

# צילה של מחלת נפש – חשיבותה של אבחנה הנלווית לסכיזופרניה

## שירי רוזנצווייג-מורד ועדיאל דורון

כחלק מהפיגור עצמו, ללא הבחנה בהפרעות נוספות נלוות. בספרות (כגון עמינדב, 1997א; כץ, 2007) מוזכר המינוח "תחלואה כפולה" (dual diagnosis) בהקשר של פיגור ותחלואה נפשית, ועמו מודגשת חשיבותה של האבחנה הנוספת לפיגור. במאמרה "החשיבות באבחנה מבדלת בין פיגור שכלי לבין מחלת נפש" מתארת עמינדב (1997א) את הצורך באבחנה מבדלת מאחר שההתערבות הטיפולית שאמורה להביא להתפתחות ולשיקום של הפרט תלויה בגורמים שהביאו לפגיעה בתפקוד מלכתחילה. ההתערבויות במקרים של פיגור שכלי או חולי נפשי מורכבות מהיבטים רבים, החל מהתמקדות בפרט, תמיכה במשפחה, שירותים בקהילה, הפעלת שיקולים חוקיים, שירותי חינוך, שירותים רפואיים, וכלה בשירותי איכות חיים. קל וחומר, התערבות במקרים של תחלואה כפולה מורכבת אף היא, ועל כן קיימת חשיבות להתאימה למטופל עד כמה שניתן (De Groef, 1999; Nezu, Nezu, & Gill-Weiss, 1992; Niedecken, 1999; Symington, 1988; Velligan et al., 2006).

## הצללת הסכיזופרניה על ליקוי שכלי – תחלואה כפולה אטיולוגית

עד כה תואר מצב של קושי לאתר תחלואה נפשית בשל צילו של הליקוי השכלי. מאמר זה נעזר בדימוי ההצללה בכדי לתאר מצב הפוך ושכיח מאוד, שבו מחלת הנפש יוצרת הצללה על יכולות קוגניטיביות פגועות שאותן יוצרת המחלה עצמה. למעשה, מדובר בתחלואה כפולה אטיולוגית, שבה מקור הליקוי הקוגניטיבי הוא בהתקפים הפסיכוטיים. המחלה יוצרת את הליקוי הקוגניטיבי וגם מקשה על איתורו, מאחר שביטוי נטמע בביטוי המחלה, ובמקרים רבים רק לאחר הרמיסיה ניכר הליקוי. בהתאם לכך, להצללה השלכות שליליות על מאמצי הטיפול והשיקום בפרט מאחר שכבר בהתקף הפסיכוטי הראשון

בלוילר, במחקרו על סכיזופרניה, הציע כי מהות המחלה אינה ההלוצינציות והדלזיות אלא הליקויים הקוגניטיביים, אשר משפיעים באופן משמעותי על התפקוד הכללי של המטופלים (Mosiotek, Gierus, Koweszko & Szulc, 2016). עם התפתחות המחקר בתחום אכן נמצא כי ככל שהתסמינים הפסיכוטיים נוטים להיות אפיזודיים לאורך זמן, התסמינים השליליים והבעיות הקוגניטיביות נוטים להיות יציבים יותר לאורך זמן, ותורמים רבות לליקוי התפקודי (Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000). כיום הליקוי הקוגניטיבי ידוע כמאפיין מרכזי של הסכיזופרניה ומונח ביסוד הלקות התפקודית החמורה של המחלה הקשה (Velligan, Kern, & Gold, 2006). זאת ועוד, נמצא כי קיימות הפרעות ברוב תחומי הקוגניציה בקרב חולי סכיזופרניה בגילאים מגוונים, בתחום השפתי, בזיכרון החזותי והאודיטורי, בלמידה בעל פה, בהפניית קשב, בזיכרון העבודה, בשטף המילולי ובתפקודים אקזקיוטיביים כשליטה בדחפים, ויסות עצמי, תכנון ופתרון בעיות (Liddle, 1987). באופן גורף, אנשים הלוקים בסכיזופרניה ממלאים משימות ביעילות פחותה מאשר אנשים בריאים, כבר לאחר ההתקף הפסיכוטי הראשון (Mosiotek et al., 2016). מאמר זה מתאר מצב שבו תסמיניה של פתולוגיה אחת מסתירים פתולוגיה אחרת – תסמיני הסכיזופרניה המסתירים ליקוי קוגניטיבי קבוע שהסכיזופרניה עצמה יוצרת. לשם תיאור המצב הושאל המונח diagnostic overshadowing, אשר מדגים הסתרה של תחלואה נפשית על ידי מצבי פיגור.

## הצללת הפיגור השכלי על מצוקה נפשית

כץ, במאמרו "פיגור ותחלואה נפשית" (2007), מתאר את תופעת ה-diagnostic overshadowing, תופעה המתארת מצב שבו ביטוי המצוקה והפרעות ההתנהגות של אנשים עם פיגור שכלי נתפסים בטעות

שירי רוזנצווייג-מורד היא פסיכולוגית מתמחה בשפ"ח לב-השרון ובבית החולים רמב"ם. ד"ר עדיאל דורון הוא מנהל המחלקה השיקומית במרכז לבריאות הנפש לב-השרון.



קוגניטיבית נרחבת האופיינית במצבים מרובי התקפים פסיכויטיים (Bergé et al., 2011). אין זה מן הנמנע כי חלק מההתנהגויות של רני הדגמו כיצד הליקוי הקוגניטיבי והסכיזופרניה נטמעים זה בזה, כאשר המחלה מצילה על הליקוי. מחלת הנפש שבה לקה רני הצלה על הירידה החדה ביכולתו הקוגניטיבית.

**סביר כי החוויה הנפשית של אדם הנולד עם פיגור שכלי שונה בתכלית מזו של אדם שחווה רגרסיה קוגניטיבית ותפקודית בעקבות התקף, ומכאן אמורות לנבוע גם ההשלכות על הטיפול הנפשי ומהלכי השיקום**

ההצללה באה לידי ביטוי באבחנה (מחלת נפש בלבד), בסוג הטיפול והנגשתו (באמצעות בית חולים פסיכיאטרי) ובאופני השיקום (שילובו בקהילה כפגוע נפש). לעתים, באופן אינטואיטיבי ובלתי פורמלי, סביבת הטיפול נטתה להתאים את עצמה לרמת האינטליגנציה של רני וליכולותיו, בדרך של דיבור איטי, חזרה על הוראות והנגשת טיפולים פארא-רפואיים מותאמים. עם זאת, הפרט אינו מצביע על הכלל וניתן כי בכוחה של אבחנה כפולה לאפשר למטופל מעטפת שתתאים יותר לצרכיו, כבר למן ההתחלה ובאופן מוסדר. כמו כן, בירור רמת פגיעותו של מטופל להתפרצויות פסיכוטיות, עשויה להביא להקפדת יתר במניעת הישנות סדרתית שלהן ובכך לשמר יכולות קוגניטיביות.

### משמעותו של ההתקף הפסיכויטי הראשון (FPE)

כבר לאחר ההתקף הראשון של המחלה נגרמת פגיעה קוגניטיבית ברמה מסוימת (Aas et al., 2013). מתן טיפול תרופתי אנטי פסיכויטי נמצא יעיל מאוד למניעת השלכות של מצבים אקוטיים בסכיזופרניה על הידרדרות קוגניטיבית (Aas et al., 2013; Johnsen et al., 2016). בדוגמא שהובאה לעיל, המייצגת מקרים רבים נוספים, רני לא סבל מקשיים קוגניטיביים כלשהם עד להתקף הפסיכויטי הראשון, והוא אף עבר כמה התקפים פסיכויטיים קשים עד שהחל לקבל טיפול מוסדר. מכאן

(FPE) טמון סיכון רב לליקוי הקוגניטיבי. זאת ועוד, הליקוי הקוגניטיבי אינו תסמין בר חלוף והוא מלווה את האדם כל חייו. בשל ההשפעה מרחיקת הלכת של הליקוי על חיי הפרט, מאמר זה מעלה את ההצעה לבסס אבחנה כפולה או נלווית החל מההתקף הפסיכויטי הראשון.

**“תחלואה כפולה אטיולוגית”: המחלה יוצרת את הליקוי הקוגניטיבי וגם מקשה על איתורו, מאחר שביטויי נטמע בביטויי המחלה, ובמקרים רבים רק לאחר הרמיסיה ניכר הליקוי**

כדי להמחיש את הצורך באבחנה הכפולה, יתואר להלן מקרה של diagnostic overshadowing, שבו מחלת הנפש קדמה לליקוי השכלי, גרמה לו וטשטשה את עקבותיו. כתוצאה מכך עברו על המטופל שנים של אשפוזים ושל התערבויות טיפוליות, וניסיונות השיקום בקהילה כוונו לחלקים המוארים של המחלה, לסימניה החיוביים, ופחות לחלקים המצויים בצל, הליקויים הקוגניטיביים.

רני (שם בדוי) בן ה-26 נולד בריא. כילד וכנער השתלב במערכת החינוך הרגילה והגיע להישגים טובים בתחומים שונים: הוא למד בתיכון, השתלב כחניך בתנועת נוער והשתלם לקראת הדרכה בה. הוא היה פעיל ואהוד מאוד מבחינה חברתית ובעל הישגים בתחום הספורט. אותות ראשונים, מועטים ומבוזרים של מצוקה נפשית החלו בגיל ההתבגרות, ובזמן השירות הצבאי, לאחר רצף של אירועי חיים רווי מתח, הגיע ההתקף הפסיכויטי הראשון (FPE) ורני אובחן כחולה סכיזופרניה. שבע שנים סבל רני מהתקפים פסיכויטיים חוזרים ונשנים, ונשאב לחיים במתכונת ה“דלת מסתובבת”, שבהם אשפוזים ממושכים ותכופים לצד חיים בלתי מסתגלים ובלתי מתפקדים בקהילה, בציר חוזר ונשנה. הליקוי הקוגניטיבי הקשה של רני התגלה רק לאחר רמיסיה במהלך המחלה: עם שככת התסמינים הבולטים של הסכיזופרניה, כאשר ניתן היה להבחין באופן בהיר יותר מה משתנה (תסמינים נפשיים) ומה קבוע (ליקוי שכלי), בלט מופע התנהגותי שהעיד על פגיעה קוגניטיבית משמעותית. כמו כן, בבדיקת טומוגרפיה ממוחשבת נמצאה אטרופיה מוחית המתאימה למופע של פגיעה

שורבים מבעלי הליקוי הקוגניטיבי עקב סכיזופרניה, אינטליגנציה פרה-מורבידית תקינה. בספרות המקצועית קיים מידע לגבי מנגנונים נפשיים של הלוקים בפיגור שכלי (אגמון, 2012; Sinason, 1992; Galton, 2002; ועוד), ומהם ניתן ללמוד על חווייתו הפסיכולוגית של האדם הלוקה בפיגור שכלי. אך חסרה ספרות העוסקת במנגנונים הנפשיים של אדם החווה מחיקה מהירה וחדה של שטחים אפורים עקב התקפים פסיכויטיים. סביר כי החוויה הנפשית של אדם הנולד עם פיגור שכלי שונה בתכלית מזו של אדם שחווה גרסיה קוגניטיבית ותפקודית בעקבות התקף, ומכאן אמורות לנבוע גם ההשלכות על הטיפול הנפשי ומהלכי השיקום.

## גישות לטיפול בליקוי שכלי הנגרם מסכיזופרניה

ליקוי קוגניטיבי הוא מאפיין מרכזי של סכיזופרניה ומונח ביסוד הלכות התפקודית החמורה של המחלה (Heaton et al., 1994). בשל הקשר בין ליקויים קוגניטיביים לבין תוצאות תפקודיות ירודות, פותחו גישות השואפות לסייע לתפקודם של הלוקים במחלה (Velligan et al., 2006). חלק מן הגישות מקוות לשפר תהליכים קוגניטיביים או לעקוף אותם (Cognitive rehabilitation - CR), חלקן מתמקדות בפיצוי (Compensation) במאמץ לשפר תוצאות תפקודיות (Cognitive rehabilitation - CR) (Velligan et al., 2006), וחלקן מכוונות אל הקשיים הבין אישיים ואל המטא-קוגניציה, במטרה לאפשר למטופלים להיעזר בקבוצות ובטיפולים ובכך לסייע בהעלאת איכות חייהם (Hasson-Ohayon, Kravetz, Levy, Roe, 2009; Levy-Frank, Hasson-Ohayon, Kravetz, & Roe, 2011).

## מעבר לעמדה אקטיבית - מליקוי העומד בצל המחלה אל אבחנה כפולה הנותנת תוקף להשפעתו של הליקוי על חיי הפרט

מרכזיותו של הליקוי הקוגניטיבי בתפקוד של חולי סכיזופרניה, השפעתו על היכולת לקיים חיים רגשיים, בין אישיים וקהילתיים והשפעתו על איכות החיים בכללותה, כמו גם קיומן בפועל של שיטות שיקום וטיפול הבאות לענות על קשיים אלה, מביאים לקיומו של צורך ממשי באבחנה כפולה עבור חולי הסכיזופרניה, הרלוונטית החל מההתקף הפסיכויטי הראשון. כדי שהצוות המטפל בהווה ובעתיד יהיה ער לתחלואה הנלווית למחלה, יש לייחס חשיבות לתיעודן של גרסיות קוגניטיביות כבר

ההנחה כי מצבו הקוגניטיבי הוא תוצאה של מצבים פסיכויטיים חוזרים ונשנים. לפי מסקנות מחקרים (כגון Johnsens et al., 2016), ייתכן כי טיפול תרופתי בזמן אמת היה מונע את ההידרדרות הקוגניטיבית של רני. מטופל החולה בסכיזופרניה ומגיע לבית החולים, נמצא בדרך כלל במצב הפעיל של המחלה שאינו מאפשר להבחין בקלות בפגיעה מוחית. עלולים לעבור חודשים ואף שנים עד שהצללת המחלה על הליקוי הקוגניטיבי תפוג, כך שבמשך תקופה ממושכת ניסיונות הטיפול והשיקום יתעלמו שלא במתכוון מהקושי מבוסס הליקוי. על כן, הערכה של יכולת שכלית כבר לאחר הופעת ההתקף הפסיכויטי הראשון, תוך התחשבות במצבה הפעיל של המחלה, עשויה לסייע בבחירה מדויקת יותר של האוריינטציה הטיפולית עבור חולי סכיזופרניה, לחסוך זמן ומשאבים, ולאפשר טיפול רפואי, פסיכותרפויטי ושיקומי התואמים רמות תפקוד נתונות. התוכנית הטיפולית בהינתן אבחנה של סכיזופרניה והתוכנית הטיפולית בהינתן אבחנה כפולה (של סכיזופרניה וליקוי קוגניטיבי בעוצמה נתונה), עשויות להיות שונות בתכלית.



Rook Floro, מתוך האתר הג'שטלט-  
אמנות, עיצוב, טכנולוגיות, מדע ומה שבא

## בין פיגור לליקוי: הפער שבין פיגור שכלי לליקוי קוגניטיבי הנגרם מסכיזופרניה

האגודה האמריקאית לפיגור שכלי (AAIDD, 2011) מונה חמישה ממדים הכלולים בהגדרת הפיגור: מרכיב התפתחותי, כושר שכלי, התנהגות מסתגלת, הזדקקות לטיפול והבחנה בין פיגור שכלי למחלת נפש. מלבד המרכיב ההתפתחותי, הממדים המגדירים פיגור עשויים להתאים גם לבעלי ליקוי קוגניטיבי כתוצאה מסכיזופרניה. עם זאת, למרות הדמיון, האטיולוגיה של הליקוי משמעותית בבחינת דרכי הטיפול, מאחר



עמוק (עמינדב, 1997ב), או לחילופין, באופן המנסה למפות את מוקדי הפגיעה העיקריים – קש"י קשב, זיכרון, למידה, יכולות ניהוליות וכדומה. הדירוג והמיפוי עשויים לאתר את הליקוי הקוגניטיבי ועוצמתו ולאפשר לפרט טיפול ושיקום מותאמים יותר לצרכיו ולחוויותיו.

מהאינטייק הראשוני, דרך דוחות אנמנסטיים ופורמולציה דינמית, ועד לתהליכי טיפול ושיקום מותאמים. למען הבהירות, רצוי כי האבחנה הנלווית תמופה על ידי אבחון נורופסיכולוגי ותירשם בדומה לאבחנה של פיגור שכלי, המנסה לדרג את עוצמת הליקוי – קל, בינוני, קשה,

## מקורות

1. אגמון, צ' (2012). על פסיכותרפיה לילדים עם פיגור שכלי (גרסה אלקטרונית). אתר פסיכולוגיה עברית.
2. כץ, נ' (2007). פיגור ותחלואה נפשית. פורסם באתר The medical.
3. עמינדב, ח' (1997). החשיבות באבחנה מבלדת בין פיגור שכלי לבין מחלת נפש. בתוך: מ' רימרמן, א' חובב, א' דובדבני, א' רמות (עורכים). נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל. הוצאת מאגנס.
4. עמינדב, ח' (1997). תהליך האבחון לקביעת קיומו של הפיגור השכלי. בתוך: א' רימרמן, מ' חובב, א' דובדבני, וא' רמות (עורכים), נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל. ירושלים: מאגנס. עמ' 15-36.
5. Aas, M., Dazzan, P., Mondelli, V., Melle, I., Murray, R.M., & Pariante, C.M. (2013). A systematic review of cognitive function in first-episode psychosis, including a discussion on childhood trauma, stress, and inflammation. *Frontiers in psychiatry*, 4, 1-13.
6. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), (2011). <http://www.aaid.org>
7. Bergé, D., Carmona, S., Rovira, M., Bulbena, A., Salgado, P., & Vilarroya, O. (2011). Gray matter volume deficits and correlation with insight and negative symptoms in first-psychotic-episode subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(6), 431-439.
8. De Groef, J. (1999). Mental Handicap: A Dark Continent. In: J. De Groef & E. Heinemann (Eds.), *Psychoanalysis and Mental Handicap*. London: Free association books. Pp. pp.41-52.
9. Heaton, R., Paulsen, J. S., McAdams, L. A., Kuck, J., Zisook, S., Braff, D., ... & Jeste, D. V. (1994). Neuropsychological deficits in schizophrenics: relationship to age, chronicity, and dementia. *Archives of General Psychiatry*, 51(6), 469-476.
10. Galton, G. (2002). *New Horizons in Disability Psychotherapy: The Contributions of Valery Sinason*. Free associations, 9D, 582-610.
11. Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia bulletin*, 26(1), 119.
12. Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Levy, I., & Roe, D. (2009). Metacognitive and interpersonal interventions for persons with severe mental illness: theory and practice. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 46(2), 141-148.
13. Johnsen, E., Fathian, F., Kroken, R.A., Steen, V.M., Jørgensen, H.A., Gjestad, R., & Løberg, E.M. (2016). The serum level of C-reactive protein (CRP) is associated with cognitive performance in acute phase psychosis. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-11.
14. Levy-Frank, I., Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., & Roe, D. (2011). Family psychoeducation and therapeutic alliance focused interventions for parents of a daughter or son with a severe mental illness. *Psychiatry Research*, 189(2), 173-179.
15. Liddle, P.F. (1987). Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction. *Psychol Med*, 17(1), 49-57.
16. Mosiołek, A., Gierus, J., Kowesko, T., & Szulc, A. (2016). Cognitive impairment in schizophrenia across age groups: a case-control study. *BMC psychiatry*, 16(1), 37.
17. Nezu, C.M., Nezu, A.M., & Gill-Weiss, M.J. (1992). *Psychopathology in persons with mental retardation: clinical guidelines for assessment and treatment*. Research Press.
18. Niedecken, D. (1999). The Organization of Mental Retardation. in: J. De Groef & E. Heinemann (Eds.), *Psychoanalysis and Mental Handicap*. London: Free association books. Pp. 77-90.
19. Sinason, V. (1992). *Mental handicap and human condition*. London: Free association books.
20. Symington, J. (1988). The analysis of a mentally handicapped youth. *International review of psycho-analysis*, 15: 243-250.
21. Velligan, D. I., Kern, R. S., & Gold, J. M. (2006). Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 474-485. doi:10.1093/schbul/sbj071