

פסיכופתולוגיה: סקירה כללית וגישות מחקר

יעדי הלימוד

- 1.1 להסביר כיצד מגדירים פסיכופתולוגיה וכיצד מסווגים הפרעות נפש.
- 1.2 לתאר את היתרונות ואת החסרונות של סיווג.
- 1.3 להסביר כיצד תרבות משפיעה על מה שנחשב חריג ולתאר שתי הפרעות שהן ייחודיות לתרבויות מסוימות.
- 1.4 להבחין בין תפוצה להיארעות ולזהות את הפרעות הנפש הנפוצות והשכיחות ביותר.
- 1.5 לברר מדוע אפשר לחקור את הפסיכופתולוגיה כמעט בכל סביבה והקשר.
- 1.6 לתאר שלוש גישות שונות לאיסוף מידע על הפרעות נפש.
- 1.7 להסביר מדוע נחוצה קבוצת ביקורת (או קבוצת השוואה) כדי לבחון השערה כראוי.
- 1.8 לברר מדוע מערכי מחקר מתאמיים הם חשובים אף שאי־אפשר להסיק מהם על קשרים סיבתיים.
- 1.9 להסביר את המאפיינים העיקריים של מערך מחקר ניסויי.

פסיכופתולוגיה (abnormal psychology)

פסיכופתולוגיה עוסקת בהבנת טבען של הפרעות הנפש, הסיבות לקיומן והטיפול בהן. הנושאים והבעיות בתחום הפסיכופתולוגיה סובבים אותנו בחיי היום-יום. אינכם צריכים אלא לקרוא עיתון, לעלעל בכתב עת, לגלוש באינטרנט או לצפות בסרט כדי להיחשף לאחדות מן הסוגיות שמטפלים וחוקרים עוסקים בהן דרך שגרה. לעיתים קרובות ידוען זה או אחר מופיע בחדשות בשל בעיה של צריכת סמים או אלכוהול, ניסיון התאבדות, הפרעת אכילה או קושי פסיכולוגי אחר. ספרים רבים מתארים סיפורים אישיים של התמודדות עם סכיזופרניה, דיכאון, פוביות והתקפי פאניקה. סרטי קולנוע ותוכניות טלוויזיה מציגים היבטים של התנהגות חריגה בדרגות שונות של דיוק. ולבסוף, לעיתים עולים לכותרות גם סיפורים טרגיים על אימהות שהורגות את ילדיהן, סיפורים שנראה כי מעורבות בהם בעיות דיכאון, סכיזופרניה או קשיים שלאחר לידה.

פסיכופתולוגיה יכולה להימצא גם קרוב יותר לבית. בכל מוסד אקדמי שבו תבקרו תיתקלו בעלוני פרסום של קבוצות תמיכה לאנשים עם הפרעות אכילה, דיכאון ומגוון הפרעות אחרות. ייתכן אף שאתם מכירים אדם שחוהו בעיה קלינית. אולי זה בן הדוד שנוהג לצרוך קוקאין, שותפה לדירה הלוקה בבולימיה או סבא שמפתח מחלת אלצהיימר. זה יכול להיות חבר לעבודה של אימכם שמאושפז בשל דיכאון, שכנה שמפחדת לצאת מהבית או מישהו במכון הכושר שמתאמן נמרצות אף שהוא רזה במידה מדאגה. אפשר שיהיה זה אפילו חסר הבית המרושל עם הכובע העשוי מרדיד אלומיניום, שזועק "הניחו לי!" לקולות שאיש מלבדו אינו שומע.

הסוגיות של פסיכופתולוגיה מושכות את תשומת ליבנו ומעוררות בנו עניין. הן גם מאלצות אותנו לשאול שאלות. להמחשת הדברים, הבה נעין בשני מקרים קליניים.

מוניק

מוניק היא סטודנטית למשפטים בת 24. היא נאה, לבושה מסודר וללא ספק היא מבריקה. אם הייתם פוגשים אותה הייתם חושבים שהבעיות בחייה מעטות; אבל מוניק שותה אלכוהול מאז שהייתה בת 14, והיא מעשנת מריחואנה מדי יום. אומנם היא מגדירה את עצמה כ"שתיינית בנסיבות חברתיות בלבד", אך היא שותה ארבע או חמש כוסות יין כשהיא יוצאת לבלות עם חברים, וגם בלילות שבהם היא נשארת לבדה בביתה היא שותה כמה כוסות יין בכל לילה. לעיתים קרובות היא מתקשה לקום בבוקר מהמיטה בשל חמרמורת (hangover) ונעדרת משיעורים שמתקיימים בשעות הבוקר המוקדמות. היו כמה מקרים שבהם התעלפה בעקבות השתייה. מוניק דוחה את הטענה שיש לה בעיה כלשהי עם שתייה, אך היא מודה שחבריה ובני משפחתה מודאגים מאוד ושהציעו לה לבקש עזרה. מוניק אומרת "אני לא חושבת שאני אלכוהוליסטית מכיוון שאני אף פעם לא שותה בבוקר". בשבוע שקדם לריאיון היא החליטה להפסיק לגמרי לעשן מריחואנה משום שחששה שיש לה בעיית סמים. ואולם, היא גילתה שאינה יכולה להפסיק, וכעת היא שוב מעשנת בקביעות.

סקוט

סקוט נולד למשפחה אמידה. לידתו עברה ללא כל בעיות, ובילדותו היה נראה שהתפתחותו תקינה. הוא למד במכללה יוקרתית וסיים לימודי תואר ראשון במתמטיקה. ואולם, זמן קצר לאחר מכן הוא התחיל להתרחק ממשפחתו וזנח את תוכניתו להמשיך בלימודים לתואר שני. הוא נסע לסן פרנסיסקו ושכר דירה באזור מוזנח של העיר. הוא הלך ונעשה חשדן כלפי האנשים שסביבו ופיתח רעיונות מוזרים על טכנולוגיה להשתלט מוח. זמן קצר לפני חג המולד הוא קיבל חבילה מחבר. כאשר פתח את החבילה הוא דיווח ש"ראשו התפוצץ" והוא התחיל לשמוע קולות, אף שאיש לא היה בסביבתו. הקולות התחילו לומר לו מה לעשות ומה לא לעשות. הוריו המודאגים באו לבקרו, אך הוא סירב ללכת לקבל עזרה או לחזור הביתה ולגור איתם. כעבור זמן קצר הוא עזב את העיר והחל לשוטט ברחבי המדינה כחסר בית. לבסוף עשה את דרכו בחזרה לחוף המזרחי. בכל אותה עת הוא שמע קולות בכל יום – לעיתים אפילו חמישה או שישה קולות שונים. בסופו של דבר משפחתו המודאגת איתרה אותו ושכנעה אותו לבקש עזרה. אף על פי שאושפז כמה פעמים ונטל תרופות רבות ושונות בשנים שבין האשפוזים, לסקוט עדיין יש תסמיני פסיכוזה. הקולות שהוא שומע מעולם לא נעלמו לגמרי, והם ממשיכים במידה רבה להכתיב את התנהגותו. כעת, בגיל 49, הוא גר בבית לאנשים עם צרכים מיוחדים ועובד במשרה חלקית כסדרן ספרים בספרייה אוניברסיטאית.

אפשר שתוך כדי הקריאה על מוניק ועל סקוט שאלתם את עצמכם שאלות. לדוגמה, היות שמוניק אינה שותה בבקרים, ייתכן שתהיתם אם אכן יש לה בעיית שתייה חמורה. ובכן, כן. יש לה בעיה חמורה. זוהי שאלה הנוגעת לקריטריונים שצריכים להתקיים כדי לקבוע אבחנה ספציפית אצל אדם כלשהו. או אולי תהיתם אם גם לאנשים אחרים במשפחתה של מוניק יש בעיות שתייה דומות. ואכן, בני משפחה נוספים סובלים גם הם מבעיות שתייה. שאלה זו היא על מה שאנו מכנים **מצבור משפחתי** – כלומר האם ההפרעה עוברת במשפחה.

מצבור משפחתי (family aggregation)

ייתכן גם כי אתם סקרנים לדעת מה קרה לסקוט ומדוע הוא שומע קולות. אולי עלו בדעתכם שאלות לגבי הגיל שבו התחילו להופיע אצלו התסמינים ולגבי נטיות מוקדמות שהשפיעו עליהם. סקוט לוקה בסכיזופרניה, הפרעה שלעיתים קרובות מופיעה בשלהי גיל ההתבגרות או בשנות הבגרות המוקדמות. כמו כן, כפי שממחיש המקרה של סקוט, לא פעם אדם שמפתח סכיזופרניה מתפתח באופן נורמלי לכאורה עד שהמחלה מתפרצת פתאום.

המקרים הללו מתארים אנשים אמיתיים וממחישים עד כמה הפרעות נפש עלולות לשבש את החיים. קשה לקרוא על קשיים כגון אלה ולא להרגיש חמלה כלפי אנשים כמו סקוט ומוניק, שמתמודדים עם הבעיה. ואולם, מטפלים וחוקרים

שרוצים לעזור לאנשים כמו סקוט ומוניק, נדרשים לתכונות ולמיומנויות נוספות מלבד חמלה. אם ברצוננו להבין הפרעות נפש, עלינו ללמוד לשאול את השאלות שיאפשרו לנו לעזור למטופלים עם הפרעות נפש ולמשפחותיהם. שאלות אלה הן בלב-ליבה של הגישה המבוססת על מחקר, השואפת להשתמש בחקירה מדעית ובתצפית קפדנית כדי להבין פסיכופתולוגיה.

שאלת שאלות היא פן חשוב בעבודת הפסיכולוג. פסיכולוגיה היא תחום מרתק, ופסיכופתולוגיה היא בין הנושאים המעניינים ביותר בפסיכולוגיה (אם כי אין ספק שדעתנו מוטת). פסיכולוגים לומדים כיצד לשאול שאלות וכיצד לערוך מחקרים. אומנם לא כל האנשים שעברו הכשרה בפסיכופתולוגיה עורכים מחקרים, אך הם בהחלט נשענים על המיומנויות המדעיות שלהם ועל יכולתם לשאול שאלות ולצרף מידע בדרכים עקביות והגיוניות. לדוגמה, כאשר מטפלים רואים לקוח או מטופל חדש, הם שואלים שאלות רבות כדי לנסות להבין לאשורן את הסוגיות והבעיות של אותו אדם. המטפלים גם יסתמכו על מחקרים עדכניים כדי לבחור את הטיפול היעיל ביותר. טיפולים שהיו הטובים ביותר לפני 20, 10 ואפילו 5 שנים אינם בהכרח הטובים ביותר כיום. ידע מצטבר וחידושים מתפתחים כל הזמן, ומחקר הוא המנוע המחולל את כל ההתפתחויות הללו.

בפרק זה נשרטט בקווים כלליים את תחום הפסיכופתולוגיה ואת ההכשרה והפעילויות המגוונות של העובדים במסגרתו. ראשית נתאר כיצד מגדירים פסיכופתולוגיה ומסווגים אותה באופן שבו חוקרים ואנשי מקצוע העוסקים בבריאות הנפש יכולים לתקשר ביניהם בנוגע לאנשים שהם רואים. סביר להניח כי מקצת הסוגיות שנדון בהן מורכבות ושנויות במחלוקת יותר מכפי שאתם מצפים. נציג גם מידע בסיסי על היקף ההתנהגויות החריגות באוכלוסייה הכללית.

חלקו השני של הפרק יוקדש למחקר. נעשה כל שביכולתנו כדי להראות לכם כיצד חוקרים פסיכופתולוגיה. המחקר נמצא בליבת הקדמה והידע בפסיכופתולוגיה. ככל שתברו ללמוד ולהבין כיצד מחקרים נערכים, כך תיטיבו להבין ממצאי מחקרים ותהיו מודעים יותר למה שאפשר להסיק מממצאיהם.

פסיכופתולוגיה מהי?

יעד לימוד 1.1 להסביר כיצד מגדירים פסיכופתולוגיה וכיצד מסווגים הפרעות נפש.

ייתכן שתופתעו מן העובדה שעדיין לא גובשה הסכמה אוניברסלית באשר למשמעות של פסיכופתולוגיה או הפרעה. אין בכך כדי לומר שאין לנו הגדרות; דווקא יש. עם זאת, הגדרה משביעת רצון תישאר כנראה תמיד חמקמקה (Lilienfeld et al., 2013; Stein et al., 2010).

סמנים (אינדיקטורים) של פסיכופתולוגיה

מדוע ההגדרה של הפרעת נפש מציבה אתגרים רבים כל כך? אחת הבעיות המרכזיות היא שאין התנהגות מסוימת אחת שבעטיה מישו נחשב לחריג. עם זאת, לפסיכופתולוגיה יש כמה מרכיבים או סמנים ברורים (Lilienfeld et al., 2013; Stein et al., 2010). אין די בסמן יחיד כדי לקבוע או להגדיר פסיכופתולוגיה. ואף על פי כן, ככל שלאדם יש קשיים רבים יותר בתחומים שלהלן, כך גדל הסיכוי שהוא לוקה בצורה כלשהי של הפרעת נפש:

1. **מצוקה סובייקטיבית:** אם אנשים סובלים מכאב פסיכולוגי או חווים כאב כזה, אנו נוטים לראות בכך סמן של פסיכופתולוגיה. אנשים בדיכאון מדווחים בפירוש שהם נתונים במצוקה וכמותם גם אנשים עם הפרעות חרדה. אולם מה באשר למטופל הסובל ממאניה ומצב רוחו מרומם? יכול להיות שמטופל זה אינו חווה כל מצוקה. למעשה, מטופלים רבים כמוהו אינם אוהבים ליטול תרופות כיוון שאינם רוצים לאבד את העליצות המאנית שלהם. נניח שיש לכם מחר בחינה ואתם מוטרדים מאוד. הרי לא נתייג את המצוקה הסובייקטיבית שלכם כחריגה. אומנם מצוקה סובייקטיבית היא במקרים רבים מרכיב בפסיכופתולוגיה, אך היא איננה תנאי מספיק (כל שנדרש) ואפילו לא תנאי הכרחי (מאפיין שחייב להופיע בכל מקרה של פסיכופתולוגיה) כדי שנתייחס אליה כאל עניין חריג.

2. **אי־הסתגלות:** התנהגות לא הסתגלותית היא לעיתים קרובות סמן לפסיכופתולוגיה. אישה עם אנוורקסיה עשויה לצמצם את כמות המזון שהיא צורכת ולהגיע למצב שבו היא נעשית רזה כל כך עד שחייבים לאשפזה. אדם הסובל מדיכאון עשוי להתרחק מחברים ומבני משפחה, וייתכן כי לא יוכל לעבוד במשך שבועות או חודשים. התנהגות לא הסתגלותית מפריעה לרווחתנו האישית וליכולתנו ליהנות מעבודתנו וממערכות היחסים שלנו. ואולם, לא כל ההפרעות כרוכות בהתנהגות לא הסתגלותית. חשבו לדוגמה על נוכל ועל רוצח שכיר; לשניהם יש הפרעת אישיות אנטי־חברתית. הנוכל אולי מסוגל לחמוס מאנשים את כל חסכוניהם בקלות. הרוצח מסוגל להרוג מישהו בעבור כסף. האם זו התנהגות לא הסתגלותית? מבחינתם לא, משום שזו דרכם להתפרנס. אנו רואים בהם חריגים משום שהתנהגותם היא לא הסתגלותית מבחינה חברתית.

3. **סטייה סטטיסטית:** פירושה המילולי של המילה חריג (abnormal) הוא "סוטה מהנורמלי". אך הקביעה שהתנהגות שהיא נדירה מבחינה סטטיסטית היא חריגה אין בה כדי לפתור את הבעיה של הגדרת החריגות. מבחינה סטטיסטית, גאונות היא נדירה וכמוה גם שמיעה אבסולוטית. עם זאת, בשום אופן איננו תופסים אנשים שניחנו בכישרונות יוצאי דופן מסוג זה כאנשים עם פסיכופתולוגיה. כמו כן, דבר שהוא שכיח מבחינה סטטיסטית אינו נחשב בהכרח נורמלי. שפעת מצויה היא ללא ספק נפוצה, ואף על פי כן היא נחשבת למחלה.

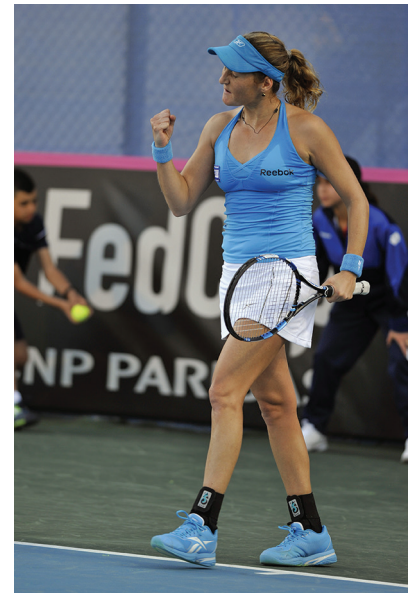
לעומת זאת, מוגבלות שכלית (שהיא נדירה מבחינה סטטיסטית ומייצגת סטייה מהנורמלי) נחשבת כמייצגת חריגות. מכאן אנו למדים שבבואנו להגדיר פסיכופתולוגיה אנו עושים שיפוט ערכי. מצב נדיר מבחינה סטטיסטית ובלתי רצוי (כגון תפקוד אינטלקטואלי נמוך מאוד), סביר שייתפס כחריג יותר מאשר מצב נדיר סטטיסטית ורצוי מאוד (כגון גאונות) או משהו שאינו רצוי אך שכיח (כגון חוצפה).

4. **הפרת אמות מידה חברתיות:** לכל התרבויות יש כללים. מקצתם מקבלים גושפנקה רשמית כחוקים, אחרים יוצרים את הנורמות ואת אמות המידה המוסריות שלאורך מלמדים אותנו להתנהג. אף שכללים חברתיים רבים הם שרירותיים במידת מה, התנהגותם של אלה שאינם מציינים לכללים המוסריים הקונבנציונליים והחברתיים של קבוצתם התרבותית, עשויה להיתפס כחריגה. לדוגמה: בקרב קהילת האימיש בפנסילבניה, נהיגה במכונית או צפייה בטלוויזיה נחשבות להתנהגויות חריגות בעליל. לעומת זאת, שתי הפעילויות הללו משקפות התנהגות יום-יומית נורמלית בקרב רוב תושביה האחרים של פנסילבניה.

מובן שהרבה מותנה במידה של הפרת הכלל ובשכיחות שבה אנשים אחרים מפריס אותו. כפי שממחישה הדוגמה לעיל, התנהגות נתפסת בדרך כלל כחריגה כאשר היא מפרה את אמות המידה החברתיות וכשהיא חריגה או נדירה מבחינה סטטיסטית. לעומת זאת, רובנו החינוך פעם את המכונית שלנו במקום אסור לחניה. אי-ציות זה לכללים רווח כל כך עד שאנו נוטים לא לתפוס אותו כחריג. אולם כאשר אם מטביעה את ילדיה, ברור מייד שזו התנהגות חריגה.

5. **אי-נוחות חברתית:** לא כל הכללים מפורשים, ולא תמיד הפרת כללים מטרידה אותנו. עם זאת, כאשר אדם מפר חוק חברתי בלתי מפורש או שאינו כתוב, הסובבים אותו עשויים לחוש אי-נוחות או אי-שקט. דמיינו שאתם יושבים באוטובוס כמעט ריק מנוסעים. סביבכם שורות של מושבים פנויים. משהו נכנס ויושב דווקא במושב שלצידכם. איך תרגישו? האם התנהגות האדם היא חריגה? מדוע? האדם הזה אינו מפר אף חוק רשמי. הוא שילם עבור כרטיס הנסיעה, והוא רשאי לשבת היכן שירצה. ואולם, בשל תחושת האי-נוחות החברתית שלכם ("מדוע התיישב האדם הזה דווקא על ידי בעוד שבאוטובוס יש הרבה מקומות פנויים אחרים?") תיטו כנראה לחשוב שזוהי דוגמה להתנהגות חריגה. במילים אחרות, אי-נוחות חברתית היא דרך אפשרית נוספת לזהות פסיכופתולוגיה. אך שוב, הרבה תלוי בנסיבות. אם אתם מכירים היטב את האדם שעלה על האוטובוס, ייתכן שמוזר יותר יהיה אם הוא לא יתיישב לידכם.

6. **התנהגות אירציונלית ובלתי צפויה:** כפי שכבר נאמר, אנו מצפים שאנשים יתנהגו בדרכים מסוימות. אומנם מידה מסוימת של התנהגות לא קונבנציונלית עשויה להוסיף קצת פלפל לחיים, אך יש רגע שבו התנהגות נתונה שאינה מקובלת תיחשב כנראה לחריגה. אם אדם היושב לידכם יתחיל לפתע לצרוח ולהפריח גידופים באוויר, סביר שהתנהגותו תיראה לכם חריגה. היא תהיה

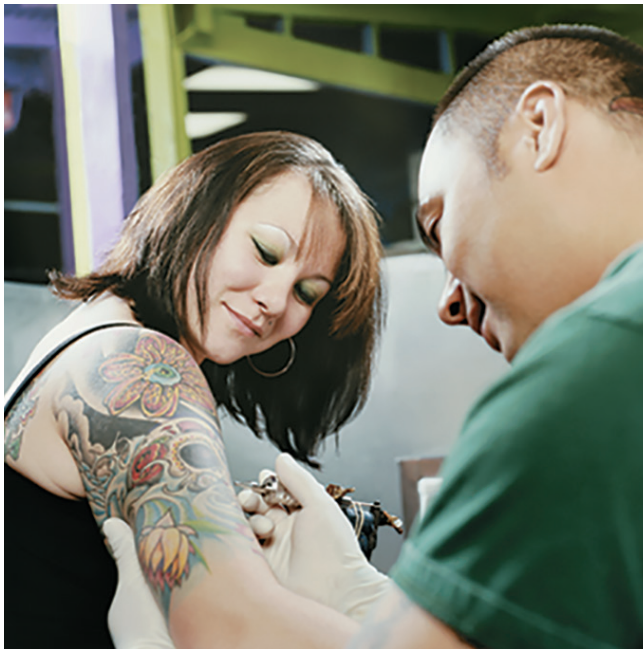


בדומה לרוב הספורטאיות המצטיינות, יכולתה הפיזית של הטניסאית שחר פאר חריגה מבחינה סטטיסטית. למרות זאת, פסיכולוגים אינם מתייגים את התנהגותה כחריגה. מדוע?

בלתי צפויה ולא הגיונית. הדיבור המשובש וההתנהגות המבולבלת של מטופלים עם סכיזופרניה הם לעיתים קרובות אירציונליים. התנהגויות כאלה מאפיינות גם את השלבים המאניים בהפרעה דו־קוטבית. הגורם החשוב ביותר הוא אולי ההערכה שלנו אם האדם יכול לשלוט בהתנהגותו. רובנו לא נחשוב ששותפנו למגורים המדקלם נאומים מהמחזה המלך ליר הוא חריג אם ידוע לנו שהוא משחק בתפקיד ליר בהפקה הקרובה של שייקספיר בקמפוס – או אפילו אם הוא טיפוס דרמטי שנוטה להתפרצויות ראוותניות. אבל אם נמצא את שותפנו למגורים שוכב על הרצפה, חובט בה בפראות ומדקלם את שייקספיר ואם התנהגות זו אינה אופיינית לו כלל ולא ידוע לנו מה גרם לה, סביר להניח כי נשקול לבקש עזרה.

7. **מסוכנות:** סביר לחשוב שמישהו המהווה סכנה לעצמו או לזולתו הוא בוודאי חריג מבחינה פסיכולוגית. ואכן, מטפלים נדרשים לאשפז אנשים בעלי כוונות אובדניות או להתקשר למשטרה (וגם לאדם שהוא יעד האיום) במקרה שמטופל שלהם מאיים מפורשות לפגוע באדם אחר. אבל לגבי כל יתר האלמנטים של פסיכופתולוגיה, אם נישען רק על מסוכנות כמאפיין היחיד של פסיכופתולוגיה, ניתקל בבעיות. האם חייל בקרב לוקה בנפשו? ומה לגבי מישהו שהוא נהג גרוע ביותר? התנהגותם של שני אלה עלולה להוות סכנה לאנשים אחרים, אך לא נראה בהם חולי נפש. מדוע? ומדוע אדם שעוסק בספורט אתגרי או בתחביב מסוכן (למשל צלילה חופשית)*, מרוצי מכוניות או החזקת נחשים מסוכנים (כחיות מחמד) אינו נחשב אוטומטית כלוקה בנפשו? העובדה שאנו עשויים להוות סיכון לעצמנו או לאחרים כשלעצמה אין בה כדי

* צלילה חופשית היא צלילה ללא שימוש באמצעי עזר לנשימה.



קעקועים, שבעבר נתפסו כחריגים מאוד, כיום הם נפוצים ונחשבים לאופנתיים.



עד כמה חשובה מסוכנות להגדרת מחלת נפש? אם אנו מהווים סכנה לעצמנו או לזולתנו, האם פירוש הדבר הוא שאנו חולי נפש?

לומר שאנו חולי נפש. ולהפך, איננו יכולים להניח שמישהו שמאובחן כבעל הפרעה נפשית הוא מסוכן. אומנם יש חולי נפש המבצעים פשעים חמורים, אך פשעים חמורים נעשים דבר יום ביומו גם על ידי מי שאין להם שום סימנים של הפרעת נפש. ואכן לפי המחקר, אצל חולי נפש מסוכנות היא בגדר היוצא מן הכלל יותר מאשר הכלל (Corrigan & Watson, 2005).

לבסוף, ישנה נקודה אחת שמן הראוי לחזור עליה. בהחלטות הנוגעות להתנהגות חריגה מעורב תמיד שיפוט חברתי, והן מבוססות על הערכים ועל הציפיות של החברה באופן כללי. כלומר, התרבות ממלאת תפקיד בקביעה של מה חריג ומה אינו חריג. כמו כן, היות שהחברה משתנה כל הזמן ונעשית סובלנית יותר או פחות להתנהגויות מסוימות, מה שנחשב לחריג בעשור מסוים עשוי לא להתפס כחריג עשר או עשרים שנים מאוחר יותר. בעבר סיווגו הומוסקסואליות כהפרעת נפש. כיום הדברים שונים (היא הוסרה ממערכת הסיווג הרשמית ב-1974). נקבים באף ובטבור נחשבו לפני דור לחריגים ביותר ועוררו שאלות על בריאותו הנפשית של האדם. כיום, לעומת זאת, קישוטים כאלה הם נפוצים ואינם מושכים תשומת לב מיוחדת. אילו התנהגויות נוספות שנחשבות כעת לנורמליות נתפסו בעבר כחריגות?

כשתהרהרו בסוגיות אלה, תנו דעתכם על האדם המתואר במסגרת "העולם סביבנו". הוא ללא ספק אדם בלתי רגיל. אבל האם התנהגותו היא חריגה? מה דעתכם, האם קיימת הסכמה כללית על כך?

העולם סביבנו

רוחב לב קיצוני או התנהגות פתולוגית?



מגורים לבית ספר לילדים עם מוגבלויות בפילדלפיה. כעבור שנה העניקו בני הזוג קרבינסקי מתנות בסך כ-30 מיליון דולר לאוניברסיטה של מדינת אוהיו.

המוטיבציה של קרבינסקי להרים תרומות אלה הייתה הרצון לעזור לאחרים. לדברי אחד מחבריו, "הוא נתן את הכסף משום שהיה לו ממון והיו אנשים שזקקו לו. ואולם, הדרך שבה הוא ראה את עצמו השתנתה. הוא החליט שמטרת חייו היא לתת". אחרי שהניח סכום מסוים בקרן נאמנות לאשתו ולילדיו, הצטמצמו נכסיו האישיים של קרבינסקי ונותרו לו רק בית (שעליו שילם משכנתא גדולה), שני כלי רכב גדולים ומניות ומזומנים בסך של כ-80,000 דולר. למעשה הוא נתן לאחרים את כל הונו.

תרומותיו של קרבינסקי לא פסקו כאשר ירד מכל נכסיו הפיננסיים. הוא החל לעסוק ברעיון של תרומת איברים

זל קרבינסקי היה תלמיד מבריק שגדל בשכונת פועלים בפילדלפיה. הוא זכה בפרסים בבית הספר ובגיל 12 התחיל להשקיע בבורסה. לדברי ידיד המשפחה, הוריו, שהיו מהגרים מרוסיה, היו "איתנים בדעתם למנוע ממנו כל מילות שבח", למרות יכולותיו. בסופו של דבר, סיים קרבינסקי שני תוארי דוקטור ופנה לתחום הנדל"ן, תחום שהחל להתעניין בו לעומק. בהגיעו לגיל 45 הוא היה נשוי ואב לילדים. נכסיו הסתכמו ב-45 מיליון דולר בקירוב.

לקרבינסקי אומנם היה כישרון להרוויח כסף, אך הוא התקשה להוציא אותו. הוא נהג במכונית ישנה, לא נתן לילדיו דמי כיס וגר עם משפחתו בבית צנוע. כאשר הונו גדל, הוא התחיל לדבר עם חבריו על תוכניתו לתרום את כל נכסיו לצדקה. הפילנתרופיה שלו התחילה להתממש כאשר הוא ואשתו העניקו שתי מתנות בסך כולל של 6.2 מיליון דולר לקרן למען מרכזים לבקרת מחלות. הם גם תרמו בניין



האם התנהגותו של זל קרבינסקי חריגה או שמא הוא אדם עם מחויבות מוסרית עמוקה ואומץ לב?

וללא כליה, מה הוא היה יכול לתת למי שהמזל לא שיחק לו? לעיתים הוא דמיין שהוא מציע את כל גופו לתרומה. "איבריי יכולים להציל שבעה בני אדם אם הייתי תורם את כל גופי". הוא הבין שאינו יכול עוד לפגוע במשפחתו בכך שיקריב את חייו.

שנים אחדות לאחר תרומת הכליה, קרבינסקי עדיין נאמן לנתינה ככל האפשר. עם זאת, פעולותיו גרמו למתח עצום בחיי הנישואים שלו. כיום, במאמץ לשמור על יחסים הרמוניים עם אשתו, הוא חזר לעסוק בנדל"ן וקנה למשפחתו בית גדול יותר (מתוך I. Parker, 2004).

האם זל קרבינסקי הוא אדם אמיץ בעל מחויבות מוסרית עמוקה או שמא התנהגותו חריגה ומצביעה על הפרעת נפש? הסבירו כיצד הגעתם למסקנה שלכם.

שבה אדם אלטרואיסטי תורם איבר לזר מוחלט. משהתברר לו כי הוא יכול לחיות באופן נורמלי למדי עם כליה אחת, החליט קרבינסקי שהמחיר האישי של תרומת כליה הוא מזערי לעומת הרווח של מקבל הכליה. אשתו, לעומת זאת, לא ראתה איתו עין בעין. היא אומנם הסכימה להעניק סכומי כסף מכובדים למוסדות צדקה ראויים, אך לא תמכה בבעלה כשהיה מדובר בהקרבת כלייתו.

מכל מקום, בעבור קרבינסקי העול הכבד הכרוך בסירוב לסייע בהקלת סבלו של מישהו הזקוק לעזרה היה כמעט בלתי נסבל, גם אם פירוש הדבר היה הקרבת איברים מגופו. הוא התקשר למרכז הרפואי אלברט איינשטיין ושוחח עם מתאם ההשתלות. הוא נפגש עם מנתח ולאחר מכן עם פסיכיאטר. קרבינסקי אמר לפסיכיאטר שאשתו לא תמכה ברצונו לתרום אחת מכליותיו. כאשר הפסיכיאטר אמר לו שהוא עושה דבר שאינו חייב לעשות, השיב קרבינסקי שהוא חייב לבצע את ההקרבה הזאת: "אתה מחמיץ את העיקר. זהו צורך לא פחות ממזון, מים ואוויר". שלושה חודשים מאוחר יותר יצא קרבינסקי מביתו השכם בבוקר, נהג ברכבו לבית החולים ותרם את כלייתו הימנית. הוא סיפר על כך לאשתו אחרי שהניתוח הסתיים. חרף האי-שקט שתרומת הכליה עוררה במשפחתו, חזר קרבינסקי כמעט מייד למחשבות על פילנתרופיה. "שכבתי שם בבית החולים וחשבתי על כל האיברים הטובים האחרים שלי. כשאני עושה דבר טוב אני מרגיש שאני יכול לעשות יותר. אני משתוקק לעשות יותר. זו תחושה משכרת". עם שחרורו מבית החולים הוא כבר הרבה באפשרות לתרום גם את הכליה האחת שנותרה לו.

אחרי הניתוח איבד קרבינסקי כל כיוון. הוא התחיל לראות את חייו כתרומה מתמשכת. אלא שכעת, משירד מנכסיו

ה-DSM-5 וההגדרה של הפרעת נפש

בארצות הברית, התקן המקובל להגדרת סוגים שונים של הפרעות נפש הוא **המדריך לאבחון ולסטטיסטיקה של הפרעות נפש** של האגודה האמריקנית לפסיכיאטריה. המדריך, המוכר כ-DSM, מתעדכן ומשתנה מפעם לפעם. המהדורה הנוכחית, ה-DSM-5, יצאה לאור ב-2013. אורכה 947 עמודים, והיא כוללת בסך הכול 541 קטגוריות אבחון (Blashfield et al., 2014). העדכון הנוכחי של ה-DSM עמד במרכזים של דיונים ומחלוקות רבים. במסגרת "חשיבה ביקורתית על ה-DSM-5" תמצאו הסברים נוספים על ה-DSM ודיון על הצורך בעדכונו.

המדריך לאבחון ולסטטיסטיקה של הפרעות נפש
Diagnostic and Statistical Manual of (Mental Disorders)

למרות השימוש הנרחב ב־DSM, הוא אינו מערכת הסיווג הפסיכיאטרית היחידה. ארגון הבריאות העולמי (WHO – World Health Organization), מפרסם את הסיווג הבין־לאומי של מחלות (ICD – International Classification of Diseases) (המהדורה הנוכחית היא ICD-10, המהדורה העשירית). פרק 5 במסמך זה עוסק בהפרעות נפשיות והתנהגותיות (WHO, 2015b). ל־ICD-10 יש הרבה במשותף עם DSM-5, אך יש ביניהם גם הבדלים; לדוגמה, הפרעות דומות המכונות בשמות שונים. ה־ICD-10 נמצא בשימוש במדינות רבות מחוץ לארצות הברית, וכעת מפתחים את ICD-11.*

* בישראל משתמשים בשתי מערכות הסיווג. פסיכולוגים משתמשים ב־DSM ורופאים משתמשים ב־ICD. פסיכיאטרים משתמשים בשתייהן.

חשיבה ביקורתית על DSM-5

מהו ה־DSM ומדוע הוא עודכן?



חושבים על הפרעות נפשיות. מטרת תהליך העדכון של DSM-5 הייתה לשמור על המשכיות עם המהדורה הקודמת (DSM-IV) ובה־בעת לאפשר לממצאי מחקרים חדשים להנחות אותו. עיקרון מנחה נוסף היה לא להגביל את כמות השינויים שיוכנסו למדריך. אם נדמה לכם שיש כאן סתירה מסוימת, אתם צודקים. השאיפה להגיע לאיזון הנכון בין שינוי ובין המשכיות הציבה אתגרים רבים. היא גם עוררה מידה לא מבוטלת של חילוקי דעות. כחלק מתהליך העדכון הוזמנו מומחים להפרעות ספציפיות להצטרף לקבוצות עבודה מיוחדות שעסקו בתהליך העדכון של ה־DSM-5 ולהציע המלצות לשינוי. באחדים מהמקרים, הוויכוחים התלהטו עד כדי כך שאנשים התפטרו מקבוצות העבודה שלהם! כעת, כאשר ה־DSM-5 מוכן, לא הכול מרוצים מחלק מהשינויים שהוכנסו בו. עם זאת, ברבים מן העדכונים שנעשו, היה הגיון רב. בפרקים הבאים נדגיש שינויים עיקריים שהוכנסו ב־DSM-5. ננסה גם לעזור לכם לחשוב בצורה ביקורתית על הסיבות שעמדו מאחורי שינויים מסוימים שהוצעו ולהבין מדוע הם התקבלו.

המדריך לאבחון ולסטטיסטיקה של הפרעות נפש (DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) מספק את כל המידע הנחוץ לאבחון הפרעות נפש (תיאורים, רשימות תסמינים). לפיכך, המדריך מספק למטפלים קריטריונים ספציפיים לאבחון כל הפרעה. כך נוצרת שפה משותפת ומטפלים שונים מבינים את פירושה של אבחנה ספציפית באותו אופן. כמו כן, המידע התיאורי על סוגי התסמינים ומספרם, הנדרש לכל אבחנה, מסייע להבחנת דיוק ועקביות באבחנה (מהימנות). ל־DSM יש חשיבות רבה גם במחקר. ללא האפשרות לאבחן מטופלים באורח מהימן, לא היה אפשר להשוות טיפולים שונים לאנשים עם תסמינים דומים. אומנם ה־DSM אינו כולל מידע על טיפולים, אך מטפלים זקוקים לאבחנה מדויקת כדי שיוכלו לבחור את הטיפול המתאימים ביותר למטופליהם.

ה־DSM-1 פורסם לראשונה ב־1952 ומאז הוא עובר עדכון מפעם לפעם. העדכונים חשובים מאחר שהם מאפשרים להתפתחויות מדעיות חדשות להשתלב באופן שבו אנו

ב־DSM-5 הפרעת נפש מוגדרת כתסמונת שמופיעה באדם וקשורה להפרעה קלינית משמעותית בהתנהגות, בוויסות הרגשי או בתפקוד הקוגניטיבי. ההפרעות נחשבות לביטוי של תפקוד לקוי בתהליכים ביולוגיים, פסיכולוגיים או התפתחותיים הנחוצים לתפקוד נפשי. ה־DSM-5 גם מציין שהפרעות נפש קשורות בדרך כלל למצוקה משמעותית או למוגבלות קיצונית בתחומי תפקוד מרכזיים, כגון פעילויות חברתיות, תעסוקתיות או אחרות. הוא אינו כולל תגובות לגורמי עקה או לאובדן (למשל מותו של אדם אהוב) שהן צפויות או מוסכמות מבחינה חברתית. חשוב גם שדפוס התפקוד ההתנהגותי הלקוי לא ינבע מחריגות חברתיות או מקונפליקטים חברתיים שיש לאדם עם החברה כמכלול.

ההגדרה החדשה של מחלות נפש ב־DSM-5 מבוססת על תשומות מקבוצות עבודה שונות של DSM-5 ועל מקורות נוספים (Broome & Bortolotti, 2010; First & Wakefield, 2010; Stein et al., 2010). אומנם לא הכול מרוצים מהגדרה זו, אך היא מקרבת אותנו להגדרה שנוח לעבוד איתה. יש לזכור שכל הגדרה של חריגות או הפרעת נפש היא בהכרח שרירותית במקצת. אין לראות ב־DSM מוצר מוגמר כי אם מוצר שנמצא בתהליך עבודה תמידי ושצפויים בו עדכונים ושינויים. במהדורות הקודמות של DSM השתמשו בספרות רומיות לציון כל מהדורה (למשל DMS-IV), ואילו כיום משתמשים בספרות ערביות (5 לעומת V) כדי לפשט את העדכון (למשל DSM-5.1, DSM-5.2) בעתיד.

שאלות חזרה



- מדוע קשה כל כך להגדיר פסיכופתולוגיה?
- אילו מאפיינים עוזרים לנו לזהות פסיכופתולוגיה?

סיווג ואבחנה

יעד לימוד 1.2 לתאר את היתרונות ואת החסרונות של סיווג.

אם ההגדרה של פסיכופתולוגיה מעוררת חילוקי דעות רבים כל כך ומערימה קשיים רבים כל כך, מדוע אנו בכל זאת מנסים לנסח הגדרה? סיבה פשוטה אחת היא שרוב ענפי המדע נסמכים על סיווגים (למשל הטבלה המחזורית בכימיה וסיווג יצורים חיים לממלכות, מערכות, מחלקות וכן הלאה בביווגיה). ברמה הבסיסית ביותר, מערכות סיווג מספקות לנו **מערכות שיום**, והן מציידות מטפלים וחוקרים גם בשפה משותפת וגם במונחים מקוצרים למצבים קליניים מסובכים. ללא מערכת משותפת לתיאור מצבים קליניים ספציפיים, היו המטפלים נאלצים לדבר באריכות על כל מטופל בנפרד כדי לסקור את בעיותיו. אבל הבנה מוסכמת של משמעות מונח, "סכיזופרניה" לדוגמה, עושה את התקשורת החוצה גבולות מקצועיים פשוטה וקלה יותר.

למערכות סיווג יש יתרון נוסף: הן מאפשרות לנו להבנות מידע באופן יעיל יותר. מערכות סיווג מתוות את אופן ארגון המידע. לדוגמה, רוב מערכות הסיווג ממקמות בסמיכות אבחנות שנראה כי יש ביניהן קשר כלשהו. ב־DSM-5 הסעיף על הפרעות חרדה כולל הפרעות שלכולן מאפיינים של פחד וחרדה (דוגמת הפרעת פאניקה, פוביה ספציפית או אגורפוביה).*

מערכות שיום (nomenclature)

* בפרק 6 נלמד על כל אחת מהתופעות הללו.

ארגון מידע במסגרת מערכת סיווג גם מאפשר לנו לחקור את ההפרעות השונות שאנו מסווגים וכך ללמוד דברים חדשים. במילים אחרות, סיווג מסייע למחקר, שמספק לנו עוד מידע ומאפשר הבנה טובה יותר לא רק של הסיבות להפרעות

השונויות אלא גם על הדרך המיטבית לטפל בהן. למשל במחשבה נוספת על שני המקרים שהוצגו לעיל, למוניק יש הפרעות של צריכת אלכוהול ושימוש בסמים וסקוט לוקה בסכיזופרניה. ידיעת סוג ההפרעות שיש לכל אחד מהם היא כמובן מועילה מכיוון שהטיפול בסקוט יהיה שונה מאוד מזה של מוניק.

השפעה נוספת ואחרונה של שימוש במערכות סיווג היא מעט יותר מעשית. חוקרים שונים כבר הצביעו על כך שלסיווג הפרעות נפש יש השלכות חברתיות ופוליטיות (Keeley et al., 2015; Kirk & Kutichins, 1992). במילים פשוטות, הגדרת התחום של מה שנחשב לפסיכופתולוגיה קובעת את טווח הבעיות שבהן מקצוע בריאות הנפש יכול לעסוק. משום כך, ברמה מעשית לגמרי, הסיווג גם תוחם את סוגי הקשיים הפסיכולוגיים המזכים בשיפוי מצד חברות הביטוח ואת היקפו.

חסרונות הסיווג

לשימוש במערכות סיווג יש כמובן גם כמה חסרונות אפשריים. סיווג מטבעו מספק מידע בתמציתיות. ואולם, כל שימוש בצורה מקוצרת מוביל בהכרח לאיבוד מידע. אם ידועים לנו ההיסטוריה האישית של האדם עם ההפרעה, תכונות האישיות שלו, נטיותיו הייחודיות והיחסים במשפחתו (מתוך קריאת סיכום המקרה למשל), יש בידינו מן הסתם הרבה יותר מידע מאשר לו קיבלנו רק את האבחנה שלו (למשל סכיזופרניה). במילים אחרות, סיווג אומנם מאפשר לנו לפשט, אך בה-בעת באופן בלתי נמנע אנו מאבדים מערך פרטים אישיים על האדם המסוים הלוקה בהפרעה.

תווית שלילית (stigma)

זאת ועוד, אף שחלה מגמת שיפור בעניין, עדיין יש מי שמצמידים **תווית שלילית** (תווית שגורמת לבושה) לאדם שאובחנה אצלו הפרעה פסיכיאטרית. תווית שלילית כמובן אינה אשמת מערכת הסיווג עצמה. אבל אפילו כיום, אנשים חשים נוח יותר לספר שיש להם בעיה פיזית כמו סוכרת מאשר להודות שיש להם הפרעת נפש כלשהי. במידה מסוימת זוהי תוצאה של פחד (ממשי או מדומה) שמא דיבור גלוי על הפרעה פסיכולוגית יגרום לתוצאות חברתיות או תעסוקתיות לא רצויות או לאפליה גלויה. היו כנים: האם תיאר אתם אי-פעם מישהו כ"מופרע" או "משוגע" או "פסיכי"? כעת תנו דעתכם על הפגיעה שאנשים עם הפרעות נפש חווים כאשר הם שומעים מילים כאלה. באחד המחקרים, 96% מהמטופלים עם סכיזופרניה דיווחו שתווית שלילית מלווה אותם בשגרת חיי היום-יום שלהם (Jenkins & Carpenter, 2008). למרות המידע הרב על סוגיות של בריאות הנפש כיום, רמת הידע על מחלות נפש (שלפעמים מכונה אוריינות בבריאות הנפש) היא לעיתים קרובות מועטה מאוד (Thornicroft et al., 2007).

תווית שלילית היא גורם שמרתיע אנשים מפני בקשת עזרה כשמדובר בבעיות בבריאות הנפש. הדבר נכון במיוחד לגבי אנשים צעירים, גברים ומיעוטים אתניים (Clement et al., 2015). תווית שלילית היא גם גורם מרתיע חזק יותר באופן חסר פרופורציות אצל שתי קבוצות נוספות: אנשי צבא ולמרבה האירוניה אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש. האם הייתם מנחשים זאת לפני קריאת הנתונים הללו? מדוע לדעתכם אלה פני הדברים?

סטריאוטיפ (stereotype)

תווית שלילית מתקשרת גם לבעיה של שימוש ב**סטריאוטיפים**. סטריאוטיפים הם אמונות אוטומטיות הנוגעות לאנשים אחרים, ואנו לומדים אותן משום שגדלנו בחברה תרבותית מסוימת (למשל מרכיבי משקפיים הם חכמים יותר; תושבי תל אביב מתנשאים). ייתכן ששמענו על התנהגויות מסוימות שיכולות ללוות הפרעות נפש. משום כך אנו עשויים להסיק אוטומטית ובטעות שהתנהגויות אלה ימצאו בכל אדם שנפגוש שיש לו אבחנה פסיכיאטרית. סטריאוטיפים שליליים על מטופלים פסיכיאטריים מונצחים גם בקולנוע. אם אי-פעם צפיתם בסרט אימה, אתם ודאי יודעים שאחד הנושאים הדומיננטיים השכיחים בסרטים אלה הם רוצח מטורף. ניתוח של 55 סרטי אימה שהופקו בשנים 2000–2012 העלה שאלה אנשים עם פסיכוזא שמוצגים לעיתים קרובות מאוד כרוצחים (Goodwin, 2014). עמדה סטריאוטיפית באה לידי ביטוי גם בהערה "אנשים כמוך אינם חוזרים לעבודה" בדוגמת המקרה של ג'יימס מקנולטי, שלפניכם.

ג'יימס מקנולטי

אני לוקה בהפרעה דו־קוטבית כבר למעלה מ־35 שנים – כל שנות חיי כמבוגר. 15 השנים הראשונות היו רגילות יחסית, לפחות על פני השטח. סיימתי לימודים באוניברסיטה יוקרתית, הקמתי עסק משלי ועשיתי את צעדי הראשונים בקריירה פוליטית מקומית. הייתי נשוי ואב לשני בנים. באותן שנים תקפו אותי תנודות במצב הרוח וכשהתבגרתי, הלכו התנודות והחמירו. בסופו של דבר נעשיתי חולה כל כך שלא יכולתי לעבוד, נישואי הגיעו אל קצם, איבדתי את העסק שלי ונהפכתי לחסר בית.

בשלב זה חוויתי את חוויית התווית השלילית החזקה ביותר שלי. הייתי בן 38, זה היה זמן קצר אחרי ששוחררתי מאשפוז בשל ניסיון התאבדות ולא היה לי מקום לגור בו. כל חסכונוי התרוקנו ורכושי היחיד היה מכונת בת ארבע שנים. התקשרתי לרשויות בריאות הנפש במדינה שבה גרתי אז וביקשתי עזרה בהתמודדות עם מחלת הנפש שלי. נאמר לי שזכאוני לעזרה מותנית במכירת המכונת שלי ובתשלום לטיפול באמצעות הכסף שאקבל. שאלתי כיצד אני אמור להגיע לעבודה כשאחלים כדי לחפש עבודה. התשובה הייתה "אל תדאג בקשר לחזרתך לעבודה. אנשים כמוך אינם חוזרים לעבודה" (McNulty, 2004).

תיוג (labeling)

לבסוף, תווית שלילית יכולה להיות מונצחת באמצעות **תיוג**. תפיסת העצמי של אדם עשויה להיות מושפעת ישירות מכך שנקבעה לו אבחנה של סכיזופרניה, דיכאון או צורה אחרת כלשהי של מחלת נפש. כיצד לדעתכם הייתם מגיבים לו היו מאבחנים אתכם כך? יתרה מזו, מרגע שקבוצת תסמינים מקבלת שם ומזוהה באמצעות אבחנה, קשה להתנער מתווית אבחונת זו אפילו אם כעבור זמן מה האדם מבריא לחלוטין.

מכל מקום, חשוב לזכור שמערכות סיווג אבחוניות אינן מסווגות אנשים אלא את ההפרעות שיש לאנשים. תווית שלילית יכולה להיות לאו דווקא התוצאה של התייג האבחוני אלא התוצאה של ההתנהגות החריגה שבעטיה אובחן האדם מלכתחילה. במצבים מסוימים אבחנה עשויה אפילו להחליש תווית שלילית מכיוון שהיא מספקת לפחות הסבר חלקי להתנהגות שאין דרך אחרת להסבירה (Ruscio, 2004). כך או אחרת, כשאנו מבחינים בכך שמישהו חולה, עלינו להיזהר מלהגדיר אותו על פי מחלתו ולדבר איתו בשפה מכבדת ונאותה. בעבר היה מקובל שאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש תיארו מטופל נתון כ"סכיזופרני" או כ"מאני-דיכאוני", אך כיום יש הסכמה רחבה שנכון יותר (ובוודאי מתחשב יותר) לומר "אדם עם סכיזופרניה" או "אדם עם הפרעה דו-קוטבית". במילים פשוטות, האדם אינו האבחנה.

כיצד אפשר להפחית דעות קדומות כלפי חולי נפש?

תגובות שליליות כלפי אנשים עם מחלות נפש הן תופעה רווחת ונפוצה למדי בכל העולם. ארתור ועמיתיה (Arthur et al., 2010) השתמשו בקבוצות מיקוד של חברי קהילה בג'מייקה ושאלו אותם על מושג התווית השלילית. מקצת המשתתפים באו מקהילות כפריות, אחרים מאזורים עירוניים יותר. רוב המשתתפים, ללא קשר למגדר שלהם, רמת הכנסתם או מקום מגוריהם, תיארו עמדות גדושות בדעות קדומות כלפי אנשים הלוקים במחלת נפש. אחד המשתתפים ממעמד הביניים אמר, "אנו מתייחסים אליהם במובן מסוים כאזרחים מדרגה שנייה. אנו מתרחקים מהם ומנדים אותם; היחס שלנו אליהם פשוט נורא" (Arthur et al., 2010, p. 263). המשתתפים גם ביטאו פחד מחולי נפש. אחד האנשים מהמעמד הבינוני שחיו באזור כפרי תיאר סיטואציה ספציפית: "גברת אחת משוגעת בשם [...] מסתובבת על הכביש. אפילו השוטרים פוחדים ממנה משום שהיא מיידה בהם אבנים. היא ממש איומה ונוראה" (p. 261). יתר על כן, גם כאשר עמדות המשתתפים היו אוהדות יותר, פחד עדיין היה תגובה נפוצה. אדם אחד ניסח זאת בפשטות: "אתה פוחד אף על פי שאתה אולי חש סימפתיה" (p. 262). לפי ממצאי המחקר בקצרה, סטריאוטיפים כלפי אנשים עם מחלות נפש, תיוגם ותוויות שליליות שמוצמדות להם אינם מוגבלים לארצות מתועשות. למרבה הצער, דעות קדומות הן נפוצות. מצב זה מדגיש את הצורך במסעות הסברה נגד הצמדת תוויות שליליות.

במשך זמן רב סברו שהפתרון טמון בחינוך ובהעברת המסר שמחלות נפש הן הפרעות "אמיתיות" במוח. אך למרבה הצער לא אלה הם פני הדברים. למרות הגידול הניכר במספר האנשים המבינים היום שלהפרעות נפש יש סיבות נוירולוגיות, עליית המודעות לא הביאה להפחתת התוויות השליליות. באחד המחקרים (Pescosolido et al., 2010), אנשים בקהילה התבקשו לקרוא תיאור קצר של אדם שהיו לו תסמינים של מחלת נפש. חלק מן המשתתפים קראו תיאור

של אדם עם סכיזופרניה. אחרים קראו תיאור של אדם עם דיכאון קליני או אדם המכור לאלכוהול. חשוב לציין כי לא נעשה שימוש בתיוג אבחוני לתיאור אנשים אלה. קטעי הקריאה סיפקו מידע תיאורי בלבד. למרות זאת, רוב המשתתפים במחקר הביעו אי־רצון לעבוד עם האדם שאת תיאורו קראו. נוסף על כך, הם לא היו מעוניינים ליצור איתו קשרים חברתיים והתנגדו לרעיון שיתחתן עם בן משפחתם. יתר על כן, רמת הדחייה שהמשתתפים במחקר הביעו הייתה לא פחות גבוהה מזו שנמצאה בסקר דומה שנערך 10 שנים קודם לכן, אף כי במרוצת אותן עשר שנים הרבה מאוד אנשים הבינו את הסיבות הנוירולוגיות למחלות נפש. מכאן שהבנה שמחלות נפש מקורן בבעיות במוח אין פירושה הפחתת הדעות הקדומות כלפי אנשים הלוקים במחלת נפש. זוהי מסקנה מצרעת לכל מי שקיווה שהמחקר המדעי של הביולוגיה של מחלות הנפש יביא בעקבותיו מיגור של התוויות השליליות אחת ולתמיד.

נראה כי מגע הדוק יותר עם אנשים בקבוצה שאליה מוצמדת התווית השלילית יכול להחליש תווית זו (Corrigan et al., 2014; Couture & Penn, 2003). עם זאת, מהלך כזה עלול להיתקל במחסומים. לעיתים אפילו מחשבה על קשר עם אדם הלוקה במחלת נפש עלולה לגרום לתחושת מצוקה ולתגובות פיזיות לא נעימות. במחקר מעניין שערכו, ביקשו גרייבס ועמיתיו (Graves et al., 2005) מסטודנטים בקורס לפסיכולוגיה לדמיין אינטראקציה עם אדם שתמונתו הוצגה לפנייהם על שקופית. עם הצגת השקופית המשתתפים קיבלו טקסט מידע ביוגרפי המתאר את אותו אדם. בחלק מהטקסטים, האדם תואר כמי שאובחנה אצלו סכיזופרניה, אך צוין גם שהוא "מרגיש הרבה יותר טוב עכשיו". בתסריטים אחרים לא נכללה שום מחלת נפש בתיאור הביוגרפי של האדם בשקופית. סטודנטים שהשתתפו במחקר דיווחו על תחושת מצוקה גדולה יותר וניכר מתח חזק יותר בשרירי המצח שלהם כאשר דמיינו לעצמם אינטראקציה עם אדם הלוקה בסכיזופרניה, מאשר כשדמיינו קשר חברתי עם אדם שאינו לוקה בסכיזופרניה. גם שינויים בקצב הלב הצביעו על כך שחוויות האינטראקציה המדומה עם המטופלים הייתה נעימה פחות מהאינטראקציה עם אלה שלא היו חולים. לבסוף, המשתתפים במחקר שהתגובות הפסיכופיזיולוגיות שלהם למראה השקופיות הייתה רבה יותר, דיווחו על מידה גבוהה יותר של תוויות שליליות כלפי המטופלים. ממצאים אלה מראים שקיימת נטייה להימנע מקשר עם חולי נפש משום שהעוררות הפסיכופיזיולוגית שמפגשים כאלה יוצרים נחוות כבלתי נעימה.

שאלות חזרה



- מהי תווית שלילית? עד כמה היא נפוצה?
- אילו אתגרים מציב הצורך בהפחתת תוויות שליליות כלפי אנשים עם מחלות נפש?

תרבות ופסיכופתולוגיה

יעד לימוד 1.3 להסביר כיצד תרבות משפיעה על מה שנחשב חריג ולתאר שתי הפרעות שהן ייחודיות לתרבויות מסוימות.

כפי שעלינו להביא בחשבון ציפיות וערכים חברתיים שמשתנים בבואנו להגדיר פסיכופתולוגיה, כך עלינו להביא בחשבון שונות בין תרבויות. למעשה, הדבר נכתב במפורש בהגדרת ה-DSM-5 להפרעה. בתוך תרבות נתונה קיימות הרבה אמונות והתנהגויות משותפות שיש עליהן הסכמה רחבה ושעשויות לכוון את מנהג או את מנהגי המקום. למשל במדינות נוצריות אנשים רבים מאמינים שהמספר 13 מביא מזל רע. ייתכן כי מקורותיה של אמונה זו קשורים לסעודה האחרונה (the Last Supper), שבה נכחו 13 אנשים. רבים מנסים לנקוט משנה זהירות ביום שישי ה-13. לא פעם בתי מלון ובנייני דירות פוסחים על קומה 13. בדומה, בבתי חולים במדינות אלה פעמים רבות אין מיטה מספר 13 במחלקות השונות.

היפנים, לעומת זאת, אינם מוטרדים מהמספר 13, אבל משתדלים להימנע מהמספר 4 משום שביפנית הצליל של המילה "ארבע" דומה לצליל המילה "מוות" (Tseng, 2001, p. 105-106).

תרבויות שונות נבדלות גם בתיאור של מצוקה פסיכולוגית. לדוגמה המילה "מדוכא" אינה קיימת בשפות של שבטי אמריקנים ילידים מסוימים, בשפתם של ילידי אלסקה ובשפתן של תרבויות בדרום מזרח אסיה (Manson, 1995). אין זה אומר כמובן שבני תרבויות אלה אינם חווים דיכאון קליני משמעותי. עם זאת, כפי שהמקרה שלפנינו ממחיש, ייתכן כי האופן שבו ההפרעות באות לידי ביטוי תלוי בדרכים של הבעת מצוקה שהתרבות מאפשרת.

דיכאון של אמריקני ילידי מבוגר

מר GH בן ה-71 הוא בן שבט בדרום-מערב ארצות הברית. אחת מנכדותיו הביאה אותו לבית חולים מקומי, והוא נבדק שם במרפאת חוץ כללית בשל כמה תלונות. רוב תלונותיו של מר GH כוללות כאב בלתי ממוקד. כאשר הוא מתבקש להצביע על המקום הכואב, מר GH מורה על חזהו, אחר כך על בטנו, על ברכיו ולבסוף הוא מחווה בידיו על "כל הגוף". הוא לוחש חלושות בשפתו ביטוי שפירושו "מחלה של כל הגוף". נכדתו מציינת שבעת האחרונה "הוא לא היה עצמו". היא מפרטת ומציינת שבשלושת או ארבעת החודשים האחרונים הוא חדל להשתתף באירועים רבים שקודם היו חשובים לו והיו מרכזיים לתפקידו במשפחה המורחבת הגדולה ובשבט. הוא ממאן לדון בשינוי בהתנהגותו וברגשותיו. כאשר הוא נשאל באופן ישיר יותר, מר GH מודה שקשה לו להירדם, ששנתו במשך הלילה מקוטעת ושכמעט תמיד הוא מתעורר עם אור ראשון. הוא מודה שלא היה לו תיאבון בחודשים האחרונים אך מכחיש שירד במשקל אף שבגדיו תלויים עליו ברפיון. לבסוף

הוא מודה גם שקשה לו להתרכז ולזכור. לשאלה מדוע לא השתתף באירועי המשפחה והשבת בחודשים האחרונים ענה מר GH כי הוא "עייף מדי ומלא כאבים" וגם שהוא "פוחד לאכזב אנשים". לחץ נוסף מצד המטפל נתקל בשתיקה. לפתע המטפל אומר "אתה יודע, הכבשים שלי לא הרגישו טוב לאחרונה. הפרווה שלהם מרופטת; הם איבדו משקל. הם סתם מסתובבים חסרי מטרה; אפילו הנקבות אינן מטפלות בקטנטנים". תוצאות הבדיקה הגופנית ובדיקות המעבדה של מר GH הן בגדר הנורמה. מר GH ממשיך ליטול שתי טבליות פרצטמול ביום נגד כאבי דלקת מפרקים קלה. אף שהוא מתאר את עצמו כ"אלכוהוליסט בגמילה", מר GH מדווח שלא צרך אלכוהול ב־23 השנים האחרונות. הוא מכחיש אפיזודות קודמות של דיכאון או בעיות פסיכיאטריות אחרות (Manson, 1995, p. 488).

.....

כפי שעולה בבירור מן המקרה של מר GH, תרבות יכולה לעצב את הייצוג הקליני של הפרעות כמו דיכאון, הקיימות בכל התרבויות ובכל העולם (Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003). בסין למשל, אנשים הלוקים בדיכאון לעיתים קרובות מתמקדים יותר בבעיות פיזיות בגוף (עייפות, סחרחורת, כאבי ראש) ופחות בביטוי מילולי של רגשות כמו מלנכוליה או ייאוש (Kleinman, 1986; Parker et al., 2001). ההתמקדות בכאב פיזי ולא בכאב רגשי בולטת גם במקרה של מר GH.

למרות המודעות התרבותית ההולכת וגוברת, עדיין אנו יודעים מעט יחסית על פרשנות תרבותית של פסיכופתולוגיה ועל ביטוייה בתרבות (Arrindell, 2003). רוב־רובה של הספרות בפסיכיאטריה מקורה בארצות אירופיות־אמריקניות – דהיינו מערב אירופה, אמריקה הצפונית, אוסטרליה וניו זילנד (Patel & Kim, 2007; Patel & Sumathipala, 2001). ואם לא די בייצוג חסר זה, ישנה נטייה להתעלם ממחקרים שמתפרסמים בשפות שאינן אנגלית (Draguns, 2001).

נדמה כי דעות קדומות על אנשים עם מחלות נפש קיימות בכל העולם. עם זאת, נראה שסוגים מסוימים של פסיכופתולוגיה הם ייחודיים לתרבויות מסוימות יותר מאחרים: אפשר למצוא אותם רק באזורים מסוימים בעולם, ונראה כי קיים קשר הדוק בינם לבין עניינים הקשורים לתרבות. אחת הדוגמאות המובהקות היא *Taijin Kyofusho*. תסמונת זו, שהיא הפרעת חרדה, נפוצה למדי ביפן. היא מאופיינת בחד רב עוצמה של אדם שמא גופו, איבריו או תפקודי גופו יעליבו אנשים אחרים, יביכו אותם או יגרמו להם אי־נוחות בדרך אחרת כלשהי. לעיתים, אנשים הלוקים בהפרעה זו חוששים להסמיק או להעיק על זולתם בשל מבטם החודר, הבעות פניהם או ריח גופם (Levine & Gaw, 1995).

דוגמה נוספת לביטוי של מצוקה ששורשיו נטועים בתרבות והוא מופיע באנשים ממוצא לטיני, בייחוד באיים הקריביים, היא התקף עצבים (*ataque de nervios*) (Lizardi et al., 2009; Lopez & Guarnaccia, 2005). נראה כי תסמונת קלינית זו

אינה תואמת שום אבחנה ספציפית המופיעה ב־DSM. תסמיני התקף העצבים, שלעיתים קרובות מופיע בעקבות אירועים שגורמים מתח, כגון גירושין או שכול, כוללים בכי, רעד וצעקות בלתי נשלטות. יש גם תחושה של חוסר שליטה. לפעמים האדם נעשה אלים פיזית או מילולית. לחלופין, האדם עשוי להתעלף או לעבור התקף דמוי אפילפסיה. עם חלוף ההתקף, האדם עשוי לחזור מייד להתנהגות נורמלית ולא לזכור דבר מהאירוע או לזכור מעט.

כפי שכבר ציינו, התנהגות חריגה היא התנהגות שסוטה מנורמות החברה שבה האדם חי. חוויות כגון שמיעת קולו של קרוב משפחה שנפטר יכולות להיחשב נורמטיביות בתרבות אחת (למשל בהרבה שבטי אמריקנים ילידים), אך חריגות בסביבה תרבותית אחרת. עם זאת, ישנן פעולות והתנהגויות בלתי רגילות המיוחסות להפרעות נפש כמעט בכל מקום בעולם.

לפני שנים רבות חקרה האנתרופולוגית ג'יין מרפי (Murphy, 1976) התנהגות חריגה בקרב אנשי היורובה באפריקה ובקרב האסקימואים דוברי שפת היופיק החיים על אי בים ברינג. בשפות של שתי התרבויות היו מילים ששימשו לציון חריגות או "שיגעון". כמו כן, מקבץ התנהגויות שנחשבו למשקפות חריגות בתרבויות אלה היו התנהגויות שגם רובנו היינו מחשיבים כחריגות. הן כללו שמיעת קולות, צחוק ללא כל סיבה, עשיית צרכים בפומבי, שתיית שתן ואמונה בדברים שאיש אינו מאמין בהם. מדוע לדעתכם תפיסת התנהגויות אלה כחריגות היא אוניברסלית?

שאלות חזרה



- באילו דרכים תרבות יכולה לעצב את הייצוג הקליני של מחלות נפש?
- האם אותן הפרעות נמצאות תמיד ברחבי העולם, ללא קשר לתרבות?

תפוצתן של הפרעות הנפש

יעד לימוד 1.4 להבחין בין תפוצה להיארעות ולזהות את הפרעות הנפש הנפוצות והשכיחות ביותר.

השאלה לכמה ולאיזה סוג אנשים יש כיום הפרעות פסיכולוגיות הניתנות לאבחון חשובה מכמה סיבות. ראשית, מידע כזה חיוני כאשר מתכננים ומקימים מערך של שירותי בריאות הנפש. לאנשי תכנון בתחום בריאות הנפש נחוצה הבנה ברורה של טבעם והיקפם של קשיים פסיכולוגיים באזור נתון או במדינה שלמה משום שהם אחראים להקצאה יעילה ביותר של משאבים, כגון מימון מיזמי מחקר או שירותים שמספקים מרכזי בריאות נפש קהילתיים. למשל, תהא זו החלטה לא שקולה למלא מרכז טיפול במטפלים מומחים לטיפול באנוורקסיה נרבוזה (בעיה קלינית חמורה אך נדירה יחסית) כאשר חסרים מטפלים המיומנים בטיפול בחרדה או בדיכאון, שהן הפרעות שכיחות יותר לאין ערוך.

שנית, אומדן השכיחות של הפרעות נפש בקבוצות אנשים שונות עשוי לספק רמזים חשובים לסיבותיהן. לדוגמה, נתונים מבריטניה מראים שהסיכוי להתפתחות סכיזופרניה גדול פי שלושה בקרב מיעוטים אתניים מאשר באוכלוסייה הלבנה (Kirkbridge et al., 2006). גם שיעורי הסכיזופרניה בדרום-מזרח לונדון גבוהים יחסית לאזורים אחרים במדינה. נתונים אלה מניעים חוקרים לבדוק את הסיבות לתופעה. גורמים אפשריים יכולים להיות מעמד חברתי וקיפוח סביבתי וכן תזונה לקויה או חשיפה למחלות מדבקות או למזהמים סביבתיים.

תפוצה והיארעות

לפני שנמשיך לדון בהשפעת הפרעות הנפש על החברה, עלינו להבהיר כיצד מכמתים בעיות פסיכולוגיות. **אפידמיולוגיה** היא חקר תפוצתן של מחלות, הפרעות או התנהגויות הנוגעות לבריאות בקרב אוכלוסייה נתונה. אפידמיולוגיה של בריאות הנפש היא חקר תפוצתן של מחלות נפש. מרכיב מרכזי בסקר אפידמיולוגי הוא קביעת שכיחותן של הפרעות הנפש. יש כמה דרכים לעשות זאת. **תפוצה** היא אומדן מספר המקרים הפעילים באוכלוסייה בנקודת זמן נתונה. נהוג לבטא נתונים של תפוצה באחוזים (כלומר, האחוז באוכלוסייה שלוקה בהפרעה). ישנם סוגים שונים של אומדני תפוצה. להלן נסקור אותם בקצרה.

תפוצה נקודתית מתייחסת לאומדן אחוז המקרים הממשיים והפעילים של הפרעה באוכלוסייה נתונה בנקודת זמן נתונה. לדוגמה, אם היינו עורכים מחקר וסופרים את האנשים עם הפרעת דיכאון קשה (דיכאון קליני) ב-1 בינואר בשנה הבאה, היינו מקבלים אומדן של התפוצה הנקודתית המשווערת של מקרי הדיכאון הפעילים. אדם שסבל מדיכאון בחודשים נובמבר ודצמבר אך הצליח להבריא עד 1 בינואר לא יכלול בחישוב התפוצה הנקודתית שלנו. הוא הדין בנוגע לאדם שהדיכאון שלו התחיל רק ב-2 בינואר.

אם נרצה לחשב **תפוצה שנתית**, לעומת זאת, נספור את כל מי שחווה דיכאון בכל נקודת זמן במהלך כל השנה. אתם בוודאי יכולים לתאר לעצמכם שיתקבל שיעור תפוצה גבוה יותר מזה שיתקבל מחישוב תפוצה נקודתית מכיוון שתפוצה שנתית מכסה תקופה ארוכה הרבה יותר. יתרה מזו, החישוב יכלול גם את האנשים שהבריאו לפני אומדן התפוצה הנקודתית וכן את אלה שלקו בהפרעה רק אחרי שנערך אומדן התפוצה הנקודתית (אם היו חולים במהלך השנה הרלוונטית).

לבסוף, אם נרצה לקבל גם אומדן של מספר האנשים שלקו בהפרעה מסוימת אי-פעם בחייהם (גם אם בינתיים החלימו) נשתמש באומדן **התפוצה במהלך חיים**. אומדנים אלה נמשכים במהלך כל החיים וכוללים גם את החולים הנוכחיים וגם בני אדם שהחלימו, ולפיכך אומדני תפוצה במהלך חיים נוטים להיות גבוהים יותר מסוגים אחרים של אומדני תפוצה.

מונח נוסף שעליכם להכיר הוא **היארעות**. פירושו מספר המקרים החדשים שמופיעים במהלך תקופה נתונה (בדרך כלל שנה אחת). נתונים אלה נוטים להיות

אפידמיולוגיה (epidemiology)

תפוצה (prevalence)

תפוצה נקודתית (point prevalence)

תפוצה שנתית (1-year prevalence)

תפוצה במהלך חיים
(lifetime prevalence)

היארעות (incidence)

נמוכים יותר מנתוני תפוצה כיוון שהם אינם כוללים מקרים של אנשים שחלו לפני עריכת האומדן. במילים אחרות, אם היינו אומדים את מספר המקרים החדשים של סכיזופרניה במהלך שנה, לא היינו מחשיבים בני אדם שלקו בסכיזופרניה לפני התאריך הנתון של התחלת האומדן (גם אם הם היו עדיין חולים) משום שאינם בגדר מקרים "חדשים" של סכיזופרניה. ולעומת זאת, אדם שהיה בריא למדי בעבר אך התפתחה אצלו סכיזופרניה במהלך חלון הזמן של שנה, היה נכלל באומדן שיעור היארעות.

אומדן התפוצה של הפרעות נפש

עתה, משהתוודענו לכמה מונחים בסיסיים, הבה נפנה לשיעורי התפוצה השנתית של אחדות מההפרעות החשובות. המקור המקיף ביותר להערכת שיעור התפוצה של הפרעות נפש מאובחנות בקרב מבוגרים בארצות הברית הוא סקר התחלואה הנלווית הלאומי (NCS-R – National Comorbidity Survey Replication). הסקר דגם את כל האוכלוסייה הבוגרת של ארצות הברית והשתמש בכמה אסטרטגיות מתודולוגיות מתוחכמות (Kessler et al., 2004; Kessler, Berglund, Borges, et al., 2005; Kessler & Merikangas, 2004). בטבלה 1.1 אפשר לראות אומדן של התפוצה השנתית ושל התפוצה במהלך חיים של הפרעות הנפש המופיעות ב-DSM-IV על פי מחקר ה-NCS-R.

טבלה 1.1 תפוצה של הפרעות נפש במבוגרים בארצות הברית*

תפוצה במהלך חיים (%)	תפוצה שנתית (%)	
28.8	18.1	הפרעת חרדה כלשהי
20.8	9.5	הפרעת מצב רוח כלשהי
14.6	3.8	הפרעה כלשהי של שימוש מזיק בחומרים
46.4	26.2	הפרעה כלשהי

* שלוש השורות הראשונות מתייחסות להפרעות הנפוצות ביותר. השורה האחרונה כוללת אנשים שיש להם הפרעה כלשהי (אחת או יותר).

מקורות: מבוסס על Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005a). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States. *JAMA*, 293(20), 2487-95.; Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005c). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DMS-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 62, 617-27.

היות ש-DSM-5 הוא חדש כל כך, עדיין אין בידינו נתונים מקיפים על התפוצה במהלך חיים על בסיס מהדורה עדכנית זו. אולם, התפוצה במהלך חיים של הלוקים בהפרעה כלשהי המופיעה ב-DSM-IV עומדת על 46.4%. פירושו של דבר הוא שכמחצית מהאמריקנים שנשאלו, נתקפו במחלת נפש אי-פעם במהלך חייהם (Kessler, Berglund, Demler, et al., 2005). מספר זה עשוי אולי להיראות גדול, אך ייתכן שלמעשה הוא דווקא הערכת חסר כיוון שמחקר ה-NCS-R לא כלל הערכה של הפרעות אכילה, סכיזופרניה ואוטיזם, למשל. הוא גם לא כלל מדדים

לרוב הפרעות האישיות. כפי שאפשר לראות בטבלה 1.1, הקבוצה הנפוצה ביותר של הפרעות נפש היא הפרעות חרדה. הפרעות נפוצות אחרות (ראו **טבלה 1.2**) הן הפרעת דיכאון קשה, שתייה מופרזת ופוביות ספציפיות (למשל פחד מבעלי חיים קטנים, מחרקים, מטיסה, מגבהים). גם פוביות חברתיות (למשל פחד לדבר מול קהל) נפוצות מאוד.

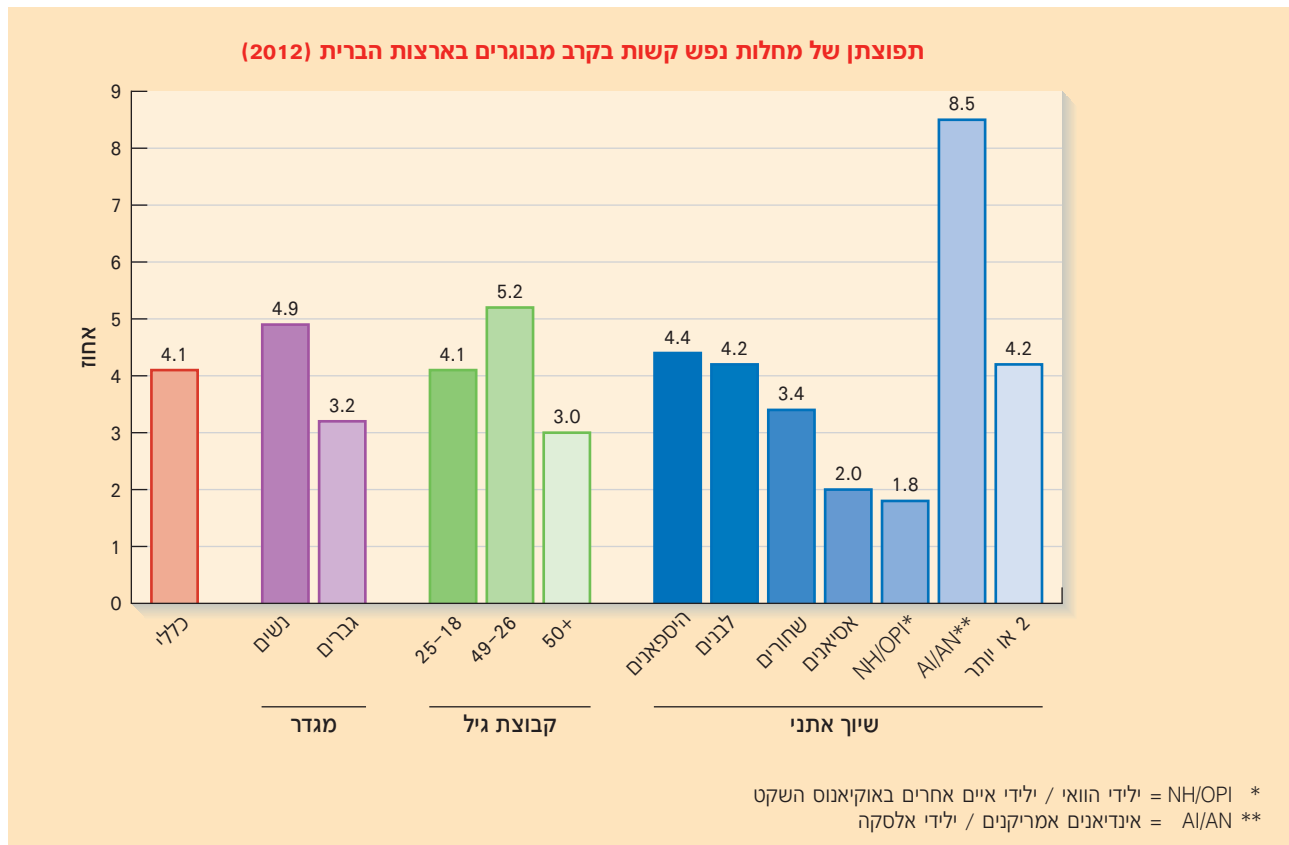
טבלה 1.2 הפרעות הנפש הנפוצות ביותר בארצות הברית

הפרעה	תפוצה שנתית (%)	תפוצה במהלך חיים (%)
הפרעת דיכאון קשה	6.7	16.6
שתייה מופרזת	3.1	13.2
פוביה ספציפית	8.7	12.5
פוביה חברתית	6.8	12.1
הפרעת התנהגות	1.0	9.5

מקורות: מבוסס על Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005a); Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States. *JAMA*, 293(20), 2487-95.; Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005c). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DMS-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 62, 617-27

שיעורי הפרעות הנפש במהלך החיים (ובמהלך שנה אחת) נראים אומנם גבוהים, אך חשוב לזכור שיש מקרים שבהם משך ההפרעה עשוי להיות קצר יחסית (למשל דיכאון שנמשך שבועות אחדים אחרי סיום קשר רומנטי). זאת ועוד, אנשים רבים שעונים על הקריטריונים של הפרעה נתונה לא יושפעו ממנה באורח קשה. לדוגמה, במחקר ה-NCS-R קרוב למחצית (48%) האנשים שאובחנו עם פוביה ספציפית לקו בהפרעות בדרגות חומרה מתונות, ורק 22% מהפוביות דורגו כחמורות (Kessler, Chiu, et al., 2005). עמידה בקריטריונים האבחנתיים של הפרעה מסוימת והיפגעות חמורה מהפרעה זו אינן בהכרח היינו הך. לפי נתוני ה-NCS-R, הערכת התפוצה השנתית של מחלות הנפש הקשות היא 5.8% בקרב מבוגרים ו-8.0% בקרב מתבגרים (Kessler et al., 2012).

אחת הבעיות בנתוני ה-NCS-R היא שהם נאספו לפני למעלה מעשור. למרבה המזל, סקר נוסף, המכונה הסקר הלאומי בנושא שימוש בסמים ובריאות המזל, סקר נוסף, המכונה הסקר הלאומי בנושא שימוש בסמים ובריאות (NSDUH – National Survey on Drug Use and Health) נערך מדי שנה. אומנם סקר זה אינו כולל מידע על הפרעות ספציפיות, אך אפשר להשתמש בו לקבלת מידע עדכני ביותר. כפי שאפשר לראות ב**תרשים 1.1**, האומדנים העדכניים ביותר מראים שהתפוצה השנתית הכללית של מחלות נפש קשות בקרב מבוגרים בארצות הברית היא 4.1% (להוציא הפרעות של שימוש מזיק בחומרים). נתון זה דומה למדי לשיעור של 5.8% שדווח ב-NCS-R (שכלל הפרעות שימוש מזיק בחומרים). אפשר גם לראות בתרשים שאחוזי מחלות הנפש הקשות גדולים יותר בקבוצות מסוימות מאשר באחרות.



תרשים 1.1

תפוצתן של מחלות נפש קשות בקרב מבוגרים בארצות הברית (2012)

אחוזי מחלות הנפש הקשות גבוהים יותר בנשים, בבני 26 עד 49 ובכמה קבוצות מיעוט.

(הנתונים באדיבות SAMHSA)



הפרעות לא תמיד מופיעות בנפרד. אדם שמשמש באלכוהול יכול להיות גם בדיכאון או בחרדה פתולוגית. זו דוגמה לתחלואה נלווית.

ממצא אחרון ממחקר ה-NCS-R קשור לשכיחות הגבוהה של תחלואה נלווית בהפרעות מאובחנות (Kessler, Chiu, et al., 2005). המונח **תחלואה נלווית** משמש לתיאור הימצאותן של שתי הפרעות או יותר באדם אחד. שיעור התחלואה הנלווית גבוה במיוחד בקרב אנשים הלוקים בצורות קשות של הפרעות נפש. במחקר ה-NCS-R, מחצית מן האנשים עם הפרעה שדורגה כחמורה בסולם חומרה (קלה, מתונה וחמורה) לקו בשתי הפרעות נוספות או יותר. לשם המחשה נוכל לתאר לעצמנו אדם ששותה יתר על המידה ובה-בעת הוא

תחלואה נלווית (comorbidity)

גם מדוכא וסובל מהפרעת חרדה. לעומת זאת, רק ל-7% מהלוקים בהפרעה קלה היו שתי הפרעות מאובחנות נוספות או יותר. מכאן שהסיכוי להופעת תחלואה נלווית גדול יותר לאין ערוך באנשים עם הצורות החמורות ביותר של הפרעות נפש. כאשר המצב קל, תחלואה נלווית היא בגדר היוצא מן הכלל ולא הכלל.

הנטל הכלכלי הגלובלי של מחלות

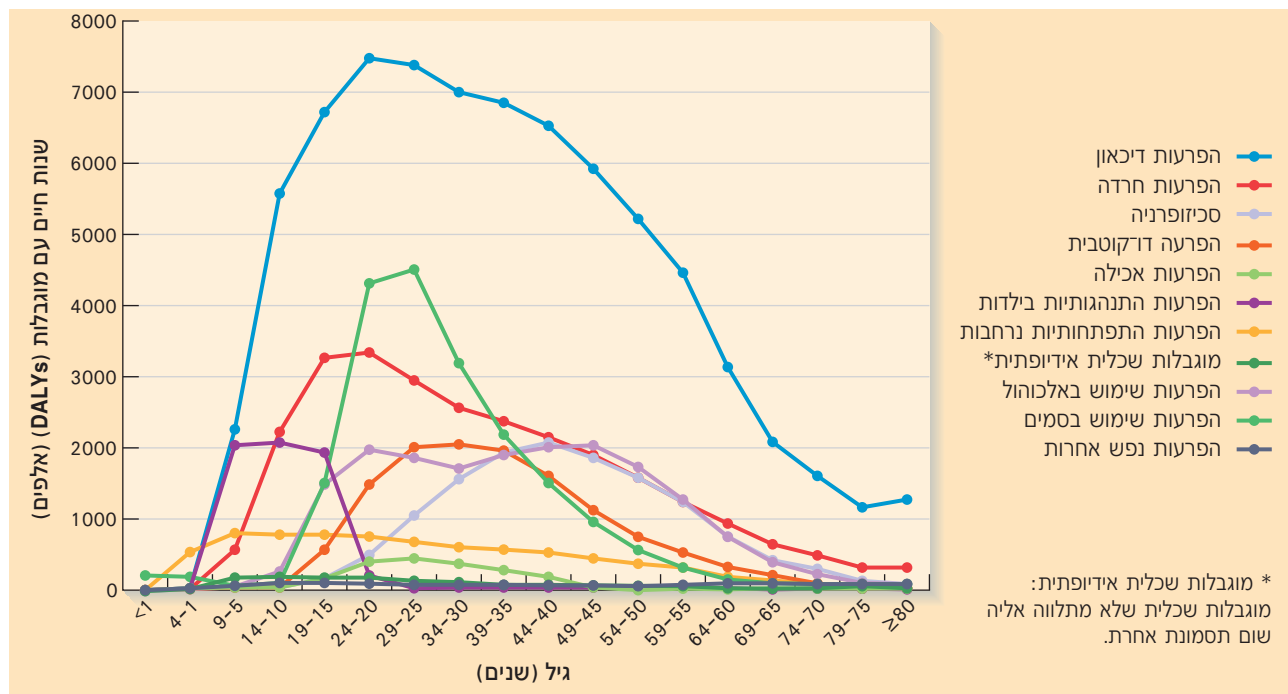
הפרעות נפש והפרעות של שימוש מזיק בחומרים גורמות לעיתים קרובות לאובדן כושר התפקוד. ברחבי העולם הן מהוות יותר מ-7% מהנטל הכלכלי הגלובלי של מחלות, שהם יותר מהנטל הכלכלי של מחלות שנגרמות מאיידס, דלקות ריאה, סוכרת ופציעות מתאונות דרכים. מכיוון שהפרעות חרדה, הפרעות דיכאון והפרעות של שימוש מזיק בחומרים שכיחות מאוד, הן מספקות הסבר ל-184 מיליון שנות חיים עם מוגבלות (DALYs – Disability Adjusted Years of Life); שנת חיים עם מוגבלות מייצגת אובדן של שנה אחת של חיים בריאים. סכום השנים הללו עבור כל האוכלוסייה הוא המדד לנטל כלכלי בגין מחלות ומוגבלויות. ההפרעה שגורמת לנטל הכלכלי הגלובלי הגדול ביותר היא דיכאון, שמהווה יותר מ-40% משנות החיים עם מוגבלות (ראו **תרשים 1.2**). במונחים של אובדן תפוקה כלכלית שנגרם בשל אנשים עם הפרעות נפש שאינם מסוגלים לעבוד באופן זמני או קבוע, מעריכים שבכל העולם יעלו הפרעות הנפש 16 טריליון דולר אמריקני (כ-25% מהתוצר הלאומי הגולמי העולמי ב-2010) במהלך 20 השנים הבאות. הנתון הזה מטלטל. הוא אינו כולל את מחיר הטיפול או את המחיר (הרגשי) האישי שיכולים לגבות החיים עם הפרעת נפש מאדם וממשפחתו (Whiteford et al., 2013). הדברים הללו מצביעים על הצורך במציאת דרכים טובות יותר לספק שירותים לבריאות הנפש, בייחוד במדינות מתפתחות. אך בסביבות שהן שסועות בעקבות מלחמה או בעלות משאבים מוגבלים, צורך זה מציב אתגרים לא מעטים.

תרשים 1.2

הנטל הכלכלי של הפרעות נפש שונות במהלך החיים

שנות חיים עם מוגבלות (DALYs) של מגוון הפרעות נפש והפרעות של שימוש מזיק בחומרים מוצגות לפי גיל. שנות חיים עם מוגבלות מייצגות את המספר הכולל (העולמי) של שנות חיים שאילולי ההפרעה היו בריאות אך הן אבדו בגללה או הושפעו ממנה במידה ניכרת. דיכאון הוא ההפרעה שקיבלה את הערכים הגבוהים ביותר מכיוון שהיא הפרעה שכיחה באופן יחסי.

(על פי Whiteford et al., 2013. *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet, 382, 1580)



טיפול

אומנם הם אינם זמינים לכול, אך ישנם טיפולים רבים להפרעות פסיכולוגיות. הם כוללים טיפול תרופתי וצורות שונות של טיפול פסיכולוגי (פסיכותרפיה, Psychotherapy). בספר זה, כל פרק שדן בהפרעות ספציפיות כולל גם סעיף המתאר את הטיפול בהפרעות אלה. כמו כן, בפרק 16 אנו דנים בגישות שונות לטיפול ומתארים בהרחבה מגוון סוגי טיפול. עם זאת, חשוב להדגיש שלא כל האנשים עם הפרעות פסיכולוגיות מקבלים טיפול. בחלק מן המקרים, אנשים מכחישים את סבלם או ממזערים אותו. אחרים מנסים להתמודד עם הבעיה בכוחות עצמם ועשויים להחלים מבלי לפנות לאיש מקצוע בתחום בריאות הנפש לקבלת עזרה. כאמור, תווית שלילית גורמת לחלק מבני האדם להימנע מלבקש עזרה (Clement et al., 2015). גם אם הם מכירים בכך שיש להם בעיה, בני אדם נוטים לחכות זמן רב לפני שהם מחליטים לפנות למישהו כדי לקבל עזרה. מחצית מהלוקים בדיכאון מתעכבים בבקשת עזרה 6 עד 8 שנים. באשר לבעיות חרדה, טווח זמן העיכוב נמשך 9 עד 23 שנים (Wag, Berglund, et al., 2005)!

כאשר אנשים עם הפרעות נפש באים לקבל עזרה, הם מטופלים בדרך כלל על ידי רופא המשפחה שלהם ולא על ידי מומחה למחלות נפש (Wang, Berglund et al., 2005). רוב־רובו של הטיפול בחולי נפש ניתן כיום במרפאות חוץ ללא אשפוז (בניגוד לאשפוז במוסד רפואי) (O'Donnell et al., 2000). טיפול במרפאות חוץ מחייב את המטופל להגיע לאיש מקצוע במרפאת בריאות נפש, אך הוא אינו מצריך אשפוז או שהייה במרפאה במהלך הלילה. מטופל יכול לבוא למרכז בריאות הנפש בקהילה, ללכת למטפל פרטי או לקבל טיפול במרפאות חוץ של בית חולים.

אשפוז וטיפול במחלקה בבית חולים הם האפשרות העדיפה לאנשים הזקוקים לטיפול אינטנסיבי יותר מכפי שאפשר לקבל במרפאות חוץ. סקרים שונים מראים ירידה ניכרת בשיעור מקרי האשפוז בבתי חולים לבריאות הנפש ב־45 השנים האחרונות. אחת הסיבות לשינוי היא פיתוח תרופות ששולטות בתסמינים של רוב ההפרעות הקשות. נוסף על כך, קיצוצי תקציב אילצו מרכזים גדולים שהם פדרליים או של המדינות בארצות הברית, להיסגר. גם ההגבלות שחברות הביטוח מטילות על אשפוז בבתי חולים תורמות את חלקן לירידה בשיעורי האשפוז. אם שהייה בבית חולים אינה מאושרת על ידי חברת הביטוח, המטופלים צריכים לחפש טיפול במקום אחר.

מטופלים הזקוקים לאשפוז נשלחים לרוב למחלקות הפסיכיאטריות בבתי חולים כלליים או לבתי חולים פרטיים שמתמחים בהפרעות נפש מסוימות. תקופת האשפוז נוטה להיות קצרה בהרבה מבעבר (Case et al., 2007; Lay et al., 2007). המשך הטיפול מתקיים במרפאות חוץ.

מגמת ההתרחקות מהאשפוז המסורתי החלה לפני עשורים אחדים. במרוצת הזמן חלה ירידה עצומה במספר מיטות האשפוז. לדוגמה, ב־1955 היו 339 מיטות זמינות בבתי החולים של המדינות בארצות הברית לכל 100,000 אנשים באוכלוסייה. עד שנת 2000 המספר צנח ל־22 (Lamb & Weinberger, 2005). אחת התוצאות

המצערות של מגמה זו היא שמספר האסירים המטופלים בשל מחלות נפש קשות עלה במידה ניכרת. כאשר אנשים עם מחלות נפש קשות (שאוילי הם חסרי משאבים כלכליים וביטוח בריאות) אינם יכולים למצוא טיפול הולם בקהילה, הסיכוי שבמועד כלשהו הם ימשכו את תשומת ליבם של המופקדים על אכיפת החוק – גדל. בקצרה, למגמה של הורדת שיעורי האשפוז הממושך בבתי החולים (הנודעת גם כ־deinstitutionalization) היו תוצאות בלתי צפויות רבות, ביחוד לחברים המקופחים ביותר של החברה. בפרק 2 נרחיב את הדיון על מגמה זו.

אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש

אנשי המקצוע השונים במחלקות בתי החולים עובדים לרוב בצוות כדי להעניק למטופלים את הטיפול הנחוץ. פסיכיאטר יכול לרשום למטופל תרופות ולנטר את תופעות הלוואי. פסיכולוג קליני יכול לספק טיפול אישי ולהיפגש עם המטופל כמה פעמים בשבוע. עובד סוציאלי קליני יכול לעזור למטופל לפתור בעיות במשפחה, ואחות פסיכיאטרית תבוא לראותו מדי יום כדי להעניק לו תמיכה ולעזור לו להסתדר טוב יותר בסביבת בית החולים. עצימות הטיפול האופיינית לסביבת בית חולים תוכננה כך שתוכל לסייע למטופל להרגיש טוב יותר מהר ככל האפשר.

גם אנשים המטופלים במסגרות שמחוץ לבית החולים עשויים לקבל טיפול מצוות של אנשי מקצוע. אך מספר המומחים המעורבים בטיפול כזה הוא בדרך כלל קטן הרבה יותר. בחלק מן המקרים, הטיפול כולו ניתן על ידי פסיכיאטר, שרושם תרופות וגם מעניק טיפול פסיכולוגי. מטופלים אחרים יקבלו תרופות מהפסיכיאטר ויקיימו פגישות טיפול סדירות עם פסיכולוג או עם עובד סוציאלי קליני. במקרים אחרים, לפי סוג הבעיה ומידת חומרתה, המטופלים (מסגרות מסוימות מעדיפות את המונח לקוחות) ייפגשו אולי עם פסיכולוג יועץ, עם פסיכואנליטיקאי או עם יועץ מומחה לטיפול בבעיות סמים ואלכוהול.

שאלות חזרה



- מהי אפידמיולוגיה?
- מה ההבדל בין תפוצה להיארעות?
- מהן הפרעות הנפש השכיחות ביותר?
- מה הקשר בין חומרה של מחלה לבין תחלואה נלווית?

גישות מחקר בפסיכופתולוגיה

יעד לימוד 1.5 לברר מדוע אפשר לחקור את הפסיכופתולוגיה כמעט בכל סביבה והקשר.

כפי שעולה בבירור ממחקר ה־NCS-R, הפרעות נפש משפיעות על חייהם של בני אדם רבים. כדי ללמוד הרבה ככל האפשר על מצבים אלה, עלינו לערוך מחקרים

שכן הם מאפשרים לנו ללמוד את מאפייני ההפרעות או את טבען. באמצעות מחקרים אנו יכולים ללמוד על התסמינים של הפרעה ועל תפוצתה, ללמוד אם היא נוטה להיות **חריפה** (קצרת מועד) או **כרונית** (מתמשכת) וללמוד על הבעיות והקשיים שלעיתים קרובות מלווים אותה.

הפרעה חריפה (acute disorder)
הפרעה כרונית (chronic disorder)

המחקר מאפשר לנו להעמיק את הבנת ה**אטיולוגיה** (הסיבות) של ההפרעות. בסופו של דבר, אנו זקוקים למחקר כדי להעניק את הטיפול המיטבי למטופלים שמבקשים סיוע בהתמודדות עם קשייהם. כל השותפים לכתיבת ספר זה הם מטפלים בעלי הכשרה. בתור שכאלה, אנו נעזרים בספרות המחקר כדי להעניק למטופלים שלנו את הטיפול היעיל והעדכני ביותר.

אטיולוגיה (etiology)

סטודנטים שמתוודעים לראשונה לתחום הפסיכופתולוגיה מניחים פעמים רבות כי בחינה מדוקדקת של חקרי מקרים מן העבר תגלה את התשובות לכל השאלות. אך כאשר אנו חוקרים מקרים נפרדים ומסיקים מהם מסקנות, אנו עלולים לפתח טעויות בחשיבתנו באותה מידה שבה אנו עשויים לרכוש ידע. אחת הטעויות האלה היא שלעיתים קרובות אנו מתייחסים רק לנתונים שמאששים את נקודת המבט שלנו על הדברים. לדוגמה, נניח שמטפל א מאמין שחרדה מסוימת נגרמת בשל טראומה בילדות. לשאלה מדוע הוא מחזיק בהשקפה זו עשוי מטפל א להשיב שהוא מצא הרבה מאוד מקרים של מטופלים עם אותה חרדה שהייתה להם גם טראומה בילדותם. או אז בא מטפל ב. הוא מחליט לעשות עבודת מחקר. הוא בודק קבוצה גדולה של מטופלים (לא רק את שלו) עם החרדה המסוימת. הוא בוחן כל מטופל ומטופל ובודק אם הייתה לו טראומה בילדותו או לא ומגלה שיש שחוו טראומה ויש שלא. התמונה אפוא אינה חד־משמעית כלל. דוגמה פשוטה זו ממחישה כיצד המחקר מונע מאיתנו לסטות בשל טעויות טבעיות בחשיבה. בקצרה, המחקר מגן על חוקרים מההטיות שלהם עצמם בתפיסה ובהסקת מסקנות (Raulin & Lilienfeld, 2015).

מחקר בפסיכופתולוגיה יכול להיערך במרפאות, בבתי חולים, בבתי ספר, בבתי כלא ואפילו בהקשרים לא מובנים, כגון תצפיות בסביבה הטבעית של חסרי בית ברחוב. לא הסביבה קובעת אם אפשר לערוך מיזם מחקרי נתון. כדבריו הקולעים של קזדין, "מתודולוגיה אינה רק אוסף של דרכי פעולה והליכים, אלא גישה לפתרון בעיות, לחשיבה ולרכישת ידע" (Kazdin, 1998). המתודולוגיה המחקרית (כלומר, התהליכים וההליכים המדעיים שבהם אנו משתמשים לעריכת מחקר) מתפתחת אפוא כל הזמן.

ככל שטכניקות חדשות נעשות זמינות יותר (בין היתר טכניקות של הדמיה מוחית וטכניקות סטטיסטיות חדשות), כך גם המתודולוגיה מתפתחת. בסעיפים הבאים נציג כמה מונחים בסיסיים במחקר כדי שתוכלו להתחיל לחשוב באופן ביקורתי כמו מדענים קליניים. בחלק מן הפרקים ניעזר גם ב"זרקור על מחקר" כדי להסב את תשומת ליבכם למונחי מפתח עיקריים הנדרשים להבנת המחקר הפסיכולוגי.

מקורות מידע

יעד לימוד 1.6 לתאר שלוש גישות שונות לאיסוף מידע על הפרעות נפש.

כבני אדם אנו מכוונים את הקשב שלנו לעיתים קרובות לאנשים סביבנו. אם היו מבקשים מכל אחד מכם לתאר את חברו הטוב ביותר, את אביו או אפילו את המרצה בקורס לפסיכופתולוגיה, ללא ספק היה לכם הרבה מה לומר. בדומה לכל המדעים האחרים למעשה, מסד הידע הפסיכולוגי מקורו בתצפיות. אכן, כמות גדולה של ידע מוקדם נשאבת מחקרי מקרים שבהם מתוארים אנשים ספציפיים בפרטי-פרטים.

חקר מקרה

מטפלים פיקחים דוגמת הפסיכיאטר הגרמני אמיל קרפלין (Kraepelin, 1856-1926) והפסיכיאטר השווייצרי אויגן בלוייר (Bleuler, 1857-1939) סיפקו לנו תיאורים מפורטים על מטופלים שקורא בן זמננו יזהה בקלות כלוקים בהפרעות, כגון סכיזופרניה או דיכאון מאני (שמכונה היום "הפרעה דו־קוטבית"). אלזיס אלצהיימר (Alzheimer, 1864-1915) תיאר מטופל עם תמונה קלינית לא רגילה שבהמשך נודעה כמחלת אלצהיימר. זיגמונד פרויד (Freud, 1856-1939), אבי הפסיכואנליזה, פרסם מקרים קליניים רבים שתיארו את מה שכיום אנו מזהים כפוביות (המקרה של "הנס הקטן") והפרעת טורדנות-כפייתיות ("איש העכברושים"). תיאורים כאלה הם חומר קריאה מרתק אפילו כיום.

חקר מקרה (case study)
הטיה (bias)

יכולת הכללה (generalizability)

אפשר ללמוד הרבה ממטפלים מיומנים שמשתמשים בשיטת **חקר מקרה**. עם זאת, המידע המופיע בהם מועד ל**הטיה** מכיוון שמתאר המקרה בוחר איזה מידע לכלול ואיזה להשמיט. סוגיה אחרת היא שהחומר בחקר מקרה רלוונטי לעיתים קרובות רק לאדם היחיד שתואר. פירוש הדבר הוא שלמסקנות מחקר מקרה יש **יכולת הכללה** נמוכה – כלומר אי-אפשר להשתמש בהן להסקת מסקנות על מקרים אחרים גם אם במקרים הללו מעורבים אנשים עם הפרעה דומה לכאורה. במקרה שיש צופה אחד בלבד ומשתתף יחיד וכאשר התצפיות נערכות בהקשר שהוא חסר בקרה באופן יחסי וטבען אנקדוטי ומסתמכות על התרשמות אישית, נוכל להסיק רק מסקנות מוגבלות מאוד שעלולות להיות שגויות. עם זאת, חקרי מקרים הם דרך מצוינת להמחיש חומר קליני. הם גם יכולים לתמוך, אף אם במידה מוגבלת, בתיאוריה מסוימת או לספק ראיות שליליות שיכולות לאתגר השערה או רעיון נפוצים. חשוב לומר שחקרי מקרים יכולים להיות מקור בעל ערך לרעיונות חדשים ולהוות תמריץ למחקר, והם עשויים לספק תובנות על מצבים קליניים יוצאי דופן שהם נדירים מדי מכדי שיחקרו אותם באופן שיטתי יותר.

נתונים מדיווח עצמי

מה עלינו לעשות אם ברצוננו להעמיק יותר בחקר התנהגות מסוימת? אחת הגישות היא איסוף **נתונים מדיווח עצמי** מהאנשים שאנו רוצים ללמוד עליהם יותר. לשם כך ייתכן שנבקש מן המשתתפים במחקר למלא שאלונים מסוגים שונים. דרך אחרת לאסוף נתונים מדיווח עצמי היא בעזרת ראיונות. החוקר שואל שורה של שאלות ולאחר מכן מתעד את תשובות המרואיין.

נתונים מדיווח עצמי (self-report data)

נדמה כי לשאול אנשים על החוויות הסובייקטיביות שלהם היא דרך מצוינת לאסוף מידע. ואולם, לגישה זו במחקר יש כמה מגבלות. נתונים מדיווח עצמי עלולים לעיתים להיות מטעים. אחת הבעיות היא שאנשים אינם תמיד המדווחים הטובים ביותר על חווייתם או על מצבם הסובייקטיביים. לדוגמה, בתשובה לשאלה בריאיון, ילד יכול לדווח שיש לו 20 "חברים הכי טובים". אך כאשר נצפה בו ייתכן שיתברר כי הוא משחק תמיד לבדו. בני אדם מדי פעם משקרים, מפרשים לא נכון את השאלה או מבקשים להציג את עצמם באור חיובי (או לא חיובי) ולכן לא תמיד אפשר להתייחס לנתונים של דיווח עצמי כמדויקים מאוד או אמיתיים. כל מי שניסה אי פעם לקבוע דייט באמצעות האינטרנט מכיר זאת היטב! ואם אתם זקוקים עדיין להוכחה, שאלו שלושה אנשים מה משקלם. אחר כך בקשו מהם לעלות על מאזניים. מה הסיכוי שהמשקל שדיווחו עליו יהיה זהה לזה שמראים המאזניים? אילו סיבות, לדעתכם, יכולות להסביר את ההבדל?

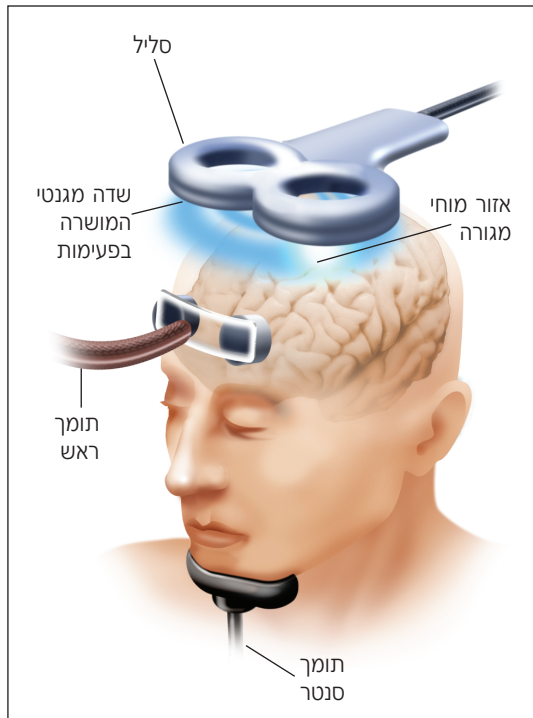
גישות המבוססות על תצפית

כשאוספים מידע על אנשים בלי לשאול אותם ישירות (דיווח עצמי), נשענים על אחת מצורות התצפית. האופן המדויק שבו נעשה זאת תלוי במה שאנחנו חותרים להבין. לדוגמה, אם אנו חוקרים ילדים אלימים, נרצה אולי שצופים שעברו הכשרה מתאימה ירשמו את מספר הפעמים שילדים שסווגו כאלימים מכים את חבריהם למשחק, נושכים, דוחפים וצובטים אותם או בועטים בהם. במצב כזה תיערך **תצפית ישירה** בהתנהגות הילדים.

תצפית ישירה (direct observation)

אנו יכולים גם לאסוף מידע על משתנים ביולוגיים (למשל קצב הלב) בקרב קבוצת הילדים האלימים. נוכל גם לבקש מן הילדים האלימים הנצפים לירוק לתוך מכל פלסטיק כדי לאסוף מידע על הורמוני לחץ כגון קורטיזול (הנמצא ברוק). לאחר מכן נשלח את דגימות הרוק למעבדה לשם ניתוח. גם פעולה זו היא צורה של איסוף נתונים המבוססת על תצפית. היא מספרת משהו שאנו רוצים לדעת באמצעות משתנה שהוא רלוונטי לתופעה שאנו מתעניינים בה.

הטכנולוגיה התקדמה, וכיום אנו מפתחים שיטות לחקר התנהגויות, מצבי רוח וקוגניציות שזמן רב נחשבו לא נגישים. לדוגמה, כיום משתמשים כדבר שבשגרה בטכניקות להדמיה מוחית, כגון הדמיית תהודה מגנטית תפקודית (fMRI) לחקר המוח העובד. אנו יכולים לחקור את זרימת הדם לחלקים שונים במוח בעת ביצוע משימות זיכרון. יש ביכולתנו אפילו לראות אילו אזורים במוח משפיעים על הדמיון.



תרשים 1.3

חוקרים משתמשים בטכנולוגיה כגון גרייה מגנטית חוצת גולגולת (TMS) כדי ללמוד כיצד המוח פועל. TMS מחולל שדה מגנטי על פני הקרקפת ודרכו מגרים רקמות מוח עמוקות. חוקרים יכולים להעריך את התוצאות ההתנהגותיות של גרייה לא מכאיבה ולא פולשנית זו ולמדוד אותן.

טכניקות אחרות הן למשל גרייה מגנטית חוצת גולגולת (TMS – Transcranial Magnetic Stimulation) (ראו תרשים 1.3), שמחוללת שדה מגנטי על פני הקרקפת ומאפשרת לגרות רקמות מוח עמוקות (Eldaief et al., 2013). ההליך אינו מכאיב ואינו פולשני ונעשה כאשר הנבדק יושב על כורסה. באמצעות ה-TMS אפשר אפילו לנתק אזור מסוים של המוח לשניות אחדות ולמדוד את התוצאות ההתנהגותיות. לסיכום, כיום אנו יכולים לאסוף נתוני צפייה שהיו בלתי אפשריים בעבר.

למעשה, חלק ניכר מן המחקר הקליני הוא תערובת של שתי השיטות, דיווח עצמי ותצפיות. כמו כן, יש לזכור שכאשר אנו מדברים על צפייה בהתנהגות אנו מתכוונים להרבה יותר מאשר פשוט התבוננות באנשים. תצפית על התנהגות בהקשר זה היא מבט בוחן על ההתנהלות וההתנהגות של אנשים מסוימים (למשל אנשים בריאים, אנשים עם דיכאון, אנשים עם חרדה, אנשים עם סכיזופרניה). נוכל לחקור התנהגות חברתית במדגם של מטופלים עם דיכאון באמצעות צופים שהוכשרו לתצפית כזאת שיתעדו את השכיחות שבה המשתתפים מחייכים או יוצרים קשר עין. נוכל גם לבקש מהמטופלים עצמם למלא שאלוני דיווח עצמי שמעריכים מיומנויות חברתיות. אם אנו סבורים שחברתיות במטופלים עם דיכאון עשויה להיות קשורה למידת החומרה של הדיכאון שלהם (או שעשויה להיות במתאם עם מידת החומרה), נוכל לבקש מן המשתתפים להשיב על מדדים נוספים לדיווח עצמי שנועדו להעריך את מידת החומרה. נוכל אפילו למדוד רמות של חומרים מסוימים בדמם של מטופלים, בשתן או בנוזל המוח והשדרה שלהם (הנוזל הצלול שבו טובל המוח ושנבדק באמצעות ניקור מותני). לבסוף, נוכל כנראה לחקור את מוחם של מטופלים עם דיכאון ישירות באמצעות שיטות הדמיה מוחית. מקורות מידע מגוונים אלה יספקו לנו נתונים בעלי ערך, בסיס החקירה המדעית.

שאלות חזרה



- מהן נקודות החוזק והמגבלות של חקר מקרה?
- מדוע רצוי לא להסתמך על נתוני דיווח עצמי כמקור בלעדי למידע?
- מה ההבדל בין נתונים מדיווח עצמי לנתונים מתצפיות?

העלאת השערות ובחינתן

יעד לימוד 1.7 להסביר מדוע נחוצה קבוצת ביקורת (או קבוצת השוואה) כדי לבחון השערה כראוי.

מחקר עניינו שאילת שאלות. חוקרים בדרך כלל מעלים השערות כדי להבין התנהגות. **השערה** היא ניסיון להסביר דבר-מה, לנבא או לחקור. השערות מדעיות

השערה (hypothesis)

נבדלות מהספקולציות המעורפלות שכולנו עושים בשגרת חיינו בכך שמדענים מנסים לבחון את השערותיהם. במילים אחרות, הם מנסים לתכנן מחקרים שיסייעו להם להבין טוב יותר כיצד דברים מתרחשים ומדוע.

דיווחים אנקדוטיים כגון חקרי מקרים עשויים להיות בעלי ערך רב ולסייע לנו בבואנו לפתח השערות, אם כי הם אינם מתאימים לבחינת ההשערות שהועלו בהשראתן. מקורות אחרים להשערות הם ממצאים בלתי רגילים או מפתיעים. אחת הדוגמאות היא השיעור הגבוה מהצפוי של התאבדויות בקרב נשים שעברו ניתוח הגדלת שד קוסמטי (Sarwer et al., 2007). חשבו לרגע מדוע הקשר הזה קיים. הסברים אפשריים עשויים להיות שיעור גדול יותר של פסיכופתולוגיה בקרב נשים המבקשות לעבור ניתוח להגדלת חזה, ציפיות לא מציאותיות באשר להשפעה החיובית של הניתוח על חייהן, סיבוכים לאחר הניתוח שעשויים לגרום אחריהם מצב רוח דיכאוני וגורמים נוספים, כגון חוסר שביעות רצון ממראה גופן לפני הניתוח.

ממצא נוסף שטרם הוסבר הוא שאומנם בדרך כלל שיעורי הדיכאון בקרב גברים נמוכים יותר לעומת שיעורם בקרב נשים, אך אין זה נכון לגבי גברים יהודים. מדוע הסיכוי של גברים יהודים ללקות בדיכאון גדול יותר מאשר הסיכוי של גברים לא יהודים? אחת ההשערות היא שאולי קיים קשר מעניין (והפוך) בין דיכאון לבין שתיית אלכוהול מופרזת (Levav et al., 1997). השיעור של שתייה מופרזת ותלות באלכוהול בקרב גברים יהודים נמוך ביחס לזה של גברים לא יהודים. רעיון זה מתאים למחקר של חברי בתי כנסת אורתודוקסיים בלונדון שלא מצא אלכוהוליזם ומצא שיעורי דיכאון דומים בקרב נשים וגברים (דהיינו, יחס מגדרי של 1:1 במקום היחס הטיפוסי של 2:1) (Loewenthal et al., 1995). אומנם נותר עוד הרבה לגלות, אבל ההשערה שייתכן כי אפשר לייחס שיעורי דיכאון גבוהים יותר בקרב גברים יהודים לשיעורים נמוכים של שתיית אלכוהול מופרזת ראויה להמשך מחקר בעתיד (Loewenthal et al., 2003).

השערות הן חיוניות כיוון שלעיתים קרובות הן קובעות את הגישות הטיפוליות המשמשות לטיפול בבעיה קלינית מסוימת. דעתנו על הסיבות האפשריות לקשייו של המטופל תעצב, מטבע הדברים, את אופן ההתערבות שלנו בזמן הטיפול. למשל, נניח שנתקלנו במישהו שרוחץ את ידיו 60 עד 100 פעמים ביום ופוגע בעור ידיו וברקמות שמתחתיו (זו דוגמה להפרעת טורדנות-כפייתיות). אם נאמין שהתנהגות זו היא תוצאה של בעיות עדינות במעגלים עצביים מסוימים, ייתכן שננסה לזהות אילו מעגלים אינם מתפקדים בתקווה למצוא בסופו של דבר אמצעי לתקנם (אולי בעזרת תרופות).

ואולם, אם נסיק שרחיצת הידיים המוגזמת אצל אדם זה משקפת טיהור סמלי של מחשבות לא מוסריות ולא מקובלות, נוכל לנסות לחשוף את המקורות של רגשי האשם המוגזמים והעיסוק המופרז במוסריות ולטפל בהם. לבסוף, אם נתייחס לרחיצת הידיים רק כאל תוצר של התניה או למידה לא מוצלחת, נוכל לתכנן אמצעי לחיסול ההתנהגות הבעייתית. במילים אחרות, השערות העבודה שלנו בדבר הסיבות להפרעות שונות מעצבות במידה רבה את הגישה שבה נשתמש כאשר נלמד את ההפרעות ונטפל בהן.

דגימה והכללה

בחינה קפדנית של מקרה יחיד מאפשרת לנו לפעמים ללקט רמזים מועילים, אך אסטרטגיה זו מניבה רק לעיתים רחוקות מידע שדי בו כדי להגיע למסקנות מוצקות. המחקר בתחום הפסיכופתולוגיה עניינו רכישת הבנה מעמיקה יותר, ובמידת האפשר שליטה, על התנהגות חריגה (כלומר, היכולת לשנות אותה בדרכים צפויות). אדוארד, לדוגמה, עשוי לגשת לנשים במרכזים ולנסות ללקק את רגליהן משום שבילדותו אימו הייתה מפנה לו תמיד תשומת לב כאשר ניסה לנעול את נעליה. לעומת זאת, ג'ורג' עשוי להתנהג באותו אופן אך מסיבה שונה לגמרי. עלינו לחקור קבוצה גדולה יותר של בני אדם עם אותה בעיה כדי לגלות איזו מהתצפיות או מההשערות שלנו אמינה מבחינה מדעית. ככל שנחקר אנשים רבים יותר, הביטחון שלנו בממצאים יגדל.

מי ייכלל במחקר שלנו? באופן כללי, אנו מעוניינים לחקור קבוצות אנשים בעלי התנהגויות חריגות דומות. אם היינו רוצים לחקור אנשים עם הפרעת פאניקה, השלב הראשון היה לקבוע אמות מידה בדומה לאלה שב־DSM הנוכחי לשם זיהוי אנשים הלוקים בהפרעה קלינית זו. לאחר מכן היה עלינו למצוא אנשים המתאימים לאמות המידה שלנו. במצב אידיאלי, היינו חוקרים את כל בני האדם בעולם העונים על הקריטריונים שלנו מכיוון שאלה האנשים המהווים את אוכלוסיית היעד שלנו. מובן שזה בלתי אפשרי ולכן במקום זאת היינו מנסים לקבל מדגם מייצג של אנשים מתוך אוכלוסייה זו. לשם כך היינו משתמשים בטכניקה הקרויה **דגימה**. פירוש הדבר הוא שהיינו מנסים לבחור קבוצת אנשים שמייצגים את הקבוצה הגדולה יותר של בני אדם עם הפרעת פאניקה (בדומה לבחירת חבר מושבעים שהוא מדגם מייצג של כל בעלי זכות הבחירה).

דגימה (sampling)

במצב אידיאלי, היינו רוצים שהמדגם הקטן שלנו (קבוצת המחקר שלנו) ישקף את הקבוצה הגדולה יותר (האוכלוסייה הרלוונטית) בכל ההיבטים החשובים (למשל מידת החומרה של ההפרעה ומשכה ופרטים אישיים כמו גיל, מגדר ומצב משפחתי). אילו יכולנו לעשות הכול באורח מושלם, קבוצת המדגם שלנו הייתה נבחרת באופן אקראי מתוך האוכלוסייה הגדולה יותר של אנשים עם הפרעת פאניקה, מצב שכמוהו כהבטחה שלכל אדם באוכלוסייה זו יהיה סיכוי שווה להיכלל במחקר שלנו. הליך כזה יסדיר אוטומטית הטיית אפשריות בבחירת המדגם. עם זאת, בפועל פני הדברים שונים, וחוקרים צריכים פשוט לעשות כמיטב יכולתם בהינתן האילוצים בעולם המציאותי (לרבות העובדה שיש אנשים שכלל אינם מעוניינים להשתתף במחקר!).

מציאת משתתפים למחקר אינה תמיד קלה ולכן חוקרים משתמשים לפעמים ב"מדגמי נוחות" ("samples of convenience") במחקריהם. פירוש הדבר הוא שהם חוקרים קבוצות אנשים שהם נגישים וזמינים. האם שמתם לב כמה מחקרים נערכים בהשתתפות סטודנטים? האם הסיבה לכך היא שסטודנטים הם במהותם אנשים מרתקים למחקר? או שמא גורמים אחרים פועלים כאן?

אסטרטגיה נוחה עוד יותר היא גיוס משתתפים ברשת בעזרת שיטות של מיקור המונים, כגון זו של חברת אמזון, MTurk (Amazon's Mechanical Turk). זהו שוק עבודה מקוון שמחבר "מחפשי עובדים" עם "עובדים"; העובדים עונים על שאלונים הקשורים למחקר או מבצעים משימות תמורת תשלום צנוע (Shapiro et al., 2013). אומנם דרך זו מקילה על החוקרים, אך (כרגיל) היא אינה חסרת מחיר. כפי שאפשר לצפות, עובדים במיקור המונים אינם מהווים מדגם מייצג של כלל האוכלוסייה. האם תמצאו את סבתכם בשוק עבודה מקוון? קרוב לוודאי שלא. העובדים נוטים להיות צעירים, משכילים, מובטלים, ליברלים וחילוניים יותר מאשר אנשים באוכלוסייה הכללית. בארצות הברית, ייצוג השחורים וההיספנים במאגר העובדים של MTurk לוקה בחסר ואילו אסיאנים מיוצגים יתר על המידה יחסית לחלקם באוכלוסייה הכללית (Paolacci & Chandler, 2014).

תוקף פנימי ותוקף חיצוני

מנקודת מבטו של החוקר, ככל שהמדגם מייצג יותר כך נטיב להכליל את ממצאיו על הקבוצה הגדולה. המידה שבה אנו יכולים להכליל את ממצאינו מעבר לקבוצת המחקר מכונה **תוקף חיצוני**. מחקר המערב גם גברים וגם נשים מכל קבוצות הגיל, מכל רמות ההכנסה ומכל רמות ההשכלה מייצג את אוכלוסיית היעד יותר (ויהיה בעל תוקף חיצוני רב יותר) ממחקר שמשתתפות בו רק סטודנטיות, למשל. וכאשר אנו חוקרים קבוצת אנשים שלכולם מאפיין משותף מוגדר (למשל הפרעה ספציפית), אנו יכולים להסיק שמכנים משותפים נוספים (דוגמת היסטוריה משפחתית של דיכאון או רמות נמוכות של נורוטרנסמיטרים מסוימים) קשורים אולי להפרעה עצמה. כל זה מבוסס כמובן על ההנחה שהמאפיין הנוסף הנדון אינו שכיח אצל אנשים שאינם לוקים בהפרעה.

תוקף חיצוני (external validity)

בניגוד לתוקף חיצוני, שעניינו המידה שבה אפשר להכליל ממצאי מחקר ספציפי על מדגמים אחרים, להקשרים או לזמנים אחרים, **תוקף פנימי** משקף את מידת האמון שאנו יכולים לתת בתוצאות של מחקר נתון מסוים. במילים אחרות, תוקף פנימי הוא המידה שבה מחקר הוא איכותי מן הבחינה המתודולוגית, חופשי מהסברים חלופיים שמקורם במשתנים אפשריים אחרים או ממקורות מטעים אחרים ושלאפשר להשתמש בו להסקת מסקנות תקפות. לדוגמה, ניח שחוקר מעוניין לבדוק כיצד קצב הלב משתנה כאשר מספרים למשתתפים שהם עומדים לקבל נזע (שוק) חשמלי. שוו בנפשכם גם את מידת האמון שלכם בממצאי המחקר אם מאפשרים למשתתפים שזה עתה סיימו את ההשתתפות במחקר לפטפט בחדר ההמתנה עם אנשים שעומדים להשתתף בו בדקות הקרובות. מה יקרה אם הממתינים להיכנס למעבדת המחקר יגלו שבמצאות כלל לא נותנים למשתתפים נזע חשמלי? כיצד מידע זה עשוי לשנות את תגובת המשתתפים? היעדר פיקוח על חילופי מידע מסוג זה מעמיד בסכנה את יושרתו של החוקר ואת אמינות המחקר ומאיים על התוקף הפנימי שלו. מקצת המשתתפים (אלה שלא קיבלו מידע מוקדם) יצפו לקבל נזע חשמלי אמיתי; אחרים לא יצפו לכך משום שללא ידיעת הנסיינים, מידע דלף אליהם לפני השתתפותם במחקר.

תוקף פנימי (internal validity)

קבוצת קריטריון וקבוצת השוואה

קבוצת השוואה (comparison group)

קבוצת ביקורת (control group)

קבוצת קריטריון (criterion group)

לבחינת השערותיהם, חוקרים משתמשים בקבוצת השוואה שלעיתים מכונה **קבוצת ביקורת**. בהקשר שלנו אפשר להגדירה כקבוצת אנשים שאינם מציגים את ההפרעה הנחקרת אך שניתנים להשוואה מכל בחינה חשובה אחרת **לקבוצת הקריטריון**, קבוצת האנשים שלוקים בהפרעה הנחקרת. "ניתנים להשוואה" פירושו ששתי הקבוצות דומות מבחינת גיל המשתתפים, מספר הגברים והנשים ורמת ההשכלה ומבחינת המשתתנים הדמוגרפיים. האנשים בקבוצת הביקורת הם לרוב בריאים מבחינה פסיכולוגית או "נורמליים" על פי אמות מידה מסוימות ספציפיות. כעת אנו יכולים להשוות את המשתתנים הנחקרים בין שתי הקבוצות.

חוקרים למדו רבות על מספר גדול של הפרעות פסיכולוגיות שונות באמצעות גישת המחקר שזה עתה תיארונו. אנו יכולים אף להרחיב את הגישה הזו ולהשתמש בה לא רק לשם השוואת קבוצת מטופלים לקבוצת ביקורת של אנשים בריאים אלא גם כדי להשוות בין קבוצות עם הפרעות שונות.

לדוגמה, קאטינג ומרפי (Cutting & Murphy, 1990) חקרו את רמת הביצועים של קבוצות שונות בשאלון שבחן ידע חברתי. הם בדקו שלוש קבוצות: 1. מטופלים עם סכיזופרניה; 2. מטופלים עם דיכאון או מאניה; 3. קבוצת ביקורת בריאה. המטופלים נתבקשו להשיב על סדרת שאלות רב ברירה שהציגו בעיה חברתית (למשל "כיצד תאמר לחבר בנימוס שהוא נשאר יותר מדי זמן?"). תשובות אפשריות לבחירה היו למשל "לא נשאר קפה" ו"מוטב שתלכו. נמאס לי שאתם נשארים יותר מדי זמן" (אם אתם תוהים, שתי הבחירות האלה אינן נכונות; התשובה העדיפה בדוגמה זו הייתה "סליחה, אבל יש לי פגישה עם חבר").

המטופלים עם סכיזופרניה הצליחו במבחן זה הכי פחות בהשוואה לקבוצת הביקורת של הבריאים ולקבוצת הלוקים בדיכאון או במאניה. הממצא תואם את הספרות המקצועית, המראה כי ליקויים חברתיים קשורים לסכיזופרניה. הממצא שמטופלים עם סכיזופרניה הצליחו פחות מאשר מטופלים עם דיכאון או מאניה אפשר לחוקרים לשלול את האפשרות שלמטופלים פסיכיאטרים יש בהכרח ידע גרוע בתחום החברתי.

שאלות חזרה



- מה פירוש המונח "מדגם מייצג"?
- מהו מדגם נוחות?
- מה ההבדל בין תוקף פנימי לתוקף חיצוני?
- כיצד אפשר להגיע לתוקף חיצוני מרבי?
- מדוע קבוצות השוואה, או ביקורת, חשובות כל כך?