

דיכאון בגיל המבוגר

דיכאון בגיל המבוגר היא תופעה שכיחה שמופיעה בכ-20% מהאנשים לאחר גיל 65, אך היא לרוב לא מאובחנת ולא מטופלת. מחקרים מראים שרק כ-10% מהמבוגרים שסובלים מדיכאון מגיעים לטיפול כנראה בשל הסטיגמה והאתגרים הרבים בזיהוי סימני הדיכאון. הסטיגמה החברתית מורגשת בקרב מבוגרים אף יותר מאשר בקרב צעירים ומונעת מהם להכיר במחלה ולטפל בה. לעיתים קרובות, סימני הדיכאון משויכים למחלות השונות מהם סובלים המבוגרים או לתופעות לוואי של הטיפול התרופתי שמקבלים. כמו כן, הדיכאון עלול לבוא לידי ביטוי באמצעות תלונות גופניות ולא לפי הסימפטומים המוכרים של דיכאון. קיימים מצבים בהם המשפחה והמטפלים מתייחסים בטעות לדיכאון כתופעה "נורמלית" ו"מצופה" של תהליך הזדקנות ולכן, חשוב להדגיש שדיכאון, בכל גיל, הוא מחלה שזקוקה לאבחון נכון ולטיפול מתאים.

קיימים גורמי סיכון רבים בקרב מבוגרים, בעיקר קשיים פסיכוסוציאליים, אך גם ריבוי מחלות גופניות המלוות בכאב ובטיפולים תרופתיים מורכבים ומוגבלות ביכולת התפקודית. עלייה בגיל מלווה לעתים קרובות באובדן של מערכות תמיכה חברתיות בעקבות מות בני משפחה, ביציאה לגמלאות המביאה לשינויים בשגרת החיים ולבדידות וכן, למצבים בהם גם המוטיבציה לטיפול יורדת. סימני הדיכאון עלולים להחמיר את המצב הגופני ובעיקר את ההפרעות הלבביות ולגרום לחסכים תזונתיים ולסיכון מוגבר לתמותה בהתאבדות.

באופן טיפוסי האבחנה של דיכאון נעשית על פי הקריטריונים המקובלים בספרות המקצועית: תקופה של לפחות שבועיים בה יש ירידה במצב הרוח, עצבות יום-יומית, ירידה ביכולת ליהנות מהחיים, ירידה בתאבון ובמשקל וקשיי שינה, הפרעה בזיכרון ובריכוז, ערך עצמי ירוד, תחושת אשמה וחוסר תקווה ואף מחשבות על מוות ואובדנות.

לעתים המבוגרים נמנעים מלדווח על סבלם מפני שהם מאמינים שאין תקווה לשיפור. כאשר מופיעה ירידה בזיכרון ובריכוז לעתים עולה חשד שמדובר בקיהיון (דמנציה) ויש צורך בהערכה ובאבחנה מبدלת בהשוואה למצב של קיהיון מדומה (פסאודודמנציה) שמלווה לעתים את מצבי הדיכאון. סימני הדיכאון, לרוב, מופיעים על רקע מחלות גופניות/נוירולוגיות שונות, ירידה קוגניטיבית וקשיים פסיכוסוציאליים. לכן, יש צורך בביצוע אבחנה מبدלת רחבה ובאבחון מדויק לצורך קביעת תכנית טיפולית מותאמת אישית.

הטיפול בדיכאון בגיל המבוגר הוא רב תחומי במבט ביו-פסיכו-סוציאלי, זאת במטרה להשיג רמיסיה מלאה של הסימפטומים הדיכאוניים, שיפור בתפקוד ובהתמודדות עם הלחצים הפסיכוסוציאליים, עם בדידות ומוגבלות. בשלב הראשון נעשית הערכה של מחלות גופניות שעלולות להחמיר את סימני הדיכאון. לדוגמה, ידוע מהספרות שמחלות אנדוקרינולוגיות (כגון תת פעילות בלוטת התיירוס), מחלות ויראליות וממאירויות עלולות לגרום לתמונה קלינית דומה לדיכאון. לכן, יש צורך בביצוע ברור אבחנתי מלא וטיפול במחלות רקע. תרופות שונות כגון תרופות לטיפול ביתר לחץ דם, במחלות נוירולוגיות וכן, סטרואידים או חסכים בוויטמינים עלולים גם הם לגרום או להחמיר סימני דיכאון עם צורך בהורדת המינון או שינוי בהרכב התרופתי.

הטיפול הפסיכולוגי המומלצים הם בשיטת CBT (קוגניטיבי – התנהגותי) לזיהוי מחשבות שליליות ובניית מחשבות אלטרנטיביות תוך כדי ביצוע תרגילים התנהגותיים להשגת ירידה במתח ושליטה על תחושת החרדה. טיפול ב-CBT בלבד נמצא יעיל אצל מבוגרים במצבים של דיכאון קל עד בינוני, כאשר שילובו בטיפול התרופתי מביא לשיפור נוסף בסימני הדיכאון. שיטה נוספת מומלצת היא טיפול בין אישי (IPT-Interpersonal Psychotherapy) עם טיפול ממוקד בקשיים הבין אישיים שמופיעים אצל מבוגרים בעקבות החסרים המשפחתיים ושינוי התפקוד ומיקום במשפחה. בנוסף, התערבות סוציאלית ומשפחתית עשויה גם היא לשפר את מצבו הנפשי של המבוגר.

במצבים של דיכאון בינוני או קשה מומלץ להתחיל טיפול תרופתי נוגד דיכאון, כאשר הקבוצה המומלצת בתחילת הטיפול היא SSRI עם פרופיל תופעות לוואי קל יותר מאשר הדור הישן של תרופות נוגדות דיכאון. למרות שהן בטוחות יותר, גם ל-SSRI יש תופעות לוואי שעלולות לגרום להיענות נמוכה לטיפול התרופתי, ביניהן: בחילות, שלשולים או עצירות, קשיי שינה, עליה בחרדה ואף מחשבות אובדן, פגיעה בתפקוד המיני וירידה ברמת הנתרן בדם. לכן מומלץ לשמור על מעקב פסיכיאטרי מסודר. בנוסף לכך, הטיפול התרופתי נוגד דיכאון אינו משפיע באופן מיידי על המצב הנפשי. למבוגרים נדרש אף יותר זמן לעומת הצעירים כדי להגיע לרמיסיה של הסימפטומים. קיימים אלגוריתמים טיפוליים רבים לטיפולים תרופתיים נוגדי דיכאון כולל: התאמת מינונים, שילוב תרופות והחלפת טיפול תרופתי לצורך השגת שיפור נפשי. במקרים של דיכאון קשה המלווה בסימני פסיכוזה או מסוכנות, מומלץ מתן סידרת טיפולי חשמל שניתן לתת בצורה בטוחה למבוגרים.

לטיפול חשמלי יש "שם" רע בקרב האוכלוסייה, לאור השיטה הישנה והסיבוכים הנלווים שהיו בעבר ושגרמו לסטיגמה וכתוצאה מכך לחשש מטיפול זה. כיום טיפולי החשמל ניתנים בשיטה חדשה, הומנית ובטוחה, בנוכחות רופא מרדים, כאשר המטופל נמצא תחת הרדמה קצרה מאוד עם ניטור הסימנים החיוניים. טיפולים בחשמל נמצאו בטוחים, מצילי חיים, בעלי השפעה מהירה והם יעילים מאוד בטיפול בדיכאון קשה במבוגרים.

אם כך, לדיכאון בקרב המבוגרים יש פרוגנוזה לא טובה בעקבות ריבוי המחלות הגופניות והקשיים הפסיכוסוציאליים הנלווים. הגורם העיקרי לכך הוא עיכוב באבחנה ובטיפול. מחקרים מראים שכ-1 מתוך 3 מבוגרים מפתחים דיכאון כרוני ממושך, כאשר כ-1 מתוך 3 מצליח להשיג רמיסיה לזמן קצר בלבד עם התפתחות של גלים דיכאוניים חוזרים תוך כדי התקדמות בגיל. לכן, יש צורך בזיהוי אקטיבי יותר של סימני הדיכאון בקהילה ובהפנייה לטיפול.

הצוות במרפאתנו במרכז הרפואי בני ציון כולל צוות רב מקצועי המטפל בגישה כוללת ומקיים קשר עם הקהילה. המטרה היא להשיג רמיסיה מלאה של הסימפטומים הדיכאוניים, להשיג שיפור במצב הגופני והתפקודי, ולסייע בהתמודדות עם הקשיים הפסיכוסוציאליים ובמניעת הגלים הדיכאוניים החוזרים בעתיד.