

דיכאון



מדינת ישראל
מושרד החינוך התרבות והספורט
שירות פסיכולוגי ייעוצי

דיכאון בילדים ובבני נוער

נכתב על פי הנוסח
של ליאת חרובי ופרופ' אלן אפטר

על-ידי
ד"ר תמר ארז
אורלי סרוסי
דליה פרשקובסקי
שוש צימרמן
דינה קזורר

תודות לפרופ' אלן אפטר, יוזם ומקור השראה

ריכוז הצוות ועריכה: **שוש צימרמן**
עריכה לשונית: **צביה רדיאנו**
עיצוב וביצוע: **ארד-יאירי מעצבים**
דפוס: **מאור-ולך, ירושלים**
הוצאה לאור: **מחלקת הפרסומים, משרד החינוך התרבות והספורט**
שנה: **תשס"ה, 2005**

תוכן העניינים

4	ד"ר בלהה נוי, מנהלת אגף א' שפ"י	מבוא
5	הקדמה	פרק 1
9	מהי הפרעת דיכאון?	פרק 2
13	מה מייחד דיכאון אצל ילדים ובני נוער?	פרק 3
21	הקשר בין דיכאון לתפקוד – למה חשוב לאתר מוקדם?	פרק 4
29	טיפול בדיכאון	פרק 5
33	מניעה ופיתוח חוסן	פרק 6

נספחים

45	הטמעת הידע אודות הדיכאון	נספח 1
47	סדנאות	נספח 2
51	דיכאון מז'ורי הגדרה על פי DSM 4	נספח 3
52	MOOD DISORDER – דיכאון ינקות וילדות מוקדמת	נספח 4
53	רקע עיוני להתערבות מניעתית	נספח 5

ספר זה נכתב ביוזמתו של פרופ' אלן אפטר ועל בסיס חוברת ראשונית שנכתבה על ידו ועל ידי הגב' ליאת חרובי. אגף תכניות סיוע ומניעה בשפ"י הקים צוות של פסיכולוגים ויועצים שהמשיכו ופיתחו את הרעיון הראשוני.

בעבודתנו עם מנהלים ומורים מורה הניסיון שרובם ערים לתלמידים המגלים התנהגות מוחצנת והפרעות בהתנהגות ואילו מתלמידים שקטים ומופנמים נוטים להתעלם או להמעיט בחומרתן של התופעות שאינן מפריעות למהלכו התקין של השיעור. חשוב לזכור שסבל שמקבל ביטוי גלוי אינו חמור יותר מסבל סמוי.

תפקידו של הסגל החינוכי והטיפול הוא לסייע לכל הילדים במצוקותיהם. בידי של סגל בית־הספר הכלים המקצועיים והרגישות האנושית לרפא ולהפנות למקורות של עזרה, שכן דיכאון, בשונה מתחושת עצבות או מצב רוח קשה, חייב להיות מטופל ואף מגיב טוב לטיפול הולם כאשר הוא מאותר בזמן.

מטרת הפרסום היא לתת לצוות הטיפולי ולצוות החינוכי בבית־הספר ידע תיאורטי ומעשי על תופעת הדיכאון וביטויי ההתנהגותיים וכן הנחיות להטמעת הידע וליישומו במסגרות החינוכיות השונות.

תכניות המניעה העוסקות בחיזוק החוסן ובפיתוח מיומנויות חברתיות ואישיות, יצמצמו את תחושת היעדר התקווה והדיכאון ויגבירו את תחושת השליטה של הילד על מהלך חייו.

הצוות החינוכי מופקד לא רק על הישגיהם של הילדים, אלא גם על רווחתם הנפשית. גורלם של ילדים מונח בידינו. ידע תיאורטי ומעשי בתחום יסייע בידינו להעלותם על דרך המלך ולעיתים אף להצילם.

דר' בלהה נוי

מנהלת אגף א' שפ"י

א. מדוע חוברת על דיכאון ילדים?

המילים "דיכאון" ו"ילדים" נתפסות על ידי מרבית האוכלוסייה כמילים מנוגדות שכל קישור וקשר ביניהן הוא טעות או אפילו עיוות. תפיסה זו משקפת אמונה כי ילדים אינם יכולים לסבול מדיכאון קליני. עד שנות השמונים סברו גם אנשי מקצוע רבים כי הפרעות דיכאון אינן מופיעות בתקופת הילדות אלא באופן מוסווה. כיום לאחר מחקרים רבים התבססה ההכרה כי הפרעות אצל ילדים, הדומות לדיכאון אצל מבוגרים, יכולות להופיע גם בתקופת הילדות. יתר על כן דיכאון בילדים הוא תופעה שכיחה יותר ממה שנוטים לחשוב. אין מדובר בשלב חולף העובר מעצמו או בתנודות נורמליות במצב הרוח, אלא בהפרעה קשה ומסוכנת הפוגעת במיליוני ילדים מתחת לגיל 18 בארץ ובעולם והניתנת לזיהוי מוקדם. סליגמן (2000) טוען ששיעור הדיכאון בילדים עלה במאות אחוזים במהלך המאה ה-20. על פי נתונים המקובלים היום ניתן לומר כי כ-5% מהילדים ומהמתבגרים באוכלוסייה הכללית סובלים מדיכאון בשלב זה או אחר במהלך חייהם, אולם רק חלק קטן מהם מקבל טיפול יעיל והולם.

הספרות המקצועית מלאה בדיווחים אודות ילדים הזקוקים לטיפול נפשי שאינם מקבלים את הטיפול הנדרש. מדובר בדרך כלל בילדים עם בעיות מופנמות כמו דיכאון וחרדה: בעיות בהן הילד בעצמו סובל, אך לא בהכרח מראה את הסבל שלו כלפי חוץ למבוגרים הקרובים אליו כמו הורים ומורים. לעומת זאת, ילדים עם בעיות מוחצנות כמו היפראקטיביות והפרעות בהתנהגות, בדרך כלל, יאותרו במהירות ויזכו לטיפול.

הסיבה למיעוט ההפניות לטיפול של בעיות מופנמות נעוצה, בין השאר, גם בתפיסה המוטעית שהייתה רווחת שטענה כי לא מדובר בבעיות רציניות או חמורות וכי צפוי שהן תעבורנה מעצמן ללא טיפול מקצועי. כיום ידוע שבעיות אלה אינן עוברות מעצמן ויותר מכך, שילדים עם דיכאון שלא טופל בגיל הילדות יסבלו, בדרך כלל, מבעיות נוספות בשלבים מאוחרים יותר בחיים.

המטרה של חוברת זו היא להעלות את הדיון בנושא הדיכאון אל הרובד הגלוי, ולפתח מודעות בקרב אנשי המקצוע וצוותי החינוך אודות קיומה של תופעת

הדיכאון בקרב ילדים ובני נוער על מנת להביא לאיתור, לאבחון מוקדם ולהפניה לטיפול הולם. למרבה המזל, דיכאון הוא מחלה הניתנת לטיפול בקלות יחסית עם סיכויי הצלחה גבוהים, בתנאי שזוהתה בשלב מוקדם.

לפי Koot ו-Mesman (2000) הזירה המתאימה ביותר לגילוי בעיות אלה היא כיתת בית-הספר. בעבודתם הם מדגישים את תפקידו המשמעותי של המורה בזיהוי מצב רוח דיכאוני. ואכן, בעבודה מקיפה שחקרה את נושא הדיכאון בילדות¹ נמצא שדווקא מורים הם בעלי יכולת גבוהה יותר לאתר בעיות מופנמות מאשר ההורים. גם העובדה שדיכאון בילדים עלול לעיתים לפגוע בתפקוד הלימודי ממחישה את מקומו המרכזי של בית-הספר בזיהוי הדיכאון ובאיתורו.

קיים פער גדול מדי בין הידע המקצועי המצוי לבין הדעות הרווחות בציבור לגבי דיכאון. חשוב לציין כי ההתמודדות עם דיכאון מתחילה בהעלאת מודעות לנושא ובחינוך. מחובתנו לנפץ את המיתוסים והסטיגמה שעדיין אופפים את הדיכאון, ובמיוחד בקרב ילדים ובני נוער. מודעות לדיכאון בקרב ילדים יכולה להציל חיים של ילדים ומתבגרים רבים ולהובילם לעתיד טוב יותר ולחיים מאושרים יותר.

ב. מדוע קשה לאתר ילדים עם דיכאון?

קיים תת-איתור של ילדים עם דיכאון וזאת בשל סיבות רבות. להלן אחדות מביניהן:
1. אמונות ומיתוסים רווחים בקרב הציבור, כולל אנשי המקצוע, הפועלים כנגד ההנחה כי דיכאון יכול להתקיים בילדות.

אחת האמונות השכיחות ביותר אומרת כי ילדות היא תקופה מאושרת נטולת דאגות. לגבי מבוגרים רבים ייתכן ואמונה זו אכן משקפת את זיכרונותיהם. אחרים, שזיכרונותיהם מתקופת הילדות קשים או שאינם נגישים, תופסים עצמם אולי כיוצאים מן הכלל. כך או כך, אין ספק כי בתקופתנו, ילדים ובני נוער חווים יותר לחצים, מקבלים פחות תמיכה במסגרת המשפחה, ומתפקדים בסביבה יותר אנונימית בה המגע הבין-אישי מוגבל יותר.

דיכאון נתפס לעיתים קרובות כתגובה למאורע שנחווה כטראומטי. כאשר לא ידוע על מאורע טראומטי בעברו של ילד, מדוע להניח כי הוא בדיכאון? ספקנות זו מבטאת שתי הנחות מוטעות: האחת – מה שלא נראה טראומטי למבוגר הוא אכן גם לא טראומטי עבור ילד, ומובן שאין הדבר כך, והשנייה – ילדים, כמו מבוגרים, מגיבים לעיתים בדיכאון לאירוע אחד דרמטי. הנחה זו מוטעית. ילדים יכולים לפתח דיכאון כתוצאה מצירוף של סדרת אירועים כאשר כל אחד מהם הוא בעל עוצמה נמוכה.

¹ Judi Mesman, Hans Koot (2000)

מבוגרים עלולים להתעלם מהתנהגות דיכאונית של ילדים גם בשל האמונה שההתפתחות היא מעבר בין שלבים ותקופות, כולל תקופות של מצבי רוח, שמהן, בסופו של דבר, הם גדלים ויוצאים. המחזיקים באמונה זו מתעלמים ממאפיינים כמו משך הזמן של ההתנהגות הדיכאונית ומחומרתה. כמו כן הם מתעלמים מההשלכות ארוכות הטווח של הדיכאון על התפקוד הפסיכולוגי של הילד.

2. הביטויים ההתנהגותיים של הדיכאון אצל ילדים

סיבה נוספת לקושי לאתר דיכאון אצל ילדים היא הביטויים ההתנהגותיים השונים של הדיכאון בקרב ילדים ובני נוער לעומת מבוגרים. (על ביטויים שונים של דיכאון אצל ילדים ראו בתת הפרק "דיכאון בתחפושת").

3. קושי אוניברסאלי לאתר ילדים עם בעיות קשות

סיבות נוספות לתת־איתור של ילדים הסובלים מדיכאון קשורה לקושי האוניברסאלי של מבוגרים לזהות ילדים הסובלים מבעיות קשות. לקושי זה מספר סיבות: רצון לשמר ילדים בעולם טוב ונטול בעיות; חשש לתייג ילדים כסובלים מבעיה כרונית בשל ההשלכות של התיוג על עתידם; קושי להעריך נכונה את מצוקותיו של הילד ולהבינן; נטייה להקטין את חוויותיו השליליות של הילד ואת השלכותיהן הנפשיות עליו בשל העובדה כי המבוגר, בהיותו אחראי על רווחתו הנפשית של הילד, מתגונן בדרך זו מתחושות האשמה שעלולות להתעורר בו עקב מצוקותיו של ילדו.

4. קושי לזהות בעיות מופנמות

כאמור, בעיות מופנמות מאותרות פחות מאשר בעיות מוחצנות בשל העובדה כי הילד או המתבגר הסובל אינו מראה בהכרח את סבלו כלפי חוץ, ולהתנהגותו אין השלכות על הסביבה.

מהי הפיזית צ'יכאון?

קיימים סוגים שונים של דיכאון ודרגות חומרה שונות וכן תופעות דומות שאינן מעידות דווקא על הפרעת הדיכאון.

דיכאון ראשוני מהו?

כאשר הדיכאון הוא תופעה ראשונית שלא נגרמה עקב מאורע קשה אחר נתייחס אליה כאל דיכאון ראשוני.

דיכאון מג'ורי: דיכאון מג'ורי מאופיין ע"י סימפטומים ברורים ועקביים של מצב רוח ירוד וחוסר יכולת ליהנות במשך תקופה מוגדרת בזמן, בדרך כלל יותר משבועיים. לאחר ההתקף האדם יכול לחזור לבריאות שלמה אבל יש סיכוי רב שתקופת הדיכאון יחזור בעתיד (ראה נספח 3: סימפטומים על פי DSM-IV).

דיסתימיה: הפרעה כרונית במצב הרוח, הנמשכת במשך חודשים או שנים. דיסתימיה מפריעה לתפקוד היומיומי פחות מדיכאון מג'ורי, אך הסבל ממושך יותר וההשפעות השליליות על ההתפתחות הנפשית של הילד עלולות להיות חמורות יותר. הדיסתימיה מאופיינת, בנוסף למצב הרוח הדיכאוני, גם בירידה או בעלייה בתיאבון, בהפרעות בשינה, בעייפות או בתחושה של חוסר מרץ, בהערכה עצמית נמוכה, בקשיים בריכוז או בקבלת החלטות ובתחושות של חוסר תקווה.

יש ילדים הסובלים משני הסוגים: דיסתימיה ודיכאון מג'ורי, כאשר במהלך הדיסתימיה יש להם תקופות של דיכאון מג'ורי.

מלנכוליה: סוג של דיכאון שבולטים בו סימפטומים גופניים, כגון: ירידה ניכרת בתיאבון הגוררת ירידה במשקל, עצירות, הפרעות בשינה, איטיות כללית-גופנית ומנטלית ועוד. המלנכוליה בדרך כלל הרבה יותר קשה בבוקר מאשר בערב ומלווה לרוב בהפרעות קשות בשינה. הסובל ממלנכוליה מגיב בהצלחה לטיפול תרופתי.

דיכאון טרום ווסתי / תסמונת טרום ווסתית (PMS): היום גוברת ההכרה שחלק מהבנות סובלות מתסמונת דיכאונית בתקופה הצמודה למחזור. תסמונת זו מאופיינת בשינויים מחזוריים במצב הרוח המקבילים למחזור החודשי. הסימפטומים של דיכאון כזה הם: מצב רוח ירוד, תחושה של חוסר תקווה, כעס עצמי, רגישות יתר, רגזנות, עצבנות, חרדה, ירידה בעניין, קשיים בריכוז, אכילת

יתר או דחף עז למאכלים מסוימים. בדרך כלל קיימים גם סימפטומים גופניים כמו: כאבי ראש, כאבי בטן, גודש בשדיים וכו'. במקרים שדיכאון כזה מפריע למהלך החיים הרגיל, יש לשקול מתן טיפול תרופתי.

מחלה דו קוטבית (BIPOLAR DISORDER): דיכאון דו קוטבי מתאר אנשים שסובלים מתקופות של דיכאון כמו הדיכאון המג'ורי ומתקופות של התרוממות רוח המלוות בפעלתנות יתר המכונה **מאניה**. במצב מאני ניתן למצוא גם מחשבות גדלות, מהלך חשיבה מהיר ולא מסודר, דיבור בכמות ובקצב מופרזים, ירידה בריכוז, התעסקות מוגזמת וחסרת שיפוט במין ובזבוז כסף. ילדים המראים שינויים קיצוניים במצב הרוח מאובחנים לעיתים בטעות כבעלי הפרעות קשב והיפראקטיביות.

ציקלותימיה (CYCLOTHYMIA): מתארת אנשים שאומנם לא מגיעים ממש לדיכאון או למאניה, אלא סובלים משינויים קיצוניים במצב הרוח כל הזמן. עוצמת השינויים חלשה יותר באופן משמעותי מאשר במחלה הדו קוטבית.

תינוקות ופעוטות מראים גם הם ביטויים אופייניים של דיכאון המסווגים בקטגוריה אחרת (ראה פירוט בנספח מספר 4).

דיכאון משני מהו?

מדובר בדיכאון שמתפתח כתופעה משנית לקיומו של גורם ראשוני אחר. דיכאון משני יכול לנבוע משלושה מקורות:

1. הפרעה אחרת

חרדת פרידה – כאשר כל איום של פרידה גורם לילד להיכנס לחרדה, ואם החרדה מתמשכת ותגובות הסביבה אינן מקלות על הילד, הוא עלול לסבול גם מדיכאון.

חרדה חברתית – כאשר ביישנות ונסיגה מכל קשר חברתי עלולים לגרום לילד לבדידות קשה וכתוצאה מכך לדיכאון.

חרדה כללית הגורמת לפחד מתמיד ללא יכולת לזהות את מקור הפחד והמתח הממושך. היא עלולה להוביל מאוחר יותר לדיכאון.

הפרעות בשינה יכולות גם הן לגרום לדיכאון. ילדים הסובלים מהפרעות שינה סובלים מעייפות כרונית ומתחושת כישלון או עצבנות. לעיתים כאשר העצבנות מביאה לאי שקט, המורים מתייחסים אליהם כאל חוצפנים ומפריעים ולעיתים גם המורים וגם התלמידים האחרים דוחים אותם. הם עלולים להגיע להישגים לימודיים נמוכים מאחר והם עייפים. ההישגים הנמוכים גורמים לתחושת כישלון שעלולה להביא להתפתחות דיכאון. לפעמים קשה לדעת אם בעיית השינה נובעת מהדיכאון או הדיכאון נובע מהפרעת השינה ורק בדיקה במעבדת שינה יכולה לתת מענה לשאלה זו.

הפרעות אכילה עלולות להוות ביטוי לדיכאון המופיע אצל מתבגרים, בעיקר מתבגרות, אשר הערך העצמי שלהן מבוסס רק על דימוי הגוף. הדיכאון מתפתח כתוצאה מהמאבק המתמיד בין המשאלה לרזון לבין המגבלות של המציאות. **הפרעות באישיות** – אחת התמונות הנלוות לאישיות בה מתפתחת הפרעת אישיות היא דיכאון. הפרעת האישיות השכיחה ביותר שמתקשרת לדיכאון בגיל ההתבגרות נקראת "הפרעת אישיות גבולית" או: "הפרעת אישיות לא יציבה".

ראוי לציין כי לא מקובל להגדיר "הפרעת אישיות" בגיל ההתבגרות, אלא רק מגיל 18 ומעלה, אולם סימניה ניתנים לאיתור מוקדם יותר. המאפיינים של הפרעה זו הם: יחסים בין אישיים לא יציבים ומאוד אינטנסיביים המלווים בעוצמה רבה של חרדה, בעיה בזוהר העצמית, בדרך כלל בתחום של ערך העצמי, התנהגות אימפולסיבית, מצב רוח שמשתנה במהירות בתגובה לגירויים (אפילו קטנים) בסביבה, רגשות ממושכים של ריקנות והתקפי זעם או בעיות לשלוט על הכעס. יש קשר הדוק בין הפרעת אישיות גבולית לדיכאון וזהו כנראה ביטוי מסוים של דיכאון. ייתכן גם שדיכאון שאינו מטופל יכול להשפיע על התפתחותו הנפשית של הילד ולגרום להפרעת אישיות גבולית כאשר הילד מגיע לגיל ההתבגרות. בנות עם הפרעת אישיות גבולית נוטות להתנהגות אובדנית חוזרת ולעיתים קרובות גם להפרעות אכילה.

דיכאון יכול לנבוע גם מכל מחלה פסיכיאטרית קשה אחרת, במיוחד מהמחלות שגורמות למצב פסיכוטי למשל: סכיזופרניה ומחלת הרדיפה.

2. בעיות רפואיות

כמעט כל מחלה גופנית קשה יכולה לגרום למצב נפשי של דיכאון. מחלות ויראליות קשות יכולות לגרום לעייפות ולדיכאון החולפים בדרך כלל עם חלוף המחלה.

מחלות נוספות הנקשרות עם דיכאון הן: מחלות הורמונליות או מחלות אוטואימוניות (הגוף מפתח "אלרגיה" לעצמו) או כל מחלה קשה אחרת. בנוסף, תרופות רבות יכולות אף הן לגרום לדיכאון. הדוגמה הקלאסית היא תרופות הנמצאות בשימוש בטיפול באסתמה ובמחלות אלרגיות אחרות.

3. תגובה לשינויים בסביבה

ילדים אשר נחשפים לבעיות במשפחתם או שעוברים טראומה כלשהי יכולים לפתח סימנים של דיכאון כתגובה למאורעות אלה. דיכאון זה עובר תוך זמן סביר וניתן לראות אותו כתגובה נורמלית. בניגוד למצב הנורמלי הזה עלולים לילדים מסוימים לפתח דיכאון.

עד כמה רווח הדיכאון אצל ילדים ובני נוער?

הפרעות במצב הרוח נפוצות יותר עם ההתקדמות בגיל וגבוהות במיוחד בקרב אוכלוסיית הסובלים מהפרעות פסיכיאטריות אחרות.

מחקרים מראים כי שיעורי הדיכאון נעים בין 2.5% בילדים ועד ל-8% במתבגרים. כאשר שואלים מתבגרים על תחושות של דיכאון מדווחים 15%-20% מהם על קיומן של תחושות אלה, שיעור דומה לזה המדווח אצל מבוגרים. עובדה זו מחזקת את הטענה שדיכאון במבוגרים מתחיל לעיתים קרובות בילדות.

שיעורי הדיכאון דומים בקרב בנים ובנות בתקופת הילדות. בקרב מתבגרים נמצא שבנות סובלות מדיכאון פי שניים מאשר בנים. יחס דומה נמצא בין גברים לנשים. לא נמצאו הבדלים הקשורים לגזע ולמוצא האתני.

השיעור של הפרעה מאנית-דפרסיבית (מחלה דו-קוטבית) הוא נמוך יותר, כ-0.5% בגיל ההתבגרות.

לאחרונה נראה שיש עלייה משמעותית בשיעורי הדיכאון בקרב ילדים וכאשר בודקים מבוגרים הסובלים מדיכאון מתברר שהגיל בו פרצה המחלה הוא נמוך יותר מאשר בעבר. ההסבר לתופעה אינו ברור, אבל ייתכן שמדובר במבנה הגנטי של הדיכאון שגורם להופעת המחלה בגילאים מוקדמים יותר בכל דור ודור. בנוסף, אין לשלול גורמים סביבתיים ושינויים במשפחה המודרנית כגורמים לדיכאון. היבט זה עוד לא נחקר דיו.

מה מ"מז דיכאון אצל ילדים ובני נעדר?

עצבות, צער וכאב הם חלק מהחיים הנורמלים אצל ילדים ואצל מבוגרים ולא ניתן למנוע אותם. מצב רוח ירוד אופייני לאירועים מסוימים בחיים ובדרך כלל זהו מצב חולף. תגובות של אבל גם הן שכיחות ונורמליות ומופיעות, בדרך כלל, לאחר פטירת בן משפחה או אדם קרוב אחר. תגובת אבל יכולה להופיע גם במצבים של אובדן או פרידה כמו: גירושין של ההורים, מעבר דירה, מוות של בעל חיים או כל אובדן של מישהו שהוא משמעותי לילד.

חשוב לדעת שדיכאון אינו תחושת עצבות או היעדר אושר בלבד ואינו חלק מתנדודות במצב רוח שאופייניים לילדים ולמתבגרים, אלא הפרעה שיש לתת עליה את הדעת ולטפל בה.

עד לא מכבר סברו כי הפרעות דיכאון אינן מופיעות בתקופת הילדות, ועד היום ההבנה של דיכאון בילדות היא עמומה ולא חד משמעית. לילדים, לעיתים קרובות, יש נטייה למצבי רוח מתחלפים ולרגזנות: הם נוטים לכעוס בקלות וסף הגירוי שלהם נמוך, וזה מקשה על ההבחנה בין מצב נורמלי למצב פתולוגי. הקושי של ילדים לדבר על הרגשתם ו/או חוסר המודעות של ילדים למצבם, מטילים על המבוגר את האחריות לאיתור ילדים במצוקה. כמו כן, ההתמקדות בכאן ובעכשיו שמאפיינת את הילדות מקשה על ראיית תמונה דיכאונית תהליכית.

אף על פי שהקריטריונים של ה-DSM-IV הם אחידים לכל הגילאים, הביטוי של הפרעה בילדים משתנה בהתאם לגילם והוא שונה מהופעתה במבוגרים. ככלל, המאפיין המרכזי של הדיכאון הוא הפרעה במצב הרוח, כולל מרכיבים נוספים הבאים לידי ביטוי בתחום הרגשי, החשיבתי וההתנהגותי, ואלה לא תמיד מהווים ביטויים האופייניים לדיכאון. אצל ילדים ובני נוער מתבטא דיכאון באופנים נוספים ושונים מביטוייו במבוגרים, כפי שיפורט בהמשך (דיכאון בתחפוש).

א. דיכאון - סימני זיהוי

כאמור ההתנהגות של ילד או מתבגר דיכאוני יכולה להיות שונה מההתנהגות של מבוגר דיכאוני. על ההורים והמורים להיות ערים לסימנים של דיכאון בקרב ילדיהם.

אם אחד או יותר מהסימנים הבאים של דיכאון קיים, על המורה להמליץ להורים לפנות לעזרה מקצועית.

1. עצבות תמידית, בכי.
2. חוסר אונים.
3. חוסר עניין בפעילויות או אי יכולת ליהנות מפעולות שהילד אהב בעבר.
4. שעמום תמידי, אנרגיה נמוכה.
5. בידוד חברתי, בעיות בתקשורת.
6. ביטחון עצמי נמוך ורגשי אשמה.
7. רגישות קיצונית לדחיה ו/או לכישלון.
8. קושי במערכות יחסים.
9. תלונות מתמידות על כאבים פיסיים כמו: כאבי ראש וכאבי בטן.
10. היעדרות לאורך זמן מבית-הספר או היעדרויות חוזרות ללא סיבה גלויה לעין.
11. יכולת ריכוז נמוכה.
12. שינוי משמעותי בדפוסי ההתנהגות כולל בדפוסי השינה והאכילה.
13. נסיונות בריחה או דיבור חוזר על בריחה מהבית.
14. מחשבות על התאבדות או ביטויים אובדניים כולל התנהגות הרסנית.

ב. דיכאון בתחפושת

דיכאון בילדים מופיע לא פעם בצורות שאינן מאפיינות דיכאון במבוגרים כמו: התפרצויות זעם, אי שקט, מרדנות, התבודדות, ירידה בערך העצמי או כל הפרעה אחרת הרווחת בין ילדים. תופעות אלה עלולות להצביע על דיכאון ולכן מדובר כאן בדיכאון "בתחפושת".

גם התנהגות מוחצנת בבית-הספר, היוצרת קושי רב במערכת, יכולה להסתיר דיכאון בלי שהסביבה תבין זאת. מאחר והצעירים הללו אינם נראים מדוכאים, מורים והורים עלולים שלא להבין שההתנהגות הבעייתית היא סימן לדיכאון. כאשר שואלים באופן ישיר ילדים אלה אם הם בדיכאון הם יכולים לעיתים לומר שהם עצובים או לא מאושרים (יבטאו צער), אולם לא תמיד הם יידעו לזהות את מצבם כדיכאון. קושי זה ממחיש את חשיבות איתור הדיכאון על ידי המבוגר הקרוב לילד.

ג. גורמי רקע המשפיעים על סיכון להתפתחות דיכאון

לדיכאון, כמו לרוב המחלות, מספר גורמים ובדרך כלל הוא תוצאה של שילוב בין גורמים מולדים, גורמי אישיות וגורמים סביבתיים. להלן נפרט גורמים ביולוגים, פסיכולוגים וסביבתיים-משפחתיים:

גורמים ביולוגים

מוח האדם הוא מבנה מורכב ביותר המכיל מספר רב של סיבי עצב שמעבירים מידע ביניהם. סרטונין ונוראדרנלין הם שני מתווכים עצביים (נוריר-טרנסמיטורים) אשר שיבוש בפעילותם במוח קשור למצבי רוח שונים, כולל דיכאון. תרופות אנטי דיכאוניות פועלות בעיקר לאיזון פעילותם של מתווכים אלה.

פעילות הורמונלית יכולה להשפיע על מצב הרוח. שינויים ברמות של הורמונים מסוימים בדם או שיבוש במחזור הפרשתם קשורים לדיכאון. (דוגמה לכך היא שינויי מצב רוח אצל בנות בשלבים שונים של מחזור הווסת.)

הפרעה בשינה נחשבת גם היא לסימפטום שכיח בדיכאון. ההפרעה בשינה קשורה בחלימה, אך לא ידוע אם היא תוצאה של הדיכאון או שאולי הפרעות בשינה גורמות לדיכאון.

גורם התורשה גם הוא משמעותי ביצירת הפרעות הדיכאון. לצאצאים של הורים עם דיכאון יש יותר סיכוי לסבול מדיכאון מאשר לאוכלוסייה הרגילה.

מחלות כרוניות: חלק גדול מהילדים הסובלים ממחלות כרוניות כמו: מחלות לב, סרטן, מחלות כליה, מחלות פרקים, מחלות נשימה או סוכרת עלולים לסבול גם מדיכאון, הנלווה למחלה.

ההתייחסות המקובלת, לעיתים גם בקרב אנשי מקצוע, היא שמדובר בתגובה הולמת למצב. אולם דיכאון אינו בהכרח תגובה מתבקשת מהמצב, ויותר מכך הוא עלול לפגום בסיכויי ההחלמה מהמצב הגופני. חשוב לאבחן קיומו של דיכאון אצל הילד הלוקה במחלה גופנית כרונית. מתן טיפול הולם לדיכאון יכול לתרום לשיתוף הפעולה של הילד החולה בעת טיפול תרופתי ולשפר את סיכויי החלמתו או את תגובתו לטיפול זה.

ייאוש וחוסר תקווה יכולים להפריע למנגנוני ההתנגדות של הגוף. ידוע שדיכאון אצל חולי סרטן גורם להפרעה במערכת החיסונית. ההפרעה במערכת החיסונית גורמת להתפשטות הסרטן שגורם להחרפת הדיכאון וכך נוצר מעגל של סרטן ודיכאון.

לדבר על גורמים פסיכולוגים המהווים סיכון להתפתחות דיכאון משמעו להתייחס לדינאמיקה הפנימית של נפש האדם הסובל מדיכאון.

1. "אני עליון" נוקשה ומחמיר

ילדים, במהלך התפתחותם, מפתחים "אני עליון" אשר נוצר דרך הפנמת חוקים, איסורים וערכים המועברים אליהם ע"י הורים, מחנכים והסביבה בכלל. המצפון, שמקורו ב"אני העליון", משקיף על ומעריך את המחשבות, הדעות וההתנהגויות האישיות, קובע את מידת התאמתם לחוקים ולערכים שהופנמו ועל פי זה הוא מאשר או מגנה אותן.

חלק מהילדים מפתחים "אני עליון" מחמיר עקב הפנמת דמויות הוריות נוקשות ומחמירות וגם בעקבות היעדר חוויה של הורות מספקת.

נמצא קשר הדוק בין מצפון נוקשה ומחמיר לבין דיכאון.

המצפון הנוקשה מעמיד דרישות ואיסורים קיצוניים הנוגעים לא רק למעשים, אלא גם למחשבות, לפנטזיות ולמשאלות. בתנאים אלו ילדים עלולים לסבול מרגשות אשם קשים ואף יכולים להעניש את עצמם ע"י הרס עצמי.

זיגמונד פרויד, אבי הפסיכואנליזה, טען שכל רגשות האהבה הם דו ערכיים ומכילים יסודות של זעם ועוינות. ילדים מסוימים חווים את הרגשות כלפי עצמם וכלפי הסובבים אותם בקיצוניות רבה. הם מכבידים על עצמם בגינוי עצמי, מגלים הערכה עצמית נמוכה ובמחשבות שלהם הם מרגישים אשמים ומצפים תמיד לעונש. הרגשות הקוטביים והתלות הרבה של ילדים בהוריהם מגבירים את רגשות האשם ומשפיעים על מצב הרוח ועל הנטייה לדיכאון.

2. חולשה ב"כוחות האני"

"כוחות האני" נבנים באינטראקציה בין הגורמים השונים: המולד, התורשה והסביבה.

"אני" חלש משמעותו קושי בויסות הדחפים (מיניות, תוקפנות), מנגנוני הגנה נוקשים ולא יעילים, קושי בתפקודים קוגניטיביים (חשיבה, זיכרון וכו') וחוסר יכולת להתמודד עם הצפה רגשית.

כאשר עוצמת התוקפנות המולדת מתחברת להפנמות דרשניות ואכזריות ו"כוחות האני" אינם חזקים דיים לווסת את המחשבות, הרגשות והתגובות, יבוא המצפון האכזרי לידי ביטוי בהצפה של תחושות תוקפניות ודחפים הרסניים.

בסביבה שאינה מסוגלת להכיל תוקפנות, שהיא חלק מהחיוניות הנורמלית, מבין הילד שכל גילוי של תוקפנות מצידו עלול להרוס את האנשים היקרים לו, או לגרום לדחייה שלהם אותו.

וכך, הסיכון לדיכאון עולה כאשר הילד מרגיש שכל גילוי של תוקפנות מצידו יוביל לתוצאות הרסניות ומסוכנות עבורו, ולכן הוא יימנע מלהביע את הכעס כלפי חוץ ובמקום זה יפנה את הכעס כלפי פנים, כלפי עצמו.

חולשה ב"כוחות האני" מביאה גם ליכולת נמוכה לפתור בעיות אישיות ובינאישיות. קושי זה עלול להביא לפגיעה בתחושת המסוגלות, להגביר חוסר אונים וחוסר תקווה המגבירים את הסיכון לדיכאון.

3. הרס עצמי

זיגמונד פרויד, שטבע את מונחי היסוד בפסיכולוגיה, ניסה להסביר את מקור ההרס העצמי. הוא טען שכולנו מונעים על ידי דחפים מרכזיים, ארוס וטנאטוס, העומדים מאחורי רוב ההתנהגויות האנושיות. ארוס, הוא הדחף לחיות, לחבר ולאחד, וטנאטוס הוא הדחף למוות, לפירוק או להרס עצמי. הדחף למוות ולהרס עצמי יכול להסביר לנו כיצד ילדים ומתבגרים נשאבים למסלול הזה, הודפים את הניסיונות המוצעים להם לקבלת עזרה ומתמודדים בצורה של הרס עצמי אם על ידי לקיחת סמים, אם על ידי הפרעות אכילה או על ידי התנהגויות אובדניות.

4. חסך ראשוני במילוי צרכים של קבלה, הערכה ואישור

במהלך ההתפתחות אמורים ילדים לפתח את התחושה שהם מיוחדים, בעלי ערך ושהם חשובים ויקרים להוריהם. חווית "המיוחדות" שבנו מתהווה דרך מילוי הצרכים הראשוניים והבסיסיים של קבלה, של התפעלות, של שייכות ושל אכפתיות שאמורים להיות מסופקים על ידי הדמויות המשמעותיות המטפלות בילד, החל מתחילת החיים.

חוסר בסיפוק הצרכים הללו עלול לשבש את התפתחות החוויה של הערכה עצמית, של גילוי המשמעות של הקיום ושל תחושת החשיבות שלנו עבור האחר, ולהוביל לדיכאון. במקרים קיצוניים בהם ילדים ומתבגרים חווים תחושת ערך עצמי נמוך ואינם מרגישים שיש להם בשביל מה או בשביל מי לחיות, עלולה התחושה של "להיות מיותר" לגבור, וזו משפיעה בכיוון של דיכאון והתנהגות אובדנית.

5. פגיעות לכישלון

ילדים מפתחים בתהליך צמיחתם תחושות של מסוגלות, של ביטחון בכוחותיהם ושל חוסן נפשי, שהינם פרי התמודדות עם משימות ועם אתגרים התפתחותיים. כמו כן חיי היום יום חושפים אותם לתסכולים ולאכזבות שהם חלק מן המציאות ודרכם הם בונים דימוי עצמי מתאים ליכולות ולמגבלות שלהם, מספיק נועז כדי ליזום ומספיק עמיד כדי להתגבר על כישלון.

כאשר צרכים ראשוניים אינם מסופקים דיים ואליהם נלווים חסרים בחווית האמון הבסיסי, ביכולת האוטונומיה וביוזמה, עלולה להתפתח פגיעות בכל הקשור לערך העצמי בכלל ולחווית ההצלחה והכישלון בפרט. חוסר אמון ביכולות הילד יכול לבוא לידי ביטוי בתחושה של ניפוח עצמי, או מצד שני – כל כישלון יכול להיחווה כפגיעה נרקזיסטית שהיא פגיעה בעצמי (self) ובערך העצמי שלו, ולהוות הוכחה על נחיתותו. פגיעה זו עלולה להוביל לבושה ולדיכאון.

6. חוסר יכולת לממש נפרדות ותחושת אוטונומיה

אחת המשימות ההתפתחותיות העיקריות בחיי הילד הינה מטלת המעבר מתלות לעצמאות. משימה זו שזורה בכל שלב בחיי הילד: מההפרדות מהרחם בעת הלידה, דרך הזחילה וההליכה בהמשך ועד לגיבוש הזהות העצמית בסיום גיל ההתבגרות, בדרך לעצמאות בוגרת. בכל מעבר, מהבית אל הפעוטון, משם לגן, מהגן לבי"ס ומבי"ס לצבא ולחיים עצמאיים עומדת עצמאותו של האדם למבחן. המאבק שתואר בין תלות לעצמאות נחשב ע"י תיאורטיקנים שונים כאחד הקונפליקטים המרכזיים בחיי הילד. מרגרט מהלר (1975) מדגישה את חשיבות הנפרדות והאינדיבידואליזם ומתארת את ההישג כ"לידה הפסיכולוגית של היחיד". יציאה לעצמאות דורשת תהליך של נפרדות הטומן בחובו דרישות, ציפיות ואתגרים שלא קל לעמוד בהם. כישלון בהשגת אוטונומיה ועצמאות משאיר את הילד או את המתבגר בתחושה קשה של נזקקות המלווה בבושה ובהטלת ספק ביכולתו להתמודד עם החיים והרגשה קשה של נחיתות. תחושות אלה, אם הן מתמידות, עלולות להוביל לדיכאון מאוחר יותר בחיים.

7. תפיסה קוגניטיבית שלילית

ילדים ומתבגרים עלולים לפתח במהלך החיים תפיסה וחשיבה המאופיינים בגישה שלילית או בגישה פסימית הקובעת את פרשנותם למאורעות חיים ואת דרך ההתמודדות איתם. בק (1976), שתיאר תהליך זה, אומר כי התפיסה והחשיבה השלילית באות ליד ביטוי בתפיסות היחיד את עצמו, את עולמו ואת עתידו, והן עלולות לגרום לו תחושות של חוסר אונים וחוסר תקווה שמעלות את הסיכון לדיכאון. חוסר התקווה נמצא כמרכיב מרכזי בסיכון לאובדנות.

8. חוסר אונים נלמד

חוסר אונים תואר על ידי סליגמן (2000) באמצעות מודל פסיכולוגי המסביר את התפתחות הדיכאון בילדים כתוצאה של חשיפה למצבי חיים עליהם אין כל שליטה. כל ניסיון לתגובה ולשליטה על המצב אינו משפיע על התוצאה. כך, במקום לפתח תחושת מסוגלות, מתפתחת אצל הילד תחושת חוסר אונים שעלולה להיות מוכללת גם על מצבים אחרים בחיים ועל מצבים עתידיים. כל לחץ או בעיה הופכים למצב, שעל פי תחושת הילד, אין לו פתרון, וכך מתגבר חוסר האונים ומתפתח גם הסיכון לדיכאון.

1. חוויה טראומטית בגיל מוקדם

אובדן בגיל הילדות הוא אחד הגורמים העיקריים שעומדים בבסיס הדיכאון. יש עדויות רבות לכך שחוויות טראומטיות בגיל מוקדם כמו מוות של אחד ההורים או פרידה מאחד ההורים בתקופת הילדות וההתבגרות מעלה את הסיכון לדיכאון.

פרידות חוזרות ו/או פרידות לפרק זמן ארוך משפיעות לרעה על ילדים גם במהלך הפרידה וגם לטווח הרחוק.

בתהליכי ההתמודדות עם אובדן חשוב להבדיל בין אבל נורמלי לבין אבל פתולוגי. ראוי לציין שתמיכה, ליווי וטיפול עשויים להקל על חווית הפרידה ולהפחית את הסיכון לדיכאון.

2. דיכאון הורים

אחד מגורמי הסיכון העיקריים להתפתחות דיכאון אצל ילדים, עליהם מדווח בספרות, הוא בית בו אחד ההורים סובל מדיכאון.

נמצא כי ילדים להורים דיכאוניים סובלים משיעור גבוה יותר של דיכאון מאשר ילדים להורים שאינם דיכאוניים.

בניסיון להבין איך הדיכאון של האם (או האב) משפיע על הילד מדבר ויניקוט (1958) על האם, הלוקה בדיכאון, שאינה מסוגלת להתאים את עצמה לתינוק ולהגיב אליו על פי צרכיו. לדבריו, ילד חיוני שאמו סובלת מדיכאון עלול לנסות להחזיר את החיוניות של האם ע"י ויתור על עצמו ועל צרכיו. כך הוא עלול להזדהות עם הדיכאון של אמו או להרגיש אשם על מחלת אמו ולפתח דיכאון. ילדים אלה מפתחים לעיתים דפוסים של התנהגות שיש בהם צורך גבוה לרצות את המבוגרים שבסביבתם והתנהגותם "הטובה" עלולה להסוות תחושות של עצב, מצוקה ודיכאון.

אנדרה גרין (1983) מדבר על סינדרום "האם המתה", המאפיין אימהות הנוכחות פיזית אך לא רגשית. הוא מדבר בעיקר על אימהות שהיו טובות דיין לילדיהן ובעקבות אובדן או פגיעה קשה נכנסו למצב של דיכאון. עם קרות האובדן מתרחש שינוי ביחסה של האם כלפי תינוקה אשר בלי יכולת להבין את הסיבה הוא מרגיש את התרחקות אמו.

גרין מדגיש את המקרים בהם הסיבה לדיכאון מוסווית ומוסתרת (הילד חווה את הדיכאון של אמו אך סיבותיו מוסתרות ואינן מובנות לו). חוויה זו, נחווית על ידי הילד כאסון שנחת עליו. הוא עלול לפרש את ההתרחקות כתוצאה של ההתנהגות שלו או כעונש על מחשבותיו האסורות. בתחילה ינסה הילד לבצע "תיקון" באם השקועה באבלה, ומשזה לא יצליח הוא עלול להתייאש ולבחור בפתרון של הזדהות לא מודעת עם ה"אם המתה". וכך, מתוך רצון להזדהות עם האם השרויה בדיכאון מפתח הילד דיכאון משלו.

3. חשיפה למאורעות חיים שליליים

מחקרים עדכניים שנעשו על ילדים הסובלים מדיכאון שהגיעו לטיפול במרפאות חוץ ועל ילדים שאותרו על ידי סקרים בתוך הקהילה הראו, שבקבוצת הילדים שסבלו מדיכאון מופיעים יותר אירועי חיים שליליים מאשר בקבוצת הילדים שלא סבלו מדיכאון.

אירועי החיים השליליים היו קשורים לבית-הספר, לקשרים עם חברים או עם הורים ולבריאות. הם התרחשו על פי רוב במהלך 12 החודשים לפני פרוץ הדיכאון. בהקשר זה ניתן למנות מספר סוגים של מאורעות חיים עיקריים שנמצאו קשורים לדיכאון: מוות, פרידה, סילוק מבית-הספר, מחלה פיסית, אכזבה, התנפצות של חלום ואהבה נכזבת.

יש לציין שהדבר החשוב אינו האירוע עצמו, אלא המשקל והחשיבות שהילד מייחס לו. מכאן שאירועים דומים יכולים להיות בעלי משמעות שונה לילדים שונים ולכן בעלי השפעה שונה.

האירוע השלילי יכול להיות בלתי תלוי בהתנהגות הילד או להיגרם כתוצאה מהתנהגות הילד.

בהקשר זה ניתן למנות בין אירועי החיים הקשורים להופעת דיכאון גם חשיפה לאווירה חברתית קשה כמו עוני או מצב סביבתי כגון בעיות כספיות, בעיות דיור ובעיות משפחתיות כרוניות.

4. קונפליקטים במשפחה

מחקרים שנעשו על קבוצות של מבוגרים דיכאוניים ששחזרו את מערכות היחסים במשפחה בתקופת הילדות שלהם מצביעים על כך שהאינטראקציות במשפחות שלהם אופיינו ע"י יותר קונפליקטים, התעללות, דחייה, בעיות בתקשורת ופחות בביטויים של חיבה או תמיכה.

מכאן, שילדים שחיים במשפחות רב בעייתיות פגיעים יותר ועלולים להיות בסיכון להתפתחות דיכאון.

5. חשיפה להתעללות

נמצא קשר חזק מאוד בין דיכאון לבין התעללות מינית, פיזית או רגשית בילדים.

היות הילד קורבן להתעללות בתוך המשפחה מעמיד אותו במצב של חוסר אונים, בלבול ופחד לאבד את אהבת ההורה, פגיעה קשה באמון ותחושה של חוסר תקווה. בניסיון להבין את אשר קורה לו, עלול הילד לחפש את הסיבה להתעללות בו עצמו, להאשים את עצמו, ולהרגיש שהסבל שנגרם לו, מגיע לו. בכל פעם שהוא נהנה ממשו, הוא ירגיש שעשה עבירה שהוא חייב להיענש בגינה.

בנוסף, עלול הילד העובר התעללות כרונית להפנים דמות הורית מכה ואלימה ולפתח מצפון נוקשה ואכזרי. המצפון הנוקשה, האיסור על כל הנאה, הפגיעה בערך העצמי וחוסר האונים עלולים להוביל לדיכאון.

הקשר בין דיכאון לביקור - אמה משוא לימי מוקדם?

פעמים רבות עברו לידינו ילדים עם מבט כבוי, פנים נפולות, עצב בעיניים, ולא שאלנו את עצמנו ואותם מה עומד מאחורי כל אלה. פעמים רבות ראינו התנהגויות חריגות ולא ביררנו לעומק מה משמעותן. ידוע כי יש ילדים אשר משקיעים מאמץ רב בלהיראות "בסדר", בהצגת תפקוד "תקיין", או בבריחה מהעצב להתנהגויות בלתי מתאימות, כשהסיבה לכך היא הסבל, המצוקה והייאוש שהם חשים. המאמץ או "התחפושת" גובים מחיר כבד, ותפקודם של הילדים הסובלים מדיכאון (מאובחן או לא מאובחן) נפגע בסופו של דבר. הדיכאון, אם לא מאותר בשלב מוקדם, עלול לפגוע בתחומי תפקוד שונים ואף לגרום להתפתחותן של תופעות נלוות לדיכאון המתוארות בהמשך.

דיכאון ותפקוד לימודי

לא פעם איננו מצליחים להבין מדוע ילדים מסוימים נכשלים בלימודים ויותר מכך אף מתקשים לקבל את העזרה המוצעת להם. אחת הסיבות יכולה להיות מצבם הנפשי.

קיים קשר הדוק בין כישלון בלימודים לדיכאון. הרבה פעמים יש נטייה לחשוב שהילד נכשל בלימודים ולכן הוא מדוכא, כאשר במציאות, לעיתים, המצב הוא הפוך והדיכאון בילדות הוא זה שגורם לכישלון בלימודים. דיכאון פוגע ביכולות הקוגניטיביות, בזיכרון, בקשב ובריכוז, שהם מרכיבים בסיסיים בתהליך הלמידה. כישלון בלימודים הוא קושי נלווה לדיכאון ותוצאותיו חמורות, שכן הוא גורם, בדרך כלל, לפגיעה בדימוי העצמי של הילד שהולכת ומחריפה ומקבעת את מעגל הכישלון. נוצרים פערים לימודיים אשר מביאים עימם כישלונות נוספים. הילד מייחס את הכישלון לחוסר יכולת, מאבד את האימון בעצמו, מתייאש ומפסיק להשתדל להשקיע בלימודים.

תפקוד לימודי מלווה לעיתים בחרדות (כגון: חרדת מבחן) או בשאיפות גבוהות להישגים המובילות להשקעה מופרזת ולעיסוק בלעדי בלמידה. "אני עליון" מחמיר ודרשני בתחום הלמידה עלול גם הוא להוביל לדיכאון.

ילדים ובני נוער עם חסך ראשוני במילוי צרכים המחפשים בביה"ס גם קבלה, הערכה ואישור ליכולתם, פגיעים מאוד בכל הקשור לערך העצמי שלהם. פגיעות זו עלולה להתעצם בהיעדר יחס מתאים והם יאבדו עניין בלמידה ולעיתים גם בחיים עצמם.

כאשר התלמיד המנסה להשקיע נכשל שוב ושוב, מתפתחת אצלו תחושה ועמדה של **חוסר אונים נלמד**. חוסר אונים נלמד הוא עמדה שמקורה בכך שהתלמיד מגלה פעם אחר פעם שאין קשר בין מעשיו לבין התוצאה של מעשים אלה, כלומר: אין לו שליטה על תוצאות הלמידה אף על פי שלפי תפיסתו הוא ניסה ללמוד, השקיע מאמץ וחשב שיצליח. חוסר אונים נלמד יוצר שלושה קשיים אצל התלמיד: **קושי קוגניטיבי**: הוא אינו מבין מדוע אינו יכול להשקיע או משקיע ואינו מצליח. **קושי רגשי**: הוא מרגיש שאין לו שליטה על תהליך הלמידה וחש כישלון וערך עצמי נמוך, "לא יוצלח". **ירידה במוטיבציה**: הוא מסיק שאין לו בשביל מה להתאמץ ואחרי כישלונות רבים הוא מפסיק לנסות.

הבנה זו מסבירה את התסכול, הייאוש וחוסר האונים שחשים התלמיד, הוריו ומוריו. תלמידים אלה הפנימו את חוסר האונים הנלמד בתחום הלימודי ופיתחו מערכת של מחשבות שליליות על עצמם, על יכולתם ועל עתידם, אף על פי שהכישלונות וחוסר האונים הנלמד אינם מצביעים בהכרח על חוסר יכולת. חשוב לציין כי לעיתים קרובות ללא טיפול במקור האמיתי של הבעיה, היינו הדיכאון, יהיה קשה מאוד לעזור לתלמיד.

דיכאון והפרעות התנהגות

דיכאון משפיע על תחומי חיים שונים ובא לביטוי בצורות התנהגות שונות. הילד המדוכא הנסוג פנימה והמאבד עניין בסביבתו, התנהגותו תאופיין בהסתגרות, בהימנעות ובביטויים קשים של מצב רוח ירוד. מאידך גיסא קיים גם קשר הדוק בין דיכאון לבין הפרעות בהתנהגות בילדים.

הפרעת התנהגות בילדים ובבני נוער היא הפרעה שמתבטאת בהתנהגות תוקפנית הפוגעת באנשים ובסביבה. היא מאופיינת במעשים שאין בהם הפעלת אלימות, כמו: גנבה, שקרים וחוסר עמידה במסגרת ולפעמים גם במעשים שיש בהם הפעלת אלימות, כמו: מכות, פגיעה ברכוש, התעללות בחיות והצתה.

התוקפנות יכולה להיות מופנית כלפי חוץ או כלפי פנים. ניסיון קליני ומחקרי במהלך השנים מראה שככל שאדם אלים יותר, כך גוברת אצלו תחושת הדיכאון והנטייה לפגיעה עצמית ולהתאבדות. בנוסף, חשוב לציין שלאלימות, לאובדנות ולדיכאון נמצאה ביולוגיה ותורשתיות משותפת.

הקשר בין דיכאון להפרעות בהתנהגות יכול לבוא לידי ביטוי בשלושה אופנים: לעיתים ההתנהגות התוקפנית נובעת מהדיכאון, והילד מבטא את הדיכאון דרך הפרעה התנהגותית, מכיוון שהוא מרגיש שאין לו את האפשרות להביע את זה במילים.

אפשרות אחרת היא שאותם הגורמים אשר בעטיים התפתח הדיכאון (בעיות במשפחה, התעללות וכו') הם גם אלה שלעיתים מביאים את הילד להפרעה בהתנהגות המשולבת בדיכאון.

ולבסוף, הפרעות בהתנהגות יכולות לגרום לדיכאון גם כתוצאה מיחס הסביבה אל הילד כגון: הזנחה ודחייה וגם כתוצאה מחומרת העונשים שילדים אלה מקבלים.

יחס זה גורם לירידה בערך העצמי ולרגשות אשמה קשים שהם הבסיס לדיכאון. יש מצבים שהדיכאון והפרעת ההתנהגות שזורים זה בזה כך שאין שום אפשרות להבדיל ביניהם.

דיכאון ושימוש בסמים

אחד הסיבוכים הקשים של דיכאון, המתחיל בילדות ואינו מטופל, הוא שימוש בסמים כניסיון לבריחה מהדיכאון. כמעט לכל הסמים יש השפעה זמנית של הקלה ברגשות הדיכאון והחרדה. לאחר שהשפעת הסם עוברת, חלה ירידה במצב הרוח, בדרך כלל למצבי רוח קשים יותר וזה גורם לילד לחזור ולהשתמש באותו סם. הסם השכיח ביותר בשימוש להקלת סימפטומים של דיכאון וחרדה הוא כמובן הטבק שהוא בעל השפעה מרגיעה.

בילדים צעירים יותר יש וקיימת נטייה להשתמש בחומרים מתנדפים המשפיעים כששואפים את האדים ואת הריח דרך האף. הדוגמאות הנפוצות הן דבק מגע, טיפקס ואצטון. לחומרים אלה יש השפעה זמנית של הקלה על הדיכאון, אבל תוך זמן קצר הם גורמים להתמכרות ואף לנזק מוחי. בקרב ילדים גדולים יותר ובמתבגרים הסם הנפוץ ביותר הוא הקנביס, בד"כ בצורה של מריחואנה ("גראס") או חשיש. השפעת הקנביס היא הקלה במצב הרוח הדיכאוני ותחושה של התרוממות רוח. לאחר מכן כאשר ההשפעה נעלמת, יש נטייה להיכנס שוב לדיכאון ואולי אפילו לדיכאון קשה יותר. תגובת הדיכאון מניעה את הנער או הנערה לקחת שוב את הסם. סכנה אחרת מקנביס היא ההשפעה על כושר השיפוט ועל הנטייה לקבל החלטות אימפולסיביות תחת השפעת הסם. לכן, סיבוך חמור של הסם יהיה בצורת מעשים אובדניים, תאונות דרכים או התנהגויות סיכוניות. אלכוהול משפיע בצורה דומה, וקיים קשר חזק ביותר בין שימוש באלכוהול לבין שיעורי האובדנות בקרב בני נוער.

דיכאון והפרעות אכילה

הורדה במשקל ע"י דיאטה הפכה דרך שכיחה בעולם המערבי להתמודד עם דיכאון, מתוך אמונה כי הדיכאון נגרם בשל כמה קילוגרמים מיותרים.

מסיבות תרבותיות-חברתיות הפך הרזון לסמל להצלחה ובכך תורם לשיפור הערך העצמי ומכאן לאחד הגורמים להשגת הרגשה טובה. אי עמידה בסטנדרטים הללו (השמנה) עלולה לגרום למצב רוח "ירוד" או לדיכאון.

אצל אנשים רבים הדרך להתמודד עם השאיפה לרזון ועם הדיכאון הנלווה היא באמצעות דיאטה, הקאות, שימוש בכדורים משלשלים או בכל דרך אחרת שהם מאמינים שתוביל לירידה במשקל.

קיים גם מנגנון ביולוגי שקושר בין ירידה דרסטית במשקל לבין הקלה בדיכאון. הורדה דרסטית במשקל או התעמלות מופרזת גורמות לעלייה ברמות האופיאטים בדם בעקבות הרס של רקמות בגוף. עלייה זו גורמת להרגשה של רווחה ורגיעה ולתחושה של קלות הגוף ועודף אנרגיה – בדיוק כפי שמשפיעים הסמים הרגילים.

דיכאון ואובדנות

ילדים ובני נוער חשים לא פעם עצבות ודיכאון למול השינויים ההתפתחותיים הרבים ועקב פרידות, אכזבות ואובדנים שהם חלק מהחיים. מצבים קשים אלה עלולים להביא אצל יחידים מסוימים, במיוחד בגיל ההתבגרות, לתחושה של "אין מוצא" ולחוויה של חוסר תקווה. תחושת המצוקה הנלווית לכל אלה מהווה לא פעם בסיס למחשבה שהתאבדות הינה הדרך היחידה להפסקת התחושות הקשות. מרבית האנשים שמנסים להתאבד סובלים גם מדיכאון. אחד המאפיינים של הדיכאון הוא תחושת חוסר התקווה אשר על פי המחקרים הינה גורם מרכזי בחשיבה אובדנית.

הדיכאון גורם להצרת הראייה, מוביל להתמקדות ב"אין", מדגיש את הדברים הקשים והרעים והופך את הדברים הטובים לפחות חשופים, ללא רלוונטיים ולחסרי משמעות. עקב הראייה הצרה האדם אינו יכול לראות את מגוון האפשרויות לפתרון הבעיה ותחושת חוסר התקווה משתלטת. כאשר נראה שאין פתרון לבעיה, והכאב לא ייגמר לעולם, מאבדים תקווה. המחר נראה גרוע יותר מיום ליום והמוות הופך להיות הפתרון היחיד.

אצל ילדים ומתבגרים הניסיונות להתאבד הם קריאות נואשות לעזרה. גם הצורך בתשומת לב מצדם של אנשים שמרגישים כה מבודדים ודחויים עלול להביא לאובדנות כי אין הם מוצאים דרך אחרת לבטא את הכאב שלהם.

סימנים ספציפיים לכוונות התאבדות*:

- הבעת רצון, באופן ישיר או עקיף, למות (באמירה, בשיר, בחיבור וכדו').
- אמירות המבטאות ייאוש וחוסר תקווה.
- ביטויים קשים של אשמה וחוסר ערך.
- שינויים משמעותיים בהתנהגות.
- ניתוק פתאומי של קשר עם חברים טובים ללא סיבה נראית לעין.
- התנהגויות המעידות על פרידה כגון: חלוקת חפצים אישיים, מכתבי פרידה, אמירות המבטאות פרידה, טכסי פרידה.
- דיבור על תכנית לביצוע התאבדות (איסוף גלולות) וביטויים המתארים את אופן ההתאבדות.
- שיפור לכאורה אחרי תקופה של דיכאון אינו אומר שהסיכון להתאבדות חלף, ההיפך הוא הנכון. זוהי תקופה שבה הפגיעות מאוד גבוהה. הפחד שמא הסבל הנורא של הדיכאון יחזור שוב יכול להביא להתאבדות.

הסימנים הללו אינם מנבאים בהכרח ניסיון התאבדות, אולם כאשר הם מתקיימים, יש מקום לברר יותר לעומק את המצב הנפשי.

* ראה גם סימנים לדיכאון עמ' 14.

התאבדות – מיתוסים ועובדות

מיתוס: אנשים המדברים על התאבדות לא עושים זאת.
לא נכון – אנשים שהתאבדו לרב דיברו על רצונם למות לפני שהם התאבדו.

מיתוס: אנשים שמתאבדים רוצים באמת למות ושום דבר לא יכול לעצור אותם.
לא נכון – רק חלק קטן מהמתאבדים באמת רוצה למות. מרבית האנשים שמתאבדים רוצים שהכאב ייגמר אבל איבדו תקווה שמשהו יכול לעצור את הסבל או שמישהו יוכל לעזור להם. התאבדות היא לרב קריאה לעזרה המסתיימת בטרגדיה.

מיתוס: לשאול נער או נערה אם חשבו אי פעם על התאבדות או לדבר על התאבדות יכול להכניס להם רעיונות לראש ולדחוף אותם לבצע התאבדות.
לא נכון – דיבור על התאבדות אינו מכניס רעיון חדש למוחו של אדם אובדני, ההיפך הוא הנכון. שיחה פתוחה ואכפתית בנושא מראה התייחסות רצינית לסבל של האדם. דיבור יכול רק לעזור ולא להזיק.

מיתוס: רק אנשים לא שפויים מתאבדים.
לא נכון – אנשים המבצעים התאבדות חשים חוסר תקווה או דיכאון, אבל אינם בהכרח חולי נפש.

מיתוס: ילדים אינם מתאבדים, אין להם כל סיבה לכך.
לא נכון – מחקרים מלמדים כי גם בקרב ילדים צעירים ניתן למצוא התנהגויות של הרס עצמי, מחשבות התאבדות ואף התאבדות.

מיתוס: צעירים המאיימים בהתאבדות רוצים רק להשיג תשומת לב ואינם מתכוונים לכך באמת.
לא נכון – באיום בהתאבדות יש אולי גם קריאה לתשומת לב ולעזרה, אבל ילד המאיים להתאבד עושה זאת תמיד מתוך מצוקה קשה והוא מחפש התייחסות והקשבה בדרך מסוכנת.

מיתוס: ילדים המאיימים בהתאבדות מנסים להשיג רווח כלשהו באמצעות האיום ותו לא.

לא נכון – ילד שבחר להשיג משהו בדרך זו חש שאין לו כל דרך אחרת להשיג את מה שהוא רוצה או שאין לו דרך אחרת להידבר עם הסובבים אותו. זהו ילד בסיכון גבוה ותמיד יש להתייחס אליו ברצינות.

מיתוס: ברגע שהאדם החליט להתאבד אף אחד לא יוכל לעצור אותו.
לא נכון – רב האנשים רוצים שיעצרו אותם מלקחת את חייהם בידיהם ואף ניתן לעזור להם. נכון שלא ניתן לעצור כל אחד אבל חשוב, בכל מקרה, לנסות.

אחת השאלות הנשאלות ביותר על ידי מורים, הורים וחברים היא מה ניתן לעשות או איך להתמודד עם ילד או עם מתבגר מדוכא ואובדני. ברור ונכון הוא שטיפול נפשי צריך להינתן ע"י אנשי מקצוע וכי יש להפנות ילדים אלה לקבלת טיפול מתאים, אולם גם לאנשים שבסביבתו הטבעית של הילד יש תפקיד משמעותי בסיטואציה זו.

המורה, כמבוגר משמעותי בסביבתו הטבעית של הילד, יכול לשכנע אותו לעזור לעצמו ולפנות לקבלת עזרה או לחילופין לסייע לתלמיד באופן אחר לצאת ממשבר כזה. כמעט תמיד קיימת אמביוולנטיות בעניין הרצון למות: חלק אחד רוצה למות ולגמור את הסבל בעוד החלק השני רוצה לחיות. לכן הדבר החשוב ביותר הוא לשוחח עם התלמיד, לעודד אותו לדבר ולהקשיב לו – ללא זלזול, ללא שיפוטיות או ביקורת. העיקר הוא להקשיב, להקשיב ושוב להקשיב.

הנחיות לאנשי חינוך להתמודדות עם ילדים ובני נוער במצוקה ובדיכאון, והפנייה לעזרה:

1. גלה אמפתיה לקושי ולמצוקה שמגלה התלמיד.
2. דע לזהות את הסימנים של דיכאון ושל נטיות אובדניות. שמונה מתוך עשרה מתאבדים נתנו סימנים מקדימים, מילוליים או התנהגותיים, לכוונתם להתאבד.
3. אם זיהית תלמיד במצוקה, חשוב קודם כל להתייחס אליו ולאחר מכן להפנותו לקבלת עזרה מקצועית. התגובה לאחר התאבדות היא לא פעם: "לא ידענו כלום" ולכן חשוב לשאול שאלות ישירות בהקשר למחשבות התאבדות. העלאת השאלה לא מכניסה רעיונות לראש ולא מעודדת התאבדות, אלא מאפשרת לילד או למתבגר לדבר על כך. לדבר באופן חופשי על התאבדות הוא אחד הדברים המועילים ביותר שמבוגר משמעותי יכול לעשות. הדיבור על הנושא מעביר מסר שאכן לוקחים את התלמיד ברצינות ושאכפת ממנו.

חשוב להעביר לתלמידים, ובמיוחד למתבגרים, את המסר אודות נחיצות מסירת המידע על חבר במצוקה. חבריו של הצעיר החושב על התאבדות הם לרב הראשונים שמזהים את המצוקה או שמקבלים מסרים על מחשבות ההתאבדות. החברים נוטים להתלבט אם לגלות את הסוד למבוגרים שבסביבה ורואים בכך בגידה בחברות. יש לעבוד איתם על ההבחנה בין קדושת החברות לבין שמירה על חיי החבר ולעזור להם להתמודד עם הסוד שבידיהם ועם המחיר שהם עלולים לשלם על שבירת האמון של החבר.

להלן הצעות לתגובות אפשריות לילדים ולבני נוער המראים מצוקה:

- גלה יוזמה ופתח שיחה עם התלמיד תוך הבעת אמפתיה, אכפתיות ועניין אמיתי (במקרים של התלבטות רצוי להתייעץ עם איש מקצוע לפני השיחה).
- שאל שאלות ישירות הנוגעות לבירור הסיבות למצב המצוקה כמו: "האם קורה שאתה מרגיש כל כך רע שאתה חושב על התאבדות?" ועל פי התשובות יש לנסות ולהבין את תחושות התלמיד כולל האם קיימת תחושת "אין מוצא".
- אל תפחד לשאול על מחשבות התאבדות.
- התייחס ברצינות לאיומי ההתאבדות גם אם נראה לך שהתלמיד אינו מתכוון לכך באמת.
- נסה להגיב ללא שיפוט, ביקורת או המעטה בערך הסיבות למצוקה. מה שנראה לך, לעיתים, כחסר ערך יכול להיות בעל משמעות רבה לילד.
- אם התרשמת מדברי הילד כי אכן קיים סיכון אובדני, נסה לברר אם יש לו תכנית מוגדרת או אמצעים לביצוע התכנית. במצב זה הסיכוי לביצוע ההתאבדות הוא מאוד גבוה, במיוחד אם האמצעים לביצוע ניתנים בקלות להשגה. חשוב מאוד להעריך נכון את הסכנה ולכן הפניה לאיש מקצוע חייבת להיות מיידית.
- אם אתה חושב שיש סכנה מיידית, אל תשאיר את התלמיד לבד. הישאר איתו עד שתהיה בטוח שהוא מקבל עזרה מקצועית.

בכל מקרה של סיכון אובדני יש:

- לערב את סוכני בריאות הנפש הזמינים (פסיכולוג, יועץ) על מנת לתכנן את כיווני הטיפול המתחייבים כולל הפניה להערכה פסיכיאטרית.
- ליצור קשר עם משפחת התלמיד ולהעביר אליה את המשך הטיפול.
- כאשר יש מידע האומר שהמשפחה אינה מתארגנת להמשך הטיפול המתחייב (עקב חוסר תפקוד של המשפחה, הכחשה, הזנחה או כל סיבה אחרת), יש לערב פקידת סעד לחוק נוער.

להלן שורת שאלות שניתן לשאול במסגרת שיחה אישית של מורה – תלמיד או של איש מקצוע – תלמיד. הכוונה אינה לעקוב אחר השאלות על פי סדר הופעתן בדף, אלא להתאים את השאלות למהלך השיחה. חשוב להתכונן לשיחה בעזרת אנשי מקצוע. השאלות המסומנות בכוכבית מתאימות למצב בו התלמיד מעלה כוונות אובדניות או שהשיחה מוליכה לכיוון זה. אם המורה מרגיש שהוא יכול לשאול שאלות מעין אלה ולהכיל את התשובה, תהיה אשר תהיה, עליו לשאול אותן. מובן שיש להתאים את אופן שאילת השאלה לרמתו ההתפתחותית של הילד.²

1. האם אתה עצוב?
2. האם אתה נהנה לעשות דברים, ואיזה דברים?
3. איך אתה מרגיש כלפי עצמך?
4. האם אתה בוכה הרבה או מרגיש שאתה רוצה לבכות? מאילו סיבות?
5. האם אתה אוהב להיות עם אנשים?
6. האם אתה אוהב להיות עם המשפחה שלך?
7. איך אתה מרגיש כלפי המראה שלך?
8. איך אתה ישן בלילה?
9. האם אתה עייף רוב היום?
10. האם יש לך תיאבון כמו פעם?
11. האם אתה מרגיש בודד?
12. האם אתה נהנה ללכת לבית־הספר?
13. האם אתה מרגיש שיש לך מספיק חברים?
14. האם אתה מרגיש שאוהבים אותך?
15. האם אתה מרגיש מספיק טוב ביחס לילדים אחרים?
16. איך אתה מסתדר עם אנשים?
17. האם היית משנה דברים בעצמך לו היית יכול ואילו?
18. האם אתה מרגיש שלחברים שלך חשוב ממך?
19. האם היית רוצה להיות שונה ממה שאתה?
20. האם חשבת פעם להתאבד? *
21. האם חשבת איך להתאבד? *
22. האם חשבת לכתוב מכתב התאבדות, ומה חשבת לכתוב בו? *

² מדובר בשאלות שתישאלנה במסגרת שיחה אישית של מורה־תלמיד או איש מקצוע-תלמיד במטרה לאסוף מידע אודות תלמיד לגבי התעורר חשד לאובדניות, זאת לצורך תכנון התערבות המתאימה לו. הטיפול בילדים ובבני נוער הסובלים מדיכאון הוא רב תחומי ומחייב התערבות של אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש והתייחסות מתאימה של הסביבה המיידית של הילד.

נתייחס כאן לטיפול מערכתי הכולל את ביה"ס, לטיפול משפחתי ולטיפול פרטני.

טיפול מערכתי

ילדים ובני נוער החשים מצוקה בכלל, והסובלים מדיכאון בפרט, רגישים מאוד לתגובות הסביבה במיוחד בכל הקשור לערך העצמי שלהם, ליכולתם להצליח ולאישור שהם רצויים ואינם מהווים מטרד.

טיפול מערכתי מתייחס ליצירת תנאים מתאימים שיענו על צרכים אלה של התלמידים שאותרו כסובלים מדיכאון, בנוסף למתן טיפול משפחתי ו/או פרטני. קודם כל יש לעשות כל מאמץ שהתלמיד לא ינשור מהמסגרת החינוכית וימשיך בפעילויות הרגילות שלו, גם אם נראה לעיתים שאין לו מספיק כוחות לכך. שמירת התפקוד היומיומי של הילד דורשת, לעיתים, הגמשה של דרישות המערכת והתאמה של תנאי הלימוד.

האנשים בסביבה הקרובה: הורים, מורים, מדריכים וחברים יכולים לעזור לילד המדוכא על ידי תמיכה יומיומית. יש לבנות סביבה תומכת ומכילה, להדגיש אינטראקציות חיוביות וליצור רשת מלווה ועוטפת שתעמוד גם בהבעות העצב והכאב של הילד וגם תספוג את ההתנגדות והכעס שלעיתים מלווים את הדיכאון. בליווי תלמידים הסובלים מדיכאון יש חשיבות רבה לקבוצת הגיל. יש לעזור לתלמיד להשתלב בפעילויות חברתיות תוך מתן הסבר מתאים לחברי הקבוצה לגבי מצוקתו. יש לעזור לתלמידים לפתח את יכולת הקבלה ואת תחושת האכפתיות כלפי התלמידים בעלי הצרכים המיוחדים בכלל וכלפי התלמיד הסובל בפרט.

טיפול משפחתי

הטיפול המשפחתי מתייחס למשפחה כמערכת בה קיימים יחסי גומלין והשפעה הדדית בין הפרטים השונים ובין כל פרט לכלל המשפחה.

הילד הסובל מדיכאון מושפע מאינטראקציות משפחתיות ומשפיע עליהן. מכאן, שהטיפול צריך להתייחס לכל המשפחה, צריך להיות מכוון לקדם מודעות למצבים פתוגנים משפחתיים העומדים בבסיס הבעיה, ולנסות להחליף תהליכים פוגעים בתהליכים מקדמי צמיחה ובריאות נפשית.

במקרים רבים קיומו של דיכאון אצל הילד קשור למצב דיכאוני אצל אחד ההורים. טיפול בהורה המדוכא הוא חיוני לצורך הצלחת הטיפול בילד המדוכא, זאת בנוסף לטיפול במשפחה כולה.

טיפול פרטני

המטרה של הטיפול הפרטני בילד או במתבגר הסובל מדיכאון היא קודם כל להקל על סבלו ולעזור לו לחזור לתפקוד תקין כמו גם לקדם את התובנה שלו לגבי תהליכים סביבתיים ותוך אישיים שעומדים בבסיס הדיכאון. הגישות התרפויטיות הרווחות בטיפול בדיכאון הן: טיפול דינאמי, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי וטיפול תרופתי.

טיפול דינאמי

המטרה של הטיפול הדינאמי היא להבין ולהעלות את המודעות להיבטים שונים של הנפש ברבדים התוך-אישיים והבין-אישיים, המודעים והלא מודעים הנמצאים בבסיס הסימפטום והסבל. באמצעות הטיפול נעשה העולם הפנימי של המטופל נגיש יותר עבורו וניתן לעבוד על הקונפליקטים ועל החסרים שלו. טיפול דינאמי בתלמיד הסובל מדיכאון מבוסס, כמו כל טיפול דינאמי, על יצירת קשר קרוב ואמפאתי עם התלמיד ויצירת אימון הדדי בין המטפל לבינו. יציבות וקביעות בקשר והכלה של הרגשות הקשים והכאב שהילד מביא עמו הם הבסיס של הטיפול. כאשר נוצר מרחב טיפולי יציב ובטוח, מתאפשר הביטוי הרגשי, האינטראקציה, ההתחלקות במחשבות ובפנטזיות, השיתוף בכאב ובסבל וניתן לזהות את מוקדי הכוח והחולשה.

גישות תיאורטיות מגוונות בטיפול הדינאמי מדגישות זוויות שונות של הדינאמיקה הפנימית, אך ככלל כולן מכוונות לעיבוד תכנים מודעים ולא מודעים הנוגעים באובדנים ובפרידות שהתלמיד חווה, בקונפליקטים המעיקים עליו, במצבים מעוררי חרדה ואשמה ובדרכי ההתמודדות עימם. בתהליך זה התלמיד לומד לזהות מגוון של רגשות אותם הוא חווה וכן את הקשר בין רגשותיו למחשבותיו ולהתנהגותיו, ובמקביל הוא מגלה ובונה כוחות התמודדות.

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי

אחת המטרות המרכזיות בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי היא ללמד את הילד או המתבגר כישורים שבאמצעותם יוכל לשלוט בסימפטומים הדיכאוניים שלו. במהלך הטיפול מקבלים המטופלים הסבר לגבי הדיכאון וסיבותיו וכן לגבי הקשר בין התכנית הטיפולית לבין הפרעה על מנת שיוכלו להבין מדוע עליהם ללמוד כישורים אלה.

ההנחה העומדת בבסיס הגישה שפותחה ע"י אהרון בק (1976) היא שהדיכאון נובע מעיוותים בחשיבה ברמה המודעת. החשיבה של הילד המדוכא כוללת שלושה אלמנטים עיקריים: דימוי עצמי שלילי, תפיסה שלילית של העבר ושל ההווה ומחשבות שליליות לגבי העתיד היוצרות גישה של חוסר אונים וחוסר תקווה. הטיפול הקוגניטיבי מכוון לזיהוי מחשבות שליליות, בלתי מסתגלות החוזרות באופן עקבי. מחשבות המתייחסות להערכה עצמית הינן בעלות חשיבות מיוחדת.

בהמשך, נעשית **עבודה** על המחשבות והתפיסות הלא מתאימות בכיוון של **תיקון** החשיבה המעוותת ע"י בדיקה הגיונית וישירה של המחשבות ובניית מערכת תפיסות מסתגלת יותר לגבי עצמו, עולמו ועתידו. שיטות אלה נועדו לשנות את הדרך בה נותן המטופל משמעות לעולם תוך **מציאת אלטרנטיבות** לעיבוד האינפורמציה (ולא רק בדרך שלילית) ומציאת הסברים חלופיים. אחת השיטות הקוגניטיביות לטיפול בדיכאון היא טיפול שמתמקד בפתרון בעיות. קיימים מחקרים אמפיריים שמוכיחים את יעילות הטיפולים האלה.

טיפול תרופתי

הטיפול התרופתי ניתן ע"י פסיכיאטר לאחר הערכה פסיכיאטרית והוא דורש ליווי ומעקב. תרופות נגד דיכאון מאזנות את פעילותם של מתווכים שונים במוח, אשר שיבוש בהם עשוי להביא לדיכאון, ומביאות תוך כמה שבועות לשיפור בתופעות הגופניות והנפשיות הנלוות לדיכאון.

טיפול משולב

הגישה המקובלת כיום היא טיפול המשלב פסיכותרפיה וטיפול תרופתי. סדרת מחקרים שערכו מירנה וייסמן וג'רלד קלרמן מאוניברסיטת ייל (1989) הראו כי השילוב של פסיכותרפיה ונוגדי דיכאון יעיל יותר מאשר כל אחד מהטיפולים בנפרד. חשוב לציין שדיכאון קשה מחייב טיפול תרופתי שכן במהלך דיכאון קשה אובדת לרב היכולת להיות מושפע מפסיכותרפיה. יחד עם זאת גם בדיכאון קשה פסיכותרפיה יכולה להועיל בהגברת הנכונות לקחת תרופות, להתייבץ לפגישות רפואיות ובמוכנות הנפשית הכללית לקבלת טיפול ועזרה.

כאשר מדובר בילדים ובמתבגרים הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הוא הטיפול המומלץ וקיימים הרבה מקרים ששילוב עם טיפול תרופתי יהיה המתאים ביותר.

א. מבוא

בפרקים הקודמים תוארה ההפרעה הדיכאונית המופיעה בילדות ובגיל הנעורים, הודגשו תפקידם של גורמי הרקע (ביולוגיים, פסיכולוגיים וסביבתיים) בהתפתחות ההפרעה וחשיבותו של האיתור המוקדם. השאלה המרכזית שאנו רוצים להציב בפרק זה מתייחסת למאפייני הסביבה הקהילתית שיכולים להוות תשתית לטיפול רווחה נפשית ובריאות נפשית בקרב ילדים, מאפיינים שיפעלו לבניית קהילה אכפתית (caring community) שיוצרת תנאים התפתחותיים נאותים הפועלים כנגד השפעת גורמי הרקע הנ"ל.

ניתן לנסח את השאלה העומדת ביסוד פרק זה גם בלשון אחרת: כיצד ניתן לחסן חברה מפני התפרצות של הפרעת דיכאון בקרב ילדים ובני נוער? סליגמן, ששני חברי ילדות שלו נפגעו משיתוק ילדים, מספר בספרו הידוע "הילד האופטימי" (2000) על חלומו להיות סאלק של הפסיכולוגיה³ – מדביר הסבל הכרוך במגיפה הנפשית של המאה, כפי שהוא מכנה את הדיכאון. בשיחה שקיים עם סאלק שנים רבות מאוחר יותר, ניסח זה עבורו את השאיפה כפיתוח "חיסון פסיכולוגי" כנגד דיכאון. נכון, קיימים הבדלים בין חיסון כנגד שיתוק ילדים ל"חיסון" בפני דיכאון: בשיתוק ילדים מזוהה גורם מחלה יחיד. החדרתו לגוף בצורה מוחלשת מעוררת את התנגודת הטבעית של הגוף אשר מחסנת מפניו. הדיכאון, כפי שהוצג לעיל, אינו הפרעה שלה גורם מוגדר ויחיד. ועם זאת, בדומה לעיקרון החיסון נגד שיתוק ילדים הבונה חיסון באמצעות גורם המחלה בתנאים של "מה שאינו הורג – מחשל", גם בתכניות חיסון פסיכולוגי מפגישים את הפרט עם מה שהוא מתקשה להתמודד עימו, אך עושים זאת בתנאים תומכים שמסייעים לו לבנות בהדרגה תחושת שליטה ומסוגלות, ובעקבות זאת גם לשפר את הערכתו העצמית והרגשתו, וכן לשנות את ציפיותיו מן העתיד.

ואכן, בספרו הפופולארי המכוון להורים, מתאר סליגמן גישה שראשיתה ב"תכנית המניעה של פנסילבניה". תכנית התערבות זו כוונה לילדים מכיתות ה' ו' שזוהו (על פי סגנון הייחוס הפסימי שלהם) כפגיעים בשכבת גילם, והתמקדה בהוראת כישורים קוגניטיביים וחברתיים במטרה למנוע דיכאון לקראת המעבר לחטיבת

³ סאלק ג'ונס – הראשון שפתח חיסון כנגד מחלת שיתוק הילדים.

הביניים. בספר מובאות המלצות לפיתוח דפוסי הורות המסייעים לילדים לרכוש שליטה במטלות יום-יומיות, וכמו כן מושם דגש על טיפוח ייחוסים אופטימיים ועל הוראת מיומנויות חברתיות לפתרון בעיות. תכנית העבודה היא מובנית ומפורטת. מדובר באבני יסוד של התערבויות מניעתיות שניוניות המתווכות על ידי הורים ומורים.

מן האמור לעיל עולה חשיבות הכשרתם של צוותי חינוך ואנשי מקצוע העובדים במערכות חינוך. על ההכשרה לכלול מתן ידע אודות הגורמים והתהליכים הקשורים בהתפתחות ההפרעות הדיכאוניות (בפרט ובסביבתו) והשלכותיהן. כן חשוב כי אנשי המקצוע ידאגו ליישום תכניות רווחה נפשית ומניעה ראשונית על ידי חינוך פסיכולוגי לכלל הקהילה החינוכית. היכרות עם גורמי הרקע המשפיעים על סיכון לדיכאון ממחישה את החשיבות של עבודה עם צוותי מורים. המורה שהוא מבוגר משמעותי עבור הילד יכול ליצור עבורו תנאים של קבלה, הערכה, לחץ אצלו ציפייה חיובית מן העתיד ולסייע לו להתמודד עם תסכולים, כישלונות ואכזבות.

יחד עם זאת גם בסביבה התומכת והדואגת ביותר עדיין יתגלו ילדים עם הפרעת דיכאון. תפקידם של אנשי בריאות הנפש במסגרות החינוכיות הוא גם לעסוק בהפצת ידע לזיהוי ילדים בסיכון וגם לאתר מוקדם את הילדים האלה, על מנת שניתן יהיה לפתח עבורם ועבור הוריהם תכניות מניעה שניוניות ממוקדות. בנוסף חשוב כי ילדים שאותרו כסובלים מההפרעה יופנו לקבלת טיפול בקהילה (מניעה שלישונית).

פרק זה ייע ברקע העיוני ממנו שואבת תפיסת המניעה, יתרגם אותו הלכה למעשה לרמות מניעה שונות ויציע מתווה להתמודדות מניעתית בית-ספרית עם תופעת הדיכאון בילדים.

ב. רקע עיוני

מוצע בזאת לראות בפסיכופתולוגיה ההתפתחותית ובתפיסת בריאות הציבור השמה דגש על זווית אפידמיולוגית ואקולוגית את הבסיס העיוני (תיאורטי ומחקרי) שימש מצע לתכנון התערבויות מניעתיות בכלל ובתחום מניעת הדיכאון בפרט. שתי גישות אלה מתייחסות לבריאות הנפש מהזווית ההתפתחותית, שתיהן מתייחסות לכלל האוכלוסייה ועל שתיהן מקובלת התפיסה של שלוש רמות מניעה.

הפסיכופתולוגיה ההתפתחותית שמה דגש על הסתגלות האדם לסביבתו ורואה בהסתגלות תוצר של יחסי גומלין בין המאפיינים הקוגניטיביים הרגשיים והביולוגיים של הפרט, ובינו לבין הסביבות הקרובות והרחוקות שלו, כמו: משפחה, קהילה, תרבות. יחסי גומלין אלה מתבטאים בדפוסים מגוונים של התמודדות והסתגלות הממוקמים בנקודות שונות על פני הרצף שבין המסתגל (הנורמאלי) והלא מסתגל (האב-נומאלי).

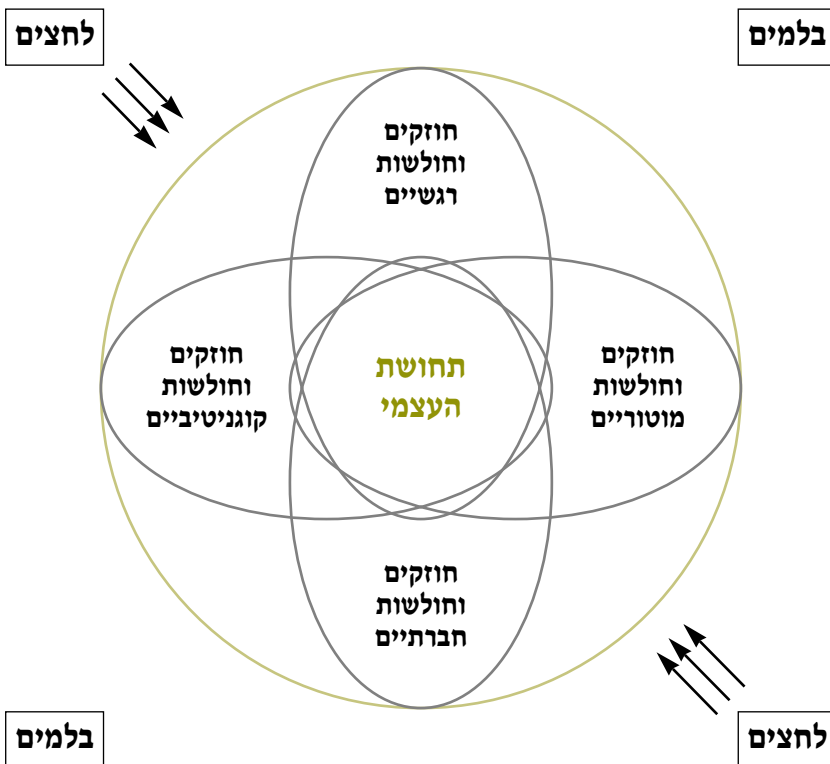
מיאזיטיס (Miezitis, 1992) המגדירה את הדיכאון כתוצר של כשל בהתמודדות עם תנאי לחץ ודחק (stress), טוענת כי התפקוד המסתגל של ילדים תלוי באיזון

שבפעולת הגומלין שבין מערכות אחדות: מערכות המאפיינות את הפרט (ההתנהגות הקוגניטיבית, החברתית, האמוצינאלית והמוטורית) וסביבת הילד. תפקוד הילד בכל תת מערכת מושפע מההיסטוריה ההתפתחותית שלו, מחוזקו ומחולשותיו, מציפיותיו להצלחה או לכישלון. אלה מבוססים על ניסיון העבר שלו במצבים דומים, וכן על תחושת הערך שלו, וזאת האחרונה מושפעת מיכולת ההתמודדות של הילד.

כפי שנראה בתרשים 1, הילד הבריא משתמש במשאבים פנימיים וחיצוניים על מנת למנוע פגיעה בתחושת העצמי שלו ולחוש תקווה, זאת בשל היכולת להעריך את המצב באופן אובייקטיבי ולהשתמש בהתנסויות קודמות בהן התמודד עם אתגרים. כמו כן, יכול הילד הבריא לבקש סיוע חיצוני ותמיכה בינאישית בעת איום. לעומתו, הילד הפגיע והנוטה לדיכאון הינו בעל עמידות נמוכה ללחץ בשל צמצום העצמי המגביל את יכולתו לעשות שימוש בחוזקו ובמשאבים. אין ספיגה של הלחץ על ידי בלמים, וכך נגרמת פגיעה בעצמי השביר בלאו הכי.

תרשים מס' 1:

התנגדות ללחץ אצל ילד בריא, חסון



(מתוך: 92, Mieizitis)

בית־הספר ממלא תפקיד משמעותי בפיתוח החוסן של התלמיד זאת בשל משך הזמן בו הוא מבלה ובשל האפשרות שהוא פותח ליצירת מערכות יחסים בין־אישיים משמעותיות בין תלמידים למורים. סביבת בית־הספר יכולה לשמש כסביבה מקדמת בריאות, אם היא תזמן התמודדויות תואמות גיל, תחזק את ההערכה העצמית של התלמיד, תבטיח לו תמיכה ותפתח מיומנויות התמודדות וכישורי חיים⁴.

ג. קווים מנחים להתערבויות מונעות - מהלכה למעשה

ג'ון דיואי קבע כי מטרת החינוך היא קידום ההתפתחות. כומר (1996, Comer et all) אבי מודל תכנית ההתפתחות הבית־ספרית, רואה בבית־הספר מערכת חברתית שעשויה לתרום להתפתחות התלמידים בנתיבים הגופניים, הקוגניטיביים, הפסיכולוגיים, הנפשיים, הלשוניים, החברתיים והמוסריים. בריאות נפשית טובה מושגת מהתפתחות מאוזנת בכל ששת התחומים הללו. על מנת להשיג תוצאות רצויות אלה על הורים, מורים וסגלי ניהול לרכוש ידע אודות מערכות יחסים, אודות התפתחותם של ילדים ובני נוער ואודות האופן שהם באים לידי ביטוי בהתנהגותם. ידע זה יש ליישם בביה"ס באמצעות הפיכתו לקהילה בה נבנים יחסים טובים בין המבוגרים המשמעותיים והרלוונטיים לבין התלמידים. כומר נקט בשתי התערבויות מרכזיות: האחת מתמקדת בשינוי הסביבה הבית־ספרית לקידום בריאות נפשית, והשנייה - בהקניית כישורי התמודדות במטרה לשפר הסיכויים להסתגלות. הוא הצביע על חשיבות המעורבות של מקבלי שירותי בריאות הנפש בתכנון ההתערבות. האמור לעיל מאפיין גישה של קידום רווחה נפשית לכלל האוכלוסייה, כלומר ברמה של מניעה ראשונית.

להדגיש אלו חשיבות כפולה ומכופלת כשמדובר באוכלוסיות בסיכון. רבים כמו כומר גורסים כי בתנאים של שינויים חברתיים העוברים על משפחות וקהילות במשבר, מרבית הילדים נמצאים בסיכון, ועל בית־הספר (ומערכת החינוך הקדם בית־ספרית כמובן) לשמש קהילה אכפתית המכוונת לספק את הצרכים ההתפתחותיים של התלמידים בתחום הנפשי.

תכניות מקיפות לקידום הרווחה הנפשית והמניעה מציבות לעצמן מטרה כפולה: צמצום הסיכונים ובו בזמן גם בניית גורמים מגנים. המודל של הנדרסן ומילסטיין (Henderson & Milstein, 1996) מדגים יפה תפיסה זאת של בניית חוסן בקרב אוכלוסיית תלמידי בתי־ספר.

להלן קווים מנחים להתערבויות מניעתיות שמתמקדות בגורמי סיכון ובגורמי הגנה שנמצאו קשורים בהפרעות דיכאוניות בילדים ובבני נוער.

⁴ עוד על הרקע העיוני ראה נספח 5.

1. התערבויות לכלל האוכלוסייה

מדובר בהתערבויות מגוונות המכוונות לקידום ההתפתחות והרווחה הנפשית של ילדים ובני נוער (cowen, 1994), המתמקדות בראש ובראשונה בסיפוק הצרכים הפסיכולוגיים המרכזיים של הפרט: שייכות, כשירות ואוטונומיה. (Connell & Wellborn, Deci & Ryan, 1985). תלמיד שחש שייך למסגרת משפחתית וחברתית, שמרגיש מסוגל לנהל את עצמו, יחווה תחושת ערך ושליטה. כל אלה פועלים כנוגדי דיכאון.

חינוך פסיכולוגי להורים, לקהילות ולמערכות חינוך יגביר את יכולותיהם לספק חום ותמיכה לילדים בעקביות וללא תנאי, וליצור תנאים המאפשרים התנסויות תוך הצבת אתגרים מתאימים. כל אלה יאפשרו לילדים לפתח תחושת מסוגלות ושליטה, ולרכוש מיומנויות תואמות גיל. בנוסף הם יתרמו לחתירה להישגים ולהתמדה לנוכח קשיים וכישלונות, לבחירת מטרות משמעותיות ולתחושת אוטונומיה.

הורים ומבוגרים משמעותיים אחרים (מורים, למשל) המעודדים ילדים לראות עצמם כמי שיוצרים תוצאות חיוביות ולהיות גאים על כך, המעודדים אותם להשוות הישגיהם להישגים שלהם בעבר ולא להישגיהם של אחרים – יוצרים תנאים מסייעים לפיתוח תחושת יכולת ושליטה, לטיפוח מוטיבציה פנימית, להשגת הנאה מהתגברות על קושי ומהישג, ובאמצעות כל אלה יתרמו להתפתחותה של הערכה עצמית גבוהה ויציבה.

2. התערבויות בקרב קבוצות בסיכון

התערבויות בקרב קבוצות בסיכון בהקשר של מניעת דיכאון צריכות להתמקד בהגברת תחושת שליטה ובפיתוח סגנון חשיבה חיובי. אלה יגבירו סיכויי של הפרט להיות בעל הערכה עצמית חיובית, להיות יותר אופטימי, ויצמצמו את הסיכון מתחושה של חוסר אונים והיעדר תקווה. ההתערבויות המומלצות לקידום הערכה עצמית הן אלה המכוונות לפיתוח שליטה ותחושת יכולת בתחומים מוגדרים (לימודיים ושאינם לימודיים) והמטפחות כישורים ומיומנויות שיובילו להישגים ספציפיים. מומחים (סליגמן, הרטר) אינם נוטים להמליץ על התערבויות המתמקדות ישירות בשיפור התפיסה העצמית ("self enhancement"). ממצאי התערבויות מהסוג הקוגניטיבי השמות לעצמן מטרות מצומצמות הניתנות למדידה ומוגדרות יחסית, מצביעים על כך שהן מביאות כתוצר לוואי הערכה עצמית גבוהה יותר (גרינברג וחבריו, 1995).

כאמור, אסטרטגיות התערבות רווחות מכוונות למרכיבים קוגניטיביים כגון: הפחתת הפער בין השאיפות לרמת הכשירות הנתפסת (ניתן להפעילן החל מהילדות התיכונה).

אולם לא תמיד ניתן להשפיע על שינוי בהערכה העצמית בדרך של התערבות קוגניטיבית, זאת בשל העובדה שלעיתים הסיבה להערכה העצמית השלילית איננה מודעת והיא קשורה להתנסויות רגשיות משמעותיות מוקדמות בחיים (אצל ילדים שעברו ניצול מיני מתמשך, למשל).

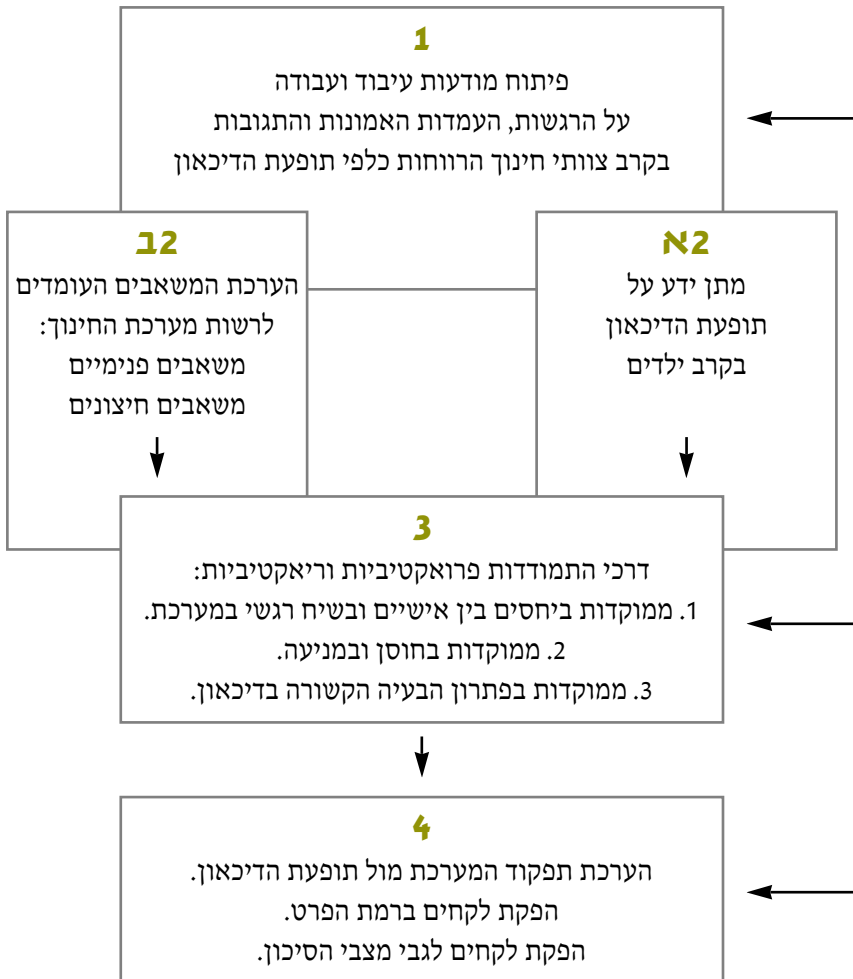
אסטרטגיות התערבות אחרות המכוונות לגורמים חברתיים המשפיעים על ההערכה העצמית – מתמקדות בהגברת התמיכה והאישור הניתנים לילד מצד הוריו ומצד בני גילו ומכוונות לסייע לו **להפנים** דעות חיוביות של אחרים לבל יהיה תלוי כל הזמן בבדיקת האישור הניתן לו ובניסיון לרצות את זולתו בכל עת. חשוב גם לזהות קבוצות בסיכון מוגבר: כך למשל ניתן לראות תלמידים בעלי ליקויי למידה כקבוצת סיכון, וזאת בשל היותם חשופים באופן תכוף ומתמשך לכישלונות לימודיים ולתחושות חוסר אונים. לדעתנו, מן הראוי הוא כי כיתות לחינוך מיוחד תקבלנה התערבויות כיתתיות מניעתיות. כמו כן, יש הממליצים לערוך סריקת אוכלוסיות תלמידים באמצעות שאלונים מתאימים לאיתור פרטים בסיכון לדיכאון, וזאת במיוחד לקראת גיל ההתבגרות ולפני ההתמודדות עם מעברים בין מערכות חינוך. בספרות מוצעות תכניות מתאימות המתווכות ע"י הורים או מורים (גרינברג סליגמן, מיאזיטיס).

3. התערבויות אינדיקטיביות לתלמידים שמגלים אותות מצוקה וסימנים דיכאוניים
בנוסף להתערבויות הראשוניות והשניוניות, חשוב ליצור במערכת החינוך רשת דואגת, מקשיבה ואכפתית לתלמידים המאותתים אותות מצוקה או המגלים קשיים רגשיים. לא מדובר ב"התערבות אחת ההולמת את כולם" (הרטר 1999), אלא בתכנית שתותאם לתלמיד ושתתייחס למאפייניו הייחודיים ולכל מערכות היחסים שלו (משפחה מורים, בני גיל, וכו'). תכנית זו תכלול הפניה לטיפול פרטני ומשפחתי (כמתואר בפרק העוסק בטיפול) ולהתערבות חינוכית-טיפולית בתוך מערכת החינוך.

ד. מתווה להתמודדות ביה"ס עם תופעת הדיכאון בקרב תלמידים

התמודדות מערכת החינוך עם תופעת הדיכאון בקרב תלמידים מחייבת הסתכלות מערכתית קהילתית. מדובר בהתערבות בקרב צוותי חינוך וקהילה שכוללת מתן ידע וכלים, עבודה על שינוי עמדות ופיתוח דרכים לבניית תשתית לפיתוח חוסן מחד גיסא, ומאידך גיסא כוללת הכשרה לאיתור, לזיהוי ולטיפול בילדים הלוקים בהפרעה. מודל ההתערבות שמובא בהמשך מבוסס על מודל ההתמודדות עם מצבי לחץ אותו פיתח לזרוס (Lazarus 1984). זהו מודל מעגלי המאפשר הערכה רציפה והמשכית (on going process) של ההתערבות וכל מרכיב בתוכה. חשוב שכל מרכיבי ההתמודדות יופיעו, אולם המודל מאפשר גם זיהוי נקודות תורפה מתוך כלל המרכיבים ומתן תשומות מובחנות לתיקון. התמודדות עם תופעת הדיכאון כוללת מודעות לתופעה ומתן ידע עליה, הערכת העמדות כלפיה (היקפה והשלכותיה), הערכת משאבי ההתמודדות העומדים לרשות המערכת החינוכית וגיבוש פתרונות ספציפיים לתופעה.

תרשים מס' 2:



מורים מצויים בזירה שבה ניתן לזהות בשלב מוקדם בעיות של דיכאון אצל ילדים לפני התפתחות סיבוכים קשים, לכן כה חשוב לפעול בתוך המערכת על פי הצעדים הבאים:

1. **פיתוח מודעות ועבודה על הרגשות, העמדות, האמונות והתגובות הרווחות בקרב צוותי חינוך כלפי תופעת הדיכאון**

יש להכיר את העמדות ואת התגובות הרווחות במערכת החינוך כלפי תופעת הדיכאון בקרב ילדים ובני נוער על מנת לעבוד עם המורים על כך. לא אחת נתקלים בתגובות המשקפות פחד, הכחשה, תחושת אשמה או לחילופין חוסר ידע על התופעה. כדי לחולל שינוי יש מקום לתת ביטוי לעמדות ולתגובות הללו כיוון שבבסיסן עומדות הנחות יסוד, רגשות, מיתוסים ותפיסות שגויות כלפי התופעה. מתן ביטוי לעמדות ולתגובות מאפשר את בירורן ובדיקתן ופותח למידה בנושא.

להלן רשימה של עמדות ותגובות אפשריות:

- תגובות המכחישות את התופעה כמו הנטייה להקטין/להמעיט בחומרת תיאור התופעה עד ל"נירמולה". לדוגמא: "זה סתם מצב רוח וזה יחלוף!"
- תגובות המבטאות חרדה וחוסר אונים ובמקרים רבים אף אשמה והאשמה אל מול התופעה בקרב תלמידים. לדוגמא. "מה רוצים ממני? אני פסיכולוג?"
- נטייה להפנות ילד דיכאוני למערכות חינוך וטיפול מיוחדות מחוץ למסגרות החינוך הרגילות, בדרך כלל מתוך חרדה שהתופעה מעוררת, ומתוך תחושה של היעדר כלים להתמודדות עם תלמידים הלוקים בדיכאון.
- פרשנות חד משמעית של תופעת הדיכאון כשייכת לתחום המקצועי קליני לבדו. אמירה כגון: "מדובר במחלה פסיכיאטרית, וככזו – איני אמור לקחת אחריות על חולי נפש ויש צורך בטיפול קליני ולא חינוכי."
- נטייה להתעלם מהדיכאון ולזהות ילדים בסיכון דרך התנהגויות כמו: שימוש בסמים, היעדרויות, בעיות התנהגות.

2.א. מתן ידע על התופעה במערכת החינוכית:

מתן ידע אודות הדיכאון מתקשר לבריור עמדות ותפיסות שגויות אודות התופעה ותורם גם לפיתוח מודעות לנושא:
ניתן לתת ידע אודות שיעור תופעת הדיכאון בקרב ילדים ובני נוער, אופני הופעתה והגורמים לה, סימנים המעידים על התופעה, פיתוח ערנות לילדים השקטים והמופנמים, ועוד.

2.ב. פיתוח מגוון משאבים להתמודדות המערכת (פנימיים וחיצוניים) עם תופעת הדיכאון בקרב תלמידים:

ביה"ס אמור לפתח משאבים מגוונים כדי שיוכל להוות מערכת תומכת היוצרת תשתית לפיתוח רווחה נפשית והמסוגלת להתמודד עם תלמידים הסובלים מדיכאון. על בית-הספר להעריך את עצמו לאור רשימת המשאבים הפנימיים והחיצוניים. זמינותם של כלל המשאבים תבטיח יצירת רשת תמיכה עבור התלמידים ומשפחותיהם.

כיצד נראה בית-ספר שמהווה מערכת תומכת?

משאבים פנים-מערכתיים

תרבות ארגונית

- תרבות ארגונית המקדמת תפיסה חינוכית והפועלת ליצירת אקלים בי"ס של הקשבה ואכפתיות.
- תפיסה חינוכית הרווחת לגבי אחריות ביה"ס בנושא.
- עבודת צוות בין מקצועי בתוך בית הספר.
- מסגרות לביטוי אותנטי ויצירתי.
- ערוצי תקשורת בקרב הצוות ועם ההורים.
- ניסיון קודם בפעילויות הקשורות ברווחה נפשית ובילדים במצוקה/בסיכון.

ידע

- ידע רלוונטי בקרב אנשי הצוות.
- היכרות עם קריטריונים לזיהוי ולאיתור מוקדם ע"י מורים והורים.

דרכי התערבות

- תכניות התערבות המקדמות רווחה נפשית, תקווה ואופטימיות*.
- נהלים ברורים לגבי הטיפול בדיכאון.
- תהליכי הפנייה לאבחון ולטיפול מקצועי.
- הימצאותם של גורמי תמיכה ודפוסי שילוב לצורך הכלת מרבית התלמידים המאותרים בהווה הלימודית חברתית בכיתות.

* לדוגמא תוכנית: חוסן נפשי (1990).

משאבים חיצוניים

קיומם של גורמים מקצועיים ואחרים בקהילה שצירופם יהווה רשת תמיכה עבור תלמידים הסובלים מדיכאון, עבור משפחותיהם ועבור צוותי החינוך, לדוגמא:

- הורים
- שפ"ח ברשות המקומית
- מחלקות הרווחה ברשות המקומית
- מרפאות לבריאות הנפש
- ארגונים אחרים
- ניסיון של בתי ספר אחרים בקהילה
- שפ"י - משה"ח

המשאבים הנ"ל מהווים מערכת תמיכה (system of care) המשלבת בין המשאבים הפנימיים והחיצוניים, הכוללת קשר בין אנשי המפתח בחיי הילד בבית, בביה"ס ובקהילה. מערכת זו חייבת לספק לתלמיד "רשת ביטחון" לאורך זמן.

3. דרכים להתמודדות של המערכת החינוכית:

ישנה חשיבות רבה ליצירת תרבות ארגונית המפעילה **דרכי התמודדות פרואקטיביות** הממוקדות בבניית יחסים בין אישיים משמעותיים וביצירת אווירה המשדרת בקרב בוגרים וצעירים אופטימיות, אכפתיות, דאגה ומסוגלות. כמו כן יש חשיבות להפעלת **דרכי התמודדות ריאקטיביות** הממוקדות בסיוע מעשי לבעיות נפשיות של תלמידים במערכת ובניסיונות להעצמת מסוגלותם של צוותי חינוך להתמודד עם תלמידים הסובלים מדיכאון.

ההתמודדות בחלק הפרואקטיבי כוללת:

- פיתוח מערכות יחסים של כבוד והערכה לשונה.
- קידום חשיבה חיובית, המתקנת נטייה לדפוסי חשיבה פסימיים, לא רציונאליים ומוטעים, מעלה הערכה עצמית, ומטפחת תחושת שליטה ומסוגלות.
- הקניית כישורי התמודדות יעילים עם כעס כלפי האחר וכלפי העצמי, ועם אשמה.
- פיתוח שימוש יעיל בכישורים קוגניטיביים, רגשיים, חברתיים ומוטוריים כדי לפתח תחושת עצמי מחוזקת.
- גיבוש סביבה לימודית, שבה ניתן יהיה לחזק את תחושת העצמי של תלמידים תוך התייחסות לייחודי של כל אחד מהם.
- הגמשת אופני הערכה של הישגי התלמידים תוך קיום שיח אודות המשמעות שמייחס הפרט להצלחה ולכישלון בלימודים, בבי"ס, בחברה ובמשפחה.
- שילוב ביטוי עצמי אוטנטי באמצעים אומנותיים מגוונים.
- עידוד פתרונות יצירתיים לבעיות חיים, לבעיות חברתיות ולבעיות לימודיות במטרה להגמיש תפיסות של שחור לבן כדרך לראות דברים בפרספקטיבה, בפרופורציה ולשמר את התקווה לעתיד.
- איתור ילדים בסיכון ובניית התערבויות מותאמות.
- הכנת תכניות מגרה פרטניות, כיתתיות ומערכתיות לילדים הלוקים בדיכאון.
- יצירת מערכת אימון ותקשורת פתוחה עם הורים.

על ההתמודדות הריאקטיבית ראה בפרק: טיפול בדיכאון (עמוד 29).

4. הערכת ההתמודדות

על המערכת החינוכית לבדוק את עצמה בנושא תרומתה להגברת אווירה של תקווה ואופטימיות, להחדרת תודעת השותפות לזיהוי הדיכאון ולתכנון עשיות חינוכיות רלוונטיות, שיסייעו להתמודדות עם דיכאון בקרב תלמידים.

כדי להעריך באיזו מידה המערכת החינוכית ממלאת את תפקידה בכל אחד מן המרכיבים שצוינו לעיל, יש לשאול את השאלות הבאות:

- מהו שיעור העיסוק ברווחה נפשית בתוך השיח הבית-ספרי: חיזוק הערכה עצמית, חשיבה חיובית, מסוגלות ואופטימיות?
- עד כמה ניתן לומר על המערכת שהיא משדרת אופטימיות, תקווה ומשרה אווירה של חיוניות הן בקרב הצוות החינוכי והן בקרב התלמידים?
- באיזו מידה מחפשים בביה"ס דרכים חלופיות להגמשת סולמות הערכה נתונים, ועד כמה גם ביטויים אומנותיים, ספורטיביים חברתיים ואחרים זוכים להערכה?
- מהי הפרשנות הבית-ספרית למושגי הצלחה וכישלון לימודיים? האומנם ביה"ס מגלה גמישות בתחום זה?
- באיזו מידה עולה בצוות הבין מקצועי הבית-ספרי השערת הדיכאון של ילדים ובני נוער כאפשרית לגבי תלמידים המשדרים מצוקה? מה יודעים בצוות החינוכי על התופעה?
- באיזו מידה משדר ביה"ס ביטחון ומסוגלות של המערכת להתמודד עם תלמידים הסובלים מדיכאון (ואינו נכנס לבהלה)? ומצד שני הוא פועל לקדם את היכולת שלו בתחום זה?
- באיזו מידה מסוגל הצוות להכיל תלמידים עם דיכאון ולא לתייגם או לדחות אותם?
- באיזו מידה מקיימת המערכת פורומים ללמידה ולהתעדכנות במחקר בנושאי רווחה ובריאות נפשית?

הטמיע היצא א/צ'ו צ'וכאון צ'אצ'ים

נספח 1

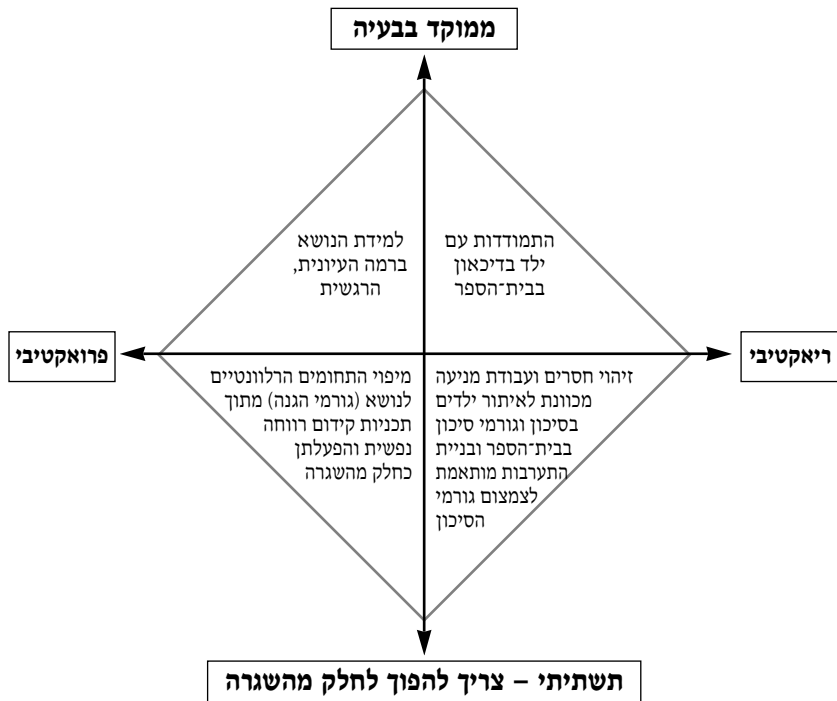
נספח זה מיועד לסייע לצוותים חינוכיים ליישם את המידע המופיע בחוברת זו בעבודתם. אין ספק כי חשיפה למידע אודות תופעת הדיכאון בילדים תגביר את המודעות לנושא. אולם כדי להטמיע מידע חדש ולהופכו לידע נגיש המיושם בעבודה הוא חייב לעבור דרך הפריזמה האישית. רגשות שהנושא מעורר, דעות קדומות אודותיו, ואף רעיונות כיצד הופכים את התיאוריה לכלי עבודה בכיתה – הם נושאים שיש לפנות להם זמן ומקום לעיבוד עם צוותי הוראה וטיפול. מוצעים בזאת קווים מנחים להמשך עבודה סדנאית עם צוותים חינוכיים וטיפולים בנושא.

על מנת למפות את הידע שיש להקנות על תופעת הדיכאון נבנה מודל המשלב שני רצפים:

הראשון – הרצף שבין ידע **ממוקד** הקשור לדיכאון בילדים לבין **ידע כללי** אודות קידום רווחה נפשית (**ידע תשתיתי**).

השני – הרצף הפרואקטיבי-ריאקטיבי המתייחס הן לידע שיש לרכוש בנושא **כהכנה מראש** לקראת מפגש אפשרי עם ילדים בעלי הפרעת דיכאון, והן לידע הספציפי הקשור להתמודדות עם ילדים הסובלים מן ההפרעה. שילוב של שני רצפים אלה יוצר טווח רחב עליו ניתן למפות את הנושאים, ההדגשים והידע הספציפי אותם יש ללמוד ולהטמיע על מנת להתמודד עם תופעת הדיכאון בילדים במסגרת בתי-הספר (ניתן להיעזר במודל זה לצורך הטמעת ידע הקשור בתופעות סיכון שונות).

תרשים מס' 3: מיפוי נושאי הלמידה הקשורים לתופעת הדיכאון



תרשים 3 מדגים כיצד הצלבה של שני רצפים אלה יוצרת שני שדות מרכזיים: השדה הפרואקטיבי-ריאקטיבי הממוקד בבעיה (המשולש העליון). בשדה זה יופיעו מצד שמאל הנושאים שיש להעמיק בהם, הקשורים לתופעת הדיכאון. נושאים שרצוי ללמוד מראש (באופן פרואקטיבי) כמו: ידע בסיסי, בירור עמדות וסטריאוטיפים, גורמי סיוע וכד'. צד ימין מתמקד בלמידה – כיצד להתמודד בבית-הספר עם ילד עם דיכאון לאחר איתורו. ילד זה גם אם הוא מקבל טיפול נפשי מחוץ למערכת הבית-ספרית מבלה את זמנו בבית-הספר כמו שאר התלמידים. פיתוח יכולת הכלה לילד הסובל מהפרעה דיכאונית מאפשר לבית-הספר להתמודד עם הקושי שההפרעה של הילד הדיכאוני מציבה. מדובר במשימה לא קלה אליה יש להכין את הצוות החינוכי מראש (באופן פרואקטיבי). שדה שני מתייחס למשולש ריאקטיבי-פרואקטיבי-תשתיתי. נושאים המופיעים כאן מתייחסים ללמידה של עבודת מניעה תשתיתית. שדה זה כולל תכניות מניעה לקידום רווחה נפשית כחלק מהשגרה עם דגש על התערבויות המתקשרות למניעת דיכאון. בנוסף, יילמד כיצד לאתר גורמי סיכון בסביבה הבית-ספרית ולשנותם על ידי תכנית התערבות מתאימה.

נוצרים כמובן עוד שני שדות: השדה הריאקטיבי על הרצף שבין ממוקד בבעיה לבין התשתיתי והשדה הפרואקטיבי על אותו הרצף.

בנספח 2 מופיעות מספר הצעות לסדנאות בית-ספריות ברמה של ראשי פרקים וקווים מנחים. הצעות אלה מכוונות לסייע לצוותים הבית-ספריים לעבד את המידע המצוי בחוברת זו ולהופכו לידע זמין ונגיש.

סדנא א'

פיתוח מודעות לתופעת הדיכאון בקרב ילדים והעשרת הידע אודותיה

אוכלוסיית היעד: צוות המורים

מטרות הסדנא:

1. **בירור עמדות כלפי תופעת הדיכאון ומיתוסים אודותיה כתנאי ליצירת מוכנות רגשית, מחויבות, ואחריות ללמידת הנושא.**
2. **מתן ידע אודות התופעה.**
3. **פיתוח כלים להתמודדות עם תלמידים בדיכאון.**

1. בירור מיתוסים ועמדות

- מוצעות בזאת שתי אפשרויות כפתיח לעבודה סדנאית לבירור מיתוסים ועמדות:
- ניתן להביא היגדים המבטאים עמדות ומיתוסים ביחס לדיכאון ילדים. (ניתן להיעזר במיתוסים ובעמדות המופיעים בחוברת).
 - על בסיס תיאור מקרה ניתן לבקש מהמשתתפים להביע רגשות ומחשבות ולהתמקד בהנחות היסוד העומדות בבסיסן.

במהלך העבודה על בירור העמדות והמיתוסים יש להקפיד:

1. להימנע משיפוטיות על העמדות שעולות.
2. לאפשר למכלול תגובות (רגשות ומחשבות) להעלות. אם המשתתפים אינם מעלים מגוון של תגובות, יש להעלותן באופן יזום.
3. לברר עם המשתתפים מה עומד בבסיסן של העמדות (למשל: פחדים, רתיעה, ניסיון אישי וכד').

2. העשרת ידע

הידע המצוי בחוברת יהווה בסיס בחלק זה של הסדנא. חשוב להדגיש את סימני הזיהוי ואת דרכי התגובה המופיעות בחוברת.

3. העשרת ארגז הכלים של המורה בהתמודדות עם ילדים הסובלים מדיכאון

בחברת פזורים כלים חיוניים עבור איש החינוך בהתמודדות עם ילדים הסובלים מדיכאון. חלקם מתייחסים לעבודה עם קבוצת התלמידים לפיתוח אמפטיה, קבלה, ותמיכה בתלמיד הסובל מדיכאון, וחלקם נוגעים למיומנויות של איש החינוך עצמו ביצירת אינטראקציה עם התלמיד במצוקה.

ניתן להביא את הידע ולהעשיר את ארגז הכלים באמצעות ניתוחי מקרים או לעשות זאת במקביל לבירור המיתוסים והעמדות.

בכל סדנא יש להבהיר שלרשות המורה עומד מערך סיוע בהתמודדות עם הנושא, ולפרט את הליכי ההפניה והקשר עם מערך הסיוע.

סדנא ב'

זיהוי גורמי הסיכון במערכת ובניית תכנית התערבות מותאמת

אוכלוסיית היעד: צוות מוביל וצוותי מורים.

מטרות סדנא זו:

- לזהות את הגורמים ו/או הנהלים בבית-הספר המשפיעים (לטובה או לרעה) על הבריאות הנפשית של התלמידים בכלל ועל התפתחות הדיכאון בפרט.
- לפתח מודעות לגורמי הסיכון ולמצבי הסיכון בביה"ס ולאתר אותם.
- להעריך את גורם הסיכון: האם הוא ממוקד וזמני או שהוא מערכת ומובנה בתוך דפוס העבודה בביה"ס (במקרים האחרונים מדובר בעבודה ארוכת טווח עם צוות המורים ולא בסדנא חד פעמית).
- לסייע לאנשי ההוראה לראות את הקשר בין העשייה החינוכית השגרתית לבין מניעת התופעה.
- לפתח תכניות התערבות להתמודדות עם גורמי סיכון ועם מצבי סיכון.

קווים מנחים:

- גורמי הסיכון הבית-ספריים קשורים להרבה פרמטרים בביה"ס. העבודה המניעתית היא רב מערכתית.
- חשוב לראות במצבי משבר הזדמנות ללמידה ולצמיחה.
- חשוב להימנע מייחוס תופעת הדיכאון למעשה או למחדל של אנשי הצוות (הימנעות מהאשמה).

להלן דוגמאות לגורמי סיכון מערכתיים:

- תהליכי הערכה נוקשים (ציונים עפ"י מבחנים בלבד, אין אפשרות לתקן ציון, מתן הערכה יחסית לשאר תלמידי הכיתה ולא לילד עצמו, התלמידים פאסיביים בתהליך ההערכה, היעדר עידוד וכד').
- תהליכי מיון (הקבצות, בתי-ספר ממשיכים).
- נוקשות של כללים בית-ספריים ותפקוד נוקשה של אנשי הצוות.
- חוסר התייחסות והיעדר זיהוי של תלמידים הנמצאים בבידוד חברתי.
- חוסר התייחסות לקשיים כלכליים קשים בקרב משפחות התלמידים.
- חוסר התייחסות למצבי חיים היוצרים שינויים (מעברים, למשל).

ניתן להעמיק בהבנה של מצבי הסיכון באמצעות עבודה סדנאית. אחד הרעיונות הוא להציג לכל מצב סיכון מערכתי שאלות מזווית הראייה של הפרעת דיכאון. לדוגמא:

מה עושה הערכה נוקשה לדימוי העצמי ולהערכה העצמית של התלמידים?
איזה איומים ו/או סכנות גלומים במצבי מעבר אליהם לא הוכנו התלמידים?

סדנא ג'

ממשבר לצמיחה - לאחר איתור תלמיד עם הפרעת דיכאון

פעילות זו מוצעת לאחר שבית-ספר התמודד עם תלמיד בדיכאון.

אוכלוסיית היעד: קבוצת מורים או צוות טיפולי שנחשפו לטיפול בתלמיד שאותר כסובל מדיכאון.

מטרת הסדנא: למידה מתוך בדיקת תפקוד המערכת והסקת מסקנות

איתור של תלמיד הסובל מהפרעת דיכאון עלול לעורר מצב משברי במערכת החינוכית. יחד עם זאת מדובר בהזדמנות להעמקת ההיכרות עם התלמיד ועם משפחתו וכן בהזדמנות למערכת ללמוד על עצמה, על התמודדותה במצבי מצוקה, על מערכות התמיכה שלה, ולהסיק מסקנות לגבי תפקודה בהמשך.

ניתוח מעין זה חשוב שייעשה גם משום שהוא מאפשר סגירת הנושא ועיבודו הרגשי והקוגניטיבי, וגם מפני שכתוצאה ממנו ניתן לשפר את מתן הסיוע לתלמיד ולמשפחתו.

בהקשר זה מוצעות מספר שאלות והנחיות לדוגמא אותן ניתן לבחון עם משתתפי הסדנא:

- תאר את התנהגותיותו של התלמיד ואת הסימנים שהצביעו על מצוקה, מרגע שהתעוררה הבעיה ועד לזיהויה.
- מה הייתה הנקודה בה המצוקה באה לידי ביטוי?
- מה תרם למשבר?
- איך המקרה השפיע על כל אחד מהצוות באופן אישי?
- מה אנחנו רואים היום שלא ראינו אז?
- היכן להבא נפעל אחרת?
- בעקבות המקרה, איזה שינוי מתבקש להיעשות בכל המערכת?
- איך הייתה האינטראקציה עם המשפחה?
- האם ובאיזה שלב הסתייעו בגורמים מקצועיים בתוך ביה"ס? מחוצה לו?
- האם התקבל מידע אודות הילד ואיך הוא הועבר לאנשים הרלוונטים?
- מי היו השותפים לטיפול בילד? האם זה הספיק?
- מי עוד יכול היה לעזור בטיפול בילד?
- כיצד השפיע האירוע על שאר התלמידים?
- איזו התערבות צריכה להיעשות במעגלים השונים?
- איזה ידע, אם יהיה בביה"ס, יסייע להתמודד עם מקרים דומים בעתיד?

סדנא ד'

הנחיות ודרכי התערבות ליישום במערכת החינוכית

ניתן להיעזר בספרו של סליגמן "ילדות אופטימית" (2000) בו מופיעות המלצות, הנחיות ודרכי התערבות ליישום בתוך המערכת החינוכית.

דיכאון מז'ורי מאופיין ע"י אחד או יותר מבין הסימפטומים הבאים המופיעים לפחות במשך שבועיים, והמציינים שוני בהשוואה לתפקוד הקודם. קיומו של לפחות אחד מהם: מצב רוח דיכאוני או אובדן עניין והנאה הכרחי לצורך קביעת האבחנה.

- מצב רוח דיכאוני ברוב שעות היום, במשך כל יום, עפ"י דיווח עצמי או על פי הסתכלות של אחרים.
- ירידה בולטת בעניין ובהנאה בכל או כמעט בכל הפעילויות היום יומיות עפ"י דיווח עצמי או הסתכלות של אחרים.
- ירידה או עלייה משמעותית במשקל, ללא דיאטה (שינוי של 5% במשקל במשך חודש), עלייה או ירידה דרסטית של התיאבון במשך כל היום.
- נדודי שינה או שנת יתר במשך כל היום.
- חוסר שקט פסיכומוטורי כמעט כל יום עפ"י הסתכלות של האחרים, לא רק כחוויה סובייקטיבית של עייפות.
- עייפות ואובדן אנרגיה כמעט כל יום.
- רגשות של חוסר ערך עצמי או אשמה כמעט בכל יום. לא רק ביקורת עצמית או אשמה על היות האדם חולה.
- ירידה ביכולת לחשוב או להתרכז והססנות כמעט כל יום כחוויה סובייקטיבית או עפ"י הסתכלות האחרים.
- מחשבות חוזרות על מוות (לא פחד מלמות). מחשבות אובדניות חוזרות ללא תכנית ספציפית. ניסיון אובדני או מוכנות ספציפית להתאבד.

הפרעת מצב רוח - דיכאון ינקות וילדות מוקדמת

קטגוריה זאת שמורה לפעוטות ולילדים צעירים אשר מציגים דפוס של מצב רוח מדוכא וחוסר שקט עם הנמכה בעניין ו/או הנאה מפעילויות מתאימות התפתחותיות, ירידה ביכולת לבכות, יבבנות מופרזת, וירידה במגוון (רפרטואר) האינטראקציות החברתיות והיוזמה החברתית. סימפטומים אלו יכולים להיות מלווים בהפרעות בשינה או באכילה, כולל איבוד משקל.

הסימפטומים הללו קיימים לאורך פרק זמן של שבועיים לפחות.

כאשר הפרעה זאת נצפית בנוכחות סימנים מובהקים לחסך פסיכוסוציאלי סביבתי, יש לשקול קלסיפיקציה חליפית של הפרעת התקשרות תגובתית / הפרעת הזנחה של הינקות, במיוחד אם החסך הוא חמור. אם ההפרעה איננה חמורה והיא נצפית בהקשר של הסתגלות שבמהלכה נמצא הילד (למשל - שובו של הורה לעבודה), יש לשקול אבחנה של הפרעת הסתגלות. כאשר אף אחת מהתבניות הנ"ל איננה קיימת, יש לחשוב על דיכאון כהפרעה ראשונית.

הפסיכופתולוגיה ההתפתחותית ותפיסת בריאות הציבור השמה דגש על זווית אפידמיולוגית ואקולוגית מהוות בסיס עיוני (תיאורטי ומחקרי) שימש מצע לתכנון התערבויות מניעתיות בכלל ובתחום מניעת הדיכאון בפרט. שתי גישות אלה מתייחסות לבריאות הנפש מהזווית ההתפתחותית, שתיהן מתייחסות לכלל האוכלוסייה ועל שתיהן מקובלת התפיסה של שלוש רמות מניעה.

הפסיכופתולוגיה ההתפתחותית היא ענף מדעי המאחד ידע מתחומים שונים (כגון: פסיכיאטריה, תיאוריה פסיכואנליטית, פסיכולוגיה התפתחותית, מדעי המוח ואנתרופולוגיה) והיא עוסקת בחקר המקורות של ההפרעות הרגשיות וההתנהגותיות ומהלכן לאורך טווח החיים, תוך שהיא רואה בפסיכופתולוגיה תוצר של ההתפתחות (קיצ'טי וטוט, 1995).

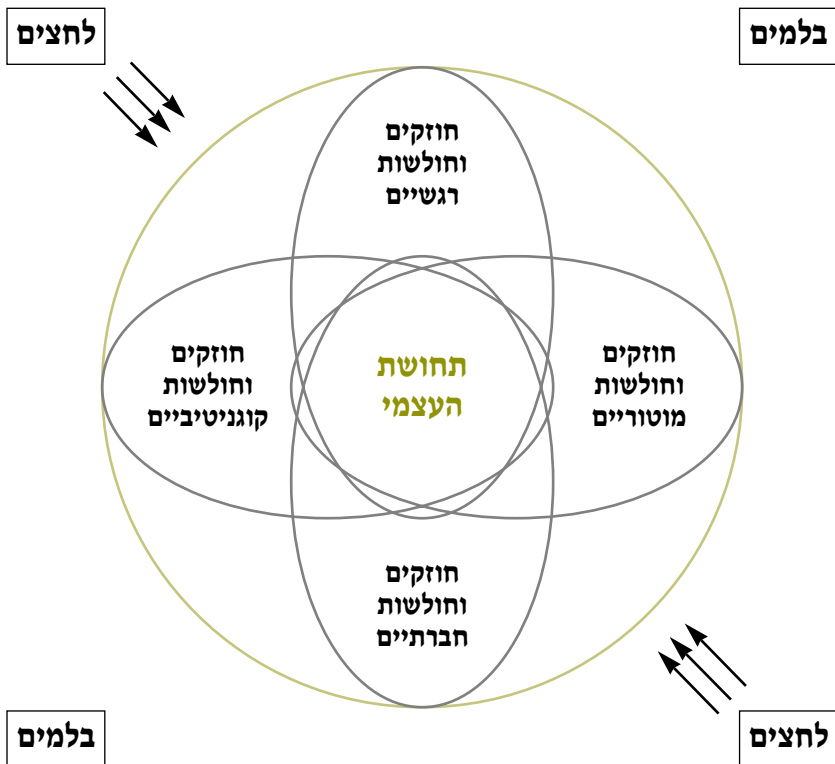
היא שמה דגש על הסתגלות האדם לסביבתו ורואה בה תוצר של יחסי גומלין בין המאפיינים הקוגניטיביים הרגשיים והביולוגיים של הפרט, ובינו לבין הקונטקסטים הקרובים והרחוקים שלו, כמו: משפחה, קהילה, תרבות. יחסי גומלין אלה באים לידי ביטוי בדפוסים **מגוונים** של התמודדות והסתגלות הממוקמים בנקודות שונות על פני הרצף שבין המסתגל (הנורמאלי) והלא מסתגל (האב-נומאלי). גישה זאת מתאימה במיוחד להבנה של ההפרעות הדיכאוניות בילדים ובבני נוער, כמו גם בהתנהגות המגלה כשירות והסתגלות, משום שהיא רואה בהן תוצר של ארגון של המערכות הביולוגיות וההתנהגותיות של הפרט ויחסי הגומלין שביניהן.

תפיסה דומה של פסיכופתולוגיה התפתחותית המיוצגת על ידי מיאזיטיס (1992), (Miezitis) מגדירה את הדיכאון כתוצר של כשל בהתמודדות עם תנאי לחץ ודחק (stress). היא גורסת כי התפקוד המסתגל של ילדים תלוי באיזון שבפועל הגומלין שבין מערכות אחדות הבא לידי ביטוי בהתנהגות הקוגניטיבית, החברתית, האמוציונאלית והמוטורית כפי שהיא מוצגת בתרשים 4 (עמ' 54). כל אחת מתת המערכות הללו נמצאת בקשר עם הטבעת החיצונית שבתרשים ואשר מייצגת את קשרי הגומלין של הילד עם סביבתו. תפקוד הילד בכל תת מערכת מושפע מההיסטוריה ההתפתחותית שלו, מחוזקו ומחולשותיו, מצפיפותו להצלחה או לכישלון. אלה מבוססים על ניסיון העבר שלו במצבים דומים, וכן על תחושת הערך שלו, וזאת האחרונה מושפעת מיכולת ההתמודדות של הילד.

כפי שנראה בתרשים 4, הילד הבריא משתמש במשאבים פנימיים וחיצוניים על מנת למנוע פגיעה בתחושת העצמי שלו ולחוש תקווה, זאת בשל היכולת להעריך את המצב באופן אובייקטיבי ולהשתמש בהתנסויות קודמות בהן התמודד עם אתגרים. כמו כן יכול הילד הבריא לבקש סיוע חיצוני ותמיכה בינאישית בעת איום. לעומתו, הילד הפגיע והנוטה לדיכאון, הינו בעל עמידות נמוכה ללחץ בשל צמצום העצמי המגביל את יכולתו לעשות שימוש בחוזקו ובמשאבים. אין ספיגה של הלחץ על ידי בלמים, וכך נגרמת פגיעה בעצמי השביר בלאו הכי.

תרשים מס' 4:

התנגדות ללחץ אצל ילד בריא, חסון



(מתוך: 92, Mieztis)

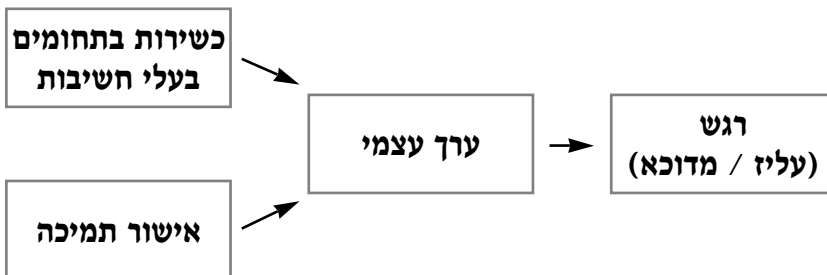
מחקרים רבים מדגימים כיצד מפגש בין המערכות המרכיבות את הפרט לבין הסביבה החברתית שלו מניבים תוצאות התפתחותיות שונות בתנאים שונים. להלן נביא שניים מהם:

החוקרים (Gazelle & Ladd, 2003) בדקו כארבע מאות ילדים מרגע כניסתם לגן חובה ובמשך כל שנה עד לכיתה ד'. הם הציעו מודל על פיו מאפיינים של פגיעות הפרט (התבודדות הקשורה בחרדה) ושל מצוקה בין אישית (אי קבלה מצד בני גיל) מנבאים סימפטומים דיכאוניים לאורך זמן. תוצאות המחקר הראו כי ילדים הסובלים מחרדה ומהתבודדות הנחשפים בגיל מוקדם לאי קבלה ואף לדחייה חברתית, נוטים להמשיך ולסבול מתלונות אלה. המפגש בין המאפיינים האישיים (בדידות וחרדה) לבין תגובת הסביבה (התעלמות או דחייה) הניב תנועה ממצב התחלתי של חוסר אונים נלמד למצב של חוסר תקווה (דאגותיהם ממצבים חברתיים מקבלות אישור על ידי הוצאה חברתית מצד בני הגיל) ופיתוח דרכי חשיבה ורגשות הקשורים בדיכאון.

גם הרטר (Harter, 1999), הרבתה לחקור את התפתחות העצמי אצל ילדים ובני נוער. במחקרה היא מצאה כי תחושות הערך העצמי נבנות על תפיסת המסוגלות והכשירות בתחומים בעלי חשיבות לפרט המושפעות מההערכות של הסביבה. לדעתה גורמים אלה משפיעים לא רק על ההערכה העצמית הכללית, אלא גם על המצב הרגשי. אצל הילד או המתבגר בעל תחושת ערך עצמי נמוכה יופיע גם מצב רוח דיכאוני (תרשים 5).

תרשים מס' 5:

המודל המקורי של מרכיבי הערכה העצמית ושל תוצאותיה



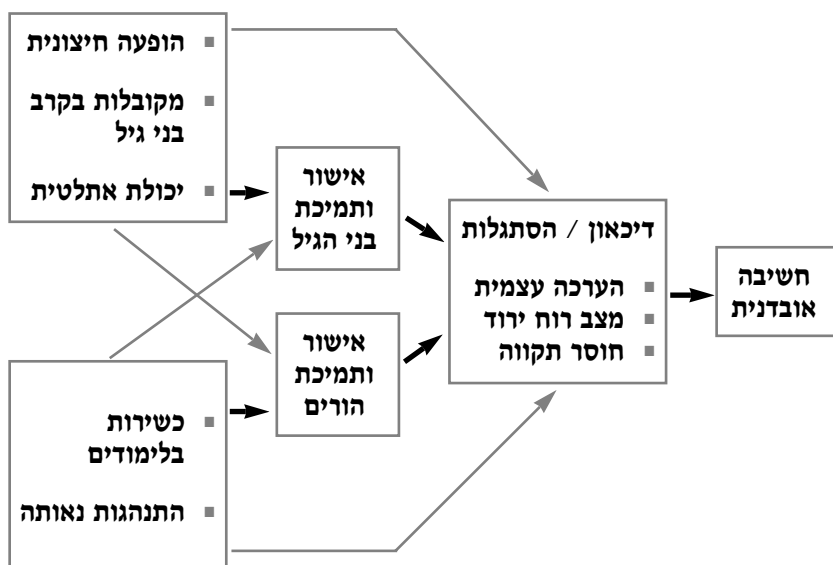
(מתוך הרטר, 1999, עמ' 198)

מדובר, אם כן, ברצף אירועים בו התבוננות עצמית מצד אחד ורמת התמיכה מהסביבה מצד שני, מובילים להערכה עצמית קוגניטיבית שמשפיעה מצידה על מערכות מוטיבציוניות, רגשיות והתנהגותיות.

בשלב הבא, ובעקבות מחקרים רבים בקרב מתבגרים, פותח מודל מפורט יותר של מנבאים לדיכאון ולקשיי הסתגלות על ידי קבוצתה של הרטר, כמתואר להלן בתרשים 6:

תרשים מס' 6:

המודל הכללי של מנבאי דיכאון/הסתגלות



(מתוך הרטר 1999, עמ' 199)

במחקרים אלה נמצא כי תפיסתם של שלושה תחומי כשירות בקרב המתבגרים (הופעה חיצונית, מקובלות חברתית וכשירות ספורטיבית) היו קשורים ישירות לתפיסתם את עצמם כמקבלי תמיכה מבני גילם, ואילו שני התחומים האחרים (כשירות לימודית והתנהגותית) ניבאו אישור ותמיכה מצד הורים.

תגובות דיכאוניות, ובכלל זה מצב רוח מדוכא ותחושת חוסר תקווה, נמצאו קשורים להערכה עצמית נמוכה. כמו כן נמצא כי תגובות דיכאוניות אלה היו בעלות יכולת ניבוי גבוהה באשר למחשבות אובדניות.

נראה אם כן, כי יש מסלולים שונים לדיכאון אשר מוגדרים על פי צירופים שונים של מנבאים.

ברם, מיאזיטיס שתיארה את הילד הפגיע והנוטה לדיכאון קובעת כי הפרט יכול להגביר את עמידותו ולפתח תחושה של עצמי חזק יותר באמצעות למידה לעשות הערכות עצמיות מדויקות יותר במצבי לחץ וגילוי דרכי התמודדות נוספות. היא גם סבורה כי בתי־הספר הם המקום המתאים לספק לילדים פגיעים ובריאים גם יחד סביבת למידה בטוחה שבה יוכלו לחזק את תחושת העצמי שלהם⁵. זיהוי תחומי הכשירות (הופעה חיצונית, מקובלות חברתית וכשירות ספורטיבית) המשפיעים על הערכה עצמית גבוהה מצביעים על הכיוונים אותם יש לפתח כאשר בונים התערבויות בית־ספריות.

הפסיכופתולוגיה ההתפתחותית הרואה באדם תוצר של יחסי הגומלין בין המרכיבים האישיים שלו לבין הקונטקסטים השונים עימם הוא בא במגע מכוונת את תכנון ההתערבויות המניעתיות, בכך שהיא מסמנת זירות אפשריות להתערבות זו ואת תוכני ההתערבות. זירת בית־הספר אמורה לשמש מוקד להתערבות בתחום ההערכה העצמית בדרך של סיפוק חווית הצלחה לימודית לתלמיד וחווית תמיכה בו ואימון ביכולותיו.

⁵ בספרה (Miezitis, 92) יש סקירה נרחבת של התערבויות מניעתיות בית־ספריות.

ביבליוגרפיה

1. Beck A. (1976). *Cognitive Therapy in the Emotional Disorders*. International Universities Press, New York.
2. Cicchetti D., and Toth S. (1995). In: Dante Cicchetti and Donald J. Cohen (eds): *Developmental Psychopathology. Vol 2: Risk, Disorder and Adaptation*. John Wiley & Sons Inc., New York.
3. Comer J.P., Haynes N.M., Joyner E.T. and Ben-Avil M.C. (1996). *Rallying the Whole Village, The Comer process for Reforming Education*. Teachers College press, New York.
4. Conell J.P., a Wellborn J.G. (1991). "Competence, Autonomy and Relatedness: A Motivational Analysis a Self System Processes". In: Gunnar M.R., & Sroufe L.A (eds). *Self Processes and Development: The Minnesota Symposia on child Development* (vol. 23 pp. 43-78) Hillsdale, N.J., Erlbaum.
5. Cowen E.L (1994). "The Enhancement of Psychological Wellness: Challenges and Opportunities". *American Journal of Community Psychology*, 22 (2), pp. 149-179.
6. Deci E.L. & Ryan, R., (1985). *Intrinsic Motivation and Self Determination. In Human Behavior*, Plenum, New York.
7. Gazelle H. & Ladd G.W. (2003). "Anxious Solitude and peer Exclusion: A Diathesis-stress Model of internalizing Trajectories in childhood". *Child Development*. January / February 2003 Vol 74, No. 1, p.p 257-278.
8. Green, A. (1983). *Narcissisme de Vie, Narcissisme de Mort*. Aditions de minuit, Paris – France.
9. Greenberg, M.T., & Kusche, C.A. (1998). "*Promoting Alternative Thinking Strategies*". University of Colorado, Boulder, CO.
10. Greenberg, M.T., & Kusche, C.A. (April 1999). "*Reducing Growth in Behavioral and Emotional Problems in At-Risk Children: The Continuing of the PATHS Curriculum*". Paper presented at the biennial meeting of the society for Research in Child Development, Albuquerque.

11. Greenberg, J. Pyszczynski, T., & Solomon S. (1995). "Toward a Dual-motive Depth Psychology of Self and Social Behavior" In: Kernis M.H. (ed.), *Efficacy, Agency and Self-esteem*. New York: Plenum, pp. 73-101
12. Harter S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. The Guilford Press, New York.
13. Henderson N., & Milstein.M. M., (1996). *Resiliency in school*. Corwin Press, Inc., Thousand Oaks, Ca.
14. Klerman, G. & Weissman,H. (1989). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books, New York.
15. Lazarus, R.,S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal & Coping*. Springer Pub. Co., New York.
16. Mahler, M.S., Pine F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. Basic Books, New York.
17. Meninger, Karl A., (1993), "Psychoanalytic Aspects of Suicide". *International Journal of Psychoanalysis*. No.14
18. Mieizitis S., (1992). *Creating Alternatives to Depression in our schools*. Hogrefe & Huber Publishers, Seattle.
19. Mesman J, Koot H.M. (September 2001). "Early Preschool Predictors of Preadolescent Internalizing and Externalizing DSM-IV Diagnoses", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 40(9):1029-1036.
20. Seligman E.P. (1995). *The Optimistic Child*. Houghton Mifflin Company, Boston.
21. Zero to three (1994) *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, Zero to Three / National Center for Clinical Infant Programs, Arlington, VA.
22. Winnicott, D.W, (1985). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-analysis*. Tavistock Publications, London.
23. אל-דור, י. דשבסקי, ע. (1998). " 'מודל התהליך הסיכוני' – של פרט ומערכת – הנעת תהליכים הוליסטיים בית-ספריים על ידי היועץ". הייעוץ החינוכי, כרך ז' תשנ"ח. הוצאת ספרים "אח" בע"מ, עמ' 272-258
24. ארהרד, ר. אל-דור, י. (1990). *חוסן נפשי*. הוצאת משרד החינוך ורשת עמל.
25. סליגמן מ. (2000). *ילדות אופטימית*. הוצ' עם עובד, תל-אביב