

צעירים בטיפול בבריאות הנפש: צרכים, דפוסי שימוש ופיתוח מענים מותאמים סקירת ספרות

גילי חטר-ישי, דויד רועה, ליאור ביטון, סיגל זילכה-מנו

רקע: גיל המעבר לבגרות מתאפיין בשינויים תכופים, בלבול וצורך בהכרעה בתחומים רבים כמו השכלה, תעסוקה ומשפחה. לכן מלווה גיל זה לעיתים במצוקות נפשיות. מרבית ההפרעות הנפשיות פורצות לפני גיל 25. צעירים רבים חווים מצוקה נפשית שאינה עונה על ההגדרה של אבחנה פסיכיאטרית, אך גורמת לירידה בתפקוד ופוגעת באיכות החיים. עם כל זאת צעירים ממעטים לפנות לשירותי בריאות הנפש.

מטרת המאמר: סקירת דפוסי השימוש בשירותי בריאות הנפש הציבוריים של צעירים החווים מצוקה נפשית בעולם ובישראל ופירוט החסמים והצורך בהתאמת שירותים לצרכיהם.

ממצאים: מהסקירה עולים חסמים מגוונים העומדים בפני פנייה לטיפול כמו סטיגמה, תחושה שאפשר ואולי עדיף להתמודד לבד, ואי אמון בטיפול. צעירים שפנו לטיפול נטו להשתתף בטיפולים מעטים. נגישות, דיסקרטיות, שפה צעירה ומיקוד בתכנים רלוונטיים הם חלק מהמאפיינים של מענים מוכוונים צעירים שפועלים ברחבי העולם, בהובלת תוכנית הדספייס האוסטרלית. מטרת תוכנית זו להנגיש את הטיפול הנפשי לצעירים, והיא פועלת בפריסה לאומית עם שלוחות בעולם. תוכנית הדספייס החלה מיושמת בישראל כדי לענות על הצרכים המקומיים.

השלכות למדיניות: המאמר מפנה זרקור לאוכלוסייה צעירה רב-תסמינית ומציג חסמים נפוצים לקבלת עזרה, ואת דפוס השימוש של צעירים בטיפול. סקירה זו מדגישה את הצרכים הייחודיים של צעירים ומדגימה בעזרת תיאור תוכנית הדספייס את האפשרות למענה מותאם עבורם. הקמת תוכנית הדספייס בישראל בתמיכת המוסד לביטוח לאומי היא חלק מהכרה לאומית בחשיבות ייחוד מענים לצעירים.

מילות מפתח: בגרות צעירה, טיפול לנוער, שימוש בשירותים, מצוקה נפשית, צעירים

רקע

גיל ההתבגרות והבגרות הצעירה מלווה פעמים רבות בהתפתחות מצוקות נפשיות, אשר אף שאינן עומדות בדרישת הסף לקבלת אבחנה פסיכיאטרית, הן גורמות לירידה בתפקוד בתחומי חיים שונים ופוגעות באיכות החיים. במקביל, בגילים אלה הפנייה

התקבל במערכת: 6.2018; אושר לפרסום: 10.2018; נוסח סופי: 10.2018

לטיפול מועטה, ומי שכבר פונה לטיפול בדרך כלל אינו מתמיד ומספר הפגישות הטיפוליות שלו קטן. לאור הבנת הצורך בטיפול ייעודי לאוכלוסייה זו, מוקמים בשנים האחרונות שירותים ייחודיים המספקים טיפול קצר-מועד, עם מאפיינים ייחודיים לצעירים, שמטרתם להגביר דפוסי קבלת עזרה והתערבות מוקדמת בשלבים טרום אבחנתיים. אחד המודלים שמובילים את השינוי הוא מודל הדספייס האוסטרלי שעל פיו הוקמה תשתית רחבה של מרכזים ברחבי אוסטרליה בעשור האחרון, ואף התרחבה למדינות אחרות, ובהן ישראל. מטרת המאמר הנוכחי לסקור את הספרות המקצועית מישראל ומהעולם על הקשיים הנפשיים שעומים מתמודדים צעירים, על תוכניות המיושמות בעולם כמענה ייחודי עבורם, על דפוסי השימוש בהן ועל מודל הדספייס האוסטרלי המיושם בישראל.

סקירת ספרות

בריאות נפשית בקרב צעירים בגיל המעבר לבגרות

גיל ההתבגרות והבגרות הצעירה מתאפייין בשינויים פיזיולוגיים, רגשיים ונפשיים. ההתבגרות המינית העיקרית בשלב זה קשורה בלביליות רגשית ניכרת, ואף בהתנהגויות מקדמות או מסכנות בריאות. מעבר לשינויים הפיזיולוגיים, בתקופה זו הצעיר עוסק בגיבוש זהותו העצמית בכלל ובגיבוש זהותו המינית והמגדרית בפרט, תהליך מורכב העשוי להוביל למצוקה נפשית (Sawyer et al., 2012). בשנים האחרונות עלתה ההכרה כי גיל ההתבגרות התארך והוגדר שלב חדש – הבגרות הצעירה, המציג אתגרים ייחודיים כמו בלבול ואי בהירות בנוגע לעתיד, בצד ציפיות חברתיות לקבלת החלטות במשימות התפתחותיות כגון רכישת השכלה, הקמת משפחה ומציאת עבודה (Arnett, 2007). השינויים בתפקידים החברתיים בתקופה זו עשויים לעורר מתח ומצוקה בקרב הצעירים. ואכן, צעירים בני 12-25 מציגים את השכיחות הגבוהה ביותר למחלות נפש, שהן הגורם הראשון במעלה למוגבלות בגילים אלה (De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi, & McGorry, 2012; Gore et al., 2011). לפחות 75% מההפרעות הנפשיות מתחילות לפני גיל 25 (Kessler et al., 2005). גם בישראל נמצא כי בקרב כרבע מהמתמודדים עם הפרעות דיכאון או חרדה במהלך החיים, ההפרעה הופיעה לראשונה בגיל 25 ומטה (Levinson, Zilber, 2007). רבות מהמצוקות הנפשיות עשויות להפוך לכרוניות אם לא יקבלו מענה או אם יקבלו מענה שאינו מתאים, ועשויות להשפיע על בריאותו הנפשית, רווחתו האישית ואיכות חייו של הצעיר (De Girolamo et al., 2012). נמצא כי בריאות נפשית ירודה בגיל צעיר מקושרת לבעיות רגשיות והפרעות פסיכיאטריות בגיל מבוגר (Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007).

מצוקות נפשיות של צעירים כוללות פגיעה בהיבטים תוך אישיים ובין אישיים, ועשויות להתבטא בתסמינים דיכאוניים וחרדתיים, קושי בקבלת החלטות וקונפליקטים במשפחה (Kessler et al., 2009). ברמה התפקודית עשויה מצוקה נפשית להוביל לקשיים בהשתלבות בלימודים, תעסוקה לא יציבה ותפקוד משפחתי וחברתי לקוי (Hamilton, Naismith, Scott, Purcell, & Hickie, 2011). במקרים קיצוניים עשויה המצוקה להתבטא אף באובדנות, שהיא סיבת המוות השנייה בהיקפה בגילים אלה (World Health Organization, 2017). בקרב צעירים נראית בדרך כלל תמונה רב-תסמינית, שאינה מתאימה להגדרות של אבחנה אחת. כלומר להפרעה אחת, ואף נצפית קו-מורבידיות גבוהה עם שימוש בחומרים ממכרים (McGorry, 2013). בנוסף, בנות העידו על בריאות נפשית ירודה לעומת בנים. מצב חברתי-כלכלי נמוך לאורך זמן ועיסוק בשאלת הזהות המינית והמגדרית נמצאו קשורים במצוקה נפשית (Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999; Landstedt, Coffey, & Nygren, 2016). המצוקה, השלכותיה התפקודיות והסיכון לתחלואה כרונית עשויים להפוך לנטל על החברה גם מבחינה כלכלית; כך לדוגמה מדווח בכריטיניה, ומשוער שכך גם בישראל (Aviram & Azary-Viesel, 2015; Fineberg et al., 2013). בהתאם למגמה העולמית גם בישראל גוברת המודעות למאפיינים הייחודיים של תקופת הבגרות הצעירה על שלל אתגריה.

מצוקה נפשית בקרב צעירים בישראל – היקף התופעה

המידע האפידמיולוגי הקיים היום בישראל מתייחס בדרך כלל לחלוקה המסורתית לנוער (גיל 12-18) ולמבוגרים (18 ומעלה). על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2017) אפשר להעריך כי צעירים בגיל המעבר לבגרות (גילאי 12-25) הם כ-18% מאוכלוסיית המדינה, נכון לסוף שנת 2014. סקר נרחב באוכלוסייה הכללית בישראל (Farbstein et al., 2010) מלמד כי 11.8% מבני-הנוער בגיל 14-17 סובלים מתסמינים נפשיים הגורמים למצוקה ופוגעים בתפקודם, זאת בדומה ליתר מדינות העולם (Farbstein et al., 2010). בין ההפרעות הנפשיות הנפוצות: דיכאון (3.3%), הפרעת קשב וריכוז (3%), פוביות ספציפיות (2.5%), הפרעת התנהגות (1.8%), הפרעת חרדה כללית (1.4%) והפרעה טורדנית כפייתית (1.2%). תסמינים נפשיים רבים יותר נמצאו בקרב יהודים, ילדים למשפחות חד-הוריות, ילדים עם לקויות למידה וילדים עם מוגבלות חושית.

בסקר חברתי שנעשה בישראל ב-2013 נשאלו צעירים בני 20-24 על מספר הקשיים הרגשיים (כמו לחץ ודיכאון) שחוו בשנה האחרונה. 14% מהם העידו על שני קשיים רגשיים או יותר, ו-7% העידו כי הזדקקו לטיפול פסיכולוגי (כאהן-סטרבצינסקי, עמיאל וקונסטנטינוב, 2016). בסקר מ-2013 עלה כי 28% מהבוגרים בישראל (מעל

גיל 21) דיווחו על מצוקה נפשית שהתקשו להתמודד עימה לבדם בשנה שקדמה לסקר, ו-26% דיווחו שחשו מצוקה נפשית אי פעם. כ-55% מהמדווחים על מצוקה נפשית אף חווים בעקבותיה קשיים בתפקוד היום-יומי (אלרועי, רוזן, אלמקייס וסמואל, Brammli-Greenberg & Medina-Artom, 2015; 2017). גילאים אלה מועדים יותר גם לניסיונות אובדניים: כמחצית מניסיונות ההתאבדות של בנות וכ-41% מהניסיונות של בנים היו בגילים 10-24 בשנת 2014 (משרד הבריאות, 2016).

דפוסי פנייה לשירותי בריאות הנפש וחסמים בקרב צעירים

התערבויות בשלבים מוקדמים של הופעת מצוקות נפשיות אצל צעירים עשויות לשפר את בריאותם הנפשית, את רווחתם, את יצרנותם ואת הגשמתם העצמית (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood, & Hickie, 2014). למרות זאת יש פער ניכר בין מספר הזקוקים לטיפול נפשי לבין מספר מקבלי הטיפול בפועל (Andrade et al., 2014). בסקר לאומי נרחב בארצות-הברית נמצא כי עד כ-80% מהנוער אינם פונים לקבל מענה לקשייהם הנפשיים (Costello, He, Sampson, Kessler, & Merikangas, 2014). גם בקרב בוגרים צעירים באוסטרליה, אירלנד ובריטניה נמצא כי צריכת שירותי בריאות נפש היא נמוכה ביותר (McGorry, Bates, & Birchwood, 2013). בדומה לאוכלוסייה הבוגרת, הסיבות שנמצאו לאי-השימוש בשירותי בריאות הנפש רבות ומגוונות, ועיקרן: סטיגמה המשויכת לקבלת שירותי בריאות הנפש, אי הבנת חומרת המצב, חשש מחשיפה, תחושת יכולת לפתור את המצב בעצמם, קשיי תחבורה, חוסר זמן, פסימיות בנוגע ליעילות הטיפול הנפשי, אי אמון במערכות הטיפול הנפשי ואי התאמה של השירותים לצורכי הצעירים (Ben-David, Cole, Spencer, Jaccard, & Munson, 2017; Pottick, Bilder, Vander Stoep, Warner, & Alvarez, 2008). נמצא שסטיגמה, חיסיון ואמון, הם החסמים השכיחים ביותר במטא-אנליזה העוסקת בחסמים (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). בחינת הגורמים שאליהם פונים צעירים במצבי מצוקה נפשית מעלה כי הצעירים נוטים לפנות פחות אל מערכות הבריאות להתייעצות בנושאים רגשיים, ופעמים רבות ההורים הם הגורם הראשון שאליהם פונים. לכן יש להם תפקיד חשוב בפנייה לקבלת טיפול נפשי. אך גם בקרב משפחות יש חסמים בפני פנייה לשירותי בריאות הנפש: רמת הידע של ההורים על מצבים נפשיים ויכולתם לזהות את חומרתם, בושה וחשש מהסטיגמה הקשורה בשירותים אלה, וחסמים לוגיסטיים הקשורים במשאבים אובייקטיביים של ההורה כמו זמני ההמתנה לקבלת ההפניה ולטיפול, ומחיר הטיפול (Reardon et al., 2017).

אם כן, דפוסי הפנייה של אוכלוסייה זו מדאיגים. בישראל טרם פורסמו נתונים על גילאים אלה, בגלל חלוקת השירותים המסורתית הן בפרקטיקה והן במחקר

האפידמיולוגי. על כן יוצגו נתונים על נוער בנפרד מאוכלוסיית הבוגרים הכללית, אף שקשה להסיק מכך על הבוגרים הצעירים (18-25). בסקר הלאומי האחרון בנושא נמצא כי רק 34% מבני הנוער המאובחנים בתסמיני הפרעות נפשיות, ורק 40% מהאימהות לבני נוער הסובלים מהפרעות נפשיות, פנו לסיוע מקצועי (Mansbach-Kleinfeld et al., 2010). יעוצות בתי הספר והמורים היו גורמי הפנייה השכיחים ביותר. אחוז קטן בלבד מאותן אימהות פנו לרופא ילדים (4%). אימהות לבני נוער שחוו תסמינים אקסטרניזיים כמו הפרעות קשב וריכוז וקשיי התנהגות פנו יותר לעזרה מקצועית מאשר אימהות לבני נוער שחוו תסמינים אינטרניזיים כמו דיכאון. באותו סקר נמצא כי צרכיהם הנפשיים של בני הנוער בישראל אינם נענים ברובם (60%) (Mansbach-Kleinfeld et al., 2010). במקביל נמצא כי בקרב המבוגרים בישראל רק כשליש (36%) ממי שחשו מצוקה נפשית בשנה האחרונה פנו לטיפול מקצועי של פסיכיאטר, פסיכולוג או רופא משפחה (אלרועי ועמיתים, 2017). החסמים בפני שימוש בשירותי בריאות הנפש בישראל דומים לאלו שנמצאו בספרות העולמית. החסמים העיקריים שזוהו אצל בני הנוער בישראל הם הסטיגמה על קבלת שירותי בריאות הנפש, החשש מחשיפה ואי אמון במהות ובאיכות של השירות (Kaim & Romi, 2015; Sterne & Porter, 2013). גם ריבוי הגורמים הנותנים שירותים לבני הנוער יוצרים אי בהירות בדבר הגורם שאליו יש לפנות (Mansbach-Kleinfeld et al., 2010). סקר עולמי של ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) בחן דפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש בקרב בוגרים בני 18 ומעלה המאובחנים בהפרעה נפשית על פי קריטריוני DSM ב-24 מדינות, ובהן ישראל (Andrade et al., 2014). נמצא כי בישראל עמדות אישיות הן המעכבות פנייה לטיפול יותר מחסמים מבניים ולוגיסטיים (כמו זמן המתנה, נגישות פיזית למקום ועוד), ללא קשר לחומרת התסמינים. החסם העיקרי שנמצא בפני שימוש בשירותי בריאות הנפש הוא תפיסה של אי צורך בעזרה (Andrade et al., 2014). חסם זה קיבל משנה תוקף גם בסקר עדכני שמצא כי אצל מבוגרים שחשו מצוקה נפשית אך לא פנו לעזרה, עלה כי הרצון להתמודד עם הבעיה בעצמם הוא הסיבה השכיחה ביותר לאי פנייה (49%) (אלרועי ועמיתים, 2017). אחריו דווחו אי אמון ביעילות הטיפול, אי נגישות המידע, עלות כספית, אי זמינות השירותים וסטיגמה. כלומר, גם בקרב נוער ומבוגרים בישראל מוצג שימוש מועט במשאבי טיפול בגלל חסמים הנובעים מעמדות אישיות וגורמים לוגיסטיים.

שירותי בריאות הנפש מוכווני-צעירים – מאפיינים וצרכים

העובדה שמחלות נפש פורצות לרוב בגיל העשרה והבגרות הצעירה, הכרה בחשיבות ההתערבות המוקדמת, והבנת החסמים העומדים בפני שימוש בשירותים, היו אמורות

להנחות הקצאת משאבים רבים לפיתוח התערבויות ספציפיות לגילאים אלה. אך מרבית השירותים עבור גילאים אלה עדיין מחולקים באופן המסורתי – לנוער ולמבוגרים בני 18 ומעלה – ואינם מוכוונים ספציפית לתקופה ייחודית זו, שיש בה מאפיינים קליניים ייחודיים הדורשים גישה אינטגרטיבית כמענה לנושאים רגשיים, התנהגותיים או משפחתיים (Kelley, de Andrade Kelley, De Andrade, Sheffer, & Bickman, 2010). יתרה מכך, מחקר שבדק במטא-אנליזה רחבה ועדכנית (Weisz et al., 2017) מגוון רחב של גישות וטיפולים פסיכולוגיים מסורתיים מבוססי ראיות, מצא אפקט בינוני בלבד לטיפול פסיכולוגי בנוער. נתון זה מושפע ככל הנראה ממיעוט המחקרים שבדקו טיפול בתסמונת מרובה המאפיינת צעירים, ומהקושי למדוד תוצאות של תמונה קלינית כזו. אם כן, אין פלא כי בסקר עולמי עלה כי רק למדינות מעטות (14 מתוך 191) יש מדיניות מוצהרת על שירותי בריאות הנפש של נוער וצעירים (Shatkin & Belfer, 2004).

כחלק מאותה מגמה, הציג ארגון הבריאות העולמי קוים מנחים ליצירת שירותי בריאות כולל וידידותי לנוער (World Health Organization, 2012). במקביל נערכו מחקרים בכמה מדינות (בראשן אוסטרליה), וזיהו את הצרכים הייחודיים בטיפול נפשי לצעירים: דיסקרטיות עם הקפדה יתרה על פרטיות, התייחסות לאתגרים התפתחותיים כמו פיתוח קריירה וחשיבה על העתיד, סיוע בהפחתת סטיגמה, ויצירת גישה קלה וזמינות (תחבורה נוחה, מידיות, ועוד). נושא המידיות חשוב במיוחד, שכן נמצא שהמתנה ממושכת לטיפול קשורה להפחתת הסיכויים להתחלת הטיפול (Westin, Barksdale, & Stephan, 2014). שיתוף הצעירים נמצא חשוב במיוחד: כבוד לרצונם להתמודד בעצמם, קידום מיומנויות לניהול עצמי, ומעורבותם בכל רמות הפעילות של השירות (Malla et al., 2016; Muir, Powell, & McDermott, 2012). באופן כללי, על מסגרת ההתייחסות בשירות לצעירים להיות אופטימית ומניעתית במסריה, ועליה להשתדל ליצור חוויה חיובית. חוויה זו חשובה לעידוד הפנייה הראשונית לעזרה אך גם להתמדה בטיפול. נמצא שאפילו חוויות שליליות מהמפגש הראשוני עם השירות (חומרי פרסום, מיקום, מענה טלפוני) מעכבות התנהגויות בקשת עזרה (Schrank, Brownell, Tylee, & Slade, 2014).

ב-2015 יושמה בישראל הרפורמה בבריאות הנפש, ובמסגרתה הועברו שירותי בריאות הנפש לאחריותן של קופות החולים. הרפורמה חתרה להפחתת שיעורי האשפוזים הפסיכיאטריים ולאיחוד שירותי בריאות הנפש עם כלל שירותי הבריאות תוך הקטנת הסטיגמה כלפי המתמודדים עם קשיים נפשיים (Rosen, Waitzberg, & Markur, 2015). עם זאת, על אף הנתונים המדאיגים על שכיחות הקשיים הנפשיים באוכלוסייה, פחות מ-5% מתקציב הבריאות מיועדים לבריאות הנפש, לעומת כ-10% במדינות OECD אחרות; ופריסת המרפאות עודנה חלקית (Aviram & Azary-Viesel, 2014).

בנוסף, כיום בישראל אין עדיין מדיניות בריאות נפש ברורה ואין קו מנחה לצעירים (ראובן ותורג'מן, 2015). למעשה, מלבד סנונית ראשונה שתואר בהרחבה בהמשך, לא מתועדים שירותי בריאות ציבוריים ייעודיים לתקופת המעבר לבגרות על מצוקתיה הייחודיות. חשוב לציין כי שירותים מכווני נוער קיימים בגופים ציבוריים אחרים, כמו שירותי הרווחה ועמותות ייעודיות לאוכלוסיות צעירים בסיכון, אך בדרך כלל הטיפול בכריאות הנפש אינו מטרתם העיקרית. כמו כן, שירותים אלו כפופים לחלוקת הגיל המסורתית, והם נותנים שירותים לנוער עד גיל 18 בנפרד, ואילו בני 18 ומעלה מטופלים במסגרת שירותים למבוגרים. כך נוצר מצב של פיצול שירותים בין גופים שונים עבור גיל המעבר לבגרות. יתרה מכך, במסגרת הרפורמה, קבלת טיפול נפשי תלויה באבחנה ובהיצמדות לדיאגנוסטיקה הרפואית המקובלת, תנאי שעשוי לשמר את הסטיגמה המקושרת לתחום, ולהוות חסם משמעותי בפני פנייה ראשונית. כיום, למעשה, לאור החלוקה המסורתית, עומדות לפני בני הנוער והצעירים שתי אפשרויות: שירותים המיועדים לאוכלוסייה המבוגרת, שלעיתים מציגה תמונה כרונית יותר, או שירותים המיועדים לילדים, שאינם מתאימים למתבגרים (Sterne & Porter, 2013). אם כך, כדי להתאים את שירותי הטיפול הנפשי לצעירים יש להבין כיצד הם צורכים את הטיפול.

היענות צעירים לטיפול

נוסף לקושי ביצירת מענים שיעודו פניית צעירים לעזרה, יש אתגר בהתמדתם בטיפול. מחקרים מעריכים כי 40%-60% מהצעירים נושרים מהטיפול לפני מיצויו, בין היתר כי הם תופסים את הטיפול כלא מסייע (Miller, Southam-Garcia & Weisz, 2002; Gerow, & Allin, 2008). צעירים אינם מתמידים בטיפולים ארוכים: מילר ועמיתיו (Miller et al., 2008) מצאו כי פחות משליש מבני הנוער שפנו לטיפול במרפאה קהילתית הגיעו לממוצע הטיפולים של המדגם – 8 טיפולים. מכאן שיש צורך בהתאמת טיפולים קצרי מועד עבורם (Schleider & Weisz, 2017). קשה להבחין במאפיינים המנבאים נשירה של בני הנוער מטיפול או התמדה בו, ומחקרים חלוקים לגבי זה. כך גם בנוגע לכמות הטיפולים הנדרשת להשגת תוצאות. לדוגמה: הבחנה בין הפרעה קלה (הסתגלות) להפרעות אחרות (דיכאון, חרדה וכדומה) נמצאה קשורה להשתתפות בטיפולים מעטים יותר, אך חשיפה למצבי דחק קשורה להשתתפות בטיפולים רבים יותר. עם זאת, המנבאים שפורטו לא הצליחו לנבא את מרבית מקרי הנשירה מטיפול (75%) (Miller et al., 2008). ייתכן שהדבר נעוץ בהגדרות הנשירה על פי רוב, מיצוי מלוא הפגישות שמציע השירות נחשב לתוצאה רצויה, והפסקת הטיפול נחשבת כנשירה ומציינת אי מיצוי התהליך ואי עמידה בתוכנית הטיפולית (Roe & Davidson, 2017). מושגים אלו שאובים מעמדת המטפל, הרואה את התהליך

כלא מוצלח או מאכזב. בעבודה עם צעירים עולה צורך בשינוי תפיסתי המאתגר עמדה זו ואת החשיבה על משך הטיפול וסיומו.

במחקר עדכני שנעשה במסגרת טיפולית ייעודית לצעירים באוסטרליה, הדספייס, נמצא כי מגדר, חומרת תסמינים ותפקוד מנבאים את מספר הטיפולים שנקבעו וההגעה אליהם. גברים נטו לקבוע יותר פגישות, וככל שהציגו תסמינים חמורים יותר – הגיעו ליותר פגישות. לעומתם, אצל נשים הייתה לתפקוד השפעה רבה יותר מהשפעת חומרת התסמינים על שיעור ההגעה לטיפול: ככל שהציגו פגיעה תפקודית רבה יותר כך נכחו ביותר טיפולים. מתוך המטופלים שהציגו תסמינים קלים עד בינוניים – כמחצית נכחו בשישה טיפולים או פחות (Cross, Hermens, Scott, & Salvador-Carulla, & Hickie, 2017).

במחקר שנעשה במרפאת מבוגרים של המרכז הרפואי על שם אברכנאל נמצא, כי מחצית המטופלים לא סיימו את הטיפול על פי הגדרת המטפל. כמחצית השלימו עד חמישה טיפולים בלבד. באותו מחקר נמצא כי קרוב ל-80% הפסיקו את הטיפול על דעת עצמם מסיבות של מיצוי, תחושה של שיפור מספק או תחושה שהטיפול אינו עוזר (Shamir, Szor, & Melamed, 2010). כיוון שצעירים נוכחים בטיפולים מעטים, חשוב להעריך ולזהות מטרות טיפוליות באופן מהיר, המותאם בצורה הטובה ביותר לצרכיהם. לכן בעשורים האחרונים החלו כמה מדינות להקצות משאבים קליניים ומחקריים להתערבויות מוקדמות וקצרות מועד בצעירים.

ניסיונות ליצירת מענים מותאמי-גיל לצעירים

מתוך ההכרה בצורכי הצעירים וההבנה כי זו נקודת תורפה בשירותי בריאות הנפש, החלה באוסטרליה לפני כעשור להתפתח תוכנית שמהותה להנגיש את שירותי בריאות הנפש לצעירים ולמשפחותיהם בתקופה כה משמעותית בחייהם, ולהגביר את השימוש בהם (De Girolamo et al., 2012). התוכנית מבוססת על מודל דירוג קליני (clinical staging). על פי המודל, האבחון נע על ציר שבקצהו האחד מטופל "בסיכון", המפגין תסמיני מצוקה קלים בלבד, ובקצהו האחר מטופל המפגין תסמיני מחלת נפש כרונית (Hickie et al., 2013). גישה זו רלוונטית מאוד לצעירים, כי היא מאפשרת התייחסות למצבים הראשוניים של מצוקה נפשית בציר אבחונתי. תוכנית הדספייס שמה לה למטרה להפנות משאבים למודל טיפולי שיפתח מומחיות מקצועית בטיפול בנוער ובצעירים, בדגש על מעורבות הצעירים ומשפחותיהם בתהליך הטיפולי, ועל עבודה עם גורמי קהילה (Howe, Batchelor, Coates, & Cashman, 2014). את התוכנית מממנת, בין היתר, ממשלת אוסטרליה. זוהי תוכנית הדגל הלאומית, כחלק ממדיניות מוצהרת לטיפול בבריאות נפשם של צעירים (McGorry et al., 2013). המרכזים פונים לצעירים הסובלים ממצוקות נפשיות ברמות שונות ולבני משפחותיהם, ויוצרים מרחב

נגיש, נעים וידידותי, המקטין חסמים בפני פנייה לשירות. במרכזים ניתן מענה בתחום בריאות הנפש, שימוש באלכוהול וסמים, בריאות גופנית ושירותי תעסוקה. המודל מבוסס על שותפויות וקשרי קהילה, פעילויות של מעורבות קהילתית, התמקצעות קלינית, סביבה ידידותית לצעירים, תיאום בין גורמי טיפול, הערכה מובנית, שיתוף ומשוב מהצעיר ומשפחתו. כחלק מעקרונות אלה פועלת תוכנית הדספייס ליצירת מודעות קהילתית, חינוך והכשרה בקרב אנשי מקצוע, ודגש על מעורבותו של הצעיר בניהול מצבו הנפשי (Muir et al., 2009; Rickwood, Telford, Parker, Tanti, & McGorry, 2014).

תוכנית חלוצית זו הובילה התעניינות והכרה בצרכים הייחודיים של צעירים, ובעקבותיה קמו מודלים נוספים המיועדים להתערבות טיפולית מוקדמת עם צעירים. באירלנד קם מודל Jigsaw המקדם פעילות קהילתית רחבה להעלאת המודעות לבריאות הנפש של צעירים, ואף מציע טיפולים ייעודיים; בבריטניה מופנים משאבים לצעירים והוקם מרכז youthspace, בעל מטרות דומות (McGorry et al., 2013); רפורמה מתבצעת בקנדה, ובמסגרתה הוקם צוות רחב ממגוון דיסציפלינות ומשרדים ממשלתיים. הצוות מקיים 12 מרכזים ברחבי המדינה על פי מודל הנקרא ACCESS. מטרתו שיפור הגישה של צעירים לשירותים, הפחתת הסטיגמה, עידוד פנייה לטיפול בשלב טרום אבחנתי ושיפור המעבר בין שירותי ילדים ונוער לשירותי בריאות הנפש של מבוגרים (Malla et al., 2016); במקביל הוטמע מודל הדספייס האוסטרלי במדינות אחרות, וביניהן דנמרק וישראל.

תוצרים של תוכנית הדספייס – אוסטרליה

במחקר שנעשה על פעילות התוכנית באוסטרליה בשנים 2013-2014 נמצא כי הפונים לשירותי המרכזים הציגו רמת מצוקה פסיכולוגית גבוהה, ויותר נשים פנו מגברים (62.8%). סיבות הפנייה השכיחות ביותר להדספייס (כשני שלישים מהצעירים) היו תסמיני דיכאון או חרדה. בריאות מינית ותעסוקה היו בשכיחות הנמוכה ביותר. בנות צעירות (12-15) הציגו רמות גבוהות יותר של מצוקה נפשית ונכחו ביותר טיפולים מאשר בנים. כמו כן נמצא כי כמעט מחצית הפונים להדספייס הציגו ירידה ברמת המצוקה הפסיכולוגית בסיום הטיפול, כשליש לא הציגו שינוי, וכחמישית הציגו עלייה. מרבית מהצעירים שלא השתנו נכחו רק בשניים-שלושה טיפולים, לעומת צעירים שנכחו בשבעה טיפולים ומעלה ונכללו ברובם בקבוצה שהשתפרה בסיום הטיפול (Hilferty et al., 2015). בהתאם לספרות על שינוי בפסיכותרפיה, מצוקה נפשית גבוהה ותפקוד פסיכוסוציאלי נמוך ניבאו שיפור במצוקה הנפשית בסיום הטיפול (Cross, Hermens, & Hickie, 2016). במחקר הערכה על התוכנית העידו 93% ממשתתפי התוכנית על שביעות רצון מהטיפול שקיבלו, וחשו שהטיפול במרכז

סייע להם במציאת אסטרטגיות לניהול מצבם הנפשי. גם בני משפחותיהם העידו על שביעות רצון וציינו כי מצאו מקום שהם יכולים להפנות לשם את דאגותיהם (Muir et al., 2009).

הדספייס ישראל

כדי לקדם מענה לצעירים המתמודדים עם מצוקה נפשית שאינה עומדת בדרישת הסף לקבלת אבחנה פסיכיאטרית, אך מציגה פגיעה בתפקוד, ומתוך ההכרה בדפוסי השימוש המועט של אוכלוסייה זו בשירותי בריאות הנפש בישראל, נעשה לאחרונה ניסיון ליישם את המודל בישראל. היישום הוא תוצר של שיתוף פעולה בין כמה גורמים: עמותת "אנוש", המוסד לביטוח לאומי, מרכז שניידר לרפואת ילדים, עיריית בת-ים ומשרד הבריאות. התוכנית החלה לפעול במרכז ייעודי בלב העיר בת-ים בדצמבר 2014.

תוכנית הדספייס בישראל פונה לצעירים הנמצאים בשלבים מוקדמים של מצוקה נפשית. התוכנית משתמשת בהתערבויות ממוקדות ומציעה מענה קצר-מועד (עד 15 מפגשים). בניסיון להתגבר על חסמים נפוצים, המרכז ממוקם במרכז העיר, בבניין משרדים שאינו מתויג; אינטייק נקבע ללא המתנה; המרכז מעוצב בשפה צעירה; אנשי הצוות מיומנים בעבודה עם צעירים, ויש הקפדה על שיח בגובה העיניים והימנעות משפה מקצועית ומאיימת, ומודגשת הנגשת המידע. מרכיב "ניהול התיק" הוא מרכזי בעבודת המטפל מתוך תפיסה המעודדת את שיתוף הפעולה בין כל הגורמים הרלוונטיים לטיפול מחד גיסא, ומתווכת את קשייו ואתגריו של הצעיר לסביבתו מאידך גיסא. הטיפול מתקיים אחת לשבוע בדרך כלל, ומחזור הפעילות הוא כ-300 מטופלים בשנה. במרכז עובד צוות פסיכולוגים, עובדים סוציאליים קליניים ופסיכיאטר, והם מתמחים במתן שירות ייעודי לנוער וצעירים בני 12-25. מתקיימים טיפול פרטני וקבוצתי, והדרכות הורים. בין הגישות הנהוגות במקום – טיפול קוגניטיבי התנהגותי, טיפול מבוסס מנטליזציה וגישה פסיכו-חינוכית.

התפיסה הטיפולית במרכז מבוססת על הקשבה למטרות ששואף המטופל הצעיר להשיג מהטיפול, וההתערבות הרצויה נקבעת יחד עימו. המטפל מנסה לגלות גמישות ולהתאים את אופי ההתערבות ואת המבנה המערכתי למטופל. דוגמה להמשגה מתאימה: במקרה שהצעיר אינו מתאים לטיפול במרכז, אלא להתערבות אינטנסיבית יותר, אך הוא נמנע מפנייה לגורם המתאים משיקולים של סטיגמה – הוא יתקבל ל"הכנה לטיפול", אשר משמעותה עבודה על החסמים העומדים בפני פנייה לטיפול.

מרכיב מרכזי נוסף בפעילות המרכז הוא הקשר עם הקהילה. תפיסה של מעורבות קהילתית והשקעת תשומות להידוק הקשר עם הבאים במגע עם צעירים (כמו יועצות

בתי הספר, החינוך הבלתי פורמלי, שירותי הרווחה ועוד) לשם הגברת המודעות לכריאות הנפש, וגם עם אוכלוסיית הצעירים עצמה. לאור מספר הפניות הגדול (מעל 500) בשנת הפעילות הראשונה של מרכז הדספיס, מסתמן כי אכן יש צורך במענה שכזה לצעירים. מחקר שממנת הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי (רועה, גרבר-אפשטיין, משיח וחרט ישי, 2015) מלווה את הטמעת המודל בישראל. מהממצאים החלקיים של המחקר עולה פרופיל הפונים: מספר הבנים והבנות הפונים למרכז דומה (52% בנים ו-48% בנות). כ-60% מכלל הפונים הם בני 12-15, ורק כ-19% מהפונים הם בני 18 ומעלה. 52% מהפונים מעידים כי היו בטיפול נפשי בעבר. על פי דיווח הצעירים, אלה הסיבות העיקריות לפנייתם להדספיס: קשיים רגשיים (46%), קשיים בעבודה או בבית הספר (20%), סיבות אחרות (20%), והגעה מתוך הכרח (10%). הצעירים מציגים רמת מצוקה גבוהה בממוצע, בדומה לנמצא באוסטרליה. מרבית הצעירים באים ממשפחות שבהן ההורים נשואים (61%) וההכנסה החודשית הממוצעת נמוכה מהממוצע הארצי (79%) (נכון לשנת 2015). מהתמונה הראשונית עולה שיש יותר פונים צעירים (בני 12-15), ובכלל, שיש אוכלוסייה חדשה שפונה לטיפול. כמו כן נראה כי הצעירים מציגים קשיים רגשיים המובילים למצוקה רבה, בדומה לנמצא באוסטרליה. בתום המחקר תתבהר תרומתו של טיפול מעין זה, למי ביכולתו לסייע וכיצד.

כיוונים לעתיד

הסקירה המובאת מציגה צורך בשינוי תפיסתי, יישומי, וקליני. המודל שתואר מדגיש כי בעבודה עם צעירים יש לכלול פעילויות בשלושה תחומים: קידום מודעות, מתן שירות, והכשרה. מעבר לכך, שירות מכוון-צעירים צריך לפתח תחומים אלה לפלטפורמות טכנולוגיות, שבהן מבלים הצעירים את מרבית זמנם, ואף מרגישים יותר בנוח לפנות לעזרה דרכם (צוקרמן וקאים, 2011).

בתחום קידום המודעות, כחלק ממחויבותו להפחתת הסטיגמה והגברת הפנייה לעזרה, שירות לצעירים יחתור לשינוי חברתי בתפיסת בריאות הנפש. השירות ידגיש שבריאות נפשית היא רצף ולא קטגוריה בינארית, וכי טיפול פסיכולוגי עשוי לעזור בשלבים שונים של קושי רגשי. הגברת המודעות תיעשה דרך יצירת תוכן רלוונטי באמצעי תקשורת פופולריים כמו פייסבוק, אינסטגרם וסנאפ צ'אט (Burns, Davenport, Durkin, Luscombe, & Hickie, 2010).

גם בתחום השירות יודגש כי הטכנולוגיה מרכזית בעולמם של הצעירים, ולכן מתבקש כי תשתלב גם בטיפול. הטכנולוגיה מאפשרת להרחיב את המענים לעזרה עצמית, פסיכואדוקציה, ניטור אחר תפקודו של המטופל, מצבו הרגשי והקוגניטיבי

ושמירה על קשר רציף עם הצעירים מעבר לפגישות הממשיות. הטיפול בצעירים בעזרת מערכות מקוונות נותן מענה לצורך בנגישות וזמינות, ועשוי לסייע גם מבחינה פרטנית וגם מבחינת ייעול מערכת. כלים כגון מציאות מדומה קרובים יותר לעולמם של הצעירים, ובטיפול בחרדות, לדוגמה, עשויים להוות אלטרנטיבה לחשיפות במציאות, אשר פעמים רבות מצריכות משאבי זמן המקשים על הטיפול. שימוש בכלים אלו מגביר את שיתוף הפעולה, כמו בעבודה עם צעירים בעלי רמת ביטוי נמוכה (Smokowsky & Hartung, 2003).

ברמה המערכתית, שירות מקוון המאפשר פנייה ומענה ראשוני עשוי לסייע בהרחבת אוכלוסיית הצעירים הפונים לעזרה. פרויקטים שונים ברחבי העולם מראים אחוזי פנייה גבוהים מאוד דרך הרשת. פרויקט eheadspace האוסטרלי מוכיח כי שירותים מקוונים מאפשרים נגישות לאוכלוסיות שבדרך כלל פונות פחות לשירותים פיזיים, ומעודדים פנייה בשלבים מוקדמים יותר של קושי (Rickwood, Webb, Kennedy, & Telford, 2016).

כמו כן עולה מהסקירה כי כדאי לעודד כל מי שבא במגע עם צעירים דרך עיסוקן – רופאי משפחה, רופאי ילדים, מורים, מדריכים במרכזים חברתיים ועוד – לקבל הכשרה בתחום בריאות הנפש. אנשים אלה עשויים להיות מקור חשוב לתמיכה ראשונית או להפניה. פיתוח היכולת לזהוי מצבי מצוקה אצל צעירים, קידום המודעות לבריאות הנפש והמאבק בסטיגמה עשויים לחולל שינוי ניכר בפנייה לגורמים טיפוליים. אפשר לפתח יחידת הכשרה ארצית שתפעל להנגשת מידע, יצירת שיח משותף והפניה הדדית בין שירותים שונים לצעירים. משמעות המעבר לעבודה מוכוונת-צעירים היא שינוי מהותי בעבודת המטפל, באופי הקשר עם המטופל, ובתחומי האחריות של המטפל, ועל כן מצריכה גמישות, יצירתיות ועבודה קלינית אינטגרטיבית. לבסוף, חשוב להדגיש את הצורך במחקר שיתרום לפיתוח גוף ידע ייחודי וסייע בהתאמת התערבויות לפרופיל הצרכים הספציפי של צעירים, וברמה המערכתית – בבנייה וגיבוש של מדיניות רחבה ומבוססת ראיות כחלק מהתערבות מוקדמת וקידום בריאות נפשית בגיל זה.

לסיכום: סקירה זו מציגה אתגר ברמה הגלובלית והמקומית. בעשור האחרון ניכרת הקצאת משאבים לאוכלוסיית הצעירים בתחומי חיים שונים, וסקירה זו מדגישה את החשיבות שבהפניית זרקור ייחודי לבריאותם הנפשית, בדגש על שלביה הראשונים של הופעת מצוקה וטיפול ממוקד ומתאים עבורם. התוכנית המתוארת היא דוגמה לשירות מכוון-צעירים, ויש כמובן מקום לפיתוח יריעת מענים רחבה שתלווה במחקר לביסוס הידע.

נקודות מפתח



- תקופת המעבר לבגרות מועדת להופעת מצוקה נפשית, אך צעירים ממעטים לפנות לטיפול, וכשהם פונים – הם משתתפים רק בטיפולים מעטים.
- צעירים מציגים תמונה רב-תסמינית שאינה עומדת בהכרח בתנאי אבחנה, אך דורשת התייחסות.
- בישראל אין מדיניות מוסדרת ועקרונות להפעלת שירותי בריאות ייעודיים לאוכלוסיית הצעירים.
- תוכנית מוכוונת-צעירים תקפיד על אורה חיובית, שיח בגובה עיניים, זמינות מידית ונגישות, מעורבות של הצעירים, כבוד ושמירה על סודיות והכרה בצורך במענה קצר-מועד.
- ברחבי העולם מתפתחות תוכניות טיפול פרטניות מוכוונות-צעירים תוך קידום מודעות קהילתית והכשרה מוכוונת-צעירים על שלל מאפייניהן. בישראל יש שלוחה של תוכנית הדספייס האוסטרלית.

מקורות

- אלרועי, א., רוזן, ב., אלמקייס, ע. וסמואל, ה. (2017). שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים – סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית – דוח מחקר. נדלה מאתר מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל:
- <http://brookdale.jdc.org.il/publication/mental-health-services-israel-needs-patterns-utilization-barriers-survey-general-adult-population/>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2017). השנתון הסטטיסטי לישראל 2016. לוח אוכלוסייה לפי קבוצות דת, גיל ומין. ירושלים: הלמ"ס.
- כאהן-סטרבצ'ינסקי, פ., עמיאל, ש. וקונסטנטינוב, צ. (2016). מצבם של צעירים בישראל בתחומי חיים מרכזיים – דוח מחקר. נדלה מאתר מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל:
- <http://www.ashalim.org.il/sites/default/files/report-heb%2833%29.pdf>
- משרד הבריאות (2016). אובדנות בישראל. ירושלים: אגף המידע. נדלה מתוך:
- http://www.cbs.gov.il/publications/briut_survey/pdf/h_print.pdf
- צוקרמן, ד. וקאים, ז. (2011). עמדות של מתבגרים כלפי חיפוש עזרה נפשית ממקורות סיוע פורמליים ובלתי פורמליים. חברה ורווחה, ל"א(3), 411-436.

- ראובן, י. ותורג'מן, ח. (2015). טיפול בצעירים בסיכון ובמצוקה בקהילה. ירושלים: תכנון ומדיניות רווחה, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה. נדלה מתוך:
<http://www.molsa.gov.il/About/OfficePolicy/Documents/%D7%98%D7%99%D7%A4%D7%95%D7%9C%20%D7%91%D7%A6%D7%A2%D7%99%D7%A8%D7%99%D7%9D%20-%20%D7%A1%D7%95%D7%A4%D7%99%20-%2024-6-15.pdf>
- רועה, ד., גרבר-אפשטיין, פ., איזנברג-משיח מ. וחטר ישי, ג. (2015). הערכת המרכז הארצי לבריאות הנפש לנוער וצעירים – הדספייס ישראל. הצעת מחקר שאושרה על ידי הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי.
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J., Al-Hamzawi, A., Borges, G., & De Graaf, R. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO world mental health surveys. *Psychological Medicine*, *44*, 1303-1317. doi:10.1017/S0033291713001943
- Arnett, J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*, *1*(2), 68-73. doi:10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x
- Aviram, U., & Azary-Viesel, S. (2015). *Mental health reform in Israel: Challenge and opportunity. Policy Paper*. Taub Center for Social Policy Studies in Israel. Retrieved from http://taubcenter.org.il/wp-content/files_mf/mentalhealthreformenglish2015.pdf
- Ben-David, S., Cole, A., Spencer, R., Jaccard, J., & Munson, M. R. (2017). Social context in mental health service use among young adults. *Journal of Social Service Research*, *43*, 85-99. doi:10.1080/01488376.2016.1239595
- Brammli-Greenberg, A., & Medina-Artom, T. (2015). Public opinion on the level of service and performance of the healthcare system in 2014 and comparison with 2012. Retrieved from <https://brookdale.jdc.org.il/en/summary-the-11th-consumer-survey-on-israels-healthcare-system/>
- Burns, J. M., Davenport, T. A., Durkin, L. A., Luscombe, G. M., & Hickie, I. B. (2010). The internet as a setting for mental health service utilisation by young people. *The Medical Journal of Australia*, *192*(11), S22-26.
- Costello, E. J., He, J., Sampson, N. A., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2014). Services for adolescents with psychiatric disorders: 12-month data from the national comorbidity survey-adolescent. *Psychiatric Services*, *65*, 359-366. doi: 10.1176/appi.ps.201100518
- Cross, S. P., Hermens, D. F., & Hickie, I. B. (2016). Treatment patterns and short-

- term outcomes in an early intervention youth mental health service. *Early Intervention in Psychiatry*, 10, 88-97. doi: 10.1111/eip.12191
- Cross, S. P., Hermens, D. F., Scott, J., Salvador-Carulla, L., & Hickie, I. B. (2017). Differential impact of current diagnosis and clinical stage on attendance at a youth mental health service. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(3), 255-262. doi: 10.1111/eip.12319
- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 47-57. doi:10.1017/S2045796011000746
- Farbstein, I., Mansbach-Kleinfeld, I., Levinson, D., Goodman, R., Levav, I., Vograft, I., & Apter, A. (2010). Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: Results from a national mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 630-639. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02188.x
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. *Archives of General Psychiatry*, 56, 876-880. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02188.x
- Fineberg, N. A., Haddad, P. M., Carpenter, L., Gannon, B., Sharpe, R., Young, A. H., & Nutt, D. J. (2013). The size, burden and cost of disorders of the brain in the UK. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 761-770. doi:10.1177/0269881113495118
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 439-443. doi: 10.1037/0022-006X.70.2.439
- Gore, F. M., Bloem, P. J. N., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S. M., & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *Lancet*, 377, 2093-2102. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60512-
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

- Hamilton, B. A., Naismith, S. L., Scott, E. M., Purcell, S., & Hickie, I. B. (2011). Disability is already pronounced in young people with early stages of affective disorders: Data from an early intervention service. *Journal of Affective Disorders*, *131*, 84-91. doi:10.1016/j.jad.2010.10.052
- Hickie, I. B., Scott, E. M., Hermens, D. F., Naismith, S. L., Guastella, A. J., Kaur, M., & Davenport, T. (2013). Applying clinical staging to young people who present for mental health care. *Early Intervention in Psychiatry*, *7*, 31-43. doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00366.x
- Hilferty, F., Cassells, R., Muir, K., Duncan, A., Christensen, D., Mitrou, F., Tarverdimamaghani, Y. (2015). Is headspace making a difference to young people's lives? Final report of the independent evaluation of the headspace program. Retrieved from <http://hdl.handle.net/20.500.11937/54297>
- Howe, D., Batchelor, S., Coates, D., & Cashman, E. (2014). Nine key principles to guide youth mental health: Development of service models in New South Wales. *Early Intervention in Psychiatry*, *8*, 190-197. doi: 10.1111/eip.12096
- Kaim, Z., & Romi, S. (2015). Adolescents at risk and their willingness to seek help from youth care workers. *Children and Youth Services Review*, *53*, 17-23. doi: 10.1016/j.chilyouth.2015.03.002
- Kelley, S. D., de Andrade, A. R., Sheffer, E., & Bickman, L. (2010). Exploring the black box: Measuring youth treatment process and progress in usual care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *37*, 287-300. doi: 10.1007/s10488-010-0298-8
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO world mental health (WMH) surveys. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, *18*, 23-33.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Landstedt, E., Coffey, J., & Nygren, M. (2016). Mental health in young Australians: A longitudinal study. *Journal of Youth Studies*, *19*, 74-86. doi:10.1080/13676261.2015.1048205
- Levinson, D., Zilber, D., Lerner, Y., Grinshpoon, A., & Levav, I. (2007). Prevalence of mood and anxiety disorders in the community: Results from the Israel

- national health survey. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 44(2), 94-103. doi: 10.4103/2249-4863.152262
- Malla, A., Iyer, S., McGorry, P., Cannon, M., Coughlan, H., Singh, S., & Joobar, R. (2016). From early intervention in psychosis to youth mental health reform: A review of the evolution and transformation of mental health services for young people. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 51, 319-326. doi: 10.1007/s00127-015-1165-4
- Mansbach-Kleinfeld, I., Farbstein, I., Levinson, D., Apter, A., Erhard, R., Palti, H., & Levav, I. (2010). Service use for mental disorders and unmet need: Results from the Israel survey on mental health among adolescents. *Psychiatric Services*, 61, 241-249. doi:10.1176/ps.2010.61.3.241
- McGorry P, D. (2013). Prevention, innovation and implementation science in mental health: The next wave of reform. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 54, s3-4. doi:10.1192/bjp.bp.112.119222
- McGorry, P. D., Bates, T., & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: Examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 54, s30-35. doi:10.1192/bjp.bp.112.119214
- McGorry, P. D., Goldstone, S. D., Parker, A. G., Rickwood, D. J., & Hickie, I. B. (2014). Cultures for mental health care of young people: An Australian blueprint for reform. *The Lancet Psychiatry*, 1, 559-568.
- Miller, L. M., Southam-Gerow, M. A., & Allin, R. B. (2008). Who stays in treatment? Child and family predictors of youth client retention in a public mental health agency. *Child & Youth Care Forum*, 37(4), 153-170. doi:s10566-008-9058-2
- Muir, K., McDermott, S., Gendera, S., Flaxman, S., Patulny, R., Sitek, T., & Katz, I. (2009). *Independent evaluation of headspace: The national youth mental health foundation interim evaluation report*. NSW, Australia: Social Policy Research Centre. Retrieved from <https://headspace.org.au/assets/Uploads/Corporate/Publications-and-research/final-independent-evaluation-of-headspace-report.pdf>
- Muir, K., Powell, A., & McDermott, S. (2012). "They don't treat you like a virus": Youth friendly lessons from the Australian national youth mental health foundation. *Health & Social Care in the Community*, 20, 181-189. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01029.x.

- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369 (9569), 1302-1313. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7
- Pottick, K. J., Bilder, S., Vander Stoep, A., Warner, L. A., & Alvarez, M. F. (2008). US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35, 373-389. doi:10.1007/s11414-007-9080-4
- Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-25. doi: 10.1007/s00787-016-0930-6
- Rickwood, D. J., Telford, N. R., Parker, A. G., Tanti, C. J., & McGorry, P. (2014). Headspace – Australia's innovation in youth mental health: Who are the clients and why are they presenting. *Medical Journal of Australia*, 200, 108-111. doi: 10.5694/mja13.11235
- Rickwood, D. J., Webb, M., Kennedy, V., & Telford, N. R. (2016). Who are the young people choosing web-based mental health support? Findings from the implementation of Australia's national web-based youth mental health service, eheadspace. *JMIR Mental Health*, 3(3):e40. doi: 10.2196/mental.5988.
- Roe, D., & Davidson, L. (2017). Noncompliance, nonadherence, and dropout: Outmoded terms for modern recovery-oriented mental health. *Psychiatric Services*, 68, 1076-1078. doi: 10.1176/appi.ps.201600522
- Rosen, B., Waitzberg, R., & Merkur, S. (2015). Israel: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(6). 1-212. Retrieved from http://eprints.lse.ac.uk/67099/1/Rosen_Waitzberg_%20Merkur_Israel%20Health.pdf
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5
- Schleider, J., & Weisz, J. (2017). A single-session growth mindset intervention for adolescent anxiety and depression: 9-month outcomes of a randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 160-170. doi: 10.1111/jcpp.12811

- Schrank, B., Brownell, T., Tylee, A., & Slade, M. (2014). Positive psychology: An approach to supporting recovery in mental illness. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(3), 95-103.
- Shamir, D., Szor, H., & Melamed, Y. (2010). Dropout, early termination and detachment from a public psychiatric clinic. *Psychiatria Danubina*, 22, 46-50.
- Shatkin, J. P., & Belfer, M. L. (2004). The global absence of child and adolescent mental health policy. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(3), 104-108. doi: 10.1111/j.1475-3588.2004.00090.x
- Smokowsky, P. R., & Hartung, K. (2003). Computer simulation and virtual reality: Enhancing the practice of school social work. *Journal of Technology in Human Services*, 21, 5-30. doi:10.1300/J017v21n01_02
- Sterne, A., & Porter, B. (2013). *Overview of child and adolescent mental health services in Israel*/ Myers-JDC-Brookdale Institute, Smokler Center for Health Policy Research. Retrieved from https://brookdale.jdc.org.il/wpcontent/uploads/2018/01/Child_Adolesc_Mental_Health_Services_ES.pdf
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., & Chu, B. C. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72, 79-117. doi: 10.1037/a0040360
- Westin, A. M., Barksdale, C. L., & Stephan, S. H. (2014). The effect of waiting time on youth engagement to evidence based treatments. *Community Mental Health Journal*, 50, 221-228. doi:10.1007/s10597-012-9585-z
- World Health Organization (2012). Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent friendly health services. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf;jsessionid=33560C504C1D9FAE28C17469A2A74488?sequence=1
- World Health Organization (2017). Suicide data. *World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

