

טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT) עם חרדים

הקדמה

CBT הוא הטיפול המוביל כיום במחלות נפש. הטיפול הוכח במאות מחקרים. הוא קצר מועד, בדרך כלל מספיקים כ-15 מפגשים, והוא נמצא יעיל וזול (גלבוע ומרום 2011 עמ' 8-9, גולן 2001 עמ' 17-18).

הספרות המקצועית העוסקת ב-CBT עבור הציבור החרדי היא מועטה. אמנם אין בעיות הלכתיות ב-CBT, אולם הבעיה היא שתיאורי המקרים המובאים בספרים רחוקים מעולם התוכן הרוחני של הציבור החרדי, ולפעמים המקרים אינם כתובים בלשון נקיה. חוברת זו, נועדה למטפלים מקצועיים, לאנשים שרוצים להיעזר בטיפול, לאנשי חינוך ולשוחרי דעת אחרים.

הטיפול הפסיכולוגי מתמקד בעברו של המטופל. מטופל שסבל מדיכאון, תולים זאת בבעיות שהיו לו בילדות, אם המטופל לא כיבד את הוריו, היו לו רגשי אשמה, כילד לא היה יכול לשאת את הרגשות האלו והדחיק אותן לתת מודע, וכעבור שנים פרצו הרגשות המודחקים כסימפטום. שיטת הריפוי היא לפענח את רגשות האשמה מהעבר, להעלות אותם למודע ולטפל בהן, וכך יחלים המטופל מהדיכאון (אליצור 2010 עמ' 229).

הגישה הקוגניטיבית התנהגותית - CBT - טוענת שהמחלה באה כתוצאה ממחשבות (קוגניציות) לא מציאותיות והתנהגויות לא נכונות, והריפוי יבוא על ידי זה שנלמד את המטופל לחשוב בצורה מציאותית ולהתנהג בצורה נכונה.

מטופל שסובל מדיכאון, טועה לחשוב שחיי אינם בעלי ערך ולכן הוא מתנהג בצורה שאינה מתגמלת, נמנע מפעילויות שגורמות לו הנאה, וחושב עצמו כלא מוצלח. אם המטופל יאמץ לעצמו מחשבה מציאותית שהוא מוצלח דיו, ויעסוק בפעילויות שגורמות לו הנאה, הדיכאון יחלוף. עיקר הטיפול הוא בהווה והשינוי הוא בעיקר במודע (מור, שובר ועוד 2011 עמ' 160-162).

שיטת ה-CBT הוכחה במאות מחקרים כשיטה יעילה שעוזרת לסובלים מבעיות נפשיות (הפרט 2011 עמ' 2). אבל ישנם המותחים ביקורת על השיטה, וטוענים שמטא אנליזות על מחקרים מוקפדים הגיעו למסקנה שפסיכותרפיה פסיכודינמית ארוכת טווח הניבה תוצאות גבוהות יותר באופן משמעותי מבחינת התועלת הכללית, הבעיות הממוקדות ותפקודי האישיות, בהשוואה לפסיכותרפיה קצרת טווח (יאלום 2010).

היום ישנן שיטות המציעות טיפולים שמשלבים גישות דינמיות עם CBT (לוי, פרי, לוינזון 2003, 2013).

להלן נציג שני תיאורי מקרים ונעזר בהם בהמשך.

תיאורי מקרים

יוסי - בחור ישיבה

יוסי, בחור ישיבה בן 23, פנה לייעוץ בגלל ירידה במצב רוח וחרדות. יוסי נחשב לבחור כשרוני, צנוע ושקט, מבחירי הישיבה. במשך שנה הוא ב'שידוכים', נפגש כבר עם עשר בחורות, אבל עדיין לא נמצא השידוך המתאים. הפגישות מפריעות ליוסי בלימוד, בחודש האחרון אמנם הוא למד, אבל לא נהנה מהלימוד, והיה קשה לו להתרכז. הוא אוכל הרבה ועלה בצורה ניכרת במשקל. מרגיש עייפות וישן הרבה. הדימוי העצמי שלו נמוך והרבה פעמים חושב שאין לו טעם לחיות.

יוסי מתלונן שאינו מרגיש טוב בחברה, הוא השמין ואינו לומד, מתבייש להתפלל במקום שלא היה רגיל אליו, לא נעים לו להשתתף בשמחות של חברים בישיבה. אמנם הוא יודע שזה מוגזם, אבל נתקף בחרדה ולכן נמנע להשתתף באירועים חברתיים וזה מאוד מפריע לו.

יוסי איבד את הביטחון בנסיעה במעליות, במשך חצי שנה נמנע להשתמש במעלית, כשמתקרב למעלית הוא נתקף בחרדה, הוא מבין שהחרדה מוגזמת ביותר, אבל הוא נמנע מלהשתמש במעלית למרות שלפעמים הוא נאלץ לעלות מאות מדרגות.

גם בתפילה איבד יוסי את הביטחון, יש לו מחשבות שחוזרות על עצמן שוב ושוב שלא התפלל כראוי. הוא מבין שהמחשבות מוגזמות, ומנסה להכחיש ולהדחיק אותן, אבל הן חוזרות ועולות, ורק כשחוזר ומתפלל עוד פעם, או מספר פעמים נוספות, המחשבות נרגעות.

הוא מרגיש חרדה כללית מופרזת בקשר להרבה דברים, אולי ההורים יתרוששו כלכלית, אולי לא יצליח להתחתן ואולי יסלקו אותו מהישיבה, קשה לו לשלוט בדאגות, הוא קצר רוח, מתרגז ומרגיש כאבי שרירים.

הסביבה החברתית בישיבה תומכת. בבית ישנם סכסוכים בין ההורים וקשיים כלכליים, הבית קטן וצפוף, אח אחד לא לומד בשום מסגרת, מס הכנסה ומע"מ תובעים מהאבא סכומי כסף ניכרים ואין לו מקורות לשלם.

הקשיים של יוסי הגורמים לסימפטומים שלו הם בינוניים, מצב הרוח ירוד, יש לו קושי לתפקד בחברה, וקשה לו ללמוד, אבל הוא מצליח למלא אחר משימותיו המרכזיות כבחור ישיבה.

ליוסי יש בעיות אישיות קלות, כשהוא נתקל בקשיים הוא נמנע מלהתמודד איתם ומעדיף להתעלם מהם. הוא קשור מאוד לרבותיו וקשה לו לעשות צעדים מרחיקי לכת בשידוכים בלי לקבל אישור על כך. מדי פעם הוא מגלה עקשנות יתר וצורך מוגזם בסדר. בדרך כלל הוא אינו חשדן ואין לו צורך בהערצה מוגזמת.

יוסי אינו סובל מבעיות בריאותיות חריגות. אומנם בשנה האחרונה סבל מעודף משקל וכאבי גב וכאבי ראש, אבל יודע להתגבר ולתפקד.

ר' משה - אברך צעיר

ר' משה, אברך צעיר, נשוי שלוש שנים, אשתו מורה ויש להם שני ילדים. כשנה לאחר החתונה, אשתו שמה לב שהוא מרבה לרחוץ את ידיו, ומרוב רחצה ושפשוף, יש לו פצעים ביד. משה הסביר שאינו בטוח שידיו נקיות, ולכן מרבה לשטוף אותן עד שנרגע ובטוח שאין יותר חיידקים על ידיו. עוד כשהיה בחור בישיבה חשב שהחפצים בחדר אינם מסודרים ולקח לו הרבה זמן לסדר את החדר, וגם עכשיו, הוא מקדיש זמן רב לסידור חפציו בבית.

ר' משה מגיע מאוחר לכולל, בגלל שלוקח לו הרבה זמן לרחוץ ידיים ולסדר את חפציו. הוא מתבייש להיכנס לבית המדרש מאוחר, הוא חרד שחושבים עליו שהוא בטלן, ולכן מעדיף ללמוד בעזרת נשים שלא יראו אותו מאחר.

הדרך לכולל מפחידה אותו, מידי פעם עוברים שם חתולים, פעם נגעה חתולה ברגלו, ומאז הוא הולך בשביל צדדי, שם אין חתולים.

במשך הזמן, התחיל ר' משה להרגיש קשיים בלימוד, הוא לומד בלי חברותות ואינו ניגש לבחינות, רמת הריכוז בלימוד הלכה ופחתה, ולאחרונה נמנע מלהגיע לכולל. היו חודשים שלא קבל משכורת מהכולל ומצבו הכלכלי התדרדר וצבר חובות רבים. כמו כן, נמנע ר' משה מפעילות חברתית בכולל או במשפחה. מצב הרוח שלו ירוד, הוא נהנה פחות משגרת היום, הכל נראה לו חסר פשר וחסר טעם, הוא הרהר האם יש טעם שימשיך לחיות. סובל מחוסר תיאבון ונדודי שינה, הדימוי העצמי שלו נמוך. מרגיש אשמה חמורה כלפי אשתו והילדים.

לפעמים נתקף בחרדה ללא סיבה נראית לעין. יש לו דפיקות לב מהירות, כאבי בטן, בחילות ושלשולים. פעם התעלף, אמבולנס פינה אותו לחדר מיון, שם אובחן שאין לו בעיה פיזיולוגית, אלא סובל מסימפטומים של חרדה. בגלל התקפי החרדה הוא נמנע מלצאת מהבית, הוא פוחד שהתקפי החרדה יחזרו, פוחד שישתגע, או ימות מהתקף לב.

א. תהליכים קוגניטיביים

באק ואליס הם אבות הגישה הקוגניטיבית. באק שם דגש על בוחן מציאות מוטעה. מטופל שסובל מדיכאון לאחר שפוטר ממשרתו, המחשבה האוטומטית שלו היא ששוב לא ימצא תעסוקה ובני משפחתו יסבלו מחרפת רעב. בטיפול נאתגר מחשבה זו, והמחשבה החלופית תהיה, אמנם יתכן וזמן מסוים לא תהיה משרה מתאימה, אבל יש סיכוי סביר למצוא משרה.

אליס הבחין בין מחשבה רציונאלית למחשבה לא רציונאלית. אדם עם מחשבות רציונאליות יחשוב לאחר פיטורין שהוא נקלע למצב לא נעים, תהיה תקופה שיעסוק בחיפוש עבודה, יתכן שמצבו הכללי יפגע ויצטרך לוותר על דברים שהתרגל אליהם. אדם עם מחשבות לא רציונאליות יחשוב שפיטורין הם קטסטרופה, הוא לא יוכל להתמודד עם המצב החדש, אין טעם לחיו, ולא יוכל לעמוד בסבל שעומד לפניו, ואז יתכן שילקה בדיכאון (קרסון ושות' 2001 עמ' 131-134).

מה גורם לאדם לחשוב בצורה לא מציאותית לפי באק, או בצורה לא רציונאלית לפי אליס? כנראה שיסכמותי מחשבתיות שיש לחולה גורמות למחשבות אלו. 'סכמות' הן אמונות יסוד שנוצרו בימי הילדות. דרך הסכמות, מפרש החולה את המצב אליו נקלע לאורך השנים. יאנג הציע 18 סכמות שגורמות למחשבות אוטומטיות לא מציאותיות. אם לאדם ישנה סכמה שהוא פגום או כישלון, המחשבה האוטומטית לאחר פיטורין היא שלא ימצא עבודה, והמחשבה הלא רציונאלית היא שהוא עומד לפני קטסטרופה נוראית. אם לאדם יש סכמה שהעולם מסוכן או שאנשים עלולים לנטוש אותו, מצבים חברתיים עלולים לגרום לו לחרדות והוא יחלה בחרדה חברתית (באק י 2004).

ברנס הצביע על עוותי חשיבה שיש לכולנו, אולם אצל החולה, הם מופיעים בצורה חזקה, וגורמות לעיוות המציאות. אם לאדם ישנה טעות חשיבה 'ביטול החיובי', אם הוא יפוטר, הוא יזלזל בכישוריו החיוביים וידגיש את חולשותיו, ואז המחשבה האוטומטית תהיה שאין סיכוי שימצא עבודה, חיי עומדים לפני קטסטרופה וסופו ללקות בדיכאון (ברנס עמ' 27-49).

שינוי קוגניטיבי

מטרת הטיפול הקוגניטיבי היא לשנות מחשבות לא מציאותיות ולא רציונאליות למחשבות מציאותיות ורציונאליות. הטכניקה היא לאתר מצב שצמוד לו רגש לא נעים ולשנות את המחשבה ואת הרגש. במצב של פיטורין, המטופל מרגיש דיכאון, ואנו מוצאים יחד עם המטופל מה היא המחשבה האוטומטית שגורמת לדיכאון. המחשבה האוטומטית אינה מציאותית, ואם נצליח לשנות אותה למחשבה מציאותית, המטופל לא יסבול מדיכאון (קרסון עמ' 994-999).

נתאר את הטכניקות לשינוי מחשבות.

תהליך 'שפיטה' בעד ונגד המחשבה

אנו מלמדים את המטופל להטיל ספק במחשבה האוטומטית. נבקש ממנו להביא הוכחות מציאותיות בעד המחשבה, והוכחות נגדה. אם המחשבה האוטומטית של מפוטר היא שהוא עומד לפני קטסטרופה כלכלית, יתכן שהוא יביא הוכחות בעד המחשבה, כגון שקשה למצוא עבודה, המשרות שהשוק מציע מכניסות מעט כסף, הוא חייב לשלם משכנתא גבוהה כל חודש. אבל ישן הוכחות נגד המחשבה האוטומטית: בעבר החליף מקום עבודה והכנסתו גדלה, יש לו חסכוניות שיכולים להספיק למימון המשכנתא, בשוק העבודה ישנה דרישה לבעלי מקצוע כמוהו (פודובסקי וגרינברג 2004).

תיקון עוותי חשיבה

נעזור למטופל לאתר טעויות חשיבה שהביאו אותו למסקנות לא מציאותיות. שמנו לב שהוא מגדיל את הקשיים למצוא עבודה, מקטין את הסיכויים לפתרון הקשיים הכלכליים, ומנבא את העתיד בלא ביסוס עובדתי. למשל, אם לוקה בחשיבה רגשית כגון אם אני מרגיש שיהיה לי קשה, סימן שזאת היא עובדה שיהיה לו קשה, אנו עוזרים למטופל להבין שזאת היא רק הרגשה ולא עובדה. תשומת לב לעיוותי חשיבה עוזרים לחשוב בצורה מציאותית (באק י 2004).

שינוי סכמות

נעזור למטופל לשים לב איזה סכמות לא פונקציונליות גורמות לו לחשיבה אוטומטית שלילית. אם יש לו אמונת יסוד שהוא פגום או דחוי, אמונות אלו גורמות למחשבה אוטומטית שלא ימצא עבודה. תיקון הסכמות, יביא למחשבה אלטרנטיבית חדשה ומציאותית, למשל, למצוא עבודה היא אתגר מורכב, אך הסיכויים הם, שאצליח לעמוד באתגר זה, ואז ההרגשה החדשה תהיה טובה יותר, הדיכאון יחלש ומצב הרוח ישתפר.

תיאור מקרה - תהליכים קוגניטיביים

משה הוא נער בן 16, לומד בישיבה קטנה. הוא חי בשולי החברה, אין לו חברות, נמנע מלגשת לבחינות, נחשב לנער מופנם ועצוב. המחנך ניסה לשוחח אתו, אך משה התחמק, וכשהוא הסכים לדבר, הסביר שאין לו כישורים ללמוד גמרא, אינו מבין את השיעור, החברים אינם מעריכים אותו, הם נמנעים מלשתף אותו במשחקי חברה, ולא מעוניינים ללמוד אתו בחברותא.

מחשבות אוטומטיות. כשמשה מתיישב ללמוד, המחשבה האוטומטית שקופצת לו לראש אומרת שאין לו כישרונות והלימוד לא יצלח. כשמשה רואה קבוצת בחורים, הוא נמנע מלהתקרב אליהם, כי המחשבה שלו היא שהחברים לא רוצים אותו ואולי אפילו בזים לו.

אם נשאל את משה עד כמה הוא בטוח במחשבות האוטומטיות שלו, משה יענה שהוא בטוח בדרגה 8 שאינו יודע ללמוד, ובדרגה 6 שהחברים לא מעוניינים להתחבר אליו. עצם העובדה שאנו מבקשים לדרג את רמת הביטחון שלו במחשבות האוטומטיות, יוצרת אצל משה אי ודאות

מסוימת בכך שאינו יודע ללמוד. זו אי ודאות ברוכה, כיון שהיא מדרבנת לנסות ולאתגר את המחשבה האוטומטית, אולי היא לא נכונה, אולי היא נכונה חלקית.

רגש. כתוצאה מהמחשבות האוטומטיות של משה, מצב הרוח שלו ירוד מאוד, הוא מתרחק מהחברה וזה גורם לו לדיכאון. ההתנהגות שלו המנעותית, הוא נמנע מללמוד וחש בודד. אם נצליח לאתגר את המחשבות שאינו מוכשר ללמוד ושאינו מוערך ע"י חבריו, נצליח לגרום לו למצב רוח טוב ולהתנהגות מפעילה, הוא ילמד יותר ויתנסה בחוויות חברתיות. גם מבחינת הרגש, נשאל את משה מה דרגת הדיכאון שלו, וכנראה יענה 7. חשוב מאוד שהמטופל ידע להבחין בין דרגות שונות של רגשות. ישנו דכאון חמור וישנו דיכאון קל, ישנה חרדה חמורה וישנה חרדה קלה.

מצב. איתגור המחשבות האוטומטיות, נעשה בעקבות אירוע ספציפי שלמטופל היתה בו הרגשה לא טובה. אם המטופל יאמר אין לי מצב רוח, ואין לי חשק ללמוד ולשוחח עם חברים. אנו נבקש ממנו לספר על מקרה מסוים שלא היה לו מצב רוח, ונצפה לתשובה ספציפית. משה אמר: אתמול בסדר שני, בשעה 6 בערך, ניסיתי להבין את הסוגיא והתברר שאין לי כישרונות, הרגשתי מדוכא, וחשתי שאני מאוד לא מוכשר, אנו נעבוד על אירוע זה.

אתגור המחשבה האוטומטית

ישנן כמה שיטות לאתגר את המחשבה האוטומטית:

א. הדיאלוג הסוקרטי. כמו שסוקרטס נהג לעמוד בשווקי אתונה, לשוחח עם אנשים ולשכנע אותם שרעיון מסוים הוא נכון, כך אנו משכנעים את משה שיש לו כישורים לימודיים. למשל, ישנם בחורים שרוצים ללמוד איתו. המגיד שיעור אומר שיש לו סברות טובות בשיעור ובסדרים. אנו נשכנע אותו שהבחורים בישיבה מעריכים אותו, והרבה רוצים ללמוד איתו בחברותא ולישון בחדר שלו בפנימיה.

ב. טכניקה יותר ממוקדת נקראת הוכחות בעד ונגד. נתחיל דווקא מהוכחות בעד המחשבה האוטומטיות – המחשבה שמשה אינו מוכשר ללימודים, ההוכחות הן:

1. לא התקבל לישיבה טובה.

2. לא מצליח להבין את הסוגיא.

3. לא מצליח להשתתף בשיעורים.

4. אין לו חברותות טובות.

אח"כ נביא הוכחות נגד המחשבה האוטומטית:

1. המגיד שיעור אומר שיש לו סברות טובות.

2. בסוף הזמן הקודם נבחן בעל פה על פרק השולח.

3. כתב שתי חבורות.

4. שני תלמידים טובים רצו ללמוד איתו חברותא.

המחשבה האלטרנטיבית - מחשבה חדשה, בעקבות איתגור המחשבה. נשאל את משה, מה דעתך, האם אתה מוכשר ללמוד? התשובה תראה יותר מאוזנת, אני לא התלמיד הכי טוב בכיתה, אבל

לפעמים אני יודע להסביר את הסוגיא. נשאל אותו עד כמה אתה בטוח שאתה לא מוכשר, ויתכן שהציון ירד ל-5. אם המטופל יאתגר את המחשבה האוטומטית כל יום, יש להניח שהביטחון ביכולות שלו ילך ויגדל עד סוף הטיפול.

הרגש החדש. בעקבות שינוי המחשבות, יש להניח שגם הרגש ישתנה, והדיכאון ירד ל-4. אם משה ימשיך לעשות שינוי מחשבות, המחשבות יהיו שיש סיכוי שהוא יבין את הסוגיא וחבריו ירצו את חברתו, המצב רוח יעלה והדיכאון ירד.

לפעמים המחשבה האוטומטית תקועה, וכדי לאתגר את המחשבה, אנו צריכים טכניקות קוגניטיביות נוספות.

טעויות חשיבה. למשה ישנן טעויות חשיבה. למשל, **ביטול ערכו של החיובי**, משה לא שם לב לעובדה שאמר שתי חברות ונבחן בעל פה על פרק השולח. **הכל או לא כלום**, אם לא הבין את הסוגיא, כאילו לא הבין כלום. **חשיבה רגשית**, אם אני מרגיש שאני לא שווה, זו ראייה שאני לא שווה. **קריאת מחשבות**, משה יודע מה אנשים חושבים עליו.

סכמות לא מתפקדות. למשה ישנן לפחות שתי סכמות לא מתפקדות. הראשונה פגימות, הוא בטוח שהוא פגום וחסר יכולות, והסכמה גורמת למחשבה האוטומטית 'אני לא מוכשר'. סכמה נוספת היא נטישה, אנשים אינם רוצים בי, וגם אם אצליח להתחבר אליהם, הם ינטשו אותי.

ניסוי התנהגותי. זו טכניקה שבה אנו מבקשים מהמטופל לבדוק את מחשבותיו האוטומטיות, ואולי גם את הסכמות שלו בעזרת התנהגות. למשל, נבקש ממשה שילמד סוגיא קצרה ויכתוב מה הם העניינים שהצליח להבין ומה לא הצליח להבין, ואח"כ ילך לרב ויציע לפניו את מה שסיכם. הרבה פעמים יתברר שהנושאים שהבין אכן היו בנויים על תשתית סברתית נכונה, וחלק גדול ממה שלא הבין, הן באמת נקודות מוקשות בסוגיא, והמפרשים מתקשים בהן כמו משה.

יומן מחשבות. טכניקה זו עוזרת לרכז את המחשבות האוטומטיות והרגשות. ביומן אנו מאתגרים את המחשבות האוטומטיות ומציעים מחשבות חילופיות, ובודקים אם בעקבות שינוי המחשבות יש שיפור ברגש של משה.

להלן נדגים יומן מחשבות של משה שעוזר לו לשנות את המחשבות שלו, ובעקבות כך את הרגשות שלו.

סיכום טיפול

לפני הטיפול, משה חשב שאינו מוכשר ללמוד ואינו יכול למצוא חברים. משה עבר איתגור אודות מחשבתו האוטומטית, הוא מתחיל לפקפק במחשבה שאינו מוכשר ללמוד, והוא חושב שיתכן שימצא חברים. בעקבות השינויים, המצב רוח שלו יעלה, הוא ילמד יותר וימצא יותר חברים.

מזב	רגש: דכאון, חרדה, כעס וכו'	מחשבה אוטומטית	בעד	נגד	טעויות חשיבה	סכמות	ניסוי התנהגותי	מחשבה אלטרנטיבית	הרגשה חדשה
משה לומד בסדר ב' בשעה 18	דכאון בדרגה 8	אני לא מסוגל ללמוד. אמונה בדרגה 7	אין חברותות, לא התקבל לישיבה טובה, לא מבין את הסוגיא.	ידע בע"פ פרק השולח, כתב שתי חבורות, המגיד שיעור משבח את הסברות שלו.	הכל או לא כלום, ביטול החיובי, חשיבה רגשית.	פגימות, נטישה.	ינסה ללמוד סוגיא ויכתוב מה הבין ומה טרם הבין	בדרך כלל מבין את הסוגיא ורק חלקים קשים לא הבין	דכאון בדרגה 4
משה נמצא באיחוסין	חרדה בדרגה 8	הבחורים בזים לו וחושבים שאני מוזר. אמונה בדרגה 6	אף אחד לא מדבר אתי, רואים שאני לחוץ, לא משחקים אתי בכדור.	חברים ביקרו בחופש, הרב משבח אותי, נבחרתי לועד הכיתה.	קריאת מחשבות, חשיבה רגשית	נטישה	ינסה לפתח שיחה בחדר אוכל ויבדוק את תגובת הסביבה	קשה לי להתחבר לאנשים, אבל כשאני מנסה התגובות חיוביות	חרדה בדרגה 6

ומן מחשבות

הערות:	מחשבה אלטרנטיבית/ חדשה:	הרגשה חדשה:	סכמות:	טעויות חשיבה:	נגד:	בעד:	מחשבה אוטומטית/ ראשונה:	רגש: דכאון, חרדה, כעס וכו':	מצב:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ב. תהליכים התנהגותיים

ישנן התנהגויות שגורמות להרגשה טובה של נינוחות, שביעות רצון, ומצב רוח טוב, וישנן התנהגויות שגורמות לחרדה ולדיכאון. לפי הגישה ההתנהגותית, תפקיד הטיפול לשנות התנהגות ואז המטופל ירגיש טוב.

המחקרים של פאבלוב וסקינר עזרו בפיתוח פסיכותרפיה התנהגותית. פאבלוב מצא תהליכי למידה אצל כלבים שהוציאו ריר כשהגישו להם אוכל, הוא השמיע צליל בשעה שהביאו לכלב אוכל, והכלב למד להוציא ריר כשהשמיעו לו צליל גם ללא אוכל. אח"כ הכחיד פאבלוב את הלמידה, הוא השמיע צליל פעמים רבות ללא אוכל עד שהכלב הפסיק להוציא ריר. השיטה של פאבלוב נקראת התניה קלאסית.

תהליך הלמידה, מסביר את החרדות שאדם לומד. למשל, אדם שנתקע במעלית ונוצרה אצלו חרדה ממעליות, כלומר נוצר קשר בין מעלית לחרדה, החרדה שלו היא גם ממעליות חדשות וטובות שאינן עשויות להיתקע לעולם. כדי שלמידה זו תכחד, אנו משכנעים את המטופל שייחשף פעמים רבות למעלית חדשה וטובה עד שהחרדה מהמעלית תכחד. (גולדברג [חסר פרטים](#)).

סקינר הכניס עכבר לכלוב, ובכל פעם שהעכבר לחץ על דוושה, קיבל אוכל עכברים משובח, אוכל עכברים הוא חיזוק ללחיצה על הדוושה, כך לימד סקינר את העכבר ללחוץ על דוושה. השיטה של סקינר נקראת התניה אופרטנטית - פעילה.

חולה דיכאון שאינו עושה פעילות, אין לו סיפוקים מהחיים, והדבר הגורם לדיכאון להתגבר. אם נצליח לשכנע אותו להגביר פעילות, כגון ספורט ותרבות פנאי, הוא יתחיל להנות, ההנאה היא חיזוק להגברת פעילות וכתוצאה מכך תתגבר ההנאה, התוצאה הסופית היא ירידה הדרגתית של הדיכאון עד לחזרה לחיי עונג והנאה (רוברט קרסון 2001, עמ' 126-127).

תת פעילות בדיכאון

אדם בריא מבצע פעילויות הגורמות לו הנאה. פעילות הגורמת הנאה, היא בדרך כלל תעסוקה מקצועית, וכן פעילות חברתית, עיסוק בספורט ופעילות במסגרת משפחתית. חולה בדיכאון מוריד בדרך כלל את רמת הפעילות, ואז גורמי ההנאה נסוגים. הריפוי ההתנהגותי בדיכאון הוא חזרה לרמת פעילות מוגברת. במהלך הטיפול נעזור למטופל למצוא עיסוקים מהנים, ובעקבות זאת יחול שיפור בהנאה ובמצב הרוח (מור, 2011).

התנהגות המנעותית בחרדה

חולה הסובל מחרדה, בדרך כלל נמנע ממצבים שגורמים לחרדה. אדם שסובל מחרדה חברתית, נמנע ממצבים חברתיים. התנהגות זאת משמרת את החרדה. הטיפול אמור לשנות את ההתנהגות ההמנעותית, המטופל יחשוף עצמו למצבים חברתיים, והחשיפה תרגיל אותו למצבים חברתיים תוך ירידה הדרגתית ברמת החרדה (אנהולט 2011).

תיאור מקרה - תהליכים התנהגותיים

אסתר, נערה בת 16, לומדת ב'בנות ירושלים'. מזה ארבעה חודשים פוחדת אסתר לצאת מהבית, ואם היא יוצאת, רק בליווי מבוגר אחראי. הציעו לה טיפול תרופתי, אבל ההורים עדיין לא מסכימים, זה יכול להפריע בשידוכים. היה אבחון של חרדת נטישה, אבל זה לא נשמע הגיוני שהחרדה מנטישה מתחילה בגיל 16, היה אבחון של חרדה חברתית, אבל היא מאוד חברותית וחברות באות לבקר, היתה השערה שיש לה חרדות מבחינות, למרות שהיתה תלמידה טובה ועברה את כל הבחינות בציון גבוה.

חשיפות הן דרך יעילה להורדת חרדות. ידוע לנו שדברים שאנו פוחדים מהם או נגעלים מהם, אנו יכולים להתרגל אליהם והפחד יורד במשך הזמן. כל הילדים פוחדים להישאר בגן בתחילת השנה, במשך הזמן הם מתרגלים, הפחד יורד ולבסוף הם שמחים ללכת לגן. החשיפה למקור הפחד צריכה להיות מדורגת. אסור לנו ביום הראשון להביא את הילד לשער הגן, להשאיר אותו לבד, ולחזור בביום הלימודים ולקחת אותו הביתה. החרדה תציף את הילד והגן יתקשר לחרדה ולהרגשה לא נעימה. ביום הראשון הילד נשאר עם ההורים כמה שעות, ביום השני פחות וכך תוך כמה ימים הילד מתרגל.

טכניקה זו נקראת חשיפה מדורגת, אנו נלמד את אסתר לעשות חשיפה מדורגת, נשאל אותה מה הדבר שמפחיד אותה ביותר כשהיא יוצאת מהבית. היא תאמר שלנסוע לעיר באוטובוס מפחיד אותה ברמה 10, זה נקרא עוגן עליון. אח"כ נשאל אותה מה הדבר שכמעט ואינו מפחיד אותך? היא תענה לשבת בספסל בגינה ליד הבית, החרדה תהיה ברמה 1, זה נקרא עוגן תחתון. ועכשיו נבקש אותה למלא מצבי ביניים בין העוגן העליון לעוגן התחתון.

למשל: לצאת משער החצר - דרגה 2

לטייל במדרכה - דרגה 3

להגיע לסוף הרחוב - דרגה 4

להסתובב לרחוב אחר - דרגה 5

ללכת בהמשך הרחוב האחר - דרגה 6

להגיע לרחוב השלישי - דרגה 7

לעמוד בתחנת אוטובוס - דרגה 8

לעלות לאוטובוס - דרגה 9.

החשיפה – בחשיפה עצמה אנו מודדים את רמת החרדה 3 פעמים:

1. קודם החרדה.

2. שיא החרדה בחשיפה.

3. בסוף החשיפה.

למשל לצאת משער החצר, שיא החשיפה תהיה חרדה 2. לפני החשיפה כשאסתר רק ניגשה לשער, החרדה היתה קטנה יותר למשל 1. כשתתחיל לעשות את החשיפה החרדה תגיע לשיא של 2, היא צריכה להישאר ליד השער עד שהשער עד שהחרדה תרד ב-50%, כלומר תרד לדרגה 1.

אסתר תחזור על החשיפה כל יום עד שהשיא ליד השער יגיע לדרגה 1 ולא יותר, זה סימן שהחשיפה הועילה ותוכל לצאת לחשיפה בדרגה השלישית לטייל במדרכה. אומנם בדרוג החשיפה דרגת החשיפה הייתה 3, אבל בעקבות החשיפה ליד השער הדרגה תהיה רק 2. בחשיפה ליד המדרכה נעשה כמו בחשיפה ליד השער, כל פעם נעשה חשיפה עד שהחרדה תרד ל-1 וכשהחשיפה הורידה את החרדה, גם בשיא החשיפה במדרכה תהיה רק 1.

כך נעבור מחשיפה לחשיפה עד שגם בנסיעה באוטובוס החרדה בשיא תהיה 1 או 2, ובזה אסתר התגברה על החרדה לצאת מהבית, היא יכולה לחזור ללמוד, ללכת לחברות ולנסוע לעיר. לפעמים קורה שהחרדה בחשיפה אינה יורדת ב-50%, אז נעשה את החשיפה במשך 45 דקות, וזה מועיל, אבל בדרך כלל החשיפה יורדת ב-50% הרבה יותר מהר.

נערוך חשיפות עד שהחרדה תרד לרמה תת קלינית, כלומר שאינה מפריעה בצורה משמעותית בשגרת החיים.

יומן חשיפות. אנו נעזרים ביומן חשיפות כדי לדרג את החשיפות.

טופס רישום שעורי בית: חשיפה "חיה"

שם: _____ תאריך: _____

(1) המצב שתרגלת: _____

0-10			תאריך ושעה:	0-10			תאריך ושעה:
אחרי:	שיא:	לפני:		אחרי:	שיא:	לפני:	
			.5				.1
			.6				.2
			.7				.3
			.8				.4

(2) המצב שתרגלת: _____

0-10			תאריך ושעה:	0-10			תאריך ושעה:
אחרי:	שיא:	לפני:		אחרי:	שיא:	לפני:	
			.5				.1
			.6				.2
			.7				.3
			.8				.4

(3) המצב שתרגלת: _____

0-10			תאריך ושעה:	0-10			תאריך ושעה:
אחרי:	שיא:	לפני:		אחרי:	שיא:	לפני:	
			.5				.1
			.6				.2
			.7				.3
			.8				.4

ג. דיכאון

דיכאון היא המחלה הפסיכיאטרית הנפוצה ביותר, כ-20% מהאוכלוסייה חולים בה והיא תוקפת יותר נשים מגברים (מור 2011, עמ' 155, אליצור 2010 עמ' 217). ככל שהחברה יותר מתקדמת מבחינה טכנולוגית וכלכלית הדיכאון מתגבר, והתחזית היא שתוך 30 שנה יעלה מספר החולים ל-40% מהאוכלוסייה. כנראה שהחיים המודרניים והטכנולוגיות המתקדמות, יש בהם גורמי לחץ שמביאים לדיכאון. החולים במחלה זו, נמצאים ברמת סיכון גבוהה למחשבות אובדניות, ולכן במצבי דיכאון חמור יש להתייעץ עם פסיכיאטר על הצורך בתרופות (קרסון 2001 עמ' 357).

לדיכאון קומירדביות [מקרים של מחלות נפש נוספות באותו חולה] גבוהה, כגון: חרדות ומצבים פסיכוטיים (שם עמ' 350), יש לשים לב לאבחנה מבדלת בין דכאון, חרדות, חרדה חברתית, כפייתיות ופוסט טראומה, כיון שלעיתים יש למחלות אלו סימפטומים דומים, אבל הן שונות זו מזו ולכל אחת דרך הטיפול שונה.

הדיכאון גורם לנסיגה חלקית בהרבה תחומי חיים: עבודה, משפחה וחברה (מור עמ' 350). הטיפול ב-CBT הוכח במחקרים רבים כיעיל, ובמצבים קיצוניים יש לשלב טיפול תרופתי.

אבחון דיכאון

אבחון דיכאון על פי ה-DSM (ספר אבחונים של החברה האמריקאית לפסיכיאטריה - APA 1994), כולל את הסימפטומים הבאים:

א. מצב רוח ירוד במשך רוב שעות היום, במשך שבועיים.

ב. חוסר הנאה.

אחד משניהם, א' או ב'.

ג. 4 מתוך הסימפטומים הבאים:

1. חוסר תאבון.

2. הפרעות שינה.

3. קושי בריכוז או בקבלת החלטות.

4. דימוי עצמי נמוך או רגשי אשמה.

5. תגובות פסיכוסומטיות, כגון חוסר שקט או אטיות מוגזמת.

6. מחשבות אובדניות.

לאחר האבחון אנו מודדים את רמת הדיכאון, בדרך כלל עפ"י המדד של באק BDI – מדד של באק המודד את עוצמת הדיכאון. אם הדיכאון הוא מעל 30, יש צורך במתן תרופות בנוסף ל-CBT.

גורמי המחלה

לפי הגישה הקוגניטיבית, לדיכאון שלושה גורמים מרכזיים :

א. גורמים ביולוגיים. מחקרי תורשה הוכיחו שקרובי משפחה של חולה דיכאון חולים בדיכאון יותר מאוכלוסייה רגילה. אם אחד ההורים חולה בדיכאון, הסבירות שהילדים יחלו גבוהה יותר. בדיקות MRI הראו שינויים ביולוגיים במח בחולים עם דיכאון. ישנו הסבר שחוסר בסרוטונין (חומר כימי שמקשר בין תאי העצב במח) גורם לדיכאון (אליצור 2010 עמ' 272-222).

חזרתיות במחלת הדיכאון - קיים חשש שהמחלה תחזור גם לאחר שהחולה נרפא, ככל שהמחלה חוזרת יותר, קיים סיכוי שהמחלה תחזור שוב ושוב (קרסון 2001 עמ' 317-321).

ב. גורמים קוגניטיביים. באק סבור שלחולה הסובל מדיכאון יש שלש טעויות חשיבה (באק, 1993):

1. החולה רואה את עצמו חסר ערך (תדמית עצמית נמוכה).
2. העולם סביבו נראה כגורם מאיים.
3. אין לו עתיד.

ראיית עולם זו וסכמות לא מתפקדות, גורמות למחשבות אוטומטיות שליליות, אין סיכוי לחזור ולהנות כבעבר. כתוצאה ממחשבות אלו החולה סובל מעצבות וחוסר יכולת הנאה. הסכמות שגורמות לדיכאון, הן אמונות יסוד שהחולה פגום, אינו מוכשר מבחינה חברתית, הוא מתבייש באשמה שהוא מייחס לעצמו.

ג. גורמים התנהגותיים. מטפלים התנהגותיים סבורים שאדם שמפסיק פעולות מתגמלות עלול לחלות בדיכאון. אדם שפוטר מעבודתו, או שיצא לפנסיה, גם אם אין לו קשיים כלכליים בעקבות השינוי, מפסיד פעילות מקצועית שגורמת להנאה ועלול לחלות בדיכאון. וכן אדם שעבר למקום מגורים אחר ואינו מוצא פעילות חברתית במקום החדש, או הורים שחיתנו את כל ילדיהם ואין להם פעילות מתגמלת במקום גידול הילדים (מור 2011).

ריפוי הדיכאון

ריפוי הדיכאון מורכב משלושה חלקים בהתאם לשלושת גורמי הדיכאון.

הריפוי הקוגניטיבי כולל שינויים במחשבות האוטומטיות השליליות, וריפוי הסכמות הלא פונקציונליות.

הריפוי ההתנהגותי עוזר לאדם למצוא פעילות מהנה, תעסוקה מתאימה, או חיי חברה ופנאי, הגורמים להנאה. פעמים רבות יש צורך בשכנוע קוגניטיבי כדי שהמטופל ירצה לעסוק בפעילות ממנה הוא נמנע תקופה ממושכת. זו דוגמא לשילוב של טיפול התנהגותי וקוגניטיבי, טיפול אחד מחזק את הטיפול השני. (באק, 1993).

הטיפול התרופתי בא במקרה שהדיכאון חמור, או שהמטופל לא הגיב מספיק ל-CBT. הטיפול הוא בדרך כלל עם תרופות שמגבירות את הסרטונין במוליכים העצביים. הקושי בטיפול התרופתי הוא משך הזמן שהחולה מגיב לתרופות (אורך מספר שבועות), והחולה עלול להפסיק את הטיפול בגלל תופעות לוואי, או בגלל הקושי להודות שיש לו צורך בתרופות פסיכיאטריות. במקרים אלה הפסיכיאטר ממליץ על תרופות אנטי חרדתיות שמשפרות את מצב החולה עד שהטיפול האנטי דיכאוני נותן את אותותיו (אליצור 2010).

יש דיכאון עמיד: מחלה שאי אפשר לרפא, לא בטיפול תרופתי ולא בטיפול CBT, החולה נשאר בדיכאון למרות הטיפולים השונים.

תיאור מקרה דיכאון

דניאל, אברך בן 24, נשוי שלוש שנים, אב לשתי בנות, מצב כלכלי טוב, אשתו עקרת הבית והוא לומד כל היום, מצליח מאוד בלימודיו. לאחר שהממשלה החליטה להפחית את קצבת האברכים, דניאל נכנס ללחץ, היו לו מחשבות שלא יוכל ללמוד, אולי הממשלה תבטל כליל את קצבת האברכים ולא תהיה לו פרנסה, אולי הממשלה תגייס את כל האברכים לצבא, יחייבו אותם בשירות משותף עם בנות או יבקשו מהם לקצץ בזקן ובפאות. הוא הפסיק להתפלל במנין, כמעט ולא הלך לשיבה, לא השתתף בסעודות שבת עם האדמו"ר, כמעט ולא יצא מהמיטה. כל היום היה עצוב, מדי פעם פרץ בבכי, לא היה מסוגל לישון, כמעט ולא אכל, לא היה מרוכז בלימודים ולא נהנה מהם, הגוף שלו היה ללא מנוח, הוא הרגיש שטוב מותו מחייו.

דניאל קיבל טיפול תרופתי נגד דיכאון, SSR, והומלץ לו על טיפול קוגניטיבי התנהגותי CBT. אנו יכולים לזהות אצל דניאל את שלושת המחשבות האוטומטיות של דיכאון על פי באק: אני לא שווה, אין לי עתיד, והעולם מסביב גרוע.

ננסה להתמקד בשתי מחשבות אוטומטיות של דניאל, אני לא יוכל ללמוד, אני אתמוטט מבחינה כלכלית. מחשבות המורידות את הערך העצמי של דניאל וגורמות לדיכאון. דניאל יושב ליד הגמרא וחושב: אני כבר לא אהיה תלמיד חכם.

ההוכחות בעד המחשבה:

1. אני לא מבין את הסוגיא.
2. החברים הספיקו יותר דפים.
3. אם אין קמח אין תורה.

ההוכחות נגד המחשבה:

1. בבחינה האחרונה קיבלתי ציון מצוין.
2. כתבתי חידושי תורה לירחון המתמיד.
3. יש לי משפחה עשירה שתעזור לי ללמוד.

מבחינה התנהגותית, דניאל הפסיק פעילויות שהיה נהנה מהן בעבר, לכן רמת ההנאה שלו ירדה, הוא מרגיש עצב ואשמה, והערך העצמי שלו נפל. לכן נמליץ לדניאל להגיע לתפילות הציבור,

ללמוד כל יום זמן קצר בישיבה, ולהשתתף בפעילויות החברתיות בחסידות. הפעילות תהנה אותו ומצב הרוח שלו ישתפר. נתאר את השינויים ההתנהגותיים בעזרת יומן אירועים.

שם ומשפחה: _____ מצב משפחתי: _____ גיל: _____ מין: _____
מקצוע: _____ השכלה: _____

הוראות

שאלון זה מרכב מ-21 קבוצות משפטיים. אנא קרא בעיון כל משפט, ובחר משפט אחד בכל קבוצה שמתאר באופן הטוב ביותר את מה שהרגשת במהלך השבועיים האחרונים, כולל היום. הקף בעיגול את המספר שליד המשפט שבחרת. אם יש כמה משפטים באותה קבוצה שנראים לך מתאימים באותה מידה, הקף בעיגול את המספר הגבוה ביותר ביניהם. שים לב לא לבחור יותר ממשפט אחד בכל קבוצה, כולל בסעיף 16 (שינויים בשינה) או בסעיף 18 (שינויים בתיאבון).

1. עצב:

- 0 אני לא מרגיש עצוב.
- 1 אני מרגיש עצוב רוב הזמן.
- 2 אני מרגיש עצוב כל הזמן.
- 3 אני כל כך עצוב שאני לא יכול לסבול את זה.

2. פסימיות:

- 0 אני לא מרגיש מיואש לגבי העתיד שלי.
- 1 אני מרגיש יותר מיואש לגבי העתיד שלי מאשר בעבר.
- 2 אני לא מצפה שדברים יסתדרו לי.
- 3 אני מרגיש שהעתיד שלי הוא חסר תקווה, ויכול להיות רק גרוע יותר.

3. כישלונות בעבר:

- 0 אני לא מרגיש שאני כישלון.

- 1 נכשלתי יותר ממה שהייתי אמור להיכשל.
- 2 כשאני מסתכל אחורה אני רואה הרבה כישלונות.
- 3 אני מרגיש שאני כישלון מיוחד.

4. **אבדן הנאה :**

- 0 אני נהנה כעת מדברים כמו שתמיד נהניתי.
- 1 אני כבר לא נהנה מדברים כמו שנהניתי בעבר.
- 2 אני נהנה מעט מאוד מדברים שנהניתי מהם בעבר.
- 3 אני לא נהנה בכלל מדברים שנהניתי מהם בעבר.

5. **תחושת אשמה :**

- 0 אני לא מרגיש אשם במיוחד.
- 1 אני מרגיש אשם על דברים רבים שעשיתי או שהייתי צריך לעשות..
- 2 אני מרגיש אשם רוב הזמן.
- 3 אני מרגיש אשם כל הזמן.

6. **תחושות הענשה :**

- 0 אני לא מרגיש שאני מוענש.
- 1 אני מרגיש שאני עלול להיענש.
- 2 אני מצפה להיענש.
- 3 אני מרגיש מוענש.

7. **שנאה עצמית :**

- 0 אני מרגיש כלפי עצמי כמו שהרגשתי תמיד.
- 1 איבדתי אמון בעצמי.
- 2 אני מאוכזב מעצמי.

3 אני שונא את עצמי.

8. ביקורת עצמית:

0 אני לא מבקר את עצמי או מאשים את עצמי יותר מדרך כלל.

1 אני יותר ביקורתי כלפי עצמי ממה שהייתי.

2 אני מבקר את עצמי על כל הטעויות שלי.

3 אני מאשים את עצמי על כל דבר רע שקורה.

9. מחשבות או משאלות אובדניות:

0 אין לי מחשבות להרוג את עצמי.

1 יש לי מחשבות להרוג את עצמי, אבל אני לא אממש אותן.

2 הייתי רוצה להרוג את עצמי.

3 אני אהרוג את עצמי אם תהיה לי הזדמנות.

10. בכי:

0 אני לא בוכה יותר ממה שהייתי בעבר.

1 אני בוכה יותר מאשר בעבר.

2 אני בוכה על כל דבר קטן.

3 אני רוצה לבכות אבל לא מסוגל.

11. חוסר מנוחה:

0 אני לא יותר חסר מנוחה מאשר בדרך כלל.

1 אני מרגיש יותר חסר מנוחה מאשר בדרך כלל.

2 אני כל כך חסר מנוחה ונסער שאני מתקשה להישאר רגוע.

3 אני כל כך חסר מנוחה ונסער שאני כל הזמן חייב לזוז או לעשות משהו.

12. אבדן עניין:

- 0 לא איבדתי עניין באנשים או בפעילויות.
- 1 אני מתעניין פחות באנשים או בדברים אחרים ממה שהייתי בעבר.
- 2 איבדתי את רוב התעניינותי באנשים ובדברים אחרים.
- 3 קשה לי להתעניין במשהו.

13. חוסר החלטיות:

- 0 אני מקבל החלטות כמו בעבר.
- 1 יותר קשה לי להחליט מאשר בעבר.
- 2 הרבה יותר קשה לי לקבל החלטה מאשר בעבר.
- 3 קשה לי לקבל כל החלטה.

14. חוסר ערך:

- 0 אני לא מרגיש חסר ערך.
- 1 אני מחשיב את עצמי פחות שווה ערך ויעיל מאשר בעבר.
- 2 אני מרגיש פחות שווה ערך מאחרים.
- 3 אני מרגיש חסר ערך לחלוטין.

15. אבדן אנרגיה:

- 0 יש לי אנרגיה כמו תמיד.
- 1 יש לי פחות אנרגיה ממה שהיה לי בעבר.
- 2 אין לי מספיק אנרגיה כדי לעשות את רוב הדברים.
- 3 אין לי מספיק אנרגיה לעשות כלום.

16. שינויים בשינה.

- 0 לא היו בכלל שינויים בשינה שלי.
- 1 א. אני ישן מעט יותר מאשר בדרך כלל.
- 1 ב. אני ישן מעט פחות מאשר בדרך כלל.
- 2 א. אני ישן הרבה יותר מאשר בדרך כלל.
- 2 ב. אני ישן הרבה פחות מאשר בדרך כלל.
- 3 א. אני ישן רוב היום.
- 3 ב. אני מתעורר שעה או שעתיים מוקדם יותר ולא יכול לחזור לישון.

17. רגזנות:

- 0 אני לא מתרגז יותר מאשר בדרך כלל.
- 1 אני יותר רגזני מאשר בדרך כלל.
- 2 אני יותר רגזני מאשר בדרך כלל.
- 3 אני כל הזמן רגזני.

18. שינויים בתיאבון:

- 0 לא היו לי שינויים בתיאבון.
- 1 א. התיאבון שלי קצת פחת.
- 1 ב. התיאבון שלי קצת גדל.
- 2 א. התיאבון שלי הרבה יותר גרוע מבעבר.
- 2 ב. התיאבון שלי הרבה יותר טוב מבעבר.
- 3 א. אין לי בכלל תיאבון.
- 3 ב. אני כל הזמן רעב.

19. קשיי ריכוז:

- 0 אני יכול להתרכז כמו בעבר.
- 1 אני לא יכול להתרכז כמו פעם.
- 2 קשה לי לחשוב על נושא מסוים לאורך זמן.
- 3 אני לא יכול להתרכז בשום דבר.

20. עייפות:

- 0 אני לא יותר עייף מבדרך כלל.
- 1 אני מתעייף יותר בקלות מבעבר.
- 2 אני עייף מכדי לעשות הרבה מהדברים שהייתי רגיל לעשות.
- 3 אני עייף מכדי לעשות את רוב הדברים שהייתי רגיל לעשות.

21. חוסר עניין במין:

- 0 לא הבחנתי שינוי כלשהו בהתעניינות שלי במין.
- 1 אני פחות מעוניין במין ממה שהייתי רגיל.
- 2 אני הרבה פחות מעוניין במין עכשיו.
- 3 איבדתי כל עניין במין.

ד. חרדה ספציפית

חרדה ספציפית תוקפת את החולה מגיל צעיר ביותר ועד זיקנה. ישנן חרדות בגיל הילדות שהן חרדות נורמטיביות, כשהליך התפתחותי רגיל. ילדים פוחדים מחושך או מיצורים דמיוניים, חרדות אלה עוברות עם הגיל ואין צורך לטפל בהן (קרסון ח"ב 2001).

נוהגים לחלק את החרדות הספציפיות לקבוצות: חרדות מבעלי חיים, חרדות מדם ופצעים, חרדות מתופעות טבע. יש הבדלים בין הסימפטומים בחרדות השונות, כגון בחרדה מדם ישנם סימפטומים של עלפון וירידה בדופק, לעומת זאת, בחרדות אחרות יש דווקא עליה בדופק ונשימות מהירות המלוות בסחרחורת.

למעשה אין הבדל בטיפול בין סוגי החרדה. בדרך כלל המטופלים מגיבים טוב ל-CBT (אנהולט 2011), אם החרדה עיקשת, מוסיפים טיפול תרופתי ב-SSRI, תרופה שמגבירה את הסרטונין ומורידה את החרדה. התרופות נקראות אנטי דכאוניות, אבל הן מרפאות גם חרדה (נוימן 2010 עמ' 277).

אבחון חרדה ספציפית

עפ"י ה-DSM, חולה שסובל מחרדה ספציפית, יגיב כמעט תמיד בחרדה כשהוא נחשף לגורם הספציפי לחרדה. ר' משה נכנס לחרדה כמעט תמיד כשהוא רואה חתול. דבר נוסף, החולה נמנע מלהיחשף לגורם הספציפי לחרדה. ר' משה נמנע מללכת ברחוב שיש בו חתולים, ואם הוא רואה חתול, נכנס לחרדה גבוהה. אדם יאובחן כחולה בחרדה ספציפית אם החרדה גורמת לו להפרעה ניכרת בתפקוד היומיומי. לדוגמה, ר' משה איחר לישיבה, בין היתר משום שהיתה לו חרדה ספציפית (APA 1994). אם חולה אובחן כסובל מחרדה ספציפית, אנו נמדוד את רמת החרדה בעזרת BAI, כלי של באק לקביעת רמת החרדה.

גורמי המחלה

כמו בדיכאון, ישנן הוכחות שתהליכים ביולוגיים מסבירים כ-30% מהחולים בחרדה ספציפית. אנו רואים כי לתורשה יש חלק חשוב בחרדה, קרובים בדרגה ראשונה לסובלים מהחרדה, הם בעלי סיכוי גבוה לחלות בחרדות בכלל, ובחרדה ספציפית בפרט. בדיקות MRI ו-PAT בחולים בחרדה ספציפית הוכיחו על שינויים כמותיים במח בחלקים שאחראיים על החרדה, וירידה בפעילות של אותם חלקים.

תהליכים קוגניטיביים מסבירים חלק קטן מהמחלה. אנשים עם חרדה ספציפית סובלים מסכמה של מסוכנות. יש להם אמונות יסוד שהעולם מסוכן, כמו כן יש להם בוחן סלקטיבי של העולם. הם שמים לב לסכנות שאורבות לאדם. למשל, יוסי שם לב לכך שעודף משקל יכול לקרוע את חבל המעלית, ור' משה הבין שגם חתולות יכולות לחלות בכלבת ולהדביק אנשים במחלה. הם מתעלמים ממידע שמוכיח את בטיחות המעליות ואת ההצלחה במיגור מחלת הכלבת.

הגורם העיקרי לחרדה ספציפית הוא למידה התנהגותית. אדם לומד בלמידה קלאסית לפחד ממהו ספציפי. לפי התאוריה הקלאסית של פאבלוב, שני אירועים סמוכים מלמדים להגיב באופן דומה. למשל, יוסי נתקע במעלית ונבהל מאוד, יוסי למד לקשר את המעלית עם חרדה ובכל פעם שרואה מעלית הוא נבהל. ר' משה למד לקשר חרדה עם חתול כיון שבפעם הראשונה נבהל מחתול שקפץ עליו, ומאז כל פעם שהולך למקום שמסתובבים שם חתולים הוא חרד.

ריפוי המחלה

שינוי התנהגותי הוא התהליך המרכזי בריפוי חרדה ספציפית. כשם שיש תהליך של למידה קלאסית, כך יש תהליך של הכחדת הלמידה. אם נצמיד את הגורם לאירוע ללא חרדה, החרדה תוכחד. למשל, נחשוף את יוסי למעלית בלי חרדה, עד שהחרדה הספציפית ממעליות תוכחד. נבקש מיוסי להתבונן במעלית ממרחק רב, באופן שהחרדה מאוד נמוכה, ובכך, יוסי מתרגל למעלית והחרדה יורדת בהדרגה. אח"כ נבקש מיוסי להתקרב עוד ועוד, כל פעם יחשף עוד, עד שיתרגל והחרדה תיכחד וכמעט לא יפחד ממעלית, וכך ירפא מהחרדה הספציפית ממעליות.

לפעמים הריפוי הוא על ידי שינויי מחשבות. מעמידים את המחשבה שמעלית מסוכנת לשיפוט המטופל, הוא אמור להביא ראיות, בעד ונגד המחשבה האוטומטית שמעלית מסוכנת ולשנות למחשבה אלטרנטיבית. לעיתים רחוקות ביותר הנסיעה במעלית מסוכנת, אך בדרך כלל יוצאים מהמעלית בשלום.

ריפוי תרופתי נהוג במקרים שה-CBT אינו עוזר ולמטופל הפרעה משמעותית בתפקיד היומיומי, במקרים אלו משתמשים בתרופות SSRI להעלאת הסרוטונין ולמיגור החרדה הספציפית.

תיאור מקרה של חרדה ספציפית – חרדת מעליות

קבוצת חסידים ביקרה באומן בראש השנה. הם שכרו דירה בקרבת הקבר של ר' נחמן, בבית דירות ענק. הדירה היתה בקומה השישית. בראש השנה טיפסו לקומה השישית ברגל, ובמוצאי החג השתמשו במעלית. היתה זו מעלית גדולה שהכילה למעלה מעשרה איש. המעלית הרעישה מאוד כשפתחו או סגרו את הדלת. באחת הקומות, נעצרה המעלית, לא עלתה ולא ירדה, ולא היתה אפשרות לפתוח את הדלת. שכנים אוקראינים הביאו מכסים של סירים, אותם דחפו בין הדלתות כדי שיכנס חמצן למעלית. הם הסבירו באנגלית רצוצה שמדי פעם ישנן תקלות בחשמל, ואז המעלית נעצרת, אבל לאחר זמן מה החשמל מתאזן והמעלית חוזרת לתפקד.

הציבור חכה בסבלנות עד שהמעלית חוזרת לתפקוד. ר' שמעון, אברך כבן 30, נלחץ מאוד, 'מה יהיה אם המעלית לא תעבוד, אנחנו ניחנק, אין חמצן, אני מרגיש סחרחורת ומחנק אין לי אויר, אני עומד להתעלף, יש לי דפיקות לב, בא לי להקיא, אני רועד בכל הגוף. זהו, אני מת, שמע ישראל ד' אלוקיננו...! ולפתע, המעלית התחילה לנוע. ר' שמעון היה חיוור כסיד, ובקומה הראשונה שבה נעצרה המעלית ברח החוצה כל עוד נשמתו בו, התחיל לנשום ולנשוף עד שרגע. אנשים אחדים יצאו יחד אתו מהמעלית, תמכו בו, הביאו מים מהשכנים, עד שנשימתו חזרה לסדרה וכוחותיו חזרו אליו. הוא הפסיק להשתמש במעלית, ועלה וירד במדרגות את כל ששת הקומות, כי נפל פחד המעלית על ר' שמעון.

ר' שמעון חזר לישראל, אבל לא חזר לנסוע במעלית. הוא עצמו גר בקומה רביעית, עלה וירד רגלית (רופא המשפחה עודד אותו להמשיך להשתמש במדרגות ולא במעלית. הוא ירד במשקל, הייתה לו ירידה בסוכר, הכולסטרול ירד, וגם לחץ הדם ירד). ר' שמעון היה אמור לעבור עם מקום העבודה שלו לקומה העשרים במגדל משרדים, אבל החרדות שלו מנעו ממנו את המשך העבודה, המשכורת שלו ירדה, ויחד אתה ירדה גם רמת החיים שלו, מצב הרוח ירד ושלוש הבית התדרדר.

אפשר להבין למה ר' שמעון פחד במעלית באומן, המעלית היתה עמוסת אנשים, היא הייתה תקועה ואיש לא ידע כמה זמן יחלוף עד שהמעלית תחזור לפעולה. בינתיים, אנשים נושמים חמצן ופולטים דו תחמוצת הפחמן, ובמשך הזמן האויר יהיה רעיל ואפשר להיחנק. אנשים אחרים יסבירו את המצב בצורה יותר אופטימית, אולם ר' שמעון חרדתי מטבעו וחשש לחנק. אבל לאחר שחזר לישראל, הוא פחד גם ממעליות חדישות ומודרניות. הוא עצמו לא הבין מה קרה, אבל הפחד שיתק אותו, וכל פעם שנכנס למעלית נתקף בחרדה ובסימפטומים גופניים קשים, דפיקות לב, הזעה סחרחורת ובחילות, כמו במעלית באומן. מדוע לא השתכנע? הרי אין לו מה לחשוש מהמעליות המצויות בישראל?

תיאורית הלמידה של פאבלוב מלמדת אותנו על תהליכי למידה והכחדה בזואולוגיה, והוכח שתהליכים אלה קיימים גם אצל בני אדם. לפי תאוריה זו, אם מצמידים שני מצבים, למשל פחד ומעלית, האדם לומד לפחד ממעלית גם אם סיבת הפחד חלפה. ולכן ר' שמעון פוחד ממעליות, כיון שבמקרה באומן היתה באמת סיבה לפחד, וגם לאחר שסיבת הפחד חלפה, ר' שמעון ממשיך לפחד ממעליות, והוא פוחד גם אם הוא יעלה במעלית מודרנית במקום העבודה החדש.

איך נכחיד את הפחד? לפי התיאוריה של פאבלוב, אם ר' שמעון ייחשף למעלית מספיק פעמים בלי פחד, בסופו של דבר הקשר בין הפחד לבין המעלית יכחד, והוא יוכל לעלות במעלית לקומות העליונות של כל מגדל כמעט ללא פחד.

את החשיפה למעלית יש לעשות בצורה הדרגתית, כי אם נעשה זאת בפתאומיות, ר' שמעון יכנס לחרדה גבוהה וימשיך לפחד ממעליות. לכן, נעשה לו מדרג חרדות:

1. להכנס לבניין ולהתבונן במעלית - 30 יחידות מצוקה (מתוך 100 יחידות מצוקה).
2. להתקרב למעלית - 40 יח"מ.
3. לגעת במעלית - 50 יח"מ.
4. ללחוץ על הכפתור - 60 יח"מ.
5. להיכנס למעלית ולצאת - 70 יח"מ.
6. לסגור את הדלת ולפתוח - 80 יח"מ.
7. לעלות קומה אחת - 90 יח"מ.
8. לעלות כמה קומות - 100 יח"מ.

ר' שמעון יחשף בהדרגה, עד שיתגבר בצורה סבירה על חרדת המעליות.

ה. חרדה חברתית

חרדה חברתית דומה לחרדה ספציפית, אלא שהיא מופיעה במצבים חברתיים פעמים רבות, החרדה מלווה בסימפטומים גופניים כגון: דפיקות לב, הזעה, סחרחורות ובחילה. הסימפטום הקשה ביותר הוא הסמקה, המטופל מרגיש שהוא מסמיק, הסביבה רואה שהוא חרד, וחושבים שהוא אדם חלש שמתרגש בקלות יתר, ואז החרדה מתגברת. החרד חושב שהסביבה מתמקדת בו ומבקרת אותו, והוא בטוח שהוא יודע לקרוא את המחשבות אודותיו, והן תמיד שליליות. חרדה חברתית מופיעה בשתי צורות: לפעמים היא ספציפית, המטופל חרד רק במצבים מסוימים, כמו ר' משה שחרד חברתית רק כשהוא מגיע לשיבה, ולפעמים ישנה חרדה חברתית מוכללת, שהמטופל חרד בהרבה מצבים חברתיים.

אבחון

אבחון חרדה חברתית דומה לאבחון חרדה ספציפית. החולה יסבול מחרדה, כמעט תמיד, כשייחשף למצבים חברתיים מהם יש לו חרדה. בדרך כלל, הוא ימנע מלהיחשף לאותם מצבים חברתיים שגורמים לו חרדה, ואם הוא בכל זאת ייחשף לאותם מצבים, הוא יסבול כמעט תמיד מחרדה. לאחר שהחולה אובחן כסובל מחרדה חברתית, אפשר למדוד את גובה החרדה בסולם לייבוביץ למדידת חרדה חברתית (LSAS). הסולם מודד את רמת החרדה, ואחרי שהמטופל נחשף למצב חברתי, הסולם מודד את ההימנעות ממצבים אלה. לדוגמא, שואלים את המטופל מה רמת החרדה שלך כשאתה צריך לדבר לפני אנשים, והוא יכול לענות: חרדה קשה, וב-60 אחוז מהמקרים אני נמנע מלדבר בציבור.

גורמי המחלה

כמו בכל מחלות החרדה, גם למחלה זו יש גורמים ביולוגיים. אנו רואים שתורשה משפיעה בצורה ניכרת על התפרצות המחלה. לקרובי משפחה של חולים הסובלים מחרדה חברתית, קיים סיכוי גבוה יותר לסבול מחרדה חברתית. בדיקות MRI מראות שוני במבנה המח של חולים הסובלים מחרדה חברתית.

גורמים התנהגותיים בחרדה חברתית, דומים לגורמים בחרדה ספציפית. ר' משה היה מאחר להגיע לשיבה, ובכל פעם שנכנס מאוחר הרגיש בושה או פחד, כך שהשיבה התקשרה לפחד, ואז כל פעם שעבר ליד הישיבה חש בחרדה, וממילא נמנע לבוא לשיבה. זה תהליך של למידה קלאסית. בלמידה קלאסית יש לפעמים הכלל, כך שכל הופעה בפני אנשים גורמת לר' משה לפחד.

גורמים קוגניטיביים משפיעים מאוד בחרדה חברתית. למטופל יש מחשבה לא רציונאלית שאנשים מתמקדים בו, הוא 'קורא מחשבות' ובטוח שאנשים דנים אותו לחובה, הם חושבים שהוא לא מוצלח או לא מוסרי. מחשבות אלה נראות קטסטרופליות, בלתי ניתנות להכלה וגורמות לחרדה.

ריפוי חרדה חברתית

הכלי המרכזי בריפוי חרדה חברתית, כמו בשאר החרדות, הוא הטיפול ההתנהגותי. הגורם לחרדה הוא הלמידה הקלאסית, החולה מקשר בין חרדה למצבים חברתיים. כמו בכל למידה קלאסית, היינו מצפים להכחדת הלמידה. היינו מצפים ש'י משה יגיע הרבה פעמים לשיבה, ואף אחד מתלמידי השיבה לא ילעג לו, וכך הקשר בין השיבה לחרדה ילך ויתפוגג והחולה ירפא. כל זה לא קורה משתי סיבות: הראשונה, ר' משה נמנע מלהגיע לשיבה, בגלל החרדה, ואין לו הזדמנות להכחיד את החרדה. הסיבה השניה, כשהוא מגיע לשיבה החרדה גבוהה מאוד ואז הלמידה נמשכת, והחרדה גוברת. לכן הטיפול מתחלק לשניים, לחשיפות ולטיפול קוגניטיבי. אנו בונים עם המטופל מדרג חרדות, החשיפה תתחיל מחרדה נמוכה, כגון לעבור ברחוב ליד השיבה. לאחר ההכחדה של החרדה ברמה הנמוכה, נעלה לרמת חרדה יותר גבוהה, להיכנס לשיבה כשאינן שם תלמידים, וכך בצורה הדרגתית נכחיד את החרדה.

תהליכים קוגניטיביים חשובים בריפוי חרדה חברתית, יותר מריפוי חרדה ספציפית. למטופל ישנן מחשבות אוטומטיות שצריך לאתגר, צריך לאתגר את המחשבה שהסיבה ממוקדת בו, יש לתקן את עיוות החשיבה של 'קריאת מחשבות', דהיינו שאנשים חושבים עליו שהוא מגוחך או אדם רע. צריך לשנות את הסכמה של תלות או חוסר כישורים חברתיים. בטיפול תרופתי משתמשים רק אם ה-CBT אינו מועיל והמטופל סובל מתפקוד חברתי ותעסוקתי פגום.

תאריך: _____

שאלון LSAS

הוראות: בתשובותיך לסולם הבא, התייחסי/י לשבוע האחרון, כולל היום. אם אחד מהמצבים לא התרחש בשבוע שעבר, דרגי אותו בהתאם לאיך שאתה חושב/ת שהיית נוהג/ת במצב זה. לגבי כל מצב דרגי הן את מידת הפחד או החרדה שהרגשת, והן את התכיפות בה את/ה נמנע/ת מהמצב.

הימנעות:	פחד או חרדה:	
0. אף פעם (0%)	1. כלל לא	
1. לפעמים (1 - 33%)	2. מעט	
2. לעתים קרובות (33 - 67%)	3. בינוני	
3. בדרך כלל (67 - 100%)	4. רב מאוד	
		1. להשתמש בטלפון בנוכחות אנשים
		2. להשתתף בפעילות בקבוצה קטנה
		3. לאכול בנוכחות אנשים
		4. לשתות בנוכחות אנשים
		5. לדבר עם בעל סמכות
		6. לפעול, להופיע או לדבר בפני קהל
		7. ללכת למסיבה
		8. לעבוד כשצופים בך
		9. לכתוב כשצופים בך
		10. לדבר בטלפון עם מישהו שאינך מכיר היטב
		11. לדבר פנים אל פנים עם מישהו שאינך מכיר היטב
		12. לפגוש אנשים זרים
		13. להשתין בבית שימוש ציבורי
		14. להיכנס לחדר שבו כבר יושבים אנשים
		15. להיות במרכז תשומת הלב
		16. לדבר בפגישה ללא הכנה מוקדמת
		17. להיבחן במבחן שבדק את כישוריך, מיומנותך או ידיעותיך
		18. לבטא אי הסכמה כלפי מישהו שאינך מכיר היטב
		19. להסתכל 'ישר בעיניו' של מישהו שאינך מכיר היטב
		20. לנאום לפני קהל (נאום שהוכן מראש)
		21. לנסות ליזום מפגש
		22. להחזיר מוצרים/סחורה לחנות כדי לקבל החזר כספי
		23. לערוך מסיבה
		24. להתנגד לאיש מכירות 'לחצן'

1. פאניקה

פאניקה, היא חרדה שמופיעה ללא סיבה. החולה נתקף בחרדה עזה המגיעה לשיא תוך כ-15 דקות, בלי שיהיה שום גירוי שיעורר את החרדה. מבחינה גופנית, החולה מרגיש סימפטומים גופניים, דפיקות לב, קוצר נשימה, סחרחורת, נטייה לעלפון. החולה מרגיש שהוא עומד לפני סכנה. הוא פונה לרופא או מתפנה לחדר מיון. הרופאים מרגיעים אותו, אבל החרדה לא מרפה ממנו. לפעמים הוא פוחד לצאת למקומות ציבוריים, וסובל מאגורפוביה (חרדת שווקים), החשש שלו, שמא הפאניקה תתקוף אותו ולא ידע איך לעזור לעצמו.

אבחון

אבחון של פאניקה עפ"י ה-DSM: החולה מרגיש חרדה עזה שהולכת ומתגברת המגיעה לשיא תוך כ-15 דקות. החולה פוחד שיקרה לו משהו נורא, הוא יכול למות, להשתגע או לאבד שליטה. בנוסף לזאת הוא מרגיש 4 תחושות פיזיולוגיות של חרדה, כגון: דפיקות לב, סחרחורת, קשיים בנשימה, בחילות, הקאות וכדומה. לאחר האבחון, לאחר מודדים את גובה החרדה בעזרת מדד באק לחרדות BAI, כמו בחרדה ספציפית. המדד עוזר לנו לבדוק עד כמה החיים של המטופל קשים, ואם הוא מתקדם בטיפול.

גורמי המחלה

גורמי הפאניקה קשים לפענוח, כיון שאין סיבה נראית לעין הגורמת לפאניקה, ההנחה היא שתהליכים ביולוגיים גורמים לפאניקה, והפאניקה אמורה להיעלם במשך הזמן, ואם זו לא יורדת, סימן שישנם תהליכים שמשמרים אותה, ואינם מאפשרים לה להעלם בתהליך טבעי. ישנם תהליכים קוגניטיביים שמשמרים את החרדה. אם המטופל חושב כל הזמן שהחרדה תחזור או תימשך עד שיתמוטט, החרדה מתגברת והולכת.

ישנם גם תהליכים התנהגותיים שמשמרים את הפאניקה. יש חולים שפחדים לצאת למקומות ציבוריים, כך שאינם נחשפים לפאניקה, ואין אפשרות להכחדה להוריד את רמת הפאניקה. כמו כן, אנשים נצמדים להתנהגות מגוננת, שאף היא משמרת את הפאניקה. הסובלים מפאניקה אינם יוצאים מהבית בלי בקבוק שתיה שיעזור להם במצבי חרדה. התנהגות מגוננת עוזרת אמנם בטווח הקצר, אבל לא לטווח ארוך. המטופל אינו מתנסה בחשיפה לחרדה והחרדה נשמרת ואינה נכחדת.

ריפוי הפאניקה

לטווח קצר, אפשר להשתמש בתרופות אנטי חרדתיות, העוזרות למטופל לשמור על רמת תפקוד סבירה במקרים של התקפי פאניקה. הטיפול לטווח ארוך כולל CBT, ואם הטיפול אינו עוזר, משתמשים ב-SSRI במשך מספר חודשים יחד עם CBT.

תהליכים קוגניטיביים בריפוי פאניקה כוללים שינוי מחשבה אודות התוצאות הגופניות והפסיכולוגיות. חולה בפאניקה סבור, בדרך כלל, שהוא יכול למות או להשתגע, בטיפול או משכנעים אותו שאין סכנה גופנית, ולא סכנה פסיכולוגית. שינוי זה עוצר את מעגל החרדה. כשעולה מחשבה אוטומטית על הסכנות, הוא משנה את המחשבה ועל ידי כך החרדה יכולה להיעצר, או לפחות לרדת בחומרתה.

שינוי התנהגותי. אם החולה נוטה להימנע מפעילות במקומות ציבוריים, או משכנעים אותו לשנות הרגל זה בהדרגתיות. שינוי ההרגל יחשוף אותו לפעילות שוטפת ויכחיד את החרדה. בנוסף, נשכנע את המטופל להפסיק להשתמש בהתנהגות מגוננת, לא לצאת מצויד במים, או בתרופות אנטי חרדתיות, כך שיוכל להיחשף לחרדה ולהכחיד אותה. בנוסף לזה, או מבקשים מהמטופל להיחשף לסימפטומים החרדתיים, כגון: דופק מהיר, או הרגשת מחנק, כך שאם הסימפטומים יופיעו הוא יהיה רגיל אליהם ולא יגרמו לחידוש הפאניקה.

תיאור מקרה פאניקה

יענקל, בחור בן 37, סובל מפאניקה. אובחנו אצלו סימפטומים קשים של חרדה, רעד בגוף, בחילות, דפיקות לב וסחרחורות, מלווים ברגש קשה של חרדה. זה קורה מספר פעמים ביום. החרדות החלו אצלו כשהתחיל בשידוכים, כשהיה באמצע פגישה, והסימפטומים היו כל כך קשים שנאלץ להפסיק את הפגישה. מאז טרם נפגש עם משודכות, קשה לו לנסוע באוטובוסים, אינו מסוגל לנהוג, הוא פוחד שהסימפטומים יזיקו לו, אולי יקבל התקף לב או חלילה ישתגע.

הטיפול בפאניקה הוא בעיקר התנהגותי עם שינויים קוגניטיביים מסוימים.

ליענקל יש מחשבות לא מציאותיות:

1. הסימפטומים הגופניים מעידים על מחלות גופניות.
2. ישנה סכנה שהסימפטומים יביאו איתם נזק גופני קשה, ואפילו מוות.
3. הסימפטומים יתפסו אותו בתוך המון הומה, ואז לא יוכל לתפקד.
4. אני אאבד שליטה ואעשה שטויות, אתחיל לרוץ או לצרוח כמו משוגע.
5. אני יכול להשתגע ולהתאשפז בבית חולים נפש, רחמי"ל.

אנו נסביר ליענקל שהמחשבות הלא מציאותיות שלו גורמות להגברת הפאניקה, ואם יחשוב בצורה מציאותית, החרדה תרד. נעזור לו לשנות את המחשבות בעזרת יומן מחשבות, שיראה את עצמו באופן מציאותי ומאוזן.

טבעה של החרדה לעבוד כמו פעמון, כלומר, החרדה מטפסת ועולה עד שהיא מגיעה לגובה מקסימלי, תוך 10 דקות בערך, ואח"כ היא מתחילה לרדת. זוהי הפונקציה הבריאה של חרדה, לפעול כמו פעמון, לטפס עד המקסימום ואח"כ לרדת. למשל כשאנחנו רוצים לחצות כביש סואן, או פוחדים פחד אמיתי, בודקים שוב ושוב, מצד ימין ומצד שמאל, חוצים את הכביש, ואז אין לחרדה שום תפקיד והחרדה יורדת. וכך אמורה הפאניקה לפעול, לעלות תוך 10 דקות לשיא ואז

להתחיל לרדת. אבל אם יש טעות קוגניטיבית שהחרדה לעולם לא תרד והיא מסוכנת, החרדה ממשיכה ולפעמים אף מתגברת בגלל המחשבות.

הרפיות הם כלי טוב לטיפול בפאניקה. ישנם הרבה סוגי הרפיה, הרפיה נשימתית, הרפיות שרירים מתקדמת, דמיון מודרך, קשיבות - מיינדפולנס. את ההרפיות יש לבצע שלוש פעמים ביום במשך 10 דקות, וגם בשעת התקף חרדה.

גם ספורט, כמו הליכה, וריצה, מסייעים להורדת החרדה.

חשיפה לסימפטומים היא טכניקה חדשה יחסית. לסובלים מחרדות בכלל ומפאניקה בפרט, ישנם סימפטומים גופניים, דפיקות לב, לחץ בחזה, רעד, סחרחורת, בחילות, כאבי בטן ועוד. לפעמים, יש למטופל סימפטומים כאלה מפעילות גופנית או משינויים סביבתיים, ואלה נקשרים לחרדה, ואם קורה למטופל מקרה שבו מופיעים הסימפטומים, הוא נתקף בחרדה כתוצאה מהסימפטומים, לכן טוב לעשות חשיפות לסימפטומים, כך שעצם הסימפטומים לא יגרמו לחרדה. לפעמים הסימפטומים שהופיעו עקב החרדה, הם גורמי הגברת החרדה, או שמשמרים אותה, ואינם מאפשרים ירידה טבעית של החרדה.

חשיפה נוספת נעשה ליענקל להימנעויות שלו מנסיעה באוטובוס ומנהיגה ברכב. המניעות שיש לאנשים שסובלים מפאניקה נובעות מחשש שמא יהיה להם התקף ולא יוכלו לעזור לעצמם (אי אפשר לרדת מהאוטובוס באמצע הנסיעה, ואי אפשר להמשיך לנהוג עם התקף פאניקה).

נתכנן חשיפות עם דירוג חרדות מנסיעה :

1. נסיעה לחמש דקות - 20 יח"מ.
2. נסיעה לעשר דקות - 40 יח"מ.
3. נסיעה לחצי שעה - 60 יח"מ.
4. נסיעה לשעה - 100 יח"מ.

נעשה לו חשיפה הדרגתית עד שהחרדה תרד ב-50% לפי יומן חשיפות.

עוד חשיפה נציע ליענקל בענייני שדוכים, נציע דרוג חשיפות :

1. לדבר עם חברים על שידוכים - 20 יח"מ.
2. לשאול אברכים איך הכירו את נשותיהם - 40 יח"מ.
3. לבקש רשימות שדכניות - 60 יח"מ.
4. להציע שידוך לחבר מדמיון - 70 יח"מ.
5. לבקש שידוך בשבילו ללא פגישה - 80 יח"מ.
6. לבקר בבתי מלון כשישן פגישות בלובי - 90 יח"מ.

וכך נמשיך איתנו בחשיפות עד שהחרדה תרד, יש להניח שבשעת הפגישה החרדה תצוף, אבל אם
יתמיד בחשיפות, החרדה יכולה לרדת לרמה נסבלת.

שם: _____

תאריך: _____

B A I

בשאלון זה יש רשימת סימפטומים של חרדה. קרא/י בקפידה כל פריט ברשימה וסמן/י עד כמה היית מוטרד/ת מכל סימפטומים וסימפטומים במהלך השבוע האחרון כולל היום, על ידי הצבת X במקום המתאים:

3 באופן חמור, בקושי עמדת בו	2 בממוצע זה היה מאוד לא נעים אך עמדת בו	1 זה לא הטריד אותי יותר מידי	0 בכלל לא		
				חוסר תחושה או תחושת עקצוץ	1
				הרגשת חום	2
				נענוע ברגליים	3
				חוסר יכולת להרגע	4
				פחד שהגרוע מכל יקרה	5
				סחרחר או קל ראש	6
				הלמות לב או קצב לב מחיר	7
				חוסר יציבות גופני	8
				מפחד – תחושת אימה	9
				עצבני	10
				תחושת מחנק	11
				רעד בידים	12
				חוסר יציבות רגשי	13
				פחד מאיבוד שליטה	14
				קושי בנשימה	15
				פחד ממוות	16
				פחד	17
				הפרעות עיקול או חוסר נוחות בבטן	18
				תשוש/רפה/חלש	19
				הסמקה בפנים	20
				הזעה (לא בגלל חום)	21

סיכום: _____

אבחנה: _____

ז. כפייתיות

מאז פרסום ה-DSM V מדובר על מספר מחלות שמאורגנות בקומפלקס OCD:

1. טורדנות כפייתית; 2. חרדה כללית; 3. היפוכונדריה; 4. עיוות בראיית מבנה הגוף; 5. טרכתולומניה - תלישת שיער כפייתית.

מחלת ה-OCD עוברת תהפוכות בשנים האחרונות. בעבר הוגדרה המחלה כחלק ממחלות החרדה, החולה סובל מחרדות שבאות לידי ביטוי בצורה של מחשבות טורדניות. ליוסי היו מחשבות טורדניות שלא התפלל כראוי, מחשבות שגרמו לו חרדה, וכשחזר והתפלל שוב ושוב והרגיש שתיקן את תפילותיו כראוי, החרדה ירדה. לאחרונה יש הסבר שונה למחלה, וזו הגישה של ה-DSM V, היום, ההסבר של המחלה הוא: קומפלקס של OCD, הגדרת הבעיה אינה חרדה, אלא צורך באישור.

הצורך באישור מוסבר במבנה המוח האנושי. בחקר המוח מצאו מקום במח שממונה על האישור שפעילות האדם בוצעה כראוי, כגון כאשר אדם צועד לקראת דלת, כשהוא מגיע לדלת, ישנו אישור המגיע מהמוח שאכן הוא ביצע את המטלה. וכן, אדם הנוטל ידיים, בסוף הנטילה, ישנו אישור שהנטילה בוצעה כראוי ואין צורך להוסיף ליטול ידיים. אם ישנה בעיה במח בחלק שנותן את האישורים, החולה לא מקבל אישור כראוי, ולכן הוא נוטל את ידיו שוב ושוב עד שבסוף האישור מגיע. אדם מרגיש שלא בנח כאשר לא מגיעים אישורים על כל מיני פעולות שעושה. כגון, במקרה שבדק פצע בפנים ולא הגיע האישור, הוא בודק שוב ושוב את הפצע, עד שבמקרה מגיע אישור ובכך הוא הופך להיפוכונדר.

אבחון המחלות בקומפלקס הכפייתיות

אבחון ה-OCD לפי ה-DSM מתחלק לשנים: אובססיה וכפייתיות. האובססיה היא מחשבה טורדנית שמציקה למטופל, כגון חולה שמרגיש שלא נטל ידיים כראוי, וידיו מלוכלכות ויש בהן חיידקים, או שלא נטל אותן על פי ההלכה, שהמים לא הגיעו לכל מקום. הרבה פעמים הוא מבין שחששותיו מוגזמות, אך המחשבה הטורדנית אינה מרפה.

הכפייתיות היא פעולה שהחולה מבצע שוב ושוב עד שיירגע. לאחר שהחולה אובחן כסובל מכפייתיות, אפשר למדוד את רמת הכפייתיות בעזרת מדד בראון מאוניברסיטת ייל - YBOCS, שבדק עד כמה המטופל חולה, ואם הטיפול עוזר להוריד את החרדה. כמחצית הסובלים מ-OCD סובלים גם מדיכאון, ולכן מודדים גם את רמת הדיכאון ב-BDI (בן ארוש 2011).

אבחון של GAD (חרדה כללית) הוא דאגנות סביב בעיות רגילות, אלא שהחולה מגיב בצורה קיצונית לבעיות רגילות, הבעיה עולה שוב ושוב ברומינציה מחשבתית (העלת גרה מחשבתית). המחלה מלווה בסימפטומים נוספים, עייפות רבה, מתיחות בשרירי הגוף, קשיי הירדמות וכו' (אורנג' 2011).

טרכתולומניה, היא תלישת שיער חוזרת ונשנית עד שהחולה נרגע. פעמים רבות נפערות קרחות מכוערות בשיער הראש או הזקן, דבר הגורם לבושה חברתית והפרעה ניכרת בחיי היום יום.

הגורמים למחלה

הגורם הביולוגי בספקטרום הכפייתי נמצא ברור בחקר המח. מקום מסוים בצרבולום במח אינו מתפקד כראוי אצל החולים. חוסר בסרטונין או עודף בדופמנין גורם לליקוי באותו מקום בצרבולום, ולכן יש צורך כפייתי לחזור שוב ושוב על פעולות חסרות תוחלת. לפי התאוריות החדשות, כדי לזכות באישור, ולפי התאוריות הקלאסיות, כדי להוריד את החרדה (נוימן 2010).

גורמים קוגניטיביים תופסים מקום פחות חשוב בהסבר המחלה. עיוות קוגניטיבי מסוים הוא התמקדות באפשרות שהחולה עומד בפני סכנה, אלו אנשים להם סכמה של מסוכנות. תפיסה זו גורמת למחשבות אובססיביות אודות סכנות אלה. חולה חרדי חושש שלא התפלל כראוי, חולה אחר, חושש שהעולם מלא חיידקים, אחר חושש ממחלות, ולכן הם נוקטים בפעילות כפייתיות שאמורה להפחית את החששות. ההיפוכונדר הולך שוב ושוב לבדיקות רפואיות, אחר מתרחץ עד שנרגע, והדתי מתפלל עוד ועוד עד שיוצא ידי חובה (דורון 2011).

הגורם המרכזי ב-OCD, הוא התנהגותי. לפי תאוריית הלמידה, OCD דומה לכל חרדה הנוצרת בתהליך של למידה קלאסית. אדם שיצא מהשירותים ונגע בידית הדלת, אולי הרגיש רטיבות בידית, הוא נגעל, וקפצה לו מחשבה שהידית מלוכלכת ויש בה חיידקים, וכך נוצר קשר בין ידית לכלוך. כל פעם שנוגע במשהו הוא חרד אולי ידיו מלוכלכות ואז שוטף את ידיו, החולה נרגע ומרגיש טוב. הרגשה זו, לפי תאוריית הלמידה האופרנטית היא חיזוק שלילי, חיזוק משום שיש לו הרגשה טובה שהחרדה ירדה, ושלילי משום שהחיזוק הוא שלילה של סבל (ולא חיזוק חיובי, שזה קבלת פרס, כמו ילד שמקבל סוכריה כל פעם שלומד), ולכן כל פעם שיעלו מחשבות טורדניות אודות לכלוך, המטופל ישטוף ידיו עוד ועוד עד שיירגע (קרסון 2001 עמ' 284).

לפי התאוריות החדשות של OCD, למטופל יש צורך חולני לקבל אישור, ומנגנון האישור שלו אינו פועל כראוי, וגם אם ביצע פעילות כראוי, אינו מקבל אישור בכל פעם. פעמים רבות מקבל אישור על כל מיני פעולות שעשה, הזיז את ידו למקום נכון, או גרד את ראשו וקיבל אישור, ובמקרה באותה הזדמנות גם רחץ את ידיו, לפי תאוריית הלמידה האופרנטית, רחיצת ידיים גרמה לחיזוק חיובי – קבלת האישור, ואז לומד לרחוץ ידיים עוד ועוד, עד שיקבל במקרה אישור (על פעולה כלשהיא אחרת כמו הזזת היד או גירוד בראש), כך המטופל לומד לשטוף ידיים עוד ועוד, עד שמקבל אישור. לפי תאוריה זו החיזוק הוא חיובי – קבלת אישור.

הגישה הקוגניטיבית מסבירה את הבעיה שיש בתאוריות החדשות. התאוריות החדשות מסבירות איך לומד החולה לעשות את הכפייתיות, לפי התאוריה האופרנטית של סקינר – ע"י חיזוק חיובי. אך מדוע נוצרות מחשבות טורדניות, הרי הן לא עוזרות לקבל אישור. הגישה הקוגניטיבית מסבירה שהחולה משתומם מדוע הוא עושה מעשים כפייתיים חסרי פשר, מדוע הוא שוטף ידיו עוד ועוד, החולה מגיע למסקנה שכנראה ידיו אינן נקיות ועליו לשטוף אותן עוד ועוד עד שיהיו נקיות, אלא שלמעשה הוא שוטף אותן עד שמקבל אישור.

ריפוי המחלה

ריפוי ה-OCD נעשה בשילוב של CBT עם טיפול תרופתי. הטיפול התרופתי עוזר לרפא את תפקוד המוח. ממליצים למטופל על SSRI, שמעלה את רמת הסרוטונין במוח ועוזר בריפוי החרדה, לתיאוריה הקלאסית, ולפי תיאורית האישור, הוא מעלה את יכולת האישור במוח. אם המטופל או מישו מבני משפחתו סובלים מ'מיתקים', אפילו ברמה נמוכה, זה מעיד על רמה דפומרית גבוהה, ואז המטופל יקבל תרופות להורדת רמת הדופינמין במוח. התרופות עוזרות ברמה מסוימת, אבל עם הפסקת הטיפול התרופתי המחלה חוזרת, ולכן יש להוסיף טיפול CBT, שעוזר ב-80% מהמקרים לרפא את המחלה, או לפחות להפחית את הסימפטומים ברמה גבוהה (נוימן 2010, בן ארוש 2011).

מניעת תגובה וחשיפה ERP

הטיפול ב-CBT לריפוי OCD מבוסס על מניעת תגובה וחשיפה, כלומר, כשהמטופל שם לב שיש לו מחשבות כפייתיות, הוא אינו מגיב למחשבות. אם הוא חושש שידידו מלוכלכות, אין הוא מגיב למחשבה, אינו נלחם בה, אלא נשאר אתה עד שהיא עוברת. לפי תאוריית החרדה, הלמידה הקלאסית שקשרה בין המחשבה לחרדה נכחדת, כיון שמניעת התגובה למחשבה וההתרגלות אליה מכחישה את הקשר החרדה למחשבה. אומנם לוקח זמן עד שהמחשבה חולפת, אבל לא יותר מהזמן שעובר עד שהמחשבה חולפת על ידי אין סוף פעולות של רחיצת ידיים.

החלק השני הוא חשיפה. המטופל נוגע בכוונה בידית דלת השירותים, מתוך ידיעה שמחשבות טורדניות יעלו בראשו, ובכל זאת לא ירחץ את ידיו. גם חלק זה עוזר למטופל בהרגשה הטורדנית ובתהליך ההכחדה של הלמידה (קרוסון 2001 עמ' 286).

גם לפי תאוריית האישור, הטיפול מבוסס על מניעת תגובה וחשיפה. בכל פעם שהוא עושה טקסים כפייתיים, החולה מחזק את הלמידה, ואם אינו מבצע את הטקס ואינו מקבל אישור שיחזק את הטקס, הוא אינו מקבל מאישורים, אלא לומד לחיות עם החסר ואין לו צורך בפעילות כפייתית.

תיאור מקרה OCD בתורשה

האבא, ר' צבי הירש שליטי"א, ראש כולל חשוב בירושלים, נצר למשפחה חשובה ועשירה, סובל מכפייתיות. בבוקר הוא יוצא מהבית רק לקראת חצות היום, הוא עסוק בסידור העניבה והפראק, בזווית המגבעת וקשירת הנעלים, בסידור הזקן, הפיאות והבלורית המדולדלת. את תפילת שחרית גומר סמוך לשקיעה, יחד עם מנחה, כיון שאינו מסוגל לכוון בשמונה עשרה בברכת אבות. ערבית הוא מסיים בשעה 3 לפנות בוקר, ובליל שבת הוא מעיר את הילדים לשמוע קידוש. למרות הקושי שלו, הוא אדם שמח, 'זה מה שיש ועם זה ננצח את היצר'. הוא אמר לאשתו 'אני מבין שקשה לך מאוד אתי, כל מה שתבקשי – תקבלי. את צדיקה ואינך צריכה לסבול בגללי'. בתחילת הטיפול מצבו היה קשה ביותר [45 YBOCS], הוא קיבל טיפול תרופתי, אבל לא ביצע את רוב החשיפות. לאחר מס' חודשים מצבו הוטב מעט, הוא החל להטיל ספק בחלק מהמחשבות הטורדניות שלו, היה שיפור קל [35 YBOCS].

לאחר שנתיים, התקשרה הרבנית, בנם הבכור חגג בר מצוה וקשה לו להתפלל, הוא מתאמץ מאוד להתפלל נכון ובכוונה ואינו מצליח. לאחר התפילה הוא סחוט מרוב מאמץ, ובוכה משום שחושש שלא יצא ידי חובה. בפגישה משפחתית עם ההורים והבן, אמר האבא לבן, תשמע לכל הוראה של הרב לוינזון, זה בדיוק לפי ההלכה, אל תשנה ימין ושמאל. הבן מעריך את אביו כתלמיד חכם וכפוסק, וסמך עליו וביצע את כל התרגילים וביצע אותם בדיוק.

הטיפול עם הבן הצליח. להלן הניטור בתחילת הטיפול, כעבור 3 שבועות, ובסוף הטיפול. האובססיה והקומפולסיה נמדדו יחד:

סדר יום:		תחילת הטיפול:		כעבור 3 שבועות:		בסיום הטיפול:	
זמן:	עוצמה:	זמן:	עוצמה:	זמן:	עוצמה:	זמן:	עוצמה:
תפילת שחרית	180 דקות	80 יח"מ	120 דקות	60 יח"מ	60 דקות	30 יח"מ	
ברכת המזון לאחר ארוחת בוקר	60 דקות	70 יח"מ	40 דקות	50 יח"מ	20 דקות	20 יח"מ	
תפילת מנחה	60 דקות	80 יח"מ	30 דקות	60 יח"מ	20 דקות	20 יח"מ	
תפילת ערבית	120 דקות	90 יח"מ	60 דקות	60 יח"מ	30 דקות	30 יח"מ	
ברכת המזון לאחר ארוחת ערב	60 דקות	70 יח"מ	30 דקות	50 יח"מ	15 דקות	30 יח"מ	
ק"ש על המיטה	120 דקות	70 יח"מ	60 דקות	40 יח"מ	30 דקות	10 יח"מ	

את בנו של ר' צבי הירש, הצלחתי להפעיל, הוא עשה את תרגיל מניעת תגובה וחשיפה. ביקשתי שיעשה אותם באופן הדרגתי, זה בהתאם לתאוריית החרדה של ה-OCD, אמנם לפי תאוריית האישור אין צורך בהדרגתיות, אבל אין זה מזיק אם החשיפות הן הדרגתיות, ההדרגתיות מקילה על המטופל בחשיפות ובמניעת התגובה.

במפגש הראשון ביקשתי שיקצר את זמן התפילה וברכת המזון, או שיתפלל מהר, או שיפסיק כשהגיע הזמן. לקראת המפגש השני הצליח לרדת בהתאם להנחיות - שחרית 120 התפלל דקות, ברכת המזון במשך 50 דקות. עד המפגש השלישי, כפי שאפשר לראות בניטור, ברכת המזון התקצרה ל-40 דקות ותפילת שחרית לשעתיים, לקרת המפגש הרביעי, ברכת המזון ירדה ל-30 דקות. ותפילת שחרית ל-90 דקות. כעבור חודש קבענו את המפגש החמישי והאחרון, תפילת שחרית ירדה לשעה דקות ועוצמת המצוקה ירדה ל 20-30 יח"מ.

בהנחיות למניעת מעידה שעושים בסיום הטיפול, בקשנו מהבן שיבדוק כל שבוע אם זמן ברכת המזון התארך, אם כן, הוא חייב לחדש את מניעת התגובה ואת החשיפה, למשל בשעה 10 בערב, למרות שאינו רגיל לאכול סעודה בשעה זו, יאכל ויכניס את עצמו לברכת המזון כדי שייחשף למצב בו יברך מהר, כך שהחרדה מברכת המזון מהירה תרד.

ה. פוסט – טראומה

חרדה פוסט – טראומתית PTSD

חרדה פוסט טראומטית, היא חרדה בעקבות טראומה קיצונית שאדם חווה, כגון סכנת חיים או אונס. החוויה היא סובייקטיבית, כמו מקרה של אשה שידה נתפסה במיטת קיר מתקפלת, היא נפלה ולא יכלה לשחרר את היד ולא לטלפן לעזרה, היא שכבה על הרצפה במשך מספר שעות מבלי יכולת לזוז וחשבה שהיא עומדת למות. חולים אלו חשים את חוויות האירוע שוב ושוב, הם נמנעים ממצבים שמזכירים להם את האירוע וסובלים מעוררות יתר. רבים מהם אלה מתעוררים בלילה מחלומות בהלה, או נבהלים במשך היום מקולות, מראות, או ריחות שמזכירים להם את האירוע. חרדה זו מפריעה להם בתפקוד היומיומי. כמחצית החולים ב-PTSD סובלים גם מדיכאון (נקש 2011).

אבחון

לפי ה-DSM (APA 1980), חולה פוסט טראומטי הוא מי שעבר חוויה מסכנת חיים וחשש ממוות או מפגיעה רצינית ביותר, בניגוד לטראומה רגילה שהמטופל נפגע, אבל לא חש בסכנה כל כך קשה. בטראומה רגילה, המטופל סובל מחרדה רק אם נחשף למקור הטראומה, כגון אם נפל ממדרגות, הוא פוחד ממדרגות. ב-PTSD, סובל החולה מחודרנות של האירוע ללא גירוי, הוא מרגיש שהוא באירוע באמצע השינה ומתעורר בחד, או נתקף חרדה באמצע היום, וכמו בכל טראומה, הוא נמנע ממצבים שמזכירים לו את הטראומה. בנוסף לכך, הפוסט טראומטי סובל מעוררות יתר, ולפעמים כל רעש חריג, גורם לו חרדה קשה. לאחר שהמטופל אובחן ב-PTSD, ישנם כלים למדוד את רמת החרדה. מדד PSS מודד את רמת החרדה ע"פ הסימפטומים של ה-DSM. ישנו כלי נוסף, פרוטוקול PE שפיתחה ד"ר עדנה פואה, שחושפת את המטופל פעמים רבות לאירוע ואז הסימפטומים יורדים (פואה).

גורמי המחלה

הגורם הביולוגי הוכח במחקרי מח. האמגדלה הוא מרכז החרדה במח, צורתו כשני אפונים והוא קולט סימני סכנה ומזהיר את המח, והמח מגיב בחרדה הגורמת לאדם לנקוט אמצעי זהירות. במקרה רגילים, בחלוף הסכנה, האמגדלה חוזרת לפעילות שוטפת, וגורמי הסכנה מאוחסנים בזיכרון הרגיל. הגישה הנרטיבית טוענת שבמקרה של PTSD התגובה לטראומה מאוד חריפה ומבולבלת, היא משפיעה על האמגדלה, וגם בחלוף הסכנה אין הוא חוזר לפעילות רגילה, האירוע אינו מאוחסן בזיכרון הרגיל, אלא נשאר באמגדלה, כאילו האדם נמצא כל הזמן במצב הטראומטי, ולכן חווה חודרנות ללא צורך בגירוי שיעלה את הטראומה מהזיכרון, הוא נמצא כל הזמן בעוררות יתר, ומגיב בחרדה לכל גירוי שיש לו קשר אסוציאטיבי כל שהוא לאירוע (נוימן 2011 עמ' 344).

הגורם ההתנהגותי מסביר מדוע החולה אינו חוזר לסדר יומו הרגיל ואינו מצליח להתרגל לחרדה. ישנם מצבים רבים שדומים באלמנטים מסוימים לאירוע. אדם שנפגע בתאונת דרכים, למד לפחד ממכונית ונהיגה, הוא נכנס לחרדה בעקבות רעשים, קולות ומראות שדומים לתאונה. באבחון יש דגש על סימפטומים של המניעות שמשמרים את למידת החרדה לאורך זמן (נקש 2011).

התהליך הקוגניטיבי שהפוסט-טראומטי עובר משנה לגמרי את תפיסתו העצמית. הוא מרגיש אשם, שבגללו קרה האירוע הטראומטי. בתאונת דרכים, הוא מאשים את עצמו שלא נהג בזהירות, לא ויתר מספיק, לא בדק אם הרכב תקין. במקרה שאחרים נפגעו יותר ממנו, או מתו, יש לו אשמת השרדות, מדוע הוא נשאר בחיים ואחרים מתו. האימון שלו באנשים יורד, אנשים שלחו אותנו למקום שנפגע, זה קורה בעיקר בהלומי קרב, החולה מחליט שאי אפשר לסמוך על בעלי סמכות, ההחלטות שלהם שגויות ומסוכנות. עוררות יתר מקשה על המטופל ליצור יחסים קרובים ואינטימיים עם הסביבה, הוא נשאר בודד, מדוכדך ומדוכא (ריסקי ודרבי).

ריפוי המחלה

כיצד מטפלים ב- CBT בסובלים מ- PTSD

1. הגישה הנרטיבית

הגישה הנרטיבית מנסה לארגן את האירוע מזיכרון טראומתי חסר סדר וחסר פרטים לסיפור מלא ומסודר, כדי שהאירוע יעבור מהאמגדלה לאחסון רגיל בזיכרון. המטופל מארגן את הסיפור מתחילת הפעילות בה היה האירוע ועד סוף הטיפול הראשוני באירוע. אצל אדם שנפגע בתאונת דרכים, הסיפור יתחיל מתחילת הנסיעה ועד החזרה מבית החולים או הפינוי מחדר המיון.

הסיפור ינסה לגעת בכל הפרטים, כולל מראות, צבעים, רעשים, מחשבות ורגשות. לא פעם יקרה שחלקים מהסיפור נשמטו, המטופל ינסה למלא את החסר דרך אנשים אחרים שהיו באירוע. המטופל כותב את הסיפור וקורא אותו עד שהתמונה ברורה לו, תמונה שיכול לעבד ולאחסן בזיכרון.

2. הגישה הקוגניטיבית

גישה זו מנסה לתקן עוותי מחשבה שנוצרו בעקבות הטראומה. בדרך כלל המחשבות הן אודות הסכנות שאורבות לאדם בעולם. המחשבות בדרך כלל מוגזמות מאוד. יש כאלה שיש להם מחשבות אשם, אולי הם אשמים באירוע הטראומתי, ומדוע דווקא הם שרדו ואחרים נפגעו או מתו. ישנם נפגעים שאיבדו את האמון באנשים אחרים, וקשה להם לחזור לקשרים חברתיים, אחדים מהם מאבדים את התקווה לעתיד וסובלים מדכאון נוסף ל-PTSD.

3. הרפיות

המתח והחרדה הם הסימפטומים המרכזיים ב-PTSD. מחקרים רבים מראים שהרפיה היא כלי מצוין להורדת חרדות באופן כללי, ובמיוחד לסובלים מ-PTSD.

4. חשיפות בדמיון

גם לפי גישה זו המטופל מסכם את האירוע לפרטיו, כולל רגשות ומחשבות, וכן מראות, קולות וריחות. מדובר בסיכום שגורם לחרדה, ובדרך כלל המטופל נמנע מלחשוף עצמו לסיפור ולכן החשיפה מדורגת.

כידוע דווקא ע"י חשיפה מדורגת לגורם מעורר החרדה, החרדה יורדת עם הזמן.

5. חשיפה חיה

מדובר בהימנעויות מאירועים שמזכירים את המצב הטראומתי. מי שעבר תאונת דרכים נמנע מנסיעות או נהיגה במכונית, מי שנפגע במסעדה נמנע מלבקר במסעדה. גם כאן החשיפה המדורגת למקורות החרדה, מפחיתה את החרדה ומאפשרת חיים תקינים.

תיאור מקרה פוסט טראומה

שילה, אברך חמודות בן 32, נשוי, יש לו חמישה ילדים, אשתו גנת, הוא עבר אירוע טראומטי כשלמד עם החברותא שלו, אבנר, ואובחן כסובל מפוסט טראומה, היום הוא לומד בכולל שמכשיר רבנים ודיינים, לומד טוב, מצליח בבחינות, אבל מרגיש מתח רב בשעות היום, כל כעס או צעקה מקפיצה אותו ולוקח לו זמן להירגע. מחלות רבות מפחידות אותו, הוא נמנע מלקרוא קטעים בעיתון המתארים מחלות או גילויים רפואיים, ואינו מדבר על הנושא עם חברים. מה שמקשה עליו ביותר, הוא שאינו מסוגל ללמוד סוגיות בהן דנים על מוות, פציעות או מחלות, כך שהדבר פוגע גם בלימודים שלו. לפני שנתיים, החברותא שלו קיבל התקף אפילפטי, הוא טלטל עצמו מצד לצד, נופף בידי וברגליו ופלט קולות משונים. שילה פחד שחברו ימות, הוא רעד בכל גופו והקיא. מאז התמונה חוזרת אליו, בלילה, לפעמים הוא מתעורר עם סיוטים, וביום, פעמים רבות הוא מרגיש שהוא נמצא באירוע עצמו, כל גופו רועד, מרגיש בחילות וחרדה קשה.

הטיפול עם שילה התחיל בתרגולי הרפיות, כיון שסבל מעוררות יתר קשה וסימפטומים גופניים, ההרפיות עזרו לו להוריד את הסבל הביולוגי. ההרפיות הן גם הכנה לחשיפה בדמיון של האירוע, כדי שהחשיפה לא תהיה גדולה מדי, הוא אמור לעשות הרפיות אם העוררות בשעת החשיפה תהיה גבוה מדי, יותר מ-70 יח"מ (יחידות מצוקה, המדד הוא סובייקטיבי, כלומר, לפי הרגשתו של המטופל).

שלב שני בטיפול הוא חשיפות להמנעויות של שילה. נבקש ממנו להכין מדרג חשיפות ולהוריד את החרדות וההימנעויות בעזרת יומן אירועים.

מדרג חשיפות:

1. לקרוא בעיתון חומר על מחלות - 20 יח"מ.
2. לדבר עם אנשים על מחלות - 40 יח"מ.
3. לקרוא עלונים על איסוף כספים למען חולים קשים - 60 יח"מ.
4. לבקר בקופת חולים ולשוחח עם אנשים על המחלות שלהם - 80 יח"מ.
5. לבקר בבית חולים - 90 יח"מ.

החשיפות יעזרו לשילה להיכנס לחיים רגילים ולהוריד את רמת החרדה.

שלב שלישי, הוא חשיפה בדמיון. שילה יקליט את סיפור המקרה בפרוטרוט, כולל מראות, מחשבות, רגשות, תחושות פיזיולוגיות, קולות וריחות, עד שירגיש ממש באירוע, ויחשף להקלטה זו כל יום עד סוף הטיפול. בקטע הבא נשחזר חלק מהקלטת של שילה, בו תיאור של התחלת הטרומה.

שחזור האירוע

אבנר ואני לומדים בחברותא יותר משנתיים. אנו לומדים יחד בסדר שני, משעה 16.00 עד שעה 19.00 הלכות תערובות. הסוגיא שלמדנו ביום הטרואמה היתה בענין חתיכה הראויה להתכבד, בשולחן ערוך יורה דעה סימן ק"א סעיף ב', שחתיכה הראויה להתכבד אינה בטלה אפילו באלף. אבנר אמר סברא יפה, היתה לי קורת רוח מהלימוד.

השעה היתה שש אחרי הצהריים, בית המדרש היה מלא, המאחרים כבר הגיעו והמקדימים לצאת עדיין היו בבית המדרש. קול התורה נשמע ברעש כללי, היינו צריכים להגביה את הקול כדי שנשמע אחד את השני. היה זה בחודש טבת, בחוץ היה חשוך וירד גשם כבד, ובתוך בית המדרש היתה אורה וחמימות. לפתע נפתחה הדלת, קור עז חדר לבית המדרש מלווה קולות של ברד. אבנר שינה תנוחה, הזיז את ראשו בצורה פתאומית, ידיו התרוממו אל על, רגליו נעו בפראות, הוא זינק ממקומו והתחיל להתרוצץ בבית המדרש.

נבהלתי מאוד, חשבתי שאבנר הולך למות. אמנם שמעתי שאבנר סובל מהתקפי רעד ותזזית, אבל הפעם חשבתי שזה משהו אחר, נדמה היה שזה הסוף שלו. רציתי לעשות משהו שיעזור לאבנר, אך הרגשתי חסר אונים, פשוט הייתי משותק לא יכולתי לעשות כלום. אברכים אחרים התעשתו מהר, הם השכיבו אותו על ספסל, פתחו לו את החגורה, והעניבה כדי שיוכל לנשום בקלות, ואחרים התקשרו למד"א וליהצלה. רק אני הייתי קפוא, הקיבה שלי התהפכה, כמעט הרטבתי מפחד.

לפתע, אני שומע רעש של אמבולנס, כמו בסרט אני רואה את החובשים שבודקים את אבנר ומטפלים בו, משכיבים אותו על אלונקה והולכים.

ט. טיפול משפחתי

המשפחה היא יחידת השייכות המרכזית של האדם. לפני דורות רבים, המשפחה המורחבת תפסה את המקום המרכזי, בדרך כלל היה מדובר ביחידה כלכלית וחברתית, שכללו את כל בני המשפחה בדרגת קרבה ראשונה: סבא – סבתא, דודים דודות, בנים ונכדים. התמיכה ההדדית היתה רשת ביטחון שתמך בבני המשפחה.

היום, היחידה המשפחתית היא המשפחה הגרעינית, ההורים והילדים. רשת הביטחון הצטמצמה, ולכן התמיכה צריכה להיות הרבה יותר אינטנסיבית. במידה ואחד מבני המשפחה אינו ממלא את תפקידו כראוי, הפגיעה היא חמורה. משפחות שאינן מתפקדות כראוי גורמות לירידה ניכרת באיכות החיים, בני המשפחה נמצאים במתח מתמיד, עסוקים במריבות ואיכות החיים שלהם נמוכה, רמת התפקוד הכלכלי והחברתי ירוד, יש להם בעיות תעסוקה ולילדים בעיות לימודיות. הם נתונים לדחק מתמשך, שגורם להתפרצות של מחלות גופניות ומחלות נפשיות. לחצים משפחתיים, גורמים לעליה ברמת הסוכר, הכולסטרול ולחץ הדם. במשפחות אומללות, ישנן מחלות של דיכאון וחרדות, ולעיתים התפרצויות פסיכיות. המשפחה המודרנית נמצת במשבר, ישנה עליה במספר מקרי הגירושין, הלחץ על ילדי הגירושין הוא קשה, והרבה משפחות הן חד הוריות שסובלות ממצוקות כלכליות וחברתיות.

אבחון בעיות במשפחה

אנו נעשה את האבחון המשפחתי עפ"י שלושת התאוריות המרכזיות בטיפול משפחתי. התאוריה המבנית של סלודור מנושין, התאוריה הרב דורית של בואן, והתאוריה ההומניסטית של וירגיניה סאטור.

התאוריה המבנית

התאוריה המבנית אומרת שמשפחה שאינה בנויה נכון בקשרים שלה עם הסביבה ובתפקוד של כל אחד מבני המשפחה, אינה עונה על צרכי חברי המשפחה ולפחות אחד מבני המשפחה יהיה החולה המזוהה (IP), למרות שכל המשפחה חולה, אצל אחד מבני המשפחה הבעיה תהיה בולטת ומזוהה יותר.

גבולות חברתיים. לכל משפחה יש קשרים חברתיים עם הסביבה, הילדים לומדים בבית הספר, ההורים יוצאים לעבודה, לבני משפחה יש ידידים וחברים ויש קשר לבית הכנסת או לחסידות. קשרים אלה הם בריאים והכרחיים, אולם הם צריכים להיות בתוך גבולות מסוימים. קיימים שלושה סוגי גבולות: גבולות פתוחים, גבולות סגורים וגבולות פרוצים. בגבולות סגורים, המשפחה אינה מאפשרת לסביבה להתקרב אליה, ההורים אינם משתפים פעולה עם בית הספר, לא באים לאסיפת הורים, לא מתעניינים מה הילדים עושים בבית הספר, ולא מתייחסים למכתבי המורים. בגבולות פרוצים, בכל בעיית לימודים ההורים מופיעים בבית הספר, יש להם הצעות רבות

לשנויים ולשיפורים, ומרוב התעסקות בבית הספר, להורים כמעט ואין פעילות פנאי. משפחה עם גבולות פתוחים יודעת לשמור על איזון נכון בין פעילות תוך משפחתית לפעילות חוץ משפחתית.

גבולות עם המשפחה המורחבת. למרות ירידת השפעתה של המשפחה המורחבת בעידן המודרני, עדיין יש לה חשיבות רבה ברמה החברתית וברשת הביטחון שהיא נותנת בשעת מצוקה. אולם הקשרים צריכים להיות עם גבולות פתוחים. משפחות עם גבולות פרוצים מרשות לעצמן התערבות יתר בנעשה אצל הזולת, הן מתערבות בחינוך הילדים, בבעיות בריאות ואפילו במשק הבית. בחגים תמיד מבליים יחד, גרים בשכנות צמודה, מתפללים באותו בית הכנסת ולפעמים מעורבים זה בזה מבחינה כלכלית. המשפחות המנותקות לעומת זאת, שומרות על קשר דל, לפעמים הקשר הוא טלפוני, ונפגשים אחת לשנה, לא מנסים לעזור בקשיים כלכליים או בריאותיים, ההרגשה היא שחברים יותר מעניינים מקרובי משפחה, כך שהמשפחה מפסידה משאב תמיכתי חשוב.

התפקיד במשפחה. אחד מגורמי המתח במשפחה, הוא הגדרת התפקיד של כל אחד מבני המשפחה. אם בן משפחה אינו ממלא את תפקידו כראוי, הוא מערער את שיווי המשקל של המשפחה. אם הילדים אינם לומדים כראוי בבית הספר, האיזון בבית מופר, ההורים נאלצים להקדיש זמן ומאמץ רגשי, בעימות עם הילדים. אם האמא אינה מנהלת את משק הבית כראוי, הבית מוזנח, אין בישולים וישנן בעיות ניקיון. אם האבא אינו מביא הכנסה, הלחץ הכלכלי נותן את אותותיו בכל תחומי החיים. אחד ממוקדי המתח במשפחה הוא ויכוח על התפקיד, מי צריך לעשות מה, והאם התפקיד מבוצע לשביעות רצון ולפי הנורמות של שאר חברי המשפחה.

הכח במשפחה. השאלה מי בעל הכח, מי שולט ומי מחליט, גורמת לאי הבנות רבות. בהיררכיה המשפחתית, עם הקמת המשפחה, הסמכות והכח הם בידי ההורים, ובמשך הזמן, נותנים ההורים לילדים יותר סמכות וכח, לפי רמת התפתחותם, והגמ' אומרת: "לעולם אל יטיל אימה יתרה בתוך ביתו". משפחות שאין בהן חלוקת כח סבירה, בעלי כח יתר סובלים מחרדות וכעסים, כיון ששאר בני המשפחה אינם ממלאים את פקודותיהם, וחסרי הכח סובלים מדיכאון, כיון שאינם יכולים להביא לביטוי את רצונם. אם בעל הכח סובל מחרדה, כל המשפחה נמצאת בדחק.

התאוריה הרב דורית

בוהאן מבעלי הגישה הרב דורית בנה את הג'נוגרם שעוזר לנו לאבחן בעיות משפחתיות ע"פ מבנה משפחות המוצא, לפחות בשני דורות. משפחות שסבלו בעבר ממתחים או גירושין, מנבאות בעיות דומות בעתיד אצל הילדים.

מאבק על אינטימיות. אחד הקשיים במשפחה הוא המאבק על רמת האינטימיות, בשפה עממית אנחנו אומרים 'כולנו ביחד', עד כמה לחיות ביחד באופן אינטנסיבי, מבילוי רגיל ועד ליחסי אישות.

קואליציות. פעמים ששנים מחברי המשפחה, או יותר, קושרים קשרים חזקים, ואחרים נשארים בחוץ. אלה שנשארים בחוץ חווים קיפוח וחוסר בחוויה המשפחתית, הדימוי העצמי שלהם נפגם, וכך המתח המשפחתי עולה.

משולשים. המושג 'משולשים' מצביע על מצב קשה יותר, שבו שני חברי משפחה מתאחדים כדי להילחם בשלישי. כמובן שהשלישי נמצא בעמדת התגוננות וידו על התחתונה לעומת השניים

האחרים, וכתוצאה מכך הוא חי בדריכות והתגוננות ועלול לסבול מחרדות.

התאוריה ההומניסטית

הגישה ההומניסטית שמה דגש על שני אלמנטים במשפחה: הדימוי העצמי, ודפוסי התקשורת.

הדימוי העצמי. אחד מתפקידי המשפחה הוא לחזק את הדימוי העצמי של בני המשפחה, בתוך המשפחה ובחברה, 'אנו משפחה מוצלחת' (משפחת 'מצליח'). משפחה שמרבה בדברי שבח לחברי המשפחה, דומה לקדירה מלאה כל טוב, בשר וירקות ומרק, שכל בני המשפחה נהנים לאכול ממנה. משפחה שמבקרת או משפילה את חברי המשפחה, דומה לקדירה ריקה, שכל הסובבים אותה נשארים רעבים.

דפוסי התקשורת. דפוסי התקשורת במשפחה הם תוצאה של דימוי עצמי ושל רשת הכח במשפחה. הקשיים במשפחה נובעים לפעמים מתקשורת לקויה. דוגמאות לתקשורת לקויה: תקשורת סמכותית - כשבעל הכח מצווה לחברי המשפחה איך להתנהג ואינו נכנס אתם להידברות, לשאול מה דעתם. תקשורת צייתית - כשאדם בעל דימוי עצמי נמוך מבטל את עצמו ועושה ככל אשר מצווים עליו. תקשורת מפיית - אדם שמנסה לפייס את הזולת שלא יכעס חלילה. תקשורת מעומעמת - אדם שפוחד לומר את אשר על ליבו, ולכן מדבר בשפה לא ברורה ואי אפשר להבין את דבריו כראוי. בתקשורת בריאה אדם אומר את דעתו ומאפשר לאחרים להביע את דעתך, לפעמים מגיעים להסכמות ולפעמים כל אחד רשאי להישאר בעמדתו.

ריפוי בעיות במשפחה

הטיפול המשפחתי ב-CBT כולל 3 חלקים: קוגניטיבי, התנהגותי, וטיפול בסכמות. את הטיפול בסכמות, נציע במידה והטיפול הקוגניטיבי וההתנהגותי לא עזרו.

תהליכים קוגניטיביים. התהליך הקוגניטיבי הוא המפתח בטיפול משפחתי. נתאם עמדות והסכמות בין חברי המשפחה, חלוקת תפקידים, אימוץ נורמות, ומתן כח לכל אחד מבני המשפחה. אנו עושים שינויי מחשבות בקשר לדימוי העצמי של היחיד, הדימוי של הזולת והדימוי העצמי המשפחתי. התהליך הקוגניטיבי הוא הכלי המרכזי למלא את הקדירה החסרה במשפחה הלא מתפקדת.

תהליכים התנהגותיים. במקרים רבים הצלחנו לשנות את הקוגניציות המשפחתיות, אך במעבר מקוגניציה להתנהגות ישנן בעיות. למשל, המשפחה מסכימה שבליל שבת עדיפה שירת זמירות משפחתיות, אבל ברמת הביצוע אין שינוי. אנו נציע כלים התנהגותיים לשינוי, כלים שיכחידו את הלמידה של התנהגויות לא רצויות. נבדוק מהם החיזוקים להתנהגויות אלה, ובמקומם נחזק התנהגויות פונקציונאליות שרצויות לכל חברי המשפחה.

מטפל התנהגותי יתכן את הטיפול בצורה ברורה, כך שכל בני המשפחה יודעים בדיוק מה המשימה. למשל, המטפל ישאל איזה שיר המשפחה רוצה לשיר מתוך הזמירות, לאחר שכל אחד מציע שיר משלו, הוא עוזר להם להגיע להסכמה, ולאחר מכן מגיעים להסכמה על המנגינה ולבסוף מחליטים באיזה שלב בארוחה הם שרים את השיר. עצם העובדה שלכל אחד ישנה אפשרות

להציע, נותנת לכל אחד להרגיש חשוב ומחוייב לתהליך הנכון בתוך המשפחה. בדרך זו הם לומדים לערוך משא ומתן מכבד, וכך לומדת המשפחה לתת לכל אחד את קולו האישי, לאפשר ויתורים ולהגיע להסכמות.

טיפול בסכמות. סכמות נוקשות ובלתי מתפשרות גורמות לקשיים בתפקוד המשפחתי. אם למשפחה, או לאחד מבני המשפחה, ישנה סכמה של נטישה, כלומר אמונת יסוד שאנשים ינטשו אותם פיזית או רגשית, הם יתקשו להגיע לאמון בבני המשפחה, וכל אירוע לא נעים יתפרש אצלם שאנשים לא מעוניינים בהם, ופירוש לא פונקציונאלי כזה, מעורר מריבות וכעסים.

לדוגמה, אב שיש לו סכמה של נטישה, מגיע הביתה לאחר העבודה, בציפיה שיקבלו אותו במלוא תשומת הלב, אולי ציפיה מוגזמת שאמורה לפצות אותו על חרדת הנטישה. הוא מגיע הביתה בדיוק בזמן שאשתו מחליפה חיתול לתינוק, היא עונה לו בשלום חטוף, הריח לא נעים, הילדים רבים ביניהם ויש רעש וצעקות, סכמת הנטישה מקבלת חיזוק, הבעל כועס ועצבני, והוא מלבה את המהומה בבית. אם נצליח לטפל בסכמה של הבעל, ואמונת היסוד שלו תהיה שאנשים מחבבים אותו ומקבלים אותו, יוכל לתפקד בצורה יותר פונקציונאלית, יעזור לאשתו בטיפול בתינוק, ישעשע את הילדים, ובני המשפחה מצידם יחזירו לו תשומת לב, ואז באמת הוא ירגיש רצוי ומקובל במשפחה.

משפחה בשינוי ומשבר

באבחון המשפחתי תיארונו תפקוד נכון, או לקוי, של המשפחה. התיאור נכון במשפחה בתנאי חיים רגילים, אבל משפחה שעוברת משבר, או שינוי התפתחותי, תשנה את החוקים בהתאם לשינוי. למשל, משפחה שהאמא חלתה ויכולה לתפקד רק חלקית, ולא דווקא במחלה מסוכנת, אלא אפילו במחלה זמנית, כגון ששברה את הרגל ובמשך כמה שבועות היא רתוקה לכיסא גלגלים, אנו נאפשר לשנות את גבולות המשפחה, לתת לסבתא או לבת בוגרת למלא תפקידים שהיו שייכים לאמא. משפחה שנמצאת בשלב התפתחות מתקדם, הזוג הגיע לגיל שבעים, נאפשר לילדים לעזור לזוג המתבגר בסידורים, מול העיריה או הבנק, תפקידים שבעבר הזוג עשה בעצמו. שינוי הגבולות בהתאם לשינויים במשפחה הוא שינוי מבורך.

ביבליוגרפיה

- אדסקי ר. (2011), הפרעת אימה ואגרופוביה, בתוך מאיר י. ושות' טיפול התנהגותי קוגניטיבי למבוגרים, דיונון תל אביב (להלן CBT).
- אורינג ר. (2001), הפרעת חרדה כללית, CBT.
- אליצור א. (2010), הפרעות אפקטיביות, בתוך פרקים נבחרים בפסיכותרפיה, דיונון תל אביב.
- אנהולט ג. (2011), פוביות, CBT.
- באק א. (1), אהבה זה לא הכל.
- באק א. (1993), חינוך פסיכולוגי בדיכאון, ביה"ח הדסה, המרפאה הפסיכיאטרית - ירושלים.
- באק י. (2004), טיפול קוגניטיבי התנהגותי, אח קרית ביאליק.
- בן ארוש. (2011), הפרעה טורדנית כפייתית, CBT.
- גולן שחר. (2011), מבוא לטיפול קוגניטיבי התנהגותי במבוגרים, עורכים: ציפי מרום ושות', דיונון תל אביב. (להלן CBT).
- דריידן ו. (2006), טיפול התנהגותי – רציונאלי – אמוטיבי, אח, קרית ביאליק.
- הפרט יונתן (2001), המשגת מקרה, CBT.
- הפרט יונתן (2011), יסודות הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי, CBT.
- טיאנו ש. (2010), הפרעות פסיכיאטריות בילדים, פרקים.
- יהלום א. (2016) כולנו בני חלוף, כנרת מודיעין.
- לוי ד. תהליכים דינמיים ב-CBT, עבודת גמר, בבי"ס לפסיכולוגיה דינמית, אוניברסיטת תל – אביב.
- לוינזון (2013), שילוב גישות דינמיות ב – CBT, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל – אביב.
- לוינזון א. (2005), שילוב CBT, וגישות דינמיות, ביה"ח הדסה, המרפאה הפסיכיאטרית, ירושלים.

- מוניץ ח. (2010), הטיפולים הביולוגיים בפסיכיאטריה, פרקים.
- מור נ. ושות' (2011), דיכאון, CBT.
- מרום ד. ושות' (2011), חרדה, CBT.
- נוימן מ. (2010), הפרעות חרדה, פרקים.
- נקש נ. (2011), הפרעת דחק פוסט טראומתית, CBT.
- פואה ע. (2011) הפרעת דחק פוסט טראומתית, CBT.
- פודובסקי וגרינגרג. () להתמודד עם מצב רוח, גלילה, תל אביב.
- פרי ט. טיפול עוקב, שיחות, תל אביב.
- קרסון רוברט (2001), פסיכופתולוגיה והחיים המודרניים. האוניברסיטה הפתוחה, תל אביב.
- רפאלי א. (2011), הפרעות אישיות, CBT.
- שפיר ל. (2011), שילוב CBT ותרופות, CBT.