

זיהוי תופעת דיכאון בקרב בני נוער האסופלים

קידום נוער והתמודדות אנה

ענת שני *

אוגוסט 2002

רקע כללי

מאמר זה עוסק בתופעת הדיכאון בקרב מתבגרים, מברר כיצד העבריינות והניתוק יכולים לאותת על הבעיה הנפשית, עומד על חשיבות הזיהוי של התופעה ומציע דרכי התמודדות עמה במסגרות קידום נוער.

בגיל ההתבגרות ניתן לראות אצל המתבגרים תסמונות של דיכאון מוסווה, גם בהתנהגות נגטיביסטית, אנטי סוציאלית. כיום מקובל לראות את הדיכאון המוסווה כהליך ראשוני של הדיכאון ההולך ומתהווה אצל המתבגר (נושפיץ, 1997).

קשר בין דיכאון להתנהגויות סוטות (עבריינות, שימוש בסמים וכו') מאפיין גם את אוכלוסיית קידום נוער - בני נוער אשר אינם משתלבים במערכות החינוכיות-חברתיות המיועדות לבני גילם. מצב זה של הידחקות לשולי החברה משפיע על הדימוי העצמי של הנערים וגורם להם להיות מנוכרים מהחברה. במשך הזמן הבעיות מחריפות ומתעצמות וחושפות אותם לסכנות של הידרדרות, שוטטות ועבריינות. בעיית הנוער המטופל בקידום נוער אינה ממוקדת במשתנה יחיד או בגורם אחד. זוהי תופעה חברתית מורכבת ורבת פנים, שרק מכלול משתנים וגורמים יכול להסביר אותה. זאת ועוד, המצב המוגדר כ"מצב ניתוק" איננו סטטי, אלא דינמי ומתפתח הניתן לזיהוי, והוא מוביל למספר מסלולי חיים. בתהליך מעורבים משתנים אישיותיים וסביבתיים המשפיעים בסופו של דבר על הכיוון שאליו יפנו הנער או הנערה. על פי רוב ניתן לזהות "מצבים של סיכון" ו"מצבים של ניתוק" על פני רצף של התנהגות (להב, 1999, עמ' 12).

• מנחה לקידום נוער במחוז תל אביב.

הגדרת הדיכאון בגיל ההתבגרות

דיכאון הוא אחת המחלות השכיחות באוכלוסיית המבוגרים. מעט מחקרים נעשו על שכיחותה של תסמונת זו בילדים ובנוער, וזאת בניגוד למחקרים מפורטים על סכיזופרניה והפרעות התפתחותיות.

בשנים האחרונות התמקדה תשומת הלב של הפסיכיאטריה לילדים ונוער בתמונות קליניות של דיכאון באוכלוסייה זו. מתברר כי אכן קיימת בגילאים אלה תסמונת זהה לזו של מבוגרים, אך ישנה גם פנומנולוגיה שונה מזו המוכרת (אליצור, טיאנו ומוניץ 1990).

מושג הדיכאון מופיע בשלושה מובנים שונים: כמושג יומיומי וכביטוי רגשי או כמצב רוח בחיים הנורמליים כמגוון תגובות למצבי דחק שונים, כמצב רוח פתולוגי המופיע כסימפטום במספר מצבים פסיכיאטריים, וכתסמונת קלינית.

המאפיין העיקרי של דיכאון הוא הרגשה של מסכנות כרונית, וכפי שפרויד תיאר במאמר "אבל ומלנכוליה", האדם המדוכא רואה את העולם כ"מסכן וריקני". הדיכאון מאופיין בירידה במצב הרוח, בפעילות ובאנרגיה במשך לפחות שבועיים. ירידה זו באה לידי ביטוי במרכיב הרגשי, הקוגניטיבי, המוטיבציוני והפסיכופיזיולוגי מוטורי.

המרכיב הרגשי - עצבות, מצב רוח קודר, ייאוש, חוסר תקווה ואיבוד עניין והנאה (אפתיה בכל המגזרים והפעילויות בחיים).

המרכיב הקוגניטיבי - מהלך חשיבה איטי המאופיין בקשיי ריכוז וקשר, תפיסת עולם שלילית ופסימית, תפיסה עצמית שלילית מלווה בביקורת עצמית ואשמה, ביטחון עצמי ירוד ודימוי עצמי נמוך, תיאור העתיד מלווה בתחושה של חוסר אונים, חוסר ישע וחוסר תקווה.

המרכיב המוטיבציוני - רמת פעילות ירודה, קושי רב ואי יכולת לבצע פעולות, הפחתה בויזמה, ברצון ובמוטיבציה, נטייה להסתגרות ולהתרחקות.

המרכיב הפסיכופיזיולוגי - עייפות, כבדות בגוף, חוסר מרץ, ירידה בתיאבון, הפרעות בשינה, ירידה בתשוקה וביכולת המינית.

הדיכאון הינו חלק מתופעה רחבה יותר של הפרעות אפקטיביות הכוללות גם תסמונת של מאניה והשילוב של שתי התסמונות ביחד (BIPOLAR) - מאניה ודיפרסיה. למרות הדמיון הקיים בתסמונת הדיכאון בגילים השונים, ניתן להבחין בהבדלים המאפיינים גילים שונים. בגיל ההתבגרות ניתן לראות את התסמונות כפי שהן נראות אצל המבוגרים, אולם יהיו גם תסמונות של דיכאון מוסווה. מתבגרים ינסו להכחיש את רגשות הדיכאון. בגיל זה יתבטא הדיכאון גם בהתנהגות נגטיביסטית אנטי סוציאלית, שוטטות ברחובות ובחוסר ריסון בהתנהגות המינית. כמו כן יתלוננו המתבגרים על חוסר יכולת להתרכז, ירידה בלימודים, אי שקט, שעמום, התבודדות או התחברות עם קבוצות שייכות חריגות, סמים וכו', בלבול בזהות והרגשת חוסר תועלת (קפלן, 1997).

דיכאון הוא לפעמים מצב רוח הנוצר בהתאם למעגל החיים ולמשבריו. ספקות אודות הזהות והרגשת עצבות ודיכאון בגיל ההתבגרות הם נורמליים למתבגר ולשלב ההתפתחותי שבו הוא נמצא. התרחקות מהתא המשפחתי ובדידותו בתפיסתו את העולם מעוררות לפעמים פחד ותחושת דיכאון לעומת הרגשת התעלות וניצחון מצד שני.

שינויים הורמונליים והתעצמות הדחפים המיניים גם הם משפיעים על מצב הרוח. חלק מההתבגרות מתבטא ביכולת לראות את המציאות כמשהו שלא ניתן להשיג בו את כל מה שאנחנו רוצים, דבר העלול להביא לרגשות של דיכאון. אולם כאשר האכזבה והתסכול גדולים מאוד, וכאשר הדימוי העצמי של המתבגר נמוך וירוד, ייתכן קושי בהתמודדות עם רגשות הדיכאון ועלולות להתפתח תופעות קליניות (נושפיץ, 1997).

סיטרין ומקניו (1979) מסווגים את התופעות הקליניות של הדיכאון לכרוני, אקוטי ומוסווה. בתופעות הדיכאון הכרוני והאקוטי מדובר על סימנים דומים אך בעוצמות שונות, ובמשך זמן ארוך יותר בכרוני לעומת האקוטי. הדיכאון המוסווה הינו בעייתי לסיווג כיוון שקטגוריה זו מציינת אוכלוסיית נערים ונערות שהיכולת הוורבלית שלהם אינה מפותחת ויכולת הביטוי שלהם אינה ישירה וניתן לסווג אותם כהפרעות בעצם ההתנהגויות שלהם (רוטר, 1988).

פיוג אצל נושפיץ (1997) מצא כי בקרב יותר מאלף נערים שאובחנו אצלם הפרעות דיכאונית אובחנו גם הפרעות התנהגות (CONDUCT DISORDER). כמו כן ישנו קושי בסיווג כאשר בנוסף להפרעות דיכאון ישנן גם תופעות של חרדה.

בגלל הבעיות של סיווג דיכאון אצל מתבגרים, אין הרבה מחקרים אודות דיכאון בגיל זה וקשה להבחין בין תופעות הדיכאון כתסמונת קלינית לבין הרגשת דיכאון (רוטר, 1988). במחקרים המעטים שנערכו נמצא כי 40% מהמתבגרים דווחו על רגשות אומללות ודיכאון, 20% על הרגשה של שלילה עצמית ו- 80% דווחו על מחשבות אובדניות. אצל מבוגרים מדווח כי נשים סובלות מדיכאון יותר מגברים. לא מדווח על נערים הסובלים מדיכאון יותר מנערות. קאשני (אצל רוטר, 1988) מדווח על 13.3% נערות במצב דכאוני מג'ורי לעומת 2.7% נערים.

ב- DSM III R מוגדרים הסימפטומים של דיכאון מג'ורי ומצב רוח דיכאוני (דיסתמיה).

דיכאון מג'ורי חייב לכלול אחד משני התנאים הראשונים וארבעה נוספים:

1. מצב רוח דיכאוני או עצבני.
2. ירידה בהתעניינות ובהנאה מדברים או מחלק מהדברים בכל יום.
3. ירידה משמעותית במשקל או ירידה משמעותית או עלייה משמעותית בתיאבון.
4. חוסר שינה או שינה מרובה.
5. עיכוב פסיכומוטורי או אי שקט.
6. עייפות או ירידה בפעילות כמעט בכל יום.
7. הצפה ברגשות אשם מוגזמים ולא מתוארים או ירידה בערך העצמי.
8. ירידה ביכולת החשיבה והריכוז ומחשבות על מוות.

9. מחשבות אובדניות או ניסיון אובדני.

הפרעת דיכאון מאובחנת בקלות רבה יותר כשמדובר במקרה אקוטי, בהעדר תסמינים פסיכיאטריים קודמים. אצל מתבגרים יתבטא הדיכאון המג'ורי באנהדוניה, חוסר תקווה, פיגור פסיכומטורי ורעיונות שווא (דלוזיות). עלולים להופיע בצד הדיכאון תסמינים כמו נגטיביזם או התנהגות אנטי חברתית, הכוללת שימוש בחומרים ממכרים, תחושות של חוסר שקט, עצבנות, תוקפנות, זעפנות, אי רצון להשתתף בפעילויות משפחתיות, נסיגה חברתית וכמיהה לעזוב את הבית (אפטר, הטב, ויצמן וטיאנו 1999).

דיסתמיה - מצב רוח דיכאוני במשך רוב היום לאורך ימים רבים בתקופה של שנה אצל ילדים ונוער, מותנה בקיום של לפחות שניים מהתנאים הבאים:

1. תיאבון ירוד או אכילה מרובה.

2. העדר שינה או שינה מרובה.

3. עייפות או ירידה באנרגיה.

4. דימוי עצמי נמוך.

5. קשיים בריכוז או בקבלת החלטות ותחושה של חוסר תקווה.

במתבגרים הלוקים בהפרעת דיכאון ניכרת סבירות גבוהה יותר לחפיפה למצבים פסיכיאטריים נוספים לעומת מבוגרים. במקרים מסוימים, הפרעת ליקוי בקשב, הפרעת התנגדות והפרעת התנהגות יכולות להופיע כחלק מאפיזודת דיכאון מג'ורי. במקרים רבים הפרעות אלו נפתרות עם ההחלמה מההפרעה הדיכאונית (אפטר ואחרים, 1999).

גורמים פסיכולוגים - לאובדן תפקיד מרכזי ברוב התיאוריות הפסיכולוגיות המתייחסות לדיכאון. הוא יכול לפעול כגורם מקדים או כאירוע מאיץ. אין עדיין הסבר הולם כיצד האספקטים השונים של הדיכאון נוצרו וממשיכים להתקיים (רוטר, 1988). הגישה הדינמית רואה בדיכאון תוצאה של אובדן, חסך או לחץ מתמשך. בהתאם לגישה זו, יש צורך בטיפול ובהערכה של אירועים סביבתיים שהתרחשו בחיי הנער, ובהימצאות או בהעדר גורמים תומכים. חשוב להבין את המשמעות הסובייקטיבית של אירועים אלו עבור הנער. גישות אחרות מסבירות דיכאון כמצב של חוסר אונים וחוסר תקווה הקשור ליכולת להגשים שאיפה או ליצור קשרים. גישות משפחתיות מדברות על הפרט במערכת שמבטא את הדיכאון של המשפחה כולה, אולי בעקבות אובדנים קודמים. המשפחה תשמר את הדיכאון על ידי ייצוגו אצל אחד הפרטים במשפחה (אפטר, הטב, ויצמן וטיאנו, 1999).

על פי טיאנו טיפול קוגניטיבי התנהגותי נמצא יעיל במקרים לא חמורים, אך אין בנמצא מחקרים ביחס ליעילות טפול זה באוכלוסייה קלינית בדרגת חומרה גבוהה יותר. התערבות טיפולית בתחום הכישורים החברתיים עשויה להועיל במקרים כרוניים יותר. התערבויות פסיכו-חינוכיות של טיפול משפחתי נמצאו אף הן מועילות במקרים חמורים של ההפרעה.

טיפול קוגניטיבי לפי הגישה של בק

בק (1979) טוען שכדי להבין את טבע החוויה האמוציונלית או ההפרעות, יש להתמקד בתוכן הקוגניטיבי של תגובת המטופל לאירוע המטריד או לזרם המחשבות. הערך הטיפולי הכולל של המודל הקוגניטיבי נמצא בדגש שלו על תהליכים נפשיים שהם נגישים יחסית וש אפשר לאמן בקלות את המטופל לדווח עליהם.

המטופל מדווח על אמונותיו והן נבחנות בקשר לדעותיו על עצמו, על העתיד ועל העולם. השילוש הזה של "ממלכות" (אני, העולם והעתיד) נקרא השילוש הקוגניטיבי ומשתמשים בו לעזור למטופל ולמטופל לזהות אזורי דאגה המעורבים במצוקה הרגשית. ההנחה היא שעצבות, היעדר מוטיבציה, מחשבות אובדניות וכו', קשורים לדאגות באחת או יותר משלוש הממלכות האלו. אצל האדם הדיכאוני ניתן לזהות את ראייתו הפסימית מאוד בשלושת המישורים.

השילוש הקוגניטיבי אצל אדם דיכאוני על פי בק כולל:

עצמי – הפרט תופס את עצמו פגום, לקוי וחסר ערך.

העולם הסובב אותו – דרישות הסביבה ממנו עצומות ואינן ניתנות לסיפוק.

עתידו – בעתיד הוא צופה קשיים ותקלות אין סופיים.

תיאור מקרה

להלן יתוארו אבחון וטיפול קוגניטיבי בנער על פי גישתו של בק. חשוב לציין שדרגת החומרה של הדיכאון אצל הנער לא היתה חמורה.

הנער ר. בן 16 בן שני למשפחה המונה חמש, נפשות, אם וארבעה בנים. האב נפטר לפני שלוש שנים. ר. הגיע לטיפול דרך קצינת מבחן. הוא נשר מבית הספר בכיתה ט' וכיום הוא לומד במסגרת חלופית. נפתחו לו שני תיקים בגין פגיעה במכונית של מנהל בית הספר והצתה של הגלגלים. בנוסף לכך, נפתח נגדו תיק בגין ניצול מיני של שתי ילדות בנות שמונה במשך שנה, דבר שהחל כשנה לאחר מותו של אביו. ר. היה קשור לאביו ודמה לו, בעוד שאימו דוחה אותו והוא "הכבשה השחורה" במשפחה.

בהמלצת הפסיכולוגית שבדקה אותו הוחלט על טיפול שמתמקד בעיבוד האבל ואובדן האב. נעשו מספר ניסיונות טיפוליים עד שר. נשר גם מהטיפול. לקצינת מבחן ולי נראה שטיפול דינמי מאיים עליו, והוחלט להציע לו שיחות על נושאים יותר קונקרטיים. אחד הקשיים שלו היה הקושי לסרב לאנשים, גם כשהדברים אינם מוצאים חן בעיניו, והוא הסכים לשתף פעולה.

תהליך האבחון

ר. בשיחות מאוד שקט, פסיבי, מחכה שאני אעבוד ואדבר במקומו. הוא נראה מאוד חרד ולבסוף אף נשר מהטיפול. הצענו לו שנעבוד על הקשיים שלו לסרב לאנשים, גם כשהדברים אינם מוצאים חן בעיניו, וזה כלפי אמו, חבריו וחברתו. הצעתנו נראתה לו והוא הסכים לחזור לשיחות, ואכן, הוא הופיע בצורה קבועה ומסודרת בחודשיים הבאים. ההתרשמות שלי היתה שהוא סובל מדיכאון מוסווה כיוון שאינו מדבר על רגשות של דיכאון והתנהגותו מוחצנת (ACTING OUT) לפי התכנים והדברים שהוא אומר, ניתן לזהות את המשולש הקוגניטיבי של בק וכן אמונות וטעויות קוגניטיביות.

כדי להתחיל לעזור לו ב"כאן ועכשיר" נראה לי מתאים לאמץ אלמנטים מגישתו של בק וייתכן שבהמשך הטיפול נשלב גם אלמנטים דינמיים של עבודה על אובדן האב, חסכים רגשיים וכו'.

אפשר לראות אצלו התייחסויות דומות כלפי עצמו, עתידו וסביבתו. כמו כן בולט במפגש עמו רגש דיכאוני, עצב, תחושות אשם, בדידות וחוסר תקווה.

ר. תופש את עצמו כלא מוצלח, לא שווה, חסר ערך עצמי, דימוי עצמי נמוך. במשפחתו הוא השעיר לעזאזל, מגיע לו כשמענישים אותו. מאז גילוי המקרה הסתגר ולא יצא עם חבריו. לאחר תקופה מסוימת של הטיפול, החל ר. לדווח על חזרה לחיים חברתיים. לדעתי ישנם דברים נוספים, אך הוא מתקשה מאוד לדבר על קשיים ורגשותיו בתחום זה.

דרישות הסביבה ממנו עצומות והוא אינו יכול לעמוד בהן. ככל שהן לוחצות יותר, כך נראה לו קשה יותר לעמוד בהן. האם מצפה ממנו שימלא חובות כאילו הוא האב בבית. הדרישות ממנו מוגזמות והוא מרגיש שאינו מסוגל לרצות את האם ולספק אותה.

האם רואה בו את דמות האב שאיתו היו לה יחסי ישות קשים. ר. מרגיש אשם כשהוא מתרחק מן האם ומתחבר עם בנות. לאחר זמן הוא חוזר הביתה ונפרד מחברתו. כשהוא מתנהג לא כפי שהאם מצפה ממנו הוא נענש בחזקה ושותק, הוא מרגיש כי מגיע לו לקבל עונש.

באשר לחברים, הוא מרגיש שהוא נסחף למה שהם עושים, ואינו מסוגל לסרב לדברים שהם עושים למרות שהוא אינו מעוניין לעשותם.

בקשר לעתידו – ר. מרגיש שהוא זורם עם נסיבות חייו. הוא אינו שולט בשום דבר, הכל קורה לו בלי שהוא מבין מדוע. הוא מאוד עצוב ובודד מאז שאביו נפטר. מיואש מהתנהגותה של אמו כלפיו, התנהגות מאוד דוחה ומאשימה ולא נראה לו כי יוכל לשנותה. אצל ר. בולטות מספר אמונות שהן הסכמות הקוגניטיביות שבבסיס גרעין ההפרעה. אמונות אלו מופיעות בשיחות לא תמיד בצורה ישירה. לפעמים צריך להבינן מתוך הדברים שהוא אומר, אך כשמעלים לפניו נקודה מסוימת מהאמירות הללו הוא מאשר: אם אבקש עזרה סימן שאני חלש, אם נותנים לי עצות סימן שאני לא עצמאי, אני כלום אם אדם

שאני אוהב אותו אינו אוהב אותי, אני חייב תמיד לרצות את אמא שלי, אני חייב להיות בסדר תמיד עם החברים שלי, אם לא אוהבים אותי אין טעם לחיי, אני תמיד אשם במה שקורה לאמא, לחברים ולסביבה ומגיע לי לקבל עונשים.

תהליך ההתערבות

בתהליך העבודה עם ר. התמקדנו במידה רבה בניסיון לאפשר לו לגלות ולהביע את האמונות שבבסיס התנהגותיו המוחצנות. היה לו קושי רב לחשוף את רגשותיו וגם את מחשבותיו. העבודה איתו התמקדה בלהראות לו שיש בו חלקים טובים ושאינן לו מה להתבייש בעצמו. דרך הגישה הקוגניטיבית באה לידי ביטוי בכך שמדברים על זה שלא מגיעה לו התייחסות שלילית מהסביבה, כלומר, ישנם דברים חיוביים שהוא עושה ואם אמו מענישה אותו על דברים שהוא חושב שאינם מצדיקים עונש, עליו להילחם על זכויותיו בזמן ולא להמשיך לסחוב את התנגדותיו עד שיצאו בדרכים לא יעילות, שיגרמו לאמו להעניש אותו עוד יותר, ובכך להצדיק את האמונה הבסיסית שלו שהוא לא שווה ושמגיע לו.

דקטסטרופיזציה – טיפול בעיוות הקוגניטיבי של עוצמת התוצאות השליליות בהתנהגות וראיית התוצאות במונחים של קטסטרופה. מטרת ההתערבות הקוגניטיבית במקרים אלו היא הבאת המטופל לראייה יותר מציאותית של ההתנהגות ותוצאותיה.

ר. פוחד שאם הוא לא יסכים עם חבריו, למשל אם הוא לא ירצה ללכת איתם לסרט, אז הם לא יהיו יותר חברים שלו. אם הוא יגיד לאמו שכעת אינו יכול ללכת למכולת, היא תפסיק לאהוב אותו במהלך ותנטוש אותו העבודה אתו ביקשנו להראות לו שהתנהגותו אינה מביאה לקטסטרופות כאלו של נטישה ודחייה כללית, דבר שמאוד מאיים עליו. לפי הגישה הקוגניטיבית, תיקון של עיוות בחשיבה יכול לעזור לו לשנות את התנהגותו.

כבר בתחילת העבודה איתו הוא סיפר לי על מקרה שקרה לו עם אמו. הוא איחר לחזור הביתה ממסיבה. אמו אמרה לו שהיא מענישה אותו ואסור לו לצאת מהבית, אבל לא אמרה לו כמה זמן ימשך העונש. כשהוא סיפר לי על המקרה, הוא דיבר על כך שזה מובן מאליו שהוא מקבל עונש, וגם נראה לו הגיוני שהוא לא יודע מתי יסתיים העונש. במילים שלו "מגיע לי לקבל עונש". כשנשאל לכמה זמן מגיע לו, הוא לא ידע לענות. כשדיברנו על כך שזכותו לדעת עד מתי ימשך העונש, הוא אמר שבפעם הבאה שאמו תעניש אותו הוא ידבר איתה על משך העונש.

בדיקת האמונות של "חייב" – עיוות קוגניטיבי שכיח הוא שהאדם צריך להיות, מוכרח, וחייב לעשות ובצורה קיצונית. ר. חייב להיות בסדר עם אמא, עם חברים. אחת האמונות שלו היא שאם יש לו חברה, הוא צריך להיות איתה כל הזמן. הנאמנות שלו צריכה להיות מוחלטת. וכך גם עם אמו. אם הנאמנות אינה מוחלטת, עדיף שלא תהיה קיימת בכלל. היתה לו חברה תקופה מסוימת. הוא בילה איתה כל יום עד שעות מאוחרות. באותה

תקופה הוא לא יצר קשר עם חבריו וגם אמו התלוננה שאינו נמצא בבית בכלל. הוא לא הצליח לשלב את כל הקשרים במקביל. לבסוף הוא ניתק את קשריו עם חברתו כדי להיות שוב בסדר עם אמו ולהתחיל ליצור קשר מחודש עם חבריו. התחלנו לעבוד איתו על האמונה שלו שלפיה אם הוא לא נאמן לגמרי, אז עדיף שלא יהיה בקשר בכלל. בתחום זה סייענו לו לראות שניתן ליצור קשרים במקביל ושאינן קשרים מוחלטים ונאמנות בלי סוף. גם מהחברה לפעמים מתרחקים וכך גם מהאם. הנושא של קירבה ומרחק ויצירת אינטימיות מאוד בעייתי אצלו וניתן אצלו וניתן לטפל בכך גם ברמה הדינמית על ידי התייחסות להיפרדות מהאם וכו'.

סיכום - טיפול רב ממדי בדיכאון בעבודת קידום נוער

במקרה המתואר הוצגה התערבות פרטנית קוגניטיבית. אולם ההתייחסות אל הנער היא רב תחומית ורב ממדית כפי שנהוג בקידום נוער (להב, 1999). הגישה הטיפולית בדיכאון הנה רב ממדית וכוללת התייחסות ברמה הרגשית, הקוגניטיבית וההתנהגותית. ההתערבות תהיה ברמה הפרטנית, הקבוצתית והחינוכית. בתהליך יצירת הקשר עם הנער, על העובד להיות בהישג יד, ברצף ובעניין. ידוע כי למתבגר יש קושי רב להיעזר ויש צורך להיות סבלני להתנהגויות המתנגדות ולמבחינים הרבים שיציב, עד שייווצרו אמון וברית טיפולית. יש לקחת בחשבון את האמביוולנציה שקיימת בין הצורך להיות בקירבה והפחד להיות תלוי באחר. במקביל ליצירת הקשר, על העובד להתחיל בתהליך האבחון. אם הנער במצב דיכאוני, יש לשים לב לסימפטומים שצוינו לפי המרכיבים הרגשיים, המוטיבציוניים, הפסיכופיזיולוגיים והקוגניטיביים (יש להיעזר במנחה היחידה או בגורם פסיכיאטרי במקרה שהעוצמות של הסימפטומים גבוהות). במקרה של דיכאון מוסווה ניתן להיעזר בשיחה עקיפה ברמה הקוגניטיבית ולהתייחס לשילוש הקוגניטיבי של בק: עצמי, העולם הסובב אותי ועתידי. העובד הוא בעל נוכחות אקזיסטנציאלית חשובה, בהורדת תחושת הבידוד של הנער ומשפחתו. יכולת העובד לראות את הנער כבעל ערך ובעל כישורים היא גורם רב כוח ומשקל. ייקח זמן עד שהנער יפתח ולכן חשוב לחשוב על דרכים עקיפות ופחות מאיימות, לדוגמה: הטיפול הקוגניטיבי. חשוב לציין שבתהליך הטיפול הקוגניטיבי מתייחס בק גם לחלקים האמפטיים והחמים של הטיפול.

טיפול קבוצתי - במישור זה הכוונה להקנות לנער מיומנויות חברתיות אישיות ובין אישיות שיאפשרו לו לתפקד בהצלחה בקבוצת השווים ובפעילויות בני הגיל (להב, 1999). הנער המדוכא סובל מדימוי עצמי נמוך ומתחושת חוסר ערך וחוסר אונים. לפעמים תחושות אלו מחוזקות על ידי הסביבה. השתתפות בקבוצה תאפשר לו להתנסות בחוויות

של יכולת. שיתוף אחרים בקשיים שלו והידיעה ושאינו לבד יחזקו את הדימוי העצמי. יכולת להביע כעס ורצונות בצורה אסרטיבית ותקשורת ישירה יותר עם הסביבה יכולות לחזק גם את תחושת השליטה הקיימת בחייו.

רצוי לשתף את המשפחה ולאפשר לה להיות שותפה בתהליך העזרה שמקבל הנער, דבר שיגרום לתחושת לכידות במשפחה. ההורים צריכים להציב גבולות ודרישות בהתאם ליכולותיו של הנער.

קיימת חשיבות רבה בשילוב מחדש של הנער בתוך מערך הפעילות הנורמטיבית של בני גילו, במסלולי למידה, עבודה ופנאי. עובד קידום הנוער ינסה להתאים מסגרת לימודית ליכולותיו של הנער, כדי שלא ירגיש תסכול ותחושת כישלון וחוסר ערך. הנער ילמד במסגרת מתאימה (מוגנת לפי הצורך) וילווה על ידי המורה בסבלנות ורגישות רבה ליכולותיו, הן הקוגניטיביות והן הרגשיות. אם יכולותיו הקוגניטיביות יבואו לידי ביטוי, הדבר יביא להעלאת הדימוי העצמי ותחושת היכולת של הנער. אם הנער אינו מסוגל ללמוד, שילובו במסגרת עבודה תעזור גם היא בשיפור הדימוי העצמי ותחושת היכולת.

מקורות

להב, ח. (1999). נוער בשולי החברה – התופעה ודרכי התמודדות. משרד החינוך, מינהל חברה ונוער, ירושלים.

אפטר, א., הטב, י., ויצמן, א., טיאנו, ש. (1999). פסיכיאטריה של הילד והמתבגר. הוצאת דיונון, תל אביב.

אליצור, א., טיאנו, ש., מוניץ, ח. (1990). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה. הוצאת פפירוס, תל אביב.

Rutter, M., Tuma A., Lam, J. (1988). Assesment and Diagnosis in Child Psychopathology. The Guilford Pres, New York .

Kaplan, H., Sadock, B. (1997) Synopsis of Psychiatry, New york.

B. Rubies R.J. and Beck, A. (1981). Cognitive Hand Book, Chap 7, 273-306. New York.

Noshpitz, J. (1997). Hand Book of Child and Adolescent Psychiatry Adolescence Development and Syndromes, John Wiley & Sons. Inc., New York.

Back A. T. 1979 Cognitive Therapy of Depression. Guilford New York. 9.