

## דיכאון

מהו דיכאון?

לא תמיד קל לשים את האצבע על הנקודה בה הקושי הופך לכדי דיכאון, מאחר וכולנו חווים תקופות קשות יותר בהן מצב הרוח שלנו ירוד. עם זאת, במרבית המקרים חל בתחושות אלה שיפור עם הזמן והן אינן פוגעות בתפקוד היום-יומי שלנו באופן בולט.

## תסמינים של דיכאון

במצבי דיכאון, לעומת זאת, ישנה פגיעה משמעותית ומתמשכת במצב הרוח והתפקוד, לעיתים ללא סיבה נראית לעין או שלא בפרופורציה לאירוע החיצוני. אל הדכדוך נלווים לרוב גם פגיעה בתיאבון או בשינה, אובדן עניין והנאה, קשיי ריכוז, עצבנות ותחושות ייאוש (לעיתים עד כדי הופעה של מחשבות אובדניות), כאשר אלו קיימים לאורך תקופה ממושכת של מספר שבועות לפחות.

מהם הגורמים לדיכאון?

שיעור הסובלים מדיכאון עומד על 4.4% בעולם, כאשר שיעור האבחנה השנתי של דיכאון בישראל הינו 6%. הגישה המקובלת כיום רואה את הדיכאון כתוצאה של שילוב בין גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים ופסיכו-סוציאליים.

## גורמים ביולוגיים וגנטיים

גורמים ביולוגיים נוגעים לחוסר איזון ביוכימי בחומרים במוח הקשורים בוויסות מצב הרוח (דוגמת סרוטונין ונוראפינפרין), פגיעה בוויסות ההורמונלי ואף שוני במבנים מסוימים במוח. כמו כן, מחקרים אשר נערכו בקרב משפחות ותאומים מצביעים על קיומן של השפעות גנטיות-תורשתיות על התפתחות של דיכאון.

## גורמים פסיכולוגיים

למרות מרכזיותם של הגורמים הביולוגיים, במרבית המקרים הם משולבים בגורמים פסיכולוגיים. גישות המתמקדות בגורמים פסיכולוגיים לדיכאון מצביעות על דפוסי חשיבה נוקשים ובלתי יעילים, עיבוד שלילי של מידע, [ערך עצמי](#) נמוך, חוויה של חוסר אונים ועוד. נטיות אלו משולבות פעמים רבות בחוויות חיים קשות כמו אובדן של אדם קרוב בגיל צעיר או אירועים מלחיצים.

## גורמים סביבתיים

נסיבות חיים הרצופות באירועים מלחיצים עשויות להוות טריגר להתפתחות דיכאון, בפרט בקרב אנשים בעלי פגיעות פסיכולוגיות או ביולוגיות. דיכאון עשוי להתפתח סביב אירועים כמו פיטורין, מחלות קשות ושינויים הדורשים הסתגלות מחודשת עשויים. יחד עם זאת, חשוב לזכור כי קיימת שונות רבה בין אנשים, ולא כל אדם שיחווה אירוע חיים מלחיצ יפתח דיכאון. לדוגמה, אדם אשר רואה בפיטוריו אות לכך שהוא "אפס ולא מצליח בכלום", נמצא בסיכון גבוה יותר ללקות בדיכאון מאדם שמניח כי פיטוריו נובעים מהמצב הכללי במשק ולא מסמלים את היותו חסר ערך.

סוגי דיכאון

תחת הקטגוריה של אבחנות הדיכאון ב-DSM-5, ניתן למצוא את הפרעת ויסות מצב הרוח, דיכאון מז'ורי, הפרעת דיכאון מתמשך (דיסתימיה) והפרעה דיספורית קדם ווסתית.

## דיכאון קליני/מז'ורי

[דיכאון קליני](#) מתייחס להופעתם של סימפטומים דיכאוניים (מצב רוח ירוד, ייאוש, עצבנות, פגיעה בתיאבון או השינה ועוד) אשר מביאים למצוקה או פגיעה בתפקוד במשך שבועיים רצופים לפחות ואינם נובעים מאבל. התחושות הקשות הנלוות לדיכאון הקליני עשויות להביא אף למחשבות וניסיונות אובדניים ולכן חשוב ביותר לטפל בו. אפיזודות של דיכאון קליני עשויות להופיע במספר הקשרים [כדיכאון אחרי לידה](#) ודיכאון עונתי. כמו כן, בגילאי הזקנה והילדות עשוי הדיכאון להתבטא באופנים ייחודיים לתקופות גיל אלו. תת סוג נוסף של דיכאון הוא [הדיכאון הפסיכומי](#), בו נלווים לסימפטומים הדיכאוניים סימפטומים של נתק מהמציאות אשר בדרך כלל נוגעים לתכנים של דיכאון וחוסר ערך (למשל, אמונה של האדם כי הוא רקוב מבפנים).

## הפרעת דיכאון מתמשך/דיסתימיה

**דיסתימיה** מבטאת מצב קבוע של דכדוך, תחושת חוסר ערך, חוסר הנאה, פגיעה בדפוסי האכילה והשינה ועוד אשר נמשכים לפחות שנתיים. סימפטומים אלו מופיעים בעוצמה נמוכה יחסית לעוצמתם בדיכאון הקליני, אך מביאים למצוקה או פגיעה תפקודית בהיבטים כמו זוגיות, תעסוקה וכדומה. בתגובה למצבי לחץ עשויה הדיסתימיה להחמיר ולהפוך לאפיזודה של דיכאון קליני.

## הפרעת ייסות מצב רוח

**הפרעת ייסות מצב רוח** מופיעה כבר בגיל הילדות ומאופיינת בהתפרצויות זעם קשות, כאשר בין התפרצויות אלה מצב הרוח נותר רגזני. הפרעה זו הינה הפרעת דיכאון בילדים וניתן לאבחנה בין הגילאים 6-18.

## הפרעה דיספורית קדם ווסתית

הפרעה זו מבטאת מצב חמור של תסמונת קדם ווסתית. התסמינים כוללים חוסר עקביות במצב הרוח, תחושה של דיכאון ועצבנות אשר מופיעים במועדים קבועים (כשבוע לפני הוסת החודשית) ומשתפרים ואף נעלמים בימים הראשונים של הווסת.

## דיכאון סמוי

דיכאון סמוי הוא איננו אבחנה רשמית לפי ה-DSM, אך אנשים רבים מרגישים כי הוא מתאר באופן מדויק את מצבם. במקום לבוא לידי ביטוי דרך הסימפטומים הקלאסיים של דיכאון, דיכאון סמוי מתקיים "מתחת לפני השטח", ומופיע בצורות עקיפות. האדם יכול להרגיש עייף, חסר אנרגיות ומוטיבציה, אך מבלי להרגיש באופן ישיר דכדוך או עצבות. מתלוצצים לכך פעמים רבות גם סימפטומים גופניים ללא הסבר רפואי, דוגמת כאבי ראש, שיניים או גב. מצב זה יכול לנבוע כתוצאה מניסיונות מודעים או לא מודעים של האדם להדוף את תחושות הדיכאון ולהקהות אותן באמצעות מנגנוני הגנה שונים (נפשיים או חיצוניים, דוגמת תלות בחומרים ממכרים).

מתי כדאי לפנות לטיפול בדיכאון?

מומלץ לפנות לטיפול כאשר הסימפטומים הדיכאוניים מביאים לפגיעה באיכות החיים, בין אם ברמת הרווחה הנפשית של האדם ובין אם ברמה התפקודית (קושי לצאת מהמיטה בבוקר, ניתוק של קשרים חברתיים, ירידה משמעותי בהספק בעבודה וכו'). פעמים רבות תחושות חוסר האונים והייאוש מקשות על הפנייה לטיפול ("מה זה כבר יעזור לי? מה הטעם?") ובמקרים אלו תמיכה סביבתית יכולה בהחלט להוות גורם מניע משמעותי. כאמור, המצוקה הנלווית לדיכאון עשויה להביא לניסיונות אובדניים ולכן חשוב לסייע לאדם המדוכא להגיע לטיפול המתאים לו לפני שהמצוקה נעשית בלתי נסבלת עבורו.

כיצד מטפלים בדיכאון?

כיום קיימות שיטות טיפוליות רבות לדיכאון אשר יכולות להביא לשיפור משמעותי ביותר ולמניעת הישנות של האפיזודות הדיכאוניות. השיטות המובילות כיום הן טיפול פסיכודינמי, **טיפול התנהגותי-קוגניטיבי** ותרופות פסיכיאטריות. בחירת סוג הטיפול נעשית בהתאם לחומרת הדיכאון והעדפותיו של המטופל, כאשר השילוב בין טיפול תרופתי לפסיכותרפיה נחשב ליעיל במיוחד. כאשר מדובר בדיכאון של ילדים ובני נוער ניתן לשלב בטיפול גם הדרכת הורים או טיפול משפחתי, ובמצבים של דיכאון חמור, דיכאון לאחר לידה, דיכאון פסיכוטי או חשש לניסיון אובדני (בכל הגילאים) - אשפוז פסיכיאטרי עשוי לספק מסגרת מכילה ותומכת עד להשגת הקלה בסימפטומים.

## טיפול קוגניטיבי-התנהגותי

**טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) לדיכאון** הינו טיפול קצר מועד הממוקד בזיהוי ושינוי דפוסי חשיבה והתנהגות המשמרים את הדיכאון. רבים מהסובלים מדיכאון מחזיקים באמונות ותפיסות נוקשות ומייאשות המחזקות את תחושות חוסר הערך והדיכאון. תפיסות אלו מביאות להתנהגויות בלתי יעילות כהסתגרות והימנעות מהתנסויות חדשות ואלו משמרות ומגבירות בתורן את הדיכאון. במסגרת הטיפול ניתן לזהות דפוסי אלו ולרכוש מיומנויות התמודדות עמם. שיטות התנהגותיות נוספות עוסקות בשיפור מיומנויות חברתיות ובין אישיות, טכניקות פתרון בעיות וכדומה, המשפרות את התפקוד ובכך גם את המצב הדיכאוני.

## טיפול פסיכודינמי

הטיפול הדינאמי מתמקד באירועי עבר וגורמים לדיכאון, ביחסים בין אישיים ובאופן בו הדיכאון משפיע ומושפע מקונפליקטים וגורמים בלתי מודעים. [הטיפול הפסיכודינמי](#) מאפשר רכישת מיומנויות התמודדות טובות יותר עם הדיכאון ומסייע להקל על תחושות חוסר הערך, האשמה והקשיים הבין אישיים אשר פעמים רבות נלווים לדיכאון. ישנן גישות שונות לטיפול פסיכודינמי בדיכאון, וביניהן למשל [הגישה הבינאישית \(IPT\)](#).

## טיפול תרופתי

טיפול תרופתי הניתן במסגרת ייעוץ פסיכיאטרי עשוי להביא להקלה משמעותית בדיכאון וחרדה. כיום קיימות [תרופות נוגדות דיכאון](#) נוחות לשימוש אשר אינן מגבילות את התפקוד היומיומי ולהן תופעות לוואי יחסית מצומצמות. מומלץ להיעזר בטיפול התרופתי במקביל לפסיכותרפיה: הטיפול הפסיכותרפי משפר מיומנויות התמודדות ומסייע בשינוי דפוסי מחשבה המשמרים את הדיכאון, אך לעיתים הטיפול התרופתי נדרש על מנת לשפר את התחושה באופן שמאפשר שימוש יעיל יותר בטיפול הפסיכותרפי. במקרים של דיכאון חמור או [דיכאון עמיד](#), בו הטיפול התרופתי אינו מסייע במידה מספקת, יתכן גם [טיפול בנזעי חשמל \(ECT\)](#).

# דיכאון קליני - Major Depression

תסמינים קליניים של דיכאון מג'ורי

אדם הסובל מדיכאון קליני, בשונה מדכדוך או עצבות זמניים, חש לאורך זמן רגשות שליליים, קשיי ריכוז, עייפות, היעדר עניין, חוסר יוזמה ואומללות. בנוסף לחוויית המצוקה הסובייקטיבית, עשויות תחושות אלו להביא לקשיים תפקודיים בהיבטי חיים משמעותיים: התפקוד התעסוקתי עשוי להתדרדר עקב אובדן האנרגיות והפגיעה הקוגניטיבית, קשרים בין-אישיים נפגעים עקב אובדן ההנאה והיוזמה, ופעולות בסיסיות כגון שמירה על היגיינה הופכות מורכבות ומייגעות. סימפטומים אלו גורמים למצוקה קשה ומלווים פעמים רבות בתחושות של ייאוש, מחשבות על מוות ואף ניסיונות אובדניים.

מעבר לתסמינים הקליניים הכלליים ישנם תסמינים אשר אופייניים למגדר. כך לדוגמה, דיכאון אצל נשים נוטה להיות מאופיין [בחרדה](#), עצבנות, שינוי מצב רוח ועייפות. לעומת זאת, דיכאון אצל גברים נוטה להיות מאופיין בהימנעות מאירועים משפחתיים, עבודה במשך שעות ארוכות ללא הפסקה ואף לעיתים גילויי תוקפנות במערכות יחסים.

שכיחות ההפרעה

דיכאון קל ודיכאון קליני נחשבים כיום להפרעה הנפשית השכיחה ביותר בעולם המערבי (ההערכות הן כי כ-7% מהאנשים בארצות הברית סובלים מדיכאון בכל שנה). ישנם הבדלים גדולים בין קבוצות גיל שונות, כך ששכיחות ההפרעה בגילאי 18 עד 29 גבוהה פי 3 משכיחות ההפרעה בגילאי 60 ומעלה. ההפרעה פוגעת בנשים פי 1.5-3 אחוזים ואף יותר מאשר בגברים, ללא תלות ברמה הסוציו-אקונומית או במצב המשפחתי. כמו כן, דיכאון נפוץ יותר באזורים כפריים ואצל אנשים הנעדרים מערכות תמיכה ויחסים קרובים.

חשוב להבחין בין דיכאון קליני לבין מצבים הדומים לדיכאון קליני מבחינה סימפטומטית אך נובעים מגורמים אחרים. למשל, שימוש בסמים או בעיות בריאותיות מסוימות (כגון תת פעילות של בלוטת התריס) עשויים ליצור תמונה קלינית של דיכאון. כמו כן, מצבים של עצב עמוק לאחר [אובדן](#), טראומה או אירוע חיים קשה (גירושים, אבחון מחלה קשה) אינם מאובחנים באופן אוטומטי כמצב של דיכאון קליני וזאת מאחר והם מהווים תגובה טבעית למצב חריג.

אבחנה של דיכאון מג'ורי לפי ה-DSM-5

A. על מנת לאבחן אדם כבעל דיכאון קליני / מז'ורי חייבים להופיע חמישה או יותר מהסימפטומים הבאים במשך שבועיים רצופים, כאשר לפחות אחד מהם הוא מצב רוח ירוד או חוסר עניין והנאה:

• האבחנה לא תכלול סימפטומים שבאופן מובהק משויכים למצב רפואי אחר.

1. מצב רוח מדוכא במרבית שעות היום, כמעט בכל יום, המדווח בדיווח עצמי (תחושת עצבות, ריקנות או חוסר תקווה) או נצפה על ידי אחרים (אצל ילדים ומתבגרים יכול להיות מצב רוח עצבני).
2. הפחתה בולטת בעניין או בהנאה בכל או כמעט בכל הפעילויות במשך רוב היום, כמעט כל יום (המדווח בדיווח עצמי או נצפה על ידי אחרים).
3. ירידה משמעותית ולא מכוונת במשקל או עלייה במשקל (שינוי של 5% במשקל הגוף תוך חודש), תיאבון מופחת או מוגבר כמעט כל יום (אצל ילדים, אי הגעה למשקל המצופה לפי הגיל ומבנה גוף, יחשב כעמידה בסימפטום זה).
4. נדודי שינה או שינה מוגברת כמעט בכל יום.
5. תנועות מוגברות או איטיות יתר המופיעות כמעט בכל יום (נצפה על ידי אחרים, ולא מאובחן על ידי תחושה סובייקטיבית של חוסר מנוחה או האטה).
6. עייפות או חוסר אנרגיה כמעט בכל יום.
7. תחושת חוסר ערך או אשמה מוגזמת או לא מותאמת (יכולה להיות מחשבת שווא) כמעט בכל יום.
8. צמצום היכולת להתרכז או לחשוב בבהירות, או אפיון בהססנות, כמעט בכל יום (דיווח עצמי או נצפה על ידי אחרים).
9. מחשבות חוזרות ונשנות על מוות (לא רק פחד ממוות), רעיונות חוזרים של התאבדות בלי תכנון ספציפי, ניסיון התאבדות או תוכנית ספציפית לבצע התאבדות.
- B. אבחנת דיכאון קליני / מז'ורי תינתן כאשר הסימפטומים השונים מביאים למצוקה משמעותית או לפגיעה בתפקוד החברתי, התעסוקתי או תחומי תפקוד משמעותיים אחרים.
- C. האפיזודה אינה קשורה לסימפטומים פיזיולוגיים של חומרים או למצב רפואי אחר.
- אובדן משמעותי (שכול, משבר כלכלי עמוק, אובדן עקב אסון טבע, מחלה קשה או נכות) עלול לכלול סימפטומים הדומים לדיכאון מז'ורי. יש להביא בחשבון כי אובדן עלול להוביל לדיכאון ועל כן יש לבחון כל מקרה לגופו, להתייחס להיסטוריה של האדם, לנורמות החברתיות של הבעת מצוקה בזמן אובדן ולבצע הערכה קלינית מעמיקה.
- D. הופעת הדיכאון קליני / מז'ורי אינה מוסברת טוב יותר על ידי: סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעה סכיזופורמית, הפרעה דלזיונאלית, או הפרעות אחרות בספקטרום הסכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות.
- E. מעולם לא היו אפיזודות מאניות או היפומאניות (במידה והייתה אפיזודה כמו-מאנית או כמו-היפומאנית שנגרמה ממצב פיזיולוגי או רפואי, למשל כתוצאה מנטילת סם, הדבר אינו נחשב כאפיזודה מאנית או היפו-מאנית לעניינו של סעיף זה).
- בנוסף לכך, על פי ה-DSM ישנם תתי סוגים של דיכאון קליני, כלומר מאפיינים ייחודיים המלווים את האדם ונוספים לאבחנה של הפרעת הדיכאון המז'ורי:
- דיכאון עם מאפייני חרדה:** מצב בו תוך כדי שהאדם עונה על הקריטריונים לדיכאון הוא מאופיין גם בתסמינים של חרדה כגון חוסר מנוחה, דאגנות ופחד שמשוה נורא יקרה.
- דיכאון עם מאפיינים מעורבבים:** מצב בו בנוסף לאבחנה של דיכאון ישנם מאפיינים של מאניה או היפו-מאניה ואלה אינם עונים על הקריטריון להפרעה דו קוטבית.
- דיכאון עם מלנכוליה:** דיכאון בו ישנם מאפיינים מלנכולים כגון חוסר עניין, ייאוש ודיכאון שבולט בעיקר בבקרים.
- דיכאון עם מאפיינים לא טיפוסיים:** דיכאון בו מצב רוחו של האדם עשוי להתרומם בשל אירוע משמח ויש בו גם תסמינים של השמנה ועודף שינה.

**דיכאון פסיכוטי:** דיכאון בו ישנם מאפיינים של פסיכוזה כגון מחשבות שווא והזיות.

**דיכאון קטטוני:** דיכאון בו יש קטטוניה, תסמין של פגיעה תנועתית אשר נמצא על בסיס נפשי.

**דיכאון אחרי לידה:** דיכאון אשר מאובחן במהלך ההיריון או במהלך ארבעת השבועות שלאחר הלידה.

**דיכאון עונתי:** דיכאון אשר נוטה להופיע בעונה ספציפית (בעיקר בחורף).

טיפול בדיכאון מג'ורי

למרות תחושת חוסר האונים המלווה מצבים דיכאוניים, **טיפול בדיכאון** עשוי בהחלט להקל על הסימפטומים ועל המצוקה הנלווית להם באופן משמעותי. במקרים קלים יחסית, ניתן לבחור בין טיפול תרופתי מתאים (לרוב **בנוגדי דיכאון**) לפסיכותרפיה, ובמקרים קשים יותר כדאי לשלב בין סוגי הטיפולים השונים בכדי לאפשר הן הקלה מהמצוקה והן הקניית מיומנויות להתמודדות. במידה והפגיעה בתפקוד של האדם קשה וממושכת, או כאשר קיים סיכון משמעותי לחייו בעקבות מחשבות וכוונה אובדנית או מצב פסיכוטי, מומלץ לשקול טיפול במסגרת של אשפוז פסיכיאטרי.

## דיכאון אחרי לידה - Postpartum Depression

לידה הנה אירוע משמעותי, אשר לרוב נקשרות בו משמעותיות חיוביות של התחלה חדשה, הרחבת המשפחה והתרגשות. יחד עם זאת, נמצא כי למעלה מ-15% מהנשים סובלות מסימפטומים של דיכאון מז'ורי/קליני במהלך ההיריון או בשלושת החודשים הראשונים שלאחר הלידה. כמו כן, נמצא כי תופעה זו אינה ייחודית לאוכלוסיית הנשים, וכי 10% מהגברים אשר הופכים לאבות טריים סובלים גם הם מסימפטומים דיכאוניים. פנייה לעזרה מקצועית (פסיכותרפיה או טיפול תרופתי) הוכחה כיעילה להפחתת המצוקה, לשיפור הקשר עם התינוק ולחזרה לאיכות חיים מיטיבה ומלאה.

איך נראה דיכאון אחרי לידה?

דיכאון אחרי לידה עשוי לבוא לידי ביטוי על פני רצף של דרגות חומרה. המקרים הפחות חמורים מכונים "**בייבי בלוז**", ומתייחסים לתופעה נורמלית של דכדוך בימים הראשונים שלאחר הלידה, אשר חולפת מעצמה. במקרים החמורים יותר, מדובר במצב של **דיכאון קליני**, המתבטא בסימפטומים כגון מצב רוח ירוד, נטייה לבכי, שיבוש בתחושת הרעב ובהרגלי השינה (שלא בהשפעת הטיפול בתינוק), הסתגרות הכוללת ירידה במידת התפקוד היום-יומי, ירידה במידת ההנאה והעניין בפעילויות אשר נתפסו כמהנות בעבר, עצבנות וקשיים בריכוז. סימפטומים אלו משפיעים הן על האם והן על איכות הקשר שלה עם התינוק.

במקרים נדירים, יכולה להופיע **פסיכוזה** שלאחר לידה אשר מאופיינת באיבוד הקשר עם המציאות, אשר במקרים חריגים וקיצוניים יכולה להגיע לכדי סיכון לשלום התינוק. מצב של פסיכוזה יכול להתאפיין בחשדנות מוגברת וחוסר אמון באחרים (כולל אנשים קרובים), ראיית דברים או שמיעה של קולות שאינם קיימים (הלוצינציות) וכן מחשבות על פגיעה עצמית או דחף לפגיעה בתינוק.

אבחנת דיכאון סב-לידתי ב-DSM

בעוד שהמונח המוכר הוא "דיכאון אחרי לידה", המהדורה העדכנית של ה-DSM-5-TR משתמשת במונח דיכאון סב-לידתי. שינוי מינוח זה נובע מההכרה המקצועית כי במקרים רבים, האפיזודה הדיכאונית אינה מתחילה רק לאחר הלידה, אלא מתפתחת כבר במהלך ההיריון. ההגדרה העדכנית מתייחסת להופעת תסמינים דיכאוניים במהלך ההיריון או בארבעת השבועות הראשונים שלאחר הלידה, אם כי קלינאים רבים מתייחסים לטווח של עד שנה מהלידה.

מה גורם לדיכאון אחרי לידה?

אין גורם מנבא אחד לדיכאון אחרי לידה, והוא נגרם לרוב משילוב של פרמטרים רבים, פסיכולוגיים, ביולוגיים וסביבתיים כאחד. נהוג לחלק את גורמי הסיכון המרכזיים לארבע קבוצות עיקריות:

## גורמים ביולוגיים והורמונאליים

הבסיס להתפתחות ההפרעה נעוץ פעמים רבות בטלטלה הפיזיולוגית שחוזה הגוף סביב הלידה. צניחתם החדה של הורמוני המין (אסטרוגן ופרוגסטרון) מיד לאחר הלידה, בשילוב עם שינויים בתפקוד בלוטת התריס, מערערת את האיזון העצבי ומשפיעה ישירות על וויסות מצב הרוח. פגיעות פיזיולוגיות זו מועצמת על ידי עייפות כרונית ומחסור בשינה, המאפיינים את התקופה הראשונה להורות ושוחקים את החוסן הגופני והנפשי. כמו כן, קיים מרכיב גנטי מובהק. נשים בעלות היסטוריה משפחתית של דיכאון נושאות מטען גנטי שעשוי להגביר את הרגישות לשינויים אלו.

## גורמים פסיכולוגיים

מעבר לביולוגיה, ההיסטוריה הנפשית של האישה היא גורם ניבוי משמעותי. נשים שהתמודדו בעבר עם אפיזודות של דיכאון או חרדה (כולל במהלך ההיריון הנוכחי) נמצאות בסיכון גבוה להישנות הסימפטומים לאחר הלידה. בנוסף, המעבר לאימהות עשוי להציף תכנים נפשיים מורכבים: פער מכאיב בין הציפייה ל"אימהות מושלמת" לבין המציאות התובענית, תחושות אשמה, או התמודדות עם היריון שלא היה מתוכנן. לעיתים, חווית הלידה והאימהות מהווה טריגר המעיר טראומות עבר רדומות ומשקעים רגשיים.

## גורמים חברתיים וסביבתיים

דיכאון אינו מתרחש בוואקום, אלא מושפע עמוקות מהמעטפת החברתית. מחקרים חוזרים ומראים כי היעדר רשת תמיכה יציבה, בין אם מצד בן או בת הזוג ובין אם מהמשפחה המורחבת, מהווה גורם סיכון משמעותי, המעצים את תחושת הבדידות והבידוד החברתי. גורמי דחק חיצוניים המתרחשים בסמוך ללידה, כגון משבר כלכלי, אובדן או מעבר דירה, מכבידים על המשאבים הנפשיים הפנויים להסתגלות.

## גורמים הקשורים למהלך הלידה ולתינוק

נשים רבות עוברות לידות מורכבות או מתמודדות עם אתגרים רפואיים ואינן מפתחות דיכאון. עם זאת, במקרים מסוימים, נשים שחוו לידה טראומטית, סיבוכים רפואיים (כגון ניתוח חירום או סוכרת היריון) או לידה מוקדמת, עשויות לחוות תחושת חוסר אונים המתקשרת לסימפטומים דיכאוניים. בדומה לכך, האתגר היומיומי בטיפול בתינוק עם מזג סוער המרבה לבכות, או קשיים מתמשכים בהנקה, עשויים לערער את תחושת המסוגלות האימהית ולהוות זרז להתפתחות מצוקה רגשית.

## דיכאון אחרי לידה בקרב גברים

אף על פי שדיכאון אחרי לידה מאובחן לרוב בקרב נשים, מחקרים מצאו כי גם גברים סובלים מסימפטומים דיכאוניים בשנה הראשונה שלאחר לידה, וזאת בשיעור דומה לזה של נשים. סימפטומים אלו כוללים תחושת עצבות, אובדן עניין בפעילויות שבעבר הסבו הנאה, תחושת חוסר ערך וירידה באנרגיה. המופע הדיכאוני עשוי להיות שונה בקרב גברים בהשוואה לנשים, שכן נמצא כי גברים נוטים להגיב לסימפטומים של דיכאון אחרי לידה בחרדה או אגרסיביות מסוימת, ואף לחוות התפרצויות זעם או לפנות לשימוש בחומרים ממכרים. חשוב לציין כי מכיוון שהתופעה פחות מוכרת בקרב גברים, גברים אשר סובלים מדיכאון לאחר לידה עשויים שלא להיות מאובחנים נכונה, ולסבול מסיטגמה. אלו עלולים להקשות על ההסתגלות למצב החדש, ולהתמודדות עמו.

## דרכי טיפול בדיכאון אחרי לידה

למצב של דיכאון אחרי לידה יכולות להיות השלכות משמעותיות על מצבה הנפשי של האם, הקשר הזוגי שלה, חיי המשפחה וכמובן הקשר עם התינוק החדש. איתור מוקדם של הסימפטומים הדיכאוניים יוכל לאפשר הפנייה אל גורם מקצועי מתאים והתערבות מהירה. ישנן מספר גישות שונות לטיפול בדיכאון אחרי לידה:

## פסיכותרפיה פרטנית

- **טיפול בין-אישי (IPT):** טיפול בדיכאון אחרי לידה באמצעות טיפול בין-אישי מבקש להקל על מצבי דיכאון באמצעות התמקדות בזירה הבין אישית. טיפול זה שואף להקל על הסימפטומים באמצעות איזון מחודש של תפקידו של המטופל בקשרים השונים, כך שתתאפשר בהם יותר קבלה, תמיכה והדדיות.
- **טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT):** טיפול קצר מועד אשר מתבסס על ההנחה כי מקורו של הדיכאון בדפוסי חשיבה שליליים ("התינוק בוכה - שוב נכשלתי"), לצד התנהגויות לא מסתגלות שנלמדו, אשר

מעצמות את המצוקה. הטיפול מניח כי אתגור ושינוי של אותם דפוסי חשיבה שליליים, לצד התנסות חדשה בשטח, יקדמו תהליכים של שינוי ויקלו על המצוקה.

• **פסיכותרפיה פסיכודינמית:** טיפול בדיכאון אחרי לידה באמצעות פסיכותרפיה דינמית רואה בסימפטומים הדיכאוניים סימן המעיד על מצוקה נפשית עמוקה יותר, כזו אשר שורשיה טמונים בילדות המוקדמת וביחסים בינאישיים מופנמים (מול דמויות ההורים בעיקר). מצוקה זו הנה פעמים רבות לא פתורה ולא נגישה לאדם, כמו נטישה רגשית או פיזית שחוזה בעבר, והוא אינו מקשר אותה למה שהוא מרגיש בהווה. טיפול זה מאפשר עיבוד מעמיק של חווית האימהות, התמודדות עם קונפליקטים פנימיים, ומתן מילים ומשמעות לאותה מצוקה, ובכך מסייע להורים להגיע לתובנות לגבי המקור של הדיכאון, מתוך הנחה כי עצם התובנה היא מפתח מרכזי בדרך לשינוי.

### טיפול דיאדי (אם-תינוק)

במצבים של דיכאון סב-לידתי, הטיפול באם לבדה אינו מספיק לעיתים, שכן הדיכאון עלול לפגוע ביכולת להיענות לאיתותי התינוק וליצור עמו קשר רגשי בטוח. הטיפול הדיאדי הוא טיפול משותף לאם ולתינוק, שמטרתו לחזק את ההתקשרות ולשפר את התקשורת הלא-מילולית ביניהם. מחקרים מדגישים כי טיפול זה משמש גם כהתערבות מניעתית עבור התינוק, במטרה למנוע השלכות רגשיות והתפתחותיות עתידיות אצלו.

### טיפול זוגי, משפחתי וקבוצתי

דיכאון אינו משפיע רק על האם, אלא מטלטל את המערכת המשפחתית כולה. טיפול זוגי או משפחתי מסייע לגייס את בן/בת הזוג וקרובים נוספים כגורם תומך, משפר את התקשורת ומפחית חיכוכים שעלולים להחמיר את מצבה של האם. במקביל, קבוצות תמיכה מאפשרות לאימהות לפגוש נשים במצב דומה, מה שמסייע רבות בהפחתת תחושת הבדידות והאשמה.

### טיפול תרופתי

במקרים של דיכאון בינוני עד קשה, או כאשר הטיפול השיחתי אינו מביא להטבה מספקת, יש לשקול שילוב של טיפול תרופתי (נוגדי דיכאון וחרדה), בהתייעצות עם פסיכיאטר המתמחה בבריאות האישה סביב הלידה. טיפול באמצעות תרופות רלוונטי בייחוד כאשר הסימפטומים הדיכאוניים מעוררים מצוקה רבה ופוגעים בתפקוד של האם.

### אורח חיים והרגלים תומכי החלמה

לצד הטיפול המקצועי, המחקרים העדכניים מדגישים כי אימוץ הרגלים מיטיבים הוא חלק בלתי נפרד מתהליך ההחלמה. שמירה על תזונה מאוזנת, ביצוע פעילות גופנית מתונה וניסיון לייצר חלונות מנוחה, הוכחו כמסייעים בשיפור מצב הרוח והפחתת חרדה. כמו כן, תרגול טכניקות גוף-נפש (כגון יוגה או מיינדפולנס) וגיוס עזרה מעשית בניהול הבית, מאפשרים לאם להפחית את רמות הסטרס ולצבור כוחות מחודשים.

דיכאון אחרי לידה – קושי בפנייה לעזרה

למרות הידע הקיים לגבי הטיפול בדיכאון אחרי לידה, במקרים רבים נשים שומרות על כך בסוד בשל רתיעתן מפני הסטיגמה של "להיות אמא רעה". החשש מהסטיגמה לא פעם מעורר באם רגשות אשם ובושה ("איזו מן אמא אני?"), "כולן מסתגלות למצב החדש, ורק אני לא?", אשר עשויים להחריף ואף להאריך את משך הסימפטומים הדיכאוניים. בנוסף, הסימפטומים לא תמיד מזוהים בזמן בתור סימפטומים של דיכאון אחרי לידה, בייחוד במקרים בהם קיים מרווח זמנים בין זמן הלידה לבין מועד הופעת הסימפטומים. אלמנט נוסף שמקשה על הזיהוי, הנו הנטייה של האם וסביבתה לתפוס את הסימפטומים כתגובה נורמאלית וכתהפכות שחלו בחיי האם בעקבות הלידה כיציאה ממעגל העבודה, וההשקעה הרגשית והפיזית הרבה בתינוק. במקרים אלו, נשים עשויות לא לפנות לטיפול אלא לצפות לשיפור ספונטני במצב, שלא תמיד מגיע. במקרים רבים התערבות טיפולית חיונית בכדי להביא להקלה בסימפטומים, ובכדי לאפשר לאם לגייס מספיק כוחות על מנת לטפל הן בעצמה והן בתינוק.

## דיכאון פסיכוטי - Psychotic Depression

דיכאון פסיכוטי הוא איננו אבחנה פסיכיאטרית העומדת בפני עצמה ב-DSM (מדריך האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי), כי אם תת סוג של דיכאון מז'ורי. כלומר, כדי לקבל אבחנה של דיכאון פסיכוטי, על האדם לעמוד

בקריטריונים הרלוונטיים לאבחון של דיכאון מז'ורי (דיכאון קליני), יחד עם סימפטומים של התקף פסיכוטי. לרוב דיכאון פסיכוטי פורץ כאשר הסימפטומים הדיכאוניים מופיעים ברמת חומרה קיצונית ביותר, בייחוד במקרים בהם ישנה סכנה אובדנית, היפוכונדריה או חרדות אחרות ופגיעה קוגניטיבית.

דיכאון פסיכוטי: מאפייני ההפרעה

דיכאון פסיכוטי כולל סימפטומים של דיכאון קליני, וביניהם תחושת עצבות, ייאוש, היעדר עניין, חוסר מוטיבציה וחשק, שינויים בתיאבון, בחשק המיני ובהרגלי השינה.

לצד זאת, מופיעים סימפטומים של התקף פסיכוטי ברמת חומרה משתנה, הנחלקים לשני סוגים. הסוג הראשון, כולל סימפטומים פסיכוטיים אשר תואמים לתכנים הדיכאוניים. ביניהם ניתן למצוא מצבים של אילמות (אובדן היכולת לדבר), הזנחה עצמית חריפה, וכן סוגי [דלזיות](#) והלוצינציות אשר תואמים לתחושת העצב והייאוש, דוגמת שמיעת קולות אשר מטיפים לאדם כי הוא חסר ערך או דלזיות של אשמה (למשל מצב בו האדם מאמין כי הוא נענש על חטאים שונים שביצע, ולפיכך נידון לסבול). הסוג השני של הסימפטומים הפסיכוטיים כולל כאלה אשר מנוגדים לסימפטומים הדיכאוניים. כך לדוגמא, אדם עשוי לחוש מדוכא, ולצד זאת ישתף במחשבות גדלות ובתחושה שיש לו ידע וכוחות מופרזים.

איך מטפלים בדיכאון פסיכוטי?

האתגר הראשון בטיפול בדיכאון פסיכוטי מתחיל כבר בשלב האבחון, לאור הקושי הראשוני להבדיל בין דיכאון פסיכוטי לבין [סכיזופרניה](#) לסוגיה. לדוגמא, כאשר מדובר בדיכאון פסיכוטי הכולל סימפטומים דיכאוניים התואמים את הסימפטומים הפסיכוטיים, התמונה הקלינית של סכיזופרניה קטטונית מאוד דומה. כמו כן, במקרים רבים הסימפטומים הפסיכוטיים יכולים להיות מינוריים או חבויים. אבחון נכון חשוב ביותר, שכן הוא קובע הן את הטיפול והן את סיכויי ההחלמה. הערכה פסיכיאטרית מקיפה היא השלב ההתחלתי בדרך לאבחון נכון של ההפרעה.

מרגע קבלת האבחון, אתגר נוסף קשור לאיכות הטיפול הניתן. הטיפול בדיכאון פסיכוטי מתבסס על שילוב של [תרופות אנטי-פסיכוטיות](#) יחד עם תרופות נגד דיכאון הניתנות במסגרת פסיכותרפיה כלשהי (טיפול דינאמי, טיפול CBT וכו'). יחד עם זאת, נמצא כי הסימפטומים של דיכאון פסיכוטי לא פעם עמידים בפני טיפול, וכי במקרים רבים חל שיפור זמני בלבד, אשר מלווה בהמשך בהתדרדרות נוספת.

בשל מורכבות האבחון והטיפול, לצד הסכנה האובדנית הקיימת במקרים אלו, אפיק טיפולי מומלץ כולל מסגרת כלשהי של אשפוז פסיכיאטרי או חלופת אשפוז. מקרים נוספים המצריכים התערבות טיפולית מהירה במיוחד הנם מקרים של דיכאון פסיכוטי המתפרץ במסגרת דיכאון לאחר לידה. הטיפול במקרים אלו קריטי במיוחד מתוך דאגה לא רק לאדם, אלא לאיכות הקשר שלה עם התינוק ולשלומה.

כיום, ישנם אנשי מקצוע הטוענים כי דיכאון פסיכוטי אינו תת סוג של דיכאון קליני, אלא הפרעה נפרדת. בין היתר, מתבססים הטוענים על הבדלים נוירולוגיים בולטים בין שני המקרים. לעומתם, יש הטוענים כי מדובר ברצף בין שתי קבוצות של הפרעות, כאשר בקצהו האחד נמצאות הפרעות מצב רוח, ובקצהו השני הפרעות פסיכוטיות.

## דיסתימיה - Dysthymia

תסמינים קליניים

דיסתימיה היא הפרעת מצב רוח בעלת מהלך כרוני מתמשך, המאופיינת במצב רוח דיכאוני ממושך, תחושות של חוסר שייכות, חוסר בעניין והנאה, אשמה, הערכה עצמית נמוכה, פסימיות ועצבנות. תחושות אלה מביאות להסתגרות ולנסיגה חברתית, פגיעה בריכוז ובזיכרון וירידה כללית בפעילות של האדם.

התסמינים דומים לאלה של [דיכאון](#), אלא שתחילת ההפרעה הדיסתימית בדרך כלל תהיה איטית והדרגתית, ולעיתים כמעט שאינה מובחנת. מצבי לחץ נפשיים קשים הנובעים מאובדן או כישלון יכולים להצית את ההפרעה בצורתה החריפה יותר, אך חומרת התסמינים מתונה יותר בהשוואה לאלו של דיכאון עמוק. במובן זה, הפרעה דיסתימית יכולה להיתפס כנטייה קבועה למועקה ומצב רוח מדוכך, והיא יכולה להיות מלווה ב**נדודי שינה** וחוסר תיאבון, או היפוכם (שינה יתרה ואכילת יתר). לעיתים קרובות, התוקפנות שחווה האדם

מופנית החוצה בצורת כעס, תלונות והאשמות כלפי הסביבה, או פנימה, בצורת אכזבה עצמית והאשמה עצמית. יתכנו הפסקות או הקלות בתחושות הקשות, אך לתקופה של כמה ימים לכל היותר.

שכיחות ההפרעה

הפרעת הדיכאון המתמשך, כפי שהיא מופיעה ב-DSM-V היא שילוב בין הפרעת הדיסתימיה והפרעת הדיכאון המז'ורי, כפי שהופיעו ב-DSM-IV. השכיחות השנתית של דיסתימיה בארה"ב מוערכת ב-0.5% בעוד הפרעת הדיכאון המז'ורי מוערכת ב-1.5%. אחוז גבוה יותר של נשים סובלות מדיסתימיה, פי שניים או שלושה יותר מאשר גברים, אם כי בקרב ילדים הנטייה קיימת במידה שווה בקרב בנים ובנות. ההפרעה נפוצה יותר בקרב אנשים צעירים ולא נשואים, ובקרב אנשים בעלי הכנסה נמוכה. מקובל להגדיר את ההפרעה בהתאם לגיל בו היא מופיעה לראשונה: אם התסמינים מופיעים לפני גיל 21 תהיה זו "התפרצות מוקדמת", ומגיל 21 ואילך – "התפרצות מאוחרת". דיסתימיה בילדים נפוצה יותר מדיכאון מז'ורי ועל פי רוב תהווה סימן מקדים (בשנים אחדות) להתפרצותו של דיכאון. דיסתימיה מופיעה לעיתים קרובות ביחד עם הפרעות נוספות, במיוחד דיכאון מז'ורי, הפרעות חרדה (במיוחד התקפי חרדה, הנקראים גם "הפרעת פאניקה"), שימוש לרעה בחומרים (כמו סמים או אלכוהול) וגם הפרעת אישיות גבולית.

אבחנה על פי ה-DSM-5

הפרעת דיכאון מתמשך מאובחנת כאשר מתקיימים הקריטריונים הבאים:

A. מצב רוח מדוכא במשך רוב שעות היום, ברוב הימים, שדווח בדיווח עצמי או נצפה על ידי אחרים. מצב רוח זה צריך להימצא למשך שנתיים לפחות.

• בקרב ילדים ומתבגרים מצב רוח אופייני הוא של חוסר שקט ועצבנות, ומשכו לפחות שנה אחת.

B. הימצאות של שניים (או יותר) מהתסמינים הבאים בזמן מצב הרוח הדיכאוני:

1. תיאבון ירוד או אכילת יתר.

2. נדודי שינה או שנת יתר.

3. עייפות או חוסר אנרגיה.

4. הערכה עצמית נמוכה.

5. קשיי ריכוז או קשיים בקבלת החלטות.

6. תחושה של חוסר תקווה.

C. במהלך השנתיים (שנה בילדים ומתבגרים) בהן נמשכת ההפרעה, האדם לא היה חופשי מהתסמינים המוזכרים בסעיפים A ו-B למשך יותר מחודשיים רצוף.

D. הקריטריונים לדיכאון מז'ורי יכולים להיות נוכחים למשך שנתיים.

E. מעולם לא היתה אפיזודה מאנית או היפומאנית והקריטריונים הנדרשים להפרעה ציקליתית מעולם לא התקיימו.

F. ההפרעה אינה מוסברת טוב יותר על ידי: סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעה סכיזופורמית, הפרעה דלזיונאלית, או הפרעות בספקטרום הסכיזופרניה ספציפיות או לא ספציפיות והפרעה פסיכוטית אחרת.

G. התסמינים אינם קשורים להשפעות פיזיולוגיות של חומרים או מצב רפואי אחר.

H. התסמינים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או פגיעה בתפקוד החברתי, התעסוקתי, או בתחומי חיים משמעותיים אחרים.

• הקריטריונים לדיכאון מז'ורי כוללים 4 סימפטומים שאינם קיימים בדיסתימיה, לכן ייתכן כי יהיו מספר מצומצם של מקרים בעלי סימפטומים דיכאוניים שנמשכים יותר משנתיים אבל לא יתאימו לאבחנה של

דיסתימיה. במקרה בו כל הקריטריונים המתאימים לאפיזודת דיכאון מז'ורי הופיעו בנקודת זמן מסוימת במהלך האפיזודה, צריכה להינתן אבחנת דיכאון מז'ורי. אחרת, צריכה להינתן דיאגנוזה של הפרעת דיכאון ספציפית אחרת או לא ספציפית (NOS).

מהם הגורמים לדיסתימיה?

בדומה למרבית האבחנות הפסיכיאטריות, ישנם תהליכים רבים המזוהים עם התפתחות ההפרעה הדיסתימית.

### גורמים ביולוגיים וגנטיים

מחקרים מראים שבדומה להפרעת דיכאון מז'ורי, גם בהפרעה דיסתימית מופיעים דפוסי שינה חריגים, כמו למשל עלייה בתכיפות ובאינטנסיביות של תנועות עיניים מהירות (R.E.M) בזמן שינה. לצד זאת, מחקרים מראים שישנו סיכוי גבוה יותר ללקות בדיסתימיה אם קרוב משפחה מדרגה ראשונה סבל מהפרעה זו או מדיכאון מז'ורי.

### גורמים פסיכו-סוציאליים

תיאורטיקנים מקשרים את מאפייני הדיסתימיה לקשיים בהתפתחות האגו והאישיות, ולקשיים בתוך המשפחה ביחסים בין הורים וילדים. פרויד, בספרו "אבל ומלנכוליה", התייחס למצבי אבל או אכזבה בשלב מוקדם בחיים כמעודדים התפתחות של דיכאון. חוויה של אובדן או פרידה משמעותית (במיוחד מההורים) מתקשרת לעיתים קרובות לנסיגה לשלבי ילדות תלותיים, הערכה עצמית ירודה ותסכול המביא לתוקפנות (לפי התיאוריה, דינאמיקה זו מקושרת להפנמה של האובייקט האבוד והפניית הכעס והתוקפנות כלפי פנים).

### גורמים קוגניטיביים

מנקודת מבט קוגניטיבית, ניתן להסביר את ההפרעה הדיסתימית דרך ערך עצמי נמוך, ולראות את קשיי התפקוד כנובעים מתחושת חוסר אונים נרכש. בדומה למצב של דיכאון מז'ורי, גם האדם הדיסתימי מתאפיין בהטיות חשיבה מסוימות אשר מייצרות ומתחזקות את הסימפטומים הדיכאוניים. המודל ניתמך על ידי הצלחה טיפולית בשיטות קוגניטיביות.

איך אפשר לטפל בדיסתימיה?

במצבים של דיכאון מז'ורי, הפגיעה בתפקוד חמורה כל כך עד שהיא יוצרת פעמים רבות "שבר" של ממש בחיי האדם - מה שדוחף אותו לחפש טיפול מתאים והקלה למצוקה הנפשית שהוא חווה. לעומת זאת, אנשים הסובלים מדיסתימיה ממשיכים לשמור על רמת תפקוד גבוהה, מה שיכול להקשות עליהם להבין כי קיים טיפול שיכול להקל על תחושותיהם. לאור האופי המתמשך של ההפרעה, האדם הדיסתימי נוהג לראות את עצמו כ"כזה" - מדוכדך, עצבני, חסר כוחות ומוטיבציה, מבלי להעלות בדעתו כי קיימת אבחנה מתאימה (ולה גם טיפול מתאים). אנשים הסובלים מדיסתימיה יגיעו פעמים רבות לטיפול נפשי לאור הצטברות של קשיים (חברתיים, בינאישיים, תעסוקתיים), או בשל קושי נפשי אחר שהעלה את רמת המצוקה באופן נקודתי.

### טיפול פסיכותרפיה

טיפול ארוך טווח ומעמיק, המתמקד בהתבוננות פנימית והכרות עצמית, נחשב על ידי רבים לטיפול המתאים ביותר לסובלים מהפרעת מצב רוח דיסתימית. גישה טיפולית זו, המכונה גם טיפול דינאמי, מקשרת את התסמינים הדיכאוניים המתמשכים לקונפליקטים לא פתורים בילדות המוקדמת. בטיפול מתבוננים על חוויות מוקדמות ואכזבות שנחוו בילדות, כמו גם על קשרים ויחסים בהווה. ההתמקדות במקרים רבים תהיה בהבנת הצורך באישור מהסביבה כדי לפצות על הערכה עצמית נמוכה, ציפיות גבוהות, ביקורת עצמית נוקשה וגישה פסימית. במהלך הטיפול נעשה ניסיון להבין כיצד תחושות של ייאוש וחוסר ערך עצמי מובילות להכשלה והענשה עצמית, מקשות גם על האחר בתוך מערכת היחסים, וכך הופכות לנבואה המגשימה את עצמה.

### טיפול קוגניטיבי-התנהגותי

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) הוא בעל תוקף מחקרי רחב, ונמצא מתאים למגוון אבחנות פסיכיאטריות בתחומים של הפרעות חרדה והפרעות מצב רוח. החלק הקוגניטיבי של טיפול זה מתמקד ברכישת דפוסי

חשיבה ודרכי התנהגות מסתגלים יותר מאלו השלייליים בהם האדם מחזיק כרגע, כלפי עצמו וכלפי העולם. זוהי גישה הדוגלת בטיפול קצר טווח ומתמודדת עם פתרון ממוקד של בעיות עכשוויות. לצד זאת, החלק ההתנהגותי מבוסס על שימוש ב"חיזוקים חיוביים", שהיו חסרים לאדם בעקבות אובדן משמעותי או שינוי פתאומי. השיטה מתמקדת בהעשרת החוויות החיוביות והנעימות, וברכישת דרכים להרפיה והתרגעות. האמונה היא שבאמצעות שינוי התנהגותי וחוויתי, ישתנו גם רגשות ודפוסי חשיבה - מפסימיות וחוסר אונים לתקווה ותחושת מסוגלות. טכניקה בולטת בתחום זה הנה של [הפעלה התנהגותית](#), המבוססת על ההנחה לפיה עלייה ברמות הפעילות של האדם (לקום מהמיטה בבוקר, לעסוק בספורט, לצאת מהבית) תוביל להשפעה חיובית גם על מצב הרוח.

## טיפול תרופתי

שימוש בתרופות נוגדות דיכאון יכול להתלוות ולתמוך בכל אחד מסוגי הטיפול המוזכרים לעיל. תרופות מסוג מעכבי מונואמיין-אוקסידאז הן יעילות (MAOI), כמו גם תרופות המעכבות ספיגה חוזרת של סרטונין (SSRI). מציאת התרופה המתאימה והמינון ההולם צריכים להתבצע בליווי של פסיכיאטר, בין היתר כדי לצמצם את תופעות הלוואי למינימום האפשרי.

# דרכי טיפול בדיכאון

אילו סוגי דיכאון קיימים?

בראש ובראשונה, חשוב להבין כי ישנם מספר סוגי [דיכאון](#), כאשר המשותף לכולם הוא **מצב רוח ירוד או חוויה של חוסר הנאה**. הסוג הראשון והמוכר ביותר הוא [דיכאון מגזרי \ קליני](#) אשר מאופיין בפגיעה משמעותית בתפקוד היום-יומי של האדם סביב אפיזודות ("התקפים") של דיכאון. מעבר לכך, ישנם סוגי דיכאון נוספים אשר עשויים להציג תמונה דומה לדיכאון הקליני אך שונים ממנו, למשל [דיכאון לאחר לידה](#), או [דיכאון עונתי](#) (דיכאון השכיח יותר בחורף).

חשוב לזכור כי [דיכאון יכול להתקיים על פני דרגות חומרה שונות](#). כך, גם במקרים בהם אדם מתפקד באופן מלא, ייתכן כי הוא סובל מדיכאון או מסימפטומים דיכאוניים. [דיסתימיה](#) למשל, היא הפרעה הדומה במאפייניה לדיכאון הקליני, אך במסגרתה הדיכאון נחווה בעוצמה מעט נמוכה יותר ומתמשכת (לא באפיזודות).

שלב 1 – זיהוי: האם אתם סובלים מתסמינים של דיכאון?

אמנם דיכאון יכול להתבטא בדרכים ועוצמות שונות, אך ישנם מספר סימפטומים משותפים אופייניים. **במידה ותענו בחיוב על השאלה הראשונה ועל 4 שאלות נוספות (לפחות) ביחס לחווייתכם בשבועיים האחרונים, ייתכן כי אתם סובלים מדיכאון:**

1. האם אתה/מרגיש עצוב, פסימי או מיואש?
2. האם אתה/חוה ירידה בעניין או בהנאה מפעילויות שמשכו אותך בעבר (פעילות פנאי, חברתית, משפחתית)?
3. האם אתה/מתקשה להירדם, לישון לאורך זמן, או להיפך, מרבה לישון באופן חריג?
4. האם אתה/מרגיש/עייפות וחוסר אנרגיות?
5. האם התיאבון שלך השתנה – חוסר תיאבון או אכילה רבה מהרגיל?
6. האם אתה/מתקשה להתרכז בעבודה, קריאה, צפייה בטלוויזיה, שיחה וכדומה?
7. האם אחרים העירו לך כי אתה/מגיב/באיטיות?
8. האם אתה/מרגיש/רע לגבי עצמך – חוסר ערך, אשמה או עול ומטרד לסביבתך?
9. האם אתה/חושב/לעיתים קרובות כי עדיף היה לך למות, או שוקל/לפגוע בעצמך?

לסימפטומים אלו עשויים להתווסף גם עצבנות והתפרצויות זעם או שימוש בחומרים פסיכואקטיביים, בעיקר במצבי דיכאון אצל גברים, [בהפרעת דיכאון אצל ילדים](#) או [הפרעת דיכאון אצל מתבגרים](#).

שלב 2 – טיפול: לאיזה טיפול בדיכאון כדאי לפנות?

לאחר זיהוי כי מדובר בדיכאון, השלב הבא עלול להיות מאתגר לא פחות – לפנות לטיפול בדיכאון. ישנן סיבות רבות לנסות להימנע מכך, כמו למשל חשש מסטיגמה, חוסר אמון באפשרות להיעזר, קושי להודות בחומרת המצב, חשש מתופעות לוואי וסיבות אישיות נוספות.

יחד עם זאת, חשוב לזכור כי מחיר ההתלבטות עשוי להיות כבד. משום שדיכאון ממושך נוטה לקבע תחושות של פסימיות וחוסר ערך, ואף לפגוע בתפקוד התעסוקתי והבין אישי באופן שמגביר את הייאוש והדיכאון, לעיתים קרובות נוצר מעגל קסמים הרסני אשר משמר את הדיכאון. לכן, כאשר קיים חשש למצב של דיכאון, מומלץ להתייעץ בהקדם עם איש מקצוע.

את הטיפול בדיכאון ניתן לחלק ל-2 סוגים מרכזיים:

1. פסיכותרפיה: טיפול רגשי המבקש לספק תמיכה, ליווי וסיוע בהבנת מקורות הדיכאון (למשל נסיבות חיים או סגנון חשיבה), למידת דרכי התמודדות חדשות ושיפור מיומנויות של ויסות רגשי. בין גישות הטיפול הבולטות –

א. טיפול פסיכודינמי המתמקד בהבנת באירועי החיים שהובילו להתפתחות הדיכאון וניסיון ליצירת חוויה רגשית חדשה ושונה בהווה. מתאים יותר למי שרוצה להעמיק בתהליך הטיפול ולתת מענה לגורמים רגשיים נוספים ורלוונטיים, מעבר לסימפטומים הדיכאוניים.

ב. טיפול קוגניטיבי התנהגותי בדיכאון המתמקד בשינוי דפוסי חשיבה והתנהגות אשר משמרים את הדיכאון על מנת להקל על סימפטומים. מתאים יותר למי שמעוניין בתהליך קצר מועד ומוכן לעבודה אקטיבית מחוץ לחדר הטיפול בהתאם להנחיות המטפל/ת.

2. ייעוץ פסיכיאטרי: דיכאון מאופיין לרוב בחוסר איזון מסוים במערכת הניורו-כימית שבמוחנו, הנקשר במצב רוח ירוד והגבלת היכולת לחוש הנאה ושמחה. לפיכך, תרופות נגד דיכאון מכוונות להקלה בסימפטומים דרך יצירת איזון מחודש במערכת הניורו-כימית. על אף הסטיגמות הנלוות להם, מרבית התרופות לטיפול בדיכאון אינן ממכרות, אינן מלוות בתופעות לוואי חמורות (לעומת הסיכון שבהתמודדות עם דיכאון) ואינן "משנות את האישיות". מומלץ להיעזר בטיפול תרופתי במצבי דיכאון קשים המלווים במצוקה עזה, אובדנות או פגיעה תפקודית, אך גם במצבים ממושכים של סימפטומים דיכאוניים מתונים.

מחקרים מראים כי הטיפול היעיל ביותר הוא שילוב בין פסיכותרפיה לטיפול תרופתי. זאת כיוון שהטיפול התרופתי מביא להקלה מהירה יחסית בסימפטומים הדיכאוניים, ומאפשר להשקיע כוחות רגשיים כדי להיעזר באופן אפקטיבי יותר בפסיכותרפיה.

שלב 3 – תקיעות: התחלתי טיפול בדיכאון וזה לא עוזר, מה עושים?

הסבל הרב לצד הפסימיות והייאוש המאפיינים מצבי דיכאון, עומדים לא פעם בבסיס הנטייה הרווחת להתייאש, להפסיק טיפולים טרם זמנם או לעבור בין טיפולים לפני שאלו מיצו את השפעתם. לכן, כאשר סימפטומים של דיכאון אינם משתפרים למרות קבלת טיפול, חשוב לזכור כי טיפול בדיכאון לוקח זמן! בעוד שטיפול תרופתי מתחילים להשפיע רק לאחר שבועיים-שלושה מרגע התחלתו, שינויים רגשיים כתוצאה מפסיכותרפיה עשויים לקחת זמן רב יותר כתלות בסוג הטיפול.

עם זאת, כאשר לא נראית הטבה לאחר מספר חודשים, או כאשר הסימפטומים הדיכאוניים חריפים, עד כדי סיכון אובדני, ניתן לשקול את אחד הצעדים הבאים:

1. שינוי אסטרטגיה טיפולית: ניתן להתייעץ עם הפסיכיאטר/ית לגבי שינוי סוג הטיפול התרופתי (קיימים הבדלים בהשפעה בין סוגי תרופות) או עם הפסיכותרפסט/ית לגבי התאמת הגישה הטיפולית.

2. אשפוז פסיכיאטרי: מצבי דיכאון קשים עלולים להביא לסיכון אובדני ולמצוקה עזה. אשפוז פסיכיאטרי מספק הן הגנה מפני פגיעה עצמית והן קבלת טיפול אינטנסיבי ומקיף על ידי פסיכולוגים, פסיכיאטרים, מרפאות בעיסוק ועוד. בנוסף, האשפוז מסייע במצבי דיכאון ממושכים מאחר והוא גם מספק הפוגה זמנית מהמאבק היומיומי לתפקוד, כך שניתן להתמקד בטיפול בדיכאון.

3. טיפול בנזעי חשמל (ECT) או גרייה מגנטית (TMS): טיפולים אלו ניתנים למטופלים הסובלים מדיכאון עמיד אשר אינו מגיב לטיפול בדרכים אחרות. טיפולים אלו מלווים בסטיגמות קשות וחששות עקב היותם

פולשניים יותר מטיפולים פסיכולוגיים ותרופתיים, אך עדויות רבות מצביעות על יעילותם ובטיחותם, וישנם מטופלים אשר עבורם מדובר בטיפול מציל חיים.

## טיפול ממוקד-אמוציות (EFT) להתמודדות עם דיכאון ודיכאון וחרדה

טיפול ממוקד אמוציות (EFT; emotion-focused therapy) הוא טיפול מבוסס-ראיות המשלב עקרונות של טיפול ממוקד-קליינט עם התערבויות חווייתיות שונות תוך התבססות על ממצאים חדשים ממחקר בסיסי על אמוציות. הנחה מרכזית ב-EFT היא כי אמוציות הן מערכות אדפטיביות שהתפתחו עם השנים על מנת לעזור לנו לשרוד ולשגשג. אמוציות קשורות לצרכים הבסיסיים ביותר שלנו ומדווחות לנו מתי צרכים אלו לא מקבלים מענה. הן מפנות את הקשב שלנו בצורה מהירה למצבים בסביבה החשובים לתפקוד שלנו ומארגנות את הגוף לפעולה מתאימה: כאשר יש גורם מאיים בסביבה (למשל כאשר אנו הולכים ברחוב וחושבים שמישהו עוקב אחרינו), פחד מופעל ומנצח על שורה של תהליכים שמטרתם להכין את הגוף שלנו לפעולה (ברחה או מאבק); כעס מתעורר בדרך כלל כאשר מישהו מפר את גבולותינו ומארגן אותנו להגן עליהם. עצב הוא תגובה לאובדן ומסמן לאחרים שאנחנו זקוקים לניחוח ותמיכה, ואילו בושם מתעוררת בעיקר כאשר המעמד החברתי שלנו נמצא בסכנה.

המטרה המרכזית ב-EFT היא לעזור למטופלים לפתח מודעות לרגשות, לקבל רגשות, לווסת רגשות ולשנות סכמות רגשיות שאינן אדפטיביות על ידי אקטיבציה של רגשות אדפטיביים. שורשיו של הטיפול טמונים בגישה ההומניסטית-חווייתית והוא פותח מתוך מחקרי תהליך בפסיכותרפיה שבדקו כיצד אנשים משתנים במהלך אפיזודות שונות במהלך הטיפול.

בטיפול ממוקד-אמוציות דיכאון קליני מובן כהפרעה רגשית של העצמי. אנשים בדיכאון חווים את עצמם כחלשים, פגומים, חסרי יכולת, ונוטים להאשים את עצמם על מה שהם חווים ככישלונות. כתוצאה מכך הם חווים מגוון רגשות שליליים כמו עצב, חוסר תקווה, חוסר ישע, כעס, חרדה ובושה. בדרך כלל רגשות אלה קשורים בחוויות טראומטיות מן העבר. המטרה המרכזית בטיפול היא להעלות רגשות אלה במהלך הטיפול על מנת שאפשר יהיה לווסת ולעבד אותם. הכוונה ב"להעלות" היא שהסכמה הרגשית צריכה להיות מופעלת, כלומר שהמטופל יחווה רגשות בגוף ולא רק ידבר עליהן. כאשר סכמות רגשיות מופעלות הן ניתנות לשינוי כיוון שהן חשופות למידע אחר כגון חוויות של אישור וקבלה מן המטפל או לרגשות אדפטיביים אחרים. למשל, כאשר רגשות של בושה ונחיתות הקשורים בחוויות של התעללות והשפלה על ידי אחד ההורים עולים במהלך הטיפול ויחד אתם מתעורר כעס על הגבולות שהופרו, או עצב (אבל) על התמיכה והקבלה שלא היו, נוצר מצב רגשי חדש בו המטופל מרגיש יותר חזק ובטוח. תהליכים אלה מתרחשים בדרך כלל בקונטקסט של תרגילים חווייתיים, חלקם לקוחים מגישת הגשטלט, כמו עבודה עם שני כיסאות בפתרון של ביקורת עצמית או עבודה עם כיסא ריק עם רגשות לא פתורים. ליחסים עם המטפל יש משמעות עצומה כיוון שסביבה חמה ומקבלת מאפשרת אקספולרציה של רגשות כואבים ומהווה תהליך מווסת רגשות בפני עצמו.

מספר מחקרים הראו ש-EFT הוא טיפול יעיל מאוד בדיכאון. מחקרים אלו הראו שהטיפול יעיל במידה זהה לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפחתת סימפטומים של דיכאון ויעיל יותר מטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפחתת בעיות בינאישיות. יותר מזה, מספר מחקרים הראו שמידת החוויה של רגשות במהלך הטיפול ועומקו של העיבוד הרגשי הם אלו שמנבאים את הצלחת הטיפול. מחקרים כאלו, אם כן, לא רק מראים שהטיפול יעיל אלא גם מלמדים על המרכיבים המרכזיים החשובים בהצלחת הטיפול. לבסוף, מכיוון שדיכאון היא הפרעה אפיזודית (אנשים הסובלים מדיכאון חווים במוצע 4-5 אפיזודות במהלך החיים כאשר הסיכון לאפיזודה נוספת עולה עם מספר האפיזודות בעבר), חשוב לציין שהאפקט החיובי של הטיפול נוטה להישמר לאורך זמן.

## איך לזהות דיכאון קליני?

כמעט כל אחד מאתנו אמר לעצמו פעם: "אוף, איזה דיכאון!". כולנו חוונו ימים כאלו, כשאנחנו עצובים, חסרי חשק ורק רוצים להישאר מתחת לשמיכה. אך כיצד נוכל לדעת אם זהו רגע של עצבות חולפת, או דיכאון קליני? [דיכאון](#) היא אחת ההפרעות הרגשיות הנפוצות ביותר של תקופתנו, אך לא תמיד קל לזהות אותה,

להכיר בה ולהבחין בינה לבין מצב רוח ירוד. היכרות עם סימנים לדיכאון יכולה לסייע לנו לזהות מתי כדאי לפנות לעזרה.

כיצד אדע אם אני סובלת/מדיכאון קליני?

כדי לבחון האם אתם מתמודדים עם דיכאון קליני, כדאי להכיר את הסימנים לדיכאון. נסו לשאול את עצמכם את השאלות הבאות, בהתייחס להרגשתכם בשבועיים האחרונים:

- האם אתם סובלים ממצב רוח ירוד ומדוכא מרבית שעות היום, כמעט בכל יום?
- האם איבדתם עניין והנאה בפעילויות אשר עניינו אתכם בעבר?
- האם חלו שינויים לא מכוונים ברמת התיאבון שלכם או במשקל גופכם?
- האם שמתם לב/העירו לכם כי אתם זזים לאט או מהר יותר מבעבר?
- האם אתם חשים עייפות מתמשכת וחוסר אנרגיות?
- האם אתם חווים תחושות של אשמה וחוסר ערך?
- האם חלה פגיעה בריכוז שלכם או ביכולתכם לחשוב באופן בהיר?
- האם אתם מוצאים את עצמכם חושבים על מוות או שוקלים לבצע ניסיון התאבדות?

במידה שעניתם בחיוב על השאלה הראשונה, ועל 4 או יותר שאלות נוספות, קיים סיכוי סביר כי אתם מתמודדים עם דיכאון קל או דיכאון קליני (אם אתם מרגישים כי המצב שלכם חמור יותר, יכול להיות שהנכם סובלים מדיכאון פסיכטי). בנוסף, אם אתם חווים ירידה בחשק המיני, מרגישים עצבניים יותר מהרגיל, חווים דאגות רבות או מרגישים פסימיים מאוד, מדובר ב"נורות אדומות" אשר עשויות לרמז על כך שאתם סובלים מדיכאון.

חשוב לציין כי סימנים לדיכאון עשויים להתעורר גם על רקע אירוע קשה משמעותי (פרידה, פיטורים, כישלון, אובדן וכדומה). במקרים רגילים, הסימפטומים יחלפו מעצמם בתוך מספר שבועות. אולם בכל אופן, גם במקרה של אירוע קשה, יש להתייחס אל הסימנים לדיכאון באופן רציני ולבחון האם חל בהם שיפור לאורך זמן, או שמא הם משתמרים או אף מחמירים. אם הסימפטומים לא חולפים תוך שבועות ספורים, כדאי לפנות לקבלת טיפול בדיכאון.

מהן דרכי הטיפול בדיכאון קליני?

במידה שזהיתם כי קיים סיכוי סביר שאתם סובלים מדיכאון קליני, מומלץ לפנות לקבל טיפול בדיכאון בהקדם האפשרי. פנייה מוקדמת לטיפול חיונית למניעת התקבעותו של המצב הדיכאוני וכניסה ל"מעגל קסמים שלילי" במסגרתו הדיכאון מביא לייאוש, פסימיות וחוסר כוחות להנעת שינוי, אשר מזינים בתורם את הדיכאון, וחוזר חלילה.

כיום קיימות שיטות רבות של טיפול בדיכאון. המחקר מצביע כי שילוב בין טיפול תרופתי באמצעות תרופות נגד דיכאון לבין פסיכותרפיה מביא בדרך כלל לתוצאות הטובות ביותר. פסיכותרפיה היא שם כולל למגוון של טיפולים בשיחות. ישנם מספר סוגים של פסיכותרפיה אשר מתאימים ויעילים לטיפול בדיכאון:

**טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT):** טיפול התנהגותי-קוגניטיבי הוא טיפול ממוקד וקצר-מועד (אשר כולל לרוב 8-16 פגישות), המדגיש את הקשר בין דפוסי חשיבה והתנהגות לבין היווצרות ושימור הדיכאון. במסגרת הטיפול מושם דגש על שינוי דפוסי חשיבה מזיקים ועל הפעלה התנהגותית (אקטיבציה התנהגותית), אשר משמעותה הנעה ועידוד של המטופל לבצע פעילויות מתגמלות ומהנות, במטרה לשבור את "מעגל הקסמים השלילי" של הדיכאון.

**טיפול דינמי:** טיפול פסיכודינמי הינו טיפול בשיחות, אשר לרוב נמשך בין חודשים לשנים. במהלך הטיפול המטפל והמטופל חוקרים במשותף את הגורמים הנפשיים ואת אירועי החיים אשר הובילו להתפרצות הדיכאון ולשימור שלו. טיפול דינמי מבקש ליצור שינוי עמוק במנגנונים הנפשיים של האדם, ומתמקד במקביל בעבר, בהווה ובעתיד של המטופל.

**תרפיה בין-אישית (IPT):** לפי הגישה הבין-אישית, דיכאון לא רק מוביל לקשיים בין-אישיים, אלא פעמים רבות גם נובע מהם. במסגרת תרפיה בין-אישית, מושם דגש על קשרים בין-אישיים מזיקים או בלתי פתורים (כמו קושי במערכות יחסים, פרידה מאדם משמעותי ועוד). הטיפול הבין-אישי הוא טיפול קצר מועד (אשר כולל 12

פגישות בדרך כלל), במסגרתו לומד המטופל מיומנויות חברתיות אדפטיביות אשר יסייעו לו להביע את רגשותיו ולשפר את מערכות היחסים בחייו, וכתוצאה מכך להשיג הקלה בדיכאון.

במקרים חמורים של דיכאון עמיד במיוחד (אשר לא מגיב לטיפול תרופתי או פסיכותרפיה) יתכן כי פסיכיאטר ימליץ לפנות ל**טיפול בנזעי חשמל**. הטיפול בנזעי חשמל מתבצע בהרדמה מלאה, ובמסגרתו מוזרם זרם חשמלי אל מערכת העצבים המרכזית. כ-70% מהמטופלים אשר סבלו מדיכאון עמיד לתרופות ולטיפול פסיכולוגי חוו הקלה בסימפטומים לאחר טיפולים בנזעי חשמל.

**זכרו**, דיכאון הוא מצב מאתגר אשר מסב קושי רב ומצוקה. יחד עם זאת, ניתן לטפל בו באופן יעיל ולהשיג הקלה משמעותית וחזרה לחיים מלאים ומספקים. לכן, אם אתם מזהים סימנים לדיכאון, אל תהססו לפנות לעזרה מקצועית.

## טיפול בדיכאון - Therapy for Depression

דיכאון הנו מצב נפשי המתבטא בשינויים רגשיים, פיזיים ותפקודיים. הוא עשוי להופיע בדרגות חומרה משתנות, לאורך כל שלבי החיים (כבר בילדות ובמהלך ההתבגרות), ולהשפיע הן על האדם עצמו והן על הסביבה הקרובה שלו. הבשורה החיובית היא שבדיכאון בהחלט אפשר לטפל - השיטות המובילות לטיפול בדיכאון יכולות להביא להקלה משמעותית וארוכת טווח, בעיקר כאשר פונים אליהן בתזמון הנכון ובוחרים בערוץ המתאים ביותר למטופל ולנסיבות הספציפיות שלו.

מתי כדאי לטפל בדיכאון?

**דיכאון** הנה אחת ההפרעות השכיחות ביותר בעולם המערבי, ולפי דיווחים שונים מתמודדים עמה כ-15% מתוך כלל האוכלוסייה. ישנם סוגים שונים של דיכאון, המופיעים גם בתור אבחנות קליניות ב-DSM (מדריך האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי), וביניהם **דיכאון קליני** ("דיכאון מז'ורי") או דיכאון אחרי לידה. המשותף לכלל סוגי הדיכאון הוא הופעתם של סימפטומים דומים, דוגמת ירידה במצב הרוח, תחושת חוסר עניין והנאה, עייפות, תחושת חוסר ערך, אכילה או שינה לא מאוזנות, מחשבות חוזרות על מוות ועוד.

פנייה לטיפול נפשי מומלצת לכל מי שמרגיש כי הדיכאון משפיע על חייו - בין אם בצורה קלה או חמורה, באופן נקודתי או ממושך, עם סיבה ברורה הנראית לעין (משבר פתאומי, אירוע חיים קשה) אך גם בהעדרה. אנשים רבים נוהגים להקל ראש במצבם הרגשי, ולפנות לטיפול רק כאשר הדיכאון מוביל לפגיעה משמעותית בתפקוד - למשל כאשר הם מתקשים לצאת מהמיטה בבוקר או מנתקים את כל הקשרים החברתיים הקרובים שהיו להם בעבר. חשוב לציין כי גם מצוקה רגשית העומדת בפני עצמה, ללא פגיעה בתפקוד, היא סיבה טובה לפנות לטיפול. אדם אשר מרגיש כי חלק ניכר מימיו מלוות אותו תחושות של עצבות, ייאוש, אשמה וחוסר אונים יוכל בהחלט להיעזר בטיפול בדיכאון.

ככל שמצב הסימפטומים יותר חמור והמצב המדובר נמשך לאורך זמן, כך לרוב גוברת גם המצוקה של האדם ועמה נפגעת גם יכולת התפקוד שלו. במצבים שכאלה הפנייה לטיפול בדיכאון מומלצת במיוחד, הן לשם מניעת הדרדרות נוספת והן כדי להקל על האדם הסובל ועל סביבתו הקרובה.

השיטות המובילות לטיפול בדיכאון

### טיפול פסיכודינמי

טיפול בדיכאון באמצעות **פסיכותרפיה** דינמית מסתמך על ההנחה כי חלק ניכר ממצוקות ההווה נובע מקשיים אשר התרחשו בעבר, בתקופת הילדות, לרוב מול הדמויות ההוריות. לדוגמא, דיכאון עשוי לבטא קושי בהתמודדות עם נטישה רגשית או פיזית של הורה בגיל מוקדם. טיפול בדיכאון בגישה דינמית שואף להפוך את תכני העבר לזמינים, ולסייע למטופל להבין ולעבד אותם. זאת מתוך הנחה כי תובנות חדשות שיעלו בטיפול, בצד הקשר המשמעותי שיכול להיווצר עם המטפל, יקנו למטופל חופש לנהוג ולהרגיש אחרת. פסיכותרפיה דינאמית הנה במקור טיפול ארוך טווח, כאשר כיום קיים גם טיפול דינאמי קצר מועד.

### טיפול קוגניטיבי-התנהגותי

**טיפול קוגניטיבי-התנהגותי לדיכאון** מהווה את אחת הגישות הטיפוליות המובילות כיום לטיפול בהפרעה. בדומה לטיפול CBT באופן כללי, מדובר בטיפול קצר וממוקד אשר מכוון להקלה בסימפטומים, וזאת דרך שילוב של עבודה קוגניטיבית ועבודה התנהגותית. בטיפול מתמקדים באיתור המחשבות האוטומטיות השליליות של המטופל ובהטיות החשיבה אשר מגבירות ומשמרות אותן, תוך ניסיון להראות למטופל כיצד דפוסי חשיבה אלו מזיקים לו ואינם מייצגים נאמנה את המציאות. במקביל להצעת חלופות חיוביות וגמישות יותר, המטפל והמטופל מגבשים יחדיו "תכנית פעולה" שנועדה להפחית את ההימנעות ולהגביר את רמת העיסוק של המטופל בפעילויות רצויות, כאלה שהן בעלות משמעות או מסבות לו הנאה.

### טיפול בגישה בין-אישית

**טיפול בדיכאון בגישה הבין-אישית (IPT)** מבקש להביא לשינוי בסימפטומים באמצעות התמקדות באופן שבו האדם מתפקד במסגרת מערכות היחסים שלו. זהו טיפול ייחודי מקבוצת הטיפולים הקוגניטיביים-התנהגותיים (CBT). לעומת פסיכותרפיה דינאמית ופסיכותרפיה קוגניטיבית-התנהגותית קלאסית, המתמקדות בתהליכים תוך-נפשיים, טיפול בדיכאון בגישה זו מנסה לקדם שינויים בזירה הבין-אישית. זאת מתוך הנחה כי חוויות של הצלחה בקשרים, למשל שיפור מידת האמון, הקירבה והדדיות, יקלו באופן דרמטי על הדיכאון.

### טיפול תרופתי

במקרים בהם הסימפטומים הדיכאוניים מסבים לפרט מצוקה נפשית רבה ופוגעים בתפקוד שלו, תיתכן הפניה להערכה של פסיכיאטר. טיפול בדיכאון באמצעות **תרופות נוגדות-דיכאון** יכול להקל על הסימפטומים הדיכאוניים באמצעות שינוי האיזון של חומרים נוירו-כימיים במוח אשר נמצאו קשורים להתפתחות ההפרעה. חשוב לציין כי ההשפעה של הטיפול התרופתי איננה מיידי, והוא מתחיל להשפיע רק כעבור מספר שבועות.

### אשפוז פסיכיאטרי

בחלק מהמקרים, הפגיעה בתפקוד יכולה להיות חמורה ונרחבת עד כדי כך שיומלץ לאדם המדוכא על אשפוז פסיכיאטרי. מי שאינו מסוגל לדאוג לצרכים הבסיסיים של עצמו (לצאת מהמיטה בבוקר, להתקלח, לאכול) יכול לקבל את המעטפת התמיכתית הנדרשת שתעזור לו לחזור את אט לרמת תפקוד גבוהה יותר. בנוסף, ניתן להמליץ על מסגרת של אשפוז פסיכיאטרי במצבים בהם מופיעים כוונה אובדנית ברורה או אלמנטים פסיכוטיים המסכנים את האדם או את קרוביו.

כיצד בוחרים את הטיפול המתאים?

כאשר בוחרים את הערוץ המתאים ל**טיפול בדיכאון**, מומלץ להתחשב בדרגת החומרה שלו. כאשר לא מדובר בדיכאון חריף, כדאי להתחיל את הטיפול באחת מגישות הפסיכותרפיה שהוזכרו. טיפולים אלו מקנים לאדם כלים להמשך הדרך ועוזרים להתמודד עם מקורות הדיכאון. כאשר מדובר בדיכאון ברמה חמורה אשר מסב לפרט מצוקה רבה שפוגעת מאוד בתפקודו, מומלץ לשלב לצד פסיכותרפיה גם טיפול תרופתי, שכן הוא לרוב מביא להקלה מהירה (בטווח של מספר שבועות או חודשים בודדים).

כדאי כמובן להתאים את האפיק הטיפולי שנבחר גם אל הגיל של המטופל, ולהכיר שקיימות גישות ספציפיות גם ל**טיפול בדיכאון אצל ילדים** או אצל מתבגרים.

בדומה לטיפול בהפרעות אחרות, מלבד דיכאון, גם כאן חשוב לזכור כי קיימים משתנים רבים אשר משפיעים על מידת ההצלחה של הטיפול. העדר שיפור או הקלה במצב גם לאחר טיפול באחת הגישות שהוזכרו כאן - אין משמעם שהכל אבוד. כך למשל, חלק מהסובלים מדיכאון מפגינים את מה שנקרא "**דיכאון עמיד**", כלומר דיכאון שאינו מגיב לטיפול התרופתי המקובל - אך ניתן לטיפול בצורות אחרות. במקרים כאלה מומלץ לפנות להתייעצות עם גורם מקצועי מוסמך כמו **פסיכולוג קליני** או פסיכיאטר ולבחון אפיקי טיפול חלופיים.

## הפרעת דיכאון - Childhood Depression - אצל ילדים

בעבר נהוג היה לחשוב שהפרעת דיכאון אצל ילדים אינה קיימת בפני עצמה, אך יכולה להתלוות להפרעות אחרות כמו פוביות, הפרעות התנהגות ועוד. [פריד](#), אבי הפסיכואנליזה ומי שפיתח את התפיסה הפסיכודינמית של דיכאון בקרב מבוגרים, האמין שילדים ומתבגרים הם בעלי אישיות לא מגובשת דיה ולכן לא יחוו דיכאון. מלאני קליין כתבה אומנם על "[העמדה הדיכאנית](#)" בקרב ילדים, אך התייחסה לעמדה זו כחלק ממהלך ההתפתחות הנורמאלית (מתארת מצב של השלמה אינטגרטיבית גם עם ההיבטים השליליים שבמציאות).

כיום קיימת הבנה כי הפרעות מצב רוח יכולות להופיע בקרב ילדים, מתבגרים ואפילו תינוקות. יחד עם זאת, קיים שוני באבחון הפרעות אצל ילדים בהשוואה לאבחון אותן הפרעות אצל מבוגרים. שוני זה נובע ממספר מקורות, ובראשם העובדה שתסמיני ההפרעה מושפעים מגילו של המטופל ויכולים להציג "מופע" אחר בילדות ובבגרות. סיבה נוספת הנה שיכולת הדיווח של ילדים על תחושותיהם ומצב רוחם שונה מזו של מבוגרים ומתפתחת עם הגיל, כך שילד מדוכך יכול למשל לדווח להוריו כי הוא כועס או עצבני במקום להצליח לשתף כי מרגיש עצוב או מיואש.

אבחנה לפי ה-DSM-5

בעבר, נהגו לראות את הפרעת הדיכאון בילדות כהפרעה נפרדת מדיכאון במבוגרים, אך תפיסה זו הולכת ונעלמת. כך, ב-DSM-5 (ספר האבחנות הפסיכיאטריות), הוצאה האבחנה הנפרדת לדיכאון אצל ילדים. אבחון הפרעת דיכאון מז'ורי בילדים מתבצע באמצעות [הקריטריונים המשמשים לאבחנת דיכאון אצל מבוגרים](#), בתוספת הערות המתאימות למאפייני ההפרעה כאשר היא מופיעה בילדות.

איך מזהים דיכאון אצל ילדים?

מכיוון שילדים יותר קשה לזהות את התחושות שלהם ולשתף בהן - חשובה במיוחד תשומת הלב של המבוגרים בסביבתם הקרובה לשם זיהוי מצב נפשי של דיכאון בילדות. הורים, סבים וסבתות, אחים גדולים וכמובן גם צוות חינוכי יכולים לשים לב לשינויים משמעותיים במצב הרוח של הילד ובראשם עצבנות, חוסר שקט, פרצי בכי ודכדוך. הסימפטומים הדיכאוניים יכולים ללוש גם אופי פסיכוסומטי, ולבוא לידי ביטוי בתלונות מרובות על כאבים גופניים.

לצד זאת, נורת אזהרה מרכזית הנה אובדן עניין בתחביבים ופעילויות שבעבר הסבו הנאה רבה, בעיקר כאשר מדובר בירידת עניין פתאומית וגורפת (למשל - הילד לא רוצה ללכת לאף אחד מהחוגים שלו, נמנע מפעילויות חברתיות ומבילוי זמן איכות חופשי עם משפחתו). כדאי להיות ערים גם לאמירות המבטאות ייאוש ותחושות שליליות קשות של הילד כלפי עצמו וכלפי העולם, כמו "הלואי וכל זה ייגמר" "אני רוצה פשוט להיעלם" או "לא לקום יותר אף פעם בבוקר".

כמה נפוץ דיכאון בילדות?

באשר לשכיחות של דיכאון בילדות, מתוך האוכלוסייה הפסיכיאטרית כ-20% מהילדים סובלים מדיכאון, לעומת כ-40% מהמבוגרים (הפרעות במצב הרוח נפוצות יותר עם העלייה בגיל). בקרב ילדים בגיל בית הספר, כ-2% סובלים מדיכאון מז'ורי, והתופעה שכיחה יותר בקרב בנים. לעומת זאת בגיל ההתבגרות ישנו היפוך מגדרי והתופעה הופכת שכיחה יותר בקרב מתבגרות. ילדים רבים הסובלים מדיכאון סובלים גם מהפרעות נפשיות אחרות כגון הפרעות התנהגות, הפרעת חרדה מוכללת, הפרעות אכילה וכן התמכרות לחומרים. במרבית המקרים, הטיפול בדיכאון ישפיע לחיוב ויקדם גם את ההחלמה וההתמודדות עם יתר הקשיים הנפשיים עמם מתמודד הילד.

גורמים לדיכאון אצל ילדים

בדומה למרבית ההפרעות הנפשיות, קיימים מספר גורמים אשר נמצאו כקשורים גם להתפתחות של דיכאון בילדות:

**גורמים גנטיים וביולוגיים**

ככל שההפרעה הדיכאנית פורצת בגיל מוקדם יותר כך עולה הסבירות לכך שיש לה מרכיב גנטי דומיננטי. במקרים אלו, על פי רוב, דיכאון מהווה בעיה נפשית שקיימת באותה משפחה. כך למשל, אחוז גבוה יותר של ילדים להורים דיכאוניים סובלים מדיכאון, בהשוואה לילדים שהוריהם אינם דיכאוניים. מעבר לכך, ייתכן כי קיים

קשר בין הורמון הגדילה לבין הפרעת דיכאון אצל ילדים. נמצא כי ילדים הסובלים מדיכאון לפני תקופת ההתבגרות המינית מפרישים יותר הורמון גדילה בשנתם מאשר ילדים בריאים או בעלי הפרעות אחרות.

## גורמים סביבתיים

ילדים נתונים במידה רבה לגורמי לחץ בסביבתם. נסיבות חיים קשות כמו מריבות כרוניות בקרב בני המשפחה, אבל (ובפרט אובדן של הורה בגיל צעיר), אסון במשפחה, התעללות פיזית או התעללות מינית קשורות לדיכאון בקרב ילדים, אך הן אינן ייחודיות להפרעת דיכאון ויכולות לגרום גם להפרעות אחרות כגון [הפרעות חרדה](#) או פוסט-טראומה. בנוסף, דיכאון של אחד ההורים עלול להשפיע על התפקוד של אותו הורה בבית ועל יחסיו עם הילד, מה שבתורו משפיע כמובן גם על מצב הרוח של הילד.

## גורמים פסיכולוגיים

אחד המודלים הפסיכולוגיים אשר מוצע כהסבר להתפתחות הפרעת דיכאון בקרב ילדים הוא "[מודל חוסר האונים הנרכש](#)". מודל זה פותח בעקבות ניסויים בבעלי חיים, שהגיבו בתסמינים הדומים לדיכאון כשנחשפו לשוק חשמלי שלא היה נתון לשליטתם ולא היתה להם דרך להימלט ממנו. מצב זה עלול ליצור תחושה של חוסר אונים, וייחוס פנימי של כישלון - כלומר, הילד לומד להסביר לעצמו מצבים קשים בעולם באמצעות סיבות פנימיות ("הפסדתי במשחק כי אני לא שווה כלום" או "נכשלתי במבחן כי אני טיפשה"). סגנון קוגניטיבי זה, המאופיין במחשבות שליליות, משתנה עם ההחלמה מהדיכאון.

מעבר לכך, נראה כי ילדים בעלי נטייה מוגברת לתלות בזולת וכן נטייה לפרפקציוניזם המלווה בביקורת עצמית גבוהה יותר מועדים לפתח מצב של דיכאון בילדות. עבור ילדים אלו, נסיבות חיים מסוימות יגדילו את הסיכוי להתפרצות ההפרעה - למשל מריבה גדולה עם חבר קרוב או חרם בקבוצת השווים עבור ילד עם נטיות תלותיות, או לחלופין, קושי להתמודד עם כישלון בקרב ילדים פרפקציוניסטים שגדלים במשפחות הישגיות, שאפתניות וביקורתיות (בין אם זה בלימודים, בספורט או בכל תחום אחר).

איך אפשר לטפל בדיכאון אצל ילדים?

תקופות קצרות של עצבות או דכדוך הן חלק רגיל מהחיים, גם בקרב ילדים. כאשר מדובר בתקופה קצרה והסימפטומים הדיכאוניים לא מופיעים בעוצמה חריגה - עידוד ותמיכה בילד מצד בני משפחתו יכולים להועיל ואף להספיק כדי לשנות את המצב. לעומת זאת, כאשר הסימפטומים בולטים בעוצמתם, גורמים למצוקה ניכרת או פגיעה בתפקוד וכן נמשכים לאורך זמן - מומלץ וחשוב לפנות לקבלת [טיפול מותאם לדיכאון אצל ילדים](#).

## טיפול נפשי

ישנם סוגים שונים של התערבויות פסיכולוגיות שיכולות לסייע לילד ולמשפחתו במצבי דיכאון בילדות ובהתבגרות, וביניהם [טיפול קוגניטיבי-התנהגותי](#) (CBT), טיפול פסיכודינמי וכן טיפול משפחתי המערב את יתר בני המשפחה. בחלק מהמקרים, גם [הדרכת הורים](#) יכולה להיות נחוצה ומועילה, וזאת לצד הטיפול הפרטני בילד.

המוקד לעבודה משתנה בהתאם לסוג הטיפול ולמקרה הספציפי של הילד. כך למשל, טיפול בגישה קוגניטיבית-התנהגותית יתמקד בשינוי דפוסי החשיבה השליליים של הילד (מתן דגש מוגזם לכישלונות וייחוס פנימי שלהם, "אני אשם וזה בגללי") לצד החזרה לרמת התפקוד הקודמת, בין אם זה לימודית או חברתית. מכיוון אחר, טיפול פסיכודינמי מתמקד בעולמו הפנימי של הילד תוך ניסיון להבין ולהביא לידי ביטוי את המצוקות והתחושות הקשות שמלוות אותו בחייו (למשל דרך טכניקה של טיפול במשחק).

## תרופות פסיכיאטריות

הטיפול התרופתי הנפוץ בקרב ילדים הסובלים מדיכאון או באמצעות נוגדי דיכאון ממשפחת ה-SSRI (דוגמת פרוזק). תרופות אלו מעלות את רמת הסרוטונין במוח, נירטרנסמיטור אשר אחראי בין היתר לוויסות רגשי. ככל טיפול תרופתי, גם הטיפול הפסיכיאטרי בקרב ילדים דורש מסגרת של ייעוץ וליווי פסיכיאטרי. דבר זה נכון ביתר שאת בגילאים צעירים, שכן נטילת התרופות עלולה להשפיע על מדדים פיזיולוגיים שונים ולכן דורשת מעקב.

# דיכאון בגיל ההתבגרות: גורמים ודרכי טיפול

תקופת גיל ההתבגרות זכורה כמעט לכל אחד מאיתנו כתקופה מאתגרת, לעיתים אפילו סוערת או קשה. טריקת דלתות, ריבים עם ההורים והסתגרות הם רק חלק מהמאפיינים שניתן לזהות בקלות אצל מתבגר או מתבגרת טיפוסיים. למרות זאת, בחלק מן המקרים, מה שנראה כמו חלק מסממני הגיל מסתיר מאחוריו התמודדות עם דיכאון, הפרעה אשר הופכת נפוצה יותר ויותר בקרב מתבגרים.

למעשה, כ-**15-20% מהמתבגרים מתמודדים עם דיכאון לאורך תקופת גיל ההתבגרות**, נתון אשר נמצא במגמת עלייה בשנים האחרונות, ובמיוחד לאור משבר הקורונה. במקרים חמורים דיכאון אף עשוי להוביל לאובדנות, שהיא אחד מגורמי המוות השכיחים ביותר בגיל ההתבגרות.

לרוע המזל, לא קל לזהות דיכאון בגיל ההתבגרות ולא קל לטפל בו. לכן, בכתבה זו נביא מספר דגשים והמלצות להורים מודאגים.

למה דווקא עכשיו?

• **רצון לעצמאות:** בתקופת גיל ההתבגרות, מתחילים נערים ונערות לנסות ולגבש זהות עצמאית משל עצמם. כחלק מהרצון להוכיח שהם "מסוגלים לבד", פעמים רבות מתנתקים מתבגרים ממערכות התמיכה הקרובות (משפחה, מורים וכדומה) ובחרים שלא להיעזר בהן בעת הצורך. הדבר עשוי ליצור חוויה של מצוקה ובדידות, שנובעת מהקונפליקט "האם להתגבר לבד ולהרגיש 'מבוגר', או לפנות לעזרה ולוותר על הניסיון לעצמאות?"

• **השתלבות בין אישית:** כחלק מהמעבר מילדות לבגרות, קבוצת בני גילו של המתבגר הופכת למשמעותית במיוחד עבורו. קבלה ואהדה מצד חברים, מבססת את תחושת השייכות והזהות העצמית, את הנפרדות מההורים ואת החוויה הבסיסית של יכולת להיות נאהב ורצוי. אם המתבגר אינו מוצא את מקומו בחברה, ובמיוחד כאשר הוא חווה דחייה של ממש, הדבר מהווה גורם סיכון להתפתחות של דיכאון.

• **התפתחות בתחום המיני:** מיניות מהווה נושא רגיש אשר עשוי לעורר במתבגרים מצוקה רגשית. הדבר יכול לנבוע מתחושות אשמה וחרדה המופיעות בתגובה להתעוררות הדחפים המיניים, במיוחד כאשר המתבגר חש כי מיניותו אינה תואמת את הערכים עליהם התחנך. לחילופין, גם בלבול, חשש או חוסר קבלה כלפי נטייה מינית, מציבים אתגרים רגשיים מורכבים אשר עלולים לתרום להתפתחות דיכאון.

• **גיבוש זהות:** בניסיון למצוא תשובה לשאלה "מי אני?", עוברים מתבגרים תהליכים מטלטלים. לאורך גיל ההתבגרות המתבגר פוגש לא פעם שאלות מכאיבות הנוגעות לאופיו וליכולותיו, ונפגש עם ציפיות מוגברות מצד החברה וההורים לאור התבגרותו.

דיכאון אצל מתבגרים – איך זה נראה?

דיכאון קליני הוא מצב נפשי מורכב, אשר לעיתים קרובות מופיע לראשונה במהלך גיל ההתבגרות ומשפיע על רגשות, מחשבות, חוויית העצמי, התנהגות ויחסים בין אישיים של האדם, כמו גם על מצבו הגופני ועל תחושת הסיפוק הכללית שלו מהחיים. תסמינים של דיכאון כוללים **שינויים בדפוסי השינה והתיאבון, מצב רוח ירוד, תחושת חוסר ערך, קשיי ריכוז ועוד**.

גם אם זה נשמע לכם מוכר – לא כדאי להיבהל מיד, שכן מתבגרים רבים מפגינים התנהגות טבעית לגילם אשר עשויה להתפרש כדיכאונית. זו בדיוק הסיבה לקושי בהבחנה בין משבר חולף של גיל ההתבגרות לבין התנהגות שמצביעה על דיכאון של ממש. בנוסף לכך, **נטייתם של מתבגרים רבים להכחיש ולהסתיר את תחושותיהם מפני הוריהם**, מקשה גם היא על הזיהוי.

אז איך אפשר לדעת? במידה ובקרב ילדכם מופיעים כמה מן המאפיינים הבאים, כדאי לשוחח על הנושא עם ילדכם ובמידת הצורך אף לפנות להתייעצות עם איש מקצוע:

- מצב רוח מדוכא במיוחד במרבית שעות היום, לצד ירידה בולטת בהנאה מפעילויות שבעבר היו מהנות או נשירה ממסגרות שהיו חשובות בעבר (תחביבים, תנועת נוער).

- שינויים קיצוניים במשקל.

- ירידה לימודית לא מוסברת, היעדר מוטיבציה ללמוד והיעדרויות מבית הספר.

- התנהגות אגרסיבית, שימוש בסמים ואלכוהול, עבריינות ועוד.

- שינויים משמעותיים בדפוסי השינה כמו שינה מופרזת, שבאה על חשבון בילוי עם חברים ופעילויות פנאי, או לחילופין קשיי שינה, שלעיתים יתבטאו בישיבה מול המחשב והטלוויזיה בשעות הקטנות של הלילה.

- ירידה בפעילות החברתית, למשל כאשר המתבגר יוצא פחות, מקבל פחות טלפונים.

זה נראה כמו דיכאון – מה עושים?

**לא מחכים:** דיכאון ממושך נוטה לפגוע בדימוי העצמי ובכוחות, ולהתקבע כחלק מהתפיסה העצמית שמתעצבת בשנות גיל ההתבגרות. לכן, גם אם יש לכם רק חשד לקיומו של דיכאון מוטב לפעול בהקדם ולפנות ל**ליעוץ** מקצועי או לטיפול.

**אל תתביישו לשאול:** הורים רבים חוששים להעלות את אפשרות הדיכאון בפני המתבגר. למרות זאת, כדאי לשקף למתבגר מה אתם רואים ולשאול ישירות על חווייתו ("שמנו לב שבזמן האחרון אתה נראה פחות שמח ומרבה לישון, ותהינו אם אתה מרגיש פחות טוב לאחרונה?"). כדאי לקחת בחשבון שמתבגרים רבים מכחישים את דיכאונם, ובהתאם להזמין את המתבגר לשתף בתחושותיו בהמשך ולהישאר "עם היד על הדופק".

**אל תגידו לו "לצאת מזה":** אף אחד לא נהנה להיות בדיכאון, ואם הוא היה יודע לצאת מזה בעצמו היה עושה את זה. אמירות שכאלו עשויות לעורר תחושות של אשמה ובושה.

**זכרו שהוא זקוק לכם:** גם אם זה לא נראה כך, המתבגר זקוק לכם גם (ובמיוחד) עכשיו. המשיכו להתעניין, לשתף בדאגתכם ולהזמין לבילויים משותפים גם אם נתקלתם בדחייה.

**אל תוותרו על עזרה מקצועית גם אם המתבגר מסרב:** מתבגרים רבים מסרבים להיעזר בטיפול פסיכולוגי מאחר והם חוששים מהסטיגמה, מההכרה בקיומה של בעיה ומהתמסרות לקשר טיפולי. למרות זאת, חשוב שלא לוותר על סיוע מקצועי, וניתן גם להיעזר ב**הדרכת הורים** שתסייע לכם לתמוך במתבגר ולקדם את המוטיבציה שלו לטיפול.

## דיכאון כרוני והטיפול בו - סקירת מערכת

בעשורים האחרונים הולכים ומתרבים השיטות והמודלים הטיפוליים למצבים דכאוניים, אך מצבי דיכאון כרוני מעמידים גם בפני מטפלים מנוסים אתגרים משמעותיים. דכאון כרוני מזוהה עם עלייה בבעיות הבריאות, הגברת הסיכון להפרעות רגשיות נוספות, פגיעה בתפקוד התעסוקתי, החברתי והמשפחתי, סיכון אובדני גבוה יותר ואשפוזים רבים יותר ביחס ללוקים בדיכאון שאינו כרוני. לצד סיכונים והשפעות קשות אלו, קיימים מאפיינים ייחודיים אשר מקשים על הטיפול בדיכאון הכרוני.

דיכאון כרוני- מאפיינים וגורמי סיכון

כ-20% מהאנשים אשר סבלו מאפיזודה של דיכאון מג'ורי מפתחים דיכאון כרוני אשר נמשך בממוצע עשרים שנים, כאשר הספרות הקלינית מבחינה בין חמישה סוגי דיכאון כרוני מרכזיים:

- התקף יחיד מתמשך של דיכאון מג'ורי (קליני).
- התקפים חוזרים של דיכאון מג'ורי עם רמיסיה מלאה ביניהם.
- התקפים חוזרים של דיכאון מג'ורי ללא רמיסיה מלאה ביניהם.
- דיסטמיה- תסמינים דכאוניים מתונים ביחס לדיכאון המג'ורי, הנמשכים שנתיים ומעלה.
- דיכאון כפול - דיסטמיה והתקפים חוזרים של דיכאון מג'ורי ללא רמיסיה מלאה ביניהם.

Hölzel et Al (2011) זיהו באמצעות מטא-אנליזה מקיפה מספר גורמי סיכון להתפתחות אפיזודה דכאונית למצב של דיכאון כרוני ובהם גיל צעיר בעת האפיזודה הדכאונית הראשונה, אפיזודה דכאונית ממושכת,

הפרעות מצב רוח במשפחה, שייכות חברתית נמוכה, הפרעות פסיכיאטריות נוספות (חרדה, הפרעות אישיות), שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים ורמות דיכאון לא אקוטיות.

ניתן להבין את התבססות הדיכאון כחלק אינטגרלי מהאישיות גם מפרספקטיבות פסיכו-דינמיות שונות.

**מפרספקטיבת פסיכולוגיית האגו** ניתן לומר כי הדיכאון מייצג מנגנון הגנה אשר ייתכן והיה אדפטיבי ויעיל בתקופת חיים מסוימת אך "אומץ" והתקבע לאורך השנים עד שהפך למרכיב בלתי נפרד מהאישיות. בהתאם, הטיפול על פי פסיכולוגיית האגו יכלול הגברת מודעות ויצירת תובנה לשימוש הבלתי אדפטיבי במנגנון ההגנה הדכאוני.

**גישת יחסי האובייקט** תדגיש את תפקיד תבניות קשר מוקדמות ביצירת הדיכאון. גישה זו מניחה את קיומם של תהליכי הפנמה והזדהות של הסובייקט עם האובייקט. באמצעות תהליכים אלו מתעצבים ערכיו, אמונותיו, תפיסתו העצמית ואישיותו של הפרט, וכאשר דמות הורית משמעותית נחוות כדיכאונית או כתופסת את הסובייקט כחסר ערך וחסר אנרגיה מופנמות תפיסות אלו של האחר והופכות לחלק מהאישיות. מעבר להפנמה של דמות משמעותית זו, עשויים להתעורר קשיים משמעותיים בפרידה מ"העצמי הדכאוני" מאחר ויותר זה עשוי להחוות כויתור על הקשר עם האובייקט המשמעותי. הטיפול על פי גישת יחסי האובייקט יתבסס על הגברת המודעות ויצירת תובנה לתפקיד היחסים הבין אישיים בעבר ובהווה ביצירת הדיכאון, לצד התמקדות ביחסים הנרקמים בחדר הטיפוליים.

**התבוננות מפרספקטיבה של גישות אינטר-סובייקטיביות** תציע כי דיכאון "זהותי" נוצר ומשתמר על בסיס התקבעות קונפיגורציות יחסים דיכאונית-מדכאת אשר מצויה בדיסוציאציה מקונפיגורציות יחסים אחרות אשר הופנמו לאורך החיים. הטיפול על פי גישה זו יתבסס, בדומה לגישות הקודמות, על הגברת המודעות והתובנה לגורמים לדיכאון ובו זמנית- על יצירת ערוצי קשר לקונפיגורציות בינאישיות נוספות באמצעות ההתנסות באינטראקציה הטיפולית.

טיפול בדיכאון כרוני

et Al Cuijpers (2010) ערכו מטא-אנליזה של מחקרים העוסקים בטיפול בדיכאון כרוני ומצאו כי פסיכותרפיה יעילה לטיפול בדיכאון כרוני אך השיפור המושג, למרות היותו מובהק, אינו גדול בהשוואה לשיפור שחל במצב של קבוצות הביקורת. כמו כן, נמצא כי השינוי בטיפול בדיכאון כרוני מותנה בקיומן של 18 פגישות לפחות וכי הטיפול יעיל לסובלים מטראומות ילדות אך בלתי יעיל עבור מטופלים המתקשים ביצירת קשר ונוטים להמנע ממנו. טיפול תרופתי (SSRI בפרט) נמצא יעיל יותר מפסיכותרפיה ובפרט למצבים דיסטימיים, כאשר טיפול תרופתי המשולב עם פסיכותרפיה יעיל יותר מטיפול תרופתי או פסיכותרפיה בפני עצמם.

התבוננות במאפיינים הייחודיים לדיכאון הכרוני ובהיבטים הפסיכו-דינמיים להתקבעותו מצביעה על הקשיים הייחודיים בטיפול בו. הקושי המשמעותי המתעורר בטיפול בדיכאון כרוני, ובפרט דיכאון כרוני הכולל רכיב דיסטימי, הוא הפיכת הדיכאון לחלק מהזהות ומתפיסת העצמי. הדיכאון הכרוני "מציע" למטופל תבנית חיים כוללת המבנה את התפיסות והתחושות סביב נושאים של אשמה, נוקשות, משמעות וערך עצמי. פרידה מתבנית זו כרוכה בתחושות קשות של ריקנות, אשמה, אובדן דרך והיעדר משמעות ולכן מטופלים רבים מתקשים לוותר עליה, על אף הסבל בו היא כרוכה.

כמו כן, et Al Kriston (2010) מציעים כי בשונה ממטופלים המתמודדים עם התקף דיכאון יחיד או כאלו המופיעים לאחר תקופות ארוכות של רמיסיה, מטופלים הסובלים מדיכאון כרוני מאופיינים במספר קווים ייחודיים אשר מקשים על החלמתם ועל הטיפול בהם. בין מאפיינים אלו ניתן לזהות פגיעה בהבנה של הקשר בין חשיבה, התנהגות ותוצאות, היעדר תגובה להתערבויות טיפוליות המבוססות על היגיון, אגוצנטריות וקושי בעריכת אינטגרציה של פרספקטיבות שונות, ותקשורת מונולוגית אשר אינה מושפעת מתגובות ומשוב מאחרים. קושי משמעותי נוסף בטיפול בסובלים מדיכאון כרוני הוא הפסימיות והיאוש שלהם ביחס לאפשרות להיעזר בטיפולים השונים, לאור היסטוריית הטיפולים הארוכה שלהם. פסימיות זו משפיעה על שיתוף הפעולה ועל היכולת להיעזר בהתערבות הטיפולית.

מלבד להמלצות לשילוב בין טיפול תרופתי לטיפול פסיכותרפויטי, הציעו Koekkoek et Al (2008) כי במקרים כרוניים ממושכים יש להתמקד לא רק בניסיון ה"רפיו" אלא בליווי, הדאגה והניסיון לשפר את איכות החיים בצל הדיכאון. בהתייחס לטיפול בדיכאון כרוני חשוב לציין את התרפיה הבינאישית (Interpersonal Therapy) המהווה שיטת טיפול מבוססת מחקר לטיפול במצבים של דיכאון כרוני. השיטה מדגישה אלמנטים של שיפור

המיומנויות החברתיות, במטרה להפחית התנהגויות אשר מצמצמות את השדה הבין אישי ובכך משמרות ומחמירות את הסימפטומים ומתמקדת בחיזוק התנהגויות המעצימות קשרים בינאישיים.

## דיכאון אחרי לידה בקרב אבות - סיכום מאמרם של Mickelson & Don

מבוא

במאמר זה אנו מביאים עבורכם את סיכום מחקרם של Mickelson & Don שהתפרסם בשנת 2012, "דיכאון אחרי לידה בקרב אבות: תפקידם של דיכאון אחרי לידה אימהי, תמיכה זוגית ושביעות רצון ממערכת היחסים הזוגית". דיכאון אחרי לידה מוכר מזה שנים רבות כמצב של סיכון משמעותי לאם ולתינוק, אך בשנים האחרונות החלו מחקרים שונים להתמקד גם במצבי דיכאון אחרי לידה אצל אבות. מחקרים על דיכאון אבהי אחרי לידה נדירים יחסית, אך שתי מטא-אנליזות שפורסמו לאחרונה מצביעות על דיכאון של האם כגורם המגביר המרכזי לדיכאון של האב. האופן בו נוצרת השפעה זו אינו ברור, אך אבות מדווחים על קשר בין הדיכאון לבין איכות הקשר הזוגי ומידת התמיכה לה הם זוכים מבת הזוג שלהם. עד כה, דיווחים אלו לא זכו לבחינה אמפירית ולפיכך המחקר הנוכחי ביקש להתמקד בסוגיה זו. החוקרים במחקר הנוכחי אספו נתונים מ-92 זוגות שביצעו את המעבר להורות, חודש לאחר הלידה ו-9 חודשים לאחר הלידה. בתוך כך הם ביקשו לבחון את המנגנון בו נקשרים דיכאון אמהי ודיכאון אבהי לאחר לידה ונראה כי הגורמים המרכזיים המקשרים ביניהם הינם תמיכה זוגית פגועה וירידה במידת הסיפוק מן הזוגיות.

תמיכה זוגית במעבר לאבהות

מחקרים רבים מצביעים על הקשר בין מיעוט תמיכה חברתית לבין רמות גבוהות של דיכאון, כמו גם על ההתדרדרות הפיסית והנפשית הנלווית פעמים רבות להיעדר תמיכה חברתית במצבי לחץ. תמיכה של בן או בת הזוג היא חיונית במיוחד כמשאב להתמודדות נפשית עם לחץ ולהיעדרה ישנן השפעות שליליות משמעותיות על התפקוד הזוגי. על רקע גוף ידע זה, לא מפתיע כי היעדר תמיכה של בת זוג במעבר לאבהות, המהווה בין כה וכה גורם לחץ משמעותי, קשור בדיכאון אבהי. במקביל, עם לידת התינוק חל שינוי משמעותי בחלוקת המשאבים. משאבים זוגיים אשר הושקעו עד כה בחיזוק הזוגיות והנאה מהקשר הזוגי, מופנים כעת לטיפול בתינוק ובהסתגלות הפרטנית להורות. כמו כן, בניגוד למצבים בהם אחד מבני הזוג מתמודד עם גורם לחץ או משבר ואז יכול בן הזוג השני להפנות את משאביו לתמיכה בו, הרי שהולדת תינוק מהווה גורם לחץ עבור שני בני הזוג ולכן מובילה בהכרח לירידה במשאבים הזוגיים המופנים לתמיכה הדדית. מצב זה מוקצן באופן טבעי, כאשר האם סובלת מדיכאון אחרי לידה. בתוך כך, נוצרת התמקדות של האם בעצמה, נסיגה רגשית וירידה נוספת במשאבים האישיים ובמשאבים הפנויים לתמיכה בבן הזוג. כלומר, כאשר אם סובלת מדיכאון אחרי לידה, נוצר מצב בו דווקא בתקופה בה האב הטרי זקוק לתמיכה מיוחדת, משאביה של בת זוגו מדולדלים באופן יוצא דופן.

נושאים נוספים שיכולים לעניין אותך:

o ["הגברים בוכים בלילה, לא נשמע קולם": מצוקה בקרב גברים במעבר לאבהות](#)

o [דיכאון אבהי לאחר לידה: השלכות ארוכות טווח על ההורות ועל התפתחות הילד](#)

o [של מי המיניות הזו? מיניות ככוח חיים מניע בקשר אם-תינוק ובקשר הטיפולי](#)

סיפוק זוגי במעבר לאבהות

הספרות המחקרית מצביעה על כך שסיפוק בקשר הזוגי קשור בירידת הסיכון לדיכאון, כאשר קשר זה מתווך על ידי גורם התמיכה הזוגית. הקשר בין גורמים אלו מוסבר על ידי מודל העצמת היחסים של תמיכה חברתית, המציע כי פעולות תמיכתיות מפעילות סט של תהליכים קוגניטיביים ורגשיים היוצרים ומחזקים את התפיסה

החיובית של בן הזוג. במאמר משנת 1996 זיהתה Cutrona חמש דרכים בהן תמיכה חברתית יכולה להשפיע על הזוגיות באופן חיובי:

1. תמיכה חברתית מסייעת במצבי לחץ בהם גדל הסיכוי לקיומן של התנהגויות המביאות להדרדרות זוגית (נסיגה והתרחקות למשל), מאחר והן עשויות להוות חוצץ המונע לחץ חריף.
  2. תמיכה חברתית מקטינה את הסיכון לדיכאון קליני הקשור אף הוא בפגיעה בקשר הזוגי.
  3. תמיכה חברתית מחזקת את תחושת האמון והחום הסביבתיים וכך עשויה להפחית את עוצמתם של קונפליקטים זוגיים.
  4. אינטראקציות תומכות מגבירות חשיפה עצמית ואינטימיות רגשית ביחסים אשר בתורן תורמות לתפקוד הבין אישי.
  5. התנהגויות תומכות רציפות מבן או בת הזוג מחזקות את האמון והאינטימיות וכך מביאות ליצירת 'ייחוסים חיוביים'. כך בן/בת הזוג יכולים לחזק את הראייה החיובית של הזוגיות שלהם.
- סיפוק מהיחסים הזוגיים יכול למנוע דיכאון לאחר לידה אצל אבות מאחר והוא מלווה בתחושת ביטחון ונוכחות של בת זוג שיכולה לסייע במטלות התובעניות של ההורות ולהקל במידת הלחץ אותו חווה האב.

#### דיון בממצאי המחקר

בהתאם להשערת המחקר ולתוצאות מחקרים קודמים, הממצאים הצביעו על קשר חזק בין דיכאון אחרי לידה של האם לבין דיכאון של האב. החוקרים מתנגדים לטענות קודמות המסבירות קשר זה באפקט ישיר של "הידבקות" וטוענים לקיומו של קשר עקיף המתווך על ידי איכות הקשר הזוגי. הממצאים מעידים על כך שדיכאון אמהי קשור במיעוט תמיכה זוגית ויותר אינטראקציות שליליות עם בן הזוג, אשר קשורים בתורם ברמת סיפוק נמוכה יותר מהקשר הזוגי. באופן ספיציפי, ככל שבני זוג במחקר חשו כי הם מקבלים פחות תמיכה מבת זוגם, אשר סבלה מדיכאון בחודש הראשון שלאחר הלידה, כך פחתה רמת הסיפוק שלהם מהזוגיות תשעה חודשים לאחר הלידה וחלה עלייה בדיכאון האבהי. החוקרים מציעים את תיאוריית המערכת המשפחתית כמסגרת המסבירה את הממצאים. תיאוריה זו מציעה כי שינוי משמעותי המתרחש במשפחה מצריך הסתגלות מחודשת אשר מביאה לשינויי אינטראקציה. שינויי אינטראקציה אלו, על אף שהם נורמטיביים ואדפטיביים בהתמודדות עם השינוי הדרמטי שמתרחש בעקבות לידתו של תינוק, לא בהכרח מתאימים לכל אחד מחברי המשפחה. כלומר, השינויים שמצריכה ההורות החדשה מביאים לשינויים באינטראקציות הזוגיות אשר מתבטאים, למשל, בירידה באינטראקציות התומכות בין בני הזוג בעקבות לחץ ההורות ו"בייבי בלוז" שחוות חלק ניכר מהאמהות. מעבר לתיאוריית המערכת המשפחתית, בדומה לאמהות, המעבר להורות מהווה עבור אבות התמודדות המלווה ברגשות עוצמתיים כמו דאגה ופחד ולכן באופן טבעי הם זקוקים ליותר תמיכה. כאשר האם מצויה בדיכאון יכולתה לספק תמיכה לבן זוגה פוחתת, וכך גם יכולתה לספק תחושת שותפות וביטחון בהורות המשותפת, אשר יכלה להפחית את חרדת האב ולחזק את התמודדותו עם הדרישות ההוריות. כמובן שממצאים אלו מלמדים על אותו הקשר בכיוון השני, במסגרתו גם לאב יכולות תמיכה מופחתות אשר עשויות להיות קשורות בדיכאון אצל האם.