

דיכאון

מהו דיכאון?

לא תמיד קל לשים את האצבע על הנקודה בה הקושי הופך לדיכאון, מאחר וכולנו חווים תקופות קשות יותר בהן מצב הרוח שלנו ירוד. עם זאת, במרבית המקרים חל בתחשות אלה שיפור עם הזמן והן אין פוגעת בתפקוד היומי-יומי שלנו באופן בולט.

תסמינים של דיכאון

במצבי דיכאון, לעומת זאת, ישנה פגעה משמעותית ותומכת במצב הרוח והתפקוד, לעיתים ללא סיבה נראית לעין או שלא בפורוציה לאירוע החיצוני. אל הדడוך נלוים לרוב גם פגעה בתיאבון או בשינה, אובדן עניין והנאה, קשיי ריכוז, עצבנות ותחששות "יאוש" (לעתים עד כדי הופעה של מחשבות אובדן), 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 ופסיכיאטריים.

גורמים ביולוגיים וגנטיים

גורמים ביולוגיים נוגעים לחוור איזון ביוכימי בחומרים במוח הקשורים בויסות מצב הרוח (דוגמת סרוטונין ונוראפרינרין), פגעה בויסות ההורמוני ואך שוני במבנים מסוימים במוח. כמו כן, מחקרים אשר נערכו בקשר משפחות ותאומות מצבעים על קיומן של השפעות גנטיות-תורשתיות על התפתחות של דיכאון.

גורמים פסיכולוגיים

למרות מרכזיותם של הגורמים הביולוגיים, במרבית המקרים הם משלבים גורמים פסיכולוגיים. גישות המתמקדות בגורמים פסיכולוגיים לדיכאון מזכירות על דפוסי חשיבה נוקשים ובלתי עילית, עיבוד שלילי של מידע, ער עצמי נמוך, חוויה של חוסר אונים ועוד. נתיות אלו מושבות פעמים רבות בחוויות חיים קשות כמו אובדן של אדם קרוב בגיל צער או אירועים מלחיצים.

גורמים סביבתיים

נסיבות חיים הרצופות באירועים מלחיציםעשויות להיות טריגר להתקפות דיכאון, בפרט בקרב אנשים בעלי פגעות פסיכולוגיות או ביולוגיות. דיכאון עשוי להתרחש כתוצאה סבב אירועים כמו פיטורי, מחלות קשות ושינויים הדורשים הסתגלות מחדשת עשויים. יחד עם זאת, חשוב לציין כי קיימת שונות רבה בין אנשים, ולא כל אדם שיחווה אירוע חיים מלחץ יפתח לדיכאון. לדוגמה, אדם אשר רואה בפיטורי אותן לכך שהוא "אפס ולא בעלום", נמצא בסיכון גבוה יותר ללקות בדיcano מאשר אדם שמניח כי פיטורי נובעים מהמצב הכללי במשק ולא מסמלים את היותו חסר ערך.

סוגי דיכאון

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

דיכאון קליני/מז'ורי

דיכאון קליני מתאפיין בהופעתם של סימפטומים דיכאוניים (מצב רוח ירוד, ייאוש, עצבנות, פגעה בתיאבון או השינה ועוד) אשר מביאים למצוקה או פגעה בתפקוד במשך שבועיים רצופים לפחות ואינם נובעים מאבל. התחשות הקשות הנלוות לדיכאון הקליני עשויות להביא אף למחלות וניסיונות אובדן ולכך חשוב ביותר לטפל בו. אפיוזות של דיכאון קליני עשויות להופיע במספר הקשיים דיכאון אחריו לדימן ודיכאון עונתי. כמו כן, בಗילאי הזקנה והילדות עשוי הדיכאון להתבטא באופןים ייחודיים לתקופות גיל אלו. תת סוג נוסף של דיכאון הוא הDICAGOן הפסיכוכטן, בו נלוויים לסימפטומים הדיכאוניים סימפטומים של נתק מהמציאות אשר בדרך כלל נוגעים לתוכנים של דיכאון וחוסר ערך (למשל, אמונה של האדם כי הוא רקוב מבפנים).

הפרעת דיכאון מתמשך/דיסטימיה

דיסטימה מבטאת מצב קבוע של דכדוך, תחושת חוסר ערך, חוסר הנאה, פגעה בדףי האכילה והשינה ועוד אשר נמשכים לפחות שנתיים. סימפטומים אלו מופיעים בעוצמה נמוכה יחסית לעומת דיכאון הקליני, אך מביאים למצוקה או פגעה תפקודית בהיבטים כמו זוגיות, תעסוקה וcadoma. בתגובה במצב לחץ עשויה הדיסטימיה להחמיר ולהפוך לאפיוזדה של דיכאון קליני.

הפרעת ייסות מצב רוח

הפרעת ייסות מצב רוח מופיעה כבר בגיל הילוד ומאופיינת בהתפרצויות עצם קשות, כאשר בין התפרצויות אלה מצב הרוח נותר רגפני. 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 עקבות במצב הרוח, תחושה של דיכאון ועצבנות אשר מופיעים במועדים קבועים (כשבוע לפני הוסת החודשית) ו משתפים ואף נעלמים ביום הראשונים של הוסת.

דיכאון סמי

דיכאון סמי הוא איננו אבחנה רשמית לפי-DSM, אך אנשים רבים מרגשים כי הוא מתאר באופן מדויק את מצבם. במקומות לבוא לידי בדרך הסימפטומים הקלאסיים של דיכאון, דיכאון סמי מתקיים "מתחת לפני השטח", ומופיע בנסיבות עקיפות. האדם יכול להרגיש עייף, חסר אנרגיות וモטיבציה, אך מוביל להרגיש באופן ישיר דכדוך או עצובות. מתלוווים לכך פעמים רבות גם סימפטומים גופניים ללא הסבר רפואי, דוגמת כאבי ראש, שינויים או גב. מצב זה יכול לנבוע כתוצאה מניסיונות מודעים או לא מודעים של האדם להדוף את תחושות הדיכאון ולהקנות אותן באמצעות מגנוני הגנה שונים (נפשיים או חיצוניים, דוגמת תלות בחומרים ממקרים).

מתי כדאי לפנות לטיפול בדיכאון?

מומלץ לפנות לטיפול כאשר הסימפטומים הדיכאוניים מביאים לפגיעה באיכות החיים, בין אם ברמת הרוחה הנפשית של האדם ובין אם ברמה התפקידית (קשה לצאת מהמיטה בבוקר, ניתוק של קשרים חברתיים, ירידת משמעותי בהספק בעבודה וכו'). פעמים רבות תחושות חוסר האונים והיאוש מקשות על הפניה לטיפול ("מה זה כבר יעזר לי? מה הטעם?") ובמקרים אלו תמיינה סביבתית יכולה בהחלט להזות גורם מניע משמעותי. כאמור, המזקקה הנלוות לדיכאון עשויה להביא לניסיונות אוביידיים ולכן חשוב לסייע לאדם המדווח להגיע לטיפול המתאים לו לפני שהמצקה נעשית בלתי נסבלת עבורה.

כיצד מטפלים בדיכאון?

יום קיימות שיטות טיפולות רבות לדיכאון אשר יכולות להביא לשיפור משמעותם ביוטר ולמנעות הישנותן של האפיוזדות הדיכאונית. השיטות המובילות כיום הן טיפול פסיכוןי, **טיפול התנהגותי-קוגניטיבי** ותרופות פסיכיאטריות. בחירת סוג הטיפול נעשית בהתאם לחומרת הדיכאון והעדפותיו של המטופל, כאשר השימוש בין טיפול תרופתי לפסיכוןרפיה נחשב לעיל במיוחד. כאשר מדובר בדיכאון של ילדים ובני נוער ניתן לשלב טיפול גם הדרכת הורים או טיפול משפחתי, ובמצבים של דיכאון חרום, דיכאון לאחר לדידה, דיכאון פסיכון או חשש לניסיון אוביידי (בכל הגילאים) - אשפוז פסיכיאטרי עשוי לספק מסגרת מכילה ותומכת עד להשגת הקלה בסימפטומים.

טיפול קוגניטיבי-הנהגותי

טיפול קוגניטיבי-הנהגותי (CBT) לדיכאון הינו טיפול קצר מועד הממוקד בזיכרון ושינוי דפוסי חשיבה וההתנהגות המשמרים את הדיכאון. רבים מהסובלנים מדיכאון מHIGH'רים באמונות ותפיסות נוקשות ומיאשות המחזקות את תחושות חוסר הערך והדיכאון. תפיסות אלו מביאות לההתנהגות בלתי יעילה כהסתగות והימנעות מהתנסיות חדשות ואלו משמרות ומגבירות בתווך את הדיכאון. במסגרת הטיפול ניתן לזרזות דפוסים אלו ולרכוש מיומנויות התמודדות עםם. שיטות התנהגותיות נוספות עשויקות בשיפור מיומנויות חברתיות ובין אישיות, טכניקות פתרון בעיות וכדומה, המשפרות את התפקיד ובכך גם את המצב הדיכאוני.

טיפול פסיכודינמי

הטיפול הדינامي מתמקד באירועי עבר וגורמים לדיכאון, ביחסים בין אישיים ובאופן בו הדיכאון משפיע ומוספע מkonפליקטים וגורמים בלתי מודעים. [הטיפול הפסיכודינמי](#) מאפשר רכישת מיומנויות התמודדות טובות יותר עם הדיכאון וסייע להקל על תחושות חוסר הערך, האשמה והקשיים הבין אישיים אשר פעמים רבות נלוים לדיכאון. ישן גישות שונות לטיפול פסיכודינמי בדיכאון, ובינהו [למשל הגישה הבינאישית \(IPT\)](#).

טיפול תרופתי

טיפול תרופתי הנitan במסגרת ייעוץ פסיכיאטרי עשוי להוביל להקלת משמעותית בדיכאון וחרדה. ביום קיימות [תרופות נגדות דיכאון](#) נוחות לשימוש אשר אין מגבלות את התפקוד היומיומי ולהן תופעות לוואי חמיסת מצומצמות. מומלץ להיעזר בטיפול התרופתי במקביל לפסיכותרפיה: הטיפול הפסיכותרפי משפר מיומנויות התמודדות וסייע בשינוי דפוס מחשבה המשמרם את הדיכאון, אך לעיתים הטיפול התרופתי נדרש על מנת לשפר את התחושה באופן שמאפשר שימוש יעל יותר בטיפול הפסיכותרפי. במקרים של דיכאון חמור או [דיכאון עמיד](#), בו הטיפול התרופתי אינו מסייע במידה מספקת, ניתן גם [טיפול בヅען חשמל \(ECT\)](#).

דיכאון קליני - Major Depression

تسمינים קליניים של דיכאון מג'ורי

אדם הסובל מדיכאון קליני, בשונה מדיכאון או עצבות זמניות, חש לארך זמן רגשות שליליים, קשיי ריכוז, עייפות, הידר עניין, חסור יזמה ואומללות. בנוסף לחווית המזוקה הפסיכיקטיבית, עשוויות תחושות אלו להביא לקשהים תפקודיים בהיבטי חיים משמעותיים: התפקוד התעסוקתי עשוי להתרדר עקב אובדן האנרגיות והפגיעה הקוגניטיבית, קשרים בין-אישיים נפגעים עקב אובדן ההנהה והיזמה, ופעולות בסיסיות כגון שמירה על הייגינה הופכות מורכבות ומיגעות. סימפטומים אלו גורמים למזוקה קשה ומלווים פעמים רבות בתחושות של ייאוש, מחשבות על מות ואף ניסיונות אובדן.

מעבר לתסמינים הקליניים הכלליים ישנו תסמינים אשר אופניים למגדר. כך לדוגמה, דיכאון אצל נשים נוטה להיות מאופיין בחרדה, עצבנות, שינוי מצב רוח ועייפות. לעומת זאת, דיכאון אצל גברים נוטה להיות מאופיין בהימנעויות מאירועים משפחתיים, בעודה במשך שעות ארוכות ללא הפסקה ואף לעתים גילוי תוקפנות במערכות יחסים.

שכיחות ההפרעה

דיכאון קל וDICAOON קליני נחשבים כiom להפרעה הנפשית השכיחה ביותר בעולם המערבי (ההערכות הן כי כ- 7% מהאנשים בארצות הברית סובלים מדיכאון בכל שנה). ישנו הבדלים גדולים בין קבוצות גיל שונות, כך שכיחות ההפרעה בגילאי 18 עד 29 גבוהה פי 3 מאשרות בגילאי 60 ומעלה. ההפרעה פוגעת בנשים פי 1.5-3 אחוזים ואף יותר מאשר גברים, ללא תלות ברמה הסוציאו-אקונומית או במצב המשפחה. כמו כן, דיכאון נפוץ יותר באזורי כפריים ואצל אנשים הנודדים תמייה ויחסים קרובים.

חשוב להבחין בין DICAOON קליני לבין מצבים הדומים לדיכאון קליני מבחינה סימפטומטית אך נובעים מגורמים אחרים. למשל, שימוש בסמים או בעיות בריאותיות מסוימות (כגון תסת פYLות של בלוטת התריס) עשויים לצור תמונה קלינית של DICAOON. כמו כן, מצבים של עמוק עמוק לאחר [אובדן](#), טראומה או אי-רווח חיים קשה (גירושים, אבחן מחלת קשה) אינם מאובחנים באופן אוטומטי כמחלה של DICAOON קליני וזאת מאחר שהם מהווים תגובה טבעית למצב חריג.

ביקורת של דיכאון מג'ורי לפי ה-5-DSM

A. על מנת לאבחן אדם כבעל DICAOON קליני / מג'ורי חייבים להופיע חמשה או יותר מהסימפטומים הבאים במשך שבועיים רצופים, כאשר לפחות אחד מהם הוא מצב רוח ירוד או חסור עניין והנהה:

- האבחנה לא תוכל סימפטומים שבאupon מובהק משוויכים למצב רפואי אחר.

1. מצב רוח מדויק במרבית שעות היום, כמעט בכל יום, המדויק בדיווח עצמו (תחושת עצבות, ריגנות או חוסר תקווה) או נצפה על ידי אחרים (אצל ילדים ומבוגרים יכול להיות מצב רוח עצבני).
 2. הפחתה בולטת בעניין או בהנהה בכל או כמעט בכל הפעולות במשך רוב היום, כמעט כל יום (המדויק בדיווח עצמו או נצפה על ידי אחרים).
 3. ירידת משמעותית ולא מכוונת במשקל או עלייה במשקל (שינוי של 5% במשקל הגוף תוך חודש), תיאבו מופחת או מוגבר כמעט כל יום (אצל ילדים, אי הגעה למשקל המצווה לפני הגיל ובננה גוף, יחשב כעמידה בסימפטום זה).
 4. נזודי שינה או שינה מוגברת כמעט בכל יום.
 5. תנועתיות מוגברת 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 מוגצת או לא מותאמת (יכולת להיות מחשבת שוא) כמעט בכל יום.
 8. צמצום היכולת להתריך או לחשב בבחירה, או אפיון בהסכנות, כמעט בכל יום (דיווח עצמי או נצפה על ידי אחרים).
 9. מחשבות חוזרות ונשנות על מוות (לא רק פחד ממומות), רעיונות חוזרים של התאבדות בלי תכנון ספציפי, ניסיון התאבדות או תוכנית ספציפית לבצע התאבדות.
- B. אבחנת דיכאון קליני / מזרוי תינן כאשר הסימפטומים השונים מבאים למצוקה משמעותית או לפגיעה בתפקוד החברתי, התעסוקתי או תחומי תפקיד מסוימים אחרים.
- C. האפיודה אינה קשורה לסימפטומים פיזיולוגיים של חומרים או למצב רפואי אחר.
- אובדן משמעותית (שכל, משבר כלכלי عمוק, אובדן עקב אסון טבעי, מחלת קשה או נכות) עלול לכלול סימפטומים הדומים לדיכאון מזרוי. יש להב亞 בחשבון כי אובדן עלול להוביל לדיכאון ועל כן יש לבחון כל מקרה לאגפו, להתייחס להיסטוריה של האדם, לנורמות החברתיות של הבעת מצוקה בזמן אובדן ולבצע הערכה קלינית מעמיקה.
- D. הופעת הדיכאון קליני / מזרוי אינה מוסברת טוב יותר על ידי: [סכיזופרניה](#), [הפרעה סכיזואפקטיבית](#), הפרעה סכיזופרמית, הפרעה דליזונאלית, או הפרעות אחרות בספקטרום הסכיזופרניה והפרעות פסיכוןיות אחרות.
- E. מעולם לא היו אפיודות מאניות או היפומאניות (במידה והיתה אפיודה כמו-היפומאנית שנגרמה במצב פיזיולוגי או רפואי, למשל כתוצאה מנטיילת סם, הדבר אינו נחשב כאפיודה מאנית או היפומאנית לעניינו של סעיף זה).
- בנוסף לכך, על פי-ה-DSM ישנו תמי סוגים של דיכאון קליני, כולל מאפיינים "יהודים המלווים את האדם ונוסףים לאבחנה של הפרעת הדיכאון המזרוי".
- דיכאון עם מאפייני חרדה:** מצב בו תוך כדי שהאדם עונה על הקритריונים לדיכאון הוא מאופיין גם בתסמינים של חרדה כגון חוסר מנוחה, דאגנות ופחד שימושו נורא יקרה.
- דיכאון עם מאפיינים מעורבבים:** מצב בו בנוסף לאבחנה של דיכאון ישנו מאפיינים של [mania](#) או היפו-מאנית ואלה אינם עוניים על הקритריון להפרעה זו קווטבית.
- דיכאון עם מלנכוליה:** דיכאון בו ישנו מאפיינים מלנוכולים כגון חוסר עניין, יאוש ודיכאון שבולט בעיקר בבקרים.
- דיכאון עם מאפיינים לא טיפוסיים:** דיכאון בו מצב רוחו של האדם עשוי להתרום בשל אירוע משמח ויש בו גם תסמינים של השמנה ועודף שינה.

דיכאון פסיכון: דיכאון בו ישנו מאפיינים של פסיכון כגן מחשבות שוא והזיות.

דיכאון קטטוני: דיכאון בו יש קטטוניה, תסמן של פגיעה תנוועתית אשר נמצא על בסיס נפשי.

דיכאון אחריו לידה: דיכאון אשר מופיע במהלך ההריון או במהלך ארבעת השבועות שלאחר הלידה.

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

טיפול בדיכאון מג'ורי

למרות תחושת חוסר האונים המלאה מצבים דיכאוניים, **טיפול בדיכאון** עשוי בהחלט להקל על הסימפטומים ועל המזוקה הנלוות להם באופן משמעותי. במקרים קלים יחסית, ניתן לבחור בין טיפול רפואי מתאים (לרבות **בוגדי דיכאון**) לפסיכופריה, ובמקרים קשים יותר כדאי לשלב בין סוג הטיפולים השונים בכך לאפשר הן הקלה מהמזוקה והן הקניית מיומנויות להתקומות. במידה והפגיעה בתפקוד של האדם קשה ומומשכת, או כאשר קיימں סיכון משמעותית לחיו בעקבות מחשבות וכוונה אובדנית או מצב פסיכון, מומלץ לשקל טיפול במסגרת של אשפוז פסיכיאטרי.

דיכאון אחריו לידה - Postpartum Depression

לידה הנה אירוע משמעותי, אשר לרוב נקשרתו בו משמעויות חיוביות של התחלת חודה, הרחבת המשפחה והתרgestות. יחד עם זאת, נמצא כי למעלה מ-15% מהנשים סובלות מסימפטומים של דיכאון מג'ורי/**קליני** במהלך ההריון או בשלושת החודשים הראשונים שלאחר הלידה. כמו כן, נמצא כי תופעה זו אינה ייחודית לאוכלוסייה הנשית, וכי 10% מהגברים אשר הופכים לאבות טריים סובליהם גם הם מסימפטומים דיכאוניים. פניה לעזרה מקצועית (פסיכותרפיה או טיפול רפואי) הוכחה כיעילה להפחחת המזוקה, לשיפור הקשר עם התינוק ולהזדה לאיכות חיים מיטיבה ומלאה.

איך נראה דיכאון אחריו לידה?

דיכאון אחריו לידה עשוי לבוא לידי ביטוי על פני רצף של דרגות חומרה. במקרים הפחות חמורים מכונים "**ביבי בלוז**", ומתייחסים לתופעה נורמלית של דכדוך ביום הראשון לאחר הלידה, אשר חולפת עצמה. במקרים חמורים יותר, מדובר במצב של **דיכאון קליני**, המתבטא בסימפטומים כגון מצב רוח ירוד, נתיחה לבכי, שיבוש בתחושת הרעב ובهرיגי השינה (שלא בהשפעת הטיפול בתינוק), הסתగות הכוללת ירידת בomidת התפקוד היומי-יומי, ירידת בomidת ההנהה והענין בפעולות אשר נפתחו כמהנות בעבר, עצונות וקשיים בריצוף. סימפטומים אלו משפיעים הן על האם והן על איכות הקשר שלה עם התינוק.

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

אבחנת דיכאון סב-לידתי ב-DSM

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

מה גורם לדיכאון אחריו לידה?

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

גורמים ביולוגיים והורמוניים

הבסיס להתקפות החרפה נועז פעמים רבות בטללה הפיזיולוגית שחווה הגוף סביב הלידה. צניחה של הורמוני המין (אסטרוגן ופוגסטרואן) מיד לאחר הלידה, בשילוב עם שינוים בתפקוד בלוטת התריס, מעררת את האיזון העצבי ומשפיעה ישירות על וויסות מצב הרוח. פגיעות פיזיולוגיות זו מועצתת על ידי עיפויות כרוניות ומתחסור בשינה, המאפיינים את התקופה הראשונה להורות ושוקקים את החווון הגופני והנפשי. כמו כן, קיימן מרכיב גנטי מובהק. נשים בעלות היסטוריה משפחתית של דיכאון נשאות מטען גנטי שעשו להגבר את הריגשות לשינויים אלו.

גורמים פסיכולוגיים

מעבר לבiology, ההיסטוריה הנפשית של האישה היא גורם ניבי משמעותי. נשים שהתמודדו בעבר עם אפיוזודות של דיכאון או חרדה (כולל במהלך ההריון הנוכחי) נמצאות בסיכון גבוה להישנות הסימפטומית לאחר הלידה. בנוסף, המעבר לאימהות עשוי להזכיר תכנים נפשיים מורכבים: פער מכאייב בין הציפייה ל"אמונות מושלמת" לבין המציאותות התובעניות, תחשות אשמה, או התמודדות עם היון שלא היה מתוכן. לעיתים, חווית הלידה והאימהות מהוות טריגר המעיר תראומות עבר רדומות וمشקעים רגשיים.

גורמים חברתיים וסביבתיים

דיכאון אינו מתרחש בזוקם, אלא מושפע עמוקות מהנסיבות החברתיות. מחקרים חזרים ומראים כי היעדר רשות תמייה יציבה, בין אם מצד בן או בת הזוג ובין אם מהמשפחה המורחבת, מהוות גורם סיכון משמעותי, המעצים את תחשות הבדיקות והבזוז החברתי. גורמי דחק חיצוניים המתרחשים בסמוך ללידה, כגון משבר כלכלי, אובדן או מעבר דירה, מכבים על המשאבים הנפשיים הפנויים להסתגלות.

גורמים הקשורים למחלף הלידה ולתינוק

נשים רבות עוברות לידיות מורכבות או מתמודדות עם אתגרים רפואיים ואין מפותחות דיכאון. עם זאת, במקרים מסוימים, נשים שחוו במהלך טראומטית, סיבוכים רפואיים (כגון ניתוח חירום או סוכרת הירון) או לידת מוקדמת, עשויות לחוות תחשות חוסר אונים המתקשרות לימיפטומים דיכאוניים. בדומה לכך, האתגר היומיומי בטיפול בתינוק עם מגע סוער המרבה לבכות, או קשיים מתמשכים בהנקה, עשויים לעורר את תחשות המסוגות האימהות ולהוות צורך להתקפות מצקה רגשית.

דיכאון אחר לידה בקרב גברים

אף על פי שדיכאון אחר לידה מאובחן לרוב בקרב נשים, מחקרים מצאו כי גם גברים סובלים מסימיפטומים דיכאוניים בשנה הראשונה שלאחר לידה, וזאת בשיעור דומה לזה של נשים. סימפטומים אלו כוללים תחשות עצבות, אובדן עניין בפעילויות שבערך הסבו הנאה, תחשות חוסר ערך וירידה באנרגיה. המופיע הדיכאוני עשוי להיות שונה בקרב גברים בהשוואה לנשים, שכן נמצא כי גברים נוטים להגיב לסימפטומים של דיכאון אחרי לידה בחדרה או אגרסיביות מסוימת, ואף לחוות התפרצויות עצם או לפנות לשימוש בחומרים ממקרים. חשוב לציין כי מכיוון שההתפעעה פחות מוכרת בקרב גברים, גברים אשר סובלים מדיכאון לאחר לידה עשויים שלא להיות מאובחנים נכון, ולסבול מסתיגמה. אלו עלולים להקשות על ההסתגלות למצב החדש, ולהתמודדות עמו.

דרכי טיפול בדיכאון אחר לידה

למצב של דיכאון אחר לידה יכולות השלכות משמעויות על מצבה הנפשי של האם, הקשר הזוגי שלה, חי' המשפחה וכמוון הקשר עם התינוק החדש. איתור מוקדם של הסימפטומים הדיכאוניים יכול לאפשר הפניה אל גורם מקצועי מתאים והתרבות מהירה. ישן מספר גישות שונות לטיפול בדיכאון אחר לידה:

פסיכותרפיה פרטנית

• **טיפול בין-אישי (IPT)**: טיפול בדיכאון אחר לידה באמצעות טיפול בין-אישי מבקש להקל על מצבו דיכאון באמצעות התמקדות בדיאוגרפיה האישית. טיפול זה שואף להקל על הסימפטומים באמצעות איזון מחדש של תפיקido של המטופל בקשרים השונים, כך שתאפשר להם יותר קבלה, תמייה והדדיות.

• **טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT)**: טיפול קצר מועד אשר מtabסס על ההנחה כי מקורות של הדיכאון בדפוסי חשיבה שליליים ("התינוק בוכה - שוב נכשלתי"), לצד התנהגויות לא מסתגלות שנלמדו, אשר

מעכיזמות את המזוקה. הטיפול מניה כי אתגרו ושינוי של אותו דפוסי חשיבה שלילים, לצד התנסות חדשה בשטח, יקדמו תהליכיים של שינוי ויקלו על המזוקה.

• פסיכותרפיה פסיכוןמית: טיפול בדיכאון אחרי לידה באמצעות פסיכותרפיה דינמית רואה בסימפטומים הדיכאוניים סימן המעד על מזוקה נפשית עמוקה יותר, צו אשר שורשיה טמוניים בילדות המקדמת וביחסים ביןאישיים מופנים (מול דמיות ההורים עליון). מזוקה זו הנה פעמים רבות לא פתורה ולא נגישה לאדם, כמו נטישה רגשית או פיזית שחוווה בעבר, והוא אינו מקשר אותה למאה שהוא מרגיש בהווה. טיפול זה מאפשר עיבוד עמוק של חווית האימהות, התמודדות עם קונפליקטים פנימיים, ומתן מילים ומשמעות לאותה מזוקה, ובכך מסייע להורים להגיע לתובנות לגבי המקור של הדיכאון, מתוך הנחה כי עצם התובנה היא מפתח מרכזי בדרך לשינוי.

טיפול דיידי (אם-תינוק)

במצבים של דיכאון סב-לידתי, הטיפול באם בלבד אינו מספיק לעתים, שכן הדיכאון עלול לפגוע ביכולת להיענות לאיותי התינוק וליצור עמו קשר רגשי בטוח. הטיפול הדיידי הוא טיפול משותף לאם ולתינוק, שמטרתו לחזק את התקשורת ולשפר את התקשרות הלא-AMILIOLITH ביןיהם. מחקרים מדגימים כי טיפול זה משמש גם כהתערבות מניעתית עבור התינוק, במטרה למנוע השלכות רגשיות והתפתחותיות עתידיות אצל.

טיפול זוגי, משפחתי וקבוצתי

דיכאון אינו משפייע רק על האם, אלא מטיל את המערכת המשפחתית כולה. טיפול זוגי או משפחתי מסייע לגייס את בן/בת הזוג וקרובי משפחים נוספים כגורם תומך, משפר את התקשרות ומחזית חיכוכים שעולים להחמיר את מצבה של האם. במקביל, קבוצות תמייהה מאפשרות לאימהות לפגוש נשים במצב דומה, מה שמסייע רבות בהפחחת תחושת הבודדים והאשמה.

טיפול רפואי

במקרים של דיכאון בגין עד קשה, או כאשר הטיפול השיחתי אינו מביא להטבה מספקת, יש לש考ול שילוב של טיפול רפואי (נגדדי דיכאון וחדרה), בהתייעצות עם פסיכיאטר המתמחה בבריאות האישה סביב הלידה טיפול באמצעות תרופות רלוונטי בייחוד כאשר הסימפטומים הדיכאוניים מעוררים מזוקה רבה ופגעים בתפקוד של האם.

אורח חיים ורגלים תומכי החלמה

לצד הטיפול המקצועי, המהקרים העדכניים מדגימים כי אימוץ الرجال מיטיבים הוא חלק בלתי נפרד מתהליכי ההחלמה. שמירה על תזונה מאוזנת, ביצוע פעילות גופנית מתונה וניסיון לייצר חלונות מנוחה, הוכחו כמשמעותיים בשיפור מצב הרוח והפחחת חרדה. כמו כן, תרגול טכניקות גוף-נפש (כגון יוגה או מיינדרפולנס) וגיוו 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 רתינותן מפני הסטיגמה של "להיות أما רעה". החשש מהסטיגמה לא פעם מעורר באם רגשות אשם ובושה ("איזה אםAMA אני?", "olumn מסתגלות למצוות החדש, ורק אני לא?"), אשר עשויים להחריף אף להאריך את משך הסימפטומים הדיכאוניים. בנוסף, הסימפטומים לא תמיד מזוהים בזמן מזמן הילידה בתור סימפטומים של דיכאון אחרי לידה, ביחס במרקם בהם קיימים מרווח זמני בין זמן הילידה לבין מועד הופעת הסימפטומים. אלמנט נוסף שמקשה על הזיהוי, הינו הנטייה של האם וסובבתה לתפoso את הסימפטומים כתגובה נורמלית וכתഫוכות שחלו בחו' האם בעקבות הילידה כייתה ממעגל העבודה, וההשערה הרגשית והפיזית הרבה בתינוק. במקרים אלו, נשים עושיות לא לפנות לטיפול אלא לצפות לשיפור ספונטני במצבם, שלא תמיד מגיע. במקרים רבים התערבות טיפולית חיונית בכך להקלה בסימפטומים, ובכך לאפשר לאם לגייס מספיק כוחות על מנת לטפל הן בעצמה והן בתינוק.

דיכאון פסיכוןטי - Psychotic Depression

דיכאון פסיכוןטי הוא איננו אבחנה פסיכיאטרית העומדת בפני עצמה ב-DSM (מדריך האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי), כי אם נתת סוג של דיכאון מיוחד. כאמור, כדי לקבל אבחנה של דיכאון פסיכוןטי, על האדם לעמוד

בקירטוניים הרלוונטיים לאבחן של דיכאון מזרחי (דיכאון קליני), יחד עם סימפטומים של התקף פסיכוטי. לרוב דיכאון פסיכוטי פורץ כאשר הסימפטומים הדיכאוניים מופיעים ברמת חומרה קיצונית ביותר, ביחוד במקרים בהם ישנה סכנה אובדן, היפוכנדריה או חרדות אחרות ופגיעה קוגניטיבית.

דיכאון פסיכוטי: מאפייני ההפרעה

דיכאון פסיכוטי כולל סימפטומים של דיכאון קליני, וביניהם תחושת עצבות, ייאוש, היעדר עניין, חוסר מוטיבציה וחשך, שינויים בתיאבון, בחשך המני ובהרגלי השינה.

לצד זאת, מופיעים סימפטומים של התקף פסיכוטי ברמת חומרה משתנה, הנחלקים לשני סוגים. בסוג הראשון, כולל סימפטומים פסיכוטיים אשר תואמים לתכנים הדיכאוניים. ביןיהם ניתן למצוא מצבים של אלימות (אובדן יכולת לדבר), הזנחה עצמית חריפה, וכן סוג דלאזיות והלויזנטיות אשר תואמים לתחושת העצב והיאוש, דוגמת שמיית קולות אשר מティפים לאדם כי הוא חסר ערך או דלאזיות של אשמה (למשל מצב בו האדם מאמין כי הוא גבעש על חטאים שונים שביצע, ולפיכך יידין לסלול). בסוג השני של הסימפטומים הפסיכוטיים כולל אלה אשר מנוגדים לסימפטומים הדיכאוניים. כך למשל, אדם עשוי לחוש מודאג, ולאחר זאת ישתף במחשבות גדולות ובתחווה שיש לו ידע וכוחות מופרדים.

AIR מטפלים בדיכאון פסיכוטי?

אתגר הראשון בטיפול בדיכאון פסיכוטי מתחילה כבר בשלב האבחון, לאור הקשי הריאוני להבדיל בין דיכאון פסיכוטי לבין סכיזופרניה לסוגיה. לדוגמא, כאשר מדובר בדיכאון פסיכוטי הכלול סימפטומים דיכאוניים התואימים את הסימפטומים הפסיכוטיים, התמונה הקלינית של סכיזופרניה קטוטונית מאוד דומה. כמו כן, במקרים רבים הסימפטומים הפסיכוטיים יכולים להיות מינוריים או חבוים. אבחן נכון נחוץ במיוחד בiotר, שכן הוא קבוע הן את הטיפול והן את סיכון ההחלמה. הערכה פסיכיאטרית מקיפה היא השלב ההתחלתי בדרך לאבחן נכון של ההפרעה.

מרגע קבלת האבחון, אתגר נוסף קשור לאיכות הטיפול הניתן. הטיפול בדיכאון פסיכוטי מתבסס על שילוב של תרופה אנט-פסיכוטית יחד עם תרופות נגד דיכאון הנינטנות במסגרת פסיכותרפיה כלשהי (טיפול דינامي, טיפול CBT וכו'). יחד עם זאת, נמצא כי הסימפטומים של דיכאון פסיכוטי לא פעם עמידם בפני טיפול, וכי במקרים רבים חל שיפור זמני בלבד, אשר מלאוה בהמשך בהתרדרות נוספת.

בשל מורכבות האבחון והטיפול, לצד הסכנה האובדןית הקיימת במקרים אלו, אףיך טיפול מומלץ כולל מסגרת כלשהי של אשפוז פסיכיאטרי או חלופת אשפוז. במקרים נוספים המציגים התערבות טיפולית מהירה במיוחד הנם מקרים של דיכאון פסיכוטי המתפרק במסגרת דיכאון לאחר לידה. הטיפול במקרים אלו קרייטי במיוחד מתחז דאגה לא רק לאם, אלא לאיכות הקשר שלה עם התינוק ולשלומו.

כיום, ישנו אנסוי מڪזוע הטוענים כי דיכאון פסיכוטי אינו תטסוג של דיכאון קליני, אלא הפרעה נפרדת. בין היתר, מתבססים הטיעונים על הבדלים נירולוגיים בולטים בין שני המקרים. לעומת זאת, יש הטוענים כי מדובר ברכז בין שתי קבועות של הפרעות, אשר בקצתו האחד נמצאות הפרעות מצב רוח, ובקצתו השני הפרעות פסיכוטיות.

Dysthymia - דיסתימיה

תסминים קליניים

דיסתימיה היא הפרעת מצב רוח בעלת מHALן כרוני ממושך, המאפיינת במצב רוח דיכאוני ממושך, תחושות של חוסר שיפוט, חוסר בעניין והנאה, אשמה, הערכה עצמית נמוכה, פסימיות ועצבנות. תחושות אלה מביאות להסתగות ולנסיגת חברתיות, פגיעה ברכיב ובדירקטורייה ירידת כללית בפעולות של האדם.

התסמין דומים לאלה של דיכאון, אלא שתחילה ההפרעה הדיסתימית בדרך כלל תהיה איטית והדרגתית, ולעיתים כמעט שאינה מובחנת. מצבו לחץ נפשיים קשים הנובעים מאיובן או כישלון יכולם להציג את ההפרעה בנסיבות החರיפה יותר, אך חומרת התסmins מתונה יותר בהשוואה לאלו של דיכאון عمוק. במובן זה, הפרעה דיסתימית יכולה להיתפס כנטיה קבועה למוקעה ומצב רוח מודuced, והיא יכולה להיות מלאה בנדודי שינוי וחוסר תיאבון, או היפוכם (שינוי יתרה ואכילת יתר). לעיתים קרובות, התוקפנות שחוווה האדם

מופנית החוצה בצורת כאס, תלונות והאשמות כלפי הסביבה, או פנימית, בצורת אכזבה עצמית והאשמה עצמית. יתכן הפסוקות או הקלות בתחששות הקשות, אך לתקופה של כמה ימים לכל היותר.

שכיחות ההפרעה

הפרעת הדיכאון המתמשך, כפי שהיא מופיעה ב-V-DSM היא שילוב בין הפרעת הדיסטימיה והפרעת [הDICAOן המזרי](#), כפי שהופיעו ב-V-DSM. השכיחות השנתית של דיסטימיה באלה"ב מוערכת ב-0.5% בעוד הפרעת הדיכאון המזרי מוערכת ב-1.5%. אחוז גבוח יותר של נשים סובולות מדיסטימיה, פי שניים או שלושה יותר מאשר גברים, אם כי בקרב ילדים הנטיה קיימת במידה שווה בקרב בניים ובנות. ההפרעה נפוצה יותר בקרב אנשים צעירים ולא נשואים, ובקרב אנשים בעלי הכנסתה נמוכה. מקובל להגדיר את ההפרעה בהתאם לגיל בו היא מופיעה לראשונה: אם התסמינים מופיעים לפני גיל 21 תהיה זו "התפרצויות מוקדמות", ומגיל 21 ואילך – "התפרצויות מאוחרת". דיסטימיה בילדים נפוצה יותר מdiceון מזרי ועל פי רוב תחואה סימן מקדים (בשנתיים הראשונות) להתפרצותו של דיכאון. דיסטימיה מופיעה לעיתים קרובות ביחד עם הפרעות נוספות, במיוחד מזרי, [הפרעת חרדה](#) (במיוחד התקף חרדה, הנקרים גם [הפרעת פאניק](#)), שימוש לרעה בחומרים (כמו סמים או אלכוהול) וגם [הפרעת אישיות גבולית](#).

ביקורת על פי ה-V-DSM

הפרעת דיכאון מתמשך מאובחנת כאשר מתקיימים הקритריונים הבאים:

A. מצב רוח מדוכא במשך רוב שעות היום, ברוב הימים, שדווח בדיוח עצמו או נצפה על ידי אחרים. מצב רוח זה צריך להימצא לפחות 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 הדיכואני:

1. תיאבון ירוד או אכילת יתר.

2. נזדי שינה או שנת יתר.

3. עיפות או חוסר אנרגיה.

4. הערכה עצמית נמוכה.

5. קשי ריכוז או קשיים בקבלת החלטות.

6. תחושה של חוסר תקווה.

C. במהלך השנהיים (שנה בילדים ומתבגרים) בהן נמצאת ההפרעה, האדם לא היה חופשי מהתסמינים המוזכרים בסעיפים A ו-B לפחות יותר מחודשים רצוף.

D. הקритריונים לדיכאון מזרי יכולים להיות נוכחים לפחות שנתיים.

E. מעולם לא הייתה אפיודה מאונית או היפומאנית והקריטריונים הנדרשים להפרעה ציקלוטימית מעולם לא התקיימו.

F. ההפרעה אינה מוסברת טוב יותר על ידי: סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעה סכיזופורמית, הפרעה דלוזיאנאלית, או הפרעות בספקטרום הסכיזופרניא ספציפיות או לא ספציפיות והפרעה פסיכוןית אחרת.

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

H. התסמינים גורמים למצוקה קלינית משמעותית או פגעה בתפקיד החברתי, התעסוקתי, או בתחום חיים ממשמעותיים אחרים.

• הקритריונים לדיכאון מזרי כוללים 4 סימפטומים שאינם קיימים בדיסטימיה, لكن יתכן כי יהיו מספר מצומצם של מקרים בעלי סימפטומים דיכאוניים שנמשכים יותר משבטים אבל לא יתאים לאבחנה של

דיסתימיה. במקרה בו כל הקריטריונים המתאימים לאפיוזות דיכאון מז'ורי הופיעו במקודת זמן מסוימת במהלך האפיוזה, צריכה להינתן אבחנת דיכאון מז'ורי. אחרת, צריכה להינתן דיאגנזה של הפרעת דיכאון ספציפית אחרת או לא ספציפית (SOS).

מהם הגורמים לדיסתימיה?

בדומה למრבית האבחנות הפסיכיאטריות, ישנו תהליכיים רבים המזוהים עם התפתחות ההפרעה הדיסתימית.

גורםים ביולוגיים וגנטיים

מחקרדים מראים שבדומה להפרעת דיכאון מז'ורי, גם בהפרעה דיסתימית מופיעים דפוסי שינוי חריגים, כמו למשל עלייה בתכיפות ובאנטנסיביות של תנודות עיניים מהירות (M.E.R) בזמן שונה. לצד זאת, מחקרים מראים שישנו סיכוי גבוה יותר ללקות בדיסתימיה אם קרוב משפחה מדרגה ראשונה סבל מהפרעה זו או מDIC-AON מז'ורי.

גורםים פסикו-סוציאליים

תיאורטיקנים מקשרים את מאפייני הדיסתימיה לקשיים בהתפתחות האגו והאישיות, ולקשיים בתוך המשפחה ביחסים בין הורים ולילדים. פרויד, בספרו "אבל ומאנקולה", התיחס למצב אבל או אכזבה בשל מוקדם בחים כמעודדים התפתחות של DIC-AON. חוויה של אובדן או פרידה ממשמעותית (במיוחד מההורים) מתקשרת לעתים קרובות לנסיגת שלבי ילדות תלויות, הערכה עצמית ירודה ותסכול המביא לתוקפנות (לפי התיאוריה, דינאמיקה זו מקושרת להפנה של האובייקט האבוד והפניה הצעיר והתקפות כלפי פנים).

גורםים קוגניטיביים

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

איך אפשר לטפל בדיסתימיה?

במצבים של DIC-AON מז'ורי, הפגיעה בתפקוד חמורה כל כך עד שהוא יוצרת פעעים רבים ("שבר" של ממש בח"ה האדם - מה שדוחף אותו לחפש טיפול מטאים והקלת למצוקה הנפשית שהוא חווה. לעומת זאת, אנשים הסובלים מדיסתימיה ממשיכים לשמר על רמת תפקוד גבוהה, מה שיכל להקשות עליהם להבין כי קיימם טיפול שיכל להקל על תחושותיהם. לאור האופי המתמשך של ההפרעה, האדם הדיסתמי נהוג לראות את עצמו כ"כח" - מדוידך, עצבני, חסר כוחות ומוסטיבציה, מביל להעלות בעדתו כי קיימת אבחנה מתאימה (ולא גם טיפול מטאים). אנשים הסובלים מדיסתימיה יגיעו פעמים רבות לטיפול נפשי לאור הצטברות של קשיים (חברתיים, ביאישים, תעסוקתיים), או בשל קשיי נפשי אחר שהעלתה את רמת המצוקה באופן נקודתי.

טיפול פסיכותרפי

טיפול ארוך טווח ועמוק, המתמקד בתTABוננות פנימית והכרות עצמית, נחשב על ידי רבים לטיפול המתאים ביותר למטופלים מצוב רוח דיסטימית. גישה טיפולית זו, המכונה גם טיפול דינامي, מקושרת את התסמים הדיכאוניים המתmeshיכים לكونפליקטים לא-פתוריים בילדות המוקדמת. בטיפול TABוננים עלחוויות מוקדמות ואכזבות שנחו בילדות, כמו גם על קשרים ויחסים בהווה. ההתמקדות במרקם רבים תהיה בהבנה הצורך באישור מהסביבה כדי לפצות על הערכה עצמית נמוכה, ציפיות גבוהות, ביקורת עצמית נוקשה וגישה פסימית. במהלך הטיפול נעשו ניסיון להבין כיצד תחששות של ייאוש וחוסר ערך עצמי מובילות להכשלה והענשה עצמית, מקשות גם על الآخر בתוך מערכת היחסים, וכן הופכות לנובואה המגשימה את עצמה.

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי

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

חשיבותה ודרך התנהגות מסתגלים יותר מאשר השילליים בהם האדם מחזק כרגע, כלפי עצמו וככל' העולם. זהה גישה הדוגלת בטיפול קצר טוויה וمتמודדת עם פתרון ממוקד של בעיות עצשוויות. לצד זאת, החלק התנהגוטי מבוסס על שימוש ב"חיזוקים חיוביים", שהיו חסרים לאדם בעקבות אובדן משמעות או שינוי פתאומי. השיטה מתמקדת בהעשרה החווית והניממות, וברכישת דרכי להרפיה והתרגעות. האמונה היא שבאמצעות שינוי התנהגוטי וחוויתי, יש לנו גם רגשות ודפוסי חשיבה - מפסימיות וחוסר אונים לתקוות ותחושת מסוגלות. טכניקה בולטת בתחום זה הנה [הפעלה התנהגוטית](#), המבוססת על הנחה לפיה עלייה ברמות הפעולות של האדם (לוקם מהמיתה בבורך, לעסוק בספורט, לצאת מהבית) תוביל להשפעה חיובית גם על מצב הרוח.

טיפול רפואי

שימוש בתרופות נגדות דיכאון יכול להתלוות ולתמור בכל אחד מסוגי הטיפול המוזכרים לעיל. תרופות מסווג מעכבי מונואמין-אוקסידאז ([MAO](#)), כמו גם תרופות המעכבות ספיגה חזורת של סרוטוניין ([SSRI](#)). מציאות הטרופה המתאימה והמיןן ההולם צריכים להתבצע בעליוי של פסיכיאטר, בין היתר כדי למצוות את תופעות הלואן למיניהם האפשרי.

דרכי טיפול בדיכאון

איזה סוג דיכאון קיים?

בראש ובראשונה, חשוב להבין כי ישנו מספר סוג [דיכאון](#), כאשר המשותף לכלם הוא מצב רוח ירוד או חוויה של חוסר הנהנה. הסוג הראשון והנזכר ביותר הוא [דיכאון מג'ורי / קליני](#) אשר מאופיין בפגיעה משמעותית בתפקוד היום-יומי של האדם סביר אפיוזות ("התקפים") של דיכאון. מעבר לכך, ישנו סוג דיכאון נספחים אשר עשויים להציג תמורה דומה לדיכאון הקליני אך שונים ממנו, למשל [דיכאון לאחר לדה, או דיכאון עונתי](#) (דיכאון השכיח יותר בחורף).

חשוב לציין כי [דיכאון יכול להתקיים על פני דרגות חמורה שונות](#). כך, גם במקרים בהם אדם מתפרק באופן מלא, ניתן כי הוא סובל מדיכאון או מסימפטומים דיכאוניים. [DISTIMIA](#) למשל, היא הפרעה הדומה במאפייניה לדיכאון הקליני, אך במסגרת הדיכאון נחווה בעוצמה מעט נמוכה יותר ומתמשכת (לא באפיוזות).

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

אםنعم [דיכאון יכול להתבטא בדרכים ועוצמות שונות](#), אך ישנו מספר סימפטומים משותפים אופייניים. במידה ותענו בחוב על השאלה הראשונה **ועל 4 שאלות נוספות (פחות) ביחס לחוויתכם בשבועיים האחרונים, יתכן כי אתם סובלים מדיכאון:**

1. האם את/ה מרגיש עצוב, פסימי או מיאש?
2. האם את/ה חווה ירידה בעניין או בהנאה מפעילויות שימושו או תרנגולת עבר (פעילות פנא, חברותית, משפחתייה)?
3. האם את/ה מתקשה להירדם, לשון לאורך זמן, או להיפך, מרבה לשון באופן חריג?
4. האם את/ה מרגישה/ה עייפות וחוסר אנרגיות?
5. האם התיabenן שלך השתנה – חוסר תיאבן או אכילה רבה מהרגיל?
6. האם את/ה מתקשה להתרץ בעבודה, קריאה, צפייה בטלוויזיה, שיחה וכדומה?
7. האם אחרים העירו לך כי את/ה מגיב/ה באטיות?
8. האם את/ה מרגיש/ה רע לגבי עצמן – חוסר ערך, אשמה או על ומטרד לסביבתך?
9. האם את/ה חושבת/ת לעיתים קרובות כי עדיף היה לך למות, או שוקל/ת לפגוע בעצמך?

لسימפטומים אלו עשויים להתווסף גם עצונות והתפרצויות עצם או שימוש בחומרים פסיקואקטיביים, בעיקר במצב [דיכאון אצל גברים](#), [הפרעת דיכאון אצל ילדים](#) או [הפרעת דיכאון אצל מתבגרים](#).

שלב 2 – טיפול: לאיזה טיפול בדיכאון כדאי לפנות?

לאחר זהה כי מדובר בדיכאון, השלב הבא עלול להיות מأتגר לא פחות – לפנות לטיפול בדיכאון. ישן סיבות רבות לנסות להימנע מכך, כמו למשל חשש מסתיגמה, חוסר אמון באפשרות להיעזר, קושי להודות בחומרת המצב, חשש מהתופעות לוואי וסיבות אישיות נוספות.

יחד עם זאת, חשוב לציין כי מחיר ההתקלבות עשוי להיות כבד. משום שדיכאון ממושך נוטה לקבע תחושים של פסימיות וחוסר ערך, ואף לפגוע בתפקוד התעסוקתי והבין אישי באופן שמגביר את הייאוש והדיכאון, **לעתים קרובות נוצר מעגל קסמיים הרסני אשר לשמור את הדיכאון**. לכן, כאשר קיים חשש למצב של דיכאון, מומלץ להתייעץ בהקדם עם איש מקצוע.

את הטיפול בדיכאון ניתן לחלק ל-2 סוגים מרכזים:

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

א. טיפול פסיכודינמי המתמקד בהבנת אירורי החיים שהובילו להתרפות הדיכאון וניסיון ליצירת חוויה רגשית חדשה וavanaugh בהווה. מתאים יותר למי שרוצה להעמק בתהיליך 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 בתהיליך קצר מועד ומוקן לעובדה אקטיבית מוחצת לחדר הטיפול בהתאם להנחיות המטפל/ת.

2. יעוץ פסיכיאטרי: דיכאון מאופיין לרוב בחוסר איזון מסוים במערכות הננו-כימית שבמוחנו, הנקשר במצב רוח ירוד והגבלה היכולה לחוש הנאה ושמה. לפיכך, תרומות נגד דיכאון מכונות להקללה בסימפטומים דרך יצירת איזון חדש במערכות הננו-כימית. על אף הסטיגמות הנלוות להם, מרבית התרופות לטיפול בדיכאון אין ממכרות, אין מלות בתופעות לוואי חמורות (לעומת הסיכון שבהתמודדות עם דיכאון) ואין "משנות את האישיות". מומלץ להיעזר בטיפול תרapeutי במיוחד במצב דיכאון קשים המלווים במצואה עצה, אובדן אzo פגיעה תפקודית, אך גם במצבים ממושכים של סימפטומים דיכאוניים מותנים.

מחקרים מראים כי **הטיפול היעיל ביותר הוא שילוב בין פסיכותרפיה לטיפול רפואי**. זאת כיוון שהטיפול הרפואי מביא להקללה מהירה יחסית בסימפטומים הדיכאוניים, ומאפשר להשകיע כוחות רגשיים כדי להיעזר באופן אפקטיבי יותר בפסיכותרפיה.

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

הסבל הרב לצד הפסימיות והיאוש המאפיינים מצב דיכאון, עומדים לא פעם בבסיס הנטייה הרווחת להתייחס, להפסיק טיפולם טרם זמנם או לעבור בין טיפולים לפני שאליהם מיצא את השפעתם. לכן, כאשר סימפטומים של דיכאון אינם משתפרים במשך קבלת טיפול, חשוב לזכור כי **טיפול בדיכאון לוקח זמן!** בעוד טיפול רפואי מתחילה להשפיע רק לאחר שבועים-שלשה מרגע התחלתו, שינויים רגשיים כתוצאה מפסיכותרפיה עשויים לחתות זמן רב יותר כתלות בסוג הטיפול.

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

1. **שינוי אסטרטגיה טיפולית**: ניתן להתייעץ עם הפסיכיאטר/ית לגבי שינוי סוג הטיפול הרפואי (ק"י מים הבדלים בהשפעה בין סוג תרופות) או עם הפסיכותרפיסט/ית לגבי התאמת הגישה הטיפולית.

2. **אשפוז פסיכיאטרי**: מצב דיכאון קשים עלולים להביא לשיכון אובדן ולמצואה עצה. אשפוז פסיכיאטרי מספק חן הגנה מפני פגעה עצמית והן קבלת טיפול אינטנסיבי ומקיף על ידי פסיכולוגים, פסיכיאטרים, מרפאות תעסוק ועוד. בנוסף, האשפוז מסייע במצב דיכאון ממושכים אחר והוא גם מספק הפגזה זמנית מההמאנק היומיומי לתקופת, כך שניתן להתמקד בטיפול בדיכאון.

3. **טיפול בנדדי חשמל (ECT) או גריה מגנטית (SMS)**: טיפולים אלו ניתנים למטופלים הסובלים מדיכאון עמיד אשר אינם מסוגיב לטיפול בדרכים אחרות. טיפולים אלו מלאו בסיגמות קשות וחששות עקב היותם

פולשניים יותר מטיפולים פסיקולוגיים ותרופתיים, אך עדויות רבות מצביעות על יעילותם ובטיחותם, ושניהם מטופלים אשר עברום מדבר בטיפול מציל חיים.

טיפול ממוקד-амוציות (EFT) להתמודדות עם דיכאון וחרדה

טיפול ממוקד אמוציות (EFT; emotion-focused therapy) הוא טיפול מבוסס-ראיות המשלב עקרונות של טיפול ממוקד-קליניinet עם התערבות חוויתית שנותת תוך התבוססות על ממצאים חדשים מחקר בסיסי על אמוציות. הנחה מרכזית ב-EFT היא כי אמוציות הן מערכות אדפטיביות שהתפתחו עם השנים על מנת לעזור לנו לשרוד ולשגשג. אמוציות הקשורות לצרכים הבסיסיים ביותר שלנו ומדווחות לנו מתי צריכים אלו לא מקבלים מענה. הן מפנהות את הקשב שלנו בצורה מהירה למצוינים בסביבה החשובים לתפקיד שלנו ומארגנות את הגוף לפעולה מתאימה: כאשר יש גורם מאין בסביבה (למשל כאשר אנו הולכים בדרך וחושבים שהוא עוקב אחרינו), פחד מופעל ומונח על שורה של תהליכיים שמתרתם להכין את הגוף שלנו לפועל (בריחה או מאבק); בעוד מתעורר בדרך כלל כאשר מישוה מפר את גבולותינו ומארגן אותנו להган עליהם. עצב הוא תגובה לאובדן ומסמן לאחרים שאנו נזקקים לניחום ותמיכה, ואילו בשפה מתוערת בערך כאשר העמד החברתי שלנו נמצא בסכנה.

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

בטיפול ממוקד-אמוציות דיכאון קליני מובן כהפרעה רגשית של העצמי. אנשים בדיכאון חווים את עצם חשלים, פגומים, חסרי יכולת, ונוטים להאשים את עצמם על מה שהם חווים ככישלונות. כתוצאה לכך הם חווים מגוון רגשות שליליים כמו עצב, חוסר תקווה, חסור ישע, כאס, חרדה וbosha. 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 שהסתכמה הרגשית צריכה להיות מופעלת, ככלומר שהמטופל יחוות רגשות בגוף ולא רק ידבר עליו. כאשר סכמאות רגשות מופעלות הן ניתנות לשינוי, כיוון שהן חשובות למידע אחר כגן חוויות של אישור וקבלת המטופל או לרגשות אדפטיביים אחרים. למשל, כאשר רגשות של בושה וnochiotות הקשורים בחוויות של התעללות והשפלת על ידי אחד ההורים עולים במהלך הטיפול ויחד אתם מתעורר כעס על הגבולות שהופרו, או עצב (אבל) על התמיכה והקבלת שלא היו, נוצר מצב רגשי חדש בו המטופל מרגש יותר חזק ובטוח. תהילכים אלה מתרחשים בדרך כלל בקונטקט של תרגילים חוויתיים, חלקם לקחים מגישת הגשטלט, כמו עבודה עם שני כיסאות בפתחון של בקורת עצמית או עבודה עם כסא ריק עם רגשות לא פתורים. ליחסים עם המטופל יש משמעות עצומה כיוון שסבירה חמה ומקבלתאפשרת אקספלורציה של רגשות כאבים ומהוות תהילך נוספת ורשות בפני עצמו.

מספר מחקרים הראו ש-EFT הוא טיפול בעל מואוד בדיכאון. מחקרים אלו הראו שהטיפול יעל במידה זהה לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפחחת סימפטומים של דיכאון ויעיל יותר מטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפחחת בעיות בינהישות. יותר מזה, מספר מחקרים הראו שמידת החוויה של רגשות במהלך הטיפול ועומקו של השימוש הרגשי הם אלו שמנגנים את הצלחת הטיפול. מחקרים כאלה, אם כן, לא רק מראים שהטיפול יעל אלה גם מלמדים על המרכיבים המרכזים החשובים בהצלחת הטיפול. לבסוף, מכיוון שדיכאון היא הפרעה אפיוזידית (גברים הסובלים מדיכאון חווים בממוצע 4-5 אפיוזודות במהלך החימם כאשר הסיכון לאפיוזודה נוספת עולה עם מספר האפיוזודות בעבר), חשוב לציין שהאפקט החזובי של הטיפול נושא להישמר לארור זמן.

איך לזהות דיכאון קליני?

כמעט כל אחד מתנו אמר לעצמו פעמי: "אוף, איזה דיכאון!". כולנו חוות ימים כאלה, כשאנחנו עצובים, חסרי חשק ורק רצים להישאר מתחת לשמיכה. אך כיצד נוכל לדעת אם זהו רגע של עצובות חולפת, או דיכאון קליני? דיכאון היא אחת ההפרעות הרגשיות הנפוצות ביותר של תקופתנו, אך לא תמיד קל לזהות אותה,

להכיר בה ולהבחן בין מצב רוח ירוד. היכרות עם סימנים לדיכאון יכולה לסייע לנו לזהות מתי כדי לפנות לעזרה.

כיצד אדע אם אני סובל/ת מדיכאון קליני?

כדי לבחון האם אתם מתמודדים עם דיכאון קליני, כדאי להכיר את הסימנים לדיכאון. נסו לשאול את עצמכם את השאלה הבאות, בהתאם להרגשתכם **שבועיים 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 מכונים ברמת התיאבון שלכם או במשקל גופכם?
- האם שמתם לב/העירו לכם כי אתם צדים לאט או מהר יותר מעבר?
- האם אתם חשים עייפות מתמשכת וחוסר אנרגיות?
- האם חלה חווית תחושות של אשמה וחוסר ערך?
- האם חלה פגעה בריכוז שלכם או ביכולתכם לחשב באופן בהיר?
- האם אתם מוצאים את עצמכם חושבים על מותות או שוקלים לבצע ניסיון התאבדות?

במידה שעניתם בחיוב על השאלה הראשונה, ועל 4 או יותר שאלות נוספות נוספות, קיימים סיכויים סבירים כי אתם מתמודדים עם דיכאון קל או [דיכאון קליני](#) (אם אתם מרגשים כי המצב שלכם חמור יותר, יכול להיות שהנכם סובלים [מדיכאון פסיקטיבי](#)). בנוסף, אם אתם חווים ירידת בחשך המיני, מרגשים עצביים יותר מהרגיל, חווים דאגות רבות או מרגשים פסימיים מאוד, מדובר ב"נורות אדומות" אשר עשוות לرمץ על כך שאתם סובלים מדיכאון.

חשוב לציין כי סימנים לדיכאון עשויים להתעורר גם על רקע איירוע קשה ממשועוט (פרידה, פיטורים, CISלון, אובדן וכדומה). במקרים מסוימים, הסימפטומים יחלפו מעצם בתוך מספר שבועות. אולם ככל אופן, גם במקרה של איירוע קשה, יש להתייחס אל הסימנים לדיכאון באופן רציני ולבחון האם חל בהם שיפור לאורן זמן, או שהוא משתמרים או אף חמירים. אם הסימפטומים לא חולפים תוך שבועות ספורים, כדאי לפנות למטפל טיפול בדיכאון.

מהן דרכי הטיפול בדיכאון קליני?

במידה שזיהיתם כי קיימים סיכויים סבירים שאתם סובלים מדיכאון קליני, מומלץ לפנות למטפל בדיכאון בהקדם האפשרי. פניה מוקדמת לטיפול חינמי למניעת התקבעותו של המצב הדיכיאני וכניסה ל"מעגל קסמים שלילי" במסגרתו הדיכיאן מביא ליאוש, פסימיות וחוסר כוחות להנעת שינוי, אשר מזינים בתורם את הדיכאון, וחוזר חלילה.

קיימים קיימות שיטות רבות של [טיפול בדיכאון](#). המחקר מציבע כי שילוב בין טיפול תרופתי באמצעות [תרופה](#) **נגד דיכאון** לבין פסיכותרפיה מביא בדרך כלל לתוצאות הטובות ביותר. [פסיכותרפיה](#) היא שם כולל למגוון של טיפולים בשיחות. ישנים מספר סוגים של פסיכותרפיה אשר מתאימים ויעילים לטיפול בדיכאון:

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT): טיפול התנהגותי-קוגניטיבי הוא טיפול ממוקד וקצר-मועד (אשר כולל לרוב 6-8 פגישות), המדגש את הקשר בין דפוסי חשיבה והתנהגות לבין היזומות ושימור הדיכאון. במסגרת הטיפול מושם דגש על שינוי דפוסי חשיבה מזיקים ועל [הפעלה התנהגותית](#) (אקטיבציה התנהגותית), אשר משמעותה הנעה ועידוד של המטופל לבצע פעילויות מתגליות ומהנות, במטרה לשבור את "מעגל הקסמים השלילי" של הדיכאון.

טיפול דינامي: טיפול פסיכוןמי הינו טיפול בשיחות, אשר לרוב נמשך בין חודשים לשנים. במהלך הטיפול והמתופל חוקרם במשותף את הגורמים הנפשיים ואת איירע' החיים אשר הובילו להתרצות הדיכאון ולשימור שלו. טיפול דינמי מבקש ליצור שינוי عمוק במנגנונים הנפשיים של האדם, ומתמקד במקביל בעבר, בהווה ובעתיד של המטופל.

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

פגישות בדרך כלל), במסגרת לומד המטופל מיווניות חברותיות אדפטיביות אשר יסייעו לו להביע את רגשותיו ולשפר את מערכות היחסים בחיו, וכתוצאה לכך לה衰ה הקללה בדיכאון.

במקרים חמורים של דיכאון עמיד במוחך (אשר לא מצליח לטיפול תרופה או פסיכותרפיה) יתכן כי פסיכיאטר ימליץ לפנות טיפול בヅעי חשמל. הטיפול בנזעי חשמל מתבצע בהרדמה מלאה, ובמסגרתו מוזרם זרם חשמלי אל מערכת העצבים המרכזית. כ-70% מהמטופלים אשר סבלו מדיכאון עמיד לטיפול ולטיפול פסיכולוגי חוו הקללה בסימפטומים לאחר טיפול בנזעי חשמל.

זכרו, דיכאון הוא מצב מתגבר אשר מסב קשי רב ומצוקה. יחד עם זאת, ניתן לטפל בו באופןיעיל ולהציג הקללה משמעותית וחזרה לחיים מלאים ומשמעותיים. לכן, אם אתם מזהים סימנים לדיכאון, אל תהססו לפנות לעזרה מקצועי.

טיפול בדיכאון - Therapy for Depression

דיכאון הנה מצב נפשי המבטא בשינויים רגשיים, פיזיים ותפקודים. הוא עשוי להופיע בדרגות חומרה משתנות, לאורך כל שלבי החיים (כבר בילדות ובמהלך ההתבגרות), ולהופיע הן על האדם עצמו והן על הסביבה הקרובה שלו. הבשורה החיובית היא שבדיכאון ניתן לחסל לפחות לטפל - השיטות המובילות לטיפול בדיכאון יכולות להביא הקללה משמעותית וארוכת טווח, בעיקר כאשר פונים אליו בתזמון הנכון ובוחרם בערזע 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% מתור כלל האוכלוסייה. ישנו סוגים שונים של דיכאון, המופיעים גם בתווך אבחנות קליניות-DSM (מדריך האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי), וביניהם דיכאון מזורי ("דיכאון מזורי") או דיכאון אחריו לידיה. המשותף לכל סוג דיכאון הוא הופעתם של סימפטומים דומים, דוגמת ירידת מצב הרוח, תחושת חוסר עניין והנאה, עייפות, תחושת חוסר ערך, אכילה או שינה לאมาตรฐาน, מחשבות חוזרות על מותות ועוד.

פניהם לטיפול נפשי מומלצת לכל מי שמרגיש כי הדיכאון משפיע על חייו - בין אם בצורה קללה או חריפה, באופן נזודי או ממושך, עם סיבה ברורה הנראית לעין (משברFTAומי, אירוע חיים קשה) אך גם בהעדשה. אנשים רבים נהגים להקל בראש במצבם הרגשי, ולפנות לטיפול רק כאשר הדיכאון מוביל לפגיעה משמעותית בתפקוד - למשל כאשר הם מתקשים לצאת מהמיטה בבוקר או מנטקים את כל הקשרים החברתיים הקרובים שלהם להם בעבר. חשוב לציין כי גם מצוקה העומדת בפני עצמה, ללא פגיעה בתפקוד, היא סיבה טובה לפנות לטיפול. אדם אשר מרגיש כי חלק ניכר מימי מלואו אותו תחושות של עצבות, יאוש, אשמה וחוסר אונים יכול בהחלט להיעזר בטיפול בדיכאון.

כל שמצב הסימפטומים יותר חרום והמצב המדובר נמשך לאורך זמן, כך לרוב גברות גם המצוקה של האדם ומנה נפגעת גם יכולת התפקוד שלו. במצבים כאלה הפניה 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 מסתמכ על הנהנה כי חלק ניכר ממצוקות הרוחה נבע מקשרים אשר התרחשו בעבר, בתקופת הילדות, לרוב מול הדמיות ההוריוט. לדוגמה, דיכאון עשוי לבטא קשיי בהתחומות עם נתיחה וגישה או פיזיות של חורה בגיל מוקדם. טיפול בדיכאון בגישה דינמית שאף להפוך את תכני העבר לזמןניים, ולסייע למטופל להבין ולעבד אותם. זאת מתוך הנהנה כי תובנות חדשות שייעלו בטיפול, לצד הקשר המשמעותי שיכל להיווצר עם המטופל, יקנו למטופל חופש לנוהג ולהרגיש אחרת. פסיכותרפיה דינמית הנה במקור טיפול ארוך טווח, כאשר יכולים קיים גם טיפול דינامي 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 ומשמעותי אשר מכוון להקלת בסימפטומים, וזאת דרך שילוב של עבודה קוגניטיבית ועבודה התנהגותית. בטיפול מתמקדים באיתור מחשבות האוטומטיות השליליות של המטופל ובהתניות החשיבה אשר מגבירות ומשמרות אותן, תוך ניסיון להראות למטופל כיצד דפוסי חשיבה אלו מזיקים לו ואינם מייצגים אמנה את המציאות. במקביל להצעת חלופות חייבות וგמישות יותר, המטפל והמטופל מגבשים יחדיו "תכנית פעולה" שנועדה להפחית את ההימנעות ולהגבר את רמת העיסוק של המטופל בפעולות רצויות, ככל שהיא שכן עלות משמעות או מסבות לו הנאה.

טיפול בגישה בין-אישית

טיפול בדיכאון בגישה הבין-אישית (IPT) מבקש להביא לשינוי בסימפטומים באמצעות התמקדות באופן שבו האדם מתפרק במסגרת מערכות היחסים שלו. זהו טיפול ייחודי מקבוצת הטיפולים הקוגניטיביים-התנהגותיים (CBT). לעומת פסיכוןטרפיה דינאמית ופסיכותרפיה קוגניטיבית-התנהגותית קלואסית, המתמקדות בתהליכיים תוך-נפשיים, טיפול בדיכאון בגישה זו מנסה לקדם שינוי בזיכרון הבין אישית. זאת מתוך הנחה כיחוויות של הצלחה בקשרים, למשל שיפור מידת האמון, הקירבה והددות, יקלו באופן דרמטי על הדיכאון.

טיפול רפואי

במקרים בהם הסימפטומים הדיכאוניים מסבים לפרט מצוקה نفسית רבה ופגעים בתפקוד שלו, תיתכן הפניה להערכה של פסיכיאטר. טיפול בדיכאון באמצעות **תרופה נוגדות-דיכאון** יכול להקל על הסימפטומים הדיכאוניים באמצעות שינוי האיזון של חומרים נירו-כימיים במוח אשר נמצא קשורם להתפתחות ההפרעה. חשוב לציין כי ההשפעה של הטיפול התרופתי אינה מיידית, והוא מתחילה לשפיע רק כעבור מספר שבועות.

אשפוז פסיכיאטרי

בחלק מהמקרים, הפגיעה בתפקוד יכולה להיות חמורה ונרחבת עד כדי כך שiomלץ לאדם המדויק על אשפוז פסיכיאטרי. מי שאינו מסוגל לדאוג לצרכים הבסיסיים של עצמו (לצאת מהמייטה בוקר, להתקלח, לאכל) יוכל לקבל את המעטפת התמיכתית הנדרשת שתעזר לו לחזור את אט לרמת תפקוד גבוהה יותר. בנוסף, ניתן להמליץ על מסגרת של אשפוז פסיכיאטרי במצבים בהם מופעים כוונה אובדנית ברורה או אלמנטים פסיכוטיים המסכנים את האדם או את קרוביו.

כיצד בוחרים את הטיפול המתאים?

כאשר בוחרים את העורך המתאים לטיפול בדיכאון, מומלץ להתחשב בדרגת החומרה שלו. כאשר לא מדובר בדיכאון חריף, כדאי להתחיל את הטיפול באחת מגישות הפסיכותרפיה שהוזכרו. טיפולים אלו מוקנים לאדם כלים להמשך הדרך ועזרים להתמודד עם מקורות הדיכאון. כאשר מדובר בדיכאון ברמה חמורה אשר מסב לפרט מצוקה רבה שפוגעת מאוד בתפקודו, מומלץ לשלב לצד פסיכוןטרפיה גם טיפול רפואי, שכן הוא לרוב מביא להקלת מהירה (בתוך של מספר שבועות או חודשים בודדים).

כדי כמובן להתאים את האפיק הטיפולי שנבחר גם אל הגיל של המטופל, ולהכיר שקיימות גישות ספציפיות גם לטיפול בדיכאון אצל ילדים או אצל מתבגרים.

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

הפרעת דיכאון - אצל ילדים

בעבר נהוג היה לחסוב שהפרעת דיכאון אצל ילדים אינה קיימת בפני עצמה, אך יכולה להתלוות להפרעות אחרות כמו פוביות, הפרעות התנהלות ועוד. [פרוייד](#), אבי הפסיכואנאליזה וממי שפיתח את התפיסה הפסיכודינמית של דיכאון בקרב מבוגרים, האמיןילדים ומתבגרים הם בעלי אישיות לא מגובשת דיה וכן לא יחוו דיכאון. מלאנו קלין כתבה אומנם על ["העמדת הדיכאון"](#) בקרב ילדים, אך התייחסה לעמלה זו כחלק מהלך ההתפתחות הנורמלית (מתארת מצב של השלמה אינטגרטיבית גם עם ההיבטים השיליליים שבמציאות).

כיום קיימת הבנה כי הפרעות מצב רוח יכולות להופיע בקרב ילדים, מתבגרים ואפילו תינוקות. יחד עם זאת, קיימים שונים באבחון הפרעות אצל ילדים בהשוואה לאבחן אותן הפרעות אצל מבוגרים. שונות זה נובע ממספר מקורות, ובראשם העובדה שתסמי הפעעה מושפעים מגילו של המטופל ויכולים להציג "מופע" אחר בילדים ובבוגרים. סיבה נוספת הנה שיכולת הדיווח של ילדים על תחושותיהם וMbps רוחם שונה מזו של מבוגרים ומפתחת עם הגיל, כך שילד מודרך יכול לדוח להורי כי הוא כועס או עצבני במקום להצליח לשתף כי מרגיש עצוב או מיאש.

אבחנה לפי ה-5-DSM

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

איך מזהים דיכאון אצל ילדים?

מכיוון שלילדים יותר קשה להזיהות את התחושות שלהם ולש滔ה בהן - חשובה במיוחד תשומת הלב של המבוגרים בסביבתם הקרובה לשם דיהו מצב נפשי של דיכאון בילדים. הורים, סבים וסבתות, אחים גדולים וכמוון גם צוות חינוכי יכולים לשים לב לשינויים משמעותיים במצב הרוח של הילד ובראשם עצבנות, חוסר שקט, פרצី בכិ ודכדר. הסימפטומים הדיכאוניים יכולים ללבוש גם אופי פסיכוןומי, ולבוא לידי ביטוי בתלונות מרובות על כאבים גופניים.

לצד זאת, נורת אזהרה מרכזית הנה אובדן עניין בתחביבים ופעליות שבמעבר הסבו הנאה רבה, בעיקר כאשר מדובר בירידת עניין פתאומית וגורפת (למשל - הילד לא רוצה ללכת לאף אחד מהחוגים שלו, מנע מפעילות חברתיות וambilוי זמן איקות חופשי עם משפחתו). כדי להיות ערים גם לאמירות המבאות יאוש ותחששות שליליות קשות של הילד כלפי עצמו וככלפי העולם, כמו "הלוואי וכל זה יגמר" "אני רוצה פשוט להיעלם" או "לא מקום יותר אף פעם בזירה".

כמה נפוץ דיכאון בילדים?

באשר לשכיחות של דיכאון בילדים, מtower האוכלוסייה הפסיכיאטרית כ-20% מהילדים סובלים מדיכאון, לעומת כ-40% מהמבוגרים (הפעעה במצב הרוח נפוצות יותר עם העליה בגיל). בקרב ילדים בגיל בית הספר, כ-2% סובלים מדיכאון מ'ורי, והຕופעה שכיחה יותר בקרב בניים. לעומת זאת בגיל ההתבגרות ישנו היפוך מגדרי והຕופעה הופכת שכיחה יותר בקרב מתבגרות. ילדים רבים הסובלים מדיכאון סובלים גם מהפרעות נפשיות אחרות כגון הפרעות התנהלות, הפעעת חרדה מוגבלת, הפעעות אכילה וכן התמכרות לחומרם. במרבית המקדים, הטיפול בדיכאון ישפיע לחיזוב ויקדם גם את ההחלמה וההתמודדות עם יתר הקשיים הנפשיים עמים מתמודד הילך.

גורםים לדיכאון אצל ילדים

בדומה למრבית הפערות הנפשיות, קיימים מספר גורמים אשר נמצאו קשורים גם להתפתחות של דיכאון בילדים:

גורםים גנטיים וביולוגיים

כל שהפעעה הדיכאונית פורצת בגיל מוקדם יותר כך עולה הסבירות לכך שיש לה מרכיב גנטי דומיננטי. במקרים אלו, על פי רוב, דיכאון מהווה בעיה نفسית שקיימת באותה משפחה. כך למשל, אחוז גבוה יותר של ילדים להורים דיכאוניים סובלים מדיכאון, בהשוואה לילדים שהוריהם אינם דיכאוניים. מעבר לכך, ניתן כי קיימים

קשר בין הורמן הגדייה לבין הפרעת דיכאון אצל ילדים. נמצא כי ילדים הסובלים מדיכאון לפני תקופת ההתבגרות המינית מפרישים יותר הורמן גדייה בשנותם מאשר ילדים בריאים או בעלי הפרעות אחרות.

גורםים סביבתיים

ילדים נתונים במידה רבה לגורמי לחץ בסביבתם. נסיבות חיים קשות כמו מריבות קרוניות בקרב בני המשפחה, אבל (ובפרט אובדן של הורה בגיל צער), אסון במשפחה, התעללות פיזית או התעללות מינית קשורות לדיכאון בקרב ילדים, אך הן אין 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 שבתווך משפייע כמובן גם על מצב הרוח של הילד.

גורםים פסיכולוגיים

אחד המודלים הפסיכולוגיים אשר מוצע כהסבר להתקפות הפרעת דיכאון בקרב ילדים הוא ["מודל חוסר האוניות הנרכש"](#). מודל זה פותח בעקבות ניסויים בבעל חיים, שהגיבו בתסמיינים הדומים לדיכאון שנחשפו לשוק חשמלי שלא היה נתון לשילוטם ולא היטה להם דרך להימלט ממנו. מצב זה עלול ליצור תחושה של חוסר אונים, וייחוס פנימי של כישלון - ככלומר, הילד לומד להסביר לעצמו מצבים קשים בעולם באמצעות סיבות פנימיות ("הפסדי במשחק כי אני לא שווה כלום" או "נכשלתי ב מבחן כי אני טיפשה"). סגןון קוגניטיבי זה, המופיע במחשבות שליליות, משתנה עם ההחלמה מהדיכאון.

מעבר לכך, נראה כי ילדים בעלי נטייה מוגברת לתלות בחזותם וכן לפרקציוניזם המלווה בביטחון עצמית גבוהה יותר מועדים לפתח מצב של דיכאון בילדות. עברו ילדים אלו, נסיבות חיים מסוימות יגדילו את הסיכון להתקפות הפרעה - למשל מריבה גדולה עם חבר קרוב או חרם בקבוצת השווים עברו ילד עם נטיות תלותיות, או לחלוfin, קושי להתמודד עם כישלון בקרב ילדים פרפקציוניסטים שגדלים בנסיבות הישגיות, שאפתניות וביקורתיות (בין אם זה בלימודים, בספורט או בכל תחום אחר).

איך אפשר לטפל בדיכאון אצל ילדים?

תקופות קצרות של עצבות אוCDC;ן חלק רגיל מהחיים, גם בקרב ילדים. כאשר מדובר בתקופה קצרה והסימפטומים הדיכאוניים לא מופיעים בעוצמה חריפה - עידוד ותמייה בילד מצד מצלם משפחתו יכולם להוועיל ואף להספיק כדי לשנות את המצב. לעומת זאת, כאשר הסימפטומים בולטים בעוצמתם, גורמים למצבה ניכרת או פגיעה בתפקוד וכן נמשכים לארוך זמן - מומלץ וחשוב לפנות למטפל [טיפול מותאם לדיכאון אצל ילדים](#).

טיפול נפשי

ישנם סוגים שונים של התערבויות פסיכולוגיות שיכלות לסייע לילדים ולמשפחותם במצב דיכאון בילדות ובהתבגרות, וביניהם [טיפול קוגניטיבי-התנהגותי](#) (CBT), טיפול פסיכודינמי וכן טיפול משפחתי המערב את יתר בני המשפחה. בחלק מהמקרים, גם [הדרך הוויים](#) יכולה להיות נחוצה ומועילה, וזאת לצד הטיפול הפסיכני בילד.

המוקד לעבודה משתנה בהתאם לסוג הטיפול ולמרקם 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 בגלי") לצד החזרה לרמת התפקוד הקודמת, בין אם זה לימודית או חברתית. מכיוון אחר, טיפול פסיכודינמי מתמקד בעולמו הפנימי של הילד תוך ניתוח להבין ולהבא לדי' ביטוי את המצווקות והתחשויות הקשות שמלוות אותו בחיו (למשל דרך טכניקה של טיפול במשחק).

תרומות פסיכיאטריות

הטיפול הפסיכיאטרי הנפוץ בקרב ילדים הסובלים מדיכאון או במצבות נוגדי דיכאון משפחת-SSRI (דוגמת פרזוק). תרופות אלו מעולות את רמת הסרוטוני במוח, נירוטרנסmitter אשר אחראי בין היתר לוויונות רגש. ככל טיפול רפואי, גם הטיפול הפסיכיאטרי בקרב ילדים דורך מסגרת של ייעוץ ולויוי פסיכיאטרי. דבר זה נכון ביתר שאת בגילאים צעירים, שכן נטילת התרופות עלולה להשפיע על מדרדים פיזיולוגיים שונים ולכן דרושת מעקב.

דיכאון בגיל ההתבגרות: גורמים ודרבי טיפול

תקופת גיל ההתבגרות זוכה כמעט לכל אחד מאיינו כתקופה מתוגרת, לעיתים אףלו סוערת או קשה. טריקת דלותות, ריבים עם ההורים והסתగותם הם רק חלק מהמאפיינים שנינן לזהות בקהלת אצל מתבגרת טיפוסית. למרות זאת, בחלק מן המקרים, מה שנראה כמו חלק מסוימי גיל מסתיר מאחוריו התמודדות עם דיכאון, הפרעה אשר הופכת נפוצה יותר ויוצר בקרב מתבגרים.

למעשה, כ-20%-15% מהמתבגרים מתמודדים עם דיכאון לאורך תקופה גיל ההתבגרות, נתון אשר נמצא ב嚷מת עלייה בשנים האחרונות, ובמיוחד לאור משבר הקורונה. במקרים חמורים דיכאון אף עשוי להוביל לאובדן, שהוא 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 דואק אעשי?

• **רצון לעצמאות:** בתקופת גיל ההתבגרות, מתחילה נערות ונערים לנסות ולגבות זהות עצמאית משל עצמן. חלק מהרצון להוכיח שהם "מוסגים בלבד", פעמים רבות מתנתקים מתבגרים מערכות התמייה הקרובות (משפחה, מורים וכדומה) ובוחרים שלא להיעזר בהן בעת הצורך. הדבר עשוי ליצור חוויה של מצקה ובדידות, שנובעת מהקונפליקט "האם להתגבר לבך ולהרגיש 'מבעור', או לפנות לעזרה ולוותר על הניסיון לעצמאות?"

• **השתלבות בין אישיות:** חלק מהמעבר מילדות לבגרות, קבוצת בני גילו של המתבגר הופכת למשמעותית במיוחד עבורו. קבלת ואהדה מצד חברים, מבוססת את תחושת השיכנות והזהות העצמית, את הנפרדות מההורים ואת החוויה הבסיסית של יכולת להיות נאה ורצוי. אם המתבגר אינו מוצא את מקומו בחברה, ובמיוחד כאשר הוא חווה דחיה של ממש, הדבר מהו גורם סיכון להתקפות של דיכאון.

• **התפעחות בתחום המיני:** מיניות מהו גושא רגש אשר עשוי לעורר במתבגרים מצקה ורגשית. הדבר יכול לנבוע מתחושים אשמה וחדרה המופיעות בתגובה להתערורות הדחפים המיניים, במיזח כאשר המתבגר חש כי מיניותו אינה תואמת את הערכים עליהם התחנן. לחילופין, גם בלבול, חש או חוסר קבלה כלפי נטיה מינית, מציבים אתגרים רגשיים מורכבים אשר עלולים לתרום להתקפות דיכאון.

• **גיבש זהות:** בניסיון למצוא תשובה לשאלת "מי אני?", עברים מתבגרים תהליכיים מטלאלים. לאורך גיל ההתבגרות המתבגר פוגש לא פעם שאלות מכאייבות הנוגעות לאופיו וליכולותיו, ונפגש עם ציפיות מוגברות מצד החברה וההורים לאור התקפותו.

דיכאון אצל מתבגרים – איך זה נראה?

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

גם אם זה נשמע לכם מוכר – לא כדאי להיבהל מיד, שכן מתבגרים רבים מפגינים התנהגות טبعית לגילם אשר עשויה להתפרש כדיכאון. זו בדיקת הסיבה לקשיי הבדיקה בין משבר חולף של גיל ההתבגרות לבין התנהגות שמצויה על דיכאון של ממש. בנוסף לכך, **נטילתם 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 לחתיעותם עם איש מקצוע:

- מצב רוח מדויק במיוחד בΏρת שעת היום, לצד ירידת בולטות בהנאה מפעילויות הבאים, כדאי לשוחח על המהנות או נשירה ממסגרות שהו חשובות בעבר (תחביבים, תנועת נוער).

- **שינויים קיצוניים במשקל.**

- ירידת לימודית לא מוסברת, היעדר מוטיבציה ללמידה והיעדרויות מבית הספר.

- התנהגות אגרסיבית, שימוש בסמים ואלכוהול, עבריות ועוד.
 - שינויים משמעותיים בדףוי השינה כמו שינוי מופרצת, שבאה על חשבון בילוי עם חברים ופעילות פנאי, או לחילופין קשיי שינה, שליעיתם יתבטאו בישיבה מול המחשב והטלוייה בשעות הקטנות של הלילה.
 - ירידה בפעילויות החברתיות, למשל כאשר המתבגר יצא פחות, מקבל פחות טלפונים.
- זה נראה כמו דיכאון – מה עושים?

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

אל תתביסו לשאול: הורים רבים חוששים להעלות את אפשרות הדיכאון בפני המתבגר. למרות זאת, כדאי לשחק למתבגר מה אתם רואים ולשאול שירות על חוויתו ("שmeno לב שבחזם האחרון אתה נראה פחות שמחה לישון, ותהיינו אם אתה מרגיש פחות טוב לאחרונה?"). כדי לחתך בחשבון שמתבגרים רבים מכחישים את דיכאוןם, ובהתאם להזמין את המתבגר לשתף בתחוויותיו בהמשך ולהישאר "עם היד על הדפק".

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

זכרו שהוא **זקוק לכטב:** גם אם זה לא נראה כך, המתבגר **זקוק** לכם גם (ובמיוחד) עכשו. המשיכו להתענין, לשתף בדאגתכם ולהזמין לבילויים משותפים גם אם נתקלתם בדוחיה.

אל תוותו על עצרה מקצועית גם אם המתבגר מסרב: מתבגרים רבים מסרבים להיעזר בטיפול פסיכולוגי מאחר שהם חושים מהסתיגמה, מההכרה בקיומה של בעיה ומהתמסרות לקשר טיפולי. למרות זאת, חשוב שלא לוויטר על סיווג מקצועי, וניתן גם להיעזר בהדרכת הורים שתסייע לכם לתמוך במתבגר ולקדם את המוטיבציה שלו לטיפול.

דיכאון כרוני והטיפול בו - סקירת מערכת

בশירים האחרונים הולכים ומתרבים השיטות והמודלים הטיפוליים למצבים דיכאוניים, אך מצב דיכאון כרוני מעמידים גם בפני מטפלים מנוסים אתגרים משמעותיים. דיכאון כרוני מצווה עם עלייה בבעיות הבריאות, הגברת הסיכון להפרעות רגשות נוספות, פגיעה בתפקוד התעסוקתי, החברתי והמשפחי, סיכון אובדן גבואה יותר ואשפוזים רבים יותר ביחס ללקויים בדיכאון שאינו כרוני. לצד סיכונים והשפעות קשות אלו, קיימים מאפיינים ייחודיים אשר מקשים על הטיפול בדיכאון הכרוני.

דיכאון כרוני – מאפיינים וגורם סיכון

כ-20 מהאנשים אשר סבלו לפחות פעם אחת של דיכאון מג'ורי מפתחים דיכאון כרוני אשר נמשך בממוצע עשרים שנים, כאשר הספרות הקלינית מבינה בין חמישה לבין דיכאון כרוני מרכזים:

- 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 – תסמיינים דיכאוניים מתוניים ביחס לדיכאון המג'ורי, הנמשכים שנתיים ומעלה.
- דיכאון כפול – דיסטמיה והתקפים חוזרים של דיכאון מג'ורי ללא רמיסיה מלאה ביניהם.

Al Hölzel et (2011) זיהו באמצעות מטא-אנליזה מקיפה מספר גורמי סיכון להתקפות אפייזודה דיכאונית למצב של דיכאון כרוני ובهم גיל צער בעת האפייזודה הדיכאונית הראשונה, אפייזודה דיכאונית ממושכת,

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

ניתן להבין את התבססות הדיכאון כחלק אינטגרלי מהਐシアות גם מפרשפקטיביות פסיקו-דינמיות שונות.

פרשפקטיבית פסיכולוגית האגו ניתן לומר כי הדיכאון מייצג מגנון הגנה אשר יתכן והיה אדפטיבי וייעיל בתחום חיים מסוימת אך "אומץ" והתקבע לאורך שנים עד שהפיך למרכיב בלתי נפרד מהਐシアות. בהתאם, הטיפול על פי פסיכולוגית האגו יכול הגברת מודעות ויצירת תובנה לשימוש הבלתי אדפטיבי במנגנון ההגנה הדכאוני.

גישה 'יחס' האובייקט תדגיש את תפקיד תבניות קשר מוקדמות ביצירת הדיכאון. גישה זו מניחה את קיומם של תהליכי הפעמה והזדהות של הסובייקט עם האובייקט. באמצעות תהליכי דיכאון או כתופסת את תפיסתו העצמית ואיישותו של הפרט, ואשר דמות הורית משמעותית נחוצה לדיכאון או רגשות אמונותיו, הסובייקט כחסר ערך וחסר אנרגיה מופנמות תפיסות אלו של الآخر והופכת לחלק מהਐシアות. מעבר להפעמה של דמות משמעותית זו, עשויים להתעורר קשיים משמעותיים בפרידה מ"העוצמי הדכאוני" לאחר ויתור זה עשוי להחוות כיוון על הק舍 עם האובייקט המשמעותי. הטיפול על פי גישה 'יחס' האובייקט יתבסס על הגברת מודעות ויצירת תובנה לתפקיד היחסים הבין אישיים בעבר ובווהת ביצירת הדיכאון, לצד התמקדות ביחסים הנרכמים בחדר הטיפול.

התבוננות לפרשפקטיבת גישות אינט-סובייקטיבית תציג כי דיכאון "זהות" נוצר ומשתמר על בסיס התקבעות קונפיגורציית יחסים דיכואית-מדכאת אשר מציה בדיסוציאציה מקונפיגורציות יחסים אחרות אשר הופנו לאורך החיים. הטיפול על פי גישה זו יתבסס, בדומה לגישות הקודמות, על הגברת מודעות והתובנה לגורם לדיכאון ובו זמניות-על יצירה ערוצי קשור לקונפיגורציות בינהישות נוספת באמצעות ההתנסות באינטראקציה הטיפולית.

טיפול בדיכאון כרוני

et Al Cuijpers et al (2010) ערכו מטא-אנליזה של מחקרים העוסקים הטיפול בדיכאון כרוני וממצאו כי פסיקותרפיה יعلاה לטיפול בדיכאון כרוני אך השיפור המושג, למרות היותו מובהק, אינו גדול בהשוואה לשיפור של במצב של קבוצות הביקורת. כמו כן, נמצא כי השינוי הטיפול בדיכאון כרוני מותנה בקיומן של 18 פגישות לפחות וכי הטיפול יעל למטופלים מטראומות יולדות אך בלתי עיל עבור מטופלים המתקשים ביצירת קשר ונוטים להמנע ממנו. טיפול תרופתי (SSRI בפרט) נמצא עיל יותר מפסיקותרפיה ובפרט למצבים דיסטימיים, כאשר טיפול תרופתי המשולב עם פסיקותרפיה עיל יותר מטיפול רפואי או פסיקותרפיה בפני עצם.

התבוננות במאפיינים הייחודיים לדיכאון הכרוני ובהיבטים הפסיכו-דינמיים להתקבעותו מחייבת על הקשיים הייחודיים הטיפול בו. הקשיים המשמעותי המתעורר הטיפול בדיכאון כרוני, ובפרט דיכאון כרוני הכלול רכיב דיסטימי, הוא הפיכת הדיכאון לחלק מהזהות ומתפיסט העצמי. הדיכאון הכרוני "מציע" למטופל תבניות חיים כוללת המבנה את התפיסות והתחושים סביב נושאים של אשמה, נזקנות, משמעות וערך עצמו. פרידה מתבנית זו הכרוכה בתחששות קשות של ריקנות, אשמה, אובדן דרך והיעדר משמעות וכן מטופלים רבים מתקשים לוותר עליה, על אף הסבל בו היא הכרוכה.

כמו כן, et Al Kriston (2010) מציעים כי בשונה ממטופלים המתמודדים עם התקף דיכאון יחיד או כאלו המופיעים לאחר תקופות ארוכות של רמשיטה, מטופלים הסובלים מדיכאון כרוני מאופיינים במספר קווים ייחודיים אשר מקשימים על החלהם ועל הטיפול בהם. בין מאפיינים אלו ניתן לזהות פגעה בהבנה של הקשר בין חשיבה, התנהגות ותוצאות, היעדר תגובה להתרבויות טיפוליות המבוססות על היגיון, אגוצנטריות וקושי בעריכת אינטגרציה של פרשפקטיביות שונות, ותקשורת מונולוגית אשר אינה מושפעת מתగבות ומשוב מאחרים. קשיים משמעותיים נוספים הטיפול בסובליהם מדיכאון כרוני הוא הפסיכיות והיאוש שלהם בייחס לאפשרות להיעזר טיפולים השונים, לאור ההיסטוריה הטיפולים הארוכה שלהם. פסימיות זו משפיעה על שיתוף הפעולה ועל יכולת להיעזר בהתערבות הטיפולית.

מלבד להמלצות לשילוב בין טיפול רפואי לטיפול פסיקותרפי, הצעו et Al Koekkoek et al (2008) כי במקרים הכרוניים ממושכים יש להתמקד לא רק בניסיון ה"רפוי" אלא בלווי, הדאגה והניסיונו לשפר את איכות החיים בכלל הדיכאון. בהתייחס לטיפול בדיכאון כרוני חשוב לציין את התרפיה הבינהישת (Interpersonal Therapy) המהווה שיטת טיפול מבוססת מחקר לטיפול במצבים של דיכאון כרוני. השיטה מדגישה אלמנטים של טיפול

המיומניות החברתיות, במטרה להפחית התנהגוויות אשר מצמצמות את השדה הבין אישי ובכך משמרות ומחמירות את הסימפטומים ומתמקדת בחיזוק התנהגוויות המעצימות קשרים בינהיים.

דיכאון אחריו לידה בקרבת אבות - סיכום מאמרם של Mickelson & Don

מבוא

במאמר זה אנו מבאים עבורכם את סיכום מחקרם של Mickelson&Don שהתפרסם בשנת 2012, "דיכאון אחריו לידה בקרבת אבות: תפקדים של דיכאון אחריו לידה אימה", תמייה זוגית ושביעות צוון ממערכת היחסים הזוגית". דיכאון אחריו לידה מוכר מזה שנים רבות כמצון סיכון משמעותי לאם ולתינוק, אך בשנים האחרונות החלו מחקרים שונים להתמקד גם במצב דיכאון אחריו לידה אצל אבות. מחקרים על דיכאון אבה אחריו לידה נדרים יחסית, אך שתי מטא-אנליזות שפורסמו לאחרונה מצבעו על דיכאון של האם כגורם המניבא המרכזי לדיכאון של האב. האופן בו נוצרת השפעה זו אינו ברור, אך אבות מודוחים על קשר בין הדיכאון לבין איכות הקשר הזוגי ומידת התמייה לה הם זוכים מעת הזוג שלהם. עד כה, דיווחים אלו לא זכו לבחינה אמפירית ולפיכך המחקר הנוכחי בקש להתמקד בסוגיה זו. החוקרים במחקר הנוכחי אספו נתונים מ-92 זוגות שביצעו את המעבר להורות, חדש לאחר הלידה ו-9 חודשים לאחר הלידה. בתוך כך הם ביקשו לבחון את המנגנון בו נקשרים דיכאון אמה וDICAOON אבה לאחר לידה ונראה כי הגורמים המרכזיים המקיימים ביניהם הינם תמייה זוגית פגועה וירidea במידת הסיפוק מן הזוגיות.

תמייה זוגית במעבר לאבاهות

מחקרים רבים מציעים על הקשר בין מיעוט תמייה חברתית לבין רמות גבואה של DICAOON, כמו גם על ההתקדרות הפיסית והנפשית הנלוות פעמים רבות להיעדר תמייה חברתית במצב לחץ. תמייה של בן או בת הזוג היא חיונית במיוחד בתחום הזוגי. על רקע גוף ידע זה, לא מפתיע כי היעדר תמייה של בת זוג במעבר לאבאות, ממשמעותיות על התפקיד הזוגי. ערך גוף ידע זה, הקשור בDICAOON אבה. במקביל, עם לידת התינוק חל שינוי משמעותו של הזוג בין כה והוא גורם לחץ משמעות, הקשור בDICAOON אבה. במקביל, עם לידת התינוק חל שינוי משמעותו של הזוג בחלוקת המשאבים. משאבים זוגיים אשר הושקעו עד כה בחיזוק הזוגיות והנאה מהקשר הזוגי, מופנים כתעלול בתינוק ובסתגלות הפרטנית להורות. כמו כן, בנייתם בהם אחד מבני הזוג מתמודד עם גורם לחץ או משבר ואז יכול בן הזוג השני להפנות את משאביו לתמייה בו, הרि שהולדת תינוק מהווה גורם לחץ עבור שני בני הזוג וכן מובילה בהכרח לירidea במשאבים הזוגיים המופנים לתמייה הדדיות. מצב זה מוק残酷 באופן טבעי, כאשר האם סובלת מדיכאון אחריו לידה. בתוך כך, נוצרת התמוקדות של האם בעצמה, נסיגת רגשית וירidea נוספת במשאבים האישיים ובמשאבים הפנויים לתמייה בין הזוג. ככלומר, כאשר אם סובלת מדיכאון אחריו לידה, נוצר מצב בו דזוקה בתגובה בה האב הטריזקוק לתמייה מיוחדת, משאייה של בת זוג מודוללים באופן יוצא דופן.

ונשאים נוספים שיכולים לעניין אותו:

ו "גברים בוכים בלילה, לא נשמע קולם": מצוקה בקרבת גברים במעבר לאבاهות

ו DICAOON אבה לאחר לידה: השלכות ארוכות טווח על ההורות ועל התפתחות הילד

ו של מי המניות הזה? מביאות כוכב חיים מניע בקשר אם-תינוק ובקשר לטיפול

סיפוק זוגי במעבר לאבاهות

הספרות המחקרית מציעה על כך שסיפוק בקשר הזוגי קשור בירידת הסיכון לדיכאון, כאשר קשר זה מתווך על ידי גורם התמייה הזוגית. הקשר בין גורמים אלו מוסבר על ידי מודל העצמת היחסים של תמייה חברתית, המציג כי פעולות תמיוכניות מפעילות סט של תהליכי קוגניטיביים ורגשיים היוצרים ומחזקים את התפיסה

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

1. תמיכה חברתית מס'ית במצבו לחץ בהם גדל הסיכון לקיומן של התנהוגיות המביאות להדרדרות זוגית (נסיגת והתרחקות למשל), לאחר והן עשויות להיות חוץ המונע לחץ חריף.
2. תמיכה חברתית מקטינה את הסיכון לדיכאון קליני הקשור אף הוא בפגיעה בקשר הזוג.
3. תמיכה חברתית מחזקת את תחושת האמון והחומר הסביבתיים וכך עשויה להפחית את עצמתם של קונפליקטים זוגיים.
4. אינטראקציות תומכות מגבירות חשיפה עצמית או אינטימיות רגשית ביחסים אשר בתורן תורמות לתפקוד הבין אישי.
5. התנהוגיות תומכות רציפות מבן או בת הזוג מחזיקות את האמון והאינטימיות וכך מביאות לייצור "יחסים חיוביים". כך בין/בת הזוג יכולים לחזק את הראייה החביבת של הזוגיות שלהם.

סיפוק מהיחסים הזוגיים יכול למנוע דיכאון לאחר לדיה אצל אבות מאחר והוא מלווה בתחושת בטיחון ונוכחות של בת זוג שיכולה לשיער במללות התובעניות של ההורות ולהקל במידת הלחץ אותן חוווה האב.

דיון בממצאי המבחן

בהתאם להשערת המבחן ולתוצאות מחקרים קודמים, הממצאים הצביעו על קשר חזק בין דיכאון אחרי לדיה של האם לבין דיכאון של האב. החוקרים מתנגדים לטענות קודמות המסבירות קשר זה באפקט ישיר של "הידבקות" וטוענים לכך של קשר עקיף המתווך על ידי איות הקשר הזוגי. הממצאים מעידים על כך שדיכאון אמה קשור במעטות תמיכה זוגית יותר אינטראקציות שליליות עם בן הזוג, אשר קשורם בתורם ברמת סיפוק נמוכה יותר מהקשר הזוגי. באופן ספציפי, ככל שבני זוג במחקר חשו כי הם מקבלים פחות תמיכה מבת זוגם, אשר סבלה מדיכאון בחודש הראשון לאחר הלידה, כך פחתה רמת הסיפוק שלהם מהזוגיות תשעה וחודשים לאחר הלידה וחלה עלייה בדיכאון האבה. החוקרים מציעים את תיאוריית המערכת המשפחתיית כמסגרת המסביר את הממצאים. תיאוריית זו מציעה כי שינוי משמעותי המתරחש במשפחה מצריך הסתגלות מחודשת אשר מביאה לשינוי אינטראקציה. שינוי אינטראקציה אלו, על אף שהם נורמייביים ואדפטיביים בהתקומות עם השינוי הדרמטי שמתರחש בעקבות לידתו של תינוק, לא בהכרח מתאימים לכל אחד מחברי המשפחה. לעומת זאת, השינויים שמצריכה ההורות החדשנה מביאים לשינויים באינטראקציות הזוגיות אשר מटבטים, למשל, בירידה באינטראקציות התומכות בין בני הזוג בעקבות לחץ ההורות ו"ביibi בלווז" שחוות חלק ניכר מהאהמות. מעבר לתיאוריית המערכת המשפחתיית, בדומה לאמהות, המעביר להורות מהוועה עבור אבות התמודדות המלווה ברגשות עצמתיים כמו דאגה ופחד וכן באופן טבעי הם זקוקים ליותר תמיכה. כאשר האם מציה בדיון יכולתה לספק תמיכה לבן זוגה פוחתת, וכך גם יכולתה לספק תחושת שותפות וביטחון בהורות המשותפת, אשר יכולה להפחית את חרדת האב ולחזק את התמודדותו עם הדרישות ההורות. מבון שמצאים אלו מლדים על אותו הקשר בכיוון השני, במסגרתו גם לאב יכולות תמיכה מופחתות אשר עשויות להיות קשורות בדיון אצל האם.