

האבחון הפסיכיאטרי

נשאלת השאלה כיצד בונה הפסיכיאטר את אבחנתו הרפואית, האם יש דמיון או הבדל בין הכלים העומדים לרשות הפסיכיאטר לאלו העומדים לרשותו של רופא אחר.

ובכן זה לא יהיה גילוי של סוד כמוס גדול מדי אם נספר כבר במשפט הראשון שלפסיכיאטריה כלים מדויקים הרבה פחות מאשר לשאר מקצועות הרפואה המאפשרים להגיע לאבחנה מדויקת. אומנם קצב הגדילה של שיטות ההדמיה, גם בפסיכיאטריה הולך ומתקדם, אך מקצוע זה עדיין לא הגיע לרמת דיוק כפי שיש במקצועות אחרים של הרפואה. עד להודעת חדשה הכלי האבחנתי הנפוץ ביותר בידי הפסיכיאטר הוא הראיין הקליני. מטרתו של הראיין הקליני ללקט מידע שיעובד ויסווג על פי דרכי האבחון המקובלות כיום ברוב העולם. המידע שמקבלים בראיין קליני, בדומה לאנמנזה רפואית כלשהי הוא מידע סובייקטיבי של החולה, הסתכלות של המראיין אודות התנהגות המרואיין והתרשמות סובייקטיבית של הבודק, על פי ניסיונו הקודם במקצועו.

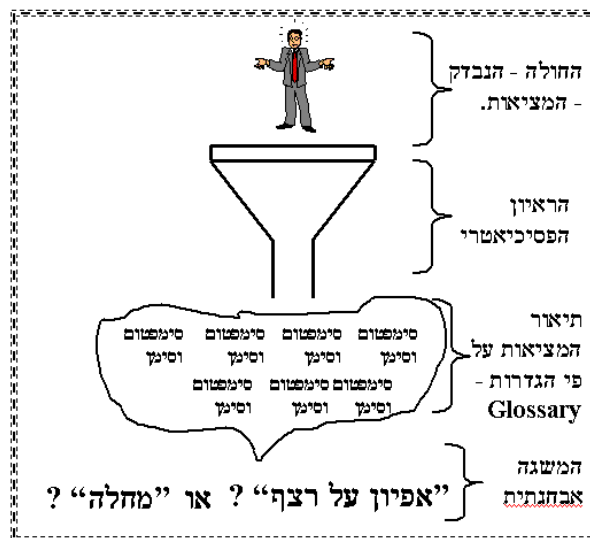
את המידע יש לעבד על פי מערכת אבחונית מקובלת ובדוקה ככל האפשר. תולדות שיטות האבחון הפסיכיאטרי חורגת מגבולות חוברת זו, לכן אסתפק בציון השיטות המובילות כיום בעולם. לתמצית קצרה אודות הנושא וגם ניתוח של חשיבות האבחון הפסיכיאטרי וההשלכות הרוחניות אדון בטעות באבחון, אנא פנו למאמרם של מרגולין ווצטום ולוי ב"הרפואה" כרך 128 ע' 766-763 - 1995.

כאשר פונים לאבחון אנשים על פי הגדרות של "מחלות נפש", נשאלת באופן מיידי השאלה האם יש דבר כזה האם קיימות בכלל "מחלות נפש", או שיש שונות גדולה בין בני האדם וחלק מהאנשים לוקחים את הזכות לשפוט את חלק אחר כ"חולים" בגלל שונותם. הדילמה הזאת משתקפת בשיטות האבחון האפשריות הקיימות פסיכיאטריה שהן:

הגישה הקטגוריאלית

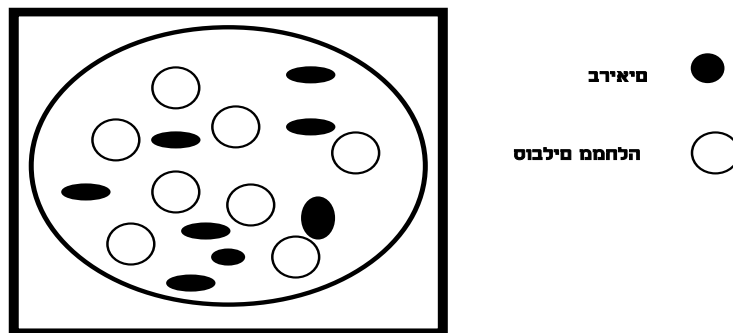
הגישה הדימנסינלית

בצורת איור ניתן להציג את מצב העניינים כזה:



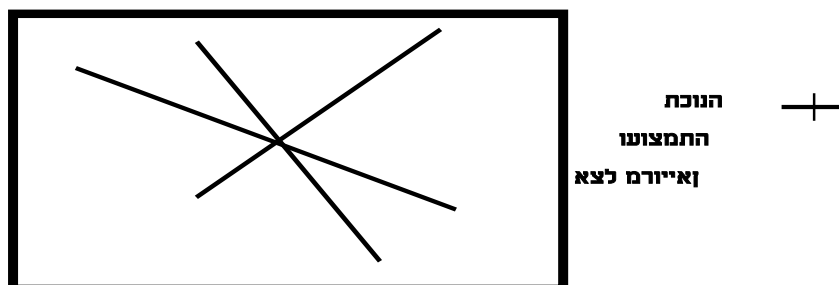
מבין שתי השיטות הגישה הקטגוריאלי ת עדיין שולטת בתחום , אך השיטה הדימנסינלית מהווה "איום" מתמיד עליה .

הגישה הקטגוריאלי מניחה שבמציאות קיימות קבוצות של אנשים הסובלים מקבוצה של סימנים וסימפטומים המאפיינים "מחלה" מסוימת. כאשר ניתן להגדיר - למתוח גדר - סביב לאותם הסימנים , כאשר בתוך הגדר ימצאו כל המקרים הסובלים מאותה ה "מחלה" על פי אותה ההגדרה ומוץ לגדר כל אותם המקרים אשר אינם סובלים מאותו המצב - כמו בצירור הבא :

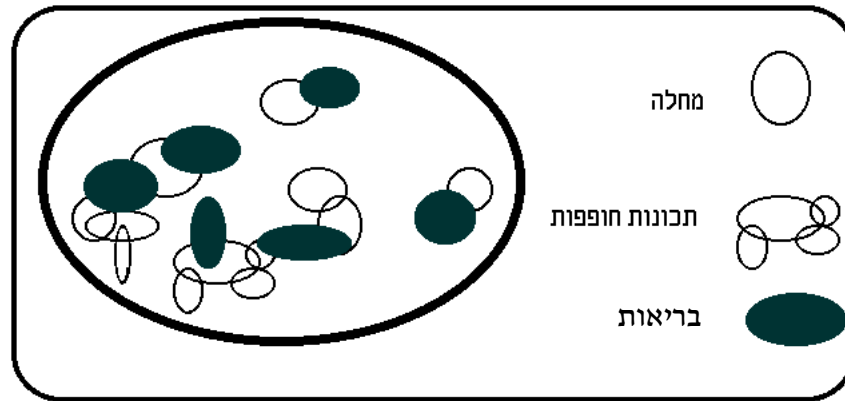


הגישה הזאת מיוצגת במיוחד על ידי שתי מערכות אבחון מודרניות - ה- D.S.M. IV וה- I.C.D.- 10. לשיטות אלו ובמיוחד לראשונה נקדיש את רוב הפרק הנוכחי .

הגישה הדימנסינלית טוענת אחרת באופן עקרוני, הטענה היא שאין במציאות "מחלות", אלא שכל אדם הוא עולם ומלואו שונה מכל האנשים האחרים ותוצאה של שילוב ייחודי של תכונות. ניתן לאבחן כל תכונה ובאופן המדויק ביותר - למשל מידת האקסטרורטריות מול אנטרורטריות והשילוב של כל התכונות תיתן לנו תמונה אבחנתית ייחודית לאדם מסוים. ניתן בנוסף לכך לאפיין שילובים מסוימים שמבחינה סטטיסטית נוטים להיפגש כמו הנטייה לפרנוידיות והנטייה לדיכאון. אך מעבר לכך אין אפשרות להגדיר "מחלות", אלא "חולים" בצורה ציורית ניתן לצייר כך .



השאלה הגדולה היא כיצד מתנהגת המציאות ואיזו שיטה מתארת אותה בצורה מדויקת יותר, או שמע המציאות מתנהגת בצורה מעורבת, כאשר קיימות "מחלות" מסוימות, אך לא כל דבר שמאובחן על ידי הגישה הקטגוריאלית היא אכן קטגוריה והחפיפה בין קטגוריה לקטגוריה היא כל כך גדולה שלא ניתן לדבר על



"מחלות". כך :

אין אנו יודעים כיצד המציאות מתנהגת, הניחוש שלנו הוא שהמציאות מתנהגת בצורה האחרונה, דהיינו קיימות מחד גיסא מחלות פסיכיאטריות מוגדרות היטב שכל מי שחולה חולה וכל מי שלא חולה איננו חולה, אך מאידך יש אפיונים אחרים, כגון "מחלות חרדה" או "הפרעות אישיות" שמתנהגות בצורה כזאת שעדיף לדבר על "קווים" או "אפיונים" חופפים על רצף בין נורמה לחולי. למשל אדם יכול להיות מוגדר כ"חולה במחלה סכיזופרנית מסוג פרנואידי". במקרה כזה, אנו יכולים לצפות שיהיה דמיון גדול בינו לבין חולה אחר אשר אובחן כסובל מאותה המחלה על פי אותה המערכת של כללים אבחנתיים. לאומתו, אדם אחר או אותו האדם יכול להיות בעל אישיות עם "קווים" סכיזואידיים ו"קווים" נרציציסטיים.

חשיבות הגדרת המחלות היא רבה ביותר וחובקת את ההיבט האפי דמיולוגי, המחקרי, הטיפולי, תכנון שירותי טיפול באזור, קביעת פרוגנוזה וכו' וכו'. המבחן האמיתי של קיום גישה קטגוריאלית "נכונה" הוא מבחנה המהימנות בין בודקים והתקפות של האבחנה. על כך לא נוכל להרחיב, אך הדברים אינם שונים מאשר בכל שטח אחר ברפואה.

כיצד מחליטים על מערכת אבחנתית מסוימת?

התשובה המפתיעה לשאלה זאת היא פשוטה: גוף מקצועי מוסמך קובע ועדה שמתחלקת לתת ועדות של מומחים. תת הועדות האלו קובעים מערכת של כללים אבחוניים או "הגדרות" - "אשכולות" לאבחנה מסוימת אשר באחריותה של אותה תת ועדת המומחים. לאחר מכם בודקים את מהימנות ההגדרה ומאשרים אותה או דוחים אותה. בשלב הבא שולחים את ההצעה לוועדה הראשית ועל ידי הצבעה של אנשי מקצוע מחליטים האם ההצעה מתקבלת או נדחית.



אם אתם חושבים שבשיטה זאת מעורבים שיקולים בלתי מקצועיים כמו כלכליים, פוליטיים, צרכים של קבוצות לחץ וכו', אז אתם צודקים. הנושאים ה"חמים" שבהם גורמים חוץ פסיכיאטרים אלו באים לידי ביטוי הן הפרעות מיניות, הומוסקסואליות, מחלות בתר חבלתיות וכו'.

ומה עושים לאחר שקובעים מערכת אבחנתית? מתחילים לעבוד על המערכת הבאה שמתבססת על תיקון הליקוים של המערכת הקודמת.

מה הדבר הטוב ביותר הכרוך בקיום של מערכות אבחנתיות?

לפי דעתנו ולפי דעת גדולים מאיתנו, הדבר החשוב ביותר הכרוך במאמץ האדיר של הוצאת מערכת אבחון פסיכיאטרית מקובלת על כל העולם הוא איחוד השפה של הפסיכיאטרים. איחוד סמנטי זה מוריד בצורה דרסטית את כוחם ההרסני הפוטנציאלי של קבוצה מקצועית זאת. לאחר שקיימת מערכת פסיכיאטרית מקובלת, פסיכיאטר פלוני או אלמוני אינו יכול יותר להגיד ה"אדם הזה סובל מסכיזופרניה" - או כפי שלצערי מתבטאים בחיי יומיום "הוא סכיזופרן". מרגע קיום מערכת האיבחונת הרצינית הראשונה - ה-D.S.M.III, פסיכיאטר יכול להגיד מקסימום "אדם זה סובל מסכיזופרניה על פי הקריטריונים של ה-D.S.M. אמירה זאת היא פומבית, ויכולה להיות מבוקרת על פי כל איש מקצוע, בית משפט או הקליינט עצמו, אשר יכול לקרוא את הספר בעצמו.

ה-D.S.M. IV:

השם המלא של מערכת אבחנתית זאת, שהיא החשובה בעולם כיום, היא: Diagnostic and Statistical Manual forth edition, וכאמור חוברה על ידי ועדה של החברה הפסיכיאטרית האמריקאית בתקציבים של המוסד הלאומי לבריאות של ארה"ב. במהדורה זאת השתתפו חוקרים של כל העולם ובוצעו אין סוף סוגי חובקי עולם ולא רק בארה"ב. הועדה שניסחה את הספר עבדה בשיתוף פעולה מלא עם הועדה שניסחה I.C.D.10 ולכן הדמיון ביניהם הוא גדול מאד.

גם העיקריים של מערכת אבחונת זאת הן:

- האבחון הרב צירי.
- קביעת קריטריונים מדויקים לכל אבחנה.
- מתן כלים לכימות צירי 4-5.
- בדיקה מחקרית של הקריטריונים.
- נקיטת עמדה פנומנולוגית תצפיתית ולא על סמך תיאוריה כלשהי.



מתן כל המידע הנחוץ לכל אדם שרוצה לבקר את המערכת .

האבחון הרב צירי:

מערכת זאת שמבוססת על הגישה הקטגוריאלית, מכירה בצורה מאד מפורשת בכל מגבלותיה, לרבות המגבלה שמאפיינת את הגישה הקטגוריאלית, דהיינו שהיא מאבחנת "מחלות" ולא "חולים". לשם תיקון כלשהו של מצב זה האבחון נעשה על חמישה צירים שכמכלול של כולם נותנת תמונה הרבה יותר מדויקת על החולה, מאשר רק האבחנה הפסיכיאטרית עצמה.

ציר I: כאן כותבים את האבחנה הפסיכיאטרית הממשית, לפי הקריטריונים של הספר.

ציר II: כאן כותבים את אפיוני האישיות כקווי אישיות או כ "הפרעת אישיות" וגם מציינים קיום של פיגור שכלי.

ציר III: כאן מציינים קיום של מחלות גופניות אחרות לפי קידוד ה- I.C.D. - 10.

ציר IV: כאן כותבים האם היו גורמי דחק פסיכוסוציאליים בחצי שנה אחרונה, כולל בעיות כלליות, פיטורין, בעיות בין אישיות וכו'.

ציר V: כאן כותבים את רמת התפקוד האישית, התעסוקתית והחברתית בחצי השנה האחרונה שקדמו לקביעת האבחנה. הספר אף מציע סקלה כדי לבצע גם קביעה זאת באופן סטנדרטי.

כך שאנו מאבחנים חולה בפסיכיאטרייה על פי ה- **D.S.M. IV - TR**, וכיום ברוב העולם עושים כך, איננו אומרים שהוא סובל ממחלה סכיזופרניה, אלא שהוא סובל ממחלה סכיזופרניה, שקווי אישיותו הם של חשדנות ודיכאון, שסובל מתת פעילות של בלוטת התריס, שאין לו כסף לגמור את החודש ואין לו דיור קבע ושבחצי השנה האחרונה תפקד שלוש שעות ביום במפעל מוגן.

בנוסף לאבחון הזה ניתן להוסיף אבחונים ספציפיים החשובים לגישה הטיפולית של המטפל שיעשה את הטיפול, כדוגמת הערכות קוגניטיביות מקיפות, או אבחנה של מנגנוני הגנה (שיתכן שיהוו את ציר מס' 6 במהדורה הבאה), או הערכה מיוחדת אחרת.



האבחנה הנעשית על פי ספר זה נותנת תמונה אובייקטיבית למדי של מה קורה לאדם, של התנהגותו, רגשותיו, מחשבותיו ותפקודיו במובן הרחב ביותר. זה עדיין לא אומר ולו חצי מילה על הסיבה למחלה או על דרך הטיפול. כל כוחו של ספר זה ביצירת שפה אחידה בכל העולם לתצפית על תופעות שמתרחשות.

יתכן שזהו הדבר המאפיין את קונספצית האבחנה בפסיכיאטרייה המודרנית, ההפרדה בין עובדות לבין פירוש העובדות. כך אנו נקבע אבחנה שמישהו סובל ממצב פסיכוטי ללא קשר לעובדה ש'אפשר להבין מדוע האדם מגיב כך'. הנושא הזה הוא בעל חשיבות מרכזית בעשיית סדר במקצוע שבו כל... מלך. היו שנים רבות שפסיכיאטרים הרשו לעצמם יותר מדי, הרשו לעצמם לקבוע שאדם סובל מ"תהליך" או סובל מ"חרדה ברמה פסיכוטית" או מ"הידרדרות" או "קו שבר". "זה כדי לא לדבר על אבחנה נפוצה ששלחה הרבה אנשים לאשפוז לכל ימי חייהם": **סובל מריקנות**. לא שמושגים אלו לא שייכים לז'רגון היומיומי של רופאים מסוימים, אך אי אפשר כך לקבוע אבחנה שתעמוד בביקורת ציבורית ולא פעם בביקורת של בית משפט ממש.

ה- D.S.M. עד כדי כך לא סומך על ציבור הפסיכיאטרים שאפילו קבע בתוכו מילון מושגים. דהיינו כאשר רופא קובע שאדם סובל מ"מחשבת שווא" עליו להתאים את עצמו להגדרה שבספר ולא לתורה שבעל פה הקיימת בבית החולים המסוים שבו עובד. תופעות שליליות הקשורות לאבחון פסיכיאטרי התקיימו בכל העולם ובעיקר במערכת של State Hospitals בארה"ב היכן שאשפוז אנשים רבים ללא ביקורת ושהו בתוך קוטלי בית החולים שנים רבות ללא ביקורת כלשהי, כפי שהדגים המחקר המפורסם של רוזמן ושות'.

הרחבנו כאן על מערכת האבחנתית הנ"ל כיוון שזאת למעשה המערכת שבשימוש בכל העולם והמערכת שעליה נתבסס בפירוט ה"מחלות" השונות בהמשך הספר הנוכחי. בפועל בארץ קובעים את האבחנה לפי ה- D.S.M. וכותבים לפי ה- I.D.C. כי כך קובע הנוהל של משרד הבריאות, הדורש אחידות בין כל מקצועות הרפואה. ה- I.C.D. - 10 דומה מאד ל- D.S.M. IV, כיוון שהצוותים עבדו במשותף, אך עדיין הספר האמריקאי מפורט ומקובל יותר מדומו של הארגון הבריאות הבין לאומית. ניתוח מדוקדק של ההבדלים בין שני הספרים רחבה מדי לצורכנו כאן.

אם נסכם ונשאל כיצד קובעים אבחנה פסיכיאטרית ?

לוקחים אנמנזה מפורטת שלוש או ארבע שעות עם דגש על מה בדיוק מרגיש המטופל לאורך המחלה הנוכחית בפרטי פרטים.

מגדירים את הממצאים על פי הקטגוריות של סימנים וסמפטומים המופיעים במילון של המנואל.



בודקים לאיזה קבוצה של תסמינים מתאים המצב בעזרת עצי קבלת החלטות הקיימים בספר .

עוברים ליתר הצירים .

