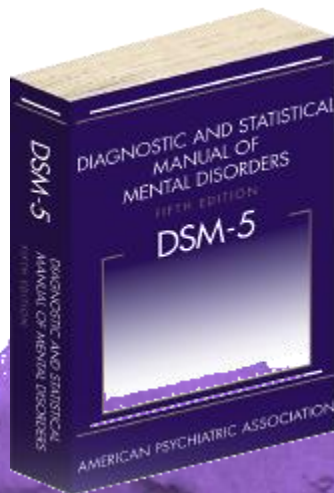


אוניברסיטת חיפה

פסיכופתולוגיה אבחנתית למתקדמים

פרופ' אלי זומר

DSM-5



תוכן העניינים

2	תוכן העניינים
7	הפרעות נוירולוגיות התפתחותיות
7	Autism Spectrum Disorder – הפרעת הספקטרום האוטיסטי
9	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – הפרעת קשב וריכוז (היפראקטיביות)
13	הפרעות משבשות שליטה בדחפים ובהתנהגות
13	Oppositional Defiant Disorder – הפרעת מתריסות והתנגדות
19	Intermittent Explosive Disorder – הפרעת כעס מתפרץ (בעיה בבקרת הדחף)
21	Conduct Disorder – הפרעת התנהגות חמורה
24	Pyromania - פירומניה
24	Kleptomania - קלפטומניה
25	Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder - נוספים
26	הספקטרום הסכיזופרני והפרעות פסיכוטיות אחרות
26	Delusional Disorder – הפרעת דלוזיות
28	Brief Psychotic Disorder – הפרעה פסיכוטית קצרה
29	Schizophreniform – הפרעת סכיזופרניפורם
31	Schizophrenia – סכיזופרניה
33	Schizoaffective Disorder – הפרעת סכיזואפקטיבית
36	הפרעות בי-פולאריות
36	Major Depressive episode – אפיזודה דכאונית
37	Manic episode – אפיזודה מאנית
39	Hypomanic episode – אפיזודה היפו-מאנית
40	Bipolar I Disorder – הפרעה בי-פולארית 1
41	Bipolar II Disorder – הפרעה בי-פולארית 2

43.....Cyclothymic Disorder – הפרעה ציקלוטמית

44.....**הפרעות דיכאון**

44..... Disruptive Mood Regulation Disorder – הפרעת ויסות מצב הרוח

45..... Major Depressive Episode – דיכאון מזוירי

46..... Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) – הפרעת דיכאון מתמשך (דיסתימיה)

49..... Premenstrual Dysphoric Disorder – הפרעת דיכאון ווסתית

51.....**הפרעות חרדה**

51..... Separation Anxiety Disorder – הפרעת חרדה בהיפרדות

56..... Selective Mutism – מוטיזם סלקטיבי

60..... Social Anxiety Disorder (Social Phobia) – חרדה חברתית

61..... Panic Disorder – פאניקה

63..... Agoraphobia – אגורפוביה

65..... Generalized Anxiety Disorder – הפרעת חרדה מוכללת

66.....**הפרעות טורדניות כפייתיות**

66..... OCD – הפרעה טורדנית כפייתית

71..... Body Dysmorphic Disorder – הפרעת דיסמורפיה בגוף

72..... Hoarding Disorder – הפרעת אגירה

73..... Trichotilomania (Hair-Pulling Disorder) – הפרעת תלישת שיער (טריכוטילומניה)

73..... Excoriation (Skin-Picking) Disorder – הפרעת קילוף עור (עור קטיף)

74.....**הפרעות שקשורות בטראומה**

74..... Reactive Attachment Disorder – הפרעת התקשרות תגובתית (ריאקטיבית)

75..... Disinhibited Social Engagement Disorder – הפרעת חיברות

76..... Post-Traumatic Stress Disorder – הפרעת דחק פוסט טראומטית

79..... Acute Stress Disorder – הפרעת דחק אקוטית

81..... Adjustment Disorder – הפרעת הסתגלות

82 הפרעות דיסוציאטיביות

82 Dissociative Identity Disorder – הפרעת זהות דיסוציאטיבית

83 Dissociative Amnesia – שיכחון דיסוציאטיבי

84 Depersonalization/Derealization Disorder – הפרעת דפרסונליזציה/דראליזציה

87 הפרעות וסימפטומים סומטיים

87 Somatic Symptoms Disorder – הפרעה תסמין גופני

88 Illness Anxiety Disorder – הפרעת חרדת חולי

89 Conversion Disorder – הפרעת המרה (קונברסיבית)

90 Factitious Disorder – הפרעה מלאכותית

93 הפרעות אכילה והזנה

93 Pica – פיקה

93 Rumination Disorder – הפרעת העלאת גרה

94 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder – הפרעת צריכת מזון נמנעת/מוגבלת

95 Anorexia Nervosa – אנורקסיה נרבוזה

96 Bulimia Nervosa – בולימיה

97 Binge-Eating Disorder – הפרעת אכילה מוגזמת (זלילה)

99 הפרעות שינה-ערות

99 Insomnia Disorder – הפרעת נדודי שינה

100 Hyper somnolence Disorder – היפר ישנוניות

102 Narcolepsy – נרקולפסיה

103 Breathing-Related Sleep Disorder (Apnea) – הפרעות שינה שקשורות בנשימה

104 Circadian rhythm Sleep-Wake Disorder – הפרעה במחזוריות סירקדיאנית של השינה-ערות

106 פרא-סומניה

Non-Rapid Eye Movement Sleep Arousal Disorder – הפרעת עוררות בשינה שאינה REM

106 (Sleepwalking, Sleep terrors)

107	Nightmare Disorder – הפרעת סיוטים
108	Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder – הפרעת תנועת עיניים מהירה בשינה
109	תפקוד מיני
109	Delayed Ejaculation – שפיכה מעוכבת
113	Erectile Dysfunction – אין אונות (הפרעה בזקפה)
118	Female Orgasmic Disorder – הפרעה באורגזמה הנשית
119	Female Sexual Interest/Arousal Disorder – הפרעת התעניינות/עוררות מינית נשית
121	Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder – הפרעה של כאבים בחדירה ובאברי המין באגן הירכיים
122	Male Hypoactive Sexual Desire Disorder – הפרעת תשוקה מינית מופחתת אצל גברים
123	הפרעות פראפיליות
123	Voyeuristic Disorder – מציצנות
124	Exhibitionistic Disorder – התערטלות (אקסהיביציוניזם)
125	Frotteuristic Disorder – מעשה מגונה
126	Sexual Masochism Disorder – מזוכיזם
127	Sexual Sadism Disorder – סדיזם
127	Pedophilic Disorder – פדופיליה
128	Fetishistic – פטישיזם
129	Transvestic Disorder – טרנסווסטיט
130	הפרעות אישיות
130	Paranoid Personality Disorder – הפרעת אישיות פראנואידית
131	Schizotypal Personality Disorder – הפרעת אישיות סכיזוטיפאלית
132	Antisocial Personality Disorder – הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית
133	Borderline Personality Disorder – הפרעת אישיות גבולית
134	Histrionic Personality Disorder – הפרעת אישיות היסטוריונית
137	Narcissistic Personality Disorder – הפרעת אישיות נרקסיסטית
140	Avoidant Personality Disorder – הפרעת אישיות נמנעת

- 143 Dependent Personality Disorder – הפרעת אישיות תלותית
- 147 Obsessive-Compulsive Personality Disorder – הפרעת אישיות אובססיבית-קומפולסיבית

הפרעות נוירולוגיות התפתחותיות

Neurodevelopmental Disorders

הפרעת הספקטרום האוטיסטי – Autism Spectrum Disorder

A. פגיעה עקבית בתקשורת חברתית ואינטראקציה חברתית, על פני קונטקסטים רבים, כפי שבא לידי ביטוי להלן, כיום או בעבר (הדוגמאות לצורך הדגמה ואינן ממצות):

1. פגיעה בהדדיות חברתית רגשית, בטווח שבין, לדוגמה, גישה חברתית אבנורמלית וכישלון בהלון-חזור נורמלי בשיחה.

2. פגיעה בהתנהגות קומוניקטיבית לא מילולית המשמשת לאינטראקציה חברתית, בטווח שבין, לדוגמה, מקומוניקציה אינטגרטיבית דלה, מילולית ולא מילולית; אבנורמליות בקשר עין ושפת גוף או פגיעות בהבנה ובשימוש במחוות; ועד להיעדר מוחלט של הבעות פנים וקומוניקציה לא מילולית.

3. פגיעה בהתפתחות, שמירה (אחזקה) והבנה של מערכות יחסים וקשרים, בטווח שבין, לדוגמה, מקושי בהסתגלות להתנהגות על מנת להתאימה לקונטקטים חברתיים מגוונים; ועד לקשיים בשיתוף משחק דימוני או ברכישת חברים; ועד להיעדר עניין בחברים בני אותו גיל (peers).

▪ ציין חומרה נוכחית: החומרה מבוססת על תקשורת חברתית פגועה, מוגבלת, בעלת דפוסים חזרתיים של התנהגות.

B. דפוסים חזרתיים מוגבלים של התנהגות, אינטרסים או פעילויות, שבאים לידי ביטוי על ידי לפחות 2 מהבאים, כיום או בעבר (הדוגמאות לצורך הדגמה ואינן ממצות):

1. תנועות מוטוריות חזרתיות או סטראוטיפיות, שימוש בחפצים, או דיבור (לדוגמה סטראוטיפים מוטוריים פשוטים, יישור משחקים או הפיכת חפצים, הדיות (ecolalia), ביטויים ייחודיים (idiosyncratic)).

2. התעקשות על אותו דבר, חוסר גמישות בדבקות לשגרה, או דפוסים טקסיים של התנהגות מילולית או לא מילולית (לדוגמה, מצוקה קיצונית בעת שינויים קטנים, קשיים עם מעברים, דפוסי חשיבה נוקשים, טקסים של ברכות נימוס (greeting rituals), צורך לבחור באותה דרך או לאכול את אותו האוכל כל יום).

3. אינטרסים מקובעים, מוגבלים מאוד שהם אבנורמליים באינטנסיביות או בפקוס שלהם (לדוגמה, התקשרות חזקה לאובייקטים לא רגילים או התעסקות בהם, הגבלה יתר על המידה או התעקשות על אינטרסים).

4. היפר או היפואקטיביות לאינפוט סנסורי או עניין לא רגיל באספקטים סנסוריים בסביבה (לדוגמה, אדישות נראית כלפי כאב/טמפרטורה, תגובה מתנגדת לצלילים או טקסטרות ספציפיים, הרחה מוגזמת או נגיעה באובייקטים, התעניינות רבה באורות או בתנועה).

■ ציין חומרה נוכחית: החומרה מבוססת על פגמים ומוגבלות בתקשורת החברתית, ודפוסים חזרתיים של התנהגות.

C. הסימפטומים חייבים להיות נוכחים בתקופת ההתפתחות המוקדמת (אך ייתכן כי לא יבואו לידי ביטוי מלא עד שדרישות חברתיות יעברו את הקיבולת המוגבלת או שיוסוו על ידי אסטרטגיות שיילמדו בשלב מאוחר יותר בחיים).

D. הסימפטומים גורמים לפגמים משמעותיים קלינית, בתחומים החברתי, התעסוקתי או בתחומים אחרים החשובים לתפקוד הנוכחי.

E. הפרעות אלה אינן מוסברות טוב יותר על ידי חוסר יכולת אינטלקטואלית (הפרעה של התפתחות אינטלקטואלית) או איחור התפתחותי כללי. חוסר יכולת אינטלקטואלית והפרעת הספקטרום האוטיסטי לעתים קרובות קורות במקביל; על מנת לערוך אבחנה קו-מורבידית (אבחנה לשתי המחלות יחד) לחוסר יכולת אינטלקטואלית והפרעת הספקטרום האוטיסטי, קומוניקציה חברתית צריכה להיות מתחת למצופה ברמת ההתפתחות הכללית.

הערה: אינדיבידואלים בעלי אבחנה מבוססת לפי DSM-4, של הפרעת אוטיזם, הפרעת אספרגר, או הפרעת התפתחותית נרחבת שאינה צריכה להיות מוגדרת באופן ספציפי כאחרת, תקבל את האבחנה של הפרעת הספקטרום האוטיסטי. אינדיבידואלים שניכרים בהם פגמים בתקשורת חברתית, אך שהסימפטומים שלהם אינם מתאימים לאלה של הפרעת הספקטרום האוטיסטי, יוערכו כהפרעת תקשורת חברתית (פרגמטית).

ציין אם:

- מלווה או לא מלווה בפגמים אינטלקטואליים.
- מלווה או לא מלווה בפגיעה שפתית

- קשור לגורם רפואי ידוע או מצב גנטי או גורם סביבתי (הערת קידוד : השתמש בקוד נוסף על מנת לזהות את המצב הגנטי או הסביבתי).
- קשור להפרעה אחרת שהיא נוירו-התפתחותית, מנטלית, או התנהגותית (הערת קידוד : השתמש בקוד נוסף על מנת לזהות את ההפרעה האחרת שהיא קשורה לנוירו-התפתחותי, מנטלי או התנהגותי).
- עם קטטוניה (בהתייחס לקריטריונים של קטטוניה הקשורים עם הפרעה אחרת מנטלית, להגדרה : עמ' 119-120).

הפרעת קשב וריכוז (היפראקטיביות) – Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

קריטריונים לאבחון

- A דפוס קבוע של חוסר קשב ו/או היפראקטיביות-אימפולסיביות שמפריע לתפקוד או התפתחות, כפי שמאופיינת על ידי (1) ו/או (2)
- (1) **קשב** : קיומם של שישה (או יותר) מהסימפטומים הבאים, במשך תקופה של לפחות 6 חודשים. על הסימפטומים להיות אינם הולמים את רמת ההתפתחות של הילד, ובעלי השפעה שלילית על פעילות חברתית, לימודית ותעסוקתית.
- הערה :
- הסימפטומים המופיעים אינם רק ביטוי של התנהגות מתנגדת, מתריסה, עוינת או כישלון להבין משימות או הוראות.
 - עבור מתגברים ומבוגרים (גיל 17 מעלה) – נדרשים לפחות חמישה סימפטומים.
- להלן רשימת הסימפטומים :
- א. לעיתים קרובות לא מצליח לשים לב לפרטים או עושה טעויות רשלניות בלימודים, בעבודה או במהלך פעילויות אחרות (למשל, בוהה או מחמיץ פרטים, עבודתו אינה מדויקת).
- ב. לעיתים קרובות מתקשה לקיים קשב במשימות או במשחק (למשל, קשיים להישאר מרוכז במהלך הרצאות, שיחות או קריאה ממושכת).

- ג. לעיתים קרובות נראה לא מקשיב כאשר מדברים אליו ישירות (למשל, דעתו נראית במקום אחר, גם בהיעדר כל הסחת דעת ברורה).
- ד. לעיתים קרובות אינו עוקב אחר הוראות ומתקשה לסיים שיעורי בית, מטלות או חובות עבור מקום העבודה (משל, מתחיל משימה אבל במהירות מאבד ריכוז ובקלות סוטה מהנושא).
- ה. לעיתים קרובות מופיע קושי בארגון משימות ופעילויות (למשל, קושי לנהל משימה רציפה, קושי לשמור על חומרים וחפצים מסודרים, מבולגן, עבודה לא מאורגנת, ניהול זמן דל, מתקשה-נכשל בעמידה בלוחות זמנים).
- ו. לעיתים קרובות נמנע, סולד או אינו מעוניין לעסוק בפעילויות שדורשות מאמץ מנטלי מתמשך (למשל, למודים או שיעורי בית. עבור מתבגרים ומבוגרים – הכנת דו"חות, מילוי טפסים, סקירת עבודות כתובות ארוכות).
- ז. לעיתים קרובות מאבד חפצים הדרושים למטלות או לפעילויות (משל, ציוד לימודי, עפרונות, ספרים, כלים, ארנקים, מפתחות, עבודות, משקפיים, פלאפון).
- ח. לעיתים קרובות מוסח בקלות על ידי גירויים חיצוניים. עבור מתבגרים ומבוגרים – ניתן לכלול גם מחשבות שאינן קשורות.
- ט. לעיתים קרובות שוכח פעילויות יומיומיות – "שכחן" (למשל, לעשות מטלות, שליחויות; עבור מתבגרים ומבוגרים: להשיב לשיחות, לשלם חשבונות, להגיע לפגישות).

(2) היפראקטיביות ואימפולסיביות:

- קיומם של שישה (או יותר) מהסימפטומים הבאים, במשך תקופה של לפחות 6 חודשים. על הסימפטומים להיות אינם הולמים את רמת ההתפתחות של הילד, ובעלי השפעה שלילית על פעילות חברתית, לימודית ותעסוקתית.
- הערה:
- הסימפטומים המופיעים אינם רק ביטוי של התנהגות מתנגדת, מתריסה, עוינת או כישלון להבין משימות או הוראות.
 - עבור מתבגרים ומבוגרים (גיל 17 מעלה) – נדרשים לפחות חמישה סימפטומים.
- להלן רשימת הסימפטומים:
- א. לעיתים קרובות מתעסק או דופק ידיו או רגליו או נע במושבו.

ב. לעיתים קרובות קם מהכיסא בזמן שהשאר נשארים ישובים או מצופים להישאר ישובים (למשל, קם ממקומו בכיתה, במשרד או במקום העבודה, או – בסיטואציות אחרות שנדרשים להישאר במקום).

ג. לעיתים קרובות רץ או מטפס באופן שאינו מותאם למצב (במצבים שבהם אין זה הולם). עבור מתבגרים ומבוגרים: יכול להיות מוגבל לתחושת חוסר נוחות.

ד. לעיתים קרובות לא יכול לשחק או לעסוק בפעילויות פנאי באופן שקט.

ה. לעיתים קרובות מתנהג כאילו הוא "בדרכים", "מונע על ידי מנוע" (למשל, לא מסוגל או מרגיש שלא בנוח לעמוד בשקט למשך זמן ממושך, כפי שנדרש במסעדות ופגישות; עשוי להיחוות על ידי אחרים כחסר מנוחה או כקשה לעקוב אחריו).

ו. לעיתים קרובות מדבר ללא הפסקה.

ז. לעיתים קרובות פולט תשובה לפני שנשאלה השאלה בשלמותה (למשל, משלים משפטים של אחרים, לא יכול לחכות לתורו בשיחה).

ח. לעיתים קרובות מתקשה לחכות לתורו (משל, תוך כדי המתנה בתור).

ט. לעיתים קרובות מפריע או מתפרץ לאחרים (למשל, מתפרץ לשיחה, משחק או פעילות; עשוי להשתמש בדברים של אחרים מבלי לבקש או לקבל את רשותם. עבור מתבגרים ומבוגרים – עשוי לפלוש או להשתלט על מה שאחרים עושים).

B. מספר סימפטומים של קשב ו/או היפראקטיביות-אימפולסיביות היו נוכחות לפני גיל 12.

C. מספר סימפטומים של קשב ו/או היפראקטיביות-אימפולסיביות נוכחים בלפחות שתיים (או יותר) מן מרחבי החיים של הפרט (סטינג). למשל, בבית, בבית הספר, או בעבודה; עם חברים או מקורבים; או בפעילויות אחרות.

D. יש ראיות ברורות שהסימפטומים מפריעים או מפחיתים את איכות התפקוד החברתי, אקדמי או תעסוקתי.

E. הסימפטומים אינם מופיעים באופן בלעדי במהלך סכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת, ואינם מוסברים טוב יותר על ידי הפרעה נפשית אחרת (משל, הפרעות מצב רוח, הפרעות חרדה, הפרעה דיסוציאטיבית, הפרעות אישיות, או חומרים ממכרים).

ציין אם:

הופעה משולבת - 314.01 (F90.2) – במקרה שבו מופיע גם דפוס של קשב (קריטריון A1) וגם דפוס של היפראקטיביות-אימפולסיביות (קריטריון A2) בשישה החודשים האחרונים.

הופעת קשב – 314.00 (F90.0) – במקרה שבו מופיע דפוס של קשב (קריטריון A1) בלבד, מבלי דפוס של היפראקטיביות-אימפולסיביות (קריטריון A2) בשישה החודשים האחרונים.

הופעת היפראקטיביות-אימפולסיביות – 314.01 (F90.1) במקרה שבו לא מופיע דפוס של קשב (קריטריון A1) אבל כן מופיע דפוס של היפראקטיביות-אימפולסיביות (קריטריון A2) בשישה החודשים האחרונים.

ציין אם:

מצב של הפוגה חלקית (רמיסיה): כאשר בעבר כל הקריטריונים לאבחון ההפרעה מולאו, וכיום ישנם מעט מן הקריטריונים להפרעה במהלך ששת החודשים, אולם הסימפטומים עדיין גורמים פגיעה בתפקוד החברתי, אקדמי והתעסוקתי.

ציין מידת חומרה

- **קלה** – קיומם של מעט, אם בכלל מהסימפטומים הנדרשים לקבוע את האבחנה. השפעות מינוריות בלבד של הסימפטומים על התחום החברתי או התעסוקה.
- **בינוני** - קיומם של הסימפטומים ברמה שבין "מתון-בינוני" ועד "חמור".
- **חמור** - קיומם של מספר סימפטומים רב יותר מן אלה הדרושים לאבחון ההפרעה, כמו מספר תסמינים חמורים במיוחד אשר גורמים (בהווה) לפגיעה ניכרת בתפקוד החברתי או התעסוקתי.

הפרעות משבשות שליטה בדחפים ובהתנהגות

Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorder

הפרעת מתריסות והתנגדות – Oppositional Defiant Disorder

קריטריונים אבחוניים:

A. דפוס מצב רוח כעוס ורגזני, התנהגות ווכחנית ומתריסה או נקמנית שנמשך לפחות 6 חודשים כאשר מתקיימים לפחות ארבע סימפטומים מהקטגוריות הבאות ונצפים בזמן אינטראקציה עם לפחות אדם אחד שאינו אח או אחות.

מצב רוח רגזני, שמתרגז בקלות

1. לעיתים קרובות מאבד סבלנות

2. מתרגז ומתעצבן בקלות לעיתים קרובות

3. כעוס ומתרעם לעיתים קרובות

התנהגות ווכחנית ומתריסה

4. מתווכח עם גורם סמכות או אם מדובר בילדים ומתבגרים אז עם מבוגרים לעיתים קרובות.

5. לעיתים קרובות מתמרד ומסרב להיענות לדרישות מגורמי סמכות או מסרב לציית לחוקים.

6. מציק, מרגיז אחרים באופן מכוון לעיתים קרובות

7. מאשים אחרים בטעויות שלו/ שלה לעיתים קרובות.

נקמנות

8. התנהג בצורה נקמנית וזדונית פעמיים בחצי השנה האחרונה.

הערה:

תדירות ומשך התנהגויות אלו משמשות להבדיל בין התנהגויות שבגבול הנורמלי לבין התנהגויות שמהוות סימפטומים. עבור ילדים שמתחת לגיל 5, התנהגויות אלו צריכות להופיע ברוב הימים לתקופה של לפחות 6 חודשים אלא אם צוין אחרת. (קרטיון 8A) בעבור אחדים בגיל חמש ומעלה התנהגויות אלו צריכות להופיע לפחות פעם בשבוע למשך תקופה של לפחות חצי שנה אלא אם צוין אחרת (קרטיון A8). בזמן שהקריטריונים

מציינים רמה מינימלית של תדירות בכדי להגדיר סימפטומים, גורמים נוספים צריכים להילקח בחשבון כגון, האם התדירות והועצמה של ההתנהגויות הן מחוץ לטווח הנורמלי בהקשר לרמה ההתפתחותית, מין ותרבות של אותו אדם.

B. ההפרעות בהתנהגויות מתקשרות למצוקה של הסובל מההפרעה או מצוקה בקרב הקרובים אליו (משפחה, חברים, עמיתים לעבודה) או שהן מפריעות ומשפיעות באופן שלילי על חיי החברה, לימודים, תעסוקה ואזורים חשובים אחרים בתפקוד חברתי.

C. התנהגויות אלו לא יכולות להופיע רק בזמן התקף פסיכוטי, שימוש בסמים, דיכאון והפרעה דו קוטבית.

מצייני חומרה:

חלשה: הסימפטומים מוגבלים למיקום, סטינג, אחד בלבד(בית, או בית ספר, עבודה או בנכחות עמיתים.

מתונה: חלק מהסימפטומים מופיעים בלפחות 2 מקומות.

חמורה: חלק מהסימפטומים מופיעים בשלושה מקומות או יותר.

מציינים

בעלי הפרעת התנגדות מתריסה יכולים להראות סימפטומים רק בבית או ו רק עם קרובי משפחה. אך יחד עם זאת ככל שהסימפטומים מעמיקים יותר כך הם אינדיקציה לחומרת המצב.

תכונות האבחון

האפיונים המרכזיים של הפרעת התנגדות מתריסה הם דפוס חוזר של כעס, מצב רוח רגזני, ווכחני, התנהגות מתריסה ונקמנות בתדירות גבוהה לאורך זמן. בעלי ההפרעה יכולים להפגין בעיות התנהגויות בלבד ללא סימנים של מצב רוח שלילי. אך יחד עם זאת, בעלי ההפרעה שמראים סימנים של בעיות מזג ומצב רוח בהכרח יפגינו גם בעיות התנהגויות. בעלי ההפרעה יכולים גם לבטא אותה רק במקום (SETTING) אחד כשלרוב זה הבית. אנשים שמראים מספיק סימפטומים שיכולים לענות על האבחנה, אפילו אם רק בבית, יכולים לפגוע באופן משמעותי בקישורים ובתפקוד החברתי שלהם. יחד עם זאת, במקרים חמורים יותר הסימפטומים יכולים

להופיע במספר מקומות או הקשרים סביבתיים. מידת עומק והתרחבות הסימפטומים נותנת אינדיקציה לגביי חומרת ההפרעה.

חשו מאד שהתנהגות האדם תבחן ותימדד במספר הקשרים סביבתיים ומערכות יחסים. כמו גם, משום שהתנהגויות אלו סבירות בין אחים חשוב לבדוק ולמדוד בזמן אינטראקציה עם אנשים אחרים. הסימפטומים של ההפרעה בדרך כלל ברורים יותר באינטראקציות עם מבוגרים או מכרים שהאדם מכיר היטב אך עדיין יכולים להיות פחות ברורים בזמן בדיקה קלינית.

הסימפטומים של ההפרעה יכולים גם להופיע ברמה מסוימת אצל אנשים שאינם מאובחנים בהפרעת התנגדות מתריסה. ישנם כמה שיקולי מפתח בכדי להכריע האם ההתנהגויות הן סימפטומטיות בהתאם להפרעת התנגדות מתריסה. הראשון: סף אבחנה של 4 סימפטומים או יותר בתקופה של לפחות 6 חודשים. השני: תדירות ומשך הסימפטומים צריכים לחרוג מהרמה הנורמטיבית בהקשר לגילו, מינו והתרבות של אותו אדם. דוגמא: זה לא סביר עבור ילד בגן להפגין התפרצויות זעם על בסיס שבועי. התפרצויות אלו יחשבו כסימפטום אם יתרחשו על בסיס יומי במשך 6 חודשים לפחות, אם מתקיימים עוד 3 סימפטומים אחרים של ההפרעה ואם התפרצויות אלו גרמו לליקויים שקשורים להפרעה (הילד הוביל לפגיעה ברכוש, התפרצות שהובילה לסילוקו של הילד).

הסימפטומים הם לרוב חלק מדפוס של בעייתיות באינטראקציה עם אחרים. בעלי הפרעה זו אינם תופסים עצמם ככעוסים, כמתנגדים או מתריסים. במקום זאת, הם לרוב מצדיקים את ההתנהגויות שלהם כתגובה לנסיבות וכתגובה לבקשות לא הגיוניות של האחר. לכן קשה להבין את התרומה של הלוקה בהפרעה לבעייתיות באינטראקציות עם האחר שהוא חווה. לדוגמא: יכול להיות שילד עם הפרעת התנגדות מתריסה חווה היסטוריה של דפוס הורות אוין ואכזרי, מה שמקשה לו לומר האם התנהגות הילד היא זו שיצרה דפוס הורות שכזה או שהתנהגות הילד נובעת מדפוס הורות זה, או שזה שילוב של השניים. הדיאגנוזה צריכה להתקיים בין אם המטפל מתייחס לנסיבות ההפרעה ובין אם לא. במקרה בו הילד חיי תחת תנאים מחפירים וחווה הזנחה או חוסר טיפול, התייחסות קלינית לצמצום התנאים הללו יכולה בהחלט לעזור.

תכונות נלוות התומכות באבחון

הפרעת התנגדות מתריסה אצל ילדים ומתבגרים שכיחה יותר בקרב משפחות בהן רצף המטפל העיקרי השתנה או משפחות בהן דפוס החינוך והגידול התאפיין בצורה נוקשה, אכזרית, לא עקבית ומזניחה.

2 המצבים/ ההפרעות השכיחות ביותר שמתקיימות לצד הפרעת התנגדות מתריסה הם ADHD, ו CONDUCT DISORDER.

הפרעת התנגדות מתריסה נקשרת עם סיכון גבוה לניסיונות התאבדות. גם אם הפרעות נלוות אחרות מטופלות ומאוזנות.

שכיחות

שכיחות ההפרעה נעה בין 1%-11% כאשר השכיחות הממוצעת היא 3.3%. היקף ההפרעה יכול להישנות. הוא תלוי במין וגיל הילד. ניכר כי במידה מסוימת ההפרעה שכיחה יותר בקרב גברים (1:1.4) לפני גיל ההתבגרות. היתרון הגברי לא נמצא באופן מובהק במבדקים בקרב מתבגרים ומבוגרים.

התפתחות

הסימפטומים הראשוניים של הפרעת התנגדות מתריסה מופיעים לרוב בגיל הגן ולעיתים רחוקות מתחילים להופיע אחרי ההתבגרות המוקדמת. הפרעת התנגדות מתריסה לרוב מקדימה התפתחות של CONDUCT DISORDER, במיוחד אצל אלו עם התנהגות מתפרצת בילדות אך יחד עם זאת רבים עם ההפרעה, ילדים ומתבגרים, לא יפתחו לאחר מכן CONDUCT DISORDER.

בנוסף, הפרעת התנגדות מתריסה מגדילה את הסיכון להתפתחות הפרעת חרדה והפרעת דיכאון, גם בהיעדר CONDUCT DISORDER סימפטומים כגון ההתרסה, הווכחנות ונקמנות מהווים סיכון גבוה CONDUCT DISORDER בעוד שהסימפטומים שקשורים למצב רוח רגזי וכעוס מהווים סיכון גבוה להפרעות רגשיות. ילדים ומתבגרים עם הפרעת התנגדות תריסה נמצאים בסיכון מתגבר למספר בעיות הסתגלותיות כמבוגרים, כולל, התנהגות אנטיסוציאלית, בעיות שליטה בדחפים, שימוש בסמים, חרדה ודיכאון. הרבה מההתנהגויות הקשורות בהפרעת התנגדות מתריסה מתגברות בתדירותן במהלך תקופת הגן וההתבגרות. לכן זה קריטי במהלך תקופות התפתחות אלו שהעוצמה והתדירות של אותן התנהגויות תבחן ותיבדק ביחס למדדים נורמטיביים, לפני יקבע כי אלו תסמינים של הפרעת התנגדות מתריסה.

סיכון ומאפיינים פרוגנוסטיים

טמפרמנט : גורמים רגשיים שקשורים לבעיות בוויסות רגשי (רמות גבוהות של תגובתיות רגשית, יכולת התמודדות נמוכה עם תסכול)

סביבה : נוקשות, אכזריות ושיטת הורות שאינה עקבית ומזניחה נפוצה בקרב משפחות של ילדים ומתבגרים המאובחנים עם הפרעת התנגדות מתריסה. שיטות הורות משחקות תפקיד חשוב בנסיבות ההפרעה.

אפיונים גנטיים ופיזיולוגיים

מספר תופעות נוירוביולוגיות נקשרו עם ההפרעה (קצב לב נמוך יותר, מידת תגובה נמוכה יותר לקורטיזול, אי תקינות בקורטקס ואמיגדלה) אך חשוב לציין שמרבית המחקרים לא הפרידו ילדים עם הפרעת התנגדות מתריסה מילדים עם CONDUCT לכן זה לא ברור עם יש תופעות פיזיולוגיות ספציפיות לילדים עם הפרעת התנגדות מתריסה.

סוגיות באבחון בהקשר תרבותי

שכיחות ההפרעה אצל ילדים ומתבגרים באופן יחסי, הינה עקבית בין מדינות שנבדלות מבחינת גזע ותרבות.

השלכות תפקודיות של הפרעת התנגדות מתריסה

כשההפרעה מתקיימת במהלך ההתפתחות הסובלים ממנה חווים לעיתים קרובות קונפליקטים עם ההורים, המורים, חברים ובני זוג. עימותים אלו, לרוב, מובילים פגם משמעותי בהסתגלות הרגשית, חברתית, אקדמאית ומקצועית של אדם.

אבחנה מובדלת

CONDUCT DISORDER - הפרעה זו והפרעת התנגדות מתריסה קשורות שתיהן בבעיות התנהגות שמביאות את הסובל מהן לקונפליקטים עם מבוגרים ועם דמויות סמכות אחרות (מורים, מנהלים). ההתנהגויות של הפרעת התנגדות מתריסה הן פחות חמורות בטבען מאלו של CONDUCT. הן אינן כוללות אגרסיביות כפלי אנשים ובעלי חיים, השחתה של רכוש או דפוס התנהגות חוזר של גניבה ומרמה. בנוסף, הפרעת התנגדות מתריסה כוללת בעיות של וויסות רגשי שאינן חלק מההגדרה של CONDUCT.

ADHD - ADHA בדרך כלל נלווה להפרעת התנגדות מתריסה. בכדי לאבחן בנוסף גם את הפרעת התנגדות המתריסה חשוב לבדוק ולקבוע שהקושי של אותו אדם להיענות לבקשות של אחרים אינו מתבטא רק בסיטואציות בהן הוא נדרש להפגין מאמץ מתמשך ותשומת לב מתמשכת או סיטואציות בהן נדרש לשבת בשקט.

הפרעות דיכאון והפרעה זו קוטבית - הפרעות דיכאון והפרעה זו קוטבית לרוב מעורבות בהשפעה שלילית וברגזנות. כתוצאה מכך, דיאגנוזה של הפרעת התנגדות מתריסה אינה יכולה להתקיים אם הסימפטומים באים לידי ביטוי אך ורק במהלך אפיזודה של הפרעות מצב רוח.

Disruptive mood dysregulation disorder - הפרעת התנגדות מתריסה חולקת עם הפרעה זו את הסימפטומים של מצב רוח שלילי כרוני והתפרצויות זעם. למרות זאת, החומרה, התדירות והכרוניות של התפרצויות הזעם חמורות יותר בהפרעה זו מהפרעת התנגדות מתריסה. לכן, רק מיעוט של ילדים ומתבגרים שהתנהגותם מתאימה לקריטריונים של הפרעת התנגדות מתריסה יאובחנו גם בהפרעה זו. כאשר הפרעת המצב רוח חמורה מספיק כדי לענות לקריטריונים של DISRUPTIVE... לא ניתנת אבחנה של הפרעת התנגדות מתריסה גם אם מתקיימים כל הקריטריונים.

Intermittent explosive disorder - הפרעה זו גם כן מאופיינת במדדים גבוהים של כעס. למרות זאת, אנשים עם הפרעה זו מראים התנהגות אגרסיבית חמורה כלפי אחרים שאינם חלק מההגדרה של הפרעת התנגדות מתריסה.

Intellectual disability (intellectual development disorder) - עבור אנשים עם פיגור שכלי, אבחון של הפרעת התנגדות מתריסה ניתן רק במקרים בהם ההתנהגות המתריסה גבוהה באופן מיוחד ממה שנבדק בקרב אנשים שמשותווים בגיל השכלי ובחומרת הפיגור השכלי.

Language disorder - הפרעת התנגדות מתריסה צריכה להיבדל מהקושי בביצוע הוראות שנובע מבעיות הבנה ולקות בשפה (חירשות למשל).

Social anxiety disorder - הפרעת התנגדות מתריסה צריכה להיבדל מהתנגדות שנובעת מפחד מהערכה שלילית שקשורה בהפרעת חרדה חברתית.

תחלואה נלוות (COMORBIDITY)

שיעורים של הפרעת התנגדות מתריסה גבוהים הרבה יותר בקרב בדיקות של ילדים, מתבגרים ומבוגרים עם ADHD. את כנראה כתוצאה מגורמי סיכון רגשיים של שניהם. בנוסף, הפרעת התנגדות מתריסה לרוב מקדימה ל CONDUCT וילדים, מתבגרים ומבוגרים עם הפרעת התנגדות מתריסה נמצאים ברמת סיכון גבוהה להפרעות חרדה ודיכאון. מתבגרים ומבוגרים עם ההפרעה מראים גם שיעור גבוה של שימוש בסמים למרות שעדיין לא ידוע האם משתנה זה בלתי תלו בקו מורבידיות עם CONDUCT.

קריטריונים לאבחון

A. התפרצויות התנהגותיות חוזרות ונשנות, אשר מייצגים כשל ביכולת לשלוט בדחפים תוקפניים, אשר מתבטאים באחת מבין שתי הצורות.

▪ **תוקפנות מילולית** (התפרצויות זעם, תוכחות, ויכוחים או ריבים), או **תוקפנות פיזית** כלפי רכוש, חיות, או אנשים אחרים, אשר מתרחש לפחות **פעמיים בשבוע למשך תקופה של שלושה חודשים**. התוקפנות הפיזית אינה מתבטאת בפגיעה או הרס של רכוש, ואינה מתבטאת בפגיעה פיזית לבעלי חיים או אנשים אחרים.

▪ **שלוש** התפרצויות זעם אשר כוללות בתוכן, הרס או פגיעה ברכוש, ו/או פגיעה פיזית אשר כוללת בתוכה פציעה פיזית ממשית כנגד בעלי חיים או אנשים אחרים, אשר מתרחשות בתוך תקופת זמן של **12 חודשים**.

B. עוצמת התפרצות הזעם הבאה לדיי ביטוי במהלך ההתפרצות, אינה מותאמת לסיטואציה או למאפייני הלחץ הסביבתיים.

C. התפרצויות הזעם החוזרות ונשנות אינן מתוכננות מראש (הן אימפולסיביות ומבוססות כעס).

D. התפרצויות חוזרות מייצרות מצוקה באדם או ליקויים בתעסוקה, ו/או ביחסים הבין אישיים, כמו כן עלולים לייצר קשיים כלכליים ו/או השלכות חוקיות (כגון הסתבכות עם החוק, פתיחת תיקים פלילים ועוד).

E. הגיל הכרונולוגי הוא לפחות גיל 6 (או שלב התפתחותי זהה לגיל 6).

F. התפרצויות הזעם החוזרות אינן יכולות להיות מוסברות טוב יותר באמצעות הפרעות אחרות או נוספות (לדוגמא, דיכאון, הפרעה דו-קוטבית, הפרעה בוויסות מצבי רוח, התפרצויות פסיכוטיות, אישיות אנטיסוציאלית, הפרעת אישיות גבולית) ואינן משויכות למצב רפואי (טראומת ראש, אלצהיימר) או להשפעות של חומרים על הגוף (שימוש בסמים, טיפול תרופתי). לילדים מגיל 6-18 התנהגות תוקפנית אשר קורת כחלק מהפרעת התאמה (adjustment disorder) אינה יכולה להיכלל בדיאגנוסטיקה של הפרעה זו.

הערה: הדיאגנוסטיקה הזאת יכולה להתקבל **בנוסף** לדיאגנוסטיקה של הפרעת קשב וריכוז (והיפראקטיביות), הפרעת התנהגות, הפרעת התנגדות או רצף האוטיזם, כאשר התפרצויות הזעם הינן בנוסף להתפרצויות הקבועות אשר מאובחנות בהפרעות האחרות לפי השכיחות שלהן, ודורשות התערבות קלינית נוספת.

מאפייני ניתוח

התפרצויות הזעם בהפרעה זו המאופיינים כאימפולסיביים (או מבוססי כעס) מתבטאים בהתפרצות מהירה, לרוב ללא סממנים מקדימים או עם מעט מאוד סממנים מקדימים. ברוב המקרים ההתפרצות נמשכת כ-30 דק' ולרוב נגרמת כתגובה להתגרות מינורית, מאדם קרוב או שותף, קולגה ועוד'.

אבחנה מבדלת

- אבחנה זו לא אמורה להינתן כאשר קריטריון 1A וואו 2A מתרחשים בעת התפרצות המשויכת להפרעה נפשית אחרת.
- כאשר קיים מצב רפואי
- שימוש בסמים ותרופות
- גמילה מסמים
- אבחנה זו לא צריכה להינתן לילדים בגיל 6-18 כאשר ניתן לשייך התפרצויות אלו להפרעת התאמה (adjustment disorder).

אין לתת אבחנה זו כאשר קיימות האבחנות הללו :

- Disruptive mood dysregulation disorder
- Antisocial personality disorder
- Borderline personality disorder
- Delirium, major neurocognitive disorder
- ADHD
- Conduct disorder
- Oppositional defiant disorder
- Autism spectrum disorder

A. דפוס התנהגות עקבי חוזר ומתמשך שבו הזכויות הבסיסיות של אחרים או נורמות חברתיות תואמות גיל עיקריות, או כללים, מופרים, כפי שבאו לידי ביטוי בלפחות שלושה מתוך 15 הקריטריונים במשך 12 חודשים מתוך כל אחת מהקריטריונים למטה, כאשר לפחות אחד הקריטריונים התקיים למשך 6 חודשים:

תוקפנות לאנשים ולחיות

1. לעתים קרובות בריונים, מאיימים, או מטילים אימה על אחרים.
2. לעתים קרובות יוזם קרבות פיזיים.
3. השתמשו בנשק שיכול לגרום לנזק גופני חמור לאחרים (למשל, מחבט, לבנים, בקבוק שבור, סכין, אקדח).
4. היה אכזרי פיזית לאנשים.
5. היה אכזרי פיזית לבע"ח.
6. גנב/גזל תוך התמודדות עם קורבן (למשל שוד, חטיפת ארנק, סחיטה, שוד מזוין).
7. אילץ מישהו לפעילות מינית

הרס של רכוש

8. עוסק במתכוון במסגרת/סביבת אש מתוך כוונה של גרימת נזק חמור.
9. באופן מכוון הרס רכוש אחרים (שלא ע"י הפעלת/מסגרת אש).

מרמה או גנבה

10. פרץ לבית של מישהו אחר, בנין או מכונית.
11. לעתים קרובות משקר כדי להשיג סחורות (goods) או טובת הנאה או מעדיף להימנע מהתחייבויות (כלומר "חסרונות" אחרים).
12. גנב פריטים בעלי ערך לא טריוויאלי מבלי להתעמת עם הקורבן (לדוגמא, גניבה מחנויות, אך ללא פריצה; זיוף).

הפרות חמורות של חוקים

13. לעתים קרובות נשאר בחוץ בלילה למרות איסורי הורים, מתחיל לפני גיל 13.

14. ברח מהבית בין לילה לפחות פעמיים בזמן שגר עם ההורים או בבית ההורים הפונדקאים, או פעם אחת מבלי לחזור לתקופה ארוכה.

15. לעתים קרובות בורח מביה"ס, מתחיל לפני גיל 13.

B. ההפרעה בהתנהגות גורמת לפגם משמעותי מבחינה קלינית בתפקוד החברתי, אקדמי או תעסוקתי.

C. אם היחיד הוא בן 18 ומעלה, קריטריונים לא ייענו להפרעת אישיות אנטיסוציאלית.

מאפיין/ציין אם:

312.81(91.1F) סוג של תחילת הילדות: אנשים הראו לפחות אחד מהסימפטומים המאפיינים של הפרעת ההתנהגות לפני גיל 10.

312.81(91.2F) סוג של תחילת גיל ההתבגרות: אנשים הראו שום סימפטומים מאפיינים של הפרעת התנהגות לפני גיל 10.

312.89(91.9F) הופעה לא מוגדרת: קריטריון עבור אבחנה של הפרעת התנהגות נמצא, אבל אין מספיק אינפורמציה זמינה בכדי לקבוע אם ההתחלה של הסימפטום הראשון היה לפני או אחרי גיל 10.

ציין אם:

עם רגשות פרו-חברתיות מוגבלות: עבור מאפיין זה אצל האדם היה חייב היה להופיע לפחות שניים מהקריטריונים הבאים באופן עקבי למשך לפחות 12 חודשים, במערכות יחסים/ומסגרות מרובות. מאפיינים אלו משקפים את דפוס האינדיבידואל של תפקודים רגשיים ובינאישיים לאורך תקופה זו ולא רק מפגשים מזדמנים בכמה סיטואציות. לכן, כדי ליישם הקריטריון למאפיין, יש צורך במגוון מקורות מידע. בנוסף לדיווח העצמי של הפרט, חשוב להעריך דיווחים של אחרים אשר מכירים את הפרט לאורך זמן (לדוגמא, הורים, מורים, עמיתים לעבודה, משפחה מורחבת, קבוצת השווים).

העדר חרטה או אשמה: לא מרגיש רע או אשם כאשר עושה משהו רע (לא לכלול חרטה שמופיעה רק כאשר נתפס ו/או צפוי לעונש). האינדיבידואל מראה חוסר עניין כללי בנוגע להשלכות השליליות של מעשיו. לדוגמא, האינדיבידואל לא חש חרטה אחרי שפגע במישהו או שלא אכפת לו מההשלכות של שבירת כללים.

קשוח- העדר אמפטיה: מתעלם ולא מתעניין ברגשות אחרים. האדם מתואר כקר ואדיש. האדם נראה יותר מתעניין בנוגע להשפעות/תוצאות של מעשיו על עצמו, יותר מאשר לתוצאות על אחרים, אפילו כאשר המעשים מסתיימים בנזק משמעותי לאחרים.

לא מתעניין בהופעה: לא מביע עניין בנוגע להופעה דלה/בעייתית בביה"ס, בעבודה, או בפעילויות חשובות נוספות. האדם לא הציג מאמץ הכרחי כדי להראות טוב, אפילו כשהציפיות ברורות, ובד"כ מאשים אחרים בהופעה הדלה שלו.

אפקט רדוד או חסר: לא מביע רגשות או מראה תחושות/רגשות לאחרים, חוץ מדרכים שנראות רדודות, לא כן, או שטחי (לדוגמא, מעשים שמנוגדים לרגשות שמוצגים, יכול "להדליק" "ולכבות" רגשות במהירות) או כאשר ביטויים רגשיים מופיעים כדי לזכות (לדוגמא, רגשות מוצגים כדי לתחמן או לאיים על אחרים).

מאפיין חומרה נוכחי:

מתון: מעט אם בכלל בעיות ההתנהגות הקיימות בכדי לאבחן נמצאות, ובעיות ההתנהגות יוצרות, באופן יחסי, נזק קטן לאחרים (לדוגמא, משקר, השתמטות/היעדרות, נשאר בחוץ אחרי חשכה בלי הסכמה, שבירת כללים נוספים).

בינוני: מספר בעיות ההתנהגות והשפעתם על אחרים הוא ביניים בין אלו ששווה מתון לאלו ששווה חמור (לדוגמא, לגנוב מבלי להתעמת עם הקורבן, ונדליזם).

חמור: בעיות התנהגות רבות בנוסף לאלו הנדרשות בכדי לאבחן קיימות, או שבעיות ההתנהגות גורמות נזק רב לאחרים (לדוגמא, מין כפוי, אכזריות פיזית, שימוש בנשק, גניבה תוך כדי עמידה מול הקורבן, פריצה).

פירומניה - Pyromania

קריטריונים לאבחון:

- א. יותר ממקרה אחד של הצתת אש מכוונת או מחושבת.
- ב. התעוררות או מתח לפני מעשה ההצתה.
- ג. קסם, עניין, סקרנות או משיכה לאש ומצבים להם קשורה (לדוגמא: אביזרים הקשורים לאש, שימושים באש, תוצאות האש).
- ד. הנאה, סיפוק או רגיעה בעת הצתת האש או כאשר האדם נמצא כעד ראייה או נוטל חלק בתוצאות ההצתה.
- ה. הצתת האש לא נעשית: לרווח כספי, לביטוי אידיאולוגיות חברתיות-פוליטיות, להסתרת פעילות קרימינלית, לבטא כעס או נקמה, לשיפור תנאי חיים של מישור, כמענה לדילוזיה או הלוצינציה או כתוצאה של שיפוט לקוי (לדוגמא בהפרעה נוירו-קוגניטיבית, נכות אינטלקטואלית/שכלית-הפרעה התפתחותית אינטלקטואלית, הרעלת תוכן).
- ו. הצתת האש לא יכולה להיות מוסברת טוב יותר ע"י הפרעת התנהגות (conduct disorder), אפיזודה מאנית או הפרעת אישיות אנטיסוציאלית.

קלפטומניה - Kleptomania

- א. כישלון חוזר לעמוד בפני דחפים לגנוב חפצים שאינם נחוצים לשימוש אישי ואף לא בשל ערכם הכספי.
- ב. תחושה גוברת של מתח באופן מיידי לפני ההודאה בגניבה.
- ג. הנאה, סיפוק או הקלה בזמן ההודאה בגניבה.
- ד. הגניבה לא בהכרח מבטאת כעס או נקמה והיא לא תגובה של דלוזיה או הלוצינציה.
- ה. לא ניתן להסביר את הגניבה טוב יותר על ידי הפרעת התנהגות (conduct disorder), אפיזודה מאנית או הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית.

נוספים - Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder

קטגוריה זו חלה על מצגים (presentation) שבהן מופיעים סימפטומים של : , disruptive, impulse-control , conduct disorder שגורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לפגיעה בתפקודים חברתיים, תעסוקתיים או בתחומי תפקוד חשובים אחרים, אבל אינם עונים על כל הקריטריונים האבחנתיים של ההפרעות הנ"ל.

הקטגוריה הנוספת שראויה לציון של הפרעות : disruptive, impulse control, and conduct disorder נפוצה במצבים בהם הקלינאי בוחר לבטא את הסיבה הספציפית לכך שהמצג אינו נותן מענה לקריטריונים לאחת מההפרעות הנ"ל.

הספקטרום הסכיזופרני והפרעות פסיכוטיות אחרות

Schizophrenia Spectrum & Other Psychotic Disorders

הפרעת דלוזיות – Delusional Disorder

סימון: 297.1 (F22)

קריטריונים לאבחון:

- א. נוכחות של מחשבת שווא אחת (או יותר) עם משך זמן של חודש או יותר .
- ב. קריטריון A (בהמשך) של סכיזופרניה מעולם לא נפגש .
הערה: הזיות , אם קיימות, אינן בולטות וקשורות למחשבת שווא של אותו נושא (למשל, התחושה של להיות נגוע בחרקים קשורה למחשבת שווא של נגיעות).
- ג. מלבד ההשפעה של המחשבת שווא או השלכותיה, תפקודו אינו ניכר לקוי, וההתנהגות היא לא מוזרה או משונה.
- ד. אם יש מאניה או אפיזודות דיכאון, ההזיות יהיו יחסית למשך תקופות קצרות.
- ה. ההפרעה אינה מיוחסת להשפעות הפיזיולוגיות של חומר או מצב רפואי אחר ואינו מוסבר טוב יותר על ידי הפרעה נפשית אחרת , כגון כהפרעת body dysmorphic או הפרעת אובססיבית כפייתית .

יש לציין אם:

- **Erotomanie type**: תת סוג זה חל כאשר הנושא המרכזי במחשבת השווא הוא שאדם אחר מאוהב בו או במשהו אחר.
- **סוג גרנדיוזי**: תת סוג זה חל כאשר הנושא המרכזי במחשבת השווא הוא הרשתות של בעל כשרון כמה גדול (אבל לא מוכר) או תובנה או שיש עשתה תגלית חשובה.
- **סוג Jealous**: תת סוג זה חל כאשר הנושא המרכזי במחשבת השווא הוא שבן הזוג או המאהב שלו או שלה בגד בו או בה.

- **סוג רדיפה:** תת סוג זה חל כאשר הנושא המרכזי במחשבת השווא שנכנסה האמונה על מישהו או מישהי שהתנכל, רימה, ריגל אחריו, הורעל או סומם, הושמץ בזדון, הוטרד, או שנחסם או נרדף אחריו מטרותיו לטווח ארוך.
- **סוג סומטי:** תת סוג זה חל כאשר הנושא המרכזי של המחשבת שווא כרוך בתפקודי גוף או תחושות גוף.
- **סוג מעורב:** תת סוג זה חל כאשר יש כמה מחשבות ואין נושא אחד הזוי ששולט.
- **סוג רוחב:** תת סוג זה חל כאשר מחשבת השווא הדומיננטית לא יכולה בבירור להיות מתוארת בסוגים המסוימים כנ"ל.

ציין אם:

תוכן מוזר: מחשבות שווא נחשבות מוזרות אם הן בלתי סבירות באופן ברור, לא מובנות, ולא נובעות מחוויות חיים רגילות (למשל, אדם נהיה שמח ששומע על אדם זר שהסיר את איבריו הפנימיים שלו והחליף אותם עם איבריו של אחד אחר מבלי להשאיר פצעים או צלקות).

ציין אם:

מאפייני מהלך המחלה הבאים הם רק לאחר משך של שנה בהפרעה:

- **אפיזודה ראשונה, כיום באפיזודה אקוטית:** ביטוי ראשון של ההפרעה תואמת לסימפטום שהוגדר בדיאגנוזה וקריטריון הזמן. אפיזודה אקוטית היא תקופת זמן שבה מתממשים ומופיעים קריטריוני הסימפטום.
- **אפיזודה ראשונה, כיום במצב של הפוגה חלקית (remission):** הפוגה חלקית היא תקופת זמן שבמהלכה מושג שיפור לאחר אפיזודה קודמת ושבה הקריטריונים המגדירים של ההפרעה מופיעים חלקית.
- **אפיזודה ראשונה, כיום בהפוגה מלאה:** הפוגה מלאה היא תקופת זמן לאחר אפיזודה קודמת שבמהלכה סימפטומים של ההפרעה אינם קיימים.
- **אפיזודות מרובות, כיום באפיזודה אקוטית.**
- **אפיזודות מרובות, כיום בהפוגה חלקית.**
- **אפיזודות מרובות, כיום בהפוגה מלאה.**

■ **המשכיות:** הסימפטומים התואמים את הקריטריונים של התסמינים המאובחנים של ההפרעה נשארים למשך מרבית מהלך המחלה, עם תקופות שבהן ישנו סימפטום תת סיפי מאד קצר באופן יחסי למהלך הכולל של המחלה.

ציין מידת חומרה נוכחית:

החומרה נמדדת היא על ידי הערכה כמותית של הסימפטומים העיקריים של פסיכוזה, כולל מחשבות שווא, הזיות, דיבור לא מאורגן, התנהגות פסיכומטורית אבנורמלית, ותסמינים שליליים. כל אחד מתסמינים אלו עשויים להיות נצפה במידת החומרה הנוכחית שלו (החמור ביותר ב- 7 הימים האחרונים) בסולם של 5 דרגות הנעים מ-0 (לא נוכח) ועד 4 (נוכח וחמור).

הערה: אבחון של הפרעה של מחשבות שווא יכול להתבצע ללא שימוש במצוין מידת חומרה זו.

הפרעה פסיכוטית קצרה – Brief Psychotic Disorder

א. קיימים אחד או יותר מהסימפטומים הבאים. לפחות אחד מהסימפטומים הבאים (1, 2 או 3) חייב להתקיים:

1. דלוזיות (מחשבות שווא)
2. הלוצינציות (הזיות קוליות)
3. דיבור לא מאורגן (למשל לעתים תכופות ירידה מהפסים או חוסר קוהרנטיות [אין קשר בין המילים]).
4. התנהגות מוגזמת, לא מאורגנת או קטטונית.

שים לב: אין לכלול את הסימפטום אם הוא תגובה מקובלת מבחינה תרבותית.

ב. משך האפיזודה של ההפרעה הוא לפחות יום אחד אבל פחות מחודש, תוך חזרה מלאה לרמת תפקוד פרה-מורבידית.

ג. לא ניתן להסביר את ההפרעה טוב יותר באמצעות דיכאון מאגורי או הפרעה ביפולארית עם סמנים פסיכויים או הפרעה פסיכוטית אחרת כמו סכיזופרניה או קטטוניה. כמו כן ההפרעה לא מיוחסת להשפעות פסיכולוגיות של חומר (למשל שימוש לרעה בסמים, תרופות) או מצב רפואי אחר.

יש לציין אם:

עם גורם לחץ ניכר (BRIEF REACTIVE PSYCHOSIS) : אם הסימפטומים מופיעים בתגובה לאירועים, שבאופן נפרד או ביחד, יהיו מלחיצים באופן ניכר כמעט עבור כל אחד בנסיבות דומות בתרבות האנושית.

ללא גורם לחץ/גורמי לחץ נראה לעין: אם הסימפטומים אינם מתקיימים בתגובה לאירועים שבאופן נפרד או ביחד יהיו מלחיצים באורח ניכר כמעט כל אחד בתרבות הפרט.

לאחר הלידה (postpartum onset) – כאשר ההתחלה הינה במהלך היריון או תוך כדי 4 שבועות לאחר הלידה.

יש לציין אם:

עם קטטוניה- (מתייחס לקריטריונים של קטטוניה המתקשרים להפרעה נפשית אחרת).

ציון חומרה נוכחית: החומרה מדורגת על פי הערכה כמותית של הסימפטומים העיקריים של פסיכוזה, לרבות דלוזיות, הלוצינציות, דיבור לא מאורגן, התנהגות פסיכו מוטורית אבנורמלית וסימפטומים שליליים. כל אחד מהסימפטומים הללו יכול להיות מדורג בשל דרגת החומרה שלו (הכי חמור במהלך השבוע האחרון) על גבי סולם של 5 דרגות – החל מ-0 (לא קיים) ל-4 (קיים וחמור).

שים לב: האבחנה של הפרעה פסיכוטית קצרה יכולה להיעשות ללא השימוש בסממני חומרה אלה (דהיינו ב-specifier).

הפרעת סכיזופרניפורם – Schizophreniform

- A. שתיים (או יותר) מהבאים, כל אחד מהם נכח משמעותית במהלך תקופה של חודש אחד (או פחות אם טופל בהצלחה). לפחות אחד מהבאים חייב להיות (1), (2), או (3):
1. דלוזיות.
 2. הזיות (הלוצינליות).
 3. דיבור לא מאורגן (למשל השמטות בתדירות גבוהה (derailment) או חוסר קוהרנטיות-בלבול).
 4. התנהגות לא מאורגנת באופן קיצוני, או קטטונית.
 5. תסמינים שליליים (למשל, דיבור רגשי מונמך או avolition=חוסר הנעה או מוטיבציה).

- B. אפיזודה של ההפרעה נמשכת לפחות חודש אחד אבל פחות מ- 6 חודשים. כאשר הדיאגנוזה חייבת להיעשות בלי לחכות להחלמה, היא צריכה להיות מסויגת כ"זמנית".
- C. הפרעה סכיזואפקטיבית והפרעת דכאון או הפרעה ביפולארית עם מאפיינים פסיכויטיים נשללו, כי או (1) אפיזודות של דיכאון מז'ורי או מאניה לא הופיעו ביחד עם התסמינים בשלב האקטיבי, או (2) אם הופיעו אירועי מצב-רוח במקביל לתסמיני השלב הפעיל, הם הופיעו למשך זמן מינורי מסך הכל פרק הזמן של תקופות המחלה הפעילה והשרידית.
- D. ההפרעה אינה מיוחסת להשפעותיו הפיסיוולוגיות של חומר כלשהו (למשל סמים, תרופות) או ממצב רפואי אחר.

ציין אם:

עם פרוגנוזה טובה: מאפיין זה מצריך נוכחות של לפחות שניים מהבאים: הופעה בולטת של סימפטומים פסיכויטיים בתוך 4 שבועות מתחילת השינויים הנראים בהתנהגות לא רגילה או בתפקוד; בלבול או מבוכה; תפקוד תעסוקתי וחברתי טוב מלפני המחלה; והעדר אפקט שטוח או קהה.

ללא פרוגנוזה טובה: כאשר שניים או יותר מהמאפיינים לעיל לא התקיימו.

ציין אם:

עם קטטוניה (מתייחס לקריטריון הקטטוניה הקשור עם מחלה נפשית אחרת, להגדרה, עמ' 61-60).

ציין מידת חומרה נוכחית:

החומרה נמדדת על ידי הערכה כמותית של הסימפטומים העיקריים של פסיכוזה, כולל דלוזיות, הלוצינציות, דיבור לא מאורגן, התנהגות פסיכומוטורית אבנורמלית, ותסמינים שליליים. כל אחד מהסימפטומים האלה עשוי להיות נצפה במידת החומרה הנוכחית שלו (הכי חמור בשבעת הימים האחרונים) **בסולם של 5 דרגות מ-0** (לא נוכח) ועד **4 (נוכח וחמור)**.

שם לב: אבחון ההפרעה יכול להיעשות ללא שימוש בציין מידת החומרה.

A. תסמינים אופייניים: שניים (או יותר) מהתסמינים שלהלן, שכל אחד מהם קיים חלק ניכר מן הזמן לאורך תקופה של חודש אחד (או פחות, אם טופל בהצלחה). חייב להופיע לפחות אחד מהבאים 1, 2 או 3:

1. הרהורי-שווא (דלוזיות)
2. הזיות (הלוצינציות)
3. דיבור לא-מאורגן (השמטות בתדירות גבוהה (derailment) או חוסר קוהרנטיות)
4. התנהגות לא מאורגנת באופן קיצוני, או קטטונית
5. תסמינים שליליים (דיבור רגשי מונמך או avolition=חוסר הנעה או מוטיבציה)

B. בחלק ניכר מהזמן שחלף מאז פרוץ ההפרעה רמת התפקוד בתחום עיקרי אחד או יותר כגון עבודה, יחסים בינאישיים, או דאגה לצרכים האישיים, נופלת במידה ניכרת מזו שהושגה לפני התפרצות ההפרעה (או, אם ההתפרצות חלה בילדות או בגיל ההתבגרות, חוסר יכולת להגיע לרמה הצפויה ביחסים בינאישיים, בלימודים או בעבודה).

C. משך: סימנים מתמשכים להפרעה מתמידים לפחות במשך שישה חודשים. תקופה זו של שישה חודשים חייבת לכלול לפחות חודש אחד של תסמינים (או פחות, אם טופלו בהצלחה) המתאימים לקריטריון א', (כלומר תסמינים של השלב הפעיל) ויכולה לכלול תקופות של תסמינים מבשרי-מחלה או שרידיים. בתקופות מבשרות מחלה או בעלות שרידי מחלה אלה, סימני ההפרעה יכולים להתבטא בתסמינים שליליים בלבד או בשניים או יותר מן התסמינים המפורטים בקריטריון א' בצורה ממותנת (למשל אמונות מוזרות או התנסויות תפיסתיות יוצאות-דופן).

D. שלילת הפרעה סכיזואפקטיבית והפרעת מצב-רוח: הפרעה סכיזואפקטיבית והפרעת דכאון או ביפולארית נשללו, כי (1) אפיזודות של דיכאון מזיורי או מאניה לא הופיעו ביחד עם התסמינים בשלב האקטיבי, או (2) אם הופיעו אירועי מצב-רוח במקביל לתסמיני השלב הפעיל, הם הופיעו למשך זמן מינורי מסך הכל פרק הזמן של תקופות המחלה הפעילה והשרידית.

E. שלילת שימוש בחומרים / מצב רפואי כללי : ההפרעה אינה מיוחסת להשפעותיו הפיסיולוגיות של חומר כלשהו (כגון סם או תרופה) או ממצב רפואי אחר.

F. קשר להפרעת התפתחות רחבת-היקף : אם יש היסטוריה של הפרעת הספטריום האוטוסיטי או פרוץ הפרעת תקשורת של הילדות, תינתן אבחנה נוספת של סכיזופרניה, רק אם קיימים הרהורי-שווא או הזיות בולטים, בנוסף לסימפטומים אחרים שדרושים לסכיזופרניה, והמתקיימים במשך חודש אחד לפחות (או פחות, אם טופלו בהצלחה).

ציין אם :

מאפייני מהלך המחלה הבאים יהיו בשימוש רק לאחר פרק זמן של שנה מהמחלה, ואם אינם עומדים בסתירה לקריטריוני האבחון של מהלך המחלה :

- אפיזודה ראשונה, כיום באפיזודה אקוטית : אינדיקציה/מצג ראשון של ההפרעה התואמים לסימפטום שהוגדר בדיאגנוזה וקריטריון הזמן. אפיזודה אקוטית היא תקופת זמן שבה מתממשים ומופיעים קריטריוני הסימפטום.
- אפיזודה ראשונה, כיום בהפוגה (remission) חלקית : הפוגה חלקית היא תקופת זמן שבמהלכה מושג שיפור לאחר אפיזודה קודמת ושבה הקריטריונים המגדירים של ההפרעה מופיעים חלקית.
- אפיזודה ראשונה, כיום בהפוגה מלאה : הפוגה מלאה היא תקופת זמן לאחר אפיזודה קודמת שבמהלכה סימפטומים של ההפרעה אינם נוכחים.
- אפיזודות מרובות, כיום באפיזודה אקוטית : אפיזודות מרובות, עשויות להקבע לאחר מינימום של 2 אפיזודות (כלומר, לאחר האפיזודה הראשונה, הפחתה, ומינימום מעידה/חזרה אחת).
- אפיזודות מרובות, כיום בהפוגה חלקית
- אפיזודות מרובות, כיום בהפוגה מלאה :
- המשכיות : הסימפטומים התואמים את הקריטריונים של התסמינים המאובחנים של ההפרעה נשארים למשך מרבית מהלך המחלה, עם תקופות שבהן ישנו סימפטום תת סיפי מאוד קצר באופן יחסי למהלך הכולל של המחלה.

אין צורך לפרט :

- עם קטטוניה (בהתייחס לקריטריון הקטטוניה הקשור עם מחלה נפשית אחרת, להגדרה, עמ' 119-120)

ציין מידת חומרה נוכחית :

החומרה נמדדת על ידי הערכה כמותית של הסימפטומים העיקריים של פסיכוזה, כולל דלוזיות, הלוצינציות, דיבור לא מאורגן, התנהגות פסיכומטורית אבנורמלית, ותסמינים שליליים. כל אחד מהסימפטומים האלה עשוי להיות נצפה במידת החומרה הנוכחית שלו (הכי חמור בשבעת הימים האחרונים) בסולם של 5 דרגות מ-0 (לא נוכח) ועד 4 (נוכח וחמור).

אבחון סכיזופרניה יכול להעשות ללא השימוש בציין מידת החומרה.

Schizoaffective Disorder – הפרעת סכיזואפקטיבית

קריטריונים לאבחון

A. תקופה רציפה של מחלה במהלכה מתרחשת אפיזודת מצב רוח (דיכאון מזוירי או מאניה) בו זמנית עם קריטריון A של סכיזופרניה.

הערה : אפיזודת הדיכאון המזוירי חייבת לכלול את קריטריון 1A – מצב רוח דכאוני

B. דלוזיות או הלוצינציות במהלך שבועיים או יותר בהעדר אפיזודת המצב רוח (מאנית או דכאונית), במהלך תקופת החיים של המחלה

C. סימפטומים מתוך הקריטריון של אפיזודת מצב רוח מתקיימים ברוב התקופה הפעילה של המחלה

D. המחלה אינה בעקבות אפקט של שימוש בחומרים (סמים או תרופות) או מצב רפואי אחר

פרוט תת סוגים :

סוג ביפולרי – תת סוג זה מאובחן אם אפיזודה מאנית היא חלק ממצג המחלה. אפיזודה דיכאונית גם יכולה להופיע

סוג דכאוני – תת סוג זה מאובחן במקרה שרק דיכאון מזוירי הוא חלק ממצג המחלה

פרוט אמ:

עם קטטוניה (מתייחס לקריטריון לקטטוניה הקשורה להפרעה נפשית אחרת עמ' 119-120)

פרוט אמ:

האבחנות הבאות יכולות להיות בשמוש רק אחרי שנה של המחלה ואם לא סותרות את הקריטריון האבחוני:
אפיזודה ראשונה המופיעה באפיזודה אקוטית – המצג הראשוני של ההפרעה פוגש את הסמפטום המאובחן ואת זמן הקריטריון. אפיזודה אקוטית היא תקופת זמן בה הקריטריון הסימפטומטי הוא מלא.
אפיזודה ראשונה המופיעה ברמיסיה חלקית – רמיסיה חלקית היא תקופת זמן בה חל שיפור אחרי אפיזודה קודמת ובה הקריטריון המגדיר של ההפרעה מתמלא באופן חלקי
אפיזודה ראשונה המופיעה ברמיסיה מלאה – רמיסיה מלאה היא תקופת זמן לאחר אפיזודה קודמת בה לא קיימים כלל סימפטומים

אפיזודות מרובות, מופיעות באפיזודה אקוטית – יכולות להקבע לאחר מינימום של שתי אפיזודות (למשל, אפיזודה ראשונה, רמיסיה ואז מינימום של שנות אחת)

אפיזודות מרובות, מופיעות ברמיסיה חלקית

אפיזודות מרובות מופיעות ברמיסיה מלאה

מתמשכים : הסימפטומים תואמים את קריטריון האבחון הסימפטומטי של ההפרעה נשארים ברוב מהלך המחלה, עם תקופות סימפטומים תת סיפיות קצרות ביותר ביחס למהלך הכולל

חומרה: חומרה נקבעת ע"י שאלון כמותי של הסימפטומים המרכזיים של הפסיכוזה כולל דלוזיות והלוצינציות, דיבור לא מאורגן, התנהגות פסיכו מוטורית אבנורמלית וסימפטומים שליליים. כל אחד מהסימפטומים האלה מדורג לפי חומרתו (הכי חמור בשבעה ימים האחרונים) בסקלה של 0-4 (0-לא מופיע, 4-חמור).
 אבחון הפרעה סכיזואפקטיבית יכול להיעשות ללא שימוש בקריטריון החומרה

מרכיבים אבחוניים

אבחון הפרעה סכיזואפקטיבית מבוסס על הערכה של תקופה רציפה של מחלה בה האדם מציג סימפטומים פעילים או חלקיים של מחלה פסיכוטית. האבחנה היא בדרך כלל, אך לא בהכרח, נעשית במהלך התקופה הפסיכוטית של המחלה. לעיתים במהלך התקופה, קריטריון A של סכיזופרניה מתקיים. קריטריון B (חוסר תפקוד חברתי) וקריטריון F (הפרעה על הקשת האוטיסטית או הופעה של הפרעת תקשורת אחרת בילדות) של סכיזופרניה לא חייבים להתקיים. בנוסף לקריטריון A לסכיזופרניה מתקיימת אפיזודת מצב רוח (קריטריון A להפרעה סכיזואפקטיבית). בגלל שהעדר עניין או הנאה נפוץ בסכיזופרניה, על מנת לקיים את קריטריון A להפרעה סכיזואפקטיבית האפיזודה של הדיכאון המזוירי אמורה לבטא מצב רוח דכאוני נרחב לאורך זמן. אפיזודות של דכאון או מאניה מופיעות ברוב התקופה כולה של המחלה (לאחר שהופיע קריטריון A) (קריטריון C להפרעה סכיזואפקטיבית). כדי להפריד הפרעה סכיזואפקטיבית מדיכאון או הפרעה ביפולרית עם מרכיבים פסיכויים, דלוציות או הלוצינציות חייבות להופיע לפחות שבועיים בהעדר אפיזודת מצב הרוח (דיכאוני או מאני) בנקודה מסוימת במהלך משך תקופת החיים של המחלה (קריטריון B להפרעה סכיזואפקטיבית). הסימפטומים לא יכולים להיות מיוחסים לאפקטים של חומרים או מצב רפואי אחר (קריטריון D להפרעה סכיזואפקטיבית).

Bipolar and Related Disorders

אפיזודה דכאונית – Major Depressive episode

A. 5 (או יותר) מהסימפטומים הבאים הופיעו במהלך 2 שבועות ומייצגים שינוי מהתפקוד הקודם: לפחות אחד מהסימפטומים הוא **או** מצב תת דכאוני **או** איבוד עניין או הנאה.

הערה: אל תכלול סימפטומים שבבירור יש ליחסם למצב רפואי אחר.

1. מצב רוח דכאוני רוב היום, כמעט כל היום, לפי אינדיקציה של דו"ח סובייקטיבי (לדוגמא, מרגיש עצוב, ריקני, חסר תקווה) **או** אבחנה שנעשתה על ידי אחרים (לדוגמא, מופיע כשהוא מלא דמעות). **(הערה:** אצל ילדים ומתבגרים יכול להיות מצב רוח עצבני).

2. עניין או הנאה ירודים באופן ניכר, בכל או כמעט בכל פעילויות רוב היום, כמעט כל יום (על ידי אינדיקציה של דו"ח סובייקטיבי או תצפית).

3. אובדן משקל משמעותי כאשר לא עושים דיאטה או מעלים במשקל (לדוגמא, שינוי של יותר מ-5% ממשקל הגוף במשך חודש) או ירידה או עליה בתיאבון, כמעט בכל יום. **(הערה:** בילדים יש לקחת בחשבון גם אי הצלחה לעלות במשקל כפי שמצופה)

4. אינסומניה או היפרסומניה כמעט בכל יום

5. התרגשות/תסיסה (agitation) או עיכוב/איחור (retardation) פסיכומטורי כמעט בכל יום (נצפה על ידי אחרים, או רק תחושות סובייקטיביות של חוסר מנוחה או היתו איטי יותר).

6. עייפות (fatigue) או אובדן אנרגיה כמעט כל יום

7. תחושות של חוסר ערך או אשמה מוגזמת או לא מותאמת (שיכולה להיות דלזיונית) כמעט בכל יום (לא רק גינוי עצמי- self reproach או אשמה לגבי היותו חולה).

8. יכולת מופחתת לחשוב או להתרכז או חוסר החלטיות - indecisiveness, כמעט בכל יום (על ידי דו"ח סובייקטיבי או כפי שנצפה על ידי אחרים)

9. מחשבות חוזרות על מוות (לא רק פחד מלמות), מחשבות אובדניות (suicidal ideation) חוזרות ללא תכנית ספציפית, או ניסיון להתאבדות או תכנית ספציפית לביצוע התאבדות.

10. הסימפטומים גורמים למצוקה (distress) משמעותית קלינית או ליקוי תעסוקתי או חברתי, או בתחומים חשובים אחרים בתפקוד.

11. האפיזודה אינה קשורה להשפעות פיזיולוגיות של חומרים או מצב רפואי אחר.

הערה: קריטריונים A-C מהוות אפיזודות דיכאון מאז'ורי. הפרעות דיכאון מאז'ורי הן שכיחות בהפרעה ביפולארית 1, אך הן לא נדרשות לצורך האבחנה של הפרעה ביפולארית 1.

הערה: תגובות לאובדן משמעותי (לדוגמא, שכול, כסף, אבדות מאסון טבע, מחלה רפואית קשה או חוסר יכולת) עלולות לכלול את התחושות של עצב עז (intense), הרהורים על האובדן, אינסומניה- נדוני שינה, חוסר תיאבון, ירידה במשקל שצוינו בקריטריון A, **העלולים להיות דומים לאפיזודת דיכאון. על אף שהסימפטומים אלה עשויים להיות מובנים או נחשבים למותאמים לאובדן, ההופעה של אפיזודת דיכאון מאז'ורי בנוסף לתגובה הנורמלית לאובדן משמעותי צריכה להילקח בחשבון.** החלטה זו, בואפן בלתי נמנע דורשת הפעלת שקול דעת קליני, המבוסס על ההיסטוריה של האדם ונורמות תרבותיות לביטוי המצוקה בקונטקסט האובדן.

אפיזודה מאנית – Manic episode

A. תקופה מובחנת של אבנורמליות ומצב רוח שהוא באופן עקבי מרומם מוגזם או עצבני ואנרגיה או פעילות מכוונת מטרה ומתמידה ועולה באופן עקבי ואבנורמלי. נמשכת לפחות **שבוע**, מופיעה למשך רוב היום, כמעט כל יום (או למשך כל זמן שהוא, אם אשפוז הכרחי).

B. במהלך תקופת הפרעות מצב הרוח והפעילות או האנרגיה המוגברות, 3 (או יותר) מהסימפטומים 4) אם מצב הרוח הוא רק עצבני) מתקיימים במידה משמעותית ומייצגים שינוי הנראה לעין מההתנהגות הרגילה:

1. הערכה עצמית מופרזת או גרנדיוזיות

2. ירידה בצורך לישון (למשל, מרגיש שנח רק אחרי 3 שעות שינה).
 3. פטפטן יותר מהרגיל או לחוץ להמשיך לדבר
 4. Flight of ideas - טיסת רעיונות או חוויה סובייקטיבית שהמחשבות רצות.
 5. Distractibility - מוסחות (כלומר, תשומת לב שנמשכת בקלות מידי לגורם חיצוני שהוא לא חשוב או לא רלוונטי) שנצפתה או דווחה.
 6. עליה בפעילות מוכוונת מטרה (או חברתית, בעבודה או ב"ס, או מינית) או תסיסה/התרגשות - agitation פסיכומטורית .
 7. מעורבות מוגזמת בפעילויות שיש להן פוטנציאל גבוה לתוצאות כואבות (לדוגמא, מסעות קניה בלתי מרוסנים/ חוסר בשיקול דעת התנהגות מינית או השקעות עסקיות מטופשות).
- C. הפרעת מצב הרוח חמורה דיה כדי לגרום ליקוי ניכר בתפקוד חברתי או תעסוקתי או להצריך אשפוז על מנת למנוע נזק לעצמו או לאחרים, או שיש מאפיינים פסיכויטיים.
- D. לא ניתן לייחס את האפיזודה לאספקטים פיזיולוגיים של חומר (שימוש בסם, תרופה או טיפול אחר) או למצב רפואי אחר.

הערה: אפיזודה מאנית מלאה שמופיעה במהלך טיפול נגד דיכאון (למשל תרופה, טיפול בהלם חשמלי) אך נמשכת ברמה של סינדרום מלא מעבר לאפקט הפיזיולוגי של הטיפול, זו הוכחה מספיקה לאפיזודה מאנית ולכן- ביפולארית 1.

הערה: קריטריונים A-D מהווים אפיזודה מאנית. לפחות אפיזודה מאנית אחת למשך החיים נדרשת על מנת לתת דיאגנוזה של ביפולארית 1.

A. תקופה מובחנת של אבנורמליות ומצב רוח שהוא באופן עקבי מרומם מוגזם או עצבני ואנרגיה או פעילות מכוונת מטרה ומתמידה ועולה באופן עקבי ואבנורמלי. נמשכת לפחות 4 ימים עוקבים, מופיעה רוב היום, כמעט כל היום.

B. במהלך תקופת הפרעות מצב הרוח והפעילות או האנרגיה המוגברות, 3 (או יותר) מהסימפטומים (4 אם מצב הרוח הוא רק עצבני) מתקיימים במידה משמעותית ומייצגים שינוי הנראה לעין מההתנהגות הרגילה:

1. הערכה עצמית מופרזת או גרנדיוזיות
2. ירידה בצורך לישון (למשל, מרגיש שנח רק אחרי 3 שעות שינה).
3. פטפטן יותר מהרגיל או לחוץ להמשיך לדבר
4. Flight of ideas - טיסת רעיונות או חוויה סובייקטיבית שהמחשבות רצות.
5. Distractibility - מוסחות (כלומר, תשומת לב שנמשכת בקלות מידי לגורם חיצוני שהוא לא חשוב או לא רלוונטי) שנצפתה או דווחה.
6. עליה בפעילות מכוונת מטרה (או חברתית, בעבודה או ב"ס, או מינית) או תסיסה/התרגשות-agitation פסיכומטורית (כלומר, פעילות שינה מכוונת מטרה).
7. מעורבות מוגזמת בפעילויות שיש להן פוטנציאל גבוה לתוצאות כואבות (לדוגמא, מסעות קניה בלתי מרוסנים, חוסר שיקול דעת /זהירות במיניות או השקעות עסקיות מטופשות).

C. האפיזודה קשורה לשינוי חד משמעי בתפקיד, שאינו מאפיין את האדם כאשר אין לו את הסימפטומים.

D. הפרעת מצב הרוח והשינוי בתפקוד ניתנים לצפייה על ידי אחרים.

E. האפיזודה אינה חמורה כדי לגרום לליקוי ניכר בתפקיד החברתי או תעסוקתי או לחייב אשפוז. אם יש מאפיינים פסיכוטיים, האפיזודה על פי ההגדרה היא מאנית (ולא היפו מאנית).

F. לא ניתן לייחס את ההפרעה לאפקטים פיזיולוגיים של חומרים (לדוגמא סמים, תרופות או טיפול).

הערה: אפיזודה היפומאנית מלאה שצצה במהלך טיפול נגד דיכאון- anti-depression treatment (לדוגמא, תרופות או שוק חשמלי) אך נמשכת ברמה של סינדרום מעבר לאפקטים פיזיולוגיים של הטיפול, זו הוכחה מספיקה לאבחנה של אפיזודה היפומאנית. אם זאת, יש לנקוט בזהירות באבחנה במידה וסימפטום אחד או שניים (במיוחד עלייה בעצבנות או תסיסה בעקבת שימוש בטיפול אנטי דיכאון) לא ייחשבו כמספיקים לאבחון אפיזודה היפומאנית וגם לא בהכרח יעידו על diathesis (נטייה מוקדמת לסבול מביפולאריות).

הערה: קריטריונים A-F מהווים אפיזודה היפומאנית. אפיזודות היפומאניות שכיחות בהפרעה דו-קוטבית 1, אך לא בהכרח מהווים אינדיקציה לביפולאריות 1 (אפיזודה היפומאנית ללא ביפולאריות).

הפרעה בי-פולארית 1 – Bipolar I Disorder

קריטריונים לאבחון

- A. הקריטריונים מולאו **לפחות לאפיזודה מאנית אחת** (קריטריונים A-D עבור אפיזודה מאנית).
- B. ההופעות של אפיזודה מאנית ודיכאון מאזירי לא מוסברים טוב יותר על ידי הפרעה סכיזו-אפקטיבית, סכיזופרניה, הפרעה סכיזופרניפורמית, הפרעת דלוזיה או כל סוג אחר על הספקטרום של סכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות.

יש לציין אם מופיע עם סימנים של (Specify):

- anxious distress - מצוקה חרדתית
- mixed features - תהפוכות מאניה והיפומאניה ודיכאון
- rapid cycling - מעגליות מהירה
- Melancholic features - ביולוגי מובהק, מיועד לטיפול תרופתי

- Atypical features - עליה בתיאבון ובשינה
- Mood congruent psychotic features – מאפיינים פסיכוטיים בהלימה עם מצב הרוח
- Catatonia - קיפאון נוקשה או מצב גופני שניתן לפסל אותו
- Peripartum onset - תוך כדי הלידה
- Seasonal pattern - דפוס עונתי. הפרעה שקשורה לחשיפה לאור השמש

הפרעה בי-פולארית 2 – Bipolar II Disorder

על מנת לאבחן הפרעה ביפולארית מסוג II הכרחי שיתקיימו:

- הקריטריונים לאפיזודה היפומאנית, בעבר או כיום
- **וגם** הקריטריונים לדיכאון מאז'ורי, בעבר או כיום.

קריטריונים לאבחון

A. הקריטריונים מולאו לפחות לאפיזודה היפומאנית אחת (קריטריונים A-F להיפומאנית כפי שתוארו) ולפחות אפיזודת דיכאון מאז'ורי אחת (קריטריונים A-C תחת הפרעת דיכאון מאז'ורי).

B. מעולם לא הייתה אפיזודה מאנית

C. ההופעה ראשונית של אפיזודה היפומאנית ואפיזודת דיכאון מאז'ורי, אינה מוסברות טוב יותר על ידי הפרעה סכיזואפקטיבית, סכיזופרניה, הפרעת סכיזופראניפורמית, הפרעת דלוזיה או הפרעה אחרת מפורטת או לא בספקטרום הסכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות.

הסימפטומים של דיכאון או של מצב של התנהגות לא צפויה הנגרמים כתוצאה משינויים תכופים בין תקופות דיכאוניות להיפומאניה גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקוי חברתי, תעסוקתי או תחום תפקודי משמעותי אחר.

יש לציין אם (Specify):

a. **אפיזודה נוכחית או אחרונה**

(1) היפומאניה

(2) דיכאון

b. **יש לציין אם מופיע עם**

(1) anxious distress - מצוקה חרדתית

(2) mixed features - תהפוכות מאניה והיפומאניה ודיכאון

(3) rapid cycling - מעגליות מהירה

(4) Mood congruent psychotic features – מאפיינים פסיכוטיים בהלימה עם מצב הרוח

(5) Mood incongruent psychotic features – מאפיינים פסיכוטיים שאינם בהלימה עם מצב הרוח

(6) Catatonia - קיפאון נוקשה או מצב גופני שניתן לפסל אותו

(7) Peripartum onset - תוך כדי הלידה

(8) Seasonal pattern - דפוס עונתי. הפרעה שקשורה לחשיפה לאור השמש

c. **יש לציין אם הקריטריונים לאפיזודת מצב רוח לא נענו**

(1) In partial remission – ברמיסיה חלקית

(2) In full remission – ברמיסיה מלאה

d. **יש לציין מידת חומרה אם הקריטריונים לאפיזודת מצב רוח נענו**

(1) Mild – קלה

(2) Moderate – בינונית

(3) Severe - חמורה

A. לפחות למשך שנתיים (לפחות שנה בילדים ומתבגרים) היו מספר תקופות עם סימפטומים היפומאניים, ואשר לא התמלאו הקריטריונים להפרעה היפומאנית ומספר תקופות עם סימפטומים דיכאוניים, שלא התמלאו כל הקריטריונים להפרעת דיכאון מאזיורי.

B. במהלך תקופה של למעלה משנתיים (לפחות שנה בילדים ובמתבגרים), התקופות ההיפומאניות והדיכאון נכחו לפחות מחצית מהזמן, והאדם היה עם הסימפטומים יותר מחודשיים ברצף.

C. מעולם לא מולאו הקריטריונים לדיכאון מאזיורי, מאניה או אפיזודה היפומאנית.

D. הסימפטומים בקריטריון A, אינם מוסברים בצורה טובה יותר על ידי הפרעה סכיזו-אפקטיבית, סכיזופרניה, הפרעה סכיזופראניפורמית, הפרעות דלוזיה, או הפרעה אחרת בספקטרום הסכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת.

E. הסימפטומים אינם מיוחסים להשפעות פיזיולוגיות של חומר (לדוגמא, סם או תרופה) או מצב רפואי אחר (לדוגמא, hyperthyroidism).

F. הסימפטומים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקוי חברתי, תעסוקתי או בתחום אחר משמעותי בתפקוד.

יש לציין אם מופיע עם הפרעת חרדה.

Depressive Disorders

הפרעת ויסות מצב הרוח – Disruptive Mood Regulation Disorder

- A.** התפרצויות מצב רוח חוזרות וחמורות הנראות באופן וורבלי ו/או התנהגותי (אגרסיה פיסית כלפי אנשים או רכוש) שהן מוגזמות או יוצאות מפרופורציות בעוצמה או במשך ביחס לסיטואציה או לפרובוקציה.
- B.** התפרצויות מצב הרוח אינן עקביות עם שלבים התפתחותיים.
- C.** התפרצות מצב הרוח מופיעה, בממוצע שלוש פעמים שבוע או יותר.
- D.** מצב הרוח בין ההתפרצויות המזג הוא עצבני בהתמדה או כועס רוב היום, כמעט כל יום, ונצפה ע"י אחרים.
- E.** קריטריונים A-D נכחו 12 חודשים או יותר. במשך זמן זה לאדם לא היתה תקופה של רציפה של 3 חודשים או יותר בלי כל הסימפטומים מקריטריונים A-D.
- F.** קריטריונים A ו-D נוכחים בלפחות שתיים מתוך שלוש הסביבות (בבית, בביה"ס, עמיתים) ונמצא חמור בלפחות אחד מהם.
- G.** הדיאגנוזה לא צריכה להיעשות לראשונה לפני גיל 6 או אחרי גיל 18.
- H.** היסטורית או ע"י אבחנה, גיל תחילת הקריטריונים A-E הוא לפני גיל 10.
- I.** מעולם לא היתה תקופה ברורה שנמשכה יותר מיום אחד במהלכה הקריטריונים הסימפטומליים, מלבד משך, של מאניה או היפומאניה נפגשו.
- הערה:** התפתחות הולמת של מצב רוח מרומם, כמו שמופיע בהקשר של אירוע חיובי מאוד או בציפייה לו, לא צריך להיחשב כסימפטום של מאניה או היפומאניה.
- J.** ההתנהגות אינה מופיעה בלעדית במהלך אפיזודה של הפרעת דיכאון מגיורי ואינה מוסברת טוב יותר ע"י הפרעה נפשית אחרת (אוטיזם, הפרעת חרדה פוסט טראומטית, דיסטימיה, הפרעת חרדת פרידה).

הערה: הדיאגנוזה הזו אינה יכולה להתקיים עם הפרעות מנוגדות, intermittent explosive disorder או הפרעה ביפולרית, משום שהיא לא יכולה להתקיים בו זמנית עם אחרות, כולל הפרעת דיכאון מג'ורי. מקרים בהם הסימפטומים פוגשים קריטריונים משני הפרעות מצב רוח dysregulation disorder ו- oppositional defiant disorder צריך לקבל רק את האבחנה של disruptive mood dysregulation disorder. אם האדם חווה בעבר אפיזודה מאנית או היפומאנית, האבחנה של disruptive mood dysregulation disorder, לא צריכה להינתן.

K. לא ניתן לייחס את הסימפטומים להשפעות פסיכולוגיות של חומרים או למצב רפואי או נוירולוגי אחר.

דיכאון מז'ורי – Major Depressive Episode

A. 5 (או יותר) מהסימפטומים הבאים היו קיימים במשך אותם השבועיים ומייצגים שינוי מהתנהגות קודמת, לפחות אחד מהסימפטומים הוא או (1) מצב רוח מדוכא או (2) איבוד עניין או הנאה.

הערה: לא כולל סימפטומים שבמובהק משויכים למצב רפואי אחר.

1. מצב רוח דכאוני רוב היום, כמעט כל יום, שדיווח בדיווח עצמי (תחושת עצבות, ריקנות, או חוסר תקווה) או נצפה על ידי אחרים (הערה: אצל ילדים ומתבגרים יכול להיות מצב רוח עצבני).
2. צמצום בולט בעניין או הנאה בכל, או כמעט כל פעילויות רוב היום, כמעט כל יום (דיווח עצמי או נצפה ע"י אחרים).
3. ירידה משמעותית במשקל לא בדיאטה או עליה במשקל (שינוי ב 5% ממשקל הגוף תוך חודש), או ירידה/ עליה בתיאבון כמעט כל יום (בילדים, נכשלה הציפייה לעליה במשקל).
4. נדודי שינה או יתר שינה כמעט כל יום.
5. תסיסה פסיכומוטורית או האטה מוטורית כמעט כל יום (נצפה ע"י אחרים, לא דיווח עצמי בלבד על תחושת חוסר מנוחה או האטה).
6. תשישות או חוסר אנרגיה כמעט כל יום.
7. תחושת חוסר ערך או אשמה מוגזמת או לא מותאמת (שיכולה להיות דלוזיה), כמעט כל יום.
8. צמצום היכולת להתרכז או לחשוב, או הססנות, כמעט כל יום.

9. מחשבות חוזרות על מוות (לא רק פחת ממוות), רעיונות חוזרים של התאבדות בלי תכנון ספציפי, או ניסיון התאבדות, או תכנון לבצע התאבדות.

B. הסימפטומים גורמים למצוקה משמעותית או לפגם בתפקוד החברתי, התעסוקתי, או תחומי תפקוד משמעותיים אחרים.

C. האפיזודה אינה קשורה לסימפטומים פיזיולוגיים של חומרים או למצב רפואי אחר.

הערה: קריטריונים A-C מייצגים דיכאון מאגיורי.

הערה: תגובה לאובדן משמעותי, נכות, מחלה קשה.. עלולה לכלול סימפטומים הדומים לדיכאון מאגיורי. למרות שהתסמינים יכולים להיות מובנים בהקשרם ומותאמים לאובדן. יש להביא בחשבון שהסטרסורים הללו יכולים להוביל לדיכאון על כן יש לבחון כל מקרה לגופו, להתייחס להסטוריה של האדם ולבצע הערכה קלינית מעמיקה.

D. הופעת הדיכאון המאגיורי אינה מוסברת טוב יותר ע"י: סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעה סכיזופורמית, הפרעה דלוזיונאלית, או הפרעות בספקטרום הסכיזופרניה ספציפיות/ לא ספציפיות והפרעה פסיכוטית אחרת.

E. מעולם לא היו אפיזודות מאניות או היפומאניות.

הערה: בלעדיות זו אינה מיושמת אם כל האפיזודות הכמו- מאניות או היפומאניות מצביעות או מיוחסות להשפעות פיזיולוגיות של מצב רפואי אחר.

הפרעת דיכאון מתמשך (דיסתימיה) – Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)

A. מצב רוח דיכאוני רוב היום, במשך רוב הימים, שדווח בדיווח עצמי או נצפה ע"י אחרים. למשך שנתיים לפחות.

הערה: אצל ילדים ומתבגרים, מצב הרוח יכול להיות עצבנות והמשך חייב להיות לפחות שנה אחת.

B. במהלך הדיכאון, הופעה של 2 (או יותר) מהסימפטומים הבאים :

1. חוסר תיאבון או אכילה מופרזת.
2. נדודי שינה או שנת יתר.
3. חוסר אנרגיה או עייפות.
4. דימוי עצמי נמוך.
5. קושי להתרכז או לקבל החלטות.
6. תחושת חוסר תקווה.

C. במהלך השנתיים (שנה בילדים ומתבגרים) מתוך ההפרעה, האדם מעולם לא היה מבלי הסימפטומים מקריטריונים A ו-B ליותר מחודשיים כל פעם.

D. הקריטריונים לדיכאון מאג'ורי יכולים להיות נוכחים למשך שנתיים.

E. מעולם לא היתה אפיזודה מאנית או היפומאנית והקריטריונים מעולם לא התנגשו עם הפרעה ציקלית.

F. ההפרעה אינה מוסברת טוב יותר ע"י : סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעה סכיזופורמית, הפרעה דלוזינאלית, או הפרעות בספקטרום הסכיזופרניה ספציפיות/ לא ספציפיות והפרעה פסיכוטית אחרת.

G. התסמינים אינם קשורים להשפעות פיזיולוגיות של חומרים או מצב רפואי אחר.

H. הסימפטומים גורמים להפרעות קליניות או פגיעה בתפקוד החברתי, התעסוקתי או בתחומי חיים משמעותיים אחרים.

הערה : בגלל שהקריטריונים לדיכאון מאג'ורי כוללים 4 סימפטומים שאינם קיימים בדיסתימיה, יהיו מס' מצומצם של מקרים בעלי סימפטומים דיכאוניים שנמשכים יותר משנתיים אבל לא יתאימו לדיסתימיה. כשכל הקריטריונים לאפיזודת דיכאון מאג'ורי נפגשו בנקודה מסוימת במהלך האפיזודה, צריכה להינתן אבחנת דיכאון מאג'ורי. אחרת, דיאגנוזה של הפרעת דיכאון ספציפית אחרת או לא ספציפית היא מוצדקת.

ציין אם :

- עם מצוקה חרדתית
- עם סממנים מעורבים
- עם סממנים מלנכוליים

- עם סממנים א-טיפיים
- עם מצבים פסיכוטיים שכוללים מצב רוח
- עם מצבים פסיכוטיים שאינם כוללים מצב רוח
- תחילת ההפרעה במהלך הלידה

ציין אם:

- ברמיסיה חלקית
- ברמיסיה מלאה

ציין אם:

- התפרצות מוקדמת: לפני גיל 21
- התפרצות מאוחרת: בגיל 21 או אחרי

ציין אם (ברוב הזמן בשנתיים האחרונות של ההפרעה):

- עם סינדרום דיסתימי טהור: הקריטריונים המלאים לאפיזודת דיכאון מאג'ורי לא התרחשו לפחות בשנתיים האחרונות
- עם אפיזודה של דיסתימיה: קריטריונים מלאים לאפיזודה של דיסתימיה התרחשו במהלך השנתיים האחרונות
- עם אפיזודות הבאות לסירוגין של דיכאון מאג'ורי, ועם אפיזודה נוכחית: קיימים קריטריונים מלאים של אפיזודת דיכאון מאג'ורי, אך היו תקופות של 8 שבועות לפחות בשנתיים האחרונות לפחות עם סימפטומים נמוכים מסף אפיזודה מלאה של דיכאון מאג'ורי.
- עם אפיזודות הבאות לסירוגין של דיכאון מאג'ורי, ללא אפיזודה נוכחית: אין קריטריונים מלאים של אפיזודת דיכאון מאג'ורי, אך היתה אפיזודת דיכאון מאג'ורי אחת בשנתיים האחרונות לפחות.

A. ברוב המחזור הוויסתי חייבים להיות נוכחים לפחות 5 סימפטומים, בשבוע האחרון שלפני תחילת הווסת, המתחילים להשתפר לאחר כמה ימים מתחילת הווסת, ומופחתים או נעלמים בשבוע שלאחר הווסת.

B. אחד (או יותר) מהסימפטומים הבאים חייב להיות נוכח:

1. אפקט לא יציב בולט (גלישות מצב רוח, הרגשת עצב פתאומית או רצון לבכות או רגישות יתר לדחייה).
2. רגזנות בולטת או כעס בולט או עליה בקונפליקטים אישיים.
3. מצב רוח דיכאוני בולט, תחושת חוסר תקווה או מחשבות זלזול עצמי.
4. חרדה משמעותית, מתח ו/או סערה או תחושה של היות על הקצה.

C. אחד (או יותר) מהסימפטומים הבאים צריך להיות נוכח בנוסף, ולהגיע ל- 5 סימפטומים בשילוב עם הסימפטומים מקריטריון B:

1. ירידה בעניין בפעילויות יום יומית (עבודה, ביה"ס, חברים ותחביבים).
2. קושי סובייקטיבי להתרכז.
3. תשישות, עייפות בקלות או חוסר אנרגיה בולט.
4. שינוי בולט בתיאבון, אכילת יתר או תשוקה/ תאוה ספציפית לאוכל.
5. נדודי שינה או שינת יתר.
6. תחושה של הצפה או חוסר שליטה.
7. סימפטומים פיסיקליים כמו רכות בחזה ונפיחות. כאב במפרק או בשריר, תחושת נפיחות או עליה במשקל.

הערה: הסימפטומים מקריטריונים A-C חייבים להיות ברוב המחזורים הוויסתיים שמופיעים בשנה שאחרי.

D. הקריטריונים מקושרים עם מצוקה קלינית או הפרעה ב: ביה"ס, עבודה, פעילויות חברתיות רגילות או מע' יחסים עם אחרים (התעלמות מפעילות חברתית, ירידה ביצרנות ויעילות בעבודה, בביה"ס או בבית).

E. ההפרעה היא לא רק החמרת הסימפטומים של הפרעה אחרת, כמו הפרעת דיכאון מאג'ורי, הפרעת פאניקה, דיסטימיה, או הפרעת אישיות (על אף שיכולה להתרחש בו זמנית עם כל אחת מההפרעות הללו)

F. קריטריון A צריך להיות מאושר ע"י תיעוד יומי למשך לפחות שני מחזורים סימפטומטיים (הערה : האבחנה יכולה להיערך באופן זמני לפני האישור).

G. הסימפטומים אינם תוצאה של שימוש בחומרים (כמו סמים או תרופות) או מחלה גופנית (למשל פעילות יתר של בלוטת התריס).

הפרעות חרדה

Anxiety Disorders

הפרעות חרדה כוללות הפרעות שיש להן מאפיינים של פחד מופרז וחרדה וקשורות להפרעות התנהגותיות. **פחד** – הינו תגובה רגשית לאיום ממשי או משהו הנתפס כאיום, בעוד ש**חרדה** הינה הציפייה לאיום בעתיד. באופן ברור שני מצבים אלה גם חופפים, אבל יש ביניהם גם הבדלים. בעוד שפחד נקשר יותר לעלייה חדה של ההתעוררות האוטונומית ההכרחיים למצבים "התקף או ברח", למחשבות על סכנה מיידיית ולהתנהגויות בריחה, הרי שחרדה נקשרת יותר למתח בשרירים, לדריכות בהתכוונות לקראת סכנה עתידית ולהתנהגויות נמנעות או זהירות.

ההפרעות בחרדה נבדלות ביניהן בסוגי האובייקטים או המצבים היוצרים הפחד, חרדה או התנהגויות הימנעות, ובחשיבה הקוגניטיבית הנקשרת לכך. הפרק בנוי באופן התפתחותי, כשרצף ההפרעות מסודר ברצף על פי הגיל האופייני של הופעת הסימפטומים.

הפרעת חרדה בהפרדות – Separation Anxiety Disorder

קריטריונים דיאגנוסטיים:

א. פחד או חרדה מופרזים ולא תואמים התפתחותית בנוגע לפרידה מדמויות אליהן הפרט קשור, כפי שבא לידי

ביטוי על ידי לפחות 3 מאפיינים מהמפורטים מטה:

1. מצוקה מופרזת חוזרת ונשנית כאשר מצפים או מתנסים בפרידה מהבית או מדמויות היקשרות משמעותיות.

2. דאגה עקבית ומופרזת לגבי אובדן דמויות היקשרות או פגיעה אפשרית בהם, כמו מחלה, אסונות או מוות.

3. דאגה מופרזת עקבית/עיקשת לגבי התנסויות באירועים לא נעימים (ללכת לאיבוד, להיחטף, להיות מעורבים בתאונה, לחלות) היכולים ליצור פרידה מדמות היקשרות משמעותית.

4. התנגדות או הימנעות עקבית לצאת החוצה, להיות רחוקים מהבית, לבית הספר, לעבודה או לכל מקום אחר בשל פחד מהפרידה.

5. פחד מופרז ומתמיד או סירוב להיות לבד או בלי דמויות היקשרות משמעותיות – בבית ובמקומות אחרים.

6. הימנעות מתמדת או התנגדות לישון מחוץ לבית או ללכת לישון בלי להיות קרוב לדמות היקשרות משמעותית.

7. סיטי לילה חוזרים ונשנים הכורכים בחובם רעיון של פרידה.

8. תלונות חוזרות ונשנות על סימפטומים פיזיים (כאבי ראש, כאבי בטן, בחילה, הקאה) כאשר פרידה מדמות היקשרות משמעותית מתרחשת או צפויה.

ב. הפחד, החרדה, או הימנעות הינם עקביים, אורכים לפחות 4 שבועות בילדים ובמתבגרים עד גיל 18, ו-6 חודשים או יותר במבוגרים – באופן טיפוסי.

ג. ההפרעה גורמת לפגיעה משמעותית במגוון תחומי חיים ותפקוד – החברתי, האקדמי, המקצועי וכדומה.

ד. ההפרעה לא מוסברת טוב יותר על ידי פגיעה מנטאלית אחרת כמו התנגדות לעזוב את הבית בגלל התנגדות מופרזת לשינוי בהפרעה של הספקטרום האוטיסטי; מחשבות שווא והזיות הקשורות לפרידה בהפרעות פסיכוטיות; התנגדות ללכת החוצה בלי חברה בה בוטחים באגורפוביה; דאגות לגבי חולי ובריאות האופייניים להפרעת חרדה מוכללת; או דאגות לחלות בהפרעת חרדה של מחלה.

מאפיינים דיאגנוסטיים נקשרים:

בקרב ילדים עם הפרעה חרדה בפרידה ניתן לצפות נסיגה חברתית, אפטיה, עצבות וקושי להתרכז בעבודה או במשחק. הם יכולים, תלוי בגילם, להיות עם פחדים מחיות, מפלצות, מהחושך, מפורצים, רוצחים, חוטפים, תאונות מכוניות ומצבים אחרים שנתפסים כסכנה למשפחה או לעצמם. חלקם הופכים לחולי געגועים הביתה וחשים אי נוחות עד למידה של סבל כשהם רחוק מהבית. חרדה כזו יכולה ליצור אצל ילדים סירוב ללכת לבית הספר ולפיכך גם לקשיים אקדמיים ולבידוד חברתי. ילדים במצבים אלה יכולים להפגין גם כעס ותוקפניות כלפי מי שמאלץ אותם להיפרד. אצל ילדים צעירים ניתן לצפות להתנסויות תפיסתיות לא שגרתיות (רואים אנשים מתפרצים לחדרם, יצורים מפחידים הרודפים אחרים, עיניים המביטות בהם) ... ילדים כאלה נתפסים גם כתובעניים, מפריעים ובצורך מתמיד של תשומת לב. הם תלתיים וזקוקים להגנת יתר. זה יכול להכביד על המשחה ולהוביל להתנגדות וקונפליקט בתוכה.

שכיחות:

מבוגרים: שכיחות של 12 חודשים היא בין 0.9% - 1.9%.

ילדים: שכיחות של 6-12 חודשים מוערכת סביב 4%.

בקליניקה: אין הבדל בין בנים לבין בנות.

בקהילה: יותר נפוצה בקרב נשים.

התפתחות ומהלך:

תקופות של חרדה מוגברת מדמויות היקשרות הן חלק מהתפתחות המוקדמת ויכולות להצביע על התפתחות קשר היקשרות בטוח סביב גיל שנה. הופעתה הראשונה של הפרעת חרדת נטישה (פרידה) יכולה להיות כבר בגיל הגן ויכולה להופיע בכל זמן במהלך הילדות ולעתים רחוקות יותר בגיל ההתבגרות. באופן טיפוסי יש תופעות של סערה ותקופות של רמיסיה. במקרים מסוימות החרדה יכולה להמשיך גם לחיי הבגרות (מעבר לקולג', פרידה מדמויות היקשרות). יחד עם זאת מרבית הילדים הסובלים מהפרעת חרדת היפרדות אינם מלווים בהפרעות חרדה במשך חייהם.

הביטויים של חרדה זו משתנים עם הגיל. ילדים צעירים יותר מסרבים ללכת לבית הספר או נמנעים מבית הספר בכלל. הם לא יביעו דאגות אלא החרדה תבוא לידי ביטוי רק כאשר פרידה מתרחשת. ככל שילדים מתבגרים מופיעות דאגות, הקשורות בדרך כלל לסכנות ספציפיות (תאונות, חטיפות, מוות) או דאגות עמומות על הסיכון בלא לחבור שוב לדמויות היקשרות. אצל מבוגרים החרדה יכולה להגביל את יכולתם להתמודד עם שינויי נסיבות. הם בדרך כלל יותר מדי מודאגים לגבי צאצאיהם ובני/בנות זוגם ומבטאים נחת ברורה כאשר נפרדים מהם. זה יכול גם להוות הפרעה מרכזית בעבודה, בנסיבות חברתיות בשל הצורך לבדוק כל הזמן איפה נמצאים האחרים המשמעותיים.

סכנות וגורמים מנבאים:

סביבתי – חרדת פרידה מתפתחת בדרך כלל אחרי מצבי דחק בחיים, בעיקר אובדן. (מוות של קרוב או חיית מחמד; מחלה של מישו קרוב; שינוי בית ספר, גירושי הורים; מעבר לשכונת מגורים חדשה; דחק שערב פרידה מדמויות משמעותיות). במבוגרים צעירים החרדה יכולה להופיע עם עזיבת בית ההורים, כניסה לתוך יחסים רומנטיים והפיכה להורים. הגנת יתר הורית ופולשנות יכולים להיקשר עם הפרעת חרדת היפרדות.

גנטי ופיזיולוגי – הפרעת חרדה בילדים יכולה להיות תורשתית. תורשתיות הוערכה כ-73% בקרב מדגם של תאומים בני 6, עם שיעורים גבוהים יותר בקרב ילדות. ילדים כאלה מבטאים רגישות גבוהה יותר לגירוי נשימתי ומשתמשים באוויר מועשר בחמצן.

נושאים אבחוניים הקשורים לתרבות:

יש משתנים תרבותיים הקשורים למה נחשב כרצוי בהתמודדות עם פרידה, ולמידת ההזדמנויות לפרידה בין ילדים לבין הורים – הנמנעות בתרבויות שונות. למשל, יש שונות גדולה בין תרבויות ומדינות לגבי באיזה גיל מצופה מבן/בת לעזוב את בית ההורים. חשוב להפריד בין חרדת פרידה לבין גורמים תרבותיים המשפיעים על תלות חזקה בין חברי המשפחה.

נושאים אבחוניים הקשורים למגדר:

בנות מפגינות יותר התנגדות או הימנעות מבית הספר מאשר בנים. אצל בנים יתכן פחד לא ישיר, הבא לידי ביטוי – למשל – בהגבלה של פעולות עצמאיות, התנגדות להיות רחוק מהבית לבד, או צער כאשר בן/בת הזוג או צאצא/ית עושים דברים באופן עצמאי, או כאשר הקשר עמם אינו אפשרי.

סיכון אובדני:

חרדת פרידה יכולה להיות קשורה עם סיכון גבוה יותר להתאבדות. אולם זה אינו אופייני רק להפרעת חרדה זו.

השלכות מעשיות של הפרעת חרדה של פרידה:

פרטים הסובלים מהפרעת חרדה זו מגבילים פעילויות עצמאיות הרחוקות מהבית או מדמויות משמעותיות (כמו למשל לא ללכת לבית הספר, לא לעזוב לקולג', לא לעזוב את בית ההורים, לא לטייל ולא לעבוד מחוץ לבית ההורים).

אבחנה מבדלת:

הפרעת חרדה מוכללת – ההבדל בין השניים הוא שהחרדה פה עוסקת במיוחד בדאגה של היפרדות מדמויות משמעותיות.

הפרעת פאניקה – בהפרעת חרדה של פרידה, בניגוד לזו של פאניקה, החרדה קורית כאשר האפשרות של להיות רחוק מדמויות משמעותיות עולה, יותר מאשר להיות מוגבל על ידי התקפת פאניקה לא צפויה.

אגורפוביה – אלה עם חרדת פרידה, בניגוד לאלה עם הפרעת פאניקה, אינם חרדים בגלל האפשרות להיות לכודים או מוגבלים במצבים בהם בריחה אינה אפשרית.

הפרעת התנהגות – בהפרעת התנהגות החרדה לגבי היפרדות אינה הגורם להיעדרות מבית הספר, והילד/ה או המתבגר/ת נשארים בדרך כלל רחוק מהבית.

הפרעת חרדה חברתית – הסירוב ללכת לבית הספר יכול להיות קשור לחרדה חברתית. במצבים כאלה ההימנעות מהלימודים קשורה לפחד להיות נשפט באופן שלילי על ידי אחרים, יותר מאשר דאגות לגבי פרידה מדמויות היקשרות.

הפרעה פוסט-טראומטית – הפחד להיפרד מהאהובים עליך הינו שכיח אחרי אירועים טראומטיים כמו אסונות. בהפרעה פוסט-טראומטית הסימפטומים העיקריים לפלישה ולנסות להימנע מזיכרונות הקשורים עם האירוע הטראומטי עצמו, בעוד שבהפרעת חרדת פרידה הדאגות וההימנעות קשורים לשלומן של הדמויות המשמעותיות ולפרידה מהן.

הפרעת חרדת מחלה – אנשים עם הפרעת חרדה בנוגע למחלה ידאגו לגבי איזה מחלה יש להם, אבל הדאגה העיקרית היא לגבי הדיאגנוזה הרפואית עצמה ולא לגבי היותם נפרדים מדמויות היקשרות.

שכול – כמיהה או געגוע למת, צער חריף וכאב נפשי אופייניים למצבי שכול, בעוד שפחד מפרידה מדמויות משמעותיות הוא המרכזי בהפרעת חרדה של פרידה.

הפרעות בי-פולאריות ודיכאוניות – הפרעות אלה נקשרות עם הסירוב לעזוב את הבית, אבל הדאגה העיקרית היא לא דאגה או פחד לגבי אירועים היכולים לפגוע בדמויות משמעותיות, אלא מוטיבציה נמוכה לעסוק בעולם החיצוני. אולם פרטים עם הפרעת חרדה של פרידה יכולים להפוך למדוכאים בעודם הרחק מדמויות משמעותיות או מחכים לפרידה מהן.

הפרעת התנגדות – Oppositional defiant disorder - ילדים ומתבגרים עם הפרעת חרדה מפרידה יכולים להיות מתנגדים בהקשר של היפרדות מדמויות משמעותיות. הפרעת התנגדות צריכה להישקל רק כאשר יש התנגדות עיקשת שאינה נקשרת לציפייה או להתרחשות של פרידה מדמויות אלה.

הפרעות פסיכוטיות – התנסויות תפיסתיות לא רגילות מתרחשות בהפרעת חרדה מפרידה, שלא כבמצבים פסיכוטיים, רק במצבים מסוימים (סיוט לילי) וניתנים לפתרון בנוכחות דמות היקשרות.

הפרעות אישיות – הפרעת אישיות תלותית מאופיינת על ידי נטייה בלתי מבוחנת להסתמך על אחרים, בעוד שבחרדת פרידה מעורבת הדאגה לגבי מידת הקרבה והביטחון של הדמויות המשמעותיות. שלא כמו בהפרעת אישיות גבולית בה יש גם מאפיינים של פחד מלהיות נטושים על ידי האהובים, בעיות בזהות ובהכוונה עצמית, קושי בתפקוד בין אישי ואימפולסיביות, הרי שאלה אינם מרכזיים בהפרעת החרדה מפרידה.

תחלואה כפולה:

בילדים עם הפרעת חרדה מפרידה תחלואה כפולה נקשרת עם הפרעת חרדה מוכללת ופוביה ספציפית. במבוגרים, תחלואות נוספות הן פוביות ספציפיות, פוסט טראומה, הפרעת פאניקה, הפרעת חרדה מוכללת, חרדה חברתית, אגורפוביה, התנהגויות כפייתיות-אובססיביות והפרעות אישיות. הפרעות בי-פולאריות ודיכאוניות הן גם בקשר עם הפרעת חרדה מפרידה בקרב מבוגרים.

מוטיזם סלקטיבי – Selective Mutism

- א. כישלון עקבי בלדבר במצבים חברתיים ספציפיים בהם יש ציפייה לדיבור למרות שמדברים במצבים אחרים.
- ב. ההפרעה משפיעה על הישגים מקצועיים ואקדמיים או על תקשורת חיובית.
- ג. משך ההפרעה הוא לפחות **חודש אחד** (לא מוגבל לחודש הראשון של בית הספר).
- ד. הכישלון לדבר לא מיוחס להעדר ידע או נוחות לדבר את השפה המדוברת במצב החברתי הנדרש.
- ה. ההפרעה לא מדוברת טוב יותר על ידי הפרעה בתקשורת, ואינה קורית אך ורק במהלך הפרעה של הספקטרום האוטיסטי, סכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת.

מאפיינים דיאגנוסטיים

ילדים עם מוטיזם סלקטיבי לא יוזמים דיבור או תגובה הדדית כאשר אחרים מדברים עליהם. העדר הדיבור קורה באינטראקציות חברתיות עם ילדים או מבוגרים. הם כן ידברו בבתייהם בנוכחות חבר משפחה קרוב אבל לעתים גם לא בנוכחות חברים קרובים או בני משפחה מדרגה שנייה, כמו בני דודים. ההפרעה מסומנת פעמים רבות כחרדת בית ספר גבוהה. ילדים עם מוטיזם חלקי מדברים לדבר בבית הספר, וזה מוביל לפגיעה חינוכית או אקדמית היות שהיה קשה, למשל, להעריך את קריאתם. העדר הדיבור משפיע גם על תקשורת חברתית, למרות שילדים אלה מוצאים לפעמים דרכים אחרות – לא מילוליות – לתקשר וכן יהיו מוכנים לתפקד במצבים חברתיים בהם דיבור לא נדרש.

מאפיינים נלווים התומכים בדיאגנוזה:

מאפיינים כאלה יכולים לכלול ביישנות מופרזות, פחד ממבוכה חברתית, בידוד חברתי ונסיגה, תכונות כפייתיות, היצמדות, שליליות, התקפי זעם או התנהגות מתנהגת לא חזקה. למרות שלילדים אלה יש יכולות מילוליות נורמאליות הם יכולים להיות מאובחנים כבעלי הפרעות בתקשורת. גם כאשר הפרעות בתקשורת אכן קיימות **יש חרדה גם כן**. לילדים אלה כמעט תמיד ניתנת עוד אבחנה כמו הפרעת חרדה חברתית.

שכיחות:

הפרעה נדירה יחסית. בין 0.03% עד 1% - תלוי בהקשר (קליניקה מול בית ספר מול אוכלוסיה כללית) והגיל של הפרטים במדגם.

אין שונות של מגדר/גזע/אתניות.

ההפרעה צפויה לבוא יותר לידי ביטוי בילדים צעירים מאשר מתבגרים או מבוגרים.

התפתחות ומהלך:

הופעת ההפרעה היא בדרך כלל לפני גיל 5, אך לא תטופל לפני הכניסה לבית הספר. ההתמדה משתנה. למרות שקלינאים מציעים כי פרטים "יוצאים" ממוטיזם סלקטיבי, משך ההפרעה אינו ידוע. במקרים מסוימים, במיוחד עם אלה שסובלים מחרדה חברתית, סלקטיבי מוטיזם אולי יעלם אבל סימפטומים של הפרעת חרדה חברתית יישארו.

גורמים של סיכון ופרוגנוזה:

חוסר יציבות – גורמים של בלתי יציבות וסערה רגשית לא זוהו היטב. תגובתיות שלילית או עכבה התנהגות יכולים לקחת חלק אך גם היסטוריה הורית של ביישנות, בידוד חברתי וחרדה חברתית. יתכנו גם קשיים לשוניים ביחס לחברי קבוצת הגיל.

סביבתי – עכבה חברתית מצד ההורים יכולה לקחת חלק במודל שהם נותנים לשתקנות ולמוטיזם חלקי בילדים. הורים לילדים כאלה תוארו כהגנתיים יתר או שתלטניים יתר מאשר הורים לילדים עם הפרעות חרדה אחרות או בלי הפרעות.

גורמים גנטיים ופיזיולוגיים – לאור החפיפה הבולטת בין מוטיזם חלקי וחרדה חברתית יכולים להיות גורמים גנטיים משותפים בין שני המצבים.

נושאים דיאגנוסטיים הקשורים לתרבות:

ילדים ממשפחות הגירה יכולים לסרב לדבר את השפה החדשה מחשש של העדר ידע של השפה. עם כל ההבנה לסירוב זה הרי שאם הוא ממשיך תעשה דיאגנוזה של מוטיזם חלקי.

השלכות תפקודיות של מוטיזם חלקי:

מוטיזם חלקי יכול לגרום לפגיעה חברתית. ילדים אלה יכולים לחוות בידוד חברתי גובר. יכולה להיות גם פגיעה אקדמית. לכך יכולה להילוו הקנטות מצד בני קבוצת השווים. במקרים מסוימים, מוטיזם חלקי יכול לשרת כדרך מפצה להוריד חרדה המתעוררת במפגשים חברתיים.

אבחנה מבודלת:

הפרעות בתקשורת – מוטיזם חלקי צריך להיות נבדל מהפרעה בדיבור המוסברות יותר על ידי הפרעה בתקשורת, כמו הפרעה לשונית, הפרעה בדיבור קולי... שלא כמו במוטיזם חלקי הרשי שהפרעות בדיבור אינן מוגבלות לסיטואציה חברתית ספציפית.

הפרעות נוירו-התפתחותיות וסכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות – פרטים עם הפרעה בספקטרום האוטיסטי, סכיזופרניה או כל הפרעה פסיכוטית אחרת יכולים להיות בעלי קשיים בתקשורת חברתית ולא לדבר בהתאם לסיטואציות חברתיות. בניגוד לכך, מוטיזם חלקי יש לאבחן רק כאשר הילד בעל יכולת מוכחת לדבר במצבים חברתיים מסוימים (למשל בבית).

חרדה חברתית - החרדה החברתית וההימנעות החברתית בהפרעה בחרדה חברתית יכולות להיות קשורות עם מוטיזם חלקי. במקרים כאלה יינתנו שתי הדיאגנוזות.

תחלואה כפולה:

התנאים הכי שכיחים לתחלואה כפולה הם: הפרעות חרדה אחרות, בעיקר חרדה חברתית, המלווה בהפרעת חרדה מפני פרידה ופוביה ספציפית. התנהגויות מתנגדות לא מופיעות בילדים עם מוטיזם חלקי. עיכובים התפתחותיים יכולים גם להופיע אצל חלק מהילדים עם מוטיזם חלקי.

קריטריונים דיאגנוסטיים:

- א. פחד ברור או חרדה לגבי אובייקט ספציפי או מצב (טיסה, גבהים, חיות, קבלת זריקה, לראות דם).
- ב. האובייקט מעורר הפוביה, או הסיטואציה, מעורר כמעט תמיד פחד מיידי או חרדה.
- ג. האובייקט הפובי או המצב יוצרים הימנעות או נסבלים יחד עם פחד רב או חרדה.
- ד. הפחד או החרדה הם לא בפרופורציה ביחס לסכנה האמיתית לאובייקט או לסיטואציה ולהקשר החברתי-תרבותי.
- ה. הפחד, החרדה, או ההימנעות הינם עקביים, ובאופן טיפוסי נמשכים 6 חודשים או יותר.
- ו. הפחד, החרדה או ההימנעות גורמים לסבל משמעותי או לפגיעה במגוון תחומי תפקוד חשובים כמו חברתי, מקצועי או אחר.
- ז. ההפרעה אינה יכולה להיות מוסברת טוב יותר על ידי סימפטומים נפשיים אחרים.

תחומים ספציפיים:

- חיות (עכבישים, חרקים, כלבים).
- סביבה טבעית (גבהים, סערות, מים).
- פציעה-זריקה-דם (מחטים, תהליכים רפואיים פולשניים).

סיכון אובדני:

פרטים עם פוביה ספציפית נמצאים ב-60% יותר סיכוי לעשות ניסיון אובדני מאשר אחרים בלי דיאגנוזה כזו. יחד עם זאת יתכן ששיעורים גבוהים אלה קשורים בעיקר לתחלואה כפולה עם הפרעות אישיות והפרעות חרדה אחרות.

תחלואה כפולה:

פוביה ספציפית נראית לעתים רחוקות במצבים קליניים-רפואיים ללא פתולוגיות אחרות, ויותר שכיח לראותה במצבי בריאות נפשית לא רפואיים. פוביה ספציפית נקשרת לעתים קרובות עם מגוון של הפרעות אחרות, במיוחד דיכאון בקרב מבוגרים. לאור פריצתה המוקדמת, פוביה ספציפית היא באופן טיפוסי ההפרעה

המרכזית. פרטים עם פוביה ספציפית נמצאים בסיכון גבוה יותר להתפתחותן של הפרעות אחרות, כולל הפרעות חרדה, הפרעות בי-פולאריות ודיכאוניות, הפרעות שימוש בחומרים, הפרעות סומאטיות והפרעות אישיות – במיוחד הפרעות אישיות תלותיות.

חרדה חברתית – Social Anxiety Disorder (Social Phobia)

קריטריונים דיאגנוסטיים:

- א. פחד ברור או חרדה לגבי אחד או יותר מהמצבים החברתיים להם הפרט חשוף. לדוגמא, אינטראקציה חברתית (שיחה, מפגש עם אנשים לא מוכרים), להיות נצפה (אכילה או שתייה) ולהופיע מול אחרים (לתת נאום). הערה: בילדים, החרדה צריכה להופיע בסטינג עם בני קבוצת השווים ולא רק באינטראקציות עם מבוגרים.
- ב. הפרט פוחד שהוא או היא יפעל בדרך המבטאת סימפטומים של חרדה שיתקבלו באופן שלילי (יושפלו או יובכו, יובילו לדחייה או פגיעה באחרים).
- ג. המצבים החברתיים מעוררים כמעט תמיד פחד או חרדה. הערה: בילדים, הפחד או החרדה יופגנו על ידי בכי, התקפי זעם, קיפאון, הצמדות, התכווצות או אי יכולת לשוחח במצבים חברתיים.
- ד. הימנעות או התמודדות עם המצבים החברתיים כרוכה בפחד רב או בחרדה.
- ה. הפחד או החרדה הם מחוץ לפרופורציה ביחס לאיום האמיתי הטמון בסיטואציה החברתית וביחס להקשר הסוציו-תרבותי.
- ו. הפחד, או החרדה או ההימנעות הם עקביים, ונמשכים באופן טיפוסי 6 חודשים או יותר.
- ז. הפחד, או החרדה או ההימנעות גורמים לפגיעה קלינית משמעותית במגוון תחומי תפקוד.
- ח. הפחד, או החרדה או ההימנעות אינם תוצאה להשפעות פיזיולוגיות של שימוש (בסמים, בתרופות) או מצב רפואי אחר.
- ט. הפחד או החרדה או ההימנעות אינם מוסברים טוב יותר על ידי סימפטומים של מצב נפשי אחר, כמו הפרעת פוביה, הפרעה בספקטרום האוטיסטי או הפרעה של דיס-מורפיה של הגוף.
- י. אם מצב רפואי אחר (התקף פרקינסון, כוויה או פציעה) נוכח, הפחד או החרדה או ההימנעות הינם בברור לא קשורים לפגיעה או מוגזמים.

קריטריונים דיאגנוסטיים:

A. התקפי חרדה בלתי צפויים חוזרים, התפרצות של פחד עוצמתי או אי נוחות עוצמתית שמגיעה לשיאה בתוך דקות ובמהלכה מתרחשים ארבעה (או יותר) מהסימפטומים הבאים.

הערה: ההתפרצות הפתאומית מתרחשת ממצב שקט או ממצב של דאגה.

1. דפיקות לב או הלמות לב או דפיקות לב מואצות.
2. הזעה.
3. רעד או רטט.
4. תחושות של חוסר נשימה או חנק.
5. תחושת חנק.
6. כאבי חזה או אי נוחות.
7. בחילה או מצוקה בבטן.
8. תחושת סחרחורת, חוסר יציבות, ראש קל או התעלפות.
9. תחושות חום או קור.
10. תחושות נמלול או עקצוצים בעור ללא סיבה נראית לעין או תחושה של הירדמות מקומית.
11. תחושה של הימצאות בסביבה שונה, זרה, בלתי מציאותית או דפרסונליזציה – התנתקות מהעצמי.
12. פחד מאובדן שליטה או מלהשתגע.
13. פחד ממוות.

הערה: סימפטומים תלויי תרבות (לדוגמה: תחושה של זמזום או צלצול באוזניים, כאבי ראש או כאבי צוואר, צרחות או בכי בלתי נשלט) עלולות להיות נראות. סימפטומים שכאלה לא צריכים להיחשב כאחד מתוך ארבעת הסימפטומים הנדרשים.

B. לאחר אחד מההתקפים צריכים לחול במשך חודש לפחות אחד או שתיים מהתופעות הבאות:

1. דאגה קבועה או פחד מהתקף חרדה נוסף או השלכותיו (לדוגמה: אובדן שליטה, התקף לב או “להשתגע”).

2. שינוי משמעותי בהתנהגות שאינו מאפשר הסתגלות ביחס להתקפים (התנהגויות שמיועדות להימנע מקבלת התקפי פאניקה, כמו לדוגמה הימנעות מביצוע או ממצבים לא מוכרים).

C. ההפרעה לא משויכת להשפעות פסיכולוגיות הנובעות משימוש בחומרים (לדוגמה: שימוש לרעה בסמים או בתרופות) או מצב רפואי אחר (לדוגמה: פעילות יתר של בלוטת התריס או הפרעות לב ריאות).

D. ההפרעה אינה מוסברת ע"י הפרעה נפשית אחרת (לדוגמה: התקפי החרדה אינם מתרחשים רק כתגובה למצבים חברתיים מעוררי פחד כמו בהפרעת חרדה חברתית; כתגובה ל- circumscribed phobic object or situation כמו בפוביה ספציפית; כתגובה לאובססיות כמו במצבים של הפרעה אובססיבית קומפולסיבית OCD; כתגובה לתזכורות של אירועים טראומטיים כהפרעת PTSD; או כתגובה להפרדה מדמויות היקשרות, כמו בהפרעת חרדה מהיפרדות).

פירוט התקפי פאניקה

הערה: הסימפטומים המוצגים למטרת זיהוי של התקף פאניקה אולם התקף חרדה אינו הפרעה מנטאלית ולא יכול להיות מקודד. התקפי פאניקה יכולים להופיע בהקשר של כך הפרעת חרדה כמו גם בעיות מנטאליות אחרות, (לדוגמה: הפרעות דיכאון, הפרעה פוסט-טראומטית, הפרעת שימוש בחומרים) וכמה מצבים רפואיים (לדוגמה: לב, מערכת נשימה, מערכת עיכול ושקשורים למבוא/מסדרון - vestibular).

כאשר מזוהה נוכחות התקף הפאניקה צריך לציין אותה כספסיפייר (לדוגמה: הפרעת לחץ פוסט טראומטית עם התקפי חרדה). עבור הפרעות פאניקה הנוכחות של התקף פאניקה מוכלת בתוך הקריטריון של ההפרעה והתקף הפאניקה אינו מצוין כספסיפייר.

התפרצות פתאומית של פחד מואץ או חוסר נוחות מרוכז שמגיעה לשיאה בתוך דקות ואשר במהלכה מתרחשים ארבעה (או יותר) מהסימפטומים הבאים:

הערה: ההתפרצות הפתאומית יכולה להתרחש ממצב רגוע לחלוטין או ממצב חרדתי.

1. דפיקות לב או הלמות לב או דפיקות לב מואצות.

2. הזעה.

3. רעד או רטט.

4. תחושות של חוסר נשימה או חנק.

5. תחושת חנק.
 6. כאבי חזה או אי נוחות.
 7. בחילה או מצוקה בבטן.
 8. תחושת סחרחורת, חוסר יציבות, ראש קל או התעלפות.
 9. תחושות חום או קור.
 10. תחושות נמלול או עקצוצים בעור ללא סיבה נראית לעין או תחושה של הירדמות מקומית.
 11. תחושה של הימצאות בסביבה שונה, זרה (רגשות של חוסר מציאות) או דפרסונליזציה (היות האדם מנותק מעצמו).
 12. פחד מאובדן שליטה או מ"להשתגע".
 13. פחד ממוות.
- הערה:** סימפטומים תלויי תרבות (לדוגמה: תחושה של זמזום או צלצול באוזניים, כאבי ראש או כאבי צוואר, צרחות או בכי בלתי נשלט) עלולות להיות נראות. סימפטומים שכאלה לא צריכים להיחשב כאחד מתוך ארבעת הסימפטומים הנדרשים.

אגורפוביה – Agoraphobia

קריטריונים דיאגנוסטיים:

- A. פחד מסומן/מצוין או חרדה של שניים (או יותר) מחמשת המצבים הבאים:
1. שימוש בתחבורה ציבורית (לדוגמה: מכוניות, אוטובוסים, רכבות, אניות ומטוסים).
 2. שהייה במקומות פתוחים (לדוגמה: מגרשי חניה, שווקים וגשרים).
 3. שהייה במקומות סגורים (לדוגמה: חנויות, תיאטרון, קולנוע).
 4. עמידה בתור או שהייה בתוך קהל.
 5. שהייה לבד מחוץ לבית.

B. היחיד פוחד או נמנע ממצבים אלה עקב המחשבה שברחה ממצבים אלה תהיה קשה או שלא תהיה עזרה זמינה במקרה של התפתחות של סימפטומים דמויי פאניקה או סימפטומים אחרים של שיתוק או מבוכה (לדוגמה: פחד ליפול לזקנה; פחד מאובדן שליטה/אובדן יכולת ההבלגה).

C. מצבי האגורפוביה מעוררים כמעט תמיד פחד או חרדה.

D. מצבי האגורפוביה יוצרים הימנעות תמידית, דורשים נוכחות של ליווי/בן לווייה או שהם נמשכים עם פחד או חרדה אינטנסיביים.

E. הפחד או החרדה הם ללא פרופורציה לסכנה האמיתית המוצעת ע"י המצבים האגורפוביים ולהקשר הסוציו-תרבותי.

F. הפחד, החרדה או ההימנעות היא עקבית ונמשכת 6 חודשים או יותר.

G. הפחד, החרדה או ההימנעות יוצרים מצוקה קלינית משמעותית או ליקוי/קלקול באזורי התפקוד החברתיים, תעסוקתיים או באזורי תפקוד משמעותיים אחרים.

H. במידה וקיים מצב רפואי אחר (כגון מחלות מעי דלקתיות או פרקינסון) הפחד, החרדה או ההימנעות יהיו מוגזמים/מופרזים בבירור.

I. הפחד, החרדה או ההימנעות אינם יכולים להיות מוסברים ע"י סימפטומים של הפרעה נפשית אחרת, כמו למשל, הסימפטומים אינם מוגבלים לפוביה ספציפית, מסוג פוביה מצבית; הם אינם מערבים רק מצב חברתי (כמו בהפרעת חרדה חברתית); והם אינם קשורים באופן בלעדי לאובססיות (כמו ב-OCD), פגמים או סדקים בהופעה החיצונית (כמו בהפרעה של body dysmorphic disorder), תזכורות לאירועים טראומטיים (כמו ב-PTSD) או פחד מפני היפרדות (כמו בהפרעת חרדה מהיפרדות).

הערה: אגורפוביה מאובחנת ללא התחשבות בנוכחותה של הפרעת פאניקה. במידה והפרזנטציה של היחיד פוגשת קריטריון של הפרעת פאניקה ולאגורפוביה - שתי הדיאגנוזות צריכות להיות מצוינות.

קריטריונים דיאגנוסטיים:

A. הבעה של חרדה ודאגה (ציפיות חרדתיות או של דאגה) המופיעה יותר ימים מאשר לא - במשך 6 חודשים לפחות, כלפי מספר אירועים או פעולות (כגון בעבודה או בביצוע בביה"ס).

B. היחיד מתקשה לשלוט על דאגתו.

C. החרדה והדאגה מקושרים ל- 3 (או יותר) מהסימפטומים (לפחות כמה סימפטומים צריכים להתרחש יותר ימים מאשר לא, במשך 6 החודשים האחרונים).

הערה: לילדים נדרש רק סימפטום אחד.

- חוסר מנוחה ותחושת מתח והידוק עד לקצה.
- מתעייפים בקלות.
- קושי להתרכז או "בלאק אאוט".
- רגזנות/זעפנות.
- מתח בשרירים.
- הפרעות בשינה (קושי להירדם או להישאר ישן או שהשינה חסרת שקט ואינה מספקת).

D. החרדה, הדאגה או הסימפטומים הפיזיולוגיים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקוי/קלקול באזורי התפקוד החברתיים, תעסוקתיים או באזורי תפקוד משמעותיים אחרים.

E. לא ניתן לייחס את ההפרעה להשפעות פיסיולוגיות של חומרים (כגון שימוש לרעה בסמים, תרופות) או למצב רפואי אחר (כגון פעילות יתר של בלוטת התריס).

F. ההפרעה אינה יכולה להיות מוסברת ע"י הפרעה מנטאלית/נפשית (כמו חרדה או דאגה מהתקפת פאניקה בהפרעת פאניקה, הערכה שלילית בהפרעת חרדה חברתית (חרדה חברתית), זיהום או הידבקות או אובססיות אחרות בהפרעה אובססיבית קומפולסיבית, פרידה מדמויות היקשרות בהפרעת חרדה מהיפרדות, תזכורות לאירועים טראומטיים בהפרעה פוסט טראומטית, עליה במשקל באנורקסיה נברוזה, תלונות פיסיולוגיות בהפרעת סימפטומים סומאטיים/גופניים, פגמים או סדקים בהופעה החיצונית כמו בהפרעה של body dysmorphic disorder, מחלה רצינית בהפרעת חרדה ממחלות, או התכנים של אמונות שווא בסכיזופרניה או בהפרעת דילוזיונית).

הפרעות טורדניות כפייתיות

Obsessive Compulsive and Related Disorders

כוללות : אובססיבית כפייתית (OCD), הפרעת גוף dysmorphic, הפרעת אגירה, טריכוטילומניה (hairpulling, קטילה (עור קטיף). הפרעת אובססיבית כפייתית קשורה למצב רפואי אחר, והפרעת אובססיבית כפייתית בנושא לא מוגדר (מתמקדת בגוף למשל חוזר על עצמו הפרעת התנהגות, קנאה כפייתית). OCD מאופיין על ידי הנוכחות של אובססיות ו / או כפייתיות (קומפולסיבי). אובססיות זה מחשבות חוזרות ונשנות ומתמשכות, דחפים או תמונות שנחו כחודרניים ולא רצויים, ואילו התנהגויות כפייתיות (קומפולסיביות) הן התנהגויות חוזרות או פעולות נפשיות שאדם מרגיש מונע לבצע בתגובה לאובססיה או לפי חוקים שיש ליישם בנוקשות. כמה הפרעות כפייתיות ואחרים הקשורים גם מאופיינות על ידי טרדות ועל ידי התנהגויות חוזרות או פעולות נפשיות בתגובה לעיסוקים. הפרעות כפייתיות נלוות אחרות מאופיינות בעיקר על ידי התנהגויות חוזרות המתמקדות בגוף חוזרות ונשנות (למשל, משיכת שיער, קטיף עור) וניסיונות להקטין או להפסיק את ההתנהגויות החוזרות ונשנות.

הפרעה טורדנית כפייתית – OCD

קריטריונים לאבחון:

א. נוכחות של אובססיות, כפייתיות, או שתיהן :

אובססיות מוגדרות על ידי (1) וגם (2) :

1. מחשבות חוזרות ונשנות ומתמשכות, דחפים או תמונות שנחו, בחלק הזמן במהלך הפרעה, כחודרניות ולא רצויות, וכי לרוב האנשים גרמו לחרדה או מצוקה ניכרת.
2. הפרט מנסה להתעלם או להדחיק את מחשבות / דחפים / תמונות, או לנטרל אותם עם מחשבה או פעולה אחרת (כלומר, על ידי ביצוע כפייתי).

כפייתיות מוגדרת על ידי (1) וגם (2) :

1. התנהגויות חוזרות (למשל, שטיפת ידיים, סידור, בדיקה) או פעולות נפשיות (למשל, תפילה, ספירה, חזרה על מילים בשקט) שהאדם מרגיש מונע לבצע בתגובה לאובססיה או לפי כללים שיש להחיל בנוקשות.
2. ההתנהגויות או המעשים נפשיים מכוונים למניעה או הפחתת חרדה או מצוקה, או מניעת אירוע כלשהו חשש או מצב, עם זאת, התנהגויות או המעשים הנפשיים אינם קשורים באופן מציאותי עם מה שהם נועדו לנטרל או למנוע, או שהם באופן ברור מוגזמים.

הערה: ייתכן שילדים קטנים לא יוכלו לבטא את המטרות של התנהגויות אלו או של המעשים נפשיים.

ב. האובססיות או הכפייתיות הן גוזלי זמן (למשל, ייקחו יותר משעה כל יום) או יגרמו למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או לפגיעה חברתית, תעסוקתית, או לתחומים חשובים אחרים של התפקוד.

ג. הסימפטומים הכפייתיים אינם מיוחסים להשפעות הפיזיולוגיות של חומרים או תכנים (למשל, תרופה, התעללות, סמים) או מצב רפואי אחר.

ד. ההפרעה אינה מוסברת טוב יותר על ידי התסמינים של הפרעה נפשית אחרת (למשל, דאגות מוגזמות/הפרעת חרדה כללית, עיסוק במראה/הפרעת dysmorphic גוף, קושי בהשלכת חפצים ופרידה/בהפרעת אגירה; משיכת שיער/בטריכוטילומניה, קלוף עור, טקסי התנהגויות אכילה/בהפרעות אכילה, עיסוק עם חומרים או הימורים/התמכרויות; עיסוק עם מחלה, כמו בהפרעת חרדת מחלה; דחפים או פנטסיות מיניים/ הפרעות פאראפיליות; דחפים/דחף שליטה, והפרעות התנהגות; אשמה/ בהפרעת דיכאון; ועוד הפרעות בספקטרום סכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות; או דפוסים חוזרים של התנהגות, כמו בספקטרום האוטיזם).

ציין אם:

תובנה: הפרט מכיר בכך שהאמונות שקשורות בהפרעה האובססיבית כפייתית יכולות לנוע בטווח שבין בוודאי/בהחלט או קרוב לוודאי (כנראה נכונות) לא נכונות או שהן יכולות להיות נכונות או לא.

תובנה נמוכה: האדם חושב שאמונות הנובעות/קשורות בפרעה האובססיבית כפייתית הן כנראה נכונות.

בהעדר תובנה / דלוזיות: הפרט משוכנע לחלוטין שהאמונות הנובעות/קשורות לפרעה האובססיבית כפייתית הן נכונות.

ציין אם:

קשר לטיקים: לפרט יש היסטוריה נוכחית או בעבר שלהפרעת טיקים.

specifiers

לאנשים רבים עם הפרעת אובססיבית כפייתית (OCD) יש אמונות שאינן פונקציונליות. אמונות אלו יכולות לכלול: תחושה מוגזמת של אחריות ונטייה להפריז בהערכת איום; פרפקציוניזם וחוסר סובלנות לאי ודאות, מתן חשיבות יתר למחשבות (למשל, להאמין שעצם המחשבה האסורה גרועה כמו הפעולה האסורה עצמה) וצורך לשלוט במחשבות.

אנשים עם OCD שונים במידת התובנה שיש להם ביחס לאמונות העומדות בבסיס הסימפטומים הכפייתיים שלהם. רמת התובנה יכולה להשתנות במהלך המחלה.

עד 30% מהאנשים עם OCD יסבלו מהפרעת טיקים לכל חיים. נפוץ ביותר בקרב גברים עם התפרצות של OCD בילדות. אנשים אלה נוטים להיות שונה מאלו שאין להם היסטוריה של הפרעות טיקים, תחלואה נלווית וכו'.

אפיונים אבחוניים

הסימפטומים האופייניים של OCD הם הנוכחות של אובססיות ודחפים כפייתיים (קריטריון א). אובססיות הן מחשבות חוזרות ונשנות ומתמשכות (לדוגמה, מזיהום), תמונות (למשל, של סצנות אלימות או נוראות), או דחפים (למשל, כדי לדקור משהו). חשוב מכך, אובססיות אינן מהנות או רצוניות: הן חודרניות, לא רצויות וגורמות למצוקה או חרדה בקרב רוב האנשים. הפרט מנסה להתעלם או לדכא את האובססיות האלו (לדוגמה, הימנעות מגירויים או דיכוי מחשבה) או לנטרל אותם עם מחשבה או פעולה אחרת (למשל, ביצוע כפייתי כלשהו). קומפולסיות (או הטקסים) הן התנהגויות חוזרות ונשנות (למשל, כביסה, בדיקה) או פעולות נפשיות (לדוגמה, ספירה, חזרה על מילים בשקט) שהאדם מרגיש מונע לבצע בתגובה לאובססיה או לפי כללים שיש להחיל בנוקשות. לרוב האנשים עם OCD יהיו גם אובססיות וגם קומפולסיות. קומפולסיות מבוצעות בדרך כלל בתגובה לאובססיה (למשל, מחשבות על זיהום שמובילות לטכסי כביסה או כל מיני טכסים חוזרים עד שהוא מרגיש "בדיוק כמו שצריך") • המטרה היא להפחית את המצוקה או למנוע אירוע רע. אלא שקומפולסיות אלה אינן מחוברות באופן ריאליסטי לאירוע שממנו חוששים (לדוגמה, סידור פריטים באופן סימטרי כדי למנוע פגיעה באדם אהוב) או שהם מוגזמים באופן ברור (לדוגמה, להתקלח במשך שעות בכל יום). קומפולסיות לא נעשתה לשם הנאה, למרות שחלק מהאנשים חווים הקלה מחרדה או מצוקה.

קריטריון ב' מדגיש כי אובססיות ודחפים כפייתיים חייבים להיות זמן רב (לדוגמה, יותר משעה ביום) או לגרום למצוקה משמעותית קלינית או ליקוי כדי להצדיק אבחנה של OCD. קריטריון זה עוזר להבחין בין ההפרעה למחשבות או התנהגויות חוזרות ונשנות מזדמנות שנפוצות באוכלוסייה הכללית (לדוגמה, ויודא כי הדלת נעולה). התדירות והחומרה של אובססיות וקומפולסיות משתנה בין אנשים עם OCD (לחלק יש תסמינים קלים עד מתונים, יבלו 1-3 שעות בכל יום במחשבות אובססיביות או עשיה כפייתית, בעוד שלאחרים יהיו מחשבות בלתי פוסקות).

מאפיינים תומכי אבחון

התוכן הספציפי של אובססיות וקומפולסיות משתנה בין אנשים. עם זאת, נושאים מסוימים, או ממדים, נפוצים יותר, כולל אלה של ניקיון; סימטריה וספירה כפייתית; מחשבות אסורות או טאבו (למשל, תוקפנות מיניות, או אובססיות דתיות); פגיעה (למשל, חששות מפגיעה עצמית או באחרים). יש אנשים שיש לי גם קשיי אגירה. הנושאים ההלו חוצי תרבויות ומופיעים בעקביות בקרב מבוגרים, כקשורים למצבי לחץ. לעתים קרובות יהיו ל אנשים מספר סימפטומים באחד או יותר ממדים.

אנשים עם OCD חווים מגוון של תגובות רגשיות כמו סימני חרדה, גועל. אנשים עם הפרעה עשויים להימנע מאנשים, מקומות ודברים כדי להקטין את החשיפה לאיומים. אנשים עם מחשבות טורדניות על גרימת נזק עשויים להימנע מאינטראקציות חברתיות.

שכיחות

השכיחות של 12 החודשים של OCD בארצות הברית היא 1.2%, שכיחות דומה בעולם (1.1% - 8.1%). נקבות מושפעות בשיעור גבוה יותר מאשר גברים בבגרות, למרות שגברים מושפעים יותר בילדות.

התפתחות ומהלך

בארצות הברית, הגיל הממוצע להופעה של OCD הוא 19.5 שנים, ו-25% מהמקרים יתחילו עד גיל 14. התחלה לאחר גיל 35 שנים היא יוצאת דופן, אבל זה עלול להתרחש. התחלת הסימפטומים היא בדרך כלל הדרגתית, אך יש דיווחים גם על התפרצות חריפה. אם OCD לא מטופל, כמובן, הוא בדרך כלל כרוני. יש אנשים אפיזודות, ויש מיעוט שמתדרדר..

ללא טיפול, שיעורי הפוגה בקרב מבוגרים הם נמוכים. (40% מאנשים עם התפרצות של OCD בילדות או בגיל התבגרות עשויים לחוות הפוגה בבגרות מוקדמת. קומפולסיות מאובחנות בקלות רבה יותר בילדים מאשר אובססיות מאחר והן ניתנות לצפייה. עם זאת, לרוב הילדים יש את שתייהן כמו בקרב מבוגרים. הדפוס של הסימפטומים אצל מבוגרים יכול להיות יציב לאורך זמן, ומשתנה יותר בקרב ילדים.

גורמי סיכון ופרוגנוזה

טמפרמנט – הפכפכות, רגשנות שלילית, ועיכוב בהתפתחות.

סביבה - התעללות פיזית ומינית בילדות, ארועי דחק וטראומה. גורמים סביבתיים שונים, לרבות חומרים מזהמים שונים ותסמונת אוטואימונית.

גנטיקה ופיסיולוגיה - השיעור של OCD בין קרובי משפחה מדרגה הראשונה של מבוגרים עם OCD הוא פי שתיים מאשר בין קרובי משפחה מדרגה הראשונה של אלה שאין להם הפרעה, עם זאת, בקרב קרובי משפחה מדרגה הראשונה של אנשים עם התפרצות של OCD בילדות או בגיל התבגרות, השיעור גדל פי 10.

- א. התעסקות עם אחד או יותר פגמים וליקויים קלים במראה פיזי אשר האחרים לא יכולים להבחין בהם.
- ב. בשלב מסוים במהלך ההפרעה, האדם חוזר על ביצוע התנהגויות מסוימות (למשל, בדיקת מראה, טיפוח יתר, הסרה/חיטוט בעור, הרגעה) או פעולות נפשיות (למשל, השוואה בין המראה שלו או שלה עם זה של אחרים) בתגובה לדאגות המראה.
- ג. העיסוק גורם למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או פגיעה חברתית, תעסוקתית, או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ד. עיסוק במראה אינו מוסבר טוב יותר על ידי חששות שנוגעות להשמנה או משקל כפי שיהיו אצל אדם עם סימפטומים שעומדים בקריטריונים לאבחון הפרעת אכילה.

ציין אם:

Dysmorphia הנוגעת לשרירים: האדם עסוק ברעיון שיש לו מבנה גוף קטן מדי או לא מספיק שרירי. מציין זה מתקיים אפילו אם הפרט עסוק באזורים אחרים בגוף, שזה קורה לעתים קרובות.

ציין אם:

מידת התובנה לגבי האמונות הנוגעות להפרעת dysmorphic גוף (לדוגמה, "אני מכוער" או "אני מעוות").

עם תובנה טובה או הוגנת: הפרט מכיר בכך שהאמונות הנוגעות להפרעת dysmorphic הגוף הן בהחלט או כנראה לא נכונות או שהם יכולות או לא יכולות להיות אמתיות.

עם תובנה ירודה: האדם חושב שאמונות הנוגעות להפרעת dysmorphic הגוף הן כנראה נכונות.

ללא תובנה /אמונות שווא (דלוזיות): הפרט הוא משוכנע לחלוטין שהאמונות הנוגעות להפרעת dysmorphic הגוף נכונות.

- א. קושי מתמשך עם השלכה או פרידה מחפצים, ללא קשר לערך האמתי שלהם.
- ב. קושי זה נובע מצורך נתפס להציל את הפריטים ולמצוקה הקשורה עם השלכתם.
- ג. תוצאות הקושי להשליך רכוש הינן צבירת רכוש שנדחס ומעמיס על אזורי מחיה משמעותיים ופוגע ביעוד שלהם. אם אזורי המגורים מסודרים, זה רק בגלל ההתערבות של צד שלישי (לדוגמה, בני משפחה, מנקים, הרשויות).
- ד. האגירה גורמת למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או פגיעה חברתית, תעסוקתית, או בתחומי תפקוד חשובים אחרים (כולל שמירה על סביבה בטוחה לעצמי ולאחרים).
- ה. האגירה אינה מיוחסת למצב רפואי אחר (לדוגמה, פגיעה במוח, כלי דם במוח, מחלה, תסמונת פראדר וילי).
- ו. האגירה לא מוסברת על ידי הסימפטומים של הפרעה נפשית אחרת (למשל, הפרעה אובססיבית כפייתית, ירידה באנרגיה, דיכאון, מחשבות שווא /סכיזופרניה או הפרעה פסיכוטית אחרת, גירעונות קוגניטיביים בהפרעת נזיר מרכזית, אינטרסים מוגבלים בספקטרום האוטיסטי).

ציין אם:

עם רכישה מוגזמת: אם קושי בהשלכת חפצים מלווה ברכישה מוגזמת של פריטים שאינם נחוצים או שאין עבורם מקום פנוי.

ציין אם:

תובנה טובה או הוגנת: הפרט מזהה את האמונות הקשורות לאגירה וכי ההתנהגויות (הנוגעות לקושי בהשלכת פריטים, העומס, או רכישה מוגזמת) הן בעייתיות.

תובנה ירודה: הפרט משוכנע שאמונות הקשורות לאגירה והתנהגויות הנוגעות לפריטים (קושי בהשלכתם, העומס מוגזם, או רכישה) הן לא בעייתיות, למרות הראיות סותרות.

העדר תובנה /אמונות שווא (דלוזיות): הפרט משוכנע לחלוטין שאמונות והתנהגויות הנוגעות הקשורות לאגירת פריטים (קושי בשלכתם, העומס, או רכישה מוגזמת) הן לא בעייתיות, למרות הראיות סותרות.

הפרעת תלישת שיער (טריכוטילומניה) – Trichotilomania (Hair-Pulling Disorder)

- א. תלישה חוזרת של השיער, וכתוצאה מכך איבוד/נשירת שיער.
- ב. ניסיונות חוזרים ונשנים להקטין או להפסיק את משיכת השיער.
- ג. משיכת השיער גורמת למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או פגיעה חברתית, תעסוקתית, או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ד. משיכת השיער או נשירת שיער היא אינה מיוחסת למצב רפואי אחר, כמו למשל, מצב דרמטולוגי (בעיה בעור).
- ה. משיכת השיער אינה מוסברת טוב יותר על ידי התסמינים של הפרעה נפשית אחרת (לדוגמה, ניסיון לשפר פגם או ליקוי נתפס במראה בגוף).

הפרעת קילוף עור (עור קטיפ) – Excoriation (Skin-Picking) Disorder

- א. קילוף עור חוזר וכתוצאה נגעים בעור.
- ב. ניסיונות חוזרים ונשנים כדי להקטין או להפסיק קילוף עור.
- ג. קילוף העור גורם למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או פגיעה חברתית, תעסוקתית, או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.
- ד. קילוף העור אינו מיוחס להשפעות הפיזיולוגיות של חומר (למשל, קוקאין) או מצב רפואי אחר (לדוגמה, גרדת).
- ה. קילוף העור אינו מוסבר טוב יותר על ידי סימפטומים של הפרעה נפשית אחרת (למשל, מחשבות שווא או הזיות מישוש בהפרעה פסיכוטית, ניסיון לשפר פגם או ליקוי נתפס במראה בהפרעת dysmorphic גוף, הפרעת תנועה, או מתוך כוונה לפגוע בעצמו בפציעה עצמית nonsuicidal).

הפרעות שקשורות בטרומה

Trauma-related Stressor-Related Disorders

הפרעת התקשורות תגובתית (ריאקטיבית) – Reactive Attachment Disorder

A. דפוס חוזר של התכנסות או הימנעות רגשית כלפי הדמויות המטפלות העיקריות הבא לידי ביטוי בשני הבאים:

1. הילד לעיתים רחוקות או נדירות מחפש נחמה או הרגעה מהדמויות המטפלות כאשר נמצא במצב מצוקה.
2. הילד לעיתים רחוקות או נדירות מגיב לנחמה או הרגעה כאשר במצוקה.

B. קושי חברתי ורגשי רציף הבא המאופיין בלפחות 2 מתוך ה-3:

1. תגובה רגשית וחברתית מינימלית כלפי האחר.
2. אפקט חיובי מוגבל
3. אפסודות לא מוסברות של עצבנות, עצב, או פחד המתרחשות גם כאשר המפגש עם המטפל העיקרי אינו מהווה סכנה מציאותית כלל.

C. הילד חווה דפוס של התנהגויות קיצוניות וטיפול לא מספק כלפיו, שניתן לראותם בלפחות 1 מהנ"ל:

1. הזנחה או מניעה חברתית של המטפל העיקרי הבאה לידי ביטוי בחוסר מילוי צרכים רגשיים בסיסיים של נחמה, סטימולציה וחיבה.
2. חילופים חוזרים של הדמות המטפלת העיקרית המקשים על יצירת התקשורות יציבה (כגון: שינויים רבים של משפחת האומנה)
3. גידול הילד בסטינג יוצא דופן שמקשה באופן משמעותי על היכולת של הילד ליצור במות להתקשורות סלקטיבית (מוסדות שיש כמות גדולה של מפגשים ילד-הורה).

D. הטיפול בקריטריון C הוא זה שכל הנראה אחראי על התנהגות הילד כפי שמופיע בקריטריון A)

התסמינים שבקריטריון A החלו עקב או לאחר חוסר הטיפול המספק/ יעיל שמופיע בקריטריון C.

E. ההפרעה אינה עונה על הקריטריונים של הפרעות בספקטרום האוטיסטי.

F. ההפרעה נוכחת ומופיעה לפני גיל 5.

G. לילד יש גיל התפתחותי של לפחות 9 חודשים.

פרט אס:

אם ההפרעה מתמידה: ההפרעה מופיעה וקיימת למעלה מ- 12 חודשים.

חומרת ההפרעה

פרט את חומרת ההפרעה הנוכחית- ההפרעה תיחשב "חריפה" כאשר כל הסימפטומים תואמים את התנהגות הילד, כל סימפטום מעלה את חריפות ההפרעה באופן יחסי.

הפרעת חיברות ללא עכבות – Disinhibited Social Engagement Disorder

קריטריונים לאבחון

- A. תבנית התנהגות בה הילד מתקשר עם מבוגרים לא מוכרים ומציג לפחות שניים מהבאים:
1. מידה מועטה או חוסר איפוק באינטראקציות עם מבוגרים לא מוכרים.
 2. התנהגות או דיבור 'קרוב יותר' [Overly familiar] (באופן שאינו תואם את הסביבה התרבותית של הילד או תואם את הגבולות החברתיים הנהוגים בגילו).
 3. מידה פחותה או היעדר של בדיקה עם האחראי עליו אחרי התרחקות ממנו, גם בסיטואציות ומקומות לא מוכרים.
 4. נכונות ללכת עם מבוגר זר עם היסוס מועט או כלל ללא היסוס.
- B. התנהגויות בקריטריון A אינן מיוחסות לאימפולסיביות (כמו בהפרעות קשב/היפראקטיביות)
- C. הילד חווה דפוס טיפול קיצוני או העדר טיפול מספק כפי שניתן לראות לפי לפחות אחד מהבאים:

1. הזנחה חברתית או מניעה קבועה של צרכים רגשיים בסיסיים כגון נחמה, גירוי וחיבה שאמורים להינתן ע"י המבוגר המטפל.
2. שינויים תכופים בדמות המטפל האחראי באופן שמונע יצירת התקשרות (למשל החלפה תכופה של בתי אומנה).
3. גידול בסיטואציות לא שגרתיות בהן אין הזדמנויות לבחירת דמות התקשרות [to form selective attachments] (למשל מוסדות עם יחס תלמיד למבוגר גבוה במיוחד).
- D. משוער כי הטיפול המתואר בקריטריון C הוא הגורם להתנהגויות המתארות בקריטריון A (למשל, ההתנהגויות המתארות בקריטריון A החלו לאחר הטיפול המתואר בקריטריון C).
- E. הילד הגיע לפחות לגיל ההתפתחותי של 9 חודשים.

ציין אם:

משך: ההפרעה נוכחת יותר מ-12 חודשים.

ציין חומרה:

ההפרעה הינה חמורה כאשר הילד מציג את כל הסימפטומים של ההפרעה, כאשר כל קריטריון מתבטא באופן חמור.

הפרעת דחק פוסט טראומטית – Post-Traumatic Stress Disorder

קריטריונים לאבחון – למבוגרים, מתבגרים, וילדים מעל גיל 6.

A. חשיפה ממשית או איום ב: מוות, פגיעה פיזית משמעותית או אלימות מינית, באחת או יותר מהדרכים הבאות:

1. חווה את האירוע באופן ישיר
2. היה בעצמו עד לאירוע בעת שהאחר נחשף אליו

3. שמע שהאירוע התרחש לקרוב משפחה או חבר קרוב; במקרה של מוות או איום במוות של קרוב משפחה או חבר קרוב, יש גוון אלים או לא צפוי לאירוע

4. נחשף לפרטים קשים ביחס לאירוע באופן עוצמתי או חוזר (למשל, אנשי סיוע; אינו כולל מדיה, אלא אם החשיפה למדיה קשורה לעבודה)

B. נוכחות של אחד או יותר מהתסמינים חודרניים (Intrusion symptoms) הבאים, הקשורים לאירוע הטראומטי, שהחלו לאחר החשיפה לאירוע הטראומטי:

1. זיכרונות חודרניים בלתי רצוניים ומעוררי דחק של האירוע (בילדים יכולים להופיע במשחק חוזר)
2. חלומות חוזרים ומעוררי דחק, בהם התוכן או האפקט קשורים לאירוע הטראומטי (אצל ילדים יכולים להיות חלומות בעתה ללא תוכן מוגדר)
3. תגובות דיסוציאטיביות (למשל פלשבקים) בהם הפרט חש או מגיב כאילו האירוע הטראומטי מתרחש שוב (מופיע על רצף, עד כדי אובדן מוחלט של המודעות לסביבה); (אצל ילדים השחזור יכול להופיע במחק)

4. דחק פסיכולוגי אינטנסיבי או ממושך בעת חשיפה לרמזים פנימיים או חיצוניים המייצגים או דומים להיבטים של האירוע הטראומטי

5. תגובה פיסיולוגית משמעותית בעת חשיפה לרמזים פנימיים או חיצוניים המייצגים או דומים להיבטים של האירוע הטראומטי

C. הימנעות מתמשכת מגירויים הקשורים לאירוע הטראומטי, שהחלה לאחר התרחשותו של האירוע, הבאה לביטוי באחד או שני הבאים:

1. הימנעות מ או מאמץ להימנע מזיכרונות, מחשבות או רגשות מעוררי דחק על האירוע או הקשורים אליו

2. הימנעות או מאמץ להימנע מתזכורות חיצוניות (אנשים, מקומות, שיחות, פעילויות, אובייקטים או מצבים) המעוררים זיכרונות, מחשבות או תחושות ביחס לאירוע או שקשורים אליו

D. שינוי שלילי בתחום הקוגניטיבית ובמצב הרוח הקשורים לאירוע הטראומטי, שהחלו או שהחמירו לאחר החשיפה, כפי שבאים לידי ביטוי בלפחות שניים מהתסמינים הבאים:

1. חוסר יכולת לזכור היבט חשוב באירוע הטראומטי (כתוצאה מאמנזיה דיסוציאטיבית ולא כתוצאה מחבלת ראש, סמים או אלכוהול)

2. תפיסות או ציפיות שליליות מוגזמות ועיקשות ביחס לעצמי, לאחר, ולעולם (אני רע, לא ניתן לסמוך על אף אחד, העולם הוא לחלוטין רע)

3. עיוותי חשיבה עיקשים ביחס לסיבות או לתוצאות של הטראומה, המובילים את הפרט להאשמה עצמית או האשמת אחרים.

4. מצב רגשי שלילי מתמשך – פחד, אימה, כעס, אשמה, בושה

5. ירידה משמעותית בעניין או בהשתתפות בפעילויות משמעותיות

6. תחושת ניכור או ניתוק מאחרים

7. חוסר יכולת לחוות רגשות חיוביים כגון – חוסר יכולת לחוות רגשות שמחה, סיפוק או אהבה

E. שינוי משמעותי בעוררות ובתגובתיות הקשורים לאירוע הטראומטי, שהחלו או החמירו לאחר החשיפה, כפי שבא לביטוי בלפחות שניים מהתסמינים הבאים :

1. התנהגות רוגזנית והתפרצויות זעם (ללא פרובוקציה), באה לידי ביטוי לרוב בביטוי אגרסיה מילולית

או פיסית כלפי אחרים או אובייקטים

2. חוסר זהירות או התנהגות הרסנית

3. דריכות יתר

4. תגובות בהלה מוגזמות

5. קושי בריכוז

6. הפרעות בשינה (קושי להירדם, להישאר ישן או שינה חסרת מנוחה)

F. משך התסמינים הוא חודש לפחות

G. התסמינים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקוי תפקודי בתחום החברתי, תעסוקתי או אחר משמעותי

H. התסמינים אינם תוצאה של מצב רפואי או שימוש בחומרים ממכרים

With delayed expression - אם התסמינים במלואם אינם מגיעים לביטוי מלא עד לפחות 6 חודשים לאחר האירוע.

ישנו תת סוג לילדים מתחת לגיל 6.

A. חשיפה ממשית או איום ב: מוות, פגיעה פיסית משמעותית או אלימות מינית, באחת או יותר מהדרכים הבאות:

1. חווה את האירוע באופן ישיר
2. היה בעצמו עד לאירוע בעת שהאחר נחשף אליו
3. שמע שהאירוע התרחש לקרוב משפחה או חבר קרוב; במקרה של מוות או איום במוות של קרוב משפחה או חבר קרוב, יש גוון אלים או לא צפוי לאירוע
4. נחשף לפרטים קשים ביחס לאירוע באופן עוצמתי או חוזר (למשל, אנשי סיוע; אינו כולל מדיה, אלא אם החשיפה למדיה קשורה לעבודה)

B. נוכחות של לפחות תשעה מהתסמינים הבאים מכל אחת מחמש הקטגוריות של חודרנות, מצב רוח שלילי, דיסוציאציה, הימנעות, או עוררות יתר, שהחלו או החמירו לאחר חשיפה לאירוע טראומטי

תסמינים חודרניים (Intrusion symptoms):

1. זיכרונות חודרניים בלתי רצוניים ומעוררי דחק של האירוע (בילדים יכולים להופיע במשחק חוזר)
2. חלומות חוזרים ומעוררי דחק, בהם התוכן או האפקט קשורים לאירוע הטראומטי (אצל ילדים יכולים להיות חלומות בעתה ללא תוכן מוגדר)
3. תגובות דיסוציאטיביות (למשל פלשבקים) בהם הפרט חש או מגיב כאילו האירוע הטראומטי מתרחש שוב (מופיע על רצף, עד כדי אובדן מוחלט של המודעות לסביבה); (אצל ילדים השחזור יכול להופיע במחק)
4. דחק פסיכולוגי משמעותי ומתמשך או תגובתיות פסיכולוגית בעת חשיפה לרמזים פנימיים או חיצוניים המייצגים או דומים להיבטים של האירוע הטראומטי

מצב רוח שלילי

5. חוסר יכולת משמעותית לחוות רגשות חיוביים (כגון אושר, סיפוק, או אהבה)

תסמינים דיסוציאטיביים (Dissociative symptoms):

6. שינוי בתחושת המציאותיות של העצמי או של הסביבה (לראות את עצמי מהפרספקטיבה של האחר, האטה בתחושת הזמן)

7. חוסר יכולת לזכור היבט חשוב באירוע הטראומטי (כתוצאה מאמנזיה דיסוציאטיבית ולא כתוצאה מחבלת ראש, סמים או אלכוהול)

הימנעות (Avoidance):

8. מאמץ להימנע מזיכרונות, מחשבות או רגשות מעוררי דחק על האירוע או הקשורים אליו
9. מאמץ להימנע מתזכורות חיצוניות (אנשים, מקומות, שיחות, פעילויות, אובייקטים או מצבים) המעוררים זיכרונות, מחשבות או תחושות ביחס לאירוע או שקשורים אליו

עוררות יתר (Hyperarousal):

10. הפרעות בשינה (קושי להירדם, להישאר ישן או שינה חסרת מנוחה)
11. התנהגות רוגזנית והתפרצויות זעם (ללא פרובוקציה), באה לידי ביטוי לרוב בביטוי אגרסיה מילולית או פיסית כלפי אחרים או אובייקטים
12. דריכות יתר
13. קושי בריכוז
14. תגובות בהלה מוגזמות

- C. משך התסמינים הוא שלושה ימים עד חודש לאחר החשיפה לאירוע (התסמינים לרוב מתחילים מיד לאחר האירוע אך נמשכים לפחות שלושה ימים ועד חודש).
- D. התסמינים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקוי תפקודי בתחום החברתי, תעסוקתי או אחר משמעותי.
- E. התסמינים אינם תוצאה של מצב רפואי או שימוש בחומרים ממכרים ואינה מוסברת טוב יותר דרך המאפיינים של הפרעה פסיכוטית קצרה.

A. התפתחותם של תסמינים רגשיים או התנהגותיים בתגובה לגורם דחק מזוהה המופיעים במהלך שלושת החודשים שמתחילת האירוע.

B. התסמינים או ההתנהגות משמעותיים מבחינה קלינית, כפי שבאים לידי ביטוי באחד או שני התסמינים הבאים:

1. דחק משמעותי שהוא מוגזם בעוצמתו או באינטנסיביות שלו, ביחס למצופה מגורם הדחק, ביחס להקשר החיצוני ולהשפעות התרבותיות.

2. קושי משמעותי בתפקוד החברתי, תעסוקתי, או תחומי תפקוד אחרים.

C. התסמינים אינם מתאימים למצב נפשי אחר או להחמרה של מצב נפשי קודם.

D. התסמינים אינם מייצגים אבל נורמאלי.

E. לאחר שגורם הדחק ותוצאותיו הסתיימו, התסמינים אינם נמשכים יותר מ- 6 חודשים נוספים.

Specify - תת סוגים: מצב רוח דכאוני, חרדתי, מעורב, התנהגותי, מעורב רגשי – התנהגותי.

- **עם גוון דכאוני** - מצב רוח ירוד, בכי, חוסר תקווה.
- **עם גוון חרדתי** - רגזנות, דאגה.
- **עם גוון מעורב חרדתי** – דכאוני – שילוב בין דיכאון לחרדה.
- **עם גוון של בעיות התנהגות**
- **עם גוון רגשי** – **התנהגותי** – שילוב של סימפטומים רגשיים (כמו דיכאון, חרדה) והפרעת התנהגות.

הפרעות דיסוציאטיביות

Dissociative Disorders

הפרעת זהות דיסוציאטיבית – Dissociative Identity Disorder

קריטריונים לאבחון

- A. הפרעה/שיבוש של הזהות על ידי פיצולה ללפחות שתי זהויות מובחנות שונות . בתרבויות מסוימות דבר זה יכול להיות מתואר כדיבוק. שיבוש הזהות, בא לידי ביטוי בחוסר המשכיות מובחנת של תחושת העצמי או בתחושת השייכות, המלווה בשינויים באפקט, התנהגות, הכרה, זיכרון, תפיסה, קוגניציה, ו/או תפקוד סנסורי-מוטורי. תסמינים אלה יכולים להיראות על ידי אחרים או מדיווח עצמי.
- B. פערים/ קשיים חוזרים ביכולת לזכור אירועים יום יומיים, מידע אישי חשוב ו/ או אירועים טראומטיים שאינם עולים בקנה אחד עם שכחה רגילה.
- C. התסמינים גורמים למצוקה משמעותית או שיבוש ביכולת החברתית, תעסוקתית או יכולת תפקודית אחרת.
- D. ההפרעה אינה חלק נורמלי בפרקטיקה תרבותית או דתית מקובלת.
- E. לא ניתן לייחס את הסימפטומים ל: שימוש בסמים (התעלפויות, או התנהגות קאוטית במהלך שתיית אלכוהול) או מצב רפואי אחר (פרכוסים).

A. חוסר יכולת לזכור מידע אוטוביוגרפי, בדרך כלל, טראומטי או מלחיץ, באופן שאינו תואם שיכחה פשוטה.

הערה: אמנזיה דיסוציאטיבית מורכבת לרוב מאמנזיה ממוקדת או סלקטיבית לאירוע או אירועים ספציפיים; או אמנזיה כללית של הזהות וההיסטוריה האישית.

B. הסימפטומים גורמים למצוקה ניכרת או לקות חברתית, תעסוקתית או בתחומי חיים אחרים אשר חשובים לתפקוד האדם.

C. ההפרעה אינה משויכת לתסמינים הפסיכולוגים של שימוש בחומרים ממכרים (כגון אלכוהול, סמים או תרופות) או מצב נירולוגי או רפואי אחר (כגון התקפים חלקיים מורכבים, אמנזיה הגלובלית חולפת, סיבוכים של פגיעת ראש סגור/ פגיעה מוחית טראומטית, מצב נירולוגים אחר).

D. לא ניתן להסביר את ההפרעה באופן טוב יותר על ידי הפרעה זהות דיסוציאטיבית, הפרעת דחק פוסט טראומטית, הפרעה מתח חריפה, הפרעת תסמין גופנית [somatic symptom disorder], או הפרעה נירו-קוגניטיבית חריפה או מתונה.

הערת קידוד: הקידוד לאמנזיה דיסוציאטיבית בלי פוגה דיסוציאטיבית [dissociative fugue] הוא 300.12 (F44.0). הקידוד לאמנזיה דיסוציאטיבית עם פוגה דיסוציאטיבית הוא 300.13 (F44.1).

ציין אם:

כאשר עם פוגה דיסוציאטיבית: ישנו מיצג של טיולים ייעודיים או נדודים מבולבלים שמקושרים לאמנזיה של זהות או לחלקים אוטוביוגרפים אחרים.

A. נוכחות עקבית או חוזרת של חוויות של דפרסונליזציה, דריאליזציה או שתיהן :

1. Depersonalization : חוויה של חוסר ממשות, ניתוק, או היות צופה מבחוץ ביחס למחשבות,

רגשות, תחושות, גוף, או פעולות (לדוגמא : שינוי תפיסתי, תחושת זמן מעוותת, חוסר ממשות או היעדרות עצמי, חוסר תחושה [numbing] רגשית ו/או פיזית).

2. Derealization : חוויות של חוסר ממשות או ניתוק ביחס לסביבה (לדוגמא : אנשים או אובייקטים

נחווים כלא ממשיים, תחושה של בתוך חלום, ערפל, חוסר חיות, או עיוותים ויזואליים).

B. במהלך החוויות של דפרסונליזציה או הדראליזציה בוחן המציאות לא נפגע.

C. התסמינים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או ליקויים בתפקודים החברתיים, מקצועיים, או בתפקוד אחר משמעותי.

D. לא ניתן ליחס את ההפרעה להשפעות פסיכולוגיות של חומרים (סמים/תרופות) או מצב רפואי אחר (לדג' התקפים).

E. ההפרעה לא יכולה להיות מוסברת טוב יותר ע"י הפרעה נפשית אחרת כגון : סכיזופרניה, התקף חרדה, הפרעת דיכאון מאזיורי, הפרעת לחץ אקוטי, PTSD או הפרעה דיסוציאטיבית אחרת.

הרחבה :

- אפיזודות של דפרסונליזציה מאופיינת בחוויות חוסר ממשות או ניתוק או תחושת חוסר היכרות מהעצמי או מאספקטים מסויימים בעצמי. הפרט יכול להרגיש מנותק לחלוטין מעצמו ("אני אף אחד", "אין לי עצמי", "אני לא אני", "אני יודע שיש לי רגשות אך אני לא מרגיש אותם" "המחשבות שלי לא מרגישות כאילו הן שלי", "הראש שלי מלא בצמר גפן"), תחושת ניתוק מהגוף או חלקים מהגוף או תחושות (מגע, רעב, צמא, ליבידו). יכולה להיות גם תחושה של פעילות מצומצמת (להרגיש רובוטי, אוטמטיות, חוסר שליטה על הדיבור או התנועה). זו יכולה להיות תחושה של עצמי מפוצל למתבונן ומשתתף הידועה כ "חוויה חוץ גופית" בצורתה הקיצונית.
- אפיזודות של דריאליזציה מאופיינות בתחושת חוסר ממשות או ניתוק או חוסר מוכרות עם העולם- בין אם אנשים, חפצים או כלל הסביבה. הפרט יכול להרגיש כאילו הוא בתוך ערפל, חלום או בועה או כאילו יש

חומת זכוכית בינו לבין העולם שסביבו. הסביבה יכולה להיחווה כמלאכותית, חסרת צבע או חסרת חיות. לעיתים קרובות תהיה מלווה בעיוות ויזואלי כלשהו כגון ערפול בראיה, שדה ראייה מורחב או מצומצם, ראייה שטוחה או דו מימדית, תלת מימדיות מוגזמת, או עיוות במרחק או גודל של חפצים. גם ליקויים בשמיעה יכולים להופיע – תחושת עיוות של סאונד, mute, או קול רם.

- לחולים יתכן ויהיה קושי לתאר את התסמינים ויחוו תחושה שהם 'משתגעים' או הופכים 'למשוגעים'. תחושה נפוצה נוספת היא חשש מנזק מוחי בלתי הפיך. חוויה נפוצה של תחושת זמן וסבייקטיבית מעוותת (הכל מהיר נורא, הכל איטי נורא) וקושי לחוות זיכרונות אישיים כבעלי חיות או כאישיים, פרטיים או רגשיים.
- יתכנו תופעות של עיסוק אובססיבי, לבדוק ללא הרף אם אני קיים, להתבונן במראה וכד'.
- לעיתים תכופות יופיעו גם מידות שונות של דיכאון או חרדה.
- הסובלים מההפרעה נמצאו כבעלי רגישות נמוכה פיזיולוגית לגירויים רגשיים
- סימפטומים זמניים של דפרסונליזציה/דריאליזציה הנמשכים שעות או ימים נפוצים בכלל האוכלוסיה. קרוב לחצי מהאוכלוסיה הבוגרת חוו לפחות פעם בחייהם אפיזודה של דפרסונליזציה או דריאליזציה.
- נושאים תרבותיים- מצבים מדיטטיביים או מצבים הקשורים לדתות שונות בעלי תסמינים אלו לא יאובחנו בהפרעה.

אבחנה מבדלת:

- Illness anxiety disorder - למרות שיכולים להציג תלונות סומטיות מעורפלות ופחדים מנזק מוחי האבחנה של הפרעת הדפרסונליזציה/דריאליזציה מאופיינת על ידי הנוכחות של הסימפטומים הטיפוסיים להפרעה זו והיעדר של ביטויים אחרים של illness anxiety disorder.
- Major depressive disorder – הרגשת חוסר תחושה, אפאתיה, והיות בתוך חלום נפוצות גם בדיכאון מאזיורי. אולם בדפרסונליזציה/דריאליזציה הן יופיעו עם עוד תסמינים הקשורים להפרעה. אם תחושות אלו באופן מובהק ממשיכות גם לאחר האפיזודה הדיכאונית לאורך זמן ניתן לתת את האבחנה.
- OCD – הסובלים מדפרסונליזציה/ דריאליזציה עשויים לפתח עיסוק אובססיבי בחוויתם הסובייקטיבית או לפתח טקסים אשר נועדו לבדוק את הסטטוס של הסמפטומים שלהם. למרות זאת סמפטומים אחרים של OCD שיאנם קשורים לכך לא יופיעו באבחנה זו.

- Other dissociative disorders – בכדי לקבוע אבחנה של דפרסונאליזציה/דריאליזציה על הסימפטומים לא להופיע בהקשר של הפרעה דיסוציאטיבית אחרת כגון הפרעת אישיות דיסוציאטיבית.
- Anxiety disorders- דפרסונאליזציה/דריאליזציה הינה אחד מהתסמינים של התקף חרדה, נפוץ למדי כשחומרת ההתקף מתגברת. כאשר הסימפטומים מופיעים רק בהקשר של התקף חרדה/חרדה חברתית או פוביה ספציפית לא תינתן אבחנה של דפרסונאליזציה/ דריאליזציה. יחד עם זאת קיימת שכיחות להופעה של התקפי חרדה הכוללים חוויות של דפרסונאליזציה/דריאליזציה כתחילתה של הפרעת הדפרסונאליזציה/ דריאליזציה. במקרה זה התסמינים של הדפרסונאליזציה/דריאליזציה יהיו מתמשכים באופן מובהק וימשיכו גם לאחר שהתקפי החרדה יפסקו.
- Psychotic disorders- הקריטריון של בוחן מציאות תקין באבחנה של דפרסונאליזציה/ דריאליזציה הינו הכרחי על מנת להבדיל בין הפרעה זו לבין הפרעות פסיכוטיות. לדוגמא אדם יכול להתלונן שהוא מת או שהעולם אינו ממשי אך זו יכולה להיות חוויה סובייקטיבית שהוא יודע שאינה אמיתית או אמונה דלזיונית.
- Subtence/medication- induced disorder- היעדר שימוש בסמים או תרופות הינו קריטריון הכרחי לקביעת אבחנה של דפרסונאליזציה/דריאליזציה היות וחוויות אלו נפוצות בשימוש/גמילה מסמים או תרופות. ב 15% אחוז מהמקרים של דפרסונאליזציה/דריאליזציה הסימפטומים של ההפרעה מואצים ומוחמרים על ידי שימוש בסמים. אם הסימפטומים ממשיכים גם לאחר זמן מהשימוש ומהגמילה האבחנה של דפרסונאליזציה/דריאליזציה תקפה. בדרי"כ הסובלים מההפרעה מפתחים פוביה מהשימוש בסמים ולא משתמשים שוב.
- Mental disorder due to another medical condition – יש לשלול, במיוחד בגילאים המבוגרים מצבים רפואיים אחרים אשר עשויים ליצר תסמינים של דפרסונאליזציה/ דריאליזציה.

תחלואה כפולה - Comorbidity :

ההפרעות הקומרבידיות השכיחות ביותר של דפרסונאליזציה/דריאליזציה הינן unipolar depressive disorder והפרעות חרדה. קומרבידיות עם PTSD מועטה מאד. הפרעות האישיות הנפוצות כקומרבידיות לדפרסונאליזציה/דריאליזציה הינן אישיות נמנעת, גבולית, ואובססיבית-קומפולסיבית.

הפרעות וסימפטומים סומטיים

Somatic Symptom and Related Disorders

הפרעה תסמין גופני – Somatic Symptoms Disorder

A תסמין גופני אחד או יותר שמייצרים הפרעה משמעותית בחיים היומיומיים.
B מחשבות, הרגשות והתנהגויות מוגזמות הקשורות לתסמינים גופניים או הקשורות לדאגות בריאותיות כמודגם להלן:

1. מחשבות קבועות ולא מידתיות בקשר לכמה רציני התסמין.
 2. רמה גבוהה וקבוע של חרדה בקשר לתסמיני הגוף.
 3. משאבי זמן ואנרגיה מוגזמים המושקעים בדאגות על בריאות.
- C. אף אם תסמין גופני עשוי שלא להימשך זמן רב, מצב הסימפטומטיות ממשיך (בד"כ יותר מ 6 חודשים).

מציינים:

מעורבות כאב - התסמינים הגופניים מלווים על ידי כאב.
ממושך - משך זמן ארוך - יותר מ 6 חודשים

מידת החומרה

קל - קריטריון B אחד מתקיים
בינוני- 2 או יותר מקריטריוני B מתקיים
חמור - שניים או יותר מקריטריוני B מתקיים, ובנוסף תלונות גופניות רבות או חמורות.

- A. עיסוק יתר בקבלת מחלה רצינית.
- B. אין תסמינים סומטיים, ואם ישנם – הם בעוצמה חלשה. אם קיים מצב רפואי או שאכן ישנו סיכון לפתח מצב רפואי (כגון היסטוריה משפחתית) העיסוק בקבלת המחלה הוא בבירור מוגזם ולא-פרופורציונלי.
- C. יש רמת חרדה גבוהה ביחס לבריאות, והאדם מודאג בקלות לגבי מצב בריאותו.
- D. האדם מבצע התנהגויות הקשורות לבריאות באופן מוגזם (כגון בדיקות חוזרות ונשנות של הגוף לגבי סימני מחלה) או שהוא מפגין המנעויות באופן בלתי מסתגל (כגון נמנע מפגישות עם רופא ומבתי חולים).
- E. העיסוק בחולי קיים לפחות 6 חודשים, כאשר המחלה הספציפית ממנה חוששים יכולה להשתנות לאורך התקופה.
- F. העיסוק המוגזם בחולי לא מוסבר טוב יותר ע"י הפרעה נפשית אחרת (כגון הפרעת סימפטום סומטי, הפרעת פאניקה, הפרעת חרדה מוכללת, BDD, OCD, הפרעה דלוזיונית מסוג סומטי).

אפיין:

- **סוג מחפש אחר טיפול:** שימוש תדיר בטיפול רפואי, כולל ביקור רופאים או בדיקות ופרוצדורות מתמשכות.
- **סוג נמנע מטיפול:** שימוש נדיר בטיפול רפואי.

- A. סימפטום אחד או יותר של שינוי בשריר רצוני או בפונקציה חושית.
- B. ממצאים רפואיים מספקים הוכחה שאין התאמה בין הסימפטום למצב הרפואי או הנוירולוגי.
- C. הסימפטום אינו מוספר טוב יותר ע"י הפרעה נפשית או רפואית.
- D. הסימפטום גורם למצוקה משמעותית או לפגיעה בתחום החברתי, או התעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.

מאפייני הסימפטום :

- עם חולשה או שיתוק
- עם תנועה בלתי נורמלית (כגון רעידות, רתת שריר עווית, הפרעה בהליכה).
- עם סמפטומים של בליעה
- עם סמפטומים של דיבור (כגון ליקוי הגייה, דיבור עילג)
- עם התקפים
- עם אלחוש או העדר תחושה
- עם סמפטום סנסורי (כגון ראייתי, ריח, מפריע בשמיעה).
- עם סמפטומים מעורבים

אפיין :

- אפיזודה חדה – הסמפטומים מתקיימים פחות מ 6 חודשים
- מתמשך – הסמפטומים מתקיימים מעל 6 חודשים.

אפיין :

- עם לחץ פסיכולוגי (כתוב מה גורם הלחץ)
- ללא לחצים פסיכולוגיים

Factitious Disorder Impose on Self (– שנכפה על העצמי)

A. זיוף של סימנים או תסמינים פיזיים או פסיכולוגיים, או גרימת של מחלה או פציעה, המזוהה עם הולכת שולל.

B. הפרט מציג עצמו לאחרים כחולה, מוגבל או פצוע.

C. ההתנהגות שלו הולכת שולל נוכחת גם בהיעדר תגמולים חיצוניים ברורים.

D. ההתנהגות לא יכולה להיות מוסברת טוב יותר על ידי הפרעה נפשית אחרת כגון הפרעה דלזיונית או הפרעה פסיכוטית אחרת.

Specify:

- אפיזודה בודדת
- אפיזודות חוזרות (שני אירועים או יותר של זיוף של חולי ו/או גרימה של פציעה)

Factitious Disorder Imposed on Another (- שנכפה על אחר)

(previously factitious disorder by proxy)

A. זיוף של תסמינים או סימפטומים פיזיים או פסיכולוגיים או גרימה של פציעה או מחלה, באדם אחר, בצירוף של הולכת שולל שניתן לזהותה.

B. הפרט מציג את האחר (הקורבן) לאחרים כחולה, מוגבל, או פצוע.

C. ההתנהגות של הולכת השולל נוכחת גם בהיעדר תגמולים חיצוניים ברורים.

D. ההתנהגות לא יכולה להיות מוסברת טוב יותר על ידי הפרעה נפשית אחרת כגון הפרעה דלזיונית או הפרעה פסיכוטית אחרת.

Specify:

- אפיזודה בודדת
- אפיזודות חוזרות (שני אירועים או יותר של זיוף של חולי ו/או אינדיקציות של פציעה)

הערה: האדם המבצע את הולכת השולל הוא שמקבל את האבחנה ולא הקורבן שלו. הקורבן יכול להיות מאובחן באבחנה של התעללות.

הרחבה :

- המאפיינים ההכרחיים באבחנה הם הזיוף והולכת השולל המכוונת והמזוהה של המחלה.
- החולים בהפרעה יתכן ויחפשו טיפולים התואמים את הפציעה/מחלה המזוייפת.
- יתכן ונוכח קודם לזיוף המחלה, מצב רפואי כלשהו, אך הזיוף גורם לסביבה לראות מצב מחלה או מוגבלות גרוע בהרבה ואף לגרום לעיתים להתערבויות חריפות בהרבה מהנדרש.
- האבחנה דורשת הוכחה לכך שהחולה נוקט באמצעים שונים על מנת לזייף את התסמינים השונים של המחלה על אף שלא קיימים תגמולים חיצוניים מובהקים.
- דוגמאות : חולה המזייף תסמיני דיכאון ואבדנות קשים אשר נגרמים ממוות של קרוב משפחה ומתגלה כי הקרוב לא מת או כי אין לו קרוב משפחה. דיווח שקרי על התקפים נוירולוגיים, זיוף של בדיקות מעבדה (הוספת דם לשתן וכד'), זיוף רשומות רפואיות כדי להוכיח מחלה, הזרקה של חומרים לגוף ללא צורך (כמו אינסולין... בכדי ליצור אבנורמליות של בדיקות, פציעה עצמית (או של אחר, במקרה של כפיה על האחר).
- ישנה סכנה רבה לגרימת נזקים של החולה לעצמו או לאחר, ומניפולציה על הסביבה האישית והמקצועית לנקוט באמצעים שאינם הולמים את המצב ובכך לגרום נזק נוסף.
- כפי הנראה סובלים מכך 1% מהאוכלוסייה.
- בדרך כלל המחלה תהיה של התקפים חוזרים ולא של התקף בודד קצר או ארוך.
- לעיתים קרובות המחלה תפרוץ לאחר אשפוז או מצב רפואי פיזי או נפשי. במקרים של הפרעה הנכפית על האחר לעיתים קרובות היא תפרוץ לאחר שאחר התלוי בחולה (ילד או אדם תלוי אחר) התאשפז או חלה. במקרים רבים ההפרעה תכלול אשפוזים חוזרים ונשנים לאורך כל החיים.

אבחנה מבדלת :

- מטופלים אשר משקרים על סימני התעללות באחר- ילד/מטופל לא יקבלו את האבחנה כי במקרה זה ישנו רווח/גמול חיצוני מובהק של הגנה על העצמי בעזרת הזיוף או השקר. רק אם הזיוף חורג מהגנה על העצמי לעבר זיוף מוגזם או ניתן לתת את האבחנה.

- Somatic symptom disorder - באבחנה זו יופיע חיפוש מוגזם אחר תשומת לב רפואית וטיפול, אך אין ראיות כי המטופל מזייף, מוסר בכוונה מידע שגוי או נוהג בצורה של הולכת שולל.
 - Malingering - זוהי הפרעה דומה של זיוף מחלה או סימפטומים, אך בהפרעה זו יהיה רווח מובהק לזיוף המחלה כמו היעדרות מהעבודה, רצון באשפוז בכדי לחמוק מבית מתעלל וכד'. בהפרעת הפקטישיוס הזיוף אינו נגרם לשם רווח חיצוני מובהק.
 - Conversion disorder - בהפרעה זו קיים מצב רפואי נוירולוגי אשר אינו מוסבר על ידי מצב פיזי. יחד עם זאת החולה אינו מזייף את המצב.
 - Borderline personality disorder – פציעה עצמית מכוונת בהיעדר מטרה אבדנית יכולה להיות נוכחת גם בהפרעות נוספות כגון אישיות גבולית. הפרעת פקטישיוס דורשת שהפציעה תתרחש בצירוף של התנהגות הולכת שולל.
- מצב רפואי או הפרעה נפשית שאינה מלווה בזיוף מכוון של סימפטומים- תסמינים וסימפטומים בחולה שאינם מתקשרים למצב רפואי מזוהה מגבירים את הסבירות לקיום הפרעת פקטישיוס. אף על פי כן האבחנה של פקטישיוס אינה נשללת במידה ויש מצב רפואי פיזי או נפשי אמיתי. מחלה קומרבידית לעיתים קרובות מופיעה בפרט בצירוף של הפרעת הפקטישיוס. לדוגמא: פרט אשר מזייף תוצאות של בדיקות סוכר על מנת לייצר סימפטומים יכול גם לסבול מסכרת.

הפרעות אכילה והזנה

Feeding and Eating Disorder

פיקה – Pica

- A. אכילה מתמשכת של חומרים לא מזינים, שאינם מאכל בתקופה של לפחות חודש.
- B. אכילת החומרים הלא מזינים, לא מאכלים אינה מותאמת לשלב ההתפתחותי.
- C. התנהגות האכילה היא לא חלק מקוד תרבותי כלשהוא.
- D. **אם** התנהגות האכילה מתקיימת בהקשר של הפרעה נפשית אחרת (לקות אינטלקטואלית כהפרעה אינטלקטואלית התפתחותית, הפרעות מהספקטרום האוטיסטי, סכיזופרניה, או מצב רפואי (כמו הריון) חשוב לקיים מעקב טיפולי בנידון.

הפרעת העלאת גרה – Rumination Disorder

קריטריונים לאבחנה:

- A. העלאת גרה חוזרת ונשנית של מזון, על פני תקופה של לפחות חודש אחד. העלאת גרה יכולה להיות אוכל שנבלע אך שב לאזור הפה, נלעס שוב, או נבלע שוב או שיורקים אותו החוצה.
- B. העלאת הגרה החוזרת והנשנית אינה מיוחסת למצב/בעיה הקשורים למעיים ולקיבה, או למצב רפואי אחר (רפלקס, הצרות השוער- הצרות הפתח התחתון של הקיבה).
- C. הפרעת האכילה אינה מתקיימת באופן בלעדי/רק במהלך של אנורקסיה נרבוזה, בולמיה נרבוזה, בולמוסי אכילה, או הפרעת אכילה של המנעות/הגבלת צריכת מזון.
- D. אם הסימפטומים מתקיימים בהקשר של הפרעה נפשית אחרת (למשל פיגור שכלי או הפרעה נוירו התפתחותית אחרת), הם חמורים מספיק כדי להצדיק תשומת לב קלינית נוספת.

יש לציין אם:

במצב של רמיסיה: אחרי שכל הקריטריונים להפרעה זו הופיעו, הם לא יופיעו במלואם לתקופת זמן ממושכת. תוספת לתרגום: העלאת גרה תחת הפרעה זו צריכה להיות תכופה, לפחות כמה פעמים בשבוע, בד"כ תתקיים באופן יומיומי.

ההפרעה יכולה להתפתח בכל שלבי החיים מינקות ועד בגרות. אצל תינוקות ההפרעה יכולה להיות קטלנית. הפרעות בתפקוד: תת תזונה שיכולה להיות כתוצאה מהעלאת הגרה החוזרת ונשנית, יכולה להיות קשורה לעיכוב בגדילה, ויש לכך השפעה שלילית על ההתפתחות ועל פוטנציאל הלמידה. אנשים בוגרים יותר עשויים למנוע מעצמם בכוונה אוכל, בגלל החשש וחוסר הקבלה החברתי למצבם. התנהגות זו יכולה להביא לירידה גדולה במשקל. אצל אנשים בוגרים הפרעה זו יכולה לפגוע בתפקוד החברתי.

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder – הפרעת צריכת מזון נמנעת/מוגבלת

קריטריונים לאבחנה:

A. הפרעת אכילה או האכלה (כמו- חוסר עניין באכילה או במזון, הימנעות המבוססת על המאפיינים החושיים של האכילה, דאגה מההשלכות הדוחות/מרתיעות של האכילה) אשר מתבטאת בכישלון מתמשך לבוא במגע עם הצרכים התזונתיים/ נותני האנרגיה אשר הגוף זקוק להם, אשר קשור לאחד (או יותר) מהפעולות הבאות:

1. איבוד משמעותי של משקל (כישלון בהשגת המשקל הצפוי, או גדילה מקרטעת אצל ילדים).
2. חסר תזונתי משמעותי.
3. תלות בהאכלה ישירות לתוך הבטן (enteral feeding) או בתוספי תזונה. Enteral feeding- מתייחס לאספקת מזון נוזלי ישירות לתוך הבטן).
4. הפרעות בתפקוד הפסיכו סוציאלי.

B. ההפרעה לא מוסברת טוב יותר על ידי חוסר במזון זמין או על ידי פעולות עם הקשר תרבותי (צום, דיאטות...)

C. הפרעת האכילה אינה מתקיימת רק במהלך קיום של אנורקסיה נרבוזה או בולמיה נרבוזה, ואין עדות להפרעה באופן בו משקל וצורת הגוף נחווים.

D. הפרעת האכילה אינה מיוחסת למצב רפואי אחר שמתקיים במקביל ואינה ניתנת להסבר טוב יותר על ידי הפרעה נפשית אחרת. אם ההפרעה מתרחשת בהקשר למצב רפואי/הפרעה נפשית אחרת, חומרת ההפרעה (ההימנעות/הגבלה) תהיה גדולה ממה שמקובל לראות באותם מצבים רפואיים/נפשיים, ובמקרים אלו נדרשת תשומת לב קלינית נוספת.

יש לציין אם:

במצב של רמיסיה: אחרי שכל הקריטריונים להפרעה זו הופיעו, הקריטריונים לא יופיעו במלואם לתקופת זמן ממושכת.

Anorexia Nervosa – אנורקסיה נרבוזה

קריטריונים דיאגנוסטיים:

- A. הגבלת צריכת האנרגיה הדרושה לאדם, הגבלה שמובילה למשקל גוף נמוך בצורה משמעותית בהתחשב בגיל, מין, מסלול התפתחות ובריאות פיזית. משקל גוף ירוד מוגדר כמשקל שהוא נמוך מהמינימום הנורמלי או עבור ילדים ומתבגרים, נמוך מהמינימום המצופה.
- B. פחד מתמשך מפני עלייה במשקל או להפוך להיות שמן או התנהגות מתמשכת שמחבלת בעלייה במשקל, למרות שנמצאים במשקל נמוך משמעותית.
- C. הפרעה באופן שבו האדם תופס את משקל הגוף או הצורה שלו. השפעה מופרזת של משקל הגוף או הצורה על ההערכה העצמית או חוסר הכרה בחומרה של משקל הגוף הנמוך.

ציין אם

- F50.01 - הסוג המגביל:** במשך 3 חודשים אחרונים האדם לא חווה אפיזודות של זלילה או התנהגות של טיהור הגוף (על ידי הקאות, שימוש לרעה בסמים משלשלים, חומרים משתנים או חוקנים).
- F50.02 - הסוג הזולל / מטהר:** במשך 3 חודשים אחרונים האדם חווה אפיזודות חוזרות של זלילה או התנהגות מטהרת.

מקרים ספציפיים:

ברמיסיה חלקית- אחרי שכלל הקריטריונים של אנורקסיה נרבוזה נענו, קריטריון A (משקל גוף נמוך) לא נענה למשך תקופה אבל קריטריונים B (פחד מתמשך מפני עלייה במשקל או להיות שמן או התנהגות שמחבלת בעלייה במשקל) או C (הפרעה באופן שבו האדם תופס את המשקל או את הצורה שלו) עדיין מתרחשים.

ברמיסיה מלאה- אחרי שכלל הקריטריונים של אנורקסיה נרבוזה נענו, אף אחד מהקריטריונים לא מופיעה יותר למשך תקופה מתמשכת.

פירוט החומרה הנוכחית:

עבור מבוגרים על פי ה- BMI הנוכחי.

עבור מתבגרים וילדים- על פי אחוזון ה- BMI בו הם נמצאים (בהשוואה לממוצע של בני גילם).
דרגת החומרה עולה ככל שיש יותר פגיעה בתפקוד ויותר צורך בהשגחה.

- **מתון** – BMI גדול או שווה ל- 17
- **בינוני** – BMI בין 16 עד 16.99
- **קשה** – BMI בין 15 עד 15.99
- **קיצוני** – BMI קטן מ- 15

בולימיה – Bulimia Nervosa

קריטריונים דיאגנוסטיים:

A. אפיזודות חוזרות של זלילה. אפיזודה של זלילה מאופיינת בשני קריטריונים:

1. אכילה בפרק זמן מוגדר של שעותיים, כמות אוכל שהיא באופן משמעותי גדולה ממה שרוב האנשים היו אוכלים במשך פרק זמן זהה תחת אותן נסיבות.
2. תחושת חוסר שליטה בזמן באכילה בזמן האפיזודה (תחושה שהאדם אינו מסוגל לעצור או לשלוט בכמות שהוא אוכל).

- B. התנהגויות מפצות חוזרות במטרה למנוע עלייה במשקל כמו הקאות יזומות, שימוש לרעה במשלשלים, משתנים או תרופות אחרות, צומות או התעמלות מופרזות.
- C. אפיזודות הזלילה וההתנהגות המפצה מתרחשות בממוצע לפחות פעם בשבוע במשך 3 חודשים.
- D. ההערכה העצמית מושפעת בצורה מופרזת ממשקל וצורת הגוף.
- E. ההפרעה לא מופיעה רק במהלך אפיזודות של אנורקסיה נרבוזה.

מקרים ספציפיים:

- ברמיסיה חלקית** - אחרי שכל הקריטריונים לבולימיה נרבוזה נענו, רק חלק מהקריטריונים נענים למשך זמן ממושך.
- ברמיסיה מלאה** - אחרי שכל הקריטריונים לבולימיה נרבוזה נענו, כל הקריטריונים אינם נענים למשך זמן ממושך.

פירוט החומרה הנוכחית:

החומרה המינימלית מוגדרת על פי שכיחות ההתנהגות המפצה. דרגת החומרה עשויה לעלות בתאם לסימפטומים נוספים ורמת הפגיעה בתפקוד.

- **מתון** - ממוצע של 1-3 אפיזודות של התנהגות מפצה בשבוע.
- **בינוני** - ממוצע של 4-7 אפיזודות של התנהגות מפצה בשבוע.
- **קשה** - ממוצע של 8-13 אפיזודות של התנהגות מפצה בשבוע.
- **קיצוני** - ממוצע של 14 ומעלה אפיזודות של התנהגות מפצה בשבוע.

הפרעת אכילה מוגזמת (זלילה) – Binge-Eating Disorder

קריטריונים דיאגנוסטיים:

- A. אפיזודות חוזרות של זלילה. אפיזודה של זלילה מאופיינת בשני קריטריונים:
1. אכילה בפרק זמן מוגדר של שעותיים, כמות אוכל שהיא באופן משמעותי גדולה ממה שרוב האנשים היו אוכלים במשך פרק זמן זהה תחת אותן נסיבות.

2. תחושת חוסר שליטה בזמן באכילה בזמן האפיזודה (תחושה שהאדם אינו מסוגל לעצור או לשלוט בכמות שהוא אוכל).

B. אפיזודות הזלילה מקושרות עם 3 או יותר מהבאים:

1. אכילה מהירה הרבה יותר מהנורמה.
2. אכילה עד שמרגישים מלאות לא נוחה.
3. אכילה של כמות גדולה של אוכל כשלא מרגישים רעב פיזי.
4. אכילה לבד כי מרגישים מבוכה מכמות האוכל שאוכלים.
5. מרגיש נגעל מעצמי, מדוכא או מאוד אשם אחרי הזלילה.

C. מתח עכשווי שמקושר לזלילה.

D. הזלילה מופיעה בממוצע לפחות פעם בשבוע במשך 3 חודשים.

E. הזלילה אינה מקושרת להופעת התנהגות מפצה כמו בבולימיה נרבוזה ואינה מופיעה רק במהלך בולימיה נרבוזה או אנורקסיה נרבוזה.

מקרים ספציפיים:

ברמיסיה חלקית- אחרי שכל הקריטריונים של הפרעת זלילה נענים, הזלילה מופיעה בשכיחות של פחות מאפיזודה אחת לשבוע למשך זמן ממושך.

ברמיסיה מלאה- אחרי שכל הקריטריונים של הפרעת זלילה נענים, אף אחד מהקריטריונים אינו נענה למשך זמן ממושך.

דרגת חומרה נוכחית:

דרגת החומרה המינימלית מבוססת על שכיחות אפיזודות הזלילה. רמת החומרה עשויה לעלות בהתאם לרמת הסימפטומים האחרים ורמת הפגיעה בתפקוד.

- **מתון**- 1-3 אפיזודות זלילה בשבוע.
- **בינוני**- 4-7 אפיזודות זלילה בשבוע.
- **קשה**- 8-13 אפיזודות זלילה בשבוע.
- **קיצוני**- 14 ומעלה אפיזודות זלילה בשבוע.

הפרעות שינה-ערות

Sleep-Wake Disorders

הפרעת נדודי שינה – Insomnia Disorder

קריטריון אבחוני:

A. תלונות ניכרות של חוסר שביעות רצון מכמות או איכות השינה. תלונות אלו משויכות לאחד (או יותר) מהסימפטומים הבאים:

1. קושי בלהתחיל בשינה. (אצל ילדים, התופעה יכולה להתבטא על ידי קושי בלהתחיל שינה מבלי התערבות של caregiver).

2. קושי בשימור השינה, מאופיין על ידי התעוררות תכופה או קשיים בחזרה לשינה לאחר ההתעוררות. (אצל ילדים, יכול להתבטא בקושי בחזרה לשינה מבלי התערבות של caregiver)

3. התעוררות מוקדם בבוקר מבלי יכולת לחזור לשינה

B. ההפרעה בשינה גורמת למצוקה קלינית משמעותית או לליקויים בתפקוד החברתי, תעסוקתי, ההשכלתי, אקדמי, התנהגותי, או לליקויים בתפקודים משמעותיים אחרים.

C. הקשיים בשינה מתרחשים לפחות 3 לילות בשבוע

D. הקשיים בשינה מתרחשים לפחות 3 חודשים

E. הקשיים בשינה מתרחשים למרות הזדמנויות המספקות זמן לשינה

F. האינסומניה אינה מוסברת טוב יותר על ידי הפרעת שינה-ערות אחרת, ואינה מתרחשת באופן בלעדי בזמן הפרעת שינה-ערות אחרת

G. האינסומניה אינה מיוחסת לתסמינים הפיזיולוגיים של שימוש בסמים או תרופות

H. הפרעות נפשיות או רפואיות קיימות, אינן מסבירות באופן מספק את התלונות הניכרות של אינסומניה

ציין אם:

- האינסומניה מתרחשת בקו-מורבידיות עם הפרעה נפשית אשר אינה הפרעת שינה, כולל הפרעות שימוש בחומרים.
- האינסומניה מתרחשת בקו-מורבידיות עם הפרעות רפואיות אחרות.
- האינסומניה מתרחשת עם הפרעות שינה אחרות.

ציין אם:

- **Episodic** - סימפטומים מתרחשים לפחות חודש 1 אבל פחות מ-3 חודשים
- **Persistent** - סימפטומים מתרחשים 3 חודשים או יותר
- **Recurrent** - שתיים (או יותר) אפיזודות בטווח של שנה

 היפר ישנוניות – Hyper somnolence Disorder

קריטריון אבחוני

A. דיווח עצמי של ישנוניות מופרזת (hypersomnolence) למרות זמן שינה עיקרי של לפחות 7 שעות, ביחד עם לפחות 1 מהסימפטומים הבאים:

1. תקופות חוזרות ונשנות של שינה או שקיעה לתוך שינה באותו היום
2. פרק שינה עיקרי ממושך של יותר מ-9 שעות אשר לא גורם לרעננות nonrestorative
3. קושי בלהיות ערני לחלוטין לאחר יקיצה פתאומית

B. ה hypersomnolence מתרחש לפחות 3 פעמים בשבוע למשך לפחות 3 חודשים

C. ה hypersomnolence מלווה על ידי מצוקה או ליקוי בתפקוד הקוגניטיבי, חברתי, תעסוקתי, או תפקודים חשובים אחרים.

D. ה hypersomnolence אינו מוסבר טוב יותר על ידי הפרעת שינה אחרת ולא מתרחש בלעדית בזמן הפרעת שינה אחרת.

E. ה hypersomnolence אינו מיוחס הפיזיולוגיים של שימוש בסמים או בתרופות.
לתסמינים

F. הפרעות נפשיות או רפואיות קיימות, אינן מסבירות באופן מספק את התלונות הניכרות של
hypersomnolence.

ציין אם:

- hypersomnolence מתרחש בקו-מורבידיות עם הפרעה נפשית אשר אינה הפרעת שינה, כולל הפרעות שימוש בחומרים.
- hypersomnolence מתרחש בקו-מורבידיות עם הפרעות רפואיות אחרות
- hypersomnolence מתרחש עם הפרעות שינה אחרות

ציין אם:

- **acute** - סימפטומים מתרחשים פחות מחודש 1
- **Subacute** - סימפטומים מתרחשים בין 1-3 חודשים
- **Persistent** – סימפטומים מתרחשים 3 חודשים ויותר

ציין חומרה עכשווית: ציין חומרה המבוססת על מידת הקושי בשמירה על ערנות בשעות היום כפי שבאו לידי ביטוי על ידי התרחשויות של התקפות מרובות של ישנוניות שלא ניתן לעמוד בפניהן בכל יום נתון. למשל, בשיבה, נהיגה, ביקור אצל חברים, או עבודה).

- **Mild** - קושי בשמירה על הערנות בשעות היום 1-2 ימים בשבוע
- **Moderate** - קושי בשמירה על הערנות בשעות 3-4 ימים בשבוע
- **Severe** - קושי בשמירה על הערנות בשעות היום 5-7 ימים בשבוע

קריטריונים לאבחון

א. תקופות חוזרות של צורך בלתי ניתן לריסון לישון, לשקוע בשינה, או לנמנם שמתרחשות באותו יום. חובה שתופעה זו התרחשה לפחות 3 פעמים בשבוע ב 3 חודשים האחרונים.

ב. הנוכחות של לפחות אחת התופעות הבאות:

1. אפיזודות של שיתוק, שמוגדר כ (א.) או כ (ב.), שמתרחשות לפחות מספר פעמים בחודש:

א. בפרטים (אנשים) עם מחלה ארוכת טווח, אפיזודות קצרות (שניות עד דקות) של איבוד דו-צדדי של טונוס שרירי (טונוס שרירי הוא הכיווץ החלקי (התמידי) של שרירי הגוף. טונוס נורמלי מסייע ליציבה) בזמן שהאדם בהכרה, כשתופעה זורזה על ידי צחוקים או התבדחות.

ב. בילדים או פרטים תוך 6 חודשים מתחילת התופעה, העוויות ספונטאניות או אפיזודות של פתיחת הלסת עם תחיבת הלשון עם היפוטניה גלובלית (פתולוגיה) - מתח שרירים (טונוס) נמוך) ללא כל טריגר רגשי ברור.

2. פגם היפו-קרטין, (אדם הסובל מתסמונת קרטיניזם-פיגור שכלי ופיגור בגדילה עקב פגם מולד בתפקוד בלוטת התריס), כפי שנמדד על ידי cerebrospinal fluid (CSF) נוזל שממלא את החללים בתוך וסביב חוט השדרה והמוח. חשוב לציין כי כדי לאבחן את המחלה הזו, חובה כי רמות נמוכות של CSF hypocretin-1 אינן קשורות לפגיעה אקוטית במוח, דלקת או זיהום.

3. שינה לילית פוליסומנוגרפית שמראה ריצוד עיניים מהיר (REM) השהיה/עיכוב פחות מ או שווה ל 15 דקות, או מבחן מרובה שבדק זמן עיכוב שינה מרובה שמראה ממוצע של עיכוב שינה שפחות מ או שווה ל 8 דקות, ופעמיים או יותר של תחילת שינה עם הופעת REM.

ציין האם

(G47.419) 347.00 נרקולפסיה ללא שיתוק אבל עם לקות היפו-קרטין : קריטריון ב. עונה על הדרישה של רמות נמוכות של CSF ופוליסומנוגרפיה/מבחן שבדק זמן עיכוב שינה מרובה, אבל אין שיתוק (לא עונה על קריטריון של ב. 1).

G47.411) 347.01 נרקולפסיה עם שיתוק אך ללא לקות בהיפוקרטינית : בתת סוג הנדיר הזה (פחות מ 5% של מקרים של נרקולפסיה), הקריטריונים של קריטריון ב. של שיתוק ופוליסומנוגרפיה חיובית/בדיקת השהית שינה מרובה, מבחן שבדק זמן עיכוב שינה מרובה מבחן שבדק זמן עיכוב שינה מרובה אך רמות CSF היפוקרטיין-1 הינן נורמטיביות (לא עונה על קריטריון ב. 2).

G47.419) 347.00 אטקסיה cerebellar אוטוזומלית הדומיננטית, חרשות ונרקולפסיה : התת סוג הזה נגרם על ידי מוטציות בשם exon 21 DNA (cytosine-5)-methyltransferase-1, ומאופיין על ידי נרקולפסיה שמופיעה בגיל מאוחר (בין גילאי 30-40) (עם רמות נמוכות או בינוניות של היפוקרטיין-1 CSF), חרשות, אטקסיה (חוסר שליטה בשרירים עקב הפרעות במערכות העצבים) ולבסוף דימנציה.

G47.419) 347.00 נרקולפסיה אוטוזומלית דומיננטית, השמנת יתר, וסוג 2 סוכרת : נרקולפסיה, השמנת יתר וסוג 2 סוכרת ורמות נמוכות של היפוקרטיין-1 CSF תוארו במקרים נדירים וקשורים למוטציה בגן ה myelin oligodendrocyte glycoprotein.

G47.429) 347.10 נרקולפסיה הינה שניונית לעוד מצב רפואי : התת סוג הזה מתייחס לנרקולפסיה שמתפתחת באופן שניוני למצבים רפואיים שגורמים להרס דלקתי, טראומתי, או גידולי של נוירונים היפוקרטים. חשוב קודם להדגיש את המצב הרפואי הראשוני. לדוגמא: 347.10 : (e.g., 040.2 Whipple's disease; narcolepsy secondary to Whipple's disease).

יש לציין רמת חומרה הנוכחית :

- **קל :** שיתוק לעיתים רחוקות (פחות מפעם בשבוע), צורך בתנומות פעם או פעמיים ביום, ושינה לילית פחות מופרעת/מוטרדת.
- **מתון :** שיתוק פעם ביום או כל מספר ימים, שינה לילית מופרעת/מוטרדת, וצורך בתנומות מרובות יומיות.
- **חמור :** שיתוקים שעמידים לתרופות עם התקפים מרובים יומיים, ישנוניות כמעט קבועה, ושינה לילית מופרעת/מוטרדת (לדוגמא: תזוזות, נדודי שינה (אינסומניה), שינה עם חלומות שמרגישים שהם אמתיים).

בקטגוריה זו ישנן שלוש הפרעות הנבדלות זו מזה.

Circadian rhythm Sleep-Wake Disorder – השינה-ערות של סירקדיאנית

הסירקדיאנית = שקשור לתהליכים ביולוגיים שמתרחשים מדי יממה

קריטריונים לאבחון

- א. דפוס קבוע או חוזר של הפרעות שינה שבעיקר עקב שינוי במערכת הסירקדיאנית או חוסר איזון בין הקצב האנדוגנטי (שנובע ממקור פנימי) סירקדיאנית והלו"ז שינה-עוררות שנדרשת על ידי הסביבה הפיסיקלית, החברתית או התעסוקתית של הפרט.
- ב. ההפרעה בשינה מובילה לעייפות יתר או נדודי שינה, או לשניהם.
- ג. ההפרעות שינה גורמות למצוקה או ללקויים חברתיים, תעסוקתיים או בתחומי תפקוד חשובים אחרים.

ציין האם

307.45 (G47.21) סוג עיכוב בשינה : דפוס של עיכוב בתחילת השינה וזמני התעוררות, במאופיין בחוסר יכולת להירדם ולהתעורר בשעה מוקדמת יותר שהינה קונבנציונלית או רצויה.

ציין האם

יש תורשה משפחתית של קושי להירדם.

ציין האם

קיימת חפיפה עם עוד סוג של 24 שעות שינה-עוררות : ייתכן כי עיכוב בשינה יחפוף עם עוד הפרעה בקצב הסירקדיאנית, סוג שאינו קשור לשינה-עוררות 24 שעות.

307.45 (G47.22) סוג שינה מתקדם : דפוס של הקדמת תחילת השינה וזמני התעוררות, עם חוסר יכולת להישאר ער או להמשיך לישון עד לזמני שינה-עוררות קונבנציונליים או רצויים מאוחרים יותר.

קיימת היסטוריה משפחתית של שינה מתקדמת.

(G47.23) 307.45 **סוג שינה-עוררות חריג** : דפוס שינה שאינו מאורגן באופן זמני, כך שתזמון תקופות השינה והעוררות משתנים במהלך היממה.

(G47.24) 307.45 **סוג שינה-עוררות שיאנו קשור ליממה** : דפוס של מחזורות שינה-עוררות שאינם מסונכרנים לסביבה שמתבססת על יממה, עם שינוי יומי קבוע (בדרך כלל לזמנים יותר ויותר מאוחרים) של תחילת השינה או זמני התעוררות.

(G47.26) 307.45 **נדודי שינה בזמן החלק העיקרי של השינה ו/או עייפות יתר** (הכולל שינה ללא כוונה מראש) בזמן שהאדם ער שקשורים במשמרות במקום העבודה.

304.45 (G47.20) **לא מסווג**

יש לציין אם :

- **אפיזודי** : סימפטומים נמשכים לפחות חודש אך פחות מ 3 חודשים.
- **מתמיד** : סימפטומים ממשיכים 3 חודשים או יותר.
- **חזרתי** : שתיים או יותר אפיזודות בטווח של שנה.

Parasomnia

הפרעת עוררות בשינה שאינה REM – Non-Rapid Eye Movement Sleep Arousal Disorder – REM (Sleepwalking, Sleep terrors)

קריטריונים לאבחון

A. אפיזודות חוזרות של התעוררות בלתי שלמה משינה, בדרך כלל מתרחשות במהלך השליש הראשון של פרק השינה הראשי.

מלוות באחת מהתופעות הבאות:

1. **סהרוריות (Sleep walking)** - אפיזודות חוזרות של קימה מהמיטה במהלך השינה והתהלכות. בזמן

סהרוריות לאדם יש פנים קפואות ובוהות. הסהרורי אינו תגובתי יחסית לניסיונות הסביבה לתקשר אתו וקשה מאוד להעירו.

2. **ביעותי לילה (Sleep terrors)** - אפיזודות חוזרות של התעוררויות פתאומיות מתוך פחד. בדר"כ

מתחילות עם צעקה היסטרית. במהלך כל אפיזודה קיים פחד אינטנסיבי וסימנים של עוררות אוטונומית כגון: התרחבות אישונים, פעימות לב מוגברות, נשימה מהירה והזעה. קיימת חוסר תגובתיות יחסית לניסיונות הסביבה לנחם את הפרט במהלך האפיזודה.

B. לא נשאר זיכרון של עלילות מתוך החלום או שנשאר זיכרון אחד של סצינה ויזואלית בודדת.

C. קיימת אמנזיה של האפיזודה.

D. האפיזודות גורמות למצוקות משמעותיות מבחינה קלינית או ליקויים בתחומים חברתיים, תעסוקתיים, או תחומי תפקוד משמעותיים אחרים.

E. ההפרעה אינה ניתנת לייחוס להשפעות פסיכולוגיות של שימוש בחומרים כגון תרופות וסמים.

F. קיומן של הפרעות נפשיות ורפואיות נוספות אינו מסביר את האפיזודות של הסהרוריות או ביעותי הלילה.

קריטריונים לאבחון

- A. הישנות חוזרת של חלומות של ארוכים, שליליים ביותר, שנשמרים היטב בזיכרון. תוכן החלומות לרוב קשור לניסיונות להימנע מאיומים על החיים, על הביטחון, או על שלמות הגוף. לרוב מתרחשים במשך המחצית השנייה של פרק השינה המרכזי.
- B. בהתעוררות מהסיוטים הפרט נכנס בחדות למצב של דריכות.
- C. הפרעת השינה גורמת למצוקות משמעותיות מבחינה קלינית או ליקויים בתחומים חברתיים, תעסוקתיים, או תחומי תפקוד משמעותיים אחרים.
- D. הסימפטומים אינם ניתנים לייחוס להשפעות פסיכולוגיות של שימוש בחומרים כגון תרופות וסמים.
- E. קיומן של הפרעות נפשיות ורפואיות נוספות אינן מסבירות במידה מספקת את התלונות המשמעותיות על סיוטים.

ציין אם:

- מתרחשת במהלך תחילת השינה.
- מלווה במקרים של הפרעת חוסר שינה, כולל הפרעת שימוש בחומרים.
- מלווה במצבים רפואיים מאובחנים אחרים.
- מלווה בהפרעת שינה אחרת.

הפרעת תנועת עיניים מהירה בשינה – Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder



Sexual Dysfunctions

שפיכה מעוכבת – Delayed Ejaculation

קריטריונים לאבחון

A. כל הסימפטומים שיובאו בהמשך חייבים להתרחש בכמעט כל או כל (75%-100%) פעילות מינית בה הפרט לוקח חלק. (במקרים בהם הסיטואציה מובחנת או אם בהכללה, בכל סיטואציה) ומבלי שהפרט ירצה לעכב.

1. עיכוב ברור/מובהק בשפיכה.

2. חוסר עקביות מובהקת בשפיכה או העדר שפיכה.

B. הסימפטומים מקטגוריה A התקיימו כחצי שנה לכל הפחות.

C. הסימפטומים מקטגוריה A גרמו למצוקה נפשית משמעותית לפרט.

D. ההפרעה במיניות אינה מוסברת טוב יותר על ידי הפרעות נפשיות שאינן מיניות או כתוצאה ממצוקה במערכת היחסים הזוגית ואינו נגרם עקב שימוש חומרים/ תרופות או מצב רפואי אחר.

להבדיל / לציין אם:

כל החיים: ההפרעה קיימת מאז שהפרט החל להיות פעיל מינית.

נרכש: ההפרעה התפתחה לאחר תקופה של תפקוד מיני נורמאלי באופן יחסי.

להבדיל/לציין אם:

כללי: לא מוגבל למצבי גירוי, סיטואציות או פרטנרים מסוימים.

מצבי (situational): מתקיים רק במצבי גירוי, סיטואציות או פרטנרים מסוימים.

מידת חומרה נוכחית:

- מתון:** הוכחות למצוקה מתונה בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.
- בינוני:** הוכחות למצוקה בינונית בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.
- חמור:** הוכחות למצוקה חמורה או רבה בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.

מאפיין דיאגנוסטי:

המאפיין המייחד מובחן על ידי עיכובים או חוסר יכולת לשפיכה. (קריטריון A). הגבר מדווח על קשיים או חוסר יכולת לשפיכה וזאת על אף הימצאותם של גירויים מיניים תואמים ורצון להגיע לשפיכה. התלונה הנוכחית לרוב כוללת פעילות מינית עם פרטנר. ברוב המקרים הדיאגנוזה תתרחש בעקבות דיווח עצמי. המושג "מעוכב" אינו מוגדר בגבולות או משך זמן ברור וזאת מכיוון שאין הסכמה לגבי משך הזמן הסביר להגעה לאורגזמה או לזמן החורג מהסביר לכך לגברים והפרטנרים שלהם.

מאפיינים קשורים התומכים בדיאגנוזה:

הגבר והפרטנר שלו מדווחים על ניסיון ארוך להגיע לאורגזמה עד לכדי התשה או חוסר נוחות גניטלי והפסקת המאמצים. גברים מסוימים ידווחו על הימנעות מפעילות מינית בשל הדפוס החוזר או הקושי בהגעה לשפיכה. חלק מהפרטנרים מדווחים כי חשים לא מושכים מבחינה מינית בעקבות הקושי של הגבר להגיע לשפיכה בקלות. בנוסף לתת סיווג של "כל החיים/ נרכש" ו "כללי/ מצבי" חמשת המרכיבים הבאים צריכים להילקח בחשבון בזמן הערכה ואבחון שכן יכולים להיות רלוונטים להסברת ההפרעה ו/או הטיפול:

- (1) גורמים בפרטנר (בעיות במיניות של הפרטנר, מצבו הרפואי של הפרטנר וכו')
- (2) גורמים במערכת היחסים (דלות בתקשורת, סתירה או אי הלימה בתשוקות המיניות וכו')
- (3) גורמים בפגיעות של הפרט: (דימוי גופני נחות, היסטוריה של התעללות נפשית או מינית וכו'), הפרעות פסיכיאטריות נלוות (דכאון, חרדה וכו') או מצבי לחץ (פיטורים, שכול).
- (4) גורמים תרבותיים או דתיים (עכבות בשל איסורים דתיים בנוגע לפעילות מינית, תפיסות בנוגע למיניות וכו')

(5) גורמים רפואיים הרלוונטים לפרוגנוזה, למהלך או לטיפול.

כל אחד מהגורמים הנ"ל יכולים לתרום בצורה שונה לנוכחות הסימפטומים בגברים הסובלים מההפרעה.

שכיחות

השכיחות אינה ברורה בשל מחסור בהגדרות מדויקות לסינדרום הנ"ל. מבין ההפרעות במיניות זו התלונה הכי פחות נפוצה בקרב גברים. רק 75% מהגברים מדווחים של כך שתמיד מגיעים לשפיכה בזמן פעילות מינית ופחות 1% מהגברים ידווחו על עיכוב בשפיכה שנמשך מעל שישה חודשים.

התפתחות ומשך ההפרעה

עיכוב בשפיכה המוגדר כ"כל החיים" מתחיל כבר בהתנסויות מיניות מוקדמות/ ראשוניות ונמשך לאורך כול החיים. לפי ההגדרה עיכובים "נרכשים" מתפתחים לאחר תקופה של תפקוד מיני תקין. יש מעט הוכחות הנוגעות לעיכובים "נרכשים" בשפיכה. ברוב המקרים העיכובים בשפיכה נשארים יחסית עקביים עד סביבות גיל חמישים, אז תדירות האירועים נוטה לעלות משמעותית. גברים בגילאי 80+ מדווחים על פי שתיים יותר קשיים בהגעה לשפיכה מאשר גברים הצעירים מחמישים.

גורמי סיכון ונקודות לאבחנה

גנטיקה ופיזיולוגיה. האובדן בשליטה מהירה בעצבים הסנסורים היקפיים המיוחסת לגיל וכן הפחתה בהפרשה של סטרואידים מיניים המיוחסת לגיל יכולה להיות מקושרת לעליה בתדירות הסימפטומים של שפיכה מעוכבת.

נושאים תרבותיים הנוגעים באבחון

תלונות על הפרעה או עיכובים בשפיכה הינם חוצי יבשות ותרבויות. תלונות מהסוג הנ"ל הינן נפוצות יותר בקרב גברים אסייתיים מאשר בקרב גברים אירופאים, אוסטרלים וגברים מארה"ב. ייתכן שהפער הינו תוצאה של שינויים תרבותיים או גנטיים בין התרבויות.

תוצאות תפקודיות של שפיכה מעוכבת

קשיים בשפיכה יכולים לגרום לקשיים בהתעברות. עיכובים בשפיכה לרוב מלווה שמצוקה פסיכולוגית ללפחות אחד מהפרטנרים.

הבחנה מבדלת

מצב רפואי נוסף. עיקר ההבחנה בדיאגנוזה היא בין מצבים של עיכובים בשפיכה כתוצאה מסיבות פסיכולוגיות, רפואיות או קומבינציה של השניים. תלונות הכוללות סיטואציות יכולות לרמוז לבסיס פסיכולוגי לסימפטום (גברים שמתלוננים שמצליחים להגיע לשפיכה עם מין אחד אך לא עם המין השני. תלונות על יכולת להגיע לשפיכה עם פרטנר מסויים אך לא עם פרטנר אחר מאותו המין, עוררות מינית כתוצאה ממשיכה לאובייקטים לא אנושיים, גברים הצריכים רמת פעילות חזרתית / טקסית גבוהה בזמן אקט מיני עם פרטנר – Highly ritualized activity). מצב רפואי נוסף (מחלה או פציעה) שאינו קשור לגורמים פסיכולוגיים ויכול להוות בעיה בשפיכה הינה פגיעה במערכת העצבים של האשכים. לדוגמא לאחר ניתוח קשה אשר פגע במערכת הסמפטטית, ניתוח אבדומינוטריטונאום.

שפיכה נעשת בשליטה של מערכת העצבים האוטונומית הצמודה למערכת הבטנית ומרכזי עצב פודנטל השייכים למערכת הפרה- סימפטטית. מספר מחלות עצביות כגון: ניוון שרירים, סכרת ונימול/ כאבים בקצות העצבים כתוצאה מאלכוהול יכולות לגרום להפרעות בשפיכה. האבחנה המבדלת תתייחס לשפיכה אחורית הנעשת לתוך שלפוחית השתן אשר עלולה לגרום לביות באורטרה והפרוסטטרה.

שימוש בחומרים/תרופות. מספר תרופות כגון תרופות אנטי-דיכאוניות, אנטי- פסיכוטיות, תרופות נגד אלפא פעילה !! (Alpha sympathetic) ותרופות המכילות אופיום יכולות לגרום לבעיות בשפיכה.

כשל באורגזמה. חשוב לברר בזמן אבחנה אם בהיסטוריה של התופעה יש עיכוב בשפיכה או בחוויה החושית של אורגזמה או בשניהם ביחד. שפיכה הינה פעולה המתרחשת באשכים כאשר אורגזמה הינה בעיקרה חוויה סובייקטיבית. שפיכה ואורגזמה לרוב מתרחשות ביחד אך לא תמיד. למשל גבר עם שפיכה תקינה יכול להתלונן על ירידה בהנאה המינית (שפיכה אנהדונית Anhedonic ejaculation). במקרה כזה לא תינתן אבחנה של עיכוב בשפכה. ייתכן כי מדובר בהפרעה מינית אחרת או הפרעה מינית לא ספציפית (Unspecified sexual dysfunction).

מחלות נלוות

ישנם מספר הוכחות המרמזות על שכיחות גבוהה יורת של שפיכה מעוכבת במקרים של דיכאון מג'ורי.

קריטריונים אבחוניים

A. לפחות אחד משלושת הסימפטומים הבאים צריכים להתקיים בכל או כמעט כל (בערך בין 75%-100%) התנסות מינית. (במקרים בהם הסיטואציה מובחנת או אם בהכללה, בכל סיטואציה):

1. קושי מובחן לשמור על זקפה בזמן פעילות מינית.

2. קושי מובחן לשמור על זקפה עד להשלמת הפעילות המינית.

3. הפחתה מובחנת בקשיות הזקפה.

B. הסימפטומים מקטגוריה A התקיימו כחצי שנה לכל הפחות.

C. הסימפטומים מקטגוריה A גרמו למצוקה נפשית משמעותית לפרט.

D. ההפרעה במיניות אינה מוסברת טוב יותר על ידי הפרעות נפשיות שאינן מיניות או כתוצאה ממצוקה במערכת היחסים הזוגית ואינו נגרם עקב שימוש חומרים/ תרופות או מצב רפואי אחר.

להבדיל / לציין אם:

כל החיים: ההפרעה קיימת מאז שהפרט החל להיות פעיל מינית.

נרכש: ההפרעה התפתחה לאחר תקופה של תפקוד מיני נורמאלי באופן יחסי.

להבדיל/לציין אם:

כללי: לא מוגבל למצבי גירוי, סיטואציות או פרטנרים מסוימים.

מצבי (situational): מתקיים רק במצבי גירוי, סיטואציות או פרטנרים מסוימים.

מידת חומרה נוכחית:

מתון: הוכחות למצוקה מתונה בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.

בינוני: הוכחות למצוקה בינונית בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.

חמור: הוכחות למצוקה חמורה או רבה בעקבות הסימפטומים מקטגוריה A.

מאפיין דיאגנוסטי

המאפיין העיקרי של הפרעה בזקפה הינו קושי חוזר להשיג, או לשמור על זקפה בזמן פעילות מינית עם פרטנר (קריטריון A). אבחנה היסטורית זהירה נדרשת על מנת לאמת כי ההפרעה התרחשה במשך תקופה ארוכה (לכל הפחות חצי שנה) והתקיימה לאורך רוב הפעילויות המיניות בזמן זה (לפחות ב 75% מהמקרים). הסימפטומים יכולים להופיע רק בסיטואציות, עם פרטנרים ותגובה לגירויים ספציפיים, או יכולים להתקיים באופן כללי בכל סיטואציה, גירוי ועם כל פרטנר.

מאפיינים קשורים התומכים בדיאגנוזה :

גברים רבים הסובלים מהפרעה בזקפה סובלים מהערכה עצמית נמוכה, בטחון עצמי ירוד ותחושת גבריות ירודה וייתכן כי יחוו דיכאון. ייתכן ויחששו או ימנעו מהתנסויות מיניות בעתיד. גם הפחתה בהנאה המינית וירידה בחשק המיני מצד הפרטנר המיני הינה שכיחה.

בנוסף לתת סיווג של "כל החיים/ נרכש" ו "כללי/ מצבי" חמשת המרכיבים הבאים צריכים להילקח בחשבון בזמן הערכה ואבחון שכן יכולים להיות רלוונטים להסברת ההפרעה ו/או הטיפול :

- 1) גורמים בפרטנר (בעיות במיניות של הפרטנר, מצבו הרפואי של הפרטנר וכו')
 - 2) גורמים במערכת היחסים (דלות בתקשורת, סתירה או אי הלימה בתשוקות המיניות וכו')
 - 3) גורמים בפגיעות של הפרט : (דימוי גופני נחות, היסטוריה של התעללות נפשית או מינית וכו'), הפרעות פסיכיאטריות נלוות (דכאון, חרדה וכו') או מצבי לחץ (פיטורים, שכול).
 - 4) גורמים תרבותיים או דתיים (עכבות בשל איסורים דתיים בנוגע לפעילות מינית, תפיסות בנוגע למיניות וכו')
 - 5) גורמים רפואיים הרלוונטים לפרוגנוזה, למהלך או לטיפול .
- כל אחד מהגורמים הנ"ל יכולים לתרום בצורה שונה לנוכחות הסימפטומים בגברים הסובלים מההפרעה.

שכיחות

שכיחות ההפרעה בסיווג של "לאורך החיים" אינה ידועה. אך נמצאה שכיחות גבוהה וכן של ההפרעה בזקפה, במיוחד לאחר גיל 50. בערך 13%-21% מהגברים בגילאי 40-80 מתלוננים על קשיים תדירים בזקפה. בערך 2% מהגברים הצעירים מגילאי 40-50 מתלוננים על קשיים תדירים בזקפה, לעומת זאת 40%-50% עלולים לסבול

מבעיות חמורות בזקפה. בערך 20% מהגברים הביעו חשש מבעיות בזקפה במהלך ההתנסות המינית הראשונה, כאשר 8% חווה קשיים בזקפה במהלך ההתנסות המינית הראשונה.

התפתחות ומשך המחלה

בעיות בזקפה בזמן התנסות מינית ראשונה נמצאה קשורה לקיום יחסי מים עם פרטנר זר, צמידות לשימוש בסמים או אלכוהול, חוסר רצון לקיים יחסי מין או כתוצאה מלחץ חברתי. ישנם הוכחות מעטות שרוב ההפרעות בזקפה עוברות לבד ללא התערבות מקצועית, אך מספר גברים עלולים להמשיך ולסבול מאפיוזדות של ההפרעה. בניגוד לכך, הפרעת זקפה נרכשת (Acquired erectile disorder) לרוב קשורה לגורמים ביולוגיים כגון סכרת ומחלות לב. הפרעת זקפה נרכשת לרוב אינה חולפת.

ההיסטוריה של הפרעת זקפה הנמשכת לאורך החיים אינה ידועה. מתצפיות מחקריות שנעשו נמצא קשר בין הפרעת זקפה לגורמים פסיכולוגיים העוסקים בהגבלה עצמית (selflimiting) ומגיבים טוב לפסיכותרפיה, לעומת זאת, כפי שצוין קודם לכן, הפרעת זקפה נרכשת לרוב מקושרת לגורמים ביולוגיים ואינה חולפת. תדירות האירועים של הפרעה בזקפה עולה עם הגיל. ומעט גברים אשר אובחנו בהפרעה ברמת חומרה בינונית חווה נסיגה ספונטנית של הסימפטומים ללא התערבות רפואית. הקשר בין חרדה לבעיות בזקפה נמוכה יותר בקרב גברים מבוגרים לצעירים.

גורמי סיכון ונקודות לאבחנה

מאפייני אופי (טמפרמנט). נמצא קשר בין קווי אופי נירוטי לבעיות בזקפה בקרב סטודנטים בקולאג', ואישיות כנועה נמצאה קשורה לבעיות בזקפה בקרב גברים בני 40 ויותר. אלקסיתימיה (Alexithymia) (הפרעה ביכולת לנתח רגשות בצורה קוגניטיבית) נפוצה בקרב גברים שאובחנו עם בעיות בזקפה מגורמים פסיכולוגיים (Psychogenic erectile dysfunction). כמו כן ההפרעה שכיחה בקרב גברים הלוקים בדיכאון או ב P.T.S.D. **מאפיינים משתנים.** גורמי סיכון המקושרים להפרעה הינם גיל, עישון טבק, כושר גופני לקוי, סכרת וירידה בחשק המיני.

נושאים תרבותיים הנוגעים באבחון

תלונות על הפרעה בזקפה הינם חוצי מדינות ותרבויות. לא ברור באיזה היקף השוני באחוז הגברים שמתלוננים על ההפרעה הינו כתוצאה מהבדלים תרבותיים וציפיות חברתיות לבין ששוני באחוז המקרים בפועל.

מאפיינים דיאגנוסטיים

מידדה של קשיות הזקפה בזמן גירוי לילי באיבר המין מאפשר אבחון מבדיל בין בעיות זקפה פסיכולוגיות להפרעות ביולוגיות. זקפה המתרחשת בזמן שנת רם יכולה להעיד על הפרעה שבסיסה פסיכולוגי. הערכה של גיל הפרט, מצבו הרפואי ותופעות קליניות יכולה להוות בסיס לאבחנה. בדיקת דופלר, בדיקת אולטרסאונד ובדיקת כלי דם הנעשית על ידי הזרקת חומרים וזואקטיביות בנוסף לאבחנה דינמית של קורנוסנוגרפיה (המערכת העצבית) יכולה לשמש ככלי אבחוני על מנת לזהות בעיה בכלי דם שפוגעת בזקפה. ירידה בתגובתיות של נקודות ריכוז עצביות בזמן גירוי יכולה להצביע על בעיה בנורופטיה (קצות העצבים) אשר תפגע בזקפה. נתן לבדוק תלונות על ירידה בחשק המיני באמצעות בדיקה של הטוסטסטורון, בדיקה זו יכולה להעיד על בעיה אנדוקרינית משנית. בדיקה של בלוטת התריס ובדיקת סוכר בזמן צום יכולה להעיד על סכרת שתגרום לבעיות בזקפה. כמו כן הערכה של השומנים בדם יכולה להצביע על בעיה של גבר בן 40 ויותר לבעיה עתידית בכלי הדם שגם היא פוגעת בזקפה.

תוצאות תפקודיות של שפיכה מעוכבת

הפרעה בזקפה עלולה לגרום לבעיות פוריות ולמצוקה אישית ובינאישית. חשש או הימנעות מסיטואציות מיניות גם עלולה להוות מכשול ביצירת קשרים אינטימיים.

אבחנה מבדלת

הפרעה נפשית שאינה קשורה במיניות. יש קשר חזק בין דכאון מגירי (Major depressive disorder) והפרעות בזקפה, כמו כן תתכן הפרעה בזקפה עם דכאון עמוק (severe depressive disorder).

תפקודי זקפה נורמליים. יש להבחין בין מקרים בהם תפקוד הזקפה נורמלית אך לגבר יש ציפיות מופרזות. **שימוש בחומרים/תרופות.** אבחנה נוספת חשובה הינה במקרים בהם הפרעות בזקפה הינה הפרעה שניונית לשימוש בחומרים/תרופות. כאשר ישנה חפיפה בין תחילת השימוש בחומרים/תרופות והתפוגגות הסימפטומים עם הפסקת השימוש החומרים/תרופות או לקיחת מנה קטנה של תרופות /חומרים המשפיעים על הפרעות בתפקוד המיני.

מצב רפואי אחר. הקושי העיקרי באבחנה של הפרעות בזקפה הינה שלילה של מצב רפואי אשר יכול להוות הסבר מספק להפרעה. במקרה כזה לא ניתן אבחנה של הפרעה בזקפה. האבחנה בין הפרעה בזקפה לבעיות תפקודיות בזקפה מסיבות רפואיות הוא לרוב מעורפל, ברוב המקרים מדובר בבעיה מורכבת הכוללת מרכיבים ביולוגיים

ופסיכולוגים כאחד. אם הפרט מבוגר יותר מ 40-50 ו/או סובל מבעיות בריאותיות, האבחנה צריכה לכלול גם הסבר רפואי, במיוחד כאשר מדובר בבעיות וסקולריות (כלי דם). הימצאותה של בעיה ביולוגית, גם אם היא קשורה לבעיות בזקפה אינה בהכרח הסיבה להפרעה. לדוגמה מקרה של גבר החולה בסכרת יכול לפתח הפרעה בזקפה בעקבות לחץ פסיכולוגי. לרוב הסבר ביולוגי להפרעות בזקפה הינו כוללני וחלקי. יוצא מהכלל הינו מקרה בו ההפרעה בזקפה נובע כתוצאה מפציעה קשה במערכת העצבים הגניטלית (פגיעה בנוזלים של עמוד השדרה). הפרעות בזקפה שאינן עקביות ותלויות סיטואציה ובמצבים של החמרה לאחר מאורע חיים מלחיץ הן לרוב פסיכולוגיות. גם במקרים בהם ההפרעה בזקפה מופיעה אצל גבר הצעיר מ 40 מרמז על בסיס פסיכולוגי.

הפרעות אחרות בתפקוד המיני. הפרעות בזקפה יכולים להופיע לצד שפיכה מוקדמת (Premature ejaculation) והיפואקטיביות בחשק המיני אצל גברים (Hypoactive sexual desire disorder).

מחלות נלוות

הפרעות בזקפה יכולות להופיע לצד שפיכה מוקדמת (Premature ejaculation) והיפואקטיביות בחשק המיני אצל גברים (Hypoactive sexual desire disorder), כמו גם לצד הפרעות חרדה או דכאון. הפרעות בשקפה שכיחות בקרב גברים עם סימפטומים של צינורית שתן נמוכה (lower urinary tract symptoms) הקשורים לבלוטת ערמונית מוגדלת. בנוסף הפרעה בזקפה יכולה להתקיים לצד בעיות בכולסטרול, מחלות בכלי הדם, היפוגונדים, תרשת נפוצה, סכרת מספר 2 ומחלות אחרות המפריעות למערכת וסקולרית, נירולוגיות או האנדוקריניות החיוניות לתפקודי זקפה תקינים.

קישור ל I.C.D

הפרעה בזקפה מצוינת ב I.C.D ככשל בתגובה הגניטלית (failure of genital response). ICD-10 (F2.2).

א. קיומם של אחד או יותר מהתסמינים הבאים, הנחווים כמעט בכל התרחשות של פעילות מינית או בכל (75%-100 בקירוב) המקרים (בהקשרי מצב מזהים, או אם בהכללה, בכל ההקשרים):

1. עיכוב בולט, נדירות בולטת, או היעדר של אורגזמה.

2. עוצמה מופחתת במידה ניכרת של תחושות אורגזמה.

ב. התסמינים בקריטריון א' התמידו למשך פרק זמן מינימלי של שישה חודשים בערך.

ג. התסמינים בקריטריון א' גרמו למצוקה קלינית מובהקת אצל האדם.

ד. חוסר-התפקוד המיני אינו מוסבר טוב יותר על ידי הפרעה נפשית א-מינית, או כתוצאה ממצוקה חמורה במערכת היחסים (לדוגמה, אלימות בין בני הזוג), או מגורמי לחץ מובהקים אחרים והיא אינה ניתנת לייחוס להשפעות של שימוש בחומרים ממכרים/טיפול תרופתי או של מצב רפואי אחר.

יש לפרט, האם:

נמשכת לכל אורך החיים: ההפרעה הייתה קיימת מאז שהאדם הפך לפעיל מינית.

נרכשת: ההפרעה החלה לאחר תקופה של תפקוד מיני נורמלי יחסית.

הפרעות בתפקוד מיני (Sexual dysfunctions)

יש לפרט האם:

הכללה: אין הגבלה לסוגי גירוי מסוימים, מצבים או שותפים.

מצבית: מתרחשת רק עם סוגי גירוי מסוימים, מצבים או שותפים.

יש לפרט אם:

מעולם לא חווה אורגזמה תחת סיטואציה כלשהי.

יש לפרט את החומרה הנוכחית:

קלה: עדות למצוקה קלה בשל התסמינים בקריטריון א'.

מתונה: עדות למצוקה מתונה בשל התסמינים בקריטריון א'.

חמורה: עדות למצוקה חמורה או קיצונית בשל התסמינים בקריטריון א'.

הפרעת התעניינות/עוררות מינית נשית – Female Sexual Interest/Arousal Disorder

סימון: 302.72 (F52.22)

- א. היעדר התעניינות/עוררות מינית או התעניינות/עוררות מופחתת במידה ניכרת, הבאים לידי ביטוי על ידי לפחות שלושה או יותר מהבאים:
1. היעדר התעניינות/התעניינות מופחתת בפעילות מינית.
 2. היעדר מחשבות או פנטזיות מיניות/ארוטיות או מחשבות או פנטזיות מיניות/ארוטיות מופחתות.
 3. היעדר יוזמה/יוזמה מופחתת של פעילות מינית וחוסר-היענות באופן טיפוסי לניסיונות יוזמה של השותף.
 4. היעדר ריגוש/עונג מיני או ריגוש/עונג מיני מופחת במהלך פעילות מינית, בכמעט כל או בכל (75%-100% בקירוב). המפגשים המיניים (בהקשרי מצב מזוהים, או אם בהכללה, בכל ההקשרים).
 5. היעדר התעניינות/עוררות מינית או התעניינות/עוררות מינית מופחתת, בתגובה לרמזים מיניים/ארוטיים פנימיים או חיצוניים כלשהם (לדוגמה, כתובים, מילוליים, ויזואליים).
 6. היעדר תחושות באברי המין או שלא באברי המין או תחושות מופחתות באברי המין או שלא באברי המין במהלך פעילות מינית, בכמעט כל או בכל (75%-100% בקירוב) המפגשים המיניים (בהקשרי מצבי מזוהים, או אם בהכללה, בכל ההקשרים).
- ב. התסמינים בקריטריון א' התמידו למשך פרק זמן מינימלי של שישה חודשים בערך.
- ג. התסמינים בקריטריון א' גרמו למצוקה קלינית מובהקת אצל האדם.

ד. חוסר-התפקוד המיני אינו מוסבר באופן טוב יותר על ידי הפרעה נפשית א-מינית, או כתוצאה ממצוקה חמורה במערכת היחסים (לדוגמה, אלימות של השותף), או מגורמי לחץ מובהקים אחרים והיא אינה ניתנת לייחוס להשפעות של שימוש בחומרים ממכרים/טיפול תרופתי או של מצב רפואי אחר.

יש לפרט האם :

נמשכת לכל אורך החיים : ההפרעה הייתה קיימת מאז שהאדם הפך לפעיל מינית.

נרכשת : ההפרעה החלה לאחר תקופה של תפקוד מיני נורמלי יחסית.

יש לפרט האם :

הכללה : אין הגבלה לסוגי גירוי מסוימים, מצבים או שותפים.

מצבית : מתרחשת רק עם סוגי גירוי מסוימים, מצבים או שותפים.

יש לפרט אם :

מעולם לא חווה אורגזמה תחת סיטואציה כלשהי.

יש לפרט את החומרה הנוכחית :

קלה : עדות למצוקה קלה בשל התסמינים בקריטריון א'.

מתונה : עדות למצוקה מתונה בשל התסמינים בקריטריון א'.

חמורה : עדות למצוקה חמורה או קיצונית בשל התסמינים בקריטריון א'.

קריטריונים לאבחון:

A. קיימים קשיים תמידיים או חוזרים ונשנים בלפחות אחד (או יותר) מהבאים:

1. חדירה וגינאלית בזמן קיום יחסי מין
 2. כאבים מובחנים באברי המין ובאגן הירכיים בעת חדירה ואגינלית או ניסיונות חדירה.
 3. חרדה ופחד מובחנים מכאבים באברי המין ובאגן הירכיים בעת הציפייה חדירה וגינאלית, במהלכם ולאחר סיומם.
 4. מתח וכיווץ מובחן של שרירי קרקעית האגן בזמן ניסיונות חדירה ואגינלית.
- B. הסימפטומים בקריטריון A נוכחים במשך לפחות 6 חודשים.
- C. הסימפטומים בקריטריון A גורמים למצוקה משמעותית לאדם.
- D. חוסר התפקוד המיני אינו מוסבר טוב יותר על ידי הפרעה מנטלית א-מינית (nonsexual mental disorder), או כתוצאה מהפרעה חמורה במערכת יחסים (לדוגמא: בן זוג אליים) או על ידי סטרסורים משמעותיים אחרים ואינו נגרם כתוצאה משימוש בתרופות או סמים ואינו קשור למצב רפואי כל שהוא.

יש לציין אם:

1. **לאורך החיים (Lifelong)** - ההפרעה נוכחת מאז שהאדם נהיה פעיל מינית.
2. **נרכשת (Acquired)** - ההפרעה החלה לאחר תקופה של תפקוד מיני תקין באופן יחסי.

יש לציין את החומרה הנוכחית:

- מתון (Mild)** - עדינות למצוקה מתונה לגבי הסימפטומים בקריטריון A.
- בינוני (Moderate)** - עדויות למצוקה בינונית לגבי הסימפטומים בקריטריון A.
- חמור (Severe)** - עדויות למצוקה חמורה או קיצונית לגבי הסימפטומים בקריטריון A.

הפרעת תשוקה מינית מופחתת אצל גברים – Male Hypoactive Sexual Desire Disorder

קריטריונים לאבחון:

- A. קיימים קשיים תמידיים או חוזרים ונישנים (או חוסר) במחשבות או פנטזיות מיניות/ ארוטיות ובחשק לקיים פעילות מינית. הערכת החסך נעשית על ידי קלינאי תוך כדי לקיחה בחשבון של גורמים שמשפיעים על החשק המיני כמו גיל והקשרים כללים או סוציו-תרבותיים שקשורים בחיי הפרט.
- B. הסימפטומים בקריטריון A נוכחים במשך לפחות 6 חודשים.
- C. הסימפטומים בקריטריון A גורמים למצוקה משמעותית לאדם.
- D. התפקוד המיני הלקוי אינו מוסבר טוב יותר על ידי הפרעה מנטלית לא מינית (nonsexual mental disorder) או כתוצאה מהפרעה חמורה במערכת היחסים או על ידי גורמי לחץ אחרים ואינו נגרם כתוצאה משימוש בתרופות או סמים ואינו קשור למצב רפואי כל שהוא.

יש לציין אם:

1. **לאורך החיים (Lifelong)** - ההפרעה נוכחת מאז שהאדם נהיה פעיל מינית.
2. **נרכשת (Acquired)** - ההפרעה החלה לאחר תקופה של תפקוד מיני תקין באופן יחסי.

יש לציין אם:

- מוכלל (Generalized)** - לא מוגבל לסוג מסוים של גירוי, מצב ופרטנר.
- מצבי (Situational)** - קורה רק בזמן גירויים מסוימים, מצבים מסוימים או פרטנרים מסוימים.

יש לציין את החומרה הנוכחית:

- מתון (Mild)** - עדינות למצוקה מתונה לגבי הסימפטומים בקריטריון A.
- בינוני (Moderate)** - עדינות למצוקה בינונית לגבי הסימפטומים בקריטריון A.
- חמור (Severe)** - עדינות למצוקה חמורה או קיצונית לגבי הסימפטומים בקריטריון A.

הפרעות פראפיליות

Paraphilia Disorders

המונח פאראפיליה מתייחס למגוון רחב של משיכות מיניות לא אופייניות.

מציצנות – Voyeuristic Disorder

קריטריונים לאבחון 302.82 (F65.3)

A. עוררות מינית עזה חוזרת כתוצאה מהסתכלות על אדם תמים שהוא עירום, או בתהליך של התפשטות, או כשהוא עוסק בפעילות מינית, שבאה לידי ביטוי בפנטזיות, דחפים או התנהגויות, על פני תקופה של 6 חודשים לפחות.

B. האדם פועל על פי דחפים מיניים אלו, או עם אדם ללא הסכמתו, או שהדחפים המיניים או הפנטזיות הללו גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית או שגורמים לפגיעה בתחום החברתי, התעסוקתי או בתחומים חשובים אחרים בתפקוד האדם.

C. האדם החווה עוררות וואו פועל על פי הדחפים הללו הוא לפחות בגיל 18 ומעלה.

Specify if:

בסביבה מבוקרת: האיפיון הספציפי הזה רלוונטי לאנשים אשר חיים במסגרות מוסדיות או אחרות, אשר האפשרות לעסוק בהן בהתנהגות מציצנית היא מוגבלת.

ברימיסיה מלאה: האדם לא פעל על פי דחפיו עם אדם תמים ללא הסכמתו, ואין מצוקה או פגיעה משמעותית בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים בתפקוד, לפחות במשך חמש שנים, בסביבה לא מבוקרת.

Specifiers:

האיפיון הספציפי של "רימיסיה מלאה" אינו מתייחס לנוכחות או היעדרות של המשך המציצנות כשלעצמה, אשר עשויים להיות נוכחים גם כאשר ההתנהגויות והמצוקה של האדם עברו.

התערטלות (אקסהיביציוניזם) - Exhibitionistic Disorder

קריטריונים לאבחון 302.4 (F65.2)

- A. עוררות מינית עזה חוזרת כתוצאה מחשיפת איברי המין של האדם לאדם תמים אחר, שבאה לידי ביטוי בפנטזיות, דחפים או התנהגויות, על פני תקופה של 6 חודשים לפחות.
- B. האדם פעם על פי דחפים מיניים אלה עם אדם אחר ללא הסכמתו, או שהדחפים המיניים או הפנטזיות הללו גורמות למצוקה משמעותית מבחינה קלינית, או לפגיעה בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים חשובים אחרים בתפקוד האדם.

Specify whether:

- מגורה מינית על ידי חשיפת איבר המין לילדים שלפני ההתבגרות המינית.
- מגורה מינית על ידי חשיפת איבר המין לאנשים בוגרים מבחינה פיזית.
- מגורה מינית על ידי חשיפת איבר המין לילדים שלפני ההתבגרות המינית וגם לאנשים בוגרים מבחינה פיזית.

Specify if:

- בסביבה מבוקרת:** האיפיון הספציפי הזה רלוונטי לאנשים אשר חיים במסגרות מוסדיות או אחרות, אשר בהן אפשרות האדם לחשוף את איבר מינו היא מוגבלת.
- ברימיסיה מלאה:** האדם לא פעל על פי דחפיו עם אדם תמים ללא הסכמתו, ואין מצוקה או פגיעה משמעותית בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים בתפקוד, לפחות במשך חמש שנים, בסביבה לא מבוקרת.

Specifiers:

- האיפיון הספציפי של "רימיסיה מלאה" אינו מתייחס לנוכחות או היעדרות של אקסהיביציוניזם כשלעצמו, אשר עשוי להיות נוכח גם כאשר ההתנהגויות והמצוקה של האדם עברו.

מעשה מגונה - Frotteuristic Disorder

קריטריונים לאבחון 302.89 (65.81F)

- A. עוררות מינית עזה חוזרת כתוצאה מנגיעה או התחככות באדם אחר ללא הסכמתו, שבאה לידי ביטוי בפנטזיות, דחפים או התנהגויות, על פני תקופה של 6 חודשים לפחות.
- B. האדם פעל על פי דחפים מיניים אלה עם אדם אחר ללא הסכמתו, או שהדחפים המיניים או הפנטזיות הללו גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית, או פוגעים בתחום חברתי, תעסוקתי או בתחומים חשובים אחרים בתפקוד האדם.

Specify if:

- בסביבה מבוקרת:** האיפיון הספציפי הזה רלוונטי לאנשים אשר חיים במסגרות מוסדיות או אחרות, אשר בהן אפשרות האדם לגעת או להתחכך באדם אחר ללא הסכמתו היא מוגבלת.
- ברימיסיה מלאה:** האדם לא פעל על פי דחפיו עם אדם תמים ללא הסכמתו, ואין מצוקה או פגיעה משמעותית בתחום חברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים בתפקוד, לפחות במשך חמש שנים, בסביבה לא מבוקרת.

Specifiers:

- האיפיון הספציפי של "רימיסיה מלאה" אינו מתייחס לנוכחות או היעדרות של פרוטאוריזם כשלעצמו, אשר עשוי להיות נוכח גם כאשר ההתנהגויות והמצוקה של האדם עברו.

מזוכיזם – Sexual Masochism Disorder

קריטריונים לאבחון 302.83 (F65.51)

A. עוררות מינית עזה חוזרת כתוצאה מהמעשה של להיות מושפל, מוכה, קשור או התנהגויות אחרות שגורמות לסבל, שבאות לידי ביטוי בפנטזיות, דחפים או התנהגויות, על פני תקופה של 6 חודשים לפחות.

B. הפנטזיות, הדחפים המיניים או התנהגויות גורמות למצוקה קלינית משמעותית או לפגיעה בתפקוד החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים חשובים של תפקוד.

Specify if:

יחד עם Asphyxiophilia \ חנק ארוטי – אם האדם מעורב בפרקטיקה של חנק נשימתי בכדי להשיג עוררות מינית.

Specify if:

בסביבה מבוקרת: האיפיון הספציפי הזה רלוונטי לאנשים אשר חיים במסגרות מוסדיות או אחרות, אשר בהן אפשרות האדם להיות מעורב בהתנהגויות מאזוכיזם מיני הן מוגבלות.

ברימיסיה מלאה: האדם לא פעל על פי דחפיו עם אדם תמים ללא הסכמתו, ואין מצוקה או פגיעה משמעותית בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים בתפקוד, לפחות במשך חמש שנים, בסביבה לא מבוקרת.

סדיזם – Sexual Sadism Disorder

קריטריונים לאבחון 302.84 (F65.52)

A. עוררות מינית עזה וחוזרת כתוצאה מסבל נפשי או פיזי של אדם אחר, שבא לידי ביטוי בפנטזיות, דחפים או התנהגויות, על פני תקופה של 6 חודשים לפחות.

B. האדם פעל על פי דחפים מיניים אלו עם אדם תמים אחר ללא הסכמתו או שהדחפים המיניים או הפנטזיות הללו גורמים למצוקה משמעותית מבחינה קלינית, או פוגעים בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים חשובים אחרים בתפקוד האדם.

Specify if:

בסביבה מבוקרת: האפיון הספציפי הזה רלוונטי לאנשים אשר חיים במסגרות מוסדיות או אחרות, אשר בהן אפשרות האדם להיות מעורב בהתנהגויות סאדיסטיות מיניות הן מוגבלות.

ברימיסיה מלאה: האדם לא פעל על פי דחפיו עם אדם תמים ללא הסכמתו, ואין מצוקה או פגיעה משמעותית בתחום החברתי, תעסוקתי או בתחומים אחרים בתפקוד, לפחות במשך חמש שנים, בסביבה לא מבוקרת.

פדופיליה – Pedophilic Disorder

קריטריונים לאבחון

A. במשך תקופה של לפחות 6 חודשים, חוזרת ונשנית, פנטסיות מיניות מעוררות, דחפים מיניים, או התנהגויות הקשורות בפעילות מינית עם ילד או ילדים לפני גיל התבגרות (בדרך כלל בגיל 13 שנים או צעירות יותר).

B. הפרט פעל על הדחפים המיניים האלה או על הפנטסיות המיניות ואלו עלולים לגרום למצוקה ניכרת או קושי בינאישי.

ג. הפרט הוא לפחות בן 16 ולפחות 5 שנים יותר מאשר הילד או ילדים בקריטריון א'.

הערה : אין לכלול פרטים בגיל ההתבגרות מאוחרת המעורבים בקשר מיני מתמשך במערכת יחסים עם בני-12.
13.

ציין אם:

- נמשך רק לילדים (!)
- לגברים
- לנשים
- גם לגברים וגם לנשים
- מוגבל לגילוי עריות

פטישיזם – Fetishistic

א. במשך תקופה של לפחות 6 חודשים, עוררות מינית חוזרת וחזקה בשימוש בחפצים דוממים או התמקדות ספציפית מאוד בחלק גוף שהם לא איברי מין שבאה לידי ביטוי בדחפים, פנטזיות והתנהגויות.

ב. הפנטזיות, דחפים מיניים, או ההתנהגויות גורמות למצוקה או ליקויים משמעותיים מבחינה קלינית בתחומים חברתיים, תעסוקתיים, או אחרים של תפקוד.

ג. אובייקטי הפטיש אינם מוגבלים לפריטי לבוש המשמשים בקרוס-דרסינג כמו בהפרעת הטראנסווסטייט או מכשירים שתוכננו במיוחד עבור גירוי מיני, למשל ויברטור.

ציין אם:

- בסביבה מבוקרת: מציין זה בעיקר רלוונטי לאנשים החיים במוסדות שבהם הזדמנויות לעסוק בהתנהגויות פטישיסטי מוגבלות.
- במצב של הפוגה מלאה: לא הייתה שום מצוקה או פגיעה בפאן החברתי, תעסוקתי, או אזורים אחרים של תפקוד למשך 5 שנים לפחות בניגוד לסביבה לא מבוקרת.

- א. במשך תקופה של לפחות 6 חודשים, עוררות מינית חוזרת ועזה מקרסדרסינג. הדבר בא לידי ביטוי על ידי פנטסיות, דחפים או התנהגויות.
- ב. הפנטזיות, דחפים מיניים, או ההתנהגויות גורמות למצוקה או ליקוי משמעותיים מבחינה קלינית בתחומים חשובים חברתיים, תעסוקתיים, או אחרים של תפקוד.

ציין אם:

- עם פטישיזם: אם עורר מינית נגרמת על ידי בדים, חומרים, או בגדים.
- עם auto gynephilia: גירוי מיני על ידי מחשבות או תמונות של עצמי כנקבה

ציין אם:

- בסביבה מבוקרת: מציין זאת בעיקר החלים על אנשים חיים במוסדיים או אחרות הגדרות שבו הזדמנויות לשמלה צולבת מוגבלות.
- במצב של הפוגה מלאה: לא הייתה שום מצוקה או פגיעה בפאן החברתי, תעסוקתי, או אזוריים אחרים של תפקוד למשך 5 שנים לפחות בניגוד לסביבה לא מבוקרת.

הפרעות אישיות

Personality Disorders

הפרעת אישיות פראנואידית – Paranoid Personality Disorder

סימון: 301.0 (F 60.0)

קריטריונים לאבחון

א. חוסר אמון נרחב/חודר/מחלחל/מופשט וחשדנות באחרים, כך שהמניעים שלהם נתפסים זדוניים/מרושעים, מתחיל בבגרות המוקדמת ונמצא במספר אופנים, כפי שמצוין בארבע (או יותר) מהנ"ל:

1. חשדנות, ללא בסיס משמעותי, שהאחרים פוגעים, או מרמים אותו/אותה.
2. האדם מוטרד עם ספקות לא מוצדקות על הנאמנות או המהימנות של חברים או קרובים.
3. הוא מסויג מלספר סוד לאחרים, בגלל פחד שיעשה שימוש מרושע במידע נגדו.
4. קורא משמעויות מאיימות או מזלזלות/משפילות בתוך אירועים לא מזיקים.
5. מחזיק בעיקשות טינה/עוינות/תרעומת (לא סולח להעלבה, פגיעות, זלזול).
6. חווה תקיפות על המאפיינים/אישיות שלו או שמו הטוב, שלא נראים לאחרים ומגיב במהירות בכעס או בתוקפנות נגדית.
7. יש לו חשד חוזר, ללא הצדקה, לנאמנות של בן הזוג או הפרטנר המיני.

ב. לא קורה רק במהלך סכיזופרניה, הפרעה בי פולרית או הפרעת דיכאון עם מאפיינים פסיכויים, או הפרעה פסיכוטית אחרת ואי אפשר לקשר את זה להשפעות פיזיולוגיות או מצב רפואי אחר.

הערה: אם הקריטריון נימצא לפני פריצת סכיזופרניה, יש להוסיף "פרה-מורבידי" לדוגמא: הפרעת אישיות פראנואידית (פרה מורבידית).

קריטריונים לאבחון

א. דפוס נרחב/מחלחל/מופשט של לקות חברתית ובינאישית שמצוינת בחוסר נוחות אקוטית, עם הפחתה ביכולת ליחסים קרובים כמו גם הפרעה בתפיסה הקוגניטיבית או התפיסתית, והתנהגויות יוצאות דופן ומוזרות, מתחיל בבגרות מוקדמת ונוכח באופנים שונים, כפי שמצוין על ידי חמש (או יותר) מהנ"ל:

1. מחשבות יחס, (לא כולל דלוזיות יחס).
2. מחשבות מוזרות או מאגיות שמשפיעות על ההתנהגות ולא תואמות עם נורמות של תת תרבות (לדוג': אמונות תפלות, אמונות בטלפטיה, חוש שיש, או "תחושת עור"). בילדים ובמתבגרים פנטסיות ביזאריות או עיסוק מוקדם).
3. חוויות/התנסויות לא רגילות, כולל אילוזיות של הגוף.
4. דיבור ומחשבה מוזרים (דוג': לא ברור, מעגלי, מטאפורי, סטראוטיפי, מפורט מידי).
5. המשגה/יצירת מושגים/רעיונות חשדנית או פראנואידית.
6. אפקט לא תואם או מצומצם.
7. התנהגות או הופעה מוזרה, אקסצנטרית (תימהוני, משונה), או ייחודי.
8. חוסר בחברים קרובים או אנשי סוד, שהם לא בני משפחה מדרגה ראשונה.
9. חרדה חברתית מוגזמת שלא נעלמת כשיש יחסי קירבה ויש לה נטייה להיות קשורה בפחדים פראנואידים יותר מאשר שיפוט שלילי של העצמי.

ב. לא קורה בהכרח בזמן תהליך הסכיזופרניה, הפרעה בי פולרית עם מאפיינים פסיכויים, הפרעה פסיכוטית אחרת, או הספקטרום האוטיסטי.

הערה: אם פוגשים את הקריטריון לפני התפתחות הסכיזופרניה יש להוסיף "פרה מורבידי" לפני כן. לדוג': הפרעה אישיות סכיזוטיפלית (פרה מורבידית).

הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית – Antisocial Personality Disorder

A תבנית רחבה של זלזול וביזוי זכויות של אחרים, המתרחשת מגיל 15 אשר מתקיימים בה שלושה או יותר מהקריטריונים הבאים:

1. כישלון להסכים לנורמות חברתיות המכבדות התנהגות חוקיות, כפי שנצפה באופן חוזר ונשנה על ידי התנהגויות המהוות עילה למעצר.
2. הונאה/מרמה המרומזת על ידי שקרים חוזרים ונישנים, שימוש בשמות בדויים או רמיית אחרים לצורך רווח אישי או הנאה.
3. אימפולסיביות או כישלון לתכנן מראש.
4. מזג חס/רגזנות ואגרסיביות המרומזת באמצעות עלבונות או מאבקים פיזיים חוזרים.
5. התעלמות וזלזול חסר זהירות בקשר לביטחון האישי ולביטחונם של אחרים.
6. חוסר אחריות עקבית, הבאה לידי ביטוי בכישלון להחזיק התנהגויות עקביות במקום העבודה או לכבד התחייבויות כספיות.
7. העדר חרטה המאופיין באדישות כלפי האחר או ברציונליזציה לאַחַר שנפגע, שהתעלל/התנכל לו, או העדר חרטה אחרי שגנב מאחרים.

B היחיד הינו לפחות בן 18

C ישנן ראיות להפרעת התנהגות (conduct Disorder) אשר החלה לפני גיל 15.

D הופעתה של התנהגות אנטי סוציאלית אינה מתרחשת באופן בלעדי במהלך הופעתה של סכיזופרניה או הפרעה בי-פולארית.

- A** תבנית מופשטת של אי יציבות ביחסים בין-אישיים, דימוי עצמי ורגשות, המסומנים כאימפולסיביים. מתחיל בהתבגרות המאוחרת ונוכח במגוון של הקשרים, כאשר מתקיימים חמישה (או יותר) מהבאים:
1. מאמץ מטורף להימנע מנטישה אמיתית או מדומיינת (לא כולל התנהגות אובדנית או פגיעה עצמית המצוינת בקריטריון 5).
 2. תבנית של יחסים בין-אישיים לא יציבים ומתוחים המאופיינים בהופעה לסירוגין של אידיאליזציה או דה-וליואציה קיצוניים לאחר.
 3. הפרעת זהות: תחושת העצמי או הדימוי העצמי אינם יציבים בצורה בולטת ועקבית.
 4. אימפולסיביות, לפחות בשני אזורים שהינם בעלי פוטנציאל להרס עצמי (לדוגמא: בזבזנות, יחסי מין, שימוש בחומרים, נהיגה חסרת אחריות, זלילה binge eating). לא כולל התנהגות אובדנית או פגיעה עצמית המצוינת בקריטריון 5.
 5. התנהגות אובדנית חוזרת, מחוות או איומים או התנהגות של פגיעה עצמית.
 6. חוסר יציבות רגשית כתוצאה מתגובתיות במצב הרוח (אפיזודה דיספורית עוצמתית, עצבנות/חוסר נוחות או חרדה, בדרך כלל נמשכת מספר שעות ולעיתים נדירות יותר מכמה ימים).
 7. תחושת ריקנות כרונית.
 8. כעס רב עוצמה שאינו מותאם או קושי לשלוט בכעס הזה (הפגנה תדירה של מצב הרוח, כעס עקבי, מאבק גופני חוזר).
 9. חשיבה פרנואידית הקשורה ללחץ או סימפטומים דיסוציאטיביים חמורים, המופיעים באופן זמני.

קריטריונים לאבחון:

דפוס התנהגות אמוציונאלי מופרז וחיפוש תשומת לב המופיע בבגרות המוקדמת וקיים במגוון הקשרים, כמצוין בחמישה (או יותר) הקריטריונים הבאים:

1. תחושת חוסר נוחות בסיטואציות בהן האדם אינו מרכז תשומת הלב.
2. אינטראקציות עם אחרים מאופיינות בהתנהגות מינית לא מותאמת או בהתנהגות פרויקטיבית.
3. הבעה רגשית שטחית ומתחלפת במהירות.
4. שימוש במראה חיצוני למשיכת תשומת לב.
5. סגנון דיבור אימפרסיוניסטי (כללי חסר פירוט) והיעדר פירוט.
6. הפגנת דרמטיות יתר, תיאטרליות והבעה רגשית מוגזמת.
7. סוגסטביליות (מושפע בקלות מאחרים או מנסיבות).
8. מייחס מידת אינטימיות גבוהה ליחסים מאשר במציאות.

מאפיינים דיאגנוסטיים:

מאפיין מרכזי של הפרעת אישיות היסטוריונית הוא דפוס התנהגות אמוציונאלי וחיפוש תשומת לב. דפוס זה מתחיל בבגרות המוקדמת וקיים במגוון הקשרים.

אנשים אלה חשים שלא בנוח או לא מוערכים כאשר אינם במרכז תשומת הלב (קריטריון 1). לעיתים קרובות תוססים ודרמטיים, נוטים למשוך תשומת לב ומקסימים בתחילת קשר בהתלהבותם, פתיחותם או פלרטותם. תכונות אלה מאבדות מערכן כאשר הם ממשיכים ודורשים את מרכז תשומת הלב. ממלאים תפקיד של "מסמר הערב". במידה ואינם במרכז תשומת הלב, הם יכולים לבצע אקט דרמטי (להמציא סיפורים, לעשות סצנה) כדי לקבל תשומת לב. צורך זה מופיע לעיתים קרובות בהתנהגותם עם מטפל (מחמיאים, מביאים מתנות, מתארים סימפטומים גופניים ופסיכולוגים מתחלפים בכל פגישה).

המראה וההתנהגות של הסובלים מההפרעה, הם לעיתים קרובות מיניים ולא מותאמים פרובקטיבים וסלקטיביים (מפתים) (קריטריון 2). התנהגות זו אינה מכוונת רק כלפי מי שיש להם בו עניין רומנטי, אלא מתרחשת במגוון רחב של יחסים חברתיים, מקצועיים ואינה מותאמת להקשר החברתי.

ההבעה הרגשית הנה שטחית ומתחלפת במהירות (קריטריון 3).

אנשים הסובלים מההפרעה, משתמשים במראה חיצוני כדי למשוך תשומת לב (קריטריון 4). עסוקים יתר על המידה בהרשמת אחרים במראם החיצוני ומשקיעים זמן, אנרגיה וכסף רבים בביגוד וטיפוח. הם מחפשים מחמאות באשר להופעה החיצונית ויפגעו בקלות מביקורת בנושא.

סגנון הדיבור שלהם אימרסיניסטי וחסר פירוט (קריטריון 5). מביעים דעות מוצקות עם גוון דרמטי אך ההסברים והסיבות שנותנים בדרך כלל מעורפלים, ללא תימוכין של עובדות ופרטים. לדוגמא: יאמרו על מישו שהוא אדם נפלא ולא יספקו שום דוגמאות לתכונות הטובות כדי לבסס דעתם.

עוד מאפיינים בדרמטיות, תיאטרליות והבעה רגשית מוגזמת (קריטריון 6). הם יפרגנו לחברים ומכרים באמצעות החצנת רגשות. פרגון למכרים בלהט רב, בכי ללא שליטה על דברים רגשיים פעוטים. (בקיצור התנהגות רגשית לא מותאמת ומוגזמת). כיוון שרגשותיהם מופעלים במהירות רבה, כך הם אינם ממש עמוקים, כך שניתן להאשימם בהעמדת פנים או זיוף.

רמת הסוג סטביליות שלהם גבוהה (קריטריון 7). דעותיהם ורגשותיהם מושפעים בקלות מאחרים וממצבים משתנים. נראים בוטחים מידי בדמויות סמכות בעיקר שייפתרו בעיותיהם כבמטה קסם. מייחסים קרבה ואינטימיות רבה ליחסים מאשר במציאות. כל מכר מכונה על ידם "יקר, חבר יקר". פונים לרופא שפגשו פעם או פעמיים בשמו הפרטי (קריטריון 8).

מאפיינים קרובים התומכים באבחנה:

אנשים עם הפרעה זו מתקשים לפתח אינטימיות רגשית במערכות יחסים רומנטיות ומיניות. ללא מודעות לכך, הם ממלאים תפקיד של "קורבן" "ונסיכה" במערכות יחסיהם. הם מבקשים לשלוט בבן הזוג באמצעות מניפולציות רגשיות או פיתוי ובה בעת מגלים בהם תלות. לאנשים הסובלים מההפרעה מערכות יחסים לא טובות עם בני מינם כיוון שהתנהגותם הפרובוקטיבית מינית מהווה איום לחבריהם. הם עלולים להרחיק חבריהם בגלל דרישתם הבלתי פוסקת לתשומת לב. כאשר אינם במרכז תשומת הלב הם הופכים למדוכאים ונרגזים. כמהים לגירויים, חידוש וריגושים ומשועממים משגרה. לרוב הם חסרי סבלנות או מתוסכלים מסיטואציות הכוללות הכרת תודה דחויה והתנהגותם מכוונת לקבלת סיפוק מיידי. מתחילים פרויקטים או עבודה בהתלהבות רבה והעניין כלה מהר. עלולים להזניח ולהניח בצד יחסים ארוכי טווח לטובת הריגוש שביחסים החדשים. הסיכוי הממשי לאובדנות אינו ידוע, אך הניסיון הקליני מראה שאנשים בעלי הפרעה זו נמצאים בסיכון גבוה למחוות ואיומים באובדנות על מנת להשיג תשומת לב.

הפרעה זו נקשרה להפרעה הסומטית והקונברסיבית (SOMATIC SYMPTOM DISORDER) ול-
CONVERSION DISORDER) ולדיכאון מגורי. לעיתים יחד עם הפרעה זו יכולים להופיע הפרעה גבולית,
נרקיסוזם, אנטיסוציאליות ואישיות תלותית.

שכיחות ההפרעה- נתונים מסקר אפידמיולוגי מ- 20.1.2002 מצביעים על שכיחות של 1.84% באוכלוסייה.
נושאים תלויי תרבות- נורמות התנהגות, הופעה והבעה רגשית משתנות מאוד בתרבויות, מגדרים וקבוצות גיל
שונות. לפני שמייחסים תכונות (כגון: אמוציונאלי, פתינות, דרמטיות, חיפוש חידושים, חברותיות, שארם,
אימפרסיוניזם, סומטיזציה), כראיה להפרעה, חשוב להעריך האם גורמות ליקוי או צער משמעותיים קליניים.
נושאים תלויי מגדר: בתנאים קליניים בהפרעה זו אובחנה יותר אצל נשים, אך הנ"ל לא נמצא בתנאים שאינם
קליניים. יתר על כן מסר מחקרים מצאו שכיחות דומה של הפרעה בקרב גברים ונשים כאחד.

אבחנה מבדלת: הפרעות ותכונות אישיות אחרות: ניתן לבלבל בין הפרעת אישיות היסטוריונית להפרעות
אישיות אחרות כיוון שיש להם מספר מאפיינים משותפים. לכן חשוב להבחין בין ההפרעות על בסיס ההבדלים
במאפייניהם. במקרה שלאדם מאפיינים המתאימים להפרעה אחת או יותר בנוסף להפרעה היסטוריונית, ניתן
לאבחן את כולן. למרות שהפרעת אישיות גבולית מאובחנת גם היא בחיפוש תשומת לב, התנהגות מניפולטיבית
ורגשות משתנים במהירות, היא נבדלת באמצעות הרסנות עצמית, פרצי זעם ביחסים קרובים ותחושה כרונית
של ריקנות והפרעות בזהות. אנטיסוציאליות והיסטוריונים חולקים הנטיות לאימפולסיביות, שטחיות, חיפוש
ריגושים, פתינות, פזיזות, מניפולטיביות, אך היסטוריונים נוטים יותר לאמוציונאליות מופרזת ואינם עוסקים
בהתנהגות אנטיסוציאלית. היסטוריונים הינם מניפולטיביים לצורך הזנה, חינוך, טיפוח, משהו לא חומרי,
לעומת זאת אנטיסוציאליות הינם מניפולטיביים כדי להשיג רווח, כוח או משהו חומרי אחר. למרות שגם
נרקיסיסטים מתאפיינים בחיפוש תשומת לב, לרוב הם רוצים שבח על "עליונותם".

לעומת זאת, היסטוריונים מוכנים להראות שבורים או תלותיים כאמצעי להשגת תשומת לב. נרקיסיסטים
יגזימו באינטימיות, קרבת היחסים עם האחרים אך הם ידגישו את מעמד ה-VIP והעושר של חברתיהם.
בהפרעת אישיות תלותית האדם תלוי מאוד באחרים כדי לקבל שבחים, אך ללא המאפיינים הרגשיים
הססגוניים, ראוותניים ומוגזמים של היסטוריונים.

הרבה אנשים יכולים להיות בעלי התכונות ההיסטוריוניות אך רק כאשר תכונות אלה הן בלתי גמישות,
מאדפטיביות, עקביות וגורמות ליקוי תפקודי משמעותי או צער סובייקטיבי ניתן ליחסן להפרעה היסטוריונית.
שינוי אישיותי בגלל מצב רפואי אחר: יש להפריד בין הפרעה היסטוריונית לבין שינוי אישיותי הנובע ממצב
רפואי אחר, בה התכונות הקיימות מיוחסות לאפקטים של מצב רפואי אחר של מערכת העצבים המרכזית.

שימוש בחומרים - יש להבחין בין ההפרעה ההיסטוריונית לבין סימפטומים המתפתחים עם שימוש נמשך בחומרים.

Narcissistic Personality Disorder – הפרעת אישיות נרקיסיסטית

קריטריונים לאבחון:

דפוס גרנדיוזי (בפנטזיה או התנהגות), צורך בהערצה, חוסר אמפתיה, מתחיל בבגרות המוקדמת וקיים במגוון הקשרים כמצוין בחמישה (או יותר) מהבאים:

1. תחושת חשיבות עצמית גרנדיוזית (מגזים בהישגים וכישורים, מצפה להכרה כנעלה ללא הישגים מתאימים).
2. עיסוק יתר בפנטזיות של הצלחה, כוח, גאונות, יופי, אהבה אידיאלית.
3. מאמין שהוא יחדי ומיוחד ויכול להיות מובן או מקושר רק עם אנשים מיוחדים או בעלי סטאטוס גבוה (או מוסדות).
4. צורך בהערצה
5. תחושה של זכאות "מגיע לי" וציפיות לא הגיוניות ליחס מיוחד ומועדף, או היענות אוטומטית לציפיותיו.
6. נצלן (מנצל אחרים לשם השגת רצונותיו).
7. חוסר אמפתיה - לא מוכן להכיר, להזדהות עם רגשות וצרכים של אחרים.
8. קנאי או שחושב שאחרים מקנאים בו.
9. בעל התנהגות שחצנית וגאוותנית.

מאפיינים דיאגנוסטיים: מאפיין מרכזי של הפרעה נרקיסיסטית, דפוס גרנדיוזי: צורך בהערצה, חוסר אמפתיה, המתחילים בבגרות מוקדמת וקיימים במגוון הקשרים. אנשים בעלי ההפרעה הינם בעלי תחושה גרנדיוזית של חשיבות עצמית (קריטריון 1). באופן קבוע מגזימים בהערכת יכולותיהם, השיגהם, ונראים יומרניים, רברבנים. מניחים שאחרים מייחסים ערך דומה למאמציהם ומופתעים כאשר השבח לו מצפים וחשים זכאים, אינו מגיע. שיפוט הישגיהם בדרך כלל מקטין תרומת אחרים.

ישנו עיסוק יתר בפנטזיות של הצלחה, כוח, גאוותנות, יופי, אהבה, אידיאליות (קריטריון 2). הם חושבים על הערצה וזכויות שכבר היו צריכות להגיע ומשווים עצמם לאנשים מפורסמים בעלי זכויות.

אנשים אלה רואים עצמם כעליונים, יחידים ומיוחדים, ומצפים שגם אחרים יראו יכירו בכך (קריטריון 3). חשים שכך אנשים מיוחדים בעלי מעמד גבוה יכולים להבינם או להתחבר אליהם, חשים שצרכיהם מיוחדים ומעבר לידע של אנשים "רגילים". הערכתם העצמית משתפרת על ידי הערך האידיאלי שהם מייחסים לאנשים אליהם הם מתחברים (בקיצור מרגישים עוד יותר טוב ועוד יותר בעלי חשיבות שמתחברים לאנשים שבענייניהם הם בעלי סטאטוס גבוה). מתעקשים רק "על הטוב ביותר" (רופא, עורך דין, ספר וכו') או מוסדות ומזלזלים באלה שמאכזבים אותם.

צריכים הערצה רבה (קריטריון 4). הערכתם העצמית תמיד שברירית. הם עסוקים בכמה טובים ביצועיהם וכמה טוב אחרים מתייחסים אליהם. מתבטא בצורך קבוע בתשומת לב והערצה. מצפים שהגעתם תזכה לברכות וצלולים ונדהמים כאשר אחרים אינם חומדים במעמדם, רכושם. הם דגים מחמאות וקסם רב. תחושה זכאות, "מגיע לי" ציפייה ליחס מעודף (קריטריון 5). מצפים שצרכיהם יסופקו ומופתעים וכועסים שהדבר אינו קורה. לדוגמא- מניחים שאינם צריכים לחכות בתור ושאחרים צריכים לוותר על סדר העדיפות לטובתם, וכועסים שאחרים אינם מסייעים ואינם תורמים "לעבודת החשובה".

תחושה זו של "מגיע לי" בשילוב עם היעדר רגישות לצרכי ורצונות אחרים, מביאים לנצלנות (קריטריון 6). מצפים לקבל מה שרוצים או שחושבים שצריך לנהוג מבלי להתחשב באחרים. לדוגמא- מצפים למסירות רבה מאחרים ושיעבדו אותם ללא התייחסות להשלכות על חייהם. יקיימו חברויות או יחסים רומנטיים רק במידה שהאדם האחר יקדם מטרתם או יעלה הערכתם העצמית. דורשים זכויות יתר שמגיעים להם כיוון שמיוחדים כל כך.

מתאפיינים בחוסר אמפתיה ומתקשים להכיר ברגשות, רצונות, חוויות של אחרים (קריטריון 7). חושבים שאחרים עסוקים רק ברווחתם. דנים בדאגותיהם באופן פרטני וארוך ובד בבד נכשלים בהכרה שגם לאחרים רגשות וצרכים. לעיתים קרובות חוסר סובלנות כשאחרים מדברים על בעיותיהם. אינם מודעים לכאב שהערותיהם יכולים לעורר (למשל: אמרו לבן הזוג לשעבר שכעת הם במערכת יחסים של חייהם). כאשר מזהים צרכים רצונות ורגשות של אחרים יראו כסימני חולשה או פגיעה. המתחברים אליהם חשים קור רגשי וחוסר עניין. לעיתים קרובות מקנאים באחרים או שחושבים שאחרים מקנאים בהם (קריטריון 8). עינם צרה בהצלחת או רכוש אחרים, חשים שלהם מגיע יותר הצלחה, הישגים, הערצה. יקטינו בערך תרומת אחרים במיוחד אם קיבלו שבח או הכרה בהישגיהם. התנהגות יהירה, שחצנית מאפיינת אותם.

נראים סנובים, פטרוני סטים (קריטריון 9). לדוגמא: יתלוננו על מלצר מסורבל, חצוף או טיפש, או יסיימו אבחנה רפואית בהערכה מתנשאת על רופא.

מאפיינים התומכים באבחנה:

פגיעות הערכה עצמית הופכת אנשים הסובלים מההפרעה לרגישים לביקורת או כשלון. למרות שלא יראו זאת, ביקורת תרדוף אותם ותותיר אותם מושפלים, מבוזים, ריקניים. יגיבו בזעם, בולזול, במתקפת נגד. חוויות כאלה יובילו לנסיגה חברתית, או צניעות לכאורה שמסתמכת על גרנדיוזיות. יחסים בינאישיים לקויים בגלל בעיות של "מגיע לך", הצורך בהערצה, והתעלמות יחסית מרגשות אחרים. למרות שאמביציה וביטחון עצמי יכולים להוביל להישגים, ביצועיהם מופרעים בגלל היעדר סובלנות לביקורת או כישלון. לעיתים תפקוד מקצועי נמוך מאוד משקף חוסר רצון להסתכן במצבים תחרותיים או סיטואציות אחרות בהם יש סיכוי לכישלון. תחושת בושה, השפלה וביקורת עצמית נלוות, יביאו לנסיגה חברתית, מצב רוח דיכאוני, והפרעה דיכאונית (דיסטמיה) או דיכאון מגורי. בניגוד לכך, תקופות ממושכות של גרנדיוזיות יביאו למצב רוח היפומאני. הפרעה זו נקשרת גם לאנורקסיה נרבוזה ושימוש בחומרים (בייחוד קוקאין ונגזרותיו). הפרעות אישיות היטריוניות, גבולית, אנטיסוציאלית, פארנואדית קשורות להפרעה הנרקסיסטית.

שכיחות: בהסתמך על הגדרות DSM 4, שכיחות של בין 0%-6.2% במדגמים.

התפתחות ומהלך: תכונות נרקסיסטיות נפוצות בעיקר בהתבגרות ואינם מצביעות בהכרח על התפתחות הפרעת אישיות נרקסיסטית. אנשים הסובלים מההפרעה הינם בעלי קשיי הסתגלות לתחילת הגבלות פיזיות ומקצועיות המקבילות לתהליך הזדקנות.

שכיחות מגדרית: 50%-75% הינם גברים.

אבחנה מבדלת: הפרעות אישיות אחרות ותכונות אישיות- ניתן לטעות בין הפרעה זו להפרעות אישיות אחרות בעלות מאפיינים דומים. חשוב להבחין בין הפרעות בהתבסס על הבדלים במאפיינים. במידה וישנם מאפיינים אישיותיים העונים לקריטריונים של הפרעת אישיות אחרת או יותר בנוסף להפרעת אישיות נרקסיסטית, ניתן לאבחן את כולם. המאפיין המבחין ביותר בין ההפרעה הנרקסיסטית להפרעות אישיות היסטוריונית, גבולית, או אנטיסוציאליות הוא הגרנדיוזיות. דימוי עצמי יציב יחסית, היעדר הרס עצמי, אימפולסיביות, חששות נטישה מבחינות בין נרקסיזם לאישות גבולית.

התגאות בהישגים, היעדר אמוציונאליות יחסית ובוז לרגשותיהם של אחרים מסייעים בהפרדה בין נרקיסיזם להיסטוריוניות. למרות שנרקיסיזם, היסטוריונים וגבוליים צורכים תשומת לב רבה, הנרקיסיסטים זקוקים לתשומת הלב לשם הערצה.

אנטיסוציאליים ונרקיסיסטים חולקים נטיות לחלקלקות, שטחיות, ניצול, היעדר אמפתיה. הנרקיסיסטים לא בהכרח אימפולסיביים, אגרסיביים ומרמים. בנוסף לכך, האנטיסוציאליים אינם זקוקים להערצה ואינם מקנאים באחרים. לנרקיסיסטים אין היסטוריה של הפרעות התנהגות בילדות או התנהגות פושעת בבגרות. בהפרעת אישיות נרקיסיזם ו- אישיות אובססיבית קומפולסיבית ישנה מחויבות לפרפקציוניזם ואמונה שאחרים אינם מסוגלים לביצועיים דומים. לאובססיביים ישנה ביקורת עצמית מלווה, הנרקיסיסט לעומת זאת מאמין שהשיג שלמות.

חשדנות ונסיגה חברתית מפרידות בין אישיות פראנואדית וסכיזופרנית לאישיות נרקיסיסטית. כשתכונות אלה נמצאות אצל הנרקיסיסט הם נובעות מפחד התגלות של פגמים או חוסר שלמות. אנשים מצליחים רבים הינם בעלי תכונות הנחשבות נרקיסיסטיות. רק כאשר תכונות אלה אינן גמישות, חולניות וגורמות ליקוי תפקודי משמעותי או צער ניתן לאבחן כהפרעה.

מנייה או היפומניה: גרנדיוזיות יכולה לנבוע מאפיזודות מאניות או היפומניות אך הקשר לשינוי במצב רוח, או ליקוי תפקודי, מסייע להבחין בין אפיזודות אלה להפרעת אישיות נרקיסיסטית.

שימוש בחומרים: יש להבחין בין נרקיסיזם לסימפטומים הקשורים לשימוש בחומרים.

הפרעת אישיות נמנעת – Avoidant Personality Disorder

קריטריונים לאבחון:

- דפוס של עכבה חברתית, תחושות של "אני לא מספיק" ורגישות מוגברת להערכה שלילית המתחיל בבגרות המוקדמת וקיים ומגוון הקשים כמצוין בארבעה (או יותר) מהבאים:
1. נמנע מפעילויות מקצועיות הכוללת אינטראקציות בין אישיות משמעותיות, מפחד מביקורת, דחייה, אי הסכמה.
 2. אינו רוצה במגע עם אנשים אלא אם כן בטוח שיחבבו אותו.
 3. מראה איפוק וריסון ביחסים אינטימיים בגלל הפחד מבושה או גיחוך.

4. עיסוק יתר בכך שעלול להיות מבוקר או דחוי בסיטואציות חברתיות.
5. מעוכב בסיטואציות בין אישות חדשות בגלל תחושות של חוסר מספיקות.
6. רואה עצמו כנחות, פחות מושך מאחרים.
7. אינו לוקח סיכונים או עוסק בפעילות חדשה כיון שחושש ממבוכה.

מאפיינים אבחנתיים: מאפיין מרכזי של ההפרעה הוא דפוס של עכבה חברתית. תחושות של אי מספיקות, ורגישות רבה להערכה שלילית המתחילה בבגרות המוקדמת וקיימות במגוון הקשרים. אנשים אלו נמנעים מתעסוקה הכוללת אינטראקציות רבות הכוללת פחד מביקורת, אי קבלה, אי הסכמה (קריטריון 1). ידחו הצעות לקידום כיון שתחומי אחריות חדשים יכולים להביא לביקורת מעמיתים.

נמנעים מיצירת קשרים חברתיים חדשים אלא אם כן בטוחים שיחבבו ויקבלו אותם ללא ביקורות (קריטריון 2). עד שלא עוברים מבחנים שמראים את ההפך, אחרים נתפסים כביקורתיים, לא מקבלים. אנשים אלה לא ייקחו חלק בפעילות קבוצתית אלא אם כן יציעו להם שוב ושוב תמיכה.

ישנם קשיים ביחסים אינטימיים, מסוגלים להם כאשר ישנה הבטחה לקבל היעד ביקורתי. יכולים להתנהג באיפוק קושי בדיבור על עצמם ואינם משתפים בתחושותיהם האינטימיות מפחד בושה או שיהיו מגוחכים (קריטריון 3).

כיוון שעסוקים בביקורת או דחייה הינם בעלי סף גירוי נמוך לתגובות אלה (קריטריון 4). אם משהו רק **מעט** ביקורתי, יחושו פגיעה עצומה. נוטים להיות ביישנים, שקטים, מעוכבים ו"בלתי נראים" בגלל הפחד שכל תשומת לב תסתיים בהשפלה או דחייה. מצפים שכל דבר שיאמרו יראה לאחרים כ"שגוי" ולכן לא יאמרו דבר. מגיבים בעוצמה לכל רמז לגיחוך או ביזוי. למרות שרוצים חיי חברה, חוששים מהפקדת רווחתם בידי אחרים. בד"כ מעוקבים בסיטואציות חברתיות חדשות עקב תחושת ערך עצמי נמוך ותחושה שאינם מספיקים (קריטריון 5).

ספקות חזקות באשר לקומפוטנטיות חברתית ומשיכה אישית במפגש עם זרים. חשים שאינם מושכים, נחותים מאחרים (קריטריון 6).

לא ייקחו סיכונים או ישתתפו בפעילות חדשה מפחד להיות מובכים (קריטריון 7). מיחסים פוטנציאל סיכון גבוה לסיטואציות רגילות וסגנון חייהם נוקשה עקב צורך בביטחון. אדם כזה יכול לבטל ראיון עבודה מפחד ממבוכה שלא יתלבש כראוי. סימפטומים סומאטיים יכולים להיות הסיבה להימנעות מפעילות חדשה.

מאפיינים התומכים באבחנה:

לעיתים קרובות הם משבחים התבטאויות ותנועות גוף של מי שבאים עימו במגע. הפחד והמתח שלהם יעורר גיחוך בקרב אחרים ובכך יאשר את ספקותיהם בנוגע לעצמם. הם חררים מאפשרות שיגיבו לביקורת בבכי או בהסמקה. מתוארים ונתפסים ע"י אחרים כ"ביישנים", "בודדים" ו"מבודדים". הבעייתיות המרכזית מתרחשת בתפקודים חברתיים ומקצועיים. דימוי עצמי נמוך ורגישות יתר לדחייה קשורים לקשרים חברתיים מוגבלים ומעטים. לעיתים קרובות מבודדים ומחוסרי מערכות תמיכה חברתיות שיסייעו בעיתות משבר. מעוניינים בחיבה ובקבלה ומפנטזים על יחסים אידיאליים עם אחרים. התנהגותם הנמנעת תשפיע משמעותית על תפקודם המקצועי משום שהם מנסים להימנע מסיטואציות הקשורות לסיפוק דרישות בסיסיות של תפקיד או קידום. ההפרעות הללו נפוצות באבחון יחד עם הפרעה המנעותית: הפרעות דיכאון, חרדה, בי פולר, במיוחד הפרעה חברתית (social phobia). לעיתים קרובות הפרעת אישיות תלותית מאובחנת יחד עם הפרעה זו, כיוון שמאובחנים בהפרעה המנעותית נקשרים ונתלים במעט האנשים שהינם חבריהם. כמו כן, הפרעה זו נקשרת להפרעת אישיות גבולית, ועם הפרעות אישיות מ cluster A (פרנואידית, סכיזואידית וסכיזוטיפלית).

שכיחות: נתונים מסקר אפידמיולוגי 2001-2002 מצביעים על שכיחות של 2.4%

התפתחות ומהלך: מתחילה בינקות או בילדות בביישנות, בידוד, פחד זרים ופחד מסיטואציות חדשות. למרות שביישנות בילדות היא סימן מקדים להימנעות, ברוב המקרים, היא נעלמת עם הגדילה. אלה שיפתחו את ההפרעה, יהפכו לביישנים ונמנעים בהתבגרות ובבגרות המוקדמת שלב בו יחסים חבריים עם אנשים חדשים הופכים לחשובים במיוחד. ישנם ראיות שאצל מבוגרים ההפרעה נחלשת, מתכהה עם הגיל. יש להיזהר מאבחון ילדים ומתבגרים כיוון שלחלקם ביישנות הינה שלב התפתחותי נורמטיבי.

נושאים תלויי תרבות: ייתכן שוני בדרגות בין תרבויות וקבוצות אתניות ביחס להימנעות (לעיתים נחשבת מותאמת). לעיתים הימנעות הינה תוצאה של בעיות הגירה.

אבחנות מבדלות: הפרעות חרדה - ישנה חפיפה רבה בין הימנעות לחרדה חברתית. הפרעת אישיות המנעותית מאפיינת גם אגורפוביה ולעיתים קרובות הן קיימות יחדיו. הפרעות אישיות ותכונות אישיות אחרות - ניתן לבלבל בין הפרעת אישיות המנעותית להפרעות אישיות אחרות בעלות מאפיינים דומים. במידה וישנם מאפייני אישיות שתואמים לקריטריונים של הפרעת אישיות אחת או יותר בנוסף להמנעותית, ניתן לאבחן את כולן. הפרעה המנעותית והפרעה תלותית מאופיינות שתיהן בתחושות של ערך נמוך, רגישות יתר לביקורת וצורך בביטחון. בהפרעה המנעותית, הדאגה המרכזית היא להימנעות מהשפלה ודחייה, אצל התלותיים, הדאגה הינה

לכך שיהיה מי שיטפלו בהם. במקרים רבים, קיימות יחד. כמו הנמנע, גם הסכיזואיד והסכיזופרניאלי מאופיינים בבידוד חברתי. ההימנעותי רוצה ביחסים עם אחרים וחש בדידות עמוקה לעומת הסכיזואיד והסכיזופרניאלי שחשים שביעות רצון ובבחירה בבידוד החברתי. ההימנעותי והפרנואידי מאופיינים בחוסר ביטחון באחרים, אצל ההימנעותי הדבר נובע מפחד ממבוכה וחוסר ערך עצמי, והפרנואידי לעומת זאת, מייחס כוונות זדון לאחרים.

לרבים תכונות הימנעותיות, רק כאשר תכונות אלה אינן גמישות, מלאדפטיביות, מביאות לליקוי תפקודי משמעותי או צער, ניתן ליחסן להפרעה. שינוי באישיות בגלל מצב רפואי אחר – יש להבחין בין הפרעה המנעותית לבין שינוי אישיותי הנובע ממצב רפואי אחר בו התכונות הנוצרות מיוחסות לאפקטים של מצב רפואי אחר של מערכת העצבים המרכזית. שימוש בחומרים – יש להבחין בין הפרעה המנעותית לסימפטומים שמתפתחים כתוצאה משימוש בסמים.

הפרעת אישיות תלותית – Dependent Personality Disorder

קריטריונים לאבחון:

צורך בטיפול ע"י משהו אחר המביא להתנהגות נכזבת, תלותית ולפחד מנפרדות. מתחיל בבגרות המוקדמת וקיים במגוון קשרים כמצוין בחמישה (או יותר) מהבאים:

1. קושי בקבלת החלטות יומיומיות ללא יעוץ ובטחון מאחרים.
2. צורך שאחרים ייקחו אחריות על תחומי חיים מרכזיים.
3. קושי בהבעת אי הסכמה עם אחרים עקב פחד לאבד תמיכה או קבלה (לא כולל פחד ראלי מעונש מציאותי).
4. קושי בהתחלת פרויקטים או עשייה עצמאית (בגלל היעדר ביטחון עצמי בשיפוט וביכולת יותר מאשר חוסר מוטיבציה או אנרגיה).
5. מוכן להרבה כדי לקבל תמיכה מאחרים עד לנקודה שמתנדב לעשות דברים לא נעימים.
6. חש שלא בנוח או חסר אונים כשנמצא לבד עקב פחד שלא יוכל להסתדר בעצמו.
7. מחפש בדחיפות יחסים חלופיים כמקור טיפול ותמיכה, כאשר מערכת יחסים קרובה מסתיימת.
8. עסוק מאד בפחדים מפני השארות לטפל בעצמו.

מאפיינים אבחנתיים: מאפיין מרכזי של ההפרעה הוא צורך שיטופל ע"י אחרים המוביל להתנהגות תלותית, נכנעת ופחדים מנפרדות. דפוס זה מתחיל בבגרות המוקדמת וקיים במגוון הקשרים. ההתנהגות התלותית והנמנעת מיועדת להשיג טיפול ועולה מתוך תפיסה עצמית של חוסר יכולת תפקוד מספקת ללא עזרה מאחרים. בעלי קושי בקבלת החלטות יומיומיות (מה ללבוש לעבודה, האם לקחת מטריה) ללא עצה ובטחון מאחרים (קריטריון 1). בעלי ההפרעה נוטים לפסיביות ומאפשרים לאחרים (בד"כ לאדם אחר אחד) לקחת יוזמה ואחריות על תחומי החיים המרכזיים שלהם (קריטריון 2).

מבוגרים בעלי ההפרעה, תלתיים בהורה או בבן זוג בקבלת החלטות כמו היכן לגור, במה לעבוד ועם מי להתחבר. מתבגרים בעלי ההפרעה יאפשרו להוריהם (בד"כ אחד ההורים) להחליט מה ילבשו, עם מי להתחבר, כיצד לבלות את זמנם הפנוי, ולאיזה ביה"ס ללכת. הצורך שאחר ייקח אחריות אינו מותאם לגיל או לסיטואציה. הפרעה זו יכולה להתקיים אצל אדם הסובל ממצב רפואי או ממגבלה משמעותית, אך במקרים אלה, הקושי בלקיחת האחריות הוא מעבר למה שבאופן נורמאלי קשור למגבלה או למצב הרפואי.

בגלל חשש תקין מאובדן תמיכה, קבלה, הסובלים מההפרעה מתקשים להביע אי הסכמה עם אחרים בייחוד באלה שבהם תלויים (קריטריון 3). הם חשים שאינם מסוגלים לתפקד בעצמם לבד עד כדי כך שיעדיפו להסכים עם דברים מוטעים מאשר להסתכן באובדן עזרה.

אינם מסוגלים להביע כעס מול מי שבו תלויים מחשש להרחיקם. במידה והחששות מהבעת אי הסכמה הם ריאליים (למשל פחד מציאותי מענישת בן זוג מתעלל ואלים), ההתנהגות אינה נחשבת כהפרעה תלותית. קושי ביזמות והתחלת פרויקטים או עשייה עצמאית (קריטריון 4). חוסר ביטחון עצמי מביא לצורך בעזרה כדי להתחיל משימה. הם ימתינו שאחרים יתחילו מכיוון שמאמינים שאחרים טובים מהם. משוכנעים שאינם מסוגלים לתפקד עצמאי ומציגים עצמם כנזקקים לעזרה מתמדת. קרוב לוודאי שיתפקדו היטב אם יובטח להם שמישהו אחר מפקח ונותן אישור. יתכן פחד מלהפוך לקומפטנטיים כיוון שיחששו מנטישה, הזנחה. מכיוון שסומכים על אחרים שיטפלו בבעיותיהם, אינם רוכשים מיומנויות לחיים עצמאיים ובכך משמרים את התלות. הסובלים מההפרעה מוכנים להרבה כדי לקבל תמיכה מאחרים, עד כדי כך שיסכימו להתנדב למשימות לא נעימות, אם הדבר יבטיח את העזרה והתמיכה להם זקוקים (קריטריון 5). נכנעים לרצונות אחרים, גם כשהדבר אינו סביר. הצורך בשימור קשר יביא למערכות יחסים לא מאוזנות ומופרעות. יקריבו קורבן אישי או יסבלו התעללות מילולית, נפשית, פיזית, מינית (התנהגות זו תחשב תלותית רק כאשר ברור שישנן אופציות אחרות לאדם).

הסובלים מההפרעה חשים חוסר נוחות או חוסר אונים כשנמצאים לבד בגלל הפחד שלא יוכלו לדאוג לעצמם (קריטריון 6). הם "יזדנבו" אחרי אחרים משמעותיים רק כדי להימנע מלהיות לבד, אפילו אם אינם מתעניינים או קשורים למתרחש. כאשר מערכת יחסים קרובה מסתיימת (פרידה מבן זוג, מוות של נותן טיפול) יחפשו בדחיפות מערכת אחרת שתספק את העזרה לה זקוקים (קריטריון 7). אמונתם שלא יוכלו לתפקד בהיעדר מערכת יחסים קרובה, מניע אותם להתקרב לאדם אחר במהירות ללא בדיקה ואבחנה (לעיתים קרובות עסוקים בפחדים שיוותרו לטפל בעצמם לבד (קריטריון 8)). רואים עצמם כתלויים לחלוטין כך חוששים מנטישה ללא בסיס ממשי כדי להיחשב ראייה לקריטריון זה, הפחד צריך להיות עוצמתי ולא מציאותי. לדוגמה: קשיש הסובל מסרטן העובר לבית בנו לשם טיפול מראה התנהגות תלותית התואמת לנסיבות חייו הוא לא תואם את הקריטריון.

מאפיינים תומכים באבחנה:

לעיתים קרובות מתאפיינים בפסימיות וספק עצמי, מגמדים יכולותיהם ונכסיהם ומתייחסים לעצמם כטיפשים. מתייחסים לביקורת וחוסר הסכמה כהוכחה לכך שאינם שווים ומאבדים אמונה בעצמם. מחפשים דומיננטיות וגוננות יתר מאחרים. תפקוד מקצועי לקוי כאשר יש צורך ביוזמה עצמאית. הימנעו ממשורות בעלות אחריות ויגלו חרדה בקבלת החלטות. קשרים חברתיים נוטים להיות מוגבלים לאחרים בהם תלויים, ישנו סיכון להפרעות דיכאון, חרדה והסתגלות. ההפרעה מגיעה עם הפרעות אישיות נוספות ביחוד אישיות גבולית, נמנעת והיסטוריונית.

פרדיספוזיציה לפיתוח ההפרעה – מחלה כרונית או חרדת נפרדות בילדות והתבגרות.

שכיחות: בסקרים השכיחות נעה בין 0.49 אחוז ל- 6.0 אחוז.

נושאים תלויי תרבות: הרמה בה ההתנהגות התלותית נחשבת הולמת משתנה מאוד בקרב גילאים שונים ותת תרבויות. יש לקחת בחשבון גיל ותרבות בקביעת סף לכל קריטריון. תלותיות תיוחס להפרעה רק כאשר חורגת מנורמות תרבותיות מהן בה הפרט או משקפת דאגות לא מציאותיות. פסיביות, נימוסיות, הינן מאפיינים של חברות מסוימות ויכולות להיחשב בטעות כתלותיות. כך ישנן שונות בחברות שונות בעידוד או גינוי תלותיות של נשים וגברים.

התפתחות ומהלך: יש להיזהר בהבחנה, אם בכלל, בילדים ומתבגרים שבהם תלותיות יכולה להיות מתאימה לשלב התפתחותם.

נושאים תלויי מגדר: חלק ממחקרים הראו שכיחות יתר אצל נשים. מחקרים אחרים שכיחות דומה בקרב שני המינים.

אבחנה מבדלת: הפרעות מנטאליות ומצבים רפואיים אחרים – יש להפריד בין אישיות תלותית לבין תלותיות כתוצאה מהפרעות מנטאליות אחרות (כגון דיכאון, פאניקה ואגרו פוביה) וכן ממצבים רפואיים אחרים. הפרעות ותכונות אישיות אחרות – ניתן לטעות בין תלותיות להפרעות אחרות בגלל מאפיינים דומים. אם לאדם מאפייני אישיות התואמים להפרעת אישיות אחת או יותר נוספת על התלותית, ניתן לאבחן את כולן. בהרבה הפרעות אישיות ניתן למצוא תלותיות, אך הפרעת אישיות תלותית נבדלת בהתנהגות נכנעת תגובתית ונתלית שהן דומיננטיות.

אישיות תלותית וגבולית מתאפיינות בפחד מנטישה, אך הגבולי מגיב לנטישה בתחושת ריקנות, זעם וטובענות ואילו התלתי מגיב בכניעת יתר, ובחיפוש מערכות חלופיות לסיפוק תמיכה וטיפול.

כן הגבולי מתאפיין במערכות יחסים אינטנסיביות ולא יציבות לעומת התלתי. ההיסטריוני כמו התלתי בעל צורך בקבלה, אישור ויראה ילדותי ונתלה. אך בניגוד לתלתי מקבל המרות והנחבא אל הכלים, ההיסטריוני מתאפיין בחברותיות ובדרישות אקטיביות לתשומת לב.

התלתי כמו הנמנע מתאפיין ברגשות שאינו מספיק, רגישות יתר לביקורת, וצורך באישור ובביטחון. אך לנמנע פחד כבד מהשפלה ודחייה כך שנסוג עד שבטוח שיתקבל. התלתי לעומת זאת, יחפש וישמור קשרים ולא ימנע או ייסוג ממערכות יחסים.

ישנן רבים המראים תלותיות, רק כאשר התכונות אינן גמישות מל-אדפטיביות וגורמות לליקוי משמעותי בתפקוד או צער סובייקטיבי, אזי ניתן לאבחן כתלותיות. שינוי אישיותי עקב מצב רפואי אחר – יש להפריד בין אישיות תלותית, לשינוי אישיותי הנובע ממצב רפואי אחר בו התכונות הנוצרות קשורות לאפקט של מצב רפואי אחר על מערכת העצבים המרכזית.

שימוש בחומרים: כן יש להפריד בין תלותיות לבין סימפטומים הנוצרים משימוש מאסיבי בחומרים.

קריטריונים לאבחנה:

דפוס של עיסוק בסדר, פרפקציוניזם, שליטה מנטאלית בין אישית על חשבון גמישות, פתיחות, יעילות, המתחיל בבגרות מוקדמת וקיים במגוון הקשרים כמצוין בארבעה (או יותר) מהבאים:

1. עסוק בפרטים, חוקים, רשימות, סדר, ארגון או לוח זמנים במידה שהנקודה המרכזית של הפעילות הולכת לאיבוד.
2. פרפקציוניזם ברמה הפוגעת בהשלמת משימה (לא יכול לסיים פרויקט בגלל סטנדרטים גבוהים וקשיחים אשר לא מושגים).
3. מסור לעבודה ולתפוקה עד שמוותר על פעילויות פנאי וחברה (ללא קשר לצורך כלכלי).
4. מצפון ומוסר גבוהים ללא גמישות בנושאי מוסר, אתיקה, ערכים (ללא קשר תרבותי דתי).
5. חוסר מסוגלות לזרוק חפצים בלויים חסרי ערך גם כאשר אין ערך סנטימנטלי.
6. אינו יכול לבצע משימות עם אחרים או להאציל סמכויות אלה אם כן יעשו זאת בדיוק על פי דרכו.
7. סגנון חסכני כלפי עצמו והזולת (כסף יש לשמור ליום סגריר).
8. נוקשות ועיקשות.

מאפייני אבחנה:

מאפיין מרכזי של ההפרעה הוא עיסוק יתר בסדר, פרפקציוניזם, שליטה מנטאלית ובין אישית על חשבון גמישות, פתיחות ויעילות. דפוס זה מתחיל בבגרות המוקדמת וקיים במגוון הקשרים. אנשים אלה מנסים להשיג שליטה באמצעות הקפדה על חוקים, פרטים הליכים, רשימות לוחות זמנים. עד למצב בו תוכן המרכזי של הפעילות אובד (קריטריון 1). זהירים במיוחד ונוטים לחזרתיות, תשומת לב מוגברת לפרטים ובדיקות חוזרות ונשנות של טעויות אפשריות. אינם מודעים לעובד שאחרים מוטרדים מהעיקובים וחוסר הנוחות שבהתנהגות זו. לדוגמה: כאשר מניחים רשימת משימות במקום שגוי, ישקיעו זמן רב ביותר לחיפושה ולא ישחזרו אותה בזמן קצר ויעברו לביצועה. חלוקת זמן גרועה ומשימות חשובות נותרות לרגע האחרון. פרפקציוניזם וסטנדרטים גבוהים גורמים לתפקוד לקוי וצער. הם משקיעים כל כך בכל פרט בפרויקט כך שהוא לעולם לא מסתיים (קריטריון 2). למשל השלמת

כתיבת דוח נדחית על ידי שכתובים רבים שכולם אינם "מושלמים" מפספסים זמן הגשה ותחומי חיים שאינם במוקד הפעילות נזנחים.

מקדישים זמן רב לעבודה ותפוקה עד שמזניחים פעילויות זמן וחברה (קריטריון 3) ללא קשר לכורח כלכלי. אינם מסוגלים לקחת יום או סופשבוע חופשי לבילוי או רגיעה. דוחים פעילויות פנאי כמו חופשה כך שלעולם איננה מתרחשת. כאשר כן יוצאים לבילוי, חופש, אינם חשים בנוח אלא אם כן לקחו עימם חומר לעבודה כך שלא יבזבזו זמן. תשומת לב רבה לפעילויות משק הבית (ניקיון חוזר כך שאפשר לאכול מהרצפה). אם מבליים במחיצת חברים, קרוב לוודאי שהדבר הוא במסגרת פורמאליות מאורגנת (ספורט). מתייחסים לתחביבים או לפעילות יצירתית כמשימה רצינית המצריכה ארגון זהיר ועבודה קשה. הדגש הוא על ביצוע מושלם.

בעלי מודעות, מצפון וחוסר גמישות בענייני מוסר אתיקה וערכים (קריטריון 4). מכריחים עצמם ואחרים לפעול בהתאם לעקרונות מוסר נוקשים וסטנדרטים נוקשים של ביצוע. חסרי רחמים בביקורת על טעויותיהם שלהם. נענים לסמכות וחוקים ומתעקשים על היענות ליטרלית לחלוטין, ללא כיפוף חוקים ובלי להתחשב בנסיבות. לדוגמא: לא ילווה לחבר אסימון לצורך ביצוע שיחה בגלל הפתגם "ואל תהיה לווה ולא מלווה" או בגלל שזה "רע" ויזיק לאופי של האדם. תכונות אלה ללא קשר לתרבות או לדת.

אנשים אלה אינם יכולים לזרוק חפצים בלויים חסרי ערך גם אם אין להם ערך סנטימנטלי (קריטריון 5). הם מודים שהם "אגרנים". לזרוק חפץ זה בזבוז "כי אף פעם אי אפשר לדעת מתי נצטרך אותו". יכעסו אם משהו אחר יפטר ממנו. שותפים, בני זוג יתלוננו על חוסר מקום.

אנשים אלה לא יאצילו סמכויות ולא יעבדו עם אחרים (קריטריון 6). מתעקשים שהכול יעשה ע"פ דרכם ושנשים יקבלו זאת. נותנים הוראות מפורטות (יש דרך אחת ורק אחת לקצור את הדשא, לשטוף כלים ולבנות מלונה). מופתעים ונרגזים כשאחרים מציעים אלטרנטיבות. ידחו הצעות לסיוע גם כשמפגרים בלוח הזמנים כי מאמינים שאף אחד אחר לא יעשה זאת כפי שצריך.

אנשים אלה חסכנים וקמצנים ומנהלים רמת חיים נמוכה בהרבה ממה שיכולים לאפשר לעצמם, חושבים שיש לשלוט בבזבוזים לשמור לעת צרה (קריטריון 7).

מתאפיינים בנוקשות ועיקשות (קריטריון 8). עסוקים כל כך בשרך הנכונה שיש לבצע דברים, כך שמתקשים לזרום עם רעיונות של אחרים. מתכננים מראש לפרטי פרטים ואינם מוכנים לשנות. שקועים בנקודת מבט שלהם ומתקשים להכיר באלה של אחרים. חברים יכולים לחוש תסכול מנוקשות זו. גם כשמבינים שכדאי להם להתפשר, מסרבים לכך בעיקשות וטוענים כי "זה העיקרון שחשוב".

מאפיינים תומכי אבחנה: כאשר חוקים נהלים והליכים אינם מכוונים לדרך הפעולה הנכונה, יתקשו בקבלת החלטות וישקיעו בכך זמן רב. מתקשים לבצע סדרי עדיפויות בין משימות ולא מצליחים להחליט על דרך הפעולה כך שלא מתחילים כלום. נוטים לכעס כאשר לא מצליחים לשמר שליטה בסביבה הפיזית והאנושית, הכעס אינו מבוטא ישירות. לדוגמא: יכעסו כשהשירות במסעדה גרוע, אך במקום להתלונן בהנהלה, יתעסקו בכמה טיפ להשאיר. לעיתים כעס יבוטא באופן צדקני על עניין פעוט. קשובים במיוחד לסטאטוס שלהם ביחסי סמכות- כפיפות, יענו לסמכות שמכבדים ויתנגדו לזו שלא.

מפגינים חיבה בצורה נשלטת, מאופקת וחשים חוסר נוחות בנוכחות אנשים אמוציונאליים. ליחסייהם איכות רצינית ופורמאלית, נוקשים ורציניים בסיטואציות שאחרים היו מחייכים ושמחים (קבלת אהוב בשדה תעופה). עוצרים את עצמם עד שבטוחים שמה שהם יאמרו יהיה מושלם. עסוקים באינטלקט ובהגיון וחסרי סובלנות להתנהגות רגשית של אחרים. מתקשים בהבעת רגשות עדינים, מחמיאים לעיתים רחוקות ביותר. חווים קושי מקצועי וצער, במיוחד מול סיטואציות חדשות המצריכות גמישות ופשרה.

אנשים עם הפרעות חרדה כולל חרדה כללית, חברתית, פוביות ספציפיות ו-OCD הינם בעלי סבירות להפרעת אישיות אובססיבית קומפולסיבית. למרות זאת, למרבית הסובלים מ-OCD, אין דפוס התנהגות העונה להפרעת האישיות הזו. מאפיינים רבים של ההפרעה חופפים לאישיות type A (עיסוק בעבודה, תחרותיות דחופות) מאפיינים אלה קיימים אצל אנשים הנמצאים בסיכון להתקף לב. יתכן קשר בין ההפרעה הזו להפרעת דיכאון, ביפולר והפרעת אכילה.

שכיחות: זו הפרעה מבין הנפוצות באוכלוסיה הכללית ושכיחותה בין 2.1%-7.9%

נושאים תלויי תרבות: אין לכלול בהפרעה התנהגויות המשקפות הרגלים, מנהגים וסגנונות אישיים שתרבויות מעודדות. למשל: תרבויות מסוימות מדגישות מאד עבודה ויצרנות ולכן חבריהם לא יחשבו כסובלים מההפרעה.

נושאים תלויי מגדר: במחקרים נראה כי ההפרעה מאובחנת אצל גברים כפול מנשים.

אבחנות מבדלות: OCD- למרות הדמיון בשמות, השתיים מובחנות בקלות באמצעות אובססיות וקומפולסיות אמיתיות באו סי די. כאשר הקריטריונים משתי האבחנות מתמלאים, ניתן לאבחן את שתיהן.

אגרנות- יש לשקול הבחנה זו כאשר האגרנות קיצונית (בבית אין חלל ריק בגלל החפצים) ניתן לאבחן שתי ההפרעות במידה והקריטריונים מתמלאים.

הפרעות ותכונות אישיות אחרות – (כמו פתיחה בהפרעות קודמות)

נרקסיסטים גם הם בעלי מחויבות לפרפקציוניזם וחושבים שאחרים לא יוכלו לבצע כמותם, אך הם יחשבו שהשיגו שלמות בעוד שהאובססיביים יהיו בעלי ביקורת עצמית. נרקסיסטים ואנטיסוציאליים אינם נדיבים אך יפנקו עצמם, האובססיבי לעומת זאת חסכן על עצמו כשם שעל אחרים.

סכיזואידים ואובססיביים מאופיינים בפורמאליות וניקור חברתי אצל האובססיבי הדבר נובע מחוסר נוחות כלפי רגשות ומסירות לעבודה לעומת הסכיזואיד הסובל מהיעדר יכולות בסיסיות לאינטימיות. כאשר התכונות האובססיביות הקומפולסיביות מותנות הן אדפטיביות בייחוד בסיטואציות המתגמלות הישגים גבוהים. רק כאשר התכונות אינן גמישות, מל-אדפטיביות וגורמות ליקוי תפקודי או צער ניתן לאבחן כהפרעה זו.

שינוי אישיותי עקב מצב רפואי אחר – יש להפריד בין ההפרעה הנ"ל לשינוי אישיותי כתוצאה ממצב רפואי אחר בו תכונות מיוחסות לאפקט של מצב רפואי אחר על מערכת העצבים המרכזית.

שימוש בחומרים – יש להפריד בין ההבחנה לבין סימפטומים הנוצרים משימוש בחומרים.