

טראומה, פגיעה ב – attachment וביטוייהן בהפרעות נפשיות במבחנים - ד"ר אטי ברנט
סיכמה: נגה קראוס

(התחלת ההרצאה חסרה)

איך רואים התקשרות לא מאורגנת בעקבות טראומה אצל ילד?

פעמים רבות רואים שההתנהגות של קרבה לדמות משמעותית מתהפכת פתאום והופכת להתנהגות נמנעת. בסיפורי TAT הסוף פתאום משתנה ומגיע משומקום – פתאום פרידה, פתאום נטישה, משהו שלא מסתדר עם הסיפור עצמו. פעמים רבות רואים נסיון של הילד לקבל הזנה או תמיכה, היצמדות להורה המלווה בכעס. למשל הילד נצמד להורה ופתאום מתחיל להרביץ לו. ברורשך זה יכול לבוא לידי ביטוי בתשובות עם תכנים אוראליים בהקשר סדיסטי. הדמות המזינה היא גם הדמות הפוגענית, וגם ההתנהגות של הילד מראה שהוא מפחד מאלימות ותוקפנות, נצמד ומתרחק. הילד מתנהל לאורך ציר דואלי – מצד אחד מחפש את דמות ההתקשרות, ומצד שני יש לו רתיעה מפניה, כי היא פגעה בו בעבר. בתצפיות על ילד והורה אפשר לראות קפאון פתאומי של הילד או שהילד פתאום נשכב על הרצפה בהתקף זעם בלתי ברור. הילד יכול להוראות מפחד בנוכחות ההורה, בורח מההורה, או שינויים מהירים וחדים באפקט, לביליות רגשית. אחד התפקידים המשמעותיים של הורה הוא ללמוד לווסת את הדחק ואת הביטוי הרגשי של הילד, ובמצבים של ילד שעבר טראומה אפשר לראות את הפגיעה בזה.

איך רואים התקשרות לא מאורגנת בעקבות טראומה אצל מבוגר?

אצל המבוגר אפשר לראות אמונות מוזרות לגבי מה צריך לקרות בקשרים. לפעמים יש כניסה למצבים דיסוציאטיביים, שבהם הוא מפחד או מפחיד. בולט העדר האמון הבסיסי בזולת. כאשר כן מדברים על דמות ההתקשרות המשמעותית או על אובדן, השפה עלולה להישמע לא קוהרנטית ומבולבלת. ברורשך בתחקיר פעמים רבות לא מבינים למה התכוונו, למרות ששואלים שוב ושוב. ככל שהפתולוגיה יותר חמורה, זה יהיה גורף יותר לאורך הרורשך. גם ב-TAT לפעמים לא מבינים מה בדיוק ראה, ולא ברור איך זה קשור לכרטיס. יכול להיות ערפול. הסקת המסקנות עלולה להיות מוזרה, גם אם לא פסיכוטית.

איך נראים מבחני רורשך בעקבות התעללות מינית והתעללות של אלימות?

הממצאים מבוססים על מדגם של 50 אנשים שעברו התעללות ע"י אנשים מוכרים.

	התעללות אלימה%	התעללות מינית %
L>1	33%	14%
L<0.3	8	*42
m>1	25	*71
0=FD	33	8

Afr<0/46	71	25
m>2	50	16
FC<CF+C	78	75
Col.sh.bl>0	59	50
Sh.bl>0	42	25
Isolate>0.25	*59	16
DEPI	*71	33
X-%>0.2	71	50
Wsum6>17	14	-
1FAB>0	*21	66
TC	71	41

L – F טהור, היכולת לראות דברים ברמה הכי פשוטה, בלי להשקיע רגש וללא קונפליקטים. אלה תשובות שנותנות שקט תעשייתי. L לא אמורה להיות גבוהה מ-1. (הממוצע הישראלי 0.7).

יותר מאלה שעברו התעללות של אלימות מסוגלים לסגור את עצמם ולא להיות קשובים לרגשות ולדברים המאיימים, בהשוואה לאלה שעברו התעללות מינית, יותר סגנון נמנע ומתנתק.

L נמוכה – הצפה רגשית. אצל אלה שעברו התעללות מינית עם חדירה יש יותר הצפה. חוסר יכולת לווסת חרדות ועולם פנימי, כל הזמן חוויה של חוסר אונים. abuses מיני יש משהו יותר קשה לשאת. איך מתמודדים עם זה? יש כמה דרכי התמודדות – למשל לנסות לא לראות, לא לעשות אינטרוספקציה. 0=FD (בד"כ מצפים לFD 1 בפרוטוקול רגיל).

בקבוצה שעברה התעללות של אלימות 33% היו עם 0=FD כלומר יש להם יותר יכולת להקהות את הרגשות. לעומתם, אלה שעברו abuse מיני – רק 8% עם 0=FD.

מנגנון התמודדות נוסף במפגש עם הטראומה הוא "חיטוט מתוך בידוד" (גיודית ארמסטרונג). אנשים שעברו טראומה, כמו במנגנון דיסוציאטיבי, רואים את הסצנה שוב ושוב אבל מרחוק. היא מצאה שחלק מהאנשים שעברו טראומה נותנים הרבה תשובות של FD (לפחות 3 בפרוטוקול). אצל 71% מהאנשים שעברו abuse מיני יש FD>3. אצל אנשים שעברו התעללות של אלימות יש 25% FD>3, כלומר שם התופעה פחות עוצמתית.

מנגנון נוסף שמי שעובר abuse מעמיד לשירותו הוא הרצון לא להיות בקשר עם הרגשות, לא להתקרב לסיטואציות רגשיות, כי ההתקרבות הזו מעוררת את כל הכאב, חוסר האונים, הזעם וההשפלה. לכן afr נמוך מ.46 – זה בולט במיוחד אצל אלה שעברו abuse מיני (71% מהם). אלה שעברו אלימות – 25% בעלי afr נמוך (אם יש מדד טראומה חיובי וFD>2, זה מלמד על המנגנון של המטופל, וזה מסייע לטיפול).

m>2 – אצל אנשים עם פגיעה מינית יש 50% לעומת 16% בפגיעה של אלימות.

הקושי בויסות הרגש אצל אנשים שעברו abuse ויש להם התקשרות לא מאורגנת – זה דומה בשתי הקבוצות – יש קושי בויסות בוגר של הביטוי הרגשי. אין הפנמה של דמות שיודעת לווסת רגש (בד"כ מדובר במישהו שההורה היכה).

הבלבול הרגשי מתבטא בcolor shading blends – כל חוויה חיובית הופכת להיות שלילית. הרגש החיובי לא יכול להישאר כזה, תמיד מתקלקל. כי abuser לא צפוי, ותמיד בא כרעם ביום בהיר. בסופו של דבר אי אפשר להרגיש נוח ורגוע במקום חיובי, תמיד מצפים למכה, והרגש השלילי מתחלף בחיובי, ויש בלבול רגשי. זה קורה כמעט באותה מידה בשני סוגי ההתעללות. (זה גם הקריטריון השני במדד האובדנות).

shading blends – מאפיין אנשים שעברו טראומה ויש להם כאב רגשי עמוק מאוד. (למשל מעיל פרווה שחור – FT.FC). זה מופיע יותר אצל ניצולי abuse מיני.

מדד isolation לא מלמד על שימוש בהגנה של בידוד! זה מדד שמדבר על חוויית הבדידות – עד כמה האדם מרגיש בודד. חוויית הבדידות עוצמתית יותר בקרב אלה שעברו abuse מיני בהשוואה לאלה שעברו abuse של אלימות. יש יותר אשמה ובושה, ולעיתים שיתוף פעולה מדעת או שלא מדעת – פחות מדברים על זה. המדד עצמו בדרך כלל לא גבוה מ-0.24.

מדד DEPI הוא אחד המדדים הלא תקפים לבדיקת דכאון¹, אבל הוא טוב לבדיקת לביליות רגשית. מי שיש לו התקשרות לא מאורגנת או שלא פתר את הטראומה, לא מסוגל לווסת את רגשותיו כמו שצריך, והרגש לבילי. יש הבדל משמעותי בין קבוצת האנשים שעברו abuse מיני לבין אלה שעברו abuse של אלימות – 71% abused מיני לעומת 33% אצל התעללות אלימה. במחקר של ברנט על אוכלוסייה של nonpatients בישראל, מתוך 150 איש היה DEPI חיובי (=5) רק אצל 2.

2. >0.2 X- abuse מיני יש הרבה יותר

לגבי Wsum6 לא נמצאו הבדלים מובהקים. בקבוצת האלימות לא נמצאו הפרעות חשיבה, ואצל abuser המיני 14%.

הממצא הכי מסקרן הוא הנוכחות של FAB1, שבו קבוצת האלימות הפיזית יותר בעייתית. אנשים שעברו טראומה בד"כ נותנים FAB – קשרים לא אפשריים. לא ברור למה זה מופיע יותר אצלם, אולי זה ממצא מקרי.

מדד Trauma contents – זה מדד של גיודית ארמסטרונג שבדקה מבחני רורשך של אנשים שעברו abuse כילדים.

הוא מורכב ממספר תגובות Xy An + מס' תגובות Sx + AG + bl + Mor – כל הני"ל מחולק במס' התגובות הכללי.

אם התוצאה $0.33 <$, אז יש סיכוי סביר שאכן היתה טראומה. המדד מתייחס לכל סוגי הטראומה.

¹ במחקרים על מדד DEPI נמצאו הרבה false negative + Positive. במיוחד כשהציון 5 אי אפשר לקבוע. כשזה 7, זה יותר תקף לאבחנה של דכאון. אקסנר עצמו התייחס לזה כאל מדד של קושי בויסות רגש.

במקור מדובר רק על AG המצויין באקסנר, אבל הרבה פעמים במקרים של טראומה, דווקא קשה לבטא תוקפנות בצורה הולמת. (בד"כ צפוי AG 1). תכני התוקפנות האחרים (של גקונו ומלוי) מופיעים כשהאדם לא מסוגל לבטא תוקפנות בצורה הולמת, והיא יוצאת באקטינג אוטו כלפי עצמו או כלפי אחרים. זה מופיע יותר במבחני רורשך של רוצחים ואנסים.

בבדיקת קורלציה של מדד טראומה עם AG רגיל ומדד טראומה מורחב נמצא -0.71 . כך שכדאי לבדוק גם עם מדדי התוקפנות האחרים.

אנשים שעברו abuse מיני יש מדד טראומה חיובי אצל 71%, לעומת 41% אצל האלימות. דבר נוסף שמופיע הוא תגובות COP מקולקלות. זה יכול להיות COP+AG ביחד, או COP עם הפרעות חשיבה או COP עם FQ מינוס.

פעמים רבות רואים ברורשך של אנשים שעברו abuse כלשהו הזדהות עם הקורבן והתוקפן. אחד האינדיקטורים הטובים הוא תגובה שיש בה AgPast ו MOR.

למשל בכרטיס IV – "אני רואה פה איש גדול, ענק, חזק מאוד, אבל אין לו ידיים, מישהו חתך לו את הידיים". יש פה AgPast + MOR. יש הזדהות גם עם הקורבן (MOR) וגם עם התוקפן (AgPast).

(צריך לשים לב שלא כל פרווה של חיה היא MOR (רק אם היא מקולקלת, קרועה וכו').) בTAT אפשר לראות את הקושי לתת אמון באחר ולסמוך על אחרים גם ביכולת להיות חופשי, לפנטז. בולס אמר שכאשר אדם עובר abuse, חוץ מהכאב, הצער, הדימוי העצמי השלילי, בד"כ abuse של מבוגר על ילד גורם לכך שמרחב הפנטזיה של הילד מצטמצם. באגדות האחים גרים אפשר לראות שהפנטזיה של הילד מאפשרת לראות דמויות משמעותיות כפוגעניות, אבל כשה קורה במציאות זה נורא. לפי בולס, כשהמציאות נפגשת עם הפנטזיה, המרחב של הפנטזיה של הילד מת. ואז בTAT אפשר לראות תשובות דלות יותר, אבל הכי בולט בכרטיס 16 – "פרה שאכלה דשא והדף ריק", או "קיבלתי טבולה ראסה". "לא רואה שום דבר. אין פה כלום".

הדמויות שאמורות להיות שומרות הופכות להיות הדמויות האלימות. בכרטיס 8 BM - הרבה אומרים "ברור, זה שדידת איברים". או "אוי, אני לא יודע מה קורה פה, אני לא מבין מה קורה פה". יש קצר חשמלי כמו שביון מדבר עליו. ואחר כך אומר "יש פה אנשים עם סכין שמנתחים. אבל למה הם הרגו את הבן אדם? אני לא מבין, זה סכין של מנתחים, אבל הוא מת, הרגו אותו" – הדמות שאמורה לנתח, לפתוח ולרפא היא הדמות הפוגעת, שאי אפשר לסמוך עליה. ואז אין פלא שהם לא יסמכו על המטפל.

(בכרטיס 12?) ("כרטיס הפרוגנוזה") הרבה פעמים לא ברור אם הוא בא לעזור או להרוג) תשובות FAB – יש שני סוגים אצל אנשים שעברו abuse. הסוג הראשון, הקל יותר ומאפשר יותר אופטימיות, הוא הFAB הקומפנסטורי – האדם רואה אינטראקציות חיוביות אבל לא בין אובייקטים שזה יכול לראות להם. הדבר הזה יכול לקרות, אבל לא לו. למשל "שתי תולעים מנשקות אחת את השניה", או בכרטיס III "שני יצורים רוקדים אחד עם השני, ובאמצע יש פרפר שמתקרב אליהם ומנסה ליצור הרמוניה ביניהם וליצור משהו שיוביל לפתרון חיובי". מבחינת הפרוגנוזה זה לא רע, כי יש ייצוג של אינטראקציה משמעותית חיובית של עזרה וטיפול.

הסוג השני של FAB מראה חוסר יכולת לעבד את הטראומה – למשל בכרטיס V – "הנה אני רואה פה פרפר, אבל מאחוריו מגיח ראש של בן אדם. הפרפר נושא על גבו את הגוויה של האדם הזה" (זו תגובה של קורבן אלימות). האינטראקציה קשה ובלתי אפשרית, וניכר הקושי לעבד את האבל.

התנהגויות של חיפוש אחרי הזנה ותמיכה שמופסקות באופן פתאומי – אפשר לראות את זה בתגובות של אוכל בהקשר סדיסטי. למשל "שני אפריקאים מבשלים בן אדם". או "אני רואה פה נשר שתופס בשלמות חיה שלמה. הוא לא צריך אפילו ללעוס אותה, הוא יכול לבלוע אותה שלמה" (תשובה של קורבן אלימות). חוסר הארגון מתבטא בכך שיש כל הזמן הפתעות רעות. בדינמיקה של abuse, הם יודעים שכדי לקבל ליטוף, צריך קודם לקבל סטירה. יש פסיביות נוכח פגיעה נוספת.

ברורשך של ילדים של אנשים שעברו טראומה יש יותר מיתון – יותר אינטלקטואליזציה, פחות דכאון, והתופעות מתונות יותר.

טראומה מתמשכת ותהליכים מנטאליים בילדות - הבנות מתוך הכלים האבחוניים – ד"ר לילי רוטשילד

ההרצאה מתבססת על מחקרים על נבדקים שעברו טראומה מתמשכת, פיזית או מינית, לא בתוך מלחמה.

3 דפוסי תגובה פסיכולוגית לטראומה :

1. Numbing - סימפטומים שליליים, הימנעות ממגע עם רגשות, הימנעות רגשית (למשל ברורשך ה L הגבוהה שיכולה להצביע על עמדת הימנעות או על כוונה להימנע מלהיות במגע – יש כל הזמן דילמה בין תכונה של לא לחשוב ולא להיות במגע עם מחשבות טראומטיות או כשל התפתחותי).
2. סימפטומים אינטרוסיביים – חוויות פולשניות, פלאשבקים, סיזיסם, התקפי חרדה.
3. עוררות – קושי בשינה, תגובות דריכות.

לפי טר, יש צורך ליצור הבחנה בין טראומה מסוג I , אקוטית, למשל כתוצאה מאירוע חד פעמי לבין הסוג II שבו מדובר בטראומה מתמשכת הקשורה לאירועים חוזרים ומתמשכים כמו התעללות מינית מתמשכת. בד"כ בטראומה מסוג I הטראומה באה מבחוף, כמו תאונה, לעומת סוג II שזה בד"כ מאדם מוכר. מחקרים שבדקו סימפטומים בשני הסוגים, בסוג I בולטים יותר סימפ' חודרניים ופלאשבקים. בסוג II רווחים יותר סימפ' של הימנעות, הכחשות מסיביות, קהות חושים רגשית, בעיות אישיות.

היו נסיונות לבדוק קשר בין סוג הטראומה לחומרת הפתולוגיה ולאופייה. יש בספרות נטיה לקשר טראומה פיזית מתמשכת להתפתחות של הפרעת אישיות אנטי חברתית, וטראומה מינית מתמשכת לכיוון בורדרליין, אבל זה לא קשר של 1:1. יש מעט מחקרים בתחום הדיאגנוסטי. לפי ון דר קולק, התהליכים הדיסוציאטיביים המעורבים בטראומה מהווים גרעין לפתולוגיה כי זכרונות החוויה הטראומטית לא מוטמעים אלא מפוצלים מהרשת האסוציאטיבית, כאילו נמחקים מהחוויה, והמודלים הפנימיים שהופנמו נכנסים לפעולה בשלמות, כי לא עברו אינטגרציה עם חוויות אחרות של האישיות, והם מופיעים שוב ללא קשר לקונטקסט. מבחינת פסיכופתולוגיה התפתחותית, מחקרים מהעשורים האחרונים מצביעים על השפעות הרסניות ארוכות טווח שיש לטראומה מורכבת אצל ילדים, גם בתחום הקוגניטיבי, גם ההתנהגותי וגם הרגשי. אין פתולוגיה ספציפית אצל נפגעי תקיפה מינית. ילדים שחשופים לטראומה מורכבת מתקשים להשתתף בחוויות התפתחותיות נורמליות לגילן, יותר בעיות בריאותיות, העדרות מביה"ס, הישגים נמוכים יותר, בעיות התנהגות, תלונות סומטיות, הרטבה, בחילות, פחדים, בעיות שינה. אלה בעיות שממשיכות להשפיע גם כשמקורות הטראומה הוסרו. בגיל ההתבגרות (בין אם הטראומה כבר היתה או שהיא מתרחשת בגיל ההתבגרות), רואים קשיים לימודיים חברתיים, העדרות מביה"ס, בריחה מהבית ונישואין בגיל צעיר, דימוי עצמי נמוך, תחושות בושה, חרדה, התפרצויות זעם, נטיות אובדניות וסיכון עצמי (שחזור חווית הטראומה, בפגיעה עצמית), התנהגות מינית פרובוקטיבית.

הנושא של התנהגות מינית פרובוקטיבית יכול להיות סימן מרכזי וראשוני לניצול מיני. זה אחד המאפיינים המתמשכים לאורך זמן. אצל ילדים אפשר לראות משחק מיני בבובות, התנהגות סדוקטיבית וידע מיני שאינו תואם גיל. הצורך של הקורבנות (במיוחד מתבגרים) להפגין התנהגות סדוקטיבית מקורו בנסיון לשחזר את הטראומה ולהביא לתיקון.

רואים הרבה פעמים שילדים שברורשך לא מראים סימנים חמורים של מצוקה, בגיל ההתבגרות מציגים יותר בעיות כאלה. כך שגם אם לא רואים סימני טראומה כמצוקה רגשית ובעיות בין אישיות, זה לא אומר שהן לא יפרצו אחר כך. החומרים האלה עולים למעלה בגיל ההתבגרות. כמו אצל מבוגרים, גם אצל ילדים ומתבגרים יש קומורבידיות עם הרבה הפרעות – דכאון, חרדה, תלות באלכוהול וסמים. התלות בחומרים מקושרת להגנה המשרתת דיסוציאציה, נסיון לטשטש חוויה. לפעמים גם ב-TAT רואים דיבור על מסטול או על סמים – זה נותן רמז לכיוון של רצון להרדים את התחושות.

רואים גם תמונות של דיסוציאציה, לבליות במצבי רוח, קשיי ריכוז. באבחנה מבדלת – ADHD צריך לבדוק אם זה PTSD. אולי קשיי הריכוז קשורים לתגובה לטראומה.

התפתחות של הפרעה אנטי חברתית והפרעות פסיכוסומטיות והפרעות אכילה. (פאולינה קרנברג, בלייברג-הפרעות אישיות בילדות).

מבוגרים שבילדות היו חשופים לטראומה מתמשכת פגיעים לפתולוגיות בטווח גדול, גם הפרעות אישיות וגם פסיכוזות.

גיוודית הרמן יוצאת נגד הנטיה לדבר על הפרעות אישיות או פסיכוזות אצל אנשים (ילדים ומבוגרים) שחשופים לטראומה מתמשכת. יש סימפטומים דומים, אבל לאבחן אותם כך זה שגוי. היא מציעה אבחנה של Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified – המנגנונים שונים, יחסי אובייקט שונים.

צריך לזהות מתי מדובר בהפרעת אישיות ומתי בתגובות דומות, שהן תגובות לטראומה אך הן לא קבועות.

אחת הסוגיות הבעייתיות באבחון היא שצריך להגיד אם היתה או לא היתה טראומה – את זה אי אפשר לעשות. המבחנים לא מספרים על משהו שקרה במציאות. הם מספרים על השלכות של טראומה, אם היתה, על העולם הנפשי. אי אפשר לקבוע אם היה או לא היה. אפשר להגיד שיש סימנים המעוררים שאלה. כדי לדעת על המציאות צריך לבדוק את המציאות.

הערכה:

אצל מבוגרים יש הישענות רבה על דיווח עצמי. ילדים מתקשים לתאר ולהסביר את החוויות שעברו, במיוחד כשמדובר בחוויה טראומטית. לילד לא ברור איך להסביר מה שקרה לו. הראיון הקליני והתצפית במשחק ילדים, וגם השימוש בבובות אנטומיות הם כלים טובים לקלינאים לזהות אם יש טראומה ולעבד אותה, אך בגלל הדיסוציאציה השומרת על הילד ממגע עם החוויות שעבר, ובעיקר השימוש במנגנוני הגנה נמנעים, יש יתרון לכלים השלכתיים המספקים חומר על העולם הפנימי.

ההרצאה מתמקדת במצבים מנטליים - יחסי אובייקט, תפיסת מציאות, מנגנוני הגנה, רפלקטיביות, אופי החרדה.

ג'ודית ארמסטרונג פיתחה את **מדד הטראומה TC/R**, שהשתמשו בהם גם אצל מטופלות שלא היה ידוע על טראומה בעברן. מצאו שהמדד מבחין גם באוכלוסיה של דכאון מזוירי בין אלה שעברו תקיפה מינית לבין אלה שלא. פירשו את זה בעבר כמשקף נטיה לרגרסיה פסיכוטית. היא דיברה על הגנה דיסוציאטיבית. התכנים, לפי רוטשילד, הם תכנים מציפים שאולי לא במגע, אבל הם שם.

מסמנים קוגניטיביים לדיסוציאציה

FD גבוה, כהתרחקות ממחשבות טראומטיות. חלק מה FD זה כשמהו מסתתר מאחורי משהו. נטיה להסתכל מרחוק על משהו. זה כן יכול להיות קשור לנטיה להסתכל על העצמי בצורה מוגברת, ביקורת עצמית גבוהה.

סגנון אינטרוטנסיבי, הרבה M ולפעמים M מינוס – פניה לפנטזיה כמנגנון הגנה. זה לא M המשרת חשיבה, אלא פנטזיה כמנגנון התנתקות. (ולא בהכרח M פסיבי).

L גבוהה (מתקשר גם למסמנים רגשיים), סגנון הימנעותי, לא להיות במגע עם ניואנסים.

XU גבוה – נטיה לא לפרש נכון את המציאות.

הפרעות חשיבה, חיבורים שגויים FAB, בדרך כלל תגובות של level 1. אם יש קונטמינציה ו ALOG זה אישיותי.

DR מאפיין מאוד. אסוציאטיביות בחשיבה, וקושי ליצור נרטיב קוהרנטי.

הכחשה של פרצפטים, פרצפטים מתחלפים (לא, אני לא רואה את זה. אני רואה משהו אחר. לא ראיתי את זה).

פרצפטים עמומים.

מסמנים רגשיים לדיסוציאציה

- תוכן טראומטי
- Afr נמוך, הימנעות מרגש
- $H > H_d + (H_d) + (H)$ יש יותר ייצוגים ריאליים לעומת אחרים, בניגוד להפרעות אישיות שאצלן התמונה הפוכה. זה אחד המדדים שעוזרים להבחין בין טראומה להפרעת אישיות. אולי כי היתה התקשרות די טובה עד השבר הטראומטי. (ייצוגים ריאליים יכולים לבוא גם עם מינוס, כלומר עם ביקורת מציאות לא תקינה והפרעות חשיבה).
- Mor לחוד ו/או בשילובים עם AG, C, CF, או בלנדס עם m. (זה אופייני לנפגעי תקיפה מינית). השילוב של AG ו MOR – שני אובייקטים תוקפים אובייקט שלישי, שהוא פגום.

- ארמסטרונג מצאה מסמן רגשי נוסף – Agpast – המערב מורבידיות עקב אלימות שהתרחשה. "זה נראה כמו חרק שמחצו אותו, יש פה דם". זה אופייני לאנשים שחוו התעללות וגם קורבנות קרב או תאונה שחשו פסיבים וחסרי אונים.

מחקר של הולדיי מ-2000 על ילדים שעברו טראומה וילדים שעברו כוויות קשות, בהשוואה לילדים עם oppositional defiant disorders וקבוצת ביקורת.

הפרעות בחשיבה ועיוות בתפיסה – כתוצאה מהטראומה, ילדים ומתבגרים קיבלו ציונים מובהקים במדד סכיזופרניה, הפרעות חשיבה ותפיסת מציאות נמוכה, M- גבוה ובעיה בשיפוט חברתי. זו תמונה שאופיינית לניצול הטראומה גם לאחר שנים. במצב אקוטי התמונה חריפה במיוחד.

הפרעה בבשלות הרגשית, בויסות רגשי וביכולת לחוות ולעבד רגשות –

Afr נמוך, כיוון של הימנעות.

WSumC נמוך. נטיה להימנע מרגשות.

פיגור או האצה בהתנהגויות עצמאיות – תלותיות -

CDI גבוה

T נמוך. יש הטוענים שזה מסמן חשוב, כי זה מבטא הכחשת הצורך בקשר. יש מחקרים שמראים שכשהטראומה מתרחשת בגיל יותר מבוגר, יש דווקא T יותר גבוה. כשהטראומה בגיל צעיר, $0=T$.

הפרעה בביסוס או שמירה על יחסי חברות עם בני הגיל –

P נמוך. אצל ילדים הם לא יודעים מה קונבנציונלי, וזה משפיע על ההתפתחות ועל ההסתכלות על העולם.

CDI חיובי

חוסר הבנה וחוסר אמון ברמשזים חברתיים.

DEPI ומשאבים נמוכים

DEPI גבוה

EA נמוך

העצמי פגוע וחסר ערך

מדד אגוצנטריות נמוך

MOR גבוה וV, דימוי עצמי נמוך.

החוקרים ביקרו את אקסנר שדיבר על מדד סכיזופרניה גבוה רק אצל סכיזופרנים. פה יש הפרעה באמונות הנורמליות של הילד, הטראומה פוגעת בתפיסה של העולם הרציונלי, הלוגי. יותר נכון לדבר על הפרעות קוגניטיביות או שברים בחשיבה וברגש, שבר בהמשגה ובפרשנות של המציאות, ולא הפרעות חשיבה (cognitive and affective disruptions).

מחקר של לייפר מ-1991 השווה פרוטוקולים בין בנות שעברו התעללות מינית בגילאים 5-16 לבין קבוצת ביקורת. מצאו תפיסת מציאות נמוכה, רמות גבוהות של לחץ ומצוקה, וכן: דאגות לשלמות הגוף ומיניות.

Sx גבוה

סולם penetration גבוה. זה סולם של גבולות וחדירה על פי ניתוח תוכן – פתח של מערה, מנהרה, חורים, פה פעור; הגבולות-תשובות המתיחסות לשריון, קונכיה, בגדים – כל מה שמהווה עור שני או מגן חיצוני. אצל הבנות שעברו התעללות, סולם החדירה גבוה במובהק מקבוצת ביקורת. חוויה של גוף חדיר ופרוץ. חרדות בפוזיציה אוטיסטית-מגעית לפי אוגדן, חוויה של מעטפת מחוררת, פגיעה מוקדמת מאוד.

יחסי אובייקט

סולם MOA mutuality of autonomy – זה סולם מ-1-7 שהרמה הגבוהה מדברת על אובייקטים מובחנים המקיימים יחסים הדדיים, כמו שתי בלרינות מבצעות יחד את ריקוד הברבורים.

ציון 4 רמת ביניים, תימות של reflection, תגובות מראה. התיחסות אל האחר כהרחבה של עצמו. "תאומים סיאמיים".

5-7 ציונים פרימיטיביים – חוסר מובחנות ויחסים שליליים המערבים שליטה של אובייקט אחד על ידי השני. "זבוב נטרף על ידי עכביש". ילדים נורמלים נותנים טווח של בין 4-1. הרמות הפתולוגיות הן 5-7 ומופיעות באוכלוסיות קליניות. בהפרעות אישיות בילדות ובהתבגרות, כמעט כל התשובות הן 5-7.

בסולם נותנים ציון ממוצע וטווח בין הרמה הגבוהה ביותר של יחסי אובייקט והרמה הכי נמוכה. במחקר של לייפר מצאו שהציון הממוצע של יחסי אובייקט נמוך יותר, הרמה הנמוכה שלהם הרבה יותר נמוכה מביקורת, אבל הציון הגבוה שלהם הוא כמו בביקורת, בניגוד להפרעות האישיות שנתנו רמות נמוכות. כלומר, אצל נפגעות התקיפה המינית יש טווח רחב (כמו שיש H גבוה) – כנראה כן היתה התפתחות תקינה והפנמה של יחסים מיטיבים עד הטראומה. הילדות נראות כלפי חוץ מסתגלות חברתית, הן יודעות איך להיות ביחסים, אבל בעולם הפנימי יש גם ייצוגים קשים של קורבן-תוקפן.

סולם Scors של ווסטן – TATs

מורכבות הייצוגים – דרגת המובחנות של הייצוגים והיכולת להתייחס לסובייקטיביות. הגוון האפקטיבי של היחסים – המידה בה האדם מצפה מיחסים להיות טובים ומספקים בהשוואה לשליליים וכואבים.

היכולת להשקיע רגשית באחר – כמה יש תיאור של יחסים בשפה של זולת עצמי, היכולת להשקיע רגשית באחרים בניגוד להערכת האחר כזולת עצמי (למשל סיפור TAT שמדבר על הבחור שרוצה ללכת, בלי להתייחס לאשה).

הבנת סיבתיות חברתית.

הסולם בודק כמה יש יכולת לתאר אובייקטים בשפה של עולם פנימי. להבין שלדברים יש סיבות שקשורות לעולם פנימי (רפלקטיביות)

במחקר של אורנדף אצל קורבנות ניצול מיני עיקר הפגיעה היתה בסולם הגוון האפקטיבי של היחסים – "אשה ישנה, ונראה כאילו איש בא. יכול להיות שבא ללטף לה את הראש, אבל נראה כאילו בה לפגוע. (בעתיד?) נראה לי שבהמשך הוא יפגע בה". – תפיסת יחסים שלילית. אצל קורבנות תקיפה פיזית היה ציון נמוך בסולם הזה ונמוך מביקורת גם בסולם היכולת להשקיע רגשית באחר. אצל נפגעי תקיפה פיזית היו יותר תיאורי יחסי זולת עצמי, איך מנצלים את האחר, איך משתמשים באחר. יש נסיון לקשר בין נפגעי תקיפה פיזית לכיוון אנטי-חברתי, וזה קצת תומך.

דווקא בסולמות המבניים של יכולת רפלקטיבית, נפגעי תקיפה מינית ופיזית לא נמוכים יותר מביקורת. היכולת הרפלקטיבית לא נפגעה, למרות הספרות של פונגי ובליברג המדברים על נטיה של נפגעי טראומה לברוח מרפלקסיה.

יש מעט מאוד ספרות על הווקסלר בטרומה. מבוגרים שחוו טראומה מראים פגיעה גדולה יותר בתחום הביצוע לעומת המילולי, ובעיקר הפרעה בקשב פסיבי ובזכרון עבודה. אצל ילדים עם טראומה מתמשכת, אחד המדדים המבחינים לאורך מחקרים הוא שהתחום המילולי נמוך יותר מהביצועי. כשבדקים בתתי המבנים, מה שנמוך זה אלה שקשורים להפשטה. כיוון אחד – כמו אצל פונגי, פגיעה מתמשכת פוגעת ביכולת לפתח המשגה או חשיבה סימבולית.

לסיכום, יש מצבים מנטליים מוקדמים בעייתיים – חרדה קיומית וחרדות מהפוזיציה האוטיסטית, בעיה בתפיסת המציאות, בעיה בויסות רגשי, בעיה ביחסי אובייקט (אבל לעומת הפרעות אישיות קלאסיות, כן רואים טווח לעומת התארגנות ברמה נמוכה בלבד). הגנות - בהפרעות אישיות מנגנוני הגנה מתרכזים סביב פיצול והזדהות השלכתית. אצל נפגעי טראומה, יש דיסוציאציה והימנעות.

דוגמה קלינית:

נערה בת 16 וחצי-17. מחלקה של הפרעות אכילה. בגיל 13 החלה הפרעת אכילה, מצמצום אכילה להקאה, ואח"כ פלאשבקים של מעשים מגונים שנעשו בה מחוץ למשפחה, לדבריה, בגיל 4-5. מתוארת כילדה הורית.

ווקסלר – פגיעה במהירות עיבוד וזכרון עבודה. פגיעה בריכוז. מבחנים מילוליים גבוהים. באבחנה בין סימפ' חודרניים להימנעות – אצלה יש יותר חודרניים, כי זה פגיעה בריכוז. סימפ' של הימנעות יכולים להתבטא בהבנה מילולית, למשל.

רורשך:

I פרפר. כנפיים ואוזניים – לכאורה פשוט אבל אוזניים..

II - שביל שמוביל למדרגות, לאיזשהו ארמון. – "גם במקום שפגעו בו היו מדרגות ושביל" – סוג של DR.

IV – לא אהבתי את התמונה. יצור עם ראש למטה נשען על עץ. – נשען ונרדם על העץ – לישון ולהרדם אולי מבטא מצב דיסוציאטיבי.

ענק – "מזכיר לי את מי שפגע ביי" – הרורשך כטריגר טראומטי.

V – יצור מוזר, איש שוכב בצד, היצור מחזיק אותו. - ... מצד אחד נראה חמוד, מצד שני נראה רשע (ספליט), חצי בנ"א חצי יצור. (שוכב) בגלל הגוף והבגד, ישן כזה עם מרפק מכופף. – פה צריך להיזהר אם הספליט הוא מהפרעת אישיות או מתוכן הטראומה, האם זה מנגנון הגנה שמאפיין אותה.

X – איש מושיט ידיים מוזרות גדולות - ... היו לו רגליים גדולות כי הייתי קטנה – בתוכן יש סימפטומים חודרניים. זה DR.

PTI = 4. -X = 0.56 = WSum6=26, הרבה DR ויש 2INC אחד. – פגיעה רצינית בתפיסת המציאות.

בתחום האפקט – afr נמוך (0.45). EB=8:0 – נטיה לפנות לפנטזיה. אין צבעים כרומטיים או א-כרומטיים. לפי אקסנר, צריך להטיל ספק בתקפות. זה תקף למצב, לא לתכונה. זה משקף כנראה מצב של הימנעות מאפקט. דוגמה לדיסוציאציה. בתוכן היא היתה מוצפת, אבל בניתוח הפורמלי, אפשר לראות את הניתוק הרגשי שלה. היא מוצפת מחשבות על הטראומה, ללא רגשות.

בחלק הבין אישי – CDI, 0=T – גבוה לא מובהק. יש 7 H, והרוב תגובות H.

בתפיסת מציאות יש 6 M - מחשבות לא קשורות למציאות. 3=P.

שאלת מצב או תכונה? – האם מדובר בתגובה זמנית לטראומה או בתכונה של האישיות?

ויליונה מביא ילד בן 11 שהיה חשוף לטראומה מצטברת. אובחן במצב האקוטי, וגם אחרי 7 חודשים, לאחר שתנאי חייו השתנו ועבר טיפול. באבחון הראשון נמצאו הפרעות חשיבה ותפיסה, ורוב התגובות היו מהסוג של המדד של ויליונה + הרבה y, m. אחרי שבעה חודשים כל הפרעות החשיבה לא הופיעו, הילד היה מאורגן יותר, פרוטוקול קצר יותר, והתכנים במדד ירדו מ-65% ל-35%. יש שינוי ביכולת הויסות ובתפיסת המציאות. מאחר שהילד מאוד מושפע מסביבה, כדי לדעת מה המצב או התכונה, צריך לאבחן שוב.

ויליונה פיתח מדד דומה לזה של ארמסטרונג – **derepressed contents** (כשל בהגנות ובהדחקה)

– צירוף שמאפיין קורבנות של טראומה –

Xy, Sx, Food, fi, ex, Bl, an, MOR, AG>1/3 – כשל בויסות או תגובה לטראומה. המדד מתייחס לכשל בהגנות של עיכוב דחף.

התמונה הקלינית דומה להפרעת אישיות. גם במצב אקוטי של דכאון צריך להיזהר באבחנה של מבנה האישיות. ויליונה מדגיש שכשיש דילמה, חשוב לאבחן פעם נוספת כשיש רגיעה בסימפטומים של ציר I.

האבחון של המטופלת הנ"ל נעשה שוב כעבור 6 חודשים, והתגובות הרבה יותר מאורגנות. ללא אזכור של הטראומה בתכנים. 0 PTI, מינוס 0.06, אין DR, אין הפרעות חשיבה. יש לה פחות M ואף אחד מהם לא מינוס. שתי תגובות צבע. C אחד. יש בעיה בויסות רגשית, אבל צבעים מתחילים לעלות. ויש גם T אחד. בכרטיס V הפרצפטים בחקירה מתחלפים לה, ואז היא מביאה add שכן יש בו חדירה של הטראומה.

כנראה שמה שראו במצב האקוטי היה ביטוי לPTSD, ויש התארגנות ורגיעה באבחון השני. עדיין יש $P=3$. סידור תמונות 6 (אבל גם זה מדד שמשנתנה ומושפע מקשב וריכוז).

בTAT חזרה על המלל "היא לא חושבת ולא מרגישה" – דפוסים דיסוציאטיביים חזקים.

יחסי האובייקט – היו לה מעט תגובות אינטראקציה. היא נותנת תמונה של ילדה עם PTSD ושימוש במנגנונים דיסוציאטיביים. לא הפרעת אישיות, כי יחסי האובייקט הם לא כאלה. האבחון השני הוריד את הפרעות החשיבה, והפרוטוקול מאורגן – זה מדגים את הצורך להבחין בין מצב לתכונה, במצב אקוטי.

לסיכום, קיים צורך באבחנה מבדלת עד כמה ההתארגנות הנוכחית זמנית ומבטאת התמודדות עם הטראומה ועד כמה מדובר בארגון האישיות. גם אצל ילדים שעברו טראומה מתמשכת יכולים לראות סימנים של מצבים פרימיטיביים, צריך לבדוק אם זה תכונה או מצב.

שתי נקודות שעוזרות באבחנה מבדלת – יחסי אובייקט וייצוגים ...

גם אם הטראומה המתמשכת חשפה להפרעות אישיות בהמשך, היום יודעים שטראומה יכולה ליצור proneness להפרעת אישיות (לא בעיות בספרציה-אינדיבידואציה). בטיפול צריך להתייחס לאספקטים הטראומטיים שהם ברקע להתפתחות הפרעת האישיות, גם עם אישיות אנטי חברתית וגבולית.

טראומה וסכיזופרניה – אבחנה ואבחנה מבדלת עפ"י סימנים במבחנים - אליאורה שרון

קריטריונים לPTSD ע"פ DSM...

יש שני סוגי טראומות – מצטברת וחד פעמית. גם בטראומה חד פעמית יש תאוריות שמדברות על מצבים שקדמו לטראומה, אישיות פרה-מורבידית, טראומות קודמות שסדקו את המעטפת. מצד שני, יש הנחה אחרת שכל אדם יכול לקרוס תחת טראומה, תלוי בעוצמה, במשך החשיפה, ובגורמים נוספים.

הטיפול הראשון-חוויה קטסטרופלית חד פעמית (שהתיאור בDSM מתייחס בעיקר אליה), שאחריה ישנן תופעות של פלאשבקים, דריכות יתר, חזרתיות, הימנעות. בטראומה הזו הילד מנסה להבין מדוע, להסביר לעצמו דברים, כולל תחושת אשמה ונסיון לחזור על הטראומה בחזרה כפייתית, בנסיון לעבד מנטלית את מה שקרה. הילד מנסה למצוא סימנים ואותות מאגיים, והשאלה היא מה יכולתי לעשות, למה זה קרה לי.

בטיפול השני של הטראומה – חוויה כרונית ועוצמתית, התעללות. תחושות עמום והקהיה של תחושות, יותר דיסוציאציה, אנסטזיה עצמית, ניתוק. בסוג הזה הילד ישאל את עצמו מה לעשות כדי למנוע את הישנות החוויה, למה זה ממשיך לקרות.

בטיפול הראשון, בטראומה החד פעמית, יופיעו עיוות תפיסתי, עיוות זמן, חיבורים שרירותיים.

בטיפול השני, בטראומה החוזרת (לפעמים קיימת גם בזמן הבדיקה), תחושה של עולם בלתי צפוי, אימתני, אלים, מתחלף ללא מובן, ללא יכולת לצפות מראש. ההגנות של ניתוק, דיסוציאציה, הזדהות עם התוקפן, פגיעה עצמית, עמעום נפשי, עצב כרוני, לצד שכחת העבר, חוסר תגובתיות לכאב, חוסר תחושה, אפטיה, דה-פרסונליזציה, וירידה קוגניטיבית בכלל. התמודדות כזאת לאורך זמן יכולה להתחיל ליצור מבנה אישיות שייראה מאוחר יותר כהפרעת אישיות. לפעמים, כשהמצב קיצוני, והירידה הקוג' כה דרסטית, יכול להיות קשה להבחין בין זה לבין לקות פוסט-פסיכוטית, כי הצמצום כה גדול (מחקרים על נפגעי מלחמת וייטנאם).

חרדה, דכאון, אימפולסיביות, התמכרויות, פרנואידיות, אובדן תחושה, פוביות, נוקשות, קושי בריסון דחפים – כל אלה נלווים לסימפטומים הפוסט-טראומתיים. אצל אנשים מסוימים הסימפטומים יופיעו יחד, אצל אחרים יופיעו יותר סימפטומים חודרניים ופולשניים (פלאשבקים), ואחרים יציגו את הצורה ההימנעותית, התפרצויות זעם ונתק רגשי. אצל ילדים, רואים פחות סימני אמנזה, פחות פלאשבקים וחודרנות, אך יש ירידה תפקודית בביה"ס, לפעמים לזמן קצר, תגובות אי שקט ותוקפנות, ביטויי דכאון ולחץ, הפרעות שינה וסיוטים, חרדת נטישה, פוביות, בעייתיות בדימוי הגוף ורגרסיה בתפקודים.

מאפיינים של פוסט טראומה ברורשך

- m גבוה וy גבוה - משתני לחץ מצבי, תחושת חוסר אונים נוכח העדר שליטה, אי שקט, קשיי ריכוז, חרדה
- $FC > CF + C$ וכו' העדר ויסות רגשי
- MOR דימוי עצמי שלילי, פגוע, ניזוק, עמדה פסימית
- AG תכני תוקפנות
- BI אימפולסיביות, חוסר שליטה, תוקפנות
- Sx פרה-אוקופציה עם דחפים מיניים
- An עיסוק יתר בגוף, וגם Xy
- $W_{sum}C$ גבוה – אימפולסיביות וקושי בשליטה רגשית
- Afr נמוך צמצום והימנעות מגריה רגשית
- Zf גבוה נסיון לשליטה, נסיון לארגון יתר, מאמץ לבקרה
- למדה גבוהה – הצטמצמות ונטיה לפישוט או לשליטה הכרתית
- R נמוך או גבוה מאוד – צמצום או הצפה
- HVI חשדנות, זהירות, דריכות יתר, רגישות יתר
- $Mp > Ma$ פסיביות, חוסר אונים, פנטזיה כמוצא לבעיות
- V גבוה התייחסות עצמית כואבת, שלילית, ביקורת עצמית, התמקדות בפגמים בעצמי (יכול לציין אשמה)
- D שלילי – העדר כוחות התמודדות נוכח לחצים

- Fabcom כשל באינטגרציה, תחושות דיסהרמוניה (עם תגובות An), נסיון לשליטה שרירותית במה שקורה (ביטוי תחושה של חוויה בלתי אפשרית)
 - FD גבוה - רצון להרחקה נוכח התבוננות פנימית + התבוננות עצמית כואבת
- FD ו-V עוזרות באבחנה מבדלת מול הפרעת אישיות גבולית או סכיזופרניה סוערת.

הביטויים של קטגוריות ה DSM לפוסט טראומה ברורשך:

סימפטומים של חוויה מחדש

1. אינטרוזיה – M מינוס, CF, HVI, y, m, x-, an, mor, bl (מינוס-תגובות אישיות שמשלכות על הגירוי)
2. סימפטומים דיסוציאטיביים – M, C מינוס M, FAB, none, X-, m, FD
3. לחץ פסיכולוגי נוכח טריגרים – mor, V, AG, D, C, y, m
4. רקאטיביות פיזיולוגית נוכח גירויים – HVI, C, y

סימפטומים הימנעותיים

1. הימנעות מרגשות או מחשבות – WsumC, L, Afr, M נמוך, M נמוך.
2. הימנעות מסיטואציות – afr, M נמוך, HVI, Ma, Mp, isolate (תחושה שלא יכול לשתף, בדידות בחוויה).
3. עניין מופחת בסביבה – HVI, L, afr
4. ניתוק – M, none, afr, m, HVI, FD, T=0, Mp
5. פסיביות והעדר ציפיה לעתיד – MOR

סימפטומים של עוררות

1. רגזון/זעם – C, S, AG, y, m
2. קשיי ריכוז – FM, Ma, Mp, m
3. דריכות יתר - HVI
4. קופצנות מבוהלת – HVI, C

(האינדקס של ויליונה לכשל הגנתי derepression ברורשך).

סימנים טיפוסיים לטיפוס I - סימני לחץ מצבי, MOR, פגיעה בדימוי עצמי ופסימיות, רפיון בבחון מציאות והפרעת חשיבה מופיעים בעיקר ב FAB וגם DR INC ו PER. צמצום השדה החויתי או מוצפות יתבטא בלמדה הגבוהה או נמוכה. הפרעות באפקט וקשיי שליטה בביטויי רגש אימפולסיביים, ומאידך פחד לאבד שליטה – זה יביא להימנעות רגשית ול afr מוקטן. לפעמים

יש גם afr מצומצם, לצד תגובות רגשיות חזקות. דריכות וחשדנות יופיעו ב HVI . תכנים ספציפיים – דם, אנטומיה, פיצוץ, אש, תוקפנות ומיניות. תחושת אי ספיקה תופיע כ D שלילי, חוסר יכולת לווסת ולשלוט גם במצבים רגילים. השקעת מאמץ לארגון מופיעה ב Zf גבוה, שלפעמים המאמץ מאוד חפוז ולא יעיל, ואז מתקבל Zd נמוך.

יש צמצום משאבים, נוקשות מחשבתית ($a:p$). נטיה לברוח לפנטזיה כפתרון (MP). תחושות אשמה וביקורת עצמית – $FD V$. זעם ועוינות S . קושי לעמוד בלחצים לאורך זמן – CDI . רצון להתרחק מקירבה $T=0$. תפיסת האחר כעוין ורודף – $PHR > GHR$. נסיונות הסתרה וכיסוי – תשובות ביגוד, אופייניות בעיקר לנפגעים מינית. ילדים שנפגעו מינית יתנו יותר S ומעט T (זעם וריחוק), יותר mp של חוסר אונים, פסיביות. דימוי עצמי נמוך ואשמה – מדד אגוצנטריות נמוך Vi . MOR הערכה עצמית פגועה. תגובות AG .

פעמים רבות בתוכן התגובות יש מימדים שקשורים תכנית לטראומה עצמה. לפעמים הם מופיעים סימבולית, אך לרוב דווקא קונקרטית, כאילו החוויה נשארה ללא הרכקה ועיבוד. יופיעו תכנים מיניים ותוקפניים.

הרורשך נותן מידע גם על המדדים הקוגניטיביים – ארגון החשיבה, תהליכי העיבוד, מאמץ הארגון, תפקודי האגו כפי שנראים בבוחן המציאות, בשליטה, ביכולת למודולציה של חוויה, רואים הגנות ועיבוד, רואים כיצד המדד האפקטיבי מתאר את המצב הרגשי, האם מסוגל לווסת רגשות או תופס ריחוק רגשי וכאון, $DEPI$, חרדה, חוסר אונים, צמצום. Dn מאפשר להעריך משאבים ומקורות לחץ. תפקוד ב"א ניכר HVI , עניין באנשים, דימוי עצמי – מדד אגוצנטריות MOR , ממוקדות בגוף מתבטאת בתגובות $Hd MOR$ ועוד. ואפשר להשוות את כל זה ל DSM . יש חלקים של הימנעות וניתוק, וחלקים של הצפה.

גיוזית ארמסטרונג – התמונה המתקבלת דומה לבורדרליין, אבל יש הבדלים.

מאפיינים של דיסוציאטיביות ברורשך לפי סנדרס

1. שינויים ומעברים לא רגילים של הפרצפטים, ומעברים קיצוניים בין התגובות (זה יכול להיראות כמו בורדרליין)
2. תגובות שרירותיות שבהן מרחקים נראים מוגזמים או שהמרחק לא קונסיסטנטי (בכלל התיחסות למרחק – תשובות FD ו Vi מאפיינות פוסט טראומה, ודיסוציאטיביים בפרט)
3. התיחסות לאובייקטים בהיפוך (ללא שינוי במצב הכרטיס) (למשל בכרטיס V , פרפר הפוך)
4. אובייקטים נראים דרך צעיף, ענן, או מדיום כלשהו, לפעמים דרך חלון או וילון (נפוץ בכרטיס IX)

5. פרגמנטציה מוזרה או חיתוך שרירותי של הכרטיס (סוגי Dd שלא מופיעים)
6. שכחה של התגובה בין שלב ההעברה לתחקיר
7. מעבר פלואידי בין פרצפטים בסגנון FAB, סיפור המנסה לחבר בין פרצפטים שונים באותו כרטיס (נסיון שרירותי למצוא סדר בכאוס, התמודדות עם המציאות שמורכבת מחלקים שלא מתקשרים זה לזה באופן הגיוני, משקף את חוסר ההלימה בחוויה של האדם עצמו, פגיעה בחשיבה סדרתית הגיונית). (למשל, כרטיס II "שתי ילדות שיש להן וגניה אחת והן מדברות אחת עם השניה"-fabcom בהקשר לפגיעה מינית, או "רגל פצועה מבצבצת מתוך האדמה"-Mor, FAB).

מאפיינים של דיסוציאטיביות ברורשך ע"פ ארמסטרונג

1. ריבוי תגובות vague (ירידה בקשב, במיקוד)
2. תגובות טראומה
3. תגובות FAB שחלקן מכילות גם פיצול
4. X+ נמוך אך מורכב יותר מ- אשר מ- (זה חשוב באבחנה מסכיזופרניה והפרעות אישיות, שגם אצלן יש פגיעה בבוחן המציאות, אך אצל סכיזופרנים יש יותר מינוס).

אצל אנשים דיסוציאטיביים, הפיצול נראה כמעיד על חוסר יציבות רגשית שאופיינית גם לבורדרליין, וצריך לשים לב לקיומן של תשובות יותר ספציפיות. אצל פוסט טראומטיים לעומת גבוליים, המבחן עצמו הופך להיות גירוי טראומטי, אין הרחקה, אין יכולת עיבוד, והתגובה מאוד אינטנסיבית.

כשהנראה בורדרליין, כנראה שמאחורי הפרעת האישיות מסתתרת טראומה (אוי, הכרטיס מבהיל אותי).

הפרעת אישיות גבולית בstructural summary

Adj D שליליים (כל הזמן חווה לחצים פנימיים, לא רק לחץ מצבי, רגישות גבוהה)

CDI גבוה (חולשת כוחות לאורך זמן)

L נמוכה (הצפה)

SCon משמעותי מעל 8 (מצוקה גבוהה) (FV+FD, Col.Sh.bl, אגוצנטריות, מורבידיות – גם אצל אלה שלא מגיעים ל-8, הארבעה הראשונים נושאים את המטען המנבא הכי גבוה, כי זה אומר שהמצוקה האישית מאוד גבוהה. במחקרים על בני נוער, שני המדדים הראשונים הם המנבאים החזקים ביותר של אובדנות).

HVI משמעותי

Wsum6 גבוה (בעיקר FAB)

PTI גבולי

V

EB אקסטרטנסיבי (יתכן גם אמביטנטי) (בניגוד לדיסוציאטיביים שנוטים להיות אינטרוברסיבים, עם הרבה FM M, התמונות מאוד זזות להם).

$E_s > E_A$ (רגישות גבוהה העולה על הכוחות והמשאבים)

T גבוה (ביטוי אופייני להזדקקות גבוהה, יחסים סימביוטיים, צורך להתמזג, חרדת נטישה. אצל דיסוציאטיביים ופוסט טראומטיים בד"כ $0 = T$ בגלל אובדן אמון)

$S > 2$ (כעס וזעם)

$A_g > c_{op}$

$PHR > GHR$

-M

P נמוך

XA% מונמך (יותר u מ-), בניגוד לסכיזופרנים

DQv גבוה

MOR גבוה

PER גבוה

מדד אגוצנטריות או מאוד גבוה או מאוד נמוך (אצל פוסט טראומטיים זה נמוך בד"כ, לא רואים עצמם כראויים לדאגה ולשמירה)

$H < H_d + (H) + (H_d)$

$FC < CF + C$

אבחנה מבדלת בין סכיזופרניה לבין הפרעת אישיות גבולית

הפרעת אישיות גבולית	סכיזופרניה
PTI גבולי	PTI גבוה
אקסטרטנסיבי	EB אינטרוברסיבי
M נמוך	M גבוה ובעיקר M - none
Inc, fab (אופייני גם לפוסט טראומטיים)	הפרעת חשיבה AB, contam alog, גבוה
יותר U	XA נמוך, יותר מינוס
תכנים H מרובים אך בעיקר חלקיים או ()	מיעוט תכני H
T מרובה	T מועט
P מרובה	P נמוך
an + MOR	an + MOR
DQv	DQv
C	C
Dd	Dd
ריבוי S (מתוך זעם ועוינות, חוויה של ריק	ריבוי S (משום קושי תפיסתי)

(והעדר)	
---------	--

כדאי לבחון את התכנים עצמם – תכני טראומה, אפיונים של פציעה, תקיפה, מלחמה, ולפעמים האדם מספר על אירוע טראומטי.

הפרעות אישיות מפוצלות הן גם אינטרוברסיביות, כמו סכיזופרניה, אבל הן מורכבות יותר – יהיו הרבה יותר FM M וגם יותר בלנדים.

השוואה בין התחלת תהליך סכיזופרני לבין הפרעת אישיות גבולית

תהליך סכיזופרני	בורדרליין
EB אינטרברסיבי נסוג לעולם פנימי ולפנטזיות	EB היסטרי, מתפרץ, אקסטרטנסיבי ללא יכולת להכיל רגש
מעט C פחד מאובדן שליטה, נסיון לשלוט ברגשות	C, WsumC גבוה תוסס, רגשי
R נמוך צמצום, נסיון להיות בשליטה. כמעט לא נלמד דבר. Lambda גבוהה	R תקין או מוגבר Lambda נמוכה
הפרעות חשיבה למרות המאמץ לשלוט, Alog, Contam פורצים חומרים. לא מובן.	הפרעות חשיבה Fabcom, Incom
$Fu\% < F\%$ ביזאריות	$Fu\% > F\%$
$0=T$ לא רוצה קרבה שמא יתפרק	T גבוה
FM נמוך	FM מוגבר
$p > a$ נסיגה לפסיביות	$a > p$ Doing
$Mp > Ma$ נסיגה לעולם פנטזיה	$Ma > Mp$
DQv	DQv
מעט blends	הרבה blends
Zd גבוה ארגון יתר. מה שלא מחובר ולא מאורגן מעורר חרדה עמוקה, הקרקע נשמטת.	Zd תת ארגון
D=- חויית מצוקה (בשונה מסכיזופרניה)	D=-
תכני התפרקות, חרדה, חוסר אינטגרציה, צורך בשליטה והחזקה, פחד מהתרוקנות	תכנים של חרדת נטישה, ספרציה אינדיבדואציה, התמוזגות-נפרדות, קירבה-מרחק, טשטוש זהות

בולטת בעיקר ההצטמצמות, הפרעות חשיבה, מיעוט צבע, יותר M, מעט FM כביטוי ירידה בחיוניות וברציה, יותר פסיביות מאקטיביות, מעט בלנדים – צמצום R נמוך, L גבוהה.

בורדרליין יכולים לעבור רורשך בצורה מאוד קשה עם הרבה הפרעות חשיבה, ואילו מבחנים מובנים לעבור היטב. סכיזופרנים יכולים לתת רורשך הגנתי, מצומצם וקצר, וליפול דווקא בווקסלר ובמבחנים האחרים.

בהפרעת אישיות דיסוציאטיבית יהיו הרבה יותר בלנדים, ותמונה עשירה ומורכבת יותר מאשר הסכיזופרנים שיציגו תמונת התפרקות וצמצום. בתמונה הפוסט טראומטית יש מאבק לעשות סדר בכאוס, גם אם התוצאה הרבה הפרעות חשיבה, אבל יש משהו יותר אקטיבי. התמונה הקלינית יכולה להישמע כמו הלוצינציות, אבל צריך לבדוק את התכנים.