

11/09/22

דיכאון ופוסט טראומה

על רקע כתבתו של גדעון לב "לא אמרנו לאנשים את האמת. חייבים לתקן את זה". במוסף הארץ (12/08/22).

תגובה דיכאונית אופיינית לאנשים הנחשפים לאירוע טראומתי במסגרתו הם חוו איום במוות או על השלמות הגופנית (APA, 2013). הדיכאון התגובתי מתפתח בשלבים ולעיתים הוא מוביל לצמיחה פוסט טראומתית כיוון שהוא תורם ליצירת איזונים בחיים אחרי עיבוד האובדנים (Tedeschi et al. 2018). יחד עם זאת, חשיפה פתאומית לאירוע מסכן חיים ו/או השלמות הגופנית בקרב אנשים נורמטיביים שביססו בקרב עצמם תחושת ביטחון קיומית (אקזיסטנציאליסטית), וחווים לפתע קשת של סימפטומים אותם הם לא הכירו קודם לכן (כמו קושי לישון, מחשבות בלתי פסקות על האירוע, חרדה קיצונית, עצב, קושי להתרכז בעבודה או לתפקד כפי שהם תפקדו בקרב המשפחה, ועוד), מערער את ביטחונם העצמי והוא מעורר אצלם שאלות באשר לבריאותם הנפשית. כתוצאה מכך, עשויה להתפתח תגובה דיכאונית המלווה בחרדה. לרוב, האנשים הללו מנסים להפיג את תחושת החרדה על ידי הימנעות מדברים שמזכירים או מעוררים את האירוע, אך הימנעות זו אינה יעילה לאורך זמן. לכן מתפתחת תגובה דיכאונית (יאוש) אליה מתלווה הצטמצמות בקצב ובכמות הפעילויות וברמה הרגשית (חוסר יכולת לחוות קשת גדולה של רגשות ביחס לקרובים או סביב תחביבים). במילים אחרות, אותם אנשים שנחשפו לאירוע טראומתי והיו לפניו פעילים ברמה המקצועית-חברתית-בין-אישית, על רקע תחושת ביטחון קיומית בעולם, חווים לפתע את העולם כ"לא-בטוח" מפחיד ומאיים - כאילו משהו שמת את הקרקע מתחת לרגליהם. בהמשך לכך הם נעשים פאסיביים ולעיתים הם מפתחים תחושת האשמה עצמית על רקע תפקודם (ולעיתים על רקע תפקודם במהלך האירוע).

האירוע הטראומתי אם כן, מעורר רגשות של פסימיות, יאוש ואשמה אשר עומדים פעמים רבות בבסיסם של מצבים דיכאוניים (DSM-5, 2013). לרוב מדובר בדיכאון תגובתי (reactive depression) שעשוי להתפתח לדיכאון קליני (major depression) – אם הנחשפים לא יגיעו לטיפול על רקע התגובה הפוסט טראומטית (PTSD). למרות שהדיכאון נגרם בגלל האירוע הטראומתי (ולכן הוא מוגדר כתגובתי) עלינו כקלינאים להתייחס אליו ברצינות הראויה קרי, יש לגבש עמדה כי מדובר בדיכאון משמעותי הנלווה לסימפטומים של ה- PTSD (Momartin et al., 2004), ובהתאם לזה להתייחס אליו באופן ישיר במסגרת הטיפול (ולא רק בסימפטומים של ה- PTSD). זאת ועוד, רוב המטופלים שמגיעים לטיפול עם תגובה דיכאונית לאירועים הטראומתי שהם חוו, עסוקים בשאלה האם ניתן להחלים מהדיכאון ומהי ההתערבות הטיפולית הנכונה בהקשר זה. בדיוק בנקודה זו כתבתו של גדעון לב במוסף 'הארץ' "לא אמרנו לאנשים את האמת. חייבים לתקן את זה" (12/08/22), והתגובות שנלוו אליה, מקבלות מקום חשוב (הגם שמדובר בטיפול בדיכאון ללא קשר ל-PTSD), ובכך אתמקד בפוסט זה.

גדעון לב ראיין בזום את הפסיכיאטר ד"ר מרק הורוביץ, שערך יחד עם עמיתיו מטא-אנליזות (ממוצע משוקלל של תוצאות שהתקבלו במגוון רחב של מחקרים המאפשרים 'מבט על' על שאלת מחקר ספציפית) על טיפול תרופתי בדיכאון (Moncrieff et al., 2022). טיפול תרופתי בדיכאון נתפס מאז שנות ה-60 של המאה הקודמת, כמצב של חוסר איזון כימי במוח. על בסיס תיאוריה זו פותחו תרופות שמטרתן "לאזן את אי האיזון" ובראשן תרופות דוגמת ציפרלקס השייכות למשפחת ה-SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor), ותפקידן לחסום במעבר בין הסינפסות, את ספיגת הסרוטונין בתא. המטא-אנליזות התמקדו במספר סוגי מחקרים שייצגו את הביולוגיה של הדיכאון (מעבר לקשר שבין דיכאון וסרוטונין), ודרכם נמצא שאין עדות להבדלים בכימיה של המוח בין מדוכאים ללא מדוכאים. זאת ועוד, בכתבה מודגש עוד שלא זהו תתיקבוצות המגיבות לתרופות באופן שונה קרי, כאלו הסובלים מדיכאון מגיורי (major depression) לא נעזרו יותר בטיפול התרופתי (נמצא שההבדל בין השפעת תרופות על דיכאון תגובתי לדיכאון מגיורי היה של 0.6 נקודות בסולם הדיכאון, והבדל זה לא היה מובהק).

זאת ועוד, המטא-אנליזות הראו שישנה השפעה של כ- 80% של אפקט הפלצבו (placebo) = טיפול דִּמָּה, קרי, המטופל מקבל למעשה טיפול ללא החומר הפעיל שאמור ליצור את ההשפעה (הרצויה). הדבר התבטא בכך שהפלצבו הוריד את מדד הדיכאון בעשר נקודות בממוצע, ונוגדי דיכאון ב-12 נקודות – אפקט קטן ולא מובהק. יתרה מזאת, בכתבה מודגש כי לא ברור עד כמה לאפקט הציפייה ישנה השפעה גדולה, גם בקרב אלו שקיבלו את התרופות עם החומר הפעיל, בפועל. כל זאת כיוון שחולים שנוטלים כדורים לדיכאון, מפתחים ציפייה שמצבם ישתפר בעזרת התרופה, דבר המטשטש את ההשפעה של החומר הפעיל.

ג'רום גרופמן (2006) הדגים את הקשר שבין ציפייה (תקווה) ושינוי חיובי בתהליך ההחלמה בספרו המופתי "אנטומיה של תקווה", והורוביץ מחזק את התפיסה של גרופמן בכתבה. לטענתו הפלצבו פועל בהדרגה: "אתה עושה משהו למען עצמך, שמעורר תקווה שמצבך ישתפר, ואז הוא אכן משתפר, אתה מרגיש שמה שאתה עושה עובד, התקווה גדלה והמצב משתפר עוד" (עמוד 35). לכך היה ביטוי במחקרים. נבדקים קיבלו נוגדי דיכאון אך למחציתם אמרו שהם קיבלו תרופה וליתר אמרו שלא קיבלו תרופה. אצל הקבוצה לה נאמר שהיא קיבלה תרופה הייתה השפעה כפולה, קרי, הציפייה בשילוב עם החומר הפעיל הובילו לשינוי משמעותי ביחס לסימפטומים.

את ההשפעה בפועל של התרופה, הורוביץ קושר לקהות או אלחוש (numbing). הוא טוען כי 60% מהמטופלים מרגישים שהם מאולחשים (numbed). עבור אדם במצוקה, הקהיה של הרגש (קרי, רגשות נחווים בעוצמה פחות חזקה) מאפשרת רגיעה מסוימת, וזה יכול להפחית דיכאון.

גם תרופות אחרות, שאינן מכוונות לסרטונין נבחנו במטא-אנליזה וגם לגביהן נמצא שההשפעה על הדיכאון הייתה קטנה. כך למשל, מחקרים על אסקטמין (Esketamine), שנועדו לחסום רצפטורים של NDMA שהינם קולטנים שתפקידם להגיב לגלוטמט אשר מהווה נירורטרנסמיטור מעורר (במוח). יתרה מזאת, לטענתו של הורוביץ תרופות המכוונות להשפעה על אסקטמין, הגבירו את הנטייה לאובדנות בקרב החולים.

כיום כ-90% מהציבור מחזיק בתפיסה שדיכאון נגרם מ"חוסר איזון כימי", ולכן השימוש בתרופות כמו פרוזאק וציפרלקס השייכים למשפחת ה-SSRI נפוץ מאד. על פי הערכות התקפות לשנת 2017, 17% מהאוכלוסייה הבוגרת באנגליה קיבלה מרשם לנוגדי דיכאון כמו גם בארה"ב, באירופה ובאוסטרליה. בישראל אין סטטיסטיקה מדויקת, אולם בכתבה נאמר שתרופות נגד דיכאון – ממשפחת ה-SSRI ו-SNRI (פועלות הן על סרטונין והן על נוראדרנלין) הן התרופות הנרשמות ביותר בישראל אחרי תרופות ללחץ דם ולכולסטרול.

בכתבה מודגש עוד כי לתרופות נוגדות דיכאון יש גם תופעות לוואי בדמות 30–40 אפקטים לא רצויים שכיחים או שכיחים מאוד. התרופות משפיעות על מערכת הדם, המערכת ההורמונלית, העור, המעיים והלב. בין התופעות הלא רצויות יש פגיעה בריכוז, עלייה במשקל, הפרעות בשינה, בחילה, הקאות והפרעות מיניות. בהקשר זה מצוין הספר "דמון של צהריים" (2004) בו אנדרו סולומון ממחיש תופעת לוואי זו, ממנה סובלים יותר מ-50% מהמטופלים בתרופות נוגדות דיכאון. התרופה ככל הנראה משפיעה על התשוקה המינית. אצל גברים היא פוגעת בזיקפה ובפליטה, ואצל נשים ישנו קושי לחוות אורגזמה. יתרה מזאת, הורוביץ מוסיף שמאד לא פשוט להיגמל מהתרופות למרות שהן לא ממכרות. הן יוצרות תלות פיזיולוגית בגלל השפעתן על חלקים נרחבים בגוף.

מעבר להתייחסויות של הפסיכיאטרים הישראלים ד"ר יואב דומני ופרופ' גיל זלצמן בכתבה, היא זכתה לתגובות רבות ובמרכזן הטענה כי לתרופות ממשפחת ה-SSRI, ישנו אפקט טיפולי חיובי על המטופלים. אמיר מנדל, שתגובתו קיבלה עמוד שלם במוסף הארץ בתאריך 18/8/22, הדגיש שייתכן והפקפוק ביעילותן של התרופות היא חוסר הבנה, או הכחשה, של החולי הפסיכיאטרי. לטענתו, חוסר ההבנה עטוף בסטיגמה - בתחושה שהפרעה פסיכיאטרית היא סוג של חולשה ומשהו בה בהכרח 'לא בסדר', ושצריך אולי להתגבר על הכשל בכוח הרצון ובתעצומות נפש. ההכחשה עטופה לא אחת במראית עין של נאורות, בטענות שהפסיכיאטריה עושה רדוקציה

של נפש האדם למנגנונים ביולוגיים וכי הטיפול התרופתי עוקף את נתיבי הסבל ואת הצורך להתמודד איתם בכלים פסיכולוגיים ראויים.

דבריו של אמיר מנדל, הזכירו לי, לאור אופיה של ההפרעה הפוסט טראומתית על נספחיה (לרבות דיכאון), את העובדה שזו הפרעה חמקמקה הדורשת שימוש בטכניקות טיפוליות מגוונות, לרבות טיפול תרופתי נלווה. נפש האדם היא מעבר למחקר כזה או אחר, ובלתי אפשרי להכליל או לקבוע לגביה עמדות חד משמעיות וביניהן, מיקומו וחשיבותו של הטיפול התרופתי להפחתת חרדה, דיכאון או סיוע בקשיי השינה הנלווים להפרעה.

מקורות בהם נעשה שימוש בפוסט זה

גרופמן, ג' (2006). אנטומיה של תקווה. כנרת – בית הוצאה לאור.

סולומון, א' (2004). דמון של צהריים - אנטומיה של דיכאון. עם עובד.

APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders DSM-5TM (5 ed.). Washington: DC: Author.

Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., Steel, Z. (2004). Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders*, 80. page 231 – 238 *, doi: 10.1016/S0165-0327(03)00131-9

Moncrieff, J., Cooper, R.E., Stockmann, T. et al. (2022). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*. doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0.

Tedeschi, Richard G, Shakespeare-Finch, Jane, Taku, Kanako, & Calhoun, Lawrence G. (2018). Posttraumatic growth: Theory, research, and applications: Routledge