

הרצאה על DSM מאת ד"ר פלד

קלטיפיקציה בפסיכיאטריה, נקודות היסטוריות

בימי יון העתיקה, הפסיכיאטריה לא הופרדה מכלל הרפואה, הפרעות התנהגות יוחסו לחוסר איזון בין נחלים ואברים בגוף, רגשות יוחסו לאברים בגוף, רוגז בלב, עצב לנוחל המרה, חשיבה רציונלית לראש.

בימי הביניים, האחריות הרפואית באירופה עברה לתחום השפעתה של הדת הנוצרית, הנפש נחשבה לתרומת האלוהים ולכן לא יכולה להיות חולה. הפרעות התנהגות נגרמו משליטה של שדים ומכישופים של מכשפים. הטיפול בהפרעות אלו נעשה על ידי וידוי תוך כדי עינויים קשים ובסוף מוות בשרפה.

1600 לספירה עדיין טיפלו בחולים אלו בעינויים והשפלות, מוסד חוסים באנגליה בשם: Bethlehem Asylum התפרסם במיוחד עקב המנהג שהיה נהוג בו, הטיפולים השונים הוצגו לראווה לקהל הרחב תמורת תשלום סמלי של מספר פני, ממש כמו בגן חיות.

בשנת 1788 - Vincenzo Chiarugi רופא איטלקי צעיר היה הראשון שהפסיק שיטות טיפול אלו ויצר מוסד על פי מודל של בית חולים בו החוסים קיבלו יחס הומני וטיפול סיעודי. פעולות אלו היו בהשפעה של הרפורמות ההומניטריות שהונהגו אז בפירנצה על ידי הדוכס Pietro Leopoldi.

Chiarugi גם פרסם ספר בשם: On Fantasy אשר בו נעשה לראשונה ניסיון לערוך סדר בתופעות הנפשיות שהיו מוכרות באותה תקופה.

Chiarugi חילק את המחלות הפסיכיאטריות ל-3 סוגים עיקריים:

Dementia, Mania, Melancholia בזאת הוא בעצם נחשב לראשון שהציג קלטיפיקציה בפסיכיאטריה. ספרו היה בעל השפעה מועטה על הרפואה של תקופתו ובמהירה נשכח.

ב-1793 Pinel רופא פריזאי בצרפת, ניתק את השרשראות והפסיק את העינויים של החוסים בשני המוסדות המפורסמים של פריס:

Bicetre לגברים ו-Salpetriere לנשים. הוא הנהיג יחס אנושי וטיפול על ידי קבוצות עבודה, התעמלות, ותנאים היגייניים, תזונתיים וסיעודיים טובים. הוא גם ייסד פגישות טיפוליות בין צוות למטופלים, ויצר מחלקות שונות בין כתלי בית החולים. כמובן שינויים אלו גרמו להטבה ניכרת במצבים של רוב המטופלים.

הוא פרסם את ניסיונו בספר, ספר אשר ביחס לתקופתו כלל את המספר הגדול ביותר של תצפיות ותיאורים קליניים. בסיפור הוא דוחה את הרעיונות והתיאוריות מתקופת יון העתיקה בכל הנוגע לנוחלים ואברים בגוף, לדעתו, מחלות נפש הן קומבינציה של גורמים תורשתיים ותנאי חיים קשים. הוא חילק את הפסיכיאטריה ל-4 קבוצות של

מחלות: Dementia, Idiocy, Mania, Melancholia.

בספרו הוא גם מסביר כיצד יש לנהל בית חולים, וכיצד יש לארגן טיפולים יצירתיים בקבוצות עבודה. אירועים אלו מתקופתו של Pinel מכונים לעתים קרובות כמהפכה הראשונה של הפסיכיאטריה אשר בה לראשונה הופיעה ההכרה שהפרעות התנהגות הן מחלות, ושהחולים בהם זקוקים לטיפול.

בשנים הארוכות שבאו לאחר מכן פסיכיאטרים בכל העולם עסקו בתצפיות ותיאורים מפורטים של הפרעות התנהגות בחולים שרוכזו במוסדות גדולים אשר לפי שפת העם כונו בתי משוגעים.

צורך בקלטיפיקציה של אבחנות בתקופה זו נבע בעיקר מהשאיפה לחזות את אותם מקרים שיאפשרו שחרור מוקדם מאשפוז, ביחס למקרים שיחמירו ויזדקקו לאשפוז כרוני לכל חייהם.

עובדה זו סיפקה, ועוררה סטימולציה מסוימת סביב הצורך לתאר את ההפרעות לקובצם לאבחנות שיאפשרו מעקב לאורך זמן ויאפשרו פרוגנוזה אבחנתית של

אשפוז. חשיבה כזאת היא אשר לבסוף הביאה את Krepalin הפסיכיאטר הגרמני הנועד, לפרסם את הקלטיפיקציה רבת ההשפעה שלו עם כיוון ומחשבה פרוגנוסטית ברורה.

Krepalin לא היה מרוצה מריבוי האבחנות החופפות ביניהם, ומריבוי הנומקלטורה וההגדרות שניתנו לכל אבחנה.

Depression - Mania ו-Paranoia. שתי האבחנות הראשונות נחשבו לעיקריות, תחת השם: Dementia-Precox כלל את כל אותם תיאורים ואבחנות כגון: Dementia-Precox, Catatonia, Hebeephrenia, ואחרי כן אפיין אותם בפרוגנוזה גרועה, כלומר, ציין שיוזקקו לאשפוז ארוך וכרוני תחת השם: Manic-Depressive, Psychosis הכליל את כל אותם הפרעות אשר מאופיינות ברמיסיה מלאה וחזרה לתפקוד קודם שיאפשרו שחרור מוקדם מאשפוז.

Bleuler, פסיכיאטר שוויצרי של אותה תקופה פרסם ב-1911 את ספרו המפורסם: The group of Schizophrenia. בפרסומו זה נתן לראשונה את השם המוכר לנו היום: סכיזופרניה, מניסוח הכותרת לספרו כבר ניתן להבין שלדעתו מדובר במגוון של מחלות ולא מחלות ולא יחידה קלינית אחת. השפעתו במובן זה היתה בכיוון הפוך מזו של Krepalin: במקום לנסות ולאחד קטגוריות אבחנתיות, הוא יצר הרחבה, פיצול, ושטטשו גבולות אבחנתיות. Bleuler הושפע מהפסיכואנליזה של פרויד, הוא האמין שמחלות נפשיות נוצרות כתוצאה של מנגנונים נפשיים בתגובה לדחפים שונים. גישתו והשפעתו נכרו במיוחד בארה"ב והתפתחה כאשר: Adolf Meyer הצהיר בכתביו שההפרעות הנפשיות כולן הן סה"כ התגובה של הגוף בכללותו לסה"כ המצבים בסביבה. באופן זה הפסיכיאטריה האמריקאית של התקופה נטתה לקלטיפיקציה המבוססת על אטיולוגיה דינמית פסיכואנליטית וסוציאלית.

ביאירופה של אותה תקופה, המגמה המשיכה להיות דסקרפטיבית (תיאורית) אמפירית, עם אוריינטציה לכיוונים פרקטיים של פרוגנוזה וטיפול. האירופאים היו ממשיכי הגישה הקרפליניאנית (Krepalin).

Schnider היה ממשיכיו של Krepalin, הוא התעניין באיתורם סימנים קליניים אשר יהיו עיקריים ומשמעותיים ביותר כדי לאבחן סכיזופרניה. לאחר תצפיות ואיסוף נתונים בחוליו, הוא ניסח את: First Rank Symptoms המפורסמים שלו. הם היוו את הקריטריונים העיקריים אשר לדעתו צריך לאבחן בחולה כדי שיהיה ניתן לאומר עליו שהוא סובל מסכיזופרניה.

סימנים אלו כללו: הלוצינציות שמיעה, שמיעת מחשבות, שידור והשתלה של מחשבות מלווה הרגשת ריקנות לנוכח שליטה מבחוק, אשר מופיעים באופן פתאומי ללא קשר לוגי לאירועים חיצוניים בחיי החולה.

גישה אבחנתית המבוססת על איתורם של סימני מפתח תהיה דומיננטית בכל הקלטיפיקציות שיבואו בשנים שלאחר מכן. ותהווה בסיס לשיטות הקלטיפיקציה גם בימינו.

ויכוחים רבים קיימים סביב הקריטריונים החשובים לאבחנה ספיציפית.

כבר ב-1911 Bleuler פרסם 4 קריטריונים לאבחון הסכיזופרניה, שהיו שונים מאד מאלו של Schnider וכללו את ארבעת ה"א" המפורסמים שלו: Autisim, Associations, Ambition, Affect, פיתוח חשוב נוסף לקלטיפיקציה בפסיכיאטריה בא

מאירופה: Jasper החדיר את הגישה של ההיררכיה אבחנתית.

Jasper בנה היררכיה של אבחנות אשר בה סינדרום אחד בהיררכיה עוזר לאבחן ולהסביר את האחרים.

בראש ההיררכיה של Jasper ממוקמות כל אותן הפרעות אורגניות, מתחתם באה מחלת הנפילה, אפילפסיה על סוגיה, ולאחר מכן סכיזופרניה, הפרעות אפקטיביות (מצבי רוח) ובתחתית ההיררכיה הניורוזות והפרעות האישיות למיניהן.

קריטריונים חשובים בעיקר לאבחנות אורגניות כגון: דמנטיה ואפילפסיה ונטיונות לאתר מחקרים ביולוגים למחלות פונקציונליות.
5. Longitudinal Validation מעקב ארוך טווח למטרות פרוגנוסטיות ולבדיקת וואלידציה לאורך זמן של אבחנה.

סקיזופרניה רקע

1800 MOREL תאר צעיר מבריק אשר התדרדר תיפקדו נפגע בכל תחומי החיים בדומה לסניליות של זקנה. לכן הוא קרא למחלה DEMANCE PRECOCE.

1850 KAHLBAUM תאר לראשונה סימנים קטאטונים (יותר מאוחר יוחסו לסקיזופרניה קטטונית)

- **אוטיסים** = ניתוק מהמציאות וחוסר תגובה לסביבה
 - **נגטיביזם** = התנגדות כללית ומוטורית לפקודות
 - **אוטומאטיזם** = חזרה סטיריפית על תנועות, FLEXIBILITY WAXY תנועות ביזאריות.
- יתכנו מעברים בין סטופור לאלימות קשה.

1890 HECKER תאר התנהגות לא מאורגנת ומוזרה וקרא לה **הבפרניה**.

- מתחיל לפני גיל 25 לכן בד"כ לא מספיקים להינשא ולרכוש מקצוע (בודדים מובטלים)
- מתאפיין בפירוק ניכר של ארגון מנטלי, ריפויין אסוציאטיבית אפקט לאבילי או שטוח.
- מתאפיין בליקויי מנטלי קשה ומהיר.

1900 KRAEPLINE הראשון שייסד קלסיפיקציה אבחנתית בפסיכיאטריה. חילק את מחלות הנפש לשלושה סוגים:

1. דמנטיה פראקוקס = מחלה של התקפים פסיכיים והתקדמות הדרגתית לליקוי.
2. פסיכוזה מניה-דפרסיבית = כל אותם מחלות נפשיות ללא ליקוי.
3. פאראנויה = מחלה שניקרא יותר מאוחר סקיזופרניה פראנואידית (היום הפרעה דלוסיונאלית) וכללה:

- גיל מאוחר (מתגלה קלינית בגיל מאוחר) 30-40 כאשר יש כבר עבודה ומשפחה.
- אישיות שמורה אין פירוק או אובדן בוחן מציאות אינטליגנציה שמורה.
- מערכת דלוסיונאלית מאורגנת הגיונית שזורה במרקם החיים של המטופל.

1920 BLEULER האמין שסקיזופרניה היא מחלה של פיצול בין רגשות מחשבות והתנהגות, לכן קבע את השם סקיזופרניה. (סקיזו = פיצול פרניה = סרעפת מושב הנפש). הוא האמין שבכדי לאבחן סקיזופרניה יש לאבחן 4 סימנים ראשוניים: ארבעת ה A של בלוילר.

- A אוטיסים = הסתגרות התבודדות חברתית.
- A אמביוולנטיות = חוסר החלטיות (כולל מוטורית) יתכן דיבור והיפוכו באת ובעונה אחת.
- A אסוציאציות = ריפויין אסוציאטיבי
- A אפקט = השטחה אפקטיבית.

1920 SCHNIDER האמין בחשיבות הסימנים הסוערים של המחלה, ניסח את **FIRST RANK**:

- מחשבות שווא של שדור מחשבות ואו השפעה.
- מחשבות שווא של פאסיביות ושליטה
- הלווצינציות שמיעה, שנים או יותר קולות מעירים מדברים בגוף שלישי על החולה (בד"כ דברים לא נעימים).
- שמיעת מחשבות.

Jasper לפי מחלות בראש ההיררכיה יכולות להכיל סימפטומים של סינדרומים הבאים מתחתיהם, לדוגמה: בהפרעות אורגניות מוצאים הלווצינציות כמו בסקיזופרניה או במאניה. אולם ההפרך אינו מתקיים בהיררכיה, כלומר הפרעות מתחתית ההיררכיה לא יכללו סימפטומים של אלו מעליהם, כלומר, לא ניתן לאבחן חולה כנירוטי אם הוא טובל מהלווצינציות שמיעה כפי שקורה בסקיזופרניה.

לפני עידן התרופות בפסיכיאטריה, פסיכיאטרים רבים טענו נגד הצורך בקלסיפיקציה של אבחנות מנטליות, העיסוק בקלסיפיקציה של אבחנות מוסיף מעט מאד מבחינה פרקטית, טענו.

מערכת אבחנתית שימשה למטרות רפואה ציבורית והפניית משאבים כספיים, האבחנה החשובה ביותר של אותה תקופה הייתה בין מחלות אורגניות למחלות פונקציונליות זאת עקב הצורך בהתערבות רפואית שאינה פסיכיאטרית בהתאם לאבחנה.

הצורך לאבחן בין ניורוטי ופסיכוטי בלט בתחילה בעיקר בתחום הרפואה המשפטית עקב הצורך לקבוע יכולת שיפוט ועמידה בעונש. יותר מאוחר, עם התפתחות הפסיכיאטריה שהוצגה כמתאימה במיוחד לטיפול בניורוטים. ההחלטה לפנות לטיפול כנ"ל בוססה על הבדלה בין ניורוטי לפסיכוטי ומצבים אחרים.

הופעת הטיפול התרופתי בשנות ה-50 גרמה לשנוי ניכר ביחס כלפי האבחנה בפסיכיאטריה וחיידד מאד את הצורך לאבחן היטב.

מחקרים רבים סביב מהימנות אבחנתית אשר המפורסם ביניהם כבר הוזכר US UK העובדה שבארה"ב אבחנה יותר סקיזופרניים על חשבון הפרעות אחרות הייתה בעלת השפעה מיידית על אופי הטיפול התרופתי, חולים שיכלו לקבל טיפולים מתאימים יותר למצבם הנפשי קבלו טיפול אנטי פסיכוטי לסקיזופרניה.

בארה"ב, קבוצות מחקר החלו לעסוק ביסודיות בבעיה האבחנתית בפסיכיאטריה. העיקרית והמפורסמת ביניהן השתייכה לאוניברסיטת וושינגטון.

כבר בשיטות הקלסיפיקציה הראשונות של קבוצות אלו כגון:

St. Louis Criteria ושל: Feighner-1

R.D.C. (Diagnostic Statistical Manual)

נעשה אימוץ של החשיבה האירופאית הקלאסית, על פי הגישה של Kraplin, Schnider, Jasper והתרחקות מהחשיבה האטיולוגית של:

Bleuler, Meyer. הקלסיפיקציה האבחנתית פותחה בהמשך במסגרת קריטריונים בינלאומיים ב-

D.S.M Diagnostic Statistical Manual והיום D.S.M 3,4 מקבלים הכרה בינלאומית, העבודות והמחקרים עוברים ואלידציה על פיו.

כאשר המטרה להגדיל ככל האפשר את המהימנות והתקפות האבחנתית.

האבחון נעשה על ידי הערכה של החולה לנוכח קריטריונים קבועים, מילויים ואיתורם של הקריטריונים הספציפים לאבחנה, וביטויים אצל החולה, מאפשרים לאבחנה הספציפית הנ"ל.

הקריטריונים לכל אבחנה נקבעים על פי מחקר סטטיסטי אשר בו סימפטומים המופיעים בראש הרשימה חשובים יותר לאבחנה במובן ששכיחותם במסגרת המחלה משמעותית יותר.

הגישה המנחה את החוקרים והיוצרים של DSM מסוכמת במספר קריטריונים עיקריים:

1. Descriptive Criteria: שימוש במונחים תיאוריים בלבד וביטול כל מונח אטיולוגי, לדוגמה: ביטול המונח: Neurosis והפיכתו ל- Disorder (המונח במקורו מרמז על ניוון עצבים ולכן בעל משמעות אטיולוגית)

2. Inclusive Criteria: אוסף של סימפטומים ותלונות המתאימים לאבחנה.

3. Exclusion Criteria: אותם סימנים וסימפטומים המופיעים בין אבחנה אחת לשניה, כלומר, אינם יכולים להופיע באבחנה הספציפית המתוארת.

4. Laboratory Studies

rd3) סימפטומים לפחות חצי-שנה, מתוכם לפחות חודש של שלב פעיל A והיתר פגיעה תפקודית B.

th4) לשלול סכיזואפקטיב

th5) לשלול גורם של מחלה גופנית או סמים

th6) ניתוח לאבחון חדיש עם סיפור התפתחות

סכיזופרניה סוגים:

Disorganized type דיבור התנהגות לא מאורגנים אפקט שטוח או לא-תואם

Undifferentiated type מתאים לקריטריונים של A.

Residual type קריטריונים של A חלפו, עדות לפגיעה בצורה של סימנים שלילים B.

Paranoid type מעורבות של דלוסיות או הלוצינציות שמעה תכופות, לא בולטים הפרעות דיבור והתנהגות

אפקט אינו שטוח ותואם ברובו.

Catatonic type התמונה הקלינית נשלטת בשניים לפחות מהסימנים הקטטונים (ראה מדיכאון)

סכיזופרניה מהלך:

1. תקופתי (קריטריונים A) אם סימנים שליליים בולטים בין ההתקפים
2. תקופתי (קריטריונים A) אם סימנים רסידואלים בין ההתקפים
3. תקופתי (קריטריונים A) **ללא** סימנים רסידואלים בין ההתקפים
4. מתמשך (קריטריונים A) אם סימנים שליליים בולטים
5. מתמשך (קריטריונים A) **ללא** סימנים שליליים בולטים
6. אירוע יחיד עם סימנים שליליים בולטים
7. אירוע יחיד עם רמיסה חלקית
8. אירוע יחיד עם רמיסה מלאה
9. דפוס אחר לא-ספציפי

הפרעה סכיזופרניפורמית

(A) כמו בסכיזופרניה

(B) נמשך לפחות חודש אבל פחות מחצי שנה

(C) לא ממחלה גופנית או סמים

שניים מהבאים, אינדיקציה לפרוגנוזה טובה

- 1) פסיכזה הופיע תוך 4 שבועות משינויים בהתנהגות
- 2) בלבול ופרפלקסיות מאפיינים את הפסיכזה
- 3) תפקוד פראמורבידי (חברתי תעסוקתי) טוב
- 4) ללא השטחה אפקטיבית

הפרעה סכיזואפקטיבית

- (A) במהלך ההפרעה יש סימנים של קריטריון A מסכיזופרניה ביחד עם דיכאון מיל'ור (**חייבת להיות ירידה במצב רוח**) מאניה או תערובת מניה ודיכאון
- (B) לפחות שבועיים של הלוצינציות או דלוסיות בלי סימפטומים אפקטיביים
- (C) סימפטומים אפקטיביים בחלק ניכר מהמחלה
- (D) לא ממחלה גופנית או סמים
- (Subtypes) 1) דיכאוני 2) ביפולארי

הפרעה דלוסינאלית

- (A) חודש לפחות של דלוסיות **לא**-ביזארייות (כגון מצבים מציאותיים שעלולים להיות בחיי יום-יום).
- (B) לא עמד בקריטריונים אקטיביים A של סכיזופרניה (ותכנו הלוצינציות ריח תחושה קשורות לדלוסיה)
- (C) תפקוד שמור (פרט לשטח הקשור לדלוסיה) ואין התנהגות ביזארית.
- (D) לא היו סימפטומים אפקטיביים (אם היו אז לזמן קצר מאד ביחס להפרעה)
- (E) לא ממחלה גופנית או סמים

HUGLING JACKSON (היה נירולוג) הראשון שהציע לחלק את הסימנים בסכיזופרניה לסימנים חיוביים ושלילים.

NEGATIVE SIGHNS

- רפיון אסוציאטיבי והפרעות חשיבה. יתכנו מחסור, דלות, מצמום, בדיבור חשיבה ופעולה.
- אפקט שטוח מתק חוסר תגובה רגשית
- ירידה ברציה ואינציאטיבה (אישיות) הגינה תיפוף רגוע ללא בלבול.

POSITIVE SIGHNS

- מחשבות שווא פעילות שנדרריות, מאניות
- הלוצינציות שמיעה שנדרריות
- אפקט לאבילי מתח אמוצינאליות
- אי-שקט, בלבול, ואמוצינאליות.

CROW הדגיש חלוקה זאת וניסה לקשור אותה לממצאים ביולוגים ולטיפול. החלוקה שלו היא:

1TYPE

- ללא ממצא ב CT
- מגיב טוב לטיפול אנטי פסיכטי
- מנגנון פטלוגי כנראה דופאמין

2TYPE

- הרחבת חדרים ב CT
- מגיב רע לטיפול אנטי פסיכטי
- מנגנון פטלוגי כנראה ניווני

NANCY ANDREASEN הראתה שסימנים חיוביים מופיעים יחדיו יותר בשלב החריף הפסיכוטי, ואילו הסמנים השליליים מופיעים יחד עם סימנים שלילים אחרים יותר בשלב הליקוי הפוסט פסיכטי דהינו סימנים שלילים. (בתנה סקלות הערכה SAPS SANS)

LANGFELD ניסה לבנות מערכת פרוגנוסטית על בסיס החלוקה לסימנים חיוביים ושלילים, תבע את המונח SCHIZOPHRENIFORM לסכיזופרניה עם פרוגנוזה טובה.

PROCESS SCHIZOPHRENIA	SCHIZOPHRENIFORM
• תפקוד קודם לקוי	• תפקוד קודם טוב
• ללא גורם סטרוגני	• גורם סטרוגני ברקע
• פרוגנוזה רעה	• פרוגנוזה טובה

LIDDEL תאר 3 קבוצות סימפטומים אשר לדעתו קשורים למערכות ואזורים מוחיים.

PSYCHOMOTOR POVERTY	DISORGANIZATION	REALITY DISTORTION
DORSOLATERAL PREFRONTAL CORTEX AND STRIATUM	ORBITOFRONTAL CORTEX AND CINGULATE CORTEX	TEMPORAL LOB
• אפקט שטוח ולא-מגיב	• אפקט לא-תואם	• הלוצינציות קלות
• ירידה בתועמליות ספונטניות	• רפיון	• מחשבות שווא של רדיפה יחס
• מוטטוניות בדיבור	• סנגנציאליות	
• דיבור איטי	• דיבור לא-קוהרנטי	
• ירידה בקשר עין	• לחץ דיבור	
	• מיעוט בדיבור	

לאחרונה התווספו חלוקות של 4 קבוצות תוספת של הסתגרות חברתית לסימנים חיוביים שלילים ודיסאורגאניזציה.

Check list DSM

סמן בעיגול μ מסביב לממצאים חיוביים תאריך: _____

סכיזופרניה

(A) שניים או יותר מהסימפטומים הבאים (מספיק סימפטום אחד אם הוא הדלוסיות ביזארייות או קולות המעירים הערות או משוחחים בניהם), כל אחד קיים במשך חודש (פחות במקרה של טיפול מוצלח)

- 1) דלוסיות (יחס, השפעה, שליטה, רדיפה, קנאה, גדולה, סומאטיות, דתיות, אשמה, גניבה-השתלת-שידור-שמייעת-מחשבות, ביזארייות)
- 2) הלוצינציות (שמייעה: הערות גוף-שלישי ראייה: תחושה: ריח-טעם)
- 3) דיבור לא מאורגן (חוסר קוהרנטיות או סטייה מהנושא)
- 4) סימנים שלילים (דהיינו: השטחה אפקטיבית אלוגיה חסך-רציה)

(B) פגיעה תפקודית משמעותית באחד התחומים: עבודה, יחסים בין-אישיים, היגיינה, באופן בולט בהשוואה לתחילת המחלה.

אקופרסקיה (חזרה מרובה וחסרת משמעות על תנועה שבוצעה)

Subtypes 1. רדיפה 2. קנאה 3. ארטומאנית 4. סומאטית 5. גדלות 6. מעורב 7. Unspecified

התקף פסיכודה קצרה (Brief)

(A) אחד או יותר מהסימפטומים הבאים:

- 1) דלוסיות
 - 2) הלוצינציות
 - 3) דיבור מבלבל
 - 4) התנהגות לא-מאורגנת (קטאטונית)
- (B) פחות מחודש, לפחות יום אחד, חזרה מלאה לתפקוד קדם-מחלה
- (rd3) ללא סימפטומים אפקטיביים
- (th4) לא ממחלה גופנית או סמים

התקף פסיכוטי ממחלה גופנית, סמים, תרופות.

- (A) הלוצינציות או דלוסיות בולטות
- (B) יש עדות מבדיקה או אנמנזה לקשר ישיר פסיולוגי בין המחלה וההפרעה במצב הרוח
- 1) עדות מהספרות
 - 2) קשר בממד הזמן בין התפתחות המחלה וההפרעה הנפשית
 - 3) הפרעה במצב הרוח אינה טיפוסית למחלה נפשית (לדוגמה גיל מאוחר)
 - 4) אין הסבר אלטרנטיבי
- (C) לא במהלך דליריום

אירוע דכאון מסוג מאג'ור

(A) 5 או יותר מהסימפטומים למשך שבועיים רצופים (לפחות אחד מסימפטומים 1 או 2)

- 1) מצב רוח ירוד (כל היום כמעט כל יום)*
- 2) ירידה בהנאות ועניין
- 3) ירידה-עליה במשקל או תיאבון (5% ממשקל גוף)
- 4) חסר או יתר שינה*
- 5) אגיטציה או העתה מוטורית*
- 6) עייפות אובדן אנרגיה*
- 7) רגשות חסר ערך עצמי או אשמה*
- 8) ירידה בריכוז, מחשבה, חסר החלטיות*
- 9) מחשבות חוזרות ונשנות על מוות (גם ללא תוכנית)

(B) הסימפטומים גורמים סבל, פגיעה תפקודית חברתית או פגיעה בתחום חשוב אחר של התפקוד.

(rd3) לא נגרם עקב מחלה גופנית שימוש בסמים או תרופות.

(th4) לא נגרם עקב אובדן (אבל) קרוב (או פונקציה אחרת)

דכאון מסוג מאג'ור לאחר לידה

מתחיל תוך 4 שבועות מלידה.

דכאון מסוג מאג'ור עם מרכיב קטאטוני.

התמונה הקלינית נשלטת בלפחות שניים מהסימפטומים הבאים:

- 1) חוסר תנועתיות כמו בסטופור.
- 2) תנועתיות מוגברת לא מכוונת לפעולה ולא משפעת מגיירים חיצוניים
- 3) נגיטיביזם ללא סיבה, או תנוחה ריגידית לכל ניסיון שינוי
- 4) תנועות מיוחדות ומוזרות: מניאריסים, גרימאסים, תנועות סטירוטיות, תנוחות מוזרות
- 5) אקוליליה (חזרה מרובה וחסרת משמעות על מילה שנאמרה)

דכאון מסוג מאג'ור עם מלנקוליה.

(A) אחד מהבאים במשך החלק החמור של האירוע הדכאוני:

- 1) אובדן הנאה מכל (או כמעט כל) פעילות
- 2) חסר תגובתיות לגירויים מעוררי הנאה (לא משתפר גם לנוכח אירועים משמחים)

(B) שלשה או יותר מהבאים:

- 1) תחושה דכאונית במיוחד (במובן שחמורה מעצבות של אובדן)
- 2) יותר חמור בבקר
- 3) התעוררות מקדמת (לפחות שעתיים יותר מהרגיל)
- 4) רטרדציה או אגיטציה מוטורית קשה
- 5) אנורקסיה או ירידה משמעותית במשקל
- 6) רגשות אשמה מוגזמות או לא מתאימות

דכאון מסוג לא טיפוס

(A) ראקטיביות אפקטיבית (מגיב לאירועים חיוביים)

(B) שניים או יותר מהבאים:

- 1) עליה משמעותית במשקל או תיאבון
- 2) יתר שינה
- 3) תחושת כבודת בגפיים
- 4) רגישות ממושכת לדחייה בין-אישית בגללה פגיעה תפקודית חברתית ותעסוקתית

(C) לא מתאים לקריטריונים של קטאטוניה ומלנקוליה

אירוע מאני

(A) תקופה (לפחות שבוע) של מצב רוח מרומם איריטאבילי ואקספנסיבי באופן שאינו נורמאלי

(B) שלש (ארבעה אם רק איריטאביליות) או יותר הופיעו באופן משמעותי

- 1) הערכה עצמית מנופחת גרנדיוזיות
- 2) חוסר צורך בשינה
- 3) דברן יותר מהרגיל מרגיש לחץ לדבר
- 4) מרוץ מחשבות
- 5) דיסטראקטאביליות (תשומת הלב פונה לגירויים שוליים)
- 6) פעילות מוגברת (חברתית עבודה) אגיטציה פסיכומוטורית
- 7) מעורבות יתר בעיסוקים מהנים עם פוטנציאל לנזק עצמי (חוסר דיסקרטיות מינית, השקעות כספיות מפקפקות..)

(C) השינויים חמורים בעוצמה שגורמת לפגיעה תפקודית בעבודה ביחסים חברתיים או שדורשת אשפוז למנוע נזק לעצמו או לזולת, או יש מרכיבים פסיכוטיים.

(th4) לא נגרם עקב מחלה גופנית שימוש בסמים או תרופות

אירוע מאני לאחר לידה (כמו בדכאון למעלה)

אירוע מאני עם מרכיב קטאטוני. (כמו בדכאון למעלה)

אירוע היפומאני

(A) (כמו אירוע מאני למשך ארבעה ימים לפחות) 9

(B) שלש או יותר מסימפטומים (כמו אירוע מאני)

(C) האירוע מלווה בשינוי 'לא ניתן ליוכח' בתפקוד אשר לא היה מקודם. 9

(D) ההפרעה במצב הרוח ובתפקוד מדווחת על ידי אחרים (מכרים וקרובים)

הפרעה דיכאונית NOS

- לא עונה לקריטריונים של הסוגים השונים של הפרעות דיכאוניות
לא נגרם עקב מחלה גופנית שימוש בסמים או תרופות
הפרעה disorder פאניקה
- (A) התקפים חוזרים (לא צפויים) של פאניקה, לפחות לאחר אחד מהם (או יותר) תקופה של חודש עם אחד או יותר מהבאים: (1) דאגה מההתקף ותוצאותיו (2) דאגה מתמדת מהתקף נוסף (3) שינויי מהותי בהתנהגות עקב ההתקף
סימפטומים של ההתקף מתפתחים במהירות ומגיעים לשיא תוך דקות. ארבעה לפחות מסימפטומים הבאים.
(1) דפיקות לב דופק לב מוגבר
(2) הזעה
(3) רעד
(4) קוצר נשימה
(5) חנק
(6) כאבים לחץ בחזה
(7) כאב בטן בחילה
(8) סחרחורת, תחושת ריחוף, עילפון
(9) פאראסטזיה נימול
(10) צמרמורות גלי חום
(11) פחד להשתגע או לאבד שליטה
(12) פחד למות
- (C) לא נגרם עקב מחלה גופנית שימוש בסמים או תרופות

הפרעה disorder פאניקה עם אגוראפוביה

- (1) פחד מתקף פאניקה סיטואציונאלי (סיטואציות העלולות לגרום להתקף) בהם לא תהיה אפשרות לקבל עזרה או להתחמק לברוח. בד"כ מדובר בפחד להיות לבד בחוץ, מקהל, לעמוד בתור, גבהים, תחבורה.
(2) פעילות המנעותית מסיטואציות מפחידות מצמצמת את חיי המטופל

אגוראפוביה ללא התקפי פאניקה

- (1) פחד מסימפטומים של התקף פאניקה (פחות מארבעה) בהם לא תהיה אפשרות לקבל עזרה או להתחמק לברוח. בד"כ מדובר בפחד להיות לבד בחוץ, מקהל, לעמוד בתור, גבהים, תחבורה.
(2) פעילות המנעותית מסיטואציות מפחידות מצמצמת את חיי המטופל

SOCIAL PHOBIA

- (A) פחד משמעותי תמידי להיות חשוף לאנשים לא מכרים חברה זרה העלולה להיות עינית או פחד להתנהג באופן משפיל מביך. (1) לדבר לקהל (2) לאכול בנוכחות זרים (3) לכתוב בנוכחות אחרים
(B) חשיפה לאירוע מפחיד יגרום קליניקה של התקף פאניקה
(C) יש תובנה שהפחד לא מציאותי
(D) התנהגות המנעותית מהמצבים המפחידים
(E) ההמנעות פוגעת בתפקוד חברתי תעסוקתי או אחר
(F) מתחת לגיל 18 משך לפחות חצי שנה
(G) לא ממחלה גופנית או סמים

SPECIFIC PHOBIA

- (A) פחד מוגזם תמידי ולא-הגיוני מחפץ או אירוע ספציפי (מראה דם, זריקה, גבהים, טיסה, בעלי-חיים, חרקים)
(B) חשיפה לאירוע מפחיד יגרום קליניקה של התקף פאניקה
(C) יש תובנה שהפחד לא מציאותי
(D) התנהגות הימנעותית מהמצבים המפחידים

- (th5) השינויים לא חמורים בעוצמה שגורמת לפגיע תפקודית בעבודה ביחסים חברתיים או שדורשת אישפוז אין מרכיבים פסיכומים. 9
(F) לא נגרם עקב מחלה גופנית שימוש בסמים או תרופות

דיסטימיה

- (A) ירידה במצב הרוח (ילדים ומתבגרים יתכן רק איריטאביליות) למשך שנתיים (ילדים ומתבגרים יתכן רק שנה) רוב היום רוב הימים. 9
(B) שניים או יותר בזמן האירוע:
(1) תיאבון מופחת או אכילת יתר
(2) חסר או יתר שינה
(3) עייפות אנרגיה מופחתת
(4) ערך-עצמי ירוד
(5) ריכוז ירוד או קושי להחליט
(6) רגשות חוסר אונים
(C) במשך כל התקופה הנבדק לא היה חופשי מסימפטומים יותר מחודשיים רצוף 9
(th4) לא היה דכאון מאג'ור במשך השנתיים הראשונות (שנה לילדים ומתבגרים)
(th5) לא היה ארוע מאני או היפומאני
(th6) לא הופיע במהלך מחלה פסיכוטית כגון סכיזופרניה
(th7) לא נגרם עקב מחלה גופנית שימוש בסמים או תרופות
(th8) הסימפטומים גורמים לסבל ופגיעה תפקודית תעסוקתית חברתית או בשטח אחר

הפרעה במצב הרוח עקב מחלה כללית גופנית (סמים ותרופות)

- (A) הפרעה במצב הרוח הכוללת אחד או את שני הבאים:
(1) ירידה במצב הרוח ועניין כמעט בכל פעילות
(2) מצב ריח מרומם אקספנסיובי איריטאבילי (B) יש עדות מבדיקה או אנמנזה לקשר ישיר פיסיוולוגי בין המחלה וההפרעה במצב הרוח
(1) עדות מהספרות
(2) קשר בממד הזמן בין התפתחות המחלה וההפרעה הנפשית
(3) הפרעה במצב הרוח אינה טיפוסית למחלה נפשית (לדוגמה גיל מאוחר)
(4) אין הסבר אלטרנטיבי
(C) הסימפטומים גורמים לסבל ופגיעה תפקודית תעסוקתית חברתית
(th4) לא במהלך דליריום
מחלה ביפולרית מסוג I
אחד או יותר אירועים מאנים

מחלה ביפולרית מסוג II

- לפחות אירוע היפומאני אחד (לא היה אירוע מאני) , ואירוע דכאון מיג'ור אחד

RAPID CYCLING

- לפחות 4 אירועים (עונים לקריטריונים של דכאון מאני או מעורב) אפקטיביים בתוך חצי שנה אחרונה

SEASONAL PATTERN

- (A) קשר בזמן בין האירוע האפקטיבי והעונה בשנה (בד"כ דיכאון שמופיע בסתיו)
(B) רמיסיות מלאות בעונה מסוימת
(C) בשנתיים האחרונות לפחות פעמיים אירועים המתוארים מעלה B A
(D) דיכאוניות עונתיים יותר מאלי שאינם עונתיים

- (E) ההימנעות פוגעת בתפקוד חברתי תעסוקתי או אחר
 (F) מתחת לגיל 18 משך לפחות חצי שנה
 (G) לא ממחלה גופנית או סמים
- (2) עצבנות והתפרצות זעם
 (3) קשיי ריכוז
 (4) עוררות יתר vigilance
 (5) תגובת startle מוגזמת

חרדה כללית (generalized)

- (A) דאגה קיצונית [בנושאי תפקוד חברתי אקדמי או תעסוקתי] רוב הימים [רוב היום] למשך תקופה של חצי שנה לפחות
 (B) חוסר יכולת או קושי להתגבר על הדאגה
 (C) הדאגה מלווה בלפחות **שלוש** מהסימפטומים הבאים רוב הזמן:
 (1) אי-שקט תחושה של סף-התפרצות
 (2) עייפות יתר
 (3) קשיי ריכוז
 (4) מתח שרירים
 (5) קשיי הרדמות ושינה
 (D) לא מלווה הפרעה אפקטיבית או פסיכוטית
 (th5) החרדה גורמת לסבל ופוגעת בתפקוד חברתי תעסוקתי או אחר
 (th6) לא ממחלה גופנית או סמים

חרדה ממחלה גופנית כללית

- יש עדות מבדיקה או אנמנזה לקשר ישיר פסיולוגי בין המחלה וההפרעה הנפשית [עדות מהספרות, קשר בממד הזמן בין התפתחות המחלה וההפרעה הנפשית אין הסבר אלטרנטיבי]
 הסימפטומים גורמים לסבל ופגיעה תפקודית תעסוקתית חברתית, לא במהלך דליריום

הפרעת הסתגלות

- (A) התפתחות סימפטומים אמוצינאליים או התנהגותיים עקב גורם סטרוגני מזוהה שקרה בתוך שלשה חודשים תרם ההפרעה
 (1) דכאון
 (2) חרדה
 (3) מעורב דכאון וחרדה
 (4) פגיעה תפקודית עם פגיעה בזולת
 (B) קליניקה של אחד מהבאים (1) סבל יותר מהצפוי מהגורם הייחודי (2) פגיעה תפקודית חברתית תעסוקתית משמעותית
 (rd3) לא מתאים למחלה פסיכיאטרית אחרת
 (th4) לא אבל
 (th5) לאחר הפסקת הסטרסור הסימפטומים לא נמשכים יותר מחצי שנה נוספת

ACUTE STRESS DISORDER [לא לפי סדר]

- (A) שלש או יותר מהסימפטומים הבאים מיד לאחר או בזמן האירוע
 (1) תחושת ניתוק והפחתת תגובה ריגשת
 (2) ירידה במודעות לסביבה
 (3) דפרסונאליזציה
 (4) אמנסיה דיסוציאטיבית
 (B) לפחות יומיים לא יותר מארבעה שבועות
 (rd3) מלווה פגיעה תפקודית
 (th4) לא ממחלה גופנית

אנורקסיה נרבוזה

- (A) סירוב לשמר על משקל גוף מעל מינימום (פחות מ 85% ממשקל צפוי)
 (B) פחד מעליה במשקל גם כאשר יש תת-מישקל
 (C) הפרעה בתפיסת הגוף (משקל או צורה)
 (D) אבדן מחזור (לפחות שלוש חודשים עוקבים)

מחלה אובססיבית קומפולסיבית

- (A) אובססיות או קומפולסיות
אובססיות
 (1) מחשבות חודרניות-מטרידות-זרות, חוזרות ונשנות שגורמות מתח וסבל
 (2) לא מדובר בדאגות רגילות של יום יום
 (3) יש ניסיון להיפטר או לדכא את המחשבות על ידי מחשבה או פעולה
 (4) יש תובנה שהמחשבות הם של הנבדק עצמו (אגודיסטוני)
קומפולסיות
 (1) פעולה שחוזרת על עצמה (בדיקה ספירה רחיצת ידיים)
 (2) ונועדה להתנגד או לבטל סבל מתח מאובססיות (הפעולה לא יעילה לנושא האובססיה)
 (B) המטופל מודע לחוסר ההיגיון שבאובססיות קומפולסיות
 (rd3) האובססיות קומפולסיות גוזלות זמן רב מהתפקוד הרגיל ופוגעות בתפקוד חברתי תעסוקתי או אחר
 (th4) עם ישנה הפרעה נוספת במקביל האובססיות אינם קשורות אליה (לדוגמה: מחשבות על אוכל באנורקסיה נרבוזה)
 (th5) לא ממחלה גופנית או סמים

הפרעה פוסט-טראומטית PTSD

- (A) האדם נחשף לאירוע טראומטי קשה אשר בו היה: (כולל את שני הקריטריונים)
 (1) סכנת חיים או פגיעה קשה לעצמו או אחרים קרובים
 (2) הגיב בפחד קיצוני חוסר-אונים קיצוני או זוועה
 (B) האירוע הטראומטי נחוה מחדש באופן חוזר ונשנה על ידי אחד (או יותר) מהצורות הבאות:
 (1) היזכריות חודרניות (מראות מחשבות זיכרונות)
 (2) חלומות
 (3) חווה מחדש ב flash-backs הלוצינציות ודיסוציאציות
 (4) סבל פסיכולוגי מחשיפה לגירויים מזכירים או קשורים לטראומה
 (5) תגובה פסיולוגית עקב חשיפה לגירויים מזכירים או קשורים לטראומה
 (C) הימנעות מגירויים מזכירים וירידה בערות כללית אשר לא היו בטרם הטראומה (לפחות 3 סימפטומים)
 (1) ניסיון להתנגד לזיכרונות מחשבות רגשות הקשורים לטראומה
 (2) ניסיון להימנע פעולות מקומות או אנשים הקשורים לטראומה
 (3) ירידה משמעותית בעניין כללי ומעורבות בפעילות של יום יום
 (4) הרגשה של זרות וניתוק מאחרים
 (5) צמצום תווך אפקטיבי אינו מסוגל לחוש רגשות אהבה לזולת
 (6) תחושה שאין תיקווה, עתיד, או שהעתיד קצר
 (D) עוררות יתר כפי שלא הייתה תרם הטראומה (לפחות 2 סימפטומים)
 (1) קושי להירדם

מיישנים מרגיעים: דיבור כבד הפרעות קורדינציה הליכה ישנוניות

מעוררים אמפטאמינים קוקאין: אאופוריה פעילות

עוררות יתר אי-שקט אגרסיה מחשבות שוא (פראנוידיות) מידריאסיס (אישונים רחבים) יובש רקמות רעד חסר יציבות הליכה הפרעות קצב י.ל.ד. אפילפסיה ירידה במשקל

אופואידים: אאופוריה שטטוש בלבול האטה פסיכומוטורית דיבור כבד אנורקסיה מיזיס (אישוני סיכה) בחילה עצירות גרד נימול קרמפים שרירים (מוות מדיכוי נשימה לב)

(A) שימוש לרעה בתכשיר המוביל לסבל קליני ותיפקודי (בעבודה בבית-הספר או בבית, בעיות אם החוק, בעיות בין-אישיות או חברתיות) על פי שלש או יותר מהסימנים המופיעים בתוך תקופה של שנה. (לא עלפי הסדר ב dsm)

- 1) שימוש בכמות או משך יותר מהמתוכנן (יותר משהתכונן)
- 2) חשק תמידי לסם או כשלון בהפסקה או הפחתת הסם
- 3) חלק גדול מהזמן מושקע בהשגת הסם, בשימוש בסם, או בניסיונות להיגמל
- 4) הפסיק או הפחית פעילות פנאי או פעילות חברתית עקב שימוש בסם
- 5) שימוש בסם נמשך גם לנוכח ההכרה שמזיק ופוגע בבריאות ובתפקוד
- 6) tolerance זקוק להגדיל מינון להסגת אותה השפעה, השפעה פוחתת שימוש חוזר

סימני גמילה עיקריים:

מיישנים מרגיעים: דופק הזעה מוגברת (פעילות-יתר אוטונומית), רעד, חסר שינה, בחילה, הלוצינציות זמניות (טקטיליות שמיעתיות), אי-שקט פסיכומוטורי, מתח חרדה, התקף אפילפסיה

מעוררים אמפטאמינים קוקאין: עייפות חולשה, סיוטי לילה, חסר או יתר שינה, תיאבון מוגבר, אי-שקט או העתה פסיכומוטורית

אופואידים: דיספוריה, בחילה הקאה, כאבי שרירים, דמע נזלת, אישונים רחבים, הזעה, פילן_ארקציה, שלשול, פיהוק, חום, חסר שינה (מוות מאי-ספיקה צירקולטורית)

בולמיה נרבוזה

(A) אירועים חוזרים של התקפי אכילה מלווים בתחושה של איבוד שליטה על האכילה ובהם נאכלת כמות גדולה מהרגיל בזמן כזה (תוך שעתיים) התקפי אכילה עם לפחות שלש מהבאים:

- 1) אכילה מהירה מהרגיל
- 2) אכילה בכמות הגורמת למלאות עם אי-נוחות
- 3) אכילה של כמיות גדולות ללא רעב
- 4) אכילה בהסתר עקב מבוכה מכמות האוכל
- 5) גועל נפש מעצמו דיכאון או אשמה לאחר אכילת יתר

(B) פעילות להרזיה כגון הקאה, שימוש מרובה בתכשירים להרזיה, משתנים משלשלים (rd3) לפחות פעמיים בשבוע למשך שלש חודשים (th4) פגיעה בהערכה עצמית של צורה ומשקל גוף (th5) לא במהלך אנורקסיה נרבוזה

אלכהוליסם

(A) שימוש לרעה בתכשיר (אלכהול) המוביל לסבל ופגיעה תפקודית על פי אחד או יותר מהסימנים המופיעים בתוך תקופה של שנה.

- 1) שימוש חוזר ונשנה באלכהול הגורם לפגיעה בתפקוד בעבודה בבית-הספר או בבית
- 2) שימוש חוזר ונשנה באלכהול במצבים מסוכנים כגון נהיגה או הפעלה של מכונות אחרות
- 3) בעיות אם החוק עקב שימוש חוזר ונשנה באלכהול
- 4) בעיות בין-אישיות או חברתיות עקב שימוש חוזר ונשנה באלכהול

התמכרות לאלכהול

(A) שימוש לרעה בתכשיר (אלכהול) המוביל לסבל קליני על פי שלש או יותר מהסימנים המופיעים בתוך תקופה של שנה. (לא עלפי הסדר ב dsm)

- 1) שימוש בכמות או משך יותר מהמתוכנן (יותר משהתכונן)
- 2) חשק תמידי לשתות או כשלון בהפסקה או הפחתת השתייה
- 3) חלק גדול מהזמן מושקע בהשגת השתייה, בשתייה, או בניסיונות להיגמל
- 4) הפסיק או הפחית פעילות פנאי או פעילות חברתית עקב שימוש באלכהול
- 5) השתייה נמשכת גם לנוכח ההכרה שמזיקה ופוגעת בבריאות ובתפקוד
- 6) tolerance זקוק להגדיל מינון להסגת אותה השפעה, השפעה פוחתת בשתייה חוזרת
- 7) withdrawal פעילות יתר אוטונומית (אגיטציה, חרדה, רעד, בחילה-הקאה, חוסר שינה, התקף אפילפטי, הלוצינציות ראייה טקטיליות שמיעה) שותה למנוע סימפטומים של טולראנס

התמכרות לסמים

סימני אינטוקסיקציה עיקריים: