

הפרעות אישיות

יעדי הלימוד

- 10.1 לתאר את המאפיינים הכלליים של הפרעות אישיות.
- 10.2 לסכם את האתגרים שבעריכת מחקר על הפרעות אישיות.
- 10.3 למנות את שלוש הפרעות האישיות באשכול A ולתאר את המאפיינים הקליניים העיקריים של כל אחת מהן.
- 10.4 לתאר את ארבע הפרעות האישיות באשכול B ולהסביר את המאפיינים המשותפים להן.
- 10.5 למנות את שלוש הפרעות האישיות באשכול C ולתאר את המאפיינים הקליניים העיקריים של כל אחת מהן.
- 10.6 להסביר את התפקידים שגורמים חברתיים-תרבותיים עשויים למלא בתפוצה של הפרעות אישיות.
- 10.7 להסביר את האתגרים בטיפול בהפרעות אישיות ולסכם את הגישות שבהן משתמשים.
- 10.8 לתאר את המאפיינים הקליניים של פסיכופתיה ולהסביר את הדמיון ואת השוני בינה ובין הפרעת אישיות אנטי-חברתית.

כיצד הייתם מתארים את עצמכם? האם אתם יותר מוחצנים או יותר מופנמים? האם אפשר לסמוך עליכם או שאתם בלתי צפויים? האם בעת לחץ אתם רגועים או שמא אתם נלחצים בנקל? תכונותיו האופייניות של אדם, סגנונות ההתמודדות שלו ודרכי האינטראקציה שלו עם סביבתו החברתית מופיעים במהלך הילדות, ובמצב נורמלי מתגבשים לדפוסים קבועים לקראת סוף גיל ההתבגרות או בשנות הבגרות המוקדמות. דפוסים אלה מרכיבים את האישיות של האדם - מערכת תכונות והתנהגויות ייחודיות המאפיינות את הפרט. כיום יש הסכמה רחבה למדי בין חוקרי האישיות שישנם חמישה ממדים של תכונות אישיות בסיסיות היכולים לשמש לאפיון אישיות נורמלית. חמש התכונות המרכזיות במודל חמשת הגורמים של האישיות הן נירוטיות (אי־יציבות רגשית), מוחצנות / מופנמות, פתיחות להתנסויות (אי־קונבנציונליות), נועם הליכות / אנטגוניזם ותחושת חובה (למשל (Goldberg, 1990; John & Naumann, 2008; McCrae & Costa, 2008).

מאפיינים קליניים של הפרעות אישיות

יעד לימוד 10.1 לתאר את המאפיינים הכלליים של הפרעות אישיות.

כאנשים בוגרים, לרובנו כבר יש אישיות המותאמת לדרישות החברה. במילים אחרות, אנו נענים בקלות לרוב הציפיות של החברה. אנו הולכים לבית הספר או לעבודה, אנו מכבדים את ההתחייבויות הכספיות שלנו, אנו מפתחים מערכות יחסים ומשתדלים לשמר אותן. כמו כן, אנו מודעים למי שאנחנו. לעומת זאת אנשים מסוימים, אף שאינם מציגים תסמינים ברורים של רוב הפרעות הנידונות בספר זה, הם בעלי תכונות נוקשות כל כך ולא הסתגלותיות עד כדי כך שהם אינם מסוגלים לתפקד ביעילות או לענות על הדרישות של החברה. במקרים כאלה, נוכל לומר כי האדם סובל מהפרעת אישיות. ככלל, התכונות המאפיינות את רוב הפרעות האישיות הן קשיים בין־אישיים כרוניים, בעיות של האדם עם זהותו או עם תחושת העצמי שלו ואי־יכולת לתפקד כראוי בחברה (Livesley & Jang, 2000).

הפרעת אישיות (personality disorder)

המקרה שלפניכם ממחיש רבים מהמאפיינים השונים של אדם עם הפרעת אישיות.

הפרעת אישיות נרקיסיסטית

אלאן, בן 25, הוא סטודנט לתואר שני. הוא אינו מהסס לספר לפרופסורים שלו על המוטיבציה שלו ועל ההתרגשות שעבודתו האקדמית מסבה לו, אך רק לעיתים רחוקות הוא טורח לקרוא את החומר הנדרש ומגיש עבודות שאינן הרבה יותר מטיוטות לא גמורות. כאשר הוא מקבל ציונים בינוניים בקורסים שלו, אלאן ממחר להתלונן בפני סטודנטים אחרים שהיחס של המרצים כלפיו אינו הוגן וכי סימנו אותו להטחת ביקורת מיותרת. אין לו ספק שהוא מוכשר הרבה יותר מכפי שציוניו מראים והוא מאשים את מרציו בכך שאינם מכירים בזה. אלאן גם מתמרמר כאשר אומרים לו כיצד הוא יכול לשפר את עבודתו. בפגישות המשוב עם המרצים הוא אומנם כותב

בפירוט את הנאמר לו ומספר להם עד כמה הוא רוצה להשתפר, אך במציאות כל ניסיון לעזור לו נתפס בעיניו משפיל ומיותר. עמיתיו הסטודנטים מנסים לעזור לו להבין את הסיבות לבעיות, אך אלאן מסרב להכיר באחריות שלו למצבו. במקום זה הוא טוען שמוריו משתמשים באמות מידה נמוכות יותר בהערכת סטודנטים אחרים בקורסים ושזו הסיבה שהם מקבלים ציונים גבוהים יותר ממנו. בסופו של דבר, אלאן מתחיל להפיץ שמועות מרושעות על אחדים מחברי הסגל כדי ש"ישלמו" על שלא התייחסו אליו טוב יותר.

כדי לקבוע אבחנה של הפרעת אישיות, דפוס ההתנהגות הקבוע של האדם צריך להיות נרחב ונוקשה וכן יציב ומתמשך. כמו כן, עליו לגרום מצוקה משמעותית מבחינה קלינית או שיבושים בתפקוד המתבטאים לפחות בשניים מתוך כמה תחומים: קוגניציה, רגשיות, תפקוד בין-אישי ושליטה בדחפים. מנקודת מבט קלינית, אנשים עם הפרעות אישיות גורמים לעיתים קרובות לקשיים בחיי זולתם לפחות כמו בחייהם שלהם. בני אדם נוטים לראות את התנהגותם של אנשים עם הפרעות אישיות כמבלבלת, מרגיזה, בלתי צפויה וגם בלתי מקובלת ברמות שונות. יהיו אשר יהיו דפוסי התכונות שהלוקים בהפרעות אישיות מפתחים (לדוגמה עקשנות, עוינות חבויה, חשדנות או פחד מדחייה), דפוסים אלה צובעים את תגובותיהם לכל מצב חדש ומובילים אותם לחזרה על אותן התנהגויות לא הסתגלותיות שכן הם אינם לומדים משגיאות ומקשיים שבהם התנסו בעבר. לדוגמה, אדם תלתי עשוי להביא לשחיקה של מערכת יחסים עם מישהו כמו בן זוג, בשל דרישות חריגות ובלתי פוסקות כגון הדרישה לא להשאירו לבד אף פעם. אחרי שבן הזוג עוזב, האדם התלתי עשוי להיכנס כמעט מיד למערכת יחסים אחרת, תלתיית לא פחות, בלי לבחור את בן הזוג החדש בקפידה.

הפרעות אישיות אינן נובעות בדרך כלל מתגובות לעקה בעבר הקרוב המחלישות את האדם, כמו בהפרעת עקה פוסט-טראומטית או במקרים רבים של דיכאון קשה. הן נובעות בעיקר מהתפתחות הדרגתית של דפוסי אישיות והתנהגות נוקשים ומעוותים היוצרים דרכים מקובעות ולא הסתגלותיות לתפוס את העולם, לחשוב עליו ולהתייחס אליו. עם זאת, אירועים מעוררי עקה בגיל צעיר עשויים להכשיר את הקרקע להתפתחות דפוסי אישיות מעוותים ונוקשים אלה.

קטגוריית הפרעות האישיות היא רחבה והיא כוללת בעיות התנהגות שונות מאוד בצורתן ובחומרתן. במקרים הקלים יותר אנו רואים אנשים שבדרך כלל מתפקדים כהלכה, אך קרוביהם, חבריהם ומכריהם מתארים אותם כמטרידים, כמשונים או כמי שקשה לעמוד על טיבם. ייתכן כי הם יתקשו לפתח יחסים קרובים עם זולתם או להסתדר עם אלה שיש להם מערכת יחסים קרובה איתם. אחת הצורות החמורות של הפרעת אישיות (הנקראת הפרעת אישיות אנטי-חברתית) באה לידי ביטוי בהתנהגות קיצונית ולעיתים קרובות לא מוסרית כלפי החברה. רבים מהלוקים בהפרעה זו כלואים בבתי סוהר אם כי מקצתם מסוגלים להולך שולל את זולתם ולא להיתפס.

ב-DSM-5, הפרעות האישיות מקובצות בשלושה אשכולות על בסיס מה שבעבר נחשב לקווי דמיון חשובים של הפרעות באשכול נתון. בטבלה 10.1 מוצג סיכום האשכולות:

- אשכול A: כולל את הפרעות האישיות פרנואידית, סכיזואידית וסכיזוטיפלית.** אנשים עם הפרעות אלה נראים לעיתים קרובות מוזרים או משונים, והתנהגותם הבלתי שגרתית נעה בין חוסר אמון וחשדנות לבין ניתוק חברתי.
- אשכול B: כולל את הפרעות האישיות היסטריאית, נרקיסיסטית, אנטי-חברתית וגבולית.** אנשים עם הפרעות אלה נוטים כולם להיות דרמטיים, רגשיים ולא יציבים.
- אשכול C: כולל את הפרעות האישיות נמנעת, תלותית וטורדנית-כפייתית.** בניגוד לשני האשכולות האחרים, אצל אנשים עם הפרעות אלה רואים לעיתים קרובות חרדה וחששות.

הפרעות אישיות הופיעו לראשונה ב-DSM ב-1980 (ב-DSM-III). השימוש באשכולות אומנם נמשך מאז ועד היום, אך המחקר מעלה שאלות רבות בדבר תקפותם. כפי שנראה בהמשך הפרק (ראו מסגרת "סוגיות בלתי פתורות"), ישנן מגבלות בולטות לסיווג לקטגוריות ולאשכולות. אכן, צוות העבודה של DSM-5 בחן בקפידה כמה הצעות שכללו את הוצאתן של ארבע הפרעות אישיות מן המדריך ואת הפסקת השימוש באשכולות לארגון ההפרעות. אחת הסוגיות העיקריות הייתה פשוט ריבוי המאפיינים החופפים גם בין ההפרעות השונות וגם בין האשכולות השונים (Widiger & Mullins-Sweatt, 2005). עם זאת, מאחר שב-DSM-5 עדיין משתמשים באשכולות אלה כמבנה מארגן, גם אנחנו ממשיכים לציין אותם כאן.

טבלה 10.1 סיכום הפרעות האישיות

הפרעת אישיות	מאפיינים	תפוצה נקודתית באוכלוסייה הכללית	אומדן יחס מגדרי
אשכול A			
פרנואידית	חשדנות וחוסר אמון באחרים, נטייה של האדם לראות את עצמו כחף מכל אשמה, קשוב למה שנתפס בעיניו כהתקפה מצד אחרים.	1.5%	גברים = נשים
סכיזואידית	יחסים חברתיים לקויים, חוסר יכולת וחוסר רצון ליצור קשרים עם אחרים.	1.2%	נשים > גברים
סכיזוטיפלית	דפוסי חשיבה מוזרים, מוזרויות בתפיסה ובדיבור המפריעות לתקשורת ולאינטראקציות חברתיות.	1.1%	נשים > גברים

אשכול B		
גברים > נשים	1.2%	היסטוריונית דרמטיזציה עצמית, דאגת יתר למראה החיצוני, נטייה לרגזנות ולהתפרצויות זעם במקרה של תסכול מחיפוש תשומת לב.
נשים > גברים	<1%	נרקיסיסטית ראוותנות, עיסוק במשיכת תשומת לב, קידום עצמי וחוסר אמפתיה.
נשים > גברים	1% נשים 3% גברים	אנטי- חברתית חוסר התפתחות מוסרית או אתית, חוסר יכולת לאמץ מודלים מוסכמים של התנהגות, חוסר יושר, מניפולציה חסרת בושה של אחרים, היסטוריה של בעיות התנהגות בילדות.
גברים = נשים	1.4%	גבולית אימפולסיביות, כעס שלא במקומו, תנודות קיצוניות במצב הרוח, תחושה מתמדת של שעמום, ניסיונות של חבלה עצמית קשה או התאבדות.
אשכול C		
גברים > נשים	2.5%	נמנעת רגישות יתר לדחייה או לנחיתות חברתית, ביישנות, חוסר ביטחון באינטראקציות חברתיות וביצירת קשרים.
גברים > נשים	1%	תלותית קושי בפרידה במערכות יחסים, קושי להיות לבד, שעבוד הצרכים האישיים של האדם כדי להשאיר אחרים במערכת יחסים איתו, חוסר החלטיות.
נשים > גברים	2.1%	טורדנית- כפייתית עיסוק מוגזם בסדר, בכללים ובפרטים שוליים, שאיפה לשלמות, חוסר הבעות רגש וחום, קושי להירגע וליהנות.

מקור: (2012) Torgersen.

המספרים הם ממוצעי התפוצה הנקודתית של 11 מחקרים אפידמיולוגיים שונים. שיעורי התפוצה במהלך חיים גבוהים בערך פי שלושה. הפרעות אישיות שכיחות יותר באוכלוסיות קליניות מאשר במדגמי קהילה.

מחקר אפידמיולוגי
(epidemiological study)

בשנים האחרונות היו כמה **מחקרים אפידמיולוגיים** שהעריכו את תפוצתן של הפרעות אישיות. חלקם של המחקרים נערכו בארצות הברית ואחרים נערכו באירופה. במחקרים השתמשו לעיתים קרובות בראיונות הערכה שונים. למרות הבדלים אלה, אומדני התפוצה של כלל הפרעות האישיות נוטים להיות דומים להפליא. לפי ממצאי המחקרים, 10% עד 12% מבני האדם עונים על הקריטריונים של הפרעת אישיות אחת לפחות כאשר תקופת הזמן שעליה נשאלו היא התנהגותו

של האדם ב-2 עד 5 השנים הקודמות (Lenzenweger, 2008; Torgersen, 2012). במילים אחרות, אחד מכל עשרה אנשים בקירוב סובל מהפרעת אישיות הניתנת לאבחון. בעיון באשכולות של ה-DSM-5, נראה שההפרעות באשכול C הן השכיחות ביותר, עם תפוצה של כ-7%. אחריהן באות ההפרעות של אשכול A, ותפוצתן היא כ-4%. לבסוף, תפוצת הפרעות האישיות של אשכול B מעט נמוכה יותר, בטווח של 3.5% עד 4% (Torgersen, 2012). בשל התחלואה הנלווית הרבה בין האשכולות, יש אנשים העונים על הקריטריונים של הפרעות אישיות ביותר מאשכול אחד ולכן סכום האחוזים האחרונים שפורטו גבוה מ-10% או 12%.

זרקור על מחקר מחקר אפידמיולוגי



מחקרים אפידמיולוגיים נועדו לקבוע את שיעור תפוצתה מאוד (בדרך כלל אלפי משתתפים) של אנשים החיים (מספר המקרים) של הפרעה מסוימת במדגם גדול בקהילה.

מאז כניסתן של הפרעות האישיות ל-DSM לראשונה ב-1980 ועד DSM-IV-TR הן קודדו על ציר נפרד, ציר II. הסיבה לכך הייתה שהן נחשבו לשונות דיין מתסמונות פסיכיאטריות רגילות (שקודדו על ציר I) ולכן הצדיקו סיווג נפרד. אולם ב-DSM-5 נזנחה המערכת הרב-צירית. כעת הפרעות אישיות נכללות עם שאר ההפרעות שאנו דנים בהן בספר זה. הפרעות אישיות קשורות לעיתים קרובות להפרעות חרדה (או שהן נלוות להן) (פרקים 5 ו-6), להפרעות מצב רוח (פרק 7), לבעיות שימוש בחומרים (פרק 11) ולהפרעות מיניות וקשיים מיניים (פרק 12) (ראו למשל אחד מסיכומי הראיות, ההערכה היא שכשני-שלישים מהאנשים שאובחנה אצלם הפרעת אישיות לוקים גם בהפרעה אחרת (Dolan-Sewell et al., 2001).

שאלות חזרה



- מהי ההגדרה של הפרעת אישיות?
- מהם הקריטריונים הכלליים של DSM-5 לאבחנת הפרעות אישיות?
- מהו אומדן תפוצת הפרעות האישיות באוכלוסייה הכללית?

אתגרים במחקר על הפרעות אישיות

יעד לימוד 10.2 לסכם את האתגרים שבעריכת מחקר על הפרעות אישיות.

לפני שנפנה לדיון בסיבות ובמאפיינים הקליניים של הפרעות אישיות, מן הראוי לציין שישנם כמה היבטים חשובים בעריכת מחקרים בתחום זה שמעכבים את

ההתקדמות, ביחס למה שידוע על הפרעות רבות אחרות. נתאר בקצרה שתי קטגוריות מרכזיות של קשיים.

קשיים באבחון הפרעות אישיות

ראוי להיות זהירים באבחון הפרעות אישיות שכן האבחנות השגויות בקטגוריה זו כנראה רבות מבכל קטגוריה אחרת. יש לכך כמה סיבות. אחת הבעיות היא שהקריטריונים האבחנתיים של הפרעות האישיות אינם מוגדרים באופן חד כמו אלה של רוב קטגוריות האבחנה האחרות ולכן הם אינם מדויקים ואינם קלים ליישום הלכה למעשה. לדוגמה, קשה מאוד לאבחן במהימנות אם אדם עונה על קריטריון נתון להפרעת אישיות תלוית כגון "מרחיק לכת במאמציו לקבל טיפול ותמיכה מאחרים" או "מתקשה לקבל החלטות יום-יומיות בלי מידה מוגזמת של ייעוץ ועידוד מאחרים". מאחר שהקריטריונים להפרעות אישיות מוגדרים באמצעות תכונות משוערות או דפוסים עקביים של התנהגות ולא באמצעות סטנדרטים אובייקטיביים יותר של התנהגות (כגון התקף פאניקה או מצב רוח דיכאוני ארוך ומתמשך), המטפל נדרש להפעיל שיקול דעת רב יותר באבחון הפרעה זו מאשר בהרבה הפרעות אחרות.

עם פיתוחם של ראיונות מובנים למחצה ושאלוני דיווח עצמי לאבחון הפרעות אישיות, כמה מההיבטים של מהימנות האבחון השתפרו במידה ניכרת. אולם, מאחר שההתאמה בין האבחנות שנקבעו על בסיס ראיונות מובנים שונים או שאלוני דיווח עצמי פעמים רבות נמוכה, נותרו עדיין בעיות בדבר המהימנות והתוקף של אבחנות אלה (Clark & Harrison, 2001; Livesley, 2003; Trull & Durrett, 2005). פירוש הדבר הוא לדוגמה, כי שלושה חוקרים שונים המשתמשים בשלושה כלי הערכה שונים עשויים לזהות קבוצות אנשים עם מאפיינים שונים מאוד כבעלות אבחנה מסוימת כגון הפרעת אישיות גבולית או נרקיסיסטית. מכאן עולה כמובן שחוקרים אחרים יוכלו לשחזר רק מעט מן הממצאים שהתקבלו אף שלקבוצות שהחוקרים השונים חקרו יש תווית אבחנתית זהה (למשל Clark & Harrison, 2001).

לנוכח הבעיות של חוסר מהימנות האבחנות (למשל Clark 2007; Livesley, 2003; Trull & Durrett, 2005), הוקדשה במהלך 20 השנים האחרונות עבודה רבה לפיתוח דרך מהימנה ומדויקת יותר להערכת הפרעות אישיות. תיאורטיקנים אחדים ניסו להתמודד עם הבעיות הטבועות בגישה להפרעות אישיות המבוססת על קטגוריות (שבה ההפרעות נחשבות לנפרדות ונבדלות זו מזו) בעזרת גישה ממדית. גישה זו מניחה שאישיות (והפרעת אישיות) נמצאת על רצף. לפיכך, ניסו לפתח מערכות הערכה ממדיות לתכונות ולתסמינים המעורבים בהפרעות אישיות (למשל Clark, 2007; Krueger & Eaton, 2010; Trull & Durrett, 2005; Widiger et al., 2009). עם זאת, סיווג ממדי אחיד של הפרעות אישיות לא התגבש במהירות, וישנם חוקרים המנסים לפתח גישה המשלבת את הגישות הרבות הקיימות (למשל Krueger, Eaton, Clark et al., 2011a; Markon et al., 2005; Widiger et al., 2009, 2012).

מודל חמשת הגורמים הוא אולי המודל בעל ההשפעה הרבה ביותר. הוא מבוסס על מודל חמשת הגורמים של אישיות נורמלית שהוזכר מוקדם יותר, המסייע לחוקרים להבין את המשותף לכל הפרעות האישיות ואת ההבדלים ביניהן באמצעות הערכת ציוניהם של אנשים אלה בחמשת תכונות האישיות הבסיסיות (למשל Clark, 2007; Widiger & Trull, 2007; Widiger et al, 2009, 2012). כדי להבין לאשורו את המגוון העצום של הדרכים שבהן אנשים נבדלים זה מזה, כל אחת מחמש תכונות האישיות הבסיסיות האלה מחולקת גם לתת-מרכיבים. לדוגמה, התכונה הבסיסית נירוטיות כוללת שישה תת-מרכיבים: חרדה, כעס-עוינות, דיכאון, מודעות עצמית, אימפולסיביות ופגיעות. אנשים שונים שלכולם רמת נירוטיות גבוהה, יכולים להיות שונים מאוד זה מזה בתת-המרכיבים הבולטים יותר. לדוגמה, יש שאצלם יבלטו יותר חרדה ומחשבות דיכאוניות, אחרים עשויים להפגין יותר מודעות עצמית ופגיעות ואנשים אחרים יכולים להראות יותר כעס-עוינות ואימפולסיביות. תכונת המוחצנות כוללת שישה תת-מרכיבים: חוסר, חברותיות, אסרטיביות, פעילות, חיפוש ריגושים ורגשות חיוביים (כל תת-המרכיבים של כל אחד מחמשת ממדי התכונות הבסיסיות והאופן שבו הם משתנים אצל אנשים עם הפרעות אישיות שונות מוסברים בטבלה 10.2). באמצעות הערכת ציוניו של אדם כנמוכים, גבוהים או בינוניים בכל אחד מ-30 תת-המרכיבים, קל לראות כיצד מערכת זו יכולה להסביר טווח עצום של דפוסי אישיות שונים - הרבה יותר מ-10 הפרעות האישיות המסווגות כיום ב-DSM.

במסגרת גישה ממדית, אפשר לערוך מחדש ממדים של תכונות אישיות נורמליות לתחומים מקבילים המייצגים קיצוניות פתולוגית יותר של ממדים אלה: רגשיות שלילית (ניירוטיות), ניתוק (מופנמות קיצונית), אנטגוניזם (נועם הליכות נמוך ביותר) וחוסר עכבות (תחושת חובה נמוכה ביותר). נראה כי הממד החמישי, פסיכוטיות, אינו הקצה הפתולוגי של הממד האחרון של אישיות נורמלית (פתיחות), אלא, כפי שנדון מאוחר יותר בסעיף על הפרעת אישיות סכיזופלית, הוא משקף תכונות דומות לתסמינים של הפרעות פסיכוטיות (למשל סכיזופרניה) (Watson et al., 2008).

לאור ההסתייגויות האלה ובמשנה זהירות, נבחן עתה את המאפיינים הקליניים של הפרעות אישיות. חשוב לזכור כי מה שאנו מתארים הוא רק אבטיפוס של כל הפרעת אישיות. במציאות, כפי שאפשר לצפות מנקודת המבט של מודל חמשת הגורמים של הפרעות אישיות, נדיר למצוא אדם המתאים לתיאורים "אידיאליים" אלה. וכפי שהמסגרת "חשיבה ביקורתית על DSM-5" ממחישה, מצב זה נותר על כנו ב-DSM-5.

טבלה 10.2 הפרעות אישיות ב-DSM-5 ומודל חמשת הגורמים

טורדזית - כפייזית	תלזית	נמזת	נרקיסיסית	היסטריוזית	גבולית	אנטי-חברתית	סביז טיפליז	סביזאזית	פנוזאזית	שאלון אישיות NEO מעוזכן - תחומים ותת-מרכיבים
	גבז	גבז			גבז		גבז	גבז		חזדה
			גבז		גבז	גבז			גבז	כעס-עזינוז
		גבז		גבז	גבז					דילכז
	גבז	גבז	גבז	גבז			גבז			מדעות עזמית
					גבז					אימפולסיוזית
	גבז	גבז			גבז					פגעות
מוזעות										
	גבז			גבז			נמד	נמד		חוס
		נמד		גבז			נמד	נמד		חברתיות
גבז	נמד	נמד								אסרטיביות
										פעלות
		נמד		גבז		גבז				חיפוש ריגושים
				גבז			נמד	נמד		רגשות חיוביים
פתיות להתנסיות										
				גבז	גבז			גבז		פנטזיה
										אסרטיביות

הערה: מבוסס על הקריטריונים האבחנתיים של המהדורה הרביעית של *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). הקריטריונים האבחנתיים של הפרעות אישיות נותרו ללא שינוי ב-DSM-5.

מקור: על פי Widiger et al. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., p. 90). Washington DC: APA Books.

שאלון אישיות NEO מעודכן – תחומים ותת-מרכיבים	פנואידית	סכיזואידית	סכיזופלית	אנטי- חברתית	גבולית	היסטריונית	נרקיסיסטית	נפגעת	תלותית	טורדנית- כפייתית
רגשות	נמוך					גבוה				
פעולות		גבוה								
רעיונות			גבוה							
ערכים										נמוך
נועם הלכות										
אמון	נמוך		נמוך		נמוך	גבוה			גבוה	
ישירות	נמוך			נמוך						
אלטרואיזם				נמוך			נמוך		גבוה	
היענות	נמוך			נמוך					גבוה	נמוך
צניעות							נמוך			גבוה
התנהלות עדינה				נמוך			נמוך			
תחושת חובה										
יכולת					נמוך					
סדר										גבוה
ציתנות				נמוך						גבוה
הישגיות							גבוה			גבוה
משמעת עצמית				נמוך						גבוה
תשומת לב				נמוך						

קשיים בחקר הסיבות להפרעות אישיות

באופן יחסי, מעט ידוע לנו על הגורמים הסיבתיים המעורבים בהתפתחות רוב הפרעות האישיות. אחת הסיבות היא שהפרעות כאלה התחילו לקבל תשומת לב מחוקרים באופן עקבי רק אחרי פרסום ה-DSM ב-1980. בעיה אחרת נובעת מן הרמה הגבוהה של התחלואה הנלווית שיש בהן. לדוגמה, בסקירה של ארבעה מחקרים, מצאו וידיגר ועמיתיו כי 85% מן המטופלים שהתאימו לאבחנה של הפרעת אישיות אחת התאימו לאבחנה של הפרעת אישיות נוספת (Widiger & Rogers, 1989; Widiger et al., 1991). במחקר של 900 מטופלים פסיכיאטריים במרפאות חוץ נמצא ש-45% התאימו לאבחנת אישיות אחת לפחות וביניהם ל-60% היו יותר מהפרעה אחת ול-25% היו שתיים או יותר (Zimmerman et al., 2005). אפילו במדגם של אנשים שאינם מטופלים, צימרמן וקורייל (Zimmerman & Coryell, 1989) מצאו שמתוך אלה עם הפרעת אישיות אחת, כ-25% סבלו לפחות מהפרעה אחת נוספת (ראו גם Mattia & Zimmerman, 2001; Trull et al., 2012). תחלואה נלווית רבה זו מוסיפה לקושי להבין אילו גורמים סיבתיים קשורים לאילו הפרעות אישיות.

חשיבה ביקורתית על DSM-5

מדוע לא הוכנסו שינויים בדרך האבחון של הפרעות אישיות?



השינוי הגדול ביותר נבע מהשילוב של רכיבים ממדיים. תחום האישיות החדש נועד לתאר מאפיינים של כל המטופלים, גם של אלה שאין להם הפרעת אישיות ספציפית. ההצעות היו מאפשרות למטפלים לדרג את רמת הפגיעה בתפקוד האישיות של המטופל וכך לשקף גם היבטים של זהות (תחושה יציבה וברורה של העצמי והיכולת לחפש מטרות משמעותיות בחיים) ושל תפקוד בין-אישי (היכולת לחוש אמפתיה ואינטימיות). נוסף על כך, מאבחנים היו יכולים לציין את דרגת החריגה המשמעותית של המטופל בחמישה תחומי תכונות (רגשיות שלילית, ניתוק, עוינות, חוסר עכבות ופסיכוטיות) המבוססים בעיקר על מודל התכונות של חמשת הגורמים שבו דנו לעיל.

אולם, בסופו של דבר, הוועד המנהל של האגודה האמריקנית לפסיכיאטריה דחה את כל השינויים שהוצעו והחליט לשמור על אותן קטגוריות ישנות של הפרעות אישיות. במילים אחרות, הפרעות האישיות המופיעות ב-DSM-5 הן אותן הפרעות שהיו ב-DSM-IV-TR. מדוע לא התקבלה אף הצעה לשינוי? איננו יודעים בוודאות. אך כפי שבוודאי הבנתם

הרבה הצעות לשינויים חדשים וחדשניים בסעיף הפרעות האישיות עמדו לדיון לקראת פרסומו של DSM-5. התיקונים שהוצעו היו בין הקיצוניים ביותר שהוצעו לכל ההפרעות הנידונות בספר זה. ויכוחים לוהטים ניטשו בנוגע לפרטים, אף שהמטרה הכללית הייתה לאמץ גישה ממדית יותר להערכת הפתולוגיה של הפרעות אישיות ולאבחון (Livesley, 2011; Skodol et al., 2011; Widiger et al., 2009).

המודל שצוות העבודה של DSM-5 הציע בסופו של דבר היה מודל היברידי ממדי-קטגוריאלי. הוא מורכב מרכיבים קטגוריאליים ומרכיבים ממדיים. המודל כולל מערכת קריטריונים כלליים לכל הפרעות האישיות, מדד ממדי כולל של רמת החומרה של חוסר התפקוד האישיותי, מספר מוגבל של סוגי הפרעות אישיות וקבוצה של תכונות אישיות פתולוגיות שאפשר לציין בהיעדר אחד מסוגי הפרעות האישיות. הרכיב הקטגוריאלי שהוצע שמר על 6 מ-10 סוגי הפרעות האישיות הספציפיות המקוריות (אנטי-חברתית, נמנעת, גבולית, נרקסיסטית, טורדנית-כפייתית וסכיזופרנית).

את המערכת המוצעת כמערכת ידידותית למשתמש בין היתר משום שהרעיון לדרג בני אדם על פי ממדים זר לאופן שבו מטפלים למדו לחשוב. עם זאת, ההצעות החדשות לא נדחו לגמרי. הן מופיעות כעת בחלק III של DSM-5 כמודל חלופי שעדיין יש לחקור. אפשר שהיה זה מהלך נכון. אולי עם עוד זמן ועם עוד מחקר יתברר אם הגישה החדשה מספקת די יתרונות כדי שאנשים יסכימו לקבל על עצמם את האתגר שלמידת המערכת והשימוש בה דורשים.

מהתיאור שלנו לעיל, שיטת הסיווג החדשה הייתה מסובכת מאוד. ייתכן שהשינויים היו מובילים למערכת סיווג טובה יותר, אך הייתה עלולה להיווצר בעיה שכן היא לא הייתה אינטואיטיבית או ידידותית למשתמש. קהל היעד העיקרי של DSM הוא מטפלים, שקובעים אבחנות של הפרעות נפש אצל אנשים ומטפלים בהם. אנו סבורים כי דחיית המערכת החדשה שהוצעה נובעת מהיותה מסורבלת ומשום שהאמינו כי הלמידה שלה והשימוש בה יגזלו זמן רב מהמטפלים, העמוסים בעבודה. יתרה מזו, מטפלים כנראה לא היו רואים

בעיה נוספת בהסקת מסקנות בדבר הסיבות עולה משום שחוקרים סומכים יותר על מחקרים פרוספקטיביים. במחקרים אלה, צופים בקבוצות של אנשים לפני הופעתה של הפרעה וממשיכים לעקוב אחריהם במשך תקופת זמן מסוימת כדי לראות מי מהמשתתפים מפתח בעיות ואילו גורמים סיבתיים היו מעורבים בהן. אומנם כיום מתחילה מגמת שינוי, אך עד כה נערכו באופן יחסי מעט מחקרים פרוספקטיביים על מרבית הפרעות האישיות. במקום זה, רוב־רובו של המחקר נערך עם אנשים שכבר לקו בהפרעה. חלק מהמסקנות מסתמכות על היזכרות באירועים קודמים, וחלקן מסתמכות על צפייה בתפקוד הביולוגי, הקוגניטיבי, הרגשי והבין־אישי הנוכחי. לפיכך יש להתייחס למסקנות בדבר הסיבות האפשריות כאל זמניות.

אשר לגורמים ביולוגיים אפשריים, יש הטוענים כי מזג של תינוקות (נטייה מולדת להגיב ברגשיות לגירויים סביבתיים) (ראו פרק 3) עשוי לגרום להם מראש לנטייה לפתח תכונות והפרעות מסוימות (למשל, L. A. Clark, 2005; Mervielde et al., 2005; Paris, 2012b). הממדים החשובים ביותר של מזג כוללים בין היתר רגשיות שלילית, חברתיות לעומת עכבה חברתית או ביישנות ורמת פעילות. אפשר לחשוב על מזג כעל מה שמניח את היסודות המוקדמים להתפתחות האישיות הבוגרת, אך הוא אינו הגורם הקובע היחיד של האישיות הבוגרת. מאחר שרוב תכונות המזג והאישיות הן תורשתיות במידה מסוימת (למשל, Bouchard & Loehlin, 2001; Livesley, 2005), אין פלא שהולכות ומצטברות ראיות המצביעות על תרומה גנטית להפרעות אישיות מסוימות (למשל, Kendler et al., 2008; 2011; Livesley, 2005; 2008; 2011; Livesley & Jang, 2008; South et al., 2012; Torgersen et al., 2000). אולם נראה כי לפחות לגבי רוב ההפרעות, התרומה הגנטית מתווכת על ידי התרומה הגנטית לממדי התכונות העיקריות בכל הפרעה ולא דווקא להפרעות עצמן (Kendler et al., 2008; Livesley, 2005). נוסף על כך, יש כיום התקדמות מסוימת בהבנת התשתית הפסיכו־ביולוגית של כמה מהתכונות המעורבות באופן בולט בהפרעות אישיות (למשל, Depue, 2009; Depue & Lenzenweger, 2001, 2006; Livesley, 2008; Paris, 2005, 2007; Roussos & Siever, 2012).

באשר לגורמים פסיכולוגיים התורמים להתפתחות הפרעת אופי, תיאורטיקנים פסיכודינמיים ייחסו בעבר חשיבות רבה להגזמה בסיפוק של דחפים או להגזמה



אחת הבעיות בקטגוריות אבחון להפרעות אישיות היא שבדיקת אותן התנהגויות נצפות עשויות להתקשר להפרעות אישיות שונות ובכל הפרעה לקבל משמעות שונה. לדוגמה, התנהגותה של אישה זו והבעות פניה יכולות להצביע על חשדנות ועל התעלמות מרגשי אשם המתאימים להפרעת אישיות פרונואידית. לעומת זאת הן יכולות להצביע על הסתגרות חברתית ועל היעדר חברים, המאפיינים הפרעת אישיות סכיזואידית. הן יכולות גם להצביע על חרדה חברתית הקשורה לאינטראקציה עם אנשים אחרים בשל הפחד מדחייה או מהערכה שלילית, שאנו רואים בהפרעת אישיות נמנעת.

בא־היענות להם שתינוק חווה בשנות חייו הראשונות (Fonagy & Luyten, 2012). בעבר הקרוב יותר, דפוסי הרגלים וסגנונות קוגניטיביים לא הסתגלוטיים המבוססים על למידה קיבלו יותר תשומת לב כגורמים סיבתיים אפשריים (למשל הקוגניטיביים הלא הסתגלוטיים הללו, ששיערו כי הם ממלאים תפקידים חשובים בהפרעות מסוימות, מתחילים ביחסי היקשרות לקויים בין ההורה לילד ואינם נגזרים פשוט מהבדלים במזג (למשל, Fraley & Shaver, 2005; L. S. Benjamin, 2005; Farrington, 2006; Paris, 2008; Meyer & Pilkonis, 2005; Shiner, 2009). גם פסיכופתולוגיה של ההורים ותפקוד הורי לקוי מעורבים בהפרעות מסוימות (למשל, Paris, 2001, 2007). במחקרים רבים עלתה גם הטענה שהתעללות רגשית, גופנית ומינית בגיל צעיר עשויה להיות גורם בתת־קבוצה של מקרים בכמה וכמה הפרעות אישיות שונות (Battle et al., 2004; Grover et al., 2007).

סוגים שונים של גורמי עקה חברתיים, שינויים חברתיים וערכים תרבותיים זוהו אף הם כגורמים סיבתיים חברתיים-תרבותיים (Paris, 2011). בסופו של דבר, המטרה היא כמובן להגיע לנקודת מבט ביו־פסיכו־חברתית על מקורותיה של כל אחת מהפרעות האישיות. נכון לעכשיו, אנו עדיין רחוקים מרחק רב מהשגת המטרה.

שאלות חזרה



- ציינו שלוש סיבות לשכיחות הגבוהה של שגיאות באבחנות של הפרעות אישיות.
- ציינו שתי סיבות לקושי בעריכת מחקרים על הפרעות אישיות.

הפרעות אישיות מאשכול A

יעד לימוד 10.3 למנות את שלוש הפרעות האישיות באשכול A ולתאר את המאפיינים הקליניים העיקריים של כל אחת מהן.

אנשים עם הפרעות אישיות מאשכול A מציגים התנהגויות לא רגילות, כגון חוסר אמון, חשדנות וניתוק חברתי, והם נתפסים לעיתים קרובות כמוזרים או משונים. בסעיפים הבאים נתוודע לשלוש הפרעות אישיות: פרנואידית, סכיזואידית וסכיזוטיפלית.

הפרעת אישיות פרנואידית

הפרעת אישיות פרנואידית
(paranoid personality disorder)

אנשים עם הפרעת אישיות פרנואידית הם חשדנים וחסרי אמון באחרים ופעמים רבות הם מייחסים משמעויות נסתרות להערות יום־יומיות. הם נוטים לראות את עצמם כחפים מכל אשמה ומאשימים אחרים בשגיאותיהם ובכישלונותיהם - ואפילו מייחסים מניעים מרושעים לבני אדם אחרים. אנשים אלה נמצאים

במתח תמידי וכל הזמן עומדים על המשמר בצפייה להונאה. הם מחפשים רמזים לאימות ציפיותיהם ומתעלמים מכל ראייה הסותרת אותן. לעיתים קרובות הם מלאי ספקות בדבר נאמנותם של חבריהם ולכן הם נרתעים מלגלות את ליבם בפניהם. פעמים רבות הם נוטרים טינה ומסרבים לסלוח על מה שלתפיתם הוא העלבות וזלזול, והם ממהרים להגיב בחמת זעם ולעיתים אפילו בהתנהגות אלימה (Bernstein & Useda, 2007; Oltmanns & Okada, 2006). כל זה מוביל אותם לקשיים בין-אישיים מרובים. תפוצת הפרעת האישיות הפרנואידית באוכלוסייה היא בין 1% ל-2% הן בקרב נשים והן בקרב גברים (Torgersen, 2012).

מן הראוי לזכור כי אנשים עם אישיות פרנואידית בדרך כלל אינם פסיכוטיים. רוב הזמן יש להם קשר ברור עם המציאות. עם זאת, בתקופות של עקה חזקה הם עלולים לחוות תסמינים פסיכוטיים חולפים שנמשכים דקות ספורות עד כמה שעות (APA, 2013). אחדים מתסמיני הפרעת האישיות הפרנואידית זהים לתסמיני הסכיזופרניה, אולם לאלה האחרונים יש הרבה בעיות נוספות לרבות ניתוק ממושך יותר מן המציאות, הזיות והרהורי שווא. אף על פי כן, אנשים עם הפרעת אישיות פרנואידית נמצאים בסיכון גבוה לסכיזופרניה (Lenzenweger, 2009).

גורמים סיבתיים

הפרעת אישיות פרנואידית לא נחקרה הרבה כהפרעה. אחת הסיבות לכך היא שבני אדם חשדניים מאוד וחסרי אמון נוטים לסרב להשתתף במחקרים. יש הטוענים שקיימת תורשתיות גנטית חלקית שאולי מקשרת את ההפרעה לסכיזופרניה, אולם הסוגיה הזו נבחנה ולא נמצאו ממצאים עקביים, ואם קיים קשר - הוא אינו חזק (Kendler et al., 2006; Miller, Useda, et al. 2001). עם זאת, ישנן ראיות למידה מתונה של השפעה גנטית בהפרעת האישיות הפרנואידית עצמה (Kendler, Myers et al., 2007). השפעה זו יכולה לנבוע מהתורשתיות של רמות גבוהות של אנטגוניזם (נועם הליכות נמוך) ונוירוטיות (כעס-עוינות), שהן מהתכונות הבולטות בהפרעת אישיות פרנואידית (Hopwood & Thomas, 2012; Widiger et al., 2002). גורמים סיבתיים פסיכו-חברתיים הממלאים כנראה גם הם תפקיד בהתפתחות ההפרעה כוללים הזנחה או התעללות הורית וחשיפה למבוגרים אלימים, אם כי קשרים בין חוויות שליליות בגיל צעיר לבין הפרעת אישיות פרנואידית באדם הבוגר בהחלט אינם ספציפיים להפרעת אישיות זו והם עשויים לשחק תפקיד גם בהפרעות אחרות (Battle et al., 2004; Grover et al., 2007; Natsuaki et al., 2009). התסמינים של הפרעת אישיות פרנואידית מתעצמים אחרי פגיעת מוח טראומטית ונראים לעיתים קרובות אצל אנשים המשתמשים בקוקאין באופן כרוני (ראו Hopwood & Thomas, 2012). במקרה שלפנינו, פגיעת ראש ושימוש באלכוהול הם גורמים סיבתיים אפשריים.

הפרעת אישיות פרנואידית

המטופל, גבר בן 46 שעבד כפועל, אושפז בבית חולים פסיכיאטרי אחרי ניסיון התאבדות. בשנות ההתבגרות שלו הוא היה מעורב בתאונת דרכים

ואושפז בשל טראומת ראש וזעזוע מוח. הייתה לו גם היסטוריה ארוכה של שימוש באלכוהול. מכריו תיארו אותו כרגיש ביותר, פגיע, חשדן וחסר אמון. אולם המאפיין הבולט ביותר היה דאגה בדבר נאמנותה של אשתו. הוא האשים אותה שוב ושוב בחוסר נאמנות ולעיתים קרובות "חקר" אותה בנוגע לטווח רחב של עניינים. כאשר הוא שתה, הפרנויה שלו בלטה עוד יותר (נלקח מ-Birkeland, 2013).

הקריטריונים של DSM-5 הפרעת אישיות פרנואידית



- א. חוסר אמון וחשדנות עמוקים באנשים אחרים עד כדי פירוש המניעים שלהם כמרושעים, המתחילים בבגרות המוקדמת, מתקיימים במגוון הקשרים ומתבטאים בארבעה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
 1. חשדות חסרי בסיס מספק, שאחרים מנצלים את האדם, מזיקים לו או מרמים אותו.
 2. ספקות בלתי מוצדקים בדבר נאמנותם ואמינותם של חברים ומכרים.
 3. הסתייגות של האדם משיתוף אחרים בסודות מחשש בלתי מוצדק שישתמשו במידע נגדו באופן זדוני.
 4. ייחוס משמעויות נסתרות מזלזלות או מאיימות להערות או להתרחשויות תמימות.
 5. נטירת טינה תמידית (למשל חוסר מחילה על העלבה, פגיעה או זלזול).
 - ב. התסמינים אינם מופיעים רק במהלך סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית או הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכויים או הפרעה פסיכוטית אחרת, ואי-אפשר לייחס אותם להשפעות הפיזיולוגיות של מצב רפואי אחר.
- הערה:** אם המטופל עונה על הקריטריונים הללו לפני התפרצותה של סכיזופרניה, יש להוסיף "טרורס-מחלה" (premorbid), כלומר "הפרעת אישיות פרנואידית (טרורס-מחלה)".

מקור: צוטט באישור של *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (copyright 2013). American Psychiatric Association.

הפרעת אישיות סכיזואידית

הפרעת אישיות סכיזואידית
(schizoid personality disorder)

בני אדם עם הפרעת אישיות סכיזואידית מתקשים לקשור קשרים חברתיים ובדרך כלל הם גם אינם מעוניינים בכך. לכן על פי רוב אין להם חברים טובים להוציא אולי בן משפחה קרוב. אנשים כאלה אינם מסוגלים להביע את רגשותיהם, והם נתפסים בעיני זולתם כקרים ומרוחקים. לעיתים קרובות חסרות להם מיומנויות חברתיות ואפשר לתייג אותם כאנשים מתבודדים או מופנמים עם תחומי עניין ועיסוקים המיועדים לאדם אחד בלבד, אם כי לא כל המתבודדים או המופנמים הם בעלי הפרעת אישיות סכיזואידית (Bernstein et al., 2009; Miller).

(Used et al., 2001). אנשים עם הפרעה זו נוטים לא ליהנות מפעילויות רבות, כולל פעילות מינית, ונדיר שהם מתחננים. ככלל, התגובתיות הרגשית שלהם נמוכה למדי, לעיתים רחוקות בלבד הם חשים רגשות חיוביים או שליליים ובדרך כלל הם אדישים. חסרים אלה תורמים לרושם הקר והמרוחק שהם יוצרים (Miller, Used et al., 2001; Mittal et al., 2007). תפוצת הפרעת האישיות הסכיזואידית היא מעט יותר מאחוז אחד והיא שכיחה יותר בקרב גברים מאשר בקרב נשים (Torgersen, 2012).



אנשים עם הפרעת אישיות סכיזואידית אינם מגלים עניין רב בטיפוח יחסים חברתיים קרובים.

במונחים של מודל חמשת הגורמים, אנשים עם הפרעת אישיות סכיזואידית מציגים רמות גבוהות מאוד של מופנמות (בייחוד רמה נמוכה בתת-המרכיבים חום, חברותיות ורגשיות חיובית). כמו כן, רמת הפתיחות לרגשות (תת-מרכיב של פתיחות להתנסויות) ורמת ההישגיות שלהם נמוכות (למשל, Hopwood & Thomas, 2012). להלן דוגמה, המקרה של ביל.

..... מנתח מערכות מופנם

ביל, בן 33, מנתח מערכות אינטליגנטי מאוד אך מסוגר ומופנם למדי הופנה להערכה פסיכולוגית על ידי הרופא המטפל שלו, שחשד כי ביל מדוכא ואינו מאושר. למעשה לביל לא היה מגע עם אנשים אחרים. הוא התגורר בגפו בביתו, עבד במשרד קטן לבדו ולרוב לא פגש איש בעבודה פרט לביקוריו המזדמנים של הממונה עליו, שבא לתת לו עבודה ולקחת פרויקטים שהושלמו. את ארוחות הצהריים אכל לבדו, ופעם בשבוע, בימים יפים, היה הולך בהפסקת הצהריים לגן החיות.

ביל היה בודד כל חייו. בילדותו היו לו מעט חברים ותמיד העדיף פעילויות שנעשות ביחידות מבילוי משפחתי (הוא היה הבכור בין חמישה ילדים). בתיכון מעולם לא יצא עם בנות, ובמכללה יצא רק פעם אחת עם אישה וזה היה בחברת קבוצה של סטודנטים אחרי משחק. עם זאת, הוא עסק בספורט ושיחק בנבחרות פוטבול בתיכון ובמכללה. במכללה בילה זמן רב עם חבר אחד קרוב יחסית – בעיקר בשתייה, אבל החבר עבר לגור בעיר אחרת.

ביל דיווח בעניינות כי הוא מתקשה ליצור חברויות, אף פעם אינו יודע מה לומר בשיחה. בהזדמנויות אחדות הוא חשב להתרועע עם אחרים אך פשוט לא הצליח לחשוב על המילים הנכונות "והשיחה פשוט גוועה". הוא סיפר כי בעת האחרונה הקדיש מחשבה לשינוי בחייו בניסיון להיות "חיובי" יותר, אך לא נראה לו שזה שווה את הטרחה. היה לו קל יותר שלא לעשות את המאמץ, כיוון שהיה בא במבוכה כאשר מישהו ניסה לדבר איתו. הוא היה הכי שמח כשהיה לבדו.

הקריטריונים של DSM-5 הפרעת אישיות סכיזואידית



7. קור רגשי, ניתוק או רגשיות שטחית.
 ב. התסמינים אינם מופיעים רק במהלך סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית או הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכוטיים, הפרעה פסיכוטית אחרת או הפרעה על הרצף האוטיסטי, ואין לייחס אותם להשפעות הפיזיולוגיות של מצב רפואי אחר.
הערה: אם המטופל עונה על הקריטריונים הללו לפני התפרצותה של סכיזופרניה, יש להוסיף "טרום-מחלה" (premorbid), כלומר "הפרעת אישיות פרנואידית (טרום-מחלה)".

מקור: צוטט באישור של *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (copyright 2013). American Psychiatric Association.

א. דפוס נרחב של ניתוק מקשרים חברתיים וטווח מוגבל של ביטוי רגשות במסגרות בין-אישיות המתחיל בבגרות המוקדמת, מתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בארבעה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
 1. חוסר רצון במערכות יחסים קרובות, כולל השתייכות למשפחה, והיעדר הנאה מהן.
 2. בחירה כמעט בלעדית בפעילות המיועדת לאדם עצמו בלבד.
 3. עניין מועט, אם בכלל קיים, בהתנסויות מיניות עם אדם אחר.
 4. הנאה מועטה, אם בכלל קיימת, מפעילויות שונות.
 5. היעדר חברים טובים או אנשי סוד מעבר לקרובי משפחה מדרגה ראשונה.
 6. אדישות לנוכח דברי שבח או ביקורת מצד אנשים אחרים.

גורמים סיבתיים

בדומה להפרעת אישיות פרנואידית, הפרעת אישיות סכיזואידית לא עמדה במוקד תשומת ליבם של החוקרים. גם במקרה זה אין בכך הפתעה שכן אנשים עם הפרעת אישיות סכיזואידית אינם בדיוק מסוג האנשים שאנו מצפים כי יתנדבו להשתתף במחקר. נמצא כי מרכיב התורשתיות בתכונותיה של אישיות סכיזואידית גבוה למדי ומגיע לכ-55% (Kendler et al, 2006). ישנן גם ראיות, המתיישבות עם רעיונות של חוקרים בעבר, שלפיהן במקרים מסוימים, תסמינים של הפרעת אישיות סכיזואידית מבשרים התפתחות של מחלה פסיכוטית (Bolinskey et al, 2015; Hopwood & Thomas, 2012). קיים גם קשר מסוים בין אישיות סכיזואידית לבין הפרעות על הרצף האוטיסטי. זהו ממצא מעניין שכן מחקרים עדכניים יותר מראים כי ייתכן שלסכיזופרניה ולאוטיות יש בסיס גנטי משותף (להרחבה, ראו פרק 13).

יש תיאורטיקנים הטוענים כי ייתכן שהשיבושים החמורים ביחסים החברתיים הנצפים בהפרעת אישיות סכיזואידית נובעים מליקוי חמור במערכת בסיסית של השתייכות (Depue & Lenzenweger, 2005, 2006). תיאורטיקנים קוגניטיביים סבורים כי התנהגותם הקרירה והמרוחקת של הלוקים בהפרעת אישיות סכיזואידית מקורה בסכמות חבויות לא הסתגלותיות שבגללן הם רואים את עצמם כאנשים שמסתדרים לבד ותופסים אנשים אחרים כמי שפולשים לפרטיותם. האמונה הדיספונקציונלית הבסיסית עשויה להיות "אני מיסודי לבד" (Beck et al., 1990, p.51) או "יחסים הם עניין מסובך [ו]בלתי רצוי" (Pretzer & Beck, 1996, p.51).

60; ראו גם Beck et al., 2004). לצערנו, איננו יודעים מדוע וכיצד בני אדם עשויים לפתח אמונות דיספונקציונליות כאלה.

הפרעת אישיות סכיזופלית

בדומה לאנשים עם הפרעת אישיות סכיזואידית, גם הלוקים בהפרעת אישיות סכיזופלית מכונסים מאוד בעצמם ויש להם מכלול של חסרים חברתיים ובין-אישיים נרחבים. אך יש להם גם עיוותים קוגניטיביים ותפיסתיים וכן התנהגויות ודרכי תקשורת מוזרות ומשונות (Kwapil & Barrantes-Vidal, 2012; Raine, 2006). אומנם הקשר שלהם עם המציאות בדרך כלל נשמר, אך אנשים עם אישיות סכיזופלית מתאפיינים בחשיבה אישית ייחודית מאוד ורוויה באמונות תפלות, ובתנאי עקה קיצוניים הם עלולים לחוות תסמינים פסיכופטיים חולפים (APA, 2013; Widiger & Frances, 1994). אכן, לעיתים קרובות הם מאמינים שיש להם כוחות מאגיים והם עשויים לעסוק גם בטקסי פולחן מאגיים. בעיות קוגניטיביות תפיסתיות אחרות שאנשים עם ההפרעה סובלים מהן כוללות רעיונות ייחוס (האמונה כי לשיחות עם אחרים או למחוותיהם יש כוונה מיוחדת או משמעות אישית), צורת דיבור מוזרה ואמונות פרנואידיות.

הפרעת אישיות סכיזופלית
(schizotypal personality disorder)

המוזרויות בחשיבה, בדיבור ובהתנהגויות אחרות הן המאפיינים היציבים ביותר של הפרעת אישיות סכיזופלית (McGlashan et al., 2005), והן דומות לאלה הנראות לעיתים קרובות אצל מטופלים עם סכיזופרניה. למעשה, חוקרים רבים רואים בהפרעת אישיות סכיזופלית צורה מוחלשת של סכיזופרניה (Lenzenweger, 2010; Raine, 2006). מעניין כי אף שנראה כי מקצת ההיבטים של סכיזופיות קשורים למודל חמשת הגורמים של אישיות נורמלית (ביחוד תת-המרכיבים מופנמות ונוירוטיות), מודל זה אינו מסביר כראוי את ההיבטים האחרים הקשורים לעיוותים קוגניטיביים ותפיסתיים (Watson et al., 2008). אכן, תסמינים מרכזיים אלה של סכיזופיות (הקוגניטיביים והתפיסתיים) הם הבסיס לתכונה היחידה המוצעת שאינה משתלבת יפה בחמשת הגורמים של אישיות נורמלית. תכונה פתולוגית זו היא פסיכוטיות, המורכבת משלושה תת-מרכיבים: אמונות והתנסויות בלתי שגרתיות, מוזרויות וחוסר ויסות קוגניטיבי ותפיסתי (Krueger, Eaton, Derringer, et al., 2011).

גורמים סיבתיים

שלא כהפרעות האישיות הסכיזואידית והפרנואידיה, הפרעת האישיות הסכיזופלית זכתה לכמות משמעותית של מחקרים (Esterberg et al., 2010). למעשה, בהצעה המקורית ל-DSM-5, אישיות סכיזופלית הייתה ההפרעה הקטגורית היחידה שנשמרה מאשכול A. תפוצתה של הפרעה זו באוכלוסייה הכללית היא בסביבות אחוז אחד, ויותר גברים לוקים בה מאשר נשים (Torgersen, 2012).

הפרעת אישיות סכיזופלית היא תורשתית במידה בינונית (Kwapil & Barrantes-Vidal, 2012; Lin et al., 2006; 2007; Raine, 2006). החוקרים חושדים זה זמן רב גם

בקיומו של קשר גנטי בינה לבין סכיזופרניה. למעשה, נראה כי הפרעה זו היא חלק מרצף של הפרעות הקשורות לסכיזופרניה, ופעמים רבות היא מופיעה אצל קרובים מדרגה ראשונה של סכיזופרנים (Kendler & Gardner, 1977; Kwapil & Barrantes, 2003; Vidal, 2012; Raine, 2006; Tienari et al., 2003). הקשרים הביולוגיים בין הפרעת אישיות סכיזוטיפלית לבין סכיזופרניה הם יוצאי דופן (Cannon et al., 2008; Jang et al., 2005; Siever & Davis, 2004; Yung et al., 2004). במחקרים שנערכו בהשתתפות מטופלים וסטודנטים עם הפרעת אישיות סכיזוטיפלית (למשל Siever, 2006; Raine, 2006; et al., 1995) נמצא אותו ליקוי במעקב של העין אחרי מטרה נעה, שמופיע אצל אנשים עם סכיזופרניה (Coccaro, 2001; ראו גם פרק 13). נמצאו גם ליקויים קלים אחרים בתפקוד הקוגניטיבי (Voglmaier et al., 2005), לרבות ליקויים ביכולתם לשמור על קשב (Lees-Roitman et al., 1997; Raine, 2006) וליקויים בזיכרון העבודה (למשל היכולת לזכור סדרת ספרות), שהם שכיחים בסכיזופרניה. כמו כן, אצל אנשים עם הפרעת אישיות סכיזוטיפלית, בדומה למטופלים עם סכיזופרניה, ישנם ליקויים ביכולת לעכב קשב לגירוי שני שבא במהירות אחרי הצגת גירוי ראשון. לדוגמה, כאשר מציגים לאדם בריא גירוי שמיעתי חלש כ-0.1 שנייה לפני השמעת צליל רועם (צליל מהסוג הגורם לתגובת בהלה), תגובת הבהלה שלו חלשה יותר מאשר אילו לא היה שומע את הגירוי הקולי החלש קודם (Cadenhead, Light, 2000; et al., 2000; Cadenhead, Swerdlow et al., 2000). זהו אפקט דיכוי נורמלי, ועוצמתו נמוכה יותר אצל הלוקים בסכיזופרניה כמו גם אצל אנשים עם הפרעת אישיות סכיזוטיפלית. ייתכן שהממצא הזה קשור לרמות גבוהות של הסחת דעת וקושי להישאר מרוכזים (ראו גם Raine, 2006; Hazlett et al., 2003). לבסוף, לאנשים עם הפרעת אישיות סכיזוטיפלית יש גם אי-תקינות שפתית, ולא מן הנמנע שיש לכך קשר עם ליקויים בעיבוד השמיעתי שלהם (Dickey et al., 2008).

לאור הממצאים האלה, אין זה מפתיע שנמצא כי מתבגרים עם הפרעת אישיות סכיזוטיפלית נמצאים בסיכון מוגבר לפתח סכיזופרניה והפרעות על רצף הסכיזופרניה בבגרות (Asarnow, 2005; Cannon et al., 2008; Raine, 2006; Tyrka, 1995; et al., 1995). עם זאת, היו שהציעו סוג שני של הפרעת אישיות סכיזוטיפלית שאין לה קשר גנטי לסכיזופרניה. סוג זה מאופיין בליקויים קוגניטיביים ותפיסתיים אך יש לו קשר להתעללות ולטראומה בילדות (Berenbaum et al., 2008; Raine, 2006). הפרעת אישיות סכיזוטיפלית במתבגרים נקשרה לחשיפה רבה לאירועי חיים מעוררי עקה (Anglin et al., 2008; Tessner et al., 2011) ולמעמד חברתי-כלכלי משפחתי נמוך (Cohen et al., 2008).

הקריטריונים של DSM-5 הפרעת אישיות סכיזוטיפלית



תפיסתיים והתנהגות מוזרה, המתחיל בבגרות המוקדמת, מתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בחמישה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:

א. דפוס נרחב של ליקויים חברתיים ובין-אישיים המתבטא בחוסר נוחות ממשי ביחסים קרובים ויכולת פחותה לקיים יחסים כאלה וכן בעיוותים קוגניטיביים או

9. חרדה חברתית מוגזמת שאינה שוככת לאחר היכרות ונוטה להתקשר לפחדים פרנואידיים ולא לשיפוט עצמי שלילי.

ב. התסמינים אינם מופיעים רק במהלך סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית, הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכויטיים, הפרעת אישיות אחרת או הפרעה על הרצף האוטיסטי. **הערה:** אם המטופל עונה על הקריטריונים הללו לפני התפרצותה של סכיזופרניה, יש להוסיף "טרום-מחלה" (premorbid), כלומר "הפרעת אישיות סכיזוטיפלית (טרום-מחלה)".

מקור: צוטט באישור של *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (copyright 2013). American Psychiatric Association.

1. רעיונות ייחוס (להוציא הרהורי שווא של ייחוס).
2. אמונות מוזרות או חשיבה מאגית המשפיעות על ההתנהגות ואינן מתאימות לנורמות תרבותיות (למשל אמונות תפלות, אמונה בתפיסה על-חושית, בטלפטיה או ב"חוש שיש"). בילדים ובמתבגרים, פנטזיות ועיסוק מחשבתי מוזרים).
3. חוויות תפיסתיות בלתי רגילות כולל אשליות גופניות.
4. חשיבה ודיבור מוזרים (למשל מעורפלים, נסיבתיים, מטפוריים, מפורטים מדי או סטריאוטיפיים).
5. חשדנות או חשיבה פרנואידית.
6. רגשיות בלתי הולמת או מוגבלת.
7. התנהגות או הופעה מוזרה, משונה או מיוחדת.
8. היעדר חברים קרובים או אנשי סוד מלבד קרובי משפחה מדרגה ראשונה.

שאלת חזרה



■ תארו את הפרעות האישיות באשכול A והבחינו ביניהן: פרנואידית, סכיזואידית וסכיזוטיפלית.

הפרעות אישיות מאשכול B

יעד לימוד 10.4 לתאר את ארבע הפרעות האישיות באשכול B ולהסביר את המאפיינים המשותפים להן.

בתת-הסעיפים הבאים נבחן מקרוב את הפרעות האישיות ההיסטריוניות, הנרקיסיסטית, האנטי-חברתית והגבולית. זכרו כי לאנשים עם הפרעות אישיות מאשכול B משותפת הנטייה להיות דרמטיים, רגשניים ולא יציבים.

הפרעת אישיות היסטריונית

רדיפה מוגזמת אחר תשומת לב ורגשנות מופרזת הן שני המאפיינים המרכזיים של אנשים עם הפרעת אישיות היסטריונית. כפי שאפשר לראות במסגרת "הקריטריונים של DSM-5", כאשר אנשים אלה אינם עומדים במרכז תשומת הלב הם נוטים לחוש שלא מעריכים אותם. סגנונם המוחצן מדי, המלא חיים והדרמטי מבטיח להם לעיתים קרובות את יכולתם להקסים אחרים וכך למשוך את תשומת ליבם. אך תכונות אלה אינן מובילות למערכות יחסים יציבות ומספקות משום שהאנשים הסובבים מתעייפים מהענקת מידה כה גבוהה של תשומת לב. בשל התשוקה שלהם לגירויים ולתשומת לב, הופעתם והתנהגותם של

הפרעת אישיות היסטריונית
(histrionic personality disorder)

הלוקים בהפרעה הן תיאטרליות ורגשיות מאוד וכן פרובוקטיביות מבחינה מינית (Freeman et al., 2005). הם עשויים לנסות לשלוט בבני הזוג שלהם באמצעות התנהגות פתיינית ומניפולציה רגשית, אך הם מפגינים גם מידה רבה של תלותיות (למשל Balgov et al, 2007; Bornstein & Malka, 2009; Rasmussen, 2005a). צורת הדיבור שלהם לעיתים קרובות מעורפלת ונועדה להרשים, ובדרך כלל הם נתפסים כמרוכזים בעצמם, יהירים ועסוקים יתר על המידה בקבלת אישור מאנשים אחרים, החושבים שהם מגזימים בתגובותיהם, שטחיים ובלתי כנים.

הקריטריונים של DSM-5 הפרעת אישיות היסטריונית



5. סגנון דיבור שמנסה באופן מוגזם להרשים וללא פרטים.
6. דרמטיזציה עצמית, ביטוי רגשות תיאטרלי ומוגזם.
7. האדם נוח להשאה (למשל מושפע בקלות מאחרים או מהנסיבות).
8. הערכתן של מערכות יחסים כאינטימיות יותר מכפי שהן למעשה.

מקור: צוטט באישור של *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (copyright 2013). American Psychiatric Association.

1. תחושת אי־נוחות במצבים שבהם האדם אינו נמצא במוקד תשומת הלב.
2. אינטראקציה עם אחרים מאופיינת לעיתים קרובות בהתנהגות פרובוקטיבית ופתיינית מבחינה מינית.
3. מעבר מהיר בין רגשות והבעה שטחית של רגשות.
4. שימוש קבוע בהופעה חיצונית כדי למשוך תשומת לב.

תפוצתה של הפרעת אישיות היסטריונית באוכלוסייה הכללית היא מעט יותר מאחוז אחד, אף שיש הסבורים כי שיעור ההפרעה נמצא בירידה (Blashfield et al., 2012; Torgersen, 2012). ישנם מחקרים שלפיהם הפרעה זו נפוצה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים (Lynam & Widiger, 2007; Widiger & Bornstein, 2001). הסיבות האפשריות להבדלים בין המגדרים שנויות במחלוקת עזה. באחת הסקירות נטען שההבדל בין המגדרים אינו מפתיע לנוכח מספר התכונות השכיחות יותר בקרב נשים המעורבות בקריטריונים לאבחנה. לדוגמה, רבים מהקריטריונים להפרעת אישיות היסטריונית (וגם לכמה הפרעות אישיות אחרות כגון הפרעת אישיות תלותית) כוללים משתנים לא הסתגלותיים של תכונות המיוחסות לנשים (למשל Widiger & Bornstein, 2001), כגון דרמטיזציה מוגזמת, יהירות, פתיינות ועיסוק מוגזם בהופעה החיצונית. אולם, תכונות אישיות אחרות הבולטות בהפרעת אישיות היסטריונית שכיחות יותר למעשה בקרב גברים מאשר בקרב נשים (למשל רדיפה אחר ריגושים ומודעות עצמית נמוכה). בנייתו קפדני שנערך בנושא, נמצא שאי־אפשר לנבא את התפוצה הגבוהה יותר של אישיות היסטריונית בקרב נשים על סמך ההבדלים בין המגדרים שיש בתכונות הבולטות בהפרעה. טענה זו מצביעה בהחלט על השפעתה של צורה כלשהי של הטיה מגדרית באבחון של הפרעה זאת (Lynam & Widiger, 2007).



ייתכן כי אישה זו בסך הכול משתטה עם חברים באחד הערבים. אך אם לעיתים קרובות היא מחפשת הזדמנויות להתנהג באופן פתייני שמושך תשומת לב, אפשר שהיא לוקה בהפרעת אישיות היסטריונית.

גורמים סיבתיים

מעט מאוד מחקרים שיטתיים נערכו על הפרעת אישיות היסטריונית, אולי בשל הקושי של החוקרים להבחין אותה מהפרעות אישיות אחרות (Bornstein & Malka, 2009) ו/או משום שרבים אינם סבורים כי זוהי אבחנה תקפה (Blashfield et al., 2012). הדבר משתקף בעובדה שהפרעת אישיות היסטריונית הייתה אחת מארבע האבחנות שהוצע להוציאן מ־DSM-5. להפרעת אישיות היסטריונית יש תחלואה נלווית גבוהה של הפרעות האישיות גבולית, אנטי־ חברתית, נרקסיסטית ותלותית (Bakkevig & Karterud, 2010; Balgov & Westen, 2008; Bornstein & Malka, 2009).

עקרת בית היסטריונית

לולו, עקרת בית בת 24, הגיעה ליחידת אשפוז ימים אחדים לאחר שנעצרה בגין "שוטטות". בעלה השאיר אותה בתחנת אוטובוס כדי שתחזור למשפחתה משום שנמאס לו מהתנהגותה ומן הטיפול בה. לולו הגיעה לשיחה מאופרת למשעי ולבושה בשמלה נשית מאוד ובתסרוקת מיוחדת במינה. במהלך הפגישה עם הפסיכיאטר היא הפגינה מחוות פתייוניות מפלרטטות ודי ילדותיות ודיברה באופן די מעורפל על בעיותיה ועל חייה. תלונותיה העיקריות היו שבעלה נטש אותה וכי אינה יכולה לחזור אל משפחתה כיוון ששניים מאחיה התעללו בה. היא אמרה גם שאין לה חברים לפנות אליהם והיא אינה יודעת כיצד היא תסתדר. אכן היא התלוננה שמעולם לא היו לה חברות ושלתחושתה מעולם לא חיבבו אותה, אם כי היא לא ממש הבינה מדוע, והבטיחה למראיין שהיא טובת לב ונחמדה מאוד.

זמן מה לפני כן היא נסעה עם בעלה ועם זוג חברים שלו. אשת החבר האשימה את לולו בהתנהגות פתייונית מאוד כלפי בעלה של האישה, ולולו נפגעה שכן חשבה כי התנהגותה הייתה תמימה לגמרי ובשום אופן לא חרגה מהמקובל. התקרית גררה בעקבותיה ויכוח גדול עם בעלה שלה, אחד מני רבים בששת החודשים האחרונים שבהם הוא התלונן על התנהגותה הבלתי נאותה בקרבת גברים אחרים ועל היהירות שלה והצורך התמידי שלה בתשומת לב. ויכוחים אלה והתנהגותה, שלולו לא הצליחה לשנות, בסופו של דבר גרמו לבעלה לעזוב אותה.

ישנן ראיות שלפיהן קיים קשר גנטי בין הפרעה זו ובין הפרעה אנטי־ חברתית, והרעיון הוא כי קיימת נטייה בסיסית משותפת לשתי הפרעות, שנוטה יותר להתבטא כהפרעת אישיות היסטריונית אצל נשים וכהפרעה אנטי־ חברתית אצל גברים (למשל Cale & Lilienfeld, 2002a, 2002b). הטענה שנטיייה גנטית מסוימת גורמת להתפתחות הפרעה זו מקבלת חיזוק גם מממצאים שלפיהם הפרעת אישיות היסטריונית יכולה להתבטא כהפרעה הכוללת גרסאות קיצוניות של שתי תכונות אישיות שכיחות ונורמליות, מוחצנות ובמידה פחותה יותר – נירוטיות, שתי תכונות אישיות נורמליות בעלות בסיס גנטי חלקי (Widiger & Bornstein, 2001). במונחים

של מודל חמשת הגורמים (חזרו ועיינו בטבלה 10.2), רמות המוחצנות הגבוהות מאוד של מטופלים עם הפרעת אישיות היסטריאית כוללות רמות גבוהות של חברותיות, רדיפה אחר ריגושים ורגשות חיוביים. הרמות הגבוהות של נירוטיות אצל מטופלים אלה כוללות בעיקר את תת־המרכיבים של דיכאון ומודעות עצמית. יש להם גם רמות גבוהות של פתיחות לפנטזיות (Widiger et al., 2002).

תיאורטיקנים קוגניטיביים מדגישים את חשיבותן של סכמות לא הסתגלותיות הסובבות את הצורך בתשומת לב כדי להקנות תוקף לערכם העצמי של המטופלים. אמונות דיספונקציונליות מרכזיות יכולות להיות למשל "אם אני לא כובש את ליבם של אנשים אחרים אני לא שווה כלום" ו"אם אני לא יכול לבדר אנשים הם ינטשו אותי" (Beck et al., 1990, p.50). עד כה לא נערך מחקר שיטתי המסביר כיצד אמונות דיספונקציונליות כאלה מתפתחות.

הפרעת אישיות נרקיסיסטית

הפרעת אישיות נרקיסיסטית
(narcissistic personality disorder)

אנשים עם הפרעת אישיות נרקיסיסטית מפגינים תחושה מוגזמת של חשיבות עצמית, צורך לזכות בהערצה והיעדר אמפתיה לרגשות הזולת (Pincus & Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2005, 2009, 2012). מחקרים רבים תומכים ברעיון שקיימים שני סוגים של נרקיסיזם: סוג אחד מאופיין בתחושת גדלות והשני - בפגיעות (Cain et al., 2008; Ronningstam, 2005, 2012). המופע הנרקיסיסטי של תחושת הגדלות המודגש בקריטריונים של DSM-5, מתבטא בתכונות הקשורות לגדלות, תוקפנות ודומיננטיות. התכונות הללו משתקפות בנטייה חזקה של הלוקים בהפרעה להעריך את יכולותיהם ואת הישגיהם ובר־זמן לזלזל ביכולותיהם ובהישגיהם של אנשים אחרים. תחושת הזכאות ("מגיע לי") מדהימה לא פעם את זולתם ואילו הם עצמם אינם רואים בציפיותיהם הגבוהות אלא את מה שמגיע להם. התנהגותם היא סטריאוטיפית (למשל בהתייחסות תמידית לעצמם בדבריהם ובהתרברבות) כדי להשיג את התשבוחות ואת ההכרה שהם משתוקקים להן. בשל אמונתם שהם מיוחדים כל כך, לעיתים קרובות הם חושבים שרק אנשים נעלים כמותם מסוגלים להבין אותם או שעליהם להתרועע עם אנשים כאלה בלבד. לבסוף, כפי שהומחש במקרה של אלן בתחילת פרק זה, תחושת הזכאות שלהם קשורה גם לסירובם לסלוח לאחרים על מה שהם תופסים כעלבונות, והם עצמם נעלבים בקלות (Exline et al., 2004).

הקריטריונים של DSM-5 הפרעת אישיות נרקיסיסטית



1. תחושת חשיבות עצמית מופרזת (למשל הערכה מוגזמת של כישורים והישגים, ציפייה להכרה בעליונות בהיעדר הישגים שהולמים אותה).
 2. עיסוק מחשבתי בפנטזיות על הצלחה, כוח, תבונה, יופי או אהבה אידיאלית בלתי מוגבלים.
- דפוס נרחב של תחושת גדלות (בפנטזיה או בהתנהגות), צורך בהערצה והיעדר אמפתיה המתחיל בבגרות המוקדמת, מתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בחמישה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:

3. אמונה של האדם שהוא "מיוחד" ויחיד במינו וכי רק אנשים (או מוסדות) ייחודיים ונעלים כמותו יכולים להבין אותו ורק איתם עליו להתרועע.
4. דרישה להתפעלות מוגזמת.
5. תחושה של זכאות (כלומר ציפיות בלתי מתקבלות על הדעת מצד האדם ליחס מועדף או להיענות אוטומטית לציפיותיו).
6. נצלנות בקשרים עם הזולת (למשל מנצל אחרים כדי להשיג את מטרותיו).
7. היעדר אמפתיה. חוסר נכונות להכיר ברגשותיהם של אחרים ובצורכיהם של אחרים או להזדהות איתם.
8. קנאה תכופה של האדם באחרים או אמונה שאחרים מקנאים בו.
9. התנהגות או גישה יהירה ומתנשאת.
- מקור:** צוטט באישור של *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (copyright 2013). American Psychiatric Association.

המופע הנרקסיסטי של הפגיעות אינו משתקף בקריטריונים של DSM באותה בהירות, אך גם הוא מייצג סוג שחוקרים ומטפלים בוחנים כבר זמן רב. לאנשים עם הפרעת אישיות נרקסיסטית מהסוג הפגיע יש תחושת הערכה עצמית בלתי יציבה ושברירית ביותר, ואצל אנשים אלה, יהירות והתנשאות אינן אלא כיסוי לבושה עזה ולרגישות יתר לדחייה ולביקורת (Caine et al., 2008; Miller et al., 2010; Pincus & Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2005, 2012). נרקסיסטים פגיעים עשויים להיות שקועים ראשם ורובם בפנטזיות על הישגים יוצאים מן הכלל ובה־בעת לחוש בושה כבדה בשל השאפתנות שלהם. הם עשויים להימנע מיחסים בין־אישיים בגלל חשש מדחייה או מביקורת.

כיום, הולכות ומצטברות ראיות שלפיהן מופעי הגדלות והפגיעות של נרקסיזם קשורים זה בזה אך גם נבדלים זה מזה בדרכים חשובות. במונחים של מודל חמשת הגורמים, שני הסוגים נקשרים לרמות גבוהות של אנטגוניזם או לרמות נמוכות של נועם הליכות (הכוללות את התכונות של צניעות נמוכה, יהירות, תחושת גדלות ועליונות), אלטרואיזם נמוך (ציפייה ליחס מועדף וניצול של אחרים) ונוקשות (היעדר אמפתיה). עם זאת, אצל אדם עם המופע הנרקסיסטי של גדלות, תת־מרכיבים מסוימים של נירוטיות הם נמוכים והמוחצנות גבוהה. כאשר הנרקסיזם כולל יותר תחושת גדלות, חברים ובני משפחה עשויים להיות מוטרדים יותר מהתנהגותו של האדם מאשר הוא עצמו. באחד המחקרים הגיעו החוקרים למסקנה כי "השיבוש החזק ביותר הקשור להפרעת אישיות נרקסיסטית אינו מצוקת "הכאב והסבל" של הלוקה בהפרעה אלא של הקרובים המשמעותיים בחייו" (Miller, 2007, p. 176). לעומת זאת, המקרה של הנרקסיסט הפגיע שונה למדי שכן רמות הרגשיות השלילית / נירוטיות שלו גבוהות מאוד (Cain et al., 2008; Miller et al., 2010). בנות ובני זוג של מטופלים משני הסוגים – הגדלות או הפגיעות – מתארים אותם כ"שתלטנים, חסרי סובלנות, אכזריים, נְפָתְנִים, לא ישרים, אופורטוניסטים, רברבנים, יהירים ותובעניים", אך רק אלה עם רמות גבוהות של תחושת גדלות תוארו גם כ"תוקפניים, עקשנים, ישירים, אסרטיביים ונחושים", ואילו נרקסיסטים עם רמות גבוהות של פגיעות תוארו כ"מודאגים, רגשניים, הגנתיים, חרדים, מרירים, לחוצים ומתלוננים" (Wink, 1991, p. 595). חשוב לציין כי בקרב הלוקים בהפרעת אישיות נרקסיסטית, יש העשויים לעבור חליפות בין תחושת גדלות לבין פגיעות (Pincus & Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2009).

לאנשים עם אישיות נרקסיסטית יש עוד תכונה מרכזית משותפת - הם אינם רוצים או אינם מסוגלים לאמץ את נקודת המבט של זולתם, לראות דברים לא רק "דרך המשקפיים שלהם". יתרה מזו, אם הם אינם מקבלים את האישור או את הסיוע שהם מקווים לו, הם נוטים להיות ביקורתיים ונקמניים מאוד (Rasmussen, 2005b). ואכן, במחקר שבו השתתפו סטודנטים גברים עם רמות גבוהות של תכונות נרקסיסטיות נמצא שיש להם נטייה גבוהה יותר לכפייה מינית כאשר נדחו על ידי מושא תשוקותיהם המיניות בהשוואה לגברים עם רמות נמוכות יותר של תכונות נרקסיסטיות. כשצפו בתיאורי אונס מצולמים, הם גם דירגו אותם כפחות בלתי רצויים ויותר מהנים ומעוררים מינית מאשר גברים עם רמות נמוכות יותר של תכונות נרקסיסטיות (Bushman et al., 2003).

לפי מדגמים בקהילה, קצת פחות מאחוז אחד של אנשים עונים על הקריטריונים האבחנתיים להפרעת אישיות נרקסיסטית, ונראה שההפרעה שכיחה יותר בקרב גברים מאשר בקרב נשים (Torgersen, 2012). אפשר היה לצפות להבדל מגדרי זה לנוכח הבדלים ידועים בין המינים בתכונות אישיות בולטות בהפרעת אישיות נרקסיסטית (Lynam & Widiger, 2007).

גורמים סיבתיים

מידע על הפרעת אישיות נרקסיסטית היה קיים זמן רב, אך רובו היה תיאורטי ורק נתונים אמפיריים מעטים פורסמו על הגורמים הסביבתיים והגנטיים המעורבים באטיולוגיה של הפרעת אישיות נרקסיסטית (Kohut & Wolff, 1978; Millon & Davis, 1995; Widiger & Bornstein, 2001). למרבה המזל, ישנם כמה חוקרים הפועלים נמרצות להבנת הסיבות להפרעה מרתקת זו. ממצא מרכזי מלמד שהסוג של תחושת גדלות באישיות נרקסיסטית וזה של פגיעות קשורים לגורמים סיבתיים שונים. נרקסיזם מהסוג של תחושת הגדלות על פי רוב אינו קשור להתעללות בילדות, להזנחה או להורות לקויה. לאמיתו של דבר, ישנן ראיות לקשר בין סוג זה של נרקסיזם לבין הערכת יתר של הורים את ילדיהם. נרקסיזם מהסוג הפגיע, לעומת זאת, קשור להתעללות רגשית, גופנית ומינית, וכן לסגנונות הורות המאופיינים כחודרניים, שולטים וקרים (Horton et al., 2006; Miller, 2011; Miller & Campbell, 2008; Otway & Vignoles, 2006).

הפרעת אישיות אנטי-חברתית

הפרעת אישיות אנטי-חברתית
ASPD – Antisocial Personality
(Disorder)

המאפיין הבולט ביותר אצל אנשים עם הפרעת אישיות אנטי-חברתית הוא נטייתם התמידית להתעלם מזכויות הזולת ולהפר אותן. הם עושים זאת באמצעות שילוב של התנהגויות ערמומיות, תוקפניות ואנטי-חברתיות. לאנשים אלה יש דפוס קבוע ומתמשך של התנהגות לא חברתית וחסרת אחריות עם דאגה מועטה לביטחון - שלהם או של אחרים. מאפיינים אלה מביאים אותם שוב ושוב לקונפליקטים עם החברה, ורבים מהם מגיעים בסופו של דבר לכלא. רק מבוגרים בני 18 ומעלה יכולים לקבל אבחנה של הפרעת אישיות אנטי-חברתית. כדי לקבוע אבחנה זו, צריכים להופיע אצל האדם תסמינים של הפרעת התנהגות לפני גיל 15 (ראו פרק 15). אחרי גיל 15 צריכות להופיע גם ראיות של התנהגות לא חוקית,

קרמה, אימפולסיביות, תוקפנות או חוסר אחריות קבוע בעבודה או בענייני כספים. הנה לדוגמה המקרה של מארק.

גנב עם הפרעת אישיות אנטי-חברתית

מארק, בן 22, המתין למשפט בגין גניבת מכונית ושוד מזוין. מסמכי התיק שלו כללו היסטוריה ארוכה של מעצרים שהחלה כשהיה בן 9, כאשר נעצר על השחתת רכוש. הוא הורחק מבית הספר התיכון בשל היעדרויות והפרעות. בכמה מקרים הוא ברח מן הבית למשך ימים או שבועות בכל פעם – ותמיד חזר פרוע ותשוש. עד כה הוא לא החזיק מעמד בשום מקום עבודה יותר מימים אחדים אף שהקסם האישי שלו אפשר לו באופן כללי להשיג עבודה בקלות. הוא תואר כמתבודד עם חברים מעטים. אף שנראה בהתחלה מקסים, בדרך כלל לא חלף זמן רב עד שמארק עורר התנגדות אצל מי שפגש בשל התנהגותו התוקפנית והממוקדת בעצמי. זמן קצר אחרי פגישת הטיפול הראשונה שלו, הוא ברח, בזמן שהיה משוחרר בערבות וכנראה עזב את העיר כדי לחמוק מהמשפט שלו. המטפל שלו מעולם לא פגש אותו שוב.

תפוצת הפרעת האישיות האנטי-חברתית באוכלוסייה הכללית נאמדת ב-2% עד 3% (Glenn et al., 2013). ההפרעה שכיחה יותר בקרב גברים (כ-3%) מאשר בקרב נשים (כ-1%), אם כי ישנם כמה מחקרים שלפיהם חלקם של הגברים גדול עוד יותר, קרוב ל-5% גברים לכל אישה (Hare et al., 2012). כפי שאפשר לצפות, לאחר שרואים את הקריטריונים האבחנתיים, הפרעת אישיות אנטי-חברתית רווחת ביותר בבתי כלא. כ-47% מהאסירים ו-21% מהאסירות עונים על הקריטריונים לאבחנת אישיות אנטי-חברתית (ראו Glenn et al., 2013).

הקריטריונים של DSM-5 הפרעת אישיות אנטי-חברתית



- א. דפוס נרחב של התעלמות מזכויות הזולת והפרתן המופיע מגיל 15 ומתבטא בשלושה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
1. חוסר יכולת לציית לנורמות חברתיות בהקשר של התנהגויות בתחום החוק המתבטא בפעולות חוזרות שהן עילה למעצר.
 2. רמאות המתבטאת בשקרים חוזרים, בהתחזות או בהונאת אחרים למטרת רווח או תענוג אישי.
 3. אימפולסיביות או היעדר תכנון.
4. רגזנות ותוקפנות המתבטאים במריבות או בתקיפות פיזיות.
 5. התעלמות חסרת אחריות מהביטחון של האדם או של זולתו.
 6. חוסר אחריות עקבי המתבטא בכישלון חוזר ונשנה לשמור על התנהגות מתאימה בסביבת עבודה או לכבד התחייבויות כספיות.
 7. היעדר חרטה המתבטא באדישות או ברציונליזציה של פגיעה בזולת, יחס לא נאות כלפיו או גניבה ממנו.

ד. ההתנהגות האנטי-חברתית אינה מופיעה רק במהלך סכיזופרניה או הפרעה דו-קוטבית.

ב. האדם בן 18 לפחות.

ג. ישנן ראיות להפרעת התנהגות שהחלה לפני גיל 15.

מקור: צוטט באישור של *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (copyright 2013). American Psychiatric Association.

לעיתים קרובות מבלבלים בטעות בין המונחים הפרעת אישיות אנטי-חברתית ופסיכופתיה. אומנם יש חפיפה מסוימת בין הפרעת אישיות אנטי-חברתית ובין פסיכופתיה, אך הן אינן היינו הך. הקריטריונים הנוכחיים ב-DSM לאבחנה של הפרעת אישיות אנטי-חברתית שמים דגש חזק על התנהגויות הניתנות לצפייה כגון שקרנות, הסתבכות בסכסוכים או חוסר יכולת לכבד התחייבויות כספיות. לעומת זאת, המושג פסיכופתיה מפנה תשומת לב רבה יותר למאפייני אישיות כגון קסם אישי מלאכותי, היעדר אמפתיה ומניפולטיביות. בשל הבלבול הרב בין הפרעת אישיות אנטי-חברתית ובין פסיכופתיה ומכיוון ששתי התופעות מהוות נטל כבד על החברה שלנו, נחזור ונדון בהן ביתר פירוט בהמשך הפרק.

גורמים סיבתיים

על פי המחקר, לגנים יש תפקיד בהפרעת אישיות אנטי-חברתית ובפשיעה. במחקרים רבים נערכו השוואות של שיעורי התאמה בין זוגות תאומים זהים ולא זהים. באחרים השתמשו בשיטת האימוץ, והשוו שיעורי פשיעה של ילדים מאומצים מהורים שהם פושעים עם שיעורי הפשיעה של ילדים מאומצים מהורים שאינם עבריינים. לפי התוצאות של שני סוגי המחקרים קיים מרכיב תורשתי מסוים בהתנהגות אנטי-חברתית או פושעת (Carey & Goldman, 1997; Hare et al., 2012; Sutker & Allain, 2001) ובהפרעת אישיות אנטי-חברתית (Waldman & Rhee, 2006). עם זאת, עדיין לא ברור מהו הדבר שעובר בתורשה. אולי זו אימפולסיביות, רמות נמוכות של חרדתיות, נטיות תוקפניות או צירוף של כל אלה עם נטיות אחרות.

גורמים סביבתיים רבים מעורבים גם הם בהתפתחות הפרעת אישיות אנטי-חברתית. הגורמים הללו כוללים הכנסה משפחתית נמוכה, חיים בשכונות עירוניות צפופות, פיקוח הורי לקוי, אם צעירה, חיים במשפחה חד-הורית, קונפליקט בין ההורים, אח עבריין, הזנחה, משפחה גדולה וגם משמעת נוקשה מצד ההורים (Farrington, 2006; Granic & Patterson, 2006). גורמים סביבתיים חשובים אחרים שאינם משותפים (אינם משותפים מכיוון שלא כל הילדים במשפחה בהכרח מתנסים בהם) הם חברים עבריינים, התעללות גופנית או מינית והתנסויות לימודיות או חברתיות שונות. חוקרים גם מציינים כי השפעות חברתיות אלה מקיימות אינטראקציה עם נטיות גנטיות מוקדמות (יחסי גומלין גנוטיפ-סביבה), וזו קובעת אילו אנשים ייעשו פושעים או בעלי אישיות אנטי-חברתית (Carey & Goldman, 1997; Hare et al., 2012; Moffitt, 2005). ואכן, כפי הנראה כך קורה, על פי העלייה הדרמטית בפשיעה בארצות הברית ובבריטניה מאז 1960 ושיעור מקרי הרצח בארצות הברית הגדול פי עשרה משיעורם בבריטניה (Rutter, 1996).

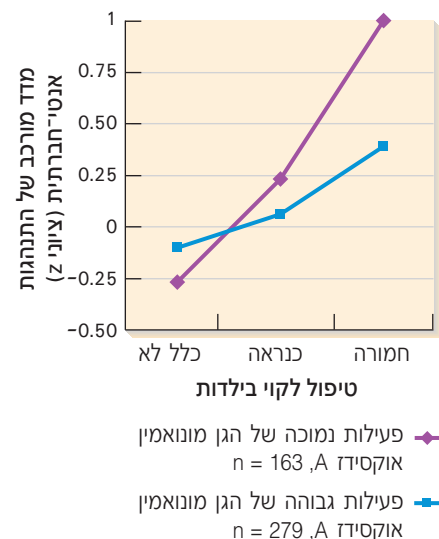
אי־אפשר להסביר ממצאים כאלה באמצעות גורמים גנטיים בלבד אלא חייב להיות שילוב של גורמים סיבתיים פסיכו־חברתיים וחברתיים־תרבותיים.

במחקר המעולה של קדורט ועמיתיו (Cadoret et al., 1995; ראו גם Riggins- Caspers et al., 2003) נמצא כי ילדים להורים ביולוגיים עם הפרעת אישיות אנטי־חברתית שנמסרו לאימוץ היו בסיכון גבוה לפתח אישיות אנטי־חברתית אם הוריהם המאמצים חשפו אותם לסביבה עוינת, יותר מילדים שהוריהם המאמצים חשפו אותם לסביבה נורמלית. בסביבות עוינות היו כמה מאפיינים אפשריים: עימותים בין ההורים או גירושין, הסתבכות עם רשויות החוק ופסיכופתולוגיה הורית. ממצאים דומים של יחסי גומלין גנים-סביבה נמצאו גם בתאומים שהיו בסיכון גבוה או נמוך להפרעת התנהגות (בדרך כלל זהו סמן ראשוני בילדות של הפרעת אישיות אנטי־חברתית). במחקר זה, גורם הסיכון הסביבתי היה טיפול פיזי לקוי (Jaffee et al., 2005).

מחקר רב השפעה על יחסי הגומלין גנים-סביבה בהפרעת אישיות אנטי־חברתית זיהה גן מועמד שנראה חשוב (Caspi et al., 2002). הגן, הידוע כמונואמין אוקסידז A (*MAOA gene – Monoamine Oxidase A gene*), מעורב בפירוק נוירורנסמיטרים כגון נוראפינפרין, דופמין וסרוטונין – כולם נוירורנסמיטרים המושפעים מעקה עקב טיפול לקוי, שיכולה להוביל להתנהגות אלימה (ראו **תרשים 10.1**). במחקר זה עקבו אחרי יותר מאלף ילדים מהלידה עד גיל 26. נמצא כי אנשים עם פעילות נמוכה של הגן מונואמין אוקסידז A היו נתונים בסיכון גבוה יותר לאין ערוך לפתח הפרעת אישיות אנטי־חברתית אם עברו טיפול לקוי בילדותם מאשר אנשים עם פעילות גבוהה של מונואמין אוקסידז A שעברו טיפול לקוי בילדותם, וגם מאנשים עם פעילות נמוכה של מונואמין אוקסידז A שלא עברו טיפול לקוי בילדותם. הממצא הבסיסי על האינטראקציה בין מונואמין אוקסידז A לבין הסביבה (יחסי גומלין גן-סביבה) חזר על עצמו במספר גדול של מחקרים (ראו Foley et al., 2004; Kim-Cohen et al., 2006).

הקשר בין התנהגות אנטי־חברתית ובין שימוש מזיק בחומרים חזק דיו עד כדי כך שתהו אם קיים אולי גורם משותף המוביל הן לאלכוהוליזם והן לאישיות אנטי־חברתית. תמיכה בהשערה זו מגיעה מהמחקר, שלפיו ישנה מעורבות גנטית משמעותית ברמת התחלואה הנלווית בין שתי התופעות (Krueger et al., 2002); הפרעת אישיות אנטי־חברתית והפרעות מוחצנות נוספות (כגון תלות באלכוהול ובסמים והפרעת התנהגות) שותפות כולן לפגיעות גנטית דומה. לגורמים סביבתיים נודעה חשיבות רבה יותר בקביעת סוג ההפרעה שאדם מסוים יפתח (Hicks et al., 2004; Krueger et al., 2007).

קשה כמובן לקבוע במדויק את התרומה היחסית של השפעות גנטיות וסביבתיות על הפרעת אישיות אנטי־חברתית, וזאת מכמה סיבות. ייתכן כי אנשים אנטי־חברתיים קיבלו את הגנים שלהם מהורים אנטי־חברתיים. במקרים כאלה, אפשר שההורים גם חושפים את הילד לסביבה ביתית שעשויה להיות מודל לפשיעה



10.1 תרשים

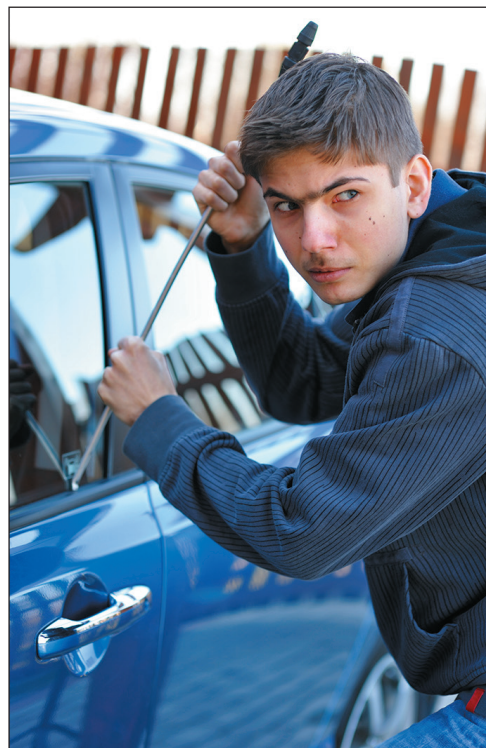
מוצעים במדד מורכב של התנהגות אנטי־חברתית כפונקציה של פעילות גבוהה או נמוכה של מונואמין אוקסידז A ושל היסטוריה של טיפול לקוי בילדות.

(צוטט באישור של Caspi et al. (2002), *Science*, (297, 851-854. copyright © 2002 AAAS)

או להכיל גורמי סיכון כגון התעללות, הזנחה, פרידות של ההורים, אלימות וגורמים רבים נוספים. ילד עם נטייה גנטית להתנהגות אנטי-חברתית עשוי לעורר בעיות אצל אנשים אחרים בגלל התנהגותו (מצב הידוע כקשר מעורר גן-סביבה - evocative gene-environment correlation). גורמים סביבתיים כאלה שהילד מעורר, עשויים לכלול קונפליקט זוגי, עלייה בבעיות בריאות הנפש אצל ההורים או הנהגת משמעת נוקשה מצידם (Jackson & Beaver, 2015). במילים אחרות, הקשרים בין הסביבה המשפחתית לבין התנהגות אנטי-חברתית הם מסובכים. קשה להתיר סבך של השפעות גנטיות והשפעות סביבתיות. החשיבות היחסית של שני סוגי ההשפעות הללו עשויה אף היא להשתנות במהלך ההתפתחות. כפי שהורים משפיעים על ילדיהם, כך יש לראות בילדים סוכנים המסוגלים לעצב דינמיקה משפחתית. במילים אחרות, מודלים סיבתיים דו-כיווניים של גורמים מחליפים כיום מודלים פשוטים חד-כיווניים (למשל מהמשפחה אל הילד).

השקפה התפתחותית

שורשיה של הפרעת אישיות אנטי-חברתית נטועים בילדות, בייחוד אצל בנים. מספר ההתנהגויות האנטי-חברתיות הנצפות בילדות הוא המנבא היחיד הטוב ביותר של מי יפתח בבגרותו הפרעת אישיות אנטי-חברתית, וככל שהגיל שבו הבעיות מתחילות צעיר יותר כך הסיכון גבוה יותר (Robins, 1978, 1991). במחקרים פרוספקטיביים נמצא כי ילדים עם הפרעת התנגדות, המאופיינת בדפוס התנהגות עוין ומתריס כלפי דמויות סמכות שלרוב מתחיל עד גיל 6 ובעקבותיו מופיעה בסביבות גיל 9 הפרעת התנהגות, הם הילדים הנתונים בסיכון הגבוה ביותר לפתח בבגרותם הפרעת אישיות אנטי-חברתית (Lahey et al., 2005). (למשל)



ילדים ומתבגרים המציגים דפוס קבוע של תוקפנות כלפי בני אדם או בעלי חיים, השחתת רכוש, רמאות או גניבות והפרה חמורה של חוקים בבית או בבית הספר עשויים להימצא בסיכון להתפתחות של הפרעת התנהגות והפרעת אישיות אנטי-חברתית.

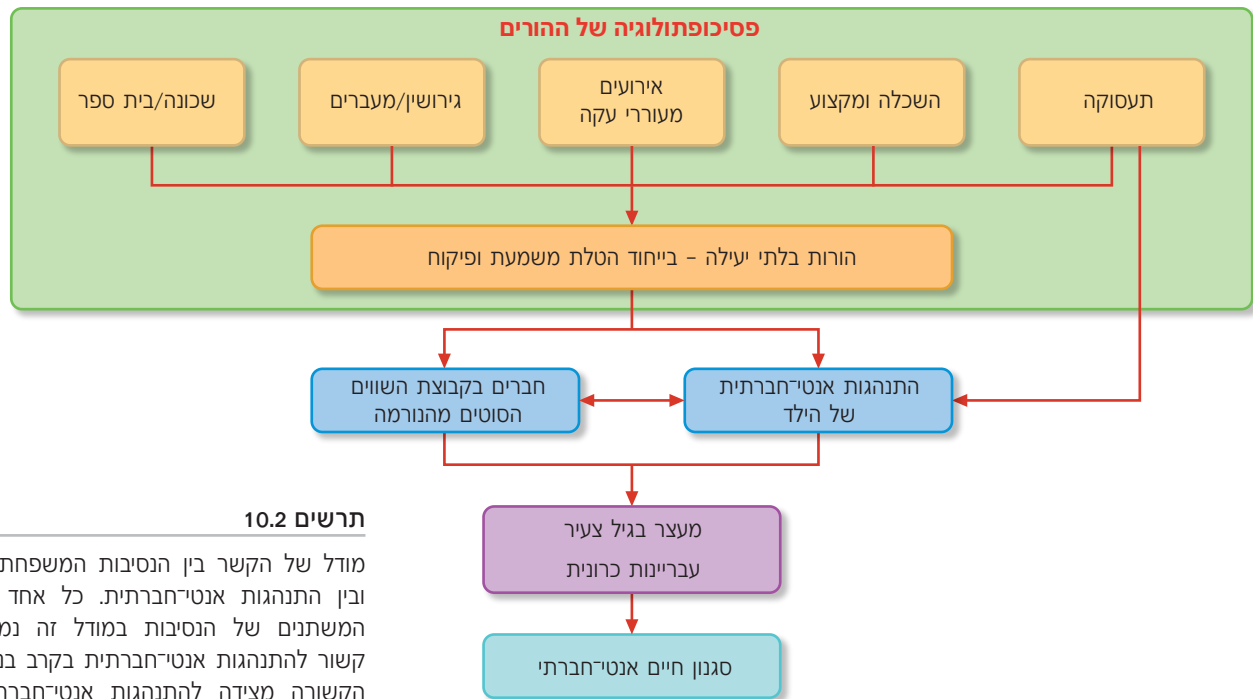
האבחנה המוקדמת השנייה שהיא לעיתים קרובות סמן ראשוני של הפרעת אישיות אנטי-חברתית אצל אדם בוגר היא הפרעת קשב והיפראקטיביות (ADHA – Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder). הפרעה זו מאופיינת בהתנהגות קצרת רוח, לא קשובה ואימפולסיבית, משך קשב קצר ומוסחות (ראו פרק 15). כאשר הפרעת קשב והיפראקטיביות מתקיימת בד בבד עם הפרעת התנהגות (מצב שקורה ב-30% עד 50% מן המקרים לפחות), אזי יש הסתברות גבוהה שהאדם יפתח צורה תוקפנית מאוד של הפרעת אישיות אנטי-חברתית וייתכן שגם פסיכופתיה, שבה נדון מייד (Abramowitz et al., 2004; Lahey et al., 2005; Patterson et al., 2000).

לסיכום, הולכות ומצטברות ראיות לכך שנטיות גנטיות לבעיות נוירופסיכולוגיות מתוונות כגון אלה המובילות להיפראקטיביות או לקשיי קשב, יחד עם מזג קשה, עשויות להיות גורמים משפיעים חשובים בהקשר של הפרעת התנהגות המופיעה מוקדם, העשויה פעמים רבות להוביל להפרעת אישיות אנטי-חברתית לכל החיים אצל האדם הבוגר. לבעיות ההתנהגות שנטיות מוקדמות אלה יוצרות יש שרשרת של השפעות שהולכות ומתפשטות במרוצת הזמן. לדוגמה, על בסיס מחקר אורך פרוספקטיבי, מופיט, כספי ועמיתיהם (Moffitt, Caspi et al., 2002; Moffitt, 2006) העלו טענה:

התנהגות אנטי-חברתית "לכל החיים" מתהווה בגיל צעיר, כאשר ההתנהגות הקשה של ילד צעיר בסיכון גבוה מוחמרת על ידי סביבה חברתית עם סיכון גבוה. לפי התיאוריה, הסיכון שבו הילד נתון נובע משונות נוירופסיכולוגית תורשתית או נרכשת, המופיעה בתחילה כליקויים קוגניטיביים קלים, מזג קשה או היפראקטיביות. הסיכון הסביבתי מורכב מגורמים כגון הורות לקויה, קשרי משפחה משובשים ועוני. מרחב הסיכון הסביבתי מתרחב אל מעבר למשפחה ככל שהילד גדל, וכולל יחסים גרועים עם אנשים כמו בני קבוצת הגיל ומורים ומאחר יותר עם בני זוג ומעסיקים בעבודה. במהלך עשרים שנות ההתפתחות הראשונות, יחסי הגומלין בין האדם והסביבה בונים בהדרגה אישיות שיש לה הפרעה עם התכונות האופייניות של אלימות פיזית והתנהגות אנטי-חברתית הנמשכות עד אמצע החיים (Moffitt et al., 2002, p. 180).

בתרשים 10.2 אפשר לראות מודל מתווך המתאר כיצד כל זה מתרחש. אך כיצד בדיוק שונות גנטית ועקה סביבתית פועלות יחד לסלול את הדרך לבעיות מאוחרות יותר? עדיין מוקדם להסיק מסקנות מוצקות. עם זאת, קרוב לוודאי שלבעיות בהתפתחות המוח יש תפקיד בעניין. לדוגמה, יש הסבורים כי שונות בגן מונואמין אוקסידז A, שתואר לעיל, עשויה לשנות את רמות הסרוטונין במהלך ההתפתחות. זה מצידו עשוי להעמיד בסיכון את מבנה המוח, את תפקודו ואת יכולת הקישוריות שלו ככל שהאדם מתבגר (Buckholtz & Meyer-Lindenberg, 2014). כמו כן ידוע שאצל אנשים אנטי-חברתיים ישנם ליקויים הן במבנה הקורטקס הקדם-מצחי והן בתפקודו (Yang & Raine, 2009) אם כי מקורותיהם של ליקויים אלה אינם ברורים לפי שעה. למרות זאת, לנוכח התפקיד החשוב שאזור מוח חשוב זה ממלא בקבלת החלטות ובשליטה על ההתנהגות ועל הרגשות, היינו מצפים שאנשים עם

ליקויים בתפקוד באזור זה יציגו קשת שלמה של התנהגויות לא חכמות ואנטי- חברתיות (ראו Buckholtz, 2015). כמובן, אנו עדיין רחוקים מאוד מהשלמת כל חלקי הפאזל בשלב זה. אך עם זאת, הקשרים בין גנים, התנסויות סביבתיות שליליות, התפתחות המוח ויכולתו של האדם לנהוג באופן חברתי או אנטי-חברתי מציעים לנו מסלולי מחקר מרתקים בעתיד.



10.2 תרשים

מודל של הקשר בין הנסיבות המשפחתיות ובין התנהגות אנטי-חברתית. כל אחד מן המשתנים של הנסיבות במודל זה נמצא קשור להתנהגות אנטי-חברתית בקרב בנים, הקשורה מצידה להתנהגות אנטי-חברתית במבוגרים. התנהגות אנטי-חברתית בקרב בנות שכיחה הרבה פחות, ובמרוצת הזמן היא גם פחות יציבה ולכן קשה יותר לנבא אותה.

מקור: Capaldi & Patterson, 1994. Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior. In D. C. Fowles et al. (Eds.), *Progress in Experimental Personality and Psychopathology Research*. Springer Publishing Company.

הפרעת אישיות גבולית
BPD – Borderline Personality
(Disorder)

הפרעת אישיות גבולית

למונח אישיות גבולית יש היסטוריה ארוכה ומבלבלת למדי (Hooley et al., 2012). במקור, הוא שימש לתיאור מטופלים שהתמודדות איתם הייתה מאתגרת ושמצבם נחשב "על הגבול" בין נזירות לפסיכוטיות. מאוחר יותר השתמשו בו כדי לתאר מטופלים עם מאפיינים של סכיזופרניה (כמו בסכיזופרניה גבולית). בתחילת שנות השמונים של המאה הקודמת, ההיבטים הקליניים העיקריים של **הפרעת אישיות גבולית** הובהרו דיים כדי להיכנס ל-DSM כאבחנה בפני עצמה. כיום זוהי הצורה הנחקרת ביותר של פתולוגיה של האישיות. אומנם שם הפרעה כשלעצמו אינו מספק מידע רב (ב-ICD-10 משתמשים במונח הפרעת חוסר יציבות רגשית), אך הפרעת אישיות גבולית היא מצב קליני מרתק. הלוקים בה סובלים סבל רב והמטפלים לא תמיד מבינים אותה כהלכה ולעיתים מצמידים לה תווית שלילית.

דפוס ההתנהגות של אנשים עם הפרעת אישיות גבולית מתאפיין באימפולסיביות ובחוסר יציבות ביחסים בין-אישיים, בדימוי העצמי ובמצבי הרוח שלהם. מאפיין

מרכזי הוא חוסר יציבות רגשית שמתבטא בתגובות רגשיות עוצמתיות במיוחד לגירויים סביבתיים וחזרה איטית למצב הרגשי ההתחלתי. חוסר יציבות רגשית מתאפיין גם בתנודות חדות ומהירות מרגש אחד לאחר (Livesley 2008; Paris). חוסר יציבות רגשית מתחבר לתחושת עצמי או לדימוי עצמי מאוד לא יציבים. לבעלי הפרעת אישיות גבולית יש תחושות תמידיות של ריקנות והם מתקשים לגבש תחושה של מי הם באמת. הם גם עושים מאמצים גדולים להתמודד עם מושג עצמי שלילי ביותר ומתקשים להיות לבד.

לנוכח חוסר היציבות הרגשית שלהם המשולב עם דימוי עצמי בלתי יציב, אין פלא שמערכות היחסים הבין-אישיות של אנשים עם הפרעת אישיות גבולית הן כל כך בלתי יציבות. מערכות היחסים האלה נוטות להיות עוצמתיות אך סוערות, והן מתאפיינות בדרך כלל באידיאליזציה מוגזמת של החבר או האהוב (או אפילו של המטפל) ומסתיימות בהתפכחות מרירה, באכזבה ובכעס (Gunderson et al., 1995; Lieb et al., 2004). אחת הבעיות היא שאנשים עם הפרעת אישיות גבולית חוששים מאוד מנטישה. ייתכן שזו הסיבה שהם קשובים כל כך לסימני דחייה וממהרים לפרש התנהגות של אנשים אחרים כדחייה (Staebler et al., 2011). ממחקרים עולה גם שאנשים עם הפרעת אישיות גבולית מיומנים מאוד בזיהוי (מדויק) של סימני כעס בהבעות פניהם של אחרים. עם זאת, כאשר מציגים להם הבעות פנים ניטרליות הם נוטים לתפוס אותן כהבעות של כעס (Veague & Hooley, 2014). אפשר שבגלל הפחד שלהם מדחייה, אנשים עם הפרעת אישיות גבולית לעיתים קרובות "בוחנים" את מערכות היחסים הקרובות שלהם. כל כישלון של הזולת נהפך לראיה לדחייה או לנטישה הממשמשת ובאה. המחקר תומך בקיומו של קשר סיבתי בין תפיסה של דחייה לבין זעם בלתי נשלט בהפרעת אישיות גבולית (Berenson et al., 2011).



אנשים עם הפרעת אישיות גבולית מאמצים לעיתים קרובות התנהגויות המכוונות להרס עצמי, לרבות חתכים וצורות אחרות של פגיעה עצמית. אך לא כל מי שעוסק בפגיעה עצמית סובל מהפרעת אישיות גבולית. ב-DSM-5 נוספה באופן זמני הפרעה בשם הפרעת פגיעה עצמית לא אובדנית כהפרעה שנדרשים לה מחקרים נוספים.

חשיבה ביקורתית על DSM-5



פגיעה עצמית לא אובדנית: הפרעה בפני עצמה או תסמין של הפרעת אישיות גבולית?

בפגיעה עצמית לא אובדנית נתונים בסיכון גבוה להתאבדות מאוחר יותר, מדאיגה מאוד (Wilkinson et al., 2011). לנוכח הדברים האלה, צוות העבודה של DSM-5 נדרש להחליט אם לקבוע לאנשים המציגים התנהגות של פגיעה עצמית משמעותית לא אובדנית אבחנה של הפרעה חדשה בשם הפרעת פגיעה עצמית לא אובדנית.

הפרעת פגיעה עצמית לא אובדנית מופיעה אצל גברים ואצל נשים כאחת וכן אצל בני אדם מכל הקבוצות האתניות ומרקעים כלכליים שונים. נראה כי הסיכון ללקות בהפרעה גבוה יותר בגיל ההתבגרות, עם שיעורי תפוצה במהלך חיים

פגיעה עצמית לא אובדנית (NSSI – Nonsuicidal Self-Injury) כוללת גרימת נזק מכוונת לרקמות גוף כפי שיכול לקרות מחיתוך או מצריבת העור (Nock, 2009). התנהגות זו (המכונה לפעמים חבלה עצמית קשה [self mutilation]) מתרחשת ללא כוונה למות (ומכאן המונח לא אובדנית). התנהגות של חבלה עצמית קשה נכללה זמן רב ב-DSM כתסמין של הפרעת אישיות גבולית. אך אנשים רבים המתנסים בפגיעה עצמית אינם לוקים בהפרעת אישיות גבולית, אם כי הם מדווחים על רמות גבוהות של תסמינים דיכאוניים, חרדה, אובדנות ובאופן כללי רמות תפקוד נמוכות (Selby et al., 2012). העובדה שאנשים שעוסקים

של כ-17% (Swannell et al., 2014). עם זאת, שיעורי התפוצה גבוהים גם בקרב בוגרים צעירים (13%) וגם בקרב מבוגרים, ששיעורי התפוצה הקהילתיים אצלם הם כ-5%.

מדוע בני אדם פוגעים בעצמם באמצעות חתכים או צריבה? הקלת מתח היא אחד ההסברים השכיחים. לעיתים קרובות הפרעת פגיעה עצמית לא אובדנית משמשת לוויסות רגשות עזים או שליליים. הולי, הו ועמיתיהן (Hooley, Ho et al., 2010) גם מצאו כי סבולת הכאב של בני אדם שפוגעים בעצמם גבוהה יותר משל אחרים. כמו כן, יש להם סגנון קוגניטיבי של ביקורת עצמית חזקה והם "עשויים לראות בסבל ובכאב דבר שמגיע להם" (Hooley, Ho et al., 2010).

170 p). אולי יש בכך כדי להסביר מדוע אנשים כאלה בוחרים לווסת את רגשותיהם באמצעות התנהגויות של פגיעה עצמית ולא באמצעות אסטרטגיות התמודדות בריאות יותר כגון שיחה עם חבר או ריצה.

הפרעת פגיעה עצמית לא אובדנית היא בעיה הולכת וגדלה ולכן היא התווספה כעת ל-DSM-5. ההפרעה מופיעה בחלק III כמצב המצריך מחקר נוסף. הצעד הזה צפוי לעודד עריכת מחקרים חדשים. כשנלמד יותר, נהיה בעמדה טובה יותר להבין את ההפרעה הזו שתפוצתה הולכת וגדלה, לטפל בה ואולי אפילו למנוע אותה.

תכונה חשובה נוספת של הפרעת אישיות גבולית היא אימפולסיביות, המאופיינת בתגובה מהירה לגירויים סביבתיים ללא חשיבה על התוצאות לטווח ארוך (או דאגה מהן) (Paris, 2007). רמות האימפולסיביות הגבוהות המשולבות עם חוסר היציבות הרגשית הקיצוני של הלוקים בהפרעה מובילות לעיתים להתנהגויות בלתי צפויות של פגיעה עצמית, כגון התנהגות מינית מסוכנת, או נהיגה חסרת אחריות. גם ניסיונות התאבדות אינם נדירים כלל ועיקר. במדגמים שנערכו בקהילה, כמעט רבע מן האנשים עם אבחנה של הפרעת אישיות גבולית מדווחים שהיה להם לפחות ניסיון התאבדות אחד (Pagura et al., 2010). במדגמים קליניים השיעור אפילו גבוה יותר (כ-35%) (ראו Asnaani et al., 2007). יתרה מזו, אומנם לעיתים הניסיונות הללו נחשבים מניפולטיביים, אך יש להתייחס אליהם ברצינות רבה כיוון ש-8% עד 10% מהלוקים בהפרעת אישיות גבולית שמים קץ לחייהם בהתאבדות (Oldham, 2006; Skodol, Gunderson et al., 2002). חבלה עצמית קשה (כגון חיתוך עצמי חוזר) היא מאפיין נוסף של אישיות גבולית. עם זאת, כפי שאפשר לראות במסגרת "חשיבה ביקורתית על DSM-5", רבים מהאנשים הגורמים לעצמם פגיעה בכוונה תחילה אינם בעלי אישיות גבולית. הקריטריונים לאבחנה של הפרעת אישיות גבולית מפורטים במסגרת "הקריטריונים של DSM-5". הם גם מומחשים היטב בתיאור המקרה של ר'.

ר': הפרעת אישיות גבולית

ר' היא בת 19. אין לה היסטוריה רשמית של טיפול פסיכיאטרי אך היא מדווחת על היסטוריה ממושכת של מצב רוח לא יציב, התנהגות אובדנית וחיתוך עצמי של העור. כמו כן היו לה כמה וכמה מערכות יחסים סוערות, לרבות התעללות פיזית ושלוש הפלות. היא אושפזה לראשונה אחרי שאיימה להרוג את עצמה בעקבות ריב עם החבר שלה ותאונה עם המכונית המשפחתית. המטופלת מספרת שלאחרונה עזבה את בית משפחתה ועברה לגור עם החבר שלה. אחרי ריב איתו, שהשאיר אותה עם שפה מדממת, היא

הרגישה "מדוכאת". היא חזרה הביתה והתחילה לריב עם אימה. ר' גנבה את המכונית המשפחתית והתרסקה לתוך עמוד. לשכן שמצא אותה היא אמרה שהיא עומדת להרוג את עצמה. בשל כך אימה הביאה אותה לבית החולים. עם אשפוז, ר' אמרה שהיא "מדוכאת" ואובדנית. היא תוארה ככעסנית, חושבת שהכול מגיע לה, מניפולטיבית ו"בנסיגה". היא קיבלה אבחנה של הפרעת אישיות גבולית ונרשמו גם תכונות נרקיסיסטיות (מתוך Avery et al., 2012).

הקריטריונים של DSM-5 הפרעת אישיות גבולית



- דפוס נרחב של חוסר יציבות ביחסים בין-אישיים, בדימוי עצמי וברגשיות, ואימפולסיביות ניכרת המתחיל בבגרות המוקדמת, מתקיים במגוון הקשרים ומתבטא בחמישה (או יותר) מהתסמינים שלהלן:
1. מאמצים קדחתניים להימנע מנטישה אמיתית או מדומיינת (**הערה:** אין לכלול התנהגות אובדנית או חבלה עצמית קשה המתוארות בקריטריון 5).
 2. דפוס של יחסים בין-אישיים אינטנסיביים ובלתי יציבים המאופיין במעברים קיצוניים בין אידיאליזציה קיצונית של זולתם לבין הפחתה קיצונית בערכו.
 3. הפרעת זהות: דימוי עצמי או תחושת עצמי בלתי יציבים באופן בולט ועקבי מאוד.
 4. אימפולסיביות לפחות בשני תחומים עם פוטנציאל לנזק עצמי (למשל בזבזו כסף, מין, שימוש מזיק בחומרים, נהיגה חסרת אחריות, אכילה בולמוסית) (**הערה:** אין לכלול התנהגות אובדנית או של חבלה עצמית קשה המתוארות בקריטריון 5).
5. התנהגות, סימנים או איומים חוזרים הקשורים בהתאבדות או התנהגות של חבלה עצמית קשה.
 6. חוסר יציבות רגשית עקב תגובתיות בולטת במצב הרוח (למשל אפיזודות אינטנסיביות של דיספוריה*, עצבנות או חרדה הנמשכים לרוב שעות אחדות ובמקרים נדירים יותר מכמה ימים).
 7. תחושה תמידי של ריקנות.
 8. כעס עז בלתי הולם או קושי לשלוט בכעס (למשל ביטויים תכופים של זעם, כעס תמידי, תגרות ידיים חוזרות).
 9. חשיבה פרנואידית זמנית הקשורה לעקה או תסמיני ניתוק זמניים חמורים.
- מקור:** צוטט באישור של *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (copyright 2013). American Psychiatric Association.
- * דיספוריה (dysphoria): מצב רוח של חוסר שביעות רצון או אי-נחות משמעותיים.

מלבד התסמינים של התנהגות רגשית ואימפולסיבית, ל-75% מהלוקים בהפרעת אישיות גבולית יש גם תסמינים קוגניטיביים. התסמינים כוללים אירועים קצרים יחסית או חולפים שבהם נראה כי הם מנותקים מן המציאות והם חווים תסמינים דמויי תסמינים פסיכטיים כגון הזיות, מחשבות פרנואידיות או תסמיני ניתוק

חמורים (Lieb et al., 2004; Skodol, Gunderson, et al., 2002). הסבירות גבוהה שאירועים פסיכויטיים קצרים אלה יתרחשו בעת לחץ אם כי הם מתרחשים גם בזמנים אחרים (Stiglmayr et al., 2008). לנוכח התסמינים הרבים והמגוונים של הפרעת אישיות גבולית אין פלא שההפרעה יוצרת שיבושים בתפקוד החברתי, הלימודי והתעסוקתי (Bagge et al., 2004; Grant et al., 2008).

מעריכים כי אחוז אחד עד שניים באוכלוסייה מתאימים לאבחנה של הפרעת אישיות גבולית (Lenzenweger et al., 2007). אך הפרעת אישיות גבולית שכיחה מאוד בסביבות קליניות ומגיעה ל-10% אצל מטופלים במרפאות חוץ ול-15% עד 20% בקרב מטופלים פסיכיאטריים מאושפזים (Asnaani et al., 2007; Hooley et al., 2012; Trull, 2015). למרות הממצאים של מחקרים מוקדמים שלפיהם 75% מהאנשים המקבלים אבחנה זו בסביבות קליניות הם נשים, ייתכן כי ההבדלים בין המגדרים נובעים מחוסר איזון ביניהם בפנייה לטיפול ולא דווקא בשיעורי תפוצת ההפרעה. הדבר מתיישב גם עם מחקרים אפידמיולוגיים חדשים יותר של תושבים בקהילה, שמצביעים על יחס מגדרי דומה (Coid et al., 2009; Grant et al., 2008).

הפרעת אישיות גבולית ותחלואה נלווית

נדיר שהפרעת אישיות גבולית מאובחנת כהפרעה בפני עצמה. לרוב היא מופיעה עם מגוון הפרעות אחרות. אולם הייחודיות של הפרעת אישיות גבולית היא נטייתה להיות נלווית גם להפרעות הפנמה (כגון הפרעות מצב רוח וחרדה) וגם להפרעות החצנה (כגון הפרעות שימוש מזיק בחומרים) (Eaton et al., 2011). במחקר רחב היקף של תושבים בקהילה, הפרעת אישיות גבולית נקשרה יותר מכול להפרעת דיכאון קשה ולמאניה וגם להפרעת פאניקה, אגורפוביה, הפרעת חרדה כללית והפרעת עקה פוסט-טראומטית (Tomko et al., 2014). מעניין מאוד שבמחקר הזה, 85% מהמשתתפים שאובחנה אצלם ההפרעה ענו גם על הקריטריונים להפרעת חרדה בהווה או בעבר, 83% סבלו כל חייהם מהפרעת מצב רוח או מאפיזודה של דיכאון ו-78% ענו על הקריטריונים להפרעת שימוש מזיק בחומרים בעבר או בהווה. בעבר אומנם הציעו לראות בהפרעת אישיות גבולית וריאנט של הפרעת מצב רוח בשל התחלואה הנלווית הגבוהה בינה לבין דיכאון, אך הטווח הרחב של הפרעות אחרות הנלוות להפרעת אישיות גבולית אינו מתאים להצעה זו. יתרה מזו, נתונים של הדמיה מוחית מצביעים על תגובות נוירולוגיות שונות לגירויים רגשיים אצל אנשים עם הפרעת אישיות גבולית לעומת אלה הנצפות אצל הלוקים בדיכאון כרוני (Hooley, Gruber, et al., 2010).

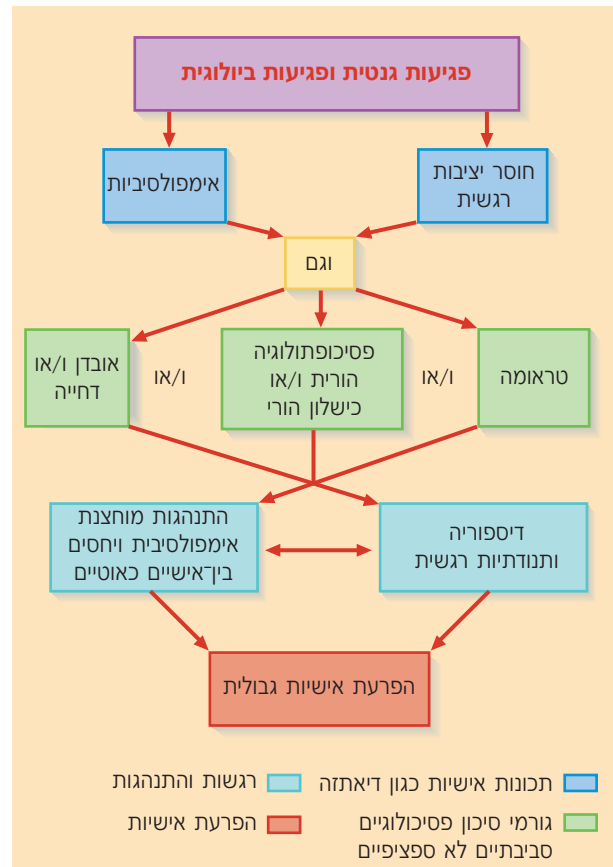
הפרעת אישיות גבולית גם מופיעה פעמים רבות יחד עם הפרעות אישיות אחרות, ובייחוד עם ההפרעות סכיזופילית, נרקיסיסטית ותלותית (Tomko et al., 2014). אף שהיא נחשבת כאבחנה קטגורית בפני עצמה ב-DSM-5 (כלומר כישות אבחנתית נפרדת), נוח מאוד לתאר הפרעת אישיות גבולית באמצעות גישה של תכונות פתולוגיות (Few et al., 2015). במונחים של מודל חמשת הגורמים, הפרעת אישיות גבולית מומשגת ככרוכה ברמת נוירוטיות גבוהה, נועם הליכות נמוך, תחושת חובה נמוכה ופתיחות גבוהה לרגשות ולפעולות (חזרו ועיינו בטבלה 10.2).

גורמים סיבתיים

הפרעת אישיות גבולית עוברת בתורשה במשפחות. במחקר המתודולוגי הקפדני ביותר עד כה, נמצא כי הסיכון להפרעת אישיות גבולית גבוה פי ארבעה אצל קרובים ביולוגיים של מטופלים עם ההפרעה מאשר אצל קרובי משפחה של אנשים שלא אובחנה אצלם ההפרעה (Gunderson et al., 2011). כמוכן, עלינו לזכור שהעובדה שהפרעה עוברת במשפחה אין פירושה בהכרח שהסיבה היא גנים. עם זאת, במקרה של הפרעת אישיות גבולית יש לנו הרבה סיבות להאמין שהגנים חשובים. אכן, אפשר שהם מסבירים 40% מהשונות בהפרעה (Amad et al., 2014). אולם אין פירוש הדבר שהפרעת אישיות גבולית, כהפרעה, עוברת בתורשה. למעשה, מה שהלוקים בהפרעה כפי הנראה ירשו הם גנים שמקנים רגישות לתכונות אישיות מסוימות כגון נוירוטיות או אימפולסיביות שהן היבטים בולטים של הפרעת אישיות גבולית (Hooley et al., 2012; Paris, 2007). תכונות מורשות אלה גם הן אינן ייחודיות להפרעת אישיות גבולית אלא יש בהן סיכון לטווח של מצבים פסיכופתולוגיים אחרים. הבנת הדברים האלה מסייעת לנו להבין מדוע הפרעת אישיות גבולית מופיעה לעיתים קרובות כל כך בשילוב עם הפרעות אחרות. היא גם מסייעת לנו להבין מדוע אנו רואים הפרעות מצב רוח וחרדה, הפרעות שליטה בדחפים והפרעות אישיות אחרות אצל בני משפחה של אנשים שאובחנה אצלם הפרעת אישיות גבולית (Zanarini et al., 2009).

אולם אילו גנים מעורבים כאן? נכון להיום איננו יודעים בוודאות. עד כה המחקר התמקד בגנים מועמדים הקשורים למערכת הסרוטונין (סרוטונין הוא נוירורנסמיטר הקשור למצבי רוח ולאיימפולסיביות), ולמערכת הדופמין (דופמין מעורב בין היתר בשליטה בדחפים, בקוגניציה, ברגישות לתגמול ובתהליכים נוספים). פורסמו גם שני מחקרים למציאת קשרים שנערכים על פני כל הגנום (מכלול הגנים, genome), (GWASs – Genome-Wide Association Studies), (Lubke et al., 2014; Witt et al., 2014). ואולם, עד כה התוצאות היו מאכזבות ואין בידנו ממצאים עקביים או חד-משמעיים (לסקירה ראו Amad et al., 2014). ייתכן כי הסיבה לכך היא בחלקה שעד כה המחקרים כללו מדגמים קטנים יחסית (למחקר גנטי). בעיה נוספת היא שהפרעת אישיות גבולית היא הפרעה מסובכת והטרונגנית מאוד מן הבחינה הקלינית ועשויים להיות מעורבים בה מספר גדול מאוד של גנים. סיבה נוספת היא שרק לעיתים רחוקות מביאים בחשבון את השפעתם של גורמים סביבתיים.

לדברים הללו יש חשיבות מכיוון שחוקרים סבורים כי גורמים סביבתיים מסבירים את החלק היחסי הגדול ביותר (55%) מהשונות של תכונות האישיות הגבולית. אנו יודעים גם שגנים משפיעים על מידת הרגישות לגורמי עקה סביבתיים (Caspi et al., 2010). סביר שהתנסויות כאלה והשפעות סביבתיות נוספות יוצרות אינטראקציה עם גנים כדי לקבוע מי יפתח בעיות במועד מאוחר יותר (להצגת מודל אפשרי של דיאטזה-עקה, ראו **תרשים 10.3**). במילים אחרות, במקום לחפש גנים הקשורים להפרעות ספציפיות, ייתכן כי עלינו לחפש גנים העשויים להשתתף בהקניית רגישות מעטה או רבה להיבטים החיוביים והשליליים של סביבתנו (Amad et al., 2014).



תרשים 10.3

תיאוריית הדיאטזה-עקה הרב-ממדית של הפרעת אישיות גבולית (על פי Paris, 1999)



מחקרים רבים מצביעים על כך שאנשים עם הפרעת אישיות גבולית מדווחים על מספר גדול של אירועים שליליים ואף טראומטיים בילדות. אלה כוללים התעללות והזנחה, פרידה ואובדן.

בהקשר של ההיבטים השליליים, טיפול לקוי בילדות וחוויות קיצוניות אחרות בגיל צעיר נקשרו כבר לפני זמן רב להפרעת אישיות גבולית. שני מחקרים פרוספקטיביים שנערכו בקהילה הראו שמצוקה וטיפול לקוי בילדות מגדילים את הסיכון לפתח הפרעת אישיות גבולית בבגרות (Johnson et al., 1999; Widom et al., 2009). מחקרים אלה מתיישבים עם שפע של מחקרים רטרוספקטיביים המראים שהלוקים בהפרעה זו מדווחים לרוב על מספר גבוה של אירועים שליליים ולעיתים טראומטיים בילדותם. לדוגמה, במחקר רחב על התעללות והזנחה, זנאריני ועמיתיה (Zanarini et al., 1997) דיווחו על תוצאות של ראיונות מפורטים של יותר מ-350 מטופלים עם הפרעת אישיות גבולית ויותר מ-100 עם הפרעות אישיות אחרות. המטופלים עם הפרעת האישיות הגבולית דיווחו על שיעורי התעללות גבוהים בהרבה מאשר מטופלים עם הפרעות אישיות אחרות (שגם הם היו גבוהים למדי): התעללות רגשית (73% לעומת 51%), התעללות פיזית (59% לעומת 34%) והתעללות מינית (61% לעומת 32%). באופן כללי, כ-90% מהמטופלים עם הפרעת האישיות הגבולית דיווחו על סוג כלשהו של התעללות או הזנחה בילדותם.

מספרים אלה אומנם מרשימים, אך אין לראות במצוקה בילדות גורם סיכון ספציפי רק להפרעת אישיות גבולית. גורם זה מדווח בשיעורים גבוהים יחסית מצד אנשים עם כל הפרעות האישיות האחרות (Hengartner et al., 2013; Moran et al., 2010). מצוקה בילדות קשורה גם לצורות עדינות יותר של בעיות אישיות.

לדוגמה, נמצא כי התעללות רגשית קשורה לכל חמש התכונות של מודל חמשת הגורמים וקשורה לנוירוטיות מוגברת ופתיחות גבוהה יותר, וגם לפחות מוחצנות, נועם הליכות ותחושת חובה (Hengartner et al., 2015). עלינו גם לזכור כי התעללות בילדות כמעט תמיד מתרחשת במשפחות עם מגוון בעיות אחרות, לרבות עוני, בעיות בחיי הנישואין, פרידה של ההורים, הורים המשתמשים בחומרים ואלימות במשפחה. כל זה אינו סותר את הממצאים בדבר שכיחותה הגבוהה של מצוקה בילדות בקרב אנשים עם הפרעת אישיות גבולית. עם זאת, במקום להסתכל על סוגים ספציפיים של טיפול לקוי בילדות, אולי רצוי כי נכיר בכך שחוויות שליליות בילדות מגדילות את הסיכון לפתח מערך של בעיות אישיות, כולל הפרעת אישיות גבולית, אך לא רק אותה.

אם כך, כיצד נייטיב להבין את הסיבות להפרעת אישיות גבולית? בעת הזו, הגיוני לטעון שיש אנשים שבשל הנטייה הגנטית המוקדמת שלהם, עשויים להיות רגישים מאוד להשפעות של חוויות שליליות בילדותם. התנסויות מלחיצות מוקדמות אלה עלולות ליצור חוסר ויסות ארוך טווח של ציר ההיפותלמוס-יותרת המוח-יותרת הכליה (שעליו למדתם בפרק 5) ולעצב את התפתחות המוח, ובתוך כך אולי לפגוע במעגלי מוח עיקריים המעורבים בוויסות רגשות (ראו, Hooley et al., 2012). לפי מחקרים שבהם השתמשו בהדמיה מוחית, הפרעת אישיות גבולית קשורה לפעילות מוגברת של האמיגדלה במצבים המעוררים רגשות ולהפחתה בוויסות הקדם-מצחי (Leichsenring et al., 2011). אך הסיבות להתפתחות הבעיות האלה בתפקוד המוח עדיין אינן ידועות. אנו טוענים, אם כי רק כהשערה בשלב זה, שגורמים גנטיים יכולים ליצור אינטראקציה עם חוויות שליליות בילדות וכך נוצרות בעיות במעגלים העצביים המעורבים בוויסות מצב הרוח, החשיבה וההתנהגות. השערה זו עוזרת לנו להסביר מדוע תחומי תפקוד רבים כל כך מושפעים בהפרעת אישיות גבולית ומדוע אנשים הלוקים בה מתקשים כל כך לשלוט ברגשותיהם.

שאלת חזרה



■ תארו את הפרעות האישיות באשכול B והבחינו ביניהן: היסטריוניט, נרקיסיסטית, אנטי-חברתית וגבולית.

הפרעות אישיות מאשכול C

יעד לימוד 10.5 למנות את שלוש הפרעות האישיות באשכול C ולתאר את המאפיינים הקליניים העיקריים של כל אחת מהן.

אצל אנשים עם הפרעות אישיות מאשכול C נראה לעיתים קרובות חרדה ופחדנות. אלה הם מאפיינים שאיננו רואים בשני האשכולות האחרים. בסעיפים שלהלן נבחן את הפרעות האישיות נמנעת, תלותית וטורדנית-כפייתית.