



**ההסתדרות הרפואית בישראל  
המועצה המדעית**

**התמחות בפסיכיאטריה**

תכנית ההתמחות

**Syllabus**

ספטמבר 2011

## סילבוס להתמחות בפסיכיאטריה

### תכנית ההתמחות

(החל מ-7.8.2010)

#### **ארבע שנים וחצי ובהן:**

- \* שנתיים במחלקה פסיכיאטרית פעילה ויכול שחצי שנה תהיה במחלקה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר – חובה.
- \* שנה בשירות פסיכיאטרי אמבולטורי למבוגר במרפאה לבריאות הנפש - חובה.
- \* חצי שנה בנוירולוגיה או שלושה חודשים בנוירולוגיה ושלושה חודשים במחלקה לרפואה פנימית, או שלושה חודשים בנוירולוגיה ושלושה חודשים ברפואת המשפחה.
- \* חצי שנה באחת מן הבאות: מחלקה או מרפאה לטיפול פסיכיאטרי במבוגר, מרפאה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, מחלקת יום פסיכיאטרית, יחידה פסיכוגריאטרית, מחלקת פסיכיאטריה שיקומית או פסיכיאטריה משפטית.
- \* חצי שנה מדעי יסוד.

שנה אחת מתוך השנתיים הראשונות וששת החודשים האחרונים של ההתמחות יהיו במקצוע הראשי.

### מתכונת הבחינה לשלב א' ושלב ב' בפסיכיאטריה כללית, מטרות ומבנה

#### הבחינה:

בחינות שלב א' : מיועדות לבדוק את הידע העיוני שרכש המתמחה בתקופת עבודתו במקצוע ובהתאם למפורט בתכנית הלימודים. בבחינה יהיו 150-200 שאלות והיא תיערך בכתב, בעברית בלבד. מתכונתה העיקרית היא בשיטת רב-ברירה (מבחן אמריקאי). השאלות יילקחו מהחומר העיוני במקצוע, אך יהיו גם כאלו הקשורות ליישומן של התיאוריות הכלליות, אם בחדר מיון ואם בעבודה יומיומית.

בחינות שלב ב' : על הנבחן להגיש לפני מועד הבחינה דו"ח טיפול פסיכותרפויטי אינדיבידואלי. הדו"ח הטיפולי חייב לתאר במפורט את המקרה ולהציג את חלקו של המטפל בטיפול.

דוגמה לעריכה רצויה של הדו"ח :

1. תיאור המקרה: מחלה נוכחית, העבר והסטטוס.
2. השיקולים האבחנתיים.
3. פירוט השיקולים לבחירת סוג הטיפול.
4. תיאור התהליך הטיפולי.
5. הגורמים המרפאים בתהליך הטיפולי.

6. הקשיים במהלך הטיפול.
  7. תוצאות הטיפול.
  8. דיון בשיקולים הפרוגנוסטיים.
  9. דיון הכולל את ההיבטים התיאורטיים של המקרה ואת התהליך הטיפולי.
  10. סיכום.
- הדו"חות ייערכו למטופלים בני 16 ומעלה בלבד.

#### מבנה הבחינה :

הבחינה תתמקד ב- 3 תחומים עיקריים :

- ראיון חולה
- פסיכותרפיה (דינמית ו- CBT)
- שאלות בפסיכיאטריה (שאלה קונצפטואלית ושאלה עם היבטים נוירולוגיים).

#### חלוקת הבחינה :

החלוקה ביניהם תהיה כדלקמן :

- |          |   |
|----------|---|
| חלק א' - | ראיון חולה                                    |
| חלק ב' - | פסיכותרפיה דינמית + שאלה קונצפטואלית          |
| חלק ג' - | CBT + שאלה בפסיכיאטריה עם היבטים נוירולוגיים. |

מידע על הבחינות ניתן למצוא באתר המתמחים של ההסתדרות הרפואית באינטרנט:

<http://www.ima.org.il/internes>

עדכון רשימת הקריאה מתפרסם על ידי ועדת הבחינות, בסמוך למועד הבחינה, בכתובת אתר האינטרנט המופיעה מעלה. על הרופאים הניגשים לבחינה מוטלת האחריות והחובה לעקוב אחר המהדורות הקובעות ורשימת הקריאה המעודכנת לקראת הבחינות.

#### **ספרי יסוד :**

- Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed.9
- Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, ed.10.
- DSM IV
- ICD 10
- רשימת הספרים מתייחסת למהדורות האחרונות.

- ISREAL JOURNAL OF PSYCHIATRY
- AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY
- BRITISH JORNAL OF PSYCHIATRY
- ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY

טופס פעולות למתמחה בפסיכיאטריה (חובה להגיש עם הבקשה לתואר מומחה) :

חתימות		מספר הפעולות	סוג הפעולה
מנהל המחלקה	מדריך / אחראי תחום *		
		3	<b>פסיכותרפיה</b> טיפולים דינמיים ארוכי טווח, שלפחות אחד מהם יימשך כשנה
		2	<b>טיפולים פסיכותרפויטיים</b> טיפול תמיכתי, התנהגותי, קוגניטיבי, קבוצתי, זוגי או משפחתי וטיפול קצר מועד
		15	<b>טיפול בנזעי חשמל</b> טיפול ECT
		5 3	<b>חוות דעת משפטיות</b> בתחום פלילי ובתחום אזרחי

\* מדריך / אחראי תחום הינו המדריך הישיר לנושא

## תחומי הידע הנלמדים :

### **מבוא**

הקוריקולום משרטט את דמותו של הפסיכיאטר המסיים את התמחותו ומפרט את הנדרש ממנו בהתייחס לידע, מיומנויות וגישה.

*מבנה הקוריקולום :*

הקוריקולום מוגש בפורמט של פרקים שמסודרים בסדר הנ"ל: מדעי הבסיס הביולוגיים, פסיכולוגיים וסוציאליים, ההפרעות הפסיכיאטריות השונות, היבטים של אוכלוסיות מיוחדות (ילדות, התבגרות וזקנה), טיפולים שונים בפסיכיאטריה, סוגיות אחרות (חוק, שיקום ועוד) והיבטים ישראליים ייחודיים.

*מבנה הפרק :*

כל פרק מחולק לשלושה תתי פרקים : ידע, מיומנויות וגישה.

ידע – בחלק זה מפורט המאגר הקוגניטיבי הנדרש ורמתו מחולקת לשלוש: הכרה - רמת

ידע שטחית ; ידע מעמיק - ברמת פירוט גבוהה ; הבנה - יכולת לשלב חומי ידע שונים, והסקת מסקנות.

מיומנויות – בחלק זה מפורטות מיומנויות שהמומחה נדרש להן.

גישה – סעיף זה מתייחס לעמדות, דילמות והתמודדויות שעמן מתמודד הפסיכיאטר בחיי היומיום המקצועיים. ברוב הפרקים נדרשת התמודדות, אולם לא מפורטת תוצאתה. סעיף זה יכול להיות חופף בפרקים רבים, אולם בשל חשיבותו הוא מפורט בכל תחום.

בנוסף לכך נדרש הפסיכיאטר, עם סיום התמחותו, לידע, מיומנויות וגישה בסוגיות מחקר והוראה; עליו להכיר תיאוריות בנושאים אלו, להשתתף במחקר ולנהלו, ללמד ברמות שונות ולהתמודד עם בעייתיות העולה בסוגיות הנ"ל.

הקוריקולום אינו מנחה כיצד ללמוד ומהם מקורות הלימוד וזאת כדי לאפשר שיטות הוראה שונות. כמו כן, אינו משמש ספר לימוד, אולם בהחלט מתווה את הפרקים השונים שיש ללמוד ומעניק משקל ורמת חשיבות שמשקפים את התפיסה הפסיכיאטרית העכשווית בארץ.

במהלך כתיבת קוריקולום זה פנינו לפסיכיאטרים רבים כדי שיתרמו את תרומתם בתחומי התמחותם, ולאחרים שיכתבו פרקים בתחומים שאינם התמחותם העיקרית. לאחר קבלת ההצעות, ועדת הקוריקולום שקלה, עיבדה וניסחה אותן לניסוח אחיד וברור התואם את הדרישות ממומחה בפסיכיאטריה כללית.

### **פרקי הלימוד**

#### **הראיון הפסיכיאטרי**

*ידע :*

1. שיטות ראיון שונות על פי מטרות הראיון, כגון : ראיון לשם אבחון, מעקב, הערכה לפסיכותרפיה וכדומה.

2. ראשי הפרקים המקובלים בראיון הפסיכיאטרי.

3. הבנה של הממד הבין-אישי והרגשי של הראיון הפסיכיאטרי בכלל ובמצבים מיוחדים בפרט, כגון : ראיון של חולה פסיכוטי, מאנני, דיכאוני, תוקפני, דיסימולטיבי, סדוקטיבי ועוד, וכמו כן ראיון עם חולה בעל סיכון לאובדנות ועם חולה מרקע תרבותי שונה.
4. הסוגיות החוקיות והאתיות הקשורות בראיון הפסיכיאטרי ותיעודו.

#### מיומנויות :

1. ביצוע ראיון פסיכיאטרי בהתייחס ליצירת קשר אמפתי ; יצירת אווירה של אמון ופתיחות ; זיהוי צמתים המחייבים הבהרה והעמקה ; בחירה במיקוד מול פיזור ובהרחבה, מול צמצום ולקוניות, בשלבים שונים של הראיון ; הערכת אמינות המידע ומשמעותו.
2. התאמת היקף ראשי הפרקים השונים למטרה.
3. ביצוע הראיון הפסיכיאטרי באיכות גבוהה, לרבות טכניקות ראיון מגוונות הכוללות שימוש מותאם בשאלות פתוחות וסגורות ; טכניקות מתחום הפסיכותרפיה כגון שיקופים, הבהרות, אימות וכדומה ; תמיכה.

#### גישה :

1. התייחסות לראיון בשילוב התפיסות השונות של הנורמה בפסיכיאטריה ושל ההגדרות השונות של המחלה.
2. ביצוע הראיון הפסיכיאטרי בצורה רב-ממדית שבה באים לידי ביטוי הממד הקליני, הממד הניירו-ביולוגי, הממד הפסיכולוגי והממד החברתי.
3. התייחסות מותאמת לממדים סיבתיים ונסיבתיים בתולדות החיים ובהתפתחות הפתולוגיה.
4. התמודדות עם סוגיות חוקיות ואתיות הקשורות בראיון הפסיכיאטרי ובתיעודו.

### הבדיקה הפסיכיאטרית

#### ידע :

1. הבנת המושג "בדיקה פסיכיאטרית" וראשי הפרקים שמהם היא מורכבת.
2. יחסי הגומלין בין הבדיקה הפסיכיאטרית והבדיקה הגופנית.
3. הבנה הנוגעת להפניה לבדיקות עזר, כגון ייעוץ רפואי, גופני, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, בדיקות פסיכודיאגנוסטיות, נויר-קוגניטיביות ועוד.

#### מיומנויות :

1. ביצוע בדיקה פסיכיאטרית מלאה, סיכומה, הצגתה ותיעודה.
2. הערכת תוצאות הבדיקה הפסיכיאטרית ויישומה בתהליכי אבחנה, אבחנה מבדלת, התערבות וטיפול בהפרעות נפשיות ותיעודם.
3. הערכת תוצאות הבדיקה הפסיכיאטרית ויישומה להתערבות ולתיעוד מסוכנות.
4. ביצוע הבדיקה הפסיכיאטרית כראיון באיכות גבוהה, לרבות טכניקות ראיון מגוונות כמו : שימוש מותאם בשאלות פתוחות וסגורות, שיקופים, הבהרות, אימות, תמיכה וכדומה.
5. ביצוע הבדיקה הפסיכיאטרית והשלמתה גם במבנה זוגי, משפחתי וקבוצתי.

גישה :

1. התייחסות לבדיקה הפסיכיאטרית בשילוב התפיסות השונות של הנורמה בפסיכיאטריה ושל ההגדרות השונות של המחלה.
2. התייחסות לתוצאות הבדיקה הפסיכיאטרית בשילוב אבחנות נוספות, לרבות ראיונות מובנים וחצי מובנים והערכה פסיכולוגית דינמית.
3. התייחסות לבדיקה הפסיכיאטרית בהקשר רחב של קשר מטפל-מטופל, לרבות למרכיבים הטיפוליים של הראיון.
4. התייחסות לסוגיות החוקיות והאתיות הקשורות לבדיקה הפסיכיאטרית ותיעודה.

### מערכות אבחון וסיווג

ידע :

1. הכרת תולדות מערכות האבחון והסיווג.
2. ההבדלים העקרוניים בין מערכות האבחון והסיווג.
3. מערכות האבחון DSM 4 ו-ICD 10 וההבדלים ביניהן.
4. הגישה לאבחון רב צירי.
5. מבחנים דיאגנוסטיים מובנים וחצי מובנים :

- MENTAL STATUS EXAMINATION
- BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)
- STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM10 (SCID)
- SCHEDULE FOR AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA (SADS)
- SCALE FOR THE ASSESMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS (SANS)
- STANDARD ASSESMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS (SADD)
- HAMILTON ANXIETY SCALE
- GLOBAL ASSESMENT OF FUNCTIONING SCALE (GAF)
- QUALITY OF LIFE SCALE (QLS)

מיומנויות :

1. ביצוע הערכה רב צירית לפי DSM 4.
2. ביצוע הערכה לפי ICD 10.
3. תהליך המחלה וקביעת חומרתה.
4. אבחנה עיקרית ואבחנות נוספות.
5. שימוש בתרשימי זרימה לשם אבחנה ואבחנה מובדלת.

6. שימוש אינטגרטיבי בשיטות סיווג שונות ובמבחנים דיאגנוסטיים בתהליכי אבחון של הפרעות נפשיות.

גישה :

1. פתיחות לגישות אבחון שונות.
2. התייחסות לפתולוגיה נפשית מנקודות מבט תיאורטיות ופרקטיות שונות.

### יחסי רופא-חולה-חברה

פרק זה מפרט את העקרונות של יחסי רופא-חולה-חברה - נדבך חשוב בעבודתו ובהכשרתו של הפסיכיאטר, ומחבר לפסיכיאטריה אלמנטים מתחומים משיקים.

ידע :

1. מבוא לסוציולוגיה
2. רופא כאזרח
3. רפואה וחברה - יחסי גומלין
4. תורת מערכות (System Theory)
5. איזון בין מחויבות הרופא לחולה לבין המחויבות לחברה
6. איכות חיים - מושג, מדדים
7. בריאות וחולי - חיי הבריאות של החולה כחיי איכות
8. יסודות האתיקה הרפואית
9. זכויות הפרט (Civil Rights)
10. חוק זכויות החולה ויתר חוקי הבריאות
11. חוק שוויון הזדמנויות ויתר החוקים הסוציאליים בישראל
12. קודים אתיים ומשמעותם - שבועת הרופא; הצהרות ז'נבה, הלסינקי, מדריד; כללי האתיקה הרפואית הבין-לאומית וזו של הר"י
13. ניירות עמדה של איגוד הפסיכיאטריה בישראל
14. תיוג (Stigma) בפסיכיאטריה, מקורותיו, משמעות חברתיות ודרכים להתמודדות.
15. פסיכיאטר מול מוות – התמודדות ושיטות טיפול
15. הבטחת איכות ברפואה - שיטות בדיקה, למידה ודרכי שיפור
16. פסיכיאטריה קהילתית כמקדמת בריאות

מיומנויות :

1. ליווי חולה בהתמודדותו עם מחלה
2. הדרכת המשפחה והסביבה להתמודדות עם השינוי בעקבות חולי או מעגל פתולוגי
3. טיפול במשפחה (יסודות של טיפול משפחתי)
4. טיפול בזוגיות (יסודות)
5. הסברה במעגלים קהילתיים שונים
6. עבודת צוות רב-מקצועי



גישה :

1. דגמי יחסים בין רופא למטופל פטרנליסטי (Paternal), אינפורמטיבי (Informative), פרשני ודיוני (Deliberative)
2. אמפטיה
3. גישה ביו-פסיכו-סוציאלית
4. גישה קהילתית
5. גישה שיקומית
6. סיוע להתאבדות - הגישה וההתנגדות לה

### מעגל החיים

ידע :

1. היכרות עם ההגדרה של מעגל החיים וההבדלים בין מעגל החיים הביולוגי, הנפשי (קוגניטיבי ורגשי) והחברתי-תרבותי.
2. השפעת "אירועי חיים לוחצים" על תחלואה נפשית.
3. מעגל חיי המשפחה ומושג ההעברה הבין-דורית.
4. תיאוריות התפתחותיות לרבות פרויד, מאהלר, בולבי ופיאז'ה.
5. תיאוריות המתארות את מעגל החיים מההתבגרות ועד המוות לרבות התיאוריה של אריקסון.
6. ההיבטים הפסיכולוגיים הנוגעים להתמודדות עם המוות, אבל ואבל פתולוגי, לרבות התיאוריה של קובלר רוס.
7. היבטים פסיכולוגיים ייחודיים של האשה ושל הגבר.
8. היבטים תרבותיים של התייחסות למעגל החיים, כגון טקסי התבגרות, נישואין, מוות ועוד.
9. המאפיינים הייחודיים של מעגל החיים בחברה הישראלית, כגון שירות צבאי, עלייה, היבטים אתניים ועדתיים, שכול ועוד.
10. מושג "סיפור החיים האישי" - הנרטיב.

מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית הנוגעות למעגל החיים.
2. הערכת חשיבות כל שלב במעגל החיים באטיולוגיה של הפרעה או האפיזודה, בתמונה הקלינית, במהלך ובפרוגנוזה שלה.
3. ניהול הטיפול וביצועו בהתייחס למעגל החיים.

גישה :

- הבנה רחבה של תולדות החיים בעת אבחון הפרעות נפשיות וטיפול בהן, בהתייחס למעגל החיים והקשריו הרחבים לתחלואה נפשית.

### תיאוריות אישיות ופסיכופתולוגיה

ידע :

1. הגישה הפסיכואנליטית על פי פרויד וממשיכיו (כולל תיאוריות יחסי אובייקט).
2. מנגנוני הגנה והתמודדות.
3. המשמעות הסימבולית של סימנים נפשיים.
4. תיאוריות התפתחותיות לא פסיכואנליטיות לרבות התיאוריה של פיאז'ה, אריקסון ופסיכולוגיית העצמי.
5. הגישות השונות להתפתחות פסיכופתולוגיה נפשית רחבה.

מיומנויות :

1. שימוש בתיאוריה בתהליכי אבחון וטיפול של הפרעות נפשיות.
2. ניתוח השוואתי של התיאוריות השונות.

גישה :

1. פתיחות לתיאוריה ויישומה מנקודות הסתכלות שונות.

### טסטים פסיכודיאגנוסטיים

ידע :

1. האינדיקציות לטסטים פסיכודיאגנוסטיים.
2. המבחנים הפסיכודיאגנוסטיים העיקריים המשמשים כלי עזר בפסיכיאטריה לרבות רורשך, TAT ובנדר.
3. הבנת תוצאות המבחנים הפסיכולוגיים.

מיומנויות :

1. שימוש בתוצאות מבחנים פסיכודיאגנוסטיים באופן אינטגרטיבי בתהליכי אבחון וטיפול בהפרעות נפשיות.

גישה :

1. שימוש בשפות אבחוניות וטיפוליות שונות בהתחשב בכל תחום.
2. שיתוף פעולה בחשיבה ובטיפול רב-תחומיים.

### נוירו-פסיכיאטריה

ידע :

1. Cognitive Neuroscience - נוירו-אנטומיה, נוירו-פיזיולוגיה ונוירו-ביוכימיה, הכולל את:
  - מבנה הנירון ותפקודו.
  - רצפטורים ונוירוטרנסמיטורים, כולל מסילות, שיוך תופעות לנוירוטרנסמיטורים ותופעות לוואי לרצפטורים.

- שינויים פתופיזיולוגיים המשויכים להפרעות מהציר הראשון.
  - תהליכי העברה בין תאים - Signal Transduction.
- א. תפקוד אונות המוח השונות והתמחותן (Specialization) של ההמיספרות, וההפרעות האונתיות השונות (פגיעה אונתית באונה הדומיננטית או לא דומיננטית, פגיעה בילטרלית או פגיעה לא ספציפית) : האונה הפרונטלית, האונה הפרינטאלית, האונה האוקסיפיטאלית והאונה הטמפוראלית.
- ב. תחומים עיקריים של תפקודי המוח: הכרה, קשב, זיכרון, שפה, פרספציה, תנועה ותחושה.
- ג. אזורים בעלי חשיבות מיוחדת להבנה של תסמונות נוירו-פסיכיאטריות: אמיגדלה, גשות, היפוקמפוס - זיכרון, קורטקס פרה-פרונטלי - תפקודים אקזקוטיביים, קשב, גנגליונים בזליים וצרבלום ותלמוס.
- ד. טכניקות ההדמיה העיקריות וההתוויות לשימוש בהן.
2. Neurobehavioral Syndromes - הכוללים תמונה קלינית, אבחנה ואבחנה מבדלת, אטיולוגיה, פתופיזיולוגיה וטיפול ב:
- א. אפזיה לסוגיה
  - ב. אמנזיה והפרעות זיכרון שונות
  - ג. הפרעות של האונה הפרונטלית
  - ד. הזנחת צד ואנוזוגנוזיה
  - ה. דמנציה לסוגיה השונים
3. Neuropsychiatric Syndromes - הבסיס העצבי של מחלות פסיכיאטריות, נוירו-פסיכיאטריה ומחלות הכוללות:
- א. אירועים וסקולריים
  - ב. גידולי מוח
  - ג. כפיון
  - ד. חבלות מוחיות
  - ה. חבלה מוחית קלה ותסמונת לאחר זעזוע מוח
  - ו. פרקינסון ומחלות תנועה
  - ז. טרשת נפוצה ומחלות דמיאלינטיביות
  - ח. איידס
  - ט. מחלות זיהומיות
  - י. כאבי ראש

**מיומנויות :**

1. בדיקה נוירו-פסיכיאטרית מקיפה לפי תחומים ראשוניים: ערנות, קשב, התמצאות בזמן ובמרחב, מצב רוח, זיכרון (מילולי, חזותי, מידי, לטווח קצר וטווח ארוך), שפה, תפיסה, תכנון ויכולת לחזות דברים, הבנה, יכולת הפשטה וגמישות המחשבה, אינטליגנציה, שיפוט ותובנה - וממנה הסקת הפרעות שונות ושיוכן הטופוגרפי.
2. בדיקה נוירולוגית.
3. ניתוח בסיסי של תרשים EEG.
4. ניתוח בסיסי של צילומי MRI, CT.
5. הבנת טסטים נוירו-פסיכולוגיים.
6. הצגת מחקרים במדעי המוח הבסיסיים.

**גישה :**

1. הבנת המרכיבים הביולוגיים, הנוירולוגיים והנוירו-קוגניטיביים של התחלואה הפסיכיאטרית ותחלואות נלוות.
2. הכרה בקשרים החדשים המתהווים בין גוף ונפש, פסיכואנליזה וביולוגיה, גנטיקה וסביבה.

**גנטיקה ופסיכיאטריה****ידע :**

1. תורשה מורכבת (מולטיפקטוריאלי) הקיימת במחלות פסיכיאטריות.
2. המתודולוגיות המשמשות להוכחה ומדידה של תורשתיות מחלות פסיכיאטריות: מחקרי משפחות, אימוץ ותאומים.
3. המרכיב התורשתי במחלות הפסיכיאטריות השונות (כפי שמתבטא במחקרי משפחות, תאומים ואימוץ): סכיזופרניה, הפרעות אפקטיביות ואובדנות, הפרעות חרדה, הפרעות אישיות, הפרעות אכילה, מחלת אלצהיימר, אוטיזם ותסמונת טורט.
4. מושג הרצף בביטוי הפנוטיפי של מחלות פסיכיאטריות (דוגמאות: סכיזופרניה, הפרעה אפקטיבית חד-קוטבית ודו-קוטבית ותסמונת טורט).
5. המתודולוגיות המולקולריות העיקריות למציאת גנים הגורמים למחלות פסיכיאטריות וההבדלים העקרוניים ביניהן: מחקרי תאחיזה ומחקרי זיקה.
6. גנים קנדידטים בפסיכיאטריה.
7. הממצאים המולקולריים שהתגלו במחלת אלצהיימר.
8. הבסיס הגנטי והביטוי הקליני (רפואי ופסיכיאטרי) בכמה תסמונות נוירו-גנטיות, כגון: מחלת האנטינגטון, מחלת וילסון, אדרנולוקודיסטרופי, תסמונת פראדר-וילי ותסמונת וולקרדיופשיאל.
9. תורשתיות רמת משכל, אישיות וטמפרמנט.
10. התיאוריה האישיותית הגנטית של קלונינגר (הפקטורים והנוירורטרנסמיטורים והגנים הקשורים בהם).

**מיומנויות :**

1. בניית עץ משפחה.
2. הסבר והדרכה לחולה ולמשפחתו המתמקדים בתורשת הפרעות נפשיות.
3. התמודדות עם החרדה והתגובות הרגשיות השכיחות בתהליך ייעוץ גנטי.

**גישה :**

1. התייחסות ומודעות לאספקטים אתיים רחבים של היעוץ הגנטי בנוירו-פסיכיאטריה.

**אפידמיולוגיה בפסיכיאטריה****ידע :**

1. שיטות מחקר אפידמיולוגיות בפסיכיאטריה (כגון Catchment Area Study Psychiatric, Case Register וכו').
2. הכלים האבחוניים המקובלים במחקרים אפידמיולוגיים (כגון SCID, CIDI, DIS) ומגבלות כל כלי.
3. הפיזור הדמוגרפי והגיאוגרפי והשכיחות של ההפרעות הפסיכיאטריות.

**מיומנויות :**

1. קריאה ביקורתית של עבודות מדעיות בנושאים אפידמיולוגיים בפסיכיאטריה.
2. השתתפות במחקר אפידמיולוגי קליני.

**גישה :**

1. התייחסות לרקע דמוגרפי ולנתונים אפידמיולוגיים באבחון, ואיתור הפרעות נפשיות.

**דמנציה****ידע :**

1. תמונות קליניות ומהלך, טיפוסיים ולא טיפוסיים, של דמנציה.
2. אבחנת דמנציה לפי שיטות סיווג עדכניות - DSM-4, ICD-10.
3. ייחודה של הבדיקה הפסיכוגריאטרית: אנמנזה, סטטוס נפשי וקוגניטיבי, הערכת המצב הגופני ובדיקות עזר משלימות.
4. סולמות הערכה מקובלים בדמנציה.
5. בדיקות הדמיה בדמנציה.
6. אבחנה מובדלת של דמנציה, כגון הזדקנות רגילה, פגיעה קוגניטיבית קלה (MCI), תסמונת אמנסטית, דיכאון, סכיזופרניה, דליריום ועוד.
7. התיאוריות האטיולוגיות של דמנציה.
8. פתופיזיולוגיה של דמנציה.
9. היבטים אפידמיולוגיים.

10. הטיפול בדמנציה.
11. מסגרות אבחוניות, טיפוליות ואשפוזיות לחולה הדמנטי.
12. היבטים רפואיים-משפטיים ואתיים, כגון קומפטנטיות של החולה הדמנטי (נהיגה, אפטרופסות, פעולות רפואיות, מחקרים, צוואות ועוד), חוק הסיעוד וניצול לרעה של החולה הדמנטי.
13. ההיבטים ההיסטוריים של התפתחות המושג דמנציה.
14. ההשלכות החברתיות של דמנציה.

#### מיומנויות :

1. אגמנזה ובדיקה פסיכיאטרית המותאמות לקשיש.
2. התייחסות לבריאות גופנית, איכות חיים והיבטים פסיכו-סוציאליים וסביבתיים בכל שלבי האבחון והטיפול.
3. שימוש מושכל בבדיקות עזר ויישומן באבחון ובטיפול.
4. ניהול או השתתפות בעבודה רב-מקצועית ושימוש אינטגרטיבי בשפות טיפוליות שונות.

#### גישה :

1. התמודדות עם התגובות הרגשיות המתעוררות במפגש עם החולה בדמנציה.
2. מחויבות לבריאות הנפשית הכוללנית ולאיכות החיים של החולה בדמנציה.
3. התייחסות למצוקת הסובבים את החולה בדמנציה.
4. התייחסות מכבדת ומקבלת למטפלים בחולה בדמנציה.

#### דליריום

##### ידע :

1. התמונה הקלינית של הדליריום.
2. הקריטריונים האבחנתיים של הדליריום.
3. המבדיל והמייחד את הדליריום מבין ההפרעות הקוגניטיביות האחרות.
4. הגורמים האטיולוגיים.
5. הנוירופתופיזיולוגיה של הדליריום, כולל הנוירורנסמיטורים המעורבים באטיולוגיות השונות.
6. ההיבטים האפידמיולוגיים של הדליריום לפי פתולוגיות הרקע השונות שבבית חולים כללי ולפי הגילים שונים.
7. גורמי הסיכון לפתח דליריום.
8. האפשרויות הטיפוליות, התרופתיות והפסיכו-סוציאליות.
9. הסיבוכים האפשריים והפרוגנוזה.

**מיומנויות :**

1. הכרת מבחן מינימנטל, והערכה קוגניטיבית באמצעותו.
2. יכולת להבדיל בין דליריום לדמנציה ולזהות את ההפרעות במודע הנלוות לדליריום והפלוקטואציות האפשריות במהלכו.
3. יכולת להבדיל בין דליריום להפרעות נפשיות ראשוניות בגיל הקשיש, כגון "דיכאון סטופורוטי" ו"מאניה דלירנטית".
4. בניית תכנית בירור לגורמים האטיולוגיים המשוערים, לרבות מעבדה, בדיקות הדמיה ו-EEG.
5. זיהוי הפתולוגיות האפשריות ב-EEG במקרה של דליריום.
6. הצעת תכנית טיפול בהתאם לגורם האטיולוגי ובחירת הטיפולים התרופתיים במקרה של אי שקט פסיכומטורי, הפרעה בתפיסה והפרעות בשינה.
7. הדרכה לחולה וסביבתו על אודות ההתמודדות עם ההפרעה, לרבות הצורך במניעה של חסך חושי או גירוי יתר והצורך בסביבה מוכרת.

**גישה :**

1. בדיקה חוזרת של החולה החשוד בדליריום כמה פעמים בשעות שונות במשך היממה.
2. מודעות לסיכון בתרופות שעלולות לגרום לדליריום או להחמיר את המצב.
3. שיקול מושכל, הנתמך בשיקולי אתיקה והיחס לחולה, בדבר התמודדות עם הסיכון העצמי והסביבתי של החולה בדליריום.

**שימוש לרעה בסמים ואלכוהול - SUBSTANCE-RELATED-DISORDERS (SRD)****ידע :**

1. התמונה הקלינית על כל צורותיה בכל סם וסם; בדגש על סמים שכיחים בארץ כגון: נרקוטיים (הרואין), מעוררים (קוקאין ואמפטמין), הלוצינוגנים (LSD), PCP, MDMA, THC, ובדגש על אלכוהול, BARBITURATES, BENZODIAZEPINES, קפאין, ניקוטין וכו'.
2. תסמונות המתפתחות כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים (SUBSTANCE) USE, (INDUCED DISORDERS SUBSTANCE ו- DISORDERS).
3. מושגים הקשורים ל-SRD לרבות דרכי שימוש, הרעלה, סבילות, תלות, שימוש לרעה, Relapse ותסמונת גמילה.
4. התיאוריות האטיולוגיות של SDR, כולל תיאוריות לא-ביולוגיות (התנהגותיות, סוציולוגיות, דינמיות וכו').
5. דרכי הפעולה של חומרים פסיכואקטיביים; השפעות נפשיות וגופניות, כאלו שהן קצרות טווח וכאלו הנובעות משימוש ממושך.
6. גישות טיפוליות ביולוגיות ולא-ביולוגיות; טיפול ביולוגי לכמיהה.
7. אמצעי איתור, אבחנה, טיפול ומניעה של SRD.

8. מושגים בתחלואה כפולה COMORBIDITY.
9. חומרים חוקיים ולא חוקיים.
10. דרכי איתור מעבדתי של חומרים פסיכואקטיביים; כיצד לפרש תוצאות מעבדה.
11. המערכת הארצית לטיפול ושיקום נפגעי סמים ואלכוהול.

#### מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית מלאה במטרה :
  - א. להפיק שימוש בחומרים פסיכואקטיביים בעבר ובהווה.
  - ב. לאתר אילו חומרים היו בשימוש.
  - ג. לאתר שימוש חד-פעמי, מזדמן, חווייתי, ניסיוני, שימוש לרעה והתמכרות.
  - ד. לאתר דרכי שימוש.
  - ה. לאתר NEEDLE RELATED DISEASES.
  - ו. לאתר ולאבחן תסמונות של תלות, גמילה, סבילות ו-Relapse.
  - ז. לאתר טיפולים ב-SRD בעבר.
  - ח. לזהות תסמונות פסיכיאטריות הנובעות משימוש בסמים ואלכוהול או הפסקתם.
  - ט. לאתר AXIS II DISORDERS שכיחים ב-SRD.

#### 2. בניית תכנית טיפול בתסמונות SRD וניהולה :

- א. ניהול תרופתי ולא תרופתי של תסמונת הרעלה, גמילה ומנת יתר.
- ב. ניהול הכמיהה - Craving, ו-Relapse Prevention.
- ג. ניהול של אינטראקציות הנובעות מטיפול תרופתי פסיכיאטרי ולא-פסיכיאטרי ושימוש בסמים ובאלכוהול.
- ד. ניהול של חולה אלים או אובדני הנמצא תחת השפעת סמים ואלכוהול.
- ה. ניהול של שימוש וסחר בסמים במסגרת בית חולים.
- ו. טיפול מורכב ורב-תחומי באינטראקציה מתמדת עם גורמי אשפוז המתמחים בטיפול ושיקום נפגעי סמים, ועם גורמים המטפלים באלכוהוליסטים.

#### גישה :

1. התמודדות עם השוני והחריגות המתבטאים לאחר שימוש בסמים ובאלכוהול.
2. התמודדות עם הרגשות השונים המתעוררים כלפי המכורים לעומת מטופלים אחרים.
3. התייחסות למצוקתם של הסובבים את המכורים ורגישות לקשיים המתעוררים.
4. שמירה על זכויותיו החוקיות וכבודו של החולה מחד ושל מטופלים אחרים מאידך.
5. התמודדות עם התנהגויות של חולים מכורים; יצירת גבולות בטיפול מחד, ומענה אמפטי מאידך.



6. הבנה ואינטרגציה של ההתמכרות כמחלה הנוצרת במוח, עם סיבותיה הגנטיות והסביבתיות, והפתופיזיולוגיה הייחודית במספר רמות.

### סכיזופרניה

ידע :

1. הבנת המצב הפסיכוטי.
2. הבנת התמונה הקלינית על כל צורותיה והכרת עולמו של החולה, כולל הפרעות קוגניטיביות, הפרעות שפה, הפרעות קשב, ריכוז ולוגיקה וכדומה.
3. שיטות אבחון שונות של סכיזופרניה והתפתחותן.
4. בדיקות עזר והדמיה כגון מבחנים נוירו-קוגניטיביים ומיפויים.
5. שיטות אבחון מובנות וחצי-מובנות של החולה בסכיזופרניה כגון SCID PANSS.
6. אבחנה מבדלת של סכיזופרניה.
7. התיאוריות האטיולוגיות של סכיזופרניה.
8. הפתופיזיולוגיה של סכיזופרניה.
9. ההיבטים האפידמיולוגיים של המחלה.
10. הטיפול בסכיזופרניה.
11. מסגרות טיפול ואשפוז לחולה בסכיזופרניה.
12. גורמים המשפיעים על הפרוגנוזה, כולל מרכיבים פסיכולוגיים, חברתיים ותרבותיים העלולים להשפיע על התפתחות המחלה, מהלכה והפרוגנוזה, כגון תהליכים דינמיים ותיאוריות משפחתיות.
13. החוקים הנוגעים לטיפול בסכיזופרניה כגון חוק זכויות החולה, החוק לטיפול בחולי נפש והחוק לשיקום חולי נפש, והיבטים משפטיים אחרים הנוגעים לחולים הסובלים מסכיזופרניה.
14. ההיבטים ההיסטוריים של תפיסת ההפרעה הסכיזופרנית, כולל המושגים והגישות הטיפוליות, וגישות מחוץ למודל הרפואי (אנטי פסיכיאטריה).
15. ההשלכות החברתיות של המחלה, בדגש על ההיבטים הרלוונטיים לחברה הישראלית.

מיומנויות :

1. בדיקה פסיכיאטרית שבאה לזהות את התמונה הקלינית, על כל צורותיה ומרכיביה האפשריים, את מהלך המחלה ואת סיבוכיה.
2. הבחנה בין סכיזופרניה להפרעות דומות אחרות, וזיהוי הפרעות נוספות שהחולה סובל מהן.
3. בניית תכנית טיפול רב-תחומית לחולה שתכלול:
  - טיפול תרופתי ומעקב, כולל התמודדות עם תופעות לוואי, התנגדות לטיפול ועוד.
  - טיפול פסיכותרפויטי מתאים: טיפול תמיכתי ושיטות טיפול אחרות כגון טיפול דינמי, משפחתי, קוגניטיבי, התנהגותי וקבוצתי.
  - זיהוי הנכות הנלווית והתאמת תכנית שיקומית.

4. ניהול טיפול מורכב רב-תחומי (Case Management) תוך כדי אינטראקציה מתמדת עם גורמים מטפלים אשפוזיים וקהילתיים.
5. הדרכת החולה וסביבתו על אודות המחלה, השלכותיה וההתמודדות עמה.
6. כל הנ"ל בהתאם לחוקים הנוגעים לחולי נפש בהתייחס למשתמע מהם, כגון כתיבת חוות דעת.
7. זיהוי חולים הסובלים מסכיזופרניה במצבי חירום וטיפול בהם.

גישה :

1. התמודדות עם החריגות הנובעת מהמחלה, עם תופעות של "שיגעון" והתנגדות לתהליכים סטיגמטיים.
2. התמודדות עם גילויי תוקפנות ואלימות הקשורות למחלת הסכיזופרניה, תוך שמירה על המטפל והצוות.
3. התמודדות עם גילויי תוקפנות ואלימות, הבנה את המקור להן תוך תגובה מקצועית וטיפולית במסגרת החוק.
4. התמודדות עם תופעות של הסתגרות, נסיגה, אדישות והזנחה.
5. התייחסות למצוקתם של הסובבים את החולה, לדילמות ולקשיים המלווים אותם.
6. התייחסות אל החולה חסר הישע והקפדה יתרה על זכויותיו החוקיות וכבודו.

### **Schizophreniform Disorder, Schizoaffective Disorder, Delusional Disorder and Brief Psychotic Disorder**

ידע :

1. הספקטרום הסכיזופרני לרבות תמונה קלינית, אבחנה, אבחנה מבדלת, אטיולוגיה, פתופיזיולוגיה ופסיכופתולוגיה, אפידמיולוגיה, טיפול ופרוגנוזה.
2. הגדרת הפרעה סכיזופרניפורמית, סכיזואפקטיבית דלוזיונלית ופסיכוזה קצרה לפי הקלסיפיקציות המקובלות (ICD, DSM).
3. האבחנה המבדלת של הספקטרום הסכיזופרני.
4. היחסים בין הפרעה סכיזואפקטיבית, סכיזופרניה ומחלה ביפולרית.
5. הפרעה דלוזיונלית כולל מושרית (Polie a Deux) וסוגי הדלוזיות השונים: רדיפה, קנאה, ארוטומניה, סומטי, גרנדיוזי, מעורב ובלתי ספציפי.
6. פסיכוזות הקשורות לאלכוהול, חומרים פסיכואקטיביים ומחלות רפואיות.
7. מצבים פסיכוטיים הקשורים לתרבויות שונות (Amok, Koro).
8. סינדרומים פסיכוטיים לאחר לידה.
9. תהליכים דינמיים הקשורים לפסיכוזות קצרות.
10. טיפול תרופתי ופסיכותרפויטי בפסיכוזות של הספקטרום הסכיזופרני.

**מיומנויות :**

1. בדיקה פסיכיאטרית מלאה שממנה תופק התמונה הקלינית על כל צורותיה ומרכיביה האפשריים; ההבדל בין סכיזופרניה, הפרעה דלוזיונלית, הפרעה סכיזואפקטיבית, סכיזופרניפורמית או הפרעה פסיכוטית קצרה; בניית תכנית טיפולית המתאימה לאבחנה ולאבחנות אפשריות אחרות.
- תכנית זו חייבת להיות רב-תחומית ולכלול מרכיבים ביו-פסיכו-סוציאליים והערכת סיכון במצבים שונים.
2. ניהול, טיפול והיכרות עם הדינמיקה של החולה; שיטות הטיפול הפסיכותרפויטי המתאימות כגון טיפול דינמי, משפחתי, קוגניטיבי, התנהגותי וקבוצתי.
3. התמודדות עם מחלות נלוות (כמו שימוש בסמים) וקווי האישיות של החולה.

**גישה :**

1. התמודדות עם חוסר הבהירות והגבולות הלא חדים של המחלות מהספקטרום הסכיזופרני.
2. התייחסות זהירה וביקורתית לאבחנת סכיזופרניה בחולים אלה.
3. התייחסות למצוקתם של החולה ומשפחתו אשר חווים פסיכוזה קצרה לראשונה בחייהם.

**דיכאון רבא (MDD)****ידע :**

1. התמונה הקלינית על כל צורותיה.
2. הקריטריונים האבחנתיים של דיכאון מגורי.
3. סולמות הערכה לאבחון ולדירוג חומרת דיכאון לרבות סולמות בק והמילטון.
4. האבחנה המבדלת של דיכאון מגורי.
5. התיאוריות האטיולוגיות של הדיכאון.
6. התיאוריות האטיולוגיות של דיכאון לאחר לידה, במנופאוזה ובזקנה.
7. התיאוריות בילדים ובמתבגרים.
8. מרכיבים פסיכולוגיים חברתיים ותרבותיים העלולים להשפיע על הדיכאון והחלמה ממנו, כגון Life Events, מרכיבי האישיות, חוסר אונים נלמד ותיאוריות קוגניטיביות.
9. הפתופיזיולוגיה של הדיכאון.
10. ההיבטים האפידמיולוגיים של הדיכאון.
11. גורמי הסיכון לדיכאון, לאובדנות ולמסוכנות בחולה הדיכאוני.
12. הטיפול בדיכאון.
13. הפרוגנוזה בדיכאון.
14. ההיבטים ההיסטוריים של התפתחות תפיסת הדיכאון, כולל המושגים והגישות הטיפוליות.
15. תהליכי אבל והקשר התרבותי שלו הרלוונטי לחברה הישראלית.

**מיומנויות :**

1. אבחון דיכאון על סמך אנמנזה ותמונה קלינית.
2. בדיקות המעבדה הרלוונטיות להערכה וביסוס אבחנה מבדלת.
3. הערכת מסוכנות ומניעתה, כולל התערבות בשעת חירום.
4. קביעת תכנית טיפול תרופתית, ניהול ומעקב אחר התגובה וההתמודדות עם תופעות הלוואי.
5. טיפול בנזעי חשמל והתמודדות עם תופעות הלוואי וההתנגדות לטיפול זה.
6. טיפול תומך, קוגניטיבי ובין-אישי.
7. הדרכה לחולה ולסביבתו על המחלה, הטיפול התרופתי והלא תרופתי שלה והשלכותיה.

**גישה :**

1. התייחסות מקצועית וטיפולית להסתגרות, נסיגה, הזנחה ועיסוק במוות.
2. אמפטיה להתנגדות לטיפול מתוך חוסר אונים, ייאוש ופסימיזם.
3. זיהוי וכיבוד העמדות והאמונות של המטופל ביחס לקיומו כאדם, מחלתו, ערך החיים והצורך בטיפול.
4. יצירת מנגנוני עזר למטפל בהתמודדות עם מוות, אבל, אובדן, אובדנות ודיכאון.
5. התייחסות למצוקתם של הסובבים את החולה.

**הפרעה בילורית****ידע :**

1. אבחון מחלה דו-קוטבית וביטוייה הקליניים.
2. המנגנונים השונים בהתפתחות המחלה הן מבחינה נוירו-ביולוגית והן מבחינה פסיכופתולוגית.
3. הגורמים הגנטיים, הפסיכו-סוציאליים והאפידמיולוגיים של המחלה.
4. טיפולים שונים לרבות תרופתיים ופסיכותרפויטיים.
5. תחלואה כפולה בהפרעה הדו-קוטבית והגישות הטיפוליות במצבים אלה.
6. ההסתמנויות הקליניות השונות: Bipolar I, Bipolar II, Hypomanic Episode, Mixed Episode.
7. תתי-סיווג (Specifiers): Seasonal Pattern, Rapid Cycling, Post Partum Onset, with Atypical Features, with Melancholic Features, with Catatonic Features.

**מיומנויות :**

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית בהתייחס להפרעות במצב הרוח.
2. סולמות הערכה המתאימים למצבים הקליניים השונים במחלה.
3. יצירת קשר ושיתוף פעולה עם חולים מאניים ודיכאוניים קשים.
4. בניית תכנית טיפול כוללת לשלבים השונים של המחלה וניהולה.

גישה :

1. התייחסות רחבה למרכיבים אפקטיביים במחלות נפש.
2. התמודדות עם הבעייתיות והקושי בטיפול בחולה הדיכאוני המיואש, והתייחסות לנושאים כגון מסוכנות והיבטים משפטיים ואתיים. והקושי להתמודד עם הדו-קוטביות של המחלה ועם החולה המרומם והתוקפני.

### **Depressive Disorder NOS, הפרעה דיכאונית לא ספציפית הכוללת את הפרעות הבאות:**

דיכאון קדם וסתי, דיכאון לאחר לידה, דיכאון מינורי, דיכאון קצר חוזר - Recurrent brief depression, דיכאון שלאחר פסיכוזה, דיכאון המלווה הפרעות פסיכיאטריות: הפרעה דלזיונאלית, סכיזופרניה והפרעה פסיכוטית לא ספציפית ודיכאון המלווה מחלות גופניות והתמכרויות.

ידע :

1. ההסתמנות הקלינית
2. הקריטריונים האבחנתיים
3. פתופיזיולוגיה ופסיכופתולוגיה
4. אבחנה מבדלת
5. טיפול
6. פרוגנוזה

מיומנויות :

1. אנמנזה, בדיקה פסיכיאטרית ובדיקות עזר גופניות ופסיכיאטריות.
2. ניהול המקרה והתייחסות להיבטים הגופניים המלווים חלק מההפרעות הכלולות, לרבות קשר עם יועצים ייעודיים.

גישה :

1. התייחסות להפרעות אלה גם כאל הפרעות ממושכות.
2. התייחסות להפרעות אלה כמצריכות טיפול ולא כתופעות שוליות שיש להן הסבר הפוטר התייחסות פסיכיאטרית מעמיקה.

### **דיסתימיה**

ידע :

1. התמונה הקלינית והתחלואה הכפולה השכיחה, לרבות דיכאון מז'ורי והפרעות אישיות.
2. מושג הרצף האבחנתי בתחום הפרעות מצב הרוח וייחודיות כל אחת מהתסמונות.
3. ההתפתחות ההיסטורית של האבחנה ומושגים מקבילים (למשל דיכאון נירוטי).
4. ההבדלים בין הגישות הביולוגיות והפסיכודינמיות.

5. התיאוריות האטיולוגיות: ביולוגיות, פסיכודינמיות וקוגניטיביות.
6. המהלך והפרוגנוזה והשלכות על התפקוד.
7. היבטים אפידמיולוגיים בתוך ספקטרום הפרעות מצב הרוח ומחוצה לו.
8. הגישות הטיפוליות השונות, יעילותן והשפעתן על מהלך המחלה.

#### מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית מלאה כדי להפיק את התמונה הקלינית על כל מרכיבי האפשריים, את מהלך ההפרעה האפשרי ואת הסיבוכים האפשריים, לדעת להבדיל בין דיסתימיה לבין הפרעות דומות אחרות, ולזהות מצבים קומורבידיים (בעיקר כאלה האופייניים להפרעה), לבנות ולנהל תכנית טיפול רב-תחומית ולהתאימה לחולה הייחודי. תכנית זו צריכה לכלול מרכיב תרופתי, הבנת תופעות הלוואי שלו וגישות להפחתתן, מרכיב פסיכותרפויטי (קוגניטיבי, התנהגותי או דינמי) והשיקולים לבחירתו וגישה המשלבת את סוגי הטיפול הנ"ל.
2. הדרכה לחולה ולמשפחתו בצורה שתאפשר שיתוף פעולה ביניהם.

#### גישה :

1. התמודדות עם תחלואה ממושכת וכרונית והשלכותיה על החולה וסביבתו.
2. התמודדות עם קשיים רגשיים המתעוררים בקשר עם מטופל הסובל מדיסתימיה, כגון שימוש במנגנונים פסיביים-אגרסיביים.
3. חשיבה גמישה העומדת מאחורי הטיפול, בשילוב כמה גישות טיפוליות ומטפלים שונים.

#### ציקלותימיה

##### ידע :

1. התמונה הקלינית, בדגש על מרכיבי הזמן והמחזוריות באבחון, סימפטומים נלווים, טיפוסיים, והיחס להפרעה ביפולרית ולהפרעת אישיות גבולית.
2. חילוקי הדעות בין הגישות הביולוגיות והפסיכודינמיות לגבי תפיסת ההפרעה העקרונית.
3. התיאוריות האטיולוגיות: ביולוגיות, פסיכודינמיות וקוגניטיביות.
4. האפידמיולוגיה של ההפרעה והקומורבידיות.
5. המהלך והפרוגנוזה, עם טיפול ובלעדיו, והשלכות על התפקוד.
6. הגישות הטיפוליות השונות, יעילותן והשפעתן על מהלך המחלה.

#### מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית מלאה כדי להפיק את התמונה הקלינית על כל מרכיבי האפשריים, את מהלך ההפרעה האפשרי ואת הסיבוכים האפשריים, כדי להבדיל בין ציקלותימיה לבין הפרעות דומות אחרות ולזהות מצבים קומורבידיים, ולבנות ולנהל תכנית טיפול רב-תחומית ולהתאימה לחולה הייחודי. תכנית זו צריכה לכלול מרכיב תרופתי, תופעות הלוואי שלו וגישות להפחתתן, מרכיב פסיכותרפויטי וגישה המשלבת את סוגי הטיפול הנ"ל.

2. הדרכה לחולה ולמשפחתו באופן שיאפשר שיתוף פעולה ביניהם.

גישה :

1. התייחסות אמפטית לקושי התפקודי ולמצוקת החולה והסובבים אותו, שעוצמתם לא תואמת את הגדרת ההפרעה כ"מינורית".
2. התמודדות עם הקושי המתעורר בטיפול בשל המצבים המשתנים של החולה, ושינוי הטיפול לפי צרכיו בשלבים השונים, בגמישות תוך הצבת גבולות.
3. התמודדות עם דילמת גוף/ נפש והתאמתה לתפיסות הערכיות של המטופל.

### הפרעות חרדה

ידע :

1. התמונה הקלינית על כל צורותיה, קריטריוני אבחון ואבחנה מבדלת של הפרעות החרדה השונות.
2. התאוריות האטיולוגיות של הפרעות החרדה: דינמיות, קוגניטיביות, התנהגותיות ופיזיולוגיות.
3. הפתופיזיולוגיה של החרדה.
4. מרכיבים פסיכולוגיים חברתיים ותרבותיים שעלולים להשפיע על התפתחות המחלה, מהלכה והפרוגנוזה שלה, כגון תהליכים דינמיים ואירועי חיים.
5. אמצעי הטיפול השונים בהפרעות החרדה השונות ובשלבים השונים - חריף או מונע וכו'.
6. מנבאי הפרוגנוזה (לפרוגנוזה טובה וגרועה).
7. ההיבטים ההיסטוריים של התפתחות תפיסת החרדה: החרדה הנורמלית והפתולוגית וחרדה המתפתחת לאחר אירועי חיים מאיימים.
8. ההיבטים האפידמיולוגיים של הפרעות החרדה, כולל התייחסות להפרעות חרדה בארץ (PTSD שלאחר מלחמה או פיגוע ותסמונת מחנות ריכוז) ובעולם (לאחר פיגועי טרור כדוגמת מגדלי התאומים).

מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית מלאה שממנה תופק התמונה הקלינית על כל מרכיביה האפשריים, מהלך המחלה האפשרי והסיבוכים האפשריים, ההשפעות ההתנהגותיות, הקוגניטיביות והתפקודיות, וההבדל בין הפרעת חרדה אחת לאחרת. בנוסף יש להבחין בין OCD לסכיזופרניה, לאבחן Schizo-OCD, להבדיל בין הפרעת חרדה להפרעות גופניות אחרות עם סימפטומטולוגיה דומה, ולבנות ולנהל תכנית טיפול רב-תחומית, ולהתאימה לחולה מסוים. התכנית תכלול תכנית טיפול תרופתי והתמודדות עם תופעות הלוואי, התנגדות לטיפול, התאמת הטיפול לחולה ולשלב המחלה ומעקב אחר הטיפול התרופתי. בנוסף, התכנית תציע טיפול מתאים; קוגניטיבי-התנהגותי ושיטות אחרות כגון דינמי, משפחתי וקוגניטיבי-התנהגותי קבוצתי, ואחרות רלוונטיות כגון ביופיזיק.

2. טיפול מורכב רב-תחומי (Case Management) בקשר מתמיד עם גורמי טיפול אישפוזיים וקהילתיים (ביטוח לאומי ומשרד הביטחון).
3. הדרכה לחולה ולסביבתו על אודות המחלה, השלכותיה וההתמודדות עמה.
4. טיפול במצבי חירום בחולים הסובלים מהפרעות חרדה.

גישה :

1. התמודדות עם הצפה חרדתית, במיוחד בעת התקף פאניקה ובעת כפייתיות.
2. התייחסות מקצועית וטיפולית לפגיעה תפקודית, חברתית, מקצועית ובין-אישית, ומתן הסבר ומענה התנהגותי לכך.
3. התייחסות למצוקת הסובבים את החולה ולדילמות ולקשיים המלווים אותם.
4. שיתוף פעולה עם גישות לא רפואיות הנוגעות לחולה ומחלתו, בכפוף לאמות מידה מקצועיות ולטיפולים אלטרנטיביים (למשל, יוגה).

### הפרעת דחק חריפה (ASD) והפרעת לחץ פוסט-טראומטית (PTSD)

ידע :

1. קונספטים של סטרס (דחק) ושל טראומה נפשית.
2. הגורמים הביולוגיים, הפסיכולוגיים והסוציאליים המעורבים בתגובת דחק חריפה.
3. המאפיינים הקליניים של הפרעת דחק חריפה - ASD (DSM4), וההבדל הפנומנולוגיה והעקרוני בין הפרעה לבין תגובה למצב דחק (ICD10).
4. "תגובת קרב" כתגובת דחק ספציפית והשמות הנוספים (ההיסטוריים) לתופעה; המאפיינים הקליניים של הגורמים המשפיעים (פגיעות מחד ועמידות מאידך); העקרונות הטיפוליים, בשלב החריף, ועקרונות סלמון.
5. עקרונות הטיפול בתגובות דחק חריפות וביטויים בהיערכות ויישום בבית החולים באירוע רב-נפגעים.
6. הקריטריונים לאבחון והמאפיינים הקליניים של PTSD והקשר בינה לבין ASD.
7. המודלים הביולוגיים והפסיכולוגיים הקשורים למחלה וביטויים בטיפולים השונים; הגישות הטיפוליות: תרופתית, פסיכותרפיה (דינמית, התנהגותית/ קוגניטיבית) ומערכתית והצורך בגישה רב-תחומית.
8. PTSD שנגרמה מחשיפה לטראומות שונות, בהתייחס להפרעות נוספות בהקשר הפוסט-טראומטי.
9. שכיחות ההפרעה, מהלכה וגורמים המשפיעים על פגיעות או עמידות.
10. סוגיות בעייתיות נלוות כגון שימוש לרעה באלכוהול וסמים ותביעת פיצויים.
11. PTSD אצל ניצולי השואה: מאפיינים קליניים וצורות התבטאות; המושגים אשמת הניצולים, קשר השתיקה והדור השני.



**מיומנויות :**

1. בדיקה פסיכיאטרית מותאמת למצב החרף וזיהוי תגובת דחק חריפה.
2. יישום עקרונות הטיפול לתגובה החרפה, גם בנוגע לאירוע רב-נפגעים בבית החולים ובשטח.
3. זיהוי ההפרעה הפוסט-טראומטית המורכבת וההפרעות הנלוות (קומורבידיטי).
4. בנייה וניהול תכנית טיפולית כוללת שמותאמת למצב החולה, כולל טיפול תרופתי, פסיכותרפיה פרטנית מותאמת וטיפול זוגי, משפחתי או קבוצתי.
5. הערכת הנכות התפקודית הנלווית להפרעה הכרונית, במעגלי החיים השונים – בנייה וניהול של תכנית שיקום מותאמת.
6. הדרכת החולה וסביבתו על אודות ההפרעה, השלכותיה וההתמודדות עמה, בכלל זה הזיהוי המוקדם של התלקחויות חריפות והגורמים להן.
7. דו"חות רפואיים וחוות דעת על מצב החולה.

**גישה :**

1. התייחסות למנגנוני ההתמודדות של נפגע הדחק החרף, והכנה לחזרה מהירה לתפקוד קודם ללא סטיגמות.
2. התמודדות עם תגובות רגשיות העולות בקשר עם נפגע דחק חריף או חולה ב-PTSD.
3. התמודדות עם הפרעה כרונית קשה בקרב חולים ב-PTSD, הפוגעת במעגלי החיים השונים (משפחתי, חברתי ותעסוקתי), ופעמים עמידה לטיפול, דבר המחייב לקבל את התסמינים הפוסט-טראומטיים, כולל הסתגרות, נסיגה והזנחה ואף שימוש בחומרים שונים להקלת המצוקה. בנוסף, התייחסות לדילמות ולקשיים של הסובבים את החולה ומתן ייעוץ במידת האפשר.

**הפרעות סומאטופורמיות****ידע :**

1. ההפרעות השונות על ביטוייהן הקליניים השונים.
2. האבחנה והאבחנה המבדלת של ההפרעות הסומאטופורמיות ומצבי חפיפה ואינטראקציה בין הפרעה גופנית לנפשית.
3. התיאוריות העוסקות בתפיסת יחסי גוף-נפש, בזווית ראייה היסטורית - הגישה הספציפית, הפסיכופיזיולוגית, האישיותית והמערכתית.
4. תיאוריות אטיולוגיות שונות בהקשר רחב, תוך-נפשי ובין-אישי, ותהליך "בחירת הסימפטום" הספציפי למטופל.
5. האפידמיולוגיה של ההפרעות הסומאטופורמיות.
6. מגוון שיטות טיפוליות רלוונטיות למצבים חריפים כגון קונברסיה ולמצבים כרוניים כגון הפרעה דיסמורפובית.

**מיומנויות :**

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית מקיפה כדי לאבחן את ההפרעות הסומאטופורמיות. כל זאת בדגש על היכרות ומיומנות גבוהה בטכניקות בדיקה רלוונטיות לאבחנה המבדלת, למשל בין הפרעה קונברסיבית להפרעה נירולוגית או להתחזות.
2. התמודדות עם הקשיים האופייניים בבדיקת החולה ; למשל, עם מוטיזם, חוסר שיתוף פעולה, או עם הקושי בלקיחת אנמנזה נפשית בחולה הסובל מסומטיזציה.
3. בניית תכנית טיפול ספציפית להפרעות השונות במצבים החריפים והכרוניים.
4. ניהול צוות רב-מקצועי וייעוץ לגורמי טיפול אחרים, לדוגמה לרופא המשפחה או לרופא מתחום אחר.

**גישה :**

1. יחס מקצועי ומכבד לחולה למרות הסימפטומטולוגיה הכרונית והלא ברורה.
2. אמפטיה למצוקת החולה והתמדה וסבלנות בטיפול בהפרעות הכרוניות.
3. הצבת גבולות סבירים ליעדים הטיפוליים והדרכה של שאר הגורמים המטפלים.
4. התייחסות למצוקתם של הסובבים את החולה.

**הפרעת התחלות : Factitious Disorder****ידע :**

1. ההסתמנות הקלינית של הפרעה לסוגיה.
2. הקריטריונים לאבחון.
3. פסיכופתולוגיה.
4. האבחנה המבדלת של הפרעה.
5. הטיפול בהפרעה.
6. הפרוגנוזה של הפרעה.
7. ההיבטים הגופניים הנלווים להסתמנות הפסיכיאטרית.

**מיומנויות :**

1. אנמנזה, בדיקה פסיכיאטרית ובדיקות נוספות הנדרשות, המותאמות לזיהוי הסימפטומים של ההתחלות.
2. זיהוי הלוקים בהפרעה זו ואיתורם מקרב המשתמשים בשירותי הבריאות לעיתים קרובות, תוך קשר עם גורמי בריאות נוספים.
3. בנייה וניהול של התכנית הטיפולית תוך התייחסות להיבטים הגופניים הנלווים.

**גישה :**

1. התמודדות מקצועית ואיתית עם הקשיים המתעוררים אצל המטפל לנוכח הסימפטומטולוגיה הייחודית להפרעה זו.

2. התייחסות למצוקה הנפשית של המטופל והקפדה יתרה על בירור וטיפול כוללניים.

### **הפרעות דיסוציאטיביות**

ידע :

1. הפיצול הייחודי המאפיין את המצב הדיסוציאטיבי.
2. הפגיעה בזיכרון ובמודע.
3. ההיבטים ההתפתחותיים האופייניים להפרעות דיסוציאטיביות בדגש על השכיחות הגבוהה של אירועים טראומטיים בילדות המוקדמת.
4. התיאוריות האטיולוגיות השונות.
5. ההפרעות הדיסוציאטיביות השונות.
6. הסימפטומים הדיסוציאטיביים וביטויים בהפרעות פסיכיאטריות שונות.
7. התחלואה הכפולה הנוצרת בין הפרעות דיסוציאטיביות להפרעות פסיכיאטריות שונות.
8. מהלך ההפרעות והפרוגנוזה השונה שלהן.
9. האבחנה המבדלת בין הפרעות דיסוציאטיביות להפרעות פסיכיאטריות אחרות ולמצבים גופניים הגורמים לפגיעה בזיכרון ובמודע.
10. ההשפעה של הפרעות אלו על מהלך החיים, התפקוד והקשיים הבין-אישיים של החולים.
11. השאלונים השונים באבחון תסמינים דיסוציאטיביים.

מיומנויות :

1. בדיקה פסיכיאטרית מלאה שבה יזוהו הסימפטומים הדיסוציאטיביים בהפרעות דיסוציאטיביות. אבחון ההבדל בין הפרעות דיסוציאטיביות להפרעות דומות ולמחלות גופניות, כחלק מהפרעות פסיכיאטריות אחרות, גיבוש תכנית טיפול רחבה שתתייחס למכלול הבעיות וההפרעות שמציג המטופל, בניה וניהול של תכנית טיפול פסיכותרפויטית מתאימה והכרת השיטות האפשריות לטיפול.
2. טיפול כוללני בחולה וארגון סביבתו לצרכיו המיוחדים.
3. הדרכת החולה וסביבתו על מחלתו, ביטויה והדרכים להתמודד עמה.

גישה :

1. התמודדות עם תחושת המוזרות, השונות והמבוכה הכרוכה במחלה.

### **מיניות בריאה והפרעות בתפקוד המיני**

ידע :

1. מעגל התגובה המינית הנורמלי : חשק, התעוררות, אורגזמה והתרה ; האנטומיה והפיזיולוגיה של איברי המין.
2. השינויים הנורמליים במיניות ובתגובה המינית לאורך החיים.
3. הבסיס הביולוגי והנורו-אנדוקריני של המיניות הבריאה.
4. התפתחות מינית בבנים ובבנות.

5. המושג מגדר (GENDER) והפרעות הקשורות אליו.
6. הפרעות בתפקוד המיני במעגל התגובה המינית; הכרתן והכרת ההגדרות לפי ICD 10 וה-DSM-IV.
7. עקרונות בסיסיים בטיפול מיני (מודל PLISST, מיקוד חושי וטיפול התנהגותי ממוקד).
8. טיפולים רפואיים בהפרעות בתפקוד המיני.
9. אספקטים של מחלות כרוניות גופניות ונפשיות כמשפיעים על התפקוד המיני.
10. השפעת תרופות בכלל ותרופות פסיכואקטיביות בפרט והשפעות של אלכוהול וחומרים פסיכואקטיביים על התפקוד המיני.
11. השפעות של התעללות מינית, ניצול מיני, אונס ואלימות מינית על התפקוד המיני של הקורבנות.
12. הפאראפיליות וגישות הטיפול.
13. אוריינטציה מינית, הומוסקסואליות - התיאוריות המקובלות להסברת ההומוסקסואליות.
14. נכות - השפעת נכויות שונות על התפקוד המיני ושיטות לשיקום מיני.

#### מיומנויות :

1. אנמנזה התפתחותית מלאה (חינוך מיני, ערכים מיניים, אוננות, טראומות מיניות, התנסות הומוסקסואלית, מגעים מיניים, קשרים זוגיים ומיניים ושימוש בחומרים פסיכואקטיביים).
2. ראיון פסיכוסקסואלי מלא ושילוב שאלות רלוונטיות בראיון פסיכיאטרי רגיל, כדי לזהות אם יש תסמיני הפרעה בתפקוד המיני.
3. בניית תכנית טיפול רב-תחומית לבעיות והצעת מתן או שינוי טיפולים תרופתיים; בניית תכנית לטיפול נפשי (תומך, התנהגותי, אישי וזוגי); השתתפות בתכנון השיקום המיני.
4. הדרכת מטופלים ובני זוג על אודות הפרעות העלולות להיגרם מתפקוד מיני לקוי.

#### גישה :

1. פתיחות לנושא המיני, התמודדות עם שאלות ויכולת לחנך למיניות בריאה.
2. התייחסות לחשיבות התפקוד המיני ככל תפקוד אחר.
3. התייחסות כוללת לאבחון הפרעות מיניות וטיפול בהן.
4. קבלת הזהות המינית על אפשרויותיה השונות והבחנה בין הנורמה לסטייה ללא פניות.
5. התייחסות לדילמות ומצוקות הפונים ובני משפחותיהם.
6. התמודדות עם הרגשות המתעוררים בטיפול בסטיות מיניות.

#### פאראפיליות

#### ידע :

1. ההסתמנות הקלינית, האבחון והאפידמיולוגיה של ההפרעה לסוגיה השונים.
2. הקריטריונים לאבחון ולאבחנה מבדלת של הפאראפיליות השונות.
3. תיאוריות פסיכו-סוציאליות וביולוגיות המנסות להסביר את ההפרעה.

4. סוגי הטיפול השונים להפרעה זו.
5. ההיבטים החוקיים הנוגעים למטופל בעל הפרעת התנהגות פאראפילית.

**מיומנויות :**

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית מלאה לשם אבחנה ואבחנה מבדלת והתאמת טיפול למטופל המגלה סימפטום בטווח הפאראפיליות.
2. בניית תכנית טיפול מתאימה ובמידת הצורך הפניה להמשך טיפול אצל גורמי טיפול אחרים.

**גישה :**

1. הפרעה או תופעה? סטייה או מחלה? היכן עובר הגבול בין נורמה, חריגות והפרעה נפשית.
2. התמודדות עם שאלת הזכות של הפרט לבחור בהתנהגות קיצונית.
3. גישת טיפול רחבה המאפשרת לנקוט עמדה טיפולית ומהלכים משפטיים יחדיו.
4. התמודדות עם הקושי המתעורר בטיפול במטופל הסובל מפאראפיליות חריגות ואף פליליות (פדופיליה למשל).

**דיספוריה מגדרית (טרנסג'נדר)**

**ידע :**

1. הגדרות, מושגים וממדים המרכיבים את הזהות המינית, כולל הסתמנויות קליניות שונות.
2. הסוגיות השונות הקשורות בקונפליקטים בזהות המינית-מגדרית.
3. אבחנה ואבחנה מבדלת (בין זהות מינית ובין הפרעות נפשיות כגון סכיזופרניה, הפרעות דיסוציאטיביות, פאראפיליות וכדומה). כמו כן, אבחנה בין נטיות מיניות ובין זהויות מיניות.
4. תיאוריות ביולוגיות, סוציולוגיות ותרבותיות הקשורות למיניות ומגדר לאורך ההיסטוריה.
5. התיאוריות האטיולוגיות השונות (הגישה הטמפרמנטלית, ההתפתחותית-דינמית והביו-פסיכו-סוציאלית).
6. מודלים גנטיים, אנטומיים והורמונליים (Prenatal and Post-Natal).
7. ההיבטים האפידמיולוגיים של התופעה.
8. הביטויים השונים המתקיימים בין מין ומגדר ברמה התוך-אישית, הבין-אישית והבין-תרבותית.
9. האופציות הטיפוליות הכוללניות הרלוונטיות.
10. האספקטים החוקיים השייכים לאוכלוסיית הטרנסג'נדרס.
11. ההשלכות האישיות, החברתיות והדתיות שיש לאוכלוסיית הטרנסג'נדרס בחברה הישראלית.

**מיומנויות :**

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית לשם אבחון והכרת התמונה הקלינית מילדות ועד בגרות.
2. אבחנה מבדלת בין זהות מינית ובין הפרעות קומורבידיות.

3. בניית תכנית טיפול פרטנית הכוללת את השלב ההתפתחותי של הפרט, הרקע חברתי והתרבותי שלו, משאבי ההתמודדות, גורמי הסיכון להסתגלות, המצב הבריאותי והתמיכה הסביבתית.
4. השתלבות במערך טיפולי רב-תחומי כמו גם בטיפולים ההורמונליים השונים, בטיפולים הכירורגיים ועוד.
5. הדרכה לפונה, למשפחתו ולגורמים נוספים הקשורים בו בנוגע לתהליך המעבר בין זהות מינית אחת לשנייה.
6. מודעות למשברים אפשריים בתהליך והטיפול התרופתי או הפסיכולוגי במצבים אלו.

#### גישה :

1. מודעות לתפיסה ולדעות קדומות הנוגעות למיניות ומגדר ולביטויים המגוונים בין מין ומגדר.
2. רגישות, פתיחות וקבלת מורכבות הזהות הטרנסג'נדרית.
3. אמפטיה לקשיי הפרט וסביבתו בתהליך השינוי והמעבר.
4. מודעות ופתיחות לסגנונות חיי מין אלטרנטיביים.
5. התמודדות עם דילמות אתיות העשויות להתעורר ובמקביל שמירה על כבודו של המטופל וזכויותיו בכל הנוגע להחלטות הקשורות בטיפולו.

#### הפרעות אכילה

##### ידע :

1. הביטויים הקליניים, איתור הפרעות האכילה השונות ואבחוןן.
2. התיאוריות הביולוגיות והפסיכולוגיות/ התפתחותיות בהתפתחות הפרעות אכילה וקשרי הגומלין ביניהן.
3. האפידמיולוגיה של הפרעות בתקופות שונות ובאזורים שונים בעולם.
4. הסיבוכים הגופניים והמטבוליים של הפרעות האכילה והפרוגנוזה הגופנית והנפשית.
5. הכרת המושגים : דיאטה, השמנה, דימוי גוף, Purging , Restriction וכדומה.
6. שאלוני אבחון (eat 26) ומדדים רפואיים שונים כגון BMI.
7. הטיפולים השונים בהפרעות אכילה, שלבי ההחלמה בטיפול וזיהוי החרפות.
8. אנורקסיה נרבוזה : גורמי סיכון, פסיכופתולוגיה וגורמים גנטיים, קריטריונים לאבחון סוגיה השונים של המחלה, סוגי טיפול במסגרות אשפוז או במסגרות אמבולטוריות ומבנה המשפחה והסביבה והיחסים בתוכן.
9. בולימיה נרבוזה : גורמי סיכון, פסיכופתולוגיה, הקריטריונים לאבחון, הטיפולים השונים במחלה ומבנה המשפחה והסביבה והיחסים בתוכן.

##### מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית מותאמת לזיהוי תסמיני הפרעות אכילה, גורמי סיכון ואיתור מוקדם של התפתחות הפרעה.

2. מעקב אחר חולים בהפרעות אכילה וטיפול בהם, תוך זיהוי מצבים מסכני חיים ומצבים הדורשים אשפוז.
3. הדרכה וייעוץ לצוות רב-מקצועי או למטפלים אחרים ושיתוף פעולה עם.

גישה :

1. התמודדות עם נורמליות ואבנורמליות בנושאי משקל, דיאטה ודימוי גוף.
2. התמודדות עם קשיים רגשיים המתעוררים בקשר עם המטופל.
3. התמודדות עם דילמות הקשורות לחוק, לרבות כפיית טיפול מול רצון חופשי ואוטונומיה של המטופל.

### שינה נורמלית והפרעות שינה

ידע :

1. פיזיולוגיה של שינה נורמלית: מבנה השינה התקינה, נוירו-אנטומיה ונוירו-פיזיולוגיה של שינה, פיזיולוגיה של תזמון שינה-ערות ובדיקות שינה (פוליסומנוגרפיה, MSLT ואקטיגרפיה).
2. הפרעות השינה: אינסומניה: הסוגים השונים, אבחון קליני ומעבדתי וטיפול תרופתי ופסיכולוגי. פרסומניה: הפעולות האוטומטיות בשינה, משמעותן הקלינית ודרכי האבחון והטיפול בהן. היפרסומניה: עייפות יתר יומית, הבחנה בין ישנוניות, תשישות נפשית ותשישות גופנית, הפרעות שינה הגורמות לישנוניות (הפרעות נשימה בשינה, תנועות רגליים, נרקולפסיה, ישנוניות אידיופטית) ודרכי האבחון והטיפול.
3. הפרעות בתזמון שינה: הסוגים השונים, הפתופיזיולוגיה, ההשפעה על התפקוד היומי, האבחון והטיפול.
4. השפעת תרופות שונות על השינה ושעות הערות, בעיקר תרופות שכוחות בפסיכיאטריה.
4. הפרעות השינה האופייניות לפסיכופתולוגיות השונות.

מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית המכוונות לאפיון השינה והפרעותיה.
2. אבחנה מבדלת בין הפרעות בשינה.
3. הפניה מושכלת לבדיקות שינה.
4. שימוש נכון בתוצאות בדיקות שינה להערכה והמשך טיפול.

גישה :

1. אמפטיה למצוקתו של המטופל הסובל מהפרעת בשינה.
2. התייחסות רחבה להפרעת השינה כסימפטום מול הפרעה ראשונית.

## הפרעות בריסון היצר - Impulse Control Disorders

ידע :

1. קבוצת ההפרעות בשליטה בדחפים.
2. הגורמים השונים להפרעות אלו ופתולוגיות אחרות שיכולות להתבטא בהפרעה בשליטה בדחפים.
3. האבחנה המבדלת בין הפרעת אישיות אנטיסוציאלית לבין Intermittent Explosive Disorder.
4. התיאוריות הדינמיות והביולוגיות של הפרעות אלו.
5. הסופר אגו, התפתחותו התקינה והתפתחותו הפתולוגית.
6. הטיפול התרופתי והפסיכותרפויטי בדגש על הכוון התנהגותי בהפרעות אלו.
7. המשמעות המשפטית של הפרעות אלו בעולם בכלל, ובארץ בפרט.

מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית למטופל הסובל מהפרעה מכוונת בשליטה בדחפים לביסוס אבחנה ואבחנה מבדלת.
2. טכניקות שונות לאימות המטופל עם חלקים דיסימולטיביים.
3. הבחנה בין קלפטומניה לבין גניבה.
4. אבחון טריכוטילומניה מול הפרעות אחרות בתשעורת.
5. בניית תכנית טיפול וניהולה לכל אחת מההפרעות בשליטה בדחפים.
6. כתיבת חוות דעת על כשירות ואחריות האדם הסובל מהפרעה בשליטה בדחף.

גישה :

1. התמודדות עם הרגשות המתעוררים בטיפול בהפרעות אלו.
2. התמודדות עם התוקפנות האקטיבית והפסיבית שמלווה להפרעות אלו.
3. שמירה על זכויותיו וכבודו של החולה מחד והתגובה למעשה הפלילי מאידך.

## הפרעת הסתגלות

ידע :

1. התמונה הקלינית בדגש על מרכיבי הזמן באבחון ותת-הסוגים האבחנתיים.
2. האפידמיולוגיה של ההפרעה ושל הקומורבידיות.
3. האבחנות המיוחסות לאטיולוגיה.
4. התיאוריות האטיולוגיות: ביולוגיות, פסיכודינמיות וקוגניטיביות.
5. גישות הטיפול השונות ויעילותן.
6. המהלך והפרוגנוזה, עם טיפול ובלעדיו, והשלכות על התפקוד.



7. האבחנות התת-ספיות בהפרעות מצב הרוח, המחלוקות הנוגעות לרצף או ייחודיות אבחנת ההפרעה והחרדה מהם.

#### מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית מלאה כדי להפיק את התמונה הקלינית על כל צורותיה, את מהלך ההפרעה ואת הסיבוכים האפשריים, וכדי להבדיל בין הפרעת הסתגלות לבין הפרעות אחרות ולזהות מצבים קומורבידיים.
2. בניית תכנית טיפול רב-תחומית, ניהולה והתאמתה לחולה הייחודי, שתבסס על עקרונות ההתערבות במשבר (כולל התייחסות להתוויות לטיפול תרופתי).
3. הדרכה על אודות האבחנה ותכנית הטיפול לחולה ולמשפחתו באופן שיאפשר את שיתוף הפעולה שלהם.

#### גישה :

1. התמודדות עם הקושי להפריד בין הפרעת הסתגלות, בין תגובה נורמטיבית ובין הפרעות חרדה ודיכאון.
2. מודעות לשיקולים תרבותיים באבחנה (מניעת סטיגמה) ושיקול דעת בנושא.
3. שיתוף מערכת התמיכה בטיפול ביחד עם שמירה על כבוד החולה וסודיותו הרפואית.

#### הפרעות אישיות

##### ידע :

1. ההתפתחות ההיסטורית של המושג והיכרות עם מושגים בסיסיים כגון אופי ואישיות בהקשר לנורמה ולפתולוגיה.
2. ביטויים קליניים שונים במצבים יציבים ובמצבי משבר, המאפיינים של כל הפרעה וביטויים בסביבה (בין בני זוג ובמשפחה), התחלואה הכפולה, עולמו של המטופל והקשיים לסביבתו.
3. סיווג הפרעות אישיות, לרבות שיטות סיווג, סוגיות תיאורטיות והתבטאותן בקריטריונים לסיווג, האלמנטים התיאוריים מול האלמנטים האינטרא-פסיכיים, סיווג בקטגוריות או ברצף היררכיה אבחנתית או קומורבידיטי, חלוקה לפי CLUSTERS ומושג ארגון אישיות.
4. הקשר ההדדי בין הפרעות בציר הראשון והשני (אטיולוגית ואבחנתית). למשל, הקשר בין הפרעת אישיות גבולית להפרעה ביפולרית, הפרעה פוסט-טראומטית והפרעות קשב וריכוז.
5. תיאוריות אטיולוגיות: תיאוריות ביולוגיות, הקשר לסוגי הטמפרמנט, תיאוריות פסיכולוגיות-פסיכואנליטיות, קוגניטיביות (למידה) ועוד.
6. פקטורים פסיכודינמיים - תיאוריות וקונספטים רלוונטיים: מערכי הגנות וקונפליקטים עיקריים המאפיינים את הפרעות האישיות השונות והבסיס הדינמי להיווצרותם, והמושג ארגון אישיות על פי קרנברג.
7. מצבי חירום שונים האופייניים להפרעות, כגון פגיעה עצמית, אובדנות, אלימות וגלישות פסיכוטיות.
8. הגישות ושיטות הטיפול השונות כולל טיפולים ביולוגיים ופסיכותרפויטים.

9. הצורך, התועלת והסיבוכים הכרוכים באשפוז.
10. נושא נכות ושיקום מטופלים הסובלים מהפרעות אישיות.
11. סוגיות אתיות ומשפטיות כגון אחריות פלילית, מסוגלות הורית ועוד.
12. אפידמיולוגיה של הפרעות אישיות.

#### מיומנויות :

1. בדיקה פסיכיאטרית מלאה לאבחון ואבחנה מبدלת, הערכה מותאמת לפסיכותרפיה, אנמנזה מכוונת ומלאה, זיהוי מאפיינים ספציפיים כולל ביטויים של האינטראקציה הבין-אישית כפי שמתבטאת בבדיקה.
2. בניית תכנית טיפולית מורכבת וספציפית לחולה, שתקבע היכן לטפל - אשפוז, מרפאה וכו' ; במי לטפל - החולה, משפחתו וכו' ; ואת שיטת הטיפול, תוך שילוב בין גישות טיפול שונות ובין מטפלים שונים.
3. טכניקות פסיכותרפויטיות המותאמות לטיפול במטופל הסובל מהפרעת אישיות.
4. השתתפות וניהול בצוות בטיפולי, והכרת דפוסי ההתנהגות האופייניים, כגון חילוקי דעות בתוך הצוות.
5. ייעוץ והדרכה של גורמים מטפלים אחרים (LIASON) בבית חולים כללי או ברפואה ראשונית או לגורמי קהילה שונים.

#### גישה :

1. התייחסות אמפטית ועם כבוד למטופל במצביו השונים תוך ניסיון להקל על מצוקתו.
2. מודעות למכשלות הצפויות, ביחוד בנוגע ליחסים עם המטופל וגבולות הקשר הטיפולי.
3. התייחסות מקצועית להתנהגויות חריגות כגון אלימות ופגיעה עצמית.
4. התמודדות עם קשיים רגשיים שונים המתעוררים בקשר עם המטופל כגון חוסר שיתוף פעולה ומניפולטיביות.
5. זיהוי קשיים אופייניים בטיפול והתמודדות עמם, כגון תגובה טיפולית שלילית, גרסיה, תלות קיצונית, הצורך בהצבת גבולות ו-ACTING OUT.
6. התמודדות עם תגובות אופייניות של המטפל (העברה נגדית) והתבוננות בהן בזמן אמת.
7. שיתוף פעולה עם מטפלים אחרים ועם גישות טיפול שונות.

#### רפואה פסיכוסומטית

##### ידע :

1. ההתפתחות ההיסטורית של הפסיכוסומטיקה במהלך המאה.
2. המודלים העכשוויים של הפסיכוסומטיקה ובפרט דחק ואירועי חיים.
3. ההגדרה לפסיכוסומטיקה של Lipowski המורכבת משלושה חלקים :
  - פסיכוסומטיקה כאינטראקציה בין הגורמים הביולוגיים, הנפשיים והחברתיים, וכמשפיעה על ההתפרצות, המהלך והתוצאה הסופית של כל מחלה.

- פסיכוסומטיקה המספקת בסיס לגישה אינטגרטיבית (הוליסטית) לבריאות ולחולי.
  - פסיכוסומטיקה כגוף הידע הבסיסי לפסיכיאטריית ייעוץ וקישור בבית חולים כללי (Consultation Liaison Psychiatry).
4. מאמרו של ג'ורג' אנגל שמשמעותו מודל ביו-פסיכו-סוציאלי כאלטרנטיבה העכשווית לפסיכוסומטיקה הקלאסית.
  5. ההיבטים הביו-פסיכו-סוציאליים של מחלות קרדיו-וסקולריות, מחלות גסטרואנטרולוגיות, השמנת יתר, מחלות מטבוליות ואנדוקריניות, מחלות עור, מחלות במערכת השריר והשלד, מחלות נוירולוגיות, דחק, חיסוניות ואונקולוגיה.

#### מיומנויות :

1. הערכה כוללנית ביו-פסיכו-סוציאלית.
2. נתינת המשקל הנכון לכל מרכיב בעבור כל חולה ומענה תואם.
3. עבודה באמצעות המודל הרב-מערכתי בכל הרמות.
4. ניהול הצוות הרב-מקצועי כך שיעבוד בשיתוף פעולה לטובת המטופל.
5. הערכה פסיכיאטרית מלאה המתחשבת בכל קטגוריות האבחון של ה-DSM בתוך אבחנת "הגורמים הפסיכולוגיים המשפיעים על מצבים רפואיים", והאופן שבו היא מתבטאת מבחינה קלינית.
6. בחינה מדוקדקת של השאלה האם אכן מתקיימת אינטראקציה בין מרכיבים פסיכיאטריים ורפואיים בחולה הספציפי, מהותה של אינטראקציה זו וההתערבויות הנחוצות (ראה סעיף 3 בתת הפרק "ידע").

#### גישה :

1. התמקדות בחולה.
2. חשיבה מערכתית.
3. הכרה בממד הפילוסופי (יחסי גוף-מוח-נפש) המובנה בתחום הפסיכוסומטיקה ובחינת ערכו בפסיכיאטריה.
4. גישה אחידה ואינטגרטיבית כלפי החולי והסבל האנושיים.

### פסיכיאטריית ייעוץ וקישור (י"ק) - Consultation Liaison (CL) Psychiatry

#### ידע :

1. הערכה פסיכיאטרית נרחבת בפסיכיאטריית י"ק (הכוללת את המטופל, יחסי חברי הצוות הרפואי עמו ובינם לבין עצמם, האווירה במחלקה ועוד). במילים אחרות, ראייה מערכתית של הערכת פסיכיאטריית י"ק - Pasnau.
2. היבטיה הפסיכיאטריים, הפסיכולוגיים והאנושיים של המחלה בסביבת בית החולים בכללותו (לדוגמה, רוטציות של הצוות, היררכיה רפואית, לחץ ועייפות שמהם סובל הצוות ונגישות

המשפחה לחולה), תוך התייחסות לסביבות ייחודיות (לדוגמה, היחידה לטיפול נמרץ, חדר המיון, חדר יולדות, חדרי ניתוח וכדומה).

3. תופעות פסיכיאטריות כביטוי של מחלות גופניות.
4. בעיות פסיכיאטריות ייחודיות הקשורות למצבים ייחודיים, כולל תחלואה כפולה: טיפול קרדיולוגי, כאב כרוני, איידס, אונקולוגיה, דליריום, דמנציה ותסמונות אורגניות מוחיות אחרות בתוך סביבת בית החולים, נירולוגיה ונירו-כירורגיה, התמכרויות בתוך סביבת בית החולים, יחידות כירורגיות (במיוחד בנייתוחים הגורמים למומים), יחידת הדיאליזה, מחלקות נשים יולדות בדגש על לידות טרגיות, חוסר היענות ובעיות התנהגותיות, אי ודאות אבחנתית, הפרעות סומטופורמיות, דילמות פסיכופרמקולוגיות, הפרעות התחזות לחולה (Factitious Disorders), הפרעות קונברסיביות, אובדנות, מוות ומיתה.
5. היבטים אתיים ומדיקולגליים של פסיכיאטריה בבית חולים כללי, כגון כשירות, אפוטרופסות, סירוב לטיפול, השפעת הטכנולוגיה על האוטונומיה של החולה והפניות לוועדות אתיקה.
6. טבעם של הייעוץ והקישור בבית חולים כללי וכמה מודלים שונים כפי שהם מוצגים בספרות, התבטאותם והשפעתם על העבודה הקלינית, הטכניקה והמדיניות הרפואית.
7. מגבלות פסיכיאטרית י"ק בדגש על מימון, בייחוד זה של עבודת הקישור.

**מיומנויות :**

**ייעוץ :**

1. כל היבטי ההערכה, האבחנה והטיפול של הפרעות פסיכיאטריות במטופלים הנמצאים בבית חולים כללי (סביבה לא פסיכיאטרית).
2. סיכום ייעוץ ודיווח יעיל עם המלצות טיפוליות.
3. הוצאתן של המלצות אלו לפועל.

**קישור :**

1. מיומנויות תקשורת:
  - תקשורת יעילה עם כל אנשי הצוות הרפואי המטפלים בחולה, בכל הקשור להערכת מצבו וההמלצות הטיפוליות.
  - מודעות לקשיי הצוות המטפל בחולים כאלה, תמיכה והדרכה.
  - יחסי עבודה הדוקים עם הצוות הרפואי בכל הרמות, החל משיחות על בעיות עכשוויות ודחופות וכלה בהשתתפות קבועה בביקורי הרופאים.
  - ייצוג צרכי האנושיים של החולה בכל הרמות (Ombudsman).
  - תפעול עבודה קבוצתית בצוות המטפל במקרה הצורך.
2. מיומנויות הוראה:
  - המתמחה נדרש למגוון מיומנויות הוראה, החל בהסבר פשוט לבעיה עכשווית דחופה, וכלה בהוראה פרונטלית ופורמלית מול הצוות הרפואי, במגוון סיטואציות ובכל נקודת זמן.

גישה :

1. חיזוק הפן האנושי של סביבת בית החולים.
2. תפקוד בממד הרב-מערכתי של בית החולים.

### מצבי חירום

ידע :

1. התמונה הקלינית, האבחנה והאבחנה המבדלת של הפסיכופתולוגיה המלווה אובדנות, אלימות, מוות ואירוע המוני כגון : מלחמה, טרור ואסון טבע.
2. האטיולוגיה של המצבים הנ"ל.
3. גורמי הסיכון להתפתחות הפסיכופתולוגיה במצבים הנ"ל.
4. הטיפול התרופתיים המתאימים.
5. ההתערבויות הפסיכו-סוציאליות במצבים השונים.
6. מהלך המחלה והפרוגנוזה.
7. האפידמיולוגיה של המחלה.
8. הערכת סיכון להתפתחות פסיכופתולוגיה.

מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית לאבחון התפתחות או הימצאות של פסיכופתולוגיה רלוונטית.
2. הערכת סיכון להתפתחות פסיכופתולוגיה או תופעות מסוכנות.
3. בניית תכנית טיפול וניהולה עם צוות רב-מקצועי.
4. עבודה בצוות רב-משתתפים לטיפול בקבוצות גדולות במצבי משבר המוניים.

גישה :

1. התמודדות עם הדחיפות הנדרשת בטיפול במצבי חירום.
2. התמודדות עם מטופל המאיים להתאבד או מתנהג במניפולטיביות.
3. התמודדות עם הרגשות המתעוררים בטיפול במצבי חירום.
4. טיפול במצבי חירום בהם גם המטפל נמצא במצוקה.

### פיגור שכלי

ידע :

1. התמונה הקלינית של פיגור שכלי ברמות השונות.
2. תחלואה נלווית לפיגור וביטוייה.
3. המושג אינטליגנציה והמבחנים הפסיכולוגיים המאפשרים לאבחן IQ בגילים השונים.
4. אבחנה מבדלת של גורמי פיגור שונים, גנטיים, טרום-לידתיים, גורמים הקשורים ללידה ולאחריה וגורמים סביבתיים.

5. מהלך הלקות בהתאם לאטיולוגיות השונות.
6. אופציות הטיפול הכוללניות בחולה הסובל מפיגור.
7. סוגיות טיפול במחלות הפסיכיאטריות המופיעות בחולה הסובל מפיגור.
8. החוקים הרלוונטיים הקשורים למושגים : חסר ישע, חוסים, אפוטרופוס ואחריות.

**מיומנויות :**

1. זיהוי קליני של פיגור ואינטליגנציה גבולית.
2. אבחון תחלואה פסיכיאטרית נלווית והעלאת חשד לתחלואה נוירולוגית נלווית.
3. בניית תכנית טיפול כוללנית בהפרעה ובתחלואה הנלווית.
4. ייעוץ לחולה ולמשפחתו בתחומי מניעה, ייעוץ גנטי והימנעות מטרטוגנים.

**גישה :**

1. הבנת הלקות של החולה הסובל מפיגור.
2. התמודדות עם סוגיית אחריות המטופל כולל "הסכמה מדעת".

**ליקויי למידה התפתחותיים**

**ידע :**

1. התמונה הקלינית על כל צורותיה והתייחסות לתחלואה הנלווית: הפרעת קשב וריכוז, דיכאון והפרעת התנהגות.
2. חלוקת ליקויי הלמידה השונים בין הפרעות תקשורת (Communication) וליקויים מוטוריים.
3. האבחנה המבדלת של ליקויי הלמידה.
4. האטיולוגיה של ליקויי הלמידה השונים.
5. האפידמיולוגיה של ליקויי הלמידה השונים.
6. מערכות האבחון והטיפול בהפרעות למידה בישראל.

**מיומנויות :**

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית במבוגר לאיתור וזיהוי הפרעות למידה ובחינת השלכותיהן הנוכחיות.
2. יצירת קשר עם גורמים מתמחים לאבחון וטיפול.

**גישה :**

1. התייחסות רחבה להיסטוריה האישית של המטופל; תוך הערכת לקות הלמידה בילדות והשפעתה על הבריאות הנפשית.

## הפרעות התפתחות ממושטות (PDD - Pervasive Developmental Disorders)

ידע :

1. המאפיינים הקליניים והאפידמיולוגיים של ה-PDDs השונים: אוטיזם, תסמונת אספרגר, תסמונת רט ואוטיזם אטיפי.
2. הביטוי הקליני של אוטיזם בדגש על בוגרים.
3. האבחנה והאבחנה המבדלת להפרעות התפתחות ממושטות.
4. הממצאים הביולוגיים המרכזיים בנוגע לאטיולוגיה/פתופיזיולוגיה של אוטיזם: ממצאים גנטיים, ביוכימיים והדמיות מוח.
5. התיאוריות הפסיכולוגיות המרכזיות המסבירות היווצרות אוטיזם: תיאוריות קוגניטיביות (Theory of Mind) ותיאוריות פסיכו דינמיות התפתחותיות (כגון מהאלר וטסטין).
6. המהלך והפרוגנוזה באוטיזם וגורמים המנבאים אותם.

מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה להפקת התמונה הקלינית באוטיזם ובתסמונת אספרגר.
2. הערכת רמת הפיגור של הנבדק (גבולי, קל, בינוני וכו') על סמך האנמנזה והבדיקה הקלינית.
3. בניית אבחנה מבדלת לתמונה הקלינית של החולה כולל בירור אטיולוגיות רפואיות מתאימות.
4. השתתפות בבניית תכנית טיפולית רב-תחומית לחולה המבוגר הסובל מאוטיזם או תסמונת אספרגר בהתאם לליקויו. התכנית צריכה לכלול המלצה על מסגרת שיקומית תוך התייחסות לדרגת הליקוי התפקודי, טיפול תרופתי המותאם לבעיות הקליניות שמציג החולה ולנטייתו לפתח תופעות לוואי ולפסיכותרפיה תומכת והתנהגותית.

גישה :

1. התאמת רמת הראיון ליכולות הקוגניטיביות וההתנהגותיות של החולה.
2. התייחסות אמפטית ומקצועית לקשייו ההתפתחותיים ותפקודיים של החולה.
3. התמודדות עם מצוקת המשפחה.

## ADHD

ידע :

1. התמונה הקלינית על כל צורותיה בדגש על ההבדלים בין תתי הסוגים ומשמעותם מבחינת איתור והתייחסות, האינטראקציה של הפרעת קשב וריכוז עם תכונותיו האחרות של הנושא אותה ועם סביבתו, התחלואה הנלווית, האבחנה המבדלת והשתנות התמונה הקלינית בגילים השונים.
2. אבחון :
  - מרכיבי האבחון השונים וחשיבותם והבנת השיטות השונות, לפחות באופן שטחי.

- משמעות האבחון המוקדם והטיפול לפרוגנוזה.
- 3. ההיבטים ההיסטוריים של התפתחות המושג "הפרעת קשב וריכוז" וגלגוליו השונים דרך תפיסות קליניות וחברתיות. ייסקרו גם התפתחויות התפיסות הטיפוליות השונות הקשורות למושג זה, לעומת הסטיגמות שדבקו בילדים הסובלים מהפרעה זו בגלגוליה השונים.
- 4. תפיסת הפרעת הקשב וריכוז לכלל הגילים על המשמעויות הנרחבות הנובעות מכך בהבנה, באבחון ובטיפול.
- 5. התיאוריות האטיולוגיות של הפרעת קשב וריכוז; עדכון המחקרים האחרונים בתחום זה.
- 6. הפתופיזיולוגיה של הפרעת קשב וריכוז.
- 7. התפיסה האינטגרטיבית: משמעות המרכיבים הפסיכולוגיים והחברתיים בהתפתחות האדם הסובל מהפרעת קשב וריכוז ובהתפתחות ההפרעה עם השנים. הכללת תפיסות דינמיות, משפחתיות וחברתיות.
- 8. ההיבטים האפידמיולוגיים של ההפרעה ומשמעותם (שכיחות, היחס בנים-בנות ועוד).
- 9. התפיסות החברתיות וההשלכות החברתיות של הפרעת קשב וריכוז.
- 10. חוק הריטלין ומשמעותו לגבי הרפואה והחברה הישראלית.
- 11. "תפיסת המשולש" כבסיס לטיפול, כנגזרת של התפיסה האינטגרטיבית.
- 12. המחקרים האחרונים בנושא זה בתחומים שונים, כגון גנטיקה, שיטות אבחון, הדמיה, תרופות חדשות, ועוד.

#### מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית להפקת התמונה הקלינית על כל מרכיביה האפשריים, אבחנה מבדלת והמשך ברור לביסוס האבחנה.
  2. הפניה לסולמות ההערכה הנלווים ולבדיקות העזר הנוספות (בדיקת התפקוד המתמשך, הערכה קוגניטיבית, טסטים פסיכולוגיים ואבחון ליקויי למידה), והשימוש בתוצאותיהם.
  3. הבחנה בין הפרעת קשב וריכוז להפרעות אחרות, תוך בדיקת קיום תחלואה נלווית או שלילתה.
  4. בניית תכנית טיפול רב-תחומית וניהולה בהתאם ל"תפיסת המשולש". התאמת התכנית למטופל הפרטני ולקבוצת הגיל שאליה הוא שייך :
- העלאת הצעה לתכנית לטיפול תרופתי בהתאם לתוצאות בדיקות העזר, הכוללת התמודדות עם תופעות לוואי, התנגדות ההורים והמטופל לטיפול ופתרונות חלופיים.
  - העלאת הצעה לתכנית לטיפול פסיכותרפויטי מתאים, כולל הפניה לקבוצת הורים, טיפול התנהגותי ו/או טיפול דינמי בהתאם לגילו של המטופל ולצרכיו. ביצוע טיפול התנהגותי, דינמי, משפחתי, פרטני וקבוצתי.
  - זיהוי קשיים נלווים כגון ליקויי למידה והפנייה אל הגורמים הדרושים המצויים בקהילה לשם פתרונות.
  - יצירת קשר יזום עם הקהילה (בכל הנוגע לילדים, בעיקר עם בית הספר), וביסוסו להתאמת טיפול והמלצות למסגרות הלמידה השונות שבהן לומד הילד.



5. הדרכת המטופל, משפחתו וגורמים בקהילה לגבי הפרעת קשב וריכוז בכלל, וטיפול במטופל הייחודי בפרט. התמודדות עם הסטיגמות השונות ומתן מענה לקשיים שצצים במהלך הטיפול.

*גישה :*

1. התמודדות עם התפיסות השונות לגבי הפרעת קשב וריכוז, מהפרעה-מחלה ועד לתכונה, קבלת החריגות הנגזרת ממצב זה והתנגדות לדעות קדומות, כגון : "היפראקטיבי", "ילד מופרע", "צריך הרגעה" ועוד.
2. אמפטיה לגילויי כעס ותוקפנות מצד המטופל והוריו, הקשורים לחרדה מפני הסטיגמות של הפרעת קשב וריכוז. כמו כן, הבנת קשיי התפקוד של חלק גדול מהמטופלים והוריהם (שכחת תאריכים ושעות, חוסר סדר וכדומה), ועיבודם במהלך תכנית הטיפול.
3. שיתוף פעולה עם גישות לא רפואיות הנוגעות למטופל ולקשייו בכפוף לאמות מידה מקצועיות.

### **הפרעות התנהגות בילדים ונוער - Disruptive Behavior Disorders**

Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Disruptive Behavior Not Otherwise Specified

*ידע :*

1. ההסתמנות הקלינית
2. הקריטריונים האבחנתיים
3. האבחנה המבדלת
4. האטיולוגיה והפתוגנזה
5. הטיפול
6. האפידמיולוגיה
7. הפרוגנוזה
8. ההשלכות החוקיות של ההפרעות הנ"ל

*מיומנויות :*

1. בדיקה ישירה של הילד או הנער, או בלתי ישירה של הורים ומטפלים אחרים, אשר מטרתה לאתר הפרעות התנהגות המצריכות התערבות של מומחה ייעודי.

*גישה :*

1. התייחסות להפרעות ההתנהגות של הילד כמשפיעות על בריאותו הנפשית של המבוגר.
2. התייחסות להפרעות ההתנהגות של הילד כגורם למצוקה אצל המבוגר או המשפחה.
3. התייחסות להפרעות התנהגות של ילד כביטוי למצוקה של מבוגר או משפחה.

**פסיכיאטריה של הילד והמתבגר (כולל הפרעות פסיכוטיות, אפקטיביות והפרעות חרדה בילד והמתבגר)**

ידע :

1. תיאוריות התפתחותיות שונות (פריד, מאהלר, ספיץ, באולבי, פיאזיה, קהלברג ואריקסון).
2. השלבים השונים של התפתחות מערכת העצבים המרכזית.
3. תיאוריות היקשרות (Attachment) וטמפרמנט.
4. הבעיות ההתפתחותיות האופייניות לשלבים השונים בגיל הצעיר (לדוגמה קשיים חברתיים בגיל החביון ותלותיות בגיל ההתבגרות).
5. ההבדלים בין הבדיקה הפסיכיאטרית של המבוגר ובדיקת הילד והמתבגר.
6. האספקטים הייחודיים של טיפול תרופתי בילדים ומתבגרים (עדויות מחקריות, סיכונים אפשריים, תרופות מאושרות לשימוש והתמודדות עם גישת המשפחות לטיפול).
7. האפידמיולוגיה, המהלך הקליני ואפשרויות הטיפול בסכיזופרניה, בהפרעות אפקטיביות, בחרדתיות, בשימוש בסמים והתנהגות אובדנית בגיל צעיר.
8. המאפיינים הייחודיים בטיפול בילדים ומתבגרים (אפורופסות ההורים, הקושי של ההורים לקבל את בעיית הילד וההתייחסות למסגרת המשפחתית והלימודית).
9. מתודות טיפול ייחודיות לגיל הצעיר (טיפול במשחק וטכניקות התנהגות ייחודיות).
10. החוקים הנוגעים לטיפול בהפרעות נפשיות בגיל הצעיר: חוק זכויות החולה, נוהלי טיפול ומגבלות החוק באשר לחשד להתעללות בקטין, החוק לטיפול בחולי נפש, חוק הנוער (טיפול והשגחה), חוקי אימוץ והיבטים משפטיים נוספים הנוגעים לילדים ומתבגרים.

**מיומנויות :**

1. קבלת אינפורמציה מדויקת ורלוונטית ממשפחתו של הילד.
2. תקשורת עם גורמים אחרים שעמם בא הילד במגע (מוסדות חינוך, רשויות הסעד והרווחה וגורמים מטפלים אחרים).
3. ביצוע אינטגרציה בין מקורות המידע השונים (הפציינט, המשפחה והקהילה).
4. זיהוי ואיתור ילדים ומתבגרים החשודים כסובלים מהפרעה פסיכיאטרית.
5. הפניה להמשך בירור וטיפול בילדים או מתבגרים העשויים לענות על קריטריון קטין נזקק (לפי חוק הנוער וטיפול והשגחה).
6. הצעת תכנית לטיפול תרופתי המותאמת למצב רישוי התרופות, למאפיינים הקליניים ולפרופיל תופעות הלוואי בגיל הצעיר.
7. בניית טיפול מורכב רב-תחומי באינטראקציה מתמדת עם גורמי אשפוז וקהילה מטפלים, תוך התייחסות למשימות ההתפתחותיות השונות בגיל הצעיר.
8. הצעת תכנית לטיפול פסיכותרפויטי מתאים בדגש על הצרכים הייחודיים בילדים ומתבגרים (טיפול דינמי, טיפול דינמי במשחק, טיפול תומך, התנהגותי הכולל מיומנויות חברתיות, קוגניטיבי, משפחתי וקבוצתי).

9. הערכה רב-מערכתית של קטין בדגש על הסיכון המיידני במצבו, הערכת הסיכון לטווח הארוך יותר, הצעה לתכנית טיפול אינטגרטיבית והדרכה לילד ולסביבתו על אודות ההפרעה, השלכותיה וההתמודדות עמה.

#### גישה :

1. שמירה על זכויותיו החוקיות וכבודו של הילד או המתבגר (לדוגמה סודיות רפואית במגבלות הסיכון לעצמו או לסביבתו ובהתאם לגילו).
2. התמודדות עם הטיפול בקטין מתוך הבנה שהתערבויות רב-מערכתיות בילדים הן שכיחות, והבנת הצורך בטיפול פרטני משולב בסיוע המשפחה והקהילה.
3. דגש על "טובת הילד" גם לנוכח מערכת משפחתית, אקדמית וחוקית מורכבת.
4. התייחסות למצוקת הילד או המתבגר הקשורה ישירות או בעקיפין למחלתו או למצבו המשפחתי והחברתי.
5. התמודדות עם המצוקה המשפחתית הקשורה ישירות או בעקיפין למחלתו או למצבו של הילד או המתבגר.
6. התמודדות עם גילויי תוקפנות, אלימות ואובדנות הקשורים בבעיותיו של הילד או המתבגר, הבנת המקור להם, תוך שמירה עליו ועל הצוות, ותגובה מקצועית בהתאם.
7. שיתוף פעולה עם גישות לא רפואיות הנוגעות לחולה ומחלתו בכפוף לאמות מידה מקצועיות.

**הפרעות בילדות המוקדמת - Abuse and Neglect, PDD, Mental Retardation, Stereotype Movement Disorder, Rumination, PICA, Feeding Disorder, Communication Disorder, Separation Anxiety Disorder, Selective Mutism**

#### ידע:

1. התמונה הקלינית.
2. הקשר בין אירועים סב-לידתיים ואירועי ילדות ובין הפסיכופתולוגיה.
3. תיאוריית ההתקשרות (Attachment) והקשר שלה לתיאוריית יחסי אובייקט.
4. מושגי טמפרמנט, יכולת ויסות, זיכרון וקשב בגיל הרך ותהליך בניית האני הגופני והמילולי לפי שטרן.
5. ההשפעה של ההפרעות הנ"ל על הפסיכופתולוגיה של המבוגר.
6. הביטוי הקליני של הפרעות נפשיות אחרות שאינן ייחודיות לגיל הרך (לרבות סכיזופרניה, הפרעות אפקטיביות וחרדה).

#### מיומנויות :

ראה מיומנויות בפרק קודם (פסיכיאטריה של הילד והמתבגר).

גישה :

1. התייחסות לפסיכופתולוגיה בגיל הרך כנובעת מהקשר רחב יותר ומשפיעה על המצב הנפשי של המבוגר והמשפחה.

### פסיכוגריאטריה (Geriatric Psychiatry)

ידע :

1. מעגל החיים בדגש על ה"גיל השלישי".
2. האפידמיולוגיה של הפסיכופתולוגיה בזקנה.
3. ההפרעות הפסיכיאטריות בגיל המבוגר.
4. מחלת האלצהיימר ומחלות דמנטיביות אחרות.
5. המחלות הגופניות בגיל המבוגר שיש להן השלכות פסיכיאטריות.
6. התאבדות בגיל המבוגר.
7. תהליכי אבל והקשר התרבותי שלו הרלוונטי לחברה הישראלית.
8. הפרעות נפשיות אצל ניצולי שואה.
9. פסיכופרמקולוגיה בגיל המבוגר.
10. סולמות אבחון והערכה של מצב נפשי בגיל המבוגר.
11. היבטים משפטיים (אפוטרופסות, ירושה ועוד) בגיל המבוגר.
12. שירותים חברתיים וזכויות הקשיש בישראל.

מיומנויות :

1. אנומנזה, בדיקה פסיכיאטרית והתוויית תכנית טיפול בהפרעות הפסיכיאטריות בגיל המבוגר.
2. הערכה תפקודית וקוגניטיבית בגיל המבוגר.
3. גיוס משפחה ושירותים פסיכו-סוציאליים לאבחון, טיפול ושיקום בגיל המבוגר.

גישה :

1. אמפטיה לתופעות של זקנה כגון הסתגרות, נסיגה, הזנחה ועיסוק במוות.
2. התייחסות לקשייהם של הסובבים את החולה ובמיוחד ה-Care Giver.

### טיפול פסיכופרמקולוגי וסומטי

הטיפול הפסיכופרמקולוגי והסומטי של מחלות פסיכיאטריות נמצא בהתפתחות מדעית מתמדת, ועל המתמחה להתעדכן בו באופן שוטף.

ידע :

1. הבסיס הנוירו-ביולוגי במנגנוני הפעולה של התרופות הפסיכיאטריות הכולל בין היתר ביולוגיה של תא העצב, אספקטים מולקולריים של תפקוד תא העצב, ורשתות נוירו-ביולוגיות החשובות בפתופיזיולוגיה של מחלות נוירו-פסיכיאטריות.

2. מנגנוני הפעולה, האינדיקציות, קונטראינדיקציות ותופעות הלוואי של התרופות הפסיכופרמקולוגיות השונות: תרופות נוגדות דיכאון, תרופות נוגדות פסיכוזא, תרופות למצבי חרדה חריפים וכרוניים, תרופות למצבים מאניים, תרופות שינה לסוגיהן, תרופות לטיפול בהתמכרויות, תרופות מייצבי מצב רוח, תרופות לטיפול בהפרעות בזיכרון, תרופות המשפיעות על התפקוד המיני, תרופות למחלות נוירולוגיות כגון פרקינסון ואפילפסיה החשובות בפסיכיאטריה, ותרופות אחרות בשימוש פסיכיאטרי כמו סטימולנטים.
3. הנושאים הפרמקודינמיים החשובים בהבנת דרכי הפעולה של התרופות שהוזכרו בסעיף 2.
4. הנושאים הפרמקוקינטיים החשובים בהבנת דרכי ספיגה, חדירות והפרשה של התרופות שהוזכרו בסעיף 2.
5. הנושאים הפרמקודינמיים והפרמקוקינטיים של אינטראקציות בין-תרופתיות ושל תופעות הלוואי הקשורות בטיפול המתחזק (Maintenance Treatment) עם התרופות שהוזכרו בסעיף 2.
6. נושאים הקשורים לתופעות הלוואי הפסיכיאטריות של התרופות שבשימוש ברפואה.
7. ההשפעות הטרוטוגניות וההתפתחותיות שיש לתרופות המוזכרות בסעיף 2 על העובר והילד הצעיר.
8. המצבים הפסיכיאטריים העמידים לטיפול ושיטות הטיפול הפסיכופרמקולוגיות והסומטיות במצבים אלו.
9. עקרונות Ethnopharmacological בטיפול פסיכופרמקולוגי בישראל.
10. עקרונות הטיפול בנזעי חשמל (Electroconvulsive Therapy): אינדיקציות וקונטראינדיקציות, תופעות הלוואי של הטיפול וטכניקה מעודכנת שלו, ושימוש בנזעי חשמל.
11. הנושאים הפסיכולוגיים הקשורים בטיפול פסיכופרמקולוגי ו-ECT ובהם זכאותו של החולה לאינפורמציה רחבה ועדכנית, שיטות העברת אינפורמציה רפואית לחולה שבעזרתן יבין את הטיפול היטב, נושאים הקשורים ל-Compliance באופן כללי, וההשפעות האפשריות של התרופות המוזכרות בסעיף 2 על תפקודים קוגניטיביים ורגשיים, על ערנות, ליכוד, וסת, היריון והנקה.
12. שיטות הטיפול החדשניות המתפתחות בנוירו-פסיכיאטריה כגון גירוי מגנטי למוח - Transcranial Magnetic Stimulation, Vagal Nerve Stimulation and Deep Brain Electrode Implantation.

#### מיומנויות :

1. בחירת הטיפול המתאים ביותר לחולה הספציפי מבין התרופות הפסיכופרמקולוגיות השונות.
2. הסבר מובן ומקיף לחולה ולמתלווים אליו על בחירת הטיפול, אופן התנהלותו, תופעות הלוואי האפשריות ותקופת ההמתנה הראשונית עד תחילת השפע הטיפול.
3. מעקב פסיכיאטרי צמוד בתחילת הטיפול והערכת חרדת החולה מפני המחלה וההבראה העתידית האופיינית למחלות פסיכיאטריות, תופעות הלוואי והטיפול בהן ומחשבות אובדניות או תוקפנות.

4. קביעת חוסר יעילות של הטיפול התרופתי, החלפת טיפול או שילובים תרופתיים וטיפול בחולה העמיד.
5. בדיקות מעבדה לניטור תרופות ולבדיקת השפעות הלוואי שלהן על תפקודים פיזיולוגיים הכוללים מצב קליני, תופעות לוואי ורמת תרופות קודמת.
6. מעקב ארוך טווח הכולל הערכות קליניות חוזרות, בדיקת תופעות הלוואי וטיפול בהן, ניטור רמת התרופות בדם, ובדיקת השפעה שלילית פוטנציאלית על תפקודים פיזיולוגיים של חולים בטיפול אחזקתי תחזוקתי.
7. הפניית חולים המעוניינים בכך לאינטרנט לקבלת אינפורמציה על מחלתם והטיפול בה.
8. הערכת חולה לפני טיפול בנזעי חשמל.
9. טיפול בנזעי חשמל בהדרכת מומחה בתחום.
10. הערכת ההשפעה של נזעי חשמל על תפקודים קוגניטיביים.
11. הצגת מאמרים בנושאי פסיכופרמקולוגיה.
12. השתתפות במחקרים פסיכופרמקולוגיים.

גישה :

1. התמודדות מול התנגדות לטיפול תרופתי בכלל ופסיכיאטרי בפרט.
2. התמודדות עם חולה שאינו נוטל תרופות.
3. התמודדות עם חולה שאינו מגיב לטיפול התרופתי.

### **פסיכותרפיה**

ידע :

1. תיאוריות התפתחות האישיות לפי פרויד, קליין, ויניקוט, קוהוט ומאהלר.
2. מושגי יסוד לפי התיאוריות של קרנברג ופיאז'ה.
3. מושגי יסוד, לרבות מהאסכולות יחסי האובייקט, העצמי, אינטרסובייקטיביים ואקזיסטנציאליסטים.
4. מושגי יסוד של פסיכותרפיה פסיכודינמית ארוכת טווח (תומכת ואקספלורטיבית), פסיכותרפיה פסיכודינמית מוגבלת בזמן ופסיכותרפיה קוגניטיבית התנהגותית והתערבויות במשבר.
5. תיאוריית הלמידה.
6. מסגרות טיפול פסיכותרפי (יחידני, זוגי, משפחתי וקבוצתי).
7. מושגי יסוד בסוגי טיפול אחרים כגון ריפוי בעיסוק וריפוי באמנות.
8. הרקע הפסיכולוגי להפרעות הפסיכיאטריות.
9. התוויות והתוויות הנגד לטיפול פסיכותרפי לסוגיו.
10. תולדות החשיבה הפסיכותרפית ואבני דרך עיקריות.

**מיומנויות :**

1. זיהוי וטיפול בתופעות הבאות: התנגדות, העברה והעברה נגדית, הזדהות השלכתית, אידיאליזציה, דהוואלואציה, פיצול ותהליכים לא מודעים אחרים ומנגנוני הגנה.
2. ברית טיפול וביסוס הקשר עם המטופל.
3. אמפטיה.
4. טכניקות פסיכותרפויטיות מקובלות: פירוש, שיקוף, הבהרה, דה-סנסיטיזציה, חשיפה, Reframing וכדומה.
5. אבחון הצורך בהתערבות פסיכותרפית לסוגיה.
6. תמיכה פסיכותרפית בטיפול תרופתי, ושילוב הטיפול בפסיכותרפיה.
7. יצירת קשר עם גורמים פסיכותרפיים.
8. התערבויות במשבר.
9. התנסות בהתערבות זוגית, משפחתית וקבוצתית.

**גישה :**

1. אבחון הצורך בהתערבויות פסיכותרפיות לצד טיפולים תרופתיים.
2. נכונות ללמוד שפות טיפול אחרות, מציאת הבסיס המשותף להן ויצירת תקשורת ביניהן.
3. ראייה כוללת של המטופל ושיטות הטיפול בו.
4. התמודדות מקצועית ואתית עם רגשות המתעוררים במטפל בזמן הטיפול.
5. מודעות לתהליכים הרגשיים המתרחשים אצל המטפל.

**שיקום פסיכיאטרי****ידע :**

1. מושגי נורמה וחרیגות (בהקשר חברתי).
2. המושג איכות חיים.
3. ההגדרות המקובלות של השיקום הפסיכיאטרי.
4. ההשלכות של מחלה ותגובה לחולי.
5. מושגי לקות (Impairment), מוגבלות (Disability), נכות (Handicap), אי-תפקוד זמני (Dysfunction) והקשר ביניהם.
6. השיטות להערכת ליקויים וסיווגם.
7. מושגי נכות בתעסוקה (Occupational Handicap) ובהשתלבות חברתית (Social Handicap) ו- (Integration Handicap).
8. התהליך השיקומי, שלביו ומאפייניו.
9. המערכת השיקומית בארץ ומודלים עיקריים בעולם.
10. עקרונות עבודת צוות רב-מקצועי בשיקום.

11. החוק לשיקום נכי נפש בקהילה, קביעת זכאות בביטוח לאומי, קטגוריות משתקמים, סל שיקום וועדות סל שיקום.
12. היכרות עם ארגוני משתקמים ומשפחות ומטרותיהם.

#### מיומנויות :

1. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית לצורך הערכת התפקוד.
2. שימוש בסולמות מקובלים להערכת התפקוד ושימוש בהם באבחון ובטיפול השיקומי.
3. בניית תכנית שיקום כוללנית וניהולה בשילוב צוות רב-מקצועי.
4. התייחסות למצבו הגופני של המטופל כחלק מאבחון וטיפול שיקומיים, לרבות הצגת החולה בפני ועדת סל שיקום, ועדת קבלה להוסטל וכתובת חוות דעת לביטוח לאומי.

#### גישה :

1. התייחסות להיבטים שיקומיים באבחון ובטיפול של הפרעות נפשיות.
2. התמודדות עם גישה דליברטיבית (Deliberative) דיונית לעומת הגישה הפטרנליסטית (Paternal) ביחסי מטפל-מטופל בתהליך השיקום.
3. השיקום כחלק מהתייחסות כוללנית ואינטגרטיבית למטופל הסובל מהפרעות נפשיות.
4. התייחסות לשיקום כמרכיב חשוב ברצף טיפולי.
5. התייחסות לשיקום כמרכיב חשוב בכל שלבי הטיפול בהפרעות נפשיות.
6. פתיחות לגישות שיקום מגוונות.

#### פסיכיאטריה קהילתית

#### ידע :

1. ההשלכות התרבותיות והחברתיות על האטיולוגיה, המהלך והטיפול בהפרעות הפסיכיאטריות השונות.
2. תפקוד מערכות קהילתיות הנוגעות לבריאות הנפש וגיוסן, לרבות מוסדות פסיכיאטריים, מרפאות קהילה, שירותי רווחה, שירותי שיקום, שירותים לאוכלוסיות מיוחדות, משטרה ומערכת המשפט.
3. התבטאות ההפרעות הנפשיות בקהילה.
4. מניעה ראשונית, שניונית ושלישונית של ההפרעות הנפשיות בקהילה.
5. הבנה בהסברת הפרעות פסיכיאטריות לגורמים בקהילה.
6. גישות איזון.
7. Reaching Out.
8. שיקום קהילתי של חולים בהפרעות נפשיות.
9. מחלות גופניות שכוחות ואלו הקשורות בהסתמנות פסיכיאטרית.



**מיומנויות :**

1. תקשורת דו-כיוונית - ייעוץ לקהילה והתייעצות עם גורמיה.
2. איתור, אבחון, טיפול, מעקב ומניעה של הפרעות פסיכיאטריות בשיתוף פעולה עם גורמי קהילה.
3. הנחיית צוותים מגורמי הקהילה בנושאים פסיכיאטרים רלוונטיים, בישיבות צוות משותפות, הצגות מקרה, סמינרים משותפים ומפגשים רב-מקצועיים.
4. התערבויות במשבר.
5. תקשורת, אבחון, טיפול ומעקב בין-תרבותי.

**גישה :**

1. כיבוד תפקידן של המערכות הקהילתיות הראשוניות באיתור, אבחון, טיפול, מעקב ושיקום חולי הנפש.
2. נכונות לעבוד בשיתוף פעולה עם גורמי קהילה מרקע שונה.

**פסיכיאטריה משפטית****ידע :**

1. יחסי הגומלין בין פסיכיאטריה לבין המשפט האזרחי והפלילי.
2. חוקי היסוד הקשורים בזכויות אדם.
3. חוקים הנוגעים לבריאות הנפש לרבות החוק לטיפול בחולי נפש 1991 וחוק זכויות החולה.
4. חוקים הנוגעים לבריאות הנפש לרבות חוק שיקום חולי נפש בקהילה, חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, חוק ההגנה על חוסים וחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
5. חוק העונשין והמושג אחריות פלילית; יכולת לעמוד לדין, עונש מופחת, אחריות מופחתת ואי שפיות.
6. רשלנות רפואית.
7. החוקים שעליהם מתבססת הפסיכיאטריה המשפטית לרבות חוקי מקנוטן.
8. הקשר בין הפרעות פסיכיאטריות ופשיעה.

**מיומנויות :**

1. בדיקת כשירות לעמוד לדין.
2. יישום החוק לטיפול בחולי נפש לרבות אחריות פלילית.
3. כתיבת חוות דעת פסיכיאטרית משפטית, אזרחית או פלילית.
4. הצגת חולה בפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית.
5. שיתוף פעולה עם מערכות משפטיות, רווחה וארגוני זכויות אדם.
6. שיתוף פעולה עם הפסיכיאטר המחוזי ועובדיו.

גישה :

1. מודעות לגבולות החוקיים שמציבה הפסיכיאטריה המשפטית בעבודה הקלינית.
2. גישת טיפול רחבה המתייחסת הן לצעדים המשפטיים החוקיים, והן למהלכים טיפוליים המתייחסים לפסיכופתולוגיה שגרמה לפשיעה.
3. התמודדות עם התגובות הרגשיות העולות בטיפול באנשים החשודים כי עברו על החוק.

### אתיקה ופסיכיאטריה

ידע :

1. עקרונות אתיים, רפואיים בכלל ופסיכיאטריים בפרט, כגון אוטונומיה של החולה, כבוד למטופל, עקרון "קודם אל תזיק" ואמירת אמת.
2. המושגים : הסכמה מדעת, סודיות רפואית, ועדת הלסינקי וועדת אתיקה לפי חוק זכויות החולה.
3. עמדות מתחומים אחרים (פילוסופיה, משפט, סוציולוגיה ודת) ביחס לדילמות אתיות פסיכיאטריות.
4. דילמות אתיות לרבות שלילת חופש, נאמנות כפולה, שוויוניות בקבלת טיפול, התמודדות אתית עם התאבדות, טיפול פסיכותרפי ומחקר פסיכיאטרי.
5. דילמות אתיות לרבות הארכת חיים, ייעוץ גנטי ונאמנות למטופל בטיפול זוגי, משפחתי וקבוצתי.
6. כללי האתיקה של הר"י ואיגוד הפסיכיאטריה.

מיומנויות :

1. שימוש בעקרונות הסכמה מדעת, ועדת הלסינקי, ועדת אתיקה לפי חוק זכויות החולה וויתור על סודיות רפואית.
2. אבחון דילמות אתיות המתעוררות בפעילות הטיפולית במחקר ובהוראה והתמודדות עמן.

גישה :

1. שילוב האתיקה בפעילות הקלינית במחקר ובהוראה ויישומה.

### ההיסטוריה של הפסיכיאטריה

ידע :

1. ההיסטוריה של הרפואה.
2. אסכולות הפילוסופיות העיקריות החל מיוון העתיקה ועד ימינו.
3. שיטות טיפול בתקופות הקדמוניות, לרבות במקדשי אסקלפיוס וגישות שמאניזם.
4. התפתחות הגישה ההיפוקראטית והגאלנית למחלות הנפש.
5. ידע מועט בשיטות פסיכותרפיות בעולם העתיק, לרבות טיפולים חינוכיים ושיקומיים שהונהגו ברומא האימפריאלית.

6. התפתחות הגישה הדמונית בימי הביניים, לרבות תרומתו של אגוסטין הקדוש ועיוותי תורתו שהביאו לפרסום ה- MALEUS MALLIFICARUM על ידי Kramer and Sprenger, ולהתפתחות הגישה הסטיגמטית בחולות הנפש; ידע בסיסי בתופעת ציד המכשפות ופעולות האינקוויזיציה בתחום זה.
7. התפתחות הנורולוגיה והידע על תפקוד מערכת העצבים המרכזית, לרבות תרומתם של ברטון ואחרים להנחלת הידע בפנומנולוגיה פסיכיאטרית.
8. היסטוריית הפסיכיאטריה המודרנית החל מ- Pinnel ו-Esquirol ותחילת התנועה המוסדית.
9. התפתחות ההיפנוזה במאה ה-18, 19 ו-20 ותרומתם של Charcot, Janet, Marquis de Berheim, Braid, Anton Mesmer, Puysegur ואחרים.
10. התפתחות הגישה הקוגניטיבית בפסיכיאטריה, בעיקר קנט.
11. התפתחות הפסיכולוגיה הניסיונית.
12. התפתחות הפסיכואנליזה במאה ה-20.
13. התפתחות הנוזולוגיה הפסיכיאטרית לרבות Kahlbaum, Kraepelin ואחרים.
14. ידע מעמיק בהתפתחות גישות חשובות במאה ה-20 כגון אסכולות האמריקאיות של James ומשל Meyer.
15. ידע מעמיק בהתפתחות הפסיכיאטריה החברתית והגישה השיקומית במחצית השנייה של המאה ה-20.
16. ידע מעמיק בהיסטוריה הקצרה של הפסיכופרמקולוגיה.
17. ידע מעמיק והבנה בהתפתחות הפסיכותרפיה במאה ה-20, לרבות הגישות החשובות כגון הגישה הרוג'יאנית, הגישה הקוגניטיבית, הגישה האקזיסטנציאליסטית, הגישה האדלריאנית, הניו-פרוידיאנית, האנתרופולוגית וכדומה.
18. ידע בהתפתחות שיטות חדשות של סיווג מחלות הנפש והבנת חשיבותה של מהפכת ה- DSM III בתולדות הפסיכיאטריה.

#### מיומנויות וגישה :

1. שילוב הידע והגישות השונות בראי ההיסטוריה.
2. התמודדות עם מושגים היסטוריים על הטיפול הבלתי נאות בחולי הנפש.
3. התמודדות עם הצורך בשקיפות הפסיכיאטריה בימינו לביקורת חברתית.
4. בחינת גישות טיפול שונות כאבני דרך בהתפתחות האינטלקטואלית של האנושות.
5. התייחסות לאסכולות שונות בגישה הומניסטית רחבה הכוללת פילוסופיה, פסיכולוגיה, ביולוגיה, אמנות וכדומה.

#### טראומת השואה

##### ידע :

1. ידע היסטורי בסיסי על מלחמת העולם השנייה והשואה לרבות מחנות ריכוז, גטאות, רדיפות, עבודות כפייה, מחבוא ופליטים ופרטיזנים בתקופת השואה.
2. החוויה הפסיכולוגית של לטראומת השואה.

3. תסמונות רלוונטיות אצל ניצול השואה, כגון הפרעות דחק פוסט-טראומטיות כרוניות, תגובות נפשיות לטראומות חוזרות בהמשך החיים, אבל כרוני, אבל נדחה, אבל פתולוגי, דיכאון כרוני, שינויים באישיות, הפרעות אישות, הפרעות זהות והפרעות התנהגות.
4. החוויה הפסיכולוגית של ניצולים שהיו ילדים בזמן השואה והפסיכופתולוגיה הרלוונטית.
5. השפעת האינטראקציה בין שלבי מעגל החיים לבין החשיפה לשואה על מעגל החיים - אובדן ועקירה ותוצאותיהם המאוחרות.
6. האינטראקציה בין הפסיכופתולוגיה של ניצול השואה והפסיכופתולוגיה של הזקנה.
7. בעיות בהתפתחות האישיות ובעיות של פסיכופתולוגיה בקרב בני הדור השני לשואה.
8. העברה בין-דורית של טראומת השואה וההשפעה על בני הדור השלישי.

#### מיומנויות :

1. התייחסות רחבה לתולדות החיים של ניצולי השואה והבנת החוויה האישית בהתייחס למעגל החיים ולהשפעותיה על האישיות, ההתנהגות והתפקוד בהמשך החיים.
2. אנמנזה ובדיקה פסיכיאטרית מותאמת לסימנים אופייניים, כגון : סימנים דיסוציאטיביים, תגובות חשדניות ומצבים פרנואידים, תגובות תוקפניות, אלקסיטימיה, ניתוק רגשי, אנהדוניה, אמנזיה חלקית, שימוש יתר בתרופות, דרכי הסתגלות היפראקטיביות ו- Over Doing.
3. קשר טיפולי עם ניצול השואה והתייחסות לסבלו הסובייקטיבי בעבר ובהווה והשפעותיו על הבריאות והתפקוד.
4. בניית טיפול רב-תחומי Case Management פרטני ומשפחתי מותאם וניהולו, בתיאום בין גורמים רפואיים ופסיכו-סוציאליים.

#### גישה :

1. סיפורו האישי של ניצול השואה כמוקד המרכזי של הטיפול.
2. התמודדות עם הקשרים הרגשיים בקשר עם מטופל שסבל בעברו סבל קיצוני וממושך.
3. התמודדות עם הקשיים הרגשיים בקשר עם מטופל על רקע הקשיים השכיחים של ניצולי השואה ביצירת קשר רגשי, נטייתם לחשדנות, נטייתם לתוקפנות, וכדומה.
4. התייחסות לפסיכולוגיית הרצון לקבל פיצויים מחד והרתיעה מהם מאידך, והבנת הכמיהה לתיקון העול.
5. התמודדות עם הקשיים הרגשיים כשהמטפל הוא בן הדור השני לשואה.

#### היבטים ישראליים

פרק זה כולל את המאפיינים הייחודיים לפסיכיאטריה הישראלית. אף על פי שתיתכן חפיפה עם פרקים אחרים (פסיכיאטריה משפטית בעיקר), הובאו הסעיפים בשנית מנקודת המבט הישראלית.

1. החוק לטיפול בחולי נפש :

- החוק והפסיקות הרלוונטיות של בתי המשפט הישראליים.

- העקרונות החוקיים שהביאו לחוק זה.
- התפתחות החוק בישראל.
- הדומה והשונה בין החוק הישראלי לחוקים דומים בארצות הברית ומערב אירופה.
- פעילות במסגרת החוק ודרישותיו בפרקטיקה היומיומית.
- גישור בין דרישות החוק והקשר הטיפולי לבין המערכת הפסיכיאטרית, המטפל והמטופל.

## 2. חוק זכויות החולה :

- ההבדלים בין החוק לטיפול בחולי נפש וחוק זכויות החולה.
- החוק והפסיקות הרלוונטיות של בתי המשפט הישראליים.
- העקרונות החוקיים שהביאו לחוק זה.
- התפתחות החוק בישראל.
- הדומה והשונה בין החוק הישראלי לחוקים דומים בארצות הברית ומערב אירופה.
- פעילות במסגרת החוק ודרישותיו בפרקטיקה היומיומית.

## 3. חוק שיקום חולי נפש :

- החוק והפסיקות הרלוונטיות של בתי המשפט הישראליים.
- העקרונות החוקיים שהביאו לחוק זה.
- התפתחות החוק בישראל.
- הדומה והשונה בין החוק הישראלי לחוקים דומים בארצות הברית ומערב אירופה.
- פעילות במסגרת החוק ודרישותיו בפרקטיקה היומיומית.
- גישור בין דרישות החוק והקשר הטיפולי לבין המערכת הפסיכיאטרית, המטפל והמטופל.

## 4. חוקים אחרים הנוגעים לטיפול נפשי :

- החוקים הרלוונטיים : חוקי אפוטרופסות, חוקים העוסקים ברישיון נהיגה וחוקים העוסקים ברישיון לנשק.
- החוק והפסיקות הרלוונטיות של בתי המשפט הישראליים.
  - העקרונות החוקיים שהביאו לחוק זה.
  - התפתחות החוק בישראל.
  - הדומה והשונה בין החוק הישראלי לחוקים דומים בארצות הברית ומערב אירופה.
  - פעילות במסגרת החוק ודרישותיו בפרקטיקה היומיומית.
  - גישור בין דרישות החוק והקשר הטיפולי ובין המערכת הפסיכיאטרית, המטפל והמטופל.

## 5. חובת הדיווח למשרד הבריאות על אשפוז חולי נפש ושחרורם :

- חובת הדיווח, צורת אחסון המידע ותהליכי שמירת החיסיון.

- הטפסים הרלוונטיים.
  - היתרונות והחסרונות בחובת הדיווח ואחסון המידע.
6. היבטים פסיכיאטריים בבית המשפט הפלילי בישראל:
- הכשירות לעמוד לדין והאחריות הפלילית.
  - יכולת לתת חוות דעת לבית משפט בישראל ולהיות עד מומחה.
  - ההיבטים האתיים ובמיוחד אלו הנוגעים לנאמנות כפולה המגולמת בעדות וחוות דעת.
7. היבטים פסיכיאטריים בבית המשפט האזרחי בישראל:
- הכשירות לעמוד לדין והאחריות הפלילית.
  - יכולת לתת חוות דעת לבית משפט בישראל ולהיות עד מומחה.
  - ההיבטים האתיים ובמיוחד אלו הנוגעים לנאמנות כפולה המגולמת בעדות וחוות דעת.
8. חוקי נכות בביטוח הלאומי ובמשרד הביטחון:
- סעיפי הנכות בתחום בריאות הנפש הנהוגים בישראל.
  - יכולת לתת חוות דעת.
  - ההיבטים האתיים ובמיוחד אלו הנוגעים לנאמנות כפולה המגולמת בעדות וחוות דעת.
9. השירות בצה"ל:
- הכשירות לשרת בצה"ל.
  - תפקיד הפסיכיאטר בצה"ל, הדרישות ממנו בעת שלום ומלחמה ובעיית הנאמנות הכפולה והתפתחותה.
10. ארגון שירותי בריאות הנפש בישראל:
- ידע מעמיק בארגון השירותים בישראל והשינויים החלים בו.
11. הגירה:
- פסיכופתולוגיה הקשורה להגירה.
  - תסמונות ספציפיות הקשורות לקבוצות הגירה בישראל.
  - ביטויי תרבות ספציפיים הקשורים לעדות בישראל.
  - תהליכי שילוב/ אי-שילוב של אוכלוסיות הגירה והשפעתם על הדור השני והשלישי.

-----