

אבחון פסיכיאטרי בידי צוות רב-תחומי: היבט ביופסיכוסוציאלי

רחל סיימון ויובל וולף

במחקר נבדקה אפשרות לזיקה בין אוריינטציה מקצועית של פסיכודיאגנוסטיקנים המאבחנים בצוותים לבין סוג התסמונת והמשקל המיוחס לתסמינים גופניים, נפשיים וחברתיים. הבדיקה נעשתה באמצעות מתודה הנגזרת מהתיאוריה הפונקציונלית של קוגניציה, והייתה מעין מחקר גישוש (בשל היקפו ומהות הסוגיה הנדונה).

במחקר השתתפו שלושה צוותי מיון של יחידה אמבולטורית בבית חולים פסיכיאטרי שכללו אנשי מקצוע בעלי אוריינטציה טיפולית שונה: פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים. באופן כללי נמצאה הקניית משקל משמעותי וכמעט שווה למידע על תסמינים גופניים, נפשיים וחברתיים, אך נמצאו הבדלי שקלול תלוי התמחות מקצועית וגם הבדלי שקלול תלוי צוות. לאור מחקר הגישוש, מוצעים מחקרי המשך לקידום הבנת המורכבות של פסיכודיאגנוסטיקה ביופסיכוסוציאלית ונדונה הרלוונטיות של סוגיה זאת לעבודה סוציאלית קלינית.

מבוא

בשנים האחרונות, סיועם הקליני של עובדים סוציאליים לסובלים מבעיות נפשיות הולך וגדל. סיוע זה הוא התמחות מיוחדת, מעמיקה ויסודית, הנרכשת בבתי הספר לעבודה סוציאלית, בייחוד במגמות קליניות לתואר שני, בין היתר, כפועל יוצא של הגישה המערכתית בכלל ושל המודל הביופסיכוסוציאלי בפרט. מוסמכי עבודה סוציאלית תופסים מקום חשוב במסגרת אבחון וטיפול חדשה, יחסית, שמדגישה שיתוף פעולה בין מומחים משלושה תחומים רלוונטיים – רפואה, פסיכולוגיה ועבודה סוציאלית.

זוהי הוויה מקצועית רבת משמעות בעבור עבודה סוציאלית קלינית המציבה מקצוע חדש (יחסית) זה על המפה הטיפולית בארץ. עבודה זו משמשת תשתית להתפתחות מסורת חדשה של שיתוף פעולה בין שלושת המקצועות: רפואה, פסיכולוגיה ועבודה סוציאלית. נקודת המוצא של מחקר זה היא שאיסוף ידע מדעי על שיתוף פעולה שכזה צריך ויכול ללוות את האבולוציה המקצועית האינטגרטיבית הזו ולהצביע על אפיונים בסיסיים ויישומיים שלה.

תוצאותיהם של מחקרים כאלה עשויות לאפשר התעדכנות באשר לשיתוף פעולה זה ולאופני ההתייעלות שלו. המחקר הנוכחי צנוע בימרותיו, והוא נועד בעיקר להדגים את הלימותה של פרדיגמת המדידה הפונקציונלית למחקרים העוסקים בסוגיה הנדונה ולהציב תשתית למחקרי המשך.

המחקר התמקד בפסיכודיאגנוסטיקה של צוות רב-תחומי בטיפול אמבולטורי בבית חולים פסיכיאטרי, שכלל מומחים משלושת התחומים שנמנו לעיל – רופאים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים. מטרתו הייתה לחשוף, במתכונת ניסויית גישושת, מהו המשקל היחסי שמייחסים מומחים אלו לשלושת סוגי התסמינים – גופניים, נפשיים וחברתיים – במודל הרב-ממדי.

אבחון פסיכיאטרי מסווג הפרעות נפשיות וגוזר הערכה טנטטיבית להפרעה שיש למטופל ולצורת התפתחותה (Freedman, Kaplan & Sadok, 1977). בתהליך האבחון מבררים פרטים רלוונטיים על תולדות חייו של המטופל ומקבלים תמונה ברורה ככל האפשר על אישיותו, על הסימפטומטולוגיה הנפשית שלו, על תפקודו היום-יומי, על מצבו הגופני והניורולוגי ועל התנהגותו החברתית. מקובל להניח, כי ביטוי קליני של כל הפרעה נפשית הוא תוצאה של יחסי גומלין סבוכים בין גורמים אלו שהידע עליהם נרכש הן מהתנהגות מילולית והן מהתנהגות לא מילולית של המטופל. (ראה: Kendall, 1973 שבדק את משקלם היחסי של שני אופני התנהגות אלו בתהליך האבחון.)

אמינותו המוגבלת של אבחון פסיכיאטרי נדונה בהרחבה בספרות (לדוגמה, Beck, 1962; Dohrenwend, Yager & Egri, 1980; Drake & Vailant, 1985; Mellsop, Varghese, Joshua, & Hicks, 1982; Rosenhane, 1973). כדי לעמוד על האופן שבו מגיעים פסיכיאטרים להחלטה אבחונית נבדקו היבטים שונים של האבחון, כגון הזמן הנדרש לקבלת החלטה אבחונית (Gauron & Dickson, 1969) ודרך קבלת המידע הדרוש לאבחון (Gauron & Dickson, 1966). ברם, חוקרים אלו לא סיווגו את מקורות המידע שעליהם התבסס האבחון, ולכן גם לא בחנו את השאלה, כיצד מעובדים נתונים ממקורות מידע שונים, ומהם יחסי הגומלין ביניהם.

מקורותיה הפילוסופיים של התייחסות לאבחון כאל תהליך רב-ממדי מצויים כבר אצל הרקליטוס (כ - 500 לפני הספירה) אשר בהסבירו את התפתחות החיים הציג תהליכים, יחסי גומלין וכוחות מנוגדים. לאחר העדפה ממושכת

של הגישה הביולוגית, ניכרת בעשרות השנים האחרונות מגמה של תחיית התפיסה המערכתית (Bertalanffy, 1968) המתייחסת לאבחון כאל תהליך רב-ממדי. לפי גישה זו, התפתחות האישיות היא פועל יוצא של יחסי גומלין בין יסודות ביולוגיים לבין מידע המגיע מהסביבה, מהמשפחה, מבית הספר, מבני קבוצת הגיל, מהקהילה ומהתרבות כולה. הגישה מתייחסת להפרעה נפשית כאל תופעה רב-ממדית ורואה את מקור הבעיה לא בפרט בלבד, אלא במכלול של גורמים (Sadler & Hulgus, 1992).

המודל הביופסיכוסוציאלי (Engel, 1977, 1980) הוא וריאציה של התפיסה המערכתית. וסיל ועמיתיו (Vasile et al., 1978) טוענים שהיבטים ביולוגיים או כימיים בלבד אינם מספיקים כדי להסביר מחלות אנושיות, וכי גורמים פסיכולוגיים וחברתיים תורמים אף הם את חלקם. מגמת השילוב בין שלושת היסודות האלה מוצאת את ביטוייה בכלי אבחון הנקראים: Diagnostic and Statistical (ICD) International Classification of Diseases ו- (DSM) Manual of Mental Disorder. כלים אלו כוללים אמות מידה לאבחון וזיהוי של מחלות נפש, קווי אישיות, תופעות גופניות, יסודות חברתיים, הסתגלות ותפקוד כללי (Mellsop, Varghese, Joshua & Hicks, 1982).

מהדגשת הרב-ממדיות של בעיות נפשיות נובע כי אבחון אמור להתייחס לכל הממדים הרלוונטיים (ראה בהמשך - השערה 1). סיווג הממדים הרווח ביותר מוצע במודל הביופסיכוסוציאלי. על פי מודל זה, יש להתייחס לבעיות רפואיות בכלל ולבעיות נפשיות בפרט כאל תופעה מרובת פנים. ואולם, המודל אינו כולל מתודה להפקת תיאור האפיונים הבסיסיים של תהליך האבחון. על הצורך הזה עונה התיאוריה הפונקציונלית של קוגניציה, Anderson (1996) וגלגולה העדכני – התיאוריה הפסיכולוגית הכללית (Anderson, in press).

מהתיאוריה נגזר שאבחנות והחלטות רפואיות מתייחסות למורכבותו של המידע הרלוונטי למושאי האבחון. מתודת המדידה הפונקציונלית, שהיא חלק אינטגרלי של התיאוריה, מציעה דרך לזהות בתהליך הפסיכודיאגנוסטיקה אפיונים כמותיים. על פי מתודה זו, היכולת לגלות את המשקל שיש לכל מקור זמין של מידע חשובה בייחוד בהקשר זה (Anderson, 1996; Wolf, 1999, 2001, 2002).

וולף ושיטרת (1994) הראו שניתן לבצע מדידה כמותית של פסיכודיאגנוסטיקה ביופסיכוסוציאלית באמצעות מדידה פונקציונלית. במפגש אישי עם המראיין קיבל כל פסיכיאטר שהשתתף במחקר מידע על דרגת חומרתו של כל אחד משלושה תסמינים: גופני, נפשי וחברתי. הפסיכיאטר התבקש לתאר את סימפטומטולוגיה דומה של מטופל שטיפל בו בעבר, לדרג את חומרת מצבו, את הסיכון האבדני שלו ואת מידת התלבטותו לגבי המקרה. בשיפוט חומרת המצב יוחסה למידע הפסיכולוגי חשיבות רבה ביותר, ואילו בהערכת הסיכון האבדני תפס המידע החברתי את המקום החשוב ביותר. ליסוד הגופני ייחסו הפסיכיאטרים חשיבות פחותה יותר. ניתן להסביר ממצא זה על רקע המגמה הרווחת בהכשרת פסיכיאטרים לייחס חשיבות רבה לתסמינים נפשיים וחברתיים.

דרדרי ו-וולף (טרם פורסם) בדקו בשיטה דומה פסיכודיאגנוסטיקה של 'אדם מהרחוב' (הכוונה לאבחון לא מקצועני) ומצאו תבנית אבחון תלת-ממדית השונה מזו שנמצאה בקרב פסיכיאטרים בשקלול שלושת מקורות המידע. העבודה הנוכחית נועדה לבחון זיקה אפשרית בין מרכיבים מרכזיים של פסיכודיאגנוסטיקה, המתבצעת בצוות רב-התמחותי (פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים) לבין המשקל המיוחס לשלושת מקורות המידע (גופני, נפשי וחברתי).

השערת העבודה הראשונה הייתה כללית: בהערכה הפסיכודיאגנוסטית ייחס כל אחד מאנשי הצוות משקל משמעותי לשלושת יסודות המודל הביופסיכוסוציאלי. בעקבות ההנחה, שבכל התמחות מקצועית מודגש יסוד מרכזי אחר, הוצבה השערת העבודה השנייה שכל מאבחן ייחס משקל רב יותר למקור המידע, שמתאים להתמחותו. השערת העבודה השלישית שהוצבה לאור ההנחה שעבודת צוות יוצרת השראה הדדית, הייתה כי בתוך הצוות תימצא מגמה שקלולית דומה. השערת העבודה הרביעית הייתה שהמשקל שייחס לשלושה סוגי התסמונות שבמודל יהיה תלוי גם בסוג האבחנה (דיכאון, סכיזופרניה, וכו'), והיא הייתה פועל יוצא מייחודיותה של כל מחלה וכל תסמונת.

שיטת המחקר תכנון וכלים

בדיקת ההשערות נעשתה באמצעות מתודת המדידה הפונקציונלית. תשאול משתתפי המחקר התבסס על שיטה שפיתחו וולף ושרית (1994) ואפשרה בדיקה תקפה של סוגיה זו אצל פסיכיאטרים. במחקרם של וולף ושרית (1994) השתתפו רק פסיכיאטרים. כל משתתף התבקש לתאר לעצמו מטופל כמה פעמים על סמך שלושה סוגי תסמינים – גופני, נפשי וחברתי (כל תסמין היה חמור או לא חמור). ההתייחסות לכל אחד מהמטופלים הייתה על סמך צירופי חומרה ספציפיים של שלושת התסמינים. מספר המטופלים נגזר ממכפלת שתי הדרגות של כל אחד משלושה סוגי התסמינים זו בזו ($2 * 2 * 2$).

במחקר הנוכחי נעשו שינויים מספר בשיטת התשאול. ראשית, האבחנה שעל פיה התבקש הנבדק לתאר לעצמו את הדמות בכל אחד משמונת תאי המודל לא נקבעה על ידי הנסיינית, אלא על סמך מקרה של אדם מסוים שתיאור של פגישת המיון עמו הוצג לנשאלים על ידי איש צוות שראיין אותו. בהתאם לשגרה של אבחון בצוות, הצוות החליט מהי האבחנה. בהתאם לאבחנה ועל סמך נתונים בסיסיים של המקרה שהוצג, תיאר לעצמו כל משתתף את שמונה הדמויות.

שיטה זו אפשרה מדידה בתנאים קרובים למצבים של עבודה קלינית סדירה שנעשים בהם אבחונים ומתקבלות בהם החלטות טיפוליות. שנית, בתהליך בניית דמות המטופל המשתתף לא התבקש כבשני המחקרים הקודמים (וולף ושרית, 1994; דרדרי ו-וולף, כתב יד) לתאר בכתב או בעל-פה את הדמויות שבנה, אלא (עקב מגבלות זמן של צוותי המיון) למסור לנסיינית רק שיפטי חומרה ופרוגנוזה.

משתתפים והליך

במחקר השתתפו, בהתנדבות, שנים עשר אנשי מקצוע (שיוכם המקצועי מוצג בלוח 1) שהרכיבו שלושה צוותי מיון במרפאה ציבורית לבריאות הנפש. בכל ישיבת צוות תוארו לחבריו מטופלים שפנו למרפאה ורואיינו על ידי אחד מחברי הצוות בשבוע שקדם לישיבה. לאחר הצגת המקרה התקיים דיון שנועד להפיק בעבור הפונה החלטה אבחונית ותכנית טיפול. בכל ישיבת צוות נדונו 2-3 מקרים, אולם מפאת עומס העבודה של הצוותים נדון באותה ישיבה מקרה אחד בלבד לצורך המחקר. זה היה המקרה הראשון שבאותו יום שצוות המיון גיבש לגביו הסכמה אבחונית. לעתים, עקב עומס עבודה ועל פי החלטת ראש הצוות, לא נעשתה באותה ישיבה בדיקה מחקרית.

בתום הדיון על המטופל הראשון, קיבל כל חבר צוות פנקס ('פנקס דילמות'), שבכל אחד משמונת דפיו תוארה דילמה אבחונית בסדר מקרי. בכל דילמה נכללו שלושה מקורות מידע – גופני, נפשי וחברתי, ולכל אחד מהם שתי דרגות חומרה – רבה ומועטה. המשתתפים התבקשו לבנות לעצמם את דמות הפונה לפי דרגות החומרה של הדילמה ולפי האבחנה המשוערת. לאחר מכן התבקש המשתתף לדרג את חומרת מצבו של הפונה ואת סיכויי ההשתפרות שלו (הערכה פרוגנוסטית). שני הדירוגים ניתנו על גבי סולם שערכיו הם 0 - 100. מכל משתתף נאספו 16 נתונים (שמונה דירוגי חומרה ושמונה דירוגי פרוגנוזה). בסך הכול נדונו במחקר 19 פונים ומולאו 69 פנקסי דילמות. בטרם החל המחקר פגשה החוקרת כל אחד מהמשתתפים כדי לתרגל את ההליך המחקרי.

לוח 1: הרכב צוותי המיון

צוות:	S	V	M
ראש צוות:	פסיכיאטר מומחה	פסיכולוג מומחה	פסיכיאטר מומחה
שאר חברי הצוות:	פסיכולוג מומחה סטודנט לפסיכולוגיה סטודנט לעבודה סוציאלית	פסיכולוג מתמחה שני פסיכיאטרים מתמחים עובד סוציאלי סטודנט לעבודה סוציאלית	שני פסיכולוגים מומחים פסיכיאטר מתמחה

ממצאים

המדד 'יחס אבחוני' (Diagnostic Ratio = DR) שימש כדי לבחון את המשקל שיוחס לכל אחד משלושת התסמינים. לדוגמה, בעבור היסוד החברתי היחס (DRs) הוא כדלקמן:

$$DRs = S/(S + B + P) \quad (1)$$
 P, B, S הם המשקלות הבלתי תלויים של כל אחד מהתסמינים (חברתי, גופני ונפשי, בהתאמה) המופקים על בסיס ההפרשים בין הממוצעים השוליים בעבור כל יסוד ממטריצת הנתונים הגולמיים של כל משתתף. שיטת ההפקה של DRs מוצגת בלוח 2.

לוח 2: דירוגים משוערים של מטופל משוער כדוגמה לשיטה להפקת ערכי DR

חומרת תסמין גופני:		רבה		מועטה
חומרת תסמין נפשי:		רבה	מועטה	רבה
חומרת תסמין חברתי		רבה	מועטה	מועטה
רבה:	80	70	60	50
מועטה:	50	40	30	20

המשקל הבלתי תלוי של היסוד החברתי (S) מחושב על פי הדירוגים בלוח 2 כדלקמן: ראשית, מחשבים את הממוצע השולי של הדירוגים בתנאי תסמין חברתי חמור (שורה עליונה של דירוגים) ובתנאי תסמין חברתי לא חמור (שורה תחתונה של דירוגים). הממוצעים הם אלה:

$(50 + 60 + 70 + 80)/4 = 65$ ו- $(20 + 30 + 40 + 50)/4 = 35$, בהתאמה. הערך המבוקש (S) הוא ההפרש בין שני ממוצעים אלו – 30. כדי להפיק את המשקל הבלתי תלוי של היסוד הגופני (B), מחשבים את ההפרש בין ממוצע הדירוגים בארבעת התאים הימניים בלוח 2 לבין ממוצע הדירוגים בארבעה התאים השמאליים. מתקבל: $B = 60 - 40 = 20$. באשר ליסוד הנפשי (P), משקלו הבלתי תלוי מופק באמצעות חישוב ההפרש בין ממוצע הדירוגים בשורה הראשונה והשלישית לבין ממוצע הדירוגים בשורה השנייה והרביעית. מתקבל: $P = 55 - 45 = 10$.

שלושה ערכים אלו – P, B, S – משמשים לחישוב המשקל היחסי, שהקנה כל משתתף לכל אחד משלושת התסמינים. המשקל היחסי של התסמין החברתי (DRs) הוא: $DRs = S/(S + B + P) = 30/(30 + 20 + 10) = .5$. המשקל היחסי של התסמין הגופני (DRb) הוא: $DRb = B/(B + S + P) = 20/(20 + 30 + 10) = .33$, והמשקל היחסי של התסמין החברתי (DRp) הוא: $DRp = P/(P + S + B) = 10/(10 + 30 + 20) = .17$. באמצעות שיטה זו חושבו המשקלות היחסיים של שלושה התסמינים בעבור שני סוגי הדירוגים -- חומרת מצבו של הפונה וסיכויי השתפרות (הערכה פרוגנוסטית).

במחקר נבדקו אבחונים של 19 פונים למיון, שהעריכו ארבעה פסיכיאטרים, שבעה פסיכולוגים ושלושה עובדים סוציאליים. בלוח 3 מוצגים ערכי חציון וטווח בין-רבעוני של היחס האבחוני בעבור המשתתפים משלושה מקצועות התמחות בעבור שלושה סוגי מידע (גופני, נפשי וחברתי), ושני סוגי ההערכה (חומרה ופרוגנוזה). נתוני הלוח מראים פיזור תשובות קטן. טווח המשקלות היחסיים, שהוקנו למידע גופני, פסיכולוגי וחברתי בהערכות חומרה ופרוגנוזה הוא 27-39. בהסתכלות כוללת ניתן לומר, כי כל ערך מכסה כשליש בקירוב מתחום ההשתנות של המרחב האבחוני. ממצא זה, המתאים למודל הביופסיכוסוציאלי, מספק אישור להשערה 1.

לוח 3: ערכים חציוניים וטווח בין-רבעוני של היחס האבחוני על פי התמחות מקצועית*

תסמינים: התמחות	גופניים	נפשיים		חברתיים	
		פרוגנזה	חומרה	פרוגנזה	חומרה
פסיכיאטרים: (n = 23)	.38 .17	.38 .24	.33 .13	.35 .23	.27 .19
פסיכולוגים: (n = 38)	.39 .14	.38 .15	.36 .17	.33 .13	.27 .14
עובדים סוציאליים: (n = 16)	.27 .06	.28 .10	.35 .12	.33 .19	.37 .13

* הספרות הגדולות מייצגות ערכים חציוניים והקטנות מייצגות ערכי טווח בין-רבעוני

בהתאמה חלקית עם השערה 2, מגמת השקלול של הפסיכיאטרים והפסיכולוגים בהערכת החומרה הייתה דומה: גופני < נפשי < חברתי. בניגוד לדמיון בין פסיכולוגים ופסיכיאטרים בהערכת החומרה, בהערכה פרוגנוסטית ניכר הבדל ביניהם. הפסיכיאטרים ייחסו משקל שווה כמעט לשלושה המרכיבים, ואילו הפסיכולוגים שמרו על המגמה שנתגלתה בשיפוט חומרה -- גופני < נפשי < חברתי. אצל הפסיכיאטרים השינוי הניכר ביותר היה במשקל שייחסו למצב החברתי בהערכת פרוגנזה (.35), לעומת הערכת חומרה (.27).

אצל הפסיכולוגים לא ניכר הבדל במשקל שייחסו למרכיב הפסיכולוגי בהערכות חומרה ופרוגנזה (.33 ו- .36, בהתאמה). בהתאם להשערה 2, אצל העובדים הסוציאליים בולט המשקל הנמוך (יחסית) שייחסו למצב הגופני בהערכות חומרה ופרוגנזה (.27 ו- .28, בהתאמה). כמו-כן, ניכרת אצלם 'הסכמה' רבה (פיזור נמוך) לגבי שקלול יחסי של היסוד הגופני בהערכות חומרה ובייחוד בהערכות פרוגנזה, כפי שמשקף בערכים הקטנים של טווח בין-רבעוני (.06 ו- .01, בהתאמה).

בלוח 4 מוצגים ערכי חציון וטווח בין-רבעוני של המשקלות היחסיים שהקנו בשני סוגי הערכה (חומרה ופרוגנזה) שלושת צוותי המיון לשלושת סוגי המידע (גופני, נפשי וחברתי). ניכרת מגמה דומה אצל הצוותים M ו-V בהערכות חומרה. בצוות V, מגמת השקלול היא -- גופני < נפשי < חברתי, בהערכת חומרה ופרוגנזה. בצוות M המגמה בהערכת חומרה היא -- גופני < נפשי < חברתי, ואילו בהערכת פרוגנזה סדר השקלול הוא -- גופני < חברתי < נפשי. בהתאמה חלקית עם השערה 3, בצוות S ניכרת מגמת שקלול ייחודית -- חברתי < נפשי < גופני. המגמה הייחודית של צוות זה יכולה להיות מוסברת הן על ידי נטיית ראש הצוות להדגיש תסמינים חברתיים והן על ידי העובדה שבצוות זה השתתפו שתי סטודנטיות, לפסיכולוגיה ולעבודה סוציאלית.

ייתכן, שהסטודנטיות דומות ללא-מקצוענים (דרדרי ו-וולף, טרם פורסם), שנוטים לייחס משקל רב יותר למצב חברתי. ערכי הממוצע והחציון דומים זה לזה, פרט להערכת המצב החברתי בקביעת פרוגנזה על ידי חברי צוות S (ממוצע = .44, חציון = .38). השונות בין הצוותים גדולה מהשונות בין בעלי ההתמחויות השונות. הטווח הבין-צוותי של הערכות חומרה הוא .20, לעומת טווח של .12 בין קבוצות ההתמחות השונות. מגמה זו ניכרת גם בהערכות פרוגנזה, שבהן טווח ההערכות הוא .24 ו- .11, בהתאמה.

לוח 4: ערכים חציוניים וטווח בין-רבעוני של היחס האבחוני בקרב שלושת הצוותים*

	חברתיים		נפשיים		גופניים		תסמינים: צוות
	פרוגנזה	חומרה	פרוגנזה	חומרה	פרוגנזה	חומרה	
S							n = 16
	.38	.40	.30	.38	.19	.20	
V							n=39
	.23	.21	.15	.14	.22	.14	
M							n=22
	.25	.25	.35	.35	.37	.38	
	.23	.19	.14	.11	.16	.14	
	.35	.28	.32	.30	.38	.42	
	.13	.14	.16	.18	.14	.14	

* הספרות הגדולות מייצגות ערכים חציוניים והקטנות מייצגות ערכי טווח בין-רבעוני

תשעה-עשר הפונים חולקו לפי קבוצות מחלה עיקריות: דיכאון (חמישה פונים), סכיזופרניה (4), הפרעת הסתגלות (3), התקפי פאניקה (3) והפרעת אישיות גבולית (2). שני מקרים ייחודיים לא נכללו באף קטגוריה. על פי לוח 5, בניגוד להשערה 4 שניבאה הבדלים בין סוגי תסמונות, בהערכות חומרה ערכי DR מצויים סביב .33, מעבר לסוג התסמונת. כלומר, משקל שווה כמעט יוחס לסוגים שונים של תסמינים על פי התסמונות השונות. גם בהערכות פרוגנזה ניכרו הבדלי שקלול לא בולטים בין הקטגוריות. המשקל הנמוך יחסית (.22), שיוחס ליסוד הנפשי בשיפוטי חומרה של אישיות גבולית הוא חריג ומתאים להשערה 4 במידה מוגבלת.

לוח 5: ערכים חציוניים וטווח בין-רבעוני של היחס האבחוני על פי תסמונות*

	חברתיים		נפשיים		גופניים		תסמינים:
	פרוגנזה	חומרה	פרוגנזה	חומרה	פרוגנזה	חומרה	
דיכאון							(n = 17)
	.35	.27	.35	.41	.35	.33	
	.16	.16	.17	.16	.17	.15	
סכיזופרניה							(n = 16)
	.34	.30	.32	.36	.33	.32	
	.15	.15	.06	.14	.17	.12	
הסתגלות							(n = 14)
	.33	.28	.35	.31	.38	.42	
	.15	.15	.17	.17	.14	.10	
חרדה							(n = 14)
	.19	.27	.32	.36	.37	.35	
	.30	.30	.20	.07	.18	.21	
א. גבולית							(n = 5)
	.31	.39	.41	.22	.27	.30	
	.14	.26	.12	.19	.07	.13	

* הספרות הגדולות -- ערכים חציוניים והקטנות -- ערכי טווח בין-רבעוני

דין

המהימנות והתוקף של פסיכודיאגנוסטיקה מוטלים בספק מזה זמן רב (Beck, 1962; Dohrenwend, Yager & Egri, 1980), בין היתר, בשל פישוט המציאות הקלינית המורכבת במהלך האבחון. קבלת הגישה המערכתית בכלל (Bertalanfy, 1968) והמודל הביופסיכוסוציאלי בפרט (Engel, 1980) כמסגרת לתהליך הפסיכודיאגנוסטיקה היא אחת הדרכים להתמודד עם בעיה זו, מפני שהמודל מציע המשגה אבחונית מורכבת בעבור מציאות קלינית מורכבת.

המחקר הנוכחי הוא מעין מחקר המשך למחקר של וולף ושטרית (1994) שחשף רלוונטיות של המודל הביופסיכוסוציאלי לפסיכודיאגנוסטיקה של פסיכיאטרים, והחידוש שבה הוא בהוספת יסוד רלוונטי – צוות רב-תחומי. הגיון ההתמחות של הצוותים שהשתתפו במחקר הוא ברוח המודל הביופסיכוסוציאלי (Sadler & Hulgus, 1983; Silverman et al., 1992). הממצאים הניבו בעיקר סימני דרך להמשך ליבון מושגי ואמפירי של הסוגיה הנדונה.

מעבר לדיפרנציאציה מסוימת (שתידון בהמשך) בהתאם להתמחות מקצועית והשתייכות לצוות, נמצא שהערכות אבחוניות התבססו על מידע בדבר תסמינים גופניים, נפשיים וחברתיים כאחד, ועל הקניית משקל דומה לשלושת היסודות האלה. ממצא זה שונה מהממצאים שהצביעו על העדפת מידע ביו-רפואי בקרב תלמידי רפואה (Silverman et al., 1983; Vasile et al., 1978), או על העדפת מידע פסיכו-חברתי בקרב פסיכיאטרים (וולף ושטרית, 1994; Koranyi, 1979). מטעמי זהירות, באשר לתוקף חיצוני ראוי להדגיש שהמחקרים השונים בוצעו בהקשרים אבחוניים שונים, ובהשתתפות מאבחנים בעלי רקע מקצועי שונה ודרגות התמחות שונות.

משיחות בתר-ניסוייות עם חברי צוות עלה שהאיזון הביופסיכוסוציאלי שנמצא במחקר הנוכחי משקף את שיטת העבודה במרפאה שבה נערך המחקר, שבאה לידי ביטוי בהרכב הביופסיכוסוציאלי של צוותי האבחון והמיון. נדרש מחקר המשך במרפאות שאינן בעלות אוריינטציה ביופסיכוסוציאלית כדי להשוות את השפעת הגישה הפסיכודיאגנוסטית בכל מוסד רפואי נתון. כמו כן מומלץ להשוות ממצאים אלו לפסיכודיאגנוסטיקה במרפאות שבהן מיון הפונים אינו מתבצע על ידי צוות. לאור סייגים אלו, מן הראוי להתייחס אל המחקר ואל ממצאיו כאל מחקר גישוש שמצביע על תוקפה של שאלת המחקר הנוכחי ועל כיוונים למחקר המשכי.

בשקלול סוגי התסמינים השונים במחקר זה, נמצאו הבדלים על פי אוריינטציה מקצועית. בהערכות חומרה ייחוס הפסיכיאטרים והפסיכולוגים משקל רב ביותר למידע על תסמינים גופניים ומשקל נמוך יחסית למידע על תסמינים חברתיים. ולהיפך, עובדים סוציאליים, נאמנים לעיקרי מקצועם, ייחסו לתסמינים גופניים משקל נמוך ביותר ומשקל רב יחסית למצב נפשי וחברתי. בעוד שאצל עובדים סוציאליים ופסיכולוגים ניכרת התאמה בין שני סוגי ההערכות – חומרה ופרוגנוזה, אצל רופאים לא הייתה התאמה כזאת. ראוי לציין שההבדלים בהתאם לאוריינטציה המקצועית נתגלו חרף העובדה שצוותים שונים דנו בפונים שונים.

בהערכת פרוגנוזה של הפרעת חרדה ייחוס פסיכולוגים ועובדים סוציאליים משקל רב יחסית לתסמינים הגופניים, ואילו הרופאים הקנו לתסמינים חברתיים משקל רב ביותר. לכאורה, לפנינו היפוך אוריינטציה. אולם, תשאול בתר-מחקרי העלה שפסיכולוגים ועובדים סוציאליים 'מתרשמים' מתסמינים גופניים, לפי שאינם כלולים באופן בלתי אמצעי בידע המקצועי שלהם, בעוד שעל פי אותו מנגנון פסיכיאטרים שמיומנותם המקצועית מקנה להם יתר הבנה וביטחון לגבי תסמינים גופניים 'מתרשמים' מתסמינים חברתיים.

היפוך כזה של אוריינטציה מוסבר, אם כך, דווקא באמצעות יתר התמחות. אם יתגלה לאחר ליבון מושגי ואמפירי מקיף שמגמה כזאת תופסת מקום חשוב בתהליך האבחון תשתמע מכך חשיבות רבה לאבחון על ידי צוות רב-תמחותי. הבנת אופן פעולתו של מנגנון זה עשויה להוביל לשיפור שיטות הלמידה של נושאים שאינם במרכז התמחותם של סטודנטים לרפואה, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים, האמורים לעסוק בפסיכודיאגנוסטיקה ובטיפול.

חשיבותו של תהליך מיון באמצעות צוותים נתמכת על ידי הממצא שמצביע על הבדלי שקלול תלוי צוות. ייתכן שהממצא נובע, לפחות בחלקו, מכך שההערכות נעשו כשחברי הצוות היו תחת הרושם שהותיר עליהם הדין. כדי ללבן אפשרות זו, מומלץ לעשות מחקרי המשך שבהם יוצגו אותם מקרים בפני צוותים שונים. רצוי גם לבצע בדיקה בתנאים אחרים: כל מאבחן ימלא את 'פנקס הדילמות' בראשונה לאחר הפגישה עם מטופל במיון, ובשנית לאחר שהמקרה נדון בפורום צוותי (Gauron & Dickson, 1969). אם יימצא הבדל בין שני תנאי אבחון אלו, הוא יצביע על אפשרות שחברי צוות בעלי רקע מקצועי שונה זקוקים לדיון הצוותי כדי להעשיר את הבדיקה האבחונית שלהם. במקרה כזה רצוי לשקול יישום של הליך אבחון דו-שלבי.

אם לא יימצא הבדל בין שני שלבי האבחון, ניתן יהיה לשער שהאבחון בצוות רב-תמחותי עוזר להפנים את תפיסות הצוות, ולפיכך משלב מסוים ואילך אין משמעות רבה לדיון קבוצתי על כל מקרה, אלא רק כחלק מתהליך של שימור תפיסה אבחונית ביופסיכוסוציאלית. מחקר המשך, שיעקוב אחרי מגמות של שקלול אבחוני בקרב מצטרפים חדשים לצוותי מיון, יאפשר לבחון את תהליך הגיבוש הזה. ראוי גם לבחון אפשרות שחלק מהשונות הרלוונטית של תגובה לגרייה המורכבת בפסיכודיאגנוסטיקה ביופסיכוסוציאלית מוסברת על ידי נטיות אישיותיות של המאבחנים. ניתן להמשיג זאת במסגרת שמציעים סביני, שיפמן, שטיין ומאירוביץ (Sabini, Siepmann, Stein, & Meyerowitz, 2000) ועל ידי גורמים נסיבתיים (Schwartz, 2000).

מתבקש ביסוס מושגי ובדיקה אמפירית של השערה כללית שאבחון ביופסיכוסוציאלי במתכונתו המתבקשת ביותר - מסגרת צוות רב-התמחותי - תקף יותר מאבחון חד-התמחותי, לפי שהוא כרוך בהתייחסות בהקשר אבחוני נתון לשלושה סוגי תסמינים. לבדיקת התוקף הקליני והאמפירי של השיטה הביופסיכוסוציאלית והרב-התמחותית עשויה להיות משמעות קלינית ויישומית בפיתוח מתכונות אבחון, שיטות טיפול, חינוך מקצועי ותכנון מבני של מחלקות בבתי חולים ובמרפאות למחלות נפש. המחקר הנוכחי מציע המשגה משולבת במתודה (וולף ושטרית, 1994; Anderson, 1996, in press), המאפשרת בדיקה כמותנית תקפה של תפיסה ביופסיכוסוציאלית ושל גורמים המשפיעים עליה.

מתוך התייחסות לפסיכותרפיה כאל תהליך של לימוד הדדי ניתן לשער זיקה הולכת ומתעצבת במהלכו של טיפול בין תפיסות ביופסיכוסוציאליות של מטפל ומטופל. עבודתם של דרדרי ו-וולף (טרם פורסם), הדגימה שימוש במדידה פונקציונלית לצורך מדידה מכוילת ותקפה של אבחון ביופסיכוסוציאלי בקרב בני אדם, שאבחון כזה אינו חלק ממקצועם (מאבחנים נאיביים). אם נתייחס אל מטופלים כאל מאבחנים נאיביים, נוכל להשתמש במתודה זו כבמכשיר המאפשר מעקב כמותני אחר שינויים, המתרחשים במהלך פסיכותרפיה אצל המטפל והמטופל כאחד. דבר זה יוסיף ממד רלוונטי וחשוב להמשגה הטיפולית של המודל הביופסיכוסוציאלי.

לסיום, נראה ששיתוף בין-תחומי מושא המחקר הנוכחי רצוי בעבור מקצוע העבודה הסוציאלית הקלינית. שיתוף זה מאפשר למצות את היתרונות הייחודיים של המקצוע, תורם היבטים ייחודיים לצוות הרב-התמחותי ומסייע לשלב שיקולים חברתיים על כל עמקם וגיוונם בשיקולי הצוות. עובדים סוציאליים קליניים אמונים על שילוב כזה ולפיכך להם תשתית נאותה לשיתוף פעולה עם מי שאמורים להדגיש היבטים אחרים (גופניים ופסיכולוגיים). לצד תרומה לצוות אמורה להתקבל גם תרומה להתפתחות העבודה הסוציאלית הקלינית בהקשרים ובמוסדות טיפוליים. אנו סבורים שעצם הופעתו של דיווח על המחקר הנוכחי בספרות המקצועית ועצם ההתייחסות במחקר לעבודה סוציאלית קלינית כאל שותף מלא לעבודה הרב-התמחותית תורמת לקידום המקצוע הנדון.

מקורות

דרדרי, ה. ו-וולף, י. (טרם פורסם). פסיכודיאגנוסטיקה נאיבית כתהליך מיזוג מידע על אודות סימפטומים ביופסיכוסוציאליים.
וולף, י. ושטרית, ד. (1994). אבחון פסיכיאטרי כתהליך רב-ממדי של מיזוג מידע אודות סימפטומים אודות סימפטומים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים. מגמות, ל"ו, 21-36.

- Anderson, N.H. (1996). A Functional theory of cognition. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Anderson, N.H. (in press). Unified theory. Chapter prepared for Festschrift for Bill McGuire.
- Beck, AT. (1962). Reliability of psychiatric diagnosis: A critique of systematic studies. *American Journal of Psychiatry*, 119, 210-216.
- Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundation, development, application*. New York: George Braziller.
- Dohrenwend, B. P., Yager T.J., & Egri, G. (1980). Some problems of validity with the psychiatric schedule as an instrument for case identification and classification in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 720-721.
- Drake, R.E., & Vaillant, G. E. (1985). A validity study of Axis II of DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 142, 553-558.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 197, 129-136.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.I., & Sadok B.J. (1977). *Modern synopsis of psychiatry*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Gauron, E.F., Dickson, J. K. (1966). Diagnosis decision-making in information usage. *Archives of General Psychiatry*, 145, 1061-1067.
- Gauron, E.F., & Dickson J.K. (1969). The influence of seeing the patient first on diagnostic decision-making in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 126, 199-205.
- Kendall, R.E. (1973). Psychiatric diagnoses: A study of how they are made. *British Journal of Psychiatry*, 122, 437-445.
- Koranyi, E.K. (1979). Morbidity and rate of undiagnosed physical illness in a psychiatric clinic population. *Archives of General Psychiatry*, 36, 414-419.

- Mellsop, G., Varghese, F., Joshua, S., & Hicks, A. (1982). The reliability of Axis II of DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1360-1361.
- Rosenhane, D.L. (1973). On being sane in insanes place. *Science*, 179, 250-256.
- Sabini, J., Siepmann, M., Stein, J., & Meyerowitz, M. (2000). Who is embarassed by what? *Cognition and Emotion*, 14, 213-240.
- Sadler, J. Z., & Hulgus, Y. F. (1992). Clinical problem solving and the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1315-1323.
- Schwarz, N. (2000). Emotion, cognition and decision making. *Cognition and Emotion*, 14, 433-440.
- Silverman, D., Gartell, N., Aronson, M., Steer, M., & Edbril, S. (1983). In search of the biopsychosocial perspective. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1154-1159.
- Vasile, R. G., Samson, J. A., Bemporad, J., Bloomingdale, K. L., Creasey, D., Fenton, B.T., Gudeman, J. E., & Schildkraut, J. J. (1978). A biopsychosocial approach to treating patients with affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 144, 341-344.
- Wolf, Y. (1999). Social deviance in the eyes of the beholders: Functional moral judgment of delinquency by juvenile and career delinquents. *Sociological Papers*, 5, 1-11.
- Wolf, Y. (2001). Modularity in everyday life judgments of aggression and violent behavior. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 1-34.
- Wolf, Y. (2002). Violations of out-group and in-group regulations in the eyes of ordinary and protected prisoners: An instance of judgmental modularity. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46, 206-219.