

להוסיף לוגואים של המשרדים

איתו"ת

איתור מוקדם של מתבגרים

במצבי סיכון

לשימוש בסמים ובאלכוהול

מדריך לאנשי מקצוע מתחומי החינוך,

הבריות והרווחה העובדים עם בני

נוער

מחבר ועורך:

ד"ר גל שובל

סגן-מנהל מחלקת יום לנוער

המרכז לבריאות הנפש "גהה" ואוניברסיטת תל-אביב

רח' הלסינקי 1 פתח-תקווה

shovgal@tau.ac.il

חברי ועדת היגוי (לפי סדר א"ב):

ד"ר חיים מהל – ראש תחום טיפול ושיקום, הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול
גב' ריקי צימר – ראש תחום מניעה ורכזת טיפול בנוער, הרשות הלאומית למלחמה בסמים
ובאלכוהול

ד"ר פאולה רושקה – מנהלת המחלקה לטיפול בהתמכרויות, שירותי בריאות הנפש, משרד
הבריאות

גב' גליה שחם – מ"מ מנהלת אגף תוכניות סיוע ומניעה, השירות הפסיכולוגי יעוצי, משרד
החינוך

סייעו (לפי סדר א"ב):

פרופ' אבי ויצמן, ד"ר גיל זלצמן, ד"ר דבורה כהן ואיריס פלורנטין

מדריך מקצועי זה מיועד בעיקר עבור:

- צוותי רפואת משפחה
- צוותי רפואת ילדים
- צוותי חדרי מיון
- צוותים פסיכיאטריים
- עובדים סוציאליים בקהילה ובבית-החולים

- פסיכולוגים חינוכיים
- יועצים חינוכיים
- אחיות בריאות הציבור
- צוותי חינוך והוראה

תוכן עניינים

1. מבוא:

I. גיל ההתבגרות

II. עישון, אלכוהול וסמים בקרב בני נוער – התנהגות נורמטיבית או סיכונית?

2. איתור מוקדם בבית-הספר.

3. איתור סימני מצוקה כלליים אצל מתבגרים.

4. התנהגויות המעידות על מצוקות נפשיות: אבחנה וזיהוי.

- דיכאון

- חרדה

- הפרעת קשב וריכוז

- התנהגות אנטי-חברתית

- אישיות גבולית

- שימוש לרעה באלכוהול ובסמים

5. כיצד לשוחח עם נער במצוקה?

6. כיצד נראים הסמים?

7. הפניה לאבחון פסיכיאטרי, לטיפול ומעקב.

8. סיכום

נספחים

- התמכרויות בני נוער בראי המשפחה – איריס פלורנטיין

- התמכרות כמחלה של המוח – ד"ר דבורה כהן

שאלונים

- רשימת תיוג לאיתור סימני מצוקה ואזהרה

- שאלון CRAFFT להערכת חומרת השימוש באלכוהול ובסמים

להזמנת חוברת זו ללא תשלום, ניתן לפנות לרשות למלחמה בסמים

הקו החם: 1-700-500-508

מבוא

I. גיל ההתבגרות

מקובל להגדיר את ראשיתו של גיל ההתבגרות על-ידי שימוש בסימן דרך ביולוגי: תחילת ההתפתחות המינית הגופנית. לעומת זאת, סיום גיל ההתבגרות מצוין באמצעות סמן פסיכולוגי: הגעה לבגרות המאפשרת בניית מערכת יחסים זוגית יציבה ובת-קיימא. מאחר שבמאה האחרונה הגיל של ראשית תהליך ההתבגרות המינית מצוי בירידה, ומאידך קיימים מתבגרים רבים אשר בשלים לבנות מערכת זוגית "בוגרת" רק באמצע שנות העשרים לחייהם – אך טבעי שגיל ההתבגרות מתייחס כיום לפרק זמן ארוך יותר מאשר היה מקובל בעבר. מאחר שגיל ההתבגרות מתאפיין, בכל העולם, בנטייה להפכפכות, חיפוש דרך וזהות, התנהגויות בעלות סיכון ומשברים עד לכדי התנהגות אימפולסיבית ואובדנית, ברור כי עם התארכות גיל ההתבגרות, גברו גם הסיכונים הנפשיים והאחרים למתבגרים.

מחקרים מצביעים על כך כי בעוד מוחו של המתבגר מגיע לשיאו מבחינה קוגניטיבית בסביבות גיל 16 שנים, הרי שמבחינה רגשית הוא מבשיל מאוחר הרבה יותר, בגיל 25 שנים במוצע. רק בגיל זה מושלמת התפתחותה של האונה הפרונטאלית (המצחית) במוח, האחראית לשיקול-הדעת ולקבלת החלטות באופן מושכל. לפיכך, עד אז קיים סיכון מוגבר להתנהגות חפוזה ואימפולסיבית. התנהגות זו מתבטאת לעתים בסקרנות ואף בנטייה להתנסות בסמים וכן בהתנהגויות סיכון נוספות.

בכל היבשות ובכל התרבויות, מלווה גיל ההתבגרות במידה כזו או אחרת של מרידה בהורים, במסגרת או במוסכמות, תוך כדי בדיקת גבולות מתמדת. מרד הנעורים הינו חלק התפתחותי נורמטיבי בחייו של המתבגר, אולם במקרים מסוימים, מרד זה מתפשט אל תחום הפתולוגיה הנפשית, למשל, במשברים דיכאוניים או בהתנהגויות לא-מקובלות ואסורות. כאן תפקידו של איש המקצוע להתערב, ומוטב מוקדם ככל האפשר.

המתבגר חי בהווה, ב"כאן ועכשיו". אין משמעות הדבר כי הוא אינו יודע שקיים העתיד, אולם מבחינה רגשית, המתבגר מרוכז, רובו ככולו, במתרחש בהווה. לפיכך, הוא נמצא בסיכון לבצע מעשים שהוא עשוי להתחרט עליהם בהמשך.

גיל ההתבגרות הוא גיל מרגש ותוסס של גילוי עצמי וגיבוש זהות לגבי המתבגר. אין בכוונת מדריך זה להציגו כגיל פתולוגי, אלא לתת בידי אנשי המקצוע העובדים עם בני נוער מידע וכלים לאיתור ולזיהוי מצוקות נפשיות בשלב מוקדם של התפתחותן, לפני שיעמיקו ויחריפו. ידוע כי רוב ההפרעות הנפשיות אצל בני-אדם פורצות דווקא בגיל ההתבגרות. לכן, נודעת חשיבות גדולה לכך שכל אנשי המקצוע הבאים במגע עם בני נוער, ישכילו לאתר את סימני המצוקה הנפשיים הראשוניים, על-מנת שיוכלו להפנותם לאבחון וטיפול בשלב מוקדם ככל האפשר, כדי למנוע החרפתה או התקבעותה של ההפרעה והפיכתה לכרונית, ובכך לצמצם את הסבל והנזק לנער, לתפקודו ולהתפתחותו.

II. עישון, אלכוהול וסמים בקרב בני נוער –

התנהגות נורמטיבית או סיכונית?

עישון סיגריות, שימוש באלכוהול ובסמים הינם התנהגויות הנרכשות בדרך-כלל בגיל ההתבגרות, ולעתים הן עלולות להתפתח לבעיה בריאותית וחברתית חמורה.

מנתוני הסקר האפידמיולוגי האחרון (2005) של הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול ניתן ללמוד על היקפי השימוש בטבק, באלכוהול ובסמים בקרב תלמידים:

עישון סיגריות ונרגילות: 20.4% מהתלמידים, גילאי 12-18, מדווחים על שימוש בטבק.

שימוש בעייתי באלכוהול: 25% מדווחים כי השתכרו לפחות פעם אחת בשנה האחרונה, 19% מדווחים כי שתו חמישה משקאות אלכוהוליים במהלך זמן קצר לפחות פעם אחת בחודש האחרון. שימוש בסמים: 9.9% מדווחים על שימוש בסם לא חוקי כלשהו בשנה האחרונה.

שימוש בחומרים נדיפים: 15.8% מדווחים על שימוש בחומרים נדיפים.

אחד הגורמים לתחילת השימוש באלכוהול ובסמים אצל המתבגר הינו מצוקה או הפרעה נפשית. ההנחה המקובלת היא שחלק מבני הנוער משתמשים ב"חומרים" על-מנת "לטפל בעצמם", כלומר: להרגיע את עצמם ולהשקיט מתח, חרדה, אי-שקט או דיכאון שמהם הם סובלים.

התנסויות בעישון, באלכוהול ובסמים הן התנהגויות חברתיות נפוצות בגיל ההתבגרות. חלק מבני הנוער שיתמידו בהן עד להתמכרות הינם אלו שמלכתחילה גילו מצוקה נפשית, ולכן הם מצויים בקבוצת סיכון. לאור כל זאת, איתור וטיפול מוקדמים באותם בני נוער הסובלים ממצוקות נפשיות עשויים למנוע את ההתמכרות לחומרים מסוכנים.

בקרב תלמידי בתי-ספר שהשתמשו בסמים נמצא שיעור מאוד גבוה של מצוקות נפשיות או רגשיות, לדוגמא: הפרעות התנהגות (כ-60%), דיכאון (למעלה מ-20%), הפרעות קשב וריכוז (כ-20%) וסוגי חרדה שונים (כ-20%).

בני נוער אשר סובלים ממצוקות נפשיות לא תמיד פונים לטיפול וזאת בשל בורות, בושה ו"סטיגמה", חשש מהטיפול או, לפעמים, בשל התכחשות לבעיה. לכן, כאשר בסופו של דבר הם מגיעים לטיפול נפשי, הבעיה עלולה כבר להתקבע ולהחמיר, ולכן קשה יותר לטיפול ולשינוי.

מדריך זה נועד לעורר את הרגישות של כל איש מקצוע הבא במגע עם בני הנוער כלפי אלו הסובלים ממצוקה נפשית על-מנת להפנותם לאבחון מקצועי ולסייע להם מוקדם ככל האפשר.

רגישות והקשבה של המורים, הרופאים, היועצים החינוכיים, הפסיכולוגים, העובדים הסוציאליים, ההורים וכל איש מקצוע אחר, יסייעו לאיתור ולמתן עזרה כבר בשלביו המוקדמים של גילוי הבעיה.

טבק, אלכוהול וסמים הם חומרים המשפיעים לטווח קצר וארוך על פעילות המוח: על היכולת הקוגניטיבית, המוטורית, התחושתית, על מערכת הרגשות ומצב-הרוח, על החשיבה, על התפיסה ועל השיפוט. החומרים נבדלים זה מזה בטווח השפעתם ובסוג השפעתם על התפקודים הללו, בעוצמתם ובמשכם. חשוב להדגיש כי קבוצת ה"סמים" כוללת לא רק חומרים האסורים על-פי חוק, כגון מריחואנה או אקסטזי, כי אם גם חומרים חוקיים, שנעשה בהם שימוש לרעה (כגון: דבק מגע, טיפקס, גז מזגנים, גת וכמובן אלכוהול).

האיתור המוקדם במדריך זה יתמקד במצוקות הבאות:

- דיכאון
- חרדה
- הפרעת קשב וריכוז
- אישיות גבולית
- התנהגות אנטי-חברתית

ראוי להדגיש, כי מדובר בהפרעות שכיחות למדי. חלקן גלויות לעין, ואילו חלקן נוטות "להסתתר" מאחורי נער "מופנם", "שקט", "סגור" או "ביישן". פעמים רבות, נוטים להתעלם מהן ולפטור אותן כ"משבר חולף" או כ"קשיי גיל ההתבגרות". אין בכוונתנו להפוך את איש המקצוע העובד עם בני נוער לפסיכיאטר, ולהטיל עליו חובות שאינן תואמות את הכשרתו, אלא להיעזר בו אם וכאשר נדלקות נורות אדומות לגבי מי מהילדים שבאחריותו או בטיפולו.

מטרת החוברת הינה לסייע בחידוד ההתבוננות ותשומת-הלב של אנשי המקצוע. איתור מוקדם של בני נוער הסובלים ממצוקות נפשיות, והפנייתם לטיפול, עשויים להפחית התנהגויות כגון עישון סיגריות, שימוש באלכוהול ובסמים. המדריך נועד לספק לאנשי מקצוע המצויים בקשר עם בני נוער את הידע התמציתי על מצוקות נפשיות שכיחות בגיל ההתבגרות ולעודדם להתייעץ עם אנשי הטיפול הזמינים במקרים שבהם נראה כי הם מזהים מצוקה או בעיה.

קוביות מסר לשיבוץ בפרק זה:

- בקרב בני נוער שהשתמשו בסמים נמצא שיעור גבוה מאוד של מצוקות נפשיות או רגשיות.
- מצוקות נפשיות לא תמיד גלויות לעין.
- איתור וטיפול מוקדמים בבני נוער הסובלים ממצוקות נפשיות עשויים למנוע את ההתמכרות לעישון סיגריות, לאלכוהול ולסמים.

-  איור: התפתחות העישון והשימוש באלכוהול ובסמים

על רקע

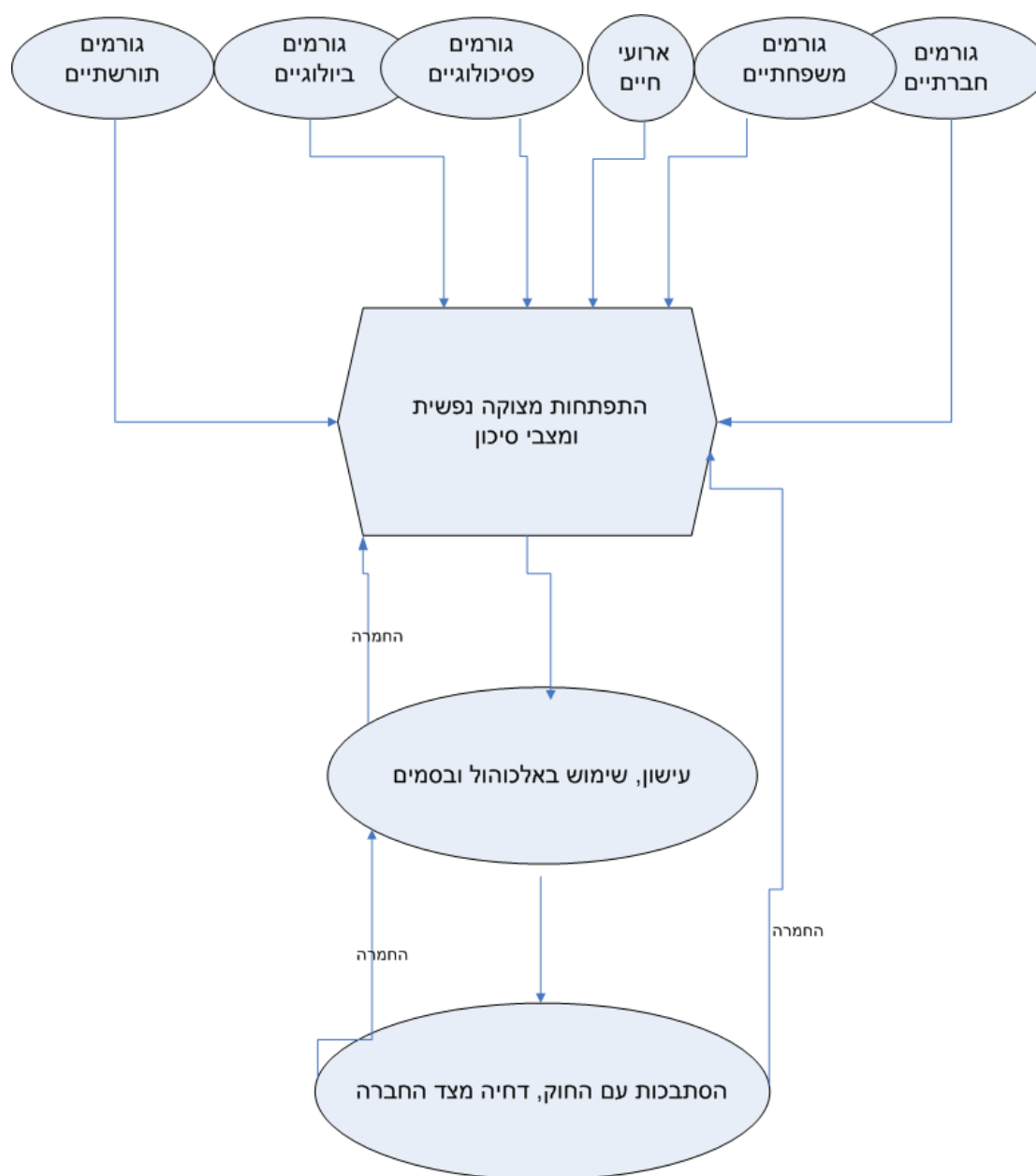
מצוקה נפשית

(יש לבצע את האיור ע"י גרפיקאי, זהו איור ידני)

לתקן באיור:

אירועי חיים

דחייה מצד החברה



איתור מוקדם בבית-הספר

בשנים האחרונות הולכת וגוברת המודעות לחשיבותו ומקומו של בית-הספר כגורם מגן, תומך ומסייע למתבגרות/ים, וזאת בנוסף לתפקידיו המסורתיים של הקניית ידע וערכים. מאפייני החיים בחברה המודרנית, והחשיפה מגיל צעיר לשימוש בטבק, באלכוהול ובסמים באמצעי התקשורת הרבים ובסביבה הקרובה לתלמידות/ים, מחייבים את המערכת הבית-ספרית להתמודד באופן ייחודי וממוקד בנושא. המתבגרות/ים הנמצאות/ים בתהליכי שינוי מואצים וחיים בחברה מורכבת ומשתנה עלולים להיקלע לעתים קרובות למצבי לחץ, דחק וסיכון. מציאות זו מחייבת להרחיב את תוכניות המניעה, ההולכות ותופסות מקום של קבע במדיניות בית-הספר. לצד הפעלת התוכניות והעלייה במודעות, עולה וגובר הצורך באיתור מוקדם ובהתערבות אצל תלמידות/ים הנמצאות/ים בסיכון.

איתור מוקדם הוא חלק מעבודת המניעה וההתערבות המוקדמת בבית-בספר. תלמידים נמצאים שעות רבות בשבוע בבית-הספר. המורים בבית-הספר מלווים את התלמידים ועוקבים אחר הישגיהם בלימודים, התנהגותם, יחסיהם עם חבריהם, יחסם לסמכות, השתלבותם במסגרת, מצב-רוחם ותפקודם היום-יומיים. המורים רואים אותם בחברת בני גילם ועשויים להיות הראשונים לאתר שינויים בהתנהגות ובמצב-הרוח.

תוכניות המניעה בנושאי סמים, אלכוהול וטבק, הן חלק מתוכנית כישורי חיים המובנית והמחייבת מהגיל הרך ועד כיתה י"ב. התוכנית היא אחד האמצעים החשובים לטיפול אקלים חינוכי מיטבי ומבוססת על תיאוריות של רוחה נפשית וקידום הבריאות. מטרת התוכנית לאפשר שיח רלבנטי בתוך בית-הספר על החיים, להקנות לתלמידות/ים מידע אמין וכישורי התמודדות עם הסוגיות הערכיות, האישיות והחברתיות שבהן הם נתקלים כחלק מתהליך התפתחותם והתבגרותם.

עם התפתחות הידע ביישום תוכניות מניעה בשנים האחרונות פותחו בארץ תוכניות ייחודיות לשכבות הגיל השונות.

לצד תוכניות כישורי חיים פותחה במשרד החינוך, יחד עם הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול, תוכנית ייחודית שמיועדת לקבוצת התלמידים המעורבים בשימוש מזדמן בטבק, אלכוהול או סמים. זוהי תוכנית התנהגותית קוגניטיבית, המבוססת על עבודה קבוצתית מובנית וממוקדת עם תלמידים, גילאי חט"ב וחט"ע, ונועדה למלא את הפער שבין המניעה הראשונית לבין הטיפול. התוכנית נקראת "תוכנית אופ"י" – אימון ופיתוח יכולות התמודדות, ומופעלת בעשרות בתי-ספר ברחבי הארץ.

ידוע שאצל מתבגרים יצר ההרפתקנות, והרצון להתנסות בסמים, מקורם לרוב בסקרנות וחיפוש שהינם מאפיינים נורמטיביים של גיל ההתבגרות. לעומת זאת, עצם השימוש יכול להוות סימפטום וביטוי של מצוקות ובעיות שבני נוער אינם מצליחים להתמודד עימן. איתורם המוקדם של תלמידים הנמצאים בסיכון מהווה חלק חשוב בתוכנית, ומצריך תשומת-לב ומעורבות של הצוות החינוכי של בית-הספר. ההנחה היא כי איתור מוקדם וטיפול מושכל במצוקות של מתבגרים/ות יצמצמו את השימוש בחומרים מסוכנים כחלק מ"טיפול עצמי" ויאפשרו התמודדות עם קשיים בדרכים מסתגלות וקבלת סיוע מקצועי הולם.

איתור סימני מצוקה כלליים אצל המתבגר

בפרק זה יפורטו סימנים, אשר הופעתם עשויה להצביע על מצוקה נפשית אצל המתבגר. ראוי לציין, כי קיומם של סימנים אלו הינו בבחינת סימן התרעה בלבד, המצריך אבחון ובדיקה מעמיקים יותר של אנשי מקצוע בריאות הנפש, ואין משמעותו כי המתבגר סובל בהכרח ממשבר נפשי או מהפרעה נפשית. עם זאת, ככל שרבים הסימנים הקיימים אצל אותו מתבגר, כך רבים הסיכויים שהוא שרוי במשבר המצריך התערבות מקצועית.

לצורך הבנת חומרת הסימנים, יש להתייחס כמובן גם להקשר ולמשך הזמן שבו הם מופיעים. ככל שהסימנים נוכחים זמן רב יותר, כן רב הסיכוי כי קיימת בעיה עמוקה ואמיתית, ולא מדובר בהפרעה קלה וחולפת. למשל, דכדוך קצר בן יום-יומיים הוא שכיח ביותר בקרב אנשים בכל הגילאים, אולם מצב-רוח ירוד מתמשך לאורך שלושה שבועות עשוי להעיד על מצב של דיכאון קליני. דוגמא נוספת : חרדה ומתח לפני אירוע חשוב – למשל, מבחן – הם נורמטיביים, אך אם החרדה נמשכת לאורך חודשים, לרבות החופש הגדול, ברור שקיימת כאן בעיה, המחייבת התייחסות מקצועית.

• שינוי התנהגותי – כל שינוי התנהגותי עשוי להצביע על מצוקה או משבר נפשיים.

דוגמאות שכיחות לשינויים בהתנהגויות המשמשים כסימני התראה:

- אלימות
- יחסי מין לא מבוקרים
- הצטרפות לקבוצות קיצוניות או אזטריות (כגון "כת השטן")
- עיסוק מוגבר בהצתת אש ובמשחק עם אש
- שינוי דרמטי או קיצוני באורח חיים, כולל חזרה בתשובה או בשאלה
- התכנסות, הסתגרות והתרחקות – אובדן עניין בתחומים שבעבר היו חשובים
- ירידה בביטחון העצמי
- ירידה במוטיבציה עד לכדי אדישות
- מצבי-רוח משתנים
- מראה עצוב או מדוכא

- התנהגויות בעלות סיכון, כגון "רולטת כביש", נהיגה בשכרות ועוד

- **ירידה בריכוז ובלמידים:**

- ירידה בציונים
- ירידה בְּעִנְיִין בלימודים
- ירידה במוטיבציה
- קשיים בהתבטאות מילולית

- **פגיעות עצמיות:**

- חיתוך אמות הידיים או הרגליים
- גרימת כוויות

- **התעסקות במוות/בהתאבדות** – העיסוק יכול להיות באופן ישיר (הנער/ה יספרו כי יש להם מחשבות אובדניות או באופן עקיף (הקשבה למוזיקה העוסקת במוות, כתיבת חיבורים אודות מוות או התעסקות רבה בספרות או בפילוסופיה העוסקת בנושא זה). מובן שניסיון אובדני של ממש נכלל אף הוא כאן.

- **שימוש מוגזם באלכוהול או בסמים** – במיוחד בגיל הצעיר

- **התנהגות מינית חריגה.** יש לשים לב:

- להתנהגות או ללבוש פרובוקטיביים
 - ליחסי מין מוקדמים יחסית למקובל בחברה הקרובה
 - להתרחשותם של אונס או התעללות מינית בעבר
 - לדיבור מוגזם על הנושא, כולל עיסוק או גילוי עניין חריג
- בסטיות מיניות

• **התנהגות אלימה:**

- התנהגות אלימה לא רק כלפי בני-אדם, אלא גם כלפי חיות
- פגיעות ברכוש (ונדליזם)

• **התנהגות מרדנית ואנטי-חברתית:**

- התחצפויות רבות
- שקרים
- אלימות
- התייחסות בביטול לנורמות חברתיות
- חוסר משמעת
- זלזול באחר

• **התעסקות מרובה ומוגזמת במראה הגוף:**

- פירסינג
- קעקועים
- דיאטות
- הימנעות מאכילה
- בולמוסי אכילה
- הקאות יזומות
- התעניינות מוגברת בניתוחים פלסטיים ובטיפולים קוסמטיים שונים
- החלפת תסרוקות תכופה

• **הופעה חיצונית ומצב גופני:**

- לבוש מוזר או חריג
- רישול והזנחה

- ירידה או עלייה במשקל
- עייפות
- עיגולים שחורים תחת העיניים
- חיורון

- **בקשת עזרה מצד הנער – פנייה ליועצת, למחנכת, לאחות, לעובדת סוציאלית, להורים, לחברים וכי"ב.**

קוביות מסר לשיבוץ בפרק זה:

- רק צירוף של מספר סימנים בו-זמנית (או סימן אחד בעוצמה גדולה) עשוי להצביע על בעיה המצריכה התערבות מקצועית.
- לשם הערכת חומרת הסימנים יש להתייחס למשך הזמן שבו הם מופיעים.

בנספח של חוברת זו מצורפת רשימת תיוג להערכת כל הסימנים הללו, כדי להעריך את קיומם, לאמוד את עוצמתם, להקל על סקירתם על-ידי איש מקצוע בתחום הנוער וכן כדי לקבל ניקוד לכל נער.

התנהגויות המעידות על מצוקות נפשיות: אבחנה וזיהוי

-

הפרק כולל את תיאור המצוקות הנפשיות והקריטריונים שיסייעו לעובדים עם בני נוער באיתור הבעיה.

שיטת האבחנה הרפואית המופיעה להלן מבוססת על המדריך Diagnostic Statistical Manual (DSM IV), אשר חובר על-ידי האיגוד הפסיכיאטרי האמריקאי, והיא מקובלת ברחבי העולם. (במסגרות הרפואיות מקובלת שיטת אבחון וסיווג נוספת – ICD-10 אשר לא תפורט במדריך זה).

שיטת ה-DSM – אשר עיקריה יפורטו להלן – קלה לשימוש ולמידה, כיוון שהיא תובעת לבדוק את קיומם או אי-קיומם של סימפטומים פשוטים, אשר יחד הם מרכיבים הפרעות נפשיות שונות. לפי שיטה זו, ככל שההתנהגות של הנער/ה עונה למספר רב יותר של קריטריונים, כך חומרת הבעיה שלו גדולה יותר.

אין הכוונה בנאמר לעיל שמעטה יש לקטלג כל נער ונערה, אלא שיש לאפשר לעובד עם נוער להיעזר בתיאורים המובאים כאן כדי לאבחן את סוג המצוקה הנפשית ועוצמתה, כאשר הוא מתרשם שיש שינוי אצל מי מהמתבגרים שבאחריותו, בהשוואה לעבר או בהשוואה לבני גילו. יש לחזור ולהדגיש כי אין לעשות שימוש במידע הנ"ל לצורך קביעת אבחנה – דבר זה הינו בסמכותו הבלעדית של פסיכיאטר ילדים ונוער מומחה.

דיכאון (Major Depression)

תיאור כללי

כ-6%-8% מהמתבגרים יסבלו ממצב של דיכאון קליני במהלך גיל ההתבגרות שלהם. מדובר באחוז גבוה מאוד של בני נוער, אשר חלק ניכר מהם "מפוספסים", ואינם מגיעים לטיפול אף-על-פי שקיימות היום אפשרויות טיפוליות מגוונות ומתקדמות כדי לסייע להם להתגבר על הדיכאון

ולהקל על הסבל הכרוך בו. בני נוער רבים אינם נוטים לקבל עזרה, מפני שהם מתביישים או שאינם יודעים על האפשרות שקבלת עזרה מקצועית היא אמצעי חיוני לשיפור מצב-הרוח. אצל חלק ניכר מבני הנוער הדיכאון אינו גלוי לעין, מכיוון שהוא גורם להם להסתגר ולהתכנס בתוך עצמם ("הילד מופנם ושקט לאחרונה"). ההורים, המדריכים, הרופאים או המורים אינם חשים לסייע למסתגרים ולמתכנסים בתוך עצמם, בניגוד למקרים אחרים, כמו למשל, במקרה של נער אלים, ש"מקפיץ את המערכת".

מכל הטעמים הללו חשוב שאיש המקצוע ייתן את דעתו על כך שנער שקט ו"לא מפריע" עלול להיות בעצם נער מדוכא. הדיכאון אצל בני נוער עשוי ללבוש צורות שונות ומגוונות, שלא ניתן לפרט במסגרת זו את כל תיאורן. יחד עם זאת, חשוב להדגיש את האפשרות לביטויים של עצבנות דווקא (הנתפסת בטעות על-ידי הסביבה כשוללת מצב דיכאוני, בעוד שלמעשה היא הסמן שלו). סימנים מרכזיים נוספים שאפשר להבחין בהם: **שינוי התנהגותי, ירידה בלימודים (כולל בעיות ריכוז), איבוד עניין בפעילויות החביבות עליו, מחושים גופניים לא מוסברים, תחושת אשמה, תחושה של ערך עצמי נמוך, עייפות ואובדן אנרגיה – ועד למחשבות על התאבדות.** עוד חשוב לדעת כי דיכאון עלול להופיע בתגובה לאירוע קשה או טראומטי, או לפרידה מחבר, מאדם קרוב ואף מחיית-מחמד. יחד עם זאת, הדיכאון עשוי להופיע גם יש מאין, כביכול, ללא גורם גלוי וברור לזיהוי.

זיהוי ואבחנה

כשאנו מגדירים דיכאון, אנו מתייחסים לתקופה מוגדרת בת **שבועיים לפחות**, שבמהלכה סובל המתבגר מתחושה של מצב-רוח ירוד או מועקה המלווים באובדן עניין והנאה, וכמו כן מתקיימים לפחות 5 מתוך 9 הסימפטומים המפורטים להלן:

- מצב-רוח ירוד רוב היום, כמעט כל יום (בילדים אפשרי גם מצב-רוח רגזני [irritable]).
- ירידה משמעותית בעניין או בהנאה מכל או מרוב הפעילויות ברוב היום, כמעט כל יום.
- שינויים משמעותיים בתיאבון עם ירידה או עלייה במשקל.
- הפרעות בשינה: חסר או יתר שינה ברוב הימים.
- אי-שקט או האטה בפעילות המוטורית.
- תשישות או אובדן אנרגיה ברוב הימים.

- תחושת חוסר ערך עצמי או תחושת אשמה מוגזמת.
 - ירידה ביכולת להתרכז או לחשוב או חוסר החלטיות ברוב הימים.
 - מחשבות חוזרות ונשנות על מוות או משאלות מוות (ולא רק פחד ממוות), מחשבות על התאבדות או תוכנית להתאבד או, חלילה, ניסיון אובדני של ממש.
- זיהוי הנער המדוכא יתבצע על-פי סימפטומים אלו. ככל שנער מבטא יותר סימפטומים המפורטים בטבלה, קיים סיכוי רב יותר כי הוא נמצא במצב של דיכאון קליני, המצריך התייעצות והתערבות פסיכיאטרית וברוב המקרים גם טיפול תרופתי.

תיאור מקרה

אוהד הוא תלמיד כיתה י"ב בכיתת מב"ר (מסלול בגרות רגיל). בן יחיד בין 3 בנות. אמו חמה מאוד. **האב אדם קר ומרוחק**, העסוק בפרנסת המשפחה. לנער יש לעתים **"מצבי-רוח"** ו**"נפילות"** רגשיות. הוא זקוק להרבה תמיכה ותשומת-לב. הישגיו הלימודיים בינוניים. מאפיינת אותו **חשיבה לא שגרתית ורגישות גבוהה** מאוד. בכיתה י' היה **מסוגר בתוך עצמו במשך 3 חודשים**. נראה לא מחובר לבני גילו. הופעתו החיצונית היתה יוצאת דופן (לבוש מרושל בסגנון "פריק", רסטות בשיער). הוא נהג להתרועע עם מבוגרים מבני גילו, נטה לבלות במועדונים בת"א ונהג לייחצן אותם.

בכיתה י"ב נפרד מחברה. הפרידה היתה לו קשה מאוד עד כדי התחוללותו של משבר. בעקבותיו חלה ירידה חדה בלימודיו, והוא שוב השתנה מאוד ונטה להסתגר בתוך עצמו.

בהתערבות הייעוצית, שמה לב היועצת כי אוהד סובל **מירידה בתחושת הערך העצמי שלו** (בדימוי העצמי שלו) וכן **פחתה הנאתו** מדברים שאותם אהב לעשות. כמו כן לשאלתה הישירה, השיב כי אכן יש לו **מחשבות אובדניות**. הוא סיפר כי הוא סובל ממצב זה כבר חודשיים והדבר היחיד המקל על הרגשתו הינו עישון חשיש ("גראס"), שבו התנסה באופן חד-פעמי לפני כשנתיים, אולם כעת הוא מרבה להשתמש בו שימוש יומיומי.

בעקבות התבהרות מצבו, הופנה אוהד לטיפול תרופתי בדיכאון ולשיחות עם פסיכולוג. עם השיפור בדיכאון חל שינוי במצב-רוחו, הוא החל להתרועע עם בני-גילו וכן חל שינוי באורחות בילוייו. כמו כן, הופחתה באופן ניכר שכיחות השימוש ב"גראס", עד לכדי הפסקת נטילת הסם בהמשך, הודות לטיפול הולם ורציף.

ניתוח המקרה

אוהד הוא נער בסיכון (גורמי הסיכון מודגשים בטקסט), אשר סבל מאירוע דיכאוני ראשון בחייו בכיתה י'. אולם אז לא נערכו התערבות ואבחון מעמיקים, והדיכאון "פוספס" ולא זכה לטיפול הולם. כידוע, מצב דיכאוני בגיל הילדות או ההתבגרות, אשר אינו מזוהה ומטופל – דינו לחזור ולהישנות. כך נכנס אוהד שנית למצב דיכאוני גם בכיתה י"ב, והפעם בחומרה גדולה יותר, מלווה במחשבות אובדניות. ייתכן מאוד כי טיפול באירוע הדיכאוני הראשון היה מונע את התפתחות הדיכאון השני ואת השימוש בסמים, אשר במקרה זה נראה כ"טיפול עצמי" בדיכאון. ראוי לציין כי יועצת בית-הספר פעלה נכון כשהעלתה את השאלה הישירה לגבי מחשבות אובדניות. הוכח כי צעד זה לא זו בלבד שאיננו מעלה מחשבות או מעשי אובדנות ("נותן לנער רעיונות"), אלא אף עשוי למנוע מעשי התאבדות.

קוביות מסר לשיבוץ בפרק זה:

- דיכאון קליני מתבטא בדרכים שונות ומגוונות מאוד, כגון: עצבות, אי-שקט, תחושת אשמה, תלונות גופניות רבות או מועסקות רבה במוות.
- דיכאון בילדים ונוער עשוי להשתקף גם בעצבנות ובאי-שקט.
- נער מדוכא עלול להיות "מפוספס", כיוון שההפרעה לרוב איננה ניכרת לעין.
- אין להירתע מהצגת שאלות ישירות לנער לגבי מחשבות אובדניות.

חרדה (Anxiety)

תיאור כללי

חרדה הינה מצב של פחד לא-מוגדר, אי-שקט ומתח, המתבטאים בתסמינים גופניים ונפשיים, אשר הינם ביטוי של עוררות-יתר של מערכת העצבים האוטונומית. בעוד שפחד הינו תגובה נורמטיבית למצבים שמזוהים על-ידי המוח כמאיימים או כמסוכנים, הרי שחרדה הינה תגובה מוגזמת, הגורמת סבל ופוגעת בתפקודו של הנער/ה. יתר-על-כן, לא תמיד הסיכון הוא גלוי וברור או בכלל קיים, ועל כן לעתים לא ברור ממה נובעת החרדה. התסמינים של חרדה הינם:

- **גופניים:** דפיקות לב, רעד, הזעה, מחנק בגרון, תחושת עילפון, סחרחורת, שלשולים או תגובתיות-יתר לרעש (למשל, קפיצה מהמקום בכל טריקת דלת, כאילו היה מדובר בפיצוץ).

- **נפשיים:** מתח, לחץ, תחושת פחד, חשש רב מהבאות, נטייה להימנעות ממצבים המעוררים את החרדה.

סוגי החרדה השונים (ראו להלן במסגרת) הם מהשכיחים ביותר מבין המצוקות הנפשיות.

למעלה מ-10% מהמתבגרים סובלים מאחד מסוגי החרדה. הכוונה כאן לחרדה מוגזמת, המופיעה לרוב כתגובה לגורם מסוים וברור, אולם לעתים גם בלעדיו, לחרדה המופיעה בעוצמה גבוהה, והגורמת לפגיעה בתפקודו של הנער/ה. למשל: נער עם חרדה חברתית, הנמנע מלדבר בכיתה או במסגרת חברתית, ובשל כך אינו נפגש עם חבריו מעבר לשעות

הלימודים. דוגמא אחרת לגורם שכיח לחרדה, במיוחד בקרב מתבגרים, הינה סביב נושא ההעדפה המינית. דוגמא נוספת, המופיעה לצערנו בשכיחות רבה בישראל, הינה של מצב חרדתי פוסט-טראומטי (בתר חבלתי – PTSD), בעקבות חשיפה ישירה או עקיפה של הנער/ה לפעולת טרור, לתאונת דרכים או למלחמה. בדומה לנער מדוכא, גם נער הסובל מחרדה אינו בולט בבית או בכיתה. הוא עשוי להסתגר, להתכנס בתוך עצמו ולהימנע מבקשת עזרה. לפיכך, זיהוי מצריך רגישות יתר של ההורים והמורים כאחד.

זיהוי ואבחנה

ההגדרה של חרדה מתייחסת לאחד מגילוייה הבאים:

- **הפרעה טורדנית-כפייתית** המתבטאת במחשבות טורדניות (אובססיביות), חוזרות-ונשנות, או התעסקות באופן מוגזם, חוזר ופולשני בגורם המעורר חרדה. לדוגמא: התעסקות יתרה בניקיון (רחיצת ידיים), בסדר, בבדיקות חוזרות (האם החלון/הדלת סגורים? האם הגז סגור?), קיום "טקסים" חוזרים הצורכים זמן וכד'.
 - 1. חזרתיות פולשנית של החוויה הטראומטית (בחלומות בלילה או בהקיץ).
 - 2. סימנים של עוררות וערנות יתר (קשיי שינה, דריכות יתר).
 - 3. ניסיון להימנע מכל דבר שיזכיר את החוויה הקשה.
- **התקפי חרדה (פאניקה)** – התקפים של חרדה (דפיקות לב, רעד, זיעה קרה, תחושת פחד נוראה) בתגובה לגורם מסוים או בלעדיו. התקפים אלו עלולים למנוע מהנער/ה לצאת למקומות מסוימים, לרחוב או אפילו עלולים לגרום לו/לה להסתגר בבית.
- **פוביות** – הימנעות ממקומות או ממצבים מסוימים (פחד ממקומות סגורים, פחד ממחטים, פחד גבהים וכד').
- **חרדה חברתית (Social Phobia)**

פחד ממצבים חברתיים מסוימים, בעיקר מול דמויות סמכות, במפגש עם בן המין השני ובסיטואציות חברתיות עם עמיתים. הפרעה זו גורמת להימנעות ממצבים חברתיים, פגיעה בהתפתחות האישית והיא מלווה במצבי כפייתיות, דיכאון ואובדנות.
- **הפרעת חרדה כללית**

מתאפיינת בנטייה כללית לדאגנות יתר, הופעת מחשבות קטסטרופליות חוזרות ונשנות וטורדניות שמלוות בחרדה ובפחד. בעקבות דאגות אלו גם מצב-הרוח עלול להתדרדר ועלולים להופיע קשיי הירדמות.

הריבוע צריך להגיע עד לכאן

תיאור מקרה

רות היא תלמידת כיתה י' בכיתה רגילה. היא מוכרת לכולם כנערה שקטה ונעימת הליכות וכן כתלמידה טובה למדי. לאחרונה חלה **ירידה בעניין שלה בלימודים**, והיא נראתה **פחות מרוכזת** בכיתה. באורח שאינו אופייני לה, היא ביקשה לעבור מקום לשורה האחרונה בכיתה. מחנכת הכיתה, אשר שמה לב לשינוי ההתנהגותי אצל רות, וזכרה כי רות עברה לפני כמה חודשים **אירוע של שריפה בביתה**, ביקשה מהיועצת לברר את המצב לאשורו. בהתערבות הייעוצית, התקשתה רות להתבטא במילים, אולם היועצת, שהרגישה כי הנערה סובלת מאוד, הזמינה אותה לשיחה נוספת ביום המחרת. ואכן, למחרת הצליחה רות להיפתח אל היועצת וגוללה בפניה את סיפורה: מאז השריפה בביתה, היא מתקשה להירדם בלילות, וחוזרים אליה, הן בלילות והן בימים, תמונות ("פלאשבקים") מהבית העולה באש. היא סיפרה שגם היתה נתקפת מדי יום **ברעידות ו"פחדים"**, המלווים **בדפיקות לב חזקות**. בעקבות התבהרות התמונה, הופנתה רות לאבחון אצל פסיכיאטר לילדים ונוער.

ניתוח המקרה

רות אובחנה על-ידי הפסיכיאטר כסובלת מהפרעת בתר-חבלתית (פוסט-טראומטית). היא סבלה מחרדה קשה (התסמינים של החרדה מודגשים) בעקבות הטראומה שעברה בעת שריפת ביתה. מאחר שלא טופלה, החרף המצב, ובאבחון התברר עוד כי לאחרונה רות החלה "להסניף" טיפּקס בכמויות גדולות, על-מנת לנסות לשכך את החרדה. היא החלה בטיפול נוגד חרדה, ובעקבותיו מצבה השתפר לאין שיעור: היא הפסיקה להשתמש בטיפּקס – אגב, השימוש מסוכן ביותר הן מבחינה גופנית והן מבחינה נפשית – והיא חזרה ללימודים בכוחות מחודשים.

קוביות מסר לשיבוץ בפרק זה:

- מצבי חרדה שכיחים מאוד אצל בני נוער.
- מצבי חרדה מתבטאים בדרכים שונות אצל תלמידים. האם לא כדאי לאחד בין שני המסרים ולמקד את תוכנם?



- הפרעות חרדה, במיוחד בקרב בנות, מגבירות סיכון לשימוש בחומרים שונים, כגון חשיש ("גראס").

הפרעת קשב וריכוז (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)

תיאור כללי

מדובר בהפרעה שאינה מבטאת בהכרח חולי, כי אם וריאציה קיצונית של תכונת היכולת להתרכז, אשר מביאה לפגיעה בתפקודו/ה הלימודי, החברתי והאישי של הנער/ה. כ-3%-5% מהמתבגרים סובלים מבעיה זו. חשוב להדגיש כי מדובר בתכונה או במצב המלווים את הנער מאז שנותיו הראשונות, וביטוייהם הראשוניים קדמו לגיל 7. במקרה של הפרעת קשב וריכוז שהחלה לפתע בגיל ההתבגרות, קרוב לוודאי שיש לבחון גורם אחר שהוביל למצב. דיכאון או חרדה, שעליהם הורחב בפרקים הקודמים, עשויים להיראות בטעות כהפרעת קשב וריכוז.

בהפרעת קשב וריכוז חלה פגיעה בשני תחומים עיקריים:

- ליקוי בקשב (היכולת להתרכז).

- התנהגות אימפולסיבית ופעלתנות-יתר (היפראקטיביות).

הקשב הפגום מתבטא בהפסקה מוקדמת של מטלות, מעבר מפעילות לפעילות ואובדן עניין עקב הסחת הדעת. פעלתנות יתר מאופיינת באי-שקט ניכר, בעיקר במצבים המצריכים שלוה יחסית. כמו כן, הנער נע באי-שקט, רץ וקופץ, קם כאשר הוא אמור להמשיך לשבת, מתקשה להמתין בסבלנות, דברן ורעשן. המאפיין ההתנהגותי בולט בעיקר במצבים מובנים, שדורשים מידה גדולה של שליטה עצמית. המדד לאבחון צריך להיות אם הפעילות מוגזמת יחסית לצפוי מילד בן אותו הגיל, ובעל אותה מנת משכל.

זיהוי ואבחנה

הקריטריונים האבחנתיים המקובלים להפרעת קשב וריכוז:

א. חוסר קשב

שישה או יותר מהתסמינים הבאים התקיימו במהלך ששת החודשים שלפני

האבחון והם אינם קשורים למשבר ההסתגלות למצב החדש:

(1) לעתים קרובות אינו מקדיש תשומת-לב לפרטים, או עושה שגיאות טיפשיות

בלימודים, בעבודה או בפעילות כלשהי אחרת.

(2) לעתים קרובות מתקשה לשמור על הקשב במטלות או במשחק למשך זמן.

(3) לעתים קרובות נראה כמי שאינו מקשיב כשמדברים אליו.

(4) לעתים קרובות אינו עוקב אחרי ההוראות ומתקשה להשלים מטלות, כגון:

עבודות בית-ספר, מטלות בעבודה וכו' (ולא כתוצאה של הפרעה מרדנית-מתנגדת

או של קושי בהבנת המטלות).

(5) לעתים קרובות מתקשה בארגון מטלות ופעילויות.

(6) לעתים קרובות נמנע או סולד מלעסוק בפעילויות, שדורשות מאמץ שכלי (מנטלי)

ממושך (כגון: לימודים בבית-הספר או שיעורי בית), או שאינו מעוניין בהן.

(7) לעתים קרובות מאבד דברים שדרושים למטלות או לפעילויות (עטים, עפרונות,

מחברות ועוד).

(8) לעתים קרובות דעתו מוסחת על-ידי גירויים חיצוניים.

(9) לעתים קרובות מתגלה כשכחן בפעילויות יומיומיות.

ב. היפראקטיביות-אימפולסיביות

שישה או יותר מהתסמינים של היפראקטיביות או אימפולסיביות, שנמשכים לפחות

שישה חודשים לפני האבחון, ושאינם קשורים למשבר ההסתגלות למצב חדש:

היפראקטיביות (פעלתנות-יתר)

(1) לעתים קרובות ממולל בידיים וברגליים או מקפץ בכיסא.

(2) לעתים קרובות עוזב את כיסאו בכיתה או במקומות אחרים שבהם יש ציפייה

שיישאר יושב.

(3) לעתים קרובות רץ או מטפס באופן מוגזם במצבים בלתי-הולמים (במתבגרים או

במבוגרים די בתחושת אי-שקט).

(4) לעתים קרובות חש קושי בעת עיסוק בפעילויות פנאי או במשחק שקט.

5) לעתים קרובות נמצא בתנועה מתמדת כאילו יש לו "קוצים בישבן".

6) לעתים קרובות מדבר ללא הפסקה.

אימפולסיביות (פרצנות)

7) לעתים קרובות פולט תשובות לפני תום השאלה או מתפרץ לאמצע המשפט.

8) לעתים קרובות מתקשה לחכות לתורו.

9) לעתים קרובות מפריע או מציק לאחרים (למשל, מתפרץ למשחקים, "נדבק" וכו').

תיתכן הפרעה בקשב עם או בלי הפרעה של היפראקטיביות. התסמינים עשויים להיות מגוונים מבחינת שכיחות ההופעה שלהם, חומרתם היחסית ומידת קביעותם במסגרות שונות. גם באותו הילד עצמו, במסגרות שונות, עשויים התסמינים להשתנות בחריפות ובתדירותם, למשל: מערכת לימודית מובנית מפחיתה את התסמינים בניגוד למערכת לימוד פתוחה.

חשוב לציין כי הפרעת קשב וריכוז מהווה גורם סיכון לשימוש לרעה בסמים, באלכוהול ובחומרים פסיכו-אקטיביים והדבר בולט במיוחד בקרב נערים שאינם מטופלים תרופתית על-ידי תכשירים, כגון ריטלין לסוגיו השונים (כולל קונצרטא), אשר עשויים לשפר את התפקוד הקוגניטיבי והחברתי של הנער. מחקרים מדעיים הוכיחו כי טיפול תרופתי מתאים בילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז, מונע התפתחותן של התמכרויות בגיל מאוחר יותר. לעתים נלווים להפרעה זו מצבי חרדה, הפרעת התנהגות, מצבי-רוח משתנים, התנהגות אלימה ועוד. בנוסף לאבחנה הקלינית קיימים מבחני עזר כגון: שאלונים למילוי עצמי או למילוי על-ידי ההורים, מבחני מחשב מסוג CPT((Cognitive Performance Test, כגון TOVA (Test of Variables of Attention. על-פי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 8/08, האבחון חייב להיעשות על-ידי איש מקצוע רפואי שהתמחה בתחום זה (פסיכיאטר ילדים ונוער, נירולוג או רופא מומחה להתפתחות הילד). קבוצה בעלת סיכון גבוה במיוחד הינה זו הכוללת נערים בעלי הפרעת קשב וריכוז ואימפולסיביות קשה אשר מתלווה לה גם בעיית התנהגות (Conduct Disorder)). קבוצה זו

מצריכה התייחסות מקצועית ייחודית מאחר שהיא עשויה לפתח ביתר קלות הפרעת אישיות
אנטי-חברתית, הפרעת התמכרות ואף הסתבכות עבריינית בעתיד.

קוביות מסר לשיבוץ בפרק זה:

- בהפרעת קשב וריכוז חלה פגיעה בשני תחומים עיקריים: ליקוי בקשב והתנהגות אימפולסיבית ופעלתנית-יתר (היפראקטיבית).
- נערים רבים שלא מקבלים טיפול תרופתי להפרעת הקשב, נוטים לבצע "טיפול עצמי" בהפרעה שלהם באמצעות חומרים פסיכו-אקטיביים שונים.
- ללא קבלת טיפול תרופתי, קיים סיכון גבוה לנער הסובל מהפרעת קשב, לפתח הפרעות נפשיות שונות, כגון הפרעות התנהגות, דיכאון והתמכרויות שונות.

התנהגות אנטי-חברתית (Conduct Disorder)

תיאור כללי

התנהגות אנטי-חברתית מאפיינת עד כ-4% מבין המתבגרים, והיא מהווה אתגר טיפולי משמעותי בשל הקושי הרב שהיא יוצרת לעובדים עם נערים אלו. מדובר בהפרעה המתבטאת בהתנהגות הנוגדת נורמות חברתיות והכוללת פגיעה בזכויות של אחרים. הבעיה מופיעה לרוב בראשית גיל ההתבגרות, וביטוייה העיקריים משתקפים בהתנהגות מרדנית ותוקפנית: איומים, אלימות, שקרים, פגיעה ברכוש, הצתות, התעללות בבעלי-חיים, בריחות מהבית ומאפיינים דומים. בקרב ביטויים אלו שכיחים במיוחד אימפולסיביות והתנהגויות מסוכנות, לרבות שימוש באלכוהול ובסמים.

בהיעדר טיפול חינוכי ו/או נפשי מתאים ומוקדם נמצאים נערים אלו בסיכון רב ללקות במצוקות נפשיות נוספות (כגון דיכאון), להיפלט ממסגרות, להסתבך באלימות ובעבריינות, בשימוש בסמים ואף בניסיונות אובדניים.

בניגוד להפרעות הדיכאון והחרדה, סימפטומים רבים של הפרעת ההתנהגות גלויים לעין במסגרות

שונות בקהילה. למרבה הצער, אנשי מקצוע שונים מעדיפים להתעלם מהם, ולפטור אותם כהתנסויות קיצוניות של גיל ההתבגרות. לעתים אכן הדבר כך, אולם אם מדובר בהתנהגות **עקבית ומשמעותית** (למשל, התעללות בבעלי-חיים או מעשי בריונות), סביר מאוד כי לא מדובר רק בתופעה חולפת כי אם באחד הסימפטומים של הפרעת אישיות מורכבת יותר, המצריכה התייחסות מקצועית מעמיקה ומהירה, ולא, חלילה, התעלמות, העלולה להמיט אסון, כפי שאכן אירע פעמים רבות בישראל במקרים של נערים אנסיים או רוצחים.

זיהוי ואבחנה

נער יאובחן כסובל מהתנהגות אנטי-חברתית אם הוא מקיים **3 מבין 15** גילויי ההתנהגות הבאים באופן הפוגע בתפקודו:

1. נוהג לאיים או להפחיד אחרים

2. יוזם מכות או קטטות

3. משתמש בכלי נשק
4. מתאכזר פיזית לבני-אדם
5. מתעלל בבעלי-חיים
6. ביצע שוד
7. כופה פעילות מינית על אחר
8. ביצע הצתות אש במזיד
9. פוגע ברכוש של אחרים במכוון
10. ביצע פריצה לבית או למכונית
11. משקר לעתים תכופות
12. ביצע גניבות של חפצים בעלי ערך (לא שוד)
13. לעתים קרובות חוזר הביתה מאוחר ללא אישור ההורים (לפני גיל 13)
14. ברח מהבית למשך כל הלילה (לפחות פעמיים)
15. נעדר לעתים קרובות מבית-הספר (לפני גיל 13)

יודגש כי ככל שמתקיימים גילויי התנהגות רבים יותר, כך הבעיה, כמובן, חמורה יותר.

תיאור מקרה

ערן הוא נער, הצעיר במשפחה דתית המונה ארבעה ילדים. הבית בעייתי עם פתולוגיות קשות.

אב נוקשה ואם ששמה קץ לחייה, כשהיה בכיתה ט'. הנער ניסה להדחיק את המצוקה

והתנגד לקבל טיפול.

בבית לא ניתנה לגיטימציה לקושי בהתמודדות עם התאבדות האם. המסר שקיבל מהאב: "תיקח

בקלות", "הכול יסתדר מעצמו". בכיתה ח' הוא סולק מבית-הספר, זאת בעקבות מידע שראו אותו

מעשן סיגריות בשבת (למד בבית-ספר דתי). כן התגלתה אצלו מחלת ה"צליאק", מחלה

המחייבת שינוי משמעותי בהרגלי אכילה ושמירה על דיאטה קפדנית. בהמשך נקלט הנער בבית-

ספר חילוני. בבית-הספר הצליח להשתלב, תפקודו היה סביר, אך היו לו בעיות התנהגות שונות,

כביכול-קלות, נטה לשקר, ונעדר לעתים קרובות מבית-הספר בתירוצים מפוקפקים.

אחר-כך החל להסתבך ונפתחו לו תיקים במשטרה על **גניבות ופריצות**. בכיתה י' החל אף להשתמש בסמים.

ניתוח המקרה

ערן הוא נער הסובל למעשה מהפרעת התנהגות. בשל גורמי הסיכון שלו, היה חשוב לאתר את הפרעת ההתנהגות בשלב מוקדם ככל האפשר, וזאת על-מנת לגייס אותו (ואת אביו) לטיפול, אשר היה מונע את התפתחות העבריינות והשימוש בסמים, כפי שאכן קרה.

אישיות גבולית (Borderline Personality Disorder)

תיאור כללי

אישיות גבולית מאפיינת כ-2% מהאוכלוסייה. היא שכיחה בבנות פי 3 יותר מאשר בבנים. מדובר באישיות הנמצאת "על הגבול", כלומר: המאפיין העיקרי של האישיות הינו חוסר יציבות (במיוחד ביחסים בין-אישיים), המתבטא במצבי-רוח משתנים, תחושות ריקנות, קשיי זהות עצמית, התפרצויות, הרסנות, תוקפנות (עצמית ו/או כלפי הסביבה) ואימפולסיביות. חשוב להדגיש, כי המושג "אישיות גבולית" מתייחס לתבנית **קבועה ומתמשכת** של האישיות ולא לאירוע או לתקופת זמן קצרה בחייו של אדם.

הפרעה זו כרוכה בסבל רב ועלולים להתלוות אליה רגשות כואבים והתעסקות בערך העצמי, במשמעות החיים, במוות ובאובדנות. כתוצאה מכך, צפויה פגיעה החל ברידה בתפקודו היומיומי של הנער ואי-מיצוי של הפוטנציאל האינטלקטואלי שלו ועד, במקרה החמור, לצורך באשפוז פסיכיאטרי בשל חשש לאובדנות. לבד מחוסר היציבות בתחומי החיים השונים שכיחים בהפרעה זו גם חשיבה קטגורית (שחור-לבן), משיכה למצבים קיצוניים, התנהגות מינית פרובוקטיבית, קיום יחסי מין בגיל צעיר ועם שותפים רבים או נטייה לפגיעה עצמית, הפרעות אכילה שונות וכן התנסויות באלכוהול או בחומרים פסיכו-אקטיביים עד למצבי-שכרות, איבוד ההכרה והזדקקות לטיפול בחדר מיון.

זיהוי ואבחנה

הפרעת אישיות גבולית תאובחן אם קיימת תבנית עקבית של חוסר יציבות במערכות יחסים, בדימוי העצמי ובמצבי-הרוח, וכן אימפולסיביות בולטת – כל אלה קיימים במסגרות שונות, ומתבטאים בלפחות 5 מבין הביטויים הבאים:

- (1) ניסיונות להימנע מפרידה אמיתית או בדמיון (חרדת נטישה).
- (2) קיימת תבנית של מערכות יחסים בין-אישיות שהן לא יציבות ואינטנסיביות, והן נעות בין התנהגויות קיצוניות (למשל, מאידיאליזציה של היחסים ועד ביטול ערכם ומשמעותם לחלוטין).

- (3) הפרעה בזהות: בעיה בדימוי העצמי או בתחושת העצמי.
- (4) אימפולסיביות לפחות ב-2 תחומים הגורמים לפגיעה עצמית:
בזבז כספים, יחסי מין, שימוש בסמים, נהיגה מסוכנת, התקפי זלילה.
- (5) התנהגות אובדנית חוזרת: איומים בהתאבדות, ניסיונות אובדניים או פגיעה עצמית (חיתוך הידיים או הרגליים, גרימת כוויות).
- (6) חוסר יציבות של מצב-הרוח עם תגובתיות חזקה לאירועים חיצוניים.
- (7) תחושה קבועה של ריקנות.
- (8) כעס חזק ולא-תואם או קושי לשלוט בכעס (התפרצויות, כעס קבוע, קטטות חוזרות ונשנות).
- (9) מחשבות פרנואידיות קצרות וחולפות או מצבים של התנתקות, לרוב בתגובה לסטרס.
- יודגש כי ככל שמתקיימים ביטויים רבים יותר, כך הבעיה צפויה להיות חמורה יותר.

תיאור מקרה

קרן, בת 17, היא תלמידת כיתה י"א, אשר הוריה התגרשו כאשר היתה בת 11 שנים. קרן מתגוררת עם שני אחיה הקטנים בבית אמה, במצב סוציו-אקונומי בינוני. קרן היא נערה נבונה מאוד. לומדת בכיתה עיונית לבגרות. בתחילת כיתה י"א חלה התדרדרות בתפקודה הלימודי, והיא החלה להיעדר מבית-הספר, היתה מאחרת לשיעורים רבים ואף ציוניה החלו לרדת. המורים חשבו שציוניה היו נמוכים יחסית ליכולותיה. מבחינה חברתית היו לקרן קשרים חברתיים לא יציבים, אשר ליוו אותה מאז חטיבת הביניים.

אי-תפקודה הלימודי עלה בשיחה "אקראית" שערכה אמה של קרן עם רופא המשפחה. הוא החליט לא להתעלם מהבעיה כאילו אינה בתחומי, ועודד את האם לפנות ולהיעזר בצוות בית-הספר.

בשיחה עם יועצת השכלה, חשפה קרן את קשייה הרגשיים הרבים הנובעים מקשר בעייתי מאוד עם האב, כעסים רבים וחוסר תקשורת עמו. היא החליטה להתנתק ממנו כליל ולא להיות עמו עוד בקשר. כמו כן עלו רגשות של בדידות קשה ו"ריקנות אין-סופית". היא גילתה כי בכמה פעמים היתה במצבי מצוקה שכינתה אותם "דאון" והיא אף חתכה באופן שטחי את אמות ידיה.

רק בהמשך התהליך הייעוצי התברר כי קרן מסניפה בקביעות דבק מגע (בעזרת שקית ניילון). השימוש נעשה באופן תדיר, בכל יום או יומיים, בדרך-כלל בחדרה. היא נהגה להחביא את האביזרים מאמה. לעתים, היו מצבים שבהם היא היתה נקלעת לדיכאונות קשים לאחר השימוש בחומר. ה"נפילות" הפכו קשות יותר ויותר. באחת הפעמים, שבהן קרן הסניפה דבק, היא אף ניסתה להתאבד. רק בעקבות ניסיון זה, היא הוכנסה לטיפול אינטנסיבי ומעמיק.

ניתוח המקרה

תיאורה של קרן מעלה תמונה של נערה בסיכון (גורמי הסיכון מודגשים). התהליך הייעוצי חשף סימנים מדאיגים נוספים (מודגשים גם בטקסט), המתאימים לאישיות גבולית. כבר בשלב זה היתה אמורה להיות מופנית לטיפול אינטנסיבי ועמוק, אשר היה עשוי למנוע את התפתחות השימוש לרעה בדבק המגע, את הופעת מצבי הדיכאון ואת הניסיון האובדני.

קוביות מסר לשיבוץ בפרק זה:

- אישיות גבולית מתאפיינת בחוסר יציבות בכל תחומי החיים.
- לרוב, מאפייני האישיות הגבולית מתחילים לבלוט בגיל ההתבגרות.
- הסובלים מהפרעה זו נוטים ביתר קלות להשתמש לרעה באלכוהול ובחומרים פסיכו-אקטיביים שונים.

שימוש לרעה באלכוהול ובסמים (Alcohol and Substance

(Abuse)

תיאור כללי

הגיל הממוצע להתחלת השימוש באלכוהול ובסמים בקרב מתבגרים בישראל הוא 13 שנים. הבעיה שכיחה יותר אצל בנים מאשר אצל בנות, ומסיבה זו יש נטייה להחמיץ את זיהוי הבעיה בקרב הבנות. בנוסף, בנות נוטות להיות פחות מוחצנות מבנים, ולכן הבעיה עלולה פחות לבלוט אצלן ולהתגלות רק בשלב מאוחר, לאחר הידרדרות משמעותית יותר, הקשה יותר לתיקון.

חשוב להדגיש כי קבוצת החומרים שבהם מתבגרים עושים שימוש לרעה כוללת גם חומרים "חוקיים" לגמרי, כגון: אלכוהול, דבק מגע, טיפקס, גז מזגנים, ותרופות שונות. בשנים האחרונות חלה עלייה מדאיגה בשימוש בחומרים אלה. היותו של חומר חוקי אינה גורעת ולו במעט מחומרת הנזק הבריאותי והנפשי שהוא עלול לגרום לנער. הדבר נכון גם לגבי המושג "סמים קלים". מושג עממי זה מטעה, מסוכן ואיננו תואם את הידע המדעי המצביע על כך, כי גם סמים אלו (כגון חשיש או "גראס", שהינו כינוי גם למריחואנה), עלולים לגרום נזקים נוירולוגיים ופסיכיאטריים ארוכי טווח ובחלקם – בלתי-הפיכים, לא פחות מסמים "קשים".

זיהוי ואבחנה

שימוש לרעה באלכוהול או בסמים מוגדר כגורם לפגיעה כלשהי בתפקודו של הנער מבחינה לימודית, חברתית, גופנית, מביא להסתבכות עם החוק או לביצוע התנהגויות מסוכנות (למשל: נהיגה בשכרות). תלות (התמכרות) בסם הינה כמובן חמורה הרבה יותר ומתבטאת בפיתוח סבילות לסם (צורך להשתמש בכמויות הולכות וגדלות), ועלולה להתבטא בהתנהגות כפייתית של חיפוש אחר הסם עד כדי אובדן שליטה, בהתנהגות עבריינית או לא נורמטיבית (כגון התעסקות בזנות), בכמיהה חזקה לחומר, ובירידה משמעותית בתפקוד בכל המישורים. מאחר שאבחון מדויק של שימוש לרעה או תלות באלכוהול או בסמים מהווה לעתים אתגר קשה אף לאיש מקצוע מנוסה, לא נפרט כאן את הקריטריונים האבחנתיים. במקומם נפרט את סימני האזהרה, שאותם מומלץ לאתר מוקדם ככל האפשר.

סימנים התנהגותיים וקוגניטיביים:

- שינויים קיצוניים בהתנהגות
- שינויים קיצוניים במצב-הרוח
- ירידה בלימודים
- היעדרויות מבית-הספר
- חזרה הביתה בשעות לילה מאוחרות
- חברים חדשים – לעתים מבוגרים יותר או אנשים מפקפקים
- היעלמות כסף וחפצים בעלי ערך מהבית
- חשאינות – לגבי תוכניות, בילויים, חברים

• חוסר ריכוז

• אובדן זיכרון

• הזיות

• "בלק-אאוט"

• עישון בשרשרת

• שקרים

סימנים גופניים:

• עייפות מוגזמת

• אובדן משקל, תיאבון וחולשה

• שיעולים ודלקות חוזרות בדרכי הנשימה

• רגישות ו/או אדמומיות בעיניים

• נזלת אלרגית

• פריחה סביב הפה

- פצעים וכוויות

ברור שככל שמופיעים סימנים רבים יותר, כך צפויה הבעיה להיות חמורה יותר.

חשוב!

בנספחים למדריך זה מצורפים שאלוני CRAFT, אשר נועדו לאיתור הפרעות של שימוש לרעה או תלות באלכוהול ובחומרים פסיכו-אקטיביים.

קוביות מסר לשיבוץ בפרק זה:

- הגיל הממוצע לתחילת שימוש בסמים בישראל הוא 13 שנים בלבד והגיל לתחילת שימוש בחומרים נדיפים הוא 12 שנים.
- יש נטייה להחמיץ את גילוייו של שימוש באלכוהול ובסמים בקרב בנות.
- תלמידים עושים שימוש לרעה גם בחומרים "חוקיים" רבים, כגון דבק מגע, דלק או טיפקס.
- חומרים חוקיים עלולים להיות מסוכנים לשימוש לא פחות מסמים אסורים.

כיצד לשוחח עם נער במצוקה?

חשוב!

- לתת לנער תחושה שיש מי שמקשיב לו, דואג לו, מלווה אותו ואף יסייע לו לצאת מהמשבר.
- מובן שאין דרך אחת "נכונה" לגשת אל נער במצוקה, ויש מקום לפעול בגישה הפרטנית כלפי כל נער ונער, להפעיל את האינטואיציה וליישם את הניסיון המקצועי. עם זאת, נתאר כאן קווים כלליים של עקרונות היכולים לסייע לאיש המקצוע בכך, ולאחר-מכן יוצג תיאור מעשי של יישום עקרונות אלה.
- **יצירת סביבה בטוחה, תומכת ואמפתית לנער:** מומלץ לקחת את הנער לשיחה אישית בארבע עיניים במקום שקט, אשר לא צפויות בו הפרעות. על-מנת ליצור תחושה של אמפתיה והבנה יכול איש המקצוע לנתק את הטלפון שלו, להבהיר לתלמיד במפורש: "השיחה אינה מוגבלת בזמן", ולהזכיר לו כי הוא עומד לרשותו בכל עת בהמשך, לכשירצה לפנות.
- **הימנעות מגישה שיפוטית וביקורתית:** הנער אינו אשם בשום אופן במצוקתו הנפשית. גם אם כן, האשמתו לא תסייע לפתרון הבעיה, אלא להיפך. לעתים מומלץ על איש המקצוע אף לציין במפורש, כי הוא שואל ומתעניין מתוך דאגה ורצון לעזור, ולא מתוך ביקורתיות.
- **השארת כתובת לנער לפנייה בהמשך:** חשוב ביותר שהנער יחוש כי יש רציפות והמשכיות בטיפול של המערכת ושקיימת כתובת ברורה וזמינה (כולל מספר טלפון) שאליו הוא יכול לפנות. הדבר חשוב במיוחד מאחר שהכחשה והסתרה הן בעיות שכיחות אצל בני נוער, ויש להשאיר את האפשרות לנער לפנות בהמשך, כשיחוש נוח ובטוח יותר לדבר על הבעיה.
- **אין להימנע מהצגת שאלות ישירות על נושאים רגישים:** אף כי פעמים רבות מומלץ לדחות לשלב מאוחר יותר שאלות ישירות אודות נושאים רגישים, כגון: העדפה מינית, ניצול מיני, התעללות, שימוש בסמים, מחשבות או מעשי אובדנות, טראומות

- וכיוצ"ב – **אין לחשוש ולהימנע מהצגתן**. כאשר הדבר מבוצע בדרך אמפתית ורגישה, יוכל איש המקצוע להשיג תמונה ברורה יותר על מצבו של התלמיד, ואף לתרום לתחושת הנער כי יש מישהו הדואג ומבין באמת. מחקרים מצביעים על כך כי באופן זה ניתן להשיג מידע מהימן ולעלות על הדרך הטיפולית הנכונה. אין אמת בדעה לפיה שאלות ישירות אודות אובדנות עלולות להוביל לניסיון התאבדות. עם זאת, יש צורך ברגישות ובזהירות רבות, ולפעמים נדרשים יחסי אמון וקרבה מסוימים על-מנת שהדבר יתאפשר. בכל מקרה, יש להימנע מלהפוך סיטואציה זו למעין "חקירה" של הנער.
- **לא לשקר:** אין להסתיר מהנער את האמת, ובוודאי שאין לשקר לו. כנות ויושר הם אבני בסיס בטיפול הנפשי ובקשר הבין-אישי. חשוב להבטיח את סודיות השיחה ולהבהיר שמטרת השיחה איננה רכילות, אם כי יש להבהיר שישנם נושאים הקשורים בסכנת חיים, ואשר עליהם חלה חובת דיווח או יידוע ההורים לצורך מתן סיוע לנער. אם עולה נושא המחייב דיווח, אפשר להציע לנער ללוות אותו ולספר על כך, יחד אתו, להורים או לכל גורם מקצועי אחר.
 - **שימוש בסוגסטיבות:** לעתים קרובות עשויים מתבגרים להגיב באופן חיובי לסוגסטיבות, כלומר להתייחסויות ישירות ועקיפות לכך שיחול שיפור במצב. במקום לומר "אם תרגיש יותר טוב", אפשר לומר "כאשר תרגיש יותר טוב". שימוש אחר בסוגסטיה על-ידי איש המקצוע יכול לבוא לידי ביטוי באמצעות אזכור העובדה כי ראה כבר אחרים רבים במצב זה, והללו נעזרו מאוד בשיחות טיפוליות עם עובדת סוציאלית, יועצת בית-הספר, הפסיכיאטר וכו'.
 - **עבודה על "אנטי-סטיגמה":** כאן נודע תפקיד מכריע לאיש המקצוע להפחית מן הסטיגמה, שכביכול מי שנזקק לעזרת איש מקצוע הוא "פסיכי" או "דפוק" ושמי שנזקק לפסיכיאטר או לתרופה הוא "חולה" או "משוגע". חשוב שגם איש המקצוע עצמו לא יהיה נגוע בסטיגמה, ויעביר את המסר הזה בבהירות לנער ולהוריו.

תיאור מעשי של ניהול שיחה של יועצת בית-הספר עם

נער, שלגביו עולה חשש כי נמצא במצוקה

בחדר המורים, במהלך ההפסקה השנייה, פנתה המחנכת, טובה, ליועצת השכבה, אסתי: "כבר זמן רב שרצייתי לומר לך שעידו לא נראה לי טוב. משהו עובר על הילד הזה". עידו, תלמיד כיתה י' 3, ירד לאחרונה בציונים, אולם המחנכת הוטרדה יותר מכך שהוא נראה לה מכוּנס מדי בעצמו ומהורהר, שלא כהרגלו.

אסתי, היועצת, הזמינה את עידו לשיחה בחדרה. היא הקצתה שעה ארוכה לפגישה, על-מנת שיהיה לעידו די זמן ליצור עימה קשר, להיפתח ולשתף בקשייו – אם אכן יש כאלה. כשנכנס לחדרה, אסתי תלתה בהפגנתיות את השלט "נא לא להפריע", ואף שאלה את עידו אם הוא מעדיף שתנעל את הדלת כדי שלא יהיו הפרעות (ובכך העבירה לו את המסר שהשיחה חשובה לה במיוחד והיא אינה מוכנה לסבול הפרעות חיצוניות).

אסתי התיישבה על הכיסא מול עידו, מבלי ששולחנה חצץ ביניהם, על-מנת להגביר את תחושת הקרבה ביניהם. היא פתחה והסבירה מדוע עידו הוזמן: "לאחרונה התעורר הרושם בקרב צוות המורים, כי אולי קשה לך, ורצייתי לשבת בשקט ולברר איתך אם זה נכון". עידו הכחיש כל קיומה של בעיה, כמקובל בקרב בני נוער: "לא קרה כלום". אסתי הזכירה את הסימנים המדאיגים שנצפו על-ידי המחנכת שלו.

"זה כלום", פטר אותה עידו.

אסתי לא ויתרה: "אני מבינה שקשה לך לשתף אותי כעת. אני דואגת לך שאולי אתה מרגיש לא טוב או שקרה לך משהו. אני רוצה שתדע, שהדברים שנאמרים כאן נשארים בינינו. אני חושבת שאם תחלוק איתי, או עם מישהו אחר, את הנטל, אולי יוקל לך מעט". הבעת פניו של עידו השתנתה. הוא הרים מבטו מהרצפה, ובחן את אסתי, כאילו ראה אותה עכשיו לראשונה. הוא נאנח עמוקות.

"אני בזמן האחרון לא מרוכז בכלל".

"למה אתה מתכוון?"

"קשה לי להתרכז, אין לי מצב-רוח טוב".

"אתה מתכוון שיש לך מצב-רוח רע? אתה עצוב?"

"כן".

"זה נשמע לי מאוד לא נעים. אתה יכול לספר לי עוד על הרגשתך?"

"לא יודע. אף פעם לא היה לי דבר כזה, אבל מאז שסבתא שלי נפטרה, אין לי חשק לכלום".

"לאילו דברים למשל אין לך חשק?"

"אפילו לאכול. ירדתי 4 ק"ג, כי אין לי חשק לאכול, ואמא שלי מנדנדת לי למה אני לא אוכל ...".

בשלב זה צלצל מכשיר הטלפון בחדרה של אסתי. היא לא ענתה, ואף ניתקה את המכשיר, כך שהיה לעידו ברור שתשומת-הלב מופנית כעת אליו ורק אליו ולפתרון בעיותיו.

כך מצא עידו את המקום הבטוח והמבין, שבו יכול היה לגולל את תחושותיו, ששיקפו מצב של דיכאון, אשר התפתח לאחר אובדן משמעותי (מותה של סבתו), אך עשוי היה להופיע גם ללא גורם ברור.

אסתי סיימה את השיחה בכך שאמרה לו כי היא שמחה שהוא מצא את הכוח לשתף אותה, ושהיא מאמינה שזהו הצעד הראשון לשינוי ולטיפול. היא נתנה לו את הטלפון הנייד שלה, כדי שיוכל ליצור קשר עימה אם "ירגיש רע", וקבעה עימו פגישה נוספת, על-מנת לתת לו תחושת רציפות בהתייחסות אליו ולמצוקתו.

בפגישה הבאה, נראה היה שכבר חל שיפור מסוים במצבו של עידו. עצם השיתוף של גורם טיפולי בוגר וסמכותי והידיעה שיש כאן התחלה של טיפול, הקלו עליו מאוד. עם זאת, אסתי חששה שמא עידו הוא אובדני. כפי שמומלץ במדריך זה, היא לא נרתעה ושאלה אותו ישירות:

"האם אי-פעם חשבת לפגוע בעצמך?"

"למה את מתכוונת?"

"אמרת לי קודם שהיית מיואש, ואני שואלת אם היו לך מחשבות למות, להתאבד?"

שתיקה.

"אני מבינה שקשה לך לענות".

"כן, היו, אבל עכשיו כבר אין".

כך הבינה אסתי שבמהלך הדיכאון של עידו היו לו מחשבות אובדניות, והיא נסמכה על המידע הזה בהחלטתה להפנותו לאבחון מעמיק יותר אצל פסיכיאטר ילדים ונוער.

חשוב לציין כי במקרים רבים שבהם נתקלים בבית-הספר, די בהתערבות קצרה כדי להביא לשיפור, אולם באותם מקרים שבהם יש ליועץ ספקות לגבי ההתערבות מומלץ להיוועץ

בגורמים מקצועיים נוספים: פסיכולוג חינוכי, גורמי רווחה, רופא המשפחה או פסיכיאטר לילדים ונוער.

יש מצבים שבהם אפשר להסתפק בשיחה עם התלמיד אך יש מצבים, בעיקר כשלפי הערכת היועצת יש כאן סיכון, בהם צריך לשתף את הורי התלמיד ולהציע להם (או אף לחייב אותם, במצבים של חשש לאובדנות) לפנות לגורם מקצועי מחוץ לבית-הספר. על כל התפתחות מסוג זה בשיחה להיות מלווה בהרבה אמפתיה ודגש על אכפתיות ודאגה לשלומם של התלמיד.

בשלב זה של השיחה של אסתי עם עידו, עליה להבהיר לעידו שעליה להיוועץ בגורמים מקצועיים נוספים.

חשוב גם לברר עם עידו מה יודעים הוריו: האם הם מודעים למצבו? האם הם דואגים? ועל בסיס הדאגה המשותפת להציע לעידו לשתף את הוריו, ואפשר להציע גם לקיים שיחה משותפת עם ההורים.

קוביות מסר לשיבוץ בפרק זה:

- חשוב להתאים את הגישה הפרטנית לכל נער ונער.
- יצירת סביבה אמפתית, בטוחה ותומכת לנער היא הכרחית.
- יש להימנע מגישה שיפוטית כלפי הנער.

כיצד נראים הסמים?

כאן יש לשבץ את תמונות הסמים מהמצגות השונות – ד"ר חיים מהל

הפניה לאבחון פסיכיאטרי, לטיפול ומעקב

כדי לבחון אם אכן קיימת מצוקה נפשית אצל הנער ועל-מנת לעמוד על טבעה, דרושה הפניה לפסיכיאטר מומחה לילד ולמתבגר. על אף שקיימים אנשי מקצוע מעולים בתחומים דומים, כגון פסיכולוגים או עובדים סוציאליים, הרי שרק בידי הפסיכיאטר הכלים לבצע אבחון כולל ומקיף של הבעיה הנפשית ולרדת לחקרה, באופן שניתן יהיה לבנות, במידת הצורך, תוכנית התערבות וטיפול נאותה ויעילה. בהקשר זה חשוב להדגיש, כי בפסיכיאטריה המודרנית מקובל כי טיפול נפשי נכון, חייב שיהיה רב-מערכתי ורב-צוותי, וחובת הפסיכיאטר המאבחן לרקום תוכנית כזו המשלבת כמה התערבויות במקביל: לדוגמא – טיפול פסיכותרפי פרטני לנער, הדרכת הורים, הוראה מתקנת, התערבות סוציאלית וטיפול תרופתי.

מאידך, אבחון שגוי עלול להביא לטיפול מוטעה, שיגרום רק נזק. לדוגמא: דיכאון בילדים מתבטא לעתים קרובות באי-שקט. לכן, ילד מדוכא עלול להיות מאובחן בטעות כילד היפראקטיבי. ואז, הוא עשוי לקבל טיפול תרופתי בריטלין. ברם, ריטלין אינו מרפא דיכאון, ולעתים קרובות אף מחמיר אותו. יתר-על-כן, חשוב לדעת כי מצבים נפשיים רבים נגרמים בעטיים של מצבים גופניים, כגון בעיות הורמונליות או חסרים בתזונה. מצבים אלו כמובן לא ישתפרו תחת טיפול נפשי מקובל... לפיכך, רק רופא פסיכיאטר, המומחה לילד ולמתבגר, יכול לבצע אבחון מלא ומקיף של הפרעות נפשיות בגילאים אלה ולהמציא את הפתרון המקיף והמדויק.

ההפניה לפסיכיאטר, במסגרת שירותי הבריאות הניתנים, אינה שונה מכל הפניה לרופא מומחה אחר. השוני הקיים הינו בנוהג החלוקה של שירותי בריאות הנפש בארץ לאזורי טיפול. כך יוצא, שלכל יישוב ישנה מרפאה פסיכיאטרית מסוימת האחראית לו, ולרוב אין הוא יכול לקבל ייעוץ ממרפאה אחרת. עובדה זו הופכת בעייתית כאשר מזכירים את המספר הקטן של הפסיכיאטרים לילד ולמתבגר הפועלים בישראל, אשר מרוכזים בעיקר באזור מרכז הארץ. כך יוצא שבאזורי הפריפריה קשה יותר להיבדק על-ידי פסיכיאטר ילדים ונוער, ולעתים הבדיקה נעשית באיחור רב או על-ידי פסיכיאטר של מבוגרים, אשר אינו מצוי דיו בדקויות של גילאי הילדות וההתבגרות, ושל ההפרעות האופייניות לגילאים אלה.

כאשר מתגלה בעיה ברורה של שימוש לרעה או תלות בחומרים פסיכו-אקטיביים אצל נער, יש להפנותו לטיפול במסגרת יחידות "אלסם" הפזורות בערים שונות בישראל, או בתחנות הטיפוליות הפועלות בחסות משרד הרווחה במסגרת השירותים העירוניים השונים.

סיכום

השימוש לרעה בחומרים פסיכו-אקטיביים, וההתמכרות להם בקרב בני נוער בישראל, מהווים מגיפה חברתית ורפואית חמורה, העלולה להסב להם נזק התפתחותי רב ובלתי-הפיך – גופני ונפשי כאחד.

בשנים האחרונות, גיל הצעירים המשתמשים בחומרים שונים הולך ויורד, והנזקים אך עולים בהתמדה. הטיפוליים בבעיית השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים הינם מורכבים מאוד, ולעתים תכופות נכשלים. לפיכך, הפתרון היעיל והפשוט ביותר הינו, מן הסתם, על-ידי מניעה.

על-מנת לבצע תהליך מניעה יעיל, יש לאתר מוקדם ככל האפשר את בני הנוער בעלי התשתית הנפשית והאישיותית, המועדים לשימוש לרעה בחומרים. כיום ידוע, כי אלו הם אותם בני נוער הסובלים מסימנים ראשוניים של הפרעות ומצוקות נפשיות, כגון דיכאון, חרדה, הפרעת קשב וריכוז, הפרעות התנהגות ואחרות, המתוארות במדריך זה. לשון אחר: **איתור מוקדם ומתן טיפול מתאים לבני נוער הסובלים מסימנים ראשוניים של מצוקות נפשיות, עשויים לא רק להקל את סבלם ולשפר את תפקודם, אלא גם למנוע התפתחות של בעיית שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים.** זהו לב-ליבו של המדריך הזה.

למרבה הצער, בישראל של היום, זמינות החומרים הללו גדולה. יתר-על-כן, הנזק הנגרם לבני נוער מהחומרים האסורים בחוק (המכונים "סמים") קטן לעומת הנזק הנגרם מהחומרים ה"חוקיים", הנמצאים בכל בית, כגון אלכוהול וחומרים נדיפים שונים. מערכות החינוך, הרווחה והבריאות בישראל מתקשות להתמודד עם היקפה העצום של הבעיה, ונדרשת לכך מדיניות ברורה ותוכנית-אב לאומית.

תוכניות מניעה ואיתור מוקדם כגון מדריך זה הוכיחו עצמן כיעילות מאוד בתחומים שונים של בריאות הנפש בעולם כולו, בהפחתת שימוש בסמים ומעשי אובדנות, ובאיתור מוקדם של הפרעות נפשיות. תוכניות אלו יעילות בעיקר הודות לערנותם של אנשי המקצוע בשטח, המכונים "שומרי הסף" (Gatekeepers). הם אלו הבאים במגע יומיומי עם מספר גדול של בני נוער, ועליהם להיטיב לזהות את סימני האזהרה המוקדמים, לאתר את בני הנוער בסיכון ולהפנותם לאבחון מעמיק יותר ולטיפול. כך יכול אתה – המורה, עובד הרווחה, רופא המשפחה בקהילה או כל איש

מקצוע אחר – לעשות שירות שלא יסולא בפז עבור בריאותם הנפשית והתפתחותם של אותם בני

נוער.

בהצלחה!

נספחים

נספח 1:

התמכרויות בני נוער בראי המשפחה

מאת: איריס פלורנטין

האחראית להתמכרויות במשרד הרווחה

בני נוער משתמשים בחומרים פסיכו-אקטיביים, סמים, אלכוהול ונוטים להימורים ממניעים שונים, ביניהם: השתייכות לחברת השווים, בני גילם, רצון להיות חלק מהחברה, נטייה של בני נוער להסתכן ולהתנסות בדברים חדשים ובחוויות חדשות, תחושה של הנאה מהחומר ויכולת להתנתק מהמציאות לזמן קצר, לכאורה ללא נזק. כמו גם קשיים עם חברים, קשיים בבית ולחצים נוספים שאיתם קשה להם להתמודד, בשילוב ההנחה שהשימוש בחומרים נתפס תחילה כפתרון יעיל וקל שאינו בעייתי ומסוכן.

נער אשר משתמש בחומר נפגע ברמות שונות של תפקוד. אי-אפשר לצפות ולאבחן את הקושי שאותו חווה הנער/ה ללא בחינה מעמיקה ומערכתית ברמת המשפחה והסביבה.

הבחירה של נער/ה בשימוש בחומר מכל סיבה שהיא, הינה בחירה באמצעי ובדרך התמודדות שיוצרת קשיים ובעיות נוספות בהווה ובעתיד.

תפקידו של ההורה הוא להיות זה שנמצא שם בשביל הילד המתקשה לזהות את הקושי והבעיה, ולסייע בדרך לפתרון. למרבה הצער, רוב ההורים יודעים על השימוש מאוחר מדי, אם

בכלל, בעוד שהקושי מצריך התערבות משמעותית עקבית וסמכותית כדי לפתור אותו.

ידוע ואף צוין במחקר, שהורים אשר מבטאים עמדה ברורה נגד שימוש בסמים ובאלכוהול, שמים גבול ברור מול התנהגויות ממכרות של הנער ומקטינים את הסיכוי של בני הנוער לבחור בשימוש

בסמים כפתרון. לפיכך, הניסיון לגייס את ההורים להבנת אחריותם בתהליך הטיפול לקראת

פתרון הבעיה הינו תנאי משמעותי ביכולת לסייע לנער/ה לעלות על הדרך של הפסקת שימוש בסמים או באלכוהול.

הורים אשר גילו – או התברר להם – שילדם משתמש, חווים קושי רב ותחושה של חוסר אונים

ורגש אשמה, הם אינם יודעים מה נכון לעשות, כמה ללחוץ על הנער/ה להפסיק את השימוש

ומתי, ונתקלים במקרים רבים בסירוב של הנער/ה לפנות ולבקש עזרה. במצב זה, על המערכת

לתת סיוע, הדרכה ותמיכה רבים להורה לזיהוי הבעיה, והמאפיינים שלה. חיוני גם לתת להורה

לדבר על הקושי, ולהציג בפניו את דרכי הפניית הנער/ה לטיפול, תוך מתן אפשרות לנער/ה

להשתלב בטיפול ללא התערבות ההורה בתכנים, או לחלופין עם מעורבות ההורה במסגרת הטיפול, תוך קביעת הגדרות ברורות לגבי דרכי השותפות שיעוגנו בחוזה העבודה עם המטופל. כשמתגלה הקושי אצל הנער/ה, יש לסייע למשפחה להתמודד ולא להתמוטט מעוצמת הגילוי, הכעס והבלבול. התערבות יתר של ההורים מצריכה ויסות. התערבות יעילה תהיה זו אשר תסייע לנער/ה להבין שאין מנוס: הבחירה בטיפול הינה חובה וללא התערבות טיפולית הסיכוי לשיקום קטן.

התגייסותה של המשפחה לפתרון הבעיה מגדילה את הסיכוי לפתרון יעיל של הקושי, ורצוי שיהיה שיתוף פעולה ודיווח הדדי בין המשפחה לבית-הספר ולכל גורם מטפל או תומך אחר, בשיתוף וביידוע הנער/ה. חשוב שתהליך ההתגייסות יהיה מהיר, קצר וממוקד במטרות מוגדרות וברורות. יודגש שהטיפול בנער/ה שנפגע צריך שיהיה משולב ומערכתי, שצורכי הנער/ה יהיו במרכז, תוך התגייסות כל המערכות – המשפחתית, הטיפולית והסביבתית – לתמוך בתהליך הטיפולי בשיתוף פעולה ועדכון הדדי.

על-מנת למנוע התדרדרות נוספת במצבו של הנער/ה רצוי להתחיל את ההתערבות מוקדם ככל האפשר. במשפחות שבהן ההורה פחות משמעותי או בעל יכולת השפעה מוגבלת, עלינו לקחת חלק פעיל יותר בהנעת הטיפול והשמירה עליו.

עלינו לזכור שבמשפחות שהיתה קיימת בהן התמכרות, גם אם היא טופלה, קיים סיכון גבוה לפנייתם החוזרת של הילדים ובני הנוער לשימוש בחומרים ושם עלינו לבצע פעולות מוקדמות של מניעה עוד טרם התפרצות חוזרת של בעיית ההתמכרות והמשבר הנלווה אליה. תפיסת הטיפול בבני נוער בכלל, ובנוער בסיכון בפרט, תהיה זו של התארגנות רשתות תמיכה וטיפול לצורך בניית תוכנית מניעה וטיפול מתואמת לכל נער/ה, הכוללת חוזה עבודה עם המטופל, עם הנפגעים העקיפים ועם מטפלים מכבדים, אמפתיים המאפשרים עבודה סינרגטית.

נספח 2:

התמכרות כמחלה של המוח

מאת: ד"ר דבורה כהן

התפיסה המרכזית של המדע בן זמננו היא שכל התנהגות היא ביטוי של תפקוד המוח. פעילות המוח היא הבסיס לפעולות חיים פשוטות כמו הליכה, נשימה, להתנהגויות רגשיות ושכליות אנושיות מורכבות כמו זיכרון ולמידה, חשיבה, חיבור מוזיקה, קבלת החלטות, הנאה, מוטיבציה, ועוד. מסקנה הנובעת מכך היא שהפרעות רגשיות ושכליות הן הפרעות בתפקוד המוח, בדיוק כשם ששיבושים אחרים שמוכרים כ"מחלות נפש" עשויים להיחשב כמחלות של המוח. סמים הם קבוצה מגוונת של חומרים. הם משפיעים את השפעתם על חלקי גוף שונים אבל לכולם מכנה משותף: סמים משנים את תפקוד המוח.

המוח בנוי ממיליארדים של תאי עצב (נוירונים). כל תא עצב נמצא בקשר ישיר עם אלפי או עשרות אלפי תאי עצב אחרים. מספרים אלו מדגימים עד כמה מבנה המוח הוא מסובך ומורכב יותר מכל איבר אחר בגוף האדם. סמים משפיעים על המבנה והתפקוד של תאי העצב, על הקשרים ביניהם, פוגעים בתקשורת בין תאי עצב, ולפיכך מתערבים ומשבשים את התפקוד התקין של המוח.

השינויים האלה באים לביטוי בכל מדד שנבדק במוח במחקר מדעי: השפעה על ביטוי של גנים (גורמי תורשה), על תאי עצב (נוירונים) שבונים את המוח ובמיוחד על הקשרים ביניהם, וגם מידע על התנהגות והתנהלות החיים של מכורים. תמונת המוח של המכור שמתקבלת בדימות (הדמיה) שונה מתמונת המוח של אדם שאינו משתמש בסמים.

האדם, על מכלול תכונותיו והתנהגותו, הוא תוצר של תורשה וסביבה. בהשפעת השימוש בסמים נודע על ארגון שונה של התקשורת במוח באזורי מוח שונים, כולל אלה שקשורים בהנאה, במוטיבציה, ובקבלת החלטות. המעבר משימוש מזדמן בסמים להתמכרות אינו אחיד ותלוי בגורמים שונים, ואינו ניתן לניבוי, אבל תמיד זו מחלה כרונית של המוח. הגוף האנושי מצויד במנגנונים מורכבים שמסייעים לשמור על יציבותה של פעילות המוח, ופועלים נגד שיבושה.

השמירה על יציבות פעילות המוח מחייבת פעילות איזון עדינה. עודף פעילות עצבית, ולא רק מיעוט שלה, עלול לגרום לנזק. בעקבות השימוש בסמים מתרחשים במוח שינויים שנועדו לתקן את השיבוש.

המנגנונים שפועלים לתקן הינם מנגנונים טבעיים ונורמליים אחרים שקיימים בגוף (לדוגמא: שמירה על חום גוף תקין בטווח 36-37 מעלות צלזיוס), שמופעלים על-ידי הגוף באופן אוטומטי כתגובה לשינוי, ולא על-ידי החלטה של החברה או של האדם המכור. השינויים שנגרמים על-ידי פעולת הסמים ומנגנוני ניסיונות התיקון בתגובה, הם ארוכי טווח. ממצאים מצביעים על יעילות נמוכה של השיטות השונות בטיפול במכורים, לכן זוהי מחלה כרונית. "אני יכול להפסיק מתי שארצה?" לא ממש.

אחת השאלות שמעסיקה מדענים היא מדוע המכורים ממשיכים לקחת את הסם גם כשהם משתדלים להפסיק: מה השתנה במוחם? שינוי שנשמר שנים. ממצאים הובילו לכיוון תהליכים עצביים שגם הם נשמרים למשך זמן ארוך – זיכרון ולמידה. מחקרים שנערכו לאחרונה מגלים דמיון רב בין שינויים שמתרחשים במוח המתמכר לסמים, ובין שינויים שמתרחשים במוח בתהליך הלמידה והזיכרון.

המוח בנוי לבחור בחירות שמגבירות את ההישרדות בחיים, כולל גמול הנאה על פעולות אלה. התמכרות היא מחלה של המוח, של מוטיבציה ובחירה. בהתמכרות יש הצטמצמות חולנית של יכולת הבחירה, ומתן העדפה מוחלטת למטרות הקשורות לסמים, שלשימוש בהם נודעות תוצאות המאיימות על הקיום.

לגיל נודעת משמעות לגבי ההשפעה ההרסנית של סמים על תאי המוח: השפעתם חריפה ומזיקה יותר אצל צעירים, והנזק אף גדול יותר. מחקרים מצביעים על כך שתקופת ההתבגרות היא תקופה של שינויים בקשרים בין תאי העצב, ותקופה זו מסוכנת במיוחד. רבים מהטיפולים הידועים כיום נכשלים בריפוי המכורים. התמכרות היא, כאמור, מחלה כרונית, והמועדות למחלה, קשה לניבוי מראש. למעשה, לא ניתן לחזות מראש מי מהמשתמשים יחלה ומי לא. לפיכך, אך טבעי שהתרופה הטובה ביותר – היא המניעה.

שאלוני עזר לאיש המקצוע

רשימת תיוג לאיתור סימני מצוקה ואזהרה

יש לעבור על כל הסעיפים ולציין ליד כל סעיף (בריבוע מימין) את הניקוד המתאים ולסכם את סך הנקודות המצטבר.

- כאשר סעיף מסוים מתמלא באופן קיצוני, יש להוסיף לו נקודה נוספת.
- כאשר סעיף מסוים מתבטא באופן חריף (שינוי חד) אצל הנער, יש להוסיף לו נקודה נוספת.

לדוגמא: אם ישנו עיסוק מוגבר בהצתת אש (2 נק'), המגיע עד כדי הצתת רכוש, יש להוסיף 3 נק' במקום 2 נק'.

אם נערה פגעה בגופה בעבר תקבל 2 נק' – אולם אם התנהגות זו החלה לאחרונה באופן חריף, עליה לקבל 3 נק'.

א) שינוי התנהגותי:

- ☐ קטטות ואלימות (1 נק')
- ☐ הקצנה בהתנהגות (1 נק')
- ☐ יחסי מין לא מבוקרים (2 נק')
- ☐ הצטרפות לקבוצות קיצוניות או אזטריות (כגון "כת השטן") (1 נק')
- ☐ עיסוק מוגבר בהצתת אש ובמשחק עם אש (2 נק')
- ☐ חזרה בתשובה או בשאלה (2 נק')
- ☐ התכנסות, הסתגרות והתרחקות, אובדן עניין בתחומים שבעבר היו חשובים (2 נק')
- ☐ ירידה בביטחון העצמי (1 נק')
- ☐ ירידה במוטיבציה עד כדי אדישות (2 נק')
- ☐ מצבי-רוח משתנים (2 נק')

☐ מראה עצוב או מדוכא (2 נק')

(2) ירידה בריכוז ובלמודים:

☐ ירידה בציונים (1 נק')

☐ ירידה בעניין בלימודים (1 נק')

☐ ירידה במוטיבציה (1 נק')

☐ קשיים בהתבטאות מילולית (2 נק')

(2) פגיעות עצמיות:

☐ חיתוך אמות הידיים או הרגליים (2 נק')

☐ גרימת כוויות (2 נק')

(3) **(להוסיף ריבוע)** התעסקות במוות/בהתאבדות – העיסוק יכול להיות באופן ישיר (הנער יספר כי יש לו מחשבות אובדניות) או באופן עקיף (הקשבה למוזיקה העוסקת במוות, כתיבת חיבורים אודות מוות או התעסקות רבה בספרות או בפילוסופיה סביב נושא זה) (5 נק')

(4) **(להוסיף ריבוע)** עישון, שתייה מרובה של אלכוהול או שימוש בסמים – במיוחד בגיל צעיר (5 נק')

(5) התנהגות מינית חריגה. יש לשים לב:

☐ להתנהגות או לבוש פרובוקטיביים (1 נק')

☐ ליחסי מין מוקדמים יחסית למקובל בחברה הקרובה (2 נק')

☐ לקיום אונס או התעללות מינית בעבר (2 נק')

☐ לדיבור מוגזם על הנושא, כולל עיסוק או גילוי עניין חריג בסטיות מיניות (1 נק')

(6) התנהגות אלימה:

☐ התנהגות אלימה כלפי בני-אדם ו/או כלפי בעלי-חיים (2 נק')

☐ פגיעות ברכוש (ונדליזם) (2 נק')

(3) התנהגות מרדנית ואנטי-חברתית:

☐ התחצפויות רבות (1 נק')

- ☐ שקרים (1 נק')
- ☐ אלימות (1 נק')
- ☐ התייחסות בביטול לנורמות חברתיות (1 נק')
- ☐ חוסר משמעת (1 נק')
- ☐ זלזול באחר (1 נק')

ח) התעסקות מרובה ומוגזמת במראה הגוף:

- ☐ פירסינג (1 נק')
- ☐ קעקועים (1 נק')
- ☐ דיאטות (1 נק')
- ☐ הימנעות מאכילה (2 נק')
- ☐ הקאות (2 נק')
- ☐ התעניינות מופרזת בניתוחים פלסטיים ובטיפולים קוסמטיים שונים (1 נק')
- ☐ החלפת תסרוקות תכופה (1 נק')

7) הופעה חיצונית ומצב גופני:

- ☐ לבוש מוזר או חריג (1 נק')
- ☐ רישול והזנחה (2 נק')
- ☐ ירידה או עלייה במשקל (2 נק')
- ☐ עייפות רבה (2 נק')
- ☐ עיגולים שחורים תחת העיניים (2 נק')
- ☐ חיוורון (2 נק')
- ☐ חרדה (2 נק')
- ☐ כאבים פסיכוסומטיים רבים, תלונות רבות על כאבים באזור אחד או יותר בגוף, כגון כאבי בטן או ראש (2 נק')

ברשימה זו לא הובאו סימנים **מובהקים** להפרעות נפשיות המצריכות טיפול פסיכיאטרי, כגון:
הזיות, ניסיון אובדני, התנהגות אלימה או עבריינית. כל אלה הינם גורמי סיכון משמעותיים
ומובהקים.

שאלון CRAFFT להערכת חומרת השימוש באלכוהול

ובסמים

- (1) האם אי-פעם נסעת **במכונית** שבה נהג מישהו (כולל אתה), אשר היה "מסטול" או שהשתמש באלכוהול או בסמים? 1 כן 0 לא
- (2) האם אי-פעם השתמשת באלכוהול או בסמים כדי להירגע, כדי להרגיש טוב יותר עם עצמך או על-מנת להשתלב חברתית? 1 כן 0 לא
- (3) האם אי-פעם השתמשת באלכוהול או בסמים בזמן שנמצאת **לבדך**? 1 כן 0 לא
- (4) האם אי-פעם **שכחת** דברים שעשית בעת שהשתמשת באלכוהול או בסמים? 1 כן 0 לא
- (5) האם **משפחתך או חבריך** אמרו לך אי-פעם שעליך להפחית בשתיית אלכוהול או בשימוש בסמים? 1 כן 0 לא
- (6) האם נקלעת אי-פעם **לצרה** בעת שהשתמשת באלכוהול או בסמים? 1 כן 0 לא

כל תשובה חיובית מקבלת 1 נקודה.

ניקוד מצטבר של 2 נקודות ויותר מציין כי המתבגר נמצא בסיכון גבוה להיות בעל הפרעה הקשורה לשימוש באלכוהול או בסמים.

המחבר: פרופ' ג'ון נייט, אוניברסיטת הארוורד, ארצות-הברית.

תרגום לעברית: ד"ר גל שובל, המרכז לבריאות הנפש "גהה", פתח-תקווה.

shovgal@tau.ac.il