

דיכאון בילדים ומתבגרים

Joseph M Rey, Tolulope T Bella-Awusah & Jing Liu

מהדורה בעברית

תרגום: אור מנדל, שלומי שמש-בלפולסקי, ד"ר מיה אמיתי, ד"ר סילבנה פניג

עריכה: פרופ' פז תורן



Joseph M Rey MD, PhD,
FRANZCP

Professor of Psychiatry, Notre Dame University Medical School Sydney & Honorary Professor, University of Sydney Medical School, Sydney, Australia

Conflict of interest: none declared

Tolulope T Bella-Awusah
MBBS(IB), FWACP

Department of Psychiatry, College of Medicine, University of Ibadan & University College Hospital, Ibadan, Nigeria

Conflict of interest: none declared

Jing Liu MD

Professor & Director, Clinical Department for Children and Adolescents, Mental Health Institute & the Sixth Hospital, Peking University, Beijing, China. Vice-President, Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry & Allied Professions

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or [IACAPAP](#). This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

©[IACAPAP](#) 2016. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Rey JM., Bella-Awusah, Liu J. Depression in Children and Adolescents. In Rey JM (ed) *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (Edition in Hebrew: Toren P (ed). Translation: Mandel O, Belapolsky Shimshi Sh, Amitai M, Fennig S). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016

תודתנו ל:

ד"ר אולגה רוסקובסקיה,

(רוסיה) וג'ניפר ברגן

(אוסטרליה) על

הערותיהן.

דיכאון מג'ורי הינו הפרעה אפיזודית החוזרת על עצמה ומאופיינת בעצב או בחוסר שמחה עקבי ונרחב, באיבוד ההנאה מפעילות יומיומית, באיריטביליות ובתסמינים דומים כגון חשיבה שלילית, מחסור באנרגיה, קשיים בריכוז והפרעות בתיאבון ובשינה.

הסימנים לדיכאון יכולים להשתנות בהתאם לגיל, למגדר, להשכלה ולרקע תרבותי. ישנו מגוון רחב של תתי הסוגים של דיכאון, אלה מזוהים על בסיס חומרת הסימפטומים, מידת המפושטות שלהם, החדירות (pervasiveness) שלהם, מידת הפגיעה בתפקוד, הנוכחות או העדר אפיזודות מאניות ותופעות פסיכוטיות.

ישנו חוסר הסכמה לגבי השאלה האם דיכאון הוא מחלה מימדית (dimensional illness) - ההבדל בין אדם שיש לו דיכאון לאדם שאין לו דיכאון הוא כמותי, כלומר מידתי, כמו במקרה של יתר לחץ דם - או מחלה קטגורית (הבדל איכותני), והאם יש מספר אטיולוגיות למחלה (מלנכולי ולא מלנכולי).

משמעות המונחים "דיכאון", "אפיזודה דיכאונית", "הפרעת דיכאון" ו"דיכאון קליני", בהם יעשה שימוש לאורך הפרק, הינה מה ש-DSM-5 מגדיר כ"אפיזודה דיכאונית מג'ורית" ("major depressive episode") או "הפרעת דיכאון מג'ורי" ("major depressive disorder") וה-ICD-10 ב"אפיזודה דיכאונית" ו"הפרעת דיכאון חוזרנית". כל עוד לא מצויין אחרת, כל האינפורמציה בפרק הזה מתייחסת לדיכאון חד-קוטבי.

אפידמיולוגיה

שכיחות המחלה משתנה כתלות באוכלוסיה (למשל במדינה), בתקופת הזמן הנחשבת לצורך האבחנה (למשל שלושת החודשים האחרונים, בשנה האחרונה, בכל החיים), בגורם המדווח על התסמינים (הורה, ילד, שניהם), ובקריטריון בו משתמשים לאיבחון. רוב המחקרים מסכימים על כך שבין 1%-2% מילדים שטרם הגיעו לבגרות מינית ובערך 5% מהמתבגרים, סובלים מדיכאון קליני משמעותי בכל זמן נתון. השכיחות המצטברת (שכיחות של מקרי דיכאון ראשוניים באינדבידואלים שלא חוו זאת קודם לכן, שגם מכונה שכיחות משך-החיים (lifetime prevalence) גבוהה יותר. כך לדוגמה, עד גיל 16, כ-12% מהבנות וכ-7% מהבנים יחוו הפרעת דיכאון בשלב כלשהו בחייהם (Costello et al. 2003). פחות ידוע על שכיחותו של דיכאון דיסטנטי, אך עם זאת מחקרים מציעים ששכיחות נקודתית (שכיחות בכל נקודת זמן) של המחלה נעה בין 1% עד 2% בילדים ו-2% עד 8% אצל מתבגרים. בנוסף, 5% עד 10% מנערים ונערות הוערכו כמי שהפיגו דיכאון סב-סינדרומלי (sub-syndromal depression) - דיכאון קל. נערים ונערות עם דיכאון קל הראו פגיעה בתפקוד, סיכון מוגבר להתאבדויות ופיתוח דיכאון מג'ורי.

מגדר ותרבות

שיעור הדיכאון בקרב זכרים ונקבות דומה בשלב טרום גיל ההתבגרות, אבל הופך לנפוץ פי שניים אצל נקבות בהשוואה לזכרים במהלך גיל ההתבגרות. למרות שהאינפורמציה מוגבלת, מהמידע הזמין לנו מוצע כי דיכאון נפוץ יותר בקרב מטופלים שסבלו ממצבים רפואיים כרוניים וקבוצות מסויימות כמו נכים מבחינה התפתחותית או ילדי מיעוטים אתניים (indigenous minority).

עול המחלה

דיכאון מהווה נטל משמעותי לאינדבידואל הסובל מהפרעה זו ולחברה כולה. יחסים בין-אישיים עם בני המשפחה והחברים יטו להפגע כאשר אדם מדוכא. נוסף לכך, דיכאון עלול להפוך לחוזר וכוני במקרה שאינו מטופל. עול המחלה גובר עם הזמן, משום שנמצא קשר בינו לבין התנהגויות הגורמות למחלות כרוניות אחרות כגון: עישון, צריכת אלכוהול, חוסר פעילות גופנית והפרעות בשינה בין השאר, על אף שטבע הקשר הזה אינו ברור (CDC, 2013).

מידע ספציפי באשר לנטל הכלכלי של דיכאון בילדות אינו זמין, אך בהנחה שישנה המשכיות גדולה לדיכאון בין הילדות לבגרות, הנטל צפוי להיות מאוד משמעותי. לדוגמה, מחקר אחד העריך שבקרב בנות 21 שנבחרו באופן רנדומלי מבין נשים עם הופעה מוקדמת של הפרעת דיכאון, ציפו לרווח שנתי שהיה בין 12%-18% נמוך לעומת קבוצת בנות 21 שנבחרו רנדומלית מתוך קבוצת נשים שאצלן הדיכאון הופיע לאחר גיל 21 או לא הופיע כלל (Berndt et al, 2000).

גיל הופעת המחלה ומסלולה

חולים מדוכאים יכולים להציג סימפטומים של דיכאון בכל גיל. דפוס ההצגת הסימפטומים משתנה קלות בהתאם לשלב ההתפתחותי בו החולים מצויים, ומסתכם בהבדלים באופן שבו הדיכאון מתבטא, כפי שמפורט בטבלה E.1.1.

אמנם לא נראה שגיל הופעת הדיכאון מגדיר תתי-קבוצות של דיכאון, אך נמצא כי קיים קשר בין גיל מוקדם יותר של הופעת הדיכאון לבין מדדים רבים של נטל גדול יותר בחייו הבוגרים של החולה, בטווח רחב של תחומים כגון: ללא זוגיות, תפקוד לקוי יותר מבחינה חברתית ומקצועית, איכות חיים ירודה יותר, תחלואה נילוית גדולה יותר מבחינה רפואית ופסיכיאטרית, יותר אירועים דיכאוניים וניסיונות התאבדות, וחומרת סימפטומים גדולה יותר (Berndt et al, 2000).

בשביל לאבחן דיכאון קליני יש צורך בהופעת הסימפטומים בכל יום במהלך שבועיים לפחות, אך מתבגרים, ובמיוחד אלו שסובלים מדיכאון קל או בינוני (mild or moderate depression), לרוב

האם יש לכם שאלות או הערות?

[לחץ כאן כדי לעבור אל](#)

[ספר הלימוד בדף](#)

[הפייסבוק על מנת לשתף](#)

[דעותיך על](#)

[הפרק עם קוראים אחרים,](#)

[ליצור קשר עם](#)

[המחברים או העורכים](#)

[ולהעיר הערות.](#)

האם גובר דיכאון בבני נוער?

מספר מחקרים מציעים

שישנה עלייה מתמשכת

בשכיחות של דיכאון, עם

רמות גבוהות יותר של

דיכאון בקרב אלו שנולדו

בחלק המאוחר יותר של

המאה ה-20. אולם

עובדה זו אינה חד

משמעותית שכן רבים

מהמחקרים שתומכים

בהשערה זו נעשו בתנאים

סב-אופטימליים והינם

רטרוספקטיביים. ישנה

אפשרות שהעלייה

הנתפסת במקרי הדיכאון

נובעת ממודעות גבוהה

יותר לסימפטומים של

ילדים על ידי הוריהם או

מהקדמת הגיל בו מופיעה

לראשונה המחלה.

נתונים להשפעה גדולה של אירועים חיצוניים על הרגשות שלהם (reactive affect), ולכן אם הם מתאמצים הם יכולים להסתיר את הסימפטומים.

E.1.1 - הבדלים בהצגת הדיכאון בהתאם לגיל. סימפטומים אלו יכולים להיות נוכחים בכל גיל אך הם יותר נפוצים בקבוצת הגיל המצויינת מטה.

ילדים שטרם הגיעו לבגרות מינית	מתבגרים	מבוגרים
איריטביליות (התקפי זעם, חוסר היענות)	איריטביליות (זעפנות, עוינות, מתוסכל בקלות, התפרצויות זעם)	חוסר יכולת לחוות הנאה.
האפקט ריאקטיבי - בעלי רגשות הניתנים להשפעה ע"י אירועים חיצוניים	האפקט ריאקטיבי - בעלי רגשות הניתנים להשפעה ע"י אירועים חיצוניים*	מחסור בתגובתיות רגשית.
לעיתים תכופות משולב עם חרדה, בעיות התנהגות וADHD.	עודף שינה.	תגובות פסיכומטוריות מוגברות או מעוכבות.
תלונות סומטיות.	תלונות סומטיות	תנודות יומיות במצב הרוח (נטייה למצב רוח ירוד בבוקר)
	רגישות מוגברת לדחייה (תפיסה לא מעוגנת במציאות של דחייה או ביקורת) שלבסוף מובילה לקשיים כדוגמת הקושי לתחזק קשרים אישיים.	יקיצת בוקר מוקדמת.

*היכולת להיות מעודד באופן רגעי בתגובה לאירועים חיוביים (לדוגמה ביקור של חברים).

מהלך המחלה

בדומה למתרחש בקרב מבוגרים, דיכאון קליני בקרב ילדים נוטה לחזור על עצמו. אפיזודת דיכאון במטופלים שהופנו לטיפול קליני נמשך במוצע בין 7-9 חודשים, אך משך האפיזודה יכול להיות קצר יותר בקרב אוכלוסיות שלא הופנו לטיפול. משתמע מכך כי אפיזודות דיכאון חולפות באופן ספונטני, אולם יחד עם זאת ישנה סבירות של 40% לחזרת המחלה בתוך שנתיים. חזרתיות המחלה גבוהה גם לאחר טיפול. לדוגמה, מעקב של חמש שנים אחר משתתפים בטיפול למתבגרים עם דיכאון (Treatment of Adolescent Depression Study (TADS) - הראה כי למרות שהרוב המוחלט של המטופלים (96%) החלימו מהאפיזודה הראשית שבחנה, במהלך חמשת שנות המעקב קרוב לחצי מהמטופלים (46%) חוו הישנות של המחלה (Curry et al, 2010).

הסבירות לאפיזודות עתידיות בבגרות מגיע עד ל-60% (Birmaher et al, 1996). לכן, באופן אופטימלי, יש להתייחס למחלת הדיכאון כמצב כרוני הכולל הפוגות וחזרתיות. לכך יש השלכות חשובות לטיפול משום שהמטרה בטיפול איננה להפחית את אורך האפיזודה הדיכאונית הנוכחית ואת השלכותיה בלבד, אלא גם למנוע את חזרתה. מנבאים לחזרת המחלה כוללים: תגובה פחות טובה לטיפול, חומרה גדולה יותר, כרוניות, אפיזודות קודמות, תחלואה נלווית, חוסר תקווה, סגנון קוגניטיבי שלילי, בעיות במשפחה, סטטוס סוציו-אקונומי נמוך וחיפה להתעללות או קונפליקטים משפחתיים (Curry et al, 2010).

תגובות רגשיות

במתבגרים דיכאוניים

"הבוקר אני אצא

מהמיטה. הבוקר אני אלך
לבית הספר. היום אני
אסיים את המבחן
במתמטיקה. היום אני
אמסור את הפרוייקט
באנגלית ובמהלך הפסקת
הצהריים אני אתרועע עם
חברי. אני אצחק, אתבדח
ואדבר עם החברים שלי.
אספר סיפורים שנונים על
הסוף שבוע שלי ולפני
שאישים לב יסתיים יום
הלימודים ואף אחד לא
ידע איך אני מרגיש
מבפנים. אחר כך כשאגיע
הביתה אוכל לחזור
בחזרה למיטה ולא
אצטרך להמשיך להעמיד
פנים יותר בשביל אף
אחד".

הכתוב למעלה מתוך יומן
שכתבתי ב-20 באפריל
שנת 2000. כשהייתי בן
14 שנים.

מתוך " [And Then My Tears Subsided...](#)
של [Nathan B](#)

<http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/AndThenMyTearsSubsided.pdf>

תתי סוגים של דיכאון

חלוקת הדיכאון לתתי סוגים רלוונטית משום שסוגים שונים של דיכאון יכולים להיות בעלי השלכות לטיפול ולאבחנה. לדוגמה, דיכאון עונתי יכול להגיב לטיפול באור ואילו טיפול בדיכאון דו-קוטבי שונה מטיפול בדיכאון חד-קוטבי. מלבד האבחנה בין חד-קוטבי/דו-קוטבי (כגון ראשי ומשני, פנימי ותגובתי, נירוטי ופסיכוטי) לאורך השנים הוצעו סיווגים רבים אחרים, לרוב ללא תימוכים אמפיריים משכנעים או ראיות בעלות ערך קליני. כיום ישנן דעות חלוקות לגבי התועלת שבהבחנה הדיכאוטומית בין מלנכולי ולא מלנכולי. יחד עם זאת, חלק מהרעיונות הללו עדיין פופולארים במדינות (settings) מסויימים. הסיווגים הנפוצים ביותר של דיכאון, ללא קשר לתוקף המדעי שלהם, מסוכמים בטבלה E.1.2.

אטיולוגיה וגורמי סיכון

האטיולוגיה של דיכאון הינה מורכבת, רב-סיבתית ומקור לחילוקי דעות אקדמיים רבים. כתוצאה מכך, לא יעשה עיסוק מפורט בנושא במסגרת זו. קוראים שבכל זאת מעוניינים להעמיק בנושא מוזמנים להיוועץ בסיכום של (Krishnan and Nestler, 2010). מחקרים חשפו גורמים רבים הקשורים להופעה, לתחזוקה או לחזרתיות של דיכאון. דבר זה יכול לבלבל או להוביל לציפיות שווא (לדוגמה שהתמודדות עם גורמי הסיכון כשלעצמה תהיה מספיקה על מנת לפתור את הדיכאון). גורמי סיכון שיש להם השלכות על מניעה, איתור או טיפול מפורטים בטבלה E.1.3.

לסיכום, נראה כי דיכאון בנעורים הוא תוצאה של אינטרקציות בין פגיעות ביולוגיות והשפעות סביבתיות. פגיעות ביולוגיות (biological vulnerabilities) יכולה להיווצר מגנטיקת הילדים ומגורמים טרום-לידתיים. השפעות סביבתיות כוללות את קשרי המשפחה של הילדים, סגנון קוגניטיבי - רוב בני הנוער הדיכאוניים חווים מחשבות שליליות על עצמם, על העולם או על העתיד שנראה כי מופיעות באופן ספונטני (מחשבות אוטומטיות), שתורמות לסגנון שלילי קוגניטיבי - אירועי חיים מלחיצים, מאפיינים של בית הספר והשכונה בה גרים. דיכאון של הורים הוא גורם הסיכון הכי עקבי ומשוחזר לדיכאון של הצאצאים. אירועי חיים מלחיצים - במיוחד אובדן - עלולים להגביר את הסיכון לדיכאון; גורם סיכון זה הוא הגבוה ביותר אם הילדים מעבדים אובדן (או אירועי חיים מלחיצים) באופן שלילי. טיפול לקוי של הורים ודחייה יכולים גם כן להיות רלוונטים.

E.1.2 תת סוגים של דיכאון הרלוונטים לטיפולים קליניים.

דיכאון חד-קוטבי	דיכאון ללא היסטוריה של אפיזודות מאניות, מעורבות או היפומאניות.
דיכאון דו-קוטבי	כאשר יש היסטוריה של לפחות אפיזודה אחת שהייתה, ללא השפעת סמים, היפומאנית, או מעורבת.
דיכאון פסיכוטי	האדם הצעיר מפגין הזיות או אמונות שווא בנוסף לתסמינים של דיכאון מג'ורי ובהיעדר הפרעות פסיכוטיות אחרות.
דיכאון מלנכולי, דיכאון מג'ורי עם מאפיינים מלנכולים או מלנכוליה	אפיזודות שמאופיינות בשינויים בולטים במערכת העצבים כמו ירידה ניכרת במשקל, פיגור פסיכומטורי, הפרעות ניכרות בשינה, תנודות יומיות במצב הרוח, יקיצת בוקר מוקדמת וחוסר בתגובתיות רגשית. דיכאון מלנכולי זהה במידה רבה לדיכאון "אנדוגני" (פנימי).
הפרעה דיסתמית או דיסתמיה	מצב רוח מדוכא באופן כרוני במשך לפחות שנה אחת אך לא מספיק חמור על מנת להיות מאובחן כדיכאון. נוסף לכך, תקופות ללא תסמינים של דיכאון נמשכו פחות מחודשיים.
דיכאון כפול	כאשר האפיזודות הדיכאוניות מתרחשות אצל אדם שכבר סובל מדיסתמיה.
דיכאון קטטוני	כאשר הפרעות במצב הרוח מתרחשות יחד עם הפגנת ערפול חושים.
דיכאון פוסט-פסיכוטי	כאשר דיכאון קורה כחלק ממהלך של סכיזופרניה, לרוב לאחר הפסקת הצגת התסמינים הפסיכוטיים.
הפרעת דיכאון טרום-וסתית	שינוי מצב הרוח טרום הווסת - דכדוך, מתח, רגזנות, עוינות ומצב רוח לא יציב - שמחקה דיכאון. טבעו ותוקפו עדיין לא יישובו.
דיכאון עונתי, דיכאון מג'ורי עם דפוסים עונתיים, הפרעה רגשית עונתית	הופעה והפוגה של דיכאון מג'ורי על פי דפוס (של לפחות שנתיים) הקשור לזמנים מסויימים בשנה, לרוב מופיע במהלך הסתיו או החורף ותם באביב.
הפרעת דיכאון שאינה ספציפית	הפרעת מצב רוח משמעותית ופגיעה שאינה תואמת לקריטריונים של הפרעת מצב רוח ספציפית, לרוב עקב הצגה מעורבת (לדוגמה תסמינים דיכאוניים ומאניים).
הפרעת הסתגלות עם מצב רוח דיכאוני	תסמינים דיכאוניים משמעותיים מבחינה קלינית או פגיעה המתרחשת במשך שלושה חודשים כתוצאה מגורם לחץ מזוהה, וגם לא תואם את הקריטריונים לדיכאון מג'ורי או שכול. מצופה שהתסמינים יעלמו תוך חצי שנה מרגע שחדל הגורם המלחיץ.
דיכאון מינורי, תת-תסמנת דיכאון, דיכאון תת-קליני (subclinical depression)	תסמיני דיכאון שאינם מספיקים על מנת לאבחן דיכאון (לדוגמה תסמין ליבה אחד עד שלושה, תסמינים נלווים (associated symptoms) ולקות קלה).

"masked depression"

עד למחצית השניה של שנות ה-20 רבים כלל לא האמינו שקיים דיכאון בילדות. ב-1950 הופיעו תאוריות חדשות שסברו כי דיכאון בקבוצת הגיל הזו אכן קיים, אך בא לידי ביטוי באופן שונה באמצעות תסמינים שהם למעשה מקבילי דיכאון ("depressive equivalents"). קטגוריה זו כללה: בעיות התנהגות, היפר-אקטיביות, תלונות גופניות, הרטבה ובעיות בבית הספר. כלומר, ילדים יכלו להיות מדוכאים אבל האופן שבו הביעו את הדיכאון היה שונה ממבוגרים - דיכאון מסווה". הרעיון של "דיכאון מסווה" היה נתון לביקורת מצד רבים, וכתוצאה מכך נזנח. עד לשנות ה-70 חוקרים החלו להראות שדיכאון בילדים אכן קיים ושהוא בעל תסמינים דומים לדיכאון אצל מבוגרים. בעוד שילדים מדוכאים עלולים להסתיר את הדיכאון על ידי מגוון של סימפטומים (לדוגמה: התפרצויות זעם, כאבי ראש, עייפות, בעיות ריכוז), מטפלים מוסמכים אמורים להיות מסוגלים לחשוף את הדיכאון (Carlson & Cantwell, 1980).

קומורבידיות (תחלואה נילוויית)

קומורבידיות - מצב בו אדם אחד סובל משתי מחלות שונות או יותר - הוא מצב נפוץ ומורכב, הרלוונטי עבור כל הפרעות הנפש של ילדים ומתבגרים. מצב זה בעל השלכות תאורטיות ומעשיות רבות - למשל עבור טיפול - ועדיין לא מובן במלואו.

מידע מסקרים שנערכו בקהילה מציע שקומורבידיות עם דיכאון נפוצה בילדים ומתבגרים. הדבר נכון במיוחד עבור סיטואציה של טיפול משום שהסבירות שתהיה פנייה לטיפול הינה פונקציה של השילוב בין הסבירויות של פנייה לטיפול עבור כל אחת מההפרעות בנפרד - וזה מה שמכונה "אפקט ברקסון". מטופלים עם קומורבידיות מראים לקות גדולה יותר מאשר אלו עם אבחנה יחידה. קומורבידיות נמצאה קשורה לבעיות קשות יותר בבגרות. לדוגמה, דיכאון בילדות שמשולב עם בעיות התנהגות או שימוש בחומרים מסורים מקושר עם סיכוי גבוה יותר לביצוע עבירה אלימה או חמורה עד לגיל 24, בהשוואה למצב בו כל אחת מההפרעות שצויינו מופיעות בנפרד. (Copeland et al, 2007)

מחקר אפידמיולוגי (Costello et al, 2003) הראה כי בטווח של שלושה חודשים, 28% מצעירים שאובחנו עם דיכאון חוו גם הפרעת חרדה, 7% חוו ADHD, 3% חוו הפרעת התנהגות, 3% הפרעה מרדנית-מתנגדת ו-1% השתמשו בחומרים ממכרים. השלכות מעשיות שעולות מן הממצאים הללו הן שגיבוש ההחלטה האם ילד מראה תסמינים של אחת הבעיות (לדוגמה דיכאון) הוא רק צעד ראשון בהערכה; מטפלים צריכים לחפש סימפטומים של מחלות אחרות גם כן.

הקשר שבין דיכאון לחרדה הוא קשר מוכר משום שתסמינים של דיכאון וחרדה לרוב מתקיימים יחד. לעיתים קרובות אנשים יחוו אפיזודות של דיכאון וחרדה בזמנים שונים במהלך חייהם, כאשר התרחשותה של אפיזודה דיכאונית לא רק מעלה את הסיכוי להתרחשות אפיזודה דיכאונית נוספת בעתיד (homotypic continuity), אלא גם מעלה את הסיכוי להתרחשות הפרעת חרדה (heterotypic continuity).

לרוב ישנה קומורבידיות בין דיכאון להפרעת דחק פוסט-טראומטית (ראה פרק F.5). מתבגרים הינם פגיעים במיוחד לדיכאון ואובדנות במהלך השנה החולפת לאחר אירוע טראומטי. המכניזם כולל מה שנקרא "תסמונת אשמת הניצול" (survivor guilt) (שאחרים מתו או נפגעו קשות), סיבוכים של שכול, בעיות בביצוע משימות יומיומיות בשל לקות בריכוז או זכרונות חודרניים, ומצוקה העולה מתוך תסמיני חרדה כרונית. סיבוכים פסיכיאטרים נוספים של לחץ טראומטי

העלולים להיות באינטרקציה עם דיכאון כוללים הפרעת פאניקה, הפרעות חרדה נוספות, התנהגות הרסנית, הפרעה דיסוציאטיבית ושימוש בסמים.

אינטרקציה בין גנים לסביבה: הגן לטרנספורטר של סרוטונין (the serotonin transporter gene), התעללות בילדות ודיכאון.

מחקר שנערך בניו זילנד מטעם Dunedin, ביצע מעקב אחר קבוצה של 1037 ילדים בגילאי 3-26 שנים, בניסיון לאתר התפתחות של מחלות פסיכיאטריות, אירועי חיים קשים וגורמים נוספים כמו התעללות בתקופת הילדות. מנתוני מחקר זה עלה כי פולימורפיזם פונקציונאלי בגן לטרנספורטר של סרוטונין (5-HTT), מממן את השפעתם של אירועי חיים מלחיצים. ביתר פירוט, אנשים בעלי אלל קצר לגן הזה נמצאים בסיכון גבוה יותר לפתח דיכאון בתגובה לגורמי לחץ או התעללות בתקופת הילדות, בהשוואה לאנשים בעלי אלל ארוך, שנחשפו לאותם אירועים (Caspi et al, 2003).

ממצא זה עורר התרגשות רבה, משום שנדמה היה כי נמצאה ההוכחה לאינטרקציה שבין גנים לסביבה בהתפתחות דיכאון. אולם, מטה-אנליזה עוקבת הגיעה למסקנה שונה לפיה לא נמצא קשר בין השינוי באורך הגן של הטרנספורטר לסרוטונין לבדו, או בשילוב עם אירועי חיים מלחיצים, לבין סיכון מוגבר לדיכאון (Risch et al, 2009). מטה-אנליזה נוספת שפורסמה זמן קצר לאחר מכן (Karg et al, 2011) הגיעה למסקנה ההפוכה, ואילו מחקר פרוספקטיבי אחר מניו זילנד כלל לא הצליח לאמת את קשר זה (Fergusson et al, 2011). ברור כי נדרש מחקר נוסף על מנת לפתור את הנושא, דבר שמדגיש את החשיבות שבביצוע רפליקציות לפני שממצאי מחקר מתקבלים, ובפרט לפני שמשמשים בהם בפרקטיקות קליניות (לדוגמה באיתור פגיעות לדיכאון).

E.1.3 גורמי סיכון והשלכותיהם על מניעה, איתור וטיפול.

גורמי סיכון	השלכות על מניעה, איתור וטיפול
היסטוריה משפחתית של דיכאון	חשד מוגבר לדיכאון כאשר יש היסטוריה של דיכאון או התאבדויות.
הורים המשתמשים בסמים או מכורים לאלכוהול	איתור וטיפול בהורים.
היסטוריה משפחתית של הפרעה דו-קוטבית	חשד מוגבר שדיכאון הוא בי-פולארי. ישנן השלכות על טיפול תרופתי.
מין נקבה	מתבגרות שמבקרות אצל רופאי משפחה צריכות לעבור בדיקה לאיתור דיכאון.
בגרות מינית	דיכאון נפוץ יותר במתבגרים שעברו התבגרות מינית, וספציפית בנקבות. קבלת וסת בגיל מוקדם (מתחת לגיל 11.5) מעלה את הסיכון. יש לעבור בדיקה לאיתור דיכאון.
מחלות כרוניות	יש לשלול דיכאון במטופלים בעלי מחלות כרוניות גופניות או נכות.
היסטוריה של דיכאון	במהלך הטיפול יש לשלב אסטרטגיות למניעת הישנות הדיכאון.

פסיכולוגיים	קומורבידיות עם הפרעות פסיכיאטריות וספציפית חרדה	איתור וטיפול בהפרעות הפסיכיאטריות הנלוות.
	נירוטיות או טמפרמנט אמוציונלי (highly emotional temperamental style)	איתור הפרטים שבסיכון והתערבות ממוקדת למניעה.
	סגנון קוגניטיבי שלילי, הערכה עצמית נמוכה.	איתור הפרטים שבסיכון והתערבות ממוקדת למניעה.
	טראומה	איתור הפרטים שבסיכון והתערבות ממוקדת למניעה.
	שכול ואובדן	איתור הפרטים שבסיכון והתערבות ממוקדת למניעה.
	התעללות, הזנחה	שימוש בהתערבויות ממוקדות למניעה כמו תוכניות הורות ומניעת התעללות.
משפחתיים	סגנון הורות שלילי: דחייה, מחסור בטיפול	שימוש בהתערבויות ממוקדות כמו תוכניות הורות.
	הפרעות נפשיות בהורים	איתור וטיפול בהפרעות נפשיות של הורים. התערבויות ממוקדות למניעה כמו תוכניות הורות ותמיכה להורים.
	קונפליקט בין הורה לילד	חינוך להורים ותוכניות הורות.
	בריונות	תוכניות למניעת בריונות בבית הספר.
חברתיים	ילדים ומתבגרים עבריינים	איתור פרטים בסיכון ושימוש בהתערבויות ממוקדות למניעה.
	ילדי אומנה או מוסד, פליטים, מחוסרי בית ומבקשי מקלט	איתור פרטים בסיכון ושימוש בהתערבויות ממוקדות למניעה.

א.י בת 14 שנים מניגריה, בשנתה הרביעית בבית ספר תיכון, הובלה לבית החולים כארבע שעות לאחר שבלעה כמות קטנה של תמיסת חיטוי מרוכזת במטרה להרוג את עצמה. התלוננה על כך שהרגישה עצובה רוב הזמן במהלך ששת החודשים האחרונים ושחשבה הרבה על מוות. ההחלטה לשתות את הרעל באה לאחר שגילתה כי תצטרך לחזור על שנת הלימודים האחרונה בבית הספר. לפני כן ציוניה ירדו בהדרגה. היא הרגישה רע משום שביצעה הירודים בבית הספר השפיעו כלכלית על אביה. א.י תיארה קשיים מתמשכים עם הירדמות ושינה רציפה. היא עדיין נהנתה מצפייה בטלוויזיה וממשחק עם חברה, אך גילתה שיותר ויותר קשה לה לבצע את מטלות הבית משום שחשה חלשה ועייפה. משפחתה פירשה זאת כעצלנות ולעיתים קרובות היא ננזפה או הוכתה כיוון שלא סיימה את מטלותיה. נוסף לכך, היא הרגישה מבודדת מבני כיתה בשל ביצועיה הירודים בכיתה.

אימה של א.י סבלה בעבר מאפיזודות של מחלת נפש ונפרדה מאביה של א.י, שמאז התחתן בשנית. א.י וארבעת אחיה גרו אצל דודה מצד האב, מפני שהמשפחה המורחבת חששה שהם ירשו את מחלת הנפש מהאם. למרות שבאותה התקופה האם חיה ועבדה בהצלחה בעיר אחרת, א.י ראתה אותה לפרקי זמן קצרים פעם או פעמיים בשנה. אביה גר אף יותר רחוק מאמה והיא לא ראתה אותו כלל.

דכאון וסגנון אישיות

במהלך ההתבגרות והבגרות המוקדמת תכונות אישיות מתבססות. סגנון אישיות יכול להשפיע על התגלמות מחלת דיכאון. אמנם סגנון האישיות ברור יותר בקרב מבוגרים אך השפעתו מתרחשת גם אצל הצעירים. תכונות אישיות בסיסיות של מתבגרים מוגברות כאשר הם מדוכאים. לדוגמה, אלו

שחרדים נוטים להראות רמות גבוהות יותר של חרדה, הימנעות ותסמינים סומטיים כאשר הם מדוכאים (דיכאון חרדתי), אלו המוחצנים יטו להיות יותר עוינים ורגזניים. בעלי סגנון אישיות גבולית (ראה פרק H.5) נמצאים בסכנה לדיכאון משום שהם דיספוריים (dysphoric) ומאוד רגישים לדחייה. פחד מנטישה עלול להיות מלווה אצלם באפיזודות עוצמתיות אך קצרות של עצב, כעס או רגזנות, שלעתים מגיעות לשיאן במקרים של פגיעה עצמית. הפרעת דיכאון ואישיות גבולית או הפרעת אישיות גבולית, יכולות להתקיים יחדיו. דיכאון יכול להיות לא מאוחר באבחון כאשר מתבגרים עם תכונות אישיות גבולית מצויים בעצבות, רוגז או העמסה עצמית. מצד שני, אפיזודות דיכאוניות יכולות להגביר תכונות אישיות, העשויות להצביע על הפרעת אישיות גם כאשר זו אינה קיימת. במצב כזה כאשר הדיכאון יחלוף, המאפיינים של הפרעת האישיות יחלפו יחד איתו. לכן, אבחון של הפרעת אישיות צריך להיות מוגדר כזמני במתבגרים דיכאוניים, ולהעשות על בסיס תסמינים ותפקוד שמחוץ לאפיזודה הדיכאונית.

דיכאון והתנהגות אובדנית

בקרב מתבגרים, התאבדות היא בין הסיבות הראשיות למוות ברחבי העולם; עבור כל התאבדות אחת מדווחים 100 נסיונות התאבדות. מחשבות אובדניות נפוצות בקרב הצעירים; אחת מתוך שש בנות בגילאים שבין 12-16 מדווחת שהיו לה מחשבות אובדניות בששת החודשים האחרונים (אצל בנים היחס הוא אחד לעשרה) אך היחס בקרב צעירים המטופלים במרפאות גבוה יותר. בזמן שהתאבדות היא תוצאה של אינטרקציה מורכבת בה האינדבידואל וגורמים פסיכולוגים כמו בעיות נפשיות משחקים תפקיד, ישנה עדות רבה לכך שדיכאון הוא גורם הסיכון החזק ביותר (למרות שיש יוצאי דופן; במספר מדינות כמו סין, אימפולסיביות מהווה גורם סיכון חזק יותר). כ-60% מהצעירים המדוכאים מדווחים שיש להם מחשבות אובדניות וכ-30% מנסים לבצע התאבדות בפועל. הסיכון גובר אם:

- היו התאבדויות במשפחה.
 - אותו צעיר ניסה להתאבד בעבר.
 - קומורבידיות עם מחלות פסיכיאטריות אחרות (כמו שימוש בסמים), אימפולסיביות ותוקפנות.
 - בעל גישה לאמצעים קטלניים.
 - חווה ארועים שלילים (כמו משבר משמעותי, התעללות פיזית או מינית) בין השאר.
- התנהגות אובדנית והסיכון שבה, צריכים להיות מוערכים בזהירות עבור כל אדם צעיר מדוכא (ראה פרק E.4).

אבחנה

על אף שאיבחון דיכאון הינו תהליך פשוט, דיכאון בילדים ומתבגרים לעיתים קרובות לא מאובחן או מטופל. צעירים נוטים להתלונן על מצב גופני או להתנהג באופן שמטשטש את התסמינים האופייניים לדיכאון במבוגרים. תלונות שאמורות לעורר חשד בקרב מטפלים לגבי האפשרות של דיכאון, הינן:

- רגזנות או מצב רוח עצבני.
 - שיעמום כרוני או איבוד עניין בפעילויות פנאי שבעבר הסבו הנאה (לדוגמה, נשירה מפעילויות ספורטיביות או ריקוד או שיעורי מוזיקה).
 - נסיגה חברתית או חוסר רצון לבלות עם חברים.
 - הימנעות מבית הספר.
 - ירידה בהשגים בלימודים.
 - שינוי בדפוסי שינה-עירות (לדוגמה, שינה וסרוב לקום ללכת לבית הספר).
 - תלונות תכופות ולא מוסברות לגבי הרגשה של חולי, כאבי ראש וכאבי בטן.
 - התפתחות של בעיות התנהגות (כמו החמרה בהתנהגות מרדנית, בריחה מהבית, הצקה לאחרים).
 - צריכת אלכוהול או חומרים אחרים.
- חשוב לברר אם הבעיות הנוכחיות מהוות שינוי מרמת התפקוד או האופי הקודמת של הנער/ה. לדוגמה, דיכאון צריך להחשב באבחנה מבודלת בילד בן 14 עם היסטוריה של שישה חודשים של תסמיני התנגדות אך ללא בעיות התנהגות קודמות. בדומה לכך, דיכאון עשוי להסביר את הכישלון האקדמי האחרון של ילדה בת 15 שקודם לכן הייתה בראש כיתתה מבחינה לימודית.
- על אף שההגדרות דומות, בפרק זה אנו נצמדים ל-DSM-5, משום שהקריטריונים ב-ICD-10 יותר מעורפלים. על מנת לבצע אבחנה מעשית של דיכאון, יש צורך בנוכחותם של הבאים:
- תסמיני ליבה.
 - מספר תסמינים קשורים נוספים (לרוב צריכים להיות נוכחים ארבעה).
 - נרחבות (על התסמינים להיות נוכחים בכל יום וברוב היום).
 - משך (לפחות שבועיים).
 - על התסמינים לגרום לפגיעה בתפקוד או מצוקה סובייקטיבית משמעותית.
 - התסמינים אינם תגובה לשימוש בחומרים ואינם תוצאה של מצב רפואי.

תסמינים של דיכאון

תסמיני ליבה:

- עצב ואומללות
- מתמשכים ומתפשטים.
- אובדן הנאה מפעולות יומיומיות.
- רגזנות.

תסמינים קשורים

נוספים:

- חשיבה שלילית והערכה עצמית נמוכה.
- חוסר אונים.
- מחשבות לא רצויות של אשמה, חרטה או חוסר ערך.
- מחשבות על התאבדות או על מוות.
- חוסר באנרגיה, עייפות מוגברת ופעילות מצומצמת.
- קשיים בריכוז, הפרעות בתאבון (תאבון וגבר או מופחת).
- בעיות שינה (נדודי שינה או יתר שינה).

תסמיני הליבה הם עצב, אומללות או רגזנות ואנהדוניה. רגזנות הוא התסמין הכי מעורפל משום שהוא נוכח במגוון רחב של מצבים פסיכיאטרים (לדוגמה בהפרעת התנגדות, בהפרעה טורדנית-כפייתית ובהפרעה דו-קוטבית).

תסמינים קשורים נוספים כוללים:

- שינוי משמעותי במשקל או בתאבון (שלא בזמן דיאטה).
- נדודי שינה או יתר שינה.
- עוררות או עיכוב פסיכומטורי.
- עייפות או אובדן אנרגיה.
- תחושת חוסר ערך או מחשבות מוגזמות ולא תואמות על אשמה.
- יכולת מופחתת לחשוב או להתרכז וחוסר החלטיות.
- מחשבות חוזרות על מוות או התאבדות.

היבט מרכזי בהערכת דיכאון בקרב נוער היא הערכת הסיכון, במיוחד של אובדנות או רצח (ראה פרק E.4). לתוצאה של הערכת הסיכון יהיו השלכות על הטיפול, לדוגמה בהחלטה על הסביבה המתאימה לביצוע הטיפול (כגון אשפוז מלא או אשפוז יום).

מידע

הורים ומורים נוטים להערכת חסר של תחושת דיכאון בילדים, ואילו בצעירים הם עלולים להעריך יתר על המידה. כמו כן, לרוב יש חוסר אחידות בין הדיווחים והשאלונים של מודיעים שונים על פרט מסוים. מצב זה לא נובע בהכרח מחוסר אמינות, אלא מבטא את הקושי של המשקיף בלפרש את רגשות הילד והתנהגותו. כמו כן, את הידע המוגבל לגבי הילד (לדוגמה, מורים צופים בהתנהגות וברגשות הצעירים בכיתה, אך לא בבית או בסיטואציות חברתיות). לכן, חיוני ביותר לראיין את הילד, לרוב במספר מועדים, בכדי להשיג תמונה מדויקת יותר לגבי איך הוא מרגיש. אינטגרציה של מידע ממספר מקורות היא מיומנות מפתח בטיפול, אך לעיתים קרובות קשה לביצוע בהקשר הזה. בניגוד למה שנהוג בהפרעות אחרות כמו הפרעת התנהגות או ADHD, מטפלים צריכים לתת יותר משקל לדיווח של האדם עצמו כאשר הם מאבחנים דיכאון, יחד עם התחשבות מסויימת במידע מההורים והמורים.

על מנת לבצע אבחנה

מעשית של דיכאון, יש

צורך בנוכחותם של

המאפיינים הבאים:

- נוכחות תסמיני ליבה
- מספר תסמינים קשורים נוספים
- נרחבות (על התסמינים להיות נוכחים בכל יום, ברוב היום)
- משך (לפחות שבועיים)
- על התסמינים לגרום לפגיעה בתפקוד או מצוקה סובייקטיבית משמעותית.

החמרה

הערכת החמרה של אפיזודות דיכאון חשובה, זאת משום שהקווים המנחים לטיפול מתבססים עליה כאמת מידה לבחירת הטיפול שכדאי שינתן ראשון. עם זאת, ההגדרה הנוכחית של החמרה אינה מספקת; הערכת החמרה מתבססת ברובה על קונצנזוס קליני ולרוב מסתמכת על מיומנותו וניסיונו של המטפל. טבלה E.1.4 מספקת הנחייה לגבי הערכת החמרה. סקאלות דירוג של דיכאון יכולות להיות לעזר בהערכה זו (ראה טבלה E.1.6).

טבלה E.1.4 - הערכת החמרה של אפיזודה דיכאונית (DSM-5)

מתון	בינוני	חמור
חמישה תסמינים של דיכאון (לפחות תסמין ליבה אחד).	שישה או שבעה תסמינים של דיכאון (לפחות תסמין ליבה אחד).	יותר משבעה תסמינים של דיכאון.
פגיעה קלה בתפקוד (מצוקה כתוצאה מהתסמינים, קושי מסויים בהמשך ביצוע עבודה רגילה ופעילויות חברתיות, שיכולים להיות מבוצעים עם השקעת מאמץ מסויים).	קושי משמעותי בביצוע עבודות בית-ספר, פעילויות חברתיות ומשפחתיות.	הזיות או אמונות שווא יכולות להיות נוכחות (דיכאון פסיכוטי).
		פגיעה משמעותית ברוב האספקטים של התפקוד (בבית, בבית הספר, מבחינה חברתית).
		לרוב קיים סיכון גבוה להתאבדות.

מלבד תסמינים דיכאוניים ופגיעה, ישנם מרכיבים אחרים (דוגמת מידת סיכון לעצמו או לאחרים) שמשפיעים על התאמת הטיפול, בייחוד בנוגע לאיזו סביבה טיפולית תהיה יותר מתאימה. לדוגמה, מתבגר עם רמות סיכון גבוהות לאבדנות עלול להזדקק לאשפוז מלא, בזמן שנער אחר עם חמרת דיכאון דומה אך עם סיכון נמוך לאבדנות, לא יזדקק לאשפוז מלא.

אבחנה מبدלת

עצב ואמללות הם מרכיבים נורמלים בחוויה של בני אדם, במיוחד עקב אובדן ואכזבה. למרות זאת, לפעמים רגשות אלו כה עוצמתיים ומתמשכים שהאינדבידואל לא מסוגל לתפקד ברמה שאליה הוא רגיל. במצבים אלו התוויות של: "דיכאון קליני", "דיכאון מג'ורי", "מחלת דיכאון" או "מלנכוליה" מיישמות. המינוח להיות "מדוכא" שגור בשפת היומיום שלנו כביטוי לתחושת חוסר שמחה או עצבות. הנקודה החשובה היא להבחין בין דיכאון קליני מצד אחד לבין עליות וירידות נורמליות במצב הרוח של מתבגרים מצד שני, לבין מצב שעלול לחקות דיכאון מצד שלישי.

טבלה E.1.5 הבחנה בין התנהגות נורמלית בגיל ההתבגרות לבין דיכאון.

מתבגר עם דיכאון קליני	מתבגר נורמלי
קיים שינוי מהתנהגות קודמת (לדוגמה, עצב, רגזנות, איבוד עניין בפעילויות יומיומיות, תגובות דרמטיות לעלבון נתפס או דחייה, תלונות תכופות על שיעמום).	למרות תחושת חרדה ("Angst") מסויימת, דכדוך וקשיים נוספים, הם אינם מראים שינוי משמעותי ומתמשך בהתנהגותם.
תסמיני ליבה של דיכאון (עצבות או אנהדוניה) נוכחים בכל יום, רוב היום לפחות למשך שבועיים.	לפעמים יכולים להיות עצובים ולדמוע, אך לרוב זה קורה בתגובה לארוע מסויים ונמשך לזמן קצר.
התדרדרות ממצב תפקוד קודם (לדוגמה, קושי בהתמודדות בבית הספר, ירידה בציונים, איבוד הנאה מפעילויות שבעבר הסבו הנאה). לוקח להם יותר זמן להשלים שיעורי בית ועבודות בית מאשר קודם לכן, ונדרש לכך יותר מאמץ; הישגים בבית הספר עלולים לרדת, נסיגה לתוך עצמם, לחדרם או לאינטרנט על חשבון פעילויות שבעבר נהנו מהן, חברויות ופעילויות חברתיות אחרות.	אין שינוי ניכר בתפקוד.
מחשבות אובדניות ("לא שווה לחיות", "עדיף לי למות") וניסיונות התאבדות נפוצים בקרבם.	מחשבות על מוות והתאבדויות נדירות עבורם.
עלולים להתחיל לעסוק בהתנהגויות מסוכנות ולא אופייניות עבורם כמו נהיגה בפרעות, שתייה מופרזת של אלכוהול וקיום יחסי מין לא אחראיים וללא אמצעי הגנה.	התנהגויות מסוכנות כמו נהיגה פרועה, שתיית אלכוהול, והתנסויות ביחסי מין הן התנהגויות נפוצות, אך לרוב בתוך גבולות הסביר ביחס לאופי המתבגר.
*צער, פחד, וחרדה. המינוח "Angst" משמש לעיתים קרובות בכדי לתאר רגשות עזים של דאגה וחרדה, או סערה פנימית של מתבגרים.	

דיכאון והתנהגות נורמלית של מתבגרים

אחת הדאגות המרכזיות שעולות בקרב מטפלים המאבחנים דיכאון היא: כיצד ניתן להבדיל בין התנהגות מתבגרים רגילה לבין זו של נוער מדוכא? זאת משום שמתבגרים נתפסים לרוב כבעלי מצבי רוח, רגזנות, אנהדוניה ושעמום. בטבלת E.1.5 ניתן למצוא פירוט של ההבדלים.

חולי גופני או תרופות

מגוון מצבים רפואיים, טיפולים וחומרים מסויימים, מחקים דיכאון בילדים ומתבגרים. מצבים אלו כוללים (הפירוט אינו ממצה):

- תרופות: איזוטרטינואין (Isotretinoin), קורטיקוסטרואידים (Corticosteroid) וממריצים, למשל אמפטמינים (Amphetamines), ומתילפנידאט (Methylphenidate).
- חומרים אסורים: אמפטמינים, קוקאין, מריחואנה, ממיסים (solvents).
- זיהומים: תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (אייДС), לכתוב את הביטוי המקורי, שפעת.
- הפרעות נוירולוגיות: אפילפסיה, מיגרנה, פגיעה מוחית טראומטית.
- מחלות במערכת האנדוקרינית: מחלת אדיסון, מחלת קושינג, הפרשת הורמונים מופחתת מבלוטת יותרת המוח, הפרעות בבלוטת התריס.

דו-קוטבי או חד-קוטבי

כאשר מתמודדים עם אבחון אפיזודה דיכאונית, אחד ממרכיבי המפתח הוא לוודא אם מדובר באפיזודה חד או דו-קוטבית מאחר ולכך יש השלכות על הטיפול. על אף שהתמונה הקלינית עבור שני סוגי האפיזודות יכולה להיות זהה, ישנם מאפיינים שמגבירים את החשד לאפיזודה דו-קוטבית והם היסטוריה משפחתית של הפרעה דו-קוטבית ונוכחות של תסמינים פסיכוטיים או קטטוניה. עם זאת, אבחנה של הפרעה דו-קוטבית תעשה רק אם יש היסטוריה של לפחות ארוע אחד של אפיזודה מאנית, היפומאנית או מעורבת, שלא כללה שימוש בסמים. חשד יעודד בדיקה היסטורית מעמיקה יותר, לתסמינים מאנים או היפומאנים שהתרחשו בעבר. האבחנה בין החד-לדו-קוטבי הופכת להיות יותר קשה משום מחלות דו-קוטביות מתחילות לרוב עם אפיזודה של דיכאון בילדות או בגיל ההתבגרות, ללא היסטוריה קודמת של סימפטומים מאנים.

לחץ על התמונה כדי
לראות את "the girl
less likely" (30דק')
סרט דוקומנטרי על
דיכאון בקרב
מתבגרים.

זיהוי דיכאון

דיכאון במתבגרים לרוב אינו מזוהה על ידי ההורים, המורים או הרופאים, ועלול להוביל לתוצאות טרגיות. חנה מודרה בת ה-17, נערה מבריקה ותלמידה מוצלחת, כתבה ביומנה על תסמיני הדיכאון שהתפתחו אצלה לאחרונה. על אף שבני משפחתה המשכילים והדואגים הבינו שמשוהו איתה לא בסדר, הם לא הבינו מה. הם גם לא הבינו עד כמה רציני היה מצבה.

"יכולתי לראות שהיה משוהו לא לגמרי בסדר בחנה, אבל לא היה לי מושג מה. לא ידעתי מה זה היה, מה יכולתי לעשות לגבי זה או מה הייתי צריכה לעשות לגבי זה. ב-29 לינואר אמרתי לה 'תראי, למה שלא אקח אותך לרופא?' הרופא לא הכיר אותה כל כך וחנה לא אמרה הרבה, היא רק ישבה שם. הרופא בטח חשב שזו ילדה בגיל הזה, אתה יודע, לרוב יש לזה קשר לכאילו, מחסור בברזל או אנמיה. אז לקחו לה בדיקת דם והלכנו משם. כשחזרנו הביתה חנה אמרה 'אמא, אני יודעת שזה לא קשור לדם שלי'. אבל אני לא חשבתי שום דבר מעבר לכך. כאילו אולי יכולתי להגיד לה 'אז מה זה, חנה?' אבל לא עשיתי זאת. לא שאלתי את השאלה הזו והיא לא נתנה לי תשובה. חשבתי שזו הדרך שלה להגיד שהיא בסדר".

חנה, שבדיעבד היו לה תסמינים ברורים של דיכאון, התאבדה ביום שלמחרת (Australian Broadcasting Corporation, 2008).

שימוש בסמים

בהתחשב בתדירות השימוש בסמים בקרב בני נוער, תמיד חשוב לברר האם תסמיני דיכאון נובעים מצריכת סם כמו אמפטמינים, קוקאין או מריחואנה. לדוגמה, גמילה מאמפטמינים (במיוחד לאחר אפיזודות של שימוש אינטנסיבי) יכולה לכלול חרדה, עייפות, הפרעות בשינה ופיגור פסיכומוטורי ('קראש') שיכול להיות מאוד דומה לדיכאון. כאשר הסימפטומים הם תגובה לחומרים, מצופה כי אלו יעלמו אחרי מספר ימים של הימנעות מהסם. אם תסמיני הדיכאון ממשיכים, או שהם הופיעו לפני השימוש בחומר, ניתן לחשוד שישנה הפרעה דיכאונית ושהיא בקומורבידיות עם שימוש בחומרים אסורים.

סכיזופרניה

סטיגמה

"הפחד ממבוכה

והגאווה מרחיקות

אותי מתרופות

ומייעוץ. לעומת זאת,

הייתי יכול להעזר? אם

הייתי מנסה אותם

ומדווח לציבור מה עזר

לי ומה לא. כולם ידעו

שיש לי חולשת דיכאון

אך אני אעזור לעצמי

ולאחרים" (Australian

Broadcasting

(Corporation, 2008).

מתבגרים מודעים

למחלתם הנפשית,

ולעיתים קרובות

מחשיבים דיכאון כסימן

לחולשה או לפגם

באופיים. הסטיגמה

הופכת את האבחון

והטיפול ליותר קשים.

כאשר מתבגרים מציגים תסמינים של דיכאון יחד עם תסמינים של הזיות או מחשבות שווא, חשוב לברר אם מדובר בסכיזופרניה או בדיכאון פסיכוטי. סממנים המרמזים על דיכאון פסיכוטי כוללים היסטוריה משפחתית של דיכאון או הפרעה דו-קוטבית, הופעה יחסית מהירה של התסמינים ללא סממנים מקדימים של השלב המקדים לסכיזופרניה, נוכחותן של הזיות תואמות מצב רוח (mood congruent hallucinations) (לדוגמה קול שאומר למטופל שהוא רע או שעליו להתאבד) או מחשבות שווא (לדוגמה על חטא, עוני, אסון הממשמש ובא, אמונה של מטופלת שהיא מכשפה וגרמה נזק לאחרים). למרות שקיימים הבדלים, ההבחנה בפועל בין שתי התופעות יכולה להיות קשה. כך למשל, לא נדיר שדיספוריה והזנחה עצמית של השלב המקדים לסכיזופרניה יאובחנו כדיכאון. לרוב, רק חלוף הזמן עוזר לפתור את בעיית האבחון. במצבים בהם יש ספק, במקום לאבחן דיכאון פסיכוטי או סכיזופרניה, עדיף לאבחן "אפיזודה פסיכוטית ראשונה" ולהשאיר את האבחון הסופי לשלב מאוחר יותר, כאשר מהלך המחלה יהיה ברור יותר או כשיותר מידע יהיה זמין.

הפרעת ADHD והפרעת התנהגות

עצבנות והעדר מוטיבציה (demoralization) הינם תסמינים מאוד נפוצים בקרב ילדים - במיוחד לפני גיל ההתבגרות - שסובלים מ-ADHA, הפרעת התנגדות או בעיות התנהגות. תסמינים אלו מופיעים לרוב בקונטקסט של משפחות שאינן מתפקדות; עוני, הזנחה, אומנה, או מוסד. במצבים כגון אלו קשה להכריע האם הייאוש הוא תוצאה של מצוקת הילד או ביטוי של דיכאון קליני. אם התסמינים של המטופל תואמים לקריטריונים של דיכאון, ה-DSM יעודד אבחנה של **קומורבידיות עם דיכאון** (כלומר שתי אבחנות). בניגוד לכך, ה-ICD ימליץ על אבחנה אחת: **הפרעה מעורבת של התנהגות ורגשות או הפרעת התנהגות דיכאונית**. בנקודה זו, היתרון של גישה אחת על פני האחרת איננו ברור, עם זאת מחקרים מראים שילדים שאובחנו כבעלי הפרעת התנהגות והפרעת דיכאון, גדלים להיות דומים יותר לילדים עם בעיות התנהגות מאשר ילדים עם דיכאון.

הפרעת הסתגלות עם מצב רוח דיכאוני ושכול

לעיתים קרובות מטפלים מאבחנים הפרעת הסתגלות כאשר הופעתם של הסימפטומים מתרחשת לאחר ארוע חיים משמעותי. אבחנה זו תהיה נכונה רק אם הופעתם של התסמינים הדיכאוניים, או הלקות, מתרחשת תוך שלושה חודשים מגורם לחץ מזהה, ושדיכאון מג'ורי ושכול נשללו. במקרה של הפרעת הסתגלות מצופה כי התסמינים יחלפו תוך שישה חודשים מרגע חלוף הגורם המלחיצ.

שכול מציג תמונה קלינית דומה מאוד לאפיזודה דיכאונית, אך דיכאון לא יאובחן אלמלא התסמינים חמורים, מתמשכים וגורמים למוגבלות (לדוגמה, אשמה לא מתאימה ומתמשכת, עיסוק מורבידי מלווה בתחושת חוסר ערך ופגיעה משמעותית בתפקוד). תסמינים של יגון נוטים להחלש בחלוף ימים או שבועות, ולרוב קשורים למחשבות או תזכורות של האדם שנפטר. הם אינם נרחבים כמו במקרה של דיכאון מג'ורי ויכולים להיות מלווים בתקופות של רגשות חיוביים ואף הומור. בניגוד לדיכאון מג'ורי שבמסגרתו נפוצה תחושה של חוסר ערך, בתגובה לשכול תחושת הערך העצמי נשמרת.

סקאלות דירוג

ישנן סקאלות דירוג רבות לילדים ומתבגרים דיכאוניים. סקאלת הדירוג של המטפל ה--clinician administered Hamilton Rating Scale for Depression Children's Depression Rating Scale (CDRS) (Poznanski & Mokros, 1996) נועד גם לשימוש קלינאי והוא פותח באופן ספציפי עבור צעירים. סקאלה קניינית זו שימשה בטיפולים רבים במסגרת ניסויים כמו ה-TADS (Curry et al, 2010). ישנם גם אבחונים מבוססי-ראיון כמו The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (Angold & Costello, 2000) שמשמשים בעיקר למחקר. סקאלות הדירוג הנפוצות ביותר הן דירוג-עצמי, ורובן כוללות גרסאות לילד, להורים ולמורה. מאחר וסקאלות דירוג לא מהוות גורם מיהמן לביצוע אבחנה - שכן אבחנה מחייבת את הערכתנו של מטפל על בסיס ראיון עם המטופל ובאופן אופטימלי גם עם מודיעים רלוונטים - כלי זה משמש בעיקר למטרות סקירה (לדוגמה בבתי-ספר או בקרב אנשים שנחשבים בקבוצות סיכון) או לשם הערכת תגובה של מטופל לטיפול במשך זמן (תוצאה). סקאלות הדירוג-העצמי עוברות התאמות כך שצעירים יוכלו למלאן במחשבים, במכשירים ניידים חכמים ובטאבלטים. (Stevens et al, 2008). באופן כללי, השימוש בסקאלות דיווח-עצמי בילדים שטרם הגיעו לבגרות מינית הוא מוגבל, אך בעבור מתבגרים הוא מועיל יותר. השפעתן של טכנולוגיות חדשות, כמו מכשירים ניידים חכמים, עדיין לא נוצלה במלואה ועשויה לשפר את יעילותן. רוב רובן של סקאלות הדיווח-העצמי הללו הן קנייניות (proprietary) ויקרות, אך אף אחת לא הוכחה עליונות על פני האחרת. טבלה E.1.6 פורטת את הסקאלות החינמיות לשימוש קליני; וחלקן זמינות במספר שפות.

מעבר למאניה

שיעור המעבר של

צעירים עם דיכאון

להיפומאניה או מאניה

גבוה בנוער מאשר

בבוגרים, כאשר מספר

מחקרים מראים שיעורים

גבוהים של עד כדי

40%. למרות זאת, על

פי מחקר שכלל חמש

שנות מעקב (TADS)

נראה כי רק 6% פיתחו

הפרעה דו-קוטבית אחרי

חמש שנים (Curry et

al, 2010). ממאמר זה

וממחקרים נוספים ניתן

להסיק, כי הפרעה דו-

קוטבית תתרחש בכ-

10% מהמתבגרים

הדיכאוניים. השיעור

עלול להיות גבוה יותר

אם ישנה היסטוריה

משפחתית של הפרעה

דו-קוטבית או בילדים

שסבלו ממעבר למאניה

כאשר טופלו בתרופות

אנטי-דיכאוניות.

טיפול

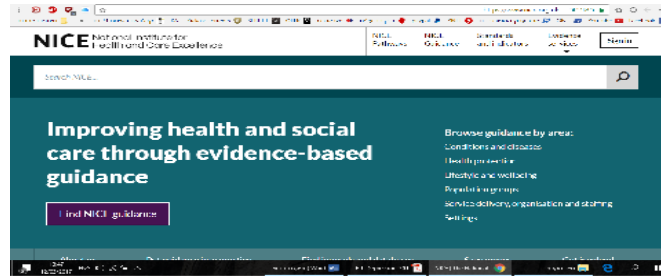
הכרחי 'לכוון גבוה', כלומר לחפש החלמה מלאה של התסמינים, וחזרה למצב התפקודי כפי שהיה לפני הופעת התסמינים. כל דבר פחות מכך אינו אופטימלי משום שהתמדתם של תסמיני הדיכאון מעלים את הסיכוי לתפקוד פסיכו-סוציאלי לקוי, התאבדויות ובעיות נוספות (לדוגמה התמכרות לחומרים), כמו גם התדרדרות במצב המחלה והישנות הדיכאון. ברוב המקרים, פרקטיקה טובה היא שיתוף ההורים בתהליך הטיפול וההערכה (לדוגמה, בדיון לגבי אפשרויות הטיפול הזמינות, הסיכונים והיתרונות שלהן). אך דרגת המעורבות צריכה להיות תלויה בגילו הצעיר של המטופל, בשלב ההתפתחותי, בבקשותיו, בנסיבות ובתרבות הרווחת במדינה. השקעת הזמן בשיתוף ההורים יחזק את הקשר הטיפולי, ישפר את הדבקות בטיפול ואת תוצאותיו. תמיד מומלץ לפקח בעקביות אחר חומרת הדיכאון בשימוש בסקאלות הדירוג (לדוגמה, אחת מאלו הרשומות בטבלה E.1.6), וגם אחר הסיכוי לאובדנות, שצריך להיות במעקב סדיר ולא להיעשות רק בראיון ההערכה הראשוני, משום שהוא משתנה.

טבלה E.1.6 - סקאלות נבחרות לדירוג תסמיני דיכאון שברשות הציבור או זמינות באופן חופשי לשימוש קליני.

סקאלה	המדרג	הערות
CES-DS : סקאלת דיכאון של המרכז למחקרים אפידמיולוגיים. (Faulstich et al, 1986)	מטופל והורה (ילדים ומתבגרים)	קיימת שאלה לגבי מידת הספציפיות (specificity) של סקאלה זו באשר למדידת תסמיני דיכאון בניגוד למצוקה (distress).
MFQ : שאלון מצב רוח ורגשות (Angold et al, 1995)	מטופל, הורה ומורה (ילדים ומתבגרים)	חינמית לשימוש קליני או מחקרי, בהינתן אישור.
DSRS : סקאלת דירוג עצמי של דיכאון (Birlson, 1981)	מטופל (ילדים ומתבגרים)	הסקאלה זמינה במספר שפות. יש לציין כי שימשה במספר מועט של מחקרים

<p>קיימות שתי גרסאות, אחת של שישה פריטים והאחרת של אחד-עשר פריטים.</p> <p>הגרסה בעלת ששת הפריטים מעוצבת עבור מסגרות מוסדיות (כמו בית ספר או רפואה ראשונית), שם ניתנת לשימוש ככלי סקירה לאיתור צעירים הנמצאים בסיכון לחלות בדיכאון. כמו כן, היא ניתנת לשימוש גם עבור העוסקים בבריאות הציבור (כמו אחיות או רופאי משפחה) או מחנכים (יועצים חינוכיים), לשם הערכתם של צעירים במצוקה או כאלו שחשודים כבעלי הפרעה נפשית. כרגע הסקאלה זמינה באנגלית, צרפתית, סינית, גרמנית, ספרדית, פורטוגזית, קוראנית ופולנית.</p> <p>הגרסה בעלת אחד-עשר הפריטים זמינה באנגלית, פורטוגזית וטורקית.</p>	<p>מטופל (מתבגרים)</p>	<p>KADS: סקאלה למדידת דיכאון (במתבגרים Brooks et al., 2003)</p>
<p>שאלון קצר שפותח כחלק מחבילה בשם "PRIME-MD", שנוסדה על ידי Pfizer.</p>	<p>מטופל (מתבגרים)</p>	<p>PHQ-A: שאלוני בריאות המטופל-עבור (מתבגרים Johnson et al, 2002)</p>
<p>מודד פסיכופתולוגיה באופן מקיף, אך ניתן להשתמש בתת-סקאלה לסקירת הסיכון לדיכאון.</p> <p>שאלון ספציפי ורגיש יחסית, למחלת הדיכאון ה"סבירה". ניתן להשלמה על ידי צעירים באינטרנט, ומספק משוב מיידי בכתובת הבאה:</p> <p>http://www.youthinmind.info/UK/sdqonline/Self/StartSelf.php</p>	<p>מטופל, הורה ומורה (מתבגרים)</p>	<p>SDQ: שאלון חוזקות וקשיים (Goodman et al., 2000)</p>

לחץ על התמונה בכדי להגיע לאתר המכון הלאומי האמריקאי לחקר הבריאות ושירותי הבריאות:



הגישה המומלצת לטיפול במחלה היא המתנה זהירה, במסגרתה ניתן לאפשר לזמן לחלוף בטרם נשקל טיפול נוסף. המתנה זהירה לרוב רלוונטית למצבים בהם יש סיכוי גבוה לפיתרון-עצמי, או כאשר הסיכון שבטיפול עלול לעלות על יתרונותיו (לדוגמה בסרטן הערמונית). מרכיב מפתח של המתנה זהירה הוא השימוש בחוקים ברורים, זאת על מנת להבטיח שבמידת הצורך יתבצע תזמון נכון של מעבר לשיטת ניהול אחרת. הקווים המנחים של "המכון הלאומי לבריאות ומצוינות קלינית" (NICE) (2005) מציגים את ההמתנה הזהירה כאסטרטגיה "עבור ילדים ובני נוער המאובחנים בדיכאון מתון ושאינם מעוניינים בהתערבות, או עבור מי, שעל פי חוות דעתו של הרופא המטפל, יכול להחלים ללא התערבות. הערכה נוספת צריכה להעשות בדרך כלל תוך שבועיים". חשוב לציין שאין משמעותה של המתנה זהירה אי-טיפול בחולה, אלא שבמהלך תקופת ההמתנה הזהירה יתקיים טיפול, כפי שמתואר בפסקה הבאה.

ניהול תומך Supportive management

על פי הגישה של האקדמיה האמריקאית לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר (AACAP) (Birmaher et al, 2007), במקום להתחיל עם תרופות "במטופלים עם דיכאון מתון או קצר, בעלי פגיעה פסיכו-סוציאלית מתונה והעדר נטייה אובדנית או פסיכозה, יש להתחיל טיפול עם חינוך, תמיכה (case management), שמקושר לגורמי הלחץ הסביבתיים במשפחה ובבית הספר. מצופה כי לאחר 4-6 שבועות של מתן הטיפול התומך, תהיה תגובה". כלומר, חינוך, תמיכה וניהול התיק הסוציאלי, או מה שנקרא ניהול תומך, הוא חיוני ונפוץ, אך בקושי נחקר כאפשרות לטיפול.

מטופלים רבים מחפשים עזרה לאחר משבר (כגון ניסיון התאבדות); בנסיבות טעונות-רגשית אלו תסמינים נוטים להחריף. התמודדות עם המשבר עצמו יכול להיות מספיקה על מנת לטפל בדיכאון. במיוחד במתן טיפול ראשוני. כחלק מניהול תומך, פגישה עם המתבגר - והוריו אם מתאפשר - בשתיים או שלוש הזדמנויות, תאפשר הערכה יסודית יותר של המחלה והגורמים המשמרים אותה,

מטרות הטיפול הן:

- הפחתת התסמינים והפגיעה למינימום
- קיצור זמן האפיזודה הדיכאונית
- מניעת הישנות האפיזודות הדיכאוניות

ובשביל לדון באפשרויות טיפול, סיכונים ותופעות לוואי ביתר פירוט. לכן, ניהול תומך/המתנה זהירה הן אסטרטגיות יעילות כאשר הסיכון לאובדנות נמוך והדיכאון אינו חמור.

התערבויות פסיכולוגיות

התערבויות פסיכולוגיות (מסוכמות בטבלה E.1.7), ובמיוחד טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT) ופסיכותרפיה בין-אישית (IPT), נמצאו כאפקטיביות בטיפול בדיכאון מתון עד בינוני. יחד עם זאת, מספר ואיכות המחקרים הבוחנים טיפולים ספציפים מוגבל. מספר המפגשים האופטימלי לטיפול ב-CBT ו-IPT אינו ידוע. רוב המחקרים מדווחים על מפגש שבועי של שעה אחת למשך 8-16 שבועות, על אף שמפגשים תומכים (booster sessions) יכולים לשפר תוצאות ולהפחית הישנות. בפועל מספר המפגשים יכול להיות מותאם לצרכיו של המטופל, חומרת המחלה וגורמים רלוונטים נוספים. על אף שבטווח הקצר תרופות נוגדות דיכאון משיגות תוצאות טובות יותר, ההבדל בין תוצאותיהן של התערבויות פסיכולוגיות שונות לבין תרופות נוגדות דיכאון נוטה להעלם לאחר 24-36 שבועות (TADS Team, 2007). איכות הטיפול (מטפלים מנוסים אל מול מטפלים פארא-רפואיים) ועוצמתה של הברית הטיפולית נמצאו כגורמים חשובים להשגת תגובה לטיפול, וממצא זה נכון עבור כל הפסיכותרפיות.

טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT)

טיפול CBT מתבסס על ההנחה שמצב רוח ירוד מקושר להתנהגות הפרט ולמחשבותיו, וששינוי דפוסי התנהגות והקוגניציה יובילו להפחתה בתחושות הדיכאון וישפרו את תפקודו. אינדבידואלים נחשפים לטווח רחב של גורמי לחץ ומגיבים להם באופן אוטומטי בליווי תחושות; במתבגרים מדוכאים התגובות האוטומטיות הללו שליליות באופן לא מציאותי- ולרוב יובילו לתוצאות הרסניות (cataclysmic). "אף אחד לא אוהב אותי"; "אני לא טוב לכלום". מחשבות דיכאוניות אלו והמעשים העוקבים להן גורמים להם להרגיש יותר רע ולרוב יוצרים התדרדרות: תחושות של עצבות המובילות למחשבות והתנהגויות שליליות שאינן מציאותיות. מטרת הטיפול להפוך את המעגל האכזרי הזה על ידי: (א) למידה שרגשות, מחשבות ופעולות מחוברים יחדיו; (ב) על ידי פיתוח אסטרטגיות לחשיבה והתנהגות חיובית יותר, שבתורן יובילו לרגשות חיוביים יותר (Langer et al, 2009). המטרה הראשונה של CBT היא לעזור למטופלים לזהות את הקשר שבין מצבי רוח, המחשבות והפעילויות בחייהם (לדוגמה, שיחה עם חבר בטלפון מובילה לשיפור מצב הרוח), ולאתגר חלק מאמונותיהם השליליות; במקביל ישנה עבודה על אסטרטגיות שמעלות את מספר הפעילויות כמו "שיבוץ פעילויות מהנות". באופן אופטימלי נדרש שימוש ביומן מצב-רוח (ראה תרשים E.1.1). מטרה

לחץ על התמונה על
מנת להיכנס לאתר
האקדמיה האמריקנית
לפסיכיאטריה ילדים
ומתבגרים. לביצוע
לומדה בנושא הפרעות
דיכאון



לחץ על התמונה על
מנת לצפות בסקירה
בנושא CBT ו-IPT
מפי ד"ר ניל ריאן:



נוספת היא לעזור למטופל להבחין בין מחשבות שעוזרות ולא עוזרות, לפתח אסטרטגיות ליצירה של יותר מחשבות עוזרות ולתרגל שימוש בדפוסי מחשבות חיוביות בתגובה לסיטואציות מלחיצות - הבנייה קוגניטיבית (cognitive restructuring). המטרה השלישית היא לצייד את האדם הצעיר בכישורים לבנייה ואחזקה של מערכות יחסים שנחלשו כתוצאה מהדיכאון, על ידי אימון יכולות חברתיות, תקשורת ואסרטיביות.

תרפיה בין-אישית (IPT)

התרפיה הבין-אישית מדגישה את חשיבותם של קשרים בין-אישיים ואת המצוקה שאנשים חווים כאשר מתרחשת הפרעה בקשרים הבין אישיים שלהם עם דמויות התקשרות, מצב זה מוביל לאובדן התמיכה החברתית בפרט, שגורמת או משמרת רגשות דיכאוניים. טיפול IPT אינו צולל אל תוך עברו של המתבגר, אלא מתמקד בקונפליקטים הבין-אישיים העכשוויים, ומכוון לכישורים הבין-אישיים של המתבגר על מנת לשפר את מערכות היחסים שלו (Mufson et al, 2009).

לשיטות הטיפול IPT ו-CBT יש הרבה מן המשותף. לדוגמה, מטרתן להוביל לחינוך-פסיכולוגי על דיכאון באמצעות חיבור מצבי רוח לארועים בין-אישיים המתרחשים באותה העת, כמו גם עידוד השתתפות בפעילויות מהנות (במיוחד בבית הספר) על מנת להרגיש יותר טוב. יחד עם זאת, ב-IPT מושם דגש על חקירה של היחסים הבין-אישיים (כגון בחינה וויסות של דפוסי התקשרות בעייתיים ושל אינטרקציות בין-אישיות) ובלמוד כיצד להתמודד עימם באופן בונה. זאת בהשוואה ל-CBT העוסק יותר בהבניות קוגניטיביות שאינן בהכרח קשורות ליחסים עם הזולת.

בשנים האחרונות, לתוכניות הטיפול בדיכאון של CBT ו-IPT מתווספות, לעיתים קרובות, טכניקות מיינדפולנס (mindfulness), כאשר ממצאים באשר לתרומתן ליעילות הטיפול, ומניעת חזרתו של הדיכאון, ממשיכים להאסף. מיינדפולנס היא טכניקה בה האינדבידואלים ממקדים את מודעותם בהווה, ובאופן שלוו מכירים ומקבלים את רגשותיהם, מחשבותיהם ותחושות גופם. מצורף קישור לתרגול מיינדפולנס בחיי היומיום - <http://www.blackdoginstitute.org.au/sitemap/index.cfm>

תרופות

חומרים נוגדי דיכאון ויעילותם מופיעים בתמצות בטבלה E.1.8. תרופות נוגדות דיכאון הן אמצעי חשוב לטיפול בדיכאון בבני נוער. למרות זאת, מספר תרופות נוגדות דיכאון שנמצאו יעילות בטיפול בקרב מבוגרים, אינן יעילות בטיפול בנוער (כגון נוגדי דיכאון טריציקליים) או מסוכנות לשימוש

לחץ על התמונה על
מנת לצפות בסרטון
בנושא מיינדפולנס
(mindfulness):



בקבוצת גיל זו (כגון מעכב מונואמין אוקסידז MAOIs) – דבר המדגיש את הגישה לפיה, מידע אמפירי הנאסף ממדגמי מבוגרים אינו בהכרח יכול להיות מוכלל על אוכלוסיית ילדים ומתבגרים. הבדל נוסף הוא בנוגע לאפקט הפלצבו, שנמצא חזק בקרב ילדים ומתבגרים יותר מאשר בקרב מבוגרים, כאשר חומרת האפיזודות הדיכאוניות נלקחות בחשבון: עבור דיכאון מתון, תרופות נוגדות דיכאון אינן יעילות יותר מפלצבו, אך עבור דיכאון חמור (depression is severe) נמצאו כיעילות יותר.

היבט מרכזי בכתיבת מרשם ובקבלת הסכמה מדעת, הוא דיון עם המטופל ומשפחתו לגבי הנושאים הבאים:

- הסיבות ללקיחת התרופה.
- תופעות לוואי אפשריות (כולל הסלמה במחשבות אובדניות, עצבנות, אי שקט, זעפנות, וחוסר יציבות במצב הרוח).
- החשיבות שבלמלא אחר הוראות נטילת התרופה כפי שנקבעו.
- זמן השפעה של נוגדי דיכאון הוא ארוך ולכן לוקח זמן עד להשפעת התרופות (על מנת לזנוח ציפיות לתועלת מיידית).

טבלה E.1.7- סיכום ממצאים בנוגע ליעילות טיפולים פסיכו-חברתיים לדיכאון חד-קוטבי.

טיפול	הערות
טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT)	<ul style="list-style-type: none"> • ישנן ראיות לכך ש CBT אינדיבידואלי (בין 8-16 מפגשים של שעה אחת בשבוע) יעיל לטווח הקצר. • הבדלים בין טיפול CBT לבין טיפול תרופתי לרוב נעלמים לאחר 12 חודשים.
תרפיה בין-אישית (IPT)	<ul style="list-style-type: none"> • ישנן ראיות לכך ש IPT יעיל לטווח הקצר.
טיפול פסיכודינמי (פסיכואנליטי), פסיכותרפיה	<ul style="list-style-type: none"> • ישנם מעט מאוד מחקרים אך ישנן מספר ראיות לכך שהטיפול עשוי להיות יעיל. • דורש זמן רב יותר (סדר גודל של שנה).
טיפול משפחתי	<ul style="list-style-type: none"> • יעיל יותר מלא לטפל כלל. לא ברור עד כמה הטיפול יעיל בהשוואה לטיפולים אחרים. • יכול להיות יעיל במיוחד במקרים של קונפליקטים משפחתיים וחוסר הרמוניה משפחתית.
טיפול קבוצתי (לרוב מבוסס CBT)	<ul style="list-style-type: none"> • ראיות מוגבלות ותוצאות סותרות. • לרוב משמש כהתערבות מניעתית עבור פרטים בסיכון.
עזרה עצמית (הרפיה, עלונים חינוכיים, ספרים או קבוצות תמיכה)	<ul style="list-style-type: none"> • נתונים מוגבלים עם תוצאות סותרות. • עניין גובר בעזרה עצמית אינטרנטית המבוססת CBT, אך מיעוט ראיות לגבי יעילות הטיפול. • "פסיכואדוקציה" (Psycho-education) לרוב ניתן כחלק מטיפול קליני.

תרשים E.1.1- דוגמה ללוח מצב רוח מלא

שבת	שישי	חמישי	רביעי	שלישי	שני	ראשון		
5	6	3	1	4	1	2	AM	מצב רוח
7	6	5	2	2	3	4	PM	
ביקור סבתא בבית חולים	ישנתי עד מאוחר, שיחקתי טניס	בית-ספר	בית-ספר נתפסתי מעשנת וקיבלתי ריתוק	בית-ספר ביליתי יותר זמן עם חברה	בית-ספר קיבלתי ציון לא טוב, לא יכולתי לעשות עבודה במתמטיקה	בית-ספר הציקו לי	AM	פעילויות
ביקור חבר טוב, הוצאתי את הכלב לסיבוב	עזרתי לאבא בגינה	הלכתי לראות סרט עם חברים	משחקי מחשב, ויכוח עם אמא	משחקי מחשב, ויכוח עם אחותי	משחקי מחשב, שיעורי בית	משחקי מחשב, הוצאתי את הכלב לסיבוב	PM	

כתוב את הפעילויות הרלוונטיות בכל יום (בוקר ואחר-הצהריים), ודרג את מצב רוחך מ-0 (מאוד עצוב) עד-5 (לא שמח ולא עצוב) ועד 10 (מאוד שמח). השתמש בכל סקאלת הדירוג.

יישום נכון של הפרקטיקה יכול לבידוק המטופל במרווחים של שבוע (פנים מול פנים, אם לא מתאפשר אז בטלפון) במהלך החודש הראשון, שבמהלכו ניתן המרשם לתרופות. בדיקות אלו יאפשרו המשך טיפול תומך, ניטור תופעות לוואי והערכת התגובה של המטופל לטיפול (על ידי מתן סקאלת דיווח עצמי של דיכאון, בכל ביקור).

טיפול לא מספק, כתוצאה ממינון נמוך מדי או טיפול קצר מדי, הינו טעות שכיחה. למרות שחשוב להתחיל עם מינון נמוך, יש להעלות את כמות התרופה באופן הדרגתי עד להפחתת הסימפטומים או הופעת תופעות לוואי. יחד עם זאת, יש לזכור כי קיימת שונות רבה בין אינדבידואלים במינון התרופה הדרוש.

תופעות לוואי של תרופות

מאחר שנדירים המקרים בהם משתמשים בקרב נוער בתרופות אחרות חוץ מ-SSRIs, נדון בפירוט רק בתופעות הלוואי של תרופות מסוג זה. עבור TCAs תופעות הלוואי העיקריות הן אנטיכולינרגיות ורעילות לבבית, כאשר עבור MAOIs מדובר בהתקפי לחץ דם גבוה.

טיפול CBT טיפוס

מתחיל בהחלטה

משותפת על סדר היום של הטיפול, מעבר על שיעורי-הבית מהמפגש הקודם, לימוד ותרגול מיומנויות קוגניטיביות-התנהגותיות, התייחסות למשברים ונושאים אחרים שעלו בחייו של המתבגר במהלך השבוע, סייוע למתבגר לסכם את המיומנויות החדשות שנלמדו במהלך המפגש וקביעת תרגול/שיעורי-בית (למפגש הבא Langer et al, 2009).

נטייה לאובדנות

באופן פראדוקסלי, הוצע כי תרופות ממשפחת SSRIs עלולות להשרות התנהגות אובדנית בצעירים. אימות השערה זו איננה משימה פשוטה, מאחר והדיכאון כשלעצמו מגביר סיכון לאובדנות. עד כה, המידע שנאסף סותר. מצד אחד, מחקרים פרמקו-אפידמיולוגים ואקולוגים הציעו ששימוש גובר ב-SSRIs לא הוביל להגברה, כי אם להפחתה במקרי התאבדות בצעירים. מצד שני, סקירה שנעשתה על ידי ה-FDA של מחקרים מבוקרים (controlled trials) שכללו יותר מ-4400 ילדים ומתבגרים. הראו עלייה קטנה אך יציבה (2%) וקצרת-טווח בנטייה לאובדנות (מחשבות אובדניות וניסיונות התאבדות), בנבדקים שקיבלו תרופות אנטי-דיכאוניות בהשוואה לפלצבו, כאשר רובן היו ממשפחת SSRIs. לא היו התאבדויות. סקירה זו הסתכמה לכדי כך שה-FDA וגופים רגולטורים במדינות אחרות הזהירו מפני הסיכון הזה. המכניזם שביסודו של תופעה זו אינו ברור. תרופות ה-SSRIs יכולות ליצור אקטיזיה, סערת נפש, רגזנות ודיסאינהיביציה (disinhibition). בדומה לשאר התרופות האנטי-דיכאוניות, SSRIs יכולות גם לעורר מאניה.

ההשלכות של ממצאים אלו הן שמטופלים צריכים לקבל אזהרה על הסיכון לנטייה לאובדנות, ומטופלים צריכים למצוא אסטרטגיות להתמודד עם הסיכון הזה, כמו בדיקות שבועיות במהלך החודש הראשון לטיפול, וחינוך המטופל ומשפחתו לאיתור שינויי התנהגות (דוגמת רגזנות, מחשבות על פגיעה עצמית) מרגע שהחל הטיפול התרופתי.

לחץ על התמונה על

מנת לצפות איך

SSRIs ו-MAOIs

עובדים:

עוזרים למתבגרים לפתור בעיות באופן מובנה

1. מה הבעיה? - בקש מהמתבגר לכתוב זאת.
2. למנות את כל האפשרויות לפיתרון - לבצע סיעור-מוחין ולרשום את כל האפשרויות לפיתרון. על המתבגר לכתוב את כל האפשרויות הקיימות מבלי לסנן מה שלא נראה לו (כלומר גם אפשרויות טובות לפיתרון וגם לא טובות).
3. עבור כל האפשרות לפיתרון שנמצאות ברשימה יש לחשוב על היתרונות והחסרונות שלה.
4. לבקש מהמתבגר לבחור את האפשרות לפיתרון שהכי ניראת לו או הכי מעשית בעיניו.
5. יש לעבוד ביחד על האופן שבו ניתן ליישם את האפשרות שנבחרה ועל המשאבים הדרושים לכך. ייתכן כי יהיה צורך לעשות עם המתבגר "חזרה" על השלבים הקשים בפיתרון שבחר.
6. אחרי שהמתבגר ביצע את הפיתרון שבחר, יש להעריך ולשבח את כל מאמציו. אם הפיתרון לא עבד יש לעבור ביחד על השלבים שלו שוב, ולזהות פיתרונות חלופיים.

תופעות לוואי נוספות

תרופות ממשפחת ה-SSRIs קשורות עם רמות גבוהות של סערת נפש, אקטיזיה, סיוטים והפרעות בשינה, בעיות במערכת העיכול, עלייה במשקל, תפקוד מיני לקוי (חשק מיני ירוד, קושי בהגעה לאורגזמה, קושי בשמירה על זיקפה) וסיכון מוגבר לדימום. רוב תופעות לוואי אלו קשורות למינון וניתן לשלוט בהן באמצעות הפחתתו.

כתלות בזמן מחצית החיים של תרופת SSRI ספציפית, הפסקת הטיפול באופן פתאומי או החסרת מספר מנות של התרופה יכולים לגרום להופעת "סימפטומי גמילה", שמכונים גם "תסמונת הפסקה", וכוללים: בחילה, כאבי ראש, סחרחורת, ותסמינים דמויי שפעת (נדיר בפלואוקסאטין ושכיח מאוד בפארוקסטין). הפסקה פתאומית עלולה גם להגביר את הסיכוי להתדרדרות והישנות הדיכאון.

שימוש בתרופות אנטי-דיכאוניות במהלך הריון

השימוש ב-SSRIs (שאר האנטי-דיכאוניות אינן מומלצות לטיפול בצעירים) במהלך הריון הוא נושא חשוב, מאחר וישנם דיווחים על הקשר שבין שימוש ב-SSRIs במהלך הריון לטרטולוגיה, הפלות ספונטניות, צירי לידה מוקדמים, משקל נמוך של הוולד ולחץ דם ריאתי גבוה. העדויות לקיומם של קשרים אלו אינן עולות בקנה אחד, ורובן מצביע על כך ששימוש נכון בתרופות הינו בטוח. משום כך, ההוראה למירב הטיפולים היא שאל לחששות אלו מלמנוע מתן מרשמים לתרופות SSRIs (למעט פארוקסטין) לטיפול בדיכאון חמור במהלך הריון, כאשר התועלת הפוטנציאלית עולה על הסיכונים, זאת בהתחשב בכך שדיכאון בזמן הריון נושא בסכנות משל עצמו. אין להשתמש בפארוקסטין משום שישנו קשר בין שימוש בו לבין מומים חמורים ובעיות לבביות בעובר בעובר (Bellantuono, Migliarese & Gentile, 2007).

Bellantuono C, Migliarese G, Gentile S (2007). Serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of major malformations: A systematic review. Human Psychopharmacology, 22:121–128.

התגובה לפלצבו וחומרת**הדיכאון**

אחד האספקטים המתמיהים ביותר בטיפול בדיכאון באמצעות תרופות, הוא התגובות הגבוהה לאפקט הפלצבו. במבחנים שבדקים את השפעת הטיפול הפארמקולוגי על דיכאון קליני בנוער, וכוללים הקצאה רנדומלית לקבוצות, תגובותיו זו מוערכת כבין 50%-60%. מסקירה של מבחנים כגון אלו נמצא כי בקרב הסובלים מדיכאון מתון, אפקט הפלצבו גבוה יותר בילדים מאשר במתבגרים, וגובר ככל שמספר הנבדקים המשתתפים במחקר גבוה יותר (Bridge et al., 2009).

אפקטיביות של טיפול תרופתי בדיכאון לא מתחזקת בהתאמה עם מידת דיכאון חמורה יותר, אך נראה כי אפקט הפלצבו נחלש. כלומר, התגובות של אפקט הפלצבו דומה להשפעתן של תרופות במקרים של דיכאון מתון, אך השפעתו נחותה לעומתן במקרים של דיכאון חמור. לדוגמה ב-TADS (Tavistock Adult Depression Study) בהם משתתפים סבלו מדיכאון חמור, לאחר 12 שבועות 35% מהמשתתפים שטופלו בפלצבו הגיבו אליו, לעומת 61% מאלו שטופלו בפלואוקסאטין. תוצאות דומות דווחו במבוגרים. בשל ממצאים אלו תרופות אנטי-דיכאוניות אינן מומלצות לרוב כטיפול ראשוני לדיכאון מתון.

טבלה E.1.8- תמצית הראיות בנוגע ליעילותם של חומרים נוגדי דיכאון לטיפול בדיכאון חד-קוטבי

טיפול	ראיות
<ul style="list-style-type: none"> • תרופות טריציקליות אנטי-דיכאוניות (TCAs): אמיטריפטילין (Amitriptyline), קלומיפראמין (clomipramine), דסיפראמין, דוסולפין (dosulepin), דוקספין, אימיפראמין, לופאפראמין (lofepramine), נורטיפטילין, פרוטריפטילין (protriptyline), טרימיפראמין (trimipramine) • תרופות טטראציקליות אנטי-דיכאוניות (TeCAs): אמוקסאפין (Amoxapine), מפרוטילין, מיאנסרין, מירטאזאפין (mirtazapine). 	<ul style="list-style-type: none"> • אין ראיה באשר לעליונותן של תרופות אלו על פני פלצבו, במיוחד בקרב ילדים שטרם הגיעו לבגרות מינית. • תופעות לוואי משמעותיות (אנטיכולינרגיות, והארכת QT לבבי). • רעילות (רעילות לבבית) במינון יתר (למעט מירטאזאפין). • יש להימנע מלתת לילדים ומתבגרים.
<ul style="list-style-type: none"> • מעכבי ספיגה חוזרת של סרוטונין (SSRIs): - ציטלופרם (citalopram) - אסציטלופרם (escitalopram) - פלואוקסטין (fluoxetine) - פלובוקסאמין (fluvoxamine) - פארוקסטין (paroxetine) - סרטילין (sertraline) 	<ul style="list-style-type: none"> • כקבוצה, SSRIs יעילות יותר מפלצבו, במיוחד במתבגרים בעלי דיכאון חמור. • בעלות תופעות לוואי מועטות, אך יכולות להגביר נטיות אובדניות. • פלואוקסטין היא התרופה הכי נחקרת ובעלת הראיות הכי טובות ליעילות. מאושרת לשימוש לגילאי שמונה שנים ומעלה על ידי ה-FDA וה-EMA (European Medicines Agency). • סרטילין, ציטלופרם ואסציטלופרם: הראיות ליעילותן פחות מוצקות, על אף שיכולות להיות יעילות במטופלים שלא הגיבו לטיפול בפלואוקסטין (Brent et al, 2008). אסציטלופרם אושר על ידי ה-FDA לטיפול בדיכאון במתבגרים. • פארוקסטין: נראה כי תרופה זו אינה יעילה בנוער ומראה יותר תופעות לוואי מתרופות אחרות ממשפחת ה-SSRIs. יש לה זמן מחצית חיים קצר שמוביל בקלות לתופעות גמילה. השימוש בה אינו מומלץ.
<ul style="list-style-type: none"> • מעכבי ספיגה חוזרת של סרוטונין ונוראפינפרין (SNRIs): ונלאפאקסין, דסבנלאפאקסין (desvenlafaxine), דולוקסטין, מילנציפרן, לובומילנציפרן (Levomilnacipran). 	<ul style="list-style-type: none"> • מחקר אחד הראה שונלאפאקסין יעיל כמו תרופות ממשפחת ה-SSRIs בחולים דיכאוניים בעלי עמידות לטיפול, אך בעלי פרופיל של תופעות לוואי חמורות (Brent et al, 2008). לא מומלץ לשימוש בנוער. • אין ראיות עקביות לגבי שאר התרופות.
<ul style="list-style-type: none"> • מעכבי מונואמיין אוקסידז (MAOIs): איזוקארבוקסאזיד (Isocarboxazid), מוקלובומייד (moclobemide), פנלזין, סלג'ילין (selegiline), טראנילציפרומין (tranylcypromine), פרילינדול (pirlindole). 	<ul style="list-style-type: none"> • אין עדויות ליעילות בשימוש בצעירים. • סיכון גבוה לתופעות לוואי עקב אי-עמידה בהגבלות תזונתיות. • יש להימנע משימוש בילדים ומתבגרים.

<ul style="list-style-type: none"> • חסרות הוכחות ליעילות בקרב קבוצת גיל זו. 	<ul style="list-style-type: none"> • תרופות אנטי-דיכאוניות אחרות: אגומלטיין (agomelatin), בוספירון (buspirone), נפאזודון (nefazodone), וילאזודון (vilazodone), וורטיוקסטיין (vortioxetine).
---	--

יתרונות התרופות האנטי-דיכאוניות והסיכון לאובדנות

מטא-אנליזה בקרב תרופות אנטי-דיכאוניות וספציפית בקרב SSRIs, שכללה 15 הקצאות רנדומליות לקבוצות, דיווחה על משתנה הקרוי "המספר הדרוש לטיפול" (NNT), שנע בין-4 (עבור פלואוקסטיין) ל-20 (עבור נפאזודון), ועל ממוצע משוקלל של 10 (Bridge et al, 2007). משמעות הממצא, שעל מנת שמצבו של מטופל אחד ישתפר הודות לטיפול התרופתי בפלואוקסטיין (בניגוד לגורמים אחרים כמו אפקט פלצבו או המהלך הטבעי של המחלה), יש לטפל בפלואוקסטיין בארבעה מתבגרים דיכאוניים.

אותה מטא-אנליזה דיווחה על משתנה נוסף הקרוי "המספר הדרוש לטיפול בכדי לפגוע" (NNH) - שמוגדר כהופעת התנהגות אובדנית - ונע בין 112 (חושב מתוך 13 ניסויים בסובלים מדיכאון) ועד ל-200 (חושב מתוך 6 ניסויים בסובלים מהפרעה אובססיבית קומפולסיבית) ועד ל-143 (חושב מתוך 6 ניסויים בבעלי חרדה שאינם סובלים מהפרעה אובססיבית קומפולסיבית), עם ממוצע משוקלל של 143. כלומר, על מנת שמטופל דיכאוני אחד יפתח התנהגות אובדנית שניתן לייחסה לטיפול התרופתי, יש לטפל ב-112 מתבגרים דיכאוניים. לסיכום, בהתחשב בממצאים, נראה כי היתרונות של תרופות אנטי-דיכאוניות עולה על הסיכונים הכרוכים בהם שכוללים חשיבה על אובדנות או ניסיונות אובדניים.

פרמקולוגיה-גנומית וטיפול מותאם אישית

תרופות אנטי-דיכאוניות בעלות יעילות מתונה יחסית, אך ישנה שונות רבה בתגובת המטופלים לתרופות באופן ספציפי. מאפיינים קליניים (דוגמת האם המטופל סובל ממלנכוליה או לא) אינם מהווים אינדיקטורים טובים לתגובת המטופלים לתרופות אנטי-דיכאוניות. האפשרות היחידה הזמינה היא ניסוי וטעייה (כלומר לנסות את התרופה ואם היא לא עובדת לנסות אחרת), שמכבידה על המטופלים וגוזלת זמן יקר.

ידוע כי כאשר הורים מגיבים טוב לתרופה אנטי-דיכאונית מסויימת, לילדיהם סיכוי טוב יותר להגיב לאותה התרופה גם כן. כתוצאה מכך, גובר העניין באיתור שונות גנטית (דוגמת טרנספורטרים לסרוטונין או נוראפינפין) שעשויה להיות קשורה בתגובה לתרופות האנטי-דיכאוניות. מצב זה מורכב אף יותר, שכן תרופות אלו עוברות מטבוליזם על ידי אנזימים שמשתנים באופן משמעותי מאדם לאדם. לדוגמה, ציטוכרום P450 (CYP) 2D6 תורם למטבוליזם של תרופות אנטי-דיכאוניות רבות, אך עד כה נמצאו יותר מ-74 תצורות שונות לאללים של הגן CYP2D6, והמספרים ממשיכים לטפס. על כן פעילותו המטבולית של CYP2D6 משתנה מאוד באוכלוסייה, החל מ-"מהירה באופן מיוחד", "משמעותית", "בינונית" ו-"גרועה". התפוצה של האללים משתנה בקרב קבוצות אתניות. לפולימורפיות של CYP2D6 יכולות להיות תוצאות קליניות שכוללות תופעות לוואי מוגברות או אי-תגובתיות לטיפול. ישנה צפייה כי בעתיד בדיקות גנטיות יאפשרו לבחור את התרופה האנטי-דיכאונית המתאימה עבור מטופל מסויים, אך בימינו זה עדיין לא אפשרי.

טיפול גופני

קופסה: רעילות

רעילות - מוות כתוצאה מהרעלה חמורה על ידי סם יחיד, עם או בלי צריכת אלכוהול - נמוכה הרבה יותר בקרב SSRIs (1.3) מיתות עבור מיליון (מרשמים) מאשר בקרב TCAs (34.8), ו- MAOIs (20). כלומר, הרעילות של TCAs גבוהה פי 27 מ-SSRIs. הרעילות של ונלאפאקסין יחסית גבוהה (13.2) (Buckley & McManus, 2002).

הטיפולים הגופניים מסוכמים בטבלת E.1.9. מלבד תרופות, נעשה שימוש במספר טיפולים גופניים כחלק מטיפול בילדים ומתבגרים. ביניהם טיפול בנזעי חשמל (ECT) אשר ניתן לצעירים במשך כ-60 שנים ותואר כ"מציל חיים" במקרים מסויימים, שמהווה כלי לטיפול בדיכאון. למרות זאת, אין קבוצות ביקורת בבני נוער (הם מציבים אתגר אתי משמעותי) ואין הסכמה רחבה לגבי מתי יש להשתמש ב-ECT, האם בתחילת הטיפול (במידה ותרופות אנטי-דיכאוניות אינן נסבלות), כמוצא אחרון או אף פעם. מצב זה משקף מדיניות ארצית כלפי ECT, שחוותה סטיגמה משמעותית בשל השימוש בה כאמצעי פוליטי של שליטה, תיאורים שלילים בתקשורת או שימוש לא ראוי על ידי פסיכיאטרים. כתוצאה מכך, מדינות רבות הציבו מגבלות חוקיות על השימוש בשיטה זו, בעוד שמדינות אחרות (דוגמת סלובניה) אסרו על השימוש בה לחלוטין.

לאחרונה נעשה שימוש בגרייה מגנטית מוחית (TMS) בצעירים, אך בשלב זה שיטה זו יכולה להחשב כניסיונית בלבד. לפרטים נוספים ראה/י (Walter and Ghaziuddin (2009). עבור הפרעות עונתיות במצב-רוח נעשה שימוש בטיפול באור, והוביל להצלחה מסויימת.

טיפול באמצעות רפואה אלטרנטיבית ומשלימה

ישנו שימוש נרחב ברפואה אלטרנטיבית ומשלימה (CAM) (ראה/י פרק 7). בגרמניה לדוגמה, אחד המרשמים הנפוצים ביותר כנגד דיכאון, עבור ילדים, הוא היפריקום. מספר רב של התערבויות CAM מומלצות ומשמשות לטיפול בדיכאון אך כמעט ואין ראיות מהימנות התומכות ביעילותן, במיוחד בקרב ילדים ומתבגרים. מצב זה נובע מכך שתרופות CAM צריכות למלא אחר קריטריוני יעילות פחות קפדניים ואחר פחות קריטריוני בטיחות. לדוגמה, אין סטנדרטיזציה להכנתן והן יותר חשופות לזיהום, מהילה, ומינון לא מדוייק ביחד עם בעיות נוספות. בעוד שמטפלים מזהים את העניין של מטופלים ומשפחותיהם בטיפול CAM, לרוב הם אינם חשים בנוח לשאול, לדון או להמליץ עליהם. על כל פנים, הערכה קלינית מוסמכת צריכה לכלול תשאול שגרתי לגבי שימוש ב-CAM. עמדה אינפורמטיבית ופתוחה של המטפל לרוב מובילה לגילוי והכרה בהתנגדויות ובאמונות של המטופל, בחינוכו באופן טוב יותר וובתוצאות טובות יותר. טיפולים בתרופות אלטרנטיביות מתומצתות בטבלה E.1.10.

טיפול באפיזודות דיכאון חמורות

אפיזודות דיכאון חד-קוטביות

בנוער, הטיפול הנוכחי לאפיזודות דיכאון חד קוטביות מוכוון ברובו על פי חומרתן. לאחר הערכה ראשונית על המטפלים ליצור קשר עם ילדים וצעירים הסובלים מדיכאון, שלא מגיעים לפגישות המשך במרפאה.

- דיכאון מתון: טיפול תומך או טיפול פסיכו-חברתי, אם זמין. במידה ולאחר 4-6 שבועות אין תגובה: CBT, IPT או תרופות.
- דיכאון בינוני: טיפול תומך או טיפול פסיכו-חברתי, אם זמין. במקרים מסויימים (לדוגמה, העדפות המטופל, אם אין אפשרות לטיפול פסיכו-חברתי) טיפול תרופתי. במידה והמטופל לא חווה הטבה במהלך 4-6 שבועות יש להשתמש בתרופות.
- דיכאון חמור: לפי חומרת הדיכאון יחד עם תרופות נוגדות דיכאון מהדור השני.

אפיזודות דיכאון דו-קוטביות (ראה/י גם פרק ה')

קיימות מעט ראיות זמינות להנחיית הטיפול בצעירים, על כן ההמלצות הוסקו ממידע שנאסף על גברים (Frye, 2011):

- טיפול קו ראשון (first line) יהיה ליתיום קרבונט או קוויטיאפין.
- טיפול קו שני (second line treatments) יהיה:
 - שילוב של ליתיום או חומצה ולפרואית עם SSRI.
 - אולנזאפין ו-SSRI.
 - למוטריג'ין.
- אין ראיה לכך שתרופות אנטי-דיכאוניות לבדן (ללא מייצב מצב-רוח) מועילות, והן אינן מומלצות לאור הסיכון שבמעבר לאפיזודות מאניות או השראת מחזוריות מהירה (induction of rapid cycling).
- יש להימנע מליתיום וחומצה ולפרואית בנשים בגיל הפוריות (טטרוגניות).

סינדרום סרטונין

סינדרום סרטונין הינו

הרעלה פוטנציאלית

חמורה כתוצאה מעודף

סרטונין. הסינדרום

נצפה במנות יתר של:

(א) גורם יחיד (לרוב

SSRI), (ב) בשימוש

מקביל בשתי תרופות

שמגבירות את רמת

הסרטונין או את הולכת

הסרטונין (כמו מעכב

מונאמין אוקסידז או

שימוש במוקלובומיד,

יחד עם כל תרופה

אחרת שמעכבת ספיגה

חוזרת של סרטונין,

כמו SSRIs ותרופות

טרזיקליות מסויימות),

או (ג) בשל תקופה

שבה התרופה עדיין

נמצאת בדם (washout

period) למרות

שהטיפול בה הופסק,

כאשר מחליפים

לתרופה אנטי-דיכאונית

אחרת. מצבים מסוכנים

כוללים שימוש במספר

תרופות בו זמנית,

תרופות ללא מרשם

ותרופות אלטרנטיביות

כמו היפריקום, או

שימוש בסמים לא

חוקיים דוגמת אקסטזי.

טבלה E.1.9 - סיכום העדויות ליעילות טיפולים גופניים בהפרעת דיכאון חד-קוטבית

שיטת הטיפול	הערות
טיפול בנזעי חשמל (ECT)	<ul style="list-style-type: none"> • השימוש ב-ECT הוא נדיר בקבוצת גיל זו. נראה כי יעילותה כמו אצל מבוגרים. • נעשה בה שימוש כאשר הדיכאון חמור וכאשר שיטות אחרות נכשלו או לא היו נסבלות. • אין להשתמש בשיטה זו בילדים שטרם הגיעו לבגרות מינית, מלבד מצבים קיצוניים ביותר.
גרייה מגנטית מוחית (TMS)	<ul style="list-style-type: none"> • ישנם מעט מחקרים אך התוצאות הראשוניות נראות מבטיחות. • בשלב זה מדובר בטיפול ניסיוני. • לרוב תופעות הלוואי מתונות וחולפות, עיקרן כאבי ראש וכאבים בקרקפת.
טיפול באור	<ul style="list-style-type: none"> • המידע מוגבל, אך כולל ניסויים מבוקרים המדווחים על תוצאות חיוביות. • משמש עבור הפרעה עונתית במצב-הרוח. מוצע כי עשויה להועיל גם למטופלים שאינם סובלים מהפרעת מצב-רוח עונתית (לדוגמה מטופלים מבוגרים). • מספר השפעות מזיקות.

סינדרום סרטוני

מאפיינים קלינים

כוללים:

• מבחינה מנטלית:

בלבול, סערת נפש, היפומאניה, היפראקטיביות ואי-שקט.

• מבחינה עצבית-

שרירית: קלונס

(ספונטנית, מושרית או

עינית). היפרטוניה,

היפרפלקסיה

, (hyperreflexia)

אטקסיה, רעד

(היפרטוניה וקלונס הן

סימטריות ויותר

ברורות בגפיים

התחתונות). קלונס

הוא סימן ההיכר

החשוב ביותר לאבחון.

• מבחינה אוטונומית:

היפרטרמיה, הזעה,

טכיקרדיה, יתר לחץ

דם, הרחבתאישון,

הסמקה ורעידות.

טבלה E.1.0 - סיכום ראיות ליעילות טיפולים אלטרנטיביים עבור דיכאון חד-קוטבי

שיטת הטיפול	הערות
היפריקום	<ul style="list-style-type: none"> ישנם מחקרים רבים, שכוללים הקצאה רנדומלית לקבוצות מטופלים מבוגרים, שרובם סובלים מדיכאון מתון. התוצאות אינן עקביות - ככל שהמחקרים גדולים יותר, מתוכננים היטב וכוללים יותר מטופלים הסובלים מדיכאון חמור, כך התוצאות שליליות יותר מאשר במחקרים קטנים הכוללים מטופלים הסובלים מדיכאון מתון. המידע מוגבל מאוד עבור ילדים. היפריקום יכול להיות יעיל כמו תרופות אנטי-דיכאוניות בטיפול בדיכאון מתון. מספר מצומצם של השפעות מזיקות. סיכון משמעותי לאינטרקציה עם מגוון רחב של תרופות מרשם, כתוצאה מאקטיבציה של מערכת ציטוכרום P450.
חומצות שומן אומגה 3	<ul style="list-style-type: none"> מספר מחקרים באיכות משתנה (of heterogeneous quality), שכללו הקצאה רנדומלית לקבוצות, אך מעט מחקרים בצעירים. לא ברור עדיין האם הן יעילות. תופעות לוואי מעטות וקלות.
אדנזיל מתינון (SAmE)	<ul style="list-style-type: none"> מבחנים בעלי איכות משתנה מראים ש-SAmE עשוי להיות יעיל כמו תרופות טריציקליות בטיפול במבוגרים. אין עדויות באשר לצעירים.
פעילות גופנית	<ul style="list-style-type: none"> מספר עדויות ליתרון מסויים עבור מטופלים מבוגרים הסובלים מדיכאון מתון. אין עדות ברורה באשר לנוער.

איך לבחור בתרופה אנטי-דיכאונית?

- הבחירה בתרופה אנטי-דיכאונית צריכה להיות מונחה על ידי שני שיקולים: יעילות ובטיחות. כקבוצה, SSRI הן התרופות הבטוחות ביותר; מביניהן, לפלואוקסאטין ישנן את העדויות הטובות ביותר ליעילות, בקרב קבוצת גיל זו.
- תגובתיות, העדר תגובתיות או תופעות לוואי לטיפול, במהלך האפיזודה החולפת, ישפיעו על בחירת התרופה לטיפול באפיזודה הנוכחית.
- יש להתחיל ב-10 מיליגרם של פלואוקסאטין. אם התרופה נסבלת באופן סביר, לאחר שבוע יש להגדיל את המינון ל-20 מיליגרם; 20 מיליגרם לרוב יספיק עבור ילדים טרום גיל ההתבגרות המינית. במבוגרים, על אף ש-20 מיליגרם יספיקו ברוב המקרים, יתכן והמנה תוגדל ל-30 ואף ל-40 מיליגרם, במידה ולא יענו כראוי לטיפול ב-20 מיליגרם ואם התרופה נסבלת עבורם.
- אם פלואוקסאטין לא נסבלת טוב או שמסיבה אחרת מתקבלת החלטה שלא להשתמש בה, יש לנסות תרופה אחרת ממשפחת ה-SSRI (לדוגמה, סרטלין או אסצטלופם).

משך הטיפול

לפי הדעה הרווחת, הפסקת הטיפול בשלב מוקדם (לדוגמה לאחר 8-12 שבועות), כאשר המטופל מתחיל להרגיש טוב יותר, מסתיימת לרוב בהישנות ההפרעה. תובנה קלינית מציעה שטיפול ימשך לפחות שישה חודשים לאחר החלמה. הפסקת תרופות אנטי-דיכאוניות צריכה להעשות בהדרגתיות ולא בפתאומיות על מנת למנוע נסיגה או תופעות גמילה (cessation phenomena), בסדר הנפוצות בכל התרופות האנטי-דיכאוניות, ובמיוחד ב-SSRI עם זמן מחצית חיים קצר.

מצב המטופל אינו משתפר

רוב המטופלים מבריאים; עם טיפול מתמשך, השיפור ממשיך לאחר 12 שבועות. לדוגמה, במחקר מעקב של TADS, 88% החלימו לאחר שנתיים ו-96% לאחר חמש שנים (Curry et al, 2010). עם זאת, ניכר כי ישנו מיעוט של מטופלים שאינו מחלים (ראה תרשים E.2.2). לפני שמגדירים מטופל כמגיב חלקית לטיפול, לא מגיב או מתנגד לטיפול, הכרחי לסקור את כל הגורמים שיכלו לגרום לחוסר התגובתיות של המטופל; גורמים אלו מפורטים בטבלה E.1.11. לדוגמה, דיכאון של ילד לא השתפר; הערכה נוספת מצאה כי האם סובלת מדיכאון; הטיפול בדיכאונה של האם שיפר גם את מצבו של הילד. סקירה קלינית של מצבו של מתבגר שלא השתפר בתגובה לטיפול, הראתה תקופות קצרות של תסמינים היפומאניים וסבא שסבל מהפרעה דו-קוטבית; טיפול באמצעות ליתיום קארבונט הסתכם בשיפור התסמינים.

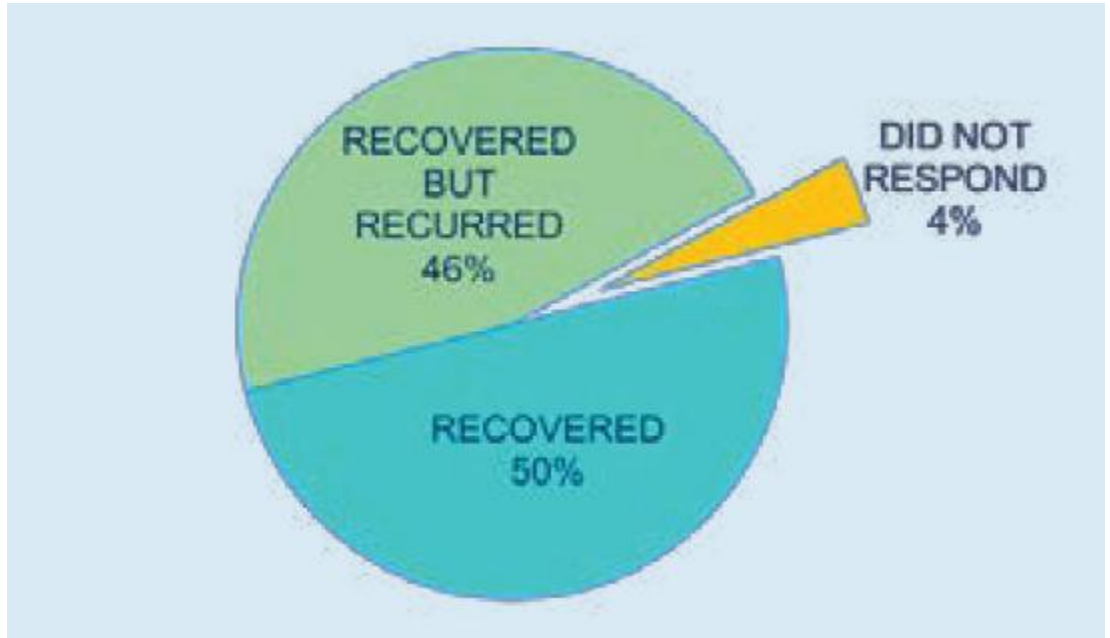
סוגייה מרכזית הינה לוודא שהמטופל קיבל תרופה אנטי-דיכאונית יעילה במינון הנכון (לדוגמה 40 מיליגרם של פלואוקסאטין) ולמשך מספיק זמן (לדוגמה 12 שבועות). מינון לא נכון עלול לקרות כתוצאה מאי-היצמדות להנחיות הטיפול, בשוגג או במזיד.

עמידות לטיפול

על אף חשיבותו של הנושא, ישנו רק מעט מידע אמפירי על עמידות נוער לטיפול בדיכאון, ואף אין הגדרה מוסכמת למצב זה. בירמר ועמיתיו (2009) (Birmaher and colleagues (2009)) הציעו הגדרה לעמידות לטיפול: בן/בת נוער שתסמיני דיכאון ופגיעה בתפקוד נוכחים במשך 8-12 שבועות של טיפול פארמקולוגי אופטימלי או 8-16 מפגשים של CBT/IPT יחד עם 8-12 שבועות של טיפול

אלטרנטיבי או טיפול אוגמנטציה עם תרופות אחרות או פסיכותרפיה מבוססת ראיות. כלומר, עמידות לטיפול צריכה להיות מאובחנת רק לאחר שני ניסיונות טיפול מבוססי ראיות, הכוללים מינון נכון של תרופה ולמשך מספיק זמן (למשל 12 שבועות).

תרשים E.2.2 - החלמה והישנות: משתתפי TADS לאחר חמש שנים (Curry J et al. 2010).



ברגע שנקבע שקיימת עמידות לטיפול, ישנן מספר אפשרויות זמינות (בעקבות תובנה קלינית ואקסטרפולציה של נתוני מבוגרים, למראות שאינם מגובים בראיות מחקריות). אלה כוללים אופטימיזציה, החלפה, אוגמנטציה ו-ECT. פן מעשי חשוב הינו שיש לבצע שינויים בטיפול בנפרד, אחד בכל פעם, אחרת יהיה קשה לקבוע איזה שינוי הביא לשיפור.

יש מעט נתונים אמפיריים שיכולים להנחות אותנו על היתרונות של החלפה לעומת הגדלה במינון, למרות זאת נראה כי מעבר מ-fluoxetine ל-SSRI אחר או ל-venlafaxine מביא לתגובה בכשליש מהמטופלים, ממצא קונסיסטנטי עם נתוני מבוגרים (Brent et al., 2008). יחד עם זאת, אלה שטופלו ב-venlafaxine הראו יותר תופעות לוואי. הדבר מצביע על כך שאם בוחרים בהחלפה, ההחלפה הראשונית שצריכה להיות ל-ssri אחר ולא venlafaxine.

אופטימיזציה הינה
 הגדלה של התרופות (או הפסיכותרפיה) לכמות מקסימאלית, או הערכת משך הטיפול. זוהי האסטרטגיה הראשונה שיש לשקול כאשר מטופלים אינם משתפרים אלא אם כן למטופל יש תופעות לוואי או שהוא מסרב להמשיך בטיפול.

הגדרת (סטינג) טיפולי

רוב הצעירים עם דיכאון, במצב אופטימאלי יקבלו טיפול אמבולטורי אשר מקטין את הפגיעה בנוכחות בבית-הספר, בקשרים עם בני משפחה, בחברים וסטיגמה. אשפוז עשוי להיות מוצדק כאשר לא ניתן להבטיח את בטיחות המטופל (למשל, סיכון אובדנות גבוה), דיכאון חמור מאד (למשל, תסמינים פסיכוטטיים קשים) או כאשר קיים חוסר תגובה. במקרה האחרון, הכניסה לבית חולים עשויה לאפשר הערכה מדויקת יותר לסיבות לא לאי-תגובה ואפשרות לפקח מקרוב על adherence ושינויים בטיפול.

דיכאון חוזר (הישנות)

כבר הודגש כי דיכאון בקרב צעירים הינו מחלה הנוטה לחזור. במעקב של ה-TADS, לדוגמה, כמעט מחצית (47%) מאלה שהחלימו פיתחו הישנות בתוך חמש שנים. מתבגרים שלא הגיבו היטב בטווח הקצר, בנות, ואלו עם הפרעות חרדה נלוות היו בסבירות גבוהה יותר לאפיזודה חדשה. עם זאת, שיעורי הישנות היו זהים ללא קשר לטיפול שניתן (למשל, לא נצפה יתרון לאלו שקיבלו fluoxetine בשילוב עם CBT (Curry et al., 2010). טיפול של הישנות צריך להיות זהה לאפיזודה האקוטית, הישנויות תכופות עשויות להצריך טיפול מתמשך עם תרופות נוגדות דיכאון.

טבלה 11 - גורמים הקשורים בתגובה חלקית או חוסר תגובה לטיפול

מטופל	משפחה	סביבה	מטפל/קלינאי
<ul style="list-style-type: none"> גיל צעיר דיכאון קיצוני תגובה פחותה בטווח קצר. תפקוד נמוך הפרעות במשקל או בתאבון הפרעות בשינה דבקות/נחישות להצליח בטיפול קומורבידיות פסיכיאטרית או רפואית תופעות לוואי תרופות (למשל סטרואידים) 	<ul style="list-style-type: none"> דיכאון של האם חוסר שיתוף פעולה משפחה שלא ניתן לסמוך עליה קונפליקט או טיפול בעייתי פסיכופתולוגיה (למשל אלכוהול וסמים) 	<ul style="list-style-type: none"> בריונות גורמי לחץ שכונה או בית ספר לא תפקודיים קבוצת שווים אנטי-סציאלית נושאים תרבותיים/אתנים 	<ul style="list-style-type: none"> טעות בדיאגנוזה טיפול לא הולם (שאינו מסתמך על מחקר, מינון לא נכון או לא לאורך מספיק זמן) אי זיהוי של תופעות לוואי יחסים טיפוליים רופא-מטופל לא מבוססים

חיזוק (Augmenting)

הטיפול הנוכחי נעשה על ידי הוספת סוג אחר של תרופות (למשל, ליתיום, משפחה אחרת של תרופות נוגדות דיכאון) או, אם טרם ניתן, הוספת CBT או IPT.

החלפה משמעותה

עצירה או cross-tapering (הפחתה הדרגתית) של תרופה אחת, כאשר מתחילים בהדרגה תרופה אחרת. ההחלפה יכולה להיות: (א) לתרכובת שונה של אותו משפחה (מ SSRI אחד לאחר), (ב) למשפחה אחרת של תרופות נוגדות דיכאון (מ-SSRI ל-SNRI), או (ג) לפסיכותרפיה.

טיפול בדיכאון נלווה להפרעות אחרות

הטיפול בצעירים עם דיכאון וקומורבידיות עם עוד הפרעות פסיכיאטריות (למשל, חרדה, ADHD) דורש מיומנות מסוימת. יש לשאוף להקל על הסימפטומים של ההפרעה החמורה יותר, ושינוי הסימפטומים צריך להיעשות על ידי סולמות הערכה ספציפיים ולא על ידי הערכת תפקוד גלובלית.

- אם בכלל אפשרי, יש להתחיל עם תרופה אחת.
- בצע שינוי תרופה או תוספת תרופה אחת בכל פעם, אפשר מספיק זמן לתגובה והתאמה למינון.
- החלפת תרופה לאחר 4-8 שבועות במידה ואין תגובה או תגובה מנמלית למרות מינון מותאם. אם יש איזושהי תגובה, יש להמשיך עם התרופה ולוודא שהמינון מותאם.
- אם הסימפטומים ממשיכים לאחר נתינה של שני טיפולים מבוססי מחקר, עקוב אחר הפרוטוקול לדיכאון עמיד לטיפול.
- אם שימוש במספר סוגי תרופות הינו מוצדק רפואית (למשל, לטיפול בקומורבידיות), יש לפקח ולהיות מודע לאינטראקציות פוטנציאליות.

שימוש בחומרים ממכרים

דיכאון וקומורבידיות עם הפרעת התמכרות לחומרים מציב אתגרים ספציפיים, בממצאים אלו קריטי לערב הורים באופן קונסטרוקטיבי. בגלל הסיכון הגבוה לפגיעה, ישנה חשיבות גבוהה ליישום תוכנית ביטחון בהערכה הראשונית של המתבגר כמו גם ערנות מוגברת לאורך הטיפול. זה עשוי לכלול חינוך לגבי מין בטוח, מחלות מין כולל איידס, אמצעי מניעה. יש צורך להדגיש כי אלכוהול וסמים אינם טיפול מקובל לדיכאון; הם עשויים להקל על הסימפטומים בטווח הקצר אך בטווח הארוך הם מחריפים את הדיכאון.

הטיפול צריך להיות משולב; כלומר, במקביל ולא רציף. לדוגמה, אל תחכו להפסקת השימוש בסמים לפני התחלת הטיפול בתרופות נוגדות דיכאון. פסיכותרפיות כגון טיפול משפחתי, טיפול מוטיבציוני ו-CBT צריכות גם להינתן במקביל.

ניהול מטופל עם התמכרות לחומרים עשוי לדרוש באופן קבוע בדיקות מעבדה כמו בדיקות שתן. במקרה כזה, עליך לדעת מראש - בדרך כלל אחרי שיחה עם המתבגר - למי תרצה להודיע על תוצאות הבדיקות, ובאילו נסיבות וכיצד תוכל להשתמש במידע זה (ראה פרקים G.1, G.2 & G.3).

שילוב טיפול תרופתי אנטי-

דיכאוני ו-CBT

מחקר TADS הוכיח שטיפול משולב SSRI (פלוזוקסטיין) עם CBT טוב יותר מכל אחד מהטיפולים בנפרד. תוצאות בנושא דיכאון מבוגרים הראו שהוספת טיפול CBT לטיפול אנטי-דיכאוני תרופתי מגבירים את השיפור במצב הדיכאון. כפועל יוצא, פרוטוקולי טיפול רפואי רבים ממליצים על טיפול SSRI משולב עם טיפול CBT כדרך טיפול יעילה לדיכאון חמור בקרב צעירים. מטא-אנליזה (Dubicka B et al, 2010) מתייחסת לשאלה האם CBT מקנה יתרון נוסף לטיפול בדיכאון בקרב מתבגרים עם דיכאון חד קוטבי. התוצאות לא הוכיחו את יעילות שילוב תרופות נוגדות דיכאון ו-CBT על פני טיפול תרופתי בלבד עבור תסמיני דיכאון, אובדנות ושיפור כללי אחרי טיפול ממוקד או במהלך מעקב. הטיפול הביא לירידה בדיכאון בטווח הקצר בלבד (במהלך 12 שבועות), מחקר המערער את הטענה לעיל אולם יש לשחזרו על מנת לתקפו. יחד עם זאת, אצל מתבגרים אשר לא מגיבים היטב להליך הטיפול התרופתי התנדרטי, נמצאו ראיות שטיפול משולב CBT ותרופות אנטי-דיכאוניות יעיל יותר מכל סוגי ההתערבויות האחרות.

דיכאון בקרב מוגבלויות אינטלקטואליות (מוגבלות שכלית)

קשה לאבחן בקרב מטופלים עם מוגבלות אינטלקטואלית. אין נתונים אמינים על השכיחות של דיכאון אצל ילדים עם מוגבלות שכלית (פיגור שכלי), אם כי ישנן הצעות כי הוא עשוי להיות נפוץ יותר מאשר באוכלוסיה הכללית. בני נוער עם דיכאון ופיגור שכלי בדרך כלל מראים הבעות פנים עצובות או אומללות, בכי ועצבנות, איבוד עניין בפעילויות רגילות או סטריאוטיפיות, והפרעות בתיאבון ובשינה בקונטקסט של שינוי מההתנהגות הקודמת. צמצום מזון או סירוב למזון, האטה בתנועות, טיפול עצמי פגום וקטטוניה מרמזים על דיכאון בקרב הסובלים מנכות קשה.

מתבגרים עם מוגבלות שכלית קלה בדרך כלל מסוגלים לדווח על העולם הפנימי שלהם, ולתאר תסמיני דיכאון כגון עצב, חוסר תקווה ומחשבות אובדניות. המידע מההורים, המטפלים, המורים ויועצי הבית ספר הינו חשוב.

בהינתן שאין ממצאים אמפיריים ספציפיים אודות הטיפול בילדים ונוער עם מוגבלות שכלית ודיכאון, ההמלצה לטיפול זהה לטיפול בנוער ללא לקות אינטלקטואלית עם ביצוע התאמות (למשל, היבטים קוגניטיביים לרוב לא תואמים). הסכמה לטיפול, במיוחד לטיפול פולשני (כגון ECT) מציבה בעיות מיוחדות בחולים אלו.

דיכאון נלווה למחלה גופנית

דיכאון נפוץ בקרב צעירים עם מחלה פיסית כרונית. על פי Ortiz-Aguayo and Campo (2009) "במקום להיות רק הפרעה נוספת שממנו סובל הילד החולה פיסית, לעיתים קרובות היחסים בין מחלה גופנית לבין דיכאון מורכבים ודו כיוונים". כתוצאה מכך, הכרה ואבחון של דיכאון ביחד עם מחלה גופנית כרונית הינו אתגר, מכיוון שישנו סיכון לשיוך מוטעה של הסימפטומים של המחלה הגופנית (למשל, עייפות, הפרעות שינה וחוסר תיאבון) להפרעת מצב רוח ולהיפך. ההערכה של השינויים בתפקוד חיונית. הטיפול הוא כפי שמתואר לאפיזודות דיכאון בנוער עם טיפול תרופתי מותאם במיוחד לניהול של דיכאון בסטינג רפואי, אך ישנם חסרונות, כמו סבירות מוגברת לתופעות לוואי ותגובות בין תרופתיות שדורש התאמה עדינה. לדוגמה, SSRI עשוי להגביר את הסיכון לדימום במערכת העיכול בקרב ילדים עם הפרעות קרישה, או בשילוב עם תרופות נוגדות דלקת שאינם סטרואידים.

פרספקטיבה בין תרבותית

האם כל בני הנוער, ללא קשר לתרבות שלהם, חווים דיכאון ואת הביטויים שלו באופן דומה, או שזה משתנה בהתאם לרקע התרבותי? ישנם מכשולים רבים בניסיון לענות על שאלה זו. ראשית, ישנו חוסר תיעוד של נתונים אפידמיולוגיים של הפרעות נפשיות בילדות בעולם המתפתח. בהתאם לכך, המחקר מוגבל, בלתי אמין ותלוי בוריאציות שונות של שיטות אבחון. בעוד שהשיקולים התרבותיים בהערכה, אבחון וטיפול של דיכאון בילדות הם הכרחיים, יש קושי להפריד ולהבין מה ביולוגי, מה תרבותי ומה תלוי איכות השירות. לדוגמה, הוצע כי הדיווח על עליה בשיעורי הדיכאון בילדות בצפון אפריקה ואירופה משקפת רק את הירידה של סף האבחון, ואילו שיעור גבוה יותר של התאבדויות בקרב נשים סיניות צעירות בהשוואה לגברים וכן קשר חלש לדיכאון נצפה בעיקר בגלל גישה קלה לחומרי ניקיון/הדברה (pesticides) וחוסר גישה לטיפול חירום רפואי בקהילות כפר נידחות. ללא קשר ספציפי לסימפטומים דיכאוניים אלא לסמפטומים התנהגותיים ורגשיים בכללי, נמצא כי ההבדלים בתוך הקבוצה בתרבות אחת יכולים להיות גדולים יותר מההבדלים בין תרבויות שונות (2008 Achenbach et al.).

ישנם דיווחים רבים על הבדלים בין תרבותיים בביטוי דיכאון. לדוגמה, תסמיני דיכאון באפגניסטן דומים לאלו בארצות אחרות אבל באפגניסטן רוב חולי הדיכאון מבטאים משאלות מוות פסיביות המובדלות ממחשבות אובדניות פעילות. למרות הצעות כי במערב ישנם מקרים רבים יותר של תחושות אשמה כתוצאה מדתות כמו היהדות והנצרות, כאשר נעשה השוואה בין דתות שונות, הנוכחות או ההעדר של רגשות אשם קשור ברמת ההשכלה ורמת הדיכאון ולא לרקע הדתי (Inal-Emiroglu & Diler, 2009). מטופלים יפנים לא מתארים דיכאון באותו אופן כמו האמריקאים, כמו כן הם אינם מבטאים רגשות באותו האופן. עבור היפנים, דימויים קונקרטיים מהטבע מאפשרים להם לבטא רגשות אישיים באופן לא אישי. כתוצאה מכך, לעיתים קרובות חוסר התייחסות או קשר אישי בעת ביטוי רגשות. באוכלוסיות היספאניות דיכאון בדרך כלל נחוה באופן סומאטי ולא ברגשות אשם או מצב רוח ירוד. קלינאים חייבים להיות מודעים לכך שנוער היספאני מדוכא עשוי להגיע עם כאבי ראש, בעיות עיכול, תסמיני לב או תלונות על "עצבים". סינים רבים, כאשר הם מדוכאים, לא מדווחים עם רגשות עצב אלא מתלוננים על שעמום, תחושות של לחץ פנימי, כאב, סחרחורת ועייפות ולעיתים קרובות האבחנה של דיכאון אינה מקובלת עבורם מוסרית והיא חסרת משמעות עבורם.

על פי קליינמן (2004),

"התרבות בוחנת אבחנה וניהול דיכאון לא רק על ידי חוויית הדיכאון אלא גם על ידי הבקשה לעזרה, תקשורת בין מטופל למטפל ואימון מקצועי. התרבות משפיעה גם על הקשר בין גורמי סיכון לתמיכה חברתית וכן על מאפיינים פסיכולוגיים שתורמים לדיכאון מלכתחילה. תרבות יוצרת מאפיינים ייחודיים של תגובה פיזיולוגית לתהליכים ביולוגיים המתרחשים אצל האדם הלוקה בדיכאון. מחקרים הראו שאנשים מרקע אתני שונה עושים מטבוליזציה שונה וייחודית לתרבות, בתגובה לתרופות אנטי-דיכאוניות".

מחסומים ביישום טיפול מבוסס מחקר במדינות בעלות הכנסה

נמוכה

ישנם מחסומים רבים ליישום טיפול מבוסס מחקר במדינות מתפתחות (לפרטים נוספים ראה Inal-Emiroglu & Diler, 2009). זה מטריד משום שהפרופורציה של האוכלוסייה צעירה מתחת לגיל 18 הינה גבוהה יותר במדינות עניות מאשר במדינות עשירות. מחסומים לטיפול קיימים בכל המדינות אבל אחת כמה וכמה במדינות בעלי הכנסה נמוכה. מלבד בעיות של תחבורה ויכולת לשלם עבור שירותים, המיעוט של אנשי מקצוע, כולל מקצועות הבריאות באזורים אלו מהווה בעיה גלובלית. לא רק שיש מעט פסיכיאטרים של הילד והמתבגר אלא המקצוע אינו מוכר באופן רשמי כהתמחות במדינות רבות, אפילו בכמה מדינות מפותחות. ההערכה ב-2006 של פסיכיאטרים פר מיליון אנשים היה 21 בארצות הברית, 2.8 בסינגפור, 2.5 בהונג קונג, 0.5 במלזיה. עם כמה יוצאים מן הכלל, מספר הפסיכיאטרים של הילד והמתבגר הינו זניח ברוב אפריקה, המזרח התיכון, דרום מזרח אסיה, ומדינות מערב האוקיינוס השקט. עובדה זו חלה גם על פסיכולוגים של הילד והמתבגר, עובדים סוציאליים, ואחיות מיומנות בתחום זה והשירותים הזמינים. הפערים לרוב מתמלאים על ידי אנשי דת (למשל, כמרים, אימאמים) ומרפאים. (ראה פרק J.2). מתקני אשפוז עבור ילדים ומתבגרים לא קיימים בהרבה מדינות ובהן מדינות מפותחות.

מדינות במרכז ומזרח אירופה ראויות לציון מיוחד. מדינות אלו מהוות 30 דמוקרטיות חדשות עם אוכלוסייה של כ-400 מיליון שהיו תחת משטר קומוניסטי במשך 50-70 שנה, ועברו למערכות דמוקרטיות לקראת סוף המאה ה-20. (ראה פרק J.10). מדינות אלו של מזרח ומרכז אירופה פיתחו מערכת ייחודית של בריאות הנפש שהייתה מונעת מהאידיאולוגיה הסובייטית, שהתמקד במוסדות מגורים ששיקף את המדיניות של הדרה חברתית של קבוצות פגיעות. הפתרון השכיח היה לאשפוז ילדים כאשר המשפחה הייתה במשבר או אם הילד פיתח בעיות. ההתעלמות מגורמים פסיכולוגים הייתה התוצאה של האמונה שבעיות פסיכו-חברתיות נפתרות בהצלחה בתוך המערכת הפוליטית הסובייטית. הגישות והמבנים הללו משתנים בהדרגה (Puras, 2009).

הידע והגישה של הורים, מורים ובעלי-מקצועות הבריאות לדיכאון יכולים להוביל לטיפול מאוחר או לא תואם וביטול המלצותיהם של קלינאים. ככלל, הידע אודות דיכאון במדינות מתפתחות הינו מוגבל. במדינות מסוימות בעיות רגשיות נתפסות באופן סטיגמטי - כסימן לחולשה, ובאחרות לתופעה מדבקת. עם זאת, במדינות מתפתחות סטיגמה מהווה את המחסום המשמעותי לטיפול לעומת מדינות מפותחות. לעיתים קרובות תפיסות של דיכאון אינן עקביות. לדוגמה, סקר הציע שטורקים זיהו דיכאון כמחלה, תפסו אותה כבעיה חברתית והאמינו שדיכאון יכול להיות מטופל על ידי תרופות, אך

מחסום מתייחס ל:

- משאבים: כוח אדם מיומן, שירותים זמינים, עלות.
- סוגיות תרבותיות: תפיסות של דיכאון, סטיגמה.
- שימוש בתרופות.

פרויקט chat-it

זוהי תוכנית מניעה

חינמית מבוססת

אינטרנט שפותחה על

ידי אוניברסיטת שיקגו.

המטרה היא לעזור

ללמד בני נוער וצעירים

גמישות באמצעות מודל

קוגניטיבי התנהגותי

שנועד להפחית את

הסיכון להתפתחות

דיכאון. ממחקר ראשוני

עולה כי זה עשוי להיות

יעיל. להפעלת התוכנית

לחץ על התמונה למטה.

**עקרונות מנחים**

למניעה (Garber

2009):

- לשמור על פשטות
- לשמור על עניין

לא היה להם ידע על תרופות וסוגי טיפול והטילו ספק בקבלה החברתית של חולי דיכאון (Inal-Emiroglu & Diler, 2009). ייתכן שהכשרת רופאי טיפול ראשוני אודות האבחון והטיפול של דיכאון הינה הדרך הטובה ביותר לשפר את הטיפול.

הגישה לטיפולים פסיכו חברתיים במדינות מתפתחות גרועה מאד בגלל המחסור באנשי מקצוע מיומנים, כמו גם הגישה לתרופות. הרשימה של WHO's (2010) לתרופות חיוניות עבור מטופלים ילדים כוללת רק fluoxetine בעוד עבור מבוגרים הרשימה כוללת fluoxetine ואמיטריפטילין לטיפול בהפרעות מצב רוח, כמו גם lithium carbonate, carbamazepine, and valproic acid להפרעה דו-קוטבית. פחות ממחצית מהמדינות בעולם מספקות סבסוד כלשהו עבור התרופות. גם אם ניתן מרשם עבור התרופה המעקב עשוי להיות לקוי.

מניעה

המטרה של מניעה היא להקטין את הסבירות לסימפטומים דיכאוניים (התערבות אוניברסאלית). ישנן שיטות ממוקדות מטרה שעשויות להיות שימושיות יותר, לדוגמה התערבות מוקדמת עם אנשים עם רמות תת-קליניות של תסמיני דיכאון המבקשים להקטין את הסימפטומים הללו ולמנוע התפתחות של אפיזודה דיכאונית מלאה: סלקטיבית (אם למשתתף יש גורמי סיכון משמעותיים) או מניעה indicated prevention (כאשר אנשים כבר מראים רמות תת-קליניות של תסמיני דיכאון). טבלה 13e מפרטת גורמי סיכון והשלכות למניעה.

בסך הכול, התוצאות של תוכניות מניעה היו מעורבות. תוכניות ממוקדות מטרה (סלקטיבית indicated) הראו השפעה קטנה עד בינונית אך גדולה יותר מתוכניות אוניברסאליות, שנמצאו לרוב להיות לא אפקטיביות. התוכניות היעילות ביותר מתמקדות בשיקום קוגניטיבי, פתרון בעיות חברתיות, מיומנויות תקשורת בין אישיות, התמודדות, ואימון אסרטיביות לבד או בקבוצות. תוכניות מניעה נערכות בדרך כלל בקבוצות של ילדים או מתבגרים בבית ספר או מרפאה (Garber 2009; US Preventive Services Task Force, 2009). גישה אחת שנראה שהשיגה יותר הצלחה הינה קורס התמודדות עם דיכאון עבור מתבגרים. הקורס בנוי משמונה מפגשים קבוצתיים באורך 90 דקות ואחריו שישה מפגשי המשך. במחקר אחד, התוכנית הראתה השפעות משמעותיות לאורך זמן לעומת טיפול רגיל במניעת התפרצות של אפיזודות דיכאון בנוער בסיכון על פני תקופה של שלוש שנים (Beardslee et al, 2013).

מקורות

- Angold A, Costello EJ, Messer SC et al. The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995; 5:237–249.
- Angold A, Costello EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:39–48.
- Australian Broadcasting Corporation. *The Girl Less Likely*. 15 September 2008.
- Beardslee WR, Brent DA, Weersing VR et al (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects, *JAMA Psychiatry*, 70:1161-1170.
- Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 940-947.
- Birleson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1981;22:73-88.
- [Birmaher B, Brent D and the AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007; 46:1503-1526.](#)
- Birmaher B, Brent D. Treatment resistant depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:209-219.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1427-1439.
- Brent D, Emslie G, Clarke G et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression. The TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*, 2008; 299:901-913.
- Bridge JA, Birmaher B, Iyengar S et al. Placebo response in randomized controlled trials of antidepressants for pediatric major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2009;166: 42–49.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 2007; 297:1683- 1996.
- Brooks SJ, Krulwicz S, Kutcher S. The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8–week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2003; 13:337–349.
- Buckley NA, McManus PR. Fatal toxicity of serotonergic and other antidepressant drugs: analysis of United Kingdom mortality data. *BMJ* 2002;325:1332–1333.
- Carlson GA, Cantwell DP. Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137:445-449.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 18;301(5631):386-389.
- Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G et al. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164:1668–1675.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60:837- 844.
- Curry J, Silva S, Rohde P, Ginsburg G et al. Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Archives of General Psychiatry* 2010. Published online November 1, 2010. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.150.
- Dubicka B, Elvins R, Roberts C et al. Combined treatment with cognitive behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2010; 197: 433-440.
- Faulstich ME, Carey MP, Ruggiero L et al. Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143(8):1024–1027.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Miller AL, Kennedy MA. Life stress, 5-HTTLPR and mental disorder: findings from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry* 2011;198:129-135.
- Frye MA. Bipolar disorder. A focus on depression. *New England Journal of Medicine*, 2011;364:51-59.
- Garber J. Prevention of depression and early intervention with sub-clinical depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:274-294.
- Goodman R, Ford T, Simmons H et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 2000; 177: 534-539.

Inal-Emiroglu FN, Diler RS. International views and treatment practices. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:332-340.

Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL et al. The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*. 2002;30:196-204.

Kleinman A. Culture and depression. *New England Journal of Medicine*, 2004; 351:951-953.

Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry*. Published online January 3, 2011. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.189

Krishnan V, Nestler EJ. Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167:1305–1320.

Langer DA, Chiu A, Asarnow JR. How to use CBT for youth depression: A guide to implementation. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:100-113.

Mufson L, Verdelli H, Clougherty KF et al. How to use interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:114-127.

[Nathan B. "And Then My Tears Subsided..."](#)
[National Institute for Health and Clinical Excellence](#). *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*. National Clinical Practice Guideline Number 28. Leicester, UK: The British Psychological Society 2005.

Ortiz-Aguayo R, Campo JV. Treating depression in children and adolescents with chronic physical illness. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:295-309.

[Puras D. Development of child mental health services in Central and Eastern Europe](#). *IACAPAP Bulletin*, 2009; 24:9-10.

Poznanski E, Mokros H. *Children's Depression Rating Scale– Revised Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1996.

Rey JM. How to use complementary and alternative medicine treatments. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:151-161.

Risch N, Herrell R, Lehner T et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression. A meta-analysis. *JAMA*, 2009; 301:2462-2471.

Stevens J, Kelleher KJ, Gardner W et al. Trial of computerized screening for adolescent behavioral concerns. *Pediatrics* 2008; 121: 1099-1105.

[US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement](#). *Pediatrics*, 2009; 123:1223-1228.

TADS Team. The treatment for adolescents with depression study (TADS). Long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64:1132- 1144.

Walter G, Ghaziuddin N. Using other biological treatments: Electroconvulsive therapy (ECT), transcranial magnetic stimulation, vagus nerve stimulation, and light therapy. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:87-99.

[WHO Model List of Essential Medicines 16th list \(updated\) March 2010](#).

