעות חרדה (OCD), ג'נרלייזד, פוביה חברתית), שימוש בחומרים, הפרעות אישיות (גבולית ואובססיבית – קומפולסיבית) ופיגור שכלי.

#### **אטיולוגיה:**

מושפעת מגורמים רבים. ההופעה קשורה למצבים מלחיצים, ביותר מרבע מהמקרים. הפרעות במערכת יחסים אמא-ילד, פחד להישאר לבד ואבדן אובייקט זה מכבר, כולם מהווים פקטורים תורמים קריטיים למצב. שימוש בחומרים יכול לעודד התפתחות של הפרעה. דינמיקות דיכאוניות יכולות להיות מצב מקדים להפרעה, אך אין תכונה ספציפית של האישיות, או הפרעה המאפיינת את הפציינטים. חלק רואים בגירוי עצמי את המטרה המרכזית בתלישת שיער.

התיאוריה לכך שיש גורם ביולוגי לטריכוטילומניה הולכת ומתחזקת. אולי פקטור שגורם לפעילות מוטורית מוגברת, או התנהגות של טיפוח מוגזמת. נמצאו הבדלים במערכות הסרוטונין והאופיאידית. לחברי משפחה של הסובלים מטריכוטילומניה יש הסטוריה של טיקים, הפרעות שליטה בדחפים וסימפטומים של OCD, מה שתומך בקשר גנטי כלשהו.

### **אבחנה ומאפיינים קליניים:**

לפני תחילת התלישה, הפציינטים חשים תחושה הולכת וגוברת של מתח, ומשיגים תחושת שחרור או סיפוק מתלישת שיערם. כל האיזורים בגוף יכולים להיות אזורים מטרם, בעיקר הקרקפת. עוד איזורים: הגבות, הריסים, זקן, חזה, בתי שחי, והמפשעה הם פחות נפוצים. אבדן השיער מאופיין בקצוות קצרים ושכורים, המופיעים יחד עם שיער רגיל וארוך באיזורים המעורבים. אין נוכחות של אבנורמליות בעור או בקרקפת. תלישת השיער אינה מדווחת ככואבת, למרות שגירוד ועיקצוץ יכולים להופיע, באיזור המעורב. טריכופאגיה-שימת שיער בפה, כוללת טריכוזוארים, תת תזונה, וחסימת מעיים. פציינטים בד"כ מכחישים את התנהגותם, ותכופות מנסים להסתיר את הקירחות שנוצרה. הטחת הראש, כסיסת ציפורניים גירוג, כירסום, אקסקוריאציה ופעולות אחרות של פגיעה עצמית יכולים להיות נוכחים.

### **פתולוגיה וממצאים מעבדתיים:**

שינויים אופייניים היסטולוגיים בזקיק השיערה, הידועים כטריכומלציה, מודגמים ע"י ביופסיה ועוזרים להבחין בין טריכוטילומניה לגורמים אחרים לאלופציה.

### **: DD**

תלישת שיער יכול להיות מצב שפיר לחלוטין, או שיכול להתרחש במסגרת של מספר הפרעות נפשיות. חקר התופעות של טריכוטילומניה ו OCD חופף. כמו ב- OCD, טריכוטילומניה היא כרונית ומזוהה ע"י הפציינטים כלא רצויה. אך בניגוד ל- OCD, אין מחשבות אובססיביות, והפעילות הקומפולסיבית מוגבלת לפעולה אחת בלבד – תלישת שיער. חולים עם הפרעה של מחלה מדומה (factitious), עם סימנים וסימפטומים פיזיקליים יחפשו באופן פעיל את הטיפול הרפואי, והפציינט ינסה לשחק ולגרום להופעה של הסימנים המדמים מחלה. אנשים המעמידים פנים או סובלים מהפרעה של מחלה מדומה, יכולים לפגוע בעצמם כדי לזכות בטיפול רפואי, אך הם אינם מכירים בפגיעה העצמית הזו, בזמן שפציינטים עם טריכוטילומניה כן מכירים בה. לחולים עם הפרעת תנועה סטראוטיפית יש תנועות סטראוטיפיות וריטמיות, והם בד"כ לא מוטרדים מהתנהגותם. יכול להיות צורך בביופסיה כדי להבדיל טריכוטילומניה מאלופציה אראטה וטיניאה קאפיטיס. (כדאי להציץ בספר על התמונות- ע"מ 791)

### **מהלך ופרוגנוזה:**

הגיל הממוצע להופעת טריכוטילומניה הוא גיל העשרה המוקדם, לרוב לפני גיל 17, אך הופעות דווחו גם הרבה יותר מאוחר בחיים. מהלך ההפרעה אינו ידוע היטב, שתי הצורות – הכרונית והמסתיימת מופיעות. הופעה מוקדמת (לפני גיל 6) נוטה להסתיים יותר בקלות, ומגיבה לאסטרטגיות סוגסטיביות, תמיכות והתנהגותיות. הופעה מאוחרת (אחרי גיל 13) קשורה יותר לסיכויים מוגברים לכרוניות, ולפרוגנוזה רעה יותר מהצורה המוקדמת. בערך שליש מהאנשים הממגיעים לטיפול מדווחים על מהלך בן שנה אחת או פחות, בזמן שבחלק מהמקרים, ההפרעה היתה קיימת במשך יותר משני עשורים.

### **טיפול:**

לא קיים קונצנזוס על המודל הטוב ביותר לטיפול בטריכוטילומניה. הטיפול בד"כ כולל פסיכיאטרים ורופאי עור במאמץ משותף. שיטות פסיכופרמקולוגיות שהיו בשימוש לטיפול בהפרעות פסיכודרמטולוגיות כוללות סטרואידים טופיקליים, והידרוקבזין הידרוכלוריד, חומר נוגד חרדה, עם תכונות אנטי היסטמיניות, אנטידפרסנטים, תרופות סרוטונורגיות ואנטיפסיכוטיות. באם דיכאון נוכח או לא, תרופות אנטי דיכאוניות יכולות להוביל לשיפור דרמטולוגי. ראיות עדכניות מעידות על יעילות תרופות שמשנות את מחזור הסרוטונין. פציינטים שמגיבים לא טוב ל- SSRI, יכולים להשתפר ע"י אוגמנטציה עם פימוזיד, שהוא אנטיגוניסט לדופמין. טיפול בליתיום היה יעיל, הסבר לכך יכול להיות היכולת של ליתיום להשפיע על אימפולסיביות, אגרסיביות ואי יציבות רגשית. כמו כן לליתיום יש השפעה סרוטונורגית. דווחו מקרים על הצלחות עם בוספירון, קלונאזפאם, וטראזודון. נאלטרקסון כנראה מוריד סימפטומים.

טיפולים התנהגותיים כמו: ביופידבק, ניטור עצמי, דסנסטיזציה, והיפוך הרגלים דווחו – אך במקרים בודדים בלבד. הצורה הכרונית יכולה להיות מטופלת בפסיכותרפיה מונחית טובנה. בהפרעות עור עם השפעות פקטורים פסיכולוגיים, דווח על הצלחה בטיפולים התנהגותיים והיפנוטים. בעיקר מחקרי ולא קליני.

#### **קריטריונים של DSM4 לאבחנה של טריכוטילומניה:**

- A. תלישת שיער עצמית חוזרת שמובילה לאבדן שיער ניכר
- B. תחושת מתח עולה מיד לפני תלישת השיער, או בזמן נסיון להתנגד לפעולה.
- C. עונג, סיפוק או הקלה בזמן תלישת השיער.
- D. ההפרעה אינה מוסברת יותר טוב ע"י הפרעה נפשית אחרת ואינה נגרמת ע"י מצב רפואי כללי (דרמטולוגי)
- E. ההפרעה גורמת למצוקה קלינית משמעותית, או ליקוי בתפקוד חברתי, תעסוקתי או בתחום חשוב אחר.

#### **סיפור טריכוטילומניה:**

אשה בת 48 מגיעה אל הפנימאי שלה לבדיקה שגרתית. היא החלה לדמוע מעט במשך הראיון, מסבירה כי היא היתה תחת לחץ נוראי בבית, בטיפול בשלושת ילדיה, וכי היא נפרדה לא מזמן מבעלה. בזמן הבדיקה הפיזיקלית הפציינטית הצביעה על ראשה, ואמרה כי שיערה החל לנשור בתקופה האחרונה הזו של הלחץ, ושהיא מעט מודאגת מכך. הרופא הבחין בשני איזורים מוגדרים של אבדן שיער, אחד באזור הורטקס ואחד באזור הפרונטלי של הקרקפת. כמו כן הבחין כי אזור הגבות צויר בעיפרון. כל הבדיקות האחרות, כולל המעבדה היו תקינות. הוא העלה את האפשרות שאבדן השיער אינו נובע רק מהלחץ והפנה את האשה לדרמטולוג. היא הסכימה להפניה בחוסר רצון.

הפציינטית הגיעה לפגישה עם הדרמטולוג, שהבחין בערבוב של שיער ארוך וקצר באיזורים הדלילים בקרקפת. נלקחו דגימות שלא הראו כל פתולוגיה. כשהדרמטולוג שאל אם אולי יכול להיות שהיא תולשת את השיער, היא היססה, אך הודתה שאכן כך. בכך היא ביקשה סודיות מוחלטת, ושאלה את הרופא אם אי פעם נתקל בכך בעבר. כשהרגיע אותה ואמר לה כי יש לו מספר חולים הסובלים מאותה תופעה ושיש לכך טיפול, ההקלה ניכרה על פניה.

#### **הפרעות שליטה בדחפים שאינן מפורטות אחרת (Not otherwise specified)**

הקטגוריות של ה- DSM4 להפרעות שליטה בדחפים שאינן מפורטות אחרת (Not otherwise specified), הן בעצם קטגוריות שאריות של הפרעות שליטה בדחפים שלא מתאימות לקריטריונים להפרעות הספציפיות יותר, חלקן מפורטות כהפרעות קומפולסיביות. ישנם הבדלים עדינים אך חשובים בין שני המונחים. דחף הוא מצד מתח שיכול להתקיים ללא פעולה, וקומפולסיה, הוא מצב מתח שתמיד מכיל בתוכו מרכיב של פעולה. ההפרעות מפורטות כאן כקומפולסיות כיוון שהפציינטים מרגישים "קומפולסיה" לבצע את התנהגותם הפתולוגית, הם אינם מסוגלים להתנגד לדחף, וכך הם פועלים על הדחפים האלה, בציפיה לקבל עונג. קומפולסיות הן בד"כ אגו – דיסטוניות, למשל הפציינט לא אוהב לבצע את הפעולה, למרות שהוא חש קומפולסיה לבצע אותה. יוצא מן הכלל שהדחפים קשורים לעונג הם המקרים בהם תחושת אשמה באה לאחר המעשה, ומפריעות לתחושת העונג. באופן דומה, לא כל הקומפולסיות הן אגו-דיסטוניות, למשל: למשחקי וידאו קומפולסיביים יכול להיות מרכיב מהנה. שתי ההתנהגויות – אמפולסיבית וקומפולסיבית מאופיינות ע"י אופי רפטטיבי, אך המרכיב הרפטטיבי מתוך דחף מוביל ליקוי פסיכוסוציאלי, וזה הקומפולסיבי לאו דווקא. בגלל האופי הרפטטיבי והמהנה של תבניות התנהגות רבות בקבוצה זו של הפרעות, הן מתוארות הרבה פעמים כהתמכרות.

## קניה כפייתית:

במקור כונתה אוניאומניה. לא רשומה כקטגוריה נפרדת ב- DSM4 או ב- ICD10. מוערך שמשפיעה על 1.1%- 5.9% מהאוכלוסייה, נפוצה יותר בנשים מאשר בגברים. הגורם להפרעה אינו ידוע, תיאוריות פסיכודינאמיות מדברות על הערכה עצמית נמוכה, חרדה, והצורך להוריד סטרוס. קומורבידיות עם הפרעות שליטה בדחפים אחרות (קלפטומניה), הפרעות מצ"ר ו-OCD. אין להגדיר קניה כפייתית אם היא נמצאת כחלק מאפיזודה מאנית או היפומאנית. הופעת ההפרעה בסביבות גיל 18, אך החולים לא מחפשים טיפול עד גילאי ה-20-30, בד"כ כי פיתחו בעייה כלכלית חמורה. קונים כפייתיים בד"כ קונים באשראי והם בעלי מספר רב של כרטיסי אשראי. בעיות כלכליות הן נפוצות וחלקם אף מגיעים לפשיטת רגל (ממוצע חוב \$23,000). ההפרעה יכולה להיות כרונית עם דחפים שבאים כל שעה, או לפעמים גם רק פעם בחודש. הפציינטיים בד"כ מנסים להגביל את התנהגותם, ללא הצלחה. טיפול בקניה כפייתית הוא קשה. תרפיה תומכת, תרפיה מונחית תובנה, וקבוצות עזרה עצמית ( Debtors Anonymous) יכולים לעזור. טיפול תרופתי: אנטידפרסנטים, אנטי מאניים, אנטי חרדתיים, ואנטיפסיכוטיים – לטיפול בהפרעות קומורבידיות. תרופות SSRI היו בשימוש כדי להגביל התנהגות קומפולסיבית, ויכולים אולי לעזור כאן בגלל המרכיב הקומפולסיבי.

## קריטריונים אבחנתיים לקניה כפייתית:

- A. עיסוק מתמיד שאינו מסתגל בקניה או בשופינג, או דחפים של קניה או שופינג שאינם מסתגלים או התנהגות כמתואר בלפחות אחד מהבאים:
- 1) התעסקות תכופה בקניה או דחפים לקניה שנחווים כבלתי עמידים, חודרניים או מחוסרי הגיון.
  - 2) קניה תכופה של יותר משהכיס מאפשר, קניה תכופה של חפצים שאינם נזקקים או קניות למשך זמן ארוך מן המתוכנן.
- B. ההתעסקות בקניה, הדחפים או ההתנהגות גורמים למצוקה ניכרת, צורכי זמן, מפריעים משמעותית לתפקוד החברתי או התעסוקתי או מובילים לבעיות כלכליות. (חובות או פשיטת רגל)
- C. התנהגות הקניה העודפת לא מתרחשת רק בתקופות של היפומאניה או של מאניה.

## כפיתיות אינטרנט:

קרובה גם *התמכרות לאינטרנט*. אנשים רבים מבליים את כל שעות העירנות שלהם מול המחשב. תבניות השימוש שלהם הן רפטטיביות וקבועות, והם אינם מסוגלים להתנגד לדחפים חזקים להשתמש במחשב או "לגלוש ברשת". מכורי אינטרנט יכולים להגיע לאתרים מסוימים המספקים צרכים ספציפיים (בין השאר: קניות, סקס או משחקים אינטראקטיביים) התנהגות כפייתית של משחקי וידאו היא תבנית התנהגותית ואריאנטית.

## **כפיתיות של טלפונים סלולריים או ניידים:**

יש אנשים המתקשרים באופן כפייתי באמצעות טלפונים סלולריים לאחרים – לחברים, מכרים, שותפים לעבודה. הם מצדיקים את הצורך שלהם ליצור קשר עם אחרים ע"י מתן תירוצים סבירים להתקשרות, אך יכולים להיות קונפליקטים נסתרים שיכולים לבוא לידי ביטוי בהתנהגות, כגון פחד מלהיות לבד, צורך לספק צרכי תלות לא מודעת או ביטול מחשבות רעות כלפי מישהו אהוב, בין השאר.

## **הטלת מום עצמי רפטיבית:**

אנשים שבאופן חזרתי חותכים את עצמם, או פוגעים בגופם עלולים לעשות זאת באופן קומפולסיבי. בכל המקרים – תמצא גם הפרעה נוספת. התנהגות פארה סואיסידלית נפוצה בהפרעת אישיות גבולית, בודי פירסינג קומפולסיבי או קעקוע יכולים להיות סימפטום של פאראפיליה, או מקביל דיכאוני.

## **התנהגות מינית קומפולסיבית:**

אנשים המחפשים באופן רפטיבי סיפוק מיני, לעיתים קרובות באופן סוטה. (למשל אקהיביזיוניזם). הם לא מסוגלים לשלוט בהתנהגותם, ויכולים גם לא לחוש אשמה אחרי אפיזודה של acting out. לעיתים קרוי התמכרות למין, מצב זה נדון בהרחבה בפרק מיניות האדם.

## **קריטריונים של ה- DSM4 לאבחנת הפרעות שליטה בדחפים שאינן מפורטות אחרת:**

קטגוריה זו היא עבור הפרעות שליטה בדחפים (למשל חיטוט בעור) שאינן עומדות בקריטריונים של כל הפרעת שליטה בדחפים ספציפית אחרת, או להפרעה נפשית אחרת שלה מאפיינים של שליטה בדחפים המתוארת במקום אחר בספר. כמו: שימוש בחומרים או פאראפיליה.

## **ICD10:**

ב- ICD10 הקטגוריות של שליטה בדחפים מתוארות תחת הכותרת הפרעות בהרגלים ובדחפים. בקטגוריה קצרה זו, הפרעות בהרגלים ובדחפים מוגדרות כפעולות בלתי נשלטות וזרות ללא מוטיבציה רציונלית ברורה, שבאופן כללי פוגעות באינטרסים האישיים של הפציינטים ובאלה של אחרים.



## Problems related to abuse or neglect

מהדורה 9, פרק 32, עמ' 883-893

ב-DSM-IV TR (text revision) מוזכרות 5 בעיות הקשורות להזנחה או התעללות: (1) התעללות גופנית בילד; (2) התעללות מינית בילד; (3) הזנחה של ילד; (4) התעללות גופנית במבוגר; (5) התעללות מינית במבוגר (**טבלה 32-1 - DSM-IV TR problems related to abuse or neglect**). התעללות גופנית במבוגר כוללת התעללות מצד בן/בת הזוג והתעללות בקשישים. התעללות מינית במבוגר כוללת אונס, יחסי מין בכפיה והטרדה מינית.

### התעללות והזנחה בילדים

כיום, קיים שיעור גבוה להחריד של התעללות והזנחה של ילדים וילדות בכל הגילאים, הקבוצות האתניות והרמות הסוציו-אקונומיות, אשר נמצא באסוציאציה עם טווח רחב של בעיות רגשיות וסימפטומים פסיכיאטריים. ילדים אשר סובלים מהקאות או כוויות, הטרדה מינית חוזרת, או שנמנע מהם מזון, ביגוד ומחסה, במידה והם שורדים, נאלצים להתמודד עם התוצאות. במרבית המקרים של גילוי עריות מתמשך, ילדים אלו, הסובלים מהתעללות מינית, מאוימים על ידי התעללות נוספת או נטישה, אם יגלו את סודות המשפחה; ילדים שזוכים ל"טיפול" כזה מוצבים בעמדה עוינת של שתיקה, בעודם סובלים מהתעללות מתמשכת, או שמסתכנים באובדן טוטאלי של משפחותיהם.

לילדים שסבלו מהתעללות פיזית או מינית, הפרעות פסיכיאטריות רבות, כולל חרדה, התנהגות אגרסיבית, רעיונות פרנואידיים, PTSD, הפרעות דכאוניות, והם נמצאים בסיכון מוגבר לאובדנות. התעללות מעלה, ככל הנראה, את הסיכון להפרעות פסיכיאטריות בילדים שמראש הינם יותר פגיעים ומועדים לכך, לפיכך, בקרב ילדים שסובלים מהתעללות ולהוריהם פסיכופתולוגיה, יש סיכוי גבוה יותר להפרעה נפשית, מאשר ילדים להורים עם הפרעות פסיכיאטריות שלא עברו התעללות. לילדים שסבלו מהתעללות מינית יש שכיחות גבוהה יותר של פגיעה בהערכה העצמית, דיכאון, הפרעות דיסוציאטיביות ושימוש בסמים או אלכוהול. טיפול מתמשך שאינו מתאים, מקדם התנהגות אגרסיבית ואללימה בילדים פגיעים.

### אפידמיולוגיה

בשנת 1999 דווחו בארצות הברית כ-2.9 מיליון מקרים של התעללות והזנחה, מתוכם הוכחו 826,000 מקרים. על פי נתוני אותה שנה, 58.4% סבלו מהזנחה, 21.3% סבלו מהתעללות פיזית ו-1.3% סבלו מהתעללות מינית. בארצות הברית, התעללות והזנחה של ילדים, גרמה לכ-1,100 מקרי מוות, על פי ההערכות. קיימת הערכה, כי אחת מתוך כל 3-4 בנות ואחד מתוך כל 7-8 בנים, יסבלו מהתעללות מינית עד להגיעם לגיל 18. יתכן והשיעור האמיתי אף גבוה מהערכות אלה, מכיוון שרבים מילדים אלו לא מזוהים ורבים מהם נמנעים מלדווח על ההתעללות. מתוך הילדים שעוברים התעללות פיזית, 32% הינם מתחת לגיל 5; 27% בין 5 ל-9; 27% בין 10 ל-14; ו-14% בין 15 ל-18. יותר מ-50% מהילדים שסבלו מהתעללות או הזנחה, נולדו לפני הזמן או סבלו ממשקלי לידה נמוכים. לרוב, הפגיעה בילדים אלו היא בידי ההורים (75%), קרובים אחרים (15%) או מטפל שאיננו קרוב משפחה (10%). בשנים האחרונות קיימת עליה במקרים בהם ילדים מותקפים מינית בידי קבוצות של ילדים אחרים. במחקר שבוצע על 1,600 פושעים צעירים שביצעו התעללות מינית בילדים אחרים, נמצא ש-25% מתוכם החלו בכך לפני גיל 12. מנהיגי הקבוצה סבלו לעיתים קרובות מהתעללות בעצמם. חברי הקבוצה שהלכו אחריהם, נכנעו בדרך כלל ללחץ קבוצתי ולנורמות חברתיות שמחשיבות אלימות וקושרות אלימות למין.

### אטיולוגיה

קיימים פקטורים רבים שתורמים לסיטואציה של התעללות והזנחה בילדים. פעמים רבות, הורים מתעללים היו בעצמם קורבנות להתעללות פיזית ומינית או חשיפה ארוכת טווח לחיי משפחה אלימים, עם עינויים פיזיים, אשר מהווים גורמים מקדמים (promoters) חזקים להתנהגות אגרסיבית. לפיכך, הורים שגדלו בסביבה בה ענישה נוקשה ויחס אכזרי מצד משפחותיהם, יכולים להמשיך את המסורת המתעללת עם ילדיהם. בחלק מהמקרים, המבוגרים מאמינים ששיטותיהם הינן דרכים מקובלות ללימוד משמעת.

במקרים אחרים, להורים יחס אמביוולנטי לגבי שיטותיהם, אולם הם מוצאים עצמם ללא מנגנון התמודדות, ובכך נופלים לדפוס התנהגות דומה לזה של הוריהם.

חיים בתנאי לחץ, כגון צפיפות ועוני, יכולים לתרום להתנהגות אגרסיבית ולהתעללות פיזית כלפי ילדים. בידוד חברתי, חוסר במערכת תמיכה והתמכרות של ההורים, מעלים את הפוטנציאל להתעללות והזנחה של ילדיהם. כאשר משברים סביבתיים, כגון אבטלה, בעיות דיור, וצרכים כלכליים מדגישים או מעלים את רמות הלחץ במשפחות פגיעות, הם יכולים לגרום להזנחה או התעללות. הפרעות נפשיות יכולות לשחק תפקיד בהתעללות והזנחה של ילד בכך שכושר השיפוט והלך המחשבה של ההורה יכולים להיות פגומים. הורים שהינם דכאוניים או פסיכוטיים, או הסובלים מהפרעות אישיות קשות, יכולים לראות את ילדיהם כרעים או כאילו הם מנסים לגרום להם לשיגעון.

מאפיינים מסויימים יכולים להגביר את הפגיעות של הילד להתעללות פיזית ומינית או הזנחה. ילדים שהינם פגים, סובלים מנכות פיזית או נפשית, וכאלה שבוכים במידה רבה, או דורשים תשומת לב רבה, יכולים להיות בסיכון גבוה להתעללות או הזנחה. לרוב, ילדים הסובלים מהתעללות נתפסים על ידי הוריהם כשונים, איטיים בהתפתחותם, רעים, אנוכיים או חסרי משמעת. ילדים שהינם היפראקטיביים, הינם בעמדה פגיעה במיוחד להתעללות, במיוחד כאשר הם נולדים להורים עם יכולת מוגבלת להתנהגות תומכת ומטפחת. מונח נוסף לתיאור ילד שסובל מהתעללות פיזית, הוא 'ילד מוכה' (battered child).

מקרי ההתעללות הגופנית מבוצעים בשכיחות גבוהה יותר, על ידי האם, מאשר על ידי האב. הורה אחד הוא בדרך כלל ההורה המכה, בצורה אקטיבית, וההורה השני מקבל את ההכאה באופן פאסיבי. במחקר שבחן מתעללים, נמצא כי 80% מהם, התגוררו באופן קבוע בביתם של הילדים בהם התעללו. יותר מ-80% מהילדים במחקר זה, חיו עם זוג הורים נשואים, וכ-20% מהם חיו עם הורה יחיד. הגיל הממוצע של אמא שמתעללת בילדיה, הוא כ-26 שנים, הגיל הממוצע לאב, הוא 30 שנה. רבים מהילדים באים מבתי עניים, וממשפחות מבודדות חברתית.

להורים מתעללים יש ציפיות לא מתאימות מילדיהם, עם היפוך של יחסי תלות. ההורים מתייחסים לילד כאילו היה מבוגר מהם. ההורה פונה לילד, לעיתים קרובות, לצורך אישור, תמיכה, עידוד והגנה, ומצפה לתגובה אוהבת. 90% מההורים הללו, סבלו בעצמם מהתעללות על ידי הוריהם.

התעללות מינית מבוצעת בדרך כלל על ידי גברים. אם כי, קיימת גם מעורבות נשים, לעיתים בשיתוף עם הגבר, במיוחד כאשר מדובר בפורנוגרפיה. הגברים הם מבצעי הפשע בכ-95% ממקרי ההתעללות המינית בבנות ובכ-80% ממקרי ההתעללות המינית בבנים. מבצע ההתעללות המינית בדרך כלל מוכר לילד, ובמקרים רבים היה בעצמו קורבן להתעללות פיזית ומינית. בחלק מהמקרים, פדופיליה הינה מרכיב בהתעללות, כאשר הגירוי המיני של המבוגר מילדים, גדול יותר מהגירוי שלו ממבוגרים. עם זאת, במקרים רבים, אין למבוגר שמבצע את הפשע העדפה מינית לילדים כפרטנרים מיניים. בחלק מהמקרים, התעללות מינית מעורבת עם התעללות פיזית.

#### אבחנה ומאפיינים קליניים

**התעללות גופנית בילד** - על הקלינאי תמיד לחשוב בהתעללות פיזית, כאשר לילד סימני מכות או חבלות, להן לא ניתן הסבר מספק, או שלא תואמות את ההיסטוריה הרפואית שניתנת על ידי ההורה. גורמים מעלי חשד הינם חבלות וסימנים שיוצרים דפוס סימטרי, כגון חבלות משני צידי הפנים, ודפוסי חבלה רגילים על הגב, על העכוז ועל הירכיים. למכות יכולה להיות צורה של המכשיר בו השתמשו, כגון אבזם חגורה או כבל. כוויות על ידי סיגריות יוצרות צלקות עגולות וסימטריות וטבילה במים רותחים גורמת לכוויות שנראות כמו כפפות או גרביים, או בעלות צורת doughnut. אלימות פיזית יכולה לגרום לשברים ספירליים מרובים, בעיקר בתינוקות צעירים; דימום ברשתית בתינוקות, יכול להיגרם כתוצאה מטלטול.

ילדים שמובאים פעמים חוזרות לבית החולים, לטיפול בבעיות מוזרות ותמוהות, על ידי הורים משתפי פעולה יתר על המידה, יכולים להיות קורבנות של סינדרום munchausen by-proxy. במקרה זה, ההורה גורם מחלה או פגיעה לילדו, שוב ושוב - על ידי הזרקת טוקסינים או על ידי כך שהם גורמים לילד לבלוע תרופות או טוקסינים כדי לגרום לשלשול, התייבשות או סימפטומים אחרים, ואז להוטים למצוא עזרה רפואית. מכיוון שההורה "הפתולוגי" הינו חמקמק ועל פני השטח נראה כמשתף פעולה, קשה לעשות אבחנה זאת.

בחדר המיון, בילדים שסובלים מהתעללות קשה, ניתן לראות סימנים לטראומה, חבלות, מכות, חתכים, קרעים, כוויות, נפיחות רקמה רכה והטומה. **Figure 32.1-1** - תמונה של ילד שעבר התעללות. התייבשות היפרנטרמית לאחר תקופה של מניעת מים מילדים, על ידי אימהות שהן בדרך כלל פסיכוטיות,

היא צורה נוספת של התעללות בילדים. חוסר יכולת להניע גפיים בשל פריקה, או שברים בגולגולת שגורמים לסימנים נוירולוגיים המעידים על פגיעה תוך מוחית, יכולים גם הם להצביע על גרימת טראומה מכוונת. סימנים וסימפטומים נוספים שמיוחסים לטראומה מכוונת, יכולים לכלול פגיעה באיברים פנימיים. טראומה בטנית יכולה להתבטא כקרעים לא מוסברים בקיבה, מעי, כבד או לבלב. קיימים מקרים קיצוניים, שילדים שסבלו מפגיעה קשה מגיעים לבית החולים בקומה או כשהם סובלים מהתכווציות או מתים.

מבחינה התנהגותית, ילדים שסובלים מהתעללות, יכולים להיראות מפוחדים או נרתעים, או שהם יכולים לבטא התנהגות אגרסיבית ומצב רוח לא יציב. לעיתים קרובות הם מביעים דיכאון, הערכה עצמית נמוכה וחרדה. הם יכולים לנסות לכסות פיזית על פגיעותיהם ובדרך כלל נרתעים מלדווח על ההתעללות, בשל פחד מנקמה. ילדים שסובלים מהתעללות, מראים לעיתים איחוד בהשגת אבני דרך התפתחותיות. יכולים להיות להם קשיים חברתיים והם יכולים לנקוט בהתנהגות של הרס עצמי, עד כדי אובדנות.

**התעללות מינית בילד** - רוב המבצעים התעללות מינית בילדים הינם מבוגרים מהמשפחה הקרובה או המורחבת של הילד. לפיכך, ילדים בדרך כלל מכירים את המתעלל, שהוא בדרך כלל קרוב משפחה בו הם בוטחים, אשר נמצא בעמדה של סמכות ויש לו נגישות לילד. (**טבלה 2-32 - Sexual abuse of children**). רוב מקרי ההתעללות המינית בילדים לא מתגלים אף פעם, בגלל תחושות האשמה והבושה, הבורות וכושר הסבילות של הקורבן, בשילוב עם העדר הרצון מצד חלק מהרופאים לזהות ולדווח על התעללות מינית; התעקשות בתי המשפט על ראיות חותכות ופחד המשפחה מפירוק, במידה ותתגלה ההתעללות המינית. למרות תפקידם המשפחתי, לעיתים קרובות המתעללים מאיימים על הילדים שיפגעו בהם ויהרגו אותם או ינטשו אותם אם יספרו את המתרחש.

שכיחות התעללות מינית ופורנוגרפית ילדים (שגם היא צורה של התעללות מינית), גבוהה יותר ממה שחשבו בעבר. ההתעללות יכולה להתחיל מוקדם בגיל הינקות, ולהמשיך לגיל ההתבגרות. כמו כן, דווח על התעללות מינית בבתי ספר, במעונות יום ובמוסדות, בהם האחראים המבוגרים הם המתעללים הראשיים.

הפחד, האשמה והבושה שגורמים לרתיעתם של הילדים מגילוי ההתעללות, גם מקשים על זיהוי. לעיתים קרובות, אין עדות פיזית מוחלטת שיכולה להוכיח את קיומה של התעללות מינית. סמנים פיזיים להתעללות מינית יכולים לכלול חבלות, כאב וגרד באזור הגניטליה. דם גניטלי או רקטלי יכול להיות סימן להטרדה מינית. זיהומים חוזרים בדרכי השתן והפרשה ואינוליות, יכולים להיות קשורים להתעללות. מחלות מין וקושי בהליכה ובישיבה, מעלות גם הן חשד להתעללות מינית.

אין דפוס התנהגותי מסוים שמוכיח שהייתה התעללות מינית, אבל הילדים יכולים לבטא מספר התנהגויות בעלות משמעות. ילדים צעירים, להם ידע מפורט על מעשים מיניים, בדרך כלל צפו או השתתפו בהתנהגות מינית. ילדים צעירים שעברו התעללות מינית, יכולים לבטא את הידע שלהם במשחק, ויכולים ליזום התנהגות מינית עם ילדים בני גילם. התנהגות אגרסיבית שכיחה בקרב ילדים שעברו התעללות. ילדים שמביעים פחד עז ממבוגרים, בעיקר מגברים, יתכן והיו חשופים להתעללות מינית. על הקלינאי להאזין היטב לילדים שמדווחים על פגיעה מינית, אפילו כאשר חלקים מסיפוריהם לא עקביים. כאשר ילד מתחיל למסור מידע לגבי הטרדה מינית, שכיח שיחזור בדבריו או יסתור אותם וחרדה יכולה למנוע גילוי מלא.

אבחנה של התעללות מינית בילדים מלאה מכשולים. קיימת הערכה כי 2-8% מההאשמות בהתעללות מינית, הינן שקריות. באחוז גבוה יותר לא ניתן לבסס את האשמה. במקרים בהם קיימת שאלה של אפוטרופסות, האשמה בהתעללות מינית יכולה להיות תרגיל שנועד להגביל את זכויות הביקור של ההורה. האשמות בהתעללות מינית בילדים בגן, קשות במיוחד להערכה, בשל חוסר הבגרות הקוגניטיבית וההתפתחות השפתית של הילד. שימוש בבובות להן איברים אנטומיים, נעשה פופולארי לאחרונה, אבל הוא שנוי במחלוקת. נדרשת הערכה סבלנית וזהירה על ידי בעל מקצוע מיומן ואובייקטיבי, ויש להימנע משאלות מנחות. בילדים מתחת לגיל 3, לא סביר שתהיה תגובה מילולית המתארת טראומה או התעללות, אבל הניסיון שלהם יכול להשתקף במשחק או בדמיון. חלק מהילדים שסבלו מהתעללות מינית, עומדים בקריטריונים האבחנתיים של ה-DSM-IV ל-PTSD.

אין סימפטומים פסיכיאטריים ספציפיים אוניברסלים, עבור התעללות מינית. הסיכון לנזק לטווח ארוך כתוצאה מהתעללות מינית תלוי בסוג ההתעללות, מידת הכרוניות שלה, גיל הילד ומערכת היחסים הכוללת בין הקורבן לבין המתעלל. האפקטים הפסיכולוגיים והגופניים של התעללות מינית, יכולים להיות קשים ומתמשכים. ילדים שמעוררים מינית על ידי מבוגר, חשים חרדה והתרגשות יתר, מאבדים את

ביטחונם העצמי ואינם בוטחים במבוגרים. פיתוי, גילוי עריות ואונס, הינם גורמים מקדימים להתפתחות של סימפטומים כגון פוביה, חרדה ודיכאון. ילדים שסובלים מהתעללות, נוטים להיות לגלות עירנות יתר בכל הנוגע לאגרסיה חיצונית, שמתבטאת בכך שהם אינם יכולים לשלוט בדחפים האגרסיביים שלהם כלפי אחרים, או להתמודד עם עוינות שאחרים מפנים כלפיהם. רגשות דיכאון, בדרך כלל בשילוב עם בושה, אשמה ותחושה של נזק תמידי, מדווחים, לעיתים קרובות, על ידי ילדים שסובלים מהתעללות מינית. בקרב מתבגרים שעברו התעללות מינית, יש שיעור גבוה של התנהגות חסרת מעצורים, נטיה להרס עצמי ואובדנות. PTSD והפרעות דיסוציאטיביות, שכיחות בקרב מבוגרים שעברו התעללות מינית בתור ילדים. סימנים לדיסוציאציה כוללים תקופות בהם הילדים סובלים משכחה, לא חשים בכאב או חשים שהם מישהו אחר. הפרעות אישיות גבוליות מדווחות בחלק מהחולים עם היסטוריה של התעללות מינית. כמו כן, יש דיווחים על שכיחות גבוהה של התמכרות בקרב בני נוער ומבוגרים שעברו התעללות מינית בתור ילדים.

**גילוי עריות - גילוי עריות (incest)** מוגדר כקיום יחסי מין בין קרובי משפחה. הגדרה רחבה יותר מגדירה גילוי עריות כקיום יחסי מין בין משתתפים הקשורים אחד לשני על ידי קירבה פורמלית או א-פורמלית, שמבחינה תרבותית מוגדרת כמחסום לכך שיהיו ביניהם יחסי מין. לדוגמא, יחסי מין בין הורים לילדיהם החורגים או בין אחים חורגים, בדרך כלל נחשבים לגילוי עריות, למרות שאין קירבת דם.

סוציולוגים מדגישים את התפקיד של איסור על גילוי עריות כגורם בתהליך יצירת חברה, וגורמים ביולוגים, גם הם תומכים באיסור זה. תוצאותיו של זיווג בתוך המשפחה מביאות לחשיפת גנים רצסיביים הגורמים למחלות או לתמותה. מתצפיות אנתרופולוגיות עולה, שלחברות שונות יש איסורים שונים בכל הנוגע לגילוי עריות. ב-"Totem and taboo", זיגמונד פרויד דיווח את הרעיון של שבט קדמון אשר הגברים הצעירים בו רוצחים בצורה קולקטיבית את המנהיג המסורתי, ששמר את כל הנשים לעצמו. על פי פרויד, האיסור על גילוי עריות עלה, הן מהאשמה שנבעה מרצח זה, והן מרצון הקבוצה למנוע חזרה של המעשה, יריבות נוספת לאחר הרצח, שיביאו לפירוק השבט.

אבות, אבות חורגים, דודים ואחים בוגרים, הם לרוב אלו שמבצעים התעללות מינית בילדים. אם פאסיבית, חולה, לא נוכחת, חסרת אונים או בעלת מוגבלות כלשהי, בת שלוקחת על עצמה תפקידים אימהיים במשפחה, אב שמשמש באלכוהול וצפיפות יתר, הם המאפיינים הנפוצים של גילוי עריות בין אב לבת. גילוי עריות בין אם לבנה, מהווה את הטאבו החזק ביותר כמעט בכל החברות, והיא הסוג היותר נדיר של גילוי עריות. התנהגות כזאת, בדרך כלל מעידה על פסיכופתולוגיה קשה יותר בקרב המשתתפים, מאשר במקרים של אב ובת או אחים.

מספרים מדויקים על השכיחות של גילוי עריות קשים להשגה, בשל הבושה והמבוכה של המשפחות. הקורבנות הינם לעיתים קרובות יותר בנות, מאשר בנים.

גילוי עריות מדווח בשכיחות גבוהה יותר בקרב משפחות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, מאשר במשפחות אחרות. ההבדל יכול לנבוע ממגע רב יותר עם גורמים מדווחים, כגון עובדים סוציאליים, אנשי בריאות הציבור וכוחות משטרה, ולא דווקא משקפים נכונה שכיחות גבוהה יותר של התופעה במשפחות אלה. גילוי עריות מוסתר בקלות רבה יותר על ידי משפחות ממעמד סוציו-אקונומי גבוה. גורמים חברתיים, תרבותיים, פיזיולוגיים ופסיכולוגיים, תורמים לשבירה של האיסור על גילוי עריות. גילוי עריות נמצא באסוציאציה עם שימוש באלכוהול, צפיפות יתר, קירבה פיזית מוגברת וחברה כפרית מבודדת שמונעת קיום מפגשים חברתיים מחוץ לחיק המשפחה. בקהילות מסוימות יש סובלנות גבוהה יותר לגילוי עריות, מאשר בחברה הכללית. בעיות נפשיות ופגיעה שכלית, יכולות לתרום לגילוי עריות. רופאי משפחה מסוימים רואים בגילוי עריות מערכת הגנה שמטרתה לשמור על יחידה משפחתית דיספונקציונלית. המשתתף המבוגר והחזק יותר הינו בדרך כלל גבר, לפיכך ניתן לסווג גילוי עריות כסוג של התעללות בילדים, פדופיליה או וריאנט של אונס.

כ-75% מהמקרים מערבים יחסי מין בין אב לביתו. אולם, הורים נוטים לשלול קיום של גילוי עריות בין אחים. יש דוגמאות של גילוי עריות בין אחים, שמערבות אינטראקציות נורמליות לכאורה, של התנהגות מינית ואקספלורציה בתקופה של טרום גיל ההתבגרות. במקרים רבים של גילוי עריות בין אב לביתו, לבת הייתה מערכת יחסים קרובה עם אביה במשך כל ילדותה, והיא יכולה להיראות מרוצה כאשר הוא מתעניין בה מבחינה מינית. גילוי עריות בדרך כלל מתחיל כשהילדה היא בסביבות גיל 10. ככל שהתנהגות זו ממשיכה, הילדה הופכת להיות מבולבלת ומפוזרת, וכאשר היא מתקרבת לגיל הבגרות, היא מתחילה לעבור שינויי מין גופניים שמגבירים בלבול זה. הילדה מתקשה להבחין, האם אביה הוא הורה או

פרטנר מיני. אימה יכולה לנוע בין הבעת דאגה לתחרות, ויכולה, לעיתים קרובות, לסרב להאמין לדיווחי ביתה, או להעמיד את בעלה בפני האשמות. יחסי הבת עם אחיה מושפעים גם הם, הם חשים בעמדה המיוחדת שיש לה אצל האב, ומתייחסים אליה כאל גורם חיצוני. האב, שחושש מכך שביתו תחשוף את יחסיהם, ומקנא לה, יכול להפריע לפיתוח של קשרים חברתיים נורמליים עם בני גילה. על הרופאים להיות מודעים לכך שהתעללות מינית בתוך המשפחה, יכולה לגרום לטווח רחב של סימפטומים נפשיים ופיזיים, כולל כאבי בטן, גירוי או גרד באיברי המין, חרדת נטישה, פוביות, סיוטים ובעיות בלימודים. כאשר חושדים בגילוי עריות, יש לנהל ראיון עם הילד או הילדה בנפרד משאר המשפחה.

גילוי עריות הומוסקסואלי - גילוי עריות בין אב ובנו ובין אם לביתה מדווחים לעיתים רחוקות. אולם, במשפחות בהן קיים גילוי עריות בין בני אותו מין, בדרך כלל ההפרעה היא קשה, מערכת אלימות, תלות באלכוהול, או אב עם הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית; אמא תלותית או מוגבלת, שלא מסוגלת להגן על ילדיה; וחסרון של תפקידים משפחתיים נורמטיביים והפרדה בין זהויות במשפחה. בן שמעורב ביחסי גילוי עריות בין אב לבנו, הינו בדרך כלל הבן הבכור, ואם יש בת, האב בדרך כלל מתעלל מינית גם בה. אבות במצב זה, אינם בהכרח בעלי עבר הומוסקסואלי. הבנים יכולים להעלות רעיונות של רצח או התאבדות, ויכול להיות שסיבת ההפניה לפסיכיאטר תהיה על רקע של דפוסי התנהגות המראים נטייה להרס עצמי.

בעילת קטינים - קיום יחסי מין הינו חוקי, בין גבר מעל לגיל 16 ואישה מתחת לגיל ההסכמה (שנע בין 14 ל-21, כתלות בחוק במדינות שונות). לפיכך, יתכן שנער בן 18 ונערה בת 15 יקיימו יחסי מין בהסכמה, ועדיין הדבר יחשב לבעילת קטינה. בעילת קטינים יכולה להיות שונה בצורה דרמטית מסוגים אחרים של אונס, בכך שהיא לא אלימה ואינה נחשבת סטיה, אלא אם כן, הפרש הגילאים בין הגבר לאישה גדול מספיק על מנת להיחשב כפדופיליה (כאשר הילדה מתחת לגיל 13). במקרים כאלה, לרוב הורי הקטינה הם המתלוננים.

הזנחה של ילדים - ילד מוזנח, לעיתים קרובות לא יראה סימנים ברורים של אלימות, אך יש לו עדויות גופניות קטנות רבות, לחסך נפשי ולעיתים מניעת מזון, הזנחה והתעללות. לילד כזה, שמובא לטיפול רפואי, יש היסטוריה של התפתחות פגועה (FTT - Failure to thrive), תת תזונה, הגינת עור ירודה, עצבנות, רתיעה וסימנים נוספים של הזנחה פסיכולוגית ופיזית.

ילדים שסבלו מהזנחה יכולים להראות FTT משמעותי בגיל פחות משנה. ההתפתחות הפיזית והרגשית שלהם פגומה באופן משמעותי; הם יכולים להיות קטנים מבחינה פיזית ולא מסוגלים ליצור אינטראקציה טובה עם הסביבה. רעב, זיהומים כרוניים, היגיינה ירודה, לבוש לא מספק ותת תזונה, יכולים להיות נוכחים. מבחינה התנהגותית, ילדים שסובלים מהזנחה כרונית, יכולים לגלות יחסי חיבה ללא אבחנה, אפילו עם זרים, או שהם יכולים לא להגיב חברתית, אפילו במצבים מוכרים. ילדים מוזנחים יכולים לברוח מהבית או לסבול מבעיות התנהגות.

צורה קיצונית של FTT בילדים מעל גיל 5, היא גמדות פסיכו-סוציאלית, מצב בו ילד הסובל מחסכים כרוניים לא גדל ומתפתח, אפילו כאשר ניתנת לו כמות מספקת של מזון. לילדים כאלה יש פרופורציות נורמליות, אך הם קטנים במידה ניכרת עבור גילם. לרוב הם סובלים משינויים אנדוקריניים הפיכים שמתבטאים בירידה ברמת הורמון גדילה, וגדילתם מופסקת לפרק זמן מסוים. לילדים עם הפרעה זאת, דפוסי אכילה מוזרים ויחסים חברתיים פגומים. בולמוסי אכילה (Binge eating), בליעה של זבל או מוצרים בלתי אכילים, שתיית מים מן האסלה וגרימת הקאה, דווחו בילדים אלה.

הורים אשר מזניחים את ילדיהם, לרוב הם בעלי קושי בהתמודדות, מדוכאים, מבודדים ומרוששים. אבטלה, משפחה חד הורית ושימוש בסמים או אלכוהול, יכולים להרע את המצב. יש מספר טיפוסי אימהות מזניחות. חלקן צעירות, חסרות ניסיון, מבודדות חברתית ובורות, שאינן מסוגלות, אפילו זמנית, לטפל בילדיהן. טיפוס אחר של אמא מזניחה, הוא אישה שהיא פאסיבית באופן כרוני, שיתכן וגדלה בבית מתעלל או מזניח. במקרים כאלה, כאשר הסיטואציה מגיעה לידיעת שירותי הרווחה, האם בדרך כלל מוכנה לקבל עזרה. לאימהות עם הפרעות נפשיות קשות, שרואות בילדיהן ייצור מרושע או שרוצה לגרום להן לשיגעון, קשה לעזור.

מילת נשים - פגיעה באיברי מין נקביים מבוצעת בכ-2 מיליון נערות ברחבי העולם, בכל שנה. מילת נשים נהוגה בקרב קבוצות סוציו-אקונומיות שונות, ובקבוצות אתניות, תרבותיות ודתיות מסוימות. בדרך כלל, המילה מתבצעת בין גיל 4 ל-10, אולם לעיתים היא מבוצעת בתינוקות, נדחית עד לפני החתונה, או

מבוצעת לאחר לידת הילד הראשון. בתרבויות מסוימות, המילה נחשבת כחלק מטקס קבלה לחברה הבוגרת. מילת נשים, בצורתה הקלה, כוללת כריתה של הקליטוריס (Clitoridectomy). בדרגה החמורה ביותר - Total infibulation - כוללת את הסרת הקליטוריס והשפתיים הקטנות, וחיתוך השפתיים הגדולות ליצירת משטחים גסים שנתפרים יחדיו. מנהג זה זכה לביקורת רחבה, כולל התנגדות על ידי ה-WHO וקבוצות נוספות. בארצות הברית, מילת נשים נחשבת למעשה של התעללות בילדים. נעשו מאמצים לחנך אוכלוסיות של מהגרים, בנוגע לסיכון הבריאותי ולאחריות המשפטית של מנהג זה. ניתן למצוא פשרה אפשרית על ידי מציאת דרך לספק את הדרישה התרבותית, בלי להשתמש בהשחתה, כגון אימוץ טקס בו מבוצעים חתכים קטנים שמשאירים רק צלקות קטנות על גבי השפתיים.

השחתת איברי מין זכריים (ברית מילה), בדרך כלל לא נחשבת כהתעללות בילדים, אולם גם היא זוכה לביקורת מסוימת. למרות שזהו תהליך פשוט, שמהווה את אחת מהפרוצדורות הניתוחיות השכיחות ביותר ברחבי העולם, יש סיכוי לסיבוכים קשים. סיבוכים אלו כוללים דימום, זיהום ו-penile amputation. ב-1999, האגודה האמריקאית לרפואת ילדים, המליצה לא לבצע פרוצדורה זאת כרוטינה בכל הילודים.

**פתולוגיה ובדיקות מעבדה** - למרות שאין בדיקות מעבדה דפניטיביות שיכולות לאבחן התעללות פיזית או מינית בילדים, או הזנחה של ילדים, ניתן להשתמש בבדיקה פיזיקלית כדי לגלות סימנים אופייניים (Physical stigmata) כאשר חושדים בהתעללות. במקרים של FTT יש לבצע בדיקות סקר אנדוקרינולוגיות. במקרים שחושדים בהתעללות מינית, יש לבצע בדיקה חיצונית של איברי המין בכדי לגלות צלקות, קרעים וזיהומים באיברי המין. יכולות להיות קיימות עדויות רנטגניות לשברים בשלבים שונים של שינוי והחלמה, אולם כאשר אין עדות לפריקות או לשברים בבדיקה, יש לזכור שניתן למצוא עדויות לבניית עצם, גם שבועות לאחר טראומה לעצם.

בדיקה רדיולוגית של שברים טראומתיים שלא זוהו, מגלה מספר שינויים לא שגרתיים בעצם (**Figure 32-2**). פרגמנטציה של המטאפיזות נגרמת על ידי סיבוב או משיכה של הגפה. לעיתים העצמות הארוכות נראות מרובעות, משנית ליצירת העצם החדשה על הפרגמנט המטאפיזלי. לעיתים קרובות נצפים דימומים בפריאוסט, מכיוון שהפריאוסט של תינוקות לא מחובר בחוזקה לעצם שמתחתיו. לאחר דימומים אלו, מופיעות הסתיידויות בפריאוסט, החל מיום 5-7 מהטראומה. שכבה של הסתיידות מסביב ל-shaft של העצם, צריכה לעורר חשד לגבי התעללות. היפרדות אפיפיזות וגזירה של הפריאוסט, בדרך כלל נגרמות ממתחה וקריעה של הגפה. ממצאים רנטגניים של שינויים חוזרים בהם מעורבים תהליכים עודפים של יצירת עצם חדשה או שבר שנרפא בעבר עם תגובה פריאוסטלית, יכולים להיות אבחנתיים, כאשר הם באים בקורלציה לביטויים נוספים של התעללות בילדים.

#### אבחנה מכללת

ריב בין הורים ותביעות אפטרופסות, הינם בין הפקטורים שמסבכים את הזיהוי וההוכחה של מקרי התעללות והזנחה בילדים. אם שמגלה עוינות יתר כלפי בעלה בנפרד, יכולה להיות משוכנעת, או לשכנע את ילדיה, שהאב הינו מתעלל. קיימים מקרים שהורים אף המציאו לגמרי מקרים של התעללות ואימנו ילדים לחזור עליהם. במקרים אחרים, ההורה יכול לסרב לקבל את האפשרות שבן הזוג או קרוב משפחה הוא מבצע התעללות, ויכולים לחזור ולדרוש מהילד שיפסיק לספר שקרים או לשכנעו לחזור בו מגילוי.

כאשר ילד מדבר באופן שמתאים לגילו ולהתפתחות השפתית שלו, לא נשמע כאילו עבר חזרות, ולא משתמש במשפטים או בביטויים 'מבוגרים', האשמות התעללות יכולות להיות נכונות. מצוקה, התנהגות מינית מוקדמת וידע או עיסוק יתר בתכנים מיניים, תומכים גם הם באפשרות של התעללות מינית. ילד שלא עבר התעללות, אולם אומן לדווח על התעללות מינית או פיזית, נמצא תחת לחץ וקושי בלתי נסבלים, שיכולים להיות הרסניים כמו ההתעללות עצמה.

כיום, צוות בבתי המשפט סוגיות קונטרברסליות, מכיוון שילדים מאשימים מטפלים ומורים בהתעללות מינית, ויושרם של הילדים מוטל בספק. ע"ע בפרק 20 (במהדורה זאת), לגבי הדיון הנוגע ל- false memory syndrome.

#### מהלך ופרוגנוזה

תוצאות של התעללות פיזית ומינית או הזנחה, הינן מולטי-פקטורליות, תלויות בחומרת, משך וסוג ההתעללות, ובפגיעות של כל אחד מן הילדים. ילדים שכבר סובלים מפגור שכלי, pervasive

developmental disorders, נכות פיזית, התנהגות מופרעת ובעיות קשב, הינם בסיכון גבוה יותר לתוצאה פחות טובה, מאשר ילדים שלא סובלים מההפרעות הללו. ילדים שעברו התעללות במשך תקופות ארוכות, מזמן ינקותם ועד לגיל ההתבגרות, פגועים באופן קשה יותר מאלו שחוו אפיזודה קצרה של התעללות. התפתחותן של הפרעות נפשיות, כגון הפרעות דיכאון חמורות, התנהגות אובדנית, PTSD, הפרעת דיסוציאטיבית והתמכרות - מסבכות את הפרוגנוזה לטווח ארוך, כמו גם טיב היחסים בין הקורבן למתעלל, ואילו דמויות מבוגרות תומכות עומדות לצידן לאחר הגילוי. התוצאה הטובה ביותר הינה כאשר הילדים אינם פגועים מבחינה קוגניטיבית, ההתעללות מזוהה ומופסקת בשלבים מוקדמים וכל המשפחה מסוגלת להשתתף בטיפול.

### טיפול

**ילד** - הצעד הראשון בטיפול בילד שעבר התעללות והזנחה, הוא להבטיח את ביטחונו ובריאותו. לעיתים, יש צורך להוציא את הילד ממשפחה מתעללת או מזנחה, בכדי להגן עליו; אולם, ברמה רגשית, יתכן שהילד ירגיש פגיע יותר בסביבה לא מוכרת. בשל הסיכון הגבוה לסימפטומים פסיכיאטרים בילדים אלו, יש צורך לערוך הערכה פסיכיאטרית מקיפה. בהמשך, במקביל לטיפול ספציפי בתסמונות נפשיות שאובחנו, על הרופא להתמודד, הן עם המצב המייד, והן עם השלכות לטווח ארוך, של התעללות והזנחה. על הרופא להתייחס למספר נושאים פסיכותרפיים: התמודדות עם פחדיו של הילד, חרדות והערכה עצמית; בניית יחסי אמון עם מבוגר, בהם הילד לא מנוצל או נבגד. ולבסוף, הגעה להבנה של הגורמים שתרמו להפיכת הילד לקורבן בביתו.

בצורה אידאלית, לכל ילד שעבר התעללות או הזנחה, צריך להכין תוכנית התערבות, המבוססת על הערכת הגורמים האחראיים לפסיכו-פתולוגיה אצל ההורה. תוכנית זאת צריכה לכלול פרוגנוזה עבור סיכוי ההורה לסגל לעצמו כישורי הורות מתאימים; הערכה של הזמן שיקח להורה להגיע לשינוי משמעותי ביכולת זאת; הערכה, האם חוסר התפקוד של ההורה קשור רק לילד זה, או גם לילדים אחרים, האם חוסר התפקוד הכללי, במקרה שקיים, הינו לטווח קצר או לטווח ארוך והאם חוסר תפקוד של אם מוגבל לתינוקות ולא לילדים יותר מבוגרים; הנכונות של הצדדים המעורבים להשתתף בתוכנית הטיפול; זמינות של משאבים אישיים ופיזיים לבצע את השינויים; והסיכון בהמשך התעללות פיזית או מינית באם הילד ישאר בביתו.

**הורים** - על בסיס המידע שנצבר, יש מספר אופציות שיכולות להיבחר, על מנת לשפר את תפקודם של ההורים: להקטין או לבטל את גורמי הלחץ החברתיים או הסביבתיים; להקטין את ההשפעות הפסיכולוגיות של גורמים חברתיים על ההורים; להקטין את הדרישות מהאם ולהתאימן ליכולת התפקודית שלה, על ידי מעונות יום, פיקוח של סוכנת בית (housekeeper) או שמרטפות; לספק תמיכה נפשית, עידוד, סימפטיה, גירויים, הדרכה אימהית ועזרה בלמידה כיצד לתכנן, להעריך ולספק את צרכי התינוק (supportive casework); לפתור או להקטין את הקונפליקטים הנפשיים הפנימיים של ההורה (פסיכותרפיה).

**גילוי עריות** - הצעד הראשון בטיפול בגילוי עריות הוא גילוי. ברגע שנשבר המעטה המשפחתי של הכחשה, קשירת קשר ופחד, לא סביר שמעשה גילוי העריות יחזור על עצמו. כאשר המשתתפים סובלים מפסיכו-פתולוגיה קשה, יש לכוון את הטיפול למחלתם הבסיסית. תרפיה משפחתית עוזרת לבסס מחדש את התא המשפחתי כתא מתפקד, ולפתח הגדרות תפקיד בריאות יותר לכל אחד מחברי המשפחה. כאשר המשתתפים לומדים לפתח ריסון פנימי ודרכים נאותות לסיפוק צרכיהם, השליטה החיצונית, שמסופקת על ידי הטיפול, עוזרת לשמור מהישנותם של מקרי גילוי עריות. לעיתים רשויות החוק צריכות לעזור בהצבת הגבלות חיצוניות אלו.

**דיווח** - במקרים של חשד בהתעללות או הזנחה, על הרופא לאבחן את המקרה; להבטיח את שלום הילד על ידי אשפוזו בבית החולים, או מציאת סידור מחוץ לבית; לדווח על המקרה לרשויות הרווחה המתאימות; לבצע הערכה בעזרת אנמנזה, בדיקה פיזיקלית, סקירת שלד ותמונות; לבקש את דו"ח העובדת הסוציאלית וייעוץ רפואי וניתוחי; לארגן תוכנית טיפול לילד ולהוריו; ולדאוג למעקב על ידי שירותי הרווחה. בדיווח על התעללות בילדים, בדרך כלל חייבת להיכלל חוות דעתם של רופאים, פסיכולוגים, גורמים מבית הספר, קציני משטרה, צוות בית החולים שמעורב בטיפול בחולה, גורמים משפטיים וגורמי רווחה.

**מניעה** - בכדי למנוע התעללות והזנחה, על הקלינאים לזהות את המשפחות שנמצאות בסיכון גבוה ולהתערב לפני שהילד הופך לקורבן. ברגע שזוהתה המשפחה שנמצאת בסיכון גבוה, יש להוציא לפועל תוכנית מקיפה, הכוללת מעקב פסיכיאטרי אחר המשפחה וזיהוי ילד הנמצא בסיכון גבוה. ניתן, באמצעות הסברה, לגרום למשפחה להכיר במצבים בהם התנהגותם מזניחה, או מתעללת, ולהציע שיטות התמודדות אלטרנטיביות עם המצבים הללו.

ככלל, על התוכניות למניעת התעללות והזנחה בילדים, לנסות למנוע את ההפרדה של ילדים מהוריהם, במידת האפשר, למנוע השמה של ילדים במוסדות, לעודד הישגים של פתרון עצמי ויעילות אצל ההורים ובמשפחה. כמוצא אחרון, וכדי למנוע המשך התעללות והזנחה, יתכן ויהיה צורך להפריד את הילדים ממשפחות שלא רוצות, או לא מסוגלות, להרוויח מתוכנית הטיפול. במקרים של התעללות מינית, מתן אישור למעונות יום ובדיקת סקר פסיכולוגית של צוות העובדים בהם, חיונית למניעת התעללות נוספת. חינוך הצוות הרפואי, על כל בעלי התפקיד שבו, וכל מי שבא במגע עם ילדים במסגרת תפקידו, יכול לעזור בגילוי מוקדם. מתן שירותי תמיכה למשפחות במצבי לחץ, עוזרת למנוע את הבעיה מלכתחילה.

## התעללות גופנית במבוגר

### התעללות בבן זוג

התעללות בבני זוג הוכרה לאחרונה כבעיה קשה, בעיקר בזכות הדגש התרבותי שהושם על זכויות אזרח, ובזכות עבודתן של קבוצות פמיניסטיות, אולם הבעיה עצמה איננה חדשה.

הבעיה העיקרית בהתעללות בבן זוג הינה התעללות בנשים. מחקר אחד מעריך שיש 1.8 מיליון נשים מוכות בארצות הברית, לא כולל נשים גרושות ונשים שמוכות על ידי חבריהן. הכאת נשים מתרחשת במשפחות מרקע דתי שונה, מגזעים שונים ובכל הרמות הסוציאקונומיות. הכאת נשים יותר שכיחה במשפחות עם בעיות של התמכרות, בעיקר אלכוהול וקראק. גורמים התנהגותיים, תרבותיים, intrapsychic ובינאישיים, תורמים כולם לבעיה. גברים מכים מגיעים, בשכיחות גבוהה, מבתי אלימים, בהם היו עדים להכאת האישה, או סבלו בעצמם מהתעללות כילדים. עצם המעשה מגביר את עצמו - גבר שהיכה את אישתו פעם אחת, בסבירות גבוהה יעשה זאת שוב. בעלים מכים נוטים להיות ילדותיים, תלותיים ולא אסרטיביים, והם סובלים מרגשות חזקים של חוסר התאמה.

האגרסיה של הבעלים הינה התנהגות בריונית, שנועדה להשפיל את נשותיהם להעלות את ההערכה העצמית הנמוכה שלהם. בעלים חסרי סבלנות, אימפולסיביים ומתעללים, מנתבים אגרסיות שעוררו על ידי אחרים, לפגיעה פיזית בנשותיהם. ההתעללות מתרחשת, בדרך כלל, כאשר הגבר חש מאוים או מתוסכל בבית, בעבודה או בקרב הקבוצה החברתית שלו. הדינמיקה כוללת הזדהות עם aggressor (אב, בוס), בחינת התנהגות (האם האישה תישאר איתי בכל תנאי?), תשוקה מעוותת לביטוי גבריות ודה-הומניזציה של נשים. כמו באונס, האגרסיה נתפסת כמותרת, כאשר האישה נתפסת כרכוש. כ-50% מהנשים המוכות גדלו בבתי אלימים והתכונה השכיחה ביותר בקירבן הינה תלותיות.

הריון מהווה תקופה של סיכון גבוה להכאה; 15-25% מהנשים בהריון עוברות התעללות פיזית בזמן הריון, והתעללות זאת, לעיתים קרובות, מסתיימת במומים מולדים. מוסדות רבים, ובכללם קווי סיוע טלפונים ומקלטים לנשים מוכות, נוסדו כדי לעזור לנשים המוכות וכדי לחנך את הציבור. אחת מהבעיות העיקריות העומדות בפני נשים מוכות, היא מציאת מקום מקלט כאשר הן עוזבות את ביתן, לעיתים קרובות בשל חשש לחייהן.

ההכאה הינה, לעיתים קרובות, חמורה ומערבת גפיים שבורות, שברים בצלעות, דימום פנימי ונזק מוחי. כאשר אישה מוכה מנסה לעזוב את בעלה, הוא מגביר את איומיו. הבעל המכה מנסה במודע, לבודד את אישתו ולגרום לה להרגיש חסרת ערך. לנשים שעוזבות את בעלן המכה, יש 75% יותר סיכוי להיהרג על ידיו, מאשר נשים שנשארות. **בטבלה 3-32 (Physician reference card)**, מובאות הנחיות לקלינאים במדינת ניו-יורק, שמטרתן להביא למודעותם את נושא האלימות במשפחה, ולהדריךכם כיצד יש לנהוג.

חלק מן הגברים מרגישים חרטה ואשמה, לאחר אפיזודה של התנהגות אלימה, ומביעים את אהבתם בצורה מוגברת. אם התנהגות זו נותנת לאישה תקווה, היא נשארת עד למחזור הבא, הבלתי נמנע, של האלימות. כאשר גבר משוכנע שאישה לא תשלים עוד עם המצב, וכאשר היא מתחילה לנסות לשלוט על התנהגותו, מתחילים להתרחש שינויים. עזיבת הבעל לתקופת זמן ארוכה, במידה והאישה מסוגלת לעשות כן, מבחינה פיזית וכלכלית, והצבת טיפול לגבר כתנאי לחזרה, האישה יכולה להתחיל מחזור של השתפרות. טיפול משפחתי הינו יעיל בטיפול בבעיה, בדרך כלל בשילוב עם גורמים סוציאליים ומשפטיים. אצל גברים



שהינם יחסית פחות אימפולסיבים, גורמי שליטה חיצוניים, כגון אזעקת השכנים או המשטרה, יכולים להיות מספקים כדי לפתור את הבעיה.

קיימים דיווחים לגבי בעלים המוכים על ידי נשותיהם. בעלים אלו מדווחים על פחד מלעג, אם הם יחשפו את הבעיה; הם פוחדים מתלונות של תקיפה מהצד הנגדי; ולעיתים קרובות חשים שאינם יכולים לעזוב בשל קשיים כלכליים. כמו כן, קיימים דיווחים על התעללות בבעל, כאשר גבר קשיש נשוי לאישה צעירה ממנו באופן משמעותי.

#### התעללות בקשישים

דיון לגבי התעללות בקשישים נידונה בפרק על Geriatric psychiatric.

### התעללות מינית במבוגר

#### אונס

ההגדרה הקונבנציונלית של אונס הינה ביצוע אקט של יחסי מין עם אישה, כנגד רצונה והסכמתה, בין אם רצונה מוכנע על ידי שימוש בכוח, על ידי איום על שימוש בכוח, או בעזרת סמים; או כאשר בשל לקות נפשית היא אינה מסוגלת לשיפוט רציונלי, או כאשר היא מתחת לגיל שנקבע כגיל ההסכמה. עם זאת, אונס יכול להתקיים גם בין בני זוג נשואים, ובין אנשים מאותו המין. הגדרה של אונס כפשע דורשת רק חדירה קלה של איבר המין הגברי לאיברי המין החיצוניים של האישה; אין צורך בזיקפה מלאה או בשפיכה כדי להגדיר את המעשה. כפייה של מין אוראלי או חדירה אנאלית, למרות שהם, לעיתים קרובות, מלווים אונס, נחשבים מבחינה חוקית במעשי סדום.

אונס הינו מעשה של אלימות והשפלה שמבוטא דרך אמצעים מיניים. אונס מבטא כוח או כעס; מין כשלעצמו הינו לעיתים רחוקות המרכיב הדומיננטי, מכיוון שבמקרים אלו, המיניות משמשת כדי לשרת צרכים א-מיניים.

**אונס של נשים** - מחקרים אחרונים מסווגים גברים שמבצעים אונס על פי מספר קטגוריות: סדיסטים, שמגיעים לעוררות מינית באמצעות הכאב של קורבנותיהם; exploitive predators, שמשמשים בקורבנותיהם כאובייקטים לסיפוקם בצורה אימפולסיבית; inadequate men, שמאמינים שאף אישה לא תשכב איתם מרצונה ויש להם פנטזיות אובססיביות הנוגעות למין; וגברים שעבורם אונס הינו צורת ביטוי בה הם פורקים את כעסם. יש המאמינים שהכעס כוון במקור כלפי אישה או אם, אבל התיאוריה הפמיניסטית מציעה, שהאישה משמשת כאובייקט לפריקת אגרסיות שהאנס לא יכול לבטא ישירות, כלפי גברים אחרים. נשים נחשבות לרכוש הגבר ונמצאות בעמדה פגיעה, כלי עבור האנס, לנקום בגברים אחרים.

אונס, לעיתים קרובות, מלווה בפשע אחר. אנסים תמיד מאיימים על קורבנותיהם באמצעות אגרופיהם, סכין, אקדח, ולעיתים קרובות פוגעים בהם גם בדרכים לא מיניות. האנסים יכולים להכות, לפצוע ואף להרוג את קורבנותיהם.

סטטיסטיקות מראות שרוב הגברים שאונסים הם בין הגילאים 25 ל-44, 51% הינם לבנים והם נוטים לאנוס נשים לבנות. 47% מהאנסים הינם שחורים ונוטים לאנוס נשים שחורות. 2% באים מכל שאר הגזעים. אלוהול מעורב ב-34% מן המקרים של אונס נשים בכוח. אב הטיפוס של האנס, כפי שמופיע בסטטיסטיקות המשטרה, הינו רווק בן 19, ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, בעל עבר פלילי.

אונס הינו מעשה פשע, שלעיתים קרובות איננו מדווח, קיימת הערכה, ש-5-4 מתוך כל 10 מקרי אונס בלבד מדווחים. חוסר הדיווח מיוחס לרגשות האשמה של הקורבנות ולאמונתם שלא תבוא ישועה דרך המערכת המשפטית.

ניתן לעבור אונס בכל גיל. דווחו מקרים של אונס בקורבנות צעירים מאוד, אפילו בגיל 15 חודשים ובקורבנות מבוגרים, אפילו בגיל 82. אולם, נשים בנות 16-24 הינן בסיכון הגבוה ביותר. רוב מקרי האונס מתבצעים בשכונה של הקורבן. לעיתים קרובות, בתוך או ליד ביתה. רוב מקרי האונס מתוכננים מראש, כמחצית מהם נעשים על ידי זרים וכמחצית על ידי גברים שמוכרים לקורבנותיהן ברמות קירבה שונות. 7% מכל מקרי האונס מבוצעים על ידי קרוב משפחה של הקורבן, 10% כוללים יותר מתוקף אחד.

אישה שנאנסת, נמצאת לעיתים קרובות בסיטואציה מסכנת חיים, בזמן האונס היא חווה הלם ופחד המתקרב לפאניקה והמטרה העיקרית שלה היא להישאר בחיים. ברוב המקרים אנסים בוחרים בקורבנות קצת יותר קטנות מימדים מהם. אנסים יכולים להטיל שתן או צואה על קורבנותיהם, לפלוט זרע על פניהן או שיערן, לכפות יחסי מין אנאליים ולהחדיר חפצים זרים לאיברי המין או לפי הטבעת של הנאנסות.

לאחר האונס, האישה בדרך כלל חווה בושה, השפלה, בלבול, פחד וזעם. סוג ומשך התגובה נתונים לשינוי, אבל נשים מדווחות שהשפעתה נשאת במשך שנה או יותר. נשים רבות חוות את הסימפטומים של PTSD. חלק מהנשים, בעיקר כאלו שתמיד חשו טוב מבחינת התפקוד המיני הקודם, יכלו לחזור לתפקוד מיני רגיל עם גברים; אולם אחרות, מפתחות פוביות בנוגע ליחסי מין או מפתחות סימפטומים כגון vaginismus. קיימות נשים מעטות, שיוצאות מהתקיפה ללא פגע. חומרת הפגיעה ואופן התבטאותה תלויים במידת האלימות של התקיפה, מידת הפגיעות של האישה ומערכת התמיכה הזמינה עבורה מיד לאחר התקיפה.

קורבן אונס מחלימה בצורה הטובה ביותר, כאשר היא מקבלת תמיכה מיידית המאפשרת ונטילציה של פחדיה וזעמה בפני קרובי משפחה אוהבים, רופאים שמגלים הזדהות ואנשי מערכת החוק. כמו כן, הידיעה שיש אמצעים חברתיים מקובלים לתגובה, כגון מעצר והרשעה של האנס, יכולים לעזור לקורבן האונס בהחלמתה.

התרפיה הינה בדרך כלל תמיכתית, אלא אם כן לאישה יש הפרעה בסיסית חמורה כלשהי, ומתמקדת בהשבת התפקוד ותחושת השליטה על חייה של הקורבן; כמו כן, מטרת התרפיה הינה להקל רגשות של חוסר ישע, תלות ואובססיות עם התקיפה, שלעיתים קרובות ממשיכות ללוות את האישה לאחר האונס. תרפיה קבוצתית, עם קבוצות הומוגניות של קורבנות אונס, הינה צורת טיפול יעילה ביותר.

בנוסף לטראומה הפיזית והפסיכולוגית בעת התקיפה, עד לפני זמן קצר, נשים שהיו קורבנות אונס, עמדו גם בפני ספקנות שהובעה על ידי הגורמים להם דווח על הפשע או האשמות על כך שעודדו או רצו את התקיפה. חינוך גורמים משטרתיים והצבתן של נשים שוטרות שמטפלות בקורבנות אונס, עזרו להעלות את הדיווח במקרים אלו. מרכזי סיוע וקווים טלפונים זמינים לעזרה מיידית ומידע לקורבנות.

מבחינה חוקית, נשים לא צריכות להוכיח עוד בבית משפט שהן התנגדו לאונס בצורה אקטיבית, ועדות הנוגעת להיסטוריה המינית הקודמת של הקורבן, איננה קבילה כראיה בחלק ממדינות ארצות הברית. בחלק מהמדינות, נשים כיום יכולות לתבוע את בעליהן באשמה של אונס.

**Date rape** - מושג זה מתייחס למקרי האונס בהם האנס מוכר לקורבן (נקרא גם Acquaintance rape). התקיפה יכולה להתבצע במפגש ראשון, כמו גם אחרי חודשים של היכרות. בנוסף לסימפטומים של כל קורבנות האונס, קורבנות אונס מסוג זה, מאשימות את עצמן על השיפוט הגרוע שלהן בבחירת חבריהן ממין זכר ומאשימות עצמן יותר בעידוד התקיפה, מאשר קורבנות אונס אחרים.

**אונס של גברים** - בחלק מהמדינות בארצות הברית ההגדרה של אונס עוברת שינוי, בכדי להחליף את המילה 'אדם' (person) ב'אישה' (female). ברוב המדינות אונס של גבר מוגדר כיום כמעשה סדום. אונס הומוסקסואלי שכיח יותר בקרב גברים מאשר בקרב נשים, וקורה לעיתים תכופות במוסדות סגורים, כגון בתי כלא ומחלקות סגורות בבתי חולים.

הדינמיקה זהה לזו של אונס הטרנסקסואלי. הפשע מאפשר לאנס לפרוק אגרסיות ולהאדיר את עצמו. הקורבן, בדרך כלל, קטן מהאנס, נחשב כפסיבי ולא גברי (חלש) ומשמש כאובייקט. האנס שבוחר בקורבן גברי, יכול להיות הטרנסקסואל, ביסקסואל או הומוסקסואל. הצורה השכיחה ביותר הינה חדירה אנאלית, הצורה השנייה השכיחה ביותר הינה יחסי מין אוראליים.

קורבנות אונס הומוסקסואלי חשים, לעיתים קרובות (כמו קורבנות נשים), שחרב עליהם עולמם. חלקם חוששים שיהפכו להיות הומוסקסואלים בעקבות התקיפה.

#### יחסי מין בכפייה (sexual coercion)

Sexual coercion הינו מונח המשמש ב-DSM-IV TR למקרים בהם אדם אחד שולט על אדם אחר באמצעות כוח, או מכריח את האדם האחר לקיים אקט מיני.

**Stalking** (מעקב / הטרדה) - דפוס של הטרדה או התנהגות מאיימת, בליווי איומים לגרימת נזק. בחלק מן המקרים, מעשים אלו נמשכים במשך שנים, ואחרים תקופה קצרה יותר של מספר חודשים. הדרך הטובה ביותר להתרעה, היא לדווח על המטריד (stalker) לרשויות החוק. לרוב, ההטרדה מבוצעת על ידי גברים, אולם לנשים שמבצעות הטרדה מסוג זה, יש אותו סיכוי לתקוף את קורבנותיהם באלימות, כמו לגברים.

**הטרדה מינית** - מונח המתייחס לנקיטת צעדים מיניים, בקשה לטובה מינית, התנהגות מילולית או פיזית בעלת אופי מיני, אשר אינן רצויות על ידי הקורבן. במעל 95% מן המקרים, המטריד הינו גבר, והקורבן הינה אישה. אם גבר עובר הטרדה מינית, זה כמעט תמיד על ידי גבר אחר. מקרה של אישה שמטרידה מינית גבר הינו נדיר. קורבנות הטרדה מינית יכולים להגיב לחוויה במספר דרכים. חלקם מאשימים את עצמם ונהיים דכאוניים, אחרים מפתחים חרדה או כוועסים. ככלל, הטרדה מינית, בדרך כלל מתרחשת

במקום העבודה, וארגונים רבים פיתחו נהלים בכדי להתמודד עם התופעה. לעיתים קרובות, המוטרדת אינה מכונה להגיש תלונה בשל פחד מהישנות המקרה, מהשפלה, מהאשמתה בשקר או מאובדן מקום עבודתה.

ההתנהגויות שנחשבות כהטרדה מינית הן מגוונות. הן כוללות, בין השאר, שימוש בשפה פוגעת, בקשת טובות מיניות, בדיחות מיניות, נעיצת מבטים והעברת מסרים. בכדי להקטין הטרדה, ניתן לחלק חומר חינוכי הנוגע לנושא זה במקום העבודה (**טבלה 4-32, Educational material to reduce sexual harassment**).

# Aggression

מהדורה 9, פרק 4.4, עמ' 150-158

המונח aggression הינו מונח קשה להגדרה, למרות שהוצעו הגדרות רבות. בבני אדם, התנהגות תוקפנית מתייחסת למעשים אלימים כלפי אחרים, אשר יכולים להתעלם מהתנהגות זו, או להילחם חזרה. תוקפנות רומזת על הכוונה להזיק או לפגוע בבן אדם אחר, דבר הנגזר ממאורעות שקודמים למעשה התוקפנות או באים אחריו.

נקבעה שיטת סיווג לתוקפנות, המבוססת על דפוסי התנהגות. לדוגמא, קטגוריה אחת של התנהגות תוקפנית יכולה לכלול מעשי תוקפנות פיזית כלפי העצמי, הזולת, חפצים או אחרים. המונח aggression לא מקבל הגדרה ספציפית ב-DSM-IV TR. ההגדרה בה משתמשים בפרק בו מתייחסים להתנהגות שנועדה לפגוע פגיעה פיזית באחרים, מתוארת על ידי תוצאותיה לזמן קצר והנזק שנגרם לאחר. עם זאת, התנהגויות רבות הינן אגרסיביות, אפילו אם אינן גורמות לפגיעה פיזית. תוקפנות מילולית הינה דוגמא אחת לכך. כמו כן, קיימות דוגמאות נוספות, כמו כפייה, הפחדה, סגנונות ניהוליים / שתלטניים שגורמים נזק פסיכולוגי לאחר, ופגיעה חברתית באחר. לא צריך להמעיט מחשיבותן של התנהגויות אלו בחיי היומיום, ולא צריך לזלזל בהשפעתן על ההערכה העצמית, המעמד החברתי ואושרו של האדם שסופג אותם.

## מחשבה לעומת מעשה

לאנשים יכולות להיות מחשבות או פנטזיות אלימות, אולם כל עוד הם אינם מאבדים שליטה, מחשבות אלו לא הופכות למעשים. עם זאת, כל מערך של תנאים שיוצר דחף תוקפני מוגבר ושליטה ירודה, יכול לגרום למעשים אלימים. מצבים בהם יש שילוב של גורמים כאלו, כוללים מצבים טוקסים ואורגנים, הפרעות התפתחותיות, פסיכוזה פעילה, הפרעות התנהגות וסטריס פסיכולוגי וסביבתי שלא ניתן לעמוד בו. בטבלה 4.4-1 (Some DSM-IV TR disorders associated with aggression) מובאות תסמונות שונות שנמצאות באסוציאציה עם התנהגות תוקפנית ואלימה.

האבחנה בין פנטזיות לבין איום במעשה אמיתי חשובה במיוחד, מכיוון שקיימים חוקים שדורשים מפסיכיאטרים להזהיר הן רשויות משפטיות והן קורבנות פוטנציאליים, כאשר הם חושדים שאחד ממטופליהם יבצע מעשה פלילי. עם זאת, פנטזיות - אפילו אלימות ביותר, רצחניות או סדיסטיות - לא דורשות דיווח כזה (בפרק 58 העוסק בפסיכיאטריה משפטית, יש דיון נוסף בנושאים אלו).

## גורמים המנבאים תוקפנות

רוב המבוגרים, עם או בלי הפרעות נפשיות, שמבצעים מעשי תוקפנות, מבצעים אותם כנגד אנשים אותם הם מכירים, בדרך כלל בני משפחה. עובדה זו מצביעה על כך שהתנהגות תוקפנית, בדרך כלל, איננה נעשית בלי אבחנה. יוצא מן הכלל, בנוגע להכללה זאת, מדווח בקרב מתבגרים ממין זכר, אשר לעיתים קרובות מתנהגים בצורה תוקפנית כלפי מכרים מקריים או זרים.

ככלל, הסיכוי להתנהגות תוקפנית עולה כאשר האדם נמצא במצב של חוסר פיצוי פסיכולוגי, ויתכן שגם כאשר ההתחלה של הפרעה נפשית הינה מהירה. מעבר לכך, ידוע מעט על הקשר בין מהלך המחלה והתנהגות תוקפנית. אפיזודות של חוסר פיצוי יכולות להופיע בקרב אנשים אשר צורכים כמויות גדולות של אלכוהול; יותר מ-50% מהאנשים שמבצעים רצח או התנהגות אלימה, נמצא שצרכו כמות משמעותית של אלכוהול בטווח הזמן הקצר שלפני האירוע.

לאחרונה, מחקרים הפנו את תשומת מבטם להבדלים בין המינים בהערכת הסיכון להתנהגות תוקפנית ושכיחותה. עבור מעשי תוקפנות המסווגים כרצח, הכאה, תקיפה באמצעות נשק או אונס, השכיחות בקרב גברים עולה בהרבה על השכיחות בקרב נשים. באלימות במשפחה, כאשר בן זוג אחד פועל כדי לפגוע בשני, השכיחות בקרב גברים ונשים היא כמעט שווה. מחקרים בקרב מטופלים שהיו מאושפזים במוסדות פסיכיאטריים לתקופות ארוכות, מראים ששכיחות ההתנהגות התוקפנית בקרב גברים ונשים כמעט זהה.

בטבלאות 4.4-2 (Commonly cited predictors of dangerousness to others) ו-4.4-3 (Assessing the risk of committing a homicide), מסוכמים גורמים המנבאים אלימות. בקרב כל הגורמים הללו, הגורם המנבא הטוב ביותר לאלימות, הינו היסטוריה של התנהגות אלימה.

## אטיולוגיה

### גורמים פסיכולוגיים

התנהגות אינסטינקטיבית - ע"פ פרויד: בכתביו המוקדמים, זיגמונד פרויד גרס כי כל ההתנהגויות האנושיות נובעות, באופן ישיר ובלתי ישיר, מ-Eros - אינסטינקט החיים - אשר האנרגיה שלו, או הליבידו, מכון כלפי הגברה או שכפול של החיים. במסגרת זו, התנהגות אגרסיבית נחשבת כתגובה לחסימה או סיכול של דחפים ליבידיאלים, ולא היוותה מרכיב אוטומטי או בלתי נמנע של החיים. לאחר המאורעות של מלחמת העולם הראשונה, אימץ פרויד, בצורה הדרגתית, עמדה קודרת יותר בכל הנוגע לטבע ההתנהגות התוקפנית האנושית. הוא הציע את קיומו של אינסטינקט מרכזי נוסף - Thanatos, כוח המוות - אשר האנרגיה שלו מכוונת כלפי הרס או הפסקה של החיים. על פי פרויד, כל ההתנהגויות האנושיות נובעות מיחסי הגומלין בין Eros ו-Thanatos והמתח הפנימי ביניהם. מכיוון שאינסטינקט המוות, אם איננו מרוסן, מסתיים בהשמדה עצמית, פרויד הציע שדרך מנגנונים כגון השלכה, האנרגיה של Thanatos מכוונת כלפי חוץ, ומהווה את הבסיס לתוקפנות כלפי אחרים. ע"פ לורנץ: על פי קונארד לורנץ, תוקפנות שגורמת לנזק פיזי לאחרים, נובעת מאינסטינקט לחימה שבני האדם חולקים עם בעלי חיים אחרים. האנרגיה שקשורה לאינסטינקט זה, מיוצרת באופן ספונטני, בבעל החיים, בקצב פחות או יותר קבוע. ההסתברות של תוקפנות עולה כפונקציה של הרמה של אנרגיה אגורה, נוכחות ועוצמתו של גירוי משחרר תוקפנות. התוקפנות היא בלתי נמנעת, ולעיתים יכולות להתרחש התפרצויות ספונטניות.

התנהגות נרכשת - מנקודת מבט אחרת, תוקפנות הינה, בראש ובראשונה, דפוס נלמד של התנהגות חברתית - כזה שנרכש ומתחזק באותו אופן כמו סוגים אחרים של פעילות. על פי אלברט בנדורה, לא דחפים מולדים כלפי אלימות או תוקפנות אשר מעוררים על ידי תסכול, הינם השורשים לתוקפנות בבני אדם, אלא אנשים מתנהגים בתוקפנות כלפי אנשים אחרים, מכיוון שהם רכשו תגובות תוקפניות בניסיון העבר שלהם; הם מקבלים או מצפים לסוג מסוים של תמורה או פרס עבור ביצוע מעשים אלו; או שהם מומרצים באופן ישיר לתוקפנות, על ידי תנאים חברתיים או סביבתיים ספציפיים. בניגוד לתיאוריות של אינסטינקטים ודחפים (הייצוג הפסיכולוגי של הצורך של בעל חיים לחפש מטרה), נקודת המבט של הלמידה החברתית לא מייחסת תוקפנות לגורם פוטנציאלי אחד או יותר, אלא מציעה ששורשי התנהגות זו הינם שונים ומערבים את ניסיון העבר והלמידה של התוקף, וכן טווח נרחב של גורמים חיצוניים תלוי מצב. לדוגמא, חיילים מקבלים מדליות עבור הרג בשורות האויב בזמן מלחמה, ואתלטים מקצוענים זוכים להערצה ולתמורה כספית, כאשר הם מתחרים בצורה תוקפנית (טבלה 4.4-4 - Theoretical perspectives on aggression).

### גורמים חברתיים

תסכול - האמצעי היעיל ביותר להמריץ אדם לתוקפנות, הינו תסכול. המקור העיקרי להשקפה זו, הזוכה לקבלה נרחבת, הינה מהיפותזת ה'תסכול-תוקפנות' (frustration - aggression) של ג'ון דולארד. בצורתה המקורית, היפותזה זאת הצביעה על כך שתסכול תמיד מוביל לצורה כל שהי של תוקפנות ושתוקפנות תמיד נובעת מתסכול.

עם זאת, אנשים מתוסכלים לא תמיד מגיבים במחשבות, מילים או מעשים תוקפניים. הם יכולים להראות טווח נרחב של תגובות, החל מהתפטרות, דיכאון וייאוש, ועד לניסיונות להתגבר על מקור התסכול. כמו כן, לא כל ההתנהגויות התוקפניות נובעות מתסכול. אנשים נוהגים בתוקפנות מסיבות רבות, ובתגובה לגירויים רבים (לדוגמא, מתאבקים או שחקני פוטבול).

בחינה של העדויות, מצביעה על כך שבין אם תסכול מעלה או נכשל בהגברת התנהגות תוקפנית, התוצאה תלויה במידה רבה בשני פקטורים. ראשית, נראה כי תסכול מעלה תוקפנות, רק כאשר התסכול הינו רב. כאשר התסכול הינו קל-בינוני, יתכן שלא תעורר תוקפנות. שנית, סביר שתסכול יגרום לתוקפנות כאשר הוא נתפס כשרירותי או לא לגיטימי.

פרובוקציה ישירה - עדויות מצביעות על כך שהתעללות גופנית והעלבה מילולית מאחרים, לרוב מביאה להתנהגות תוקפנית. ברגע שמתחילה תוקפנות, היא לעיתים קרובות מדגימה דפוס של חרפה, וכתוצאה מכך אפילו העלבה מילולית קלה יכולה להביא לתהליך בו מוחלפות פרובוקציות חמורות יותר ויותר. אלימות בטלוויזיה - ככל הנראה קיים קשר בין תוקפנות וחשיפה לאלימות בטלוויזיה. ככל שילדים צופים ביותר אלימות בטלוויזיה, כך גדלה רמת התוקפנות שלהם כלפי אחרים. חוזקו של קשר זה מתגבר עם הזמן; ממצא זה מצביע על האפקט המצטבר של אלימות בטלוויזיה. תהליך זה מסוכם בטבלה 4.4-5

Mechanism underlying the effects of televised and film violence on the behavior of viewers). דאגות דומות הובעו בכל הנוגע למשחקי מחשב עם עלילה אלימה. יש מחקרים המראים שמתבגרים עוברים דהסנסיטיזציה להתנהגות רצחנית, לאחר חשיפה חוזרת למשחקי מחשב, במיוחד אם במסגרת תפקידים במשחק הם הורגים אויבים וירטואלים.

#### גורמים סביבתיים

זיהום אוויר - חשיפה לריחות רעילים, כגון אלו המיוצרים על ידי מפעלים כימיים ותעשיות אחרות, יכולים להעלות עצבנות וכתוצאה מכך תוקפנות, אם כי אפקט זה נכון רק עד לנקודה מסוימת. אם הריחות הינם ממש קשים, התוקפנות יורדת - אולי משום שהימלטות מהסביבה הבלתי נעימה הופכת להיות המטרה העיקרית עבור המעורבים.  
רעש - מספר מחקרים דיווחו שאנשים שחשופים לרעש חזק ומעצבן, נוקטים בתוקפנות קשה יותר כנגד הזולת, מאשר אנשים שאינם חשופים לתנאים סביבתיים אלו.  
צפיפות - מספר מחקרים מצביעים על כך שצפיפות יתר יכולה ליצור רמות גבוהות של תוקפנות, אולם מחקרים אחרים לא מצאו עדות לקשר כזה. צפיפות יכולה להגדיל את ההסתברות של התפרצויות תוקפניות, כאשר קיימים רגשות שליליים אופייניים (לדוגמה, טירדה, עצבנות ותסכול). הצפיפות במחלקת תיירים במטוסים, הוצעה כגורם התורם למקרי אלימות בין נוסעים.

#### גורמים התלויים במצב

עירור פיזיולוגי מוגבר - מספר מחקרים מראים כי עירור גופני מוגבר, כגון זה המושג בעת השתתפות בתחרות, מאמץ גופני אינטנסיבי וחשיפה לסרטים פרובוקטיביים, מגבירים תוקפנות.  
עירור מיני - מחקרים חדשים מראים שההשפעה של עוררות מינית על תוקפנות, תלויה במידה חזקה בטיב החומרים הארוטיים בהם נעשה שימוש כדי להגיע לעוררות זאת, ובטבע העוררות. כאשר האירוטיקה הנצפית הינה קלה, כגון תמונות עירום, התוקפנות מופחתת. כאשר הגירויים האירוטיים הינם יותר מפורשים, כגון סרטים המציגים זוגות באקטים מיניים שונים, התוקפנות מוגברת.  
כאב - כאב פיזי יכול לעורר דחף אגרסיבי - המניע לגרום נזק או לפצוע את האחר. דחף זה, בתורו, יכול להתבטא כנגד כל מטרה זמינה, כולל אלו שאינם אחראיים בכל דרך שהיא לתחושת הכאב שנגרמה לתוקף. היפותזה זאת יכולה להסביר בחלקה, מדוע אנשים החשופים לתוקפנות, נוהגים בתוקפנות כלפי אחרים.

#### גורמים ביולוגיים

נמצא קשר בבעלי חיים בין תוקפנות לבין טסטוסטרון, פרוגסטרון, LH, רנין, ביתא-אנדורפין, פרולקטין, מלטונין, גוראפינפרין, דופאמין, אפינפרין, אצטילכולין, סרוטונין, חומצה פניל-אצטית, 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) וחומרים נוספים. חלק מהמחקרים קושרים בין רמות התוקפנות לרמות האנדרוגנים. מחקרים אלה מצביעים על ה- androgen insensitivity syndrome (בו יש קישור לקוי של אנדרוגנים לחלבונים וכתוצאה מכך צאצאים בניגם עם מראה נשי, עם נטייה מופחתת למשחקים פיזיים = rough-and-tumble play) ול- adrenogenital syndrome (בו קורטקס האדרנל של האם חושף את העובר לרמה גבוהה של אנדרוגנים אדרנלים, וכתוצאה מכך ל- masculinization אשר מודגשת על ידי משחקים פיזיים בבנות שנחשפו לכך).  
לגבי סמים וחומרים ממכרים אחרים, יש מספר הכללות, שהינן ככל הנראה נכונות. מנות קטנות של אלכוהול מדכאות תוקפנות, ורמות גבוהות גורמות לה. האפקטים של ברביטורטים דומים לאפקטים של אלכוהול, וכך גם האפקטים של aerosols וממסים מסחריים. חומרים anxiolytic, בדרך כלל מדכאים תוקפנות, למרות שתוקפנות פרדוקסאלית נצפית לעיתים. תלות באופיואידים (אך לא opioid intoxication) נמצאת באסוציאציה עם תוקפנות מוגברת, וכך גם השימוש בסטימולנטים, קוקאין, חומרים הלוצינוגנים ובמקרים מסויימים מנות משתנות של מריחואנה.  
נזק נוירואנטומי - כיום, יותר ויותר חוקרים תומכים בהשערה שהמקור להתנהגות תוקפנית כרונית, הינה נזק מוחי אורגני. השקפה זו הינה הרחבה של התיאוריה שתוקפנות הינה תכונה חברתית נרכשת, בכך שאדם שהיה קורבן להתעללות גופנית קשה, יכול לסבול נזק נוירולוגי לטווח ארוך, משני להתעללות זו, ונזק ביולוגי זה, הוא הגורם להם לסיכון יתר להתנהגות אלימה. ב-1986, במחקר שבוצע בנידונים למוות, נמצא כי לכל אחד מהם הייתה היסטוריה של טראומה מוחית, שלעיתים קרובות נגרמה על ידי

הורים מכים. על פי תוצאות מחקר זה, הנידונים למוות מהווים קבוצה בעלת שכיחות גבוהה יותר של פגמים נוירופסיכיאטרים, מאשר שאר אוכלוסיית האסירים. חוקרים שבדקו את הקשר בין פגיעת ראש והתנהגות אלימה, הינם זהירים בקביעת הקשר בין התעללות פיזית, פגיעת ראש ובין אלימות, למרות שרוב המחקרים כן מראים קשר בין התעללות גופנית בשלב מוקדם, והתנהגות תוקפנית מאוחרת יותר. חלק מהחוקרים משערים שהשילוב של נזק מוחי והיסטוריה של התעללות כרונית וקשה הן קטלניים במיוחד.

נוירוטרנסמיטורים - ככלל, מנגנונים כולינרגים וקטכולאמינרגים מעורבים, ככל הנראה, באינדוקציה ובהגברה של תוקפנות, בעוד המערכת הסרוטונורגית והגאבארגית, ככל הנראה, מעכבות התנהגות כזאת. ככל הנראה, מערכות של קטכולאמינים וסרוטונין עושות מודולציה של תוקפנות אפקטיבית. דופאמין, ככל הנראה, מגביר תוקפנות, בעוד נוראפינפרין וסרוטונין מעכבים אותה. לאחרונה, ניתנה תשומת לב רבה לסרוטונין, כבעל פוטנציאל להיות פקטור מרכזי הקשור לתוקפנות. ירידה מהירה ברמות הסרוטונין או תפקודו, נמצאו קשורות לעלייה בעצבנות, ובקופים לעלייה בתוקפנות. מספר מחקרים על בני אדם, הראו שרמות 5-HIAA בנוזל ה-CSF נמצאות ביחס הפוך עם השכיחות של תוקפנות, בעיקר בקרב אנשים שמבצעים התאבדות.

#### גורמים גנטיים

מחקרי תאומים - מחקרים בתאומים מונוזיגוטים מצביעים על מרכיב תורשתי להתנהגות תוקפנית. עד כה, רוב המחקרים התמקדו באוכלוסייה הלא פסיכיאטרית, ובהם שיעור ההתאמה עבור תאומים מונוזיגוטים, עולה על שיעורו בתאומים דיזיגוטים.

מחקרי שושלת - מספר מחקרים מראים שאנשים עם היסטוריה משפחתית של הפרעות נפשיות, יותר מועדים להפרעות נפשיות ומפגינים יותר התנהגות תוקפנית. באנשים עם רמות IQ נמוכות יותר, יש, ככל הנראה, שכיחות גבוהה יותר של עבריינות ותוקפנות, מאשר אנשים עם רמות IQ נורמליות. נצפתה קורלציה בין התנהגות תוקפנית והתנהגויות אטיפיות נוספות, שמצביעה על כך שגנטיקה גנטית להתנהגות אטיפית, כולל התנהגות באסוציאציה להפרעות נפשיות, נמצאת באסוציאציה לתפקודים פיזיולוגיים אטיפיים, שאחת מתוצאותיהם היא עלייה בסיכוי לתוקפנות.

השפעות כרומוזומליות - מחקרים שבדקו את ההשפעה של כרומוזומים על ההתנהגות, התמקדו בעיקר באבנורמליות בכרומוזומי מין, ובעיקר בסינדרום 47 XYY. מחקרים מוקדמים הראו שאנשים עם סינדרום זה מאופיינים בכך שהם גבוהים, בעלי אינטליגנציה נמוכה מהמוצע ובשכיחות גבוהה יותר מבצעים מעשי פשע ונמצאים בבית הסוהר. אולם, מחקרים עוקבים הצביעו על כך שסינדרום XYY תורם להתנהגות תוקפנית רק באחוז קטן מן המקרים. מחקרים שבדקו מאפיינים אנדרוגנים וגונדוטרופינים בקרב אנשים עם XYY, לא הגיעו למסקנות בנושא (Figure 4.4-1) - מובא סיפורו של רוצח שהשתמש בפרופיל הגנטי שלו - XYY - להגנתו במשפט).

#### אפידמיולוגיה

על פי נתוני ה-FBI, כל שנה מבוצעים בארצות הברית, כ-1.5 מיליון פשעים אלימים (רצח, אונס, שוד ותקיפה). מתוכם כ-90,000 הינם מעשי אונס וכ-15,000 מעשי רצח. פשעים אלימים מבוצעים בשיעור גבוה ביותר באזורי מטרופולין גדולים, ובשיעור הנמוך ביותר באזורים כפריים. מעשים אלימים, בדרך כלל, מבוצעים על ידי אנשים שמכירים או הכירו אחד את השני. מעשי רצח שכיחים ביותר בקרב זרים (55%); יותר מ-65% ממקרי הרצח מבוצעים באמצעות אקדחים. בארצות הברית, רצח הינו סיבת המוות השנייה בקרב בני 15-24. לצעיר שחור, סיכוי פי 8 להירצח, מאשר לצעיר לבן בגילו. שיעורי רצח נמוכים במידה משמעותית דווחו במדינות כמו אנגליה, שוודיה, יפן וקנדה, להן חוקים מחמירים על שימוש באקדחים. רצח שכיח ביותר בקרב קבוצות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, ומבוצע יותר על ידי גברים מאשר על ידי נשים.

### מניעה ושליטה

עבור רופאים, מניעה של מוות או נכות הנובעים מהתנהגות תוקפנית, אלימה או רצחנית, מתחילה ברמת הפרט. לדוגמא, אלימות במשפחה (כגון התעללות פיזית או מינית של ילדים, הכאת נשים והתנהגות בעלת אופי של הרס עצמי), יכולה להיחשף, פעמים רבות, באמצעות תשאול רגיש ואינדקס גבוה של חשד מצד הרופא. התערבות שנועדה למניעה, יכולה לכלול הפניה לטיפול פסיכיאטרי, אזהרת רשויות משפטיות או אחרות (חובה במקרים כגון התעללות בילדים או איומים, לפגוע באנשים אחרים), וטיפול על ידי תרפיסטים מיומנים. מומחים רבים טוענים כי הגבלת חשיפה לאלימות בטלוויזיה, סרטים או משחקי מחשב, הינה דרך נוספת שיש לנקוט כדי להקטין אלימות.

### ענישה

ענישה מהווה לפעמים גורם מרתיע אפקטיבי, בכדי למנוע תוקפנות. מחקרים מראים שהשכיחות או האינטנסיביות של התנהגות תוקפנית, יכולה להתמעט, אפילו על ידי אמצעי ענישה קלים, כגון חוסר אישור חברתי; אולם ענישה לא תמיד יוצרת אפקט זה. הנענשים יכולים, לעיתים קרובות, לפרש את הענישה כהתקפה נגדם, ומשום כך אנשים תוקפנים יכולים להגיב בתוקפנות רבה יותר. יותר סביר שענישה חזקה או משמעותית, תעורר דחפים לנקמה, מאשר שהיא תשריש ריסון לטווח ארוך, כנגד מעשי אלימות. האנשים אשר מטילים את העונש, יכולים להיות מודל תוקפני לאלו שמקבלים אותו, וכפי שצויין, חשיפה למודלים כאלה, יכולה להגביר מעשים אלימים. בשל התנאים בהם בדרך כלל מבוצעת הענישה (זמן רב לאחר שההתנהגות התוקפנית בוצעה), ענישה יכולה להקטין רק באופן זמני את עוצמת או שכיחות ההתנהגות התוקפנית. כאשר תקופת הענישה נגמרת, ההתנהגות התוקפנית יכולה לחזור במהרה. בשל סיבות אלו, עונשים מסויימים יכולים להחטיא את מטרתם ולמעשה לעודד את המעשים המסוכנים שהם נועדו למנוע.

### קתרזיס

במשך שנים רבות, האמינו האנשים העוסקים בתחום, שמתן הזדמנות לאנשים כועסים, להשתתף בפעילות שתיתן מקום לביטוי, ללא פגיעה באחרים, יכולה להוריד את המתח או העוררות שלהם, ולהחליש את נטייתם להשתתף במעשי תוקפנות בעלי פוטנציאל מסוכן - היפותזה זאת נקראת Catharsis hypothesis. למרות שפרויד קיבל את קיומו של קתרזיס כזה, הוא היה יחסית פסימי, לגבי יעילותו במניעת תוקפנות. כיום, קתרזיס נתפס כאמצעי לעזור לחלק מהאנשים לשחרר את רגשות התוקפנות שלהם; אנשים אחרים יכולים להיהפך להיות יותר תוקפניים, כתוצאה מממתן המקום לביטוי עצמי.

### אימון כישורים חברתיים

סיבה עיקרית שבעטייה אנשים נהיים מעורבים במפגשים תוקפניים חוזרים, הינה המחסור הבסיסי שלהם בכישורים חברתיים. אנשים אלו לא יודעים כיצד לתקשר בצורה יעילה, ולפיכך מפתחים סגנון עוקצני של ביטוי עצמי. הסגנון המגושם שלהם בביצוע משימות בסיסיות, כגון בקשות, השתתפות בדיון או הגשת תלונה, יכולות לעיתים קרובות, לעצבן חברים, מכרים וזרים. חוסר הכישורים החברתיים שלהם, 'מבטיח' שהם יחוו תסכול חוזר, ולעיתים קרובות, יכעיסו אנשים עימם הם באים במגע ישיר. טכניקה שעשויה להקטין את השכיחות של התנהגויות כאלה, כוללת לימוד של הכישורים החברתיים החסרים. תהליך של אימון בכישורים חברתיים, מיושם בקבוצות שונות, כולל בבני נוער תוקפניים, אנשי משטרה, ואפילו הורים מתעללים. במקרים רבים, נצפו שינויים דרמטיים בהתנהגותם (לדוגמא, בהגברת התקשורת הבינאישית ושיפור היכולת להתמודד עם דחייה במצבי לחץ), וכן נצפתה ירידה בהתנהגות אגרסיבית שקשורה לשינויים הללו. התוצאות מעודדות ומצביעות על כך שאימון בכישורים חברתיים מתאימים, יכול להציע גישה מבטיחה להקטנת אלימות בין בני אדם.

### אינדוקציה של תגובות מנוגדות

אמפתיה - כאשר אנשים תוקפניים תוקפים אנשים אחרים בעימות פנים מול פנים, התוקפים יכולים לחסום, להתעלם או להכחיש סימנים של כאב או סבל מצד קורבנותיהם. אם התוקפים יחשפו לפידבק כזה, הם יכולים לחוש אמפתיה, וכתוצאה מכך להקטין או להפסיק מעשי תוקפנות נוספים. במספר ניסויים, חשיפה לסימנים של כאב או חוסר נוחות מצד הקורבן, מנעה המשך תוקפנות.



הומור - תצפיות לא פורמליות, מצביעות על כך שכעס יכול להיות מוקטן דרך חשיפה לתכנים הומוריסטיים וקיימים מחקרי מעבדה שתומכים בהיפותזה זאת. מספר סוגים של הומור, בפורמטים שונים, יכולים לגרום לתגובות או רגשות מנוגדים לתוקפנות, בקרב האנשים הצופים בהומור. גורמים נוספים - תגובות רבות נוספות יכולות גם הן להיות מנוגדות לכעס או לתוקפנות. כפי שצויין, עוררות מינית קלה, יכולה לפעול לכיוון זה. בצורה דומה, תחושות של אשמה על ביצוע המעשים התוקפניים, יכולות להקטין התנהגות כזאת. ביצוע משימות קוגניטיביות הדורשות תשומת לב, כגון פתרון בעיות מתמטיות, יכולה להשרות תגובות שאינן תואמות לכעס ולהתנהגות אגרסיבית. ב-Figure 4.4-2 מובא סיכום של המכניזמים של אלימות.

#### פרמקותרפיה

מספר סוגים של תרופות ובדיקות מרפאתיות, לדוגמא לחץ דם ו-EEG - חיוניים לטיפול אופטימלי באנשים ספציפיים עם התנהגות תוקפנית. עבור חולים אלימים מסויימים, בעיקר מתבגרים בעלי נטייה לפשיעה, טיפול בליתיום מהווה, ככל הנראה, הבטחה גדולה. טיפול באנטיקונולסנטים, מוריד לפרקים תוקפנות הנגרמת בעקבות התכווצויות, וכן יכול להיות להם אפקט דומה על אנשים שאינם סובלים מאפילפסיה. תרופות אנטי-פסיכיות מורידות, ככל הנראה, התנהגות תוקפנית, הן במטופלים פסיכיים, והן במטופלים אלימים שאינם פסיכיים. תרופות אנטי-דכאוניות, יכולות להיות אפקטיביות בהקטנת אלימות בקרב חלק מהחולים המדוכאים. לתרופות נוגדות חרדה יש, ככל הנראה, בהקטנת תוקפנות. לתרופות אנטיקונולסנטיות, כגון gabapentin, נעשה שימוש בהקטנת התפרצויות של תוקפנות. הומרים אנטי-אנדרוגנים יכולים להיות אפקטיביים בטיפול בפושעי מין תוקפניים. חסמי ביתא וסטיוולנטים, יכולים להיות אפקטיביים בטיפול בילדים תוקפניים. טיפול ב-ECT יכול להיות אפקטיבי בקבוצה מסויימת של חולים. בטבלה 4.4-6 (Schematic DD and the pharmacological treatment of violence) מובאת סכמה ובה מספר התערבויות פסיכופרמקולוגיות אפשריות לטיפול בתוקפנות.

#### קורבנות

על פי הערכות, 18 מיליון אנשים בארצות הברית, סבלו בזמן כלשהו מהפרעה פסיכיאטרית כתוצאה מפשע. בכל רגע נתון, קרוב ל-5 מיליון אנשים בארצות הברית, סובלים מסימפטומים הקשורים לפשע. מחקרים אחרונים מראים שקורבנות רבים של מעשי פשע אלימים, נמצאים בסיכון גבוה לבעיות פסיכיאטריות מאגוריות. הפרעות דכאוניות לטווח ארוך ופוביות, הינן שתי ההפרעות הנפשיות השכיחות ביותר המדווחות בקורבנות של פשע, ושכיחותן עולה על זאת שבאוכלוסייה הכללית. חוקרים רבים מאמינים שהשפעות רגשיות אופייניות ומובחנות, נמצאות באסוציאציה עם היותך קורבן של פשע, ושאפקטים אלו קשורים לעובדה שהקורבנות הינם מטורות של תוקפנות מכוונת של אדם אחר. בטבלה 4.4-7 (Aftermath of crime: main emotional effects) מובאת רשימה של ההשפעות הרגשיות המרכזיות של פשע.

#### תאונות

תאונה הינה מאורע מקרי או בלתי צפוי, ללא תכנון מוקדם מודע. מחקרים של תאונות מראים שהגורמים יכולים לעיתים להיות מאובחנים ואף מטופלים, אולם הם לרוב רבים ודורשים גישה רבת פנים לבעיה. לדוגמא, הן מאפיינים התנהגותיים והן פסיכולוגיים, יכולים להיות קשורים להתרחשות של תאונות. מאפיינים אלו כוללים חרדה, שעמום, עייפות ושימוש בסמים או אלכוהול, שמשנים את רמת הריכוז ואת הקואורדינציה. עבור צעירים בגילאים 15-24, תאונות הינן גורם המוות מספר 1 בארצות הברית. באוכלוסייה הכללית, תאונות הן סיבת המוות החמישית בארצות הברית. כמו כן, תאונות היו הגורם השני בעלויות רפואיות ישירות (אחרי מחלות לב ולפני סרטן!!), וכן היו גורם מרכזי לעלויות רפואיות בלתי ישירות, כגון אובדן עבודה ונכות. תאונות רכב, תאונות עבודה ותאונות בבית, היו השכיחות ביותר מבין כלל סוגי התאונות. שליש ממקרי המוות הלא טבעיים היו משניים לתאונות רכב, ושליש משניים לתאונות אחרות. השליש האחרון מחולק באופן שווה בין רצח והתאבדות. לאחר תאונות רכב, הסיבות השכיחות ביותר למוות בתאונה, הינן נפילות, אחריהן שריפה, טביעה והרעלה.

### שיקולים פסיכופיזיולוגיים

בכל החבלות והתאונות יש לשקול את המצב הפסיכופיזיולוגי של הקורבן. מצב פיזי, כגון עייפות, יכול להוביל להסחה או לחוסר יכולת להגיב במהירות הנדרשת בכדי למנוע את התאונה. חומרים טוקסיים, כגון ברביטורטים, אנטי-היסטמינים, מריחואנה ובעיקר אלכוהול, הינם חשובים. כחצי מהתאונות המדווחות קשורות לצריכת אלכוהול. אנשים הסובלים מסכרת, אפילפסיה, מחלות קרדיווסקולריות ומחלות נפשיות, מעורבים ביותר מפי 2 תאונות דרכים בעת נהיגה, מאשר אנשים שאינם חולים במחלות אלו. ליקויים הקשורים בגיל, הן מוטורים והן של תפקודים גבוהים, יכולים להוביל לפגיעה בשיפוט, שתורמת לתאונות קטלניות בקרב בני 60 ומעלה.

### מוטיבציה

על פי פרויד, פגיעות רבות שנראות כתאונה, קורות למטופלים בעלי אינסטינקט לפגיעה עצמית. התאונה הינה תוצאה של דחף להענשה עצמית.

מחקרים רטרוספקטיביים רבים חקרו את המאפיינים האישיותיים של אנשים שעברו תאונות קשות או שכחות. במחקרים אלו, ההשערה הייתה שאנשים שמעורבים באופן חוזר בתאונות, יתכן ויש נטייה סמויה להרס עצמי שמצביעה על הקיום של דיכאון, שליטה ירודה בעוינות, נטייה לפעלתנות, על נטייה מופחתת לחשיבה מעמיקה, מאשר באוכלוסייה הכללית, ועל נטייה לקשיים אינטרהפסיכים או בינאישיים, שנפתרת בחלקה על ידי התאונה. הקונספט של רגש תת מודע של אשמה והצורך להיענש עבור רגש שכזה, יכולים לספק את המניע לרבות מהתאונות. מניעים נוספים, מלבד רגש אשמה זה, יכולים להימצא על ידי בחינת נסיבות החיים של אנשים שמעורבים בתאונות. לעיתים קרובות נגלית משאלה לא מודעת לברוח או להימנע ממשאו. התשוקה לברוח יכולה להיות קשורה לסיטואציות חיצוניות, בהן תאונות מספקות דרך נוחה להימנע מחוויה בעלת פוטנציאל להשפלה. דוגמא לכך הינה של אדם שעושה תאונה בדרכו לראיון עבודה, ובכך נמנע מההשפלה האפשרית, אם לא התקבל לעבודה זו. תאונות עוזרות לאנשים להימנע ממחויבויות חדשות, על ידי סיפוק סיבה נוחה ומקובלת לכך שהם אינם נכנסים לסיטואציה החדשה, בלא שאיבדו את הערכתם העצמית, או את ההערכה שניתנת להם על ידי אחרים.

# Emergency psychiatric medicine

מהדורה 9, פרק 34, עמ' 901-922

## 34.1 מצבי חירום פסיכיאטריים

רפואת חירום פסיכיאטרית הפכה לתת-התמחות של פסיכיאטריה, הדורשת כישורים ספציפיים ואת היכולת להתמודד עם מצבים הדורשים התערבות טיפולית מיידית. תחום העיסוק של רפואת חירום פסיכיאטרית מתרחב וכולל תחומים כמו: שימוש בחומרים (substance abuse), ניצול ילדים ובני זוג, האלימות במקרי התאבדות, רצח ואונס ונושאים סוציאליים כגון: חסרי בית, הזדקנות, כשירות ואידס. פסיכיאטרים העוסקים בנושאים אלו צריכים גם להיות מעודכנים בהיבט המדיקו-לגאלי.

### אפידמיולוגיה

מספר הפניות לחדרי מיון פסיכיאטריים שווה בין גברים ונשים, יותר ברווקים מאשר בנשואים. כ-20% ממטופלים אלו הינם בעלי נטיות התאבדות, וכ-10% הינם אלימים. האבחנה השכיחה ביותר היא mood disorders (כולל מאניה ודיפרסיה), סכיזופרניה והתמכרות לאלכוהול. כ-40% מהמטופלים בחדרי מיון פסיכיאטריים נזקקים לאשפוז. מרבית הפניות הינן בשעות הלילה, אבל אין הבדל בין ימות השבוע או חודשי השנה. בניגוד לאמונה הרווחת, מחקרים לא מצאו קשר לעלייה בפניות בזמן ירח מלא או בתקופות החגים (Christmas).

### ראיון חירום בפסיכיאטריה

ראיון פסיכיאטרי בשעת חירום דומה לראיון פסיכיאטרי סטנדרטי, מלבד הגבלת הזמן הנובעת מכך שיש חולים נוספים הזקוקים להערכה ומכך שקיים פוטנציאל של דחיפות בהערכת הסיכון לחולה או לאחרים. בדרך כלל, הרופא מתמקד במחלה הנוכחית ובתלונה העיקרית אשר הביאה את החולה לפנות לחדר המיון. מגבלות הזמן דורשות שהראיון יהיה מובנה, בעיקר עם חולים אשר עלולים לגולל באריכות את תולדות מחלתם. אם חברים, קרובי משפחה או משטרה מלווים את המטופל, יש לקחת מהם פרטים דיאגנוסטיים משלמים, בעיקר אם המטופל אינו משתף פעולה, נגטיביסט, אילם או אינו מסוגל לספק, בצורה קוהרנטית, את תולדות מחלתו.

למטופלים יכולה להיות מוטיבציה גבוהה לחשוף את עצמם בכדי להקל על סבלם, אולם הם יכולים גם, בצורה מודעת או לא מודעת, להיות בעלי מוטיבציה להסתיר רגשות או מחשבות, אשר לתפיסתם יכולות להיות מאיימות או מעוררות רגשות אשמה. אם מטופל מובא לבית החולים כנגד רצונו, רצון או יכולת לשתף פעולה יכולים להיפגם. הקשר הנוצר בין הפסיכיאטר למטופל, משפיע במידה רבה על מה המטופל בוחר לומר, אפילו במהלך ראיון ראשון בחדר המיון. לפיכך, חלק גדול מהראיונות הפסיכיאטריים הדחופים מערבים טכניקות של האזנה, תצפית ופרשנות המספקות בסיס להכשרה פסיכיאטרית כללית. על הפסיכיאטר להיות ישיר, כן, רגוע ולא מאיים, ולהעביר למטופל את הרעיון שהרופא נמצא בשליטה ויפעל בצורה החלטית להגן עליהם מפגיעה בעצמם או באחרים. **בטבלה 34.1-1 (General strategy in evaluating patients)** מובא סיכום כיצד להעריך מצב חירום פסיכיאטרי.

לעיתים, מטופל יוצר קשר עם חדר המיון באמצעות הטלפון. על הפסיכיאטר לוודא שברשותו מספר הטלפון ממנו מבוצעת השיחה והכתובת המדוייקת, בכדי שאם השיחה תיקטע, הפסיכיאטר יוכל להפנות עזרה למטופל. אם המטופל נמצא לבדו והפסיכיאטר מגיע למסקנה שהוא נמצא בסכנה, יש להתריע על כך בפני המשטרה. עדיף, במידת האפשר, שאדם נוסף יתקשר למשטרה בזמן שהפסיכיאטר מעסיק את המטופל עד שתגיע העזרה. אסור לומר למטופל לנהוג לבדו אל בית החולים, יש לשלוח צוות רפואת חירום (מד"א) כדי להביאו.

הסכנה הגדולה ביותר בחדר מיון פסיכיאטרי היא לפספס מצב מחלה גופנית כגורם למחלה הנפשית. דוגמאות לכך הם מצבים כגון: פגיעת ראש, מחלה בסיסית, שימוש בסמים או אלכוהול, מחלות צרברווסקולריות, הפרעות מטבוליות ותרופות אשר יכולים לגרום התנהגות אבנורמלית ועל הפסיכיאטר להתייחס לאפשרות של מצבים כאלו בזמן האנמנזה.

### אבחנה

הערכה פסיכיאטרית, בסיטואציה של חירום, לא צריכה להיות מלאה, אבל עליה להתייחס למספר שאלות חשובות. יש לבצע בדיקת רעלים בדם, צילום חזה, אקג ובדיקות מעבדה נוספות רלוונטיות (לדוגמה:

רמות ליתום ופניטואין בסרום). בדיקות אלו יש לבצע מוקדם ככל הניתן, בכדי לקבל את המידע המדויק ביותר. במידת האפשר יש לברר את המצב הרפואי ולהתייעץ עם מומחים בחדר המיון עצמו. כמו כן, אם קיימים תיקים קודמים, יש לעבור עליהם ויש לאסוף את כל המידע האפשרי מגורמי חוץ כגון משפחה והמשטרה. למרות שבטיחות הינה תמיד בעדיפות הגבוהה ביותר, לא צריך לעכב את האבחנה. לעיתים, מצב חירום רפואי יכול להיות תוצאה ישירה של מחלה נפשית קשה. בין השאר, המטופלים יכולים לבלוע גופים זרים, או לפגוע בעצמם פגיעה גופנית במתכוון.

### אבחנה מבדלת

על הפסיכיאטר העובד בחדר מיון לשקול טווח רחב של מצבים שיכולים להיות הסיבה לסימפטומים ולסימנים אותם מציג המטופל. התלונות השכיחות ביותר הן בקטגוריות של: חרדה, דיכאון, מאניה ומחשבות שווא. במצבים אלו יכולה להיות גם חפיפה, וכן מעורבות של מספר גורמים. האבחנות המבדלת של חרדה, מצבים דכאוניים, אפיזודות מאניות ומחשבות שווא נמצאת בטבלאות **34.1-2** - **34.1-5**. חרדה נבדלת ממצבי דיכאון, מאניה ומחשבות שווא, בכך שמחלות רבות אשר גורמות לחרדה יכולות להיות מסכנות חיים. שלב מוקדם של אוטם לבבי, תסחיף ריאתי, אריתמיות ודימום פנימי, יכולים לגרום לחרדה אקוטית, עד לדרגת פאניקה. אי ספיקת לב לא מטופלת, משנית ל-silent MI, או הפרעת קצב קשה, יכולה להיות קטלנית. אנשים מבוגרים או כאלו אשר חוו אובדן בזמן האחרון, יכולים להיתפס כסובלים מהפרעה דיכאונית או מחשבות ניהליסטיות, כאשר למעשה גילם או מצב העקה גרם להם למחלה מסכנת חיים אשר באה לידי ביטוי בחרדה ובתחושת אבדון. אנשים אשר חווים דיכאון כתופעת לוואי של תרופות נגד לחץ דם, יכולים לתפוס את בני זוגם, ילדיהם, חבריהם או עבודתם, באור שלילי, תחושה אשר תעלם אם הפסקת נטילת התרופות.

**בטבלה 34.1-6 (Features that point to a medical cause of a mental disorder)**, מצוינים סממנים אשר צריכים לגרום לרופא בחדר המיון לשקול מצב אורגני כסיבה לתלונה נפשית. **בטבלה 34.1-7 (Common global CNS disorders that require immediate treatment)**, מצוינות מחלות ב-CNS אשר דורשות התערבות מיידיית ו**בטבלה 34.1-8 (Common focal CNS disorders with behavioral features)**, הפרעות פוקאליות הגורמות להפרעות התנהגותיות, מצבים אלו דורשים בדיקה והערכה נוירולוגית, כולל הדמיה.

האבחנה המבדלת להתנהגות אלימה כוללת בתוכה דמנציה כתוצאה משימוש בחומרים (substance induced persisting dementia), הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית, סכיזופרניה קטטונית, אוטם מוחי, גידול צרברלי, OCD, הפרעת דיסוציאטיבית, sexual disorder, impulse control disorder, הרעלת אלכוהול, הפרעה דילוזיונאלית, הפרעת אישיות פרנואידית, סכיזופרניה, בעיה בהתאמה חברתית (ללא הפרעה נפשית), temporal lobe epilepsy, bipolar I disorder, ואלומות בלתי נשלטת שניונית למתח בין אישי.

### אלימות והתנהגות תוקפנית

כאמור, המשימה הראשונה בהערכת התנהגות אלימה היא לאבחן את הגורם לה. הגורם מכתוב את אופן הטיפול. לדוגמא, למטופלים עם מחשבות שווא המאופיינות על ידי הלוצינציות הפוקדות עליהם להרוג מישהו דרוש אשפוז ותרופות אנטי-פסיכוטיות. אם הם אינם מוכנים לקבל את הטיפול, אשפוז בכפיה הוא הכרחי בכדי להגן על הקורבן המיועד ועל המטופל (מתוצאות התנהגותו הבלתי נשלטת). חולים פסיכויטיים אשר בזמן פסיכוזה הורסים רכוש של משפחה או חברים, או מאיימים לבצע מעשה אלים או תקיפה, הורסים את התמיכה החברתית הדרושה להם בכדי לחזור לתפקוד לאחר שמחשבות השווא או מצב הרוח מתוקן.

קשה לצפות מראש אלימות והתנהגות תוקפנית (**טבלה 34.1-9 - Assessing and predicting violent behavior**), אולם הפחד בו חלק מהאנשים מתייחסים לכל החולים הפסיכיאטריים איננו בפרופורציה, מכיוון שרק מעטים מהווים סכנה אמיתית לזולת. הגורמים המנבאים בצורה הטובה ביותר פוטנציאל להתנהגות אלימה הם: צריכת אלכוהול מרובה, היסטוריה של מעשים אלימים שלוו במעצרים או פעילות לא חוקית והיסטוריה של התעללות בילדות. למרות שחולים אלימים יכולים לעורר פחד אמיתי במטופלים הפסיכיאטרים, לעיתים פחדים אלה יכולים גם להיות לא רציונאליים, לפגום בשיקול הקליני ולגרום לשימוש מוקדם או מוגזם בסדציה או באמצעי ריסון. מטופלים אלימים בדרך כלל מפוחדים מהדחפים העוינים שלהם ומחפשים נואשות למנוע אובדן שליטה. מיותר לציין שיש להשתמש באמצעי ריסון במידה שיש סיכון סביר לאלימות.

## אונס וניצול מיני

אונס הוא שימוש בכוח כדי לכפות על אדם, כנגד רצונו, להשתתף באקט מיני, בדרך כלל קיום יחסי מין, למרות שיחסים אנאליים ואוראליים יכולים גם להיות מעשי אונס. כמו מעשי אלימות אחרים, אונס הוא מקרה חירום פסיכיאטרי הדורש התערבות מיידית מתאימה. קורבנות אונס יכולים לסבול מפגיעה לטווח ארוך, שיכולה ללוות אותם כל חייהם. אונס הוא חוויה מסכנת חיים בה, כמעט תמיד, הקורבן מאויים בפגיעה פיזית, לעיתים קרובות באמצעות נשק. בנוסף לאונס, סוגים אחרים של תקיפה מינית כוללים מניפולציה של איברי המין עם חפצים זרים, גרימת כאב ויחסי מין בכפייה. הרוב הגדול של האנסים הם גברים, ורוב הקורבנות הן נשים. עם זאת, אונס של גברים קיים, לעיתים תכופות במוסדות בהם מוחזקים גברים (לדוגמה בתי כלא). נשים בגילאי 16-14 נמצאות בקבוצת הסיכון הגבוה ביותר, אולם ידוע כי יש קורבנות אונס אף בגילאים צעירים יותר (עד ל-15 חודש) או מבוגרים יותר (82 שנה). יותר משליש מכל מקרי האונס מבוצעים על ידי אנסים אשר מכירים את הקורבן, 7% על ידי קרובי משפחה. חמישית מכל מקרי האונס מערבים יותר מאנס אחד (אונס קבוצתי). תגובות אופייניות בקורבנות אונס או ניצול מיני, כוללות בושה, השפלה, חרדה, בלבול וזעם. קורבנות רבים תוהים האם האשמה מוטלת בחלקה עליהם, והאם הם "הזמינו" את התקיפה. למעשה, התנהגות הקורבן פחות משמעותית כסיבה לאונס מאשר משמעותה במקרים של רצח או שוד. קורבנות אונס וניצול מיני לרוב מבלבלות לאחר התקיפה. על הרופא להיות תומך, מחזק וחסר שיפוטיות. יש ליידע את הקורבן על השירותים הרפואיים והמשפטיים הזמינים ועל מרכזים לסיוע לקורבנות אונס שמספקים שירותי סיוע מולטי-דיסציפלינריים.

במידת האפשר, רצוי שרופאה ממין נקבה תבצע את הערכת החולה, מכיוון שלקורבן יכול להיות יותר קל לדבר עם אישה מאשר עם גבר. ההערכה צריכה להתבצע במקום פרטי. כאשר האונס או ההתעללות המינית לא עלו בשיחה בצורה פתוחה, הסיבה היא בדרך כלל שהקורבנות מהססות לדון בתקיפה ולכן אינן מעלות את הנושא. כאשר מטופלת מביעה חרדה כאשר היא נשאלת על ההיסטוריה המינית ומנסה לסטות מדיון בנושא זה, יש להעריך את הסיבה לכך. תנו ליבכם לכך שקורבן האונס עברה מאורע לא צפוי אשר איים על חייה. חשוב, הן מבחינה טיפולית והן מבחינה משפטית, לקבל היסטוריה מפורטת ומלאה של התקיפה.

יש לדאוג לאישור בכתב של המטופלת ולאסוף ראיות כגון זרע ושערות ערווה שיכולים לשמש לזיהוי האנס. במידת האפשר, יש לצלם את הממצאים. ההיסטוריה הרפואית יכולה לשמש כראיה בהליכים משפטיים, ולכן תיעוד קפדני ואובייקטיבי של כל שלבי ההערכה הוא הכרחי.

## טיפול במצבי חירום

### פסיכותראפיה

בהתערבות פסיכיאטרית במצב חירום, יש לבצע את כל הניסיונות כדי לעזור להערכה העצמית של המטופל. אמפתיה היא קריטית לריפוי במצב זה. ההבנה הנרכשת של האופן בו כוחות ביוגנטיים, התפתחותיים, קיומיים ותלויי מצב, מתאחדים בנקודה מסוימת בהיסטוריה של האדם ליצירת מצב חירום פסיכיאטרי, חיונית לבשלות הכישורים הנדרשים במצבי חירום פסיכיאטריים. בעיות הסתגלות, בכל קבוצות הגיל, יכולות להביא להתקפי זעם. התקפים אלה נפוצים במיוחד בריבים בין בני זוג, והמשטרה נקראת לעיתים קרובות על ידי שכנים בשל קולות שמצביעים על ריב בעל אופי אליים. לריבים משפחתיים כאלה יש לגשת במשנה זהירות, מכיוון שהם יכולים להיות מוקצנים על ידי צריכת אלכוהול ונגישות של כלי נשק קטלניים. הזוג המתקוטט יכול לעיתים להוציא את זעמו המשותף כנגד התערבות חיצונית. פגיעה בדימוי העצמי הינה נושא מרכזי במקרים אלו, ועל הרופא המטפל להימנע מהתנשאות או הבעת בוז ולנסות להעביר תחושה של כבוד ורצון כן להשכנת שלום.

במקרים של אלימות במשפחה, על הפסיכיאטר להיות מודע למצבם הפגיע של קרובי המשפחה. לאישה או לבעל יכולה, באופן מוזר, להיות תלות מזוכיסטית לבן זוגם והם יכולים לעורר אלימות על ידי לגלוג ופגיעה בהערכה העצמית של בן הזוג. יחסים כאלה יכולים לעיתים קרובות להסתיים ברצח בן הזוג המתגרה ולעיתים בהתאבדות של בן הזוג השני - זוהי הדינמיקה מאחורי רוב מקרי ה-suicide pacts. כמו לרבים מהמטופלים בעלי נטיות ההתאבדות, לרבים מהמטופלים האלימים דרוש אשפוז והם בדרך כלל מקבלים אופציה זו בתחושה של הקלה.

בטיפול נפשי במצבי חירום משתמשים לעיתים קרובות ביותר מפסיכותראפיסט או סוג פסיכותראפיה אחד. לדוגמה, גבר בן 28, מדוכא ובעל נטיות התאבדותיות לאחר ניתוח colostomy בשל קוליטיס שלא

מגיבה לטיפול, שאישתו איימה לעזוב אותו בשל רגזותו ומריבותיהם התכופות, ניתן להפנות לפסיכיאטר לפסיכותראפיה תומכת ותרופות אנטי-דכאוניות, ליועץ נישואין עם אישתו, כדי לשפר את תפקודם בזוגיות, ולקבוצת תמיכה לאנשים שעברו colostomy, כדי ללמוד איך להתמודד עם המצב הרפואי. קלינאים העוסקים בפסיכיאטרית חירום צריכים להיות פרגמטיים, עליהם להשתמש בכל התערבות טיפולית שקיימת, אם היא נדרשת, בכדי לפתור את המשבר ולהקל על תהליך החיפוש והצמיחה עם פחות דאגה מהרגיל לגבי חריגה מהחווה הטיפולית. מצבי חירום בפסיכיאטריה מדגישים כיצד מודלים פסיכיאטריים שונים פועלים בסינרגיזם להאצת ההחלמה.

אין גישה יחידה המתאימה לאנשים שונים הנמצאים במצב דומה. מה אומר רופא למטופל ומשפחתו, לאחר שחוו מצב חירום פסיכיאטרי, כגון ניסיון אובדני או התקף של סכיזופרניה? עבור חלקם ראציונליזציה או הסבר גנטי עוזר, המידע שלמחלה יש מרכיב ביולוגי חזק, מקל על אנשים מסויימים. לאחרים, לעומת זאת, גישה זו מדגישה חוסר בשליטה במצב ומגבירה דיכאון וחרדה. כולם מרגישים חסרי אונים משום שהן המשפחה והן המטופל אינם יכולים לשנות את ההתנהגות או להקטין את הסיכוי לחזרתה. במצבים מסויימים אנשים יכולים להרוויח מהסבר התלוי בדינמיקות משפחתיות או אישיות. אחרים רק רוצים משהו שיקשיב להם, בבוא הזמן, הם יגיעו להבנה משלהם. במקרה חירום, כמו בכל סיטואציה פסיכיאטרית אחרת, כאשר הרופא המטפל איננו יודע מה לומר, הגישה הטובה ביותר היא להקשיב. אנשים הנמצאים במשבר, חושפים עד כמה הם זקוקים לתמיכה, הכחשה, אוורור ומילים להגדיר את אופי המשבר שלהם ולמצוא נתיבים לפתרונם.

#### פרמקותראפיה

האינדיקציות העיקריות לשימוש בתרופות פסיכותרופיות בחדר מיון כוללות התנהגות אלימה או תוקפנית, התקף חרדה קשה או פאניקה, ותגובות אקסטר-פירמידליות כגון דיסטוניה ואקטיזיה כתופעות לוואי לתרופות פסיכיאטריות. התבטאות נדירה של דיסטוניה היא לארינגוספאזם ועל הפסיכיאטרים להיות מוכנים לשמור על נתיב אוויר פתוח עם אינטובציה במידת הצורך.

למטופלים שהינם פרנואידים או במצב עוררות קטטונית דרושה הרגעה (tranquilization). אירועים של התפרצות אלימה מגיבים ל-haloperidol (haldol), חסמי ביתא, carbamazepine (tegretol) וליתיום. אם ההיסטוריה רומזת להפרעה הכוללת התכווצויות, יש לאשש את האבחנה ולמצוא את המקור לה באמצעות הערכה קלינית ובדיקות עזר. אם הממצאים חיוביים, יש להתחיל טיפול בתרופות anticonvulsant או לבצע ניתוח מתאים (לדוגמא במקרה של מסה מוחית). אמצעים שמרניים יכולים להספיק במקרי הרעלה הנגרמים משימוש יתר בסמים. לעיתים תרופות כגון haloperidol (5-10 מ"ג כל חצי שעה עד שעה) דרושות עד שהחולה מיוצב. ניתן להשתמש ב-benzodiazepines במקום או בנוסף לתרופות אנטי-פסיכוטיות (להקטין את מינון התרופה האנטי-פסיכוטית). כאשר לסם יש תכונות אנטי-כולינרגיות חזקות, benzodiazepines עדיפים על פני תרופות אנטי-פסיכוטיות. אנשים עם אלרגיה או תגובה לא רצויה לתרופות אנטי-פסיכוטיות ו-benzodiazepines מטופלים על ידי amobarbital (amytal) 130 מ"ג PO או IM, paraldehyde, או 50-100 diphenhydramine (benadryl) מ"ג PO או IM.

חולים אלימים אשר נאבקים, מוכנעים יותר ביעילות על ידי תרופה סטיבית מתאימה או תרופה אנטי-פסיכוטית. ניתן לתת Diazepam (valium) 5-10 מ"ג או lorazepam (avitan) 2-4 מ"ג תוך ורידי באיטיות במשך 2 דקות. על הקלינאי לתת תרופות IV בזהירות רבה בכדי למנוע דיכוי נשימתי. למטופלים להם נדרשות תרופות IM, ניתן לתת סדציה עם haloperidol 5-10 מ"ג IM או עם chlorpromazine (thorazine) 25 מ"ג IM. אם ההתפרעות הינה כתוצאה מאלכוהול או כחלק מהפרעה פסיכומוטורית לאחר אירוע של התכווצות, השינה כתוצאה מכמות קטנה יחסית של תרופות IV, יכולה להימשך שעות רבות. כאשר הם מתעוררים, המטופלים, לעיתים קרובות, עירניים ומפוכחים ובדרך כלל יש להם אמנזיה מלאה בכל הנוגע לאירוע האלים.

אם ההפרעה הינה חלק מתהליך פסיכוטי ארוך טווח, וחוזרת ברגע שהשפעת התרופות התוך-ורידיות פגה, ניתן לתת תרופות במתן המשכי (continuous). לעיתים עדיף להשתמש בתרופות PO או IM במינונים קטנים ובמרווחים של חצי שעה עד שעה (לדוגמא, haloperidol 2-5 מ"ג או diazepam 20 מ"ג) עד שהמטופל מיוצב מאשר להתחיל שימוש במינונים גבוהים שתוצאתם יכולה להיות מטופל שהוא overmedicated. במשך הזמן, כאשר משתלטים על ההתנהגות החריגה, ניתן להקטין בהדרגה את מינון התרופות. במהלך תקופת הטיפול הראשונית יש לנטר את לחץ הדם של המטופל ואת שאר הסימנים החיוניים.

**הרגעה מהירה (rapid tranquilization)** - ניתן לתת תרופות אנטי-פסיכוטיות בצורה מהירה, במרווחים של 30-60 דקות, בכדי להגיע לתגובה התרפויטית המהירה ביותר האפשרית. נוהל זה הינו יעיל למטופלים במצב מעורר. תרופות הבחירה במקרים אלו הינן haloperidol או תרופות אנטי-פסיכוטיות אחרות בעלות פוטנטיביות גבוהה. במבוגרים ניתן לתת 5-10 מ"ג של PO haloperidol או IM במרווחים של 20-30 דקות עד שהמטופל מגיע למצב של רגיעה. מטופלים מסויימים יכולים לחוות תופעות אקסטרה-פירמידליות קלות במהלך 24 השעות הראשונות לאחר שימוש בפרוטוקול זה. למרות שתופעות לוואי הינן נדירות, אסור לפסיכיאטרים להתעלם מהם. ככלל, רוב המטופלים מגיבים לפני שהם מקבלים מנה כוללת של 50 מ"ג. המטרה היא לא להגיע לסדציה או ישנוניות, אלא להביא את המטופל למצב בו הוא יכול לשתף פעולה בתהליך ההערכה וכן לספק הסבר מסויים להתנהגותו. ניתן לטפל במטופלים במצב של אגיטציה או פאניקה, במינונים קטנים של lorazepam 2-4 מ"ג IV או IM כל 20-30 דקות עד שהמטופל נרגע. מצבי חירום אקסטרה-פירמידליים מגיבים ל-benzotropine (cogentine) 2 מ"ג PO או IM או 50 diphenhydramine מ"ג IM או IV. מטופלים מסויימים מגיבים ל-5-10 diazepam מ"ג PO או IV.

#### אמצעי קשירה (restraints)

שימוש באמצעי קשירה נעשה כאשר המטופלים הינם כה מסוכנים לעצמם ולאחרים, עד כדי כך שהם מהווים איום שלא ניתן לשלוט בו באופן אחר. ניתן להשתמש באמצעים אלו בצורה זמנית לצורך מתן תרופות או לטווח ארוך אם לא ניתן להשתמש בטיפול תרופתי. בדרך כלל, מטופלים אלו נרגעים לאחר זמן מה. ברמה הפסיכו-דינמית, מטופלים אלו יכולים אפילו לקבל בברכה את השליטה המושגת באמצעים הללו, על הדחפים שלהם. **בטבלה 34.1-10 (use of restraints)** מובא סיכום לגבי השימוש באמצעים אלו.

#### disposition

במקרים מסויימים, האופציה המקובלת של קבלה או שחרור של המטופל איננה אופטימלית. חשד בפסיכוזת טוקסית, דהקומפנסציות קצרות במטופל עם בעיית אישיות ובעיות הסתגלות לאירועים טראומטיים, הם כולם דוגמאות למצבים שהטיפול המיטבי בהם יכול להיות במרחב מוגן (extended observation setting). במצב כזה מאפשרים למטופל זמן נוסף בסביבה בטוחה, שתוצאותיו יכולות להיות שיפור ניכר או הבהרה של הנושאים הבעייתיים ולהפוך את הטיפול המסורתי באשפוז ללא הכרחי. כמו כן, ניתן לחסוך למטופל את הטרואמה והסטיגמה הנובעת מאשפוז פסיכיאטרי, וכן לחסוך במיטת אשפוז בה ניתן להשתמש למטופל אחר. גם טיפול חירום בקורבנות מעשי אונס וטרואמות אחרות יכול להעשות במרחב דומה.

כאשר מגיעים להחלטה לאשפוז את המטופל בבית החולים, עדיף לעשות זאת מרצון. רצוי לאפשר למטופלים אופציה זו, כדי לתת להם תחושה של שליטה על חייהם ולשתף אותם בהחלטות הטיפוליות. במקרה של מטופלים אשר, באופן ברור, נמצאים בקטגוריה לאשפוז כפוי, בשל סכנה לעצמם או לאחרים, ומסכימים להתאשפוז, ניתן למנוע מהם את האופציה לעזוב את בית החולים בלי בדיקה נוספת ותמיד ניתן להפוך את הסטטוס שלהם לאשפוז כפוי, במידת הצורך.

מכיוון שבהערכה הראשונית, לרוב לא ניתן להגיע למסקנות סופיות, עדיף לדחות את הטיפול הדפניטיבי עד להערכה נוספת של המטופל ביחידת האשפוז, או במרפאה. עם זאת, כאשר האבחנה היא ברורה, וידועה תגובת המטופל לטיפולים קודמים, לא מושג רווח בדחיית הטיפול. לדוגמא, במקרה של מטופל הסובל מסכיזופרניה כרונית, אשר עשה דהקומפנסציה לאחר הפסקה של הטיפול התרופתי הרגיל בתרופות אנטי-פסיכוטיות, הניהול הטוב ביותר יהיה להחזיר את הטיפול התרופתי.

אפילו אם המטופל חש בנוח לפנות לחדר המיון במצבים של מצוקה, על הפסיכיאטר התורן תמיד להפנות אותו למסגרת הטיפולית הטובה ביותר. למטופלים במרפאה פסיכו-פרמקולוגית, אשר לא הגיעו למועד הפגישה הרגיל שלהם, יש לתת תרופות בכמות שתספיק להם רק עד שיוכלו לפנות למרפאה. דיווח לגורמים האחרים המטפלים בהם הינו חלק מהנהוג.

חדר המיון הינו לעיתים קרובות השער למחלקה הפסיכיאטרית או לבית החולים הכללי. לרושם הראשוני במקרה זה יש משקל נכבד. תשומת הלב והדאגה הניתנת למטופלים בהגעתם לחדר המיון, משפיעה במידה רבה על תגובתם לחברי הצוות ולטיפול המומלץ, ולהענותם לטיפול זמן רב לאחר שהם עזבו את חדר המיון.

## תיעוד

בכדי לשמור על איכות הטיפול, זכויות החולה, בקרת עלויות וסוגיות מדיקו-לגאליות, תופס היום נושא התיעוד מקום מרכזי בעבודת הרופא בחדר המיון. על התיעוד הרפואי להעביר תמונה תמציתית של המטופל, תוך הדגשת הממצאים השלייליים והחיוביים. במידה ויש חסרים או פערים במידע, יש לציין אותם ואת סיבתם, יש לכלול פרטים כגון שמות ומספרי טלפון של כל הגורמים המעורבים. יש לכלול אבחנה מبدלת וכן לציין מהי האבחנה המשוערת. כמו כן, יש לכלול תוכנית טיפול ראשונית או המלצות שינבעו מהממצאים של האנמנזה, בדיקת הסטטוס ומבחנים דיאגנוסטיים נוספים ומההערכה הרפואית. על הכתיבה להיות ברורה. לפסיכיאטר בחדר המיון יש סמכות נרחבת מבחינה חוקית לבצע הערכה ראשונית מיטבית. עם זאת, כל התערבות וכל ההחלטות הרלוונטיות צריכות לעבור מחשבה, דיון ותיעוד בתיק המטופל.

## מצבי חירום פסיכיאטריים ספציפיים

**כטבלה 34.1-11 (Common psychiatric emergencies)** מובאים מקרי חירום פסיכיאטריים נפוצים בסדר אלפביתי.

## 34.2 התאבדות

מעשי התאבדות ידועים החל משחרר ההיסטוריה המתועדת כאשר היה החברתי לנושא לאורך התקופות. כמו כן, יש שונות בשכיחות התופעה ובמניעים לה. היום, בעולם המערבי, התאבדות לא נתפסת כמאורע רנדומאלי או חסר תכלית. ההתאבדות נתפסת כדרך מוצא מבעיה או משבר הגורמים לסבל קשה. על פי Edwin Shneidman, התאבדות קשורה לצרכים שאינם מסופקים, תחושות של חוסר תקווה וחוסר אונים, קונפליקטים בין הישרדות וסטרס בלתי נסבל, צמצום האפשרויות הנתפסות בעיני המטופל, והצורך בהימלטות. מטופל בעל נטיות אובדניות משדר סימני מצוקה. המילה 'suicide' גזורה מהמילה הלטינית שמשמעותה 'רצח עצמי'. יש הבדל גדול בין מחשבות אובדניות לבין ביצוע האקט עצמו. לאנשים מסויימים יש מחשבות על התאבדות שלעולם לא יבואו לכדי עשיית מעשה; יש כאלו המתכננים במשך ימים, שבועות או אפילו שנים לפני ביצוע המעשה; ויש אחרים אשר מתאבדים במה שגוראה כאקט אימפולסיבי, לא מתוכנן מראש. כמו כן, ישנם מצבים אשר הגדרתם כהתאבדות אינה ברורה, ובכלל זה, שינוי מכוון של סיבת המוות, תאונות אשר סיבתן אינה ידועה ו'התאבדויות כרוניות' - לדוגמא, מוות עקב שימוש בסמים או באלכוהול או הימנעות מטיפול תרופתי במצבים של התמכרות, השמנת יתר ויתר לחץ דם.

## אפידמיולוגיה

בכל שנה מתאבדים בארצות הברית 30,000 אנשים. מספר ניסיונות ההתאבדות מוערך בכ-650,000. בין השנים 1983 ל-1998 המספר הכולל של ההתאבדויות במדינה נשאר יחסית יציב, בעוד בקבוצת הגיל של 15-24 המספר הוכפל פי 2-3. התאבדות היא כיום סיבת המוות השמינית בארצות הברית, אחרי מחלות לב, סרטן, מחלות צרברוסקולריות, COPD, תאונות, דלקת ריאות ושפעת, וסכרת. על פי נתוני האו"ם, שיעור ההתאבדויות בארצות הברית נמצא בנקודת האמצע של מספרים אלו במדינות המתועשות. שיעורי ההתאבדות נעים בין יותר מ-25 ל-100,000 במדינות סקנדינביה, שווייץ, גרמניה, אוסטרליה, מדינות מזרח אירופה (מה שנקרא ה-suicide belt) ויפן, לפחות מ-10 ל-100,000 באיטליה, ספרד, אירלנד, מצרים והולנד. האתר בו מספר ההתאבדויות הגבוה ביותר בעולם הוא "גשר הזהב" בסן פרנסיסקו עם יותר מ-800 התאבדויות מאז שנפתח ב-1937.

## גורמי סיכון

**כטבלה 34.2-1 (Variables enhancing risk of suicide among vulnerable groups)**

מצויינים משתנים המגבירים את הסיכון להתאבדות.

**מין** - גברים מתאבדים יותר מפי 4 מאשר נשים ושיעור זה יציב בכל הגילאים. לעומת זאת, לנשים סבירות גדולה פי 4 לניסיון אובדני כלשהו.

**גיל** - שיעורי התאבדות עולים עם הגיל ומדגישים את החשיבות של משבר גיל המעבר. בקרב גברים שיעור ההתאבדות מגיע לשיא אחרי גיל 45, בקרב נשים המספר הגדול ביותר של ניסיונות אובדניים שמצליחים, קורה אחרי גיל 55. מבוגרים מנסים להתאבד לעיתים פחות תכופות מאשר צעירים, אולם



בדרך כלל בהצלחה רבה יותר. למרות שהם מהווים רק 10% מהאוכלוסייה, קשישים מהווים 25% מכלל המתאבדים. שיעור ההתאבדויות מגיל 75 ומעלה, הוא יותר מפי 3 מאשר בקרב צעירים. עם זאת, שיעור ההתאבדות עולה בצורה מהירה יותר, בקרב צעירים, בעיקר גברים בני 15-24 ונמצא עדיין בעליה. שיעור ההתאבדויות לנשים בקבוצת גיל זהה, עולה באיטיות מאשר בקבוצת הגברים. בקרב גברים בני 25-34, שיעור ההתאבדויות עלה ביותר מ-30% בעשור האחרון. התאבדות היא הסיבה השלישית למוות בגילאי 15-24, אחרי תאונות ורצח, ומספר ניסיונות ההתאבדות בקבוצה זו, נאמדים, בארצות הברית, בכ-1-2 מיליון לשנה. רוב ההתאבדויות כיום מתרחשות בין הגילאים 15 ל-44. שיעור התאבדות על פי גיל ומין בארצות הברית מובא ב-**figure 34.2-1**.

**גזע** - 2 מתוך 3 מקרי התאבדות הם גברים לבנים. שיעור ההתאבדות בקרב לבנים הינו כמעט פי 2 מאשר בקבוצות אחרות. מספרים אלו פחות מדויקים כיום, מכיוון ששיעור ההתאבדות בקרב קהילת השחורים בארצות הברית עולה. שיעור ההתאבדויות בגברים לבנים (19.6 ל-100,000) הוא פי 1.6 מאשר בגברים שחורים (12.5), פי 4 מנשים לבנות (4.8) ופי 8.2 מנשים שחורות (2.4). שיעור ההתאבדות בקרב צעירים באוכלוסייה האינדיאנית גדול משיעור ההתאבדויות הלאומי. שיעור ההתאבדות בקרב מהגרים גבוה מאשר בקרב ילידי המקום.

**דת** - היסטורית, שיעורי ההתאבדות בקרב חברי הכנסייה הרומאית-קתולית, היו נמוכים יותר מאשר בפרוטסטנטים ויהודים. כיום, ככל הנראה מידת האורתודוקסיות הינה מדד מדויק יותר לקביעת סיכון בקטגוריה זאת, מאשר שיוך דתי פשוט.

**מצב משפחתי** - ככל הנראה, נישואים עם ילדים מורידים את הסיכון להתאבדות בצורה משמעותית. שיעור ההתאבדות הוא 11 ל-100,000 לנישואים, בעוד לרווקים שמעולם לא נישאו, שיעור כולל כמעט כפול. עם זאת, אנשים שהיו נשואים בעבר, מראים שיעור התאבדות גבוה יותר מאשר כאלו שמעולם לא נישאו: 24 ל-100,000 בקרב אלמנים ו-40 ל-100,000 בקרב גרושים, מתוכם בגברים גרושים השיעור הוא 69 ל-100,000, לעומת 18 ל-100,000 בנשים גרושות. התאבדות שכיחה יותר מהרגיל בקרב אנשים מבודדים חברתית ובכאלו שיש להם היסטוריה משפחתית של התאבדות או ניסיון אובדני. יש כאלה אשר מבצעים "anniversary suicide" ומתאבדים באותו יום שבו התאבד קרוב משפחתם.

**מקצוע** - ככל שמעמדו החברתי של אדם גבוה יותר, הוא נמצא בסיכון גבוה יותר להתאבדות, אולם גם נפילה במעמד חברתי מגדילה את הסיכון. עבודה באופן כללי מגנה בפני התאבדות. בקרב דירוג תעסוקתי, בעלי מקצוע, במיוחד רופאים נחשבו באופן מסורתי כבעלי סיכון גבוה יותר להתאבדות. אולם, מחקרים עדכניים לא מצאו סיכון גבוה יותר להתאבדות בקרב רופאים ממין זכר בארצות הברית. שיעור ההתאבדות השנתי שלהם הינו 36 ל-100,000, שיעור הדומה לזה של גברים לבנים מעל גיל 25. לעומת זאת, מחקרים עדכניים מ-UK וסקנדינביה מראים ששיעור ההתאבדות בקרב רופאים גברים הוא פי 3-2 מאשר גברים בגיל זה באוכלוסייה הכללית (!!!). מחקרים מסכימים שרופאות נמצאות בסיכון גבוה יותר להתאבדות מאשר נשים אחרות. בארצות הברית, שיעור ההתאבדות השנתי לרופאות הוא בערך 41 ל-100,000 בהשוואה ל-12 ל-100,000 בקרב כלל הנשים הלבנות מעל לגיל 25 (!!!). באופן דומה, באנגליה וויילס שיעור ההתאבדות לרופאות לא נשואות הוא פי 2.5 מאשר נשים לא נשואות באוכלוסייה הכללית. עם זאת, נתונים אלו דומים בקבוצות נוספות של נשים בעלות קריירה.

מחקרים מראים שלרופאים שמתאבדים יש הפרעה נפשית. ההפרעות הנפשיות השכיחות ביותר בקרב רופאים ובקרב רופאים מתאבדים הינן הפרעות דכאוניות ותלות בסמים. לעיתים קרובות, רופא אשר מתאבד, חווה בתקופה שלפני מעשה ההתאבדות קושי מקצועי, אישי או משפחתי. הן רופאים והן רופאות מתאבדים/ות באמצעות מנת יתר של תרופות או סמים בשכיחות גבוהה מאשר באוכלוסייה, וכמו כן, בשכיחות נמוכה יותר באמצעות כלי נשק. זמינות התרופות וידע הנוגע לאפקט הטוקסי שלהם, הינם פקטורים חשובים במקרי התאבדות אלה. ישנן עדויות שמצביעות על כך שלרופאות יש life time risk גבוה במיוחד ל-mood disorders, סיכון אשר יכול להיות סיבה מרכזית לשיעור הגבוה של מקרי ההתאבדות. בקרב רופאים, פסיכיאטרים נחשבים לבעלי הסיכון הגבוה ביותר (!!!!), אחריהם רופאי עיניים ורופאים מרדימים. אולם המגמה כיום הולכת לכיוון של שוויון בסיכון בין ההתמחויות השונות. קבוצות נוספות שנמצאות בסיכון מוגבר הינן מוזיקאים, רופאי שיניים, שוטרים וכוחות ביטחון, עורכי דין

וסוכני ביטוח. שיעור ההתאבדות גבוה יותר בקרב מובטלים מאשר בקרב מועסקים. שיעור ההתאבדות עולה בתקופות מיתון כלכלי ובתקופות בהן שיעור האבטלה הוא גבוה, ויורד כאשר יש שיעור גבוה של תעסוקה ובזמן מלחמות.

**שיטות** - שיעור ההצלחה הגבוה ביותר בהתאבדות בקרב גברים קשור לשיטות בהם הם משתמשים: נשק חם, תליה או קפיצה ממקומות גבוהים. נשים, לרוב, לוקחות מנת יתר של חומרים פסיכו-אקטיביים או רעל, אולם השימוש שלהן בנשק חם עולה. במדינות בהן יש הגבלות על נשיאת נשק, שימוש בנשק חם להתאבדות ירד. בהיבט העולמי, השיטה הנפוצה ביותר להתאבדות היא בתליה.

**מצב בריאותי** - הקשר בין מצב בריאותי ומחלות להתאבדות הוא משמעותי. טיפול רפואי קודם הינו, ככל הנראה, מעלה את הסיכון להתאבדות: 32% מכל האנשים שהתאבדו היו בטיפול רפואי במהלך חצי השנה שקדמה למותם. מחקרי postmortem מראים שחולי גופני קיים ב-70%-25 מקרב כל המתאבדים, ומחלה גופנית מוערכת כגורם תורם משמעותי ב-51%-11 מסך ההתאבדות. בכל מקרה, אחוז זה עולה עם הגיל. לדוגמא, 50% מהגברים החולים בסרטן אשר מתאבדים, מבצעים את המעשה תוך שנה מעת האבחנה. סרטן שד או גניקולוגי מצוי ב-70% מכל הנשים החולות בסרטן אשר ביצעו התאבדות. 7 מחלות CNS מעלות את הסיכון להתאבדות: אפילפסיה, MS, טראומה מוחית, CVA, הנטינגטון, דמנציה ואידס. כל המחלות הללו נמצאות באסוציאציה עם mood disorders וכמו כן, לחולים אפילפטיים יש נגישות לברביטורטים ותרופות נוספות אשר ניתן להשתמש בהם לצורך ניסיון אובדני.

מספר מצבים אנדוקריניים נמצאים באסוציאציה לסיכון מוגבר להתאבדות: מחלת קושינג, סינדרום קליינפלטור ופורפיריה (porphyria). גם במחלות אלו קיימות mood disorders. שתי מחלות GI בעלות סיכון גבוה להתאבדות הינן כיב פפטי ושחמת הכבד, שתיהן מחלות הנמצאות בשכיחות גבוהה בקרב אלכוהוליסטים. שתי בעיות בדרכי השתן והמין אשר בהן יש סיכון גבוה להתאבדות הינן הגדלה של בלוטת הערמונית אשר טופלה ב-prostatectomy ומחלות כליה המטופלת באמצעות דיאליזה; שינויים במצבי רוח נלווים לשני המצבים הללו.

גורמים הקשורים למחלה התורמים הן להתאבדות והן לניסיונות אובדניים הם אובדן של ניידות, בעיקר כאשר הפעילות הפיזית חשובה למקצוע או לתחביב; פגיעה במראה חיצוני, במיוחד בקרב נשים; וכאב כרוני שאיננו מגיב לטיפול. בנוסף להשפעות הישירות של המחלה, ההשפעות המשניות - לדוגמא, הפרעה ביחסים ואובדן מקום עבודה - הינם גורמים פרוגנוסטיים.

תרופות מסוימות יכולות לגרום לדיכאון אשר יכול להוביל להתאבדות במקרים מסוימים. בין תרופות אלו ניתן למצוא reserpine (serpasil), קורטיקוסטרואידים, תרופות נגד יתר לחץ דם וחלק מהתרופות האנטי-סרטניות.

#### בריאות נפשית

גורמים פסיכיאטריים בעלי משמעות רבה בכל הנוגע לסיכון להתאבדות כוללים שימוש בסמים, הפרעות דכאוניות, סכיזופרניה והפרעות נפשיות אחרות. כמעט ל-95% מהאנשים המתאבדים או המבצעים ניסיון אובדני, יש הפרעה נפשית מאובחנת. מבין אלו, הפרעות דכאוניות מהוות 80%, סכיזופרניה 10% ודמנציה או דליריום 5%. מבין כל האנשים עם הפרעה נפשית, ל-25% יש תלות באלכוהול ועל כן האבחנה שלהם היא כפולה. אנשים עם דיכאון דלזיונלי הינם בסיכון גבוה יותר להתאבדות. הסיכון להתאבדות בחולים דכאוניים הוא כ-15% וכ-25% מאנשים להם היסטוריה של התנהגות אימפולסיבית או מעשים אלימים, נמצאים גם הם בסיכון גבוה להתאבדות. אשפוז פסיכיאטרי קודם, מכל סיבה שהיא, מעלה את הסיכון להתאבדות.

מבין המבוגרים אשר מתאבדים, קיים הבדל משמעותי בין טווחי גילאים שונים, הן בנוגע לאבחנה הפסיכיאטרית והן בנוגע לגורמים המקדימים. מחקר שהתבצע בסן דייגו הראה שאבחנה של שימוש בסמים והפרעת אישיות אנטי-סוציאלית, שכיחות יותר בקרב מתאבדים מתחת לגיל 30, ואבחנה של mood disorders והפרעה קוגניטיבית, שכיחה יותר בקרב מתאבדים מעל גיל 30. גורמי לחץ (stressors) שנמצאו באסוציאציה להתאבדות מתחת לגיל 30 היו פרידה, דחייה, אבטלה ובעיות משפטיות; מעל גיל 30, הגורמים היו בעיקר גורמים בריאותיים.

**מטופל פסיכיאטרי** - סיכוייו של מטופל פסיכיאטרי להתאבדות הינם פי 12-3 מאלו של אדם אחר. סיכון זה משתנה כתלות בגיל, מין, אבחנה וסטטוס הטיפול (אשפוז לעומת מחלקה פתוחה או מרפאה). אחרי

תקנון עבור גיל, למטופלים פסיכיאטרים גברים ונשים שהיו בזמן כלשהו מאושפזים, יש סיכון של פי 5 ו-10 גבוה יותר להתאבדות, בהתאמה, מאשר בני אותו מין באוכלוסייה הכללית. עבור מטופלים גברים ונשים אשר מעולם לא אושפזו לטיפול פסיכיאטרי בבית החולים, הסיכון להתאבדות הינו פי 3 ו-4 גבוה יותר בהתאמה, מאשר בני אותו מין באוכלוסייה הכללית. הסיכון הגבוה יותר להתאבדות בקרב חולים מאושפזים, משקף את העובדה שאת המטופלים עם הפרעה נפשית קשה, יש נטייה לאשפז - לדוגמא, חולים דכאוניים להם נדרש טיפול ב-ECT. ההפרעה הפסיכיאטרית, עם הסיכון הגבוה ביותר בשני המינים להתאבדות, הינה mood disorder.

באוכלוסייה הכללית אנשים אשר מתאבדים נוטים להיות בגיל העמידה או יותר, אבל מחקרים מראים כיום שחולים פסיכיאטרים אשר מתאבדים הינם יחסית צעירים. לדוגמא, במחקר אחד, הגיל הממוצע להתאבדות בקרב גברים היה 29.5 ובקרב נשים היה 38.4 שנים. עובדה זו נובעת בחלקה מכך ששתי הפרעות פסיכיאטריות, שהן כרוניות ובעלות גיל התחלה צעיר - סכיזופרניה ו- recurrent major depressive disorder - היוו יותר מחצי ממקרי התאבדות אלו ובכך השפיעו על הגיל ועל האבחנה שזוהו ברוב המחקרים שנגעו בנושא.

אחוז קטן, אבל משמעותי, של חולים פסיכיאטריים אשר מתאבדים, נוקטים במעשה בזמן אשפוזם בבית החולים. רובם אינם מתאבדים במחלקה הפסיכיאטרית עצמה, אלא בשטח בית החולים, כאשר הם בחופשה, או לאחר שנעלמו מהאשפוז ללא הודעה.

עבור שני המינים, הסיכון להתאבדות הינו הגבוה ביותר בשבוע הראשון של האשפוז הפסיכיאטרי; לאחר 3-5 שבועות יש לחולים המאושפזים סיכוי דומה לסיכוי באוכלוסייה הכללית. שיעור ההתאבדות בקרב חולים מאושפזים לא עולה בצורה אחידה עם הגיל, כמו שניתן לראות באוכלוסייה הכללית. למעשה, שיעור זה עבור מטופלות, יורד ככל שמתקדמים בגיל, בעיקר מכיוון שמטופלות מבוגרות יותר בעלות נטיות התאבדותיות, לא פונות לעזרה רפואית. זמנים של החלפת משמרות, בעיקר של המתמחים הפסיכיאטריים, נמצאים באסוציאציה עם התאבדות מטופלים מאושפזים. אפידמיות של התאבדות בקרב מאושפזים במחלקה, נוטות להיות באסוציאציה עם תקופות של שינויים אידאולוגיים במחלקה, צוות שאיננו מאורגן או דהמורליזציה של הצוות. בקרב מטופלים במסגרות מחוץ לבית החולים, התקופה לאחר השחרור מהווה סיכון מוגבר להתאבדות.

מטופלים אשר פונים לעיתים תכופות לחדר המיון, בעיקר כאלו הסובלים מ-panic disorder, נמצאים גם הם בסיכון גבוה להתאבדות. שתי קבוצות הסיכון העיקריות הינן מטופלים עם הפרעה דכאונית, סכיזופרניה ושימוש בסמים או מטופלים שפונים פניות חוזרות לחדר המיון. לפיכך, על הצוות הרפואי הפסיכיאטרי העובד בחדר מיון, להיות מיומן דיו בלקיחת אנמנזה, בדיקת סטטוס פסיכיאטרי, הערכת הסיכון להתאבדות ובנקיטת הצעדים המתאימים. כמו כן, עליהם להיות מודעים לצורך ליצור קשר עם מטופלים בסיכון אשר אינם מגיעים לפגישות מעקב.

הפרעה דכאונית - ההפרעה שנמצאת באסוציאציה החזקה ביותר עם התאבדות הינה mood disorders. מכיוון שהסיכון להתאבדות עולה בחולים דכאוניים, בעיקר כאשר הם במצב של דכאון, יתכן וההתקדמות הפסיכו-פרמקולוגית במהלך 25 השנים האחרונות, הורידה את הסיכון להתאבדות בקרב חולים אלה. עם זאת, שיעור ההתאבדות (מתוקנן לגיל) עבור מטופלים עם הפרעות אלו מוערך ב-400 ל-100,000 עבור גברים ו-180 ל-100,000 עבור נשים.

רוב החולים עם הפרעה דכאונית מתאבדים בשלבים המוקדמים של מחלתם; יותר גברים מנשים מתאבדים; הסיכון לכך שאדם מדוכא יתאבד עולה אם הוא רווק, פרוד, גרוש, אלמן או שכול. חולים אלו, אשר מתאבדים בקהילה, הינם בגיל העמידה או מבוגרים מכך. מחקרים הראו כי למטופלים הסובלים מבידוד חברתי, בקרב המטופלים הדכאוניים, יש יותר נטיות התאבדותיות. ניסיון אובדני במטופל דכאוני שכיח יותר בתחילתה או סופה של אפיזודה דכאונית. מחקרים מראים ששליש או יותר מהמטופלים הדכאוניים שמתאבדים, מבצעים את המעשה תוך 6 חודשים משחרורם מבית החולים. ההשערה היא שהסיבה היא התפרצות חוזרת של המחלה.

באנשים המטופלים במסגרות מחוץ לבית החולים, לרוב הדכאוניים שמתאבדים יש היסטוריה של טיפול, עם זאת, פחות מחצי מהם טופלו בטיפול פסיכיאטרי בזמן ההתאבדות. מחקרים מראים שלגבי אלו שהיו בטיפול, בדרך כלל הוא לא היה מספק. לדוגמא, מטופלים עם רמות סאב-תרפויטיות של טיפול תרופתי. סכיזופרניה - הסיכון להתאבדות גבוה בקרב חולים עם סכיזופרניה, עד 10% מהם מתים בדרך זו. גיל התחלת המחלה הינו, בדרך כלל, בגיל ההתבגרות או בגיל הבגרות המוקדם, ורוב החולים שמתאבדים, עושים כן במהלך השנים הראשונות של מחלתם.

כ-75% מכל מקרי ההתאבדות בחולים סכיזופרניים, מבוצעים על ידי גברים לא נשואים ול-50% מהם היה ניסיון אובדני קודם. סימפטומים דכאוניים נמצאים באסוציאציה חזקה עם התאבדותם, אחוז קטן יותר מתאבד בעקבות הלוצינציות בהן הוראות להתאבדות, או בשל הצורך לברוח מדלזיות שונות. עד 50% ממקרי התאבדות בקרב חולים סכיזופרניים, קורים במהלך השבועות או החודשים הראשונים לאחר שחרורם מבית החולים. רק מיעוטם מתאבד במהלך האשפוז. לפיכך, גורמי הסיכון להתאבדות בקרב חולי הסכיזופרניה הם גברים, בגיל צעיר, רווקים, עם ניסיון אובדני קודם, נטיה לסימפטומים דכאוניים ושחרור מבית החולים לאחרונה. 3-4 אשפוזים במהלך שנות ה-20 שלהם, מערערים, ככל הנראה, את ההסתגלות החברתית, התעסוקתית והמינית של חולים סכיזופרניים בעלי נטיות התאבדות. לאחר שחרורם מהאשפוז האחרון, הם יכולים לחוות מצוקות חדשות או לחזור לקושי הישן וכתוצאה מכך הם נהיים חסרי תקווה וחסרי אונים ומגיעים למצב דכאוני המביא אותם למחשבות, ובסופו של דבר למעשים אובדניים. תלות באלכוהול - עד 15% מהמכורים לאלכוהול מתאבדים. שיעור ההתאבדות עבור אלכוהוליסטים מוערך בכ-270 ל-100,000 בשנה.

כ-80% מהאלכוהוליסטים שמתאבדים הם גברים, אחוז הנובע ברובו מהיחס בין המינים בהתמכרות לאלכוהול. רוב המתאבדים הינם לבנים, גיל העמידה, לא נשואים, חסרי חברים, מבודדים חברתית ושותים בתקופת ההתאבדות. עד 40% ביצעו ניסיון אובדני קודם. עד 40% מההתאבדויות על ידי מכורים לאלכוהול, מתרחשות תוך שנה מיציאת המטופל מבית החולים, סיכון זה עולה עם הגיל. מחקרים מראים שאלכוהוליסטים רבים אשר מתאבדים, הוגדרו כדכאוניים במהלך אשפוזם וכי עד שני שלישים מהם מוערכים כסובלים מסימפטומים של mood disorders במהלך התקופה בה התאבדו. עד 50% מהאלכוהוליסטים שמתאבדים, חוו אובדן של מערכת יחסים קרובה ותומכת בשנה שלפני כן. אובדן בינאישי זה וסוגים נוספים של מאורעות חיים בלתי רצויים, נגרמים, בסבירות גבוהה, מהתלות באלכוהול ותורמים להתפתחות הפרעה הדכאונית.

הקבוצה הגדולה ביותר של גברים אלכוהוליסטים הינה של אלו בעלי הפרעת אישיות אנטי-חברתית. מחקרים מראים שמטופלים אלו נמצאים בסיכון גבוה במיוחד לנסות להתאבד; להשתמש בסמים נוספים; להתנהג בצורה אימפולסיבית, אגרסיבית ולבצע מעשים פליליים; ולהתאבד.

שימוש בסמים אחרים - מחקרים ממגוון מדינות מצאו קשר בין שימוש בסמים בלתי חוקיים לבין סיכון מוגבר להתאבדות. שיעור ההתאבדות למכורים להרואין הינו בערך פי 20 מאשר באוכלוסייה הכללית. גם אצל בנות מתבגרות שמשמשות בסמים IV יש שיעור התאבדות גבוה במיוחד. הזמינות של מנה קטלנית של חומרים, שימוש תוך ורידי, הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית שנמצאת באסוציאציה, סגנון חיים כאוטי ואימפולסיביות, הם כמה מהגורמים שחושפים מכורים להתנהגות התאבדותית, בעיקר כאשר הם במצב של דיספוריה, דיכאון או אינטוקסיקציה.

הפרעות אישיות - חלק גדול מהמתאבדים סובל ממגוון של הפרעות אישיות או קשיים אישיים. קיומה של הפרעת אישיות יכול להיות מרכיב של התנהגות אובדנית במספר דרכים: בשל סיכון גבוה יותר להפרעות מנטליות מאג'וריות כגון הפרעות דכאוניות או תלות באלכוהול; בשל קשיים ביחסים בינאישיים והסתגלות חברתית; בשל השפעתם על שכיחות גבוהה יותר של מאורעות חיים בלתי רצויים; על ידי פגיעה ביכולת להתמודד עם הפרעה נפשית או גופנית; ועל ידי הנטייה של אנשים אלו להיכנס לקונפליקט עם הסובבים אותם, כולל בני משפחה, רופאים וצוות רפואי.

מוערך כי 5% מהמטופלים עם הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית, מתאבדים. התאבדות שכיחה פי 3 בקרב אסירים, מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית. יותר משליש מהאסירים שמתאבדים קיבלו בעבר טיפול פסיכיאטרי, וחצי מהם ביצעו בעבר ניסיון אובדני או אימו להתאבד, בדרך כלל בששת החודשים שקדמו לאירוע.

הפרעות חרדה - ניסיונות התאבדות בלתי מוצלחים מתבצעים על ידי כמעט 20% מהמטופלים עם panic disorders ופוביה חברתית. אם בנוסף הם סובלים מדיכאון, הסיכוי להצלחה עולה.

התנהגות אובדנית קודמת - ניסיון אובדני קודם הינו, ככל הנראה, האינדיקטור הטוב ביותר שמטופל הוא בסיכון גבוה להתאבדות. מחקרים מראים שכ-40% מהחולים הסובלים מדיכאון שמבצעים התאבדות, ניסו לעשות כן בעבר. הסיכון של ניסיון שני, גבוה במיוחד במהלך שלושת החודשים הראשונים לאחר הניסיון הראשון. ב-**figure 34.2-2**, מובאת דיאגרמה המשרטטת את היחסים בין mood disorder, ניסיון להתאבדות והתאבדות.

דיכאון נמצא באסוציאציה לא רק עם התאבדות, אלא גם עם ניסיון התאבדות רציני, עם רצון חזק למות. ניסיונות התאבדות שמוגדרים עם רצון חזק למות, הינם בדרך כלל בקרב גברים, מבוגרים, רווקים או

גרושים, שחיים לבדם. פרופיל זה, בחולים דכאוניים שמנסים להתאבד באופן רציני, דומה יותר לפרופיל מתאבדים, מאשר לפרופיל של אנשים שמנסים להתאבד.

## אתיולוגיה

### גורמים סוציולוגיים

**התיאוריה של Durkheim** - התרומה הגדולה הראשונה למחקר של השפעות חברתיות ותרבותיות על התאבדות בוצעה בסוף המאה ה-19 על ידי הסוציולוג הצרפתי אמיל דורקהיים. בניסיון להסביר דפוסים סטטיסטיים, חילק דורקהיים את המתאבדים לשלוש קבוצות מבחינה חברתית: אגואיסטים, אלטרואיסטים ואנומים (anomic). התאבדויות אגואיסטיות מתייחסות לפרטים שהשיוך שלהם לקבוצה חברתית הינו רופף. החוסר בשיוך המשפחתי מסביר מדוע אנשים לא נשואים יותר רגישים להתאבדות מאשר נשואים, ומדוע זוגות עם ילדים הם הקבוצה המוגנת ביותר. בחברות כפריות יש יותר אינטגרציה חברתית מאשר בחברות עירוניות, ולכן שיעור ההתאבדות נמוך יותר.

התאבדויות אלטרואיסטיות מתייחסות לפרטים אשר הינם מועדים להתאבדות בשל מוערבותם העודפת בחברה מסוימת, כאשר ההתאבדות מבטאת תוצאה של אינטגרציה זאת - לדוגמא, חייל יפני שמקריב את חייו בשעת הקרב.

התאבדויות אנומיות מתייחסות לפרטים אשר שילובם בחברה מופרע, כך שאינם יכולים לנהוג לפי נורמות מקובלות של התנהגות. אנומיה מסבירה מדוע שינוי דרסטי במצב כלכלי, לדוגמא, מביא אנשים לעמדה פגיעה יותר ולסיכון להתאבדות גבוה, מאשר לפני השינוי. בתיאוריה של דורקהיים, אנומיה מתייחסת גם לאי יציבות חברתית ולמשבר כללי בסטנדרטים ובערכים החברתיים.

### גורמים פסיכולוגיים

**התיאוריה של פרויד** - פרויד הציע את התובנה הפסיכולוגית החשובה הראשונה בהיבט של התאבדות. הוא תיאר רק מטופל אחד שביצע ניסיון להתאבדות, אולם הוא ראה חולים רבים שסבלו מהפרעת דיכאון. במאמרו "Mourning and melancholia", פרויד ביטא את אמונתו, שהתאבדות מייצגת אגרסיה המופנית כלפי פנים, כנגד מושא אהבה אמביוולנטי מופנם. פרויד הטיל ספק בכך שההתאבדות הייתה מתקיימת ללא תשוקה מודחקת קודמת להרוג משהו אחר.

**התיאוריה של Menninger** - בהסתמכו על רעיונותיו של פרויד, קרל מנינגר, בספרו "Man against himself", תפס את מעשה ההתאבדות כרצח מהופך, בשל כעסו של המתאבד כלפי אדם אחר. רצח זה מופנה כלפי פנים או משמש כתירוץ לענישה עצמית. כמו כן, הוא תיאר אינסטינקט מוות שמופנה כלפי העצמי (קונספט של Thanatos אצל פרויד) בתוספת שלושה מרכיבים של עוינות ששייכים להתאבדות: הרצון להרוג, הרצון להיהרג והרצון למות.

**תיאוריות עכשוויות** - בימינו, חוקרים אינם משוכנעים שפסיכודינמיקה מסוימת, או מבנה אישיות, נמצאים באסוציאציה עם התאבדות. הם מאמינים שניתן ללמוד רבות, על הפסיכודינמיקה של חולים שמתאבדים, מהפנטזיות שלהם, לגבי התוצאות שיהיו אם הם יתאבדו. פנטזיות כאלה כוללות, לעיתים קרובות, משאלות לנקמה, כוח, שליטה או עונש; כפרה, קורבן או **restitution**; בריחה או שינה; הצלה, לידה מחדש, התאחדות עם המת; או חיים חדשים. החולה בעל נטיות התאבדותיות שסביר ביותר שיפעל על פי הפנטזיות שלו, הוא כזה שסבל מאובדן של אובייקט אהוב או מפגיעה נרקיסיסטית, יכול לסבול מרגשות גואים של זעם ואשמה, או שיזדהה עם קורבן התאבדות. דינמיקה קבוצתית היא הבסיס להתאבדויות המוניות, כגון זאת שבמצדה...

אנשים דכאוניים יכולים לבצע ניסיון אובדני כאשר נדמה שהם מתאוששים מהדיכאון. ניסיון אובדני יכול לגרום לדיכאון ארוך טווח להיעלם, במיוחד אם הוא עונה על הצורך של המטופל להיענש. כמו כן, מטופלים רבים שמתאבדים משתמשים בעיסוק בהתאבדות כדרך להילחם בדיכאון ובתחושת חוסר התקווה. למעשה, במחקר הראו שחוסר תקווה היה אחד מהאינדיקטורים המדויקים ביותר לסיכון להתאבדות לטווח ארוך.

### גורמים ביולוגיים

ירידה ברמת הסרוטונין במערכת העצבים המרכזית, משחקת תפקיד בהתנהגות אובדנית. חוקרים בשבדיה היו הראשונים לגלות שריכוזים נמוכים של מטבוליט הסרוטונין 5-HIAA, בנוזל ה-CSF היו באסוציאציה עם נטיות אובדניות. מחקר זה שוחזר פעמים רבות בקבוצות מחקר שונות. מחקרי postmortem נורוכימיקלים, הראו שיש ירידה קלה בסרוטונין או ב-5HIAA בגזע המוח או בקורטקס הפרונטלי של מתאבדים. מחקרי postmortem על רצפטורים, הראו שינויים פרה-סינפטיים ופוסט-

סינפטיים באתרי הקישור לסרוטונין במתאבדים. מחקרים חדשים מדווחים גם על שינויים מסויימים במערכת הנוראדרגית של מתאבדים.

כמו כן, רמות נמוכות של 5-HIAA יכולות גם לנבא התנהגות אובדנית עתידית.

#### גורמים גנטיים

לנטייה אובדנית, כמו גם להפרעות פסיכיאטריות אחרות, יש נטייה גנטית. לדוגמא, במשפחתו של הרנסט המינגווי, היו 5 מקרי התאבדות ב-4 דורות. בחולים פסיכיאטרים, היסטוריה משפחתית של התאבדות, מעלה את הסיכון לניסיון התאבדות ולהתאבדות ברוב הקבוצות האבחנתיות.

**מחקרים בתאומים** - מחקר מרכזי שבוצע ב-1981 וחקר 176 זוגות תאומים, בהם לפחות תאום אחד ביצע התאבדות, מצא כי ב-9 זוגות, 2 התאומים התאבדו, 7 מתוכם תאומים מונוזיגוטים. ההבדל בין התאומים הדיזיגוטים והמונוזיגוטים במחקר זה היה משמעותי סטטיסטית.

מחקר נוסף, בחן 35 זוגות תאומים, בהם תאום אחד ביצע התאבדות והתאום השני רואיין עבור המחקר. 10 מתוך 26 תאומים מונוזיגוטים ניסו בעצמם להתאבד, לעומת 0 מתוך 9 תאומים דיזיגוטים. למרות שלתאומים מונוזיגוטים ודיזיגוטים יכולה להיות שונות בחוויות במהלך ההתפתחות, תוצאות אלו מראות שבתאומים מונוזיגוטים יש התאמה גבוהה יותר (בצורה משמעותית) להתאבדות ולניסיון להתאבדות. עובדה שמצביעה על כך שיתכן ויש פקטור גנטי שמעורב בהתנהגות זו.

**מחקרי אימוץ** - ההוכחה החזקה ביותר שמצביעה על קיום פקטורים גנטיים הקשורים להתאבדות, מגיעה ממחקרי אימוץ שנערכו בדנמרק. 57 מתוך 5,483 אנשים שאומצו בקופנהאגן, התאבדו. 12 מתוך 269 קרובים ביולוגיים של 57 המתאבדים הנ"ל, התאבדו בעצמם, בהשוואה ל-2 מתוך 269 קרובים ביולוגיים של 57 מקרי ביקורת מאומצים שהותאמו למקרים הללו. אף אחד מקרובי המשפחה המאמצים, מקרב שתי הקבוצות, לא ביצע התאבדות. נתונים אלו היו בעלי משמעות סטטיסטית גבוהה.

מחקר נוסף של 71 מאומצים עם mood disorders גילה, שבקרוב המתאבדים בקבוצת המחקר, בשל משבר, התאבדות אימפולסיבית או שניהם (בעיקר), היו יותר קרובי משפחה ביולוגיים שביצעו התאבדות, מאשר בקבוצת הביקורת. ממצא זה הוביל להשערה שיש פקטור גנטי שמוריד את הסף לנטייה אובדנית, ויכול להוביל לחוסר יכולת לשלוט בהתנהגות אימפולסיבית. הפרעה פסיכיאטרית או גורם לחץ סביבתי, יכולים לשמש כמכניזם פוטנציאלי לעורר את ההתנהגות האימפולסיבית ולכוון אותה כלפי תוצאה של התאבדות.

**מחקרים גנטיים-מולקולריים** - Tryptophan hydrolase (TPH) הוא אנזים המעורב בביוסינתזה של סרוטונין. זוהי פולימורפיזם בגן האנושי ל-TPH, בו שני אללים U, L. מכיוון שריכוזים נמוכים של 5-HIAA ב-CSF נמצאו באסוציאציה להתנהגות אובדנית, הועלתה השערה שלפרטים אלו יש שוני גנטי שמשפיע על סינתזה ומטבוליזם של סרוטונין. נמצא שאלכוהוליסטים אימפולסיבים, להם רמות נמוכות של 5-HIAA ב-CSF, הייתה שכיחות גבוהה יותר של גנוטיפים LL ו-UL. בנוסף, היסטוריה של ניסיונות אובדניים הייתה באסוציאציה משמעותית עם גנוטיפים של TPH בכל האלכוהוליסטים האלימים (**figure 34.2-4**). לפיכך, המסקנה הייתה שנוכחות אלל L הינה באסוציאציה עם סיכון מוגבר לניסיונות אובדניים.

כמו כן, היסטוריה של ניסיונות אובדניים מרובים נמצאה יותר במחקרים עם גנוטיפ LL ופחות בקרב אלו עם גנוטיפ UL (**figure 34.2-5**). ממצא זה הביא למסקנה שאלל L הינו באסוציאציה עם התנהגות אובדנית חוזרת. יתכן שנוכחות אלל L אחד מצביעה על יכולת ירודה לבצע הידרוקסילציה של טריפטופן ל-5-hydroxy tryptophan במהלך סינתזת סרוטונין, כאשר כתוצאה מכך יש ירידה בשחלוף סרוטונין במערכת העצבים המרכזית ורמות נמוכות של 5-HIAA ב-CSF.

#### Parasuicidal behavior

Parasuicide הוא מושג שהוכנס כדי לתאר חולים שפוגעים בעצמם על ידי השחתת עצמית (לדוגמא חתכים בעור), אשר לרוב אינם רוצים למות. מחקרים מראים שכ-4% מכלל המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטרים, חתכו את עצמם. היחס בין נשים לגברים הוא כמעט 3:1 לנשים. היארעות של פגיעה עצמית במטופלים פסיכיאטרים מוערכת ביותר מפי 50 מזו באוכלוסייה הכללית. פסיכיאטרים מציינים שמטופלים אלו חותכים עצמם לאורך מספר שנים. ניתן למצוא פגיעה עצמית בכ-30% מהמשתמשים ב-oral substances וב-10% מהמשתמשים בסמים IV המאושפזים במחלקות לגמילה. מטופלים אלו הינם בדרך כלל בשנות ה-20 לחייהם, ויכולים להיות רווקים או נשואים. רובם מבצעים את החתך בצורה עדינה ולא גסה, בדרך כלל בפרטיות, עם סכין גילוח, סכין או שברי מראה או זכוכית. המיקום השכיח ביותר של החתכים הינו בפרקי הידיים, בזרועות, בירכיים וברגליים. הפנים, השדיים

והבטן נחתכים לעיתים יותר נדירות. רוב המטופלים שחותכים עצמם, טוענים שאינם חשים כאב, ונותנים סיבות כגון כעס על עצמם או אחרים, הקלה במתח ורצון למות. הרוב הגדול מסווגים כבעלי הפרעות אישיות והינם יותר מופנמים, נוירוטיים, ועוינים מקבוצות הביקורת. התמכרות לאלכוהול ולסמים נוספים היא שכיחה, ורוב ה"חותכים" ערכו ניסיון אובדני בעבר. השחתה עצמית נתפסה כהרס עצמי ממוקד המלווה בחוסר התמודדות עם אימפולסים אגרסיביים, שנגרמים על ידי הרצון התת-מודע של אדם להעניש עצמו או אובייקט מופנם.

## Prediction

על הרופא להעריך את הסיכון של כל מטופל להתאבדות על בסיס הבדיקה הקלינית. הגורמים המנבאים שנמצאים באסוציאציה לסיכון להתאבדות הובאו ב**טבלה 1-34.2**. את גורמי הסיכון להתאבדות ניתן לחלק לקבוצת סיכון גבוהה וקבוצת סיכון נמוך, כפי שמובא ב**טבלה 2-34.2** (**Evaluation of suicide risk**). מאפייני סיכון גבוה כוללים גיל מעל 45, מין גברי, תלות באלכוהול, התנהגות אלימה, ניסיון אובדני בעבר ואשפוז פסיכיאטרי בעבר.

## טיפול

רוב ההתאבדויות בקרב חולים פסיכיאטרים ניתנות למניעה, כפי שעולה מראיות המצביעות על כך שטיפול או הערכה לא מספקים נמצאים לעיתים קרובות באסוציאציה להתאבדות. חלק מהמטופלים חווים סבל כה רב ואינטנסיבי או כה כרוני ועמיד לטיפול, שההתאבדות שלהם יכולה להיחפס כבלתי נמנעת. למרבה המזל, מטופלים כאלה אינם שכיחים. למטופלים אחרים יש בעיות אישיות קשות, הם אימפולסיביים ומבצעים את מעשה ההתאבדות בספונטניות, לעיתים קרובות כאשר הם דיספורים או תחת השפעת סמים או שניהם.

הערכה של פוטנציאל להתאבדות כוללת היסטוריה פסיכיאטרית מלאה; בדיקה מקיפה של הסטטוס הנפשי; והתעמקות בסימפטומים דכאוניים, מחשבות אובדניות, כוונות, תוכניות וניסיונות. חוסר בתוכניות לעתיד, מסירת רכוש אישי, כתיבת צוואה ואובדן אישי בטווח הזמן האחרון, כאשר הם באים יחד, מהווים סיכון מוגבר להתאבדות. ההחלטה לאשפוז מטופל, תלויה באבחנה, חומרת הדיכאון ורעיונות ההתאבדות, יכולת משפחת המטופל להתמודדות, מצב המגורים של המטופל, זמינות שירותי תמיכה חברתיים וקיומם של גורמי סיכון להתאבדות.

### אשפוז לעומת טיפול בקהילה

השאלה אם לאשפוז מטופל עם כוונות התאבדות, היא ההחלטה הקלינית החשובה ביותר שיש לבצע. לא לכל המטופלים הללו נדרש אשפוז; חלקם יכולים להיות מטופלים על בסיס מרפאתי-קהילתי. אולם, חסרונה של מערכת תמיכה חברתית חזקה, היסטוריה של התנהגות אימפולסיבית וקיומה של תוכנית לביצוע התאבדות, הן אינדיקציות לאשפוז. כדי להחליט האם טיפול מחוץ למסגרת אשפוז הינו אפשרי, על הרופא לנקוט בגישה קלינית ישירה: הרופא צריך לבקש מהמטופל להסכים להתקשר כאשר הוא מגיע למצב של חוסר וודאות לגבי היכולת שלו לשלוט בדחף ההתאבדות שלו. מטופל אשר יכול להגיע להסכם כזה עם רופא איתו יש לו חוזה טיפולי, מחזק את האמונה שיש לו אכן כוח מספיק לשלוט בדחפים אלו ולחפש עזרה.

בתמורה להתחייבות מצד המטופל, על הרופא להיות זמין עבורו במשך 24 שעות ביממה. אם מטופל שנחשב בעל נטיות התאבדויות חזקות, לא יכול להתחייב לכך, אשפוז חירום מידי הינו הצעד ההכרחי. יש להמליץ על כך, הן למטופל והן למשפחה. אם בכל זאת הטיפול יתבצע במסגרת חוץ אשפוזית, על הרופא המטפל לדאוג שיהיו ברשותו מספרי הטלפון בבית ובעבודה של המטופל, לעת חירום. לדוגמא, לעיתים, מטופל יכול לנתק, באופן לא צפוי, במהלך שיחה לילית או למסור רק את שמו בהודעה. אם מטופל מסרב לאשפוז, על המשפחה לקחת את האחריות להיות עימו במשך 24 שעות ביממה. על פי שניידמן, לרופא המטפל יש מספר אמצעים מניעתיים מעשיים כשהוא ניגש לטפל בחולה אובדני: הקטנת הכאב הפסיכולוגי על ידי שינוי בגורמי הלחץ בסביבת המטופל, תוך שימוש בעזרת בן/בת הזוג, המעביד או חברים; בניית תמיכה מציאותית באמצעות ההכרה שיתכן שתלונת המטופל הינה לגיטימית; הצעת אלטרנטיבות להתאבדות.

פסיכיאטרים רבים מאמינים שכל חולה שניסה להתאבד, צריך להיות מאושפז, למרות ההשפעה הקטלנית שעשויה להיות לכך. למרות שרוב מטופלים אלו נכנסים לאשפוז מרצון, הסכנה לפגיעה עצמית היא אחת ממעט האינדיקציות הברורות המקובלות כיום בכל העולם לאשפוז בכפייה. בבית החולים המטופל יכול

לקבל תרופות אנטי-דכאוניות או אנטי-פסיכוטיות, לפי הצורך; תרפיה אישית, קבוצתית ומשפחתית הינן זמינות, והמטופל מקבל את התמיכה החברתית של בית החולים ותחושה של ביטחון. התערבויות טיפוליות אחרות תלויות באבחנה הבסיסית של המטופל. לדוגמא, אם תלות באלכוהול היא בעיה במטופל מסויים, הטיפול צריך להיות מכוון לגמילה.

לעומת מטופלים שמסווגים כ-acutely suicidal, להם גורמים פרוגנוסטים חיוביים, מטופלים שמסווגים כבעלי נטייה כרונית להתאבדות, הינם קשים לטיפול והם מתישים את המטפלים בהם. השגחה תמידית על ידי צוות סיעודי בעל הכשרה לכך, בידוד ואמצעי קשירה, לא יכולים למנוע התאבדות, כאשר המטופל נחוש בדעתו. ECT יכול להיות נדרש עבור חלק מן החולים עם דיכאון קשה, לעיתים במשך מספר קורסים טיפוליים.

אמצעים יעילים לטיפול במטופלים דכאוניים בעלי נטיות אובדניות באשפוז, כוללים חיפוש על המאושפזים ובחפציהם עם הגעתם למחלקה, במטרה למצוא אובייקטים שיכולים לשמש להתאבדות וכן חזרה על חיפוש זה כאשר יש החמרה ברעיונות האובדניים. בצורה אידאלית, חולים בעלי נטיות אובדניות צריכים להיות מטופלים באשפוז במחלקה סגורה, בה החלונות מותאמים לחולים מסוג זה, ובחדר הממוקם קרוב לעמדת האחיות, כדי לאפשר מעקב צמוד. הצוות המטפל צריך להעריך עד כמה יש להגביל את המטופל, והאם יש צורך בבדיקות סדירות או בהשגחה צמודה.

יש להתחיל טיפול בתרופות אנטי-דכאוניות או אנטי-פסיכוטיות כתלות באבחנה. לתרופות מסוימות (לדוגמא, risperidone - risperdal) יש גם אפקט אנטי-פסיכוטי וגם אנטי-דכאוני, ולכן הן יעילות כאשר למטופל סימנים וסימפטומים הן של פסיכוזה והן של דיכאון.

פסיכותרפיה תומכת על ידי פסיכיאטר, מביעה דאגה למטופל ויכולה לעזור בהקלת חלק מסבלו. חלק מהמטופלים יהיה מסוגל לקבל את הרעיון שהם סובלים ממחלה מוכרת, ושהם יכולים להגיע להחלמה מלאה. יש להניא מטופלים מקבלת החלטות משמעותיות הנוגעות לחייהם במהלך דיכאון אובדני, מכיוון שהחלטות כאלה מושפעות בדרך כלל מהתחלואה שלהם ויתכן שהן יהיו בלתי הפיכות. תוצאות החלטות כאלה יכולות לגרום סבל נוסף ואומללות לאחר ההחלמה.

מטופלים שמחלימים מדיכאון אובדני, נמצאים בסיכון גבוה. כאשר הם משתחררים ממצב הדיכאון, המטופלים נעשים אנרגטיים ולכן עשויים לבצע את תוכניות ההתאבדות שלהם (paradoxical suicide). לעיתים חולים מדוכאים, עם או בלי טיפול, נראים יותר רגועים ושלמים עם עצמם באופן פתאומי, מכיוון שגמלה בליבם החלטה סודית להתאבד. על הרופאים המטפלים להיות חשדניים במיוחד בכל הנוגע לשינויים קליניים דרמטיים שכאלה, שיכולים לבשר על ניסיון התאבדות. למרות שהדבר נדיר, יש מטופלים שמשקרים לפסיכיאטר לגבי הרצון שלהם להתאבד, ובכך מטעים אפילו את ההערכה הקלינית הזוהירה ביותר.

מטופל יכול לבצע ניסיון אובדני אפילו כאשר הוא מאושפז בבית החולים. לפי סקר שבוצע, כאחוז מכלל מקרי ההתאבדות היו של מטופלים במהלך אשפוז בבית חולים כללי או פסיכיאטרי. אולם, שיעור ההתאבדויות השנתי בבתי חולים פסיכיאטריים הינו רק 0.003%.

**גורמים אתיים ומשפטיים** - תהיות לגבי אחריות משפטית הנובעות ממקרי התאבדות בבתי חולים פסיכיאטריים מערבות, לעיתים קרובות, שאלות הנוגעות לקצב ההתדרדרות במצבו של המטופל, קיומם של סימנים המעידים על סיכון גבוה במהלך האשפוז ומודעות הפסיכיאטרים והצוות המטפל ותגובתם לסימנים אלה.

כחצי מהמקרים בהם אירעו מקרי התאבדות בזמן אשפוזם של המטופלים במחלקות פסיכיאטריות, הסתיימו בתביעה משפטית. בתי המשפט לא דורשים שיעור אפסי של התאבדויות, אך כן דורשים הערכות תקופתיות של המטופל, להערכת הסיכון שלו להתאבדות, תוכנית טיפולית שנותנת דרגה גבוהה של ביטחון ויישום של תוכנית זאת על ידי הצוות המטפל.

כיום, התאבדות וניסיון להתאבדות נחשבים במקומות מסויימים כעברות. במדינות מסויימות הם לא נחשבות פשע, אולם אינן חוקיות. עזרה או חוסר התערבות במקרה של התאבדות נחשבות גם הן, במקומות מסויימים, מעשה שניתן לענישה.



## **$\alpha$ -2 Adrenergic Receptor Agonists: Clonidine, Guanfacine**

מהדורה 8, סעיף 35.3.13, עמ' 1016-1015

פעילות: הורדת רמות נוראפינפרין בפלזמה: הורדת הטונוס הסימפטטי.  
התוויה: באופן עקרוני משמש להורדת ל"ד.  
בפסיכיאטריה משמש ב: ADHD, גמילה מסמים (אופיאטים), Tourettes' disorder, הרגעה ב PTSD.  
בפסיכיאטריה משמש בד"כ כקו שני לאחר כישלון הטיפול הראשוני  
לעתים קרובות מתפתח Tolerance ולכן לא טוב לשימוש ארוך טווח  
ישנו חוסר וודאות לגבי רדיוטוקסיות ושימוש בילדים

### **פרמקוקינטיקה:**

נספגים היטב מ GI  
רמת שיא בפלזמה תוך 1-3 שעות  
T1/2 Clonidine= 6-20h  
T1/2 Guanfacine= 10-30h

### **השפעה על הגוף:**

מוריד טונוס סימפטטי פריפרי  
מוריד ל"ד דיאסטולי וסיסטולי  
גורם לברדיקרדיה  
גורם לסדציה ולשינה (מגביר שינת גלים איטיים ומוריד (REM)  
השפעה ב GI מצומצמת: מעלה מעט הפרשת חומצת קיבה

**אינדיקציות לטיפול:** מפורט למעלה בהתוויה.  
באופן כללי בכל אחת מהאינדיקציות התרופות מפחיתות סימפטומים אוטונומיים, כגון: יל"ד, טכיקרדיה,  
אישונים מורחבים, הזעה, שלשולים, איריטביליות, חרדה, אינסומניה.

**תופעות לוואי:** יובש בפה ובעיניים, עייפות וסדציה, סחרחורת, בחילות, ירידה בל"ד, עצירות.  
לא ידועה הפרעה בבדיקות המעבדה.

**התוויות נגד:** ל"ד נמוך מ 90/60, אריתמיות (בעיקר ברדיקרדיה), הריון והנקה.

**הרעלה:** קומה, אישונים מכווצים, סימפטומים הדומים להרעלת אופיאטים, ירידה בל"ד, ברדיקרדיה  
וברדיפנאה.

**גמילה:** הפסקה פתאומית של השימוש בקלונדין עלול לגרום לחרדה, אי שקט, הזעה, רעד, כאבי בטן,  
פליטציות, כאבי ראש ועליה דרמטית בל"ד. סימפטומים אלה יכולים להופיע כ-20 שעות לאחר המנה  
האחרונה של קלונדין (בגואנפדין התופעות מופיעות לאחר 2-4 ימים) לפיכך יש להפסיק את נטילת  
התרופה באופן הדרגתי.

### **מינונים:**

**Clonidine (Catapres):** בד"כ מתחילים עם כדור של 0.1mg\*2 ביום ובכל יום עולים ב 0.1mg עד  
לרמה הרצויה. המקסימום זה 1.2mg ביום. קיים בכדורים ובמדבקות טרנסדרמליות (TTS).

**Guafacine (Tenex):** מתחילים ב 1mg לפני השינה. אפשר לעלות עד 3mg

## Anti Histamines

מהדורה 8, סעיף 35.3.4, עמ' 982-985

היסטמין, כמו סרוטונין, הוא אמין-ביוגני שפעיל בעיקר מחוץ ל CNS, אך גם משמש כנוירורנסמיטור ב CNS. היסטמין משפיע ע"י קשירה לרצפטור – אחד מתוך לפחות 3 סוגי רצפטורים ידועים. האנטגוניסט הראשון לרצפטור להיסטמין (AntiHistamines) סונז ב- 1930 והגיע לשימוש רפואי כ-10 שנים אח"כ. נסיונות לייצור תרכובות שונות הביאו לגילוי חומר אנטיפסיכוטי - Chlorpromazine (Thorazine). אנטגוניסטים לרצפטור H1 משמשים בפסיכיאטריה לטיפול בפרקינסוניזם ובדיסטוניה, שנגרמו מטיפול נוירולפטי וכן לטיפול בהיפנוזה ולהרדה.

**(Benadryl) Diphenhydramine** משמש להיפנוזה, פרקינסוניזם ודיסטוניה.  
**(Atarax) Hydroxizime Hydrochloride** - משמש כנוגד חרדה  
**(Vistaril) Hydroxizime Panoate** – משמש כנוגד חרדה  
**(Phenergan) Promethazine** – משמש להרגעה וכנוגד חרדה  
**(Periactin) Cyproheptadine** משמש כשנמנעת אורגזמה בשימוש בפרוזאק.  
הדור השני של אנטגוניסטים ל H1-R (כמו למשל Loratadine) הרבה פחות סדטיבי, הוא משמש לטיפול באלרגיות ולא בפסיכיאטריה.  
אנטגוניסטים לרצפטור H2 (כמו למשל Tegament – Cimetidine) משמשים לטיפול בכיבים בקיבה ועלולים לגרום לת"ל פסיכיאטריות משמעותיות. אגוניסטים ואנטגוניסטים לרצפטור H3 קיימים אך עוד אינם בשימוש. אנטי H1 קיימים בהרבה מהתרופות שנמכרות ללא מרשם.

פרמקוקינטיקה: אנטי H1 נספגים היטב ב GI. 50% עוברים מטבוליזם במעבר הראשון בכבד והמטבוליטים מופרשים בשתן.  
**Diphenhydramine** שניתן IM לטיפול בפרקינסוניזם מתחיל לפעול תוך 15-30 דקות בעוד שהסדציה מגיעה לשיא תוך 1-3 שעות.  
**Hydroxizine** – גם הוא מפורק בכבד אך המטבוליטים יוצאים בצואה. כאן הסדציה מתחילה תוך 30-60 דק' ונמשכת 4-6 שעות.  
**Promethazine** – פועלת בסדציה תוך 20-60 דק' למשך 4-6 שעות.  
כל 3 התרופות יגיעו לריכוז גבוה בפלזמה אם יינתנו לאורך זמן לחולי כבד – יש להביא זאת בחשבון בחולי שחמת למשל.  
**Cyproheptadine** נספגת היטב במתן PO והמטבוליטים מופרשים בשתן.

### פרמקודינמיקה:

כל התרופות שצוינו לעיל חוסמות את הרצפטור H1. רצפטורי H1 פזורים ב CNS ובעיקר מרוכזים בהיפותלמוס. הפעלת H1 מעוררת עירנות ולכן חסימת הרצפטורים מביאה לסדציה. לכל 4 התרופות יש גם מעט פעילות אנטי מוסקרינית – כולינרגית.  
**Cyproheptadine** מיוחד בכך שיש לו גם פעילות על 5-HT<sub>2</sub> (של סרוטונין) כאנטגוניסט ולא רק פעילות אנטי היסטמינית.

### השפעה על איברים שונים:

**CNS** – אנטי היסטמינים גורמים לסדציה בעוד אנטי D<sub>2</sub> גורם להפרעה בתנועה. אנטי H<sub>1</sub> מורידים את סימפטומי ה- Motor-Sickness (מחלת ים).  
בפריפריה: היסטמין מעלה חדירות של קפילרות ומעודד מדיאטורים דלקתיים, כך שאנטי H עושים את ההפך (טוב לאלרגיות). הפעילות האנטי היסטמינית בפריפריה מתווכת ע"י המערכת האוטונומית וכך יש גם השפעות במע' הנשימה כמו ברונכודילטציה (לא באסתמיים) ובמע' הקרדיו-ווסקולרית כמו טכיקרדיה.

### התוויות לטיפול:

ההתוויה הכי מוצדקת לטיפול באנטי H1 היא פרקינסוניזם או דיסטוניה שנגרמו עקב נזירולפטיקה. Cyproheptadine ניתן במקרים שלא מושגת אורגזמה עקב טיפול נזירולפטי (לא תמיד יעיל). בנוזודיאזפינים עדיפים על אנטי H1 לטיפול short acting בהיפנוזה או במצבי חרדה.

1. **Dystonia & Parkinsonism – Neuroleptic Induced** – במידה והחולה רגיש לת"ל של אנטי כולינרגים ו amantadine ניתן לטפל במצב גם ב- (Benadril) diphenhydramine.

2. **Hypnotic & Anxiolytic** – אנטי H1 הם חומרים בטוחים יחסית להיפנוזה אך עדיין עדיפים הבנוזודיאזפינים שנחקרו לעומק יותר. אנטי H1 לא הוכחו כיעילים לטיפול long term בחרדה ולכן גם כאן נעדיף בנוזודיאזפינים או בוספירון או SSRI's.

3. **אינדיקציות נוספות:** cyproheptadine לטיפול באורגזמות לא תקינות בעיקר בעקבות טיפול בפרוזאק, לטיפול בהפרעות אכילה כמו אנורקסיה נרוזה, להתפתחות אקטיזיה שנגרמה מטיפול נזירולפטי, לטיפול בסיבוכים חוזרים פוסט טראומטיים. הפעילות האנטי סרטונוגית של cyproheptadine עשויה לעזור לטיפול בסרטונין סינדרום שנגרם משילוב מס' חומרים סרטונוגים כמו MAO-I ו SSRI's. Hydroxyzine משמש גם לטיפול בכאב כרוני.

### תופעות לוואי:

אנטי היסטמינים גורמים לסדציה, לסחרחורת ולצניחת ל"ד שכולם עשויים להיות חמורים בקשישים, שם גם יורגשו השפעותיהם האנטי כולינרגיות. בצורה פרדוקסלית בחלק מהחולים נמצא דווקא עוררות ואגיטציות. בשל קוארדינציה מוטורית ירודה יש להימנע מנהיגה ומהפעלת מכונת בעת נטילת התרופות. ת"ל נוספות: בחילה, הקאות, שלשול או עצירות. בשל פעילות אנטיכולינרגית ייתכנו: יובש בפה, עצירת שתן ושטושי ראייה, לכן ניזהר במתן אנטי H1 בחולי גלאוקומה צרת זווית, חסימות מעיים, בעיות פרוסטטה וכיס שתן.

Cyproheptadine ו- diphenhydramine עלולים לגרום סינדרום אנטי כולינרגי מרכזי עם פסיכוזות. Cyproheptadine גם גורם לעלייה במשקל (מה שתומך ביעילותו כטיפול באנורקסיה נרוזה). אנטי H2 עלול לגרום לפסיכוזות, אגיטציות, הלוצינציות, דליריום, חוסר אוריאנטציה, בלבול, איריטביליות ועינות.

מעבר לת"ל יש לאנטי היסטמינים פוטנציאל להיות בשימוש יתר. אם ישולבו עם אופיאטים תוגבר התגובה לסם ותתעצם. מעבר לכך שמינון יתר לכשעצמו עשוי להיות קטלני. אנטי היסטמינים מופרשים בחלב אם, ולכן כדאי להימנע מהם בנשים מניקות, כמו כן יש רמה מסוימת של סרטונוגיות, ולכן לא יינתנו בהריון.

### תגובות בין תרופות-

התגובה הסדטיבית של אנטי היסטמינים עשויה להיות אדטיבית עם עוד מדכאי CNS כמו אלכוהול, תרופות פסיכיאטריות שונות (טריציקליות ו MAO-I ועוד). גם התגובה האנטי כולינרגית עשויה להצטרף לזו של עוד תרופות, מה שיתבטא בסימפטומים אנטי כולינרגים ובהרעלה. מנגד שילוב של cyproheptadine עם fluoxetine עשוי לבטל את ההשפעות האנטי דכאוניות והאנטי בולמיות של השני. Terfenadine (Seldane) ו- Astemizole (Hismanal) ששתיהן אנטי H1 לא סדטיביות, עוברות מטבוליזם ב CYP450 בכבד, אלו עשויות להגיע לרמה רעילה אם יינתנו עם נוגד הדיכאון Nefazodone או עם Fluvoxamine. באנשים כאלו נעדיף לתת Cetirizine, Loratidine או Fexofenadine שלא עוברות ב- Cyp450

במעבדה: נטילת אנטי H1 עלולה להשפיע על תוצאות מבחני אלרגיה. Promethazine משפיע על בדיקת הריון ועל רמת סוכר. Diphenhydramine עלול לתת FP בבדיקת שתן לפנציקלידין. Hydroxyzine מעלה רמת 17-הידרוקסיקורטיקוסטרואיד בבדיקות. Glenn Nelson test ו poster silber chro.

מינונים ודרך מתן:

אנטיהיסטמינים ניתנים בכדורים, קפסולות, סירופ, תרחיף ועוד. בלקיחה PO ישפיעו תוך 30 דק' ובמתן IV תוך 1-5 דקות

Diphenhydramine – ניתן לטווח קצר וארוך לפרקינסוניזם ולדיסטוניה.  
במתן IM יש להזריק עמוק, כי הזרקה שטחית תגרום לגירוי. מתן IV (short term) של 25-50mg יעיל לטיפול בדיסטוניה. מתן של 25mg\*3/d עד 50mg\*4/d יעיל לטיפול בפרקינסוניזם, אקינזיה ו rabbit syndrome. להיפנוזה דרושים 50mg בלבד.

Hydroxizine – ניתן לטווח ארוך לטיפול בחרדה PO 50-100mg\*4/d או לטווח קצר כ 50-100mg כל 4-6 שעות. לאחרונה הוכיחו שאין די ב 150mg/d כדי לגבור על החרדה ו 400mg/d יהיו יעילים ממש כמו chlordiazepexide. עוד הוכיחו שאינו יעיל לטיפול בחרדה בילדים.

# Benzodiazepines

מהדורה 9, סעיף 36.4.7, עמ' 1029-1022

קיימות 3 קבוצות של תרופות:

1. Benzodiazepines – קבוצת חומרים המעודדים את פעילות ה-GABA receptor ע"י הקשרות לאתר ספציפי ע"פ הרצפטור.
2. Zolpidem (Ambian) ו-Zeleplon (Sonata) – אגוניסטים לבנזודיאזפינים הנקשרים באתר אחר ע"פ הרצפטור.
3. Flumazenil (Romazicon) – אנטגוניסט לרצפטור לבנזודיאזפינים.

התוויות:

1. אגוניסטים לרצפטור לבנזודיאזפינים הינם אינדיקציה ראשונית לטיפול בחרדה ובאינסומניה.
2. בנזודיאזפינים הנם תרופת הבחירה לטיפול בחרדה אקוטית ובעצבנות (בגלל הסיכונים של תלות פסיכולוגית יש לנטר שימוש לטווח ארוך)
3. Flumazenil מהווה אינדיקציה ראשונית לטיפול בהרעלת בנזודיאזפינים.
4. לעיתים משתמשים בבנזודיאזפינים כ-selective- hypnotics (סדטיבי= מוריד חרדה ומרגיע, היפנוטי= גורם לנמנום והקלה בשינה). בנזודיאזפינים משמשים במינון נמוך כסדטיבים ובמינון גבוה כהיפנוטים.

פעילות פרמקולוגית:

1. מרבית הבנזודיאזפינים נספגים דרך GI.
2. ספיגה, הגעה לריכוז מקסימלי בפלסמה וזמן השפעה- משתנים מתרופה לתרופה. (לואליום למשל יש ספיגה מהירה, הגעה לריכוז מקסימלי מהירה והשפעה מהירה)
3.  $T_{1/2}$  – משתנה- לחלק מן התרופות  $T_{1/2}$  ארוך= 30-100h ולחלקן קצר = 2-3h (20h=  $T_{1/2}$  diazepam= valium).
4. מנגנון: בנזודיאזפינים נקשרים לרצפטור  $GABA_A$  פתיחת תעלות  $Cl^-$  הורדת קצב הירי של הנוירון והשריר סדציה, הרפית שרירים ואפקט אנטי התכווצותי. (האגוניסטים הנקשרים לאתר אחר ע"פ הרצפטור גורמים בעיקר לסדציה ופחות להרפית שרירים ואני התכווצותי)

אינדיקציות לטיפול:

1. Anxiety: המצבים הקליניים העיקרים הדורשים טיפול בבנזודיאזפינים הם Generalized Anxiety Disorder, Adjustment Disorder ומצבים חרדתיים נוספים.
2. Mixed Anxiety- Depressive Disorder: קו ראשון לטיפול- אנטידפרסנטים, קו שני- Alprazolam
3. Panic Disorder and Social Phobia: מטפלים בעזרת שתי תרופות בעלות פוטנטיות גבוהה: Clonazepam ו-Alprazolam.
4. Obsessive Compulsive Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: בנזודיאזפינים ובעיקר Clonazepam משמשים לטיפול במרכיב החרדתי של ה-Obsessive Compulsive Disorder. כמו כן בנזודיאזפינים משמשים להורדת הערות יתר של PTSD.
5. Insomnia: התרופות שבשימוש הן: Flurazepam, Temazepam, Quazepam, Estazolam, Triazolam. התרופות משמשות כהיפנוטיות (Hypnotics), ונבדלות אחת מן השניה באורך מחצית החיים. השפעתן: קיצור חביון לשינה, שינה ארוכה יותר, ירידה קלה ב-REM וירידה השלבים 3 ו-4 של השינה.  
\*בד"כ לא משתמשים בהן לתקופה ארוכה ע"מ להפחית את הסיכון לתלות.
6. Derassion: ייחודי מבין הבנזודיאזפינים הינו ה-Alprazolam – בעל השפעה אנטי דיכאונית זהה לזו של הטרי ציקלים.

7. Clonazepam :Bipolar I Disorder אפקטיבית בטיפול באפיזודה מאנית וכ-  
adjuvant לטיפול בליתום כאנטי פסיכוטי.
8. Akathisia: קו ראשון לטיפול באקטיזיה הנו  $\beta$ -blockers. בנזודיאזפינים יכולים  
להיות גם אפקטיבים בטיפול. (במקרה של אקטיזיה- תרופות אנטי כולינרגיות לא  
אפקטיביות)
9. Parkinsons Disease: מעט אנשים עם פרקינסון אדיופטי יגיבו לטיפול ב-  
Zolpidem.
10. הרעלת בנזודיאזפינים  $\leftarrow$  מטפלים ב- Flumazenil.

Flumazenil ניתן IV כאשר  $T_{1/2}=7-15$  min.  
 תופעות לוואי: בחילות, הקאות, סחרחורות, חרדה, לבילות אמוציונאלית, וזודליטציה בעור, כאב במקום  
 ההזרקה, עייפות, הפרעה בראיה, וכאב ראש. תופעת הלוואי החמורה ביותר היא החמרה בהתכווצויות  
 במיוחד בחולים שיש להם הפרעה שמלווה בהתכווצויות ותלולים פיזית בבנזודיאזפינים.  
 מינון: מנה התחלתית של 0.2 מ"ג IV, אם אין שיפור תוך 30 שניות אפשר להוסיף 0.3 מ"ג במשך 30  
 שניות, אח"כ אפשר להוסיף כמות של 0.5 מ"ג במשך 30 שניות עם אינטרוולים של דקה, עד למינון  
 מקסימלי של 3 מ"ג.  
 חייבים להשתמש ב air-way ולשמור על וריד פתוח לשם בטחון לפני השימוש בתרופה.

#### תופעות לוואי של בנזודיאזפינים :

1. נמנום- קורה ב- 10% מן החולים. בגלל תופעת לוואי זו יש להיזהר בנהיגה ובעבודה עם מכונה.  
קורה בד"כ יום לאחר נטילת התרופה.
2. סחרחורות- פחות מ- 1%
3. Ataxia - פחות מ- 2%
- שלושת תופעות אלו יכולות לגרום לנפילות ושברים בדרך בעיקר אצל זקנים.
4. תופעת לוואי חמורה שקורת בשילוב של בנזודיאזפינים עם אלכוהול: נמנום, דיסאינהיביציה  
ואפילו דיכוי נשימתי.
5. הפרעות נדירות: הפרעות בקוגניציה שעשויות לפגוע במקום העבודה.  
Antrograde Amnesia  
תופעה פרדוקסלית של עליה באגרסיביות
6. אלרגיה- נדיר  
\*לא ידוע על הפרעות בבדיקות מעבדה.

#### סימנים של הרעלת בנזודיאזפינים:

בלבול  
 דיבור לא ברור  
 Ataxia  
 נימנום  
 דיספנאה  
 היפורפלקסיה

\*תופעות לוואי נפוצות יותר בחולים עם מחלות כבד ומבוגרים  
 \*בחולי COPD נפוצות יותר בעיות רספירטוריות  
 \*יש להשתמש בזהירות בחולים עם היסטוריה של שימוש בסמים, הפרעות קוגניטיביות, מחלות  
 כליה, פרופיריה, דיכוי CNS ומיאסטניה גרוויס.  
 \*אסור להשתמש בזמן הריון בגלל סיכון לטרטוגניות ובגלל סכנה לתסמונת גמילה בעובר, כמו כן  
 אסור בזמן הנקה.

טולרנס, תלות ותסמונת גמילה:

כאשר נוטלים בנזודיאזפינים לתקופה קצרה (1-2 שבועות) במינון בינוני, בד"כ אין התפתחות של טולרנס, תלות ותסמונת גמילה.  
הופעת תסמונת גמילה (שמכונה גם Discontinuation Syndrome) תלויה במשך הנטילה, מינון, קצב הירידה במינון ו-  $T_{1/2}$  של התרופה.  
הפסקה פתאומית של התרופה (בד"כ אלו עם  $T_{1/2}$  קצר) תגרום בד"כ להופעת תסמונת גמילה חמורה. הסימפטומים החמורים כוללים דיכאון, פרנויה, דיליריום והתכווציות (היארעות הופעת הסינדרום שנויה במחלוקת- יכולה להופיע ב- 50% מן החולים). ל- Alprazolam (Xanax) יש במיוחד נטיה לגרום להופעת תסמונת גמילה חמורה- ולכן יש להפסיקו בהדרגה!

סימפטומים נפוצים של תסמונת גמילה מבנזודיאזפינים:

סחרחורות	חרדה
הפרעה בריכוז	אירטביליות
בחילה, אבדן תיאבון	עייפות
דיכאון	כאבי ראש
דפרסונליזציה	התכווצות שרירים
עליה בחושים- טעם, ריח, ראייה, מגע	רעד
הפרעה בתנועה	הזעה

אינטראקציות:

תופעת האינטראקציה החמורה ביותר – סדציה מוגזמת ודיכוי נשימת, מתרחשת כאשר נוטלים אגוניסטים לבנזודיאזפינים (Zolpidem & Zaleplon) יחד עם מדכאי CNS אחרים כגון אלכוהול, ברביטורטים, טרי- ציקלים, טטרהציקלינים, אנטגוניסטים לרצפטור לדופמין, אופיאטים ואנטי היסטמינים.

מינון לאדם ממוצע	מהירות ספיגה	$T_{1/2}$	תרופה
1-6 mg/day	מהירה	ארוך 20h	Diazepam (valium)
0.5-10 mg/day	בינוני	בינוני 6-20h	Alprazolam (Xanax)

## Bupropion (Wellbutrin, Zyban)

מהדורה 8, סעיף 35.3.8, עמ' 1004-1001

מהווה קו ראשון לטיפול בדיכאון ולהפסקת עישון. באופן כללי אפקטיבי יותר נגד סימפטומים של דיכאון ושל חרדה, וכן די אפקטיבי בשילוב עם SSRI. יכול לגרום להתכווצויות, אך כשנלקח ע"פ המינון המומלץ הוא גורם להתכווצויות בשכיחות זהה לזו שנגרמת ע"י אנטידפרסנטים אחרים. יעיל לצורך הפסקת עישון בעיקר בשילוב עם טכניקת "Behavioural Modification".

### פעילות פרמקולוגית:

נספג היטב דרך GI  
ריכוז מקסימלי בפלזמה לאחר שעתיים.  
T1/2 ממוצע – 12h

### תופעות לוואי:

אין דיווחים על פגיעה בלב, בכבד ובכליות, אך שימוש בבופופריון עלול להחמיר מצבו של חולה כליות או חולה כבד. יכול להעלות ל"ד בחולה היפרטנסיבי או לגרום לשינוי במשקל. תופעות לוואי נדירות: לימפאדנופתיה, אנמיה, פנציטופניה. אינו פוגע בתפקוד המיני (בניגוד לאנטידפרסנטים אחרים). אין צורך בניטור מעבדתי או במעקב המטולוגי.

### אינדיקציות טיפוליות:

- 1. דיכאון:** פחות משפר את איכות השינה בהשוואה לאנטידפרסנטים אחרים.
- 2. מחלה ביפולרית:** פחות גורם להתקף מאניה באדם עם bipolar 1 לעומת טריציקלים. כמו כן פחות גורם לאינדוקציה של rapid cycling bipolar 2 לעומת אנטידפרסנטים אחרים.
- 3. Attention Deficit / Hyperactivity disorder:** מהווה קו 2 לטיפול ב ADHD לאחר תרופות סימפטומיטיות.
- 4. Cocaine Detoxification**
- 5. הפסקת עישון:** ביפרופיון בשילוב עם תכנית התנהגותית. ניתן לשלב גם עם תוספת ניקוטין (Nicotrol, Nicoderm)

### תופעות לוואי:

\*תופעות הלוואי הנפוצות ביותר: כאבי ראש, אינסומניה, תלונות במע' נשימה עליונה ובחילות. פחות נפוצות: חוסר מנוחה, חרדה ואיריטביליות.  
\*בגלל השפעתו על המע' הדופמינרגית יכול לגרום לסימפטומים פסיכוטמים כולל הלוצינציות, דלוזיות קטטוניות וכן דליריום. היתרון הגדול ע"פ SSRI הוא שבופרופיון אינו גורם להפרעות בתפקוד המיני.  
\*במינון של 300מ"ג ביום יכולות להופיע התכווצויות בהיארעות של 0.05%. גורמי סיכון לכך: היסטוריה של התכווצויות, שימוש באלכוהול, גמילה מבנזודיאזפינים, מחלה אורגנית במוח, טראומה לראש או אפילפסיה.  
\*קונטראינדיקציה באנשים עם היסטוריה של שימוש בסמים (יכול לגרום להרגשת אופוריה)  
\*לא מומלץ לשימוש בנשים בהריון ובנשים מיניקות.

### אינטראקציות עם תרופות:

\*אסור לשימוש ביחד עם MAO-I בגלל סיכון ל hypertensive crisis.  
\*בחולי פרקינסון: יש להפחית את המינון של התרופות הדופמינרגיות.  
\*השילוב של בופרופיון עם Fluoxetine (פרוזאק) הוא אחד האפקטיביים והטובים ביותר לטיפול בכל סוגי דיכאון.



\*קרבמזפין (טגרטול) יכול להוריד את הריכוז בפלזמה של בופרופיון.  
\*בופרופיון יכול להעלות את הריכוז בפלזמה של (Depakene) Valporic acid.

מינונים והנחיות קליניות:

בופרופיון קיים במינונים של 75 מ"ג ו 100 מ"ג בטבליות ובמינונים של 100 מ"ג 150 מ"ג ו 200 מ"ג בטבליות של שחרור מושהה. יש להתחיל טיפול באדם ממוצע עם כדור של 100 מ"ג \* 2 ביום או כדור של שחרור מושהה 150 מ"ג \* 1 ביום. ביום הרביעי ניתן להעלות את המינון ל 100 מ"ג \* 3 פעמים ביום או 300 מ"ג \* 1 ביום בהתאמה.

# **Carbamezapine (Tegratol)**

מהדורה 9, סעיף 36.4.11, עמ' 1036-1040

קרמזפין משמש כקו ראשון (ביחד עם ליתיום וחומצה וולפרואית) לטיפול בהתקף מאניה חריף ולטיפול פרופילקטי ב Bipolar 1 disorder.  
קרמזפין משמש גם לטיפול באפילפסיה וב Trigemial neuralgia.

## **פעילות פרמקולוגית:**

נספג בצורה איטית דרך GI.  
הספיגה מוגברת כאשר נלקח בזמן ארוחה.  
ריכוז שיא בפלזמה תוך 2-8 שעות.  
T1/2 בעל טווח נרחב בגלל אינדוקציה של אנזימי כבד.  
מפורק בכבד למטבוליט פעיל.

## **השפעה על מערכות ואיברים ספציפיים:**

1. **מערכת המטולוגית:** קרמזפין גורם לירידה שפירה וזמנית בספירת הדם הלבנה. הערכים נשארים בד"כ ברמה של מעל 3000.  
הסיבה לירידה היא דיכוי פקטור מסוים במח העצם (כאשר הטיפול בליתיום מעודד את אותו פקטור).  
חייבים להבחין בין התופעה השפירה של דיכוי שורת הדם הלבנה לבין תופעות לוואי חמורות פוטנציאליות כגון אגרנולוציטוזיס, פאנציטופניה ואנמיה אפלסטית.
2. **מערכת אנדוקרינית:**
  - א. קרמזפין הינו בעל אפקט של vassopressinlike על הרצפטור לוזופרסין (ולכן משמש גם לטיפול ב diabetes insipidus) ולכן לעיתים גורם להתפתחות "הרעלת מים" או היפונטרמיה (ביחוד במבוגרים)
  - ב. עליה בקורטיזול חופשי בשתן.
3. **כבד:** עושה אינדוקציה לאנזימי כבד ולכן יכול להפריע למטבוליזם של תרופות אחרות.
4. **קרדיוסקולרי:** השפעה מינימלית. קונטראינדיקציה בחולים עם AV block.
5. **עור – פריחה.**
6. **אלרגיה**
7. **lupuslike – נדיר.**

## **אינדיקציות טיפוליות:**

### **1. Bipolar disorder**

**Manic episode:** קרמזפין אפקטיבי בטיפול בהתקף מאניה חריף. כמו כן מהווה קו שני אחרי ליתיום ו valproic acid בטיפול פרופילקטי במחלה (למצב המאני וגם למצב הדיכאוני).  
קרמזפין אפקטיבי בכ 50%-70% מהחולים 2-3 שבועות מתחילת הטיפול.  
**Depressive episode:** 25%-33% מהחולים בדיכאון מגיבים לטיפול בקרמזפין (אחוזים אלה נמוכים בהרבה מאחוזי ההצלחה בטיפול בנוגדי דיכאון אחרים).  
קרמזפין מהווה אלטרנטיבה בחולים שלא הגיבו לטיפולים הקונוונציונאליים (כולל ECT).

### **Schizophrenia and Schizoaffective disorder:** קרמזפין הוא טיפול אפקטיבי להפרעות אלה.

התרופה יעילה במיוחד בחולים עם סימפטומים חיוביים (כמו הלוצינציות) ובחולים אגרסיביים.

### **Impulse Control Disorder:** מספר מחקרים הוכיחו כי קרמזפין יעיל בטיפול בהתנהגות

אימפולסיבית ואגרסיבית באנשים לא פסיכויטיים, בכל הגילאים – כולל ילדים וזקנים.

קרובמזפין יעיל גם בטיפול בחולה סכיזופרני שמתנהג באופן אגרסיבי.

**PTSD:** קרובמזפין יעיל בעיקר בטיפול בחרדה ובתוקפנות הקשורות ב PTSD.

**Alcohol and Benzodiazepines Withdrawal:** עפ"י מחקרים, קרובמזפין יעילה כמו בנזודיאזפינים בטיפול בסימפטומים הקשורים לגמילה מאלכוהול. כמו כן היא מסייעת בגמילה משימוש כרוני באלכוהול ובבנזו', במיוחד בחולים שעברו התכווצויות. (השימוש הקליני בתחום זה מצומצם!)

**השפעות הלוואי:**

כמעט כל תופעות הלוואי של קרובמזפין קשורות לרמה גבוהה שלה בפלזמה (מעל 9µgr/ml) תופעות הלוואי הנדירות ביותר אך גם החמורות ביותר הן Blood dyscrasias, הפטיטיס, ודרמטיטיס נרחב. שאר תופעות הלוואי בד"כ מופחתות אם מקפידים להעלות את המינון באיטיות, וכן להגיע לריכוז המינימלי האפקטיבי בפלזמה.

<u>Dosage related</u>	<u>Idiosyncratic</u>
Double or blurred vision	Agranulocytosis
Vertigo	Steven-Johnson syndrome
GI disturbances	Aplastic anemia
Task performance impairment	Hepatic failure
Hematological effects	Rash
	Pancreatitis

- **Blood dyscrasias:** אנמיה אפלסטית ואגרנולוציטוזיס. מתרחש אצל 1:125,000. אין קשר בין חומרת הדיכוי של תאי הדם (לויקופניה) שנראית ב 1-2% מהמטופלים, לבין מצב החירום מסכן החיים "Blood dyscrasias". יש להזהיר את המטופלים שכאשר מופיעים סימפטומים כמו חום, כאב גרון, פריחה, פטכיות, חבורות או דימומים, יש סכנה להתפתחות dyscrasias, ולכן לפנות בהקדם לטיפול. יש לבצע מעקב המטולוגי בכל מטופל עפ"י הסדר הבא: 3,6,9,12 חודשים. במידה ולא מופיע סימן לדיכוי מוח העצם במשך שנה זו, ניתן לצמצם את המעקב.
- **Hepatitis:** בשבועות הראשונים לטיפול בקרובמזפין עלולה להתפתח הפטיטיס המתבטאת בעלייה באנזימי כבד (בעיקר טרנסאמינזות) ובכולסטרזיס הקשור בעליית בילירובין ו Alk phos.
- **Exfoliative dermatitis:** פריחה עלולה להופיע בכ 10%-15% מהמטופלים, בעיקר בשבועות הראשונים לטיפול. כ 1,000,000:3 יפתחו מצבים דרמטולוגיים מסכני חיים כמו **Exfoliative dermatitis**, אריטמה מולטיפורמה SJS ו TEN. בגלל האפשרות לפתח מצבים אלה, רבים מהרופאים מפסיקים את השימוש בתרופה כאשר מופיעה פריחה, ובמקרה שזו התרופה היחידה שמועילה, ממשיכים לתת אותה בשילוב עם פרדניזון (40 מ"ג ביום).
- **הפרעות במערכת העיכול:** תופעות הלוואי השכיחות ביותר של קרובמזפין הן בחילה, הקאה, אי נוחות בקיבה, עצירות, שלשול, ואנורקסיה. תופעות אלה מופחתות כאשר מעלים את המינון בצורה איטית.
- **הפרעות ב CNS:** בלבול יכול להופיע בעקבות שימוש בקרובמזפין לבד או בשילוב עם ליתיום או תרופה אנטיפסיכוטית אחרת. באנשים מבוגרים עם הפרעות קוגניטיביות יש סכנה להתפתחות הרעלת קרובמזפין ב CNS: סחרחורת, אטקסיה, סדציה, דיפלופיה, היפררפלקסיה ועוד.

- **תופעות לוואי נוספות:** ירידה בהולכה קרדיאלית, החמרה במחלה קרדיאלית קיימת. יש להשתמש בזהירות בחולי גלאוקומה, היפרטרופיה של הפרוסטטה וסוכרת.

#### **אינטרקציות עם תרופות אחרות:**

- מכיוון שקרבמזפין גורם לעליית אנזימי כבד, הוא גורם להורדת הרמה בפלזמה של תרופות אחרות רבות (כמו גלולות למניעת הריון).
- שימוש של קרבמזפין בו"ז עם ליתיום, תרופות אנטיפסיכוטיות וחסמי סידן גורם לעליה בתופעות הלוואי ב-CNS.
- השימוש בקרבמזפין בשילוב עם MAOIs אסור.

#### **בדיקות מעבדה:**

- |                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| ללא משמעות קלינית | } | • ירידה ב T4 T3 ללא עליה ב TSH.                   |
|                   |   | • עליה ב Total cholesterol בעיקר בגלל עליה ב HDL. |
|                   |   | • גורם ל false positive בבדיקת הריון.             |

#### **מנונים והנחיות קליניות:**

- קרבמזפין יכול לשמש לבדו או בשילוב עם תרופה אנטיפסיכוטית אחרת לטיפול במאניה.
- אדם שלא מגיב לטיפול בליתיום לבד יכול להגיב לו כאשר מוסף גם קרבמזפין. במקרה כזה, אם האדם מגיב לטיפול, יש לגמול אותו מהליתיום ולבדוק האם מגיב לקרבמזפין לבדו.
- כאשר יש שילוב של קרבמזפין עם ליתיום יש לנטר היטב מחשש להרעלת ה CNS.
- **קונטראינדיקציה** לטיפול בקרבמזפין: מחלה המטולוגית, מחלת כבד או מחלת לב.
- **מינונים קיימים:** טבליות של 100 מ"ג ו 200 מ"ג, תרחיף של 1500mg/5ml.
- המינון ההתחלתי הוא בד"כ 200 מ"ג PO X 2 ביום.
- יש לקחת עם הארוחות.
- **בדיקות מעבדה שגרתיות:** בהדשיים הראשונים כל שבועיים ואח"כ אחת לשלושה חדשים.

# Lithium

מהדורה 9, סעיף 36.4.18, עמ' 1074-1067

**פרמקוקינטיקה:** זמן מחצית חיים 20 שעות. מפונה ע"י הכליות. נספג היטב. לא חוצה היטב את ה-BBB. מופרש בחלב האם.

## **אינדיקציות טיפוליות:**

1. מחלה ביפולרית מסוג 1: מצוין כטיפול לטווח קצר או כטיפול מונע ב-70-80% מהחולים. גם אפיזודות מניות וגם דיכאוניות מגיבות היטב לטיפול בליתיום בלבד.  
א. אפיזודה מנית: התגובה לליתיום עורכת כ-1-3 שבועות לכן במקביל בזמן תחילת המניה מטפלים בבנזודיאזפינים או באנטי פיסכוטיים.  
ב. אפיזודה דיכאונית: מעדיפים טיפול לבד בליתיום כי אנטי-דפרסנטים יכולים לעורר התקף מאני. ניתן לעשות אוגמנטציה עם ואלפורט או קרבמזאפין. אם נותנים אנטי דפרסנטים מעדיפים שפחות מעוררים מניה. SSRI או Bupopriion

## 2. הפרעה סכיזואפקטיבית וסכיזופרניה:

חולים סכיזואפקטיביים עם מאפיינים אפקטיביים בולטים מגיבים טוב יותר לליתיום מחולים עם מאפיינים פסיכוטיים בולטים. בד"כ מוסיפים ליתיום כאוגמנטציה ללאנגוניסטים לסרוטונין-דופמין המהווים את תרופת הבחירה.

הסימפטומים של חמישית עד מחצית מהחולים בסכיזופרניה משתפרים כשמוסיפים ליתיום לתרופות האנטיפסיכוטיות, ללא קשר לנוכחות או העדר סימפטומים אפקטיביים.

3. אגרסיה: משתמשים בליתיום לטיפול באגרסיה בהתפרצויות של חולי סכיזופרניה, באסירים, ובמפגרים. Conduct disorder בילדים עם

4. הפרעות אחרות: הוכח כי ליתיום יכול לעזור למצבי רוח בהפרעת אישיות גבולית, בולמיה נרבוזה, ולהפחית את השימוש באלכוהול.

## **פקטורים המנבאים תגובה לליתיום:**

### **מנבאים חיוביים (תגובה טובה)**

- תגובה ארוכת טווח לליתיום
- אאופוריה או מניה קלאסית
- סיפור משפחתי של מחלה ביפולרית
- מניה שניונית
- סיפור משפחתי של תגובה לליתיום
- מאפיינים אובססיביים
- מניה ואחריה דיכאון

### **מנבאים שליליים (אין תגובה)**

- מאפיינים גבוליים.
- Rapid cycling
- (Neuroticism) נוירוטיות
- סימפטומים בו זמנית של מניה ודיכאון
- שימוש בסמים
- פסיכוזות
- דיכאון שאחריו מופיעה מניה

## **אחזקה:**

יש לשקול טיפול קבוע בליתיום לאחר אפיזודה שניה של הפרעה ביפולרית מסוג 1 ולמתבגרים ובעלי סיפור משפחתי לאחר האפיזודה הראשונה.

הליתיום עוזר יותר למנוע מניה מאשר דיכאון, ומוריד בשיעור משמעותי את כמות ההתאבדויות. יש להגיע בזמן האחזקה לריכוז נמוך מהריכוז בו משתמשים לטיפול בהתקף אקוטי של מניה.

הסיבות להמשך טיפול בליתיום לאחר האפיזודה הראשונה:

1. כל אפיזודה של מניה מעלה סיכון לאפיזודות נוספות.
2. בחולים המגיבים היטב לליתיום הסיכון לחזרת המניה לאחר הפסקת הטיפול הוא פי 30 יותר גבוה.
3. יש דיווחים על מקרים בהם הפסקת הטיפול בליתיום גרמה לחוסר תגובה באפיזודות הבאות.

## תופעות לוואי

נוירולוגיות:

שפירות לא טוקסיות: דיספוריה, פגיעה בספונטניות, זמן תגובה איטי, קשיים בזיכרון.  
רעד: תנוחתי, לעתים, אקסטרפרמידלי.  
טוקסיות: רעד גס, דיסארטריה, אטקסיה, חוסר שקט נוירומוסקולרי, התקפים, קומה, מוות.  
נוספות: נוירופתיה פריפרית, יתר לחץ תוך גולגלתי שפיר, תסמונת דמוית מיאסטניה גרביס, סף התקפים נמוך.

אנדוקריניות:

תירוואיד: גויטר, היפותירואידים, אקסופתלמוס, היפרתירואידים (נדיר).  
פאראתירואיד: היפרפאראתירואידים, אדנומה.

קרדיווסקולריות:

שינויים בגלי טי, חוסר תפקוד של קובע קצב סינוס-< סינוס דיסריתמיה, התעלפויות.

כליתיות:

פגם ביכולת הריכוז, שינויים מרפולוגיים, פוליאוריה, ירידה בקצב הסינון, תסמונת נפרוטית, לעתים לאחר יותר מ-10 שנות שימוש יכול להתפתח פיברוזיס אינטרסטיציאלי עד לאי"ס RTA כליות.

דרמטולוגיות: אקנה, איבוד שיער, פסוריאזיס, פריחה.

GI: איבוד תאבון, בחילה, הקאה, שלשול. (הכי פחות גורם לכך-ליתיום ציטרט).

אחרים: שינויים במטבוליזם של פחמימות, עליה במשקל, רטנציה של נוזלים, לויקוציטוזיס.

הערות:

- א. ת"ל השכיחות ביותר הן: פולידיפסיה, פוליאוריה, אי נוחות במערכת העיכול, עליה במשקל, רעד, עייפות, ופגיעה קוגניטיבית קלה.
- ב. ניתן לטפל ברעד בעזרת פרופנולול.
- ג. יש להיזהר בחולי סכרת, חולים מיובשים, נכים, וכאלו הסובלים מבעיה רפואית.
- ד. אסור לנשים בהריון לקחת ליתיום בטרימסטר הראשון בגלל מומים מולדים (מעלה סיכון לפגם בטריקוספיד-אנומליה ע"ש אבסטיין). בשאר ההריון מי שנוטלת צריכה לקחת מינון נמוך מהרגיל.  
ליתיום מועבר בחלב אם.
- ה. אין בעיה לטפל בליתיום במתבגרים. בזקנים מומלץ להוריד מינון.

## הרעלת ליתיום

סימנים וסימפטומים:

הרעלה קלה עד בינונית (רמות ליתיום בין 2-1.5 מיליאקוויוולנט לליטר):  
במערכת העיכול: הקאה, כאב בטן, יובש בפה.

נוירולוגיים: אטקסיה, סחרחורת, דיבור מבובל, ניסטגמוס, עייפות או התרגשות, חולשת שרירים.

הרעלה בינונית עד קשה (רמות ליתיום בין 2.5-2 מיליאק' לליטר):

במערכת העיכול: אנורקסיה, בחילה והקאה מתמדת.

נוירולוגיים: טשטוש ראייה, פסיקולציות בשרירים, תנועות גפים קלוניות, היפררפלקסיה, תנועות כוריאה, התכווצויות, דליריום, התעלפות, שינויים בגלי מוח, סטופר, קומה, פגיעה מרכזית בסירקולציה (ירידה בל"ד, אריתמיות והפרעות הולכה).

הרעלת ליתיום קשה (רמות ליתיום < 2.5 מיליאק' לליטר):

התכווצויות כלליות, אוליגוריה ואי"ס כליתית, מוות.

גורמי סיכון להרעלה: מינון גבוה מידי, פגיעה כליתית, דיאטת דלת מלח, אינטראקציה בין תרופות, והתייבשות.

טיפול: הפסקת הליתיום, הידרציה טובה, מתן קיאקסלט לספיגת הליתיום שנותר במערכת העיכול. במקרים חמורים במיוחד טיפול הבחירה הוא המודיאליזה.

### אינטראקציות בין תרופות:

דופמין רצפטור אנטגוניסט-ניתן להשתמש יחד עם ליתיום, אך במינון גובה עלול להגביר את התופעות הנוירולוגיות של ליתיום. אותו דבר נכון לגבי תרופות אנטי אפילפטיות.

I-ACE (אספרין לא מעלה), NSAID's מעלה רמות ליתיום: רוב המשתנים,

מוריד רמות ליתיום-משתנים אוסמוטיים, משתנים הפועלים בלולאה, קסנטינים (כולל קפאין)

-Carbonic anhydrase inhibitor

מתן של ליתיום עם סרוקוול הוא נסבל, מתן עם זיפרזידון מעלה קלות את שכיחות הרעד.

כי מעלה רת הנוירור CCB אסור לקחת ליתיום עם

, כדי למנוע דליריום. ECT יש להפסיק לקחת ליתיום יומיים לפני תחילת הטיפול ב-

### התערבות בבדיקות מעבדה:

ליתיום מעלה רמות-לויקוציטים, גלוקוז, מגנזיום בסרום.

מוריד רמות-אשלגן בסרום, חומצה אורית בסרום, טירוקסין בסרום, קורטיזול (בבוקר).

עקב אדנומה ובעקבות כך עולה רמת הקלציום, ויורדת רמת הפוספט. PTH מעלה רמות

### מינון ואופן מתן:

בדיקות כלליות שיש לבצע לפני מתן ליתיום: תפקודי כליות, ס"ד, אלקטרוליטים, תפקוד תירואיד,

ובדיקת הריון לנשים בגיל הפוריות. ECG

אופן מתן: יש קפסולות של 150,300,600 מ"ג ליתיום קרבונט, כדורים של 300 מ"ג, וקפסולות לשחרור איטי של 450 מ"ג. ויש סירופ המכיל 8 מיליאק' למ"ל של ליתיום ציטרט.

מינון: באדם שלקח בעבר-המינון שידוע כי היה יעיל עבורו בעבר אלא אם כן היה שינוי במצבו הבריאותי.  
באדם שלוקח לראשונה: מתחילים מ-300 מ"ג ומעלים בהדרגה. מינון של 900-1200 מ"ג ליום נותן ריכוז  
תרופתי של 0.6-1 מילי אקווי לליטר בפלסמה. ומינון של 1200-1800 מ"ג נותן ריכוז של 1.2-0.8. עדיף  
לתת ב-3 מנות מוריד ת"ל במערכת העיכול ומונע פיקים של ליתיום.  
במנייה פעילה שואפים להגיע לרמה של 1-1.5, ובטיפול אחזקתי 0.4-0.8.

מעקב: יש לבדוק ריכוז ליתיום בפלסמה כל 2-6 חודשים. בודקים 12 שעות לאחר נטילת הכדור האחרון.

הפסקת התרופה: יש להפסיק את התרופה באופן הדרגתי. הפסקה פתאומית עלולה לעורר התקף מניה או  
דיכאון.



## Mirtazapine

מהדורה 9, סעיף 36.4.19, עמ' 1074-1075

### **פרמקוקינטיקה:**

תגובה קלינית: תוך 2-4 שבועות

: 20-40 שעות. 1/2T

: 5 ימים Steady state levels

GI ספיגה טובה ב-

אנטגוניסט לרצפטורים:

-> מעלה רמות סרוטונין ונוירואדרנלין. CNS אלפא 2 אדרנרגים פרה-סימפטטים ב-  
, היסטמין 1 5H2, 5H3

אנטגוניסט חלקי לרצפטורים: אלפא 1 אדרנרגי, מוסקרינים כולינרגיים.

### **אינדיקציות תרפויטיות:**

דיכאון

הפרעות שינה

סימפטומים סומטיים ופיסיוולוגיים של חרדה ואי שקט

### **תופעות לוואי:**

ירידה בעירנות < 50% (נוטלים לפני שינה).

פה יבש-25%

עליה בתאבון-17%<sup>1</sup>

עצירות-13%

עליה במשקל-12%

סחרחורת-7%

מיאלגיה-5%

הפרעות בחלימה-4%

מאניה, היפומאניה-2%

עליה בכולסטרול וטריגליצרידים

ALT עליה ב-

אורטוסטטיזם

עובר בחלב אם-להזהר בזמן הנקה

נויטרופניה-0.3% חשוב לחפש סימי זיהום. אם יש מפסיקים מיד את התרופה, הפיך.

### **אינטראקציות בין תרופתיות:**

(עד שבועיים אחרי נטילת MAO-I עושה פוטנציאציה לאלכוהול ובנזודיאזפינים. אסור עם

( I-MAO

### **מינון ואופן נטילה:**

מתחילים ב-15 מ"ג לפני השינה, מעלים ב-15 מ"ג כל יום 3 ימים עד ל-45 מ"ג. מינון נמוך יותר בזקנים

ובבעיה כליתית או כבדית.

<sup>1</sup> ההשפעה העיקרית מחוץ למערכת העצבים היא במערכת העיכול

## **Monoamine oxidase inhibitors (MAOI)**

מהדורה 9, סעיף 36.4.20, עמ' 1076-1080

**תרופות במשפחה:**

עיכוב לא סלקטיבי:

Phenelzine (Nordil), Isocarboxazid (Marplan), Tranylcypromine (parnate)

עיכוב סלקטיבי ל-MAO-A :

. היתרון-פחות תופעות לוואי RIMA קב' חדשה מכונה

עיכוב סלקטיבי ל-MAO-B :

- טיפול לפרקינסוניזם (Selegiline (Eldepryl)

**דרך פעולה:**

MAO הינו אנזים במיטוכונדריה, שעושה דגרדציה למונואמינים ציטופלסמתיים.

ישנם 2 אנזימים:

MAO-A עושה דגרדציה לנוירואפניפרין, סרוטונין ואפניפרין

MAO-B עושה דגרדציה לדופמין וטיראמין

עיכוב האנזימים מעלה רמות דופמין וניורואפניפרין ובמידה פחותה סרוטונין.

**פרמקוקינטיקה:**

לא סלקטיביים- עיכוב לא הפיך, השפעה עד שבועיים. זמן מחצית חיים: 2-3 שעות.

- עיכוב הפיך. זמן מחצית חיים 0.5-3.5 שעות. RIMA

**אינדיקציות טיפוליות:**

Panic disorder

אגרופוביה

PTSD

הפרעות אכילה

פוביה חברתית

Pain disorder

דיכאון אטיפיקלי

כשלון טיפול באנטידפרסנטים אחרים

הערה: כשמחליפים תרופות בתוך המשפחה יש להמתין 10-14 יום בין תרופה לתרופה.

**תופעות לוואי:**

אורטוסטטוזם

edema

פרסטזיות-קשור לחסר ב-Pyridoxine

אינסומניה

חוסר תפקוד מיני

כאבי שרירים

עליה במשקל

מיוקלונוס

הפטוטוקסיות

**Tyramine induced hypertensive crisis**

MAOI - בעיקר טרנילקרופרימין יכולים לגרום למשבר היפרטנסיבי (ללא קשר לטיראמין)

מיד לאחר תחילת השימוש. במקרה כזה מפסיקים מיד טיפול.

RIMA: סחרחורות, בחילה, אינסומניה, הפרעות בשינה.

יש להיזהר בחולים קרדיאלים, חולי כליות והיפרתירואידוז. בחולים ביפולריים עלול לגרום למניה,

ובחולים פסיכויטים לסכיזופרניה. **אסור** לתת בזמן הריון והנקה.

### **Tyramine induced hypertensive crisis:**

MAOI מונע פירוק טיראמין ב-GI --> טיראמין נספג -> הופך לואזופרסור פוטנטי -> ל"ד עולה. לכן אסור לאכול מזונות עשירים בטיראמין (גבינות, יין) בזמן הטיפול ועד שבועיים לאחר הטיפול. סימפטומים של המשבר: כאב ראש, צוואר נוקשה, הזעה, בחילה והקאה. טיפול: אנטגוניסטים אלפא אדרנרגים, ביתא-בלוקרים, משתנים. ב-RIMA הסיכון קטן יותר. לכן אסור לאכול מזונות עשירים בטיראמין רק שעה לפני ושעה אחרי לקיחת התרופה.

**הרעלה ע"י התרופה (מנת יתר):** יל"ד, היפרתרמיה, טכיפניאה, טכיקרדיה, הרחבת אישונים, עד לקומה. טיפול: דיאליזה, החמצת השתן (מגביר פינוי התרופה), טיפול ליל"ד.

### **אינטראקציות בין תרופות:**

SSRI אסור לקחת עם תרופות שמעלות רמות נורטרנסמיטורים אמינים כגון אסור לקחת עם ברביטורטים ואלכוהול.

**השפעה על בדיקות מעבדה:** מוריד רמות גלוקוז בדם. מעלה מטרפנין בשתן גורם ל-FP לפיאוכרומוציטומה ולנוירובלסטומה.

### **מינון ואופן נטילה:**

Phenelzine - מתחילים מ-15 מ"ג ומעלים ל-15\*3 ביום בשבוע הראשון ומעלים ב-15 מ"ג לשבוע עד שבסוף השבוע הרביעי מגיעים למינון של 90 מ"ג.  
Tranylepromine & Isocarboxazid - מתחילים מ-10 מ"ג ליום. בסוף השבוע הראשון ל-3\*10 מ"ג ביום. עד למקסימום של 60 מ"ג ליום.  
Maclobemide (RIMA) - מתחילים ממינון של 300-450 מ"ג ליום ומעלים עד ל-600 מ"ג תוך מס' שבועות.  
בזמן לקיחת התרופות יש לנטר אנזימי כבד.