

תוכן עניינים

1.....	השפעת חשיפה לאלימות במשפחה על הפרעות חרדה בבגרות	
4.....	א. הפרעות חרדה	
	א. הגדרה	4
	ב. תפוצה	5
	ג. טיפוסים	5
6.....	1. הפרעת חרדה מוכללת	
7.....	2. הפרעת פאניקה	
8.....	3. אגורפוביה	
8.....	4. הפרעת חרדת פרידה	
9.....	5. הפרעת חרדה חברתית	
	ד. איתולוגיה	10
	ה. השלכות	11
12.....	ב. אלימות במשפחה	
	א. רקע	12
	ב. הגדרה	13
	ג. גורמים	13
	ד. תפוצה	15
16	ג. השפעות ארוכות וקצרות טווח של חשיפה לאלימות על הפרעות חרדה: ממצאים והסברים	
	א. א. רקע	16
	ב. היבטים התפתחותיים	16
	ג. השפעת חשיפה לאלימות בילדות על התפתחות של חרדה: מודלים	17
	ד. מגבלות של מחקר בתחום	21
22.....	ד. התערבויות לטיפול באלימות במשפחה	
	א. התערבויות אשר מבוססות על חינוך מוקדם	22
	ב. תוכניות התערבות לבוגרים	22
27.....	ה. סוגי אלימות	
	1. אלימות פיזית	27
	2. אלימות נפשית	27
	3. רצח בתוך המשפחה	28
	4. אלימות כלכלית	28
	5. אלימות מינית	28
30.....	ו. דיון	
33.....	ביבליוגרפיה	

א. הפרעות חרדה

א. הגדרה

הפרעות חרדה הינן חלק מההפרעות הנפשיות המזוהות בקרב אנשים כיום והן מלוות בתסמינים המובילים למצוקה בקרב הסובלים מהן (קרונברג, כהן, ויצמן, פריש ואפטר, 2014). בעוד שתגובת הפחד נגרמת בעקבות גירוי מאיים ממשי, חרדה נובעת מאיום פוטנציאלי, איום מצופה ולעיתים ללא איום כלל. כמו כן, חוקרים מצאו כי פחד וחרדה מתווכים על ידי רשתות נוירליות שונות במוח (Tovote, Fadok, & Lüthi, 2015). רוב האנשים חווים תחושות של פחד וחרדה ואלו תגובות טבעיות למצבי סכנה, איום וחוסר ודאות. במקרים מסויימים, בהם החרדה והפחד מורגשים בעוצמות גבוהות, ישנו חשש כי הם יפריעו לתפקודים היומיומיים ובתגובה יובילו להתנהגויות של הימנעות מפעילויות שיגרניות שונות (גולדברג, 2005; Patel & Fancher, 2013; Sadock & Ruiz, 2017). האבחנה הפסיכיאטרית להפרעת חרדה מתבססת על מצבי חרדה שמופיעים באופן עקבי במהלך חצי שנה לפחות והם כוללים מצבים פסיכולוגיים ופיזיולוגיים שמביעים חרדה. המאפיין העקרי של הפרעת חרדה הוא הימנעות וכך ניתן לראות הימנעות גלויה ממצבים, מקומות וגירויים (Rapee, 2016). בספר ההפרעות הפסיכיאטריות של איגוד הפסיכיאטריה האמריקני (DSM5), מתייחסים להפרעות חרדה באמצעות הגדרות של מה שמפחיד את הפרט, מאילו מצבים הוא נמנע והאם החרדה היא תגובה לגורם מעיק. כאשר החרדה מופיעה באופן תכוף ופתאומי ומלווה בתסמינים סומטיים כגון קוצר נשימה וחולשה, לצד תסמינים קוגניטיביים כגון פחד משיגעון או התקפת לב, הם נחשבים להתקפי פאניקה ומקבלים מענה שונה (APA, 2013). על פי DSM-5 ישנם מספר קריטריונים לאיבחון של הפרעת חרדה כללית:

1. חרדה ודאגה רבה אודות מצבים ופעילויות (כגון ביצוע בעבודה או בלימודים) אשר מתרחשת ברוב הימים במשך לפחות 6 חודשים.
2. האדם מתקשה לשלוט בדאגה.
3. החרדה והדאגה קשורה לשלושה או יותר מהסימפטומים הבאים (כאשר חלק מהסימפטומים נמשכים במשך רוב הימים בששת החודשים האחרונים)¹:
 - א. חוסר מנוחה או תחושה של "על הקצה".
 - ב. תחושה של עייפות
 - ג. קושי להתרכז
 - ד. רגזנות
 - ה. מתח שרירים
- ו. בעיות שינה (קושי להרדם או להישער במצב של שינה, חוסר מנוחה בשינה)
4. הפוקוס של החרדה והדאגה אינו חלק מהפרעות של ציר I: לדוגמא, לא מדובר בחרדה אודות מצב של פאניקה (הפרעת פאניקה), מבוכה בציבור (פוביה חברתית), זיהום (OCD) וכד'.

¹ כאשר מדובר בילדים, מספיק סימפטום אחד

5. החרדה והדאגה או הסימפטומים הפיזיולוגיים גורמים למצוקה או פוגעים בחיים החברתיים,

התעסוקתיים או אלמנטים חשובים אחרים של החיים (Andrews et al., 2010).

הפרעות חרדה הן בעלות שכיחות גבוהה במהלך רוב החיים ומופיעות בממוצע בגיל 11. פעמים רבות הן מעידות על מצבים נפשיים נוספים (Daffre, Oliver & Pace-Schott, 2020). הפרעות אלה הן השכיחות ביותר מבין ההפרעות הפסיכיאטריות בקרב צעירים והיא משפיעה על 1 מתוך 5 פרטים בהגעתם לבגרות. ילדים עם הפרעות חרדה נוטים לגלות תסמינים של חרדה גם כאשר הם מגיעים לבגרות ולעיתים קרובות מאובחנים בקומורבידיות עם הפרעת חרדה נוספת (Sadock & Ruiz, 2017). מחקרים מעטים ועכשוויים מצביעים על קשר בין הפרעות חרדה בילדות ובבגרות בתוך משפחות. על אף שבקרב ילדים ישנה שכיחות גבוהה של קומורבידיות בין הפרעות חרדה שונות, בקרב מבוגרים השכיחות פחותה וממצאי מחקרים נוספים מצביעים על קשר בין הפרעות חרדה ודיכאון (Tuma & Maser, 2019).

ב. תפוצה

דוחות קליניים מראים כי פחות מ-20% מהסובלים מהפרעת חרדה מראים רמיסיה מוחלטת בסימפטומים, כאשר רוב הסובלים מתאפיינים בסימפטומים בין 5 ל-10 שנים לפני שהם מקבלים את ההבחנה הקלינית של הפרעת חרדה (Wittchen, 2002) הפרעת חרדה נחשבת להפרעה השנייה בשכיחותה: מחקרים מראים כי כ-30 מיליון אמרקאים סובלים או סבלו מהפרעת חרדה בעבר (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011). במחקר אשר התבצע בארץ, הממצאים מראים כי אחד מכל ששה בוגרים (17.6%) סבל מהפרעה של דכאון או חרדה במהלך חייו, וכמעט אחד מכל עשרה בוגרים סבל מהפרעות אלו בשנה שקדמה לראיון. כמו כן, בישראל הוגדרו 37.5% מהמאובחנים בהפרעת חרדה או דיכאון כמקרים "חמורים" וכשליש סווגו כמקרים בעלי "חומרה בינונית" (הפרעות דכאון וחרדה בישראל: ממצאים עיקריים מסקר בריאות הנפש בעולם, 2012).

ג. טיפוסים

שלוש הפרעות החרדה השכיחות ביותר בקרב האוכלוסיה הידועה לפסיכיאטריה הן הפרעת חרדת פרידה, הפרעת חרדה מוכללת והפרעת חרדה חברתית. הפרעות אלה חולקות ביניהן את ליבת ההפרעה הטמונה במרכיב החרדה, תסמינים דומים, שכיחות גבוהה של קומורבידיות עם הרפעות אחרות וקשרים משפחתיים והמשכיות של החרדה גם בחיים הבוגרים. לכן הפרעות אלה לרוב מקובצות יחד אולם הטיפול בכל אחת מהן ממוקד בחרדה הספציפית (Spence & Rapee, 2016).

הפרעות חרדה הן עץ בהפרעות הפסיכיאטריות והוא מסתעף למספר הפרעות המובחנות ביניהן בקריטריונים ספציפיים. ההפרעה השכיחה ביותר היא הפרעת חרדה מוכללת והיא מופיעה בקרב 5-7 אחוזים מהאוכלוסיה (APA, 2013; Hoge, Ivkovic, & Fricchione, 2012; Patel & Fancher, 2013). הענפים הבאים בעץ הפרעות החרדה הם הפרעת פאניקה, אגרופוביה, הפרעת