

הפרעה פוסט-טראומטית לפי ה-DSM-5

ד"ר אלינור פרדס

ארגון הפסיכיאטרים האמריקאי השיק במאי 2013 את המהדורה החמישית של ספר האבחנות הפסיכיאטרי. בסיכום זה נתאר את הקריטריונים לתסמונת פוסט-טראומטית לפי DSM-5 ואת עיקר השינויים שהוכנסו במהדורה החדשה.

לתסמונת הפוסט-טראומטית (PTSD), נוספה ב-DSM-5 קטגוריה נוספת (שינויים בקוגניציות ובמצבי הרוח) לשלוש קבוצות הסימפטומים (חוויה מחדש של הטראומה, הימנעות ועוררות מוגברת) שהופיעו ב-DSM-4 (משנת 2000). בארבע הקטגוריות האלה מאוגדים סה"כ 21 סימפטומים. להלן הקריטריונים החדשים לאבחון הפרעה פוסט-טראומטית לפי DSM-5:

סימפטום	קטגוריה	פירוט הסימפטומים
A	האדם נחשף לאירוע טראומטי שבו התקיים אחד מבין שלושת התנאים הבאים:	<ul style="list-style-type: none"> - נוכחות באירוע של פציעה חמורה, אונס או סכנת מוות שלו או של אחרים. - עדות ישירה או עקיפה. למשל, כשנודע לאדם על טראומה שעבר בן משפחה קרוב או חבר קרוב, כולל מוות בנסיבות אלימות או בתאונה, או איום במוות של קרוב. - חשיפה חוזרת או קיצונית לפרטים קשים של המקרה(ים) במהלך ביצוע תפקיד מקצועי (למשל, מגישי עזרה, זק"א, עבודה עם ילדים שחווים התעללות). בסעיף זה לא נכללת חשיפה עקיפה שאינה בנסיבות של מילוי תפקיד מקצועי, כדוגמת חשיפה דרך הטלוויזיה, האינטרנט, סרטים או צילומים.
B	האירוע הטראומטי נחוה מחדש שוב ושוב באחת (או יותר) מן הדרכים הבאות:	<ul style="list-style-type: none"> 1. זיכרונות חוזרים, לא רצוניים וחודרניים של האירוע (ילדים מעל גיל 5 יכולים לבטא סימפטום זה במשחק חזרתי). 2. סיוטים טראומטיים (לילדים ייתכנו חלומות מפחידים ללא תוכן הקשור לאירוע). 3. תגובות דיסוציאטיביות (פלשבקים) שיכולות לנוע על פני רצף, החל באפיזודות קצרות ועד לאובדן מלא של מודעות. ילדים יכולים לשחזר במשחק את האירוע. 4. תגובות פיזיולוגיות ברורה בעקבות חשיפה לגירויים הקשורים לטראומה.
C	הימנעות מתמשכת מגירויים המזכירים את הטראומה והקהיה של התגובות הכללית (בהשוואה לקודם שלא הטראומה) המתבטאת	<ul style="list-style-type: none"> 1. ניסיונות להימנע ממשכבות, תחושות או שיחות הקשורות לטראומה. 2. ניסיונות להימנע ממקומות או מאנשים המעוררים זיכרונות של הטראומה.

	באחד משני הבאים:	
D	שינויים שליליים בקוגניציות ובמצב הרוח שהחלו או החריפו אחרי האירוע הטראומטי - לפחות שניים מהבאים:	<ol style="list-style-type: none"> 1. חוסר יכולת להיזכר באספקטים חשובים של הטראומה (לרוב, אמנזיה דיסוציאטיבית שלא כתוצאה מפגיעת ראש, אלכוהול או סמים). 2. אמונות וציפיות שליליות (לרוב מעוותות) ומתמידות על אודות העצמי והעולם ("אני פגום" "העולם מסוכן לחלוטין"). 3. האשמה חוזרת של העצמי או אחרים בגרימת האירוע הטראומטי או השלכותיו. 4. רגשות שליליים הקשורים לטראומה (פחד, זעם, אשמה או בושה). 5. עניין מופחת בפעילויות (בהשוואה לקודם הטראומה). 6. תחושת זרות או ניכור מאחרים (למשל, התנהגות "רובוטית"). 7. משרעת מופחתת של רגשות – דלדול רגשי – חוסר יכולת להרגיש רגשות חיוביים.
E	סימפטומים מוגברים של עוררות יתר (שלא היו קיימים לפני הטראומה) המתבטאים בשניים או יותר מן הבאים:	<ol style="list-style-type: none"> 1. רגזנות או התנהגות תוקפנית. 2. הרס עצמי ו/או התנהגויות של נטילת סיכונים. 3. דריכות מתמדת Hyper-vigilance. 4. תגובת עירור מופרזת Startle Response. 5. קשיי ריכוז. 6. קשיי שינה (קושי להירדם או נדודי שינה).
F	משך הסימפטומים הוא יותר מחודש אחד.	
G	הבעיה גורמת למצוקה משמעותית או לפגיעה בתפקוד חברתי, תעסוקתי, או אזורי תפקוד חשובים אחרים.	
H	התופעות לא נגרמות בגלל טיפול תרופתי, חומרים ממכרים או מחלה.	

יש לציין אם התופעות הנ"ל מופיעות בתוספת של סימפטומים דיסוציאטיביים:

ד-ה-פרסונליזציה-Depersonalization – תגובות אלה כוללות תחושות כגון להרגיש את העצמי כצופה מבחוץ או מנותק מעצמו (למשל, תחושה ש"זה לא קורה לי" או ש"נמצאים בחלום").

ד-ה-ראליזציה-Derealization - תחושה של חוסר מציאותיות, ריחוק או עיוותים אחרים ("הדברים לא אמיתיים").

יש לציין אם תחילת הופעת הסימפטומים מושהית, דהיינו, התפרצות מלאה של התסמונת לפחות שישה חודשים לאחר הטראומה, גם אם חלק מהסימפטומים הופיעו ישירות אחרי האירוע.

השינויים העיקריים שהוכנסו במהדורה החדשה בהשוואה למהדורות קודמות

ראשית, הקטגוריה של הפרעה פוסט-טראומטית הוצאה ב-DSM-5 מהפרק הכולל הפרעות חרדה, והועברה לפרק מיוחד של Trauma & Stressor-Related Disorders. שינוי זה משקף את התפיסה שהחרדה הינה רק אחת מקשת התגובות לאירועים טראומטוגניים.

שנית, התווספה הקטגוריה של שינויים שליליים בקוגניציות ובמצב רוח. גם הוספת קטגוריה זו נותנת מקום לאותה קשת של תגובות החל בהאשמה עצמית או האשמה של אחרים, בושה, ועד לניכור מאחרים, צמצום בפעילויות וחוסר יכולת לזכור היבטים מרכזיים של האירוע.

שלישית, נוסחו קריטריונים ייחודיים ונפרדים לתסמונת פוסט-טראומטית מתחת לגיל שש.

בקריטריון הראשון (A), המתייחס למה נחשבת "חשיפה לאירוע טראומטי", לא נכלל מוות פתאומי ולא צפוי של חבר או בן משפחה בנסיבות טבעיות (כפי שהיה ב-DSM-4), אך, לעומת זאת, נכללים אירועים טראומטיים של בני משפחה או חברים לנפגעת/אונס, חולים במחלות מסכנות חיים שעוברים חוויות טראומטיות או את הטראומטיזציה של מגישי סיוע. תוספת של סעיף זה מעניקה הכרה גם למה שנחשב "טראומטיזציה משנית" או "טראומטיזציה עקיפה", ורואה בה טראומטיזציה לכל דבר. יש הכרה גם בטראומטיזציה הנובעת ממוות (או איום במוות) בנסיבות אלימות של בן משפחה או חבר קרוב. בנוסף, הוסר הקריטריון המחייב תגובה של בהלה או חוסר אונים.

שינויים אלה משקפים את הרחבת היריעה של קשת הפרעות הפוסט-טראומטיות. יש הטוענים ששינויים אלו גורמים לטשטוש הגבול בין מה נחשב "טראומטי" ומה שאינו נחשב "טראומטי". יש לציין בהקשר זה כי ב-DSM 3R אירוע טראומטי הוגדר כ"אירוע מחוץ לטווח ההתנסות האנושי השכיח – אירועים קיצוניים". הגדרה זו השתנתה כבר ב-DSM-4 וגם במהדורה המעודכנת, בצורה המשקפת הכרה בכך שאירועים של חשיפה לסכנת מוות, תאונות קטלניות, פציעה, אונס וכדומה, הם לא בהכרח מחוץ לטווח ההתנסות האנושית. הכללת תופעות רבות שנחשבו בעבר כתגובות מותאמות למצבי חיים, לקטגוריות הדיאגנוסטיות, והצגתן כ"הפרעות", היא גם אחת הסיבות לביקורת הנוקבת כלפי ה-DSM החדש. ביקורת זו מדגישה את הסכנה של פתולוגיזציה של מצבים רגילים של מצוקה, של תהליכים של הסתגלות טבעית, הזדקנות ואובדן. כך, למשל, תגובות לאבל שלא נחשבו בעבר כ"הפרעה" נכנסות לקטגוריה של "דיכאון" ב-DSM החדש. דוגמאות נוספות הן התמכרות להימורים או לאינטרנט, שלא נכללו כהפרעה במהדורות קודמות. יש הטוענים כי ההגדרה הרחבה יותר להפרעת תסמונת פוסט-טראומטית עלולה גם ליצור בעיות בהגדרה של פוסט-טראומה (PTSD) בהקשרים שיש להם השלכות משפטיות (למשל, הכרה בפגיעות נפשיות לצורכי פיצויים ולמטרות הגנה משפטית). המבקרים מדגישים כי הוועדות האחראיות בקביעת האבחנות נתונות להשפעות פוליטיות, ללחצים מצד חברות תרופות וארגונים אחרים בעלי "אג'נדה" ואינטרסים כלכליים.

הכותבת היא ד"ר אלינער פרדס, פסיכולוגית קלינית, מרצה בתכנית לטיפול משפחתי ביחידה ללימודי המשך בב"ס לעו"ס באוני' תל-אביב, עמית מחקר בב"ס לפסיכולוגיה במרכז הבינתחומי בהרצליה ומנחה השתלמויות למטפלים על טראומה, חוסן וצמיחה ממשבר.

לאתר של ד"ר אלינער פרדס - <http://www.pardess.info>

ביבליוגרפיה

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.